

การสังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการบำบัดทางปัญญาและพฤติกรรมในผู้ป่วย
ที่มีความผิดปกติทางจิตใจภายหลังได้รับภัยอันตราย



สารนิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช)
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล
พ.ศ. 2551

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยมหิดล

สารนิพนธ์

เรื่อง

การสังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการบำบัดทางปัญญาและพฤติกรรม
ในผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางจิตใจภายหลังได้รับภัยอันตราย



นางภาวนา ชูติพิมลกุล
ผู้วิจัย



รองศาสตราจารย์ วุฒิวัลดุ์ ชORMไพโรจน์
กศ.ม. (การแนะแนว)
ประธานกรรมการควบคุมสารนิพนธ์



อาจารย์ ทศนา ทวีคุณ
Ph.D. (Nursing)
กรรมการควบคุมสารนิพนธ์



ศาสตราจารย์ บรรจง มไหสวริยะ
พ.บ.
คณบดี
บัณฑิตวิทยาลัย



รองศาสตราจารย์ อรสา พันธุ์ศักดิ์
พย.ค.
ประธานคณะกรรมการบริหารหลักสูตร
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี

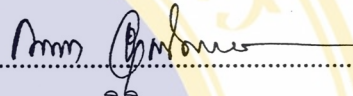
สารนิพนธ์

เรื่อง

การสังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการบำบัดทางปัญญาและพฤติกรรม
ในผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางจิตใจภายหลังได้รับภัยอันตราย

ได้รับการพิจารณาอนุมัติให้นับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช)

วันที่ 28 ตุลาคม พ.ศ. 2551



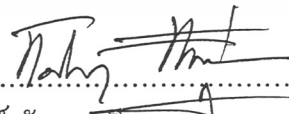
นางภานา ชูติพิมลกุล
ผู้วิจัย



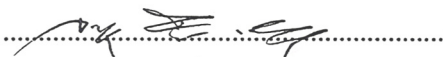
รองศาสตราจารย์ อรสา พันธักดิ์
พย.ค.
ประธานกรรมการสอบสารนิพนธ์



รองศาสตราจารย์ จิตวิวัฒน์ ธรรมไพโรจน์
กศ.ม. (การแนะแนว)
กรรมการสอบสารนิพนธ์



อาจารย์ ทศนา ทวีคูณ
Ph.D. (Nursing)
กรรมการสอบสารนิพนธ์



รองศาสตราจารย์ จารุวรรณ ต. สุก
สสม. (การแพทย์จิตภาพ)
กรรมการสอบสารนิพนธ์



ศาสตราจารย์ บรรจง มไหสวริยะ
พ.บ.
คณบดี
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล



ศาสตราจารย์ วินิต พัวประดิษฐ์
พ.บ.
รองคณบดี รักษาการแทน
คณบดีคณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี
มหาวิทยาลัยมหิดล

กิตติกรรมประกาศ

สารนิพนธ์นี้สำเร็จได้ด้วยความกรุณาของ รศ. จิตวิมล ธรรมไพโรจน์ ดร.ทัศน ทวีคุณ รศ. ดร. อรสา พันธุ์ศักดิ์ รศ. จารุวรรณ ต. สกุล ที่ให้ข้อเสนอแนะ ตรวจสอบ แก้ไขและปรับปรุงข้อบกพร่องในการทำสารนิพนธ์ จนเรียบร้อยสมบูรณ์ ตลอดจนเป็นกำลังใจให้แก่ผู้ศึกษามาโดยตลอด ผู้ศึกษาขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูง

ขอขอบพระคุณคณบดีคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล คณาจารย์ภาควิชาการพยาบาลจิตเวช เจ้าหน้าที่ห้องสมุด และบุคลากรที่เกี่ยวข้องทุกท่าน ซึ่งผู้ศึกษามีโอกาสล่วงนามได้ทั้งหมด ที่ให้ความอนุเคราะห์ ช่วยเหลือ ให้คำแนะนำตลอดระยะเวลาของการศึกษาค้นคว้า ผู้ศึกษารู้สึกประทับใจในความกรุณาเป็นอย่างยิ่งและขอกราบขอบพระคุณไว้ ณ โอกาสนี้

ขอขอบพระคุณกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุขในการอนุเคราะห์ทุนการศึกษาตลอดหลักสูตรการศึกษาระดับปริญญาตรี สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการ หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล ของโรงพยาบาลมหาราช ในการสนับสนุนให้ผู้ศึกษาได้มีโอกาสศึกษาต่อ ขอขอบพระคุณเจ้าหน้าที่ฝ่ายการพยาบาลทุกท่าน ที่ให้การช่วยเหลือในการปฏิบัติงานแทนในเวลาที่ต้องมาศึกษา หรือพบอาจารย์ รวมทั้งคอยให้กำลังใจตลอดมาตั้งแต่เริ่มต้นจนสารนิพนธ์เล่มนี้สมบูรณ์ ผู้ศึกษาขอกราบขอบพระคุณไว้ ณ โอกาสนี้

ขอขอบคุณเพื่อน ๆ นักศึกษาหลักสูตรการศึกษาระดับปริญญาตรี สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช (ภาคพิเศษ แผนก ข) รุ่นที่ 1 ทุกท่าน ที่คอยให้คำแนะนำและให้กำลังใจด้วยดีเสมอมาตั้งแต่เริ่มต้นการศึกษาจนสารนิพนธ์เล่มนี้สมบูรณ์ ผู้ศึกษาขอขอบคุณไว้ ณ โอกาสนี้

ท้ายสุด ผู้ศึกษาขอขอบคุณ สมาชิกครอบครัวทุกคน ที่ให้ความช่วยเหลือในทุกเรื่องที่สามารถช่วยได้ และเป็นกำลังใจที่ดีสม่ำเสมอ จนกระทั่งสารนิพนธ์เล่มนี้สำเร็จลงด้วยดี

ภาวนา ชูดีพิมลกุล

การสังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการบำบัดทางปัญญาและพฤติกรรมในผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางจิตใจ
ภายหลังได้รับภัยอันตราย

(A SYNTHESIS OF RESEARCH ON COGNITIVE BEHAVIOR THERAPY FOR PATIENTS
WITH POST-TRAUMATIC STRESS DISORDER)

ภavana ชุตติพิมลกุล 4637632 RAMH/M

พย.ม. (การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช)

คณะกรรมการที่ปรึกษาสารนิพนธ์ : จิตติวิทย์ ธรรมไพโรจน์, กศ.ม. (การแนะแนว) ทศนา ทวีคุณ, Ph.D.
(การพยาบาล)

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อทบทวน วิเคราะห์และสังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการบำบัดทาง
ปัญญาและพฤติกรรมในผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางจิตใจภายหลังได้รับภัยอันตราย โดยใช้การสืบค้นจาก
ฐานข้อมูลทางอิเล็กทรอนิกส์ 5 ฐานข้อมูล และจากแหล่งทรัพยากรสารสนเทศ เป็นงานวิจัยเชิงทดลอง
และกึ่งทดลองที่ให้ข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการบำบัด ที่ตีพิมพ์ระหว่างปี 2541 ถึง 2551 ซึ่งคัดเลือกตามเกณฑ์ที่
กำหนดได้ 11 เรื่อง การศึกษาส่วนใหญ่ประกอบด้วยวิธีการกลุ่มตัวอย่างและมีการติดตามประเมินผล
โดยผลลัพธ์ที่ได้ประเมินจาก อาการของผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางจิตใจภายหลังได้รับภัยอันตราย ความ
วิตกกังวล และภาวะซึมเศร้า จำนวนครั้งของการบำบัดอยู่ระหว่าง 4-20 ครั้ง ขึ้นอยู่กับชนิดของ
เหตุการณ์รุนแรงที่ประสบ (เช่น การทำร้ายร่างกาย อุบัติเหตุจราจร การก่อการร้าย ผู้ก่อเหตุ พยากรณ์
และเหตุการณ์รุนแรงหลายชนิดรวมกัน) ลักษณะของผู้รับการบำบัดเป็นทั้งชนิดเฉียบพลันและชนิดเรื้อรัง
ผู้บำบัดส่วนใหญ่เป็นผู้ที่ได้รับการฝึกอบรมและเป็นผู้เชี่ยวชาญในการบำบัด การบำบัดประกอบด้วย การ
ให้ความรู้ การฝึกเผชิญเหตุการณ์ การเปลี่ยนกระบวนการรับรู้ และการจัดการกับความวิตกกังวล การ
บำบัดทางปัญญาและพฤติกรรมได้รับการพิสูจน์แล้วว่าเป็นวิธีการบำบัดที่มีประสิทธิภาพในผู้ป่วยที่มีความ
ผิดปกติทางจิตใจภายหลังได้รับภัยอันตราย ได้ทุกงานวิจัย เมื่อเปรียบเทียบวิธีการบำบัดระหว่างการบำบัด
ทางปัญญาและพฤติกรรมกับวิธีการบำบัดแบบอื่นได้แก่ การฝึกเผชิญเหตุการณ์ EMDR การให้คำปรึกษา
แบบประคับประคองตามแนวทฤษฎีโรเจอร์ และการเขียนอย่างมีโครงสร้าง พบว่าการบำบัดทางปัญญา
และพฤติกรรมมีประสิทธิภาพดีเท่าเทียมกัน และเป็นทางเลือกหนึ่งในการบำบัดที่ใช้กันอย่างแพร่หลายใน
ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางจิตใจภายหลังได้รับภัยอันตราย

คำสำคัญ: การบำบัดทางปัญญาและพฤติกรรม / ผู้ที่มีความผิดปกติทางจิตใจภายหลังได้รับภัยอันตราย /
การบาดเจ็บ

A SYNTHESIS OF RESEARCH ON COGNITIVE BEHAVIOR THERAPY FOR PATIENTS WITH POST-TRAUMATIC STRESS DISORDER

PAWANA CHUTIPIMONKUL 4637632 RAMH/M

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

THEMATIC PAPER ADVISORY COMMITTEE : TTITIWONE THUMAPIROJ,
M.ED. GUIDANCE), TUSANA THAWEEKOON, PH.D. (NURSING)

ABSTRACT

The purpose of this study is to review and synthesize empirical findings of cognitive behavior therapy (CBT) for people with posttraumatic stress disorder (PTSD). The author systematically searched five electronic databases and hand-searched journal to identify the studies of CBT as a treatment for PTSD. Articles were included if they were published between 1998 to 2008, provided information about the interventions, clear aims, and quasi-experimental or experimental evaluation methods. Eleven studies met the inclusion criteria. The author reviewed these interventions to assess their research and program characteristics. The majority of studies included randomized controlled designs and employed follow-up measures. The most commonly measured outcomes were PTSD symptoms, anxiety, and depression. Programs ranged from 4 to 20 sessions depending upon the types of traumatic events (e.g., assaults, motor vehicle accidents, terrorism, refugees, combat veterans, and mixed trauma) and terms of chronicity (acute and chronic PTSD). Most programs had therapists with significant professional training and expertise to administer. The treatment components commonly included psychoeducation, exposure, cognitive restructuring, and anxiety management. Cognitive behavior therapy has proven to be an effective treatment for posttraumatic stress disorder across all studies. Direct comparisons of CBT to other interventions were also examined. The results showed equally effectiveness between CBT and exposure therapy (ET), eye movement desensitization and reprocessing (EMDR), Rogerian supportive therapy, and structured writing therapy. The present study confirms the status of CBT as an effective treatment of PTSD and broadens treatments options for traumatized patients as promising alternatives.

KEY WORDS: COGNITIVE BEHAVIOR THERAPY / POSTTRAUMATIC
STRESS DISORDER / TRAUMA

148 pp.

สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ	ก
บทคัดย่อภาษาไทย	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	จ
สารบัญตาราง	ซ
บทที่ 1 บทนำ	
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
วัตถุประสงค์ของการศึกษา	3
คำนิยามศัพท์	3
บทที่ 2 วรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	
ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางจิตใจภายหลังได้รับภัยอันตราย	6
(Post- Traumatic Stress Disorder : PTSD)	
ความหมายของผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางจิตใจภายหลังได้รับ	6
ภัยอันตราย	
ประเภทของภัยพิบัติหรือภัยอันตราย (Traumatic events)	6
ปัจจัยเสี่ยงที่ส่งผลให้เกิดความผิดปกติทางจิตใจภายหลังได้รับภัยอันตราย	7
อาการและอาการแสดงของผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางจิตใจภายหลังได้รับ	
ภัยอันตราย	8
ระยะของการดำเนินโรคของผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางจิตใจภายหลังได้รับ	
ภัยอันตราย	9
โรคทางจิตเวชร่วม (Comorbidity) ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทาง	
จิตใจภายหลังได้รับภัยอันตราย	9
การประเมินความผิดปกติทางจิตใจภายหลังได้รับภัยอันตราย	10
ผลกระทบของโรคความผิดปกติทางจิตใจภายหลังได้รับภัยอันตราย	11
การรักษาด้วยยา	12

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
การบำบัดทางปัญญาและพฤติกรรม (Cognitive behavior therapy : CBT)	12
ความหมายของการบำบัดทางปัญญาและพฤติกรรม	13
ประวัติและความเป็นมาของการบำบัดทางปัญญาและพฤติกรรม	16
แนวคิดพื้นฐานของการบำบัดทางปัญญาและพฤติกรรม	16
ลักษณะสำคัญของการบำบัดทางปัญญาและพฤติกรรม	16
ขั้นตอนในการบำบัดทางปัญญาและพฤติกรรม	17
ระยะเวลาในการบำบัดทางปัญญาและพฤติกรรม	19
การบำบัดทางปัญญาและพฤติกรรมในผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางจิตใจ	20
ภายหลังได้รับภัยอันตราย	21
แนวทางการบำบัดทางปัญญาและพฤติกรรมในผู้ป่วยโรค PTSD	22
หลักการทั่วไปของวิธีการบำบัดทางปัญญาและพฤติกรรมในผู้ป่วยโรค PTSD	22
การให้คำปรึกษาการบำบัดทางปัญญาและพฤติกรรมอย่างมีโครงสร้าง	23
บทที่ 3 วิธีการดำเนินการศึกษา	26
บทที่ 4 ผลการศึกษา	97
บทที่ 5 อภิปรายผล	153
บทที่ 6 สรุปผลการศึกษาและข้อเสนอแนะ	112
1. สรุปผลการศึกษา	112
2. ข้อจำกัดของการศึกษา	114
3. ข้อเสนอแนะ	114
บทสรุปแบบสมบูรณ์ภาษาไทย	116
บทสรุปแบบสมบูรณ์ภาษาอังกฤษ	129
บรรณานุกรม	142
ประวัติผู้วิจัย	148

สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
1	แสดงผลการสืบค้นงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	29
2	ผลการวิเคราะห์ข้อมูลการใช้การบำบัดทางปัญญาและพฤติกรรมในผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางจิตใจภายหลังได้รับยंत्रาราย	31

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ความผิดปกติทางจิตภายหลังได้รับภัยอันตราย เป็นโรคที่สามารถเกิดขึ้นได้กับบุคคลตั้งแต่เด็กจนถึงผู้ใหญ่ และเป็นโรคทางจิตเวชที่สำคัญโรคหนึ่งซึ่งเป็นปัญหาที่ควรได้รับความสนใจอย่างยิ่งในปัจจุบัน ทั้งนี้เนื่องจากในปัจจุบันปัญหาภาวะโลกร้อนได้ก่อให้เกิดภัยพิบัติทางธรรมชาติบ่อยครั้งมากขึ้น ไม่ว่าจะเป็นเหตุการณ์คลื่นยักษ์สึนามิ ถล่ม 6 จังหวัดภาคใต้ของไทย เหตุการณ์พายุ นาร์กิสพัดถล่มพม่า ที่มีผู้ได้รับผลกระทบและมีความเสี่ยงต่อการเกิดความผิดปกติทางจิต ภายหลังได้รับภัยอันตรายเป็นจำนวนหลักแสนคน และจากรายงานการศึกษาของประเทศสหรัฐอเมริกาในโครงการ National Comorbidity Survey (NCS) พบความชุกของโรคความผิดปกติทางจิตภายหลังได้รับภัยอันตราย ในช่วง 12 เดือน เท่ากับร้อยละ 3.9 (Kessler, Zhao, Katz, Kouzis, Frank, Edlund, et al., 1999) ในขณะที่ Sadock & Sadock (2003) พบความชุกชั่วชีวิตของโรคในประชากรทั่วไปอยู่ที่ร้อยละ 8 ส่วนในประเทศออสเตรเลีย พบความชุกในช่วง 1 ปีของโรคเกิดขึ้นร้อยละ 13 (Creamer, 2001 อ้างถึงใน พิเชฐ อุคมรัตน์ และ ศิริเพ็ญ เชาว์ศิลป์, 2547)) สำหรับในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2546 กรมสุขภาพจิตได้ทำการศึกษาถึงระดับความรุนแรงของปัญหาสุขภาพจิตและโรคทางจิตเวชที่สำคัญ 12 โรค พบความชุกของโรคความผิดปกติทางจิต ภายหลังได้รับภัยอันตรายเป็นอันดับ 9 (พัชริน คุณคำชู, 2547) และในปี พ.ศ. 2548 พบได้มากเป็นอันดับ 4 ของโรคทางจิตเวชทั้งหมด โดยความชุกชั่วชีวิต (life time prevalence) พบในผู้ชายร้อยละ 10.3 และพบในผู้หญิงร้อยละ 18.3 (รณชัย คงสกนธ์, 2548) สำหรับสาเหตุการเกิดโรคความผิดปกติทางจิตภายหลังได้รับภัยอันตรายในผู้ชายที่พบมากที่สุด คือการประสบกับเหตุการณ์ด้วยตนเอง และการได้รู้เห็นเกี่ยวกับการตายหรือการบาดเจ็บที่รุนแรงของบุคคลอื่นที่เกิดขึ้นในสงคราม ส่วนในผู้หญิงคือการประสบกับเหตุการณ์การถูกข่มขืนและการถูกลวนลามทางเพศ (Kessler, Sonnega, Bromet, Hughes, & Nelson, 1995)

ความผิดปกติทางจิตภายหลังได้รับภัยอันตราย เป็นความผิดปกติทางจิตที่เกิดขึ้นหลังจากที่บุคคลประสบกับเหตุการณ์สะเทือนขวัญหรือเหตุการณ์ที่รุนแรง จากเหตุการณ์ที่เกิดจากภัยธรรมชาติและเกิดจากการกระทำของมนุษย์ เช่น อุทกภัย วาตภัย อุบัติเหตุรุนแรง การถูกทารุณ

กรรมทั้งทางร่างกายและจิตใจ ถูกทรมาน เป็นต้น (DSM - IV, 2000 และ อินทรา ปัทมินทร, 2540-2541) ทั้งที่ประสบด้วยตนเองหรืออาจได้รับรู้มาจากผู้อื่น ซึ่งคุกคามต่อความปลอดภัยและเป็นอันตรายต่อชีวิตและทำให้เกิดการบาดเจ็บ บาดเจ็บชอกช้ำรุนแรง ทุกข์ทรมาน ฯลฯ (DSM - IV, 2000 และ อินทรา ปัทมินทร, 2540-2541) ซึ่งหลังจากเกิดเหตุการณ์ดังกล่าว จิตใจของบุคคลจะเกิดการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วและรุนแรง เกิดเป็นภาวะเครียดเฉียบพลัน และถ้าไม่ได้รับการช่วยเหลืออย่างทันทั่วทั้งที่ตั้งแต่ในระยะแรก ก็จะนำไปสู่การเป็นโรคความผิดปกติทางจิตใจภายหลังได้รับภัยอันตรายได้ โดยผู้ป่วยจะมีการหวาดกลัวหรือหวาดหวั่น วิตกกังวลอย่างมาก ผวาตกใจง่าย (DSM - IV, 2000) และอาการที่สำคัญซึ่งถือเป็นอาการเฉพาะของผู้ป่วยในกลุ่มนี้ คือการที่ผู้ป่วยจะรู้สึกเหมือนว่าเหตุการณ์วิกฤตหรือภาวะที่เป็นภัยอันตรายนั้นหวนกลับมาอีก คิดถึงหรือฝันถึงเหตุการณ์นั้นซ้ำ ๆ ผู้ป่วยจึงพยายามที่จะหลีกเลี่ยงสิ่งเร้าที่ไปกระตุ้นให้นึกถึงเหตุการณ์นั้น จนทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถทำงานหรือใช้ชีวิตในสังคมได้ตามปกติ ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความคิดหมกมุ่นอยู่กับตนเอง แยกตัวจากการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น มีความรู้สึกว่าคุณค่าของตนเองไม่มีประสิทธิภาพ ไร้คุณค่า และเป็นปมด้อย (สมภพ เรื่องตระกูล, 2542) และนำไปสู่การเกิดปัญหาทางด้านสุขภาพจิตหรือโรคจิตเวชตามมาได้ในที่สุด เช่น โรคซึมเศร้า โรควิตกกังวล โรคจิต การติดสารเสพติด เป็นต้น (กรมสุขภาพจิต, 2550) ทางด้านครอบครัวของผู้ป่วยจะเกิดความตึงเครียด วิตกกังวล มีความทุกข์ทางจิตใจที่ได้พบเห็น ในกรณีที่เหตุการณ์รุนแรงนั้นเกิดขึ้นจากการกระทำของสมาชิกในครอบครัว อาจเกิดความขัดแย้งและไม่ไว้วางใจซึ่งกันและกันระหว่างสมาชิกในครอบครัว เป็นภาระในการเฝ้าระวังดูแลเรื่องของความปลอดภัย เช่น ผู้ป่วยอาจคิดทำร้ายตนเอง และหากผู้ป่วยเป็นหัวหน้าครอบครัวอาจเกิดปัญหาทางเศรษฐกิจตามมาได้ (กรมสุขภาพจิต, 2550) ดังนั้น การช่วยเหลือผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางจิตใจภายหลังได้รับภัยอันตรายวิธีการหนึ่ง คือการปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติทางด้านลบของผู้ป่วยที่มีต่อเหตุการณ์ ให้กลับมามีความคิดทางบวกที่สมเหตุสมผลตามเหตุการณ์ที่เป็นจริง เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยคลายความทุกข์ใจ ลดความรู้สึกผิดที่มารบกวน มีความคิดและความรู้สึกที่ดีขึ้น (Conner & Butterfield , 2003) ซึ่งการบำบัดทางปัญญาและพฤติกรรมเป็นวิธีการบำบัดวิธีหนึ่งที่สามารถช่วยปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติดังกล่าวได้อย่างมีประสิทธิภาพ และในปัจจุบันพบว่ามีผู้นำการบำบัดทางปัญญาและพฤติกรรมมาใช้ในการดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางจิตใจภายหลังได้รับภัยอันตรายกลุ่มต่างๆ ได้ผลเป็นอย่างดี เช่น ช่วยลดความวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้าในกลุ่มผู้ลี้ภัยชาวกัมพูชาในสหรัฐอเมริกา ที่ประสบกับเหตุการณ์ที่กระทบกระเทือนจิตใจ (Otto, Hinton, Korbly, Chea, Ba, Gershuny, et al, 2003) และผู้ประสบเหตุการณ์ตึกเพนตากอนถล่ม (Litz, Engel, Bryant & Papa, 2007) ช่วยลดอาการทางคลินิกและภาวะซึมเศร้าลงได้ ส่งผลให้ผู้ป่วยมีคุณภาพการนอนที่ดีขึ้น (Krakow, Johnston, Melendrez, Hollifield, Warner, Chavez-Kennedy, et

al, 2001) ช่วยลดอาการทางคลินิกของโรค และลดความผิดปกติร่วมที่เกิดขึ้น ในกลุ่มผู้ที่รอดชีวิตจากอุบัติเหตุทางรถยนต์ (Blanchard, Hickling, Devineni, Veazey, Galovski, Mundy, et al, 2003) และลดความรุนแรงของโรคในกลุ่มผู้ป่วยที่มีอาการเรื้อรัง (Cottraux, Note, Yao, de Mey-Guillard, Bonasse, Djamoussian, et al, 2008) เป็นต้น

การบำบัดทางปัญญาและพฤติกรรมเป็นวิธีการหนึ่งที่ช่วยปรับเปลี่ยนความคิด ความเชื่อที่ไม่สมเหตุสมผล ให้กลับมามีความสมดุลของอารมณ์ ความคิดหรือความเชื่อที่ถูกต้องเหมาะสม (Marks, Lovell, Noshirvant, Livanou & Thrasher, 1998) ดังนั้นเป้าหมายของการบำบัดทางปัญญาและพฤติกรรมจึงเน้นอยู่ที่การเปลี่ยนแปลงทางความคิด เพื่อที่จะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงทางพฤติกรรม (Mahoney, 1974) โดยมีพื้นฐานความคิดและความเชื่อที่สำคัญอยู่ 3 ประการ คือ การนึกคิดมีผลต่อพฤติกรรม การนึกคิดเป็นสิ่งที่สามารถควบคุมและดัดแปลงได้ และการปรับเปลี่ยนการนึกคิดจะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมภายนอกไปในทางที่เหมาะสม (Dobson & Block, 1988)

ดังนั้นผู้ศึกษาในฐานะพยาบาลจิตเวช ซึ่งมีบทบาทโดยตรงในการดูแลส่งเสริมและป้องกันปัญหาด้านสุขภาพจิตแก่ผู้รับบริการ จึงมีความสนใจที่จะศึกษาค้นคว้าเกี่ยวกับการใช้การบำบัดทางปัญญาและพฤติกรรม ในการดูแลผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางจิตใจภายหลังได้รับภัยอันตราย ซึ่งความรู้ที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยให้มีความทุกข์ทรมานทางจิตใจลดลงและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นต่อไป

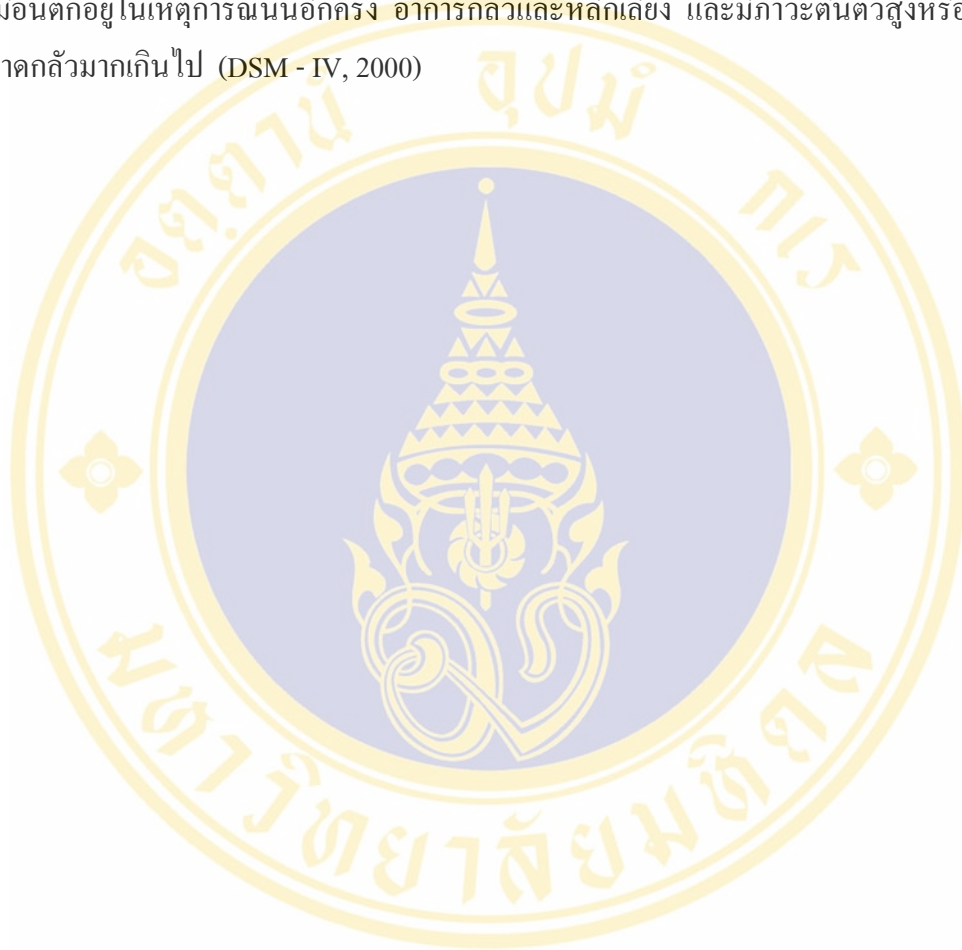
วัตถุประสงค์ของการศึกษา

เพื่อสังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการบำบัดทางปัญญาและพฤติกรรม ในการดูแลผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางจิตใจภายหลังได้รับภัยอันตราย

คำนิยามศัพท์

การบำบัดทางปัญญาและพฤติกรรม (Cognitive behavioral therapy : CBT) หมายถึงการบำบัดที่มุ่งเน้นการแก้ไขปัญหในปัจจุบันโดยการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมและบิดเบือนหรือเป็นปัญหา ให้เป็นความคิดที่สมเหตุสมผลและเหมาะสมตามสถานการณ์ที่เกิดขึ้นจริง โดยมีพื้นฐานความคิดและความเชื่อที่สำคัญอยู่ 3 ประการ คือ การนึกคิดมีผลต่อพฤติกรรม การนึกคิดเป็นสิ่งที่สามารถควบคุมและดัดแปลงได้ และการปรับเปลี่ยนการนึกคิดจะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมภายนอกไปในทางที่เหมาะสม (Beck, 1979 และ Dobson & Block, 1988)

ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางจิตใจภายหลังได้รับอันตราย (Post-Traumatic Stress Disorder : PTSD) หมายถึง ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางจิตใจเกิดขึ้นหลังจากที่ได้ประสบต่อภาวะที่เป็นเหตุการณ์รุนแรงในชีวิตและกระทบกระเทือนต่อจิตใจอย่างรุนแรง เช่น เหตุการณ์วาทภัย อุทกภัย การถูกระทำรุนแรงทางเพศ เป็นต้น ซึ่งมีอาการสำคัญ 3 ประการ คือ อาการรู้สึกเหมือนตกอยู่ในเหตุการณ์นั้นอีกครั้ง อาการกลัวและหลีกเลี่ยง และมีภาวะตื่นตัวสูงหรือตกใจและหวาดกลัวมากเกินไป (DSM - IV, 2000)



บทที่ 2

วรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษารุ่นนี้ ผู้ศึกษาได้ทบทวนแนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องตามลำดับดังต่อไปนี้

1. ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางจิตใจภายหลังได้รับภัยอันตราย (PTSD)

ความหมายของผู้ป่วย PTSD

ประเภทของภัยพิบัติหรือภัยอันตราย

ปัจจัยเสี่ยงที่ส่งผลให้เกิด PTSD

อาการและอาการแสดงของผู้ป่วย PTSD

ระยะของการดำเนินโรคของผู้ป่วย PTSD

โรคทางจิตเวชร่วมที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย PTSD

การประเมินผู้ป่วย PTSD

ผลกระทบของผู้ป่วย PTSD

การบำบัดรักษาผู้ป่วย PTSD

2. ความรู้เกี่ยวกับการบำบัดทางปัญญาและพฤติกรรม

ความหมายของการบำบัดทางปัญญาและพฤติกรรม

ประวัติและความเป็นมาของการบำบัดทางปัญญาและพฤติกรรม

แนวคิดพื้นฐานของการบำบัดทางปัญญาและพฤติกรรม

ลักษณะสำคัญของการบำบัดทางปัญญาและพฤติกรรม

ขั้นตอนในการบำบัดทางปัญญาและพฤติกรรม

ระยะเวลาในการบำบัดทางปัญญาและพฤติกรรม

3. การบำบัดทางปัญญาและพฤติกรรมในผู้ป่วยโรค PTSD

แนวทางการบำบัดทางปัญญาและพฤติกรรมในผู้ป่วยโรค PTSD

หลักการทั่วไปของวิธีการบำบัดทางปัญญาและพฤติกรรมในผู้ป่วยโรค PTSD

การให้คำปรึกษาการบำบัดทางปัญญาและพฤติกรรมอย่างมีโครงสร้าง

ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางจิตใจภายหลังได้รับอันตราย (Post-Traumatic Stress Disorder : PTSD)

ความหมาย

Post-Traumatic Stress Disorder หรือในชื่อย่อว่า PTSD นั้น ยังไม่มีชื่อภาษาไทย ที่ได้รับการบัญญัติศัพท์อย่างเป็นทางการ แต่ American Psychiatric Association (2000) ให้ความหมายไว้ว่า เป็นเหตุการณ์ต่างๆ ซึ่งเป็นอันตรายต่อชีวิตหรือทำให้เกิดการบาดเจ็บรุนแรง ก่อให้เกิดความกลัว ความรู้สึกหมดหวัง และความหวาดกลัวหรือหวาดหวั่น ขึ้นในชีวิตของบุคคล

Andreasen & Black (2006) กล่าวว่า ความผิดปกติทางจิตใจภายหลังได้รับ ภัยอันตราย เป็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นกับบุคคลที่ประสบกับเหตุการณ์ที่รุนแรง คุกคามต่อความมั่นคง สมบูรณ์ หรือคุกคามต่อชีวิต ทั้งจากการเป็นพยานรู้เห็นในเหตุการณ์ของบุคคลอื่นหรือประสบกับ เหตุการณ์นั้นๆขึ้นกับตนเอง

ส่วนกรมสุขภาพจิต (2550) ให้ความหมายว่า เป็นโรคเครียดภายหลังประสบ เหตุการณ์สะเทือนขวัญที่กระทบกระเทือนถึงความมั่นคงปลอดภัยในชีวิต ทำให้เกิดความสูญเสีย หรือการเปลี่ยนแปลงมากมาย

สรุปได้ว่า Post-Traumatic Stress Disorder : PTSD เป็นความผิดปกติทางจิตใจที่ มีอาการเกิดขึ้นหลังจากที่บุคคล ประสบต่อภาวะที่เป็นเหตุการณ์รุนแรงในชีวิตและ กระทบกระเทือนต่อจิตใจอย่างรุนแรง เช่น เหตุการณ์วาทภัย อุทกภัย การถูกระทำรุนแรงทาง เพศ เป็นต้น

ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางจิตใจภายหลังได้รับภัยอันตราย หมายถึง ผู้ที่ประสบกับ เหตุการณ์ที่รุนแรงในชีวิต และกระทบกระเทือนต่อจิตใจอย่างรุนแรง จนทำให้เกิดอาการผิดปกติ ทางด้านจิตใจตามมา เช่น เกิดความรู้สึกวิตกกังวลมาก ซึมเศร้า กลัว หวาดผวา ตกใจง่าย คิด หมกมุ่นในเรื่องที่เกิดขึ้นตลอดเวลา เป็นต้น

ประเภทของภัยพิบัติหรือภัยอันตราย (Traumatic events)

ภัยพิบัติหรือเหตุการณ์รุนแรงที่ทำให้เกิดความผิดปกติทางจิตใจภายหลังได้รับ ภัยอันตรายได้นั้น เป็นเหตุการณ์รุนแรงที่นอกเหนือจากเหตุการณ์ความเครียดที่พบในชีวิตประจำวัน และมีลักษณะที่กดดัน ก่อให้เกิดความเจ็บปวด ทุกข์ทรมาน คุกคาม หรือเป็นความหายนะต่อชีวิต ของบุคคล เกิดขึ้นได้ทั้งจากการกระทำของบุคคลและเหตุการณ์แวดล้อม จนทำให้เกิดความกลัว ความหวาดหวั่น อย่างรุนแรง และความรู้สึกหมดหนทางช่วยเหลือ หรือหมดหวัง (พนม เกตุมาน, 2548 และธนชัย คงสกันธ์, 2548) แบ่งออกเป็น 2 ประเภทใหญ่ๆ คือ

1. เหตุการณ์ที่เกี่ยวข้องกับความรุนแรงระหว่างบุคคล (interpersonal violence) ซึ่งเป็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นจากการกระทำของบุคคลที่มีต่อบุคคล ได้แก่ การถูกทำร้าย (ทั้งทางร่างกาย ทางเพศ การถูกปล้น หรือชิงทรัพย์) การถูกลักพาตัว การถูกจับเป็นตัวประกันหรือเรียกค่าไถ่ การสู้รบในสงคราม การโจมตีของผู้ก่อการร้าย (การก่อวินาศกรรมรูปแบบต่างๆ) การทนทุกข์ทรมาน หรือถูกทรมาน การเป็นนักโทษสงครามหรืออยู่ในค่ายกักกัน

2. เหตุการณ์ที่เกี่ยวข้องกับอุบัติเหตุหรือวินาศภัยซึ่งเป็นอันตรายถึงแก่ชีวิต ทั้งที่เกิดจากน้ำมือมนุษย์ด้วยกันเองหรือเกิดขึ้นจากธรรมชาติ ได้แก่ การเกิดภัยพิบัติทางธรรมชาติหรือจากการกระทำของมนุษย์ เช่น โรงแรมถล่มเพลิงไหม้ พายุ น้ำท่วมฉับพลันอันเนื่องมาจากการตัดไม้ทำลายป่า ได้รู้เห็นความตายของคนอื่น หรืออาจได้เห็นผู้อื่นบาดเจ็บและเสียชีวิต แต่ตนเองรอดชีวิตมาได้ การเกิดอุบัติเหตุทางรถยนต์ที่รุนแรง การป่วยด้วยโรคที่ร้ายแรงถึงชีวิต เช่น โรคมะเร็ง โรคเอดส์ (DSM - IV, 2000 ; อินทรา ปัทมินทร, 2540-2541 และธนชัย คงสกันธ์, 2548)

ปฏิกิริยาต่อเหตุการณ์ดังกล่าวหากเกิดขึ้นทันทีหลังจากเกิดเหตุการณ์ หรือบางรายค่อย ๆ เกิดขึ้นภายใน 1 เดือน และอาการค่อย ๆ ดีขึ้น 1-2 สัปดาห์ เรียกว่า โรคเครียดเฉียบพลัน (Acute stress disorder : ASD) กรณีที่เกิดอาการหลังจากเกิดเหตุการณ์ตั้งแต่ 1 เดือนขึ้นไป เรียกว่า ความผิดปกติทางจิตใจภายหลังได้รับภัยอันตราย (Post-Traumatic Stress Disorder : PTSD) ส่วนใหญ่อาการจะค่อย ๆ ดีขึ้น ส่วนน้อยที่มีอาการเรื้อรังเป็นปีๆ จนกระทั่งมีปัญหาในการปรับตัวและมีการเปลี่ยนแปลงในบุคลิกภาพ (Yehuda & Davidson, 2000 ; พนม เกตุมาน, 2548; กรมสุขภาพจิต, 2550)

ปัจจัยเสี่ยงที่ส่งผลให้เกิด PTSD

จากการศึกษาทำให้ทราบว่า ปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญของการเกิดความผิดปกติทางจิตใจภายหลังได้รับภัยอันตราย คือ ปัจจัยทางด้านจิตใจที่เกี่ยวข้องกับเหตุการณ์ที่รุนแรงที่ทำให้เกิดความเครียดจนนำไปสู่ความผิดปกติทางจิตใจภายหลังได้รับภัยอันตรายได้ เช่น วินาศภัยหรือภัยธรรมชาติ ทหารผ่านศึก ดิกล่ม หรือรถไฟชนกัน เป็นต้น (ปราโมทย์ สุคนิชย์ และมานิช หล่อตระกูล , 2540)

นอกจากนี้ยังพบปัจจัยเสี่ยงอื่นที่ส่งผลให้บุคคลมีโอกาสเจ็บป่วยด้วยโรคนี้มากขึ้น ได้แก่ ผู้ที่มีประวัติเคยเป็น Post-Traumatic Stress Disorder มาก่อน (Hollander & Simeon , 2003) อายุขณะประสบกับเหตุการณ์ โดยพบว่าเด็ก วัยรุ่นและผู้สูงอายุมีความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยด้วยโรคนี้มากกว่าวัยอื่น เนื่องจากความสามารถในการจัดการแก้ไขปัญหามีน้อย (กรมสุขภาพจิต, 2550) ผู้หญิงมีโอกาสเป็นโรคนี้ได้มากกว่าผู้ชาย เนื่องจากมีความเครียดได้ง่ายกว่า (กรม

สุขภาพจิต, 2549) บุคคลที่มีโรคทางจิตเวชอยู่ก่อน เช่น มีบุคลิกภาพที่ผิดปกติ ได้แก่ ผู้ที่วิตกกังวลง่าย มีอารมณ์ไม่มั่นคง มีบุคลิกภาพชนิดต่อต้านสังคม หวาดระแวง หรือฟุ้งฟิง (Sadock และ Sadock, 2003) เคยเป็นโรควิตกกังวล การพลัดพรากในวัยเด็ก (separation anxiety) บุคคลที่มีระดับสติปัญญาต่ำจะมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคได้มากกว่า เนื่องจากบุคคลดังกล่าวขาดความสามารถ ที่จะจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้น (กรมสุขภาพจิต, 2550) และขาดความช่วยเหลือหรือขาดกำลังใจ ในขณะที่บุคคลนั้นๆ เผชิญกับเหตุการณ์ (สมภพ เรื่องตระกูล, 2549 ; กรมสุขภาพจิต, 2550) นอกจากนี้ พบว่าบุคคลที่มีระดับฐานะทางเศรษฐกิจและสังคมต่ำจะมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคได้มากขึ้น เนื่องจากบุคคลเหล่านี้มักจะไม่สามารถได้รับการดูแลเอาใจใส่ และมีโอกาสพุดถึงปัญหาหรือระบายความเจ็บปวดของตนเองได้น้อย (สมภพ เรื่องตระกูล, 2549 ; กรมสุขภาพจิต, 2550)

อาการและอาการแสดงของผู้ป่วย PTSD

หลังจากที่บุคคลประสบกับเหตุการณ์รุนแรงหรือเหตุการณ์ที่คุกคามต่อชีวิต จิตใจจะเกิดการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วและรุนแรง ซึ่งจะแตกต่างกันไปตามวัย ในวันแรกๆ ผู้ป่วยจะมีอาการช็อคทางจิตใจ โดยมีอาการเฉื่อยเฉื่อย อารมณ์เฉยชา ไม่แจ่มใสร่าเริงเหมือนเดิม มึนงง สับสน ขาดการตอบสนอง เกิดความเครียดอย่างต่อเนื่องและตนเองไม่สามารถควบคุมให้สงบลงได้ จนเกิดกลุ่มอาการผิดปกติหลักๆ ได้ 3 ประการ คือ Re-experiencing, Avoiding และ Hyperarousal ดังนี้

1. อาการรู้สึกเหมือนตกอยู่ในเหตุการณ์นั้นอีกครั้ง (Re-experiencing symptoms) ผู้ป่วยจะหวาดคิดถึงเหตุการณ์นั้นซ้ำๆ โดยไม่สามารถควบคุมได้ มีอาการฝันร้ายบ่อยขณะหลับ หวาดกลัวและตกใจขึ้นมาเอง มีพฤติกรรมหรือความรู้สึกว่าเหตุการณ์นั้นกำลังจะเกิดขึ้นอีกครั้ง บางรายเห็นภาพหรือได้ยินเสียงเหตุการณ์ร้ายนั้นซ้ำๆ (flashback) และรู้สึกเหมือนว่าตัวเองกำลังตกอยู่ในเหตุการณ์นั้นจริงๆ มีความรู้สึกไม่สบายใจอย่างรุนแรงเมื่อต้องเผชิญกับเหตุการณ์ที่คล้ายๆ กัน แม้จะเป็นเพียงเหตุการณ์หรือสิ่งกระตุ้นเพียงเล็กน้อยก็ตาม เช่น ได้ยินเสียงคลื่น เสียงน้ำ เสียงคนร้องตะโกนดังๆ ในกรณีที่เคยประสบกับเหตุการณ์ภัยพิบัติที่รุนแรง หรือผู้หญิงที่เคยถูกข่มขืนในลิฟต์ เมื่อพบเห็นหรือต้องเดินผ่านลิฟต์อีกครั้ง จะเกิดความรู้สึกหวาดกลัวหรือไม่สบายใจอย่างรุนแรงขึ้นมาโดยไม่สามารถควบคุมได้ หลายคนจะรู้สึกผิดที่ตนเองรอดชีวิต (Survival Guilt) จากเหตุการณ์รุนแรงนั้นมาได้ ในขณะที่ผู้อื่นที่อยู่ในเหตุการณ์เดียวกันเสียชีวิต เป็นต้น ซึ่งการหวาดคิดถึงเหตุการณ์นี้ จะมีความสัมพันธ์ต่อการเกิดอาการทางกาย เช่น เหงื่อออกมาก หายใจสั้น ใจสั่น มือสั่น และหวาดวิตก

2. อาการกลัวและหลีกเลี่ยง (Avoiding symptoms) ผู้ป่วยจะพยายามหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้นซึ่งเกี่ยวกับเหตุการณ์นั้นอยู่ตลอดเวลา โดยพยายามไม่คิด ไม่รู้สึกหรือไม่พูดคุยเกี่ยวกับเหตุการณ์นั้นอีก รวมทั้งหลีกเลี่ยงกิจกรรม สถานที่ หรือบุคคลที่กระตุ้นให้นึกถึงเหตุการณ์นั้นด้วย เช่น กลัวคลื่น กลัวเสียงคลื่น กลัวทะเล กลัวชายหาด หรือในผู้ที่เคยถูกข่มขืนจะไม่กล้าเผชิญหน้าหรือไม่กล้าชี้ตัวผู้กระทำ ไม่กล้าเข้าไปในที่ที่เกิดเหตุ เป็นต้น นอกจากนี้ ผู้ป่วยอาจลืมเหตุการณ์ตอนสำคัญๆที่เกิดขึ้น มีปฏิกิริยาต่อสิ่งแวดล้อมน้อยลง เฉยชา พยายามแยกตัวจากผู้อื่น ห้างเหิน หรือขาดความเป็นมิตร สนทนากับคนที่เคยรู้จัก หดความสนใจในกิจกรรมสนุกสนานที่เคยชอบมาก่อน และขาดความสนใจในการดำเนินชีวิต เช่น ไม่สนใจว่าจะทำอะไร ไรในชีวิต เป็นต้น

3. มีภาวะตื่นตัวสูงหรือตกใจและหวาดกลัวมากเกินไป (Hyperarousal symptoms) ผู้ป่วยจะมีภาวะตื่นตัวสูงผิดปกติ ตื่นเต้นตกใจง่าย หวาดผวาง่าย กังวลง่ายกว่าปกติ เช่น ไม่มีสมาธิ ย้ำคิดย้ำทำ หงุดหงิด ฉุนเฉียวและโกรธง่าย ตกใจกลัวเกินความเป็นจริง นอนหลับยากหรือนอนไม่หลับ อาจมีอาการแปรปรวน ร้องไห้ และไม่สามารถควบคุมตนเองได้ (DSM-IV, 2000; ประเสริฐ พลิตผลการพิมพ์ และคณะ, 2548; พนม เกตุมาน, 2548; เบญจพร ปัญญาขง, 2548 และ กรมสุขภาพจิต, 2550)

ระยะของการดำเนินโรคของผู้ป่วย PTSD

การดำเนินโรคของผู้ป่วยแต่ละคนจะมีความแตกต่างกันไปขึ้นอยู่กับระยะเวลาของการเจ็บป่วย ซึ่งแบ่งได้เป็น 3 ระยะ คือ Acute, Chronic และ Delayed

Acute Post-Traumatic Stress Disorder ผู้ป่วยมักมีอาการเห็นภาพเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นซ้ำๆ ตื่นกลัว (hyperarousal) และมีปัญหาการนอนหลับ เกิดอาการนานน้อยกว่า 3 เดือน

Chronic Post-Traumatic Stress Disorder ผู้ป่วยมักจะแยกตัว เก็บกด ซึมเศร้า และ dissociation โดยมีอาการอย่างน้อย 3 เดือนขึ้นไป

Delayed Post-Traumatic Stress Disorder ผู้ป่วยจะมีอาการป่วยปรากฏให้เห็นช้ามากคือเริ่มมีอาการภายหลังจากเหตุการณ์ผ่านไปแล้วเป็นเวลานานอย่างน้อย 6 เดือน (พนม เกตุมาน, 2548)

โรคทางจิตเวชร่วม (Co-morbidity) ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย PTSD

โรคทางจิตเวชร่วม เป็นโรคความผิดปกติทางจิตเวชอื่นที่พบร่วมกับความผิดปกติทางจิตใจภายหลังได้รับภัยอันตราย อาจเกิดขึ้นใกล้เคียงกับช่วงที่เกิดเหตุการณ์รุนแรง หรือเกิดความ

ผิดปกติตามมาภายหลังจากเกิดเหตุการณ์ ได้แก่ โรควิตกกังวล โรคซึมเศร้า โรคแพนิค โรคกลัวสังคม โรคย้ำคิดย้ำทำ ภาวะติดสุราและสารเสพติด (รณชัย คงสกนธ์, 2548 และ เบญจพร ปัญญา, 2548) ความผิดปกติร่วมที่เกิดขึ้นดังกล่าวนี้อาจบ่งชี้อาการที่แท้จริงของความผิดปกติทางจิตใจภายหลังได้รับภัยอันตรายของผู้ป่วย ทำให้แพทย์วินิจฉัยโรคได้ไม่ถูกต้อง ส่งผลให้อาการของความผิดปกติทางจิตใจภายหลังได้รับภัยอันตรายมีความรุนแรงและเรื้อรังมากขึ้น ยากต่อการรักษา โดยผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางจิตใจภายหลังได้รับภัยอันตราย ที่มีอาการเรื้อรังจะมีอาการเข้าได้กับการวินิจฉัยโรคจิตเวชอื่น ๆ ใน Axis I (โรคหรือกลุ่มอาการหลักของโรคทางจิตเวชที่ตรวจพบในปัจจุบัน) ได้ร้อยละ 80-85 (Creamer & O'Donnell อ้างใน พิเชฐ อุดมรัตน์ และ ศิริเพ็ญ เชาว์ศิลป์, 2547; พนม เกตุมาน, 2548 และ เบญจพร ปัญญา, 2548)

การประเมินผู้ป่วย PTSD

ปฏิกิริยาทางจิตใจที่เกิดขึ้นกับบุคคลหลังเกิดเหตุการณ์ภัยพิบัติหรือภัยอันตรายต่างๆ จะส่งผลให้บุคคลต้องประสบกับความทุกข์ทรมานอย่างต่อเนื่องและอาจกลายเป็นโรคทางจิตเวชที่เรื้อรังตามมา การใช้แบบประเมินภาวะทางจิตใจภายหลังได้รับผลกระทบจากเหตุการณ์ จะเป็นประโยชน์ต่อผู้รักษา อีกทั้งยังทำให้เกิดความแม่นยำในการประเมินอาการของผู้ป่วยดีขึ้น (รณชัย คงสกนธ์, 2548) ช่วยให้วินิจฉัยโรคได้อย่างทันทั่วถึง และให้การดูแลช่วยเหลืออย่างเหมาะสม เพื่อช่วยบรรเทาอาการทางจิตใจเบื้องต้นและช่วยฟื้นฟูสภาพจิตใจให้กลับคืนสู่ภาวะปกติ ในกรณีที่พบความรุนแรง หรือมีความซับซ้อนของอาการ ได้รับการส่งต่อเพื่อการรักษาโดยผู้เชี่ยวชาญต่อไป

การประเมินผู้ป่วยโดยใช้แบบประเมินความผิดปกติทางจิตใจภายหลังได้รับภัยอันตราย มีหลายแบบ แต่ที่นิยมใช้มีดังนี้

1) แบบประเมินความเสี่ยงหลังภัยพิบัติ เป็นแบบคัดกรองเบื้องต้นของกรมสุขภาพจิต ประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 7 ข้อ ใช้ประเมินอารมณ์ ความรู้สึกหลังประสบภัยพิบัติในช่วงแรก เพื่อให้การดูแลช่วยเหลือในระยะเร่งด่วน (กรมสุขภาพจิต, 2549)

2) Tsunami impact event scale : TIES (แบบประเมินตนเองถึงผลกระทบของเหตุการณ์สึนามิต่อสภาพจิตใจ) เป็นแบบคัดกรองเบื้องต้น (screening test) จำนวน 15 ข้อ ที่พิเชฐ อุดมรัตน์ ปรับปรุงมาจากแบบทดสอบ Impact Event Scale ฉบับภาษาไทยที่แปลโดยสาวตรี อัยฉะกรชัย (พิเชฐ อุดมรัตน์, 2548) ใช้สำหรับประเมินสภาพจิตใจของบุคคลภายหลังประสบเหตุการณ์สึนามิ เพื่อหาแนวทางให้ความช่วยเหลือต่อไป

3) แบบสำรวจสภาวะสุขภาพจิตหลังภาวะวิกฤตภัยพิบัติ (GHQ - 12 Plus - R) เป็นแบบที่กรมสุขภาพจิตใช้อยู่ในปัจจุบัน ประกอบด้วยข้อคำถาม 5 ส่วน จำนวน 27 ข้อ ได้แก่ ส่วนที่ 1 GSQ 12 มีข้อคำถาม จำนวน 12 ข้อ สอบถามถึงสุขภาพทั่วไปของผู้ประสบภัยพิบัติในช่วงเวลา 2-3 สัปดาห์ที่ผ่านมา โดยถามถึงความคิด ความรู้สึก และการใช้ชีวิตประจำวัน ทั่วไปว่าผิดปกติไปจากก่อนประสบภัยพิบัติหรือไม่ ส่วนที่ 2 PTSD Screening Test มีข้อคำถาม 8 ข้อ สอบถามถึงความคิด ความรู้สึก พฤติกรรม ที่เกิดขึ้นกับผู้ประสบภัยพิบัติ ซึ่งเป็นปัญหาที่นำไปสู่อาการผิดปกติทางจิตใจ ที่พบในช่วง 2-3 สัปดาห์ที่ผ่านมา ส่วนที่ 3 Suicidal Idea Screening Test มีข้อคำถาม 1 ข้อ สอบถามถึงความคิดอยากฆ่าตัวตาย ซึ่งถือเป็นความผิดปกติทางจิตใจที่ต้องได้รับการช่วยเหลืออย่างเร่งด่วน ส่วนที่ 4 ผลกระทบที่มีความรุนแรง (Social-Occupational Functioning Impact Screening Test) มีข้อคำถาม 1 ข้อ สอบถามถึงผลกระทบจากความคิด ความรู้สึก พฤติกรรม อาการทางจิตที่เป็นปัญหาลำบากนำไปสู่ความผิดปกติทางจิตใจที่มีผลกระทบต่อการใช้ชีวิตและการประกอบกรงานอย่างรุนแรง ส่วนที่ 5 Alcohol Screening Test มีข้อคำถาม 5 ข้อ สอบถามถึงการเคยดื่ม Alcohol ในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา (เบญจพร ปัญญาฯ, 2548 และกรมสุขภาพจิต, 2550)

ผลกระทบของโรค PTSD

ความผิดปกติทางจิตใจภายหลังได้รับภัยอันตราย (PTSD) จะส่งผลกระทบต่อตัวบุคคล ต่อครอบครัว และต่อชุมชน ที่แตกต่างกันไป ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับบุคลิกภาพส่วนตัว ความคิด ความเข้าใจ การรับรู้ของแต่ละบุคคล และความรุนแรงของเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น ดังนี้

ผลกระทบต่อตัวบุคคล

หลังจากที่ผู้ป่วยประสบกับเหตุการณ์สะเทือนใจหรือภัยอันตรายแล้ว ภาพเหตุการณ์ที่ได้รับนั้นยังไม่เลือนหายไป หากแต่ภาพเหตุการณ์ดังกล่าวจะผ่านเข้ามาทางความคิดของผู้ป่วยเป็นระยะๆ ซึ่งเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถลืมได้ ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานใจอยู่ตลอดเวลา จนรบกวนการดำเนินชีวิตประจำวัน การเรียนและการทำงาน ตลอดจนการสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่นเป็นอย่างมาก บางคนแก้ปัญหาด้วยการหันเข้าหาสุรา ยาเสพติด เพื่อให้ลืมความเจ็บปวด ทุกข์ทรมาน บางคนมีอาการแปรปรวน ซึมเศร้า อาจคิดฆ่าตัวตาย ตลอดจนมีการรับรู้ที่เปลี่ยนไป เช่น สับสน มึนงง สมาธิและการตัดสินใจไม่ดี เป็นต้น (รณชัย คงสกนธ์, 2548)

ผลกระทบต่อครอบครัว

สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยจะเกิดความตึงเครียด วิตกกังวล และเกิดความทุกข์ทางจิตใจที่ได้พบเห็น อาจเกิดปัญหาเรื่องสัมพันธ์ภาพกับสมาชิกในครอบครัวและหากเกิดขึ้นกับคู่ครอง จะทำให้เกิดปัญหาในชีวิตสมรส และนำมาซึ่งการหย่าร้างได้ (สมภพ เรื่องตระกูล, 2542) ในกรณีที่เหตุการณ์รุนแรงนั้นเกิดขึ้นจากการกระทำของสมาชิกในครอบครัว อาจเกิดความขัดแย้งและไม่ไว้วางใจซึ่งกันและกันระหว่างสมาชิกในครอบครัว เป็นภาระในการเฝ้าระวังดูแลเรื่องของความปลอดภัย เช่น ผู้ป่วยอาจคิดทำร้ายตนเอง และหากผู้ป่วยเป็นหัวหน้าครอบครัวอาจเกิดปัญหาทางเศรษฐกิจตามมาได้ (กรมสุขภาพจิต, 2550)

ผลกระทบต่อชุมชน

ในกรณีที่ผู้ป่วยอยู่ในชุมชน จะส่งผลกระทบในด้านของสัมพันธ์ภาพและความไว้วางใจของคนในชุมชน เนื่องจากผู้ป่วยมักแยกตัวเอง ขาดการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นในชุมชน ในผู้ป่วยบางรายที่แก้ปัญหาด้วยการหันไปใช้สุรา ยาเสพติดเพื่อช่วยบรรเทาความทุกข์ทรมานทางจิตใจจากเหตุการณ์รุนแรง จนกลายเป็นคนติดสุรา ยาเสพติดอย่างรุนแรงและเรื้อรัง อาจเกิดปัญหาเรื่องการทะเลาะวิวาท ลักขโมย ทำให้เกิดความหวาดระแวง ไม่มั่นคงปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สินได้ (ประเสริฐ ผลิตผลการพิมพ์, 2548) และหากชุมชนใดมีผู้ป่วยได้รับอุบัติเหตุหรือเหตุการณ์ที่รุนแรงเป็นจำนวนมาก เช่น เหตุการณ์อุทกภัย อุบัติภัยหมู่ เกิดการจลาจล หรือถูกวางระเบิด จะทำให้การทำหน้าที่ทางสังคมตลอดจนวิถีชีวิตของคนในชุมชนเปลี่ยนแปลงไป เช่น คนในชุมชนไม่สามารถให้ความช่วยเหลือซึ่งกันและกันได้ ต้องพึ่งพามูลจากชุมชนอื่นหรือหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้อง มีปัญหาทางด้านเศรษฐกิจจากการที่คนในชุมชนไม่สามารถประกอบอาชีพได้ นอกจากนี้ยังเกิดปัญหาทางด้านการควบคุมอาชญากรรม ส่งผลให้เกิดความขัดแย้งหรืออาจทำร้ายร่างกายซึ่งกันและกันได้ เป็นต้น

การบำบัดรักษาผู้ป่วย PTSD

การรักษาผู้ป่วยโรค PTSD ขึ้นอยู่กับอาการของผู้ป่วย ที่มีความแตกต่างกันไป โดยเป้าหมายของการบำบัดรักษาผู้ป่วยประกอบด้วย 2 ส่วน คือ ลดอาการทางกายและพฤติกรรม และการปรับเปลี่ยนความคิดของผู้ป่วยที่มีต่อเหตุการณ์ (เรนชัย คงสกนธ์, 2548) สำหรับแนวทางการบำบัดรักษาผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางจิตภายหลังจากได้รับภัยอันตรายนั้นแบ่งออกเป็น 2 หลักใหญ่ๆ ด้วยกัน คือ การรักษาด้วยยา และการรักษาที่ไม่ต้องใช้ยา ดังนี้

การรักษาด้วยยา

เป็นการช่วยลดอาการทางกายและพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ป่วย เช่น ความวิตกกังวล ความกลัว ความคิดฆ่าตัวตาย เป็นต้น ซึ่งยาที่นำมาใช้รักษาผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางจิตใจภายหลังอันตราย ได้แก่

1. ยารักษาอาการเศร้าในกลุ่ม SSRI (Selective Serotonin Reuptake Inhibitors) เช่น fluoxetine ใช้รักษาโรคนี้ได้ดีโดยเฉพาะอาการหวนระลึกถึงเหตุการณ์ที่ทำให้เกิดความทุกข์ทรมานใจจะลดน้อยลง และยังช่วยรักษาอาการซึมเศร้าด้วย
2. ยา Mood stabilizer เช่น Valproic acid ช่วยให้อาการโกรธ หงุดหงิด กระวนกระวาย โมโหง่ายทุเลาลง
3. ยา propranolol ใช้รักษาภาวะตื่นตัวสูง
4. ยากล่อมประสาท รักษาอาการวิตกกังวล นอนไม่หลับ ควรให้ในช่วงสั้นๆ เพราะอาจทำให้ติดยาได้ (พนม เกตุมาน, 2548 และ รณชัย คงสกนธ์, 2548)

การรักษาที่ไม่ต้องใช้ยา

เป็นการปรับเปลี่ยนความคิดของผู้ป่วยที่มีต่อเหตุการณ์ ให้เหมาะสมตามความเป็นจริงที่เกิดขึ้นในปัจจุบัน ได้แก่

1. การทำจิตบำบัด เป็นการบำบัดรักษาทางด้านจิตใจ โดยการอธิบายให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจเกี่ยวกับสาเหตุ อาการและการดำเนินโรค ตลอดจนผลของการรักษา รับฟังความรู้สึกต่างๆ ของผู้ป่วยด้วยท่าทีเห็นใจ เข้าใจ ให้กำลังใจและให้ความมั่นใจว่าอาการจะหายได้ จะช่วยทำให้ความวิตกกังวลลดลง และผู้ป่วยรู้สึกสบายใจขึ้น (อำไพวรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์, 2543 และ สมภพ เรืองตระกูล, 2549) รูปแบบของการรักษาที่ไม่ต้องใช้ยา มีดังนี้

1.1 Trauma-focused therapy เป็นการสำรวจและพูดคุยกันในเรื่องเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น แนะนำการผ่อนคลาย (relaxation) การฝึกให้เผชิญกับสิ่งที่ทำให้ตื่นกลัวหรือก่อให้เกิดความกังวล (desensitization/exposure techniques) แก้ไขความคิดและความเชื่อที่ผิดเกี่ยวกับอาการหรือเหตุภัยพิบัตินั้น ฝึกให้ควบคุมความคิด ความรู้สึก อารมณ์ และพฤติกรรมของตนเองได้ แก้ไขพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญกับเหตุการณ์ ผู้คน วัตถุสิ่งของ หรืออารมณ์ที่เกี่ยวข้องกับเหตุการณ์ในอดีตได้ (พนม เกตุมาน, 2548 ; รณชัย คงสกนธ์, 2548 และ Coffey et al, 2005)

1.2 Cognitive behavior therapy เป็นการแก้ไขการนึกคิดและพฤติกรรม โดยการปรับเปลี่ยนความคิด ความเชื่อที่ไม่สมเหตุสมผล โดยเฉพาะความรู้สึกผิดที่ไม่เป็นจริงซึ่ง

รบกวนหน้าทีการทำงานและการดำเนินชีวิตในปัจจุบัน ให้กลับมาีความสมคูลของอารมณ์ ความคิด หรือความเชื่อที่ถูกต้อง (Marks et al, 1998)

1.3 การรักษาแบบอื่นๆ ได้แก่ Family therapy, Trauma-focused parental therapy ที่สำรวจและแก้ไขที่จิตใจ อารมณ์ของพ่อแม่และวิธีการที่เหมาะสมของพ่อแม่ที่จะช่วยเหลือเด็ก

1.4 กลุ่มบำบัดแบบช่วยเหลือกัน เช่น กลุ่มบำบัดชนิดที่ผู้ป่วยที่มีปัญหาเดียวกันช่วยเหลือกันเองในกลุ่ม เช่น กลุ่มผู้ป่วยดิดาเสพติด กลุ่มผู้ป่วยเอดส์

1.5 การบำบัดแบบผสมผสาน โดยการใช้วิธีการรักษาแบบต่างๆ มาใช้ร่วมกัน เช่นการรักษาผู้ป่วยด้วยยาาร่วมกับการทำจิตบำบัดแบบการบำบัดทางปัญญาและพฤติกรรม เป็นต้น (พนม เกตุมาน, 2548)

ระยะเวลาที่ใช้ในการทำจิตบำบัด “สำหรับผู้ป่วย Post-Traumatic Stress Disorder แบบเฉียบพลัน (acute) จะใช้เวลา 3 เดือน และ booster session ทุก 2-4 สัปดาห์ ถ้าเป็นแบบเรื้อรัง (chronic) จะใช้เวลา 6 เดือน และ booster session ทุก 2-4 สัปดาห์” (รณชัย คงสกนธ์, 2548 : 90)

2. พฤติกรรมบำบัด (Behavior Therapy) เป็นวิธีที่มุ่งไปทีการควบคุมและเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเป็นหลัก รูปแบบของการทำพฤติกรรมบำบัด (จันทิมา องค์กรโฆยิต, 2547) ได้แก่

2.1 EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing) เป็นการบำบัดที่ช่วยทำให้เกิดความสงบในตนเอง โดยใช้หลักการของความเชื่อมโยงระหว่างการเคลื่อนไหวของลูกตาไป-มากับการลดความคิดในด้านลบด้วยการกระตุ้นด้วยเสียง การแตะหรือเคาะเบาๆ (tapping) ซึ่งการกระตุ้นเหล่านี้จะช่วยให้สมองเกิดการประมวลข้อมูลใหม่ เหมือนช่วงที่เราฝันในขณะหลับ ช่วยทำให้ข้อมูลประสบการณ์ที่ทำให้เกิดความทุกข์ทรมานทางจิตใจที่เคยแยกส่วนไม่ปะติดปะต่อ กลับมาปรากฏชัดเจนอีกครั้ง (กรมสุขภาพจิต, 2550 และ Shapiro, 2001)

2.2 Prolonged exposure therapy เป็นการฝึกให้ผู้ป่วยได้เผชิญหน้ากับเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความกลัวหรือความวิตกกังวล อย่างต่อเนื่องเป็นเวลานานจนหายกลัว หรือนานเกิน 50 นาทีขึ้นไปโดยไม่หนีไปไหน (จันทิมา องค์กรโฆยิต, 2547)

2.3 Relaxation Training คือ วิธีการต่างๆ ที่ฝึกปฏิบัติแล้วทำให้เกิดการผ่อนคลายทั้งร่างกายและจิตใจ ช่วยลดความวิตกกังวลและความตึงเครียด ทำให้จิตใจสงบมีความพร้อมที่จะเรียนรู้สิ่งใหม่ (มานิซ หล่อตระภูล และปราโมทย์ สุกนิษฐ์, 2548) วิธีที่นิยม ได้แก่

2.3.1 การฝึกหายใจ เป็นการสอนวิธีการหายใจเข้าออกลึก ๆ และช้า ๆ อย่างถูกวิธี ด้วยการใช้กล้ามเนื้อกะบังลมบริเวณหน้าท้อง แทนการหายใจโดยใช้กล้ามเนื้อหน้าอก เมื่อเวลาหายใจเข้าหน้าท้องจะขยาย และเวลาหายใจออกหน้าท้องจะแฟบ ทำให้ปอดขยายตัวได้มากขึ้น ร่างกายได้รับออกซิเจนเพิ่มขึ้น ทำให้สดชื่น และเกิดความรู้สึกผ่อนคลาย

2.3.2 การผ่อนคลายกล้ามเนื้อ เป็นการสอนให้ผู้ป่วยฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อต่าง ๆ อย่างเป็นระบบ ด้วยการเกร็งและคลายกล้ามเนื้อสลับกันในช่วงเวลาสั้น ๆ (5 วินาที) ทำเป็นประจำทุกวัน ๆ ละ 30 นาที เพื่อช่วยลดความวิตกกังวลและความเครียด และช่วยให้นอนหลับได้ดีขึ้น (รัชชัย คงสกันธ์, 2548 และ สมภพ เรื่องตระกูล, 2549)

2.3.3 การจินตนาการ เป็นการย้อนระลึกถึงประสบการณ์เดิมในอดีตที่เคยทำให้จิตใจสงบและเป็นสุข เพื่อเบี่ยงเบนความสนใจจากเหตุการณ์ที่ทำให้เกิดความเครียดจนระลึกถึงจิตใจสงบตลบออกจากเหตุการณ์ที่ทำให้เกิดความเครียด ความวิตกกังวลในปัจจุบันเครียดได้ ช่วยเบี่ยงเบนความคิดของผู้ป่วยจากความวิตกกังวลในปัจจุบัน

2.3.4 การทำสมาธิ เป็นการเอาจิตใจไปจดจ่ออยู่กับสิ่งใดสิ่งหนึ่งเพียงอย่างเดียว โดยไม่คิดถึงเรื่องอื่น ช่วยทำให้จิตใจสงบ ความคิดไม่ฟุ้งซ่าน ไม่วิตกกังวล และเกิดความผ่อนคลาย (กรมสุขภาพจิต, 2546)

3. การจัดการแก้ไขเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อม โดยการปรับเปลี่ยนที่อยู่อาศัยใหม่ ให้มีความมั่นคง ปลอดภัย และการจัดการระบบการดูแลในระยะยาวต่อไปโดยการให้ความรู้แก่ผู้ป่วย หรือผู้เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย ให้รู้ถึงอาการ การดำเนินโรค การรักษา และการพยากรณ์โรค มีระบบการป้องกันการเกิดภัยพิบัติซ้ำ การช่วยเหลือทางกายภาพ การเงิน และการฟื้นฟูชุมชน (พนม เกตุมาน, 2548 : 18-19)

จากการศึกษาในปัจจุบันพบว่า การบำบัดทางปัญญาและพฤติกรรม (Cognitive behavior therapy หรือ CBT) เป็นการบำบัดรักษาที่ส่งผลดีต่อผู้ป่วยวิธีหนึ่ง เนื่องจากการบำบัดที่ช่วยปรับความคิด ความเชื่อที่ไม่สมเหตุสมผล โดยเฉพาะความรู้สึกลึกซึ้งที่ไม่เป็นจริงที่รบกวนหน้าที่การงานและการดำเนินชีวิตในปัจจุบันของผู้ป่วยดังกล่าวให้กลับมา มีความสมดุลของอารมณ์ ความคิดหรือความเชื่อที่ถูกต้อง (กรมสุขภาพจิต, 2550) ในกรณีของผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรง หรือผู้ป่วยสูงอายุ ควรใช้ร่วมกับการรักษาด้วยยา (Conner & Butterfield, 2003) ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้ผู้ศึกษาจึงสนใจศึกษาค้นคว้างานวิจัยเพื่อการสังเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการบำบัดทางปัญญาและพฤติกรรมเพื่อนำมาประยุกต์ใช้ในการช่วยเหลือผู้ป่วยต่อไป

การบำบัดทางปัญญาและพฤติกรรม (Cognitive behavior therapy : CBT)

ความหมายของการบำบัดทางปัญญาและพฤติกรรม

การบำบัดทางปัญญาและพฤติกรรม (Cognitive behavior therapy : CBT) หมายถึงการบำบัดที่มุ่งเน้นการแก้ไขปัญหในปัจจุบันโดยการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมและบิดเบือนหรือเป็นปัญหา ให้เป็นความคิดที่สมเหตุสมผลและเหมาะสมตามสถานการณ์ที่เกิดขึ้นจริง (Beck, 1979)

การบำบัดทางปัญญาและพฤติกรรม เป็นกระบวนการปรับเปลี่ยนความคิด การตีความ การตั้งข้อสันนิษฐาน กลวิธีในการสนองตอบของบุคคล หรือการเปลี่ยนตัวแปรทางปัญญาเพื่อนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมภายนอกที่เหมาะสม (Kazdin , 1978)

การบำบัดทางปัญญาและพฤติกรรม เป็นการนำกระบวนการความคิดมาประยุกต์ใช้โดยช่วยให้ผู้รับการบำบัดได้ปรับเปลี่ยนมุมมองต่อเหตุการณ์หรือสถานการณ์ต่างๆ ที่ตรงกับความเป็นจริงมากยิ่งขึ้น (สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2549)

ดังนั้นอาจกล่าวได้ว่า การบำบัดทางปัญญาและพฤติกรรม (Cognitive behavior therapy : CBT) หมายถึง การบำบัดที่มุ่งเน้นการแก้ไขปัญหในปัจจุบันโดยการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมและบิดเบือนหรือเป็นปัญหา ให้เป็นความคิดที่สมเหตุสมผลและเหมาะสมตามสถานการณ์ที่เกิดขึ้นจริง

ประวัติและความเป็นมาของการบำบัดทางปัญญาและพฤติกรรม

การบำบัดทางปัญญาและพฤติกรรม เป็นรูปแบบหนึ่งของการทำจิตบำบัดที่เริ่มต้นมาจากการบำบัดทางความคิด หรือการบำบัดทางปัญญา (Cognitive therapy) ซึ่งได้ถูกพัฒนาขึ้นในช่วงปลายทศวรรษที่ 1950 โดย Beck จิตแพทย์ผู้เชี่ยวชาญทางจิตวิเคราะห์ชาวอเมริกัน โดย Beck เชื่อว่า อารมณ์ที่ผิดปกติของบุคคลเป็นผลมาจากการบิดเบือนทางความคิด (Cognitive error) หรือการประเมินเหตุการณ์ในชีวิตด้วยความคิดที่ไม่ตรงกับความเป็นจริง และความรู้สึกกับความคิดมีความสัมพันธ์และเสริมแรงซึ่งกันและกัน จึงเป็นผลทำให้เกิดความบกพร่องทางอารมณ์และความคิดมากยิ่งขึ้น แต่หากผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงในด้านความนึกคิดของตัวเองไปในทางที่ดีไปด้วย ก็จะทำให้การรักษาด้วยจิตบำบัดสัมฤทธิ์ผลมากยิ่งขึ้น (Beck, 1971)

จากแนวความคิดและความเชื่อดังกล่าว ทำให้ Beck ได้ทำการพัฒนารูปแบบของการบำบัดรักษาอีกครั้ง โดยนำการรักษาแบบนึกคิดบำบัดและพฤติกรรมบำบัดมาใช้ร่วมกันจนเป็น Cognitive behavior therapy ที่นิยมใช้กันอยู่ในปัจจุบัน ซึ่งแนวคิดนี้เกิดขึ้นตั้งแต่ช่วงต้นศตวรรษ

ที่ 1960 และชัดเจนขึ้นในช่วงปลายศตวรรษที่ 1960 จนถึงต้นศตวรรษที่ 1970 (Kazdin, 1978 และ จันทิมา องค์ไวยิต, 2547)

แนวคิดพื้นฐานของการบำบัดทางปัญญาและพฤติกรรม

อารมณ์ที่ผิดปกติของบุคคล เป็นผลมาจากการบิดเบือนทางความคิด หรือการประเมินเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นด้วยความคิดที่ไม่ตรงกับความเป็นจริง ซึ่งความรู้สึก อารมณ์ และความคิดมีความเกี่ยวข้องสัมพันธ์กัน และมักจะเสริมแรงซึ่งกันและกัน จึงส่งผลให้เกิดความบกพร่องทางอารมณ์และความคิดมากขึ้น (Beck, 1971) ถ้าสามารถปรับเปลี่ยนความคิดได้ อารมณ์และพฤติกรรมของบุคคลย่อมเปลี่ยนแปลงตาม (จันทิมา องค์ไวยิต, 2547) ดังนั้นการบำบัดทางปัญญาและพฤติกรรมจึงเน้นอยู่ที่การเปลี่ยนแปลงทางความคิด เพื่อที่จะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงทางพฤติกรรมนั่นเอง (Mahoney, 1974) โดยมีพื้นฐานความคิดและความเชื่อที่สำคัญอยู่ 3 ประการ คือ 1) การนึกคิด (Cognition) มีผลต่อพฤติกรรม (Behavior) 2) การนึกคิดเป็นสิ่งที่สามารถควบคุมและดัดแปลงได้ และ 3) การปรับเปลี่ยนความคิดจะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมภายนอกไปในทางที่เหมาะสม (Dobson & Block, 1988) สำหรับความคิดที่ทำให้เกิดพยาธิสภาพมีอยู่ 3 ประการ ดังนี้

1. ความคิดอัตโนมัติ (Automatic thoughts)

ความคิดอัตโนมัติเป็นความคิดที่เกิดขึ้นในจิตใจของบุคคลอย่างรวดเร็ว ซึ่งอาจเกิดขึ้นเองหรือเป็นการตอบสนองต่อสิ่งเร้า โดยไม่สามารถบังคับหรือฝืนไม่ให้คิดได้ ซึ่งความคิดอัตโนมัตินี้เป็นต้นเหตุทำให้เกิดความรู้สึกที่ไม่ดี เช่น ความรู้สึกซึมเศร้า ความวิตกกังวลโดยที่บุคคลส่วนมากมักไม่รู้ว่าตนเองกำลังคิดอยู่ ต้องอาศัยการฝึกทักษะจับความคิดของตนเองให้ได้ก่อนที่จะทำการรักษา

2. ความคิดที่บิดเบือนหรือความคิดที่คลาดเคลื่อน (Cognitive distortion หรือ Cognitive errors)

เป็นการแปลความการรับรู้สิ่งต่าง ๆ ในความเป็นจริงที่บิดเบือนไปจนทำให้เกิดการรับรู้หรือความคิดที่คลาดเคลื่อน เป็นความคิดในแง่ลบ ทำให้เกิดความรู้สึกที่ไม่ดีตามมา อันเป็นต้นเหตุของพฤติกรรมที่เป็นปัญหา เช่น ความกลัว ความวิตกกังวล ความท้อแท้ สิ้นหวัง การหลบปัญหา การถอยหนี และทำให้สถานการณ์เลวร้ายมากขึ้น และอาจไปสู่ความคิดฆ่าตัวตายได้ในที่สุด ซึ่งความคิดอัตโนมัติทางด้านลบ (Cognitive error) ที่พบได้บ่อยได้แก่

2.1 ความคิดที่ด่วนสรุปมากเกินไป (emotional reasoning) เป็นความคิดสรุปจากความรู้สึกของตน เช่น เมื่อรู้สึกว้าเหว่ก็สรุปว่าตนเองเป็นคนที่ว้าเหว่ในอนาคต เป็นต้น

2.2 เป็นความคิดที่ไม่แยกแยะเรื่องราว (overgeneralization) โดยมองทุกอย่างรวมเหมือนกันไปหมด เวลาเกิดเหตุการณ์ที่ไม่ดีอย่างหนึ่ง ก็คิดว่าต่อไปจะเกิดเหตุการณ์ที่ไม่ดีขึ้นอีก เช่น การที่เพื่อนคนหนึ่งไม่ชอบตนก็คิดว่าทุกคนไม่ชอบตนไปหมด หรือการได้ฟังข่าวว่าเครื่องบินตกลำหนึ่ง ก็คิดว่าการเดินทางทางอากาศนั้นไม่ปลอดภัยไปหมด เป็นต้น

2.3 คิดโทษว่าตัวเองเป็นต้นเหตุของเรื่องร้าย (personalization) เป็นการแปลเหตุการณ์ สถานการณ์ หรือพฤติกรรมภายนอกที่ไม่เหมาะสมว่าเกิดจากการกระทำของตนเอง เช่น เมื่อลูกเรียนไม่ดีก็คิดโทษตัวเองว่าเป็นแม่ที่ไม่ดี

2.4 มองโลกเป็น 2 ขั้ว อย่างสุดโต่ง เท่านั้น คือ ไม่ดีก็เลย หรือขาวกับดำ (black and white thinking) เมื่อสถานการณ์ไม่สมบูรณ์แบบเต็มร้อย ก็จะเห็นเป็นตรงกันข้ามเป็นความล้มเหลวอย่างสิ้นเชิง เช่น “ฉันอาจเป็นผู้ที่ประสบความสำเร็จ หรือล้มเหลวโดยสิ้นเชิง”

2.5 แปลสถานการณ์หรือเรื่องราวที่เกิดขึ้นให้รุนแรงสุดขีดและเป็นความหายนะ (catastrophising) ทำให้เรื่องทั้งเรื่องแย่ไปหมด เช่น การที่คิดว่าสอบเข้ามหาวิทยาลัยไม่ได้ แปลว่าชีวิตนี้สิ้นหวัง หมดอนาคต เป็นต้น

2.6 การคิดขยายใหญ่โตหรือคิดเป็นเรื่องเล็กเกินความจริง (magnification หรือ minimization) เมื่อตนเองมีข้อผิดพลาดเกิดขึ้นก็คิดจนใหญ่โตเกินความเป็นจริง เช่น คิดว่าตนเองไม่เก่ง เพื่อนร่วมงานทุกคนเก่งกว่าตนเองไปหมด เป็นการขยายความคิดว่าตนเองไม่เก่งจนมองว่าเพื่อนทุกคนเก่งกว่าตน หรือ การสอบได้ถูกมองว่าเป็นการบังเอิญ เพราะตนเองไม่เก่งเลย เป็นความคิดที่ลดความสำคัญของความสามารถของตน เป็นต้น

2.7 คิดบังคับตนเองหรือคาดหวังว่าคนอื่นต้องใช้กฎเกณฑ์เดียวกับตนเอง (should statement) เป็นการคิดที่มีลักษณะบังคับตนเองว่าเรื่องต่างๆ “ควร” หรือ “ต้อง” หรือ “น่าจะต้อง” เป็นไปตามความคาดหวังหรือความปรารถนาของตน เช่น นักดนตรีที่คาดหวังต่อตนเองว่าต้องเล่นเพลงไม่พลาดเลยแม้แต่โน้ตเดียว เมื่อเกิดความผิดพลาดเพียงเล็กน้อยย่อมรู้สึกละอายใจและผิดหวังในตนเอง กรณีที่เป็นความคาดหวังต่อผู้อื่น เช่น คิดว่าลูกต้องสอบเข้ามหาวิทยาลัยได้ เมื่อสอบไม่ได้ตามที่ตนเองหวังก็ผิดหวังและโกรธเคืองลูก

2.8 ความคิดคาดเดาไปล่วงหน้าหรือตีตนไปก่อนไข้ (negative predictions) เป็นการคาดเดาเหตุการณ์ไปในทางลบ เป็นการใช้ความคิดในแง่ร้ายหรือความล้มเหลวในอดีตมาพยากรณ์ว่าจะเกิดความล้มเหลวในสถานการณ์ใหม่ล่วงหน้าอย่างไม่เหมาะสม

2.9 ความคิดเอาเอง (mind reading) เป็นการสรุป หรือการเดาในทางลบ เกี่ยวกับความคิด เจตนา หรือสิ่งที่คลอใจผู้อื่นโดยที่ไม่มีหลักฐานมาสนับสนุน

2.10 ความคิดหลีกเลี่ยงหรือไม่เผชิญความจริง (cognitive avoidance) เป็น ความคิด ความรู้สึก หรือเหตุการณ์ที่ถูกมองว่าไม่ดี เป็นเรื่องรุนแรงและไม่สามารถเอาชนะได้ จึง ต้องมีการปิดบังหรือหลีกเลี่ยงที่จะไม่เผชิญ

2.11 ความคิดที่แปลสิ่งกระตุ้นภายในรุนแรงเกินจริง (somatic (mis) focus) เป็นความ โน้มเอียงที่จะแปลสิ่งกระตุ้นภายในเช่น อัตราการเต้นของหัวใจ อาการใจสั่น วิงเวียน แน่นหน้าอก เป็นอาการบ่งชี้ว่าเกิดเหตุการณ์ที่ร้ายแรงขึ้น เช่น หัวใจวาย หรือ ช็อค เป็นต้น

3. แบบแผนความคิด (Schemata) เป็นสมมติฐานขั้นพื้นฐานของบุคคลที่ทำให้ สามารถคัดกรองและแปลข้อมูลจากสิ่งแวดล้อมได้ การมีแบบแผนความคิดที่ดีจะช่วยให้บุคคลมี การเชื่อมโยงข้อมูลใหม่กับความรู้ที่มีอยู่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ แต่หากแบบแผนความคิดไม่เป็น กลาง จะทำให้มีการแปลสถานการณ์ใหม่ไปในทางลบ คิดว่าเป็นความล้มเหลว ความสูญเสียหรือ อันตรายโดยที่บุคคลนั้นไม่รู้ตัว (จันทิมา องค์โสมยิต, 2547; มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2548 และ สมภพ เรืองตระกูล, 2549)

ลักษณะสำคัญของการบำบัดทางปัญญาและพฤติกรรม

การบำบัดทางปัญญาและพฤติกรรมมีลักษณะสำคัญที่ควรคำนึงถึง ดังต่อไปนี้ (Beck et al, 1979)

1. เน้นความร่วมมือในการบำบัดระหว่างผู้บำบัดและผู้ป่วย โดยผู้ป่วยต้องเข้าใจ และยอมรับในการเป็นสมาชิกของกลุ่มที่จะร่วมกันแก้ไขปัญหา
2. มีการจำกัดระยะเวลาที่ใช้ในการบำบัด โดยการทำข้อตกลงร่วมกัน ขึ้นอยู่ กับภาวะโรคหรือปัญหาของผู้ป่วยแต่ละราย และสนับสนุนให้ผู้ป่วยเกิดการพัฒนาทักษะของการ พึ่งตนเองได้
3. จุดมุ่งหมายในการบำบัด โดยมุ่งความสนใจไปที่ตัวปัญหาและมีการ ตั้งเป้าหมายร่วมกัน
4. มีโครงสร้างและทิศทางของการบำบัดที่ชัดเจน
5. ผู้บำบัดใช้การตั้งคำถามให้ผู้ป่วยเกิดการค้นหาแนวทางการแก้ไขปัญหาที่ เหมาะสมกับตนเองมากกว่าที่จะให้การโน้มน้าวหรือการสอน
6. ผู้ป่วยจะต้องมีการเรียนรู้ถึงโครงสร้างทางความคิดและความเชื่อจากสมมติฐาน ที่สามารถตรวจสอบได้

7. ผู้ป่วยจะต้องมีการเรียนรู้ถึงวิธีการทางความคิดและวิธีการทางพฤติกรรม จะวางแผนเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอย่างไร และจะป้องกันการกำเริบซ้ำของโรคอย่างไร มีการฝึกทักษะที่ต้องได้รับการฝึกปฏิบัติ และการนำไปใช้ในชีวิตประจำวันของผู้รับการบำบัด โดยผ่านกรมอบหมายงานแบบให้การบ้าน

8. การบำบัดทางด้านความคิดและพฤติกรรม เป็นการเปลี่ยนแปลงการคิด อารมณ์ และพฤติกรรม โดยใช้เทคนิคการบำบัดต่าง ๆ หลายเทคนิคเข้ามาประกอบกัน ขึ้นอยู่กับความเหมาะสมกับประเภทผู้ป่วยว่าจะใช้เทคนิคใดตามวัตถุประสงค์ของการบำบัด

ขั้นตอนในการบำบัดทางปัญญาและพฤติกรรม

ขั้นตอนของการบำบัดทางปัญญาและพฤติกรรม ประกอบด้วยวิธีการ 4 ขั้นตอน ดังนี้ (Beck et al, 1979)

1. การหาความคิดอัตโนมัติ (eliciting automatic thoughts) โดยการวิเคราะห์หาข้อความและความคิดอัตโนมัติที่บิดเบือนหรือไปในทางลบของผู้ป่วย (pattern of negative or distorted automatic thoughts) เช่น เดินเข้ามาในห้อง พบเพื่อน ๆ นั่งเงียบ เกิดความคิดและรู้สึกว่าเป็นเพื่อนไม่ชอบตนเอง จากนั้นมอบหมายการบ้านให้ผู้ผู้ป่วยจับความคิดอัตโนมัติที่บิดเบือนหรือไปในทางลบที่ก่อให้เกิดความกลัว ความวิตกกังวลของตนเองให้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้ แล้วบันทึกความคิดที่เกิดขึ้นนั้นไว้ ซึ่งเป็นวิธีการเบื้องต้นในการตรวจสอบ การประเมิน และการปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติในทางลบ

2. การทดสอบว่าความคิดนั้นถูกต้องหรือเป็นไปได้หรือไม่ (testing accuracy and viability) และสามารถเกิดได้จากสาเหตุอื่น หรือมีทางเป็นอย่างอื่นได้อีกหรือไม่ วิธีการนี้เป็นการสะท้อนความคิดให้ผู้ผู้ป่วยเห็นถึงความคิดที่ไม่เหมาะสม ไม่สมเหตุผล และความคิดที่มุ่งแต่จะโทษตัวเอง ช่วยให้ผู้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้และตระหนักถึงความคิดที่ไม่ถูกต้องแล้วเกิดการปรับเปลี่ยนความคิดใหม่

3. การแทนที่ด้วยวิธีการคิดใหม่ที่เหมาะสมตามความเป็นจริง (developing realistic alternatives)

4. การค้นหาแนวทางการแก้ปัญหา เป็นวิธีการที่ช่วยให้ผู้ป่วยมองปัญหาในแง่มุมใหม่ ซึ่งมีลักษณะของการคิด การตีความปัญหา และวิธีการเผชิญปัญหาในแนวทางที่เหมาะสม

ระยะเวลาในการบำบัดทางปัญญาและพฤติกรรม

การใช้การบำบัดทางปัญญาและพฤติกรรมในการดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางจิตใจภายหลังได้รับภัยอันตราย ใช้ระยะเวลาในการบำบัดสัปดาห์ละ 1-2 ครั้ง ครั้งละ 1.5-2 ชั่วโมง สำหรับผู้ป่วยนอก โดยเวลา 2 ชั่วโมงจะเหมาะสมที่สุด ผู้ป่วยไม่เหนื่อยล้าจนเกินไป ทำให้มีความสนใจและให้ความร่วมมือในการบำบัดได้ดี ส่วนผู้ป่วยในอาจให้การรักษารวันละครั้งหรือ 3 ครั้งต่อสัปดาห์ แต่โดยรวมแล้วระยะเวลาของการบำบัดนานประมาณ 3-6 เดือน และมีจำนวนครั้งตั้งแต่ 12-20 ครั้ง (Beck et al 1979 ; มาโนช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2548)

การบำบัดทางปัญญาและพฤติกรรมในผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางจิตใจภายหลังได้รับภัยอันตราย

การบำบัดทางปัญญาและพฤติกรรม เป็นการบำบัดรักษาที่มีประสิทธิภาพวิธีหนึ่งที่ถูกนำมาใช้เพื่อทำลายวงจรทางความคิดที่เป็นลบ ความคิดที่คลาดเคลื่อนจากความเป็นจริง หรือความเชื่อที่ไม่สมเหตุสมผลในผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางจิตใจภายหลังได้รับภัยอันตราย หรือประสบกับเหตุการณ์ที่เลวร้ายหรือกระทบกระเทือนจิตใจอย่างรุนแรง (Post-Traumatic Stress Disorder) จนก่อให้เกิดความทุกข์ทรมาน ความเจ็บปวด ความหวาดหวั่นและวิตกกังวลจนรบกวนหน้าที่การงาน และการดำเนินชีวิตในปัจจุบันของบุคคล ให้กลับมามีความสมดุลของอารมณ์ ความคิดหรือความเชื่อที่ถูกต้อง (Marks et al, 1998) โดยอาศัยหลักการที่ว่า การนึกคิดที่ไม่เหมาะสม (maladaptive) ของผู้ป่วยเป็นสิ่งสำคัญที่ทำให้เกิดอาการทางจิตเวช เช่น อาการซึมเศร้า วิตกกังวล หวาดกลัว หากได้มีการปรับเปลี่ยนความคิดหรือความเชื่อให้ถูกต้อง จะส่งผลให้ผู้ป่วยมีการแสดงออกของพฤติกรรมที่เหมาะสมตามมา นอกจากนี้ การบำบัดทางปัญญาและพฤติกรรมยังช่วยลดความวิตกกังวล ลดภาวะซึมเศร้าในกลุ่มผู้ป่วยที่ประสบกับเหตุการณ์ที่กระทบกระเทือนจิตใจ (Sijbrandij, Olff, Reitsma, Carlier, de Vries, & Gersons, 2007; van Emmerik, Kamphuis & Emmelkamp, 2008) ช่วยทำให้อาการนอนไม่หลับและฝันร้าย ของผู้ป่วยดีขึ้น (Krakow et al, 2001) ช่วยลดอาการทางคลินิกของโรค และลดความผิดปกติร่วมที่เกิดขึ้น ในกลุ่มผู้ที่รอดชีวิตจากอุบัติเหตุทางรถยนต์ (Blanchard et al, 2003) และลดความรุนแรงของโรคในกลุ่มผู้ป่วยที่มีอาการเรื้อรัง (Cottraux et al, 2008) ได้เป็นอย่างดี โดยบางการศึกษาพบว่า หากให้การบำบัดรักษาตั้งแต่ในระยะเดือนแรกๆ ที่เกิดมีภาวะ Post-Traumatic Stress Disorder ขึ้น จะช่วยลดความรุนแรงของการเกิดโรคในผู้ป่วยได้ดีกว่ามาทำในช่วงระยะที่เกิดอาการมานานแล้ว (Bryant, Harvey, Dang, Sackville & Basten, 1998; Scheeringa, Salloum, Arnberger, Weems, Amaya-Jackson & Cohen, 2007 และ

Sijbrandij, Olf, Reitsma, Carlier, de Vries & Gersons, 2007) ซึ่งการบำบัดทางปัญญาและพฤติกรรม

แนวทางการบำบัดทางปัญญาและพฤติกรรม มี 2 แนวทางด้วยกัน คือ หลักการทั่วไปของการบำบัด และการให้คำปรึกษาอย่างมีโครงสร้าง ดังนี้

1. หลักการทั่วไปของวิธีการบำบัดทางปัญญาและพฤติกรรมในผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางจิตใจภายหลังได้รับภัยอันตราย

1.1 ส่วนประกอบของการบำบัดทางปัญญาและพฤติกรรมสำหรับผู้ป่วย PTSD การบำบัดทางปัญญาและพฤติกรรมสำหรับผู้ป่วย PTSD มีส่วนประกอบที่สำคัญ 4 ประการ ได้แก่ การให้ความรู้ การเปิดเผยหรือการฝึกเผชิญกับเหตุการณ์ การปรับเปลี่ยนกระบวนการรับรู้ และการจัดการกับความวิตกกังวล โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้ (Harvey, Bryant & Tarrier, 2003)

1) การให้ความรู้ (psychoeducation) เป็นการให้ความรู้ในขั้นตอนแรก ๆ ของการบำบัด เกี่ยวกับอาการทั่วไปที่เกิดขึ้นหลังจากได้รับภัยอันตรายและความรู้เกี่ยวกับโรคที่เกิดขึ้น ซึ่งเป็นการปกติของคนที่ไปตอบสนองเหตุการณ์ที่ไม่ปกติและคาดว่าจะเกิดขึ้นหลังจากได้รับภัยอันตรายไม่นาน สามารถบำบัดรักษาให้หายได้ หรืออาจหายได้เองเมื่อเวลาผ่านไป (เบญจพร ปัญญา, 2548) มีการช่วยกันคิดและปรึกษาถึงวิธีการจัดการกับอาการหลักที่เกิดขึ้น เพื่อเป็นแนวทางตอบโต้กับความรู้สึกที่เกิดขึ้นจากเหตุการณ์และช่วยให้ผู้ป่วยพัฒนาวิธีคิดหรือวิธีการจัดการกับอาการที่เกิดขึ้นได้ด้วยตนเอง

2) การฝึกเผชิญกับเหตุการณ์ (exposure) ผู้บำบัดจะช่วยให้ผู้ป่วยเล่าถึงเหตุการณ์ที่ทำให้ตนเองเกิดความกังวล เจ็บปวด ทุกข์ทรมาน รวมถึงการสะท้อนอารมณ์และความรู้สึกที่มีต่อเหตุการณ์นั้น โดยใช้เวลาอย่างน้อย 50 นาที และมอบหมายให้ผู้ป่วยไปฝึกทำเป็นการบ้าน (Harvey et al, 2003) ทั้งนี้เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญกับเหตุการณ์ บุคคล วัตถุ สิ่งของ หรืออารมณ์ที่เกี่ยวข้องกับเหตุการณ์ในอดีตนั้นได้ โดยทำได้ 2 วิธีดังนี้

imaginal exposure เป็นการให้ผู้ป่วยนึกถึงเหตุการณ์ที่ทำให้เกิดความกังวล เจ็บปวด ทุกข์ทรมานในอดีตซ้ำ ๆ จนกว่าจะไม่เกิดความตึงเครียดมากนัก

in vivo exposure เป็นการให้ผู้ป่วยเผชิญหน้ากับเหตุการณ์ที่เป็นจริงในปัจจุบันซึ่งไม่มีอันตราย การเผชิญหน้ากับเหตุการณ์ซ้ำนี้ จะช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าการกระทำนั้นไม่น่ากลัวและไม่ต้องหลีกเลี่ยงอีกต่อไป (รณชัย คงสกนธ์, 2548)

3) การปรับเปลี่ยนกระบวนการรับรู้ (cognitive restructuring) การแก้ปัญหของผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางจิตใจภายหลังได้รับภัยอันตราย ต้องแก้ไขที่การรับรู้ข้อมูลที่ขัดแย้งกับความกลัวที่ยังฝังอยู่ในจิตใจของผู้ป่วย (Foa & Kozak, 1986 cite in Harvey et al, 2003) โดยการสอนให้ผู้ป่วยจำแนกและประเมินความเป็นไปได้ของเหตุการณ์ที่ทำให้เกิดความคิด

อัตโนมัติทางลบว่ามีอย่างน้อยเพียงใด แล้วนำไปสู่การปรับเปลี่ยนกระบวนการรับรู้ที่เป็นจริงตามเหตุการณ์ในปัจจุบัน

4) การจัดการกับความวิตกกังวล (anxiety management training) การฝึกการจัดการกับความวิตกกังวลมีจุดประสงค์เพื่อเตรียมผู้ป่วยให้มีทักษะในการรับมือกับปัญหาที่เกิดขึ้นและช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกที่จะเอาชนะความกลัว ลดระดับการกระตุ้น และกลัวที่จะเผชิญกับความทรงจำที่เจ็บปวด ประกอบไปด้วย การฝึกให้มีความอดทนต่อแรงกดดัน ฝึกทักษะการผ่อนคลาย การหยุดความคิด และการพูดคุยกับตัวเอง (Harvey et al, 2003) โดยเมื่อรู้สึกลัวจะควบคุมตัวเองไม่ได้ ให้คิดใหม่และพูดกับตัวเองว่า เคยทำมาได้แล้วก่อนหน้านี้ ครั้งนี้ก็ต้องทำได้อีกครั้ง (รณชัย คงสกนธ์, 2548)

1.2 ระยะเวลาในการบำบัดทางปัญญาและพฤติกรรมสำหรับผู้ป่วย PTSD

ระยะเวลาที่ใช้ในการบำบัดทางปัญญาและพฤติกรรมสำหรับผู้ป่วย PTSD มีความแตกต่างกันไปตามชนิดของเหตุการณ์ที่บุคคลประสบ โดยทั่วไปแล้วใช้ระยะเวลาในการบำบัดสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 60-90 นาที ต่อ Session จำนวน 9-12 Sessions (Harvey et al, 2003)

2. การให้คำปรึกษาการบำบัดทางปัญญาและพฤติกรรมอย่างมีโครงสร้าง

ในการให้คำปรึกษาโดยใช้การบำบัดทางปัญญาและพฤติกรรมอย่างมีโครงสร้างในผู้ป่วย PTSD มีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถผ่านระยะของการเปลี่ยนแปลง (Stage of Change) ใน 4 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 ระยะก่อนตรึกตรอง (Pre Contemplation) ระยะที่ 2 ระยะตรึกตรอง (Contemplation) ระยะที่ 3 ระยะลงมือปฏิบัติ (Action) และระยะที่ 4 ระยะกลับสู่สภาพเดิม (Relapse) ซึ่งทั้ง 4 ระยะนี้ เป็นส่วนหนึ่งของโครงสร้างสำหรับความพร้อมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เกิดขึ้นในตัวบุคคล (Prochaska, DiClemente & Norcross, 1992). โดยผู้บำบัดต้องเข้าใจถึงสภาพความพร้อมของผู้ป่วยว่าอยู่ในระยะใด เพื่อเป็นพื้นฐานในการให้ความช่วยเหลือ ถ้าผู้ป่วยยังเมินเฉยไม่รับรู้ถึงความต้องการที่จะเปลี่ยนแปลง หรือยังไม่มีแรงจูงใจที่จะรับการบำบัด ก็อาจทำให้การบำบัดไม่เป็นไปตามเป้าหมาย และไม่สามารถเกิดการเปลี่ยนแปลงความคิดและพฤติกรรมของผู้ป่วยได้ โดยมีรายละเอียดของแต่ละระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 ระยะก่อนตรึกตรอง เป็นระยะที่ผู้ป่วยไม่สนใจที่จะปรับความคิดและพฤติกรรม ไม่ตระหนักถึงปัญหา ไม่รับรู้ถึงผลกระทบจากภายนอก ไม่สนใจผลกระทบทั้งที่มีต่อร่างกาย จิตใจ ครอบครัว และเพื่อนร่วมงาน ในระยะนี้ผู้บำบัดจึงต้องรับฟังข้อมูลของผู้ป่วยและให้ข้อมูลสะท้อนกลับ (Feed Back) ให้ความรู้ ความเข้าใจ ให้ข้อมูล (Information) อย่างตรงไปตรงมาเป็นกลาง ไม่ครอบงำ ไม่ชี้นำ หรือมุ่งให้กลัว

ระยะที่ 2 ระยะตรึงตรอง เป็นระยะที่ผู้ป่วยจะเริ่มตระหนักถึงผลกระทบของอาการป่วยที่มีต่อร่างกาย จิตใจ ครอบครัว และเพื่อนร่วมงาน แต่ขณะเดียวกัน ผู้ป่วยยังรู้สึกกังวลและยังไม่พร้อมที่จะเปลี่ยนแปลงความคิดและพฤติกรรมของตนเอง เนื่องจากยังรู้สึกกลัวในการเผชิญเหตุการณ์ที่รุนแรง

ระยะที่ 3 ระยะลงมือปฏิบัติ เป็นระยะที่ผู้ป่วยจะมีการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมตนเองไปในทางที่เหมาะสมตามแนวทางที่ได้วางแผนไว้ ทั้งการจัดการกับความรู้สึกขัดแย้งทางอารมณ์ของตัวเองหรือสิ่งแวดล้อม ซึ่งในระยะนี้ถือเป็นระยะที่เห็นการเปลี่ยนแปลงได้อย่างชัดเจน (จิตติวัตร ธรรมไพโรจน์, 2544)

ระยะที่ 4 ระยะกลับสู่สภาพเดิม เป็นระยะที่ผู้ป่วยมีความเปราะบางทางอารมณ์และจิตใจ จนเกิดความคิดอัตโนมัติด้านลบขึ้นมาอีก ส่งผลให้เกิดอาการป่วยอีกครั้ง ผู้ป่วยอาจมีปฏิกิริยาทางจิตใจ เช่น หวาดกลัว วิตกกังวลอย่างมาก ซึมเศร้า เป็นต้น ซึ่งทำให้การช่วยเหลือเป็นไปได้ยากขึ้น ในระยะนี้ผู้ป่วยอาจสูญเสียความมั่นใจ ผู้บำบัดจึงควรให้การประคับประคองให้กำลังใจ เห็นอกเห็นใจ (Empathy) ยอมรับในตัวผู้ป่วย ผู้บำบัดควรแสดงความจริงใจในการช่วยเหลือและช่วยให้ผู้ป่วยกลับไปมีความคิดที่สมเหตุสมผลตามเหตุการณ์ที่เป็นจริงในปัจจุบัน (Prochaska, DiClemente & Norcross, 1992)

การให้คำปรึกษาโดยใช้การบำบัดทางปัญญาและพฤติกรรมอย่างมีโครงสร้างประกอบด้วยขั้นตอนดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ให้โอกาสผู้ป่วยได้พุดระบายถึงเหตุการณ์ที่ก่อเกิดบาดแผลหรือความผิดปกติทางจิตใจและสิ่งต่างๆที่ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกวิตกกังวล จากนั้นมอบหมายการบ้าน

ขั้นตอนที่ 2 ทบทวนเหตุแห่งการเจ็บป่วย การหนีปัญหา เช่น การดื่มสุรา การรับประทานยา ความเจ็บปวด และยุทธศาสตร์ในการรักษา การเอาชนะความโกรธ เพื่อรักษาอาการป่วยที่เกิดขึ้นต่าง ๆ

ขั้นตอนที่ 3 ทบทวนเหตุแห่งการเจ็บป่วย การหลีกเลี่ยงสิ่งต่างๆที่เกิดขึ้น และฝึกให้เข้าหาสิ่งที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วยหรือสถานการณ์ที่ผู้ป่วยกลัวโดยไม่ได้เป็นการบังคับฝืนใจ มีการทบทวนยุทธศาสตร์ทางการรักษา การปรับโครงสร้างการรับรู้ และความรู้สึกนึกคิดของผู้ป่วยใหม่

ขั้นตอนที่ 4 ทบทวนการบ้านที่ให้ การให้อยู่ในสถานที่ที่เกิดเหตุการณ์ และจัดการปรับเปลี่ยนอารมณ์และความรู้สึกเจ็บปวดใหม่

ขั้นตอนที่ 5 การประเมินสถานการณ์และการทบทวนอารมณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นตามที่ผู้ป่วยได้บันทึกไว้ และเริ่มกระบวนการให้ข้อมูลต่าง ๆ ในส่วนที่บกพร่องให้ผู้ป่วยทราบ ฝึกปรับพฤติกรรมใหม่เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถติดต่อสื่อสารและเข้าสังคมกับผู้อื่นได้

ขั้นตอนที่ 6-7 เข้าหาอคติที่มีในตนเอง การประเมินซ้ำและทบทวนความคิดที่ได้บันทึกไว้ การจัดการกับอารมณ์และมอบหมายงาน

ขั้นตอนที่ 8-11 รวบรวมประเด็นต่าง ๆ มากันกรองเป็นข้อตกลงของแต่ละบุคคล เพื่อใช้ในการดูแลตนเองกรณีกลับเป็นซ้ำ

ขั้นตอนที่ 12 นัดติดตามหลังการบำบัด 1 เดือน เพื่อทบทวนทักษะต่างๆที่ได้เรียนรู้ไป และประเมินผล

การรักษาโดยวิธี การบำบัดทางปัญญาและพฤติกรรม นี้ใช้เวลาขั้นต่ำ 1-12 เดือน โดยในช่วง 1-3 เดือนแรก เป็นระยะที่ทำการบำบัดทางปัญญาและพฤติกรรม 3-6 เดือน นัดติดตามฝึกฝน และประเมินผล 6-12 เดือน ระยะนี้ในผู้ป่วยที่มีทักษะที่ดี อาการป่วยต่างๆจะดีขึ้นและหายไป

ผู้ป่วยที่รักษาด้วยวิธีการบำบัดทางปัญญาและพฤติกรรมอาจไม่หายขาด ต้องมีการฝึกทำอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้มีความมั่นคงทางจิตใจให้นานที่สุด มีการปรับสมดุลชีวิตเพื่อควบคุมอาการ บางคนสามารถกลับไปทำงานได้ตามปกติ บางคนอาจยังมีอาการป่วยเหลืออยู่จนไม่สามารถกลับไปทำงานได้ ซึ่งพบได้มาก ขึ้นอยู่กับชนิดของการได้รับบาดเจ็บ ความรู้สึของผู้ป่วยและวิธีการจัดการต่อเหตุการณ์ที่เลวร้ายนั้น (Anthony, 2006)

บทที่ 3

วิธีดำเนินการศึกษา

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อสังเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวกับการบำบัดทางปัญญาและพฤติกรรมในผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางจิตใจภายหลังได้รับอันตราย โดยมีขั้นตอนการดำเนินการดังนี้

1. แหล่งที่มาของหลักฐานงานวิจัยและการสืบค้นข้อมูล

การเลือกใช้ทรัพยากรสารสนเทศ (Information Resource) ที่เกี่ยวกับการใช้การบำบัดทางปัญญาและพฤติกรรม ในผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางจิตใจภายหลังได้รับอันตราย โดยพิจารณาจากวัตถุประสงค์ได้แก่วิทยานิพนธ์ และวารสารจากห้องสมุดจากมหาวิทยาลัยต่าง ๆ และจากแหล่งข้อมูลของหน่วยงาน สถาบันที่เกี่ยวข้อง ซึ่งส่วนใหญ่เป็นผลงานวิจัยในต่างประเทศ นอกจากนี้ยังสืบค้นข้อมูลทางอิเล็กทรอนิกส์ (Electronic Resource) จากฐานข้อมูลคอมพิวเตอร์ (Computerized database) และวารสารอิเล็กทรอนิกส์ (Electronic Journal) ทางอินเทอร์เน็ต (Internet) ในการสืบค้นหาหลักฐานอ้างอิงและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องในต่างประเทศอีกด้วย

การรวบรวมหลักฐานอ้างอิงและงานวิจัย มีขั้นตอนดังนี้

- 1) กำหนดวัตถุประสงค์ของการสืบค้น โดยเป็นหลักฐานอ้างอิงหรืองานวิจัยที่เกี่ยวกับการบำบัดทางปัญญาและพฤติกรรมในผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางจิตใจภายหลังได้รับอันตราย
- 2) กำหนดคำสำคัญในการสืบค้นหลักฐานงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ผู้ศึกษาได้กำหนดคำสำคัญเพื่อให้ได้ผลการสืบค้นที่ครอบคลุมและตรงกับเรื่องที่ต้องการค้นคว้า โดยแยกเป็นคำสำคัญภาษาไทย และภาษาอังกฤษดังนี้

คำสำคัญภาษาไทย ได้แก่

1. ความผิดปกติทางจิตใจภายหลังได้รับอันตราย การบำบัดทางปัญญา
พฤติกรรม
2. ความเครียดทางจิตใจภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญ การบำบัดทางปัญญา
พฤติกรรม
3. ความเครียดทางจิตใจภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญการปรับปัญญาและ
พฤติกรรม

4. ความเครียดทางจิตใจภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญ การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม

คำสำคัญภาษาอังกฤษ ได้แก่

1. “Post-Traumatic Stress Disorder” and “Cognitive behavior therapy”

2. Post-Traumatic Stress Disorder and Cognitive behavior therapy

3) เลือกฐานข้อมูลในการสืบค้น ที่เป็นฐานข้อมูลทางการแพทย์และการพยาบาลที่สำคัญ ได้แก่ Pubmed , Ovid , CINAHL, Blackwell, MD consult

4) สืบค้นจากระบบการสืบค้น โดยอ่านชื่อเรื่องและบทคัดย่อของหลักฐานอ้างอิงและเลือกงานวิจัยที่น่าจะเกี่ยวข้องก่อนนำไปสืบค้น Full Text

5) พิจารณาคัดเลือกหัวข้องานวิจัยหรือบทความที่เกี่ยวข้อง โดยใช้เกณฑ์ในการเลือกงานวิจัยดังนี้

- ประเภทของหลักฐานของงานวิจัย พิจารณาทั้งงานวิจัยเชิงทดลองที่มีการออกแบบชนิดสุ่มเข้ากลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง (RCT) หรืองานวิจัยเชิงทดลองที่มีกลุ่มควบคุมที่ยังไม่มากนัก (Quasi) ซึ่งเริ่มมีในช่วงปี ค.ศ.1998 เป็นต้นมา เนื่องจากยังมีผู้ทำการศึกษาวิจัยในเรื่องนี้ต่อเนื่องมาเป็นระยะๆ จนถึงปี ค.ศ. 2008

- กลุ่มตัวอย่างในงานวิจัย พิจารณาคัดเลือกผู้ป่วยอายุตั้งแต่ 15-70 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีความผิดปกติทางจิตใจภายหลังได้รับภัยอันตราย ตามเกณฑ์ของ DSM - IV

- ผลลัพธ์จากงานวิจัย คัดเลือกงานวิจัยที่ใช้ตัวแปรที่เป็นผลลัพธ์จากการนำการบำบัดทางปัญญาและพฤติกรรมไปใช้

2. แนวทางการวิเคราะห์และสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์

2.1 การประเมินคุณภาพงานวิจัยหรือระดับหลักฐานอ้างอิง (Level of Evidence) ของงานวิจัย ใช้เกณฑ์ของราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย (2544) ซึ่งแบ่งระดับหลักฐานอ้างอิง 4 ระดับ ดังนี้

Level of Evidence A หมายถึง หลักฐานที่ได้จาก systematic review ของงานวิจัยที่ design เป็น randomized controlled trials (RCT) หรือหลักฐานงานวิจัยเดี่ยวที่ได้จาก randomized controlled trials (RCT)

Level of Evidence B หมายถึง หลักฐานที่ได้จาก systematic review ของงานวิจัยที่ design เป็น randomized controlled trials อย่างน้อย 1 เรื่อง หรือหลักฐานที่ได้จาก

งานวิจัยที่ออกแบบแบบร็คคุม แต่เป็นงานวิจัยกึ่งทดลองหรือเชิงทดลองที่ไม่มีการสุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มได้แก่ non - randomized control trials , cohort study , case control study

Level of Evidence C หมายถึง หลักฐานที่ได้จาก systematic review ที่เป็นงานวิจัยเชิงเปรียบเทียบ หาคความสัมพันธ์ หรือเป็นงานวิจัยเชิงบรรยายอื่น ๆ (Descriptive study)

Level of Evidence D หมายถึง หลักฐานที่ได้จากความคิดเห็นหรือฉันทามติของผู้เชี่ยวชาญ (Expert Consensus)

ในการศึกษานี้ รายละเอียดเกี่ยวกับฐานข้อมูลที่ใช้สำคัญในการสืบค้น จำนวนการศึกษาวิจัยที่สืบค้นได้ และจำนวนการศึกษาวิจัยที่เลือกใช้ มีการพิจารณาคัดเลือกจากเหตุผล 3 ประการ ดังนี้

1. พิจารณาคัดเลือกเฉพาะงานวิจัยที่เป็น Level of Evidence A และ Level of Evidence B
2. คัดเลือกเฉพาะงานวิจัยที่อยู่ในช่วงปี ค.ศ.1998 จนถึงปี ค.ศ. 2008
3. งานวิจัยที่เกี่ยวข้องสามารถนำไปสืบค้น Full Text ได้

ซึ่งผลการสืบค้นงานวิจัยที่เกี่ยวข้องดังแสดงในตารางที่ 1 ต่อไปนี้

ตารางที่ 1 แสดงผลการสืบค้นงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ฐานข้อมูล	คำสำคัญในการสืบค้น	จำนวนการศึกษา ที่สืบค้นได้	จำนวนการศึกษา ที่เลือกใช้
PUB MED	“Post-Traumatic Stress Disorder” and “Cognitive behavior therapy”	79	9
	Post-Traumatic Stress Disorder and Cognitive behavior therapy	158	6 (ซ้ำ)
Ovid	“Post-Traumatic Stress Disorder” and “Cognitive behavior therapy”	19	2
	Post-Traumatic Stress Disorder and Cognitive behavior therapy	34	2 (ซ้ำ)
CINAHL	“Post-Traumatic Stress Disorder” and “Cognitive behavior therapy”	9	1 (ซ้ำ)
	Post-Traumatic Stress Disorder and Cognitive behavior therapy	20	1 (ซ้ำ)
Blackwell	“Post-Traumatic Stress Disorder” and “Cognitive behavior therapy”	18	0
	Post-Traumatic Stress Disorder and Cognitive behavior therapy	37	0
MD consult	“Post-Traumatic Stress Disorder” and “Cognitive behavior therapy”	68	0
	Post-Traumatic Stress Disorder and Cognitive behavior therapy	106	0
รวมทั้งสิ้น		548	11

นอกจากนี้ นักศึกษาได้มีการสืบค้นงานวิจัยจากฐานข้อมูลตามห้องสมุดของมหาวิทยาลัยต่าง ๆ ในประเทศไทย ซึ่งได้ทำการสืบค้นตั้งแต่ช่วงปี พ.ศ. 2540 จนถึง พ.ศ. 2550 ปรากฏว่าไม่พบงานวิจัยที่ตรงกับเรื่องที่ศึกษา พบเพียงแต่เป็นการรายงานการศึกษาผู้ป่วย (case report) เท่านั้น จึงไม่นำมาใช้ในการสังเคราะห์ เนื่องจากเป็น Level of Evidence C

ดังนั้น จากตารางจะพบว่ามิจำนวนการศึกษาที่สามารถสืบค้นได้คืองานวิจัยที่เกี่ยวข้องจากทุกฐานข้อมูลได้ทั้งหมดจำนวน 548 เรื่อง แต่เมื่อพิจารณาจากหลักเกณฑ์การเลือกเข้า คัดเลือกเรื่องที่ไม่ซ้ำกันในแต่ละฐานข้อมูลแล้ว มีงานวิจัยที่อยู่ในเกณฑ์และมี Full Text ที่จะนำมาวิเคราะห์และสังเคราะห์คุณภาพ ได้จำนวนทั้งสิ้น 11 เรื่องดังนี้

Level of evidence A	จำนวน	9	เรื่อง
Level of evidence B	จำนวน	2	เรื่อง

2.2 การสังเคราะห์งานวิจัยในภาพรวม

ในการสังเคราะห์งานวิจัยทั้ง 11 เรื่องครั้งนี้ได้กำหนดขอบเขตของข้อมูลจากงานวิจัยตามหัวข้อต่อไปนี้คือ

- ปัญหาหรือวัตถุประสงค์ของงานวิจัย (Objective)
- แบบการวิจัย (Research design)
- การสุ่มตัวอย่าง (Subject)
- สถานที่หรือแหล่งที่วิจัย (Setting)
- เครื่องมือและการเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัย (data collection)
- วิธีการวิจัยหรือแนวปฏิบัติการพยาบาล (method/intervention)
- ผลการวิจัย (Result)
- ข้อเสนอแนะเพื่อการนำไปใช้ (Implication)

โดยผลของการทบทวนอย่างเป็นระบบ จะนำเสนอในตารางบันทึกผลการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวกับการบำบัดทางปัญญาและพฤติกรรม (Cognitive behavior therapy) ในผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางจิตใจภายหลังได้รับภัยอันตราย (Post-Traumatic Stress Disorder) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลการใช้การบำบัดทางปัญญาและพฤติกรรมในผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางจิตใจภายหลังได้รับภัยธรรมชาติ

Authors/Year/Title/Objective/		Subject/Setting/Method/		Intervention/Result/Implication	
Design/Level	Outcome/Instrument	Intervention		โปรแกรมการบำบัด	
เรื่องที่ 1 Authors Year Title Objective	Krakow, B., Johnston, L., Melendrez, D., Hollifield, M., Warner, T.D., Chavez-Kennedy, D., & Herlan, M.J. 2001 An Open-label Trial of Evidence-Based Cognitive Behavior Therapy for Nightmares and Insomnia in crime Victims with PTSD เพื่อศึกษาผลการบำบัดการนอนไม่หลับและอาการฝันร้าย ด้วย การบำบัดทางปัญญาและพฤติกรรม ในผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางจิตใจภายหลังได้รับภัยธรรมชาติ	Subject	ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางจิตใจภายหลังได้รับภัยธรรมชาติ ที่มีการตามเกณฑ์ DSM-IV จำนวน 62 คน เป็นผู้หญิง 52 คน และผู้ชาย 10 คน / The University of New Mexico Health Sciences Center เกณฑ์การคัดเลือก 1. มีอายุ 18 ปีขึ้นไป 2. มีประวัติการเป็นเหยื่อความรุนแรง อย่างน้อย 6 เดือน ก่อนเข้าร่วมวิจัย 3. มีอาการนอนไม่หลับ และฝันร้ายอย่างน้อยสัปดาห์ละครั้ง เกณฑ์การคัดออก 1. มีอาการทางจิต มีแนวโน้มมีอาการกำเริบของโรคพิษสุราเรื้อรัง มีภาวะติดสารเสพติดหรืออยู่ในภาวะถอนพิษยา	Intervention	โปรแกรมการบำบัด กลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม ได้รับการบำบัดด้วยรูปแบบเดียวกัน คือ การทำกลุ่มบำบัด โดยใช้เทคนิคแบบผสมผสาน ประกอบด้วย โปรแกรมบำบัดการฝันร้าย เป็นการสอนและฝึกในเรื่องต่อไปนี้ 1. การสร้างจินตนาการเพื่อเปลี่ยนแปลงการฝันร้าย การสร้างภาพในใจให้เกิดการรับรู้ว่า สามารถเปลี่ยนฝันร้ายให้เป็นฝันดีได้ 2. การสร้างฝันใหม่ที่ดีกว่าในขณะตื่น โปรแกรมบำบัดการนอนไม่หลับ 1. สุวิทยาการนอน 2. การควบคุมสิ่งแวดล้อม 3. การบังคับการนอน

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลการใช้การบำบัดทางปัญญาและพฤติกรรมในผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางจิตใกายหลังใ้รับยันตราย (ต่อ)

Authors/Year/Title/Objective/		Subject/Setting/Method/ Outcome/Instrument		Intervention/Result/Implication	
Design Level	Design/Level	Setting	Outcome/Instrument	Result	
B	Experimental	Setting	2. ผู้ป่วยที่มีอาการบาดเจ็บทางจิตใจน้อยกว่า 6 เดือน ก่อนการเข้าร่วมวิจัย แบ่งกลุ่มตัวอย่าง 62 คน ออกเป็น 2 กลุ่ม โดยใช้ The Nightmare Frequency Questionnaire และ The Posttraumatic Stress Diagnostic Scale ๓ ได้เป็น 1. กลุ่มที่มีการฝันร้ายเกี่ยวกับเหตุการณ์ที่รุนแรง (trauma-related disturbing dreams) จำนวน 38 คน 2. กลุ่มที่มีการฝันร้ายที่ไม่เกี่ยวกับเหตุการณ์ที่รุนแรง (non trauma – related disturbing dreams) จำนวน 24 คน Method - ประเมินอาการทางคลินิกของความผิดปกติทางจิตใจภายหลังได้รับอันตราย ด้วยแบบประเมิน		จำนวนครั้งของการบำบัด รวม 3 ครั้ง โดยพบกันสัปดาห์ละ 1 ครั้ง เมื่อครบ 1 เดือน นักกลุ่มมาพบกันเพื่อประเมินความก้าวหน้า และติดตามผลทางไปรษณีย์ หลังจากเสร็จสิ้นครั้งที่ 3 เป็นเวลา 10 สัปดาห์ ผู้บำบัด ผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับเรื่องการนอน 1 คน นักการศึกษาเกี่ยวกับสุขภาพ 2 คน ที่มีความเชี่ยวชาญและมีประสบการณ์ในโปรแกรมบำบัดผู้ที่มีปัญหาการฝันร้ายและการนอนไม่หลับด้วยรูปแบบการบำบัดทางปัญญาและพฤติกรรม ผลการศึกษา 1. การเปรียบเทียบก่อนหลังทดลอง สามารถลดจำนวนคือที่มีการฝันร้ายต่อสัปดาห์กว่าก่อนการบำบัด - พบว่าหลังการบำบัดจำนวนคืนที่มีการฝันร้ายต่อสัปดาห์ของกลุ่มตัวอย่าง ลดลงกว่าก่อนการบำบัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ (P < .0001)

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลการใช้การบำบัดทางปัญญาและพฤติกรรมในผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางจิตใจภายหลังได้รับภัยอันตราย (ต่อ)

Authors/Year/Title/Objective/ Design/Level		Subject/Setting/Method/ Outcome/Instrument	Intervention/Result/Implication
		The Posttraumatic stress Diagnostic Scale - ประเมินความวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้า ด้วยแบบประเมิน The Symptom Questionnaire - ประเมินความถี่ของการฝันร้าย ด้วยแบบประเมิน The Nightmare Frequency Questionnaire - ประเมินคุณภาพการนอน ด้วยแบบประเมิน The Pittsburgh sleep Quality Index	- พบว่าหลังการบำบัดคุณภาพการนอนของกลุ่มตัวอย่างลดลงกว่าก่อนการบำบัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ($P < .0001$) - การบำบัดทางปัญญาและพฤติกรรมสามารถลดอาการทางคลินิกของความผิดปกติทางจิตใจภายหลังได้รับภัยอันตรายได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ($P < .0001$) - การบำบัดทางปัญญาและพฤติกรรมสามารถลดจำนวนคืนที่มีการฝันร้ายต่อสัปดาห์ของกลุ่มตัวอย่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ($P < .0001$) - การบำบัดทางปัญญาและพฤติกรรมสามารถลดค่าคะแนนความเสียหายของการนอนได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ($P < .0001$) - การบำบัดทางปัญญาและพฤติกรรมสามารถลดความวิตกกังวลของกลุ่มตัวอย่างหลังการบำบัดได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ($P < .0001$)

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลการใช้การบำบัดทางปัญญาและพฤติกรรมในผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางจิตใกายหลังใ้ได้รับยันตราย (ต่อ)

Authors/Year/Title/Objective/ Design/Level	Subject/Setting/Method/ Outcome/Instrument	Intervention/Result/Implication
		- การบำบัดทางปัญญาและพฤติกรรมสามารถลดความซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่างหลังการบำบัดได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ($P < .0003$) 2. ความสัมพันธ์ระหว่างอาการทางคลินิกของความผิดปกติทางจิตใกายหลังใ้ได้รับยันอันตรายและแบบประเมินความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้ากับจำนวนคืนที่นอนหลับต่อสัปดาห์ ความเสียหายของการนอน (Sleep Impairment) และคุณภาพการนอนอาการทางคลินิกของความผิดปกติทางจิตใกายหลังใ้ได้รับยันตรายและแบบประเมินความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับจำนวนคืนที่นอนหลับต่อสัปดาห์ ความเสียหายของการนอนและคุณภาพการนอน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ($P < .05$) การศึกษาครั้งนี้มีข้อจำกัดที่ขนาดตัวอย่างน้อยและขาดกลุ่มควบคุม แต่ก็ยังสนับสนุนทฤษฎีที่ว่า การจัดการปัญหาการนอนสัมพันธ์กับภาวะกดดันทางจิตใกายในกลุ่มตัวอย่างที่มีอาการ PTSD ดีขึ้น จะมีคุณภาพการนอน

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลการใช้การบำบัดทางปัญญาและพฤติกรรมในผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางจิตใจภายหลังได้รับภัยธรรมชาติ (ต่อ)

Authors/Year/Title/Objective/ Design/Level	Subject/Setting/Method/ Outcome/Instrument	Intervention/Result/Implication	
		Implication (ต่อ)	ที่สืบเนื่องอย่างมีนัยสำคัญ การศึกษานี้จึงเป็นหลักฐานเชิงประจักษ์อย่างหนึ่งที่แสดงให้เห็นถึงประสิทธิภาพของการบำบัดแบบ CBT ที่สามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการดูแลรักษาแบบทางเลือก สำหรับผู้ที่มีปัญหาในรายและนอนไม่หลับได้

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลการใช้การบำบัดทางปัญญและพฤติกรรมในผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางจิตใจภายหลังได้รับภัยธรรมชาติ

Authors/Year/Title/Objective/ Design/Level		Subject/Setting/Method/ Outcome/Instrument		Intervention/Result/Implication
Objective	behavior therapy vs sertraline alone เพื่อศึกษาผลการบำบัดรักษาผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางจิตใจภายหลังได้รับภัยธรรมชาติด้วยยาต้านเศร้า sertraline เพียงอย่างเดียว เปรียบเทียบกับการให้ยา sertraline ร่วมกับการใช้การบำบัดทางปัญญาและพฤติกรรมร่วมด้วย	Setting	แบ่งกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 คน โดยวิธีการสุ่ม ออกเป็น 2 กลุ่ม คือ 1. กลุ่มควบคุม ใช้ยา sertraline (เป็นยาในกลุ่มต้านเศร้า SSRI อีกตัวหนึ่ง) เพียงอย่างเดียว จำนวน 5 คน 2. กลุ่มทดลอง ใช้ยา sertraline ร่วมกับการบำบัดทางปัญญาและพฤติกรรม จำนวน 5 คน - ประเมินอาการทางคลินิกของความผิดปกติทางจิตใจภายหลังได้รับภัยธรรมชาติ ซึ่งประกอบด้วย ความรู้สึกลึบๆ เกิดเหตุการกระตุ้นซ้ำอีกครั้ง พยายามหลีกเลี่ยงเหตุการณ์นั้นๆ และภาวะตื่นตัวที่มากกว่าปกติ ด้วยแบบประเมิน The Clinician-Administered PTSD Scale (CAPS)	กับการกลัวความตายที่เกี่ยวข้องกับวัฒนธรรมหรือการไร้ความสามารถที่สัมพันธ์กับความตื่นตัวทางกาย 2.3 การเผชิญเหตุการณั้ทำให้เกิดความตื่นตัวทางกายที่สัมพันธ์กับความผิดปกติทางจิตใจภายหลังได้รับภัยธรรมชาติและควมวิตกกังวล (การเปิดเผยถึงกระตุ่นภายในร่างกาย) 2.4 การเผชิญเหตุการณั้ทำให้เกิดความเจ็บปวดอีกครั้ง ด้วยวิธีการบรรยายหรือการแสดงละครเพื่อให้ผู้ป่วยฝึกการยอมรับ 2.5 การฝึกทักษะการรับมือกับความรู้สึกในรื่องเหล่านั้น 2.6 การฝึกทักษะการดูแลตนเองเกี่ยวกับการควบคุมอารมณ์และความรู้สึกลึบๆ โดยการอยู่ในสภาพแวดล้อมหรือเหตุการณ์ที่ทำให้สบายใจ จำนวนครั้งของการบำบัด รวม 10 ครั้งหลังจากเสร็จสิ้นครั้งที่ 10 จะประเมินผลของการบำบัด
	RCT A	Method		

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลการใช้การบำบัดทางปัญญและพฤติกรรมในผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางจิตใจภายหลังได้รับยันทราย (ต่อ)

Authors/Year/Title/Objective/ Design/Level	Subject/Setting/Method/ Outcome/Instrument	Intervention/Result/Implication
	- ประเมินความวิตกกังวลและซึมเศร้า ด้วยแบบประเมิน Hopkins Symptom Checklist-25 - ประเมินอาการทางกาย ด้วยแบบประเมิน Somatization scale-12 - ประเมินภาวะตื่นตัวและควมกลัวที่เกิขึ้น โดยอัด โนมิติ ด้วยแบบประเมิน The Anxiety Sensitivity Index (ASI) 16 ข้อ	ผู้บำบัด ผู้ช่วยชาญด้านการบำบัดทางปัญญและพฤติกรรม แต่ไม่ได้กล่าวถึงว่าเป็นบุคลากรอาชีพใด ผลการศึษา ผลการศึษาระหว่าง กลุ่มที่ใช้ยา sertraline ร่วมกับการบำบัดทางปัญญและพฤติกรรม กับกลุ่มที่ใช้ยา sertraline เพียงอย่างเดียว พบว่าความรุนแรงของการควมผิดปกติทางจิตใจ กลุ่มที่ได้รับยาSertraline ร่วมกับการบำบัดทางปัญญและพฤติกรรม มีการ reexperiencing , avoidance , hyperarousal , anxiety , somatization ค่าคะแนน AST และ ค่าคะแนน Khmer items ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่อาการ Depression ดีขึ้นไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ภายหลังได้รับยันทราย ในกลุ่มที่ใช้ยา sertraline ร่วมกับการบำบัดทางปัญญและพฤติกรรม ดีขึ้นในระดับปานกลางจนถึงมากกว่ากลุ่มที่ใช้ยา sertraline เพียงอย่างเดียว

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลการใช้การบำบัดทางปัญญาและพฤติกรรมในผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางจิตใจภายหลังได้รับภัยอันตราย (ต่อ)

Authors/Year/Title/Objective/ Design/Level	Subject/Setting/Method/ Outcome/Instrument	Intervention/Result/Implication	
		Implication	การศึกษานี้มีกลุ่มตัวอย่างมีขนาดเล็ก แต่เนื่องจากมีการทำ randomized controlled trial ในกลุ่มเป้าหมาย จึงทำให้การศึกษามีความน่าเชื่อถือมากขึ้น และสรุปได้ว่า การนำ CBT มาใช้ร่วมกับการรักษาด้วยยาจะช่วยให้การรักษาผู้ป่วยได้ผลดีมากขึ้น เนื่องจาก CBT เป็นกระบวนการที่ช่วยฟื้นฟูการเรียนรู้ของผู้ป่วย ลดความวิตกกังวลและความกลัว นอกจากนี้การศึกษานี้ยังเป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่แสดงให้เห็นถึงประสิทธิภาพของการบำบัดแบบ CBT ที่สามารถนำไปปรับใช้ให้เหมาะสมในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วย PTSD แต่ละวัฒนธรรมได้

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลการใช้การบำบัดทางปัญญาและพฤติกรรมในผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางจิตใจภายหลังได้รับภัยอันตราย (ต่อ)

Author/Year/Title/Objective/ Design/Level		Subject/Setting/Method/ Outcome/Instrument		Intervention/Result/Implication	
เรื่องที่ 3 Author	Blanchard, E.B., Hickling, E.J., Devineni, T., Veazey, C.H., Galovski, T.E., Mundy, E., & Malta, L.S. 2003	Subject	ผู้รอดชีวิตจากอุบัติเหตุรถยนต์และมีความผิดปกติทางจิตใจภายหลังได้รับอันตรายจริง จำนวน 98 คน / Center for stress and Anxiety disorders, University at Albany	Intervention	โปรแกรมการบำบัด กลุ่มทดลองกลุ่มที่ 1 ได้รับการบำบัดทางปัญญาและพฤติกรรม จำนวน 8 ครั้ง ซึ่งเป็นกระบวนการเกี่ยวกับการรับรู้และพฤติกรรมประกอบด้วยการบรรยายและการฝึกปฏิบัติเรื่องต่อไปนี้เป็น 1. อาการผิดปกติทางจิตใจภายหลังได้รับภัยอันตราย และวิธีการรักษา 2. ฝึกปฏิบัติการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ และฝึกการจดบันทึก เรื่องการฝึกผ่อนคลาย 3. รายละเอียดของการเกิดอุบัติเหตุ และผลที่ตามมา 4. ความคิด ความรู้สึกและการรับรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับการเกิดอุบัติเหตุ
Year					
Title	A controlled evaluation of cognitive behavioral therapy for posttraumatic stress in motor vehicle accident survivors		- มีภาวะความผิดปกติทางจิตใจ ภายหลังได้รับภัยอันตราย หรือมีกลุ่มอาการย่อยของความผิดปกติทางจิตใจ ภายหลังได้รับภัยอันตราย อย่างรุนแรง ตามเกณฑ์การวินิจฉัย ของ DSM -IV โดยมีค่า CAPS score มากกว่า 30 คะแนน		โปรแกรมบำบัดทางปัญญาและพฤติกรรม คือ 1. การเปิดเผยของผู้ร่วมวิจัย โดยการให้ผู้ร่วมวิจัยมาบันทึกเขียนบันทึกมาอย่างต่อเนื่องระหว่างทำกลุ่มบำบัด เพื่อกระตุ้นให้ผู้ร่วมวิจัยคิดในเรื่องอุบัติเหตุต่างๆ แทนที่จะหลีกเลี่ยงไม่คิดถึงมัน
Objective	เพื่อศึกษาผลการบำบัดความผิดปกติทางจิตใจภายหลังได้รับภัยอันตรายในผู้รอดชีวิตจากอุบัติเหตุรถยนต์ด้วยการบำบัดทางปัญญาและพฤติกรรมเปรียบเทียบกับ		เกณฑ์การคัดออก 1. ผู้ป่วยที่มีภาวะโรคทางจิตเวชอื่นร่วมด้วย ได้แก่ ภาวะหลังติด		

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลการใช้การบำบัดทางปัญญาและพฤติกรรมในผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางจิตใจภายหลังได้รับภัยอันตราย (ต่อ)

Authors/Year/Title/Objective/ Design/Level	Subject/Setting/Method/ Outcome/Instrument	Intervention/Result/Implication
รูปแบบจิตบำบัดแบบ ระดับประคอง กับ กลุ่ม ควบคุมที่เป็น Waitlist control Experimental design A	โรคอารมณ์สองขั้ว ดิตแอลกอฮอล์ ดิต สารเสพติด 2. ผู้ป่วยที่มีอาการผิดปกติทาง นึกคิดในระดับสอง จากอุบัติเหตุทาง รถยนต์ 3. ผู้ที่มีค่า CAPS score น้อยกว่า 30 คะแนน กลุ่มตัวอย่างจำนวน 98 คน เป็นชาย 26 คน หญิง 72 คน และมีผู้ร่วมวิจัย ถอนตัวออกกลางคัน จำนวน 20 คน เหลือเพียง 78 คน ที่เข้าร่วมวิจัยจนครบ แบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 3 กลุ่ม โดย ใช้วิธีการสุ่ม กลุ่มที่ 1 คือ กลุ่มที่ทำการบำบัดทาง ปัญญาและพฤติกรรม จำนวน 27 คน เป็นชาย 6 คน หญิง 21 คน	2. การกระตุ้นให้ผู้ร่วมวิจัยเปิดเผยถึงความกลัวที่ สัมพันธ์กับการเดินทาง โดยรณงค์ โดยให้ผู้ร่วมวิจัย เผชิญหน้ากับสถานการณ์จริง ผู้ร่วมวิจัยจะถูกฝึกให้แยกได้ว่าอะไรเป็นการรับรู้ที่ไม่ใช่ ความจริง และหาวิธีที่จะจัดการกับมัน ส่วนท้ายของ โปรแกรมบำบัดจะช่วยเหลือในการเอาชนะ โดยเฉพาะ อย่างยิ่งความรู้สึกไม่มีความสุข และการไม่มีปฏิสัมพันธ์ กับผู้อื่น โดยใช้การกระตุ้นพฤติกรรม กลุ่มทดลองกลุ่มที่ 2 ได้รับการบำบัดด้วยกลุ่มจิตบำบัด แบบระดับประคอง จำนวน 8 ครั้ง ดังนี้ ครั้งที่ 1 บรรยายเรื่องราวของการของความผิดปกติทาง จิตใจภายหลังได้รับภัยอันตราย และวิธีการรักษาเหมือนกับ การบำบัดทางปัญญาและพฤติกรรม แต่จะไม่มีการทำการ ผ่อนคลายกล้ามเนื้อ ครั้งที่ 2-3 พบทวนรายละเอียดในชีวิตของผู้ร่วมวิจัย ตั้งแต่เด็ก จนถึงปัจจุบัน เน้นเป็นพิเศษกับการบำบัดเจ็บ

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลการใช้การบำบัดทางปัญญาและพฤติกรรมในผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางจิตใจภายหลังได้รับภัยอันตราย (ต่อ)

Authors/Year/Title/Objective/ Design/Level	Subject/Setting/Method/ Outcome/Instrument	Intervention/Result/Implication
	กลุ่มที่ 2 คือ กลุ่มที่จัดบำบัดแบบ ประคับประคอง จำนวน 27 คน เป็นชาย 6 คน หญิง 21 คน กลุ่มที่ 3 คือ กลุ่มควบคุม จำนวน 24 คน เป็นชาย 9 คน หญิง 15 คน 1. แบบบันทึกรายละเอียดเรื่องอุบัติเห ตการณ์โดยให้การสัมภาษณ์อย่างมี โครงสร้าง ที่พัฒนาโดย Blanchard & Hickling (1997) 2. ประเมินโดยใช้ The Clinician- Administered PTSD Scales (CAPS) จัด ภายใน 2 เดือนหลังเกิดอุบัติเหต ในช่วงเวลาปัจจุบันที่กำลังทำวิจัย ซึ่ง แบ่งระดับของโรคความผิดปกติทาง จิตใจภายหลังได้รับภัยอันตราย ตามการ วินิจฉัยโรค เป็น 2 ระดับ ได้แก่ PTSD และ Sub-PTSD	การสูญเสียที่ผ่านมา และวิธีการที่พวกเขากำลังจัดการกับการ บาดเจ็บนั้น ครั้งที่ 4-8 การช่วยเหลือผู้ป่วยในประเด็นที่ผู้ป่วย เสนอขึ้นมา เป็นประเด็นทั่วไป เช่น เรื่องงาน เป็นต้น ประเมินเรื่องงาน เป็นต้น อาจเป็นการให้คำแนะนำ เล็กน้อยเกี่ยวกับสิ่งที่สมาชิกกลุ่มคิดหรือรู้สึก โดยที่ไม่ได้ ใช้แนวทางการบำบัดทางปัญญาและพฤติกรรม กลุ่มที่ 3 (กลุ่มควบคุม) รอกการบำบัดไปอีกประมาณ 2-3 เดือน หลังประเมิน post-treatment assessment แล้ว จึงถูก เลือกเข้ากลุ่มการบำบัดทางปัญญาและพฤติกรรม ได้หาก สนใจ ผู้บำบัด นักจิตวิทยาที่ผ่านการอบรมและมีประสบการณ์ในการ บำบัดด้วยรูปแบบการบำบัดทางปัญญาและพฤติกรรม

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลการใช้การบำบัดทางปัญญาและพฤติกรรมในผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางจิตใต้สภาวะเครียด (ต่อ)

Authors/Year/Title/Objective/ Design/Level	Subject/Setting/Method/ Outcome/Instrument	Intervention/Result/Implication
	3. ประเมินความเป็นไปได้อาการเกิดโรคร่วมทางจิตเวชตามอาการหลักทางคลินิก (Axis I disorders) อื่น ๆ เช่น โรคซึมเศร้า โรควิตกกังวลชนิด GAD ด้วยการประเมิน SCID 4. ประเมินการทำหน้าที่ทางจิตสังคมที่มีอยู่โดยใช้แบบสัมภาษณ์อย่างมีโครงสร้าง The LIFE Base และ The Global Assessment of functioning 5. ประเมินสภาพปัจจุบันเพื่อเป็นข้อมูลที่ใช้เปรียบเทียบด้วยแบบสอบถาม ดังนี้ 5.1 วัดภาวะซึมเศร้า ด้วยแบบ Beck Depression Inventory (BDI) 5.2 วัดความวิตกกังวลทั้งสภาวะ และลักษณะนิสัยของความวิตกกังวล ด้วยแบบ The state - trait Anxiety Inventory (STAI)	ผลการศึกษา ผลการศึกษากลุ่มที่ทำการบำบัดทางปัญญาและพฤติกรรม กลุ่มจิตบำบัดแบบระดับประจักษ์ และกลุ่มที่รอการบำบัด ได้ผลดังนี้ การเปรียบเทียบค่า CAPS score ใน 3 กลุ่ม ทั้งก่อนและหลังการทดลอง รวมทั้งในระยะติดตามผลหลังการทดลอง 3 เดือน โดยใช้สถิติ Ancova ดังนี้ 1. การวิเคราะห์เปรียบเทียบรายคู่ (ระหว่างกลุ่ม) หลังการทดลองพบว่า - ค่า CAPS score ในกลุ่มจิตบำบัดแบบระดับประจักษ์ลดลงมากกว่า กลุ่ม Wait list อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ (P < .01) 1.1 การวิเคราะห์จำนวนกลุ่มที่ drop outs มาพิจารณาด้วย โดยใช้ Ancova ทำการเปรียบเทียบรายคู่พบว่า - ค่า CAPS score ในกลุ่มบำบัดทางปัญญาและพฤติกรรม ลดลงมากกว่า กลุ่มจิตบำบัดแบบระดับประจักษ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ (P < .05)

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลการใช้การบำบัดทางปัญญาและพฤติกรรมในผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางจิตใกายหลังใ้รับกยันตราย (ต่อ)

Authors/Year/Title/Objective/ Design/Level	Subject/Setting/Method/ Outcome/Instrument	Intervention/Result/Implication
	5.3 ประเมินอาการของความผิดปกติทางจิตใกายหลังใ้รับกยันตราย (Posttraumatic stress symptoms) ด้วยแบบสอบถาม The Impact of Event Scale (IES) และ The PTSD checklist (PCL) 5.4 ประเมินภาวะกดดันทางจิตใกายในภาพรวม ด้วยแบบสอบถาม The Brief Symptom Inventory (BSI) และ Global Severity Index (GSI) การประเมินหลังการบำบัด เมื่อสิ้นสุดการบำบัด ทำการประเมิน โดย 1. การสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้างใ้ติดตามผล 2. ใช้ Life methodology เพื่อประเมินสภาวะทางจิตสังคม และ ใ้รวมทางจิตเวชตามอาการหลักทางคลินิกอื่นๆ	- ค่า CAPS score ในกลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคองมีแนวโน้มลดลงมากกว่ากลุ่มWait list อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ($P < .01$) 1.2 วิเคราะห์เพื่อดูระดับของโรค PTSD ตามการวินิจฉัยโรค (Categorical analysis) โดยใช้ 2x2 chi squares เปรียบเทียบผลการบำบัดเป็นรายคู่ หลังการบำบัดพบว่า - กลุ่มบำบัดทางปัญญาและพฤติกรรมมีระดับของโรคความผิดปกติทางจิตใกายหลังใ้รับกยันตราย ลดลงมากกว่า กลุ่มWait list และมีแนวโน้มที่จะลดลงมากกว่า - กลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ($P < .01$) - กลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคอง มีระดับของโรคความผิดปกติทางจิตใกายหลังใ้รับกยันตราย แตกต่างจากกลุ่มWait list อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ($P > .01$) 1.3 การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในกลุ่มที่มีโรคร่วม โรคร่วมที่ใ้เกิดใ้และพบมากคือ โรคซึมเศร้า (Major depressive disorder :MDD) และโรควิตกกังวลชนิด GAD

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลการใช้การบำบัดทางปัญญาและพฤติกรรมในผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางจิตใจภายหลังได้รับภัยธรรมชาติ (ต่อ)

Authors/Year/Title/Objective/ Design/Level	Subject/Setting/Method/ Outcome/Instrument	Intervention/Result/Implication
	ทั้งหมด 3. แบบประเมินอาการทางคลินิกของ ความผิดปกติทางจิตใจภายหลังได้รับ ภัยธรรมชาติ (CAPS) จะถูกใช้เป็นตัวแทน การจัดกลุ่มทั้งเรื่องของอาการวิตกกังวล และคะแนนอาการโดยรวมทั้งหมด เมื่อ ประเมินแล้ว ผู้บำบัดจะต้องตัดสินใจว่า จะส่งผู้ป่วยไปบำบัดเพิ่มเติมใน Treatment อันอื่นหรือไม่ หรือจะรอจน ครบถึงการประเมินติดตามผลเมื่อครบ 3 เดือน การประเมินในช่วงติดตามหลังการบำบัด 3 เดือน ประเมินด้วยการสัมภาษณ์และ การตอบแบบสอบถาม 1. ระดับของโรคความผิดปกติทาง จิตใจภายหลังได้รับภัยธรรมชาติ ตามการ วิเคราะห์โรค (Categorical analysis)	(generalized anxiety disorder) และเมื่อเปรียบเทียบการ วิเคราะห์ประสิทธิภาพของทั้ง 2 กลุ่ม พบผลการวิเคราะห์ ดังนี้ 1) อัตราการฟื้นตัวของโรคความผิดปกติทางจิตใจ ภายหลังได้รับภัยธรรมชาติในกลุ่มผู้ป่วยโรควิตกกังวล - อัตราการฟื้นตัวของโรคความผิดปกติทางจิตใจ ภายหลังได้รับภัยธรรมชาติ ในกลุ่มบำบัดทางปัญญาและ พฤติกรรม สูงกว่ากลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคอง และกลุ่ม Wait list อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ($P < .01$) - อัตราการฟื้นตัวของโรคความผิดปกติทางจิตใจ ภายหลังได้รับภัยธรรมชาติ ในกลุ่มจิตบำบัดแบบ ประคับประคอง และกลุ่ม Wait list มีผลลัพธ์แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ($P > .01$) 2) อาการของโรคความผิดปกติทางจิตใจภายหลังได้รับ ภัยธรรมชาติในกลุ่มผู้ป่วยโรควิตกกังวลชนิด GAD - อาการของโรคความผิดปกติทางจิตใจภายหลังได้รับ ภัยธรรมชาติ ในกลุ่มบำบัดทางปัญญาและพฤติกรรม ลดลง

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลการใช้การบำบัดทางปัญญและพฤติกรรมในผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางจิตใกายหลังใ้รับกยัณทราย (ต่อ)

Authors/Year/Title/Objective/ Design/Level	Subject/Setting/Method/ Outcome/Instrument	Intervention/Result/Implication
	2. การทดสอบทางจิตวิทยา (Psychological test measures) 3. รูปแบบของการคํานํนเชิวิตขึ้นพื้นฐาน (LIFE base variables)	มากกว่ากลุ่มจิตบำบัดแบบประคัับประคองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ (P < .01) - อการของโรคความผิดปกติทางจิตใกายหลังใ้รับกยัณทราย ในกลุ่ม Wait list และกลุ่มจิตบำบัดแบบประคัับประคอง แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ (P > .01) 1.4 การจัดการทดสอบทางจิตวิทยา (Psychological test measures) ที่ก่อนและหลังการทดลอง รวมทั้ง ในระยะติดตามผล 3 เดือน ของผู้ป่วยทั้งสามกลุ่ม โดยใช้ MANOVA พบว่า ผลการศีกษาภายในกลุ่ม - ผู้ป่วยกลุ่มบำบัดทางปัญญและพฤติกรรม มีอการของความผิดปกติทางจิตใกายหลังใ้รับกยัณทราย ลดลงกว่าก่อนการบำบัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ (P < .01) - ผู้ป่วยกลุ่มบำบัดทางปัญญและพฤติกรรม มีอการของความผิดปกติทางจิตใกายหลังใ้รับกยัณทราย ที่ระยะเวลา 3 เดือน แตกต่างจากก่อนการบำบัดอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ (P > .01)

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลการใช้การบำบัดทางปัญญาและพฤติกรรมในผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางจิตใจภายหลังได้รับอันตราย (ต่อ)

Authors/Year/Title/Objective/ Design/Level	Subject/Setting/Method/ Outcome/Instrument	Intervention/Result/Implication
		- ผู้ป่วยกลุ่มจิตบำบัดแบบระดับประคอง พบอาการของความผิดปกติทางจิตใจภายหลังได้รับอันตรายในกลุ่มทุกตัววัด ยกเว้น state และ trait anxiety อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ($P < .01$) - ผู้ป่วยกลุ่ม Wait list มีอาการของความผิดปกติทางจิตใจภายหลังได้รับอันตราย แตกต่างจากกลุ่มก่อนบำบัดอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ ($P > .01$) ผลการศึกษาระหว่างกลุ่ม เปรียบเทียบผลการทดสอบทางจิตวิทยา ระหว่างกลุ่ม หลังการบำบัด พบว่า - กลุ่มการบำบัดทางปัญญาและพฤติกรรม มีผลการทดสอบทางจิตวิทยา ดีกว่ากลุ่มจิตบำบัดแบบระดับประคอง และ กลุ่ม Wait list ในทุกกรณีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ($P < .01$) - กลุ่มจิตบำบัดแบบระดับประคอง มีผลการทดสอบทางจิตวิทยา ดีกว่ากลุ่ม Wait list ในเรื่อง state anxiety, PCL และ Global Severity Index of the BSI อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ($P < .01$)

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลการใช้การบำบัดทางปัญญาและพฤติกรรมในผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางจิตใจภายหลังได้รับยंत्रราย (ต่อ)

Authors/Year/Title/Objective/ Design/Level	Subject/Setting/Method/ Outcome/Instrument	Intervention/Result/Implication
		1.5 การเปลี่ยนแปลงในรูปแบบของการดำเนินชีวิตขั้นพื้นฐาน (LIFE base variables) ประเมินผลจากตัวแปรรูปแบบของการดำเนินชีวิตขั้นพื้นฐาน 3 ตัว ได้แก่ ความสัมพันธ์กับครอบครัว ความสามารถในการทำหน้าที่หลักและค่า GAF (Axis V) score เมื่อทำการเปรียบเทียบระหว่างก่อนและหลังการบำบัดได้ดังนี้ 1) ประเมิน GAF score โดยวิเคราะห์ด้วย Ancovas พบว่า - กลุ่มการบำบัดทางปัญญาและพฤติกรรม และกลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคอง มีค่าเฉลี่ยคะแนนของ GAF ตีกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ($P < .01$) - กลุ่ม Wait list มีค่าเฉลี่ยของคะแนน GAF แตกต่างจากการบำบัดอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ ($P > .01$) - กลุ่มการบำบัดทางปัญญาและพฤติกรรม มีค่าคะแนนเฉลี่ยของ GAF มากกว่ากลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคอง และ Wait list อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ($P < .01$)

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลการใช้การบำบัดทางปัญญาและพฤติกรรมในผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางจิตใจภายหลังได้รับยंत्रราย (ต่อ)

Authors/Year/Title/Objective/ Design/Level		Subject/Setting/Method/ Outcome/Instrument	Intervention/Result/Implication
			- กลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคอง กับกลุ่ม Wait list ความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ย GAF อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ ($P > .01$) 2) ความสามารถในการทำหน้าที่หลัก - กลุ่มการบำบัดทางปัญญาและพฤติกรรม และกลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคอง มีความสามารถในการทำหน้าที่หลักในทางที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ($P < .01$) - กลุ่ม Wait list มีความสามารถในการทำหน้าที่หลักแตกต่างจากก่อนบำบัดอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ ($P > .01$) 3) ความสัมพันธ์กับครอบครัว - ความสัมพันธ์กับครอบครัวในกลุ่มการบำบัดทางปัญญาและพฤติกรรม กลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคอง และกลุ่ม Wait list มีความแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ ($P > .01$) 2. ผลลัพธ์เมื่อติดตาม 3 เดือน พบว่า - กลุ่มที่ทำการบำบัดทางปัญญาและพฤติกรรม มีค่า

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลการใช้การบำบัดทางปัญญาและพฤติกรรมในผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางจิตใจภายหลังได้รับยंत्रราย (ต่อ)

Authors/Year/Title/Objective/ Design/Level	Subject/Setting/Method/ Outcome/Instrument	Intervention/Result/Implication
		CAPS score ต่ำกว่ากลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ($P < .01$) 2.1 วิเคราะห์เพื่อระดับของโรคความผิดปกติทางจิตใจ ภายหลังได้รับยंत्रรายตามการวินิจฉัยโรค (Categorical analysis) พบว่า - กลุ่มการบำบัดทางปัญญาและพฤติกรรม มีระดับของโรคความผิดปกติทางจิตใจภายหลังได้รับยंत्रราย ดีขึ้น ไปจนถึงไม่ปรากฏอาการของ ความผิดปกติทางจิตใจ ภายหลังได้รับยंत्रราย มากกว่ากลุ่มจิตบำบัด ประคับประคองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ($P < .05$) 2.2 การวัดการทดสอบทางจิตวิทยา(Psychological test measures) พบว่าหลังการบำบัดจนถึงประเมิน 3 เดือน - กลุ่มการบำบัดทางปัญญาและพฤติกรรม และกลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคอง มีอาการดีในทุกตัววัด ยกเว้น BDI (Beck Depression Inventory) ในกลุ่มการบำบัดทางปัญญาและพฤติกรรม แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ และ

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลการใช้การบำบัดทางปัญญาและพฤติกรรมในผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางจิตใจภายหลังได้รับภัยอันตราย (ต่อ)

Authors/Year/Title/Objective/ Design/Level		Subject/Setting/Method/ Outcome/Instrument	Intervention/Result/Implication	
			Implication	LIFE base measures พบการเปลี่ยนแปลงอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ ($P > .01$) จากการศึกษาพบว่าผลของค่า CAPS score แสดงให้เห็นว่า การบำบัดแบบ CBT มีประสิทธิภาพดีกว่าเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่ม SUPPORT และ กลุ่ม Wait list และเมื่อวิเคราะห์ผลลัพธ์การวินิจฉัยโรคลึกลับได้ผลเช่นเดียวกัน การวิเคราะห์ CAPS score เมื่อรวมเอากลุ่มที่ถอนตัว กลางคันมาวิเคราะห์ร่วมด้วยพบว่าผลไม่แตกต่างกัน นอกจากนี้ การบำบัดแบบ CBT ยังช่วยลดความผิดปกติร่วม อันได้แก่ Major depression และ GAD ได้มากกว่ากลุ่ม SUPPORT และกลุ่ม Wait list และผลยังยาวนานจนถึงการประเมินหลังการบำบัดไปแล้ว 3 เดือนได้ต่ำกว่า อีกสองกลุ่ม อีกด้วย การศึกษารังนี้แสดงให้เห็นชัดเจนว่า CBT มีประโยชน์ในการบำบัด PTSD ซึ่งเรอิ่งเป็นผู้ที่ประสบอุบัติเหตุทางรถยนต์ได้

ตารางที่ 2 ผลการวเคราะห์ข้อมูลการใช้การบำบัดทางปัญญและพฤติกรรมในผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางจิตใจภายหลังได้รับกยันตราย (ต่อ)

Authors/Year/Title/Objective/ Design/Level		Subject/Setting/Method/ Outcome/Instrument		Intervention/Result/Implication	
เรื่องที่ 4 Author	Sijbrandij, M., Olf, M., Reitsma, J.B., Carlier, I.V.E., de Vries, M.H. & Gersons, B.P 2007 Treatment of Acute Posttraumatic stress Disorder with Brief Cognitive Behavioral Therapy : A Randomized Controlled trial	Subject	ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางจิตใจภายหลัง ได้รับกยันตราย ที่ผ่านการคัดเลือตาม เกณฑ์จำนวน 143 ราย / Center for Psychological Trauma of the Academic Medical center, Amsterdam เกณฑ์การคัดเลือก 1. ได้รับการวินิจฉัยมีความผิดปกติ ทางจิตใจภายหลังได้รับกยันตราย ตาม เกณฑ์การวินิจฉัยของ DSM IV มีอาการ อย่างน้อย 1 เดือน 2. เกิดเหตุการณ์ที่กระทบกระเทือน จิตใจในระหว่าง 2 สัปดาห์ – 3 เดือน ก่อนทำการคัดเลือก	Intervention	โปรแกรมการบำบัด กลุ่มทดลอง ได้รับการบำบัดทางปัญญาและพฤติกรรม จำนวน 4 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 120 นาที ด้วยขั้นตอน ดังนี้ ครั้งที่ 1 1.1 ให้ข้อมูลและความรู้เกี่ยวกับการรักษาทางปัญญา และพฤติกรรม 1.2 อธิบายให้ผู้ป่วยทราบถึงความคิดที่บิดเบือนไปและ สถานการณ์ที่ผู้ป่วยพยายามจะหลีกเลี่ยง ครั้งที่ 2 2.1 ให้ผู้ป่วยจัดลำดับสถานการณ์ที่พยายามจะ หลีกเลี่ยง 2.2 ประเมินระดับของความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นของ ผู้ป่วยที่มีต่อการดำเนินการนั้นๆ
Objective	เพื่อศึกษาประสิทธิภาพของการบำบัดทางปัญญาและ พฤติกรรมแบบสั้น ใน ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทาง จิตใจภายหลังได้รับกยันตราย				

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลการใช้การบำบัดทางปัญญาและพฤติกรรมในผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางจิตใจภายหลังได้รับภัยอันตราย (ต่อ)

Authors/Year/Title/Objective/ Design Level		Subject/Setting/Method/ Outcome/Instrument	Intervention/Result/Implication	
RCT A	Setting	3. เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นสิ้นสุดก่อนการคัดเลือก 4. อายุ ≥ 18 ปี เข้าใจภาษา Dutch เกณฑ์การคัดออก 1. มีความคิดฆ่าตัวตาย 2. มีการตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคจิตโรควิทยาการ คัดสารเสพติด หรือมีความผิดปกติทางจิตภายหลังได้รับภัยอันตรายเร่งด่วนตามเกณฑ์ของ DSM-IV วิธีการดำเนินการศึกษา แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม โดยกลุ่มตัวอย่างดังนี้ กลุ่มทดลอง จำนวน 79 ราย ได้รับการบำบัดทางปัญญาและพฤติกรรม จำนวน 4 สัปดาห์ กลุ่มควบคุม จำนวน 64 ราย ประเมินหลังการทดลอง 4 เดือน	2.3 คือก่อนคลายกลืนเนื้อเบบตึกและให้นำไปกลับไปที่ตึกที่บ้าน 2.4 ให้ผู้ป่วยคิดทบทวนถึงประสบการณ์ที่เกิดจากเหตุการณ์ร้ายและจินตนาการว่าปัจจุบันต้องประสบกับเหตุการณ์นั้นอีก (imaginal exposure) 2.5 อธิบายถึงความคิดที่บิดเบือน มีการปรับเปลี่ยนความคิดใหม่ ผู้ป่วยจะมีการพูดคุย ระบบประสบการณ์ในระหว่าง ครั้งที่ 2 และ ครั้งที่ 4 โดยการฟังจากแบบและเผชิญหน้ากับเหตุการณ์ที่หลีกเลี่ยง แต่เป็นสถานการณ์ที่ปลอดภัย (in vivo exposure) ในเวลาใดก็ได้ในสัปดาห์ต่อมา โดยให้ทำที่บ้าน ครั้งที่ 3 3.1 เป็นการทบทวนการบ้านที่ให้ผู้ป่วยกลับไปทำ 3.2 ให้ผู้ป่วยจินตนาการถึงการเผชิญหน้ากับเหตุการณ์เดิม (imaginal exposure) โดยใช้เวลา 45 นาที 3.3 ทำการปรับเปลี่ยนกระบวนการรับรู้ใหม่	

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลการใช้การบำบัดทางปัญญาและพฤติกรรมในผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางจิตใจภายหลังได้รับภัยพิบัติ (ต่อ)

Authors/Year/Title/Objective/ Design/Level	Subject/Setting/Method/ Outcome/Instrument	Intervention/Result/Implication
	ผู้ป่วยที่มีรุนแรงของอาการผิดปกติทางจิตใจภายหลังได้รับภัยพิบัติ ตามเกณฑ์ของ DSM-IV จะได้รับการช่วยเหลือให้เข้ารับการบำบัดทางปัญญา และพฤติกรรม หรือมีการส่งต่อไปรับการบำบัดรักษาโดยใช้การบำบัดทางปัญญาและพฤติกรรม โปรแกรม 16 ครั้ง การประเมินผลลัพธ์ / เครื่องมือที่ใช้ การประเมิน ประกอบด้วย 1. ประเมินความรุนแรงของอาการผิดปกติทางจิตใจภายหลังได้รับการบำบัด ด้วยแบบประเมิน Structured Interview for PTSD (Dutch version) 2. ประเมินอาการทางคลินิกของโรคร่วมทางจิตเวชตามอาการหลักทางคลินิก ด้วยแบบประเมิน Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorder	ครั้งที่ 4 4.1 พบพบการบ้าน 4.2 ให้ผู้ป่วยจินตนาการถึงการเผชิญหน้ากับเหตุการณ์เดิม 30 นาที 4.3 ฝึกปรับเปลี่ยนกระบวนการรับรู้ใหม่ 4.5 ผู้บำบัดกล่าวปิดการรักษ และอธิบายถึงความก้าวหน้าในการบำบัดของผู้ป่วย กลุ่มควบคุม ทำการประเมินหลังการทดลอง 4 เดือน ผู้ป่วยที่มีรุนแรงของอาการผิดปกติทางจิตใจภายหลังได้รับการบำบัด ตามเกณฑ์ของ DSM-IV จะได้รับการช่วยเหลือให้เข้ารับการบำบัดทางปัญญาและพฤติกรรม หรือมีการส่งต่อไปรับการบำบัดทางปัญญาโดยให้การรักษาโดยให้การรักษาบำบัดทางปัญญาและพฤติกรรม โปรแกรม 16 ครั้ง ผู้บำบัด นักจิตบำบัด 2 ท่าน และนักศึกษา 1 ท่าน ที่มีประสบการณ์และผ่านการฝึกกระบวนการบำบัดทางปัญญาและพฤติกรรม

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลการใช้การบำบัดทางปัญญและพฤติกรรมในผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางจิตใจภายหลังได้รับอันตราย (ต่อ)

Authors/Year/Title/Objective/ Design/Level	Subject/Setting/Method/ Outcome/Instrument	Intervention/Result/Implication	
		Result	ผลการศึกษา ผลการทดลอง
	3. ประเมินความวิตกกังวล ด้วยแบบ ประเมิน Hospital Anxiety and Scale-A 4. ประเมินภาวะซึมเศร้า ด้วยแบบ ประเมิน Hospital Anxiety and Scale-D ประเมินความพึงพอใจต่อการรักษา		อาการของโรคร่วม พบว่า - หลังการทดลอง 4 เดือน กลุ่มที่ได้รับการบำบัดทาง ปัญญาและพฤติกรรม มีอาการของโรคร่วม ดังนี้ 1) โรควิตกกังวล ร้อยละ 19.6 2) โรควิตกกังวลอื่น (นอกเหนือจากความผิดปกติทาง จิตใจภายหลังได้รับอันตราย) ร้อยละ 11.8 3) อาการ Social phobia ร้อยละ 3.9 4) อาการ Specific phobia ร้อยละ 5.9 5) โรควิตกกังวล (without agoraphobia) และโรควิตก กังวลชนิด GAD ร้อยละ 2.0 6) ใช้ Alcohol ร้อยละ 2.3

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลการใช้การบำบัดทางปัญญาและพฤติกรรมในผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางจิตใจภายหลังได้รับการบำบัด (ต่อ)

Authors/Year/Title/Objective/ Design/Level	Subject/Setting/Method/ Outcome/Instrument	Intervention/Result/Implication
		ผลลัพธ์หลัก การสัมภาษณ์ผู้ป่วยแบบมีโครงสร้าง 1. ความรุนแรงของการผิดปกติทางจิตใจภายหลังได้รับการบำบัด ผลการศึกษาภายในกลุ่มที่ได้รับการบำบัดทางปัญญาและพฤติกรรม พบว่า - ความรุนแรงของการผิดปกติทางจิตใจภายหลังได้รับการบำบัด ในกลุ่มที่ได้รับการบำบัดทางปัญญาและพฤติกรรม ลดลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P = .002$) ผลการศึกษาระหว่างกลุ่มที่ได้รับการบำบัดทางปัญญาและพฤติกรรม และกลุ่มควบคุม พบว่า - หลังการบำบัด 1 สัปดาห์ กลุ่มที่ได้รับการบำบัดทางปัญญาและพฤติกรรม มีคะแนนเฉลี่ยของความรุนแรงของการผิดปกติทางจิตใจภายหลังได้รับการบำบัดต่ำกว่า กลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .001$) - หลังการบำบัด 4 เดือน คะแนนเฉลี่ยของความรุนแรงของการผิดปกติทางจิตใจภายหลังได้รับการบำบัด ทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .05$)

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลการใช้การบำบัดทางปัญญาและพฤติกรรมในผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางจิตใจภายหลังได้รับยंत्रราย (ต่อ)

Authors/Year/Title/Objective/ Design/Level	Subject/Setting/Method/ Outcome/Instrument	Intervention/Result/Implication
		2. ความรู้สึกเหมือนตกอยู่ในเหตุการณ์อื่น (Re-experiencing) ผลการศึกษายในกลุ่มที่ได้รับการบำบัดทางปัญญา และพฤติกรรม และกลุ่มควบคุม พบว่า - หลังการบำบัด 1 สัปดาห์ และ 4 เดือน ทั้งสองกลุ่มมีคะแนนเฉลี่ยของความรู้สึกลึกเหมือนตกอยู่ในเหตุการณ์อื่นอีกลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .001$) ผลการศึกษาระหว่างกลุ่มที่ได้รับการบำบัดทางปัญญาและพฤติกรรม และกลุ่มควบคุมพบว่า - หลังการบำบัด 1 สัปดาห์ กลุ่มที่ได้รับการบำบัดทางปัญญาและพฤติกรรม มีคะแนนเฉลี่ยของความรู้สึกลึกเหมือนตกอยู่ในเหตุการณ์อื่นอีก ต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .01$) 3. อาการกลัวและหลีกเลี่ยง (Avoidance) ผลการศึกษาระหว่างกลุ่มที่ได้รับการบำบัดทางปัญญาและพฤติกรรม และกลุ่มควบคุม พบว่า - หลังการบำบัด 1 สัปดาห์ กลุ่มที่ได้รับการบำบัด

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลการใช้การบำบัดทางปัญญาและพฤติกรรมในผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางจิตใจภายหลังได้รับยंत्रยา (ต่อ)

Authors/Year/Title/Objective/ Design/Level	Subject/Setting/Method/ Outcome/Instrument	Intervention/Result/Implication
		ทางปัญญาและพฤติกรรม มีคะแนนเฉลี่ยของการกลัวและหลีกเลี่ยง ต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P<.001$) - หลังการบำบัด 4 เดือน ทั้งสองกลุ่มมีคะแนนเฉลี่ยของการกลัวและหลีกเลี่ยง แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($P<.05$) 4. ภาวะตื่นตัวสูงหรือตกใจกลัวมากเกินไป (Hyperarousal) ผลการศึกษาภายในกลุ่มที่ได้รับการบำบัดทางปัญญาและพฤติกรรม และกลุ่มควบคุม พบว่า - หลังการบำบัด 1 สัปดาห์ และ 4 เดือน ทั้งสองกลุ่มมีคะแนนเฉลี่ยของภาวะตื่นตัวสูงหรือตกใจกลัวมากเกินไป ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P<.01$) ผลการศึกษาระหว่างกลุ่มที่ได้รับการบำบัดทางปัญญาและพฤติกรรม และกลุ่มควบคุม พบว่า - หลังการบำบัด 1 สัปดาห์ กลุ่มที่ได้รับการบำบัดทางปัญญาและพฤติกรรม มีคะแนนเฉลี่ยของภาวะตื่นตัวสูง

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลการใช้การบำบัดทางปัญญาและพฤติกรรมในผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางจิตใจภายหลังได้รับอันตราย (ต่อ)

Authors/Year/Title/Objective/ Design/Level	Subject/Setting/Method/ Outcome/Instrument	Intervention/Result/Implication
		หรือตกใจกลัว มากเกินไป ต่ำกว่า กลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P<.01$) - หลังการบำบัด 4 เดือน ทั้งสองกลุ่มมี คะแนนเฉลี่ยของการตื่นตัวสูงหรือตกใจกลัวมากขึ้นไป แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($P<.05$) ผลลัพธ์รอง 1. ความวิตกกังวล ผลการศึกษาภายในกลุ่มที่ได้รับการบำบัดทางปัญญาและพฤติกรรม และกลุ่มควบคุมพบว่า - หลังการบำบัด 1 สัปดาห์ และ 4 เดือน ทั้งสองกลุ่มมีคะแนนเฉลี่ยของความวิตกกังวลลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P<.05$) ผลการศึกษาระหว่างกลุ่มที่ได้รับการบำบัดทางปัญญาและพฤติกรรม และกลุ่มควบคุม พบว่า - หลังการบำบัด 1 สัปดาห์ กลุ่มที่ได้รับการบำบัดทางปัญญาและพฤติกรรม มีคะแนนเฉลี่ยของความวิตกกังวลต่ำกว่า กลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P<.05$)

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลการใช้การบำบัดทางปัญญาและพฤติกรรมในผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางจิตใกายหลังใ้รับยันตราย (ต่อ)

Authors/Year/Title/Objective/ Design/Level	Subject/Setting/Method/ Outcome/Instrument	Intervention/Result/Implication
		- หลังการบำบัด 4 เดือน คะแนนเฉลี่ยของความวิตกกังวลทั้งสองกลุ่ม แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .05$) จากการศึกษานี้จะเห็นได้ว่า การใช้ Brief cognitive behavioral therapy program ช่วยให้อาการของ PTSD ความวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้าดีขึ้นในระยะ 1 สัปดาห์ หลังจบการรักษาซึ่งแตกต่างจากกลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p = 0.003$ แต่ในระยะ 4 เดือน หลังจบการรักษา พบว่าไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จากสิ่งนี้พบนี้สามารถนำไปใช้กับผู้ป่วยที่มีการตอบสนองต่อความเจ็บปวดที่รุนแรงใน ระยะแรกได้ เนื่องจากการรักษาจะช่วยให้ผู้ป่วยหายเร็วขึ้น และป้องกันการเป็น PTSD ได้ ถ้าเริ่มรับการรักษา ภายใน 2-3 สัปดาห์ หลังจากประสบกับเหตุการณ์ และ Brief Cognitive Behavioral Therapy Program นี้ นับได้ว่าเป็นโปรแกรมที่ใช้ง่ายในทางคลินิก สำหรับผู้ป่วยที่เพิ่งได้พบกับเหตุการณ์ ที่เจ็บปวดได้ไม่นานและมีข้อจำกัดเรื่องเวลาทั้งใ้ให้บริการและผู้ป่วย PTSD เอง

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลการใช้การบำบัดทางปัญญาและพฤติกรรมในผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางจิตใจภายหลังได้รับอันตราย (ต่อ)

Authors/Year/Title/Objective/ Design/Level		Subject/Setting/Method/ Outcome/Instrument		Intervention/Result/Implication	
เรื่องที่ 5	Author	Van Emmerik, A.A., Kamphuis, J.H. & Emmelkamp, P.M. 2008	Subject	Intervention	1. กลุ่มการบำบัดทางปัญญาและพฤติกรรม ให้การบำบัดตามแนวคิดของ Bryant และคณะ (1998) ซึ่งประกอบด้วย 1.1 การให้ความรู้ด้านสุขภาพจิต 1.2 การใช้จินตนาการในการเผชิญกับเหตุการณ์ 1.3 การเผชิญหน้ากับเหตุการณ์ที่ทำให้เกิดความกลัว 1.4 การปรับเปลี่ยนความคิดใหม่ 1.5 การให้การบ้าน เช่น การให้พบบันทึกเสียงกับการจินตนาการในการเผชิญกับเหตุการณ์ต่าง ๆ ไปฟังที่บ้านอย่างน้อย 3 ครั้งต่อสัปดาห์ การให้แยกแยะและการท้าทายความรู้สึกรู้สึกเจ็บปวด ซึ่งเชื่อมโยงความคิดและการปล่อยวางเผชิญหน้ากับเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความกลัวทีละน้อย
Year	Title	1. "ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเครียดเฉียบพลัน หรือผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางจิตใจภายหลังได้รับอันตราย ตามเกณฑ์การคัดเข้า ดังนี้ 1. ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเครียดเฉียบพลัน หรือผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางจิตใจภายหลังได้รับอันตราย ตามเกณฑ์การวินิจฉัยของ DSM-IV 2. อายุ 16 ปีขึ้นไป 3. มีความเข้าใจในภาษา Dutch และภาษาอังกฤษ 4. ไม่มีปัญหาสุขภาพจิตอื่นนอกเหนือจาก โรคเครียดเฉียบพลัน หรือ			ระยะเวลาในการบำบัด 1. ผู้ป่วยโรคเครียดเฉียบพลันและผู้ที่มีความผิดปกติทางจิตใจภายหลังได้รับอันตรายชนิดเฉียบพลันได้รับการบำบัดสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 1.5 ชม. จำนวน 5 ครั้ง
Objective					

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลการใช้การบำบัดทางปัญญและพฤติกรรมในผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางจิตใจภายหลังได้รับยंत्रราย (ต่อ)

Authors/Year/Title/Objective/ Design/Level		Subject/Setting/Method/ Outcome/Instrument	Intervention/Result/Implication
พฤติกรรมและการเขียนอย่างมีโครงสร้าง (Structured Writing Therapy : SWT) ในการรักษาผู้ป่วยโรคเครียดเฉียบพลัน (Acute stress disorder :ASD) และผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางจิตใจภายหลังได้รับยंत्रราย (Posttraumatic stress disorder :PTSD) RCT A		ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางจิตใจภายหลังได้รับยंत्रราย 5. ยอมรับการบำบัดแบบจิตบำบัดเกณฑ์การคัดออก 1. ผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตอื่นที่นอกเหนือจากโรคเครียดเฉียบพลัน และผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางจิตใจภายหลังได้รับยंत्रราย และต้องรับการรักษาทางคลินิก เช่น กวาะสมองเสื่อม มีอาการทางจิต มีภาวะซึมเศร้าและมีความคิดฆ่าตัวตาย หรือมีการใช้สารเสพติดอย่างรุนแรง 2. เป็นผู้ที่ยังได้รับการบำบัดทางจิตมาแล้ว กลุ่มตัวอย่าง 125 ราย ออกเป็น 3 กลุ่ม โดยการสุ่มเข้า คือ Setting	2. ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางจิตใจภายหลังได้รับยंत्रรายชดเร็วจริง "ได้รับการบำบัดสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 1.5 ชม. จำนวน 10 ครั้ง 2. กลุ่ม SWT (Structured Writing Therapy) ประกอบด้วยการบำบัด 3 ส่วน คือ 2.1 การเผชิญหน้ากับตนเอง (Self-confrontation Phase) ให้ผู้ป่วยเขียนประสบการณ์อันเลวร้ายที่เคยประสบมา โดยเขียนให้เป็นปัจจุบันและความรู้สึกพิเศษที่เกิดขึ้นกับเหตุการณ์นั้นๆ รวมไปถึงความรู้สึกที่สัมพันธ์กับความจริงและอารมณ์ 2.2 การปรับเปลี่ยนความคิดใหม่ (Cognitive re-appraisal phase) ให้ผู้ป่วยเขียนคำแนะนำ หรือแนวทางในการคิดหรือปฏิบัติในเหตุการณ์ที่เหมือนกับเหตุการณ์ของตนเอง และนำคำแนะนำหรือแนวทางนั้นๆ มาใช้กับตนเอง ซึ่งคำแนะนำหรือแนวทางนี้ต้องมีเนื้อหาในเรื่องของวิธีที่จะจัดการกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นและสิ่งที่จะเกิดตามมาหลังเหตุการณ์นั้นๆ ได้ดีที่สุด

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลการใช้การบำบัดทางปัญญาและพฤติกรรมในผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางจิตใจภายหลังได้รับภัยธรรมชาติ (ต่อ)

Authors/Year/Title/Objective/ Design/Level	Subject/Setting/Method/ Outcome/Instrument	Intervention/Result/Implication
	1.กลุ่มที่ได้รับการบำบัดทางปัญญา และพฤติกรรม = 41 คน 2.กลุ่มที่ได้รับการบำบัดแบบ Structured Writing Therapy (SWT) = 44 คน 3.กลุ่มที่ไม่ได้รับการบำบัด หรือกลุ่มควบคุม (Waitlist control :WLC) = 40 คน การประเมินผลลัพธ์ / เครื่องมือที่ใช้ การประเมิน ใช้แบบประเมิน 1.ประเมินอาการผิดปกติทางจิตใจ ภายหลังได้รับภัยธรรมชาติ ด้วยแบบ ประเมิน Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorder Dutch Version 2. ประเมินผลกระทบของเหตุการณ์ ด้วยแบบประเมิน Impact of Event Scale	2.3 การแบ่งปันความคิดและการอำลา (Sharing and farewell ritual phase) ให้ผู้ป่วยส่งจดหมายถึงบุคคลใกล้ชิด หรือผู้ที่ร่วมอยู่ในเหตุการณ์ด้วยกัน ซึ่งจะบรรยายถึงเหตุการณ์ ผลกระทบและบุคคลที่สามารถช่วยจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นได้ โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อช่วยเหลือบุคคลที่เกี่ยวข้องกับเหตุการณ์ และบุคคลที่ต้องการความช่วยเหลือ ที่ได้ตอบกลับมา (ถ้ามี) โดยดูจากเนื้อหาของจดหมายจาก ผู้ที่ตอบกลับมา ซึ่งเนื้อหาในจดหมายนี้จะให้กับการบ้าน ให้ผู้ป่วยไปเขียนที่บ้าน สัปดาห์ละ 3 ครั้ง และนำมาอภิปราย อีกครั้ง ระยะเวลาในการบำบัด 1. ผู้ป่วยโรคเครียดเฉียบพลันและผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางจิตใจภายหลังได้รับภัยธรรมชาติแบบเฉียบพลัน ได้รับ การบำบัดสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 1.5 ชม. จำนวน 5 ครั้ง 2. ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางจิตใจภายหลังได้รับ ภัยธรรมชาติเรื้อรัง ได้รับการบำบัดสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 1.5 ชม. จำนวน 10 ครั้ง

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลการใช้การบำบัดทางปัญญาและพฤติกรรมในผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางจิตใจภายหลังได้รับภัยอันตราย (ต่อ)

Authors/Year/Title/Objective/ Design/Level	Subject/Setting/Method/ Outcome/Instrument	Intervention/Result/Implication
	(IES) เป็น Dutch version ประกอบด้วย 2.1 IES-I (intensive) มี 6 ข้อ 2.2 IES-A (avoidance) มี 7 ข้อ สำหรับ IES-T (Total) มีเพิ่มเติมอีก 2 ข้อ ค่าคะแนนอยู่ระหว่าง 0-75 คะแนน 3. ประเมินภาวะซึมเศร้า ด้วยแบบประเมิน Beck Depression Inventory (BDI) Dutch version มี 21 ข้อ 4. ประเมินความวิตกกังวล ด้วยแบบประเมิน State-Trait Anxiety Inventory (STAI) Dutch version มี 20 ข้อ 5. ประเมินความคิดแตกแยก ด้วยแบบประเมิน Dissociative Experiences Scale (DES) Dutch version มี 28 ข้อ ประเมิน 3 ระยะ คือ ระยะที่ 1 ก่อนการรักษาเป็นข้อมูลพื้นฐาน (baseline)	3. กลุ่มควบคุม (Waitlist control :WLC) - ไม่ได้รับการบำบัดใดๆ ผู้บำบัด นักจิตวิทยาคลินิกและจิตแพทย์ที่เชี่ยวชาญด้านการบำบัดทางปัญญาและพฤติกรรม ผลการศึกษา กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 125 ราย ถอนตัวจากการทดลอง 40 ราย (เหลือ 85 ราย) เมื่อสิ้นสุดการทดลอง และถอนตัวเป็น 59 ราย (เหลือ 66 ราย) ในระยะติดตามผล อัตราการถอนตัวจากการทดลอง (drop out) ไม่มีความแตกต่างกันระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม และระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมแต่มีความสัมพันธ์กับชนิดของการบาดเจ็บ (Trauma) ที่ได้รับ คือ กลุ่มที่ได้รับบาดเจ็บจากการจลาจลอยู่คู่มากที่สุด และกลุ่มที่เป็นความรุนแรงทั้งทางเพศ และไม่ใช้ทางเพศถอนตัวมากที่สุด

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลการใช้การบำบัดทางปัญญาและพฤติกรรมในผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางจิตใจภายหลังได้รับอันตราย (ต่อ)

Authors/Year/Title/Objective/ Design/Level		Subject/Setting/Method/ Outcome/Instrument	Intervention/Result/Implication
		ระยะที่ 2 หลังการบำบัด ระยะที่ 3 ติดตามผล	ประเมินข้อมูลพื้นฐานและความรุนแรงของอาการกลุ่มการทดลอง (Baseline Equivalence and Symptom Severity) ด้วยแบบประเมิน ทั้ง 5 ชุด ซึ่งต้น - ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยและลักษณะของเหตุการณ์ ไม่มี - ความแตกต่างกันระหว่างกลุ่ม - ลักษณะของเหตุการณ์ที่ผู้ป่วยพบ ได้แก่ อุบัติเหตุจากการจราจร การถูกทารุณทางร่างกาย การถูกทารุณทางเพศ และอื่น ๆ - ความรุนแรงของอาการระหว่างกลุ่มไม่แตกต่างกัน ยกเว้นในเรื่องอาการของความวิตกกังวล (Dissociative symptoms) - อาการของความวิตกกังวล (Dissociative symptoms) ในผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดแบบ CBT น้อยกว่าผู้ที่ได้รับการบำบัดแบบ SWT อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P=0.03) - ผู้ป่วยกลุ่มบำบัดทางปัญญาและพฤติกรรม มีความรุนแรงของการ ความวิตกกังวลน้อยกว่าผู้ป่วยกลุ่ม SWT อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P=0.02)

ตารางที่ 2 ผลการวเคราะหขอมูลการใช้การบำบัดทางปัญญาและพฤติกรรมในผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางจิตใจภายหลังได้รับยंत्रาย (ต่อ)

Authors/Year/Title/Objective/ Design/Level		Subject/Setting/Method/ Outcome/Instrument	Intervention/Result/Implication
			- การกระจายของผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น ASD, Acute PTSD และ Chronic PTSD ในระหว่างกลุ่มบำบัดทางปัญญาและพฤติกรรม กับกลุ่มควบคุมไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และในกลุ่มบำบัดทางปัญญาและพฤติกรรม กับกลุ่ม SWT ก็ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเช่นกัน <u>ผลการศึกษาระหว่างกลุ่มบำบัดทางปัญญาและพฤติกรรม กับ กลุ่ม SWT</u> ในระยะหลังการทดลองกลุ่มบำบัดทางปัญญาและพฤติกรรม และ SWT มีระดับอาการตามแบบวัดลดลงจากก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ ($P=0.01$) (ตามแบบวัด 6 อย่าง ยกเว้น STAI-T) ในระยะหลังการเปรียบเทียบกับระยะ Follower ไม่มีความแตกต่างกันของระดับอาการ ในกลุ่มบำบัดทางปัญญาและพฤติกรรม และ SWT และไม่พบความแตกต่างของระดับอาการที่ลดลงระหว่างกลุ่มบำบัดทางปัญญาและพฤติกรรม และ SWT

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลการใช้การบำบัดทางปัญญาและพฤติกรรมในผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางจิตใจภายหลังได้รับยंत्रยา (ต่อ)

Authors/Year/Title/Objective/ Design/Level	Subject/Setting/Method/ Outcome/Instrument	Intervention/Result/Implication
		ผลการศึกษาระหว่างกลุ่มบำบัดทางปัญญาและพฤติกรรม กับ กลุ่มควบคุม 1. ประเมินผลกระทบของเหตุการณ์ ด้วยแบบประเมิน Impact of Event Scale (IES) ชุด IES-T (Total) กลุ่มบำบัดทางปัญญาและพฤติกรรม และ SWT มีค่าเฉลี่ยหลังการบำบัดและระยะติดตามผลต่ำกว่ากลุ่ม WLC อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 2. ประเมินผลกระทบของเหตุการณ์ ด้วยแบบประเมิน Impact of Event Scale (IES) ชุด IES-I (intensive) กลุ่มบำบัดทางปัญญาและพฤติกรรม และ SWT มีค่าเฉลี่ยหลังการบำบัด และระยะติดตามผลต่ำกว่ากลุ่ม WLC อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 3. ประเมินผลกระทบของเหตุการณ์ ด้วยแบบประเมิน Impact of Event Scale (IES) ชุด IES-A (avoidance) กลุ่มบำบัดทางปัญญาและพฤติกรรม และกลุ่ม SWT มีค่าเฉลี่ยหลังการบำบัดต่ำกว่ากลุ่ม WLC อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ในระยะติดตามผลไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลการใช้การบำบัดทางปัญญาและพฤติกรรมในผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางจิตใจภายหลังได้รับยंत्रยา (ต่อ)

Authors/Year/Title/Objective/ Design/Level	Subject/Setting/Method/ Outcome/Instrument	Intervention/Result/Implication
		หลังการทดลอง กลุ่มทดลอง(CBT+SWT) และกลุ่มควบคุม (WLC) มีระดับอาการลดลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $P=0.01$ (ตามแบบวัด 6 อย่าง ยกเว้น STAI-T) ในระยะหลังการทดลองเทียบกับระยะ Folder up ไม่มีความแตกต่างกันของระดับอาการในกลุ่มทดลอง กับกลุ่มควบคุม และพบว่ากลุ่มทดลองมีระดับอาการลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $P=0.01$ ที่แนบ IES-T และ $P=0.04$ ที่แนบ BDI และ $P=0.05$ ที่แนบ STAI-S Implication จากผลการศึกษาสรุปได้ว่า ผลลัพธ์จากแบบประเมินทั้งหมดของผู้ป่วยที่ได้ทำการรักษาผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการรักษาเปรียบเทียบกับระหว่างก่อนการรักษา (baseline) กับระยะหลังการรักษา (posttest) พบว่าผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับการรักษามีค่าเฉลี่ยของคะแนนแบบประเมินหลังการรักษาลดลงจากก่อนการรักษาย่างมีนัยสำคัญทางสถิติและในการเปลี่ยนแปลงระหว่างหลังการรักษาและ

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลการใช้การบำบัดทางปัญญาและพฤติกรรมในผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางจิตใจภายหลังได้รับภัยอันตราย (ต่อ)

Authors/Year/Title/Objective/ Design/Level	Subject/Setting/Method/ Outcome/Instrument	Intervention/Result/Implication	
		Implication (ต่อ)	ระยะติดตามผล ไม่แตกต่างกันในภาพรวมจากการศึกษาครั้งนี้จะเห็นได้ว่า การบำบัดทางจิตรูปแบบ CBT และ SWT เป็นทางเลือกในการรักษาผู้ป่วยที่ประสบเหตุการณ์ที่เลวร้าย โดยเฉพาะรูปแบบ CBT ที่ให้ผลการรักษาได้ดีกว่า SWT แต่จะเลือกใช้การรักษารูปแบบใดนั้นต้องคำนึงถึงลักษณะของผู้ป่วยแต่ละรายอย่างละเอียด ประกอบกับการเลือกวิธีบำบัดที่เหมาะสมด้วย

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลการใช้การบำบัดทางปัญญาและพฤติกรรมในผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางจิตใจภายหลังได้รับภัยอันตราย (ต่อ)

Authors/Year/Title/Objective/ Design/Level		Subject/Setting/Method/ Outcome/Instrument		Intervention/Result/Implication	
เรื่องที่ 6		Subject	Outcome/Instrument	Intervention	
Author	Devilly, G. J., & Spence, S.H.		ประชากรทั่วไปที่มีความสนใจสมัครเข้าร่วมวิจัยผ่านเกณฑ์การคัดเลือกจำนวน 23 คน เป็นเพศชาย 8 คน และเพศหญิง 15 คน/ University of Queensland School of Psychology		1. กลุ่มที่ได้รับการบำบัดทางปัญญาและพฤติกรรมตามแนวปฏิบัติผู้ป่วยที่ได้รับภัยอันตราย (Trauma Treatment Protocol) มีขั้นตอน ดังนี้
Year	1999				ครั้งที่ 1 การประเมินโดยการสัมภาษณ์และทดสอบการหายใจ การเริ่มต้นการทดลอง ี่มีเวลา (90 นาที)
Title	The Relative Efficacy and Treatment Distress of EMDR and a Cognitive-Behavior Trauma Treatment Protocol in the Amelioration of Posttraumatic stress Disorder เพื่อเปรียบเทียบประสิทธิภาพการรักษาของ EMDR และการบำบัดทางปัญญาและพฤติกรรม ในผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางจิตใจภายหลังได้รับภัยอันตราย	Setting	เกณฑ์การคัดเลือก 1. มีประสบการณ์ได้รับบาดเจ็บและมีอาการผิดปกติทางจิตใจภายหลังได้รับอันตราย ตามเกณฑ์ของ DSM-IV 2. การบาดเจ็บมีมานานกว่า 4 สัปดาห์ก่อนเข้าร่วมวิจัย 3. มีอายุมากกว่า 18 ปี 4. ปัจจุบันไม่ได้รับการบำบัดทางจิตสำหรับอาการผิดปกติทางจิตใจภายหลังได้รับภัยอันตราย		ครั้งที่ 2 การให้ความรู้และวางแผนการทดลอง การวัดความเชื่อถือของการบำบัด เป็นการทําย่างมีโครงสร้างและขั้นตอนอย่างเปิดเผย (90 นาที)
Objective					ครั้งที่ 3 การผ่อนคลายกล้ามเนื้อและฝึกการหายใจอีกครั้ง การควบคุมลำดับและการผ่อนคลายที่แตกต่างกันออกไป การสกัดกั้นความคิด (90 นาที)
Design	Experimental Design				ครั้งที่ 4 การเผชิญเหตุการณ์ที่ทำให้เกิดบาดแผลในจิตใจ (60 นาที) โดยการบันทึกผล (90 นาที)
Level	B				ครั้งที่ 5 การเผชิญเหตุการณ์ที่ทำให้เกิดบาดแผลในจิตใจ (30-45 นาที) โดยการ ใช้ Beck / Ellis cognitive แบบปรับปรุงใหม่ (120 นาที)

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลการใช้การบำบัดทางปัญญและพฤติกรรมในผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางจิตใจภายหลังได้รับภัยอันตราย (ต่อ)

Authors/Year/Title/Objective/ Design/Level		Subject/Setting/Method/ Outcome/Instrument	Intervention/Result/Implication
		5. ไม่มีปัญหาทางจิตอื่นหรือมี Organic mental dysfunction 6. ไม่เคยได้รับการบำบัดทางปัญญา และพฤติกรรม หรือ EMDR 7. ไม่มีภาวะซึมเศร้าหรือการอยากทำร้ายตนเอง 8. รู้จัก University of Queensland school of psychology 9. ต้องไม่ใช้การบำบัดเพื่อการ claim ประกัน วิธีการดำเนินการศึกษา แบ่งกลุ่มผู้ป่วยออกเป็น 2 กลุ่ม โดยกลุ่มเข้ากลุ่มทดลองแบบชั้นภูมิได้แก่ 1. กลุ่มที่ได้รับการบำบัดทางปัญญาและพฤติกรรมตามแนวปฏิบัติในผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดทาง (Trauma	ครั้งที่ 6 การเผชิญเหตุการณ์ที่ทำให้เกิดบาดแผลในจิตใจ (30-45 นาที) โดยการใช้ Guided self –dialogue (120 นาที) และ Armory cards x 2 ครั้งที่ 7 การเผชิญเหตุการณ์ที่ทำให้เกิดบาดแผลในจิตใจ (30-45 นาที) โดยใช้ Cognitive intervention Discussion และ Behavioral experiment (90 นาที) ครั้งที่ 8 การเผชิญเหตุการณ์ที่ทำให้เกิดบาดแผลในจิตใจ (30-45 นาที) โดยใช้ Cognitive intervention ระหว่างที่ทำการเผชิญการกระตุ้นเหตุการณ์ที่ทำให้เกิดบาดแผลในใจ โดยใช้ Cognitive Intervention ระหว่างที่ทำการเผชิญ การกระตุ้นเหตุการณ์ที่ทำให้เกิดบาดแผลในใจแล้วบันทึกพบใหม่ (90 นาที) ครั้งที่ 9 การเปิดเผยเหตุการณ์ที่ทำให้เกิดบาดแผลในจิตใจ การกระตุ้นเหตุการณ์ที่ทำให้เกิดบาดแผลในจิตใจ และพบทบทวนการรับมือกับปัญหา 30-45 นาที ยุติการบำบัด (90 นาที)

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลการใช้การบำบัดทางปัญญาและพฤติกรรมในผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางจิตใจภายหลังได้รับภัยอันตราย (ต่อ)

Authors/Year/Title/Objective/ Design/Level		Subject/Setting/Method/ Outcome/Instrument	Intervention/Result/Implication
			- คะแนนอาการของ PTSD ของกลุ่ม TTP ลดลงมากกว่ากลุ่ม EMDR อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ - คะแนนความถี่และความรุนแรงของการ PTSD ของกลุ่ม TTP ลดลงมากกว่ากลุ่ม EMDR อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ก่อนการทดลอง พบว่า ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างของทั้งกลุ่ม TTP และ EMDR แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ ($P>.05$) - หลังการทดลองพบว่า ค่าคะแนน IES, PSS-R และ CMS ในระยะหลังทดลองทันทีและหลังทดลอง 3 เดือน ของทั้ง 2 กลุ่ม แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ ($P<.05$) - หลังการทดลองและหลังการทดลอง 3 เดือนพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับ TTP มีอาการ PTSD รุนแรงลดลงกว่ากลุ่มที่ได้ คือ EMDR อย่างมีนัยสำคัญที่ ($P<.05$) การประเมิน ประกอบด้วย 1. ประเมินสถานะของความวิตกกังวล (State anxiety) และลักษณะนิสัยของความวิตกกังวล (trait anxiety)

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลการใช้การบำบัดทางปัญญาและพฤติกรรมในผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางจิตใจภายหลังได้รับอันตราย (ต่อ)

Authors/Year/Title/Objective/ Design/Level	Subject/Setting/Method/ Outcome/Instrument	Intervention/Result/Implication
		ด้วยแบบทดสอบ The Spielberger State-Trait Anxiety Inventory (STAI-Y2) 2. ประเมินอารมณ์และการของภาวะซึมเศร้า ด้วยแบบประเมิน Beck Depression Inventory (BDI) 3. ประเมินอาการทางจิต ด้วยแบบประเมิน Revised Symptom Checklist-90 (SCL-90-R) และวัดผลลัพธ์เบื้องต้น ด้วยแบบประเมิน The Global Scale of Distress (SCL-G) 4. ประเมินระดับของภาวะกดดันอันมีสาเหตุจากภาพความทรงจำ/สถานการณ์ที่เป็นอันตราย ด้วยแบบประเมิน Subjective Units of Distress Scale (SUD) 5. ประเมินปัญหาหลักที่บุคคลต้องเผชิญ ด้วยแบบประเมิน Personal Problem Definition Questionnaire (PPD) 6. ประเมินอาการผิดปกติทางจิตภายหลังได้รับอันตราย ด้วยแบบประเมิน Civilian Mississippi Scale for PTSD (CMS)

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลการใช้การบำบัดทางปัญญาและพฤติกรรมในผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางจิตใจภายหลังได้รับภัยธรรมชาติ (ต่อ)

Authors/Year/Title/Objective/ Design/Level	Subject/Setting/Method/ Outcome/Instrument	Intervention/Result/Implication
		7. ประเมินอาการกลัวและหลีกเลี่ยง (Avoidance) ด้วยแบบประเมิน Impact of Event Scale (IES) 8. ประเมินความรู้สึกลึกซึ้งเหมือนตกอยู่ในเหตุการณ์นั้นอีก (Re-experiencing) อาการกลัวและหลีกเลี่ยง (Avoidance) และภาวะตื่นตัวหรือตกใจกลัว (Arousal) ด้วยแบบประเมิน PTSD Symptom Self Report (PSS-SR) 9. ประเมินความถี่และความรุนแรงของอาการผิดปกติทางจิตใจภายหลังได้รับภัยธรรมชาติ ด้วยแบบประเมิน PTSD Interview (PTSD-I) 10. ประเมินความคิดและอารมณ์ ด้วยแบบประเมิน Credibility/Expectancy Questionnaire (CEQ) 11. ประเมินภาวะกดดันทางจิตใจ และการถูกคุกคามอื่นเนื่องมาจากเหตุการณ์การบำบัด ด้วยแบบประเมิน The Distress Evaluation Scale for Treatment (DEVS-T) งานวิจัยนี้เป็นการทดสอบเปรียบเทียบประสิทธิภาพของการบำบัดแบบ TTP และ EMDR ในผู้ป่วย PTSD ซึ่งจะเห็นได้ว่า TTP ที่มีพื้นฐานจาก CBT มีประสิทธิภาพเหนือกว่า EMDR ทั้งในเชิงสถิติและในเชิงคลินิก TTP จึงเป็นแนวทางในการช่วยเหลือผู้ที่มีปัญหา PTSD ที่ดี และมีความน่าเชื่อถืออีกวิธีหนึ่ง

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลการใช้การบำบัดทางปัญญาและพฤติกรรมในผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางจิตใกายหลังใ้รับการันตราย (ต่อ)

Authors/Year/Title/Objective/ Design/Level	Subject/Setting/Method/ Outcome/Instrument	Intervention	Intervention/Result/Implication
เรื่องที่ 7 Author Year Title Objective	Bisson, J.I., Shepherd, J.P., Joy, D., Probert, R., & Newcombe, R. G. 2004 Early cognitive-behavioral therapy for post traumatic stress symptoms after physical injury เพื่อศึกษาประสิทธิภาพของการใช้การบำบัดทางปัญญา และพฤติกรรมแบบ 4 ขั้นตอนในการรักษาผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางจิตใกายหลังประสบการณ์บาดเจ็บของร่างกาย	ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางจิตใกายหลังได้รับอันตราย ที่ผ่านการคัดเลือกตามเกณฑ์ จำนวน 152 ราย / Accident and Emergency Unit of the Cardiff Royal Infirmary, Wales, UK เกณฑ์การคัดเลือก 1. มีการบาดเจ็บของร่างกายจากอุบัติเหตุทางรถยนต์ โรงงาน อุตสาหกรรม 2. มีที่อยู่แน่นอน 3. อายุ 16-70 ปี 4. ไม่มีอาการของโรคจิต 5. ไม่มีความพิการของร่างกาย หรือเป็นโรคทางกาย 6. มีอาการที่บ่งชี้ว่ามีความผิดปกติทางจิตใกายหลังได้รับอันตราย	กลุ่มทดลอง ได้รับการบำบัดทางปัญญาและพฤติกรรม จำนวน 4 ครั้ง สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 1 ชั่วโมง โดยให้การบำบัดระหว่างสัปดาห์ที่ 5 และสัปดาห์ที่ 10 หลังจากให้ร่างกายได้รับการบำบัด ประกอบด้วยกระบวนการดังนี้ 1. ทำการสอนเรื่องความเครียดที่เป็นผลมาจากการบาดเจ็บให้กับผู้ป่วย 2. อภิปราย รายละเอียดของเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น โดยให้ผู้ป่วยเขียนบรรยายเกี่ยวกับความคิด ความรู้สึก สิ่งที่เห็น กลิ่น เสียง อารมณ์และปฏิกิริยาของร่างกาย 3. นำสิ่งที่เขียนนั้นให้ผู้ป่วยอ่านดังๆ พร้อมกับทำการบันทึกเทป 4. ให้ผู้ป่วยเปิดเทปฟังทุกวันอย่างน้อยวันละ 30 นาที 5. ตลอดระยะเวลาที่ทำการรักษา ผู้บำบัดต้องค้นหาความคิดที่บิดเบือนไป เช่น ความเชื่อในสิ่งที่ไม่เป็นความจริงเกี่ยวกับการบาดเจ็บที่เกิดขึ้น

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลการใช้การบำบัดทางปัญญาและพฤติกรรมในผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางจิตใจภายหลังได้รับยंत्रราย (ต่อ)

Authors/Year/Title/Objective/ Design/Level		Subject/Setting/Method/ Outcome/Instrument	Intervention/Result/Implication	
Design Level	RCT A	ตามเกณฑ์การวินิจฉัยของ DSM-IV 7. มีคะแนนความวิตกกังวลมากกว่า 15 คะแนน จากแบบสอบถาม Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) หรือมีคะแนนของแบบสอบถาม Impact of Event Scale (IES) มากกว่า 35 คะแนน เกณฑ์การคัดออก ไม่ได้กล่าวถึง วิธีการดำเนินการศึกษา Method กลุ่มผู้ป่วยออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลอง จำนวน 76 คน และกลุ่ม ควบคุม จำนวน 76 คน 1. กลุ่มทดลองจะได้รับการรักษา โดยการบำบัดทางปัญญาและพฤติกรรม จำนวน 4 ครั้ง สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 1 ชั่วโมง 2. กลุ่มควบคุมได้รับการรักษา	6. ผลจากการให้เกิดความเคยชินโดยการเก็บภาพ ของเหตุการณ์ทำให้เกิดการบาดเจ็บเอาไว้ในใจประมาณ 30 วินาที หรือมากกว่า โดยทำซ้ำหลาย ๆ ครั้ง เป็นการฝึก เผชิญกับเหตุการณ์ที่ละน้อย 7. ให้การบ้าน โดยการทำทุกวัน พร้อมทั้งฝึก จินตนาการ เพื่อให้เกิดความเคยชิน ในเวลาที่จำเป็น และ ประสบความสำเร็จในข้อตกลงที่ตั้งไว้ 8. ในครั้งสุดท้ายจะมีการอภิปรายในเรื่องที่สามารถ ประสบความสำเร็จได้ และความยากลำบากที่เกิดขึ้นของ การบำบัดรักษา มีการให้ผู้ป่วยเขียนสรุป แนวทางที่นำไป สู่ความเป็นจริง ปัญหาที่เกิดขึ้น ผลที่เกิดจากปัญหาและ การจัดการกับปัญหา 9. ในทุกครั้งที่จบของการบำบัดจะมีการทบทวนถึง ความก้าวหน้าของอาการผู้ป่วย ระดับการทำหน้าที่ และ การบ้านอยู่เสมอ กลุ่มควบคุม ได้รับการรักษาตามอาการ หรือเมื่อผู้ป่วยต้องการรักษา	

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลการใช้การบำบัดทางปัญญและพฤติกรรมในผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางจิตใจภายหลังได้รับยंत्रาย (ต่อ)

Authors/Year/Title/Objective/ Design/Level	Subject/Setting/Method/ Outcome/Instrument		Intervention/Result/Implication	
	ตามอาการ หรือเมื่อผู้ป่วยต้องการรักษา โดยผู้บำบัดจะทำการประเมินอีกครั้งใน ระยะเวลา 3 เดือน และ 13 เดือนหลังจาก เกิดการบาดเจ็บ		โดยผู้บำบัดจะทำการประเมินอีกครั้งในระยะเวลา 3 เดือน และ 13 เดือนหลังจากเกิดการบาดเจ็บ	ผู้บำบัด ไม่ได้กล่าวถึง
			Result	ผลการศึกษา ผลการทดลองระหว่างกลุ่มที่ได้รับการบำบัดทางปัญญา และพฤติกรรม (กลุ่มทดลอง) และกลุ่มที่ได้รับการรักษา ตามปกติ (กลุ่มควบคุม) พบว่า หลังการทดลอง 13 เดือน กลุ่มทดลองมีระดับอาการลดลงมากกว่ากลุ่ม ควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P=0.006$, $P=0.02$) ในแบบวัด IES, IES-I และ ($P=0.006$) IES-
			Implication	จากการศึกษาเป็นการนำ CBT มาปรับให้มี จำนวนครั้งลดลงเหลือเพียง 4 session นำมาใช้กับผู้ป่วย PTSD ที่ประสบอุบัติเหตุและอยู่ในภาวะฉุกเฉิน ซึ่งมี ความรุนแรงของการบาดเจ็บในระดับเล็กน้อย และปาน กลาง ผลการศึกษาพบว่า CBT รูปแบบย่อ สามารถช่วย

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลการใช้การบำบัดทางปัญญาและพฤติกรรมในผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางจิตใจภายหลังได้รับภัยอันตราย (ต่อ)

Authors/Year/Title/Objective/ Design/Level	Subject/Setting/Method/ Outcome/Instrument	Intervention/Result/Implication	
		Implication (ต่อ)	ลดอาการของ PTSD ได้ แต่การรักษาด้วยวิธีนี้ จะมีความแตกต่างกันไปในการบำบัดซึ่งแตกต่างกัน การศึกษานี้เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ อีกอย่างหนึ่งที่แสดงให้เห็นประสิทธิภาพของการบำบัด CBT แบบย่อสามารถนำไปใช้ประกอบเป็นแนวทางในการดูแลรักษาผู้ป่วย PTSD ต่อไป

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลการใช้การบำบัดทางปัญญาและพฤติกรรมในผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางจิตใจภายหลังได้รับยंत्रยา (ต่อ)

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลการใช้การบำบัดทางปัญญาและพฤติกรรมในผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางจิตใจภายหลังได้รับภัยธรรมชาติ (ต่อ)

Authors/Year/Title/Objective/ Design/Level		Subject/Setting/Method/ Outcome/Instrument		Intervention/Result/Implication
Objective	เพื่อศึกษาผลของการบำบัดทางปัญญาและพฤติกรรม ในการลดความผิดปกติทางจิตใจ ภายหลังได้รับภัยธรรมชาติ โรคหาค้าว ลดความกลัวจาก ความวิตกกังวล ระดับความรุนแรงของความผิดปกติทางจิตใจภายหลังได้รับภัยธรรมชาติ อาการเกร็งของคอคอ และระบบกระดูกที่เกี่ยวข้อกับภาวะต้นตระหนก ความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า และโรควิตกกังวลชนิด GAD ในผู้เสียชาวมัณฑุชา	Method	2. ผู้ที่มีประวัติโรคจิต ในปีที่ผ่านมา วิธีการดำเนินการศึกษา การศึกษานี้ใช้วิธีการแบ่งผู้ป่วยออกเป็นกลุ่ม โดยกลุ่ม กลุ่มละ 20 คน ได้แก่ 1. กลุ่มที่ต้องได้รับการบำบัดรักษาทันที (Immediate Treatment : IT) 2. กลุ่มที่รอรับการบำบัดรักษา (Delayed Treatment : DT) โดยทั้ง 2 กลุ่ม จะได้รับการบำบัดรักษาด้วยรูปแบบการบำบัดทางปัญญาและพฤติกรรม จำนวน 12 ครั้ง และได้รับยา กลุ่ม SSRI Benzodiazepine clonazepam ร่วมด้วยทุกวัน	9. เป้าหมายการบำบัดจิตที่ส่งผลต่อความจำ 10. สอนเรื่องการปรับความคิดที่ยึดหยุ่น ผู้บำบัด นักสังคมสงเคราะห์ที่ผ่านการฝึกเกี่ยวกับการบำบัดทางปัญญาและพฤติกรรม ผลการศึกษา - ในระยะก่อนการทดลอง ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติของข้อมูลทั่วไปและระดับอาการตามแบบวัดทั้ง 7 แบบ ของกลุ่ม IT กับกลุ่ม OT - หลังการทดลอง พบว่า กลุ่ม IT และกลุ่ม OT มีระดับอาการลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P=0.001)
Design Level	RCT A			

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลการใช้การบำบัดทางปัญญาและพฤติกรรมในผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางจิตใจภายหลังได้รับภัยอันตราย (ต่อ)

Authors/Year/Title/Objective/ Design/Level	Subject/Setting/Method/ Outcome/Instrument	Intervention/Result/Implication	
		Implication	จากการศึกษาครั้งนี้ เป็นการนำ CBT มาปรับรูปแบบให้เหมาะสมกับวัฒนธรรมของกลุ่มผู้ป่วยเพื่อใช้บำบัดอาการ PTSD และ Panic Attacks ซึ่งพบว่ามีประสิทธิภาพดีเช่นกัน แต่การปรับเปลี่ยนรูปแบบโปรแกรม CBT นอกจากคำนึงถึงด้านวัฒนธรรมของกลุ่มผู้ป่วย อาจจะต้องคำนึงถึงสาเหตุของการบาดเจ็บและบริบทแวดล้อมของสังคมที่เกี่ยวข้องด้วย เพื่อให้โปรแกรมที่ปรับเปลี่ยนมีความเหมาะสมและสามารถใช้นำบำบัดรักษาผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้จริง

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลการใช้การบำบัดทางปัญญาและพฤติกรรมในผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางจิตใจภายหลังได้รับภัยธรรมชาติ (ต่อ)

Authors/Year/Title/Objective/ Design/Level		Subject/Setting/Method/ Outcome/Instrument		Intervention/Result/Implication	
เรื่องที่ 9		Subject	Intervention	โปรแกรมการบำบัด	
Author	Cottraux, J., Note, I., Yao, S.N., de Mey-Guillard, C., Bonasse, F., Djamoussian, D., Mollard, E., Note, B. & Chen, Y.	ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางจิตใจภายหลังได้รับภัยธรรมชาติ ที่รับการรักษาที่ French University Hospital ทั้งศูนย์ Lyon และศูนย์ Marseilles จำนวน 60 คน / French University Hospital ศูนย์ Lyon และศูนย์ Marseilles		1. กลุ่มการบำบัดด้วยรูปแบบการบำบัดทางปัญญา และพฤติกรรม (Cognitive Behavior Therapy) ดังนี้	
Year	2008	Setting		- ใช้เทคนิคการจินตนาการเพื่อฝึกเผชิญในสถานการณ์ที่ผู้ป่วยประสบและ การใช้ CT โดยทั่วไปแล้ว การบำบัดจะใช้เวลา 10-16 ครั้ง ๆ ละ 1-2 ชั่วโมง เป็นเวลา 4 เดือน เพื่อให้ผู้ป่วยได้มีเวลาพักระหว่างการบำบัดใน ขณะที่เกิดความรู้สึกเครียด วิตกกังวลจากการบำบัด การบำบัด 4 ครั้ง แรกมุ่งที่ความวิตกกังวล ในระยะแรกจะเป็นการสร้างสัมพันธภาพ	
Title	Randomized Controlled Comparison of Cognitive Behavior Therapy with Rogerian Supportive Therapy in Chronic Post-Traumatic stress Disorder : A 2-Year Follow-up	1. มีอายุระหว่าง 18-65 ปี 2. มีอาการตามเกณฑ์การวินิจฉัยมีความผิดปกติทางจิตใจภายหลังได้รับภัยธรรมชาติ 3. ต้องมีอาการ 3 เดือนขึ้นไป 4. มีคะแนนตามแบบประเมิน PCLS (19) $\geq$ 44 คะแนน (ตามรูปแบบของฝรั่งเศส)		ต่อมาผู้บำบัดสอนเทคนิคการผ่อนคลายและใช้ CT ในการแก้ไขความคิดที่ทำให้เกิดความวิตกกังวลเหมือนอยู่ในสถานการณ์จริง	
Objective	เพื่อศึกษาผลการบำบัดรูปแบบการบำบัดทางปัญญาและพฤติกรรม กับ การให้การ			ใน 6 session ต่อไป ฝึกให้เผชิญความคิดและจินตนาการความทรงจำต่อสถานการณ์สะท้อนขวัญนั้นต่อไป จนกว่าจะกลับมาสู่ในความทรงจำ และสามารถ	

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลการใช้การบำบัดทางปัญญาและพฤติกรรมในผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางจิตใจภายหลังได้รับยंत्रราย (ต่อ)

Authors/Year/Title/Objective/ Design/Level		Subject/Setting/Method/ Outcome/Instrument	Intervention/Result/Implication	
Design Level	ปริญาแบบประคัประคองตามแนวคึดทฤษฎี โรเจอร์ (Rogerian Supportive Therapy) ในผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางจิตใจภายหลังได้รับยंत्रรายเรื้อง RCT A	เกณฑ์การคึดออก 1. คึดสารเสพคึดหรือแอลกอฮอล์ 2. ป่วยเป็นโรคจิตเภท หวาดระแวงหรือมีบุคลิกลัภาพแบบต่อต้านสังคม 3. ไม่ลงชื่อยินยอมเข้าร่วมวิจัย 4. มีที่พักอยู่ห่างจากโรงพยาบาล 5. ผู้ที่ตอบสนองต่อการรักษารูปแบบอื่นแล้ว 6. ได้รับความในกลุ่มนักกันชัก ยาด้านเศร้า ยานอนหลับ ยาควบคุมอารมณ์ ยาด้านโรคจิต วิธีการดำเนินการศึกษา ใช้วิธีการสุ่มผู้ป่วยนอกจำนวน 60 คน จากจำนวนผู้ป่วยทั้งหมด 125 คน หลังจากนั้น แบ่งกลุ่มนผู้ป่วยออกเป็น 2 กลุ่มน โดยการสุ่มเช่นกัน แบ่งเป็น กลุ่มนการบำบัดทางปัญญาและพฤติกรรม	Method	พุดถึงเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นได้ จนกระทั่งความรู้สึกวิตกกังวลหายไป ในระยะนี้ การบำบัดทางปัญญา จะมุ่งไปที่ความคิด จิตในมึคึ ความเพ้อฝันตามแผนความคิดที่ไม่มั่นคง และอารมณ์ที่เกี่ยวข้องกับสถานการณ์สะท้อนขวัญ และตามด้วยหลักการแก้ไขโรคจิตกัไกลในรูปแบบของ Seek 6 session ต่อมา เป็นการช่วยผู้ป่วยให้เผชิญกับสถานการณ์น่ากลัว โดยการใช้ในการจินตนาการและเผชิญกับเหตุการณ์เดิมอันตรายอคึครั้งแล้ว จนถึงสถานการณ์อันตรายที่น่ากลัว การบำบัดทั้งหมคดังกล่าว มีจุดประสงค์ เพื่อปรับภาพสถานการณ์เป็นอันตรายและลดพฤติกรรม หลัคเลือก/ หลัคหนี ให้เกิดเป็นพฤติกรรมต่อไป ช่วงสุดท้ายของป่วยและการบำบัด ให้ผู้ป่วยตอบแบบสอบถามและร่วมกันแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับการบำบัดวิคัยด้วย และมีการตรวจดูความก้าวหน้าของผู้ป่วย

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลการใช้การบำบัดทางปัญญและพฤติกรรมในผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางจิตใจภายหลังได้รับยंत्रราย (ต่อ)

Authors/Year/Title/Objective/ Design/Level	Subject/Setting/Method/ Outcome/Instrument	Intervention/Result/Implication
	31 คน และกลุ่มการให้การปรึกษาแบบ ระดับประจักษ์ตามแนวคิดทฤษฎีโร เจอร์ จำนวน 29 คน โดย - กลุ่มการบำบัดทางปัญญาและ พฤติกรรม จะได้รับการบำบัดด้วย รูปแบบการบำบัดทางปัญญาและ พฤติกรรม (Cognitive Behavior Therapy) จำนวน 16 ชั่วโมง - กลุ่มการให้การปรึกษาแบบ ประจักษ์ตามแนวคิดทฤษฎีโร เจอร์ จะได้รับการบำบัดด้วยรูปแบบการ ให้การปรึกษาแบบระดับประจักษ์ตาม แนวคิดทฤษฎีโรเจอร์ (Rogerian Supportive Therapy) จำนวน 16 ชั่วโมง	- เหตุผลที่ใช้ระยะเวลายาว เพราะฉะนั้นในบาง session ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกเครียดหรือกดดันทางจิตใจ จำเป็นต้องให้ผู้ป่วยยกเลิกการบำบัดในครั้งนั้นได้ - ดังนั้นผู้ป่วยจะต้องเข้ารับการบำบัดในจำนวนเท่ากัน ทั้ง 2 กลุ่ม จำเป็นต้องแจ้งการบำบัดให้ได้ครบ 16 ชั่วโมง 2. กลุ่มการบำบัดด้วยรูปแบบการให้การปรึกษาแบบ ระดับประจักษ์ตามแนวคิดทฤษฎีโรเจอร์ (Rogerian Supportive Therapy) การบำบัดนี้ใช้เวลา 161 ชั่วโมง เป็นการให้การ ของ Carl Roger ที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ดังนี้ 1. ผู้บำบัดใช้เทคนิคการฟังในการบำบัด 2. ผู้บำบัดเน้นการฝึกทัศนคติที่ดีต่อผู้ป่วย 3. ผู้บำบัดให้การยอมรับผู้ป่วยโดยไม่มีเงื่อนไข ไม่ว่า ผู้ป่วยจะพูดอะไรก็ตาม 4. ปัญหาทางจิตใจของผู้ป่วยได้รับการแก้ไขใหม่และ มีความชัดเจน 5. จัดให้มีการสะท้อนกลับของความรู้สึของผู้ป่วย

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลการใช้การบำบัดทางปัญญาและพฤติกรรมในผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางจิตใจภายหลังได้รับภัยนตราย (ต่อ)

Authors/Year/Title/Objective/ Design/Level		Subject/Setting/Method/ Outcome/Instrument	Intervention/Result/Implication
			6. ผู้ป่วยได้รับกัลใจ อบอุ่นใจ ในขณะทีผู้ป่วยแสดงออกถึงควมวิตกกังวล 7. ผู้บำบัดจะให้ความสำคัญในการพูดระบายปัญหาของผู้ป่วยออกมา 8. ผู้บำบัดตอบคำถามบางคำถามที่เป็นความจริงเกี่ยวกับ PTSD 9. ผู้บำบัดฝึกเพ็ญหรือปฏิบัติภารกิจของค่านะนำการสั่งการทำการบ้าน ประสบการณ์หรือการเผชิญกับสถานการณ์ที่น่ากลัวอย่างสุภาพ 10. ผู้บำบัดแสดงออกถึงควมเมตตา กรุณา ความอบอุ่น และความจริงใจ ในช่วงสุดท้ายของแต่ละครั้งของการบำบัด ผู้บำบัดประเมินผู้ป่วยโดยจะให้ผู้ป่วยเกี่ยวกับควมรุนแรงของอาการ PTSD ตอบแบบสอบถาม ที่เกิดขึ้นระหว่างการบำบัดแต่ละครั้ง ผู้ป่วยร่วมแสดงควมคิดเห็นถึงควมยากลำบากใจและมีกรตรวจดูถึงควมก้าวหน้าของพฤติกรรมผู้ป่วย

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลการใช้การบำบัดทางปัญญาและพฤติกรรมในผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางจิตใจภายหลังได้รับภัยธรรมชาติ (ต่อ)

Authors/Year/Title/Objective/ Design/Level	Subject/Setting/Method/ Outcome/Instrument	Intervention/Result/Implication
		ผู้บำบัด จำนวน 6 คน โดยนักจิตวิทยา จำนวน 5 คน หรือจิตแพทย์ จำนวน 1 คน ที่ผ่านการฝึกอบรมการบำบัดทางปัญญาและพฤติกรรม และได้รับประกาศนียบัตร มาแล้ว 3 ปี ผลการศึกษา ผลการศึกษาระหว่างกลุ่มที่ได้รับการบำบัดทางปัญญา และพฤติกรรม และกลุ่มที่ได้รับการบำบัดด้วยรูปแบบการให้การปรึกษาแบบประคับประคองตามแนวคิดทฤษฎีโรเจอร์พบว่า - ลักษณะทั่วไปตามข้อกำหนดด้วยแบบประเมิน GCI การบำบัดทั้ง 2 รูปแบบ ได้ผลไม่แตกต่างกัน - หลังการบำบัด ความรุนแรงของอาการ PTSD และความวิตกกังวล ของกลุ่มที่ได้รับการบำบัดทางปัญญาและพฤติกรรม ลดลงกว่ากลุ่มที่ได้รับการบำบัดด้วยรูปแบบการให้การปรึกษาแบบประคับประคองตามแนวคิดทฤษฎีโรเจอร์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลการใช้การบำบัดทางปัญญาและพฤติกรรมในผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางจิตใจภายหลังได้รับยंत्रราย (ต่อ)

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลการใช้การบำบัดทางปัญญาและพฤติกรรมในผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางจิตใจภายหลังได้รับยंत्रยา (ต่อ)

Authors/Year/Title/Objective/ Design/Level	Subject/Setting/Method/ Outcome/Instrument	Intervention/Result/Implication
	พฤติกรรม 24 คน 2. กลุ่มการให้การศึกษาแบบ ระดับปรีคอง 21 คน ทั้ง 2 กลุ่มจะได้รับการบำบัดทาง อินเทอร์เนต	ผู้บำบัด ไม่ได้กล่าวถึง ผลการศึกษา ผลการศึกษายกในกรณีที่ได้รับการบำบัดทางปัญญาและ พฤติกรรม และกลุ่มที่ให้การรักษาระบบระดับปรีคอง พบว่า - หลังการทดลองระดับอาการของความผิดปกติทาง จิตใจภายหลังได้รับยंत्रยา อาการซึมเศร้า และการ วิตกกังวลของผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่ม ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทาง สถิติ - หลังการทดลอง 3 เดือน ระดับอาการของความผิดปกติ ทางจิตใจภายหลังได้รับยंत्रยา อาการซึมเศร้า และ อาการวิตกกังวลของผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่ม ไม่มีความแตกต่าง จากหลังการทดลอง - หลังการทดลอง 6 เดือน ระดับอาการของความผิดปกติ ทางจิตใจภายหลังได้รับยंत्रยา อาการซึมเศร้า และ อาการวิตกกังวลของผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับการบำบัดทาง

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลการใช้การบำบัดทางปัญญและพฤติกรรมในผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางจิตใจภายหลังได้รับภัยอันตราย (ต่อ)

Authors/Year/Title/Objective/ Design/Level	Subject/Setting/Method/ Outcome/Instrument	Intervention/Result/Implication	
		Implication	ปัญญาและพฤติกรรม <u>ลดลง</u>มากกว่ากลุ่มให้การปรึกษาแบบระดับประคอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเปรียบเทียบ Psychology treatment ระหว่าง CBT กับ Supportive Counseling ในการดูแลผู้ป่วย PTSD โดยผ่านสื่ออินเทอร์เน็ต ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่า CBT ให้ผลในการรักษาที่ดีกว่า Supportive Counseling การศึกษานี้เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่แสดงให้เห็นว่า รูปแบบการบำบัดด้วย CBT นั้น สามารถปรับเปลี่ยนให้เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมายได้ตามความเหมาะสม โดยที่ยังคงมีประสิทธิภาพในการรักษาเช่นเดิม การบำบัดรูปแบบ CBT จึงเป็นอีกวิธีหนึ่งที่น่าสนใจ และนำไปประยุกต์ใช้ในกลุ่มผู้ป่วยทางจิตเวชอื่น ๆ ด้วย

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลการใช้การบำบัดทางปัญญาและพฤติกรรมในผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางจิตใจภายหลังได้รับภัยอันตราย (ต่อ)

Authors/Year/Title/Objective/ Design/Level		Subject/Setting/Method/ Outcome/Instrument		Intervention/Result/Implication	
เรื่องที่ 11	Paunovic, N., & Ost, L-G. 2001 Cognitive-behavior therapy VS exposure therapy in the treatment of PTSD in refugees เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการ บำบัดทางปัญญาและ พฤติกรรม และ Exposure therapy ต่ออาการของความ ผิดปกติทางจิตใจภายหลัง ได้รับภัยอันตราย ความวิตก กังวล ภาวะซึมเศร้า และ คุณภาพชีวิตในผู้ป่วยที่มีความ ผิดปกติทางจิตใจภายหลัง ได้รับภัยอันตราย	Subject	ผู้ลี้ภัยในเมือง Stockholm ที่มารับการ รักษาที่หน่วยจิตเวชเมือง Stockholm และศูนย์ดูแลผู้ลี้ภัย โรงพยาบาลคาโร ลินสกา จำนวน 16 คน / Kerolinsks hospital, Stockholm เกณฑ์การคัดเลือก 1. มีอาการของความผิดปกติทางจิตใจ ภายหลังได้รับภัยอันตราย ตามเกณฑ์ของ DSM-IV 2. สามารถพูดและฟังภาษาสวีเดนได้ 3. มีอายุ 18-60 ปี 4. มีคะแนนตามการประเมินของ GAPS > 2 คะแนน 5. มีปัญหาความผิดปกติทางจิตใจ ภายหลังได้รับภัยอันตรายเป็นปัญหาแรก 6. ถ้าได้รับการรักษาอาการ	Intervention	1. กลุ่มบำบัดทางปัญญาและพฤติกรรม (CBT) ผู้ป่วยจะได้รับการบำบัดด้วยรูปแบบการบำบัดทาง ปัญญาและพฤติกรรม ครั้งละ 60-120 นาที สัปดาห์ละ 1 ครั้ง เป็นระยะเวลา 20 สัปดาห์ โดยขึ้นตอนดังนี้ 1.1 ทำความเข้าใจองค์ประกอบของการบำบัด สาเหตุการ เกิดความผิดปกติทางจิตใจภายหลังได้รับภัยอันตราย อาการ และการรักษา 1.2 เรียนรู้ ลักษณะความคิดที่บิดเบือน การให้คำถ ามโต้แย้ง เพื่อแลกเปลี่ยนความคิดที่บิดเบือนนั้น 1.3 เรียนรู้ การสร้างทางเลือกใหม่เกี่ยวกับการให้ ความหมาย และสติความสิ่งต่างๆ ที่ผ่านมา 1.4 ทดสอบ ตามที่ได้ให้ความหมาย โดยทดสอบความเข้าใจได้ทั้ง สองด้าน คือด้านบวกและด้านลบ เพื่อเปลี่ยนแปลงตาม ความเชื่อของผู้ป่วยแล้วเชื่อมโยงสู่ประสบการณ์ที่มี ความสัมพันธ์กับความกลัวและการบาดเจ็บทางใจ ทำให้ ผู้ป่วยยอมรับสถานการณ์ที่ทำให้เกิดความกลัวตาม ประสบการณ์เดิม และสามารถปรับปรุงตนเอง

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลการใช้การบำบัดทางปัญญาและพฤติกรรมในผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางจิตใจภายหลังได้รับยंत्रราย (ต่อ)

Authors/Year/Title/Objective/ Design Level		Subject/Setting/Method/ Outcome/Instrument	Intervention/Result/Implication
RCT A	Method	ผิดปกติทางจิตใจภายหลังได้รับยंत्रราย ต้องได้รับขนาดครั้งที่ 5 เดือนก่อนเริ่มการบำบัด 7. สามารถเข้าร่วมการทดลองได้ 5-6 เดือน (รวมการประเมินและการติดตามประมาณ 6 เดือน) 8. ไม่มีอาการทางจิตและทางสมอง 9. ไม่ใช้ยาเสพติดและดีแอลกอฮอล์ เกณฑ์การคัดออก 1. มีอาการของความผิดปกติทางจิตใจภายหลังได้รับยंत्रรายไม่ครบตามเกณฑ์ 2. มีภาวะยักริดำทำ 3. มีภาวะซึมเศร้ารุนแรง วิธีการดำเนินการศึกษา คัดเลือกผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางจิตใจภายหลังได้รับยंत्रราย ที่มีคุณสมบัติ	ให้สามารถรับมือกับสถานการณ์นั้นได้ 1.5 ขณะทำการบำบัดแบบการบำบัดทางปัญญาและพฤติกรรม มีการศึกษาความเข้าใจผู้ป่วย 2. กลุ่ม Exposure therapy ผู้ป่วยจะได้รับการบำบัดด้วยการฝึกให้เผชิญหน้ากับความเครียดที่สัมพันธ์กับภาพจินตนาการ โดยผู้บำบัดเป็นผู้ช่วย ครั้งละ 20-60 นาที สัปดาห์ละ 1 ครั้ง เป็นเวลา 20 สัปดาห์ ระหว่างบำบัด ผู้บำบัดจะมอบหมายให้ผู้ผู้ป่วยปฏิบัติดังนี้ 2.1 ทบทวนประสบการณ์ที่ผ่านมา 2.2 การสร้างภาพจินตนาการ 2.3 บันทึกทบทวนให้ผู้ผู้ป่วยนำกลับไปฟังที่บ้าน 2.4 ผู้ป่วยจะได้รับคำแนะนำให้มีการตอบสนองในการที่จะลดอาการของความผิดปกติทางจิตใจภายหลังได้รับยंत्रรายลง โดยเทคนิคของการจินตนาการที่เกี่ยวข้องกับสถานการณ์ที่ทำให้เกิดการบาดเจ็บทางใจ และจินตนาการ

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลการใช้การบำบัดทางปัญญาและพฤติกรรมในผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางจิตใจภายหลังได้รับภัยธรรมชาติ (ต่อ)

Authors/Year/Title/Objective/ Design/Level		Subject/Setting/Method/ Outcome/Instrument	Intervention/Result/Implication
		ครบจำนวน 16 คน ทำการสุ่ม แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือกลุ่มบำบัดทางปัญญาและพฤติกรรม และ กลุ่ม Exposure therapy ทั้งสองกลุ่มจะได้รับการบำบัด 16-20 ครั้ง ในระยะเวลา 20 สัปดาห์	การจัดการที่เหมาะสม ถ้าผู้ป่วยไม่สามารถทำได้ ผู้บำบัดจะใช้วิธีสืบทอดหรืออุปกรณืเทียม เช่น มีดหรือปืนพลาสติกช่วย เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถสร้างภาพได้ตามที่ต้องการได้ ผู้บำบัด จิตแพทย์ นักจิตวิทยาที่ผ่านการอบรมการบำบัดทางปัญญาและพฤติกรรม และ Exposure therapy ผลการศึกษา ผลการศึกษายาในกลุ่มที่ได้รับการบำบัดทางปัญญาและพฤติกรรม และกลุ่มที่ได้รับการบำบัดด้วย Exposure therapy พบว่าทั้ง 2 กลุ่ม ให้ผลการรักษาเช่นเดียวกัน คือ - อาการของความผิดปกติทางจิตใจภายหลังได้รับภัยธรรมชาติ อาการวิตกกังวล และการซึมเศร้า ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ไม่ลดลงหลังการทดลอง 6 เดือน - คะแนนอาการของความผิดปกติทางจิตใจภายหลังได้รับภัยธรรมชาติ และผลกระทบของเหตุการณ์ หลังการทดลองและหลังการทดลอง 6 เดือน ลดลง จากการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลการใช้การบำบัดทางปัญญาและพฤติกรรมในผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางจิตใจภายหลังได้รับภัยอันตราย (ต่อ)

Authors/Year/Title/Objective/ Design/Level	Subject/Setting/Method/ Outcome/Instrument	Intervention/Result/Implication
		- คะแนนอาการของความผิดปกติทางจิตใจภายหลังได้รับภัยอันตราย และผลกระทบของเหตุการณ์ หลังการทดลอง ไม่แตกต่างกับหลังการทดลอง 6 เดือน - คะแนนความวิตกกังวล อาการของสภาวะและลักษณะนิสัยของความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า แบบแผนความคิด และคุณภาพชีวิต หลังการทดลอง ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การศึกษาครั้งนี้ เป็นการศึกษาประสิทธิภาพสัทธิผลของการบำบัด CBT และ Exposure therapy ในการดูแลรักษาผู้ป่วย PTSD ซึ่งผลการศึกษาได้แสดงให้เห็นว่า การบำบัดทั้ง 2 รูปแบบช่วยลดอาการ PTSD, ความเครียด, ภาวะซึมเศร้า ในผู้ป่วย PTSD ได้จริง ส่งผลให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วย PTSD ดีขึ้น การศึกษานี้จึงเป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่แสดงให้เห็นว่า การบำบัดรูปแบบ CBT และ Exposure therapy คือ การบำบัดที่เหมาะสมกับผู้ป่วย PTSD สามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการดูแลรักษา ผู้ป่วย PTSD ได้

บทที่ 4

ผลการศึกษา

การวิเคราะห์ งานวิจัยการใช้การบำบัดทางปัญญาและในผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางจิตใจ ภายหลังได้รับภัยอันตราย (PTSD) สามารถแบ่งผลการวิเคราะห์ออกเป็น 5 องค์ประกอบ ดังนี้

1. คุณภาพของงานวิจัย
2. รูปแบบของการบำบัดทางปัญญาและพฤติกรรมในผู้ป่วย PTSD
3. ผลลัพธ์ของการใช้การบำบัดทางปัญญาและพฤติกรรมในผู้ป่วย PTSD
4. ส่วนประกอบสำคัญของการใช้การบำบัดทางปัญญาและพฤติกรรมในผู้ป่วย PTSD
 - 4.1 ผู้บำบัด
 - 4.2 ผู้รับการบำบัด
 - 4.3 ลักษณะรูปแบบกิจกรรมในการบำบัด
 - 4.4 จำนวนครั้งและระยะเวลาในการบำบัด
 - 4.5 การบำบัดในระยะเริ่มแรกของการเจ็บป่วย
5. การเปรียบเทียบผลของการบำบัดทางปัญญาและพฤติกรรมกับการบำบัดแบบอื่น

1. คุณภาพงานวิจัย

จากการศึกษา พบว่า งานวิจัยทั้ง 11 เรื่อง เมื่อนำมาประเมินคุณภาพงานวิจัย พบว่า เป็นงานวิจัยที่เป็น Randomized control trial อยู่ในระดับ A จำนวน 9 เรื่อง (Paunovic & Ost, 2001; Otto et al., 2003 ; Blanchard et al., 2003; Bisson et al., 2004; Hinton et al., 2005; Sijbrandij et al., 2007; Litz et al., 2007; van Emmerik et al., 2008; Cottraux et al., 2008) ระดับ B 2 เรื่อง (Deville & Spence, 1999; Krakow et al., 2001)

2. รูปแบบของการบำบัดทางปัญญาและพฤติกรรมในผู้ป่วย PTSD

รูปแบบของการบำบัดทางปัญญาและพฤติกรรมสำหรับผู้ป่วย PTSD แบ่งออกเป็น 4 ขั้นตอน ได้แก่ การให้ความรู้ (psychoeducation) การฝึกเผชิญกับสิ่งที่กลัว (exposure) การเปลี่ยนกระบวนการรับรู้ (cognitive restructuring) และการจัดการกับความวิตกกังวล (anxiety

management) (Harvey et al., 2003) ซึ่งจากงานวิจัยทั้ง 11 เรื่อง พบว่า มีการใช้การบำบัดทางปัญญาและพฤติกรรมทั้ง 4 ขั้นตอน จำนวน 8 เรื่อง (Deville & Spence, 1999; Paunovic & Ost, 2001; Otto et al., 2003; Blanchard et al., 2003; Hinton et al., 2005; Sijbrandij et al., 2007; Litz et al., 2007; Cottraux et al., 2008) ในขั้นตอนที่ 4 คือ การจัดการกับความวิตกกังวล ประกอบด้วย การใช้เทคนิคที่หลากหลาย ได้แก่ การใช้เทคนิคการควบคุมการหายใจ จำนวน 1 เรื่อง (Paunovic & Ost, 2001) เทคนิคการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ จำนวน 3 เรื่อง (Blanchard et al., 2003; Sijbrandij et al., 2007; Cottraux et al., 2008) และเทคนิคการควบคุมการหายใจร่วมกับเทคนิคการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ จำนวน 4 เรื่อง (Deville & Spence, 1999; Otto et al., 2003; Hinton et al., 2005; Litz et al., 2007) ใช้เฉพาะ 3 ขั้นตอน ได้แก่ การให้ความรู้ การฝึกเผชิญกับสิ่งที่กลัว และการเปลี่ยนกระบวนการรับรู้ จำนวน 2 เรื่อง (Bisson et al., 2004; van Emmerik et al., 2008) และใช้ 2 ขั้นตอน ได้แก่ การให้ความรู้ และการเปลี่ยนกระบวนการรับรู้ จำนวน 1 เรื่อง (Krakow et al., 2001)

3. ผลลัพธ์ของการบำบัดทางปัญญาและพฤติกรรมในผู้ป่วย PTSD

จากการศึกษา งานวิจัยทั้ง 11 เรื่อง สามารถแบ่งกลุ่มผลลัพธ์ของการบำบัดทางปัญญาและพฤติกรรมในผู้ป่วย PTSD ออกเป็น 2 กลุ่มใหญ่ด้วยกันคือ ผลลัพธ์หลัก และผลลัพธ์รองของการบำบัด ดังนี้

3.1 ผลลัพธ์หลักของการบำบัดทางปัญญาและพฤติกรรมในผู้ป่วย PTSD พบว่า งานวิจัยทั้ง 11 เรื่องสามารถลดความรุนแรงของอาการทางคลินิก (Clinical improvement) ซึ่งได้แก่ อาการรู้สึกเหมือนตกอยู่ในเหตุการณ์นั้นอีกครั้ง (Re-experiencing symptoms) อาการกลัวและหลีกเลี่ยง (Avoiding symptoms) และอาการมีภาวะตื่นตัวสูงหรือตกใจและหวาดกลัวมากเกินไป (Hyperarousal symptoms) ของผู้ป่วยลงได้ทุกงานวิจัย และมีงานวิจัย 2 เรื่อง (Paunovic & Ost, 2001; van Emmerik et al., 2008) ช่วยให้ผู้ป่วยมีความนึกคิดต่อเหตุการณ์ร้ายที่เกิดขึ้นกับตนเองในทิศทางบวก ผู้ป่วยจึงมีความนึกคิดดีขึ้นและ มีความคิดแตกแยกลดลงอย่างชัดเจน

3.2 ผลลัพธ์รองของการบำบัดทางปัญญาและพฤติกรรมในผู้ป่วย PTSD พบว่า

3.2.1 มีงานวิจัยทั้ง 11 เรื่อง (Deville & Spence, 1999; Krakow et al., 2001; Paunovic & Ost, 2001; Otto et al., 2003; Blanchard et al., 2003; Bisson et al., 2004; Hinton et al., 2005; Sijbrandij et al., 2007; Litz et al., 2007; van Emmerik et al., 2008; Cottraux et al., 2008) สามารถลดอาการร่วมของ PTSD ได้แก่ ภาวะซึมเศร้า (Depression) และ ความวิตกกังวล (Anxiety) ได้ และมีงานวิจัย 1 เรื่อง (Krakow et al., 2001) ช่วยให้ผู้ป่วยมีคุณภาพการนอนที่ดีขึ้น โดยสามารถลดอาการนอนไม่หลับและฝันร้ายลงได้

3.2.2 มีงานวิจัยจำนวน 2 เรื่อง (Blanchard et al., 2003; Sijbrandij et al., 2007) สามารถลดอาการของโรคทางจิตเวชร่วม (Co-morbidity) ได้แก่ โรคซึมเศร้า (Major Depressive Disorder : MDD) และโรควิตกกังวลชนิด GAD ได้ และมีงานวิจัยจำนวน 1 เรื่อง (Hinton et al., 2005) สามารถลดอาการของโรคตื่นตระหนก (Panic Attacks) ได้

3.2.3 มีงานวิจัย 1 เรื่อง (Blanchard et al., 2003) ที่ช่วยให้ผู้ป่วยมีอัตราการฟื้นหายของโรค PTSD (Recovery Rate) เพิ่มขึ้นในกลุ่มผู้ป่วยที่มีอาการของโรคทางจิตเวชร่วม

3.2.4 มีงานวิจัย 1 เรื่อง (Blanchard et al., 2003) ที่ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถทำหน้าที่ทั่ว ๆ ไป (Functioning) ในการดำเนินชีวิตประจำวันดีขึ้น

3.2.5 มีงานวิจัย 1 เรื่อง (Sijbrandij et al., 2007) ผู้ป่วยมีความพึงพอใจในการบำบัดรักษาอย่างชัดเจน

3.2.6 มีงานวิจัย 2 เรื่อง (Paunovic & Ost, 2001; Cottraux et al., 2008) ช่วยทำให้ ผู้ป่วย PTSD มีคุณภาพชีวิต (Quality of life) ที่ดีขึ้น

4. ส่วนประกอบสำคัญของการใช้การบำบัดทางปัญญาและพฤติกรรมในผู้ป่วย PTSD

จากงานวิจัยทั้ง 11 เรื่อง พบว่า ส่วนประกอบที่สำคัญในการบำบัดทางปัญญาและพฤติกรรม มีดังนี้

4.1 ผู้บำบัด จากงานวิจัยทั้ง 11 เรื่อง พบว่าผู้สอนหรือผู้บำบัด ส่วนใหญ่เป็นผู้ที่มีความรู้ มีประสบการณ์ มีความเชี่ยวชาญและปฏิบัติงานอยู่ในวิชาชีพที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพจิตและจิตเวช ซึ่งผ่านการฝึกอบรมเทคนิคในการบำบัดทางปัญญาและพฤติกรรมมาแล้ว ได้แก่ นักจิตวิทยาคลินิก จำนวน 1 เรื่อง (Blanchard et al., 2003) นักจิตบำบัด จำนวน 1 เรื่อง (Sijbrandij et al., 2007) นักจิตวิทยาคลินิกร่วมกับจิตแพทย์ จำนวน 2 เรื่อง (van Emmerik et al., 2008; Cottraux et al., 2008) ผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับการนอนร่วมกับนักการศึกษาเกี่ยวกับสุขภาพ จำนวน 1 เรื่อง (Krakow et al., 2001) นักสังคมสงเคราะห์จำนวน 1 เรื่อง (Hinton et al., 2005) และมี 5 เรื่อง (Devilly & Spence, 1999; Paunovic & Ost, 2001; Otto et al., 2003; Bisson et al., 2004; Litz et al., 2007) ไม่ได้กล่าวถึงผู้บำบัดอย่างชัดเจน

4.2 ผู้รับการบำบัด จากงานวิจัยทั้ง 11 เรื่อง พบว่าผู้ป่วย PTSD ที่รับการบำบัดทางปัญญาและพฤติกรรม เป็นผู้ที่ประสบกับเหตุการณ์สะเทือนขวัญที่แตกต่างกัน ได้แก่

4.2.1 มีงานวิจัยจำนวน 1 เรื่อง (Litz et al., 2007) เป็นผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากการก่อการร้าย (Terrorism) ในเหตุการณ์ถล่มตึกเพนตากอน หรือ เหตุการณ์อิรักถล่มกลุ่มอัฟกานิสถาน

4.2.2 มีงานวิจัยจำนวน 1 เรื่อง (Blanchard et al., 2003;) เป็นผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากอุบัติเหตุการจราจรบนท้องถนน (Road traffic accident) ได้แก่ รถยนต์ และมีการวิจัยจำนวน 1 เรื่อง (Bisson et al., 2004;) เป็นผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากอุบัติเหตุรถยนต์ และโรงงานอุตสาหกรรม

4.2.3 มีงานวิจัยจำนวน 3 เรื่อง (Paunovic & Ost, 2001; Otto et al., 2003 ; Hinton et al., 2005) เป็นผู้ป่วยที่อพยพหรือลี้ภัยจากสงคราม (Refugees)

4.2.4 Mixed trauma มีงานวิจัยจำนวน 1 เรื่อง (Krakow et al., 2001;) เป็นกลุ่มผู้ป่วยที่ประสบกับเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิด PTSD หลายเหตุการณ์ที่แตกต่างกัน ได้แก่ ถูกข่มขืน, ถูกทำร้ายร่างกาย และอื่นๆ และมีจำนวน 1 เรื่อง (Cottraux et al., 2008) กลุ่มผู้ป่วยที่ประสบอุบัติเหตุรถยนต์, ถูกข่มขืนจากบุคคลอื่นและบุคคลในครอบครัว, ถูกทำร้ายร่างกายจากบุคคลอื่นและบุคคลในครอบครัว รู้เห็นผู้อื่นถูกทำร้ายอย่างทารุณ รู้เห็นการตายของญาติใกล้ชิด และอื่นๆ

4.2.5 ผู้ป่วย PTSD อื่นๆ ที่ไม่ได้ระบุประเภทของเหตุการณ์ที่ประสบอย่างชัดเจน จำนวน 3 เรื่อง (Deville & Spence, 1999; Sijbrandij et al., 2007 และ van Emmerik et al., 2008)

4.3 ลักษณะรูปแบบกิจกรรมในการบำบัด จากงานวิจัยพบว่า รูปแบบการทำกิจกรรมส่วนใหญ่เป็นรูปแบบการบำบัดแบบกลุ่ม จำนวน 7 เรื่อง (Deville & Spence, 1999; Krakow et al., 2001; Otto et al., 2003; Blanchard et al., 2003; Bisson et al., 2004; Sijbrandij et al., 2007; van Emmerik et al., 2008) และการบำบัดแบบรายบุคคล จำนวน 3 เรื่อง (Paunovic & Ost, 2001; Hinton et al., 2005; Cottraux et al., 2008) การบำบัดรายบุคคลทางอินเทอร์เน็ตจำนวน 1 เรื่อง (Litz et al., 2007)

4.4 จำนวนครั้งและระยะเวลาในการบำบัด มีความแตกต่างกันไปในแต่ละงานวิจัย ดังนี้

4.4.1 มีงานวิจัย 1 เรื่อง (Krakow et al., 2001) ใช้เวลาในการบำบัดสัปดาห์ละ 1 ครั้งๆ ละ 120 นาที เป็นเวลา 3 สัปดาห์ และติดตามทางไปรษณีย์ต่ออีก 10 ครั้ง

4.4.2 มีงานวิจัย 1 เรื่อง (Otto et al., 2003) ใช้เวลาในการบำบัด 10 ครั้ง ระยะเวลาและจำนวนชั่วโมงไม่ได้ระบุไว้อย่างชัดเจน

4.4.3 มีงานวิจัย 1 เรื่อง (Blanchard et al., 2003) ใช้เวลาในการบำบัด 8 ครั้ง ระยะเวลาและจำนวนชั่วโมงไม่ได้ระบุไว้อย่างชัดเจน

4.4.4 มีงานวิจัย 1 เรื่อง (Sijbrandij et al., 2007) ใช้การบำบัดทางปัญญา และพฤติกรรมแบบย่อ บำบัดสัปดาห์ละ 1 ครั้งๆ ละ 120 นาที เป็นเวลา 4 สัปดาห์ และติดตาม ประเมินผลเมื่อครบ 1 และ 4 สัปดาห์หลังการทดลอง

4.4.5 มีงานวิจัย 1 เรื่อง (van Emmerik et al., 2008) ใช้เวลาในการบำบัด สัปดาห์ละ 1 ครั้งๆ ละ 90 นาที เป็นเวลา 5 สัปดาห์ ในผู้ป่วยโรคเครียดเฉียบพลัน (ASD) และ ผู้ป่วย PTSD ชนิดเฉียบพลัน และเป็นเวลา 10 สัปดาห์ ในผู้ป่วย PTSD ชนิดเรื้อรัง

4.4.6 มีงานวิจัย 1 เรื่อง (Dewilly & Spence, 19) ใช้เวลาในการบำบัด 9 ครั้ง แต่แต่ละครั้งจะใช้เวลาไม่เท่ากัน อยู่ระหว่าง 90 – 120 นาที

4.4.7 มีงานวิจัย 1 เรื่อง (Bisson et al., 2004) ใช้เวลาในการบำบัดสัปดาห์ละ 1 ครั้งๆ ละ 60 นาที เป็นเวลา 4 สัปดาห์

4.4.8 มีงานวิจัย 1 เรื่อง (Hinton et al., 2005) เป็นการบำบัดรายบุคคล ใช้ เวลาในการบำบัดสัปดาห์ละ 1 ครั้ง เป็นเวลา 12 สัปดาห์ จำนวนชั่วโมงไม่ได้ระบุไว้อย่างชัดเจน

4.4.9 มีงานวิจัย 1 เรื่อง (Cottraux et al., 2008) เป็นการบำบัดรายบุคคล ใช้เวลาในการบำบัดจำนวน 16 ครั้ง แต่แต่ละครั้งจะใช้เวลาไม่เท่ากัน อยู่ระหว่าง 60 – 120 นาที เป็น เวลา 4 เดือน

4.4.10 มีงานวิจัย 1 เรื่อง (Litz et al., 2007) เป็นการบำบัดรายบุคคลทาง อินเทอร์เน็ต ใช้เวลาในการบำบัด 56 ครั้งๆ ละ 120 นาที เป็นเวลา 8 สัปดาห์

4.4.11 มีงานวิจัย 1 เรื่อง (Paunovic & Ost, 2001) เป็นการบำบัดรายบุคคล ใช้เวลาและจำนวนครั้งแต่ละครั้งไม่เท่ากัน จำนวนครั้งอยู่ระหว่าง 16-20 ครั้ง สำหรับเวลาอยู่ ระหว่าง ละ 60-120 นาที บำบัดเป็นเวลา 20 สัปดาห์

4.5 การบำบัดในระยะเริ่มแรกของการเจ็บป่วย

4.5.1 มีงานวิจัย 1 เรื่อง (Sijbrandij et al., 2007) พบว่า การบำบัดทาง ปัญญาและพฤติกรรม ในระยะเริ่มแรกของการเจ็บป่วย ในผู้ป่วยโรคเครียดชนิดเฉียบพลัน (Acute Stress Disorder: ASD) สามารถลดอาการทางคลินิกของ PTSD ความวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้า ได้ในระยะเวลา 1 สัปดาห์หลังการบำบัด

4.5.2 มีงานวิจัย 1 เรื่อง (van Emmerik et al., 2008) พบว่า การบำบัดทาง ปัญญาและพฤติกรรม ในระยะเริ่มแรกของการเจ็บป่วย ในผู้ป่วยโรคเครียดชนิดเฉียบพลัน (ASD) และผู้ป่วย PTSD ชนิดเฉียบพลัน (Acute PTSD) สามารถลดอาการทางคลินิก ความวิตกกังวล ขณะเผชิญเหตุการณ์ ภาวะซึมเศร้า และความคิดแตกแยก หลังการบำบัดได้ทันที และเมื่อ เปรียบเทียบผลของการบำบัดทางปัญญาและพฤติกรรมในผู้ป่วยโรคเครียดชนิดเฉียบพลัน (ASD)

และผู้ป่วย PTSD ชนิดเฉียบพลัน (Acute PTSD) กับการบำบัดแบบการเขียนอย่างมีโครงสร้าง ในผู้ป่วย PTSD ชนิดเรื้อรัง พบว่าหลังการบำบัดทันที ผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดทางปัญญาและพฤติกรรมมีอาการทางคลินิกของ PTSD ได้แก่ ความรู้สึกเหมือนตกอยู่ในเหตุการณ์นั้นอีกครั้ง อาการกลัวและหลีกเลี่ยง ลดลง อีกทั้งภาวะซึมเศร้า ความวิตกกังวลทั้งขณะเผชิญ ลดลงมากกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดแบบการเขียนอย่างมีโครงสร้าง เช่นกัน

5. การเปรียบเทียบและผลของการบำบัดทางปัญญาและพฤติกรรมกับการบำบัดแบบอื่น พบว่ามี จำนวน 7 เรื่อง ดังนี้

5.1 การบำบัดแบบ Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) จำนวน 1 เรื่อง (Deville & Spence, 1999) ผลการวิจัยพบว่า หลังการทดลอง ทั้งการบำบัดทางปัญญาและพฤติกรรม และการบำบัดแบบเทคนิค EMDR ช่วยทำให้ผู้ป่วย PTSD มีอาการดีขึ้น แต่เมื่อเปรียบเทียบวิธีการบำบัดทั้งสองพบว่า การบำบัดทางปัญญาและพฤติกรรม ได้ผลดีกว่า EMDR และเมื่อติดตามผลการทดลองในระยะ 3 เดือน พบว่า ประสิทธิภาพของการบำบัดทางปัญญาและพฤติกรรมยังคงดีอยู่ ในขณะที่ EMDR มีประสิทธิภาพลดลง โดยพบผู้ป่วยมีการกลับเป็นซ้ำ

5.2 การบำบัดแบบ Rogerian Supportive Therapy (การให้คำปรึกษาแบบประคับประคองตามแนวทฤษฎีโรเจอร์) จำนวน 1 เรื่อง (Cottraux et al., 2008) ผลการวิจัยพบว่า หลังการทดลอง ความรุนแรงของอาการสำคัญทางคลินิกของ PTSD ภาวะซึมเศร้า และความวิตกกังวลขณะเผชิญ ของกลุ่มบำบัดทางปัญญาและพฤติกรรม ลดลงมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการบำบัดด้วยการให้คำปรึกษาแบบประคับประคองตามแนวทฤษฎีโรเจอร์ แต่เมื่อติดตามผลการบำบัดต่อไปในระยะ 52 และ 104 สัปดาห์ พบว่า ความรุนแรงของอาการสำคัญทางคลินิกของ PTSD และความวิตกกังวล ของทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกัน

5.3 การบำบัดแบบ Structured Writing Therapy (การเขียนอย่างมีโครงสร้าง) จำนวน 1 เรื่อง (Emmerik et al., 2008) ผลการวิจัยพบว่า หลังการทดลอง การบำบัดทางปัญญาและพฤติกรรม มีประสิทธิภาพในการลดอาการทางคลินิก ความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า ได้ดีกว่าการบำบัดแบบ Structured Writing Therapy แต่ในระยะการติดตามหลังการทดลอง มีประสิทธิภาพของการบำบัดไม่แตกต่างกัน โดยใช้ระยะเวลาในการบำบัด 10 ครั้งๆ ละ 1.5 ชั่วโมง

5.4 การบำบัดแบบ Supportive Psychotherapy (จิตบำบัดแบบประคับประคอง) จำนวน 1 เรื่อง (Blanchard et al., 2003) ผลการวิจัยพบว่า การบำบัดทางปัญญาและพฤติกรรม มีประสิทธิภาพในการลดอาการต่างๆ ของ PTSD และลดความผิดปกติของโรคทางจิตเวชร่วม อัน

ได้แก่ โรคซึมเศร้า (MDD) และ โรควิตกกังวลชนิด GAD ได้ดีกว่าการทำจิตบำบัดแบบ
ประคับประคอง ทั้งในหลังการทดลองและระยะการติดตาม 3 เดือน

5.5 การบำบัดแบบ Exposure Therapy (การฝึกเผชิญเหตุการณ์) จำนวน 1 เรื่อง
(Paunovic & Ost, 2001) ผลการวิจัย พบว่า การบำบัดทางปัญญาและพฤติกรรม มีประสิทธิภาพ
ในการลดอาการทางคลินิก ความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า ของผู้ป่วย PTSD ตลอดจน การมี
คุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วย ได้ใกล้เคียงกับ การบำบัดแบบการฝึกเผชิญเหตุการณ์ ทั้งในช่วงหลัง
การทดลองและการติดตามในระยะ 6 เดือน

5.6 การบำบัดแบบ Supportive Counseling (การให้คำปรึกษาแบบประคับ
ประคอง) 1 เรื่อง (Litz et al., 2007) ผลการวิจัยพบว่า การบำบัดทางปัญญาและพฤติกรรม มี
ประสิทธิภาพในการลดอาการทางคลินิก ความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า ของ PTSD ได้ดี
เท่ากับการให้คำปรึกษาแบบประคับประคอง ในระยะหลังการทดลองและการติดตามผลในระยะ 3
เดือน แต่ในระยะติดตามผล 6 เดือน พบว่า การบำบัดทางปัญญาและพฤติกรรม มีประสิทธิภาพ
ดีกว่า

5.7 การบำบัดทางปัญญาและพฤติกรรมร่วมกับยา มีงานวิจัยจำนวน 1 เรื่อง
(Otto et al., 2003) พบว่า การบำบัดทางปัญญาและพฤติกรรมร่วมกับยา Sertaline และยาต้าน
ซึมเศร้ากลุ่ม SSRI (Selective Serotonin Reuptake Inhibitor) ช่วยลดอาการของ PTSD ได้ดีกว่า
การใช้ยารักษาเพียงอย่างเดียว

บทที่ 5

การอภิปรายผล

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์ในการศึกษาเพื่อวิเคราะห์และสังเคราะห์งานวิจัยและหลักฐานวิชาการที่เกี่ยวกับการบำบัดทางปัญญาและพฤติกรรมในผู้ป่วย PTSD โดยผู้ศึกษาได้แบ่งการอภิปรายดังนี้

1. คุณภาพและความเพียงพอของงานวิจัย
2. รูปแบบการบำบัดทางปัญญาและพฤติกรรม
3. ผลลัพธ์ของการบำบัดทางปัญญาและพฤติกรรมในผู้ป่วย PTSD
4. ส่วนประกอบสำคัญของการบำบัดทางปัญญาและพฤติกรรมในผู้ป่วย PTSD มีดังนี้
 - 4.1 ผู้บำบัด
 - 4.2 ผู้รับบำบัด
 - 4.3 ลักษณะรูปแบบกิจกรรมในการบำบัด
 - 4.4 จำนวนครั้งและระยะเวลาในการบำบัด
 - 4.5 การบำบัดในระยะเริ่มแรกของการเจ็บป่วย
5. การเปรียบเทียบผลของการบำบัดทางปัญญาและพฤติกรรมกับการบำบัดแบบอื่น

1. คุณภาพและความเพียงพอของงานวิจัย

จากการศึกษาครั้งนี้ มีงานวิจัยที่นำมาวิเคราะห์และสังเคราะห์ทั้งหมด 11 เรื่อง ซึ่งเมื่อนำผลงานวิจัยและหลักฐานอ้างอิงที่สืบค้นได้มาประเมินคุณภาพ โดยใช้เกณฑ์การประเมินคุณภาพระดับงานวิจัยของราชวิทยาลัยอายุแพทย์แห่งประเทศไทย (2544) พบว่า เป็นงานวิจัยที่เป็น Randomized Control Trial อยู่ในระดับ A จำนวน 9 เรื่อง เป็น Quasi experimental research อยู่ในระดับ B จำนวน 2 เรื่อง ทั้งหมดรวม 11 เรื่อง เป็นงานวิจัยที่ศึกษาในต่างประเทศทั้ง 11 เรื่อง ดังนั้นองค์ความรู้ที่ได้จากการศึกษาเกี่ยวกับการบำบัดทางปัญญาและพฤติกรรม ในผู้ป่วย PTSD จากงานวิจัยทั้ง 11 เรื่อง นับได้ว่าเป็นองค์ความรู้ใหม่ที่มีคุณภาพ และมีจำนวนงานวิจัยเพียงพอต่อการนำมาศึกษาวิเคราะห์และสังเคราะห์ในครั้งนี้

2. รูปแบบการบำบัดทางปัญญาและพฤติกรรม จากงานวิจัยทั้ง 11 เรื่อง จะเห็นได้ว่าการนำเทคนิคไปใช้ที่หลากหลาย กล่าวคือ บางงานวิจัยนำไปใช้ทั้ง 4 ขั้นตอน ได้แก่ การให้ความรู้ การฝึกเผชิญเหตุการณ์ การเปลี่ยนกระบวนการรับรู้ และการจัดการกับความวิตกกังวล (Deville & Spence, 1999; Paunovic & Ost, 2001; Otto et al., 2003; Blanchard et al., 2003; Hinton et al., 2005; Sijbrandij et al., 2007; Litz et al., 2007; Cottraux et al., 2008) มีงานวิจัยบางงานนำเทคนิคไปใช้เพียง 3 ขั้นตอน ได้แก่ การให้ความรู้ การฝึกเผชิญเหตุการณ์ และการเปลี่ยนกระบวนการรับรู้ (Bisson et al., 2004; van Emmerik et al., 2008) หรือ 2 ขั้นตอน ได้แก่ การให้ความรู้ และการเปลี่ยนกระบวนการรับรู้เท่านั้น (Krakow et al., 2001) แสดงให้เห็นว่า ในการบำบัดทางปัญญาและพฤติกรรม ไม่จำเป็นต้องใช้ครบทั้ง 4 ขั้นตอน แต่สามารถเลือกนำมาใช้ได้ ตามความเหมาะสมและความจำเป็นแก่สภาพของผู้ป่วย แต่เป็นที่น่าสังเกตว่าขั้นตอนการให้ความรู้ และการเปลี่ยนกระบวนการรับรู้จะพบอยู่ในทุกงานวิจัย ทั้งนี้อาจเนื่องจากในขั้นตอนการให้ความรู้ จัดได้ว่าเป็นขั้นตอนที่มีความจำเป็นที่ผู้ป่วยควรจะได้มีความรู้ความเข้าใจในเรื่องของการบำบัดทางปัญญาและพฤติกรรม ทราบถึงความคิดที่บิดเบือน และสถานการณ์ที่ผู้ป่วยพยายามจะหลีกเลี่ยงและอื่นๆที่เกี่ยวข้อง ฯลฯ ทั้งนี้เพราะว่าการให้ความรู้จะช่วยให้ผู้ป่วยพัฒนาวิธีคิด และวิธีการจัดการกับอาการของตนเองได้ และทำให้เกิดแนวทางหรือหลักการในการบำบัดขึ้น (Harvey et al., 2003) สำหรับขั้นตอนการเปลี่ยนกระบวนการรับรู้ จะเป็นขั้นตอนที่ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเข้าใจถึงวิธีการปรับความคิดที่บิดเบือนไป ให้กลับมาเป็นความคิดที่สมเหตุสมผลมากขึ้น ซึ่งมีวิธีการต่างๆที่ผู้บำบัดจะสามารถชี้แนะและนำผู้ป่วยไปสู่การปรับเปลี่ยนความคิดนั้นได้

3. ผลลัพธ์ของการบำบัดทางปัญญาและพฤติกรรมในผู้ป่วย PTSD พบว่าทุกงานวิจัยสามารถลดความรุนแรงของอาการทางคลินิก ลดความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า และมีงานวิจัย 2 เรื่อง (Paunovic & Ost, 2001; van Emmerik et al., 2008) พบว่า ให้ผลในการปรับเปลี่ยนความคิดทางบวกได้ และมีงานวิจัย 2 เรื่อง (Paunovic & Ost, 2001; Cottraux et al., 2008) ที่ส่งผลให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น เนื่องจากการบำบัดทางปัญญาและพฤติกรรมเป็นการบำบัดที่สามารถตอบสนองการแก้ปัญหาในเรื่องของความคิดโดยตรง ซึ่งผู้ป่วย PTSD เป็นผู้ป่วยที่มีความคิดอัตโนมัติในทางลบเกี่ยวกับสถานการณ์สะเทือนขวัญที่ผู้ป่วยเคยประสบมาก่อน และเมื่อมาพบกับเหตุการณ์ที่รุนแรงในปัจจุบันทำให้รู้สึกเหมือนกับว่าเหตุการณ์นั้นหวนกลับมาเกิดขึ้นอีกครั้ง การบำบัดทางปัญญาและพฤติกรรมจึงสามารถไปหยุดยั้งความคิดดังกล่าวของผู้ป่วยได้ โดยปรับเปลี่ยนความคิดไปในทางบวก ทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมที่เหมาะสมขึ้น (สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2550)

4. ส่วนประกอบสำคัญของการบำบัดทางปัญญาและพฤติกรรม

4.1 ผู้บำบัด จากงานวิจัยทั้ง 11 เรื่อง เห็นได้ว่าผู้บำบัดมิได้จำกัดอยู่ที่วิชาชีพใด วิชาชีพหนึ่งโดยเฉพาะ แต่ต้องเป็นผู้ที่มีความรู้ มีประสบการณ์ มีความเชี่ยวชาญ และผ่านการฝึกอบรมเทคนิคในการบำบัดทางปัญญาและพฤติกรรมมาก่อน ดังที่ สมบัติ ตาปัญญา (2549) กล่าวไว้ว่า ผู้บำบัดควรเป็นผู้ที่มีประสบการณ์ ผ่านการอบรม และมีความรู้เรื่องเทคนิคการบำบัดทางปัญญาและพฤติกรรมเป็นอย่างดี และเป็นที่น่าสังเกตว่าผู้บำบัดในงานวิจัยทั้ง 11 เรื่อง ส่วนใหญ่จะเป็นผู้ที่ปฏิบัติงานในวิชาชีพที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพจิตและจิตเวช เช่น จิตแพทย์ นักจิตบำบัด นักจิตวิทยาคลินิก นักพฤติกรรมบำบัด พยาบาลจิตเวช เป็นต้น ทั้งนี้บุคคลในวิชาชีพดังกล่าวจะเป็นผู้ที่ศึกษาและมีความรู้ทางด้านจิตใจและสุขภาพจิต ซึ่งจะเข้าใจถึงอารมณ์ ความรู้สึก และสภาพจิตใจของผู้ป่วยได้ดีกว่า

4.2 ผู้รับการบำบัด จากงานวิจัยทั้ง 11 เรื่อง ผู้ป่วย PTSD ที่ได้รับการบำบัดทางปัญญาและพฤติกรรม เป็นผู้ที่ประสบกับเหตุการณ์สะเทือนขวัญที่หลากหลาย ไม่ได้จำกัดอยู่ที่เหตุการณ์ใดเหตุการณ์หนึ่ง แต่อย่างไรก็ตาม ผู้ป่วยจะมีอาการและความคิดอัตโนมัติทางลบเกิดขึ้นเหมือนกันทุกคน (จันทิมา องค์โฆษิต , 2545) จึงสามารถที่จะใช้วิธีการบำบัดทางปัญญาและพฤติกรรมนี้ได้อย่างมีประสิทธิภาพเท่าเทียมกัน เพราะการบำบัดนั้นเน้นที่ความคิดที่บิดเบือนและการปรับความคิดและพฤติกรรมมากกว่า

4.3 ลักษณะรูปแบบกิจกรรมในการบำบัด จากงานวิจัยทั้ง 11 เรื่อง พบว่า รูปแบบการทำกิจกรรมมีทั้งเป็นการบำบัดแบบกลุ่ม (Deville & Spence, 1999; Krakow et al., 2001; Otto et al., 2003; Blanchard et al., 2003; Bisson et al., 2004; Sijbrandij et al., 2007; van Emmerik et al., 2008) การบำบัดรายบุคคลแบบเผชิญหน้า (Paunovic & Ost, 2001; Hinton et al., 2005; Cottraux et al., 2008) และบำบัดรายบุคคลทางอินเทอร์เน็ต (Litz et al., 2007) แต่ส่วนใหญ่จะเป็นการบำบัดแบบกลุ่ม ทั้งนี้เนื่องจากการบำบัดแบบกลุ่ม จะช่วยให้ผู้ป่วยได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ซึ่งกันและกันระหว่างผู้ป่วยคนอื่นๆ ได้รู้ว่าตนเองไม่ได้มีความทุกข์เพียงคนเดียว ได้รับการประคับประคองและกำลังใจจากเพื่อนผู้ป่วยด้วยกัน และได้แนวทางในการแก้ไขปัญหและการปรับตัวในสังคมที่หลากหลายมากขึ้น (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2550) อีกทั้งประหยัดเวลาและค่าใช้จ่ายในการบำบัดรักษามากกว่าการบำบัดรายบุคคล สามารถให้การบำบัดได้หลายคนในเวลาเดียวกัน ดังการศึกษาของ Marques & Formigoni (2001) ที่ศึกษาเกี่ยวกับอิทธิพลของการให้การ ปรึกษาแบบกลุ่มและแบบรายบุคคลในผู้ป่วยที่ติดสุรา พบว่า การบำบัดรักษาทั้งสองรูปแบบผลไม่แตกต่างกัน แต่การปรึกษาแบบกลุ่มลดต้นทุนได้ดีกว่า ในขณะที่ผลการศึกษาของ Najavits, Weiss & Liese (1996) พบว่า การบำบัดแบบกลุ่ม มีประโยชน์อย่างยิ่งต่อผู้ป่วย PTSD ที่มีการคิดสารเสพติดร่วมด้วยในเรื่องของการลดอาการหลักของโรคและทำให้เกิด

การช่วยเหลือกันทางสังคมมากขึ้น ดังนั้น จึงสมควรนำการบำบัดแบบกลุ่มไปใช้ในการช่วยเหลือผู้ป่วยที่ประสบเหตุการณ์สะเทือนใจหมู่ ที่ส่งผลกระทบต่อจิตใจของผู้ประสบภัยพิบัติเป็นจำนวนมาก เช่น เหตุการณ์ภัยพิบัติสึนามิ อุทกภัย แผ่นดินถล่ม เป็นต้น

สำหรับการบำบัดรายบุคคลนั้น แม้จะให้บริการได้ครั้งละหนึ่งคน แต่อาจจะเหมาะสมสำหรับผู้ป่วยที่ยังไม่พร้อมที่จะเปิดเผยเรื่องราวหรือความรู้สึกของตนเองต่อบุคคลอื่น และการให้การบำบัดรักษายังส่งผลดีต่อการลดอาการทางคลินิก ความวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้า แก่ผู้ป่วยได้เช่นกัน ดังการศึกษาของ ณัฐทิพร ชัยประทาน, สมพร รุ่งเรืองกลกิจ และมธุลดา ชัยมี (2547) ที่ศึกษาผลของการให้การปรึกษารายบุคคลโดยใช้แนวคิดการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม ร่วมกับการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อในผู้ป่วยโรควิตกกังวล พบว่า การให้การบำบัดรักษาแบบรายบุคคล ช่วยให้ผู้ป่วยเกิด การเรียนรู้และเข้าใจการเจ็บป่วยของตน ก่อให้เกิดแรงจูงใจและมั่นใจในการรักษาให้หายขาด ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีตามแผนการรักษา สามารถควบคุมความกังวลด้วยตนเอง ตลอดจนมีการปรับเปลี่ยนความคิดหรือมุมมองต่อการเผชิญปัญหาเป็นไปในทางบวกหรือยึดหยุ่นขึ้น

4.4 จำนวนครั้งและระยะเวลาในการบำบัด จากงานวิจัยทั้ง 11 เรื่อง พบว่า จำนวนครั้งและระยะเวลาในการบำบัดมีความแตกต่างกันไปในแต่ละงานวิจัย พบว่า จำนวนครั้งมากที่สุดในการบำบัด คือ 56 ครั้ง ใช้เวลา 8 สัปดาห์ (Litz et al 2007) และจำนวนครั้งที่น้อยที่สุด คือ 4 ครั้ง ใช้เวลา 4 สัปดาห์ (Bisson et al., 2004; Sijbrandij et al., 2007) ซึ่งมีช่วงของจำนวนครั้งที่กว้างมาก แสดงให้เห็นว่า การกำหนดจำนวนครั้งและระยะเวลาในการบำบัด ควรคำนึงถึงความเหมาะสมในด้านต่างๆ ของผู้ป่วยเป็นสำคัญ เช่น ความรุนแรงของเหตุการณ์ที่ผู้ป่วยประสบ อาการของผู้ป่วย การรับรู้และเข้าใจของผู้ป่วย เป็นต้น แต่โดยทั่วไปควรทำการบำบัดอย่างน้อยสัปดาห์ละครั้ง จำนวนครั้งตั้งแต่ 12-20 ครั้ง ใช้ระยะเวลาในการบำบัด 1.5-2 ชั่วโมง โดยเวลา 2 ชั่วโมงจะเหมาะสมมากที่สุด กลุ่มผู้รับการบำบัดจะมีความสนใจและให้ความร่วมมือในการบำบัดได้ดี เนื่องจากผู้รับการบำบัดไม่เหนื่อยจนเกินไป โดยผู้บำบัดวางแผนกำหนดจำนวนครั้งในการบำบัด แล้วเสนอให้ผู้รับการบำบัดพิจารณาอีกครั้ง เพื่อให้กลุ่มผู้รับการบำบัดทราบถึงกำหนดการและแนวทางในการบำบัดที่ชัดเจน (Beck et al., 1979)

4.5 การบำบัดในระยะเริ่มแรกของการเจ็บป่วย มีงานวิจัย 1 เรื่อง (Sijbrandij et al., 2007) พบว่า การบำบัดทางปัญญาและพฤติกรรม ในระยะเริ่มแรกของการเจ็บป่วย ในผู้ป่วยโรคเครียดชนิดเฉียบพลัน (Acute Stress Disorder: ASD) ช่วยลดอาการทางคลินิกของ PTSD ความวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้า ได้ในระยะเวลา 1 สัปดาห์หลังการบำบัด และงานวิจัย 1 เรื่อง (van Emmerik et al., 2008) พบว่า การบำบัดทางปัญญาและพฤติกรรม ในระยะเริ่มแรกของการเจ็บป่วย

ในผู้ป่วยโรคเครียดชนิดเฉียบพลัน (ASD) และผู้ป่วย PTSD ชนิดเฉียบพลัน (Acute PTSD) ช่วยลดอาการทางคลินิก ความวิตกกังวลขณะเผชิญเหตุการณ์ ภาวะซึมเศร้า และความคิดแตกแยกได้ หลังการบำบัดทันที และเมื่อเปรียบเทียบผลของการบำบัดทางปัญญาและพฤติกรรมในผู้ป่วยโรคเครียดชนิดเฉียบพลัน (ASD) และผู้ป่วย PTSD ชนิดเฉียบพลัน (Acute PTSD) กับการบำบัดแบบการเขียนอย่างมีโครงสร้าง ในผู้ป่วย PTSD ชนิดเรื้อรัง พบว่าหลังการบำบัดทันที ผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดทางปัญญาและพฤติกรรมมีอาการทางคลินิกของ PTSD ได้แก่ ความรู้สึกเหมือนตกอยู่ในเหตุการณ์นั้นอีกครั้ง อาการกลัวและหลีกเลี่ยง ลดลง และภาวะซึมเศร้า ความวิตกกังวลทั้งขณะเผชิญเหตุการณ์และความวิตกกังวลแฝง ลดลงมากกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดแบบการเขียนอย่างมีโครงสร้าง

จากงานวิจัยนี้เห็นได้ว่า การให้บำบัดรักษาตั้งแต่ระยะเริ่มต้นของการเจ็บป่วย รวมถึงการเริ่มให้การบำบัดตั้งแต่เนิ่นๆ (Early Intervention) นี้ จะส่งผลดีในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ที่อาจเกิดตามมาและสามารถป้องกันการดำเนินโรคไปสู่ PTSD และ PTSD ชนิดเรื้อรังได้ (Cottraux et al., 2008) ดังนั้นการค้นหาผู้ป่วยโรคเครียดชนิดเฉียบพลัน และ PTSD ชนิดเฉียบพลันด้วยการคัดกรองเบื้องต้นจึงเป็นสิ่งสำคัญที่ควรคำนึงถึง เพื่อช่วยให้ทราบถึงภาวะของผู้ป่วยที่ควรได้รับการบำบัดรักษาอย่างเหมาะสมและทันท่วงทีหากเกิดเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความผิดปกติทางจิตใจขึ้น

5. การเปรียบเทียบและผลของการบำบัดทางปัญญาและพฤติกรรมกับการบำบัดแบบอื่น ปัจจุบันเป็นที่ยอมรับกันว่าการบำบัดทางปัญญาและพฤติกรรมมีความปลอดภัยและมีประสิทธิภาพในการบำบัดรักษาผู้ป่วย PTSD ได้เป็นอย่างดี (Harvey et al., 2003) จึงได้มีการนำรูปแบบและวิธีการบำบัดแบบอื่น มาใช้เปรียบเทียบประสิทธิภาพของการบำบัดกับการบำบัดทางปัญญาและพฤติกรรมด้วย จำนวน 7 แบบ ดังนี้

5.1 การบำบัดแบบ Eye Movement Desensitization and Reprocessing :EMDR มีงานวิจัย 1 เรื่อง (Deville & Spence, 1999) พบว่า การบำบัดแบบ EMDR ช่วยให้ผู้ป่วยมีอาการ PTSD ดีขึ้นเหมือนกับการบำบัดทางปัญญาและพฤติกรรม แต่ในระยะติดตามผล 3 เดือนผู้ป่วยไม่สามารถจัดการกับความวิตกกังวลต่อเหตุการณ์รุนแรงใหม่ที่กระตุ้นให้เกิดอาการ PTSD ภายหลังได้ ส่งผลให้ผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดแบบ EMDR กลับมีอาการของ PTSD ซ้ำอีก แสดงให้เห็นว่าการบำบัดแบบ EMDR จะส่งผลการบำบัดในระยะสั้นไม่เกิน 3 เดือน ดังนั้นจึงควรนัดผู้ป่วยมาบำบัดซ้ำอย่างต่อเนื่องเป็นระยะๆ โดยอาจกำหนดระยะเวลาเป็นทุก 2 เดือน เพื่อให้การบำบัดแบบ EMDR มีประสิทธิภาพที่ต่อเนื่องยาวนานมากขึ้น สำหรับการบำบัดทางปัญญาและพฤติกรรมนั้น จะมีการสอนเทคนิคการจัดการกับความวิตกกังวลร่วมด้วย จึงทำให้ผู้ป่วย PTSD สามารถควบคุม

อารมณ์ความรู้สึก มีจิตใจที่สงบขึ้น (จันทิมา องค์โนนิต, 2545) และลดอาการของความวิตกกังวลจากเหตุการณ์ที่มากกระตุ้นซ้ำได้โดยไม่มีอาการของ PTSD กลับมาเป็นซ้ำ

5.2 การบำบัดแบบ Rogerian Supportive Therapy (การให้คำปรึกษาแบบปรับประคองตามแนวทฤษฎีโรเจอร์) มีงานวิจัย 1 เรื่อง (Cottraux et al., 2008) พบว่า หลังการทดลองความรุนแรงของอาการสำคัญทางคลินิกของ PTSD ภาวะซึมเศร้า และความวิตกกังวลขณะเผชิญของกลุ่มบำบัดทางปัญญาและพฤติกรรม ลดลงมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการบำบัดด้วยการให้คำปรึกษาแบบปรับประคองตามแนวทฤษฎีโรเจอร์ แต่เมื่อติดตามผลการบำบัดต่อไปในระยะ 52 และ 104 สัปดาห์ พบว่า ความรุนแรงของอาการสำคัญทางคลินิกของ PTSD และความวิตกกังวล ของทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกัน เนื่องจาก การให้คำปรึกษาแบบปรับประคองตามแนวทฤษฎีโรเจอร์ นี้ เป็นการให้คำปรึกษาแบบยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ระบายความทุกข์ที่เกิดขึ้น จนผู้ป่วยเกิดการผ่อนคลาย แต่ไม่ได้ช่วยผู้ป่วยในเรื่องของการปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติด้านลบของผู้ป่วย และเมื่อติดตามผลในระยะเวลาที่ยาวนานขึ้น พบว่าผลการบำบัดจึงส่งผลดีเท่ากัน อธิบายได้ว่าผู้ป่วยมีการระบายความทุกข์เป็นระยะเวลาที่มากพอจนเกิดการผ่อนคลาย ทำให้ความทุกข์ใจลดลงไปอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้ผู้ป่วยเริ่มมีความคิดที่สมเหตุสมผลมากขึ้น และหาแนวทางแก้ไขปัญหาของตนเองได้ อันนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เหมาะสมตามมา

5.3 การบำบัดแบบ Structured Writing Therapy (การเขียนอย่างมีโครงสร้าง) มีงานวิจัย 1 เรื่อง (Emmerik et al., 2008) ที่การบำบัดทั้งในระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผลในผู้ป่วย PTSD ทั้งที่เป็นโรคเครียดชนิดเฉียบพลันและ PTSD ชนิดเฉียบพลันและเรื้อรัง พบว่า การบำบัดทางปัญญาและพฤติกรรมช่วยลดความรุนแรงของอาการทางคลินิกและความคิดแตกแยกของผู้ป่วย PTSD ได้ดีกว่าการบำบัดแบบการเขียนอย่างมีโครงสร้าง ทั้งนี้ อธิบายได้ว่าวิธีการบำบัดแบบการเขียนอย่างมีโครงสร้าง เป็นวิธีการบำบัดที่ให้ผู้ป่วยอยู่กับตนเองโดยการเขียนเรื่องราวที่เกิดขึ้นด้วยตนเอง ช่วยให้ผู้ป่วยได้ระบาย แต่อย่างไรก็ตาม การให้ผู้ผู้ป่วยอยู่กับตนเองอาจส่งผลให้ผู้ผู้ป่วยคิดหมกมุ่นเกี่ยวกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นกับตนเอง ทำให้ผู้ป่วยเกิดความวิตกกังวลมากขึ้นได้ ในขณะที่ การบำบัดทางปัญญาและพฤติกรรมจะมีการพูดคุยให้ข้อมูลเกี่ยวกับความรู้ที่เกี่ยวกับอาการของโรค PTSD มีการฝึกเผชิญกับเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความกลัวและความวิตกกังวลทั้งในขณะบำบัดและมอบหมายให้กลับไปทำเป็นบ้าน ตลอดจนมีการปรับเปลี่ยนความคิดจากความคิดอัตโนมัติด้านลบให้เป็นด้านบวก ทำให้ผู้ป่วยเกิดการปรับความคิดใหม่ ส่งผลให้มีพฤติกรรมที่เหมาะสม

5.4 การบำบัดแบบ Supportive Psychotherapy (จิตบำบัดแบบปรับประคอง) มีงานวิจัย 1 เรื่อง (Blanchard et al., 2003) พบว่า การบำบัดทางปัญญาและพฤติกรรม มี

ประสิทธิภาพในการลดอาการทางคลินิกของผู้ป่วย PTSD ชนิดเรื้อรัง ลดความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า และความผิดปกติของโรคทางจิตเวชร่วม อันได้แก่ โรคซึมเศร้า (MDD) และ โรควิตกกังวลชนิด GAD อีกทั้งช่วยให้ผู้ป่วยสามารถทำหน้าที่ทั่วๆ ไป (Functioning) ในการดำเนินชีวิตประจำวันดีขึ้น ได้ดีกว่าการบำบัดแบบ Supportive Psychotherapy ทั้งในหลังการทดลองและระยะการติดตาม 3 เดือน อธิบายได้ว่า การบำบัดทางปัญญาและพฤติกรรม มุ่งเน้นให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้วิธีคิดใหม่ วิธีการจัดการกับความวิตกกังวล ตลอดจนการปฏิบัติใหม่ที่เหมาะสมต่อเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความวิตกกังวล (ราชวิทยาลัยจิตแพทย์แห่งประเทศไทย และกรมสุขภาพจิต, 2544) ในขณะที่การทำจิตบำบัดแบบประคับประคองเป็นการบำบัดที่ส่งเสริมและให้กำลังใจผู้ป่วยในระดับที่ผิวเผิน แต่ยังไม่ได้เข้าไปแก้ไขความขัดแย้งลึกๆ ในจิตใจ และไม่ช่วยให้เกิดการปรับเปลี่ยนความคิดใหม่ของผู้ป่วย (มาโนช หล่อตระกูล และภานุพันธ์ เจริญสวรรค์, 2547) แต่อย่างไรก็ตาม การทำจิตบำบัดแบบประคับประคอง ก็สามารถดัดแปลงนำมาใช้เป็นทางเลือกในการบำบัดรักษาผู้ป่วยจิตเวชทั้งที่มีปัญหาแบบเฉียบพลันหรือเรื้อรังได้ (จันทิมา องค์ไวยมิต, 2545)

5.5 การบำบัดแบบ Exposure Therapy (การฝึกเผชิญเหตุการณ์) มีงานวิจัย 1 เรื่อง (Paunovic & Ost, 2001) พบว่า การบำบัดแบบการฝึกเผชิญเหตุการณ์ เป็นการบำบัดที่ช่วยให้ช่วยลดอาการทางคลินิก ความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า ของผู้ป่วย PTSD ตลอดจนช่วยให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นใกล้เคียงกับการบำบัดทางปัญญาและพฤติกรรม ทั้งในระยะเวลาหลังบำบัดทันทีจนถึงหลังบำบัด 6 เดือน โดยการบำบัดแบบฝึกเผชิญเหตุการณ์จะมุ่งเน้นไปที่การเผชิญกับเหตุการณ์ที่ทำให้กลัวและวิตกกังวลทีละน้อยและค่อยเป็นค่อยไป จนกระทั่งสามารถเผชิญกับเหตุการณ์รุนแรงที่สะท้อนขวัญได้โดยไม่รู้สึกลัวและวิตกกังวล ซึ่งแตกต่างจากการบำบัดทางปัญญาและพฤติกรรมที่มุ่งเน้นที่การปรับความคิดอัตโนมัติทางลบที่เกี่ยวข้องกับเหตุการณ์รุนแรงที่ประสบ ดังนั้นผู้บำบัดอาจนำการบำบัดแบบการฝึกเผชิญเหตุการณ์มาเป็นทางเลือกในการบำบัดผู้ป่วย PTSD ได้อีกทางหนึ่ง

5.6 การบำบัดแบบ Supportive Counseling (การให้คำปรึกษาแบบประคับประคอง) ทางอินเทอร์เน็ต มีงานวิจัย 1 เรื่อง (Litz et al., 2007) พบว่า สามารถลดอาการวิตกกังวลและซึมเศร้าในผู้ป่วย PTSD ได้ดีเท่ากับวิธีการบำบัดทางปัญญาและพฤติกรรม หลังบำบัดทันที และหลังการบำบัด 3 เดือน แต่หลังการบำบัด 6 เดือน พบว่า การบำบัดทางปัญญาและพฤติกรรมจะให้ผลการบำบัดคงทนกว่า ถึงแม้ว่าการบำบัดแบบการให้คำปรึกษาแบบประคับประคองทางอินเทอร์เน็ตจะเป็นลักษณะของการมีปฏิสัมพันธ์กันโดยไม่เห็นหน้ากันก็ตาม แต่ผู้ป่วยก็ยังสามารได้ข้อมูล ข้อคิดเห็นเกี่ยวกับปัญหา แนวทางการแก้ปัญหา และยังสามารถได้กำลังใจจากผู้บำบัดได้ จึงส่ง

ให้เกิดผลดีได้ในระยะสั้น ส่วนในระยะยาวนั้นยังมีข้อจำกัดในความคงทนของผลการบำบัด ดังนั้นจึงควรให้การบำบัดอย่างต่อเนื่องเป็นระยะๆ เช่นเดียวกับการบำบัดแบบ EMDR

5.7 การบำบัดโดยใช้ยา มีงานวิจัยจำนวน 1 เรื่อง (Otto et al., 2003) พบว่าการบำบัดทางปัญญาและพฤติกรรมร่วมกับยา Sertaline และยาต้านซึมเศร้ากลุ่ม SSRI (Selective Serotonin Reuptake Inhibitor) ช่วยลดอาการของ PTSD ได้ดีกว่าการใช้ยารักษาเพียงอย่างเดียว อธิบายได้ว่า ยาที่นำมาใช้ในการบำบัดรักษาผู้ป่วยจะช่วยลดอาการต่างๆ ได้เพียงระยะเวลาที่ฤทธิ์ของยายังคงอยู่ เมื่อหมดฤทธิ์ยา อาการของผู้ป่วยก็จะกลับมามีดังเดิม และต้องใช้เวลาในการรักษานาน ในขณะที่ใช้บำบัดทางปัญญาและพฤติกรรมร่วมกับยา จะช่วยให้ผู้ป่วยมีการเรียนรู้ เกิดความเข้าใจความคิดของตนเอง จนเกิดการปรับความคิดใหม่ นำไปสู่การแสดงพฤติกรรมที่เหมาะสมตามมา

บทที่ 6

สรุปผลการศึกษาและข้อเสนอแนะ

1. สรุปผลการศึกษา

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์ในการศึกษาเพื่อวิเคราะห์และสังเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการบำบัดทางปัญญาและพฤติกรรมในผู้ป่วย PTSD ซึ่งงานวิจัยที่นำมาศึกษามีทั้งหมด 11 เรื่อง เป็นงานวิจัยที่เป็น Randomized Control Trial อยู่ในระดับ A จำนวน 9 เรื่อง เป็น Quasi experimental research อยู่ในระดับ B จำนวน 2 เรื่อง โดยเป็นงานวิจัยที่ศึกษาในต่างประเทศทั้งสิ้น และผลจากการวิเคราะห์และสังเคราะห์งานวิจัยทั้งหมดสามารถสรุปสาระสำคัญการบำบัดทางปัญญาและพฤติกรรมในผู้ป่วย PTSD ได้แก่ รูปแบบการบำบัดทางปัญญาและพฤติกรรม ผลลัพธ์ของการบำบัดทางปัญญาและพฤติกรรมในผู้ป่วย PTSD ส่วนประกอบสำคัญของการบำบัดทางปัญญาและพฤติกรรม การบำบัดในระยะเริ่มแรกของการเจ็บป่วย และการบำบัดแบบอื่นที่นำมาเปรียบเทียบ ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

1.1 รูปแบบการบำบัดทางปัญญาและพฤติกรรมในผู้ป่วย PTSD มีส่วนประกอบที่สำคัญ 4 หัวข้อ ได้แก่ การให้ความรู้ การฝึกเผชิญเหตุการณ์ การเปลี่ยนกระบวนการรับรู้ และการจัดการกับความวิตกกังวล โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1.1.1 มีการใช้การบำบัดทางปัญญาและพฤติกรรมทั้ง 4 หัวข้อ จำนวน 8 เรื่อง แต่ในหัวข้อที่ 4 คือ การจัดการกับความวิตกกังวล จะมีการใช้เทคนิคที่แตกต่างกัน ได้แก่ การใช้เทคนิคการควบคุมการหายใจ จำนวน 1 เรื่อง เทคนิคการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ จำนวน 3 เรื่อง และเทคนิคการควบคุมการหายใจร่วมกับเทคนิคการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ จำนวน 4 เรื่อง

1.1.2 มีการใช้การบำบัดทางปัญญาและพฤติกรรมเฉพาะ 3 หัวข้อ ได้แก่ การให้ความรู้ การฝึกเผชิญเหตุการณ์ และการเปลี่ยนกระบวนการรับรู้ จำนวน 2 เรื่อง

1.1.3 มีการใช้การบำบัดทางปัญญาและพฤติกรรมเฉพาะ 2 หัวข้อ ได้แก่ การให้ความรู้ และการเปลี่ยนกระบวนการรับรู้ จำนวน 1 เรื่อง

1.2 ผลลัพธ์ของการบำบัดทางปัญญาและพฤติกรรมในผู้ป่วย PTSD สรุปได้เป็น 2 ด้าน คือ

1.2.1 ผลลัพธ์หลักของการบำบัดทางปัญญาและพฤติกรรมในผู้ป่วย PTSD ได้แก่ การลดความรุนแรงของอาการทางคลินิก ทำให้ผู้ป่วยมีความนึกคิดต่อเหตุการณ์ร้ายที่เกิดขึ้นกับตนเองในทิศทางบวก ผู้ป่วยจึงมีความนึกคิดดีขึ้นและมีความคิดแตกแยกลดลงอย่างชัดเจน

1.2.2 ผลลัพธ์รองของการบำบัดทางปัญญาและพฤติกรรมในผู้ป่วย PTSD ได้แก่ การลดความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า เพิ่มอัตราการฟื้นหายของโรค การทำหน้าที่ทั่ว ๆ ไปและคุณภาพชีวิตดีขึ้น ลดอาการของโรคทางจิตเวชร่วม (Co-morbidity) ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยได้เป็นอย่างดี

1.3 ส่วนประกอบสำคัญของการบำบัดทางปัญญาและพฤติกรรม

1.3.1 ผู้บำบัด ส่วนใหญ่ เป็นผู้ที่มีความรู้ มีประสบการณ์ มีความเชี่ยวชาญและปฏิบัติงานอยู่ในวิชาชีพที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพจิตและจิตเวช และเป็นผู้ที่ผ่านการฝึกอบรมเทคนิคการบำบัดทางปัญญาและพฤติกรรมมาแล้ว เช่น นักจิตวิทยาคลินิก นักจิตบำบัด จิตแพทย์ นักพฤติกรรมบำบัด พยาบาลจิตเวช

1.3.2 ผู้รับการบำบัด เป็นผู้ที่ประสบกับเหตุการณ์สะเทือนขวัญที่แตกต่างกัน ไม่ได้จำกัดอยู่ที่เหตุการณ์ใดเหตุการณ์หนึ่ง เช่น ประสบเหตุการณ์ การก่อการร้าย อุบัติเหตุจากการจราจรบนท้องถนน ผู้อพยพหรือผู้ลี้ภัย การถูกทารุณกรรมทางเพศและทางร่างกายจากบุคคลอื่นและคนในครอบครัว การรู้เห็นการตายของญาติผู้ใกล้ชิด เป็นต้น

1.3.3 ลักษณะรูปแบบกิจกรรมในการบำบัด ทำการบำบัดทั้งแบบกลุ่ม การบำบัดรายบุคคลแบบเผชิญหน้า และการบำบัดรายบุคคลทางอินเทอร์เน็ต แต่ส่วนใหญ่เป็นการบำบัดแบบกลุ่ม

1.3.4 จำนวนครั้งและระยะเวลาในการบำบัด มีความแตกต่างกัน มีจำนวนครั้งในการบำบัดตั้งแต่ 4 ครั้ง ถึง 56 ครั้ง และใช้เวลาในการบำบัด ตั้งแต่ 4-8 สัปดาห์ ทั้งนี้คำนึงถึงความเหมาะสมในด้านต่างๆ ของผู้ป่วยเป็นสำคัญ เช่น ความรุนแรงของเหตุการณ์ที่ผู้ป่วยประสบ อาการของผู้ป่วย การรับรู้และเข้าใจของผู้ป่วย เป็นต้น

1.3.5 การบำบัดในระยะเริ่มแรกของการเจ็บป่วย จากงานวิจัยพบว่า การให้การบำบัดรักษาตั้งแต่ระยะเริ่มต้นของการเจ็บป่วยในผู้ป่วยโรคเครียดชนิดเฉียบพลัน และผู้ป่วย PTSD ชนิดเฉียบพลัน ตลอดจนการเริ่มให้การบำบัดตั้งแต่นั้นๆ (Early Intervention) จะส่งผลดีในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ที่อาจตามมาและสามารถป้องกันการดำเนินโรคไปสู่ PTSD และ PTSD ชนิดเรื้อรังได้

1.4 การบำบัดแบบอื่นที่นำมาเปรียบเทียบ

จากการวิเคราะห์และสังเคราะห์งานวิจัย พบว่ามีการเปรียบเทียบการบำบัดทางปัญญาและพฤติกรรมกับการบำบัดแบบอื่น 7 แบบด้วยกัน คือ การบำบัดแบบ Eye Movement

Desensitization and Reprocessing :EMDR การให้คำปรึกษาแบบประคับประคองตามแนวทฤษฎีโรเจอร์ การบำบัดโดยการเขียนอย่างมีโครงสร้าง จิตบำบัดแบบประคับประคอง การบำบัดแบบการฝึกเผชิญเหตุการณ์ การให้คำปรึกษาแบบประคับประคอง และการบำบัดทางปัญญาและพฤติกรรมร่วมกับการใช้ยาต้านเศร้า ซึ่งพบว่าการบำบัดทางปัญญาและพฤติกรรมได้ผลที่ดีกว่าเนื่องจากการบำบัดทางปัญญาและพฤติกรรมเป็นการบำบัดชนิดที่มุ่งเน้นการปรับเปลี่ยนความคิดไปทางด้านบวก นำไปสู่การแสดงพฤติกรรมที่เหมาะสมได้ตรงกับปัญหาที่ผู้ป่วยประสบอยู่ได้มากกว่า ในขณะที่การบำบัดแบบอื่นๆมุ่งเน้นทางด้านจิตใจ การระบาย และการฝึกการเผชิญกับสิ่งที่กลัว

สรุป จากการวิเคราะห์และสังเคราะห์งานวิจัยทั้ง 11 เรื่อง พบว่าการบำบัดทางปัญญาและพฤติกรรมเป็นการบำบัดวิธีหนึ่งที่สามารถช่วยให้ผู้ป่วยมีความนึกคิดดีขึ้น มีความนึกคิดต่อเหตุการณ์ร้ายที่เกิดขึ้นกับตนเองในทิศทางบวก มีความคิดแตกแยกลดลงอย่างชัดเจน ลดความรุนแรงของอาการทางคลินิก และสามารถลดอาการของการเกิดภาวะโรคทางจิตเวชร่วมของผู้ป่วยลงได้ อีกทั้งยังช่วยลดต้นทุนในการดำเนินการอีกด้วย

2. ข้อจำกัดของการศึกษา

ข้อจำกัดในการศึกษาครั้งนี้ ได้แก่

2.1 การใช้คำสำคัญในการสืบค้นหลักฐานงานวิจัยและหลักฐานอ้างอิงทางวิชาการ มีการใช้ชื่อวิธีการบำบัดทางปัญญาและพฤติกรรม และผู้ป่วย PTSD ที่แตกต่างกัน โดยเฉพาะคำที่เป็นภาษาไทย จึงทำให้การสืบค้นข้อมูลได้งานวิจัยยังไม่ครอบคลุม

2.2 งานวิจัยบางเรื่องมีการอธิบายถึงการใช้โปรแกรมการบำบัดไม่ชัดเจน ต้องมีการสืบค้นข้อมูลเพิ่มเติมมาประกอบงานวิจัยนั้นอีก ทำให้ต้องใช้เวลาในการศึกษาค้นคว้าเพิ่มขึ้น

3. ข้อเสนอแนะ

จากการวิเคราะห์และสังเคราะห์งานวิจัยการบำบัดทางปัญญาและพฤติกรรมในผู้ป่วย PTSD สามารถนำมาใช้เป็นแนวคิดในการดูแลผู้ป่วยได้ ดังนี้

3.1 การนำผลการวิเคราะห์และสังเคราะห์งานวิจัยไปใช้ในการปฏิบัติทางคลินิก

การบำบัดทางปัญญาและพฤติกรรมในผู้ป่วย PTSD เป็นอีกแนวทางหนึ่งที่พยาบาลจิตเวชสามารถนำไปใช้ได้ แต่ทั้งนี้ต้องมีการศึกษาวิธีการในการบำบัดให้มีความรู้ความเข้าใจ ตลอดจนได้รับการฝึกฝนจากผู้ชำนาญการจนเกิดทักษะและความชำนาญเสียก่อนจึงจะสามารถนำไปใช้ในการบำบัดรักษาและดูแลผู้ป่วย PTSD ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

3.2 ข้อเสนอแนะในการศึกษาวิจัย

3.2.1 ควรมีการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการบำบัดทางปัญญาและพฤติกรรมของผู้ป่วย PTSD ในประเทศไทยเพิ่มขึ้น

3.2.2 ควรมีการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการบำบัดทางปัญญาและพฤติกรรมในผู้ป่วยที่ประสบกับปัญหาด้านอื่นๆ เพิ่มเติม เช่น ในกลุ่มผู้ป่วยที่เป็นโรคทางกายและมีปัญหาเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ เป็นต้น



การสังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการบำบัดทางปัญญาและพฤติกรรมในผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางจิตใจภายหลังได้รับภยันตราย

(A SYNTHESIS OF RESEARCH ON COGNITIVE BEHAVIOR THERAPY FOR PATIENTS WITH POST-TRAUMATIC STRESS DISORDER)

ภาวณา ชุตติพิมลกุล 4637632 RAMH/M

พย.ม. (การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช)

คณะกรรมการที่ปรึกษาสารนิพนธ์ : จิตติวัลลภ ชรรณไพโรจน์, (การแนะแนว)

ทัศนาศา ทวีคุณ, Ph.D. (การพยาบาล)

บทสรุปฉบับสมบูรณ์

บทนำ

ความผิดปกติทางจิตใจภายหลังได้รับภยันตราย เป็นโรคที่สามารถเกิดขึ้นได้กับบุคคลตั้งแต่เด็กจนถึงผู้ใหญ่ และเป็นโรคทางจิตเวชที่สำคัญโรคหนึ่งซึ่งเป็นปัญหาที่ควรได้รับความสนใจอย่างยิ่งในปัจจุบัน ทั้งนี้เนื่องจากในปัจจุบันปัญหาภาวะโลกร้อนได้ก่อให้เกิดภัยพิบัติทางธรรมชาติบ่อยครั้งมากขึ้น ไม่ว่าจะเป็นเหตุการณ์คลื่นยักษ์สึนามิ ถล่ม 6 จังหวัดภาคใต้ของไทย เหตุการณ์พายุไต้ฝุ่นพัดถล่มพม่า ที่มีผู้ได้รับผลกระทบและมีความเสี่ยงต่อการเกิดความผิดปกติทางจิตใจภายหลังได้รับภยันตรายเป็นจำนวนหลักแสนคน และจากรายงานการศึกษาของประเทศสหรัฐอเมริกาในโครงการ National Comorbidity Survey (NCS) พบความชุกของโรคความผิดปกติทางจิตใจภายหลังได้รับภยันตราย ในช่วง 12 เดือน เท่ากับร้อยละ 3.9 (Kessler, Zhao, Katz, Kouzis, Frank, Edlund, et al., 1999) ในขณะที่ Sadock & Sadock (2003) พบความชุกชั่วชีวิตของโรคในประชากรทั่วไปอยู่ที่ร้อยละ 8 ส่วนในประเทศออสเตรเลีย พบความชุกในช่วง 1 ปีของโรคเกิดขึ้นร้อยละ 13 (Creamer , 2001 อ้างถึงใน พิเชฐ อุคมรัตน์ และ ศิริเพิ่ม เชาว์ศิลป์, 2547) สำหรับในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2546 กรมสุขภาพจิตได้ทำการศึกษาถึงระดับความชุกของปัญหาสุขภาพจิตและโรคทางจิตเวชที่สำคัญ 12 โรค พบความชุกของโรคความผิดปกติทางจิตใจภายหลังได้รับภยันตรายเป็นอันดับ 9 (พัชริน คุณคำชู , 2547) และในปี พ.ศ. 2548 พบได้มากเป็น

อันดับ 4 ของโรคทางจิตเวชทั้งหมด โดยความชุกชั่วชีวิต (life time prevalence) พบในผู้ชายร้อยละ 10.3 และพบในผู้หญิงร้อยละ 18.3 (รณชัย คงสกนธ์, 2548) สำหรับสาเหตุการเกิดโรคความผิดปกติทางจิตใจภายหลังได้รับภัยอันตรายในผู้ชายที่พบมากที่สุด คือการประสบกับเหตุการณ์ด้วยตนเอง และการได้รู้เห็นเกี่ยวกับการตายหรือการบาดเจ็บที่รุนแรงของบุคคลอื่นที่เกิดขึ้นในสงคราม ส่วนในผู้หญิงคือการประสบกับเหตุการณ์การถูกข่มขืนและการถูกลวนลามทางเพศ (Kessler, Sonnega, Bromet, Hughes, & Nelson, 1995)

ความผิดปกติทางจิตใจภายหลังได้รับภัยอันตราย เป็นความผิดปกติทางจิตใจที่เกิดขึ้นหลังจากที่บุคคลประสบกับเหตุการณ์สะเทือนขวัญหรือเหตุการณ์ที่รุนแรง จากเหตุการณ์ที่เกิดจากภัยธรรมชาติและเกิดจากการกระทำของมนุษย์ เช่น อุทกภัย วาตภัย อุบัติเหตุรุนแรง การถูกทารุณกรรมทั้งทางร่างกายและจิตใจ ถูกทรมาณ เป็นต้น (DSM - IV, 2000 และ อินทิรา ปัทมินทร, 2540-2541) ทั้งที่ประสบด้วยตนเองหรืออาจได้รับรู้มาจากผู้อื่น ซึ่งคุกคามต่อความปลอดภัยและเป็นอันตรายต่อชีวิตและทำให้เกิดการบาดเจ็บ บาดเจ็บชอกช้ำรุนแรง ทุกข์ทรมาน ฯลฯ (DSM - IV, 2000 และ อินทิรา ปัทมินทร, 2540-2541) ซึ่งหลังจากเกิดเหตุการณ์ดังกล่าว จิตใจของบุคคลจะเกิดการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วและรุนแรง เกิดเป็นภาวะเครียดเฉียบพลัน และถ้าไม่ได้รับการช่วยเหลืออย่างทันทั่วทั้งตั้งแต่ในระยะแรก ก็จะนำไปสู่การเป็นโรคความผิดปกติทางจิตใจภายหลังได้รับภัยอันตรายได้ โดยผู้ป่วยจะมีการหวาดกลัวหรือหวาดหวั่น วิตกกังวลอย่างมาก ผวาตกใจง่าย (DSM - IV, 2000) และอาการที่สำคัญซึ่งถือเป็นอาการเฉพาะของผู้ป่วยในกลุ่มนี้ คือการที่ผู้ป่วยจะรู้สึกเหมือนว่าเหตุการณ์วิกฤตหรือภาวะที่เป็นภัยอันตรายนั้นหวนกลับมาอีก คิดถึงหรือฝันถึงเหตุการณ์นั้นซ้ำ ๆ ผู้ป่วยจึงพยายามที่จะหลีกเลี่ยงสิ่งเร้าที่ไปกระตุ้นให้นึกถึงเหตุการณ์นั้น จนทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถทำงานหรือใช้ชีวิตในสังคมได้ตามปกติ ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความคิดหมกมุ่นอยู่กับตนเอง แยกตัวจากการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น มีความรู้สึกว่าตนเองไม่มีประสิทธิภาพ ไร้คุณค่า และเป็นปมด้อย (สมภพ เรืองตระกูล, 2542) และนำไปสู่การเกิดปัญหาทางด้านสุขภาพจิตหรือโรคจิตเวชตามมาได้ในที่สุด เช่น โรคซึมเศร้า โรควิตกกังวล โรคจิต การคิดสารเสพติด เป็นต้น (กรมสุขภาพจิต, 2550) ทางด้านครอบครัวของผู้ป่วยจะเกิดความตึงเครียด วิตกกังวล มีความทุกข์ทางจิตใจที่ได้พบเห็น ในกรณีที่เหตุการณ์รุนแรงนั้นเกิดขึ้นจากการกระทำของสมาชิกในครอบครัว อาจเกิดความขัดแย้งและไม่ไว้วางใจซึ่งกันและกันระหว่างสมาชิกในครอบครัว เป็นภาระในการเฝ้าระวังดูแลเรื่องของความปลอดภัย เช่น ผู้ป่วยอาจคิดทำร้ายตนเอง และหากผู้ป่วยเป็นหัวหน้าครอบครัวอาจเกิดปัญหาทางเศรษฐกิจตามมาได้ (กรมสุขภาพจิต, 2550) ดังนั้น การช่วยเหลือผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางจิตใจภายหลังได้รับภัยอันตรายวิธีการหนึ่ง คือการปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติทางด้านลบของผู้ป่วยที่มีต่อเหตุการณ์ ให้กลับมามีความคิดทางบวกที่สมเหตุสมผลตามเหตุการณ์ที่

เป็นจริง เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยคลายความทุกข์ใจ ลดความรู้สึกผิดที่มารบกวน มีความคิดและความรู้สึกที่ดีขึ้น (Conner & Butterfield, 2003) ซึ่งการบำบัดทางปัญญาและพฤติกรรมเป็นวิธีการบำบัดวิธีหนึ่งที่สามารถช่วยปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติดังกล่าวได้อย่างมีประสิทธิภาพ และในปัจจุบันพบว่าการนำการบำบัดทางปัญญาและพฤติกรรมมาใช้ในการดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางจิตใจภายหลังได้รับภัยอันตรายกลุ่มต่างๆ ได้ผลเป็นอย่างดี เช่น ช่วยลดความวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้าในกลุ่มผู้ลี้ภัยชาวกัมพูชาในสหรัฐอเมริกา ที่ประสบกับเหตุการณ์ที่กระทบกระเทือนจิตใจ (Otto, Hinton, Korbly, Chea, Ba, Gershuny, et al, 2003) และผู้ประสบเหตุการณ์ตึกเพนตากอนถล่ม (Litz, Engel, Bryant & Papa, 2007) ช่วยลดอาการทางคลินิกและภาวะซึมเศร้าลงได้ ส่งผลให้ผู้ป่วยมีคุณภาพการนอนที่ดีขึ้น (Krakow, Johnston, Melendrez, Hollifield, Warner, Chavez-Kennedy, et al, 2001) ช่วยลดอาการทางคลินิกของโรค และลดความผิดปกติร่วมที่เกิดขึ้น ในกลุ่มผู้ที่รอดชีวิตจากอุบัติเหตุทางรถยนต์ (Blanchard, Hickling, Devineni, Veazey, Galovski, Mundy, et al, 2003) และลดความรุนแรงของโรคในกลุ่มผู้ป่วยที่มีอาการเรื้อรัง (Cottraux, Note, Yao, de Mey-Guillard, Bonasse, Djamoussian, et al, 2008) เป็นต้น

การบำบัดทางปัญญาและพฤติกรรมเป็นวิธีการหนึ่งที่จะช่วยปรับเปลี่ยนความคิด ความเชื่อที่ไม่สมเหตุสมผล ให้กลับมามีความสมดุลของอารมณ์ ความคิดหรือความเชื่อที่ถูกต้องเหมาะสม (Marks, Lovell, Noshirvant, Livanou & Thrasher, 1998) ดังนั้นเป้าหมายของการบำบัดทางปัญญาและพฤติกรรมจึงเน้นอยู่ที่การเปลี่ยนแปลงทางความคิด เพื่อที่จะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงทางพฤติกรรม (Mahoney, 1974) โดยมีพื้นฐานความคิดและความเชื่อที่สำคัญอยู่ 3 ประการ คือ การนึกคิดมีผลต่อพฤติกรรม การนึกคิดเป็นสิ่งที่สามารถควบคุมและดัดแปลงได้ และการปรับเปลี่ยนการนึกคิดจะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมภายนอกไปในทางที่เหมาะสม (Dobson & Block, 1988)

ดังนั้นผู้ศึกษาในฐานะพยาบาลจิตเวช ซึ่งมีบทบาทโดยตรงในการดูแลส่งเสริมและป้องกันปัญหาด้านสุขภาพจิตแก่ผู้รับบริการ จึงมีความสนใจที่จะศึกษาค้นคว้าเกี่ยวกับการใช้การบำบัดทางปัญญาและพฤติกรรม ในการดูแลผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางจิตใจภายหลังได้รับภัยอันตราย ซึ่งความรู้ที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยให้มีความทุกข์ทรมานทางจิตใจลดลงและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นต่อไป

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

เพื่อสังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการบำบัดทางปัญญาและพฤติกรรม ในผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางจิตใจภายหลังได้รับภัยอันตราย

คำนิยามศัพท์

การบำบัดทางปัญญาและพฤติกรรม (Cognitive behavioral therapy : CBT) หมายถึง การบำบัดที่มุ่งเน้นการแก้ไขปัญหาคิดทางลบหรือความคิดที่บิดเบือนที่ส่งผลต่อพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมที่เกิดขึ้นในปัจจุบัน โดยการปรับเปลี่ยนความคิดดังกล่าวให้เป็นความคิดที่สมเหตุสมผล และเหมาะสมตามสถานการณ์ที่เกิดขึ้นจริง ซึ่งมีพื้นฐานความคิดและความเชื่อที่สำคัญ 3 ประการ คือ การนึกคิดมีผลต่อพฤติกรรม การนึกคิดเป็นสิ่งที่สามารถควบคุมและดัดแปลงได้ และการปรับเปลี่ยนการนึกคิดจะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมภายนอกไปในทางที่เหมาะสม (Beck, 1979 และ Dobson & Block, 1988)

ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางจิตใจภายหลังได้รับอันตราย (Post-Traumatic Stress Disorder : PTSD) หมายถึง ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางจิตใจเกิดขึ้นหลังจากที่ได้ประสบต่อภาวะที่เป็นเหตุการณ์รุนแรงในชีวิตและกระทบกระเทือนต่อจิตใจอย่างรุนแรง เช่น เหตุการณ์วาทภัย อุทกภัย การถูกกระทำรุนแรงทางเพศ เป็นต้น ซึ่งมีอาการสำคัญ 3 ประการ คือ อาการรู้สึกเหมือนตกอยู่ในเหตุการณ์นั้นอีกครั้ง อาการกลัวและหลีกเลี่ยง และมีภาวะตื่นตัวสูงหรือตกใจและหวาดกลัวมากเกินไป (DSM - IV, 2000)

วิธีดำเนินการศึกษา (Methodology)

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อสังเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวกับการบำบัดทางปัญญาและพฤติกรรมในผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางจิตใจภายหลังได้รับอันตรายโดยมีขั้นตอนการดำเนินการดังนี้

1. แหล่งที่มาของหลักฐานงานวิจัยและการสืบค้นข้อมูล

การเลือกใช้ทรัพยากรสารสนเทศ (Information Resource) ที่เกี่ยวกับการใช้การบำบัดทางปัญญาและพฤติกรรม ในผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางจิตใจภายหลังได้รับอันตราย โดยพิจารณาจากวัสดุสิ่งพิมพ์ ได้แก่วิทยานิพนธ์ และวารสารจากห้องสมุดจากมหาวิทยาลัยต่าง ๆ และจากแหล่งข้อมูลของหน่วยงาน สถาบันที่เกี่ยวข้อง ซึ่งส่วนใหญ่เป็นผลงานวิจัยในต่างประเทศ นอกจากนี้ยังสืบค้นข้อมูลทางอิเล็กทรอนิกส์ (Electronic Resource) จากฐานข้อมูลคอมพิวเตอร์ (Computerized database) และวารสารอิเล็กทรอนิกส์ (Electronic Journal) ทางอินเทอร์เน็ต (Internet) ในการสืบค้นหาหลักฐานอ้างอิงและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องในประเทศอีกด้วย

การรวบรวมหลักฐานอ้างอิงและงานวิจัย มีขั้นตอนดังนี้

1.1 กำหนดวัตถุประสงค์ของการสืบค้น โดยเป็นหลักฐานอ้างอิงหรืองานวิจัยที่เกี่ยวกับการบำบัดทางปัญญาและพฤติกรรมในผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางจิตใจภายหลังได้รับอันตราย

1.2 กำหนดคำสำคัญในการสืบค้นหลักฐานงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ผู้ศึกษาได้กำหนดคำสำคัญเพื่อให้ได้ผลการสืบค้นที่ครอบคลุมและตรงกับเรื่องที่ต้องการค้นคว้า โดยแยกเป็นคำสำคัญภาษาไทย และภาษาอังกฤษดังนี้

คำสำคัญภาษาไทย ได้แก่

1.2.1 ความผิดปกติทางจิตใจภายหลังได้รับภัยอันตราย การบำบัดทางปัญญา
พฤติกรรม

1.2.2 ความเครียดทางจิตใจภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญ การบำบัดทางปัญญา
พฤติกรรม

1.2.3 ความเครียดทางจิตใจภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญการปรับปัญญาและ
พฤติกรรม

1.2.4 ความเครียดทางจิตใจภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญ การบำบัดทาง
ความคิดและพฤติกรรม

คำสำคัญภาษาอังกฤษ ได้แก่

1.2.5 “Post-Traumatic Stress Disorder” and “Cognitive behavior therapy”

1.2.6 Post-Traumatic Stress Disorder and Cognitive behavior therapy

1.3 เลือกฐานข้อมูลในการสืบค้น ที่เป็นฐานข้อมูลทางการแพทย์และการพยาบาลที่สำคัญได้แก่ Pubmed , Ovid , CINAHL, Blackwell, MD consult

1.4 สืบค้นจากระบบการสืบค้น โดยอ่านชื่อเรื่องและบทคัดย่อของหลักฐานอ้างอิงและเลือกงานวิจัยที่น่าจะเกี่ยวข้องก่อนนำไปสืบค้น Full Text

1.5 พิจารณาคัดเลือกหัวข้องานวิจัยหรือบทความที่เกี่ยวข้อง โดยใช้เกณฑ์ในการเลือกงานวิจัยดังนี้

1.5.1 ประเภทของหลักฐานของงานวิจัย พิจารณาทั้งงานวิจัยเชิงทดลองที่มีการออกแบบชนิดสุ่มเข้ากลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง (RCT) หรืองานวิจัยเชิงทดลองที่มีกลุ่มควบคุมที่ยังไม่มากนัก (Quasi) ซึ่งเริ่มมีในช่วงปี ค.ศ.1998 เป็นต้นมา เนื่องจากยังมีผู้ทำการศึกษาวิจัยในเรื่องนี้ต่อเนื่องมาเป็นระยะๆ จนถึงปี ค.ศ. 2008

1.5.2 กลุ่มตัวอย่างในงานวิจัย พิจารณาคัดเลือกผู้ป่วยอายุตั้งแต่ 15-70 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีความผิดปกติทางจิตใจภายหลังได้รับภัยอันตราย ตามเกณฑ์ของ DSM - IV

1.5.3 ผลลัพธ์จากงานวิจัย คัดเลือกงานวิจัยที่ใช้ตัวแปรที่เป็นผลลัพธ์จากการนำการบำบัดทางปัญญาและพฤติกรรมไปใช้

2. แนวทางการวิเคราะห์และสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์

2.1 การประเมินคุณภาพงานวิจัยหรือระดับหลักฐานอ้างอิง (Level of Evidence) ของงานวิจัย ใช้เกณฑ์ของราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย (2544) ซึ่งแบ่งระดับหลักฐานอ้างอิง 4 ระดับ ดังนี้

Level of Evidence A หมายถึง หลักฐานที่ได้จาก systematic review ของงานวิจัยที่ design เป็น randomized controlled trials (RCT) หรือหลักฐานงานวิจัยเดี่ยวที่ได้จาก randomized controlled trials (RCT)

Level of Evidence B หมายถึง หลักฐานที่ได้จาก systematic review ของงานวิจัยที่ design เป็น randomized controlled trials อย่างน้อย 1 เรื่อง หรือหลักฐานที่ได้จากงานวิจัยที่ออกแบบรัดกุม แต่เป็นงานวิจัยกึ่งทดลองหรือเชิงทดลองที่ไม่มีการสุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่ม ได้แก่ non - randomized control trials , cohort study , case control study

Level of Evidence C หมายถึง หลักฐานที่ได้จาก systematic review ที่ เป็นงานวิจัยเชิงเปรียบเทียบ หาคความสัมพันธ์ หรือเป็นงานวิจัยเชิงบรรยายอื่น ๆ (Descriptive study)

Level of Evidence D หมายถึง หลักฐานที่ได้จากความคิดเห็นหรือฉันทามติของผู้เชี่ยวชาญ (Expert Consensus)

2.2 การสังเคราะห์งานวิจัยในภาพรวม

ในการสังเคราะห์งานวิจัยทั้ง 11 เรื่องครั้งนี้ได้กำหนดขอบเขตของข้อมูลจากงานวิจัย ตามหัวข้อต่อไปนี้คือ

2.2.1 ปัญหาหรือวัตถุประสงค์ของงานวิจัย (Objective)

2.2.2 แบบการวิจัย (Research design)

2.2.3 การสุ่มตัวอย่าง (Subject)

2.2.4 สถานที่หรือแหล่งที่วิจัย (Setting)

2.2.5 เครื่องมือและการเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัย (data collection)

2.2.6 วิธีการวิจัยหรือแนวปฏิบัติการพยาบาล (method/intervention)

2.2.7 ผลการวิจัย (Result)

2.2.8 ข้อเสนอแนะสำหรับการนำไปใช้ (Implication)

ผลการศึกษา

ผลการวิเคราะห์งานวิจัยแบ่งออกเป็น 5 กลุ่ม

1. คุณภาพงานวิจัย

จากการศึกษาพบว่า งานวิจัยทั้ง 11 เรื่อง เมื่อนำมาประเมินคุณภาพงานวิจัย พบว่าเป็นงานวิจัยที่เป็น Randomized control trial อยู่ในระดับ A จำนวน 9 เรื่อง (Otto et al., 2003 ; Blanchard et al., 2003; Sijbrandij et al., 2007; van Emmerik et al., 2008; Bisson et al., 2004; Hinton et al., 2005; Cottraux et al., 2008; Litz et al., 2007; Paunovic & Ost, 2001) ระดับ B 2 เรื่อง (Krakow et al., 2001; Devilly & Spence, 1999)

2. รูปแบบของการบำบัดทางปัญญาและพฤติกรรมในผู้ป่วย PTSD

รูปแบบของการบำบัดทางปัญญาและพฤติกรรมสำหรับผู้ป่วย PTSD แบ่งออกเป็น 4 ขั้นตอน ได้แก่ การให้ความรู้ (psychoeducation) การฝึกเข้าเผชิญกับสิ่งที่กลัว (exposure) การเปลี่ยนกระบวนการรับรู้ (cognitive restructuring) และการจัดการกับความวิตกกังวล (anxiety management) (Harvey, Bryant & Tarrier, 2003) ซึ่งจากงานวิจัยทั้ง 11 เรื่อง พบว่า มีการใช้การบำบัดทางปัญญาและพฤติกรรมทั้ง 4 ขั้นตอน จำนวน 8 เรื่อง (Otto et al., 2003; Blanchard et al., 2003; Sijbrandij et al., 2007; Devilly & Spence, 1999; Hinton et al., 2005; Cottraux et al., 2008; Litz et al., 2007; Paunovic & Ost, 2001) ในขั้นตอนที่ 4 คือ การจัดการกับความวิตกกังวล ประกอบด้วยการใช้เทคนิคที่หลากหลาย ได้แก่ การใช้เทคนิคการควบคุมการหายใจ จำนวน 1 เรื่อง (Paunovic & Ost, 2001) เทคนิคการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ จำนวน 3 เรื่อง (Blanchard et al., 2003; Sijbrandij et al., 2007; Cottraux et al., 2008) และเทคนิคการควบคุมการหายใจร่วมกับเทคนิคการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ จำนวน 4 เรื่อง (Deville & Spence, 1999; Otto et al., 2003 ; Hinton et al., 2005; Litz et al., 2007) ใช้เฉพาะ 3 ขั้นตอน (การให้ความรู้ การฝึกเข้าเผชิญกับสิ่งที่กลัว และการเปลี่ยนกระบวนการรับรู้) จำนวน 3 เรื่อง (van Emmerik et al., 2008; Bisson et al., 2004) และใช้ 2 ขั้นตอน (การให้ความรู้ และการเปลี่ยนกระบวนการรับรู้) จำนวน 1 เรื่อง (Krakow et al., 2001)

3. ผลลัพธ์ของการบำบัดทางปัญญาและพฤติกรรมในผู้ป่วย PTSD

จากการศึกษา งานวิจัยทั้ง 11 เรื่อง สามารถแบ่งกลุ่มผลลัพธ์ของการบำบัดทางปัญญาและพฤติกรรมในผู้ป่วย PTSD ออกเป็น 2 กลุ่มใหญ่ด้วยกันคือ ผลลัพธ์หลัก และผลลัพธ์รองของการบำบัด ดังนี้

3.1 ผลลัพธ์หลักของการบำบัดทางปัญญาและพฤติกรรมในผู้ป่วย PTSD พบว่า งานวิจัยทั้ง 11 เรื่องสามารถลดความรุนแรงของอาการทางคลินิก (Clinical improvement) ซึ่งได้แก่

อาการรู้สึกเหมือนตกอยู่ในเหตุการณ์นั้นอีกครั้ง (Re-experiencing symptoms) อาการกลัวและหลีกเลี่ยง (Avoiding symptoms) และอาการมีภาวะตื่นตัวสูงหรือตกใจและหวาดกลัวมากเกินไป (Hyperarousal symptoms) ของผู้ป่วยลงได้ทุกงานวิจัย และพบว่ามีงานวิจัย 2 เรื่อง (Paunovic & Ost, 2001; van Emmerik et al., 2008) ช่วยให้ผู้ป่วยมีความนึกคิดต่อเหตุการณ์ร้ายที่เกิดขึ้นกับตนเองในทิศทางบวก ผู้ป่วยจึงมีความนึกคิดดีขึ้นและ มีความคิดแตกแยกลดลงอย่างชัดเจน

3.2 ผลลัพธ์รองของการบำบัดทางปัญญาและพฤติกรรมในผู้ป่วย PTSD พบว่า

3.2.1 มีงานวิจัยทั้ง 11 เรื่อง (Deville & Spence, 1999; Krakow et al., 2001; Paunovic & Ost, 2001; Otto et al., 2003; Blanchard et al., 2003; Bisson et al., 2004; Hinton et al., 2005; Sijbrandij et al., 2007; Litz et al., 2007; van Emmerik et al., 2008; Cottraux et al., 2008) สามารถลดอาการร่วมของ PTSD ได้แก่ ภาวะซึมเศร้า (Depression) และ ความวิตกกังวล (Anxiety) ได้ และมีงานวิจัย 1 เรื่อง (Krakow et al., 2001) ช่วยให้ผู้ป่วยมีคุณภาพการนอนที่ดีขึ้น โดยสามารถลดอาการนอนไม่หลับและฝันร้ายลงได้

3.2.2 มีงานวิจัยจำนวน 2 เรื่อง (Blanchard et al., 2003; Sijbrandij et al., 2007) สามารถลดอาการของโรคทางจิตเวชร่วม (Co-morbidity) ได้แก่ โรคซึมเศร้า (Major Depressive Disorder : MDD) และโรควิตกกังวลชนิด GAD ได้ และมีงานวิจัยจำนวน 1 เรื่อง (Hinton et al., 2005) สามารถลดอาการของโรคตื่นตระหนก (Panic Attacks) ได้

3.2.3 มีงานวิจัย 1 เรื่อง (Blanchard et al., 2003) ที่ช่วยให้ผู้ป่วยมีอัตราการฟื้นหายของโรค PTSD (Recovery Rate) เพิ่มขึ้นในกลุ่มผู้ป่วยที่มีอาการของโรคทางจิตเวชร่วม

3.2.4 มีงานวิจัย 1 เรื่อง (Blanchard et al., 2003) ที่ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถทำหน้าที่ทั่ว ๆ ไป (Functioning) ในการดำเนินชีวิตประจำวันดีขึ้น

3.2.5 มีงานวิจัย 1 เรื่อง (Sijbrandij et al., 2007) ผู้ป่วยมีความพึงพอใจในการบำบัดรักษาอย่างชัดเจน

3.2.6 มีงานวิจัย 2 เรื่อง (Paunovic & Ost, 2001; Cottraux et al., 2008) ช่วยทำให้ผู้ป่วย PTSD มีคุณภาพชีวิต (Quality of life) ที่ดีขึ้น

4. ส่วนประกอบในการบำบัดทางปัญญาและพฤติกรรม

จากงานวิจัยทั้ง 11 เรื่อง พบว่า ส่วนประกอบที่สำคัญในการบำบัดทางปัญญาและพฤติกรรม มีดังนี้

4.1 ผู้บำบัด จากงานวิจัยทั้ง 11 เรื่อง พบว่าผู้สอนหรือผู้บำบัด เป็นผู้ที่มีความรู้ มีประสบการณ์ มีความเชี่ยวชาญ และปฏิบัติงานอยู่ในวิชาชีพที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ซึ่งผ่านการฝึกอบรมเทคนิคในการบำบัดทางปัญญาและพฤติกรรมมาแล้ว ได้แก่

นักจิตวิทยาคลินิก จำนวน 1 เรื่อง (Blanchard et al., 2003) นักจิตบำบัด จำนวน 1 เรื่อง (Sijbrandij et al., 2007) นักจิตวิทยาคลินิกร่วมกับจิตแพทย์ จำนวน 2 เรื่อง (van Emmerik et al., 2008; Cottraux et al., 2008) ผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับการนอนร่วมกับนักการศึกษาเกี่ยวกับสุขภาพ จำนวน 1 เรื่อง (Krakow et al., 2001) นักสังคมสงเคราะห์จำนวน 1 เรื่อง (Hinton et al., 2005) และมี 5 เรื่อง (Deville & Spence, 1999; Paunovic & Ost, 2001; Otto et al., 2003; Bisson et al., 2004; Litz et al., 2007) ไม่ได้กล่าวถึงผู้บำบัดอย่างชัดเจน

4.2 ผู้รับการบำบัด จากงานวิจัยทั้ง 11 เรื่อง พบว่า ผู้ป่วย PTSD ที่รับการบำบัดทางปัญญาและพฤติกรรม เป็นผู้ที่เหมาะสมกับเหตุการณ์สะเทือนขวัญที่แตกต่างกัน ได้แก่

4.2.1 มีงานวิจัยจำนวน 1 เรื่อง (Litz et al., 2007) เป็นผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากการก่อการร้าย (Terrorism) ในเหตุการณ์ล่มตึกเพนตากอน หรือ เหตุการณ์อิรักล่มกลุ่มอัฟกานิสถาน

4.2.2 มีงานวิจัยจำนวน 1 เรื่อง (Blanchard et al., 2003;) เป็นผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากอุบัติเหตุการจราจรบนท้องถนน (Road traffic accident) ได้แก่ รถยนต์ และมีงานวิจัยจำนวน 1 เรื่อง (Bisson et al., 2004;) เป็นผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากอุบัติเหตุรถยนต์ และโรงงานอุตสาหกรรม

4.2.3 มีงานวิจัยจำนวน 3 เรื่อง (Paunovic & Ost, 2001; Otto et al., 2003; Hinton et al., 2005) เป็นผู้ป่วยที่อพยพหรือลี้ภัยจากสงคราม (Refugees)

4.2.4 Mixed trauma มีงานวิจัยจำนวน 1 เรื่อง (Krakow et al., 2001;) เป็นกลุ่มผู้ป่วยที่ประสบกับเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิด PTSD หลายเหตุการณ์ที่แตกต่างกัน ได้แก่ ถูกข่มขืน, ถูกทำร้ายร่างกาย และอื่นๆ และมีจำนวน 1 เรื่อง (Cottraux et al., 2008) กลุ่มผู้ป่วยที่ประสบอุบัติเหตุรถยนต์, ถูกข่มขืนจากบุคคลอื่นและบุคคลในครอบครัว, ถูกทำร้ายร่างกายจากบุคคลอื่นและบุคคลในครอบครัว รู้เห็นผู้อื่นถูกทำร้ายอย่างทารุณ รู้เห็นการตายของญาติใกล้ชิด และอื่นๆ

4.2.5 ผู้ป่วย PTSD อื่นๆ ที่ไม่ได้ระบุประเภทของเหตุการณ์ที่ประสบอย่างชัดเจน จำนวน 3 เรื่อง (Deville & Spence, 1999; Sijbrandij et al., 2007 และ van Emmerik et al., 2008)

4.3 ลักษณะรูปแบบกิจกรรมในการบำบัด จากงานวิจัยพบว่า รูปแบบการทำกิจกรรมส่วนใหญ่เป็นรูปการบำบัดแบบกลุ่ม จำนวน 7 เรื่อง (Deville & Spence, 1999; Krakow et al., 2001; Otto et al., 2003; Blanchard et al., 2003; Bisson et al., 2004; Sijbrandij et al., 2007; van Emmerik et al., 2008) และการบำบัดแบบรายบุคคล จำนวน 3 เรื่อง (Paunovic & Ost, 2001;

Hinton et al., 2005; Cottraux et al., 2008) การบำบัดรายบุคคลทางอินเทอร์เน็ตจำนวน 1 เรื่อง (Litz et al., 2007)

4.4 จำนวนครั้งและระยะเวลาในการบำบัด มีความแตกต่างกันไปในแต่ละงานวิจัย ดังนี้

4.4.1 มีงานวิจัย 1 เรื่อง (Krakow et al., 2001) ใช้เวลาในการบำบัดสัปดาห์ละ 1 ครั้งๆ ละ 120 นาที เป็นเวลา 3 สัปดาห์ และติดตามทางไปรษณีย์ต่ออีก 10 ครั้ง

4.4.2 มีงานวิจัย 1 เรื่อง (Otto et al., 2003) ใช้เวลาในการบำบัด 10 ครั้ง ระยะเวลาและจำนวนชั่วโมงไม่ได้ระบุไว้อย่างชัดเจน

4.4.3 มีงานวิจัย 1 เรื่อง (Blanchard et al., 2003) ใช้เวลาในการบำบัด 8 ครั้ง ระยะเวลาและจำนวนชั่วโมงไม่ได้ระบุไว้อย่างชัดเจน

4.4.4 มีงานวิจัย 1 เรื่อง (Sijbrandij et al., 2007) ใช้การบำบัดทางปัญญา และพฤติกรรมแบบย่อ บำบัดสัปดาห์ละ 1 ครั้งๆ ละ 120 นาที เป็นเวลา 4 สัปดาห์ และติดตามประเมินผลเมื่อครบ 1 และ 4 สัปดาห์หลังการทดลอง

4.4.5 มีงานวิจัย 1 เรื่อง (van Emmerik et al., 2008) ใช้เวลาในการบำบัด สัปดาห์ละ 1 ครั้งๆ ละ 90 นาที เป็นเวลา 5 สัปดาห์ ในผู้ป่วยโรคเครียดเฉียบพลัน (ASD) และผู้ป่วย PTSD ชนิดเฉียบพลัน และเป็นเวลา 10 สัปดาห์ ในผู้ป่วย PTSD ชนิดเรื้อรัง

4.4.6 มีงานวิจัย 1 เรื่อง (Deville & Spence, 19) ใช้เวลาในการบำบัด 9 ครั้ง แต่แต่ละครั้งจะใช้เวลาไม่เท่ากัน อยู่ระหว่าง 90 – 120 นาที

4.4.7 มีงานวิจัย 1 เรื่อง (Bisson et al., 2004) ใช้เวลาในการบำบัดสัปดาห์ละ 1 ครั้งๆ ละ 60 นาที เป็นเวลา 4 สัปดาห์

4.4.8 มีงานวิจัย 1 เรื่อง (Hinton et al., 2005) บำบัดเป็นรายบุคคล ใช้เวลาในการบำบัดสัปดาห์ละ 1 ครั้ง เป็นเวลา 12 สัปดาห์ จำนวนชั่วโมงไม่ได้ระบุไว้อย่างชัดเจน

4.4.9 มีงานวิจัย 1 เรื่อง (Cottraux et al., 2008) บำบัดเป็นรายบุคคล ใช้เวลาในการบำบัดจำนวน 16 ครั้งๆ ละแต่ละครั้งจะใช้เวลาไม่เท่ากัน อยู่ระหว่าง 60 – 120 นาที เป็นเวลา 4 เดือน

4.4.10 มีงานวิจัย 1 เรื่อง (Litz et al., 2007) บำบัดเป็นรายบุคคลทางอินเทอร์เน็ต ใช้เวลาในการบำบัด 56 ครั้งๆ ละ 120 นาที เป็นเวลา 8 สัปดาห์

4.4.11 มีงานวิจัย 1 เรื่อง (Paunovic & Ost, 2001) บำบัดเป็นรายบุคคล ใช้เวลาและจำนวนครั้งแต่ละครั้งไม่เท่ากัน จำนวนครั้งอยู่ระหว่าง 16-20 ครั้ง สำหรับเวลาอยู่ระหว่าง 60-120 นาที เป็นเวลา 20 สัปดาห์

4.5 การบำบัดในระยะเริ่มแรกของการเจ็บป่วย

4.5.1 มิงงานวิจัย 1 เรื่อง (Sijbrandij et al., 2007) พบว่า การบำบัดทางปัญญาและพฤติกรรม ในระยะเริ่มแรกของการเจ็บป่วย ในผู้ป่วยโรคเครียดชนิดเฉียบพลัน (Acute Stress Disorder: ASD) สามารถลดอาการทางคลินิกของ PTSD ความวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้าได้ในระยะเวลา 1 สัปดาห์หลังการบำบัด

4.5.2 มิงงานวิจัย 1 เรื่อง (van Emmerik et al., 2008) พบว่า การบำบัดทางปัญญาและพฤติกรรม ในระยะเริ่มแรกของการเจ็บป่วย ในผู้ป่วยโรคเครียดชนิดเฉียบพลัน (ASD) และผู้ป่วย PTSD ชนิดเฉียบพลัน (Acute PTSD) สามารถลดอาการทางคลินิก ความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า และความคิดแตกแยก หลังการบำบัดได้ทันที และเมื่อเปรียบเทียบผลของการบำบัดทางปัญญาและพฤติกรรมในผู้ป่วยโรคเครียดชนิดเฉียบพลัน (ASD) และผู้ป่วย PTSD ชนิดเฉียบพลัน (Acute PTSD) กับการบำบัดแบบการเขียนอย่างมีโครงสร้าง ในผู้ป่วย PTSD ชนิดเรื้อรัง พบว่าหลังการบำบัดทันที ผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดทางปัญญาและพฤติกรรมมีอาการทางคลินิกของ PTSD ได้แก่ ความรู้สึกเหมือนตกอยู่ในเหตุการณ์นั้นอีกครั้ง อาการกลัวและหลีกเลี่ยง ลดลง อีกทั้งภาวะซึมเศร้า ความวิตกกังวลทั้งขณะเผชิญ ลดลงมากกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดแบบการเขียนอย่างมีโครงสร้าง เช่นกัน

5. การเปรียบเทียบและผลของการบำบัดทางปัญญาและพฤติกรรมกับการบำบัดแบบอื่น พบว่ามี จำนวน 7 เรื่อง ดังนี้

5.1 การบำบัดแบบ Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) จำนวน 1 เรื่อง (Deville & Spence, 1999) ผลการวิจัยพบว่า หลังการทดลอง ทั้งการบำบัดทางปัญญาและพฤติกรรม และการบำบัดแบบเทคนิค EMDR ช่วยทำให้ผู้ป่วย PTSD มีอาการดีขึ้น แต่เมื่อเปรียบเทียบวิธีการบำบัดทั้งสองพบว่า การบำบัดทางปัญญาและพฤติกรรม ได้ผลดีกว่า EMDR และเมื่อติดตามผลการทดลองในระยะ 3 เดือน พบว่า ประสิทธิภาพของการบำบัดทางปัญญาและพฤติกรรมยังคงดีอยู่ ในขณะที่ EMDR มีประสิทธิภาพลดลง โดยพบผู้ป่วยมีการกลับเป็นซ้ำ

5.2 การบำบัดแบบ Rogerian Supportive Therapy (การให้คำปรึกษาแบบประคับประคองตามแนวทฤษฎีโรเจอร์) จำนวน 1 เรื่อง (Cottraux et al., 2008) ผลการวิจัยพบว่า หลังการทดลอง ความรุนแรงของอาการสำคัญทางคลินิกของ PTSD และความวิตกกังวลขณะเผชิญ ของกลุ่มบำบัดทางปัญญาและพฤติกรรม ลดลงมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการบำบัดด้วยการให้คำปรึกษาแบบประคับประคองตามแนวทฤษฎีโรเจอร์ แต่เมื่อติดตามผลการบำบัดต่อไปในระยะ

52 และ 104 สัปดาห์ พบว่า ความรุนแรงของอาการสำคัญทางคลินิกของ PTSD และความวิตกกังวล ของทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกัน

5.3 การบำบัดแบบ Structured Writing Therapy จำนวน 1 เรื่อง (van Emmerik et al., 2008) ผลการวิจัยพบว่า หลังการทดลอง การบำบัดทางปัญญาและพฤติกรรม มีประสิทธิภาพดีกว่าการบำบัดแบบ Structured Writing Therapy แต่ในระหว่างการติดตามหลังการทดลอง มีประสิทธิภาพของการบำบัดไม่แตกต่างกัน

5.4 การบำบัดแบบ Supportive Psychotherapy (จิตบำบัดแบบประคับประคอง) จำนวน 1 เรื่อง (Blanchard et al., 2003) ผลการวิจัยพบว่า การบำบัดทางปัญญาและพฤติกรรม มีประสิทธิภาพในการลดอาการต่างๆ ของ PTSD และลดความผิดปกติของโรคทางจิตเวชร่วม อันได้แก่ โรคซึมเศร้า (MDD) และ โรควิตกกังวลชนิด GAD ได้ดีกว่าการบำบัดแบบ Supportive Psychotherapy ทั้งในหลังการทดลองและระหว่างการติดตาม 3 เดือน

5.5 การบำบัดแบบ Exposure Therapy (การฝึกเผชิญเหตุการณ์) จำนวน 1 เรื่อง (Paunovic & Ost, 2001) ผลการวิจัย พบว่า การบำบัดทางปัญญาและพฤติกรรม มีประสิทธิภาพในการลดอาการทางคลินิก ความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า ของผู้ป่วย PTSD ตลอดจน การมีคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วย ได้ใกล้เคียงกับ การบำบัดแบบการฝึกเผชิญเหตุการณ์ ทั้งในช่วงหลังการทดลองและการติดตามในระยะ 6 เดือน

5.6 การบำบัดแบบ Supportive Counseling (การให้คำปรึกษาแบบประคับประคอง) 1 เรื่อง (Litz et al., 2007) ผลการวิจัยพบว่า การบำบัดทางปัญญาและพฤติกรรม มีประสิทธิภาพในการลดอาการทางคลินิก ความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า ของ PTSD ได้ดีกว่าการให้คำปรึกษาแบบประคับประคอง ทั้งในระยะหลังการทดลองและการติดตามผลในระยะ 3, 6 เดือนตามลำดับ

5.7 การบำบัดทางปัญญาและพฤติกรรมร่วมกับยา มีงานวิจัยจำนวน 1 เรื่อง (Otto et al., 2003) พบว่า การบำบัดทางปัญญาและพฤติกรรมร่วมกับยา Sertaline และยาด้านซึมเศร้า กลุ่ม SSRI (Selective Serotonin Reuptake Inhibitor) ช่วยลดอาการทางคลินิกของ PTSD ได้ดีกว่าการใช้ยารักษาเพียงอย่างเดียว

ข้อจำกัดของการศึกษา

ข้อจำกัดในการศึกษาครั้งนี้ ได้แก่

1. การใช้คำสำคัญในการสืบค้นหลักฐานงานวิจัยและหลักฐานอ้างอิงทางวิชาการ มีการใช้ชื่อวิธีการบำบัดทางปัญญาและพฤติกรรม และผู้ป่วย PTSD ที่แตกต่างกัน โดยเฉพาะคำที่เป็นภาษาไทย จึงทำให้การสืบค้นข้อมูลได้งานวิจัยยังไม่ครอบคลุม

2. งานวิจัยบางเรื่องมีการอธิบายถึงการใช้โปรแกรมการบำบัดไม่ชัดเจน ต้องมีการสืบค้นข้อมูลเพิ่มเติมมาประกอบงานวิจัยนั้นอีก ทำให้ต้องใช้เวลาในการศึกษาค้นคว้าเพิ่มขึ้น

ข้อเสนอแนะ

จากการวิเคราะห์และสังเคราะห์งานวิจัยการบำบัดทางปัญญาและพฤติกรรมในผู้ป่วย PTSD สามารถนำมาใช้เป็นแนวคิดในการดูแลผู้ป่วยได้ดังนี้

1. การนำผลการวิเคราะห์และสังเคราะห์งานวิจัยไปใช้ในการปฏิบัติทางคลินิก

การบำบัดทางปัญญาและพฤติกรรมในผู้ป่วย PTSD เป็นอีกแนวทางหนึ่งที่พยาบาลจิตเวชสามารถนำไปใช้ได้ แต่ทั้งนี้ต้องมีการศึกษาวิธีการในการบำบัดให้มีความรู้ความเข้าใจตลอดจนได้รับการฝึกฝนจากผู้ชำนาญการจนเกิดทักษะและความชำนาญเสียก่อนจึงจะสามารถนำไปใช้ในการบำบัดรักษาและดูแลผู้ป่วย PTSD ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2. ข้อเสนอแนะในการศึกษาวิจัย

2.1 ควรมีการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการบำบัดทางปัญญาและพฤติกรรมของผู้ป่วย PTSD ในประเทศไทยเพิ่มขึ้น

2.2 ควรมีการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการบำบัดทางปัญญาและพฤติกรรมในผู้ป่วยที่ประสบกับปัญหาด้านอื่นๆ เพิ่มเติม เช่น ในกลุ่มผู้ป่วยที่เป็นโรคทางกายและมีปัญหาเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ เป็นต้น

A SYNTHESIS OF RESEARCH ON COGNITIVE BEHAVIOR THERAPY FOR PATIENTS WITH POST-TRAUMATIC STRESS DISORDER

PAWANA CHUTIPIMONKUL 4637632 RAMH/M

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

THEMATIC PAPER ADVISORY COMMITTEE: TITIWONE THUMAPIROJ,
M.ED. (GUIDANCE), TUSANA THAWEEKOON, PH.D. (NURSING)

EXTENDED SUMMARY

Introduction

Post-Traumatic Stress Disorder is an illness that can happen to a person who is among the age of childhood until adulthood. It is also one of the significant psychiatric disorders that have become the substantive and interesting problem at the present time. This is because nowadays the problem of global warming causes the natural disasters more often, for instant, the tsunami that struck six provinces in the south of Thailand, the cyclone Nargis hits Burma. There are almost a million people who are at risk of the post-traumatic stress disorder. Moreover, the USA report in the programme of the National Co-morbidity Survey (NCS) found the prevalence of the post-traumatic stress disorder over twelve months at 3.9 per cent (Kessler, Zhao, Katz, Kouzis, Frank, Edlund, et al., 1999), while Sadock & Sadock (2003) found the prevalence of a disease in the general population at 8 per cent. In Australia report found the prevalence of a disease in the period of one year at 13 per cent (Creamer, 2001 cited in Phichet Udomrat and Siriperm Chaowasilapa, 2004). For Thailand in 2003, the Department of Mental Health studied the epidemiology of twelve mental health problems and the psychiatric disorders and found the prevalence of the post-traumatic stress disorder at the ninth (Patcharin Koonkumchu, 2004) and at the 4th of all psychiatric disorders in

2005. The life time prevalence found in male 10.3 per cent and female 18.3 per cent (Ronnachai Kongsakonta, 2005) and the cause of the post-traumatic stress that was mostly happen to male who faces the bad situation by himself or knows about the dead or serious injure of the other people during the war and the sexual violation of female (Kessler, Sonnega, Bromet, Hughes & Nelson, 1995).

Post-Traumatic Stress Disorder is an mental disorder that can develop after exposure to one or more terrifying events that threatened or caused grave physical harm. These may be made by both natural and human factors such as water flood, storm, serious accident, physical and mental abuse and so on (DSM –IV, 2000 and Inthira Pattamintra, 1997-1998). The stressor may encounter on one's own or involve with someone's actual death, a threat to someone else's safety, serious physical or psychological suffer, etc. (DSM – IV, 2000 and Inthira Pattamintra, 1997-1998). After these harmful events the mental of the person will be dramatically and severely changed and lead to the state of acute stress. If these symptoms could not get help in time at the beginning, they may cause the posttraumatic stress disorder. The patient will feel very scary or panic, anxious and easily to be frightened (DSM – IV, 2000) and the important symptom that is regarded as the special symptom of the patient is that he feels as if the serious and dangerous situation would return to him again and again. The patient may think or dream about the situation very often. He, therefore, try to avoid the factors that may remind him thinking about the situation until he could not work or live in the society as usual. Consequently, the patient will be preoccupied with his own imagination and separate himself from the other. He feels himself ineffective and unvalue and later it becomes inferior (Sompob Raungtarakoon, 1999). This leads to the problem of the mental health or psychotic disorders such as depression, anxiety, schizophrenia and chemical dependence (Department of Mental Health, 2007) and when the patient's family know these they will be in stress, anxiety and mental distress. In case of serious circumstance is done by the member of family. This may be conflict and distrustfulness among the member of family. It is the burden of family to keep an eye on the patient because the patient may try to hurt himself. And if the patient is the head of family, it may make the economic problem into the family (Department of Mental Health, 2007). Hence, one of the methods that is able to be used for the patient with the post-traumatic stress disorder is to alter the automatic

thinking of the patient on the serious circumstance from the negative thinking into the positive and reasonable thinking according to the real circumstance. This is to relieve distress and guilt that have annoyed the patient and make the patient feel better (Conner & Butterfield, 2003).

The cognitive behavior therapy is one of effective method that can assist the patient changing the automatic thinking. And nowadays this method is effectively used to treat the patient with the post-traumatic stress disorder such as reducing anxiety and depression in a group of Cambodia refugees in USA who were effected on the mental health from the serious circumstance (Otto, Hinton, Korbly, Chea, Ba, Cershuny, et al, 2003) and encountering person in the case of the Pentagon Building was collapsed (Litz, Engel, Bryant & Papa, 2007). It can reduce clinical surveillance and depression and make the patient getting sleeping better and more quality (Krakow, Johnston, Melendrez, Hollifield, Warner, Chavez-Kennedy, et al, 2001). It can reduce clinical surveillance and the other disorders of a group of car-accident survival (Blanchard, Hickling, Devineni, Veazey, Galovski, Mundy, et al, 2003) and improve intensive symptom of a group of chronic patient (Cottraux, Note, Yao, de Mey-Guillard, Bonasse, Djamoussian, et al, 2008).

The cognitive behavior therapy will be one of methods that can change negative thinking and believe into the emotional balance and reasonable thinking and believe (Marks, Lovel, Noshirvant, Livanou & Thrasher, 1998). The purpose of the cognitive behavior therapy, therefore, focuses on the change of thinking to make change on behavior (Mahoney, 1974). It is on three main fundamental thinking and believes: thinking affects behavior, thinking can be controlled and changed, and to change thinking will affect external behavior in appropriate way (Dobson & Block, 1988)

Since I am working as a psychiatric nurse and have direct duty to look after, promote and prevent the mental problems for the people who use the services. I am, therefore, interested to study in the cognitive behavior therapy for the patient with the post-traumatic stress disorder. I believe that the knowledge of this study can be applied to reduce distress of the patient and improve their life for more quality in the future.

Objectives

To synthesize the research and evidences of the cognitive behavior therapy in post-traumatic stress disorder patient.

Definitions

Cognitive behavior therapy means the therapy that emphasises on solving the problem of negative or distorted thinking that affects to inappropriate behavior at that time into the reasonable thinking and appropriated to the real circumstance. It is on three main fundamental thinking and believes: thinking affects behavior, thinking can be controlled and changed, and to change thinking will affect external behavior in appropriate way (Beck, 1979 and Dobson & Block, 1988)

The patient with the post-traumatic stress disorder means the patient who has the mental disorder after encountering the traumatic events and it severely attacks one's mental health such as storm, water flood, and sexual abuse. There are three main symptoms: feeling like being in that circumstance again, fearing and avoiding and being in paranoia and over fearing (DSM – IV, 2000)

Methodology

This study aims to synthesize the research and evidences of the cognitive behavior therapy of the patient with the post-traumatic stress disorder. There are the method of study as following:

1. Source of researches and information query

To choose the information resource in relation to the cognitive behavior therapy of the patient with the post-traumatic stress disorder by considering from the book material such as theses and journals in library of the universities, source of information in the related institutes that most of them are the researches in the foreign country. Moreover, it can also search from the electronic resource in the computerized

database and electronic journal, and the internet for searching related references and researches in abroad.

The collection of references and researches is as follow:

1.1 Identifying the purpose of query: references and researches concerning the cognitive behavior therapy of the patient with the post-traumatic stress disorder.

1.2 In identifying the key word for this study, I will use the key word that covers the studying topic and the key words are:

1.2.1 Post-traumatic stress disorder and the cognitive behavior therapy.

1.2.2 Mental Stress after traumatic event and the cognitive behavior therapy.

1.2.3 Mental Stress after traumatic event and the cognitive behavior change.

1.2.4 Mental Stress after traumatic event and thinking and behavior therapy.

1.2.5 “Post-traumatic stress disorder and the cognitive behavior therapy”.

1.3 Choosing a database for query will used from the main medical and nursing database such as Pubmed, Ovid, CINAHL, Blackwell and MD consult.

1.4 Searching from the query system by reading the topic and abstract of document and research before going to read in the full version.

1.5 Considering and Choosing the related research topic or article by having the standard of choosing as follow:

- Type of research will consider both the experimental research that is designed for random sampling into control group and experimental group (RCT) or the experimental research that has not much control group (Quasi) that has emerged since 1998 onward because the research studies in this topic have been continually produced until 2008.

- Sampling group of the research will choose from the patient in age between 15-17 year olds that is diagnosed that is the patient with the post-traumatic stress disorder according to the criteria of DSM – IV 2000.
- The result of research will choose the research that uses variable that is the result of implementing the cognitive behavior therapy.

2. The analysis method and empirical synthesis

2.1 The evaluation of quality of the research or level of evidence of the research will use the criteria of the Royal College of Physician of Thailand (2001) quoted in the Parsat Neurological Institute (2005) that divided the evidence into 4 level:

Level of Evidence A means the evidence from systematic review of the research that is designed as the randomized controlled trials (RCT) or the single research from the randomized controlled trials (RCT).

Level of Evidence B means the evidence from systematic review of the research that is designed as the randomized controlled trials at least 1 research or the evidence from the research that is briefly designed but it is the Quasi experiment research or experiment research that does not random the sample and put into the group such as non-randomized control trials, cohort study, case control study.

Level of Evidence C means the evidence from systematic review that is a comparative research to find the relationship or the descriptive research.

Level of Evidence D means the evidence from opinion or expert consensus.

2.2 Overall of Research synthesis

In the research synthesis of 11 researches will have scope of information from research according to the following topics:

- 2.2.1 Research problem or objective
- 2.2.2 Research design
- 2.2.3 Sampling
- 2.2.4 Setting
- 2.2.5 Tool and data collection
- 2.2.6 Methodology and code of nursing practice

2.2.7 Result

2.2.8 Implication

Outcomes

The findings showed 5 types :

1. Research Quality

From the study of 11 full text research studies, the findings showed 9 titles of Level of Evidence A, (Otto et al., 2003 ; Blanchard et al., 2003; Sijbrandij et al., 2007; van Emmerik et al., 2008; Bisson et al., 2004; Hinton et al., 2005; Cottraux et al., 2008; Litz et al., 2007; Paunovic & Ost, 2001) and 2 titles of Evidence B. (Krakow et al., 2001; Devilly & Spence, 1999)

2. Practical Techniques for reduced depression and stress in PTSD patients as described below:

Cognitive Behavior Therapy (CBT) Techniques

Form of the cognitive behavior therapy of PTSD patient can be divided into 4 steps: psycho education, exposure, cognitive restructuring and anxiety management (Harvey et al., 2003). From 11 researches found that there are 8 researches (Otto et al., 2003; Blanchard et al., 2003; Sijbrandij et al., 2007; Devilly & Spence, 1999; Hinton et al., 2005; Cottraux et al., 2008; Litz et al., 2007; Paunovic & Ost, 2001) that applied 4 steps of the cognitive behavior therapy. In step 4 anxiety management will used a variety of technique such as 1 researches (Paunovic & Ost, 2001) about the breath control technique 3 researches (Blanchard et al., 2003; Sijbrandij et al., 2007; Cottraux et al., 2008) about the muscle releasing technique and 4 researches (Deville & Spence, 1999; Otto et al., 2003; Hinton et al., 2005; Litz et al., 2007) about the utilization of breath control and muscle releasing technique There are 3 researches (van Emmerik et al., 2008; Bisson et al., 2004) apply 3 steps (psycho education, exposure and cognitive restructuring) and 1 research (Krakow et al., 2001) applies 2 steps.

3. The result of the cognitive behavior therapy of the PTSD patient.

From the study of 11 researches it can be divided the results of the cognitive behavior therapy of the PTSD patient into 2 main groups: first is the main result and second is the subordinate result.

3.1 The main result of the cognitive behavior therapy

There were 11 research found the same that it could reduce the disease severity of clinical symptom of the patient (Clinical improvement), for example, re-experiencing symptoms, avoiding symptoms and hyper arousal symptoms, and there are 2 researches (Paunovic & Ost, 2001; van Emmerik et al., 2008) could change the attitude of the patient into the positive way. There patient, therefore, feel better and discordant thinking was obviously decreased.

3.2 The subordinate result of the cognitive behavior therapy of PTSD patient following:

3.2.1 The 11 research studies (Deville & Spence, 1999; Krakow et al., 2001; Paunovic & Ost, 2001; Otto et al., 2003 ; Blanchard et al., 2003; Bisson et al., 2004; Hinton et al., 2005; Sijbrandij et al., 2007; Litz et al., 2007; van Emmerik et al., 2008; Cottraux et al., 2008) can help the patient decreasing depression and anxiety. There was 1 research (Krakow et al., 2001) can help the patient well sleep and found that it can help the patient increasing the recovering rate.

3.2.2 There were 2 researches (Blanchard et al., 2003; Sijbrandij et al., 2007) could decrease the symptom of the co-morbidity such as the Major Depressive Disorder (MDD) and the Generalised Anxiety Disorder (GAD). And there was a research (Hinton et al., 2005) could decrease the symptom of the Panic Attacks.

3.2.3 There was a research (Blanchard et al., 2003) could increase the recovering rate for the patient who also had the psychiatric symptom.

3.2.4 There was a research (Blanchard et al., 2003) could make the patient doing the daily life functions much better.

3.2.5 There was a research (Sijbrandij et al., 2007) distinctly satisfied in this therapy.

3.2.6 There were 2 researches (Paunovic & Ost, 2001; Cottraux et al., 2008) could improve the quality of life of the patient.

4. Components of Cognitive Behavior Therapy

The 11 research studies showed components of Cognitive Behavior Therapy as follows:

4.1 Therapist the result found that teacher or therapist had high knowledge, experience and expert in work of mental health and psychotic disorder. They were already trained on the cognitive behavior therapy, that is 1 research (Blanchard et al., 2003) was a clinical psychologist, 1 research (Sijbrandij et al., 2007) was a psychotherapist, 2 researches (van Emmerik et al., 2008; Cottraux et al., 2008) were a clinical psychologist and a psychiatrist 1 research (Krakow et al., 2001) was a sleeping expert and health educator 1 research (Hinton et al., 2005) was a social worker and 5 researches (Devilly & Spence, 1999; Paunovic & Ost, 2001; Otto et al., 2003; Bisson et al., 2004; Litz et al., 2007) did not clearly mention about a therapist.

4.2 Client, it found in 11 researches that PTSD patient who was treated by the cognitive behavior therapy encountering in the different traumatic events.

4.2.1 Terrorism, there was 1 research (Litz et al., 2007) found that the patient was a survival from the event of Pentagon building destruction or War between Iraq and Afghanistan

4.2.2 There was 1 research (Blanchard et al., 2003) found that the patient was a survival from car accident and 1 research was car and industrial factory accident.

4.2.3 There were 3 researches (Paunovic & Ost, 2001; Otto et al., 2003; Hinton et al., 2005) found that the patient was a refugees

4.2.4 Mixed trauma, there was 1 research (Krakow et al., 2001) found that the group of patients could become the post-traumatic stress disorder from a variety of events: rape, physical abuse and 1 research (Cottraux et al., 2008) from car accident, raped and abused by their member of family or the other person, witnessing traumatic experience of dead.

4.2.5 There were 3 researches (Devilly & Spence, 1999; Sijbrandij et al., 2007; van Emmerik et al., 2008) those did not identify clearly in a kind of event that the PTSD patient encountered.

4.3 Form of activity of therapy, from 7 researches (Devilly & Spence, 1999; Krakow et al., 2001; Otto et al., 2003; Blanchard et al., 2003; Bisson et al., 2004; Sijbrandij et al., 2007; van Emmerik et al., 2008) found that most of the form of an activity was the group therapy and 3 researches (Paunovic & Ost, 2001; Hinton et

al., 2005; Cottraux et al., 2008) were an individual therapy 1 research (Litz et al., 2007) was an individual therapy by internet.

4.4 For the number and time of therapy were different according to the research:

4.4.1 There was 1 research (Krakow et al., 2001) used time of therapy 1 time with 120 minutes a week and made it 3 weeks.

4.4.2 There was 1 research (Otto et al., 2003) used 10 times of therapy but it did not clearly present about time.

4.4.3 There was 1 research (Blanchard et al., 2003) used 8 times of therapy but it did not clearly present about time.

4.4.4 There was 1 research (Sijbrandij et al., 2007) used the short cognitive behavior therapy 1 time with 120 minutes for 4 weeks and evaluated at the first and forth week after an experiment.

4.4.5 There was 1 research (van Emmerik et al., 2008) used 1 time of therapy with 90 minutes for 5 weeks in the patient with the acute stress disorders (ASD) and the acute post-traumatic stress disorder and the patient with the chronic post-traumatic stress disorder for 10 weeks.

4.4.6 There was 1 research (Deville & Spence., 19) used 9 times of therapy in different period between 90-120 minutes.

4.4.7 There was 1 research (Bisson et al., 2004) used 1 time a week with 60 minutes for 4 weeks.

4.4.8 There was 1 research (Hinton et al., 2005) used an individual therapy and 1 time a week for 12 weeks but it did clearly show that it was how many hour.

4.4.9 There was 1 research (Cottraux et al., 2008) used 16 times of an individual therapy in different period between 60-120 minutes for 4 month.

4.4.10 There was 1 research (Litz et al., 2007) used 56 time of an internet individual therapy, 120 minutes per time for 8 weeks.

4.4.11 There was 1 research (Paunovic & Ost., 2001) used an individual therapy in different time and period between 16-20 times and 60-120 minutes per time for 20 weeks.

4.5 The first stage therapy of the sickness

4.5.1 There was a research (Sijbrandij et al., 2007) found that the cognitive behavior therapy at the first stage of the sickness for the patient with the Acute Stress Disorder (ASD) could decrease the clinical symptom of the PTSD patient, Anxiety and Depression within a week after the therapy.

4.5.2 There was a research (van Emmerik et al., 2008) found that the cognitive behavior therapy at the first stage of the sickness for the patient with the Acute Stress Disorder (ASD) and the Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD) could immediately decrease the clinical symptom, state anxiety, depression and schizophrenia after the therapy. And when comparing the result of the cognitive behavior therapy in the Acute Stress Disorder (ASD) and Acute Post-Traumatic Stress Disorder patient with the Structured Writing Therapy in the chronic PTSD patient found that the symptoms of the patient were more decreased than the patient who were in the Structured Writing Therapy.

5. The finding when compared the result between the cognitive behavior and the other therapies, it found that there were 7 researches:

5.1 There was 1 research (Deville & Spence, 1999) about the eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) and the research found that after an experiment both the cognitive behavior therapy and eye movement desensitization and reprocessing therapy could improve the symptom of PTSD patient but when compare both techniques it found that the CBT technique could get a better result than another and after 3 months of experiment it found that the efficiency of the cognitive behavior therapy was the same but another was decreased and the patient repeated disorder again.

5.2 There was 1 research (Cottraux et al., 2008) about the Rogerain supportive therapy The result of the research found that after an experiment the severe condition of clinical significant symptom and an anxiety in the group of the cognitive behavior therapy were more decreased than the group that used the Rogerain supportive therapy but when the experiment was continued for 52 and 104 weeks, it found that the severe condition of clinic symptoms between 2 groups did not made different.

5.3 There was 1 research (van Emmerik et al., 2008) about the structured writing therapy. The result of the research found that after an experiment the cognitive behavior therapy had more efficient than the structured writing therapy but in the period of follow up after an experiment it did make different.

5.4 There was 1 research (Blanchard et al., 2003) about the supportive psychotherapy. The result of research found that the cognitive behavior therapy could decrease the symptoms of PTSD patient and co-morbidity such as major depressive disorder, generalized anxiety disorder better than the supportive psychotherapy both after an experiment and following period of 3 months.

5.5 There was 1 research (Paunovic & Ost, 2001) about the exposure therapy. The research found that the cognitive behavior therapy was efficient for decreasing the clinical symptoms, anxiety and depression of PTSD patients as well as increasing the quality of life of the patients similar to the exposure therapy both after an experiment and following period of 6 months.

5.6 There was 1 research (Litz et al., 2007) about the supportive counseling. The research found that the cognitive behavior therapy had more efficient in decreasing clinical symptoms, anxiety and depression of PTSD patients than the supportive counseling both after an experiment and the following period between 3 and 6 months respectively.

5.7 There was 1 research (Otto et al., 2003) that used the cognitive behavior therapy together with the drug treatment. The research found that when used the cognitive behavior therapy together with the sertaline and the antidepressant drugs in the group of the Selective Serotonin Reuptake Inhibitor or SSRI. It could decrease the clinical symptom of the Post - Traumatic stress Disorder or PTSD better than using only the drug treatment.

The Limitation of Study

There were limitations in this study as follow:

1. The key words for searching the evidence of researches and academic references were used in the different name for the cognitive behavior therapy and the post - traumatic stress disorder patient, particularly the key word in Thai language. Consequently, it was difficult to search covering all information about the researches.

2. Some researches did not identify clearly about the therapy programme. It, therefore, need more time for searching more information about them.

Research Suggestion

The analysis and synthesis of the researches concerning the cognitive behavior therapy can be used as the guidance for the patient treatment as follow:

1. The implementation of the analysis and synthesis of the researches in the clinical practice. The cognitive behavior therapy for the Post - Traumatic stress Disorder patient is an alternative method that the psychiatric nurse can used for the therapy. However, it still needs to be developed and the nurse should to be trained by the experts and practices of this area until they know and understand well about the method so that it will be applied efficiently for the treatment of the Post - Traumatic Stress Disorder patient.

2. Suggestion for the further research

2.1 It should make a further research in the topic of PTSD patient in Thailand since the research on this topic remains a little number.

2.2 It should be study research the cognitive behavior therapy to the patient in the other cases those who had physical diseases and health case problems.

บรรณานุกรม

- กรมสุขภาพจิต. (2546). *คู่มือคลายเครียดด้วยตนเองสำหรับวัยรุ่น*. นนทบุรี: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2547). *เสาวลักษณ์ สุวรรณไมตรี บรรณาธิการ. การให้การศึกษาในศูนย์สุขภาพชุมชน*. พิมพ์ครั้งที่ 2 กรุงเทพมหานคร : สำนักงานกิจการโรงพิมพ์ องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- กรมสุขภาพจิต. (2549). *คู่มือการดูแลจิตใจในภาวะภัยพิบัติสำหรับบุคลากรสาธารณสุข*. นนทบุรี: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด.
- กรมสุขภาพจิต. (2550). *คู่มือการดูแลจิตใจในภาวะวิกฤต*. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด.
- จันทิมา องค์ไวย. (2547). *จิตบำบัดในการปฏิบัติงานจิตเวชทั่วไป*. พิมพ์ครั้งที่ 2 ฉบับแก้ไข. กรุงเทพมหานคร: บริษัท ยูเนียน ศรีเอช จำกัด.
- จิตติวัลค์ ธรรมไพโรจน์. (2544). *การพยาบาลผู้ติดสารเสพติดและการป้องกัน*. ในมหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาราช : เอกสารการสอนชุดวิชา การส่งเสริมสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช. หน่วยที่ 11-15. นนทบุรี: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาราช.
- ฉัฐทิพร ชัยประทาน, สมพร รุ่งเรืองกลกิจ และมณฑล ชัยมี (2547). ผลของการให้การปรึกษารายบุคคลโดยใช้แนวคิดการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม ร่วมกับการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อในผู้ป่วยโรควิตกกังวล : การประชุมวิชาการสุขภาพจิตนานาชาติ ครั้งที่ 4 ปี 2548. เมื่อ 10 มกราคม 2551, จาก <http://www.jvkk.go.th/researchnew/qrresearch.asp?code=0035>.
- นงพงา ลิ้มสุวรรณ. (2548). ใน มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิชย์. บรรณาธิการ. *จิตเวชศาสตร์รายาธิบตี*. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: บริษัท บียอนด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์ จำกัด. 381-392.
- เบญจพร ปัญญา. (2548). *ก้าวสู่...ศูนย์ฟื้นฟูสุขภาพจิตผู้ประสบภัยสึนามิ*. กรุงเทพมหานคร: บริษัท บียอนด์ พับลิชชิ่ง จำกัด.
- ประเสริฐ ผลิตผลการพิมพ์ และคณะ. (2548). *เยียวยาใจผู้ภัยสึนามิ*. กรุงเทพมหานคร: บริษัท พิมพ์ดี จำกัด.

- ปราโมทย์ สุกนิษฐ์ และมาโนช หล่อตระกูล. (2540). *คู่มือการวินิจฉัยและดูแลรักษาผู้ป่วยโรคจิตกึ่งวล*. กรุงเทพมหานคร: เอส.ซี.พรินซ์.
- พัชริน คุณคำชู. (2547). *กรอบการวิจัยสุขภาพจิต (พ.ศ.2548-2552)*. กรุงเทพมหานคร: ห้างหุ้นส่วนจำกัดอุดมศึกษา.
- พนม เกตุมาน. (2548). *คู่มือแพทย์ ความผิดปกติทางจิตใจภายหลังภัยอันตราย*. สมุทรปราการ: บริษัท ปริทีมมาร์ทเก็ตติ้ง จำกัด.
- พิเชฐ อุดมรัตน์ และ ศิริเพิ่ม เชาว์ศิลป์. (2547). โรคเครียดภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญ. ใน: *พิเชฐ อุดมรัตน์ บรรณาธิการ. การทบทวนองค์ความรู้และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องในเรื่องระบาดวิทยาของปัญหาสุขภาพจิตและโรคทางจิตเวช*. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์ องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก. 141-156.
- มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุกนิษฐ์. (2548). *จิตเวชศาสตร์รามาธิบดี*. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: บริษัท บียอนด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์ จำกัด.
- มาโนช หล่อตระกูล และภาพันธ์ เจริญสวรรค์. (2548) ใน มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุกนิษฐ์ บรรณาธิการ. *จิตเวชศาสตร์รามาธิบดี*. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: บริษัท บียอนด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์ จำกัด. 371-373.
- ราชวิทยาลัยจิตแพทย์แห่งประเทศไทย และกรมสุขภาพจิต (2544). ปราโมทย์ สุกนิษฐ์และพิเชฐ อุดมรัตน์ บรรณาธิการ. *แนวทางการรักษาโรคทางจิตเวช 2544*. กรุงเทพมหานคร: บริษัท บียอนด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์ จำกัด. 65-66.
- รณชัย คงสกนธ์. (2548). *ภาวะผิดปกติทางจิตใจจากเหตุการณ์วินาศภัย*. กรุงเทพมหานคร: สหประชาพานิชย์.
- ศรีเรือน แก้วกังวาล. (2544). *ทฤษฎีจิตวิทยาบุคลิกภาพ*. พิมพ์ครั้งที่ 12. กรุงเทพมหานคร: พิมพ์ดี กรุงเทพฯ.
- สถาบันประสาทวิทยา. (2548). *แนวทางการรักษาภาวะสมองเสื่อม*. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข พิมพ์ครั้งที่ 2.
- สมบัติ ตาปัญญา. (2549). *การประยุกต์ใช้จิตบำบัดเชิงพุทธิปัญญาและพฤติกรรม*. เอกสารประกอบการประชุมวิชาการการให้คำปรึกษาที่ใช้การนิกคิดและการปรับพฤติกรรม. มหาวิทยาลัยบูรพา.
- สมภพ เรืองตระกูล. (2542). *ตำราจิตเวชศาสตร์*. กรุงเทพมหานคร: เรือนแก้วการพิมพ์.
- สมภพ เรืองตระกูล. (2549). *จิตเวชศาสตร์พื้นฐานและโรคทางจิตเวช*. กรุงเทพมหานคร: เรือนแก้วการพิมพ์.

- สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต. (2549). *ทฤษฎีและเทคนิคการปรับพฤติกรรม*. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อินทรา ปัทมินทร. (2540-2541). การป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในกลุ่มผู้ปฏิบัติงานช่วยเหลือผู้ประสบภัยพิบัติ. *วารสารกรมสุขภาพจิต*. ปีที่ 5 ฉบับที่ 1 ตุลาคม – ธันวาคม 2540 – มกราคม 2541. : 82-90.
- อำไพวรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์. (2543). *การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต แนวการปฏิบัติตามพยาธิสภาพ*. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: บริษัท ชรรมสาร จำกัด.
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. (4th ed, text revision). Washington, DC : American Psychiatric Association.463-468.
- American Psychiatric Association. (2000). Schizophrenia and other psychotic disorder. In *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder*. (4thed., pp. 297-343). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Andreasen, N.C. & Black, D.W. (2006). *Introductory Textbook of Psychiatry. Fourth Edition*. London : American Psychiatric Publishing Inc.
- Anthony, (2006). *Cognitive Behavioural Therapy (CBT) for PTSD-PTSD Forum* Retrieved December 21, 2007, From. <http://www.ptsdforum.org/thread568.html>.
- Beck, A. T. (1971). Cognitive, affect, and psychopathology. *Archives of General Psychiatry*, 24, 495-500.
- Beck, A.T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of Depression*. New York: Guilford. Psychiatric Nursing.
- Bisson, J.I., Shepherd, J.P., Joy, D., Probert, R. & Newcombe, R.G. (2004). Early cognitive-behavioral therapy for post traumatic stress symptoms after physical injury. *British Journal of Psychiatry*, 184, 63-69.
- Blanchard, E. B., Hickling, E.J.,Devineni, T., Veazey, C.,Galovski, T. E., et al. (2003). A controlled evaluation of cognitive behavioral therapy for posttraumatic stress in motor vehicle accident survivors. *Behavior Research and Therapy*, 41, 79-96.
- Bryant, R.A., Harvey, A.G., Dang, S.T., Sackville, T., & Basten, C. (1998). Treatment of Acute Stress Disorder: A Comparison of Cognitive-Behavioral Therapy

- and Supportive Counseling. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66(5), 862-866.
- Conner, K. M. & Butterfield, M. I. (2003). *Posttraumatic Stress Disorder Focus* : 1:247-262.
- Cottraux, J., Note, I., Yao, S. N., de Mey-Guillard, C., Bonasse, F., Djamoussin, D., et al. (2008). Randomized Controlled Comparison of Cognitive Behavior Therapy with Rogerian Supportive Therapy in Chronic Post-Traumatic Stress Disorder: A 2-Year Follow-Up. *Psychotherapy Psychosomatic*; 77:101–110.
- Deville, G. J. & Spence, S. H. (1999). The Relative Efficacy and Treatment Distress of EMDR and a Cognitive-Behavior Trauma Treatment Protocol in the Amelioration of Posttraumatic Stress Disorder. *Journal of Anxiety Disorder*, 13(1-2), 131-157.
- Dobson, K. S. & Block, L. (1988). Historical and philosophical bases of the cognitive behavior therapies: *Handbook of Cognitive- behavioral therapies*. London.
- Emmerik, A. P., Kamphuis, J. H., Emmelkamp, P. M. (2008). Treating Acute stress Disorder and Posttraumatic stress Disorder with Cognitive Behavioral Therapy or Structured Writing Therapy : A Randomized Controlled Trial. *Psychother Psychosomatic*, 77, 93-100.
- Harvey, A.G., Bryant, R.A., Tarrier, N. (2003). Cognitive behaviour therapy for posttraumatic stress disorder. *Clinical Psychology Review*, 23, 501-522.
- Hinton, D.E., Chhean, D., Pich, V., Safren, S.A., Hafmann, S. G. & Pollack, M.H. (2005). A Randomized Controlled Trial of Cognitive-Behavior Therapy for Cambodian Refugees with Treatment-Resistant PTSD and Panic Attacks. *Journal of Traumatic Stress*, 18(6), 617-629.
- Jarusuraisin, N., Kesornsukon, K. (2005). Management on Tsunami Causing Posttraumatic Stress Disorder: *A Case Report Journal Medicine Association Thailand*. 88(A11): 1712-4.
- Kazdin, A.E. (1978). History of behavior modification: *Experimental foundations of contemporary research*. Baltimore: University Park press.
- Krakow, B., Johnston, L., Melenderz, D., Holifield, M., Warner, T. D., Chavez-kennedy, Debiec. & Herlan, M. J. (2001). An Open-Label Trial of Evidence-

- Based Cognitive Behavior Therapy for Nightmares and Insomnia in Crime Victims With PTSD. *American Journal Psychiatry*, 158(12), 2043-2047.
- Kessler, R. C., Sonnega, A., Bromet, E., Hughes, M., & Nelson, C. B. (1995). Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 52, 1048-1060.
- Kessler, R. C., Zhao, S., Katz, S. J., et al. (1999). Past-year use of outpatient service for psychiatric problems in the National Comorbidity Survey. *American Journal Psychiatry*, 156 : 115-123.
- Kneebone II, Hull SL. (2008). Cognitive behavior therapy for post-traumatic stress symptoms in the context of hydrocephalus : *A single case. Neuropsychol Rehabil*, May :10(1).
- Litz, B.T., Engel, C.C., Bryant, R.A. & Papa, A. (2007). A Randomized, Controlled Proof of Concept Trial of an Internet Based Therapist Assistant Self-Management Treatment for Posttraumatic Stress Disorder. *American Journal Psychiatry*, 164, 1676-1683.
- Mahoney, M. J. (1974). *Cognition and Behavior Modification*. Cambridge, Mass: Ballinger.
- Marks, I., Lovell, K., Noshirvant, H., Livanou, M., & Thrasher, S. (1998). Treatment of Posttraumatic Stress Disorder by Exposure and/or Cognitive Restructuring : A Controlled Study. *Archive General Psychiatry*, 55: 317-325.
- Najavits, L.M., Weiss, R.D & Liese, B.S., (1996). Group Cognitive-Behavioral Therapy for Woman With PTSD and Substance Use Disorder. *Journal of Substance Abuse Treatment*, Vol.13, No.1, 13-22.
- Otto, M.W., Hinton, D., Korbly, N.B., Chea, A., Ba, P., Gershuny, B.S. & Pollack, M.H. (2003). Treatment of pharmacotherapy- refractory posttraumatic stress disorder among Cambodian refugees: a pilot study of combination treatment with Cognitive-behavior therapy versus sertraline alone. *Behaviour Research and Therapy*. 41, 1271-1276.
- Paunovic, N., Ost, L-G. (2001). Cognitive-behavior therapy versus exposure therapy in the treatment of PTSD in refugees. *Behaviour Research and Therapy*. 39, 1183-1197.

- Prochaska, J.O., DiClemente, C.C. & Norcross, J.C. (1992). In Search of How People Change: Applications to Addictive Behaviors. *American Psychologist*. 47(9),1102-1114. Retrieved October 15, 2008, From. http://www.unm.edu/~werder/pages/552_readings/Reading8.pdf.
- Sadock, B. J. & Sadock, V. A. (2003). *Synopsis of Psychiatry. Behavioral Sciences/ Clinical Psychiatry*. 9 th ed. Philadelphia : Lippincott Williams & Wilkins.
- Scheeringa, M.S., Salloum, A., Arnberger, R.A., Weems, C.F., Amaya-Jackson, L., & Cohen, J.A. (2007). Feasibility and Effectiveness of Cognitive-Behavior Therapy for Posttraumatic Stress Disorder in Preschool Children: Two Case Report. *Journal of Traumatic Stress*. 20(4), 631-636.
- Shapiro, F. (2001). *Eye Movement Desensitization and Reprocessing: Basic Principles, Protocols, and Procedures* (2nd edition). New York : Guilford Press. Retrieved October 18, 2008, From. <http://www.healthyplace.com/communities/depression/treatment/emdr/index.asp+EMDR.&hl=th&ct=clnk&cd=58&gl=th>.
- Shooshtary, M.H., Panaghi, L., Moghadam, J.A. (2008). Outcome of cognitive behavioral therapy in adolescents after natural disaster. *Journal Actolesc Health*, 42(5), 466-72.
- Sijbrandij, M., Olff, M., Reitsma, J.B., V.E. Carlier, I., de Vries, M.H., P.R.Gersons, B. (2007). Treatment of Acute Posttraumatic stress Disorder with Brief Cognitive Behavioral Therapy : A Randomized Controlled trial. *America Journal Psychiatry*, 164, 82-90.
- Yehuda, Rachel and Davidson, Jonathan. (2000). *Clinician's Manual on Posttraumatic Stress Disorder*. London: Schence Press.

ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ – นามสกุล

นางภาวนา ชุตินิมลกุล

วัน เดือน ปีเกิด

วันที่ 21 เมษายน พ.ศ. 2505

สถานที่เกิด

จังหวัดพระนครศรีอยุธยา

ประวัติการศึกษา

วิทยาลัยพยาบาลอุดรดิตถ์

ประกาศนียบัตร พยาบาลและผดุงครรภ์

ระดับต้น อุดรดิตถ์, 2524 - 2526

มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช

พยาบาลศาสตรบัณฑิต

นนทบุรี, 2528 - 2534

ตำแหน่งและสถานที่ทำงาน

พ.ศ. 2526 - ปัจจุบัน

โรงพยาบาลมหาราช

กลุ่มการพยาบาล จังหวัดพระนครศรีอยุธยา

โทรศัพท์ 035 - 389027 ต่อ 111

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพ 7

ที่อยู่

บ้านเลขที่ 113/1 หมู่ 3 ต.หอรัตนไชย

อ.พระนครศรีอยุธยา จ.พระนครศรีอยุธยา

รหัสไปรษณีย์ 13000