

การบำบัดความคิดและพฤติกรรมเพื่อลดอาการเครียดภายหลังเผชิญเหตุการณ์
สะเทือนขวัญในบุคคลที่ประสบอุบัติเหตุการจราจร:
การพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์



สารนิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต(การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช)
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล
พ.ศ. 2554

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยมหิดล

สารนิพนธ์

เรื่อง

การบำบัดความคิดและพฤติกรรมเพื่อลดอาการเครียดภายหลังเผชิญเหตุการณ์

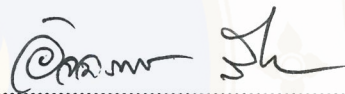
สะเทือนขวัญในบุคคลที่ประสบอุบัติเหตุการจราจร:

การพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์

วัชร พงศเกตุ

นางสาววัชร จงกรเกตุ

ผู้ศึกษา



รองศาสตราจารย์อัจฉราพร สี่หิรัญวงศ์,

พย.ค.

อาจารย์ที่ปรึกษาสารนิพนธ์หลัก



ผู้ช่วยศาสตราจารย์วรรณ กงสุริยานาวิน,

ศษ.ค. (ประชากรศึกษา)

อาจารย์ที่ปรึกษาสารนิพนธ์ร่วม



ศาสตราจารย์บรรจง มไหสวริยะ,

พบ., วว. ออร์โธปิดิกส์

คณบดี

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล



รองศาสตราจารย์ยาใจ สิริธมมงคล,

Ph.D (Nursing)

ประธานคณะกรรมการบริหาร

หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

สารนิพนธ์

เรื่อง

การบำบัดความคิดและพฤติกรรมเพื่อลดอาการเครียดภายหลังเผชิญเหตุการณ์
สะเทือนขวัญในบุคคลที่ประสบอุบัติเหตุการจราจร:
การพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์

ได้รับการพิจารณาให้นับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช)

วันที่ 11 เมษายน พ.ศ. 2554

วัชร จงกรเกต

นางสาววัชร จงกรเกต

ผู้ศึกษา

ประภา ยุทธไธ

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ประภา ยุทธไธ,

พย.ด.

ประธานกรรมการสอบสารนิพนธ์

รองศาสตราจารย์อัจฉราพร สี่หิรัญวงศ์,

พย.ด.

กรรมการสอบสารนิพนธ์

นายประยุทธ์ เสรีเสถียร,

พบ., วว. จิตเวชศาสตร์

กรรมการสอบสารนิพนธ์

ผู้ช่วยศาสตราจารย์วรรณ กงสุริยะนาวัน,

ศษ.ด. (ประชากรศึกษา)

กรรมการสอบสารนิพนธ์

ศาสตราจารย์บรรจง มไหสวริยะ,

พบ., วว. ออร์โธปิดิกส์

คณบดี

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

รองศาสตราจารย์ฟองคำ ดิลกสกุลชัย,

Ph.D (Nursing)

คณบดี

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

กิตติกรรมประกาศ

สารนิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยความกรุณาจากรองศาสตราจารย์ดร. อัจฉราพร สิริรัญวงศ์ อาจารย์ที่ปรึกษาสารนิพนธ์ และอาจารย์ที่ปรึกษาสารนิพนธ์ร่วมผู้ช่วยศาสตราจารย์ดร. วรรณกมลสุริยะนาวัน ผู้ซึ่งให้คำปรึกษา ชี้แนะ ตรวจสอบ ปรับแก้ข้อบกพร่องต่าง ๆ ของการทำ สารนิพนธ์ด้วยความเอาใจใส่เป็นอย่างดี ผู้ศึกษาขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงในความกรุณาของท่าน ณ โอกาสนี้

ขอขอบพระคุณผู้ช่วยศาสตราจารย์ดร.ประภา ยุทธไทร ประธานสอบสารนิพนธ์ และนายแพทย์ประยุกต์ เสรีเสถียร กรรมการสอบสารนิพนธ์ ที่ให้ข้อเสนอแนะในการแก้ไขสารนิพนธ์ เพื่อความสมบูรณ์และเหมาะสมของสารนิพนธ์ยิ่งขึ้น

ขอขอบคุณกรมสุขภาพจิตที่ให้การสนับสนุนทุนในการศึกษาในหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช แผน ข (ภาคพิเศษ) พร้อมทั้งขอขอบพระคุณผู้ร่วมงานที่ให้การสนับสนุน และเป็นกำลังใจในการศึกษาจนสำเร็จได้ด้วยดี

ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่สำนักงานบัณฑิตศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดลทุกท่าน ที่อำนวยความสะดวกในการติดต่อเอกสารในการดำเนินการศึกษาและเพื่อนร่วมรุ่นการศึกษาทุกท่านที่ให้ความห่วงใย เป็นกำลังใจซึ่งกันและกัน

ขอขอบคุณบิดา มารดา และทุกคนในครอบครัว ที่คอยให้กำลังใจ คอยช่วยเหลือ เป็นแรงบันดาลใจ สนับสนุน อำนวยพร จนกระทั่งสามารถบรรลุวัตถุประสงค์ของการศึกษาในครั้งนี้

วัชรวิ จงกรเกตุ

การบำบัดความคิดและพฤติกรรมเพื่อลดอาการเครียดภายหลังเผชิญเหตุการณ์สะเทือนขวัญในบุคคลที่ประสบอุบัติเหตุการจราจร: การพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์

COGNITIVE BEHAVIORAL THERAPY FOR REDUCING POSTTRAUMATIC STRESS SYMPTOMS IN MOTOR VEHICLE ACCIDENT SURVIVORS: EVIDENCE-BASED NURSING

วีธี จงกรเกตุ 4938046 NSMH/M

พย.ม. (การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช)

คณะกรรมการที่ปรึกษาสารนิพนธ์: อัจฉราพร สีห์รัญวงศ์, พย.ด., วรณา คงสุริยนาวัน, ศษ.ด. (ประชากรศึกษา)

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษารูปแบบการบำบัดความคิดและพฤติกรรมเพื่อลดอาการเครียดภายหลังเผชิญเหตุการณ์สะเทือนขวัญแก่บุคคลที่ประสบอุบัติเหตุการจราจร ดำเนินการด้วยวิธีการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์เป็นฐานในการปฏิบัติการพยาบาล ของ Polit & Beck (2008) ดังนี้ 1) ระบุปัญหาทางคลินิกที่ต้องการศึกษา 2) การสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ตามกรอบแนวคิด PICO 3) ประเมินคุณภาพและระดับความน่าเชื่อถือของหลักฐานเชิงประจักษ์ และ 4) สังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์ ผลการดำเนินการได้หลักฐานจำนวน 7 เรื่องที่ตรงตามเกณฑ์ นำมาประเมินคุณภาพพบว่าเป็นงานวิจัยเชิงทดลองแบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุม (Randomized Control Trial) 6 เรื่องและเป็นการคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ (Expert opinion) 1 เรื่อง โดยเมื่อนำงานวิจัยดังกล่าวมาวิเคราะห์และสังเคราะห์ได้ข้อแนะนำดังนี้

การบำบัดความคิดและพฤติกรรมในผู้ประสบอุบัติเหตุการจราจรมีองค์ประกอบหลักของการบำบัด ได้แก่ การให้ความรู้เกี่ยวกับอาการของโรค PTSD การฝึกการผ่อนคลาย การให้เผชิญกับเหตุการณ์สะเทือนขวัญโดยการจินตนาการหรือสถานการณ์จริง การตรวจสอบความคิดและความรู้สึกในทางลบและปรับแก้ให้เป็นทางบวก แนวทางการบำบัดมี 3 รูปแบบคือ แบบรายบุคคลและแบบกลุ่ม โดยที่การบำบัดแบบรายบุคคลสามารถทำในแบบระยะสั้นจำนวน 4 ครั้งติดต่อกันทุกสัปดาห์โดยใช้กลยุทธ์การปรับความคิดและพฤติกรรม และสามารถทำการบำบัดแบบเต็มรูปแบบจำนวน 8-12 ครั้ง เมื่อประเมินผลลัพธ์พบว่าการบำบัดแบบรายบุคคลและกลุ่มสามารถลดอาการ PTSD และโรคที่เกิดขึ้นได้ ซึ่งในการเลือกใช้ในแต่ละรูปแบบนั้นต้องพิจารณาตามความเหมาะสมกับลักษณะอาการของผู้ป่วยและความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ในหน่วยงาน

หน่วยงานที่จะนำไปใช้ควรมีการเตรียมความพร้อมด้านบุคลากรและคู่มือการบำบัด เพื่อนำรูปแบบการบำบัดไปทดลองใช้และพัฒนาเป็นโปรแกรมมาตรฐานต่อไป

คำสำคัญ: ผู้ป่วยภายหลังเกิดอุบัติเหตุการจราจร / การบำบัดความคิดและพฤติกรรม / อาการเครียดภายหลังเผชิญเหตุการณ์สะเทือนขวัญแก่บุคคล / การพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์

COGNITIVE BEHAVIORAL THERAPY FOR REDUCING POSTTRAUMATIC SYMPTOMS
IN MOTOR VEHICLE ACCIDENT SURVIVORS: EVIDENCE-BASED NURSING

WATCHAREE JONGKONKET 4938046 NSMH/M

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

THEMATIC PAPER ADVISORY COMMITTEE : ACHARAPORN SEEHERUNWONG,
D.N.S. (NURSING), WANNA KHONGSURIYANAVIN, Ed.D.

ABSTRACT

This research aimed at studying the appropriate intervention of cognitive behavioral therapy (CBT) to reduce post traumatic stress disorders (PTSD) in motor accident survivors. The evidence based nursing methodology of Polit & Beck (2008) was adapted as follows: 1) identify the clinical problem of the study, 2) search the empirical evidence according to the PICO framework, 3) assess the quality and level of the evidence and 4) synthesize the evidence. From the research, 7 appropriate articles were found. The quality and level of evidence assessment and their rating revealed 6 Randomized Control Trials (CBT) and 1 Expert opinion. The analysis and synthesis of this evidence yielded the following recommendation: The therapeutic intervention in CBT to reduce PTSD in motor accident survivors contained the main components, i.e., education about PTSD, relaxation training, imaginary or actual coping with situations triggering traumatic stress. Negative thoughts and feelings investigations were carried out to adjust them to positive thoughts and feelings. The intervention can be carried out in 3 ways, i.e., either fast track individual or group CBT requiring 4 consecutive daily short sessions per week or a full version of the individual CBT which requires 8-12 sessions. The outcome assessment showed that CBT could reduce PTSD and co-morbidity symptoms with the choice of intervention being based on appropriateness of the PTSD symptoms of the patients and the implementation potential of the health care unit.

The implementation of the recommendations in the health care unit requires the preparation of the health care personnel and a CBT intervention manual for a pilot study in order to develop the standard program thereafter.

KEY WORDS: MOTOR VEHICLE ACCIDENT SURVIVORS / COGNITIVE BEHAVIORAL
THERAPY / POST TRAUMATIC STRESS DISORDER /
EVIDENCE BASED NURSING

139 pages

สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ	ค
บทคัดย่อ (ภาษาไทย)	ง
บทคัดย่อ (ภาษาอังกฤษ)	จ
บทที่ 1 บทนำ	1
1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
1.2 ปัญหาทางคลินิกที่ต้องการศึกษา	10
1.3 วัตถุประสงค์ของการศึกษา	11
1.4 ผลลัพธ์ที่คาดหวัง	11
บทที่ 2 วิธีการดำเนินการ	12
2.1 วิธีการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์	12
2.2 วิธีการที่ใช้ในการประเมินคุณภาพและระดับของหลักฐานเชิงประจักษ์	14
บทที่ 3 ผลการดำเนินการ	16
3.1 ผลการดำเนินการสืบค้น	16
3.2 การประเมินคุณภาพของหลักฐานเชิงประจักษ์	20
3.3 การสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์	84
3.3.1 ตารางสรุปการสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์	93
3.4 ข้อเสนอแนะ (Recommendation)	104
บทที่ 4 สรุปการศึกษาและข้อเสนอแนะ	111
4.1 สรุปผลการศึกษา	111
4.2 ข้อเสนอแนะในการนำไปใช้ในการปฏิบัติงาน	112
บทสรุปแบบสมบูรณ์ภาษาไทย	114
บทสรุปแบบสมบูรณ์ภาษาอังกฤษ	125
รายการอ้างอิง	135
ประวัติผู้ศึกษา	139

บทที่ 1

บทนำ

1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหาทางคลินิกที่สนใจ (Background and Significance of Clinical Problem)

การบาดเจ็บจากอุบัติเหตุการจราจรเป็นภัยอย่างหนึ่งของคนทั่วโลก และมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นเป็นลำดับจากความเจริญก้าวหน้าทางเทคโนโลยีต่างๆ ที่พัฒนาขึ้น เช่น การก่อสร้างถนนที่เพิ่มมากขึ้นเพื่อเพิ่มความสะดวกสบายในการเดินทาง ยานพาหนะที่มีความเร็วสูง การขนส่งมวลชนที่มีหลากหลายรูปแบบขึ้น และสามารถบริการผู้โดยสารได้ครั้งละจำนวนมากๆ ฯลฯ และอีกส่วนหนึ่งก็เป็นสาเหตุมาจากตัวบุคคลเองในเรื่องพฤติกรรม ความคิด และการตัดสินใจในการใช้ยานพาหนะและการใช้ถนนร่วมกัน ความเจริญก้าวหน้าทางด้านวัตถุเหล่านี้แม้จะช่วยอำนวยความสะดวกสบาย แต่ก็ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในการดำเนินชีวิตที่เสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุได้ ซึ่งการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวนี้ยังเป็นสิ่งส่งเสริมให้เกิดการบาดเจ็บในแต่ละครั้งมากขึ้น มีทั้งจำนวนและความรุนแรงที่เป็นอันตรายต่อชีวิตมากขึ้นเช่นกัน

สำหรับประเทศไทยสถิติการเกิดอุบัติเหตุทางถนนในปี พ.ศ.2550 จากรายงานสรุปสถิติอุบัติเหตุจราจร มีจำนวน 101,752 ราย มีผู้บาดเจ็บจำนวน 79,029 ราย เสียชีวิตจำนวน 12,492 ราย ในปี พ.ศ.2551 มีจำนวน 88,713 ราย มีผู้บาดเจ็บจำนวน 78,146 ราย เสียชีวิตจำนวน 10,567 ราย และในปี พ.ศ.2552 มีจำนวน 84,806 ราย มีผู้บาดเจ็บจำนวน 61,996 ราย และเสียชีวิตจำนวน 10,796 ราย รวมมูลค่าความสูญเสียทางเศรษฐกิจ รวม 3,815.52 ล้านบาท (ศูนย์อำนวยการความปลอดภัยทางถนน, 2551) และจากข้อมูลจำนวนผู้ประสบอุบัติเหตุการจราจรของสถานีอนามัยบ้านไร่สวนลาว ตำบลบ้านเข็ญ อำเภอหันคา จังหวัดชัยนาท ในปี พ.ศ. 2552 พบว่ามีจำนวนของผู้ประสบอุบัติเหตุการจราจรทางบก 85 ราย (สถานีอนามัยบ้านไร่สวนลาว, 2552) ซึ่งเหตุการณ์อุบัติเหตุครั้งสำคัญและมีจำนวนผู้ประสบอุบัติเหตุมากที่สุดก็คือเหตุการณ์รถยนต์โดยสารประจำทางเบรคแตก ซึ่งมีผู้โดยสารทั้งหมดจำนวน 50 คน ซึ่งในจำนวนนั้นเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขของสถานีอนามัยบ้านไร่สวนลาวจำนวน 35 คน ซึ่งเหตุการณ์ครั้งนั้นยังคงเป็นที่กล่าวขวัญถึงและยังคงอยู่ในความทรงจำของผู้ประสบเหตุการณ์ โดยเฉพาะคนที่ได้รับบาดเจ็บและคนที่เห็นเหตุการณ์ตั้งแต่แรกเริ่มจนกระทั่งเหตุการณ์สิ้นสุดลง

เนื่องจากการเกิดอุบัติเหตุเป็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นโดยไม่คาดคิดมาก่อน ผลกระทบจากอุบัติเหตุที่เกิดขึ้นตามมาภายหลังเป็นสิ่งที่ไม่คาดคิดมาก่อนเช่นกัน เช่น หลังอุบัติเหตุผู้ป่วยอาจต้องเผชิญกับความเจ็บป่วยที่รุนแรงในด้านร่างกาย การเผชิญกับความตาย ความไม่แน่นอนของความรุนแรงจากการบาดเจ็บ วิธีการรักษา ระยะเวลาที่ใช้ในการรักษา ผลที่ตามมาจากการบาดเจ็บ ภาวะที่ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ การสูญเสียความเป็นบุคคล การเปลี่ยนแปลงภาพลักษณ์ การถูกแยกออกจากญาติ มิตร สังคมและการที่ต้องอยู่ในภาวะพึ่งพาผู้อื่น ซึ่งจะเห็นได้ว่านอกจากอุบัติเหตุจะส่งผลกระทบต่อทางด้านร่างกายแล้วยังส่งผลกระทบต่อทางด้านจิตใจด้วย

จากผลการสำรวจทางระบาดวิทยาในคนอเมริกันยืนยันว่าการประสบอุบัติเหตุการจราจรเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดอาการเครียดภายหลังเผชิญเหตุการณ์สะเทือนขวัญ (post-traumatic stress disorder : PTSD) การศึกษาในผู้ที่ได้รับบาดเจ็บจากการประสบอุบัติเหตุการจราจรพบว่าผู้ประสบอุบัติเหตุการจราจรมีอัตราการเกิด PTSD ประมาณร้อยละ 8 (Mayou, Bryant & Duthie, 1993 cited in Blanchard et al., 2003) ถึงประมาณร้อยละ 40 (Blanchard & Hickling, 1997, Epstein, 1993 cited in Blanchard et al., 2003) ซึ่งคิดเป็นค่าเฉลี่ยประมาณร้อยละ 25 (Blanchard & Hickling, 1997 cited in Blanchard et al., 2003) และการศึกษาทางระบาดวิทยาในประเทศสหรัฐอเมริกาและประเทศเยอรมนี ยืนยันว่าการประสบอุบัติเหตุการจราจรมักนำไปสู่การเกิดอาการ PTSD ได้บ่อยครั้งมากที่สุดในจำนวนเหตุการณ์สะเทือนขวัญที่เกิดขึ้น และการศึกษาในระยะยาวพบว่าร้อยละ 50 ของผู้ที่ประสบอุบัติเหตุการ PTSD จะทุเลาลงไปภายใน 6 เดือนแรก ส่วนคนที่ยังมีอาการต่อเนื่องไปมากกว่า 6 เดือน และมากกว่า 12 เดือนจะเป็นสาเหตุทำให้เกิดโรคทางจิตเวชอื่นๆ ตามมา (Maercker, Zollner, Menning, Robe & Karl, 2006)

Posttraumatic stress disorder หรือชื่อย่อว่า PTSD เป็นความผิดปกติทางจิตเวชที่เกิดขึ้นกับบุคคลหลังเกิดเหตุการณ์ร้ายแรง หรือตกอยู่ในภาวะกดดันที่มากกว่าจะพบได้ในชีวิตประจำวัน ซึ่งเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นมักจะเกี่ยวข้องกับความเป็ความตายหรือความปลอดภัย ซึ่งบุคคลอาจเป็นผู้เผชิญกับเหตุการณ์ด้วยตัวเองหรือเป็นพยานรู้เห็นเหตุการณ์นั้นๆ ก็ได้เช่นการประสบภัยพิบัติทางธรรมชาติ การถูกข่มขืน การประสบอุบัติเหตุที่ร้ายแรง สงคราม เป็นต้น จากการศึกษาอุบัติการณ์ของ PTSD แสดงให้เห็นว่าโรคนี้เป็นโรคทางจิตเวชที่พบได้บ่อยเป็นอันดับ 4 โดยพบในผู้ชายถึงร้อยละ 10.3 และในผู้หญิงร้อยละ 18.3 ทั้งนี้อุบัติการณ์การเกิด PTSD ที่สูงในกลุ่มประชากรทั่วไปนี้ มีสาเหตุมาจากอัตราความรุนแรงที่เพิ่มขึ้นในสังคมปัจจุบัน นอกจากนี้ยังพบว่าจากการประเมินประชากรโดยทั่วไปมีโอกาที่จะเผชิญกับเหตุการณ์สะเทือนใจรุนแรงอย่างน้อยครั้งหนึ่งในชีวิต และประมาณร้อยละ 25 มีโอกาที่จะเกิด PTSD ได้ (รณชัย คงสกนธ์, 2548)

การประสบเหตุการณ์การถูกทำลายที่รุนแรงส่งผลทั้งทางร่างกายและจิตใจ โรค PTSD เป็นโรคทางจิตเวชที่มีการเปลี่ยนแปลงของปฏิกิริยาทางด้านจิตใจและทางด้านร่างกาย การตอบสนองของบุคคลที่มีต่อภาวะความรุนแรงที่มากระตุ้นอย่างไม่มี การเปลี่ยนแปลง ส่งผลให้ระบบประสาทส่วนกลางมีการถูกทำลายจากภาวะความเครียดที่เกิดขึ้นและไม่สามารถควบคุมให้คงที่ได้ เกิดความทนต่อเหตุการณ์ความรุนแรงลดลงอย่างต่อเนื่อง เมื่อมีเหตุการณ์มากระตุ้นจะแสดงออกโดยมีความเครียดในทุกเรื่องและความวิตกกังวลที่ไม่สามารถปรับให้ลดลงได้ ส่งผลทำให้เกิดการแสดงพฤติกรรมต่อต้านตามมาทั้งต่อตนเองและคนอื่นๆหรือพฤติกรรมแยกตัวจากสังคม ภาวะเครียดแบบเฉียบพลันมีความสัมพันธ์กันอย่างผกผันกันกับการตอบสนองของสารชีวภาพในร่างกายซึ่งประกอบไปด้วย การกระตุ้นของ hypothalamic-pituitary-adrenocortical (HPA) axis และการปล่อย adrenocorticotrophic hormone (ACTH) ที่ระบบประสาทส่วนปลาย epinephrine, norepinephrine, glucagon และ cortisol ซึ่งมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับศูนย์ควบคุมการทำงานของระบบประสาทส่วนปลายซิมพาเทติกและสารสื่อประสาทในระบบประสาทส่วนกลาง Catecholamine เป็นตัวนำทำให้เกิดอาการวิตกกังวล อัตราการเต้นของหัวใจเร็วกว่าปกติ การหายใจช่วงสั้นๆและการขับเหงื่อ ส่งผลให้เกิดการถอยหนีหรือการสู้ต่อภาวะเครียดที่เกิดขึ้นซึ่งอาจมีการเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลาในผู้ป่วย PTSD และเป็นการยากที่จะทำนายทิศทางของการเปลี่ยนแปลงของ Catecholamine อย่างไรก็ตามพบว่า Catecholamine มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติต่อการเกิดพยาธิสภาพของโรค PTSD และนอกจากนี้ยังพบสมมติฐานที่ว่า การเพิ่มปริมาณที่สูงขึ้นของสารน้ำในไขสันหลัง (CSF) และ corticotropin-releasing hormone (CRH) มีผลต่อการเกิดอาการของโรค PTSD (Joanne et al., 2000)

โรค PTSD นั้นส่งผลกระทบต่ออาการทางร่างกายหลายระบบด้วยกันตั้งแต่ระบบกล้ามเนื้อ ระบบทางเดินอาหาร ระบบหัวใจ ระบบประสาทและระบบสืบพันธุ์ ซึ่งผู้ป่วยมักได้รับการบำบัดรักษาเฉพาะทางด้านร่างกาย แต่มีขาดการดูแลทางด้านจิตใจภายหลังเผชิญเหตุการณ์ที่รุนแรงจึงส่งผลทำให้เกิดอาการทางจิตมากขึ้นจนเกิดเป็นโรค PTSD และโรคทางจิตเวชอื่นๆตามมา เช่น โรคซึมเศร้า โรควิตกกังวล การคิดสารเสพติด และโรคความผิดปกติของบุคลิกภาพได้ (Joanne, 2000)

จากงานวิจัยของโจแอนและคณะ (Joanne, 2000) พบว่ามีปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรค PTSD ดังนี้ (1) ความรุนแรงของอุบัติเหตุ (2) ความเกี่ยวข้องกับเหตุการณ์ การได้รับบาดเจ็บที่รุนแรง หรือมีคนตาย (3) การรับรู้ ต่อเหตุการณ์ภาวะความเครียด (4) ความจำอย่างเฉียบพลันขณะเกิดเหตุการณ์ (5) ความยากลำบากในการขับขี้ หรือโดยสารรถยนต์ ภายหลังเกิดเหตุการณ์ (6) การมีประวัติประสบเหตุการณ์ที่รุนแรงมาก่อน (7) การมีประวัติโรคทางจิตเวช และจากการทบทวน

วรรณกรรมอย่างเป็นระบบในงานวิจัยของ โจนาทาน (Jonathan, 2007) พบว่าเป็นการยากที่จะหาปัจจัยในการทำนายการเกิดโรค PTSD แต่พบว่ามีปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรค PTSD ซึ่งสามารถนำไปใช้เป็นเครื่องมือในการคัดกรองความเสี่ยงต่อการเกิดโรค PTSD ได้อย่างคร่าว ๆ และรวดเร็ว ดังนี้

1) ปัจจัยเสี่ยงที่มีอยู่ก่อนเกิดเหตุการณ์ ได้แก่ ป่วยเป็นโรคทางจิตเวชอยู่ก่อน เพศ (ซึ่งพบว่า ผู้หญิงมากกว่าผู้ชาย) บุคลิกภาพส่วนบุคคล ฐานะทางเศรษฐกิจที่ไม่ดี มีการศึกษาน้อย มีเชื้อสายเป็นพวกชนกลุ่มน้อย เป็นการเผชิญเหตุการณ์ความรุนแรงครั้งแรก และคนในครอบครัวมีประวัติเจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตเวช

2) ปัจจัยเสี่ยงขณะเกิดเหตุการณ์ ได้แก่ ความรุนแรงของเหตุการณ์ที่เผชิญ การรับรู้ต่อภาวะคุกคามของชีวิต ภาวะของอารมณ์ของผู้ป่วยขณะเกิดเหตุการณ์ การถูกแยกออกจากเหตุการณ์

3) ปัจจัยเสี่ยงหลังเกิดเหตุการณ์ ได้แก่ การได้รับการสนับสนุนทางสังคมน้อย การมีภาวะเครียดของชีวิตที่เกิดขึ้นตามมาภายหลัง

อาการของ PTSD จะเกิดขึ้นหลังเหตุการณ์ที่คุกคามชีวิต ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางจิตใจอย่างรวดเร็ว และรุนแรง มีการเปลี่ยนแปลงของร่างกายที่แสดงถึงอาการของความเครียดอย่างต่อเนื่อง ได้แก่ อาการช็อกทางจิตใจ เจ็บเฉย งด ขาดการตอบสนอง สับสน อารมณ์เฉยชาไม่แจ่มใสไร้เรงเหมือนเดิม อาการนี้มักเกิดในวันแรกๆ อาการตกใจและหวาดกลัว (Hyperarousal) ต่อเหตุการณ์นั้น วิตกกังวลง่าย กังวลแม้แต่เรื่องเล็กน้อย ตกใจง่ายจากเสียงดัง ขาดสมาธิ ย้ำคิดย้ำทำ คิดวนเวียนเรื่องที่วิตกกังวลซ้ำๆ อาจมีอาการอารมณ์แปรปรวน ร้องไห้ ไม่สามารถควบคุมตนเอง มีความรู้สึกเหมือนอยู่ในเหตุการณ์นั้นอีก (Reexperiencing) คิดถึงเหตุการณ์นั้นซ้ำๆ ตกใจขึ้นมาเองเหมือนตัวเองอยู่ในเหตุการณ์นั้นเมื่อมีสิ่งเร้าเพียงเล็กน้อย คิดซ้ำๆ ถึงเหตุการณ์นั้น ฝันร้ายว่าอยู่ในเหตุการณ์นั้นอีก รู้สึกเหมือนอยู่ในเหตุการณ์นั้นขึ้นมาเองและตกใจกลัว (Flash back) เกิดอาการทางร่างกายจากความวิตกกังวลรุนแรง เช่น ใจสั่นมือสั่น เหงื่อออกมาก กลัวและหลีกเลี่ยง (Avoidance) กลัวสถานที่หรือสถานการณ์ที่ประสบเหตุ หวาดกลัวสิ่งเร้าที่เกี่ยวข้องกับเหตุการณ์ หลีกเลี่ยงไม่กล้าเผชิญกับสิ่งเร้าเหล่านั้นๆ และไม่กล้าเข้าไปในที่ที่เกิดเหตุ อาการต่างๆ เหล่านี้เกิดขึ้นได้ร้อยละ 15-40 ของผู้ประสบภัย ถ้าเกิดขึ้นใน 4 สัปดาห์แรกหลังเหตุการณ์ และหายไป 4 สัปดาห์เรียกว่า Acute stress disorder ส่วนใหญ่อาการเหล่านั้นมักหายได้เอง ถ้าหลัง 4 สัปดาห์แล้วยังมีอาการเหล่านั้นอยู่หรืออาการเหล่านั้นเกิดขึ้นในภายหลังเรียกว่า Post-traumatic stress disorder (PTSD) อาการที่พบร่วมด้วย ได้แก่ โศกเศร้าจากการสูญเสีย (Grief Reaction) หมดหวัง ท้อแท้ รู้สึกไม่สามารถควบคุมเหตุการณ์ใดๆ ได้ พฤติกรรมถดถอย (Regression) เป็นเด็กลงไปกว่าวัยแต่ส่วนใหญ่มักพบในเด็ก ซึ่งอาจมีปัญหาอารมณ์หรือพฤติกรรมอื่นๆ ตามมาเช่น ซึมเศร้าและฆ่าตัวตาย (Depression and suicide)

อาการซึมเศร้าอาจเกิดต่อเนื่องมาจากเหตุการณ์ในสัปดาห์แรก หรือเกิดภายหลัง อาการซึมเศร้าที่เกิดขึ้นรุนแรงมากจนคิดว่าเป็นความผิดของตนเอง เบื่อชีวิต คิดอยากตาย คิดฆ่าตัวตายได้ เรียกว่า โรคซึมเศร้า (Major depressive disorder) ส่วนอาการซึมเศร้าที่ไม่รุนแรงมากเรียกว่าเป็นอาการซึมเศร้าจากภาวะการปรับตัวผิดปกติที่มีอารมณ์เศร้า (Adjustment disorder with depressed mood) (รณชัย คงสกนธ์, 2548)

จาก DSM-IV (American Psychiatric Association., 2000) ได้อธิบายลักษณะอาการหลักของ PTSD ไว้ 3 อาการด้วยกัน 1) Re-experiencing การหวนกลับมาของเหตุการณ์ทั้งทางความคิด ความฝัน และการเห็นภาพเหตุการณ์จริงที่น่ากลัว 2) Numbing (avoiding) การหลีกเลี่ยงที่จะตอบสนองต่อสิ่งเร้าที่เกี่ยวข้องกับเหตุการณ์นั้น หรือความรู้สึกเฉยชาไม่สนใจสิ่งรอบข้าง (ซึ่งรวมไปถึงการจำกัดการแสดงออกอารมณ์ แยกตัวหรือห่างเหินจากผู้อื่น และไม่สามารถนึกถึงช่วงสำคัญของเหตุการณ์ได้) 3) Hyperarousal การมีภาวะตื่นตัวสูงผิดปกติ เช่น มีปัญหาการนอน ไม่มีสมาธิ และการตกใจกลัวเกินปกติ

การดำเนินโรคของ PTSD แบ่งออกเป็น 3 stage คือ stage 1 ปฏิกริยาตอบสนองต่อ trauma ในบุคคลที่ไม่มีแนวโน้มจะเป็นโรคอาจมีเพียงอาการจากการหลั่ง adrenalin เพียงระยะสั้นๆ แต่ในบุคคลที่มีแนวโน้มจะเป็นโรค จะมีอาการเพิ่มมากขึ้น ได้แก่ อาการ anxiety อาการตื่นตระหนกเกินควร มี preoccupation หลังเกิดเหตุการณ์บ่อยๆ stage 2 มีอาการแบบ stage 1 แต่ระยะเวลาที่เป็นอยู่ 4-6 สัปดาห์ มีความรู้สึกสิ้นหวัง (hopeless) สูญเสียการควบคุมตนเอง (loss of control) เพิ่มการกระตุ้นระบบประสาทอัตโนมัติ (increase autonomic arousal) ผู้ป่วยจะรู้สึกเหมือนอยู่ร่วมในเหตุการณ์ trauma นั้น ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในชีวิตประจำวัน มีความรู้สึกกลัวและหลีกเลี่ยง (phobic avoidance) stage 3 เป็น chronic PTSD ผู้ป่วยจะรู้สึกไร้ความสามารถ (demoralization) และมีความคิดหมกมุ่นเรื่องการไร้ความสามารถด้านร่างกาย (despondency) และแสดงออกทางกายมีภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าเรื้อรัง นอกจากนี้อาจพบปัญหาการใช้สารเสพติด ปัญหาความสัมพันธ์ในครอบครัวและการทำงาน (พนม เกตุมาน, 2548)

สำหรับผู้ประสบอุบัติเหตุที่มีอาการ PTSD จนเข้าเกณฑ์การวินิจฉัยโรค Post-traumatic stress disorder ของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน (DSM IV) (American Psychiatric Association, 2000) มีอาการดังนี้

- A. ผู้ประสบภัยอยู่ในเหตุการณ์ภัยพิบัติที่มีความรุนแรงนั้น และมีลักษณะทั้งสองข้อต่อไปนี้
1. เฝียญด้วยตนเองกับเหตุการณ์ที่คุกคามชีวิต การบาดเจ็บ ของตนเองหรือผู้อื่น
 2. ผู้ประสบภัยนั้นเกิดความกลัวอย่างรุนแรง รู้สึกช่วยเหลือตนเองไม่ได้ หวาดหวั่นอย่างมาก ในเค็อาจแสดงออกเป็นพฤติกรรมวุ่นวาย

B. มีอาการที่แสดงว่าได้กลับไปเผชิญเหตุการณ์นั้นอีก (re-experience) อย่างน้อย 1 ข้อ ใน 5 ข้อต่อไปนี้

1. คิดวนเวียนหวนระลึกถึงเหตุการณ์นั้นบ่อยๆ
2. ฝันร้ายเกี่ยวกับเหตุการณ์นั้นซ้ำๆ
3. มีพฤติกรรมหรือความรู้สึกว่ากลับไปอยู่ในเหตุการณ์นั้นอีก
4. รู้สึกเครียดเวลานึกถึง พุดถึง หรือเผชิญสิ่งเร้าที่ทำให้นึกถึงเหตุการณ์
5. มีอาการทางร่างกายตอบสนองเวลาเผชิญเหตุการณ์นั้นจริง หรือคิดถึงเช่น หายใจ

เต้นแรง หอบและเหงื่อออกมาก

C. ผู้ป่วยมีพฤติกรรมหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้น ที่เกี่ยวกับเหตุการณ์นั้น อย่างน้อย 3 ข้อ ใน 7 ข้อต่อไปนี้

1. หลีกเลี่ยงการคิด ความรู้สึก การสนทนา ที่เกี่ยวกับเหตุการณ์
2. หลีกเลี่ยงกิจกรรม สถานที่ คน ที่ทำให้นึกถึงเหตุการณ์
3. ลืมเหตุการณ์ตอนสำคัญๆ
4. มีความรู้สึกเหินห่างจากคนที่เคยรู้จัก
5. อารมณ์เฉยชาต่อผู้อื่น ความสนใจต่อสิ่งต่างๆลดลง
6. ไร้อารมณ์ตอบสนอง การแสดงออกของอารมณ์ลดลง
7. ขาดความสนใจเกี่ยวกับการดำเนินชีวิต

D. อาการของความตื่นตัว มีอย่างน้อย 2 ข้อใน 5 ข้อต่อไปนี้

1. นอนหลับยาก หรือตื่นง่าย
2. หงุดหงิดง่าย โกรธง่าย
3. ขาดสมาธิ
4. มีความตื่นตัวตลอดเวลา
5. ตื่นเต้นตกใจง่าย

E. อาการในข้อ B, C, D นานเกิน 1 เดือน

F. อาการทำให้เกิดปัญหาในการปรับตัวอย่างมาก ชัดเจนต่อ สังคม อาชีพ และหน้าที่สำคัญของชีวิต

การวินิจฉัยแยกโรคแบ่งออกตามระยะเวลาของการเป็นโรคดังนี้ Acute stress disorder

มีอาการ 4 สัปดาห์ภายหลังเผชิญกับภัยอันตราย และอาการต้องหายภายใน 4 สัปดาห์ภายหลังเหตุการณ์ด้วย ถ้าผู้ป่วยมีอาการนานกว่า 1 เดือนแต่น้อยกว่า 3 เดือน เรียกว่า PTSD ถ้าเป็นนานกว่า 3 เดือนถือว่าเป็นประเภทรื้อรังเรียก Chronic และเริ่มการเกิดอาการภายหลังจากเหตุการณ์ผ่านไปแล้วอย่างน้อย 6 เดือน เรียกว่า delayed onset (สมภพ เรืองตระกูล, 2549)

การรักษา Post-traumatic stress disorder นั้นมีหลายวิธีด้วยกันตั้งแต่การบำบัดรักษาด้วยยาและการบำบัดทางจิต ขึ้นอยู่กับอาการที่มีความแตกต่างกันและระดับความสามารถของผู้ให้บริการ (รณชัย คงสกนธ์, 2548)

1. การบำบัดรักษาด้วยยา (medication) มีวัตถุประสงค์เพื่อลดอาการวิตกกังวล อาการที่เหมือนตกอยู่ในเหตุการณ์นั้นอีกซ้ำๆ อาการทางระบบประสาทอัตโนมัติที่เกี่ยวข้องกับโรค PTSD เช่น อาการหวาดกลัว ยาที่ใช้ได้แก่ (1) clonidine และยากลุ่ม beta adrenergic blockers ซึ่งยับยั้ง noradrenergic activity, (2) benzodiazepines ซึ่งช่วยยับยั้งการทำงานของ GABA (3) Lithium และ cabamazepine ซึ่งช่วยให้การทำงานของระบบประสาทส่วนกลางคงที่ (4) ยากลุ่ม Antidepressants ในการรักษาโรค PTSD ชนิดเรื้อรัง ได้แก่ ยากลุ่ม tricyclic antidepressant, Monoamine oxidase (MAO) inhibitors, Selective Serotonin Reuptake inhibitors (SSRIs) เช่น sertraline, paroxetine, fluoxetine และ venlafaxine การให้ยา ให้เริ่มจากปริมาณน้อย จากนั้นก็ค่อยสังเกตผลข้างเคียงของยาจนอาการดีขึ้นให้นานประมาณ 6-12 เดือน ถ้าอาการสงบดีขึ้นจึงค่อยๆ ลดปริมาณยาลงและหยุดยา ยากลุ่ม Antianxiety medications ไม่แนะนำให้ใช้ใน PTSD ถ้ามีอาการเครียดหรือนอนไม่หลับ แนะนำให้ใช้ tricyclic antidepressant

2. การบำบัดทางจิตมีด้วยกันหลายวิธี แต่ผู้เชี่ยวชาญในด้านการรักษาส่วนใหญ่แนะนำให้ใช้วิธีการรักษาร่วมกันทั้งสองแบบ โดยเริ่มด้วย psychotherapy เป็นอันดับแรก และตามด้วยการรักษาด้วยยา การรักษาเมื่อมีโรคทางจิตเวชอื่นๆ เกิดร่วม (psychiatric comorbidity) และถ้าผู้ป่วยมีปัญหาเรื่องการใช้สารเสพติด (substance abuse หรือ dependence) ก็ควรให้การรักษาในเรื่องปัญหาของการใช้สารเสพติดก่อนเพื่อความสำเร็จในการรักษา การให้การดูแลในระยะแรกเริ่มรักษา (3 เดือนแรกจนกว่าอาการจะคงที่) ในการรักษาแนะนำให้ทำ psychotherapy สัปดาห์ละครั้งแบบ individual แต่ละครึ่งประมาณ 60 นาที และในการให้ยาจะติดตามการรักษาสัปดาห์ละครั้งในช่วงเดือนแรก หลังจากนั้นจึงเปลี่ยนเป็นทุก 2 สัปดาห์

ในการบำบัดทางจิต มีการใช้วิธีการต่างๆ ดังนี้

2.1 การจัดการกับความวิตกกังวล (Anxiety management) ประกอบไปด้วยเทคนิคต่างๆ

1) relaxation training สอนให้ผู้ป่วยควบคุมความกลัวและความวิตกกังวลโดยการผ่อนคลายกล้ามเนื้อต่างๆอย่างเป็นระบบ

2) breathing retraining สอนวิธีการหายใจใหม่ โดยใช้กล้ามเนื้อหน้าท้องช่วยผ่อนคลาย และหลีกเลี่ยงการหายใจเร็วที่จะทำให้เกิด hyperventilation เมื่อมีความรู้สึกไม่สบายใจหรือมีการตื่นตัวทางร่างกาย

3) positive thinking and self-talk สอนวิธีการคิดแง่บวกแทนการคิดในแง่ลบ และการพูดเตือนตัวเอง

4) assertiveness training สอนวิธีการแสดงความปรารถนา แสดงอารมณ์ แสดงความเห็นที่เหมาะสมโดยไม่แปลกแยกจากผู้อื่น

5) thought stopping ใช้เทคนิคการหยุดความคิดโดยการตะโกน

2.2 การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (Cognitive therapy) เป็นการปรับเปลี่ยนความเชื่อ การสรุปความที่ไม่เป็นความจริง หรือความคิดอัตโนมัติที่จะนำไปสู่การบกพร่องหน้าที่การทำงาน จุดมุ่งหมายในการบำบัดทางความคิด (Cognitive therapy) เพื่อช่วยสอนให้ผู้ป่วยได้รู้ถึงdysfunctional cognition ของตนเอง แล้วนำไปใช้แก้ไขสถานการณ์โดยคำนึงถึงความจริงเพื่อให้มีสมดุลของอารมณ์ ผู้เชี่ยวชาญส่วนใหญ่เชื่อว่าการใช้ CBT มีประโยชน์ ดังนี้ 1) ช่วยในการลดพฤติกรรมหวาดกลัวที่มากเกินไป 2) ช่วยในการประเมินเหตุการณ์อันตรายที่เกิดขึ้นจากความคิดแบบผิดๆที่ฝังแน่นให้เปลี่ยนเป็น ทางบวกมากขึ้น

2.3 การฝึกการเผชิญกับสถานการณ์ (Exposure therapy) เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญหน้ากับสถานการณ์เฉพาะอย่างผู้คน วัตถุ หรืออารมณ์ที่โน้มน้ามาเกี่ยวข้องกับ ความเครียด และ กระตุ้นให้เกิดความตึงเครียดในปัจจุบัน อาจทำได้ 2 ทาง คือ การ imaginal exposure โดยการนึกถึงเหตุการณ์ traumatic memories ซ้ำๆจนกว่าจะไม่เกิดความเครียดมากนัก และการ in vivo exposure การให้เผชิญกับสถานการณ์จริงในปัจจุบันซึ่งไม่มีอันตรายเพราะการเผชิญหน้ากับเหตุการณ์ซ้ำๆจะช่วยให้ผู้นั้นรู้สึกว่าการที่กลัวนั้นไม่น่ากลัวอีกต่อไป แต่ในบุคคลที่มีแนวโน้มว่าจะมีความกลัวอย่างรุนแรง ควรหลีกเลี่ยง เช่น การขับรถอีกครั้งภายหลังเกิดอุบัติเหตุ

2.4 การให้ความรู้ทางด้านสุขภาพจิต (Psychoeducation) แก่ผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับอาการของ PTSD และวิธีการต่างๆในการรักษา การทำให้เกิดความเข้าใจว่าอาการของ PTSD นั้นเป็นสิ่งปกติจะเป็นอยู่เพียงช่วงเวลาสั้นๆ สามารถหายได้และอาการร่วมอื่นๆที่อาจเกิดขึ้นได้ วิธีการอื่นๆที่อาจใช้ เช่น eye movement desensitization reprocessing (EMDR)

แต่จากการทบทวนวรรณกรรมหรืองานวิจัยที่ผ่านมาพบว่า วิธีการบำบัดทางจิตที่ใช้ได้ผลดีในการรักษา PTSD คือการรักษาทางด้านการบำบัดความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavior Therapy หรือ CBT) (Harvey, A. G., 2002) เนื่องจากวิธีการที่นำมาใช้ในการรักษาด้วย CBT นั้นประกอบไปด้วย หลายวิธีรวมกัน ได้แก่

(1) Psychoeducation การให้ความรู้เกี่ยวกับอาการภายหลังเผชิญเหตุการณ์รุนแรง ตั้งแต่ในระยะแรกของการรักษา การให้ความรู้จะเน้นจำเพาะไปที่อาการการตอบสนองภายหลังการ

ได้รับบาดเจ็บและร่วมกันอภิปรายหาวิธีการจัดการในระหว่างการเข้ารับการรักษ วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้ป่วยรู้ถึงปฏิกิริยาการตอบสนองภายหลังการเกิด เหตุการณ์รุนแรง และ หาวิธีการจัดการ กับ อาการที่เกิดและเหตุผลที่ต้องรับการรักษา

(2) Exposure การขยายระยะเวลาของการเผชิญกับสถานการณ์ โดยผู้บำบัดเป็นผู้ ช่วยเหลือ ให้ผู้ป่วยเล่าเรื่องประสบการณ์ เหตุการณ์ ที่รุนแรงโดยเน้นประเด็นที่สำคัญเรื่อง ความรู้สึกและการตอบสนองต่อเหตุการณ์ บางครั้งอาจจะต้องมีการตั้งคำถามเพื่อให้ผู้ป่วยพูดและ แนใจถึงประเด็นปัญหาที่สำคัญอันดับแรกของผู้ป่วย สามารถขยายระยะเวลาของการเผชิญกับ สถานการณ์ ที่รุนแรงได้อย่างน้อยที่สุด 50 นาที การส่งเสริม ให้มีการทำเพิ่มเติมโดยไปฝึกทำที่บ้าน เป็นประจำ การให้ฝึกจินตนาการเมื่อต้องเผชิญกับสถานการณ์จริง การฟังเทปเพื่อกระตุ้นการฝึก เผชิญกับสถานการณ์และนำไปใช้ในการฝึกเผชิญโดยการเผชิญภาพสถานการณ์จริงจาก คอมพิวเตอร์

(3) Cognitive restructuring วิธีการปรับความคิด การสอนวิธีการปรับตัวของผู้ป่วยโดย มีการจำแนก และการประเมินเหตุการณ์ทางลบ จากความคิดอัตโนมัติ และช่วยให้ผู้ป่วยประเมิน ความเชื่อเกี่ยวกับ ความรุนแรง ที่ได้รับภายหลังการเกิดอุบัติเหตุ

(4) Anxiety management training การฝึกสอนการจัดการความวิตกกังวล วัตถุประสงค์เพื่อแนะนำการจัดการความคิด การควบคุมความกลัวที่มากเกินไป การลดระดับ ความ ตึงเครียดและหวาดกลัว และสามารถเผชิญกับความจำต่อเหตุการณ์ที่ได้รับ ความรุนแรง การสร้าง ภูมิคุ้มกันต่อความเครียด

ระยะเวลาที่ใช้ในการทำ CBT ในผู้ป่วย PTSD นั้น ควรทำ 9-12 ครั้ง ใช้เวลาประมาณ 60-90 นาที

จากสถานการณ์ปัญหาดังกล่าวซึ่งสอดคล้องกับสถานการณ์ปัญหาสุขภาพจิตในเขต ความรับผิดชอบของสถานีอนามัยบ้านไร่สวนลาว ที่พบว่าในปัจจุบันมีจำนวนผู้ประสบอุบัติเหตุ การจราจรเพิ่มขึ้น และจากการไปสอบถามผู้ที่เคยประสบอุบัติเหตุหมู่ในเดือน ธ.ค. 2552 จำนวน 30 คน จากจำนวนผู้ร่วมเดินทางทั้งหมด 50 คน ซึ่งเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขของสถานีอนามัยบ้านไร่ สวนลาว ซึ่งห่างจากวันที่สำรวจข้อมูลประมาณ 1 ปี พบว่า มีจำนวน 25 รายคิดเป็นร้อยละ 83.3 ที่ยังมีอาการกลัวการเดินทางโดยรถบัสโดยสารไปที่ไกล ๆ กับคนจำนวนมาก ๆ ซึ่งส่งผลกระทบต่อ การดำเนินชีวิตในปัจจุบัน เนื่องจากในการดำเนินกิจกรรมร่วมกันของอสม.จะต้องมีการร่วมเดินทางไป ศึกษาดูงานร่วมกันเป็นประจำทุกปี ซึ่งล่าสุดพบว่าอสม.ที่เคยประสบอุบัติเหตุยังมีอาการกลัวและ ปฏิเสธการเดินทางโดยรถบัส ไปศึกษาดูงานร่วมกันกับทีมงานที่ต่างจังหวัดจำนวน 12 คน แต่ เนื่องจากที่ผ่านมานั้นการให้การดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะเครียดภายหลังเผชิญเหตุการณ์สะเทือนขวัญจาก

การประสพอุบัติเหตุของสถานีนามัยบ้านไร่สวนลานั้นยังไม่มีรูปแบบการประเมินและการให้การช่วยเหลือเพื่อป้องกันการเกิดภาวะเครียดภายหลังเผชิญเหตุการณ์สะเทือนขวัญจากการประสพอุบัติเหตุที่ชัดเจน ซึ่งถ้ามีรูปแบบการประเมินและการให้การช่วยเหลืออย่างถูกต้องตั้งแต่ในระยะเริ่มแรกจะช่วยลดการเกิดปัญหาสุขภาพจิตของผู้ป่วยภายหลังการเกิด อุบัติเหตุที่เรื้อรังตามมาได้ ดังนั้นผู้ศึกษาจึงสนใจศึกษาวิเคราะห์และสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์ว่ารูปแบบการบำบัดความคิดและพฤติกรรมที่มีประสิทธิภาพในการลดอาการเครียดภายหลังเผชิญเหตุการณ์สะเทือนขวัญในบุคคลที่ประสพอุบัติเหตุการจราจรมีลักษณะเป็นอย่างไร เพื่อนำมาเป็นแนวทางในการให้การช่วยเหลือผู้ป่วยภายหลังเผชิญเหตุการณ์สะเทือนขวัญจากการประสพอุบัติเหตุการจราจรได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม

1.2 ปัญหาทางคลินิกที่ต้องการศึกษา (Clinical Question)

จากการปฏิบัติงานในสถานบริการระดับต้นซึ่งเป็นที่ยอมรับต่อผู้ป่วยที่ประสพอุบัติเหตุรุนแรงที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลประจำจังหวัด และเพื่อให้การดูแลอย่างต่อเนื่องในชุมชน แต่เนื่องจากที่ผ่านมายังไม่มีระบบการคัดกรองและให้การดูแลทางด้านจิตใจเพื่อลดอาการเครียดในผู้ที่เผชิญเหตุการณ์สะเทือนขวัญจากการประสพอุบัติเหตุที่เหมาะสมส่งผลทำให้เกิดปัญหาทางจิตใจที่ตามมากับผู้ป่วยเช่น ในปีงบประมาณ 2552 ปัญหาในเรื่องของการกีดกันการเดินทาง และปัญหาทางด้านสังคมเช่น ปฏิเสธการเดินทางไปศึกษาดูงานโดยรถบัสกับเพื่อนร่วมงาน ซึ่งถ้าหากว่าผู้ประสพอุบัติเหตุการจราจรได้รับการคัดกรองความเครียดที่เกิดภายหลังการเผชิญเหตุการณ์สะเทือนขวัญและให้การช่วยเหลืออย่างถูกต้องตั้งแต่แรกเริ่มย่อมส่งผลทำให้มีการปรับตัวที่ดี ไม่เกิดปัญหาสุขภาพจิตและพฤติกรรมปัญหาต่างๆตามมา และจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าการบำบัดความคิดและพฤติกรรมเป็นการบำบัดทางจิตที่มีประสิทธิภาพในการลดอาการเครียดภายหลังการเผชิญเหตุการณ์สะเทือนขวัญในผู้ประสพอุบัติเหตุการจราจรได้ดี ดังนั้นผู้ศึกษาจึงสนใจที่จะศึกษาว่ารูปแบบการบำบัดความคิดและพฤติกรรมที่มีประสิทธิภาพในการลดอาการเครียดภายหลังเผชิญเหตุการณ์สะเทือนขวัญในบุคคลที่ประสพอุบัติเหตุการจราจรมีลักษณะเป็นอย่างไร โดยสังเคราะห์จากหลักฐานเชิงประจักษ์ เนื่องจากหลักฐานเชิงประจักษ์ เป็นองค์ความรู้ที่ได้จากงานวิจัยที่ได้ผ่านกระบวนการสืบสวนอย่างมีเหตุผลตามหลักของวิทยาศาสตร์ จากนั้นจึงนำมาสรุปเป็นข้อเสนอแนะโดยพิจารณาความเหมาะสมของการนำรูปแบบการบำบัดมาปรับใช้ตามบริบทของหน่วยงานและผู้รับบริการ เพื่อให้เกิดการพัฒนา รูปแบบการให้บริการและให้เกิดประสิทธิผลสูงสุดในการให้การพยาบาลในรูปแบบขององค์รวมและครอบคลุมทุกมิติของหลักการดูแลและช่วยเหลือผู้ป่วย

1.3 วัตถุประสงค์ของการศึกษา (Purposes of the study)

เพื่อศึกษารูปแบบการบำบัดความคิดและพฤติกรรมเพื่อลดอาการเครียดภายหลังเผชิญเหตุการณ์สะเทือนขวัญแก่บุคคลที่ประสบอุบัติเหตุการจราจรจากหลักฐานเชิงประจักษ์

1.4 ผลลัพธ์ที่คาดหวัง (Expected benefits /Outcomes)

1.4.1 นำความรู้ความเข้าใจรูปแบบการบำบัดความคิดและพฤติกรรมในการลด PTSD ในบุคคลที่ประสบอุบัติเหตุการจราจรไปประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลแก่บุคคลที่มีอาการเครียดภายหลังเผชิญเหตุการณ์สะเทือนขวัญจากการประสบอุบัติเหตุการจราจรในพื้นที่ที่ผู้ศึกษาปฏิบัติงานอยู่และพัฒนาไปเป็นแนวปฏิบัติทางการพยาบาลต่อไปได้

1.4.2 บุคลากรที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการให้การดูแลบุคคลที่มีอาการเครียดภายหลังเผชิญเหตุการณ์สะเทือนขวัญจากการประสบอุบัติเหตุการจราจรหรือผู้สนใจสามารถนำผลการศึกษาที่ได้และข้อเสนอแนะไปประยุกต์ใช้ให้เกิดประโยชน์ได้

1.4.3 ผู้ประสบอุบัติเหตุการจราจรที่อยู่ในพื้นที่รับผิดชอบของผู้ศึกษาจะได้รับการประเมินและการบำบัดอาการ PTSD ตั้งแต่เริ่มแรกที่ได้รับการส่งต่อมาจากสถานบริการระดับทุติยภูมิ

บทที่ 2

วิธีการดำเนินการ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์และสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์เพื่อหารูปแบบในการใช้การบำบัดความคิดและพฤติกรรมเพื่อลดอาการเครียดภายหลังเผชิญเหตุการณ์สะเทือนขวัญแก่บุคคลที่ประสบอุบัติเหตุจากการจราจร โดยมีขั้นตอนการดำเนินการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์จากประเด็นคำถามทางคลินิก เพื่อนำไปสู่การกำหนดกรอบการสืบค้นและเกณฑ์การคัดเลือกรงานวิจัย วิธีการรวบรวมหลักฐานเชิงประจักษ์ และวิธีการประเมินคุณภาพและระดับของหลักฐานเชิงประจักษ์ ดังต่อไปนี้

2.1 วิธีการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ (Search Strategy)

2.1.1 กรอบการสืบค้น (PICO)

เพื่อให้ได้งานวิจัย และหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ตรงกับเรื่องที่กำลังศึกษาจากประเด็นคำถามทางคลินิกคือ ผู้ศึกษาจึงได้กำหนดคำสำคัญที่ใช้ในการสืบค้นงานวิจัยและหลักฐานเชิงประจักษ์โดยใช้กรอบแนวคิดของ PICO (PICO Framework) (Melnik & Fineout-Overholt, 2005) เป็นเกณฑ์ในการสืบค้น ดังนี้

P (Patient popular or problem): บุคคลที่ประสบอุบัติเหตุการจราจรที่มีอาการ PTSD

I (Intervention or area of interest): CBT

C (Comparison intervention): ไม่มี

O (Outcome): อาการ PTSD

คำสำคัญที่ใช้ในการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ มีดังนี้

- Motor vehicle accident, Road traffic accident,
- Cognitive behavior therapy
- PTSD

2.1.2 เกณฑ์การคัดเลือกงานวิจัยและหลักฐานเชิงประจักษ์

เกณฑ์ที่ใช้ในการคัดเลือกงานวิจัยและหลักฐานเชิงประจักษ์ และ/หรือเอกสารวิชาการที่เกี่ยวข้อง สำหรับการศึกษาและวิเคราะห์ มีเกณฑ์ดังนี้

1) เกณฑ์การคัดเลือกงานวิจัยและหลักฐานเชิงประจักษ์

- เป็นงานวิจัยที่เป็นการทบทวนอย่างเป็นระบบ (Systematic review) หรือการวิเคราะห์อภิมาน (Meta-analysis)
- เป็นงานวิจัย Randomized control trial (RCT), Quasi-experimental, non-randomised controlled trials และงานวิจัยเชิงคุณภาพที่ตรงกับประเด็นปัญหา หรือแนวปฏิบัติทางคลินิก
- เป็นงานวิจัยที่มีปีที่ตีพิมพ์ครอบคลุมตั้งแต่ปี ค.ศ. 1999-ค.ศ. 2009
- เป็นงานวิจัยฉบับสมบูรณ์และสามารถนำมาวิเคราะห์ได้
- ภาษาที่ใช้ในการตีพิมพ์งานวิจัย เป็นได้ทั้งภาษาไทยหรือภาษาอังกฤษ

2) ฐานข้อมูลที่ใช้ในการสืบค้น

ผู้ศึกษาสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์จากงานวิจัยที่ตีพิมพ์เผยแพร่และไม่ได้ตีพิมพ์เผยแพร่ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ จากระบบฐานข้อมูลต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

- การสืบค้นงานวิจัยจากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ ได้แก่ ฐานข้อมูล The Cochrane Library, www. Joannabriggs edu, CINAHL, Blackwell synergy, OVID, ScienceDirect, PubMed
- เลือกฐานข้อมูลที่มีการทบทวนงานอย่างเป็นระบบ (Systematic reviews) เป็นฐานแรก คือฐานข้อมูลของ The Cochrane Library, www. Joannabriggs edu. ต่อจากนั้นก็จะดำเนินการสืบค้นในฐานข้อมูลซึ่งเป็นงานวิจัยเดี่ยวต่อไป ได้แก่ CINAHL, Blackwell synergy, OVID, Science-Direct, PubMed
- สืบค้นจากเอกสารอ้างอิงหรือบรรณานุกรม (Reference list) จากบทความหรืองานวิจัยที่เกี่ยวข้องที่นักวิจัยเรื่องนั้นอ้างอิงถึง ซึ่งบางฐานจะ link ต่อไปยังเนื้อหาของงานนั้นได้อีก
- การสืบค้นด้วยมือ (Hand search) ในห้องสมุด งานวิจัยที่ตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารที่เกี่ยวข้องกับการเกิดปัญหาสุขภาพจิตภายหลังประสบอุบัติเหตุการจราจร จากห้องสมุดของคณะพยาบาลศาสตร์ และห้องสมุดของคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

2.2 วิธีการที่ใช้ในการประเมินคุณภาพและระดับของหลักฐานเชิงประจักษ์

2.2.1 การประเมินคุณภาพของหลักฐานเชิงประจักษ์

หลังจากที่ได้หลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้องกับปัญหาทางคลินิกที่ต้องการปรับปรุง แล้วหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ได้จำเป็นต้องมีการประเมินคุณภาพ วิธีการที่ใช้ในการประเมินคุณภาพของหลักฐานเชิงประจักษ์จะมีการประเมิน 3 ด้าน ดังนี้ (Polit & Beck, 2008)

1. ความสอดคล้องกับปัญหาทางคลินิก (Clinical relevance) มีประเด็นที่พิจารณาดังนี้ งานวิจัยมีความเกี่ยวข้องกับประเด็นทางคลินิก สามารถนำไปใช้ในการแก้ปัญหทางคลินิกทำให้เกิดความชัดเจนในการปฏิบัติ มีการทดสอบสมมติฐานที่มีความสอดคล้องกับประเด็นปัญหาทางคลินิกที่ต้องการแก้ไขหรือปรับปรุง กระบวนการเก็บข้อมูลและผลการวิจัยสามารถนำไปใช้ได้จริง พยาบาลมีเอกสิทธิ์ในการปฏิบัติ

2. การมีความเหมาะสมหรือมีคุณค่าในเชิงของศาสตร์ (Scientific merit) มีการวิเคราะห์และตรวจสอบความถูกต้องสอดคล้องตามระเบียบวิธีการวิจัย ในประเด็นต่างๆ ดังนี้ ชื่อเรื่อง ปัญหา การวิจัย กรอบแนวคิด ทฤษฎี การทบทวนวรรณกรรม วัตถุประสงค์ของการศึกษา คำถามการวิจัย จำกัดความที่ใช้ ในการวิจัย การออกแบบการวิจัย กลุ่มตัวอย่าง ขั้นตอนการเก็บข้อมูล เครื่องมือที่ใช้ ในการเก็บข้อมูล ผลการศึกษา การอภิปรายผลการศึกษา การนำไปใช้และข้อเสนอแนะ

3. การประเมินความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ในการปฏิบัติ (Assessing implementation potential) เป็นการประเมินความเป็นไปได้ของการนำงานวิจัยไปใช้ในการปฏิบัติ และประเมินว่า รูปแบบของงานวิจัยนั้นสามารถสนับสนุนการเปลี่ยนแปลงในการปฏิบัติได้จริงหรือไม่ หรืออาจใช้การวิเคราะห์ว่านวัตกรรมหรือรูปแบบงานวิจัยที่ศึกษานั้นเหมาะสมกับบริบทขององค์กรที่จะนำนวัตกรรมนั้นมาใช้ ซึ่งประเด็นการประเมินความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติมีดังนี้

1) การเทียบเคียงความรู้สู่การปฏิบัติจริง (Transferability of the findings) โดยพิจารณาว่าวิธีการบำบัดนั้นมีความเหมาะสมกับหน่วยงานหรือไม่ ลักษณะกลุ่มประชากรหรือผู้ป่วย คล้ายคลึงกันหรือไม่ ปรัชญาการดูแลคล้ายคลึงกันหรือไม่ เกิดผลหรือมีประโยชน์กับผู้ป่วยจำนวน มากหรือไม่

2) ความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติในสถานการณ์จริง (Feasibility of implementation) เป็นการพิจารณาว่า พยาบาลสามารถใช้วิธีการบำบัดนั้นได้หรือไม่ เป็นนวัตกรรมที่ย่างยากซับซ้อน ในการปฏิบัติหรือไม่ หน่วยงานหรือองค์กรมีความพร้อมหรือไม่

3) ความคุ้มทุน คำนวณประโยชน์เมื่อนำไปใช้ (Cost-benefit ratio) เป็นการประเมินต้นทุน ประโยชน์ และความเสี่ยงที่อาจเกิดกับผู้ป่วย บุคลากร และองค์กร เกิดการยอมรับในผู้ที่เกี่ยวข้อง (Acceptability) ค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นจากการใช้การบำบัดทั้ง material and non-material costs (ฟองคำ ดิลกสกุลชัย, 2549)

2.2.2 การประเมินระดับของหลักฐานเชิงประจักษ์

หลังจากที่ได้หลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้องกับปัญหาทางคลินิกแล้ว จำเป็นต้องมีการประเมินเพื่อประกอบการตัดสินใจว่างานวิจัยเรื่องนั้น มีคุณภาพดีพอที่จะนำไปใช้ในการแก้ปัญหาทางคลินิกต้องพิจารณาในหลายองค์ประกอบ ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ใช้เกณฑ์การประเมินคุณภาพหลักฐานเชิงประจักษ์ตามระบบการจำแนกหลักฐานของ Melnyk & Fineout-Overholt (2005) ซึ่งแบ่งการประเมินระดับความเข้มแข็งของหลักฐานเชิงประจักษ์ออกเป็น 7 ระดับ ดังนี้

Level I เป็นหลักฐานที่ได้จากการทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบ (Systematic review) การวิเคราะห์ห่อภิณ (Meta-analysis) งานวิจัยเชิงทดลองแบบสุ่มเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม (Randomized controlled trial)

Level II หลักฐานเชิงประจักษ์ที่มาจากงานวิจัยเดี่ยวที่เป็นการวิจัยเชิงทดลองแบบสุ่มเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม (Randomized controlled trial)

Level III หลักฐานที่ได้จากงานวิจัยที่เป็นงานวิจัยเชิงทดลองที่มีการออกแบบรัดกุม อาจเป็นวิจัยกึ่งทดลอง หรืองานวิจัยเชิงทดลองที่ไม่มีการสุ่มตัวอย่าง (Nonrandomized controlled trial)

Level IV หลักฐานที่ได้จากงานวิจัยที่มีการศึกษาติดตามไปข้างหน้า (Cohort study) หรือการวิจัยกรณีศึกษาเชิงวิเคราะห์ (Case control analytical studies) ที่เป็นกลุ่มงานวิจัยหรือจากแหล่งศึกษามากกว่า 1 แหล่ง

Level V หลักฐานที่ได้จากการทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบ (Systematic review) ของงานวิจัยแบบพรรณนาหรืองานวิจัยเชิงคุณภาพ

Level VI หลักฐานเชิงประจักษ์ที่ได้จากงานวิจัยเดี่ยวแบบพรรณนาหรืองานวิจัยเชิงคุณภาพ 1 เรื่อง

Level VII ความเห็นของผู้เชี่ยวชาญทางคลินิก (Opinion from respected authorities) การศึกษาเชิงพรรณนา (Descriptive of expert committees)

ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ผู้ศึกษาได้ทำการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์เพื่อตอบคำถามทางคลินิกที่ว่ารูปแบบการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมสามารถลดอาการเครียดภายหลังเผชิญเหตุการณ์สะเทือนขวัญในบุคคลที่ประสบอุบัติเหตุการจราจรมีลักษณะอย่างไร เพื่อให้เหมาะสมกับบริบทของสถานอนามัยและบริบทของผู้รับบริการ ในการศึกษาครั้งนี้ได้กำหนดวิธีการดำเนินงานเพื่อรวบรวมหลักฐานเชิงประจักษ์ เลือกรวบรวมและสังเคราะห์เฉพาะงานวิจัยที่เป็นการบำบัดในรูปแบบการบำบัดความคิดและพฤติกรรม (Cognitive behaviour therapy) และจากผลการสืบค้นพบหลักฐานเชิงประจักษ์ จำนวน 7 เรื่องตามที่ได้อ้างอิง ดังแสดงไว้ในบทที่ 3

บทที่ 3

ผลการดำเนินการ

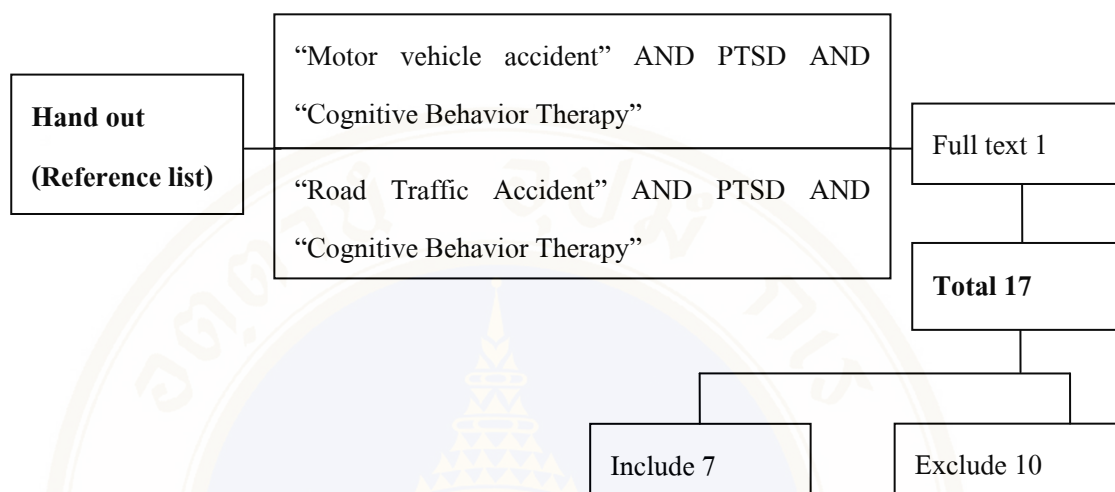
3.1 ผลการดำเนินการสืบค้น

หลังจากมีการกำหนดเกณฑ์การคัดเลือกหลักฐานเชิงประจักษ์ โดยใช้แนวคิดของ PICO Framework แล้ว ทำให้ได้คำสืบค้นและทำการสืบค้นในฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ต่างๆ ดังนี้

Data based	Key word	งานวิจัยที่นำมาใช้
The Cochrane Library	“Motor vehicle accident” AND PTSD AND “Cognitive Behavior Therapy”	Full text 6
	“Road Traffic Accident” AND PTSD AND “Cognitive Behavior Therapy”	
www.Joannabriggs.edu	“Motor vehicle accident” AND PTSD AND “Cognitive Behavior Therapy”	Full text 0
	“Road Traffic Accident” AND PTSD AND “Cognitive Behavior Therapy”	
CINAHL	“Motor vehicle accident” AND PTSD AND “Cognitive Behavior Therapy”	Full text 0
	“Road Traffic Accident” AND PTSD AND “Cognitive Behavior Therapy”	

Data based	Key word	งานวิจัยที่นำมาใช้
Blackwell Synergy	“Motor vehicle accident” AND PTSD AND “Cognitive Behavior Therapy”	Full text 0
	“Road Traffic Accident” AND PTSD AND “Cognitive Behavior Therapy”	
OVID	“Motor vehicle accident” AND PTSD AND “Cognitive Behavior Therapy”	Full text 0
	“Road Traffic Accident” AND PTSD AND “Cognitive Behavior Therapy”	
ScienceDirect	“Motor vehicle accident” AND PTSD AND “Cognitive Behavior Therapy”	Full text 6
	“Road Traffic Accident” AND PTSD AND “Cognitive Behavior Therapy”	
PubMed	“Motor vehicle accident” AND PTSD AND “Cognitive Behavior Therapy”	Full text 4
	“Road Traffic Accident” AND PTSD AND “Cognitive Behavior Therapy”	

Data based	Key word	งานวิจัยที่นำมาใช้
------------	----------	--------------------



ผลการสืบค้นได้หลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้องทั้งหมดจำนวน 17 เรื่อง จากนั้นจึงนำมาคัดเลือกรงานวิจัยที่ตรงกับประเด็นปัญหาและสามารถนำมาใช้ได้ มีงานวิจัยที่ถูกคัดออกจำนวน 10 เรื่อง ดังนี้ ถูกคัดออก จำนวน 6 เรื่องเนื่องจากเป็นงานวิจัยที่ซ้ำกันที่ค้นพบในฐานข้อมูลที่ต่างกัน จากฐานข้อมูล Cochrane ถูกคัดออกจำนวน 1 เรื่องเนื่องจากไม่ได้ระบุกลุ่มเป้าหมายตรงตามที่ศึกษา จากฐานข้อมูล ScienceDirect ถูกคัดออกจำนวน 2 เรื่อง เนื่องจากเป็นงานวิจัยเชิงบรรยายถึงวิธีการบำบัด CBT แต่ไม่ได้ระบุกลุ่มเป้าหมายตรงตามที่ศึกษาและจากฐานข้อมูล PubMed ถูกคัดออกอีกจำนวน 1 เรื่อง เนื่องจากวัตถุประสงค์ของงานวิจัยใช้เป็นการป้องกันโรค PTSD ซึ่งไม่ตรงกับวัตถุประสงค์ของการศึกษาในเรื่องนี้ สรุปผลการสืบค้นที่ได้เหลืองานวิจัยที่สามารถนำมาใช้ได้จำนวน 7 เรื่อง ดังนี้

ลำดับ	ชื่อเรื่อง/ชื่อผู้แต่ง	ประเภท/ระดับ ของงานวิจัย
1	Fecteau, G. & Nicki, R. (1999). Cognitive behavioural treatment of post traumatic stress disorder after motor vehicle accident. <i>Behavioural and Cognitive Psychology</i> , 27, 201-214.	randomized controlled trial/ ระดับ 2
2.	Ehlers, A., Clark, D. M., Hackmann, A., McManus, F., Fennell, M., Herbert, C., et al. (2003). A Randomized controlled trial of cognitive therapy, a self-help booklet, and repeated assessments as early interventions for posttraumatic stress disorder. <i>Archives of General Psychiatry</i> , 60, 1024-1032	randomized controlled trial/ ระดับ 2
3.	Blanchard, E. B., Hickling, E. J., Devineni, T., Veazey, C. H., Galovski, T. E., Mundy, E., et al. (2003). A controlled evaluation of cognitive behavioral therapy for posttraumatic stress disorder in motor vehicle accident survivors. <i>Behaviour Research and Therapy</i> , 41, 79-96.	randomized controlled trial/ ระดับ 2
4.	Blanchard, E. B., Hickling, E. J., Malta, L. S., Freidenberg, B. M., Canna, M. A., Kuhn, M.A., et al. (2004). One-and two-year prospective follow-up of cognitive behaviour therapy supportive psychotherapy. <i>Behaviour Research and Therapy</i> , 42, 45-759.	randomized controlled trial/ ระดับ 2
5.	Maercker, A., Zollner, T., Menning, H., Robe, S., & Karl, A. (2006). Dresden PTSD treatment study: random controlled trial of motor vehicle accident survivors. <i>Bio Med Center Psychiatry</i> , 6, 1-8.	randomized controlled trial/ ระดับ 2
6.	Beck, J. G., Coffey, S. F. (2005). Group cognitive behavioral treatment for motor PTSD:treatment of motor vehicle accident survivors. <i>Cognitive and Behavioral Practice</i> ,12, 267-277.	Expert opinion/ ระดับ 7

ลำดับ	ชื่อเรื่อง/ชื่อผู้แต่ง	ประเภท/ระดับ ของงานวิจัย
7.	Beck, J. G., Coffey, S. F., Foy, D. W., Keane, T. M., & Blanchard, E. B. (2009). Group cognitive behavior therapy for chronic posttraumatic stress disorder: an initial randomized pilot study. <i>Behavior Therapy</i> , 40, 82-92.	randomized controlled trial/ ระดับ 2

3.2 การประเมินคุณภาพของหลักฐานเชิงประจักษ์

จากหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ได้ทั้ง 7 เรื่อง นำมาวิเคราะห์ประเมินคุณภาพและสกัดเนื้อหาลงตารางตามลำดับหัวข้อ คือ 1) วัตถุประสงค์ 2) ทวน 3) สมมุติฐานการวิจัย 4) ระเบียบวิธีวิจัย 5) ระดับความเข้มแข็งของหลักฐานเชิงประจักษ์ 6) กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ 7) สถานที่ในการศึกษา 8) เครื่องมือในการรวบรวมข้อมูล 9) วิธีการบำบัด 10) ผลการบำบัด 11) ความสอดคล้องกับประเด็นปัญหาทางคลินิก 12) การตีความหมายหรือคุณค่าในเชิงศาสตร์ 13) แนวโน้มที่จะนำไปใช้ในการปฏิบัติ ดังตารางต่อไปนี้

ตารางการวิเคราะห์และสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์

เรื่องที่ 1

ชื่อเรื่อง Cognitive behavioural treatment of post traumatic stress disorder after motor vehicle accident.

ผู้วิจัย Fectea, G. & Nicki, R. (1999).

แหล่งที่พิมพ์ *Behavioural and Cognitive Psychology*, 27, 201-214.

หัวข้อ	รายละเอียด
วัตถุประสงค์การวิจัย	เพื่อประเมินประสิทธิภาพในการใช้วิธีการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในกลุ่มคนที่เป็นโรคความเครียดจากการเผชิญเหตุการณ์สะเทือนขวัญ ภายหลังการได้รับอุบัติเหตุการจราจร
ทุน	- ไม่ได้ระบุ
สมมุติฐานงานวิจัย	-
Setting งานวิจัย	ในประเทศแคนาดา
กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการทดลอง	มีผู้สมัครใจเข้าร่วมวิจัยจำนวน 28 คน ซึ่งเป็นผู้ป่วยที่มีความเครียดจากการประสบอุบัติเหตุจากการจราจร ซึ่งกลุ่มตัวอย่างได้มาจากการส่งต่อจากศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพจำนวน 11 คน และอีก 6 คน ได้รับการส่งต่อมาจากนักจิตวิทยา ส่งต่อมาโดยนักกฎหมายจำนวน 5 คน ส่งต่อโดยอายุรแพทย์จำนวน 5 คน และ 1 คน มาเองโดยการแนะนำจากตัวแทนประกันชีวิต <u>เกณฑ์ในการคัดเข้า</u> ผู้ที่มีความเกี่ยวข้องกับการประสบอุบัติเหตุจากการจราจร เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกหรือในและมีประสบการณ์ความทุกข์ทางจิตใจโดยเฉพาะอย่างยิ่งมีอาการ PTSD <u>เกณฑ์ในการคัดออก</u> ผู้ที่ได้รับความรับความกระทบกระเทือนทางสมองในระดับปานกลางหรือรุนแรง ผู้ที่มีปัญหาในเรื่องการใช้สารเสพติดหรือสุรา หรือผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตอย่างรุนแรงและเรื้อรังก่อนประสบอุบัติเหตุ สุ่มกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองซึ่งทำ Cognitive behavioral therapy (CBT) และกลุ่มควบคุมซึ่งเป็นกลุ่มที่ติดตามอาการจากผู้สมัครเข้าร่วมจำนวน 28 คน ไม่พบอาการ

หัวข้อ	รายละเอียด
กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการทดลอง (ต่อ)	ตามเกณฑ์ของโรค PTSD จำนวน 4 คน ปฏิเสธการรักษาจำนวน 1 คน และมีจำนวน 2 คนที่ได้รับการรักษาไม่ครบถ้วนตั้งแต่แรก ในกลุ่มทดลองมี PTSD จำนวน 4 คน ปฏิเสธการรักษาจำนวน 1 คน และมีจำนวน 2 คนที่ได้รับการรักษาไม่ครบถ้วนตั้งแต่แรก ในกลุ่มควบคุมมีคนที่ย้ายไปจากกลุ่ม 1 คน ในกลุ่มทดลองมีคนที่ย้ายไป 1 คน หลังจากเข้าร่วมการบำบัดรักษาในครั้งที่ 2 เพราะความยุ่งยากในการฝึกการเผชิญสถานการณ์โดยการจินตนาการ และเข้ารับบำบัดรักษาในครั้งที่ 3 ไม่ครบถ้วน เนื่องจากถูกทำโทษเพราะมีการใช้สุราจนกระทั่งไม่เข้าไปเกี่ยวข้องกับสุรา ผู้วิจัยจึงรับให้กลับเข้ากลุ่มทดลองอีกครั้งหลัง 3 เดือน สุดท้ายเหลือผู้เข้าร่วมการวิจัยทั้ง 20 คน ประกอบด้วย ผู้เข้าร่วมกลุ่มการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (CBT) จำนวน 10 คน และกลุ่มควบคุม จำนวน 10 คน เป็นหญิง 14 คน และเป็นชายจำนวน 6 คน อายุเฉลี่ย 41.3 ปี (อยู่ในช่วงระหว่าง 25-63 ปี) เวลาเฉลี่ยหลังเกิดอุบัติเหตุ 18.8 เดือน (ระยะเวลาอยู่ในช่วง 3-95 เดือน) เมื่อทดสอบความแตกต่างระหว่างกลุ่มพบว่า กลุ่มที่เข้าร่วมการวิจัยและกลุ่มที่ไม่ได้เข้าร่วมการวิจัยไม่มีความแตกต่างกันทั้งตัวแปรของการวิจัยและคะแนนก่อนการทดลอง (pre-test) ผู้เข้าร่วมการบำบัดรักษาทั้ง 17 คน ยังมีการเจ็บปวดทางด้านร่างกายจากการประสบอุบัติเหตุการจราจร ผู้สมัครเข้าร่วมมีการเซ็นยินยอมเข้าร่วมการวิจัย
เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินผลลัพธ์	1. เครื่องมือวินิจฉัยโรค ผู้วิจัยใช้แบบประเมิน The Clinician Administered PTSD Scale 2 (CAPS2) ซึ่งเป็นแบบสัมภาษณ์มาตรฐานแบบมีโครงสร้าง ในการประเมินอาการทางคลินิกของโรค PTSD ตามเกณฑ์การวินิจฉัยของ DSM-IV ซึ่งประเมินความถี่และความรุนแรงของอาการ โดยสอบถามอาการที่ผ่านมาใน 1 สัปดาห์ ผู้สัมภาษณ์เป็นนักจิตวิทยาที่ได้รับการฝึกอบรมโดยที่ไม่รู้ว่ากลุ่มตัวอย่างคนใดอยู่ในกลุ่มทดลองหรือกลุ่มควบคุมและค่าความเชื่อมั่นของแบบทดลองนี้ซึ่งวัดจากกลุ่มตัวอย่าง 7 คน มีค่าสหสัมพันธ์เพียร์สัน

หัวข้อ	รายละเอียด
เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินผลลัพธ์ (ต่อ)	สำหรับคะแนนรวมทั้งหมดที่.99 และความสัมพันธ์ระหว่างข้อคำถามอยู่ระหว่าง .78-1.0 (ค่าเฉลี่ย .96) 2.เครื่องมือประเมินอาการด้วยวิธีประเมินตนเอง (Self report measures) ประกอบด้วย - แบบวัด Impact of Events Scale (IES) ใช้วัดผลกระทบที่เกิดจากเหตุการณ์ - แบบวัด The Beck Anxiety Inventory (BAI) ใช้ประเมินภาวะวิตกกังวล - แบบวัด The Beck Depression Inventory (BDI) ใช้ประเมินภาวะซึมเศร้า - แบบวัด The Accident Fear Questionnaire (AFQ) ใช้ประเมินความกลัวประกอบด้วย 20 คำถาม ใช้ถามเพื่อประเมินความกลัวและการหลีกเลี่ยงภายหลังเผชิญอุบัติเหตุการจราจรจากการขับรถยนต์ 3. เครื่องมือประเมินพฤติกรรม (Behavioural test) ประกอบด้วย 2 เครื่องมือ ได้แก่ - เครื่อง IBS Corperation series 4600 pulse rate monitor ใช้ประเมินอัตราการเต้นของหัวใจ ในช่วงก่อนการบำบัด และสิ้นสุดการบำบัด ใน pre-test ให้กลุ่มตัวอย่างพักประมาณ 2 นาที จากนั้นก็วัดค่าพื้นฐานของอัตราการเต้นของหัวใจที่ปลายนิ้ว อัตราการเต้นของหัวใจบันทึกทุก 30 วินาที และหาค่าเฉลี่ยใน 1 นาที - A Subjective Units of Disturbance Scale (SUDS) เป็นแบบประเมินผลกระทบของการเผชิญเหตุการณ์สะเทือนขวัญ โดยการให้ผู้ป่วยเล่าเรื่องเกี่ยวกับเหตุการณ์ที่ประสบอุบัติเหตุ ตั้งแต่ก่อนเกิดเหตุการณ์ ระหว่างเกิดเหตุการณ์ และหลังเกิดเหตุการณ์ รวมทั้งในระหว่างที่เข้ารับการรักษาดังเป็นอย่างไร และตอนมาโรงพยาบาลครั้งแรกรู้สึกอย่างไร แล้วทำการบันทึกด้วยเทป การวัดจะให้กลุ่มตัวอย่างฟังเทป แล้วใช้แบบประเมิน (SUDS) วัดการตอบสนองจากการฟังเทปเหตุการณ์หลังจากได้รับความยินยอมในการเข้าร่วมวิจัย ใช้เวลาในการเหตุการณ์หลังจากได้รับความยินยอมในการเข้าร่วมวิจัย ใช้เวลาในการ

หัวข้อ	รายละเอียด
เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินผลลัพธ์ (ต่อ)	ทำ Pre-test 2 ครั้ง รวมเวลาทั้งหมด 2-3 ชั่วโมง ในครั้งแรกผู้วิจัยคนที่ 1 จะสัมภาษณ์ ประสพการณ์การประสบอุบัติเหตุของผู้สมัครเข้าร่วมวิจัย เพื่อที่จะคัดเลือกเป็นกลุ่มตัวอย่างและใช้เพื่อเข้าทำแถบเสียงในการวัดพฤติกรรม (Behavioural test description) ในครั้งแรกใช้เวลาประมาณ 60-90 นาที ในการประเมินครั้งที่ 2 ใช้เวลาประมาณ 60-90 นาที ผู้สมัครเข้าร่วมวิจัย จะได้รับการสัมภาษณ์ด้วยแบบวัด CAPS2 และทำแบบประเมินตนเอง หลังจากนั้นผู้สมัครเข้าร่วมวิจัยก็จะถูกสุ่มเข้ากลุ่มทดลองหรือกลุ่มควบคุมโดยการโยนเหรียญ หลังจากทำการทดลอง 4 ครั้ง ห่างกันทุก 1 สัปดาห์ ผู้วิจัยจะทำการวัดผลลัพธ์ด้วยแบบวัด CAPS2 และทำแบบประเมินตนเอง ภายหลังสิ้นสุดการบำบัด 1 สัปดาห์และติดตามผลในเดือนที่ 3 และเดือนที่ 6 ส่วนในกลุ่มควบคุมก็ทำเช่นเดียวกันยกเว้นการวัดในเดือนที่ 3 และเดือนที่ 6 เนื่องจากกลุ่มควบคุมมาเข้ารับการบำบัดด้วย CBT สำหรับการทดสอบพฤติกรรมจะทำการสิ้นสุดการทดลองในครั้งสุดท้ายทันที ในการติดตามผลในเดือนที่ 3 และเดือนที่ 6 หลังการทดลองใช้แบบประเมินอาการ 4 อาการ คือ IES, BAI, AFQ & BDI
การบำบัด	Cognitive behavioral therapy การรักษาใช้ระยะเวลา 4 สัปดาห์ แต่ละครั้งของการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (CBT) ใช้เวลา 2 ชั่วโมง แต่สามารถยืดหยุ่นเวลาทำได้โดยใช้เวลาประมาณ 1 ชั่วโมงครึ่ง-3 ชั่วโมง แตกต่างกันไปตามความเหมาะสมของผู้เข้าร่วมแต่ละคน ครั้งที่ 1 การให้ความรู้และอธิบายเหตุผลของการเกิดปฏิกิริยาตอบสนองของการประสบอุบัติเหตุหรือเหตุการณ์สะเทือนขวัญและฝึกการผ่อนคลายโดยสอนเทคนิคการใช้กระบังลมช่วยในการหายใจ และมีเทปการทำ Relaxation ให้นำกลับไปใช้ที่บ้านวันละ 2 ครั้ง ครั้งที่ 2 ทบทวนการฝึกผ่อนคลายที่บ้าน พูดคุยหรือเล่าเรื่องเหตุการณ์อุบัติเหตุโดยละเอียด โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อหาสิ่งกระตุ้น

หัวข้อ	รายละเอียด
การบำบัด (ต่อ)	ของการเกิดอาการวิตกกังวล, การตอบสนองและสัญญาณ (Cues) หรือสิ่งกระตุ้นให้เกิดอาการวิตกกังวลที่อยู่ในบริบท ในขั้นตอนนี้เป็น การฝึกการเผชิญต่อเหตุการณ์อุบัติเหตุจากการจินตนาการและฝึกการผ่อนคลายกล้ามเนื้อเมื่อมีอาการวิตกกังวล จากนั้นก็นำเทปกลับไปฝึกการผ่อนคลายซ้ำที่บ้าน ครั้งที่ 3 และ ครั้งที่ 4 เป็นการฝึกอย่างต่อเนื่องโดยให้ฝึกการเผชิญต่อเหตุการณ์อุบัติเหตุโดยการจินตนาการเพื่อลดความคิดซ้ำๆ ที่มีผลกระทบกระเทือนต่อจิตใจ และให้ปรับวิธีคิดใหม่โดยให้คำแนะนำทีละน้อย เพื่อให้เกิดการปรับความคิดจากที่ผิดพลาดเชื่อมโยงให้กลับมาอยู่บนพื้นฐานของความเป็นจริง ในการรักษาในครั้งที่ 3 และ 4 เป็นการให้การรักษาโดยตรง
ระเบียบวิธีวิจัย	Randomized Controlled Trial
ระดับของงานวิจัย	ระดับ 2 เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่มาจากงานวิจัยที่เป็น RCT อย่างน้อย 1 งาน
ผลการวิจัย	<u>การเปรียบเทียบผลลัพธ์ของการรักษาในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม</u> ประกอบด้วยการวัดผลลัพธ์หลัก 3 อย่างด้วยกัน ได้แก่ การสัมภาษณ์ การประเมินอาการด้วยตนเอง และการวัดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมซึ่งพบว่ามีความสัมพันธ์กันระหว่างกลุ่มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติหลังการบำบัดรักษา จากการใช้ CAPS2 ในการสัมภาษณ์ การใช้แบบประเมินตนเองด้วย IES-I, IES-A, AFQ, BAI, BDI และการวัดพฤติกรรมด้วย SUD, Heart rate ซึ่งพบว่ามีสัมพันธ์กับการกระตุ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < .10$ <u>ผลลัพธ์การรักษาเกี่ยวกับอาการหลักของโรค PTSD</u> จากการวัดผลการรักษาใน 3 กลุ่มอาการหลักของโรค PTSD ได้แก่ namely intrusion, avoidance and numbing and elevated arousal พบว่า กลุ่มอาการ intrusion แสดงผลการรักษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับระดับคะแนนจากการวัดด้วย CAPS2 ตามเกณฑ์การวินิจฉัย DSM-IV ข้อ B และจากการวัดด้วย IES Intrusion score (IES-I) จากการวัดอัตราการเต้นของหัวใจ (Heart rate) และการวัดพฤติกรรม

หัวข้อ	รายละเอียด
ผลการวิจัย (ต่อ)	โดยใช้เครื่อง SUD วัดภาวะเครียดทางจิตใจและอาการตอบสนองทางร่างกายโดยการให้เผชิญกับเหตุการณ์ความรุนแรงจากการกระตุ้น มีอาการตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรค PTSD ข้อ B2 และ B5 ผลที่ได้มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่าง Heart rate และ SUDS กลุ่มอาการ Avoidance and numbing มีการเปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับระดับคะแนนจากการวัดด้วย CAPS2 ตามเกณฑ์การวินิจฉัย DSM-IV ข้อ C และจากการวัดด้วย IES-A Avoidance และระดับคะแนนความกลัวในการขับชีร (AFQ) การเพิ่มของอาการ generalized arousal มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับ BAI แต่ไม่มีความสัมพันธ์ทางสถิติกับคะแนนจากการวัดด้วย CAPS2 ตามเกณฑ์การวินิจฉัย DSM-IV ข้อ D <u>การมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับอาการทางคลินิก</u> จากการวัดผลหลังการรักษาด้วย CAPS2 ในกลุ่มผู้เข้าร่วมการทดลองจำนวน 10 คน พบว่า 5 คน ไม่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรค PTSD ส่วนที่เหลืออีก 5 คน พบว่า มี 1 คน ที่ยังมีอาการของโรค PTSD บางอาการ ส่วนอีก 4 คนก็มีระดับความรุนแรงของอาการลดลง ในกลุ่มควบคุมจำนวน 10 คน พบว่ายังได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรค PTSD หลังการทดลอง ผลลัพธ์ของการวัดการลดลงของอาการพบว่า กลุ่มทดลองมีอัตราค่าเฉลี่ยของคะแนน CAPS อยู่ที่ 1.6 (0=ไม่มีอาการของโรค 4=อาการเหมือนเดิม) คือ เบาบางลง กลุ่มควบคุมมีอัตราค่าเฉลี่ยของคะแนน CAPS อยู่ที่ 3.6 คือเหมือนเดิม ซึ่งคล้ายกันกับผลการวัดระดับความรุนแรงของอาการหลังการรักษาซึ่งพบว่า กลุ่มทดลองมีอัตราค่าเฉลี่ยของคะแนน CAPS อยู่ที่ 1.5 คือ มีอาการเล็กน้อยถึงปานกลาง กลุ่มควบคุมมีอัตราค่าเฉลี่ยของคะแนน CAPS อยู่ที่ 3.3 คือ อยู่ในระดับที่รุนแรงและหนักมาก <u>ผลการติดตาม</u> ผลการติดตาม ที่ 3 เดือนและ 6 เดือนพบว่า ผลการติดตามหลังการรักษาโดยใช้แบบประเมินด้วยตนเอง ได้แก่ IES, AFQ, BAI และ BDI ที่ 3 เดือน พบว่าผลหลังการรักษายังคงทนอยู่ และที่ 6 เดือนจากการ

หัวข้อ	รายละเอียด
ผลการวิจัย (ต่อ)	ติดตามประเมินในกลุ่มทดลองจำนวน 8 คน พบว่าผลหลังการรักษา ยังคงทนอยู่ จากการวัดด้วย IES, BAI ส่วน AFQ นั้นมีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในช่วงหลังการรักษาในช่วงแรกเท่านั้น ส่วนคะแนน BDI ที่ลดลงพบว่ามีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในการลดอาการซึมเศร้า
การสรุปเพื่อนำไปใช้	1. งานวิจัยนี้สามารถอ้างอิงไปยังกลุ่มเป้าหมายที่มีคุณลักษณะคือ เป็นกลุ่มผู้ป่วยที่มีความเครียดภายหลังที่ได้รับอุบัติเหตุการจราจรเหมือนกันซึ่งได้ผลดีทั้งเพศหญิงและเพศชาย 2. การวัดผลลัพธ์ใช้ประเมินได้ทั้งอาการ PTSD ในมิติต่างๆ ได้แก่ intrusion, avoidance and hyperarousal โดยใช้แบบวัด Clinician Administered PTSD Scale (CAPS) นอกจากนี้ยังสามารถทำการประเมินอาการทางอารมณ์และพฤติกรรมร่วมด้วยได้โดยใช้แบบวัด IES, BAI, BDI, AFQ เครื่อง IBS และ เครื่อง SUD 3. คุณสมบัติของผู้บำบัดต้องมีความรู้ความสามารถในการสัมภาษณ์ การใช้แบบประเมินต่างๆ และการใช้เครื่องมือในการวัดพฤติกรรม SUD, IBS 4. การบำบัดรักษาด้วย CBT ใช้ระยะเวลา 4 สัปดาห์ ประกอบด้วย 4 session ด้วยกัน แต่ครั้งของการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (CBT) ใช้เวลาโดยประมาณ 1 ชั่วโมงครึ่ง-3 ชั่วโมง แตกต่างกันตามความเหมาะสมของผู้เข้าร่วมแต่ละคน ดังนี้ ครั้งที่ 1 การให้ความรู้และฝึกการผ่อนคลายโดยสอนเทคนิคการหายใจกระบังลมช่วยในการหายใจและมีเทปการทำ Relaxation ให้นำกลับไปใช้ที่บ้านวันละ 2 ครั้ง ครั้งที่ 2 ทบทวนการฝึกผ่อนคลายที่บ้าน การฝึกการเผชิญต่อเหตุการณ์อุบัติเหตุจากการจินตนาการและฝึกการผ่อนคลายกล้ามเนื้อเมื่อมีอาการวิตกกังวล จากนั้นก็นำเทปกลับไปฝึกการผ่อนคลายซ้ำๆที่บ้าน ครั้งที่ 3 และ ครั้งที่ 4 เป็นการฝึกอย่างต่อเนื่องโดยให้ฝึกการเผชิญต่อเหตุการณ์

หัวข้อ	รายละเอียด
การสรุปเพื่อนำไปใช้ (ต่อ)	5. การคัดเลือกคนที่เข้ารับการบำบัดโดยใช้แบบสัมภาษณ์ในการสอบถามอาการที่ผ่านมา
ความสอดคล้องกับประเด็นปัญหาทางคลินิก	1. งานวิจัยนี้ตรงกับประเด็นปัญหาทางคลินิกเกี่ยวกับการใช้การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในการลดอาการเครียดภายหลังเผชิญเหตุการณ์สะเทือนขวัญในบุคคลที่ประสบอุบัติเหตุการจราจร ซึ่งพบว่าได้ผลดี 2. งานวิจัยนี้พยาบาลสามารถนำมาปฏิบัติเพื่อการแก้ไขปัญหตามขอบเขตการพยาบาล 3. งานวิจัยนี้ไม่ได้กล่าวถึงการทดสอบสมมุติฐานของการวิจัย 4. พยาบาลมีเอกสิทธิ์ในการนำมาปฏิบัติ เพื่อการแก้ไขปัญหตามขอบเขตการปฏิบัติพยาบาล 5. กระบวนการเก็บข้อมูลสามารถนำมาใช้จริงในคลินิกได้บางอย่างเนื่องจากมีข้อจำกัดในเรื่องของเครื่องมือวัดที่จะนำมาใช้ เนื่องจากไม่มีเครื่องมือ เช่น เครื่อง IBS และเครื่อง SUD ส่วนเครื่องมือวัดที่สามารถนำมาใช้ได้ใช้ในคลินิก ได้แก่ แบบวัด IES, BAI, BDI, AFQ
การมีความหมายหรือมีคุณค่าในเชิงศาสตร์	1. แหล่งตีพิมพ์ Behavior al and Cognitive Psychology. (1999) ซึ่งมีความน่าเชื่อถือเป็นวารสารทางด้านจิตวิทยา 2. ผู้ทำการวิจัยคนที่ 1 เป็นนักจิตวิทยาคลินิกและการปรึกษาทำงานอยู่ในมหาวิทยาลัย ที่เมือง New Brunswick ประเทศแคนาดา และผู้ทำการวิจัยคนที่ 2 ก็ทำงานอยู่ที่เดียวกันกับผู้วิจัยคนที่ 1 3. คุณภาพงานวิจัย 1) ชื่อเรื่องแสดงถึงวิธีการศึกษาตัวแปรที่สำคัญในงานวิจัย คือ เป็นการทดลองแบบควบคุมเพื่อประเมินวิธีการบำบัดรักษาด้วย CBT ในการรักษา PTSD 2) งานวิจัยมีการระบุปัญหา และเหตุผล ที่ทำให้ต้องทำวิจัย ในเรื่องของการประเมินประสิทธิภาพของการรักษาด้วยCBT ในการรักษาอาการPTSD 3) มีการระบุวัตถุประสงค์การวิจัยไว้อย่างชัดเจน คือ เพื่อประเมินประสิทธิภาพในการใช้วิธีการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมใน

หัวข้อ	รายละเอียด
การมีความหมายหรือมีคุณค่าในเชิงศาสตร์ (ต่อ)	คนที่เป็ นโรคความเครียดจากการเผชิญเหตุการณ์สะเทือนขวัญ ภายหลังการได้รับอุบัติเหตุการจราจร 4) มีการทบทวนวรรณกรรมอย่างกว้างขวาง ในงานวิจัยต่างๆ ในเรื่องของการนำ CBT มาใช้ในการบำบัดรักษานุคคลที่มีอาการเครียด หลังเผชิญเหตุการณ์สะเทือนขวัญจากการประสบอุบัติเหตุการจราจร วรรณกรรมมีการทบทวนอย่างถูกต้อง และทันสมัย มีการสรุปการ ทบทวนวรรณกรรมต่างๆ ที่นำมาใช้ในปีต่างๆ 5) มีการระบุประชากรกลุ่มเป้าหมายที่ชัดเจน คือ เป็นบุคคลที่มี อาการเครียดหลังเผชิญเหตุการณ์สะเทือนขวัญจากการประสบ อุบัติเหตุการจราจร และการได้มาซึ่งกลุ่มตัวอย่างที่ส่งต่อมาจากที่ต่างๆ และจากการใช้แบบคัดกรองผู้ป่วย และมีเกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่ม ตัวอย่างไว้อย่างชัดเจน และ แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ด้วยวิธีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างมีจำนวนเพียงพอ ผู้วิจัยได้ระบุจำนวนผู้ร่วม การบำบัดก่อนการให้การบำบัด เมื่อสิ้นสุดการบำบัด และเหตุผลที่ผู้ ร่วมการบำบัดออกจากการบำบัดในระหว่างการบำบัด 6) มีการระบุงานวิจัยนี้ใช้วิธีการวิจัย (design) เป็น Randomized Controlled Trialงานวิจัยนี้ใช้ไม่ได้บอกถึงวิธีการในการลดอิทธิพล ของตัวแปรแทรกซ้อน 7) งานวิจัยนี้ไม่ได้ระบุถึงการรับการรักษาหรือการระบุนวิธีการรักษา มนุษยชนเกี่ยวกับการทดลองในมนุษย์หรือการระบุวิธีการรักษา ความลับของผู้ร่วมการวิจัย 8) การใช้แบบวัดในการประเมินผลลัพธ์หลักเหมาะสมมีการ ประเมินติดตามผลหลังการรักษา 9) การวิจัยใช้สถิติในการวิเคราะห์ข้อมูลเหมาะสมกับวัตถุประสงค์ การวิจัย และระดับการวัดผลลัพธ์หลักของการทดลอง 10) ผลการวิจัยตอบคำถามการวิจัย หรือ บรรลุวัตถุประสงค์การวิจัย คือ การบำบัดด้วย CBT มีประสิทธิภาพช่วยลดอาการเครียดภายหลัง เผชิญเหตุการณ์สะเทือนขวัญในบุคคลที่ประสบอุบัติเหตุการจราจร

หัวข้อ	รายละเอียด
แนวโน้มนำไปใช้ได้ในการปฏิบัติ	1. การเทียบเคียงความรู้สู่การปฏิบัติ (Transferability of finding) งานวิจัยมีความเหมาะสมกับการนำไปใช้ในหน่วยงานจิตเวชในชุมชน เนื่องจากยังไม่เคยมีดำเนินการคัดกรองปัญหาในเรื่องนี้และเพื่อให้มีการพัฒนารูปแบบการดูแลที่เหมาะสมในกลุ่มเป้าหมายเนื่องจาก CBT มีประสิทธิภาพช่วยลดอาการเครียดภายหลังเผชิญเหตุการณ์สะเทือนขวัญในบุคคลที่ประสบอุบัติเหตุการจราจรได้จริง 2. ความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติในสถานการณ์จริง (Feasibility of implementation) - การปฏิบัติตามงานวิจัยผู้บำบัดต้องฝึกฝนทักษะเพิ่มเติมตั้งแต่การใช้แบบประเมินและวิธีการบำบัดด้วย CBT ซึ่งเป็นทักษะที่สามารถฝึกได้ผู้ที่เคยผ่านทักษะการทำกลุ่มผู้ป่วยและมีประสบการณ์ทำงานด้านจิตเวชถ้าได้ฝึกเพิ่มเติมก็สามารถทำได้ - การปฏิบัติตามโปรแกรม สามารถปฏิบัติได้ในการปฏิบัติงาน ไม่เป็นการละทิ้งหน้าที่ - ต้องมีการจัดหาอุปกรณ์เพิ่มเติม เช่น เอกสารความรู้เรื่องวิธีการบำบัดด้วย CBT เครื่องมือที่จะนำมาใช้ในการประเมินเนื่องจากยังไม่เคยมีใช้ในหน่วยงานได้แก่ 1. เครื่องมือวินิจฉัยโรค ผู้วิจัยใช้แบบประเมิน The Clinician Administered PTSD Scale 2 (CAPS2) 2. เครื่องมือประเมินอาการด้วยวิธีประเมินตนเอง (Self report measures) ประกอบด้วย - แบบวัด Impact of Events Scale (IES) ใช้วัดผลกระทบที่เกิดจากเหตุการณ์ - แบบวัด The Beck Anxiety Inventory (BAI) ใช้ประเมินภาวะวิตกกังวล - แบบวัด The Beck Depression Inventory (BDI) ใช้ประเมินภาวะซึมเศร้า - แบบวัด The Accident Fear Questionnaire (AFQ) ใช้ประเมินความกลัว

หัวข้อ	รายละเอียด
แนวโน้มนำไปใช้ได้ ในการปฏิบัติ(ต่อ)	ส่วนเครื่องมือวัดบางอย่างไม่สามารถจัดหามาใช้ได้เนื่องจากยังไม่มีที่ใดมีเครื่องมือประเภทนี้ใช้ได้แก่ เครื่อง IBS และเครื่องSUD 3. ความคุ้มค่าคุ้มประโยชน์เมื่อนำไปใช้ (Cost-benefit ratio) เป็นประโยชน์ช่วยให้ผู้ประสบอุบัติเหตุการจราจรที่รุนแรง ที่มีอาการ PTSD สามารถลดอาการ PTSD สามารถเผชิญกับการจับใจในชีวิตประจำวันได้ โดยไม่ต้องวิตกกังวลและหลีกเลี่ยงออกจากสถานการณ์ที่เคยเกิดอุบัติเหตุและยังส่งผลต่อการลดการเกิดโรคร่วมได้เกิดประโยชน์สูงสุดทั้งตัวผู้ป่วย ครอบครัว ลดค่าใช้จ่าย และงบประมาณที่จะต้องนำมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิต จากการจราจร

ตารางการวิเคราะห์และสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์

เรื่องที่ 2

ชื่อเรื่อง A Randomized Controlled Trial of Cognitive Therapy, a Self-help Booklet, and Repeated Assessments as Early Interventions for Posttraumatic Stress Disorder

ผู้วิจัย Ehlers, A., Clark, D. M., Hackmann, A., McManus, F., Fennell, M., Herbert, C., et al. (2003).

แหล่งที่พิมพ์ *Archives of General Psychiatry*, 60, 1024-1032.

หัวข้อ	รายละเอียด
วัตถุประสงค์การวิจัย	เพื่อศึกษาว่า Cognitive therapy (CT) หรือการใช้หนังสือคู่มือซึ่งพัฒนาแนวคิด Cognitive behavioral therapy (CBT) ในช่วงแรกๆของการเกิดอุบัติเหตุการจราจร(Self-help Booklet: SH) สามารถป้องกัน Chronic PTSD ได้มากกว่าการได้รับการประเมินซ้ำๆ (Repeated assessment: RA)
ทุน	-
สมมุติฐานงานวิจัย	-
Setting งานวิจัย	เป็นผู้ป่วยที่ได้รับอุบัติเหตุจากการที่มารับบริการที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินของ รพ.จอห์น แรดคลิฟเฟอฟอร์ด (The John Radcliffe Hospital, Oxford) หรือ รพ.นอร์ทแทมตัน (The Northampton General Hospital) ประเทศอังกฤษ ช่วง 1 ก.พ. 1998 และ 31 ม.ค. 2001
กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการทดลอง	เป็นผู้ป่วยที่ประสบอุบัติเหตุการจราจรจำนวน 97 คน และยังมีอาการของ PTSD ภายหลังการได้รับการดูแลและฟื้นฟูจากห้องอุบัติเหตุในช่วงเดือนแรกและยังมีอาการของ PTSD หลงเหลืออยู่ มีผู้ป่วยที่สามารถควบคุมอาการของโรคได้และไม่ได้เข้าร่วมจำนวน 12 คน(12% จากผู้เข้าร่วม 97 คน) เนื่องจากไม่เข้าตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรค จึงเหลือจำนวนกลุ่มเป้าหมาย 85 คนแบ่งเป็น 3 กลุ่ม คือกลุ่มที่ได้รับการบำบัดด้วย CT จำนวน 28 คน กลุ่มที่มีการใช้หนังสือคู่มือซึ่งพัฒนาตามแนวคิด CBT จำนวน 28 คน และกลุ่มที่ได้รับการประเมินซ้ำจากการใช้ Early Interventionในการรักษา PTSD จำนวน 29 คน ด้วยวิธีการสุ่มซึ่งจะแบ่งตามเพศและความรุนแรงของอาการโดยใช้การสุ่ม ผู้ประเมินจัดสรรผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์เข้ากลุ่มโดยไม่รู้วิธีการรักษา (1) การจัดสรรแยกโดยกลุ่มหนึ่งมาที่ศูนย์กลางที่ทำงาน

หัวข้อ	รายละเอียด
กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการทดลอง (Sample) (ต่อ)	และผู้ป่วยอีกกลุ่มจะมาพบภายหลัง 3 สัปดาห์เพื่อติดตามประเมินผล (2)การดำเนินการศึกษา 2 สถานที่โดยกลุ่มจะไม่มี ความแตกต่างกันในเรื่องลักษณะของประชากร (เพศ อายุ การศึกษา อาชีพ การได้รับความกระทบกระเทือนเป็นครั้งแรก และการมีโรคซึมเศร้าร่วมด้วย) ลักษณะเฉพาะของการประสบอุบัติเหตุ (ระยะเวลาตั้งแต่เกิดอุบัติเหตุ , ความรุนแรงของการบาดเจ็บ และความรุนแรงของปัญหาสุขภาพ) หรืออาการรุนแรงในระยะเริ่มแรกของ 3 กลุ่ม การประเมินที่ 3 เดือน เหลือผู้เข้าร่วมหลังการรักษา 80 คน และ ที่ 9 เดือนเหลือผู้เข้าร่วม 79 คน ในงานวิจัยนี้ไม่ได้กล่าวถึงการรับรองจากคณะกรรมการสิทธิมนุษยชนเกี่ยวกับการทดลองในมนุษย์ กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้มีการเซ็นยินยอมเข้าร่วมการวิจัย เกณฑ์การคัดเข้า ผู้ป่วยอายุระหว่าง 18-65ปี ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น PTSD ตามเกณฑ์การวินิจฉัยของ (DSM –IV)โดยมีระดับคะแนน 20 หรือ สูงกว่าตามระดับคะแนนของ Posttraumatic Diagnostic scale(PDS) ข้อบ่งชี้อาการอยู่ระดับปานกลางถึงรุนแรงและการรักษาจะเริ่มที่ 6 เดือน หลังเกิดอุบัติเหตุจากการจราจร เกณฑ์การคัดออก ผู้ป่วยที่มีอาการไม่รู้สึกรู้สีกว่า 15 นาทีหลังเกิดอุบัติเหตุ หรือไม่ สามารถจำเหตุการณ์หลังเกิดอุบัติเหตุได้ มีประวัติป่วยเป็นโรคจิตเวช ติดแอลกอฮอล์หรือสารเสพติดอื่นๆ ผู้ป่วยมีบุคลิกภาพผิดปกติชนิด Boderline เป็นโรคซึมเศร้าอย่างรุนแรงซึ่งต้องการการรักษาอย่างทันที (มีปัจจัยเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย) ก่อนที่จะสุ่มผู้ป่วยเข้ากลุ่ม จะมีการติดตามอาการผู้ป่วยเป็นเวลา 3 สัปดาห์ ผู้ป่วยที่มีอาการ PTSD ลดลงในช่วง 3 สัปดาห์ โดยมีคะแนนต่ำกว่า 14 คะแนน จะถูกคัดออกจากการวิจัยเนื่องจากมีรายงานว่า มีจำนวนเพียง 5% เท่านั้นที่จะมีโรค PTSD 1 ปี หลังเกิด MVA ซึ่งเกณฑ์ในการคัดออกนี้เหมือนกับ Cut off score ของแบบวัด PDS ที่ระบุว่าคะแนนที่ 15

หัวข้อ	รายละเอียด
กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการทดลอง (Sample) (ต่อ)	เป็นคะแนนต่ำสุดที่จะวินิจฉัยโรค PTSD
เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินผลลัพธ์	<u>การวัดผลลัพธ์หลัก</u> ใช้แบบประเมิน Clinician Administered PTSD Scale (CAPS) การแบ่งระดับความรุนแรงจะใช้ CAPS ซึ่งมี 24 ข้อ แบ่งเป็น 0 (ไม่มีอาการทางคลินิกไม่มีความทุกข์ใจหรือไม่มีการได้รับบาดเจ็บทางร่างกาย) ถึง 4 มีคะแนนความทุกข์ใจมากหรือคะแนนการได้รับบาดเจ็บใน 2 ข้อหรือมากกว่านั้น <u>ความรุนแรงของ PTSD</u> - PDS เป็นแบบประเมินความรุนแรงของอาการ PTSD โดยมีระดับคะแนน จาก 0 (ไม่มีเลย)-3(ครั้งต่อสัปดาห์หรือมากกว่านั้น หรือเป็นประจำ) การประเมินอาการที่สัมพันธ์กับ PTSD ได้แก่อาการวิตกกังวล หรือ ซึมเศร้า โดยเครื่องมือดังนี้ - Beck Anxiety Inventory (BAI) การประเมินอาการวิตกกังวล - Beck Depression Inventory (BDI) การประเมินอาการซึมเศร้า การประเมินการรู้ความสามารถใช้แบบประเมินตนเองดังนี้ -Sheehan Disability Scale Assessment (American psychiatric., 2000) เป็นแบบประเมินกิจกรรมต่างๆที่ถูกรบกวนจากอาการ PTSD ได้แก่ (1) การทำงาน (2) การเข้าสังคมหรือการใช้เวลาว่าง (3)ชีวิตครอบครัว หรือความรับผิดชอบภาระหน้าที่ในบ้านโดยแบ่งเป็น 3 ระดับ จาก 0 (ไม่เคยมี)-10 (รุนแรงมาก)
การบำบัด	<u>กลุ่มทดลอง</u> วิธีการรักษาโดยการบำบัดทางความคิด ผู้ป่วยจะได้รับการรักษา สัปดาห์ละครั้ง ติดต่อกัน 12 ครั้ง ภายใน 3 เดือน และบำบัดกระตุ้นทุกเดือนติดต่อกัน 3 เดือน การบำบัดครั้งแรกๆใช้เวลาประมาณ 90 นาที หลังจากนั้นใช้เวลา ครั้งละ 60 นาที ผู้ป่วยจะได้รับการบำบัด เฉลี่ย 9.0 ครั้ง (จำนวนครั้งอยู่ช่วงระหว่าง 2-12) ครั้ง และ บำบัดกระตุ้น 2.4 (ช่วง

หัวข้อ	รายละเอียด
การบำบัด (ต่อ)	ระหว่าง 0-3 ครั้ง) ผู้บำบัดจะมีการอภิปรายการบำบัดเป็นราย case ร่วมกันในแต่ละสัปดาห์เพื่อให้สามารถทำการบำบัดตาม protocol ได้ การบำบัดใช้รูปแบบของ Ehler & Clark (2000) เป็นพื้นฐาน ในการบำบัด ซึ่งเชื่อว่าที่อาการ PTSD ยังคงดำรงอยู่ เป็นเพราะบุคคลประเมิน ตัดสินหรือคิดเกี่ยวกับเรื่องอุบัติเหตุในทิศทางที่ทำให้เกิดความรู้สึก คุกคามในปัจจุบัน ความรู้สึกถูกคุกคามที่เกิดขึ้นเป็นผลจาก (1)การ ประเมินอุบัติเหตุและผลที่จะตามมาในทางลบมากเกินไป (2) รบกวนความจำต่อประสบการณ์การเกิดอุบัติเหตุ มีรายละเอียดและ บริบทครบถ้วนมีความจำและการรับรู้ที่บิดเบือนไปอย่างหนักแน่น โดย มีการเปลี่ยนแปลงการประเมินค่าในด้านลบและความจดจำต่อเหตุการณ์ เป็นการป้องกัน PTSD โดยใช้กลยุทธ์ทางพฤติกรรมและความคิดเป็น ลำดับขั้นตอน จุดประสงค์ของการรักษาเพื่อแก้ไขการประเมินค่าในด้าน ลบที่มากเกินไป, ความจำต่อเหตุการณ์ที่คุกคาม ซึ่งทำให้ถูกต้อง และ กำจัดการตอบสนองทางพฤติกรรมและความคิดที่เป็นปัญหา กลุ่ม Self-help Booklet ผู้ป่วยจะได้รับหนังสือคู่มือจำนวน 64 หน้า (ประมาณ 18,000 คำ) ชื่อเรื่อง การทำความเข้าใจกับปฏิกิริยาของตัวเองต่อเหตุการณ์ (Understanding Your Reactions to Trauma) หนังสือคู่มือประกอบไปด้วยหลักการทางความคิดและพฤติกรรมในการรักษา PTSD ในการ ทดสอบนำร่องหนังสือคู่มือแสดงให้เห็นว่ามีประโยชน์มากสุดในการ รักษาผู้ที่ได้รับความรุนแรงจากการจลาจลมากที่สุดถึง 88%-95% มีการ เพิ่มเติมเนื้อหาเข้าไปอีก 4 หน้า วัตถุประสงค์เพื่อสอดแทรกพฤติกรรม การหลีกเลี่ยง และพฤติกรรมแสวงหาความปลอดภัยหลังเกิดอุบัติเหตุ ผู้ บำบัดใช้เวลาพบผู้เข้าร่วมวิจัย 40 นาทีในครั้งแรก เพื่ออธิบายวิธีการใช้ หนังสือคู่มือและกระตุ้นให้กลับไปทำตามคำแนะนำ การบำบัดครั้ง ต่อๆ ไปก็ทำตามคู่มือที่กำหนดไว้เป็นมาตรฐาน กลุ่ม Repeated Assessment ผู้ป่วยจะได้รับข้อมูลเกี่ยวกับเหตุผลและการปฏิบัติตัวสำหรับการ ประเมินซ้ำโดยการสอนของผู้บำบัดใช้เวลา 20 นาที ผู้บำบัดจะอธิบาย ว่าอาการของ PTSD จะลดลงได้เองโดยไม่ต้องมีการบำบัด แต่บางคน

หัวข้อ	รายละเอียด
การบำบัด (ต่อ)	อาจต้องได้รับการบำบัดจากผู้เชี่ยวชาญ คนที่ต้องได้รับการรักษา ก็ยังไม่ทราบว่าการศึกษาในทันที หรือให้การรักษาภายหลังอันไหนจะมีประสิทธิภาพมากกว่ากัน จากนั้นก็อธิบายเวลาที่จะทำการประเมินซ้ำในโอกาสต่อไป ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษากลุ่ม SH และ RA สามารถเข้ารับการรักษาด้วย CT หลังจาก 9 เดือนไปแล้วถ้าต้องการได้รับการช่วยเหลือในการรักษาเกี่ยวกับอาการที่เป็นอยู่ <u>คุณสมบัติผู้บำบัด</u> เป็นผู้ที่ผ่านการฝึกอบรมและฝึกทักษะการบำบัดด้วย CBT จากผู้เชี่ยวชาญเฉพาะสาขาเช่น นักจิตหรือพยาบาลจิตเวช
ระเบียบวิธีวิจัย	Randomized Controlled Trial
ระดับของงานวิจัย	ระดับ 2
ผลการวิจัย	<u>ผลลัพธ์หลัก</u> การบำบัดทั้ง 3 แบบทำให้อาการ PTSD, depression, anxiety และการไร้ความสามารถดีขึ้นใน 9 เดือน แต่กลุ่มที่ดีขึ้นมากที่สุดคือกลุ่มที่ได้รับการบำบัดแบบ CT การบำบัดแบบ CT ดีกว่า SH และ RA หลังการบำบัด 3 เดือน และจากการติดตามผลที่ 9 เดือน มีจำนวนผู้ป่วยเพียง 3 คนหรือร้อยละ 11 จากการบำบัดรักษาด้วย CT ที่มีอาการ PTSD เมื่อเทียบกับการใช้หนังสือคู่มือบำบัดด้วยตนเองมีจำนวน 17 คน(ร้อยละ 61) หรือการประเมินซ้ำ 16 (55%)
การสรุปเพื่อนำไปใช้	1.งานวิจัยนี้สามารถอ้างอิงไปยังกลุ่มเป้าหมายที่มีคุณลักษณะคือ เป็นกลุ่มผู้ป่วยที่มีความเครียดภายหลังที่ได้รับอุบัติเหตุการจราจรที่ระยะเวลาไม่เกิน 6 เดือน และมีอาการที่เข้าได้กับเกณฑ์การวินิจฉัยโรค PTSD โดยมีระดับคะแนน 20 หรือ สูงกว่าตามระดับคะแนนของPDS) ข้อบ่งชี้ของอาการอยู่ในระดับปานกลางถึงรุนแรง มีอายุระหว่าง 18-65 ปี เป็นผู้ป่วยที่มีรู้สีกตัวดีหลังเกิดอุบัติเหตุ หรือสามารถจำเหตุการณ์หลังเกิดอุบัติเหตุได้ ไม่มีประวัติป่วยเป็นโรคจิตเวช ไม่ติดแอลกอฮอล์ หรือสารเสพติดอื่นๆ ไม่เป็นผู้ป่วยที่มีบุคลิกภาพผิดปกติชนิด Boderline

หัวข้อ	รายละเอียด
การสรุปเพื่อนำไปใช้ (ต่อ)	ไม่ป่วยเป็นโรคซึมเศร้าอย่างรุนแรงซึ่งต้องรับการรักษาอย่างทันที (มีปัจจัยเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย) 2. ผู้บำบัดที่จะนำมาใช้ต้องมีคุณสมบัติ คือ ได้รับการฝึกอบรมเรื่องวิธีการใช้เครื่องมือ และรูปแบบการบำบัดรักษาด้วย CT 3. รูปแบบการบำบัดรักษา จะทำการบำบัดสัปดาห์ละครั้ง ติดต่อกัน 12 ครั้ง ภายใน 3 เดือน และบำบัดกระตุ้นทุกเดือนติดต่อกัน 3 เดือน การบำบัดครั้งแรกๆ ใช้เวลาประมาณ 90 นาที หลังจากนั้นใช้เวลา ครั้งละ 60 นาที รูปแบบการบำบัดเน้นการป้องกัน PTSD โดยใช้กลยุทธ์ทางพฤติกรรมและความคิดเป็นลำดับขั้นตอน เพื่อให้ผู้ป่วยแก้ไขการประเมินค่าในด้านลบที่มากเกินไป ความจำต่อเหตุการณ์ที่คุกคาม ซึ่งทำให้ถูกต้อง และกำจัดการตอบสนองทางพฤติกรรมและความคิดที่เป็นปัญหา 4. การวัดผลลัพธ์ใช้แบบวัด - Clinician Administered PTSD Scale (CAPS) ใช้วัดอาการ PTSD - PDS เป็นแบบประเมินความรุนแรงของอาการ PTSD - Beck Anxiety Inventory (BAI) การประเมินอาการวิตกกังวล - Beck Depression Inventory (BDI) การประเมินอาการซึมเศร้า - Sheehan Disability Scale Assessment ใช้ประเมินการไร้ความสามารถในการทำกิจกรรมต่างๆ ที่ถูกรบกวนจากอาการ PTSD
ความสอดคล้องกับประเด็นปัญหาทางคลินิก	1. งานวิจัยตรงกับประเด็นปัญหาทางคลินิกที่ผู้ศึกษาต้องการศึกษา คือ การใช้การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมเพื่อลดอาการเครียดภายหลังเผชิญเหตุการณ์สะเทือนขวัญในบุคคลที่ประสบอุบัติเหตุการจราจรซึ่งพบว่าวิธีการบำบัดด้วย CT ได้ผลดีกว่าวิธีการอื่นๆ 2. งานวิจัยนี้พยาบาลสามารถนำมาปฏิบัติเพื่อการแก้ไขปัญหาดตามขอบเขตการปฏิบัติการพยาบาล 3. งานวิจัยนี้ไม่ได้กล่าวถึงการทดสอบสมมุติฐานที่มีความสอดคล้องกับประเด็นปัญหาทางคลินิก 4. กระบวนการเก็บข้อมูลสามารถนำไปใช้ได้จริงในคลินิกแต่ต้องมีการจัดทำในเรื่องเครื่องมือประเมินและคู่มือการบำบัดด้วย CT เนื่องจากใน

หัวข้อ	รายละเอียด
ความสอดคล้องกับประเด็นปัญหาทางคลินิก (ต่อ)	หน่วยงานยังไม่มีในเรื่องของเครื่องมือรวมทั้งคู่มือในการบำบัด รวมทั้งรูปแบบในการให้การช่วยเหลือผู้ป่วยทางด้านจิตใจภายหลังประสบอุบัติเหตุการจราจร
การมีความหมายหรือมีคุณค่าในเชิงศาสตร์	1. แหล่งตีพิมพ์ Archives of General Psychiatry, (2003) ซึ่งมีความน่าเชื่อถือเป็นวารสารทางด้านสุขภาพจิต 2. ผู้ทำการวิจัยเป็นจิตแพทย์ปฏิบัติงานอยู่ที่ลอนดอน 3 คน และอีก 4 คน ปฏิบัติงานอยู่ในมหาวิทยาลัย Oxford ในประเทศอังกฤษ 3. คุณภาพงานวิจัย 1) ชื่อเรื่องแสดงถึงวิธีการศึกษาตัวแปรที่สำคัญในงานวิจัย คือ เป็นการวิจัยเชิงทดลองเพื่อเปรียบเทียบวิธีการบำบัดรักษา โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างของการวิจัยเป็น กลุ่มที่ใช้การบำบัดด้วย CT กับการใช้หนังสือคู่มือพื้นฐาน CBT ช่วย และการประเมินซ้ำในการใช้ Early Intervention ในการรักษา PTSD (RA) 2) งานวิจัยมีการระบุปัญหา และเหตุผล ที่ทำให้ต้องทำวิจัย ในเรื่องของการเปรียบเทียบวิธีการบำบัดรักษาเพื่อหาวิธีการที่ดีที่สุดและใช้ได้ดีในกลุ่มผู้ป่วยที่มีอาการ PTSD ระดับปานกลางถึงรุนแรง 3) มีการระบุวัตถุประสงค์การวิจัยไว้อย่างชัดเจน คือ เพื่อศึกษาวิธีการบำบัดด้วย CT กับการใช้หนังสือคู่มือพื้นฐาน CBT ช่วยและการประเมินซ้ำในการใช้ Early Intervention ในการรักษา PTSD (RA) 4) มีการทบทวนวรรณกรรมอย่างกว้างขวาง ในงานวิจัยต่างๆในเรื่องของการนำ cognitive behavioral therapy มาใช้ในการบำบัดรักษาบุคคลที่มีอาการเครียดหลังเผชิญเหตุการณ์สะเทือนขวัญจากการประสบอุบัติเหตุการจราจร วรรณกรรมมีการทบทวนอย่างถูกต้อง และทันสมัย มีการสรุปการทบทวนวรรณกรรมต่างๆที่นำมาใช้ในปีต่างๆ 5) มีการระบุประชากรกลุ่มเป้าหมายที่ชัดเจน คือ เป็นบุคคลที่มีอาการเครียดหลังเผชิญเหตุการณ์สะเทือนขวัญจากการประสบอุบัติเหตุการจราจร และการได้มาซึ่งกลุ่มตัวอย่างจากการใช้แบบคัดกรองผู้ป่วย และมีเกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างไว้อย่างชัดเจนและแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ด้วยวิธีการสุ่ม กลุ่มตัวอย่างมีจำนวนเพียงพอ

หัวข้อ	รายละเอียด
การมีความหมายหรือมีคุณค่าในเชิงศาสตร์ (ต่อ)	ผู้วิจัยได้ระบุจำนวนผู้เข้าร่วมการบำบัดก่อนการให้การบำบัด และเมื่อสิ้นสุดการบำบัด และเหตุผลที่ผู้ร่วมการบำบัดออกจากกระบวนการบำบัดในระหว่างการบำบัด 6) มีการระบุงานวิจัยนี้ใช้วิธีการวิจัย (design) เป็น Randomized Controlled Trialงานวิจัยนี้ใช้วิธีการในการลดอิทธิพลของตัวแปรแทรกซ้อนโดยที่ผู้เก็บข้อมูล/ผู้บำบัด ไม่รู้สถานภาพของความเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม รวมทั้งตัวผู้ถูกบำบัดก็เช่นเดียวกัน 7) งานวิจัยนี้ไม่ได้ระบุการรับการรับรองจากคณะกรรมการสิทธิมนุษยชนเกี่ยวกับการทดลองในมนุษย์หรือการระบุวิธีการรักษาความลับของผู้ร่วมการวิจัย 8) การใช้แบบวัดในการประเมินผลลัพธ์หลักเหมาะสมมีการประเมินก่อนการทดลองเปรียบเทียบกับหลังการทดลองและมีการประเมินติดตามหลังการรักษาที่ 3 เดือนและ 9 เดือน 9) การวิจัยใช้สถิติในการวิเคราะห์ข้อมูลเหมาะสมกับวัตถุประสงค์การวิจัย และระดับการวัดผลลัพธ์หลักของการทดลอง 10) ผลการวิจัยตอบคำถามการวิจัย หรือ บรรลุวัตถุประสงค์การวิจัยคือ เปรียบเทียบวิธีการบำบัดรักษาทั้ง 3 วิธี ซึ่งพบว่ากลุ่มที่ใช้การบำบัดด้วย CT ให้ผลการรักษาที่ดีกว่าวิธีการอื่นๆ 11) มีการระบุข้อจำกัดของการวิจัย การสรุปอ้างอิงถึงประชากรและข้อเสนอแนะในการนำไปใช้ปฏิบัติ และข้อเสนอแนะอยู่ภายใต้ขอบเขตของข้อค้นพบจากการวิจัย
แนวโน้มที่จะนำไปใช้ได้ในทางปฏิบัติ	1. การเทียบเคียงความรู้สู่การปฏิบัติ (Transferability) งานวิจัยมีความเหมาะสมกับการนำไปใช้ในหน่วยงานจิตเวชในชุมชน เนื่องจากยังไม่เคยมีดำเนินการคัดกรองปัญหาในเรื่องนี้และเพื่อให้มีการพัฒนารูปแบบการดูแลที่เหมาะสมในกลุ่มเป้าหมาย ช่วยลดอาการเครียดภายหลังเผชิญเหตุการณ์สะเทือนขวัญในบุคคลที่ประสบอุบัติเหตุ การจราจรและยังช่วยลดโรคที่เป็นปัญหาทางสุขภาพจิตที่อาจเกิดร่วมได้อีกด้วย

หัวข้อ	รายละเอียด
แนวโน้มที่จะนำไปใช้ได้ในการปฏิบัติ (ต่อ)	2.ความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติในสถานการณ์จริง (Feasibility of implementation) - พยาบาลจิตเวชสามารถนำมาใช้ปฏิบัติได้อย่างอิสระ - การปฏิบัติตามงานวิจัยผู้บำบัดต้องได้รับการฝึกอบรมทักษะเพิ่มเติมในเรื่องการบำบัด CT และการใช้เครื่องมือในการประเมินอาการผู้ป่วย แต่ก็ยังเป็นทักษะที่สามารถฝึกได้ ผู้ที่เคยมีประสบการณ์ทำงานด้านจิตเวช ถ้าได้รับการฝึกทักษะเพิ่มเติมก็สามารถทำได้ - การปฏิบัติตามโปรแกรม สามารถปฏิบัติได้ตามชั่วโมง ไม่เป็นการละทิ้งหน้าที่ - ต้องมีการจัดหาอุปกรณ์ในเรื่องของคู่มือการบำบัด เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินผลเนื่องจากไม่มีใช้ในหน่วยงานปรับแก้พฤติกรรมและความคิดที่เป็น 3. ความคุ้มค่าคุ้มประโยชน์เมื่อนำไปใช้ (Cost-benefit ratio) เป็นประโยชน์ช่วยให้ผู้ป่วยเผชิญกับความเครียดได้ด้วยตัวเอง และลดการเกิดความเครียดได้อย่างเหมาะสม สามารถกำจัดการตอบสนองทางพฤติกรรมและความคิดที่เป็นปัญหาของตนเองได้ และยังส่งผลต่อการลดการเกิดโรคร่วมได้ด้วย เกิดประโยชน์สูงสุดทั้งตัวผู้ป่วย ครอบครัว และช่วยลดจำนวนผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิตในชุมชน รวมทั้งผลการรักษายังคงทนได้นานถึง 9 เดือน

ตารางการวิเคราะห์และสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์

เรื่องที่ 3

ชื่อเรื่อง A controlled evaluation of cognitive behavioral therapy for posttraumatic stress in motor vehicle accident survivors

ผู้วิจัย Blanchard, E. B., Hickling, E. J., Devineni, T., Veazey, C. H., Galovski, T. E., Mundy, E., et al. (2003).

แหล่งตีพิมพ์ *Behaviour Research and Therapy*, 41, 79-96.

หัวข้อ	รายละเอียด
วัตถุประสงค์การวิจัย	เพื่อเปรียบเทียบ Cognitive behavioral therapy (CBT) ,Supportive psychotherapy และ a wait list condition
ทุน	-
สมมุติฐานงานวิจัย	-
Setting งานวิจัย	ในประเทศสหรัฐอเมริกา
กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย	มีผู้ที่เข้าร่วมการคัดกรองทั้งหมดจำนวน 433 คนโดยคัดกรองทางโทรศัพท์ มีเพียง 215 คนที่ผ่านการคัดกรองและเข้าสู่ระบบการนัดหมายเพื่อทำการประเมิน มีคนที่ถูกคัดออกไปเหลือจำนวน ผู้เข้าร่วมในการบำบัดช่วงแรก 98 คน เป็นกลุ่มคนที่ได้รับอุบัติเหตุจากการจราจรภายหลังเกิดเหตุการณ์ 6-24 เดือน มีอาการเข้าเกณฑ์การวินิจฉัยโรค PTSD หรือ มีอาการ PTSD รุนแรงแต่ไม่ครบตามเกณฑ์การวินิจฉัย ซึ่งมีคะแนนจากการใช้แบบวัดด้วย CAPS เท่ากับหรือมากกว่า 30 คะแนน โดยกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมการวิจัยเซ็นยินยอมเข้าร่วมการวิจัยตั้งแต่การประเมินในครั้งแรกมีผู้เข้าร่วม drop outs จำนวน 20 คน จึงเหลือจำนวนผู้ที่เข้าร่วมการประเมินหลังการได้รับการรักษาอย่างครบถ้วนจำนวน 78 คน ดังนั้นกลุ่มที่เข้าร่วมบำบัดด้วย CBT จำนวน 27 คน supportive psychotherapy จำนวน 27 คน และ a wait list condition จำนวน 24 คน <u>เกณฑ์การคัดเข้า</u> 1. กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการคัดเลือกเข้าร่วมมีอาการตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรค PTSD ตามเกณฑ์การวินิจฉัยของ DSM-IV หรือมีอาการของโรค PTSD รุนแรงแต่อาการไม่ครบตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรค PTSD

หัวข้อ	รายละเอียด
กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย (ต่อ)	(มีอาการตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรค PTSD ข้อ A, E และ F และมีอาการตามข้อ B, C, หรือ D 2 ข้อ) 2. มีคะแนน CAPS score 30 คะแนน ขึ้นไป <u>เกณฑ์การคัดออก</u> 1.การมีโรคทางจิตเวชอื่นร่วม เช่น Delusional Disorder, โรค Bipolar 2.เป็นผู้ป่วยที่ติดสุราและสารเสพติด 3.เป็นผู้ที่ได้รับความกระทบกระเทือนจากอุบัติเหตุเป็นครั้งที่ 2 4.มีคะแนน CAPS score ต่ำกว่าเกณฑ์ที่กำหนด
เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินผลสัมฤทธิ์	<u>การวัดผลลัพธ์หลัก</u> ใช้แบบประเมิน Clinician Administered PTSD Scale (CAPS) ในการสัมภาษณ์เพื่อวัดระดับอาการของโรค PTSD วินิจฉัยโรค <u>การวัดผลลัพธ์รอง</u> - ใช้แบบ SCID (First et al., 1996) ในการประเมินผู้ประเมินจะได้รับการฝึกเรื่องการใช้แบบประเมิน การประเมินความถี่ในการเกิดโรคร่วม, โรคซึมเศร้า, โรควิตกกังวล จะมีข้อคำถามในการสัมภาษณ์ 20 ข้อ - การประเมินการทำหน้าที่ทางจิตสังคมในปัจจุบัน โดยใช้ The Global Assessment of Functioning (GAF) (Endicott et al., 1977) - แบบประเมินโรคร่วม ประกอบด้วย The Beck Depression Inventory (BDI) (Beck et al., 1961) ใช้วัดภาวะซึมเศร้าและ The State-Trait Anxiety (STAI) (Spiel-berger., 1983) ใช้วัดภาวะวิตกกังวล - แบบประเมิน The Impact of Event Scale (IES) (Horowitz et al., 1979) - The PTSD Checklist (PCL) (Weathers et al., 1994) ใช้เป็นเครื่องบ่งชี้ถึงอาการของโรค Posttraumatic stress - The Brief Symptom Inventory (BSI) (Derogatis & Melisaratos., 1983) ระดับคะแนน The Global Severity Index (GSI) ใช้เป็นเครื่องบ่งชี้ถึงผลกระทบต่อความทุกข์ยากทางด้านจิตใจ

หัวข้อ	รายละเอียด
เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินผลลัพธ์ (ต่อ)	การประเมินติดตามวัดซ้ำที่ 3 เดือน ประกอบด้วยการใช้แบบสัมภาษณ์และการใช้แบบสอบถาม (ไม่มีการประเมินด้านจิตวิทยาและสรีระวิทยา)
การบำบัด	ผู้บำบัดในงานวิจัยนี้จะไม่รู้สถานภาพของความเป็นกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมเนื่องจากใช้วิธีการสุ่มผู้บำบัดเข้ากลุ่มในแต่ละกลุ่มทั้ง 3 กลุ่ม <u>กลุ่มทดลอง</u> ได้รับการบำบัดรักษาด้วย CBT, Supportive psychotherapy ซึ่งแนวทางการรักษาทั้ง CBT และ Supportive psychotherapy ต่างก็มีคู่มือประกอบการบำบัดใช้ระยะเวลาในการบำบัดประมาณ 8-12 ครั้ง นาน 8-12 สัปดาห์ แต่จากจำนวน case ที่เข้ารับการบำบัดมีผู้ที่ได้รับการบำบัดจำนวน 10 ครั้งมากที่สุด ผู้บำบัดจะยุติการบำบัดได้เมื่อบำบัดครบ 8 ครั้งขึ้นไปขึ้นอยู่กับอาการตัดสินใจของผู้บำบัดว่าเพียงพอแล้วหรืออาจขยายออกไปได้ถึง 12 ครั้ง ถ้าผู้บำบัดเห็นว่าจำเป็น ค่าเฉลี่ยจำนวนครั้งในการบำบัดด้วย CBT เท่ากับ 9.8 ครั้ง และการบำบัดด้วย Supportive เท่ากับ 10.0 ซึ่งเงื่อนไขของทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน 1. Cognitive Behavioral treatment ขั้นตอนการดำเนินการใช้การบำบัดพฤติกรรมหลายวิธีร่วมกับการบำบัดความคิด การพบกันครั้งแรกๆ ผู้บำบัดจะอธิบายความหมายของโรคความเครียดจากการเผชิญเหตุการณ์สะเทือนขวัญ (PTSD) และอาการของโรคนี้ และอภิปรายร่วมกันเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจโรค PTSD และความกระทบกระเทือนที่ได้รับว่าเข้าได้กับการเป็นโรคนี้ การพูดคุยจะเน้นให้เห็นว่า PTSD เป็นปฏิกิริยาตอบสนองต่อการเผชิญเหตุการณ์สะเทือนขวัญที่พบได้ในคนทั่วไปและเป็นเรื่องปกติ หลังจากนั้นจะสอนการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ (Muscle Relaxation) เริ่มจากฝึกการผ่อนคลายกล้ามเนื้อทั้ง 16 กลุ่ม จนลดลงมาถึง 8 กลุ่มและ 4 กลุ่ม และให้ฝึก

หัวข้อ	รายละเอียด
การบำบัด (ต่อ)	การผ่อนคลายทุกวันที่บำบัดโดยให้เผชิญกับสิ่งที่กลัว (Exposure therapy) มีกิจกรรม 3 ชนิด (1) การอ่านออกเสียงต่างๆ เกี่ยวกับเรื่องเหตุการณ์การเกิดอุบัติเหตุ การจราจรที่ตนเองได้เขียนไว้ ซึ่งทำหลังจากพบกันครั้งที่ 2 นอกจากนั้นยังให้นำไปอ่านออกเสียงต่างๆเป็นการบ้านวันละ 3 ครั้ง และให้บันทึกความรู้สึกทุกข้อใจต่างๆไว้ด้วย (SUD) ซึ่งอาจลดเหลือวันละครั้งได้ ถ้าผู้ป่วยไม่ยอมทำ เทคนิคนี้ออกแบบมาเพื่อผลักดันให้ผู้รับการบำบัดเรียนรู้การลดการหลีกเลี่ยงทางความคิด (2) การจินตภาพเพื่อบรรยายเหตุการณ์ที่ได้รับความกระทบกระเทือน โดยใช้กระบวนการเผชิญกับสิ่งที่กลัวเป็นเวลานาน ประกอบด้วยจินตนาการถึงสิ่งที่เลวร้ายที่สุดของเหตุการณ์สะเทือนขวัญนั้น ผู้บำบัดจะกระตุ้นให้ผู้รับการบำบัดอยู่กับความทรงจำนั้นจนกระทั่งเคยชินและนำไปสู่การลดลงของประสบการณ์ที่ทุกข์ทรมานใจ ลำดับขั้นตอนของจินตนาการจะมีการทำซ้ำจนกระทั่งผู้รับการบำบัดมีระดับความเครียดลดลงหรือ ไม่มีความเครียดเลย (3) การให้เผชิญกับสิ่งที่กลัวในสถานการณ์จริง เพื่อให้รู้จักกับสัญญาณที่เป็นตัวกระตุ้นความกลัว โดยสัมพันธ์กับการเดินทางโดยการนั่งรถไปด้วย ผู้บำบัดจะจัดลำดับขั้นตอนของการเผชิญความกลัวไปทีละน้อย การเดินทางออกไปนอกสถานที่จะทำทุกสัปดาห์ เริ่มในสัปดาห์ที่ 3 เริ่มจากให้นั่งเบาะท้ายหลังคนขับ เริ่มคิดเรื่องยนต์ ขับออกไปในถนนที่ไม่เกี่ยวข้องกับเหตุการณ์ และขับไปในถนนที่เกิดเหตุการณ์ และขับไปในเวลาเดียวกับที่เกิดเหตุการณ์ ผู้รับการบำบัดจะถูกกดดันเพิ่มขึ้นในแต่ละสัปดาห์ และในขณะเดียวกันก็จะฝึกทักษะการผ่อนคลายเพื่อลดสิ่งกระตุ้น - การให้ตรวจสอบความคิดและความรู้สึกในทางลบที่สัมพันธ์กับการเดินทางและปรับแก้ให้เป็นทางบวก ในการพบกันครั้งที่ 2 จะสอบถามถึงคู่สมรสสำหรับผู้ที่แต่งงานแล้วหรือผู้ที่เคยดูแลที่อาศัยอยู่ด้วยกันในปัจจุบันเพื่อให้สามารถรวมกลุ่มในครั้งที่ 3 เพื่ออธิบายให้กับคนที่คู่สมรสหรือผู้ที่อาศัยอยู่ด้วยกันใน

หัวข้อ	รายละเอียด
การบำบัด (ต่อ)	การให้การช่วยเหลือผู้ป่วยโดยอธิบายให้ทราบถึงภาวะ PTSD หรืออาการต่างๆของ PTSD แต่ถ้าไม่มีคู่สมรสหรือผู้ดูแลหรือผู้ป่วยไม่ประสงค์ที่จะพามาขึ้นตอนนี้ก็จะถูกตัดออกไป - การกระตุ้นให้มีกิจกรรมที่สร้างสุขที่เคยมีก่อนเกิดอุบัติเหตุเพื่อให้เกิดความรู้สึกที่ดีๆ การจัดการกับอาการง่วงซึมและความรู้สึกโกรธ 2. Supportive psychotherapy วิธีการบำบัดในครั้งแรกจะคล้ายกันกับการบำบัดใน CBT มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์แต่ไม่มี Relaxation ครั้งที่ 3 ให้พูดถึงผลกระทบในชีวิต ครั้งที่ 4-8 จะให้ความสำคัญกับการให้ระบายออกมาและสนับสนุนในเรื่องการให้คำแนะนำแทน 3. Wait-list control (กลุ่มควบคุม) จะให้เป็นการรักษารายบุคคลซึ่งระยะเวลาจะช้าประมาณ 2-3 เดือนหลังจากเกิด PTSD ด้วยการให้ CBT คุณสมบัติของผู้บำบัด คือ 1) เป็นผู้ปฏิบัติงานด้านสุขภาพจิตในชุมชนและมีหน้าที่ในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยโดยที่ทุกคนต้องมีใบอนุญาตในการประกอบวิชาชีพของตน 2) เป็นผู้ที่เคยมีประสบการณ์ผ่านการฝึกทักษะในเรื่องการบำบัดรักษา CBT และ Supportive psychotherapy 3) เป็นผู้ที่มีประสบการณ์ในการประเมินและการรักษาอย่างน้อย 5 ปี รวมทั้งในด้านการฝึกปฏิบัติ 9-15 ปี
ระเบียบวิธีวิจัย	Randomized Controlled Trial
ระดับของงานวิจัย	ระดับ 2 เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่มาจากงานวิจัยที่เป็น RCT อย่างน้อย 1 งาน
ผลการวิจัย	<u>ผลลัพธ์หลัก</u> จากการเปรียบเทียบผลการรักษาโดยใช้ CAPS ในการเปรียบเทียบทั้ง 3 กลุ่ม พบว่าการใช้ CBT ในการบำบัดรักษาให้ผลดีกว่าการใช้ Supportive psychotherapy ($p=0.002$) และ a wait list control ($p<0.001$) และการใช้ Supportive psychotherapy ในการบำบัดรักษาให้ผลดีกว่าการใช้ a wait list control ($p=0.012$)

หัวข้อ	รายละเอียด
ผลการวิจัย (ต่อ)	- จากการใช้ (CAPS) ในการจำแนกผู้ป่วยทั้ง 3 กลุ่ม พบว่าจำนวนคนที่มีการเปลี่ยนแปลงการวินิจฉัยจากโรค PTSD เป็น sub-syndromal PTSD หรือไม่มีอาการ PTSD ในกลุ่มที่ทำ CBT มีผลการเปลี่ยนแปลงที่ดีกว่ากลุ่ม a wait list control และกลุ่มที่ทำการบำบัดด้วย CBT มีแนวโน้มที่จะเปลี่ยนแปลงการวินิจฉัยดีกว่ากลุ่ม Supportive psychotherapy ร้อยละ 76.2 และกลุ่มที่ใช้จิตบำบัดแบบประคับประคอง (Supportive psychotherapy) ให้ผลการรักษาร้อยละ 47.6 และกลุ่มควบคุม (a wait list control) ร้อยละ 23 จากการประเมินในการเปลี่ยนแปลงโรคที่เกิดขึ้นใน 3 กลุ่ม ผลลัพธ์พบว่าโรคที่เกิดขึ้นมากที่สุดได้แก่ Major depressive disorder (MDD) และ Generalized anxiety disorder (GAD) ดังแสดงไว้ในตารางที่ 4 ในงานวิจัย ข้อมูลการเกิด MDD และ GAD วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ chi squares ในการเปรียบเทียบความสัมพันธ์ของการรักษา พบว่า CBT มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติสูงกว่ากลุ่ม Supportive ($p=0.005$) และกลุ่ม a wait list control ($p=0.017$) ผู้ที่เข้าร่วมกลุ่ม CBT ไม่มีใครกลับมาป่วยเป็นโรคซึมเศร้า ระหว่างรับการรักษา มี 2 ราย จากกลุ่มที่ใช้จิตบำบัดแบบประคับประคองและกลุ่มควบคุมมีการเปลี่ยนแปลงจากที่ไม่ได้ป่วยเป็นโรคซึมเศร้ามาป่วยเป็นโรคซึมเศร้าจากการประเมินหลังการรักษา การเปรียบเทียบหลังการรักษาโดยใช้ ANCOVAs พบว่าการบำบัดรักษาโดยใช้ CBT ให้ผลการรักษาดีกว่าทั้งอีก 2 กลุ่ม กลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคองให้ผลดีเท่ากับกลุ่มควบคุมจากการประเมินด้วย State anxiety, PCL และ Global Severity Index ของ BSI การวัดค่าความผันแปรของการเปลี่ยนแปลงพื้นฐานการดำเนินชีวิต พบว่าในการเปรียบเทียบก่อนการรักษาและหลังการรักษาการบำบัดด้วย CBT และ Supportive มีการเปลี่ยนแปลงของ Global assessment of functioning (GAF) แต่ในกลุ่ม a wait list control ไม่มีการเปลี่ยนแปลงจากการติดตามโดยใช้ ANCOVAs พบว่าการบำบัดรักษา โดยใช้ CBT

หัวข้อ	รายละเอียด
ผลการวิจัย (ต่อ)	มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับ GAF ($p=0.001$) มากกว่าในกลุ่ม Supportive และกลุ่ม a wait list control และในทั้ง 2 กลุ่มนี้ไม่แตกต่างกัน
การสรุปเพื่อนำไปใช้	1.งานวิจัยนี้สามารถอ้างอิงไปยังกลุ่มเป้าหมายที่มีคุณลักษณะคือ เป็นกลุ่มผู้ป่วยที่มีความเครียดภายหลังที่ได้รับอุบัติเหตุการจราจรเหมือนกัน ซึ่งได้ผลดีทั้งเพศหญิงและเพศชาย 2. การวัดผลลัพธ์ใช้แบบวัด CAPS -การประเมินการทำหน้าที่ทางด้านจิตสังคมในปัจจุบัน โดยใช้ The Global Assessment of Functioning (GAF) -การประเมินโรคร่วม ประกอบด้วย 1) The Beck Depression Inventory (BDI) ใช้วัดภาวะซึมเศร้า 2) The State-Trait Anxiety (STAI) ใช้วัดภาวะวิตกกังวล -แบบประเมิน The Impact of Event Scale (IES) -The PTSD Checklist (PCL) ใช้เป็นเครื่องบ่งชี้ถึงอาการของโรค Posttraumatic stress 3. ผู้บำบัดที่จะนำมาใช้ต้องมีคุณสมบัติ คือ 1) เป็นผู้ปฏิบัติงานด้านสุขภาพจิตในชุมชนและมีหน้าที่ในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยโดยที่ทุกคนต้องมีใบอนุญาตในการประกอบวิชาชีพของตน 2) เป็นผู้ที่เคยมีประสบการณ์ผ่านการฝึกทักษะในเรื่องการบำบัดรักษา CBT และ Supportive psychotherapy 3) เป็นผู้ที่มีประสบการณ์ในการประเมินและการรักษาอย่างน้อย 5 ปี รวมทั้งในด้านการฝึกปฏิบัติ 9-15 ปี 4. การบำบัดใช้ระยะเวลาประมาณ 8-12 ครั้ง ผู้บำบัดจะยุติการบำบัดได้เมื่อบำบัดครบ 8 ครั้งขึ้นไปขึ้นอยู่กับการตัดสินใจของผู้บำบัดว่าเพียงพอแล้วหรืออาจขยายออกไปได้ถึง 12 ครั้ง ถ้าผู้บำบัดเห็นว่าจำเป็นระยะเวลาในการทำแต่ละครั้งประมาณ 90 นาที 5. สามารถนำไปฝึกผู้ปฏิบัติงานในชุมชนเรื่องวิธีการบำบัดรักษาและประสบผลสำเร็จค่อนข้างดี

หัวข้อ	รายละเอียด
การสรุปเพื่อนำไปใช้ (ต่อ)	6. การบาดเจ็บทางร่างกายของผู้ป่วยมีผลรบกวนต่อผลการรักษา 7. ในการนำไปบำบัดผู้ป่วยควรมีจดหมายเตือนกลุ่มเป้าหมายก่อนถึงกำหนดนัดเป็นระยะเพื่อลดจำนวนการ Drop out ของผู้ป่วย 8. ควรมีการติดตามผลการรักษาใน 3 เดือนหลังการรักษา
ความสอดคล้องกับประเด็นปัญหาทางคลินิก	1. งานวิจัยตรงกับประเด็นปัญหาทางคลินิกคือ การใช้การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมเพื่อลดอาการเครียดภายหลังเผชิญเหตุการณ์สะเทือนขวัญในบุคคลที่ประสบอุบัติเหตุการจราจรซึ่งพบว่าได้ผลดีกว่าวิธีการบำบัดอื่นๆ 2. งานวิจัยนี้พยาบาลสามารถนำมาปฏิบัติเพื่อการแก้ไขปัญหตามขอบเขตการปฏิบัติการพยาบาล 3. งานวิจัยนี้มีการทดสอบสมมุติฐานที่มีความสอดคล้องกับประเด็นปัญหาทางคลินิก 4. พยาบาลมีเอกสิทธิ์ในการนำมาปฏิบัติ เพื่อการแก้ไขปัญหตามขอบเขตการปฏิบัติพยาบาล 5. กระบวนการเก็บข้อมูลสามารถนำไปใช้ได้จริงในคลินิก
การมีความหมายหรือมีคุณค่าในเชิงของศาสตร์	1. แหล่งตีพิมพ์ Behaviour Research and Therapy. (2003) ซึ่งมีความน่าเชื่อถือเป็นวารสารทางด้านสุขภาพจิต 2. ผู้ทำการวิจัยเป็นผู้ปฏิบัติงานอยู่ที่ Center for stress and anxiety disorder, University at Albany, USA 3. คุณภาพงานวิจัย 1) ชื่อเรื่องแสดงถึงวิธีการศึกษาตัวแปรที่สำคัญในงานวิจัย คือ เป็นการทดลองแบบควบคุมเพื่อเปรียบเทียบวิธีการบำบัดรักษา โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างของการวิจัยเป็น กลุ่มที่ใช้การบำบัดด้วย CBT, supportive psychotherapy และ a wait list condition 2) งานวิจัยมีการระบุปัญหา และเหตุผล ที่ทำให้ต้องทำวิจัย ในเรื่องของการเปรียบเทียบวิธีการบำบัดรักษาเพื่อหาวิธีการที่ดีที่สุดและใช้ได้กับกลุ่มผู้ป่วยเนื่องจากมีวิธีการที่หลากหลาย

หัวข้อ	รายละเอียด
การมีความหมายหรือมีคุณค่าในเชิงของศาสตร์(ต่อ)	3) มีการระบุวัตถุประสงค์การวิจัยไว้อย่างชัดเจน คือ การเปรียบเทียบวิธีการบำบัดด้วย CBT, supportive psychotherapy และ a wait list condition 4) มีการทบทวนวรรณกรรมอย่างกว้างขวาง ในงานวิจัยต่างๆในเรื่องของการนำ CBT มาใช้ในการบำบัดรักษาบุคคลที่มีอาการเครียดหลังเผชิญเหตุการณ์สะเทือนขวัญจากการประสบอุบัติเหตุการจราจร วรรณกรรมมีการทบทวนอย่างถูกต้อง และทันสมัย มีการสรุปทบทวนวรรณกรรมต่างๆที่นำมาใช้ในปีต่างๆ 5) มีการระบุประชากรกลุ่มเป้าหมายที่ชัดเจน คือ เป็นบุคคลที่มีอาการเครียดหลังเผชิญเหตุการณ์สะเทือนขวัญจากการประสบอุบัติเหตุการจราจร และการได้มาซึ่งกลุ่มตัวอย่างจากการใช้แบบคัดกรองผู้ป่วย และมีเกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างไว้อย่างชัดเจน และ แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ด้วยวิธีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างมีจำนวนเพียงพอ ผู้วิจัยได้ระบุจำนวนผู้ร่วมการบำบัดก่อนการให้การบำบัด เมื่อสิ้นสุดการบำบัด และเหตุผลที่ผู้ร่วมการบำบัดออกจากการบำบัดในระหว่างการบำบัด 6) มีการระบุว่างานวิจัยนี้ใช้วิธีการวิจัย (design) เป็น Randomized Controlled Trial 7) งานวิจัยนี้ระบุการรับการรับรองจากคณะกรรมการสิทธิมนุษยชนจาก NIMH MH-48476 8) การใช้แบบวัดในการประเมินผลลัพธ์หลักเหมาะสมมีการประเมินก่อนการทดลองเปรียบเทียบกับหลังการทดลองและมีการประเมินติดตามหลังการรักษาที่ 3 เดือน 9) การวิจัยใช้สถิติในการวิเคราะห์ข้อมูลเหมาะสมกับวัตถุประสงค์การวิจัย และระดับการวัดผลลัพธ์หลักของการทดลอง 10) ผลการวิจัยตอบคำถามการวิจัย หรือ บรรลุวัตถุประสงค์การวิจัยคือ เปรียบเทียบวิธีการบำบัดรักษาทั้ง 3 วิธี ซึ่งพบว่ากลุ่มที่ใช้การบำบัดด้วย CBT ให้ผลการรักษาที่ดีกว่า Supportive psychotherapy และ a wait list condition และ กลุ่มที่ใช้การบำบัดด้วย Supportive psychotherapy

หัวข้อ	รายละเอียด
การมีความหมายหรือมีคุณค่าในเชิงของศาสตร์(ต่อ)	ให้ผลการรักษาที่ดีกว่ากลุ่ม a wait list condition ในการลดอาการเครียดภายหลังเผชิญเหตุการณ์สะเทือนขวัญในบุคคลที่ประสบอุบัติเหตุการจราจร 11) มีการระบุข้อจำกัดของการวิจัย การสรุปอ้างอิงถึงประชากรและข้อเสนอแนะในการนำไปใช้ปฏิบัติและข้อเสนอแนะอยู่ภายใต้ขอบเขตของข้อค้นพบจากการวิจัย
แนวโน้มที่จะนำไปใช้ได้ในการปฏิบัติ	1. การเทียบเคียงความรู้สู่การปฏิบัติ (Transferability of finding) งานวิจัยมีความเหมาะสมกับการนำไปใช้ในหน่วยงานจิตเวชในชุมชน เนื่องจากยังไม่เคยมีดำเนินการคัดกรองปัญหาในเรื่องนี้และเพื่อให้มีการพัฒนารูปแบบการดูแลที่เหมาะสมในกลุ่มเป้าหมาย ช่วยลดอาการอาการเครียดภายหลังเผชิญเหตุการณ์สะเทือนขวัญในบุคคลที่ประสบอุบัติเหตุการจราจรและยังช่วยลดโรคที่เป็นปัญหาทางสุขภาพจิตที่อาจเกิดร่วมได้อีกด้วยเช่น โรคซึมเศร้า โรควิตกกังวล 2. ความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติในสถานการณ์จริง (Feasibility of implementation) - พยาบาลจิตเวชสามารถนำมาใช้ปฏิบัติได้อย่างอิสระ - การปฏิบัติตามงานวิจัยต้องฝึกฝนทักษะเพิ่มเติมแต่ก็เป็นทักษะที่สามารถฝึกได้ ผู้ที่เคยผ่านทักษะการทำกลุ่มผู้ป่วยและมีประสบการณ์ทำงานด้านจิตเวช 5 ปีขึ้นไป ถ้าได้ฝึกเพิ่มเติมสามารถทำได้ - การปฏิบัติตามโปรแกรม สามารถปฏิบัติได้ตามชั่วโมง ไม่เป็นการละทิ้งหน้าที่ - อุปกรณ์ต้องมีการจัดทำคู่มือในการบำบัดและเครื่องมือในการประเมินผู้ป่วยเพิ่มเติมเพื่อสะดวกในการนำไปใช้ 3. ความคุ้มค่าคุ้มประโยชน์เมื่อนำไปใช้ (Cost-benefit ratio) เป็นประโยชน์ช่วยให้ผู้ป่วยเผชิญกับความเครียดได้ด้วยตัวเอง และลดการเกิดความเครียดได้อย่างเหมาะสม และยังส่งผลต่อการลดการเกิดโรคร่วมได้ เกิดประโยชน์สูงสุดทั้งตัวผู้ป่วย ครอบครัว และช่วยลดจำนวนผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิตในชุมชน

ตารางการวิเคราะห์และสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์

เรื่องที่ 4

ชื่อเรื่อง One-and two-year prospective follow-up of cognitive behavior therapy or supportive psychotherapy

ผู้วิจัย Blanchard, E. B., Hickling, E. J., Malta, L. S., Freidenberg, B. M., Canna, M. A., et al. (2004).

แหล่งที่พิมพ์ *Behaviour Research and Therapy*, 42, 45-759.

หัวข้อ	รายละเอียด
วัตถุประสงค์การวิจัย	เพื่อติดตามประเมินผลความคงทนของการรักษาจากการใช้วิธีการบำบัดด้วย Cognitive behaviour therapy (CBT) และ Supportive psychotherapy ที่ 1 ปีและ 2 ปี
ทุน	-
สมมุติฐานงานวิจัย	-
Setting งานวิจัย	ในประเทศสหรัฐอเมริกา
กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการทดลอง	-เป็นกลุ่มตัวอย่างกลุ่มเดียวกับงานวิจัยเรื่อง A controlled evaluation of cognitive behavioral therapy for posttraumatic stress in motor vehicle accident survivors ของบลานชาร์ดและคณะ (Blanchard et al., 2003) โดยเลือกจากกลุ่มผู้ป่วยหลังได้รับอุบัติเหตุการจราจรที่ได้รับการรักษาโดยใช้ CBT เปรียบเทียบกับกลุ่มที่ใช้ Supportive psychotherapy และ a wait list condition ซึ่งได้รับการรักษาอย่างครบถ้วนและได้รับการประเมินติดตามแล้วที่ 3 เดือน ที่ 1 ปี มีจำนวนผู้เข้าร่วมการประเมิน 57 คน (จากกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 78 คน) และที่ 2 ปี มีจำนวนผู้เข้าร่วมการประเมิน 39 คน (จากกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 57 คน) <u>เกณฑ์การคัดเข้าร่วม</u> 1. เป็นคนที่ประสบอุบัติเหตุจากการจราจรและได้รับการดูแลรักษาด้วยยาภายใน 48 ชั่วโมงภายหลังประสบอุบัติเหตุ 2. ระยะเวลาที่ประสบอุบัติเหตุจากการจราจรน้อยสุดตั้งแต่ 6 เดือนแต่ไม่เกิน 24 เดือนภายหลังประสบอุบัติเหตุ 3. มีอาการตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรค PTSD หรือมีอาการของโรคที่รุนแรงแต่มีอาการไม่ครบตามเกณฑ์การวินิจฉัย (มีอาการอย่างน้อย 2 อาการใน 3 อาการ จากเกณฑ์การวินิจฉัยในข้อ B, C และ D แต่ไม่ต้อง

หัวข้อ	รายละเอียด
กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการทดลอง (ต่อ)	ครบทั้ง 3 ข้อ) <u>เกณฑ์การคัดออก</u> 1.การมีโรคทางจิตเวชอื่นๆ ร่วม เช่น Delusional Disorder, โรค Bipolar 2.เป็นผู้ป่วยที่ติดสุราและสารเสพติด 3.เป็นผู้ที่ได้รับความกระทบกระเทือนจากอุบัติเหตุเป็นครั้งที่ 2 4.มีคะแนน CAPS score ต่ำกว่าเกณฑ์ที่กำหนด จากกลุ่มเป้าหมาย 57 คน แต่เหลือผู้เข้ารับการประเมินผลหลังการรักษา ดังนี้ - ที่ 1 ปี ประเมินได้เพียง 52 คน (คิดเป็นร้อยละ 91) - ที่ 2 ปี ประเมินได้เพียง 39 คน (คิดเป็นร้อยละ 75)
เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินผลลัพธ์	<u>การวัดผลลัพธ์หลัก</u> การติดตาม 1 ปี และ 2 ปี ใช้วิธีการสัมภาษณ์โดยตรงเป็นส่วนใหญ่ มีส่วนน้อยที่สัมภาษณ์ทางโทรศัพท์ ทำโดยนักศึกษาปริญญาเอกที่ทราบว่าใครอยู่กลุ่มทดลองหรือกลุ่มควบคุม โดยใช้เครื่องมือในการประเมินดังนี้ 1.Clinician Administered PTSD Scale-2 (CAPS2) ในการประเมินอาการและการวินิจฉัยโรค PTSD 2.LIEF ใช้ประเมินและระบุความผิดปกติทางจิต และสถานะทางจิตสังคม ได้แก่ การประเมิน Global Assessment of Functioning (Axis I) Scale (GAF) ในทุกเดือน สัมภาษณ์ เกี่ยวกับสภาวะการขับรด สภาวะการบาดเจ็บทางร่างกาย และการบาดเจ็บที่มีขึ้นใหม่ หรือ สภาวะทางกฎหมาย โดยใช้ระเบียบวิธีของ LIEF <u>การทดสอบทางจิต</u> มีการทดสอบทางจิตตั้งแต่แรก และติดตามตลอด 2 ปี ด้วยแบบประเมิน PTSD Checklist (PCL) แบบประเมิน Impact-of Event Scale score (IES) แบบวัดอาการซึมเศร้า (Beck Depression Inventory: BDI), แบบวัดความวิตกกังวล (State-Trait Anxiety Inventor: STAI) แบบวัดอาการทางจิต Brief Sumptom inventory: BSI) และแบบวัดระดับความรุนแรงโดยทั่วไปเพื่อประเมินความทุกข์ทรมานทางจิตทั้งหมดด้วยแบบวัด Global Severity index (GSI)

หัวข้อ	รายละเอียด
การบำบัด	เป็นการประเมินผลของการบำบัดรักษาซ้ำที่ 1 ปี และ 2 ปีโดยเปรียบเทียบกับผลของการบำบัดรักษาแบบใช้ CBT กับการบำบัดรักษาโดยใช้ Supportive psychotherapy จากงานวิจัยของบลานชาร์ดและอิกกิง ในปี 2003 ในเรื่อง A controlled evaluation of cognitive behavioral therapy for posttraumatic stress in motor vehicle accident survivors
ระเบียบวิธีวิจัย	Randomized Controlled Trial
ระดับของงานวิจัย	ระดับ 2 เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่มาจากงานวิจัยที่เป็น RCT อย่างน้อย 1 งาน
ผลการวิจัย	<u>ผลลัพธ์หลัก</u> ผลการศึกษาที่ 1 ปี จากข้อมูลผลการประเมินความคงทนของผลการรักษาด้วย CBT ให้ผลในเรื่องความคงทนของการรักษาดีกว่า Supportive psychotherapy จากการประเมินอาการที่สัมพันธ์กับ PTSD โดยตรงด้วย CAPS การวินิจฉัยโรคด้วย IES, PCL ซึ่งได้ผลเช่นเดียวกับการประเมินโรคร่วม การบำบัดรักษาให้ผลในการลดการเกิดโรคร่วมได้แก่โรค Major depression และ General anxiety disorder ซึ่งหลังผลการศึกษาที่ 1 ปี พบว่าการได้รับการรักษาด้วย CBT ให้ผลการรักษาในการลดการเกิดโรคร่วมได้ดีกว่ากลุ่ม SUPPORT ยกเว้นการประเมินด้วย Beck Depression Inventory ให้ผลไม่แตกต่างกัน ส่วนผลการศึกษาที่ 2 ปี ให้ผลแตกต่างกันเล็กน้อยเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีจำนวนลดลง
การสรุปเพื่อนำไปใช้	เหมือนเรื่องที่ 3 แต่ทำให้มั่นใจในการนำไปใช้มากขึ้น เนื่องจากการการบำบัดแบบ CBT สามารถลดอาการของโรค PTSD และโรคร่วมได้ต่อเนื่องและไม่เกิดอาการกำเริบหรือการกลับเป็นซ้ำในช่วงเวลา 2 ปี
ความสอดคล้องกับประเด็นปัญหาทางคลินิก	1. งานวิจัยตรงกับประเด็นปัญหาทางคลินิก คือ สถานีอนามัยมีผู้ป่วยที่มีอาการกลัวการเดินทางด้วยรถโดยสารประจำทางหลังเกิดอุบัติเหตุการจราจรระยะเวลามากกว่า 1 ปี ซึ่งงานวิจัยเรื่องนี้เป็นการติดตามประเมินผลความคงทนของการรักษาจากการใช้วิธีการบำบัดด้วย CBT ที่ 1 ปีและ 2 ปี ในการลดอาการ PTSD ในคนที่ประสบอุบัติเหตุการจราจร 2. งานวิจัยนี้พยาบาลสามารถนำมาปฏิบัติเพื่อการแก้ไขปัญหาตาม

หัวข้อ	รายละเอียด
ความสอดคล้องกับประเด็นปัญหาทางคลินิก (ต่อ)	ขอบเขตการปฏิบัติการพยาบาลในการให้การพยาบาลและช่วยเหลือผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิตภายหลังประสบอุบัติเหตุการจราจร 3. งานวิจัยนี้ไม่ได้กล่าวถึงการทดสอบสมมุติฐานที่มีความสอดคล้องกับประเด็นปัญหาทางคลินิก 4. กระบวนการเก็บข้อมูลสามารถนำไปใช้ได้จริงในคลินิก แต่ต้องมีการจัดหาเครื่องมือที่จะนำมาใช้ในการประเมินเพิ่มเติม เนื่องจากไม่เคยมีเครื่องมือใช้มาก่อน
การมีความหมายหรือมีคุณค่าในเชิงศาสตร์	1. แหล่งตีพิมพ์ Behaviour Research and Therapy. (2004) ซึ่งมีความน่าเชื่อถือเป็นวารสารทางด้านสุขภาพจิต 2. ผู้ทำการวิจัยปฏิบัติงานอยู่ที่ Center for stress and Anxiety disorder University at Albany, USA 3. คุณภาพงานวิจัย 1) ชื่อเรื่องแสดงถึงวิธีการศึกษาตัวแปรที่สำคัญในงานวิจัยคือ เพื่อประเมินผลของการรักษาระหว่างใช้วิธีการบำบัดด้วย CBT และ Supportive psychotherapy ที่ 1 ปีและ 2 ปี ในการลดอาการเครียดภายหลังเผชิญเหตุการณ์สะเทือนขวัญในบุคคลที่ประสบอุบัติเหตุการจราจร 2) งานวิจัยมีการระบุปัญหา และเหตุผล ที่ทำให้ต้องทำวิจัยอย่างชัดเจนคือ เพื่อต้องการดูความคงทนของผลการรักษาจากการใช้วิธีการบำบัดทั้ง 2 วิธีที่แตกต่างกัน 3) มีการระบุวัตถุประสงค์การวิจัยไว้อย่างชัดเจน คือเพื่อเป็นการประเมินผลของการรักษาซ้ำที่ 1 ปี และ 2 ปี จากการบำบัดด้วย CBT และ Supportive psychotherapy ที่ 1 ปีและ 2 ปีหรือสมมุติฐานการวิจัย 4) มีการทบทวนวรรณกรรมอย่างกว้างขวาง ทั้งในส่วนที่สนับสนุนสมมุติฐานการวิจัย และที่คัดค้านงานวิจัย วรรณกรรมทบทวนถูกต้องและทันสมัย มีการสรุปการทบทวนวรรณกรรม 5) มีการระบุประชากรเป้าหมาย วิธีการได้มาซึ่งกลุ่มตัวอย่างและเกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างไว้อย่างชัดเจน กลุ่มตัวอย่างมีจำนวนเพียงพอ ถึงแม้จะมีขนาดลดลง (ผู้วิจัยได้ระบุจำนวนผู้ร่วมการบำบัดก่อนการให้ การบำบัด เมื่อสิ้นสุดการบำบัด และเหตุผลที่ผู้ร่วมการบำบัดออกจากการ

หัวข้อ	รายละเอียด
การมีความหมาย หรือมีคุณค่าในเชิง ศาสตร์ (ต่อ)	บำบัดในระหว่างการบำบัด เมื่อสิ้นสุดการบำบัดผู้วิจัยได้ทดสอบความพอเพียงของจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ใช้สถิติในการวิจัย) 6) งานวิจัยนี้ไม่ได้ระบุวิธีการวิจัยที่ใช้ (design) ได้แต่บอกว่าเป็นการศึกษาติดตามผลการบำบัดรักษาที่ 1 ปี และ ที่ 2 ปี 7) งานวิจัยนี้ระบุการรับรองจากคณะกรรมการสิทธิมนุษยชนจาก NIMH MH-48476 8) การใช้แบบวัดในการประเมินผลลัพธ์หลักเหมาะสม 9) การวิจัยใช้สถิติในการวิเคราะห์ข้อมูลเหมาะสมกับวัตถุประสงค์การวิจัย และระดับการวัดผลลัพธ์หลัก 10) ผลการวิจัยตอบคำถามการวิจัย หรือบรรลุวัตถุประสงค์การวิจัย 11) มีการระบุข้อจำกัดของการวิจัย การสรุปอ้างอิงถึงประชากรและข้อเสนอแนะในการนำไปใช้ปฏิบัติและข้อเสนอแนะอยู่ภายใต้ขอบเขตของข้อค้นพบจากการวิจัย
แนวโน้มที่จะ นำไปใช้ได้ในการ ปฏิบัติ	1. การเทียบเคียงความรู้สู่การปฏิบัติ (Transferability of finding) - งานวิจัยมีความเหมาะสมกับการนำไปใช้ในสถานีนอนมัย เนื่องจากมีกลุ่มผู้ป่วยที่มีอาการ PTSD หลังได้รับอุบัติเหตุจากการจราจรซึ่งมีระยะเวลามากกว่า 1 ปี ผลการรักษาในงานวิจัยให้ผลรักษาที่ระยะยาวจึงเหมาะสมที่จะนำไปพัฒนารูปแบบดูแลที่เหมาะสมในกลุ่มเป้าหมายต่อไป 2. ความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติในสถานการณ์จริง (Feasibility of implementation) - พยาบาลจิตเวชสามารถนำมาใช้ปฏิบัติได้อย่างอิสระ - การปฏิบัติตามงานวิจัยต้องฝึกฝนทักษะเพิ่มเติมแต่ก็เป็นทักษะที่สามารถฝึกได้ ผู้ที่เคยผ่านทักษะการทำกลุ่มผู้ป่วยและมีประสบการณ์ทำงานด้านจิตเวช 5 ปี ขึ้นไป ถ้าได้ฝึกเพิ่มเติมสามารถทำได้ - การปฏิบัติตามโปรแกรม สามารถปฏิบัติได้ตามชั่วโมง ไม่เป็นการละทิ้งหน้าที่ - ต้องจัดหาอุปกรณ์เพิ่มเติมในเรื่องเครื่องมือประเมินและคู่มือการบำบัดแบบ CBT - การประเมินผลความคงทนของการรักษาจะช่วยให้สามารถพัฒนา

หัวข้อ	รายละเอียด
แนวโน้มที่จะนำไปใช้ในการปฏิบัติ (ต่อ)	รูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่มีอาการเครียดภายหลังเผชิญเหตุการณ์สะเทือนขวัญ 3. ความคุ้มค่าคุ้มประโยชน์เมื่อนำไปใช้ (Cost-benefit ratio) เป็นประโยชน์ช่วยให้ผู้ป่วยเผชิญกับความเครียดได้ด้วยตัวเอง และลดการเกิดความเครียดได้อย่างเหมาะสม และยังส่งผลต่อการลดการเกิดโรคร่วมได้ เกิดประโยชน์สูงสุดทั้งตัวผู้ป่วย ครอบครัว และช่วยลดจำนวนผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิตในชุมชน รวมทั้งผลการบำบัดรักษาสามารถคงทนอยู่ได้ในระยะยาวยังเกิดประโยชน์มากยิ่งขึ้นต่อผู้ป่วย

ตารางการวิเคราะห์และสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์

เรื่องที่ 5

ชื่อเรื่อง Dresden PTSD treatment study: random controlled trial of motor vehicle accident survivors.

ผู้วิจัย Maercker, A., Zollner, T., Menning, H., Robe, S., & Karl, A. (2006).

แหล่งที่พิมพ์ *BMC Psychiatry*, 6, 29.

หัวข้อ	รายละเอียด
วัตถุประสงค์การวิจัย	เพื่อทดสอบประสิทธิผลและการคงอยู่ของผลลัพธ์จากการบำบัดความคิดและพฤติกรรมตามคู่มือที่พัฒนาเพิ่มเติมขึ้นจากโปรแกรมของ Blanchard and Hickling, (2003) เป็นภาษาเยอรมัน ในการบำบัดผู้รอดชีวิตจากการประสบอุบัติเหตุการจราจร
ทุน	-
สมมุติฐานงานวิจัย	-
Setting งานวิจัย	ประเทศเยอรมนี
กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการทดลอง	มีผู้เข้าร่วมการคัดกรองทางโทรศัพท์ทั้งหมดจำนวน 239 คน แต่ถูกส่งต่อเข้าสู่ระบบนัดจำนวน 132 คน มีเพียง 110 คน ที่ได้รับการประเมินอย่างครบถ้วนและก็ถูกคัดออกอีกเนื่องจากระดับคะแนนของอาการที่เป็นต่ำและบางคนก็ไม่มาเนื่องจากระยะทางไกล เหลือกลุ่มตัวอย่างจำนวน 42 คน ประกอบด้วยคนที่เข้าเกณฑ์การวินิจฉัยโรค PTSD ตามเกณฑ์การวินิจฉัยของ DSM-IV จำนวน 22 คน และจำนวน 20 คนที่มีอาการของโรค PTSD อย่างรุนแรง แต่มีอาการไม่ครบตามเกณฑ์การวินิจฉัยของโรค PTSD (มีอาการตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรค PTSD ข้อ A, E และ F ของเกณฑ์การวินิจฉัยโรค PTSD หรือมีอาการ 2 ข้อ จากเกณฑ์การวินิจฉัยโรค PTSD ข้อ B, C, หรือ D) หรือจำแนกอาการจากการใช้แบบวัด CAPS โดยมีคะแนนมากกว่า 30 คะแนนขึ้นไป คุณลักษณะผู้เข้าร่วมการบำบัดในกลุ่ม CBT และกลุ่มควบคุมก่อนเข้ารับการทดลองไม่มีความแตกต่างกัน ในจำนวนปีที่ได้รับการศึกษา จำนวนเดือนตั้งแต่เกิดอุบัติเหตุ จำนวนวันที่ได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องภายหลังการได้รับอุบัติเหตุ แม้ว่าจะมีผู้ชายในกลุ่มควบคุมมากกว่าในกลุ่ม CBT

หัวข้อ	รายละเอียด
กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย (ต่อ)	<u>เกณฑ์การคัดเข้า</u> 1. กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการคัดเลือกเข้าร่วมมีอาการตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรค PTSD ตามเกณฑ์การวินิจฉัยของ DSM-IV หรือมีอาการของโรค PTSD รุนแรงแต่อาการไม่ครบตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรค PTSD (มีอาการตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรค PTSD ข้อ A, E และ F และมีอาการตามข้อ B, C, หรือ D 2 ข้อขึ้นไป) 2. มีคะแนน CAPS score 30 คะแนน ขึ้นไป <u>เกณฑ์การคัดออก</u> 1. การมีโรคทางจิตเวชอื่น ๆ ร่วม เช่น โรค Bipolar 2. เป็นผู้ป่วยที่ติดสุราและสารเสพติด 3. เป็นผู้ที่ไม่ได้รับความกระทบกระเทือนจากอุบัติเหตุเป็นครั้งที่ 2 4. มีคะแนน CAPS score ต่ำกว่าเกณฑ์ที่กำหนด
เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินผลสัมฤทธิ์	<u>การวัดผลลัพธ์หลัก</u> โดยใช้แบบประเมินดังนี้ แบบประเมิน Clinician Administered PTSD Scale (CAPS) เปรียบเทียบก่อน-หลัง ซึ่งใช้คะแนนรวม 17 ข้อ ที่วัดความถี่และความรุนแรงของอาการเป็นผลลัพธ์หลัก และนำมาจัดเป็นกลุ่มการวินิจฉัยว่าผู้ป่วยเข้าเกณฑ์การวินิจฉัย PTSD, Subsyndromal PTSD หรือ non PTSD แบบทดสอบทางจิตวิทยา (Psychological test) ได้แก่ -แบบประเมินโรคซึมเศร้า (Beck Depression Inventory) -แบบประเมินภาวะวิตกกังวล (State-Trait Anxiety Inventory) -แบบประเมิน Posttraumatic Cognition Inventory -แบบประเมิน Self-Perceived Posttraumatic Growth
การบำบัด	โปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมของ Blanchard and Hickling (2003) ที่มีการนำมาแปลเป็นภาษาไทยเยอรมัน และขยายเพิ่มเติมเพื่อใช้บำบัดผู้รอดชีวิตจากการขับขีวดยานพาหนะชาวเยอรมันที่มีอาการ PTSD คู่มือการบำบัดได้เพิ่มเติมส่วนประกอบดังนี้ การมอบหมายให้เขียนเรื่องราว (writing assignment) การชี้ให้เห็นความเติบโตหรือการพัฒนาจากการผ่านเหตุการณ์สะเทือนขวัญมาได้ (facilitating of

หัวข้อ	รายละเอียด
การบำบัด (ต่อ)	posttraumatic growth) หรือการแลกเปลี่ยนทางสังคม (social sharing) แนวทางการบำบัดแบบ cognitive behavioral therapy ใช้ระยะเวลาในการทำ 8-12 สัปดาห์ ซึ่งส่วนใหญ่จะใช้จำนวน 10 ครั้ง แต่ผู้บำบัดสามารถยุติที่ 8 ครั้งถ้าเห็นว่าการบำบัดได้ผลเพียงพอแล้ว หรือขยายออกไปถึง 12 ครั้ง ถ้าต้องการ ค่าเฉลี่ยในการบำบัด=11.4 (s.d.=3.2) คู่มือการบำบัดแบบ Cognitive behavioral therapy แปลมาจาก Blanchard, E. B., et al. (2003) -ในระยะแรกเริ่มเป็นการอธิบายความหมายของ PTSD อาการและอภิปรายและอาการของผู้ป่วยที่เฉพาะกับอาการของความเครียดจากการเผชิญเหตุการณ์สะเทือนขวัญ เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจ PTSD และปฏิกิริยาตอบสนองต่อการเผชิญเหตุการณ์สะเทือนขวัญเป็นการเกิดขึ้นตามปกติของบุคคล อธิบายองค์ประกอบของการบำบัดว่ามีอะไรบ้างและสุดท้ายผู้บำบัดจะขอให้กลุ่มตัวอย่างเขียนรายละเอียดของการเกิดอุบัติเหตุ การจราจร และสิ่งที่เกิดขึ้นตามมาในขณะนั้นซึ่งรวมถึงความคิด และการรับรู้ทางประสาทสัมผัสทั้งหลาย และนำมาในการพบกันครั้งต่อไป การบำบัดโดยให้เผชิญกับสิ่งที่กลัว (exposure therapy) มี 3 ชนิด (1) การให้กลุ่มตัวอย่างอ่านออกเสียงต่างๆ เกี่ยวกับเหตุการณ์การเกิดอุบัติเหตุการจราจรที่ตนเองได้เขียนไว้ ซึ่งทำหลังจากพบกันครั้งที่ 2 นอกจากนั้นยังให้นำไปอ่านออกเสียงต่างๆเป็นการบ้านวัน 3 ครั้ง และให้บันทึกความรู้สึกทุกๆใจต่างๆไว้ด้วย (SUD) ซึ่งอาจลดเหลือวันละครั้งได้ ถ้าผู้ป่วยไม่ยอมทำ เทคนิคนี้ออกแบบมาเพื่อผลักดันให้ผู้รับการบำบัดเรียนรู้การลดการหลีกเลี่ยงทางความคิด (2) การจินตภาพเพื่อบรรยายเหตุการณ์ที่ได้รับความกระทบกระเทือน โดยใช้กระบวนการเผชิญกับสิ่งที่กลัวเป็นเวลานาน ประกอบด้วย การจินตนาการถึงสิ่งที่เลวร้ายที่สุดของเหตุการณ์สะเทือนขวัญนั้น ผู้บำบัดจะกระตุ้นให้ผู้รับการบำบัดอยู่กับความทรงจำนั้นจนกระทั่งเคยชินและนำไปสู่การลดลงของประสบการณ์ที่ทุกข์ทรมานใจ ลำดับขั้นตอนของจินตนาการจะมีการทำซ้ำจนกระทั่งผู้รับการบำบัดมีระดับความเครียดลดลงหรือไม่มีความเครียดเลย

หัวข้อ	รายละเอียด
การบำบัด (ต่อ)	(3) การให้เผชิญกับสิ่งที่กลัวในสถานการณ์จริง เพื่อให้รู้จักกับสัญญาณที่เป็นตัวกระตุ้นความกลัว โดยสัมพันธ์กับการเดินทางโดยการนั่งรถไปด้วย ผู้บำบัดจะจัดลำดับขั้นตอนของการเผชิญความกลัวไปทีละน้อย การเดินทางออกไปนอกสถานที่จะทำทุกสัปดาห์ เริ่มในสัปดาห์ที่ 3 เริ่มจากให้นั่งเบาะท้ายหลังคนขับ เริ่มติดเครื่องยนต์ ขับออกไปในถนนที่ไม่เกี่ยวข้องกับเหตุการณ์ และขับไปในถนนที่เกิดเหตุการณ์ และ ขับไปในเวลาที่เกิดเหตุการณ์ ผู้รับการบำบัดจะถูกกดดันเพิ่มขึ้นในแต่ละสัปดาห์ และในขณะเดียวกันก็จะฝึกทักษะการผ่อนคลายเพื่อลดสิ่งกระตุ้น การบำบัดความคิดประกอบด้วย 4 มิติ 1. ปรับความคิดพื้นฐาน (Basic Cognitive Restructuring) ประกอบด้วยการสอนให้ผู้รับการบำบัดตรวจสอบความคิดและความรู้สึกทางลบที่สัมพันธ์กับอุบัติเหตุและเรียนรู้การจัดการกับการคิดด้านลบ และสอนให้เปลี่ยนจากการบอกตนเองในด้านลบให้เป็นการบอกตนเองให้แก้ปัญหาในด้านบวก 2. ความคิดที่เฉพาะกับการเกิดอุบัติเหตุ ซึ่งอธิบายไว้ในโมเดลของ เอทเลอร์ และคาร์ก ของการบำบัดความคิด ของ PTSD ซึ่งมีการระบุค่าและตั้งคำถามให้ เช่น ประเด็นความปลอดภัย (ฉันไม่มีความรู้สึกปลอดภัยอีกเลย) การขยายผลการเกิดอันตรายจนเกินจริง (ไม่มีความปลอดภัยในการจราจร) และความจำที่รบกวนชีวิตประจำวัน (จากเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นทำให้ฉันสูญเสียความเป็นตัวฉัน) 3. มุ่งเน้นที่การระบุความรู้สึกผิดและความรู้สึกโกรธ ในผู้ป่วยบางราย อาจความรู้สึกผิด หรือความรู้สึกโกรธเป็นลักษณะเด่น ดังนั้นรูปแบบการรู้คิดที่ขยายออกไปจะนำไปประยุกต์ใช้กับความรู้สึกขัดแย้งเหล่านี้ กระบวนการแก้ไขความขัดแย้งทางการรู้คิดขั้นสูงหรือการทดลองเชิงพฤติกรรมได้ถูกนำมาใช้ เช่น การให้นั่งเก้าอี้ที่มีความโกรธ (Anger chair) หรือ การมอบหมายให้เขียนจดหมายบรรยายความรู้สึกผิดถึงคนนั้น (Guilt letter) 4. ให้ความสนใจกับประเด็นที่ยังคงมีอยู่ในตัวผู้ป่วย เช่น การมีความคิดผุดขึ้นซ้ำๆว่า เขาสมควรที่จะตายในการเกิดอุบัติเหตุครั้งนั้น และให้หันมาเปลี่ยนแปลงตนเองในทางบวกเพื่อข้ามผ่านประสบการณ์สะเทือนขวัญ

หัวข้อ	รายละเอียด
การบำบัด (ต่อ)	เมื่อผู้ป่วยกล่าวถึงการเปลี่ยนแปลงทางบวกของเขาซึ่งเป็นผลจากการเผชิญกับเหตุการณ์สะเทือนขวัญนั้น ให้ผู้บำบัดแสดงความชื่นชมกับประโยชน์ที่ผู้ป่วยได้รับและให้อธิบายเหตุผลว่าเป็นความสำเร็จของตัวเอง นอกจากนี้การให้ทำแบบสอบถามเกี่ยวกับการเติบโตภายหลังเผชิญเหตุการณ์สะเทือนขวัญซ้ำ จะเป็นโอกาสให้ผู้บำบัดได้อภิปรายประเด็นเหล่านี้กับผู้ป่วย
ระเบียบวิธีวิจัย	Randomized Controlled Trial
ระดับของงานวิจัย	ระดับ 2 เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่มาจากงานวิจัยที่เป็น RCT อย่างน้อย 1 งาน
ผลการวิจัย	<u>ผลลัพธ์หลัก</u> กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการบำบัดแบบ CBT มีคะแนน CAPS เพิ่มขึ้นกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ (ขนาดอิทธิพลของกลุ่ม * เวลา $d=1.61$) และเมื่อวิเคราะห์ด้วยรูปแบบความตั้งใจที่จะรับการบำบัด (intent to treat) ก็สนับสนุนผลลัพธ์เช่นเดียวกันโดยมีขนาดอิทธิพล=1.34 ข้อมูลที่ได้จากวิเคราะห์ด้วยเกณฑ์การวินิจฉัยโรคแสดงให้เห็นว่าการฟื้นตัวทางคลินิกจากอาการ PTSD ในกลุ่มทดลองในการวัดหลังการทดลองมีจำนวน 67% และในการติดตามผล 3 เดือนมี 76% นอกจากนี้คนที่ได้รับการบำบัดแบบ CBT ยังสามารถลดการเกิดโรค Major depressive disorder ร่วมด้วยได้ผลดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางคลินิก และในการติดตามผลพบว่าอาการที่ดีขึ้นนี้ยังคงดำรงอยู่ในกลุ่มที่ได้รับการบำบัดรักษา
การสรุปเพื่อนำไปใช้	เหมือนกับในเรื่องที่ 3 แต่มีการปรับแก้เพิ่มเติมในเรื่องคู่มือการบำบัดรักษา ในส่วนประกอบดังนี้ - การมอบหมายให้เขียนเรื่องราว (writing assignment) - การชี้ให้เห็นความเติบโตหรือการพัฒนาจากการผ่านเหตุการณ์สะเทือนขวัญมาได้ (facilitating of posttraumatic growth) - การแลกเปลี่ยนทางสังคม (social sharing)
ความสอดคล้องกับประเด็นปัญหาทางคลินิก	1. งานวิจัยตรงกับประเด็นปัญหาทางคลินิก คือ สถานือนามยังมีผู้ป่วยที่มีอาการกลัวการเดินทางด้วยรถบัสโดยสารประจำทางหลังเกิดอุบัติเหตุ การจราจรระยะเวลามากกว่า 1 ปี ซึ่งงานวิจัยเรื่องนี้วิจัยในกลุ่มเป้าหมายที่

หัวข้อ	รายละเอียด
ความสอดคล้องกับ ประเด็นปัญหาทาง คลินิก (ต่อ)	คล้ายคลึงกัน 2. งานวิจัยนี้พยาบาลสามารถนำมาปฏิบัติเพื่อการแก้ไขปัญหตาม ขอบเขตการปฏิบัติการพยาบาลในการให้การพยาบาลและช่วยเหลือผู้ป่วย ที่มีปัญหาสุขภาพจิตภายหลังประสบอุบัติเหตุการจราจร 3. งานวิจัยนี้ไม่ได้กล่าวถึงการทดสอบสมมุติฐานที่มีความสอดคล้องกับ ประเด็นปัญหาทางคลินิก 4. กระบวนการเก็บข้อมูลสามารถนำไปใช้ได้จริงในคลินิก แต่ต้องมีการ จัดหาเครื่องมือที่จะนำมาใช้ในการประเมินเพิ่มเติม เนื่องจากไม่เคยมี เครื่องมือใช้มาก่อน
การมีความหมาย หรือมีคุณค่าในเชิง ศาสตร์	1. แหล่งตีพิมพ์ BMC Psychiatry. (2006) ซึ่งมีความน่าเชื่อถือเป็นวารสาร ทางด้านสุขภาพจิต 2. ผู้ทำการวิจัยเป็นนักจิตวิทยาปฏิบัติงานอยู่ที่มหาวิทยาลัยใน Switzerland และประเทศอังกฤษ 3. คุณภาพงานวิจัย 1) ชื่อเรื่องแสดงถึงวิธีการศึกษาตัวแปรที่สำคัญในงานวิจัย คือ เพื่อ ทดสอบประสิทธิผลและการคงอยู่ของคู่มือโปรแกรมการบำบัดความคิด และพฤติกรรมของ Blanchard, E. B., et al. (2003) ที่มีการนำมาแปลและ ขยายเพิ่มเติมเป็นภาษาพื้นเมืองของชาวเยอรมันที่ใช้ในการบำบัด ผู้รอดชีวิตจากการประสบอุบัติเหตุการจราจร 2) งานวิจัยมีการระบุปัญหา และเหตุผล ที่ทำให้ต้องทำวิจัย เพื่อปรับปรุง รูปแบบการรักษาและทดสอบประสิทธิผลของรูปแบบการรักษาที่ ปรับปรุงใหม่ 3) มีการระบุวัตถุประสงค์การวิจัยไว้อย่างชัดเจน คือ เพื่อทดสอบ ประสิทธิผลและการคงอยู่ของคู่มือโปรแกรมการบำบัดความคิดและ พฤติกรรมของ Blanchard, E. B., et al. (2003) ที่มีการนำมาแปลและขยาย เพิ่มเติมเป็นภาษาพื้นเมืองของชาวเยอรมันที่ใช้ในการบำบัดผู้รอดชีวิต จากการประสบอุบัติเหตุการจราจร 4) มีการทบทวนวรรณกรรมอย่างกว้างขวาง ในงานวิจัยต่างๆในเรื่องของ การนำ cognitive behavioral therapy มาใช้ในการบำบัดรักษาบุคคลที่มี อาการเครียดหลังเผชิญเหตุการณ์สะเทือนขวัญจากการประสบอุบัติเหตุ

หัวข้อ	รายละเอียด
การมีความหมาย หรือมีคุณค่าในเชิง ศาสตร์ (ต่อ)	การจรรยา วรรณกรรมมีการทบทวนอย่างถูกต้อง และทันสมัย มีการสรุป การทบทวนวรรณกรรมต่างๆที่นำมาใช้ในปีต่างๆ 5) มีการระบุประชากรกลุ่มเป้าหมายที่ชัดเจน คือ เป็นบุคคลที่มีอาการ เครียดหลังเผชิญเหตุการณ์สะเทือนขวัญจากการประสบอุบัติเหตุ การจรรยา และการได้มาซึ่งกลุ่มตัวอย่างจากการใช้แบบคัดกรองผู้ป่วย และมีเกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างไว้อย่างชัดเจน และ แบ่งเป็นกลุ่ม ทดลอง และกลุ่มควบคุม ด้วยวิธีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างมีจำนวนเพียงพอ ผู้วิจัยได้ระบุจำนวนผู้ร่วมการบำบัดก่อนการให้การบำบัด เมื่อสิ้นสุดการ บำบัด และเหตุผลที่ผู้ร่วมการบำบัดออกจากการบำบัดในระหว่างการ บำบัด 6) มีการระบุงานวิจัยนี้ใช้วิธีการวิจัย (design) เป็น Randomized Controlled Trialงานวิจัยนี้ใช้วิธีการในการลดอิทธิพลของตัวแปรแทรก ซ้อนโดยที่ผู้เก็บข้อมูล/ ผู้บำบัดไม่ รู้สถานภาพของความเป็นกลุ่ม ทดลอง และกลุ่มควบคุม โดยผู้บำบัดจะถูกสุ่มเข้ากลุ่ม 7) งานวิจัยนี้ไม่ได้ระบุการรับการรักษาจากคณะกรรมการสิทธิ มนุษยชนเกี่ยวกับการทดลองในมนุษย์หรือการระบุวิธีการรักษาความลับ ของผู้ร่วมการวิจัย 8) การใช้แบบวัดในการประเมินผลลัพธ์หลักเหมาะสมมีการประเมินก่อน การทดลอง 9) การวิจัยใช้สถิติในการวิเคราะห์ข้อมูลเหมาะสมกับวัตถุประสงค์การ วิจัย และระดับการวัดผลลัพธ์หลักของการทดลอง 10) ผลการวิจัยตอบคำถามการวิจัย หรือ บรรลุวัตถุประสงค์การวิจัย คือ การลดอาการเครียดภายหลังเผชิญเหตุการณ์สะเทือนขวัญในบุคคลที่ ประสบอุบัติเหตุการจรรยา และยังสามารถลดการเกิดโรค Major depressive disorder ร่วมด้วยได้ผลดีกว่ากลุ่มควบคุม และในการติดตาม ผลพบว่าอาการที่ดีขึ้นนี้ยังคงดำรงอยู่ในกลุ่มที่ได้รับการบำบัดรักษา 11) มีการระบุข้อจำกัดของการวิจัย การสรุปอ้างอิงถึงประชากรและ ข้อเสนอแนะในการนำไปใช้ปฏิบัติและข้อเสนอแนะอยู่ภายใต้ขอบเขต ของข้อค้นพบจากการวิจัย

หัวข้อ	รายละเอียด
แนวโน้มที่จะนำไปใช้ในการปฏิบัติ (ต่อ)	1. การเทียบเคียงความรู้สู่การปฏิบัติ (Transferability of finding) งานวิจัยมีความเหมาะสมกับการนำไปใช้ในหน่วยงานจิตเวชในชุมชน เนื่องจากยังไม่เคยมีดำเนินการคัดกรองปัญหาในเรื่องนี้และเพื่อให้มีการพัฒนารูปแบบการดูแลที่เหมาะสมในกลุ่มเป้าหมาย ช่วยลดอาการอาการเครียดภายหลังเผชิญเหตุการณ์สะเทือนขวัญในบุคคลที่ประสบอุบัติเหตุ การจราจรและยังช่วยลดโรคที่เป็นปัญหาทางสุขภาพจิตที่อาจเกิดร่วมได้อีกด้วยเช่น โรคซึมเศร้า โรควิตกกังวล 2. ความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติในสถานการณ์จริง (Feasibility of implementation) - พยาบาลจิตเวชสามารถนำมาใช้ปฏิบัติได้อย่างอิสระ - การปฏิบัติตามงานวิจัยต้องฝึกฝนทักษะเพิ่มเติมแต่ก็เป็นทักษะที่สามารถฝึกได้ ผู้ที่เคยผ่านทักษะการทำกลุ่มผู้ป่วยและมีประสบการณ์ทำงานด้านจิตเวช 10 ปีขึ้นไป ถ้าได้ฝึกเพิ่มเติมสามารถทำได้ - การปฏิบัติตามโปรแกรม สามารถปฏิบัติได้ตามชั่วโมง ไม่เป็นการละทิ้งหน้าที่ - อุปกรณ์ไม่ยุ่งยากในการจัดหา เช่น เอกสารความรู้ วิธีการปฏิบัติตัว ฯลฯ 3. ความคุ้มทุนคุ้มประโยชน์เมื่อนำไปใช้ (Cost-benefit ratio) - เป็นประโยชน์ช่วยให้ผู้ป่วยเผชิญกับความเครียดได้ด้วยตัวเอง และลดการเกิดความเครียดได้อย่างเหมาะสม และยังส่งผลต่อการลดการเกิดโรคร่วมได้ เกิดประโยชน์สูงสุดทั้งตัวผู้ป่วย ครอบครัว และช่วยลดจำนวนผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิตในชุมชน

ตารางการวิเคราะห์และสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์

เรื่องที่ 6

ชื่อเรื่อง Group Cognitive Behavioral Treatment for Motor PTSD: Treatment of Motor Vehicle Accident Survivors

ผู้วิจัย Beck J. G., & Coffey F. Scott. (2005).

แหล่งที่พิมพ์ *Cognitive and Behavioral Practice*, 12, 267-277.

หัวข้อ	รายละเอียด
วัตถุประสงค์ของบทความ	อภิปรายการพัฒนาการบำบัดอาการ PTSD ที่เกิดจาก MVA ในรูปแบบกลุ่มซึ่งมีงานวิจัยซึ่งอยู่ในระยะเริ่มต้นสนับสนุน และมีตัวอย่างกรณีศึกษาที่ทำการบำบัดแบบกลุ่มประกอบการอธิบาย
เนื้อหาของบทความ	บทความนี้กล่าวถึงการพัฒนากระบวนการบำบัดอาการ PTSD ที่เกิดจากอุบัติเหตุการจราจรด้วยรูปแบบกลุ่มบำบัด ซึ่งผู้เขียนได้คำนึงถึงประเด็นต่าง ๆ ในการบำบัด ได้แก่ การเลือกรูปแบบของการบำบัดรักษา ความเจ็บปวดของผู้เข้าร่วมการบำบัด การกลับไปพบกับการเผชิญสະเทือนขวัญ และความวิตกกังวลซึ่งจะเกิดขึ้นในระหว่างทำการบำบัด นอกจากนี้ยังคำนึงถึงกระบวนการกลุ่มที่จะทำใหสมาชิกกลุ่มได้แลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน ภายหลังพัฒนาโปรแกรมแล้วได้นำไปทดลองใช้บำบัดแบบกลุ่มซึ่งมีสมาชิกกลุ่ม 5 คน เป็นเพศหญิงทั้งหมด โดยที่แต่ละคนจะมีประสบการณ์เกี่ยวกับความเครียด ภายหลังการได้รับอุบัติเหตุการจราจร โดยก่อนเข้ารับการบำบัดแต่ละคนจะได้รับการประเมินอาการแบบรายบุคคลดังนี้ - แบบประเมินอาการทางคลินิก ได้แก่ 1. Clinician-Administered PTSD Scale (CAPS) และการสัมภาษณ์อาการเกี่ยวกับโรคซึมเศร้า CAPS ประกอบด้วยคำถามกับความถี่ของการเกิดอาการและความรุนแรงของโรค PTSD คะแนนรวมของความรุนแรง (CAPS- Total) จะสรุปผลรวมจากระดับคะแนนความถี่ของการเกิดอาการและความรุนแรงในแต่ละอาการโดยมีช่วงคะแนนอยู่ที่ 0-136 2. The Anxiety Disorders Interview Schedule (ADIS-IV) ซึ่งใช้ในการประเมินพยาธิสภาพของโรค

หัวข้อ	รายละเอียด
เนื้อหาของบทความ (ต่อ)	ซึ่งทั้ง 2 เครื่องมือนี้มีค่าความน่าเชื่อถือในการนำไปวินิจฉัยโรค - แบบประเมินอาการด้วยตนเอง ได้แก่ 1. Impact of Events Scale - Revised (IES-R) ประกอบด้วยข้อคำถาม 22 ข้อ แบ่งเป็นรายละเอียดย่อย 3 กลุ่ม อาการด้วยกันได้แก่ Intrusion, Avoidance และ Hyperarousal 2. PTSD symptom scale - self -Report (PSS-SR) ประกอบด้วยข้อคำถาม 17 ข้อ เกี่ยวกับอาการของโรค PTSD ทั้ง 2 แบบประเมินถ้าพบว่ามีผลรวมของอาการในแต่ละข้อในระดับที่สูงแสดงว่ามีอาการที่ชองกับโรค PTSD 3. The State Trait Anxiety Inventory (STAI) 4. Beck Depression Inventory - II (BDI - II) ถ้ามีระดับที่สูงทั้ง 2 แบบประเมิน เป็นข้อบ่งชี้ของโรควิตกกังวล และโรคซึมเศร้า การเลือกรูปแบบการบำบัดพัฒนามาจากการบำบัดแบบรายบุคคลของ Blanchard and Hickling, (2004) ซึ่งมีจำนวนครั้งในการบำบัดทั้งหมด 10 ครั้ง มาเป็นรูปแบบ Group Cognitive Behavior Therapy แต่ละครั้งใช้ระยะเวลา 50-75 นาที จำนวน 14 ครั้ง ซึ่งแต่ละครั้งจะมีการให้การบ้าน รายละเอียดของการบำบัดแต่ละครั้งมีดังนี้ ครั้งที่ 1 การให้ความรู้และการสร้างกระบวนการกลุ่ม แนะนำวิธีการบำบัดด้วยกระบวนการกลุ่ม กฎระเบียบของการเข้ากลุ่ม ความเป็นมาของโปรแกรมการบำบัด การให้ความรู้เกี่ยวกับความวิตกกังวล และ โรคความเครียดภายหลังเผชิญเหตุการณ์สะเทือนขวัญ ภาพรวมของการรักษา ครั้งที่ 2 การอภิปรายเกี่ยวกับการหลีกเลี่ยง ดำเนินการสร้างกระบวนการกลุ่มต่อไป และอภิปรายเกี่ยวกับความจำต่อเหตุการณ์สะเทือนขวัญและอาการหลีกเลี่ยง โดยให้สมาชิกกลุ่มมีการเรียนรู้เพิ่มมากขึ้นเกี่ยวกับโรค PTSD โดยเฉพาะอาการหลีกเลี่ยงและเริ่มที่จะจัดลำดับขั้นของความกลัวซึ่งจะนำไปใช้ในการเผชิญความกลัวทั้งแบบจินตนาการและการเข้าไปอยู่ในสถานการณ์

หัวข้อ	รายละเอียด
เนื้อหาของบทความ (ต่อ)	จริงพร้อมทั้งมีการเจริญสติรอบที่ 1 ครั้งที่ 3 การเจริญสติ การฝึกการเจริญสติรอบที่2 เริ่มต้นที่จะจัดการกับการหลีกเลี่ยงโดยการให้เผชิญกับสถานการณ์ที่ทำให้เกิดความกลัว ครั้งที่ 4 การกลับไปสู่เหตุการณ์การเกิดอุบัติเหตุการจราจร (MVA) การให้สมาชิกกลุ่มเขียนบรรยายเกี่ยวกับเหตุการณ์อุบัติเหตุการจราจร ของแต่ละคน (การบำบัดนี้ปรับมาจาก Cognitive processing theraphy ของ Resick & Schnicke (1993) และเรียนรู้วิธีการฝึกการผ่อนคลายกล้ามเนื้อเพื่อลดความเครียด โดยการฝึกการผ่อนคลายกล้ามเนื้ออย่างเป็นระบบ 16 มัด (Progressive muscle relaxation) ครั้งที่ 5 การกลับไปสู่เหตุการณ์การเกิดอุบัติเหตุการจราจร (MVA) ดำเนินการต่อจากครั้งที่ 4 ให้สมาชิกกลุ่มอ่านคำบรรยายเหตุการณ์การเกิดอุบัติเหตุการจราจรของตนเองอย่างเงียบๆ จนกระทั่งความทุกข์ใจลดลงอย่างน้อย 50 % และเรียนรู้วิธีการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ 7 มัด ครั้งที่ 6 การพัฒนาการพูดกับตนเองในทางบวก การบำบัดทางความคิดสำหรับPTSDจะเริ่มในครั้งที่ 6 นี้โดยให้สมาชิกกลุ่มเรียนรู้การพูดกับตนเองในทางสร้างสรรค์ และทบทวนการฝึกปฏิบัติการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ 7 มัด ครั้งที่ 7 ระบุและปรับเปลี่ยนความคิดที่บิดเบือนไป ระบุและแก้ไขความเห็นที่ทำให้ความคิดบิดเบือนไป เรียนรู้วิธีการผ่อนคลายรอบที่ 3 โดยทำการผ่อนคลายเมื่อมีสัญญาณเตือนจากความเครียด ครั้งที่ 8 ทำความเข้าใจเกี่ยวกับความสัมพันธ์ของความคิดและความรู้สึก และทบทวนการฝึกปฏิบัติการควบคุมสัญญาณเตือนของความเครียดด้วยการผ่อนคลาย ครั้งที่ 9 การจัดการกับความโกรธครั้งที่ 1 การบำบัดครั้งนี้มุ่งเน้นที่ความโกรธโดยให้สมาชิกกลุ่มฝึกการผ่อนคลาย ด้วยการให้ทบทวนด้วยตนเอง (Relaxation by recall)

หัวข้อ	รายละเอียด
เนื้อหาของบทความ (ต่อ)	จัดการกับความโกรธด้วยเทคนิคการปรับเปลี่ยนวิธีคิดและฝึกการครั้งที่ 10 การจัดการกับความโกรธครั้งที่ 2 การบำบัดครั้งนี้ยังคงมุ่งเน้นที่ความโกรธต่อไปโดยให้สมาชิกกลุ่มฝึกการจัดการกับความโกรธด้วยเทคนิคการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การฝึกการผ่อนคลายด้วยการให้ทบทวนด้วยตนเอง ครั้งที่ 11 การจัดทำตารางกิจกรรมที่สร้างความสุข การบำบัดครั้งนี้มุ่งเน้นแก้ไขความรู้สึกซึมเศร้าของสมาชิกกลุ่ม โดยให้สมาชิกเรียนรู้วิธีการจัดการกับความรู้สึกหดหู่ท้อแท้ ครั้งที่ 12 การสร้างการประคับประคองทางสังคมใหม่ สมาชิกกลุ่มจะมีความรู้สึกโดดเดี่ยว จึงมีการสร้างการประคับประคองทางสังคมใหม่ โดยการตั้งคำถามเพื่อให้สมาชิกกลุ่มค้นหากิจกรรมที่มีความสุขที่สามารถจะเข้าร่วมได้ซึ่งจะเป็นแหล่งเกื้อหนุนซึ่งกันและกัน ครั้งที่ 13 หลักการทั่วไปสำหรับการจัดการความเครียด การบำบัดครั้งนี้มุ่งเน้นความเสี่ยงต่ออาการ PTSD กำเริบซ้ำ โดยฝึกทักษะการป้องกันอาการให้กับสมาชิกกลุ่ม และให้หลักการทั่วไปในการจัดการกับเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด ครั้งที่ 14 การสรุปและยุติการบำบัด การบำบัดครั้งนี้จะเป็นการทบทวนการบำบัดที่ผ่านมา สมาชิกกลุ่มแต่ละคนจะทบทวนสิ่งที่ได้รับจากการบำบัดและให้คำแนะนำกลยุทธในการดำรงไว้ซึ่งสิ่งที่ได้รับจากการบำบัดแก่สมาชิกกลุ่มแต่ละคน และยุติบริการโดยการกล่าวลา ผลการบำบัดรักษาพบว่า กลุ่มตัวอย่าง 1 คน ออกจากการบำบัดรักษาไปก่อน เหลือผู้เข้ารับการบำบัดที่เข้าร่วมการบำบัดต่อ 4 คน ผลหลังการบำบัดพบว่ามีผู้ป่วย 3 คน ที่มีระดับความรุนแรงของอาการ PTSD ลดลง และมีการเปลี่ยนแปลงการวินิจฉัยหลังการได้รับการบำบัดรักษาว่าไม่เป็นโรค PTSD นอกจากนี้ยังพบว่าการบำบัดสามารถลดโรคที่เกิดร่วมได้ จากกลุ่มตัวอย่างทั้ง 4 คน มีผู้ป่วยเพียง 1 คนที่ยังคงต้องรับการรักษาต่อเนื่องจากยังคงมีอาการ PTSD อยู่ เพราะในระหว่างการบำบัดรักษานั้นผู้ป่วยรายนี้

หัวข้อ	รายละเอียด
เนื้อหาของบทความ (ต่อ)	ให้ความร่วมมือในการทำการบ้านค่อนข้างน้อยถึงแม้ว่าจะถูกกระตุ้นจากผู้ร่วมกลุ่มคนอื่นๆหรือจากผู้บำบัดแล้วก็ตาม และจากผลการติดตาม หลังการบำบัดรักษาที่ 4 สัปดาห์ จากการตอบแบบสอบถามทางเมล พบว่าผลการรักษายังคงอยู่ และมีรายชื่อผลการรักษาหลังการบำบัดมีการพัฒนาขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ถึงแม้การศึกษาในกลุ่มตัวอย่างครั้งนี้จะยังไม่สามารถแผ่ขยายผลไปได้มากนักแต่ก็พบว่าผู้เข้าร่วมบำบัดมีความพึงพอใจต่อการบำบัดในรูปแบบนี้ บรรยากาศของการช่วยเหลือกันการประคับประคองจิตใจซึ่งกันและกัน ซึ่งผู้เข้าร่วมการบำบัดจะแนะนำให้กลับกลุ่มเพื่อนและญาติต่อไป
ระดับของงานวิจัย	ระดับ 7 เป็นความเห็นของผู้เชี่ยวชาญทางคลินิก (opinion from respected authorities) การศึกษาเชิงพรรณนา (descriptive of expert committees)
การสรุปเพื่อนำไปใช้	บทความนี้นำเสนอ Group Cognitive Behavior Therapy ซึ่งเป็นโปรแกรมที่ปรับปรุงใหม่โดย Blanchard and Hickling (2004) ทำทั้งหมด 14 ครั้ง ครั้งละไม่เกิน 2 ชั่วโมง ซึ่งผลการศึกษาบ่งชี้ว่าสามารถลดอาการ PTSD ได้รวมทั้งลดอาการของโรคที่เกิดร่วมได้ เช่น General anxiety disorder และ Panic disorder ได้ ซึ่งต้องการทดสอบด้วยงานวิจัยเชิงทดลองเพื่อดูประสิทธิภาพผลของการบำบัดต่อไป
ความสอดคล้องกับประเด็นปัญหาทางคลินิก	1. บทความนี้ตรงกับประเด็นปัญหาทางคลินิกคือ รูปแบบการบำบัดแบบ Cognitive Behavioral Treatment แบบกลุ่มสามารถลดอาการ PTSD แก่ผู้ที่มีอาการเครียดภายหลังเผชิญเหตุการณ์สะเทือนขวัญจากการประสบอุบัติเหตุการจราจรได้ 2. ผลการวิจัยช่วยให้กระบวนการตัดสินใจของพยาบาล ในการนำรูปแบบมาพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยเนื่องจากสามารถลดการเกิดปัญหาสุขภาพจิตในผู้ป่วยได้จริง 3. ผลการวิจัยพยาบาลมีเอกสิทธิ์ในการนำรูปแบบการบำบัดมาปฏิบัติเพื่อการแก้ไขปัญหาคือความเครียดภายหลังเผชิญเหตุการณ์สะเทือนขวัญจากการประสบอุบัติเหตุการจราจรได้ ตามขอบเขตการปฏิบัติพยาบาล

หัวข้อ	รายละเอียด
ความสอดคล้องกับ ประเด็นปัญหาทาง คลินิก (ต่อ)	4. กระบวนการเก็บข้อมูลสามารถนำไปใช้ได้จริงในคลินิกการแต่ต้อง มีการศึกษาและจัดหาเครื่องมือที่ใช้ในการวัด ได้แก่ CAPS, ADIS-IV, IES-R, PSS-SR, STAI, BDI – II เนื่องจากยังไม่มีใช้ในหน่วยงาน
แนวโน้มที่จะนำไปใช้ได้ ในการปฏิบัติ	1. การเทียบเคียงความรู้สู่การปฏิบัติ (Transferability of finding) ยังไม่เหมาะสมที่จะนำไปใช้ในสถานีนามัยที่ผู้ศึกษาปฏิบัติงานอยู่ เนื่องจากยังขาดการศึกษานำร่องในลักษณะการวิจัยเชิงทดลอง เพื่อดู ประสิทธิภาพของการบำบัดก่อนนำไปใช้จริงในหน่วยงาน 2. ความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติในสถานการณ์จริง (Feasibility of implementation) จากตัวอย่างการบำบัด 5 คน พบว่ามีคน Drop out 1 คน และส่วน ที่เหลือยังคงเข้าร่วมการบำบัดต่อไป นอกจากนี้ผู้ได้รับการบำบัดยังม ความพึงพอใจต่อรูปแบบการบำบัดและจะแนะนำให้กับเพื่อนหรือคน ในครอบครัวต่อไป 3. ความคุ้มค่าคุ้มประโยชน์เมื่อนำไปใช้ (Cost-benefit ratio) ถ้าตรวจสอบด้วยงานวิจัยเชิงทดลอง (RCT) แล้วพบว่าได้ผล เช่นเดียวกับกรณีศึกษานำร่องก็จะเป็นประโยชน์ต่อการนำไปใช้ เนื่องจากลด PTSD ได้และยังส่งผลต่อการลดการเกิดโรคร่วมได้ นอกจากนี้การบำบัดในรูปแบบกลุ่มช่วยลดภาระงานเมื่อเปรียบเทียบกับ การทำแบบรายบุคคล

ตารางการวิเคราะห์และสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์

เรื่องที่ 7

ชื่อเรื่อง Group Cognitive Behavior Therapy for Chronic Posttraumatic Stress Disorder: An Initial Randomized Pilot Study

ผู้วิจัย Beck, J. G., Coffey, S. F., Foy, D. W., Keane, T. M., & Blanchard, E. B. (2009).

แหล่งที่พิมพ์ *Behavior Therapy*, 40, 82-92.

หัวข้อ	รายละเอียด
วัตถุประสงค์การวิจัย	เพื่อเปรียบเทียบประสิทธิผลของการใช้ Group Cognitive Behavior Therapy (GCBT) กับ Minimal contact comparison (MCC) condition
ทุน	-
สมมุติฐานงานวิจัย	การบำบัดด้วย Group Cognitive Behavior Therapy (GCBT) มีประสิทธิผลในการลดอาการ PTSD ได้มากกว่า Minimal contact comparison (MCC) condition และผลการบำบัดยังคงต่อเนื่องอยู่ตลอด 3 เดือน
Setting งานวิจัย	มหาวิทยาลัยใน New York
กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการทดลอง	ผู้เข้าร่วมการบำบัดมาจากคลินิกรักษาอาการเจ็บปวดทางกายโดยอายุรแพทย์ นักกายภาพบำบัดและผู้ชำนาญการด้านการฟื้นฟูทางกายภาพ และผ่านการประชาสัมพันธ์ในที่สาธารณะ โดยมีคุณสมบัติเป็นผู้ที่เคยมีประสบการณ์เกี่ยวกับอุบัติเหตุทางการจราจรโดยตรงหรือได้รับความคุกคามจากการตายหรือการบาดเจ็บที่รุนแรงอย่างน้อย 6 เดือน ก่อนการประเมินและมีการตอบสนองทางอารมณ์ร่วมด้วย ได้แก่กลัวอย่างมาก รู้สึกไม่มีใครสามารถช่วยได้ รู้สึกสะเทือนขวัญ(ขวัญเสีย) หรือรับรู้ว่าคุณเองสมควรตาย (PTSD criterion A) ระยะเวลาในช่วงระหว่าง 24 เดือน มีผู้เข้าร่วมการประเมินจำนวน 186 ราย มี 35 รายไม่ผ่านเกณฑ์การประเมินตั้งแต่ในระยะแรก และมีคนที่ถูกคัดออกจากการประเมินจำนวน 95 คน สาเหตุเนื่องจาก มีความบกพร่องทางระบบประสาท 6 คน มีอาการทางจิต 4 คน คิดหรือใช้สารเสพติดภายใน 6 เดือนก่อนการประเมิน 2 คน มีความคิดอยากฆ่าตัวตายอย่างเฉียบพลัน 2 คน มีอาการทางกายที่ไม่สามารถเข้าร่วมการบำบัดได้ 2 คน ประสบ

หัวข้อ	รายละเอียด
กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการทดลอง (ต่อ)	อุบัติเหตุการณ์จราจรไม่ถึง 6 เดือน 34 คน และไม่พบอาการตามเกณฑ์การวินิจฉัยของโรค PTSD 45 คน ในขั้นตอนสุดท้ายจึงมีผู้เข้าร่วมการวิจัยทั้งหมด 44 คน ซึ่งในจำนวนนี้มี 12 คน ที่มีอาการของโรค PTSD ก่อนข้างรุนแรง มีโรคร่วมอื่นๆ ได้แก่ โรควิตกกังวล โรคซึมเศร้า หรือยังมีอาการของความเจ็บปวดทางร่างกายร่วมด้วย ผู้เข้าร่วมการบำบัดเป็นผู้หญิง 36 คน ผู้ชาย 8 คน มีอายุตั้งแต่ 22 -69 ปี เป็นคนคอเคเซียน (คนผิวขาว) 39 คน คนผิวดำ 4 คน คนสเปน 1 คน สถานภาพสมรส 23 คน โสด 8 คน มาอยู่ร่วมกัน 4 คน หย่าร้างหรือม้าย 5 คน การศึกษาระดับปริญญาตรี 33 คน ระดับมัธยม 11 คน ไม่มีงานทำหรือพิการ 24 คน มีงานทำหรือทำงานพิเศษ 16 คน แม่บ้าน 3 คน ปลดเกษียณแล้ว 1 คน รายได้ไม่เกิน 50,000 ดอลลาร์ ส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างยังมีอาการเจ็บปวดทางร่างกายจากการประสบอุบัติเหตุ ซึ่งพบว่ามีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ความพิการ และมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับภาวะความโศกเศร้าในชีวิต ค่าเฉลี่ยของระยะเวลาหลังเกิดอุบัติเหตุอยู่ที่ 52.9 เดือน ส่วนใหญ่ผู้เข้าบำบัดยังอยู่ในช่วงของการถูกดำเนินคดี ยังต้องใช้ยาในการรักษาอาการความเจ็บปวดหรือรักษาเกี่ยวกับความผิดปกติของอารมณ์ทุกคนเห็นยินยอมเข้ารับการบำบัดครบทุกคน <u>เกณฑ์การคัดเข้า</u> 1. ประสบการณ์เกี่ยวกับอุบัติเหตุทางการจราจรโดยตรงหรือได้รับความคุกคามจากการตายหรือการบาดเจ็บที่รุนแรงระยะเวลาในช่วงระหว่างอย่างน้อย 6 เดือนขึ้นไป 2. มีข้อบ่งชี้ตามเกณฑ์การวินิจฉัยของโรค PTSD และมีการตอบสนองทางอารมณ์ร่วมด้วย (PTSD criterion A) <u>เกณฑ์การคัดออก</u> 1. มีความบกพร่องทางระบบประสาท 2. การมีอาการทางจิต 3. ติดหรือใช้สารเสพติดภายใน 6 เดือน ก่อนการประเมิน 4. มีความคิดอยากฆ่าตัวตายอย่างเฉียบพลัน

หัวข้อ	รายละเอียด
กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการทดลอง (ต่อ)	5. มีอาการทางกายที่ไม่สามารถเข้าร่วมการบำบัดได้ 6. ประสบอุบัติเหตุการจราจรไม่ถึง 6 เดือน
เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินผลลัพธ์	การประเมิน PTSD ใช้ทั้งแบบประเมินทางคลินิกและแบบรายงานตนเอง <u>แบบประเมินทางคลินิก</u> <u>การประเมิน PTSD</u> 1. Clinician Administered PTSD Scale (CAPS) ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับความถี่และความรุนแรงของแต่ละอาการในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมาโดยใช้เกณฑ์ระดับคะแนน 5 ระดับ Likert type scale ค่าคะแนนรวมของความรุนแรงของ CAPS ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับความถี่และความรุนแรงของแต่ละอาการ ซึ่งจะจำแนกเป็น 3 มิติย่อย ได้แก่ Re-experiencing, Avoidance and Numbing and Physiological Hyperarousal ในการวินิจฉัยโรค PTSD ว่าใช่หรือไม่ใช่ โดยใช้ 1 บอกถึงความถี่และ 2 บอก ถึงความรุนแรงตามเกณฑ์การวินิจฉัย จากข้อเสนอแนะของบลานชาร์ด (Blanchard, 1996) ให้ตรวจสอบอาการอื่นๆประกอบ เช่น มีปัญหาในเรื่องการนอนหลับ อาการอื่นๆที่ทำให้เกิดอาการความเจ็บปวด การประเมินด้วย CAPS ก่อนข้างไว้ในการใช้ไปประเมิน PTSD ในคนที่ประสบอุบัติเหตุจากการจราจร 2. Impact of Event Scale Revised (IES-R) เป็นแบบรายงานตนเองที่ใช้ประเมิน IES-R มี 22 ข้อ ระดับคะแนน 0-4 โดยถามถึงระดับความโศกเศร้าเสียใจว่ามีขนาดไหนในระหว่างสัปดาห์ที่ผ่าน ซึ่งคะแนนจะจำแนกเป็น 3 มิติย่อย ได้แก่ Intrusion, Avoidance, Hyperarousal ภายได้เงื่อนไขจำแนกความตรงตามสภาพและการจำแนกที่ดี มีการประเมินค่าความน่าเชื่อถือซ้ำที่ 6 เดือน เพื่อทดสอบค่าความเชื่อมั่นในเรื่องความถูกต้อง 3. MVA interview (Blanchard & Hickling, 2004) ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับอารมณ์ที่ตอบสนองต่อเหตุการณ์อุบัติเหตุ (ความรู้สึกกลัว ต้องการความช่วยเหลือ อันตราย และความรู้สึกว่าตนเองน่าจะ

หัวข้อ	รายละเอียด
เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินผลลัพธ์ (ต่อ)	ตาย) แต่ละข้อจะมีระดับคะแนน 0-100 Likert type scale (0 =ไม่มี ถึง 100=มากที่สุด) โดยที่ระดับคะแนนเท่ากับ 50 หรือมากกว่านี้ขึ้นไป แสดงถึงมีภาวะกลัว ต้องการความช่วยเหลือ เป็นข้อบ่งชี้ของผู้มีประสบการณ์ในการเผชิญเหตุการณ์สะท้อนขวัญภายหลังการเกิดอุบัติเหตุ <u>การประเมินความวิตกกังวลและความซึมเศร้า</u> แบบประเมินทางคลินิก ได้แก่ 1. ADIS-IV เป็นเครื่องมือที่ใช้อย่างหนึ่งในการใช้ประกอบกับการใช้ CAPS ในการสัมภาษณ์และการให้คะแนนโดยผู้สัมภาษณ์ในการลงความเห็นว่าเป็นโรค Social phobia, General anxiety disorder, Specific phobia, Obsessive-compulsive disorder และ Major depressive ค่าความผันแปร 2 อย่างจากการประเมิน ADIS-IV ได้แก่ (1) จำนวนของภาวะวิตกกังวล (2) จำนวนของภาวะซึมเศร้า <u>แบบรายงานตนเอง (A self-report measure) ที่ใช้มี 2 ชนิด ได้แก่</u> 1. The Beck Anxiety Inventory (BAI) ใช้ในการประเมินภาวะซึมเศร้า มี 21 ข้อคำถาม ถ้าระดับคะแนนจากการประเมินมาก หมายถึง มีภาวะซึมเศร้า ข้อคำถามในแต่ละเรื่องจะมีระดับคะแนน 0-3 คะแนน ใช้ประเมินในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา เป็นเครื่องมือที่มีค่าความน่าเชื่อถือจากการใช้ประเมินทางจิตในกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งเป็นผู้ป่วยนอก ค่าความตรงภายนอกการวัดในกลุ่มตัวอย่างค่อนข้างดี (alpha coefficient=.94) 2. The BDI-II. มีค่าความสัมพันธ์ค่อนข้างสูงกับภาวะซึมเศร้า มี 21 ข้อคำถาม ข้อคำถามในแต่ละเรื่องจะมีระดับคะแนน 0-3 คะแนน ใช้ในการประเมินภาวะซึมเศร้า <u>การประเมินการทำหน้าที่ด้านร่างกายและความรุนแรงของความเจ็บปวด</u> 1. The Oswestry Disability Index (ODI) มี 10 ข้อคำถาม เป็นแบบประเมินเกี่ยวกับความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน แต่ละคำถามมีคำตอบให้เลือก 6 คำตอบ ระดับ

หัวข้อ	รายละเอียด
เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินผลลัพธ์ (ต่อ)	คะแนนสูง หมายถึง ระดับของการรู้ความสามารถยังอยู่ในระดับดี โดยดูจากคะแนนผลรวมของการตอบคำถามทั้ง 10 ข้อ 2. The Pain Inventory (PS-MPI) เป็นการประเมินระดับความรุนแรงของความเจ็บปวด ประกอบด้วยการประเมิน 3 ด้าน ในเรื่องการประเมินความรุนแรงของความเจ็บปวดระหว่าง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา ระดับคะแนนในแต่ละเรื่องมีคะแนน 0-6 Likert of scale โดยมีการทดสอบซ้ำในเรื่องค่าความเที่ยงตรงและระดับความเชื่อมั่นภายในแบบประเมิน PS-MPI เป็นการประเมินมิตีย่อยของ MPI <u>การประเมินความพึงพอใจ</u> - The Client Satisfaction Questionnaire (CSQ) ใช้ในการประเมินในครั้งสุดท้ายของการทำ GCBT ประกอบด้วย 8 ข้อคำถาม ใช้วัดในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยนอก การวัดในเรื่องความพึงพอใจต่อการบำบัดรักษาของผู้เข้าร่วม มีคะแนน 4 Likert of scale ระดับคะแนนที่สูงเป็นข้อบ่งชี้ที่แสดงว่าดีมาก <u>การประเมินความสมบูรณ์ของการรักษา</u> ประเมินในเรื่องความสมบูรณ์ของการรักษา การวัดรูปแบบการรักษา และความสามารถของผู้บำบัดในการพัฒนา การตรวจสอบเนื้อหาของแต่ละครั้ง เนื้อหารายละเอียดเฉพาะของการรักษาและเทคนิคอื่นๆ เช่น การประทับประคองกันด้วยการให้กำลังใจซึ่งกันและกันในกลุ่ม โดยมีระดับคะแนน 0-100 คะแนน 0 คือ ความไม่สมบูรณ์ และ 100 คือ ความสมบูรณ์สูงสุด แต่ละครั้งของการรักษาถ่ายวิดีโอ และมีการตรวจสอบซ้ำโดยผู้เชี่ยวชาญในเรื่อง GCBT
การบำบัด	<u>กลุ่มทดลอง</u> ใช้การบำบัดด้วยรูปแบบ Group Cognitive Behavior Therapy เป็นโปรแกรมที่ปรับปรุงใหม่โดย Blanchard and Hickling (2004) ทำทั้งหมด 14 ครั้ง ครั้งละไม่เกิน 2 ชั่วโมง ประกอบไปด้วย ครั้งที่ 1 การให้ Psychoeducation ครั้งที่ 2-14 การให้ฝึกเผชิญกับเหตุการณ์โดยการจินตนาการ, การสอนการเจริญสติและให้ฝึกปฏิบัติ, การฝึกการจัดการกับความเครียด

หัวข้อ	รายละเอียด
การบำบัด (ต่อ)	ครั้งที่ 4-7 เป็นช่วงการฝึกการจัดการกับความเครียดโดยการฝึกการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ ครั้งที่ 6-8 เป็นช่วงการฝึกการปรับเปลี่ยนความคิด ครั้งที่ 9 และ 10 การปรับเปลี่ยนความคิดและการฝึกการจัดการกับความโกรธ ครั้งที่ 11 และ 12 พฤติกรรมซึมเศร้าและแยกตัวจากสังคม ครั้งที่ 13 และ 14 เป็นการสอนเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำ <u>กลุ่มควบคุม</u> ใช้รูปแบบ Minimal contact comparison condition . ใช้วิธีการติดต่อทางโทรศัพท์ทุก 4 สัปดาห์ ในช่วง 14 สัปดาห์ จะมีการประทับประคองทางจิตใจบ้างเล็กน้อย โดยระหว่างการโทรศัพท์จะมีคำพูดในการประเมินอาการและภาวะเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายแต่ไม่มีการบำบัดในเชิงรุก <u>คุณสมบัติของผู้บำบัด</u> ผู้บำบัด คือ ผู้ที่มีประสบการณ์ทางคลินิกในการดูแลผู้รอดชีวิตจากอุบัติเหตุจำนวน 3 คน ซึ่งได้รับการฝึกอบรมโดยคนหนึ่งเป็นผู้นำกลุ่มและอีก 2 คนเป็นผู้ช่วยผู้นำกลุ่ม
ระเบียบวิธีวิจัย	Randomized Controlled Trial
ระดับของงานวิจัย	ระดับ 2 เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่มาจากงานวิจัยที่เป็น RCT อย่างน้อย 1 งาน
ผลการวิจัย	- จากการประเมิน PTSD ด้วย CAPS พบว่าคะแนนรวมของ CAPS มีการปฏิสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างกลุ่มกับเวลา และมีผลต่อคะแนนกลุ่มอาการ Avoidance และจากการไปหาความ สัมพันธ์กันแบบเป็นคู่ๆ โดยใช้สถิติของตุกี (Tukey) ในเรื่องของเวลาจาก Pre-Post พบว่าทั้ง GCBT และ MCC condition สามารถลดอาการ PTSD ได้เหมือนกัน แต่เมื่อเปรียบเทียบกันระหว่างกลุ่ม พบว่าคะแนนค่าเฉลี่ย ของ GCBT ลดลงมากกว่า MCC condition อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เช่น คะแนนของกลุ่มอาการ Reexperiencing พบว่า

หัวข้อ	รายละเอียด
ผลการวิจัย (ต่อ)	ระดับคะแนนมี ความสัมพันธ์กับกลุ่มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยกลุ่ม GCBT ลดลง มากกว่า MCC condition ส่วนคะแนนกลุ่มอาการ Hyperarousal มี ความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในเรื่องของเวลา โดยพบว่า เวลาจาก Pre-Post ทั้ง GCBTและ MCC condition สามารถลดอาการ Hyperarousal ได้เหมือนกัน - จากการประเมินด้วย IES-R พบว่าคะแนนที่ได้มีการปฏิสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างกลุ่มกับเวลา และมีผลต่อคะแนนของกลุ่มอาการ Intrusion กลุ่มอาการ Avoidance และคะแนนรวมทั้งหมดของกลุ่ม โดยใช้สถิติของคูเกีย (Tukey) ในเรื่องความสัมพันธ์ของเวลาจาก Pre-Post พบว่าทั้ง GCBT และ MCC condition สามารถลดอาการ PTSD ได้เหมือนกัน โดยที่ค่าเฉลี่ยของคะแนน GCBT ลดลง มากกว่า MCC condition อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่หลังการรับการรักษา กลุ่มอาการ Intrusion โดยใช้สถิติของคูเกีย (Tukey) ในเรื่องความสัมพันธ์ของเวลาจาก Pre-Post พบว่า GCBT สามารถลดอาการ Intrusion ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่เมื่อเปรียบเทียบกันระหว่างกลุ่ม พบว่า GCBT ลดลงมากกว่า MCC condition อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่หลังการรับการรักษา กลุ่มอาการ Hyperarousal ในเรื่องความสัมพันธ์ของเวลาจาก Pre-Post พบว่า GCBT สามารถลดอาการ Hyperarousal ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และเมื่อเปรียบเทียบกันระหว่างกลุ่ม พบว่า GCBT สามารถลดอาการ Hyperarousal จนคะแนนอยู่ในระดับต่ำเช่นกัน - จากการประเมินภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าพบว่าในเรื่องความสัมพันธ์ของเวลาจาก Pre-Post สามารถลดอาการภาวะวิตกกังวล ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติจากการวัดด้วย BAI ส่วนระดับคะแนนของภาวะซึมเศร้านั้นพบว่าไม่มีความสัมพันธ์ทางสถิติจากการวัดด้วย BDI-II - จากการประเมินเกี่ยวกับความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันและระดับความรุนแรงของความเจ็บปวดพบว่า ความสัมพันธ์ระหว่างกลุ่ม GCBT มีระดับการไร้ความสามารถน้อยกว่า MCC จาก

หัวข้อ	รายละเอียด
ผลการวิจัย (ต่อ)	การวัดด้วย ODI ส่วนการวัดด้วย PS-MPI พบว่ามีความสัมพันธ์กันในเรื่องของเวลา จากPre- Post สามารถลดความรุนแรงของความเจ็บปวดได้ทั้ง 2 กลุ่ม - การวินิจฉัยโรคและ end-state function พบว่าในเรื่องของเวลา จากPre- Post ผู้เข้าร่วม GCBT มีคะแนนของอาการที่เข้าเกณฑ์การวินิจฉัยโรค PTSD น้อยลง เมื่อเปรียบเทียบกับ MCC จากการเปรียบเทียบระดับคะแนนรวมของCAPS-Total และ High end-state function (ระดับคะแนน CAPS-Total ต่ำกว่า 19 คะแนน และต่ำกว่า 10 คะแนน จากการประเมินด้วย BDI-II) - จากการประเมินความพึงพอใจพบว่า ผู้เข้ารับการบำบัดด้วย GCBT มีความพึงพอใจเรื่องการบำบัดรักษา - จากการประเมินค่าความเปลี่ยนแปลงของผลหลังรับการรักษา และจากการติดตามพบว่า ผลการรักษาด้วย GCBT ที่หลังรับการรักษา และจากการติดตามลดลงไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จากระดับคะแนน CAPS และจากการวัดคะแนนของกลุ่มอาการย่อย ได้แก่ อาการ Intrusion อาการ Avoidance และ Hyperarousal ก็ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จากผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่า ผลการรักษายังคงอยู่จากการติดตามจนถึงการประเมินติดตาม
การสรุปเพื่อนำไปใช้	1.พบว่าการบำบัดด้วย Group Cognitive Behavior Therapy (GCBT) มีประสิทธิผลในการลดอาการ PTSD ได้มากกว่า Minimal contact comparison (MCC) condition และผลการบำบัดยังคงต่อเนื่องอยู่ตลอด 3 เดือน 2.งานวิจัยนี้สามารถอ้างอิงไปยังกลุ่มเป้าหมายที่มีคุณลักษณะคือ เป็นกลุ่มผู้ป่วยที่มีความเครียดภายหลังที่ได้รับอุบัติเหตุการจราจรที่ประสบอุบัติเหตุมากกว่า 6 เดือนขึ้นไปก่อนการประเมินและมีการตอบสนองทางอารมณ์ร่วมด้วย ได้แก่กลัวอย่างมาก รู้สึกไม่มีใครสามารถช่วยได้ รู้สึกสะท้อนขวัญ(ขวัญเสีย)หรือรับรู้วุ่นเองสมควรตาย (PTSD criterion A) ไม่เป็นผู้ที่มีความบกพร่องทางระบบประสาท ไม่มีอาการทางจิต ไม่คิดหรือใช้สารเสพติดภายใน 6 เดือน

หัวข้อ	รายละเอียด
การสรุปเพื่อนำไปใช้ (ต่อ)	ก่อนการประเมิน ไม่มีความคิดอยากฆ่าตัวตายอย่างเฉียบพลัน ไม่มีอาการเจ็บป่วยทางกายที่ไม่สามารถเข้าร่วมการบำบัดได้ 3. การวัดผลลัพธ์ใช้แบบประเมิน PTSD โดยใช้ทั้งแบบประเมินทางคลินิกและแบบรายงานตนเอง <u>แบบประเมินทางคลินิก</u> <u>การประเมิน PTSD</u> 1. Clinician Administered PTSD Scale (CAPS) 2. Impact of Event Scale Revised (IES-R) 3. MVA interview (Blanchard & Hickling, 2004) <u>การประเมินความวิตกกังวลและความซึมเศร้า</u> <u>แบบประเมินทางคลินิก ได้แก่</u> 1. ADIS-IV <u>แบบรายงานตนเอง (A self-report measure) ที่ใช้มี 2 ชนิด ได้แก่</u> 1. The Beck Anxiety Inventory (BAI) 2. The BDI-II. มีค่าความสัมพันธ์ค่อนข้างสูงกับภาวะซึมเศร้า <u>การประเมินการทำหน้าที่ด้านร่างกายและความรุนแรงของความเจ็บปวด</u> 1. The Oswestry Disability Index (ODI) 2. The Pain Inventory (PS-MPI) <u>การประเมินความพึงพอใจ</u> - The Client Satisfaction Questionnaire (CSQ) <u>การประเมินความสมบูรณ์ของการรักษา</u> โดยแต่ละครั้งของการรักษาจะถ่ายวิดีโอเอาไว้และมีการตรวจสอบซ้ำโดยผู้เชี่ยวชาญในเรื่องการทำ GCBT 4. ผู้บำบัดที่จะนำมาใช้ต้องมีคุณสมบัติ คือ เป็นผู้ที่มีประสบการณ์ทางคลินิกในการดูแลผู้รอดชีวิตจากอุบัติเหตุจำนวน 3 คน ซึ่งได้รับการฝึกอบรมในเรื่องการทำกลุ่มบำบัด 5. การบำบัดด้วยรูปแบบ GCBT เป็นที่ควรทำทั้งหมด 14 ครั้ง ครั้งละไม่เกิน 2 ชั่วโมง

หัวข้อ	รายละเอียด
การสรุปเพื่อนำไปใช้ (ต่อ)	6. การที่จะนำไปใช้ในสถานือนามัยนั้นยังค่อนข้างยาก เนื่องจากต้องใช้ผู้บำบัดจำนวนมากถึง 3 คน ได้แก่ ผู้บำบัดและผู้ช่วยผู้บำบัดอีก 2 คน ซึ่งผู้ที่ทำการบำบัดได้นั้นจะต้องได้รับการฝึกอบรมจากผู้เชี่ยวชาญ และเป็นผู้มีประสบการณ์ทางคลินิกในการดูแลผู้ที่รอดชีวิตจากอุบัติเหตุ
ความสอดคล้องกับ ประเด็นปัญหาทาง คลินิก	1. งานวิจัยสอดคล้องกับประเด็นปัญหาทางคลินิกคือ รูปแบบการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมแก่ผู้ที่มีอาการเครียดภายหลังเผชิญเหตุการณ์สะเทือนขวัญจากการประสบอุบัติเหตุการจราจรที่มีประสิทธิภาพในรูปแบบกลุ่มบำบัด สามารถช่วยลดอาการ PTSD ได้ 2. ผลการวิจัยนี้ช่วยให้กระบวนการตัดสินใจของพยาบาลดีขึ้นในการที่จะเลือกรูปแบบการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมแก่ผู้ที่มีอาการเครียดภายหลังเผชิญเหตุการณ์สะเทือนขวัญจากการประสบอุบัติเหตุการจราจร ตั้งแต่จำนวนผู้บำบัด ขึ้นตอน การประเมินผู้เข้ารับการบำบัด 3. ผลการวิจัยนี้สามารถนำมาใช้ได้จริงเนื่องจากเกี่ยวข้องกับการปฏิบัติการพยาบาล พยาบาลมีเอกสิทธิ์ในการนำมาปฏิบัติเพื่อการแก้ไขปัญหาตามขอบเขตการปฏิบัติพยาบาล 4. กระบวนการเก็บข้อมูลยังต้องมีการศึกษาในเรื่องเครื่องมือให้เข้าใจและจัดหาเครื่องมือในการวัดเพิ่มเติมเพราะเป็นเครื่องมือที่ยังไม่เคยมีใช้ในสถานือนามัย
การมีความหมายหรือมี คุณค่าในเชิงศาสตร์	1. แหล่งตีพิมพ์ของงานวิจัยตีพิมพ์ในวารสารที่มีชื่อเสียงคือ Behavior Therapy, (2009). 2. ผู้ทำการวิจัยเป็นนักจิตวิทยาที่ปฏิบัติงานอยู่ในมหาวิทยาลัยในต่างประเทศ 3. คุณภาพงานวิจัย 1) ชื่อเรื่องแสดงถึงวิธีการศึกษาตัวแปรที่สำคัญในงานวิจัย คือ การเปรียบเทียบประสิทธิผลของการใช้ GCBT กับ MCC

หัวข้อ	รายละเอียด
การมีความหมายหรือมีคุณค่าในเชิงศาสตร์ (ต่อ)	2) งานวิจัยมีการระบุปัญหา และเหตุผล ที่ทำให้ต้องทำวิจัย ในเรื่องของการเปรียบเทียบวิธีการบำบัดรักษาแบบกลุ่มกับวิธีการอื่นๆ เพื่อหาวิธีการที่ดีที่สุดและใช้ได้ดีกับกลุ่มผู้ป่วย 3) มีการระบุวัตถุประสงค์การวิจัยไว้อย่างชัดเจน คือ เพื่อเปรียบเทียบประสิทธิผลของการใช้ GCBT กับ MCC. 4) มีการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการใช้ CBT ในการบำบัดรักษาบุคคลที่มีอาการเครียดภายหลังเผชิญเหตุการณ์สะเทือนขวัญจากการประสบอุบัติเหตุการจราจรแล้วนำมาพัฒนาในรูปแบบกลุ่มวรรณกรรมที่นำมามีการทบทวนอย่างถูกต้องและทันสมัย 5) มีการระบุประชากรกลุ่มเป้าหมายที่ชัดเจน คือ เป็นบุคคลที่มีอาการเครียดภายหลังเผชิญเหตุการณ์สะเทือนขวัญจากการประสบอุบัติเหตุการจราจรตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไป และการได้มาซึ่งกลุ่มตัวอย่างจากการใช้แบบคัดกรองผู้ป่วย และมีเกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างไว้อย่างชัดเจน และ แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมด้วยวิธีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างมีจำนวนเพียงพอ ผู้วิจัยได้ระบุจำนวนผู้ร่วมการบำบัดก่อนการให้การบำบัด เมื่อสิ้นสุดการบำบัด และเหตุผลที่ผู้ร่วมการบำบัดออกจากการบำบัดในระหว่างการบำบัด 6) มีการระบุงานวิจัยนี้ใช้วิธีการวิจัย (design) เป็น Randomized Controlled Trial งานวิจัยนี้ไม่ได้ระบุถึงวิธีการที่ใช้ในการลดอิทธิพลของตัวแปรแทรกซ้อน 7) งานวิจัยนี้ไม่ได้ระบุการรับการรับรองจากคณะกรรมการสิทธิมนุษยชนเกี่ยวกับการทดลองในมนุษย์หรือการระบุวิธีการรักษาความลับของผู้ร่วมการวิจัย 8) การใช้แบบวัดในการประเมินผลลัพธ์หลักเหมาะสมมีการประเมินก่อนการทดลองเปรียบเทียบกับหลังการทดลองและมีการประเมินติดตามหลังการรักษาที่ 3 เดือน 9) งานวิจัยใช้สถิติในการวิเคราะห์ข้อมูลเหมาะสมกับวัตถุประสงค์การวิจัย และระดับการวัดผลลัพธ์ของการทดลอง 10) ผลการวิจัยตอบคำถามการวิจัย หรือ บรรลุวัตถุประสงค์การวิจัย

หัวข้อ	รายละเอียด
การมีความหมายหรือมีคุณค่าในเชิงศาสตร์ (ต่อ)	คือ การใช้ GCBT สามารถลดอาการ PTSD ได้ผลดีกว่าเมื่อเปรียบเทียบกับ MCC และผลการรักษายังคงอยู่จากการประเมินหลังการรักษาและการติดตามประเมินที่ 3 เดือน 11) มีการระบุข้อจำกัดของการวิจัย การสรุปอ้างอิงถึงประชากรและข้อเสนอแนะในการนำไปใช้ปฏิบัติและข้อเสนอแนะอยู่ภายใต้ขอบเขตของข้อค้นพบจากการวิจัย
แนวโน้มที่จะนำไปใช้ได้ในการปฏิบัติ	1. การเทียบเคียงความรู้สู่การปฏิบัติ (Transferability) งานวิจัยมีความเหมาะสมกับการนำไปใช้ในสถานีนอนามัยที่ผู้ศึกษาปฏิบัติงานอยู่ เนื่องจากยังไม่เคยมีดำเนินการคัดกรองปัญหาในเรื่องนี้ และเพื่อให้มีการพัฒนารูปแบบการดูแลที่เหมาะสมในกลุ่มเป้าหมาย ช่วยลดอาการอาการเครียดภายหลังเผชิญเหตุการณ์สะเทือนขวัญในบุคคลที่ประสบอุบัติเหตุการจราจรและยังช่วยลดโรคที่เป็นปัญหาทางสุขภาพจิตที่อาจเกิดร่วมได้อีกด้วยเช่น โรคซึมเศร้า โรควิตกกังวล 2. ความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติในสถานการณ์จริง (Feasibility of implementation) - ความเป็นไปได้ที่จะนำโปรแกรมมาใช้ปฏิบัติได้เนื่องจากพยาบาลมีสิทธิโดยชอบธรรมตามขอบเขตของการปฏิบัติการพยาบาลในการทำ GCBT เพื่อลดความเครียดในผู้ที่ประสบอุบัติเหตุจากการจราจร - การปฏิบัติตามงานวิจัยพยาบาลต้องฝึกฝนทักษะเพิ่มเติมในเรื่องของการทำ GCBT แต่ก็เป็นทักษะที่สามารถฝึกได้ ผู้ที่เคยผ่านทักษะการทำกลุ่มผู้ป่วยและมีประสบการณ์ทำงานด้านสุขภาพจิตถ้าได้รับการฝึกเพิ่มเติมก็สามารถทำได้ แต่จำนวนผู้บำบัดยังคงมีความจำกัดเนื่องจากการทำกลุ่มต้องใช้ผู้บำบัดถึง 3 คน ซึ่งอาจจะต้องปรับรูปแบบทำเป็นระบบเครือข่ายกับสถานีนอนามัยอื่น หรือกับโรงพยาบาล - การปฏิบัติตามโปรแกรม สามารถปฏิบัติได้โดยไม่เป็นการละทิ้งหน้าที่ แต่อาจต้องปรับลดเวลาลงบ้างตามความเหมาะสม - หน่วยงานต้องจัดหาอุปกรณ์เพิ่มเติม เช่น เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินผลลัพธ์ และผู้บำบัดต้องได้รับการอบรมเรื่องการใช้เครื่องมือ

หัวข้อ	รายละเอียด
แนวโน้มที่จะนำไปใช้ได้ ในการปฏิบัติ (ต่อ)	และคู่มือความรู้เรื่องวิธีการบำบัด GCBT ฯลฯ 3. ความคุ้มทุนคุ้มประโยชน์เมื่อนำไปใช้ (Cost-benefit ratio) เป็นประโยชน์ช่วยให้ผู้ป่วยเผชิญกับความเครียดได้ด้วยตัวเอง และลดการเกิดความเครียดได้อย่างเหมาะสม และยังส่งผลต่อการลดการเกิดโรคร่วมได้ เกิดประโยชน์สูงสุดทั้งตัวผู้ป่วย ครอบครัว ในการลดค่าใช้จ่ายในการดูแลและระยะเวลาในการดูแลโดยเฉพาะในการทำในรูปแบบเป็นกลุ่ม ลดจำนวนผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิตในชุมชน ช่วยลดงบประมาณของประเทศในการที่ต้องจัดสรรงบประมาณมาดูแลผู้ป่วย นอกจากนี้การบำบัดในรูปแบบกลุ่มช่วยลดภาระงานและระยะเวลาในการทำงานเมื่อเปรียบเทียบกับการทำงานแบบรายบุคคล

3.3 การสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์

หลักฐานเชิงประจักษ์ทั้ง 7 เรื่อง ที่ผ่านการประเมินคุณภาพแล้วนำมารวบรวมสรุปดังตารางต่อไปนี้ (Collective table)

เรื่องที่ 1

Cognitive Behavioural Treatment Of Post Traumatic Stress Disorder After Motor Vehicle Accident

Authors/Year	Objective	Sample/Setting	Instrument	Intervention	Outcome
Fecteau & Nicki, (1999)	เพื่อประเมินประสิทธิภาพในการใช้วิธีการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมเพื่อลดอาการความเครียดจากการเผชิญเหตุการณ์สะเทือนขวัญ ภายหลังการได้รับอุบัติเหตุการจราจร	เป็นผู้ที่มีอาการ PTSD ภายหลังการประสบอุบัติเหตุจากการจราจร ที่มารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกหรือในจำนวน 20 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 10 คน กลุ่มควบคุม 10 คน	-CAPS 2 -Self report measurement 1) IES-I 2) IES-A 3) AFQ 4) BAI 5) BDI	- กลุ่มควบคุมได้รับการบำบัดด้วย CBT ใช้ระยะเวลา 4 สัปดาห์ติดต่อกัน ระยะเวลาที่ใช้ประมาณ 1 ชม. ครั้ง-3 ชม. ครั้งที่ 1 การให้ความรู้และฝึกการผ่อนคลาย โดยสอนเทคนิคการใช้กระบังลมช่วยในการหายใจและมีบทบาททำ Relaxation ให้นำกลับไปใช้ที่บ้านวันละ 2 ครั้ง ครั้งที่ 2 เป็นการพบทวนการฝึกผ่อนคลายที่บ้าน ครั้งที่ 3 และ ครั้งที่ 4 เป็นการฝึกอย่างต่อเนื่องโดยให้ฝึกการเผชิญต่อเหตุการณ์อุบัติเหตุจากการจัดการเพื่อการลดความวิตกกังวล	ผลลัพธ์หลังการรักษาพบว่า - คะแนน CAPS2 ในกลุ่มทดลองลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุม - คะแนน Self report ซึ่งประกอบด้วย IES-I, IES-A, AFQ, BAI ในกลุ่มทดลองลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุม ยกเว้น BDI ที่ไม่มีการเปลี่ยนแปลง ผลการรักษายังคงทนอยู่ได้นานถึง 6 เดือน และในกลุ่มทดลอง ยังพบว่าคะแนน BDI ก็ลดลงด้วย

หมายเหตุ

- Clinician Administered PTSD Scale=CAPS

- Impact of Events Scale=IES, Intrusive=IES-I, Avoidance=IES-A

- Beck Depression Inventory=BDI

- Beck Anxiety Inventory=BAI

- Accident Fear Questionnaire=AFQ

เรื่องที่ 2 A Randomized Controlled Trial of Cognitive Therapy, a Self-help Booklet, and Repeated Assessments as Early Interventions for Posttraumatic Stress Disorder

Authors/Year	Objective	Sample/Setting	Instrument	Intervention	Outcome
Ehlers et al. (2003)	เพื่อศึกษาว่า CT หรือการใช้หนังสือคู่มือซึ่งพัฒนาแนวคิด CBT ในช่วงแรกๆ ของการเกิดอุบัติเหตุการจราจรสามารถป้องกัน Chronic PTSD ได้มากกว่า การได้รับการประเมินซ้ำๆ (Repeated assessment)	เป็นผู้ป่วยที่ประสบอุบัติเหตุภายหลังการได้รับการดูแลและฟื้นฟู จากห้องอุบัติเหตุ ในช่วงเดือนแรกและยัง มีอาการที่เข้าได้กับ เกณฑ์การวินิจฉัย โรค PTSD โดยมีระดับ คะแนน 20 หรือสูงกว่า ตามระดับคะแนนของ PDS) ชื่อของการอยู่ ระดับปานกลางถึง รุนแรง มีอายุระหว่าง 18-65 ปี จำนวน 85 คน แบ่งเป็น 3 กลุ่ม	-CAPS -PDS -BAI -BDI	วิธีการบำบัดด้วย CBT ผู้ป่วยจะได้รับ การรักษา 12 ครั้ง ในครั้งแรกๆจะใช้ เวลาประมาณ 90 นาที ส่วนในครั้ง ต่อมาใช้เวลาประมาณ 60 นาทีโดย รูปแบบการรักษาเป็นของ Ehlers and Clark (2000) รูปแบบการบำบัดรักษา จะทำการบำบัดซ้ำๆ 3 ครั้ง และ ติดตามกัน 12 ครั้ง ภายใน 3 เดือน และ บำบัดกระตุ้นทุกเดือนติดต่อกัน 3 เดือน การบำบัดครั้งแรกใช้เวลาประมาณ 90 นาที หลังจากนั้นใช้เวลา ครั้งละ 60 นาที รูปแบบการบำบัดเน้นการป้องกัน PTSD โดยใช้กลยุทธ์ทางพฤติกรรมและ ความคิดเป็นลำดับขั้นตอน เพื่อให้ ผู้ป่วยแก้ไขการประเมินค่าในด้านลบ ที่มากเกินไป, ความจำต่อเหตุการณ์ที่ คุกคาม ซึ่งทำให้ถูกต้องและกำจัดการ ตอบสนองทางพฤติกรรมและความคิด ที่เป็นปัญหา	การบำบัดทั้ง 3 แบบทำให้ อาการ PTSD, depression, anxiety และการใช้ ความสามารถดีขึ้นใน 9 เดือน แต่กลุ่มที่ใช้วิธีการ CT ให้ ผลลัพธ์ดีกว่ากลุ่มที่ใช้ SH และ RA ในการลด PTSD หลังการ ได้รับการรักษาและจากผลการ ติดตามในแต่ละครั้งที่ 3 และที่ เดือน 9 เดือน ส่วนผลของกลุ่ม ที่ใช้ RA และกลุ่มที่ใช้ SH ให้ผลไม่แตกต่างกัน

หมายเหตุ - Posttraumatic Diagnostic Scale=PDS

เรื่องที่ 3 A controlled evaluation of cognitive behavioral therapy for posttraumatic stress in motor vehicle accident survivors

Authors/Year	Objective	Sample/Setting	Instrument	Intervention	Outcome
Blanchard et al. (2003)	เพื่อเปรียบเทียบผลของการบำบัดด้วย CBT, Supportive psychotherapy และ a wait list condition ต่ออาการ PTSD และจำนวนคนที่ได้รับการวินิจฉัยโรค PTSD	กลุ่มคนที่ได้รับ MVA 6 เดือนขึ้นไป และมีอาการเข้าเกณฑ์การวินิจฉัยโรค PTSD หรือมีอาการ PTSD รุนแรงแต่ไม่ครบตามเกณฑ์การวินิจฉัย ซึ่งมีคะแนนจากการใช้แบบวัดด้วย CAPS เท่ากับหรือมากกว่า 30 คะแนน ในช่วงแรกมีจำนวนผู้เข้าร่วมบำบัด 98 คน Drop outs ไป 20 คน เหลือผู้เข้าร่วม 78 คน แบ่งเป็น กลุ่ม CBT 27 คน กลุ่ม Supportive 27 คน และกลุ่มควบคุม 24 คน	- CAPS - GAF - BDI - STAI - IES - PCL	การบำบัดมี 3 แบบ คือ 1. Cognitive behavioral therapy จำนวนครั้งในการบำบัดประมาณ 8-12 ครั้ง ดังนี้ - การให้ความหมายของโรค และการอาการ PTSD - การผ่อนคลายกล้ามเนื้อ (Muscle Relaxation) - การบำบัดโดยใช้เผชิญกับสิ่งที่กลัว (Exposure therapy) - ให้ตรวจสอบความคิดและความรู้สึกในทางลบที่สัมพันธ์กับการเดินทางและปรับแก้ให้เป็นทางบวก - กระตุ้นให้กิจกรรมที่สร้างสุข 2. Supportive psychotherapy จะทำคล้ายกันกับ CBT แต่ไม่มี Relaxation ในครั้งที่ 3 จะให้พูดถึงผลกระทบในชีวิต ครั้งที่ 4-8 จะให้ความสำคัญกับการให้ระบายออกมาและสนับสนุนในเรื่องการให้คำแนะนำแทน 3. Wait list condition	ผลการรักษาที่ 1 ปีพบว่า การรักษาด้วย CBT ให้ผลในเรื่องความคงทนของการรักษาดีกว่า Supportive Psychotherapy และจากการประเมินอาการที่สัมพันธ์กับ PTSD โดยตรงด้วย CAPS, การวินิจฉัยโรค, IES, PCL และการบำบัดด้วย CBT ยังให้ผลในการลดการเกิดโรคร่วมได้ดีกว่า กลุ่ม Supportive ผลการศึกษาที่ 2 ปี ให้ผลแตกต่างกันเล็กน้อยเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีจำนวนลดลง

หมายเหตุ

- The State-Trait Anxiety=STAI

- PTSD Checklist=PCL

- The Global Assessment of Functioning=GAF

เรื่องที่ 4 One-and two-year prospective follow-up of cognitive behaviour therapy or supportive psychotherapy

Authors/Year	Objective	Sample/Setting	Instrument	Intervention	Outcome
Blanchard et al. (2004).	เพื่อเป็นการประเมินผลของการรักษาซ้ำที่ 1 ปี และ 2 ปี จากการบำบัดด้วย CBT และ Supportive psychotherapy ที่ 1 ปี และ 2 ปี	เป็นกลุ่มผู้ป่วยหลังได้รับอุบัติเหตุการจราจรที่ได้รับ การรักษาโดยใช้ CBT เปรียบเทียบกับกลุ่มที่ใช้ Supportive psychotherapy ที่ 1 ปี จำนวน 57 คน (จากกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 78 คน) และที่ 2 ปี จำนวน 39 คน (จากกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 57 คน)	เครื่องมือที่ใช้ประเมิน ทั้งปี 1 และปี 2 -CAPS -PCL -IES เครื่องมือที่ใช้ประเมิน ปีที่ 2 ประเมินด้วย -BDI -STAI	การบำบัดรักษาด้วย Cognitive behaviour therapy และการบำบัดรักษาด้วย Supportive psychotherapy ด้วยวิธีการเดียวกันในงานวิจัยเรื่องที่ 3 (Blanchard et al. 2003)	- ผลการศึกษาปีที่ 1 พบว่า CBT ให้ผลในเรื่องความคงทนของการรักษาดีกว่าการใช้การบำบัดด้วย Supportive - ผลการศึกษาปีที่ 2 พบว่า CBT ให้ผลการรักษาที่ไม่แตกต่างกับการใช้วิธีการบำบัดด้วย Supportive เนื่องจากมีข้อจำกัดด้วยเรื่องจำนวน กลุ่มเป้าหมายที่น้อยลงจากที่ 1 ปี ผลการวิจัยที่ได้มีความสัมพันธ์กัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p=0.037$

เรื่องที่ 5 Dresden PTSD treatment study: random controlled trial of motor vehicle accident survivors

Authors/Year	Objective	Sample/Setting	Instrument	Intervention	Outcome
Maercker et al. (2006)	เพื่อทดสอบประสิทธิผลและ การคงอยู่ของผลลัพธ์จากการ บำบัดความคิดและพฤติกรรม ตามคู่มือที่พัฒนาเพิ่มเติมขึ้น จากโปรแกรมของ บลาน ชาร์ดและคณะ(Blanchard et al., 2003) เป็นกายาเยอรมัน ในการ บำบัดผู้รอดชีวิตจากการ ประสบอุบัติเหตุการจราจร	กลุ่มคนที่ได้รับอุบัติเหตุ จากการ จราจรจำนวน 42 คน ประกอบด้วยคนที่มิ อาการของโรค PTSD ตาม เกณฑ์การวินิจฉัยของ DSM -IV จำนวน 22 คน และจำนวน 20 คน มิ อาการของโรค PTSD อย่าง รุนแรง แต่มีอาการไม่ครบ ตามเกณฑ์ (มีอาการตาม เกณฑ์ข้อ A, E และ F หรือ มีอาการ 2 ข้อ จากเกณฑ์ ข้อ B, C, หรือ D) หรือ จำแนกจากการโดยใช้ คะแนน CAPS โดยมี คะแนนมากกว่า 30 คะแนนขึ้นไป	1. CAPS 2. Psychological test - BDI - STAI - PCI	-กลุ่มบำบัดรักษาด้วย CBT ของ บลานชาร์ดและคณะ (Blanchard et al., 2003) ในงานวิจัยเรื่องที่ 3 โดย นำมาแปลเป็นภาษาพื้นเมืองของ ชาวเยอรมัน ใช้ระยะเวลาในการทำ 8-12 สัปดาห์ จำนวน 8-12 ครั้ง แต่มี การปรับแก้เมื่อการบำบัดรักษาโดย เพิ่มเติมราย ละเอียดของรูปแบบการบำบัดดังนี้ - การมอบหมายให้เขียนเรื่องราว (writing assignment) - การชี้ให้เห็นความเติบโตหรือการ พัฒนาจากการผ่านเหตุการณ์ สะเทือนขวัญมาได้ (facilitating of posttraumatic growth) - การแลกเปลี่ยนทางสังคม (social sharing) sharing) - กลุ่มwait list control	การบำบัดรักษาด้วย CBT ให้ผลลัพธ์ในการลด PTSD และการเกิดโรค ร่วม ได้ดีกว่ากลุ่มwait list control

หมายเหตุ

- Posttraumatic Cognition Inventory = PCI

เรื่องที่ 6 Group Cognitive Behavioral Treatment for Motor PTSD: Treatment of Motor Vehicle Accident Survivors

Authors/Year	Objective	Content
Beck & Coffey, (2005)	อภิปรายการพัฒนาการบำบัดอาการ PTSD ที่เกิดจากMVA ในรูปแบบกลุ่ม ซึ่งทีมงานวิจัยซึ่งอยู่ในระยะเริ่มต้น สันนิษฐาน และมีตัวอย่างกรณีศึกษาที่ทำการบำบัดแบบกลุ่มประกอบการอธิบาย	บทความนี้กล่าวถึงการพัฒนากระบวนการบำบัดอาการ PTSD ที่เกิดจากอุบัติเหตุการจราจรด้วยรูปแบบกลุ่มบำบัด โดยเลือกรูปแบบการบำบัดมาจากการบำบัดแบบรายบุคคลของบลานชาร์ดและคณะ (Blanchard et al., 2004) ซึ่งมีจำนวนครั้งในการบำบัดทั้งหมด 10 ครั้ง แต่ละครั้งใช้ระยะเวลา 50-75 นาที มาพัฒนาเป็นรูปแบบการบำบัดด้วยกลุ่มซึ่งมีจำนวนครั้งในการบำบัด 14 ครั้ง ภายหลังพัฒนาโปรแกรมแล้วได้นำไปทดลองใช้บำบัดแบบกลุ่มซึ่งมีสมาชิกกลุ่ม 5 คน เป็นเพศหญิงทั้งหมด โดยที่แต่ละคนจะมีประสบการณ์เกี่ยวกับความเครียดภายหลังการได้รับอุบัติเหตุการจราจร โดยก่อนเข้ารับการบำบัดแต่ละคนจะได้รับ การประเมินอาการแบบรายบุคคลดังนี้ - แบบประเมินอาการทางคลินิก ได้แก่ 1. Clinician-Administered PTSD Scale (CAPS) โดยมีช่วงคะแนนอยู่ที่ 0-136 2. The Anxiety Disorders Interview Schedule (ADIS-IV) -แบบประเมินอาการด้วยตนเอง ได้แก่ 1. Impact of Events Scale-Revised (IES-R) 2. PTSD symptom scale-self-Report (PSS-SR) 3. The State Trait Anxiety Inventory (STAI) 4. Beck Depression Inventory-II (BDI-II) รายละเอียดของการบำบัดในแต่ละครั้งทั้ง 14 ครั้ง มีดังนี้ ครั้งที่ 1 การให้ความรู้และการสร้างกระบวนการกลุ่ม

Authors/Year	Objective	Intervention
Beck & Coffey, (2005) (ต่อ)		ครั้งที่ 2 การอภิปรายเกี่ยวกับการหลีกเลี่ยง ครั้งที่ 3 การเจริญสติ ครั้งที่ 3 การเจริญสติ ครั้งที่ 4 การกลับไปสู่เหตุการณ์การเกิดอุบัติเหตุการจราจร (MVA) ครั้งที่ 5 การกลับไปสู่เหตุการณ์การเกิดอุบัติเหตุการจราจร (MVA) ครั้งที่ 6 การพัฒนาการพูดกับตนเองในทางบวก ครั้งที่ 7 ระบุและปรับเปลี่ยนความคิดที่บิดเบือนไป ครั้งที่ 8 ทำความเข้าใจเกี่ยวกับความสัมพันธ์ของความเครียดและความรู้สึก และทบทวนการฝึก ปฏิบัติการควบคุมสัญญาณเตือนของความเครียดด้วยการผ่อนคลาย ครั้งที่ 9 การจัดการกับความโกรธครั้งที่ 1 ด้วยเทคนิคปรับเปลี่ยนความคิด ครั้งที่ 10 การจัดการกับความโกรธครั้งที่ 2 ด้วยเทคนิคปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ครั้งที่ 11 การจัดทำตารางกิจกรรมที่สร้างความสุข ครั้งที่ 12 การสร้างการประทับประคองทางสังคมใหม่ ครั้งที่ 13 หลักการทั่วไปสำหรับการจัดการความเครียด ครั้งที่ 14 การสรุปและยุติการบำบัด ผลการบำบัดรักษาพบว่า ผู้เข้าร่วมการบำบัดมีระดับความรุนแรงของอาการ PTSD ลดลง และ ได้รับการวินิจฉัยว่าไม่เป็นโรค PTSD และผู้เข้าร่วมบำบัดก็มีความพึงพอใจต่อการบำบัดใน รูปแบบนี้ และจะแนะนำให้แก่กลุ่มเพื่อนและญาติต่อไป

เรื่องที่ 7 Group Cognitive Behavior Therapy for Chronic Posttraumatic Stress Disorder: An Initial Randomized Pilot Study

Authors/Year	Objective	Sample/Setting	Instrument	Intervention	Outcome
Beck et al. (2009)	เพื่อเปรียบเทียบประสิทธิผลของการใช้ Group Cognitive Behavior Therapy (GCBT) กับ Minimal contact comparison condition (MCC)	เป็นกลุ่มผู้ป่วยที่เคยมีประสบการณ์จากอุบัติเหตุ จำนวน 44 คน อายุอยู่ในช่วงระหว่าง 22-69 ปี	- CAPS - ADIS-IV - BAI - IES revise - BDI-II	- Group Cognitive Behavior Therapy ที่ปรับปรุงใหม่โดย Blanchard and Hickling. (2004) ทำทั้งหมด 14 ครั้ง ครั้งละไม่เกิน 2 ชั่วโมง ประกอบไปด้วย ครั้งที่ 1 การให้ Psychoeducation ครั้งที่ 2-14 การเผชิญกับเหตุการณ์โดยการจินตนาการ, การสอนการทำสมาธิและให้ปฏิบัติ, การฝึกการจัดการกับความเครียด ครั้งที่ 4-7 เป็นการฝึกการจัดการกับความเครียดโดยการฝึกการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ ครั้งที่ 6-8 เป็นการฝึกการปรับเปลี่ยนความคิด ครั้งที่ 9 และ 10 การปรับเปลี่ยนความคิดและการฝึกการจัดการกับความโกรธ	-การใช้ Group Cognitive Behavior Therapy (GCBT) สามารถลดอาการ PTSD ได้ผลดีกว่าเมื่อเปรียบเทียบกับ Minimal contact comparison condition (MCC)

Authors/Year	Objective	Sample/Setting	Instrument	Intervention	Outcome
Beck et al. (2009) (ต่อ)				ครั้งที่11และ12 พฤติกรรมเสริมเศร้าและ แยกตัวจากสังคม ครั้งที่ 13และ14 เป็นการสอนเพื่อ ป้องกันการกลับเป็นซ้ำ - Minimal contact comparison condition .ใช้วิธีการติดต่อทาง โทรศัพท์ 4 เดือน ต่อ 1 ครั้งนาน 14 สัปดาห์	

หมายเหตุ

- Anxiety disorder interview Schedule I-IV=ADIS-IV

3.3.1 ตารางสรุปการสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์

หัวข้อ	เรื่องที่ 1	เรื่องที่ 2	เรื่องที่ 3	เรื่องที่ 4	เรื่องที่ 5	เรื่องที่ 6	เรื่องที่ 7
ผู้วิจัย	Fecteau & Nicki, (1999)	Ehlers et al. (2003)	Blanchard et al. (2003)	Blanchard et al. (2004).	Maercker et al. (2006)	Beck&Coffey, (2005)	Beck et al. (2009)
รูปแบบการบำบัด	Individual พัฒนารูปแบบ การบำบัดมา จากของไฟและ คณะ(Foa et al., 1995, ร่วมกับ รูปแบบการ บำบัดของเกร์ รอดและคณะ (Carroll et al., 1992)	Individual พัฒนารูปแบบ การบำบัดมา จากของ เอทเลอร์และ คาร์ก (Ehlers & Clark., 2000)	Individual พัฒนารูปแบบ การบำบัดมา จากของฮิกกิง และบลาน ชาร์ด (Hickling & Blanchard, 1997, 1999)	Individual พัฒนารูปแบบ การบำบัดมา จากของฮิกกิง และบลาน ชาร์ด (Hickling & Blanchard, 1997, 1999)	Individual พัฒนารูปแบบ การบำบัดมา จากของบลาน ชาร์ด และ คณะ Blanchard et al. (2003)	Group CBT พัฒนารูปแบบ การบำบัดมา จากของ บลานชาร์ด และฮิกกิง (Blanchard et al., 2004)	Group CBT พัฒนารูปแบบ การบำบัดมา จาก ของ บลานชาร์ด และคณะ (Blanchard et al., 2004) และ เบคและคณะ (Beck et al., 2005)

หัวเรื่อง	เรื่องที่ 1	เรื่องที่ 2	เรื่องที่ 3	เรื่องที่ 4	เรื่องที่ 5	เรื่องที่ 6	เรื่องที่ 7
ประเภทผู้ป่วย	หลังเกิดMVA 3 เดือน-95 เดือน	เริ่มบำบัด ภายใน6 เดือน หลังเกิดMVA	MVAมากกว่า 6 เดือนขึ้นไป	MVAมากกว่า 6 เดือนขึ้นไป	MVAมากกว่า 6 เดือนขึ้นไป	MVA ตั้งแต่10 เดือนขึ้นไป	MVA อย่าง น้อย 6 เดือน ขึ้นไป
ลักษณะอาการ	มีประสบการณ์ ความทุกข์ทาง จิตใจจากการ PTSD ระยะเวลา 3 เดือน-95 สัปดาห์	อาการPTSD ปานกลาง- รุนแรง มีระดับคะแนน ≥ 20 (DSM-IV)	อาการ PTSD รุนแรง มีระดับ คะแนน ≥ 30 (DSM-IV)	อาการ PTSD รุนแรง มีระดับคะแนน ≥ 30 (DSM-IV)	อาการ PTSD รุนแรง มีระดับ คะแนน ≥ 30 (DSM-IV)	PTSD เรื้อรัง ร่วมกับโรค ทางจิตเวช อื่นๆร่วม เช่น GAD , MDD	PTSD เรื้อรัง และมีการ ตอบสนอง ทางอารมณ์ ร่วมด้วย (PTSD Criterion A)
แบบประเมินอาการทาง คลินิก							
1. CAPS	×	×	×	×	×	×	×
2. IES (IES-I, IES-A)	×			×			
3. PDS	×	×					

หัวเรื่อง	เรื่องที่ 1	เรื่องที่ 2	เรื่องที่ 3	เรื่องที่ 4	เรื่องที่ 5	เรื่องที่ 6	เรื่องที่ 7
4. PCL			X	X			
5. PCI			X				
6. ADSI-IV						X	X
แบบประเมินโรคที่เกิดขึ้น							
1. AFQ	X						
2. BAI	X	X					X
3. BDI	X	X		X	X	X	X
4. BDI-II						X	X
5. IES-R						X	X
6. STAI				X	X		
องค์ประกอบของ CBT							

หัวเรื่อง	เรื่องที่ 1	เรื่องที่ 2	เรื่องที่ 3	เรื่องที่ 4	เรื่องที่ 5	เรื่องที่ 6	เรื่องที่ 7
1.การให้ความรู้ (Education)	×	×	×	×	×	×	×
2. การฝึกการหายใจ (Breathing exercise)	×					×	×
3.การฝึกการผ่อนคลาย กล้ามเนื้อ (Progressive muscle relaxation)	×		×	×	×	×	×
4.การปรับความคิดใหม่ (Cognitive restructuring)	×	×	×	×	×	×	×
5.การฝึกการเผชิญ สถานการณ์จริง (in vivo exposure)	×		×	×	×	×	×
6.การฝึกการเผชิญ สถานการณ์ โดยการ จินตนาการ (imaginal exposure)	×	×	×	×	×	×	×
7.การพูดเพื่อหยุดความคิด						×	×

หัวเรื่อง	เรื่องที่ 1	เรื่องที่ 2	เรื่องที่ 3	เรื่องที่ 4	เรื่องที่ 5	เรื่องที่ 6	เรื่องที่ 7
(self talk)							
8.การกระตุ้นให้กิจกรรมที่สร้างสุข			×	×	×		
9.การเจริญสติ (Mind fullness)						×	×
10.การสร้างกระบวนการกลุ่ม (Group building)						×	×
11.การจัดการความโกรธด้วยการบำบัดทางความคิด (Anxiety management) (Cognitive)					×	×	×
12.การจัดการความโกรธด้วยการบำบัดทางพฤติกรรม (Anxiety management) (Behavior)						×	×
13.การฝึกปฏิบัติและ	×						

หัวเรื่อง	เรื่องที่ 1	เรื่องที่ 2	เรื่องที่ 3	เรื่องที่ 4	เรื่องที่ 5	เรื่องที่ 6	เรื่องที่ 7
มอบหมายให้ไปปฏิบัติที่บ้าน(Home work)							
14. การมอบหมายให้เขียนจดหมาย (Writing assignments)					×		
15. การแลกเปลี่ยนทางสังคม (Social sharing)					×		
16. การชี้ให้เห็นความเติบโตหรือการพัฒนาจากการผ่านเหตุการณ์สะท้อนขวัญมาได้ (Facilitation of Posttraumatic growth)					×		
ระยะเวลาการบำบัด	4 สัปดาห์/4 ครั้ง ครั้งละ 1 ชม. ครั้ง - 3 ชม.	1-12 เดือน 9 ครั้ง ในครั้ง แรก ใช้เวลา 90 นาที ครั้ง ต่อไป ใช้เวลา	8-12 ครั้ง ใช้เวลา 8-12 สัปดาห์	8-12 ครั้ง ใช้เวลา 8-12 สัปดาห์	8-12 ครั้ง ใช้เวลา 8-12 สัปดาห์	14 ครั้ง และ 50-75 นาที	14 ครั้ง และ ไม่เกิน 2 ชม.

หัวเรื่อง	เรื่องที่ 1	เรื่องที่ 2	เรื่องที่ 3	เรื่องที่ 4	เรื่องที่ 5	เรื่องที่ 6	เรื่องที่ 7
		ครั้งละ 60 นาที					
การติดตามการคงอยู่ของ โปรแกรม(follow up)	3, 6 เดือน	3, 9 เดือน กระตุ้นอีก 3 ครั้ง ห้างกัน ครั้งละ 1 เดือน	3 เดือน	1 ปี และ 2 ปี	3 เดือน	1 เดือน	3 เดือน

สรุปประเด็นจากหลักฐานเชิงประจักษ์

จากการรวบรวมหลักฐานเชิงประจักษ์ทั้ง 7 เรื่องซึ่งเป็น RCT 6 เรื่องและเป็นบทความ 1 เรื่อง พบว่าวิธีการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมมีประสิทธิภาพในการลดอาการเครียดจากการเผชิญเหตุการณ์สะเทือนขวัญภายหลังการได้รับอุบัติเหตุการจราจร ซึ่งสามารถสรุปประเด็นได้ดังนี้

1. ผู้เข้าร่วมการบำบัด

จากงานวิจัยทั้ง 7 เรื่อง ล้วนเป็นผู้ป่วยที่เกี่ยวข้องกับการประสบอุบัติเหตุการจราจรแต่จะมีช่วงเวลาของการเข้ารับการบำบัดภายหลังประสบอุบัติเหตุการจราจรและอาการ PTSD แตกต่างกันดังนี้

ช่วงเวลาของการเข้ารับการบำบัดภายหลังประสบอุบัติเหตุการจราจร งานวิจัย 4 เรื่อง ทำการบำบัดทางจิตภายหลังประสบอุบัติเหตุการจราจร 6 เดือน (Blanchard et al., 2003; level 2, Blanchard et al., 2004; level 2, Maercker et al., 2006; level 2, Beck & Coffey, 2009; level 2) มีงานวิจัย 1 เรื่องทำการบำบัดภายใน 6 แรกหลังประสบอุบัติเหตุการจราจร (Ehlers et al., 2003; level 2) ส่วนอีก 1 เรื่องทำการบำบัดหลังประสบอุบัติเหตุการจราจรในช่วง 3-95 เดือน (Fecteau & Nicki, 1999; level 2) อาการ PTSD ของผู้ประสบอุบัติเหตุการจราจรที่เข้ารับการบำบัดมีตั้งแต่อาการรุนแรงเล็กน้อยจนถึงเข้าเกณฑ์การวินิจฉัยโรค PTSD จากการวิเคราะห์พบว่าผู้เข้าร่วมการบำบัดแบบ CBT มีตั้งแต่บุคคลที่ประสบอุบัติเหตุการจราจรผ่านมา 1 เดือน และยังมีอาการของ PTSD หลงเหลืออยู่ในระดับปานกลางถึงรุนแรง (Ehlers et al., 2003; level 2) จนถึงบุคคลที่ได้รับอุบัติเหตุการจราจรผ่านมาแล้ว 6 เดือน และมีอาการ PTSD ร่วมด้วย จนเข้าเกณฑ์การวินิจฉัยโรคตาม DSM-IV (Blanchard et al., 2003; level 2) ผู้เข้าร่วมการบำบัดในงานวิจัยทุกเรื่องรู้สึกรู้สึกตัวดีขณะเกิดอุบัติเหตุ และสามารถจำเหตุการณ์หลังเกิดอุบัติเหตุได้ ส่วนบุคคลที่มีอาการดังต่อไปนี้อยู่ในเกณฑ์คัดออกจากการวิจัย ผู้ที่ได้รับความระบอบกระทบกระเทือนทางสมองในระดับปานกลางหรือรุนแรง ผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตอย่างรุนแรงและเรื้อรังก่อนประสบอุบัติเหตุ (Fecteau & Nicki, 1999; level 2) ผู้ที่มีอาการไม่รู้สึกรู้ตัวมากกว่า 15 นาทีหลังเกิดอุบัติเหตุ ผู้ที่ไม่สามารถจำเหตุการณ์หลังเกิดอุบัติเหตุได้ ผู้ที่มีบุคลิกภาพผิดปกติชนิด Borderline ผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้าอย่างรุนแรงซึ่งต้องการการรักษาอย่างทันที (มีปัจจัยเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย) (Ehlers et al., 2003; level 2) ผู้มีประวัติป่วยเป็นโรคทางจิตเวชอื่นๆร่วม เช่น Delusional Disorder โรค Bipolar disorders ดิสสุราและสารเสพติดอื่นๆ (Ehlers et al., 2003; level 2, Blanchard et al., 2003; level 2) ผู้ป่วยที่ได้รับความกระทบกระเทือนจากอุบัติเหตุเป็นครั้งที่ 2 คะแนน CAPS ต่ำกว่าเกณฑ์ที่กำหนดคือ น้อยกว่า 20 คะแนน (Blanchard et al., 2003; level 2, Blanchard et al., 2004; level 2, Maercker et al., 2006; level 2) ผู้ที่มีความบกพร่องทาง

ระบบประสาท มีอาการทางจิต คิดหรือใช้สารเสพติดภายใน 6 เดือนก่อนการประเมิน มีความคิดอยากฆ่าตัวตายอย่างเฉียบพลัน (Beck et al., 2009; level 2)

2. คุณสมบัติของผู้บำบัด

คุณสมบัติของผู้บำบัด คือ บุคคลที่มีใบอนุญาตในการประกอบวิชาชีพสาขาที่ตนปฏิบัติงาน เช่น จิตแพทย์ พยาบาล นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ และผ่านการฝึกทักษะการบำบัดความคิดและพฤติกรรม (Cognitive behavioral treatment) จากผู้เชี่ยวชาญ มีประสบการณ์ในการประเมินและการรักษาผู้ป่วยที่มีอาการของโรค PTSD อย่างน้อย 5 ปี หรือปฏิบัติงานในชุมชนและมีหน้าที่ในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วย (Blanchard et al., 2003; level 2) แต่ถ้าเป็นผู้บำบัดแบบเป็นกลุ่ม ผู้บำบัดจะต้องมีประสบการณ์ทางคลินิกในการดูแลผู้รอดชีวิตจากอุบัติเหตุและได้รับการฝึกอบรมการบำบัดด้วย Group cognitive behavioral treatment (GCBT) และสามารถเป็นผู้นำกลุ่มได้ (Beck et al., 2009; level 2)

3. รูปแบบการบำบัดด้วย CBT

จากหลักฐานเชิงประจักษ์ทั้ง 7 เรื่องพบที่มีความแตกต่างกันในเรื่องขององค์ประกอบและระยะเวลาในแต่ละรูปแบบซึ่งจะนำไปใช้กับผู้ป่วยประสบอุบัติเหตุที่มีอาการ PTSD มากน้อยแตกต่างกัน ดังต่อไปนี้

รูปแบบที่ 1 การบำบัดด้วยกลยุทธ์การปรับความคิดและพฤติกรรม

งานวิจัย 1 เรื่องทำการศึกษาในปี ค.ศ. 1999 ใช้รูปแบบนี้บำบัดผู้ประสบอุบัติเหตุการจราจรที่มีอาการ PTSD แต่ไม่ได้บอกรายละเอียดความรุนแรงของอาการ รูปแบบนี้พัฒนามาจากรูปแบบการบำบัดของโฟและคณะ (Foa et al., 1995) ร่วมกับรูปแบบการบำบัดของแครร์รอลและคณะ (Carroll et al., 1992) องค์ประกอบของการบำบัด ได้แก่ การให้ความรู้เกี่ยวกับอาการของโรค PTSD การฝึกการผ่อนคลาย การให้เผชิญกับเหตุการณ์สะเทือนขวัญโดยการจินตนาการ การปรับความคิด รูปแบบนี้ใช้เวลาในดำเนินการ 4 สัปดาห์ ติดต่อกัน ครั้งละประมาณ 1 ชม.ครั้ง-3 ชม.(Fecteau & Nicki, 1999; level 2)

รูปแบบที่ 2 การบำบัดความคิดและพฤติกรรมเป็นรายบุคคล (Individual cognitive behavioral treatment)

การบำบัดความคิดและพฤติกรรมเป็นรายบุคคล CBT งานวิจัย 1 เรื่องใช้ program การบำบัดความคิดที่พัฒนาโดยเอทเลอร์และคาร์ก (Ehlers & Clark, 2000) (Ehlers et al., 2003; level 2)

และงานวิจัยอีก 3 เรื่องใช้โปรแกรมที่พัฒนาโดยฮิกกิงและบลานชาร์ด (Hickling & Blanchard, 1997, Hickling & Blanchard, 1999) (Blanchard et al., 2003; level 2, Blanchard et al., 2004; level 2, Maercker et al., 2006: level 2) องค์ประกอบของการบำบัดได้แก่ การให้ความรู้เกี่ยวกับความหมายของโรคเครียดจากการเผชิญเหตุการณ์สะเทือนขวัญ (PTSD) และอาการของโรค การผ่อนคลายกล้ามเนื้อ การให้ฝึกเผชิญกับสิ่งที่กลัว (Exposure therapy) โดยการให้จินตนาการและการให้เผชิญกับสิ่งที่กลัวในสถานการณ์จริง การให้ตรวจสอบความคิดและความรู้สึกในทางลบและปรับแก้ให้เป็นทางบวก การให้พาผู้สมรสหรือผู้ดูแลเข้าร่วมในกระบวนการบำบัด การกระตุ้นให้มีกิจกรรมที่สร้างสุขที่เคยมีก่อนเกิดอุบัติเหตุโดยมีจำนวนครั้งในการบำบัดประมาณ 8-12 ครั้ง ซึ่งใช้ระยะเวลาในการทำ 8-12 สัปดาห์ ซึ่งจะทำให้ได้ผลต้องทำอย่างน้อย 8 ครั้งขึ้นไปจึงจะได้ผลในการรักษา (Blanchard et al., 2003; level 2) อย่างไรก็ตามโปรแกรมของ เอทเลอร์และคาร์ก (Ehlers & Clark., 2000) (Ehlers et al., 2003; level 2) เน้นการปรับเปลี่ยนในด้านความคิดมากกว่าในด้านของพฤติกรรม

รูปแบบที่ 3 การบำบัดความคิดและพฤติกรรมแบบกลุ่ม (Group cognitive behavioral therapy)

การบำบัด CBT แบบกลุ่มนี้ปรับปรุงมาจากโปรแกรมการบำบัดของบลานชาร์ดและฮิกกิง (Blanchard & Hickling, 2004) ซึ่งเป็นการบำบัดแบบรายบุคคล องค์ประกอบในการบำบัดได้แก่ การให้ความรู้เกี่ยวกับโรค PTSD การสร้างกระบวนการกลุ่ม การเจริญสติ การผ่อนคลายกล้ามเนื้อ การให้ฝึกเผชิญกับสิ่งที่กลัวโดยการให้จินตนาการและการให้เผชิญกับสิ่งที่กลัวในสถานการณ์จริงและการฝึกการผ่อนคลายกล้ามเนื้ออย่างเป็นระบบ การพัฒนาการพูดกับตนเองในทางบวก การระบุและปรับเปลี่ยนความคิดที่บิดเบือน การจัดการกับความโกรธ การจัดทำตารางกิจกรรมที่สร้างความสุข การสร้างการประคับประคองทางสังคมใหม่ หลักการจัดการกับความเครียด โดยจำนวนครั้งในการทำ 14 ครั้ง แต่แต่ละครั้งใช้ระยะเวลา 50-75 นาที ซึ่งบทความ 1 เรื่องได้รายงานการทดลองทำการบำบัดในผู้ประสบอุบัติเหตุการจราจรที่มีอาการ PTSD หรือมีโรคทางจิตร่วมด้วย จำนวน 5 คน (Beck & coffey, 2005; level 7) และหลังจากนั้นได้มีการนำไปทำวิจัยแบบ RCT ในปี 2009 (Beck et al., 2009; level 2) โดยปรับกระบวนการบางขั้นตอนให้สอดคล้องการนำไปปฏิบัติ จำนวนครั้งในการบำบัดมี 14 ครั้ง แต่แต่ละครั้งใช้ระยะเวลาไม่เกิน 2 ชั่วโมง

4. การประเมินผลลัพธ์หลัก

ผลลัพธ์ที่สนใจ คือ อาการเครียดจากการเผชิญเหตุการณ์สะเทือนขวัญ ซึ่งสามารถใช้เครื่องมือในการประเมินได้ ดังนี้

4.1) Clinician-Administered PTSD Scale (CAPS) เป็นแบบประเมินที่ประกอบไปด้วยคำถามเกี่ยวกับความถี่ของการเกิดอาการและความรุนแรงของโรค PTSD โดยที่ คะแนนรวมของความรุนแรง (CAPS-Total) จะสรุปผลรวมมาจากระดับคะแนนความถี่ของการเกิดอาการและความรุนแรงของแต่ละอาการ โดยมีช่วงคะแนนอยู่ที่ 0-136 ซึ่งพบว่าจากหลักฐานเชิงประจักษ์ทั้ง 7 เรื่อง จะใช้ CAPS ในการประเมินทั้ง 7 เรื่อง

4.2) Posttraumatic Diagnostic Scale (PDS) เป็นแบบประเมินความรุนแรงของอาการ PTSD โดยมีระดับคะแนน จาก 0 (ไม่มีเลย)-3 (จำนวน 5 ครั้งต่อสัปดาห์หรือมากกว่านั้น หรือ เป็นประจำ) (Ehlers et al., 2003 ; level 2)

4.3) Impact of Events Scale (IES) ใช้วัดผลกระทบที่เกิดจากเหตุการณ์ ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับกลุ่มอาการ Intrusion (IES-I) และ Avoidance (IES-A) (Fecteau & Nicki, 1999; level 2, Blanchard et al., 2003; level 2)

4.4) Impact of Events Scale-Revised (IES-R) ใช้วัดผลกระทบที่เกิดจากเหตุการณ์ ซึ่งปรับปรุงรายละเอียดเพิ่มมากขึ้นกว่า (IES) ประกอบด้วยข้อคำถาม 22 ข้อ แบ่งเป็นรายละเอียดย่อย 3 กลุ่ม อาการด้วยกันได้แก่ Intrusion, Avoidance และ Hyperarousal (Beck & coffey, 2005; level 7, Beck & coffey, 2009; level 2)

5. การประเมินผลลัพธ์ที่เกี่ยวข้อง

ผลลัพธ์ที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ อาการที่เกิดร่วมกับโรค PTSD และผลกระทบในการทำหน้าที่ของร่างกายและอื่นๆ สามารถทำการประเมินด้วย เครื่องมือดังนี้

5.1) แบบประเมินอาการซึมเศร้า ได้แก่ Beck Depression Inventory (BDI) และ Beck Depression Inventory-II (BDI-II) ใช้ประเมินภาวะซึมเศร้า มี 21 ข้อคำถาม ข้อคำถามแต่ละข้อ จะมีระดับคะแนน 0-3 คะแนน (Beck & coffey, 2009; level 2, Fecteau & Nicki, 1999; level 2)

5.2) แบบประเมินภาวะวิตกกังวล ได้แก่ Beck anxiety Inventory (BAI) ใช้ประเมินภาวะวิตกกังวล Anxiety disorder interview Schedule-IV=ADIS-IV ใช้ในการประเมินพยาธิสภาพของโรควิตกกังวล และ The State-Trait Anxiety (STAI) ใช้วัดภาวะวิตกกังวล (Blanchard et al., 2004; level 2, Maercker et al., 2006; level 2, Beck & coffey, 2005; level 7)

6. การติดตามประเมินผล

ในการติดตามความคงทนของผลการรักษาภายหลังการบำบัด จะมีการติดตามเป็นระยะ เช่น การบำบัดด้วย CBT แบบสั้นจะมีการติดตามประเมินผลที่ 3 เดือน และ 6 เดือน (Fecteau & Nicki, 1999; level 2) การบำบัดด้วย CBT แบบยาว จะมีการติดตามประเมินผลที่ 3 เดือน 9 เดือน (Ehlers et al., 2003 ; level 2) 1 ปี และ 2 ปี (Blanchard et al., 2004; level 2) หรือมีการกระตุ้นการรักษาซ้ำทุกเดือนติดต่อกัน 3 เดือน (Ehlers et al., 2003; level 2)

3.4 ข้อเสนอแนะ (Recommendations)

ข้อเสนอแนะในการนำ รูปแบบการบำบัดความคิดและพฤติกรรมที่มีประสิทธิภาพในการลดอาการเครียดภายหลังเผชิญเหตุการณ์สะเทือนขวัญในบุคคลที่ประสบอุบัติเหตุการจราจรไปใช้ในการปฏิบัติควรคำนึงถึง ลักษณะของผู้ป่วยและความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ ซึ่งมีแนวทางการบำบัด เป็น 3 รูปแบบคือรายละเอียดดังต่อไปนี้

รูปแบบที่ 1 การบำบัดด้วยกลยุทธ์การปรับความคิดและพฤติกรรม

คุณสมบัติของผู้ที่เหมาะสมจะเข้ารับการบำบัด (Fecteau & Nicki, 1999; level 2)

1. เป็นผู้ที่มีความเกี่ยวข้องกับการประสบอุบัติเหตุจากการจราจรไม่เกิน 1 ปี ที่มารับการรักษาเนื่องจากมีความทุกข์ใจโดยเฉพาะอย่างยิ่งมีอาการ PTSD
2. ไม่ได้ได้รับความกระทบกระเทือนทางสมองในระดับปานกลางหรือรุนแรง
3. ไม่มีปัญหาในเรื่องการใช้สารเสพติดหรือสุรา
4. ไม่มีปัญหาสุขภาพจิตอย่างรุนแรงและเรื้อรังก่อนประสบอุบัติเหตุ

คุณสมบัติของผู้บำบัด

ผู้บำบัดมีใบอนุญาตประกอบวิชาชีพทางสุขภาพจิตและจิตเวชศาสตร์และมีประสบการณ์ในการประเมินและการบำบัดรักษาผู้ป่วยที่มีอาการ PTSD ภายหลังประสบอุบัติเหตุการจราจร หรือได้รับการฝึกทักษะการบำบัดตามคู่มือบำบัด

วิธีการบำบัด

การบำบัดด้วยกลยุทธ์การปรับความคิดและพฤติกรรมจะใช้คู่มือการบำบัด CBT ที่พัฒนาโดยเฟลโตซึ่งเป็นผู้ทำวิจัยในเรื่องนี้ โดยพัฒนามาจากรูปแบบการบำบัดของโฟและคณะ (Foa et al., 1995) และรูปแบบการบำบัดของแคร็รอลกับฟอย (Carroll & Foy, 1992) (Fecteau &

Nicki, 1999; level 2) จะใช้ระยะเวลาในการบำบัดแต่ละครั้งประมาณ 1 ชม.ครั้ง-3 ชม. นาน 4 สัปดาห์ ติดต่อกัน

กระบวนการบำบัดมีดังนี้

ครั้งที่ 1 การให้ความรู้และอธิบายเหตุผลของการเกิดปฏิกิริยาตอบสนองของการประสบอุบัติเหตุหรือเหตุการณ์สะเทือนขวัญและฝึกการผ่อนคลายโดยสอนเทคนิคการใช้กระบังลมช่วยในการหายใจและมีเทปการทำ Relaxation ให้นำกลับไปใช้ที่บ้านวันละ 2 ครั้ง

ครั้งที่ 2 ทบทวนการฝึกผ่อนคลายที่บ้าน พูดคุยหรือเล่าเรื่องเหตุการณ์อุบัติเหตุโดยละเอียด โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อหาสิ่งกระตุ้นของการเกิดอาการวิตกกังวล การตอบสนองและสัญญาณ (Cues) หรือสิ่งกระตุ้นให้เกิดอาการวิตกกังวลที่อยู่ในบริบท ในขั้นตอนนี้เป็นฝึกการเผชิญต่อเหตุการณ์อุบัติเหตุจากการจินตนาการและฝึกการผ่อนคลายกล้ามเนื้อเมื่อมีอาการวิตกกังวลจากนั้นก็นำเทปกลับไปฝึกการผ่อนคลายที่บ้าน

ครั้งที่ 3 และ ครั้งที่ 4 เป็นการฝึกอย่างต่อเนื่องโดยให้ฝึกการเผชิญต่อเหตุการณ์อุบัติเหตุจากการจินตนาการเพื่อลดความคิดซ้ำๆที่มีผลต่อกระทบกระเทือนทางจิตใจ และการให้ปรับวิธีการคิดใหม่โดยให้คำแนะนำทีละน้อย เพื่อให้เกิดการปรับความคิดจากที่ผิดพลาดเชื่อมโยงให้กลับมาอยู่บนพื้นฐานของความเป็นจริง

การรักษาครั้งที่ 3 และ 4 เป็นการให้การรักษาโดยตรง

รูปแบบที่ 2 การบำบัดความคิดและพฤติกรรมเป็นรายบุคคล

การบำบัดรูปแบบนี้มีผู้พัฒนามาใช้อยู่ 2 โปรแกรมได้แก่โปรแกรมที่พัฒนาโดยฮิกกิงและบลานชาร์ด (Hickling & Blanchard, 1997, Hickling & Blanchard, 1999 cited in Blanchard et al., 2003) โดยมีจำนวนครั้งในการบำบัดประมาณ 8-12 ครั้ง หรือใช้โปรแกรมของเอทเลอร์และคาร์ก (Ehlers & Clark., 2000 cited in Ehlers et al., 2003) ซึ่ง ทั้งสองโปรแกรม มีระยะเวลาบำบัดนาน 2-3 เดือน บำบัดสัปดาห์ละครั้ง เป็นจำนวน 8-12 ครั้งติดต่อกัน

คุณสมบัติของผู้ที่เหมาะสมจะเข้ารับการบำบัด (Blanchard et al., 2003; level 2, Blanchard et al., 2004; level 2, Maercker et al., 2006; level 2)

1. บุคคลที่ได้รับอุบัติเหตุจากการจราจรภายหลังเกิดเหตุการณ์อย่างน้อย 6 เดือน
2. มีอาการของโรค PTSD ตามเกณฑ์การวินิจฉัยของ DSM-IV หรือมีอาการของโรค PTSD ในระดับรุนแรงแต่อาการไม่ครบตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรค PTSD (มีอาการตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรค PTSD ข้อ A ข้อ E และ F และมีอาการตามข้อ B, C, หรือ D หรือมีคะแนน CAPS 30 คะแนน ขึ้นไป

3. ไม่ป่วยเป็นโรคทางจิตเวชอื่นๆร่วม เช่น Delusional disorder, โรค Bipolar disorders
4. ไม่ติดสุราและสารเสพติดอื่นๆ
5. ไม่เป็นผู้ป่วยที่ได้รับความกระทบกระเทือนจากอุบัติเหตุเป็นครั้งที่ 2

คุณสมบัติของผู้บำบัด

1. เป็นผู้ที่มีใบอนุญาตในการประกอบวิชาชีพสาขาที่ตนปฏิบัติงาน เช่น จิตแพทย์ พยาบาล นักจิต นักสังคมสงเคราะห์
2. เป็นผู้ที่ปฏิบัติงานด้านสุขภาพจิตในชุมชนและและมีหน้าที่ในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วย
3. เป็นผู้ที่เคยฝึกทักษะในเรื่องการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (Cognitive behavioral treatment) (Ehlers et al., 2003; level 2)
4. เป็นผู้ที่มีประสบการณ์ในการประเมินและการรักษาโรค PTSD อย่างน้อย 5 ปี (Blanchard et al., 2003; level 2)

วิธีการบำบัด

รูปแบบการบำบัดด้วย CBT ใช้โปรแกรมตามคู่มือของฮิกกิงและบลานชาร์ด (Hickling & Blanchard, 1997, Hickling & Blanchard, 1999) หรือใช้โปรแกรมตามคู่มือของเอทเลอร์และคาร์ก (Ehlers & Clark., 2000) (Ehlers et al., 2003; level 2)

กระบวนการบำบัดมีดังนี้

1. การให้สุขภาพจิตศึกษาเกี่ยวกับอาการ PTSD

ในการพบกันครั้งแรกผู้บำบัดจะอธิบายความหมายของโรคความเครียดจากการเผชิญเหตุการณ์สะเทือนขวัญ (PTSD) และอาการของโรค และอภิปรายร่วมกันเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจโรค PTSD และความกระทบกระเทือนที่ได้รับว่าเข้าได้กับการเป็นโรคนี้ การพูดคุยจะเน้นให้เห็นว่า PTSD เป็นปฏิกิริยาตอบสนองต่อการเผชิญเหตุการณ์สะเทือนขวัญที่พบได้ในคนทั่วไปและเป็นเรื่องปกติ

2. การฝึกการผ่อนคลาย หลังจากให้สุขภาพจิตศึกษาผู้บำบัดจะสอนการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ (Muscle Relaxation) เริ่มจากฝึกการผ่อนคลายกล้ามเนื้อทั้ง 16 กลุ่ม จนลดลงมาถึง 8 กลุ่ม และ 4 กลุ่ม และให้ฝึกการผ่อนคลายทุกวัน

3. การบำบัดโดยให้เผชิญกับสิ่งที่กลัว (Exposure therapy) มีกิจกรรม 3 ชนิด คือ

(1) การอ่านออกเสียงต่างๆ เกี่ยวกับเรื่องเหตุการณ์การเกิดอุบัติเหตุการจราจรที่ตนเองได้เขียนไว้ ซึ่งทำหลังจากพบกันครั้งที่ 2 นอกจากนั้นยังให้นำไปอ่านออกเสียงต่างๆ เป็นการบ้าน วันละ 3 ครั้ง และให้บันทึกความรู้สึกทุกข้อใจต่างๆ ไว้ด้วย (SUD) ซึ่งอาจลดเหลือวันละครั้งได้ ถ้า

ผู้ป่วยไม่ยอมทำ เทคนิคนี้ออกแบบมาเพื่อผลักดันให้ผู้รับการบำบัดเรียนรู้การลดการหลีกเลี่ยงทางความคิด

(2) การจินตภาพเพื่อบรรยายเหตุการณ์ที่ได้รับความกระทบกระเทือน โดยใช้กระบวนการเผชิญกับสิ่งที่กลัวเป็นเวลานาน ประกอบด้วยจินตนาการถึงสิ่งที่เลวร้ายที่สุดของเหตุการณ์สะเทือนขวัญนั้น ผู้บำบัดจะกระตุ้นให้ผู้รับการบำบัดอยู่กับความทรงจำนั้นจนกระทั่งเคยชินและนำไปสู่การลดลงของประสบการณ์ที่ทุกข์ทรมานใจ ลำดับขั้นตอนของจินตนาการจะมีการทำซ้ำจนกระทั่งผู้รับการบำบัดมีระดับความเครียดลดลงหรือ ไม่มีความเครียดเลย

(3) การให้เผชิญกับสิ่งที่กลัวในสถานการณ์จริง เพื่อให้รู้จักกับสัญญาณที่เป็นตัวกระตุ้นความกลัว โดยสัมพันธ์กับการเดินทางโดยการนั่งรถไปด้วย ผู้บำบัดจะจัดลำดับขั้นตอนของการเผชิญความกลัวไปทีละน้อย การเดินทางออกไปนอกสถานที่จะทำทุกสัปดาห์ เริ่มในสัปดาห์ที่ 3 เริ่มจากให้นั่งเบาะท้ายหลังคนขับ เริ่มติดเครื่องยนต์ ขับออกไปในถนนที่ไม่เกี่ยวข้องกับเหตุการณ์ และขับไปในถนนที่เกิดเหตุการณ์ และขับไปในเวลาเดียวกับที่เกิดเหตุการณ์ ผู้รับการบำบัดจะถูกกดดันเพิ่มขึ้นในแต่ละสัปดาห์ และในขณะเดียวกันก็จะฝึกทักษะการผ่อนคลายเพื่อลดสิ่งกระตุ้น

4. การตรวจสอบความคิดและความรู้สึกในทางลบที่สัมพันธ์กับการเดินทางและปรับแก้ให้เป็นทางบวก

ในการพบกันครั้งที่ 2 จะสอบถามถึงคู่สมรสสำหรับผู้ที่แต่งงานแล้วหรือผู้ที่เคยดูแลที่อาศัยอยู่ด้วยกันในปัจจุบันเพื่อให้พามาร่วมกลุ่มในครั้งที่ 3 เพื่ออธิบายให้กับคนที่เป็คู่สมรสหรือผู้ที่อาศัยอยู่ด้วยกันในการให้การช่วยเหลือผู้ป่วยโดยอธิบายให้ทราบถึงภาวะ PTSD หรืออาการต่างๆของ PTSD แต่ถ้าไม่มีคู่สมรสหรือผู้ดูแลหรือผู้ป่วยไม่ประสงค์ที่จะพามาขั้นตอนนี้จะถูกตัดออกไป

5. การกระตุ้นให้มีกิจกรรมที่สร้างสุขที่เคยมีก่อนเกิดอุบัติเหตุเพื่อให้เกิดความรู้สึกที่ดีๆ และการจัดการกับอาการง่วงซึมและความรู้สึกโกรธ

รูปแบบที่ 3 การบำบัดความคิดและพฤติกรรมแบบกลุ่ม

คุณสมบัติของผู้ที่เหมาะสมจะเข้ารับการบำบัด

เป็นผู้ที่เคยมีประสบการณ์เกี่ยวกับอุบัติเหตุทางการจราจรโดยตรงหรือได้รับความคุกคามจากการตายหรือการบาดเจ็บที่รุนแรงอย่างน้อย 6 เดือน ก่อนการประเมินและมีการตอบสนองทางอารมณ์ร่วมด้วย ได้แก่ กลัวอย่างมาก รู้สึกไม่มีใครสามารถช่วยได้ รู้สึกสะเทือนขวัญ (ขวัญเสีย) หรือรับรู้ว่าคุณเองสมควรตาย (PTSD criterion A)

คุณสมบัติของผู้บำบัด

เป็นผู้ที่มีประสบการณ์ทางคลินิกในการดูแลผู้รอดชีวิตจากอุบัติเหตุเช่น พยาบาลจิตเวช นักจิตวิทยา จิตแพทย์ ซึ่งได้รับการฝึกอบรมในการทำ GCBT โดยที่คนหนึ่งเป็นผู้นำกลุ่มและอีก 2 คน เป็นผู้ช่วยผู้นำกลุ่ม

วิธีการบำบัด

ปรับปรุงรูปแบบการบำบัดมาจาก Blanchard et al., (2004) ซึ่งเดิมเป็นการบำบัดแบบรายบุคคลมาเป็นแบบกลุ่ม มีจำนวนครั้งในการทำทั้งหมด 14 ครั้ง แต่ละครั้งใช้ระยะเวลา 50-75 นาที

กระบวนการบำบัดมีดังนี้

ครั้งที่ 1 การให้ความรู้และการสร้างกระบวนการกลุ่ม

แนะนำวิธีการบำบัดด้วยกระบวนการกลุ่ม กฎระเบียบของการเข้ากลุ่ม ความเป็นมาของโปรแกรมการบำบัด การให้ความรู้เกี่ยวกับความวิตกกังวล โรคความเครียดภายหลังเผชิญเหตุการณ์สะเทือนขวัญ และภาพรวมของการรักษา

ครั้งที่ 2 การอภิปรายเกี่ยวกับการหลีกเลี่ยง

ดำเนินการสร้างกระบวนการกลุ่มต่อไป และอภิปรายเกี่ยวกับความจำต่อเหตุการณ์สะเทือนขวัญและอาการหลีกเลี่ยง โดยให้สมาชิกกลุ่มมีการเรียนรู้เพิ่มมากขึ้นเกี่ยวกับโรค PTSD โดยเฉพาะอาการหลีกเลี่ยงและเริ่มที่จะจัดลำดับขั้นของความกลัวซึ่งจะนำไปใช้ในการเผชิญความกลัวทั้งแบบจินตนาการและการเข้าไปอยู่ในสถานการณ์จริงพร้อมทั้งมีการเจริญสติรอบที่ 1

ครั้งที่ 3 การเจริญสติ

การฝึกการเจริญสติรอบที่ 2 เริ่มต้นที่จะจัดการกับการหลีกเลี่ยงโดยการให้เผชิญกับสถานการณ์ที่ทำให้เกิดความกลัว

ครั้งที่ 4 การกลับไปสู่เหตุการณ์การเกิดอุบัติเหตุการจราจร (MVA)

การให้สมาชิกกลุ่มเขียนบรรยายเกี่ยวกับเหตุการณ์อุบัติเหตุการจราจร ของแต่ละคน (การบำบัดนี้ปรับมาจาก Cognitive processing therapy ของ Resick & Schnicke, (1993) และเรียนรู้วิธีการฝึกการผ่อนคลายกล้ามเนื้อเพื่อลดความเครียด โดยการฝึกการผ่อนคลายกล้ามเนื้ออย่างเป็นระบบ 16 มัด (Progressive muscle relaxation)

ครั้งที่ 5 การกลับไปสู่เหตุการณ์การเกิดอุบัติเหตุการจราจร (MVA)

ดำเนินการต่อจากครั้งที่ 4 ให้สมาชิกกลุ่มอ่านคำบรรยายเหตุการณ์การเกิดอุบัติเหตุการจราจรของตนเองอย่างเงียบๆ จนกระทั่งความทุกข์ใจลดลงอย่างน้อย 50 % และเรียนรู้วิธีการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ 7 มัด

ครั้งที่ 6 การพัฒนาการพูดกับตนเองในทางบวก

การบำบัดความคิดสำหรับ PTSD จะเริ่มในครั้งที่ 6 นี้โดยให้สมาชิกกลุ่มเรียนรู้การพูดกับตนเองในทางสร้างสรรค์ และทบทวนการฝึกปฏิบัติการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ 7 มัด

ครั้งที่ 7 ระบุและปรับเปลี่ยนความคิดที่บิดเบือนไป

ระบุและแก้ไขความเห็นที่ทำให้ความคิดบิดเบือนไป เรียนรู้วิธีการผ่อนคลายรอบที่ 3 โดยทำการผ่อนคลายเมื่อมีสัญญาณเตือนจากความเครียด

ครั้งที่ 8 ทำความเข้าใจเกี่ยวกับความสัมพันธ์ของความคิดและความรู้สึก และทบทวนการฝึกปฏิบัติการควบคุมสัญญาณเตือนของความเครียดด้วยการผ่อนคลาย

ครั้งที่ 9 การจัดการกับความโกรธครั้งที่ 1

การบำบัดครั้งนี้มุ่งเน้นที่ความโกรธโดยให้สมาชิกกลุ่มฝึกการจัดการกับความโกรธด้วยเทคนิคการปรับเปลี่ยนวิธีคิดและฝึกการผ่อนคลาย ด้วยการให้ทบทวนด้วยตนเอง (Relaxation by recall)

ครั้งที่ 10 การจัดการกับความโกรธครั้งที่ 2

การบำบัดครั้งนี้ยังคงมุ่งเน้นที่ความโกรธต่อไปโดยให้สมาชิกกลุ่มฝึกการจัดการกับความโกรธด้วยเทคนิคการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการฝึกการผ่อนคลายด้วยการให้ทบทวนด้วยตนเอง

ครั้งที่ 11 การจัดทำตารางกิจกรรมที่สร้างความสุข

การบำบัดครั้งนี้มุ่งเน้นแก้ไขความรู้สึกซึมเศร้าของสมาชิกกลุ่มโดยให้สมาชิกเรียนรู้วิธีการจัดการกับความรู้สึกหดหู่ท้อแท้

ครั้งที่ 12 การสร้างการประคับประคองทางสังคมใหม่

สมาชิกกลุ่มจะมีความรู้สึกโดดเดี่ยว จึงมีการสร้างการประคับประคองทางสังคมใหม่โดยการตั้งคำถามเพื่อให้สมาชิกกลุ่มค้นหากิจกรรมที่มีความสุขที่สามารถจะเข้าร่วมได้ซึ่งจะเป็นแหล่งเกื้อหนุนซึ่งกันและกัน

ครั้งที่ 13 หลักการทั่วไปสำหรับการจัดการความเครียด

การบำบัดครั้งนี้มุ่งเน้นความเสี่ยงต่ออาการ PTSD กำเริบซ้ำ โดยฝึกทักษะการป้องกันอาการให้กับสมาชิกกลุ่ม และให้หลักการทั่วไปในการจัดการกับเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด

ครั้งที่ 14 การสรุปและยุติการบำบัด

การประเมินผลลัพธ์ แบ่งออกเป็น

1. ประเมินอาการทางคลินิก โดยใช้เครื่องมือประเมินอาการ PTSD ดังนี้

1.1 Clinician-Administered PTSD Scale (CAPS) เป็นแบบประเมินที่ประกอบไปด้วยคำถามเกี่ยวกับความถี่ของการเกิดอาการและความรุนแรงของโรค PTSD โดยที่

คะแนนรวมของความรุนแรง(CAPS-Total) จะสรุปผลรวมมาจากระดับคะแนนความถี่ของการเกิดอาการและความรุนแรงของแต่ละอาการ โดยมีช่วงคะแนนอยู่ที่ 0-136 (Fecteau & Nicki, 1999; level 2; Ehlers et al., 2003; level 2; Blanchard et al., 2003; level 2; Blanchard et al., 2004; level 2; Maercker et al., 2006; level 2; Beck & coffey, 2005; level 7; Beck & coffey, 2009; level 2)

1.2 Impact of Events Scale-Revised (IES-R) ประกอบด้วยข้อคำถาม 22 ข้อ แบ่งเป็นรายละเอียดย่อย 3 กลุ่ม อาการด้วยกันได้แก่ Intrusion, Avoidance และ Hyperarousal (Beck & coffey, 2005; level 7; Beck et al., 2009; level 2)

1.3 Accident Fear Questionnaire (AFQ) ใช้ประเมินความกลัวประกอบด้วย 20 คำถาม ใช้ถามเพื่อประเมินความกลัวและการหลีกเลี่ยงภายหลังเผชิญอุบัติเหตุการจราจรจากการขับรถยนต์(Fecteau & Nicki, 1999; level 2)

2. ประเมินโรคที่เกิดร่วมซึ่งได้แก่ ภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า โดยใช้แบบประเมิน Beck anxiety inventory (BAI) ใช้ประเมินภาวะวิตกกังวล Beck Depression Inventory (BDI) ใช้ประเมินภาวะซึมเศร้า (Fecteau & Nicki, 1999; level 2)

บทที่ 4

สรุปการศึกษาและข้อเสนอแนะ

4.1 สรุปผลการศึกษา

การศึกษารูปแบบการบำบัดความคิดและพฤติกรรมในการบำบัดผู้ที่มีอาการเครียดภายหลังเผชิญเหตุการณ์สะเทือนขวัญในบุคคลที่ประสบอุบัติเหตุการจราจร มีวัตถุประสงค์เพื่อหาแบบการพยาบาลที่มีมาตรฐานตามหลักฐานเชิงประจักษ์ที่จะช่วยลดอาการเครียดที่เกิดภายหลังเผชิญเหตุการณ์สะเทือนขวัญแก่บุคคลที่ประสบอุบัติเหตุการจราจร การศึกษาเริ่มตั้งแต่การกำหนดปัญหาทางคลินิกที่เกิดขึ้น จากสถิติการเกิดอุบัติเหตุทางการจราจรที่เพิ่มมากขึ้นและจากกรณีตัวอย่างของการเกิดอุบัติเหตุในพื้นที่ที่ผู้ศึกษาปฏิบัติงานอยู่พบว่าภายหลังของการเกิดอุบัติเหตุมีผู้ที่ประสบเหตุการณ์ในครั้งนั้นซึ่งส่วนใหญ่เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านของพื้นที่ที่ผู้ศึกษาปฏิบัติงานอยู่ และจากการสัมภาษณ์พบว่ายังมีอาการหวาดกลัวต่อเหตุการณ์ครั้งนั้นอยู่และมีบางรายปฏิเสธการเดินทางในการไปศึกษาสูงกับเพื่อนร่วมงานหรือแม้แต่ยังมีอาการกลัวการโดยสารรถประจำทางไปในที่ไกลๆ ซึ่งจากรูปแบบการให้การพยาบาลและการให้การช่วยเหลือผู้ป่วยภายหลังการเกิดอุบัติเหตุในปัจจุบันนั้นมีเฉพาะการให้การดูแลและการช่วยเหลือแต่ทางด้านร่างกายเท่านั้น ยังขาดแนวทางการบำบัดทางจิตสังคมที่เหมาะสมในการให้การดูแลทางด้านจิตใจจากการวิเคราะห์ข้อมูลในหน่วยงาน และจากการทบทวนแนวคิด ทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง นำมาวิเคราะห์ปัจจัยและผลกระทบที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยและ นำแนวทางที่ได้มาสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้อง โดยใช้วิธีการสืบค้นตามกรอบการสืบค้นของ PICO (Craig & Smyth, 2002) โดยกำหนดกลุ่มประชากรที่ศึกษา คือ ผู้ที่มีอาการเครียดภายหลังเผชิญเหตุการณ์สะเทือนขวัญในบุคคลที่ประสบอุบัติเหตุการจราจร การบำบัดความคิดและพฤติกรรม ที่มีเป้าหมายในการบำบัดผู้ที่มีความเครียด และกำหนดผลลัพธ์ คือ การลดอาการเครียด (PTSD) ขั้นตอนต่อมาคือการกำหนดขอบเขตการสืบค้น ในเรื่องสำคัญ ฐานข้อมูลที่ใช้ในการสืบค้น ประเภทของหลักฐานเชิงประจักษ์ ประเมินระดับความเข้มแข็งและคุณภาพของหลักฐานเชิงประจักษ์ที่สืบค้นได้โดยการสกัดและวิเคราะห์เนื้อหาแต่ละงานวิจัยลงในตารางมีประเด็นสำคัญประกอบไปด้วย วัตถุประสงค์ ทฤษฎีสนับสนุน สมมุติฐานงานวิจัย สถานที่ในการวิจัย กลุ่มตัวอย่างในการวิจัย เครื่องมือประเมินผลลัพธ์ การบำบัด ระเบียบวิธีวิจัย ระดับหลักฐานเชิงประจักษ์ ผลการวิจัยที่สามารถนำไปใช้ได้จริงในคลินิก

และใช้เกณฑ์การประเมินแนวโน้มในการนำไปใช้ในการปฏิบัติของ Polit & Beck (2008) เพื่อประเมินคุณภาพของหลักฐานเชิงประจักษ์ใน 3 ด้าน ดังนี้ 1) ความสอดคล้องกับปัญหาทางคลินิก (Clinical relevance) 2) การมีความเหมาะสมหรือมีคุณค่าในเชิงของศาสตร์ (Scientific merit) และ 3) การประเมินความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ในการปฏิบัติ (Assessing implementation potential) ซึ่งประเด็นการประเมินความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติมีดังนี้ (1) การเทียบเคียงความรู้สู่การปฏิบัติจริง (transferability of the findings) (2) ความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติในสถานการณ์จริง (feasibility of implementation) (3) ความคุ้มทุน คำนวณประโยชน์เมื่อนำไปใช้ (cost-benefit ratio) และ (4) การประเมินระดับความเข้มแข็งของหลักฐานเชิงประจักษ์โดยใช้เกณฑ์การประเมินคุณภาพของหลักฐานเชิงประจักษ์ของ Melnyk & Fineout-Overholt, (2005) ซึ่งจากการสืบค้นงานวิจัยที่มีจำนวนเพียงพอกับความต้องการจำนวน 7 เรื่อง ได้แก่ งานวิจัยที่มีความน่าเชื่อถือระดับ 2 (Randomized Control Trial) จำนวน 6 เรื่อง และงานวิจัยที่มีความน่าเชื่อถืออยู่ในระดับ 7 (Expert opinion) จำนวน 1 เรื่อง จากนั้นนำมาวิเคราะห์และสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์ที่สืบค้นโดยสกัดประเด็นสำคัญลงในตาราง (Collective table) สรุปเป็นประเด็นเพื่อนำไปสู่ข้อเสนอแนะ (Recommendations) ในการนำไปปฏิบัติการพยาบาลเพื่อแก้ไขปัญหาทางคลินิกดังกล่าว โดยมีหัวข้อครอบคลุมประเด็นต่อไปนี้ 1) คุณสมบัติของผู้เข้ารับการบำบัด 2) คุณสมบัติของผู้ให้การบำบัด 3) วิธีการบำบัด และ 4) การประเมินผลลัพธ์ ซึ่งพบว่ารูปแบบการบำบัดความคิดและพฤติกรรมมี 3 รูปแบบด้วยกันคือ แบบรายบุคคลและแบบกลุ่ม รูปแบบการบำบัดแบบรายบุคคลมี 2 รูปแบบด้วยกัน คือ แบบการบำบัดด้วยกลยุทธ์การปรับความคิดและพฤติกรรมจำนวน 4 ครั้ง และแบบบำบัดความคิดและพฤติกรรมเป็นรายบุคคล จำนวน 8-12 ครั้ง ซึ่งเมื่อประเมินผลลัพธ์พบว่าทั้งแบบรายบุคคลและแบบกลุ่มสามารถลดอาการ PTSD และโรคที่เกิดขึ้นได้โดย ซึ่งในการเลือกใช้ในแต่ละรูปแบบนั้นต้องพิจารณาตามความเหมาะสมในเรื่องลักษณะอาการของผู้ป่วยและความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ในหน่วยงาน

4.2 ข้อเสนอแนะ (Suggestion) ในการนำไปใช้ในการปฏิบัติงาน

ข้อเสนอแนะในการนำรูปแบบการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมเพื่อลดอาการเครียดภายหลังการเผชิญเหตุการณ์สะเทือนขวัญมาใช้ในสถานอนามัยบ้านไร่สวนลาวและสถานอนามัยอื่นๆที่มีลักษณะของผู้ป่วยและจำนวนบุคลากรใกล้เคียงกับสถานอนามัยบ้านไร่สวนลาวมีดังนี้

1. จากการทบทวนและสืบค้นงานวิจัยพบว่างานวิจัยส่วนใหญ่เป็นงานวิจัยในต่างประเทศไม่พบงานวิจัยในประเทศไทย ดังนั้นจึงควรมีการทำวิจัยนำร่อง(pilot study) ทดลองใช้ในหน่วยงาน เพื่อพัฒนารูปแบบการบำบัดที่เหมาะสมกับวัฒนธรรมและบริบทของประเทศไทยและเพื่อเป็นการพัฒนารูปแบบโปรแกรมดังกล่าวต่อไป

2. การเลือกวิธีการบำบัดต้องดูตามความเหมาะสมและความพร้อมของจำนวนผู้บำบัดที่มีในแต่ละหน่วยงาน ถึงแม้ว่าการบำบัดด้วยรูปแบบกลุ่มช่วยลดภาระงานของผู้บำบัดและมีประสิทธิภาพในการลดอาการ (Symptom) ของโรค PTSD ได้ รวมทั้งโรคร่วมอื่นๆเช่น โรควิตกกังวล โรคซึมเศร้า แต่ต้องใช้จำนวนผู้บำบัดเป็นจำนวนมากถึง 3 คน เมื่อเปรียบเทียบกับวิธีการบำบัดแบบรายบุคคลซึ่งสามารถลดอาการของโรค PTSD และโรคที่เกิดขึ้นได้เช่นเดียวกันแต่ใช้จำนวนผู้บำบัดเพียงคนเดียว ซึ่งในระดับสถานีนานมีนั้นยังมีข้อจำกัดในเรื่องของการบำบัดแบบรายกลุ่มเนื่องจากปริมาณจำนวนผู้บำบัดยังมีไม่เพียงพอ ในกรณีที่พบว่ามีความจำเป็นจำนวนมากเพื่อให้เกิดคุ้มค่ากับระยะเวลาที่ใช้และลดภาระงานในการบำบัดอาจจะต้องพิจารณาขอความร่วมมือจากผู้บำบัดจากสถานีนานมีอื่นๆ หรือโรงพยาบาลมาช่วยกรณีที่จะทำการบำบัดแบบรายกลุ่ม

3. หน่วยงานควรพัฒนาคู่มือในการบำบัดความคิดและพฤติกรรมเพื่อลดอาการอาการเครียดภายหลังเผชิญเหตุการณ์สะเทือนขวัญในบุคคลที่ประสบอุบัติเหตุการจราจรและฝึกอบรมพยาบาลให้สามารถปฏิบัติได้จริง รวมทั้งติดตามนิเทศอย่างเป็นระบบ

4. ในการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม เพื่อลดอาการอาการเครียดภายหลังเผชิญเหตุการณ์สะเทือนขวัญในบุคคลที่ประสบอุบัติเหตุการจราจรระยะเฉียบพลันและในระยะเรื้อรัง ควรมีการประเมินกระบวนการบำบัดและประเมินผลลัพธ์ ความคุ้มค่าคุ้มทุน รวมทั้งความพึงพอใจของผู้ป่วยและญาติปรับปรุงก่อนขยายข้อเสนอแนะไปใช้กับหน่วยงานอื่น

5. รูปแบบการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมเพื่อลดอาการอาการเครียดภายหลังเผชิญเหตุการณ์สะเทือนขวัญในบุคคลที่ประสบอุบัติเหตุการจราจรนั้นใช้ระยะเวลาในการเข้าร่วมโปรแกรมก่อนข้างยาวนานและหลายครั้งต้องมีพยาบาลและบุคลากรทางสุขภาพอื่นๆที่เข้ามาเกี่ยวข้อง ดังนั้นจึงจำเป็นต้องมีการจัดระบบการทำงานให้มีการประสานการดูแลอย่างต่อเนื่องกับหน่วยงานหรือบุคลากรที่เกี่ยวข้องในการดำเนินการตามโปรแกรมจนครบ และติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งมีระบบการติดตามเพื่อให้ผู้ป่วยเข้ารับการบำบัดตามกำหนดนัด

6. ควรมีการเผยแพร่ข้อเสนอแนะรูปแบบการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมเพื่อลดอาการเครียดภายหลังเผชิญเหตุการณ์สะเทือนขวัญในบุคคลที่ประสบอุบัติเหตุการจราจรกับเจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งภายในและภายนอกองค์กร โดยเฉพาะในชุมชนซึ่งเป็นหน่วยบริการที่ใกล้ชิดกับผู้รับบริการมากที่สุด เพื่อให้มีการศึกษาและพัฒนาข้อเสนอแนะเป็นแนวทางปฏิบัติที่มีมาตรฐานต่อไป เช่น การประชุมวิชาการ ตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสาร

การบำบัดความคิดและพฤติกรรมเพื่อลดอาการเครียดภายหลังเผชิญเหตุการณ์สะเทือนขวัญใน
บุคคลที่ประสบอุบัติเหตุการจราจร: การพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์

COGNITIVE BEHAVIORAL THERAPY FOR REDUCING POSTTRAUMATIC STRESS
SYMPTOMS IN MOTOR VEHICLE ACCIDENT SURVIVORS: EVIDENCE-BASED
NURSING

วัชร จงกรเกตุ 4938046 NSMH/M

พย.ม. (การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช)

คณะกรรมการที่ปรึกษาสารนิพนธ์ : อัจฉราพร สีหิรัญวงศ์, พย.ค., วรรณฯ คงสุริยะนาวัน, ศษ.ค.
(ประชากรศึกษา)

บทสรุปแบบสมบูรณ

1. ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหาทางคลินิกที่น่าสนใจ (Background and Significance of Clinical Problem)

โรค PTSD เป็นความผิดปกติทางจิตเวชที่เกิดขึ้นกับบุคคลหลังเกิดเหตุการณ์ร้ายแรง
หรือตกอยู่ในภาวะกดดันที่มากกว่าจะพบได้ในชีวิตประจำวัน ซึ่งเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นมักจะเกี่ยวข้อง
กับความเป็นความตายหรือความปลอดภัย ซึ่งบุคคลอาจเป็นผู้เผชิญกับเหตุการณ์ด้วยตัวเองหรือเป็น
พยานรู้เห็นเหตุการณ์นั้นๆ การประสบเหตุการณ์การถูกทำลายที่รุนแรงส่งผลกระทบต่อทั้งทางร่างกาย
และจิตใจและส่งผลทำให้เกิดโรค PTSD ตามมา โรค PTSD เป็นโรคทางจิตเวชที่มีการเปลี่ยนแปลง
ของปฏิกิริยาทั้งทางด้านจิตใจและทางร่างกาย การตอบสนองของบุคคลที่มีต่อภาวะความรุนแรง
ที่มากกระตุ้นนั้นมีความแตกต่างกันไปตามเหตุและปัจจัยของแต่ละบุคคล การตอบสนองของบุคคล
ต่อภาวะความรุนแรงที่มากกระตุ้นอย่างไม่มี การเปลี่ยนแปลงนั้นส่งผลทำให้ระบบประสาทส่วนกลาง
มีการถูกทำลายจากภาวะความเครียดที่เกิดขึ้นและไม่สามารถควบคุมให้คงที่ได้ เกิดความทนต่อ
เหตุการณ์ความรุนแรงลดลงอย่างต่อเนื่อง เมื่อมีเหตุการณ์มากระตุ้นจะแสดงออกโดยมีความเครียด
ในทุกเรื่องและมีความวิตกกังวลที่ไม่สามารถปรับให้ลดลงได้ ส่งผลทำให้เกิดการแสดงพฤติกรรม

ต่อต้านตามมาทั้งต่อตนเองและคนอื่นๆหรือพฤติกรรมแยกตัวจากสังคม จากการทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์พบว่าวิธีการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมมีประสิทธิภาพในการลดอาการเครียดภายหลังได้รับอุบัติเหตุการจราจรอย่างรุนแรง

จากสถานการณ์ปัญหาดังกล่าวซึ่งสอดคล้องกับสถานการณ์ปัญหาสุขภาพจิตในเขตความรับผิดชอบของสถานีอนามัยบ้านไร่สวนลาว ที่พบว่าในปัจจุบันมีจำนวนผู้ประสบอุบัติเหตุการจราจรเพิ่มขึ้น และจากการไปสอบถามผู้ที่เคยประสบอุบัติเหตุหมู่ในเดือน ธ.ค. 2552 จำนวน 30 คน ซึ่งเป็นอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ของสถานีอนามัยบ้านไร่สวนลาว จากจำนวนผู้ร่วมเดินทางทั้งหมด 50 คน (ข้อมูลจำนวนผู้ประสบอุบัติเหตุของการจราจรของสถานีอนามัยบ้านไร่สวนลาว, 2552) ซึ่งห่างจากวันที่สำรวจข้อมูลประมาณ 1 ปี พบว่าผู้ที่ยังมีอาการกลัวการเดินทางไกลโดยรถบัสร่วมกับคนจำนวนมาก ซึ่งความรู้สึกลัวมีจำนวน 25 รายคิดเป็นร้อยละ 83.3 ซึ่งกระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน เนื่องจากในการดำเนินกิจกรรมร่วมกันของอสม.จะต้องมีการร่วมเดินทางไปศึกษาดูงานร่วมกันเป็นประจำทุกปี ซึ่งล่าสุดพบว่าอสม.ที่เคยประสบอุบัติเหตุยังมีอาการกลัวและปฏิเสธการเดินทางโดยรถบัสในการไปศึกษาดูงานต่างจังหวัดร่วมกับทีมงานจำนวน 12 คนและเนื่องจากที่ผ่านมาเน้นการให้การดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะเครียดภายหลังเผชิญเหตุการณ์สะเทือนขวัญจากการประสบอุบัติเหตุของสถานีอนามัยบ้านไร่สวนลาวนั้นยังไม่มีรูปแบบการประเมินและการให้การช่วยเหลือเพื่อป้องกันการเกิดภาวะเครียดภายหลังเผชิญเหตุการณ์สะเทือนขวัญจากการประสบอุบัติเหตุที่ชัดเจน ซึ่งถ้ามีรูปแบบการประเมินและการให้การช่วยเหลืออย่างถูกต้องตั้งแต่ในระยะเริ่มแรกจะช่วยลดการเกิดปัญหาสุขภาพจิตของผู้ป่วยภายหลังการเกิดอุบัติเหตุที่เรื้อรังตามมาได้

ดังนั้นผู้ศึกษาจึงสนใจศึกษาวิเคราะห์และสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์ว่ารูปแบบการบำบัดความคิดและพฤติกรรมที่มีประสิทธิภาพในการลดอาการเครียดภายหลังเผชิญเหตุการณ์สะเทือนขวัญในบุคคลที่ประสบอุบัติเหตุการจราจรมีลักษณะเป็นอย่างไร เพื่อนำมาเป็นแนวทางในการให้การช่วยเหลือผู้ป่วยภายหลังเผชิญเหตุการณ์สะเทือนขวัญจากการประสบอุบัติเหตุการจราจรได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม

วัตถุประสงค์ของการศึกษา (Purposes of the study)

เพื่อศึกษารูปแบบการบำบัดความคิดและพฤติกรรมเพื่อลดอาการเครียดภายหลังเผชิญเหตุการณ์สะเทือนขวัญแก่บุคคลที่ประสบอุบัติเหตุการจราจรจากหลักฐานเชิงประจักษ์

ผลลัพธ์ที่คาดหวัง (Expected Benefits/Outcomes)

1. การศึกษาครั้งนี้สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลแก่บุคคลที่มีอาการเครียดภายหลังเผชิญเหตุการณ์สะเทือนขวัญจากการประสบอุบัติเหตุการจราจรในพื้นที่ที่ผู้ศึกษาปฏิบัติงานอยู่และพัฒนาไปเป็นแนวปฏิบัติทางการพยาบาลต่อไปได้
2. บุคลากรที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการให้การดูแลบุคคลที่มีอาการเครียดภายหลังเผชิญเหตุการณ์สะเทือนขวัญจากการประสบอุบัติเหตุการจราจรหรือผู้สนใจสามารถนำผลการศึกษาที่ได้และข้อเสนอแนะไปประยุกต์ใช้ให้เกิดประโยชน์ได้
3. ผู้ประสบอุบัติเหตุการจราจรที่อยู่ในพื้นที่รับผิดชอบของผู้ศึกษาจะได้รับการประเมินและการบำบัดอาการ PTSD ตั้งแต่เริ่มแรกที่ได้รับการส่งต่อมาจากสถานบริการระดับทุติยภูมิ

2. วิธีการดำเนินการ

การศึกษารูปแบบการบำบัดความคิดและพฤติกรรมเพื่อลดอาการเครียดภายหลังเผชิญเหตุการณ์สะเทือนขวัญแก่บุคคลที่ประสบอุบัติเหตุจากการจราจร ผู้ศึกษามีขั้นตอนในการดำเนินการดังนี้

2.1 วิธีการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ (Search Strategy)

2.1.1 กรอบการสืบค้น ใช้กรอบแนวคิดของ PICO (PICO Framework) (Melnik & Fineout-Overholt, 2005) เป็นเกณฑ์ในการสืบค้น ดังนี้

P (Patient Population or Problem) : บุคคลที่ประสบอุบัติเหตุการจราจรที่มีอาการ PTSD

I (Intervention or Area of Interest) : Cognitive behavior therapy

C (Comparison Intervention) : ไม่มี

O (Outcome) : อาการ PTSD

คำสำคัญที่ใช้ในการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ มีดังนี้ Motor vehicle, Accident survivors, Road traffic accident, Cognitive behavior therapy, PTSD

2.1.2 เกณฑ์การคัดเลือกงานวิจัยและหลักฐานเชิงประจักษ์

เกณฑ์ที่ใช้ในการคัดเลือกหลักฐานเชิงประจักษ์ และวิธีการที่ใช้ในการประเมินคุณภาพและระดับความเข้มแข็งของหลักฐานเชิงประจักษ์มีดังนี้

ผู้ศึกษาคัดเลือกหลักฐานเชิงประจักษ์จากฐานข้อมูลดังนี้ ฐานข้อมูลที่มี Systematic review ได้แก่ The Cochrane Library, www. Joannabriggs edu, CINAHL, Blackwell-

synergy, OVID, ScienceDirect, PubMed ฐานข้อมูลวิทยานิพนธ์ในเมืองไทย การสืบค้นจากเอกสารอ้างอิงหรือบรรณานุกรม (Reference list) ของบทความหรืองานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับเรื่องนั้น (Hand search) จากห้องสมุดของคณะพยาบาลศาสตร์ และห้องสมุดของคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล กำหนดเกณฑ์ในการคัดเลือกหลักฐานเชิงประจักษ์ดังนี้ (1) งานวิจัยหรือบทความจากผู้เชี่ยวชาญที่มีคุณภาพที่ตรงกับประเด็นปัญหาทางคลินิก (2) ตีพิมพ์เผยแพร่ตั้งแต่ปี ค.ศ. 1999-ค.ศ. 2009 (3) งานวิจัยฉบับสมบูรณ์ (4) ใช้ภาษาไทยหรือภาษาอังกฤษ ผลการสืบค้นพบหลักฐานเชิงประจักษ์จากฐานข้อมูลทั้งหมด 7 เรื่องที่เข้าเกณฑ์การสืบค้น

2.2 วิธีการใช้ในการประเมินคุณภาพและระดับของหลักฐานเชิงประจักษ์

2.2.1 การประเมินคุณภาพของหลักฐานเชิงประจักษ์

ผู้ศึกษาใช้เกณฑ์การประเมินคุณภาพของหลักฐานเชิงประจักษ์ใน 3 ด้าน ของ Polit & Beck (2008) ดังนี้ 1. ความสอดคล้องกับปัญหาทางคลินิก (Clinical relevance) 2. การมีความหมายในเชิงศาสตร์ (Scientific merit) 3. การประเมินความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ (Implementation potential) ซึ่งทำการประเมินใน 3 ด้าน ดังนี้ 1) การเทียบเคียงความรู้สู่การปฏิบัติจริง (Transferability of the findings) 2) ความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติในสถานการณ์จริง (Feasibility of implementation) 3) ความคุ้มค่า คำนวณประโยชน์เมื่อนำไปใช้ (Cost-benefit ratio)

2.2.2 การประเมินระดับความเข้มแข็งของหลักฐานเชิงประจักษ์

ระดับความเข้มแข็งของหลักฐานเชิงประจักษ์ตามระบบการจำแนกหลักฐานของ Melnyk & Fineout-Overholt, (2005) หลักฐานเชิงประจักษ์ 6 เรื่องเป็นงานวิจัยแบบ Randomized controlled trial (RCT) มีความน่าเชื่อถือระดับ 2 และอีก 1 เรื่องเป็นบทความที่เขียนโดยผู้เชี่ยวชาญ (Expert opinion) มีความน่าเชื่อถืออยู่ในระดับ 7

2.3 การวิเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์ แต่ละเรื่องลงตารางสกัดงาน และสรุปประเด็นหลักของงานวิจัยแต่ละเรื่องลงในตารางรวบรวมหลักฐานประจักษ์ (collective table)

2.4 สังเคราะห์ประเด็นสำคัญ ที่ได้จากหลักฐานเชิงประจักษ์ทั้งหมด 7 เรื่องเพื่อนำมาเป็นข้อมูลพื้นฐานในการสรุปเป็นข้อเสนอแนะในการเลือกรูปแบบการบำบัดความคิดและพฤติกรรมที่มีประสิทธิภาพไปใช้ในการบำบัดรักษาผู้ป่วยที่มีอาการ PTSD ภายหลังประสบอุบัติเหตุจากการจราจร

3. สรุปข้อเสนอแนะ (Recommendations) ที่ได้จากหลักฐานเชิงประจักษ์มีดังนี้ คือ

จากผลการสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์ทั้งหมด 7 เรื่อง สามารถสรุปเป็นข้อเสนอแนะเพื่อการนำไปใช้ดังนี้ รูปแบบการบำบัดความคิดและพฤติกรรมขึ้นอยู่กับลักษณะอาการของผู้ป่วยและความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ ซึ่งรูปแบบการบำบัดจากการสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์ที่มีประสิทธิภาพในการลดอาการ PTSD มี 3 ลักษณะได้แก่

รูปแบบที่ 1 การบำบัดด้วยกลยุทธ์การปรับความคิดและพฤติกรรม

คุณสมบัติของผู้รับการบำบัด (Fecteau & Nicki, 1999; level 2)

1. เป็นผู้ที่มีความเกี่ยวข้องกับการประสบอุบัติเหตุจากการจราจรที่มารับการรักษาเนื่องจากมีความทุกข์ใจโดยเฉพาะอย่างยิ่งมีอาการ PTSD ระยะเวลาไม่เกิน 1 ปี
2. ไม่ได้ได้รับความกระทบกระเทือนทางสมองในระดับปานกลางหรือรุนแรง
3. ไม่มีปัญหาในเรื่องการใช้สารเสพติดหรือสุรา
4. ไม่มีปัญหาสุขภาพจิตอย่างรุนแรงและเรื้อรังก่อนประสบอุบัติเหตุ

คุณสมบัติของผู้บำบัด

ผู้บำบัดมีใบอนุญาตประกอบวิชาชีพทางสุขภาพจิตและจิตเวชศาสตร์และมีประสบการณ์ในการประเมินและการบำบัดรักษาผู้ป่วยที่มีอาการ PTSD ภายหลังประสบอุบัติเหตุการจราจรหรือได้รับการฝึกทักษะการบำบัดตามคู่มือการบำบัด CBT ที่พัฒนาโดยเฟลโด ซึ่งเป็นผู้ทำวิจัยในเรื่องนี้ โดยพัฒนามาจากรูปแบบการบำบัดของโฟและคณะ (Foa et al., 1995) และรูปแบบการบำบัดของแครอลล์กับฟอย (Carroll & Foy, 1992) (Fecteau & Nicki, 1999; level 2)

วิธีการบำบัด

การบำบัดด้วยกลยุทธ์การปรับความคิดและพฤติกรรม ใช้ระยะเวลาในการบำบัดแต่ละครั้งประมาณ 1 ชม. ครั้ง-3 ชม. นาน 4 สัปดาห์ ติดต่อกัน กระบวนการบำบัด มีดังนี้

ครั้งที่ 1 การให้ความรู้และอธิบายเหตุผลของการเกิดปฏิกิริยาตอบสนองของการประสบอุบัติเหตุหรือเหตุการณ์สะเทือนขวัญและฝึกการผ่อนคลายโดยสอนเทคนิคการใช้กระบังลมช่วยในการหายใจและมีเทปการทำ Relaxation ให้นำกลับไปใช้ที่บ้านวันละ 2 ครั้ง

ครั้งที่ 2 ทบทวนการฝึกผ่อนคลายที่บ้าน พุดคุยหรือเล่าเรื่องเหตุการณ์อุบัติเหตุโดยละเอียด โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อหาสิ่งกระตุ้นของการเกิดอาการวิตกกังวล การตอบสนองและสัญญาณ (Cues) หรือสิ่งกระตุ้นให้เกิดอาการวิตกกังวลที่อยู่ในบริบท ในขั้นตอนนี้เป็นฝึกการ

เผชิญต่อเหตุการณ์อุบัติเหตุดังกล่าวจากการจินตนาการและฝึกการผ่อนคลายกล้ามเนื้อเมื่อมีอาการวิตกกังวล จากนั้นก็นำเทปกลับไปฝึกการผ่อนคลายซ้ำที่บ้าน

ครั้งที่ 3 และ ครั้งที่ 4 เป็นการฝึกอย่างต่อเนื่องโดยให้ฝึกการเผชิญต่อเหตุการณ์อุบัติเหตุดังกล่าวจากการจินตนาการเพื่อการลดความคิดซ้ำๆที่มีผลต่อกระทบกระเทือนทางจิตใจ และการให้ปรับวิธีการคิดใหม่โดยให้คำแนะนำที่ละน้อย เพื่อให้เกิดการปรับความคิดจากที่ผิดพลาดเชื่อมโยงให้กลับมาอยู่บนพื้นฐานของความเป็นจริง

การรักษาครั้งที่ 3 และ 4 เป็นการให้การรักษาโดยตรง

รูปแบบที่ 2 การบำบัดความคิดและพฤติกรรมแบบเต็มรูปแบบ

คุณสมบัติของผู้ที่เหมาะสมจะเข้ารับการบำบัด (Blanchard et al., 2003; level 2, Blanchard et al., 2004; level 2, Maercker et al., 2006; level 2)

1. บุคคลที่ได้รับอุบัติเหตุดังกล่าวจากรายการหลังเกิดเหตุการณ์อย่างน้อย 6 เดือน
2. มีอาการของโรค PTSD ตามเกณฑ์การวินิจฉัยของ DSM-IV หรือมีอาการของโรค PTSD ในระดับรุนแรงแต่อาการไม่ครบตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรค PTSD (มีอาการตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรค PTSD ข้อ A ข้อ E, F และมีอาการตามข้อ B, C, หรือ D หรือมีคะแนน CAPS score 30 คะแนน ขึ้นไป
3. ไม่ป่วยเป็นโรคทางจิตเวชอื่นๆ ร่วม เช่น Delusional Disorder, โรค Bipolar Disorders
4. ไม่ติดสุราและสารเสพติดอื่นๆ
5. ไม่เป็นผู้ป่วยที่ได้รับความกระทบกระเทือนจากอุบัติเหตุเป็นครั้งที่ 2

คุณสมบัติของผู้บำบัด

1. เป็นผู้ที่มีใบอนุญาตในการประกอบวิชาชีพสาขาที่ตนปฏิบัติงาน เช่น จิตแพทย์ พยาบาล นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์
2. เป็นผู้ที่เคยฝึกทักษะในเรื่องการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavioral treatment) (Ehlers et al., 2003 ; level 2)
3. เป็นผู้ที่มีประสบการณ์ในการประเมินและการรักษาโรค PTSD อย่างน้อย 5 ปี (Blanchard et al., 2003; level 2)

วิธีการบำบัด

รูปแบบการบำบัดด้วย CBT ใช้โปรแกรม/คู่มือของ Hickling & Blanchard, (1997) และ Hickling & Blanchard, (1999) โดยมีจำนวนครั้งในการบำบัดประมาณ 8-12 ครั้ง หรือใช้โปรแกรมคู่มือของ Ehlers & Clark, (2000) (Ehlers et al., 2003; level 2)

กระบวนการบำบัดมีดังนี้

1. ในครั้งแรกผู้บำบัดจะอธิบายความหมายของโรคความเครียดจากการเผชิญเหตุการณ์สะเทือนขวัญ (PTSD) และอาการของโรคนี้ และอภิปรายร่วมกันเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจโรค PTSD การพูดคุยจะเน้นให้เห็นว่า PTSD เป็นปฏิกิริยาตอบสนองต่อการเผชิญเหตุการณ์สะเทือนขวัญที่พบได้ในคนทั่วไปและเป็นเรื่องปกติ

2. การผ่อนคลายกล้ามเนื้อ (Muscle Relaxation)

3. การบำบัดโดยให้เผชิญกับสิ่งที่กลัว (Exposure therapy) มีกิจกรรม 3 ชนิด

(1) การอ่านออกเสียงต่างๆ เกี่ยวกับเรื่องเหตุการณ์การเกิดอุบัติเหตุการจราจรที่ตนเองได้เขียนไว้ ซึ่งทำหลังจากพบกันครั้งที่ 2 นอกจากนั้นยังให้นำไปอ่านออกเสียงต่างๆเป็นการบ้านวันละ 3 ครั้ง และให้บันทึกความรู้สึกทุกข้อใจต่างๆไว้ด้วย (SUD) เทคนิคนี้ออกแบบมาเพื่อผลักดันให้ผู้รับการบำบัดเรียนรู้การลดการหลีกเลี่ยงหนทางความคิด

(2) การจินตภาพเพื่อบรรยายเหตุการณ์ที่ได้รับความกระทบกระเทือน โดยใช้กระบวนการเผชิญกับสิ่งที่กลัวเป็นเวลานาน ประกอบด้วยจินตนาการถึงสิ่งที่เลวร้ายที่สุดของเหตุการณ์สะเทือนขวัญนั้น ผู้บำบัดจะกระตุ้นให้ผู้รับการบำบัดอยู่กับความทรงจำนั้นจนกระทั่งเคยชินและนำไปสู่การลดลงของประสบการณ์ที่ทุกข์ทรมานใจ ลำดับขั้นตอนของจินตนาการจะมีการทำซ้ำจนกระทั่งผู้รับการบำบัดมีระดับความเครียดลดลงหรือ ไม่มีความเครียดเลย

(3) การให้เผชิญกับสิ่งที่กลัวในสถานการณ์จริง เพื่อให้รู้จักกับสัญญาณที่เป็นตัวกระตุ้นความกลัว โดยสัมพันธ์กับการเดินทางโดยการนั่งรถไปด้วย ผู้บำบัดจะจัดลำดับขั้นตอนของการเผชิญความกลัวไปที่ละน้อย การเดินทางออกไปนอกสถานที่จะทำทุกสัปดาห์ เริ่มในสัปดาห์ที่ 3 เริ่มจากให้นั่งเบาะท้ายหลังคนขับ เริ่มติดเครื่องยนต์ ขับออกไปในถนนที่ไม่เกี่ยวข้องกับเหตุการณ์ และขับไปในถนนที่เกิดเหตุการณ์ และขับไปในเวลาเดียวกับที่เกิดเหตุการณ์ ผู้รับการบำบัดจะถูกกดดันเพิ่มขึ้นในแต่ละสัปดาห์ และในขณะเดียวกันก็จะฝึกทักษะการผ่อนคลายเพื่อลดสิ่งกระตุ้น

4. การให้ตรวจสอบความคิดและความรู้สึกในทางลบที่สัมพันธ์กับการเดินทางและปรับแก้ให้เป็นทางบวก

5. การกระตุ้นให้มีกิจกรรมที่สร้างสุขที่เคยมีก่อนเกิดอุบัติเหตุเพื่อให้เกิดความรู้สึกที่ดีๆ การจัดการกับอาการง่วงซึมและความรู้สึกโกรธ

รูปแบบที่ 3 การบำบัดความคิดและพฤติกรรมแบบกลุ่ม

คุณสมบัติของผู้ที่เหมาะสมจะเข้ารับการบำบัด

เป็นผู้ที่เคยมีประสบการณ์เกี่ยวกับอุบัติเหตุทางการจราจรโดยตรงหรือได้รับความคุกคามจากการตายหรือการบาดเจ็บที่รุนแรงอย่างน้อย 6 เดือน ก่อนการประเมินและมีการตอบสนองทางอารมณ์ร่วมด้วย ได้แก่กลัวอย่างมาก รู้สึกไม่มีใครสามารถช่วยได้ รู้สึกสะเทือนขวัญ (ขวัญเสีย)หรือรับรู้ว่าคุณเองสมควรตาย (PTSD criterion A) (Beck et al., 2009; level 2)

คุณสมบัติของผู้บำบัด

เป็นผู้ที่มีประสบการณ์ทางคลินิกในการดูแลผู้รอดชีวิตจากอุบัติเหตุเช่น พยาบาลจิตเวช นักจิตวิทยา จิตแพทย์ ซึ่งได้รับการฝึกอบรมในเรื่องการทำ Group cognitive behavior therapy โดยที่คนหนึ่งเป็นผู้นำกลุ่มและอีก 2 คนเป็นผู้ช่วยผู้นำกลุ่ม (Beck et al., 2009; level 2)

วิธีการบำบัด

ปรับปรุงรูปแบบมาจาก Blanchard & Hickling (2004) ซึ่งเดิมเป็นการบำบัดแบบรายบุคคลมาเป็นแบบกลุ่ม มีจำนวนครั้งในการทำทั้งหมด 14 ครั้ง แต่ละครั้งใช้ระยะเวลา 50-75 นาที (Beck & coffey, 2005; level 7, Beck et al., 2009; level 2)

กระบวนการบำบัดมีดังนี้

ครั้งที่ 1 การให้ความรู้และการสร้างกระบวนการกลุ่ม

แนะนำวิธีการบำบัดด้วยกระบวนการกลุ่ม กฎระเบียบของการเข้ากลุ่ม ความเป็นมาของโปรแกรมการบำบัด การให้ความรู้เกี่ยวกับความวิตกกังวล โรคความเครียดภายหลังเผชิญเหตุการณ์สะเทือนขวัญ และภาพรวมของการรักษา

ครั้งที่ 2 การอภิปรายเกี่ยวกับการหลีกเลี่ยง

ดำเนินการสร้างกระบวนการกลุ่มต่อไป และอภิปรายเกี่ยวกับความจำต่อเหตุการณ์สะเทือนขวัญและอาการหลีกเลี่ยง โดยให้สมาชิกกลุ่มมีการเรียนรู้เพิ่มมากขึ้นเกี่ยวกับโรค PTSD โดยเฉพาะอาการหลีกเลี่ยงและเริ่มที่จะจัดลำดับขั้นของความกลัวซึ่งจะนำไปใช้ในการเผชิญความกลัวทั้งแบบจินตนาการและการเข้าไปอยู่ในสถานการณ์จริงพร้อมทั้งมีการเจริญสติรอบที่ 1

ครั้งที่ 3 การเจริญสติ

การฝึกการเจริญสติรอบที่ 2 เริ่มต้นที่จะจัดการกับการหลีกเลี่ยงโดยการให้เผชิญกับสถานการณ์ที่ทำให้เกิดความกลัว

ครั้งที่ 4 การกลับไปสู่เหตุการณ์การเกิดอุบัติเหตุการจราจร (MVA)

การให้สมาชิกกลุ่มเขียนบรรยายเกี่ยวกับเหตุการณ์อุบัติเหตุการจราจร ของแต่ละคน (การบำบัดนี้ปรับมาจาก Cognitive processing therapy ของ Resick & Schnicke, (1993) และเรียนรู้วิธีการฝึกการผ่อนคลายกล้ามเนื้อเพื่อลดความเครียด โดยการฝึกการผ่อนคลายกล้ามเนื้ออย่างเป็นระบบ 16 มัด (Progressive muscle relaxation)

ครั้งที่ 5 การกลับไปสู่เหตุการณ์การเกิดอุบัติเหตุการจราจร (MVA)

ดำเนินการต่อจากครั้งที่ 4 ให้สมาชิกกลุ่มอ่านคำบรรยายเหตุการณ์การเกิดอุบัติเหตุการจราจรของตนเองอย่างเงียบๆ จนกระทั่งความทุกข์ใจลดลงอย่างน้อย 50 % และเรียนรู้วิธีการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ 7 มัด

ครั้งที่ 6 การพัฒนาการพูดกับตนเองในทางบวก

การบำบัดความคิดสำหรับ PTSD จะเริ่มในครั้งที่ 6 นี้โดยให้สมาชิกกลุ่มเรียนรู้การพูดกับตนเองในทางสร้างสรรค์ และทบทวนการฝึกปฏิบัติการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ 7 มัด

ครั้งที่ 7 ระบุและปรับเปลี่ยนความคิดที่บิดเบือนไป

ระบุและแก้ไขความเห็นที่ทำให้ความคิดบิดเบือนไป เรียนรู้วิธีการผ่อนคลายรอบที่ 3 โดยทำการผ่อนคลายเมื่อมีสัญญาณเตือนจากความเครียด

ครั้งที่ 8 ทำความเข้าใจเกี่ยวกับความสัมพันธ์ของความคิดและความรู้สึก และทบทวนการฝึกปฏิบัติการควบคุมสัญญาณเตือนของความเครียดด้วยการผ่อนคลาย

ครั้งที่ 9 การจัดการกับความโกรธครั้งที่ 1

การบำบัดครั้งนี้มุ่งเน้นที่ความโกรธโดยให้สมาชิกกลุ่มฝึกการจัดการกับความโกรธด้วยเทคนิคการปรับเปลี่ยนวิธีคิดและฝึกการผ่อนคลาย ด้วยการให้ทบทวนด้วยตนเอง (Relaxation by recall)

ครั้งที่ 10 การจัดการกับความโกรธครั้งที่ 2

การบำบัดครั้งนี้ยังคงมุ่งเน้นที่ความโกรธต่อไปโดยให้สมาชิกกลุ่มฝึกการจัดการกับความโกรธด้วยเทคนิคการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการฝึกการผ่อนคลายด้วยการให้ทบทวนด้วยตนเอง

ครั้งที่ 11 การจัดทำตารางกิจกรรมที่สร้างความสุข

การบำบัดครั้งนี้มุ่งเน้นแก้ไขความรู้สึกซึมเศร้าของสมาชิกกลุ่มโดยให้สมาชิกเรียนรู้วิธีการจัดการกับความรู้สึกหดหู่ท้อแท้

ครั้งที่ 12 การสร้างการประคับประคองทางสังคมใหม่

สมาชิกกลุ่มจะมีความรู้สึกโดดเดี่ยว จึงมีการสร้างการประคับประคองทางสังคมใหม่ โดยการตั้งคำถามเพื่อให้สมาชิกกลุ่มค้นหากิจกรรมที่มีความสุขที่สามารถจะเข้าร่วมได้ซึ่งจะเป็นแหล่งเกื้อหนุนซึ่งกันและกัน

ครั้งที่ 13 หลักการทั่วไปสำหรับการจัดการความเครียด

การบำบัดครั้งนี้มุ่งเน้นความเครียดต่ออาการ PTSD กำเริบซ้ำ โดยฝึกทักษะการป้องกันอาการให้กับสมาชิกกลุ่ม และให้หลักการทั่วไปในการจัดการกับเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด

ครั้งที่ 14 การสรุปและยุติการบำบัด

การประเมินผลลัพธ์ แบ่งออกเป็น

1. ประเมินอาการทางคลินิก ได้แก่

- Clinician-Administered PTSD Scale (CAPS) เป็นแบบประเมินที่ประกอบไปด้วยคำถามเกี่ยวกับความถี่ของการเกิดอาการและความรุนแรงของโรค PTSD โดยที่คะแนนรวมของความรุนแรง (CAPS-Total) จะสรุปผลรวมมาจากระดับคะแนนความถี่ของการเกิดอาการและความรุนแรงของแต่ละอาการ โดยมีช่วงคะแนนอยู่ที่ 0-136 (Fecteau & Nicki, 1999; level 2, Ehlers et al., 2003; level 2, Blanchard et al., 2003; level 2, Blanchard et al., 2004; level 2, Maercker et al., 2006; level 2, Beck & coffey, 2005; level 7, Beck et al., 2009; level 2)

- Impact of Events Scale-Revised (IES-R) ประกอบด้วยข้อคำถาม 22 ข้อ แบ่งเป็นรายละเอียดย่อย 3 กลุ่ม อาการด้วยกันได้แก่ Intrusion, Avoidance และ Hyperarousal (Beck & coffey, 2005; level 7, Beck et al., 2009; level 2)

2. ประเมินโรคที่เกิดร่วม ได้แก่

- Beck Anxiety Inventory (BAI) ใช้ประเมินภาวะวิตกกังวล Beck Depression Inventory (BDI) ใช้ประเมินภาวะซึมเศร้า (Fecteau & Nicki, 1999; level 2)

- Accident Fear Questionnaire (AFQ) ใช้ประเมินความกลัวประกอบด้วย 20 คำถาม ใช้ถามเพื่อประเมินความกลัวและการหลีกเลี่ยงภายหลังเผชิญอุบัติเหตุการจราจรจากการขับรถยนต์ (Fecteau & Nicki, 1999; level 2)

ข้อเสนอแนะ (Suggestion) ในการนำข้อเสนอแนะจากหลักฐานเชิงประจักษ์ไปใช้ในการปฏิบัติงาน

ข้อเสนอแนะในการนำรูปแบบการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมเพื่อลดอาการเครียดภายหลังการเผชิญเหตุการณ์สะเทือนขวัญมาใช้ในสถานือนามัยบ้านไร่สวนลาวและสถานีนอนามัยอื่นๆที่มีลักษณะของผู้ป่วยและจำนวนบุคลากรใกล้เคียงกับสถานือนามัยบ้านไร่สวนลาวดังนี้

1. จากการทบทวนและสืบค้นงานวิจัยพบว่างานวิจัยส่วนใหญ่เป็นงานวิจัยในต่างประเทศไม่พบงานวิจัยในประเทศไทย ดังนั้นจึงควรมีการทำวิจัยนำร่อง (pilot study) ทดลองใช้

ในหน่วยงาน เพื่อพัฒนารูปแบบการบำบัดที่เหมาะสมกับวัฒนธรรมและบริบทของประเทศไทยและเพื่อเป็นการพัฒนารูปแบบโปรแกรมดังกล่าวต่อไป

2. การเลือกวิธีการบำบัดต้องดูตามความเหมาะสมและความพร้อมของจำนวนผู้บำบัดที่มีในแต่ละหน่วยงาน ถึงแม้ว่าการบำบัดด้วยรูปแบบกลุ่มช่วยลดภาระงานของผู้บำบัดและมีประสิทธิภาพในการลดอาการ (Symptom) ของโรค PTSD ได้ รวมทั้งโรคอื่น ๆ เช่น โรควิตกกังวล โรคซึมเศร้า แต่ต้องใช้จำนวนผู้บำบัดเป็นจำนวนมากถึง 3 คน เมื่อเปรียบเทียบกับบำบัดแบบรายบุคคลซึ่งสามารถลดอาการของโรค PTSD และโรคที่เกิดขึ้นได้เช่นเดียวกันแต่ใช้จำนวนผู้บำบัดเพียงคนเดียว ซึ่งในระดับสถานีนามัยนั้นยังมีข้อจำกัดในเรื่องของการบำบัดแบบรายกลุ่มเนื่องจากปริมาณจำนวนผู้บำบัดยังมีไม่เพียงพอ ในกรณีที่พบว่ามีความจำเป็นจำนวนมากเพื่อให้เกิดคุ้มค่ากับระยะเวลาที่ใช้และลดภาระงานในการบำบัดอาจจะต้องวิธีการประสานขอความร่วมมือจากผู้บำบัดจากสถานีนามัยอื่นๆ หรือโรงพยาบาลมาช่วยกรณีที่จะทำการบำบัดแบบรายกลุ่ม

3. หน่วยงานควรพัฒนาคู่มือในการบำบัดความคิดและพฤติกรรมเพื่อลดอาการอาการเครียดภายหลังเผชิญเหตุการณ์สะเทือนขวัญในบุคคลที่ประสบอุบัติเหตุการจราจรและฝึกอบรมพยาบาลให้สามารถปฏิบัติได้จริง รวมทั้งติดตามนิเทศอย่างเป็นระบบ

4. ในการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม เพื่อลดอาการอาการเครียดภายหลังเผชิญเหตุการณ์สะเทือนขวัญในบุคคลที่ประสบอุบัติเหตุการจราจรระยะเฉียบพลันและในระยะเรื้อรังควรมีการประเมินกระบวนการบำบัดและประเมินผลลัพธ์ ความคุ้มค่าคุ้มทุน รวมทั้งความพึงพอใจของผู้ป่วยและญาติปรับปรุงก่อนขยายข้อเสนอแนะไปใช้กับหน่วยงานอื่น

5. รูปแบบการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมเพื่อลดอาการอาการเครียดภายหลังเผชิญเหตุการณ์สะเทือนขวัญในบุคคลที่ประสบอุบัติเหตุการจราจรนั้นใช้ระยะเวลาในการเข้าร่วมโปรแกรมค่อนข้างยาวนานและหลายครั้งต้องมีพยาบาลและบุคลากรทางสุขภาพอื่นๆ ที่เข้ามาเกี่ยวข้อง ดังนั้นจึงจำเป็นต้องมีการจัดระบบการทำงานให้มีการประสานการดูแลอย่างต่อเนื่องกับหน่วยงานหรือบุคลากรที่เกี่ยวข้องในการดำเนินการตามโปรแกรมจนครบ และติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งมีระบบการติดตามเพื่อให้ผู้ป่วยเข้ารับการบำบัดตามกำหนดนัด

6. ควรมีการเผยแพร่ข้อเสนอแนะรูปแบบการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมเพื่อลดอาการเครียดภายหลังเผชิญเหตุการณ์สะเทือนขวัญในบุคคลที่ประสบอุบัติเหตุการจราจรกับเจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งภายในและภายนอกองค์กร โดยเฉพาะในชุมชนซึ่งเป็นหน่วยบริการที่ใกล้ชิดกับผู้รับบริการมากที่สุด เพื่อให้มีการศึกษาและพัฒนาข้อเสนอแนะเป็นแนวทางปฏิบัติที่มีมาตรฐานต่อไป เช่น การประชุมวิชาการ ตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารและสิ่งพิมพ์อื่นๆ

COGNITIVE BEHAVIORAL THERAPY FOR REDUCING POSTTRAUMATIC SYMPTOMS IN MOTOR VEHICLE ACCIDENT SURVIVORS: EVIDENCE-BASED NURSING

WATCHAREE JONGKONKET 4938046 NSMH/M

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

THEMATIC PAPER ADVISORY COMMITTEE : ACHARAPORN SEEHERUNWONG,
D.N.S. (NURSING), WANNA KHONGSURIYANAVIN, Ed.D.

EXTENDED SUMMARY

1. Background and clinical significance

Post Traumatic Stress symptoms is a mental health problem which occurs in any person after traumatic event or falling under enormous pressure than ever experience in daily living. The traumatic event often involved with death or life safety. The person may either cope with the event himself or witness it. The devastating events impact a coping person physically or psychologically which can induce Post Traumatic Stress Disorder (PTSD). PTSD is a psychiatric disorder which the physical and psychological disorder occurred. The response of each person to stimulus by traumatic event varies depending on individual. The response of a person to uncontrollable and unchangeable traumatic stimulus can damage central nervous system. Then, the psychological stamina of post traumatic person continuously reduced then stressfully responds to every stimulus and having constant anxiety which cannot be pacified. As a result, such person expresses self-resistant behavior as well as resistant to others or express social isolation behavior. According to empirical evidence review, effective cognitive behavioral intervention or should reduce symptoms from motor vehicle accident.

According to the abovementioned problem which was in accordance with mental health problem of Ban Rai Suan Lao community hospital which the numbers of people involved in motor vehicle accident increased continuously. According to the interview with 30 survivors who were involved in a bus accident in December, 2009 from total 50 passengers on the bus who were Public health volunteers of Ban Rai Suan Lao community hospital one year after the accident, 25 of them (83.3%) were still terrified with bus traveling with many passengers. This fear affected the Public health activity which the annual field study requires long distance travelling by bus. Lately 12 Public health volunteers denied traveling by bus for field study. Ban Rai Suan Lao community hospital still did not have unique guideline in reducing PTSD symptoms by means of assessing and facilitating the accident survivors correctly from the early post-traumatic period in order to reduce the chronic post-traumatic mental health problem. Investigator was therefore interested in conducting analysis and synthesis the empirical evidence to develop effective cognitive behavioral therapy to reduce PTSD in motor vehicle accident survivor in order to facilitate the patients with posttraumatic stress symptoms who were motor accident survivor correctly and appropriately.

Purposes of the study

To study and develop cognitive behavioral therapy to reduce posttraumatic stress symptoms of motor vehicle survivors from evidence based nursing.

Expected Benefits/Outcomes

1. This study was expected to study the PTSD symptoms therapy in motor vehicle survivors in work setting of investigator which could be developed to Clinical Nursing Practice Guideline in future.
2. Health care personnel involved or other person interesting in PTSD symptom therapy in motor vehicle survivors or could apply the recommendation in this study for further benefit.

3. Motor vehicle survivor within the responsible area of investigator's work setting to assessment PTSD symptom and treatment in the early stage before sending them to tertiary health care institute.

2. Methodology

2.1 Search strategy for retrieving the evidence

2.1.1 Searching framework: a PICO conceptual framework (Melnys & Fineout-Overholt, 2005) was adapted as a searching criteria as follows

P (Patient, Population, or Problem) Motor vehicle accident survivors

I (Intervention or Area of Interest): Cognitive behavior therapy

C (Comparison Intervention): None

O (Outcome): Post traumatic stress symptoms

Keyword used for empirical evidence searching was as follows:

Motor vehicle, accident survivors, Cognitive behavioral therapy Post traumatic stress

2.1.2 Empirical Evidence searching Criteria

The searching criteria used in selecting empirical evidence and quality and strength level of evidence assessment can be detailed as follows;

Investigator searched empirical evidence from the following database: systematic review database, i.e. The Cochrane Library, www. Joannabriggs.edu, CINAHL , Blackwell- synergy, OVID, ScienceDirect, PubMed, Thesis database in Thailand, Reference list, and hand search from nursing science library and department of medicine library, Mahidol university. The empirical evidence searching criteria was (1) research or article from clinical expert which was qualified and matched the clinical problem of the study, (2) the evidence published between 1999-2009, (3) full text article, (4) article in Thai or English. Eventually, 7 empirical evidences were obtained.

2.2 Quality assessment and strength level rating of empirical evidence

2.2.1 Quality assessment of empirical evidence

The Polit and Beck (2008) 3 dimension evidence quality assessing criteria in terms of 1) Clinical relevance, 2) Scientific merit, 3) Implementation

Potential which assesses in 3 aspects as follows; 1) transferability of the finding, 2) feasibility of implementation and 3) cost –benefit ratio

2.2.2 Rating the strength level of evidence

According to Level of Evidence Rating system of Melnyk & Fineout-Overholt (2005), 6 randomized controlled trial (RCT) research evidence were rated as level II and the other 1 expert opinion paper was rated as Level VII

2.3 Empirical evidence analysis: extracted and analyzed the content of each evidences into collective table.

2.4 Synthesis main issue: from the extracted content of 7 evidences, the main issues were synthesized as recommendations for selecting effective cognitive behavior therapy to reduce PTSD symptoms in motor vehicle accident survivors

3. Recommendation from empirical evidence is as follows;

According to the synthesis of 7 empirical evidences, the recommendation for implementation is as follows; Cognitive behavior therapy intervention depended on PTSD symptom characteristics and implementation potential. There were 3 types of cognitive behavior therapy intervention to reduce PTSD symptom in motor vehicle accident survivors as follows;

Intervention 1: Strategic Cognitive behavior therapy to reduce PTSD symptoms in motor vehicle accident survivor with less than 1 year after accident (Fecteau & Nicki, 1999: level 2)

Qualification of participants (Fecteau & Nicki, 1999: level 2)

1. Participant was involved in motor vehicle accidents and visited hospital to treat PTSD symptom
2. Do not have moderate or severe brain injury
3. Do not have alcohol or narcotic drug use problem
4. Do not have severe and chronic mental health problem before accidents

Qualification of therapist

Therapist should possess mental health and psychiatry professional certificate and experienced in assessing and conducting therapy in PTSD in motor

vehicle accident survivor. The CBT manual developed by Fecteau & Nicki (1999) which developed from Foa et al. (1995), and Carol & Foy (1992) CBT manual.

Method

Strategic Cognitive behavior therapy session took 1.5 hour-3 hour per week for consecutively 4 weeks. The procedure is as follows;

Session 1. Education on the development and course of PTSD and relaxation training by means of breathing exercise and distribute breathing exercise cassette tape for home practices 2 times a day.

Session 2. Review relaxation training at home; describe the accident in detail in order to find anxiety stimulant, response, and cues to induce anxiety in context. This step is the training to cope with imaginary traumatic event and conduct muscle relaxation training then distribute the muscle relaxation training cassette tape for home practices 2 times a day.

Session 3. and Session 4. continuous training by the training to cope with imaginary traumatic event to reduce compulsive–repulsive idea which induce anxiety and negative feeling and then adjust the cognitive process gradually by giving advice to rectify the emotive-irrational thinking to rational and realistic thinking, so session 3 and Session 4 are direct therapy.

Intervention 2: Individual cognitive behavior therapy to reduce PTSD symptom in motor vehicle accident survivors for less than 6 months ago using Hickling & Blanchard (1997, 1999) program the total sessions were 8-12 times (Edward et al., 2003: Level 2) or using Ehlers and Clark program (2000)

Qualification of participants (Blanchard et al., 2003: level 2; Blanchard et al., 2004: level 2; Maercker et al., 2006: level 2)

1. Motor vehicle accident survivors which the accident occur 6 months ago.
2. Diagnosed with PTSD according to DSM-IV diagnostic criteria or having severe PTSD but do not have all symptoms according to the list (The diagnosis criteria A for PTSD on, E and F, or having the symptoms on B, C, or D, or having CAPS score more than 30).
3. No other adjuvant psychiatric disease, i.e. delusional disorder, bipolar disorders

4. No records of alcohol or narcotic drug abuse
5. No second traumatic events

Therapist qualification

1. Registered health care professional, i.e. psychiatrist, nurse, psychologist, social welfare officer
2. Used to get cognitive behavioral therapist training (Ehlers et al., 2003 : level 2)
3. Experienced in assessing and diagnosing PTSD for at least 3 years (Blanchard et al., 2003: level 2)

Method

The CBT program according to Hickling & Blanchard.(1999) with totally 8-12 sessions or from Ehlers and Clark (2000) CBT program manual (Ehlers et al., 2003: level 2) the intervention procedure is as follows;

1. Therapist educates the participants concerning PTSD nature and symptoms and discuss with participants for better understanding focusing on the nature of PTSD that it is a natural human response to traumatic events which is common and prevail in human being.
2. Muscle relaxation training.
3. Exposure therapy comprising of 3 activities
 - 1) Participant loudly reads his own motor vehicle accident story written in the 2nd session. Participant also reads this story loudly 3 times a day and records their suffering. This technique was designed to stimulate the patient to reduce their cognitive avoidance.
 - 2) Imaginary technique to describe the traumatic event using direct coping with long time fear stimulant comprising of imagine the worst case scenario of such traumatic events and stay with it until get used to it which leading to reducing the traumatic events. The imaginary procedure is repeated until the patient had reduced stress level or no stress at all.
 - 3) In vivo exposure technique to fear stimulant in actual situation in order to know the sign of fear stimulant related to traveling which therapist travels with the patient. Therapist travel with passenger in the motor vehicle and gradually increase the intensity of fear stimulant. The outing with therapist was carried out every week

started in session 3rd weeks started from sitting in the rear seat of driver seat, starts the engine then drives through the street not related with traumatic event, the started traveling on the same time with traumatic events and finally same time same place with traumatic events. The pressure on patients increases every weeks whilst relaxation technique training is conducted.

3. Verify negative thought and emotion related with motor vehicle traveling then adjusted to positive thought and emotion.

4. Stimulate funny and happy activities which used to do before traumatic events to re-introduce good feeling.

Intervention 3: Group cognitive and behavior therapy

Qualification of participants

Patient who experienced traumatic event with life threatening at least 6 months before assessment, with negative emotional response, i.e. tremendously fear, feeling of helplessness, tremendously shock, and realize that he deserves to die (PTSD criterion A) (Beck & coffey, 2009: level 2).

Qualification of therapist

Health care personnel who gained clinical experience in accident survivor care and therapy, i.e., psychiatric nurse, psychologist, psychiatrist who were trained as GCBT facilitator which 1 is leader and 2 were assistant (Beck & coffey, 2009: level 2).

Intervention procedure modified from Blanchard & Hickling (2004) which was designed for individual to be used for group. Total sessions were 14 with 50-75 minutes per session was required. (Beck & coffey, 2005: level 7; Beck & coffey, 2009: level 2) which can be detailed as follows;

Session 1. Education and group building process, introduction to the therapy Group, group norms and rules, background about the treatment program, education about anxiety and PTSD, overview of treatment

Session 2. Discussion of avoidance-continued group building, discussion of memories and avoidance, developing a hierarchy, mind fullness part I

Session 3. Mind fullness-tackling avoidance, mind fullness part II, beginning to tackle avoidance (via exposure)

Session 4. Revisiting MVA-learning relaxation, writing about your MVA, learning how to relax: progressive muscle relaxation (PMR)

Session 5. Continue revisiting your MVA-relaxation, working with your MVA description, learning how to relax: 7-muscle PMR

Session 6. Developing positive self-talk-practicing relaxation, learning healthy self-talk, practicing how to relax: 7-muscle PMR (review)

Session 7. Identifying and changing logical errors-cued relaxation, identifying and correcting logical errors, learning how to relax III: Cued PMR

Session 8. Understanding the of your thinking-practicing relaxation, the cycle of thoughts and feelings, practicing cue-controlled relaxation (review)

Session 9. Anger management I-relaxation by recall, anger management: cognitive techniques, relaxation by recall

Session 10. Anger management II-practice relaxation, anger management: behavioral techniques, relaxation by recall: practice

Session 11. Pleasant activity scheduling, feeling down: how to fight it

Session 12. Rebuilding social support, feeling alone: rebuilding your social world

Session 13. General principles for coping with stresses, thinking ahead to the future, coping with a stressor: general principles

Session 14. Summary of treatment and termination, review of treatment, termination: saying goodbye

Outcome assessment

1. Clinical symptom assessment

Clinician Adminstered PTSD Scale (CAPS) is an assessing instrument comprising frequency and severity measurement of PTSD symptoms. The total score of severity of symptoms (CAPS-Total) is derived from summary of frequency and severity of each symptom. The score ranges 0-136 (Fecteau & Nicki, 1999: level 2; Ehlers et al., 2003: level 2; Blanchard et al., 2003: level 2; Blanchard et al., 2004: level 2; Maercker et al., 2006: level 2; Beck & coffey, 2005: level 7; Beck & coffey, 2009: level 2)

Impact of Events Scale –Revised (IES-R) comprised 22 questions detailed on 3 groups, i.e. intrusion, avoidance and hyperarousal (Beck & coffey, 2005: level 7; Beck & coffey, 2009: level 2).

2. Co-morbidity assessment

Beck's Anxiety Inventory (BAI) for anxiety symptom assessment, Beck Depression Inventory (BDI) for depression symptom assessment (Fecteau & Nicki, 1999: level 2).

Accident Fear Questionnaire (AFQ) comprises of 20 questions for assessing fear and avoidance after motor vehicle accident (Fecteau & Nicki, 1999: level 2).

Suggestion in implementation of recommendation from empirical evidence

The suggestion in implementing cognitive behavior therapy to reduce PTSD in motor vehicle accident survivor in Baan Rai Suan Lao community hospital as well as the other similar community hospitals as follows;

1. There was no such kind of research in Thailand, all concerned researches were studied in foreign country.

2. The choice of intervention depends on appropriateness and preparedness of therapist in each setting. Although group therapy was able to reduces work load of therapist as well as gave effective PTSD symptoms reduction including other co-morbidity symptoms such as anxiety disorder and depression disorder, however, as 2 more assistants were required which is a current limitation in practice for community hospital, individual therapy which is also effective in reducing PTSD and co-morbidity symptom should be favorable. In case of a large group of motor accident survivor, group therapy may be more feasible in time and work load provided that the cooperation between hospitals had to be organized in order to get adequate therapist and assistant to achieve the desired group CBT outcome.

3. The setting should develop CBT manual to reduce PTSD in motor accident survivor and train the nurse to conduct CBT practically including develop a systematic audit.

4. In terms of CBT intervention to reduce chronic and acute PTSD symptom in motor accident survivor, the therapeutic intervention, outcome assessment, cost-benefit ratio, including patient and relative satisfaction should be evaluated for improvement before extending its implementation to other health care unit.

5. CBT intervention to reduce PTSD in motor accident survivor require long time participation and require considerable number of health care personnel. Thus the intervention multidisciplinary coordination should be organized in order to provide effective and smooth intervention till the program is complete together with continuous follow up as well as effective appointment reminder to ensure fully complete participation in the program

6. The Recommendation on cognitive behavioral therapy to reduce post traumatic stress disorders in motor vehicle survivors should be publicized and communicated to health care personnel in and among the setting since community hospital is the health care service unit that is has the closest attachment to the people. Thus, the study and development from recommendation to Clinical Nursing Practice Guideline is required, i.e. bring it to academic seminar, and publish in journal or other publication.

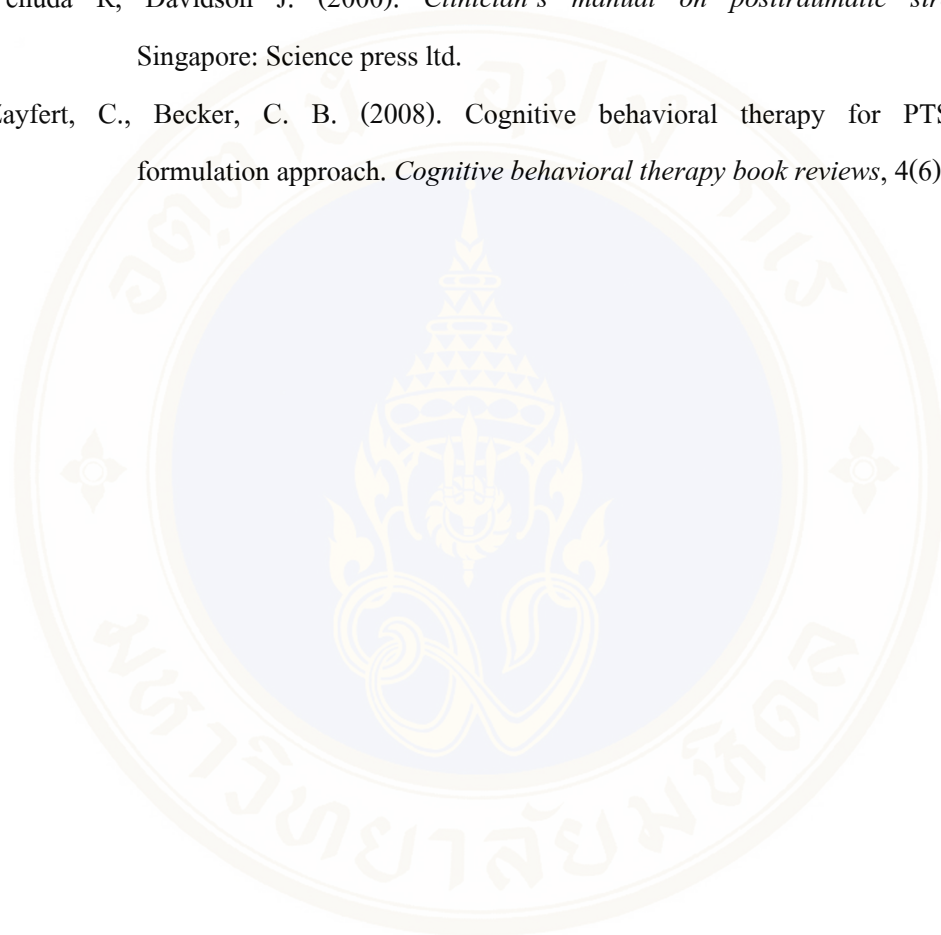
รายการอ้างอิง

- ฟองคำ ติลกสกุลชัย. (2549). *การปฏิบัติการพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์: หลักการและวิธีปฏิบัติ (Evidence-based Nursing: Principle and Method)* (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: ฟรี-วัน.
- พนม เกตุมาน. (2548). *คู่มือแพทย์ ความผิดปกติทางจิตใจภายหลังภัยอันตราย Post-traumatic stress disorder*. ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล.
- رنชัย คงสกันฐ. (2548). *ภาวะผิดปกติทางจิตใจจากเหตุการณ์วินาศภัย*. คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี.
- ศูนย์อำนวยการความปลอดภัยทางถนน. (2551). *รายงานสรุปสถิติอุบัติเหตุจราจรของศูนย์อำนวยการความปลอดภัยทางถนน*.
- สถานีอนามัยบ้านไร่สวนลาว. (2552). *ข้อมูลจำนวนผู้ประสบอุบัติเหตุของการจราจรของสถานีอนามัยบ้านไร่สวนลาว*.
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic criteria from DSM-IV-TR*. Washington, DC: America Psychiatric Association.
- Beck, J. G., & Coffey, S. F. (2005). Group cognitive behavior therapy for chronic posttraumatic stress disorder: Treatment of motor vehicle accident survivors. *Cognitive and behavioral practice*, 12, 267-277.
- Beck, J. G., Coffey, S. F., Foy, D. W., Keane, T. M., & Blanchard, E. B. (2009). Group cognitive behavior therapy for chronic posttraumatic stress disorder: An Initial randomized pilot study. *Behavior therapy*, 40, 82-92.
- Bisson, J., & Andrew, M. (2009). *Psychological treatment of post-traumatic stress disorder*. Cochrane database of systematic reviews, Issue1.
- Blanchard, E. B., Hickling, E. J., (2004). *After the crash*, 2nd ed. Washington, DC: American Psychological Association.
- Blanchard, E. B., Hickling, E. J., Devineni, T., Veazey, C. H., Galovski, T. E., Mundy, E., et al. (2003). A Controlled evaluation of cognitive behavioral therapy for posttraumatic stress disorder in motor vehicle accident survivors. *Behaviour research and therapy*, 41, 79-96.

- Blanchard, E. B., Hickling, E. J., Malta, L. S., Freidenberg, B. M., Canna, M. A., Kuhn, M.A., et al. (2004). One-and two-year prospective follow-up of cognitive behaviour therapy supportive psychotherapy. *Behaviour research and therapy*, 42, 745-759.
- Blanchard, E. B., Hickling, E. J., Taylor, A., Forneris, C., Loos, W., & Jacard, J. (1996). Effects of varying scoring rules of the Clinician-Administered PTSD Scale (CAPS) for the diagnosis of post-traumatic stress disorder in motor vehicle accident victims. *Behaviour Research and Therapy*, 33, 471-475.
- Carroll, E. M. & Foy, D. A. (1992). Assessment and treatment of combat related post-traumatic stress disorder in medical center setting In D. W. Foy (Ed), *Treating PTSD: Cognitive-behavioural strategies*. New York: The Guilford Press.
- Ehlers, A., & Clark, D. M. (2000). A Cognitive model of posttraumatic stress disorder. *Behaviour research and therapy*, 38, 319-345.
- Ehlers, A., Clark, D. M., Hackmann, A., McManus, F., Fennell, M. (2005). Cognitive therapy for post-traumatic stress disorder: development and evaluation. *Behaviour research and therapy*, 43, 413-431.
- Ehlers, A., Clark, D. M., Hackmann, A., McManus, F., Fennell, M., Herbert, C., et al. (2003). A Randomized controlled trial of cognitive therapy, a self-help booklet, and repeated assessments as early interventions for posttraumatic stress disorder. *Archives of General Psychiatry*, 60, 1024-1032.
- Fecteau, G. & Nicki, R. (1999). Cognitive behavioural treatment of post traumatic stress disorder after motor vehicle accident. *Behavioural and cognitive psychotherapy*. 27, 201-204.
- Foa, E. B. Hearst-ikeda, D., & Perry, K. J. (1995). Evaluation of a brief cognitive behavioral program for the prevention of chronic PTSD in the recent assault victims. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63, 948-955.
- Harvey, A. G., Bryant, R. A., & Tarrier, T. (2003). Cognitive behavior therapy for posttraumatic stress disorder. *Clinical psychology review*. 23, 501-522.
- Hickling, E. J., & Blanchard, E.B. (1997). The private practice psychologist and manual-based treatments: a case study in the treatment of post-traumatic stress disorder secondary to motor vehicle accidents. *Behaviour Research and Therapy*, 35, 191-203.

- Hickling, E. J., & Blanchard, E.B. (1999). The psychological treatment of motor vehicle accident-related post-traumatic stress disorder: conceptualization and two pilot studies. In E. J. Hickling, & E. B. Blanchard (Eds), *International handbook of road traffic accident: Psychological trauma, treatment and law* (pp. 321-339). Amsterdam: Elsevier.
- Joanne, L. M. (2000). Post-traumatic stress disorder in primary care practice. *Journal of The American Academy of Nurse Practitioners*. 12. 475-482.
- Jonathan, I. B. (2007). Posttraumatic stress disorder. *Occupational medicine*. 57. 399-403.
- Jonathan, I. B., Jonathan, P. S., Deborah, J., Rachel, P., & Robert G. N. (2004). Early cognitive-behavioural therapy for post-traumatic stress symptoms after physical injury. *British Journal of Psychiatry*. 184. 63-69.
- Kemp, A. H., Felmingham, K., Das, P., Hughes, G., Peduto, A. S., Bryant, R. A., Williams, L. M. (2007). Influence of comorbid depression on fear in posttraumatic stress disorder: An fMRI study. *Psychiatry research*, 155, 265-269.
- Klaus, K., Brian, J. C., & Ramon, J. E. (1996). Posttraumatic stress disorder and motor vehicle accidents: A Multidisciplinary overview. *The Canadian Journal Psychiatry*. 41. 429-434.
- Kornor, H., Winje, D., Ekeberg, O., Weisaeth, L., Kirkehei, I., Johansen, K., et al. (2008). Early trauma-focused cognitive behavioural therapy to prevent chronic post-traumatic stress disorder and related symptoms: A systematic review and meta-analysis. *BMC Psychiatry*, 8, 1-8.
- Kumar, V., Alain, B., Thomas, C. N., Daniel, S. W., Charles, R. M. (2000). Neurobiological findings in posttraumatic stress disorder: a review. *Dialogues in clinical neuroscience*, 2(1), 23-27.
- Maercker, A., Zollner, T., Menning, H., Robe, S., & Karl, A. (2006). Dresden PTSD treatment study: random controlled trial of motor vehicle accident survivors. *BMC Psychiatry*, 6, 1-8.
- Melnyk, B. M. & Fineout-Overholt, E. (2005). Evidence-based practice in nursing & healthcare: A guide to best practice. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins.

- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2008). *Nursing research: Principle and methods (7th ed.)*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Resick, P., & Schnicke, M. (1993). *Cognitive processing therapy for rape victims*. Newbury Park: Sage Publications.
- Yehuda R, Davidson J. (2000). *Clinician's manual on posttraumatic stress disorder*. Singapore: Science press ltd.
- Zayfert, C., Becker, C. B. (2008). Cognitive behavioral therapy for PTSD: A Case formulation approach. *Cognitive behavioral therapy book reviews*, 4(6), 1-2.



ประวัติผู้ศึกษา

ชื่อ - สกุล	นางสาววัชรีย์ จงกรเกตุ
วัน เดือน ปีเกิด	12 พฤศจิกายน 2522
สถานที่เกิด	จังหวัดชัยนาท ประเทศไทย
ประวัติการศึกษา	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี, พ.ศ. 2545 พยาบาลศาสตรบัณฑิต ชัยนาท มหาวิทยาลัยมหิดล, พ.ศ. 2554 พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
ที่อยู่	82 หมู่ 11 ตำบลท่าชัย อำเภอเมือง จังหวัดชัยนาท ประเทศไทย โทร. 0857275880
ตำแหน่งหน้าที่ปัจจุบันและสถานที่ทำงาน	ตำแหน่ง : พยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการ สังกัด โรงพยาบาลหันคา ปฏิบัติงานที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล (บ้านไร่สวนลาว) ตำบลบ้านเข็ญ อำเภอหันคา จังหวัดชัยนาท 17130 โทร. 056446260