บทความวิจัย

ประสิทธิผลของกลุ่มบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ติดเชื้อเอชไอวี

จารุวรรณ ก้านศรี*

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงทดลองนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบประสิทธิผลของโปรแกรมกลุ่มบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ติดเชื้อเอชไอวี กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการทดลองเป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวี ซึ่งมีคะแนนจากแบบประเมินภาวะซึมเศร้าของ เบค (Beck Depression Inventory-BDI) อยู่ในระดับปานกลางและระดับมาก และมีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเข้า จำนวน 64 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 32 คน เข้าร่วมกลุ่มบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม และกลุ่มเปรียบเทียบ 32 คน ไม่ได้เข้าร่วมกลุ่มบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม แต่ยังคงได้รับการบริการตามปกติของโรงพยาบาล วิเคราะห์ความเที่ยงโดยหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha method) ได้ค่าความเที่ยงของแบบประเมินภาวะซึมเศร้าเท่ากับ 0.85 และวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ t-test

ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม มีประสิทธิผลในการลดภาวะซึมเศร้าของผู้ติดเชื้อเอชไอวี กลุ่มทดลอง หลังเข้าร่วมกลุ่มบำบัดทันทีและหลังสิ้นสุดการทดลอง 1 เดือน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

ข้อเสนอแนะจากการวิจัยครั้งนี้ ควรนำกลุ่มบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมไปใช้ในการลดภาวะซึมเศร้าของผู้ติดเชื้อเอชไอวี และขยายผลไปสู่กลุ่มเป้าหมายอื่นต่อไป

คำสำคัญ: กลุ่มบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม; ภาวะซึมเศร้า; ผู้ติดเชื้อเอชไอวี

* อาจารย์, วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชัยนาท, จังหวัดชัยนาท

ความเป็นมาของปัญหา

สถานการณ์โรคเอดส์ทั่วโลกยังคงความรุนแรง แม้ว่าระยะเวลาจะล่วงเลยมา 2 ทศวรรษแล้วก็ตาม จำนวนและผลกระทบของ ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ไม่ได้ลดลง ล่าสุดในปี พ.ศ. 2555 องค์การเอดส์แห่งสหประชาชาติ หรือ ยูเอ็นเอดส์ (United Nations AIDS: UNAIDS) รายงานว่า อัตราการติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ในภาพรวม ยังคงมีปริมาณเพิ่มขึ้นในทุกๆ พื้นที่ทั่วโลก และพบว่า มีจำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ทั่วโลก ประมาณ 35.3 ล้านคน (UNAIDS, 2013)

จากการศึกษาของ เบนกาน่า โทมัส และ คอมเบลน (Baingana, Thomas, & Comblain, 2004) พบว่า ปัญหาทางสุขภาพจิตที่สำคัญของผู้ติดเชื้อเอชไอวี คือ ภาวะซึมเศร้า สอดคล้องกับ เพนซ มิลเลอร์ เวทเทน อีรอน และเกเนส (Pence, Miller, Whetten, Eron, & Gaynes, 2006) ที่พบว่า ผู้ติดเอชไอวี มีภาวะซึมเศร้าถึงร้อยละ 76 ซึ่งเป็นสาเหตุนำไปสู่ความคิดฆ่าตัวตาย สอดคล้องกับงานวิจัยในประเทศไทย ที่พบว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับภาวะคุกคามทางด้านจิตใจ จะส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้า ส่วนใหญ่จะคิดถึงการฆ่าตัวตายเป็นอันดับแรก (สมสุข, 2547; ศันสนีย์, 2545) สอดคล้องกับผลการศึกษาของ จอห์น และดิลเล่ย์ (John, & Dilley, 1993) ที่พบว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวี มีความคิดฆ่าตัวตายถึงร้อยละ 67 และศิริลักษณ์ (2542) ก็พบว่า ในผู้ป่วยเอดส์ จะมีความคิดฆ่าตัวตายสูงถึงร้อยละ 76 จึงทำให้สรุปได้ว่า ภาวะซึมเศร้าของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ทำให้เกิดอัตราการฆ่าตัวตายสูงที่สุด (มาโนช, 2547; Meyer, 2003)

การบำบัดเพื่อลดภาวะซึมเศร้าลงได้นั้น มีหลากหลายวิธี สามารถทำได้โดยการให้ยาต้านเศร้า (antidepressant drug) การรักษาด้วยไฟฟ้า (ECT) และการบำบัดทางจิตใจ (psychotherapy) ซึ่งการบำบัดด้วยยาต้านเศร้า และการรักษาด้วยไฟฟ้าอย่างต่อเนื่อง เป็นระยะเวลานาน อาจส่งผลกระทบต่อระบบประสาท ตับ เลือด และหัวใจ (สมภพ, 2550) ส่วนการบำบัดทางจิตใจได้รับการยอมรับว่า เป็นวิธีการที่มีประสิทธิภาพในการช่วยเหลือผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า และได้ผลใกล้เคียงกับการใช้ยาต้านเศร้า (มานิต และจำลอง, 2542)

การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (cognitive behavioral therapy) เป็นการบำบัดทางจิตใจวิธีการหนึ่งที่กำลังได้รับความนิยมสูง และมีประสิทธิภาพในการบำบัด สืบเนื่องจากแนวคิดของ Beck (1967) ที่มีความเชื่อว่า ภาวะซึมเศร้าเกิดจากการบิดเบือนของกระบวนการคิดที่สมเหตุสมผล อันจะนำไปสู่การแสดงออกของพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม (Gilliam, Kanner, & Sheline, 2006; Akaiskal, 2000) โดยเฉพาะ ความคิดฆ่าตัวตาย และการฆ่าตัวตายในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ (Halman, Bialer, Worth, & Rourke, 2002; Meyer, 2003) จึงมีการนำเสนอวิธีและกระบวนการในการช่วยเหลือผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า โดยการปรับเปลี่ยนกระบวนความคิดที่ไม่เป็นระบบให้มีความเหมาะสมและสมเหตุสมผล เพื่อให้บุคคลสามารถจัดการและดำเนินชีวิตได้อย่างเหมาะสมมากขึ้น ซึ่งมีข้อมูลหลักฐานเป็นที่ประจักษ์จากงานวิจัยของ เบค รัช ชอว และอีเมอรี่ (Beck, Rush, Shaw, & Emery, 1979) และเลดลอว ทอมสัน ดิค-ซิสคิน และกาแลคเกอร์-ทอมสัน (Laidlaw, Thompson, Dick-Siskin, & Gallagher-Thompson, 2003) พบว่า การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม เป็นวิธีที่ใช้ได้ผลดีในการบำบัดรักษาผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า (Doyle, Hanks, Cherny, & Calman, 2005; Harrington & Dubicka, 2002) ระดับเล็กน้อย ปานกลาง เฉียบพลันและเรื้อรัง และมีผลคงทนกว่ายาต้านเศร้า (Matthews & Papakostas, 2004) ทั้งในลักษณะของความมีประสิทธิภาพและคงทนถาวร เพราะเกิดจากการช่วยให้ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าสามารถค้นพบระบบความคิดด้านลบของตนเอง และพิสูจน์สมมติฐานของความคิดอย่างสมเหตุสมผล (Patelis-Siotis, 2001) ร่วมกับมีความสามารถที่จะ

พัฒนาปรับเปลี่ยนความคิดใหม่ให้เป็นความคิดด้านบวก ทั้งต่อตนเอง ผู้อื่น สังคม โลกและอนาคต หรือมีความคิดสมเหตุสมผลมากขึ้น (Brabender, Fallon, & Smolar, 2004; Kwon & Oei, 2003; Lynch & Aspnes, 2004) ส่งผลให้ภาวะซึมเศร้าลดลง (ทมาภรณ์, 2547; วัชรี, 2550; สายฝน, 2548) อันจะนำไปสู่การเผชิญปัญหาที่เหมาะสม สามารถอยู่ในโลกของความเป็นจริง และดำรงชีวิตได้อย่างมีความสุขตามอัตภาพ และสามารถประคับประคองชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ให้สามารถยอมรับสภาพของตนเอง สามารถสร้างความแข็งแกร่งทางจิตใจ ทำให้กล้าเผชิญกับสภาวะวิกฤติต่างๆ ส่งผลให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี มีการดูแล สนใจและเอาใจใส่ตนเองมากขึ้น ทำให้สุขภาพกายและจิตเข้มแข็งขึ้น มีพฤติกรรมที่เหมาะสม สามารถทำงานและดำเนินชีวิตของตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพและมีศักยภาพ

ปัจจุบัน การบำบัดเพื่อลดภาวะซึมเศร้ามีหลากหลายวิธี ซึ่งปัจจุบันพบว่า การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (cognitive behavioral therapy) เป็นการบำบัดทางจิตใจวิธีการหนึ่งที่กำลังได้รับความนิยมสูง และมีประสิทธิภาพในการบำบัดผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า (กุลธิดา, อรพรรณ, และรังสิมันต์, 2550) และจากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าผู้ที่ทำการศึกษาวิจัยใช้กลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยทางจิตเวช เช่น โรคจิตเภท โรคซึมเศร้า โรคย้ำคิดย้ำทำ เป็นต้น ในประเทศไทย พบการประยุกต์ใช้การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในผู้ติดเชื้อเอชไอวีค่อนข้างน้อย ดังนั้น ผู้วิจัยจึงเกิดความสนใจที่จะพัฒนาโปรแกรมกลุ่มบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม เพื่อนำมาใช้กับผู้ติดเชื้อเอชไอวี ที่มีอาการทางคลินิก และภาวะซึมเศร้าในสถานการณ์จริง

ด้วยเหตุผลดังกล่าว ผู้วิจัยจึงมีความมุ่งหวังว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่เข้าร่วมกลุ่มบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมเพื่อลดภาวะซึมเศร้า จะสามารถปรับเปลี่ยนความคิดใหม่ในทางบวกที่มีความสมเหตุสมผลมากขึ้น สามารถเผชิญปัญหา และส่งผลให้สามารถลดภาวะซึมเศร้าได้ ซึ่งงานวิจัยครั้งนี้มุ่งศึกษาเฉพาะผู้ติดเชื้อเอชไอวีระยะที่ 1 (ระยะไม่ปรากฏอาการ มีผลเลือดเป็นบวกหลังรับเชื้อประมาณ 3 เดือนขึ้นไป ผู้ติดเชื้อในระยะนี้ จะไม่มีอาการผิดปกติ สุขภาพแข็งแรงเหมือนปกติ) และระยะที่ 2 (ระยะที่มีอาการ มีผลเลือดเป็นบวก และอาจมีอาการอย่างใดอย่างหนึ่งหรือหลายอย่างร่วมด้วย เช่น มีไข้ มีเชื้อราในช่องปาก ท้องเสีย น้ำหนักลดเกิน 1 เดือน ต่อมน้ำเหลืองโต เป็นต้น) ซึ่งผู้ติดเชื้อยังสามารถให้ความร่วมมือและคาดหมายว่า มีระยะเวลาการมีชีวิตที่เหลืออยู่ยาวนานกว่า 5 ปี (ไม่คัดเลือกผู้ป่วยเอดส์ระยะที่ 3 ระยะเอดส์เต็มขั้น เนื่องจากเป็นระยะที่ภูมิต้านทานถูกทำลายมาก สุขภาพทรุดโทรม มีโอกาสในการแพร่กระจายเชื้อไปสู่ผู้อื่นได้สูง ไม่เหมาะสมกับการทดลองในครั้งนี้) และป้องกันตัวแปรแทรกซ้อนที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส และรายได้ เนื่องมาจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า สาเหตุของการเกิดภาวะซึมเศร้าว่าเกิดขึ้นมาจากปัจจัยต่างๆ ดังนี้ ได้แก่ (สมภพ, 2545; อำไพวรรณ, 2543) เพศหญิงมีภาวะซึมเศร้ามากกว่าเพศชาย และพบว่า วัยรุ่น บุคคลที่มีรายได้ต่ำ บุคคลที่มีการศึกษาน้อย บุคคลที่เป็นโสด แยกทาง หม้าย หรือหย่าร้าง จะมีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้ามากว่า ดังนั้นจึงต้องมีการควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนดังกล่าว ผลที่ได้จากการวิจัยในครั้งนี้ นอกจากกลุ่มบำบัดที่สร้างขึ้น จะเป็นตัวแบบให้บุคคลากรวิชาชีพด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้อง อาทิเช่น พยาบาล ผู้ให้คำปรึกษา นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ สามารถนำไปประยุกต์ใช้ด้วยความมั่นใจ ยังช่วยให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี มีกำลังใจต่อสู้กับโรคร้ายอย่างเข้มแข็ง เป็นการช่วยผ่อนคลายปัญหาให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีได้ในระดับหนึ่ง และเป็นพลเมืองที่ยังคงมีคุณภาพ สามารถดำเนินชีวิตที่เป็นประโยชน์ต่อสังคม ครอบครัวและประเทศชาติได้อีก ตลอด

ช่วงชีวิตของเขา

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อเปรียบเทียบประสิทธิผลของโปรแกรมกลุ่มบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ติดเชื้อเอชไอวี ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

คำถามการวิจัย

โปรแกรมกลุ่มบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมที่สร้างขึ้น มีประสิทธิผลในการลดภาวะซึมเศร้าของผู้ติดเชื้อเอชไอวีหรือไม่ อย่างไร

กรอบแนวคิดในการวิจัย

กรอบแนวคิดในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยประยุกต์จากแนวคิดการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมของ เบค (Beck, 1967) เพื่อลดภาวะซึมเศร้าของผู้ติดเชื้อเอชไอวี โดยการนำองค์ประกอบหลัก 3 ประการ ได้แก่ การสอนผู้ป่วย เทคนิคการบำบัดทางความคิด และเทคนิคการบำบัดทางพฤติกรรม มาใช้เป็นแนวทางในการออกแบบโปรแกรมกลุ่มบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม จำนวน 8 กิจกรรม ประกอบด้วย 1) สร้างสัมพันธภาพและอภิปรายความคิด ความรู้สึกทุกข์ของตนเอง 2) ให้ความรู้แบบกลุ่มและทำความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าและการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม 3) ทำความรู้จักความคิดของตนเอง และวิเคราะห์ความคิดที่ไม่เหมาะสมของตนเอง 4) การฝึกทักษะการจัดการกับความคิดที่ไม่เหมาะสม โดยวิธีการหยุดความคิดพิชิตความเศร้า และฝึกการคิดด้านบวก 5) ฝึกการผ่อนคลาย โดยใช้การผ่อนคลายกล้ามเนื้อและจินตนาการเพื่อลดภาวะซึมเศร้า 6) ปรับเปลี่ยนความคิดด้านลบ จัดการค้นหาปัญหาและการแก้ไข 7) การทบทวนและทดสอบการปรับเปลี่ยนความคิดด้านลบและพฤติกรรมที่เหมาะสม และ 8) ทบทวนและประเมินผล

วิธีการดำเนินการวิจัย

รูปแบบการทดลอง

ในการวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงทดลอง (experimental research design) มีการควบคุมกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบตามเกณฑ์การคัดเข้า ต่างกันที่กลุ่มทดลองได้เข้าร่วมกลุ่มบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม แต่กลุ่มเปรียบเทียบไม่ได้เข้าร่วมกลุ่มบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม แต่ยังคงได้รับการบริการตามปกติ ซึ่งมีการควบคุมทั้งในขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง การแบ่งกลุ่ม การเข้าร่วมกลุ่มบำบัด การติดตามผลและการประเมินผล เพื่อลดอคติและตัวแปรแทรกซ้อนต่างๆ ที่จะเกิดขึ้นได้ มีรูปแบบเป็นกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบแบบสุ่ม และมีการสอบครั้งแรกกับสอบครั้งหลัง ที่เรียกว่า Randomized control group pretest-posttest design

ประชากรที่ใช้ในการวิจัย

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้ติดเชื้อเอชไอวี ที่มารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอก

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้ติดเชื้อเอชไอวี ที่มารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกในกลุ่มศูนย์นี้มีรอยยิ้มของโรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชองค์ที่ 17 อำเภอสองพี่น้อง จังหวัดสุพรรณบุรี ตามเกณฑ์การคัดเข้า (inclusion criteria) เพื่อลดตัวแปรแทรกซ้อน จำนวน 106 ราย ได้แก่

1. ผู้ติดเชื้อเอชไอวีระยะที่ 1 และระยะที่ 2
2. ไม่ได้รับประทานยาทางจิตเวช
3. มีระดับภาวะซึมเศร้า อยู่ในระดับปานกลางและระดับมาก ซึ่งแพทย์พิจารณาว่า ไม่จำเป็นต้องรับประทานยาทางจิตเวช หากพบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง จากการวัดด้วยแบบประเมินภาวะซึมเศร้าของ เบค ผู้วิจัยจะส่งต่อไปพบแพทย์เพื่อรับการบำบัดด้วยยา
4. จบการศึกษาระดับประถมศึกษา
5. อายุ ระหว่าง 35-39 ปี
6. สถานภาพสมรส คู่

7. รายได้เฉลี่ย 3,000 - 5,000 บาท/เดือน

เกณฑ์การคัดออก (exclusion criteria) ได้แก่

1. มีประวัติของการรักษาด้วยโรคจิตเวช

2. ผู้เข้าร่วมการวิจัยถอนตัวออกจากการวิจัยหรือไม่สามารถเข้ากลุ่มได้ครบตามขั้นตอน

วิธีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง มีลำดับขั้นตอนดังต่อไปนี้

1. คัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง เพื่อควบคุมตัวแปรแทรกซ้อน จากจำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ 458 คน ตามเกณฑ์การคัดเข้า จะเหลือประชากรที่ใช้ในการสุ่มตัวอย่าง 106 คน ต่อจากนั้นทำการสุ่มอย่างง่ายด้วยการจับสลากเพื่อให้ได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 64 คน แบ่งเป็น 8 กลุ่มๆ ละ 8 คน โดยแต่ละกลุ่มประกอบด้วย

คนที่ 1 ติดเชื้อระยะที่ 1 มีภาวะซึมเศร้าปานกลาง และเพศชาย

คนที่ 2 ติดเชื้อระยะที่ 1 มีภาวะซึมเศร้าปานกลาง และเพศหญิง

คนที่ 3 ติดเชื้อระยะที่ 1 มีภาวะซึมเศร้ามาก และเพศชาย

คนที่ 4 ติดเชื้อระยะที่ 1 มีภาวะซึมเศร้ามาก และเพศหญิง

คนที่ 5 ติดเชื้อระยะที่ 2 มีภาวะซึมเศร้าปานกลาง และเพศชาย

คนที่ 6 ติดเชื้อระยะที่ 2 มีภาวะซึมเศร้าปานกลาง และเพศหญิง

คนที่ 7 ติดเชื้อระยะที่ 2 มีภาวะซึมเศร้ามาก และเพศชาย

คนที่ 8 ติดเชื้อระยะที่ 2 มีภาวะซึมเศร้ามาก และเพศหญิง

2. สุ่มเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบด้วยวิธีการสุ่มแบบเป็นระบบ (systematic sampling) ด้วยระบบเลขคู่เลขคี่ โดยวิธีจับสลากหมายเลขกลุ่มศึกษา และกำหนดให้จับสลากครั้งแรก เป็นกลุ่มทดลอง สลากที่เหลือเป็นกลุ่มเปรียบเทียบ ปรากฏว่า จับครั้งแรกได้หมายเลขคู่ จึงได้กลุ่มศึกษาที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ กลุ่มศึกษาที่ 2, 4, 6 และ 8 ส่วนกลุ่มศึกษาที่ใช้เป็นกลุ่มเปรียบเทียบได้แก่ กลุ่มศึกษาที่ 1, 3, 5 และ 7 จากผลการสุ่มดังกล่าวจะได้กลุ่มทดลอง 4 กลุ่มๆ ละ 8 คน รวม 32 คน และกลุ่มเปรียบเทียบ 4 กลุ่มๆ ละ 8 คน รวม 32 คน จะได้กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ รวม 64 คน

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยดำเนินการเพื่อขอพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่างตามขั้นตอนการขอความเห็นชอบในการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชัยนาท ให้คำชี้แจงเป็นลายลักษณ์อักษร เมื่อได้ข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างแล้ว ผู้วิจัยรักษาความลับของข้อมูล โดยการเก็บข้อมูลที่ได้ไว้เป็นความลับในที่ที่ปลอดภัย ป้องกันผลกระทบต่อภาพลักษณ์ของกลุ่มตัวอย่างและหน่วยงานด้วยการไม่เปิดเผย

เครื่องมือการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วยเครื่องมือ 2 ชุด คือ

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมกลุ่มบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม ซึ่งผู้วิจัยดัดแปลงและปรับปรุงจากวิธีการของ เบค (Beck, 1967) ตามองค์ประกอบหลัก 3 ประการ ได้แก่ การสอนผู้ป่วย เทคนิคการบำบัดทางความคิดและเทคนิคการบำบัดทางพฤติกรรม เพื่อให้สอดคล้องกับการวิจัยในครั้งนี้ ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้ คือ 1) สร้างสัมพันธภาพและอภิปรายความคิด ความรู้สึกทุกข์ของตนเอง 2) ให้ความรู้แบบกลุ่มและทำความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า และการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม 3) ทำความรู้จักความคิดของตนเองและวิเคราะห์ความคิดที่ไม่เหมาะสมของตนเอง

4) การฝึกทักษะการจัดการกับความคิดที่ไม่เหมาะสม โดยวิธีการหยุดความคิดพิชิตความเศร้า และฝึกการคิดด้านบวก 5) ฝึกการผ่อนคลาย โดยการใช้การผ่อนคลายกล้ามเนื้อและจินตนาการเพื่อลดภาวะซึมเศร้า 6) ปรับเปลี่ยนความคิดด้านลบ จัดการค้นหาปัญหาและการแก้ไข 7) การทบทวนและทดสอบการปรับเปลี่ยนความคิดด้านลบ และพฤติกรรมที่เหมาะสม 8) ทบทวนและประเมินผล โดยกำหนดให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีกลุ่มทดลองเข้าร่วมกลุ่มจำนวน 8 ครั้ง ดำเนินการครั้งละ 1 ชั่วโมง 30 นาที เป็นเวลา 4 วันต่อสัปดาห์ คือ วันจันทร์ อังคาร พุธ และพฤหัสบดี โดยกำหนดให้กลุ่มทดลองทั้ง 4 กลุ่ม มีการเข้าร่วมกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 1 วันต่อสัปดาห์ (ในกรณีที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวี มีความจำเป็นไม่สามารถเข้าร่วมกลุ่มได้ ผู้วิจัยพิจารณาให้ขาดได้ไม่เกิน 1 ครั้ง)

ผู้วิจัยได้พัฒนาโปรแกรมกลุ่มบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมที่มีประสิทธิภาพ โดยผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ตรวจสอบคุณภาพความเที่ยงตรงตามเนื้อหา จากนั้นผู้วิจัยนำไปปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ และนำไปใช้ทดลองจริงกับผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง (pilot study) และมีการเปรียบเทียบคะแนนภาวะซึมเศร้าก่อนและหลังการเข้าร่วมกลุ่มบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม โดยใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของ เบค เพื่อใช้ในการเก็บข้อมูล ซึ่งพบว่า คะแนนภาวะซึมเศร้าลดลง สอดคล้องกับศิริวลี (2545) และกุลธิดา, อรพรรณ และรังสิมันต์ (2550) ที่พบว่า กลุ่มบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม สามารถลดภาวะซึมเศร้าลงได้ แสดงว่า กลุ่มบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม มีประสิทธิภาพในการนำไปทดลองได้

2. เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบประเมินภาวะซึมเศร้า BDI (Beck Depression Inventory) ฉบับภาษาไทย ซึ่งแปลและเรียบเรียงเป็นภาษาไทยแล้ว ซึ่งผู้วิจัยได้ทำการขออนุญาตก่อนนำมาใช้ประเมินภาวะซึมเศร้าของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ลักษณะคำถาม ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 21 ข้อ กำหนดตัวเลือก 4 ตัวเลือก เรียงตามลำดับความซึมเศร้าจากต่ำไปสูง การให้คะแนนในแต่ละข้อเป็น 0, 1, 2 และ 3 คะแนน ตามลำดับ เมื่อนำคะแนนทุกข้อมารวมกัน จะแบ่งระดับภาวะซึมเศร้า ดังนี้

0-9 คะแนน มีภาวะซึมเศร้าปกติ
10-15 คะแนน มีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย
16-19 คะแนน มีภาวะซึมเศร้าปานกลาง
20-29 คะแนน มีภาวะซึมเศร้ามาก
30-63 คะแนน มีภาวะซึมเศร้ารุนแรง

การหาความเชื่อมั่นของแบบประเมินภาวะซึมเศร้าในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยนำแบบประเมินไปทดลองใช้กับผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน มาตรวจหาค่าความเชื่อมั่น (reliability) โดยวิธีหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (alpha coefficient) ได้ค่าเท่ากับ 0.85

การเก็บรวบรวมข้อมูล

มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. วิธีดำเนินการระยะก่อนดำเนินการทดลอง

ทำหนังสือขออนุญาต และมีการชี้แจงรายละเอียดและวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้า วัดภาวะซึมเศร้าของ ผู้ติดเชื้อเอชไอวี นำคะแนนภาวะซึมเศร้าที่ได้ มาบันทึกไว้เป็นคะแนนก่อนการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

2. วิธีดำเนินการระยะการทดลอง

ผู้วิจัย จำนวน 1 ท่าน ดำเนินการทดลองกลุ่มบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม ตามโปรแกรม จำนวน 8 ครั้ง เพื่อลดภาวะซึมเศร้าในผู้ติดเชื้อเอชไอวีกับกลุ่มทดลอง จำนวน 4 กลุ่มศึกษา โดยทำแบบ 4 ซ้ำ ดำเนินการครั้งละ 1 ชั่วโมง 30 นาที คือ เวลา 8.30-10.30 นาฬิกา รวมจำนวน 8 สัปดาห์ โดยกลุ่มเปรียบเทียบยังคงได้รับการบริการตามปกติของโรงพยาบาล

3. วิธีดำเนินการระยะหลังการทดลอง

ผู้วิจัย จำนวน 1 ท่าน ใช้แบบประเมินวัดภาวะซึมเศร้าของผู้ติดเชื้อเอชไอวีของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ มาบันทึกไว้เป็นคะแนนการทดสอบหลังการทดลองทันที และวัดภาวะซึมเศร้าของผู้ติดเชื้อเอชไอวีของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ระยะติดตามผลหลังการทดลองแล้ว 1 เดือน มาบันทึกไว้เป็นคะแนนการทดสอบหลังการทดลองแล้ว 1 เดือน นำผลที่ได้ไปวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยทำการวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปและวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าหลังการทดลองทันทีและหลังสิ้นสุดการทดลอง 1 เดือน ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ โดยใช้สถิติ independent t-test และ paired t-test

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบวิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ตาราง 1 จำนวนและร้อยละของผู้ติดเชื้อเอชไอวีกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามเพศ อายุ การศึกษา สถานภาพสมรส รายได้ ระยะ อาการของโรค และระดับภาวะซึมเศร้า

	กลุ่มทดลอง (n = 32)		กลุ่มเปรียบเทียบ (n = 32)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ **ข้อมูลทั่วไป**				
ชาย	16	50.0	16	50.0
หญิง	16	50.0	16	50.0
อายุ				
35-36 ปี	5	15.6	7	21.9
37-38 ปี	24	75.0	25	78.1
39 ปี ขึ้นไป	3	9.4	0	0
การศึกษา				
ประถมศึกษา	32	100.0	32	100.0
สถานภาพสมรส				
คู่	32	100.0	32	100.0
รายได้				
3,000-3,999 บาท/เดือน	27	84.4	25	78.1
4,000-4,999 บาท/เดือน	5	15.0	7	21.9
ระยะอาการของโรค				
ไม่ปรากฏอาการของโรค	16	50.0	16	50.0
ปรากฏอาการ 1 ใน 25 โรค	16	50.0	16	50.0

ตาราง 1 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง (n = 32)		กลุ่มเปรียบเทียบ (n = 32)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับภาวะซึมเศร้า				
ระดับปานกลาง	16	50.0	16	50.0
ระดับมาก	16	50.0	16	50.0

จากตาราง 1 พบว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวีกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ เป็นเพศชาย ร้อยละ 50 และเพศหญิง จำนวนเท่ากันคือ ร้อยละ 50 อายุของกลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีอายุ 37 ปี (ร้อยละ 75.0) รองลงมาคือ 35 ปี และ 39 ปี (ร้อยละ 15.6 และ 9.4) ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่มีอายุ 37 ปี (ร้อยละ 78.1) รองลงมาคือ 35 ปี (ร้อยละ 21.9) กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบทั้งหมด จบการศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 100.0) และสถานภาพสมรส คู่ (ร้อยละ 100.0) กลุ่มทดลอง ส่วนใหญ่ มีรายได้ 3,000 บาท/เดือน (ร้อยละ 84.4) และ 4,000 บาท/เดือน (ร้อยละ 15.0) ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบ ส่วนใหญ่ มีรายได้ 3,000 บาท/เดือน (ร้อยละ 78.1) และ 4,000 บาท/เดือน (ร้อยละ 21.9) กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบอยู่ในระยะไม่ปรากฏอาการและระยะปรากฏอาการ 1 ใน 25 โรค จำนวนเท่ากัน (ร้อยละ 50) และ มีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลางและระดับมาก จำนวนเท่ากัน (ร้อยละ 50)

2. เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ย คะแนนภาวะซึมเศร้าหลังการทดลองทันทีและหลังสิ้นสุดการทดลอง 1 เดือน ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

ตาราง 2 ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ย คะแนนภาวะซึมเศร้าก่อนและหลังการทดลองทันที ของกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ โดยใช้สถิติ paired t-test

ภาวะซึมเศร้า	M	SD	t	p-value
กลุ่มทดลอง				
ก่อนการทดลอง	19.44	3.41	13.50	0.000*
หลังการทดลองทันที	11.28	3.58		
กลุ่มเปรียบเทียบ				
ก่อนการทดลอง	20.09	3.04	- 2.33	0.026*
หลังการทดลองทันที	20.88	3.08		

*p < 0.05

จากตาราง 2 พบว่า ภาวะซึมเศร้า ระหว่างก่อนกับหลังการทดลองทันที ในกลุ่มทดลอง มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p < 0.05) โดยหลังการทดลองทันที มีภาวะซึมเศร้าน้อยกว่าก่อนการทดลอง แต่ภาวะซึมเศร้าของกลุ่มเปรียบเทียบมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p < 0.05) โดยหลังการทดลองทันที มีภาวะซึมเศร้ามากกว่าก่อนทดลอง

ตาราง 3 ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ย คะแนนภาวะซึมเศร้าก่อนและหลังสิ้นสุดการทดลอง 1 เดือน ของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ โดยใช้สถิติ paired t-test

ภาวะซึมเศร้า	M	SD	t	p-value
กลุ่มทดลอง				
ก่อนการทดลอง	19.44	3.41	12.42	0.000*
หลังสิ้นสุดการทดลอง 1 เดือน	11.00	4.01		
กลุ่มเปรียบเทียบ				
ก่อนการทดลอง	20.09	3.04	-3.45	0.002*
หลังสิ้นสุดการทดลอง 1 เดือน	21.38	2.94		

*p < 0.05

จากตาราง 3 พบว่า ภาวะซึมเศร้า ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ระหว่างก่อนกับหลังสิ้นสุดการทดลอง 1 เดือน ในกลุ่มทดลอง มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) โดยหลังสิ้นสุดการทดลอง 1 เดือน มีภาวะซึมเศร้าน้อยกว่าก่อนการทดลอง แต่ภาวะซึมเศร้าของกลุ่มเปรียบเทียบระหว่างก่อนกับหลังสิ้นสุดการทดลอง 1 เดือน มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) โดยหลังสิ้นสุดการทดลอง 1 เดือน มีภาวะซึมเศร้ามากกว่าก่อนทดลอง

ตาราง 4 ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ย คะแนนภาวะซึมเศร้าหลังหลังการทดลองทันทีกับหลังสิ้นสุดการทดลอง 1 เดือน ของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ โดยใช้สถิติ paired t-test

ภาวะซึมเศร้า	M	SD	t	p-value
กลุ่มทดลอง				
หลังการทดลองทันที	11.28	3.58	1.30	0.203
หลังสิ้นสุดการทดลอง 1 เดือน	11.00	4.01		
กลุ่มเปรียบเทียบ				
หลังการทดลองทันที	20.88	3.08	- 1.59	0.122
หลังสิ้นสุดการทดลอง 1 เดือน	21.38	2.94		

*p < 0.05

จากตาราง 4 พบว่า ภาวะซึมเศร้าของผู้ติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มทดลอง ระหว่างหลังการทดลองทันทีกับหลังสิ้นสุด การทดลอง 1 เดือน ไม่มีความแตกต่างกัน แสดงถึงกลุ่มบำบัดมีประสิทธิผลคงทนในการลดภาวะซึมเศร้าของผู้ติดเชื้อเอชไอวีได้ และพบว่า ภาวะซึมเศร้าของผู้ติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มเปรียบเทียบ ระหว่างหลังการทดลองทันทีกับหลังสิ้นสุดการทดลอง 1 เดือน ไม่มีความแตกต่างกัน

ตาราง 5 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ย คะแนนภาวะซึมเศร้าหลังการทดลองทันที และหลังสิ้นสุดการทดลอง 1 เดือน ของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ โดยใช้สถิติ independent t-test

ภาวะซึมเศร้า	M	SD	t	p-value
หลังการทดลองทันที				
กลุ่มทดลอง	11.28	3.58	- 11.51*	0.000*
กลุ่มเปรียบเทียบ	20.88	3.08		
หลังสิ้นสุดการทดลอง 1 เดือน				
กลุ่มทดลอง	11.00	4.01	- 11.81*	0.000*
กลุ่มเปรียบเทียบ	21.38	2.94		

*p < 0.05

จากตาราง 5 พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าหลังการทดลองทันที และหลังสิ้นสุดการทดลอง 1 เดือนของผู้ติดเชื้อเอชไอวีระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) โดยกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ แสดงว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้เข้าร่วมกลุ่มบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม มีภาวะซึมเศร้าน้อยกว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ไม่ได้เข้าร่วมกลุ่มบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม

การอภิปรายผลการวิจัย

จากผลจากการศึกษาประสิทธิผลของกลุ่มบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม พบว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีภาวะซึมเศร้าลดลง เนื่องมาจากกลุ่มบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม เป็นขั้นตอนที่ทำให้เกิดการปรับเปลี่ยนความคิดทางลบ หรือความคิดที่ไม่สมเหตุสมผล ด้วยการหาหลักฐานสนับสนุน และหาหลักฐานที่นำมาคัดค้านความคิดทางลบ แล้วเกิดการพิจารณาความคิดแนวทางเลือกใหม่ ที่ส่งผลต่อความคิด อารมณ์และพฤติกรรมที่สมเหตุสมผลตามมา สอดคล้องกับพื้นฐานของแนวคิดทฤษฎีการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม มาจากความเชื่อว่า แบบแผนของพฤติกรรมของบุคคลเกิดจากการเปลี่ยนแปลงความคิด เพราะฉะนั้นความสำคัญของความเชื่อภายใต้ทฤษฎีนี้ คือ ให้ความสำคัญกับความคิดมากกว่าพฤติกรรม เพราะว่า การรับรู้เป็นพื้นฐานกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมและอารมณ์ ดังนั้น ถ้าต้องการให้บุคคลเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมจะต้องทำให้บุคคลนั้นเกิดการเปลี่ยนแปลงความคิดก่อน (Froggatt, 2006; Steiman & Dobson, 2002) โดยส่งเสริมให้สมาชิกทำความเข้าใจเกี่ยวกับแนวคิด หลักการ วิธีการของการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมแต่ละครั้ง เกิดการเรียนรู้ง่ายขึ้น ซึ่งขั้นตอนในแต่ละขั้นตอนของการบำบัด เป็นการสอนให้สมาชิกได้รู้จักว่าอะไรเป็นความคิด อารมณ์ และพฤติกรรม แล้วทำความเข้าใจกับความคิด อารมณ์ พฤติกรรมที่เกิดขึ้นนั้น ทำให้เกิดความเข้าใจกับความคิดของตนเองว่าเป็นความคิดแบบใด ส่งผลต่ออารมณ์เศร้าหรือไม่ ความคิดที่ส่งผลลบต่อตนเองมีส่วนทำให้อารมณ์เสีย และมีผลกับปฏิกิริยาทางสรีระและมีผลกับพฤติกรรม โดยเฉพาะพฤติกรรมหลีกเลี่ยง (ดวงมณี, 2549) ซึ่งการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม จะมีการแก้ไขปัญหาในทุกกระบวนการ โดยจุดมุ่งหมายสูงสุดคือ การเปลี่ยนแปลงความคิดและพฤติกรรม (Williams & Garland, 2002) นั่นคือ เป็นการลดพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมและเพิ่มพฤติกรรมที่เหมาะสมและตรงกับความเป็นจริง ซึ่งเกิดจากการเปลี่ยนแปลงความคิดภายในจิตใจที่ไม่สมเหตุสมผลไปสู่ความสมเหตุสมผล (Steiman & Dobson, 2002) สอดคล้องกับการศึกษาของควน และโอว (Kwon & Oei, 2003) ที่พบว่ากลุ่มบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม ช่วยปรับ

เปลี่ยนความคิดด้านลบ สามารถลดภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยลงได้ และสอดคล้องกับการศึกษาของโมลาสสิโอทิส และคณะ (Molassiotis et al., 2002) ที่พบว่า กลุ่มบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม ทำให้ภาวะซึมเศร้าของผู้ติดเชื้อเอชไอวีลดลง และทำให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

ในงานวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยเลือกใช้เทคนิคในการทำกลุ่มบำบัดเพื่อช่วยลดภาวะซึมเศร้าในผู้ติดเชื้อเอชไอวี โดยเน้นให้เกิดการเปลี่ยนแปลงความเชื่อ ความคิดที่ไม่สมเหตุสมผล การให้เหตุผลที่ไม่ถูกต้อง และการมองตนเองในด้านลบไปสู่การประเมินเหตุการณ์ในชีวิตที่ตรงกับความเป็นจริง และเกิดความคิดใหม่ๆ ที่มีแบบแผนและยืดหยุ่น ซึ่งประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ (Sadock & Sadock, 2003) ได้แก่ การสอนผู้ป่วย เทคนิคการบำบัดทางความคิดและเทคนิคตามแนวคิดทางพฤติกรรมบำบัด มาสร้างเป็นโปรแกรมกลุ่มบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมเพื่อลดภาวะซึมเศร้าในผู้ติดเชื้อเอชไอวี มีดังต่อไปนี้

1. การสอนผู้ป่วย (didactic aspects) โดยผู้วิจัยอธิบายให้ผู้รับการบำบัดทราบเกี่ยวกับแบบแผนการคิดของผู้รับการบำบัด (cognitive triad) ได้แก่ ครั้งที่ 1 สร้างสัมพันธภาพและอภิปรายความคิดความรู้สึกทุกข์ของตนเอง ครั้งที่ 2 ให้ความรู้แบบกลุ่มและทำความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า และการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม และครั้งที่ 8 ทบทวนและประเมินผล

2. เทคนิคการบำบัดทางความคิด (cognitive therapy techniques) ผู้วิจัยนำมาปรับใช้ในครั้งที่ 3 โดยทำความรู้จักความคิดของตนเองและวิเคราะห์ความคิดที่ไม่เหมาะสมของตนเอง ครั้งที่ 4 การฝึกทักษะการจัดการกับความคิดที่ไม่เหมาะสม ครั้งที่ 6 ปรับเปลี่ยนความคิดด้านลบ จัดการค้นหาปัญหาและการแก้ไข และครั้งที่ 7 การทบทวนและทดสอบการปรับเปลี่ยนความคิดด้านลบ และพฤติกรรม

3. เทคนิคการบำบัดทางพฤติกรรม (behavioral therapy techniques) โดยการนำไปใช้ในครั้งที่ 5 ฝึกการผ่อนคลาย โดยการใช้การผ่อนคลายกล้ามเนื้อและจินตนาการ

สอดคล้องกับการศึกษาของ พรนิภา, สมใจ และประกอบ (2550) ที่พบว่า กลุ่มบำบัดแบบพฤติกรรมปัญญานิยม สามารถลดภาวะซึมเศร้าในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัสได้ และสอดคล้องกับ อิสรีย์ฐิกา (2553) ที่พบว่า การบำบัดความคิดและพฤติกรรม มีประโยชน์ในการรักษาภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยที่ติดเชื้อเอชไอวี โดยประสิทธิผลของการรักษาพบทั้งหลังจากการเสร็จสิ้นการบำบัดทันที และยังคงอยู่เมื่อมีการติดตามไปข้างหน้าที่ระยะเวลา 3 เดือน และสอดคล้องกับ ศรีวิไล (2554) ที่พบว่า หลังได้รับโปรแกรมบำบัดพฤติกรรมทางความคิดแล้วผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจะมีภาวะซึมเศร้าลดลง

สรุป

จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า กลุ่มบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม มีประสิทธิผลในการลดภาวะซึมเศร้าของผู้ติดเชื้อเอชไอวีได้ โดยทำให้เกิดการปรับเปลี่ยนความคิดทางลบ หรือความคิดที่ไม่สมเหตุสมผล ด้วยการหาหลักฐานสนับสนุน และหาหลักฐานที่นำมาคัดค้านความคิดทางลบ แล้วเกิดการพิจารณาถึงความคิดทางเลือกใหม่ ที่ส่งผลต่อความคิด อารมณ์ และพฤติกรรมที่ตามมา โดยจะส่งผลให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีแบบแผนความคิดที่ยืดหยุ่น ยอมรับความเป็นจริงมากขึ้น มีการพัฒนาความคิดที่เป็นเหตุเป็นผล มีความคิดทางบวก ช่วยทำให้เข้าใจสถานการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นได้ตามความเป็นจริง และเรียนรู้ที่จะจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้น สามารถปรับตัวในสถานการณ์ต่างๆ และสามารถนำไปใช้ในชีวิตประจำวันได้ ส่งผลให้ภาวะซึมเศร้าของผู้ติดเชื้อเอชไอวีลดลง

ข้อเสนอแนะการวิจัย

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1.1 กลุ่มบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม สามารถนำไปปรับใช้ได้ตามความเหมาะสม ดังนี้ สามารถนำไปปรับใช้กับผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีภาวะซึมเศร้าตามโรงพยาบาลต่างๆ ได้ และผู้ป่วยโรคต่างๆ ที่มีภาวะซึมเศร้า ก่อนนำไปใช้ควรมีการอบรมบุคลากรในการทำกลุ่มบำบัดเพื่อสามารถทำหน้าที่ได้อย่างเหมาะสม

1.2 การทำกลุ่มบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม ควรมีการติดตามประเมินผลในระยะยาวอย่างต่อเนื่อง เพื่อประเมินภาวะซึมเศร้าของผู้ติดเชื้อเอชไอวี

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรมีการศึกษาผลการใช้กลุ่มบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมต่อตัวแปรอื่นๆ เช่น ความวิตกกังวล ความเครียด ความหวัง และคุณภาพชีวิต เป็นต้น ในกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์

2.2 ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบผลการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมรายบุคคลและรายกลุ่มต่อการลดภาวะซึมเศร้าของผู้ติดเชื้อเอชไอวี

บรรณานุกรม

กุลธิดา สุภาคุณ, อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย และรังสิมันต์ สุนทรไชยา. (2550). ผลของโปรแกรมการบำบัดทางพฤติกรรมความคิดต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต, 21*(2), 77-89.

ดวงมณี จงรักษ์. (2549). *ทฤษฎีการให้คำปรึกษาและจิตบำบัดเบื้องต้น.* กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์ ส.ส.ท.

ทมาภรณ์ บูรณสมภพ. (2547). *ผลของการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจและการปรับเปลี่ยนความคิดต่อภาวะซึมเศร้าของภรรยาที่ถูกทำทารุณกรรม.* วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพมหานคร.

พรนิภา หาญละคร, สมใจ รัตนมณี และประกอบ ขันทอง. (2550). ผลของกลุ่มบำบัดแบบพฤติกรรมปัญญานิยม ต่อความหวังและความซึมเศร้าในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัส. *วารสารรามาธิบดีพยาบาลสาร, 15*(2), 206-219.

มานิต ศรีสุรภานนท์ และจำลอง ดิษยวณิช. (2542). *ตำราจิตเวชศาสตร์.* เชียงใหม่: โรงพิมพ์แสงศิลป์.

มาโนช หล่อตระกูล. (2547). แนวทางการป้องกันการฆ่าตัวตาย. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย, 49*(1), 59-74.

วัชรี หัตถพนม. (2550). *การพัฒนาศักยภาพของพยาบาลวิชาชีพในศูนย์สุขภาพชุมชนในการใช้วิธีการปรับแนวคิดและพฤติกรรมแบบประยุกต์เพื่อลดภาวะซึมเศร้า ในผู้ป่วยเบาหวาน Type 2.* รายงานการศึกษาอิสระพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ขอนแก่น.

ศรีวิไล โมกขาว (2554). ผลของโปรแกรมบำบัดพฤติกรรมทางความคิดต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า. *วารสารสภาการพยาบาล, 26*(2), 126-136.

ศิริลักษณ์ ศิริดำรง. (2542). *ปัญหาและความต้องการของผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยโรคเอดส์จังหวัดนครพนม: กรณีศึกษา.* นครพนม: สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดนครพนม, งานควบคุมโรคเอดส์และกามโรค, กลุ่มงานส่งเสริมวิชาการและบริการสาธารณสุข.

ศิริวลี คำวะลี. (2545). *การทดลองใช้โปรแกรมการให้การปรึกษาแนวปัญญานิยม ตามทฤษฎี Beck เพื่อลดระดับความซึมเศร้าในผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่เข้ารับการรักษาในหน่วยกามโรคและโรคเอดส์นางเลิ้ง ช่วงเดือนมกราคม-กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2545.* วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, กรุงเทพมหานคร.

ศันสนีย์ สมิตะเกษตริน. (2545). *การให้การปรึกษาแบบกลุ่มสำหรับผู้ติดเชื้อเอดส์* (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพมหานคร: เจ. เอส. การพิมพ์.

สมภพ เรืองตระกูล. (2545). *ตำราจิตเวชศาสตร์* (พิมพ์ครั้งที่ 7). กรุงเทพมหานคร: เรือนแก้วการพิมพ์.

สมภพ เรืองตระกูล. (2550). *โรคเอดส์ มหันตภัยเงียบที่ป้องกันได้.* กรุงเทพมหานคร: เรือนแก้วการพิมพ์.

สมสุข ธนบัตร. (2547). *รูปแบบการใช้ชีวิตของผู้ติดเชื้อเอดส์.* สารนิพนธ์การศึกษามหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ, กรุงเทพมหานคร.

สายฝน เอกวรางกูร. (2548). *ผลของการปรับความคิดแบบย่อและการสนับสนุนในนักเรียนวัยรุ่นไทยที่มีภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง.* วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรดุษฎีบัณฑิต, มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.

อำไพวรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์. (2543). *การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต แนวปฏิบัติตามพยาธิสภาพ* (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพมหานคร: ธรรมสาร.

อิสรีย์จิกา ชัยสวัสดิ์. (2553). *ความสัมพันธ์ระหว่างการบำบัดความคิดและพฤติกรรม และการเปลี่ยนแปลงของภาวะซึมเศร้า ของผู้ป่วยที่ติดเชื้อเอชไอวี ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์.* ปริญญาดุษฎีบัณฑิต, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพมหานคร.

Akaiskal, H. S. (2000). *Mood disorders: Comprehensive textbook of psychiatry* (7th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Baingana, F., Thomas, R., & Comblain, C. (2004). *HIV/AIDS and mental health.* Washington DC: The World Bank.

Beck, A. T. (1967). *Depression: Clinical experimental and theoretical aspect.* New York: Hoeber Medical Division.

Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression.* New York: Guilford Press.

Brabender, V. A., Fallon, A. E., & Smolar, A. I. (2004). *Essentials of group therapy.* Hoboken, NJ: John Wiley & Sons.

Doyle, D., Hanks, G., Cherny, N., & Calman, K. (Eds.). (2005). *Oxford textbook of talliative medicine* (3rd ed.). New York: Oxford University Press.

Froggatt, W. (2006) *A Brief introduction to rational emotive behaviour therapy.* Retrieved from http//www.anapsys.co.uk/files

Gilliam, F. G., Kanner, A. M., & Sheline, Y. I. (Eds.). (2006). *Depression and brain dysfunction.* London: Taylor & Francis.

Halman, M. H., Bialer, P., Worth, J. L., & Rourke, S. B. (2002). HIV disease/AIDS. *The American psychiatric publishing textbook of consultation-liaison psychiatry* (2nd ed.). Washington DC: American Psychiatric.

Harrington, R., & Dubicka, B. (2002). Adolescent depression: An evidence -based approach to intervention. *Child and Adolescent Psychiatry, 15,* 369-375.

Jones, J. R., & Dilley, J. W. (1993). *Rational suicide and HIV disease.* Retrieved from http://www.aegis.com/news/ads/1993/AD931471.html

Kwon, S. M., & Oei, T. P. (2003). Cognitive change processes in a group cognitive -behavioral therapy of depressions. *Journal of Behavioral Therapy and Experimental Psychiatry, 3,* 73-85.

Laidlaw, K., Thompson, L. W., Dick-Siskin, L., & Gallagher-Thompson, D. (2003). *Cognitive behavioral therapy with older people.* London: John Wiley & Sons.

Lynch, T. R., & Aspnes, A. K. (2004). *Individual and group psychotherapy, The American psychiatric publish textbook of geriatric psychiatry* (3rd ed.). London: American Psychiatric.

Mattews, J., & Papakostas, G. 2004). *Mood disorders: Depression Massachusetts general hospital psychiatry update and board preparation* (2nd ed.). New York: McGraw-Hill.

Meyer, R. G. (2003). *Case studies in abnormal behavior* (6th ed.). Boston: Pearson Education.

Molassiotis, A., Callaghan, P., Twinn, S. F., Lam, S. W., Chung, W. Y., & Li, C. K. (2002). A pilot study of the effects of cognitive-behavioral group therapy and peer support/counseling in decreasing psychologic distress and improving quality of life in Chinese patients with symptomatic HIV disease. *AIDS Patient Care and STDs, 16*(2), 83-96.

Patelis-Siotis, I. (2001). Cognitive-behavioral therapy: applications for the management of bipolar disorder. *Bipolar Disorders, 3*(1), 1-10.

Pence, B. W., Miller, W. C., Whetten, K., Eron, J. J., & Gaynes, B. N. (2006). Prevalence of DSM-IV-defined mood, anxiety, and substance use

disorders in an HIV clinic in the Southeastern United States. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes, 42,* 298-306.

Sadock, B. J., & Sadock, V. A. (2003). *Kaplan & Sadock's synopsis of psychiatry: Behavioral sciences/ clinical psychiatry* (9th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Steiman, M., & Dobson, K. S. (2002). Cognitive-behavioral approaches to depression. In F. W. Kaslow, & T. Patterson (Eds.), *Comprehensive handbook of psychotherapy: Cognitive -behavioral approach* (2nd ed., pp. 295-317). New York: John Wiley &Sons.

Williams, C., & Garland, A. (2002). A Cognitive-behavioral therapy assessment model for use in everday clinical practice. *Advances in Psychiatric Treatment, 8,* 172-179.

UNAIDS. (2013). *Global Report: UNAIDS on the global AIDS epidemic 2013.* Geneva: UNAIDS.

The Effectiveness of Cognitive-Behavioral Group Therapy on Depression among persons living with HIV

Jaruwan Kansri*

Abstract

This experimental research aimed to determine the effectiveness of cognitive-behavior group therapy on depression among persons living with HIV. The samples consist of 64 participants, whose met inclusion criteria and had mild or moderate level scores of Beck Depression Inventory (BDI). They were equally assigned into experimental and comparison groups with 32 participants in each group. The experimental group received cognitive-behavioral group therapy whereas the comparison group received routine services. Using Cronbach's (alpha) coefficient of reliability method, the reliability levels for BDI was 0.85. Data were analyzed by using t-test.

The result revealed that after intervention, the depression of the experimental group was lower than that of the comparison group both immediately and 1 month later ($p < 0.05$).

It is recommended that the cognitive-behavioral group therapy should be used in decreasing depression among persons living with HIV. In addition, it is suggested to expand this research to other target group.

Keywords: cognitive-behavioral group therapy; depression; persons living with HIV

* Lecturer, Boromarajonani College of Nursing, Chainat, Thailand.