

การสังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม
ในผู้ป่วยโรคต้นตระหนก



ศิริราช สุวัฒน์พัฒนา

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

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยมหิดล

Copyright by Mahidol University

สารนิพนธ์

เรื่อง

การสังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม
ในผู้ป่วยโรคตื่นตระหนก

.....
นางสาวศิวาทิตย์ สุวัฒน์พัฒนา
ผู้ศึกษา

.....
อาจารย์ทัศน ทวีคุณ,
Ph.D. (Nursing)
อาจารย์ที่ปรึกษานิพนธ์หลัก

.....
ผู้ช่วยศาสตราจารย์พัชรินทร์ นินทจันทร์,
Ph.D. (Nursing)
อาจารย์ที่ปรึกษานิพนธ์ร่วม

.....
ศาสตราจารย์บรรจง มไหสวริยะ,
พ.บ.,ว.ว. ออร์โทปิดิกส์
คณบดี
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

.....
รองศาสตราจารย์อรสา พันธุ์ภักดี,
พย.ด.
ประธานคณะกรรมการบริหารหลักสูตร
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี
มหาวิทยาลัยมหิดล

สารนิพนธ์

เรื่อง

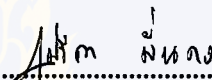
การสังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม
ในผู้ป่วยโรคต้นตระหนก

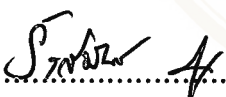
ได้รับการพิจารณาให้นับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช)

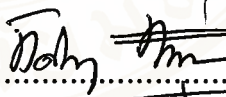
วันที่ 12 พฤษภาคม พ.ศ. 2554

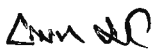

นางสาววิทิตย์ สุวัฒน์พัฒนา
ผู้ศึกษา

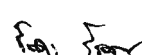

ผู้ช่วยศาสตราจารย์พัชรินทร์ นินทจันทร์,
Ph.D. (Nursing)
กรรมการสอบสารนิพนธ์


ผู้ช่วยศาสตราจารย์สุปรียา มั่นคง,
Ph.D. (Gerontological Nursing)
ประธานกรรมการสอบสารนิพนธ์


ผู้ช่วยศาสตราจารย์รังสิมันต์ สุนทรไชยา,
Ph.D. (Nursing)
กรรมการสอบสารนิพนธ์


อาจารย์ทัศนา ทวีคูณ,
Ph.D. (Nursing)
กรรมการสอบสารนิพนธ์


ศาสตราจารย์บรรจง มหาสาริกะ,
พ.บ.,ว.ว. ออร์โธปิดิกส์
คณบดี
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล


ศาสตราจารย์รัชตะ รัชตะนาวิน,
พ.บ., F.A.C.E.
คณบดี
คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี
มหาวิทยาลัยมหิดล

กิตติกรรมประกาศ

สารนิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความกรุณาจากอาจารย์ ดร.ทัศน ทวีคุณ อาจารย์ที่ปรึกษาสารนิพนธ์หลักและกรรมการสอบสารนิพนธ์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พัชรินทร์ นันทจันทร์ อาจารย์ที่ปรึกษาสารนิพนธ์ร่วมและกรรมการสอบสารนิพนธ์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์สุปริดา มั่นคง ประธานกรรมการสอบสารนิพนธ์ และผู้ช่วยศาสตราจารย์รังสิมันต์ สุนทรไชยา กรรมการสอบสารนิพนธ์ ผู้ซึ่งให้ความรู้ ชี้แนะแนวทางในการทำสารนิพนธ์ ให้กำลังใจ ตลอดจนแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆด้วยความเอาใจใส่เป็นอย่างยิ่ง ผู้ศึกษารู้สึกซาบซึ้ง ประทับใจ และขอกราบขอบพระคุณท่านเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอขอบพระคุณกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ในการอนุเคราะห์ทุนการศึกษา ตลอดหลักสูตรการศึกษาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ขอขอบพระคุณหัวหน้ากลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลบ้านสร้าง ที่ได้กรุณาให้การสนับสนุน เจ้าหน้าที่กลุ่มงานแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลบ้านสร้างที่ช่วยสละเวลาเพื่อปฏิบัติงานแทนในระหว่างการศึกษา ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลบ้านสร้าง รวมทั้งนักเรียนรุ่นพี่ และเพื่อนๆ นักศึกษาปริญญาโท และผู้ที่เกี่ยวข้องทุกท่าน ที่ช่วยเหลือเมื่อเกิดปัญหาและอุปสรรคต่างๆ และให้กำลังใจอย่างต่อเนื่อง

ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่ห้องสมุดคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี สำนักหอสมุดกลาง มหาวิทยาลัยมหิดล ห้องสมุดกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ห้องสมุดสถาบัน และหน่วยงานอื่นๆที่กรุณาอำนวยความสะดวกในการสืบค้นข้อมูล เอกสาร ตำราพร้อมทั้งช่วยสืบค้นข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ ให้คำปรึกษาและให้ความช่วยเหลือในทุกๆด้าน

ท้ายที่สุดขอกราบขอบพระคุณบิดาและมารดา และขอบคุณบุคคลในครอบครัวที่ทำให้ความรัก ความเข้าใจ ให้กำลังใจ และให้ความช่วยเหลือผู้ศึกษาเป็นอย่างดี

ศิวาทิตย์ สุวัฒน์พัฒนา

การสังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในผู้ป่วยโรคตื่นตระหนก
A SYNTHESIS OF RESEARCH ON COGNITIVE BEHAVIORAL THERAPY IN
PANIC DISORDER

ศิวาทิตย์ สุวัฒน์พัฒนา 4937009 RAMH/M

พย.ม. (การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช)

คณะกรรมการที่ปรึกษาสารนิพนธ์: ทศนา ทวีคุณ, Ph.D. (NURSING), พชรินทร์ นินทจันทร์, Ph.D. (NURSING)

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อสังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในผู้ป่วยโรคตื่นตระหนก ผู้ศึกษาได้ทำการสืบค้นงานวิจัยอย่างเป็นระบบจากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ และมีจำนวนงานวิจัยทั้งหมด 15 เรื่องที่คัดเลือกนำมาศึกษา จากนั้นผู้ศึกษานำงานวิจัยที่ได้มาทำการวิเคราะห์เกี่ยวกับประสิทธิผล องค์ประกอบและรูปแบบของการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม ผลการศึกษาพบว่า การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมนับเป็นการบำบัดผู้ป่วยโรคตื่นตระหนกที่มีประสิทธิผล โดยกลยุทธ์ที่ใช้ในการบำบัดสรุปได้เป็น 4 ขั้นตอนหลัก คือ (1) การให้สุขภาพจิตศึกษาเกี่ยวกับแนวทางการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมและโรคตื่นตระหนก (2) การลดความกังวลเมื่อต้องเผชิญกับความกลัวโดยใช้เทคนิคการผ่อนคลาย (3) การปรับเปลี่ยนโครงสร้างทางความคิด และ (4) การฝึกการเผชิญกับความกลัว นอกจากนี้ยังมีการวิเคราะห์ผลเปรียบเทียบการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมที่มีรูปแบบแตกต่างกันและการบำบัดอื่น ได้แก่ การเปรียบเทียบระหว่างการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมและการบำบัดโดยใช้ยา การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมแบบมาตรฐานและแบบระยะสั้น การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมแบบมาตรฐานและแบบอินเทอร์เน็ต โดยผลการศึกษาเปรียบเทียบนำมาซึ่งการพัฒนาและเสนอทางเลือกในการดูแลที่สอดคล้องกับความต้องการที่แตกต่างกันของผู้ป่วยโรคตื่นตระหนก องค์ความรู้ที่ได้จากการศึกษานี้สามารถนำไปใช้เป็นแนวทางการพัฒนาการให้การดูแลผู้ป่วยโรคตื่นตระหนกโดยใช้การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมที่มีประสิทธิภาพต่อไป

คำสำคัญ: การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม / โรคตื่นตระหนก

A SYNTHESIS OF RESEARCH ON COGNITIVE BEHAVIORAL THERAPY IN PANIC DISORDER

SIVATHIT SUWATPATTHANA 4937009 RAMH/M

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

THEMATIC PAPER ADVISORY COMMITTEE: TUSANA THAWEEKOON,
Ph.D. (NURSING), PATCHARIN NINTACHAN, Ph.D. (NURSING)

ABSTRACT

This study aimed to synthesize research on cognitive behavioral therapy (CBT) of panic disorder. This study was to search research in a systematic way from the electronic databases, including queries from various journals manually. There were 15 research studies selected for this study. The research studies were analyzed in terms of the effectiveness, components, and types of cognitive behavioral therapy. The results showed that cognitive behavioral therapy is considered to be an effective form of treatment for patients with panic disorder. Strategies commonly used in this treatment could be summarized into 4 steps: 1) psychoeducation related to the concepts of cognitive behavioral therapy and panic disorder, (2) reducing anxiety by using relaxation techniques, (3) cognitive restructuring, and (4) exposure techniques. In addition, a comparison analysis was conducted among different patterns of cognitive behavioral therapy such as the comparison between CBT and pharmacotherapy, the comparison between traditional CBT and brief CBT, and the comparison between face-to-face CBT and online CBT. The findings of the comparison studies could be applied to optional treatment to meet the needs of different groups of patients with panic disorder. The results from this study can be applied to further develop effective intervention for patients with panic disorder by using cognitive behavioral therapy.

KEY WORDS: COGNITIVE BEHAVIORAL THERAPY/ PANIC DISORDER

227 pages

สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ	ก
บทคัดย่อ (ภาษาไทย)	ง
บทคัดย่อ (ภาษาอังกฤษ)	จ
สารบัญตาราง	ช
สารบัญภาพ	ณ
บทที่ 1 บทนำ	
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
วัตถุประสงค์	5
ประโยชน์และผลที่คาดว่าจะได้รับ	5
นิยามศัพท์	5
บทที่ 2 ทบทวนวรรณกรรม	
โรคตื่นตระหนก	8
อาการและการวินิจฉัยโรคตื่นตระหนก	9
ผลกระทบจากโรคตื่นตระหนก	14
ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับโรคตื่นตระหนก	15
การบำบัดโรคตื่นตระหนก	18
บทบาทของพยาบาลจิตเวชในการดูแลผู้ป่วยโรคตื่นตระหนก	21
การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในผู้ป่วยโรคตื่นตระหนก	22
แนวคิดพื้นฐานในการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม	22
แนวคิดอธิบายการเกิดโรคตื่นตระหนก	24
ขั้นตอนการบำบัดโดยใช้แนวคิดการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม	27
ในผู้ป่วยโรคตื่นตระหนก	
บทที่ 3 วิธีดำเนินการศึกษา	
การสืบค้นงานวิจัยและหลักฐานอ้างอิงทางวิชาการเพื่อการทบทวน	33
แนวทางในการวิเคราะห์งานวิจัยและหลักฐานอ้างอิงเชิงวิชาการ	39

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
บทที่ 4 ผลการศึกษา	43
บทที่ 5 อภิปรายผล	62
บทที่ 6 สรุปผลการศึกษาและข้อเสนอแนะ	
สรุปผลการศึกษา	73
ข้อเสนอแนะ	76
บทสรุปแบบสมบูรณภาษาไทย	78
บทสรุปแบบสมบูรณภาษาอังกฤษ	94
รายการอ้างอิง	110
ภาคผนวก	122
ประวัติผู้ศึกษา	227

สารบัญตาราง

ตาราง	หน้า
3.1 แสดงผลการสืบค้นงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	35
3.2 การประเมินคุณภาพงานวิจัยที่เกี่ยวกับการใช้การบำบัดทางความคิด และพฤติกรรมในผู้ป่วยโรคต้นตระหนก	40
4.1 แสดงชื่อเรื่อง/ ชนิดการบำบัด (รายกลุ่ม/ รายบุคคล) กิจกรรม/ กลยุทธ์ที่ใช้บำบัด	47
4.2 สรุปผลการถ่วงกรองข้อมูลจากงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการบำบัด ทางความคิดและพฤติกรรมในผู้ป่วยโรคต้นตระหนก	123

สารบัญภาพ

ภาพ	หน้า
2.1 แสดงรูปแบบความคิด (Cognitive model) ตามแบบของBeck	23
2.2 แสดง Interactional model	24
2.3 แสดงวงจรการเกิดอาการตื่นตระหนกตามแนวคิดของคาร์ก	25
2.4 แสดงวงจรการเกิดอาการตื่นตระหนกตามแนวคิดของบาร์โล	26
2.5 แสดงวงจรความคิดอาการกลัวในโรคตื่นตระหนกของแมนโฟร์	28

บทที่ 1

บทนำ

ความสำคัญและความเป็นมาของปัญหา

โรคตื่นตระหนก (Panic Disorder) เป็นโรคจิตเวชชนิดหนึ่ง ซึ่งจัดอยู่ในกลุ่มโรควิตกกังวล (Anxiety Disorders) ผู้ป่วยที่เป็นโรคตื่นตระหนกจะมีการตื่นตระหนก คือใจเต้น ใจเต้นแรง หรือหัวใจเต้นเร็วมาก เหงื่อออกมาก ตัวสั่น หายใจไม่อิ่มหรือหายใจขัด รู้สึกอึดอัดหรือแน่นอยู่ข้างใน เจ็บหน้าอกหรือแน่นหน้าอก คลื่นไส้ ท้อง มึนงง วิงเวียน ปวดหัว หรือเป็นลม นอกจากนี้ผู้ป่วยยังรู้สึกว่าเหตุการณ์หรือสิ่งแวดล้อมนั้นไม่เป็นความจริง (Derealization) หรือรู้สึกว่าตนเองเป็นคนแปลกหน้าไม่คุ้นเคย (Depersonalization) กลัวว่าจะควบคุมตนเองไม่ได้ กลัวว่าตนเองกำลังจะตาย มีอาการชา หนาวสั่นหรือร้อนวูบวาบ ซึ่งอาการเหล่านี้จะเกิดขึ้นซ้ำบ่อยๆ เป็นอยู่ไม่นาน อาการเกิดขึ้นเองโดยไม่มีสิ่งมากระตุ้น และผู้ป่วยจะรู้สึกกังวลว่าอาการเหล่านั้นจะเกิดขึ้นอีก (American Psychiatric Association [APA], 1994) โรคตื่นตระหนกนี้มักพบว่าจะเกิดร่วมกับโรคอะโกราโฟเบีย (Agoraphobia) ซึ่งเป็นภาวะที่บุคคลนั้นกังวลต่อการอยู่ในสถานที่หรือสถานการณ์ที่อาจหลีกเลี่ยงได้ลำบาก หรืออาจไม่ได้รับการช่วยเหลือ หากว่าผู้ป่วยเกิดมีอาการตื่นตระหนก แม้ว่าความจริงจะไม่มีอันตรายอะไร เช่น การออกนอกบ้านตามลำพัง การอยู่ท่ามกลางหมู่คน เป็นต้น (APA, 1994)

ในประเทศสหรัฐอเมริกาพบความชุกของโรคตื่นตระหนกร้อยละ 3.7 และโรคตื่นตระหนกที่มีโรคอะโกราโฟเบียร่วมด้วยร้อยละ 1.1 (Kessler et al., 2006) ในยุโรปพบความชุกของโรคตื่นตระหนกร้อยละ 1.8 และโรคตื่นตระหนกที่มีโรคอะโกราโฟเบียร่วมด้วยร้อยละ 1.3 (Goodwin et al., 2005) จากการรวบรวมข้อมูลอัตราผู้ป่วยทางสุขภาพจิตของประเทศไทย ตั้งแต่ปี 2548 - 2550 พบว่า มีอัตราผู้ป่วยทั้งกลุ่มโรควิตกกังวลเท่ากับ 5.9, 5.5, และ 5.8 คนต่อประชากรพันคน (กรมสุขภาพจิต, 2550) ซึ่งในกลุ่มโรควิตกกังวลนี้พบว่า ในปี 2546 มีความชุกของโรคตื่นตระหนกร้อยละ 0.36 (กรมสุขภาพจิต, 2552ข) เมื่อเปรียบเทียบสถิติของโรคตื่นตระหนกของประเทศไทยกับประเทศสหรัฐอเมริกาและประเทศในยุโรปจะเห็นได้ว่า ความชุกของโรคตื่นตระหนกในประเทศไทยจะค่อนข้างต่ำกว่าประเทศฝั่งตะวันตก ซึ่งอาจจะเป็นเพราะในประเทศไทยยังขาดจิตแพทย์ที่จะทำการวินิจฉัยโรคตื่นตระหนก ทำให้ความชุกที่พบต่ำกว่า

ความเป็นจริง ถึงแม้ว่าความชุกของโรคตื่นตระหนกจะพบได้ค่อนข้างน้อยเมื่อเทียบกับโรคจิตเวชอื่นๆ แต่อย่างไรก็ตามโรคตื่นตระหนกยังถือว่าเป็นโรคทางจิตเวชที่สำคัญในการที่จะต้องหาแนวทางในการช่วยเหลือเพื่อป้องกันการเพิ่มขึ้นของผู้ที่ป่วยด้วยโรคตื่นตระหนกต่อไป

การเจ็บป่วยด้วยโรคตื่นตระหนกส่งผลกระทบในหลายๆด้าน ผู้ที่ป่วยเป็นโรคตื่นตระหนกจะรู้สึกทุกข์ทรมานจากอาการใจสั่น หัวใจเต้นแรง ตัวสั่น เวียนศีรษะ หรือเป็นลม เจ็บหรือแน่นหน้าอก หนาวสั่น หรือร้อนวูบวาบ ซาหรือรู้สึกเป็นเหน็บ หายใจไม่ออก กลัวว่าจะควบคุมตนเองไม่ได้ กลัวว่าตนเองจะตาย อาการเหล่านี้ที่เกิดขึ้นซ้ำๆบ่อยๆ ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกกังวลว่าอาการเหล่านั้นจะเกิดขึ้นอีก และจากการที่แพทย์ซึ่งตรวจวินิจฉัยไม่พบโรคทางกายและไม่สามารถรักษาได้นั้น ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกท้อแท้สิ้นหวังและเกิดอาการของโรคซึมเศร้า บางรายถึงกับคิดฆ่าตัวตายได้ (Noyes, 1991; Inoue et al., 2006) การที่ผู้ป่วยไม่กล้าอยู่คนเดียว ไม่กล้าไปไหนคนเดียวเพราะกลัวว่าถ้าเกิดอาการขึ้นมาแล้วไม่มีใครช่วยได้ สิ่งเหล่านี้รบกวนการทำงานและการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วย ส่งผลให้ครอบครัวต้องรับภาระในการดูแลผู้ป่วย (สเปญ อุ๋นอังก์, 2545) นอกจากนี้การที่ผู้ป่วยมีอาการตื่นตระหนก ซึ่งมีอาการคล้ายอาการทางโรคหัวใจ โรคทางเดินหายใจ โรคทางเดินอาหาร อาการดังกล่าวมักจะเป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยมาพบแพทย์ โดยในการมาพบแพทย์แต่ละครั้ง จะมีการตรวจวินิจฉัยเพื่อหาความผิดปกติ แต่ผลการตรวจไม่พบความผิดปกติทางกาย ทำให้ต้องมีการตรวจหาความผิดปกติต่อไปเรื่อยๆ (พิเชฐ อุดมรัตน์, วรัญ ดันชัยสวัสดิ์, และ สุรัชย์ เกื้อศิริกุล, 2531) ซึ่งการตรวจวินิจฉัยดังกล่าวมีค่าใช้จ่ายในการตรวจที่ค่อนข้างสูง เช่น การตรวจคลื่นหัวใจ ทำให้รัฐบาลต้องเสียบงบประมาณมากในการรักษาโรคตื่นตระหนก (Leon, Portera, & Weissman, 1995; Salvador, Segui, Fernandez, & Canet, 1995)

การเกิดโรคตื่นตระหนกเกี่ยวข้องกับปัจจัยด้านต่างๆหลายด้านคือ ปัจจัยทางชีวภาพ ปัจจัยส่วนบุคคล และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ปัจจัยทางชีวภาพที่เกี่ยวข้องกับโรคตื่นตระหนก ได้แก่ พันธุกรรม ในปัจจุบันมีการศึกษาถึงการถ่ายทอดลักษณะทางพันธุกรรมโดยการตรวจยีน (Gene) พบว่าโรคตื่นตระหนกเป็นโรคทางพันธุกรรม (Mosing et al., 2009) ส่วนสารสื่อประสาทที่สำคัญและพบว่ามีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคตื่นตระหนก เช่น ซีโรโทนิน (serotonin) ในงานวิจัยโรคตื่นตระหนกพบว่าตัวรับที่จำเพาะเจาะจงของซีโรโทนินเพิ่มขึ้นมีความสัมพันธ์กับการลดลงของอาการในผู้ป่วยโรคตื่นตระหนก (Nash et al., 2008) และพบว่าการเพิ่มขึ้นของระดับนอร์อิพิเนฟริน (Norepinephrine) ในผู้ป่วยโรคตื่นตระหนก (Sand et al., 2002) ปัจจัยส่วนบุคคลที่สัมพันธ์กับการเกิดโรคตื่นตระหนก ได้แก่ เพศ จากการศึกษาพบโรคตื่นตระหนกในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย (Sheikh, Leskin, & Klein, 2002) พบการเกิดอาการครั้งแรกในช่วงวัยรุ่น และวัยผู้ใหญ่ตอนต้น (Goodwin et al., 2005) ผู้ที่มีบุคลิกภาพแบบพึ่งพา (Bienvenu et al., 2009) มีการติดสารเสพติด

(บุรินทร์ สุรอรุณสัมฤทธิ์, 2547; Strat, Ramoz, & Gorwood, 2010) มีประวัติได้รับความกระทบเทือนทางจิตใจอย่างรุนแรง การที่บุคคลมีการเผชิญความวิตกกังวลในชีวิตประจำวันอย่างรุนแรง (severe stress) บุคคลดังกล่าวมักจะมีอาการหวาดกลัว และหลีกเลี่ยงเหตุการณ์ ที่ทำให้เกิดความหวาดกลัวหรืออาจมีอันตราย (David, Giron, & Mellman, 1995; Silove et al., 1995) นอกจากนี้ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมที่สัมพันธ์กับการเกิดโรคต้นตระหนก ได้แก่ การที่ต้องอาศัยอยู่ในแหล่งเสื่อมโทรม ซึ่งสภาพแวดล้อมทำให้ผู้ที่อาศัยในบริเวณดังกล่าวเกิดความเครียดได้ง่าย (สุทธิชัย ปานปรีชา, 2544)

การบำบัดรักษาโรคต้นตระหนกสามารถแบ่งออกได้เป็น 2 ประเภทใหญ่ๆ คือการบำบัดทางยา และการบำบัดทางจิตสังคม ยาที่ใช้ในการบำบัดโรคต้นตระหนก คือยาคลายกังวล และยาด้านเศร้า ยาที่นิยมใช้คือยาด้านซึมเศร้าเกือบทุกชนิด ซึ่งใช้ได้ผลดีกับอาการต้นตระหนก ข้อดีคือผู้ป่วยไม่เกิดภาวะพึ่งยา ได้ผลรักษาเร็วและช่วยลดอาการวิตกกังวลไปล่วงหน้า (Lydiard, Brawman, & Ballenger, 1996) ส่วนการบำบัดทางจิตสังคม ได้แก่ 1) การบำบัดทางจิตวิเคราะห์ ซึ่งเป็นการค้นหาความขัดแย้งหลักที่อยู่ในจิตใจและการเชื่อมโยงระหว่างเหตุการณ์หรือจินตนาการที่มากระตุ้นอาการต้นตระหนก (Busch, Milrod, & Singer, 1995) 2) พฤติกรรมบำบัด (Behavior therapy) พฤติกรรมบำบัดที่ใช้ในการรักษาโรคต้นตระหนกแบ่งออกได้เป็น 2 วิธีคือ การรักษาด้วยวิธีเผชิญ (Exposure) และการรักษาด้วยวิธีผ่อนคลาย (Relaxation) หลักของการรักษาด้วยวิธีเผชิญคือ เมื่อให้ผู้ป่วยได้ผ่านเข้าไปในสถานการณ์ที่ทำให้ตนเองหวาดกลัวหรือเผชิญกับวัตถุที่ทำให้กลัวนั้นบ่อยๆ จะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกเคยชินหรือติดเป็นนิสัย (habituation) และจะไม่กลัวสถานการณ์หรือวัตถุนั้นอีกต่อไป ทั้งนี้ผู้ป่วยจะได้รับการสอนให้ควบคุมความวิตกกังวลของตนเองทั้งในช่วงก่อนเผชิญ ขณะเผชิญ และภายหลังการเผชิญสถานการณ์ (Ost, Westling, & Hellstroem, 1993) ส่วนการรักษาด้วยวิธีผ่อนคลาย ทำได้โดยการควบคุมลมหายใจ เช่น การหายใจลึกๆ ด้วยกระบังลม (deep diaphragmatic breathing) ซึ่งจะสามารถควบคุมอาการทางกายของโรคต้นตระหนกได้ (Ost et al., 1993) และ 3) การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavior Therapy) จากการทบทวนงานวิจัยพบว่า การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม นับเป็นรูปแบบการบำบัดทางจิตสังคมที่มีประสิทธิผลในการบำบัดผู้ป่วยโรคต้นตระหนก (Furukawa, Watanabe, & Churchill, 2006; Gould, Otto, & Pollack, 1995; Lydiard et al., 1996; Mitte, 2005)

การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม เป็นกระบวนการเปลี่ยนพฤติกรรมภายนอกโดยการเปลี่ยนความคิด การตีความ การตั้งข้อสันนิษฐาน หรือกลวิธีในการสนองตอบหรืออีกนัยหนึ่งคือการปรับเปลี่ยนตัวแปรทางความคิดเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนพฤติกรรมภายนอก (Dobson & Block, 1988) การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมนั้นก็คือการใช้กระบวนการและเทคนิคการเรียนรู้มาใช้

ในการบำบัดเปลี่ยนความคิด ความเชื่อของบุคคลที่ไม่ถูกต้องเหมาะสมซึ่งความเชื่อนั้นส่งผลให้บุคคลเกิดปัญหาทางสุขภาพจิตและจิตเวช การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมช่วยให้บุคคลปรับเปลี่ยนความคิด ความเชื่อของตนให้เกิดความคิดที่ถูกต้องเหมาะสมและสามารถปรับตัวต่อสถานการณ์ต่างๆ ได้ดีขึ้นนั่นเอง (กรมสุขภาพจิต, 2552ก) ซึ่งในผู้ป่วยโรคตื่นตระหนกมักมีการแปลความหมายอาการแสดงทางร่างกายผิดไปในทางหายนะ (Catastrophic misinterpretations) ว่าอันตรายอันใหญ่หลวงกำลังเกิดขึ้นกับตน (Clark, 1988) ตัวอย่างเช่น เมื่อมีอาการแน่นหน้าอกหายใจไม่ออกก็คิดว่าตนเองกำลังจะตาย ดังนั้นการรักษาโรคตื่นตระหนกโดยใช้แนวความคิดของการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมจะมุ่งเน้นให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้ และฝึกพฤติกรรมความคิดใหม่ต่ออาการตื่นตระหนกนั้น และให้ความช่วยเหลือแก้ไขให้ผู้ป่วยเรียนรู้วิธีคิดแบบใหม่ที่เหมาะสม เพื่อแก้ไขการตอบสนองให้เหมาะสมขึ้น ซึ่งส่งผลต่อพฤติกรรมที่จะแสดงออกในอนาคต และผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจะทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมความคิดที่อิสระปราศจากความวิตกกังวล และความกลัวต่ออาการตื่นตระหนก ดังนั้นการช่วยเหลือผู้ป่วยโรคตื่นตระหนกจึงต้องมีการสนับสนุนทางด้านความรู้ คือช่วยให้ผู้ป่วยมีความเข้าใจเกี่ยวกับอาการตื่นตระหนก ธรรมชาติของโรคตื่นตระหนก รวมถึงหลักการการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม ตลอดจนมีการเรียนรู้และฝึกฝน ทักษะต่างๆ การแก้ไขปัญหา รวมถึงการพัฒนามุมมองต่อการเผชิญปัญหาแบบใหม่ที่เหมาะสมยิ่งขึ้น และแนวทางการจัดการกับอาการตื่นตระหนก จากการศึกษาที่ผ่านมาแสดงให้เห็นว่าการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมช่วยให้ ผู้ป่วยควบคุมอาการตื่นตระหนกและผู้ป่วยมีความมั่นใจในการออกไปไหนคนเดียวมากขึ้น มีคุณภาพชีวิตและสามารถปฏิบัติตนในชีวิตประจำวันดีขึ้น (London & Barlow, 2004; McIntosh et al., 2004)

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่า การบำบัดรักษาผู้ป่วยโรคตื่นตระหนกมีวิธีการบำบัดหลากหลายรูปแบบ ทั้งนี้รูปแบบที่มีประสิทธิภาพในการบำบัดผู้ป่วยโรคตื่นตระหนกคือการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม ผู้ศึกษาในฐานะพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชนซึ่งให้การดูแลผู้ป่วยโรคตื่นตระหนกโดยตรง แต่อย่างไรก็ตามในปัจจุบัน หน่วยงานที่ผู้ศึกษาปฏิบัติงานไม่มีแนวทางในการให้การดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ที่ชัดเจน ดังนั้นผู้ศึกษาจึงมีความสนใจที่จะรวบรวม วิเคราะห์ สังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในผู้ป่วยโรคตื่นตระหนก โดยมีการรวบรวมงานวิจัยทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศอย่างมีระบบ ซึ่งองค์ความรู้ที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้ จะเป็นแนวทางให้กับพยาบาลและผู้สนใจในการนำเอาการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมไปใช้ในการให้การดูแลผู้ป่วยโรคตื่นตระหนกต่อไป

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

เพื่อสังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับรูปแบบและประสิทธิผลของการบำบัดทางความคิด และพฤติกรรมในผู้ป่วยโรคตื่นตระหนก

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

ได้องค์ความรู้เพื่อเป็นแนวทางในการให้การดูแลผู้ป่วยโรคตื่นตระหนกโดยใช้การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม

นิยามศัพท์

ผู้ป่วยโรคตื่นตระหนก (Panic Disorder) หมายถึง บุคคลที่แพทย์ให้การวินิจฉัยว่าป่วยด้วยโรคตื่นตระหนกตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรค Diagnostic and statistical manual of mental disorder (DSM-IV) ของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน (APA, 1994) หรือเกณฑ์การวินิจฉัย ในรูปแบบ International Classification of Diseases (ICD-10) ขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization [WHO], 1993) โดยผู้ที่ เป็นโรคตื่นตระหนก จะมีอาการของใจสั่น ใจเต้นแรง หรือหัวใจเต้นเร็วมาก เหงื่อออกมาก ตัวสั่น หายใจไม่อิ่มหรือหายใจขัด รู้สึกอึดอัดหรือแน่นอยู่ข้างใน เจ็บหน้าอกหรือแน่นหน้าอก คลื่นไส้ ท้องไส้ปั่นป่วน ปากแห้ง (โดยไม่ได้เกิดจากการขาดน้ำ) มึนงง วิงเวียน ปวดหัว หรือเป็นลม รู้สึกเหมือนสิ่งแวดล้อมแปลกไป หรือไม่เป็นจริงรู้สึกเหมือนตัวเองเปลี่ยนไป กลัวคุมตัวเองไม่ได้หรือกลัวเป็นบ้า กลัวว่าตนเองกำลังจะตาย ซา หนาวสั่นหรือร้อนวูบวาบ เกิดขึ้นซ้ำบ่อยๆ อาการเป็นอยู่ไม่นาน เกิดขึ้นเองโดยไม่มีสิ่งมากระตุ้น และผู้ป่วยจะรู้สึกกังวลว่าอาการเหล่านั้นจะเกิดขึ้นอีก ซึ่งรวมถึงโรคตื่นตระหนกที่มีหรือไม่มีโรคอะโกราโฟเบียร่วมด้วย (Panic disorder with or without agoraphobia) โดยโรคอะโกราโฟเบีย หมายถึง ผู้ที่มีความรู้สึกกังวลหรือกลัวต่อการอยู่ในสถานที่หรือสถานการณ์ เช่น การออกนอกบ้านตามลำพัง การอยู่ท่ามกลางหมู่คนหรือยืนต่อแถว การอยู่บนสะพาน และการเดินทางโดยรถเมล์ รถไฟหรือรถยนต์ และมีการหลีกเลี่ยงสถานการณ์ดังกล่าว โดยมีความทุกข์ใจมากหรือมีความวิตกกังวลว่าจะเกิดอาการตื่นตระหนก หรือมีอาการที่คล้ายอาการตื่นตระหนก หรือต้องการให้มีผู้อื่นอยู่ร่วมด้วย

การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavior Therapy) ในผู้ป่วยโรคตื่นตระหนก หมายถึง การบำบัดรูปแบบหนึ่งซึ่งมีลักษณะการบำบัดในเชิงรุกและมีทิศทาง

มีระยะเวลาในการบำบัดที่มีขอบเขต และมีโครงสร้างชัดเจน โดยนำเอากระบวนการและเทคนิคการเรียนรู้มาใช้ในการเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติ (Automatic thoughts) ความเชื่อของบุคคลที่ไม่ถูกต้องเหมาะสม (Beck, 1979, อ้างใน กรมสุขภาพจิต, 2552ก) ซึ่งผู้ป่วยโรคตื่นตระหนกนั้นมักมีการแปลความหมายผิดไปในทางหายนะ (Catastrophic misinterpretations) ว่าอันตรายอันใหญ่หลวงกำลังเกิดขึ้นกับตน ดังนั้นการบำบัดโรคตื่นตระหนกจะมุ่งเน้นให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้ และฝึกพฤติกรรมการคิดใหม่ต่อสถานการณ์ที่ก่อความตื่นตระหนก ซึ่งส่งผลต่อพฤติกรรมที่จะแสดงออก และเพื่อแก้ไขการตอบสนองให้เหมาะสมขึ้น (Barlow & Craske, 2000)



บทที่ 2

การทบทวนวรรณกรรม

การศึกษานี้เป็นการสังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในผู้ป่วยโรคต้นตระหนก ผู้ศึกษาได้ทำการทบทวนตำรา เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ซึ่งสามารถแบ่งออกเป็น 2 ส่วน ดังต่อไปนี้

1. โรคต้นตระหนก

- 1.1 อาการและการวินิจฉัยโรคต้นตระหนก
- 1.2 ผลกระทบจากโรคต้นตระหนก
- 1.3 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับโรคต้นตระหนก
- 1.4 การบำบัดโรคต้นตระหนก
- 1.5 บทบาทของพยาบาลจิตเวชในการดูแลผู้ป่วยโรคต้นตระหนก

2. การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในผู้ป่วยโรคต้นตระหนก

- 2.1 แนวคิดพื้นฐานในการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม
- 2.2 แนวคิดอธิบายการเกิดโรคต้นตระหนก
- 2.3 ขั้นตอนและเทคนิคการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในผู้ป่วยโรค

ต้นตระหนก

โรคตื่นตระหนก (Panic Disorder)

โรคตื่นตระหนก เป็นโรคทางจิตเวชชนิดหนึ่งอยู่ในกลุ่มโรควิตกกังวล (Anxiety disorders) ซึ่งในคู่มือการวินิจฉัยโรคจิตเวชของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน (Diagnostic and statistical manual of mental disorders, fourth edition [DSM-IV]) (APA, 1994) แบ่งประเภทของโรควิตกกังวลไว้ ดังนี้

- โรคตื่นตระหนกชนิดที่ไม่มีโรคอะโกราโฟเบียร่วมด้วย (Panic disorder without agoraphobia)
- โรคตื่นตระหนกชนิดที่มีโรคอะโกราโฟเบียร่วมด้วย (Panic disorder with agoraphobia)
- โรคอะโกราโฟเบียชนิดที่ไม่มีโรคตื่นตระหนกร่วมด้วย (Agoraphobia without history of panic disorder)
- โรคกลัวเฉพาะเจาะจง (Specific phobia)
- โรคกลัวสังคม (Social phobia)
- โรคย้ำคิดย้ำทำ (Obsessive-Compulsive disorder)
- โรคเครียดหลังจากเผชิญเหตุการณ์ที่กระทบกระเทือนจิตใจ (Posttraumatic stress disorder)
- โรคเครียดเฉียบพลัน (Acute stress disorder)
- โรควิตกกังวลทั่วไป (Generalized anxiety disorder)
- โรควิตกกังวลอันเนื่องมาจากสภาวะทางกาย (Anxiety disorder due to a general medical condition) หรือ โรควิตกกังวลอันเนื่องมาจากการใช้สารที่ออกฤทธิ์ต่อระบบประสาท (Substance-Induce anxiety disorder)
- โรควิตกกังวลอื่นๆ (Anxiety disorder not otherwise specified) ความผิดปกติในกลุ่มนี้ประกอบด้วยความผิดปกติที่มีอาการวิตกกังวลอย่างชัดเจนและไม่เข้าเกณฑ์การวินิจฉัยของโรควิตกกังวลชนิดใดๆ

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้ศึกษาได้ทบทวนวรรณกรรมในเรื่องโรคตื่นตระหนกโดยครอบคลุมชนิดที่มีและไม่มีโรคอะโกราโฟเบีย แต่ไม่รวมถึงโรคอะโกราโฟเบียชนิดที่ไม่มีโรคตื่นตระหนกร่วมด้วย โรคตื่นตระหนกจะมีการแสดงออกทั้งทางร่างกายและจิตใจโดยมีอาการตื่นตระหนก (Panic Attack) หรืออาจเรียกว่า อาการตื่นตระหนกเกิดขึ้นเป็นครั้งคราว โดยที่อาการตื่นตระหนกนั้นไม่ได้เกิดขึ้นจากโรคทางอายุรกรรมหรือโรคทางจิตเวชอื่นๆ โรคนี้ไม่มีปัญหาอะไรที่หัวใจและไม่อันตราย เวลามีอาการตื่นตระหนกจะมีการเกิดขึ้นทันทีรุนแรง โดยโรคตื่น

ตระหนกมักเกิดขึ้นร่วมกับโรคอะโกราโฟเบีย (Kessler et al., 2006; Grant et al., 2006) ดังมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

อาการและการวินิจฉัยโรคตื่นตระหนก

ในอาการตื่นตระหนกเป็นอาการแสดงทางร่างกายมีความหลากหลายในระบบต่างๆ ซึ่งอาการแสดงที่คล้ายโรคจิตเวชชนิดอื่นๆ โดยหลักเกณฑ์ในการวินิจฉัยโรคทางจิตเวชที่นิยมใช้มี 2 หลักการ คือ หลักเกณฑ์การวินิจฉัยตามหลัก DSM-IV ของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน (APA, 1994) และหลักเกณฑ์การวินิจฉัย ในรูปแบบ ICD-10 ขององค์การอนามัยโลก (WHO, 1993) จึงได้ทำการทบทวนหลักเกณฑ์การวินิจฉัยโรคตื่นตระหนก ทั้ง 2 หลักการมีดังต่อไปนี้

หลักเกณฑ์การวินิจฉัยโรคตื่นตระหนกของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน (DSM-IV) สมาคมจิตแพทย์อเมริกัน (APA, 1994) ได้แบ่งเกณฑ์การวินิจฉัยโรคตื่นตระหนกออกเป็น 2 ชนิด คือ ชนิดที่มี “อะโกราโฟเบีย” (with agoraphobia) รวมด้วยกับชนิดที่ไม่มี “อะโกราโฟเบีย” (without agoraphobia) มีอาการตื่นตระหนก (panic attack) ช่วยการวินิจฉัยให้ชัดเจนมากขึ้น

เพื่อให้การวินิจฉัยโรคตื่นตระหนกมีความง่ายต่อการจำแนกจากโรคจิตชนิดอื่นๆ ดังนั้นสมาคมจิตแพทย์อเมริกันได้แบ่งอาการตื่นตระหนกออกเป็น 3 ชนิด

1) อาการตื่นตระหนกที่ไม่ได้คาดคิด (unexpected) หรือไม่มีตัวชี้แนะ (uncued) หมายถึงอาการตื่นตระหนกที่เกิดขึ้นขณะ ไม่มีสถานการณ์ภายนอกภายในมาเป็นตัวกระตุ้น (trigger) ซึ่งอาการตื่นตระหนกนั้นเกิดขึ้นเอง

2) อาการตื่นตระหนกที่เกี่ยวข้องกับสถานการณ์ (situationally bound) หรือมีตัวชี้แนะ (cued) หมายถึง อาการตื่นตระหนกที่มักจะเกิดขึ้นเกือบจะทันทีทันใดที่ได้เผชิญหรือคาดคิดว่าต้องเผชิญกับตัวชี้แนะที่เป็นสถานการณ์หรือตัวกระตุ้น

3) อาการตื่นตระหนกที่มีสถานการณ์ชวนให้เกิด (situationally predisposed) อาการตื่นตระหนกชนิดนี้จะต่างจากชนิดที่ 2 ตรงที่ไม่จำเป็นต้องทันทีทันใดเมื่อได้เผชิญกับสถานการณ์นั้น หรือไม่ได้เกิดทุกครั้งที่ได้เผชิญสถานการณ์นั้น แต่มักจะเกิดขึ้นกับสถานการณ์นั้นเป็นส่วนใหญ่

การวินิจฉัยในโรคตื่นตระหนกตามหลักการ DSM-IV จะต้องเกิดอาการตื่นตระหนกในแบบที่ไม่ได้คาดคิดมาก่อนเกิดขึ้นซ้ำๆ (recurrent unexpected panic attack) ส่วนอาการตื่นตระหนกที่เกิดขึ้นภายหลัง (subsequent attacks) นั้นอาจจะเป็นอาการตื่นตระหนกได้ทุก

รูปแบบซึ่งอาการ ตื่นตระหนกสองรูปแบบหลังไม่ได้เป็นลักษณะเฉพาะของโรคตื่นตระหนกอาจ
เกิดได้ในโรควิตกกังวลชนิดอื่นๆ

อาการของโรคตื่นตระหนกหมายถึงผู้ป่วยจะมีความกลัวหรือความอึดอัด ไม่สบายอย่างรุนแรงเป็นเวลาที่ชัดเจน โดยมีอาการในหัวข้อต่อไปนี้น้อย 4 อาการขึ้นไป อาการเกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว แบบทันทีทันใดและถึงระดับรุนแรงที่สุดภายในเวลา 10 นาที 1) ใจเต้นแรงหรือใจเต้นเร็วมาก 2) เหงื่อแตก 3) ตัวสั่น 4) หายใจไม่อิ่มหรือหายใจขัด 5) รู้สึกอึดอัดหรือแน่นอยู่ข้างใน 6) เจ็บหน้าอกหรือแน่นหน้าอก 7) คลื่นไส้ ท้องไส้ปั่นป่วน 8) วิงเวียนโคลงเคลง มึนตื้อ หรือเป็นลม 9) รู้สึกว่าเหตุการณ์หรือสิ่งแวดล้อมนั้นไม่เป็นความจริง (derealization) หรือรู้สึกว่าตนเองเป็นคนแปลกหน้าไม่คุ้นเคย (depersonalization) 10) กลัวคุมตัวเองไม่ได้หรือกลัวเป็นบ้า 11) กลัวว่าจะตาย 12) ชา หรือรู้สึกชู่ซ่า (paresthesias) และ 13) หาว ลั่นหรือรื้อนวาววาว

การวินิจฉัยโรคต้นตระกูล มีหลักเกณฑ์ดังต่อไปนี้ให้ครบทุกข้อ

- 1) มีอาการตื่นตระหนกเกิดขึ้นซ้ำๆ โดยคาดไม่ได้
- 2) อย่างน้อยหนึ่งครั้งของการเกิดอาการ จะต้องมีอาการดังต่อไปนี้หนึ่งข้อ (หรือมากกว่า) ติดตามมาเป็นเวลานาน 1 เดือน (หรือมากกว่า)
- (ก) กังวลว่าจะเกิดอาการขึ้นอีกอยู่ตลอดเวลา
- (ข) กังวลว่าอาจแสดงถึงโรคร้ายแรงหรือกังวลเกี่ยวกับผลติดตามมา (เช่น คุณตัวเองไม่ได้ เป็นโรคหัวใจ เป็นบ้า)
- (ค) พฤติกรรมเปลี่ยนไปอย่างชัดเจนเนื่องจากการเกิดอาการ

- 3) อาการตื่นตระหนก นี้มีได้เป็นจากผลโดยตรงด้านสรีรวิทยาจากสาร (เช่น สารเสพติด ยา) หรือจากภาวะความเจ็บป่วยทางกาย (เช่น Hyperthyroid)
- 4) อาการตื่นตระหนก ที่เกิดขึ้นนี้ ไม่ได้เข้ากับโรคจิตเวชอื่นๆ ได้ดีกว่า เช่น Social phobia (เช่น เกิดอาการขณะเผชิญกับสถานการณ์ทางสังคมที่หวั่นเกรง) Specific phobia (เช่น เผชิญกับสถานการณ์ที่กลัว) Obsessive-Compulsive disorder (เช่น เผชิญกับสิ่งสกปรกในคนที่หมกมุ่นกับการกลัวติดเชื้อโรค) Posttraumatic stress disorder (เช่น เกิดอาการจากสิ่งเร้าที่เกี่ยวข้องกับความกดดันที่รุนแรงนั้น) หรือ Separation anxiety disorder (เช่น เกิดอาการจากการห่างจากบ้านหรือญาติใกล้ชิด)

โรคอะโกราโฟเบีย (Agoraphobia) หมายถึงอาการกลัวการอยู่ในที่โล่งหรือที่ชุมชน เป็นภาวะวิตกกังวลที่จะต้องอยู่ในสถานที่หรือสถานการณ์บางอย่างที่ผู้ป่วยรู้สึกว่า

หลบหนีได้ลำบาก หรือเกรงว่าจะไม่ได้รับความช่วยเหลือ เมื่อเกิดอาการตื่นตระหนกขึ้น จากความรู้สึกนี้นำไปสู่พฤติกรรมหลีกเลี่ยงที่จะเดินทางไปไหนมาไหนคนเดียว ไม่ไปในที่ๆ ไม่รู้จักใคร หรือหลีกเลี่ยงสถานที่นั้นๆ สมาคมจิตแพทย์อเมริกันจึงได้ให้หลักเกณฑ์การวินิจฉัยโรคอะโกราโฟเบีย มีหลักเกณฑ์ไว้ดังนี้ครบทุกข้อ

1) กังวลต่อการอยู่ในสถานที่หรือสถานการณ์ที่อาจหลีกเลี่ยงได้ลำบาก (หรืออาจทำให้อับอาย) หรืออาจไม่ได้รับการช่วยเหลือ หากว่าผู้ป่วยเกิดมีอาการตื่นตระหนก หรือมีอาการที่คล้ายอาการตื่นตระหนก ไม่ว่าจะเป็นขึ้นมาเองหรือเป็นจากบางสถานการณ์มากขึ้นก็ตาม ความกลัวแบบโรคอะโกราโฟเบียที่เป็นแบบฉบับ มักจะเกี่ยวข้องกับสถานการณ์เหล่านี้ ซึ่งประกอบด้วยการออกนอกบ้านตามลำพัง การอยู่ท่ามกลางหมู่คนหรือยืนต่อแถว การอยู่บนสะพาน และการเดินทางโดยรถเมล์ รถไฟหรือรถยนต์ (หมายเหตุ: หากการหลีกเลี่ยงจำกัดอยู่เฉพาะสถานการณ์ใดสถานการณ์หนึ่ง หรือเพียงไม่กี่สถานการณ์ ให้คำนึงถึงการวินิจฉัย Specific phobia หากหลีกเลี่ยงจำกัดอยู่แต่การพบปะผู้คน ให้คำนึงถึง Social phobia)

2) มีการหลีกเลี่ยงสถานการณ์ต่างๆ เหล่านี้ (เช่น งดการเดินทาง) หรือมีก็ต้องทนเผชิญ โดยมีความทุกข์ใจมากหรือมีความวิตกกังวลว่าจะเกิดอาการตื่นตระหนก หรือมีอาการที่คล้ายอาการตื่นตระหนก หรือต้องมีผู้อื่นอยู่ร่วมด้วย

3) อาการวิตกกังวลหรือการเลี่ยงจากความกลัวนี้ ไม่ได้เข้ากับโรคทางจิตเวชอื่นๆ ได้ดีกว่า เช่น Social phobia (เช่น การหลีกเลี่ยงจำกัดอยู่เฉพาะการพบปะผู้คนเนื่องจากเกรงว่าจะแสดงความประหม่า) Specific phobia (การหลีกเลี่ยงจำกัดอยู่เฉพาะสถานการณ์เดียวเท่านั้น เช่น ลิฟต์) Obsessive-Compulsive disorder (เช่น บางคนหลีกเลี่ยงสิ่งสกปรกเนื่องจากหมกมุ่นกับการกลัวติดเชื้อโรค) หรือ Separation Anxiety disorder (เช่น หลีกเลี่ยง การห่างจากบ้านหรือญาติ)

ในหลักเกณฑ์ DSM-IV การวินิจฉัยโรคตื่นตระหนกทั้ง 2 ชนิด คือชนิดที่มีและไม่มีโรคอะโกราโฟเบียร่วมด้วย โดยดูตามหลักเกณฑ์การวินิจฉัยโรคตื่นตระหนกดังกล่าวข้างต้นเป็นการวินิจฉัยหลักและร่วมกับหลักเกณฑ์การวินิจฉัยโรคอะโกราโฟเบียควบคู่กันไป ทั้งนี้ ทั้งสองหลักเกณฑ์เน้นย้ำในการแยกโรคจิตเวชอื่นๆ ออกจากโรคตื่นตระหนกและโรคอะโกราโฟเบีย

หลักเกณฑ์การวินิจฉัยโรคตื่นตระหนกขององค์การอนามัยโลก (ICD-10) องค์การอนามัยโลก (WHO, 1993) ได้จัดโรคตื่นตระหนกอยู่ในกลุ่มโรควิตกกังวลชนิดอื่นๆ และหลักการวินิจฉัยโรคตื่นตระหนก (ขณะมีอาการกำเริบเฉียบพลัน) โดยมีรายละเอียดดังนี้

1) อาการตื่นตระหนก ไม่สอดคล้องกับสถานการณ์ ที่เฉพาะเจาะจงหรือสถานที่และเกิดขึ้นโดยคาดเดาไม่ได้ การเกิดอาการไม่ได้เกี่ยวข้องกับการออกแรงหรืออยู่ในสถานการณ์อันตราย

2) อาการตื่นตระหนกมีลักษณะทั้งหมดดังนี้

(ก) อาการไม่ได้เกิดต่อเนื่องตลอดตอนที่รู้สึกกลัวหรือ
กระวนกระวายใจ

(ข) เกิดขึ้นในทันทีทันใด
(ค) เกิดขึ้นรุนแรงอาการคงอยู่ในระยะเวลาชั่วคราวหรือระยะ
ไม่กี่นาที

(ง) มีอาการดังต่อไปนี้ อย่างน้อย 4 อาการ และมี 1 อาการ
ในระบบประสาทอัตโนมัติ

อาการระบบประสาทอัตโนมัติ

- (1) ใจสั่น จุกแน่น ใจเต้นแรง
- (2) เหงื่อออก
- (3) ตัวสั่น เขย่า
- (4) ปากแห้ง (โดยไม่ได้เกิดจากการขาดน้ำ)

อาการเกี่ยวกับหน้าอกและช่องท้อง

- (5) หายใจลำบาก
- (6) รู้สึกจะสำลัก
- (7) เจ็บหน้าอก แน่นหน้าอก
- (8) คลื่นไส้ แน่นอึดอัดท้อง

อาการเกี่ยวกับสมองและจิตใจ

- (9) รู้สึกวิงเวียน โคลงเคลง หัววิวๆ หรือเป็นลม
- (10) รู้สึกเหมือนสิ่งแวดล้อมเปลี่ยนไปไม่เป็นจริงหรือรู้สึก

เหมือนตนเองเปลี่ยนไป

- (11) กลัวควบคุมตนเองไม่ได้กลัวเป็นบ้า
- (12) กลัวว่าจะตายด้วยอาการที่เกิดขึ้น

อาการทั่วไป

- (13) รู้สึกร้อนวูบวาบหรือหนาวสั่น
- (14) ชาเหน็บ เสียวแปลบ

3) ส่วนใหญ่นิยมใช้เกณฑ์การยกเว้น: เกณฑ์คือ โรคทางกาย โรคจิตที่เกิดจากอาการทางกาย โรคจิตเภท โรคความผิดปกติทางอารมณ์ และโรคทางจิตที่อาการผิดปกติของร่างกาย

ระดับของความรุนแรงของโรคต้นตระหนกแบ่งได้ 2 กลุ่ม เป็นระดับปานกลางและรุนแรง ระดับปานกลางผู้ป่วยต้องมีอาการอย่างน้อย 4 ครั้งในเวลา 1 เดือน ส่วนระดับรุนแรงต้องมีอาการอย่างน้อย 4 ครั้ง ใน 1 สัปดาห์ เป็นเวลา 1 เดือน

โรคอะโกราโฟเบีย (Agoraphobia) ในหลักเกณฑ์ของ ICD-10 (WHO, 1993) โรคอะโกราโฟเบีย มีอาการดังต่อไปนี้

1) มีอาการแสดงชัดเจนสม่ำเสมอในการกลัวหรือหลีกเลี่ยง สถานการณ์ 2 อย่างต่อไปนี้

- (1) ชุมชน
- (2) สถานที่สาธารณะ
- (3) เดินทางคนเดียว
- (4) เดินทางออกจากบ้าน

2) โดยมีอาการเช่นเดียวกับในโรคต้นตระหนก ทั้ง 14 ข้อ เกิดขึ้นในสถานการณ์ที่กลัวมีอาการดังกล่าว อย่างน้อย 2 อาการ และมี 1 อาการในระบบประสาทอัตโนมัติ

3) มีความทุกข์ทรมานใจกับการหลีกเลี่ยง อาการวิตกกังวล การนึกคิดมากเกินไปไม่มีเหตุผล

4) อาการจะเกิดขึ้นขณะที่กลัวสถานการณ์นั้นหรือเมื่อนึกถึง

5) ส่วนใหญ่นิยมใช้เกณฑ์การยกเว้น: เกณฑ์คือไม่ได้เกิดจากอาการจิตหลอน ภาพหลอน หรืออาการของความผิดปกติอื่นๆ เช่น โรคจิตที่เกิดจากอาการทางกาย โรคจิตเภท โรคความผิดปกติทางอารมณ์ โรคย้ำคิดย้ำทำ และความเชื่อทางวัฒนธรรม

โดยโรคอะโกราโฟเบีย หลักการวินิจฉัยใน ICD-10 ใช้ในการวินิจฉัยเป็น 2 ชนิด คือ ชนิดที่เกิดร่วมกับโรคต้นตระหนก และไม่มีโรคต้นตระหนกร่วม และระดับความรุนแรง ใช้การประเมินจากระดับการหลีกเลี่ยงสถานการณ์และอาการต้นตระหนก

จากข้อมูลดังกล่าว ในการวินิจฉัยโรคต้นตระหนกที่นิยมใช้กันแพร่หลาย มี 2 หลักการ ของจิตแพทย์อเมริกัน และขององค์การอนามัยโลกโดยเป็นหลักเกณฑ์ที่คล้ายคลึงกัน ต่างกันบ้างที่อาการ ปากแห้ง (โดยไม่ได้เกิดจากการขาดน้ำ) ซึ่งมีในหลักเกณฑ์ขององค์การอนามัยโลก และในการแยกโรคร่วมอะโกราโฟเบีย มีหลักเกณฑ์คล้ายกัน ในกรณีของจิตแพทย์อเมริกัน

คงไว้เป็นโรคร่วมของโรคต้นตระหนก ขององค์การอนามัยโลกใช้โรคอะโกราโฟเบียเป็นการวินิจฉัยโดยมีโรคต้นตระหนกร่วม

ผลกระทบจากโรคต้นตระหนก

โรคต้นตระหนก ก่อให้เกิดผลกระทบทั้งต่อตัวผู้ป่วยเอง และครอบครัว นอกจากนั้นยังส่งผลกระทบในระดับสังคม ประเทศชาติ อีกด้วยดังนี้

ผลกระทบต่อตัวผู้ป่วย

จากอาการที่ผู้ป่วยเป็นส่งผลกระทบถึงผู้ป่วยโดยตรงโรคต้นตระหนก ช่วงระยะเวลาที่ผู้ป่วยมีความกลัว หรือรู้สึกไม่สบายอย่างรุนแรง (พิเชฐ อุดมรัตน์และคณะ, 2531) โดยเกิดขึ้นแบบทันทีทันใดและรุนแรงที่สุด ใจสั่น หัวใจเต้นแรง เหงื่อแตก ตัวสั่น เวียนศีรษะ หรือเป็นลม เจ็บหรือแน่นหน้าอก หนาวสั่น หรือร้อนวูบวาบ ซาหรือรู้สึกเป็นเหน็บ หายใจไม่ออก รู้สึกเหมือนมีก้อนจุกที่คอ คลื่นไส้หรือปั่นป่วนในท้อง กลัวว่าจะควบคุมตนเองไม่ได้ ผู้ป่วยกลัวว่าตนเองจะตาย ส่งผลต่อการใช้ชีวิตประจำวัน เช่น ผู้ป่วยหลายรายไม่กล้าอยู่คนเดียวไม่กล้าไปไหนคนเดียวเพราะกลัวว่าถ้าเกิดอาการขึ้นมาแล้วไม่มีใครช่วยเรา (สเปญ อุ๋นอองค์, 2545)

ผู้ป่วยเป็นกังวลว่าตนเองป่วยไม่ปกติแน่ๆ แต่จากแพทย์ซึ่งตรวจวินิจฉัยไม่ได้ว่าเป็นโรคอะไรและไม่สามารถรักษาให้ได้นั้น ทำให้ผู้ป่วยบางรายรู้สึกท้อแท้สิ้นหวังและเกิดอาการของโรคซึมเศร้าได้ บางรายถึงกับเบียดชีวิตอยากตาย หรือคิดฆ่าตัวตายได้ (Noyes, 1991; Inoue et al., 2006)

นอกจากนี้โรคต้นตระหนกยังส่งผลถึงคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย จากการศึกษาพบว่าคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคต้นตระหนกทั้งด้านร่างกายและจิตใจอยู่ในระดับต่ำมากเมื่อเปรียบเทียบกับคนปกติ หรือคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคต้นตระหนก เทียบเท่ากับผู้ป่วยโรคซึมเศร้า คุณภาพชีวิตโดยแบบทดสอบเดียวกันพบว่าคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคต้นตระหนกและความสัมพันธ์กับจำนวนครั้งที่เกิดอาการต้นตระหนกอีกด้วย (Candilis et al., 1999; Carrera et al., 2006)

ผลกระทบต่อตัวครอบครัว

ครอบครัวผู้ป่วยต้องมีหน้าที่ดูแลผู้ป่วยโดยตรง และผู้ป่วยมีอาการดังกล่าวส่งผลให้ผู้ป่วยโรคต้นตระหนกไม่กล้าไปไหนคนเดียวญาติหรือคนในครอบครัว ทำให้ครอบครัวเสียเวลาในการดูแลผู้ป่วย ต้องไปกับผู้ป่วยซึ่งแต่ละคนต้องมีการหน้าที่ในการทำงานหารายได้ และรายได้ของครอบครัว ต้องนำมาใช้ในการบำบัดรักษาผู้ป่วย ซึ่งในโรคต้นตระหนกผู้ป่วย

มีภาวะกังวลมากซึ่งจากไม่ทราบว่าตนเองป่วยเป็นอะไร ก็จะเข้ารักษาตามโรงพยาบาลต่างๆ ต้องมีการตรวจวินิจฉัย ย่อมมีค่าใช้จ่ายเกิดขึ้น (สเปญ อุ๋นอ์นงค้, 2544)

ผลกระทบต่อสังคมและประเทศชาติ

โรคตื่นตระหนก เป็นโรคที่ผู้ป่วยต้องเข้าโรงพยาบาลบ่อยๆ โดยเฉพาะผู้ป่วยมักมาพบแพทย์ที่ห้องฉุกเฉินเมื่อเกิดอาการ จะเห็นได้ว่าอาการตื่นตระหนก นั้นคล้ายกับโรคหัวใจ โรคทางเดินหายใจ และผู้ป่วยมักคิดว่าตัวเองป่วยโรคร้ายแรง ส่วนใหญ่จึงไปพบแพทย์ สาขาดังกล่าว มีรายงานว่าผู้ป่วยในคลินิกโรคหัวใจที่มีอาการตื่นตระหนกแล้วเมื่อตรวจคลื่นหัวใจ หรือสวนเส้นเลือดหัวใจก็พบว่าผลเป็นปกติ (พิเชฐ อุ๋นอ์นงค้และคณะ, 2531) ดังมีรายงานว่าผู้ป่วยโรคตื่นตระหนกที่มีอาการดังกล่าว ได้รับการตรวจหัวใจด้วยคลื่นเสียงความถี่สูง (Echocardiogram) แต่ผลเป็นปกติ (สุภรัตน์ เอกอ์สวีน, 2542) ซึ่งการตรวจวินิจฉัยดังกล่าวมีค่าใช้จ่ายที่ค่อนข้างสูง รัฐบาลต้องเสียงบประมาณในการรักษาซึ่งมีผลการศึกษาในต่างประเทศ ในการรักษาผู้ป่วยโรคตื่นตระหนกพบว่ามีค่าใช้จ่ายที่สูงมาก (Leon, et al, 1995; Salvador, et al., 1995)

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับโรคตื่นตระหนก

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับโรคตื่นตระหนกประกอบไปด้วย ปัจจัยทางชีวภาพ ปัจจัยทางจิตวิทยาและปัจจัยทางสังคมและสิ่งแวดล้อมดังนี้

ปัจจัยทางชีวภาพ (Biological factors)

จากการทบทวนวรรณกรรมในโรคตื่นตระหนกทั้งในการศึกษาในประเทศและต่างประเทศ พบว่าปัจจัยทางชีวภาพในโรคตื่นตระหนก ประกอบไปด้วย

พันธุกรรม ในการศึกษาโรควิตกกังวลในประเทศไทย

พบว่าบุคคลที่มีบิดามารดาที่ป่วยเป็นโรควิตกกังวลมีโอกาสป่วยได้มากกว่าบุคคลที่ไม่มีบิดามารดาป่วยโรคกังวล และยังพบว่าลูกที่มีทั้งบิดาและมารดาป่วยเป็นโรคซึมเศร้า มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดโรคตื่นตระหนกมากกว่าลูกที่บิดามารดาไม่ได้เป็นโรคซึมเศร้าถึง 3 เท่า (บุรินทร์ สุรอรุณสัมฤทธิ์, 2547) ในต่างประเทศมีการทบทวนวรรณกรรมโรคตื่นตระหนกพบว่า การศึกษาในครอบครัวโรคตื่นตระหนกมีข้อบ่งชี้ โรคตื่นตระหนกเป็นโรคทางพันธุกรรม ถึง 5 เรื่อง และพบการศึกษาในคู่แฝดหลายเรื่องที่แสดงให้เห็นโรคตื่นตระหนกมีความสัมพันธ์ในกรรมพันธุ์ (Hettema, Neale, & Kendler, 2001) ในปัจจุบันการถ่ายทอดลักษณะทางพันธุกรรมโดยการตรวจยีน (Gene) ใช้เป็นการตรวจสอบโรคทางกรรมพันธุ์ โรคตื่นตระหนกเป็นโรคจิตเวชที่พบความผิดปกติของยีน เมื่อยีนผิดปกติทำให้เกิดผลเสียทำให้แตกต่างจากยีนปกติ จึงเกิดเป็นโรคขึ้น มีงานวิจัยพันธุศาสตร์ของยีนในผู้ป่วยโรคตื่นตระหนกพบความผิดปกติในระดับโครโมโซม ที่หลายตำแหน่งแต่งานวิจัยยังไม่

สอดคล้องกันที่จะระบุตำแหน่งของโครโมโซมใด ในการศึกษาพันธุกรรม 4 โรคพบว่า โรคตื่นตระหนกเป็นโรคทางพันธุกรรมและโรคตื่นตระหนกมีความสัมพันธ์กับโรคอะโคราโฟเบียอย่างมาก (Mosing et al., 2009)

การทำงานของสมอง สาเหตุของโรคตื่นตระหนกเกิดจากมีปัญหาในการทำงานของสมองส่วนควบคุมความกลัว ซึ่งก็คือบริเวณโครงสร้างเล็กๆในสมองที่เรียกว่า "อะมิกดาลา (Amygdala)" ซึ่งสมองส่วนนี้เป็นส่วนที่เล็กมาก แต่ผลกระทบที่เกิดขึ้นนั้นทำให้มีปฏิกริยามากมายต่อร่างกายและจิตใจ ซึ่งมีรายงานการศึกษาวิจัยในสัตว์ทดลองสรุปไว้ว่า ภาวะความผิดปกติทางด้านวิตกกังวลทั้งหลายมีความสัมพันธ์กันกับอะมิกดาลาในสมองที่ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงหลายอย่างกับร่างกายและจิตใจ โดยเฉพาะความกลัว ความจำ ความวิตกกังวลมากมายที่ส่งผลต่อพฤติกรรม จึงทำให้มีการศึกษาทางด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพมากมายเพื่อพัฒนาหาแนวทางในการรักษาให้เหมาะสม ซึ่งก็พบว่าเมื่อมีสิ่งกระตุ้นจากภายนอกหรือภายในก็ตามที่ ทำให้มีผลเกิดการเปลี่ยนแปลงของสารสื่อประสาทในสมอง ที่ส่งผลต่อพฤติกรรมและความคิดเป็นอย่างมาก ภาวะวิตกกังวลนี้ส่งผลต่อร่างกายและจิตใจให้ตกอยู่ในภาวะการณ์ที่เรียกว่า "สู้หรือถอย (fight or flight) และ ความผิดปกติเกี่ยวกับฮอร์โมน ความเจ็บป่วยโรคทางกาย สารเสพติด และ กรรมพันธุ์ (สเปญ อุณนงค์, 2545) นอกจากนี้ในกลุ่มทฤษฎีชีววิทยาสมัยใหม่ ได้ทำการศึกษาในเรื่องกายวิภาคศาสตร์ของสมอง ส่วนที่เกี่ยวกับอารมณ์ ซึ่งมีศูนย์กลางอยู่ที่สมองส่วนล่าง ได้แก่ Limbic system, Diencephalons (thalamus และ hypothalamus) และ Reticular formation เชื่อว่าสมองส่วนล่างนี้มีหน้าที่ในการตอบสนองต่อการกระตุ้น และการควบคุมระบบการตื่นตัวของร่างกาย รวมทั้งการรักษาความสมดุลของการทำหน้าที่ของระบบประสาทอัตโนมัติ ซึ่งถ้าระบบประสาทเหล่านี้ทำหน้าที่ผิดปกติ จะทำให้บุคคลเหล่านี้มีการทำงานที่ผิดปกติเกิดขึ้น คนที่มีความวิตกกังวลได้ง่ายพบว่าระบบประสาทอัตโนมัติมีการตอบสนองต่อสิ่งเร้ามากกว่าธรรมดา Locus coeruleus ซึ่งเป็นศูนย์กลางของ Noradrenergic neurons ในสมอง จะมีการทำงาน มากขึ้นในภาวะวิตกกังวล โดยเฉพาะในรายที่มีการตื่นตระหนก สรุปคือ Peripheral and central nervous system พบว่า autonomic nervous system ของผู้ป่วยกลุ่ม นี้มีการเพิ่มขึ้นของ sympathetic tone อย่างมาก เมื่อถูกกระตุ้นด้วย stimuli ต่าง ๆ (มานิช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิชย์, 2548)

สารสื่อประสาท สารสื่อประสาทที่สำคัญและพบว่า มักจะมีความสัมพันธ์การเกิดโรคตื่นตระหนก ประกอบด้วยสารสื่อประสาท 3 ตัวด้วยกัน ซีโรโทนิน (serotonin) นอร์อิพิเนฟริน (norepinephrine) และ GABA มีรายละเอียดดังนี้ (1) ซีโรโทนิน (serotonin) มีชื่อทางเคมีว่า 5-hydroxytryptamine หรือที่ส่วนใหญ่นิยมเรียกว่า 5HT ซีโรโทนินเป็นสารที่ได้รับการศึกษาวิจัยอย่างกว้างขวางมากที่สุดชนิดหนึ่งใน ปัจจุบัน สารซีโรโทนินเกิดจาก

ขบวนการทางเคมีของกรดอะมิโนที่ชื่อ tryptophan การออกฤทธิ์ของซีโรโทนินต้องมีตัวรับที่จำเพาะเจาะจง เรียกว่า serotonin receptor ซึ่งมีหลายชนิด ในงานวิจัยโรคตื่นตระหนกพบว่าตัวรับที่จำเพาะเจาะจงของซีโรโทนินมีความสัมพันธ์กับการลดลงของอาการในผู้ป่วยโรคตื่นตระหนก (Nash et al., 2008) และในการรักษาทางเวชปฏิบัติการใช้ยา Selective serotonin reuptake inhibitors (SSRI) มีการยับยั้งการดูดกลับของ สารซีโรโทนิน มีผลให้อาการในผู้ป่วยโรคตื่นตระหนกดีขึ้น แสดงให้เห็นว่า การที่ระดับซีโรโทนินสูงทำให้อาการตื่นตระหนกดีขึ้น (2) นอร์อิพิเนฟริน (Norepinephrine) เป็นทั้งฮอร์โมนและสารสื่อประสาท ผลของสารชนิดนี้ออกฤทธิ์ในระบบประสาทซิมพาเทติก คือเพิ่มอัตราการเต้นของหัวใจ มีบทบาททำให้ตื่นตัว งานวิจัยในยืนตัวขนส่งนอร์อิพิเนฟรินพบว่ายืนที่ขนส่งนอร์อิพิเนฟรินปริมาณมีความสัมพันธ์กับโรคอะโคราโฟเบีย ดังนั้นปริมาณนอร์อิพิเนฟรินพบมากในผู้ป่วยโรคตื่นตระหนก (Sand et al., 2002) (3) Gamma aminobutyric acid (GABA) มีการศึกษาจิตวิทยาครอบครัวและระดับของ GABA ในสมองส่วนท้ายทอย พบโรคตื่นตระหนกมีความสัมพันธ์กับประวัติครอบครัวที่มีโรควิตกกังวลและโรคซึมเศร้า และพบระดับ GABA มีระดับต่ำในผู้ป่วยโรควิตกกังวล (Goddard et al., 2004)

ปัจจัยด้านจิตใจ (Psychological factors)

ปัจจัยทางด้านจิตใจที่สัมพันธ์กับการเกิดโรคตื่นตระหนก มีดังต่อไปนี้

บุคลิกภาพ บุคลิกภาพเป็นลักษณะเฉพาะตัวของแต่ละบุคคลในด้านต่างๆเช่นส่วนที่มองเห็น รูปร่างหน้าตา กิริยามารยาท การแต่งตัว วิธีพูดจา ส่วนภายในเช่น สถิติปัญญา ความถนัด ลักษณะอารมณ์ประจำตัว ค่านิยม ความสนใจ เป็นต้น ซึ่งในการศึกษาลักษณะทางบุคลิกภาพในการทำนายการเป็นโรคตื่นตระหนกพบว่า บุคลิกภาพแบบ C (Cluster C personality disorder) คือบุคลิกภาพแบบพึ่งพาเป็นปัจจัยในการเกิดโรคตื่นตระหนก (Bienvenu et al., 2009)

ประวัติได้รับความกระทบเทือนทางจิตใจอย่างรุนแรง การที่บุคคลมีการเผชิญความวิตกกังวลในชีวิตประจำวันอย่างรุนแรง (Severe stress) เช่น อุบัติเหตุ ภัยพิบัติ ถูกข่มขืน หย่าร้าง ออกหัก ตกงาน หรือในวัยเด็กถูกพ่อแม่ทิ้ง หรือถูกส่งไปให้ผู้อื่นเลี้ยงดู พ่อแม่หย่าขาดจากกัน หรือเสียชีวิต ต้องพร้อมพรากจากผู้ที่รัก เมื่อโตขึ้นจะมีบุคลิกภาพแบบพึ่งพาผู้อื่น ขาดความเชื่อมั่นในตนเอง บุคคลดังกล่าวมักจะมี ความหวาดกลัว และหลีกเลี่ยงเหตุการณ์ ที่ทำให้เกิดความหวาดกลัวหรืออาจมีอันตราย (David et al., 1995; Silove et al., 1995)

ปัจจัยด้านการนึกคิด (Cognitive factors)

ปัจจัยด้านการนึกคิดนี้เป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อการรับรู้ของบุคคลที่มีต่ออาการในโรคตื่นตระหนก การศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยด้านการนึกคิดในผู้ป่วยโรคตื่นตระหนกชนิดที่

มีและไม่มีโรคอะโกราโฟเบียพบว่า ผู้ที่มีการนึกคิดที่มีลักษณะไวต่อความวิตกกังวลหรือเกิดความวิตกกังวลง่าย คิดกลัวไปล่วงหน้าถึงผลร้ายแรงที่จะตามมาเมื่อเกิดอาการตื่นตระหนก และเป็นผู้ที่มีความคิดที่มีแนวโน้มที่จะเกิดความวิตกกังวลในสถานการณ์ทั่วไป ซึ่งลักษณะความคิดดังกล่าวส่งผลต่อความรุนแรงของอาการโรคตื่นตระหนก (Berlea et al., 2008) นอกจากนี้ปัจจัยด้านการนึกคิดที่มีความสัมพันธ์ต่อการในโรคตื่นตระหนก ได้แก่ ผู้ที่มีความคิดและการแปลความเกินกว่าพื้นฐานความเป็นจริง ซึ่งเป็นลักษณะความคิดที่สรุปรวมว่าเหตุการณ์หรือผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นเพียงเล็กน้อยเป็นเหตุการณ์หรือผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นในทางหายนะ และเป็นการตัดสินใจอย่างรวดเร็วบนพื้นฐานตัวอย่างเพียงเล็กน้อยและเกินความเป็นจริง (White, Brown, Somers, & Barlow, 2006) และเป็นผู้ที่มีความคิดว่าตนเองเป็นผู้ที่ไร้ความสามารถ เพราะไม่สามารถควบคุมอาการตื่นตระหนกของตนเองได้ (Hoffart, Hackmann, & Sexton, 2006)

การบำบัดโรคตื่นตระหนก

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ในปัจจุบันมีการรักษาพื้นฐาน 2 วิธีที่นิยมใช้คือ มีการบำบัดด้วยยาและการบำบัดทางจิตสังคม ส่วนมากจะใช้ควบคู่กัน โดยมีรายละเอียดดังนี้

การบำบัดด้วยยา

การบำบัดด้วยยาในโรคตื่นตระหนกมีตัวยาอยู่ด้วยกัน 2 กลุ่มที่ใช้รักษาโรคนี้

1) ยาลดความวิตกกังวล (Anxiolytic drug)

Benzodiazepines การออกฤทธิ์ลดความวิตกกังวลในยาในกลุ่มนี้ ออกฤทธิ์โดยเพิ่มระดับ GABA ซึ่งมีผลในการคลายกังวล เช่น Alprazolam ขนาดรักษาวินละ 4-6 มก. ไม่เกินวันละ 10 มก. ขนาดยาที่ใช้รักษาโรคนี้สูงกว่าที่ใช้รักษาอาการวิตกกังวลอื่นๆ ผลดีของยา คือมีอาการข้างเคียงน้อย และผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นภายในเวลา 1-2 สัปดาห์ ผลเสีย คือ ผู้ป่วยอาจติดยา ทำให้หยุดยาลำบาก นอกจากเมื่อหยุดยาแล้วผู้ป่วยอาจมีอาการอีก (Nutt, Glue, Lawson, & Wilson, 1990)

2) ยาต้านเศร้า (Antidepressants)

Tricyclic antidepressants (TCAs) เป็นยาในกลุ่มต้านซึมเศร้ายาในกลุ่มนี้มีโครงสร้างหลากหลายการออกฤทธิ์ลดความวิตกกังวลผ่านทางกลไกยับยั้งการดูดกลับของซีโรโทนิน และนอร์อะดรีนาลีน มีผลข้างเคียงบางอย่างเช่น ง่วงนอน tricyclic ที่ถือว่าเป็นยาต้นแบบ (prototype) ในการรักษาอาการตื่นตระหนก เช่น imipramine มีฤทธิ์ต้านอาการตื่นตระหนก ขนาดรักษาวินละ 150-200 มก. เริ่มต้นให้ยาวินละ 25 มก. แล้วค่อยๆ เพิ่มเป็นวันละ 75 มก. ทั้งนี้เพื่อให้ผู้ป่วยชิน กับอาการข้างเคียงของยา แต่พบว่าร้อยละ 10-30 ของผู้ป่วยมีอาการวิตกกังวล

เพิ่มขึ้น และต้องหยุดยา ส่วนในรายที่สามารถรับประทานยาต่อได้ ค่อยๆเพิ่มขนาดการรักษา ผู้ป่วยจะมีอาการดีขึ้นภายหลังได้รับยา 4-12 สัปดาห์ และเมื่อไม่มีอาการแล้วจะต้องรับประทานยาต่อไปอีก 2-6 เดือน (Lydiard et al., 1996)

Selective serotonin reuptake inhibitors (SSRIs) ยาในกลุ่มนี้ออกฤทธิ์โดยยับยั้ง Reuptake เฉพาะระบบ serotonin กล่าวคือเพิ่มระดับซีโรโทนิน โดยยับยั้งการเก็บสารนี้เข้าเซลล์ประสาท เช่น fluoxetine, fluvoxamine, paroxetine, sertraline และ citalopram พบว่า fluoxetine ใช้รักษาโรคนี้ได้ผลดี ขนาดรักษาไม่เกินวันละ 25 มก. พบว่า Paroxetine ลดอาการตื่นตระหนก (Saito & Miyaoka, 2007)

การบำบัดทางจิตสังคม

ในการบำบัดโรคตื่นตระหนกทางจิตสังคม มีการบำบัดอยู่หลายรูปแบบด้วยกันขึ้นกับหลักการทฤษฎีที่ใช้ในการบำบัด โดยแบ่งออกได้ดังต่อไปนี้

การบำบัดทางจิตวิเคราะห์ และจิตพลวัต (Psychoanalytic and Psychodynamic therapy) ในทฤษฎีจิตวิเคราะห์มองว่า ความวิตกกังวลเกิดจากสาเหตุและตัวกระตุ้น (trigger) ของกลไกป้องกันทางจิต อธิบายว่าความวิตกกังวลทำหน้าที่ส่งสัญญาณให้ทราบว่ามีอันตราย ซึ่งไปกระตุ้นกลไกป้องกันทางจิต หากกลไกทางจิตล้มเหลวที่จะเก็บกดอารมณ์นั้นไว้ก็จะส่งผลให้เกิดอาการกำเริบของความวิตกกังวลขึ้น โดยสิ่งที่เป็นอันตรายนั้นอาจมิใช่สิ่งแวดล้อมที่อันตรายจริงๆก็ได้ แต่เป็นสิ่งที่บุคคลนั้นรับรู้ว่าอันตรายกับตนเองซึ่งเกิดมาจากความขัดแย้งภายในจิตใจที่เกิดขึ้นในจิตใต้สำนึก (Busch et al., 1995)

จากการทบทวนวรรณกรรมการรักษาสรุปได้ว่าในช่วงแรกจะเป็นการสร้างสัมพันธภาพในการรักษาระหว่างผู้ป่วยกับผู้บำบัด รวมทั้งให้ความรู้เรื่องโรคตื่นตระหนกแก่สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยก่อน จากนั้นในช่วงกลางของการบำบัดจึงเป็นการค้นหาความขัดแย้งหลักที่อยู่ในจิตใจและการเชื่อมโยงระหว่างเหตุการณ์หรือจินตนาการที่มากระตุ้นอาการตื่นตระหนก ส่วนช่วงท้ายของการรักษานั้นจะเน้นที่ความรู้สึกลึกสองจิตสองใจในอารมณ์ของผู้ป่วยที่เคยมีต่อบุคคลแล้วถ่ายโอนมาต่อผู้รักษา (Busch, 2006)

การบำบัดทางพฤติกรรม (Behavioral therapy) ทฤษฎีพฤติกรรมกลุ่ม (Classical conditioning theory) เชื่อว่า อาการที่เป็นประสาทสัมผัสทางสรีรวิทยา เช่น ใจสั่นนั้นถือว่าเป็นสิ่งเร้าที่ถูกวางเงื่อนไข (conditioned stimulus, CS) เพราะถูกจับคู่กับอาการหายใจหอบเหนื่อย (hyperventilation) ซึ่งเป็นสิ่งเร้าที่ไม่ได้วางเงื่อนไข (unconditioned stimulus, UCS) และสิ่งเร้าทั้งสองต่างกระตุ้นให้เกิดอาการตื่นตระหนกได้เหมือนกันจึงจัดว่าอาการตื่นตระหนกนั้นเป็นการตอบสนองทั้งที่ไม่ได้วางเงื่อนไข (unconditioned response, UCR) และที่ถูกวาง

เงื่อนไข (conditioned response, CR) ในระยะหลังต่อมาเชื่อว่า อาการตื่นตระหนกที่เกิดขึ้นทุกครั้งนั้นไม่ได้เกิดจาก Classical conditioning เกิดจากที่ผู้ป่วยเคยมีอาการตื่นตระหนก ในขณะที่มีสิ่งกระตุ้นบางอย่างหรืออยู่ในสถานที่ใดที่หนึ่ง ก็จะทำให้ผู้ป่วยกลัวว่าจะเกิดอาการตื่นตระหนกขึ้นเมื่อเจอสิ่งกระตุ้นนั้นหรือสถานที่นั้นซ้ำอีก (Wolpe & Rowan, 1988) จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า เทคนิคที่ใช้ในการบำบัดที่ใช้หลักของพฤติกรรมบำบัด มีดังนี้

1) การบำบัดด้วยวิธีเผชิญ หลักของการรักษาด้วยวิธีนี้ก็คือ เมื่อให้ผู้ป่วยได้ผ่านเข้าไปในสถานการณ์ที่ทำให้ตนเองหวาดกลัวหรือเผชิญกับวัตถุที่ทำให้กลัวนั้นบ่อยๆ จะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกเคยชินหรือติดเป็นนิสัย (habituation) ที่จะไม่กลัวสถานการณ์หรือวัตถุนั้นอีกต่อไป โดยการให้เผชิญกับสถานการณ์จริงหรือวัตถุจริง (in vivo exposure) นั้น อาจใช้วิธีค่อยๆ เพิ่มไปที่ละขั้น (graded, hierarchy) เช่น หากกลัวในการเข้าไปในศูนย์การค้า อาจเริ่มจากให้เข้าไปในย่านที่ศูนย์การค้านั้นตั้งอยู่ก่อน แล้วค่อยๆ ให้เข้าไปใกล้ศูนย์การค้าตามลำดับ จนสุดท้ายจึงให้เข้าไปในศูนย์การค้าโดยตรง หรือให้เผชิญทีเดียวไปเลย (ungraded) เช่น เข้าไปในศูนย์การค้าเลยก็ได้ ทั้งนี้ผู้ป่วยจะได้รับการสอนให้ควบคุมความวิตกกังวลของตัวเองทั้งในช่วงก่อนเผชิญ ขณะเผชิญ และภายหลังการเผชิญ (Ost et al., 1993)

2) การบำบัดด้วยวิธีผ่อนคลาย (relaxation treatments) นี้มาจากแนวคิดที่ว่าอาการตื่นตระหนกนั้นมีความสัมพันธ์กับการหายใจเร็ว (hyperventilation) ดังนั้นหากใช้กลยุทธ์ในการควบคุมลมหายใจ เช่น การหายใจลึกๆ ด้วยกระบังลม (deep diaphragmatic breathing) ย่อมสามารถควบคุมอาการทางกายของโรคตื่นตระหนกได้ (Ost et al., 1993)

3) วิธีการเบี่ยงเบนความสนใจ (Distraction) การเบี่ยงเบนความสนใจเป็นประโยชน์ในการลดอาการวิตกกังวลและให้ผู้ป่วยเห็นความสามารถในการควบคุมอาการตื่นตระหนก ผู้ป่วยจะต้องใช้การเบี่ยงเบนเมื่อรู้สึกเริ่มกระวนกระวายใจ เช่น เลือกที่จะฟังเพลง หรือใช้การสนทนาในเรื่องที่สบายใจ เพื่อสกัดกั้นวงจรความคิดที่หายนะ การตอบสนองของร่างกาย การมีสิ่งเร้ากระตุ้น ในการเบี่ยงเบนความสนใจไม่เหมาะสมกับการใช้เทคนิค การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม ในการเลือกที่จะเผชิญหรือการปรับโครงสร้างทางความคิด (Neza, Neza, & Lambardo, 2004)

การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (Cognitive behavioral theory) การบำบัดด้วยวิธีนี้กำหนดขึ้นจากสมมุติฐานว่า โรคตื่นตระหนกนั้นมักมีการแปลความหมายผิดไปในทางหายนะ (catastrophic misinterpretations) ว่าอันตรายอันใหญ่หลวงกำลังเกิดขึ้นกับตน ดังนั้นการรักษาโรคตื่นตระหนกมุ่งเน้นให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้ และฝึกพฤติกรรมทางความคิดใหม่ต่อสถานการณ์ที่ก่อความตื่นตระหนกนั้น ซึ่งส่งผลต่อพฤติกรรมที่จะแสดงออกในอนาคต

และเพื่อแก้ไขการตอบสนองให้เหมาะสมขึ้น ให้ความช่วยเหลือแก้ไขให้ผู้ป่วยเรียนรู้วิถีคิดแบบใหม่ที่เหมาะสม และสมดุลกว่าเดิมผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นผู้ป่วยจะมีพฤติกรรมความคิดที่อิสระปราศจากความวิตกกังวล และความกลัวดังนั้นการช่วยเหลือเพื่อลดความวิตกกังวลจึงต้องมีการสนับสนุนทางด้านปัญญา หรือความรู้คิด คือผู้ป่วยมีความเข้าใจเกี่ยวกับความวิตกกังวล ธรรมชาติของโรควิตกกังวล มีการเรียนรู้ และฝึกฝน ทักษะการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม การแก้ไขปัญหารวมถึงการพัฒนามุมมองต่อการเผชิญปัญหาแบบใหม่ที่เหมาะสมยิ่งขึ้น แนวทางการจัดการกับความไม่สบายทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ (Beck, 1992) จากการทบทวนงานวิจัยหลายงานศึกษาพบว่า แนวคิดการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม เป็นวิธีการบำบัดทางจิตสังคมที่ได้ผลดีในผู้ป่วยโรคตื่นตระหนก (London & Barlow, 2004; McIntosh, et al., 2004)

บทบาทของพยาบาลจิตเวชในการดูแลผู้ป่วยโรคตื่นตระหนก

ในบทบาทของพยาบาลแล้วกระบวนการพยาบาลมีความสำคัญและได้รับการยอมรับอย่างแพร่หลาย ดังนั้นการให้การพยาบาลผู้ป่วยในโรคตื่นตระหนกซึ่งเป็นโรคในกลุ่มโรควิตกกังวลผิดปกติจึงได้นำกระบวนการพยาบาลมาใช้ในการให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคตื่นตระหนกมีดังนี้ (อำไพวรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์, 2543)

1) **การรวบรวมข้อมูล** เป็นขั้นตอนแรกที่สำคัญของพยาบาลจิตเวช โดยมีการรวบรวมข้อมูลของผู้ป่วยโรคตื่นตระหนกตั้งแต่แรกที่มาใช้บริการ เพื่อนำมาใช้ในการให้การพยาบาลผู้ป่วยรวบรวมข้อมูลอาการของโรคตื่นตระหนก ข้อมูลด้านสุขภาพทั่วไป ผู้ป่วยมักจะมาด้วยอาการแบบฉุกเฉิน แน่นหน้าอก เจ็บหน้าอก หายใจไม่ออก หายใจเร็วและตื้น ด้านกิจกรรมประจำวัน การใช้ชีวิตในที่ทำงาน ชุมชน การหลีกเลี่ยงสถานที่หรือสถานการณ์ใดๆ ด้านการพักผ่อนนอนหลับ ด้านความคิดและการรับรู้ ด้านการรับรู้เกี่ยวกับตนเอง

2) **การวินิจฉัยทางการพยาบาล** ข้อมูลที่รวบรวมได้จากผู้ป่วยพบว่าผู้ป่วยมีปัญหาที่ต้องให้การช่วยเหลือ เช่น วิตกกังวลสูงแสดงออกของความตื่นตระหนก เนื่องจากรู้สึกที่กำลังได้รับอันตรายคุกคามถึงชีวิต โดยมีเป้าหมายการพยาบาลคือ ลดการแสดงออกของความตื่นตระหนกให้มาอยู่ในระดับที่ผู้ป่วยรับรู้อาการของตนเอง และเตรียมตัวได้ก่อนแสดงอาการรุนแรงมากขึ้น

3) **การวางแผนและปฏิบัติการพยาบาล** การช่วยเหลือ เพื่อลดความวิตกกังวล และช่วยให้ผู้ป่วยปรับตัวได้ต่อความวิตกกังวล โดยแสดงออกหรือหาทางออกในแนวทางที่เหมาะสม สิ่งสำคัญที่ควรตระหนักคือ การสะท้อนให้เห็นว่าผู้ป่วยมีความวิตกกังวลนั้นเป็นแรงกระตุ้นมาจากความขัดแย้งของจิตใจ โดยมีเป้าหมายในการพยาบาลให้ผู้ป่วยเรียนรู้ความวิตกกังวลของเขา และจัดการความวิตกกังวลนั้นอย่างไร

4) การประเมินผลการพยาบา เป็นการประเมินโดยเปรียบเทียบว่าได้ให้การพยาบาไปตามกำหนดแล้วได้ผลเป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนดไว้หรือไม่ โดยแบ่งการประเมินผลเป็น 2 ด้าน ได้แก่ 1) ประเมินจากความก้าวหน้าหรือพัฒนาการของผู้ป่วย เช่นผู้ป่วยมีความวิตกกังวลลดลงหรือไม่ ผู้ป่วยเปลี่ยนแปลงไปในแนวทางที่ดีขึ้นอย่างไร 2) ประเมินการปฏิบัติงานของพยาบา เช่น พยาบาได้ปฏิบัติงานตามแผนการพยาบาที่กำหนดอย่างไร มีขั้นตอนใดในการปฏิบัติงานที่มีปัญหาและอุปสรรค ซึ่งการประเมินผลเป็นขั้นตอนที่สำคัญ เพื่อนำมาปรับปรุงวิธีการให้การพยาบาต่อไป

การพยาบาโรคต้นตอระหนกนั้น นอกจากการให้การพยาบาตามขั้นตอนของกระบวนการพยาบา ในขอบเขตสมรรถนะการปฏิบัติการพยาบาขั้นสูง สาขาการพยาบาสุขภาพจิตและจิตเวชที่กำหนดโดยสภาการพยาบา ได้แก่ “การมีความมีความสามารถในการพัฒนาจัดการและกำกับระบบการดูแลกลุ่มเป้าหมายหรือเฉพาะกลุ่มเฉพาะ การใช้หลักฐานเชิงประจักษ์” (สภาการพยาบา, 2546)

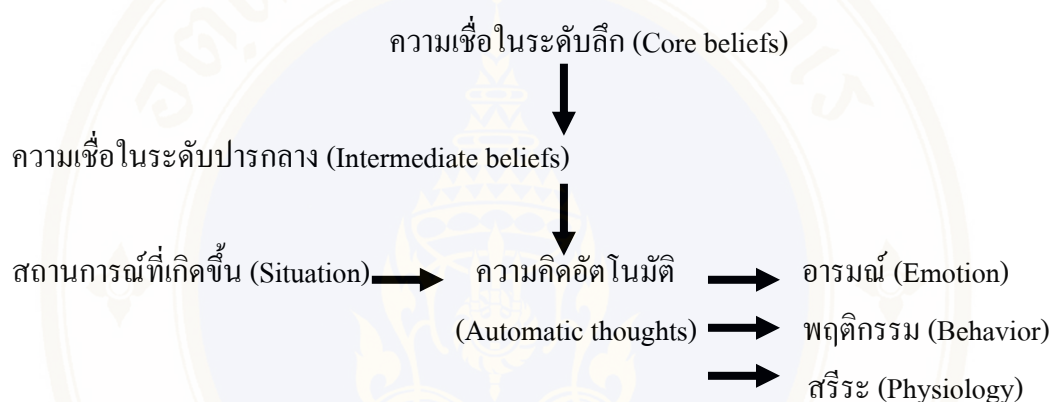
การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในโรคต้นตอระหนก

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในโรคต้นตอระหนก ผู้ศึกษาได้ทบทวนในประเด็นเกี่ยวกับ แนวคิดพื้นฐานการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม แนวคิดอธิบายการเกิดโรคต้นตอระหนก ขั้นตอนและเทคนิคที่ใช้ในการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในผู้ป่วยโรคต้นตอระหนก ดังต่อไปนี้

แนวคิดพื้นฐานการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม

การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมเชื่อว่า ความคิดที่บิดเบือนไปจากความเป็นจริง (Dysfunctional thinking) ทำให้เกิดผลกระทบต่ออารมณ์และพฤติกรรมของมนุษย์ ในผู้ป่วยโรคทางจิตเวชส่วนใหญ่จะพบความคิดที่บิดเบือนไปบางประการ แนวทางในการบำบัด คือ ถ้าสามารถประเมิน (evaluate) ความคิดที่ถูกต้องตามความเป็นจริงหรืออยู่ในโลกของความเป็นจริงได้ (realistic) อาการเกี่ยวกับอารมณ์ (emotion) และพฤติกรรม (behavior) ของผู้ป่วยจะดีขึ้นขั้นตอนคือ การทำให้ผู้ป่วยเข้าใจก่อนว่าความคิดนั้นบิดเบือนไปจากความจริงอย่างไร โดยมีการประเมินและแก้ไขให้ดีขึ้น วิธีการการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมให้ได้ผลดีต้องมีการทำ cognitive conceptualization โดยการใช้ cognitive model (ภาพ 2.1 และ ภาพ 2.2) มาใช้กับผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วย

ได้เข้าใจโรคหรือปัญหาของตนเอง ทั้งนี้เพราะในคนแต่ละคนก็จะใช้ cognitive model ที่แตกต่างกันไปเมื่อพบเหตุการณ์เดียวกันก็จะมีวิธีคิดหรือตีความแตกต่างกันออกไปและในแต่ละโรคที่นำการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมมาใช้ต้องมีการตั้งเป้าหมายก่อนเสมอว่าจะบำบัดเพื่อแก้ไขอะไร การทำ cognitive conceptualization โดยการนำ cognitive model มาใช้ก็เพื่อให้ผู้ป่วยเห็นความเชื่อมโยงระหว่างกันและสามารถประเมินได้ว่าการมองโลกของเขาถูกต้องหรือผิดเพี้ยนไปจากความเป็นจริงอย่างไร (กรมสุขภาพจิต, 2552ก) ซึ่งในที่นี้จะขอลำถึง Cognitive model ตามแบบของ Beck (ภาพ 2.1) และ Interactional model (ภาพ 2.2) ดังนี้

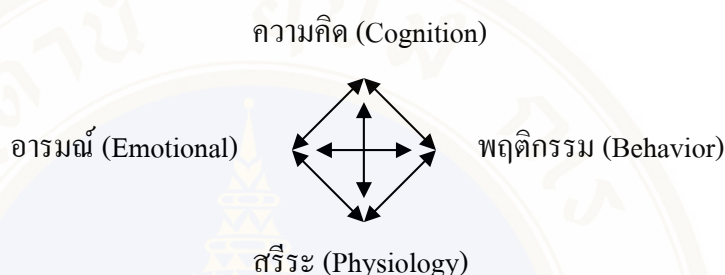


ภาพ 2.1 รูปแบบความคิด (Cognitive model) ตามแบบของ Beck (1995)

อ้างอิงจาก “รูปแบบความคิด (Cognitive model)” โดยกรมสุขภาพจิต, 2552, คู่มือการบำบัดความคิดและพฤติกรรม (Cognitive-Behavioral Therapy) หน้า 7.

จาก Cognitive model ของเบ็ค จะเห็นว่าเหตุการณ์ (situation) จะนำไปสู่ความคิดอัตโนมัติ (automatic thoughts) แล้วทำให้เกิดอารมณ์ (emotion) ขึ้นมา และ นอกจากทำให้เกิดอารมณ์แล้วยังมีพฤติกรรม (behavior) และอาการทางร่างกาย (physiology) ร่วมด้วยซึ่งพฤติกรรมเวลาที่มีอารมณ์ก็จะมีพฤติกรรมที่สอดคล้องกับอารมณ์นั้น เช่น เวลาที่มีอารมณ์กลัวอาจมีพฤติกรรมคือไม่กล้าออกจากห้อง ด้วยความคิดที่ว่าออกไปเจอโจรแน่ และมีการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายได้แก่ หัวใจเต้นเร็ว เหงื่อออก มือเย็น เป็นต้น กล่าวโดยสรุปคือ เหตุการณ์กับ ความคิดอัตโนมัติทำให้เกิด อารมณ์ พฤติกรรมและ อาการทางร่างกาย เปลี่ยนแปลงไป มนุษย์เรามีความคิดอัตโนมัติ ซึ่งมีที่มาจากความเชื่อที่เป็นแก่นของระบบคิดที่เรียกว่า core beliefs ซึ่งเป็นความเชื่อที่ฝังรากลึกอยู่ในตัวตนของบุคคลนั้น ส่วน intermediate beliefs มีลักษณะเป็นกฎเกณฑ์ (rules) ข้อสันนิษฐาน (assumption) มักมีลักษณะเป็นเงื่อนไขเช่น “ถ้าเป็นอย่างนั้น..จะให้เป็นอย่างนี้” หรือประโยคที่มีคำว่า “ควร” หรือ “ต้อง” เป็นส่วนประกอบ เช่น “ฉันต้องทำทุกอย่างให้สมบูรณ์แบบ” เป็นต้น ความเชื่อนี้มักมีที่มาซึ่งสามารถสืบค้นจากประวัติในอดีต อาจเกิดจากสภาพแวดล้อมและจากการ

เลียงดู ดังนั้นในเหตุการณ์เดียวกันการตีความของแต่ละบุคคลอาจไม่เหมือนกันอยู่ที่แก่นความเชื่อของคนๆนั้นในการมองโลกอย่างไร ในการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมอาจมีความจำเป็นต้องกลับไปแก้ไข Core beliefs เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในชีวิตที่คงทนยั่งยืน แต่โดยทั่วไปจะมุ่งแก้ไขที่ความคิดอัตโนมัติก่อนเป็นลำดับแรกเนื่องจากสามารถเข้าถึงได้ง่ายกว่าและมีโอกาสประสบความสำเร็จในการปรับแก้สูงกว่า



ภาพ 2.2 Interactional model

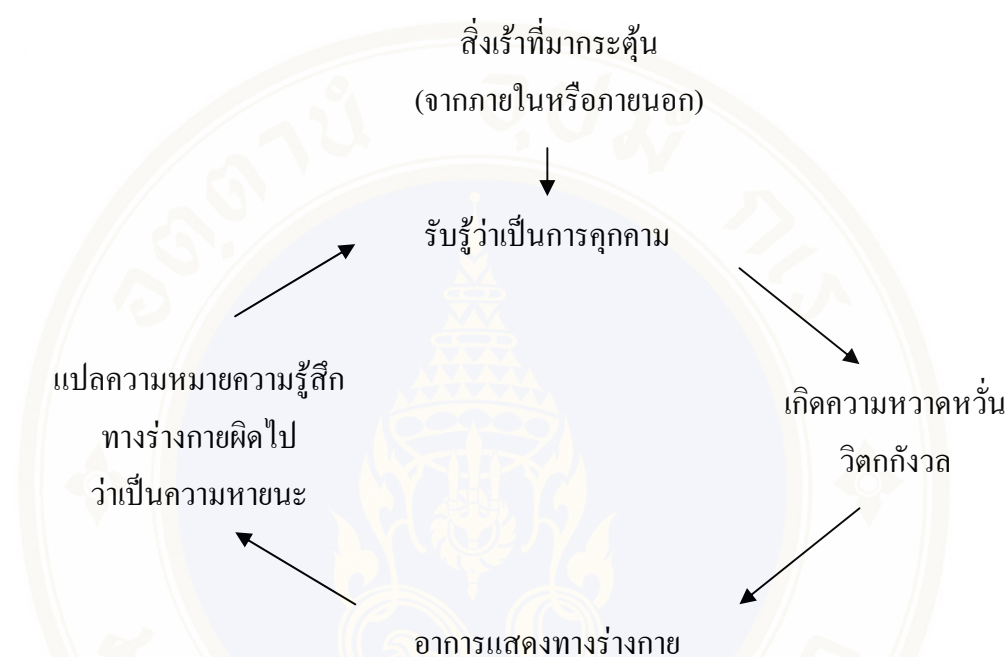
อ้างอิงจาก “รูปแบบความคิด (Cognitive model)” โดยกรมสุขภาพจิต, 2552, คู่มือการบำบัดความคิดและพฤติกรรม (Cognitive-Behavioral Therapy) หน้า 7.

นอกจากนี้จะเห็นว่าความคิด (cognition) อารมณ์ (emotion) พฤติกรรม (behavior) และร่างกาย (physiology) นั้นมีความสัมพันธ์อย่างเชื่อมโยงถึงกันหมด (ภาพ 2.2) เมื่อเกิดความเปลี่ยนแปลงขึ้นกับองค์ประกอบใดองค์ประกอบหนึ่ง ก็อาจส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงกับองค์ประกอบอื่นอย่างทั่วถึงกัน ในการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมนั้นคือ การไปจัดการกับองค์ประกอบที่จัดการได้โดยเชื่อว่าองค์ประกอบอื่นๆจะดีขึ้นตาม เช่น ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าก็อาจมีความคิดในทางลบต่อตนเองว่าตนเองไม่มีคุณค่า มีพฤติกรรมแยกตัว ไม่พบปะผู้คน และอาจมีความแปรปรวนทางกาย เมื่อมีการปรับเปลี่ยนความคิดเสียใหม่ให้เห็นคุณค่าของตนเอง หรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้วยการจัดให้มีพฤติกรรมเพิ่มมากขึ้นก็จะส่งผลให้อารมณ์ดีขึ้นความเศร้าลดลง เป็นต้น ส่วนการตัดสินใจว่าจะจัดการที่องค์ประกอบใดก่อนหลังนั้นขึ้นอยู่กับชนิดของปัญหาที่กำลังดูแล (กรมสุขภาพจิต, 2552)

แนวคิดอธิบายการเกิดโรคต้นตระหนก

แนวคิดของคาร์ก (Clark, 1988, อ้างใน พิเชฐ อุดมรัตน์, 2544) อธิบายการเกิดโรคต้นตระหนกว่า บุคคลที่เกิดอาการ ได้ให้ความสำคัญกับการแปลความหมายผิดไปในทางหายนะ (Catastrophic misinterpretation) โดยการแปลความรู้สึกของร่างกายที่ตนเองหวาดกลัวผิดไปว่าอันตรายจะเกิดขึ้นกับตนเองจึงทำให้เข้าสู่วงจรของการเกิดอาการต้นตระหนก

โดยเริ่มจากสิ่งเร้าที่เข้ามาครั้งแรก ซึ่งอาจเป็นสิ่งเร้าภายนอกหรือภายในได้ เมื่อรับรู้ว่าเป็นการถูกคุกคาม ก็จะรู้สึกหวาดหวั่นวิตกกังวลเล็กน้อย และความรู้สึกนี้ถูกแปลความหมายว่าเป็นหายนะแล้วก็ยิ่งไปเพิ่มระดับของการหวาดหวั่นและเกิดเป็นความรู้สึกทางร่างกายเพิ่มมากขึ้นตามมาเป็นวงจรซึ่งในที่สุดก็จบลงด้วยการเกิดอาการตื่นตระหนก ตามภาพ 2.3



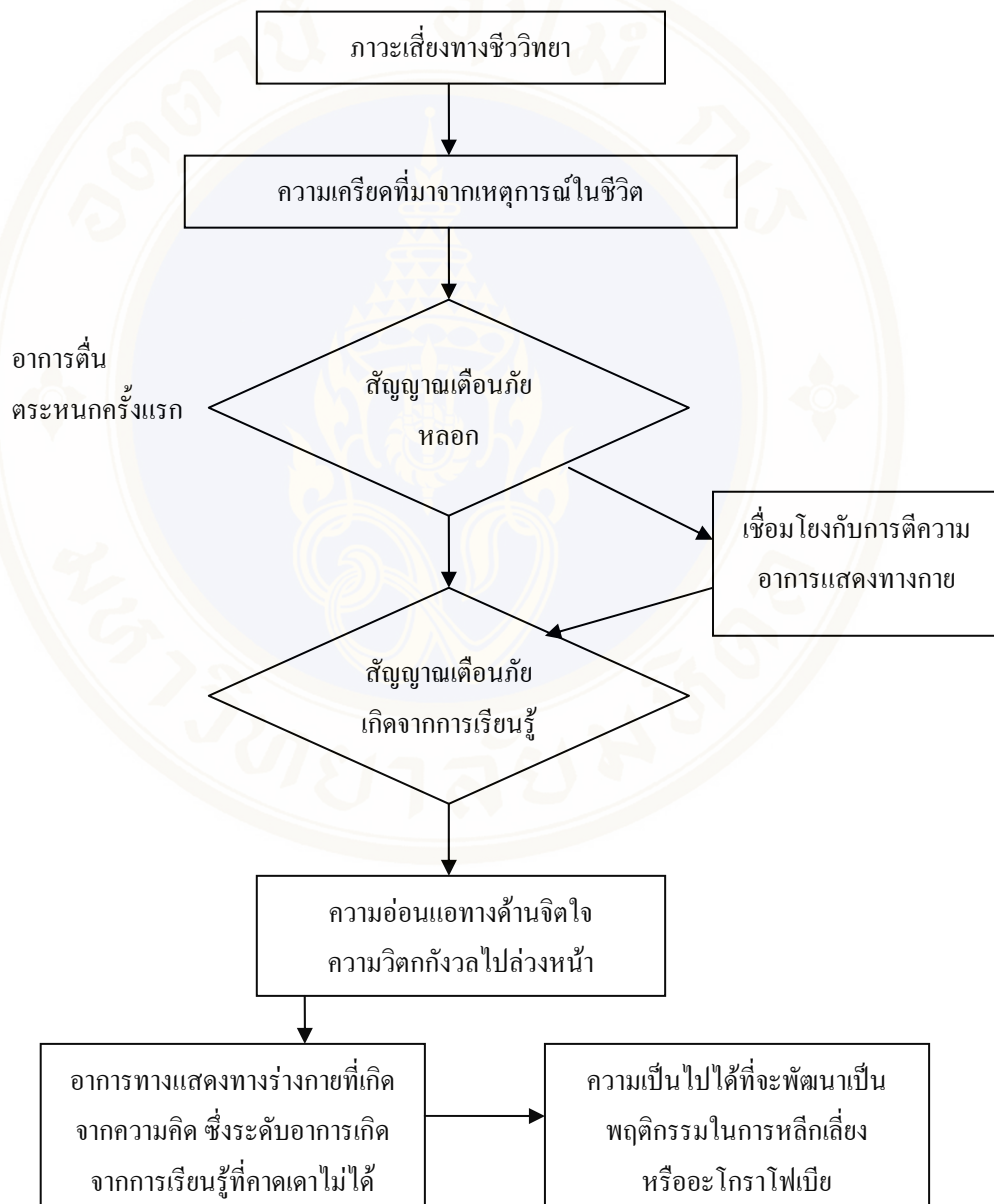
ภาพ 2.3 แสดงวงจรการเกิดอาการตื่นตระหนกตามแนวคิดของคาร์ก (Clark, 1988)

อ้างอิงจาก “ปัจจัยทางจิตวิทยาและสังคม” โดยพิเชฐ อุดมรัตน์, 2544, โรคตื่นตระหนก, หน้า 72.

คาร์ก (Clark, 1988) ได้สรุปแนวคิดที่ว่า ผู้ป่วยโรคตื่นตระหนกมักจะแปลความหมายในทางหายนะมากกว่าคนที่ไม่เป็นโรค เมื่อกระตุ้นให้ผู้ป่วยโรคตื่นตระหนกแปลความหมายความรู้สึกของร่างกายไปในทางหายนะจะยิ่งมีอาการตื่นตระหนกมากขึ้น เมื่อใช้สารใดมาเหนี่ยวนำการเกิดอาการตื่นตระหนกจะไม่เกิดผลถ้าหากผู้ป่วยไม่ได้แปลความหมายไปในทางหายนะอีก การรักษาด้วยวิธีต่างๆจะได้ผลดีเมื่อผู้ป่วยได้เปลี่ยนแปลงความคิดและเข้าใจในขณะรักษา จึงสอดคล้องกับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม

แนวคิดของบาร์โลว์ (Barlow, 1988) อธิบายการเกิดโรคตื่นตระหนกเป็นวงจรโดยเริ่มต้นด้วยอาการตื่นตระหนกครั้งแรก เป็นสัญญาณเตือนภัยหลอก (False alarm) ประกอบด้วยสมมติฐานทางด้านชีววิทยาพันธุกรรมหรือ ทางด้านจิตใจการตอบสนองต่ออาการวิตกกังวล และการตอบสนองของความเครียดในชีวิต ความเครียด ในด้านลบของชีวิต เช่น การสูญเสียชีวิตหรือโรครุนแรงที่เกิดขึ้นกับตนเองและบุคคลอันเป็นที่รัก รวมถึงการโดดเดี่ยวไม่มีสัมพันธภาพ

ระหว่างบุคคล หลังจากการเกิดอาการตื่นตระหนกครั้งแรก ย่อมเกิดความกังวลมุ่งไปที่อาการตื่นตระหนกว่าจะเกิดขึ้นอีกและเชื่อว่าเกิดอันตรายกับตนเอง ความรู้สึกที่เกิดขึ้นภายในร่างกายเกิดขึ้นอีกเมื่อเชื่อมโยงกับสัญญาณเตือนภัยหลอกแล้วเชื่อว่าจะกระตุ้นให้เกิดอาการตื่นตระหนก จึงเป็นสัญญาณเตือนภัยที่เกิดจากการเรียนรู้ (Learned alarm) และบุคคลนั้นจะมีความวิตกกังวลไปล่วงหน้าว่าจะเกิดอาการขึ้นอีกและพัฒนาการตอบสนองของร่างกายเป็นความกลัวที่กระตุ้นโดยอัตโนมัติตามภาพ 2.4



ภาพ 2.4 แสดงวงจรการเกิดอาการตื่นตระหนกตามแนวคิดของบาร์โล (Barlow, 1988)

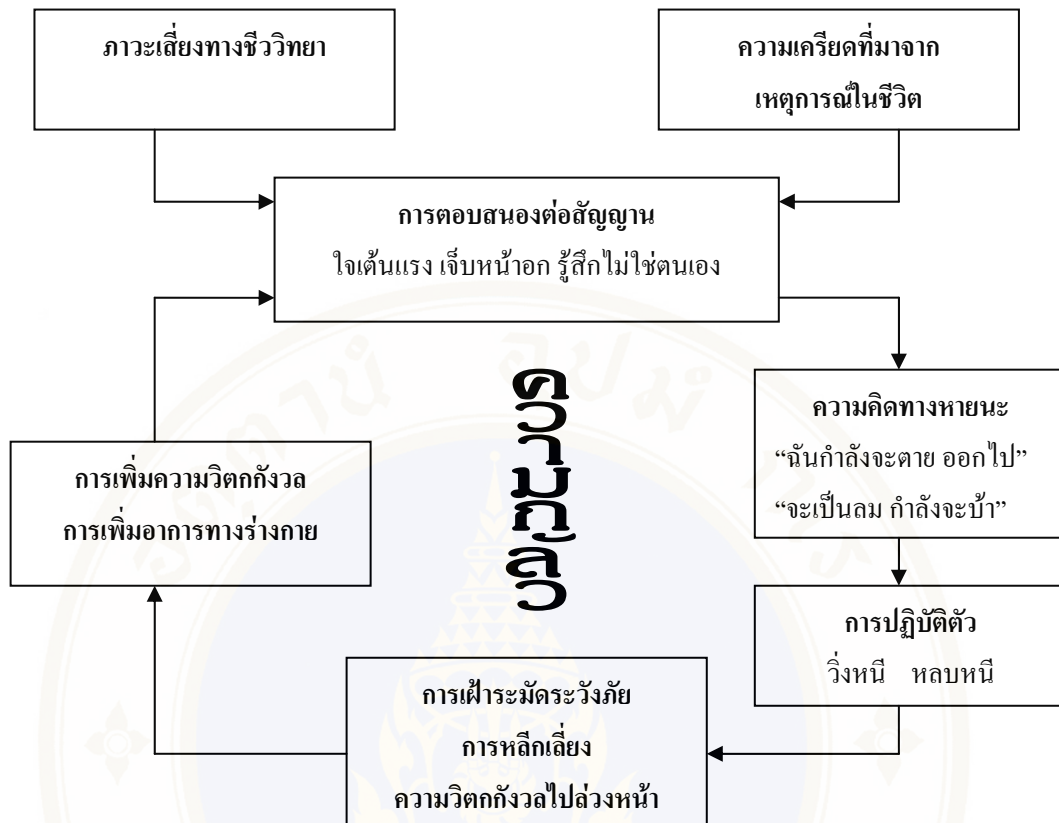
Adapted from “Cognitive-behavioral therapy in panic disorder” by Manfro, Heldt, Cordioli, & Otto, 2008, *The Revista Brasileira de Psiquiatria*, 30 (Suppl.2), 83.

ดังนั้นสมมติฐานของการตื่นตระหนก คือบุคคลนั้นเพิ่มระดับอาการการตอบสนองต่อสิ่งเร้าภายใน สถานการณ์ซึ่งจะทำให้เกิดอาการและเฝ้าระวังกลัวอย่างมากที่จะเกิดอาการตื่นตระหนก ร่วมกับการคาดหมายว่าจะเกิดอาการอีก ดังนั้นความกลัวดังกล่าว ทำให้ผู้ป่วยหลีกเลี่ยงสถานการณ์นั้นเพื่อจะได้ไม่มีอาการเช่นการออกกำลังกาย หรือหลีกเลี่ยงสถานที่เกี่ยวข้องขณะมีอาการตื่นตระหนกครั้งก่อนๆ (Agoraphobia) เป็นผลให้ผู้ป่วยเริ่มมีข้อจำกัดในการใช้ชีวิตประจำวัน กิจกรรมต่างๆ ดังนั้นการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมนำมาใช้ในการจัดการอาการวิตกกังวลรุนแรง และการปรับเปลี่ยนความคิดที่ผิดให้ถูกต้องและจัดการกับอาการอะโรราโฟเบีย

ขั้นตอนและเทคนิคการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม

จากการทบทวนวรรณกรรมของการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมโรคตื่นตระหนก ส่วนใหญ่ในการดำเนินโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม มีการใช้กลยุทธ์หลักและขั้นตอนดังนี้

1) การให้สุขภาพจิตศึกษา (Psycho-education) การให้สุขภาพจิตศึกษาเป็นการให้สุขภาพจิตเฉพาะเรื่อง ที่เป็นการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคทางจิตเวชหรือการเจ็บป่วยทางจิต โดยมีวัตถุประสงค์ ให้ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคตื่นตระหนกเน้นเกี่ยวกับรายละเอียดอย่างชัดเจนในแหล่งที่มาของอาการวิตกกังวล อาการตื่นตระหนก อย่างชัดเจนด้วยวิธีการที่สั้น กระชับ เข้าใจง่าย เช่นการให้สุขภาพจิตศึกษาในโรคตื่นตระหนกตามโมเดลการดำเนินของโรคตื่นตระหนก ตามภาพ 2.5 ในการช่วยอธิบาย (Manfro, Heldt, Cordioli, & Otto, 2008) นอกจากนี้การให้สุขภาพจิตศึกษายังหมายถึงการสอนและการให้ข้อมูล ข้อเสนอแนะแก่ผู้ป่วยจิตเวชเกี่ยวกับประเด็นที่เป็นปัญหาเพื่อนำไปสู่การจัดการวางแผนแก้ไขปัญหาดังกล่าวได้อย่างเหมาะสมส่วนมากขั้นตอนนี้จะอยู่ในช่วงแรกของโปรแกรม และสามารถนำมาใช้ได้ตลอดโปรแกรม



ภาพ 2.5 แสดงวงจรความคิดอาการกลัวในโรคตื่นตระหนกของแมนโฟร์(Manfro, 2008)

อ้างอิงจาก: Manfro, G.G., Heldt, E., Cordioli, V.A., & Otto, M.W. (2008). Cognitive-behavioral therapy in panic disorder .*The Revista Brasileira de Psiquiatria* ,30 (Suppl.2), 81-87.

2) การจัดการอาการวิตกกังวล (Anxiety coping techniques)

เมื่อผู้ป่วยโรคตื่นตระหนกมีอาการตื่นตระหนก (Panic attack) ซึ่งผู้ป่วยจะมีความกลัวหรือความอึดอัดไม่สบายอย่างรุนแรงเป็นเวลาที่ชัดเจน โดยมีอาการใจสั่น ใจเต้นแรงหรือใจเต้นเร็วมาก เหงื่อแตก ตัวสั่น หายใจไม่อิ่มหรือหายใจขัด การลดความวิตกกังวลใช้เพื่อบรรเทาอาการทางกาย การจัดการเพื่อลดความวิตกกังวล มีดังต่อไปนี้

การจัดการความเครียด (Stress management) การจัดการความเครียด เพราะเมื่อผู้ป่วยเกิดความเครียด ความเครียดจะส่งผลกระทบต่อร่างกาย อารมณ์และการกระทำของบุคคล ระบบประสาทอัตโนมัติจะทำงานเพิ่มมากขึ้น ส่งผลให้มีการตอบสนองอย่างรวดเร็วต่อสิ่งเร้า ร่างกายจึงเกิดการเปลี่ยนแปลง อัตราการเต้นของหัวใจและชีพจรเพิ่มขึ้น ความดันโลหิตสูงขึ้น กล้ามเนื้อเกร็ง ในทางกลับกันถ้าเราอยู่ในภาวะผ่อนคลายปฏิกิริยาตอบสนองทางร่างกายก็จะกลับตรงกันข้าม ดังนั้นการจัดการความเครียดคือการฝึกผ่อนคลายความเครียดมีหลายรูปแบบ เช่น การฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อ การฝึกจินตนาการ (Manfro et al., 2008)

การฝึกการผ่อนคลาย (Relaxation training) การฝึกผ่อนคลายนี้ มาจากแนวคิดว่าการตื่นตระหนกนั้นมีความสัมพันธ์กับการหายใจเร็ว (Hyperventilation) ดังนั้นหากใช้กลยุทธ์ในการควบคุมลมหายใจ เช่น การหายใจลึกๆด้วยกระบังลม จะทำให้สามารถควบคุมอาการทางกายของโรคตื่นตระหนกได้ สำหรับการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบก้าวหน้า การรักษาโรคตื่นตระหนกนั้นมีการฝึกโดยวิธีนี้ เริ่มให้ผู้ป่วยรู้จักเกร็งกล้ามเนื้อส่วนต่างๆ ก่อนแล้วจึงค่อยๆคลายออก เพื่อให้ผู้ป่วยเรียนรู้ที่จะแยกกล้ามเนื้อที่คลายออกจากกัน จากนั้นจึงสอนผู้ป่วยรู้จักการหายใจลึกๆด้วยกระบังลม (Ost et al., 1993)

การฝึกวิธีการหายใจ (Breath retraining) การสอนให้ผู้ป่วยฝึกวิธีการหายใจโดยเฉพาะในรายที่มีอาการแน่น อึดอัด หายใจไม่ออก ในขณะที่เกิดอาการตื่นตระหนก แพทย์หรือนุรูลากรทางการแพทยที่รวมทีมรักษา เช่น พยาบาล ควรสอนให้ผู้ป่วยรู้จักวิธีการหายใจโดยใช้กล้ามเนื้อท้อง โดยการสาธิตให้ผู้ป่วยดูก่อน แล้วให้ผู้ป่วยทำตามจากนั้นให้ผู้ป่วยนำกลับไปทบทวน และฝึกปฏิบัติด้วยตนเองที่บ้านทุกวัน เมื่อเกิดอาการตื่นตระหนกขึ้นมา จะได้ใช้วิธีนี้ช่วยตัวเองในการหายใจ (Manfro et al., 2008)

3) การบำบัดทางความคิด (Cognitive technique)

การปรับเปลี่ยนโครงสร้างทางความคิด (Cognitive restructuring) การปรับเปลี่ยนความคิดเกี่ยวกับอาการตื่นตระหนกหรือกระบวนการคิดที่บิดเบือนไปจากความเป็นจริง หรือความคิดที่หายหน้าต่อความรู้สึกทางร่างกายตลอดจนความเชื่อ ความสั่นไหว ในการจัดการกับความวิตกกังวลและอาการตื่นตระหนก โดยใช้หลักการการปรับเปลี่ยนโครงสร้างทางความคิดโดยพยายามหาให้ได้ว่าอาการทางกายที่เกิดกับผู้ป่วยนั้น ส่งผลให้ผู้ป่วยคิดอย่างไรต่ออาการนั้น ซึ่งความคิดดังกล่าวจะเป็นความคิดอัตโนมัติในทางลบ (negative automatic thought, NAT) ที่ผู้บำบัดจะต้องสอนแนะให้ผู้ป่วยแก้ไขเปลี่ยนแปลงการแปลความหมายผิด (misinterpretation) ของอาการนั้นเสียใหม่ เพื่อเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติในทางลบนั้นให้เป็นความคิดอัตโนมัติในทางบวก (positive automatic thought, PAT) ขั้นตอนการฝึกโดยเริ่มอธิบายถึง CBT model ข้อมูลพื้นฐานของความคิดการบำบัดทางความคิดตลอดจนความคิดมีอิทธิพลต่ออารมณ์และพฤติกรรมและเริ่มฝึกกระบวนการคิดของผู้ป่วยที่เกิดอาการกลัวต่อสถานการณ์หรือ สถานที่ใด เช่น กลัวตอนอยู่ในลิฟต์ และต่อมาให้ระบุความคิดอัตโนมัติ ตอนนั้นกำลังคิดอะไร เช่น ฉันสามารถหนีออกจากในนั้นได้ถ้าฉันมีอาการตื่นตระหนกฉันจะตายในลิฟต์ จากนั้นถามเพื่อยืนยันถึงอาการเหล่านั้น เช่น หัวใจเต้นแรง ความวิตกกังวลอย่างรุนแรง เมื่อผู้ป่วยสามารถระบุถึงความคิดได้แล้ว ผู้บำบัดจึงสอนการประเมินความคิดด้วยการตั้งคำถามให้คิดอย่างต่อเนื่อง โดยผู้ป่วยจะถูกสอนให้มองและตรวจสอบความคิด

โดยการทดสอบ ทดลองเพื่อให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้ที่ละขั้นตอนจนเกิดกระบวนการทางความคิดทั้งหลายเหล่านี้จะนำไปสู่การปรับเปลี่ยนความคิดไปในทางที่ถูกต้อง (Barlow & Craske, 2000)

4) การบำบัดด้วยการเผชิญ (Exposure techniques)

ให้ผู้ป่วยฝึกเผชิญกับสถานการณ์ (Situation exposure) ที่ทำให้กลัว ซึ่งจะใช้ในผู้ป่วยโรคตื่นตระหนกที่มีอาการอะโกราโฟเบียร่วมด้วย ใช้หลักแนวคิดคือ ผู้ป่วยได้ผ่านเข้าไปในสถานการณ์ที่ทำให้ตนเองหวาดกลัวหรือเผชิญกับวัตถุที่ทำให้กลัวนั้นบ่อยๆ จะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกเคยชินหรือคิดเป็นนิสัย (habituation) ที่จะไม่กลัวสถานการณ์หรือวัตถุนั้นอีกต่อไป ในการบำบัดด้วยเทคนิคการเผชิญหน้ากับอาการตื่นตระหนก ประกอบไปด้วยวิธีการเผชิญหลายรูปแบบดังต่อไปนี้

การฝึกโดยการกระตุ้นให้ร่างกายมีอาการตื่นตระหนกในสถานการณ์จำลอง (Interoceptive exposure) มีเป้าหมายที่จะเปลี่ยนความคิดการตีความทางกายของอาการตื่นตระหนกที่เกิดกับร่างกายจะทำให้ตายได้ให้ถูกต้องโดยการฝึกให้ผู้ป่วยได้รับประสบการณ์ ที่ละขั้นตอนแบบค่อยเป็นค่อยไปโดยที่ผู้ป่วยรู้สึกสบายๆ ไม่ตื่นกลัว การฝึกเผชิญด้วยการปฏิบัติการโดยมีเจตนาให้ผู้ป่วยเกิดอาการแสดงที่จะตื่นตระหนก เช่น การให้ผู้ป่วยนั่งหมุนตัวบนเก้าอี้ ผู้ป่วยจะรู้สึกเวียนศีรษะ หรือการให้ผู้ป่วยหายใจหอบเหนื่อย ผู้ป่วยจะเกิดอาการชา เวียนศีรษะ รู้สึกว่าไม่ใช่ตนเอง ในการฝึกต้องให้ผู้ป่วยรู้สึกสบายจนคุ้นเคยกับอาการเหล่านี้โดยรู้สึกต่ออาการเหล่านี้ว่าไม่สบายมากกว่าที่จะกลัว เมื่อปรับเปลี่ยนความรู้สึกต่ออาการที่เกิดขึ้นว่าเป็นเรื่อง ปกติไม่สามารถทำให้ตายได้ ในการฝึกเผชิญความกลัวในห้องปฏิบัติการนิยมฝึกได้ตลอดโปรแกรม ควรมีอย่างน้อย 2 ครั้งในโปรแกรมที่ฝึกสมบูรณ์แบบ ในการฝึกนั้นผู้ให้การบำบัดต้องสนใจว่าผู้ป่วยทำอะไรต่ออาการนั้นที่จะพยายามควบคุมอาการหรืออาการเกิดขึ้นเล็กน้อย และมอบการบ้านให้ผู้ป่วยและมีเป้าหมายให้ผู้ป่วยรู้สึกเบื่อดีต่ออาการเหล่านั้นในการฝึกครั้งต่อไป ในระยะหลังๆ การฝึกสอนถึงวิธีการนำไปใช้การกลัวเกิดอาการตื่นตระหนกที่ไหน สามารถนำการฝึกนี้ไปใช้ได้ และจากการฝึกนี้ผู้ป่วยจะพร้อมฝึกการเผชิญกับสถานการณ์จริงในชีวิตประจำวัน (Manfro et al., 2008)

การฝึกโดยการให้เผชิญกับสถานการณ์ที่ทำให้เกิดความกลัวโดยตรง (In Vivo exposure) ให้ผู้ป่วยฝึกเผชิญกับสถานการณ์จริงในชีวิตประจำวัน การฝึกนี้มีเป้าหมายในการจัดการกับการหลีกเลี่ยงอะโกราโฟเบีย อาการกลัวสถานที่หรือสถานการณ์ที่ผู้ป่วยคาดว่าจะเกิดอาการตื่นตระหนก ในการปฏิบัติการนี้ต้องมีการวางแผน จัดทำรายชื่อของสถานการณ์หรือสถานที่ที่กลัวเรียงลำดับตามความรุนแรงของความวิตกกังวล หรือความคิดที่อัตโนมัติที่มีต่อสถานการณ์หรือสถานที่นั้น โดยการฝึกเผชิญนั้นควรเริ่มจากระดับที่กลัวน้อยที่สุดก่อนค่อยๆ เพิ่มตามลำดับขึ้นเพื่อให้ได้ประสิทธิภาพการฝึกนั้นต้องให้ระยะเวลาโดยต้องฝึกให้ชินกับสถานที่นั้น บ่อยๆ ซ้ำๆ

จนเคยชิน จนระดับความวิตกกังวลลดลง โดยการฝึกนี้ปฏิบัติร่วมกันกับผู้ให้การบำบัด (Manfro et al., 2008)

การฝึกเผชิญด้วยการจินตภาพ (Imaginal Exposure) การฝึกให้ผู้ป่วยจินตนาการถึงภาพในแต่ละระดับตามที่จัดลำดับความกลัวเอาไว้ โดยเริ่มจากการจินตภาพในลำดับที่น้อยที่สุด ลำดับแรกก่อน ทำแบบผู้ป่วยไม่เกิดอาการ เมื่อใดที่เกิดอาการกังวลขึ้น ผู้บำบัดจะบอกให้ผู้ป่วยหยุดจินตนาการนั้น และให้ผ่อนคลายจนรู้สึกดี จึงเริ่มจินตนาการต่อแล้วค่อยๆเพิ่มระดับความยากขึ้น เมื่อทำหลายๆครั้ง จนเกิดความชิน อาการวิตกกังวลนั้นจะค่อยๆลดลง (Watkins, Sturgis, & Clum, 1988)

การฝึกเผชิญต่อความกลัวทีละลำดับขั้น (Graduated exposure) การให้เผชิญกับสถานการณ์จริงหรือวัตถุจริงโดยใช้วิธีค่อยๆเพิ่มไปที่ละขั้น (graded, hierarchy) เช่น หากกลัวในการเข้าไปในศูนย์การค้า อาจเริ่มจากให้ไปยืนในที่ศูนย์การค้าชั้นดั่งอยู่ก่อน แล้วค่อยๆให้เข้าไปใกล้ศูนย์การค้าตามลำดับ จนสุดท้ายจึงให้เข้าไปในศูนย์การค้าโดยตรงทั้งนี้ผู้ป่วยจะได้รับการสอนให้ควบคุมความวิตกกังวลของตัวเองทั้งในช่วงก่อนเผชิญ ขณะเผชิญ และภายหลังการเผชิญ (Michelson et al., 1990)

5) การป้องกันการกลับเป็นซ้ำ (Relapse prevention)

เนื่องจากการฝึกหัดนี้ทำหลังจากที่สถานการณ์ได้ผ่านไปแล้วปฏิกิริยาของผู้ป่วยมีความรุนแรงน้อยลง ผู้ป่วยจึงมองสถานการณ์ได้อย่างเป็นกลางขึ้น แต่ผู้รักษาต้องช่วยให้ผู้ป่วยตระหนักว่า เมื่อเกิดสถานการณ์จริงขึ้น หรือเมื่อผู้ป่วยต้องเผชิญกับสถานการณ์ที่ทำให้เกิดความวิตกกังวลผู้ป่วยต้องมีแนวทางการจัดการกับอาการที่เกิดขึ้นเฉพาะรายไป (Neza et al., 2004)

โดยการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในผู้ป่วยโรคตื่นตระหนกมีการบำบัดเป็นครั้งตามรูปแบบของแต่ละการบำบัด ส่วนใหญ่พบว่าจำนวนครั้งการให้โปรแกรมบำบัดนิยมใช้ 10-20 ครั้ง เป็นการปฏิบัติที่มีเป้าหมายโดยตรงกับความคิดที่บิดเบือน ความกลัวอาการแสดงของร่างกาย (อาการตื่นตระหนก) และ อาการอะโรราโฟเบีย การฝึกปฏิบัตินี้มีบทบาทร่วมกันระหว่างผู้ป่วยกับผู้บำบัด สามารถให้การบำบัดได้ทั้งแบบรายบุคคล และรายกลุ่ม (Manfro et al., 2008) งานวิจัยพบว่าผลที่ประสิทธิภาพของการบำบัด คือ มีจำนวน 6 ครั้ง ในโปรแกรม (Clark et al., 1999; Craske, Maidenberg, & Bystriksk, 1995)

กล่าวโดยสรุปจะเห็นได้ว่า การบำบัดความคิดและพฤติกรรมในผู้ป่วยโรคตื่นตระหนก เป็นการบำบัดที่มีเป้าหมายในการแก้ไขปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมที่บิดเบือนให้เป็นไปตามความคิดที่สมเหตุสมผลและเหมาะสมเทคนิคการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมเปลี่ยนวิธีคิด ใช้ในกรณีที่ผู้บำบัดพบว่าปัญหาของผู้เข้ารับการบำบัดนั้นเกิดขึ้นจากการคิดและการ

แก้ปัญหาที่ไม่มีระบบ อีกทั้งขาดทักษะในการแสดงออก ในโรคตื่นตระหนกที่ผู้ป่วยนั้นคิดและตอบสนองต่อความตื่นกลัวที่จำใจ ในการทำงานนั้นต้องให้มีการเรียนรู้ว่าตนเองกำลังประสบกับการตอบสนองทางสรีระที่มีต่อสิ่งอันตรายในสิ่งที่กลัวและสิ่งนี้แม้ว่าจะน่ากลัวแต่ไม่ทำให้เขาเป็นอันตราย นักจิตบำบัดจะทำให้ผู้นั้นมีการตอบสนองต่อสถานการณ์ลดลงอย่างเป็นขั้นตอน โดยจำลองสถานการณ์ที่กระตุ้นความวิตกกังวลและสอนเทคนิคการผ่อนคลาย และการหายใจเพื่อต่อสู้เมื่อความกลัวเข้าใจ และใช้กระบวนการปรับโครงสร้างการเรียนรู้ใหม่ (Cognitive restructuring) เข้าแก้ไขแนวโน้มนั้นที่ผู้นั้นมักจะคาดการณ์สิ่งที่เลวร้ายที่สุดเกี่ยวกับอาการของเขาไว้ และให้คำอธิบายที่สมเหตุสมผลและให้ความมั่นใจในสิ่งที่เขากำลังรู้สึกจนผู้ป่วยเกิดความเคยชิน เกิดการยอมรับอาการตื่นตระหนก และมีการปรับตัวเมื่อมีอาการตื่นตระหนก ผู้ป่วยโรคตื่นตระหนกจะสามารถใช้ชีวิตประจำวันได้ตามปกติ ดังนั้นการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมเป็นเทคนิคการบำบัดที่เน้นทักษะการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม จึงเน้นที่การสอนให้ผู้เข้ารับการบำบัดให้มีระบบในการคิดและแก้ปัญหาได้อย่างมีระบบ อีกทั้งฝึกทักษะในการแสดงออกที่จำเป็นในการแก้ปัญหาที่เผชิญอีกด้วย การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในโรคตื่นตระหนกพบว่าได้ประสิทธิภาพดีต่ออาการของโรคจึงนิยมใช้ในผู้ป่วยโรคตื่นตระหนก (London & Barlow, 2004; McIntosh, et al., 2004)

บทที่ 3

วิธีดำเนินการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อรวบรวม วิเคราะห์ และสังเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในผู้ป่วยโรคต้นตระหนก โดยการทบทวนจากตำรา วรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ซึ่งประกอบด้วยขั้นตอนดังต่อไปนี้คือ

1. การสืบค้นงานวิจัยและหลักฐานอ้างอิงทางวิชาการเพื่อการทบทวน (Search for information sources) ประกอบด้วย
 - 1.1 แหล่งข้อมูลงานวิจัย (Data source)
 - 1.2 คำสำคัญในการสืบค้น (Key words)
 - 1.3 เกณฑ์การคัดเลือกงานวิจัย (Inclusion criteria)
2. แนวทางในการวิเคราะห์งานวิจัยและหลักฐานอ้างอิงทางวิชาการประกอบด้วย
 - 2.1 การประเมินคุณภาพงานวิจัย (Evaluation of research quality)
 - 2.2 การสกัดข้อมูลจากงานวิจัย (Data extraction)

การสืบค้นงานวิจัยและหลักฐานอ้างอิงทางวิชาการเพื่อการทบทวน (Search for information sources)

1.แหล่งข้อมูลงานวิจัย (Data source) แหล่งข้อมูลที่ใช้ในการสืบค้นทรัพยากรสารสนเทศ (Information Resource) จากวัสดุตีพิมพ์ผลงานวิจัยทั้งในประเทศและต่างประเทศ โดยการสืบค้นงานวิจัยและหลักฐานอ้างอิงทางวิชาการดังกล่าวจากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ (Electronic Resource) โดยฐานข้อมูลที่ใช้มีดังนี้

1.1 สืบค้นงานวิจัยและหลักฐานอ้างอิงทางวิชาการในประเทศไทยจากฐานข้อมูล กรมสุขภาพจิต ห้องสมุดมหาวิทยาลัยมหิดล ห้องสมุดมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ห้องสมุดจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และโครงการเครือข่ายห้องสมุดในประเทศไทย (ThaiLIS)

1.2 สืบค้นงานวิจัยจากฐานข้อมูลทางการแพทย์และการพยาบาลที่สำคัญ ได้แก่ CINAHL, PubMed, Science direct, Proquest, Highwire Press, Blackwell Synergy, Ovid, และ Springer Link

1.3 สืบค้นงานวิจัยและหลักฐานอ้างอิงทางวิชาการ โดยการค้นคว้าด้วยตนเองจากห้องสมุดของมหาวิทยาลัยต่างๆ เช่น ห้องสมุดกรมสุขภาพจิต ห้องสมุดมหาวิทยาลัยมหิดล ห้องสมุดมหาวิทยาลัยจุฬาลงกรณ์ ห้องสมุดคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ห้องสมุดโรงพยาบาลสวนปรุง

1.4 สืบค้นงานวิจัยและหลักฐานอ้างอิงทางวิชาการจากแหล่งข้อมูลดังกล่าวด้วยตนเองในช่วงระยะเวลา ตั้งแต่เดือนพฤษภาคม - มิถุนายน พ.ศ. 2553 นอกจากนี้ได้สืบค้นจากบรรณานุกรมของงานวิจัยแต่ละเรื่องแล้วนำไปค้นหาฉบับสมบูรณ์ (full text) ต่อไป

2. กำหนดคำสำคัญในการสืบค้น (Key words) คำสำคัญที่ใช้ในการสืบค้นงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับปัญหาที่สนใจ ได้แก่ Panic disorder and Cognitive behavior therapy, Panic disorder and CBT, Panic disorder and Psychotherapy โรคแพนิค โรคตื่นตระหนก การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม การปรับเปลี่ยนทางความคิดและพฤติกรรม การบำบัดทางปัญญา และการบำบัดทางพฤติกรรมปัญญา

3. เกณฑ์การคัดเลือกงานวิจัย (Inclusion criteria) ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้ศึกษาใช้เกณฑ์ในการพิจารณาคัดเลือกงานวิจัย ดังนี้

3.1 กลุ่มตัวอย่าง (Sample) เป็นงานวิจัยที่ศึกษาในผู้ป่วยโรคตื่นตระหนกชนิดทั้งที่มีและไม่มีโรคอะโกราโฟเบียร่วม (Panic disorder with or without Agoraphobia)

3.2 การจัดกระทำ (Intervention) เป็นงานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (Cognitive behavior therapy)

3.3 ชนิดหรือประเภทของงานวิจัย พิจารณาทั้งงานวิจัยที่มีการออกแบบเป็นเชิงทดลองชนิดที่มีการสุ่มเข้ากลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง (Randomized controlled trial design) หรืองานวิจัยเชิงกึ่งทดลอง หรืองานวิจัยเชิงทดลองที่ไม่มีการสุ่มเข้ากลุ่ม (Quasi-experimental design)

3.4 เป็นงานวิจัยที่มีการตีพิมพ์ในวารสารวิชาการ ที่อยู่ในช่วงระยะเวลา ตั้งแต่ พ.ศ. 2548 - พ.ศ. 2553

3.5 เป็นงานวิจัยที่สามารถหาฉบับสมบูรณ์ได้

รายละเอียดเกี่ยวกับฐานข้อมูลที่ใช้ สำคัญในการสืบค้น จำนวนการ
ศึกษาวิจัยที่สืบค้นได้และจำนวนการศึกษาที่เลือกใช้ ดังแสดงในตาราง 3.1 ต่อไปนี้

ตาราง 3.1 แสดงผลการสืบค้นงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ฐานข้อมูล	คำสำคัญในการสืบค้น	จำนวน ที่ค้นได้	จำนวน ที่เลือก	จำนวนที่เลือกหลังจาก ตัดเรื่องที่ซ้ำกันออก
PubMed	- Panic disorder and Cognitive behavioral therapy	762	11	11
	- Panic disorder and CBT	196	4(4)	0
	- Panic disorder and Psychotherapy	1,389	11(11)	0
Science Direct	- Panic disorder and Cognitive behavioral therapy	161	8(5)	3
	- Panic disorder and CBT	104	1(1)	0
	- Panic disorder and Psychotherapy	69	8(8)	0
CINAHL	- Panic disorder and Cognitive behavioral therapy	60	8(8)	0
	- Panic disorder and CBT	53	3(3)	0
	- Panic disorder and Psychotherapy	109	4(4)	0
Proquest	- Panic disorder and Cognitive behavioral therapy	60	3(3)	0
	- Panic disorder and CBT	38	2(2)	0
	- Panic disorder and Psychotherapy	327	3(3)	0

หมายเหตุ : ในวงเล็บ () จำนวนเรื่องที่ซ้ำ

ตาราง 3.1 แสดงผลการสืบค้นงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง (ต่อ)

ฐานข้อมูล	คำสำคัญในการสืบค้น	จำนวน ที่ค้นได้	จำนวน ที่เลือก	จำนวนที่เลือก หลังจากตัดเรื่องที่ ซ้ำกันออก
High Wire	- Panic disorder and Cognitive behavioral therapy	45	2(2)	0
	- Panic disorder and CBT	23	1(1)	0
	- Panic disorder and Psychotherapy	44	2(2)	0
Blackwell	- Panic disorder and Cognitive behavioral therapy	38	2(2)	0
	- Panic disorder and CBT	9	2(2)	0
	- Panic disorder and Psychotherapy	42	2(2)	0
Ovid	- Panic disorder and Cognitive behavioral therapy	11	4(3)	1
	- Panic disorder and CBT	9	2(2)	0
	- Panic disorder and Psychotherapy	17	4(4)	0
Springer Link	- Panic disorder and Cognitive behavioral therapy	3	1(1)	0
	- Panic disorder and CBT	2	1(1)	0
	- Panic disorder and Psychotherapy	1	1(1)	0

หมายเหตุ : ในวงเล็บ () จำนวนเรื่องที่ซ้ำ

ตาราง 3.1 แสดงผลการสืบค้นงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง (ต่อ)

ฐานข้อมูล	คำสำคัญในการสืบค้น	จำนวน ที่ค้นได้	จำนวน ที่เลือก	จำนวนที่เลือก หลังจากตัดเรื่องที่ ซ้ำกันออก
กรม สุขภาพจิต	- โรคแพนิก	8	0	0
	- โรคตื่นตระหนก	3	0	0
	- การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม	1	0	0
	- การปรับเปลี่ยนทางความคิดและ พฤติกรรม	0	0	0
	- การบำบัดทางปัญญา	0	0	0
	- การบำบัดทางพฤติกรรมปัญญา	0	0	0
ห้องสมุด มหาวิทยาลัย มหิดล	- โรคแพนิก	1	0	0
	- โรคตื่นตระหนก	1	0	0
	- การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม	8	0	0
	- การปรับเปลี่ยนทางความคิดและ พฤติกรรม	9	0	0
	- การบำบัดทางปัญญา	10	0	0
	- การบำบัดทางพฤติกรรมปัญญา	2	0	0
ห้องสมุด มหาวิทยาลัย เชียงใหม่	- โรคแพนิก	0	0	0
	- โรคตื่นตระหนก	0	0	0
	- การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม	3	0	0
	- การปรับเปลี่ยนทางความคิดและ พฤติกรรม	0	0	0
	- การบำบัดทางปัญญา	3	0	0
	- การบำบัดทางพฤติกรรมปัญญา	0	0	0

หมายเหตุ : ในวงเล็บ () จำนวนเรื่องที่ซ้ำ

ตาราง 3.1 แสดงผลการสืบค้นงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง (ต่อ)

ฐานข้อมูล	คำสำคัญในการสืบค้น	จำนวน ที่ค้นได้	จำนวน ที่เลือก	จำนวนที่เลือก หลังจากตัดเรื่องที่ ซ้ำกันออก
ห้องสมุด มหาวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์	- โรคแพนิก	0	0	0
	- โรคตื่นตระหนก	0	0	0
	- การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม	0	0	0
	- การปรับเปลี่ยนทางความคิดและ พฤติกรรม	0	0	0
	- การบำบัดทางปัญญา	0	0	0
	- การบำบัดทางพฤติกรรมปัญญา	0	0	0
โครงการ เครือข่าย ห้องสมุดใน ประเทศไทย (ThaiLIS)	- โรคแพนิก	0	0	0
	- โรคตื่นตระหนก	0	0	0
	- การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม	5	0	0
	- การปรับเปลี่ยนทางความคิดและ พฤติกรรม	1	0	0
	- การบำบัดทางปัญญา	3	0	0
	- การบำบัดทางพฤติกรรมปัญญา	0	0	0
รวม		3,630	90(75)	15

หมายเหตุ : ในวงเล็บ () จำนวนเรื่องที่ซ้ำ

จากคำสำคัญที่กำหนดสามารถสืบค้นงานวิจัยที่เกี่ยวข้องจากทุกฐานข้อมูลได้ด้วยการอ่านบทคัดย่อและนำชื่อเรื่องงานวิจัยบางส่วนที่มีแต่บทคัดย่อ (Abstract) มาค้นหาฉบับเต็ม จากงานวิจัย วารสารต่างๆทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศ เมื่อพิจารณาคัดเรื่องที่ซ้ำกันในแต่ละฐานข้อมูลออกจะมีงานวิจัยที่อยู่ในเกณฑ์และสามารถหาฉบับสมบูรณ์ได้ จำนวนทั้งหมด 15 เรื่อง จากนั้นนำงานวิจัยที่ได้ไปวิเคราะห์และประเมินคุณภาพต่อไป

แนวทางในการวิเคราะห์งานวิจัยและหลักฐานอ้างอิงเชิงวิชาการ

จากการทบทวนวรรณกรรมและสืบค้นหาหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้องกับการใช้รูปแบบการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม ในผู้ป่วยโรคต้นตระหนก มีงานวิจัยที่จะนำมาวิเคราะห์และเข้าเกณฑ์ 15 เรื่อง สำหรับกระบวนการในการวิเคราะห์และสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์มีดังนี้

1. การประเมินคุณภาพงานวิจัย (Evaluation of research quality) ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้ศึกษาใช้หลักเกณฑ์การประเมินคุณภาพระดับงานวิจัยของราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย (2544) ซึ่งแบ่งระดับหลักฐานอ้างอิงทางวิชาการ (level of evidence) เป็น 4 ระดับ ดังนี้

ระดับ A หมายถึงหลักฐานที่ได้จากงานวิจัยที่เป็น meta-analysis ของงานวิจัยที่เป็น randomized controlled trials หรืองานวิจัยเดี่ยวที่เป็น randomized controlled trials

ระดับ B หมายถึงหลักฐานที่ได้จากงานวิจัยที่เป็น meta-analysis ของงานวิจัยที่ออกแบบเป็น randomized controlled trials อย่างน้อย 1 เรื่อง หรือหลักฐานที่ได้จากงานวิจัยที่มีการออกแบบรัดกุม แต่เป็นงานวิจัยกึ่งทดลองหรืองานวิจัยเชิงทดลองที่ไม่มีการสุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่ม ได้แก่ non-randomized controlled trials, cohort-study, case control study

ระดับ C หมายถึงหลักฐานที่ได้จากงานวิจัยที่เป็นงานเปรียบเทียบหาความสัมพันธ์หรือเป็นงานวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive study)

ระดับ D หมายถึงหลักฐานที่ได้จากความคิดเห็นจากผู้เชี่ยวชาญ (Expert consensus)

งานวิจัยที่สืบค้นได้ 15 เรื่องมีงานวิจัยระดับ A จำนวน 13 เรื่อง และเป็นระดับ B จำนวน 2 เรื่อง ดังแสดงในตาราง 3.2

ตาราง 3.2 การประเมินคุณภาพงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการใช้การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในผู้ป่วยโรคตื่นตระหนก

ชื่อเรื่อง	ผู้วิจัย/ปี	ระดับงานวิจัย
1. Cognitive mediation of panic reduction during an early intervention for panic	Meulenbeek et al., 2010	A
2. A randomized study of massed three-week cognitive behavioral therapy schedule for panic disorder.	Bohni, Spindler, Arendt, Hougaard, & Rosenberg, 2009	A
3. A randomized, controlled clinical trial of standard, group and brief cognitive behavioral therapy for panic disorder with agoraphobia: A two-year follow-up	Marchand, Roberge, Primiano, & Germain, 2009	A
4. Cognitive-behavioral treatment for panic disorder with agoraphobia: A randomized, controlled trial and cost-effectiveness analysis	Roberge, Marchand, Reinhartz, & Savard, 2008	A
5. Early intervention in panic: randomized controlled trial and cost-effectiveness analysis	Meulenbeek, Willemse, Smit, van Balkom, Spinhoven, & Cuijpers, 2008	A
6. Is internet-based CBT for panic disorder and agoraphobia as effective as face-to-face CBT?	Kiropoulos et al., 2008	A
7. Is a combined therapy more effective than either CBT or SSRI alone? Results of a multicenter trial on panic disorder with or without agoraphobia	van Apeldoorn, van Hout, Mersch, Huisman, Slaap, Hale, Visser, van Dyck, & den Boer, 2008	A
8. Cognitive behavioral therapy for panic disorder and comorbidity: More of the same or less of more?	Craske, Farchione, Allen, Barrios, Stoyanova, & Rose, 2007	A

ตาราง 3.2 การประเมินคุณภาพงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการใช้การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในผู้ป่วยโรคตื่นตระหนก (ต่อ)

ชื่อเรื่อง	ผู้วิจัย/ปี	ระดับงานวิจัย
9. Prognostic indices with brief and standard CBT for panic disorder: I. predictors of outcome	Dow, Kenardy, Johnston, Newman, Taylor, & Thomson, 2007	A
10. Prognostic indices with brief and standard CBT for panic disorder: II. moderators of outcome	Dow, Kenardy, Johnston, Newman, Taylor, & Thomson, 2007	A
11. Remote treatment of panic disorder : A randomized trial of internet-based cognitive behavior therapy supplemented with telephone calls	Carlbring, Bohman, Brunt, Buhrman, Westling, Ekselius, & Andersson, 2006	A
12. A randomized effectiveness trial of cognitive-behavioral therapy and medication for primary care panic disorder	Roy-Byrne, Craske, Stein, Sullivan, Bystritsky, Katon, Golinelli, & Sherbourne, 2005	A
13. Impact of cognitive-behavioral therapy for panic disorder on comorbidity: A controlled investigation	Tsao, Mystkowski, Zucker, & Craske, 2005	A
14. Cognitive behavioral treatment of panic disorder and agoraphobia in a multiethnic urban outpatient clinic: Initial presentation and treatment outcome	Friedman, Braunstein, & Halpern, 2006	B
15. Do changes in panic appraisal predict improvement in clinical status following cognitive-behavioral treatment of panic disorder?	Cho, Smits, Powers, & Telch, 2006	B

2. การสกัดข้อมูลจากงานวิจัย (Data extraction) ในการทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบทั้ง 15 เรื่องนี้ ได้กำหนดขอบเขตของข้อมูลที่จะสกัดออกมาจากงานวิจัยดังนี้ คือ

- วัตถุประสงค์ของงานวิจัย (Purpose)
- รูปแบบการวิจัย (Research design)
- สถานที่หรือแหล่งวิจัย (Setting)
- กลุ่มตัวอย่าง (Sample)
- ผลลัพธ์และเครื่องมือประเมิน (Research outcome and instruments)
- การเก็บรวบรวมข้อมูล (Data collection)
- วิธีการวิจัยหรือการ จัดกระทำ (Method/ Intervention)
- ผลการวิจัย (Finding/ Result)
- ข้อเสนอแนะเพื่อนำไปใช้ (Implication / Implementation)

จากข้อมูลที่สกัดได้ นำมาสังเคราะห์ สรุปเป็นองค์ความรู้ เกี่ยวกับรูปแบบและประสิทธิผลของการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในผู้ป่วยโรคต้นตระหนกต่อไป

บทที่ 4

ผลการศึกษา

ผลการสังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในผู้ป่วยโรคต้นตระหนกที่นำมาใช้จำนวน 15 เรื่อง ผู้ศึกษาสรุปประเด็นสำคัญออกเป็น 5 ส่วน คือ 1) คุณภาพงานวิจัย 2) องค์ประกอบของการบำบัด 3) รูปแบบการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม 4) ผลลัพธ์ของการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม และ 5) การศึกษาเปรียบเทียบการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม ดังต่อไปนี้

คุณภาพการวิจัย

จากการสังเคราะห์ผลงานวิจัยเกี่ยวกับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในผู้ป่วยโรคต้นตระหนกทั้ง 15 เรื่อง เมื่อนำมาประเมินคุณภาพวิจัย พบว่าเป็นงานวิจัยที่เป็น Randomized control trial (ระดับ A) จำนวน 13 เรื่อง (Bohni et al., 2009; Calbring et al., 2006; Craske et al., 2007; Dow et al., 2007a; Dow et al., 2007b; Kiropoulos et al., 2008; Marchand et al., 2009; Meulenbeek et al., 2010; Meulenbeek et al., 2008; Roberge et al., 2008; Roy-Byrne et al., 2005; Taso et al., 2005; Van Apeldoorn et al., 2008) และเป็นงานวิจัยแบบ Quasi-experimental research (ระดับ B) จำนวน 2 เรื่อง (Cho et al., 2006; Friedman et al., 2006) ซึ่งมีความเพียงพอในการนำมาศึกษาและเป็นงานวิจัยที่มีคุณภาพ

องค์ประกอบของการบำบัด

จากการสังเคราะห์ผลงานวิจัยเกี่ยวกับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในผู้ป่วยโรคต้นตระหนกที่นำมาใช้ 15 เรื่อง พบว่าองค์ประกอบของการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม มีดังนี้

ผู้บำบัด จากการสังเคราะห์งานวิจัยในการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม ให้ผู้ป่วยโรคตื่นตระหนกพบว่า ผู้ให้การบำบัดแบ่งตามสาขาวิชาชีพและคุณวุฒิ ดังนี้

นักจิตบำบัด จำนวน 13 เรื่อง (Bohni et al., 2009; Calbring et al., 2006; Cho et al., 2006; Dow et al., 2007a; Dow et al., 2007b; Friedman et al., 2006; Kiropoulos et al., 2008; Meulenbeek et al., 2010; Meulenbeek et al., 2008; Marchand et al., 2009; Roberge et al., 2008; Roy-Byrne et al., 2005; Van Apeldoorn et al., 2008)

นักศึกษาปริญญาเอก อบรมหลักสูตรเฉพาะการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมเป็นระยะเวลา 1 ปี จำนวน 1 เรื่อง (Craske et al., 2007)

นักศึกษาปริญญาโท อบรมหลักสูตรเฉพาะการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมเป็นระยะเวลา 1 ปี จำนวน 1 เรื่อง (Taso et al., 2005)

ผู้รับการบำบัด จากการสังเคราะห์งานวิจัยในการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม ให้ผู้ป่วยโรคตื่นตระหนกพบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดมีลักษณะต่างๆดังนี้

เพศ ผู้ป่วยที่เข้าร่วมการศึกษามีทั้งเพศชายและหญิง ในงานวิจัยทั้งหมด

อายุ ผู้ป่วยที่เข้าร่วมการศึกษามีช่วงอายุอยู่ตั้งแต่วัยรุ่นตอนปลาย จนกระทั่งถึงวัยสูงอายุ ผู้ป่วยส่วนใหญ่อยู่ในวัยผู้ใหญ่ โดยรายละเอียดแบ่งตามเกณฑ์คัดเข้ามีดังนี้คือ มีอายุ 18 ปีขึ้นไป จำนวน 2 เรื่อง (Meulenbeek et al., 2010; Meulenbeek et al., 2008) ผู้ป่วยที่เข้าร่วมการศึกษา มีอายุ 21 ปี ขึ้นไปจำนวน 1 เรื่อง (Bohni et al., 2009) ผู้ป่วยที่เข้าร่วมการศึกษา มีอายุระหว่าง 18-60 ปี จำนวน 3 เรื่อง (Calbring et al., 2006; Dow et al., 2007a; Dow et al., 2007b) ผู้ป่วยที่เข้าร่วมการศึกษามีอายุระหว่าง 18- 65 ปี จำนวน 4 เรื่อง (Cho et al., 2006; Marchand et al., 2009; Roberge et al., 2008; Van Apeldoorn et al., 2008) ผู้ป่วยที่เข้าร่วมการศึกษามีอายุระหว่าง 18- 70 ปี จำนวน 2 เรื่อง (Kiropoulos et al., 2008; Roy-Byrne et al., 2005) และไม่ระบุอายุจำนวน 3 เรื่อง (Craske et al., 2007; Friedman et al., 2006; Taso et al., 2005)

การวินิจฉัย งานวิจัยทั้งหมด ใช้แบบประเมินการวินิจฉัยเบื้องต้นว่าเป็นโรคตื่นตระหนกที่มีหรือไม่มีโรคอะโกราโฟเบียร่วม (Panic disorder with or without Agoraphobia) ตามเกณฑ์ของ Diagnostic and statistical manual of mental disorder (DSM-IV) โดยผู้ป่วยที่เข้าร่วมการศึกษาเป็นผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคตื่นตระหนก ซึ่งอาจมีหรือไม่มีโรคร่วมอะโกราโฟเบียร่วม จำนวน 13 เรื่อง (Bohni et al., 2009; Calbring et al., 2006; Cho et al., 2006; Craske et al., 2007; Dow et al., 2007a; Dow et al., 2007b; Friedman et al., 2006; Kiropoulos et al., 2008; Meulenbeek et al., 2010; Meulenbeek et al., 2008; Roy-Byrne et al., 2005; Taso et al., 2005; Van

Apeldoorn et al., 2008) และเฉพาะผู้ป่วยโรคต้นตระหนกร่วมกับอะโคราโฟเบีย จำนวน 2 เรื่อง (Marchand et al, 2009; Roberge et al, 2008)

สถานที่ในการให้การบำบัด จากการสังเคราะห์งานวิจัยในการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม ให้ผู้ป่วยโรคต้นตระหนกร่วมพบว่ ลักษณะสถานที่ใช้ในขณะผู้ป่วยได้รับการบำบัดมีลักษณะต่างๆดังนี้

สถานที่ในการให้การบำบัด 1 แห่ง ประกอบด้วย โรงพยาบาล จำนวน 3 เรื่อง (Bohni et al., 2009; Marchand et al., 2009; Roberge et al., 2008) ศูนย์สุขภาพชุมชนจำนวน 3 เรื่อง (Roy-Byrne et al., 2005; Meulenbeek et al., 2010; Meulenbeek et al., 2008) แผนกจิตเวชในมหาวิทยาลัย จำนวน 6 เรื่อง (Craske et al., 2007; Cho et al., 2006; Dow et al., 2007a; Dow et al., 2007b; Friedman et al., 2006; Taso et al., 2005) ที่บ้านหรือที่ทำงาน จำนวน 1 เรื่อง (Calbring et al., 2006)

สถานที่ในการให้การบำบัด 2 แห่งประกอบด้วย แผนกจิตเวชในมหาวิทยาลัย กับที่บ้านหรือที่ทำงาน จำนวน 1 เรื่อง (Kiropoulos et al., 2008)

สถานที่ในการให้การบำบัด 3 แห่งประกอบด้วย มหาวิทยาลัยที่มีแพทย์ฝึกหัด ศูนย์วิจัยและศูนย์สุขภาพชุมชน จำนวน 1 เรื่อง (Van Apeldoorn et al., 2008)

ความถี่และระยะเวลาในการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม

จากการสังเคราะห์งานวิจัยในการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม ให้ผู้ป่วยโรคต้นตระหนกร่วมที่มีและไม่มีโรคต้นตระหนกร่วมพบว่จำนวนความถี่ในแต่ละครั้งและระยะเวลาของโปรแกรมที่ใช้ในขณะผู้ป่วยได้รับการบำบัดมีลักษณะดังต่อไปนี้

จากการสังเคราะห์งานวิจัยทั้งหมด 15 เรื่องพบว่ โปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมแบบมาตรฐาน มีทั้งหมด 13 เรื่อง (Bohni et al., 2009; Calbring et al., 2006; Cho et al., 2006; Craske et al., 2007; Dow et al., 2007a; Dow et al., 2007b; Kiropoulos et al., 2008; Marchand et al., 2009; Meulenbeek et al., 2010; Meulenbeek et al., 2008; Roberge et al., 2008; Taso et al., 2005; Van Apeldoorn et al., 2008) ระยะเวลาที่ใช้ในการบำบัดอยู่ในช่วงตั้งแต่ 8-36 สัปดาห์ โดยเฉลี่ย 13 สัปดาห์ มีจำนวนครั้งในการบำบัดอยู่ในช่วง 8-18 ครั้ง จำนวนครั้งโดยเฉลี่ย 12 ครั้ง โดยเฉลี่ย 1 ครั้งต่อสัปดาห์ ซึ่งในแต่ละครั้งใช้เวลาตั้งแต่ 50 นาทีถึง 120 นาที โดยเฉลี่ย 76 นาทีต่อครั้ง

โปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมแบบระยะสั้น มีทั้งหมด 5 เรื่อง (Roy-Byrne et al., 2005; Dow et al., 2007a; Dow et al., 2007b; Marchand et al., 2009; Roberge et

al., 2008) จำนวนครั้งในการบำบัดมีจำนวน 6-7 ครั้ง ทุกเรื่องใช้เวลาในการบำบัดครั้งละ 1 ชั่วโมง เวลาที่ใช้บำบัดตลอดโปรแกรมใช้เวลา 15 สัปดาห์จำนวน 2 เรื่อง (Marchand et al., 2009; Roberge et al., 2008) ใช้เวลา 12 สัปดาห์จำนวน 1 เรื่อง (Roy-Byrne et al., 2005) และ 6 สัปดาห์จำนวน 2 เรื่อง (Dow et al., 2007a; Dow et al., 2007b)

นอกจากนี้มีโปรแกรมการบำบัดการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมแบบต่อเนื่องใน เวลา 3 สัปดาห์ จะเป็นการให้โปรแกรมรวม 26 ชั่วโมงโดย สัปดาห์ที่ 1 ให้การบำบัด ทุกวันเป็น เวลา 5 วันๆละ 4 ชั่วโมงเนื้อหาครอบคลุมในหน่วยที่ 1-10 สัปดาห์ที่ 2 ให้การบำบัด เป็นเวลา 2 วันๆละ 2 ชั่วโมง เนื้อหาครอบคลุมในหน่วยที่ 11-12 สัปดาห์ที่ 3 ให้การบำบัด เป็นเวลา 1 วันๆละ 2 ชั่วโมงเนื้อหาครอบคลุมในหน่วยที่ 13 (Bohmi et al, 2009)

รูปแบบการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม

จากการสังเคราะห์งานวิจัยทั้ง 15 เรื่อง เกี่ยวกับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม ในผู้ป่วยโรคต้นตระหนก พบว่าในแต่ละงานวิจัยที่นำมาสังเคราะห์ มีการศึกษาเปรียบเทียบ รูปแบบของการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม กิจกรรมและกลยุทธ์ที่ใช้ในการบำบัดทาง ความคิดและพฤติกรรม โดยแสดงในตาราง 4.1

ตารางที่ 4.1 แสดงชื่อเรื่อง/ ชนิดการบำบัดที่ใช้ศึกษาเปรียบเทียบ/ ชนิดการบำบัด (รายการ/ รายบุคคล) กิจกรรม/ กลยุทธ์ที่ใช้บำบัด

ชื่อเรื่อง	ชนิดการบำบัด ที่ใช้ศึกษาเปรียบเทียบ	ชนิดการ บำบัด รายการ/ รายบุคคล	กิจกรรม/ กลยุทธ์ที่ใช้บำบัด									
			Psycho-education	Stress Management	Relaxation training	Breath Retraining	Cognitive Restructuring	Interoceptive exposure	In Vivo Exposure	Graded Exposure	Self-direct Exposure	Relapse Prevention
1. Meulenbeek et al., 2010	กลุ่มที่ได้รับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม เปรียบเทียบกับกลุ่มที่ได้รับการรักษาขั้นพื้นฐาน	รายการ	/	/	/	/	/	/	/			/
2. Bohmi et al., 2009	กลุ่มที่ได้รับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม 13 หน่วยการสอนแบบ 13 สัปดาห์ เปรียบเทียบกับ 3 สัปดาห์	รายการ	/				/	/	/			
3. Marchand et al., 2009	เปรียบเทียบ 3 แบบคือกลุ่มที่ได้รับการบำบัดทางความคิด และพฤติกรรมแบบมาตรฐาน แบบกลุ่ม แบบระยะสั้น	รายการ/ รายบุคคล	/			/	/	/	/			/
4. Roberge et al., 2008	เปรียบเทียบ 3 แบบคือกลุ่มที่ได้รับการบำบัดทางความคิด และพฤติกรรมแบบมาตรฐาน แบบกลุ่ม แบบระยะสั้น	รายการ/ รายบุคคล	/			/	/	/	/			/
5. Meulenbeek et al., 2008	กลุ่มที่ได้รับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม เปรียบเทียบกับกลุ่มที่ได้รับการรักษาขั้นพื้นฐาน	รายการ	/	/	/		/	/	/			/

ตาราง 4.1 แสดงชื่อเรื่อง/ ชนิดการบำบัดที่ใช้ศึกษาเปรียบเทียบ/ ชนิดการบำบัด (รายการกลุ่ม/ รายการบุคคล) กิจกรรม/ กลยุทธ์ที่ใช้บำบัด (ต่อ)

ชื่อเรื่อง	ชนิดการบำบัด ที่ใช้ศึกษาเปรียบเทียบ	ชนิดการ บำบัด รายการกลุ่ม/ รายการบุคคล	กิจกรรม/ กลยุทธ์ที่ใช้บำบัด									
			Psycho-education	Stress Management	Relaxation training	Breath Retraining	Cognitive Restructuring	Interoceptive exposure	In Vivo Exposure	Graded Exposure	Self-direct Exposure	Relapse Prevention
6. Kiropoulos et al., 2008	กลุ่มที่ได้รับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมผ่านทางอินเทอร์เน็ตเปรียบเทียบกับบำบัดด้วยนักจิตวิทยาโดยตรง	รายการกลุ่ม/ รายการบุคคล				/	/	/	/			
7. Van Apeldoorn et al., 2008	เปรียบเทียบ 3 แบบ กลุ่มที่ได้รับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม กลุ่มที่ได้รับยา SSRI และกลุ่มที่ได้รับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร่วมกับยา SSRI	รายการกลุ่ม	/			/	/	/	/			
8. Craske et al., 2007	กลุ่มที่ได้รับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในโรคต้นตระหนก กับกลุ่มการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในโรคต้นตระหนกที่เพิ่มการบำบัดโรคร่วมด้วย	รายการกลุ่ม				/	/	/	/			
9. Dow et al., 2007a	เปรียบเทียบ 3 แบบ กลุ่มที่ได้รับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมแบบ 12 หน่วยการสอน แบบ 6 หน่วยการสอน แบบ 6 หน่วยการสอนร่วมกับการใช้คอมพิวเตอร์	รายการกลุ่ม				/	/	/		/		/

ตาราง 4.1 แสดงชื่อเรื่อง/ ชนิดการบำบัดที่ศึกษาเปรียบเทียบ/ ชนิดการบำบัด (รายการ/ รายบุคคล) กิจกรรม/ กลยุทธ์ที่ใช้บำบัด (ต่อ)

ชื่อเรื่อง	ชนิดการบำบัด ที่ศึกษาเปรียบเทียบ	ชนิดการ บำบัด รายการ/ รายบุคคล	กิจกรรม/ กลยุทธ์ที่ใช้บำบัด									
			Psycho-education	Stress Management	Relaxation training	Breath Retraining	Cognitive Restructuring	Interceptive exposure	In Vivo Exposure	Graded Exposure	Self-direct Exposure	Relapse Prevention
10. Dow et al., 2007b	เปรียบเทียบ 3 แบบ กลุ่มที่ได้รับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมแบบ 12 หน่วยการสอน แบบ 6 หน่วยการสอน แบบ 6 หน่วยการสอนร่วมกับการใช้คอมพิวเตอร์	รายการ				/	/	/		/		/
11. Calbring et al., 2006	กลุ่มที่ได้รับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมผ่านทางอินเทอร์เน็ตร่วมกับโทรศัพท์ เปรียบเทียบกับ กลุ่มที่ได้รับการรักษาโดยใช้ยารักษาพื้นฐาน	รายการ	/			/	/	/	/			/
12. Roy-Byrne et al., 2005	กลุ่มที่ได้รับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร่วมกับยา เปรียบเทียบกับการบำบัดด้วยยาอย่างเดียว	รายการ				/	/	/				

ตาราง 4.1 แสดงชื่อเรื่อง/ ชนิดการบำบัดที่ใช้ศึกษาเปรียบเทียบ/ ชนิดการบำบัด (รายการ/ รายบุคคล) กิจกรรม/ กลยุทธ์ที่ใช้บำบัด (ต่อ)

ชื่อเรื่อง	ชนิดการบำบัด ที่ใช้ศึกษาเปรียบเทียบ	ชนิดการ บำบัด รายการ/ รายบุคคล	กิจกรรม/ กลยุทธ์ที่ใช้บำบัด									
			Psycho-education	Stress Management	Relaxation training	Breath Retraining	Cognitive Restructuring	Interoceptive exposure	In Vivo Exposure	Graded Exposure	Self-direct Exposure	Relapse Prevention
13. Taso et al., 2005	การเปรียบเทียบผลลัพธ์ด้านโรคร่วม ในกลุ่มที่ได้รับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในโรคต้นตอระหนก เปรียบเทียบในกลุ่มที่ใช้แบบประเมินการดูแลตนเองและติดตามทางโทรศัพท์	รายการ				/	/	/	/			
14. Friedman et al., 2006	เปรียบเทียบการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในโรคต้นตอระหนกในกลุ่มเชื้อชาติต่างกันคือแอฟริกาและคอเคเซียน	รายการ	/		/		/	/	/			
15. Cho et al., 2006	เพื่อศึกษาเรื่องของกลไกที่เกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลงด้านความคิดจากการได้รับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในผู้ป่วยโรคต้นตอระหนก	รายการ	/			/	/	/			/	

ชนิดการบำบัด จากตาราง 4.2 งานวิจัยที่นำมาทบทวนวรรณกรรมพบว่าการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในรูปแบบรายกลุ่มและรายบุคคล ในผู้ป่วยโรคตื่นตระหนก จากการสังเคราะห์งานวิจัยทั้งหมด 15 เรื่อง พบว่ามีการศึกษาในรูปแบบรายกลุ่มจำนวน 10 เรื่อง (Bohni et al., 2009; Cho et al., 2006; Craske et al., 2007; Dow et al., 2007a; Dow et al., 2007b; Kiropoulos et al., 2008; Meulenbeek et al., 2010; Meulenbeek et al., 2008; Roy-Byrne et al., 2005; Van Apeldoorn et al., 2008) แบบรายบุคคลจำนวน 3 เรื่อง (Calbring et al., 2006; Friedman et al., 2006; Taso et al., 2005) และทั้งแบบรายกลุ่มและรายบุคคลจำนวน 2 เรื่อง (Marchand et al., 2009; Roberge et al., 2008)

กิจกรรมและกลยุทธ์ที่ใช้ในการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม

ด้านกิจกรรมและกลยุทธ์ที่นำมาใช้ในการบำบัดความคิดและพฤติกรรมที่ใช้ในผู้ป่วยโรคตื่นตระหนกจากการสังเคราะห์งานวิจัย จำนวน 15 เรื่อง สามารถสรุปได้ดังนี้

การให้สุขภาพจิตศึกษา (Psycho-education) จำนวน 9 เรื่อง (Bohni et al., 2009; Calbring et al., 2006; Cho et al., 2006; Friedman et al., 2006; Marchand et al., 2009; Meulenbeek et al., 2010; Meulenbeek et al., 2008; Roberge et al., 2008; Van Apeldoorn et al., 2008)

การจัดการความเครียด (Stress Management) จำนวน 2 เรื่อง (Meulenbeek et al., 2010; Meulenbeek et al., 2008)

การฝึกการผ่อนคลาย (Relaxation training) จำนวน 3 เรื่อง (Friedman et al., 2006; Meulenbeek et al., 2010; Meulenbeek et al., 2008)

การฝึกวิธีการหายใจ (Breath Retraining) จำนวน 11 เรื่อง (Calbring et al., 2006; Cho et al., 2006; Craske et al., 2007; Dow et al., 2007a; Dow et al., 2007b; Kiropoulos et al., 2008; Marchand et al., 2009; Roberge et al., 2008; Roy-Byrne et al., 2005; Taso et al., 2005; Van Apeldoorn et al., 2008)

การปรับเปลี่ยนโครงสร้างทางความคิด (Cognitive Restructuring) จำนวน 15 เรื่อง (Bohni et al., 2009; Calbring et al., 2006; Cho et al., 2006; Craske et al., 2007; Dow et al., 2007a; Dow et al., 2007b; Friedman et al., 2006; Kiropoulos et al., 2008; Meulenbeek et al., 2010; Meulenbeek et al., 2008; Marchand et al., 2009; Roberge et al., 2008; Roy-Byrne et al., 2005; Taso et al., 2005; Van Apeldoorn et al., 2008)

การฝึกโดยการกระตุ้นให้ร่างกายมีอาการตื่นตระหนกในสถานการณ์จำลอง (Interoceptive exposure) จำนวน 15 เรื่อง (Bohni et al., 2009; Calbring et al., 2006; Cho et al.,

2006; Craske et al., 2007; Dow et al., 2007a; Dow et al., 2007b; Friedman et al., 2006; Kiropoulos et al., 2008; Meulenbeek et al., 2010; Meulenbeek et al., 2008; Marchand et al., 2009; Roberge et al., 2008; Roy-Byrne et al., 2005; Taso et al., 2005; Van Apeldoorn et al., 2008)

การฝึกโดยการให้เผชิญกับสถานการณ์ที่ทำให้เกิดความกลัวโดยตรง (In Vivo Exposure) จำนวน 11 เรื่อง (Bohni et al., 2009; Calbring et al., 2006; Craske et al., 2007; Friedman et al., 2006; Kiropoulos et al., 2008; Meulenbeek et al., 2010; Meulenbeek et al., 2008; Marchand et al., 2009; Roberge et al., 2008; Taso et al., 2005; Van Apeldoorn et al., 2008)

การฝึกเผชิญต่อความกลัวที่ละล้าด้น (Graduated Exposure) จำนวน 2 เรื่อง (Dow et al., 2007a; Dow et al., 2007b)

การฝึกเผชิญด้วยตนเองโดยตรง (Self-direct Exposure) จำนวน 1 เรื่อง (Cho et al., 2006)

การป้องกันการกลับเป็นซ้ำ (Relapse Prevention) จำนวน 7 เรื่อง (Calbring et al., 2006; Dow et al., 2007a; Dow et al., 2007b; Meulenbeek et al., 2010; Meulenbeek et al., 2008; Marchand et al., 2009; Roberge et al., 2008)

ผลลัพธ์ของการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม

จากการสังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมทำให้เกิดผลลัพธ์ในผู้ป่วยโรคตื่นตระหนกทั้งที่มีและไม่มีอะโรราโฟเบียทั้ง 15 เรื่อง ดังต่อไปนี้

1. ผลลัพธ์ด้านอาการทางคลินิกที่เกี่ยวข้องกับอาการตื่นตระหนก ได้แก่

1.1 อาการตื่นตระหนก จากการสังเคราะห์งานวิจัย 15 เรื่อง มีการศึกษาผลลัพธ์เกี่ยวกับอาการตื่นตระหนกทั้งหมด 11 เรื่อง (Bohni et al., 2009; Calbring et al., 2006; Craske et al., 2007; Dow et al., 2007b; Kiropoulos et al., 2008; Marchand et al., 2009; Meulenbeek et al., 2010; Meulenbeek et al., 2008; Roberge et al., 2008; Roy-Byrne et al., 2005; Van Apeldoorn et al., 2008) ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรคตื่นตระหนกที่ได้รับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมมีอาการตื่นตระหนกดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทั้ง 11 เรื่อง

1.2 อาการอะโรราโฟเบีย จากการสังเคราะห์งานวิจัย 15 เรื่อง มีการศึกษาผลลัพธ์เกี่ยวกับอาการอะโรราโฟเบียจำนวน 6 เรื่อง (Bohni et al., 2009; Calbring et al., 2006; Dow

et al., 2007a; Friedman et al., 2006; Marchand et al., 2009; Roberge et al., 2008) ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยโรคต้นตระหนกที่ได้รับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมมีความรุนแรงของอาการอะโกราโฟเบียดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทั้ง 6 เรื่อง

1.3 อาการวิตกกังวล จากการสังเคราะห์งานวิจัย 15 เรื่อง มีการศึกษาผลลัพธ์เกี่ยวกับอาการวิตกกังวลจำนวน 10 เรื่อง (Bohni et al., 2009; Calbring et al., 2006; Craske et al., 2007; Friedman et al., 2006; Kiropoulos et al., 2008; Marchand et al., 2009; Meulenbeek et al., 2008; Roberge et al., 2008; Roy-Byrne et al., 2005; Van Apeldoorn et al., 2008) ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยโรคต้นตระหนกที่ได้รับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมมีอาการวิตกกังวลดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทั้ง 10 เรื่อง

1.4 อาการซึมเศร้า จากการสังเคราะห์งานวิจัย 15 เรื่อง มีการศึกษาผลลัพธ์เกี่ยวกับอาการซึมเศร้าจำนวน 9 เรื่อง (Bohni et al., 2009; Friedman et al., 2006; Calbring et al., 2006; Kiropoulos et al., 2008; Marchand et al., 2009; Meulenbeek et al., 2008; Roberge et al., 2008; Roy-Byrne et al., 2005; Van Apeldoorn et al., 2008) ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยโรคต้นตระหนกที่ได้รับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมมีภาวะซึมเศร้าลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทั้ง 9 เรื่อง

1.5 ความไวต่อการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย (Body vigilance) จากการสังเคราะห์งานวิจัย 15 เรื่อง มีการศึกษาผลลัพธ์เกี่ยวกับความไวต่อการเปลี่ยนแปลงของร่างกายจำนวน 5 เรื่อง (Calbring et al., 2006; Friedman et al., 2006; Kiropoulos et al., 2008; Marchand et al., 2009; Roberge et al., 2008) ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยโรคต้นตระหนกที่ได้รับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมมีความไวต่อการเปลี่ยนแปลงของร่างกายลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทั้ง 5 เรื่อง

1.6 ระดับความเครียด จากการสังเคราะห์งานวิจัย 15 เรื่อง มีการศึกษาผลลัพธ์เกี่ยวกับระดับความเครียดจำนวน 1 เรื่อง (Kiropoulos et al., 2008) โดยพบว่าผู้ป่วยโรคต้นตระหนกที่ได้รับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมมีระดับความเครียดลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

1.7 อาการของโรคจิตเวชร่วมกับโรคต้นตระหนก จากการสังเคราะห์งานวิจัย 15 เรื่อง มีการศึกษาผลลัพธ์เกี่ยวกับอาการของโรคจิตเวชร่วมกับโรคต้นตระหนกจำนวน 2 เรื่อง (Craske et al., 2007; Taso et al., 2005) ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยโรคต้นตระหนกที่มีโรคร่วม (เช่น โรคย้ำคิดย้ำทำ โรควิตกกังวลทั่วไป โรคกลัวเลือดกลัวบาดเจ็บกลัวการฉีดยา โรคเครียดหลัง

ภัยพิบัติ โรคกลัวสังคม โรคซึมเศร้า) ที่ได้รับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมมีความรุนแรงทางคลินิกของอาการวิตกกังวลดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทั้ง 2 เรื่อง

2. ผลลัพธ์ด้านการนึกคิดต่ออาการตื่นตระหนกและอาการอะโรราโฟเบีย ได้แก่

2.1 การนึกคิดเกี่ยวกับอาการตื่นตระหนก แบ่งออกเป็น 3 ด้านคือ การยอมรับการคาดการณ์ของการเกิดภาวะตื่นตระหนก การยอมรับผลด้านลบของการเกิดภาวะตื่นตระหนก และการยอมรับสมรรถภาพของตนเองในการปรับตัวเมื่อเกิดภาวะตื่นตระหนก จากการสังเคราะห์งานวิจัย 15 เรื่อง พบว่ามีการศึกษา 2 เรื่อง (Cho et al., 2007; Meulenbeek et al., 2010) ได้ผลการศึกษาดังนี้

1) การเปลี่ยนแปลงด้านการยอมรับการคาดการณ์ของการเกิดภาวะตื่นตระหนก มีอิทธิพลต่อระดับอาการตื่นตระหนก อาการอะโรราโฟเบียและภาวะวิตกกังวล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Meulenbeek et al., 2010) และมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับการเปลี่ยนแปลงทางด้านคลินิกในส่วนของ อาการกลัวอะโรราโฟเบีย อาการวิตกกังวล และผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการมีอาการทางจิตที่ผิดปกติ (global disability) (Cho et al., 2007)

2) การเปลี่ยนแปลงด้านการยอมรับผลด้านลบของการเกิดภาวะตื่นตระหนกและการควบคุมการรับรู้ (Perceived control) ไม่มีอิทธิพลต่ออาการตื่นตระหนก อาการอะโรราโฟเบียและภาวะวิตกกังวล (Meulenbeek et al., 2010) แต่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับการเปลี่ยนแปลงทางด้านคลินิกในส่วนของ อาการกลัวอะโรราโฟเบีย อาการวิตกกังวล และผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการมีอาการทางจิตที่ผิดปกติ (global disability) (Cho et al., 2007)

3) การเปลี่ยนแปลงด้านการยอมรับสมรรถภาพของตนเองในการปรับตัวเมื่อเกิดภาวะตื่นตระหนก มีอิทธิพลต่อระดับอาการตื่นตระหนก อาการอะโรราโฟเบียและภาวะวิตกกังวล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Meulenbeek et al., 2010) และมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับการเปลี่ยนแปลงทางด้านคลินิกในส่วนของ อาการกลัวอะโรราโฟเบีย และดัชนีการวัดความสามารถโดยรวม (Cho et al., 2007)

2.2 การนึกคิดเกี่ยวกับอาการอะโรราโฟเบีย จากการสังเคราะห์งานวิจัย 15 เรื่อง พบว่ามีการศึกษามีการศึกษาผลลัพธ์เกี่ยวกับการนึกคิดเกี่ยวกับอาการอะโรราโฟเบีย จำนวน 9 เรื่อง (Calbring et al., 2006; Craske et al., 2007; Dow et al., 2007a; Dow et al., 2007b; Friedman et al., 2006; Kiropoulos et al., 2008; Marchand et al., 2009; Roberge et al., 2008; Van Apeldoorn et al., 2008) ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยโรคตื่นตระหนกที่ได้รับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมมีอาการกลัวอะโรราโฟเบียดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทั้ง 9 เรื่อง

3. ผลลัพธ์ด้านจิตสังคม

จากการสังเคราะห์งานวิจัย 15 เรื่อง พบว่ามีการศึกษาผลลัพธ์ด้านจิตสังคมจำนวน 5 เรื่อง (Bohni et al., 2009; Calbring et al., 2006; Dow et al., 2007a; Kiropoulos et al., 2008; Meulenbeek et al., 2008; Roy-Byrne et al., 2005) ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยโรคต้นตระหนกที่ได้รับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมมีคุณภาพชีวิตดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติจำนวน 3 เรื่อง (Calbring et al., 2006; Meulenbeek et al., 2008; Roy-Byrne et al., 2005) พบว่ามีความสามารถในการทำหน้าที่ทางจิตใจสังคมและหน้าที่การงานเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติจำนวน 1 เรื่อง (Bohni et al., 2009) และพบว่ามีคุณภาพชีวิต ในด้านสุขภาพกาย สุขภาพจิต การมีสัมพันธภาพในสังคม และเรื่องของสิ่งแวดล้อม ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติจำนวน 1 เรื่อง (Kiropoulos et al., 2008)

4. ผลลัพธ์อื่นๆที่เกี่ยวข้องกับการบำบัด ได้แก่

4.1 การให้ความร่วมมือในการรักษา จากการสังเคราะห์งานวิจัย 15 เรื่อง มีการศึกษาผลลัพธ์เกี่ยวกับความร่วมมือในการรักษา 1 เรื่อง (Kiropoulos et al., 2008) ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยโรคต้นตระหนก ด้วยวิธีการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมผ่านทางอินเทอร์เน็ต (Internet-based CBT) กับการบำบัดด้วยนักจิตวิทยาโดยตรง (Face-to-face CBT) ทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติในเรื่องของคะแนนในเรื่องความร่วมมือในการรักษา (Kiropoulos et al., 2008)

4.2 ความพึงพอใจในการรักษา จากการสังเคราะห์งานวิจัย 15 เรื่อง มีการศึกษาผลลัพธ์เกี่ยวกับความพึงพอใจในการรักษาจำนวน 2 เรื่อง (Bohni et al., 2009; Kiropoulos et al., 2008) ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยโรคต้นตระหนกที่ได้รับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม มีความพึงพอใจในการรักษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทั้ง 2 เรื่อง

4.3 ค่าใช้จ่ายในการบำบัดรักษา จากการสังเคราะห์งานวิจัย 15 เรื่อง พบว่ามีการศึกษาผลลัพธ์เกี่ยวกับค่าใช้จ่ายในการบำบัดรักษา 2 เรื่อง (Meulenbeek et al., 2008; Roberge et al., 2008) ผลการศึกษาพบว่า การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในผู้ป่วยโรคต้นตระหนกที่เริ่มมีอาการจนถึงมีอาการเล็กน้อย มีการเพิ่มขึ้นของประสิทธิผลต่อค่าใช้จ่ายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Meulenbeek et al., 2008) และผลการศึกษาด้านค่าใช้จ่ายในการบำบัดรักษา พบว่า การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมแบบกลุ่ม มีประสิทธิภาพดีกว่าและมีค่าใช้จ่ายต่ำกว่าแบบมาตรฐาน (แบบมาตรฐานเป็นการบำบัดแบบรายบุคคลมีหน่วยการสอน 14 หน่วย จำนวน 14 ครั้งครั้งละ 1 ชั่วโมง โดย 13 หน่วยแรกทุกสัปดาห์ หน่วยที่ 14 ห่าง 2 สัปดาห์ ใช้เวลาตลอดโปรแกรม 15 สัปดาห์และแบบกลุ่มเป็นการบำบัดที่มีเนื้อหาและระยะเวลาเหมือนแบบมาตรฐานแต่การ

ทำกลุ่มโดยผู้บำบัด 2 คนกับผู้ป่วย 8 คน) ในขณะที่แบบการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมแบบย่อมีประสิทธิภาพน้อยกว่าและมีค่าใช้จ่ายต่ำกว่าแบบมาตรฐาน (แบบย่อเป็นการบำบัดแบบรายบุคคลมีหน่วยการสอน 7 หน่วย จำนวน 7 ครั้งครั้งละ 1 ชั่วโมง โดย 5 หน่วยแรกทุก 2 สัปดาห์/ครั้ง 2 หน่วยสุดท้ายทุก 3 สัปดาห์/ครั้ง ใช้เวลาตลอดโปรแกรม 15 สัปดาห์) (Roberge et al., 2008)

การศึกษาเปรียบเทียบการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม

งานวิจัยที่นำมาศึกษาได้มีการศึกษาถึงประสิทธิผลของการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมโดยการศึกษาเปรียบเทียบการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมกับการบำบัดโดยวิธีอื่น หรือ เปรียบเทียบประสิทธิผลระหว่างการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในรูปแบบที่แตกต่างกัน ซึ่งสามารถสรุปผลได้ดังนี้

1. การศึกษาเปรียบเทียบกลุ่มที่ได้รับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมกับกลุ่มที่ได้รับการรักษาแบบมาตรฐาน มีจำนวน 3 เรื่อง (Meulenbeek et al., 2010; Meulenbeek et al., 2008; Taso et al., 2005)

ผลการศึกษาพบว่า การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมมีระดับความรุนแรงของอาการตื่นตระหนก ภาวะวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้าลดลง และมีการเพิ่มขึ้นของคุณภาพชีวิต เพิ่มประสิทธิผลต่อค่าใช้จ่าย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อเทียบกับกลุ่มที่ได้รับการรักษาแบบมาตรฐาน (Meulenbeek et al., 2008)

นอกจากนี้ผลการศึกษาพบว่า ในกลุ่มที่ได้รับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในผู้ป่วยโรคตื่นตระหนก การเปลี่ยนแปลงด้านการยอมรับการคาดการณ์ของการเกิดภาวะตื่นตระหนก ด้านการยอมรับสมรรถภาพของตนเองในการปรับตัวเมื่อเกิดภาวะตื่นตระหนก มีอิทธิพลต่อระดับความรุนแรงของอาการตื่นตระหนก อาการอะโกราโฟเบีย และภาวะวิตกกังวล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในขณะที่การเปลี่ยนแปลงด้านการยอมรับผลด้านลบของการเกิดภาวะตื่นตระหนก และการควบคุมการรับรู้ ไม่มีอิทธิพลต่อระดับความรุนแรงของอาการตื่นตระหนก อาการแสดงของอาการอะโกราโฟเบีย และภาวะวิตกกังวล (Meulenbeek et al., 2010)

การเปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงของโรคที่เป็นการวินิจฉัยร่วม (comorbidity: คือโรคที่ปรากฏร่วมกับโรคที่เป็นการวินิจฉัยหลัก เช่น โรควิตกกังวลทั่วไป โรคกลัวเฉพาะเจาะจง โรค

กลัวสังคม) ในกลุ่มผู้ป่วยโรคตื่นตระหนกที่มีการวินิจฉัยร่วมหลังได้รับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในผู้ป่วยโรคตื่นตระหนกพบว่าอาการของโรคร่วมของผู้ป่วยโรคตื่นตระหนก ที่มีโรควิตกกังวลทั่วไป โรคกลัวเฉพาะเจาะจง และโรคกลัวสังคม มีอาการดีขึ้น (Taso et al., 2005)

2. การศึกษาเปรียบเทียบการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมกับการรักษาด้วยยาในผู้ป่วยโรคตื่นตระหนก มีจำนวน 2 เรื่อง (Roy-Byrne et al., 2005; Van Apeldoorn et al., 2008)

เมื่อเปรียบเทียบรูปแบบการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร่วมกับยาด้านเศร้าในกลุ่ม Selective serotonin reuptake inhibitors (SSRI) กับการบำบัดด้วยยา SSRI ตามแผนการรักษาปกติ ผลการศึกษาพบว่า ในกลุ่มการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร่วมกับยามีอัตราหายจากโรคดีกว่ากลุ่มที่ได้รับยาอย่างเดียว มีจำนวน 2 เรื่อง (Roy-Byrne et al., 2005; Van Apeldoorn et al., 2008)

ส่วนการเปรียบเทียบการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร่วมกับยาด้านเศร้าในกลุ่ม SSRI กับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมโดยไม่มีการใช้ยา พบว่ากลุ่มที่บำบัดร่วมกับยา SSRI มีการลดลงของอาการตื่นตระหนกโดยรวมดีกว่า การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมอย่างเดียว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Van Apeldoorn et al., 2008)

เมื่อเปรียบเทียบการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม กับการรักษาด้วยยาด้านเศร้าในกลุ่ม SSRI พบว่ากลุ่มที่ได้รับยา SSRI มีคะแนนความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า อาการทางจิต โดยทั่วไปดีกว่า การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Van Apeldoorn et al., 2008)

3. การศึกษาเปรียบเทียบการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม ในรูปแบบมาตรฐาน และแบบระยะสั้น โดยพิจารณาช่วงระยะเวลาการบำบัด

1) การศึกษาเปรียบเทียบกลุ่มที่ได้รับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม 13 หน่วย การสอนแบบปกติ 13 สัปดาห์ เปรียบเทียบกับแบบระยะสั้น 3 สัปดาห์ จำนวน 1 เรื่อง (Bohni et al., 2009)

เมื่อเปรียบเทียบรูปแบบการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในแบบมาตรฐาน 13 สัปดาห์ และ 3 สัปดาห์ ซึ่งมีหน่วยการสอนที่ใช้ในการบำบัด 13 หน่วยเท่ากัน แตกต่างตรงช่วงระยะเวลาการบำบัดเป็น 13 สัปดาห์ และ 3 สัปดาห์ พบว่าทั้งสองรูปแบบ มีผลอาการตื่นตระหนก อาการอะโกราโฟเบีย ภาวะวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้าและความสามารถโดยรวม มีการเปลี่ยนแปลงดีขึ้นและผลการบำบัดที่ได้ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Bohni et al., 2009)

เมื่อพิจารณาในช่วงเวลา 4 สัปดาห์หลังบำบัด พบว่ากลุ่มที่ได้รับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม 3 สัปดาห์ มีอาการโดยรวมดีขึ้นมากกว่ากลุ่ม 13 สัปดาห์ (Bohni et al., 2009) และช่วงติดตามผล 18 เดือน พบว่ากลุ่มที่ได้รับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม 3 สัปดาห์มีความสามารถโดยรวมเพิ่มขึ้น และอาการแสดงของภาวะตื่นตระหนกลดลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Bohni et al., 2009)

2) การศึกษาเปรียบเทียบกลุ่ม 3 แบบคือ 1) กลุ่มที่ได้รับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมแบบมาตรฐาน 2) กลุ่มที่ได้รับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมแบบกลุ่ม 3) กลุ่มที่ได้รับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมแบบระยะสั้น จำนวน 2 เรื่อง (Marchand et al., 2009; Roberge et al., 2008) ซึ่งทั้งสองงานวิจัยเป็นงานวิจัยที่ต่อเนื่องกัน

เมื่อเปรียบเทียบผลการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในรูปแบบบำบัดแบบมาตรฐานและแบบสั้น ซึ่งแบบมาตรฐานมีหน่วยการสอนที่ใช้ในการบำบัด 14 หน่วย ใช้ระยะเวลา 15 สัปดาห์ และแบบสั้นมีหน่วยการสอนที่ใช้ในการบำบัด 7 หน่วย ใช้ระยะเวลา 15 สัปดาห์ ผลการศึกษาพบว่าระดับของอาการตื่นตระหนก ความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า อาการอะโรกราโฟเบีย และคุณภาพชีวิต ดีขึ้นทั้งสองกลุ่มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนผลศึกษาประสิทธิภาพของพบว่าแบบสั้นมีประสิทธิภาพน้อยกว่าแบบมาตรฐาน (Marchand et al., 2009; Roberge et al., 2008)

การให้การรักษาลูกป่วยโรคตื่นตระหนกร่วมกับโรคอะโรกราโฟเบียด้วยวิธีการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมแบบสั้น มีค่าใช้จ่ายทั้งทางตรงและทางอ้อมน้อยกว่าการให้การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมแบบมาตรฐานรวมทั้งมีค่าของต้นทุน-ประสิทธิผลที่ดีกว่าแบบมาตรฐาน (Marchand et al., 2009; Roberge et al., 2008)

3) การศึกษาเปรียบเทียบกลุ่ม 3 แบบคือ 1) กลุ่มที่ได้รับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมแบบ 12 หน่วยการสอน 2) กลุ่มที่ได้รับการบำบัดทางความคิดแบบ 6 หน่วยการสอน 3) กลุ่มที่ได้รับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมแบบ 6 หน่วยการสอนร่วมกับการใช้คอมพิวเตอร์ มีจำนวน 2 เรื่อง (Dow et al., 2007a; Dow et al., 2007b) ซึ่งทั้งสองงานวิจัยเป็นงานวิจัยที่ต่อเนื่องกัน

ผลการศึกษาพบว่าความคาดหวังเกี่ยวกับประสิทธิภาพของผลการบำบัดสามารถทำนายผลลัพธ์ในช่วงก่อนบำบัดกับระยะหลังบำบัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ค่าถามที่เกี่ยวกับความกลัวเลือด/ การบาดเจ็บ ความกังวลทางสังคมที่เกี่ยวกับการหลอกลวง และระดับของการรับรู้อะโรกราโฟเบีย สามารถทำนายผลลัพธ์ในช่วงก่อนบำบัดกับระยะหลังบำบัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และยังพบว่าการใช้ยาคลายกังวล และความบกพร่องของสัมพันธภาพทางสังคม สามารถทำนายผลลัพธ์ในช่วงหลังบำบัดกับระยะติดตามผลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Dow et al., 2007a)

นอกจากนี้ผลการศึกษายังพบว่า ปฏิสัมพันธ์ของการบำบัด และปัจจัยในการทำนายเกิดผลลัพธ์ที่ดีในการเปรียบเทียบการบำบัดตามมาตรฐาน 12 สัปดาห์ และการบำบัดแบบสั้น 6 สัปดาห์ ซึ่งพบว่าปัจจัยเกี่ยวกับผู้ป่วยโรคต้นตระหนกที่มีอาการรุนแรง อาการโรคร่วม และการไร้ความสามารถทางความคิดอย่างมาก มีความสัมพันธ์ต่อสุขภาพที่ดีขึ้นของกลุ่มทดลองที่ได้รับการบำบัดตามมาตรฐาน 12 สัปดาห์ และพบว่ามีปัจจัย 4 อย่างที่มีความสัมพันธ์กับอาการรุนแรงของโรคต้นตระหนกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ อาการอะโกราโฟเบีย ระดับความรุนแรงของอาการต้นตระหนกในผู้ป่วย ช่วงเวลาที่เกิดอาการต้นตระหนกแบบทันทีทันใด และคะแนนประเมินของปัจจัยทางด้านจิตใจในช่วงก่อนทดลอง ซึ่งปัจจัยดังกล่าวสามารถทำนายผลลัพธ์ของการบำบัดตามมาตรฐาน 12 สัปดาห์ในช่วงก่อนทดลอง

4. การศึกษาเปรียบเทียบการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมโดยการพบผู้บำบัด โดยตรงกับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมผ่านทางอินเทอร์เน็ตและ อินเทอร์เน็ตร่วมกับการโทรศัพท์

1) การศึกษาเปรียบเทียบกลุ่มที่ได้รับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมผ่านทางอินเทอร์เน็ตเปรียบเทียบกับบำบัดโดยการพบผู้บำบัดโดยตรง จำนวน 1 เรื่อง (Kiropoulos et al., 2008)

ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมผ่านทางอินเทอร์เน็ตร่วมกับการโทรศัพท์ ในกลุ่มผู้ป่วยโรคต้นตระหนกที่มีหรือไม่มีโรคอะโกราโฟเบีย มีอาการกลัวอะโกราโฟเบีย ความรู้สึกลัวด้านร่างกาย อาการดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ (Kiropoulos et al., 2008) เมื่อพิจารณาเปรียบเทียบการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในรูปแบบผ่านทางอินเทอร์เน็ตกับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมโดยการพบผู้บำบัดโดยตรงพบว่า อาการทางคลินิกของโรคต้นตระหนกโดยรวม อาการอะโกราโฟเบีย ความไวความวิตกกังวล ภาวะเครียด วิตกกังวล ซึมเศร้า คุณภาพชีวิต ระดับการหายจากอาการต้นตระหนก กลุ่มศึกษาทั้งสองกลุ่มมีคะแนนในเรื่องดังกล่าวดีขึ้น และพบว่าไม่มีความแตกต่างทางสถิติระหว่างกลุ่ม (Kiropoulos et al., 2008)

เมื่อเปรียบเทียบการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในรูปแบบผ่านทางอินเทอร์เน็ตกับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมโดยการพบผู้บำบัดโดยตรงพบว่า ทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติในเรื่องของคะแนนในเรื่องสัมพันธภาพในการรักษา เรื่องความเชื่อมั่นในการรักษา (Kiropoulos et al., 2008)

การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมโดยการพบผู้บำบัดโดยตรงมีคะแนนในเรื่องมีความพึงพอใจ พบว่ามีคะแนนในเรื่องของความรู้สึกรู้สึกสนุกสนานกับการสื่อสารกับนักจิตวิทยา

มากกว่ากลุ่มอินเทอร์เน็ต อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Kiropoulos et al., 2008) นอกจากนี้ยังพบว่า การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมโดยการพบผู้บำบัดโดยตรง มีคะแนนในเรื่องการปฏิบัติตามแผนการรักษาและความเข้าใจในแผนการรักษาสูงกว่ากลุ่มอินเทอร์เน็ต (Kiropoulos et al., 2008)

2) การศึกษาเปรียบเทียบกลุ่มที่ได้รับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมผ่านทางอินเทอร์เน็ตร่วมกับโทรศัพท์ เปรียบเทียบกับ กลุ่มที่ได้รับการรักษาขั้นพื้นฐาน จำนวน 1 เรื่อง (Calbring et al., 2006)

ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมผ่านทางอินเทอร์เน็ตร่วมกับการโทรศัพท์ ในกลุ่มผู้ป่วยโรคต้นตระหนกที่มีหรือไม่มีโรคอะโคราโฟเบียมีอาการกลัวอะโคราโฟเบีย ความรู้สึกกลัวด้านร่างกายลดลงอย่างมีนัยสำคัญ (Calbring et al., 2006) เมื่อเปรียบเทียบช่วงก่อนให้โปรแกรมและช่วงติดตามผล 9 เดือน ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มที่ใช้การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในรูปแบบผ่านทางอินเทอร์เน็ตด้วยตัวเองในผู้ป่วยโรคต้นตระหนก มีความรู้สึกกลัวด้านร่างกายลดลง มีคุณภาพชีวิตดีขึ้น (Calbring et al., 2006)

เมื่อพิจารณาเปรียบเทียบกลุ่มที่ใช้การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในรูปแบบผ่านทางอินเทอร์เน็ตด้วยตัวเองในผู้ป่วยโรคต้นตระหนก กับกลุ่มผู้ป่วยโรคต้นตระหนกที่ได้รับการรักษาขั้นพื้นฐานพบว่าผู้ป่วยโรคต้นตระหนกที่ได้รับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในรูปแบบผ่านทางอินเทอร์เน็ตด้วยตัวเองมีอาการโดยรวมของโรคต้นตระหนกดีขึ้น ในขณะที่กลุ่มผู้ป่วยโรคต้นตระหนกที่ได้รับการรักษาขั้นพื้นฐาน ไม่พบความแตกต่างทางสถิติในทุกตัวแปร (Calbring et al., 2006)

5. การศึกษาเปรียบเทียบการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในโรคต้นตระหนกกับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในโรคต้นตระหนกที่เพิ่มการบำบัดโรคร่วมด้วย จำนวน 1 เรื่อง (Craske et al., 2007)

ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรคต้นตระหนกที่มีโรคจิตเวชอื่น ๆ ร่วม (เช่น โรคย้ำคิดย้ำทำ โรควิตกกังวลทั่วไป โรคกลัวเลือดกลัวบาดเจ็บกลัวการฉีดยา โรคเครียดหลังภัยพิบัติ โรคกลัวสังคม โรคซึมเศร้า) ที่ได้รับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมแบบมาตรฐานในโรคต้นตระหนกร่วมกับอะโคราโฟเบีย แล้วเพิ่มการบำบัดในโรคร่วม มีการลดลงอาการของโรคต้นตระหนกไม่แตกต่างกันกับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมแบบมาตรฐาน ดังนั้นการให้การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมแบบมาตรฐานในโรคต้นตระหนกร่วมกับอะโคราโฟเบีย อาจจะยอมรับได้

ดีกว่าผลลัพธ์โดยรวมของการบำบัดแบบมาตรฐาน แล้วเพิ่มการบำบัดในโรคร่วม (Craske et al., 2007)

6. การศึกษาเปรียบเทียบการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในโรคต้นตระหนกในกลุ่มเชื้อชาติที่แตกต่างกัน จำนวน 1 เรื่อง (Friedman et al., 2006)

การศึกษาถึงประสิทธิภาพของการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในผู้ป่วยโรคต้นตระหนก ในกลุ่มเชื้อชาติต่างกันคือ แอฟริกันอเมริกัน (African American) และ คอเคเซียน (Caucasian) ผลการศึกษาพบว่า การให้การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม อาการทางคลินิกของโรคต้นตระหนก และ ภาวะซึมเศร้า มีอาการดีขึ้น ส่วนความแตกต่างระหว่างเชื้อชาติมีผลต่อภาวะซึมเศร้า นั่นคือกลุ่มแอฟริกันมีการลดลงของอาการซึมเศร้าน้อยกว่ากลุ่มคอเคเซียน (Friedman et al., 2006)

จากการสังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในผู้ป่วยโรคต้นตระหนกที่นำมาใช้จำนวน 15 เรื่อง ผู้ศึกษาสรุปประเด็นสำคัญ คุณภาพงานวิจัย องค์ประกอบของการบำบัด รูปแบบการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม ผลลัพธ์ของการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม การศึกษาเปรียบเทียบการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม ดังกล่าวข้างต้น ซึ่งรายละเอียด ในเนื้อหาวัตถุประสงค์ของงานวิจัย รูปแบบการวิจัย สถานที่หรือแหล่งวิจัย กลุ่มตัวอย่าง ผลลัพธ์และเครื่องมือประเมิน การเก็บรวบรวมข้อมูล วิธีการวิจัยหรือการจัดกระทำผลการวิจัยของงานวิจัยที่นำมาสรุปผลทั้ง 15 เรื่อง จะแสดงไว้ในตาราง 4.2 ในภาคผนวก

บทที่ 5

การอภิปรายผล

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อสังเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวกับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในผู้ป่วยโรคต้นตระหนก ซึ่งในการอภิปรายผลการศึกษา ผู้ศึกษาได้อภิปรายในประเด็นต่อไปนี้เป็น 1) องค์ประกอบของการบำบัด 2) รูปแบบการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม ในประเด็นเกี่ยวกับ 3) ผลลัพธ์ของการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม และ 4) การศึกษาเปรียบเทียบการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม ดังต่อไปนี้

องค์ประกอบในการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม

ผู้รับการบำบัด

จากผลการสังเคราะห์งานวิจัยพบว่า ผู้รับการบำบัดส่วนใหญ่อยู่ในวัยผู้ใหญ่ และมีทั้งเพศหญิงและเพศชาย แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยโรคต้นตระหนกที่เข้ามารับการบำบัดส่วนใหญ่อยู่ในวัยผู้ใหญ่ โดยเฉพาะอย่างยิ่งวัยทำงาน นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างที่เข้ามารับการบำบัดส่วนใหญ่เป็นกลุ่มที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคต้นตระหนกทั้งที่มีและไม่มีอะโคราโฟเบียร่วมด้วย (Bohni et al., 2009; Calbring et al., 2006; Cho et al., 2006; Craske et al., 2007; Dow et al., 2007a; Dow et al., 2007b; Friedman et al., 2006; Kiropoulos et al., 2008; Meulenbeek et al., 2010; Meulenbeek et al., 2008; Roy-Byrne et al., 2005; Taso et al., 2005; Van Apeldoorn et al., 2008) แสดงให้เห็นว่า โปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมมีประสิทธิภาพดีไม่ว่าผู้ป่วยโรคต้นตระหนกจะมีหรือไม่มีอะโคราโฟเบียร่วมด้วยหรือไม่ก็ตาม

สถานที่ในการให้การบำบัด

จากผลการสังเคราะห์งานวิจัยพบว่า สถานที่ในการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในผู้ป่วยโรคต้นตระหนก ที่สามารถทำการบำบัดได้คือ โรงพยาบาล ศูนย์สุขภาพชุมชน แผนกจิตเวชในมหาวิทยาลัย และ การใช้รูปแบบอินเทอร์เน็ตที่บ้านหรือที่ทำงาน โดยพบว่าประสิทธิผลของ

การบำบัดในแต่ละสถานที่ส่งผลให้อาการโรคต้นตระหนกดีขึ้น นอกจากนี้ผลจากการศึกษาเปรียบเทียบการบำบัดในสถานที่ต่างกัน เช่น มหาวิทยาลัยที่มีแพทย์ฝึกหัด ศูนย์วิจัยและศูนย์สุขภาพชุมชน (Van Apeldoorn et al., 2008) และ ในรูปแบบอินเทอร์เนตที่บ้านหรือที่ทำงาน กับรูปแบบมาตรฐานที่ทำการบำบัดในแผนกจิตเวชในมหาวิทยาลัย (Kiropoulos et al., 2008) ซึ่งทั้งสองการศึกษาพบว่า ประสิทธิภาพของการบำบัดในสถานที่ต่างกันได้ผลไม่แตกต่างกัน ผลจากการสังเคราะห์งานวิจัยแสดงให้เห็นว่า การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในผู้ป่วยโรคต้นตระหนกมีความยืดหยุ่น สามารถทำการบำบัดได้ในหลายสถานที่และยังคงมีประสิทธิภาพไม่แตกต่างกัน

ความถี่และระยะเวลาในการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม

จากการสังเคราะห์งานวิจัยทั้งหมด 15 เรื่องพบว่าจำนวนความถี่ในแต่ละครั้งและระยะเวลาของโปรแกรมที่ใช้ในขณะที่ผู้ป่วยได้รับการบำบัด โดยเฉลี่ย 13 สัปดาห์ ซึ่งมีจำนวนครั้งในการบำบัดโดยเฉลี่ย 12 ครั้ง 1 ครั้งต่อสัปดาห์ ซึ่งในแต่ละครั้งใช้เวลาโดยเฉลี่ย 76 นาที อย่างไรก็ตามในแต่ละการศึกษาที่นำมาสังเคราะห์มีความแตกต่างกันในระยะเวลาและความถี่ ตัวอย่างเช่น การศึกษาเปรียบเทียบระหว่างการให้การบำบัดแบบเข้มข้นในระยะเวลา 3 สัปดาห์ (ทุกวัน/วันละ 4 ชั่วโมงในอาทิตย์ที่ 1 2 วัน/วันละ 2 ชั่วโมงในอาทิตย์ที่ 2 และ 1 วัน/วันละ 2 ชั่วโมงในอาทิตย์ที่ 3) เปรียบเทียบกับแบบมาตรฐานที่ให้การบำบัด 13 สัปดาห์ (อาทิตย์ละครั้ง/ ครั้งละ 2 ชั่วโมง) ผลการศึกษาพบว่าทั้งสองกลุ่มมีประสิทธิภาพในการลดอาการของโรคต้นตระหนกไม่แตกต่างกัน (Bohni et al., 2009) ผลจากการสังเคราะห์งานวิจัยแสดงให้เห็นว่า ในการให้การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในผู้ป่วยโรคต้นตระหนก ผู้บำบัดสามารถพิจารณาปรับระยะเวลาและความถี่เพื่อให้เหมาะสมกับความต้องการของผู้รับการบำบัดในแต่ละรายโดยที่ผลที่ได้ยังคงมีประสิทธิภาพอยู่คงเดิม

รูปแบบการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม

ชนิดการบำบัด

ในงานวิจัยที่นำมาสังเคราะห์ พบว่ามีการศึกษาในรูปแบบรายกลุ่มจำนวน 10 เรื่อง แบบรายบุคคลจำนวน 3 เรื่อง และทั้งแบบรายกลุ่มและรายบุคคลจำนวน 2 เรื่อง พบว่าการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในรูปแบบรายบุคคลและรายกลุ่มอาการโดยรวมของโรคต้นตระหนกดีขึ้น ทั้ง 15 เรื่อง จากการศึกษาของแมนโฟรและคณะ (Manfro et al., 2008) พบว่าประสิทธิภาพในการลดอาการของโรคต้นตระหนกของการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมแบบกลุ่มกับแบบรายบุคคล

ไม่แตกต่างกัน ผลจากการสังเคราะห์แสดงให้เห็นว่า การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในผู้ป่วยโรคตื่นตระหนกสามารถทำได้ทั้งแบบรายบุคคลและรายกลุ่มซึ่งมีประสิทธิผลดีไม่แตกต่างกัน อย่างไรก็ตามการบำบัดรายกลุ่มมีข้อดีที่ผู้รับการบำบัดสามารถเข้าถึงบริการได้ง่ายกว่าการบำบัดรายบุคคล เนื่องจากผู้รับการบำบัดมีมากในขณะที่ผู้บำบัดมีจำนวนน้อย นอกจากนี้ยังพบว่าในการบำบัดแบบรายกลุ่มประหยัดค่าใช้จ่ายมากกว่าการบำบัดแบบรายบุคคล (Marchand et al., 2009; Roberge et al., 2008)

กิจกรรมและกลยุทธ์ที่ใช้ในการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม

เมื่อสังเคราะห์งานวิจัยทั้งหมด 15 เรื่อง พบว่ากลยุทธ์ในการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในการบำบัดตามขั้นตอนมี 5 ขั้นตอนหลักคือ การให้สุขภาพจิตศึกษา การจัดการอาการวิตกกังวล การปรับโครงสร้างทางความคิด การฝึกการเผชิญ และการป้องกันการกลับเป็นซ้ำ โดยมีรายละเอียดดังนี้

การให้สุขภาพจิตศึกษา ในงานวิจัยที่นำมาสังเคราะห์ มีการให้สุขภาพจิตศึกษา จำนวน 9 เรื่อง (Bohni et al., 2009; Calbring et al., 2006; Cho et al., 2006; Friedman et al., 2006; Marchand et al., 2009; Meulenbeek et al., 2010; Meulenbeek et al., 2008; Roberge et al., 2008; Van Apeldoorn et al., 2008) ผลจากการสังเคราะห์พบว่าส่วนใหญ่จะมีการให้สุขภาพจิตศึกษาในช่วงแรกของกระบวนการบำบัดและสามารถนำมาใช้ได้ตลอดของการบำบัด ซึ่งเนื้อหาของสุขภาพจิตศึกษาได้แก่ การให้ความรู้ที่เกี่ยวข้องกับธรรมชาติและสรีรวิทยาของการเกิดภาวะตื่นตระหนกและอาการอะโรราโฟเบีย (Cho et al., 2006; Marchand et al., 2009; Meulenbeek et al., 2010; Meulenbeek et al., 2008; Roberge et al., 2008) อธิบายกลไกการเกิดโรคตื่นตระหนกโดยใช้วงจรการเกิดโรคตื่นตระหนกของคาร์ก (Bohni et al., 2009; Van Apeldoorn et al., 2008) และความรู้เกี่ยวกับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (Bohni et al., 2009) เป็นต้น

การจัดการอาการวิตกกังวล เมื่อผู้ป่วยโรคตื่นตระหนกมีอาการตื่นตระหนก (Panic attack) ซึ่งผู้ป่วยจะมีความกลัวหรือความอึดอัดไม่สบายอย่างรุนแรงเป็นเวลาที่ชัดเจน โดยมีอาการใจสั่น ใจเต้นแรงหรือใจเต้นเร็วมาก ตัวสั่น หายใจไม่อิ่มหรือหายใจขัด การลดความวิตกกังวลใช้เพื่อบรรเทาอาการทางกาย การจัดการเพื่อลดความวิตกกังวล ในงานวิจัยที่นำมาสังเคราะห์ 15 เรื่อง มีการจัดการอาการวิตกกังวลโดยใช้วิธีการฝึกวิธีการหายใจมากที่สุด (Breath Retraining) (Calbring et al., 2006; Cho et al., 2006; Craske et al., 2007; Dow et al., 2007a; Dow et al., 2007b; Kiropoulos et al., 2008; Marchand et al., 2009; Roberge et al., 2008; Roy-Byrne et al., 2005; Taso et al., 2005; Van Apeldoorn et al., 2008) ซึ่งอาการตื่นตระหนกมีความสัมพันธ์กับการ

หายใจเร็ว (Hyperventilation) ดังนั้นหากใช้กลยุทธ์ในการควบคุมลมหายใจ เช่น การหายใจลึกๆ ด้วยกระบังลม จะทำให้สามารถควบคุมอาการทางกายของโรคตื่นตระหนกได้ ผลการสังเคราะห์ยังพบว่า วิธีการฝึกการผ่อนคลายเพื่อลดสิ่งกระตุ้นทางกายภาพ (Relaxation training) เป็นวิธีหนึ่งที่ใช้ในการจัดการอาการวิตกกังวล (Friedman et al., 2006; Meulenbeek et al., 2010; Meulenbeek et al., 2008) นอกจากนี้ยังมีการจัดการอาการวิตกกังวลโดยการจัดการความเครียด (Stress Management) (Meulenbeek et al., 2010; Meulenbeek et al., 2008) ซึ่งการจัดการความเครียด เป็นการเรียนรู้วิธีปรับตัวเพื่อรับมือกับความเครียด เพื่อป้องกันความเครียดที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง

การปรับเปลี่ยนโครงสร้างทางความคิด กลยุทธ์นี้เป็นกลยุทธ์หลักในการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม ซึ่งพบในงานวิจัยทั้ง 15 เรื่องที่นำมาสังเคราะห์ (Bohni et al., 2009; Calbring et al., 2006; Cho et al., 2006; Craske et al., 2007; Dow et al., 2007a; Dow et al., 2007b; Friedman et al., 2006; Kiropoulos et al., 2008; Meulenbeek et al., 2010; Meulenbeek et al., 2008; Marchand et al., 2009; Roberge et al., 2008; Roy-Byrne et al., 2005; Taso et al., 2005; Van Apeldoorn et al., 2008) ผลจากการสังเคราะห์สรุปได้ว่า การปรับเปลี่ยนโครงสร้างทางความคิดมีกระบวนการที่สำคัญ 3 ขั้นตอน คือ การค้นหาความคิดอัตโนมัติ การตรวจสอบความคิดอัตโนมัติ และการปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของเบ็ค (Beck et al., 1995) ตัวอย่างของการปรับเปลี่ยนโครงสร้างทางความคิดเช่น การศึกษาของวาน แอปเฟิลดูน (Van Apeldoorn et al., 2008) ในช่วงเวลาการบำบัดที่เกี่ยวข้องกับการปรับเปลี่ยนโครงสร้างทางความคิด ทำได้โดยในระยะแรก ผู้บำบัดอธิบายให้ผู้ป่วยให้เข้าใจว่าการนึกคิด (cognition) อารมณ์ (emotion) พฤติกรรม (behavior) และร่างกาย (physiology) นั้นมีความสัมพันธ์อย่างเชื่อมโยงถึงกันหมด โดยอารมณ์และการนึกคิดที่เกี่ยวข้องนำไปสู่ความเชื่อในสิ่งๆหนึ่ง และการรับรู้ของบุคคลนั้นๆ จากนั้นผู้ป่วยจะถูกกระตุ้นให้ตรวจสอบความถูกต้องของการนึกคิดของตนเองโดยการพิจารณาทั้งหลักฐานต่างๆที่มีอยู่แล้วและหลักฐานใหม่ที่เป็นประโยชน์ ทั้งความคิดอัตโนมัติ (ยกตัวอย่าง เช่น ถ้าฉันตื่นตกใจ ฉันจะเป็นลม หน้ามืด) และความเชื่อในระดับลึก (เช่น ฉันเป็นคนอ่อนแอ) จะถูกประเมินและตรวจสอบซึ่งผู้ป่วยสามารถตั้งสมมติฐานทางเลือกและพิสูจน์ด้วยตนเองว่าเป็นจริงหรือไม่ ภายใต้หลักฐานที่นำมาสนับสนุน วิธีการนี้ผู้ป่วยได้เรียนรู้ที่แต่ละขั้นตอนจนเกิดกระบวนการทางความคิดซึ่งจะนำไปสู่การปรับเปลี่ยนความคิดไปในทางที่ถูกต้อง

การฝึกการเผชิญ การฝึกการเผชิญเป็นวิธีการทางพฤติกรรมบำบัด คือ การนำหลักการการเรียนรู้มาใช้เพื่อแก้ไขปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม ในงานวิจัยที่นำมาสังเคราะห์มีการฝึกโดยการกระตุ้นให้ร่างกายมีอาการตื่นตระหนกในสถานการณ์จำลอง (Interoceptive exposure) ทั้งหมด 15 เรื่อง (Bohni et al., 2009; Calbring et al., 2006; Cho et al.,

2006; Craske et al., 2007; Dow et al., 2007a; Dow et al., 2007b; Friedman et al., 2006; Kiropoulos et al., 2008; Meulenbeek et al., 2010; Meulenbeek et al., 2008; Marchand et al., 2009; Roberge et al., 2008; Roy-Byrne et al., 2005; Taso et al., 2005; Van Apeldoorn et al., 2008) ซึ่งการฝึกการเผชิญแบบนี้มีเป้าหมายที่จะเปลี่ยนความคิดการตีความทางหายนะต่ออาการตื่นตระหนกที่เกิดกับร่างกายจะทำให้ตายได้ให้ถูกต้อง โดยการฝึกให้ผู้ป่วยได้รับประสบการณ์ ที่ละขั้นตอนแบบค่อยเป็นค่อยไปโดยที่ผู้ป่วยรู้สึกสบายๆ ไม่ตื่นกลัว การฝึกเผชิญด้วยการปฏิบัติการโดยมีเจตนาให้ผู้ป่วยเกิดอาการแสดงที่จะตื่นตระหนก เช่น การให้ผู้ป่วยนั่งหมอนตัวบนเก้าอี้ ผู้ป่วยจะรู้สึกเวียนศีรษะ หรือการให้ผู้ป่วยหายใจหอบเหนื่อย ผู้ป่วยจะเกิดอาการชา เวียนศีรษะ รู้สึกว่าไม่ใช่ตนเอง ในการฝึกต้องให้ผู้ป่วยรู้สึกสบายจนคุ้นเคยกับอาการเหล่านี้โดยรู้สึกต่ออาการเหล่านี้ว่าไม่สบายมากกว่าที่จะกลัว เมื่อปรับเปลี่ยนความรู้สึกต่ออาการที่เกิดขึ้นว่าเป็นเรื่อง ปกติไม่สามารถทำให้ตายได้ นอกจากนี้ยังมีการฝึกโดยการให้เผชิญกับสถานการณ์ที่ทำให้เกิดความกลัวโดยตรง (In Vivo Exposure) (Bohni et al., 2009; Calbring et al., 2006; Craske et al., 2007; Friedman et al., 2006; Kiropoulos et al., 2008; Meulenbeek et al., 2010; Meulenbeek et al., 2008; Marchand et al., 2009; Roberge et al., 2008; Taso et al., 2005; Van Apeldoorn et al., 2008) การฝึกนี้มีเป้าหมายในการจัดการกับการหลีกเลี่ยงอะโกราโฟเบีย อาการกลัวสถานที่หรือสถานการณ์ที่ผู้ป่วยคาดว่าจะเกิดอาการตื่นตระหนก ในการปฏิบัติการนี้ต้องมีการวางแผน จัดทำรายชื่อของสถานการณ์หรือสถานที่ที่กลัวเรียงลำดับตามความรุนแรงของความวิตกกังวล หรือความคิดที่อัตโนมัติที่มีต่อสถานการณ์หรือสถานที่นั้น โดยการฝึกเผชิญนั้นควรเริ่มจากระดับที่กลัวน้อยที่สุดก่อนค่อยๆ เพิ่มตามลำดับขึ้น (Dow et al., 2007a; Dow et al., 2007b) เพื่อให้ได้ประสิทธิภาพการฝึกนั้นต้องให้ระยะเวลาโดยต้องฝึกให้ชินกับสถานที่นั้น บ่อยๆ ซ้ำๆ จนเคยชิน จนระดับความวิตกกังวลลดลง

การป้องกันการกลับเป็นซ้ำ ในการสังเคราะห์งานวิจัย 15 เรื่อง มีขั้นตอนของการป้องกันการกลับเป็นซ้ำจำนวน 7 เรื่อง (Calbring et al., 2006; Dow et al., 2007a; Dow et al., 2007b; Meulenbeek et al., 2010; Meulenbeek et al., 2008; Marchand et al., 2009; Roberge et al., 2008) ซึ่งการป้องกันการกลับเป็นซ้ำมีส่วนสำคัญจะทำก่อนการยกเลิกการฝึก ผู้ป่วยจะได้รับการสอนทักษะที่ได้เรียนรู้มาให้นำมาใช้กับสถานการณ์ที่จะเกิดอาการในอนาคต มีการวางแผนวิธีการปฏิบัติในผู้ป่วยเฉพาะเจาะจงในแต่ละรายเมื่อเจอกับสถานการณ์นั้น

ผลลัพธ์ของการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม

ผลจากการสังเคราะห์งานวิจัยทั้งหมด 15 เรื่องพบว่า มีการประเมินผลลัพธ์ที่ได้จากการบำบัดอย่างหลากหลาย โดยแบ่งเป็น ผลลัพธ์ด้านอาการทางคลินิกที่เกี่ยวข้องกับอาการตื่นตระหนก ผลลัพธ์ด้านการนึกคิดต่ออาการตื่นตระหนกและอาการอะโกราโฟเบีย ผลลัพธ์ด้านจิตสังคมและผลลัพธ์อื่นๆที่เกี่ยวข้องกับการบำบัด ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

ผลจากการสังเคราะห์งานวิจัยพบว่า ผลลัพธ์หลักที่ใช้ประเมินประสิทธิผลของการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมได้แก่ ผลลัพธ์ด้านอาการทางคลินิกที่เกี่ยวข้องกับอาการตื่นตระหนกซึ่งครอบคลุมถึง อาการตื่นตระหนก (Bohni et al., 2009; Calbring et al., 2006; Craske et al., 2007; Dow et al., 2007b; Kiropoulos et al., 2008; Marchand et al., 2009; Meulenbeek et al., 2010; Meulenbeek et al., 2008; Roberge et al., 2008; Roy-Byrne et al., 2005; Van Apeldoorn et al., 2008) และอาการอะโกราโฟเบีย (Bohni et al., 2009; Calbring et al., 2006; Dow et al., 2007a; Friedman et al., 2006; Marchand et al., 2009; Roberge et al., 2008) นอกจากนี้ในการศึกษาส่วนใหญ่ยังมีการประเมินอาการวิตกกังวล (Bohni et al., 2009; Calbring et al., 2006; Craske et al., 2007; Friedman et al., 2006; Kiropoulos et al., 2008; Marchand et al., 2009; Meulenbeek et al., 2008; Roberge et al., 2008; Roy-Byrne et al., 2005; Van Apeldoorn et al., 2008) และอาการซึมเศร้าร่วมด้วย (Bohni et al., 2009; Friedman et al., 2006; Calbring et al., 2006; Kiropoulos et al., 2008; Marchand et al., 2009; Meulenbeek et al., 2008; Roberge et al., 2008; Roy-Byrne et al., 2005; Van Apeldoorn et al., 2008) ทั้งนี้อาจเป็นเพราะจากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าผู้ป่วยโรคตื่นตระหนกมักมีอาการของโรคจิตเวชอื่นร่วมด้วย เช่น โรควิตกกังวลทั่วไป (generalized anxiety disorder) (Labrecque, Dugas, Marchand, & Letarte, 2006) และโรคซึมเศร้า (Rief, Trenkamp, Auer, & Fichter, 2000) ดังนั้นในการประเมินผลจากการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในผู้ป่วยโรคตื่นตระหนก นอกจากจะประเมินอาการตื่นตระหนกและอาการอะโกราโฟเบียแล้ว ควรมีการประเมินอาการวิตกกังวลและอาการซึมเศร้าร่วมด้วย เพราะกลุ่มอาการดังกล่าวมีความสัมพันธ์กัน

นอกจากผลลัพธ์ด้านอาการทางคลินิกที่เกี่ยวข้องกับอาการตื่นตระหนกแล้ว ยังมีบางการศึกษาที่ประเมินผลลัพธ์ด้านการนึกคิดต่ออาการตื่นตระหนก (Cho et al., 2007; Meulenbeek et al., 2010) และการนึกคิดต่ออาการอะโกราโฟเบีย (Calbring et al., 2006; Craske et al., 2007; Dow et al., 2007a; Dow et al., 2007b; Friedman et al., 2006; Kiropoulos et al., 2008; Marchand et al., 2009; Roberge et al., 2008; Van Apeldoorn et al., 2008) โดยการนึกคิดเกี่ยวกับอาการตื่นตระหนก ครอบคลุมถึง การยอมรับการคาดการณ์ของการเกิดภาวะตื่นตระหนก การยอมรับผลด้านลบของการเกิดภาวะตื่นตระหนก และการยอมรับสมรรถภาพของตนเองในการปรับตัวเมื่อเกิดภาวะตื่น

ตระหนัก ผลการศึกษาพบว่า การนึกคิดเกี่ยวกับอาการตื่นตระหนกและอาการอะโรราโฟเบียมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับอาการตื่นตระหนกและอาการอะโรราโฟเบีย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยด้านการนึกคิดในผู้ป่วยโรคตื่นตระหนกชนิดที่มีและไม่มีโรอะโรราโฟเบียที่พบว่า ผู้ที่มีการนึกคิดที่มีลักษณะไวต่อความวิตกกังวลหรือเกิดความวิตกกังวลง่าย คิดกลัวไปล่วงหน้าถึงผลร้ายแรงที่จะตามมาเมื่อเกิดอาการตื่นตระหนก (Berlea et al., 2008) และเป็นผู้ที่มีความคิดว่าตนเองเป็นผู้ที่ไร้ความสามารถ เพราะไม่สามารถควบคุมอาการตื่นตระหนกของตนเองได้ (Hoffart, Hackmann, & Sexton, 2006) ซึ่งลักษณะความคิดดังกล่าวส่งผลต่อความรุนแรงของอาการโรคตื่นตระหนก ดังนั้นควรจะมีการประเมินผลลัพธ์ด้านการนึกคิดเกี่ยวกับอาการตื่นตระหนกและอาการอะโรราโฟเบียควบคู่กัน เพราะการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมเป็นการปรับความคิดที่บิดเบือนไป โดยมุ่งเน้นให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้ และฝึกการคิดใหม่ต่อสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความตื่นตระหนก ซึ่งส่งผลต่อพฤติกรรมที่จะแสดงออก และเพื่อแก้ไขการตอบสนองให้เหมาะสมขึ้น (Barlow & Craske, 2000)

ส่วนผลลัพธ์ด้านจิตสังคมที่มีการประเมินในการสังเคราะห์ครั้งนี้ ได้แก่ คุณภาพชีวิต (Calbring et al., 2006; Meulenbeek et al., 2008; Roy-Byrne et al., 2005) ความสามารถในการทำหน้าที่การทำงาน (Bohni et al., 2009) สุขภาพจิตและการมีสัมพันธภาพในสังคม (Kiropoulos et al., 2008) จากการทบทวนวรรณกรรมจะเห็นว่า ความรุนแรงของอาการโรคตื่นตระหนกโดยเฉพาะอย่างยิ่งในรายที่มีอาการอะโรราโฟเบียมีความสัมพันธ์กับปัญหาสุขภาพจิต คุณภาพชีวิต และการมีสัมพันธภาพกับผู้อื่นของผู้ป่วย เพราะผู้ป่วยจะหลีกเลี่ยงการออกนอกบ้าน หลีกเลี่ยงการอยู่ท่ามกลางหมู่คน และไม่สามารถทำงานได้ (Candilis, McLean, & Otto, 1999; Carrera, Herran, Mateos, & Biddle, 2006) ถ้าอาการทางคลินิกที่เกี่ยวข้องกับอาการตื่นตระหนกของผู้ป่วยดีขึ้นก็จะส่งผลให้ผลลัพธ์ทางจิตสังคมดังกล่าวดีขึ้นด้วย ดังนั้นนอกจากการประเมินผลอาการทางคลินิกที่เกี่ยวข้องกับโรคตื่นตระหนกซึ่งเป็นผลลัพธ์หลักของการศึกษาแล้ว การประเมินผลลัพธ์ด้านจิตสังคมประกอบด้วย จะช่วยในการประเมินประสิทธิผลของการบำบัดให้ครอบคลุมยิ่งขึ้น

นอกจากนี้ในบางงานวิจัย มีการศึกษาเกี่ยวกับผลลัพธ์ของการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมด้านอื่นนอกเหนือจากการประเมินอาการทางคลินิก เช่น การประเมินการให้ความร่วมมือและความพึงพอใจในการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมผ่านทางอินเทอร์เน็ต (Internet-based CBT) (Kiropoulos et al., 2008) และการประเมินเปรียบเทียบค่าใช้จ่ายในการบำบัดระหว่างการบำบัดแบบระยะสั้นและการบำบัดแบบมาตรฐาน (Roberge et al., 2008) เป็นต้น

การศึกษาเปรียบเทียบการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม

งานวิจัยที่นำมาศึกษาได้มีการศึกษาถึงประสิทธิผลของการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมโดยการศึกษาเปรียบเทียบการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมกับการบำบัดโดยวิธีอื่น หรือ เปรียบเทียบประสิทธิผลระหว่างการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในรูปแบบที่แตกต่างกัน ซึ่งสามารถอภิปรายผลการศึกษาดังนี้

การศึกษาเปรียบเทียบการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมกับการรักษาด้วยยาในผู้ป่วยโรคตื่นตระหนก มีจำนวน 2 เรื่อง (Roy-Byrne et al., 2005; Van Apeldoorn et al., 2008)

ในการบำบัดรักษาโรคตื่นตระหนก ในปัจจุบันมีการรักษาพื้นฐาน 2 วิธีคือการบำบัดด้วยยาและการบำบัดทางจิตสังคม ซึ่งการบำบัดด้วยยาในโรคตื่นตระหนกที่ได้ผลดีมีด้วยกัน 2 กลุ่ม คือ ยาคลายกังวลและยาแก้ซึมเศร้า และการบำบัดทางจิตสังคม ที่ได้ผลดีและนิยมใช้คือ การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมจากผลดีของการบำบัดทั้งสองอย่าง ทำให้คิดว่าใช้วิธีการรักษาทั้ง 2 วิธี ร่วมกัน เพื่อรักษาอาการทางจิตเวชนั้น ๆ น่าจะเพิ่มประสิทธิภาพในการรักษามากขึ้นผลที่ดีจากการรักษาโดยใช้ 2 วิธีร่วมกัน

เมื่อพิจารณางานวิจัยที่นำมาสังเคราะห์พบว่ารูปแบบการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร่วมกับยาด้านเศร้าในกลุ่ม Selective serotonin reuptake inhibitors (SSRI) พบว่าได้ผลดีกว่าการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมอย่างเดียว (Roy-Byrne et al., 2005; Van Apeldoorn et al., 2008) สอดคล้องกับบาร์โลและคณะ (Barlow et al., 2001) พบว่าการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร่วมกับยาในกลุ่ม Selective serotonin reuptake inhibitors (SSRI) พบว่าได้ผลดีกว่าการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม และในการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม พบว่ามีการเปลี่ยนแปลงด้านการยอมรับสมรรถภาพของตนเองในการปรับตัวและการคาดการณ์ของการเกิดภาวะตื่นตระหนกมีอิทธิพลต่อระดับความรุนแรงของอาการตื่นตระหนก (Meulenbeek et al., 2010; Meulenbeek et al., 2008)

จากการทบทวนพบว่าการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมมีผลด้านการยอมรับมากกว่าการบำบัดด้วยยาเพียงอย่างเดียว (Schmidt, 1999) ซึ่งจะเห็นผลในระยะยาวหลังจากที่ผู้ป่วยหยุดยามีอาการกลับเป็นซ้ำ (Carpiniello, 2002; Katschnig, 1998) ซึ่งการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมที่ส่งผลดีต่อการป้องกันการกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยโรคตื่นตระหนก (Otto & Deveney, 2005; Otto & Whittal, 1995) ดังนั้นการบำบัดร่วมกันระหว่างการใช้ยาด้านเศร้าในกลุ่ม Selective

serotonin reuptake inhibitors (SSRI) และการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมได้ผลดีกว่าการใช้ยาในการบำบัดอย่างเดียว

การศึกษาเปรียบเทียบการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม ในรูปแบบมาตรฐาน และแบบสั้น โดยพิจารณาช่วงระยะเวลาการบำบัด มีจำนวน 3 เรื่อง (Bohni et al., 2009; Marchand et al., 2009; Roberge et al., 2008)

ในการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมแบบมาตรฐานใช้ระยะเวลา 12-15 สัปดาห์ และแบบระยะสั้น 6 สัปดาห์ (Clark et al., 1999) ผลการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในรูปแบบบำบัดแบบมาตรฐานและแบบสั้น ซึ่งแบบมาตรฐานมีหน่วยการสอนที่ใช้ในการบำบัด 14 หน่วย ใช้ระยะเวลา 15 สัปดาห์ และแบบสั้นมีหน่วยการสอนที่ใช้ในการบำบัด 7 หน่วย ใช้ระยะเวลา 15 สัปดาห์ ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยอาการดีขึ้นทั้งสองกลุ่ม (Marchand et al., 2009; Roberge et al., 2008)

เมื่อพิจารณารูปแบบการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในแบบมาตรฐาน 13 สัปดาห์ และ 3 สัปดาห์ ซึ่งมีหน่วยการสอนที่ใช้ในการบำบัด 13 หน่วยเท่ากันแต่ต่างตรงช่วงระยะเวลาการบำบัดเป็น 13 สัปดาห์ และ 3 สัปดาห์ พบว่าทั้งสองรูปแบบมีผลการบำบัดดีไม่แตกต่างกัน (Bohni et al., 2009) สอดคล้องกับการบำบัดระยะสั้นที่ได้ผลดีเช่นกัน (Deacon & Abramowitz, 2006)

จากการศึกษาการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในผู้ป่วยโรคตื่นตระหนก หน่วยการสอนอยู่ในช่วง 11-12 หน่วย ได้ประสิทธิภาพดี (London & Barlow, 2004) และมีงานวิจัยพบว่าผลที่ประสิทธิภาพของการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมคือมีจำนวน 6 หน่วยการสอนในโปรแกรมการบำบัด (Clark et al., 1999; Craske et al., 1995) ดังนั้นในการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในผู้ป่วยโรคตื่นตระหนก ทั้งนี้อยู่ที่การพิจารณา ด้านค่าใช้จ่าย เรื่องการหายจากโรคตื่นตระหนกที่เร็วกว่า จะได้ประโยชน์มากกว่าในเรื่องผลในการลดความทุกข์ใจของผู้ป่วยจากอาการที่เป็นอยู่ และเรื่องของอัตราออกกลางคันของผู้ป่วย การเข้ารับการรักษาอย่างต่อเนื่อง และความพึงพอใจของผู้รับการบำบัดและผู้ให้การบำบัด

การศึกษาเปรียบเทียบการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม ในรูปแบบการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมผ่านทางอินเทอร์เน็ตและอินเทอร์เน็ตร่วมกับการโทรศัพท์ มีจำนวน 2 เรื่อง (Calbring et al., 2006; Kiropoulos et al., 2008)

การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในผู้ป่วยโรคต้นตระหนกมีรูปแบบมาตรฐานคือการบำบัดโดยตรงกับผู้ให้การบำบัด โดยการมารับการบำบัดตามสถานที่ให้การบำบัด โรงพยาบาลสถานีนามัย ซึ่งผู้ป่วยโรคต้นตระหนกส่วนน้อยที่ได้รับการรักษา เนื่องจากการมีผู้ให้การบำบัดที่มีประสบการณ์มีจำนวนน้อย ผู้ป่วยต้องรอคอยนาน และมีค่าใช้จ่ายสูง (Lidren et al., 1994) เมื่อไม่นานมีบำบัดทางจิตสังคม โดยการใช้อินเทอร์เน็ตด้วยตนเองและจดหมายอิเล็กทรอนิกส์ติดต่อกับผู้ให้การบำบัด (Carlbring & Andersson, 2006)

เมื่อพิจารณางานวิจัยที่นำมาสังเคราะห์ พบว่าผู้ป่วยโรคต้นตระหนกที่ได้รับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมผ่านทางอินเทอร์เน็ตร่วมกับการโทรศัพท์ มีอาการดีขึ้น (Calbring et al., 2006; Kiropoulos et al., 2008) และเมื่อเปรียบเทียบการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในรูปแบบผ่านทางอินเทอร์เน็ต กับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในรูปแบบด้วยนักจิตวิทยาโดยตรง พบว่าผู้ป่วยอาการดีขึ้นทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน (Kiropoulos et al., 2008)

จากการศึกษาการบำบัดโดยใช้อินเทอร์เน็ตเป็นสื่อกลางในลักษณะนี้ มีประสิทธิภาพดีไม่แตกต่างกับการรักษาแบบมาตรฐาน ในการรักษาผู้ป่วยโรคต้นตระหนกที่มีหรือไม่มีโรคอะโกราโฟเบียร่วมด้วยการบำบัดในรูปแบบอินเทอร์เน็ตนั้นเป็นทางเลือกแบบหนึ่งในการรักษาภาวะต้นตระหนกโดยมีประสิทธิภาพที่ดี (Klein et al., 2006; Pier et al., 2008) มีการใช้กำลังคนน้อยกว่าการรักษาแบบมาตรฐานอย่างชัดเจน นอกจากนี้ยังสามารถนำไปปรับใช้ได้ในพื้นที่และเวลาที่เหมาะสมรวมถึงมีข้อดีในเรื่องของความสะดวกในการรักษาด้วย ส่วนการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในรูปแบบผ่านทางอินเทอร์เน็ตเป็นระยะเวลา 10 สัปดาห์ ร่วมกับการให้การดูแลผ่านทางการใช้โทรศัพท์ในช่วงเวลาสั้นๆ มีประสิทธิภาพดีในการรักษากลุ่มผู้ป่วยภาวะโรคต้นตระหนกด้วยเช่นกัน

การศึกษาเปรียบเทียบการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม ในรูปแบบมาตรฐานและการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการบำบัดโรคร่วม มีจำนวน 1 เรื่อง (Craske et al., 2007)

ในการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม ผู้ป่วยโรคต้นตระหนก มีกลยุทธ์การบำบัดหลัก เช่น การปรับโครงสร้างทางความคิด และการฝึกเผชิญสถานการณ์ ซึ่งจะส่งผลต่ออาการในกลุ่มโรควิตกกังวล โรคผิดปกติทางอารมณ์ กลยุทธ์นี้มีศักยภาพในทางบวกขึ้นอยู่กับกระบวนการควบคุมอารมณ์หรือให้ผลเชิงลบจากการขาดความเข้าใจในการควบคุมอารมณ์ (Tsao et al., 2005) การเกิดโรคร่วมในโรคต้นตระหนกเป็นเหตุการณ์ที่พบบ่อยได้ 50-80 % โดยมีการวินิจฉัยแรกเป็นโรคต้นตระหนกมักพบโรควินิจฉัยร่วมเป็นโรควิตกกังวลและโรคทางอารมณ์ (Pollack et

al., 1990) โรควินิจฉัยร่วมเช่น โรคซึมเศร้า โรคย้ำคิดย้ำทำ โรควิตกกังวลทั่วไป โรคกลัวเลือดกลัวบาดเจ็บกลัวการฉีดยา โรคเครียดหลังภัยพิบัติ โรคกลัวสังคม โรคติดสารเสพติด (Kessler et al., 1996; Mosing et al., 2009)

เมื่อพิจารณาผลของการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในโรคต้นตระหนกเปรียบเทียบกับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในโรคต้นตระหนกที่เพิ่มการบำบัดโรคร่วมด้วยพบว่าการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม ผู้ป่วยโรคต้นตระหนกที่มีโรคร่วม (เช่น โรคย้ำคิดย้ำทำ โรควิตกกังวลทั่วไป โรคกลัวเลือดกลัวบาดเจ็บกลัวการฉีดยา โรคเครียดหลังภัยพิบัติ โรคกลัวสังคม โรคซึมเศร้า) ได้ผลดีไม่แตกต่างกัน (Craske et al., 2007) ซึ่งจะเห็นได้ว่าในกลุ่มตัวอย่างมีจำนวนน้อย และไม่มีผู้ป่วยที่มีโรคร่วมใน ภาวะการฆ่าตัวตาย สภาวะอารมณ์แปรปรวน โรคติดสารเสพติด ที่ไม่สามารถเข้าใจถึงการควบคุมอารมณ์ได้ ดังนั้นการให้การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมแบบมาตรฐานในโรคต้นตระหนกร่วมกับอะโกราโฟเบีย ผลลัพธ์โดยรวมของการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมแบบมาตรฐาน ในผู้ป่วยโรคต้นตระหนกที่มีโรคร่วม มีความจำเป็นที่ต้องเพิ่มการบำบัดในโรคร่วม หรือไม่ ซึ่งอาจต้องคำนึงถึงการวินิจฉัยโรคร่วมด้วย

บทที่ 6

สรุปผลการศึกษาและข้อเสนอแนะ

สรุปผลการศึกษา

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อสังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับรูปแบบและประสิทธิภาพของการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมเพื่อนำไปประยุกต์ในการดูแลผู้ป่วยโรคต้นตระหนก ซึ่งงานวิจัยที่เกี่ยวกับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในผู้ป่วยโรคต้นตระหนกสำหรับการศึกษานี้มีงานวิจัยที่นำมาสังเคราะห์ทั้งหมด 15 เรื่อง เมื่อนำงานวิจัยทั้งหมดมาสังเคราะห์สามารถสรุปสาระสำคัญออกเป็น 5 ส่วน 1) คุณภาพความเพียงพอานวิจัย 2) รูปแบบการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม 3) กิจกรรมและกลยุทธ์ที่ใช้ในการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม 4) ผลลัพธ์ของการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม 5) การศึกษาเปรียบเทียบการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในผู้ป่วยโรคต้นตระหนก ดังต่อไปนี้

1. คุณภาพความเพียงพอานวิจัย

จากการสังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในผู้ป่วยโรคต้นตระหนกชนิดที่มีและไม่มีอะโคราโฟเบีย จากงานวิจัยทั้งหมด 3,630 เรื่อง มีงานวิจัยที่ตรงตามเกณฑ์คัดเข้าและนำมาวิเคราะห์ สังเคราะห์จำนวน 15 เรื่อง โดยเป็นงานวิจัยที่ทำการศึกษาในต่างประเทศทั้งหมด 15 เรื่อง เมื่อนำมาประเมินคุณภาพวิจัยพบว่าเป็นงานวิจัยที่เป็น Randomized control trial (ระดับ A) จำนวน 13 เรื่อง และเป็นงานวิจัยแบบ Quasi - experimental research (ระดับ B) จำนวน 2 เรื่อง

2. รูปแบบการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าชนิดการการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในแบบรายกลุ่มและรายบุคคล ในผู้ป่วยโรคต้นตระหนก จากการสังเคราะห์งานวิจัยทั้งหมด 15 เรื่อง พบว่ามีการศึกษาในรูปแบบรายกลุ่มจำนวน 10 เรื่อง แบบรายบุคคลจำนวน 3 เรื่อง และทั้งแบบรายกลุ่มและรายบุคคลจำนวน 2 เรื่อง

3. กิจกรรมและกลยุทธ์ที่ใช้ในการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม

จากการสังเคราะห์งานวิจัย จำนวน 15 เรื่อง กิจกรรมและกลยุทธ์ที่นำมาใช้ในการบำบัดความคิดและพฤติกรรมที่ใช้ในผู้ป่วยโรคตื่นตระหนก สามารถสรุปได้ดังนี้ การให้สุขภาพจิตศึกษา (Psycho-education) จำนวน 9 เรื่อง การจัดการความเครียด (Stress Management) จำนวน 2 เรื่อง การฝึกการผ่อนคลาย (Relaxation training) จำนวน 3 เรื่อง การฝึกวิธีการหายใจ (Breath Retraining) จำนวน 11 เรื่อง การปรับเปลี่ยนโครงสร้างทางความคิด (Cognitive Restructuring) จำนวน 15 เรื่อง การฝึกโดยการกระตุ้นให้ร่างกายมีอาการตื่นตระหนกในสถานการณ์จำลอง (Interoceptive exposure) จำนวน 15 เรื่อง การฝึกโดยการให้เผชิญกับสถานการณ์ที่ทำให้เกิดความกลัวโดยตรง (In Vivo Exposure) จำนวน 11 เรื่อง การฝึกเผชิญต่อความกลัวทีละลำดับขั้น (Graduated Exposure) จำนวน 2 เรื่อง การฝึกเผชิญด้วยตนเองโดยตรง (Self-direct Exposure) จำนวน 1 เรื่อง การป้องกันการกลับเป็นซ้ำ (Relapse Prevention) จำนวน 7 เรื่อง

4. ผลลัพธ์ของการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในผู้ป่วยโรคตื่นตระหนก

จากงานวิจัยที่เลือกมาศึกษาทั้งหมด 15 เรื่อง สามารถสรุปผลลัพธ์ของการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมออกเป็นผลลัพธ์ด้านต่างๆดังนี้

4.1 ผลลัพธ์ด้านอาการทางคลินิกที่เกี่ยวข้องกับอาการตื่นตระหนก จากการสังเคราะห์งานวิจัย 15 เรื่อง มีการศึกษาผลลัพธ์เกี่ยวกับอาการตื่นตระหนก จำนวน 11 เรื่อง อาการอะโกราโฟเบีย จำนวน 6 เรื่อง อาการวิตกกังวล จำนวน 10 เรื่อง อาการซึมเศร้า จำนวน 9 เรื่อง ความไวต่อการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย (Body vigilance) จำนวน 5 เรื่อง ระดับความเครียด จำนวน 1 เรื่อง อาการของโรคจิตเวชร่วมกับโรคตื่นตระหนก (เช่น โรคย้ำคิดย้ำทำ โรควิตกกังวลทั่วไป โรคกลัวเลือดกลัวบาดเจ็บกลัวการฉีดยา โรคเครียดหลังภัยพิบัติ โรคกลัวสังคมโรคซึมเศร้า) จำนวน 2 เรื่อง

4.2 ผลลัพธ์ด้านการนึกคิดต่ออาการตื่นตระหนกและอาการอะโกราโฟเบีย จากการสังเคราะห์งานวิจัย 15 เรื่อง ได้ผลลัพธ์ดังนี้ การนึกคิดเกี่ยวกับอาการตื่นตระหนก พบว่ามีการศึกษา 2 เรื่อง การนึกคิดเกี่ยวกับอาการอะโกราโฟเบีย จำนวน 9 เรื่อง

4.3 ผลลัพธ์ด้านจิตสังคม จากการสังเคราะห์งานวิจัย 15 เรื่อง พบว่ามีการศึกษาผลลัพธ์ด้านจิตสังคมจำนวน 5 เรื่อง คุณภาพชีวิตจำนวน 3 เรื่อง ความสามารถในการทำหน้าที่ทางด้านจิตใจสังคมและหน้าที่การงานจำนวน 1 เรื่อง และพบว่ามีคุณภาพชีวิต ในด้านสุขภาพกาย สุขภาพจิต การมีสัมพันธภาพในสังคม และเรื่องของสิ่งแวดล้อม จำนวน 1 เรื่อง

4.4 ผลลัพธ์อื่นๆที่เกี่ยวข้องกับการบำบัด จากการสังเคราะห์งานวิจัย 15 เรื่อง ได้ผลลัพธ์อื่นๆดังนี้ การให้ความร่วมมือในการรักษา เปรียบเทียบวิธีการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมผ่านทางอินเทอร์เน็ต (Internet-based CBT) กับการบำบัดด้วยนักจิตวิทยาโดยตรง (Face-to-face CBT) มีการศึกษาผลลัพธ์เกี่ยวกับความร่วมมือในการรักษา จำนวน 1 เรื่อง ความพึงพอใจในการรักษา จำนวน 2 เรื่อง ค่าใช้จ่ายในการบำบัดรักษา จำนวน 2 เรื่อง

5. การศึกษาเปรียบเทียบการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม

งานวิจัยที่นำมาศึกษาได้มีการศึกษาถึงประสิทธิผลของการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมโดยการศึกษาเปรียบเทียบการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมกับการบำบัดโดยวิธีอื่น หรือ เปรียบเทียบประสิทธิผลระหว่างการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในรูปแบบที่แตกต่างกัน ซึ่งสามารถสรุปผลได้ดังนี้

5.1 ศึกษาเปรียบเทียบการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมกับการรักษาด้วยยาในผู้ป่วยโรคต้นตระหนก การศึกษาเปรียบเทียบกลุ่มที่ได้รับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร่วมกับยา เปรียบเทียบกับการบำบัดด้วยยาอย่างเดียว จำนวน 1 เรื่อง การศึกษาเปรียบเทียบกลุ่มเปรียบเทียบ 3 แบบ คือ 1) กลุ่มที่ได้รับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม 2) กลุ่มที่ได้รับยาลดอาการซึมเศร้าในกลุ่ม Selective serotonin reuptake inhibitors (SSRI) 3) กลุ่มที่ได้รับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร่วมกับยา SSRI จำนวน 1 เรื่อง

5.2 ศึกษาเปรียบเทียบการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม ในรูปแบบมาตรฐาน และแบบระยะสั้น โดยพิจารณาช่วงระยะเวลาการบำบัด

การศึกษาเปรียบเทียบกลุ่มที่ได้รับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม 13 หน่วยการสอนแบบ 13 สัปดาห์ เปรียบเทียบกับแบบระยะสั้น 3 สัปดาห์ จำนวน 1 เรื่อง การศึกษาเปรียบเทียบกลุ่มเปรียบเทียบ 3 แบบคือ 1) กลุ่มที่ได้รับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมแบบมาตรฐาน 2) กลุ่มที่ได้รับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมแบบกลุ่ม 3) กลุ่มที่ได้รับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมแบบระยะสั้น จำนวน 2 เรื่อง ซึ่งทั้งสองงานวิจัยเป็นงานวิจัยที่ต่อเนื่องกัน

การศึกษาเปรียบเทียบกลุ่มเปรียบเทียบ 3 แบบคือ 1) กลุ่มที่ได้รับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมแบบ 12 หน่วยการสอน 2) กลุ่มที่ได้รับการบำบัดทางความคิดแบบ 6 หน่วยการสอน 3) กลุ่มที่ได้รับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมแบบ 6 หน่วยการสอน ร่วมกับการใช้คอมพิวเตอร์ มีจำนวน 2 เรื่อง ซึ่งทั้งสองงานวิจัยเป็นงานวิจัยที่ต่อเนื่องกัน

5.3 ศึกษาเปรียบเทียบการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม ในรูปแบบการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมผ่านทางอินเทอร์เน็ตและ อินเทอร์เน็ตร่วมกับการโทรศัพท์

การศึกษาเปรียบเทียบกลุ่มที่ได้รับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมผ่านทางอินเทอร์เน็ตเปรียบเทียบกับบำบัดด้วยนักจิตวิทยาโดยตรง จำนวน 1 เรื่อง การศึกษาเปรียบเทียบกลุ่มที่ได้รับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมผ่านทางอินเทอร์เน็ตร่วมกับการโทรศัพท์เปรียบเทียบกับ กลุ่มที่ได้รับการรักษาโดยใช้ยาขึ้นพื้นฐาน จำนวน 1 เรื่อง

5.4 ศึกษาเปรียบเทียบการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม ในรูปแบบมาตรฐานและการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการบำบัดโรคร่วม การศึกษาเปรียบเทียบกลุ่มที่ได้รับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในโรคต้นตระหนก กับกลุ่มการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในโรคต้นตระหนกที่เพิ่มการบำบัดโรคร่วมด้วย (เช่น โรคย้ำคิดย้ำทำ, โรควิตกกังวลทั่วไป, โรคกลัวเลือดกลัวบาดเจ็บกลัวการฉีดยา, โรคเครียดหลังภัยพิบัติ, โรคกลัวสังคม, โรคซึมเศร้า) จำนวน 1 เรื่อง

ข้อเสนอแนะในการนำผลการศึกษาไปใช้

ผลที่ได้จากการศึกษาสามารถนำไปประยุกต์ใช้เป็นแนวทางในด้านปฏิบัติการพยาบาล (Nursing practice) และด้านวิจัยทางการพยาบาล (Nursing research) ดังต่อไปนี้ คือ

1. ด้านปฏิบัติการพยาบาล

ผลที่ได้จากการวิเคราะห์และสังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในผู้ป่วยโรคต้นตระหนกที่มีหรือไม่มีโรคอะโคราโฟเบียร่วมด้วย พบว่าการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมเป็นการบำบัดที่มีประสิทธิภาพดี โดยพยาบาลจิตเวชสามารถประยุกต์ความรู้ที่ได้มาใช้ในการให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคต้นตระหนก ดังนี้

1.1 ขั้นตอนในการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในผู้ป่วยโรคต้นตระหนกที่มีหรือไม่มีโรคอะโคราโฟเบียร่วมด้วย ประกอบด้วย 4 ขั้นตอนหลัก คือ 1) การให้สุขภาพจิตศึกษาเกี่ยวกับแนวคิดการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมและโรคต้นตระหนก 2) การลดความกังวลเมื่อต้องเผชิญกับความกลัวโดยใช้เทคนิคการผ่อนคลาย 3) การปรับเปลี่ยนโครงสร้างทางความคิด และ 4) การฝึกการเผชิญกับความกลัว

1.2 การใช้อินเทอร์เน็ตเป็นสื่อกลางในการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในการรักษาผู้ป่วยโรคต้นตระหนกที่มีหรือไม่มีโรคอะโคราโฟเบียร่วมด้วย นับเป็น

ทางเลือกหนึ่งที่มีประสิทธิภาพ และได้ผลไม่แตกต่างกับการรักษาแบบมาตรฐาน ข้อดีของการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมผ่านทางอินเทอร์เน็ตคือ สามารถช่วยเหลือผู้ป่วยโรคต้นตระหนกได้ในปริมาณเพิ่มมากขึ้น โดยไม่จำกัดสถานที่ เวลา และค่าน้ำใช้จ่ายเมื่อเปรียบเทียบกับคนที่ผู้ป่วยต้องเดินทางมาพบกับผู้บำบัดโดยตรง

1.3 การใช้การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในผู้ป่วยโรคต้นตระหนกพบว่า มีการบำบัดหลายรูปแบบ เช่น การบำบัดรายบุคคลและรายกลุ่ม การบำบัดโดยใช้ระยะเวลามาตรฐานคือประมาณ 12 ครั้ง หรือ ระยะสั้น 6 ครั้ง ซึ่งล้วนแต่มีประสิทธิภาพในการใช้บำบัดอาการของผู้ป่วยโรคต้นตระหนก แต่ในการที่พยาบาลจิตเวชจะเลือกใช้การบำบัดรูปแบบใดควรจะต้องคำนึงถึงการเลือกให้เหมาะสมกับความต้องการผู้ป่วย และผู้ให้การบำบัด โดยพิจารณาจากเรื่องอาการของผู้ป่วย เรื่องของอัตราออกกลางคันของผู้ป่วย การเข้ารับการรักษอย่างต่อเนื่อง ความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการได้รับโปรแกรม และในด้านการประหยัดค่าใช้จ่ายความคุ้มค่า

1.4 ในการที่พยาบาลจิตเวชจะให้การดูแลผู้ป่วยโรคต้นตระหนกควรคำนึงถึงภาวะโรคจิตเวชอื่นร่วมด้วย ผู้ป่วยโรคต้นตระหนกบางรายมีโรคจิตเวชอื่นร่วมด้วย เช่น โรควิตกกังวลทั่วไป โรคกลัวสังคม โรคกลัวเฉพาะเจาะจง โรคซึมเศร้า ผลจากการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยโรคต้นตระหนกที่มีโรคร่วม (โรคย้ำคิดย้ำทำ, โรควิตกกังวลทั่วไป, โรคกลัวเลือดกลัวบาดเจ็บกลัวการฉีดยา, โรคเครียดหลังภัยพิบัติ, โรคกลัวสังคม, โรคซึมเศร้า) โดยเปรียบเทียบระหว่างการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมและการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการบำบัดอาการโรคร่วมด้วย พบว่าทั้ง 2 กลุ่มมีประสิทธิภาพดีในการรักษาอาการผู้ป่วยไม่แตกต่างกัน แสดงให้เห็นว่าการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในผู้ป่วยโรคต้นตระหนกแบบมาตรฐานที่ใช้อยู่มีประสิทธิภาพครอบคลุมบรรเทาอาการโรคจิตเวชร่วมได้ โดยไม่จำเป็นต้องเพิ่มการบำบัดเฉพาะของโรคร่วมนั้นๆ

2. ข้อเสนอแนะในการศึกษาวิจัยทางการพยาบาล

จากการศึกษาถึงประสิทธิผลการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในผู้ป่วยโรคต้นตระหนก งานวิจัยที่นำมาศึกษาเป็นงานวิจัยที่เป็นการศึกษาต่างประเทศทั้งหมด 15 เรื่อง ซึ่งในประเทศไทยมีการศึกษาวิจัยด้านนี้น้อย ดังนั้นควรมีการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับประสิทธิผลของการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในผู้ป่วยโรคต้นตระหนกในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นคนไทยให้มากขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งงานวิจัยที่มีผู้บำบัดเป็นพยาบาลจิตเวชที่ใช้แนวคิดของการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในการให้การดูแลผู้ป่วยโรคต้นตระหนก

การสังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในผู้ป่วยโรคตื่นตระหนก
A SYNTHESIS OF RESEARCH ON COGNITIVE BEHAVIOR THERAPY IN PANIC
DISORDER

ศิวาทิตย์ สุวัฒน์พัฒนา 4937009 RAMH/M

พย.ม. (การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช)

คณะกรรมการที่ปรึกษาสารนิพนธ์ : พัทธนา ทวีคุณ, Ph.D. (NURSING), พัทธรินทร์ นินทจันทร์,
Ph.D. (NURSING)

บทสรุปแบบสมบูรณ์

บทนำ

โรคตื่นตระหนก (Panic Disorder) เป็นโรคจิตเวชชนิดหนึ่ง ซึ่งจัดอยู่ในกลุ่มโรควิตกกังวล (Anxiety Disorders) ผู้ป่วยที่เป็นโรคตื่นตระหนกจะมีอาการตื่นตระหนก คือใจเต้นแรง หรือหัวใจเต้นเร็วมาก เหงื่อออกมาก ตัวสั่น หายใจไม่อิ่มหรือหายใจขัด รู้สึกอึดอัดหรือแน่นอยู่ข้างใน เจ็บหน้าอกหรือแน่นหน้าอก คลื่นไส้ ท้อง มึนงง วิงเวียน ปวดหัว หรือเป็นลม นอกจากนี้ผู้ป่วยยังรู้สึกว่าเหตุการณ์หรือสิ่งแวดล้อมนั้นไม่เป็นความจริง (Derealization) หรือรู้สึกว่าตนเองเป็นคนแปลกหน้าไม่คุ้นเคย (Depersonalization) กลัวว่าจะควบคุมตนเองไม่ได้ กลัวว่าตนเองกำลังจะตาย มีอาการชา หนาวสั่นหรือร้อนวูบวาบ ซึ่งอาการเหล่านี้จะเกิดขึ้นซ้ำบ่อยๆ เป็นอยู่ไม่นาน อาการเกิดขึ้นเองโดยไม่มีสิ่งมากระตุ้น และผู้ป่วยจะรู้สึกกังวลว่าอาการเหล่านั้นจะเกิดขึ้นอีก (American Psychiatric Association [APA], 1994) โรคตื่นตระหนกนี้มักพบที่เกิดร่วมกับโรคอะโกราโฟเบีย (Agoraphobia) ซึ่งเป็นภาวะที่บุคคลนั้นกังวลต่อการอยู่ในสถานที่หรือสถานการณ์ที่อาจหลีกเลี่ยงได้ลำบาก หรืออาจไม่ได้รับการช่วยเหลือ หากว่าผู้ป่วยเกิดมีอาการตื่นตระหนก แม้ว่าจะความจริงจะไม่มีอันตรายอะไร เช่น การออกนอกบ้านตามลำพัง การอยู่ท่ามกลางหมู่คน เป็นต้น (APA, 1994)

ในประเทศสหรัฐอเมริกาพบความชุกของโรคตื่นตระหนกร้อยละ 3.7 และโรคตื่นตระหนกที่มีโรคอะโคราโฟเบียร่วมด้วยร้อยละ 1.1 (Kessler et al., 2006) ในยุโรปพบความชุกของโรคตื่นตระหนกร้อยละ 1.8 และโรคตื่นตระหนกที่มีโรคอะโคราโฟเบียร่วมด้วยร้อยละ 1.3 (Goodwin et al., 2005) จากการรวบรวมข้อมูลอัตราผู้ป่วยทางสุขภาพจิตของประเทศไทย ตั้งแต่ปี 2548 - 2550 พบว่า มีอัตราผู้ป่วยทั้งกลุ่มโรควิตกกังวลเท่ากับ 5.9, 5.5, และ 5.8 คนต่อประชากรพันคน (กรมสุขภาพจิต, 2550) ซึ่งในกลุ่มโรควิตกกังวลนี้พบว่า ในปี 2546 มีความชุกของโรคตื่นตระหนกร้อยละ 0.36 (กรมสุขภาพจิต, 2552ข) เมื่อเปรียบเทียบสถิติของโรคตื่นตระหนกของประเทศไทยกับประเทศสหรัฐอเมริกาและประเทศในยุโรปจะเห็นได้ว่า ความชุกของโรคตื่นตระหนกในประเทศไทยจะค่อนข้างต่ำกว่าประเทศฝั่งตะวันตก ซึ่งอาจจะเป็นเพราะในประเทศไทยยังขาดจิตแพทย์ที่จะทำการวินิจฉัยโรคตื่นตระหนก ทำให้ความชุกที่พบต่ำกว่าความเป็นจริง ถึงแม้ว่าความชุกของโรคตื่นตระหนกจะพบได้ค่อนข้างน้อยเมื่อเทียบกับโรคจิตเวชอื่นๆ แต่อย่างไรก็ตามโรคตื่นตระหนกยังถือว่าเป็นโรคทางจิตเวชที่สำคัญในการที่จะต้องหาแนวทางในการช่วยเหลือเพื่อป้องกันการเพิ่มขึ้นของผู้ที่ป่วยด้วยโรคตื่นตระหนกต่อไป

การเจ็บป่วยด้วยโรคตื่นตระหนกส่งผลกระทบในหลายๆด้าน ผู้ที่ป่วยเป็นโรคตื่นตระหนกรู้สึกทุกข์ทรมานจากอาการใจสั่น หัวใจเต้นแรง ตัวสั่น เวียนศีรษะ หรือเป็นลม เจ็บหรือแน่นหน้าอก หาวสั่น หรือร้อนวูบวาบ ชาหรือรู้สึกเป็นเหน็บ หายใจไม่ออก กลัวว่าจะควบคุมตนเองไม่ได้ กลัวว่าตนเองจะตาย อาการเหล่านี้ที่เกิดขึ้นซ้ำๆบ่อยๆ ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกกังวลว่าอาการเหล่านั้นจะเกิดขึ้นอีก และจากการที่แพทย์ซึ่งตรวจวินิจฉัยไม่พบโรคทางกายและไม่สามารถรักษาได้นั้น ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกท้อแท้สิ้นหวังและเกิดอาการของโรคซึมเศร้า บางรายถึงกับคิดฆ่าตัวตายได้ (Noyes, 1991; Inoue et al., 2006) การที่ผู้ป่วยไม่กล้าอยู่คนเดียว ไม่กล้าไปไหนคนเดียวเพราะกลัวว่าถ้าเกิดอาการขึ้นมาแล้วไม่มีใครช่วยได้ สิ่งเหล่านี้รบกวนการทำงานและการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วย ส่งผลให้ครอบครัวต้องรับภาระในการดูแลผู้ป่วย (สเปญ อุณนงค์, 2545) นอกจากนี้การที่ผู้ป่วยมีอาการตื่นตระหนก ซึ่งมีอาการคล้ายอาการทางโรคหัวใจ โรคทางเดินหายใจ โรคทางเดินอาหาร อาการดังกล่าวมักจะเป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยมาพบแพทย์ โดยในการมาพบแพทย์แต่ละครั้ง จะมีการตรวจวินิจฉัยเพื่อหาความผิดปกติ แต่ผลการตรวจไม่พบความผิดปกติทางกาย ทำให้ต้องมีการตรวจหาความผิดปกติต่อไปเรื่อยๆ (พิเชฐ อุดมรัตน์, วรัญญู ดันชัยสวัสดิ์, และ สุรชัย เกื้อศิริกุล, 2531) ซึ่งการตรวจวินิจฉัยดังกล่าวมีค่าใช้จ่ายในการตรวจที่ค่อนข้างสูง เช่น การตรวจคลื่นหัวใจ ทำให้รัฐบาลต้องใช้งบประมาณมากในการรักษาโรคตื่นตระหนก (Leon, Portera, & Weissman, 1995; Salvador, Segui, Fernandez, & Canet, 1995)

การเกิดโรคตื่นตระหนกเกี่ยวข้องกับปัจจัยด้านต่างๆหลายด้านคือ ปัจจัยทางชีวภาพ ปัจจัยส่วนบุคคล และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ปัจจัยทางชีวภาพที่เกี่ยวข้องกับโรคตื่นตระหนก ได้แก่ พันธุกรรม ในปัจจุบันมีการศึกษาถึงการถ่ายทอดลักษณะทางพันธุกรรมโดยการตรวจยีน (Gene) พบว่าโรคตื่นตระหนกเป็นโรคทางพันธุกรรม (Mosing et al., 2009) ส่วนสารสื่อประสาทที่สำคัญ และพบว่ามีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคตื่นตระหนก เช่น ซีโรโทนิน (serotonin) ในงานวิจัย โรคตื่นตระหนกพบว่าตัวรับที่จำเพาะเจาะจงของซีโรโทนินเพิ่มขึ้นมีความสัมพันธ์กับการลดลงของอาการในผู้ป่วยโรคตื่นตระหนก (Nash et al., 2008) และพบว่ามี การเพิ่มขึ้นของระดับ นอร์อีพิเนฟริน (Norepinephrine) ในผู้ป่วยโรคตื่นตระหนก (Sand et al., 2002) ปัจจัยส่วนบุคคลที่ สัมพันธ์กับการเกิดโรคตื่นตระหนก ได้แก่ เพศ จากการศึกษาพบโรคตื่นตระหนกในเพศหญิง มากกว่าเพศชาย (Sheikh, Leskin, & Klein, 2002) พบการเกิดอาการครั้งแรกในช่วงวัยรุ่น และวัย ผู้ใหญ่ตอนต้น (Goodwin et al., 2005) ผู้ที่มีบุคลิกภาพแบบพึ่งพา (Bienvenu et al., 2009) มีการติดสารเสพติด (บุรินทร์ สุรอรุณสัมฤทธิ์, 2547; Strat, Ramoz, & Gorwood, 2010) มีประวัติ ได้รับความกระทบเทือนทางจิตใจอย่างรุนแรง การที่บุคคลมีการเผชิญความวิตกกังวลใน ชีวิตประจำวันอย่างรุนแรง (severe stress) บุคคลดังกล่าวมักจะมี ความหวาดกลัว และหลีกเลี่ยง เหตุการณ์ ที่ทำให้เกิดความหวาดกลัวหรืออาจมีอันตราย (David, Giron, & Mellman, 1995; Silove et al., 1995) นอกจากนี้ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมที่สัมพันธ์กับการเกิดโรคตื่นตระหนก ได้แก่ การที่ ต้องอาศัยอยู่ในแหล่งเสื่อมโทรม ซึ่งสภาพแวดล้อมทำให้ผู้ที่อาศัยในบริเวณดังกล่าวเกิด ความเครียดได้ง่าย (สุทธิชัย ปานปรีชา, 2544)

การบำบัดรักษาโรคตื่นตระหนกสามารถแบ่งออกได้เป็น 2 ประเภทใหญ่ๆ คือการ บำบัดทางยา และการบำบัดทางจิตสังคม ยาที่ใช้ในการบำบัดโรคตื่นตระหนก คือยาคลายกังวล และยาด้านเศร้า ยาที่นิยมใช้คือยาด้านซึมเศร้าเกือบทุกชนิด ซึ่งใช้ได้ผลดีกับอาการตื่นตระหนก ข้อดีคือผู้ป่วยไม่เกิดภาวะพึ่งยา ได้ผลรักษาเร็วและช่วยลดอาการวิตกกังวลไปล่วงหน้า (Lydiard, Brawman, & Ballenger, 1996) ส่วนการบำบัดทางจิตสังคม ได้แก่ 1) การบำบัดทางจิตวิเคราะห์ ซึ่ง เป็นการค้นหาความขัดแย้งหลักที่อยู่ในจิตใจและการเชื่อมโยงระหว่างเหตุการณ์หรือจินตนาการ ที่มากระตุ้นอาการตื่นตระหนก (Busch, Milrod, & Singer, 1995) 2) พฤติกรรมบำบัด (Behavior therapy) พฤติกรรมบำบัดที่ใช้ในการรักษาโรคตื่นตระหนกแบ่งออกได้เป็น 2 วิธีคือ การรักษาด้วย วิธีเผชิญ (Exposure) และการรักษาด้วยวิธีผ่อนคลาย (Relaxation) หลักของการรักษาด้วยวิธีเผชิญ คือ เมื่อให้ผู้ป่วยได้ผ่านเข้าไปในสถานการณ์ที่ทำให้ตนเองหวาดกลัวหรือเผชิญกับวัตถุที่ทำให้กลัว นั้นบ่อยๆ จะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกเคยชินหรือคิดเป็นนิสัย (habituation) และจะไม่กลัวสถานการณ์หรือ วัตถุนั้นอีกต่อไป ทั้งนี้ผู้ป่วยจะได้รับการสอนให้ควบคุมความวิตกกังวลของตนเองทั้งในช่วงก่อน

เผชิญ ขณะเผชิญ และภายหลังการเผชิญสถานการณ์ (Ost, Westling, & Hellstroem, 1993) ส่วนการรักษาด้วยวิธีผ่อนคลาย ทำได้โดยการควบคุมลมหายใจ เช่น การหายใจลึก ๆ ด้วยกระบังลม (deep diaphragmatic breathing) ซึ่งจะสามารถควบคุมอาการทางกายของโรคตื่นตระหนกได้ (Ost et al., 1993) และ 3) การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavior Therapy) จากการทบทวนงานวิจัยพบว่า การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม นับเป็นรูปแบบการบำบัดทางจิตสังคมที่มีประสิทธิผลในการบำบัดผู้ป่วยโรคตื่นตระหนก (Furukawa, Watanabe, & Churchill, 2006; Gould, Otto, & Pollack, 1995; Lydiard et al., 1996; Mitte, 2005)

การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม เป็นกระบวนการเปลี่ยนพฤติกรรมภายนอกโดยการเปลี่ยนความคิด การตีความ การตั้งข้อสันนิษฐาน หรือกลวิธีในการสนองตอบหรืออีกนัยหนึ่งคือการปรับเปลี่ยนตัวแปรทางความคิดเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนพฤติกรรมภายนอก (Dobson & Block, 1988) การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมนั้นก็คือการใช้กระบวนการและเทคนิคการเรียนรู้มาใช้ในการบำบัดเปลี่ยนความคิด ความเชื่อของบุคคลที่ไม่ถูกต้องเหมาะสมซึ่งความเชื่อนั้นส่งผลให้บุคคลเกิดปัญหาทางสุขภาพจิตและจิตเวช การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมช่วยให้บุคคลปรับเปลี่ยนความคิด ความเชื่อของตนให้เกิดความคิดที่ถูกต้องเหมาะสมและสามารถปรับตัวต่อสถานการณ์ต่างๆ ได้ดีขึ้นนั่นเอง (กรมสุขภาพจิต, 2552ก) ซึ่งในผู้ป่วยโรคตื่นตระหนกมักมีการแปลความหมายอาการแสดงทางร่างกายผิดไปในทางหายนะ (Catastrophic misinterpretations) ว่าอันตรายอันใหญ่หลวงกำลังเกิดขึ้นกับตน (Clark, 1988) ตัวอย่างเช่น เมื่อมีอาการแน่นหน้าอก หายใจไม่ออกก็คิดว่าตนเองกำลังจะตาย ดังนั้นการรักษาโรคตื่นตระหนกโดยใช้แนวความคิดของการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมจะมุ่งเน้นให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้ และฝึกพฤติกรรมการคิดใหม่ต่ออาการตื่นตระหนกนั้น และให้ความช่วยเหลือแก่ใจให้ผู้ป่วยเรียนรู้วิธีคิดแบบใหม่ที่เหมาะสม เพื่อแก้ไขการตอบสนองให้เหมาะสมขึ้น ซึ่งส่งผลต่อพฤติกรรมที่จะแสดงออกในอนาคต และผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจะทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการคิดที่อิสระปราศจากความวิตกกังวล และความกลัวต่ออาการตื่นตระหนก ดังนั้นการช่วยเหลือผู้ป่วยโรคตื่นตระหนกจึงต้องมีการสนับสนุนทางด้านความรู้ คือช่วยให้ผู้ป่วยมีความเข้าใจเกี่ยวกับอาการตื่นตระหนก ธรรมชาติของโรคตื่นตระหนก รวมถึงหลักการการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม ตลอดจนมีการเรียนรู้และฝึกฝน ทักษะต่างๆ การแก้ไขปัญหา รวมถึงการพัฒนามุมมองต่อการเผชิญปัญหาแบบใหม่ที่เหมาะสมยิ่งขึ้น และแนวทางการจัดการกับอาการตื่นตระหนก จากการศึกษาที่ผ่านมาแสดงให้เห็นว่าการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมช่วยให้ ผู้ป่วยควบคุมอาการตื่นตระหนกและผู้ป่วยมีความมั่นใจในการออกไปไหนคนเดียวมากขึ้น มีคุณภาพชีวิตและสามารถปฏิบัติตนในชีวิตประจำวันดีขึ้น (London & Barlow, 2004; McIntosh et al., 2004)

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่า การบำบัดรักษาผู้ป่วยโรคตื่นตระหนกมีวิธีการบำบัดหลากหลายรูปแบบ ทั้งนี้รูปแบบที่มีประสิทธิภาพในการบำบัดผู้ป่วยโรคตื่นตระหนกคือการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม ผู้ศึกษาในฐานะพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชนซึ่งให้การดูแลผู้ป่วยโรคตื่นตระหนกโดยตรง แต่อย่างไรก็ตามในปัจจุบัน หน่วยงานที่ผู้ศึกษาปฏิบัติงานไม่มีแนวทางในการให้การดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ที่ชัดเจน ดังนั้นผู้ศึกษาจึงมีความสนใจที่จะรวบรวม วิเคราะห์ สังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในผู้ป่วยโรคตื่นตระหนก โดยมีการรวบรวมงานวิจัยทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศอย่างมีระบบ ซึ่งองค์ความรู้ที่ได้จากการศึกษารั้วนี้ จะเป็นแนวทางให้กับพยาบาลและผู้สนใจในการนำเอาการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมไปใช้ในการให้การดูแลผู้ป่วยโรคตื่นตระหนกต่อไป

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

เพื่อสังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับรูปแบบและประสิทธิผลของการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในผู้ป่วยโรคตื่นตระหนก

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

ได้องค์ความรู้เพื่อเป็นแนวทางในการให้การดูแลผู้ป่วยโรคตื่นตระหนกโดยใช้การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม

นิยามศัพท์

ผู้ป่วยโรคตื่นตระหนก (Panic Disorder) หมายถึง บุคคลที่แพทย์ให้การวินิจฉัยว่าป่วยด้วยโรคตื่นตระหนกตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรค Diagnostic and statistical manual of mental disorder (DSM-IV) ของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน (APA, 1994) หรือเกณฑ์การวินิจฉัย ในรูปแบบ International Classification of Diseases (ICD-10) ขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization [WHO], 1993) โดยผู้ที่เป็โรคตื่นตระหนก จะมีอาการของใจสั่น ใจเต้นแรง หรือหัว

ใจเต้นเร็วมาก เหงื่อออกมาก ตัวสั่น หายใจไม่อิ่มหรือหายใจขัด รู้สึกอึดอัดหรือแน่นอยู่ข้างใน เจ็บหน้าอกหรือแน่นหน้าอก คลื่นไส้ ท้องไส้ปั่นป่วน ปากแห้ง (โดยไม่ได้เกิดจากการขาดน้ำ) มึนงง วิงเวียน ปวดหัว หรือเป็นลม รู้สึกเหมือนสิ่งแวดล้อมแปลกไป หรือไม่เป็นจริง รู้สึกเหมือนตัวเองเปลี่ยนไป กลัวคุมตัวเองไม่ได้หรือกลัวเป็นบ้า กลัวว่าตนเองกำลังจะตาย ซา หนาวสั่นหรือร้อนวูบวาบ เกิดขึ้นซ้ำบ่อยๆ อาการเป็นอยู่ไม่นาน เกิดขึ้นเองโดยไม่มีสิ่งมากระตุ้น และผู้ป่วยจะรู้สึกกังวลว่าอาการเหล่านั้นจะเกิดขึ้นอีก ซึ่งรวมถึงโรคตื่นตระหนกที่มีหรือไม่มีโรคอะโกราโฟเบียร่วมด้วย (Panic disorder with or without agoraphobia) โดยโรคอะโกราโฟเบีย หมายถึง ผู้ที่มีความรู้สึกกังวลหรือกลัวต่อการอยู่ในสถานที่หรือสถานการณ์ เช่น การออกนอกบ้านตามลำพัง การอยู่ท่ามกลางหมู่คนหรือยืนต่อแถว การอยู่บนสะพาน และการเดินทางโดยรถเมล์ รถไฟหรือรถยนต์ และมีการหลีกเลี่ยงสถานการณ์ดังกล่าว โดยมีความทุกข์ใจมากหรือมีความวิตกกังวลว่าจะเกิดอาการตื่นตระหนก หรือมีอาการที่คล้ายอาการตื่นตระหนก หรือต้องการให้มีผู้อื่นอยู่ร่วมด้วย

การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavior Therapy) ในผู้ป่วยโรคตื่นตระหนก หมายถึง การบำบัดรูปแบบหนึ่งซึ่งมีลักษณะการบำบัดในเชิงรุกและมีทิศทาง มีระยะเวลาในการบำบัดที่มีขอบเขต และมีโครงสร้างชัดเจน โดยนำเอากระบวนการและเทคนิคการเรียนรู้มาใช้ในการเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติ (Automatic thoughts) ความเชื่อของบุคคลที่ไม่ถูกต้องเหมาะสม (Beck, 1979, อ้างใน กรมสุขภาพจิต, 2552ก) ซึ่งผู้ป่วยโรคตื่นตระหนกนั้นมักมีการแปลความหมายผิดไปในทางหายนะ (Catastrophic misinterpretations) ว่าอันตรายอันใหญ่หลวงกำลังเกิดขึ้นกับตน ดังนั้นการบำบัดโรคตื่นตระหนกจะมุ่งเน้นให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้ และฝึกพฤติกรรมความคิดใหม่ต่อสถานการณ์ที่ก่อความตื่นตระหนก ซึ่งส่งผลต่อพฤติกรรมที่จะแสดงออก และเพื่อแก้ไขการตอบสนองให้เหมาะสมขึ้น (Barlow & Craske, 2000)

วิธีดำเนินการศึกษา

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อรวบรวม วิเคราะห์ และสังเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในผู้ป่วยโรคตื่นตระหนก โดยมีการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องอย่างเป็นระบบ ซึ่งประกอบด้วยขั้นตอนดังต่อไปนี้คือ

การสืบค้นงานวิจัยและหลักฐานอ้างอิงทางวิชาการเพื่อการทบทวน (Search for information sources)

1. แหล่งข้อมูลงานวิจัย (Data source) แหล่งข้อมูลที่ใช้ในการสืบค้นทรัพยากรสารสนเทศ (Information resource) จากวัสดุตีพิมพ์ผลงานวิจัยทั้งในประเทศและต่างประเทศ โดยการสืบค้นงานวิจัยและหลักฐานอ้างอิงทางวิชาการดังกล่าวจากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ (Electronic resource) โดยฐานข้อมูลที่เลือกใช้มีดังนี้

1.1 สืบค้นงานวิจัยและหลักฐานอ้างอิงทางวิชาการในประเทศไทยจากฐานข้อมูล กรมสุขภาพจิต ห้องสมุดมหาวิทยาลัยมหิดล ห้องสมุดมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ห้องสมุดจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และโครงการเครือข่ายห้องสมุดในประเทศไทย (ThaiLIS)

1.2 สืบค้นงานวิจัยจากฐานข้อมูลทางการแพทย์และการพยาบาลที่สำคัญ ได้แก่ CINAHL, PubMed, Science direct, Proquest, Highwire Press, Blackwell Synergy, Ovid, และ Springer Link

1.3 สืบค้นงานวิจัยและหลักฐานอ้างอิงทางวิชาการ โดยการค้นคว้าด้วยตนเองจากห้องสมุดของมหาวิทยาลัยต่างๆ เช่น ห้องสมุดกรมสุขภาพจิต ห้องสมุดมหาวิทยาลัยมหิดล ห้องสมุดมหาวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์ ห้องสมุดคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ห้องสมุดโรงพยาบาลสวนปรุง

1.4 สืบค้นงานวิจัยและหลักฐานอ้างอิงทางวิชาการจากแหล่งข้อมูลดังกล่าวด้วยตนเองในช่วงระยะเวลา ตั้งแต่เดือนพฤษภาคม - มิถุนายน พ.ศ. 2553 นอกจากนี้ได้สืบค้นจากบรรณานุกรมของงานวิจัยแต่ละเรื่องแล้วนำไปค้นหาฉบับสมบูรณ์ (full text) ต่อไป

2. กำหนดคำสำคัญในการสืบค้น (Key words) คำสำคัญที่ใช้ในการสืบค้นงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับปัญหาที่สนใจ ได้แก่ Panic disorder and Cognitive behavior therapy, Panic disorder and CBT, Panic disorder and Psychotherapy, โรคแพนิค, โรคตื่นตระหนก, การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม, การปรับเปลี่ยนทางความคิดและพฤติกรรม, การบำบัดทางปัญญา และ การบำบัดทางพฤติกรรมปัญญา

3. เกณฑ์การคัดเลือกงานวิจัย (Inclusion criteria) ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้ศึกษาใช้เกณฑ์ในการพิจารณาคัดเลือกงานวิจัย ดังนี้

3.1 เป็นงานวิจัยที่ศึกษาเรื่องการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (Cognitive behavior therapy) ในผู้ป่วยโรคตื่นตระหนกชนิดทั้งที่มีและไม่มีโรคอะโกราโฟเบียร่วม (Panic disorder with Agoraphobia or without Agoraphobia)

3.2 เป็นงานวิจัยที่มีการออกแบบเป็นเชิงทดลองชนิดที่มีการสุ่มเข้ากลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง (Randomized controlled trial design) หรืองานวิจัยเชิงกึ่งทดลอง หรืองานวิจัยเชิงทดลองที่ไม่มีการสุ่มเข้ากลุ่ม (Quasi-experimental design)

3.3 เป็นงานวิจัยที่มีการตีพิมพ์ในวารสารวิชาการ ที่อยู่ในช่วงเวลา ระยะเวลา ตั้งแต่ พ.ศ. 2548 - พ.ศ. 2553

3.4 เป็นงานวิจัยที่สามารถหาฉบับสมบูรณ์ได้

จากคำสำคัญที่กำหนดสามารถสืบค้นงานวิจัยที่เกี่ยวข้องจากฐานข้อมูลได้ด้วยการอ่านบทคัดย่อและนำชื่อเรื่องงานวิจัยบางส่วนที่มีแต่บทคัดย่อ (Abstract) มาค้นหาฉบับเต็ม จากงานวิจัย วารสารต่างๆทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศ เมื่อพิจารณาคัดเรื่องที่ซ้ำกันในแต่ละฐานข้อมูลออกจะมีงานวิจัยที่อยู่ในเกณฑ์และสามารถหาฉบับสมบูรณ์ได้ จำนวนทั้งหมด 15 เรื่อง จากนั้นนำงานวิจัยที่ได้ไปวิเคราะห์และประเมินคุณภาพต่อไป

แนวทางในการวิเคราะห์งานวิจัยและหลักฐานอ้างอิงเชิงวิชาการ

จากการทบทวนวรรณกรรมและสืบค้นหาหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้องกับการใช้รูปแบบการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม ในผู้ป่วยโรคต้นตระหนก มีงานวิจัยที่จะนำมาวิเคราะห์และเข้าเกณฑ์ 15 เรื่อง สำหรับกระบวนการในการวิเคราะห์และสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์มีดังนี้

1. การประเมินคุณภาพงานวิจัย (Evaluation of research quality) ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้ศึกษาใช้หลักเกณฑ์การประเมินคุณภาพระดับงานวิจัยของราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย (2544) ซึ่งแบ่งระดับหลักฐานอ้างอิงทางวิชาการ (level of evidence) เป็น 4 ระดับ ดังนี้

ระดับ A หมายถึงหลักฐานที่ได้จากงานวิจัยที่เป็น meta-analysis ของงานวิจัยที่เป็น randomized controlled trials หรืองานวิจัยเดี่ยวที่เป็น randomized controlled trials

ระดับ B หมายถึงหลักฐานที่ได้จากงานวิจัยที่เป็น meta-analysis ของงานวิจัยที่ออกแบบเป็น randomized controlled trials อย่างน้อย 1 เรื่อง หรือหลักฐานที่ได้จากงานวิจัยที่มีการออกแบบรัดกุม แต่เป็นงานวิจัยกึ่งทดลองหรืองานวิจัยเชิงทดลองที่ไม่มีการสุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่ม ได้แก่ non-randomized controlled trials, cohort-study, case control study

ระดับ C หมายถึงหลักฐานที่ได้จากงานวิจัยที่เป็นงานเปรียบเทียบหาความสัมพันธ์หรือเป็นงานวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive study)

ระดับ D หมายถึงหลักฐานที่ได้จากความคิดเห็นจากผู้เชี่ยวชาญ (Expert consensus)

งานวิจัยที่สืบค้นได้ 15 เรื่อง มีงานวิจัยระดับ A จำนวน 13 เรื่อง และเป็นระดับ B จำนวน 2 เรื่อง

2. การกลั่นกรองข้อมูลจากงานวิจัย (Data extraction) ในการทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบทั้ง 15 เรื่องนี้ ได้กำหนดขอบเขตของข้อมูลที่จะดึงออกมาจากงานวิจัยดังนี้ คือ

- วัตถุประสงค์ของงานวิจัย (Purpose)
- รูปแบบการวิจัย (Research design)
- สถานที่หรือแหล่งวิจัย (Setting)
- กลุ่มตัวอย่าง (Sample)
- ผลลัพธ์และเครื่องมือประเมิน (Research outcome and instruments)
- การเก็บรวบรวมข้อมูล (Data collection)
- วิธีการวิจัยหรือการแทรกแซง (Method/ Intervention)
- ผลการวิจัย (Finding/ Result)
- ข้อเสนอแนะสำหรับการนำไปใช้ (Implication / Implementation)

จากข้อมูลที่กลั่นกรองได้นำมาสังเคราะห์ สรุปเป็นองค์ความรู้เกี่ยวกับรูปแบบและประสิทธิผลของการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในผู้ป่วยโรคต้นตระหนก

สรุปผลการศึกษา

ผลการสังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในผู้ป่วยโรคต้นตระหนกสามารถสรุปสาระสำคัญออกเป็น 5 ส่วน คือ 1) คุณภาพความเพียงพอของงานวิจัย 2) รูปแบบการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม 3) กิจกรรมและกลยุทธ์ที่ใช้ในการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม 4) ผลลัพธ์ของการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม 5) การศึกษาเปรียบเทียบการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในผู้ป่วยโรคต้นตระหนก ดังต่อไปนี้

1. คุณภาพความเพียงพอของงานวิจัย

จากการสังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในผู้ป่วยโรคต้นตระหนกชนิดที่มีและไม่มีอะโรราโฟเบีย จากงานวิจัยทั้งหมด 3,630 เรื่อง มีงานวิจัยที่ตรงตาม

เกณฑ์คัดเข้าและนำมาวิเคราะห์ สังเคราะห์จำนวน 15 เรื่อง โดยเป็นงานวิจัยที่ทำการศึกษาในต่างประเทศทั้งหมด 15 เรื่อง เมื่อนำมาประเมินคุณภาพวิจัยพบว่าเป็นงานวิจัยที่เป็น Randomized control trial (ระดับ A) จำนวน 13 เรื่อง และเป็นงานวิจัยแบบ Quasi - experimental research (ระดับ B) จำนวน 2 เรื่อง

2. รูปแบบการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในรูปแบบรายกลุ่มและรายบุคคล ในผู้ป่วยโรคต้นตระกูลหวัด จากการสังเคราะห์งานวิจัยทั้งหมด 15 เรื่อง พบว่ามีการศึกษาในรูปแบบรายกลุ่มจำนวน 10 เรื่อง (Bohni et al., 2009; Cho et al., 2006; Craske et al., 2007; Dow et al., 2007a; Dow et al., 2007b; Kiropoulos et al., 2008; Meulenbeek et al., 2010; Meulenbeek et al., 2008; Roy-Byrne et al., 2005; Van Apeldoorn et al., 2008) แบบรายบุคคลจำนวน 3 เรื่อง (Calbring et al., 2006; Friedman et al., 2006; Taso et al., 2005) และทั้งแบบรายกลุ่มและรายบุคคลจำนวน 2 เรื่อง (Marchand et al., 2009; Roberge et al., 2008)

3. กิจกรรมและกลยุทธ์ที่ใช้ในการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม

จากการสังเคราะห์งานวิจัย จำนวน 15 เรื่อง กิจกรรมและกลยุทธ์ที่นำมาใช้ในการบำบัดความคิดและพฤติกรรมที่ใช้ในผู้ป่วยโรคต้นตระกูลหวัด สามารถสรุปได้ดังนี้

การให้สุขภาพจิตศึกษา (Psycho-education) จำนวน 9 เรื่อง (Bohni et al., 2009; Calbring et al., 2006; Cho et al., 2006; Friedman et al., 2006; Marchand et al., 2009; Meulenbeek et al., 2010; Meulenbeek et al., 2008; Roberge et al., 2008; Van Apeldoorn et al., 2008)

การจัดการความเครียด (Stress Management) จำนวน 2 เรื่อง (Meulenbeek et al., 2010; Meulenbeek et al., 2008)

การฝึกการผ่อนคลาย (Relaxation training) จำนวน 3 เรื่อง (Friedman et al., 2006; Meulenbeek et al., 2010; Meulenbeek et al., 2008)

การฝึกวิธีการหายใจ (Breath Retraining) จำนวน 11 เรื่อง (Calbring et al., 2006; Cho et al., 2006; Craske et al., 2007; Dow et al., 2007a; Dow et al., 2007b; Kiropoulos et al., 2008; Marchand et al., 2009; Roberge et al., 2008; Roy-Byrne et al., 2005; Taso et al., 2005; Van Apeldoorn et al., 2008)

การปรับเปลี่ยนโครงสร้างทางความคิด (Cognitive Restructuring) จำนวน 15 เรื่อง (Bohni et al., 2009; Calbring et al., 2006; Cho et al., 2006; Craske et al., 2007; Dow et al., 2007a;

Dow et al., 2007b; Friedman et al., 2006; Kiropoulos et al., 2008; Meulenbeek et al., 2010; Meulenbeek et al., 2008; Marchand et al., 2009; Roberge et al., 2008; Roy-Byrne et al., 2005; Taso et al., 2005; Van Apeldoorn et al., 2008)

การฝึกโดยการกระตุ้นให้ร่างกายมีอาการตื่นตระหนกในสถานการณ์จำลอง (Interoceptive exposure) จำนวน 15 เรื่อง (Bohni et al., 2009; Calbring et al., 2006; Cho et al., 2006; Craske et al., 2007; Dow et al., 2007a; Dow et al., 2007b; Friedman et al., 2006; Kiropoulos et al., 2008; Meulenbeek et al., 2010; Meulenbeek et al., 2008; Marchand et al., 2009; Roberge et al., 2008; Roy-Byrne et al., 2005; Taso et al., 2005; Van Apeldoorn et al., 2008)

การฝึกโดยการให้เผชิญกับสถานการณ์ที่ทำให้เกิดความกลัวโดยตรง (In Vivo Exposure) จำนวน 11 เรื่อง (Bohni et al., 2009; Calbring et al., 2006; Craske et al., 2007; Friedman et al., 2006; Kiropoulos et al., 2008; Meulenbeek et al., 2010; Meulenbeek et al., 2008; Marchand et al., 2009; Roberge et al., 2008; Taso et al., 2005; Van Apeldoorn et al., 2008)

การฝึกเผชิญต่อความกลัวที่ละลำดับขั้น (Graduated Exposure) จำนวน 2 เรื่อง (Dow et al., 2007a; Dow et al., 2007b)

การฝึกเผชิญด้วยตนเองโดยตรง (Self-direct Exposure) จำนวน 1 เรื่อง (Cho et al., 2006)

การป้องกันการกลับเป็นซ้ำ (Relapse Prevention) จำนวน 7 เรื่อง (Calbring et al., 2006; Dow et al., 2007a; Dow et al., 2007b; Meulenbeek et al., 2010; Meulenbeek et al., 2008; Marchand et al., 2009; Roberge et al., 2008)

4. ผลลัพธ์ของการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในผู้ป่วยโรคตื่นตระหนก

จากงานวิจัยที่เลือกมาศึกษาทั้งหมด 15 เรื่อง สามารถสรุปผลลัพธ์ของการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมออกเป็นผลลัพธ์ด้านต่างๆดังนี้

ผลลัพธ์ด้านอาการทางคลินิกที่เกี่ยวข้องกับอาการตื่นตระหนก ได้แก่

อาการตื่นตระหนก จากการสังเคราะห์งานวิจัย 15 เรื่อง มีการศึกษาผลลัพธ์เกี่ยวกับอาการตื่นตระหนกทั้งหมด 11 เรื่อง (Bohni et al., 2009; Calbring et al., 2006; Craske et al., 2007; Dow et al., 2007b; Kiropoulos et al., 2008; Marchand et al., 2009; Meulenbeek et al., 2010; Meulenbeek et al., 2008; Roberge et al., 2008; Roy-Byrne et al., 2005; Van Apeldoorn et al., 2008)

อาการอะโกราโฟเบีย จากการสังเคราะห์งานวิจัย 15 เรื่อง มีการศึกษาผลลัพธ์เกี่ยวกับอาการอะโกราโฟเบียจำนวน 6 เรื่อง (Bohni et al., 2009; Calbring et al., 2006; Dow et al., 2007a; Friedman et al., 2006; Marchand et al., 2009; Roberge et al., 2008)

อาการวิตกกังวล จากการสังเคราะห์งานวิจัย 15 เรื่อง มีการศึกษาผลลัพธ์เกี่ยวกับอาการวิตกกังวลจำนวน 10 เรื่อง (Bohni et al., 2009; Calbring et al., 2006; Craske et al., 2007; Friedman et al., 2006; Kiropoulos et al., 2008; Marchand et al., 2009; Meulenbeek et al., 2008; Roberge et al., 2008; Roy-Byrne et al., 2005; Van Apeldoorn et al., 2008)

อาการซึมเศร้า จากการสังเคราะห์งานวิจัย 15 เรื่อง มีการศึกษาผลลัพธ์เกี่ยวกับอาการซึมเศร้าจำนวน 9 เรื่อง (Bohni et al., 2009; Friedman et al., 2006; Calbring et al., 2006; Kiropoulos et al., 2008; Marchand et al., 2009; Meulenbeek et al., 2008; Roberge et al., 2008; Roy-Byrne et al., 2005; Van Apeldoorn et al., 2008)

ความไวต่อการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย (Body vigilance) จากการสังเคราะห์งานวิจัย 15 เรื่อง มีการศึกษาผลลัพธ์เกี่ยวกับความไวต่อการเปลี่ยนแปลงของร่างกายจำนวน 5 เรื่อง (Calbring et al., 2006; Friedman et al., 2006; Kiropoulos et al., 2008; Marchand et al., 2009; Roberge et al., 2008)

ระดับความเครียด จากการสังเคราะห์งานวิจัย 15 เรื่อง มีการศึกษาผลลัพธ์เกี่ยวกับระดับความเครียดจำนวน 1 เรื่อง (Kiropoulos et al., 2008)

อาการของโรคจิตเวชร่วมกับโรคต้นตระหนก จากการสังเคราะห์งานวิจัย 15 เรื่อง มีการศึกษาผลลัพธ์เกี่ยวกับอาการของโรคจิตเวชร่วมกับโรคต้นตระหนกจำนวน 2 เรื่อง (Craske et al., 2007; Taso et al., 2005)

ผลลัพธ์ด้านการนึกคิดต่ออาการต้นตระหนกและอาการอะโกราโฟเบีย
ได้แก่

การนึกคิดเกี่ยวกับอาการต้นตระหนก แบ่งออกเป็น 3 ด้าน คือ การยอมรับการคาดการณ์ของการเกิดภาวะต้นตระหนก การยอมรับผลด้านลบของการเกิดภาวะต้นตระหนก และการยอมรับสมรรถภาพของตนเองในการปรับตัวเมื่อเกิดภาวะต้นตระหนก จากการสังเคราะห์งานวิจัย 15 เรื่อง พบว่ามีการศึกษา 2 เรื่อง (Cho et al., 2007; Meulenbeek et al., 2010)

การนึกคิดเกี่ยวกับอาการอะโกราโฟเบีย จากการสังเคราะห์งานวิจัย 15 เรื่อง พบว่ามีการศึกษามีการศึกษาผลลัพธ์เกี่ยวกับการนึกคิดเกี่ยวกับอาการอะโกราโฟ

เบี่ยง จำนวน 9 เรื่อง (Calbring et al., 2006; Craske et al., 2007; Dow et al., 2007a; Dow et al., 2007b; Friedman et al., 2006; Kiropoulos et al., 2008; Marchand et al., 2009; Roberge et al., 2008; Van Apeldoorn et al., 2008)

ผลลัพธ์ด้านจิตสังคม จากการสังเคราะห์งานวิจัย 15 เรื่อง พบว่ามีการศึกษาผลลัพธ์ด้านจิตสังคมจำนวน 6 เรื่อง (Bohni et al., 2009; Calbring et al., 2006; Dow et al., 2007a; Kiropoulos et al., 2008; Meulenbeek et al., 2008; Roy-Byrne et al., 2005)

ผลลัพธ์อื่นๆที่เกี่ยวข้องกับการบำบัด ได้แก่

การให้ความร่วมมือในการรักษา จากการสังเคราะห์งานวิจัย 15 เรื่อง มีการศึกษาผลลัพธ์เกี่ยวกับความร่วมมือในการรักษา 1 เรื่อง (Kiropoulos et al., 2008)

ความพึงพอใจในการรักษา จากการสังเคราะห์งานวิจัย 15 เรื่อง มีการศึกษาผลลัพธ์เกี่ยวกับความพึงพอใจในการรักษาจำนวน 2 เรื่อง (Bohni et al., 2009; Kiropoulos et al., 2008)

ค่าใช้จ่ายในการบำบัดรักษา จากการสังเคราะห์งานวิจัย 15 เรื่อง พบว่ามีการศึกษาผลลัพธ์เกี่ยวกับค่าใช้จ่ายในการบำบัดรักษา 2 เรื่อง (Meulenbeek et al., 2008; Roberge et al., 2008)

5. การศึกษาเปรียบเทียบการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม งานวิจัยที่นำมาศึกษาได้มีการศึกษาถึงประสิทธิผลของการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมโดยการศึกษาเปรียบเทียบการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมกับการบำบัดโดยวิธีอื่น หรือ เปรียบเทียบประสิทธิผลระหว่างการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในรูปแบบที่แตกต่างกัน ซึ่งสามารถสรุปผลได้ดังนี้

5.1 ศึกษาเปรียบเทียบการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมกับการรักษาด้วยยาในผู้ป่วยโรคต้นตระหนก

การศึกษาเปรียบเทียบกลุ่มที่ได้รับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร่วมกับยา เปรียบเทียบกับการบำบัดด้วยยาอย่างเดียว จำนวน 1 เรื่อง (Roy-Byrne et al., 2005) การศึกษาเปรียบเทียบกลุ่มเปรียบเทียบ 3 แบบ คือ 1) กลุ่มที่ได้รับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม 2) กลุ่มที่ได้รับยาคลอการิมเซร่าในกลุ่ม Selective serotonin reuptake inhibitors (SSRI) 3) กลุ่มที่ได้รับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร่วมกับยา SSRI จำนวน 1 เรื่อง (Van Apeldoorn et al., 2008)

5.2 ศึกษาเปรียบเทียบการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม ในรูปแบบมาตรฐาน และแบบระยะสั้น โดยพิจารณาช่วงระยะเวลาการบำบัด

การศึกษาเปรียบเทียบกลุ่มที่ได้รับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม 13 หน่วยการสอนแบบ 13 สัปดาห์ เปรียบเทียบกับแบบระยะสั้น 3 สัปดาห์ จำนวน 1 เรื่อง (Bohni et al., 2009) การศึกษาเปรียบเทียบกลุ่มเปรียบเทียบ 3 แบบคือ 1) กลุ่มที่ได้รับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมแบบมาตรฐาน 2) กลุ่มที่ได้รับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมแบบกลุ่ม 3) กลุ่มที่ได้รับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมแบบระยะสั้น จำนวน 2 เรื่อง (Marchand et al., 2009; Roberge et al., 2008) ซึ่งทั้งสองงานวิจัยเป็นงานวิจัยที่ต่อเนื่องกัน

การศึกษาเปรียบเทียบกลุ่มเปรียบเทียบ 3 แบบคือ 1) กลุ่มที่ได้รับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมแบบ 12 หน่วยการสอน 2) กลุ่มที่ได้รับการบำบัดทางความคิดแบบ 6 หน่วยการสอน 3) กลุ่มที่ได้รับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมแบบ 6 หน่วยการสอน ร่วมกับการใช้คอมพิวเตอร์ มีจำนวน 2 เรื่อง (Dow et al., 2007a; Dow et al., 2007b) ซึ่งทั้งสองงานวิจัยเป็นงานวิจัยที่ต่อเนื่องกัน

5.3 ศึกษาเปรียบเทียบการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม ในรูปแบบการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมผ่านทางอินเทอร์เน็ตและ อินเทอร์เน็ตร่วมกับการโทรศัพท์

การศึกษาเปรียบเทียบกลุ่มที่ได้รับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมผ่านทางอินเทอร์เน็ตเปรียบเทียบกับบำบัดด้วยนักจิตวิทยาโดยตรง จำนวน 1 เรื่อง (Kiriopoulou et al., 2008) การศึกษาเปรียบเทียบกลุ่มที่ได้รับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมผ่านทางอินเทอร์เน็ตร่วมกับโทรศัพท์ เปรียบเทียบกับ กลุ่มที่ได้รับการรักษาโดยใช้ยาขั้นพื้นฐาน จำนวน 1 เรื่อง (Calbring et al., 2006)

5.4 เปรียบเทียบการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม ในรูปแบบมาตรฐานและการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการบำบัดโรคร่วม

การศึกษาเปรียบเทียบกลุ่มที่ได้รับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในโรคต้นตอระหนก กับกลุ่มการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในโรคต้นตอระหนกที่เพิ่มการบำบัดโรคร่วมด้วย (เช่น โรคย้ำคิดย้ำทำ, โรควิตกกังวลทั่วไป, โรคกลัวเลือดกลัวบาดเจ็บกลัวการฉีดยา, โรคเครียดหลังภัยพิบัติ, โรคกลัวสังคม, โรคซึมเศร้า) จำนวน 1 เรื่อง (Craske et al., 2007)

ข้อเสนอแนะในการนำผลการศึกษาไปใช้

ผลที่ได้จากการศึกษาสามารถนำไปประยุกต์ใช้เป็นแนวทางในด้านปฏิบัติการพยาบาล (Nursing practice) และด้านวิจัยทางการพยาบาล (Nursing research) ดังต่อไปนี้ คือ

1. ด้านปฏิบัติการพยาบาล

ผลที่ได้จากการวิเคราะห์และสังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในผู้ป่วยโรคต้นตระกูลที่มีหรือไม่มีโรคอะโคราโฟเบียร่วมด้วย พบว่าการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมเป็นการบำบัดที่มีประสิทธิภาพดี โดยพยาบาลจิตเวชสามารถประยุกต์ความรู้ที่ได้มาใช้ในการให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคต้นตระกูล ดังนี้

1.1 ขั้นตอนในการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในผู้ป่วยโรคต้นตระกูลที่มีหรือไม่มีโรคอะโคราโฟเบียร่วมด้วย ประกอบด้วย 4 ขั้นตอนหลัก คือ 1) การให้สุขภาพจิตศึกษาเกี่ยวกับแนวคิดการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมและโรคต้นตระกูล 2) การลดความกังวลเมื่อต้องเผชิญกับความกลัวโดยใช้เทคนิคการผ่อนคลาย 3) การปรับเปลี่ยนโครงสร้างทางความคิด และ 4) การฝึกการเผชิญกับความกลัว

1.2 การใช้อินเทอร์เน็ตเป็นสื่อกลางในการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในการรักษาผู้ป่วยโรคต้นตระกูลที่มีหรือไม่มีโรคอะโคราโฟเบียร่วมด้วย นับเป็นทางเลือกหนึ่งที่มีประสิทธิภาพ และได้ผลไม่แตกต่างกับการรักษาแบบมาตรฐาน ข้อดีของการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมผ่านทางอินเทอร์เน็ตคือ สามารถช่วยเหลือผู้ป่วยโรคต้นตระกูลได้ในปริมาณเพิ่มมากขึ้น โดยไม่จำกัดสถานที่ เวลา และค่าน่าใช้จ่ายเมื่อเปรียบเทียบกับการที่ผู้ป่วยต้องเดินทางมาพบกับผู้บำบัดโดยตรง

1.3 การใช้การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในผู้ป่วยโรคต้นตระกูลพบว่า มีการบำบัดหลายรูปแบบ เช่น การบำบัดรายบุคคลและรายกลุ่ม การบำบัดโดยใช้ระยะเวลามาตรฐานคือประมาณ 12 ครั้ง หรือ ระยะสั้น 6 ครั้ง ซึ่งล้วนแต่มีประสิทธิภาพในการใช้บำบัดอาการของผู้ป่วยโรคต้นตระกูล แต่ในการที่พยาบาลจิตเวชจะเลือกใช้การบำบัดรูปแบบใดควรจะต้องคำนึงถึงการเลือกให้เหมาะสมกับความต้องการผู้ป่วย และผู้ให้การบำบัด โดยพิจารณาจากเรื่องอาการของผู้ป่วย เรื่องของอัตราออกกลางคันของผู้ป่วย การเข้ารับการรักษอย่างต่อเนื่อง ความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการได้รับโปรแกรม และในด้านการประหยัดค่าใช้จ่ายความคุ้มค่า

1.4 ในการที่พยาบาลจิตเวชจะให้การดูแลผู้ป่วยโรคต้นตระกูลควรคำนึงถึงภาวะโรคจิตเวชอื่นร่วมด้วย ผู้ป่วยโรคต้นตระกูลบางรายมีโรคจิตเวชอื่นร่วมด้วย เช่น

โรควิตกกังวลทั่วไป โรคกลัวสังคม โรคกลัวเฉพาะเจาะจง โรคซึมเศร้า ผลจากการศึกษากลุ่มผู้ป่วยโรคต้นตระหนกที่มีโรคร่วม (เช่น โรคย้ำคิดย้ำทำ, โรควิตกกังวลทั่วไป, โรคกลัวเลือดกลัวบาดเจ็บกลัวการฉีดยา, โรคเครียดหลังภัยพิบัติ, โรคกลัวสังคม, โรคซึมเศร้า) โดยเปรียบเทียบระหว่างการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมและการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการบำบัดอาการโรคร่วมด้วย พบว่าทั้ง 2 กลุ่มมีประสิทธิภาพดีในการรักษาอาการผู้ป่วยไม่แตกต่างกัน แสดงให้เห็นว่าการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในผู้ป่วยโรคต้นตระหนกแบบมาตรฐานที่ใช้อยู่มีประสิทธิภาพครอบคลุมบรรเทาอาการโรคจิตเวชร่วมได้ โดยไม่จำเป็นต้องเพิ่มการบำบัดเฉพาะของโรคร่วมอื่นๆ

2. ข้อเสนอแนะในการศึกษาวิจัยทางการพยาบาล

จากการศึกษาถึงประสิทธิผลการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในผู้ป่วยโรคต้นตระหนก งานวิจัยที่นำมาศึกษาเป็นงานวิจัยที่เป็นการศึกษาต่างประเทศทั้งหมด 15 เรื่อง ซึ่งในประเทศไทยมีการศึกษาวิจัยด้านนี้น้อย ดังนั้นควรมีการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับประสิทธิผลของการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในผู้ป่วยโรคต้นตระหนกในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นคนไทยให้มากขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งงานวิจัยที่มีผู้บำบัดเป็นพยาบาลจิตเวชที่ใช้แนวคิดของการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในการให้การดูแลผู้ป่วยโรคต้นตระหนก

A SYNTHESIS OF RESEARCH ON COGNITIVE BEHAVIORAL THERAPY IN PANIC DISORDER

SIVATHIT SUWATPATTHANA 4937009 RAMH/M

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

THEMATIC PAPER ADVISORY COMMITTEE: TUSANA THAWEEKOON,
Ph.D.(NURSING), PATCHARIN NINTACHAN, Ph.D. (NURSING)

EXTENDED SUMMARY

Introduction

Panic disorder is a psychiatric disorder categorized under anxiety disorders. Patients with panic disorder experience some panic symptoms including heart tremor, rapid heartbeats, excessive sweating, trembling, shortness of breath, discomfort in the chest, chest pain, nausea, dizziness, headache, or faintness. In addition, the patients may experience derealization of the events or the environment and depersonalization. They may be afraid that they are not able to control themselves, fear that they are going to die, and experience numbness and hot and cold flashes. These symptoms occur frequently without any arousals but they do not last long, making patients with panic disorder concerned that these symptoms will keep returning to them (American Psychiatric Association (APA), 1994). It has been found that panic disorder tends to occur with agoraphobia, which is characterized by a person's fear of being in an unavoidable or helpless place or situation even though there is no cause of concern in reality such as going out by oneself or staying with a group of people (APA, 1994).

In the United States of America, the prevalence rate of panic disorder is 3.7%, and the prevalence rate of panic disorder together with agoraphobia is 1.1% (Kessler et al., 2006). In Europe, the prevalence rate of panic disorder is 1.8%, and the

prevalence rate of panic disorder together with agoraphobia is 1.3% (Goodwin et al., 2005). In Thailand, according to statistics on mental health illnesses, the prevalence rate of panic disorder between 2005 and 2007 was equal to 5.9, 5.5, and 5.8 per 1,000 persons (Department of Mental Health, 2550). It has been reported that in 2003, the prevalence of panic disorder was equal to 0.36% (Department of Mental Health, 2552b). It can be seen that the prevalence rate of panic disorder in Thailand is lower than those in western countries. One of the reasons may be that in Thailand there is still a lack of psychiatrists who can accurately diagnose patients with panic disorder. Thus, the reported prevalence rate is lower than it should be. However, even though the prevalence rate of panic disorder in this country is rather low, it is still considered a major psychiatric disorder and guidelines should be devised to prevent an increase in the number of patients with panic disorder.

Panic disorder has various effects. Patients with panic disorder suffer from symptoms including heart tremor, rapid heartbeats, trembling, dizziness, faintness, chest pain, cold or hot flashes, numbness or cramp, difficulty breathing, fear of not being able to control oneself, and fear of death. These symptoms occur frequently, making patients conscious of their return. When physicians are unable to diagnose a physical illness and offer no treatment, patients may develop sense of desperation, which can lead to depressive disorder. Some patients may even entertain a suicidal thought (Noyes, 1991; Inoue et al., 2006). The fact that patients are afraid to be alone or go out by themselves for fear of having no one to help them if the symptoms occur can disrupt their work and daily living activities, making the patients' family bear the burden of caring for them (Spain Oonanong, B.E. 2545). Besides, the symptoms of panic disorder which are similar to those of heart disease, respiratory disease, and gastrointestinal disease make the patients seek medical attention. Every time they come to see a physician, a physical examination will be performed. However, once the doctor is unable to diagnose any physical illness, more examinations will be prescribed (Pichet Udomrat, Waran Tanchaisawad, & Surachai Kuesirikul, B.E. 2531). Some examinations such as EKG can be costly, making the government waste a large amount of budget on treatment of panic disorder (Leon, Portera, & Weissman, 1995; Salvador, Segui, Fernandez, & Canet, 1995).

The onset of panic disorder is related to different factors such as biological factors, personal factors, and environmental factors. One of the biological factors related to panic disorder is heredity. At present, there has been a study which investigated hereditary transfer with examinations of genes. The study has reported that panic disorder is a hereditary disease (Mosing et al., 2009). Furthermore, a neurotransmitter that is associated with disorder is serotonin. Previous studies have revealed that an increase in specific receptors of serotonin is associated with a relief in symptoms of patients with panic disorder (Nash et al., 2008) and that there is an increase in norepinephrine in patients with panic disorder (Sand et al., 2002). As regards personal factors, one of the factors associated with panic disorder is gender. A study conducted by Sheikh, Leskin, and Klein (2002) found that there are more female patients with panic disorder than male patients. Other studies have also shown that panic disorder is likely to occur for the first time in adolescence or early adulthood (Goodwin et al., 2005), with persons who have a dependent personality (Bienvenue et al., 2009), with persons who have history of substance abuse (Burin Suraarunsamrit, B.E. 2547; Strat, Ramoz, & Gorwood, 2010), and with persons who suffer from severe stress, making them feel scared and try to avoid situations that may cause fear or danger (David, Giron, & Mellman, 1995; Silove et al., 1995). Finally, the environmental factor related to panic disorder is living in a deteriorated condition which can easily cause stress (Chutit Panpreecha, B.E. 2544).

Treatment of panic disorder can be divided into two major categories—pharmacological treatment and psychosocial treatment. The medicines used to treat panic disorder are antianxiety drugs and antidepressants, the latter of which are more popular as they can effectively relieve the symptoms of panic disorder. The advantages of pharmacological treatment are that the patients do not become dependent on the medicines, and the medicines are highly effective to relieve the symptoms and prevent future symptoms (Lydiard, Brawman, & Ballenger, 1996). On the other hand, psychosocial treatment includes the following. First, psychoanalysis therapy is a search for major conflicts in the mind and the connection between events or imaginary events that arouse panic symptoms (Busch, Milrod, & Singer, 1995). Second, behavioral therapy which can further be divided into exposure therapy and relaxation therapy. The principle of encounter therapy is to let the patients be exposed

to a situation or an object which scares them frequently so that habituation will result and the patients will no longer fear such a situation or object. The patients will be taught to control their anxiety before, during, and after the exposure (Ost, Westling, & Hellstroem, 1993). As or relaxation treatment, the patients will be taught to control their breathing using a deep breathing technique which can help control physical symptoms of panic disorder (Ost, Westling, & Hellstroem, 1993). Third, cognitive behavioral therapy is found to be the most effective form of psychosocial therapy that can be used to treat patients with panic disorder (Furukawa, Watanabe, & Chruchill, 2006; Gould, Otto, & Pollack, 1995; Lydiard et al., 1996; Mitte, 2005).

Cognitive behavioral therapy is a process to change outer behaviors by changing thoughts, interpretations, assumptions, and response mechanisms. In other words, it is a cognitive adjustment that leads to change in outer behaviors (Dobson & Block, 1988). Cognitive behavioral therapy is the use of learning processes and cognitive restructuring for thought and believes that not appropriate which resulted in mental health and psychiatric problems. Cognitive behavioral therapy make patient to change their thought and believe to be proper thought and adapt to situation better. (Department of Mental Health, 2552a). In general, patients with panic disorder tend to have catastrophic misinterpretations that a major dangerous event is about to occur to them (Clark, 1988). For instance, when they suffer from chest pain or difficulty breathing, they will assume that they are going to die. Therefore, the treatment of panic disorder based on the concept of cognitive behavioral therapy focuses on patients' new learning and thinking behaviors toward a situation that causes panic. It also offers assistance to enable patients to learn appropriate ways of thinking to adjust their responses, which affects the behaviors they will express in the future. The outcome of this form of therapy is patients' new cognitive behaviors that are free from anxiety and panic episodes. Thus, assistance provided to patients with panic disorder has to involve support in learning to enable them to understand their panic disorder symptoms, the nature of panic disorder, principles of cognitive behavioral therapy, and learning and practices of new skills including problem-solving skills and problem-coping skills to manage their panic disorder symptoms. Previous studies have shown that cognitive behavior therapy enables patients to control their panic symptoms and

increase their confidence to be self-reliant, hence better quality of life and more daily life functioning (APA, 2004; London & Barlow, 2004; McIntosh et al., 2004)

A review of literature has revealed that there are different kinds of treatment for patients with panic disorder. The form of therapy with research-based evidence to support its effectiveness is cognitive behavioral therapy. The researcher is a nurse working in a community hospital to provide care to patients with panic disorder to relieve their symptoms and to provide knowledge and advice when they encounter panic disorder symptoms in the future. However, at present, there is no clear clinical nursing practice to provide care to this group of patients. Therefore, the researcher is interested in systematically investigating research studies on cognitive behavioral therapy for patients with panic disorder published both in Thailand and abroad. It is anticipated that the findings of the present study can be used to develop a clinical nursing practice guideline for psychiatric nurses who provide care to implement cognitive behavioral therapy to assist patients with panic disorder.

Research Objective

The present study aimed at investigating research on types and effectiveness of cognitive behavioral therapy for patients with panic disorder

Expected Outcomes and Benefits

The findings of the present study can be used to develop a clinical nursing practice guideline on cognitive behavioral therapy to assist patients with panic disorder.

Definition of Terms

Panic Disorder refer to persons who have been diagnosed with a psychiatric illness according to the diagnostic criteria called DSM-IV developed by the American Psychiatric Association (2000) or the diagnostic criteria called ICD-10

of the World Health Organization (1993). Patients with panic disorder are characterized by heart tremor, rapid heartbeats, excessive sweating, shortness of breath or difficulty breathing, chest pain, nausea, dry mouth (without dehydration), dizziness, daze, headache, and faintness. They also experience derealization and depersonalization, fear of being unable to control themselves or going out of their mind, fear of death, numbness, and cold and hot flashes. Such symptoms repeatedly occur, but they do not last long. They can set in without any arousal, causing the patients to feel worried that they will return. Besides this, there is panic disorder with or without agoraphobia, which is a condition in which the persons are anxious or afraid of a situation or a place they find themselves in such as going out of the house by themselves, having to be in a crowd of people or in a queue, walking on a bridge, or traveling by a private car or public transportation. In general, patients with panic disorder try to avoid such situations and are constantly in fear that the panic disorder symptoms will set in, so they want other people to always be with them.

Cognitive Behavioral Therapy refers to a form of proactive and directional therapy. It has a clear-cut scope and structure, and it involves the use of a learning process and techniques to change automatic thoughts and incorrect or inappropriate beliefs of individuals. (Beck, 1979, as cited in Department of Mental Health, 2552a) In general, patients with panic disorder tend to have catastrophic misinterpretation that a major danger is about to occur to them. As a result, therapy for panic disorder emphasizes patients' learning and practicing of new behaviors toward the situations that usually cause panic so that they can adjust the behaviors they express to better suit and respond to such situations (Barlow & Craske, 2000).

Methodology

The present study was a synthesis of research on cognitive behavioral therapy in patients with panic disorder. The systematic review of research-based evidence was conducted as follows:

Search for information sources

1. Data sources The data sources used in the systematic review of research on cognitive behavioral therapy in patients with panic disorder were information resources of textbooks and journals published in Thailand and abroad. Electronic resources were also used in the search for related research references. The databases used in the search were the following:

1.1 Research and academic references published in Thailand were searched for from the libraries of Mahidol University, Chiang Mai University, Chulalongkorn University, Department of Mental Health, and Thailand Library Integrated System.

1.2 Research studies were also retrieved from major databases in the fields of medicine and nursing science including CINAHL, PubMed, Science Direct, Proquest, Highwire Press, Blackwell Synergy, Ovid, and Springer Link.

1.3 Research and academic references were also searched manually at libraries of different institutions including Department of Mental Health, Mahidol University, Chulalongkorn University, Faculty of Nursing of Chiang Mai University, and Suan Prung Hospital.

1.4 Research and academic references were searched from the aforementioned data sources by the researcher between May and June of 2010. In addition, the reference of each research study was used to further search for full texts.

2. Keywords: The keywords used in the search were related to the topic under study including “panic disorder and cognitive behavioral therapy,” “panic disorder and CBT,” “panic disorder and psychotherapy,” “panic disorder,” “cognitive behavioral therapy,” and “cognitive and behavioral adjustment.”

3. Inclusion criteria: The inclusion criteria were as follows:

3.1 They were research studies on cognitive behavioral therapy in patients with panic disorder with and without agoraphobia.

3.2 They were randomized controlled trials or quasi-experimental research studies.

3.3 They were research studies published in academic journals between 2005 and 2010.

3.4 They were research studies with their full text available.

From the specified keywords, related research was retrieved from databases by reading the abstracts and searching for a full text in academic journals published in Thailand and abroad. When the same research studies that appeared in different databases were excluded, the final number of research studies selected in this study was 15. The selected research studies were then analyzed and evaluated to determine their quality level.

Guideline on analysis and synthesis of research

A search and review of research-based evidence on cognitive behavioral therapy in patients with panic disorder resulted in a total of 15 research studies to be included in the present study. The guideline in analyzing and synthesizing the selected research-based evidence was as follows:

1. Evaluation of Research Quality: The evaluation criteria proposed by the Royal College of Physicians of Thailand (Subcommittee on Evidence-Based Medicine & Clinical Practice Guideline, The Royal College of Physicians of Thailand, B.E. 2544) which categorize academic references into the following four levels of evidence:

Level A: refers to evidence derived from a systematic review of randomized controlled clinical trials (RCT) or single research derived from randomized controlled trials (RCT).

Level B: refers to evidence derived from a systematic review of at least one randomized controlled trial (RCT) or research which is quasi-experimental research, non-randomized controlled trial, cohort study, or case-control study.

Level C: refers to evidence derived from a systematic review of a correlational study, causal-comparative study, or descriptive study.

Level D: refers to evidence derived from an expert consensus.

Base on the aforementioned criteria, there were altogether 15 research studies select in this study. Of these, thirteen were categorized under Level A, and two was categorized under Level B.

2. Data extraction The data were extracted from the 15 selected research studies for subsequent analysis and synthesis to derive at a body of knowledge on cognitive behavioral therapy in patients with panic disorder in the following topics:

- 2.1 Purposes of the study
- 2.2 Research design
- 2.3 Research settings
- 2.4 Study sample
- 2.5 Research outcome/instruments
- 2.6 Data collection
- 2.7 Methods/Interventions
- 2.8 Findings/Results
- 2.9 Implication/Implementation

The extracted data were then analyzed, synthesized, and summarized to derive at a body of knowledge on types and effectiveness of cognitive behavioral therapy in patients with panic disorder.

Research Findings

The findings from an analysis and synthesis of research on cognitive behavioral therapy in patients with panic disorder can be summarized into four parts as follows: 1) quality and sufficiency of research, 2) types of cognitive behavioral therapy, 3) activities and strategies used in the therapy, 4) outcomes of cognitive behavioral therapy, and 5) comparison of cognitive behavioral therapy in patients with panic disorder, which can be described as follows:

1. Quality and sufficiency of research

Of the 3,630 research studies on cognitive behavioral therapy in patients with panic disorder with and without agoraphobia, 15 studies were selected for the analysis and synthesis in the present study. All of the 15 studies were conducted abroad, and when they were evaluated based on the evaluation criteria proposed by the Royal College of Physicians of Thailand, it was found that 13 of them were

randomized controlled trials categorized under Level A, and two of them were quasi-experimental research studies categorized under Level B.

2. Types of cognitive behavioral therapy.

The synthesis of research literature on cognitive behavioral therapy for patients with panic disorder has revealed that of the 15 selected studies, group therapy was implemented in ten studies (Bohni et al., 2009; Cho et al., 2006; Craske et al., 2007; Dow et al., 2007a; Dow et al., 2007b; Kiropoulos et al., 2008; Meulenbeek et al., 2010; Meulenbeek et al., 2008; Roy-Byrne et al., 2005; Van Apeldoorn et al., 2008). There were three studies which used individual therapy (Calbring et al., 2006; Friedman et al., 2006; Taso et al., 2005), and there were two studies which used both group and individual therapy (Marchand et al., 2009; Roberge et al., 2008).

3. Activities and strategies used in cognitive behavioral therapy.

A synthesis of research on activities and strategies used in cognitive behavioral therapy in patients with panic disorder could be summarized as follows:

3.1 Psycho-education therapy: There were nine studies which implemented psycho-education therapy (Bohni et al., 2009; Calbring et al., 2006; Cho et al., 2006; Friedman et al., 2006; Marchand et al., 2009; Meulenbeek et al., 2010; Meulenbeek et al., 2008; Roberge et al., 2008; Van Apeldoorn et al., 2008).

3.2 Stress management: There were two studies involved stress management (Meulenbeek et al., 2010; Meulenbeek et al., 2008).

3.3 Relaxation training: There were three studies which made use of relaxation training (Friedman et al., 2006; Meulenbeek et al., 2010; Meulenbeek et al., 2008).

3.4 Breath retraining: Breath retraining was used in 11 studies (Calbring et al., 2006; Cho et al., 2006; Craske et al., 2007; Dow et al., 2007a; Dow et al., 2007b; Kiropoulos et al., 2008; Marchand et al., 2009; Roberge et al., 2008; Roy-Byrne et al., 2005; Taso et al., 2005; Van Apeldoorn et al., 2008).

3.5 Cognitive Restructuring: All 15 selected studies involved the implementation of Cognitive Restructuring (Bohni et al., 2009; Calbring et al., 2006; Cho et al., 2006; Craske et al., 2007; Dow et al., 2007a; Dow et al., 2007b;

Friedman et al., 2006; Kiropoulos et al., 2008; Meulenbeek et al., 2010; Meulenbeek et al., 2008; Marchand et al., 2009; Roberge et al., 2008; Roy-Byrne et al., 2005; Taso et al., 2005; Van Apeldoorn et al., 2008)

3.6 Interoceptive exposure: All 15 selected studies involved the implementation of interoceptive exposure (Bohni et al., 2009; Calbring et al., 2006; Cho et al., 2006; Craske et al., 2007; Dow et al., 2007a; Dow et al., 2007b; Friedman et al., 2006; Kiropoulos et al., 2008; Meulenbeek et al., 2010; Meulenbeek et al., 2008; Marchand et al., 2009; Roberge et al., 2008; Roy-Byrne et al., 2005; Taso et al., 2005; Van Apeldoorn et al., 2008).

3.7 In Vivo exposure: There were 11 studies which investigated the use of In Vivo exposure (Bohni et al., 2009; Calbring et al., 2006; Craske et al., 2007; Friedman et al., 2006; Kiropoulos et al., 2008; Meulenbeek et al., 2010; Meulenbeek et al., 2008; Marchand et al., 2009; Roberge et al., 2008; Taso et al., 2005; Van Apeldoorn et al., 2008).

3.8 Graduated exposure: There were two studies which involved the use of graduated exposure (Dow et al., 2007a, Dow et al., 2007b).

3.9 Self-directed exposure: Self-directed exposure was implemented in one of the 15 selected studies (Cho et al., 2006).

3.10 Relapse prevention: There were seven studies which examined the use of relapse prevention (Calbring et al., 2006; Dow et al., 2007a; Dow et al., 2007b; Meulenbeek et al., 2010; Meulenbeek et al., 2008; Marchand et al., 2009; Roberge et al., 2008).

4. Outcomes of cognitive behavioral therapy in patients with panic disorder

The findings regarding outcomes of cognitive behavioral therapy in patients with panic disorder as synthesized from the 15 selected studies can be summarized and categorized into four aspects as follows:

4.1 Clinical symptom outcomes

4.1.1 Panic symptoms: There were fifteen studies which investigated panic symptoms (Bohni et al., 2009; Calbring et al., 2006; Craske et al., 2007; Dow et al., 2007b; Kiropoulos et al., 2008; Marchand et al., 2009;

Meulenbeek et al., 2010; Meulenbeek et al., 2008; Roberge et al., 2008; Roy-Byrne et al., 2005; Van Apeldoorn et al., 2008).

4.1.2 Agoraphobia clinician rating: There were six studies which investigated the symptoms of agoraphobia (Bohni et al., 2009; Calbring et al., 2006; Dow et al., 2007a; Friedman et al., 2006; Marchand et al., 2009; Roberge et al., 2008).

4.1.3 Anxiety: There were ten studies that investigated anxiety (Bohni et al., 2009; Calbring et al., 2006; Craske et al., 2007; Friedman et al., 2006; Kiropoulos et al., 2008; Marchand et al., 2009; Meulenbeek et al., 2008; Roberge et al., 2008; Roy-Byrne et al., 2005; Van Apeldoorn et al., 2008).

4.1.4 Depression: There were nine studies which examined depression (Bohni et al., 2009; Friedman et al., 2006; Calbring et al., 2006; Kiropoulos et al., 2008; Marchand et al., 2009; Meulenbeek et al., 2008; Roberge et al., 2008; Roy-Byrne et al., 2005; Van Apeldoorn et al., 2008).

4.1.5 Body vigilance: Five studies explored body vigilance (Calbring et al., 2006; Friedman et al., 2006; Kiropoulos et al., 2008; Marchand et al., 2009; Roberge et al., 2008).

4.1.6 Stress: There was one study which investigated levels of stress (Kiropoulos et al., 2008).

4.1.7 Comorbid disorder symptoms: There were two studies which investigated Comorbid disorder symptoms (Craske et al., 2007; Taso et al., 2005)

4.2 Cognitive outcomes on panic disorder and agoraphobia

4.2.1 Cognitive measures for panic: The cognitive measures for panic could be divided into three aspects of PAI-anticipatory, PAI-consequence, and PAI-coping. There were two studies which investigated cognitive measures for panic (Cho et al., 2007; Meulenbeek et al., 2010).

4.2.2 Agoraphobia cognition: There were nine studies which investigated agoraphobia cognition (Calbring et al., 2006; Craske et al., 2007; Dow et al., 2007a; Dow et al., 2007b; Friedman et al., 2006; Kiropoulos et al., 2008; Marchand et al., 2009; Roberge et al., 2008; Van Apeldoorn et al., 2008).

4.3 Psychosocial outcomes: There were six studies which examined the outcomes on psychosocial outcomes. (Bohni et al., 2009; Calbring et al., 2006; Dow et al., 2007a; Kiropoulos et al., 2008; Meulenbeek et al., 2008; Roy-Byrne et al., 2005).

4.4 Other outcomes related to treatment

4.4.1 Therapist alliance: There was one study which investigated levels of therapist alliance. (Kiropoulos et al., 2008)

4.4.2 Treatment credibility: There were two study which investigated levels of Treatment credibility (Bohni et al., 2009; Kiropoulos et al., 2008)

4.4.3. Treatment costs There were two studies which investigated Treatment costs. (Meulenbeek et al., 2008; Roberge et al., 2008)

5. Comparison of cognitive behavioral therapy: The selected studies involved a comparison to compare the effectiveness of cognitive behavioral therapy and other forms of therapy or the effectiveness among various forms of cognitive behavioral therapy, which can be summarized as follows:

5.1 Comparison of cognitive behavioral therapy and pharmacological treatment: There was one study which compared the use of cognitive behavioral therapy together with pharmacological treatment and the use of pharmacological treatment alone (Roy-Byrne et al., 2005). Also, there was another study which compared among three groups: 1) those who received cognitive behavioral therapy, 2) those who were prescribed with selective serotonin reuptake inhibitors (SSRI), and 3) those who received both cognitive behavioral therapy and were prescribed with selective serotonin reuptake inhibitors (SSRI) (Van Apeldoorn et al., 2008).

5.2 Comparison of standard cognitive behavioral therapy and short-term cognitive behavioral therapy as considered from the duration of the therapy

There was one study which compared the 13-session and 13-week cognitive behavioral therapy and a three-week short-term cognitive behavioral therapy (Bohni et al., 2009). There were two studies which compared three types of

cognitive behavioral therapy: 1) standardized cognitive behavioral therapy, 2) group cognitive behavioral therapy, and 3) short-term cognitive behavioral therapy (Marchand et al., 2009; Roberge et al., 2008). It is worth noting that both studies were related, with one conducted after the other.

There were two studies which compared three types of cognitive behavioral therapy: 1) a 12-teaching unit cognitive behavioral therapy, 2) a six-unit cognitive behavioral therapy, and 3) a six-unit cognitive behavioral therapy together with the use of computer (Dow et al., 2007a; Dow et al., 2007b).

5.3 Comparison of cognitive behavioral therapy through the Internet and cognitive behavioral therapy through the Internet and use of telephone calls

There was one study which compared cognitive behavioral therapy through the Internet with and cognitive behavioral therapy directly provided by the therapist (Kiropoulos et al., 2009). There was one study which compared those who received cognitive behavioral therapy through the Internet and telephone calls and those who were treated with standard medication (Calbring et al., 2006).

5.4 Comparison of standard cognitive behavioral therapy and cognitive behavioral therapy together with treatment of co-morbidities.

There was one study which compared cognitive behavioral therapy in patients with panic disorder and cognitive behavioral therapy in patients with panic disorder together with treatment of co-morbidities (such as obsessive-compulsive disorder, general anxiety disorder, hemophobia, posttraumatic disorder, social phobia, and depressive disorder) (Craske et al., 2007).

Recommendations and Implications

The findings of the present study could be implemented for nursing practices and nursing research as follows:

1. For nursing practices

The findings of the analysis and synthesis of research on cognitive behavioral therapy in patients with panic disorder with or without agoraphobia have

suggested that cognitive behavioral therapy is effective and can be applied by psychiatric nurses to provide care to patients with panic disorder as follows:

1.1 There are four main steps in cognitive behavioral therapy for patients with panic disorder with or without agoraphobia: 1) provision of psycho-education on the concept of cognitive behavioral therapy and panic disorder, 2) relief of anxiety when having to encounter fear using relaxation techniques, 3) changes of cognitive structure, and 4) training of encountering with fear.

1.2 The use of the Internet as a medium in cognitive behavioral therapy in patients with panic disorder with or without agoraphobia is an effective alternative and yield outcomes no different from those of standard therapy. The advantage of cognitive behavioral therapy through the Internet is that it can be used to treat a larger number of patients with panic disorder without constraints in settings and time, and it is more cost-effective when compared to the therapy that requires patients to travel to the healthcare setting.

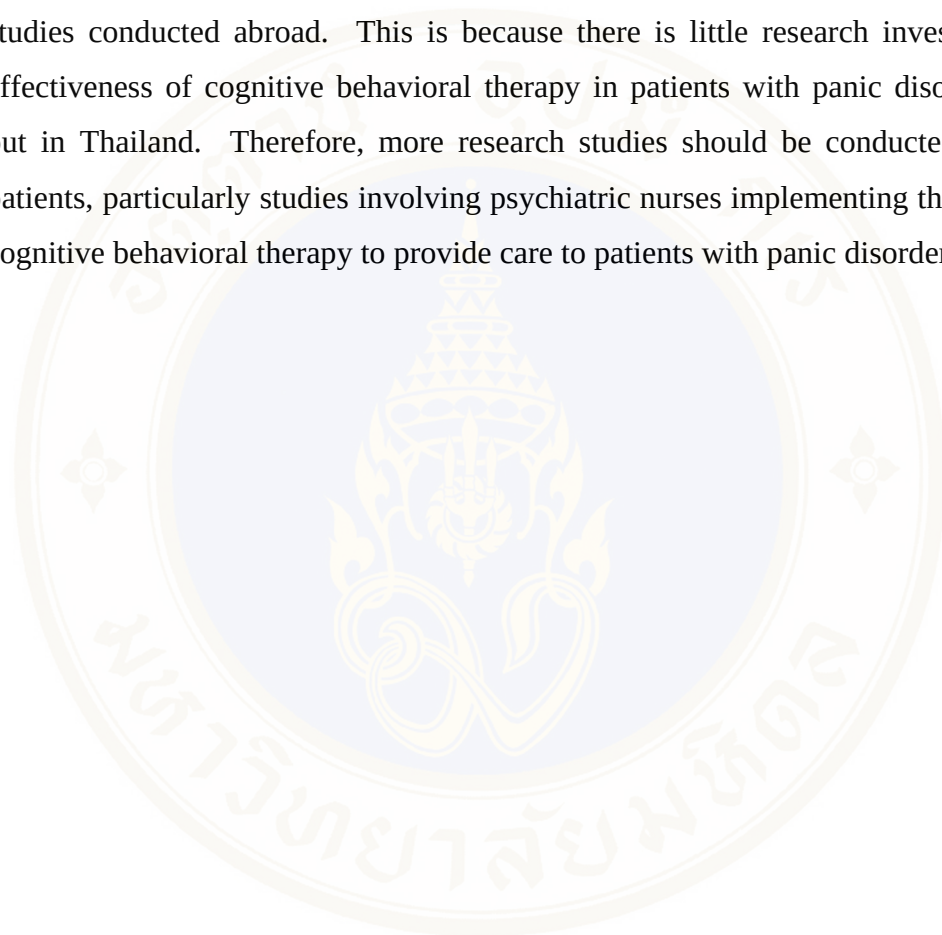
1.3 There are different forms of cognitive behavioral therapy in patients with panic disorder such as group therapy and individual therapy, and a standard 12-session therapy or a short-term six-session therapy, which are effective to treat the symptoms of patients with panic disorder. When deciding to choose the form of therapy to use, nurses should take various factors into consideration such as the needs of the patients and the therapists, the symptoms of the patients, the drop-out rate of the patients, the continuity of the treatment, the satisfaction of the patients with the therapy, and cost-effectiveness.

1.4 When providing care to patients with panic disorder, nurses should take other psychiatric conditions into account. Some patients with panic disorder may have other psychiatric illnesses such as general anxiety disorder, social phobia, specific phobia, and depressive disorder. The findings of the studies conducted with patients with panic disorder with co-morbidities (obsessive-compulsive disorder, general anxiety disorder, hemophobia, posttraumatic disorder, social phobia, and depressive disorder) which compared the use of cognitive behavioral therapy and the use of cognitive behavioral therapy with the treatment of co-morbidity showed that both types of therapy are effective and yield similar outcomes. This means that standard cognitive behavioral therapy in patients with

panic disorder is effective enough to relieve co-morbidities without specific treatment of the co-morbidities.

2. For nursing research

The present analysis and synthesis of the effectiveness of cognitive behavioral therapy in patients with panic disorder was conducted with 15 selected studies conducted abroad. This is because there is little research investigating the effectiveness of cognitive behavioral therapy in patients with panic disorder carried out in Thailand. Therefore, more research studies should be conducted with Thai patients, particularly studies involving psychiatric nurses implementing the concept of cognitive behavioral therapy to provide care to patients with panic disorder.



รายการอ้างอิง

- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2550). *จำนวนและอัตราผู้ป่วยทางสุขภาพจิตของประเทศ ไทยปีงบประมาณ 2550*. เข้าถึงเมื่อวันที่ 7 พฤศจิกายน 2551 จาก <http://www.dmh.moph.go.th>
- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2552ก). *คู่มือการบำบัดความคิดและพฤติกรรม (Cognitive-Behavioral Therapy)*. นนทบุรี : บียอนด์ พับลิชชิง จำกัด.
- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2552ข). *รายงานประจำปี กรมสุขภาพจิต ปีงบประมาณ 2552*. เข้าถึงเมื่อวันที่ 1 มีนาคม 2553 จาก <http://www.dmh.moph.go.th>
- จำลอง ดิษยณิษ และพริ้มเพรา ดิษยณิษ. (2545). *ความเครียด ความกังวล และสุขภาพ*. คณะแพทย ศาสตร์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่: โรงพิมพ์แสงศิลป์.
- จันทิมา องค์ไวยิต. (2547). *จิตบำบัดในการปฏิบัติงานจิตเวชทั่วไป* พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: ยูเนียน ครีเอชั่น.
- ชูติชัย ปานปรีชา. (2544). *จิตเป็นเหตุ*. กรุงเทพฯ: คลินิกสุขภาพ
- บุรินทร์ สุรอรุณสัมฤทธิ์. (2547). *ปัจจัยเสี่ยงของโรควิตกกังวล: การทบทวนวรรณกรรมทางระบาด วิทยา เอกสารประกอบการประชุมวิชาการสุขภาพจิตนานาชาติ ครั้งที่ 13, 25-27 สิงหาคม 2547, กรุงเทพฯ, 156-157.*
- ปราโมทย์ สุนิษฐ์ และมานิช หล่อตระกูล. (2540). *คู่มือการวินิจฉัยและการดูแลรักษาผู้ป่วยโรค วิตกกังวล*. ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 2. (หน้า 36-48), กรุงเทพมหานคร: เอส ซี พรินท์.
- ปราโมทย์ สุนิษฐ์ และมานิช หล่อตระกูล. (2541). *เกณฑ์การวินิจฉัยโรคทางจิตเวช DSM -IV ฉบับภาษาไทย (ใช้รหัส ICD - 10)*. พิมพ์ครั้งที่ 2, กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ชวน พิมพ์.
- พิเชฐ อุดมรัตน์. (2533). Panic and generalized anxiety disorders. ในไพรัตน์ พุกษชาติ คุณากร, บรรณาธิการ. *จิตเวชศาสตร์ เล่ม 2*. (หน้า.529-612). เชียงใหม่: ชนบรรณาการพิมพ์.
- พิเชฐ อุดมรัตน์. (2544ก). *ระบาดวิทยาของโรคตื่นตระหนก*. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 46(3), 247-261.
- พิเชฐ อุดมรัตน์. (2544ข). *โรคตื่นตระหนก*. สงขลา: อัลลายด์เพรส.

- พิเชฐ อุดมรัตน์.(2552).โรควิตกกังวลในประเทศไทย: ข้อมูลเฉพาะโรคตื่นตระหนก. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 54(ฉบับผนวก1), 59-80.
- พิเชฐ อุดมรัตน์, วรัญ ตันชัยสวัสดิ์, และ สุรัช เกื้อศิริกุล. (2531). โรคแพนิกที่โรงพยาบาลสงขลา นครินทร์. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 33(3), 107-118.
- มาโนช หล่อตระกูล. (2549). *คู่มือการใช้ยาทางจิตเวช*, พิมพ์ครั้งที่ 3, กรุงเทพมหานคร: พิมพ์ดี กรุงเทพฯ.
- มาโนช หล่อตระกูล, ปราโมทย์ สุขนิษฐ์. (2548). *จิตเวชศาสตร์ รามาธิบดี*, พิมพ์ครั้งที่ 2, กรุงเทพมหานคร: บริษัท บียอนด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์.
- มุกดา คงปิ่น. (2549). *การรักษาโรคตื่นตระหนก (Panic Disorder) ด้วยวิธีสนากรรมฐาน*. สารนิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- รัตนา สายพานิชย์ และสุวรรณี พุทธิศรี. (2548). โรควิตกกังวล . ใน :มาโนช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุขนิษฐ์ . (บรรณาธิการ) . *จิตเวชศาสตร์ รามาธิบดี* . (หน้า161-179) . กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชวนชม .
- สภาการพยาบาล. (2546). *แนวทางการปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง ในระบบสุขภาพ ตามนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า*. เชียงใหม่: คณะวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต.(2549). *ทฤษฎีและเทคนิคการปรับพฤติกรรม*. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- สุชาติ พหลภาคย์. (2547). *Cognitive Therapy*. ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น .
- เสปญ อุ๋นอองค์. (2545). *โรคกลัว โรคย้ำคิดย้ำทำ และการรักษาด้วยตนเอง* . กรุงเทพฯ: บ. ยูเนี่ยนศรีเอชัน จก.
- ศุภรัตน์ เอกอัสวิน. (2542). โรคแพนิกในเด็กและวัยรุ่น: ทบทวนวรรณกรรมและรายงานผู้ป่วย 2 ราย. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 44(1), 65-72.
- อำไพวรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์. (2543). *การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต แนวการปฏิบัติตามพยาธิสภาพ*. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: บริษัท ชรรรมสาร จำกัด.
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, fourth edition (DSM-IV)*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association. (1998). Practice guideline for the treatment of patients with panic disorder. Work group on panic disorder. *American Journal of Psychiatry*, 155, 1-34.

- American Psychiatric Association. (2004). *American Psychiatric Association practice guidelines for the treatment of psychiatric disorder: Compendium 2004*. Arlington, VA: Author.
- Barlow, D.H. (1988). *Anxiety and its disorders: the nature and treatment of anxiety and panic*. New York: The Guilford Press.
- Barlow, D.H. (1997). Cognitive behavioral therapy for panic disorder: current status. *Journal of Clinical Psychiatry*, 58(2), 32–36.
- Barlow, D.H., & Craske, M.G. (2000). *Mastery of your anxiety and panic (MAP-3)*. San Antonio, TX: Graywind Publications/The Psychological Corporation.
- Barlow, D.H., Gorman, J.M., Shear, M.K., & Woods, S.W. (2001). Cognitive behavioral therapy, imipramine, or their combination for panic disorder: a randomized controlled trial. *Journal of the American Medical Association*, 283, 2529-36.
- Beck, J. S. (1992). *Focused cognitive therapy (FCT) for panic disorder*. Philadelphia: Center for cognitive therapy, University of Pennsylvania.
- Berle, D., Starcevic, V., Hannan, A., Milicevic, D., Lamplugh, C., & Fenech, P. (2008). Cognitive factors in panic disorder, agoraphobic avoidance and agoraphobia. *Behavior Research & Therapy*, 46, 282-291.
- Bienvenu, O.J., Stein, M.B., Samuels, J.F., Onyike, C.U., Eaton, W.W., & Nestadt, G. (2009). Personality disorder traits as predictors of subsequent first-onset panic disorder or agoraphobia. *Comprehensive Psychiatry*, 50(3), 209–214.
- Brown, T. A., Antony, M. M., & Barlow, D. H. (1995). Diagnostic comorbidity in panic disorder: effect on treatment outcome and course of comorbid diagnoses following treatment. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 63, 408–418.
- Brown, T. A., & Barlow, D. H. (1992). Comorbidity among anxiety disorders: Implications for treatment and DSM-IV. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 60(6), 835-844.
- Brown, T. A., Chorpita, B. F., & Barlow, D. H. (1998). Structural relationships among dimensions of the DSM-IV anxiety and mood disorders and dimensions of negative affect, positive affect, and autonomic arousal. *Journal of Abnormal Psychology*, 107(2), 179–192.

- Bohni, M.K., Spindler, H., Arendt, M., Hougaard, E., & Rosenberg, N.K. (2009). A randomized study of massed three-week cognitive behavioral therapy schedule for panic disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 120(3), 187-195.
- Borkovec, T.D., & Costello, E. (1993). Efficacy of applied relaxation and cognitive therapy in the treatment of generalized anxiety disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61(4), 611-619.
- Busch, F.N. (2006). Psychodynamic treatment of panic disorder. *Primary Psychiatry*, 13(5), 61-66.
- Busch, F.N., Milrod, B.L., & Singer, M.B. (1995). Theory and technique in psychodynamic treatment of panic disorder. *Journal of Psychotherapy Practice and Research*, 8, 234-242.
- Candilis, P.J., McLean, R.Y., Otto, M.W., Manfro, G.G., Worthington, J.J. 3rd, Penava, S.J., Marzol, P.C., & Pollack, M.H. (1999). Quality of life in patients with panic disorder. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 187(7), 429-34.
- Carlbring, P., Bohman, S., Brunt, S., Buhrman, M., Westling, B.E., Ekselius, L., & Andersson, G. (2006). Remote treatment of panic disorder: A randomized trial of internet-based cognitive behavior therapy supplemented with telephone calls. *American Journal of Psychiatry*, 163, 2119-2125.
- Carlbring, P., & Andersson, G. (2006). Internet and psychological treatment: how well can they be combined? *Computer in Human Behavior*, 22, 545-553.
- Carpiniello, B., Baita, A., Carta, M.G., Sitzia, R., Macciardi, A.M., Murgia, S. et al. (2002). Clinical and psychosocial outcome of patients affected by panic disorder with or without agoraphobia: results from a naturalistic follow-up study. *European Psychiatry*, 17(7), 394-8.
- Carrera, M., Herran, A., Ayuso-Mateos, J.L., Sierra, B.D., Ramirez, M.L., Ayestaran, A., Hoyuela, F., Rodríguez, C.B., & Vázquez-Barquero, J.L. (2006). Quality of life in early phases of panic disorder: predictive factors. *Journal of Affective Disorders*, 94(1-3), 127-133.
- Clark, D.M. (1986). A cognitive approach to panic. *Behaviour Research and Therapy*, 24(4), 461-470.

- Clark, D.M. (1988). A cognitive model of panic attacks. In S. Rachman & J.D. Maser (Eds.), *Panic: Psychological perspectives* (pp. 71-89). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Clark, D.M., Salkovskis, P.M., Hackmann, A., Wells, A., Ludgate, J., & Gelder, M. (1999). Brief cognitive therapy for panic disorder: a randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 67*(4), 583-589.
- Cho, Y., Smits, J.A.J., Powers, M.B., & Telch, M. J. (2006). Do changes in panic appraisal predict improvement in clinical status following cognitive behavioral treatment of panic disorder? *Cognitive Therapy and Research, 31*, 696-707.
- Craske, M.G., Farchione, T.J., Allen, L.B., Barrios, V., Stoyanova, M., & Rose, R. (2007). Cognitive behavioral therapy for panic disorder and comorbidity more of the same or less of more. *Behaviour Research and Therapy, 45*, 1095-1109.
- Craske, M.G., Maidenberg, E., & Bystritsky, A. (1995). Brief Cognitive behavioral versus nondirective therapy for panic disorder. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 26*(2), 113-120.
- David, D., Giron, A., & Mellman, T.A. (1995). Panic-phobic patients and developmental trauma. *Journal of Clinical Psychiatry, 56*(3), 113-117.
- Deacon, B., & Abramowitz, J. (2006). A pilot study of two day cognitive behavioral therapy for panic disorder. *Behaviour Research and Therapy, 44*, 807-817.
- de Beurs, E., Beekman, A.T., van Balkom, A.J., Deeg, D.J., van Dyck, R., & van Tilburg, W. (1999). Consequences of anxiety in older persons: its effect on disability, well-being and use of health services. *Psychological Medicine, 29*(3), 583-93.
- Dobson, K.S., & Block, L. (1988). Historical and philosophical bases of the cognitive-behavioral therapies. In K.S. Dobson (ed.). *The Handbook of Cognitive behavioral Therapies*. NY: The Guilford Press.
- Dow, M.G.T., Kenardy, J.A., Johnston, D.W., Newman, M.G., Taylor, C.B., & Thomson, A. (2007). Prognostic indices with brief and standard CBT for panic disorder I predictors of outcome. *Psychological Medicine, 37*, 1493-1502.
- Dow, M.G.T., Kenardy, J.A., Johnston, D.W., Newman, M.G., Taylor, C.B., & Thomson, A. (2007). Prognostic indices with brief and standard CBT for panic disorder II predictors of outcome. *Psychological Medicine, 37*, 1503-1509.

- Friedman, S., Braunstein, J.W., & Halpern, B. (2006). Cognitive behavioral treatment of panic disorder and agoraphobia in a multiethnic urban outpatient clinic: Initial presentation and treatment outcome. *Cognitive and Behavioral Practice, 13*, 282-292.
- Furukawa, T.A., Watanabe, N., & Churchill, R. (2006). Psychotherapy plus antidepressant for panic disorder with or without agoraphobia. *British Journal of Psychiatry, 188*, 305-312.
- Grant, B.F., Hasin, D.S., Stinson, F.S., Dawson, D.A., Goldstein, R.B., Smith, S. et al. (2006). The epidemiology of DSM-IV panic disorder and agoraphobia in the United States: results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. *Journal of Clinical Psychiatry, 67*(3), 363-374.
- Goddard, A.W., Mason, G.F., Rothman, D.L., Behar, K.L., Petroff, O.A.C., & Krystal, J.H. (2004). Family psychopathology and magnitude of reductions in occipital cortex GABA levels in panic disorder. *Neuropsychopharmacology, 29*, 639-640.
- Goodwin, R.D., Faravellib, C., Rosib, S., Coscib, F., Trugliab, E., Graaf, R. et al. (2005). The epidemiology of panic disorder and agoraphobia in Europe. *European neuropsychopharmacology, 15*(4), 435 -443.
- Goodwin, E.A., & Montgomery, D.D. (2006). A Cognitive behavioral, biofeedback assisted relaxation treatment for panic disorder with agoraphobia. *Clinical Case Studies, 5*(2), 112-125.
- Gould, R.A., Otto, M.W., & Pollack, M.H. (1995). A meta analysis of treatment outcome for panic disorder. *Clinical Psychology Review, 15*, 819-44.
- Heldt, E., Manfroa, G.G., Kipper, L., Blayaa, C., Isolana, L., & Ottob, M.W. (2006). One year follow-up of pharmacotherapy resistant patients with panic disorder treated with cognitive behavior therapy: Outcome and predictors of remission. *Behaviour Research and Therapy, 44*, 657-665.
- Hendriks, G.J., Keijsers, G.P.J., Kampman, M., Oude Voshaar, R.C., Verbraak, M. J.P.M., Broekman, T.G., et al. (2010). A randomized controlled study of paroxetine and cognitive behavioural therapy for late life panic disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 122*, 11-19.

- Hettema, J.M., Neale, M.C., & Kendler, K.S. (2001). A review and meta analysis of the genetic epidemiology of anxiety disorders. *American Journal of Psychiatry*, 158, 1568-1578
- Heuzenroeder, L., Donnelly, M., Haby, M., Mihalopoulos, C., Rossell, R., Carter, R., et al. (2004). Cost effectiveness of psychological and pharmacological interventions for generalized anxiety disorder and panic disorder. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 38, 602-612.
- Hoffart, A., Hackmann, A., & Sexton, H. (2006). Interpersonal fears among patients with panic disorder and agoraphobia. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 34, 359-363.
- Hofmann, S.G., Suvak, M.K., Barlow, D.H., Shear, M.K., Meuret, A.E., Rosenfield, D., et al. (2007). Preliminary evidence for cognitive mediation during cognitive behavioral therapy of panic disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75, 374-379.
- Inoue, K., Tanii, H., Fukunaga, T., Abe, S., Nishimura, Y., Kajiki, N., et al. (2006). Panic disorder and suicide in mie prefecture, *Japan Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 60, 640-641.
- Judd, F.K., Burrows, G.D., & Norman, T.R. (1995). Differential diagnosis and drug treatment of panic disorder, anxiety and depression. *CNS Drugs*, 1, 119-131.
- Katschnig, H., & Amering, M. (1998). The long term course of panic disorder and its predictors. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 18(Suppl.2), 6-11.
- Kazdin, A.E. (1978). *History of behavior modification: Experimental foundations of contemporary research*. Baltimore, MD: University Park Press.
- Kessler, R.C., Chiu, W.T., Jin, R., Ruscio, A.M., Shear, K., & Walters, E.E. (2006). The epidemiology of panic attacks, panic disorder, and agoraphobia in the national comorbidity survey replication. *Archives of General Psychiatry*, 63, 415-424.
- Kessler, R.C., Nelson, C.B., McGonagle, K.A., Liu, J., Swartz, M., Blazer, D., et al. (1996). Comorbidity of DSM-III—R major depressive disorder in the general population: results from the US national comorbidity survey. *British Journal of Psychiatry*, 168(30), 17-30.

- Kiropoulos, L.A., Klein, B., Austin, D.W., Gilson, K., Pier, C., Mitchell, J., et al. (2008). Is internet-based CBT for panic disorder and agoraphobia as effective as face to face CBT? *Journal of Anxiety Disorders*, 22, 1273-1284.
- Klein, B., Richards, J.C., & Austin, D.A. (2006). Efficacy of internet therapy for panic disorder. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 37, 213-238.
- Labrecque, J., Dugas, M. J., Marchand, A., & Letarte, A. (2006). Cognitive-behavioral therapy for comorbid generalized anxiety disorder and panic disorder with agoraphobia. *Behavior Modification*, 30(4), 383-410.
- Leon, A.C., Portera, L., & Weissman, M.M. (1995). The social costs of anxiety disorders. *British Journal of Psychiatry*, 166, 19-22.
- Lidren, D.M., Watkins, P.L, Gould, R.A., Clum, G.A., Asterino, M., & Tulloch, H.L. (1994). A comparison of bibliotherapy and group therapy in the treatment of panic disorder. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 62, 865-869.
- Linden, M., Zubaegel, D., Baer, T., Franke, U., & Schlattmann P. (2005). Efficacy of cognitive behaviour therapy in generalized anxiety disorders. Results of a controlled clinical trial (Berlin CBT- GAD study). *Psychotherapy and Psychosomatics*, 74, 36-42.
- London, T.M., & Barlow, D H. (2004). Cognitive behavioral treatment for panic disorder: Current status. *Journal of Psychiatric Practice*, 10(4), 211-226.
- Lydiard, R.B., Brawman, M.O., & Ballenger, J.C. (1996). Recent developments in the psychopharmacology of anxiety disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(4), 660-668.
- Manfro, G.G., Heldt, E., Cordioli, V.A., & Otto, M.W. (2008). Cognitive behavioral therapy in panic disorder. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 30(Suppl.2), 81-87.
- Marchand, A., Roberge, P., Primiano, S., & Germain, V. (2009). A randomized, controlled clinical trial of standard, group and brief cognitive behavioral therapy for panic disorder with agoraphobia: A two-year follow-up. *Journal of Anxiety Disorder*, 23(8), 1139-1147.
- Mcintosh, A., Cohen, A., Turnbull, N., Esmonde, L., Dennis, P., Eatock, J., et al. (2004). *Clinical guidelines and evidence review for panic disorder and generalized anxiety disorder*. London: National Collaborating Centre for Primary Care, University of Sheffield.

- McLean, P.D., Woody, S., Taylor, S., & Koch, W. (1998). Comorbid panic disorder and major depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 240–247.
- Meulenbeek, P., Willemse, G., Smit, F., van Balkom, A., Spinhoven, P., & Cuijpers, P. (2008). Early intervention in panic: randomized controlled trial and cost-effectiveness analysis. *Trials*, 9, 67.
- Meulenbeek, P., Spinhoven, P., Smit, F., van Balkom, A., & Cuijpers, P. (2010). Cognitive mediation of panic reduction during an early intervention for panic. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 122, 20-29.
- Michelson, L., Mavissakalian, M., Marchione, K., Ulrich, R.F., Marchione, N., & Testa, S. (1990). Psychophysiological outcome of cognitive, behavioral and psychophysiological based treatments of agoraphobia. *Behaviour Research and Therapy*, 28(2), 127-139.
- Mitte, K.A. (2005). A meta-analysis of the efficacy of psycho- and pharmacotherapy in panic disorder with and without agoraphobia. *Journal of Affective Disorders*, 88, 27–45.
- Mohlman, J., Gorenstein, E.E., Kleber, M., Jesus, M., Gorman, J.M., & Papp, L.A. (2003). Standard and enhanced cognitive behavior therapy for late life generalized anxiety disorder. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 11(1), 24-32.
- Moore, D.P., & Jefferson, J.W. (1998). Handbook of medical psychiatry. *Psychiatric Services*, 49, 844-845.
- Mosing, M.A., Gordon, S.D., Medland, S.E., Statham, D.J., Nelson, E.C., Heath, A.C., et al. (2009). Genetic and environmental influences on the comorbidity between depression, panic disorder, agoraphobia and social phobia: A twin study. *Depression and Anxiety*, 26(11), 1004-1011.
- Nardi, A.E., Valenca, A.M., Freire, R.C., Mochcovitch, M.D., Amrein, R., Sardinha, A., et al. (2011). Psychopharmacotherapy of panic disorder: 8 week randomized trial with clonazepam and paroxetine. *Brazilian Journal of Medical and Biological Research*, 44, 366-373.
- Nash, J.R., Sargent, P.A., Rabiner, E.A., Hood, S.D., Argyropoulos, S.V., Potokar, J.P. et al. (2008). Serotonin 5-HT_{1A} receptor binding in people with panic disorder: positron emission tomography study. *British Journal of Psychiatry*, 193, 229-234.

- Neza, A.M. Neza, C.M., & Lambardo, E.R. (2004). *Cognitive behavioral Case Formulation and Treatment Design*. Panic disorder and agoraphobia. Retrieved January 20, 2011, from <http://www.springpub.com/product/9780826122858>.
- Noyes, R. (1991). Suicide and panic disorder: a review. *Journal of Affective Disorders*, 22(1-2), 1-11.
- Nutt, D.J., Glue, P., Lawson, C., & Wilson, S. (1990). Flumazenil provocation of panic attacks: evidence for altered benzodiazepine receptor sensitivity in panic disorder. *Archives of General Psychiatry*, 47, 917-925.
- Ost, L.G., Westling, B. E., & Hellstroem, K. (1993). Applied relaxation, exposure in vivo and cognitive methods in the treatment of panic disorder with agoraphobia. *Behaviour Research and Therapy*, 31, 383-394.
- Otto, M.W., & Deveney, C. (2005). Cognitive behavioral therapy and the treatment of panic disorder: efficacy and strategies. *Journal of Clinical Psychiatry*, 66(4), 28-32.
- Otto, M.W., & Whittall, M.L. (1995). Cognitive-behavior therapy and longitudinal course of panic disorder. *Psychiatric Clinics of North America*, 18(4), 803-20.
- Pier, C., Austin, D.W., Klein, B., Mitchell, J., Schattner, P., Ciechomski, L., et al. (2008). A controlled trial of internet-based cognitive behavioral therapy for panic disorder with face-to-face support from a general practitioner or email support from a psychologist. *Mental Health in Family Medicine*, 5, 29-39.
- Pollack, M. H., Otto, M. W., Rosenbaum, J. F., Sachs, G. S., O'Neil, C., Asher, R., et al. (1990). Longitudinal course of panic disorder: findings from the Massachusetts general hospital naturalistic study. *Journal of Clinical Psychiatry*, 51(Suppl.A), 12-16.
- Richards, J.C., Klein, B., & Austin, D.W. (2006). Internet cognitive behavioral therapy for panic disorder: does the inclusion of stress management information improve end-state functioning? *Clinical Psychologist*, 10, 2-15.
- Rief, W., Trenkamp, S., Auer, C., & Fichter, M. M. (2000). Cognitive behavior therapy in panic disorder and comorbid major depression. A naturalistic study. *Psychotherapy & Psychosomatics*, 69(2), 70-78.

- Roberge, P., Marchand, A., Reinhartz, D., & Savard, P. (2008). Cognitive behavioral treatment for panic disorder with agoraphobia a randomized controlled trial and cost effectiveness analysis. *Behavior Modification*, 23(3), 333-351.
- Roy-Byrne, P.P., Craske, M.G., Stein, M.B., Sullivan, G., Bystritsky, A., Katon, W., et al. (2005). A randomized effectiveness trial of cognitive behavioral therapy and medication for primary care panic disorder. *Archives of General Psychiatry*, 62 (3), 290-298.
- Saito, M., & Miyaoka, H. (2007). Augmentation of paroxetine with clocapramine in panic disorder. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 61, 449.
- Salvador, C. L., Segui, J., Fernandez, C. P., & Canet, J. (1995). Costs and offset effect in panic disorders. *British journal of psychiatry*, 166, 23-28.
- Sand, P.G., Mori T. , Godau, C., Stober, G., Flachenecker, P., Franke, P., et al. (2002). Norepinephrine transporter gene (NET) variants in patients with panic disorder. *Neuroscience Letters*, 333, 41-44.
- Sanderson, W.C., Di Nardo, P.A., Rapee, R.M., & Barlow, D.H. (1990). Syndrome comorbidity in patients diagnosed with a DSM-III-R anxiety disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 99, 308-312.
- Schmidt, N.B. (1999). Panic disorder: cognitive behavioural treatment and pharmacological treatment strategies. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 6, 89-109.
- Sheikh, J.I., Leskin, G.A., & Klein, D.F. (2002). Gender differences in panic disorder: findings from the national comorbidity Survey. *American Journal of Psychiatry*, 159(1), 55-58.
- Silove, D., Harris, M., Morgan, A., Boyce, P., Manicavasagar, V., Hadzi-Pavlovic, D., et al. (1995). Is early separation anxiety a specific precursor of panic disorder agoraphobia? a community study. *Psychological Medicine*, 25, 405-411.
- Smits, J.A., Powers, M.B., Cho, Y., & Telch, M.J. (2007). Mechanism of change in cognitive behavioral treatment of panic disorder: evidence for the fear of fear mediational hypothesis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72, 646-652.
- Spielberger, C. D. (1966). *Anxiety and Behavior*. New York: Academic Press.

- Starcevic, V., Uhlenhuth, E.H., Kellner, R., & Pathak, D. (1992). Patterns of comorbidity in panic disorder and agoraphobia. *Psychiatry Research*, 42, 171–183.
- Strat, Y.L., Ramoz, L., & Gorwood, P. (2010). In alcohol dependent drinkers, what does the presence of nicotine dependence tell us about psychiatric and addictive disorders comorbidity? *Alcohol & Alcoholism*, 45(2), 167-172.
- Telch, M.J., Schmidt, N.B., Jaimez, T.L., Jacquin, K.M., & Harrington, P.J. (1995). Impact of cognitive behavioral treatment on quality of life in panic disorder patients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63(5), 823-830.
- Thomson, L.W., McGee, J.S., & Thomson, D.G. (2005). Cognitive behavioral therapy. In sadock, B.J. & Sadock, V.A. (Eds.). *Comprehensive textbook of psychiatry volume II* (8th ed., pp 3758-3762). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Tsao, J.C. I., Lewin, M. R., & Craske, M. G. (1998). The effects of cognitive behavior therapy for panic disorder on comorbid conditions. *Journal of Anxiety Disorders*, 12, 357-371.
- Tsao, J.C. I., Mystkowski, J.L., Zucker, B.G., & Craske, M.G. (2005). Impact of cognitive behavioral therapy for panic disorder on comorbidity a controlled investigation. *Behaviour Research and Therapy*, 43, 959-970.
- van Apeldoorn, F.J., van Hout, W.J., Mersch, P.P., Huisman, M., Slaap, B.R., Hale, W.W. 3rd, et al. (2008). Is a combined therapy more effective than either CBT or SSRI alone results of a multicenter trial on panic disorder with or without agoraphobia. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 117(40), 260-270.
- Watkins, P.L., Sturgis, E.T., & Clum, G.A. (1988). Guided imaginal coping: an integrative treatment for panic disorder. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 19(2), 147-55.
- White, K. S., Brown, T. A., Somers, T. J., & Barlow, D. H. (2006). Avoidance behavior in panic disorder: The moderating influence of perceived control. *Behaviour Research and Therapy*, 44, 147-157.
- Wolpe, J., & Rowan, V.C. (1988). Panic disorder: a product of classical conditioning. *Behaviour Research and Therapy*, 26, 441-50.
- World Health Organization. (1993). *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders*. Geneva: Author.



ตาราง 4.2 สรุปผลการถ่วงน้ำหนักข้อมูลจากงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในผู้ป่วยโรคตื่นตระหนกที่มีหรือไม่มีโรคอะโรราโฟเบีย

เรื่องที่ 1	Cognitive mediation of panic reduction during an early intervention for panic disorder
ผู้แต่ง	Meulenbeek et al.
แหล่งตีพิมพ์/ปี	Acta Psychiatrica Scandinavica / 2010
หัวข้อ	รายละเอียด
วัตถุประสงค์ของงานวิจัย	เพื่อศึกษาอิทธิพลด้านการรับรู้ต่อผลของอาการตื่นตระหนกในกลุ่มผู้ป่วยโรคตื่นตระหนก (Panic disorder) ที่เริ่มมีอาการจนถึงมีอาการเล็กน้อยที่ได้รับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (Cognitive behavioral therapy) ในศูนย์สุขภาพจิตชุมชน
รูปแบบการงานวิจัย	Randomized controlled trial
ระดับงานวิจัย	A
สถานที่หรือแหล่งวิจัย	ศูนย์สุขภาพจิตชุมชน ในประเทศเนเธอร์แลนด์
กลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างจะมาจากผู้ป่วยที่ได้รับข้อมูลผ่านทางสื่อต่างๆและทางอินเทอร์เน็ต การคัดเลือกผู้เข้าร่วมโครงการดำเนินการโดยศูนย์สุขภาพจิตชุมชน ที่ใช้วิธีการที่เป็นมาตรฐานเดียวกัน ผู้ที่มีความสนใจจะได้รับข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับรายละเอียดของโครงการ และจะได้รับการสัมภาษณ์เบื้องต้นผ่านทางโทรศัพท์ เพื่อประเมินเรื่องของอาการแสดงของภาวะตื่นตระหนกหลังจากนั้นผู้ที่ผ่านการประเมินเบื้องต้น จะได้รับการสัมภาษณ์อีกครั้งโดยผู้เชี่ยวชาญทางจิตวิทยาจากศูนย์สุขภาพจิตชุมชน เพื่อประเมินเรื่องเกณฑ์คัดออก นอกจากนี้จะมีการสัมภาษณ์เพิ่มเติมโดยเจ้าหน้าที่จาก สถาบัน Trimbos (สถาบันสุขภาพจิตและจิตเวช) โดยใช้เครื่องมือ the MINI-Plus เพื่อประเมินอาการอะโรราโฟเบีย ที่เป็นอาการร่วมกับโรคตื่นตระหนกและเพื่อการคัดกรองอาการปัจจุบันของภาวะซึมเศร้ารุนแรง เกณฑ์คัดเข้า กลุ่มผู้ป่วยอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป ที่มีภาวะตื่นตระหนกที่มีอาการอยู่ใน

ตาราง 4.2 สรุปผลการถ่วงน้ำหนักข้อมูลจากงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในผู้ป่วยโรคต้นตระกูลที่มีหรือไม่มีโรคอะโคราโฟเบีย (ต่อ)

ตาราง 4.2 สรุปผลการถ่วงน้ำหนักข้อมูลจากงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในผู้ป่วยโรคตื่นตระหนกที่มีหรือไม่มีโรคอะโกราโฟเบีย (ต่อ)

เรื่องที่ 1 (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
ผลลัพธ์และเครื่องมือที่ใช้ในการประเมิน (ต่อ)	จะบ่งชี้ถึงความรุนแรงของอาการตื่นตระหนก โดยระดับคะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 8 อยู่ในระดับเริ่มมีอาการ ถ้าคะแนนเท่ากับ 8-13 อยู่ในระดับเล็กน้อย ส่วนระดับรุนแรง คะแนนมากกว่า 13 ขึ้นไป 2. อาการอะโกราโฟเบีย โดยใช้แบบประเมิน The mobility inventory (MI; Dutch adapted version) ที่มีลักษณะดังนี้ สำหรับใช้ประเมินเรื่องการหลีกเลี่ยงภาวะอาการวิตกกังวลในสิ่งแวดล้อมที่ไม่คุ้นเคยหรือรู้สึกว่าคุณเองควบคุมได้น้อย (Agoraphobia) คะแนนจากการประเมินจะอยู่ระหว่าง 1-5 โดยคะแนนยิ่งสูงจะบ่งชี้ถึงความรุนแรงของการหลีกเลี่ยงภาวะอะโกราโฟเบีย 3. ภาวะวิตกกังวล ประเมินโดยใช้แบบประเมิน The dutch version of the hospital anxiety and depression scale (HADS) ที่มีลักษณะดังนี้ เป็นเครื่องมือที่พัฒนาขึ้นในรูปแบบแบบคำถามอย่างสั้นตอบคำถามด้วยตนเองเพื่อใช้ภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าในคลินิกผู้ป่วยนอก ในส่วนของ ภาวะวิตกกังวลประกอบด้วย 7 ข้อคำถาม ที่มีคะแนนระหว่าง 0-21 โดยคะแนนยิ่งสูงจะบ่งชี้ถึงความรุนแรงของภาวะวิตกกังวล 4. การประเมินด้านการรับรู้ต่อการตื่นตระหนก (Cognitive measures for panic) โดยใช้ The dutch version of the panic appraisal inventory (PAI) ที่มีลักษณะดังนี้ เป็นเครื่องมือที่ใช้วัดความคิดที่เกี่ยวกับโรคตื่นตระหนก เช่น การยอมรับการคาดการณ์ของการเกิดภาวะตื่นตระหนก (PAI-anticipatory), การยอมรับผลด้านลบของการเกิดภาวะตื่นตระหนก (PAI-consequence) และการยอมรับสมรรถภาพของตนเองในการปรับตัวเมื่อเกิดภาวะตื่นตระหนก (PAI-coping) โดยทั้ง 3 subscales ประกอบด้วย 15 ข้อคำถาม ซึ่งมีคะแนนระหว่าง 0 – 100 โดยคะแนนยิ่งสูงจะบ่งชี้ถึงสภาพด้านลบด้านความคิด 5. การควบคุมการรับรู้ (perceived control) โดยใช้ The Dutch version of the mastery-scale ที่มีลักษณะดังนี้ใช้ในการประเมินการควบคุมการ

ตาราง 4.2 สรุปผลการถ่วงน้ำหนักข้อมูลจากงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในผู้ป่วยโรคตื่นตระหนกที่มีหรือไม่มีโรคอะโรราโฟเบีย (ต่อ)

เรื่องที่ 1 (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
ผลลัพธ์และเครื่องมือที่ใช้ในการประเมิน (ต่อ)	รับรู้ในรูปแบบต่างๆ คะแนนจะอยู่ระหว่าง 5-25 โดยคะแนนยิ่งสูงจะบ่งถึงความชำนาญในการควบคุม
การเก็บข้อมูล	การเก็บข้อมูลในการศึกษาครั้งนี้จะประกอบด้วย 3 ส่วนคือ 1. การเก็บข้อมูลที่ช่วงเริ่มต้นโครงการ (baseline) 2. การเก็บข้อมูลในช่วงหลังการให้โปรแกรม 3 เดือน (Post-treatment) 3. การเก็บข้อมูลในช่วงติดตามผลการให้โปรแกรม 9 เดือน (Follow-up measurement)
การจัดกระทำ	กลุ่มผู้ป่วยจะมีการแบ่งกลุ่มผู้ป่วยเป็น 2 กลุ่มคือกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองโดยใช้วิธีสุ่มแบบบล็อก แบ่งชั้นในตัวแปรโรคอะโรราโฟเบียและระดับคะแนนในแบบประเมิน PDSS-SR โดยระดับคะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 8 อยู่ในระดับเริ่มมีอาการ ถ้าคะแนนเท่ากับ 8-13 อยู่ในระดับเล็กน้อย กลุ่มควบคุม: เป็นกลุ่ม Waiting list จะได้รับทราบถึงการได้รับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม หลังจากเริ่มโครงการไปแล้วประมาณ 4 เดือน จำนวน 129 คน กลุ่มทดลอง: กลุ่มที่ได้รับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม จำนวน 129 คน เนื้อหาของโปรแกรม: โปรแกรมใช้ชื่อ “Don’t panic course” ซึ่งเน้นหลักการเรื่องการบำบัดด้านความคิดและพฤติกรรม ประกอบด้วยเนื้อหา ดังนี้ การให้ความรู้/การศึกษาในด้านจิตวิทยาที่เกี่ยวข้องกับธรรมชาติและสรีรวิทยาของการเกิดความวิตกกังวลและภาวะตื่นตระหนก, การเปลี่ยนแปลงรูปแบบการดำเนินชีวิตเพื่อปรับปรุงในเรื่องสุขภาพทางกาย, การจัดการความเครียดโดยการเรียนรู้วิธีปรับตัวเพื่อรับมือกับความเครียด เพื่อป้องกันความเครียดที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง, เทคนิคการผ่อนคลายเพื่อลดสิ่งกระตุ้นทางกายภาพ, การปรับโครงสร้างทางความคิด

ตาราง 4.2 สรุปผลการถ่วงน้ำหนักข้อมูลจากงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในผู้ป่วยโรคตื่นตระหนกที่มีหรือไม่มีโรคอะโรอาโฟเบีย (ต่อ)

เรื่องที่ 1 (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
การจัดกระทำ (ต่อ)	(cognitive restructuring) เพื่อแก้ปัญหาคิดเรื่องความตื่นตระหนกและความวิตกกังวลที่ผิดปกติ, การเผชิญต่อความกลัวภายในร่างกาย (interoceptive exposure) เพื่อลดปัญหาความกลัวเกี่ยวกับการตอบสนองของร่างกาย, เรื่องของการที่ผู้ป่วยจะเผชิญกับสถานการณ์ที่กลัวในชีวิตจริง (in vivo exposure) เพื่อลดปัญหาเรื่องอาการกลัวอะโรอาโฟเบีย, การป้องกันการกลับเป็นซ้ำ (relapse prevention) ในแต่ละ session จะประกอบด้วยการอภิปรายเรื่องของงานที่ได้รับมอบหมายให้ทำ การให้ข้อมูลย้อนกลับ การเล่าเรื่อง/เหตุการณ์ต่างๆ ข้อมูลเกี่ยวกับเนื้อหา/ประเด็นที่กำลังจะเกิดขึ้น และการฝึกอบรมด้านทักษะการปฏิบัติ วิธีดำเนินการ กลุ่มทดลองจะได้รับโปรแกรมครั้งละ 2 ชั่วโมง ทุกสัปดาห์เป็นเวลา 8 สัปดาห์ โดยแบ่งผู้ป่วยกลุ่มละ 6-12 คน โครงการนี้ประกอบด้วย การดำเนินกิจกรรมโดยนักจิตวิทยา/เจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานในช่วงของการให้โปรแกรม ผู้เข้าร่วมโครงการจะต้องประเมินความก้าวหน้าในแต่ละคน และหลังจากการได้รับโปรแกรม ครบแล้ว 3 เดือน จะมีการจัดกิจกรรมซ้ำ (a booster session) ด้านการป้องกันโรคจะได้รับการฝึกอบรม และได้รับคู่มือประกอบการดำเนินกิจกรรมบำบัด
ผลการวิจัย	การเปลี่ยนแปลงด้านการยอมรับการคาดการณ์ของการเกิดภาวะตื่นตระหนก (PAI-anticipatory) มีอิทธิพลต่อระดับความรุนแรงของอาการตื่นตระหนก อาการแสดงของภาวะ Agoraphobia และภาวะวิตกกังวล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 การเปลี่ยนแปลงด้านการยอมรับสมรรถภาพของตนเองในการปรับตัวเมื่อเกิดภาวะตื่นตระหนก (PAI-coping) มีอิทธิพลต่อระดับความรุนแรงของอาการตื่นตระหนก อาการแสดงของภาวะ Agoraphobia และภาวะวิตกกังวลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตาราง 4.2 สรุปผลการถ่วงน้ำหนักข้อมูลจากงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในผู้ป่วยโรคตื่นตระหนกที่มีหรือไม่มีโรคอะโกราโฟเบีย (ต่อ)

เรื่องที่ 1 (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
ผลการวิจัย (ต่อ)	การเปลี่ยนแปลงด้านการยอมรับผลด้านลบของการเกิดภาวะตื่นตระหนก (PAI-consequence) และการควบคุมการรับรู้ (perceived control) ไม่มีอิทธิพลต่อระดับความรุนแรงของอาการตื่นตระหนก อาการแสดงของภาวะAgoraphobia และภาวะวิตกกังวล
การนำไปใช้	การยอมรับการคาดการณ์ของการเกิดภาวะตื่นตระหนก (PAI-anticipatory) และการเปลี่ยนแปลงด้านการยอมรับสมรรถภาพของตนเองในการปรับตัวเมื่อเกิดภาวะตื่นตระหนก (PAI-coping) มีอิทธิพลต่อระดับความรุนแรงของอาการตื่นตระหนก อาการอะโกราโฟเบีย และภาวะวิตกกังวล ดังนั้นการให้โปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมควรเน้นการบำบัดในเทคนิคที่ทำให้เกิดการยอมรับดังกล่าว

ตาราง 4.2 สรุปผลการถ่วงน้ำหนักข้อมูลจากงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในผู้ป่วยโรคตื่นตระหนกที่มีหรือไม่มีโรคอะโคราโฟเบีย (ต่อ)

เรื่องที่ 2	A randomized study of massed three-week cognitive behavioral therapy schedule for panic disorder
ผู้แต่ง	Bohni et al.
แหล่งตีพิมพ์/ปี	Acta Psychiatrica Scandinavica / 2009
หัวข้อ	รายละเอียด
วัตถุประสงค์ของงานวิจัย	เพื่อเปรียบเทียบประสิทธิภาพของการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม ในรูปแบบที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดแบบ 3 สัปดาห์ต่อเนื่อง (a massed CBT group:M-CBT) กับกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดเป็นช่วงเวลา 13 สัปดาห์ (a spaced CBT:S-CBT) ในกลุ่มผู้ป่วยโรคตื่นตระหนกที่มีและไม่มีโรคอะโคราโฟเบียเป็นโรคร่วม
รูปแบบการงานวิจัย	Randomized controlled study
ระดับงานวิจัย	A
สถานที่หรือแหล่งวิจัย	โรงพยาบาลในมหาวิทยาลัย ออร์ฮุส (Aarhus) ในประเทศเดนมาร์ก
กลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มตัวอย่าง ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาที่คลินิกโรควิตกกังวลในโรงพยาบาลในมหาวิทยาลัยออร์ฮุสประเทศเดนมาร์กจำนวน 39 คน เกณฑ์คัดเข้า ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคตื่นตระหนกที่มี/ไม่มีโรคร่วมโรคอะโคราโฟเบีย ตามเกณฑ์ของ DSM-IV , มีอายุตั้งแต่ 21 ปี ขึ้นไป ผู้ป่วยได้รับยาตามการรักษา และยินยอมเข้าร่วมโครงการ เกณฑ์คัดออก โดยผู้ป่วยที่มีอาการเหล่านี้ ได้แก่ มีบุคลิกภาพแบบแยกตัว หรือมีพฤติกรรมที่แปลกแตกต่างจากบุคคลอื่น หรือแบบอารมณ์ไม่คงที่ เข้าอารมณ์ไม่อยู่กับร่องกับรอย หรือเอาแน่นอนไม่ได้ และผู้ป่วยที่มี อาการรุนแรง ในผู้ป่วยที่มีอาการทางสมอง จิตเวชมีอาการรุนแรง อาการซึมเศร้ารุนแรง โรคอารมณ์แปรปรวนอยู่ในช่วงมีอาการ ผู้ป่วยติดสุรายาเสพติดที่มีอาการ

ตาราง 4.2 สรุปผลการถ่วงน้ำหนักข้อมูลจากงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในผู้ป่วยโรคตื่นตระหนกที่มีหรือไม่มีโรคอะโรราโฟเบีย (ต่อ)

เรื่องที่ 2 (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
ผลลัพธ์และเครื่องมือที่ใช้ในการประเมิน	1. อาการตื่นตระหนก ประเมินโดยใช้แบบประเมิน Panic disorder severity scale-self report (PDSS-SR) โดยใช้ ประเมินเรื่อง ความรุนแรงของอาการแสดงของอาการตื่นตระหนก ที่ประกอบด้วยการประเมิน ความรุนแรงใน 7 อย่างของโรคตื่นตระหนกและอาการแสดงที่เกี่ยวข้องกับโรคตื่นตระหนก (เป็นการให้คะแนนในแบบ 0-4 คะแนน) ได้แก่ ความถี่ของการมีอาการตื่นตระหนก ความทุกข์ใจขณะมีอาการตื่นตระหนก ภาวะวิตกกังวล (ความกังวลเกี่ยวกับการเกิดภาวะตื่นตระหนกในอนาคต) ความกลัวและการหลีกเลี่ยงภาวะอาการอะโรราโฟเบีย ความกลัวและการหลีกเลี่ยงความกลัวภายในร่างกาย (interoceptive fear and avoidance) ความผิดปกติหรือผลกระทบต่อความสามารถในการทำงาน ความผิดปกติหรือผลกระทบต่อความสามารถในการมีปฏิสัมพันธ์ในสังคม (social functioning) 2. การทำหน้าที่ทางด้านจิตใจ สังคม และหน้าที่การงาน ประเมินโดยใช้แบบประเมิน The global assessment of functioning scale-split version (GAF-Split) ใช้ในการประเมินโดยถือว่าความเจ็บป่วยทางจิตใจ ส่งผลต่อการทำหน้าที่เรื่องความสามารถโดยรวม ใน 3 ด้านคือทางด้าน จิตใจ สังคม และหน้าที่การงาน แบบประเมินจะเป็นลักษณะ 100 คะแนน ในการศึกษาครั้งนี้ประเมิน 2 เรื่องคือ ระดับอาการ (Symptom level; SGAF), การทำหน้าที่ (Function level; FGAF) 3. ความวิตกกังวล ประเมินโดยใช้แบบประเมิน The beck anxiety inventory (BAI) ที่มีลักษณะดังนี้ เป็นแบบสอบถามลักษณะตอบคำถามด้วยตนเองที่มี 21 ข้อ ใช้เพื่อประเมินความรุนแรงของอาการแสดงของ ความวิตกกังวลในช่วงสัปดาห์ที่ผ่านมา (เป็นการให้ในแบบ 0-3 คะแนน) The anxiety sensitivity index (ASI) มีลักษณะดังนี้ เป็นแบบสอบถาม ลักษณะตอบคำถามด้วยตนเองที่มี 16 ข้อ ใช้ประเมินความไวต่อความ

ตาราง 4.2 สรุปผลการถ่วงน้ำหนักข้อมูลจากงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในผู้ป่วยโรคตื่นตระหนกที่มีหรือไม่มีโรคอะโกราโฟเบีย (ต่อ)

เรื่องที่ 2 (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
ผลลัพธ์และเครื่องมือที่ใช้ในการประเมิน (ต่อ)	วิตกกังวลแต่ละบุคคลที่เกี่ยวข้องกับร่างกาย ความนึกคิด สังคม (เป็นการให้คะแนนในแบบ 0-4 คะแนน) 4. อาการอะโกราโฟเบีย (Agoraphobic avoidance) ประเมินโดยใช้แบบประเมิน The mobility inventory (MI) สำหรับใช้ประเมินเรื่องการหลีกเลี่ยงภาวะอาการวิตกกังวลในสิ่งแวดล้อมที่ไม่คุ้นเคยหรือรู้สึกว่าคุณเองควบคุมได้น้อย (Agoraphobia) คะแนนจากการประเมินจะอยู่ระหว่าง 1-5 โดยคะแนนยิ่งสูงจะบ่งชี้ถึงความรุนแรงของภาวะ อะโกราโฟเบีย 5. ภาวะซึมเศร้า ประเมินโดยใช้แบบประเมิน The beck depression inventory, secondary edition (BDI-II) ที่มีลักษณะดังนี้ เป็นแบบสอบถามลักษณะ ตอบคำถามด้วยตนเองที่มี 21 ข้อคำถามมีระดับคะแนน 0-3 ใช้เพื่อประเมินความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า
การเก็บข้อมูล	การเก็บข้อมูลในการศึกษาครั้งนี้จะประกอบด้วย 5 ส่วนคือ 1. ก่อนการให้โปรแกรมการบำบัด 2. หลังการให้โปรแกรมการบำบัด 3. ช่วงติดตามผล 3 เดือน 4. ช่วงติดตามผล 6 เดือน 5. ช่วงติดตามผล 18 เดือน
การจัดกระทำ	กลุ่มควบคุม : ไม่มี กลุ่มทดลอง : แบ่งเป็น 2 กลุ่ม 1. กลุ่ม รูปแบบที่ได้รับการบำบัด แบบ 3 สัปดาห์ต่อเนื่อง (a massed CBT group) ประกอบด้วยผู้ป่วยจำนวน 20 คน 2. กลุ่มที่ได้รับการบำบัด เป็นช่วงเวลา 13 สัปดาห์ (a spaced CBT) ในประกอบด้วยผู้ป่วยจำนวน 19 คน เนื้อหาของโปรแกรม เนื้อหาในทั้งสองกลุ่มจะประกอบด้วย

ตาราง 4.2 สรุปผลการถ่วงน้ำหนักข้อมูลจากงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในผู้ป่วยโรคตื่นตระหนกที่มีหรือไม่มีโรคอะโคราโฟเบีย (ต่อ)

เรื่องที่ 2 (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
การจัดกระทำ (ต่อ)	หน่วยที่ 1 การให้สุขภาพจิตศึกษาในเรื่องของภาวะตื่นตระหนก และการบำบัดด้านความคิดและพฤติกรรม หน่วยที่ 2 อธิบายกลไกการเกิดโรคตื่นตระหนกในรูปแบบของ คลาร์ก(Clark) การให้สุขภาพจิตศึกษาในเรื่องของการปรับโครงสร้างทางความคิด หน่วยที่ 3 การปรับโครงสร้างทางความคิด และความคิดที่บิดเบือน หน่วยที่ 4-8 การให้สุขภาพจิตศึกษาในเรื่องของการเผชิญและพฤติกรรม เหมาะสม การฝึกเผชิญต่อภาวะตื่นตระหนก การวางแผนเผชิญสถานการณ์หรือสถานที่ที่หลีกเลี่ยงที่จะทำให้เกิดอาการกลัว การเผชิญสถานการณ์หรือสถานที่ที่หลีกเลี่ยงที่จะทำให้เกิดอาการกลัว ทำในคลินิก การวางแผนทบทวนวิธีการเผชิญและมอบหมายการบ้าน หน่วยที่ 9 การให้สุขภาพจิตศึกษาเกี่ยวกับการจดจ่อกับสิ่งใดสิ่งหนึ่งและวิธีเบี่ยงเบนความสนใจ นำมาใช้ในการเผชิญความกลัว ฝึกเผชิญสิ่งเร้าที่ทำให้กลัว เพื่อลดปัญหาเรื่องการหลีกเลี่ยงหน่วยที่ 10 ช่วงแรก ให้สุขภาพจิตศึกษา เกี่ยวกับทัศนคติที่ผิดปกติช่วงหลัง ให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วม ในการให้สุขภาพจิตศึกษาถึงโรคตื่นตระหนก และการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม โดยเน้นถึงความคิดที่บิดเบือน (กลัวอันตราย) ที่จะเกิดขึ้นกับพฤติกรรมเหมาะสม เปิดโอกาสให้ซักถาม หน่วยที่ 11 การฝึกจัดการกับทัศนคติที่ผิดปกติ หน่วยที่ 12-13 นำเสนอผลการบำบัดของแต่ละคน วางแผนวิธีการบำบัดต่อเนื่อง วางแผนป้องกันการกลับเป็นซ้ำ วิธีการดำเนินการ การบำบัดด้านความคิดและพฤติกรรมจะทำในเนื้อหาทั้ง 13 หน่วย แบ่งเป็นหน่วยละ 2 ชั่วโมง โดยแต่ละกลุ่มมีระยะเวลาต่างกันดังนี้

ตาราง 4.2 สรุปผลการถ่วงน้ำหนักข้อมูลจากงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในผู้ป่วยโรคตื่นตระหนกที่มีหรือไม่มีโรคอะโรมาโทเฟเบีย (ต่อ)

เรื่องที่ 2 (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
การจัดกระทำ (ต่อ)	1. กลุ่มการให้การบำบัด แบบต่อเนื่อง (a massed CBT group) จะเป็นการให้ โปรแกรมใน 3 สัปดาห์ รวม 26 ชั่วโมงโดย สัปดาห์ที่ 1 ให้การบำบัด ทุกวันเป็นเวลา 5 วันๆละ 4 ชั่วโมง เนื้อหาครอบคลุมในหน่วยที่ 1-10 สัปดาห์ที่ 2 ให้การบำบัด เป็นเวลา 2 วันๆละ 2 ชั่วโมง เนื้อหาครอบคลุมในหน่วยที่ 11-12 สัปดาห์ที่ 3 ให้การบำบัด เป็นเวลา 1 วันๆละ 2 ชั่วโมง เนื้อหาครอบคลุมในหน่วยที่ 13 2. กลุ่มการให้การบำบัดแบบเป็นช่วงเวลา (a spaced CBT): ให้การบำบัดในระยะเวลา 13 สัปดาห์ๆละ 1 ครั้ง ใช้เวลา 2 ชั่วโมง/ ครั้ง / หน่วย รวม 26 ชั่วโมงในการทำกลุ่มจะกระทำโดยเจ้าหน้าที่ 2 คน ซึ่งหนึ่งคนเป็นนักจิตบำบัดที่มีประสบการณ์การบำบัดด้านความคิดและพฤติกรรม
ผลการวิจัย	With in group ผลการศึกษาแบ่งตามผลลัพธ์เป็นรายด้านได้ดังนี้ 1. อาการตื่นตระหนก กลุ่มทดลองที่ได้รับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม รูปแบบ 3 สัปดาห์ ในระยะก่อนทดลองเปรียบเทียบกับระยะติดตามผล 3 เดือน และในระยะติดตามผล 3 เดือน เปรียบเทียบกับระยะติดตามผล 18 เดือน พบว่ามีอาการตื่นตระหนกลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.5 ส่วนกลุ่มทดลองที่ได้รับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม รูปแบบ 13 สัปดาห์ในระยะก่อนทดลองเปรียบเทียบกับระยะติดตามผล 3 เดือน พบว่ามีอาการตื่นตระหนกลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 2. การทำหน้าที่ทางด้านจิตใจ สังคม และหน้าที่การงาน ผู้ป่วยกลุ่มทดลองที่ได้รับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมทั้ง 2 รูปแบบ ในระยะก่อนทดลองเปรียบเทียบกับระยะติดตามผล 3 เดือน และในระยะติดตามผล 3 เดือน เปรียบเทียบกับระยะติดตามผล 18 เดือน

ตาราง 4.2 สรุปผลการถ่วงน้ำหนักข้อมูลจากงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในผู้ป่วยโรคตื่นตระหนกที่มีหรือไม่มีโรคอะโคราโฟเบีย (ต่อ)

เรื่องที่ 2 (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
ผลการวิจัย (ต่อ)	พบว่ามีความสามารถในการทำหน้าที่โดยรวมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.5 3. ภาวะวิตกกังวล ผู้ป่วยกลุ่มทดลองที่ได้รับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมทั้ง 2 รูปแบบ ในระยะก่อนทดลองเปรียบเทียบกับระยะหลังทดลอง พบว่ามีภาวะวิตกกังวลลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 4. อาการอะโคราโฟเบีย ผู้ป่วยกลุ่มทดลองที่ได้รับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมทั้ง 2 รูปแบบ ในระยะก่อนทดลองเปรียบเทียบกับระยะหลังทดลอง พบว่าอาการอะโคราโฟเบียลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 และพบว่ากลุ่มทดลองที่ได้รับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม รูปแบบ 13 สัปดาห์ ในระยะก่อนทดลองเปรียบเทียบกับระยะติดตามผล 3 เดือน มีอาการอะโคราโฟเบียลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.015 5. ภาวะซึมเศร้า ผู้ป่วยกลุ่มทดลองที่ได้รับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมทั้ง 2 รูปแบบ ในระยะก่อนทดลองเปรียบเทียบกับระยะหลังทดลอง พบว่ามีภาวะซึมเศร้าลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 Between group ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มทดลองที่ได้รับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม รูปแบบ 3 สัปดาห์ กับรูปแบบ 13 สัปดาห์ ในระยะก่อนทดลอง หลังทดลอง และติดตามผลไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.5 ผลของเวลาที่ได้รับการบำบัดทั้ง 2 รูปแบบพบว่ารูปแบบของการการบำบัดไม่มีผลต่ออาการตื่นตระหนก และความสามารถในการทำหน้าที่ทางด้านจิตใจ สังคม และหน้าที่การงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตาราง 4.2 สรุปผลการถ่วงน้ำหนักข้อมูลจากงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในผู้ป่วยโรคตื่นตระหนกที่มีหรือไม่มีโรคอะโคราโฟเบีย (ต่อ)

เรื่องที่ 2 (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
ผลการวิจัย (ต่อ)	ผลของเวลาที่ได้รับการบำบัดทั้งในระยะก่อนทดลอง หลังทดลอง และติดตามผล กับรูปแบบของการบำบัดทั้ง 2 รูปแบบ พบว่ารูปแบบของการได้รับการบำบัด รวมทั้งผลของปฏิสัมพันธ์ของทั้งสองปัจจัยดังกล่าว ไม่มีผลต่อความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า และอาการอะโคราโฟเบียอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 นอกจากนี้ยังพบว่าทั้งสองกลุ่มมีความพึงพอใจในการบำบัดที่ได้รับ ทั้งสองรูปแบบมีความไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05
การนำไปใช้	การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม ในรูปแบบที่ได้รับแบบ 3 สัปดาห์ต่อเนื่อง กับกลุ่มที่ได้รับเป็นช่วงเวลา 13 สัปดาห์ ในกลุ่มผู้ป่วยโรคตื่นตระหนกที่มีและไม่มีโรคอะโคราโฟเบียเป็นโรคร่วม มีประสิทธิผลเท่าเทียม และความพึงพอใจเท่าเทียมกัน แสดงให้เห็นว่าสามารถใช้ได้ตามความสะดวกความชอบย่อมมีผลดีต่อทั้งผู้ป่วยและผู้บำบัด การให้การรักษาในรูปแบบ 3 สัปดาห์จะมีประโยชน์มากกว่าในเรื่องของ อาการหายที่เร็วกว่า ซึ่งส่งผลในการลดความทุกข์ใจของผู้ป่วยจากอาการที่เป็นอยู่

ตาราง 4.2 สรุปผลการถ่วงน้ำหนักข้อมูลจากงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในผู้ป่วยโรคตื่นตระหนกที่มีหรือไม่มีโรคอะโกราโฟเบีย (ต่อ)

เรื่องที่ 3	A randomized, controlled clinical trial of standard, group and brief cognitive behavioral therapy for panic disorder with agoraphobia: A two-year follow-up
ผู้แต่ง	Marchand et al.
แหล่งตีพิมพ์/ปี	Journal of Anxiety Disorder /2009
หัวข้อ	รายละเอียด
วัตถุประสงค์ของงานวิจัย	เพื่อศึกษาเปรียบเทียบโดยวิธีการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมแบบมาตรฐาน แบบกลุ่ม และแบบย่อ ในการบำบัดผู้ป่วยโรคตื่นตระหนกร่วมกับโรคอะโกราโฟเบีย โดยมีการติดตามผู้ป่วยเป็นเวลา 2 ปี
รูปแบบการงานวิจัย	Randomized controlled trials
ระดับงานวิจัย	A
สถานที่หรือแหล่งวิจัย	โรงพยาบาล Louis-H. Lafontaine และ โรงพยาบาล Sacre -Coeur ในประเทศแคนาดา
กลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มตัวอย่าง ผู้ป่วย 100 คน ประกอบด้วยเพศชาย 21 คน(21%) เพศหญิง 79 คน (79%) อายุระหว่าง 19-65 ปี (อายุเฉลี่ย เท่ากับ 38.94 ปี) ระยะเวลาเฉลี่ยที่มีอาการ เท่ากับ 13.55 ปี เกณฑ์คัดเข้า ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคตื่นตระหนกร่วมกับอะโกราโฟเบีย จากเกณฑ์ DSM-IV (APA, 1994) มีอายุระหว่าง 19-65 ปี ได้รับการวินิจฉัยโรคตื่นตระหนกเป็นเวลา 1 ปี ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรกว่าเป็นโรคตื่นตระหนกร่วมกับอะโกราโฟเบียก่อนอายุ 40 ปี ในระยะเวลา 1 ปี ผู้ป่วยไม่ได้รับการรักษาโดยวิธีการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม เกณฑ์คัดออก พิจารณาคัดออก เมื่อผู้ร่วมการทดลอง ไม่เข้าร่วมในการบำบัด 4 ครั้งหรือมากกว่า

ตาราง 4.2 สรุปผลการถ่วงน้ำหนักข้อมูลจากงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในผู้ป่วยโรคตื่นตระหนกที่มีหรือไม่มีโรคอะโกราโฟเบีย (ต่อ)

เรื่องที่ 3 (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
ผลลัพธ์และเครื่องมือที่ใช้ในการประเมิน	อาการตื่นตระหนก (PDA symptoms) 1. อาการอะโกราโฟเบียใช้แบบประเมิน The mobility inventory for agoraphobia (MI) แบบสอบถาม 25 ข้อแบบ 1-5 คะแนน ใช้ประเมินโรคอะโกราโฟเบียจำนวนครั้งที่เกิดอาการตื่นตระหนก ภายใน 7 วัน และอาการนำก่อนที่จะเกิดอาการ 2. ความถี่ที่เกิดอาการตื่นตระหนก ใช้แบบประเมิน The body sensations questionnaire (BSQ) เป็นแบบสอบถาม 17 ข้อแบบ 1-5 คะแนน ใช้ประเมินความถี่และระดับของจำนวนที่ร่างกายตอบสนองอาการกลัว 3. อาการกลัวของอะโกราโฟเบีย ใช้แบบประเมิน The agoraphobic cognitions questionnaire (ACQ) เป็นแบบสอบถาม 14 ข้อแบบ 1-5 คะแนน ใช้ประเมินความถี่ของความคิดที่ทำให้เกิดอาการ ความคิดในทางลบที่จะทำให้เกิดอาการกลัว 4. ความวิตกกังวล ใช้แบบประเมิน The anxiety sensitivity index (ASI) เป็นแบบสอบถาม 16 ข้อใช้ประเมินความวิตกกังวลแต่ละบุคคลที่เกี่ยวข้องกับร่างกาย ความนึกคิด สังคม 5. ภาวะซึมเศร้าใช้แบบประเมิน The beck depression inventory (BDI) เป็นแบบสอบถาม 21 ข้อ ใช้ประเมินอาการซึมเศร้า 6. ความรุนแรงของโรคตื่นตระหนกต่อชีวิตประจำวัน ใช้แบบประเมิน The global assessment of severity scale (GASS) ใช้เพื่อประเมินอาการดีขึ้นของผู้ที่เข้าร่วม ระดับความรุนแรง ผู้เข้าร่วมต้องอยู่ในระดับ 7 คะแนน ข้อบ่งชี้ว่าอาการรบกวนการทำงานและชีวิตประจำวัน คุณภาพชีวิตใช้แบบประเมิน The quality of life systemic inventory (QLSI) เป็นแบบสอบถามใช้ภาษาพูด 28 ข้อ ใช้ประเมิน คุณภาพชีวิต เช่นการบริโภคอาหาร รูปแบบการนอนหลับ งานอดิเรก ประสิทธิภาพการทำงานและ The global functioning index (GFI) ประเมินคุณภาพชีวิต

ตาราง 4.2 สรุปผลการถ่วงน้ำหนักข้อมูลจากงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในผู้ป่วยโรคตื่นตระหนกที่มีหรือไม่มีโรคอะโรราโฟเบีย (ต่อ)

เรื่องที่ 3 (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
ผลลัพธ์และเครื่องมือที่ใช้ในการประเมิน (ต่อ)	ค่าใช้จ่ายในการบำบัดด้วย CBT ทั้งทางตรงและทางอ้อม 1) ค่าใช้จ่ายทางตรง (Direct cost) หมายถึงค่าใช้จ่ายที่เกิดจากการรักษาด้วยการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมซึ่งคำนวณบนพื้นฐานของจำนวนหน่วยที่ผู้ป่วยได้รับ นอกจากนี้ค่าใช้จ่ายในการรักษาของผู้ป่วยแต่ละคนประกอบด้วยค่าตอบแทนนักจิตบำบัดซึ่งจะมีราคาต่างกันในรูปแบบของการให้โปรแกรมเช่นเป็นกลุ่ม/รายบุคคล 2) ค่าใช้จ่ายทางอ้อม (Indirect cost) หมายถึงค่าใช้จ่ายที่เกิดจากการเดินทางและค่าเสียเวลา การเก็บข้อมูลในส่วนนี้จะทำการเก็บที่ช่วงเวลาก่อนการรักษา หลังการรักษาและการติดตามผลที่ 3 เดือน ซึ่งจะประเมินค่าใช้จ่ายทั้งหมดที่เกิดจากการบริการรักษาผู้ป่วยทั้งหมด โดยการสัมภาษณ์ในรายละเอียดต่างๆ เช่นการให้คำปรึกษาจากแพทย์/เจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพ ค่ายา ค่าเสียเวลา
การเก็บข้อมูล	การเก็บข้อมูลในการศึกษาครั้งนี้จะประกอบด้วย 4 ส่วนคือ 1. ก่อนการให้โปรแกรม 2. หลังการให้โปรแกรม 3. ช่วงติดตามผล 1 ปี 4. ช่วงติดตามผล 2 ปี
การจัดกระทำ	กลุ่มควบคุม : ไม่มีกลุ่มควบคุม กลุ่มทดลอง กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 100 คน จะแบ่งเป็น 3 กลุ่ม โดยวิธีสุ่มดังนี้ 1. กลุ่มที่ได้รับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมแบบมาตรฐาน (standard CBT) จำนวน 33 คน 2. กลุ่มที่ได้รับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมแบบกลุ่ม (group CBT) จำนวน 35 คน 3. กลุ่มที่ได้รับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมแบบย่อ (brief CBT) จำนวน 32 คน

ตาราง 4.2 สรุปผลการถ่วงน้ำหนักข้อมูลจากงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในผู้ป่วยโรคตื่นตระหนกที่มีหรือไม่มีโรคอะโรราโฟเบีย (ต่อ)

เรื่องที่ 3 (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
การจัดกระทำ (ต่อ)	การทำกลุ่มดำเนินการโดยนักจิตวิทยา จิตแพทย์ นักศึกษาปริญญาเอก และแพทย์ประจำบ้าน ซึ่งมีคู่มือที่เป็นมาตรฐานสำหรับการรักษา ทั้งนี้ในแต่ละหน่วยจะมีการบันทึกการดำเนินการไว้และจะมีการประเมินด้วยบุคคลภายนอกกลุ่มเนื้อหาในการให้การรักษา ประกอบด้วย การให้ความรู้ที่เกี่ยวข้องกับอาการของภาวะตื่นตระหนกและอะโรราโฟเบีย, เรื่องของการให้ความรู้ทางด้านจิตวิทยาและการอยู่ร่วมกันในสังคม, เรื่องการบริหารการหายใจ (breathing retraining), เรื่องการปรับโครงสร้างทางปัญญา (cognitive restructuring), เรื่องการป้องกันการสบโอกาสเสี่ยงภัย (interoceptive exposure), เรื่องของการที่ผู้ป่วยจะเผชิญกับสถานการณ์กลัวในชีวิตจริง (exposure in vivo) และเป็นเรื่องการป้องกันการกลับเป็นซ้ำ (relapse prevention) ผู้ป่วยทั้งหมดจะได้รับคู่มือของการรักษาในตอนเริ่มการรักษาและจะได้รับการมอบหมายให้อ่านเนื้อหา/การฝึกทำแบบฝึกหัด รายละเอียดของการให้การรักษาในแต่ละกลุ่ม ได้แก่ 1. แบบมาตรฐาน การทำกลุ่มจะมีทั้งหมด 14 หน่วย ใช้เวลาครั้งละ 1 ชั่วโมงร่วมกับนักจิตวิทยา โดยแบ่งเป็น 13 หน่วยทุกสัปดาห์ และ 2 สัปดาห์ถัดมา กับ หน่วยสุดท้ายนักจิตวิทยาจะอธิบายหลักการในการรักษาที่มีอยู่ในคู่มือ และร่วมปฏิบัติกับผู้ป่วยในการฝึกเรื่องของการที่ผู้ป่วยจะเผชิญกับสถานการณ์กลัวในชีวิตจริง 2. แบบกลุ่ม เนื้อหาโดยรวมจะคล้ายกับ Standard CBT แต่จะทำกลุ่มโดยมีนักจิตวิทยา 2 คนกับผู้ป่วย 8 คน นักจิตวิทยาจะอธิบายหลักการในการรักษาที่มีอยู่ในคู่มือ และร่วมปฏิบัติกับผู้ป่วยในการฝึกเรื่องของการที่ผู้ป่วยจะเผชิญกับสถานการณ์กลัวในชีวิตจริง 3. แบบย่อ การทำกลุ่มจะมีทั้งหมด 7 หน่วยใช้เวลาครั้งละ 1 ชั่วโมงร่วมกับนักจิตวิทยา โดยแบ่งเป็น 5 หน่วย ทุก 2 สัปดาห์/ครั้ง และ 2 หน่วยสุดท้าย จะเป็น 3 สัปดาห์ / ครั้งแต่นักจิตวิทยาจะไม่ได้ร่วมปฏิบัติ

ตาราง 4.2 สรุปผลการถ่วงน้ำหนักข้อมูลจากงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในผู้ป่วยโรคตื่นตระหนกที่มีหรือไม่มีโรคอะโคราโฟเบีย (ต่อ)

เรื่องที่ 3 (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
การจัดกระทำ (ต่อ)	กับผู้ป่วยในการฝึกเรื่องของการที่ผู้ป่วยจะเผชิญกับสถานการณ์กลัวในชีวิตจริงวัตถุประสงค์ของการทำกลุ่มแต่ละหน่วยเพื่อให้แน่ใจว่าผู้ป่วยมีความเข้าใจในเนื้อหา การฝึกปฏิบัติ การวางแผนในเรื่องการปรับโครงสร้างทางปัญญา การติดตามผลในการฝึกและความก้าวหน้าของการรักษา
ผลการวิจัย	With in group: ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยโรคตื่นตระหนกได้รับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมแสดงให้เห็นว่ามีการลดลงของอาการตื่นตระหนกเมื่อเปรียบเทียบกับก่อนบำบัด หลังการบำบัดช่วงติดตามผล 1 ปี และ 2 ปี ทั้ง 3 กลุ่ม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ Between group : - ช่วงเวลาที่เพิ่มมากขึ้นของการรักษา (Time effect) เมื่อให้การบำบัดทั้ง 3 วิธีแล้วติดตามผู้ป่วยช่วงเวลา 2 ปี พบว่าเวลาที่รักษาผ่านไปเรื่อยอาการจะยิ่งลดลง มีผลกับทุกตัวแปร - เมื่อพิจารณาในส่วนของ Time –treatment interaction พบว่ามีผลนัยสำคัญทางสถิติในตัวแปร MI –alone, ACQ และ ASI ในตัวแปร MI –alone นำมาวิเคราะห์พบว่ามีความมีความแตกต่าง ในกลุ่ม Standard CBT ได้ผลดีกว่า กลุ่ม Group CBT และ Brief CBT ส่วนในตัวแปร ACQ และ ASI ไม่พบความแตกต่างระหว่างกลุ่ม
การนำไปใช้	รูปแบบการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม แบบมาตรฐาน แบบกลุ่ม และแบบย่อ ในการบำบัดผู้ป่วยโรคตื่นตระหนก ได้ผลดีกับการลดอาการ ตื่นตระหนกของผู้ป่วย โดยแบบมาตรฐานได้ผลดีกว่า ดังนั้นการเลือกใช้รูปแบบการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม สามารถเลือกใช้ได้ โดยคำนึงถึงผู้ให้การบำบัดและผู้รับการบำบัด ต้องการรูปแบบไหนที่จะเหมาะสมที่สุด

ตาราง 4.2 สรุปผลการถ่วงน้ำหนักข้อมูลจากงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในผู้ป่วยโรคตื่นตระหนกที่มีหรือไม่มีโรคอะโกราโฟเบีย (ต่อ)

เรื่องที่ 4	Cognitive-behavioral treatment for panic disorder with agoraphobia; a randomized controlled trial and cost effectiveness analysis
ผู้แต่ง	Roberge et al.
แหล่งตีพิมพ์/ปี	Behavior modification / 2008
หัวข้อ	รายละเอียด
วัตถุประสงค์ของงานวิจัย	เพื่อศึกษาด้านทุน-ประสิทธิผล (cost effectiveness) ของการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (Cognitive behavioral therapy: CBT) ใน 3 รูปแบบ (แบบมาตรฐาน แบบกลุ่ม และแบบกลุ่มย่อย) ในกลุ่มผู้ป่วยโรคตื่นตระหนกร่วมกับโรคอะโกราโฟเบีย
รูปแบบการงานวิจัย	Randomized controlled trial
ระดับงานวิจัย	A
สถานที่หรือแหล่งวิจัย	โรงพยาบาล Louis-H. Lafontaine และโรงพยาบาล Sacre -Coeur ในประเทศแคนาดา
กลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มตัวอย่าง กลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะตื่นตระหนก ผู้ป่วยจะได้รับข้อมูลการเข้าร่วมโครงการจากหนังสือพิมพ์ หรือการส่งต่อจากแพทย์/ผู้ดูแล ต่อจากนั้นจะมีการสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์เป็นการคัดกรองเบื้องต้น จากเกณฑ์ของ The diagnostic and statistical manual of mental disorders, fourth edition (DSM-IV) ระดับความรุนแรงของภาวะตื่นตระหนกในผู้ป่วยกลุ่มนี้ ต้องอยู่ในระดับปานกลาง-มาก ที่มีผลอย่างน้อยสำคัญต่อความสามารถอย่างน้อยหนึ่งด้าน ร่วมกับมีคะแนนในเรื่องของอาการวิตกกังวล มากกว่า 4 (The anxiety disorder interview schedule; ADIS-IV) และมีคะแนนในเรื่องของ The global assessment of severity scale มากกว่าหรือเท่ากับ 3 ผู้ป่วยผ่านเกณฑ์ตามข้อกำหนดเข้าสู่โครงการวิจัย จำนวน 100 คน เป็นเพศหญิง 79 คน (79%) และเพศชาย 21 คน (21%) อายุระหว่าง 19-65 ปี (อายุเฉลี่ย เท่ากับ 38.94 ปี) ระยะเวลาเฉลี่ยที่มีอาการ เท่ากับ 13.55 ปี การวินิจฉัยโรคร่วมกับ

ตาราง 4.2 สรุปผลการถ่วงน้ำหนักข้อมูลจากงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในผู้ป่วยโรคตื่นตระหนกที่มีหรือไม่มีโรคอะโกราโฟเบีย (ต่อ)

เรื่องที่ 4 (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
กลุ่มตัวอย่าง (ต่อ)	อาการวิตกกังวล มี 30% และร่วมกับภาวะซึมเศร้า 8% ผู้ป่วยได้รับยา กลุ่มanxiolytic or antidepressant medications 69 % ซึ่งผู้ป่วยสามารถรับประทานยาเดิมได้ต่อเนื่องในขณะที่เข้าโครงการ แต่พยายามหลีกเลี่ยงการรักษาใหม่เพิ่มจากเดิม นอกจากนี้ผู้ป่วยต้องยินยอมที่จะหยุดการบำบัดด้วยวิธีจิตสังคมอื่นๆในช่วงระหว่างเวลา 15 สัปดาห์ เกณฑ์คัดเข้า ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคตื่นตระหนกร่วมกับอะโกราโฟเบีย จากเกณฑ์ DSM-IV (APA, 1994) มีอายุระหว่าง 18-65 ปี ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรกว่าเป็นโรคตื่นตระหนกร่วมกับอะโกราโฟเบียก่อนอายุ 40 ปี และมีระยะเวลาป่วยเป็นโรคตื่นตระหนกร่วมกับอะโกราโฟเบียอย่างน้อยเป็นเวลา 1 ปี ในระยะเวลา 1 ปีผู้ป่วยไม่ได้รับการรักษาโดยการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม เกณฑ์คัดออก พิจารณาคัดออก เมื่อผู้ร่วมการทดลอง ไม่เข้าร่วมในการบำบัด 4 ครั้ง หรือมากกว่า
ผลลัพธ์และเครื่องมือที่ใช้ในการประเมิน	ด้านอาการตื่นตระหนก (PDA symptoms) 1. The anxiety disorder interview schedule (ADIS-IV) : สำหรับการประเมินเรื่องการวินิจฉัย (diagnosis) 2. The panic and agoraphobia scale (PAS) : ใช้ประเมินความถี่และความรุนแรงของการตื่นตระหนก อาการหลีกเลี่ยงอะโกราโฟเบีย อาการวิตกกังวลล่วงหน้า ผลกระทบในการใช้ชีวิต อาการวิตกกังวลต่ออาการแสดงทางร่างกาย 3. The Global Assessment of Severity Scale (GASS) : ใช้เพื่อประเมินอาการดีขึ้นของผู้ที่เข้าร่วม ระดับความรุนแรง ผู้เข้าร่วมต้องอยู่ในระดับ 7 คะแนน ขอบ่งชี้ว่าอาการรบกวนการทำงานและชีวิตประจำวัน

ตาราง 4.2 สรุปผลการถ่วงน้ำหนักข้อมูลจากงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในผู้ป่วยโรคตื่นตระหนกที่มีหรือไม่มีโรคอะโกราโฟเบีย (ต่อ)

เรื่องที่ 4 (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
ผลลัพธ์และเครื่องมือที่ใช้ในการประเมิน (ต่อ)	4. The Mobility Inventory for Agoraphobia (MI) : ใช้ประเมินเรื่องการหลีกเลี่ยงภาวะอาการวิตกกังวลในสิ่งแวดล้อมที่ไม่คุ้นเคยหรือรู้สึกว่าการตนเองควบคุมได้น้อย (Agoraphobia) 5. The Agoraphobic Cognitions Questionnaire (ACQ) : เป็นแบบสอบถาม เพื่อใช้วัดความคิดที่เกี่ยวข้องกับประสบการณ์ที่เคยมีภาวะตื่นตระหนก 6. The Body Sensations Questionnaire (BSQ) : เป็นแบบสอบถามที่ประเมินเรื่องความกลัวที่เกิดขึ้นอย่างอัตโนมัติเมื่อมีภาวะวิตกกังวล 7. The Anxiety Sensitivity Index (ASI) : เป็นแบบสอบถามลักษณะ self-report ใช้เพื่อประเมินเรื่องความกลัวของภาวะวิตกกังวล 8. The Beck Depression Inventory (BDI) : เป็นแบบสอบถามลักษณะ self-report ใช้เพื่อประเมินความรุนแรงของอาการแสดงของภาวะซึมเศร้าในช่วงสัปดาห์ที่ผ่านมา คุณภาพชีวิต (Quality of Life) ใช้แบบประเมิน The Quality of Life Systemic Inventory (QLSI) และ The Global Functioning Index (GFI) ค่าใช้จ่ายในการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม ค่าใช้จ่ายในการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมทั้งทางตรงและทางอ้อม 1) ค่าใช้จ่ายทางตรง (Direct cost) หมายถึงค่าใช้จ่ายที่เกิดจากการรักษาด้วยการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมซึ่งคำนวณบนพื้นฐานของจำนวนหน่วยที่ผู้ป่วยได้รับ นอกจากนี้ค่าใช้จ่ายในการรักษาของผู้ป่วยแต่ละคนประกอบด้วยค่าตอบแทนนักจิตบำบัดซึ่งจะมีราคาต่างกันในรูปแบบของการให้โปรแกรมเช่นเป็นกลุ่ม/รายบุคคล 2) ค่าใช้จ่ายทางอ้อม (Indirect cost) หมายถึงค่าใช้จ่ายที่เกิดจากการเดินทางและค่าเสียเวลา การเก็บข้อมูลในส่วนนี้จะทำการเก็บที่ช่วงเวลาก่อนการรักษ หลังการรักษาและการติดตามผลที่ 3 เดือน ซึ่งจะประเมินค่าใช้จ่ายทั้งหมดที่เกิดจากการ

ตาราง 4.2 สรุปผลการถ่วงน้ำหนักข้อมูลจากงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในผู้ป่วยโรคตื่นตระหนกที่มีหรือไม่มีโรคอะโรอาโฟเบีย (ต่อ)

เรื่องที่ 4 (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
ผลลัพธ์และเครื่องมือที่ใช้ในการประเมิน (ต่อ)	บริการรักษาผู้ป่วยทั้งหมด โดยการสัมภาษณ์ในรายละเอียดต่างๆ เช่น การให้คำปรึกษาจากแพทย์/เจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพ ค่ายา ค่าเสียเวลา ค่าใช้จ่ายในการรักษาอื่นๆ (Other Mental-health-related cost) จะเน้นในส่วนของการให้คำปรึกษาที่ดำเนินการโดยนักจิตบำบัด/นักจิตวิทยา/นักสังคมสงเคราะห์ หรือกลุ่มที่ให้ความช่วยเหลืออื่นๆ ในกรณีที่ไปรับคำปรึกษาจากแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป จะต้องมีการให้คำบริการทางการแพทย์, การให้ยา กลุ่ม คลายกังวลหรือยาต้านซึมเศร้า
การเก็บข้อมูล	การเก็บข้อมูลในการศึกษาครั้งนี้จะประกอบด้วย 3 ส่วนคือ 1. ก่อนการให้โปรแกรม 2. หลังการให้โปรแกรม 3. ช่วงติดตามผล 3 เดือน
การจัดกระทำ	กลุ่มควบคุม : ไม่มี กลุ่มทดลอง : กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 100 คน จะแบ่งเป็น 3 กลุ่ม โดยวิธีสุ่มดังนี้ 1. แบบมาตรฐาน (standard CBT) จำนวน 33 คน 2. แบบกลุ่ม (group CBT) จำนวน 35 คน 3. แบบย่อ (brief CBT) จำนวน 32 คน เนื้อหาของโปรแกรม การทำกลุ่มดำเนินการโดยนักจิตวิทยา จิตแพทย์ นักศึกษาปริญญาเอก และแพทย์ประจำบ้าน ซึ่งมีคู่มือที่เป็นมาตรฐานสำหรับการรักษา ทั้งนี้ในแต่ละหน่วยจะมีการบันทึกการดำเนินการไว้และจะมีการประเมินด้วยบุคคลภายนอกกลุ่ม เนื้อหาในการให้การรักษาประกอบด้วย การให้ความรู้ที่เกี่ยวข้องกับอาการของภาวะตื่นตระหนกและอะโรอาโฟเบีย, เรื่องของการให้ความรู้ทางด้านจิตวิทยาและการอยู่ร่วมกันในสังคม, เรื่องการบริหารการหายใจ (breathing retraining), เรื่องการปรับโครงสร้างทางปัญญา (cognitive restructuring), เรื่องการป้องกันการสบโอกาส

ตาราง 4.2 สรุปผลการถ่วงน้ำหนักข้อมูลจากงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในผู้ป่วยโรคตื่นตระหนกที่มีหรือไม่มีโรคอะโรมาโทเฟเบีย (ต่อ)

เรื่องที่ 4 (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
การจัดกระทำ (ต่อ)	เสี่ยงภัย (interoceptive exposure), เรื่องของการที่ผู้ป่วยจะเผชิญกับสถานการณ์กลัวในชีวิตจริง (exposure in vivo) และเป็นเรื่องการป้องกันการกลับเป็นซ้ำ (relapse prevention) ผู้ป่วยทั้งหมดจะได้รับคู่มือของการรักษาในตอนเริ่มการรักษาและจะได้รับการมอบหมายให้อ่านเนื้อหา / การฝึกทำแบบฝึกหัด รายละเอียดของการให้การรักษาในแต่ละกลุ่ม ได้แก่ 1. แบบมาตรฐาน การทำกลุ่มจะมีทั้งหมด 14 หน่วย ใช้เวลาครั้งละ 1 ชั่วโมงร่วมกับนักจิตวิทยา โดยแบ่งเป็น 13 หน่วยทุกสัปดาห์ และ 2 สัปดาห์ถัดมา กับ หน่วยสุดท้ายนักจิตวิทยาจะอธิบายหลักการในการรักษาที่มีอยู่ในคู่มือ และร่วมปฏิบัติกับผู้ป่วยในการฝึกเรื่องของการที่ผู้ป่วยจะเผชิญกับสถานการณ์กลัวในชีวิตจริง 2. แบบกลุ่ม เนื้อหาโดยรวมจะคล้ายกับแบบมาตรฐาน แต่จะทำกลุ่มโดยมีนักจิตวิทยา 2 คนกับผู้ป่วย 8 คน นักจิตวิทยาจะอธิบายหลักการในการรักษาที่มีอยู่ในคู่มือ และร่วมปฏิบัติกับผู้ป่วยในการฝึกเรื่องของการที่ผู้ป่วยจะเผชิญกับสถานการณ์กลัวในชีวิตจริง 3. แบบย่อ การทำกลุ่มจะมีทั้งหมด 7 หน่วยใช้เวลาครั้งละ 1 ชั่วโมงร่วมกับนักจิตวิทยา โดยแบ่งเป็น 5 หน่วย ทุก 2 สัปดาห์/ครั้ง และ 2 หน่วยสุดท้าย จะเป็น 3 สัปดาห์/ครั้งแต่นักจิตวิทยาจะไม่ได้ร่วมปฏิบัติกับผู้ป่วยในการฝึกเรื่องของการที่ผู้ป่วยจะเผชิญกับสถานการณ์กลัวในชีวิตจริงวัตถุประสงค์ของการทำกลุ่มแต่ละหน่วยเพื่อให้แน่ใจว่าผู้ป่วยมีความเข้าใจในเนื้อหา การฝึกปฏิบัติ การวางแผนในเรื่องการปรับโครงสร้างทางปัญญา การติดตามผลในการฝึกและความก้าวหน้าของการรักษา

ตาราง 4.2 สรุปผลการถ่วงน้ำหนักข้อมูลจากงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในผู้ป่วยโรคตื่นตระหนกที่มีหรือไม่มีโรคอะโคราโฟเบีย (ต่อ)

เรื่องที่ 4 (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
ผลการวิจัย	With in group : ผลการศึกษาผู้ป่วยโรคตื่นตระหนกร่วมกับอะโคราโฟเบียที่ได้รับการรักษาด้วยการบำบัดด้านความคิดและพฤติกรรมทั้ง 3 กลุ่ม พบว่าระดับของอาการตื่นตระหนก ความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า อาการอะโคราโฟเบีย และคุณภาพชีวิต ในช่วงเวลาก่อนได้รับการรักษา เมื่อเปรียบเทียบกับช่วงหลังการรักษาและช่วงติดตามผล 3 เดือน มีการเปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ Between group : 1. ผลการศึกษาด้านการบำบัดทางหน้าที่ (Global Function Index) โดยเปรียบเทียบการบำบัดทางหน้าที่ของทั้ง 3 กลุ่ม พบว่า ไม่พบความแตกต่างทางสถิติในช่วงหลังการรักษา แต่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างผู้ป่วยทั้ง 3 กลุ่มในช่วงติดตามผล 3 เดือน 2. ผลการศึกษาด้านการบำบัดทางหน้าที่ (Global Function Index) ในส่วนของ Helmert contrast analysis โดยเปรียบเทียบคะแนนของ GFI ที่ช่วงติดตามผล 3 เดือน พบว่าไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติระหว่างกลุ่ม Brief CBT กับกลุ่ม Standard CBT + กลุ่ม Group CBT แต่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างกลุ่ม Standard CBT กับ กลุ่ม Group CBT โดยที่กลุ่ม Group CBT มีคะแนน GFI สูงกว่ากลุ่ม Standard CBT 3. ผลการศึกษาด้านค่าใช้จ่ายในการบำบัดรักษา โดยเปรียบเทียบค่าใช้จ่ายในการบำบัดรักษาทั้ง 3 กลุ่มที่ช่วงติดตามผล 3 เดือน พบว่าการบำบัดรักษาแบบ Group CBT มีประสิทธิภาพดีกว่าและมีค่าใช้จ่ายต่ำกว่าแบบ standard CBT ในขณะที่การบำบัดรักษาแบบ Brief CBT มีประสิทธิภาพน้อยกว่าและมีค่าใช้จ่ายต่ำกว่าแบบ standard CBT

ตาราง 4.2 สรุปผลการถ่วงน้ำหนักข้อมูลจากงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในผู้ป่วยโรคตื่นตระหนกที่มีหรือไม่มีโรคอะโคราโฟเบีย (ต่อ)

เรื่องที่ 4 (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
การนำไปใช้	การให้การรักษาผู้ป่วยโรคตื่นตระหนกร่วมกับโรคอะโคราโฟเบีย ด้วยวิธีการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมแบบกลุ่ม และแบบกลุ่มย่อย มีค่าใช้จ่ายทั้งทางตรงและทางอ้อมน้อยกว่าการให้การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมแบบมาตรฐานรวมทั้งมีค่าของต้นทุน-ประสิทธิผลที่ดีกว่าแบบมาตรฐาน การให้การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมแบบกลุ่มย่อย มีประสิทธิภาพใกล้เคียงกับการให้การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมแบบกลุ่ม และแบบมาตรฐาน

ตาราง 4.2 สรุปผลการถ่วงน้ำหนักข้อมูลจากงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในผู้ป่วยโรคตื่นตระหนกที่มีหรือไม่มีโรคอะโกราโฟเบีย (ต่อ)

เรื่องที่ 5	Early intervention in panic : randomized controlled trial and cost-effectiveness analysis
ผู้แต่ง	Meulenbeek et al.
แหล่งตีพิมพ์/ปี	Trials / 2008
หัวข้อ	รายละเอียด
วัตถุประสงค์ของงานวิจัย	เพื่อประเมินประสิทธิผลของการให้โปรแกรมที่ใช้หลักการของเรื่องวิธีการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในการลดอาการแสดงของกลุ่มผู้ป่วยที่มีภาวะตื่นตระหนกเริ่มมีอาการจนถึงมีอาการเล็กน้อยเปรียบเทียบกับกลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรม (a waitlisted control group) เพื่อประเมินเรื่องของประสิทธิผลต่อค่าใช้จ่ายสำหรับการให้ การบำบัด ด้านความคิดและพฤติกรรมในรูปแบบนี้
รูปแบบการงานวิจัย	Randomized controlled trial
ระดับงานวิจัย	A
สถานที่หรือแหล่งวิจัย	ศูนย์สุขภาพจิตชุมชน ในประเทศเนเธอร์แลนด์
กลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างจะมาจากผู้ป่วยที่ได้รับข้อมูลผ่านทางสื่อต่างๆและทางอินเทอร์เน็ต การคัดเลือกผู้เข้าร่วมโครงการดำเนินการโดยศูนย์สุขภาพจิตชุมชน ที่ใช้วิธีการที่เป็นมาตรฐานเดียวกัน ผู้ที่มีความสนใจจะได้รับข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับรายละเอียดของโครงการ และจะได้รับการสัมภาษณ์เบื้องต้นผ่านทางโทรศัพท์ เพื่อประเมินเรื่องของอาการแสดงของภาวะตื่นตระหนก หลังจากนั้นผู้ที่ผ่านการประเมินเบื้องต้น จะได้รับการสัมภาษณ์อีกครั้งโดยผู้เชี่ยวชาญทางจิตวิทยาจากศูนย์สุขภาพจิตชุมชน เพื่อประเมินเรื่องเกณฑ์คัดออก นอกจากนี้จะมีการสัมภาษณ์เพิ่มเติมโดยเจ้าหน้าที่จาก สถาบัน Trimbos (สถาบันสุขภาพจิตและจิตเวชศาสตร์) โดยใช้เครื่องมือ the MINI-Plus เพื่อประเมินอาการวิตกกังวลในสิ่งแวดล้อมที่ไม่คุ้นเคยหรือรู้สึกว่าคุณควบคุมได้น้อย (Agoraphobia) ที่เป็นอาการ

ตาราง 4.2 สรุปผลการถ่วงน้ำหนักข้อมูลจากงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในผู้ป่วยโรคตื่นตระหนกที่มีหรือไม่มีโรคอะโรราโฟเบีย (ต่อ)

เรื่องที่ 5 (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
กลุ่มตัวอย่าง (ต่อ)	ร่วมกับโรคตื่นตระหนกและเพื่อการคัดกรองอาการปัจจุบันของภาวะซึมเศร้ารุนแรง เกณฑ์คัดเข้า : กลุ่มผู้ป่วยอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป ที่มีภาวะตื่นตระหนกที่มีอาการอยู่ในระดับ sub-threshold หรือ mild นั่นคือมีคะแนนต่ำกว่า 13 จากเกณฑ์การประเมินของ The panic disorder severity scale-self report (PDSS-SR) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย เกณฑ์คัดออก : กลุ่มผู้ป่วยที่มีอาการตื่นตระหนกในระดับรุนแรง คือมีคะแนนจาก PDSS-SR มากกว่าหรือเท่ากับ 13 คะแนน, กลุ่มผู้ป่วยที่มีอาการ/ความผิดปกติทางจิตหรือสังคมในระดับรุนแรง มีความตั้งใจที่จะฆ่าตัวตายและจำเป็นต้องได้รับการรักษา หรือมีแนวโน้มที่จะส่งผลกระทบต่อการศึกษา, ผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะปัจจุบันต้องได้รับการรักษาในอาการที่เกี่ยวข้องกับภาวะตื่นตระหนก, ผู้ป่วยที่มีภาวะเจ็บป่วยอื่นๆที่จำเป็นต้องได้รับการรักษาทางการแพทย์อย่างใกล้ชิดและไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้อย่างปกติทั้งในกรณีรายบุคคลและการอยู่ร่วมกันเป็นกลุ่ม อย่างไรก็ตามในกรณีที่ผู้ป่วยที่มีภาวะวิตกกังวล/ ซึมเศร้าที่จำเป็นต้องได้รับการรักษาด้วยยาจะต้องยินยอมที่จะไม่ปรับเปลี่ยนยาในช่วงเวลาของการศึกษา
ผลลัพธ์และเครื่องมือที่ใช้ในการประเมิน	1.ระดับความรุนแรงของอาการตื่นตระหนก (severity of panic symptoms) โดยใช้ Panic disorder severity scale-self report (PDSS-SR) ที่ประกอบด้วยการประเมินความรุนแรงใน 7 อาการแสดงที่เกี่ยวข้องกับโรคตื่นตระหนกได้แก่ 1.1 ความถี่ของการมีอาการตื่นตระหนก 1.2 ความทุกข์ใจขณะที่มีอาการตื่นตระหนก

ตาราง 4.2 สรุปผลการถ่วงน้ำหนักข้อมูลจากงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในผู้ป่วยโรคตื่นตระหนกที่มีหรือไม่มีโรคอะโกราโฟเบีย (ต่อ)

เรื่องที่ 5 (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
ผลลัพธ์และเครื่องมือที่ใช้ในการประเมิน (ต่อ)	1.3 ภาวะวิตกกังวล (ความกังวลเกี่ยวกับการเกิดภาวะตื่นตระหนกในอนาคต) 1.4 ความกลัวและการหลีกเลี่ยงภาวะอะโกราโฟเบีย (Agoraphobia) 1.5 ความกลัวและการหลีกเลี่ยงภาวะการสบโอกาสเสี่ยงภัย (interoceptive fear and avoidance) 1.6 ความผิดปกติหรือผลกระทบต่อความสามารถในการทำงาน 1.7 ความผิดปกติหรือผลกระทบต่อความสามารถในการมีปฏิสัมพันธ์ในสังคม (social functioning) คะแนนจาก PDSS-SR จะอยู่ระหว่าง 0-28 คะแนน ซึ่งคะแนนยิ่งสูงจะบ่งชี้ถึงความรุนแรงของอาการตื่นตระหนก โดยระดับคะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 8 อยู่ในระดับเริ่มมีอาการถ้าคะแนนเท่ากับ 8-13 อยู่ในระดับเล็กน้อย ส่วนระดับรุนแรง คะแนนมากกว่า 13 ขึ้นไป แบบประเมินนี้มีค่าของ Cronbach's $\alpha = 0.92$ และค่าของ intraclass correlation coefficient = 0.81 ซึ่งถือว่าอยู่ในระดับเกณฑ์ดี โดยใช้ The MINI-Plus (Dutch version) ที่มีลักษณะดังนี้เป็นแบบสัมภาษณ์อย่างสั้นสำหรับการวินิจฉัยแบ่งกลุ่มผู้ป่วยเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มที่มีอาการแสดงในระดับเล็กน้อย และกลุ่มที่มีอาการแสดงในระดับเริ่มมีอาการ การสัมภาษณ์ดำเนินการโดยใช้โทรศัพท์ โดยเจ้าหน้าที่ที่มีประสบการณ์และผ่านการอบรมมาแล้ว 2. อาการแสดงของภาวะอะโกราโฟเบีย โดยใช้แบบประเมิน The mobility inventory (MI; Dutch adapted version) ที่มีลักษณะดังนี้ สำหรับใช้ประเมินเรื่องการหลีกเลี่ยงภาวะอะโกราโฟเบีย (Agoraphobia) คะแนนจากการประเมินจะอยู่ระหว่าง 1-5 โดยคะแนนยิ่งสูงจะบ่งชี้ถึงความรุนแรงของการหลีกเลี่ยงภาวะอะโกราโฟเบีย เครื่องมือนี้มีค่าของ

ตาราง 4.2 สรุปผลการถ่วงน้ำหนักข้อมูลจากงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในผู้ป่วยโรคตื่นตระหนกที่มีหรือไม่มีโรคอะโรราโฟเบีย (ต่อ)

เรื่องที่ 5 (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
ผลลัพธ์และเครื่องมือที่ใช้ในการประเมิน (ต่อ)	test-retest reliability ในระดับดี, มี high internal consistencies และมีค่า validity ในเกณฑ์ดี 3.ภาวะวิตกกังวล ประเมินโดยใช้แบบประเมิน The dutch version of the hospital anxiety and depression scale (HADS) ที่มีลักษณะดังนี้ เป็นเครื่องมือที่พัฒนาขึ้นในรูปแบบ a brief self-report screening scale เพื่อใช้ในคลินิกผู้ป่วยนอก โดยมีค่าความเที่ยงของเครื่องมือ อยู่ระหว่าง 0.71-0.90 สำหรับ total subscale และ both subscales ในส่วนของ subscales for anxiety ประกอบด้วย 7 items ที่มีคะแนนระหว่าง 0-21 โดยคะแนนยิ่งสูงจะบ่งชี้ถึงความรุนแรงของภาวะวิตกกังวล 4. ภาวะซึมเศร้า โดยใช้ The dutch version of the beck depression inventory, secondary edition(BDI-II) ที่มีลักษณะดังนี้ เป็นแบบสอบถามลักษณะ self-report ที่มี 21 items ใช้เพื่อประเมินความรุนแรงของอาการแสดงของภาวะซึมเศร้าในช่วงสัปดาห์ที่ผ่านมาจะมีคะแนนระหว่าง 0-63 โดยคะแนนยิ่งสูงจะบ่งชี้ถึงระดับของความซึมเศร้าที่มากขึ้น 5. การประเมินด้านความคิดของการตื่นตระหนก (Cognitive measures for panic) โดยใช้ The dutch version of the panic appraisal inventory (PAI) ที่มีลักษณะดังนี้ เป็นเครื่องมือที่ใช้วัดความคิดที่เกี่ยวกับ PD เช่นการยอมรับการคาดการณ์ของการเกิดภาวะตื่นตระหนก (PAI-anticipatory) การยอมรับผลด้านลบของการเกิดภาวะตื่นตระหนก (PAI-consequence) และการยอมรับสมรรถภาพของตนเองในการปรับตัวเมื่อเกิดภาวะตื่นตระหนก (PAI-coping) โดยทั้ง 3 subscales ประกอบด้วย 15 items ซึ่งมีคะแนนระหว่าง 0 – 100 โดยคะแนนยิ่งสูงจะบ่งชี้ถึงสภาพด้านลบด้านความคิด 6. การควบคุมการรับรู้ (perceived control) โดยใช้ The dutch version of the mastery-scale ที่มีลักษณะดังนี้ใช้ในการประเมินการควบคุมการ

ตาราง 4.2 สรุปผลการถ่วงน้ำหนักข้อมูลจากงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในผู้ป่วยโรคตื่นตระหนกที่มีหรือไม่มีโรคอะโคราโฟเบีย (ต่อ)

เรื่องที่ 5 (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
ผลลัพธ์และเครื่องมือที่ใช้ในการประเมิน (ต่อ)	รับรู้ในรูปแบบต่างๆ คะแนนจะอยู่ระหว่าง 5-25 โดยคะแนนยิ่งสูงจะบ่งถึงความชำนาญในการควบคุม 7. คุณภาพชีวิต โดยใช้ The dutch version of the euroQol questionnaire (EQ-5D) ที่มีลักษณะดังนี้ ประกอบด้วยการประเมินใน 5 มิติ ได้แก่ ความสามารถในการเคลื่อนไหว (mobility), การดูแลตนเอง (self-care), การทำกิจวัตรประจำวัน (usual activities), ความเจ็บปวด/ความไม่สบาย (pain/discomfort), และความวิตกกังวล/ความซึมเศร้า (anxiety/depression) โดยแต่ละมิติมีตัวเลือกอยู่ 3 ระดับคือ ไม่มีปัญหา มีปัญหาปานกลางและมีปัญหาอย่างมาก แบบประเมินนี้จะเกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพใน 243 หัวข้อ โดยในแต่ละหัวข้อจะเกี่ยวข้องกับแบบให้คะแนนในช่วง 0-1 โดยทั่วไป 0 หมายถึงภาวะสุขภาพที่ไม่ดี และ 1 หมายถึงภาวะสุขภาพที่สมบูรณ์ 8. ประสิทธิภาพต่อค่าใช้จ่าย (cost-effectiveness) โดยใช้ The trimbos and institute of medical technology assessment questionnaire on cost associated with psychiatric illness (TIC-P) ที่มีการประเมินค่าใช้จ่ายในด้านต่างๆ เช่น ค่าใช้จ่ายโดยตรงจากการดูแลสุขภาพ ค่าใช้จ่ายทางอ้อมที่สัมพันธ์กับการดูแลสุขภาพ และค่าใช้จ่ายโดยตรงที่ไม่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพ เครื่องมือที่ใช้วัดตัวแปรด้านอื่นๆ 1. แบบสอบถามเพื่อประเมินเรื่องความเป็นไปได้ และการยอมรับการให้ intervention โดยให้ผู้เข้าร่วมโครงการเป็นคนประเมิน (post-test) 2. แบบสอบถามแบบ self-report questionnaire เพื่อเก็บข้อมูลในส่วน of ข้อมูลส่วนบุคคล เพศ อายุ เชื้อชาติ สถานภาพความเป็นอยู่ การศึกษา และอาชีพ 3. The alcohol use disorders identification test (AUDIT) ใช้เพื่อประเมินการดื่มสุรา

ตาราง 4.2 สรุปผลการถ่วงน้ำหนักข้อมูลจากงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในผู้ป่วยโรคตื่นตระหนกที่มีหรือไม่มีโรคอะโรราโฟเบีย (ต่อ)

เรื่องที่ 5 (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
ผลลัพธ์และเครื่องมือที่ใช้ในการประเมิน (ต่อ)	4. The treatment credibility questionnaire (TCQ) ใช้เพื่อประเมินความน่าเชื่อถือของการให้การรักษา
การเก็บข้อมูล	การเก็บข้อมูลในการศึกษาครั้งนี้จะประกอบด้วย 3 ส่วนคือ 1. การเก็บข้อมูลที่ช่วงเริ่มต้นโครงการ (baseline) 2. การเก็บข้อมูลในช่วงหลังการให้โปรแกรม ที่เวลา 3 เดือนถัดมา (Post-treatment) 3. การเก็บข้อมูลในช่วงติดตามผลการให้โปรแกรมที่เวลา 9 เดือน (Follow-up measurement)
การจัดกระทำ	กลุ่มผู้ป่วยจะมีการแบ่งกลุ่มผู้ป่วยเป็น 2 กลุ่มคือกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองโดยใช้วิธีสุ่มแบบบล็อก แบ่งชั้นในตัวแปรโรคอะโรราโฟเบียและระดับคะแนนในแบบประเมิน PDSS-SR โดยระดับคะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 8 อยู่ในระดับ เบื่อไม่มีอาการถ้าคะแนนเท่ากับ 8-13 อยู่ในระดับเล็กน้อย กลุ่มควบคุม : เป็นกลุ่ม Waiting list จะได้รับทราบถึงการได้รับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม หลังจากเริ่มโครงการไปแล้วประมาณ 4 เดือน จำนวน 129 คน กลุ่มทดลอง : กลุ่ม ที่ได้รับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม จำนวน 129 คน เนื้อหาของโปรแกรม โปรแกรมใช้ชื่อ “Don’t panic course” ซึ่งเน้นหลักการเรื่องการบำบัดด้านความคิดและพฤติกรรม ประกอบด้วยเนื้อหา ดังนี้ 1. การให้ความรู้/การศึกษาในด้านจิตวิทยาที่เกี่ยวข้องกับธรรมชาติและสรีรวิทยาของการเกิดความวิตกกังวลและภาวะตื่นตระหนก 2. การเปลี่ยนแปลงรูปแบบการดำเนินชีวิตเพื่อปรับปรุงในเรื่องสุขภาพทางกาย

ตาราง 4.2 สรุปผลการถ่วงน้ำหนักข้อมูลจากงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในผู้ป่วยโรคตื่นตระหนกที่มีหรือไม่มีโรคอะโรราโฟเบีย (ต่อ)

เรื่องที่ 5 (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
การจัดกระทำ (ต่อ)	3. การจัดการความเครียดโดยการเรียนรู้วิธีปรับตัวเพื่อรับมือกับความเครียด เพื่อป้องกันความเครียดที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง 4. เทคนิคการผ่อนคลาย เพื่อลดสิ่งกระตุ้นทางกายภาพ 5. การปรับโครงสร้างทางปัญญา (cognitive restructuring) เพื่อแก้ปัญหาความคิดเรื่องความตื่นตระหนกและความวิตกกังวลที่ผิดปกติ 6. การป้องกันการสบโอกาสเสี่ยงภัย (interoceptive exposure) เพื่อลดปัญหาความกลัวเกี่ยวกับ somatic sensations 7. เรื่องของการที่ผู้ป่วยจะเผชิญกับสถานการณ์ที่กลัวในชีวิตจริง (in vivo exposure) เพื่อลดปัญหาเรื่อง agoraphobic avoidance 8. การป้องกันการกลับเป็นซ้ำ (relapse prevention) ในแต่ละ session จะประกอบด้วยการอภิปรายเรื่องของการงานที่ได้รับมอบหมายให้ทำ การ feedback การเล่าเรื่อง/เหตุการณ์ต่างๆ ข้อมูลเกี่ยวกับเนื้อหา/ประเด็นที่กำลังจะเกิดขึ้น และการฝึกอบรมด้านทักษะการปฏิบัติ วิธีดำเนินการ กลุ่มทดลองจะได้รับโปรแกรมครั้งละ 2 ชั่วโมง ทุกสัปดาห์เป็นเวลา 8 สัปดาห์ โดยแบ่งผู้ป่วยกลุ่มละ 6-12 คน โครงการนี้ประกอบด้วย การดำเนินกิจกรรมโดยนักจิตวิทยา/เจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานด้านการป้องกันโรค เจ้าหน้าที่จะได้รับการฝึกอบรมและได้รับคู่มือประกอบการดำเนินกิจกรรมบำบัดนี้ ในช่วงของการให้โปรแกรม ผู้เข้าร่วมโครงการจะต้องประเมินความก้าวหน้าในแต่ละคน และหลังจากการได้รับโปรแกรม ครบแล้ว 3 เดือน จะมีการจัดกิจกรรมซ้ำ (a booster session)

ตาราง 4.2 สรุปผลการถ่วงน้ำหนักข้อมูลจากงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในผู้ป่วยโรคตื่นตระหนกที่มีหรือไม่มีโรคอะโคราโฟเบีย (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
ผลการวิจัย	เนื่องจากเป็นการศึกษาแนวปฏิบัติ (study protocol) ก่อนการทดลอง การวิเคราะห์ข้อมูลจึงเป็นในรูปแบบการนำเสนอผลที่คาดว่าจะได้รับการทดลอง ดังนี้ 1) ลดระดับความรุนแรงของอาการตื่นตระหนกในกลุ่มผู้ป่วยที่มีอาการแสดงในระดับ mild manifestation of MINI-DSM-IV panic disorder ลดจำนวนผู้ป่วยที่มีอาการของ PD ในกลุ่มที่มีอาการแสดงในระดับ subthreshold manifestation และช่วยในการวินิจฉัยภาวะตื่นตระหนก 2) ลดความรุนแรงของภาวะวิตกกังวล 3) ลดความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า 4) เพิ่มคุณภาพชีวิต 5) เพิ่มประสิทธิผลต่อค่าใช้จ่าย โดยเปรียบเทียบความแตกต่างในระยะก่อนทดลองกับระยะหลังทดลอง 3 เดือน ระยะก่อนทดลองกับระยะหลังทดลอง 9 เดือน และระยะหลังทดลอง 3 เดือนกับระยะหลังทดลอง 9 เดือน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
การนำไปใช้	รูปแบบของวิธีวิจัยและการให้ โปรแกรมของการศึกษารังนี้ น่าจะนำไปสู่ข้อมูล/ความรู้ในประเด็นต่างๆ ได้แก่ 1) การให้ 'Don't Panic intervention' เป็นการนำเสนอครั้งแรกที่มุ่งเน้นในเรื่องประสิทธิภาพของการให้ early intervention ในผู้ป่วยที่มีอาการตื่นตระหนกในระดับ sub-threshold หรือ mild PD เพื่อลด panic symptoms, เพิ่มคุณภาพชีวิตและเกิดต้นทุน-ประสิทธิผลที่ดี 2) ผลที่ได้จากการศึกษาในรูปแบบนี้ สามารถนำไปใช้กับกลุ่มศึกษาอื่นๆได้ เนื่องจากการเลือกผู้ป่วยและพื้นที่ในศึกษาที่เป็นไปในลักษณะจริง

ตาราง 4.2 สรุปผลการถ่วงน้ำหนักข้อมูลจากงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในผู้ป่วยโรคตื่นตระหนกที่มีหรือไม่มีโรคอะโกราโฟเบีย (ต่อ)

เรื่องที่ 6	Is internet-based CBT for panic disorder and agoraphobia as effective as face-to-face CBT?
ผู้แต่ง	Kiropoulos et al.
แหล่งตีพิมพ์/ปี	Journal of anxiety disorder/ 2008
หัวข้อ	รายละเอียด
วัตถุประสงค์ของงานวิจัย	เพื่อเปรียบเทียบประสิทธิภาพของการให้การดูแลผู้ป่วยโรคตื่นตระหนก ด้วยวิธีการบำบัดด้านความคิดและพฤติกรรมผ่านทางอินเทอร์เน็ต (Internet-based CBT) กับการบำบัดด้วยนักจิตวิทยาโดยตรง (Face-to-face CBT)
รูปแบบการงานวิจัย	Randomized controlled trial
ระดับงานวิจัย	A
สถานที่หรือแหล่งวิจัย	บ้านหรือที่ทำงานผ่านระบบอินเทอร์เน็ต และแผนกเวชปฏิบัติทั่วไปในมหาวิทยาลัยในเมืองวิกตอเรียประเทศออสเตรเลีย
กลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มตัวอย่าง กลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรคตื่นตระหนกทั้งที่มีและไม่มีอาการวิตกกังวลในสิ่งแวดล้อมที่ไม่คุ้นเคย หรือรู้สึกว่าคุณควบคุมได้น้อย (Agoraphobia) จำนวน 86 คน เป็นหญิง 62 คน (72.1%) และชาย 24 คน (27.9%) ที่เข้าร่วมโครงการผ่านทางเว็บไซต์ Panic online และ Australian mental website และจากสื่อในพื้นที่/สื่อในประเทศ เกณฑ์คัดเข้า 1. ผู้ป่วยอายุระหว่าง 18-70 ปี 2. ผู้ป่วยที่มีเชื้อชาติออสเตรเลียและอาศัยอยู่ในรัฐวิกตอเรียประเทศออสเตรเลีย 3. ได้รับการวินิจฉัยเบื้องต้นว่าเป็นโรคตื่นตระหนกตามเกณฑ์ของ Manual of mental disorders-IV (DSM-IV) และมีการประเมินโดย The Anxiety disorders interview schedule (ADIS-IV) ความรุนแรงของ

ตาราง 4.2 สรุปผลการถ่วงน้ำหนักข้อมูลจากงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในผู้ป่วยโรคตื่นตระหนกที่มีหรือไม่มีโรคอะโกราโฟเบีย (ต่อ)

เรื่องที่ 6 (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
กลุ่มตัวอย่าง (ต่อ)	โรคตื่นตระหนกประเมินจากคะแนนที่มากกว่า 2 จาก 9 คะแนน ของ The Clinician's nine-point severity rating scale in the ADIS-IV 4. ยินยอมที่จะไม่ได้รับการรักษาด้วยวิธีอื่นๆ ในขณะที่เข้าร่วมโครงการ 5. กรณีผู้ป่วยที่มีภาวะวิตกกังวล/ซึมเศร้าต้องได้รับการรักษาด้วยยานี้ ต้องได้รับยาในขนาดเดิมอย่างน้อย 12 สัปดาห์และยังคงมีภาวะของอาการตื่นตระหนกอยู่ เกณฑ์คัดออก ผู้ป่วยที่มีภาวะของโรคลมชัก, โรคหลอดเลือดสมอง, โรคจิตเภท, โรคกลุ่มอาการทางสมอง, โรคเกี่ยวกับหัวใจ, ดิสุรา/ยาเสพติด, บุคลิกภาพผิดปกติ และความดันโลหิตสูงเรื้อรัง
ผลลัพธ์และเครื่องมือที่ใช้ในการประเมิน	1. อาการตื่นตระหนก ประกอบด้วย 1.1 ระดับคะแนนทางคลินิกของโรคตื่นตระหนก (Panic disorder clinician rating) ใช้แบบประเมิน The Clinician's nine-point severity rating scale in the ADIS-IV 1.2 ระดับคะแนนทางคลินิกของโรคอะโกราโฟเบีย (Agoraphobia clinician rating) ใช้แบบประเมิน The Clinician's nine-point severity rating scale in the ADIS-IV 1.3 ระดับความรุนแรงของอาการตื่นตระหนก (Panic disorder severity) ใช้แบบประเมิน Panic disorder severity scale (PDSS) : เป็นเครื่องมือที่มีลักษณะเป็น scale ที่มี 7 หัวข้อ ที่ใช้ประเมินอาการแสดงของผู้ป่วยที่เกี่ยวข้องกับอาการตื่นตระหนก เช่น ความถี่ของการเกิดอาการตื่นตระหนก ความเครียดที่เกิดขึ้น ความกังวลจากการคาดการณ์ไปล่วงหน้า (anticipatory anxiety) ความกลัวและหลีกเลี่ยงเหตุการณ์ต่างๆ และอุปสรรคที่มีผลต่อการวางตัวในสังคมและการทำงาน เป็นรูปแบบของการประเมินด้วยตัวเอง (ค่าของ PDSS total score มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับ diagnosis form of ADIS-IV)

ตาราง 4.2 สรุปผลการถ่วงน้ำหนักข้อมูลจากงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในผู้ป่วยโรคตื่นตระหนกที่มีหรือไม่มีโรคอะโกราโฟเบีย (ต่อ)

เรื่องที่ 6 (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
ผลลัพธ์และเครื่องมือที่ใช้ในการประเมิน (ต่อ)	2. ความถี่อาการตื่นตระหนก (Panic attacks) ใช้แบบประเมิน Panic disorder severity scale (PDSS) : 3. ความคิดเกี่ยวกับอาการตื่นตระหนก(Panic cognition): ประกอบด้วย 3.1 อาการกลัวอะโกราโฟเบีย(Agoraphobia cognition) ใช้แบบประเมิน Agoraphobic cognition questionnaire (ACQ) : เป็นแบบสอบถามที่มีลักษณะตอบคำถามด้วยตนเอง 14 ข้อเพื่อใช้วัดความคิดที่เกี่ยวข้องกับประสบการณ์ที่เคยมีภาวะตื่นตระหนก โดยจะมีการให้คะแนนแบบระดับ 5 คะแนน ในเรื่องของความถี่ของการเกิดความคิดดังกล่าวในช่วงเวลาที่มีความวิตกกังวล จากคะแนน 0-4 (ไม่เคยเกิด-เกิดเป็นประจำ) 3.2 ความไวต่อความวิตกกังวล (Anxiety sensitivity profile) ใช้แบบประเมินAnxiety sensitivity profile (ASP) เป็นการวัดความไวต่อความวิตกกังวล (anxiety sensitivity)เครื่องมือประกอบด้วย 60 ข้อคำถามที่ผู้ป่วยจะให้คะแนนในแต่ละหัวข้อที่คิดว่าเห็นด้วยว่ามีอาการเหล่านี้เกิดขึ้น โดยคะแนนยิ่งสูงจะบ่งบอกว่ามีความเชื่อเกี่ยวกับความไวต่อความกลัว/ความวิตกกังวลที่เพิ่มสูงขึ้น การเฝ้าระวังถึงการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย (Body vigilance) ใช้แบบประเมิน Body vigilance scale (BVS) :มีลักษณะแบบ a four-item self-report scale ใช้เพื่อประเมินความสนใจ/ความเอาใจใส่กับความไวต่อการเปลี่ยนแปลงภายในร่างกาย โดยจะมีการให้คะแนนแต่ละอาการแสดงจากคะแนน 0 (None) ถึง 10 (extreme) 4. ภาวะความวิตกกังวล ความซึมเศร้าและความเครียด Depression, anxiety, stress ใช้แบบประเมิน Depression, anxiety, stress scales (DASS) :เครื่องมือนี้ประกอบด้วย 3 scales ในลักษณะ self-report เพื่อที่จะวัดสภาพทางอารมณ์ของภาวะความวิตกกังวล ความซึมเศร้าและ

ตาราง 4.2 สรุปผลการถ่วงน้ำหนักข้อมูลจากงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในผู้ป่วยโรคตื่นตระหนกที่มีหรือไม่มีโรคอะโรมาโทเฟเบีย (ต่อ)

เรื่องที่ 6 (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
ผลลัพธ์และเครื่องมือที่ใช้ในการประเมิน (ต่อ)	ความเครียดที่เกิดขึ้น ในแต่ละ scale จะประกอบด้วย 14 items และจะต้องมีการให้คะแนนในเรื่องของระดับความรุนแรง/ความถี่ที่เกิดขึ้นในช่วงหนึ่งสัปดาห์ที่ผ่านมา โดยจะมีคะแนนตั้งแต่ 0-3 5. คุณภาพชีวิต ในด้านสุขภาพกาย สุขภาพจิต การมีสัมพันธภาพในสังคม และเรื่องของสิ่งแวดล้อม (Quality of life : Physical, psychological, environmental and social domains) ใช้แบบประเมิน World health organizations quality of life (QOL:WHOQOL) : เป็นแบบย่อที่ประกอบด้วย 26 items แต่ละ item ประกอบด้วย 1 ใน 4 ของ sub-domains ได้แก่ แต่ละ item จะมีการให้คะแนนในลักษณะ a five-point Likert scale เครื่องมือนี้มีค่า internal consistency and validity ในระดับดี 6. ระดับการหายจากอาการตื่นตระหนก (Panic free status and end-state functioning) ใช้แบบประเมิน The Clinician's nine-point severity rating scale in the ADIS-IV และแบบประเมิน Panic disorder severity scale (PDSS) นักวิจัยหลายท่านพิจารณาเรื่องของการไม่มีภาวะตื่นตระหนกร่วมกับ a clinician panic severity rating เท่ากับ 2 หรือน้อยกว่าร่วมกัน และจัดเป็น high end-state functioning 7. การให้ความร่วมมือในการรักษา (Therapy alliance) ใช้แบบประเมิน Therapist alliance questionnaire (TAQ) : เป็นเครื่องมือที่ดัดแปลงจาก The helping alliance questionnaire-modified (HAQ-M) โดยประกอบด้วย 17 items ที่ให้ประเมินระดับความสัมพันธ์ของผู้ป่วยกับแพทย์/ทีมที่ให้การรักษาในลักษณะของความช่วยเหลือ หรือสัมพันธภาพในการรักษา โดยจะมีการให้คะแนนแบบ a Likert scale ที่มีคะแนนจาก 1 (strongly disagree) ถึง 6 (strongly agree) และประเมินจากคะแนนรวมที่ได้ โดยคะแนนที่สูงจะบ่งชี้ถึงสัมพันธภาพที่ดีในการรักษา 8. ความน่าเชื่อถือของการรักษา (Treatment credibility) ใช้แบบประเมิน Treatment credibility scale (TCS-M) :

ตาราง 4.2 สรุปผลการถ่วงน้ำหนักข้อมูลจากงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในผู้ป่วยโรคตื่นตระหนกที่มีหรือไม่มีโรคอะโคราโฟเบีย (ต่อ)

เรื่องที่ 6 (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
ผลลัพธ์และเครื่องมือที่ใช้ในการประเมิน (ต่อ)	ใช้เพื่อวัดการยอมรับในประสิทธิภาพของการรักษาที่ได้รับ ซึ่งจะมีการให้คะแนนจาก 0-10 และประเมินจากคะแนนรวมที่ได้ 9. ความพึงพอใจในการรักษา (Treatment satisfaction) ใช้แบบประเมิน Treatment satisfaction questionnaire-modified (TSQ) ประกอบด้วย 28 ข้อคำถาม แบ่งเป็น 4 ด้าน ได้แก่ 1) ประโยชน์ที่ผู้ป่วยได้รับจากส่วนต่างๆ ในโปรแกรมการรักษา จะมี 9 ข้อคำถาม 2) ความชอบ/ความชื่นชมของผู้ป่วยที่มีต่อแต่ละองค์ประกอบการรักษาจะมี 9 ข้อคำถาม 3) อาการของผู้ป่วยที่ดีขึ้น จะมี 5 ข้อคำถาม 4) การดำเนินชีวิตของผู้ป่วยที่ดีขึ้น จะมี 5 ข้อคำถาม ทุกข้อคำถามทั้งหมดจะมีการให้คะแนนจาก 0 (ไม่มีเลย) -7 (มากที่สุด) นอกจากนี้จะมีการ 3 หัวข้อที่ถามเพิ่มเติม คือ 1) ท่านมีความชอบโปรแกรมการรักษานี้แค่ไหน 2) ท่านมีความสุข/สนุกกับการติดต่อ สื่อสารกับผู้ให้การรักษาแค่ไหน จะมี การให้คะแนนจาก 0 (ไม่มีเลย) -7 (มากที่สุด) และ 3) โดยภาพรวมทั้งหมดท่านคิดว่ามีอาการดีขึ้นมากแค่ไหนหลังจากได้รับการรักษาด้วยโปรแกรมนี้ จะมีการให้คะแนนจาก 0 (ไม่มีเลย) -10 (มากที่สุด) และเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยเขียนประเมินในส่วนที่คิดว่าดีและแย่ที่สุดของโปรแกรมนี้ และแสดงความคิดเห็นว่าโปรแกรมนี้นำมาให้อาการดีขึ้นได้อย่างไร 10. ประสิทธิภาพของการรักษา (Treatment/contact efficiency) โดยเก็บจากจำนวนครั้งในการพบนักจิตวิทยาและนับเป็นนาที ส่วนแบบอินเทอร์เนตเก็บจากจำนวนการรับส่งจดหมายอิเล็กทรอนิกส์และจำนวนครั้งการโทรศัพท์ ส่วนการปฏิบัติตามแผนการรักษาและความเข้าใจในการรักษา พิจารณาโดยนักบำบัดเป็นผู้ให้คะแนน
การเก็บข้อมูล	การเก็บข้อมูลในการศึกษาครั้งนี้จะประกอบด้วย 2 ส่วนคือ 1. การประเมินก่อนให้โปรแกรม ประกอบด้วย การประเมินด้วยแบบสอบถามในส่วนของ PDSS, ASP, DASS, ACQ, BVS, QOL และ TCS

ตาราง 4.2 สรุปผลการถ่วงน้ำหนักข้อมูลจากงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในผู้ป่วยโรคตื่นตระหนกที่มีหรือไม่มีโรคอะโรราโฟเบีย (ต่อ)

เรื่องที่ 6 (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
การเก็บข้อมูล (ต่อ)	2. การประเมินหลังให้โปรแกรม(Post-treatment assessment) เมื่อครบ 12 สัปดาห์ ได้แก่ PDSS, ASP, DASS, ACQ, BVS, QOL, TAQ และ TSQ
การจัดกระทำ	ผู้ป่วยทั้งหมดจำนวน 86 คนที่ผ่านการประเมินเบื้องต้น แบ่งเป็น 2 กลุ่มโดยวิธีการสุ่ม (a random number table) ได้แก่ 1. กลุ่มที่ได้รับด้วยวิธีการบำบัดด้านความคิดและพฤติกรรมผ่านทางอินเทอร์เน็ต (panic online) เป็นเวลา 12 สัปดาห์ จำนวน 46 คน (54%) 2. กลุ่มที่ได้รับการบำบัดด้วยนักจิตวิทยาโดยตรง(face-to-face CBT) เป็นเวลา 12 สัปดาห์ จำนวน 40 คน (46%) กลุ่มควบคุม : Face-to-face CBT therapy เนื้อหาจะประกอบด้วยโปรแกรมมาตรฐานของ CBT โดยผู้ป่วยจะได้รับการบำบัดครั้งละหนึ่งชั่วโมงต่อสัปดาห์เป็นเวลา 12 สัปดาห์ จากนักจิตวิทยาที่ Department of General Practice, Monash University หรือที่ The Baker Heart Research Institute ใน session แรก ผู้ป่วยจะได้รับคู่มือเรื่อง “Mastery of Your Anxiety and Panic-Third Edition (MAP-3)” ซึ่งในคู่มือนี้จะกล่าวถึงเหตุผลของการบำบัดด้วย CBT (ที่ใช้เวลา 12 สัปดาห์) และจะเน้นที่หลักการทางด้านความคิดและพฤติกรรม ที่ครอบคลุมด้านต่างๆ เช่นการควบคุมการหายใจ การปรับโครงสร้างทางปัญญา (cognitive restructuring) การป้องกันการสบโอกาสเสี่ยงภัย (interoceptive exposure) และเรื่องของการที่ผู้ป่วยจะเผชิญกับ phobic stimuli ในชีวิตจริง (situational exposure) ที่มีเนื้อหาเหมือนกับโปรแกรม panic online ผู้ป่วยจะได้รับมอบหมายให้อ่านเนื้อหาทุกสัปดาห์และมีงาน/กิจกรรมให้ทำผ่านทางคู่มือนี้โดยมีนักจิตวิทยาให้ความช่วยเหลือตลอดการใช้โปรแกรมนี้

ตาราง 4.2 สรุปผลการถ่วงน้ำหนักข้อมูลจากงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในผู้ป่วยโรคตื่นตระหนกที่มีหรือไม่มีโรคอะโรราโฟเบีย (ต่อ)

เรื่องที่ 6 (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
การจัดกระทำ (ต่อ)	กลุ่มทดลอง : Panic Online โปรแกรมนี้ประกอบด้วยเนื้อหาเบื้องต้น 1 module, เนื้อหาเกี่ยวกับการเรียน 4 modules และเรื่องเกี่ยวกับการป้องกันการกลับเป็นซ้ำ 1 module วิธีการในการบำบัดนั้นเหมือนกับการบำบัดแบบมาตรฐาน (standard CBT) ที่ประกอบด้วย การควบคุมการหายใจ การปรับโครงสร้างทางปัญญา (cognitive restructuring) การป้องกันการสบโอกาสเสี่ยงภัย (interoceptive exposure) และเรื่องของการที่ผู้ป่วยจะเผชิญกับ phobic stimuli ในชีวิตจริง (situational exposure) นอกจากนี้จะมีเพิ่มเติมในเรื่องของการลดความเครียดและการลดการใช้ยา benzodiazepine การดำเนินการทั้งหมดโดยนักจิตวิทยาจำนวน 9 คน (ชาย 2 คนและหญิง 7 คน) ที่ได้รับการอบรมเรื่องการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมมาอย่างดี ซึ่งจะต้องติดต่อกับผู้ป่วยที่ได้รับมอบหมายผ่านทางอีเมล และจะต้องให้คำแนะนำผู้ป่วยตลอดระยะเวลาที่ใช้โปรแกรมนี้ นักจิตวิทยาจะต้องมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วยผ่านทางอีเมลรวมถึงให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยแต่ละคนตามความต้องการเฉพาะบุคคล ผู้ป่วยจะได้รับคำแนะนำให้อ่านเนื้อหาของ 1 module/สัปดาห์ และต้องฝึกปฏิบัติกิจกรรมที่มีอยู่ในแต่ละ module นักจิตวิทยาจะต้องได้ตอบอีเมลภายใน 24 ชั่วโมงหลังจากได้รับอีเมลนั้นๆ นอกจากนี้จะต้องมีการบันทึกเวลาที่ใช้ไปกับผู้ป่วยแต่ละคน เช่นเวลาที่ใช้ในการอ่าน/ตอบอีเมล การปฏิบัติกับผู้ป่วยที่นอกเหนือจากที่โปรแกรมกำหนด (เช่น การติดต่อทางโทรศัพท์) ส่วนใหญ่ผู้ป่วยจะมีการใช้โปรแกรมนี้จากที่บ้าน
ผลการวิจัย	With in group ผลการศึกษาแบ่งเป็นรายด้านดังนี้ 1.อาการตื่นตระหนก (ระดับคะแนนทางคลินิกของโรคตื่นตระหนก, ระดับคะแนนทางคลินิกของโรคอะโรราโฟเบีย, ระดับความรุนแรงของอาการตื่นตระหนก)

ตาราง 4.2 สรุปผลการถ่วงน้ำหนักข้อมูลจากงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในผู้ป่วยโรคตื่นตระหนกที่มีหรือไม่มีโรคอะโคราโฟเบีย (ต่อ)

เรื่องที่ 6 (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
ผลการวิจัย (ต่อ)	กลุ่มทดลองที่ได้รับการบำบัดด้านความคิดและพฤติกรรมผ่านทางอินเทอร์เน็ต ในระยะก่อนให้โปรแกรมกับระยะหลังให้โปรแกรม 12 สัปดาห์เปรียบเทียบกับระดับคะแนนทางคลินิกของโรคตื่นตระหนก, ระดับคะแนนทางคลินิกของโรคอะโคราโฟเบีย, ระดับความรุนแรงของอาการตื่นตระหนก ทั้งสามตัวแปร พบว่าหลังได้รับโปรแกรมกลุ่มศึกษาทั้งสองกลุ่มมีคะแนนในเรื่องดังกล่าวดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ส่วนกลุ่มทดลองที่ได้รับการบำบัดด้วยนักจิตวิทยาโดยตรง ในระยะก่อนให้โปรแกรมกับระยะหลังให้โปรแกรม 12 สัปดาห์ เปรียบเทียบกับระดับคะแนนทางคลินิกของโรคตื่นตระหนก, ระดับคะแนนทางคลินิกของโรคอะโคราโฟเบีย, ระดับความรุนแรงของอาการตื่นตระหนก ทั้งสามตัวแปร พบว่าหลังได้รับโปรแกรมกลุ่มศึกษาทั้งสองกลุ่มมีคะแนนในเรื่องดังกล่าวดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 2. ความถี่ของอาการตื่นตระหนก กลุ่มทดลองที่ได้รับการบำบัดด้านความคิดและพฤติกรรมผ่านทางอินเทอร์เน็ต ในระยะก่อนให้โปรแกรมกับระยะหลังให้โปรแกรม 12 สัปดาห์ในเรื่องของจำนวนครั้งของการเกิดภาวะตื่นตระหนกในช่วง 1 เดือน ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ($p=0.00$) กลุ่มทดลองที่ได้รับการบำบัดด้วยนักจิตวิทยาโดยตรง ในระยะก่อนให้โปรแกรมกับระยะหลังให้โปรแกรม 12 สัปดาห์ในเรื่องของจำนวนครั้งของการเกิดภาวะตื่นตระหนกในช่วง 1 เดือน ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ($p=0.007$) 3. ความคิดเกี่ยวกับอาการตื่นตระหนก (ความรู้เกี่ยวกับอาการกลัว ความไวต่อความวิตกกังวล การเฝ้าระวังถึงการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย): กลุ่มทดลองที่ได้รับการบำบัดด้านความคิดและพฤติกรรมทั้ง 2 รูปแบบ ในระยะก่อนให้โปรแกรมกับระยะหลังให้โปรแกรม 12 สัปดาห์เปรียบเทียบกับระดับความรู้เกี่ยวกับอาการกลัว ความไวต่อความ

ตาราง 4.2 สรุปผลการถ่วงน้ำหนักข้อมูลจากงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในผู้ป่วยโรคตื่นตระหนกที่มีหรือไม่มีโรคอะโรราโฟเบีย (ต่อ)

เรื่องที่ 6 (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
ผลการวิจัย (ต่อ)	วิตกกังวล การเฝ้าระวังถึงการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย ทั้งสามตัวแปร พบว่าหลังได้รับโปรแกรมกลุ่มศึกษาทั้งสองกลุ่มมีคะแนนในเรื่องดังกล่าวดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 4. ภาวะความวิตกกังวล ความซึมเศร้าและความเครียด DASS (depression, anxiety, and stress) : กลุ่มทดลองที่ได้รับการบำบัดด้านความคิดและพฤติกรรมทั้ง 2 รูปแบบ ในระยะก่อนให้โปรแกรมกับระยะหลังให้โปรแกรม 12 สัปดาห์ เปรียบเทียบกับระดับภาวะความวิตกกังวล ความซึมเศร้าและความเครียด เปลี่ยนแปลงทางร่างกาย ทั้งสามตัวแปร พบว่าหลังได้รับโปรแกรมกลุ่มศึกษาทั้งสองกลุ่มมีคะแนนในเรื่องดังกล่าวดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 5. คุณภาพชีวิต ในด้านสุขภาพกาย สุขภาพจิต การมีสัมพันธภาพในสังคม และเรื่องของสิ่งแวดล้อม QOL (physical, psychological, environment, social domains): กลุ่มทดลองที่ได้รับการบำบัดด้านความคิดและพฤติกรรมทั้ง 2 รูปแบบ ในระยะก่อนให้โปรแกรมกับระยะหลังให้โปรแกรม 12 สัปดาห์ เปรียบเทียบกับระดับ คุณภาพชีวิต ในด้านสุขภาพกาย สุขภาพจิต การมีสัมพันธภาพในสังคม และเรื่องของสิ่งแวดล้อม ทั้งสี่ตัวแปร พบว่าหลังได้รับโปรแกรมกลุ่มศึกษาทั้งสองกลุ่มมีคะแนนในเรื่องดังกล่าวดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 6. ระดับการหายจากอาการตื่นตระหนก (Panic free status and end-stage functioning) กลุ่มทดลองที่ได้รับการบำบัดด้านความคิดและพฤติกรรมทั้ง 2 รูปแบบ ในระยะก่อนให้โปรแกรมกับระยะหลังให้โปรแกรม 12 สัปดาห์ พบว่า ระดับคะแนนทางคลินิกของโรคตื่นตระหนกร่วมกับไม่มีอาการตื่นตระหนกดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตาราง 4.2 สรุปผลการถ่วงน้ำหนักข้อมูลจากงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในผู้ป่วยโรคตื่นตระหนกที่มีหรือไม่มีโรคอะโคราโฟเบีย (ต่อ)

เรื่องที่ 6 (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
ผลการวิจัย (ต่อ)	Between group 1. Panic parameters (ระดับคะแนนทางคลินิกของโรคตื่นตระหนก, ระดับคะแนนทางคลินิกของโรคอะโคราโฟเบีย, ระดับความรุนแรงของอาการตื่นตระหนก) ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มทดลองที่ได้รับการบำบัดด้านความคิดและพฤติกรรมผ่านทางอินเทอร์เน็ตกับกลุ่มทดลองที่ได้รับการบำบัดด้วยนักจิตวิทยาในระยะก่อนให้โปรแกรมกับระยะหลังให้โปรแกรม 12 สัปดาห์ ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 2. อาการตื่นตระหนก (Panic attacks) ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มทดลองที่ได้รับการบำบัดด้านความคิดและพฤติกรรมผ่านทางอินเทอร์เน็ตกับกลุ่มทดลองที่ได้รับการบำบัดด้วยนักจิตวิทยาในระยะก่อนให้โปรแกรมกับระยะหลังให้โปรแกรม 12 สัปดาห์ ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 3. ความคิดเกี่ยวกับอาการตื่นตระหนก (ความรู้เกี่ยวกับอาการกลัว ความไวต่อความวิตกกังวล การเฝ้าระวังถึงการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย): ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มทดลองที่ได้รับการบำบัดด้านความคิดและพฤติกรรมผ่านทางอินเทอร์เน็ตกับกลุ่มทดลองที่ได้รับการบำบัดด้วยนักจิตวิทยาในระยะก่อนให้โปรแกรมกับระยะหลังให้โปรแกรม 12 สัปดาห์ ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 4. ภาวะความวิตกกังวล ความซึมเศร้าและความเครียด ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มทดลองที่ได้รับการบำบัดด้านความคิดและพฤติกรรมผ่านทางอินเทอร์เน็ตกับกลุ่มทดลองที่ได้รับการบำบัดด้วยนักจิตวิทยาในระยะก่อนให้โปรแกรมกับระยะหลังให้โปรแกรม 12 สัปดาห์ ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตาราง 4.2 สรุปผลการถ่วงน้ำหนักข้อมูลจากงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในผู้ป่วยโรคตื่นตระหนกที่มีหรือไม่มีโรคอะโรมาโทส (ต่อ)

เรื่องที่ 6 (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
ผลการวิจัย (ต่อ)	5. คุณภาพชีวิต ในด้านสุขภาพกาย สุขภาพจิต การมีสัมพันธภาพในสังคม และเรื่องของสิ่งแวดล้อม ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มทดลองที่ได้รับการบำบัดด้านความคิดและพฤติกรรมผ่านทางอินเทอร์เน็ตกับกลุ่มทดลองที่ได้รับการบำบัดด้วยนักจิตวิทยาในระยะก่อนให้โปรแกรมกับระยะหลังให้โปรแกรม 12 สัปดาห์ ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 6. ระดับคะแนนทางคลินิกของโรคตื่นตระหนกร่วมกับไม่มีอาการตื่นตระหนก (Panic free status and end-stage functioning) ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มทดลองที่ได้รับการบำบัดด้านความคิดและพฤติกรรมผ่านทางอินเทอร์เน็ตกับกลุ่มทดลองที่ได้รับการบำบัดด้วยนักจิตวิทยาในระยะก่อนให้โปรแกรมกับระยะหลังให้โปรแกรม 12 สัปดาห์ ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 7. การให้ความร่วมมือในการรักษา (Therapy alliance) ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มทดลองที่ได้รับการบำบัดด้านความคิดและพฤติกรรมผ่านทางอินเทอร์เน็ตกับกลุ่มทดลองที่ได้รับการบำบัดด้วยนักจิตวิทยาในเรื่องความร่วมมือในการรักษา ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 8. ความน่าเชื่อถือของการรักษา (Treatment credibility) ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มทดลองที่ได้รับการบำบัดด้านความคิดและพฤติกรรมผ่านทางอินเทอร์เน็ตกับกลุ่มทดลองที่ได้รับการบำบัดด้วยนักจิตวิทยาในเรื่องความน่าเชื่อถือของการรักษา ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 9. ความพึงพอใจในการรักษา (Treatment satisfaction) กลุ่มทดลองที่ได้รับการบำบัดด้วยนักจิตวิทยาโดยตรง มีคะแนนในเรื่องของความรู้สึกรู้สึกสบายใจกับการสื่อสารกับนักจิตวิทยามากกว่ากลุ่ม

ตาราง 4.2 สรุปผลการถ่วงน้ำหนักข้อมูลจากงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในผู้ป่วยโรคตื่นตระหนกที่มีหรือไม่มีโรคอะโคราโฟเบีย (ต่อ)

เรื่องที่ 6 (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
ผลการวิจัย (ต่อ)	ทดลองที่ได้รับการบำบัดด้านความคิดและพฤติกรรมผ่านทางอินเทอร์เน็ตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ ($p < 0.05$) ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มทดลองที่ได้รับการบำบัดด้านความคิดและพฤติกรรมผ่านทางอินเทอร์เน็ตกับกลุ่มทดลองที่ได้รับการบำบัดด้วยนักจิตวิทยาในเรื่องของความพึงพอใจในการรักษาแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 10. ประสิทธิภาพของการรักษา (Treatment/contact efficiency) กลุ่มทดลองที่ได้รับการบำบัดด้วยนักจิตวิทยาโดยตรง มีระยะเวลาที่ใช้ในการรักษาทั้งหมดมากกว่ากลุ่มทดลองที่ได้รับการบำบัดด้านความคิดและพฤติกรรมผ่านทางอินเทอร์เน็ตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ ($p < 0.05$) กลุ่มทดลองที่ได้รับการบำบัดด้วยนักจิตวิทยาโดยตรง มีคะแนนในเรื่องการปฏิบัติตามแผนการรักษาและความเข้าใจในแผนการรักษาสูงกว่ากลุ่มทดลองที่ได้รับการบำบัดด้านความคิดและพฤติกรรมผ่านทางอินเทอร์เน็ตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ ($p < 0.00$)
การนำไปใช้	การบำบัดด้านความคิดและพฤติกรรม ผ่านทางอินเทอร์เน็ต การรักษาโดยใช้ อินเทอร์เน็ตเป็นสื่อกลาง มีประสิทธิภาพได้ผลเหมือนการรักษาแบบมาตรฐาน (face-to-face CBT) ในการรักษาผู้ป่วยโรคตื่นตระหนกที่มีหรือไม่มีโรคอะโคราโฟเบียร่วมด้วย ดังนั้นการบำบัดด้านความคิดและพฤติกรรม ผ่านทางอินเทอร์เน็ต การรักษาโดยใช้อินเทอร์เน็ต เป็นสื่อกลาง นั้นเป็นทางเลือกแบบหนึ่งในการรักษาภาวะตื่นตระหนกโดยมีประสิทธิภาพที่ดี และมีการใช้กำลังคนน้อยกว่าการรักษาแบบมาตรฐานอย่างชัดเจน นอกจากนี้ยังสามารถนำไปปรับใช้ได้ในพื้นที่และเวลาที่เหมาะสมรวมถึงมีข้อดีในเรื่องของความคุ้มค่าในการรักษาด้วย (cost-effective treatment)

ตาราง 4.2 สรุปผลการถ่วงน้ำหนักข้อมูลจากงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในผู้ป่วยโรคตื่นตระหนกที่มีหรือไม่มีโรคอะโกราโฟเบีย (ต่อ)

เรื่องที่ 7	Is combined therapy more effective than either CBT or SSRI alone? Results of a multicenter trial on panic disorder with or without agoraphobia
ผู้แต่ง	Van Apeldoorn et al.
แหล่งตีพิมพ์/ปี	Acta Psychiatrica Scandinavica / 2008
หัวข้อ	รายละเอียด
วัตถุประสงค์ของงานวิจัย	เพื่อศึกษาเปรียบเทียบประสิทธิผล การรักษาร่วมระหว่างการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม(CBT)และ ยาในกลุ่ม Selective serotonin reuptake inhibitors(SSRI) กับประสิทธิผลของการรักษาแบบ CBT หรือ SSRI เพียงอย่างเดียว และรวมถึงการเปรียบเทียบการรักษาแบบ CBT และ SSRI ด้วย
รูปแบบการงานวิจัย	Randomized controlled trial
ระดับงานวิจัย	A
สถานที่หรือแหล่งวิจัย	มหาวิทยาลัย ,ศูนย์วิจัยและคลินิกจิตเวช ในประเทศเนเธอร์แลนด์
กลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มตัวอย่าง ผู้เข้าร่วมโครงการรับทราบข้อผ่านทางสื่อโฆษณาและใบปลิว ซึ่งจะอยู่ในคลินิกแพทย์ทั่วไป รับสมัครเข้าร่วมโครงการ ตั้งแต่ เมษายน 2001 ถึง กันยายน 2003 และมีการแจ้งหลักเกณฑ์และจะได้รับการร้องขอให้ร่วมทำการวิจัย จำนวน 150 คน เป็นผู้หญิง ประมาณ 54.7 % อายุเฉลี่ย 37.5 (ช่วงระหว่าง 18-61 ปี) เกณฑ์คัดเข้า มีอายุระหว่าง 18-65 ปี ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคตื่นตระหนก (Panic Disorder with agoraphobia:PDA) การคัดกรองผู้ป่วยทำโดยการสัมภาษณ์, The MINI จากเกณฑ์ DSM-IV (APA, 1994) สำหรับ AXIS I Disorder เป็นโรคตื่นตระหนกที่พบร่วมและไม่ร่วมกับอะโกราโฟเบีย

ตาราง 4.2 สรุปผลการถ่วงน้ำหนักข้อมูลจากงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในผู้ป่วยโรคตื่นตระหนกที่มีหรือไม่มีโรคอะโคราโฟเบีย (ต่อ)

เรื่องที่ 7 (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
กลุ่มตัวอย่าง (ต่อ)	เกณฑ์คัดออก ผู้ป่วยที่ตั้งครรภ์ มารดามีบุตรอยู่ในวัยทารก ผู้ที่มีความคิดฆ่าตัวตาย มีอาการทางจิตรุนแรง ซึมเศร้ารุนแรง โรคอื่นที่อาจขัดขวางเป็นอุปสรรคต่อการเข้าร่วมการศึกษา ผู้ป่วยใช้ยาทางจิตเวชตัวอื่นๆ ยกเว้น ยา Benzodiazepine ในปริมาณไม่เกิน 20 mg/วัน
ผลลัพธ์และเครื่องมือที่ใช้ในการประเมิน	1. อาการกลัวอะโคราโฟเบีย (Regarding Avoidance) ใช้แบบประเมิน Fear Questionnaire (FQ-AG) 2. ความวิตกกังวล (Anxiety) ใช้แบบประเมิน The Hamilton Anxiety Rating Scale (HAM-A) 3.ภาวะซึมเศร้า (Depression) ใช้แบบประเมิน The Hamilton Depression Rating Scale (HAM-D) 4. อาการทางจิตโดยทั่วไป (General psychopathology) ใช้แบบประเมิน Symptoms Checklist (SCL-90) 5. สถานภาพการตอบสนอง (Responder status) ใช้แบบประเมิน The Clinical Global Improvement scale (CGI) 6. การหายจากอาการตื่นตระหนก (Panic free status) ใช้แบบประเมิน The patient global evaluation (PGE)
การเก็บข้อมูล	การเก็บข้อมูลในการศึกษาครั้งนี้จะประกอบด้วย 2 ส่วนคือ 1. ก่อนการให้โปรแกรม 2. หลังการให้โปรแกรม 9 เดือน
การจัดกระทำ	กลุ่มควบคุม : ไม่มีกลุ่มควบคุม กลุ่มทดลอง : ผู้ป่วยโรคตื่นตระหนกจำนวน 150 คน ถูกสุ่มโดยการจับฉลาก แบ่งเป็น 3 กลุ่ม 1. กลุ่มที่ได้รับการบำบัดแบบ CBT จำนวน 53 คน 2. กลุ่มที่ได้รับการรักษาแบบ SSRI จำนวน 48 คน 3. กลุ่มที่ได้รับการรักษาทั้ง 2 วิธี โดยวิธี CBT และ SSRI จำนวน 49 คน

ตาราง 4.2 สรุปผลการถ่วงน้ำหนักข้อมูลจากงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในผู้ป่วยโรคตื่นตระหนกที่มีหรือไม่มีโรคอะโรมาโทเฟเบีย (ต่อ)

เรื่องที่ 7 (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
การจัดกระทำ (ต่อ)	โดยแบ่งกลุ่มบำบัดในแต่ละสถานที่ ผู้ป่วย 63 คน บำบัดที่มหาวิทยาลัยที่มีแพทย์ฝึกหัด 2 แห่ง และศูนย์วิจัย ผู้ป่วย 42 คน บำบัดที่ศูนย์วิจัยแห่งมหาวิทยาลัย 2 แห่ง และผู้ป่วย 45 คน บำบัดที่คลินิกทางจิตเวช 7 แห่ง ใช้นักบำบัดใน 2 มหาวิทยาลัยแพทย์ฝึกหัด และศูนย์วิจัยการบำบัดแบบทางความคิดและพฤติกรรมทำโดยนักบำบัดที่เป็นบัณฑิตศึกษา ซึ่งได้รับการฝึกฝนเป็นเวลานาน และมีการเก็บข้อมูลอย่างละเอียดถี่ถ้วน ส่วนในศูนย์วิจัยที่เหลือการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมทำโดยนักจิตวิทยาที่มีประสบการณ์ ผู้บำบัดจิตทุกคนได้รับการควบคุมดูแลอย่างต่อเนื่อง และการบำบัดแบบ SSRI ทำโดยจิตแพทย์ผู้ชำนาญการจิตแพทย์ฝึกหัดหรือแพทย์ที่ได้รับการฝึกฝนมาแล้ว ทีมวิจัยตั้งอยู่ที่วิทยาลัยแพทย์ใน Groningen ซึ่งจะคอยตอบคำถาม รวมไปถึงดูแลวิธีการรักษา (คู่มือ) หรือการออกแบบการวิจัยด้วย กลุ่มที่ 1 การบำบัดแบบ CBT ผู้ป่วยในกลุ่มที่ได้รับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม นั้นจะได้รับการบำบัดแบบทางความคิดและพฤติกรรมถึง 18 หน่วยโดยแต่ละครั้งกินเวลาประมาณ 50 นาที เพื่อป้องกันการกลับมาของอาการกลัว ช่วงระหว่างการรักษานั้นจะมีการเพิ่มความถี่ของการรักษา (จาก 1 ครั้ง/สัปดาห์ เป็น 2 ครั้ง/สัปดาห์) และดำเนินการรักษาไปถึงหน่วยที่ 16 จะมีความถี่ของการรักษาอยู่ที่ 5 ครั้ง/สัปดาห์ หน่วยที่ 1 หลักการพื้นฐานของกลุ่มทดลองมีการใช้รูปแบบการรักษาด้านความคิดความเข้าใจของคาร์ก (Clark, 1986) หน่วยที่ 2 มีการแนะนำการฝึกเผชิญหน้าและให้มีการออกกำลังกายควบคู่ไปด้วย(ตั้งแต่หน่วยที่ 2 ถึง 6) เพื่อกระตุ้นประสาทสัมผัสทางร่างกายซึ่งเกิดขึ้นตามธรรมชาติ ไม่อันตรายหรือมีความรุนแรง

ตาราง 4.2 สรุปผลการถ่วงน้ำหนักข้อมูลจากงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในผู้ป่วยโรคตื่นตระหนกที่มีหรือไม่มีโรคอะโรมาโทเฟเบีย (ต่อ)

เรื่องที่ 7 (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
การจัดกระทำ (ต่อ)	หน่วยที่ 6 เป็นต้นไป คนไข้จะได้รับการปรับเปลี่ยนโครงสร้างทางความคิดซึ่งคนไข้จะต้องเข้าใจเกี่ยวกับบทบาทของความคิดในอารมณ์ต่างๆ ที่ถูกต้องร่วมกันกับความคิดที่นำไปสู่ความเชื่อเฉพาะบุคคล การประเมินและการตั้งข้อสันนิษฐานทางความคิด คนไข้จะถูกทดสอบความคิดนั้นว่าถูกต้องหรือไม่ โดยการพิจารณาหลักฐานต่างๆ ที่มีอยู่แล้ว และหลักฐานใหม่ที่เป็นประโยชน์ ทั้งหมดจะถูกประเมินเพื่อหาความคิดอัตโนมัติ ยกตัวอย่าง เช่น ถ้าฉันตื่นตกใจ ฉันจะเป็นลม หน้ามืด และความเชื่อในระดับลึกหรือ (เช่น ฉันอ่อนแอ) โดยดูได้จากกริยาท่าทาง พื้นฐานของการทดสอบสมมติฐาน สมมติฐานที่มีมากขึ้นเกิดจากหลักฐานที่มากขึ้นด้วย หน่วยที่ 10 เริ่มมีการให้คำแนะนำเพื่อให้ผู้ป่วยเผชิญหน้าด้วยตัวเองในสิ่งแวดล้อม เมื่อเริ่มการเผชิญหน้าความกลัวจะเข้ามาในความคิดตามลำดับขั้นจากน้อยไปมาก ในระหว่างขั้นตอนคนไข้จะมีการเผชิญหน้าโดยได้รับการดูแลจากนักบำบัดอย่างต่อเนื่อง โดยวิธีการนี้จะให้คนไข้ได้อยู่กับสถานการณ์ที่น่ากลัวจนกระทั่งความวิตกกังวลลดลง แต่ในระหว่างการบำบัดนี้จะต้องไม่มีพฤติกรรมซ่อนตัวในที่ที่ปลอดภัย เพราะจะขัดขวางการบำบัดรักษาจาก หน่วยที่ 10 เป็นต้นไป จะใช้วิธีการปรับความคิดและ การเผชิญหน้าต่อสิ่งแวดล้อม โดยเน้นวิธีการใดวิธีหนึ่งเพื่อให้คนไข้บำบัดจิตใจเพื่อรักษาผู้ป่วย การมอบหมายการบ้านผ่านการรักษาและทำความเข้าใจกับคนไข้ถึงการเริ่มต้นในแต่ละ แต่ละแบบการรักษาแนวใหม่จะถูกแยกเป็นข้อๆ ของขั้นตอนวิธีการรักษา หลักการของวิธีการรักษาจะให้คนไข้เป็นใบกระดาษสามารถไปอ่านที่บ้านได้ คู่มือของการรักษาประกอบไปด้วยรายละเอียดของการรักษาแต่ละขั้นตอน จะส่งให้แก่ นักบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมทุกคน ตามแต่วิธีการรักษา ทั้งนักบำบัด และ

ตาราง 4.2 สรุปผลการถ่วงน้ำหนักข้อมูลจากงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในผู้ป่วยโรคตื่นตระหนกที่มีหรือไม่มีโรคอะโคราโฟเบีย (ต่อ)

เรื่องที่ 7 (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
การจัดกระทำ (ต่อ)	ผู้บำบัดทางการให้ยา จะมีข้อมูลของการรักษาที่สมบูรณ์ รายละเอียดต่างๆเหล่านี้จะถูกตรวจสอบจากทีมวิจัยทั้งหมด กลุ่มที่ 2 การบำบัดแบบ SSRI คนไข้ได้รับ SSRI ทั้งหมดจำนวน 9 ครั้ง ในช่วงเดือนแรกได้รับสัปดาห์ละ 1 ครั้ง และจำนวนครั้งที่เหลือกระจายไปตามระยะเวลาของการรักษา แต่ละครั้งใช้เวลาประมาณ 20 นาที วิธีสั่งยา SSRI ปรับการใช้ตามตำรับการใช้ยาของ Dutch psychiatry association โดยใช้ยาในประเทศเนเธอร์แลนด์มีตัวยาในกลุ่ม SSRI ทั้งหมด 5 ชนิด คือ fluvoxamine, fluoxetine, paroxetine, sertraline และ citalopram ระหว่างการใช้ยา SSRI ใน session แรก คนไข้จะได้รับข้อมูลทั่วไป ของ serotonergic pathways ในกลไกการทำงานในสมองที่เกี่ยวข้องกับอาการวิตกกังวล และการออกฤทธิ์ของยา SSRI ที่มีผลต่อโรคตื่นตระหนก คนไข้จะได้รับยาในขนาดที่ต่ำสุดก่อน แล้วจึงเพิ่มความเข้มข้นขึ้นจนมีขนาดตัวยาที่เหมาะสมในการรักษาในระยะ 1 เดือนแรกและ ปรับตัวยาตามอาการที่ตอบสนอง และความสามารถในการต้านทาน นักบำบัดโดยการให้ยาไม่ได้รับอนุญาตให้รักษาอาการหลังเลิกการเผชิญหน้าในระยะแรก และหลีกเลี่ยงสถานการณ์ที่คนไข้ต้องเผชิญหน้าด้วยตัวเองตามลำพัง กลุ่มที่ 3 การบำบัดแบบ CBT ร่วมกับ SSRI กลุ่มทดลองนี้ได้ใช้คู่มือของ CBT และ SSRI โดยทั้ง 2 แบบ การรักษาเริ่มต้นพร้อมกันและมีการรักษาควบคู่กันไป ทั้งการแบบ CBT และแบบ SSRI
ผลการวิจัย	With in group ในการศึกษา การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม(CBT) การบำบัดด้วย ยาในกลุ่ม Selective serotonin reuptake inhibitors(SSRI)

ตาราง 4.2 สรุปผลการถ่วงน้ำหนักข้อมูลจากงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในผู้ป่วยโรคตื่นตระหนกที่มีหรือไม่มีโรคอะโคราโฟเบีย (ต่อ)

เรื่องที่ 7 (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
ผลการวิจัย (ต่อ)	และการรักษาแบบ CBT กับ SSRI ร่วมกัน พบว่าอาการกลัวอะโคราโฟเบีย ความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า อาการทางจิตโดยทั่วไป สถานภาพการตอบสนอง การหายจากอาการตื่นตระหนก คะแนนก่อนการทดสอบมีความแตกต่างในทางที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญเมื่อเปรียบเทียบกับคะแนนหลังการทดสอบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ($P < 0.01$) Between group ความแตกต่างของสถานที่และการลดลงของผู้เข้าร่วมวิจัย พบว่าอัตราการถอนตัวของคนไข้ เมื่อเปรียบเทียบกันระหว่างสถานที่ (แบ่งกลุ่มสถานที่ 1-3 มองแยกเป็นส่วน : รูปแบบการศึกษา) และระหว่างสถานที่วิจัยและสถานที่ที่ไม่ใช่สำหรับทำการวิจัย (กลุ่มสถานที่ 1+2 เปรียบเทียบกับ สถานที่ 3) พบว่าไม่มีความแตกต่าง ($P = 0.92$ และ 0.85 ตามลำดับ) ข้อที่สองผลกระทบของวิธีการรักษาระหว่างสถานที่ที่ต่างกัน ไม่มีความแตกต่างกัน (ทั้งหมด $P \geq 0.09$) สุดท้ายวิเคราะห์โดยทำซ้ำกับคนไข้กลุ่มที่บำบัดด้วยวิธี CBT เพียงกลุ่มเดียว เนื่องจากเชื่อว่าความแตกต่างของสถานที่น่าจะมีผลกระทบมากที่สุดกับคนไข้ที่ได้รับการบำบัดด้วยวิธีนี้ โดยเปรียบเทียบสถานที่ 3 แห่ง และเปรียบเทียบระหว่างสถานที่วิจัยและสถานที่ที่ไม่ใช่สำหรับทำการวิจัย ซึ่งน่าจะมีผลมาจากความแตกต่างระหว่างสถานที่ที่ใช้ผู้บำบัดเป็นนักศึกษา (สถานที่ของกลุ่ม 1) และสถานที่ที่ใช้ผู้บำบัดที่มีประสบการณ์ในการทำงาน (สถานที่ของกลุ่ม 2 และ 3) โดยมองจากประสบการณ์ในการทำงานเป็นปัจจัยหลักในการศึกษา สำหรับคนไข้ที่ได้รับการบำบัดด้วยวิธี CBT ความแตกต่างของสถานที่ถูกวิเคราะห์ใน 3 ทาง และนำผลวิเคราะห์รวมเข้าด้วยกัน ซึ่งพบว่าอัตราที่คนไข้ถอนตัวจากการรักษาไม่ได้มีความแตกต่าง ($P > 0.95$) รวมทั้งผลลัพธ์อื่นๆของการรักษาด้วย ($P > 0.09$)

ตาราง 4.2 สรุปผลการถ่วงน้ำหนักข้อมูลจากงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในผู้ป่วยโรคตื่นตระหนกที่มีหรือไม่มีโรคอะโคราโฟเบีย (ต่อ)

เรื่องที่ 7 (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
ผลการวิจัย (ต่อ)	วิธีการบำบัดแบบ CBT + SSRI เทียบกับการบำบัดแบบ CBT ในการศึกษา การรักษาแบบ CBT กับ SSRI ร่วมกัน พบว่า อาการกลัวอะโคราโฟเบีย ความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า อาการทางจิต โดยทั่วไป คะแนนดีกว่าการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (CBT) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ($P < 0.001$) และ วิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า อาการทางจิตโดยทั่วไป สถานภาพการตอบสนอง การหายจากอาการตื่นตระหนก คะแนนดีกว่า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ($P < 0.002$) วิธีการบำบัดแบบ CBT + SSRI เทียบกับการบำบัดแบบ SSRI ในการศึกษาพบว่าการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (CBT) กับ SSRI ร่วมกัน ภาวะซึมเศร้า อาการทางจิตโดยทั่วไป คะแนนดีกว่า การหายจากอาการตื่นตระหนก การบำบัดด้วย ยาในกลุ่ม Selective serotonin reuptake inhibitors (SSRI) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ($P < 0.01$) วิธีการบำบัดแบบ CBT เทียบกับการบำบัดแบบ SSRI การวิเคราะห์แบบปกติพบว่าการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (CBT) กับการบำบัดด้วย ยาในกลุ่ม Selective serotonin reuptake inhibitors (SSRI) อาการกลัวอะโคราโฟเบีย ความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า อาการทางจิตโดยทั่วไป สถานภาพการตอบสนอง การหายจากอาการตื่นตระหนก คะแนนไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ($P > 0.03$) ส่วนการวิเคราะห์ข้อมูลแบบเจตนาปฏิบัติ(Intent-to-treat analysis:ITT) พบว่า การบำบัดด้วย ยาในกลุ่ม Selective serotonin reuptake inhibitors (SSRI) คะแนน ความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า อาการทางจิตโดยทั่วไป ดีกว่า การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม(CBT) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ($P=0.01, 0.02, 0.01$)ตามลำดับตัวแปร

ตาราง 4.2 สรุปผลการถ่วงน้ำหนักข้อมูลจากงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในผู้ป่วยโรคตื่นตระหนกที่มีหรือไม่มีโรคอะโคราโฟเบีย (ต่อ)

เรื่องที่ 7 (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
การนำไปใช้	การบำบัดด้วยวิธี CBT ความแตกต่างของสถานที่มหาวิทยาลัย , ศูนย์วิจัยและคลินิกจิตเวช โดยเปรียบเทียบสถานที่ 3 แห่ง พบว่าไม่แตกต่างกัน การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมได้ผลดีเพิ่มขึ้นเมื่อนำไปใช้ร่วมกับยาในกลุ่ม Selective serotonin reuptake inhibitors(SSRI)

ตาราง 4.2 สรุปผลการถ่วงน้ำหนักข้อมูลจากงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในผู้ป่วยโรคตื่นตระหนกที่มีหรือไม่มีโรคอะโกราโฟเบีย (ต่อ)

เรื่องที่ 8	Cognitive behavioral therapy for panic disorder and comorbidity: More of the same or less of more?
ผู้แต่ง	Craske et al.
แหล่งตีพิมพ์/ปี	Behavior Research and Therapy /2007
หัวข้อ	รายละเอียด
วัตถุประสงค์ของงานวิจัย	เพื่อศึกษาผลในการให้การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (CBT) ในรูปแบบสำหรับอาการตื่นตระหนกร่วมกับอะโกราโฟเบียเปรียบเทียบกับผลการเพิ่มการบำบัดสำหรับโรคร่วมที่เป็นวินิจฉัยรอง ในผู้ป่วยโรคตื่นตระหนกที่มีหรือไม่มีโรคอะโกราโฟเบียร่วมด้วยเป็นการวินิจฉัยหลัก
รูปแบบการงานวิจัย	Randomized controlled trial
ระดับงานวิจัย	A
สถานที่หรือแหล่งวิจัย	แผนกจิตเวชในมหาวิทยาลัยลออสแอนเจลิส ประเทศสหรัฐอเมริกา
กลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มตัวอย่าง กลุ่มผู้เข้าร่วมมาจากการโฆษณาและการบอกต่อๆ กัน ทั้งหมด 65 คน ซึ่งมีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 36.8 ปี (ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน=9.1) และมีอายุการศึกษาเฉลี่ยเท่ากับ 15.3 ปี เป็นเพศหญิง 80%, เป็นคอเคเซียน 84%, แต่งงานหรืออยู่กินกันฉันท์สามีภรรยา 43%, และ เป็นลูกจ้าง 74% เกณฑ์คัดเข้า : ผู้ป่วยโรคตื่นตระหนกผ่านเกณฑ์ทดสอบ DSM-IV ที่ใช้ในการวินิจฉัยโรคตื่นตระหนกอาจมีหรือไม่มีโรคอะโกราโฟเบีย และต้องมีโรคร่วมอย่างน้อย 1 โรคจากโรควิตกกังวลหรือโรคความผิดปกติทางอารมณ์ ทดสอบโดยนักศึกษาจิตแพทย์คลินิกหรือนักศึกษาฝึกงาน เกณฑ์คัดออก : มีประวัติความผิดปกติแบบสองขั้ว(Bipolar), โรคทางจิต, ใช้สารหรือติดสารเสพติด, มีประวัติพยายามฆ่าตัวตายภายใน 2 ปีที่ผ่านมา, โรคประสาท, โรคหัวใจ, โรคไต, โรคไทรอยด์

ตาราง 4.2 สรุปผลการถ่วงน้ำหนักข้อมูลจากงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในผู้ป่วยโรคตื่นตระหนกที่มีหรือไม่มีโรคอะโกราโฟเบีย (ต่อ)

เรื่องที่ 8 (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
ผลลัพธ์และเครื่องมือที่ใช้ในการประเมิน	อาการโรคตื่นตระหนก 1. ระดับความรุนแรงทางคลินิก (Clinical severity rating: CSR) ใช้แบบประเมิน The ADIS-IV diagnosis interview ซึ่งประกอบด้วยการวิเคราะห์ระดับความรุนแรงของอาการ (0 = ไม่รุนแรง, 8 = รุนแรงมาก) ของอาการตื่นตระหนกแบบมีหรือไม่มีภาวะกลัวที่แจ้ง (Agoraphobia) รวมถึงการแบ่งระดับของโรคกลัวที่แจ้งโดยแบ่งเป็น none/mild หรือ moderate/severe และจำนวนของสภาวะการตื่นตระหนกในสองสัปดาห์ที่ผ่านมา 2. ระดับความวิตกกังวลและอาการกลัวอะโกราโฟเบีย ใช้แบบประเมิน Anxiety sensitivity index (ASI) จำนวน 16 ข้อ ใช้วัดอาการที่เกี่ยวข้องกับการวิตกกังวล และ The fear questionnaire (FQ-A) ใช้แบบทดสอบอาการกลัวอะโกราโฟเบียซึ่งประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับความกลัว 3. ระดับคะแนนการฝึกพฤติกรรม 2 รูปแบบใช้วิธีบันทึกผลคะแนนไว้ในแต่ละหัวข้อ 3.1 ระดับความไวต่อสิ่งเร้าที่เกิดภายในร่างกาย (Interoceptive tasks) ประกอบด้วยการฝึก ภาวะหายใจเร็วกว่าปกติ (เร็วลึก เป็นเวลา 90 วินาที), ยืนหมุนทุกๆ 3 วินาทีเป็นเวลา 2 นาที, ควบคุมการหายใจในหลอดยาวเล็กๆ 2 นาที 3.2 ระดับคะแนนความวิตกกังวลล่วงหน้าและวิตกกังวลสูงสุด (Rating of anticipatory and maximum anxiety) การนั่งในที่เปิดเล็กๆ ขนาด 2x3x6 นิ้ว ในความมืดซึ่งไม่สามารถเปิดจากด้านในได้เป็นเวลามากกว่า 10 นาทีโดยที่ผู้ทดลองคอยอย่างใกล้ชิด เป็นระยะ 20 feet

ตาราง 4.2 สรุปผลการถ่วงน้ำหนักข้อมูลจากงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในผู้ป่วยโรคตื่นตระหนกที่มีหรือไม่มีโรคอะโคราโฟเบีย (ต่อ)

เรื่องที่ 8 (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
ผลลัพธ์และเครื่องมือที่ใช้ในการประเมิน (ต่อ)	อาการโรคร่วมของโรคตื่นตระหนก 1. ระดับความรุนแรงทางคลินิกของอาการวินิจฉัยร่วม (Clinical severity rating: CSR) ใช้แบบประเมิน The ADIS-IV diagnosis interview ในขั้นตอนการประเมินการวินิจฉัยอาการร่วม การวินิจฉัยอาการร่วมถูกจัดว่าเป็นความรุนแรงทางคลินิก (CSR มากกว่าหรือเท่ากับ 4) หรือถึงคลินิก (CSR < 4) ซึ่งในกลุ่มตัวอย่างนี้อย่างน้อยต้องมีอาการร่วม 1 ประเภท และค่าความรุนแรงอยู่ที่ 3 หรือมากกว่า 2. ระดับความวิตกกังวล ซึมเศร้า อารมณ์และการใช้ชีวิตประจำวัน ใช้แบบประเมิน The brief symptom inventory (BSI) ประเมินระดับความวิตกกังวล ซึมเศร้า อารมณ์ และ The subjective symptom scale (SSS) ใช้ประเมินการใช้ชีวิตประจำวัน การงาน 6 มิติ คะแนนอยู่ระหว่าง 0-8 คะแนน 3. ระดับความมั่นคงทางอารมณ์ และการควบคุมความวิตกกังวล ใช้แบบประเมิน The NEO personality inventory (NEO) ใช้ประเมินความไม่มั่นคงทางอารมณ์ ประกอบด้วย 7 หัวข้อเลือกจาก 12 หัวข้อเพื่อใช้ทำนายระดับความซึมเศร้าและ The anxiety control questionnaire (ACQ) การรับรู้การควบคุมที่เกิดเหตุการณ์ภายในและภายนอก
การเก็บข้อมูล	การเก็บข้อมูลในการศึกษาครั้งนี้จะประกอบด้วย 3 ส่วนคือ 1. ช่วงก่อนการรักษา 2. หลังการรักษา 3. ช่วงติดตามผล 6-12 เดือน
การจัดกระทำ	กลุ่มควบคุม : ไม่มีกลุ่มควบคุม กลุ่มทดลอง : ผู้เข้าร่วมทั้งหมด 65 คน ประกอบด้วย 2 กลุ่ม 1. กลุ่ม PDA (ให้การรักษาแบบกลุ่มและแบบรายบุคคลสำหรับอาการตื่นตระหนกร่วมกับอะโคราโฟเบีย) 33 คน

ตาราง 4.2 สรุปผลการถ่วงน้ำหนักข้อมูลจากงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในผู้ป่วยโรคตื่นตระหนกที่มีหรือไม่มีโรคอะโคราโฟเบีย (ต่อ)

เรื่องที่ 8 (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
การจัดกระทำ (ต่อ)	2. กลุ่ม PDA+C (ให้การรักษารูปแบบกลุ่มและแบบรายบุคคลสำหรับอาการตื่นตระหนกร่วมกับอะโคราโฟเบีย และเพิ่มการรักษารายบุคคลที่เน้นโรคร่วมอื่นๆ) 32 คน วิธีการดำเนินการ กลุ่มทดลองทั้งสองกลุ่มจะได้รับการบำบัดแบบกลุ่มเหมือนกัน แตกต่างกันที่การบำบัดรายบุคคลที่เน้นเน้นบำบัด อาการโรคร่วมเข้ามา การบำบัดแบบกลุ่ม ผู้เข้าร่วมทุกคนจะได้รับการบำบัดโดยเข้ากลุ่มเป็นระยะเวลา 12 สัปดาห์ แต่ละครั้งใช้เวลา 1.5-2 ชั่วโมง โดยเป็นกลุ่มอาการที่เป็นเป้าหมายเกี่ยวข้องกับอาการตื่นตระหนกร่วมกับอาการกลัวที่โล่งแจ้ง กลุ่มจะประกอบด้วยคนไข้ 3-6 คน และนักบำบัด 2 คน การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในรูปแบบของบาร์โลว์ (Barlow & Craske, 1988) การบำบัดการควบคุมการตื่นตระหนกซึ่งจะเห็นผลสูงสุดสำหรับอาการตื่นตระหนกและกลัวที่โล่งแจ้งหลังจากการรักษาทั้งหมด 12 หน่วยประกอบด้วย การให้สุขภาพจิตศึกษา เกี่ยวกับการปรับโครงสร้างความคิดใหม่ต่ออาการตื่นตระหนกและอาการตอบสนองของร่างกาย การฝึกโดยการกระตุ้นให้ร่างกายมีอาการตื่นตระหนกในสถานการณ์จำลอง (Interoceptive exposure) การฝึกเผชิญสถานการณ์ ประกอบด้วย การฝึกการหายใจ ให้ฝึกหายใจแบบที่มีอาการตื่นตระหนก ภาวะหายใจเร็วกว่าปกติ (เร็ว ลึก เป็นเวลา 90 วินาที), ยืนหมุน ทุกๆ 3 วินาทีเป็นเวลา 2 นาที, ควบคุมการหายใจในหลอดยาวเล็กๆ 2 นาที และอธิบายอาการที่เกิดขึ้น วิงเวียนศีรษะ หายใจเร็วหอบ (สั้น ถัด) เพื่อฝึกการรับมือเมื่อมีอาการ ปรับความคิดต่ออาการนั้นใหม่ว่าไม่น่ากลัว การฝึกการเผชิญกับสถานการณ์ต่างๆในรูปแบบชีวิตจริง แนะนำการออกกำลังกาย การหลีกเลี่ยงคาเฟอีนทำให้เกิดอาการตื่นตระหนก การฝึกการเผชิญการใช้ชีวิตประจำวันจริง ในสถานการณ์ที่กลัว ซึ่ง

ตาราง 4.2 สรุปผลการถ่วงน้ำหนักข้อมูลจากงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในผู้ป่วยโรคตื่นตระหนกที่มีหรือไม่มีโรคอะโคราโฟเบีย (ต่อ)

เรื่องที่ 8 (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
การจัดกระทำ (ต่อ)	สำหรับอาการตื่นตระหนกจะไม่มีรูปแบบตายตัวแต่นักบำบัดจะให้ความสนใจและปรับหลักการต่างๆ ไปให้เหมาะกับปัญหาที่แสดงออกมาในแต่ละบุคคล การบำบัดแบบรายบุคคล มีการบำบัดทุกๆ 2 สัปดาห์ ผู้เข้าร่วมรับโปรแกรมแบบรายบุคคลเป็นเวลาต่อเนื่องยาวนานด้วยนักบำบัดจากกลุ่ม กลุ่ม PDA จะได้รับเอกสารและการบำบัดเนื้อหาเกี่ยวกับอาการตื่นตระหนก กลุ่ม PDA+C จะได้รับเอกสารการบำบัดโดยเนื้อหาในการบำบัดเกี่ยวกับ อาการตื่นตระหนก และโรคจิตเวชหรืออาการร่วมรุนแรงที่สุดซึ่งถูกนิยามโดยการจัดระดับความรุนแรงทางคลินิก(CSR) นักบำบัดปฏิบัติตามคู่มือสำหรับอาการที่เป็นความวิตกกังวลร่วมหรือความผิดปกติทางอารมณ์ (เช่น โรคย้ำคิดย้ำทำ-การต่อต้านการสนองตอบ , โรควิตกกังวลทั่วไป-การเผชิญสภาพความคิดที่หายนะ , โรคกลัวเลือดกลัวบาดเจ็บกลัวการฉีดยา-ความตึงเครียด , โรคเครียดหลังภัยพิบัติ -การแสดงออกโดยความทรงจำเหตุการณ์เลวร้าย, กลัวสังคม-การฝึกเผชิญสถานการณ์ทางสังคมที่พบในชีวิตประจำวัน , ภาวะซึมเศร้า-การตอบสนองทางร่างกายและการรับมือกับปัญหา) แต่ผู้บำบัดก็จะมีหน้าที่เช่น เคยในการให้ความสนใจและปรับหลักการต่างๆ ไปให้เหมาะกับปัญหาที่แสดงออกมาในแต่ละบุคคล ซึ่งผู้ให้การบำบัดเป็นนักบำบัดเป็นนักศึกษาระดับปริญญาเอกด้านจิตวิทยาคลินิกและหลังปริญญาเอกเข้าร่วมการฝึกอบรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมสำหรับกลุ่มโรควิตกกังวลในโปรแกรมการฝึกอบรมเป็นระยะเวลา 1 ปี

ตาราง 4.2 สรุปผลการถ่วงน้ำหนักข้อมูลจากงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในผู้ป่วยโรคตื่นตระหนกที่มีหรือไม่มีโรคอะโคราโฟเบีย (ต่อ)

เรื่องที่ 8 (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
ผลการวิจัย	With in group ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มทดลองที่ได้รับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมสำหรับอาการตื่นตระหนกร่วมกับอะโคราโฟเบีย กับกลุ่มทดลองที่ได้รับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมสำหรับอาการตื่นตระหนกร่วมกับอะโคราโฟเบีย และเพิ่มการรักษาบุคคลที่เน้นโรคร่วมอื่นๆ ในระยะก่อนให้โปรแกรมกับระยะหลังให้โปรแกรม 6 เดือน ระดับความรุนแรงทางคลินิกดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติที่ระดับ 0.05 ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มทดลองที่ได้รับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมทั้ง 2 รูปแบบ ในระยะก่อนให้โปรแกรมกับระยะหลังให้โปรแกรม 6 เดือน คะแนนระดับความวิตกกังวลและความกลัวที่แรงลดลง ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มทดลองที่ได้รับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมทั้ง 2 รูปแบบ ในระยะก่อนให้โปรแกรมกับระยะหลังให้โปรแกรม 6 เดือน คะแนนระดับความวิตกกังวลล่วงหน้า ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มทดลองที่ได้รับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมทั้ง 2 รูปแบบ ในระยะก่อนให้โปรแกรมกับระยะหลังให้โปรแกรม 6 เดือน คะแนนระดับความรุนแรงทางคลินิกของอาการวินิจฉัยร่วม ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มทดลองที่ได้รับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมทั้ง 2 รูปแบบ ในระยะก่อนให้โปรแกรมกับระยะหลังให้โปรแกรม 6 เดือน คะแนนระดับความวิตกกังวล ซึมเศร้า อารมณ์และการใช้ชีวิตประจำวัน ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001

ตาราง 4.2 สรุปผลการถ่วงน้ำหนักข้อมูลจากงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในผู้ป่วยโรคตื่นตระหนกที่มีหรือไม่มีโรคอะโคราโฟเบีย (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
ผลการวิจัย (ต่อ)	ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มทดลองที่ได้รับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมทั้ง 2 รูปแบบ ในระยะก่อนให้โปรแกรมกับระยะหลังให้โปรแกรม 6 เดือน คะแนนระดับความมั่นคงทางอารมณ์ และการควบคุมความวิตกกังวลดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 Between group ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มทดลองที่ได้รับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมสำหรับอาการตื่นตระหนกร่วมกับอะโคราโฟเบีย กับกลุ่มทดลองที่ได้รับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมสำหรับอาการตื่นตระหนกร่วมกับอะโคราโฟเบีย และเพิ่มการรักษาบุคคลที่เน้นโรคร่วมอื่นๆ ในระยะก่อนให้โปรแกรมกับระยะหลังให้โปรแกรม 6 เดือน ระดับความรุนแรงทางคลินิกลดลง ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มทดลองที่ได้รับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมทั้ง 2 รูปแบบ ในระยะก่อนให้โปรแกรมกับระยะหลังให้โปรแกรม 6 เดือน คะแนนระดับความวิตกกังวลและความกลัวที่แข็งแกร่ง ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มทดลองที่ได้รับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมทั้ง 2 รูปแบบ ในระยะก่อนให้โปรแกรมกับระยะหลังให้โปรแกรม 6 เดือน คะแนนระดับความวิตกกังวลล่วงหน้า ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มทดลองที่ได้รับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมทั้ง 2 รูปแบบ ในระยะก่อนให้โปรแกรมกับระยะหลังให้โปรแกรม 6 เดือน คะแนนระดับความรุนแรงทางคลินิกของอาการวินิจฉัยร่วม ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001

ตาราง 4.2 สรุปผลการถ่วงน้ำหนักข้อมูลจากงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในผู้ป่วยโรคตื่นตระหนกที่มีหรือไม่มีโรคอะโคราโฟเบีย (ต่อ)

เรื่องที่ 8 (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
ผลการวิจัย (ต่อ)	ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มทดลองที่ได้รับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมทั้ง 2 รูปแบบ ในระยะก่อนให้โปรแกรมกับระยะหลังให้โปรแกรม 6 เดือน คะแนนระดับความวิตกกังวล ซึมเศร้า อารมณ์และการใช้ชีวิตประจำวัน ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มทดลองที่ได้รับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมทั้ง 2 รูปแบบ ในระยะก่อนให้โปรแกรมกับระยะหลังให้โปรแกรม 6 เดือน คะแนนระดับความมั่นคงทางอารมณ์ และการควบคุมความวิตกกังวลไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05
การนำไปใช้	ในการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม ผู้ป่วยโรคตื่นตระหนกที่มีโรคจิตเวชอื่นๆร่วม (เช่น โรคย้ำคิดย้ำทำ, โรควิตกกังวลทั่วไป, โรคกลัวเลือดกลัวบาดเจ็บกลัวการฉีดยา, โรคเครียดหลังภัยพิบัติ, โรคกลัวสังคม, โรคซึมเศร้า) สามารถใช้การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมแบบมาตรฐานในโรคตื่นตระหนกร่วมกับอะโคราโฟเบียได้โดยไม่จำเป็นต้องเพิ่มการบำบัดในโรคร่วมเฉพาะโรคจิตเวชดังที่กล่าวมา

ตาราง 4.2 สรุปผลการถ่วงน้ำหนักข้อมูลจากงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในผู้ป่วยโรคตื่นตระหนกที่มีหรือไม่มีโรคอะโกราโฟเบีย (ต่อ)

เรื่องที่ 9	Prognostic indices with brief and standard CBT for panic disorder: I. predictors of outcome
ผู้แต่ง	Dow et al.
แหล่งตีพิมพ์/ปี	Psychological Medicine /2007
หัวข้อ	รายละเอียด
วัตถุประสงค์ของงานวิจัย	เพื่อศึกษาปัจจัยที่สามารถทำนายผลลัพธ์ของการรักษาโรคตื่นตระหนก ชนิดที่มีและไม่มีโรคอะโกราโฟเบีย โดยใช้การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม
รูปแบบการงานวิจัย	A Randomized controlled trials
ระดับงานวิจัย	A
สถานที่หรือแหล่งวิจัย	แผนกจิตเวช ในมหาวิทยาลัยในประเทศออสเตรเลียและสกอตแลนด์ (Australia and Scotland)
กลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างที่เข้าได้กับเกณฑ์ 186 คน โดยคัดเลือกใน ออสเตรเลียและสกอตแลนด์ เกณฑ์คัดเข้า ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคตื่นตระหนกที่มี/ไม่มีโรคร่วมโรคอะโกราโฟเบียได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคตื่นตระหนก จากเกณฑ์ DSM-IV (APA, 1994) โดยมีคุณสมบัติดังนี้ ผู้ป่วยมี อายุระหว่าง 18-60 ปี มีปัญหาหลักเป็นโรคตื่นตระหนก และระยะเวลาที่มีอาการมานานอย่างน้อย 3 เดือน การรักษาด้วยยาด้วยปริมาณคงที่ไม่ได้ปรับเปลี่ยนมาเป็นเวลา 3 เดือน เกณฑ์คัดออก ผู้ป่วยได้รับวินิจฉัยโรคซึมเศร้ารุนแรง ถ้ามีโรคซึมเศร้ารุนแรงมีอาการต้องรับการรักษา ก่อน

ตาราง 4.2 สรุปผลการถ่วงน้ำหนักข้อมูลจากงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในผู้ป่วยโรคตื่นตระหนกที่มีหรือไม่มีโรคอะโรอาโฟเบีย (ต่อ)

เรื่องที่ 9 (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
ผลลัพธ์และเครื่องมือที่ใช้ในการประเมิน	แบ่งผลลัพธ์ตามสมมติฐานของการศึกษาได้ดังนี้ 1. ระดับความรุนแรงของโรคตื่นตระหนกและอาการวิตกกังวล (ช่วงระยะเวลาของโรค, ระดับของ Agoraphobic avoidance) และความคาดหวังเกี่ยวกับผลของการรักษา จะสามารถทำนายผลลัพธ์ในช่วงหลังการบำบัดรักษา ใช้แบบประเมิน 1) Fear questionnaire subscales : agoraphobia ; social ; blood / injury 2) The mobility inventory for agoraphobia : ‘Alone’ and ‘Accompanied’ 3) The body sensations questionnaire (BSQ) 4) The agoraphobic cognitions questionnaire (ACQ) 5) State-trait anxiety inventory (STAI) 6) The beck depression inventory (BDI) 2. ระดับของความบกพร่องในการเข้าสังคม การประกอบอาชีพ และชีวิตครอบครัว จะสามารถทำนายผลลัพธ์ในช่วงหลัง การบำบัดรักษา ใช้แบบประเมิน The sheehan disability scale (SDS) 3. ระดับของการคงสภาพผู้ป่วย(High end- state functioning) ช่วงระยะหลังบำบัด การเสียหน้าที่ด้านความคิด (Dysfunctional of cognitions) รวมถึงการสูญเสียความสามารถในการแปลความหมายของประสาทสัมผัสทางกาย จะสามารถทำนายผลลัพธ์ในช่วงระยะติดตามผลใช้วัดโดย ใน ระยะ 2 สัปดาห์ มีอาการตื่นตระหนก หรือไม่ ให้คะแนน 0-8 คือไม่มีอาการ= 0,มีอาการเล็กน้อย= 2 ,อาการรุนแรง= 8 , ต้องได้คะแนนไม่เกิน 2 เท่ากับเล็กน้อย 4. ผลการใช้ยาในการรักษา ความต่อเนื่องของการใช้ยาคลายกังวล ในช่วงบำบัดจนเสร็จสมบูรณ์ ใช้แบบประเมิน The medical outcomes study 36-item short form health survey

ตาราง 4.2 สรุปผลการกั้นกรองข้อมูลจากงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในผู้ป่วยโรคตื่นตระหนกที่มีหรือไม่มีโรคอะโกราโฟเบีย (ต่อ)

เรื่องที่ 9 (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
การเก็บข้อมูล	การเก็บข้อมูลในการศึกษาครั้งนี้จะประกอบด้วย 3 ส่วนคือ 1. การประเมินผลก่อนการรักษา 2. หลังรักษา 3 เดือน 3. หลังรักษา 6 เดือน
การจัดกระทำ	ในการแบ่งกลุ่มตามการได้รับโปรแกรม เป็น 4 กลุ่ม โดยใช้วิธีสุ่ม ได้แก่ กลุ่มที่ 1 ให้การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมแบบมาตรฐาน 12 สัปดาห์ (CBT12) กลุ่มที่ 2 ให้การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมแบบ 6 สัปดาห์ (CBT6) กลุ่มที่ 3 ให้การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมแบบ 6 สัปดาห์ ร่วมกับการใช้เครื่องคอมพิวเตอร์ชนิด Palmtop (CBT6-CA) กลุ่มที่ 4 กลุ่มควบคุม กลุ่มควบคุม เป็นกลุ่มที่รอการรักษา (waiting list) จะได้รับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมหลังจาก 12 สัปดาห์ มีผู้ป่วย 46 ราย กลุ่มทดลอง มี 3 กลุ่ม คือ 1. กลุ่มที่ได้รับ CBT 12 ครั้ง จะได้รับการรักษาด้วย CBT 1 ครั้งต่อสัปดาห์ ครั้งละ 1 ชั่วโมง เป็นจำนวน 12 ครั้ง 2. กลุ่มที่ได้รับ CBT 6 ครั้ง จะได้รับการรักษาด้วย CBT 1 ครั้งต่อสัปดาห์ ครั้งละ 1 ชั่วโมง เป็นจำนวน 6 ครั้ง 3. กลุ่มที่ได้รับ CBT 6 ครั้ง จะได้รับการรักษาด้วย CBT 1 ครั้งต่อสัปดาห์ ครั้งละ 1 ชั่วโมง เป็นจำนวน 6 ครั้ง และใช้คอมพิวเตอร์ช่วยในการรักษา สำหรับวิธีการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม ใช้การบำบัดแบบ well established cognitive and behavioral theories of panic (Clark, 1986; Barlow & Craske, 2000) จะได้รับคู่มือรายละเอียดเนื้อหาในแต่ละ

ตาราง 4.2 สรุปผลการถ่วงน้ำหนักข้อมูลจากงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในผู้ป่วยโรคตื่นตระหนกที่มีหรือไม่มีโรคอะโรมาโฟเบีย (ต่อ)

เรื่องที่ 9 (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
การจัดกระทำ (ต่อ)	สัปดาห์ รวมถึง การบ้านและการบำบัดเฉพาะเช่น การเผชิญกับความกลัวภายในร่างกาย (interoceptive exposure) , การป้องกันการกลับเป็นซ้ำใน session ที่ 2 ฝึกการเผชิญสถานการณ์ตามลำดับ ผู้ป่วยจะได้รับมอบหมายให้อ่านเนื้อหาและมีการบ้านตลอดการใช้โปรแกรมนี้ กลุ่มที่ 1 Standard 12-session therapist-directed CBT (CBT12) เนื้อหาจะประกอบด้วยโปรแกรมมาตรฐานของ CBT โดยผู้ป่วยจะได้รับการบำบัดครั้งละหนึ่งชั่วโมงต่อสัปดาห์เป็นเวลา 12 สัปดาห์ ที่ประกอบด้วย การควบคุมการหายใจ การเผชิญกับความกลัวภายในร่างกาย (interoceptive exposure) และเรื่องของการที่ผู้ป่วยจะเผชิญกับในชีวิตจริง (situational exposure) กลุ่มที่ 2 six sessions of therapist –delivered CBT (CBT6) นักบำบัดจะจัดแบ่ง เนื้อหาโดยการสุ่มตลอดจาก 12 ครั้ง เหลือ 6 ครั้งโดยอยู่ในความพึงพอใจของผู้เข้าร่วม กลุ่มที่ 3 six sessions of computer-assisted CBT (CBT6-CA) ใช้ Palmtop computer ใน โปรแกรมเดือน วันละ 5 ครั้ง 8.00 น. 11.00 น. 16.00 น. 19.00 น. และ 21.00 น. เป็นแบบฝึกปฏิบัติ a self-statement module, การควบคุมการหายใจ (breathing control module), การฝึกพฤติกรรมความคิดใหม่ (new exposure module) ร่วมกับการฝึกเผชิญกับสถานการณ์ (situational exposure) การฝึกโดยการกระตุ้นให้ร่างกายมีอาการตื่นตระหนกในสถานการณ์จำลอง (interoceptive exposure) เช่น hyperventilation, somatic symptoms , difficulty breathing

ตาราง 4.2 สรุปผลการถ่วงน้ำหนักข้อมูลจากงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในผู้ป่วยโรคตื่นตระหนกที่มีหรือไม่มีโรคอะโรราโฟเบีย (ต่อ)

เรื่องที่ 9 (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
ผลการวิจัย	With in group จากการศึกษาพบว่าความคาดหวังเกี่ยวกับประสิทธิภาพของผลการบำบัดสามารถทำนายผลลัพธ์ในช่วงก่อนบำบัดกับระยะหลังบำบัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $< .05$ คำถามที่เกี่ยวกับความกลัวเลือด/ การบาดเจ็บ สามารถทำนายผลลัพธ์ในช่วงก่อนบำบัดกับระยะหลังบำบัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ความกังวลทางสังคมที่เกี่ยวกับการหลอกลวง (concomitant social anxiety) และระดับของอาการอะโรราโฟเบียสามารถทำนายผลลัพธ์ในช่วงก่อนบำบัดกับระยะหลังบำบัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ < 0.01 และยังพบว่าการใช้ยาคลายกังวล และความบกพร่องของสัมพันธภาพทางสังคมสามารถทำนายผลลัพธ์ ในช่วงหลังบำบัดกับระยะติดตามผลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ < 0.01
การนำไปใช้	ได้ข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยที่สามารถทำนายผลลัพธ์ของการรักษาด้วยการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม ในผู้ป่วยโรคตื่นตระหนกในระยะต่างๆ ของการบำบัด ซึ่งสามารถนำไปใช้ในการบำบัดและการวิจัย

ตาราง 4.2 สรุปผลการถ่วงน้ำหนักข้อมูลจากงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในผู้ป่วยโรคตื่นตระหนกที่มีหรือไม่มีโรคอะโกราโฟเบีย (ต่อ)

เรื่องที่ 10	Prognostic indices with brief and standard CBT for panic disorder: II. Moderators of outcome
ผู้แต่ง	Dow et al.
แหล่งตีพิมพ์/ปี	Psychological Medicine /2007
หัวข้อ	รายละเอียด
วัตถุประสงค์ของงานวิจัย	เพื่อศึกษาปัจจัยร่วมที่สามารถทำนายผลลัพธ์ของการรักษาโรคตื่นตระหนก ชนิดที่มีและไม่มีโรคอะโกราโฟเบีย โดยใช้การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม
รูปแบบการงานวิจัย	A Randomized controlled trials
ระดับงานวิจัย	A
สถานที่หรือแหล่งวิจัย	แผนกจิตเวช ในมหาวิทยาลัยในประเทศออสเตรเลียและสกอตแลนด์ (Australia and Scotland)
กลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มตัวอย่าง: กลุ่มตัวอย่างที่เข้าได้กับเกณฑ์ 186 คน โดยคัดเลือกใน ออสเตรเลียและสกอตแลนด์ เกณฑ์คัดเข้า: ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคตื่นตระหนกที่มี/ไม่มีโรคร่วมโรคอะโกราโฟเบียได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคตื่นตระหนก จากเกณฑ์ DSM-IV (APA, 1994) โดยมีคุณสมบัติดังนี้ ผู้ป่วยมี อายุระหว่าง 18-60 ปี มีปัญหาหลักเป็นโรคตื่นตระหนก และระยะเวลาที่มีอาการมานานอย่างน้อย 3 เดือน การรักษาด้วยยาด้วยปริมาณคงที่ไม่ได้ปรับเปลี่ยนมาเป็นเวลา 3 เดือน เกณฑ์คัดออก: ผู้ป่วยได้รับวินิจฉัยโรคซึมเศร้ารุนแรง ถ้ามีโรคซึมเศร้ารุนแรงมีอาการต้องรับการรักษา ก่อน

ตาราง 4.2 สรุปผลการถ่วงน้ำหนักข้อมูลจากงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในผู้ป่วยโรคตื่นตระหนกที่มีหรือไม่มีโรคอะโกราโฟเบีย (ต่อ)

เรื่องที่ 10 (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
ผลลัพธ์และเครื่องมือที่ใช้ในการประเมิน	1. อาการอะโกราโฟเบีย ใช้แบบประเมิน The mobility inventory for agoraphobia : ‘Alone’ and ‘Accompanied’ 2. อาการกลัวอะโกราโฟเบีย ใช้แบบประเมิน The agoraphobic cognitions questionnaire และแบบประเมิน Fear questionnaire subscales: agoraphobia blood/ injury แบบสอบถามเกี่ยวกับความกลัว (Fear questionare) ข้อคำถามย่อยมีดังนี้ ความกลัวด้านสังคม กลัวเลือด /การบาดเจ็บ ใช้แบบประเมิน 3. อาการอะโกราโฟเบีย ใช้แบบประเมิน (Mobility inventory for agoraphobia) 4. ความรู้สึกกลัวด้านร่างกาย ใช้แบบประเมิน The body sensations questionnaire (BSQ) 5. อาการวิตกกังวล ใช้แบบประเมิน State-trait anxiety inventory (STAI) 6. ความซึมเศร้า ใช้แบบประเมิน The beck depression inventory (BDI) 7. ผลการใช้ยาในการรักษา ใช้แบบประเมิน The medical outcomes study 36-item short form health survey ซึ่งมีปัจจัยด้านจิตใจและร่างกาย 8. ระดับของความบกพร่องในการเข้าสังคม การประกอบอาชีพ และชีวิตครอบครัว ใช้แบบประเมิน The Sheehan Disability Scale ข้อคำถามเกี่ยวกับการไร้ความสามารถเกี่ยวกับความบกพร่องระดับที่ 2 ในเรื่องการทำงาน สังคม และชีวิตครอบครัว
การเก็บข้อมูล	การเก็บข้อมูลในการศึกษาครั้งนี้จะประกอบด้วย 3 ส่วนคือ 1. การประเมินผลก่อนการรักษา 2. หลังรักษา 3 เดือน 3. หลังรักษา 6 เดือน

ตาราง 4.2 สรุปผลการถ่วงน้ำหนักข้อมูลจากงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในผู้ป่วยโรคตื่นตระหนกที่มีหรือไม่มีโรคอะโรราโฟเบีย (ต่อ)

เรื่องที่ 10 (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
การจัดกระทำ	ในการแบ่งกลุ่มตามการได้รับโปรแกรม เป็น 4 กลุ่ม โดยใช้วิธีสุ่ม ได้แก่ กลุ่มที่ 1 ให้การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมแบบมาตรฐาน 12 สัปดาห์ (CBT12) กลุ่มที่ 2 ให้การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมแบบ 6 สัปดาห์ (CBT6) กลุ่มที่ 3 ให้การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมแบบ 6 สัปดาห์ ร่วมกับการใช้เครื่องคอมพิวเตอร์ชนิด Palmtop (CBT6-CA) กลุ่มที่ 4 กลุ่มควบคุม กลุ่มควบคุม กลุ่มที่รอการรักษา (waiting list) จะได้รับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมหลังจาก 12 สัปดาห์ มีผู้ป่วย 46 ราย กลุ่มทดลอง มี 3 กลุ่ม คือ 1. กลุ่มที่ได้รับ CBT 12 ครั้ง จะได้รับการรักษาด้วย CBT 1 ครั้งต่อสัปดาห์ ครั้งละ 1 ชั่วโมง เป็นจำนวน 12 ครั้ง 2. กลุ่มที่ได้รับ CBT 6 ครั้ง จะได้รับการรักษาด้วย CBT 1 ครั้งต่อสัปดาห์ ครั้งละ 1 ชั่วโมง เป็นจำนวน 6 ครั้ง 3. กลุ่มที่ได้รับ CBT 6 ครั้ง จะได้รับการรักษาด้วย CBT 1 ครั้งต่อสัปดาห์ ครั้งละ 1 ชั่วโมง เป็นจำนวน 6 ครั้ง และใช้คอมพิวเตอร์ช่วยในการบำบัด สำหรับวิธีการรักษาด้วย CBT ใช้การรักษาแบบ well – established cognitive and behavioral theories of panic (Clark, 1986; Barlow & Craske, 2000) จะได้รับคู่มือรายละเอียดเนื้อหาในแต่ละสัปดาห์ รวมถึงการบ้านและการบำบัดเฉพาะเช่น การเผชิญกับความกลัวภายในร่างกาย (interoceptive exposure) , การป้องกันการกลับเป็นซ้ำใน session ที่ 2 ฝึกการเผชิญสถานการณ์ ตามลำดับ ผู้ป่วยจะได้รับมอบหมายให้อ่านเนื้อหา และมีการบ้านตลอดการใช้โปรแกรมนี้

ตาราง 4.2 สรุปผลการกั่นกรองข้อมูลจากงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในผู้ป่วยโรคตื่นตระหนกที่มีหรือไม่มีโรคอะโรราโฟเบีย (ต่อ)

เรื่องที่ 10 (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
การจัดกระทำ (ต่อ)	กลุ่มที่ 1 Standard 12-session therapist – directed CBT (CBT12) เนื้อหาจะประกอบด้วยโปรแกรมมาตรฐานของ CBT โดยผู้ป่วยจะได้รับการบำบัดครั้งละหนึ่งชั่วโมงต่อสัปดาห์เป็นเวลา 12 สัปดาห์ ที่ประกอบด้วย การควบคุมการหายใจ การเผชิญกับความรูสึกภายในร่างกาย (interoceptive exposure) และเรื่องของการที่ผู้ป่วยจะเผชิญกับ ในชีวิตจริง (situational exposure) กลุ่มที่ 2 six sessions of therapist –delivered CBT (CBT6) นักบำบัดจะจัดแบ่งเนื้อหาโดยการสุ่มครอบคลุมจาก 12 ครั้ง เหลือ 6 ครั้ง โดยอยู่ในความพึงพอใจของผู้เข้าร่วม กลุ่มที่ 3 six sessions of computer-assisted CBT (CBT6-CA) ใช้ Palmtop computer ใน โปรแกรมเดือน วันละ 5 ครั้ง 8.00 น. 11.00 น. 16.00น. 19.00น. และ 21.00 น. เป็นแบบฝึกปฏิบัติ a self-statement module, การควบคุมการหายใจ (breathing control module), การฝึกพฤติกรรมความคิดใหม่ (new exposure module) ร่วมกับฝึกเผชิญกับสถานการณ์ (situational exposure) การฝึกโดยการกระตุ้นให้ร่างกายมีอาการตื่นตระหนกในสถานการณ์จำลอง (interoceptive exposure) เช่น hyperventilation, somatic symptoms , difficulty breathing
ผลการวิจัย	With in group - Between group จากการศึกษาพบว่าปฏิสัมพันธ์ของการบำบัด และปัจจัยในการทำนายเกิด ผลลัพธ์ที่ดีในการเปรียบเทียบการบำบัดตามมาตรฐาน 12 สัปดาห์ และการบำบัดแบบสั้น 6 สัปดาห์ ซึ่งพบว่าปัจจัยเกี่ยวกับผู้ป่วย

ตาราง 4.2 สรุปผลการถ่วงน้ำหนักข้อมูลจากงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในผู้ป่วยโรคตื่นตระหนกที่มีหรือไม่มีโรคอะโรราโฟเบีย (ต่อ)

เรื่องที่ 10 (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
ผลการวิจัย (ต่อ)	โรคตื่นตระหนกที่มีอาการรุนแรง อาการโรคร่วม และการไร้ความสามารถทางความคิดอย่างมาก มีความสัมพันธ์ต่อสุขภาพที่ดีขึ้นของกลุ่มทดลองที่ได้รับการบำบัดตามมาตรฐาน 12 สัปดาห์ และพบว่ามีปัจจัย 4 อย่างที่มีความสัมพันธ์กับอาการรุนแรงของโรคตื่นตระหนกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $< .01$ ได้แก่อาการอะโรราโฟเบีย ระดับความรุนแรงของอาการตื่นตระหนกในผู้ป่วย ช่วงเวลาที่เกิดอาการตื่นตระหนกแบบทันทีทันใด และคะแนนประเมินของปัจจัยทางด้านจิตใจในช่วงก่อนทดลอง ซึ่งปัจจัยดังกล่าวสามารถทำนายผลลัพธ์ของการบำบัดตามมาตรฐาน 12 สัปดาห์ในช่วงก่อนทดลอง นอกจากนี้ยังพบว่ามีปัจจัยที่มีผลในช่วงก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $< .001$ ได้แก่ ระดับของอาการซึมเศร้า
การนำไปใช้	ได้รับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยที่สามารถทำนายผลลัพธ์ในการเปรียบเทียบการรักษาด้วยการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมตามมาตรฐาน 12 สัปดาห์ (CBT 12) และการบำบัดแบบย่อ 6 สัปดาห์ (CBT 6) ในผู้ป่วยโรคตื่นตระหนกในระยะต่างๆ ของการบำบัด ซึ่งสามารถนำไปใช้ในการพัฒนาเครื่องมือในการวิจัยเพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อการทดลอง และนำผลการทดลองไปใช้เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ในการบำบัด

ตาราง 4.2 สรุปผลการถ่วงน้ำหนักข้อมูลจากงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในผู้ป่วยโรคตื่นตระหนกที่มีหรือไม่มีโรคอะโรราโฟเบีย (ต่อ)

เรื่องที่ 11	Remote treatment of panic disorder : A randomized trial of internet-based cognitive behavior therapy supplemented with telephone calls
ผู้แต่ง	Calbring et al.
แหล่งตีพิมพ์/ปี	The American Journal of Psychiatry/ 2006
หัวข้อ	รายละเอียด
วัตถุประสงค์ของงานวิจัย	เพื่อศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม ด้วยตัวเองผ่านทางการใช้อินเทอร์เน็ตเป็นระยะเวลา 10 สัปดาห์ ร่วมกับการให้การดูแลผ่านทางการใช้โทรศัพท์ในช่วงเวลาสั้นๆ ในกลุ่มผู้ป่วยภาวะโรคตื่นตระหนกที่มีหรือไม่มีโรคอะโรราโฟเบีย
รูปแบบการงานวิจัย	Randomized controlled trial
ระดับงานวิจัย	A
สถานที่หรือแหล่งวิจัย	การใช้อินเทอร์เน็ต จากที่บ้าน หรือที่ทำงานในเมือง Linkoping ประเทศ Sweden
กลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วยกลุ่มผู้ป่วยภาวะโรคตื่นตระหนก ที่แสดงความสนใจที่จะเข้าร่วมในโปรแกรมการช่วยเหลือตัวเองผ่านทางอินเทอร์เน็ต โดยการคัดกรองกลุ่มศึกษาดำเนินการโดยการสัมภาษณ์ซึ่งใช้วิธีการสุ่มด้วยคอมพิวเตอร์ จำนวน 358 คน หลังจากนั้นมีการสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์เกี่ยวกับอาการทางคลินิกโดยใช้ DSM-IV ซึ่งผ่านเกณฑ์ จำนวน 104 คน ต่อมามีการคัดออกอีก 44 คนที่ไม่ผ่านเกณฑ์ เหลือจำนวนผู้ป่วย 60 คน เกณฑ์คัดเข้า 1. ผู้ป่วยต้องมีคุณสมบัติผ่านตามเกณฑ์ DSM-IV สำหรับโรคตื่นตระหนก(Panic disorder) 2. ผู้ป่วยมีอาการของ โรคตื่นตระหนกอย่างน้อย 1 ปี 3. ผู้ป่วยมีอายุระหว่าง 18-60 ปี

ตาราง 4.2 สรุปผลการถ่วงน้ำหนักข้อมูลจากงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในผู้ป่วยโรคตื่นตระหนกที่มีหรือไม่มีโรคอะโรราโฟเบีย (ต่อ)

เรื่องที่ 11 (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
กลุ่มตัวอย่าง (ต่อ)	4. ผู้ป่วยต้องไม่มีภาวะของโรคทางจิตเวชที่จำเป็นต้องได้รับการรักษาอย่างเร่งด่วน 5. ผู้ป่วยต้องมีคะแนนจากส่วนของ ภาวะซึมเศร้า ในแบบประเมิน the self-rated MADRS น้อยกว่า 12 คะแนนและต้องมีคะแนนในส่วน ของข้อคำถามเกี่ยวกับการฆ่าตัวตายน้อยกว่า 4 คะแนน 6. ผู้ป่วยต้องมีปัญหาเรื่อง โรคตื่นตระหนกเป็นเสมือนปัญหา สุขภาพจิตพื้นฐาน 7. ในกรณีที่ผู้ป่วยต้องได้รับการรักษาด้วยยาสำหรับ โรคตื่นตระหนก ผู้ป่วยจะต้องได้รับขนาดยาของยาคงที่อย่างน้อย 3 เดือนก่อนการศึกษาจะ เริ่มต้น รวมทั้งผู้ป่วยต้องยินยอมที่จะได้รับการรักษาด้วยขนาดยาเดิม จนกว่าจะจบการวิจัยครั้งนี้ 8. ถ้าผู้ป่วยต้องรับการรักษาอื่น ๆ ต้องไม่ใช้เวลานานกว่า 6 เดือนและ ไม่ใช้การรักษาด้วยการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (Cognitive behavior therapy; CBT) 9. ผู้ป่วยจะต้องได้รับคำปรึกษา/ตรวจจากแพทย์ นักจิตวิทยาและ เจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพด้านต่างๆ เพื่อประเมินปัญหาสุขภาพจากโรค อื่นๆ
ผลลัพธ์และเครื่องมือที่ใช้ในการประเมิน	1. อาการอะโรราโฟเบีย วัดโดยใช้แบบประเมิน The Mobility Inventory 2. อาการกลัวอะโรราโฟเบีย วัดโดยใช้แบบประเมิน The Agoraphobic Cognitions questionnaire 3. ความรู้สึกกลัวด้านร่างกาย วัดโดยใช้ แบบประเมิน The Body Sensations Questionnaire 4. ความวิตกกังวล วัดโดยใช้แบบประเมิน The Beck Anxiety Inventory

ตาราง 4.2 สรุปผลการถ่วงน้ำหนักข้อมูลจากงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในผู้ป่วยโรคตื่นตระหนกที่มีหรือไม่มีโรคอะโรราโฟเบีย (ต่อ)

เรื่องที่ 11 (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
ผลลัพธ์และเครื่องมือที่ใช้ในการประเมิน (ต่อ)	5. ระดับของความซึมเศร้า วัดโดยใช้แบบประเมิน The Beck Depression Inventory 6. คุณภาพชีวิต วัดโดยใช้แบบประเมิน The Quality of Life Inventory เครื่องมือที่ใช้ในการสัมภาษณ์เบื้องต้น ประกอบด้วย - The self-rated version of the Montgomery-Asberg Depression Rating Scale (MADRS) - The 53 additional questions จาก the panic disorder sections of the Composite International diagnosis Interview (CIDI) - The Anxiety Disorder and Interview Schedule for DSM-IV - The social phobia section from the Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders research version (SCID-I)
การเก็บข้อมูล	การเก็บข้อมูลในการศึกษาครั้งนี้จะประกอบด้วย 4 ส่วนคือ 1. ก่อนการให้โปรแกรม 2. หลังการให้โปรแกรม 3. หลังการให้โปรแกรม 10 สัปดาห์ 4. หลังการให้โปรแกรม 9 เดือน
การจัดกระทำ	จำนวนผู้ป่วย 60 คน ซึ่งแบ่งเป็น 2 กลุ่มโดยวิธีการสุ่ม ได้แก่ 1. กลุ่มควบคุมจำนวน 30 คน 2. กลุ่มทดลอง จำนวน 30 คน กลุ่มควบคุม : ได้รับการรักษาขั้นพื้นฐาน และหลังจากนั้น 14 เดือนให้การรักษาตามโปรแกรม กลุ่มทดลอง : 1. จะได้รับการรักษาเป็นโปรแกรมที่ประกอบด้วย 10 หน่วยโดยแต่ละหน่วยการสอน จะมีเนื้อหาประมาณ 25 หน้าได้แก่

ตาราง 4.2 สรุปผลการถ่วงน้ำหนักข้อมูลจากงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในผู้ป่วยโรคตื่นตระหนกที่มีหรือไม่มีโรคอะโรมาติก (ต่อ)

เรื่องที่ 11 (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
การจัดกระทำ (ต่อ)	หน่วยที่ 1-2 : เป็นเรื่องของ การให้ความรู้ทางด้านจิตวิทยาและการอยู่ร่วมกันในสังคม หน่วยที่ 3 : เป็นเรื่องของการบริหารการหายใจ (breathing retraining) และการทดสอบการหายใจเร็วกว่าปกติ (hyperventilation test) หน่วยที่ 4-5 : เป็นเรื่องของการปรับโครงสร้างทางปัญญา (cognitive restructuring) หน่วยที่ 6-7 : เป็นการฝึกโดยการกระตุ้นให้ร่างกายมีอาการตื่นตระหนกในสถานการณ์จำลอง (interoceptive exposure) หน่วยที่ 8-9 : เป็นเรื่องของ การที่ผู้ป่วยจะเผชิญกับ สถานการณ์กลัวในชีวิตจริง (exposure in vivo) หน่วยที่ 10 : เป็นเรื่องของการป้องกันการกลับเป็นซ้ำ (relapse prevention) และการฝึกพฤติกรรมการกล้าแสดงออกที่เหมาะสม (assertiveness training) 2. เนื้อหาในแต่ละหน่วย จะเปลี่ยนแปลงให้เป็นในลักษณะ สนทนาโต้ตอบทางเว็บเพจและสามารถเข้าถึงเนื้อหาทั้งหมดผ่านทาง อินเทอร์เน็ต ผู้ป่วยเกือบทั้งหมดจะเข้าถึงโปรแกรมนี้จากที่บ้านแต่ก็มี บางส่วนที่ดำเนินการที่ทำงาน แต่ละหน่วยการสอน จะประกอบด้วย ข้อมูล แบบฝึกหัดและส่วนท้ายจะเป็นคำถามแบบให้บรรยายจำนวน 3-8 ข้อ ผู้ป่วยจะถูกขอให้อธิบายด้วยคำพูดของตนเองในแต่ละส่วนที่สำคัญ ของหน่วยการสอนนั้นๆ อธิบายความคิดผ่านการบันทึก และบรรยาย ประสบการณ์/ผลที่เกิดขึ้นจากการทำแบบทดสอบในสภาพที่เหมือนจริง ซึ่งคำถามต่างๆจะช่วยส่งเสริมการเรียนรู้ของผู้ป่วย ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถ ประเมินความเข้าใจของผู้ป่วยต่อเครื่องมือและประเมินความสมบูรณ์ของ การทำงานที่ได้รับมอบหมาย นอกจากนี้ยังมีคำถามที่เป็นลักษณะการ เลือกคำตอบ ซึ่งถ้าเป็นคำตอบที่ถูกต้องจึงจะสามารถทำในส่วนต่อไปได้

ตาราง 4.2 สรุปผลการถ่วงน้ำหนักข้อมูลจากงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในผู้ป่วยโรคตื่นตระหนกที่มีหรือไม่มีโรคอะโรราโฟเบีย (ต่อ)

เรื่องที่ 11 (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
การจัดกระทำ (ต่อ)	โดยกลุ่มผู้ป่วยจะได้รับการตอบสนองจากผู้วิจัยทันที (automatic feedback) เพื่อจะได้คำตอบที่ถูกต้องพร้อมคำอธิบายอย่างละเอียด ในแต่ละหน่วยการสอน นั้นผู้ป่วยจะต้องเขียนข้อความอย่างน้อย 1 ข้อความ สำหรับการอภิปรายกลุ่มทางออนไลน์ โดยผู้ป่วยคนอื่นๆสามารถเข้ามาอ่านและให้ข้อเสนอแนะในแต่ละข้อความได้ ซึ่งจะเป็นการสร้างบรรยากาศความอบอุ่นและการช่วยเหลือซึ่งกันและกันในกลุ่มผู้ป่วยเหล่านี้ 3. การสื่อสารกลับ (feedback) ในส่วนของงานที่ให้ผู้ป่วยทำนั้น จะดำเนินการภายใน 24 ชั่วโมงผ่านทาง ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ การประเมินโดยนักจิตวิทยา/ผู้วิจัยเพื่อประเมินความพร้อมของผู้ป่วยในการเข้าสู่ หน่วยการสอนต่อไป ในกรณีที่ผู้ป่วยมีความพร้อมจะมีการให้รหัสผ่านกับผู้ป่วยที่จะดำเนินการต่อไป แต่ถ้าผู้ป่วยยังไม่พร้อม นักจิตวิทยาจะให้ความช่วยเหลือและให้กำลังใจที่จะทำงานในแต่ละหน่วยการสอน ให้สำเร็จ ผู้ป่วยสามารถที่จะใช้การติดต่อสื่อสารด้วยข้อความผ่านทางไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ โดยไม่มีข้อจำกัด จำนวนครั้งของการรับและส่งข้อความประมาณ 7-29 ครั้ง (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 13.5, SD=4.4) เวลาเฉลี่ยที่ใช้สำหรับผู้ป่วย 12 นาที/คนซึ่งรวมถึงการโต้ตอบผ่านทาง ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ด้วย 4. การประเมินผู้ป่วยแต่ละคนทางโทรศัพท์ดำเนินการทุกสัปดาห์ โดยนักจิตวิทยา เพื่อให้เกิดการสื่อสารกลับในทางบวกและช่วยตอบข้อสงสัยในแต่ละหน่วยการสอน การสนทนาทางโทรศัพท์ใช้เวลาเฉลี่ยประมาณ 11.8 นาที/สัปดาห์ 5. นักจิตวิทยาในการศึกษาครั้งนี้ ได้แก่นักศึกษาปริญญาโททางจิตวิทยา 2 คน และนักจิตวิทยาที่ผ่านการรับรองทางวิชาชีพแล้วจำนวน 1 คน

ตาราง 4.2 สรุปผลการถ่วงน้ำหนักข้อมูลจากงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในผู้ป่วยโรคตื่นตระหนกที่มีหรือไม่มีโรคอะโรราโฟเบีย (ต่อ)

เรื่องที่ 11 (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
การจัดกระทำ (ต่อ)	6. หลังจาก 10 สัปดาห์ของการใช้โปรแกรมนี้ จะมีการประเมินผู้ป่วยอีกครั้งด้วยแบบสอบถามที่ส่งผ่านทาง อินเทอร์เน็ตทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง นอกจากนี้กลุ่มทดลองจะมีการประเมินโปรแกรมนี้ด้วย
ผลการวิจัย	With in group ผลการศึกษาแบ่งตามผลลัพธ์เป็นรายด้านได้ดังนี้ 1. อาการอะโรราโฟเบีย กลุ่มทดลองที่ได้รับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในรูปแบบผ่านทางอินเทอร์เน็ตด้วยตัวเองหลังการได้รับโปรแกรมพบว่าอาการอะโรราโฟเบียดีขึ้น อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ ($p<0.001$) ในขณะที่กลุ่มผู้ป่วยภาวะโรคตื่นตระหนกได้รับการรักษาขั้นพื้นฐาน ไม่พบความแตกต่างทางสถิติ 2. อาการกลัวอะโรราโฟเบีย กลุ่มทดลองที่ได้รับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในรูปแบบผ่านทางอินเทอร์เน็ตด้วยตัวเองหลังการได้รับโปรแกรมพบว่าอาการกลัวอะโรราโฟเบียดีขึ้น อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ ($p<0.001$) ในขณะที่กลุ่มผู้ป่วยภาวะโรคตื่นตระหนกได้รับการรักษาขั้นพื้นฐาน ไม่พบความแตกต่างทางสถิติ 3. ความรู้สึกกลัวด้านร่างกาย กลุ่มทดลองที่ได้รับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในรูปแบบผ่านทางอินเทอร์เน็ตด้วยตัวเองหลังการได้รับโปรแกรมพบว่าความรู้สึกกลัวด้านร่างกายดีขึ้น อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ ($p<0.001$) ในขณะที่กลุ่มผู้ป่วยภาวะโรคตื่นตระหนกได้รับการรักษาขั้นพื้นฐาน ไม่พบความแตกต่างทางสถิติ 4. ความวิตกกังวล กลุ่มทดลองที่ได้รับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในรูปแบบผ่านทางอินเทอร์เน็ตด้วยตัวเองหลังการได้รับโปรแกรมพบว่าความวิตก

ตาราง 4.2 สรุปผลการถ่วงน้ำหนักข้อมูลจากงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในผู้ป่วยโรคต้นตระหนกที่มีหรือไม่มีโรคอะโคราโฟเบีย (ต่อ)

เรื่องที่ 11 (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
ผลการวิจัย (ต่อ)	กังวลดีขึ้น อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ ($p < 0.001$) ในขณะที่กลุ่มผู้ป่วยภาวะโรคต้นตระหนกได้รับการรักษาขั้นพื้นฐาน ไม่พบความแตกต่างทางสถิติ 5. ระดับของความซึมเศร้า กลุ่มทดลองที่ได้รับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในรูปแบบผ่านทางอินเทอร์เน็ตด้วยตัวเองหลังการได้รับโปรแกรมพบว่าความซึมเศร้าดีขึ้น อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ ($p < 0.001$) ในขณะที่กลุ่มผู้ป่วยภาวะโรคต้นตระหนกได้รับการรักษาขั้นพื้นฐาน ไม่พบความแตกต่างทางสถิติ 6. คุณภาพชีวิต กลุ่มทดลองที่ได้รับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในรูปแบบผ่านทางอินเทอร์เน็ตด้วยตัวเองหลังการได้รับโปรแกรมพบว่าคุณภาพชีวิตดีขึ้น อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ ($p < 0.001$) ในขณะที่กลุ่มผู้ป่วยภาวะโรคต้นตระหนกได้รับการรักษาขั้นพื้นฐาน ไม่พบความแตกต่างทางสถิติ การศึกษาพบว่ากลุ่มใช้การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในรูปแบบผ่านทางอินเทอร์เน็ตด้วยตัวเองในผู้ป่วยโรคต้นตระหนก มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในทุกตัวแปรที่ศึกษาเมื่อเปรียบเทียบในช่วงเวลาก่อนและหลังการได้รับโปรแกรม ($p < 0.0001$) ในขณะที่กลุ่มผู้ป่วยโรคต้นตระหนกได้รับการรักษาขั้นพื้นฐาน ไม่พบความแตกต่างทางสถิติในทุกตัวแปร เมื่อเปรียบเทียบช่วงก่อนให้โปรแกรมและช่วงติดตามผล 9 เดือน การศึกษาพบว่ากลุ่มใช้การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในรูปแบบผ่านทางอินเทอร์เน็ตด้วยตัวเองในผู้ป่วยโรคต้นตระหนก มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในทุกตัวแปรที่ศึกษามีนัยสำคัญที่ระดับสถิติ ($p < 0.0001$) และพบว่าตัวแปรความรู้สึกกลัวด้านร่างกายมีค่าเปลี่ยนแปลง

ตาราง 4.2 สรุปผลการถ่วงน้ำหนักข้อมูลจากงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในผู้ป่วยโรคตื่นตระหนกที่มีหรือไม่มีโรคอะโคราโฟเบีย (ต่อ)

เรื่องที่ 11 (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
ผลการวิจัย (ต่อ)	ไปในทางที่ดีขึ้นมากที่สุด ส่วนค่าต่ำสุดในการเปลี่ยนแปลงคือตัวแปรคุณภาพชีวิต สรุปการศึกษาพบว่าผลของการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในรูปแบบผ่านทางอินเทอร์เน็ตด้วยตัวเองในกลุ่มผู้ป่วยโรคตื่นตระหนกที่มีหรือไม่มีโรคอะโคราโฟเบียตัวแปรในอาการอะโคราโฟเบีย อาการกลัวอะโคราโฟเบีย ความรู้สึกกลัวด้านร่างกาย อาการดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ ($p < 0.001$) Between group เมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มผู้ป่วยโรคตื่นตระหนกที่ใช้การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในรูปแบบผ่านทางอินเทอร์เน็ตด้วยตัวเอง และกลุ่มผู้ป่วยโรคตื่นตระหนกที่ได้รับการรักษาขั้นพื้นฐานในช่วงเวลาหลังการได้รับโปรแกรมพบความแตกต่างในตัวแปรอาการอะโคราโฟเบีย อาการกลัวอะโคราโฟเบีย ความรู้สึกกลัวด้านร่างกาย ความวิตกกังวล ความซึมเศร้า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ($P < 0.0125$) แต่ไม่พบความแตกต่างในด้านคุณภาพชีวิต เมื่อประเมินเปรียบเทียบซ้ำโดยการสัมภาษณ์โดยนักบำบัด หลังการให้โปรแกรม 1 เดือน พบว่าในกลุ่มผู้ป่วยโรคตื่นตระหนกที่ใช้การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในรูปแบบผ่านทางอินเทอร์เน็ตด้วยตัวเองมีผู้ป่วยจำนวน 23 คน (77%) ไม่มีอาการตื่นตระหนก ในขณะที่กลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาขั้นพื้นฐาน ยังคงมีอาการตื่นตระหนกอยู่
การนำไปใช้	การใช้โปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในรูปแบบผ่านทางอินเทอร์เน็ตด้วยตัวเองเป็นระยะเวลา 10 สัปดาห์ ร่วมกับการให้การดูแลผ่านทางการใช้โทรศัพท์ในช่วงเวลาสั้นๆ มีประสิทธิภาพดีในการรักษาผู้ป่วยภาวะโรคตื่นตระหนก ดังนั้นการบำบัดรูปแบบใช้อินเทอร์เน็ตซึ่งปัจจุบันเครือข่ายอินเทอร์เน็ตครอบคลุมทุกพื้นที่ สามารถใช้ได้ที่บ้านที่ทำงานผู้ป่วยย่อมมีความสะดวกในการรักษามากขึ้น

ตาราง 4.2 สรุปผลการค้นกรองข้อมูลจากงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในผู้ป่วยโรคตื่นตระหนกที่มีหรือไม่มีโรคอะโรราโฟเบีย (ต่อ)

เรื่องที่ 12	A randomized effectiveness trial of cognitive-behavioral therapy and medication for primary care panic disorder
ผู้แต่ง	Roy-Byrne et al.
แหล่งตีพิมพ์/ปี	Archives of General Psychiatry /2005
หัวข้อ	รายละเอียด
วัตถุประสงค์ของงานวิจัย	เพื่อศึกษาการนำไปใช้และประเมินประสิทธิภาพของการรักษาในรูปแบบผสมระหว่างการรักษาด้วยยาทางจิตเวช (pharmacotherapy) กับการให้การบำบัดด้านความคิดและพฤติกรรม (cognitive-behavioral intervention) ในผู้ป่วยที่มีภาวะตื่นตระหนกในรูปแบบการบริการปฐมภูมิ
รูปแบบการงานวิจัย	Randomized controlled study
ระดับงานวิจัย	A
สถานที่หรือแหล่งวิจัย	คลินิกสุขภาพชุมชน ในเครือมหาวิทยาลัย ใน Seattle, Wash, San Diego, Calif, and Los Angeles
กลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มตัวอย่าง ผู้ป่วยภาวะตื่นตระหนกจะได้รับการคัดกรองที่คลินิกในเบื้องต้น หลังจากนั้นจะมีการสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์โดยผู้ช่วยวิจัย ซึ่งใช้เครื่องมือ The Composite International Diagnosis Interview (CIDI) เพื่อพิจารณาในเกณฑ์เข้าร่วมโครงการ หลังจากนั้นจะมีการแบ่งผู้ป่วย เป็น 2 กลุ่ม โดยการสุ่ม คือกลุ่มควบคุมที่ได้รับการรักษาตามปกติ (Usual care group) และกลุ่มทดลอง (Intervention group) เกณฑ์คัดเข้า 1. อายุระหว่าง 18- 70 ปี 2. ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะตื่นตระหนกตามเกณฑ์ของ DSM-IV criteria และมีอาการอย่างน้อย 1 ครั้งในสัปดาห์ที่ผ่านมา 3. สามารถพูดภาษาอังกฤษได้ 4. สามารถติดต่อทางโทรศัพท์ได้

ตาราง 4.2 สรุปผลการถ่วงน้ำหนักข้อมูลจากงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในผู้ป่วยโรคตื่นตระหนกที่มีหรือไม่มีโรคอะโรอาโฟเบีย (ต่อ)

เรื่องที่ 12 (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
กลุ่มตัวอย่าง (ต่อ)	5. เต็มใจ/ยินยอมที่จะรับการรักษาในรูปแบบผสมระหว่างการรักษาด้วยยาทางจิตเวชกับการให้การบำบัดด้านความคิดและพฤติกรรม 6. ผู้ป่วยที่มีโรคร่วมทางจิตเวชหรือหรือโรคทางกาย (Psychiatric and medical comorbidities) เกณฑ์คัดออก : 1. ผู้ป่วยที่มีโรคร่วม ที่มีแนวโน้มเรื่องอันตรายต่อชีวิต เช่นคิดฆ่าตัวตาย เจ็บป่วยระยะสุดท้าย หรือมีข้อจำกัดในการเข้าร่วมโครงการ เช่นมีภาวะโรคจิต (psychosis), มีการใช้สิ่งเสพติด มีภาวะสมองเสื่อมหรือดั่งครรภ์ 2. ผู้ป่วยที่ได้รับผลประโยชน์จากการเจ็บป่วยทางจิตเวช หรือมีความจำเป็นต้องเข้ารับการรักษาที่จิตแพทย์หรือนักจิตวิทยาทางด้าน CBT ก่อนที่จะเข้าโครงการ
ผลลัพธ์และเครื่องมือที่ใช้ในการประเมิน	1. อัตราการทุเลาจากโรค (Remission rate: high end-state functioning) โดยพิจารณาจากจำนวนครั้งของการมีอาการตื่นตระหนก การมีความวิตกกังวล และ agoraphobia subscale score) โดยต้องพิจารณา 3 ด้านพร้อมกัน จึงจะถือว่าผ่านเกณฑ์ ได้แก่ 1) ไม่มีอาการของ panic ในช่วงที่ 1 เดือน ผ่านมา 2) มีความกังวลเกี่ยวกับเหตุการณ์ในอนาคตที่เกี่ยวข้องกับ panic เล็กน้อย โดยมีคะแนนระหว่าง 0-1 จากแบบประเมิน Anxiety Disorders Interview Schedule-Revised ประเมิน a 3-point scale 3) มีคะแนนของ agoraphobia subscale score น้อยกว่าหรือเท่ากับ 10 โดยแบบ Brief standard self-rating for phobic patients 2. อัตราการตอบสนองต่อการรักษา (Response rate) โดยพิจารณาจากคะแนนจาก Anxiety Sensitivity Index Score (ASI) ใช้ระดับคะแนนน้อยกว่า 20 สำหรับการประเมินเรื่องความไวต่อความถี่ของการเกิดอาการตื่นตระหนก และเรื่องของการตื่นตระหนกที่สัมพันธ์กับอาการทางกาย

ตาราง 4.2 สรุปผลการถ่วงน้ำหนักข้อมูลจากงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในผู้ป่วยโรคตื่นตระหนกที่มีหรือไม่มีโรคอะโคราโฟเบีย (ต่อ)

เรื่องที่ 12 (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
ผลลัพธ์และเครื่องมือที่ใช้ในการประเมิน (ต่อ)	3. ความสามารถทางกายภาพและสุขภาวะอารมณ์ คุณภาพชีวิต โดยพิจารณาจาก The World Health Organization Disability Scale สำหรับการประเมินเรื่องความสามารถในด้านต่างๆ เช่น สุขภาวะทางอารมณ์ (emotional wellbeing) และความสามารถทางกายภาพ (physical functioning) และแบบประเมิน The Global Physical and Mental Health Scale of the short form 12 (SF12) สำหรับการประเมินเรื่องคุณภาพชีวิต (quality of life) 4. ภาวะซึมเศร้าใช้แบบประเมิน The Center for Epidemiologic Studies-Depression Scale สำหรับการประเมินเรื่องระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า และ The Composite International Diagnosis Interview (CIDI)
การเก็บข้อมูล	การเก็บข้อมูลในการศึกษาครั้งนี้จะประกอบด้วย 5 ส่วนคือ 1. การเก็บข้อมูลจะทำในช่วงก่อนการรักษา (Baseline) 2. ช่วงติดตามผลที่ 3 เดือน 3. ช่วงติดตามผลที่ 6 เดือน 4. ช่วงติดตามผลที่ 9 เดือน 5. ช่วงติดตามผลที่ 12 เดือน
การจัดกระทำ	ผู้ป่วยจำนวน 618 คนที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะตื่นตระหนกโดยใช้เกณฑ์ของ The CIDI มี 168 คนที่ปฏิเสธการเข้าร่วมโครงการ จึงเหลือผู้ป่วยจำนวน 232 คน และได้รับการสุ่มเพื่อแบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ - กลุ่มควบคุม (Care as usual) จำนวน 113 คน - กลุ่มทดลอง (CBT intervention) จำนวน 119 คน กลุ่มควบคุม : Usual care ผู้ป่วยในกลุ่มนี้จะได้รับการดูแลตามแผนการรักษาขั้นพื้นฐานตามปกติ ซึ่งส่วนใหญ่จะเป็นการรักษาด้วยยา นอกจากนี้ผู้ป่วยอาจจะถูกส่งต่อหรือสมัครใจไปรักษาที่สถานพยาบาลในชุมชนได้

ตาราง 4.2 สรุปผลการถ่วงน้ำหนักข้อมูลจากงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในผู้ป่วยโรคตื่นตระหนกที่มีหรือไม่มีโรคอะโรราโฟเบีย (ต่อ)

เรื่องที่ 12 (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
การจัดกระทำ (ต่อ)	กลุ่มทดลอง : Cognitive behavioral therapy (CBT) กลุ่มนี้จะได้รับการรักษาด้วยการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม การให้โปรแกรมจะทำการร่วมกับการให้ผู้เชี่ยวชาญด้านพฤติกรรมสุขภาพ เป็นคนดำเนินการในทำกลุ่ม CBT โดยผู้เชี่ยวชาญจะได้รับการอบรมใน short course of CBT ซึ่งเน้นในเรื่องอาการแสดงของการตื่นตระหนก, ภาวะซึมเศร้าและความกังวลต่อสังคม (social anxiety) ผู้ป่วยจะได้รับวิดีโอเทปที่มีเนื้อหาเกี่ยวกับอาการตื่นตระหนก การรักษา และหนังสือที่มีเนื้อหาเกี่ยวกับเรื่องยา การจัดการ และวิธีการให้ความร่วมมือกับการให้โปรแกรมในรูปแบบนี้ แพทย์ระดับปฐมภูมิจะเป็นคนบริหารจัดการเรื่องยาของผู้ป่วย ในกรณีที่มีความเฉพาะเรื่องของยาจะมีการให้ข้อมูลผ่านมานักจิตบำบัดที่จะมีการประชุมเรื่องสภาวะของผู้ป่วยทุกสัปดาห์ ซึ่งการประเมินเรื่องของยาจะพิจารณาจากการรายงานของตัวผู้ป่วย รูปแบบของการรักษาด้วยยา ประกอบด้วยการเริ่มต้นด้วยการปรับขนาดของยากลุ่ม Selective serotonin reuptake inhibitor อย่างน้อย 6 สัปดาห์ ในกรณีที่ผู้ป่วยมีปัญหาจากยากลุ่มนี้ จะมีการพิจารณาใช้ยากลุ่มอื่นทดแทน เช่น antidepressants เป็นต้น ในส่วนของการดูแลผู้ป่วยจะเป็นการทำงานร่วมกันระหว่างผู้เชี่ยวชาญด้านพฤติกรรมสุขภาพกับแพทย์ระดับปฐมภูมิ โดยการสื่อสารในแบบ สองทางรูปแบบของการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม(CBT) นั้นผู้ป่วยจะได้รับการรักษาใน 6 หน่วย ภายในเวลา 3 เดือน ในกรณีที่ผู้ป่วยได้รับการรักษาครบ 3 หน่วยแล้วในส่วนที่เหลืออาจจะดำเนินการ โดยใช้โทรศัพท์ถ้าผู้ป่วยต้องการแต่ต้องให้เสร็จภายใน 3 เดือน ต่อจากนั้นจะมีการติดตามทางโทรศัพท์อีก 6 ครั้งในช่วงเวลา 6-12 สัปดาห์/ครั้ง ในแต่ละครั้งจะใช้เวลาประมาณ 15-30 นาที เพื่อติดตามเรื่อง อาการและการได้รับยาอย่างถูกต้องและเพียงพอทักษะในเรื่องของความคิดและพฤติกรรมและปรับยาให้เหมาะสม

ตาราง 4.2 สรุปผลการถ่วงน้ำหนักข้อมูลจากงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในผู้ป่วยโรคตื่นตระหนกที่มีหรือไม่มีโรคอะโคราโฟเบีย (ต่อ)

เรื่องที่ 12 (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
ผลการวิจัย	With in group อัตราการเลิกจากโรคที่ช่วงเวลาติดตามผล 12 เดือน ในกลุ่มที่ได้รับการรักษาในรูปแบบการให้การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม = 29% และกลุ่มที่ได้รับการรักษาขั้นพื้นฐาน = 16% อัตราการตอบสนองต่อการรักษา ที่ช่วงเวลาติดตามผล 12 เดือน ในกลุ่มที่ได้รับการรักษาในรูปแบบการให้การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม = 66% และกลุ่มที่ได้รับการรักษาขั้นพื้นฐาน 38% Between group จากการศึกษาพบว่าอัตราการเลิกจากโรคที่ช่วงเวลาติดตามผล 12 เดือน ในกลุ่มที่ได้รับการรักษาในรูปแบบการให้การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการรักษาขั้นพื้นฐานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (<0.01) จากการศึกษาพบว่า ความสามารถทางกายภาพและสภาวะอารมณ์ คุณภาพชีวิต และภาวะซึมเศร้า ช่วงเวลาติดตามผล 3,6,9 และ 12 เดือน ในกลุ่มที่ได้รับการรักษาในรูปแบบการให้การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม กับกลุ่มที่ได้รับการรักษาขั้นพื้นฐานแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (<0.01) จากการศึกษาพบว่า อัตราการเลิกจากโรคและอัตราการตอบสนองต่อการรักษา ในช่วงเวลาติดตามผล 3,6,9 และ 12 เดือน ในกลุ่มที่ได้รับการรักษาในรูปแบบการให้การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการรักษาขั้นพื้นฐานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (<0.01) การให้การรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะตื่นตระหนกในรูปแบบการบริการปฐมภูมิด้วยรูปแบบผสมผสานระหว่างการรักษาด้วยยาทางจิตเวช กับการให้การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม โดยผู้เชี่ยวชาญด้านพฤติกรรม สุขภาพ เป็นรูปแบบที่เป็นไปได้และมีประสิทธิภาพสูงกว่าวิธีการรักษาขั้นพื้นฐานในรูปแบบปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (<0.01)

ตาราง 4.2 สรุปผลการถ่วงน้ำหนักข้อมูลจากงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในผู้ป่วยโรคตื่นตระหนกที่มีหรือไม่มีโรคอะโคราโฟเบีย (ต่อ)

เรื่องที่ 12 (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
การนำไปใช้	การให้การรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะตื่นตระหนกในรูปแบบการบริการปฐมภูมิด้วยรูปแบบผสมผสานระหว่างการรักษาด้วยยาทางจิตเวช กับการให้การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม โดยผู้เชี่ยวชาญด้านพฤติกรรมสุขภาพ เป็นรูปแบบที่เป็นไปได้และมีประสิทธิภาพสูง

ตาราง 4.2 สรุปผลการค้นกรองข้อมูลจากงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในผู้ป่วยโรคตื่นตระหนกที่มีหรือไม่มีโรคอะโรอาโฟเบีย (ต่อ)

เรื่องที่ 13	Impact of cognitive-behavioral therapy for panic disorder on comorbidity : a controlled investigation
ผู้แต่ง	Taso et al.
แหล่งตีพิมพ์/ปี	Behavior Research and Therapy /2005
หัวข้อ	รายละเอียด
วัตถุประสงค์ของงานวิจัย	เพื่อศึกษาเปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงของโรคที่เป็นการวินิจฉัยร่วม (comorbidity: คือ โรคที่ปรากฏร่วมกับโรคที่เป็นการวินิจฉัยหลัก) ในกลุ่มผู้ป่วยภาวะตื่นตระหนกที่ได้รับการบำบัดเพื่อปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมกับกลุ่มควบคุม(wait list) เพื่อศึกษารูปแบบพื้นฐานของโรคที่เป็นการวินิจฉัยร่วม, ความสัมพันธ์ระหว่างโรคที่เป็นการวินิจฉัยร่วมกับความรุนแรงของภาวะตื่นตระหนก และผลของการมีโรคที่เป็นการวินิจฉัยร่วมต่อผลที่เกิดขึ้นหลังจากได้รับการบำบัดเพื่อปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม
รูปแบบการงานวิจัย	Randomized controlled trail
ระดับงานวิจัย	A
สถานที่หรือแหล่งวิจัย	แผนกจิตเวชมหาวิทยาลัย ในสหรัฐอเมริกา
กลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มตัวอย่าง กลุ่มผู้ป่วยจำนวน 51 คน (เพศหญิงเป็น 51%) อายุเฉลี่ยเท่ากับ 35.12 ปี (SD=9.03) เกณฑ์คัดเข้า ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะตื่นตระหนกที่มี/ไม่มีโรคอะโรอาโฟเบีย ตามเกณฑ์ของ DSM-IV และมีอาการดังกล่าวนในช่วงกลางคืน ผู้ป่วยไม่ได้รับการรักษาด้วยยาทางด้านจิตเวช (psychotropic medications)

ตาราง 4.2 สรุปผลการถ่วงน้ำหนักข้อมูลจากงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในผู้ป่วยโรคต้นตระหนักที่มีหรือไม่มีโรคอะโคราโฟเบีย (ต่อ)

เรื่องที่ 13 (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
กลุ่มตัวอย่าง (ต่อ)	เกณฑ์คัดออก มีประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคอารมณ์แปรปรวน(bipolar disorder) โรคจิตเวช(psychosis), โรคเครียดภายหลังภัยพิบัติ (post traumatic disorder) หรือมีการใช้ยา/สารเสพติด
ผลลัพธ์และเครื่องมือที่ใช้ในการประเมิน	เครื่องมือที่ใช้ทั้งสองผลลัพธ์ คือ The Anxiety Disorders Interview Schedule-IV (ADIS-IV) : สำหรับการประเมินเรื่องการวินิจฉัย (diagnosis) ประเมินโดยนักศึกษาปริญญาโททางด้านจิตวิทยาคลินิก ผู้ประเมินจะมีการให้คะแนนความรุนแรงของแต่ละโรค (ในระดับ 0-8) ซึ่งบ่งชี้ระดับของความทุกข์ใจ/ความคิดผิดปกติ ได้แก่ 0 = ไม่มีอาการ (none), 2 = เล็กน้อย (slightly disturbing/not really disabling), 4 = ปานกลาง (definitely disturbing/disabling), 6 = รุนแรง (marked disturbing/disabling), 8 = รุนแรงที่สุด (very disturbing/disabling) จำนวนความถี่ของโรคร่วม (Frequency of comorbid diagnosis) ในการประเมินเรื่องจำนวนความถี่ของโรคร่วม จะมีการประเมินโดยการพิจารณาคะแนนมากกว่า 4 จัดเป็นระดับรุนแรง (clinical severity) คะแนนที่น้อยกว่า 4 จัดเป็นไม่รุนแรง (sub-clinical severity) และถ้าคะแนนเป็น 0 จะไม่มีอาการ(no comorbidity) ในส่วนของระดับของโรคอะโคราโฟเบีย นั้นจะมีระดับของการประเมินเป็น ไม่มีถึงเล็กน้อย, หรือปานกลางถึงรุนแรง ความรุนแรงของอาการโรคร่วม (Severity of comorbid conditions) ในการประเมินความรุนแรงของอาการโรคร่วมใช้ค่าเฉลี่ยของคะแนนในแบบประเมิน ADIS-IV การประเมินเครื่องมือที่ใช้พบว่า ADIS-IV มีค่าของ inter-rater reliability ในระดับดี (kappas :PD/A=0.77, GAD; Generalized anxiety disorder = 0.67, OCD; Obsessive compulsive disorder=0.85, specific phobia =0.86, social phobia =0.77, MDD ; major depressive disorder=0.67) ในส่วนของการวินิจฉัย comorbid

ตาราง 4.2 สรุปผลการถ่วงน้ำหนักข้อมูลจากงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในผู้ป่วยโรคตื่นตระหนกที่มีหรือไม่มีโรคอะโรอาโฟเบีย (ต่อ)

เรื่องที่ 13 (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
ผลลัพธ์และเครื่องมือที่ใช้ในการประเมิน (ต่อ)	diagnosis นั้นมีค่าของ kappas สำหรับ GAD=0.50; depression = 0.75; specific phobia = 0.71; social phobia = 0.71 และ OCD = 1.0
การเก็บข้อมูล	การเก็บข้อมูลในการศึกษาครั้งนี้จะประกอบด้วย กลุ่มควบคุม : จะมีการเก็บข้อมูล 3 ส่วนคือ 1. หลังจากสิ้นสุดช่วงเวลาของระยะเวลารอคอย 2. หลังจากได้รับโปรแกรม เป็นเวลา 10 สัปดาห์ 3. หลังจากได้รับโปรแกรมเป็นเวลา 9 เดือนซึ่งเป็นช่วงติดตามผล กลุ่มทดลอง : จะมีการเก็บข้อมูล 2 ส่วนคือ 1. หลังจากได้รับโปรแกรม เป็นเวลา 10 สัปดาห์ 2. หลังจากได้รับโปรแกรม เป็นเวลา 9 เดือนซึ่งเป็นช่วงติดตามผล
การจัดกระทำ	แบ่งเป็น 2 กลุ่มโดยวิธีสุ่ม (โดยใช้สัดส่วน 2:1 เพื่อให้เกิดความสมดุลในเรื่องของการวิเคราะห์ทางสถิติและหลักการจริยธรรมในการวิจัย) ได้แก่ 1. กลุ่มควบคุม จำนวน 16 คน 2. กลุ่มทดลอง จำนวน 27 คน กลุ่มควบคุม : จะได้รับโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมหลังจาก 10 สัปดาห์ ช่วงระยะเวลารอคอยผู้ป่วยจะมีการประเมินผู้ป่วยในเรื่องของภาวะตื่นตระหนกและภาวะวิตกกังวล โดยใช้แบบประเมินการดูแลตนเอง(self-monitoring forms) เพื่อเป็นการลดปัญหาเรื่องการสูญเสียของการเข้าร่วมโครงการ (Attrition) จะมีการติดตามผู้ป่วยด้วยการโทรศัพท์ ทุก 2 สัปดาห์ (โดยใช้เวลาพูดคุยครั้งละ 15-20 นาที) และมีการกระตุ้นให้ผู้ป่วยทำแบบประเมินการดูแลตนเอง ให้สมบูรณ์และมีการส่งเสริม/สนับสนุนผู้ป่วยในบางประเด็น

ตาราง 4.2 สรุปผลการถ่วงน้ำหนักข้อมูลจากงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในผู้ป่วยโรคตื่นตระหนกที่มีหรือไม่มีโรคอะโรราโฟเบีย (ต่อ)

เรื่องที่ 13 (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
การจัดกระทำ (ต่อ)	กลุ่มทดลอง : การบำบัดเพื่อปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม (cognitive-behavioral therapy) ใช้ version of Panic Control Treatment (Craske, Brown, & Barlow, 1991) ประกอบด้วย 11 หน่วยครั้งละ 60 นาที เป็นเวลา 10 สัปดาห์ดำเนินการโดยนักศึกษาระดับบัณฑิตศึกษา จำนวน 6 คน ที่ได้รับการฝึกอบรมภายใต้การดูแลของหัวหน้าโครงการเป็นระยะเวลา 1 ปี
ผลการวิจัย	With in group จำนวนความถี่ของโรคร่วม (Frequency of comorbid diagnosis) ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยโรคตื่นตระหนกที่ได้รับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในทั้งสองกลุ่มที่ช่วงเวลาก่อนทดลอง และ หลังทดลองพบว่าเรื่องจำนวนความถี่ของโรคร่วมทุกระดับการประเมิน ไม่มีการเปลี่ยนแปลง แต่พบว่าผู้ป่วยโรคตื่นตระหนกที่ได้รับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในทั้งสองกลุ่ม พบว่าเรื่องจำนวนความถี่ของโรคร่วมระดับไม่มีอาการเพิ่มขึ้น ก่อนทดลอง 0 คน หลังทดลอง 4 คน (13.3%) ช่วงติดตามผล 7 คน (23.3%) ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยโรคตื่นตระหนกที่ได้รับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในทั้งสองกลุ่มที่ช่วงเวลาก่อนทดลอง และ ช่วงติดตามผล พบว่าเรื่องจำนวนความถี่ของโรคร่วมระดับรุนแรง มีจำนวนลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ (<0.03) ความรุนแรงของอาการโรคร่วม (Severity of comorbid conditions) ผลการศึกษาเรื่องความรุนแรงของอาการโรคร่วม ในผู้ป่วยโรคตื่นตระหนกในกลุ่มทดลองที่ได้รับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมที่ช่วงเวลาก่อนทดลอง กับกลุ่มควบคุมในช่วงเวลาสิ้นสุดระยะเวลารอคอย

ตาราง 4.2 สรุปผลการถ่วงน้ำหนักข้อมูลจากงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในผู้ป่วยโรคตื่นตระหนกที่มีหรือไม่มีโรคอะโคราโฟเบีย (ต่อ)

เรื่องที่ 13 (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
ผลการวิจัย (ต่อ)	พบว่าเรื่องความรุนแรงของอาการโรคร่วม มีจำนวนลดลงเมื่อเทียบกับช่วงเวลาก่อนทดลอง ทั้งสองกลุ่ม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ (<0.01) ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยโรคตื่นตระหนกที่ได้รับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในทั้งสองกลุ่มที่ช่วงเวลาก่อนทดลอง และ ช่วงหลังทดลอง พบว่าเรื่องความรุนแรงของอาการโรคร่วม มีจำนวนลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ (<0.001) ที่ช่วงเวลาก่อนทดลอง และ ช่วงติดตามผล พบว่าเรื่องความรุนแรงของอาการโรคร่วม มีจำนวนลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ (<0.001) ที่ช่วงเวลา ช่วงหลังทดลอง และ ช่วงติดตามผล พบว่าเรื่องความรุนแรงของอาการโรคร่วม ไม่มีความแตกต่าง เมื่อพิจารณาจากโรควินิจฉัยร่วมพบว่าความรุนแรงของอาการโรคร่วม ที่ช่วงหลังการทดลอง ช่วงติดตามผล ในโรควิตกกังวลทั่วไป โรคกลัวสังคม โรคกลัวเฉพาะเจาะจง โรคซึมเศร้า ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ ($<0.001, <0.001, <0.001, =0.021$) ตามลำดับ ในโรคร่วม โรควิตกกังวลทั่วไป และโรคกลัวเฉพาะเจาะจงพบว่าความรุนแรงของอาการโรคร่วม ช่วงก่อนทดลองกับหลังการทดลอง ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ (<0.001) ช่วงก่อนทดลองกับช่วงติดตามผล ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ (<0.01) ที่ช่วงเวลา ช่วงหลังทดลอง และ ช่วงติดตามผล พบว่าเรื่องความรุนแรงของอาการโรคร่วม ไม่มีความแตกต่าง ในโรคร่วม โรคกลัวสังคม พบว่าความรุนแรงของอาการโรคร่วม ช่วงก่อนทดลองกับช่วงติดตามผล ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ (<0.001) ที่ช่วงเวลา ช่วงหลังทดลอง และ ช่วงติดตามผล ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ (<0.01)

ตาราง 4.2 สรุปผลการถ่วงน้ำหนักข้อมูลจากงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในผู้ป่วยโรคตื่นตระหนกที่มีหรือไม่มีโรคอะโรราโฟเบีย (ต่อ)

เรื่องที่ 13 (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
ผลการวิจัย (ต่อ)	Between group จำนวนความถี่ของโรคร่วม (Frequency of comorbid diagnosis) พบว่าผู้ป่วยโรคตื่นตระหนกที่ได้รับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในกลุ่มทดลอง พบว่าเรื่องจำนวนความถี่ของโรคร่วมระดับไม่มีอาการเพิ่มขึ้น ก่อนทดลอง 0 คน หลังทดลอง 2 คน(10.5%)ซึ่งไม่พบการเปลี่ยนแปลงในกลุ่มควบคุม จากผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยโรคตื่นตระหนกที่ได้รับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในทั้งสองกลุ่ม เรื่องจำนวนความถี่ของโรคร่วมทุกระดับการประเมิน ที่ช่วงเวลาก่อนทดลอง หลังทดลอง ช่วงติดตามผล ไม่มีความแตกต่างทางสถิติที่ระดับ(<0.01) ความรุนแรงของอาการโรคร่วม (Severity of comorbid conditions) ผลการศึกษาพบว่าเรื่องความรุนแรงของอาการโรคร่วม ที่ช่วงเวลาก่อนทดลอง และ ช่วงหลังทดลอง ใน กลุ่มทดลองที่ได้รับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม มีค่าดีขึ้นมากกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ(=0.03)
การนำไปใช้	การให้การรักษาด้วยวิธีการปรับเปลี่ยนด้านความคิดและพฤติกรรมสำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะตื่นตระหนก มีประโยชน์ในการลดอาการของโรคร่วม (โดยเฉพาะในส่วนของโรควิตกกังวลไปทั่ว(GAD), โรคกลัวสังคม (specific and social phobias) ในระยะยาว ทั้งในเรื่องของจำนวนผู้ป่วยและระดับความรุนแรงของอาการโรคร่วม

ตาราง 4.2 สรุปผลการถ่วงน้ำหนักข้อมูลจากงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในผู้ป่วยโรคตื่นตระหนกที่มีหรือไม่มีโรคอะโกราโฟเบีย (ต่อ)

เรื่องที่ 14	Cognitive behavioral treatment of panic disorder and agoraphobia in a multiethnic urban outpatient clinic : Initial presentation and treatment outcome
ผู้แต่ง	Friedman et al.
แหล่งตีพิมพ์/ปี	Cognitive and Behavioral Practice/ 2006
หัวข้อ	รายละเอียด
วัตถุประสงค์ของงานวิจัย	เพื่อศึกษาประสิทธิภาพของการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (Cognitive behavioral therapy:CBT) สำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะตื่นตระหนก (Panic disorder) ในกลุ่มเชื้อชาติต่างกันคือแอฟริกา (African American) และคอเคเซียน (Caucasian)
รูปแบบการงานวิจัย	Nonrandomized control group
ระดับงานวิจัย	B
สถานที่หรือแหล่งวิจัย	คลินิกจิตเวชในมหาวิทยาลัยในนิวยอร์ก
กลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มตัวอย่าง กลุ่มผู้ป่วยภาวะตื่นตระหนกที่มี/ไม่มีอาการวิตกกังวลในสิ่งแวดล้อมที่ไม่คุ้นเคยหรือรู้สึกว่าคุณควบคุมได้น้อย (agoraphobia) ที่มารักษาที่ คลินิกจิตเวชในมหาวิทยาลัยในนิวยอร์ก ที่มีเชื้อชาติ แอฟริกา และ คอเคเซียน จำนวน 40 คน แบ่งเป็น แอฟริกา จำนวน 24 คน และ คอเคเซียน จำนวน 16 คน, ผู้ป่วยจำนวน 40 คน แบ่งเป็นกลุ่มที่มีอาการอะโกราโฟเบีย (PDA) จำนวน 34 คน และไม่มีอาการอะโกราโฟเบีย (PD) จำนวน 6 คน ,พิจารณาตามเกณฑ์ของ Secondary Axis I diagnosis พบว่ามีผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคประสาทวิตกกังวลทั่วไป (Generalized anxiety disorder) จำนวน 13 คน ความเครียดหลังจากประสบภัยพิบัติ (posttraumatic stress disorder) จำนวน 5 คน โรคย้ำคิดย้ำทำ (obsessive-compulsive disorder) จำนวน 3 คน โรคซึมเศร้า (major depression) จำนวน 5 คน โรคหวาดกลัวสังคม (social phobia) จำนวน 1 คน โรคประสาทซึมเศร้า (dysthymia) จำนวน 1 คน

ตาราง 4.2 สรุปผลการถ่วงน้ำหนักข้อมูลจากงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในผู้ป่วยโรคตื่นตระหนกที่มีหรือไม่มีโรคอะโกราโฟเบีย (ต่อ)

เรื่องที่ 14 (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
กลุ่มตัวอย่าง (ต่อ)	และโรคอารมณ์แปรปรวน (bipolar disorder) จำนวน 1 คน, กลุ่มแอฟริกาจะเป็นเพศหญิง 22 คนและเพศชาย 2 คน (รวม= 24) ส่วนกลุ่มคอเคเซียน จะเป็นเพศหญิง 10 คนและเพศชาย 6 คน (รวม= 16) อายุเฉลี่ยของกลุ่มศึกษาทั้งหมด เท่ากับ 39.7 ปี, ในเรื่องของการรักษาด้วยยาในกลุ่มผู้ป่วย (psychotropic medication) พบว่าทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน (กลุ่มแอฟริกา เท่ากับ 79.2% และกลุ่มคอเคเซียน เท่ากับ 62.5%) แต่ในรายละเอียดชนิดของยาที่ได้รับพบว่ามีความแตกต่างกันเล็กน้อย เช่นกลุ่มแอฟริกา มี 5 คนที่ได้รับยากลุ่ม SSRI อย่างเดียวในขณะที่กลุ่มคอเคเซียนมีเพียง 1 คน ส่วนยา benzodiazepines พบว่ากลุ่มแอฟริกา มี 1 คนที่ได้รับยากลุ่มนี้ อย่างเดียวในขณะที่กลุ่มคอเคเซียนมีเพียง 3 คน เป็นต้น เกณฑ์คัดเข้า กลุ่มผู้ป่วยภาวะตื่นตระหนกที่มี/ไม่มีอาการวิตกกังวลในสิ่งแวดล้อมที่ไม่คุ้นเคยหรือรู้สึกลัวตนเองควบคุมได้น้อย (agoraphobia) ที่มีเชื้อชาติคอเคเซียน (Caucasian) และคนผิวดำที่อาศัยอยู่ในอเมริกา (African American) เกณฑ์คัดออก กลุ่มผู้ป่วยภาวะตื่นตระหนกที่มี/ไม่มีอาการอะโกราโฟเบีย ที่มีเชื้อชาติ สเปน ลาตินอเมริกา(Hispanic)
ผลลัพธ์และเครื่องมือที่ใช้ในการประเมิน	1. ความวิตกกังวล Anxiety symptoms ใช้แบบประเมิน The anxiety disorder interview for DSM-IV (ADIS-IV) : ใช้ประเมินเรื่องความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า ใช้ในการวินิจฉัยโรคที่ดำเนินการประเมินโดยนักศึกษาด้านจิตวิทยาระดับปริญญาโทและเอก 2. ความรุนแรงของอะโกราโฟเบีย Agoraphobic avoidance ใช้แบบประเมิน 2.1 The fear questionnaire (FQ) ประเมินเรื่องความกลัวในสถานการณ์ต่างๆ โดยมี subscale ที่วัดเรื่อง agoraphobia, ความกลัวต่อ

ตาราง 4.2 สรุปผลการถ่วงน้ำหนักข้อมูลจากงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในผู้ป่วยโรคตื่นตระหนกที่มีหรือไม่มีโรคอะโกราโฟเบีย (ต่อ)

เรื่องที่ 14 (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
ผลลัพธ์และเครื่องมือที่ใช้ในการประเมิน (ต่อ)	สังคม (social phobia), การกลัวเลือด/การเจ็บป่วย (blood or illness phobia) และภาวะอารมณ์ไม่ดี (dysphoria) การประเมินจะมีคะแนนระหว่าง 0-8 ในแต่ละ ประเด็นที่ประเมิน เรียกว่า FQAG, ในกรณีของคะแนนรวม ซึ่งเกิดจากการรวมคะแนนใน 4 ประเด็น เรียกว่า FQTOT 2.2 The agoraphobia cognitions questionnaire (ACQ) : เป็นการวัดความถี่ของความคิดที่เกิดขึ้นในขณะที่มีความวิตกกังวล เป็นการให้คะแนนในแบบ 5 ระดับ (ไม่มีอาการถึงมีอาการตลอดเวลา) คะแนนยิ่งสูงยิ่งบ่งชี้ถึงภาวะความกลัวที่มากขึ้น 2.3 The body sensations questionnaire (BSQ) เป็นแบบสอบถามที่มีลักษณะ 17 ข้อคำถามที่ประเมินเรื่องความกลัวที่เกิดขึ้นอย่างอัตโนมัติเมื่อมีภาวะวิตกกังวล และเป็นการให้คะแนนในแบบ 5 ระดับ (เริ่มจากไม่มีแค่วิตกกังวลถึงกลัวขั้นสูงสุด) คะแนนยิ่งสูงยิ่งบ่งชี้ถึงภาวะความกลัวที่มากขึ้น 2.4 The mobility inventory for agoraphobia (MI) สำหรับใช้ประเมินเรื่องการหลีกเลี่ยงภาวะอาการวิตกกังวลในสิ่งแวดล้อมที่ไม่คุ้นเคยหรือรู้สึกว่าคุณควบคุมได้น้อย (Agoraphobia) ซึ่งในแบบประเมินจะมีสถานการณ์ต่างๆที่เกี่ยวข้อง 26 กรณี ในแบบประเมินมี 2 subscales คือ 1) MIALON : เป็นการวัดการหลีกเลี่ยงภาวะอาการวิตกกังวลกรณีผู้ป่วยอยู่คนเดียว 2) MIACC : เป็นการวัดการหลีกเลี่ยงภาวะอาการวิตกกังวลกรณีผู้ป่วยอยู่ร่วมกับผู้อื่น คะแนนจากการประเมินจะอยู่ระหว่าง 1-5 (ไม่หลีกเลี่ยงถึงหลีกเลี่ยงเด็ดขาด) โดยคะแนนยิ่งสูงจะบ่งชี้ถึงความรุนแรงของอาการอะโกราโฟเบีย 3. ภาวะซึมเศร้า Depression symptom ใช้แบบประเมิน The Beck Depression Inventory (BDI) ที่มีลักษณะดังนี้ เป็นแบบสอบถามลักษณะตอบด้วยตนเอง ที่มี 21 ข้อคำถามใช้เพื่อประเมินความรุนแรงของอาการแสดงของภาวะซึมเศร้าในช่วง 7 วันที่ผ่านมา (มี 0-63 คะแนน)

ตาราง 4.2 สรุปผลการถ่วงน้ำหนักข้อมูลจากงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในผู้ป่วยโรคตื่นตระหนกที่มีหรือไม่มีโรคอะโรราโฟเบีย (ต่อ)

เรื่องที่ 14 (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
การเก็บข้อมูล	การเก็บข้อมูลในการศึกษาครั้งนี้จะประกอบด้วย 2 ส่วนคือ 1. ก่อนการให้โปรแกรม 2. หลังการให้โปรแกรม
การจัดกระทำ	กลุ่มควบคุม : ไม่มี กลุ่มทดลอง : 1. การรักษาเป็นโปรแกรมที่ประกอบด้วยเนื้อหาหลายองค์ประกอบ ได้แก่ ให้สุขภาพจิตศึกษา เรื่องของการให้ความรู้และคำอธิบายทางด้านจิตวิทยาเกี่ยวกับการตอบสนองของร่างกายในโรคตื่นตระหนก (biopsychosocial model of Panic disorder) เทคนิคการผ่อนคลาย (Relaxation training) เรื่องหลักการของปรับโครงสร้างทางปัญญา (cognitive coping) การฝึกการเผชิญสถานการณ์กลัว (interoceptive exposure) เรื่องของการที่ผู้ป่วยจะเผชิญกับสถานการณ์ที่ทำให้กลัวในชีวิตจริง (exposure in vivo) 2. การหยุดการรักษาในรูปแบบนี้ จะหยุดลงด้วยความยินยอมของนักจิตบำบัดและผู้ป่วย 3. นักจิตบำบัดทั้งหมดจะได้รับคำแนะนำจากผู้ควบคุม สัปดาห์ละ 1 ครั้ง นอกจากนี้ ในการบำบัดครั้งแรก จะต้องนำเสนอตัวอย่างผู้ป่วย สัปดาห์ละ 1 ครั้ง เพื่อให้แน่ใจว่ามีการนำรูปแบบของการรักษาที่เหมาะสมไปใช้กับผู้ป่วย
ผลการวิจัย	With in group การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม ในผู้ป่วยโรคตื่นตระหนก ทั้งสองกลุ่มมีผลต่อการลดลงของตัวแปร ภาวะซึมเศร้า อาการอะโรราโฟเบีย อาการกลัวภาวะอะโรราโฟเบีย ความไวต่อความเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ตาราง 4.2 สรุปผลการถ่วงน้ำหนักข้อมูลจากงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในผู้ป่วยโรคตื่นตระหนกที่มีหรือไม่มีโรคอะโคราโฟเบีย (ต่อ)

เรื่องที่ 14 (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
ผลการวิจัย (ต่อ)	Between group ผลของการเปรียบเทียบการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในผู้ป่วยโรคตื่นตระหนกที่มีความแตกต่างระหว่างเชื้อชาติมีผลต่อภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นั่นคือกลุ่มแอฟริกามีการลดลงของอาการซึมเศร้าน้อยกว่ากลุ่มคอเคเซียน
การนำไปใช้	การให้การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม เป็นวิธีการหนึ่งที่มีประสิทธิภาพในการรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะตื่นตระหนก และสามารถนำไปใช้ได้เป็นอย่างดีในกลุ่มที่มีความแตกต่างกันทางเชื้อชาติ ตลอดจนสามารถใช้ได้ในการดูแลระดับชุมชน

ตาราง 4.2 สรุปผลการค้นกรองข้อมูลจากงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในผู้ป่วยโรคตื่นตระหนกที่มีหรือไม่มีโรคอะโรฟาเบีย (ต่อ)

เรื่องที่ 15	Do changes in panic appraisal predict improvement in clinical status following cognitive-behavioral treatment of panic disorder?
ผู้แต่ง	Cho et al.
แหล่งตีพิมพ์/ปี	Cognitive Therapy and Research /2006
หัวข้อ	รายละเอียด
วัตถุประสงค์ของงานวิจัย	เพื่อศึกษาเรื่องของกลไกที่เกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลงด้านความคิด จากการได้รับการบำบัดด้านความคิดและพฤติกรรมในผู้ป่วยที่มีภาวะตื่นตระหนก โดยพิจารณาจากการประเมินการเปลี่ยนแปลงด้านความคิดใน 3 มิติ ได้แก่ การยอมรับโอกาสที่จะเกิดภาวะตื่นตระหนก (perceived panic likelihood), การยอมรับผลที่เกิดขึ้นหลังจากมีภาวะตื่นตระหนก (perceived panic consequence), และการยอมรับการปรับตัวเมื่อมีภาวะตื่นตระหนก (perceived panic coping) เพื่อศึกษาการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในแต่ละมิติ ที่มีผลต่ออาการแสดงของภาวะตื่นตระหนกในระยะสั้นและระยะยาว
รูปแบบการงานวิจัย	Clinical trial
ระดับงานวิจัย	B
สถานที่หรือแหล่งวิจัย	ภาควิชาจิตเวชในมหาวิทยาลัยในเมืองออสติน ประเทศสหรัฐอเมริกา
กลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มตัวอย่าง ผู้ป่วยจำนวน 120 คน เป็นเพศหญิง 99 คนและเพศชาย 31 คน ที่ผ่านการคัดกรองมาจาก 2 ขั้นตอน โดยขั้นตอนที่ 1 จะเป็นการสัมภาษณ์ผ่านทางโทรศัพท์ใช้เวลาประมาณ 15 นาที โดยนักศึกษาระดับปริญญาเอกที่ได้รับการอบรมทางด้านจิตวิทยาคลินิกมาแล้ว ส่วนในขั้นตอนที่ 2 นั้นผู้ป่วยที่มีอาการตื่นตระหนกในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมาและยินดีเข้าร่วมโครงการ จะเข้ารับการประเมินทางคลินิกอีกครั้งโดยนักจิตวิทยา

ตาราง 4.2 สรุปผลการถ่วงน้ำหนักข้อมูลจากงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในผู้ป่วยโรคตื่นตระหนกที่มีหรือไม่มีโรคอะโกราโฟเบีย (ต่อ)

เรื่องที่ 15 (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
กลุ่มตัวอย่าง (ต่อ)	ผู้ป่วยมีค่าเฉลี่ยของระยะเวลาที่มีอาการ เท่ากับ 8.28 ปี (range 0-52 ปี) อายุเฉลี่ยเท่ากับ 34.39 ปี (range 18-62) ผู้ป่วยเป็นเพศหญิง 75% ,ชาวคอเคเชียน(Caucasian)เป็น 85% , แต่งงานแล้ว 58.3% และมีงานทำ 59.2% เกณฑ์คัดเข้า ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะตื่นตระหนกร่วมกับอะโกราโฟเบีย (agoraphobia) คือมีอาการวิตกกังวลในสิ่งแวดล้อมที่ไม่คุ้นเคยหรือรู้สึกว่าคุณควบคุมได้น้อย โดยใช้เกณฑ์ Principal Axis I diagnosis of panic disorder อายุระหว่าง 18-65 ปี ต้องมีอาการของภาวะตื่นตระหนกอย่างน้อย 1 ครั้งในเวลา 1 เดือนที่ผ่านมา ในช่วงระยะเวลานี้ไม่มีการเปลี่ยนแปลงในเรื่องของการรักษาด้วยยา เกณฑ์คัดออก มีภาวะของโรคเหล่านี้ ได้แก่ โรคจิตเวชขณะมีอาการ (current psychosis), โรคอารมณ์แปรปรวน (bipolar disorder) และ ดิสสารเสพติด (substance use disorder)
ผลลัพธ์และเครื่องมือที่ใช้ในการประเมิน	การประเมินภาวะตื่นตระหนก(Panic appraisal measures) 1. การยอมรับโอกาสที่จะเกิดภาวะตื่นตระหนก (perceived panic likelihood), ใช้แบบประเมิน The Panic appraisal inventory-panic likelihood scale (PAI-1) เป็นแบบประเมินการยอมรับโอกาสที่จะเกิดภาวะตื่นตระหนกในสถานการณ์ต่างๆ เช่น ภาวะวิตกกังวลในสิ่งแวดล้อมที่ไม่คุ้นเคย หรือภาวะที่มีสิ่งกระตุ้นทางอารมณ์หรือทางกายภาพ แบบประเมินจะเป็นแบบ an 15-item scale 2. การยอมรับผลที่เกิดขึ้นหลังจากมีภาวะตื่นตระหนก (perceived panic consequence) ใช้แบบประเมิน The Panic appraisal inventory-panic consequence scale (PAI-2) แบบประเมินจะเป็นแบบ an 15-item scale โดยจะประเมินเรื่องของผลด้านลบที่เกิดขึ้นจากการมีอาการ

ตาราง 4.2 สรุปผลการถ่วงน้ำหนักข้อมูลจากงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในผู้ป่วยโรคตื่นตระหนกที่มีหรือไม่มีโรคอะโกราโฟเบีย (ต่อ)

เรื่องที่ 15 (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
ผลลัพธ์และเครื่องมือที่ใช้ในการประเมิน (ต่อ)	ตื่นตระหนก ใน 3 ด้านคือทางด้านกายภาพ ด้านสังคมและด้านการ สูญเสียการควบคุมตัวเอง 3. การยอมรับการปรับตัวเมื่อมีภาวะตื่นตระหนก (perceived panic coping) ใช้แบบประเมิน The Panic appraisal inventory-panic coping scale (PAI-3) แบบประเมินจะเป็นแบบ an 15-item scale เป็นการประเมินระดับความเชื่อมั่นในตัวเองในการปรับตัวเมื่อมีภาวะตื่นตระหนก ระดับอาการทางคลินิก (Clinical status) 1. อาการตื่นตระหนก (panic attacks) ใช้แบบประเมิน Texas panic attack record form เป็นแบบบันทึกประจำวันเกี่ยวกับอาการตื่นตระหนกที่เกิดขึ้น โดยในแต่ละครั้งผู้ป่วยจะต้องบันทึกรายละเอียดในเรื่องวันที่ เวลา ระยะเวลาที่มีอาการ ความรุนแรง อาการแสดงที่เกิดขึ้น ตลอดจนข้อมูลอื่นๆ เช่นสถานที่ กิจกรรมที่ทำอยู่ หรือเป็นขณะอยู่ร่วมกับผู้อื่น คำแนะนำในการบันทึก จะเน้นที่ให้ทำการบันทึกทันทีหลังจากมีอาการ เพื่อให้เกิดความถูกต้องของข้อมูลมากที่สุด 2. ความวิตกกังวล (anxiety symptoms) ใช้แบบประเมิน Sheehan patient-rated anxiety scale (SPRAS) มีลักษณะ a 35-item self-report scale ที่ประเมินเรื่องความรุนแรงของอาการวิตกกังวลที่เกิดขึ้น การให้คะแนนจะเป็นแบบ a 5-point scale จากคะแนน 0 (not at all distressing) - 4 (extremely distressing) การประเมินเรื่องอาการวิตกกังวลจะอยู่ในช่วงเวลา 1 สัปดาห์ คะแนนรวมจะมากจากการรวมคะแนนจาก 35 ข้อคำถาม 3. ระดับอาการอะโกราโฟเบีย (agoraphobia level) ใช้แบบประเมิน Fear questionnaire-agoraphobia subscale (FQ-AG) ใช้ประเมินระดับอาการวิตกกังวลในสิ่งแวดล้อมที่ไม่คุ้นเคย (agoraphobia) แบบประเมินจะมี 15 ข้อคำถามที่ประเมิน 3 มิติของความกลัวที่เกิดขึ้น ได้แก่ อาการ

ตาราง 4.2 สรุปผลการถ่วงน้ำหนักข้อมูลจากงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในผู้ป่วยโรคตื่นตระหนกที่มีหรือไม่มีโรคอะโรราโฟเบีย (ต่อ)

เรื่องที่ 15 (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
ผลลัพธ์และเครื่องมือที่ใช้ในการประเมิน (ต่อ)	วิตกกังวลในสิ่งแวดล้อมที่ไม่คุ้นเคย กลัวเลือด/อุบัติเหตุ และกลัวสังคม 4. ดัชนีการวัดความสามารถโดยรวม (global disability index) ใช้แบบประเมิน Sheehan disability scale (SDS) มีลักษณะ a 4-item self-report scale ที่ประเมินเรื่องความผิดปกติ/ผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการมีอาการทางจิตที่ผิดปกติ โดยการประเมินผลกระทบใน 3 ด้าน คือด้านกิจกรรมที่เกี่ยวกับงานที่ทำอยู่ ด้านกิจกรรมเกี่ยวกับการใช้ชีวิตในสังคม และกิจกรรมยามว่าง และชีวิตในครอบครัว/ความรับผิดชอบในครอบครัว การประเมินจะเป็นแบบ an 11-point Likert scale (0= not at all, 4-6 = moderate, 10 = severe) เน้นการประเมินใน 3 ข้อคำถามแรก
การเก็บข้อมูล	การเก็บข้อมูลในการศึกษาครั้งนี้จะประกอบด้วย 3 ส่วนคือ 1. ก่อนการทดลอง 2. หลังการทดลองสัปดาห์ที่ 10 3. หลังการทดลองสัปดาห์ที่ 36
การจัดกระทำ	กลุ่มควบคุม : ไม่มีกลุ่มควบคุม กลุ่มทดลอง : เนื้อหาประกอบด้วย 1. การให้สุศึกษา: เรื่องของการให้ความรู้และคำอธิบายทางด้านจิตวิทยาเกี่ยวกับภาวะของ PD ตลอดจนสาเหตุและวิธีการในการควบคุมอาการวิตกกังวลและอาการตื่นตระหนก 2. เทคนิคในการทำบำบัดด้านความคิด (cognitive therapy) ซึ่งมีวัตถุประสงค์คือให้ผู้ป่วยสามารถบ่งชี้/ตรวจสอบ ได้ถึงการประเมินความผิดปกติที่สัมพันธ์กับอาการตื่นตระหนก อาการวิตกกังวลและการหลบเลี่ยง/หลีกเลี่ยงไม่เผชิญสิ่งที่กลัว (Phobic avoidance) 3. เรื่องการบริหารการหายใจ (breathing retraining) เพื่อขจัดปัญหาเรื่องการหายใจเร็วกว่าปกติ (hyperventilation) และลดอาการตกใจและหาวดก

ตาราง 4.2 สรุปผลการถ่วงน้ำหนักข้อมูลจากงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในผู้ป่วยโรคตื่นตระหนกที่มีหรือไม่มีโรคอะโรราโฟเบีย (ต่อ)

เรื่องที่ 15 (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
การจัดกระทำ (ต่อ)	4. เรื่องการป้องกันการสบโอกาสเสี่ยงภัย (interoceptive exposure) เพื่อจะลดความกลัวของผู้ป่วยจากสิ่งกระตุ้นทางกาย 5. เรื่องการต้องสัมผัสด้วยตัวเองโดยตรง (self-directed exposure) เพื่อจะลดอาการหลีกเลี่ยงการวิตกกังวลในสิ่งแวดล้อมที่ไม่คุ้นเคย (agoraphobia avoidance) วิธีการดำเนินการ รายละเอียดวิธีการดำเนินการ การให้โปรแกรม จะมี 12 หน่วย จะใช้เวลาประมาณ 90 นาที/หน่วยดำเนินการในเวลา 8 สัปดาห์ ใน 4 สัปดาห์แรกจะมีการทำกลุ่ม 2 ครั้ง/สัปดาห์ และใน 4 สัปดาห์ที่เหลือจะเป็น 1 ครั้ง/สัปดาห์ การทำกลุ่มจะนำโดยนักจิตวิทยาคลินิกที่จบปริญญาเอก ร่วมกับมีนักศึกษาปริญญาเอกเป็นผู้ช่วย นอกจากนี้จะมีคู่มือที่ใช้ในการทำกลุ่มด้วย โดยจะมีเนื้อหาเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมและหลักการ/เหตุผลในแต่ละหน่วย การประเมินการให้โปรแกรมจะทำโดยบุคคลอื่นๆที่ไม่ได้ร่วมในโครงการ ซึ่งจะทำให้การประเมินจากวิดีโอเทป(จากการสุ่ม) นอกจากนี้ความร่วมมือในการรักษา (compliance) มีค่าค่อนข้างสูง (จะเห็นได้จาก 177 ใน 180 แบบฝึกหัดได้รับการทำอย่างสมบูรณ์)
ผลการวิจัย	With in group จากการศึกษาเปรียบเทียบคะแนนในส่วนของระดับอาการทางคลินิก อาการตื่นตระหนก ความวิตกกังวล ระดับอาการอะโรราโฟเบีย ดัชนีการรู้ความสามารถโดยรวม และการประเมินภาวะตื่นตระหนกใน 3 มิติ การยอมรับโอกาสที่จะเกิดภาวะตื่นตระหนก การยอมรับผลที่เกิดขึ้นหลังจากมีภาวะตื่นตระหนก การยอมรับการปรับตัวเมื่อมีภาวะตื่นตระหนก ที่ช่วงเวลาก่อนการรักษากับหลังได้รับการรักษาพบว่ามีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.001

ตาราง 4.2 สรุปผลการถ่วงน้ำหนักข้อมูลจากงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในผู้ป่วยโรคตื่นตระหนกที่มีหรือไม่มีโรคอะโคราโฟเบีย (ต่อ)

เรื่องที่ 15 (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
ผลการวิจัย (ต่อ)	นอกจากนี้การเปรียบเทียบคะแนนในส่วนของ ระดับอาการทางคลินิก และการประเมินภาวะตื่นตระหนกใน 3 มิติ ที่ช่วงเวลาก่อนการรักษา กับช่วงเวลาดิถีตามผล 6 เดือนพบว่าผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 ผลความสัมพันธ์ระหว่าง การประเมินภาวะตื่นตระหนกใน 3 มิติ ระดับอาการทางคลินิกหลังการทดลอง การเปลี่ยนแปลงด้านการยอมรับโอกาสที่จะเกิดภาวะตื่นตระหนกมีความสัมพันธ์ทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับตัวชี้วัดด้านคลินิก (ความถี่ของอาการตื่นตระหนก ความวิตกกังวล ระดับอาการอะโคราโฟเบีย ดัชนีการไร้ความสามารถโดยรวม) ส่วนการเปลี่ยนแปลงในเรื่องของ การยอมรับผลที่เกิดขึ้นจากภาวะตื่นตระหนก มีความสัมพันธ์ทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ความวิตกกังวล ระดับอาการอะโคราโฟเบีย และการไร้ความสามารถโดยรวมแต่ไม่มีความสัมพันธ์กับความถี่ของการเกิดภาวะตื่นตระหนก การเปลี่ยนแปลงในเรื่องของ การยอมรับเมื่อมีภาวะตื่นตระหนกมีความสัมพันธ์ทางลบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ความวิตกกังวล ระดับอาการอะโคราโฟเบีย และการไร้ความสามารถโดยรวม แต่ไม่มีความสัมพันธ์กับความถี่ของการเกิดภาวะตื่นตระหนก การวิเคราะห์ด้วย multiple regression analysis พบว่าการเปลี่ยนแปลงในมิติต่างๆของการประเมินเรื่องภาวะตื่นตระหนก สามารถอธิบายการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้นของผู้ป่วยในเรื่องของความถี่ของอาการที่เป็นได้ประมาณ 7% ($p < 0.05$) และมีผลต่อการลดลงของอาการวิตกกังวลประมาณ 43.7% (คะแนนของ SPRAS, $p < 0.001$) โดยเฉพาะอย่างยิ่งในส่วนของการดีขึ้นของความถี่ของอาการตื่นตระหนกที่เป็นผลจากการเปลี่ยนแปลงในมิติของการยอมรับผลที่เกิดขึ้นจากภาวะตื่นตระหนก ($B = 0.30, p < 0.01$)

ตาราง 4.2 สรุปผลการถ่วงน้ำหนักข้อมูลจากงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในผู้ป่วยโรคตื่นตระหนกที่มีหรือไม่มีโรคอะโกราโฟเบีย (ต่อ)

เรื่องที่ 15 (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
ผลการวิจัย (ต่อ)	สำหรับการเปลี่ยนแปลง ในมิติของการยอมรับโอกาสที่จะเกิดภาวะตื่นตระหนก ($B=0.53, p<0.001$) และมิติของการปรับตัวเมื่อมีภาวะตื่นตระหนก ($B=-0.23, p<0.01$) มีผลต่อตัวชี้วัดทางคลินิกคืออาการอะโกราโฟเบีย (agoraphobic avoidance) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในส่วนของอาการวิตกกังวลที่ดีขึ้นนั้น ปัจจัยที่เป็นตัวทำนายได้แก่มิติของการยอมรับโอกาสที่จะเกิดภาวะตื่นตระหนก ($B=0.39, p<0.001$) และมิติของการยอมรับผลที่เกิดขึ้นจากภาวะตื่นตระหนก ($B=0.33, p<0.01$) ผลความสัมพันธ์ระหว่าง การประเมินภาวะตื่นตระหนกใน 3 มิติ ระดับอาการทางคลินิกที่ ก่อนทดลองหลังทดลองและระยะติดตาม มิติของการยอมรับโอกาสที่จะเกิดภาวะตื่นตระหนก และมิติของการยอมรับผลที่เกิดขึ้นจากภาวะตื่นตระหนก มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับการเปลี่ยนแปลงทางด้านคลินิกในส่วนระดับอาการอะโกราโฟเบีย, อาการวิตกกังวล และดัชนีการไร้ความสามารถโดยรวม มิติของการยอมรับการปรับตัวเมื่อมีภาวะตื่นตระหนกมีความมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กับการเปลี่ยนแปลงทางด้านคลินิกในส่วนของ ระดับอาการอะโกราโฟเบีย, และดัชนีการไร้ความสามารถโดยรวม (global disability) การวิเคราะห์ด้วย multiple regression analysis เพื่อดูผลในระยะยาว (long-term improvement) พบว่าการเปลี่ยนแปลงในมิติต่างๆของการประเมินเรื่องภาวะตื่นตระหนก สามารถอธิบายการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้นของผู้ป่วยได้ในหลายระดับ เช่นสามารถอธิบายในเรื่องของความถี่ของอาการที่เป็นได้ประมาณ 3.7% (not significant) และในเรื่องของระดับอาการอะโกราโฟเบีย ได้ประมาณ 28.1% ($p<0.01$)

ตาราง 4.2 สรุปผลการถ่วงน้ำหนักข้อมูลจากงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในผู้ป่วยโรคตื่นตระหนกที่มีหรือไม่มีโรคอะโรราโฟเบีย (ต่อ)

เรื่องที่ 15 (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
ผลการวิจัย (ต่อ)	โดยเฉพาะอย่างยิ่งในส่วนของ ระดับอาการอะโรราโฟเบียที่ดีขึ้นนั้น เป็นผลมาจากปัจจัยของการลดลงในทั้งสองมิติ ของการยอมรับโอกาสที่จะเกิดภาวะตื่นตระหนก และมิติของการยอมรับผลที่เกิดขึ้นจากภาวะตื่นตระหนก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ0.01 ในส่วนของการวิตกกังวลที่ดีขึ้นนั้น เป็นผลมาจากปัจจัยของการลดลงในทั้งสองมิติ ของการยอมรับโอกาสที่จะเกิดภาวะตื่นตระหนก ($B=0.28, p<0.01$) และมิติของการยอมรับผลที่เกิดขึ้นจากภาวะตื่นตระหนก ($B=0.22, p<0.01$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สำหรับดัชนีการวัดความสามารถโดยรวม(global disability) เป็นผลมาจากปัจจัยของการลดลงมิติของการยอมรับผลที่เกิดขึ้นจากภาวะตื่นตระหนก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($B=0.21, p<0.05$) ในทางตรงกันข้ามพบว่า การเปลี่ยนแปลงในทั้ง 3 มิติของการประเมินภาวะตื่นตระหนก ไม่มีผลทางสถิติต่ออาการที่ดีขึ้นในส่วนของความถี่ของการเกิดภาวะตื่นตระหนก
การนำไปใช้	การเปลี่ยนแปลงของปัจจัยที่มีผลต่อการประเมินด้านปัญญา สามารถทำนายการดีขึ้นของผู้ป่วยทั้งในระยะสั้นและระยะยาวในช่วงระหว่างที่ได้รับการรักษาด้วย CBT ในกลุ่มผู้ป่วยที่มีภาวะตื่นตระหนก การดีขึ้นของผู้ป่วยในระยะสั้นของผู้ป่วยที่มีภาวะตื่นตระหนกนั้น การให้ โปรแกรม ควรที่จะเน้นในส่วนของการแก้ปัญหาเรื่องโอกาสของการเกิดภาวะตื่นตระหนก ในส่วนของการดีขึ้นของผู้ป่วยในระยะยาวนั้น การให้ โปรแกรม ควรจะเฉพาะเจาะจงไปที่การลดผลในทางลบที่เกิดจากภาวะตื่นตระหนกและการแก้ปัญหาเรื่องโอกาสของการเกิดภาวะตื่นตระหนก

ประวัติผู้ศึกษา

ชื่อ	นางศิวาทิตย์ สุวัฒน์พัฒนา
วัน เดือน ปี เกิด	30 เมษายน 2517
สถานที่เกิด	จังหวัดปราจีนบุรี
ประวัติการศึกษา	1. วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสระบุรี จังหวัดสระบุรี, พ.ศ. 2539 - ประกาศนียบัตรวิชาชีพการพยาบาลศาสตร์ ระดับต้น 2. วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสลบุรี จังหวัดชลบุรี, พ.ศ. 2545 - พยาบาลศาสตรบัณฑิต 3. คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล, พ.ศ. 2554 - พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
ตำแหน่งและสถานที่ปฏิบัติงานปัจจุบัน	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลบ้านสร้าง จังหวัดปราจีนบุรี โทรศัพท์: 087-5345058 E-mail: sivathit@yahoo.com
ที่อยู่ปัจจุบัน	18/243 ซอยวัชรพล แขวงท่าแร้ง เขตบางเขน เขตบางเขน จังหวัดกรุงเทพมหานคร โทรศัพท์: 087-5345058