

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เรื่อง ผลของกลุ่มบำบัดแบบปรับความคิดและพฤติกรรมต่อความเครียดของนักศึกษาพยาบาล ครอบคลุม หัวข้อต่อไปนี้

1. ความเครียด
 - 1.1 ความหมายของความเครียด
 - 1.2 สาเหตุของความเครียด
 - 1.3 ระดับของความเครียด
 - 1.4 ผลของความเครียด
 - 1.5 การจัดการความเครียด
 - 1.6 การประเมินความเครียด
2. การปรับความคิดและพฤติกรรม
 - 2.1 แนวคิดพื้นฐานของการบำบัดโดยการปรับความคิดและพฤติกรรม
 - 2.2 เป้าหมายของการปรับความคิดและพฤติกรรม
 - 2.3 หลักการในการปรับความคิดและพฤติกรรม
 - 2.4 กระบวนการในการบำบัดแบบปรับความคิดและพฤติกรรม
 - 2.5 เทคนิคและขั้นตอนในการปรับความคิดและพฤติกรรม
3. ผลของการบำบัดแบบปรับความคิดและพฤติกรรมต่อความเครียด

ความเครียด

ความหมายของความเครียด

เบค (Beck et al., 1995) กล่าวว่า การรับรู้ต่อสิ่งเร้าหรือสถานการณ์ต่างๆ ของแต่ละบุคคล มีความแตกต่างกันขึ้นอยู่กับปัจจัยภายในของบุคคล ซึ่งบุคคลมีการรับรู้ต่อสิ่งเร้าต่างๆ มีพื้นฐานมาจาก ความคิดความเชื่อที่ได้รับการอบรมเลี้ยงดูมาตั้งแต่วัยเด็กและการมีปฏิสัมพันธ์กับเหตุการณ์ต่างๆ เป็นความเชื่อเกี่ยวกับตนเอง ผู้อื่น และความเชื่อเกี่ยวกับ โลกและชีวิต เรียกว่า ความเชื่อระดับลึก (core belief) เป็นรูปแบบความคิดที่ทำให้เกิด กฎ ทศนคติ ข้อตกลง ซึ่งมีผลต่อการดำเนินชีวิต เรียกว่า ความเชื่อในระดับกลาง (intermediate belief) ในสภาวะการณ์ปกติความคิดความเชื่อที่มีแต่เดิมอาจจะไม่แสดงผล แต่เมื่อถูกกระตุ้นด้วยสถานการณ์ที่ทำให้เกิดความคิดที่เกิดขึ้นในทันทีโดยไม่ได้ผ่านการกลั่นกรองของบุคคล และมีผลต่อพฤติกรรม อารมณ์และสรีระ เรียกว่า ความคิดอัตโนมัติ (automatic thought) ซึ่งมีทั้งทางด้านบวกและด้านลบ ซึ่งความคิดทางด้านลบเป็นความคิดที่ก่อให้เกิดปัญหาต่อบุคคล และมีผลต่อพฤติกรรม อารมณ์ และสรีระ/ร่างกาย มิลล์ และคณะ (Mills et al., 2008b) ได้อธิบายว่า การที่บุคคลจะเกิดความเครียดนั้น เกิดจากการแปลความสิ่งเร้าที่เข้ามากระทบในชีวิตประจำวัน ในลักษณะที่บิดเบือน (distortion) หรือผิดพลาดไป (faulty thinking) จากความเป็นจริงในลักษณะความคิดอัตโนมัติทางลบ (negative automatic thought) ว่าสิ่งเร้าที่เข้ามามีความรุนแรงมากกว่าความเป็นจริง จึงทำให้เกิดปฏิกิริยาตอบสนองต่อสิ่งเร้าทาง พฤติกรรม อารมณ์ และสรีระ ที่แสดงถึงความเครียด

สรุปได้ว่าบุคคลเกิดความเครียดเนื่องจากการแปลความสิ่งเร้าต่างๆ ในลักษณะความคิดอัตโนมัติทางลบว่าเหตุการณ์ที่เป็นสิ่งเร้านั้นมีความรุนแรงมากกว่าความเป็นจริง และส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของ พฤติกรรม อารมณ์ และสรีระที่แสดงถึงความเครียด ซึ่งความคิดอัตโนมัติทางลบนั้นเกิดจากการแปลความสิ่งเร้าที่เข้ามากระทบและได้รับอิทธิพลจากความเชื่อในระดับลึก และความเชื่อในระดับกลาง ดังนั้นความคิดที่เกิดขึ้นจึงเกิดการรับรู้ของแต่ละบุคคลที่มีความแตกต่างกันไป



สาเหตุของความเครียด

การเกิดความเครียดมีสาเหตุได้หลายประการ ดังต่อไปนี้

1. การเปลี่ยนแปลงของร่างกายทั้งพัฒนาการตามวัย และการเปลี่ยนแปลงด้านโครงสร้าง สรีระร่างกาย (มรรยาท รุจิวิทย์, 2548)

1.1 การเปลี่ยนแปลงทางสรีระ ทำให้เกิดความวิตกกังวลจากรูปร่างที่เปลี่ยนแปลง เช่น การมีสิว ความอ้วน ทำให้เกิดปมด้อย ความวิตกกังวลกับอารมณ์เพศที่สูงขึ้นจากการเปลี่ยนแปลงของระดับฮอร์โมนในร่างกาย ทำให้มีความรู้สึกต้องการทางเพศและเกิดความรู้สึกว่าตนเองควบคุมไม่ได้ จึงเกิดความวิตกกังวลมากขึ้น ความกังวลกับพฤติกรรมทางเพศ เช่น การเรียนรู้ที่จะสำเร็จ ความใคร่ด้วยตนเอง และบางครั้งเมื่อมีสิ่งเร้ามากระตุ้นทำให้ไม่สามารถเก็บความต้องการนั้นได้ และเกิดความขัดแย้งจากการที่ได้รับการอบรมมาว่าต้องเก็บความรู้สึกเหล่านั้นไว้ (กรมสุขภาพจิต, 2544; Lazarus & Folkman, 1984)

1.2 การเปลี่ยนแปลงทางพัฒนาการตามวัยจากวัยหนึ่งสู่อีกวัยหนึ่ง เช่น การเริ่มเข้าสู่วัยรุ่น การมีประจำเดือน การหมดประจำเดือน ร่างกายมีพัฒนาการไม่ปกติทำให้เติบโตช้าและเกิดความเจ็บป่วยง่าย การเปลี่ยนแปลงของร่างกายเมื่อมีการตั้งครรภ์ก็เป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดความเครียดได้ (กรมสุขภาพจิต, 2544; มรรยาท รุจิวิทย์, 2548; Lazarus & Folkman, 1984)

นักศึกษาพยาบาลส่วนใหญ่อยู่ในช่วงวัยรุ่นตอนปลาย เป็นช่วงหัวเลี้ยวหัวต่อของความเป็นเด็กและผู้ใหญ่ มีการเปลี่ยนแปลงทั้งร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและสติปัญญา (กรมสุขภาพจิต, 2544) นักศึกษาพยาบาลอยู่ในช่วงการเปลี่ยนผ่านเข้าสู่การศึกษาพยาบาล (Zerwekh & Claborn, 2006) และจากการศึกษาของ สก๊อต (Scott, 2008) พบสาเหตุของความเครียดของนักศึกษาที่เข้ามาเรียนในระดับวิทยาลัย เช่น การมีงานและหน้าที่รับผิดชอบมากกว่าเดิม ความท้าทายจากการเรียนการสอน เช่น การทดสอบต่างๆ ที่ยากกว่าเดิม ได้รับการดูแลเอาใจใส่จากผู้ปกครองและครูลดลง และการมีสังคมที่เปลี่ยนไปจากเดิมที่เคยอาศัยอยู่กับครอบครัวไม่มีพ่อแม่คอยช่วยเหลือเหมือนเดิม ต้องดูแลตนเองเมื่อออกจากบ้านเป็นครั้งแรก การเปลี่ยนแปลงตามวัย และการปรับตัวกับเพื่อนใหม่ เป็นสาเหตุให้นักศึกษาเกิดความเครียด

2. การเปลี่ยนแปลงของสภาพแวดล้อมทั้งทางด้านกายภาพ ด้านจิตใจ และด้านสังคม และการมีสัมพันธภาพกับผู้อื่น (มรรยาท รุจิวิทย์, 2548)

2.1 สภาพแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไปและไม่เหมาะสม เช่น การอยู่ในสังคมเมืองที่มีการแก่งแย่งแข่งขัน ทำให้เกิดความเครียด (Brannon & Feist, 2004)

สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ	
ห้องสมุดงานวิจัย	
วันที่.....	 1 S.ศ. 2554
เลขทะเบียน.....	242739
เลขเรียกหนังสือ.....	

2.2 การมีปัญหาด้านสัมพันธภาพกับผู้อื่น ขาดทักษะทางสังคม เช่น ขาดความสามารถในการติดต่อสื่อสาร ขาดทักษะในการสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่นเป็นปัจจัยทั้งทางตรงและทางอ้อม ถ้ามีทักษะทางสังคมจะทำให้มีการเผชิญความเครียดได้ดี (กรมสุขภาพจิต, 2544; Brannon & Feist, 2004)

2.3 การขาดแหล่งสนับสนุนทางสังคม เช่น การขาดผู้ให้คำปรึกษาแนะนำ ขาดผู้ให้ความช่วยเหลือ มีผลให้เผชิญกับความเครียดไม่ดี (กรมสุขภาพจิต, 2544; Brannon & Feist, 2004; Stuart & Laraia, 2005; Lazarus & Folkman, 1984)

2.4 สิ่งแวดล้อมที่มีผลด้านจิตใจ ทั้งเหตุการณ์ที่เลวร้ายและเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความชื่นชมยินดี เช่น การสร้างครอบครัวใหม่ การเข้าทำงานใหม่ การเลื่อนตำแหน่ง เกิดความขัดแย้งกันระหว่างคู่สมรส ภาวะเศรษฐกิจของครอบครัว ล้วนเป็นเหตุการณ์ที่บุคคลต้องมีการปรับตัวซึ่งการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นย่อมทำให้เกิดความเครียดได้ (กรมสุขภาพจิต, 2544; Brannon & Feist, 2004; Stuart & Laraia, 2005)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่านักศึกษาพยาบาลมีความเครียดจากสาเหตุต่างๆ เช่น ในการฝึกปฏิบัติเป็นสิ่งแวดล้อมใหม่ที่ไมคุ้นเคย และเป็นการเปลี่ยนแปลงเพื่อเตรียมเข้าสู่วิชาชีพ พยาบาล นักศึกษาต้องเผชิญกับการเจ็บป่วยและความเป็นความตายของผู้ป่วย (Rhead, 1995) โดยเฉพาะเมื่อนักศึกษาพยาบาลต้องดูแลผู้ป่วยที่เสียชีวิตโดยที่ไม่เคยมีประสบการณ์มาก่อนทำให้รู้สึกทำอะไรไม่ถูก และรู้สึกเครียด (Nolan & Ryan, 2008) ในระหว่างการฝึกปฏิบัติ นักศึกษาพยาบาลยังเกิดความเครียด จากวิธีการนิเทศและการประเมินผลของครู ที่คอยควบคุมดูแลใกล้ชิด ไม่ได้รับการสนับสนุนและช่วยเหลือจากทีมสุขภาพ (Nolan & Ryan, 2008; Gibbons et al., 2007) นักศึกษาเกิดความรู้สึกว่าครูและเจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพ มีความคาดหวังสูงเกี่ยวกับการฝึกปฏิบัติของนักศึกษาสูง (ลอนศรี วงศ์ชัย, 2542; Nolan & Ryan, 2008) และรู้สึกว่าได้รับการตำหนิและวิพากษ์วิจารณ์มากกว่าการช่วยเหลือชี้แนะจากครู และเจ้าหน้าที่บนหอผู้ป่วย ทำให้นักศึกษาพยาบาลเกิดความไม่มั่นใจ และรู้สึกถึงควมมีคุณค่าในตนเองลดลงจึงเกิดความเครียด (วชิระบุรณอินสว่าง, 2548) ความเครียดของนักศึกษาพยาบาลยังเกี่ยวข้องกับการมีปัญหาด้านการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (รัชนีบุล เศรษฐภูมิรินทร์ และ จินตนา ตั้งวรพงศ์ชัย, 2541; Tully, 2004) ความเครียดมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมสัมพันธภาพระหว่างบุคคลของนักศึกษาพยาบาล นักศึกษาพยาบาลที่มีความเครียดสูงจะมีพฤติกรรมสัมพันธภาพระหว่างบุคคลลดลง (สมพิศ ไข่มุน และคณะ, 2545) ในระหว่างฝึกปฏิบัติจึงพบว่านักศึกษาพยาบาลมีความเครียดในเรื่องของการที่จะต้องมีการปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น เช่น ครู ทีมสุขภาพ และผู้ป่วย (Mahat, 1998; Tully, 2004) นักศึกษาพยาบาลที่มีความเครียดมากจะประสบความสำเร็จในการสื่อสารกับผู้อื่นได้น้อยกว่านักศึกษาพยาบาลที่มี

ความเครียดต่ำกว่า (Kendrick, 2000) ส่วนปัจจัยทางด้านสิ่งแวดล้อมก็มีผลต่อความเครียด เช่น การเปลี่ยนแปลงของโครงสร้างหลักสูตรอยู่ตลอดทำให้นักศึกษารู้สึกว่าตนเองเป็นหนูทดลอง (Rhead, 1995) ความจำกัดของห้องเรียน ห้องสมุด ห้องพักผ่อนหย่อนใจ และปริมาณของนักศึกษาพยาบาลที่มีมากขึ้นทำให้มีปัญหาในเรื่องสถานที่ฝึกปฏิบัติงาน แหล่งฝึกที่มีนักศึกษาจำนวนมากจากหลายสถาบันมีผลต่อประสบการณ์ที่ได้รับอาจไม่เพียงพอ นักศึกษาจึงขาดความมั่นใจในการฝึกปฏิบัติ (รัชนิบูล เศรษฐภูมิรินทร์ และจินตนา ตั้งวรพงษ์ชัย, 2541)

3. การรับรู้และการแปลความเหตุการณ์

3.1 บุคคลมีการรับรู้และแปลความหมายเหตุการณ์ต่างๆ ก่อให้เกิดอารมณ์ และความรู้สึกต่างๆ เช่น อารมณ์วิตกกังวล โกรธ เกลียด ทำให้เกิดความเครียด อารมณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นต่อเหตุการณ์ของบุคคลมีความแตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับการรับรู้และการแปลความหมายของเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น ซึ่งแตกต่างกันในแต่ละบุคคล ขึ้นอยู่กับประสบการณ์ต่างๆ ที่ได้รับ (มรรยาท รุจิวิทย์, 2548)

3.2 ความคิดความเชื่อทางลบ ในการประเมินสิ่งเร้าที่เข้ามากระทบ การมีความเชื่อทางลบ เกี่ยวกับความดี ความชั่ว พระเจ้าหรือสิ่งศักดิ์สิทธิ์ ทำให้มีการประเมินสิ่งเร้าที่ไม่เหมาะสม การมีความคิดทางบวกต่อศักยภาพของตนเอง และมีแหล่งสนับสนุนทางสังคม ทำให้สามารถเผชิญกับความเครียดได้ดี ผู้ที่มีความเชื่ออำนาจภายในตัวเอง (internal locus of control) มักจะเผชิญความเครียดได้ดีกว่าผู้ที่มีความเชื่ออำนาจภายนอกตัวเอง (external locus of control) (Lazarus & Folkman, 1984)

3.3 ความเครียดที่เกิดจากความเสียดุลทางความรู้สึก และความคิด เช่น โกรธมาก เกลียดมาก การคิดว่าตนเองถูกกีดกันเกลียด การคิดว่าตนเองไม่สมหวัง ผู้ที่เก็บความรู้สึกมากอาจทำให้เกิดความเครียดเรื้อรังและมีปัญหาทางด้านสุขภาพจิต (มรรยาท รุจิวิทย์, 2548)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่านักศึกษาพยาบาลมีความเครียดในการฝึกปฏิบัติทำให้เกิดอารมณ์และความรู้สึกต่างๆ เช่น การที่นักศึกษาพยาบาลเกิดความรู้สึกไม่มั่นใจว่าตนเองจะมีความสามารถพอที่จะจัดการกับสถานการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นได้ (Nolan & Ryan, 2008) เกิดความรู้สึกว่าสิ่งต่างๆ ที่เกิดขึ้นไม่ได้เป็นไปตามที่ตนเองคาดหวังไว้ ทำให้เกิดความรู้สึกกดดันทางอารมณ์ว่าต้องพยายามที่จะทำให้ได้ตามที่ตนเองคาดหวังไว้ (Dzurec et al., 2007) ในการฝึกประสบการณ์ในภาคปฏิบัติครั้งแรกก็เป็นความเครียด เนื่องจากนักศึกษารู้สึกว่าตนเองยังขาดการเตรียมพร้อมขาดความรู้ ในการขึ้นฝึกปฏิบัติ จึงเกิดความรู้สึกไม่มั่นใจ เกิดความรู้สึกว่าตนเองยังมีความรู้และประสบการณ์ไม่เพียงพอ จึงขาดความมั่นใจในการปฏิบัติทักษะทางการพยาบาลที่ไม่เคยทำมาก่อนเกิดความกลัวเพราะต้องมีการปรับตัวในการขึ้นฝึกปฏิบัติงานบนหอผู้ป่วย กลัวความล้มเหลวที่จะเกิดขึ้น และกลัวว่าตนเองจะทำงานผิดพลาดจนเกิดเป็นอันตรายต่อผู้ป่วย (ปิยวรรณ สวัสดิ์สิงห์ และ อัจฉราพร ศรีบุญณาพรรณ, 2548; ลอนศรี วงศ์ชัย, 2542; Mahat, 1998; Perez & Carroll-Perez,

1999; Tully, 2004) นอกจากนี้พบว่า ลักษณะบุคลิกภาพก็มีความสัมพันธ์กับการจัดการกับปัญหาของนักศึกษาพยาบาล นักศึกษาพยาบาลที่มีบุคลิกภาพเปิดเผยจะสามารถเปิดรับสิ่งใหม่ๆ ที่เกิดขึ้นและมีสติในการจัดการกับความเครียดและปัญหาต่างๆ ได้ดี (Watson et al., 2008) จากการศึกษาของ บาวเดน (Bowden, 2008) พบว่าในการฝึกปฏิบัติ นักศึกษาพยาบาลพยายามที่จะปรับตัวเพื่อให้ได้รับการยอมรับจากทีมสุขภาพที่ยังไม่คุ้นเคย และต้องการแสดงให้ผู้อื่น เช่น ครู ทีมสุขภาพยอมรับว่าตนเองเป็นผู้ที่มีความรู้ภาคทฤษฎี ก็เป็นอีกสาเหตุที่ทำให้ นักศึกษาพยาบาลเกิดความเครียดได้เช่นกัน

สรุปได้ว่า นักศึกษาพยาบาลมีสิ่งเร้าที่ทำให้เกิดความเครียดทั้งจากการเปลี่ยนแปลงของร่างกายทั้งพัฒนาการตามวัย และการเปลี่ยนแปลงด้านโครงสร้าง สรีระร่างกาย การเปลี่ยนแปลงของสภาพแวดล้อมทั้งทางด้านกายภาพ ด้านจิตใจ และด้านสังคมและการมีสัมพันธภาพกับผู้อื่น รวมทั้งการรับรู้และการแปลความเหตุการณ์ เช่น นักศึกษาพยาบาลอยู่ในช่วงการเปลี่ยนผ่านเข้าสู่การศึกษานพยาบาล เกิดความไม่มั่นใจในการฝึกปฏิบัติ มีความรู้และประสบการณ์ไม่เพียงพอ และสิ่งเร้าที่เกิดจากความเครียดสถานการณ์ต่างๆ ไม่เป็นไปตามที่ตนเองคาดหวังไว้ การปรับตัวในสถานที่และการสร้างสัมพันธภาพกับทีมสุขภาพที่ไม่คุ้นเคย เป็นต้น สิ่งเร้าต่างๆ ดังกล่าวมีผลกระทบทำให้เกิดความเครียดในระดับที่แตกต่างกันไป

ระดับของความเครียด

สัว์ฉน์ มหัตนรินทร์กุล และคณะ (2540) แบ่งระดับความเครียดออกเป็น 4 ระดับดังนี้

1. ความเครียดในระดับต่ำ (mild stress) หมายถึงความเครียดปริมาณน้อยและหายไป ในระยะเวลาอันสั้น เป็นความเครียดที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวัน ความเครียดระดับนี้ไม่คุกคามต่อการดำเนินชีวิต บุคคลมีการปรับตัวอย่างอัตโนมัติ เป็นการปรับตัวด้วยความเคยชินและการปรับตัวต้องการพลังงานเพียงเล็กน้อย
2. ความเครียดในระดับปานกลาง (moderate stress) หมายถึง ความเครียดที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวันเนื่องจากมีสิ่งคุกคาม หรือพบเหตุการณ์สำคัญๆ ในสังคม บุคคลจะมีปฏิกิริยาตอบสนองออกมาใน ลักษณะความวิตกกังวล ความกลัว ฯลฯ ถือว่าอยู่ในเกณฑ์ปกติทั่วไป ไม่รุนแรงจนก่อให้เกิดอันตรายต่อร่างกาย เป็นระดับความเครียดที่ทำให้บุคคลเกิดความกระตือรือร้น
3. ความเครียดในระดับสูง (high stress) เป็นระดับที่บุคคลได้รับเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดสูง ไม่สามารถปรับตัวให้ลดความเครียดลงได้ในเวลาอันสั้น ถือว่าอยู่ในเขตอันตราย หากไม่ได้รับการบรรเทาจะนำไปสู่ความเครียดเรื้อรังจนเกิดโรคต่างๆ ในภายหลังได้

4. ความเครียดในระดับรุนแรง (severe stress) เป็นความเครียดระดับสูงที่ดำเนินติดต่อกันมาอย่างต่อเนื่องจนทำให้บุคคลมีความล้มเหลวในการปรับตัวจนเกิดความเบื่อหน่าย ท้อแท้ ควบคุมตัวเองไม่ได้ หดแรงแรง เกิดอาการทางกายหรือโรคร้ายต่าง ๆ ตามมาได้ง่าย

กรมสุขภาพจิต (2541) แบ่งระดับความเครียดเป็น 5 ระดับดังนี้

1. ระดับความเครียดที่ต่ำกว่าเกณฑ์ปกติอย่างมาก เป็นระดับที่บุคคลอาจจะรู้สึกถึงความพึงพอใจต่อการดำเนินชีวิตที่เป็นอยู่ โดยมีแรงกดดันหรือแรงจูงใจในการดำเนินชีวิตน้อยกว่าคนทั่วไป

2. ระดับความเครียดปกติ เป็นระดับที่บุคคลสามารถจัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวัน และสามารถปรับตัวต่อเหตุการณ์ต่างๆ ได้อย่างเหมาะสม

3. ระดับความเครียดสูงกว่าปกติเล็กน้อย เป็นระดับที่บุคคลมีความไม่สบายใจอันเกิดจากปัญหาในการดำเนินชีวิตประจำวัน หรือมีปัญหาอุปสรรคหรือข้อขัดแย้งที่อาจจะยังไม่ได้รับการคลี่คลายหรือแก้ไขซึ่งถือว่าเป็นความเครียดที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวัน

4. ระดับความเครียดสูงกว่าปกติปานกลาง เป็นระดับที่บุคคลเริ่มมีความรู้สึกตึงเครียดในระดับค่อนข้างสูง และได้รับความเดือดร้อนเป็นอย่างมากจากปัญหาทางอารมณ์ที่เกิดขึ้น จากปัญหาความขัดแย้งหรือวิกฤติการณ์ในชีวิต โดยอาจสังเกตได้จากอาการแสดงออกถึงการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย อารมณ์ ความคิด พฤติกรรม การดำเนินชีวิต และสิ่งที่แสดงออกอาจเป็นสัญญาณเตือนเบื้องต้นว่า บุคคลนั้นกำลังเผชิญกับภาวะวิกฤติและความขัดแย้งซึ่งบุคคลพยายามแก้ไขด้วยความยากลำบาก ตราบใดที่ความขัดแย้งต่างๆ ยังคงมีอยู่ ลักษณะอาการต่างๆ จะเพิ่มมากขึ้น ความเครียดระดับนี้มีผลกระทบต่อการทำงานและการดำเนินชีวิต

5. ระดับความเครียดสูงกว่าปกติมาก เป็นระดับที่บุคคลกำลังตกอยู่ในภาวะเครียดหรือกำลังเผชิญกับภาวะวิกฤติการณ์ในชีวิตอย่างรุนแรง หากปล่อยให้ความเครียดระดับนี้ยังคงมีอยู่ต่อไปโดยไม่ได้นำมาดำเนินการแก้ไขอย่างเหมาะสมและถูกวิธี อาจนำไปสู่ความเจ็บป่วยที่รุนแรงซึ่งส่งผลเสียต่อตนเองและบุคคลใกล้ชิด

ในการศึกษาครั้งนี้ใช้การแบ่งระดับความเครียดของ สุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุล และคณะ (2540) ซึ่งแบ่งระดับความเครียดเป็น 4 ระดับ คือ ความเครียดในระดับต่ำ ความเครียดในระดับปานกลาง ความเครียดในระดับสูง และความเครียดในระดับรุนแรง เมื่อเกิดความเครียดซึ่งมีระดับความรุนแรงต่างๆ ดังกล่าวมาแล้วย่อมส่งผลกระทบต่อบุคคลหลายด้าน

ผลของความเครียด

ความเครียดทำให้ร่างกายเกิดปฏิกิริยาตอบสนองและมีผลด้านต่างๆ ดังนี้

1. ผลทางด้านร่างกาย ได้แก่

1.1 ความเครียดทำให้เกิดปฏิกิริยาตอบสนองต่อระบบประสาทอัตโนมัติทั้งซิมพาเทติกและพาราซิมพาเทติก ผลต่อระบบประสาทอัตโนมัติซิมพาเทติก เมื่อเกิดความเครียดระบบประสาทมีการหลั่งสารนอร์อะดรีนาลีน (noradrenalin) อะดรีนาลีน (adrenalin) และคอร์ติซอล (cortisol) มากกว่าภาวะปกติ มีผลทำให้ร่างกายมีความตื่นตัว และแม้ว่าความเครียดจะลดลงแล้วอะดรีนาลีนก็ยังคงทำงานอยู่ ทำให้หัวใจและหลอดเลือดมีการสูบฉีดมากขึ้น ยังมีความเครียดระดับสูงและบ่อย ทำให้หัวใจเต้นผิดปกติ ความดันโลหิตสูง ปวดศีรษะข้างเดียวจากการหดตัวของเส้นเลือดฝอยที่ไปเลี้ยงสมอง เส้นเลือดฝอยที่ไปเลี้ยงมือและเท้าลดลง ผลต่อระบบประสาทอัตโนมัติพาราซิมพาเทติกซึ่งเป็นระบบประสาทที่ลดปฏิกิริยาต่อการกระตุ้นทางร่างกาย ควบคุมการเต้นของหัวใจ ระบบย่อยอาหาร การขับถ่าย เมื่อเกิดความเครียดมีผลให้เกิดอาการต่างๆ เช่น อาหารไม่ย่อย ปวดท้อง ลำไส้อักเสบ ปัสสาวะขัด (กรมสุขภาพจิต, 2544; สุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุล และคณะ, 2540)

1.2 ความเครียดทำให้เกิดปฏิกิริยาตอบสนองต่อระบบต่อมไร้ท่อ ความเครียดทำให้ระบบต่อมไร้ท่อทำงานผิดปกติ เช่น มีการเพิ่มของน้ำตาลในตับ ฮอร์โมนเพศทำงานช้าลง ประจำเดือนมาไม่ปกติ ความเครียดมีผลต่อระบบภูมิคุ้มกัน ความเครียดระดับเล็กน้อยจะกระตุ้นให้มีภูมิคุ้มกันดีขึ้น แต่ถ้าความเครียดระดับที่มากทำให้ระบบภูมิคุ้มกันทำงานมากหรือน้อยกว่าปกติ ทำให้เกิดเป็นโรคต่างๆ เช่น โรคแพ้ต่อภูมิคุ้มกันของตนเอง (autoimmune disease) โรคมะเร็ง โรคติดเชื้อ คนที่ร่างกายอ่อนแอและจิตใจตึงเครียด ทำให้มีภูมิคุ้มกันต่ำ เกิดโรคเรื้อรัง การตอบสนองความเครียดเรื้อรังมีผลต่อระบบนี้ทำให้เกิดอาการแสดงต่างๆ เช่น ความดันโลหิตสูงขึ้น หัวใจเต้นแรงขึ้น (กรมสุขภาพจิต, 2544; สุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุล และคณะ, 2540)

1.3 ความเครียดทำให้เกิดปฏิกิริยาตอบสนองต่อระบบกล้ามเนื้อและโครงกระดูก เมื่อเกิดความเครียดกล้ามเนื้อจะมีการหดเกร็งเมื่อเกิดปฏิกิริยาสู้หรือหนี เมื่อกล้ามเนื้อมีการเกร็งตัวช่วงระยะเวลาสั้นๆ จะไม่เป็นอันตราย แต่ถ้าเกิดบ่อยเป็นเวลานานและเรื้อรังจะเป็นอันตรายเนื่องจากเลือดไปเลี้ยงไม่ดีทำให้เกิดความเจ็บปวดจากการตึงของกรดแลคติก นอกจากนี้การที่กล้ามเนื้อแข็งเกร็งมีผลต่อกระดูกบริเวณนั้นซึ่งจะถูกดึงออกนอกแนว เช่น กระดูกสันหลังบริเวณคอ อาจเกิดผลเสียถ้ามีการเคลื่อนของกระดูกไปกดเส้นประสาททำให้เกิดความเจ็บปวด ผลต่อเส้นประสาทที่ผ่านกล้ามเนื้อที่เกร็งตัวอาจถูกกดจนทำให้เกิดการอักเสบได้ (สุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุล และคณะ, 2540)

ผลของความเครียดต่อร่างกายของนักศึกษาพยาบาล เช่น ทำให้เกิดความเหนื่อยล้า เสี่ยงต่อความเจ็บป่วยทั้งทางร่างกายและจิตใจ (Tully, 2004) จากการศึกษาของ ปานจันทร์ อัมหนา และคณะ (2551) เกี่ยวกับความเจ็บป่วยด้านสุขภาพของนักศึกษาวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครลำปาง พบว่านักศึกษาพยาบาล มีอาการเครียดโดยแสดงอาการปวดศีรษะ ไมเกรนร้อยละ 8.7-10.50 และจากการศึกษาของ วิภาวรรณ ชะอุ่ม เพ็ญสุขสันต์ และคณะ (2545) พบว่า ความเครียดทำให้สุขภาพร่างกายอ่อนแอลง รู้สึกอ่อนเพลีย ไม่ค่อยมีแรง เหนื่อยง่าย มีอาการปวดศีรษะ ไมเกรน กำริบ ปวดท้อง ท้องเสีย ปวดท้องประจำเดือนมากกว่าปกติ เป็นหวัดง่าย

2. ผลทางด้านอารมณ์ เมื่อเกิดความเครียดร่างกายมีปฏิกิริยาตอบสนองโดยผ่านระบบลิมบิก (limbic system) หากได้รับการกระตุ้นมากและบ่อยจนเป็นระดับที่อันตราย มีผลให้เกิดอารมณ์ที่ตึงเครียด มีความโกรธ มีความวิตกกังวลและซึมเศร้า เกิดปฏิกิริยาของอารมณ์อาจทำให้หายใจไม่ทัน เมื่อเกิดอารมณ์ที่ท่วมท้นอย่างมากอาจจะควบคุมตนเองไม่ได้ และอาจจะทำสิ่งที่ผิดพลาดได้ อารมณ์มีผลต่อความผิดปกติทางความคิด และพฤติกรรม เช่น มีปัญหาการกิน การนอน ความรู้สึกทางเพศเปลี่ยนแปลงไป มีปัญหาการตัดสินใจผิดพลาด มีปัญหาทางอารมณ์ เช่น เกิดความรู้สึกทางลบ รู้ว่าตนเองไม่มีคุณค่า (กรมสุขภาพจิต, 2544; สุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุล และคณะ, 2540)

ผลความเครียดต่ออารมณ์ของนักศึกษาพยาบาล เช่น ทำให้นักศึกษาพยาบาลมีการปรับตัวไม่ดี มีการเผชิญปัญหาที่ไม่เหมาะสม เกิดความเจ็บป่วยทางด้านสุขภาพจิต นักศึกษาพยาบาลมีความผาสุกในชีวิตลดลง มีผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน เช่น นอนไม่หลับ ผวาบ่อย บางครั้งฝันร้าย รู้สึกท้อแท้ บางครั้งคิดสั้น คิดว่าตนเองเป็นโรคจิต โรคประสาท (วิภาวรรณ ชะอุ่ม เพ็ญสุขสันต์ และคณะ, 2545) การศึกษาความเครียดของนักศึกษาพยาบาลในประเทศฮ่องกง พบว่าการเรียนการสอนทางการพยาบาลทำให้นักศึกษาเครียด และมีความเจ็บป่วยทางจิตได้ ซึ่งเกี่ยวข้องกับบุคลิกภาพและความสามารถในการจัดการกับปัญหาของนักศึกษาด้วย (Watson et al., 2008) จากการศึกษาของ เวส และ รัชตัน (West & Rushton, 1986) พบว่านักศึกษาพยาบาลมีระดับความเครียดในระดับที่สูงและได้รับความทุกข์ทรมานจากปัญหาทางด้านสุขภาพจิตถึงร้อยละ 40 การศึกษาของ ทูลี่ (Tully, 2004) พบว่าความเครียดมีผลทำให้มีการปรับตัวไม่ดี และ มีความเสี่ยงต่อการเกิดความเจ็บป่วยทั้งทางร่างกายและทางจิตใจ

3. ผลทางด้านความคิด เมื่อมีความเครียดเกิดขึ้น ร่างกายจะมีปฏิกิริยาตอบสนองโดยมีการหลั่งสารอะดรีนาลีนจากสมอง ซึ่งมีผลทำให้สมองมีการทำงานเร็วกว่าเดิม 2 เท่า เมื่อถูกกดดันมาก สมองส่วนอารมณ์จะถูกกระตุ้นให้ทำงานมากเกินไป มีผลให้มีความคิดที่เร็วมากเกินไป ทำให้ความคิดไม่ต่อเนื่อง ความจำเสีย มีการตัดสินใจอย่างไม่เหมาะสม ขาดการยับยั้งชั่งใจ มีผลต่อสมองคือ ทำให้



สมองเคยชินกับการถูกกระตุ้นและคิดว่าเป็นภาวะปกติ ทำให้บางคนมีการใช้สารเคมีหรือสารเสพติดเพื่อกระตุ้นให้ร่างกายรู้สึกคึกคัก (สุวัฒน์ มหัตนิรันดร์กุล และคณะ, 2540)

ผลความเครียดต่อความคิดต่อนักศึกษาพยาบาล ความเครียดมีผลทำให้นักศึกษาพยาบาลมีการปรับตัวไม่ดี ความสามารถในการจัดการกับปัญหาลดลง (Tully, 2004) ความเครียดในระดับที่สูงและคงอยู่ในระยะเวลานานมีผลต่อการเรียนรู้ประสบการณ์ใหม่ๆ ทำให้เรียนรู้ได้ช้าและไม่เต็มศักยภาพที่มีอยู่ และถ้าหากความเครียดที่เกิดขึ้นไม่ได้รับการแก้ไขก็จะส่งผลในระยะยาวต่อความสำเร็จในการเรียนของนักศึกษาพยาบาล (Nolan & Ryan, 2008)

สรุปได้ว่าความเครียดมีผลต่อนักศึกษาพยาบาลทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และความคิด ดังนั้นจึงมีความจำเป็นที่จะต้องมีการจัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้น

การจัดการความเครียด

ความเครียดมีผลต่อบุคคลมากมาย การจัดการกับความเครียดจึงเป็นวิธีการที่จะช่วยลดภาวะเครียด และลดผลกระทบที่เกิดจากความเครียด ซึ่งมีเทคนิคและวิธีการที่มีความหลากหลายแตกต่างกันออกไป ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมมีการแบ่งเป็นกลุ่มใหญ่ 3 กลุ่มดังนี้

1. การจัดการเกี่ยวกับรูปแบบการดำเนินชีวิตของแต่ละบุคคล และจัดการกับสิ่งแวดล้อมต่างๆ (environment/lifestyle) ที่ก่อให้เกิดความเครียด เช่น การบริหารจัดการเวลา การได้รับสารอาหารอย่างเพียงพอ การออกกำลังกาย การแสวงหาทางเลือกที่ทำให้ไปถึงเป้าหมาย การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมต่างๆ เช่น การงดสูบบุหรี่ และงดดื่มเหล้า (Monat & Larazus, 1991) ดังมีรายละเอียดในการจัดการความเครียด เช่น

1.1 การดูแลตนเองในเรื่องของการดูแลสุขภาพทั่วไป การรับประทานอาหารครบ 5 หมู่ และไม่รับประทานอาหารที่มีไขมันสูง รับประทานอาหารที่มีกากใยมาก ป้องกันโรคอ้วน โรคเบาหวาน โรคหัวใจ (สมภพ เรืองตระกูล, 2547)

1.2 การออกกำลังกายอย่างเหมาะสมและสม่ำเสมอ เป็นวิธีการลดความเครียดแบบพฤติกรรมบำบัด ลดความเสี่ยงของการเกิดภาวะกระดูกบางในผู้หญิงวัยหมดประจำเดือน ทำให้ร่างกายแข็งแรง มีการหลั่งสารเอนโดฟิน (endorphin) ทำให้เกิดความสุข มีภูมิคุ้มกันโรค รักษาโรคทางจิตเวช เช่น โรควิตกกังวล โรคซึมเศร้า การคิดสารเสพติด (สมภพ เรืองตระกูล, 2547)

2. การจัดการด้านบุคลิกภาพและการรับรู้ของแต่ละบุคคล (personality/perceptions) เช่น การฝึกพฤติกรรมการแสดงออกอย่างเหมาะสม การหยุดความคิด การพิสูจน์และปรับเปลี่ยนความคิดที่ไม่มีเหตุผล การให้ภูมิคุ้มกันความเครียด การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบุคลิกภาพชนิด เอ

(type A personality) และอื่นๆ เป็นต้น (Monat & Larazus, 1991) ดังมีรายละเอียดในการจัดการความเครียด เช่น

2.1 การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยการวางเงื่อนไขเพื่อที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ซึ่งมีพื้นฐานว่าการที่บุคคลจะแสดงพฤติกรรมเมื่อได้รับผลที่พึงพอใจและจะไม่กลับมาทำพฤติกรรมเดิมนั้น หรือลดการทำพฤติกรรมลงถ้าผลในระยะยาวไม่ได้รับผลที่พึงพอใจ ซึ่งพบว่ามีประสิทธิผลในผู้ที่มีอาการปวดกล้ามเนื้อและหลัง ในผู้ที่มีบุคลิกภาพชนิด เอ (type A personality) มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดและมีปัญหาในการดำรงชีวิต และเป็นโรคซึมเศร้า โรคจิตหวาดระแวงได้ จึงควรมีการปรับและแก้ไขพฤติกรรม (สมภพ เรื่องตระกูล, 2547; Brannon & Feist, 2004) ฉากการทบทวนวรรณกรรมวิธีการจัดการกับความเครียดในนักศึกษาพยาบาล พบว่ามีวิธีการจัดการความเครียด โดยวิธีต่างๆ ในกลุ่มนี้ เช่น การบำบัดแบบเผชิญความจริง (reality therapy) เป็นรูปแบบหนึ่งของการปรับพฤติกรรมช่วยให้บุคคลได้รู้จักตนเอง ถ้าเผชิญกับความเป็นจริงรับผิดชอบต่อพฤติกรรมของตนเองและตอบสนองความต้องการของตนเองโดยไม่เกิดปัญหาต่อตนเอง และผู้อื่น (พงษ์พันธ์ พงษ์โสภา, 2544) ผู้บำบัดจะส่งเสริมให้บุคคลมีการวางแผนของตนเองใหม่ และรับผิดชอบต่อตนเองและผู้อื่น โดยเน้นที่การกระทำมากกว่าความรู้สึก (จำลอง ดิษยณิข และ พร้มเพรา ดิษยณิข, 2545) เน้นการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมมากกว่าอารมณ์ ความรู้สึก และทัศนคติ (พงษ์พันธ์ พงษ์โสภา, 2544) จากการศึกษาของ ภัทรา เสงี่ยมในเมือง (2547) ใช้วิธีลดความเครียดโดยการเผชิญความจริงในการลดความเครียดขณะฝึกปฏิบัติงานของนักศึกษาพยาบาล ผลที่ได้คือนักศึกษากลุ่มทดลองในระยะหลังการทดลองมีระดับความเครียดในการฝึกปฏิบัติลดลง สรุปได้ว่าการบำบัดแบบเผชิญความจริง จะเน้นเรื่องการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมมากกว่าการเปลี่ยนแปลงของความคิด อารมณ์ และความรู้สึก

2.2 การจัดการกับความคิดและอารมณ์ ผู้ที่มีความคิดทางด้านลบ มีผลทำให้ขาดมนุษยสัมพันธ์ที่ดีกับผู้อื่น มีผลเสียต่อสุขภาพ หงุดหงิดง่าย มีความวิตกกังวลสูง บุคคลจึงต้องปรับเปลี่ยนวิธีคิดใหม่ให้เป็นทางด้านบวก มีความเอื้ออารี ให้อภัยผู้อื่น หาแนวทางใหม่ในการแก้ไขปัญหา วิธีการปรับเปลี่ยนความคิด เป็นการส่งเสริมศักยภาพในตัวบุคคลมากกว่าจากแหล่งภายนอก ขึ้นอยู่กับความเชื่อของบุคคล อารมณ์ และความรู้สึก โดยมีเทคนิคการจัดการกับความคิดและอารมณ์ (กรมสุขภาพจิต, 2544; สมภพ เรื่องตระกูล, 2547; Brannon & Feist, 2004)

2.3 การปรับความคิดและพฤติกรรม (cognitive behavior therapy) เป็นการจัดการความเครียดที่มีประสิทธิภาพ เป็นการบำบัดที่เน้นการปรับเปลี่ยนความคิดทางด้านลบที่เกิดขึ้น ให้บุคคลสามารถประเมินความคิดที่เกิดขึ้นได้อย่างถูกต้องตรงตามความเป็นจริง โดยการเปลี่ยนความคิดทางด้านลบในผู้ที่มีปัญหาทางด้านสุขภาพจิต เช่น ซึมเศร้า เครียด วิตกกังวล ย้ำคิดย้ำทำ

ให้สามารถประเมินความคิดที่เกิดขึ้นได้อย่างถูกต้องตรงตามความเป็นจริง มีขั้นตอนในการค้นหาความคิดทางลบที่เกิดขึ้นโดยใช้คำถามเพื่อให้ผู้ที่มีความเครียดได้คำตอบด้วยตนเอง (socratic question) ในการค้นหาและตรวจสอบพิสูจน์ความคิดที่เกิดขึ้นว่าเป็นจริงหรือไม่ และหาทางเลือกที่มีความหลากหลายในการปรับเปลี่ยนความคิดและแก้ไขปัญหที่เกิดขึ้นตามความเหมาะสม (Mills et al., 2008; Sullivan, 2009) เป็นการบำบัดรูปแบบหนึ่งที่มีโครงสร้างชัดเจน ใช้ระยะเวลาแน่นอน และค่าใช้จ่ายน้อย ในการบำบัดแต่ละครั้งมีการตั้งเป้าหมายร่วมกัน มีการให้ความรู้เกี่ยวกับความเครียด และการปรับความคิดและพฤติกรรม และรูปแบบความคิด (cognitive model) ทำให้เกิดความเข้าใจความสัมพันธ์ของความคิด อารมณ์ และพฤติกรรม และใช้ทั้งเทคนิคการปรับความคิด และ เทคนิคการปรับพฤติกรรม ในการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมที่ก่อให้เกิดความเครียด (Mills et al., 2008; Sullivan, 2009) ซึ่งจากการศึกษาของ นฤมิตร รอดโสภา (2553) ทำการศึกษาผลของโปรแกรมการให้คำปรึกษากลุ่มตามทฤษฎีการปรับพฤติกรรมทางปัญญาที่มีต่อความเครียดของนิสิตพยาบาลชั้นปีที่ 1 คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา จำนวน 20 คน พบว่านักศึกษาพยาบาลในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความเครียดลดลงต่ำกว่ากลุ่มควบคุม ทั้งในระยะหลังการทดลองทันที และระยะหลังการทดลอง 2 สัปดาห์ และกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความลดลงต่ำกว่าก่อนทดลองทั้งในระยะหลังทดลองทันที และระยะหลังทดลอง 2 สัปดาห์

3. การจัดการกับปฏิกิริยาตอบสนองของร่างกาย (biological responses) เช่น การใช้เทคนิคการผ่อนคลายต่างๆ การทำสมาธิ การฝึกการหายใจ การจัดการกับปฏิกิริยาตอบสนองทางร่างกายต่อความเครียด (Monat & Larazus, 1991) ดังมีรายละเอียดในการจัดการความเครียด เช่น

3.1 การใช้เทคนิคการผ่อนคลายต่างๆ เช่น การผ่อนคลายกล้ามเนื้อโดยการเกร็งและคลายกล้ามเนื้อสลับกันของกล้ามเนื้อทุกส่วน ระยะเวลาสั้นๆ ประมาณ 5 นาที ช่วยลดความเครียดได้ผลดีในการช่วยบรรเทาอาการปวดศีรษะ ความวิตกกังวล การทำสมาธิ การปฏิบัติตามหลักคำสอนของพุทธศาสนา เช่น การดำเนินชีวิตตามทางสายกลาง การรักษาศีล ผู้ที่ทำสมาธิมีการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย ทำให้หัวใจเต้นช้าลง หายใจช้าลง เมตาบอลิซึมลดลงและคลื่นสมองเมื่อทำสมาธิจะเหมือนขณะนอนหลับ การฝึกการหายใจ การออกกำลังกาย การฟังเพลง (สมภพ เรืองตระกูล, 2547; Brannon & Feist, 2004)

3.2 วิธีการทางกายภาพ ปฏิกิริยาของร่างกายวัดได้จากเครื่องมือที่วัดทางกายภาพ เช่น การควบคุมระดับความดันโลหิต การใช้เครื่องมือวัดปฏิกิริยาของกล้ามเนื้อและวัดความตึงเครียดของกล้ามเนื้อ โดยการกระตุ้นด้วยกระแสไฟฟ้าทำให้ความตึงเครียดของกล้ามเนื้อลดลง ได้ผลดีในกลุ่มผู้ที่มีอาการปวดศีรษะจากความตึงเครียดและปวดศีรษะไมเกรน (Brannon & Feist, 2004)

3.3 ใช้เทคนิคการผ่อนคลายทางอารมณ์ เพื่อให้มีความสงบและมีความพร้อมในการจัดการกับความเครียดได้โดย 1) การผ่อนคลายต่างๆ เช่น การหายใจ การฝึกสมาธิ การนวด การฟังเพลง การออกกำลังกาย 2) การปรับเปลี่ยนความคิด เป็นการปรับเปลี่ยนความคิดทางลบเป็นด้านบวก เพื่อให้เกิดความรู้สึกต่อสถานการณ์นั้นดีขึ้น สามารถจัดการกับอารมณ์และแสดงพฤติกรรมออกมาอย่างเหมาะสม โดยการหมั่นฝึกประเมินความคิดทางลบและเปลี่ยนให้เป็นความคิดทางบวกโดยอัตโนมัติ เมื่ออยู่ในสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด ชื่นชมตนเองที่สามารถจัดการกับความคิดและอารมณ์ทางลบได้ (กรมสุขภาพจิต, 2544; สมภพ เรื่องตระกูล, 2547; Brannon & Feist, 2004)

3.4 การฝึกสมาธิและการเจริญสติ เป็นการฝึกให้เกิดการผ่อนคลายและความสงบทางจิตใจ โดยการกำหนดลมหายใจเข้าออกนำไปสู่การมีสติในการจัดการกับปัญหาต่างๆ และลดการตอบสนองของร่างกายจากการกระตุ้นของระบบประสาทซิมพาเธติก เป็นเทคนิคการผ่อนคลายรูปแบบหนึ่ง (Vaccaro et al., 2006) จากการศึกษาวิจัยลดความเครียดโดยการฝึกสมาธิและการเจริญสติในนักศึกษาพยาบาล (พัทยา อุดมสินคำ, 2541; อารี นุ้ยบ้านด่าน และคณะ, 2550; Beddoe & Murphy, 2004) พบว่านักศึกษาพยาบาลกลุ่มที่ใช้การเจริญสติในชีวิตประจำวันมีความผาสุกและมีทักษะในการเผชิญปัญหาที่ดีขึ้นและมีแนวโน้มว่าจะช่วยลดอารมณ์ทางด้านลบต่างๆ ด้วย และมีระดับความเครียดลดลงกว่าเดิมในระยะหลังการทดลอง สรุปได้ว่าการฝึกสมาธิและการเจริญสติจะเน้นเรื่องของ การผ่อนคลาย และการมีสติ สามารถที่จะประเมินความคิดทางลบที่เกิดขึ้นได้ แต่ไม่มีวิธีการของการจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้น

จากการทบทวนวรรณพบว่า นอกจากการจัดการความเครียดใน 3 กลุ่มข้างต้นแล้วยังพบว่ายังมีการจัดการความเครียดในนักศึกษาพยาบาลโดยวิธีการอื่นๆ ดังนี้

1. การทำจิตบำบัดแบบประคับประคอง (supportive psychotherapy) ซึ่งมีจุดมุ่งหมายเพื่อประคับประคองจิตใจให้ผู้ที่มีปัญหาได้ เกิดการรับรู้ความเป็นจริงได้อย่างถูกต้อง โดยการมีสัมพันธภาพที่ดี ให้คำแนะนำและสร้างแรงจูงใจ (พูนศรี รังสีขจี, ธวัชชัย กฤษณะประกรกิจ, และนวนันท์ ปิยะวัฒน์กุล, 2547) เป็นการนำเทคนิคและทฤษฎีต่างๆ มาใช้อย่างหลากหลาย เพื่อลดอาการทางจิตใจของผู้ที่มีปัญหา (จันทิมา องค์โสมจิต, 2545) การศึกษาของ สุนทรี วัฒนเบญจโสภณ และโสภณ ศรีสุวรรณวัฒนา (2549) ศึกษาผลของการทำกลุ่มจิตบำบัดประคับประคองต่อระดับความเครียดของนักศึกษาพยาบาล พบว่า นักศึกษาพยาบาลกลุ่มที่ได้รับการทำกลุ่มจิตบำบัดประคับประคองมีระดับความเครียดลดลง สรุปได้ว่าการทำจิตบำบัดแบบประคับประคอง จะเป็นการประคับประคองทางจิตใจให้ลดความตึงเครียดทางอารมณ์ลง แต่ไม่ได้จัดการกับเหตุของปัญหา

2. การให้คำปรึกษาแบบกลุ่มตามทฤษฎียึดบุคคลเป็นศูนย์กลาง เป็นรูปแบบของการให้คำปรึกษา ที่ผู้ให้คำปรึกษามีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน มีความจริงใจ เข้าใจความรู้สึก ให้การยอมรับ

อย่างไม่มีเงื่อนไข เชื่อว่าผู้รับการปรึกษาเป็นผู้ที่มีความสามารถในตนเอง มีศักดิ์ศรี และมีคุณค่าในตนเอง และรู้จักเข้าใจตนเอง สามารถตัดสินใจได้ด้วยตนเอง มอบความรับผิดชอบให้แก่ผู้รับการปรึกษาอย่างมาก แต่การให้คำปรึกษารูปแบบนี้ไม่นิยมใช้เทคนิค การวินิจฉัย การสืบประวัติและการสอบถามข้อมูล และการวิเคราะห์ปัญหาที่เกิดขึ้น (พงษ์พันธ์ พงษ์โสภา, 2544) จากการศึกษาของซัททวาร์ณ ผลเรือง (2549) ซึ่งทำการศึกษาผลของการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มตามทฤษฎียึดบุคคลเป็นศูนย์กลางของ คาร์ล อาร์ โรเจอร์ ต่อความเครียดในการเรียนการสอนของในนักศึกษาพยาบาล หลักสูตรต่อเนื่อง นักศึกษาที่ได้รับการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มตามทฤษฎียึดบุคคลเป็นศูนย์กลาง หลังการทดลองมีความเครียดลดลงต่ำกว่าก่อนการทดลอง สรุปได้ว่าการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มตามทฤษฎียึดบุคคลเป็นศูนย์กลาง ไม่นเน้นการวิเคราะห์ปัญหาที่เกิดขึ้น

จากการศึกษาวิธีการจัดการความเครียดในนักศึกษาพยาบาลที่ผ่านมา ผู้วิจัยมีความสนใจที่จะนำวิธีการจัดการกับความเครียดโดยการบำบัดแบบปรับความคิดและพฤติกรรม ซึ่งเชื่อว่าอารมณ์ความรู้สึก และพฤติกรรมของพวกเราเป็นผลมาจากการรับรู้และการคิดต่อสถานการณ์ การปรับที่ความคิดก็จะส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่ อารมณ์และพฤติกรรมด้วย เป็นอีกวิธีการหนึ่งในการจัดการความเครียด ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมก็พบว่านักศึกษาพยาบาล ชั้นปีที่ 2 ที่ขึ้นฝึกปฏิบัติครั้งแรกมีความเครียดตั้งแต่ในระดับปานกลางถึงระดับมาก ความเครียดที่เกิดขึ้นมีระดับแตกต่างกันไป ขึ้นอยู่กับวิธีการประเมินความเครียดซึ่งมีหลายวิธี

การประเมินความเครียด

ความเครียดเป็นสิ่งประเณนและวัดออกมาเป็นรูปธรรมได้ค่อนข้างยาก มีหลายวิธีการที่ช่วยในการตัดสินใจและประเมินความเครียดที่เกิดขึ้น ดังมีรายละเอียดดังนี้

1. การประเมินว่าความเครียดเกิดจากสิ่งเร้า แบบวัดความเครียดในแนวคิดนี้ เช่น แบบวัดเหตุการณ์ในชีวิต (life events) ของโฮล์ม และเรย์ (Holmes & Rahe as cited in Monat & Lazarus, 1991) ซึ่งมีความเชื่อว่าความเจ็บป่วยต่างๆ ที่เกิดขึ้นนั้นเพิ่มขึ้นตามช่วงชีวิตที่ได้รับสิ่งเร้าที่ก่อให้เกิดความเครียด ซึ่งมีทั้งทางด้านบวกและด้านลบ เช่น การแต่งงาน การหย่าร้าง เป็นแบบสอบถามให้ผู้ตอบประเมินและให้คะแนนเหตุการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นกับตนเองในช่วงเวลาที่ผ่านถ้าคะแนนมากแสดงว่าเป็นเหตุการณ์ที่ทำให้บุคคลมีความเครียดมาก

2. การประเมินความเครียดโดยการวัดปฏิกิริยาของร่างกาย (physiological measure of stress) เป็นวิธีการหนึ่งที่วัดการเปลี่ยนแปลงที่อยู่ภายในของผู้ที่มีความเครียด เป็นการประเมินว่าสิ่งเร้าก่อให้เกิดความเครียดมากน้อยเพียงใด โดยวัดจากการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย (physiological

measures) และวัดการเปลี่ยนแปลงทางชีวเคมี (biochemical measures) การวัดการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย เช่น การวัดระดับความดันโลหิต อัตราการเต้นของหัวใจ วัดการเปลี่ยนแปลงทางชีวเคมี วัดการเพิ่มการหลั่งสารกลูโคคอร์ติคอยด์ (glucocorticoids) (มรรยาท รุจิวิทย์, 2548; Brannon & Feist, 2004) การวัดโดยใช้เครื่องมือวัดปฏิกิริยาของร่างกาย ซึ่งวัดโดยใช้เครื่องมือและอุปกรณ์ในการวัด เช่น เครื่องมือวัดไบโอฟีดแบคของร่างกาย (biofeedback) เช่น อิเล็กโตรไมโอแกรม (electromyogram) เป็นเครื่องมือวัดความเครียดของกล้ามเนื้อ เพื่อวัดค่ากระแสไฟฟ้าที่เกิดขึ้นบริเวณปลายเส้นประสาทที่เชื่อมต่อกับกล้ามเนื้อหรือเรียกว่า อิเล็กโตรไมโอแกรม (electromyogram [EMG]) ซึ่งการรายงานความผิดปกติที่มีการตอบสนองต่ออิเล็กโตรไมโอแกรม ได้แก่ ปัญหาทางอารมณ์ เช่น ความวิตกกังวล นอนไม่หลับ คิดหาเสียดใจ ปัญหาทางกายที่เกี่ยวข้องกับจิตใจ เช่น อาการหอบ ความดันโลหิตสูง ปัญหาทางกาย เช่น กล้ามเนื้อเกร็งตัวและปวด สมองขาดเลือดไปเลี้ยง (มรรยาท รุจิวิทย์, 2548)

3. การประเมินจากพฤติกรรมที่สามารถสังเกตเห็นได้ (behavior measure of stress) โดยมีความเชื่อว่าพฤติกรรมที่แสดงออกนั้นเป็นผลมาจากความคิด จิตใจและอารมณ์ ซึ่งสามารถสังเกตเห็นได้ เช่น เมื่อเกิดความคับข้องใจ หรือ ความขัดแย้งจิตใจมีการแสดงพฤติกรรมของการสู้หรือหนี ซึ่งสามารถสังเกตเห็นและบันทึกพฤติกรรมนั้นได้ เช่น แบบสังเกตพฤติกรรมของ เกรแฮม และคอนลีย์ (Graham & Conley อ้างใน มรรยาท รุจิวิทย์, 2548)

4. การประเมินและแปลความสิ่งเร้าที่เข้ามามีผลต่อบุคคลโดยเกิดการเรียนรู้และประเมินการเรียนรู้ของตนเองต่อสิ่งเร้านั้น เช่น แบบสอบถามวิธีจัดการกับปัญหาของลาซารัส และฟอล์กแมน เป็นแบบวัดที่ใช้ในการประเมินตนเองถึงวิธีการจัดการกับความเครียดและความรู้สึกที่มีต่อสถานการณ์ต่างๆ อย่างมีเหตุผล เป็นการจัดการกับปัญหาและการจัดการกับอารมณ์ (Lazarus & Folkman, 1984)

5. การประเมินความเครียดว่าเป็นกระบวนการเปลี่ยนแปลงทางชีวภาพ และการปรับตัวทางจิตสังคม แบบวัดความเครียดในแนวคิดนี้ เช่น แบบวัดความเครียดสวนปรุง (Suanprung Stress Test-20, SPST-20) ของสุวัฒน์ มหัตนิรันดร์กุล และคณะ (2540) แบบวัดความเครียดสวนปรุงเป็นแบบวัดความเครียดที่สร้างจากกรอบแนวคิดทางด้านชีวภาพ จิตใจ และสังคมของความเครียดเหมาะสมกับผู้ตอบในวัยทำงานหรือวัยเรียน เป็นแบบวัดที่ทำให้ทราบอาการของความเครียด ความเปราะบางหรือความไวต่อความเครียด และสาเหตุที่มาของความเครียด จะเห็นได้ว่าจากแนวคิดทางปัญญาของเบค (Beck, 1995) ได้กล่าวถึงผลของความคิดอัตโนมัติว่ามี 3 ด้าน คือ อารมณ์ พฤติกรรม และการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย ดังนั้นแบบประเมินนี้จึงมีความสอดคล้องกับแนวคิดทางปัญญาดังกล่าว

การปรับความคิดและพฤติกรรม

แนวคิดพื้นฐานของการบำบัดโดยการปรับความคิดและพฤติกรรม

การปรับความคิดและพฤติกรรมพัฒนาขึ้นโดย เบค (Beck et al., 1979) ซึ่งแนวคิดนี้ได้รับอิทธิพลจาก 2 แนวคิด คือ

1. พฤติกรรมบำบัด (behavior therapy) มีพื้นฐานจากทฤษฎีการวางเงื่อนไข (operant learning theory) ศึกษาถึงสิ่งเร้าและปฏิกิริยาตอบสนองของบุคคลต่อสิ่งเร้า รวมทั้งผลของกรรมที่ได้รับ ซึ่งมีผลทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Stuart & Laraia, 2005) แต่ก็พบว่าการบำบัดพฤติกรรมมีข้อจำกัดของพฤติกรรมบำบัดในเรื่องการจัดการจัดการกับกระบวนการทางจิตใจ เช่น ความคิด ความเชื่อ การแปลความหมาย (Westbrook et al., 2007)

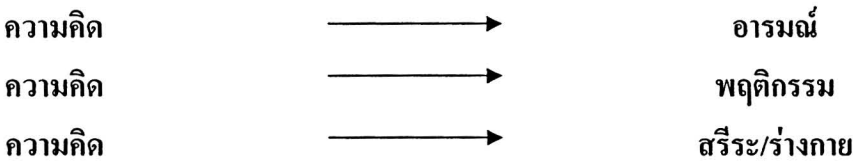
2. การบำบัดทางปัญญา (cognitive therapy) เน้นที่การเปลี่ยนแปลงความคิดมีผลต่อพฤติกรรม (Westbrook et al., 2007) มีความเชื่อว่าพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์มาจากความคิดที่บิดเบือน และความคิดที่บิดเบือนอาจทำให้เกิดความคิดที่ไม่สมเหตุสมผล และไม่เป็นความจริง ซึ่งความคิดที่บิดเบือนเป็นทั้งทางบวกและทางลบ (Stuart & Laraia, 2005) แต่ก็มีข้อจำกัดที่ไม่ได้จัดการกับพฤติกรรม

การปรับความคิดและพฤติกรรม (cognitive behavior therapy) เป็นรูปแบบการบำบัดทางจิตเกี่ยวกับรูปแบบพฤติกรรม อารมณ์ ความคิด (Dobson as cited in Leichenring, Hiller, Weissberg, & Leibing, 2006) เป็นวิธีการที่ปรับทั้งความคิดและพฤติกรรม เบค (Beck, 1995) มีความเชื่อว่าอารมณ์และพฤติกรรมเกิดจากการเรียนรู้โดยการใช้ปัญญา ทำให้มีการรับรู้และแปลความสิ่งเร้าแล้วบุคคลมีการแสดง พฤติกรรม อารมณ์ที่เกิดจากสิ่งเร้านั้น ดังนั้นการปรับที่ความคิด ก็จะส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่อารมณ์และพฤติกรรมด้วย การบำบัดทางปัญญาเริ่มใช้ในผู้ที่มีปัญหาซึมเศร้า ซึ่งในการบำบัดใช้ทั้งวิธีการบำบัดทางปัญญา และการบำบัดพฤติกรรมร่วมกัน และได้รับการยอมรับและนำไปใช้อย่างแพร่หลายในผู้ที่มีปัญหาซึมเศร้า (Beck as cited in Westbrook et al., 2007) โดยผู้บำบัดและผู้รับการบำบัดทำหน้าที่ร่วมกันในการที่จะแยกแยะและทำความเข้าใจปัญหาต่างๆ โดยใช้รูปแบบความสัมพันธ์ระหว่างความคิด อารมณ์และพฤติกรรม เน้นสิ่งที่เกิดขึ้นในปัจจุบัน การบำบัดมีระยะเวลาที่จำกัดและมีการตั้งเป้าหมายร่วมกันระหว่างผู้บำบัดและผู้รับการบำบัด ผู้บำบัดจะสนับสนุนให้ผู้รับการบำบัดสามารถที่จะจัดการกับปัญหาต่างๆ ด้วยตนเอง (Leichenring et al., 2006) ซึ่งตามแนวคิดพื้นฐานการปรับความคิดและพฤติกรรมนั้นก็มีความเชื่อตามแนวคิดนั้น

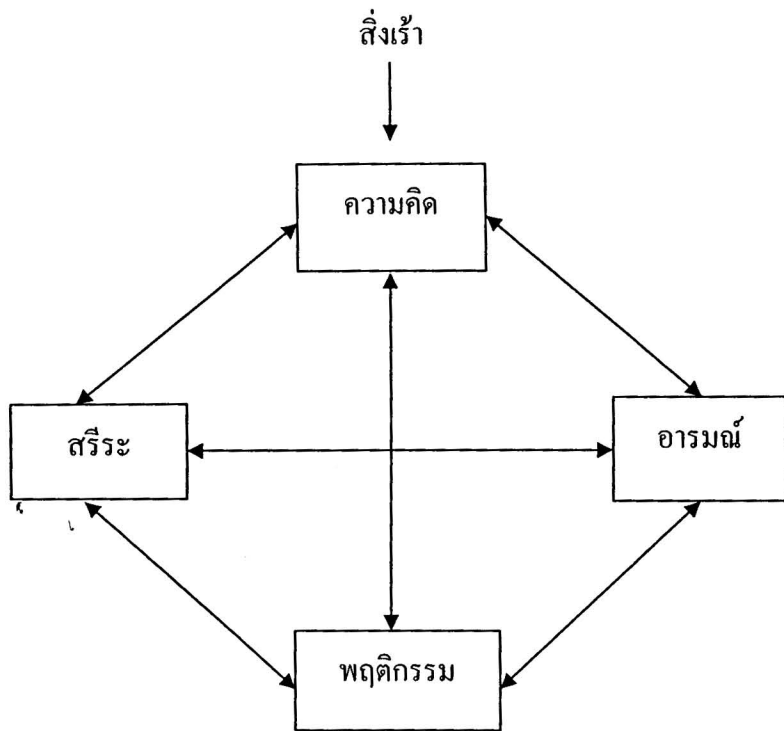
ความเชื่อตามแนวคิดพื้นฐานการปรับความคิดและพฤติกรรม

แนวคิดพื้นฐานเพื่อการปรับความคิดและพฤติกรรมมีความเชื่อ ดังนี้ (Beck, 1995)

- 1. สิ่งเร้าต่างๆ ไม่ได้เป็นตัวกำหนด หรือมีผลต่อพฤติกรรม ความรู้สึก หรือ อารมณ์โดยตรง แต่จะมีผลกระทบต่อบุคคลโดยผ่านการคิดและการแปลความ พฤติกรรมจะคงอยู่หรือหยุดไปขึ้นอยู่กับผลของการกระทำหรือผลกรรม
- 2. การปรับเปลี่ยน พฤติกรรม อารมณ์ และความรู้สึก สามารถกระทำได้โดยการปรับความคิดและการแปลความ ซึ่งเป็นตัวกลางระหว่าง สิ่งเร้า กับ พฤติกรรม อารมณ์ และความรู้สึก
- 3. การปรับพฤติกรรมสามารถปรับสิ่งเร้าหรือปรับพฤติกรรมหรือผลกรรมโดยตรง



แนวคิดทางปัญญา มีความเชื่อว่า ความรู้สึก และพฤติกรรมของคนเราเป็นผลมาจากการรับรู้ หรือการรู้และการคิดต่อสถานการณ์ ความคิดมีผลต่ออารมณ์ ปฏิกริยาของร่างกาย และพฤติกรรม จากความเชื่อตามแนวคิดพื้นฐานการปรับความคิดและพฤติกรรมสรุปเป็นแผนภาพความสัมพันธ์ของ ความคิด อารมณ์ พฤติกรรม และสรีระ ที่มีความเชื่อมโยงกัน เมื่อเกิดการเปลี่ยนแปลงกับองค์ประกอบหนึ่งย่อมมีผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงต่อองค์ประกอบอื่นด้วย ดังแสดงในภาพที่ 1



ภาพที่ 1. ความสัมพันธ์ของ ความคิด อารมณ์ พฤติกรรม และสรีระ/ร่างกาย
หมายเหตุ. แหล่งที่มาจาก คู่มือการบำบัดรักษาโรคซึมเศร้าแบบ CBT (Cognitive-Behavior-Therapy).
โดย กรมสุขภาพจิต, 2550, กรุงเทพฯ: บียอนด์ พับลิชชิง.

เมื่อมีสถานการณ์เป็นสิ่งที่เร้าเข้ามากระตุ้น อารมณ์ที่เกิดขึ้นมีความสัมพันธ์กับความคิดที่มีต่อเหตุการณ์นั้น ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1
แสดงความสัมพันธ์ระหว่างความคิดกับอารมณ์

สถานการณ์	ความคิด	อารมณ์
เพื่อนสนิทไม่คุยกับฉันเลย	ฉันคงเป็นคนน่าเบื่อ	หงุดหงิด โกรธ วิตกกังวล
ฉันตอบครูไม่ได้ฉัน	ฉันคงฝึกปฏิบัติวิชานี้ไม่ผ่าน	วิตกกังวล กลัว

เมื่อมีสถานการณ์เป็นสิ่งที่เร้าเข้ามากระตุ้น พฤติกรรมที่เกิดขึ้นมีความสัมพันธ์กับความคิดที่มีต่อเหตุการณ์นั้น ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2
แสดงความสัมพันธ์ระหว่างความคิดกับพฤติกรรม

สถานการณ์	ความคิด	พฤติกรรม
คุณป้าคงจะเป็นลม ดูท่าทางอ่อนเพลีย หน้าซีดมากและเดินเซ ท่าทางอาการหนัก	ฉันคงไม่สามารถช่วยได้แน่ๆ	รีบบอกพี่พยาบาลและเข้าไปช่วยดูแลใกล้ชิด
พี่พยาบาลคนนี้ไม่เคยยิ้มให้นักศึกษาเลย	พี่คงจะดุมาก	เกรียง ไม่อยากเข้าไปใกล้ ไม่กล้าสบตา

เมื่อมีสถานการณ์เป็นสิ่งที่เร้าเข้ามากระตุ้น ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย/สรีระ มีความสัมพันธ์กับความคิดที่มีต่อเหตุการณ์นั้น ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3
แสดงความสัมพันธ์ระหว่างความคิดกับสรีระ/ร่างกาย

สถานการณ์	ความคิด	สรีระ/ ร่างกาย
เย็นนี้แฟนบอกว่าจะมาหาที่หอพัก	คิดถึงมากอยากเจอเขาเร็วๆ	หัวใจเต้นแรง
แพทย์ถามความรู้เกี่ยวกับผู้ป่วยแต่ตอบไม่ค่อยได้ ถูกต่อว่าๆ ไม่มีความรู้จะดูแลผู้ป่วยได้อย่างไร	ทำไมเขาพูดจาดูถูกเราอย่างนี้	หัวใจเต้นแรง หน้าแดง กำมือแน่น

รูปแบบความคิด

ในการปรับความคิดและพฤติกรรมผู้บำบัดจะสอนผู้รับการบำบัดให้รู้จักความคิดรวบยอดทางด้านความคิด ตั้งแต่การบำบัดครั้งแรกจนถึงครั้งสุดท้าย จะช่วยทำให้เข้าใจรูปแบบความคิด (cognitive model) ซึ่งเป็นทฤษฎีพื้นฐานของการปรับความคิดและพฤติกรรมว่าอารมณ์และพฤติกรรมมีอิทธิพลจากการคิดของบุคคลต่อเหตุการณ์ต่างๆ เบค (Beck, 1995)

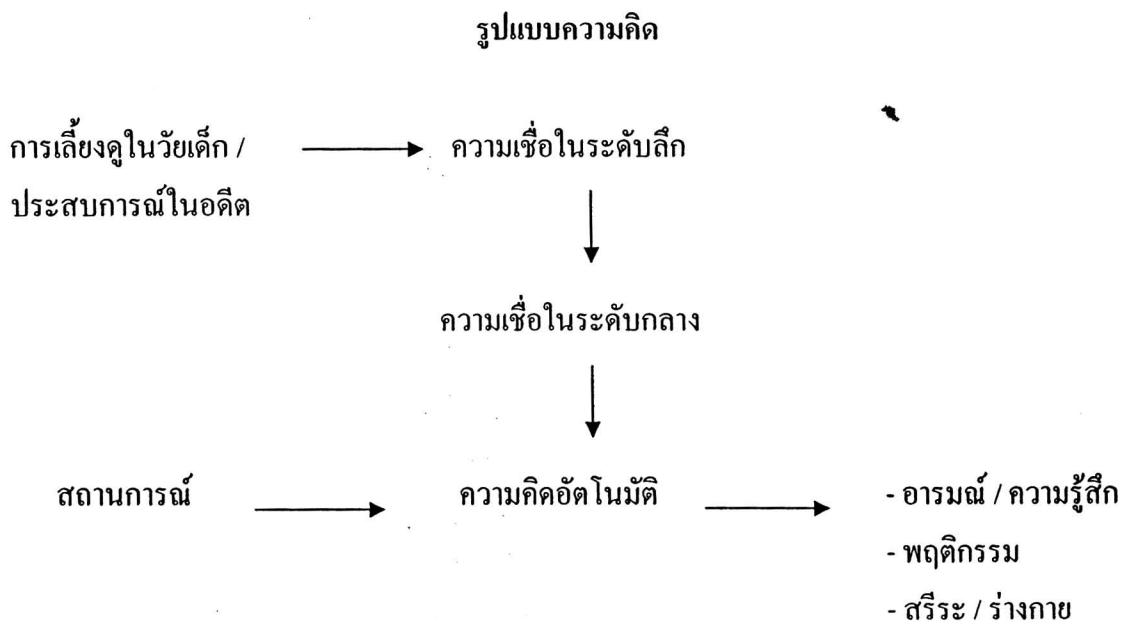
รูปแบบความคิด ประกอบด้วย

1. ความเชื่อในระดับลึก (core belief) เป็นความเชื่อที่ติดตัวมาตั้งแต่วัยเด็ก เกิดจากการเลี้ยงดู และการมีปฏิสัมพันธ์กับเหตุการณ์ต่างๆ เป็นความเชื่อเกี่ยวกับตนเอง ผู้อื่น และความเชื่อเกี่ยวกับโลกและชีวิต เป็นความเชื่อทั้งทางด้านบวกและด้านลบ

2. ความเชื่อในระดับกลาง (intermediate belief) เป็นความเชื่อที่อยู่ตรงกลางระหว่างความเชื่อระดับลึกและความคิดอัตโนมัติ เป็นมาจากความเชื่อระดับลึก ได้แก่ กฎ ทศนคติ ข้อตกลง

3. ความคิดอัตโนมัติ (automatic thought) เป็นความคิดอัตโนมัติที่เกิดขึ้นในทันที มีผลต่ออารมณ์และพฤติกรรม มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงของร่างกายโดยบุคคลมักจะไม่รู้ตัว

รูปแบบความคิดทั้ง 3 ระดับมีความสัมพันธ์เมื่อมีสถานการณ์ที่เป็นสิ่งเร้า นำไปสู่ความคิดอัตโนมัติแล้วทำให้เกิดอารมณ์ และแสดงพฤติกรรม เกิดปฏิกิริยาตอบสนองของร่างกายที่มีความสัมพันธ์กับอารมณ์ ดังนั้น ความคิดต่อสถานการณ์เป็นผลทำให้อารมณ์ พฤติกรรม และการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย ความคิดอัตโนมัติที่เกิดขึ้นนั้นมีผลมาจากความเชื่อระดับลึก และระดับกลาง ซึ่งเป็นประสบการณ์การเลี้ยงดูตั้งแต่เด็กเกิดเป็นความเชื่อที่ติดตัวมาและมีผลต่อการดำเนินชีวิต ซึ่งทำให้เกิดกฎ กติกา ต่างๆ ในการดำเนินชีวิต ดังแสดงในภาพที่ 2



ภาพที่ 2. รูปแบบความคิด (The cognitive model)

หมายเหตุ. แหล่งที่มาจาก *Cognitive therapy: Basic and Beyond*, by J. S. Beck, 1995, New York: The Guilford Press.



เมื่อมีสถานการณ์เป็นสิ่งที่เร้าเข้ามากระตุ้น ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของอารมณ์ พฤติกรรม และการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย/สรีระ มีความสัมพันธ์กับความคิดต่อเหตุการณ์ที่เป็นตัวกลางระหว่าง สิ่งเร้า อารมณ์ พฤติกรรม และการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย/สรีระ ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4

แสดงความสัมพันธ์ของความคิดต่อเหตุการณ์ที่มีผลต่อ อารมณ์ พฤติกรรมและการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย/สรีระ

เหตุการณ์	ความคิด	อารมณ์	พฤติกรรม	สรีระ/ร่างกาย
- ต้องฝึกประสบการณ์ เจาะเลือดผู้ป่วยครั้งแรก	- ฉันเจาะเลือดไม่ได้แน่ๆ	- เครียด	- มือสั่น สีหน้ากังวล	- ใจสั่น เหงื่อออก
- รอดตีไฟแดงคัน หลังๆ เมื่อรถคันอื่นไปหมดแล้วต้องรอดตีไฟแดงอีกรอบเป็นคันแรก	- ทำไมถึงโชคร้ายอย่างนี้ ช่วงนี้หัวหนายังเพิ่งเล็งเรื่องมาสายอยู่	- เครียด	- บ่น เอามือทูป พวงมาลัย	- หายใจแรงและถี่

หมายเหตุ. ประยุกต์จากรูปแบบความคิด (The cognitive model) ของเบค (Beck, 1995)

แหล่งที่มาจาก *Cognitive therapy: Basic and Beyond*, by J. S. Beck, 1995, New York: The Guilford Press.

ความคิดอัตโนมัติ

ความคิดอัตโนมัติ เป็นความคิดต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น และเกิดขึ้นทันทีทันใดโดยไม่ผ่านกระบวนการคิด เป็นความคิดที่เกิดขึ้นเองไม่สามารถที่จะฝืนหรือหยุดได้ ซึ่งเป็นความคิดทั้งทางด้านบวกและความคิดทางด้านลบ เกิดขึ้นได้กับทุกคนแต่คนส่วนมากไม่รู้ว่าตนเองมีความคิดนั้นอยู่ จึงไม่ได้ตระหนักถึงความคิดอัตโนมัติของตนเอง ความคิดอัตโนมัติมักจะเกิดขึ้นเมื่อมีสถานการณ์เข้ามากระตุ้น เป็นผลจากความเชื่อในระดับลึกและความเชื่อในระดับกลาง ความคิดอัตโนมัติเป็นเพียงความคิดเห็น (opinion) อาจจะเป็นจริงหรือไม่ก็ได้ (Beck et al., 1979; Beck, 1995) โดยมีลักษณะดังนี้

1. เป็นกระแสความคิดที่เกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว และเป็นความคิดที่เกิดขึ้นได้กับทุกคน โดยไม่รู้ตัว
2. ความคิดอัตโนมัติเป็นความคิดที่สั้นๆ บุคคลมักจะรู้ถึงอารมณ์ที่เป็นผลมาจากความคิดอัตโนมัติมากกว่าที่จะรู้ความคิดอัตโนมัติของตนเอง
3. ความคิดอัตโนมัติได้รับอิทธิพลจากความเชื่อในระดับลึกและความเชื่อในระดับกลาง
4. ความคิดอัตโนมัติที่เกิดขึ้นบางครั้งจะเป็นคำพูดที่หลุดออกมา ซึ่งนำไปสู่การค้นหาความเชื่อในระดับลึก และความเชื่อในระดับกลางได้ ทำให้มีความเข้าใจที่มาของความคิดอัตโนมัติที่ทำให้เกิดปัญหากับตนเองได้
5. ความคิดอัตโนมัติสามารถประเมินและตรวจสอบได้ว่าเป็นจริง มีประโยชน์หรือไม่อย่างไร บุคคลสามารถที่จะทำการประเมินและตรวจสอบได้ถ้าได้รับการฝึกฝน
6. ความคิดอัตโนมัติที่นำไปสู่อารมณ์ และพฤติกรรมที่เป็นปัญหามักเป็นความคิดที่บิดเบือนไปจากความเป็นจริง

ความคิดอัตโนมัติทางลบ

เป็นความคิดที่เกิดขึ้นทันทีทันใด บางครั้งเป็นความคิดที่ไม่มีเหตุผลและบางครั้งเป็นความคิดที่บิดเบือนไปจากความเป็นจริง แต่มีผลให้เกิดความรู้สึกที่ไม่ดี เป็นความคิดที่อาจจะเป็นจริงหรือไม่เป็นจริงก็ได้ ถ้าเราไม่มีการตรวจสอบความคิดที่เกิดขึ้น อาจจะทำให้เกิดปัญหาต่อตนเองทั้งทางด้านอารมณ์ พฤติกรรม และการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย มีหลายลักษณะดังต่อไปนี้ (Beck et al., 1979; Beck, 1995)

1. การคิดแบบสุดโต่ง (all-or-nothing thinking) การมีความคิดสุดขั้วในด้านใดด้านหนึ่ง ถ้าไม่ดำก็ต้องขาวไปหมด หรือต้องสมบูรณ์ บวกหรือลบไปหมดโดยที่ไม่จำเป็น ตัวอย่าง เช่น
“เมื่อฉันทำสิ่งนี้ไม่สำเร็จ ฉันก็คงจะทำอะไรล้มเหลวไปทุกเรื่อง”
2. การคิดในทางลบ (catastrophizing) เป็นความคิดเกี่ยวกับเรื่องทั่วไปที่เกินจริง เป็นการแปลสถานการณ์หรือเรื่องราวที่เกิดขึ้นเป็นไปในทางที่ไม่ดี โดยขาดการพิจารณาถึงความเป็นไปได้ ตัวอย่าง เช่น
“ทุกสิ่งทุกอย่างดูวุ่นวายไปหมด ฉันคงไม่สามารถทำอะไรได้อีกแล้ว”
3. การไม่ยอมรับสิ่งดีๆ (disqualifying or discounting the positive) ไม่พอใจในสิ่งดีๆ ที่ตนเองมีอยู่แต่ให้ความสำคัญกับสิ่งที่ไม่ดี ตัวอย่าง เช่น
“การที่ฉันทำงานนั้นได้ดีแต่มันไม่มีความหมายอะไรหรอก เพราะฉันเป็นคนไม่

มีความสามารถ ที่ทำได้ก็คงเป็นเพราะโชคช่วย”

4. การติดตรา (labeling) เป็นการติดตราในทางลบโดยไม่เปลี่ยนแปลงความคิดที่มีต่อตนเอง หรือคนอื่น

“ฉันเป็นคนโง่”

“ฉันเป็นคนไม่มีความสามารถ”

5. การขยายความเรื่องไม่ดีให้เป็นเรื่องใหญ่ หรือทำเรื่องที่ดีให้เป็นเรื่องเล็กโดยไม่มีเหตุผล (magnification/minimization) เป็นการประเมินคนหรือสถานการณ์ต่างๆ เมื่อมีเรื่องไม่ดีเกิดขึ้นจะมองปัญหานั้นแบบขยายให้ใหญ่โตเกินความเป็นจริง แต่ถ้ามีเรื่องดีเกิดขึ้นก็มองสิ่งที่ดีๆ หรือความสำเร็จนั้นเป็นเรื่องเล็กน้อย

“คะแนนวิชานี้ได้ C แสดงว่าฉันเป็นคนไม่มีความสามารถ แต่การที่ฉันได้คะแนนอีกวิชา A ก็ไม่ได้แปลว่าฉันเป็นคนเก่ง”

6. การคัดกรองทางจิตใจ (mental filter) เป็นการมองอยู่แต่ด้านลบไม่สนใจมองภาพรวม

“ผลประเมินการทำงานครั้งนี้ของฉันต่ำกว่าเดิม หมายความว่าฉันเป็นคนทำงานแย่มาก” (ทั้งๆ ที่ครั้งก่อนๆ ก็ได้รับการประเมินดี)

7. การอ่านใจคน (mind reading) เป็นการสรุป เดา ในทางลบเกี่ยวกับความคิด โดยไม่มีหลักฐานมาสนับสนุน

“หัวหน้าคงคิดว่าฉันไม่รู้เรื่องโครงการนี้”

8. การสรุปแบบเหมารวม (over-generalization) การคิดแบบครอบคลุมนมากเกินไป คำนวณสรุปโดยขาดหลักฐานที่เพียงพอ ตัดสินในทางลบเกินกว่าที่เกิดขึ้นจริงในปัจจุบัน

(เพราะฉันเกิดความรู้สึกอึดอัดเมื่อไปงานเลี้ยง) “ฉันเป็นคนที่ไม่มีมนุษยสัมพันธ์ ไม่รู้จักวิธีการคบหาเพื่อน”

9. การสรุปเหตุการณ์เข้าหาตนเอง (personalization) การแปลสถานการณ์ เหตุการณ์ หรือพฤติกรรมภายนอกว่าเป็นตัวยืนยันให้เห็นว่าตนไม่ดี หรือบางคนก็คิดตรงข้ามคือเมื่อเกิดเรื่องไม่ดีก็จะโทษคนอื่นเสมอโดยไม่พยายามดูว่าตนเองก็มีส่วนเกี่ยวข้อง

“เขาพูดห้วนกับฉัน ฉันคงทำอะไรผิด”

10. การคิดว่า “น่าจะ” และ “ต้อง” (shoulds and musts) เป็นการคิดคาดหวังให้ตนเอง หรือคนอื่นเป็นไปตามที่ตนเองคาดหวังหรือความต้องการ

“ฉันควรทำทุกอย่างให้ดีที่สุด”

“เมื่อฉันพยายามทำแล้ว สิ่งต่างๆ ต้องออกมาสมบูรณ์แบบ”

ความคิดอัตโนมัติทางลบที่มีการบิดเบือนสถานการณ์หรือข้อมูลต่างๆ ว่ามีความรุนแรงมากกว่าความเป็นจริง บางครั้งเราไม่ได้ตระหนักถึงความคิดอัตโนมัติทางลบที่เกิดขึ้น ทำให้เกิดความทุกข์จากความคิดที่บิดเบือนนั้น แต่ถ้าได้รับการฝึกฝนและนำความคิดนั้นมาอยู่ในระดับที่รู้สึกตัว ทำให้สามารถที่จะทำการตรวจสอบ และปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติทางลบที่เกิดขึ้นให้เหมาะสม หรือ ตรงกับความเป็นจริง ดังนั้นจึงมีความจำเป็นที่จะมีการค้นหาและตรวจสอบความคิดอัตโนมัติที่เกิดขึ้น

ปัญหาความผิดปกติต่างๆ มีกลไกของการเกิดความคิดผิดปกติที่แตกต่างกันไป และการคงอยู่ของปัญหาต่างๆ นั้นเป็นวงจรที่เกิดจากความคิดที่บิดเบือนไปจากความเป็นจริง มีผลต่อพฤติกรรม การแสดงออก หรือปฏิกิริยาตอบสนองของร่างกายที่เป็นปัญหา หากไม่ได้รับการประเมินและค้นหาสาเหตุของปัญหาที่เกิดขึ้น ย่อมทำให้ปัญหานั้นยังคงอยู่และมีแต่จะเลวร้ายลง นอกจากนี้ความคิดที่บิดเบือนทางด้านลบที่ทำให้เกิดปัญหาทางอารมณ์ต่างๆ มีความแตกต่างกัน (Westbrook et al., 2007) เช่น เมื่อมีสิ่งเร้าที่เป็นเหตุการณ์ต่างๆ มากกระตุ้นให้บุคคลเกิดการรับรู้ในลักษณะของความคิดอัตโนมัติทางลบ เป็นความคิดที่บิดเบือนไปจากความเป็นจริง ต่อตนเอง ต่อโลก หรือสิ่งแวดล้อม และอนาคต ทำให้บุคคลเกิดภาวะซึมเศร้า ตัวอย่างสถานการณ์ คือ ขณะกำลังอ่านหนังสือเรื่องการปรับความคิดและพฤติกรรมอยู่เกิดความคิดอัตโนมัติทางลบว่า “หนังสือเล่มนี้ยากมากฉันคงอ่านไม่รู้เรื่อง” อารมณ์ที่เกิดขึ้น คือ เศร้า พฤติกรรมที่แสดงออก คือ หยุดอ่าน และปิดหนังสือ ร่างกายมีการเปลี่ยนแปลง คือ รู้สึกท้องป่วน ความคิดอัตโนมัติทางลบที่เกิดขึ้นเป็นผลมาจากความเชื่อในระดับลึกว่า “ฉันเป็นคนไม่มีความสามารถ” เป็นผลให้เกิดความเชื่อในระดับกลางว่า “ถ้าฉันไม่เข้าใจทุกอย่างอย่างถ่องแท้แล้วแสดงว่าฉันเป็นคนโง่” (Beck, 1995) นอกจากนี้พบว่ามีปัญหาทางสุขภาพจิตที่เกิดขึ้นเกิดจากเนื้อหาความคิดในลักษณะต่างๆ ดังนี้ เมื่อบุคคลมีความคิดทางด้านลบต่อตนเอง ต่อโลก และต่ออนาคต ปัญหาสุขภาพจิตที่เกิดขึ้น คือ ภาวะซึมเศร้า (depressive) บุคคลมีความคิดคาดการณ์ล่วงหน้าว่าจะได้รับอันตราย ปัญหาสุขภาพจิตที่เกิดขึ้น คือ วิตกกังวล (anxiety) เมื่อบุคคลมีการแปลความจากประสบการณ์เดิมว่า ไม่ได้ได้รับการดูแล ถูกกระทำทารุณแรงทั้งร่างกายและจิตใจหรือไม่ได้รับความปลอดภัย ปัญหาสุขภาพจิตที่เกิดขึ้น คือ หวาดระแวง (paranoid) เมื่อบุคคลมีเนื้อหาความคิดแบบเดิมที่เกิดขึ้นซ้ำๆ ว่าอาจจะเสี่ยงหรือได้รับอันตรายและแสดงออกมาในรูปแบบของความสงสัย หรือ การเตือน ปัญหาสุขภาพจิตที่เกิดขึ้น คือ ย้ำคิด ย้ำทำ (obsessive compulsive) เมื่อบุคคลมีความคิดว่าอาจจะได้รับอันตรายทั้งทางร่างกายและจิตใจจากสิ่งต่างๆ และพยายามที่จะหลีกเลี่ยง ปัญหาสุขภาพจิตที่เกิดขึ้น คือ ความกลัว (phobia) (Beck & Alford, 2009) เนื้อหาความคิดลักษณะแตกต่างกัน มีผลทำให้เกิดปัญหาทางสุขภาพจิตต่างๆ ดังกล่าว ดังนั้นจึงมีความจำเป็นในการค้นหาและตรวจสอบความคิดที่เกิดขึ้น

ความจำเป็นของการค้นหา และตรวจสอบความคิดอัตโนมัติ

ในการปรับความคิดและพฤติกรรมนั้นจำเป็นต้องมีการค้นหา และตรวจสอบความคิดอัตโนมัติทางลบที่เกิดขึ้นเนื่องจาก (Beck อ้างใน คาราวรรณ ต๊ะปิ่นตา, 2552)

1. ความคิดอัตโนมัติเป็นความคิดที่ไม่ผ่านการกลั่นกรองของผู้คิด
2. ความคิดอัตโนมัติที่เกิดขึ้นส่งผลต่อ อารมณ์ พฤติกรรม และสรีระ โดยที่ผู้คิดอาจยังไม่ทันรู้ตัวว่ามีความคิดอัตโนมัตินั้นอยู่
3. ความคิดอัตโนมัติเป็นเพียงความคิดเห็น ซึ่งอาจจะเป็นความจริงหรือไม่ก็ได้
4. ถ้าไม่ตรวจสอบความคิดอัตโนมัติ ก็จะทำให้เกิดปัญหาอารมณ์ พฤติกรรม และสรีระโดยที่ไม่รู้ตัว
5. การไม่ตรวจสอบและไม่ใส่ใจความคิดอัตโนมัติทางลบซึ่งส่งผลต่อ อารมณ์พฤติกรรม และสรีระ ทำให้เกิดผลเสียกับตัวเอง

ตามแนวทางการปรับความคิดและพฤติกรรมของเบ็ค (Beck, 1995) เน้นในการค้นหาความคิดอัตโนมัติทางลบที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของ อารมณ์ ความรู้สึก และสรีระ ที่เกิดขึ้น โดยที่บุคคลมักจะไม่ได้รู้ตัวว่ามีความคิดนั้นอยู่ ความคิดอัตโนมัติทางลบเป็นเพียงความคิดเห็น ซึ่งอาจจะเป็นความจริง หรือไม่เป็นความจริงก็ได้ การคิดทบทวนและทำความเข้าใจความคิดอัตโนมัติทางลบโดยเฉพาะความคิดที่ต้องทำการปรับเปลี่ยนเป็นอันดับแรก คือ ความคิดที่มีผลต่ออารมณ์มากที่สุด (hot thought or hot cognition) ซึ่งจะเป็นความคิดที่สำคัญ (key cognition) จะช่วยให้ลดหรือแก้ไขอารมณ์ และพฤติกรรมที่เป็นปัญหาที่เกิดจากความคิดที่บิดเบือนจากความเป็นจริงได้ โดยการตั้งคำถามกับตนเองในการตรวจสอบความคิดที่เกิดขึ้น และใช้จินตนาการหรือสมมุติสิ่งที่เกิดขึ้นนั้นไม่ได้เกิดกับตัวเอง ถ้าเป็นเรื่องของคนอื่นแล้วจะมีความคิดอย่างไรต่อเหตุการณ์นั้นอย่างไร และเมื่อเกิดแล้วเราจะให้คำแนะนำหรือบอกคนอื่นอย่างไร เป็นการตรวจสอบ และปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติทางลบที่เกิดขึ้น ซึ่งความคิดอัตโนมัติทางลบนั้นเป็นความคิดที่เกิดขึ้นในปัจจุบันที่สามารถประเมินได้ และมีโอกาสที่จะประสบความสำเร็จในการปรับแก้มากกว่าความเชื่อในระดับลึก และความเชื่อในระดับกลาง แต่ความคิดอัตโนมัติทางลบนั้นได้รับอิทธิพลจากความเชื่อในระดับลึก และความเชื่อในระดับกลาง ซึ่งความเชื่อ 2 ระดับดังกล่าวนี้เป็นความเชื่อที่ฝังแน่น และส่วนใหญ่แล้วผู้รับการบำบัดมักจะไม่ได้ตระหนักถึง เป็นความเชื่อที่สะสมมาเป็นเวลานาน ดังนั้นผู้บำบัดจึงต้องใช้ทักษะและระยะเวลามากกว่าการค้นหาความคิดอัตโนมัติทางลบ แต่ในขั้นตอนของการตรวจสอบและปรับเปลี่ยนความคิดที่เกิดขึ้นนั้นไม่มีความแตกต่างกัน การฝึกฝนในการตรวจสอบความคิดอัตโนมัติทางลบจะทำให้สามารถประเมินและตรวจสอบตนเองได้

เป้าหมายของการปรับความคิดและพฤติกรรม

การให้การปรึกษาแบบการปรับความคิดและพฤติกรรมเป็นการศึกษาที่อิงการให้ความรู้ มีเป้าหมายดังนี้ (ดวงมณี จงรักษ์, 2549)

1. ช่วยให้ผู้คลปรับเปลี่ยนความผิดพลาดของการคิด และ/หรือความเชื่อระดับลึก โดยให้เกิดการตระหนักรู้ถึงความเชื่อที่ไม่เป็นประโยชน์ และมีการปรับเปลี่ยนโดยใช้เทคนิคการปรับพฤติกรรมและความคิด

2. ส่งเสริมให้มีการเผชิญปัญหาอย่างสร้างสรรค์

3. เป็นการส่งเสริมให้ผู้คลสามารถเป็นผู้บำบัดตนเองได้ ผู้บำบัดจะสอนให้รู้จักการประมวลข้อมูลด้วยตนเอง พัฒนาทัศนคติที่สนับสนุนความคิดที่มีเหตุผลและเป็นจริง เพื่อที่จะสามารถจัดการปัญหาต่างๆที่จะเกิดขึ้นในอนาคตได้ด้วยตนเอง

การปรับความคิดและพฤติกรรมนั้นเพื่อให้บรรลุตามเป้าหมายของการบำบัดจึงต้องมีหลักการในการปรับความคิดและพฤติกรรม

หลักการในการปรับความคิดและพฤติกรรม

เบค (Beck, 1995) ได้กล่าวถึง หลักการในการปรับความคิดและพฤติกรรมไว้ 10 ประการ ดังนี้

1. การปรับความคิดและพฤติกรรมอยู่บนพื้นฐานที่เกี่ยวข้องกับปัญหาและความคิดของบุคคลเริ่มจาก การแยกแยะความคิดและพฤติกรรมที่เป็นปัญหา การแยกแยะปัจจัยที่เป็นตัวกระตุ้นและมีอิทธิพลต่อการรับรู้ของบุคคล เหตุการณ์ต่างๆ ที่เป็นปัจจัยเสี่ยงของความผิดปกติทางจิตใจ

2. ผู้บำบัดและผู้รับการบำบัดต้องมีความสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน ผู้บำบัดเป็นผู้ที่มีลักษณะที่อบอุ่น เข้าอกเข้าใจ ดูแลเอาใจใส่ มีความจริงใจ และเป็นผู้มีความสามารถ ทำให้ผู้รับการบำบัดเกิดความไว้วางใจ

3. การปรับความคิดและพฤติกรรมต้องได้รับความร่วมมือ ร่วมใจอย่างคิระหว่างผู้บำบัดและผู้รับการบำบัด ผู้บำบัดเป็นผู้ที่คอยกระตุ้นให้มีการแสดงความคิดเห็น มีการตัดสินใจร่วมกัน ในการบำบัดแต่ละครั้ง ส่งเสริมให้ผู้รับการบำบัดสามารถตัดสินใจเองเมื่ออาการทุเลาและมีความพร้อม

4. การปรับความคิดและพฤติกรรมมีการตั้งเป้าหมายและมุ่งเน้นที่ปัญหา โดยการตั้งเป้าหมายเฉพาะแต่ละครั้งอย่างชัดเจน แล้วประเมินความคิดที่มีผลทำให้ไม่สำเร็จตามเป้าหมาย โดยมีการตรวจสอบความจริง ตระหนักและแก้ไขความคิดที่บิดเบือน

5. การปรับความคิดและพฤติกรรมเน้นการอยู่กับปัจจุบัน การให้การดูแลปัญหาที่เกิดขึ้นในปัจจุบันที่เป็นความคิดความเชื่อที่ไม่เป็นประโยชน์หรือพฤติกรรมที่เป็นปัญหาหรือสถานการณ์ที่ทำให้เกิดความคับข้องใจ

6. การปรับความคิดและพฤติกรรมมีการสอนให้ความรู้อย่างมีเป้าหมายเพื่อสอนให้บุคคลสามารถที่จะบำบัดตนเองได้ ป้องกันไม่ให้เกิดปัญหาซ้ำใหม่อีก

7. การปรับความคิดและพฤติกรรมมีระยะเวลาที่กำหนดไว้อย่างชัดเจน จำนวนครั้งของการบำบัดขึ้นอยู่กับเป้าหมายและปัญหาของผู้รับการบำบัด

8. การบำบัดแต่ละครั้งมีโครงสร้างที่แน่นอน ผู้บำบัดและผู้รับการบำบัดมีการตั้งเป้าหมายร่วมกันในการบำบัดแต่ละครั้ง มีการตรวจสอบอารมณ์ ทบทวนการบ้านและกิจกรรมครั้งที่ผ่านมา ตั้งประเด็นเกี่ยวกับเป้าหมายที่ทำร่วมกัน มีการสรุปให้การบ้านใหม่และให้ข้อมูลย้อนกลับเมื่อสิ้นสุดการบำบัดแต่ละครั้ง

9. เป็นการสอนให้ผู้รับการบำบัดได้ตระหนักและประเมินถึง ความคิด ความเชื่อที่บิดเบือน และผู้บำบัดใช้คำถามที่ทำให้ผู้รับการบำบัดได้คิดหาคำตอบได้ด้วยตนเอง (socratic question)

10. ใช้ทักษะต่างๆ ที่มีความหลากหลายในการปรับเปลี่ยนความคิด อารมณ์ และพฤติกรรม ผู้บำบัดจะเลือกใช้เทคนิคต่างๆ ขึ้นอยู่กับปัจจัยและวัตถุประสงค์ของการบำบัดแต่ละครั้ง

นอกจากหลักการในการบำบัดแล้ว เพื่อให้บรรลุเป้าหมายของการบำบัด ผู้บำบัดเป็นเครื่องมือที่นับว่ามีสำคัญผลต่อประสิทธิภาพของการบำบัด จึงมีการฝึกฝนเพื่อที่จะเป็นผู้บำบัดที่ดี

วิธีการที่จะเป็นผู้บำบัดที่ดี

การเป็นผู้บำบัดที่ดีควรมีการฝึกฝนในสิ่งต่างๆ ต่อไปนี้ (Beck, 1995)

1. ผู้บำบัดต้องฝึกตามอารมณ์ของตนเอง และค้นหาความคิดอัตโนมัติเมื่อมีปัญหาหรือไม่สบายใจต่างๆ
2. ผู้บำบัดมีการบันทึกความคิดอัตโนมัติที่เกิดขึ้น และการก้าวข้ามปัญหาและอุปสรรคต่างๆ ของผู้บำบัด มีความเข้าใจถึงธรรมชาติของการบำบัดมากขึ้น ผู้บำบัดเป็นผู้ที่คอยช่วยเหลืออำนวยความสะดวกผู้รับการบำบัด

3. ผู้บำบัดฝึกที่จะค้นหาความคิดอัตโนมัติที่เป็นปัญหาและทำให้การบำบัดไม่ประสบผลสำเร็จ ประสบการณ์ที่ได้รับทำให้เกิดความเข้าใจผู้รับการบำบัดมากขึ้น เช่น เข้าใจถึงการมีความรู้สึกของการมีอารมณ์ที่ท่วมท้น เข้าใจปัญหาและความต้องการจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นของผู้รับการบำบัด

4. หลังจากที่ผู้บำบัดสามารถที่จะจับความคิดอัตโนมัติและอารมณ์ที่เกิดขึ้นได้แล้ว ให้เริ่มบันทึกความคิดที่ผิดปกติ (dysfunctional thought record) ที่ทำให้อารมณ์มีการเปลี่ยนแปลงภายใน 1 วัน เพื่อให้เกิดทักษะและมีความเจ็บปวดในการที่จะสอนผู้รับการบำบัดได้

5. ผู้บำบัดฝึกแยกแยะความรู้สึกที่ไม่สบายใจจากสถานการณ์ที่เกิดขึ้น หรือ จากอารมณ์ ความคิด หรือ ความหมายที่แฝงอยู่ภายใต้ความคิดนั้น

6. ผู้บำบัดฝึกการแยกแยะความคิดและความรู้สึกที่เกิดขึ้นในครั้งก่อนๆ บันทึกในตาราง ฝึกแปลความสถานการณ์ต่างๆ ไม่ว่าสถานการณ์ที่บิดเบือนนั้นจะทำให้เกิดความคิดอัตโนมัติทางลบหรือไม่ อย่างน้อยที่สุดก็จะทำให้เกิดความรู้สึกที่คุ้นเคยและนำไปใช้อย่างมีประสิทธิภาพกับผู้อื่น

7. ผู้บำบัดลองใช้เทคนิคอื่น เช่น การเขียนตาราง การสมมุติการแก้ปัญหา การเขียนและอ่านบัตรเมื่อเผชิญกับปัญหา บันทึกสิ่งที่ เป็นประโยชน์และไม่เป็นประโยชน์ของการตัดสินใจต่างๆ

8. ในการบำบัดครั้งแรกควรเลือกผู้รับการบำบัดใหม่ ไม่มีความซับซ้อนของโรค หรือ อาการมากจนเกินไป

9. ผู้บำบัดบันทึกและทบทวนการบำบัดด้วยตนเอง หรือขอคำแนะนำ รับฟังข้อเสนอแนะจากผู้เชี่ยวชาญ หรือ รับฟังการประเมินจากผู้รับการบำบัด เพื่อให้เกิดการปรับปรุงและพัฒนาการบำบัดให้ดีขึ้น

10. ผู้บำบัดควรศึกษาค้นคว้าอ่านตำราต่างๆ ที่เกี่ยวกับการปรับความคิดและพฤติกรรม

11. ผู้บำบัดควรฝึกฝนกับผู้เชี่ยวชาญ

ในการปรับความคิดและพฤติกรรมนอกจากองค์ประกอบด้านผู้บำบัด ผู้รับการบำบัดแล้ว กระบวนการในการบำบัดเป็นสิ่งสำคัญเช่นกัน

กระบวนการในการบำบัดแบบปรับความคิดและพฤติกรรม

การบำบัดความคิดและพฤติกรรม เป็นการบำบัดที่มีกระบวนการและรูปแบบที่ชัดเจน มี 12 ขั้นตอน ดังนี้ (กรมสุขภาพจิต, 2552)

1. การสร้างสัมพันธภาพ การวางพื้นฐานสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้บำบัดและผู้รับการบำบัด ช่วยให้ผู้รับการบำบัดรู้สึกผ่อนคลาย เกิดความไว้วางใจและเปิดเผยความรู้สึก ความคิดของตนเองได้ ซึ่งจะนำไปสู่การบำบัดตนเองได้ในที่สุด
2. การประเมินปัญหาพฤติกรรม อารมณ์ และสรีระ มีหลายรูปแบบ เช่น การสังเกต การสัมภาษณ์ การใช้แบบประเมินหรือแบบคัดกรอง เช่น แบบประเมินความเครียด
3. ให้ความรู้โดยการสอนหรือใช้เทคนิคและทักษะที่จำเป็นเพื่อการผ่อนคลาย หรือลดปัญหาเมื่อจำเป็น ผู้รับการบำบัดบางราย อาจมีปัญหาทางด้านอารมณ์อย่างรุนแรงได้ในช่วงเริ่มการบำบัด ผู้บำบัดจึงควรสอนเทคนิคต่างๆ เพื่อให้เกิดการผ่อนคลายก่อนการบำบัด ซึ่งผู้บำบัดควรใช้เทคนิคให้มีความเหมาะสมกับผู้รับการบำบัดและประเมินว่าเทคนิคนั้นทำให้ผู้รับการบำบัดเกิดการผ่อนคลายหรือไม่ เทคนิคต่างๆ ที่นำมาใช้ เช่น การหายใจ (breathing exercises) การผ่อนคลายจากกายสู่ใจ (body to mind relaxation) การจินตนาการ (visualization)
4. การให้ความรู้เรื่องรูปแบบความคิด (cognitive model) เพื่อให้ผู้รับการบำบัดเข้าใจรูปแบบของการรักษา ซึ่งจะทำให้เกิดการปรับแนวคิดในทิศทางเดียวกับผู้บำบัด
5. บอกขั้นตอนของการบำบัดที่ต้องการให้เกิดความร่วมมือจากผู้รับการบำบัดในการร่วมคิดและทำการบ้าน เพื่อให้ผู้รับการบำบัดเข้าใจภาพรวมของการบำบัดและบทบาทของทั้งคู่ให้และผู้รับการบำบัดร่วมกันตลอดการบำบัด ในกรณีที่มีการบำบัดไปแล้วก็สรุปเป็นการทบทวน
6. การตั้งเป้าหมายการบำบัดในแต่ละครั้ง เพื่อเป็นการตรวจสอบและประเมินเป้าหมายที่ตกลงร่วมกันว่าเป็นได้จริง
7. ค้นหาความคิดอัตโนมัติทางลบที่ทำให้เกิดปัญหาพฤติกรรม อารมณ์ สรีระ
8. เชื่อมโยงให้เห็นความคิดอัตโนมัติทางลบที่ส่งผลต่อพฤติกรรม อารมณ์ สรีระ โดยให้เชื่อมโยงกับรูปแบบความคิดที่ชัดเจน
9. พิสูจน์ความคิดอัตโนมัติทางลบ เป็นการนำหลักฐานมาสนับสนุนและคัดค้านความคิดนั้น และมองเห็นประโยชน์และโทษที่เกิดจากความคิดนั้น
10. ปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติทางลบเมื่อได้พิสูจน์แล้ว ทำการปรับเปลี่ยนความคิดนั้นให้ตรงตามความเป็นจริง

11. ส่งเสริมการแก้ปัญหาของผู้รับการบำบัดที่มีความหลากหลาย โดยใช้คำถาม การจินตนาการ การใช้บทบาทสมมุติที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนมุมมองของความคิดตามความเป็นจริง

12. มอบหมายการบ้าน ซึ่งจะทำให้ผู้รับการบำบัด ได้มีโอกาสในการสังเกตและค้นหา ความคิดอัตโนมัติ และนำไปใช้อย่างต่อเนื่องในชีวิตประจำวัน

ถึงแม้ว่ากระบวนการบำบัดในการปรับความคิดและพฤติกรรมมีหลายขั้นตอนและ จำนวนครั้งของการบำบัดก็มีความแตกต่างกันไป แต่ในแต่ละครั้งของการบำบัดก็จะประกอบด้วย องค์ประกอบที่เหมือนกัน

องค์ประกอบในการปรับความคิดและพฤติกรรมแต่ละครั้ง

ในการปรับความคิดและพฤติกรรมจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีความแตกต่างกัน ในเรื่องของจำนวนครั้งในการบำบัด แต่จะมีองค์ประกอบของการปรับความคิดและพฤติกรรม ดังนี้ (Beck et al., 1979; Westbrook et al., 2007)

1. มีข้อมูลต่างๆของผู้รับการบำบัดที่มีความเป็นปัจจุบัน เช่น มีการประเมินอารมณ์ที่เกิดขึ้นในขณะนั้น
2. การบำบัดในแต่ละครั้งจะมีการเชื่อมโยงต่อเนื่องกับการบำบัดในครั้งต่อไป
3. การปรับความคิดและพฤติกรรมนั้น ในแต่ละครั้งจะมีการกำหนดประเด็นในการปรับความคิดและพฤติกรรมไว้ เพื่อให้มีความเฉพาะเจาะจงและครอบคลุมในประเด็นการสนทนา
4. เมื่อกำหนดประเด็นในการสนทนาแล้ว ผู้รับการบำบัดต้องนำประเด็นที่ได้มาแสดง ความคิดเห็นร่วมกัน
5. ในแต่ละครั้งของการปรับความคิดและพฤติกรรมนั้น จะมีการมอบหมายการบ้าน เพื่อให้เกิดความต่อเนื่องและนำไปใช้ในชีวิตประจำวัน แล้วจึงนำการบ้านนั้นมาทบทวนในครั้งต่อไป

เทคนิคและขั้นตอนในการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม

ในการปรับความคิดและพฤติกรรมใช้เทคนิคการปรับความคิดและเทคนิคการปรับ พฤติกรรมในขั้นตอนหลักอยู่ 3 ขั้นตอน ดังนี้

1. การค้นหาความคิดอัตโนมัติทางลบ (identified automatic thought) วิเคราะห์ความคิด อัตโนมัติที่บิดเบือนไป จากความเป็นจริง ทั้งในรูปแบบความคิดในทางลบ (pattern of negative thought) หรือความคิดอัตโนมัติบิดเบือนที่เกิดขึ้นเองแบบอัตโนมัติ ทำให้เห็นความคิดที่มีผลต่อ

อารมณ์ทางลบที่ส่งผลให้เกิดปัญหาต่อพฤติกรรม อารมณ์ สรีระ (Beck, 1995) เป็นขั้นตอนของการค้นหาความคิดอัตโนมัติทางลบของนักศึกษาพยาบาลที่ให้นักศึกษาเกิดการแปลความสิ่งเร้า โดยเฉพาะในการฝึกปฏิบัติว่ามีความรุนแรงมากกว่าความเป็นจริงและทำให้เกิด อารมณ์ พฤติกรรม และสรีระที่แสดงถึงความเครียด

2. การตรวจสอบความคิดอัตโนมัติ (evaluate the validity of thought) โดยใช้คำถามในการตรวจสอบความคิด (socratic question) เพื่อตรวจสอบความจริง พิจารณาประโยชน์และโทษของความคิด ทำให้เกิดความคิดบนพื้นฐานความจริง (Beck, 1995) เป็นการตรวจสอบความคิดอัตโนมัติของนักศึกษาพยาบาลในการแปลความสิ่งเร้าที่ทำให้เกิด อารมณ์ พฤติกรรม และสรีระที่แสดงถึงความเครียดว่าถูกต้องตรงตามความเป็นจริงมากน้อยเพียงใด

3. การปรับเปลี่ยนความคิดมุมมองใหม่ (new perspectives) โดยการใช้คำถาม การจินตนาการ การใช้บทบาทสมมุติที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนมุมมองของความคิดตามความเป็นจริง ส่งเสริมการแก้ปัญหาของผู้รับการบำบัด (Beck, 1995) เป็นการปรับเปลี่ยนความคิดของนักศึกษาพยาบาลในการแปลความสิ่งเร้าที่ทำให้เกิด อารมณ์ พฤติกรรม และสรีระที่แสดงถึงความเครียดให้ตรงกับความเป็นจริง ก็จะทำได้ลดความเครียดลงได้

ในขั้นตอนของการปรับความคิดและพฤติกรรมนั้น ใช้เทคนิคต่างๆ ในการค้นหาความคิดอัตโนมัติทางลบ ตรวจสอบความคิดอัตโนมัติทางลบ และปรับเปลี่ยนความคิดมุมมองใหม่ ซึ่งประกอบด้วย เทคนิคในการปรับความคิด และเทคนิคในการปรับพฤติกรรม เทคนิคในการปรับความคิด นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงความคิดทางด้านลบของผู้รับการบำบัดซึ่งเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดความผิดปกติต่างๆ ของผู้รับการบำบัด โดยการค้นหาความคิดอัตโนมัติทางลบ และช่วยให้ผู้รับการบำบัดได้มีการตรวจสอบความคิดอัตโนมัติที่เกิดขึ้นว่าถูกต้องเป็นจริงหรือไม่ และนำไปสู่การปรับเปลี่ยนความคิดมุมมองใหม่ที่เหมาะสมตามความเป็นจริง (กรมสุขภาพจิต, 2550; Beck et al., 1979; Beck, 1995) เทคนิคในการปรับพฤติกรรม มีวัตถุประสงค์ คือ 1) เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เป็นปัญหา เช่น พฤติกรรมแยกตัว 2) เพื่อลดอาการต่างๆ ที่ทำให้เกิดความไม่สุขสบาย เช่น ความรู้สึกตึงเครียด เจ็บป่วยทางกายที่มีสาเหตุจากความผิดปกติทางจิตใจ 3) เพื่อเป็นการยืนยันในการพิสูจน์และปรับเปลี่ยนความคิดที่ผิดปกติ (Wright, Thase, & Beck, 2008) เทคนิคในการปรับพฤติกรรม เป็นเครื่องมือที่ทำให้ผู้รับการบำบัดได้เกิดความรู้สึกถึงความสำเร็จที่ได้รับและเกิดความมั่นใจในตนเอง โดยเริ่มจากความสำเร็จในเรื่องที่ง่ายและไม่ซับซ้อนไปจนถึงความสำเร็จในเรื่องอื่นๆ เช่น คิดว่าตนเองไม่สามารถที่จะทำงานต่างๆ ได้สำเร็จ แต่เมื่อใช้การปรับพฤติกรรมทำให้เห็นการเปลี่ยนแปลงในพฤติกรรมที่แสดงออกมา ผู้รับการบำบัดจึงได้ตรวจสอบความคิดของตนเองจากพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลง ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงความคิดและมีความมั่นใจในตนเองมากขึ้น (Beck et al., 1979)

เทคนิคที่ใช้ในการปรับความคิด

จากขั้นตอนของการปรับเปลี่ยนความคิดนั้นมีเทคนิคที่ใช้บ่อยในการปรับความคิดดังนี้

1. การตั้งคำถามที่เรียกว่า โซเครติส (socratic question) เป็นเทคนิคที่ใช้บ่อยที่สุดและใช้ได้กับทุกขั้นตอนของการปรับความคิด มีลักษณะคำถามที่ทำให้ผู้รับการบำบัดได้เกิดการทบทวนความคิดอัตโนมัติทางลบที่เกิดขึ้นและมีการทดสอบความคิดและหาทางออกด้วยตนเอง (กรมสุขภาพจิต, 2550; Beck et al., 1979; Beck, 1995; Wright et al., 2008) การตั้งคำถามกับความคิดอัตโนมัติที่เกิดขึ้นมักมีผลกระทบต่ออารมณ์และความรู้สึก การเลือกสถานการณ์ที่ทำให้เกิดความไม่สบายใจ เกิดความทุกข์อย่างรุนแรง จะทำให้เราค้นหาความคิดอัตโนมัติทางลบที่เกิดขึ้น โดยมีการใช้คำถามต่างๆ ในการค้นหาและตรวจสอบความคิดอัตโนมัติทางลบที่เกิดขึ้น ดังนี้ (Beck, 1995)

- 1.1 คิดหรือเห็นภาพอะไรก่อนที่จะเริ่มมีความรู้สึกที่ไม่ดี
- 1.2 มีอะไรทำให้คิดอย่างนั้น มีหลักฐานอะไรที่มาสนับสนุน/คัดค้าน ความคิดนั้น
- 1.3 มีคำอธิบายอื่นๆ ที่เป็นทางเลือกหรือไม่ ความคิดที่เกิดขึ้นเป็นแบบอื่นได้หรือไม่
- 1.4 ถ้าความคิดที่เกิดขึ้นเป็นอย่างนั้นจริงๆ สิ่งแย่ที่สุดที่เป็นไปได้คืออะไร คิดแบบนี้แล้วเกิดประโยชน์อะไร
- 1.5 ถ้าเชื่อความคิดที่เกิดขึ้นแล้วจะมีผลอย่างไรต่อตนเอง
- 1.6 ถ้าคิดแบบใหม่จะคิดอย่างไร
- 1.7 ถ้าเพื่อนของเราอยู่ในสถานการณ์เช่นเดียวกัน จะให้คำแนะนำกับเพื่อนอย่างไร

2. การใช้แบบบันทึกความคิดอัตโนมัติ (thought record) การบันทึกจะช่วยให้ผู้รับการบำบัดได้เกิดการตระหนักถึงผลของความคิดอัตโนมัติที่เกิดขึ้นและทำให้เข้าใจในพื้นฐานของรูปแบบความคิดที่จะนำมาใช้กับตนเองได้อย่างไร การบันทึกจะมีการนำมาอธิบายและใช้ในช่วงเวลาการบำบัดและนำกลับไปฝึกทำเป็นการบ้านด้วยซึ่งเป็นการนำไปใช้ในชีวิตประจำวัน แบบบันทึกความคิดอัตโนมัติจะประกอบด้วย เหตุการณ์ที่เป็นสิ่งเร้าให้เกิดความคิดอัตโนมัติ ความคิดอัตโนมัติ และอารมณ์ พฤติกรรม และสรีระที่เกิดขึ้น การฝึกคิดทบทวนความคิด (cognitive rehearsal) ที่เกิดขึ้น ทำให้ผู้รับการบำบัดได้ประเมินความคิดอัตโนมัติที่เกิดขึ้นซึ่งจะพัฒนาไปสู่การปรับเปลี่ยนความคิดให้เหมาะสม (Beck, 1995)

3. การพิจารณาข้อดี ข้อเสีย ของความคิดอัตโนมัติทางลบที่เกิดขึ้น (advantages and disadvantages) เพื่อให้ผู้รับการบำบัดได้ฝึกปรับเปลี่ยนความคิดใหม่ (กรมสุขภาพจิต, 2550; Beck et al., 1979; Beck, 1995; Wright et al., 2008)

4. การสมมุติถึงสิ่งที่เลวร้ายที่สุดที่อาจจะเกิดขึ้นได้ (decastrophizing) ผู้บำบัดมอบหมายให้ผู้รับการบำบัดสมมุติถึงสิ่งที่แย่ที่สุดที่อาจจะเกิดขึ้นได้ในอนาคตว่าจะเกิดอะไรบ้างจะเป็นอย่างไร แล้วถ้าสถานการณ์นั้นเกิดขึ้นจริง แล้วจะมีจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นอย่างไร เป็นการฝึกให้ผู้รับการบำบัดได้ฝึกการจัดการความเครียด ความกังวล และมีแนวทางในการจัดการกับปัญหาที่อาจจะเกิดขึ้น และเตรียมพร้อมที่จะเผชิญกับปัญหาได้ (Wright et al., 2008)

5. การหยุดความคิด (thought stopping) เป็นเทคนิคในการที่จะหยุดความคิดที่ไม่เหมาะสม โดยการเริ่มฝึกหยุดความคิดที่ทำให้เกิดความรู้สึกเป็นทุกข์ ความเครียดที่ไม่รุนแรงนักแล้วจึงค่อยๆ เพิ่มระดับความคิดที่เป็นปัญหาที่รุนแรง (สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2549)

6. การฝึกให้มีการแปลการรับรู้ใหม่ต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น ซึ่งเมื่อเปลี่ยนมุมมองในการรับรู้จะช่วยให้มีความคิดต่อตนเองในทางที่ดีขึ้นและเปลี่ยนแปลงได้ (กรมสุขภาพจิต, 2550; ดวงณี จงรักษ์, 2549)

7. เทคนิคการใช้คำถามเจาะลึก (downward arrow) เป็นวิธีการที่ผู้บำบัดใช้คำถามเจาะลึกแต่ละประเด็น ทำให้ผู้รับการบำบัดเกิดความเข้าใจในตนเองมากขึ้น และทราบเหตุที่มาของความคิดอัตโนมัติทางลบที่ก่อให้เกิดปัญหากับตนเอง นอกจากนี้ยังนำไปสู่ความเชื่อในระดับลึก และความเชื่อในระดับกลางที่ซ่อนอยู่ภายใต้ความคิดนั้นๆ อีกด้วย (Beck, 1995; Wright et al., 2008)

ตัวอย่างเทคนิคการปรับพฤติกรรมมี ดังนี้

1. การจัดตารางกิจกรรม (activity scheduling) เป็นการจัดให้ผู้รับการบำบัดได้ทำกิจกรรมตามตารางที่ผู้บำบัดและผู้รับการบำบัดมีการตั้งเป้าหมายร่วมกัน จะเป็นการกระตุ้นให้ผู้รับการบำบัดทำกิจกรรมต่างๆ และลดความคิดว่าตนเองไม่สามารถทำงานต่างๆ ได้สำเร็จ (จันทิมา องค์ไวยุติ, 2545; Beck, 1995; Wright et al., 2008)

2. การมอบหมายงานตามขั้นตอน (grade task assignments) เป็นการมอบหมายให้ผู้รับการบำบัดทำกิจกรรมต่างๆ โดยแบ่งเป้าหมายใหญ่ให้เป็นเป้าหมายย่อยเป็นขั้นตอน เริ่มจากกิจกรรมที่ง่ายไปยาก ซึ่งจะทำให้ผู้รับการบำบัดเกิดความรู้สึกมั่นใจและภาคภูมิใจจากความสำเร็จในเรื่องเล็กๆ จนไปสู่เป้าหมายในเรื่องที่ใหญ่กว่าเดิมที่คิดว่าตนเองอาจจะทำไม่สำเร็จ เช่น ผู้รับการบำบัดไม่กล้าแสดงความคิดเห็นในชั้นเรียนคิดว่าตนเองไม่มีความสามารถ การแบ่งย่อยเป้าหมาย

เช่น เริ่มจาก 1) สามารถถามเพื่อนหลังเลิกเรียนได้ 2) สามารถถามครูหลังเลิกเรียนได้ 3) สามารถถามคำถามในห้องเรียนได้ 4) สามารถตอบคำถามในห้องเรียนได้ 5) สามารถแสดงความคิดเห็นในห้องเรียนได้ เป็นต้น (จันทิมา องค์โฆษิต, 2545; Beck, 1995; Wright et al., 2008)

3. การใช้การ์ดจัดการกับความคิดอัตโนมัติทางลบ (coping card) เป็นการ์ดเล็กๆ ที่สะดวกใช้ การบันทึกมีหลายรูปแบบ เช่น บันทึกการจัดการเกี่ยวกับความคิดอัตโนมัติที่เกิดขึ้นว่าจะมีวิธีปรับเปลี่ยนความคิดอย่างไร บันทึกวิธีการจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้น บันทึกวิธีการที่คอยเตือนตัวเอง และบันทึกทางเลือกว่าสามารถคิดเป็นแบบอื่นอย่างไร ข้อดี ข้อเสียของความคิดที่เกิดขึ้นเป็นอย่างไร เป็นการวางแผนการจัดการปัญหาที่อาจจะเกิดขึ้นในอนาคตไว้ และนำบันทึกมาทบทวนบ่อยๆ และใช้ได้เมื่อมีความจำเป็น (Beck, 1995; Wright et al., 2008)

4. การทำการบ้าน (homework) เป็นการมอบหมายให้ผู้รับการบำบัดได้นำสิ่งที่ได้เรียนรู้ในช่วงของการบำบัดไปใช้ในชีวิตประจำวัน ซึ่งในบางครั้งการบ้านก็จะเป็นประเด็นของการบำบัดด้วย และผู้บำบัดจะมีการนำการบ้านมาทบทวนในครั้งต่อไปของการบำบัด เช่น ถ้าประเด็นช่วงบำบัดกำหนดว่าเป็นการค้นหาความคิดอัตโนมัติทางลบที่ทำให้รู้สึกเป็นทุกข์ การบ้านครั้งต่อไปก็จะเป็นการฝึกให้ผู้รับการบำบัดค้นหาความคิดอัตโนมัติที่ทำให้เกิดความรู้สึกที่เป็นทุกข์ การบ้านที่ดีต้องมีความหลากหลายและเริ่มทำในเรื่องที่ง่ายไปยาก นอกจากนี้การบ้านทำให้ทราบข้อมูลของผู้รับการบำบัดมากขึ้น จากหลายๆ งานวิจัยพบว่าผู้รับการบำบัดที่ทำการบ้านจะมีอาการดีขึ้นมากกว่าผู้ที่ไม่ทำการบ้าน (จันทิมา องค์โฆษิต, 2545; กรมสุขภาพจิต, 2550; Beck et al., 1979; Wright et al., 2008)

5. เทคนิคทดลองทำตามแผนที่เตรียมไว้ (behavior experiment) เพื่อจะทดสอบความถูกต้องของพฤติกรรมใหม่และคลายความสงสัยในพฤติกรรมเดิมจากพฤติกรรมที่ได้ไปลองทำ ซึ่งเป็นความร่วมมือของผู้รับการบำบัดในการที่จะฝึกทักษะต่างๆ ที่ทำให้เกิดความคิดอัตโนมัติทางลบที่ไม่เหมาะสม โดยการทดลองทำพฤติกรรมใหม่ เป็นการตรวจสอบความคิดอัตโนมัติทางลบที่เกิดขึ้นว่าเป็นจริงหรือไม่ เช่น ผู้รับการบำบัดไม่กล้าแสดงความคิดเห็นในห้องเรียน เพราะคิดว่าตนเองไม่สามารถทำได้และเป็นเรื่องที่น่าอาย การทดลองทำพฤติกรรม ก็เริ่มจากง่ายไปยาก เช่น ให้ผู้รับการบำบัดลองฝึกแสดงความคิดเห็นกับผู้บำบัด เพื่อนสนิท เพื่อนในกลุ่ม จนกระทั่งการยกมือแสดงความคิดเห็นในชั้นเรียน (กรมสุขภาพจิต, 2550; Beck et al., 1979; Beck, 1995)

6. เทคนิคการผ่อนคลาย (relaxation) เป็นเทคนิคที่ช่วยลดความตึงเครียด โดยเฉพาะเมื่อเกิดปัญหาที่ทำให้มีอารมณ์ที่ตึงเครียด ซึ่งจะนำไปสู่ความคิดวิตกกังวลและไม่สามารถที่จะคิดพิจารณาหรือจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นได้ ซึ่งถ้าได้รับการฝึกฝนในการผ่อนคลายความเครียดก็จะช่วยให้ลดอารมณ์ต่างๆ ทำให้สามารถจัดการกับปัญหาต่างๆ ได้อย่างเต็มศักยภาพที่มีอยู่ (Beck, 1995)

เทคนิคต่างๆ ในการปรับความคิดและพฤติกรรมสามารถนำมาใช้ได้ในทุกขั้นตอนของการบำบัดตามความเหมาะสม ซึ่งในการบำบัดก็มีเป้าหมายของการบำบัด

เป้าหมายครั้งแรกของการปรับความคิดและพฤติกรรม

ในการปรับความคิดและพฤติกรรมในครั้งแรกมีเป้าหมายคือ (Beck et al., 1979; Beck, 1995)

1. สร้างความคุ้นเคย เพื่อให้เกิดความไว้วางใจ
2. สอนให้ผู้รับการบำบัดมีความรู้และเข้าใจการบำบัดในภาพรวมทั้งหมด
3. สอนให้ผู้รับการบำบัดมีความเข้าใจเกี่ยวกับเรื่องโรคที่เป็นอยู่ อาการผิดปกติต่างๆ ที่เป็นปัญหาของผู้รับการบำบัด และมีความเข้าใจในรูปแบบความคิดและกระบวนการบำบัดทั้งหมด
4. ทำให้ผู้รับการบำบัดมีความเข้าใจและยอมรับปัญหาและความยุ่งยากที่เกิดขึ้น และเกิดการบ่มเพาะความหวังในตนเอง
5. ทำความเข้าใจผู้รับการบำบัดเกี่ยวกับความคาดหวังต่อผลที่ได้จากการบำบัดและปรับความเข้าใจให้ตรงกัน
6. ทำการรวบรวมข้อมูลที่เป็นปัญหาของผู้ป่วย และพัฒนาสู่เป้าหมายที่ตั้งไว้
7. นำข้อมูลต่างๆ ที่รวบรวมได้เพื่อนำไปสู่เป้าหมายที่ตั้งไว้ร่วมกับผู้รับการบำบัด เพื่อให้บรรลุตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ การบำบัดจึงมีขั้นตอนของการบำบัดครั้งแรก และครั้งต่อไป ไปด้วยเช่นกัน

ขั้นตอนในการบำบัดครั้งแรก

การบำบัดครั้งแรกของการปรับความคิดและพฤติกรรมนั้น ประกอบด้วยขั้นตอนดังต่อไปนี้ (Beck et al., 1979; Beck, 1995)

1. กำหนดประเด็นในการสนทนา และบอกเหตุผลของการเลือกประเด็นนั้น
2. ตรวจสอบอารมณ์ ความรู้สึกเป็นทุกข์ที่เกิดขึ้น และทำการประเมินโดยให้ผู้รับการบำบัดให้น้ำหนักของอารมณ์ที่เกิดขึ้นว่ามีระดับมากน้อยเพียงใดออกมาอย่างเป็นรูปธรรม เช่น ความทุกข์ที่เกิดขึ้นขณะนั้นคิดเป็นร้อยละเท่าไร
3. ช่วยให้ผู้รับการบำบัดได้ทบทวนปัญหาที่เกิดขึ้นว่าเป็นอย่างไรบ้าง และประเมินปัญหานั้นว่าปัจจุบันเป็นอย่างไร
4. วิเคราะห์ปัญหาที่เกิดขึ้นและกำหนดเป้าหมายของการปรับความคิดและพฤติกรรมให้เหมาะสม และมีความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติ

5. ให้ความรู้แก่ผู้รับการบำบัดเกี่ยวกับรูปแบบของการปรับความคิดและพฤติกรรม
6. ให้ผู้ป่วยบอกความคาดหวังต่อผลที่จะได้รับการบำบัด ในการจัดการกับปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้น

7. ให้ความรู้แก่ผู้รับการบำบัดในเรื่องของความผิดปกติต่างๆที่เกิดขึ้นกับตนเอง
8. การให้การบ้านที่เกี่ยวข้องกับการบำบัด และให้ผู้รับการบำบัดเห็นความสำคัญของการทำการบ้าน ซึ่งจะทำให้เกิดความต่อเนื่องกับการบำบัดครั้งต่อไป
9. การสรุปสาระสิ่งที่ได้เรียนรู้จากการบำบัด ซึ่งครั้งแรกๆ อาจจะเป็นผู้บำบัด แต่ในครั้งต่อไป ผู้รับการบำบัดอาจเป็นผู้สรุปเอง

10. การให้ข้อมูลย้อนกลับในการบำบัด ซึ่งมีทั้งข้อมูลด้านบวกและสิ่งที่ต้องปรับปรุงแก้ไขแก่ผู้รับการบำบัด การให้ข้อมูลย้อนกลับทำให้ผู้รับการบำบัดเกิดความรู้สึกว่าผู้บำบัดมีความใส่ใจตนเอง เป็นการให้กำลังใจ และนำไปสู่การปรับปรุงแก้ไขต่อไป

ในการบำบัดครั้งแรกนั้นนอกจากเพื่อที่จะให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ข้างต้นแล้ว การสร้างสัมพันธภาพและเกิดความร่วมมือร่วมใจระหว่างผู้บำบัดและผู้รับการบำบัดนับว่าเป็นเป้าหมายที่สำคัญที่สุดและมีผลต่อการบำบัดครั้งต่อไป

ขั้นตอนในการบำบัดครั้งที่ 2 และครั้งต่อไป

ในการบำบัดครั้งต่อไปนั้น ก็จะมีความต่อเนื่องเชื่อมโยงจากครั้งก่อนๆ แต่การบำบัดแต่ละครั้งก็จะมีความแตกต่างกันในประเด็นของการบำบัด เช่น การค้นหาความคิดอัตโนมัติทางลบ การตรวจสอบความคิดอัตโนมัติ และการปรับเปลี่ยนความคิดซึ่งนำไปสู่การแก้ไขปัญหา โดยมีขั้นตอนในแต่ละครั้งดังนี้ (Beck et al., 1979; Beck, 1995)

1. การสรุปการบำบัดครั้งที่แล้ว การตรวจสอบอารมณ์ในช่วงที่ผ่านมาและอารมณ์ที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน
2. การเชื่อมโยงจากการบำบัดครั้งที่ 1 เพื่อตรวจสอบความรู้และความเข้าใจของผู้รับการบำบัด และทำให้เกิดความต่อเนื่องจากการบำบัดครั้งก่อน
3. การตั้งประเด็นปัญหาในการสนทนา ซึ่งประเด็นปัญหานั้นแรกๆ ผู้บำบัดจะเป็นผู้กำหนด แต่ถ้าประเด็นที่ได้นั้นมาจากผู้รับการบำบัดก็จะทำให้เกิดการเรียนรู้ในการตั้งประเด็นปัญหาด้วยตนเองและสามารถบำบัดตนเองได้

4. การนำการบ้านที่ได้รับมอบหมายในครั้งก่อนมาทบทวน เพื่อให้ผู้รับการบำบัดเห็นความสำคัญของการทำการบ้าน และบางครั้งการบ้านอาจจะเป็นส่วนหนึ่งของประเด็นในการสนทนา

5. การพูดคุยในประเด็นปัญหาที่ตั้งไว้ และการให้งานเป็นการบ้านใหม่ สรุปการบำบัดในครั้งนี้อย่างสั้นๆ

6. สรุปรวบยอดในครั้งสุดท้ายและการให้ข้อมูลย้อนกลับ เพื่อนำไปสู่การปรับปรุงแก้ไข ในช่วงแรกๆ ผู้บำบัดอาจจะเป็นผู้สรุป แต่ครั้งต่อไปเมื่อผู้รับการบำบัดมีอาการดีขึ้นแล้ว ก็จะเป็นผู้สรุป

ในการบำบัดครั้งแรกๆ นั้นผู้บำบัดจะเป็นผู้นำในการกำหนดประเด็นปัญหา ช่วยเหลือผู้รับการบำบัดในการประเมิน ตรวจสอบ และปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติทางลบ มอบหมายงานให้เป็นการบ้านและสรุปในการบำบัดแต่ละครั้ง เมื่อมีการดำเนินการบำบัดต่อไปและจะค่อยๆ ปรับเปลี่ยนความรับผิดชอบดังกล่าวแก่ผู้รับการบำบัด ขั้นตอนในการบำบัดครั้งสุดท้าย เป็นการเตรียมผู้รับการบำบัดเข้าสู่ระยะการสิ้นสุดการบำบัด มีการทบทวนสิ่งที่ได้รับจากการบำบัดตั้งแต่ครั้งแรกจนถึงครั้งสุดท้าย เปิดโอกาสให้ผู้รับการบำบัดได้ซักถามข้อสงสัย ผู้บำบัดเน้นให้นำสิ่งที่ได้เรียนรู้ไปใช้ในชีวิตประจำวัน ซึ่งเป้าหมายที่สำคัญที่สุด คือ ผู้รับการบำบัดเป็นผู้ที่สามารถบำบัดตนเองได้เพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำ

ผลของการบำบัดแบบปรับความคิดและพฤติกรรมต่อความเครียด

ตามแนวคิดการปรับความคิดและพฤติกรรมของเบ็ค (Beck, 1995) เน้นในการค้นหาความคิดอัตโนมัติทางลบที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของ อารมณ์ ความรู้สึก และสรีระ ที่เกิดขึ้น โดยมีขั้นตอนหลัก 3 ขั้นตอน ดังนี้

1. การค้นหาความคิดอัตโนมัติทางลบ (identified automatic thought) เมื่อได้ฝึกในการค้นหาความคิดอัตโนมัติทางลบของตนเองที่เกิดขึ้นว่าความคิดที่เกิดขึ้นนั้นมีผลทำให้มีการแปลความสิ่งเร้า โดยเฉพาะในการฝึกปฏิบัติว่ามีความรุนแรงมากกว่าความเป็นจริงและทำให้เกิดความเครียดที่แสดงออกทาง อารมณ์ พฤติกรรม และสรีระ เมื่อนักศึกษาพยายามเกิดการตระหนักว่าความคิดที่เกิดขึ้นนั้นบางครั้งเป็นความคิดที่ไม่มีเหตุผล บางครั้งบิดเบือนจากความเป็นจริง ซึ่งความคิดที่เกิดขึ้นอาจจะจริงหรือไม่ก็ได้ และรู้ว่าปัญหาที่เกิดขึ้นนั้นมีผลมาจากความคิดของตนเองที่ไม่ได้ถูกต้องทั้งหมด จึงมีความจำเป็นที่จะต้องตรวจสอบความคิด (Beck, 1995)

2. การตรวจสอบความคิดอัตโนมัติ (evaluate the validity of thought) เป็นขั้นตอนที่ต่อเนื่องจากการค้นหาความคิดอัตโนมัติทางลบที่เกิดขึ้นว่าความคิดนั้นเป็นเพียงความคิดเห็นที่อาจจะไม่ถูกต้องและเป็นจริงทั้งหมด ตรวจสอบโดยการหาข้อมูลสนับสนุนหรือคัดค้านความคิดอัตโนมัติทางลบที่ค้นพบว่าถูกต้องตามความเป็นจริงมากน้อยเพียงใด พิจารณาประโยชน์และโทษของความคิดนั้น (Beck, 1995) ซึ่งการทำกิจกรรมกลุ่มบำบัดนักศึกษาได้มีโอกาสพูดคุย แลกเปลี่ยนความคิดเห็นทำให้เกิดการเรียนรู้จากประสบการณ์และปัญหาของเพื่อนในกลุ่มต่อสถานการณ์ต่างๆ ที่มีความหลากหลาย (สมพร รุ่งเรืองกลกิจ, 2546; Buffum & Madrid, 2008)

3. การปรับเปลี่ยนความคิดมุมมองใหม่ (new perspectives) เป็นขั้นตอนที่ต่อเนื่องจากการตรวจสอบความคิดอัตโนมัติที่เกิดขึ้น เป็นการปรับเปลี่ยนความคิดของนักศึกษาพยาบาลในการแปลความสิ่งเร้าที่ทำให้เกิด อารมณ์ พฤติกรรม และสรีระที่แสดงถึงความเครียดให้ตรงกับความเป็นจริง โดยใช้เทคนิคการปรับความคิดและเทคนิคการปรับพฤติกรรม เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนความคิดตามความจริง ส่งเสริมการแก้ปัญหาของผู้รับการบำบัด (จันทิมา องค์โฆษิต, 2545; Beck, 1995) ถ้าความคิดที่บิดเบือนได้รับการปรับเปลี่ยน และหาแนวทางในการแก้ไขปัญหาได้ ย่อมทำให้อารมณ์ความรู้สึกต่างๆ ลดลง (Beck, 1995)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าการปรับความคิดและพฤติกรรมเป็นวิธีการหนึ่งที่มีประสิทธิผลในการลดความเครียดในกลุ่มต่างๆ ทั้งในกลุ่มนักศึกษา กลุ่มของผู้ที่มีความเครียดจากการทำงาน และกลุ่มที่มีปัญหาสุขภาพกาย ดังนี้

การศึกษาในกลุ่มของนักศึกษา พบว่ามีการศึกษาถึงการจัดการความเครียด ความวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้า ในนักศึกษาครูที่อยู่ระหว่างการฝึกสอน จำนวน 72 คน เป็นระยะเวลา 6 สัปดาห์ จำนวน 12 ครั้ง ซึ่งขั้นตอนของการปรับความคิดและพฤติกรรมประกอบด้วย การฝึกการผ่อนคลาย การปรับเปลี่ยนความคิด การจัดการกับปัญหาโดยใช้ทักษะต่างๆ เช่น การปรับพฤติกรรม การจัดการกับความขัดแย้ง การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ เป็นต้น พบว่ากลุ่มทดลองมีระดับความเครียดลดลงในระยะหลังทดลองทันที และระยะติดตามผล 12 สัปดาห์ (Salami, 2007) ส่วนการศึกษาความเครียด และภาวะซึมเศร้า และวิธีการในการจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นในนักศึกษามหาวิทยาลัยในประเทศจอร์แดน จำนวน 84 คน เป็นกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 42 คน แล้วแบ่งกลุ่มทดลองออกเป็นกลุ่มย่อยกลุ่มละ 11 คน เป็นระยะเวลา 10 สัปดาห์ จำนวน 10 ครั้งๆ ละ 45 นาที โดยในแต่ละครั้งของการบำบัดจะประกอบด้วยประเด็น การสร้างสัมพันธภาพ การพัฒนาให้เกิดความรู้สึกด้านบวกต่อตนเอง การค้นหาความเครียดที่เกิดขึ้น และการแยกแยะและประเมินผลดีผลเสียของการจัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้น การเลือกการจัดการความเครียดอย่างเหมาะสม โดยใช้เทคนิคต่างๆ เช่น การแสดงบทบาทสมมุติ การฝึกการจัดการกับปัญหา การใช้การระดมความคิดของกลุ่ม พบว่า

กลุ่มทดลองมีระดับความเครียดลดลงเมื่อสิ้นสุดการทดลองทันที และในระยะติดตามผล 12 สัปดาห์ (Hamdan-Mansour et al., 2009) ซึ่งก็สอดคล้องกับการศึกษาเพื่อหาวิธีการจัดการกับความเครียดของนักศึกษาในศูนย์การศึกษาผู้ใหญ่ในชนบทของประเทศออสเตรเลีย จำนวน 132 คน โดยแบ่งเป็นกลุ่มย่อยกลุ่มละ 10-16 คนแต่ไม่มีกลุ่มควบคุม จำนวน 6 ครั้ง สัปดาห์ละครั้งๆ ละ 2 ชั่วโมง โดยมีเทคนิคในการปรับความคิดและพฤติกรรม เช่น การทบทวนเกี่ยวกับความเครียดและผลกระทบที่เกิดขึ้น การจัดการกับปัญหา การใช้เทคนิคการผ่อนคลาย การรู้จักกับความคิดทางด้านลบ และทำลายความคิดทางลบที่เกิดขึ้น การบริหารเวลา การสร้างทักษะชีวิตเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำ พบว่าระดับความเครียดของนักศึกษาระยะหลังทดลองทันที และระยะติดตามผล 6 เดือนลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Hawkins et al., 2007)

การศึกษาความเครียดในกลุ่มของผู้ทำงาน พบว่า การศึกษานำร่องในพยาบาลที่จบปีแรก จำนวน 18 คน ในประเทศออสเตรเลีย เพื่อหาแนวทางในการจัดการอารมณ์ที่ตึงเครียดจากการทำงาน โดยใช้การบำบัดแบบปรับความคิดและพฤติกรรม ซึ่งเป็นการจัดอบรมเชิงปฏิบัติการเป็นเวลา 8 ชั่วโมง และทำการวัดระดับความเครียดก่อนทดลอง หลังทดลอง และติดตามผล 6 สัปดาห์ หลังสิ้นสุดการบำบัดก็พบว่า ในระยะหลังทดลองและระยะติดตามผล 6 สัปดาห์ พยาบาลมีความเครียดลดลงกว่าก่อนการทดลอง (Brunero, Cowan, & Fairbrother, 2007) และจากการศึกษาความเครียดและผลของการจัดการความเครียดในการทำงานโดยการปรับความคิดและพฤติกรรมในคนทำงาน จำนวน 102 คน โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 51 คน กลุ่มทดลองแบ่งเป็นกลุ่มย่อยกลุ่มละ 9 คน จำนวน 8 ครั้ง ในระยะเวลา 3 เดือน โดยมีแนวทางในการบำบัด ดังนี้ มีการให้ความรู้เกี่ยวกับความเครียด และความรู้เกี่ยวกับพื้นฐานของการปรับความคิดและพฤติกรรม การประเมินและแยกแยะ การปรับเปลี่ยนความคิดที่บิดเบือน การฝึกทักษะในการจัดการกับความเครียดและนำไปใช้ในการทำงาน พบว่ากลุ่มทดลองมีระดับความเครียดลดลงทั้งในระยะหลังสิ้นสุดการทดลอง และระยะติดตามผล 3 เดือน (Willert, Thulstrup, Psyd, & Bonde, 2009)

จากการศึกษาการจัดการความเครียดจากการทำงานในคนทำงาน จำนวน 138 คน แบ่งเป็น 3 กลุ่ม คือ กลุ่มควบคุม 37 คน กลุ่มที่ได้รับการบำบัดความคิด 57 คน และกลุ่มที่ได้รับการปรับพฤติกรรม 44 คน เป็นการจัดอบรมเชิงปฏิบัติการ จำนวน 3 ครั้งๆ ละ 3 ชั่วโมง 30 นาที เป็นระยะเวลา 3 สัปดาห์ ซึ่งในขั้นตอนของการปรับความคิดและพฤติกรรมจะประกอบด้วย การให้ทำการปรับความคิดเป็นกลุ่ม ให้การบ้าน และบันทึกความคิดอัตโนมัติที่เกิดขึ้น ทบทวนการบ้าน ค้นหา ทำลายและปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติทางลบโดยการใช้กระบวนการกลุ่ม มีการใช้เทคนิคการผ่อนคลายและการจินตนาการ การบอกถึงผลดีและผลเสียของความคิดทางลบ การปรับความคิด และทำการวัดผลซ้ำทันทีหลังสิ้นสุดการทดลอง และติดตามผลอีก 3 เดือน พบว่ากลุ่มที่

จัดการความเครียดโดยการบำบัดความคิด และโดยการปรับพฤติกรรม มีระดับความเครียดลดลงกว่ากลุ่มควบคุม และพบว่ากลุ่มที่มีการจัดการความเครียดโดยการบำบัดความคิดมีประสิทธิผลในการลดความเครียดมากกว่ากลุ่มที่จัดการความเครียดโดยการปรับพฤติกรรม (Gardner, Rose, Mason, Tyler, & Cushway, 2005)

การศึกษาประสิทธิผลของการบำบัดแบบปรับความคิดและพฤติกรรม ต่อภาวะซึมเศร้าและภาวะเครียดในผู้ดูแลหญิงที่มีภาวะสมองเสื่อม เปรียบเทียบกับการให้การศึกษาทางโทรศัพท์ จำนวน 184 คน แบ่งเป็นกลุ่มที่ได้รับการบำบัดแบบปรับความคิดและพฤติกรรม จำนวน 87 คน กลุ่มที่ได้รับการให้การศึกษาทางโทรศัพท์ จำนวน 97 คน และแบ่งเป็นกลุ่มย่อย 4-8 คน ครั้งละ 2 ชั่วโมง จำนวน 12 ครั้ง เป็นระยะเวลา 13-16 สัปดาห์ แล้ววัดผลหลังการทดลอง 2 เดือน พบว่ากลุ่มที่เข้าร่วมบำบัดแบบปรับความคิดและพฤติกรรมมีความเครียดลดลงกว่ากลุ่มที่ได้รับการศึกษาทางโทรศัพท์ และผู้ดูแลมีการเปลี่ยนแปลงอย่างชัดเจนในเรื่องของการลดภาวะซึมเศร้า ลดความเครียดทั้งในเรื่องความเครียดเฉพาะเรื่อง และความเครียดในเรื่องทั่วไป (Gallagher-Thompson, Gray, Dupart, Jimenez, & Thompson, 2008) และการศึกษาผลของการจัดการกับความเครียดและความโกรธในครอบครัวที่ดูแลผู้พิการ จำนวน 26 ครอบครัว โดยแบ่งเป็น 3 กลุ่ม คือ ลดความเครียดโดยการปรับความคิดและพฤติกรรม การลดความเครียดอย่างเป็นระบบ และกลุ่มควบคุม พบว่าในระยะหลังการทดลองทันที และระยะติดตามผล ผู้ดูแลที่ได้รับการปรับความคิดและพฤติกรรมและการลดความเครียดอย่างเป็นระบบ ต่างก็มีระดับความเครียดลดลง แต่พบว่า การปรับความคิดและพฤติกรรมสามารถลดความโกรธที่แอบแฝงในผู้ดูแลได้ดีกว่า (Cary & Dua, 1999)

การศึกษาการจัดการความเครียดโดยการปรับความคิดและพฤติกรรมในกลุ่มผู้ปัญหาทางสุขภาพกายต่างๆ ดังนี้ จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบที่ศึกษาผลของการปรับความคิดและพฤติกรรมต่อความตึงเครียดทางอารมณ์และอาการปวดในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม จำนวน 22 การศึกษาพบว่า การปรับความคิดและพฤติกรรมมีผลต่อระดับความตึงเครียดทางอารมณ์และความเจ็บปวดในระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง ร้อยละ 62 ของกลุ่มทดลองมีความตึงเครียดทางอารมณ์ลดลงกว่ากลุ่มควบคุม ร้อยละ 69 ของกลุ่มทดลองมีความเจ็บปวดลดลงกว่ากลุ่มควบคุม ซึ่งงานวิจัยส่วนใหญ่ก็จะใช้เทคนิคต่างๆ เช่น เทคนิคการปรับเปลี่ยนความคิด การใช้การผ่อนคลายความเครียด การวัดการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย เป็นต้น (Tarrow & Montgomery, 2006) และจากผลการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบถึงผลของการจัดการความเครียดในกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวี (HIV) เป็นการวิจัยเชิงทดลอง จำนวน 21 การศึกษา ซึ่งมีวัตถุประสงค์ที่จะหาการปฏิบัติพยาบาลที่เหมาะสมกับผู้ติดเชื้อเอชไอวี และทราบสาเหตุความเครียด การเผชิญความเครียด ซึ่งจำนวนครั้งและระยะเวลา มีตั้งแต่ 6-20 ครั้ง แต่ทุกครั้งใช้เวลาตั้งแต่ 20 นาที ถึง 2 ชั่วโมง วัดผลทั้งในระยะหลังการทดลอง

ทันที จนถึง ติดตามผล 12 เดือน ซึ่งกลุ่มทดลองมีระดับความเครียดลดลงในระยะติดตามผลด้วยการบำบัดประกอบด้วย การปรับความคิด การปรับพฤติกรรม การใช้เทคนิคการผ่อนคลาย การได้รับการสนับสนุนทางสังคม การให้ความรู้ในการจัดการความเครียด เป็นต้น การบำบัดแบบปรับความคิดและพฤติกรรมมีผลทางด้านจิตใจและสุขภาพทางกายของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ในทุกการศึกษาพบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวี มีการเปลี่ยนแปลงในทิศทางบวก เช่น มีการปรับตัวที่ดีขึ้นในเรื่องการรับรู้ความเครียด ภาวะซึมเศร้า ความวิตกกังวล มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น (Brown & Venable, 2008)

การศึกษาที่มีการจัดการความเครียดโดยการปรับความคิดและพฤติกรรมเปรียบเทียบกับวิธีการจัดการความเครียดวิธีอื่นๆ พบว่ามีการศึกษาการจัดการความเครียดโดยใช้การปรับความคิดและพฤติกรรมและโยคะ ในพนักงานบริษัทของสวีเดน จำนวน 33 คน แบ่งเป็นกลุ่มๆ ละ 18-19 คน จำนวน 10 ครั้งในระยะเวลา 4 เดือน พบว่า ทั้งสองวิธีมีผลทำให้ระดับความเครียดลดลง แต่พบว่าการปรับความคิดและพฤติกรรมมีผลต่อการผ่อนคลายทางด้านจิตใจมากกว่า ส่วน โยคะมีผลให้เกิดการผ่อนคลายทางด้านร่างกายมากกว่า (Granath, Ingvarsson, Thiele, & Lundberg, 2006) การศึกษาเปรียบเทียบผลของการทำสมาธิและการปรับความคิดและพฤติกรรมต่อความเครียด ภาวะซึมเศร้าของคนในชุมชนที่มีภาวะเครียดและมีภาวะซึมเศร้าไม่รุนแรง จำนวน 50 คน จำนวน 8 ครั้ง สัปดาห์ละครั้งๆ ละ 3 ชั่วโมง ทำการวัดก่อนและหลังการทดลองพบว่าทั้งสองวิธีสามารถลดระดับความเครียดและภาวะซึมเศร้าได้ไม่แตกต่างกัน แต่การศึกษาเพิ่มเติมเรื่องของการลดความเจ็บปวด และความมีพลังในการทำงาน พบว่าการทำสมาธิสามารถลดความเจ็บปวดและมีพลังในการทำงานได้ดีกว่าการปรับความคิดและพฤติกรรม แต่ค่าใช้จ่ายของการทำสมาธิมากกว่าการปรับความคิดและพฤติกรรมประมาณ 2.5 เท่า (Smith et al., 2008) นอกจากนี้ยังมีการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบในผู้ที่มีความเครียดจากการทำงานพบว่า จากงานวิจัยเชิงทดลองจำนวน 48 การศึกษา ซึ่งแบ่งประเภทของการจัดการความเครียดเป็น 4 กลุ่มใหญ่ คือ การปรับความคิดและพฤติกรรม การใช้เทคนิคคลายเครียด การใช้โปรแกรมที่มีวิธีการจัดการความเครียดหลายๆ วิธี และการเน้นที่การจัดการความเครียดอย่างเป็นระบบ พบว่าการปรับความคิดและพฤติกรรม เป็นวิธีการที่มีประสิทธิภาพมากกว่าวิธีอื่น คือ มีผลต่อระดับความเครียดในระดับปานกลาง การใช้เทคนิคคลายเครียดมีผลต่อระดับความเครียดในระดับต่ำ ส่วนการใช้โปรแกรมที่มีวิธีการจัดการความเครียดหลายๆ วิธีและการเน้นที่การจัดการความเครียดอย่างเป็นระบบ พบว่าไม่มีผลต่อระดับความเครียดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Klink, Blonk, Schene, & Dijk, 2001)

จากการทบทวนวรรณกรรมจะเห็นได้ว่าในการจัดการความเครียดโดยใช้การปรับความคิดและพฤติกรรมในผู้ที่มีความเครียด ทั้งในกลุ่มของนักศึกษา ผู้ทำงาน ผู้ที่เจ็บป่วยทางกายด้วยโรคต่างๆ มีระยะเวลาในการบำบัดตั้งแต่การจัดการอบรมเชิงปฏิบัติการ 1 ครั้ง และการบำบัดที่มีรูปแบบ



ขั้นตอนตั้งแต่ 3-20 ครั้ง ขั้นตอนในการบำบัดก็จะประกอบด้วย การให้ความรู้เรื่องความเครียดและการจัดการกับความเครียด การให้ความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับการปรับความคิดและพฤติกรรม การปรับความคิด เช่น การประเมินและการปรับเปลี่ยนความคิดที่บิดเบือน การปรับพฤติกรรม การใช้เทคนิคการผ่อนคลาย การจินตนาการ การจัดการความเครียดอย่างเหมาะสม การฝึกทักษะชีวิตเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำ เป็นต้น ซึ่งระยะเวลาติดตามผลการทดลองเป็นระยะเวลาตั้งแต่ ติดตามผลทันทีหลังการทดลองไปจนถึง 12 เดือน หลังสิ้นสุดการทดลอง แสดงให้เห็นว่านอกจากการปรับความคิดและพฤติกรรมมีผลต่อผู้ที่มีความเครียดในระยะหลังสิ้นสุดการทดลองแล้ว ยังมีผลต่อเนื่องไปถึงในระยะหลังการทดลอง 12 เดือนอีกด้วย

กรอบแนวคิดในการวิจัย

นักศึกษาพยาบาลต้องเผชิญกับการเรียนการสอนซึ่งมีทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติ ทั้งจากสิ่งแวดล้อมในการเรียนการสอน สัมพันธภาพกับผู้อื่นและครอบครัวซึ่งเป็นสิ่งเร้า หากนักศึกษาเกิดการแปลความสิ่งเร้านั้นในลักษณะที่บิดเบือนหรือผิดพลาดไปในลักษณะความคิดอัตโนมัติทางลบว่าเป็นสิ่งที่มีความรุนแรงมากกว่าสถานการณ์จริง ก็จะทำให้เกิดการตอบสนองต่อสิ่งเร้าทางพฤติกรรม อารมณ์ และสรีระที่แสดงถึงความเครียดได้ แนวคิดการปรับความคิดและพฤติกรรม ซึ่งเป็นแนวทางทำให้เกิดการเรียนรู้วิธีคิดที่ใหม่ต่อสถานการณ์ที่เกิดขึ้นตามความเป็นจริง และหาวิธีทางเลือกเป็นแนวทางแก้ไขปัญหาที่มีความหลากหลายและตรงตามความเป็นจริง โดยมี 3 ขั้นตอน คือ การค้นหาความคิดอัตโนมัติทางลบ (identified automatic thought) เป็นขั้นตอนของการค้นหาความคิดอัตโนมัติทางลบของนักศึกษาพยาบาลที่ทำให้นักศึกษาเกิดการแปลความสิ่งเร้า โดยเฉพาะในการฝึกปฏิบัติว่ามีความรุนแรงมากกว่าความเป็นจริงและทำให้เกิด อารมณ์ พฤติกรรม และสรีระที่แสดงถึงความเครียด การตรวจสอบความคิด (evaluate the validity of thought) เป็นการตรวจสอบความคิดอัตโนมัติของนักศึกษาพยาบาลในการแปลความสิ่งเร้าที่ทำให้เกิด อารมณ์ พฤติกรรม และสรีระที่แสดงถึงความเครียดว่าถูกต้องตรงตามความเป็นจริงมากน้อยเพียงใดและการปรับเปลี่ยนความคิดมุมมองใหม่ (new perspectives) เป็นการปรับเปลี่ยนความคิดของนักศึกษาพยาบาลในการแปลความสิ่งเร้าที่ทำให้เกิด อารมณ์ พฤติกรรม และสรีระที่แสดงถึงความเครียดให้ตรงกับความเป็นจริง ก็จะทำให้ลดความเครียดลงได้ โดยการทำการกลุ่มบำบัดอาจจะทำให้นักศึกษาที่มีการแปลความสิ่งเร้าในทางที่บิดเบือนหรือผิดพลาดไปมากกว่าความเป็นจริงจนทำให้เกิดความเครียด ได้มองเห็นความคิดอัตโนมัติทางลบของตนเอง และพิสูจน์ว่าความคิดต่อสิ่งเร้าในการเรียนการสอน โดยเฉพาะในการฝึกปฏิบัติว่าอาจจะไม่ถูกต้องทั้งหมด และได้ฝึกการปรับเปลี่ยนความคิดจากการทำการกลุ่มบำบัดแบบปรับความคิดและพฤติกรรมตาม 3 ขั้นตอนและกระบวนการกลุ่มทำให้สมาชิกมีปฏิสัมพันธ์ และเกิดการเรียนรู้ และมีการเปลี่ยนแปลงความคิด อารมณ์ และพฤติกรรมที่เหมาะสมก็น่าจะทำให้ นักศึกษาลดความเครียดลงได้