

ผลของการจัดการความเครียด พฤติกรรม และ ความคิด ต่อภาวะซึมเศร้า
ในผู้ป่วยโรคร่วมเอชไอวี/เอดส์และซึมเศร้า

นางรุ่งลลิตา หลวงเทพ

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ปีการศึกษา 2555
ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทคัดย่อและแฟ้มข้อมูลฉบับเต็มของวิทยานิพนธ์ตั้งแต่ปีการศึกษา 2554 ที่ให้บริการในคลังปัญญาจุฬาฯ (CUIR)
เป็นแฟ้มข้อมูลของนิสิตเจ้าของวิทยานิพนธ์ที่ส่งผ่านทางบัณฑิตวิทยาลัย

The abstract and full text of theses from the academic year 2011 in Chulalongkorn University Intellectual Repository (CUIR)
are the thesis authors' files submitted through the Graduate School.

THE EFFECT OF COGNITIVE BEHAVIOVAL STRESS MANAGEMENT ON
DEPRESSION IN PATIENTS WITH COMORBIDITY
OF HIV/AIDS AND MAJOR DEPRESSIVE DISORDER

Mrs. Roonglalida Loungtep

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements
for the Degree of Master of Nursing Science Program in Mental Health and Psychiatric Nursing
Faculty of Nursing
Chulalongkron University
Academic Year 2012
Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์

ผลของการจัดการความเครียด ความคิด และพฤติกรรม
ต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคร่วมเอชไอวี/เอดส์และซึมเศร้า

โดย

นางรุ่งลลิตา หลวงเทพ

สาขาวิชา

การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. เพ็ญพักตร์ อุทิศ

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้บัณฑิตวิทยาลัยรับเป็น
ส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต

..... คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์
(รองศาสตราจารย์ ร้อยตำรวจเอกหญิง ดร. ยุพิน อังสุโรจน์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

..... ประธานกรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร. อรพรรณ ถีบุญธวัชชัย)

..... อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. เพ็ญพักตร์ อุทิศ)

..... กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย
(อาจารย์ ดร. ชูศักดิ์ ชัมภลิจิต)

รุ่งลลิตา หลวงเทพ : ผลของการจัดการความเครียด พฤติกรรม และ ความคิด ต่อภาวะซึมเศร้า
 ในผู้ป่วยโรคร่วมเอชไอวี/เอดส์และซึมเศร้า(THE EFFECT OF COGNITIVE BEHAVIOVAL
 STRESS MANAGEMENT ON DEPRESSION IN PATIENTS WITH COMORBIDITY OF
 HIV/AIDS AND MAJOR DEPRESSIVE DISORDER) : อ. ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก: ผศ.
 ดร. เพ็ญพักตร์ อุทิศ, 108หน้า.

การวิจัยกึ่งทดลองครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบ 1. ภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคร่วมเอชไอวี/เอดส์และ ซึมเศร้าก่อนและหลังได้รับการจัดการความเครียด พฤติกรรม และความคิด 2. ภาวะซึมเศร้าระหว่างผู้ป่วยโรคร่วมเอชไอวี/เอดส์และซึมเศร้า กลุ่มที่ได้รับการจัดการความเครียด พฤติกรรม และความคิด กับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคร่วมเอชไอวี/เอดส์และซึมเศร้า ที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลราชบุรี โรงพยาบาลบางระจัน โรงพยาบาลชะอำ โรงพยาบาลโพธาราม โรงพยาบาลมะการักษ์ ที่แสดงความประสงค์เข้าร่วมในโครงการการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ ผู้ป่วยเอดส์ จำนวนกลุ่มละ 16 ราย และมีคุณสมบัติตามเกณฑ์การจับคู่คัดเลือกเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา คือ (1) โปรแกรมการจัดการความเครียด พฤติกรรมและความคิดต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคร่วมเอชไอวี/เอดส์และซึมเศร้า (2) แบบวัดภาวะซึมเศร้าของตนเอง (3) แบบประเมินความคิดอัตโนมัติในด้านลบ เครื่องมือทุกฉบับผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน โดยเครื่องมือสองชุดหลัง มีค่าความเที่ยงสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.93 และ 0.83 ตามลำดับ

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติบรรยายและสถิติทดสอบที่มีผลดังนี้

1) ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคร่วมเอชไอวี/เอดส์และซึมเศร้า หลังได้รับการจัดการความเครียด พฤติกรรม และความคิด ต่ำกว่า ก่อนได้รับการจัดการความเครียด พฤติกรรม และความคิด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2) ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคร่วมเอชไอวี/เอดส์และซึมเศร้า ของกลุ่มที่ได้รับการจัดการความเครียด พฤติกรรม และความคิด ต่ำกว่า คะแนนของกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05

สาขาวิชา.....การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช...ลายมือชื่อนิสิต.....
 ปีการศึกษา.... 2555.....ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก.....

5277818436 : MAJOR MENTAL HEALTH AND PSYCHIATRIC NURSING

KEYWORDS: COMORBIDITY OF HIV/AIDS AND MAJOR DEPRESSIVE DISORDER PATIENTS / THE COGNITIVE - BEHAVIORAL STRESS MANAGEMENT THERPY.

ROONGLALIDA LUONGTEP : THE EFFECT OF COGNITIVE BEHAVIOVAL STRESS MANAGEMENT ON DEPRESSION IN PATIENTS WITH COMORBIDITY OF HIV/AIDS AND MAJOR DEPRESSIVE DISORDER. ADVISOR: ASSISTANT PROFESSORPENPAKTR UTHIS, Ph.D, 1.... pp.

The purpose of this quasi-experimental research using the pretest-posttest design were: 1) to compare depression in patients with comorbidity of HIV/AIDS and major depressive disorder before and after receiving the cognitive-behavioral stress management therapy, 2) to compare depression of patients between the cognitive-behavioral stress management group received regular caring activities. The research samples were two groups of patients with comorbidity of HIV/AIDS and major depressive disorder from the Outpatient Department, Ratchaburi Central Hospital, Bangrajan Hospital, Charaum Hospital, Potaram Hospital and Makarak Hospital . who met the inclusion criteria, were matched pair and then randomly assigned to experimental group and control group, 16 subjects in each group. The research tools were 1) the cognitive-behavioral stress management program 2) Beck depress test and 3) negative autonomous thinking test. All instruments were validated for content validity by 5 professional experts. The Chronbach's Alpha coefficient reliability of the two latter instruments were 0.93 and 0.83, respectively.The t-test was used in data analysis. Major findings were as follows:

1. the depression of the patient after receiving the cognitive-behavioral stress management therapy was significantly better than that before, at the .05 level.
2. the depression of the patient after receiving the cognitive-behavioral stress management therapy who the cognitive-behavioral stress management therapy was significantly better than those who received regular caring activities at the .05 level.

Field of Study :...Mental Health and Psychiatric Nursing... Student's Signature.....
Academic Year :.....2012..... Advisor's Signature.....

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความกรุณาอย่างยิ่งจากอาจารย์ที่ปรึกษา วิทยานิพนธ์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. เพ็ญพักตร์ อุทิศ ที่ได้กรุณาให้ความรู้ ข้อคิดอันมีคุณค่า ชี้แนะแนวทาง ให้คำปรึกษาส่งเสริม และให้กำลังใจ เป็นการสร้างพลังให้ผู้วิจัยมีความมุ่งมั่นอดสาหะพยายามทำการศึกษอย่างเต็มความสามารถ เพื่อให้เกิดประโยชน์ต่อวิชาชีพ และผู้ป่วยมากที่สุด ผู้ศึกษามีความประทับใจ และซาบซึ้งในความเมตตา กรุณา และเสียสละของอาจารย์ในการประสิทธิ์ประสาทวิชาของท่านเป็นที่สุด จึงขอกราบขอบพระคุณท่านเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร.อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย ประธานสอบ วิทยานิพนธ์ และอาจารย์ ดร.ชูศักดิ์ ชัมภลิจิต กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ที่ให้กำลังใจ ให้ข้อคิด คำแนะนำที่เป็นประโยชน์ และมีคุณค่ายิ่ง รวมทั้งคณะกรรมการสอบ โครงร่างวิทยานิพนธ์ทุกท่าน ที่ได้ให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ ขอกราบขอบพระคุณคณาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยทุกท่าน ที่เป็นกำลังใจให้เสมอมา กราบขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่าน ที่ให้ความกรุณาตรวจสอบ ให้คำสอน ข้อเสนอแนะ และให้กำลังใจในการปรับปรุงแก้ไขเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาจนได้เครื่องมือการศึกษาที่สมบูรณ์ ขอขอบพระคุณกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาคั้งนี้ ทุกท่านที่ได้ให้ข้อมูล และได้มีส่วนร่วมให้วิทยานิพนธ์คั้งนี้ ประสบผลลุล่วงไปด้วยดี

ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลมะเร็ง หัวหน้ากลุ่มการพยาบาล พี่ๆ น้องๆ พยาบาลและเจ้าหน้าที่คลินิกผู้ป่วยเอชไอวี/เอดส์ของโรงพยาบาลมะเร็งโรงพยาบาลบางระจัน โรงพยาบาลราชบุรี โรงพยาบาลโพธาราม โรงพยาบาลชะอำ ที่ให้ความช่วยเหลือในด้านต่างๆ รวมทั้งเจ้าหน้าที่แผนกสูติ นรีเวช ทุกท่าน ที่กรุณาให้ความช่วยเหลือเอื้อเวลาในเรื่องการศึกษาเล่าเรียน ให้คำแนะนำและอำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูลและศึกษาการใช้เครื่องมือ สำหรับการวิจัยคั้งนี้

ขอขอบคุณกรมสุขภาพจิตที่สนับสนุนทุนการศึกษาหลักสูตรปริญญาพยาบาล ศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช (แผน ก.) คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และในการวิจัยคั้งนี้ได้รับทุนสนับสนุนการวิจัยจากศูนย์สร้างสุขภาพะ ผู้มีปัญหสุขภาพเรื้อรัง คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สุดท้ายนี้ขอรำลึกถึงพระคุณของคุณพ่อ พล มารดาและคุณแม่ทองคำ หลวงเทพ ผู้ให้ คำเนิด ให้สติปัญญาและความเอาใจใส่ห่วงใย ขอขอบคุณทุกคนในครอบครัว ผู้ซึ่งเป็นกำลังใจอัน สำคัญ ให้ความช่วยเหลือมอบความรัก ความเข้าใจและความห่วงใยแก่ผู้วิจัยตลอดมา ตลอดจน กัลยาณมิตรทุกท่านที่ให้ความช่วยเหลือเกื้อกูลทุกด้าน ให้การสนับสนุน ปรคับประคอง รวมทั้ง กำลังใจที่มีคุณค่ายิ่ง

คุณค่าและประโยชน์ที่ได้รับจากวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ผู้วิจัยขอมอบแด่บุพการี คณาจารย์
ผู้ประสิทธิ์ประสาทวิชา และผู้ป่วยทุกท่านที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการวิจัยครั้งนี้ ให้มีความสุขกาย
สุขภาพใจที่สมบูรณ์ตลอดไป

บทที่ 1

บทนำ

เป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคเอชไอวี/เอดส์ถือเป็นปัญหาสำหรับทุกประเทศทั่วโลก แม้ในปัจจุบันจะมีการรักษาด้วยยาต้านไวรัส อันส่งผลให้ผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์มีสุขภาพกายดีขึ้น แต่อย่างไรก็ตามผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ ยังต้องเผชิญกับปัญหาที่มา กระทบทางด้านจิตใจ โดยผู้ป่วยจะมีความรู้สึกกังวลต่อโรคกลัวตาย กลัวสังคมรังเกียจ กลัวถูกทอดทิ้ง กลัวการถูกแยก บางคนอาจทุกข์ทรมานมากจากอาการ เป็นเวลานาน พบว่ายังมีปัญหาซึมเศร้าในระดับรุนแรงเสี่ยงต่อภาวะฆ่าตัวตายสูง เนื่องจากสิ่งที่เขาต้อง เผชิญกับโรคร้าย (Lutgendorf K,2008) ปัญหาข้อจำกัดในอาชีพที่เกี่ยวเนื่องกับโรค (Antoni,2010) การปรับตัวต่อการรับรู้ของการดำเนิน โรคของตนเอง (Antoni.,2010) ปัญหาทักษะในเรื่องความรู้ของโรค (Lori AJ-Scott Shedon, .,2008) การดำเนินของโรค อาการที่เรื้อรังมีผลกระทบต่อจิตใจ(Lori AJ-Scott Shedon , 2008) การสูญเสียกิจวัตรประจำวัน การต้องรับประทานยาอย่างต่อเนื่องทุกวันเกรงว่าจะมีคนรู้ว่าตนเองเป็นโรคอะไร มีผลกระทบต่อการเกิดความเครียด (Lori AJ-Scott Shedon.,2008) ส่งผลทำให้ระดับซึมเศร้ายังอยู่ในระดับสูงกว่าปกติ จนเกิดปัญหาซึมเศร้าร่วมด้วยซึ่งกำลังเป็นปัญหาทางสุขภาพที่สำคัญ

ดังจะเห็นจากผลการศึกษาหลายเรื่องในประเทศอเมริกาซึ่งพบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์มีอาการของโรคซึมเศร้า (Major depressive disorder) ร่วมด้วย ถึง 30-35% (Judith, 2000) และ 36% (Bing et al., 2001) ส่วนผลการศึกษาในประเทศญี่ปุ่นก็สอดคล้องกันโดยพบว่า 28.7 % ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์มีโรคซึมเศราร่วมด้วย สำหรับในประเทศไทยแม้จะยังไม่มีการศึกษาเชิงระบาดวิทยาถึงปัญหาโรคร่วมเอชไอวี/เอดส์และซึมเศร้าในภาพของประเทศ แต่มีผลการศึกษาหลายเรื่องที่สะท้อนปัญหานี้ เช่น พบว่า 26.6% ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ซึ่งมาได้รับการรักษาที่โรงพยาบาลชะอำได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศราร่วมด้วย (รายงานโรงพยาบาลชะอำ, 2550)

ผู้ป่วยเอชไอวี/เอดส์ซึ่งมีโรคซึมเศราร่วมด้วย จะมีภาวะซึมเศร้าที่สูงเป็นสองเท่าเมื่อเทียบกับคนทั่วไป (Atkinson & Grant, 1994; Lyketsos et al., 1996) โดยจะพบความผิดปกติทั้งด้านอารมณ์ ความคิด และ พฤติกรรม คือ มีอารมณ์เศร้า หดหู่ รับรู้คุณค่าในตนเองต่ำ แยกตัวเอง และรู้สึกสิ้นหวัง อย่างชัดเจน (Stuart & Sundeen, 1995) นอกจากนี้อาการแสดงสำคัญที่สามารถประเมินได้ คือ การมีภาวะซึมเศร้าที่สูงเป็นสองเท่าเมื่อเทียบกับคนทั่วไป หรือพบได้ตั้งแต่ในระดับปานกลางขึ้นไปถึงระดับรุนแรง (Atkinson & Grant, 1994; Lyketsos et al., 1996) ดังนั้น หากผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่มีโรคซึมเศราร่วมด้วยเหล่านี้ ไม่ได้รับการดูแลช่วยเหลือและบำบัดรักษาอย่างถูกต้อง จะมีโอกาสเกิดปัญหาความเจ็บป่วยทางจิตตามมาได้ง่าย (Susser, Valencia, and Conover, 1993) เนื่องจากเกิดพยาธิสภาพที่เนื้อเยื่อสมองถูกทำลายจนทำให้ผู้ติดเชื้อ

เอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์มากกว่าร้อยละ 50 ป่วยเป็นโรคจิต โรคประสาท (Neuro psychiatric) (Sadock and Sadock, 2001) นอกจากนี้พบว่าผลกระทบของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่มีโรคซึมเศร้า ที่สำคัญและเป็นอันตรายถึงชีวิต คือ จะมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูงถึง 75.9% (ศิริชัย คาริกานนท์, 2541) โดยความคิดฆ่าตัวตายดังกล่าวพบว่ามีความสัมพันธ์ระดับสูงกับปัญหาภาวะซึมเศร้า (กรมสุขภาพจิต, 2547; Kelly et al., 1998)

Beck(1967) กล่าวว่าบุคคลที่มีภาวะซึมเศร้านั้นจะมีความผิดปกติ ด้านความคิด (Cognitive) ด้านอารมณ์ (Emotion) ด้านพฤติกรรม (Behavior) และด้านสรีระวิทยา (Physiological) ส่งผลให้ผู้ป่วยจะเศร้ามาก รู้สึกสูญเสียพลังอำนาจ หดหู่ใจ มีความคิดเชิงซ้ำ ต่ำหนืดตนเอง รู้สึกตนเองไม่มีคุณค่า ไม่มีความสามารถ มีความนับถือตนเองต่ำลง มองโลกในแง่ร้าย ขาดความสนใจในสิ่งต่าง ๆ ซึม เบื่ออาหาร น้ำหนักลดลงโดยไม่ได้ควบคุมอาหาร นอนไม่หลับ เกิดความรู้สึกท้อแท้สิ้นหวัง แยกตัว มีความท้อแท้สิ้นหวังกับอนาคตของตนเอง นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าจะมีความคิดด้านลบต่อตนเอง อาจมีความคิดหรือพยายามที่จะฆ่าตัวตายตามมา (สมภพ เรื่องตระกูล, 2542 ; อรพรรณ ลือบุญรัชชัย , 2545 ; Beeber,1996)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าปัญหาภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคร่วมเอชไอวี/เอดส์และโรคซึมเศร้ามาจากสาเหตุสำคัญ 2 ประการ ประการแรก เกิดจากการมีความคิดอัตโนมัติด้านลบ ซึ่งไม่ผ่านกระบวนการคิดอย่างสมเหตุผล 3 ด้าน ได้แก่ 1) การมีความคิดด้านลบต่อตนเอง โดยคิดว่าตนไม่ดี ไม่มีคุณค่า เป็นผู้นำโรคร้ายมาสู่และเป็นภาระแก่ครอบครัว ฯลฯ ทำให้เกลียดตนเอง รู้สึกท้อแท้และสิ้นหวัง (Judith et al., 2000) 2) การมีความคิดด้านลบต่อสถานการณ์แวดล้อม โดยผู้ป่วยจะรู้สึกเป็นตราบาป หวาดระแวงกลัวผู้อื่นรู้ กลัวสังคมรังเกียจ ต้องคอยแอบซ่อนเรื่องผลเลือดหรือการกินยาเพราะกลัวความลับถูกเปิดเผย (บุษดี ศรีคำ, 2546) และ 3) การมีความคิดด้านลบต่ออนาคต โดยมองว่าอนาคตมีแต่ปัญหา ต้องกินยาไปตลอดชีวิต กลัวจะเจ็บป่วยมากไปกว่านี้ สิ้นหวังในการมีชีวิต และ มีความคิดฆ่าตัวตาย (ปริยศ กิตติศรีศักดิ์, 2547) ซึ่งความคิดดังกล่าวนี้ถือเป็นสาเหตุของการเกิดปัญหาซึมเศร้าตามทฤษฎีปัญญานิยม (Cognitive Theory) ของ Beck et al. (1979)

สาเหตุสำคัญประการที่สอง ที่ทำให้ผู้ป่วยโรคร่วมเอชไอวี/เอดส์และโรคซึมเศร้า เกิดภาวะซึมเศร้า คือ การที่ผู้ป่วยเหล่านี้มีการจัดการกับความเครียดอย่างไม่มีประสิทธิภาพ ดังจะเห็นได้จากผลการศึกษาหลายเรื่อง อาทิ Lutgendrof et al. (1997) และ Gore-Felton et al. (2006) รวมทั้ง Malow, Rosenberg and Dévieux (2009) ซึ่งมีผลการศึกษาที่สอดคล้องกันและสนับสนุนว่าการจัดการกับความเครียดอย่างไม่มีประสิทธิภาพเป็นปัจจัยทำนายที่สำคัญของภาวะซึมเศร้าในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ทั้งนี้เนื่องจากการติดเชื้อเอชไอวี และ การป่วยด้วยโรคเอดส์ เป็นสถานการณ์กดดันที่ส่งผลให้ผู้ป่วยเหล่านี้เกิดความเครียดได้ง่าย ทำให้ผู้ป่วยเอชไอวีมีการรับรู้ความเครียดในระดับที่สูง (Koopman & Felton, 2000) ซึ่งหากผู้ป่วยเหล่านี้ไม่ได้รับการดูแลเพื่อให้สามารถจัดการ

กับความเครียดได้อย่างเหมาะสม และปล่อยให้มีความเครียดดังกล่าวคงอยู่ในระยะเวลาต่างๆ ก็จะส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าตามมาได้ง่าย (Malow, Rosenberg and Dévieux, 2009)

จากข้างต้น จะเห็นว่าสาเหตุสำคัญที่ส่งผลให้ผู้ป่วยโรคร่วมเอชไอวี/เอดส์และโรคซึมเศร้า เกิดภาวะซึมเศร้า คือ ความคิดอัตโนมัติด้านลบ และการจัดการกับความเครียดอย่างไม่มีประสิทธิภาพ ด้วยเหตุนี้การบำบัดที่จะช่วยให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีภาวะซึมเศร้าลดลง จึงจำเป็นที่จะต้องแก้ไขเพื่อปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติด้านลบ ร่วมกับการพัฒนาให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการจัดการกับความเครียดได้อย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ ทั้งนี้จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าการจัดการความเครียด พฤติกรรมและความคิด(CBSM:Cognitive Behavioral Stress Management:) ของ Antoni et al. (1996) มีแนวคิดที่สามารถจัดการกระทำเพื่อแก้ไขทั้งความคิดด้านลบ และการจัดการกับความเครียดที่ไม่มีประสิทธิภาพอันเป็นสาเหตุสำคัญของการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้

ดังจะเห็นได้จากการศึกษาของ Malow, Rosenberg & Dévieux (2009) ซึ่งได้นำโปรแกรม CBSM ของ Antoni et al. (1996) ไปทดลองใช้แล้วพบว่าโปรแกรมนี้ทำให้ผู้ป่วยโรคร่วมเอชไอวี/เอดส์และโรคซึมเศร้าเกิดทักษะในการจัดการความคิดและความเครียดที่มีประสิทธิภาพ เช่น มีการปรับตัวและจัดการความเครียดได้อย่างเหมาะสม มีการวางแผนในการดำเนินชีวิตให้มีความสุขอย่างเหมาะสมบนพื้นฐานของความเป็นจริง รวมทั้งมีการปรับเปลี่ยนความคิดต่อตนเอง สถานการณ์แวดล้อมและอนาคตไปในทางบวกส่งผลให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์มีภาวะซึมเศร้าลดลงตามมา (Antoni et al., 1991, 2000; Lutgendorf et al., 1997)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าเป็นที่ยอมรับว่าในประเทศไทยยังไม่มีหรือนำแนวคิดที่ผสมผสานตามโปรแกรม CBSM นี้มาพัฒนาใช้เพื่อลดภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคร่วมเอชไอวี/เอดส์และโรคซึมเศร้า พบว่ามีการศึกษาอิสระของ เสาวนีย์ อินทรเนตร (2551) ซึ่งนำการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavior Therapy: CBT) ตามแนวคิดของ Beck (1979) มาใช้กับผู้ป่วยเอดส์ที่เป็นโรคซึมเศร้าที่เข้าโครงการรับยาต้านไวรัส โรงพยาบาลชะอำ จังหวัดเพชรบุรี และ พบว่าหลังการบำบัด ผู้ป่วยมีคะแนนภาวะซึมเศร้าต่ำกว่าก่อนบำบัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับผลการศึกษาในต่างประเทศหลายเรื่องที่พบว่า CBT (Cognitive Behavior Therapy) เป็นแนวทางการบำบัดที่มีประสิทธิภาพในการลดความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าได้ดี โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลางถึงระดับมาก (Hodgkinson et.al., 1999; Thase, Simonns, Sahalana and Mcgeary, 1991) อย่างไรก็ตามการบำบัดตามแนวคิด CBT (Cognitive Behavior Therapy) ในนี้อาจมีข้อจำกัดในการนำมาใช้กับผู้ป่วยโรคร่วมเอชไอวี/เอดส์และโรคซึมเศร้า เนื่องจากเป็นการบำบัดที่สามารถไปจัดการกับสาเหตุของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้เพียงสาเหตุแรก คือ ความคิดอัตโนมัติด้านลบ ดังที่กล่าวไว้ข้างต้นได้เพียงสาเหตุเดียว ส่วนสาเหตุที่สองเรื่องขาดการเผชิญกับความเครียดที่มีประสิทธิภาพที่ผลต่อการปรับตัว ยังไม่ได้รับการจัดการและแก้ไข จึงอาจ

ส่งผลให้ภาวะซึมเศร้าที่ลดลงหลังการบำบัดด้วย CBT (Cognitive Behavior Therapy) กลับเพิ่มขึ้นใหม่ได้ เมื่อเวลาผ่านไป เนื่องจากสาเหตุสำคัญของการเกิดภาวะซึมเศร้าอีกประการหนึ่งยังคงมีอยู่และไม่ได้รับการจัดการแก้ไขให้หมดไป

จากแนวคิดและความสำคัญดังกล่าวข้างต้น ผู้ศึกษาในฐานะพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชจึงมีความสนใจนำแนวคิดการบำบัดตามแนวคิดการจัดการความเครียด พฤติกรรม และ ความคิด (CBSM : Cognitive Behavioral Stress Management) ของ Antoni et al. (1996) ซึ่งเป็นแนวคิดที่สามารถจัดการกับสาเหตุสำคัญทั้งสองประการของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคร่วมเอชไอวี/เอดส์ และโรคซึมเศร้า ไปได้พร้อมๆ กัน และ เพื่อมาจัดทำเป็นวิธีการจัดการความเครียด พฤติกรรม และ ความคิด ที่มีความเหมาะสมสำหรับใช้บำบัดภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคร่วม เอชไอวี/เอดส์และซึมเศร้าในประเทศไทย

คำถามการวิจัย

1. ภาวะซึมเศร้าของ ผู้ป่วยโรคร่วมเอชไอวี/เอดส์และซึมเศร้า ซึ่งได้รับการบำบัดตามการจัดการความเครียด พฤติกรรม และ ความคิด จะน้อยกว่าก่อนได้รับการบำบัดหรือไม่
2. ภาวะซึมเศร้าของ ผู้ป่วยโรคร่วมเอชไอวี/เอดส์และซึมเศร้า ซึ่งได้รับการบำบัดตามการจัดการความเครียด พฤติกรรม และ ความคิด แตกต่างกับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคร่วมเอชไอวี/เอดส์และซึมเศร้า ซึ่งได้รับการพยาบาลตามปกติหรือไม่

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคร่วมเอชไอวี/เอดส์และซึมเศร้าก่อนและหลังได้รับการจัดการความเครียด พฤติกรรม และความคิด
2. เพื่อเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าผู้ป่วยโรคร่วมเอชไอวี/เอดส์และซึมเศร้าระหว่างกลุ่มที่ได้รับการจัดการความเครียด พฤติกรรม และความคิด กับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย

การติดเชื้อเอชไอวี/ป่วยด้วยโรคเอดส์ ส่งผลให้ผู้ที่ต้องใช้ชีวิตอยู่ร่วมกับโรคนี้อาจต้องเผชิญผลกระทบด้านต่างๆ ที่เกิดขึ้น โดยเฉพาะผลกระทบทางด้านจิตใจ กลัวการดำเนินของโรค Antoni.(2010) การต้องดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคร้าย การปรับตัวต่อการสนับสนุนทางสังคม เนื่องจากผู้ป่วยจะรู้สึกเครียด วิตกกังวลต่อโรคและการดำเนินชีวิตในสังคม Antoni.(2010) เกิดการแยกตัวจากสังคม บางรายมีความทุกข์ทรมานมากจากอาการป่วย Lori AJ-Scott Shedon,Phd.(2008) รวมทั้งการถูกตีตราจากสังคม เกิดความคิดด้านลบต่อตนเองเช่นสังคมจะรู้ สิ่งแวดล้อมกลัวการปรับตัวในสังคม ความคิดด้านลบต่ออนาคต คิดว่าตนเป็นโรคร้ายแรง ไม่หายขาด เกิดความสิ้น

หวังมีการแยกตัว ทำให้ผู้ป่วยเกิดความเครียดและกดดัน ภาวะเหล่านี้หากเกิดขึ้นเป็นเวลานานโดยไม่ได้รับการดูแลช่วยเหลืออย่างเหมาะสม จะนำไปสู่การเกิดปัญหาซึมเศร้าตามมา ดังจะเห็นได้จากข้อมูลสถิติที่พบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยโรคเอดส์ เป็นผู้ป่วยที่มีโรคซึมเศร้า (Major depressive disorder) ร่วมด้วย สูงถึงประมาณ 26.6 – 36.6% (Bing et al., 2001; โรงพยาบาลชะอำ, 2550) โดยอาการแสดงที่สำคัญของผู้ป่วยโรคร่วมเอชไอวี/เอดส์และซึมเศร้า คือ การประหม่นพบ ภาวะซึมเศร้า นั่นเอง ทั้งนี้ ภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยกลุ่มนี้เกิดจากสาเหตุสำคัญ 2 ประการ คือ การที่ผู้ป่วยมีความคิดอัตโนมัติด้านลบทั้งต่อตนเอง ต่อสิ่งแวดล้อม และต่ออนาคต (Komiti et al., 2001) รวมทั้งการที่ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีการจัดการกับความเครียดที่ไม่มีประสิทธิภาพ (Gore-Felton et al., 2006) ดังที่ได้กล่าวไปแล้ว

แนวคิดที่ ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ได้สนใจซึ่งประกอบด้วยแนวคิดหลัก เป็นแนวคิดที่ให้ความสำคัญในเรื่อง 1) การปรับความคิดอัตโนมัติด้านลบ 2) การจัดการกับความเครียดที่ไม่มีประสิทธิภาพ Antoni et al. (1996) ซึ่งกระบวนการCBSM (Cognitive Behavioral Stress Management) นี้เข้ามาแก้ไข ซึ่งการปรับความคิดอัตโนมัติด้านลบ โดยใช้หลักการเพิ่มทักษะการเผชิญกับความเข้าใจที่เกี่ยวข้องกับความทุกข์ในจิตใจ และพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับการจัดการกับอาการนั้น ในส่วนของการจัดการกับความเครียด ทั้งสองประการนั้นมีการประชุมกลุ่มเข้าร่วมในการบำบัด 2 ประการ 1) การส่งเสริมทักษะการผ่อนคลาย 2) เทคนิคการปรับเปลี่ยนความคิดทางปัญญา การส่งเสริมทักษะในการประเมินและการจัดการกับความเครียดที่มีประสิทธิภาพ การฝึกทักษะทางสังคม เพื่อไปจัดการกระทำและส่งผลให้การปรับระดับความเครียดลดลง การทำหน้าที่ในสังคมได้ดีขึ้น และส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในกลุ่มผู้ติดเชื้อที่ติดสารเสพติดและแอลกอฮอล์(Malow, Rosenberg & Dévieux (2009)

เป้าหมายในการจัดการกระทำกับสาเหตุหลักของการเกิดภาวะซึมเศร้าทั้งสองประการดังกล่าว ทั้งนี้เนื่องจากมีข้อมูลหลักฐานเชิงประจักษ์ซึ่งสนับสนุนให้เห็นว่า CBSM (Cognitive Behavioral Stress Management) (เป็นโปรแกรมที่มีประสิทธิภาพในการลดภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคร่วมเอชไอวี/เอดส์และซึมเศร้า เช่น การศึกษาของ Malow, Rosenberg & Dévieux (2009) ซึ่งได้นำโปรแกรม CBSM (Cognitive Behavioral Stress Management) ของ Antoni et al. (1996) ไปใช้ในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่มีการใช้แอลกอฮอล์ หรือ สารเสพติดอื่นร่วม แล้วพบว่าโปรแกรมนี้ทำให้กลุ่มตัวอย่างเกิดทักษะในการจัดการความคิดและความเครียดที่มีประสิทธิภาพ เช่น มีการปรับตัวและจัดการความเครียดได้อย่างเหมาะสม มีการวางแผนในการดำเนินชีวิตให้มีความสุขอย่างเหมาะสมบนพื้นฐานของความเป็นจริง รวมทั้งมีการปรับเปลี่ยนความคิดต่อตนเอง สถานการณ์แวดล้อม และ ต่ออนาคตไปในทางบวก ส่งผลให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์มีภาวะซึมเศร่าลดลงตามมา สอดคล้องกับผลการศึกษาในผู้ติดเชื้อเอชไอวี ที่เป็นชายรักชาย ในระยะแรกๆ ที่พบว่าโปรแกรม CBSM (Cognitive Behavioral Stress Management) มีประสิทธิผลในการลด

ภาวะซึมเศร้าได้ (Antoni et al., 1991, 2000; Lutgendrof et al., 1997) เป้าหมายในการลดภาวะซึมเศร้า ประการแรกด้วยการใช้เทคนิคต่างๆของการบำบัดทางจิตมาปรับเปลี่ยนความคิดที่ไม่เหมาะสมและบิดเบือน ให้เป็นความคิดที่สมเหตุสมผล และเหมาะสม เมื่อเกิดการปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติในด้านลบ ผลที่ตามมาก็คือ ทำให้โครงสร้างทางความคิดที่บิดเบือนเกิดการปรับเปลี่ยน และลักษณะโครงสร้างทางความคิดที่เกิดขึ้นใหม่จะส่งผลต่อการปรับเปลี่ยนอารมณ์ และพฤติกรรมที่เหมาะสมได้ (อรพรรณ ลือบุญวัชชัย และพีรพนธ์ ลือบุญวัชชัย, 2548) ทำให้ภาวะซึมเศร้าลดลง อีกทั้งแก้ไขทัศนคติที่ผิดปกติ หลังจากที่ผู้ป่วยสามารถระบุ และแก้ไขความคิดอัตโนมัติในแง่ลบได้แล้ว จึงควรแก้ไขทัศนคติ เนื่องจากมีการสันนิษฐานว่าทัศนคติที่ผิดปกตินั้นเป็นพื้นฐานของความคิดอัตโนมัติด้านลบ ซึ่งแนวคิดนี้ได้แก่โปรแกรมนี้ Cognitive Behavioral Stress Management Program หรือ CBSM ของ Antoni et al. (1996)ตามแนวสมมุติฐานการศึกษาของ Antoni et al., 1991 ในกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ โปรแกรมนี้แสดงถึงแนวคิดทักษะการปรับตัว ทักษะการคลายความเครียด ทักษะการเผชิญปัญหาภัยกับอารมณ์ การปรับเปลี่ยนทางความคิดด้านลบอัตโนมัติให้เห็นผลลัพธ์ ที่ดีขึ้นทั้งกาย จิต สังคม อีกทั้งยังค้นพบว่าความเครียดส่งผลต่อระดับความรุนแรงของโรคในแต่ละโรคทั้งเรื้อรังและเฉียบพลันทั้งหมด ส่งผลต่อระดับซึมเศร้าลดลง

การวิจัยได้จากการประยุกต์เทคนิค กลุ่มการฝึกทักษะการผ่อนคลาย เป็นกลุ่มปิด พบกันทุกสัปดาห์ สัปดาห์ละ 2 ชั่วโมง ต่อกิจกรรม(Antoni et al.,1991; Lugendorf,1997) มีรายละเอียดของโปรแกรมเทคนิคนี้ มีข้อกำหนด ระหว่างอยู่ร่วมวิจัย (Antoni et al., 1991) ระหว่างที่อยู่ในกลุ่มมีเทคนิคคือในระยะเวลาประมาณ 135นาทีต่อกิจกรรมต่อสัปดาห์ กลุ่มละประมาณ 6-8 คน ประกอบด้วย เทคนิคการผ่อนคลายใช้ระยะเวลา 45 นาที และทักษะการจัดการความคิด พฤติกรรมใช้เวลาประมาณ 90 นาทีโดยรวมเนื้อหาการสอนและฝึกทักษะต่างๆ กิจกรรมประกอบด้วย ทักษะการผ่อนคลาย การจัดการกับความเครียดผสมผสานกันระหว่างการพักผ่อน และช่วงจัดการความเครียดใน ตลอดระยะเวลาการเข้าร่วมไม่รับสมาชิกใหม่ระหว่างทำการศึกษา Antoni et al., (1991) ประกอบด้วยทักษะการจัดการความเครียดและการพักผ่อน (การคลายเครียด) เทคนิคการดำเนินกิจกรรมเพื่อส่งเสริมความต้องการส่วนบุคคล (Antoni et al., 1991) อีกทั้งมีการประเมินความต้องการของสมาชิกแต่ละคน จึงมีตามการวิธีใช้การพักผ่อนและการคลายเครียดที่เหมาะสมของแต่ละบุคคลเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด เช่นการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ โดยใช้ในช่วงที่ 2 ของ กิจกรรม มีการเพิ่มจำนวนของกิจกรรมเพิ่มมากขึ้น มีการแนะนำ ร่วมกับกิจกรรมสุดท้ายมีทักษะจินตภาพ ศูนย์ภาพแห่งบุคลิกภาพ ทักษะการหายใจ (Diaphragmatic) การทำสมาธิ และมีการจัดกิจกรรม พบปะ ประเมินกิจกรรม ทักษะการเผชิญปัญหาที่มีอยู่ และการตอบสนองต่อปัญหา (Antoni et al.,1991) โดยใช้เทคนิค CBSM การจัดการความเครียด และที่ความสัมพันธ์กัน เพื่อไปจัดการกระทำต่อภาวะซึมเศร้า ทักษะทางสังคม การปรับตัว การผ่อนคลาย การคลายเครียด

การจัดการความเครียด พฤติกรรม และ ความคิด ซึ่งพัฒนา Antoni et al.(1991)ขึ้นในการศึกษาครั้งนี้ประกอบด้วยการบำบัดแบบกลุ่มที่ครอบคลุมแนวคิดในการบำบัด 2 ประการข้างต้น กลุ่มละ 6-8 คน จำนวน 6 ครั้งๆ ละ 90 นาที สัปดาห์ละ 1 ครั้งติดต่อกัน เป็นเวลา 6 สัปดาห์ แต่ละครั้งประกอบด้วยการดำเนินการหลักๆ 2 ส่วน คือ 1) การผ่อนคลายด้วยเทคนิคต่างๆ (45 นาที) และ 2) การจัดการกับความเครียด พฤติกรรม ความคิด (90 นาที) โดยเทคนิคที่ใช้ในการดำเนินกลุ่มประกอบด้วย การอธิบาย การอภิปราย และการแสดงบทบาทสมมุติ และ อื่นๆ รวมทั้งการมอบหมาย การบ้านเพื่อให้ผู้ป่วยนำความรู้และทักษะที่ได้รับการพัฒนาไปฝึกต่อเองในสถานการณ์จริงที่บ้านและนำผลการฝึกมาอภิปรายก่อนเริ่มการดำเนินกลุ่มในแต่ละครั้ง โดยมีรายละเอียดของการดำเนินการในแต่ละครั้ง ดังนี้

1. การสร้างสัมพันธภาพและความตระหนักในการจัดการความเครียด
2. ฝึกทักษะการผ่อนคลายความเครียดด้วยการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ และเข้าใจความคิดที่ส่งผลต่อความเครียด
3. การฝึกทักษะการผ่อนคลายความเครียดโดยใช้จินตนาการ และฝึกทักษะปรับเปลี่ยนความคิด
4. การฝึกทักษะการผ่อนคลายความเครียดโดยการหายใจและฝึกทักษะการจัดการกับความเครียด
5. การฝึกทักษะการผ่อนคลายความเครียดจากใจสู่กายและการพัฒนาพฤติกรรมแสดงออกทางอารมณ์อย่างเหมาะสม
6. การฝึกสมาธิ ส่งเสริมการรับรู้ การสนับสนุนทางสังคม และทบทวนการดำเนินกิจกรรมที่ผ่านมา

กระบวนการบำบัดข้างต้น ครอบคลุมแนวคิดหลักในการบำบัดทั้ง 4 ประการ คือ 1) **การส่งเสริมทักษะการผ่อนคลาย** ซึ่งมีการดำเนินการโดยการฝึกทักษะคลายเครียดวิธีต่างๆ ในช่วงต้นของทุกครั้งที่เริ่มกระบวนการกลุ่มบำบัด(ครั้งที่ 1 – 6) เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกละคลายทั้งทางด้านร่างกาย ด้านอารมณ์ และด้านจิตใจ (คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2541) และส่งผลให้ความเครียดที่มีอยู่บรรเทาลงได้ (จันทิมา องค์ไวยมิต, 2545) 2) **เทคนิคการปรับเปลี่ยนความคิดทางปัญญา** ดังการบำบัดในครั้งที่ 1, 2 และ 3 ซึ่งเป็นการประยุกต์รูปแบบการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavior Therapy: CBT) ตามแนวคิดของ Beck (1979) มาใช้เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดทักษะในการจำแนกและประเมินสาระสำคัญของความคิดที่เป็นจุดอ่อนของตน ซึ่งมักเป็นความคิดด้านลบ หรือ ความคิดบิดเบือน ซึ่งเกิดขึ้นโดยอัตโนมัติ อย่างไม่สมเหตุผล และเกิดทักษะในการปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติในทางลบดังกล่าวให้เป็นความคิดที่ถูกต้องเหมาะสม และสมเหตุผลสมผลมากขึ้น นำไปสู่การลดภาวะซึมเศร้าตามมา (อรพรรณ ลีอนุชวิชัย และ พิ

รพนธ์ ลือบุญราชชัย, 2548) 3) **การส่งเสริมทักษะในการประเมินและการจัดการกับความเครียดที่มีประสิทธิภาพ** ดังการบำบัดในครั้งที่ 1 และ 4 ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วย สามารถประเมินว่าตนมีการรับรู้ต่อเหตุการณ์ที่เผชิญอยู่อย่างไร มีการวางแผนในการดำเนินชีวิตอย่างมีเหมาะสมบนพื้นฐานของความเป็นจริง รวมทั้งสามารถปรับตัวและจัดการกับความเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพ ส่งผลให้ภาวะซึมเศร้าของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยโรคเอดส์ลดลงได้ (Antoni et al., 1991, 2000; Lutgendorf et al., 1997) และ 4) **การฝึกทักษะทางสังคม** ดังการบำบัดในครั้งที่ 6 ที่ช่วยพัฒนาให้ผู้ป่วยเกิดทักษะในการแสดงออกที่เหมาะสม และ ทักษะในการแสวงหาการสนับสนุนทางสังคมจากกลุ่มเพื่อน และช่วยให้ผู้ป่วยรับรู้และมีทักษะในการใช้แหล่งสนับสนุนทางสังคมในการเผชิญกับความเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพ ส่งผลให้ภาวะซึมเศร้าของผู้ติดเชื้อ เอชไอวี/ผู้ป่วยโรคเอดส์ลดลงจากแนวคิดและเหตุผลดังข้างต้น ผู้วิจัยจึงตั้งสมมุติฐานการวิจัย ดังนี้

สมมุติฐานการวิจัย

- 1.ภาวะซึมเศร้าของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์และซึมเศร้าหลังได้รับการจัดการความเครียด พฤติกรรม และ ความคิด ต่ำกว่าก่อนได้รับการจัดการความเครียด พฤติกรรม และ ความคิด
- 2.ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคร่วมเอชไอวี/เอดส์และซึมเศร้ากลุ่มที่ได้รับการบำบัดตามการจัดการความเครียด พฤติกรรม และ ความคิด จะต่ำกว่ากลุ่มซึ่งได้รับการดูแลตามปกติ

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi – Experiment Research) ใช้รูปแบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (The Pretest-Posttest Design)

ประชากรที่ใช้ในการวิจัย คือ ผู้ป่วยโรคร่วมเอชไอวี/เอดส์และซึมเศร้าเพศหญิงหรือเพศชาย อายุ 20-59 ปีที่ได้รับการตรวจเลือดผลการตรวจเลือดระดับ CD4 มากกว่า 200 และมีอาการเข้าข่าย DSM-IV ตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคซึมเศร้าได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นผู้ป่วยโรคร่วมเอชไอวี/เอดส์และซึมเศร้า ที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลในจังหวัดภาคกลาง

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคร่วมเอชไอวี/เอดส์และซึมเศร้า ที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลราชบุรี โรงพยาบาลบางระจัน โรงพยาบาลชะอำ โรงพยาบาลโพธาราม โรงพยาบาลมะการักษ์ ที่แสดงความประสงค์เข้าร่วมในโครงการการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ ผู้ป่วยเอดส์ จำนวน 32 คน แบ่งเป็น 2 กลุ่ม โดยการจับคู่คัดเลือก แบ่งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 16 คน มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ คือ 1) เป็นผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าตั้งแต่ 19 คะแนนขึ้นไป ประเมินโดยแบบวัดภาวะซึมเศร้าด้วยตนเองของ Beck Depression ฉบับปรับปรุงเป็นภาษาไทย 2) เพศหญิงหรือเพศชาย อายุ 20-59 ปี ยินดีให้ความร่วมมือ สมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัย สถานะภาพสมรส 3) มีสภาพ

ร่างกายที่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ สภาพร่างกายแข็งแรงมีและ/หรือไม่มีโรคแทรกซ้อนทางกาย และมีผลการตรวจเลือดระดับ CD4 มากกว่า 200 4) สามารถพูดและฟังภาษาไทยได้เข้าใจ และพูดคุยโต้ตอบได้รู้เรื่อง 5) มีสติสัมปชัญญะครบถ้วน สามารถรับรู้เวลา สถานที่ บุคคล ได้ถูกต้อง

ตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย

ตัวแปรต้น คือ การจัดการความเครียด พฤติกรรมและความคิด

ตัวแปรตาม คือ ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคร่วมที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์และซึมเศร้า

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

ภาวะซึมเศร้า หมายถึง ภาวะที่ผู้ป่วยโรคร่วมในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์และซึมเศร้ามีอาการซึมเศร้าเบื้องต้น หดหู่ ห่อเหี่ยวใจและหมดอารมณ์สนุกเพลิดเพลิน หมดอคล้ายตายอยาก โดยมีระดับความรุนแรงและระยะเวลาต่อเนื่องยาวนานจนเกิดผลกระทบทางคำพูด ความคิด พฤติกรรมและร่างกายโดยจะมีอารมณ์เศร้ามากผิดปกติ อ่อนเพลีย รู้สึกไร้พลังอำนาจ มีความคิดว่าตนเองไม่มีคุณค่า มองอนาคตว่าไม่มีความหวัง มองโลกในแง่ร้าย เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ แยกตัวจากสังคม และอาจเกิดความคิดและพฤติกรรมทำร้ายตนเองได้ ตลอดจนเกิดผลกระทบต่อชีวิตประจำวันรวมทั้งหน้าที่การงานและสังคม ประเมินได้จากแบบประเมินภาวะซึมเศร้าของเบค (BDI) ฉบับภาษาไทยแปลโดยโสธรณี โหราสุทธิและคณะ(2540)

ผู้ป่วยโรคร่วมติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์และซึมเศร้า (Asymptomatic/Symptomatic AIDS patients with Major Depressive Disorders) หมายถึง ผู้ที่ได้รับการตรวจเลือดเพื่อค้นหาเชื้อเอชไอวี (Human Immunodeficiency Virus) จากการตรวจทางห้องปฏิบัติการ และได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ได้รับการวินิจฉัยของ DSM -IV ว่าเป็นผู้ป่วย Major Depressive Disorder

การจัดการความเครียด พฤติกรรมและความคิด ในผู้ป่วยโรคร่วมในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ และซึมเศร้า หมายถึง กระบวนการในการบำบัดดูแลช่วยเหลือ ผู้ป่วยโรคร่วมในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ และซึมเศร้า ที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลราชบุรี โรงพยาบาลบางระจัน โรงพยาบาลชะอำ โรงพยาบาลโพธาราม โรงพยาบาลมะการักษ์ โดยใช้แนวคิดการจัดการความเครียด พฤติกรรมและความคิดของ Antoni (1996) ที่เน้นการช่วยให้ผู้รับบริการตระหนักรู้ว่า การปรับความคิด เกิดจากความคิดที่ไร้เหตุผล นำไปสู่พฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม มีทักษะการผ่อนคลาย ทักษะการคลายเครียดที่เหมาะสม โดยพยาบาล 1 คน ให้การบำบัด กับผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าในโรคร่วมติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์และซึมเศร้า ที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลโดยให้การบำบัดทั้งที่โรงพยาบาลและที่บ้านผู้ป่วยครั้งละ 60-90 นาที จำนวน 6 ครั้ง เพื่อปรับเปลี่ยนความคิดที่เป็นทางลบอัตโนมัติมาเป็นความคิดทางบวกอัตโนมัติและมีการจัดการกับความเครียดได้

เหมาะสมและการฝึกทักษะวิธีการจัดการกับความเครียด หมายถึง วิธีการที่ใช้ลดความเครียดที่พัฒนาขึ้น ส่งผลให้ภาวะซึมเศร้าลดลง โดยครั้งที่ 1-4 ดำเนินกิจกรรมก่อนที่ผู้ป่วยจะกลับบ้าน แต่ละครั้งห่างกัน 2 วัน และครั้งที่ 4 ดำเนินกิจกรรมหลังจากผู้ป่วยกลับบ้าน โดยผู้วิจัยติดตามผลผู้ป่วยภายใน 2 สัปดาห์ รวมระยะเวลาทั้งหมดของโปรแกรม ประมาณ 6 สัปดาห์ ประกอบด้วยขั้นตอนการดำเนินกิจกรรมดังต่อไปนี้การฝึกวิธีการจัดการกับความเครียด หมายถึงวิธีการที่ใช้ลดความเครียด ที่พัฒนาขึ้นโดยผู้วิจัย โดยอยู่บนพื้นฐานแนวคิดของ พฤติกรรมเผชิญความเครียด 2 ประเภท คือ มุ่งแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น และแบบมุ่งแก้ไขที่อารมณ์โกรธ ซึ่งเป็นการจัดการกับความเครียดทางด้านอารมณ์ความรู้สึก และสรีระ ซึ่งประกอบ ด้วยการฝึกทักษะการผ่อนคลาย การฝึกจินตภาพ การทำสมาธิ, การปรับเปลี่ยนความคิด และการฝึกเกร็งและคลายกล้ามเนื้อ สำหรับระยะเวลาในการฝึกทักษะ 6 ครั้งรวมถึงการฝึกทักษะที่บ้าน โดยใช้เวลารั้งละ 60 นาที

การจัดการความเครียด พฤติกรรม และ ความคิด ซึ่งพัฒนา Antoni et al.(1991)ขึ้นในการศึกษาครั้งนี้ประกอบด้วยการบำบัดแบบกลุ่มที่ครอบคลุมแนวคิดในการบำบัด 2 ประการข้างต้น กลุ่มละ 6-8 คน จำนวน 6 ครั้งๆ ละ 90 นาที สัปดาห์ละ 1 ครั้งติดต่อกัน เป็นเวลา 6 สัปดาห์ แต่ละครั้งประกอบด้วยการดำเนินการหลักๆ 2 ส่วน คือ 1) การผ่อนคลายด้วยเทคนิคต่างๆ (45 นาที) และ 2) การจัดการกับความเครียด พฤติกรรม ความคิด (90 นาที) โดยเทคนิคที่ใช้ในการดำเนินกลุ่มประกอบด้วย การอธิบาย การอภิปราย และการแสดงบทบาทสมมุติ และ อื่นๆ รวมทั้งการมอบหมาย การบ้านเพื่อให้ผู้ป่วยนำความรู้และทักษะที่ได้รับการพัฒนาไปฝึกต่อเองในสถานการณ์จริงที่บ้านและนำผลการฝึกมาอภิปรายก่อนเริ่มการดำเนินกลุ่มในแต่ละครั้ง โดยมีรายละเอียดของการดำเนินการในแต่ละครั้ง ดังนี้ โดยใช้แนวคิดการบำบัด 2 ประการ

1. การสร้างสัมพันธภาพและความตระหนักในการจัดการความเครียด เนื่องจากผลกระทบจากการเจ็บป่วยทำให้ผู้ป่วยโรคร่วมเอชไอวี/เอดส์และซึมเศร้า สามารถเกิดความตึงเครียดได้ตลอดเวลา ผู้ป่วยจึงจำเป็นต้องเรียนรู้วิธีการสร้างสัมพันธภาพ ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับตัวตน บุคลิกประจำตัว ข้อดีข้อเสียของตนเอง ประเมินตนเองโดยสมาชิกทำความเข้าใจและจำบุคลิกสมาชิกด้วยกัน ซึ่งการสร้างสัมพันธภาพทำให้เกิดความไว้วางใจระหว่างกัน ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกมั่นใจ ไม่รู้สึกโดดเดี่ยว ส่งผลให้เกิดความร่วมมือระหว่างการเข้าร่วมกิจกรรม แลกเปลี่ยนเรียนรู้ เกิดมิตรภาพ มีความสุข และร่วมกันประเมินความเครียดและผลการทบทวนความเครียด โดย ให้ความรู้และทบทวนผลของความเครียดต่อร่างกายและความสัมพันธ์ของความเครียดกับสุขภาพร่างกายและจิตใจ ว่าความเครียดส่งผลให้ร่างกายหลังฮอร์โมน ซึ่งจะส่งผลต่อระบบภูมิคุ้มกันในร่างกายหากได้ฝึกการผ่อนคลายความเครียดอย่างเหมาะสมจะส่งผลให้การหลังฮอร์โมนลดลงพร้อมทั้งชี้แจงจุดประสงค์ของกิจกรรม ประโยชน์ที่ผู้ป่วยได้รับ เวลาในการพบกัน การบ้านที่มอบหมาย และการฝึกปฏิบัติ ฝึกการสังเกตความ ตึงเครียดด้านร่างกายจิตใจการจัดการความเครียดของตนเอง และฝึกทักษะการคลายเครียดต่างๆในกิจกรรม การสร้างสัมพันธภาพ

โดยคือการที่ผู้วิจัยพยายามสร้าง สัมพันธภาพที่ดีให้เกิดแก่ ผู้ป่วย เอาใจใส่อย่างสม่ำเสมอ จะช่วยให้มีความไว้วางใจซึ่งกันและกันของสมาชิก และ เกิดความไว้วางใจในตัวผู้วิจัย

2. ฝึกทักษะการผ่อนคลายความเครียดด้วยการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ เป็นการผ่อนคลาย ทั้งร่างกายและจิตใจ ลดอาการปวดเมื่อย ตึงเครียดของกล้ามเนื้อ จิตใจสงบ แจ่มใส ระบบประสาทอัตโนมัติทำงานกลับเป็นปกติ เป็นการพักผ่อนได้ดี และเข้าใจความคิดที่ส่งผลต่อความเครียดความเครียด เนื่องจากความเครียดทำให้ร่างกายมีการหลั่งฮอร์โมนคอร์ติโคสเตียรอยด์ มีผลทำให้กล้ามเนื้อหดตัว ตึงเกร็งได้จากอาการหน้าอกร้าว ขมวด กำหมัด กัดฟัน ฯลฯ การเกร็งตัวของกล้ามเนื้อทำให้เกิดอาการเจ็บปวด เช่น ปวดต้นคอ ปวดหลัง ปวดไหล่ เป็นต้น การฝึกการคลายกล้ามเนื้อจะช่วยให้อาการหดเกร็งของกล้ามเนื้อลดลง ในขณะที่ฝึก จิตใจจะจดจ่ออยู่กับการคลายกล้ามเนื้อส่วนต่าง ๆ จะส่งผลให้ลดการคิดฟุ้งซ่าน และวิตกกังวล จิตใจจะมีสมาธิมากขึ้นกว่าเดิมด้วย แล้วผู้วิจัยให้สมาชิกร่วมกันวิเคราะห์ความคิดอัตโนมัติด้านลบ การดักจับความคิด และความรู้สึกตามสถานการณ์จำลองอารมณ์และความคิดเป็นสิ่งที่เชื่อมต่อกันแลกเปลี่ยนผลการวิเคราะห์ความคิด และความรู้สึก ในสถานการณ์จำลอง โดยพบว่า เมื่อเราเจอปัญหาเราตีความหมายหรือมีความคิดอัตโนมัติต่อสถานการณ์นั้น ทำให้อารมณ์มีความแตกต่างกัน ตามความคิดที่ต่างกันผู้วิจัยให้ความรู้เรื่องให้สมาชิกฝึกวิเคราะห์ความเชื่อมโยงของความคิดและความรู้สึกในสถานการณ์ที่ประสบจริง และสรุปมอบหมายให้สมาชิกทำการบ้าน โยงให้สมาชิกประเมินความเครียดและการจัดการกับความเครียดพร้อมบันทึกและมอบหมายให้ฝึกทักษะคลายกล้ามเนื้อที่บ้าน

3. การฝึกทักษะการผ่อนคลายความเครียดโดยใช้จินตนาการ และฝึกทักษะปรับเปลี่ยนความคิดการใช้จินตนาการ เป็นกลวิธีอย่างหนึ่งที่จะเบี่ยงเบนความสนใจจากสถานการณ์อันเคร่งเครียดในปัจจุบัน ไปสู่ประสบการณ์เดิมในอดีตที่เคยทำให้จิตใจสงบและเป็นสุขมาก่อน การย้อนระลึกถึงประสบการณ์ที่สงบสุขในอดีต จะช่วยให้จิตใจผ่อนคลายละวางจากความเครียดได้ระยะหนึ่ง ในขณะที่จินตนาการ ต้องพยายามให้เหมือนจริงที่สุดคล้ายจะสัมผัสได้ครบทั้งภาพรส กลิ่น เสียง และสัมผัส เพื่อจะได้เกิดอารมณ์คล้อยตามจนรู้สึกสุขสงบ ได้เหมือนอยู่ในสถานการณ์นั้นจริง **ทำให้จิตใจรู้สึกสงบ มีความสุขสดชื่น** ผู้วิจัยพบทวนกิจกรรมที่ 2 เรื่อง การการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ และทำความเข้าใจความคิดที่ส่งผลต่อความเครียดโดยสรุปสั้นๆ ตามกิจกรรมที่มอบหมายในสมุดการบ้าน และให้ความรู้เรื่องถึงการปรับเปลี่ยนความคิด ต้องพยายามแยกแยะความคิดด้านลบ และปรับเปลี่ยนความคิดเหล่านี้ให้ใกล้ความเป็นจริง เพื่อการรับรู้ข้อมูลตามความเป็นจริงอย่างตรงไปตรงมา หากคนเรามีการรับรู้เรื่องราวต่างๆภายนอกถูกต้องและเที่ยงตรงแล้ว อารมณ์และความรู้สึกของเรา ก็จะเกิดอย่างพอเหมาะพอดีกับสถานการณ์ เพราะหากความคิดหรือการรับรู้ของเราไม่เที่ยงตรงตามความเป็นจริง ความรู้สึกของเรา ก็จะบิดเบือนไป คิดแบบไม่มีเหตุผล หรือ คิดในด้านลบ ความคิดที่บิดเบือนไป หรือความคิดด้านลบที่เกิดขึ้น จะส่งผลให้เรามีอารมณ์ โสกเศร้า รู้สึกเจ็บปวดใจ เกริ่นนำไปถึงรูปแบบการผ่อนคลายความเครียดที่มีประสิทธิภาพจากนั้นผู้วิจัยให้สมาชิกฝึกปรับสัมผัสจากจินตนาการในลักษณะต่างๆเปรียบเทียบความรู้สึกที่เกิดจากการจินตนาการ

ภาพที่พึงพอใจและไม่พึงพอใจ ตามใบงาน ผู้วิจัยสาธิตการผ่อนคลายความเครียดโดยใช้จินตนาการตามใบความรู้ สอบถามความรู้สึกของสมาชิกภายหลังการผ่อนคลายความเครียด โดยใช้จินตนาการและมอบหมายการบ้าน

4. การฝึกทักษะการผ่อนคลายความเครียดโดยการหายใจและฝึกทักษะการจัดการกับความเครียดตามปกติคนทั่วไปจะหายใจสั้น ๆ โดยใช้กล้ามเนื้อหน้าอกเป็นหลัก ทำให้ได้ออกซิเจนไปเลี้ยงร่างกายน้อยกว่าที่ควร โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเวลาเครียด คนเราจะยิ่งหายใจถี่และตื้นมากกว่าเดิม ทำให้เกิดอาการถอนหายใจเป็นระยะ ๆ เพื่อให้ได้ออกซิเจนมากขึ้น การฝึกหายใจช้า ๆ ลึก ๆ โดยใช้กล้ามเนื้อกระบังลมบริเวณท้องจะช่วยให้ร่างกายได้อากาศเข้าสู่ปอดมากขึ้น เพิ่มปริมาณออกซิเจนในเลือด และยังช่วยเพิ่มความแข็งแรงแก่กล้ามเนื้อหน้าท้องและลำไส้ด้วย การฝึกหายใจอย่างถูกวิธี จะทำให้หัวใจเต้นช้าลง สมองแจ่มใส เพราะได้ออกซิเจนมากขึ้น และการหายใจออกอย่างช้า ๆ จะทำให้รู้สึกว่าได้ปลดปล่อยความเครียดออกไปจากตัวจนหมดสิ้น ในการจัดการกับความเครียดสามารถเลือกใช้วิธีการจัดการได้ 2 ลักษณะ คือการจัดการที่ปัญหาซึ่งเหมาะสำหรับกรณีที่สามารถควบคุมตัวกระตุ้นความเครียดได้ และการจัดการที่อารมณ์ซึ่งเหมาะสำหรับกรณีที่ไม่สามารถควบคุมตัวกระตุ้นความเครียดได้ ผู้วิจัยทบทวนกิจกรรมที่ 3 เรื่อง การคลายเครียดโดยใช้จินตนาการ และ แลกเปลี่ยนประสบการณ์การปรับเปลี่ยนความคิด ตามกิจกรรมที่มอบหมายในสมุดการบ้านผู้วิจัยกรีนนำถึงรูปแบบการผ่อนคลายความเครียดที่มีประสิทธิภาพให้สมาชิกสังเกตลักษณะการเคลื่อนไหวของหน้าท้องขณะหายใจ เข้าออก ในสภาวะปกติและเมื่อต้องเผชิญกับความเครียด ตามใบงานรวมทั้งสาธิตการผ่อนคลายความเครียดโดยฝึกการหายใจตามใบความรู้และสอบถามความรู้สึกของสมาชิกภายหลังการผ่อนคลายความเครียด โดยการฝึกการหายใจในการจัดการกับความเครียดให้สมาชิกสามารถเลือกใช้วิธีการจัดการได้ 2 ลักษณะ ดังกล่าวซักถามเพิ่มเติม สรุปความสำคัญของการเข้าร่วมกิจกรรม และให้สมุดการบ้าน และให้สมาชิกกลับไปทำการบ้านกิจกรรมที่ 4 โดยประเมินความเครียดและจัดการกับความเครียดด้วยการผ่อนคลายด้วยทักษะการหายใจ

5. การฝึกทักษะการผ่อนคลายความเครียดจากใจสู่กายและการพัฒนาพฤติกรรมแสดงออกทางอารมณ์อย่างเหมาะสม การคลายเครียดจากใจสู่กาย เป็นเทคนิคที่ผู้ฝึกสามารถผ่อนคลายได้ โดยการใช้ใจสั่งหรือบอกกับตัวเองด้วยคำพูดง่าย ๆ แต่จะได้ผลถึงการผ่อนคลายในระดับจิตได้สำนึก คำสั่งที่ใช้ จะเน้นให้อวัยวะต่าง ๆ รู้สึกหนักและอบอุ่น เนื่องจากในภาวะเครียด กล้ามเนื้อจะเกร็งตัว และอุณหภูมิจะลดต่ำลง การบอกกับตัวเองให้กล้ามเนื้อคลายตัวจนรู้สึกหนัก และทำให้ร่างกายรู้สึกอุ่นขึ้น จึงเป็นการช่วยคลายเครียดได้เป็นอย่างดี นอกจากนี้ยังช่วยลดอาการวิตกกังวล หงุดหงิดเหนียวลิ้น ฯลฯ ที่เกิดจากความเครียดได้ด้วย การประเมิน โดยการสังเกตระดับความเครียด ทบทวนความคิด ความรู้สึก การสังเกต ก่อนที่จะแสดงออกทางอารมณ์และพฤติกรรม เรื่อง สถานการณ์ความเครียดแบบต่างๆ สิ่งที่ได้เผชิญ การเน้นไปที่แนวความคิดเชิงลบที่ถูกบิดเบือนซึ่ง

เกิดจากเหตุการณ์หรือสถานการณ์นั้นๆ และการแสดงออกทางอารมณ์และร่างกายที่ตอบสนอง มีการทดสอบเรื่องความคิด อารมณ์และการแสดงออกทางร่างกายว่าทั้งหมดนี้มีความเกี่ยวข้องกัน ความคิดเชิงลบที่ถูกบิดเบือนเกิดขึ้นได้จากการประเมินที่ไม่เที่ยงตรงของสถานการณ์ที่ตั้งเครียดซึ่งมักเกิดจากสภาวะอารมณ์ที่ไม่ดี (เช่น อารมณ์ซึมเศร้า หรือกระวนกระวาย) อารมณ์ไม่พึงพอใจ (เช่น เศร้า หรือรู้สึกผิด) และสภาวะทางกายที่อึดอัดไม่สบายตัว (เช่น กล้ามเนื้อเกร็งหรือปวดศีรษะ) สถานการณ์หนึ่งๆ ความคิดเชิงลบและแนวคิดบิดเบือนนั้นไม่เพียงเป็นส่วนของอารมณ์ที่ไม่พึงพอใจและสภาวะทางร่างกาย แต่ยังมีผลเชิงลบในด้านพฤติกรรมของแต่ละคนในหลายๆ ทางด้วย การรู้จักแยกแยะรูปแบบของแนวคิดด้านลบจะเป็นขั้นตอนแรกของการปรับความเครียด พฤติกรรม และความคิด การรับมือเกี่ยวข้องกับการเผชิญหน้ากับสถานการณ์ความตึงเครียด “การรับมือ” ในแง่ของประสบการณ์เชิงลบ เช่น เพิ่งรับมือกับมันมา จะทำอะไรกับสถานการณ์นั้น ไม่ได้เลยแค่เพียงทน หรือ อยู่กับสถานการณ์นั้น จะเน้นไปที่การรับมือที่หมายถึงความพยายามในการจัดการความต้องการที่ประเมินนอกเหนือไปจากสิ่งที่มีอยู่ ทบทวนกิจกรรมที่ 4 เรื่อง การคลายเครียดโดยใช้ฝึกการหายใจ และ แลกเปลี่ยนประสบการณ์การปรับเปลี่ยนในการจัดการกับความเครียด ผู้วิจัยก็นำถึงรูปแบบการผ่อนคลายความเครียดที่มีประสิทธิภาพ ผู้วิจัยให้สมาชิกทบทวนประสบการณ์ในการดำเนินชีวิตประจำวัน ที่พิสูจน์ได้ว่าจิตเป็นนาย กายเป็นบ่าว และ แลกเปลี่ยนกับสมาชิกกลุ่ม ตามใบงาน ผู้วิจัยสาธิตการผ่อนคลายความเครียดจากใจสู่กาย สอบถามความรู้สึกรู้สึกของสมาชิกภายหลังการผ่อนคลายความเครียดจากใจสู่กาย ผู้วิจัยกระตุ้นให้สมาชิกแลกเปลี่ยนประสบการณ์การควบคุมอารมณ์ และผู้วิจัยสรุปประเด็น ให้ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม และให้ความรู้เกี่ยวกับการควบคุมอารมณ์และการแสดงออกทางอารมณ์อย่างเหมาะสม ตามใบความรู้ ผู้วิจัยนำเสนอบทบาทสมมติ กรณี ผู้ป่วยโรคร่วมเอชไอวี/เอดส์ และซึมเศร้า มีอารมณ์อารมณ์โกรธและขี้ใจจ๋า เมื่อมีอารมณ์โกรธร่างกายจะเต็มไปด้วยความเครียด ความแค้น อึดแน่นในใจ โดยให้ผู้ป่วยแสดงออกทางอารมณ์ที่เหมาะสมกับสถานการณ์ดังกล่าวตามใบงาน ผู้วิจัยให้สมาชิกแสดงความคิดเห็นต่อการแสดงออกทางอารมณ์ตามสถานการณ์ดังกล่าว และสรุปประเด็นพร้อมกับให้ ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม ผู้วิจัยเปิดได้เปิดโอกาสให้สมาชิกซักถามเพิ่มเติมเมื่อไม่มีผู้ซักถามเพิ่มเติมผู้วิจัยประเมินความคิดอัตโนมัติด้านลบและวัดระดับซึมเศร้า สรุปความสำคัญของการเข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรม และให้สมุดการบ้าน สมาชิกกลับไปทำการบ้านในกิจกรรมที่ 5

6. การฝึกสมาธิ ส่งเสริมการรับรู้ การสนับสนุนทางสังคม และทบทวนการดำเนินกิจกรรมที่ผ่านมา การทำสมาธิถือเป็นการผ่อนคลายความเครียดที่ลึกซึ้งที่สุด เพราะจิตใจจะสงบ และปลอดจากความคิดที่ซ้ำซาก ฟุ้งซ่าน วิตกกังวล เศร้า โกรธ ฯลฯ ทำให้จิตใจโปร่งใส สะอาด บริสุทธิ์ สงบ เยือกเย็น ปลอดโปร่ง สติปัญญาดีขึ้นส่งเสริมสมรรถภาพทางใจ คิดอะไรได้รวดเร็ว ถูกต้อง และเลือกคิดแต่สิ่งที่ดีเท่านั้น หลักของการทำสมาธิ คือการเอาใจไปจดจ่อกับสิ่งใดสิ่งหนึ่งเพียงอย่างเดียว ซึ่งในที่นี้จะใช้การนับลมหายใจเป็นหลัก และยุติการคิดเรื่องอื่น ๆ อย่างสิ้นเชิง หากฝึก

สมาธิเป็นประจำ จะทำให้จิตใจเบิกบาน อารมณ์เย็น สมองแจ่มใส หายเครียดจนตัวเองและคนใกล้ซึ้งรู้สึกถึงความเปลี่ยนแปลงในทางที่ดีนี้ได้ชัดเจน ผู้วิจัยทบทวนกิจกรรมที่ 5 เรื่อง การฝึกทักษะการผ่อนคลายความเครียดจากใจสู่กายและการพัฒนาพฤติกรรมแสดงออกทางอารมณ์อย่างเหมาะสม ผู้วิจัยก็นำถึงรูปแบบการผ่อนคลายความเครียดที่มีประสิทธิภาพ ให้สมาชิกทบทวนประสบการณ์ การฝึกการคลายเครียดโดยใช้สมาธิ สาธิตการผ่อนคลายความเครียดโดยใช้สมาธิและสอบถามความรู้สึกของสมาชิกภายหลังการผ่อนคลายความเครียดโดยใช้สมาธิ ผู้วิจัยกระตุ้นให้สมาชิกแลกเปลี่ยนประสบการณ์การเข้าถึงแหล่งสนับสนุนทางสังคมผู้วิจัยให้ข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับแหล่งสนับสนุนทางสังคมตามใบความรู้ กระตุ้นให้สมาชิกร่วมกันทบทวนเนื้อหาการดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมตั้งแต่กิจกรรมที่ 1 จนถึงกิจกรรมที่ 6 ให้ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม และสรุปกิจกรรมที่ผ่านมาและประโยชน์ที่จะได้รับจากการจัดการความเครียด พฤติกรรมและความคิดตามใบความรู้ ผู้วิจัยกล่าวขอบคุณสมาชิกทุกคนที่ให้ความร่วมมือในการดำเนินกิจกรรมเป็นอย่างดี

การดูแลตามปกติ หมายถึง กิจกรรมที่พยาบาลวิชาชีพประจำ แผนกผู้ป่วยนอกจัดให้มีขึ้นเพื่อให้บริการกับผู้ป่วยโรคร่วมในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ และซิมเสร์รา ได้แก่การให้คำแนะนำตามปัญหาของผู้ป่วย การแนะนำการปฏิบัติตัวขณะอยู่บ้าน รวมทั้งระบบการดูแลผู้ป่วยผู้ป่วยโรคร่วมในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ และซิมเสร์รา

การจัดการความเครียด พฤติกรรมและความคิด ในผู้ป่วยโรคร่วมในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ และซิมเสร์รา หมายถึง กระบวนการในการบำบัดดูแลช่วยเหลือ ผู้ป่วยโรคร่วมเอชไอวี/เอดส์ และซิมเสร์รา ที่มารับบริการ ณ. โรงพยาบาลมะเร็งรักษ์ จังหวัดกาญจนบุรี โรงพยาบาลชะอำ จังหวัดเพชรบุรี โรงพยาบาลบางระจัน จังหวัดสิงห์บุรี โรงพยาบาลโพธารามจังหวัดราชบุรีและโรงพยาบาลราชบุรี จังหวัดราชบุรีโดยใช้แนวคิดการจัดการความเครียด พฤติกรรมและความคิดของ Antoni (1996) ที่เน้นการช่วยให้ผู้รับบริการตระหนักรู้ว่า การปรับความคิด เกิดจากความคิดที่ไร้เหตุผล นำไปสู่พฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม มีทักษะการผ่อนคลาย ทักษะการคลายเครียดที่เหมาะสม โดยพยาบาล 1 คน ให้การบำบัด กับผู้ป่วยที่มีภาวะซิมเสร์ราในโรคร่วมติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์และซิมเสร์รา ที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลโดยให้การบำบัดทั้งที่โรงพยาบาลและที่บ้าน ผู้ป่วยครั้งละ 60-90 นาที จำนวน 6 ครั้ง เพื่อปรับเปลี่ยนความคิดที่เป็นทางลบอัตโนมัติมาเป็นความคิดทางบวกอัตโนมัติและมีการจัดการกับความเครียดได้เหมาะสมและการฝึกทักษะวิธีการจัดการกับความเครียด หมายถึง วิธีการที่ใช้ลดความเครียดที่พัฒนาขึ้น ส่งผลให้ภาวะซิมเสร์ราลดลง โดยครั้งที่ ดำเนินกิจกรรมก่อนที่ผู้ป่วยจะกลับบ้าน แต่ครั้งห่างกัน 1 สัปดาห์ และครั้งที่ 6 ดำเนินกิจกรรมหลังจากผู้ป่วยกลับบ้าน โดยผู้ศึกษาติดตามผลผู้ป่วยภายใน 5 สัปดาห์ รวมระยะเวลาทั้งหมดของ โปรแกรม ประมาณ 6 สัปดาห์ ประกอบด้วยขั้นตอนการดำเนินกิจกรรมดังต่อไปนี้การฝึกวิธีการจัดการกับความเครียด หมายถึงวิธีการที่ใช้ลดความเครียด ที่พัฒนาขึ้นโดยผู้ วิจัย โดยอยู่บนพื้นฐานแนวคิดของ พฤติกรรมเผชิญความเครียด 2 ประเภท คือ มุ่งแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น และ

แบบการจัดการกับอารมณ์ซึ่งเป็นการจัดการกับความเครียดทางด้านอารมณ์ ความคิด และสรีระ ซึ่งประกอบด้วย การฝึกทักษะการผ่อนคลาย การฝึกจินตภาพ การทำสมาธิ ,การปรับเปลี่ยนความคิด และการฝึกเกร็งและผ่อนคลายกล้ามเนื้อ สำหรับระยะเวลาในการฝึกทักษะ 6 ครั้งรวมถึงมีการมอบหมายให้มีการฝึกทักษะที่บ้าน โดยใช้เวลารั้งละ 90 นาทีโดยมีขั้นตอนดังนี้

1. การสร้างสัมพันธภาพและความตระหนักในการจัดการความเครียด
2. ฝึกทักษะผ่อนคลายกล้ามเนื้อ และเข้าใจความคิดที่ส่งผลต่อความเครียด
3. การฝึกทักษะการผ่อนคลายความเครียดโดยใช้จินตนาการ และฝึกทักษะปรับเปลี่ยน

ความคิด

4. การฝึกทักษะการผ่อนคลายความเครียดโดยการหายใจและฝึกทักษะการจัดการกับ

ความเครียด

5. การฝึกทักษะการผ่อนคลายความเครียดจากใจสู่กายและการพัฒนาพฤติกรรมแสดงออกทางอารมณ์อย่างเหมาะสม

6. การฝึกสมาธิ ส่งเสริมการรับรู้ การสนับสนุนทางสังคม และทบทวนการดำเนินกิจกรรมที่ผ่านมา

การดูแลตามปกติ หมายถึง กิจกรรมที่พยาบาลวิชาชีพประจำ แผนกผู้ป่วยนอกจัดให้มีขึ้นเพื่อให้บริการกับผู้ป่วยโรคร่วมเอชไอวี/เอดส์ และซิมเซร่า ได้แก่การให้คำแนะนำตามปัญหาของผู้ป่วย การแนะนำการปฏิบัติตัวขณะอยู่บ้าน รวมทั้งระบบการดูแลผู้ป่วยผู้ป่วยโรคร่วมเอชไอวี/เอดส์ และซิมเซร่า

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยเอดส์ที่มีภาวะซิมเซร่า โดยใช้รูปแบบการบำบัดโดยรูปแบบการจัดการความเครียด พฤติกรรมและ ความคิด เพื่อให้ผู้ป่วยมีศักยภาพในการดำเนินชีวิตที่ปราศจากความคิดอัตโนมัติด้านลบต่อตนเองสามารถวิเคราะห์สถานการณ์ที่เป็นปัญหาและแก้ไขปัญหาได้ด้วยตนเอง.

2. ด้านปฏิบัติการพยาบาล พยาบาลสามารถนำเอารูปแบบการบำบัดรูปแบบการจัดการความเครียด พฤติกรรมและ ความคิด มาใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยเอดส์โรคร่วมเอชไอวี/เอดส์และซิมเซร่า มีการปรับเปลี่ยนทางความคิด พฤติกรรม และมีการจัดการกับความเครียด ไปในทางที่เหมาะสมนำไปสู่ผลสำเร็จของการบำบัดรักษา

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาผลของการใช้ทักษะการจัดการความเครียด พฤติกรรมและความคิด ของผู้ป่วยโรคร่วมติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์และซิมีเสร์รา ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าจากแหล่งความรู้ต่างๆทั้งตำรา เอกสาร วารสาร บทความ ข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเป็นประโยชน์ต่อการวิจัย โดยนำเสนอสาระสำคัญเป็นลำดับดังนี้

1. ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคเอชไอวี/เอดส์และผลกระทบที่เกิดจากโรคเอชไอวี/เอดส์
 - 1.1 คำจำกัดความ
 - 1.2 ผลกระทบด้านต่างๆ ที่เกิดกับผู้ป่วยเอชไอวี/เอดส์
 - 1.3 สาเหตุ และปัจจัยการเกิดภาวะซิมีเสร์ราในผู้ป่วยเอชไอวี/เอดส์และซิมีเสร์รา
2. แนวคิดเกี่ยวกับภาวะซิมีเสร์ราในผู้ป่วยโรคร่วมเอชไอวี/เอดส์และซิมีเสร์รา
 - 2.1 ความหมายของภาวะซิมีเสร์รา และ โรคซิมีเสร์รา
 - 2.2 สาเหตุของภาวะซิมีเสร์รา
 - 2.3 ระดับความรุนแรงของภาวะซิมีเสร์รา
 - 2.4 การประเมินภาวะซิมีเสร์รา
 - 2.5 การรักษาผู้ป่วยโรคซิมีเสร์รา
 - 2.6 การพยาบาลผู้ที่มีภาวะซิมีเสร์รา
 - 2.7 สาเหตุการเกิดโรคซิมีเสร์ราในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์
3. การพยาบาลผู้ป่วยโรคร่วมเอชไอวี/เอดส์และซิมีเสร์รา
 - 3.1 การพยาบาลผู้ป่วยโรคร่วมเอชไอวี/เอดส์และซิมีเสร์รา
 - 3.2 บทบาทของพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชขั้นสูงในการดูแลผู้ป่วยโรคร่วมเอชไอวี/เอดส์และซิมีเสร์รา
 - 3.3 บทบาทของพยาบาลในการช่วยเหลือผู้ป่วยโรคร่วมเอชไอวี/เอดส์และซิมีเสร์รา
4. แนวคิดเกี่ยวกับการจัดการความเครียด พฤติกรรม และความคิด
 - 4.1 ความหมายการจัดการความเครียด พฤติกรรม และความคิด
 - 4.2 ทฤษฎีการจัดการความเครียด พฤติกรรม และความคิด
5. การจัดการความเครียด พฤติกรรมและความคิดในผู้ป่วยโรคร่วมเอชไอวี/เอดส์และซิมีเสร์รา
6. เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
7. กรอบแนวคิดในการวิจัย

1. ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์

เอดส์ (AIDS) มาจากคำว่า Acquired Immune Deficiency Syndrome เป็นกลุ่มอาการของโรคที่เกิดจากภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่องอันเนื่องมาจากเชื้อไวรัส HIV (Human Immunodeficiency Virus) (วิจิตร ศรีสุพรรณ และคณะ, 2537) โรคเอดส์พบครั้งแรกเมื่อปีพ.ศ.2524 โดยก่อให้เกิดพยาธิสภาพต่อระบบภูมิคุ้มกันชนิด โดยเฉพาะ Helper T-lymphocytes เมื่อจำนวน CD4 และ T-lymphocytes ลดลง ผลจากการที่ภูมิคุ้มกันในร่างกายเสื่อมลงทำให้เกิดความอ่อนแอ เกิดการติดเชื้อฉวยโอกาส หรือเป็นโรคมะเร็งบางชนิดได้ง่าย (เกียรติ รักรุ่งธรรม, อ้างถึงใน ปริยศ กิตติธีระศักดิ์, 2547)

เชื้อเอชไอวีเป็นไวรัสใน family retroviridae และอยู่ใน Genus HIV มี 2 สายพันธุ์ที่ทำให้เกิดโรคในคน คือ HIV-1 และ HIV-2 เชื้อเอชไอวีมีรูปร่างทรงกลม มีขนาดเส้นผ่านศูนย์กลาง 100-200 นาโนเมตร แกนกลางเป็นรูปทรงกระบอก ประกอบด้วยโปรตีนที่สำคัญคือ p 24 ส่วนเปลือกด้านนอกมีไกลโคโปรตีนห่อหุ้มอยู่ประกอบด้วย gp 120 และไกลโคโปรตีนที่ฝังอยู่ในเปลือกนอกคือ gp 41 เชื่อกันว่ามีหน้าที่เกี่ยวกับการ fusion ระหว่างผิวเปลือกของไวรัสกับเซลล์คน มีสายพันธุกรรมสายเดี่ยวแต่มีจำนวนโครโมโซมจำนวน 2 ชุด (เกียรติ รักรุ่งธรรม, อ้างถึงใน สิริ เชี่ยวชาญวิทย์, 2540 อ้างถึงใน ปริยศ กิตติธีระศักดิ์, 2547)

1.1 โรคเอดส์ (AIDS) มาจากคำว่า Acquired Immune Deficiency Syndrome เป็นกลุ่มอาการของโรค ที่เกิดจากภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่อง เนื่องจากเชื้อไวรัสชนิดหนึ่งอยู่ในกลุ่ม Retrovirus ชื่อ Human Immunodeficiency Virus (HIV) (วิจิตร ศรีสุพรรณ และคณะ, 2537) สามารถติดต่อได้ทางเพศสัมพันธ์ การได้รับเลือดหรือผลิตภัณฑ์จากเลือดที่ติดเชื้อ เมื่อเชื้อเข้าสู่ร่างกายจะเกิดพยาธิสภาพต่อระบบภูมิคุ้มกันชนิดต่างๆ โดยเฉพาะ Helper T-lymphocytes เมื่อจำนวน CD4 และ T-lymphocytes ลดลงมีผลทำให้ภูมิคุ้มกันในร่างกายเสื่อมลง เกิดความอ่อนแอ เจ็บป่วยบ่อย เกิดการติดเชื้อฉวยโอกาสรักษาไม่หาย (กรองกาญจน์ สังกาศและคณะ, 2537) หรือเป็นมะเร็งบางชนิดได้ง่าย (เกียรติ รักรุ่งธรรม, 2540)

1.2 ผลกระทบด้านต่างๆ ที่เกิดกับผู้ป่วยเอชไอวี/เอดส์

1.2.1 ผลกระทบด้านร่างกายและจิตใจ โรคเอดส์ทำให้ชีวิตของผู้ป่วยเอดส์ต้องเปลี่ยนแปลงไปในทันทีทันใด ไม่สามารถจะกลับคืนได้ส่งผลให้อารมณ์และความหวังถูกคุกคาม เกิดความกลัว เกิดการเปลี่ยนแปลง ด้านอัตมโนทัศน์และภาพลักษณ์ ความภาคภูมิใจในตนเอง ลดลง และภาวะจิตใจของผู้ป่วยเอดส์นั้น ขึ้นอยู่กับระยะของโรค (จริยาวัตร คมพักษณ์ และคณะ, 2541) อีกทั้งส่งผลต่อการจัดการความเครียดที่ไม่มีประสิทธิภาพ

1.2.2 ผลกระทบด้านสังคม ในระยะแรกที่มีการแพร่ระบาดของโรคเอดส์ ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคเอดส์ไม่ชัดเจน ทำให้ประชาชนเกิดความตื่นตระหนก แสดงความรังเกียจต่อต้านถูกเหยียดหยามและประณามผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์อย่างเด่นชัด บางรายต้องถูก

ออกจากงาน ก่อให้เกิดปัญหาสังคมอื่นๆตามมา เช่นครอบครัวแตกแยก อาชญากรรม ปัญหาสุขภาพจิต

1.2.3 ผลกระทบด้านเศรษฐกิจ ผู้ป่วยเอดส์ส่วนใหญ่มีอาชีพรับจ้างเป็นผู้มีรายได้น้อย และอยู่ในวัยทำงาน (งานควบคุมโรคสาธารณสุข จังหวัดเพชรบุรี, 2551) ถึงจะมีโครงการหลักประกันสุขภาพเข้ามาช่วยเหลือเรื่องการรักษาด้วยยาต้านไวรัส แต่ผลกระทบเกิดจากการขาดรายได้และค่าใช้จ่ายที่ใช้ในการดูแลสุขภาพของผู้ป่วย

1.3 สาเหตุและปัจจัยการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคร่วมเอชไอวี/เอดส์และซึมเศร้า

จากการศึกษาสาเหตุของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคร่วมเอชไอวี/เอดส์และซึมเศร้านั้นพบว่า มีปัจจัยบางประการที่มีลักษณะคล้ายกับประชากรทั่วไปที่มีปัญหาภาวะซึมเศร้า แต่มีปัจจัยเฉพาะเจาะจงอื่น อันเกิดจากผลกระทบของโรคเอดส์ เนื่องจากความเจ็บป่วยด้วยโรคเอดส์ถือว่าเป็นภาวะวิกฤติของชีวิตทั้งทางด้านร่างกายและส่งผลต่อจิตใจ จากการทำไม่สามารถจัดการหรือทนอยู่กับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นได้ ผู้ป่วยอาจแสดงปฏิกิริยาออกมาด้วยการร้องไห้อย่างหนัก เอะอะโวยวาย หรือรู้สึกสับสน กลัวไปหมด จนทำอะไรไม่ได้ คิดอะไรไม่ออก (กนกรัตน์ สุขะตุงคะ, 2540) และการติดเชื้อเอชไอวีมักจะเกิดจากการประพฤติดีศีลธรรม ทำให้สังคมไม่ยอมรับผู้ป่วย (มานิต ศรีสุรภานนท์ และ จำลอง ดิษยวณิช, 2542) และผู้ป่วยต้องมีความคิดอยู่กับอดีตที่ทำให้ตนเองเกิดความทุกข์ ซึ่งผลกระทบจากการติดเชื้อเอชไอวีและการเจ็บป่วยด้วยโรคเอดส์ ที่มีต่อผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความคิดด้านลบตลอดเวลา อันเป็นปัจจัยเหตุของการเกิดโรคซึมเศร้าในผู้ป่วยเอดส์ดังนี้ (พชรชัย เรือนสิทธิ์, 2545; Komiti and others, 2001)

1.3.1 ผลกระทบทางด้านร่างกาย สามารถพบอาการต่างๆ เช่น ต่อมาน้ำเหลืองไหลทั่วร่างกาย ไม่สุขสบาย อ่อนเพลียหมดแรง น้ำหนักลด มีไข้บ่อยๆ มีการติดเชื้อแทรกซ้อนในระบบต่างๆ อูจจาระร่วงเรื้อรัง ไอเรื้อรัง หอบเหนื่อย รับประทานอาหารไม่ได้ มีผื่นหรือรอยโรคบนผิวหนัง บางรายมีอาการลุกลามของเชื้อเอชไอวีเข้าไปในระบบประสาททำให้เกิดอาการทางจิตและความจำเสื่อม อารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย ไม่มีสมาธิ ซึมเศร้า แขนขาชา ซักกระดูก และมีอาการทางสมองอื่นๆ (ปริญศ กิตติธีระศักดิ์, 2547) ทำให้ผู้ป่วยเกิดความคิดด้านลบต่อตนเอง อันเนื่องจากการสูญเสียภาพลักษณ์ในตนเอง ขาดความเชื่อมั่นในการดำเนินชีวิต ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าตามมา

1.3.2 ผลกระทบทางด้านจิตใจ ผู้ป่วยเอดส์มีความรู้สึกสูญเสียสิ่งต่างๆมากมาย สูญเสียทั้งอนาคตและสิ่งต่างๆ ที่สร้างมา สูญเสียสัมพันธภาพและอัตมโนทัศน์เชิงบวก ไม่ว่าจะการสูญเสียจะเป็นความจริงหรือในจินตนาการที่ผู้ป่วยเข้าใจไปเอง ก็ถือเป็นความคิดอัตโนมัติด้านลบต่อเหตุการณ์ที่กำลังเผชิญ และต่ออนาคต ซึ่งเป็นสาเหตุทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า นอกจากนี้การสูญเสียทำให้มีอาการโกรธและความไม่เป็นมิตรอยู่ภายในจิตใจ แต่ไม่กล้าแสดงออกเนื่องจากกลัวการถูกรังเกียจ หรือความรู้สึกที่ สองฝักสองฝ่ายในเวลาเดียวกันเกิดความลังเลสำนึกผิด ความรู้สึกที่

ไม่ดีผันเข้าหาตนเอง (introjection) ทำให้รู้สึกเศร้ามาก สูญเสียความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ รู้สึกตนเองไม่มีอำนาจเพียงพอในการควบคุม หรือแก้ไขสถานการณ์ที่เกิดขึ้นได้

1.3.3 ผลกระทบด้านสังคม ความสัมพันธ์ระหว่างสภาพจิตใจของผู้ป่วยเอดส์กับผลกระทบต่อชีวิตความเป็นอยู่ในสังคม มีผลกระทบที่สำคัญดังนี้ (พชรชัย เรือนสิทธิ์, 2545; Kvalsund and Spillman, 2003; Suicide and Special Patient population, 2003)

1) การขาดรายได้ สุขภาพที่ไม่ดีย่อมเป็นสาเหตุของการขาดงาน ผลที่ตามมาคือการขาดรายได้ไม่สามารถพึ่งพาตนเองได้อีกต่อไป นอกจากนี้ยังต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายเพื่อการรักษาสุขภาพเป็นจำนวนมากซึ่งสามารถทำให้เกิดภาวะเครียดทางจิตใจนำไปสู่การคิดว่าตนเองไร้ซึ่งคุณค่า ทำให้ผู้ป่วยเกิดความคิดด้านลบต่อตนเอง ส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้มากขึ้น

2) ข้อจำกัดทางสังคม ทำให้เกิดการแบ่งแยกระหว่างผู้ป่วยเอดส์ ครอบครัว และสังคม เกิดข้อจำกัดต่างๆ ในการดำเนินชีวิต ส่งผลให้เกิดปัญหาได้เพราะส่วนใหญ่ต้องการความช่วยเหลือจากสังคม แต่ก็เป็นการยากลำบากที่จะได้มา จึงมักพบว่าผู้ป่วยเอดส์บางรายจะเริ่มแยกตัว และเลิกสัมพันธ์การปรารถนาที่จะเข้ามารับความช่วยเหลือจากคนอื่นต้องอยู่ในสภาพจำยอมและยอมรับในสถานการณ์ที่เกิดขึ้นกับตนเองอยู่ในสภาพของภาวะไร้พลังอำนาจ ถือเป็นความคิดอัตโนมัติด้านลบต่อตนเอง และต่อเหตุการณ์ที่กำลังเผชิญ เป็นสาเหตุทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า

3) สัมพันธภาพทั่วไป ครอบครัว บุคคลที่เคยรักใคร่จะมีจะรู้สึกยุ่งยากลำบากใจที่จะต้องดูแลเอาใจใส่ที่จะต้องเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ และยังคงชักจูงไม่ให้ผู้อื่นคิดจะต้องแยกตัวออกไป สิ่งเหล่านี้ล้วนเป็นภาระโดยเฉพาะกับบุคคลในครอบครัวซึ่งรู้สึกว่าเป็นภาระที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ทำให้ผู้คิดเชื่อมีความหวาดระแวงไม่แน่ใจว่าสัมพันธภาพระหว่างตนกับบุคคลอื่นจะต้องสิ้นสุดลงหรือไม่ ถือเป็นความคิดอัตโนมัติด้านลบต่อเหตุการณ์ที่กำลังเผชิญ และต่ออนาคต

4) トラバปทางสังคม การคิดเชื่อเอชไอวีนั้นก่อให้เกิดตราบาปแก่ผู้ป่วยมาก เพราะเป็นพฤติกรรมที่สะท้อนความรู้สึกกลัวและการรังเกียจของบุคคลในสังคมทำลายคุณค่าและศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ของตนเองด้วย ทำให้ไม่อาจดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข ถือเป็นความคิดอัตโนมัติด้านลบต่อเหตุการณ์ที่กำลังเผชิญ เป็นสาเหตุทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า

1.3.4 ผลกระทบทางด้านจิตวิญญาณ การเป็นผู้ป่วยเอดส์ ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในการดำเนินชีวิต ต้องสูญเสียบทบาทหน้าที่ ทำให้ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง และการที่ต้องมีการดูแลอย่างต่อเนื่อง ทำให้ผู้คิดเชื่อไม่สามารถทำนายหรือคาดการณ์ชีวิตในอนาคตของตนเองได้อย่างเต็มที่ ก่อให้เกิดความเครียดสูง หวาดกลัวต่อสิ่งที่จะเกิด กลัวตายและกลัวความสูญเสียความรักจากบุคคลใกล้ชิด หรือคนใกล้ชิดทำตัวห่างเหินทำให้รู้สึกสิ้นหวังและมีความซึมเศร้าอยู่บ่อยๆ ทำให้ผู้ป่วยเอดส์ ต้องปรับตัวให้เข้ากับการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย รวมถึงต้องเปลี่ยนแปลงเป้าหมายของชีวิตไปจากเดิม แต่เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงมักจะเป็นไปในลักษณะ

เสื่อมถอย จึงทำให้เกิดปัญหาสุขภาพจิตตามมาได้เช่นกัน (พชรชัย เรือนสิทธิ์, 2545) จัดเป็นความคิดอัตโนมัติด้านลบต่อเหตุการณ์ที่กำลังเผชิญ และต่ออนาคต

2. แนวคิดเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคร่วมเอชไอวี/เอดส์และซึมเศร้า

ภาวะซึมเศร้าเป็นภาวะที่พบได้ในบุคคลทั่วไปรวมทั้ง ผู้ป่วยด้วยโรคทางกายและผู้ป่วยจิตเวช ผลอันเนื่องมาจากการปรับตัวของผู้ป่วยโรคร่วมเอชไอวี/เอดส์และซึมเศร้าตั้งแต่การรับรู้เรื่องโรค การดำเนินชีวิต การรับประทุกันยา การปรับตัวในการรับรู้เรื่องโรค (Antoni, 2010) การสนับสนุนทางสังคม ภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นได้ตั้งแต่ระดับปกติ อาจมีอาการตั้งแต่เล็กน้อยๆ โดยเริ่มจากรู้สึกเศร้าเสียใจท้อแท้ แต่ยังสามารถมีชีวิตอยู่ได้ตามปกติ หากไม่ได้รับการช่วยเหลือแก้ไขจะมีภาวะรุนแรงขึ้นเรื่อยๆ โดยจะมีความรู้สึกหมดหวัง ไร้ค่า มีความคิดในด้านลบ มีพฤติกรรมถอยหนี มีความคิดพยายามฆ่าตัวตาย (ศิริรัตน์ วิจิตระกูลถาวร, 2546) มีการจัดการกับความเครียดที่ไม่มีประสิทธิภาพ (Antoni et al., 1991)

2.1 ความหมายของภาวะซึมเศร้า และโรคซึมเศร้า

จากการทบทวนวรรณกรรมมีผู้วิจัยภาวะซึมเศร้าและให้ความหมาย พอสรุปได้ดังนี้

Beck (1967) กล่าวถึงภาวะซึมเศร้าว่าเป็นปฏิกิริยาการตอบสนองของบุคคลด้านจิตใจต่อภาวะวิกฤติหรือสถานการณ์ที่มีความเครียด แสดงออกในรูปของความเบี่ยงเบนทางอารมณ์ ความเบี่ยงเบนทางด้านความคิดและการรับรู้ ความเบี่ยงเบนทางด้านร่างกายและพฤติกรรม ซึ่งในแต่ละด้านมีลักษณะสำคัญ ดังนี้ ความเบี่ยงเบนทางด้านอารมณ์ ได้แก่ ความโศกเศร้า หดหู่ และไม่มีอารมณ์สนใจในสิ่งต่างๆ ร้องไห้ ความเบี่ยงเบนทางด้านความคิดและการรับรู้ ได้แก่ มีความคิดอัตโนมัติด้านลบต่อตนเอง สิ่งแวดล้อมและอนาคต บิดเบือนภาพลักษณ์ของตนเอง จากความเป็นจริง ขาดแรงจูงใจ พฤติกรรมถอยหนี เพิ่มความคิดฟุ้งฟุ้งผู้อื่น ความคิดล่าช้า มีความฟุ้งพอใจที่ผิดปกติสูญเสียแรงขับทางเพศ และความเบี่ยงเบนด้านร่างกายและพฤติกรรมต่าง ๆ ได้แก่ พฤติกรรมการถอยหนี เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ การปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ เปลี่ยนไปจากเดิมในทางเชิงซ้าลง

Beck et al. (1979) กล่าวว่า ภาวะซึมเศร้าเกิดจากการคิดที่บิดเบือนไปในทางลบของบุคคลทั้งต่อตนเอง สิ่งแวดล้อมหรือโลก และอนาคตของเขา ความคิดที่บิดเบือนไปในทางลบเหล่านี้ จะมีลักษณะเนื้อหาของความคิดที่บิดเบือนไป คือ การด่วนลงความเห็นบนพื้นฐานข้อมูลที่ไม่เพียงพอ (arbitrary inference) การเลือกสนใจคิดเฉพาะด้านลบ (selective abstraction) การคิดและการแปลความเกินกว่าพื้นฐานความเป็นจริง (overgeneralization) การขยายต่อเติม หรือการตัดทอนเรื่องราว (magnification and minimization) การคิดเอนเอียงไปเกี่ยวข้องกับเหตุการณ์ที่ไม่เกี่ยวข้องกับตนเอง (personalization) และการคิดเพียงด้านใดด้านหนึ่ง มากกว่าที่จะคิดถึงข้อมูลที่สมบูรณ์ทั้งหมด (dichotomous thinking)

Beeber (1996) กล่าวว่า ภาวะซึมเศร้าเป็นภาวะที่บุคคลแสดงอารมณ์เศร้ามาก ผิดปกติ อ่อนเพลีย รู้สึกว่าตนเองสูญเสียพลังอำนาจ มีความคิดอัตโนมัติในด้านลบต่อตนเอง มองโลกในแง่ร้ายมองอนาคตว่าไม่มีความหวัง เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ ไม่มีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น

Stuart (2001) กล่าวว่าภาวะซึมเศร้า หมายถึง ภาวะการตอบสนองหรือการปรับตัวที่ผิดปกติต่อการสูญเสีย เป็นปัญหาทางสุขภาพจิตที่พบได้บ่อย การปรับตัวที่ผิดปกติต่อการสูญเสีย ทำให้เกิดความรู้สึกไม่มีคุณค่าในตนเอง มีความรู้สึกผิด รู้สึกไร้ค่า และมีภาวะอารมณ์ที่มีลักษณะของความรู้สึกเศร้าหมอง

สุวนีย์ ตันติพัฒนานันต์ (2522) กล่าวถึง ภาวะซึมเศร้าว่า คือภาวะจิตใจหม่นหมอง หดหู่ และเศร้าสร้อย ร่วมกับการมีความรู้สึกท้อแท้หมดหวัง และมองโลกในแง่ร้าย (Pessimism) ความรุนแรงของความเศร้านั้นมีอยู่หลายระดับ เริ่มจากมีความเหนื่อยหน่ายเล็กน้อย ท้อแท้ใจ ไปจนถึงขั้นรู้สึกหมดหวัง หมกมุ่นตายอยาก ต้องการจะหนีความลำบากทั้งหลายด้วยการทำลายตนเอง

ดวงใจ กษานติกุล (2542) กล่าวว่าภาวะซึมเศร้าเป็นภาวะอารมณ์ที่เศร้า เบื่อหน่าย หดหู่ ห่อเหี่ยวใจ หมกมุ่นกับความรู้สึกผิดเพี้ยน เหน็ดเหนื่อยอยากอยู่ในช่วง 2 สัปดาห์ขึ้นไป จนมีผลกระทบต่ออาชีพการงาน การเรียนหรือการดำเนินชีวิต โดยมีอารมณ์ร่วมในด้านพฤติกรรม คำพูดอาการทางกาย และความวิตกกังวล

สมภพ เรื่องตระกูล (2542) ได้กล่าวว่า ภาวะซึมเศร้า จะมีอาการซึมเศร้าเด่นชัด ร่วมกับอาการสำคัญอย่างอื่น เช่น มีความรู้สึกเบื่อและหมดความสนใจในสิ่งต่างๆ เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ อ่อนเพลีย ไม่มีแรง ไม่มีสมาธิ รู้สึกไร้ค่า และมีความคิดอยากตาย อรรถพรณ ลือบุญ รัชชชัย (2545) กล่าวถึงภาวะซึมเศร้าว่า คือ การที่บุคคลมีความผิดปกติทางอารมณ์อย่างเด่นชัด โดยแสดงออกถึงอารมณ์เศร้ามากผิดปกติ ร้องไห้มาก ปฏิเสธการสังคมกับผู้อื่น อ่อนเพลีย ไม่มีแรง หดหู่ใจ และอยากตาย

จากความหมายของภาวะซึมเศร้าดังกล่าว สรุปได้ว่า ภาวะซึมเศร้าจะมีความคิด พฤติกรรม อารมณ์ ความเครียด ที่ไม่ปกติ บิดเบือน สาเหตุเกิดจากปัจจัยต่างๆทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม สิ่งแวดล้อม การเลี้ยงดู เศรษฐกิจ การเมือง หรือภัยธรรมชาติที่มีผลกระทบต่อวิถีชีวิต ส่งผลให้แสดงอาการแสดงออกถึงอารมณ์เศร้า สูญเสีย ไม่มีความสุข รู้สึกไร้ค่า และมีความคิดอยากตาย ซึ่งเป็นปฏิกิริยาตอบสนองของบุคคลด้านจิตใจต่อภาวะวิกฤติ หรือสถานการณ์ที่มีความเครียด แสดงออกในรูปแบบของความเบี่ยงเบนทางอารมณ์ ความเบี่ยงเบนทางด้านความคิด และการรับรู้ และความเบี่ยงเบนด้านร่างกายและพฤติกรรม และ/หรือมีความคิดฆ่าตัวตาย ระยะเวลาที่มีอาการมากกว่า 2 สัปดาห์ขึ้นไป

2.2 สาเหตุของภาวะซึมเศร้า

จากการศึกษาพบว่าสาเหตุของภาวะซึมเศร้า มีผู้อธิบายไว้หลายประการ ซึ่งขึ้นอยู่กับแนวคิดพื้นฐานทฤษฎีที่เป็นรากฐาน ให้พิจารณาถึงสาเหตุของภาวะซึมเศร้าที่แตกต่างกันดังนี้

1. ทฤษฎีจิตวิเคราะห์ (The Psychoanalytic Theory)

ทฤษฎีจิตวิเคราะห์ อธิบายว่าการสูญเสีย (Loss) เป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดภาวะ depression การสูญเสียนี้อาจเป็นการสูญเสียในชีวิตจริง หรือเป็นเพียงการสูญเสียในมโนภาพ (Real or Fantasy) ก็ได้ การสูญเสียมักจะเป็นการสูญเสียบุคคลที่เป็นที่รักและที่พึ่ง โดยการพลัดพรากจากกัน ตายจากกันหรือทอดทิ้งกันไป นอกจากนี้ depression ยังเกิดได้จากการเปลี่ยนแปลงวิถีการดำเนินชีวิตอย่างกะทันหัน เช่น เกิดความล้มเหลวในหน้าที่การงานอย่างทันที หย่าร้างกัน ย้ายถิ่นฐานที่อยู่อาศัย การเปลี่ยนแปลงวัยจากวัยหนุ่มสาวเข้าสู่วัยชราภาพ จึงเห็นได้ว่า คนสูงอายุที่ขาดเสถียรภาพและความมั่นคงทางใจจะเกิดภาวะความซึมเศร้าได้ง่าย

2. ทฤษฎีการเรียนรู้ (The Learning Theory)

ทฤษฎีการเรียนรู้ อธิบายว่า ภาวะ depression เกิดจาก learned helplessness and inadequate reinforcement จากประสบการณ์ที่ผ่านๆ มา บุคคลตกอยู่ในภาวะที่แก้ไขสถานการณ์หลาย ๆ อย่าง ไม่ตก ช่วยตนเองไม่ได้ รู้สึกตนเองไม่มีอำนาจเพียงพอที่จะควบคุมและแก้ไขสถานการณ์ที่เกิดขึ้น ความรู้สึกนี้ทำให้เกิดภาวะการปล่อยให้อาการเกิดแบบเลยตามเลย ไม่ยอมแก้ไข ประกอบกับการขาดการเสริมแรงหรือการเสริมแรงมีไม่เพียงพอ (Inadequate Reinforcement) ผลคือเกิดภาวะ depression

3. ทฤษฎีชีวเคมี (The Biochemical Theory)

ทฤษฎีชีวเคมี อธิบายว่า ภาวะ depression เกิดขึ้นจากการที่ biogenic amines ในระบบประสาทกลางลดน้อยลง (Kicey, 1974) โดยมีผู้ทำการศึกษา amines 2 กลุ่มใหญ่คือ

3.1 กลุ่ม Catecholamines ได้แก่ epinephrine, norepinephrine, และ dopamine

3.2 กลุ่ม Indole Amine ได้แก่ serotomin และ histamine ในจำนวนสารจำพวก biogenic amines ที่ศึกษานั้น norepinephrine นั้นเป็นที่สนใจของผู้ศึกษามากที่สุด และนักชีวเคมีเชื่อว่า สารนี้มีส่วนทำให้เกิดภาวะ depression

Norepinephrine เป็น neurotransmitter ซึ่งมีคุณสมบัติในด้านการกระตุ้นเซลล์ประสาทในสมองส่วน median forebrain ซึ่งเป็นสมองส่วนที่ทำให้คนตื่นตัว การขาดสาร norepinephrine ทำให้สมองส่วนนี้ไม่ได้รับการกระตุ้น จึงมีผลทำให้เกิดภาวะ depression

4. ทฤษฎีการเรียนรู้ปัญญานิยม (Cognitive learning theory)

ทฤษฎีนี้ อธิบายเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าว่า เกิดจากการบิดเบือนของกระบวนการคิดที่เป็นเหตุผล 3 ลักษณะ ได้แก่ ความคิดอัตโนมัติ ความคิดนำร่อง และความคิดบิดเบือนทางปัญญา (Beck, 1967)

4.1 ความคิดอัตโนมัติ เป็นความคิดแรกสุดที่ไม่ได้ผ่านกระบวนการไตร่ตรอง จะเป็นตัวกำหนดความคิดนำร่องของบุคคลเกี่ยวกับสถานการณ์นั้น ๆ เป็นสิ่งที่เกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว ดังนั้นการรับรู้สถานการณ์นั้น ๆ จึงเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นตามความคิดของบุคคลซึ่งอาจไม่ใช่ตามสภาพความเป็นจริงก็ได้ และจะส่งผลต่อการตอบสนองทางอารมณ์และพฤติกรรม ซึ่งจะบิดเบือนตามการรับรู้ นั้น ๆ

4.2 ความคิดนำร่องหรือระบบความคิดประจำตัว เป็นโครงสร้างทางปัญญาที่ซับซ้อนเกี่ยวข้องกับองค์ประกอบทางจิตใจและสถานการณ์ ซึ่งเป็นปัจจัยในการทำความเข้าใจ

แปลความและจดจำข้อมูลต่าง ๆ ซึ่งความคิดนำร่องในผู้ที่มีความคิดซึมเศร้า มี 3 รูปแบบ คือ รูปแบบความคิดทางลบต่อตนเอง รูปแบบความคิดทางลบต่อประสบการณ์ต่าง ๆ รอบตัว และรูปแบบความคิดทางลบต่ออนาคต

4.3 ความบิดเบือนทางปัญญา เป็นตัวเชื่อมโยงความคิดนำร่องและความคิดอัตโนมัติ เมื่อบุคคลประสบภาวะวิกฤตของชีวิต การประมวลเรื่องราวที่ผิดพลาดในอดีตก็จะกระตุ้นบุคคลนั้นเกิดความคิดอัตโนมัติทางลบ เป็นผลให้เกิดความซึมเศร้าตามมาอีก ถ้ามีความคิดทางลบเพิ่มมากขึ้น ความซึมเศร้าก็จะเพิ่มมากขึ้น จะมีผลย้อนกลับให้เกิดความคิดอัตโนมัติในทางลบเพิ่มขึ้นทำให้ความคิดอย่างมีเหตุผลยิ่งลดลงและซึมเศร้ามากขึ้น

ความซึมเศร้าตามแนวทฤษฎีนี้ สามารถอธิบายได้ว่า เมื่อบุคคลเผชิญกับประสบการณ์ครั้ง ๆ ในชีวิต เหตุการณ์บางอย่างบุคคลไม่สามารถควบคุมได้ บุคคลที่เกิดความซึมเศร้า รูปแบบการคิดจะจัดกระทำให้บุคคลเกิดการเรียนรู้ว่า ตนเองไม่สามารถเปลี่ยนแปลงหรือแก้ไขเหตุการณ์นั้น และอาจจะประกอบกับบุคคลได้แรงเสริมในระดับต่ำหรือขาดแรงเสริม บุคคลจะประมวลเรื่องราวที่ผิดพลาดหรือบิดเบือนจากความเป็นจริงและสะสมมาเรื่อย ๆ ต่อมาเมื่อบุคคลประสบภาวะวิกฤตในชีวิต การประมวลเรื่องราวที่ผิดพลาดในอดีตจะกระตุ้นบุคคลนั้นให้เกิดความคิดอัตโนมัติในด้านลบ ยังผลให้เกิดความซึมเศร้าตามมา (Beck ,1967; Brickhead ,1989 ; Fennel , 1989 ; Seligman , 1974 cited in Blazer , 1982)

สรุปได้ว่า สาเหตุของการเกิดภาวะซึมเศร้ามีหลายสาเหตุผสมผสานกัน ทั้งปัจจัยทางด้านกายภาพ สังคม สิ่งแวดล้อม จิตใจรวมไปถึงกระบวนการคิด ซึ่งในแต่ละคนบุคคลจะมีปัจจัยที่เป็นสาเหตุแต่ละอย่างไม่เหมือนกันอีกทั้งอาการและการแสดงที่มีระยะเวลาตั้งแต่ 2 สัปดาห์ขึ้นไป

2.3 ระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า

ภาวะซึมเศร้าแบ่งออกได้เป็นระดับต่าง ๆ กันตามความรุนแรงและแต่ละระดับจะแสดงอาการหรือลักษณะแตกต่างกันออกไป เบค(Beck, 1967)แบ่งภาวะซึมเศร้าออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้

1. ภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย (Mild depression) เป็นภาวะอารมณ์ที่ไม่สดชื่นแจ่มใส อารมณ์เศร้า เหงาหงอยชั่วคราว

2. ภาวะซึมเศร้าปานกลาง (Moderate depression) ภาวะซึมเศร้าในระยะนี้จะรุนแรงขึ้นซึ่งจะมีผลกระทบต่อชีวิตครอบครัวหน้าที่การงาน แต่ยังสามารถดำเนินชีวิตประจำวันได้ ถึงแม้ว่าจะไม่สมบูรณ์นัก

3. ภาวะซึมเศร้าอย่างรุนแรง (Severe depression) เป็นภาวะที่บุคคลมีความเศร้าตลอดเวลาและเป็นอยู่นาน ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงอารมณ์ และพฤติกรรมอย่างเห็นได้ชัด

2.4 การประเมินภาวะซึมเศร้า

การประเมินภาวะซึมเศร้าสามารถประเมินได้จากการสัมภาษณ์หรือจากการตอบแบบสอบถามที่มีผู้สร้างขึ้น ซึ่งแบบประเมินภาวะซึมเศร้าของกลุ่มประชากรทั่วไปหรือกลุ่มประชากรในชุมชน มีแบบประเมินที่มีผู้สร้างขึ้นมาแบบต่าง ๆ ดังนี้

1. Zung Self – Rating Depression Scale (Zung SDS) สร้างขึ้นในปีค.ศ.1965 โดยซุง (Zung ,1965) แบบประเมินนี้ได้พัฒนาขึ้นมาเพื่อประเมินความรุนแรงของภาวะซึมเศร้ารวมทั้งอาการของการเจ็บป่วยทั้งหมด ข้อความในแบบประเมินถูกเลือกมาประเมินด้านอารมณ์ ความรู้สึกนึกคิดพฤติกรรมและอาการทางร่างกายที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าและครอบคลุมกับอาการที่กำหนดอาการของภาวะซึมเศร้าไว้ใน DSM – IV มากที่สุด แต่ไม่มีข้อความที่ครอบคลุมอาการทางร่างกายได้อย่างชัดเจน ได้หาค่าความเชื่อมั่นของแบบประเมินโดยใช้วิธี Split – half ในผู้ป่วยจิตเวชได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.73 สำหรับการศึกษาในการสำรวจภาวะซึมเศร้าในชุมชน โดยใช้วิธีโดยวิธีคำนวณหาค่าความเชื่อมั่น โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.79 เป็นแบบประเมินที่นิยมใช้กันมากในการประเมินความรุนแรงของอาการแสดงภาวะซึมเศร้า แบบประเมินนี้ใช้ข้อความง่าย ๆ เหมือนแบบของเบค แต่ไม่ครอบคลุมอาการทางด้านร่างกาย Raskin Scale or Three – Area Severity of Depression Scale สร้างขึ้นในปี ค.ศ. 1988 โดย Raskin (1988) สร้างขึ้นเพื่อประเมินอาการรุนแรงของภาวะซึมเศร้าในกลุ่มประชากรที่คัดกรองให้เข้าร่วมในการศึกษากลุ่มใหญ่ ในศูนย์การบำบัดด้วยยา ขณะเดียวกันก็ประเมินอาการวิตกกังวลไปด้วย แบบประเมินแบ่งประเมินสภาพของกลุ่มประชากรเป็น 3 อย่าง คือด้านประสบการณ์ ประเมินด้านพฤติกรรมที่แสดงถึงภาวะซึมเศร้าในด้านปฐมภูมิ และประเมินอาการและอาการแสดงภาวะซึมเศร้าในด้านทุติยภูมิ เช่นการเปลี่ยนแปลงในการนอนหลับ การเปลี่ยนแปลงในการรับประทานอาหาร หรือการเปลี่ยนแปลงด้านความรู้สึกนึกคิด มีเกณฑ์การให้คะแนนเป็น 5 ระดับ คือ ตั้งแต่ 1 คะแนนถึง 5 คะแนน แบบประเมินมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.88 โดยการคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์ของครอนบาค แบบประเมินนี้ได้พัฒนาขึ้น เพื่อใช้คัดคะแนนอาการรุนแรงของภาวะซึมเศร้าซึ่งจะเป็นประโยชน์ต่อการบำบัดรักษาด้วยยา จึงเหมาะที่จะใช้ประเมินกับกลุ่มประชากรที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีการเจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้า และยังสามารถใช้แบบประเมินนี้วัดอาการที่เปลี่ยนแปลงไปเนื่องจากการบำบัดรักษา แม้แบบประเมินนี้จะสั้นและมี

ความเที่ยงตรงสูงแต่มีข้อจำกัด คือ ต้องมีข้อมูลด้านการทดสอบ และวัดการทำงานอย่างมีประสิทธิภาพทางจิตก่อน จึงจะใช้แบบประเมินนี้ได้

2.Beck Depression Inventory (BDI) สร้างขึ้นในปี ค.ศ. 1961 โดย Beck (1961) แบบประเมินสร้างเพื่อวัดอาการแสดงออกทางพฤติกรรมต่าง ๆ ที่แสดงออกในวัยรุ่นและในผู้ใหญ่ ที่มีภาวะซึมเศร้าได้ออกแบบเป็นมาตรฐานเพื่อประเมินสภาพความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าในการจัดอันดับเพื่ออธิบายถึงการเจ็บป่วยของภาวะซึมเศร้า ข้อความในแบบประเมินนี้ได้จากการสังเกตลักษณะของผู้ป่วย ที่มีภาวะซึมเศร้าในระหว่างการทำจิตวิเคราะห์บำบัด ข้อคำถามด้านเจตคติและอาการแสดงได้จากกลุ่มผู้ป่วยนี้โดยเฉพาะมีการอธิบายเป็นข้อความและจัดลำดับของแต่ละข้อความประกอบด้วยข้อคำถาม 21 ข้อ ซึ่งแต่ละข้อจะมี 4 ถึง 5 ข้อความที่อธิบายถึงอาการที่รุนแรงจากระดับต่ำถึงระดับสูง มีการให้คะแนนเป็น 4 ระดับ ในแต่ละข้อ คือ ตั้งแต่ 0 คะแนน ถึง 3 คะแนน Beck ได้หาค่าความเชื่อมั่นของแบบทดสอบโดยใช้ Spearman–Brown Correlation ในผู้ป่วยจิตเวชจำนวน 409 ราย ได้ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.93 แบบประเมินนี้มีความเชื่อมั่นภายในสูงอย่างสม่ำเสมอ แบบทดสอบนี้ใช้ในการวิจัยมา 25 ปี Beck และคณะ พบว่า เมื่อใช้แบบประเมินนี้กับกลุ่มผู้ป่วยจิตเวช จะได้ค่าความเชื่อมั่นอยู่ระหว่าง 0.76 ถึง 0.95 และเมื่อใช้กับกลุ่มนักเรียน จะได้ค่าความเชื่อมั่นอยู่ในระหว่าง 0.82 ถึง 0.92 และเมื่อใช้กับกลุ่มที่ไม่ใช่กลุ่มผู้ป่วยจิตเวชหรือไม่ใช่กลุ่มนักเรียน จะได้ค่า ความเชื่อมั่นอยู่ในระหว่าง 0.73 ถึง 0.90 แบบประเมินนี้สามารถใช้วัดซ้ำได้ เพื่อตรวจสอบผลของการบำบัดรักษาและมีความเที่ยงตรงสูงอย่างสม่ำเสมอทั้งในกลุ่มผู้ป่วยที่เป็นโรคซึมเศร้าหรือในกลุ่มคนปกติ

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้าด้วยตนเองที่ได้พัฒนามาจากของเบค (Beck , 1967) ซึ่งเรียกว่า Beck Depression Inventory (BDI) และได้ปรับปรุงเป็นฉบับภาษาไทย เพื่อใช้กับกลุ่มประชากรไทย โดยโสธรณี โหราสุทซ์ ซึ่งพัฒนามาจาก แพทย์หญิง ดวงใจ กสานติกุล และคณะ มีข้อคำถามทั้งหมด 21 ข้อ ซึ่งประกอบด้วยด้านอารมณ์ ด้านการรับรู้ ด้านพฤติกรรม และด้านสรีระวิทยา เมื่อพิจารณาแล้วพบว่า เป็นแบบประเมินภาวะซึมเศร้าที่เหมาะสมกับกลุ่มประชากรที่ศึกษา เนื่องจากในการศึกษาครั้งนี้ เป็นการศึกษาภาวะซึมเศร้าในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์และในการวิจัยนี้เป็นแบบกลุ่มเดี่ยวก่อน- หลัง ซึ่งแบบประเมินนี้สามารถใช้วัดซ้ำได้ เพื่อตรวจสอบผลของการบำบัดรักษา มีความเที่ยงตรงสูงอย่างสม่ำเสมอและมีความเชื่อมั่นเป็นที่ยอมรับ

2.5 การรักษาภาวะซึมเศร้า

อำเภอพรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์ (2543) ได้กล่าวถึงการรักษา ผู้ป่วยซึมเศร้าว่ามี 3 ด้าน คือ

1. ด้านร่างกาย

1.1. การใช้ยา มียารักษาอารมณ์เศร้า (antidepressant) ยาควบคุมอารมณ์ (lithiumcarbonate) และยาอื่นๆ เช่นยากลุ่ม antipsychotics รวมถึงยาคลายกังวลต่างๆ ในการรักษา

ผู้ป่วยอารมณ์ซึมเศร้าโดยทั่วไปใช้ยานาน 16 – 20 เดือน เพื่อป้องกันการกลับมามีอาการอีกเมื่ออาการเริ่มดีขึ้นเพียงเล็กน้อย

1.2 การรักษาด้วยไฟฟ้า (Electroconvulsive therapy) ส่วนมากเป็นทางเลือกที่นำมาใช้ร่วมกับยาใช้ร่วมกับยา โดยเฉพาะใช้ได้ดีในผู้ป่วย major depression และผู้ป่วย bipolar disorder ที่แสดงอาการหลงผิดและคิดถึงการฆ่าตัวตาย

2. การรักษาด้วยจิตบำบัดสำหรับผู้ป่วยที่มีอาการผิดปกติทางอารมณ์ ในระดับรุนแรง การรักษาด้วยจิตบำบัดอาจกระทำไต่ยาก

3.การจัดสิ่งแวดล้อม กรณีผู้ป่วยเข้ารับรักษาในโรงพยาบาล การกระตุ้นให้เข้าร่วมกิจกรรมต่าง ๆ จะช่วยให้ผู้ป่วยมีแรงจูงใจทางสังคม ในการที่ได้พบและสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่นมาก

ไพร์ตัน พฤกษ์ชาติคุณากร (2534) ได้กล่าวถึงการรักษาผู้ป่วยซึมเศร้าตามแนวจิตสังคมดังต่อไปนี้

1. การรักษาแนวจิตวิเคราะห์ (Psychoanalysis and psychoanalytic approaches) เป้าหมายการรักษาเพื่อเปลี่ยนโครงสร้างทางบุคลิกภาพของผู้ป่วย ใช้เวลารักษาต่อเนื่องหลายปี

2. การบำบัดชนิดสัมพันธภาพระหว่างบุคคล (Interpersonal therapy) เป้าหมายการรักษา

2.1. เพื่อลดอาการซึมเศร้า

2.2. เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยเกิดแนวทางและวิธีการที่จะมีสัมพันธภาพที่ดีกับสังคม และบุคคลอื่น เนื่องจากการรักษานี้ใช้ระยะเวลาสั้น จึงไม่ได้พยายามสร้างบุคลิกลักษณะผู้ป่วยขึ้นมาใหม่ วิธีการรักษานี้ตระหนักถึงความสำคัญของพัฒนาการตอนต้นของชีวิต แต่เน้นความสำคัญของสัมพันธภาพระหว่างบุคคลในชีวิตปัจจุบันด้วย โดยถือว่าความขัดแย้งในอดีตจะแสดงออกมาในลักษณะของความสัมพันธ์ในปัจจุบัน

3. การรักษาแนวพฤติกรรมบำบัด (Behavior approaches) เป้าหมายการรักษาคือการเพิ่มความบ่อยของปฏิริยาสัมพันธ์ในแง่บวกและลดปฏิริยาสัมพันธ์ในแง่ลบระหว่างผู้ป่วยกับสิ่งแวดล้อม เชื่อว่าการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเป็นวิธีที่ได้ผลมากที่สุด ที่จะเปลี่ยนความรู้สึกและความซึมเศร้า

4.การเรียนรู้ พฤติกรรมบำบัด (Cognitive behavioral therapy) เป้าหมายการรักษา ลดอาการซึมเศร้า และป้องกันการเกิดโรคซ้ำ

การรักษาผู้ป่วยโดยวิธี การเรียนรู้ พฤติกรรมบำบัด มีส่วนประกอบพื้นฐาน 3 อย่าง คือ Didactic - aspects, Cognitive techniques และ Behavioral techniques

5.การบำบัดด้วยการพิจารณาเหตุผล อารมณ์ (Rational Emotive Therapy) โดยการปรับเปลี่ยนความคิดที่ไม่สมเหตุผลที่ทำให้เกิดอาการซึมเศร้า มาเป็นความคิดที่มีเหตุผล

6. จิตบำบัดกลุ่มสำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้เลือกแนวทางในการลดภาวะซึมเศร้าตามแนวทาง การจัดการความคิด พฤติกรรม และ ความเครียด (CBSM) ของ Antoni et al. (1996) มีแนวคิดที่สามารถจัดกระทำเพื่อ แก้ไขความคิดด้านลบ และ การจัดการกับความเครียดที่ไม่มีประสิทธิภาพอันเป็นสาเหตุสำคัญของ การเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้ ซึ่งมีความเหมือนและคล้ายกับ Cognitive behavioral therapy (CBT) เนื่องจากวิเคราะห์ตามแนวคิดของ เบค แล้วพบว่าความซึมเศร้า เกิดจากการ บิดเบือนของกระบวนการคิดที่เป็นเหตุผล 3 ลักษณะ ได้แก่ ความคิดอัตโนมัติ ความคิดนาร์อง และความคิดบิดเบือนทางปัญญา (Beck , 1967) การช่วยเหลือให้ผู้ป่วยให้มีการปรับเปลี่ยน กระบวนการคิดอย่างเป็นระบบจะช่วยให้ผู้ป่วยหายซึมเศร้าได้ซึ่งมีการเพิ่มกระบวนการของ CBSM คือกระบวนการจัดการความเครียด วัตถุประสงค์ของโปรแกรมเพื่อลดความเครียด โดยเน้นการ ฝึกทักษะในการรับมือกับความเครียด โดยใช้วิธีการจัดการความเครียด 5 วิธีคือ การฝึกจินตภาพการ ฝึกการหายใจ, การผ่อนคลายกล้ามเนื้อ, การฝึกสมาธิ และการปรับความคิด

2.6 การพยาบาลผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า

การพยาบาลผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า (ฉวีวรรณ สัตยธรรม ,2541: กรมสุขภาพจิต ,2542 : อำไพวรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์, 2543) มีดังนี้

1. การวิเคราะห์ปัญหาของผู้ป่วยที่สำคัญ
2. ลดภาวะเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย สังเกตพฤติกรรมอย่างใกล้ชิดและต่อเนื่อง วัตถุประสงค์การ เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้ป่วย
3. การดูแลสุขภาพอนามัย ช่วยให้ผู้ผู้ป่วยปฏิบัติกิจวัตรด้วยตนเอง และให้ได้รับการดูแล สุขวิทยาส่วนบุคคล
4. การสร้างสัมพันธภาพเพื่อให้เกิดความรู้สึกมีคุณค่า มีกำลังใจที่จะดำเนินชีวิตต่อไป
5. สังเกตผลจากการรักษา เช่น ยา หรือการบำบัดด้วยกระแสไฟฟ้า ทั้งทางตรงและ ทางอ้อม รวมถึงการบันทึกน้ำหนักตัว เพื่อการติดตามต่อไป
6. การจัดกิจกรรมและสิ่งแวดล้อม กิจกรรมที่เหมาะสมกับผู้ป่วย คือ การออกกำลังกาย
7. ลดความรู้สึกผิด และเสริมความรู้สึกว่าตนมีคุณค่าและมีประโยชน์
8. การเตรียมผู้ป่วยกลับสู่ชุมชน เมื่อผู้ป่วยอาการดีขึ้น จะต้องช่วยให้มีโอกาสแสดง ความ คิดเห็น พิจารณาตัดสินใจด้วยตนเอง มีการพบปะพูดคุยกับครอบครัวเพื่อวางแผนร่วมกัน

2.7 สาเหตุการเกิดโรคซึมเศร้าในผู้ติดเชื้อเอชไอวี /เอดส์

สาเหตุของภาวะซึมเศร้าในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์นั้นพบว่า มีปัจจัยบางประการที่มีลักษณะ คล้ายกับประชากรทั่วไป แต่มีปัจจัยที่แตกต่างออกไปแต่สามารถส่งผลกระทบต่อภาวะซึมเศร้าใน ผู้ป่วยกลุ่มนี้เนื่องจากความเจ็บป่วยด้วยโรคเอดส์ถือว่าเป็นภาวะวิกฤติของชีวิตจากการที่ไม่สามารถ จัดการหรือทนอยู่กับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นได้ Antoni,2010 ผู้ติดเชื้ออาจแสดงปฏิกิริยาออกมาด้วย การร้องไห้อย่างหนัก เอะอะไว้วายหรือรู้สึกสับสน กลัวไปหมด จนทำอะไรไม่ได้คิดอะไรไม่

ออก (กนกรัตน์ สุชะตุงคะ, 2540) และการคิดเชื่อมักจะเกิดจากการประพุดิพิศศีลธรรม ทำให้สังคมไม่ยอมรับผู้ติดเชื้อ (มานิต ศรีสุรภานนท์ และจำลอง ดิษยวณิช, 2542) สาเหตุที่เกี่ยวข้องกับผลกระทบจากความเจ็บป่วยด้วยโรคเอดส์ ซึ่งมีผลกระทบต่อสุขภาพของผู้ป่วยในทุกๆ ด้าน ผลกระทบจากการติดเชื้อเอชไอวีที่เป็นสาเหตุภาวะซึมเศร้าในด้านต่าง ๆ มีดังนี้ (พชรชัย เรือนสิทธิ์, 2545; Komiti and others, 2001) ผลกระทบทางด้านร่างกาย สามารถพบอาการต่าง ๆ เช่น ต่อมน้ำเหลืองโตทั่วร่างกาย ไม่สุขสบาย อ่อนเพลียหมดแรง น้ำหนักลด มีไข้บ่อยๆ มีการติดเชื้อแทรกซ้อนในระบบต่างๆ อุจจาระร่วงเรื้อรัง ไอเรื้อรัง หอบเหนื่อย รับประทานอาหารไม่ได้ มีผื่นหรือรอยโรคบนผิวหนัง บางรายมีอาการลุกลามของเชื้อเอชไอวีเข้าไปในระบบประสาททำให้เกิดอาการทางจิตและความจำเสื่อม อารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย ไม่มีสมาธิ ซึมเศร้า แขนขาชา ซักกระดูก และมีอาการทางสมองอื่น ๆ

1. ผลกระทบทางด้านจิตใจเมื่อบุคคลรู้ว่าตนเองติดเชื้อเอชไอวี ย่อมมีอาการตอบสนองแตกต่างกันออกไปปฏิกิริยาที่เกิดขึ้นจากการติดเชื้อนั้น มีดังนี้ (กรมสุขภาพจิต, 2538; ดวงพร พันธุเสน และคณะ, 2539; พชรชัย เรือนสิทธิ์, 2545; มานิต ศรีสุรภานนท์ และจำลอง ดิษยวณิช, 2542)

1) ระยะเริ่มต้นรับรู้การติดเชื้อ เป็นระยะที่ผู้รับบริการรับรู้การติดเชื้อของตนเองซึ่งเป็นข่าวร้ายที่สุดในชีวิตตนเอง ซึ่งปฏิกิริยาที่เกิดขึ้นในช่วงนี้ได้แก่

ภาวะช็อก เป็นการปรับตัวไม่ทัน ซึ่งผู้รับบริการในระยะนี้มีอาการแสดงออกได้หลายอย่าง เช่น นิ่งอึ้ง เป็นลม โกรธ ดังนั้นจึงควรมีการเตรียมผู้รับบริการเพื่อช่วยลดปฏิกิริยานี้ลง ปฏิเสธอาจเกิดมาจากความกลัวและยังไม่พร้อม มักจะแสดงออกเหมือนกับไม่ได้มีเหตุการณ์ผิดปกติเกิดขึ้น ซึ่งเป็นกลไกทางจิตที่ป้องกันไม่ให้จิตใจแตกสลาย บางรายอาจโยนความผิดให้ผู้อื่น

โกรธแค้น เป็นภาวะที่จำเป็นต้องยอมรับความจริง เนื่องจากเหตุผลแวดล้อมยืนยัน ทำให้ผู้ติดเชื้อบางรายมีความโกรธแค้นผู้ที่ทำให้ตนเองติดเชื้อขณะเดียวกันก็รู้สึกว่าจะตนเองไร้อำนาจที่จะควบคุมหรือจัดการโรคนี้อ จึงแสดงออกเป็นพฤติกรรมในลักษณะรุนแรง ก่อให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้

การต่อรอง เป็นการปฏิเสธความจริงในระดับที่ไม่รุนแรงซึ่งไม่ได้ปฏิเสธความเกี่ยวข้องแต่ปฏิเสธยืนยันความเป็นจริง จึงมีการต่อรองในผู้ติดเชื้อหลายแบบซึ่งแสดงออกถึงการแสวงหาแหล่งช่วยเหลือต่าง ๆ

การซึมเศร้า เป็นภาวะที่รับรู้ความจริง และเกิดการยอมรับว่าตนเองเกี่ยวข้อง แต่หมดหวังที่จะแก้ไขเกิดได้เมื่ออาการของโรครุนแรงมากขึ้น ซึ่งแบ่งได้ออกเป็น 2 ช่วง คือ ความโศกเศร้าขั้นเตรียมการ และความโศกเศร้าขั้นสุดท้าย ซึ่งผู้ป่วยที่เริ่มแยกตัวเองจะครุ่นคิดเกี่ยวกับเรื่องของความตาย ยอมรับ ภายหลังจากที่เวลาผ่านไป ผู้ติดเชื้อได้รับความรู้เรื่องต่างๆ จะเริ่มมีความรู้สึกยอมรับจิตใจสงบยิ่งขึ้น เริ่มต้นที่จะคิดหาหนทางที่เป็นไปได้ในการที่จะทำให้ชีวิตมีความสุข

2) ระยะเรื้อรังปลอดอาการ เป็นช่วงระยะเวลาที่ผู้ป่วยมีการติดเชื้อเอชไอวีแต่ยังไม่ปรากฏอาการของความเจ็บป่วยต่าง ๆ อาจยาวนานหลายปี ซึ่งไม่มีความแน่นอนในแต่ละบุคคลเพราะขึ้นอยู่กับการดูแลสุขภาพของตนเอง ซึ่งมีปฏิกิริยาต่าง ๆ ดังนี้

ความไม่ไว้วางใจ เนื่องจากการต้องเผชิญกับความไม่แน่นอน ไม่มั่นใจกับชีวิตในอนาคต เช่นการเปลี่ยนแปลงของโรคจะเป็นอย่างไรโรคจะช่วยให้เหลือหรือไม่คนรอบข้างยอมรับหรือไม่ ความอับอายและความสงสัย เป็นการกลัวสิ่งที่เคยทำจะเป็นพฤติกรรมที่คนไม่ยอมรับ กลัวการถูกเปิดเผยความลับและการตอบสนองต่อคนรอบข้าง ความรู้สึกผิด เนื่องจากสิ่งไม่น่าพอใจในอดีตที่ผ่านมาเช่น ดำเนินตัวเองที่มีพฤติกรรมเสี่ยง โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อคนอื่นทราบความลับนั้นแล้ว แสดงอาการรังเกียจ ดำเนินด้วยท่าทีหรือคำพูด ความรู้สึกด้อย เกิดจากการที่จะปรับตัวต่อสิ่งที่เกิดขึ้นนั้นเป็นไปด้วยยาก ต้องอาศัยเวลานานทำให้รู้สึกว่าตนเองเป็นคนโง่ อ่อนแอดีกว่าผู้อื่น โดยเฉพาะเมื่อถูกผู้อื่นย้ำถึงความอ่อนแอนั้นซ้ำๆ ความหวัง เกิดขึ้นได้หลายอย่างเช่น หวังว่าจะมีชีวิตยืนยาว หวังว่าจะมีการค้นพบยาที่รักษาโรคเอดส์ได้ หวังว่าได้รับการยอมรับ หรือแม้แต่หวังว่าถ้าจะตายก็ขอให้ตายอย่างมีความสุข

3) ระยะสุดท้ายของชีวิต เป็นช่วงที่ผู้ติดเชื้อมีอาการต่างๆที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวี/โรคเอดส์ ผู้ติดเชื้อจะมีอาการค่อนข้างมาก การพึ่งตนเองทำได้น้อยลงตามลำดับ และอาการที่เกิดขึ้นอย่างมกนั้นจะทำให้ผู้ป่วยรับรู้ถึงเวลาที่สั้นลง ซึ่งมักพบปัญหาดังนี้

ความรู้สึกสองฝักสองฝ่ายผู้ติดเชื้อจะรู้สึกอยากใกล้ชิดกับญาติให้มากเพราะรู้สึกว่าเวลาเหลือน้อย แต่ก็มักคิดว่าตนเองน่ารังเกียจไม่อยู่ในสภาพที่น่าดู กลัวว่าจะผูกพันจนทำใจไม่ได้ บางรายจะทนไม่ได้ที่เห็นญาติทรมาณเพราะตนเอง ทนไม่ได้ที่มีคนมาสงสาร อาจทำตนโดดเดี่ยว ขณะเดียวกันก็รู้สึกห่างเหินกับคนที่ผูกพันใกล้ชิด

ความรู้สึกหมกมุ่นกับตนเอง เกิดขึ้นเมื่อญาติไม่ได้มาเชื่อมด้วยสาเหตุจากตัวผู้ป่วยหรือจากตัวญาติเองก็ตามทำให้ผู้ป่วยคิดหมกมุ่นครุ่นคิดถึงตนเองแบบต่างๆจนรบกวนกิจวัตรประจำวันอย่างมาก ผู้ป่วยจะแยกตนเองออกจากสังคมและสิ่งแวดล้อมทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้

ความรู้สึกสิ้นหวังเป็นความรู้สึกที่ผู้ป่วยนึกถึงอดีตโดยเฉพาะสิ่งที่ไม่น่าพอใจ รู้สึกหมดโอกาสที่จะเปลี่ยนแปลงตัวเองระยะนี้อาการทางด้านร่างกายจะรุนแรงจนผู้ป่วยรู้สึกว่าหมดความสามารถในการพึ่งตนเองปล่อยชีวิตไปตามยถากรรม รู้สึกว่าไม่มีเหตุผลเพียงพอที่จะมีชีวิตอยู่

2. ผลกระทบด้านสังคม การติดเชื้อเอชไอวียังส่งผลกระทบต่อชีวิตความเป็นอยู่ในสังคมด้วยผลกระทบที่สำคัญดังนี้ (พชรชัย เรือนสิทธิ์, 2545 ;Kvalsund and Spillman, 2003; Suicide and Special Patient population, 2003)

การขาดรายได้ สุขภาพที่ไม่ดีย่อมเป็นสาเหตุของการขาดงาน ผลที่ตามมาคือการขาดรายได้ไม่สามารถพึ่งพาตนเองได้อีกต่อไป นอกจากนี้ยังต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายเพื่อการรักษาสุขภาพเป็นจำนวนมากซึ่งสามารถทำให้เกิดภาวะเครียดทางจิตใจได้มากขึ้นเช่นกัน

ข้อจำกัดทางสังคม ทำให้เกิดการแบ่งแยกระหว่างผู้ป่วย ครอบครัวและสังคม เกิดข้อจำกัดต่างๆ ในการดำเนินชีวิต ส่งผลให้เกิดปัญหาได้เพราะส่วนใหญ่ต้องการความช่วยเหลือจากสังคม แต่ก็เป็นการยากลำบากที่จะได้มา จึงมักพบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์บางรายจะเริ่มแยกตัว และเลิกสัมพันธ์ความปรารถนาที่จะเข้ามาได้รับความช่วยเหลือจากคนอื่น

สัมพันธภาพทั่วไป ครอบครัว บุคคลที่เคยรักใคร่มักจะรู้สึกยุ่งยากลำบากใจที่จะต้องดูแลเอาใจใส่ที่จะต้องเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ และยังคงชักจูงไม่ให้ผู้อื่นติดเชื้อต้องแยกตัวออกไป สิ่งเหล่านี้ล้วนเป็นภาระโดยเฉพาะกับบุคคลในครอบครัวซึ่งรู้สึกว่าเป็นภาวะที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ ทำให้ผู้ติดเชื้อมีความหวาดระแวงไม่แน่ใจว่าสัมพันธภาพระหว่างตนกับบุคคลอื่นจะต้องสิ้นสุดลงหรือไม่

ตราบาปทางสังคม การติดเชื้อนั้นก่อให้เกิดตราบาปแก่ผู้ป่วยมาก เพราะเป็นพฤติกรรมที่สะท้อนความรู้สึกกลัวและการรังเกียจของบุคคลในสังคมทำลายคุณค่าและศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ของตนเองด้วย ทำให้ไม่อาจดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุขผลกระทบทางด้านจิตวิทยา การติดเชื้อเอชไอวีทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในการดำเนินชีวิต ต้องสูญเสียบทบาทหน้าที่ ทำให้ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลงและการทำงานที่ต้องมีการดูแลอย่างต่อเนื่อง ทำให้ผู้ติดเชื้อไม่สามารถทำงานหรือภาคการณชีวิตในอนาคตของตนเองได้อย่างเต็มที่ก่อให้เกิดความเครียดสูง หวาดกลัวต่อสิ่งที่จะเกิด กลัวตายและกลัวความสูญเสียความรักจากบุคคลใกล้ชิด หรือคนใกล้ชิดทำตัวห่างเหิน ทำให้รู้สึกสิ้นหวังและมีความซึมเศร้าบ่อยๆทำให้ผู้ติดเชื้อต้องปรับตัวให้เข้ากับการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย รวมถึงต้องเปลี่ยนแปลงเป้าหมายของชีวิตไปจากเดิม แต่เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงมักจะเป็นไปในลักษณะเสื่อมถอยจึงทำให้เกิดปัญหาสุขภาพจิตตามมาได้เช่นกัน (พชรชัย เรือนสิทธิ์, 2545)

ตราบาปจากสังคม หมายถึง การรับรู้ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่มีต่อตนเอง ซึ่งเป็นการประเมินความเจ็บป่วยของตนเองว่าเป็นโรคที่ร้ายแรงอันเกิดจากการประพฤติดิจจากบรรทัดฐานของสังคมและเป็นสิ่งไม่ดีทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์เกิดความรู้สึกผิดต่อตนเอง ดังนั้นผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับตราบาปจึงนำไปสู่การถูกรังเกียจกีดกันถูกแบ่งแยก อันเป็นสาเหตุของการเพิ่มความเจ็บปวดและทุกข์ทรมาน (เสาวภา, 2541, พิศิษฐ์ คุณวโรดม, 2545, อังคณา สิริยาภรณ์, 2541, อ่างถึงในปรียศ กิตติศรีศักดิ์, 2547

3. การพยาบาลผู้ป่วยโรคร่วมเอชไอวี/เอดส์และซึมเศร้า

3.1 การพยาบาลผู้ป่วยโรคร่วมเอชไอวี/เอดส์และซึมเศร้า

เพ็ญพักตร์ อุทิศ และคณะ (2546) กล่าวว่า การพยาบาลผู้ป่วยเอดส์ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ต้องอาศัยการพยาบาลแบบองค์รวม (Holistic nursing care) ดังนั้นพยาบาลที่ให้การพยาบาลบุคคลกลุ่มนี้จึงต้องมีความรู้และทักษะในการดูแล มีเจตคติที่ดี และลดความรุนแรงของปัญหาหรือ

ผลกระทบที่เกิดกับผู้ป่วยเอดส์ได้ การช่วยเหลือทางด้านจิตใจของผู้ป่วยเอดส์ที่มีภาวะซึมเศร้า สิ่ง ที่พยาบาลควรทำคือ แสดงความห่วงใย แม้ว่าผู้ป่วยอาจยังไม่อยากพูดคุยด้วย กระตุ้นให้ผู้ป่วย ระบายความรู้สึก รับฟังและสามารถพูดถึงความคิดทำร้ายตนเองของผู้ป่วยได้ โดยไม่ต้องกลัวหรือ กังวลว่าเป็นการชี้ทางให้ผู้ป่วยมีความคิดฆ่าตัวตายเพิ่มมากขึ้น ให้กำลังใจในเหตุการณ์ที่ผู้ป่วยเคย ผ่านอุปสรรคมาได้รับฟังปัญหาของผู้ป่วยด้วยท่าทีสนใจ เพื่อให้การช่วยเหลือได้อย่างเหมาะสม

โรคซึมเศร้าเป็นปฏิกิริยาของความรู้สึกเศร้าที่มีความซับซ้อนอีกทั้งผู้ป่วยมีปัญหาโรคทาง กายที่เรื้อรังซึ่งส่งผลกระทบต่อความรุนแรงทางด้านจิตใจ พยาบาลจิตเวชจะต้องเข้าใจกระบวนการทั้งหมด การเลือกชนิดรักษาพยาบาลที่จะเอื้ออำนวยต่อภาวะสุขภาพการและสุขภาพจิต มีการวางแผนให้ เหมาะสมกับแต่ละบุคคล ครอบคลุมถึงการบริหารจัดการเรื่องยา กระบวนการทาง Neurobiological และการปฏิบัติการพยาบาลที่ไม่ใช่ยา เช่น การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม เกี่ยวกับการ สนับสนุนให้รู้จักโรคซึมเศร้า มีดูแลแบบองค์รวม ลดอาการและช่วยให้ทำหน้าที่ได้เป็นที่น่าพอใจ บทบาททั้งหลายจะเอื้อให้มีการฟื้นคืนสภาพและลดการกลับเป็นซ้ำ (Lewin, 2003)

หลักการพยาบาลผู้ป่วยโรคร่วมเอชไอวี/เอดส์และซึมเศร้าควรดูแลที่เหมือนกับผู้ป่วยที่ เป็นโรคซึมเศร้าทั่วไปเน้นหลักสำคัญได้แก่ (อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2545) คือ

1. การป้องกันอันตราย ผู้ป่วยอารมณ์เศร้ามีแนวโน้มในการทำร้ายตนเองสูง ทั้งในภาวะ รู้ตัวและไม่รู้ตัว พยาบาลต้องดูแลอย่างใกล้ชิด จัดสิ่งแวดล้อมให้สงบ ปลอดภัยจากสิ่งของที่ผู้ป่วย จะใช้เป็นอาวุธ
2. การใช้เทคนิคการสื่อสารและสร้างสัมพันธภาพ ติดต่อกับผู้ป่วยสร้างความไว้วางใจ แสดงความเห็นใจและเข้าใจ กระตุ้นและเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยระบายความคับข้องใจ
3. การสอนผู้ป่วย ใช้การสอนผู้ป่วยแบบต่าง ๆ เช่น การสอนการปรับตัวต่อปัญหา การ ปรับตัวในสังคม การพัฒนาพฤติกรรมกล้าแสดงออก การฝึกการคลายเครียด รวมถึงการสอนทักษะ การเผชิญปัญหาที่เหมาะสม
4. การให้คำปรึกษา เน้นการให้คำปรึกษา การปรับตัว การเผชิญปัญหาและการแก้ปัญหา ต่าง ๆ ทั้งตัวผู้ป่วยและครอบครัว รวมถึงการดำเนินชีวิตประจำวันในสังคม
5. การพัฒนาพฤติกรรมที่เหมาะสม การฝึกพฤติกรรมที่เหมาะสม การฝึกและฟื้นฟูทักษะ ในการดำเนินชีวิตในสังคม การให้ข้อมูลย้อนกลับที่เหมาะสม
6. การแนะนำแหล่งบริการที่สะดวกสำหรับผู้ป่วยและครอบครัว

นอกจากนี้ หลักการสำคัญในการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าก็คือ การดูแลเรื่องสุขอนามัยและ ความปลอดภัยของตัวผู้ป่วย และผู้ป่วยอื่น การดูแลเรื่องการให้ผู้ป่วยได้รับยาตามแผนการรักษา และการเฝ้าระวังอาการไม่พึงประสงค์ นอกจากนี้ การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยในเรื่องการปฏิบัติตัว และ การเฝ้าระวังอาการข้างเคียงของยา เป็นบทบาทและหน้าที่ของพยาบาลเวชปฏิบัติ และพยาบาลที่ ดูแลผู้ป่วย (สุวนีย์ เกี่ยวกิ่งแก้ว, 2545)

ดังนั้นการพยาบาลผู้ป่วยกลุ่มนี้จะต้องมีความรู้และทักษะในการดูแลเจตคติที่ีลดความรุนแรงของปัญหาหรือผลกระทบจากผู้ป่วยเอดส์ได้ ผู้ป่วยควรได้รับการเตรียมความพร้อมตั้งแต่ก่อน และหลังการตรวจเลือด (สุพร เกิดสว่าง, 2542) พยาบาลจึงควรมีความรู้และทักษะ สามารถช่วยให้ผู้ป่วยเลือกแนวทางในการแก้ปัญหาได้อย่างเหมาะสม การช่วยเหลือผู้ป่วยเอดส์ที่มีภาวะซึมเศร้าสามารถกระทำได้ดังนี้

1. การสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดเพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกถึงควมมีคุณค่าในตนเอง มีกำลังใจในการดำเนินชีวิต วิเคราะห์ปัญหาที่สำคัญของผู้ป่วยคือการฆ่าตัวตาย พยาบาลต้องสังเกตพฤติกรรมที่มีแนวโน้มในการทำร้ายตนเอง โดยสังเกตการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมและอารมณ์ ซึ่งทำได้ง่ายกว่าการสังเกตพฤติกรรมการแยกตัว เนื่องจากผู้ป่วยบอกปัญหาและแสดงพฤติกรรมได้อย่างเด่นชัด

2. การแสดงการยอมรับ การเปิดโอกาสให้แสดงความคิดเห็นการรับฟังความคิดเห็นที่เหมาะสมส่งเสริมความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองด้วยการมองหาข้อดีของตนเองในทางที่สร้างสรรค์หางานอดิเรกทำและกิจกรรมนันทนาการเพื่อช่วยให้ร่างกายแข็งแรงจิตใจสดชื่น

3. การลดภาวะเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย สังเกตพฤติกรรมอย่างใกล้ชิดและต่อเนื่อง ไว้ต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้ป่วย โดยเฉพาะเมื่อผู้ป่วยแสดงอาการซึมเศร้าที่รุนแรง ไม่พูดคุยพยายามทำร้ายตนเอง หรือเมื่อแสดงอาการที่ดีขึ้นอย่างรวดเร็ว เพื่อให้การดูแลที่ถูกต้องและทันทั่วถึง

4. การดูแลสุขภาพอนามัย ช่วยให้ผู้ป่วยได้มีการดูแลตนเองสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเองและให้ได้รับการดูแลสุขภาพจิตส่วนบุคคล มีความสนใจในการดูแลตนเอง มีความมั่นใจมากขึ้น

5. ทำให้ผู้ป่วยรับรู้ว่าคุณค่าและชีวิตนี้ยังคุณค่าและความหวัง สร้างเสริมความรู้สึกการมีคุณค่าในตนเองให้กำลังใจ แนวทางการเผชิญปัญหาอย่างสร้างสรรค์ บนพื้นฐานของความเป็นจริง

6. ลดความรู้สึกผิด และเสริมความรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า โดยให้มีการดูแลตนเองและมีงานอดิเรกทำ จะช่วยให้เกิดความหวัง และความรู้สึกที่มีคุณค่าและยังกิจกรรมที่ทำนั้นประสบผลสำเร็จ จะทำให้มีกำลังใจต่อสู้ต่อไป

7. การเตรียมผู้ป่วยกลับสู่ชุมชน เมื่อผู้ป่วยมีอาการที่ดีขึ้น จะต้องช่วยให้มีโอกาสแสดงความคิดเห็นพิจารณาตัดสินใจด้วยตนเอง มีการพบปะพูดคุยกับครอบครัวเพื่อการวางแผนร่วมกันในการดูแลผู้ป่วย

3.2 บทบาทของพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชขั้นสูงในการดูแลผู้ป่วยโรคร่วมเอชไอวี/เอดส์และซึมเศร้า

การดำเนินโครงการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคร่วมเอชไอวี/เอดส์โรคซึมเศร้า โดยมีการปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ที่ใช้สมรรถนะและกิจกรรม ซึ่งสะท้อน

บทบาทของการปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง (Advanced Practice Nurse: APN) (สมจิต หนูเจริญกุล, 2547) ดังต่อไปนี้

1. ความสามารถในการพัฒนา จัดการและกำกับระบบการดูแลกลุ่มเป้าหมาย (Case Management) การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้วิเคราะห์ปัญหาเกี่ยวกับผู้ป่วยโรคซึมเศร้า/เอ็ดส์และซึมเศร้า ที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลราชบุรี โรงพยาบาลบางระจัน โรงพยาบาลชะอำ โรงพยาบาลโพธาราม โรงพยาบาลมะการักษ์ นำข้อมูลด้านระบาดวิทยา สถิติของผู้ป่วยที่มาใช้บริการ และจากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยประเมินผู้ป่วย โดยใช้แบบวัดซึมเศร้าฉบับภาษาไทย ให้การวินิจฉัยทางการพยาบาล และปรึกษาพยาบาลสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชเพื่อประเมินและประสานแพทย์เพื่อให้การวินิจฉัยตามเกณฑ์ DSM-IV และวิเคราะห์ปัญหาที่ซับซ้อนที่เกี่ยวข้องกับสาเหตุของโรคซึมเศร้า ในเรื่องความคิดด้านลบและพฤติกรรมการเผชิญปัญหาที่ไม่เหมาะสม เพื่อวางแผนในกิจกรรมการจัดการความเครียด พฤติกรรม และความคิด

2. การดูแลกลุ่มเป้าหมาย หรือจิตเวชที่ซับซ้อน (Direct Care) โดยประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วยเอ็ดส์ จากแบบประเมินภาวะซึมเศร้า และประเมินอาการของโรคซึมเศร้าจากเกณฑ์การวินิจฉัยโรคซึมเศร้าของ DSM-IV วินิจฉัยปัญหาทางการพยาบาลอย่างถูกต้อง วางแผนพัฒนาระบบการดูแลจากการตรวจสภาพจิต ให้การบำบัดทางจิตโดยใช้การบำบัดทางจิตสังคมที่มีประสิทธิภาพ อาทิ จิตบำบัด ครอบครัวบำบัด จิตบำบัดประคับประคอง การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมแบบรายบุคคล และแบบกลุ่มบำบัดมาจัดการความคิด พฤติกรรมและความเครียด ช่วยให้ผู้ป่วยเกิดทักษะในการปรับเปลี่ยนความคิดด้านลบ และมีการจัดการกับความเครียดได้เหมาะสม และประสานงานกับแพทย์ในการดูแลผู้ป่วยเอ็ดส์ที่มีภาวะซึมเศร้ารุนแรง

3. ความสามารถในการประสานงาน (Collaboration) ประสานงานกับ โรงพยาบาลราชบุรี จังหวัดราชบุรี โรงพยาบาลบางระจัน จังหวัดสิงห์บุรี โรงพยาบาลชะอำ จังหวัดเพชรบุรี โรงพยาบาลโพธาราม จังหวัดราชบุรี โรงพยาบาล มะการักษ์ จังหวัดกาญจนบุรีคือผู้อำนวยการผู้อำนวยการฝ่ายการพยาบาล และพยาบาลแผนกผู้ป่วยนอกแผนกคลินิกทันตกรรมและแผนกจิตสังคมและบำบัดยาเสพติด โดยชี้แจงความเป็นมา และความสำคัญของปัญหา วัตถุประสงค์ และวิธีการดำเนินงาน เพื่อประสานขอความร่วมมือ อำนวยความสะดวกในการดำเนินการศึกษาโครงการวิจัย

4. การเสริมสร้างพลังอำนาจ (Empowering) การสอน (Educating) โดยสอน และฝึกทักษะในกลุ่มผู้ป่วยเอ็ดส์โรคซึมเศร้าให้เกิดการเรียนรู้การเผชิญปัญหาที่ถูกต้องเหมาะสม เช่น เรียนรู้วิธีการปรับเปลี่ยนความคิดด้านลบ และฝึกทักษะการผ่อนคลาย ให้ขวัญกำลังใจผู้ป่วย เมื่อเขาทำกิจกรรมได้ และแสดงความชื่นชม เพื่อให้ผู้ป่วยเอ็ดส์/เอ็ดส์และซึมเศร้าเกิดความภาคภูมิใจ และเห็นคุณค่าในตนเองอีกทั้งแสดงบทบาททางสังคมในกลุ่มเพื่อน

5. ความสามารถในการเป็นที่ปรึกษาในการดูแลกลุ่มเป้าหมาย (Consultation) ผู้วิจัยเป็นที่ปรึกษาแก่ผู้ป่วย ญาติ และพยาบาลแผนกผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในในการจัดการปัญหาของผู้ป่วยโรคร่วมเอชไอวี/เอดส์และซิมเสร์รา การเผชิญปัญหาของผู้ป่วย โดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการสร้างแนวทางการบำบัดทางการพยาบาลแก่ผู้ป่วย

6. การเป็นผู้ดำเนินการเปลี่ยนแปลง (Change Agent) โดย การพัฒนา และศึกษานำร่องการใช้การจัดการความคิด พฤติกรรมและความเครียดในผู้ป่วยโรคร่วมเอชไอวี/เอดส์และซิมเสร์รา เพื่อพัฒนาระบบการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคร่วมเอชไอวี/เอดส์และซิมเสร์รา ให้ได้ประสิทธิภาพ และคุ้มค่าใช้จ่าย ตลอดจนการลด และป้องกันปัญหาทางสุขภาพจิตในบุคคลที่มีแนวโน้มการป่วย หรือป่วยซ้ำด้วยโรคซิมเสร์รา

7. ความสามารถในการให้เหตุผลทางจริยธรรม และการตัดสินใจเชิงจริยธรรม ผู้วิจัยให้ข้อมูลเกี่ยวกับสิทธิประโยชน์ การวินิจฉัยโรค และการรักษาผู้ป่วยโรคร่วมเอชไอวี/เอดส์และซิมเสร์รา รวมทั้งการรักษาข้อมูล และความลับของผู้ป่วย

8. การใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence-Based Practice) จากทบทวนวรรณกรรม เอกสารวิชาการ และงานวิจัย ที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาลผู้มีภาวะซิมเสร์รา และการดูแลผู้ป่วยโรคร่วมเอชไอวี/เอดส์และซิมเสร์รา เพื่อป้องกันความรุนแรงของโรค ผู้วิจัยจึงได้ทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับปัจจัยที่สัมพันธ์กับสาเหตุหลักของผู้ป่วยเอดส์โรคซิมเสร์รา ปัญหาของความรุนแรงของโรค เพื่อค้นหาวิธีการบำบัดทางการพยาบาลที่เหมาะสม และพัฒนาระบบบริการงานสุขภาพจิตและจิตเวช และจัดทำกรปฏิบัติที่เป็นเลิศ (Best practice) สำหรับกลุ่มผู้ป่วยโรคร่วมเอชไอวี/เอดส์และซิมเสร์รา เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ของการบริการที่มีคุณภาพ และคุ้มค่าใช้จ่าย

9. ความสามารถในการจัดการและประเมินผลลัพธ์ ผู้วิจัยได้กำหนดผลลัพธ์ทางการพยาบาล หลังสิ้นสุดการใช้การจัดการความคิด พฤติกรรมและความเครียดของผู้ป่วยโรคร่วมเอชไอวี/เอดส์และซิมเสร์รา โดยใช้เครื่องมือแบบวัดความคิดอัตโนมัติด้านลบ แบบประเมินภาวะซิมเสร์รา แบบประเมินความเครียด และเผยแพร่ผลการปฏิบัติหลังสิ้นสุดโครงการวิจัย

3.3 บทบาทของพยาบาลในการช่วยเหลือผู้ป่วยโรคร่วมเอชไอวี/เอดส์และซิมเสร์รา

การพยาบาลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ได้อย่างมีประสิทธิภาพนั้น ต้องอาศัยการพยาบาลแบบองค์รวม (Holistic nursing care) ดังนั้นพยาบาลที่ให้การพยาบาลบุคคลเหล่านี้จึงต้องมีความรู้และทักษะในการดูแล มีเจตคติที่ดี และลดความรุนแรงของปัญหาหรือผลกระทบที่เกิดจากการติดเชื้อเอชไอวีได้และโรคร่วมซิมเสร์รา เพราะการตรวจหาเชื้อเอชไอวีที่ไม่มีกรเตรียมตัว และทำความเข้าใจอย่างรอบคอบอาจทำให้เกิดผลเสียมากกว่าผลดีจึงเป็นที่ยอมรับว่าการตรวจหาเชื้อเอชไอวีต้องมีการให้บริการให้คำปรึกษาทั้งก่อนและหลังการตรวจเลือด(สุพร เกิดสว่าง, 2542) ดังนั้นผู้รับบริการจึงควรได้รับการให้คำปรึกษาอย่างครบวงจร กล่าวคือ การให้คำปรึกษาก่อนตรวจเลือด (Pre – test counseling) การให้บริการให้คำปรึกษาหลังการตรวจเลือด (Post – test

counseling) และการติดตามหลังให้บริการให้คำปรึกษาหลังจากทราบผลเลือด (Follow up counseling) เพื่อช่วยให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์สามารถเลือกแนวทางในการแก้ไขปัญหาของตนเองได้อย่างเหมาะสมการช่วยเหลือผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่มีภาวะซึมเศร้าสามารถทำได้ ดังนี้

1. สร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด เพื่อให้เกิดความรู้สึกมีคุณค่ามีกำลังใจในการดำเนินชีวิต ให้การยอมรับโดยไม่ตัดสินพฤติกรรมของผู้ป่วย วิเคราะห์ปัญหาของผู้ป่วยที่สำคัญ โดยเฉพาะพฤติกรรมเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย เนื่องผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีภาวะซึมเศร้ามีแนวโน้มที่สามารถจะฆ่าตัวตาย โดยสังเกตการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมและอารมณ์ พฤติกรรมการแยกตัวเอง เนื่องจากผู้ติดเชื้อเอชไอวีจะบอกกล่าวปัญหาและแสดงพฤติกรรมให้เห็นเด่นชัด

2. แสดงการยอมรับผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ด้วยการเปิดโอกาสให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์แสดงความคิดเห็นและยอมรับความคิดเห็น เสริมการมีคุณค่า โดยการมองหาสิ่งที่ดีของตนเอง ไปในทางสร้างสรรค์ หากิจกรรมและการจัดสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมเพื่อช่วยทำให้ร่างกายแข็งแรงและจิตใจสดชื่น

3. การดูแลสุขภาพอนามัย ช่วยให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์มีการดูแลตัวเอง สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเองและให้ได้รับการดูแลทางด้านสุขวิทยาส่วนบุคคล มีความสนใจในการดูแลตนเองได้อย่างมั่นใจมากขึ้น

4. ต้องทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์รับรู้ได้ว่าชีวิตของเขายังมีความหวัง เสริมสร้างคุณค่าและกำลังใจ ค้นหาวิธีการเผชิญปัญหาในทางที่สร้างสรรค์ สร้างความหวังใหม่โดยความหวังนั้นต้องอยู่บนพื้นฐานของความเป็นจริง

5. ลดความรู้สึกผิด และเสริมความรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า มีประโยชน์โดยการให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ร่วมกิจกรรมในการดูแลตนเอง และมีงานอดิเรกทำ จะช่วยทำให้เกิดความหวังและความมีคุณค่าในตนเองจะทำให้มีกำลังใจในการที่จะมีชีวิตที่จะสู้ต่อไป

6. การเตรียมผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์สู่ชุมชน และสามารถอยู่ในชุมชนได้อย่างมีคุณค่าในตนเอง ไม่แยกตัวเอง มีการเผชิญปัญหาได้ด้วยตนเองอย่างเหมาะสม

4. แนวคิดเกี่ยวกับการจัดการความเครียด พฤติกรรม และความผิด

4.1 ความหมายของการจัดการความเครียด พฤติกรรม และความผิด

Lazarus & Folkman (1984) ได้อธิบายความเครียดในรูปแบบที่เป็นผลมาจากความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและสิ่งแวดล้อม โดยบุคคลรับรู้หรือประเมินว่าเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นนั้นเกินขีดความสามารถในการปรับตัว โดยรู้สึกว่าเป็นอันตรายต่อตนเอง เป็นสิ่งที่คุกคามหรือทำลาย โดยกระบวนการตัดสินใจว่าตนมีภาวะเครียดหรือไม่นั้น ต้องผ่านกระบวนการรู้คิดหรือการประเมินด้วยสติปัญญา โดยการที่จะเผชิญความเครียดจะส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงความรู้สึกนึกคิดและ

พฤติกรรมเพื่อที่จะจัดการกับสิ่งที่มากระตุ้นให้เกิดความเครียด ซึ่งถือว่าเป็นกระบวนการที่มีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา บุคคลที่เผชิญความเครียดได้ดี คือบุคคลที่รู้จักเลือกใช้วิธีที่เหมาะสม เพื่อสามารถจัดการกับสถานการณ์นั้น ๆ ได้อย่างเหมาะสม

แนวทางการวางแผนจัดการความเครียดอย่างเป็นระบบ

ความเครียด เป็นสภาวะความกดดันที่เกิดจากสิ่งเร้าทั้งภายในและภายนอกที่มากระทบ ทำให้เกิดกระบวนการปรับตัว ถ้าไม่สามารถปรับตัวได้จะก่อให้เกิดความเครียด ซึ่งตามพจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2525 ได้ให้ความหมายของความเครียดไว้ว่า อาการที่สมองไม่ได้ผ่อนคลายเพราะเครื่องเครียดอยู่กับงานจนเกินไป คำว่า ความเครียด หรือ Stress ที่มีรากศัพท์มาจากภาษาละตินว่า “Stringers” หรือ “Struts” หรือ “Strict” แปลว่า แรงกดดันที่มีต่อร่างกายและมีแนวโน้มที่จะทำให้เกิดความผิดปกติของร่างกาย (Webster 1976:1801)

Selye (1976) กล่าวว่า ความเครียด (Stress) หมายถึง ภาวะทางชีวภาพที่แสดงให้รู้ได้โดยปรากฏการณ์ของกลุ่มอาการเฉพาะซึ่งเกิดขึ้นจากปฏิกิริยาตอบสนองทั่วไปของร่างกายแต่สิ่งรบกวน Mc Andrew (1993) ความเครียด คือ ปฏิกิริยาทางอารมณ์ที่เกิดขึ้นเมื่อความต้องการของสิ่งแวดล้อมไม่สัมพันธ์กับความต้องการและความสามารถในการจัดการที่มีอยู่ของแต่ละบุคคล Sarafino (1990) ให้ความหมายว่าความเครียด คือ เงื่อนไขที่เป็นผลลัพธ์เมื่อมีการตอบโต้ระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อมทำให้บุคคลรับรู้ความแตกต่างระหว่างความต้องการของสถานการณ์กับทรัพยากรของบุคคลทั้งทางชีวภาพ จิตวิทยาหรือระบบสังคมไม่ว่าความแตกต่างนั้นจะเป็นจริงหรือไม่

เซอร์เลย์ ฟิชเชอร์ (Shirley Fisher, 1984 : 1) ได้กล่าวถึงความเครียดไว้ว่าความเครียดเป็นสภาวะความกดดัน ปรากฏการณ์ของความเครียดก็เป็นลักษณะเฉพาะของแต่ละคน และวิธีการตอบสนองก็แล้วแต่บุคคล ความเครียดนี้รวมไปถึงความกดดัน ความตื่นเต้น ความโกรธ พฤติกรรมที่หลงผิด

ทิม ฮินเดิล (Tim handle, 1998) ความเครียด หมายถึง อุปสรรคที่คอยรบกวนสุขภาพทั้งด้านจิตใจและร่างกาย ความเครียดเกิดขึ้นเมื่อร่างกายต้องกระทำการที่ฝืนระดับความสามารถปกติ ผลของความเครียดเป็นอันตรายต่อบุคคลครอบครัวและสังคม

Lazaruss และ Folkman (Lazaruss และ Folkman, 1984) ซึ่งเป็นนักจิตวิทยาได้ให้คำจำกัดความว่าความเครียดนั้นเป็นภาวะที่เราต้องเผชิญ เมื่อเราไม่สามารถทำสิ่งที่คนมุ่งหวังให้เราทำได้ กล่าวคือ ความเครียดเป็นกระบวนการปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อม ซึ่งสิ่งแวดล้อมที่บุคคลเผชิญอยู่จะก่อให้เกิดความเครียดหรือไม่ขึ้นอยู่กับการประเมินของบุคคลนั้นๆ ถ้าเขาประเมินว่าสิ่งแวดล้อมที่เผชิญอยู่ไม่เกิดผลดีหรือผลเสีย (irrelevant) ต่อตนเองหรือประเมินว่าเกิดผลในทาง

ที่ดีหรือได้ประโยชน์ (benign positive) ก็จะมีความรู้สึกว่าสิ่งแวดล้อมที่เผชิญอยู่ไม่มีผลเสียต่อตนเองก็จะไม่มีความเครียด แต่ถ้าประเมินว่าสิ่งแวดล้อมที่เผชิญอยู่นั้นเป็นสิ่งที่คุกคาม (threat) เป็นสิ่งทำร้ายเป็นอันตรายหรือสูญเสียต่อชีวิตแล้วสิ่งนั้นย่อมก่อให้เกิดความเครียดขึ้น

บอม คอยเน และ โฮลรอยด์, และ โสบพอลด์ (Baum, 1990 : Coyne & Holroyd, 1982 ;Hobfoll,1989) ได้ให้ความหมายของความเครียดสรุปได้ว่า “ความเครียด” เป็นการตอบสนองต่อสิ่งที่คุกคามหรือกดดัน

R.S. Schuler (1980) กล่าวว่า ความเครียด เป็นสภาวะขับเคลื่อนของบุคคลใด ๆ ที่ประสบกับโอกาสข้อจำกัด หรือความต้องการหนึ่ง ๆ ที่ไปสัมพันธ์กับสิ่งที่ตนเองมีความปรารถนา และมองผลลัพธ์นั้นในเชิงไม่มั่นใจหรือได้สังเกตเห็นความสำคัญ

Cook W. (1997) กล่าวว่า ความเครียด หมายถึง การตอบโต้ของบุคคลทางด้านร่างกาย และอารมณ์ต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่งที่เขามองเห็นว่าสิ่งนั้นมาคุกคามความสงบสุขของตนในลักษณะที่จะสู้ (Fight)หรือจะหนี (Flight)

กรมสุขภาพจิต (2541:9) ความเครียด เป็นภาวะของอารมณ์หรือความรู้สึกที่เกิดขึ้นเมื่อเผชิญกับปัญหาต่าง ๆ ที่ทำให้รู้สึกไม่สบายใจ คับข้องใจ หรือถูกบีบคั้น กดดัน จนทำให้เกิดความรู้สึกทุกข์ใจสับสน โกรธหรือเสียใจ

สมิต อาชวนิจกุล (2541: 1) ความเครียด คือ สภาวะที่ซับซ้อนของร่างกายและจิตใจอันเกิดจากสภาวะแวดล้อม หรือสถานการณ์ที่บีบบังคับให้ร่างกายและจิตใจเปลี่ยนแปลงไป และความเครียดจะยังคงอยู่เรื่อยไปจนกว่าสถานการณ์นั้นจะถูกกำจัดให้หมดไป

นิภา แก้วศรีงาม (2541: 94) ความเครียดเป็นกลุ่มอาการจากภาวะการปรับตัว เมื่อมีความเครียดจะเกิดการเปลี่ยนแปลงขึ้นในร่างกายเพื่อตอบสนองสิ่งต่างๆ ที่มากระทบโดยการตอบสนองนี้จะแสดงออกเป็นพฤติกรรมทั้งในรูปแบบของพฤติกรรมภายนอกและพฤติกรรมภายใน

สรุปความหมายของความเครียด

เป็นสภาวะของจิตใจและร่างกายที่เปลี่ยนแปลงไป ซึ่งเป็นผลจากการต้องปรับตัวต่อสิ่งกระตุ้นหรือสิ่งต่างๆเป็นการตอบสนองต่อสิ่งที่คุกคามหรือกดดันในสิ่งแวดล้อมที่บีบบังคับกดดันหรือคุกคามให้เกิดความทุกข์ ความไม่สบายใจจะเกิดการเปลี่ยนแปลงขึ้นในร่างกายเพื่อตอบสนองสิ่งต่างๆแสดงออกเป็นอารมณ์พฤติกรรมทั้งในรูปแบบของพฤติกรรมภายนอกและพฤติกรรมภายใน

แนวความคิดการจัดการกับความเครียด

เนื่องจากการจัดการกับความเครียดที่ไม่มีประสิทธิภาพเป็นปัจจัยทำนายที่สำคัญของภาวะซึมเศร้าในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ (Gore-Felton et al., 2006) ทั้งนี้ ปรีทรรศ ศิลปะกิจ (2541) กล่าวว่า การจัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้นในลักษณะมุ่งแก้ไขที่ปัญหาที่เกิดขึ้น และ มุ่งจัดการกับอารมณ์ที่มีอยู่ ช่วยให้ความเครียดสามารถลดลงอยู่ในระดับที่เราควบคุมได้ และมุ่งการรู้จักการปฏิบัติตน เพื่อดูแลตนเองให้พร้อมที่จะรับมือกับความเครียด เกิดความทนทานต่อความเครียดได้มากขึ้น หรือพูดอีกแง่หนึ่งคือ ลดความเปราะบางต่อการเกิดความเครียด โดยมีแนวทางในการจัดการกับความเครียด ดังนี้

1. แนวทางการวางแผนจัดการกับความเครียดแบบมุ่งที่ปัญหา มีขั้นตอนต่างๆ ดังนี้ 1.1) ค้นหาสาเหตุที่ทำให้เครียดว่าเกิดจากอะไร 1.2) เขียนปัญหาที่เกิดขึ้นให้ออกมาในรูปของพฤติกรรม 1.3) การวางแผนแก้ไขปัญหามี 3 วิธี คือ

ก. การเปลี่ยนแปลงสถานการณ์ให้ลดความกดดันลง วิธีการที่ได้ผลดีที่สุดในการทำให้สถานการณ์ลดความกดดันลง

ข. หลีกเลี่ยงสถานการณ์ที่ทำให้เครียด บางคนมองว่าการหลีกเลี่ยงนี้เป็นการแสดงถึงความอ่อนแอบางครั้งเมื่อต้องเผชิญกับสถานการณ์ที่ยุ่งยาก ไม่สามารถเปลี่ยนแปลงแก้ไข เมื่อสถานการณ์นั้น โดยธรรมชาติเกิดขึ้นเพียงระยะสั้น เราไม่มีทรัพยากรพอที่จะเปลี่ยนแปลงสถานการณ์ได้ หรือบางครั้งเรายังไม่ได้ตัดสินใจว่าจะทำ

ค. ยอมรับสถานการณ์ที่ทำให้เครียด สถานการณ์บางอย่างที่ไม่สามารถเปลี่ยนแปลง หรือหลีกเลี่ยงได้จะง่ายเสียกว่าถ้าเราจะยอมรับ และสิ่งที่เราจะกระทำก็คือ ทำตัวเองให้ผ่อนคลายใช้การยอมรับอย่างฉลาดและมีความเหมาะสมช่วยจุดดึงเราให้พ้นจากสถานการณ์ที่ยังเปลี่ยนแปลงหรือหลีกเลี่ยงเหตุการณ์ยิ่งเลวร้ายลง

2. การจัดการกับความเครียดโดยมุ่งที่อารมณ์

วัตถุประสงค์ของแนวทางนี้ ก็เพื่อช่วยช่วยให้เราควบคุมอารมณ์ความรู้สึกที่เกิดขึ้นไม่ให้รุนแรงจนเกินไป ซึ่งจะมีผลครบถ้วนตัวเรา ทำให้การคิดการตัดสินใจต่างๆ ไม่ชัดเจน เกิดความผิดพลาดได้ง่าย การทำใจให้สงบจะทำให้เราอยู่เหนืออารมณ์ ลดปัญหาที่อาจจะเกิดขึ้นเมื่อเราให้อารมณ์ขึ้นมาอยู่เหนือเหตุผล วิธีการที่นำมาใช้จัดการกับความเครียดทางอารมณ์ ได้แก่ การเบี่ยงเบน หรือการบรรเทาอารมณ์ การควบคุมอารมณ์ การมองโลกในแง่ดี หรือการมองโลกในแง่ร้าย (เช่น คิดว่าเป็นคราวเคราะห์ หรือโชคร้ายของตน)

3. การดูแลตนเองให้พร้อมที่จะรับมือกับความเครียดเป็นแนวทางปฏิบัติที่จะช่วยป้องกันความเครียดไม่ให้เกิดขึ้นกับตัวเราได้ง่ายๆ จะช่วยให้เราสามารถปรับตัวรับมือกับความเครียดที่เกิดขึ้นได้ดีขึ้น สามารถหาแหล่งสนับสนุนช่วยเหลือ เพื่อจัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้น ซึ่งประกอบด้วยวิธีการหลายๆ อย่างคือ การดูแลสุขภาพ การดูแลทางอารมณ์ การดูแลทางจิตใจ

สรุปว่า การรู้จักสำรวจตัวเองด้วยสติ รู้เหตุรู้ผล รู้จักวิธีการแก้ไขปัญหา แก้ไขทางอารมณ์ รวมไปถึงการมองหาแนวทางดูแลตนเองเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดความเครียด การจัดการกับความเครียดด้วยการจัดการกับปัญหาโดยตรงเป็นวิธีที่ได้ผลดีที่สุด แน่ใจถ้ามีปัญหาทางอารมณ์เกิดขึ้นเราต้องใช้วิธีจัดการทางอารมณ์ควบคู่ไปด้วย หรือกรณีปัญหาบางอย่างไม่สามารถจัดการได้ ทำอย่างไรเราจึงจะอยู่กับปัญหานั้นได้ ถึงตรงนี้การจัดการกับอารมณ์จะมีบทบาทอย่างมาก แต่ที่สำคัญคือ การเตรียมตัวรับมือกับความเครียดที่เกิดขึ้นรวมถึงการประเมินและวางแผนในการจัดการด้วยการดูแลตนเองทั้งทางร่างกาย จิตใจ และอารมณ์ ทำให้ชีวิตอยู่ด้วยความไม่ประมาท การจัดการความเครียดอย่างเป็นระบบจะเป็นวิธีการที่ดีที่สุด

การเผชิญปัญหาและความสามารถในการเผชิญปัญหาของผู้ป่วยโรคร่วมเอชไอวี/เอดส์และซึมเศร้า ความหมายการเผชิญปัญหา

Lazarus and Folkman (1984) กล่าวว่า การเผชิญปัญหา หมายถึงความพยายามทางสติปัญญา (Cognitive) และพฤติกรรม (Behavior) ที่มีการเปลี่ยนแปลงเพื่อจัดการหรือแก้ไขปัญหา หรือส่งกระตุ้นที่คุกคามเป็นอันตรายจากภายนอกและภายในอย่างเฉพาะเจาะจง ซึ่งวิธีการเผชิญปัญหานั้นถูกประเมินว่าต้องใช้แหล่งประโยชน์อย่างมากในการจัดการกับสิ่งกระตุ้นกลับคืนเป็นปกติได้

Miller (1993) กล่าวว่า การเผชิญปัญหา คือการจัดการกับสถานการณ์ที่มีลักษณะคุกคามของบุคคล เพื่อจัดหรือแก้ไขความรู้สึกไม่สุขสบายต่าง ๆ

สรุปได้ว่า การเผชิญปัญหา หมายถึง กระบวนการที่บุคคลใช้ในการจัดการกับภาวะที่บุคคลนั้นประเมินว่าเป็นสิ่งที่คุกคาม หรือเป็นอันตราย ซึ่งแสดงออกในรูปแบบของความคิดและพฤติกรรม ที่พยายามระงับบรรเทาหรือขจัดภาวะหรือสิ่งที่มาคุกคามนั้น เพื่อให้ปัญหาเหล่านั้นคลี่คลายลงเพื่อที่จะดำรงไว้ซึ่งความสมดุลของร่างกายและจิตใจ ส่งผลต่อพฤติกรรมที่แสดงออกมา

4.2 ทฤษฎีการจัดการความเครียด พฤติกรรม และ ความคิด

การจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นโดยกระบวนการที่เกิดขึ้นนั้นมีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา โดยมีการผสมผสานทั้งแบบที่มุ่งจัดการแก้ปัญหาและแบบที่มุ่งจัดการกับอารมณ์จะช่วยลดความตึงเครียดของตนเอง และสิ่งเร้าที่มากระทบ ในการเผชิญปัญหา หลังจากบุคคลประเมินสถานการณ์แล้วว่าเป็นปัญหาที่ต้องเผชิญ ไม่ว่าจะอยู่ในลักษณะการเกิดอันตรายหรือสูญเสีย คุกคาม หรือทำทาบบุคคลจะเลือกใช้วิธีการเพื่อจัดการแก้ปัญหาและแสดงออกมาทางความคิดและพฤติกรรม ดังผู้ป่วยโรคร่วมเอชไอวี/เอดส์และซึมเศร้าที่มีสาเหตุปัจจัยมากระทบจากความคิดด้านลบอัตโนมัติและการจัดการความเครียดที่ไม่มีประสิทธิภาพ จึงส่งผลทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าตามมา

แนวคิดการให้การบำบัดโดยใช้การจัดการความเครียด พฤติกรรม และความคิด (Cognitive Behavioral Stress Management) หรือ CBSM ตามแนวคิด ของ Antoni et al. (1996) ประกอบด้วย

แนวคิดหลักในการบำบัด 4 ประการ คือ 1) การส่งเสริมทักษะการผ่อนคลาย 2) เทคนิคการปรับเปลี่ยนความคิดทางปัญญา 3) การส่งเสริมทักษะในการประเมินและการจัดการกับความเครียดที่มีประสิทธิภาพ และ 4) การฝึกทักษะทางสังคม

ตามทฤษฎีปัญญานิยม (Cognitive Theory) ของ Beck et al. (1979) อธิบายเกี่ยวกับความซึมเศร้าว่า เกิดจากการบิดเบือนของกระบวนการคิดที่เป็นเหตุผล 3 ลักษณะ ได้แก่ ความคิดอัตโนมัติ ความคิดนำร่อง และความคิดบิดเบือนทางปัญญา (Beck, 1967)

1 ความคิดอัตโนมัติ เป็นความคิดแรกสุดที่ไม่ได้ผ่านกระบวนการไตร่ตรอง จะเป็นตัวกำหนดความคิดนำร่องของบุคคลเกี่ยวกับสถานการณ์นั้น ๆ เป็นสิ่งที่เกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว ดังนั้นการรับรู้สถานการณ์นั้น ๆ จึงเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นตามความคิดของบุคคลซึ่งอาจไม่ใช่ตามสภาพความเป็นจริงก็ได้ และจะส่งผลต่อการตอบสนองทางอารมณ์และพฤติกรรม ซึ่งจะบิดเบือนตามการรับรู้ที่นั่น ๆ

2 ความคิดนำร่องหรือระบบความคิดประจำตัว เป็นโครงสร้างทางปัญญาที่ซับซ้อนเกี่ยวข้องกับองค์ประกอบทางจิตใจและสถานการณ์ ซึ่งเป็นปัจจัยในการทำความเข้าใจ แปลความ และจดจำข้อมูลต่าง ๆ ซึ่งความคิดนำร่องในผู้ที่มีความคิดซึมเศร้า มี 3 รูปแบบคือ รูปแบบความคิดทางลบต่อตนเอง รูปแบบความคิดทางลบต่อประสบการณ์ต่าง ๆ รอบตัว และรูปแบบความคิดทางลบต่ออนาคต

3. ความบิดเบือนทางปัญญา เป็นตัวเชื่อมโยงความคิดนำร่องและความคิดอัตโนมัติ เมื่อบุคคลประสบภาวะวิกฤตของชีวิต การประมวลเรื่องราวที่ผิดพลาดในอดีตก็จะกระตุ้นบุคคลนั้นเกิดความคิดอัตโนมัติทางลบ เป็นผลให้เกิดความซึมเศร้าตามมาอีก ถ้ามีความคิดทางลบเพิ่มมากขึ้น ความซึมเศร้าก็จะเพิ่มมากขึ้น จะมีผลย้อนกลับให้เกิดความคิดอัตโนมัติในทางลบเพิ่มขึ้นทำให้ความคิดอย่างมีเหตุผลยิ่งลดลงและซึมเศร้ามากขึ้น

ทักษะการจัดการกับความเครียดโดยมุ่งที่อารมณ์

วัตถุประสงค์ของแนวทางนี้ผู้วิจัยได้นำกรอบแนวคิดนี้มาปรับใช้กับการศึกษาวิจัยครั้งนี้ก็เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยโรคร่วมเอชไอวี/เอดส์และซึมเศร้ามีทักษะการจัดการกับความเครียดให้มีประสิทธิภาพ ควบคุมอารมณ์ความรู้สึกที่เกิดขึ้นไม่ให้รุนแรงเกินไปซึ่งจะมีผลรบกวนตัวเรา ทำให้การคิดการตัดสินใจต่าง ๆ ไม่ชัดเจน เกิดความผิดพลาดได้ง่าย การทำใจให้สงบจะทำให้เราอยู่เหนืออารมณ์ ลดปัญหาที่อาจจะเกิดขึ้นเมื่อเราให้อารมณ์ขึ้นมาอยู่เหนือเหตุผล วิธีการที่นำมาใช้จัดการกับความเครียดทางอารมณ์ ได้แก่ การเบี่ยงเบน หรือการบรรเทาอารมณ์ การควบคุมอารมณ์ การมองโลกในแง่ดี หรือการมองโลกในแง่ร้าย (เช่น คิดว่าเป็นคราวเคราะห์ หรือโชคร้ายของตน) หรือการระบายอารมณ์ เป็นต้น

5. การจัดการกับความเครียด พฤติกรรมและความคิดในผู้ป่วยโรคร่วมในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์และซึมเศร้า

กลุ่มบำบัดสำหรับผู้ป่วยโรควิตกกังวล/เอดส์และซึมเศร้าในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้เลือกแนวทางในการลดภาวะซึมเศร้าตามแนวทาง การจัดการความเครียด พฤติกรรม และ ความคิด (CBSM) ของ Antoni et al. (1996) มีแนวคิดที่สามารถจัดกระทำเพื่อแก้ไขความคิดด้านลบ และการจัดการกับความเครียดที่ไม่มีประสิทธิภาพอันเป็นสาเหตุสำคัญของการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้ ซึ่งมีความเหมือนและคล้ายกับ Cognitive behavioral therapy (CBT) เนื่องจากวิเคราะห์ตามแนวคิดของ เบค แล้วพบว่าความซึมเศร้า เกิดจากการบิดเบือนของกระบวนการคิดที่เป็นเหตุผล 3 ลักษณะ ได้แก่ ความคิดอัตโนมัติ ความคิดนำร่อง และความคิดบิดเบือนทางปัญญา (Beck, 1967) การช่วยเหลือให้ผู้ป่วยให้มีการปรับเปลี่ยนกระบวนการคิดอย่างเป็นระบบ จะช่วยให้ผู้ป่วยหายซึมเศร้าได้ซึ่งมีการเพิ่มกระบวนการของCBSM คือกระบวนการจัดการความเครียดตามแนวคิดของAntoni et al. (1996)

การจัดการความเครียด พฤติกรรม และ ความคิด ซึ่งพัฒนาขึ้นในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วยการดำเนินกิจกรรมกลุ่มบำบัดที่ครอบคลุมแนวคิดในการบำบัด 4 ประการข้างต้น กลุ่มละ 8-10 คน จำนวน 6 ครั้งๆ ละ 135 นาที สัปดาห์ละ 1 ครั้งติดต่อกัน เป็นเวลา 6 สัปดาห์ แต่ละครั้งประกอบด้วยการดำเนินการหลักๆ 2 ส่วน คือ 1) การผ่อนคลายด้วยเทคนิคต่างๆ (45 นาที) และ 2) การจัดการกับความคิด/ พฤติกรรม/ ความเครียด (90 นาที) โดยเทคนิคที่ใช้ในการดำเนินกลุ่มประกอบด้วย การอธิบาย การอภิปราย และการแสดงบทบาทสมมติ และ อื่นๆ รวมทั้งการมอบหมายการบ้านเพื่อให้ผู้ป่วยนำความรู้และทักษะที่ได้รับการพัฒนาไปฝึกต่อเองในสถานการณ์จริงที่บ้านและนำผลการฝึกมาอภิปรายก่อนเริ่มการดำเนินกลุ่มในแต่ละครั้ง โดยมีรายละเอียดของการดำเนินการในแต่ละครั้ง ดังนี้

1. การสร้างสัมพันธภาพและความตระหนักในการจัดการความเครียด
2. ฝึกทักษะการผ่อนคลายความเครียดด้วยการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ และเข้าใจความคิดที่ส่งผลต่อความเครียด
3. การฝึกทักษะการผ่อนคลายความเครียดโดยใช้จินตนาการ และฝึกทักษะปรับเปลี่ยนความคิด
4. การฝึกทักษะการผ่อนคลายความเครียดโดยการหายใจและฝึกทักษะการจัดการกับความเครียด
5. การฝึกทักษะการผ่อนคลายความเครียดจากใจสู่กายและการพัฒนาพฤติกรรมแสดงออกทางอารมณ์อย่างเหมาะสม
6. การฝึกสมาธิ ส่งเสริมการรับรู้ การสนับสนุนทางสังคม และทบทวนการดำเนินกิจกรรมที่ผ่านมา

กระบวนการบำบัดข้างต้น ครอบคลุมแนวคิดหลักในการบำบัดทั้ง 4 ประการ คือ 1) การส่งเสริมทักษะการผ่อนคลาย ซึ่งมีการดำเนินการโดยการฝึกทักษะคลายเครียดวิธีต่างๆ ในช่วงต้น

ของทุกครั้งที่เริ่มกระบวนการบำบัดแบบกลุ่ม (ครั้งที่ 1 – 6) เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกผ่อนคลายทั้งทางด้านร่างกาย ด้านอารมณ์ และด้านจิตใจ (คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2541) และส่งผลให้ความเครียดที่มีอยู่บรรเทาลงได้ (จันทิมา องค์กร โฆษิต, 2545) 2) **เทคนิคการปรับเปลี่ยนความคิดทางปัญญา** ดังการบำบัดในครั้งที่ 1, 2 และ 3 ซึ่งเป็นการประยุกต์รูปแบบการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavior Therapy: CBT) ตามแนวคิดของ Beck (1979) มาใช้ เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดทักษะในการจำแนกและประเมินสาระสำคัญของความคิดที่เป็นจุดอ่อนของตน ซึ่งมักเป็นความคิดด้านลบ หรือ ความคิดบิดเบือน ซึ่งเกิดขึ้นโดยอัตโนมัติ อย่างไม่สมเหตุสมผล และเกิดทักษะในการปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติในทางลบดังกล่าวให้เป็นความคิดที่ถูกต้องเหมาะสมและสมเหตุสมผลมากขึ้น นำไปสู่การลดภาวะซึมเศร้าตามมา (อรพรรณ ลือบุญ รัชชัย และ พิรพนธ์ ลือบุญ รัชชัย, 2548) 3) **การส่งเสริมทักษะในการประเมินและการจัดการกับความเครียดที่มีประสิทธิภาพ** ดังการบำบัดในครั้งที่ 1 และ 4 ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วย สามารถประเมินว่าตนมีการรับรู้ต่อเหตุการณ์ที่เผชิญอยู่อย่างไร มีการวางแผนในการดำเนินชีวิตอย่างมีเหมาะสมบนพื้นฐานของความเป็นจริง รวมทั้งสามารถปรับตัวและจัดการกับความเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพ ส่งผลให้ภาวะซึมเศร้าของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยโรคเอดส์ลดลงได้ (Antoni et al., 1991, 2000; Lutgendorf et al., 1997) และ 4) **การฝึกทักษะทางสังคม** ดังการบำบัดในครั้งที่ 5 ที่ช่วยพัฒนาให้ผู้ป่วยเกิดทักษะในการแสดงออกที่เหมาะสม และ ทักษะในการแสวงหาการสนับสนุนทางสังคม จากกลุ่มเพื่อน และช่วยให้ผู้ป่วยรับรู้และมีทักษะในการใช้แหล่งสนับสนุนทางสังคมในการเผชิญกับความเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพ ส่งผลให้ภาวะซึมเศร้าของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยโรคเอดส์ลดลง

6. เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ขวัญใจ นามชื่อ (2548) ศึกษาผลของกลุ่มบำบัดทางปัญญาต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ติดเชื้อเอชไอวีและเอดส์ พบว่าคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้า วัดทันทีหลังการทดลองสิ้นสุดต่ำกว่าก่อนการทดลอง และเมื่อติดตามวัดในระยะ 2 สัปดาห์ พบว่ามีคะแนนภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ($p < 0.05$)

จันทิมา จันทรทำจัน (2548) ศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการกับอาการต่อความร่วมมือในการรักษาของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการกับอาการมีคะแนนเฉลี่ยความร่วมมือสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 และผลเฉลี่ยของความร่วมมือในการรักษาในด้านการรับประทานยา ถูกชนิดถูกขนาดก่อนและหลังเข้าร่วม โปรแกรมไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05

พัฒนกร ทองคำ (2548) ศึกษาผลของการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนร่วมกับการฝึกอาณานิคมสติต่อความสามารถในการดูแลตนเองและความวิตกกังวลของผู้ติดเชื้อเอชไอวี พบว่าผลการวิจัยผลความวิตกกังวลน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05

กุลธิดา สุภาคุณ (2549) ศึกษาผลของโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม ต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ผลการวิจัยพบว่า ภาวะซึมเศร้าของกลุ่มทดลองหลังได้รับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม น้อยกว่าก่อนได้รับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม และภาวะซึมเศร้าของกลุ่มทดลองที่เข้าร่วมโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม น้อยกว่า กลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

เสาวนีย์ อินทรเนตร (2551) ศึกษาผลของโปรแกรมทางความคิดและพฤติกรรมแบบกลุ่ม ต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยเอดส์ที่เป็นโรคซึมเศร้าที่เข้าโครงการรับยาต้านไวรัสโรงพยาบาลชะอำ จังหวัดเพชรบุรี ผลการวิจัยพบว่าภาวะซึมเศร้าของกลุ่มทดลองที่เข้าร่วมโปรแกรมวัดหลังการทดลองสิ้นสุดต่ำกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ(P<.05)

พรนิภา หาญละคร, สมใจ รัตนมณี และ ประกอบ ชันทอง (2551) ศึกษาผลของกลุ่มบำบัดแบบพฤติกรรมปัญญานิยมต่อความหวังและความซึมเศร้าในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัส ผลการศึกษากลุ่มตัวอย่างมีระดับความหวังสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ ระดับคะแนนความซึมเศร้าในกลุ่มตัวอย่างต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

หลังจากการทดลอง 6 เดือน พบว่าไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

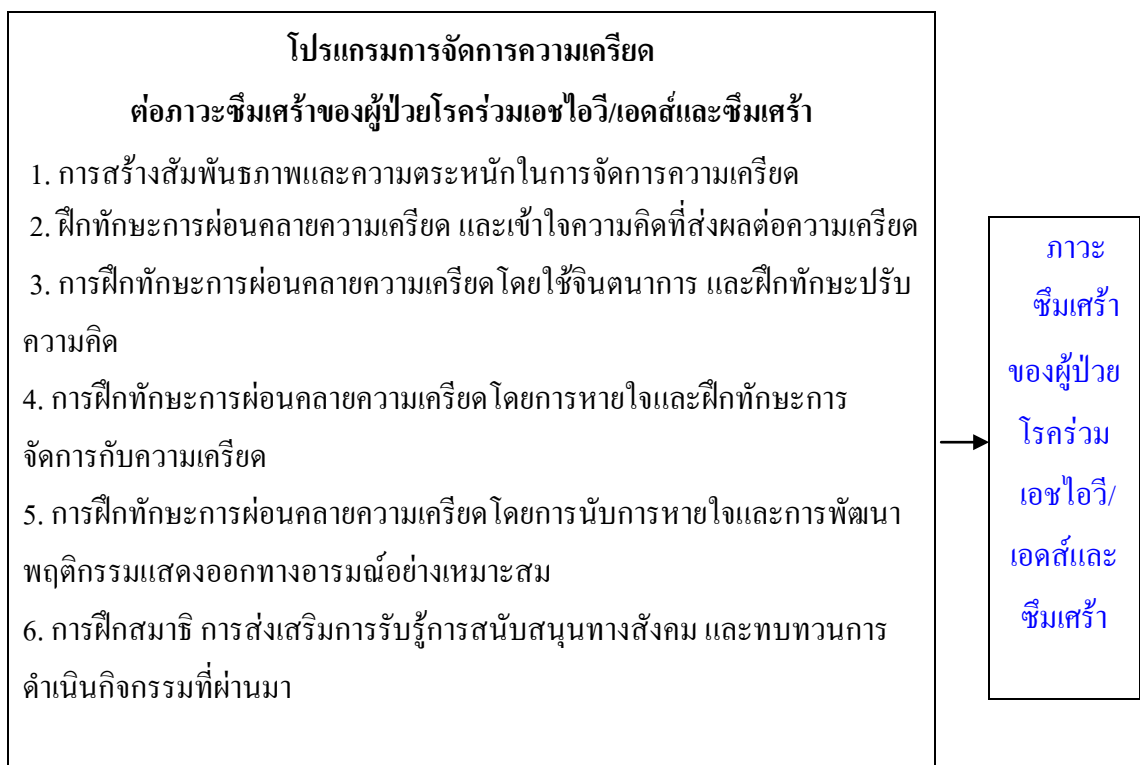
ยุวดี สหายแก่น (2551) ศึกษาผลของการให้คำปรึกษาโดยใช้แนวความคิดปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมในผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่มีภาวะซึมเศร้า ผลการศึกษาภาวะซึมเศร้าหลังได้รับการบำบัดต่ำกว่าก่อนเข้ารับโปรแกรม เกิดการเรียนรู้และเข้าใจภาวะเจ็บป่วยของตนเองด้วยกระบวนการกลุ่ม

Micheal antoni (1993) ได้ศึกษาผลของการบำบัดแบบปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม ในการช่วยผู้ป่วยโรคแพนิค ให้สามารถหยุดการรักษาด้วยยา Benzodiazepine ในขนาดสูง กลุ่มตัวอย่าง 33 คน สุ่มเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มทดลองได้เข้ากลุ่มบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม ร่วมไปกับการลดขนาดยา กลุ่มควบคุมใช้วิธีลดขนาดยาเพียงวิธีเดียว กลุ่มทดลองเข้ากลุ่ม สัปดาห์ละ 1 ครั้งๆละ 60 ถึง 90 นาที นาน 10 สัปดาห์ โครงสร้างเนื้อหาของกลุ่มแต่ละครั้งประกอบด้วย การส่งเสริมให้ผู้ป่วยรู้จักกับอาการและผลกระทบของความวิตกกังวลชนิดแพนิค ทบทวนการปรับตัวและการเผชิญปัญหาด้วยกระบวนการทางความคิด ใช้เทคนิคการผ่อนคลายความเครียด ที่เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละคน และผู้ป่วยมีการบันทึกผลการฝึกปฏิบัติประจำวัน ผลปรากฏว่า ผู้ป่วยที่เข้ากลุ่มบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม สามารถลดและหยุดการใช้ยาได้สำเร็จ กว่ากลุ่มที่ลดยาเพียงอย่างเดียวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

Robert M Malow et al (2009) ศึกษาโปรแกรมการจัดการความคิด พฤติกรรม และความเครียด ในในกลุ่มผู้ติดเชื้อที่ติดเชื้อสารเสพติดชนิดแอลกอฮอล์ พบว่าการทำหน้าที่ทางสังคมดีขึ้น เช่นเป็นตัวแทนกลุ่ม บริหารเป็นต้นแบบ การปรับตัว การผ่อนคลายความเครียด อย่างชัดเจน

Jill E .Bbormann,และคณะ (2006)ได้ทำการศึกษาผลของการบริการในผู้ติดเชื้อเอชไอวี ใน 112 รายแบบสุ่ม หลังจากการวิจัย10-16 สัปดาห์พบว่าคุณภาพชีวิตดีขึ้น

7. กรอบแนวคิดในการวิจัย



บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง(Quasi – Experiment Research) ใช้รูปแบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (The Pretest-Posttest Control Group Design) มีจุดประสงค์เพื่อศึกษาผลของการใช้การจัดการความเครียด พฤติกรรม และ ความคิด (CBSM) ต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคร่วมเอชไอวี/เอดส์และซึมเศร้า มีรูปแบบการทดลองดังนี้

O ₁	X	O ₂	กลุ่มทดลอง
O ₃		O ₄	กลุ่มควบคุม

O₁ หมายถึง การวัดภาวะซึมเศร้า ก่อนได้รับการจัดการความเครียด พฤติกรรม และความคิด

O₂ หมายถึง การวัดภาวะซึมเศร้า หลังได้รับการจัดการความเครียด พฤติกรรม และความคิด

O₃ หมายถึง การวัดภาวะซึมเศร้า ก่อนได้รับการพยาบาลตามปกติ

O₄ หมายถึง การวัดภาวะซึมเศร้าหลังได้รับการพยาบาลตามปกติ

X หมายถึง การได้รับการจัดการความเครียด พฤติกรรม และ ความคิด

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชากรที่ใช้ในการวิจัย คือ ผู้ป่วยโรคร่วมเอชไอวี/เอดส์และซึมเศร้าที่ได้รับการตรวจเลือดและได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นผู้ป่วยโรคร่วมเอชไอวี/เอดส์และซึมเศร้าที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลมะเร็ง จังหวัดนครราชสีมา โรงพยาบาลโพธาราม จ.ราชบุรี โรงพยาบาลราชบุรี โรงพยาบาลบางระจัน จ.สิงห์บุรี โรงพยาบาลชะอำ จ.เพชรบุรี ระหว่างเดือน มกราคม-กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2556

2. กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยโรคร่วมเอชไอวี/เอดส์และซึมเศร้า ที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลมะเร็ง จังหวัดกาญจนบุรี โรงพยาบาลโพธารามจังหวัดราชบุรี โรงพยาบาลราชบุรี โรงพยาบาลบางระจัน จ.สิงห์บุรี โรงพยาบาลชะอำ จ.เพชรบุรี ที่แสดงความประสงค์เข้าร่วมในโครงการการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ จำนวนกลุ่มละ 16 ราย และมีคุณสมบัติตามเกณฑ์การจับคู่คัดเลือก โดยได้จากการสุ่มแบบเจาะจง จากผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ในการคัดเข้า (Inclusion Criteria)

เกณฑ์ในการคัดเลือกผู้ป่วยเข้ากลุ่มตัวอย่าง

Inclusion Criteria

2.1 เป็นผู้มีภาวะซึมเศร้าตั้งแต่ 19 คะแนนขึ้นไป ประเมินโดยแบบวัดภาวะซึมเศร้าด้วยตนเองของ Beck Depression ฉบับปรับปรุงเป็นภาษาไทยโดย แพทย์หญิง ดวงใจ กษานติกุล และคณะ การวัดระดับซึมเศร้าเนื่องจากการทำกลุ่มบำบัดจำเป็นอย่างยิ่งที่ผู้ป่วยโรคร่วมต้องมีอาการทางจิตที่อยู่ในระดับที่สามารถฝึกกิจกรรม ทักษะต่างแสดงถึงความพร้อมทางร่างกายและจิตใจ อีกทั้งเป็นการประเมินคัดกรองผู้ป่วยที่ระดับคะแนน 25 ขึ้นไปสามารถปรึกษาพยาบาลชำนาญการขั้นสูง (APN) เพื่อทำการรักษาเบื้องต้นและส่งต่อแพทย์ต่อไป

2.2 เพศหญิงหรือเพศชาย อายุ 20-59 ปี ยินดีให้ความร่วมมือ สมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัย สถานะภาพสมรส

2.3 มีสภาพร่างกายที่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ สภาพร่างกายแข็งแรงไม่มีหรือมีโรคแทรกซ้อนทางกายแต่ไม่ผลต่อการทดลองในระยะเวลาที่ทำการทดลองและมีผลการตรวจเลือดระดับCD4 มากกว่า200

2.4 สามารถพูดและฟังภาษาไทยได้เข้าใจ และพูดคุยโต้ตอบได้รู้เรื่อง

Exclusion Criteria

1. ผู้ร่วมการวิจัยถอนตัวออกจากการวิจัย
2. ผู้ป่วยมีอาการทางจิตใจกำเริบ หรือมีปัญหาสุขภาพทางกาย จนเป็นอุปสรรค ขณะเข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรม

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างด้วยการวิเคราะห์อำนาจทดสอบ ด้วยโปรแกรม Power Analysis of Simple Size (PASS) (สัจจา ทาโต, 2548) โดยนำค่าเฉลี่ย และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการบำบัดพฤติกรรมและความคิดแบบกลุ่มหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง คำนวณโดยpower analysis โดยใช้กลุ่มตัวอย่างจากการศึกษาของของเสาวนีย์ อินทรเนตร(2551) มาคำนวณหาค่า power analysis โดยจับคู่ตามคุณสมบัติที่ตั้งไว้) กำหนดให้มีอำนาจทดสอบที่0.992 ที่ระดับนัยสำคัญ .001 เพื่อให้ข้อมูลที่ได้จากการศึกษามีการกระจายตัวใกล้เคียงกับโค้งปกติ พบว่าขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการในแต่ละกลุ่ม คือ 15 คน แต่เพื่อป้องกันการสูญเสียระหว่างการทดลอง (Drop out) ของสมาชิกกลุ่ม ผู้วิจัยจึงกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มละ 16 คน รวมจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการทั้งหมด 32 คน จากนั้นผู้วิจัยจับคู่กลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน (Matched-pair) เพื่อควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนที่อาจมีผลกระทบต่อการทำวิจัยครั้งนี้ ได้แก่

1) เพศ เนื่องจากพบว่า เพศเป็นปัจจัยแทรกซ้อนหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้า ในผู้ป่วยเอชไอวี/เอดส์ได้แตกต่างกัน โดยผู้ป่วยเพศหญิงโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าได้มากกว่าเพศชาย (Claudio Garcia Capitaio et al., 2011)

2) ภาวะแทรกซ้อนทางร่างกายที่เกิดกับผู้ป่วยเอชไอวี/เอดส์มีผลต่อความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า Claudio Garcia Capitaio et al., 2011:Sadock and Sadock,2007)

ขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

1. คัดเลือกโดยสุ่มอย่างง่าย โรงพยาบาลของรัฐในจังหวัดภาคกลาง ที่ดูแลกลุ่มผู้ป่วยในกลุ่มตัวอย่างได้ 5 โรงพยาบาลคือ โรงพยาบาลมะเร็ง จังหวัดกาญจนบุรี โรงพยาบาลชะอำ จังหวัดเพชรบุรี โรงพยาบาลโพธาราม จังหวัดราชบุรี โรงพยาบาลราชบุรี จังหวัดราชบุรี โรงพยาบาลบางระจัน จังหวัดสิงห์บุรี นำรายชื่อโรงพยาบาลที่สุ่มได้ มาจับฉลากเพื่อคัดเลือกที่จะสุ่มประชากรตัวอย่าง ผลที่ได้ประชากรกลุ่มตัวอย่างของโรงพยาบาลที่เป็นกลุ่มควบคุม ได้แก่ โรงพยาบาลราชบุรี จังหวัดราชบุรี โรงพยาบาลบางระจัน จังหวัดสิงห์บุรี โรงพยาบาลชะอำ จังหวัดเพชรบุรี ส่วนประชากรกลุ่มตัวอย่างของโรงพยาบาลที่เป็นกลุ่มทดลองได้แก่โรงพยาบาลมะเร็ง จังหวัดกาญจนบุรี และโรงพยาบาลโพธาราม จังหวัดราชบุรี ภายหลังจากที่โครงการวิจัยผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการบริหารของคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เมื่องานวิจัยเรื่องนี้ได้ผ่านความเห็นชอบในการอนุมัติให้ดำเนินการวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมในมนุษย์ของโรงพยาบาลมะเร็ง จังหวัดกาญจนบุรี แล้ว โดยก่อนดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยได้นำโครงการวิทยานิพนธ์ฉบับสมบูรณ์ ผลของการจัดการความเครียดความคิด พฤติกรรมและความคิดต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคร่วมเอชไอวี/เอดส์และซึมเศร้า พร้อมทั้งเครื่องมือที่สร้างขึ้น เสนอต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลมะเร็ง ซึ่งประกอบไปด้วย คณะกรรมการ 5 ท่าน ได้แก่ รองผู้อำนวยการโรงพยาบาลฝ่ายการแพทย์ รองผู้อำนวยการฝ่ายการพยาบาล รองผู้อำนวยการฝ่ายบริหาร หัวหน้าฝ่ายเภสัชกร และ นักสังคมสงเคราะห์ เมื่อผ่านกระบวนการนี้แล้ว ได้ทำหนังสือถึงผู้อำนวยการเพื่อนำหนังสือที่ได้รับการผ่านการเห็นชอบส่งถึงผู้อำนวยการ โรงพยาบาลราชบุรี โรงพยาบาลโพธาราม จังหวัดราชบุรี โรงพยาบาลบางระจัน จังหวัดสิงห์บุรี โรงพยาบาลชะอำ จังหวัดเพชรบุรี

นอกจากนี้เพื่อพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยสุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ ซึ่งกลุ่มตัวอย่างทุกรายจะได้รับการบอกถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ระยะเวลาที่ใช้ รวมทั้งได้รับการตอบคำถามจนเข้าใจ และได้รับการชี้แจงว่าระหว่างขั้นตอนของการวิจัยกลุ่มตัวอย่างจะขอยกเลิกการเข้าร่วมเมื่อไรก็ได้ โดยไม่ต้องบอกเหตุผล และจะไม่มี

ผลกระทบต่อการรักษาพยาบาล รวมทั้งหากมีคำถามหรือเกิดความสงสัยใดๆในระหว่างขั้นตอนของการวิจัยสามารถสอบถามได้จากผู้วิจัยโดยตรง เน้นย้ำกลุ่มตัวอย่างทราบว่า ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยจะปกปิดเป็นความลับ และผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น จะไม่มีการเปิดเผยให้ผู้ที่ไม่เกี่ยวข้องทราบ หากกลุ่มตัวอย่างตอบรับการวิจัย ผู้วิจัยจึงให้ลงลายมือในเอกสารยินยอมเข้าร่วมการวิจัย เพื่อขออนุญาตประเมินระดับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคร่วมเอชไอวี/เอดส์และซึมเศร้าใน ในช่วงเวลาที่มารับบริการที่คลินิกผู้ป่วยนอกผู้ป่วยโรคเอชไอวี/เอดส์ และได้รับการวินิจฉัยตามเกณฑ์วินิจฉัยDSM4 โรคร่วมเอชไอวี/เอดส์และซึมเศร้า พร้อมทั้งประเมินว่ากลุ่มตัวอย่างมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดหรือไม่

2. หากพบว่ามีคุณสมบัติครบตามที่กำหนด ผู้วิจัยขอความร่วมมือกลุ่มตัวอย่างในการเข้าร่วมวิจัยโดยสมัครใจ และอธิบายในเรื่องการพิทักษ์สิทธิ์ของผู้เข้าร่วมวิจัย จากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างเซ็นยินยอมเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้

3. ผู้วิจัยทำการควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนที่อาจมีผลต่อการทดลองได้ (Control Extraneous Variables) ซึ่งจากผลการทบทวนวรรณกรรมพบว่า

1) เพศ เนื่องจากพบว่า เพศเป็นปัจจัยแทรกซ้อนหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเอชไอวี/เอดส์ได้แตกต่างกัน โดยผู้ป่วยเพศหญิงโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าได้มากกว่าเพศชาย (Claudio Garcia Capita et al., 2011)

2) ภาวะแทรกซ้อนทางร่างกาย/โรคฉวยโอกาสที่เกิดกับผู้ป่วยเอชไอวี/เอดส์มีผลต่อความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า Claudio Garcia Capita et al., 2011; Sadock and Sadock, 2007) เป็นตัวแปรแทรกซ้อนที่ส่งผลกระทบต่อตัวแปรที่ศึกษาครั้งนี้ทั้งสองตัว คือ เพศและภาวะแทรกซ้อนทางร่างกาย/โรคฉวยโอกาส ดังนั้นผู้วิจัยจึงเลือกใช้วิธีการจับคู่ (Matched - pair) จากคุณลักษณะดังกล่าวเพื่อให้กลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคุณสมบัติที่เหมือนกันเป็นคู่ ๆ รวมจำนวน 16 คู่

3). ทำการสุ่มกลุ่มตัวอย่างทีละคู่เข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยการจับสลากเพื่อป้องกันการปนเปื้อนระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จำนวน 16 คู่ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ลักษณะของกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติ เพศและโรคแทรกซ้อน

กลุ่มทดลองคือรพ. มะการักษ์ จังหวัดกาญจนบุรี และรพ. โพนาราม จังหวัดราชบุรี

กลุ่มควบคุมคือ รพ.ราชบุรี , รพ.บางระจัน จังหวัดสิงห์บุรี และรพ.ชะอำ จังหวัดเพชรบุรี

คู่ที่	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม	
	เพศ	โรคแทรกซ้อน	เพศ	โรคแทรกซ้อน
1	หญิง	ไม่มี	หญิง	ไม่มี
2	ชาย	ไม่มี	ชาย	ไม่มี
3	หญิง	มี	หญิง	มี
4	หญิง	มี	หญิง	มี
5	หญิง	มี	หญิง	มี
6	หญิง	มี	หญิง	มี
7	หญิง	มี	หญิง	มี
8	ชาย	มี	ชาย	มี
9	หญิง	ไม่มี	หญิง	ไม่มี
10	หญิง	ไม่มี	หญิง	ไม่มี
11	หญิง	มี	หญิง	มี
12	หญิง	มี	หญิง	มี
13	หญิง	มี	หญิง	มี
14	หญิง	มี	หญิง	มี
15	หญิง	ไม่มี	หญิง	ไม่มี
16	ชาย	มี	ชาย	มี

4. จากนั้นผู้วิจัยจึงนำกลุ่มตัวอย่าง เข้าร่วมการวิจัยการจัดการความเครียด พฤติกรรมและความคิด 32 คน โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองออกเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มละ 16 คน โดยสุ่มแบบเฉพาะเจาะจง

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยเรื่องนี้ได้ผ่านความเห็นชอบในการอนุมัติให้ดำเนินการวิจัยจากคณะกรรมการการพิจารณาจริยธรรมในมนุษย์ของโรงพยาบาลมะเร็ง จังหวัดกาญจนบุรี แล้ว โดยก่อนดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยได้นำโครงร่างวิทยานิพนธ์ฉบับสมบูรณ์ โปรแกรมการจัดการความเครียดความคิด พฤติกรรมและความคิด พร้อมทั้งเครื่องมือที่สร้างขึ้น เสนอต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ของโรงพยาบาลมะเร็ง ซึ่งประกอบไปด้วย คณะกรรมการ 5 ท่าน ได้แก่ รองผู้อำนวยการ โรงพยาบาลฝ่ายการแพทย์ รองผู้อำนวยการฝ่ายการพยาบาล รองผู้อำนวยการฝ่ายบริหาร หัวหน้าฝ่ายเภสัชกร และ นักสังคม-สงเคราะห์ เมื่อผ่านกระบวนการนี้แล้ว ได้ทำหนังสือถึงผู้อำนวยการเพื่อนำหนังสือที่ได้รับการผ่านการเห็นชอบส่งถึงผู้อำนวยการ โรงพยาบาลราชบุรี โรงพยาบาลโพธาราม โรงพยาบาลบางระจัน และ โรงพยาบาลชะอำ

นอกจากนี้เพื่อพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยสุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ ซึ่งกลุ่มตัวอย่างทุกรายจะได้รับการบอกถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ระยะเวลาที่ใช้ รวมทั้งได้รับการตอบคำถามจนเข้าใจ และได้รับการชี้แจงว่าระหว่างขั้นตอนของการวิจัยกลุ่มตัวอย่างจะขอยกเลิกการเข้าร่วมเมื่อไรก็ได้ โดยไม่ต้องบอกเหตุผล และจะไม่มีผลกระทบใดต่อการรักษาพยาบาล รวมทั้งหากมีคำถามหรือเกิดความสงสัยใดๆ ในระหว่างขั้นตอนของการวิจัยสามารถสอบถามได้จากผู้วิจัยโดยตรง เน้นย้ำกลุ่มตัวอย่างทราบว่า ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยจะปกปิดเป็นความลับ และผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น จะไม่มีการเปิดเผยให้ผู้ที่ไม่เกี่ยวข้องทราบ หากกลุ่มตัวอย่างตอบรับการวิจัย ผู้วิจัยจึงให้ลงลายมือในเอกสารยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วยเครื่องมือ 3 ชุด คือ

ชุดที่ 1. เครื่องมือการดำเนินการทดลอง

กิจกรรมการจัดการความเครียด พฤติกรรมและความคิด

ชุดที่ 2. เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2.1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล

2.2 แบบวัดภาวะซึมเศร้าด้วยตนเองของBeck Depression ฉบับภาษาไทย

ชุดที่ 3. เครื่องมือกำกับทดลอง

แบบประเมินความคิดอัตโนมัติในด้านลบ ของHollon and Kendall

1. เครื่องมือการดำเนินการทดลอง คือ การจัดการความเครียด พฤติกรรมและความคิด เป็นเครื่องมือที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง โดยที่ผู้วิจัยประยุกต์มาจากโปรแกรมCBSM cognitive Behavior stress managemet ของ Antoni (1996)โดยมุ่งให้ผู้ป่วยสามารถปรับเปลี่ยนอารมณ์ พฤติกรรม จาก การปรับเปลี่ยนความคิดด้านลบ การจัดการความเครียด ได้อย่างเหมาะสม ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ป่วยมี ความคิด อารมณ์ และมีพฤติกรรมที่เหมาะสมขึ้นลดภาวะซึมเศร้าลง ตลอดจนสามารถดำรงชีวิต ด้วยความสุข ประกอบด้วย 6 กิจกรรม ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพและความตระหนักในการจัดการกับความเครียด

กิจกรรมที่ 2 การผ่อนคลายกล้ามเนื้อและทำความเข้าใจความคิดที่บิดเบือนที่ส่งผลต่อ ความเครียด

กิจกรรมที่ 3 การฝึกทักษะการผ่อนคลายความเครียดโดยใช้จินตนาการ และฝึกทักษะปรับความคิด

กิจกรรมที่ 4 การฝึกทักษะการผ่อนคลายความเครียดโดยการหายใจและฝึกทักษะการจัดการกับ ความเครียด

กิจกรรมที่ 5 การฝึกทักษะการผ่อนคลายความเครียดจากใจสู่กายและการพัฒนาพฤติกรรม แสดงออก

กิจกรรมที่ 6 การฝึกสมาธิ การสนับสนุนทางสังคม และทบทวนการดำเนินกิจกรรมที่ผ่านมา การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยได้นำโปรแกรมการจัดการความเครียด พฤติกรรมและความคิดที่ได้พัฒนาขึ้น จาก การศึกษาค้นคว้าและทบทวนงานวิจัยที่ผ่านมา ตามสภาพปัญหาในการดูแลผู้ป่วย ไปปรึกษากับ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์เพื่อตรวจสอบแก้ไขให้มีความถูกต้องและสอดคล้องกับงานวิจัย แล้ว นำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน คือ จิตแพทย์ 1ท่าน อาจารย์ด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและ จิตเวช 2 ท่าน และพยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช 2 ท่าน (ดังรายนามในภาคผนวก ก) ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content validity) ความถูกต้อง ชัดเจน ความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ รูปแบบและความเหมาะสมของกิจกรรมการจัดลำดับของ เนื้อหา และความเหมาะสมของเวลาที่ใช้ในแต่ละกิจกรรม จากนั้นผู้วิจัยนำโปรแกรมมาปรับแก้ ตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิให้สมบูรณ์ร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา เพื่อให้เกิดความครอบคลุม เนื้อหา กิจกรรม รวมทั้งความถูกต้องเหมาะสมของภาษาอีกครั้งก่อนนำไปใช้จริง

2. เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2.1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล เช่น อายุ เพศ การศึกษา สถานภาพสมรส ศาสนา สภาพทางเศรษฐกิจ อาชีพ การได้ยิน ข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย ประกอบด้วย โรคแทรกซ้อนหรือ โรคฉวยโอกาส ประวัติสุขภาพ ในอดีตและปัจจุบันทั้งโรคทางกายและทางจิต ประวัติโรค ประจำตัวทั้งโรคทางกายและทางจิต

2.2 แบบวัดภาวะซึมเศร้าด้วยตนเอง ของ Beck Depression ฉบับปรับปรุงเป็นภาษาไทย โดย แพทย์หญิงดวงใจ กษานติกุลและคณะซึ่งประกอบด้วยข้อคำถาม 20 ข้อ ผู้ตอบต้องตอบทุกข้อ เป็นคำถามเกี่ยวกับอาการทางกาย ความกระตือรือร้น อาการทางความคิดและอารมณ์ โดยมีอารมณ์ด้านบวก 3 ข้อ ในข้อแต่ละข้อมีคำตอบ

ให้เลือก 4 คำตอบ คือ บ่อย ก่อนข้างบ่อย บางครั้ง ไม่เคย

โดยนำคะแนนทุกข้อมารวมกันได้คะแนนเท่าไร สามารถเปรียบเทียบกับเกณฑ์ Beck (1961 อ้างในลัดดา แสนสีหา, 2536) ดังนี้

- 1-10 คะแนน มีระดับภาวะซึมเศร้าปกติ
 - 11-16 คะแนน มีระดับภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย
 - 17 -20 คะแนน มีระดับภาวะซึมเศร้าปานกลาง
 - 21-30 คะแนน มีระดับภาวะซึมเศร้ามาก
 - 31-60 คะแนน มีระดับภาวะซึมเศร้ารุนแรง
- การแปลผล แบบสอบถามนี้มีคะแนนเต็ม 60

แบบประเมินภาวะซึมเศร้าด้วยตนเองที่พัฒนาจาก Beck Depression Inventory (BDI) และปรับปรุงเป็นภาษาไทยโดยแพทย์หญิงดวงใจ กษานติกุล และคณะ (2545) ประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 20 ข้อ ผู้ตอบต้องตอบทุกข้อ เป็นคำถามเกี่ยวกับอาการทางกาย ความกระตือรือร้น อาการทางความคิดและอารมณ์ โดยมีอารมณ์ด้านบวก 3 ข้อ (รู้สึกสบายใจ ชีวิตยังมีความหมาย และรู้สึกตัวเองมีคุณค่า) และอารมณ์ด้านลบ 17 ข้อ แบบคำถามแต่ละข้อมีคำตอบให้เลือก 4 คำตอบคือ บ่อย ก่อนข้างบ่อย บางครั้ง ไม่เคย ตอบให้ตรงความรู้สึกในช่วง 1 เดือน ข้อ 20 มีคำตอบให้เลือก 2 คำตอบคือ เคย ไม่เคย

โดยให้ผู้ตอบใส่เครื่องหมาย ✓ ในช่องที่ตรงกับความรู้สึกของตนเองในช่วง 1 เดือนนี้ การให้คะแนนแบบสอบถาม จะแบ่งเป็น 2 กลุ่ม และมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

กลุ่มที่ 1 ได้แก่ ข้อที่ 1, 2, 3, 4, 6, 7, 8, 9, 11, 12, 13, 14, 16, 17, 18, 19 โดยแต่ละข้อให้คะแนนดังนี้

บ่อยๆ (เกือบทุกวัน)	=	3	คะแนน
ค่อนข้างบ่อย (2 – 3 วัน/สัปดาห์)	=	2	คะแนน
บางครั้ง (น้อยกว่าสัปดาห์ละครั้ง)	=	1	คะแนน
ไม่เคย	=	0	คะแนน
กลุ่มที่ 2 ได้แก่ ข้อที่ 5, 10, 15 โดยแต่ละข้อให้คะแนนดังนี้			
บ่อยๆ (เกือบทุกวัน)	=	0	คะแนน
ค่อนข้างบ่อย (2 – 3 วัน/สัปดาห์)	=	1	คะแนน
บางครั้ง (น้อยกว่าสัปดาห์ละครั้ง)	=	2	คะแนน

ไม่เคย	=	3	คะแนน
สำหรับคำถามข้อ 20 ให้คะแนนดังนี้			
ไม่เคย	=	0	คะแนน
เคย	=	3	คะแนน

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content validity) ผู้วิจัยนำเครื่องมือไปตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) โดยนำเครื่องมือที่ไปปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อตรวจสอบแก้ไขเนื้อหาและภาษาที่ใช้ให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่าง

2. ผู้วิจัยตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือโดยการหาค่าความเที่ยง (Reliability) ด้วยการนำเครื่องมือชุดนี้ไปทดลองใช้กับกลุ่มผู้ป่วยโรคร่วมเอชไอวี/เอดส์ ที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่างที่จะศึกษาจำนวน 30 คน ซึ่งไม่ได้เป็นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ แล้วนำข้อมูลมาวิเคราะห์หาความเที่ยง (Reliability) ของเครื่องมือ โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) จากการคำนวณค่าความเที่ยง (Reliability) ของเครื่องมือ พบว่า มีค่าความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) เท่ากับ 0.93

3. เครื่องมือกำกับการทดลอง

แบบประเมินความคิดอัตโนมัติในด้านลบ ของHollon and Kendall (1980) เป็นแบบประเมินที่แปลและเรียบเรียงเป็นภาษาไทยโดย ลัดดา แสนลีหา (2536) เป็นแบบประเมินความคิดอัตโนมัติด้านลบ 3 ด้าน คือเกี่ยวกับตนเอง สิ่งแวดล้อมหรือประสบการณ์ และอนาคต แบบประเมินความคิดอัตโนมัติในด้านลบของ Hollon and Kendall ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 30 ข้อ มีลักษณะเป็นแบบสอบถามมาตราส่วนประเมินค่า 5 ระดับ แบ่งเป็น น้อยที่สุด น้อย ปานกลาง มาก มากที่สุด ให้คะแนน 1, 2, 3, 4 และ 5 ตามลำดับ การคิดคะแนนจะคิดตั้งแต่ข้อ 1 ถึงข้อ 30 โดยคะแนนสูงสุดคือ 150 คะแนน ส่วนคะแนนที่ต่ำสุดคือ 30 ส่วนคะแนนที่อยู่ในช่วง 30 -80 คะแนน คือไม่มีความคิดในด้านลบและพบได้ในบุคคลทั่วไปที่ไม่มีภาวะซึมเศร้า (Deruels et al., 1990 cited in Furlong and Tian, 2000) โดยการศึกษาครั้งนี้มีเกณฑ์ว่า หลังการศึกษาผู้ป่วยเอดส์ที่เป็นกลุ่มตัวอย่างจะต้องได้คะแนนอยู่ในระดับ 30-80 คะแนน หากพบว่าภายหลังการประเมินความคิดอัตโนมัติด้านลบ แล้วกลุ่มตัวอย่างไม่ผ่านเกณฑ์การประเมิน คือมีคะแนนสูงกว่า 80 คะแนน ผู้วิจัยจะดำเนินการค้นหาปัญหาที่เกิดขึ้น และดำเนินกิจกรรมเสริม เพื่อแก้ไขในจุดนั้นจนกว่าผู้ป่วยจะมีคะแนนผ่านเกณฑ์ที่กำหนด

การตรวจสอบความเที่ยงเครื่องมือ (Reliability) ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือไปทดสอบกับผู้ป่วยเอดส์ที่มีภาวะซึมเศร้าจำนวน 30 คน ซึ่งไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ และนำข้อมูลที่ได้มา

วิเคราะห์หาค่าความเที่ยงของเครื่องมือโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ซึ่งได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .82

แบบประเมินความคิดอัตโนมัติด้านลบนี้ จะใช้ประเมินทันทีหลังที่กลุ่มตัวอย่างได้รับทักษะการจัดการความเครียด พฤติกรรมและความคิด ครบในครั้งที่ 5 โดยการวิจัยครั้งนี้มีเกณฑ์ว่า หลังการวิจัยผู้ป่วยเอดส์ที่เป็นกลุ่มตัวอย่างจะต้องได้คะแนนอยู่ในระดับ 30-80 คะแนน หากพบว่าภายหลังการประเมินความคิดอัตโนมัติด้านลบ แล้วกลุ่มตัวอย่างไม่ผ่านเกณฑ์การประเมิน คือมีคะแนนสูงกว่า 80 คะแนน ผู้วิจัยจะดำเนินการค้นหาปัญหาที่เกิดขึ้น และดำเนินกิจกรรมเสริม เพื่อแก้ไขในจุดนั้นจนกว่าผู้ป่วยจะมีคะแนนผ่านเกณฑ์ที่กำหนดในการวิจัยครั้งนี้ได้ทำการตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) โดยการนำไปทดสอบกับผู้ป่วยเอดส์ที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน แล้วนำผลที่ได้คำนวณหาค่าความเที่ยง โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของ Cronbach (Cronbach' Alpha Coefficient) แล้วได้ค่าความเที่ยง .82

เกณฑ์กำกับการทดลอง

เมื่อสิ้นสุดกิจกรรมที่ 5 ผู้วิจัย ได้กำหนดเกณฑ์กำกับการทดลองว่า ภายหลังได้รับการจัดการความเครียด พฤติกรรม ความคิด กลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองต้องมีคะแนนระดับความซึมเศร้าลดลงก่อนได้รับการจัดการความเครียด พฤติกรรม ความคิด

ซึ่งในการวิจัยครั้ง หลังเสร็จสิ้นการจัดการความเครียดพฤติกรรมและความคิด (เสร็จสิ้นกิจกรรมที่ 5) ผู้วิจัยได้ทำการประเมินระดับภาวะซึมเศร้าของตัวอย่างในกลุ่มทดลองทันที พบว่ากลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองที่ได้รับการจัดการความเครียด พฤติกรรมและความคิดทุกคน มีคะแนนระดับซึมเศร้าลดลง

การดำเนินการทดลอง

ผู้วิจัยดำเนินการทดลอง โดยแบ่งการทดลองออกเป็น 3 ระยะ คือ ระยะเตรียมการทดลอง ระยะดำเนินการทดลอง และ ระยะเก็บรวบรวมข้อมูล เพื่อให้สามารถดำเนินการทดลองได้อย่างถูกต้อง และได้ผลการวิจัยที่มีความน่าเชื่อถือผู้วิจัยจึงต้องมีความพร้อมในการวิจัยโดยมีการเตรียมการดังต่อไปนี้

1. ระยะเตรียมการทดลอง

1.1 ผู้วิจัยเตรียมความพร้อมของผู้วิจัยในด้านของความรู้ แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับการจัดการความเครียด และฝึกทักษะในเรื่องการจัดการความเครียดพฤติกรรมและความคิด (CBT)แก่ผู้ป่วย โดยได้ลงทะเบียนเรียนในรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชขั้นสูง ในชุมชน จำนวน 3 หน่วยกิต และรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชขั้นสูงในโรงพยาบาล จำนวน 3 หน่วยกิต โดยผู้วิจัยได้ทำการฝึกทักษะในการจัดการความเครียดพฤติกรรม

และความคิดแก่ผู้ป่วย ทั้งรายบุคคล และรายกลุ่ม นอกจากนี้ผู้วิจัยยังได้ทำการศึกษาค้นคว้าด้วยตนเองจากการอ่านหนังสือ เอกสาร ตำราและงานวิจัย ร่วมกับขอคำแนะนำจากอาจารย์ที่ปรึกษา เพื่อให้การศึกษาวิจัยดำเนินไปตามขั้นตอนที่ถูกต้องและครอบคลุม

1.2 ผู้วิจัยสร้างกิจกรรมการจัดการความเครียด พฤติกรรมและความคิดและเตรียมเครื่องมือที่ใช้ในการทดลองจากการศึกษาค้นคว้า ทบทวนเอกสาร และงานวิจัย ที่เกี่ยวข้องเพื่อให้เป็นผู้วิจัยมีความรู้ ความสามารถในการใช้กิจกรรมการจัดการความเครียด พฤติกรรมและความคิด แล้วจึงนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ซึ่งประกอบด้วยจิตแพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชนจำนวน 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลด้านจิตเวช จำนวน 2 ท่าน และพยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 2 ท่าน ได้ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา ความถูกต้องชัดเจน ครอบคลุม เหมาะสมของภาษาที่ใช้ และลำดับของเนื้อหา

1.3 ผู้วิจัยส่งวิทยานิพนธ์ฉบับสมบูรณ์ที่ผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการบริหารคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย แก่คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลมะเร็ง จังหวัดกาญจนบุรี

1.4 ผู้วิจัยเตรียมติดต่อประสานงานกับผู้อำนวยการ โรงพยาบาลมะเร็งจังหวัดกาญจนบุรี โรงพยาบาลโพธาราม จังหวัดราชบุรี โรงพยาบาลราชบุรี จังหวัดราชบุรี โรงพยาบาลบางระจันจังหวัดสิงห์บุรี โรงพยาบาลชะอำ จังหวัดเพชรบุรีเพื่อขอความร่วมมือในการทำวิจัย โดยทำหนังสือจากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย พร้อมโครงร่างวิทยานิพนธ์ฉบับสมบูรณ์ และเครื่องมือวิจัย ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลมะเร็ง จังหวัดกาญจนบุรี โรงพยาบาลโพธาราม จังหวัดกาญจนบุรี โรงพยาบาลราชบุรี จังหวัดราชบุรี โรงพยาบาลบางระจัน จังหวัดสิงห์บุรี และโรงพยาบาลชะอำ จังหวัดเพชรบุรี เพื่อแจ้งรายละเอียดเกี่ยวกับวิธีการ วัตถุประสงค์ของการวิจัย ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองระยะเวลาในการดำเนินการวิจัย และขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล

1.5 เมื่อได้รับอนุมัติจากผู้อำนวยการ โรงพยาบาล ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้ากลุ่มงานฝ่ายการพยาบาลและผู้อำนวยการ โรงพยาบาล เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของงานวิจัย ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง และเก็บรวบรวมข้อมูล โรงพยาบาลมะเร็ง เพื่อขอใช้สถานที่ในการดำเนินการทดลอง

1.6 ผู้วิจัยติดตามคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่เข้ารับ**การวิจัย**ที่แผนกผู้ป่วยนอก เอชไอวี/เอดส์ โดยแนะนำตัว แจ้งรายละเอียดในการเก็บรวบรวมข้อมูลแก่หัวหน้าแผนก แล้วขออนุญาตดูแลประวัติของกลุ่มตัวอย่าง เพื่อพิจารณาคุณสมบัติตามที่กำหนดในการคัดเลือกเข้ากลุ่ม

1.7 เมื่อกลุ่มตัวอย่างมีคุณสมบัติครบถ้วน ผู้วิจัยให้ข้อมูลสำหรับประชากรตัวอย่าง หรือผู้ที่ส่วนร่วมในการวิจัย แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนในการทำวิจัย การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง และขอความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัย แล้วลงชื่อในใบยินยอมของประชากรตัวอย่าง หรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

1.8 ผู้วิจัยจับคู่กลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน (Matched - pair) เพื่อควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนที่อาจมีผลกระทบต่อการทำวิจัยครั้งนี้ ได้แก่

1) เพศ เนื่องจากพบว่า เพศเป็นปัจจัยแทรกซ้อนหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้า ในผู้ป่วยเอชไอวี/เอดส์ได้แตกต่างกัน โดยผู้ป่วยเพศหญิง โอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าได้มากกว่าเพศชาย (Claudio Garcia Capita et al., 2011)

2) ภาวะแทรกซ้อนทางร่างกาย/โรคฉวยโอกาสที่เกิดกับผู้ป่วยเอชไอวี/เอดส์มีผลต่อความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า (Claudio Garcia Capita et al., 2011; Sadock and Sadock, 2007) เป็นตัวแปรแทรกซ้อนที่ส่งผลต่อตัวแปรที่ศึกษาครั้งนี้ทั้งสองตัว คือ เพศและภาวะแทรกซ้อนทางร่างกาย/โรคฉวยโอกาส ดังนั้นผู้ศึกษาจึงเลือกใช้วิธีการจับคู่ (Matched - pair) จากคุณลักษณะดังกล่าว เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคุณสมบัติที่เหมือนกันเป็นคู่ ๆ รวมจำนวน 16 คู่

2. ระยะเวลาดำเนินการทดลอง

กลุ่มทดลอง ผู้วิจัยดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมการจัดการกับความเครียด พฤติกรรมและความคิด ตามวัน เวลา และสถานที่ ที่กำหนดไว้ ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 กำหนดการในการดำเนินกิจกรรมการจัดการความเครียด พฤติกรรมและความคิด
ณ โรงพยาบาลมะเร็งรักษ์ จังหวัดกาญจนบุรี (กลุ่มที่ 1,2) และ โรงพยาบาลโพธาราม จังหวัดราชบุรี
(กลุ่มที่ 3)

ครั้งที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพและความ ตระหนักในการจัดการความเครียด	กลุ่มที่ 1 (6 คน)	8 มกราคม 56	เวลา 08.30-10.00 น.
	กลุ่มที่ 2 (6 คน)	8 มกราคม 56	เวลา 10.00-11.30 น.
	กลุ่มที่ 3 (4 คน)	10 มกราคม 56	เวลา 13.00-14.30 น.
ครั้งที่ 2 ฝึกทักษะการผ่อนคลาย ความเครียดด้วยการผ่อนคลาย กล้ามเนื้อ และเข้าใจความคิดที่ ส่งผลต่อความเครียด	กลุ่มที่ 1 (6 คน)	15 มกราคม 56	เวลา 08.30-10.00 น.
	กลุ่มที่ 2 (6 คน)	15 มกราคม 56	เวลา 10.00-11.30 น.
	กลุ่มที่ 3 (4 คน)	17 มกราคม 56	เวลา 13.00-14.30 น.
ครั้งที่ 3 การฝึกทักษะการผ่อนคลาย ความเครียดโดยใช้จินตนาการ และ ฝึกทักษะปรับเปลี่ยนความคิด	กลุ่มที่ 1 (6 คน)	22 มกราคม 56	เวลา 08.30-10.00 น.
	กลุ่มที่ 2 (6 คน)	22 มกราคม 56	เวลา 10.00-11.30 น.
	กลุ่มที่ 3 (4 คน)	24 มกราคม 56	เวลา 13.00-14.30 น.
ครั้งที่ 4 การฝึกทักษะการผ่อนคลาย ความเครียดโดยการหายใจและฝึก ทักษะการจัดการกับความเครียด	กลุ่มที่ 1 (6 คน)	29 มกราคม 56	เวลา 08.30-10.00 น.
	กลุ่มที่ 2 (6 คน)	29 มกราคม 56	เวลา 10.00-11.30 น.
	กลุ่มที่ 3 (4 คน)	31 มกราคม 56	เวลา 13.00-14.30 น.
ครั้งที่ 5 การฝึกทักษะการผ่อนคลาย ความเครียดจากใจสู่กายและการ พัฒนาพฤติกรรมแสดงออกทาง อารมณ์อย่างเหมาะสม	กลุ่มที่ 1 (6 คน)	5 กุมภาพันธ์ 56	เวลา 08.30-10.00 น.
	กลุ่มที่ 2 (6 คน)	5 กุมภาพันธ์ 56	เวลา 10.00-11.30 น.
	กลุ่มที่ 3 (4 คน)	7 กุมภาพันธ์ 56	เวลา 13.00-14.30 น.
ครั้งที่ 6 การฝึกสมาธิ ส่งเสริมการรับรู้ การ สนับสนุนทางสังคม และทบทวน การดำเนินกิจกรรมที่ผ่านมา	กลุ่มที่ 1 (6 คน)	12 กุมภาพันธ์ 56	เวลา 08.30-10.00 น.
	กลุ่มที่ 2 (6 คน)	12 กุมภาพันธ์ 56	เวลา 10.00 -11.30 น.
	กลุ่มที่ 3 (4 คน)	14 กุมภาพันธ์ 56	เวลา 13.00 -14.30 น.

ซึ่งผลที่ได้รับเมื่อเสร็จสิ้นกิจกรรมในแต่ละครั้งมีรายละเอียดโดยสรุป ดังต่อไปนี้

กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพและความตระหนักในการจัดการความเครียด

ช่วง ที่ 1 เมื่อดำเนินการมาถึงขั้นตอนนี้แล้วพบว่าจากการที่ให้ผู้ป่วยทำใบงานเพื่อประเมินตนเองแล้วบอกตัวตนของตนเองได้ และสุ่มตัวอย่าง สามารถบอกเพื่อนในกลุ่มได้ ผู้ป่วยส่วนใหญมีความสุขที่มีการพูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกัน แสดงถึงความเข้าอกเข้าใจกัน

ช่วง ที่ 2 จากการสังเกตพบว่า ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการปฏิบัติกิจกรรม และยินดีปฏิบัติตามที่พยาบาลให้คำแนะนำไปใช้ โดยสมาชิกบอกว่ากิจกรรมนี้มีประโยชน์ สามารถนำไปใช้ได้ในชีวิตประจำวันวิธีประเมินความเครียด ของตนเอง และเฝ้าระวัง

ผลลัพธ์จากกิจกรรมที่ให้ทำใบงาน พบว่า ผู้ป่วยมีการฝึกปฏิบัติการผ่อนคลายความเครียด มีความตั้งใจที่จะประเมินตนเอง สสำรวจตนเอง และสามารถจัดการกับปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้นกับการฝึกปฏิบัติในครั้งนี้ ดังตัวอย่างคำพูดต่อไปนี้

“ฉันไม่เคยทำแบบนี้เลย ไม่รู้ตัวเองว่าเป็นคนเจ้าอารมณ์ อารมณ์ร้อน ดิฉันน่าจะจะมีกิจกรรมแบบนี้มานานแล้ว เราจะได้แลกเปลี่ยนความคิดเห็นกัน มีความเข้าใจกัน”

สถานการณ์ความเครียด ผู้ป่วยสามารถบอกได้ว่าเมื่อวันที่ผ่านมาประสบความเครียดอะไร และหาทางออกเหมาะสมหรือไม่ ส่งผลต่อตนเองอย่างไร เช่น เครียด เบื่อ เซ็ง

เมื่อดำเนินการมาถึงขั้นตอนนี้แล้วพบว่าจากการที่ให้ผู้ป่วยทำใบงานเพื่อประเมินตนเองแล้วบอกตัวตนของตนเองได้ และสุ่มตัวอย่าง สามารถบอกเพื่อนในกลุ่มได้

กิจกรรมที่ 2 ฝึกทักษะการผ่อนคลายความเครียดด้วยการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ และเข้าใจความคิดที่ส่งผลต่อความเครียด

เมื่อดำเนินการมาถึงขั้นตอนนี้แล้วพบว่า

ช่วงที่ 1 ผู้ป่วยมีความกระตือรือร้น ทำสมุดการบ้านมาและประเมินความเครียดตนเอง และการจัดการกับความเครียด ของตนเอง มีอยู่ 2 คน ที่ไม่ได้ทำมาแต่ประเมินตนเองให้ฟังได้ ดังนี้

“รู้สึกเอาแต่ใจ จะเอาโน่นเอานี่ ถ้าไม่ได้จะหงุดหงิดแฟน ตอนนีู้สึกสงสารและเห็นใจแฟนจึงผมรู้สึกว่าจะไม่ทำแบบนี้อีก”

ช่วงที่ 2 เมื่อนำฝึกทักษะการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ จากการสังเกตพฤติกรรม ความสนใจ ความร่วมมือในการทำกิจกรรม และการแสดงความคิดเห็น การตอบข้อซักถาม แสดงให้เห็นว่า ผู้ป่วยชอบกิจกรรมนี้ ดังตัวอย่างคำพูดของผู้ป่วยดังต่อไปนี้

“ชอบมาก ทำอีก ๆ รู้สึกสบายตัวมาก เบาตัว ต้องนำไปฝึกที่บ้านอย่างต่อเนื่อง รู้จักผ่อนคลาย ความเครียด”

ผู้ป่วยอีกคนแสดงความคิดเห็นว่า “ทำแล้วรู้สึกไม่เครียด เลย ปวดคออยู่ หายเลย

ฝึกวิเคราะห์กิจกรรมความเชื่อมโยงความคิดและอารมณ์จากสถานการณ์จำลอง

จากการสังเกตพฤติกรรม ความสนใจ ความร่วมมือในการทำกิจกรรม และการแสดงความคิดเห็น การตอบข้อซักถาม แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยสามารถวิเคราะห์ได้ว่าเหตุการณ์นี้เขาทุกข์ใจเรื่องอะไร เพราะเขาคิดอะไร และถ้าเป็นเขาจะแสดงถึงการเผชิญปัญหาดังกล่าวอย่างไรดังคำกล่าวของผู้ป่วยที่ว่า “จะทุกข์ไปทำไม คนดี ๆ ตายก่อนเราก็มีทุกวัน โรคก็อยู่ส่วนโรค ทำวันนี้ให้มีความสุขดีกว่า ใครจะว่าอย่างไรก็ช่าง ทำตัวให้สนุกเข้าไว้”

กิจกรรมที่ 3 . การฝึกทักษะการผ่อนคลายความเครียดโดยใช้จินตนาการ และฝึกทักษะปรับเปลี่ยนความคิด

เมื่อดำเนินการมาถึงขั้นตอนนี้แล้วพบว่าจากการสังเกต พูดคุย ซักถามเกี่ยวกับความรู้ความเข้าใจ ผู้ป่วยสามารถตอบคำถามเกี่ยวกับแนวทางการดูแลตนเองในเรื่องทักษะการคลายเครียดด้วยการจินตนาการ สมาชิกสามารถวิเคราะห์สถานการณ์จำลองได้อย่างเหมาะสมประเมินจากใบงานที่ 3/2 การคัดจับความคิดด้านลบ สามารถตอบความคิดอัตโนมัติ ผลกระทบและการปรับเปลี่ยนความคิดจากสถานการณ์

กิจกรรมที่ 4. การฝึกทักษะการผ่อนคลายความเครียดโดยการหายใจและฝึกทักษะการจัดการกับความเครียด

เมื่อดำเนินการมาถึงขั้นตอนนี้แล้วพบว่า จากการสังเกตพฤติกรรม ความสนใจ ความร่วมมือในการทำกิจกรรม และการแสดงความคิดเห็น ผู้ป่วยให้ความร่วมมืออย่างดี สนใจทำตามกลุ่ม การฝึกทักษะการคลายเครียดด้วยการฝึกการหายใจซ้ำๆ เป็น ผู้ป่วยบอกว่ารู้สึกผ่อนคลายได้ดี และบอกถึงการจัดการกับความเครียดที่ผ่านมา ในใบงานได้ในช่วง 2 สัปดาห์

กิจกรรมที่ 5. การฝึกทักษะการผ่อนคลายความเครียดจากใจสู่กายและการพัฒนาพฤติกรรมแสดงออกทางอารมณ์อย่างเหมาะสม

เมื่อดำเนินการมาถึงขั้นตอนนี้แล้วพบว่า จากการสังเกตความสนใจ การร่วมแสดงความคิดเห็น และฝึกปฏิบัติอย่างตั้งใจ นอกจากนี้ผลลัพธ์จากกิจกรรมที่ให้ตามใบงานที่ให้ฝึกปฏิบัติโดยให้ผู้ป่วยแสดงบทบาทสมมติตามสถานการณ์จำลองที่ผู้ป่วยคิดขึ้นเอง และจากการสรุปสิ่งที่ได้จากใบงาน แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยมีความรู้และความสามารถในการ วิเคราะห์สรุปองค์ความรู้ที่ผู้ป่วยได้รับเกี่ยวกับการแสดงออกทางอารมณ์ได้มากขึ้น โดยผู้ป่วยสามารถตอบคำถาม และร่วมแสดงความคิดเห็นได้

กิจกรรมที่ 6. การฝึกสมาธิ ส่งเสริมการรับรู้ การสนับสนุนทางสังคม และทบทวนการดำเนิน
กิจกรรมที่ผ่านมา ผู้ป่วยทบทวนกิจกรรมตั้งแต่ การประเมินตนเอง การประเมินความเครียด และ
 สิ่งที่ส่งผลกระทบต่อเมื่อเกิดความเครียด การจัดการกับความเครียดที่ผ่านมา ผู้ป่วยร่วมมือแสดงความ
 คิดเห็น

ทักษะการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ และการเข้าใจความคิดที่ส่งผลต่อความเครียด ว่าถ้าเราคิดดี
 เราก็จะไม่เครียด การเชื่อมโยงความคิดและความรู้สึก จะมีพฤติกรรมแบบไหน จะอยู่ในสังคมและ
 แยกตัว ผู้ป่วยสามารถเลือกตอบที่ถูกต้อง คืออยู่ในสังคมอย่างมั่นใจ

การใช้จินตนาการทำจิตใจเราสดชื่นเช่นอยู่ใกล้ทะเล ลมเย็นๆ หรืออยู่ใต้ต้นไม้ใหญ่ร่มเงา
 เย็นๆ การดักจับความคิดด้านลบ

เมื่อดำเนินการมาถึงขั้นตอนนี้แล้วพบว่าผู้ป่วยส่วนหนึ่งยังทำกิจกรรม ต้องเริ่มต้นทำสมาธิ
 ใหม่ 3 ครั้ง แต่หลังจากนั้นก็สามารถปฏิบัติได้ จากการสังเกตพฤติกรรม ความสนใจ ความร่วมมือใน
 การทำกิจกรรม และการแสดงความคิดเห็น การตอบข้อซักถามเกี่ยวกับ โดยให้ผู้ป่วยประเมินการ
 รับรู้ และวิธีการจัดการกับนั้น แสดงให้เห็นว่าเกิดขึ้น ดังตัวอย่างคำพูดของผู้ป่วยต่อไปนี้

ดังนั้นการเสริมสร้างคุณค่าในตนเองจึงเป็นสิ่งสำคัญที่ต้องทำ อาจจะทำโดยการช่วยเหลือ
 ดูแลงานในครอบครัว สังคม ผู้ป่วยสามารถบอกแหล่งสนับสนุนทางสุขภาพกาย สุขภาพจิต ได้อย่าง
 น้อย 3 เบอร์ โดยคู่มือของยาด้วย และเบอร์สุขภาพจิตฉุกเฉิน เบอร์ของโรงพยาบาลที่รับการรักษา

2.3 ผู้วิจัยประเมินกิจกรรม และปิดกลุ่ม ยุติการดำเนินกลุ่ม

ตารางที่ 3 การประเมินความคิดอัตโนมัติด้านลบ ของผู้ป่วยโรคร่วมเอชไอวี/เอดส์และซึมเศร้า

คนที่	คะแนนความคิดอัตโนมัติด้านลบ	ระดับความคิดอัตโนมัติด้านลบ
1	64	ปกติ
2	67	ปกติ
3	45	ปกติ
4	51	ปกติ
5	59	ปกติ
6	62	ปกติ
7	54	ปกติ
8	69	ปกติ
9	64	ปกติ
10	54	ปกติ
11	57	ปกติ
12	79	ปกติ
13	62	ปกติ
14	69	ปกติ
15	77	ปกติ
16	64	ปกติ

จากตารางที่ 3 พบว่าคะแนนความคิดอัตโนมัติด้านลบของผู้ป่วยโรคร่วมเอชไอวี/เอดส์และซึมเศร้าทุกคน หลังการได้รับการจัดการความเครียด พฤติกรรมและความคิด มีคะแนนไม่เกิน 80 คะแนนซึ่งถือว่ามีคะแนนผ่านเกณฑ์ที่กำหนดไว้

หลังดำเนินกิจกรรมที่ 5 เมื่อเสร็จสิ้นการใช้เครื่องมือกำกับ**การวิจัย**วัดความคิดอัตโนมัติด้านลบของกลุ่มทดลองทุกรายแล้ว พบว่าคะแนนความคิดอัตโนมัติด้านลบผ่านเกณฑ์แล้ว **ผู้วิจัย**จึงจะทำการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้าด้วยตนเองของ Beck (1967) พร้อมทั้งกล่าวขอบคุณกลุ่มตัวอย่าง จากนั้น**ผู้วิจัย**ตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบประเมินก่อนนำไปวิเคราะห์ทางสถิติ

3. ระยะเวลารวบรวมข้อมูล

3.1 ขณะดำเนินโปรแกรม 1 สัปดาห์แรกผู้วิจัยทำการประเมินระดับซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคร่วมเอชไอวี/เอดส์และซึมเศร้า

3.2 โดยกลุ่มทดลอง ผู้วิจัยดำเนินการกับกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองดังนี้

3.2.1 ผู้วิจัยทำการประเมินระดับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคร่วมเอชไอวี/เอดส์และซึมเศร้าก่อนการทดลอง (Pre-test)

3.2.2 เมื่อครบกำหนด 5 สัปดาห์หลังการทดลอง คือ สัปดาห์ที่ 5 ผู้วิจัยทำการประเมิน โดยให้ผู้ป่วยโรคร่วมเอชไอวี/เอดส์และซึมเศร้า ตอบคำถามแบบประเมินภาวะซึมเศร้าตามแบบอีกครั้ง (Post- test) และแจ้งให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่าสิ้นสุดการเป็นกลุ่มตัวอย่าง พร้อมแสดงความขอบคุณและนัดหมายอีกครั้ง

3.2.3 ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของการตอบแบบสอบถามก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

3.3 กลุ่มควบคุม ผู้วิจัยดำเนินการกับกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มควบคุมดังนี้

3.3.1 ผู้วิจัยทำการประเมินระดับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคร่วมเอชไอวี/เอดส์และซึมเศร้าก่อนการทดลอง (Pre-test) โดยให้ผู้ป่วยโรคร่วมเอชไอวี/เอดส์และซึมเศร้าตอบคำถาม

3.3.2 เมื่อครบกำหนด 5 สัปดาห์หลังการทดลอง คือ สัปดาห์ที่ 5 ผู้วิจัยทำการประเมิน โดยให้ผู้ป่วยโรคร่วมเอชไอวี/เอดส์และซึมเศร้าตอบคำถามตามแบบวัดระดับซึมเศร้าด้วยตนเองอีกครั้ง (Post- test) และแจ้งให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่าสิ้นสุดการเป็นกลุ่มตัวอย่าง พร้อมแสดงความขอบคุณ

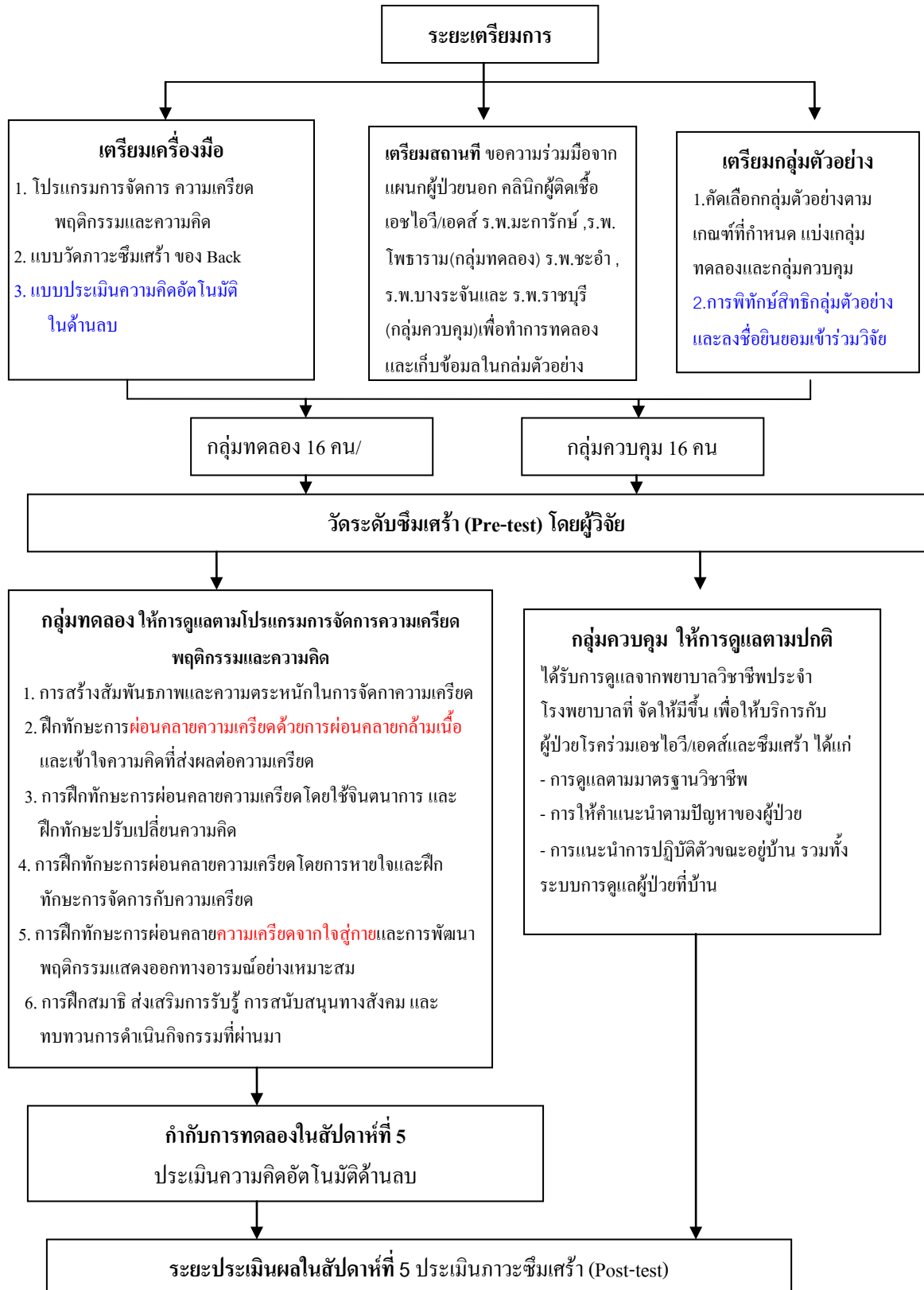
3.3.3 ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของการตอบแบบสอบถามก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป SPSS for Windows โดยดำเนินการเป็นลำดับขั้นตอนดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างนำมาวิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ หาค่าเฉลี่ย ร้อยละ
2. เปรียบเทียบภาวะซึมเศร้า ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการจัดการความเครียด พฤติกรรมและความคิด โดยใช้สถิติ หาค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation) แล้วเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยทุกด้าน โดยใช้สถิติ ทดสอบที (Dependent t-test)
3. เปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าระหว่างกลุ่มที่ได้รับ โปรแกรมการจัดการความเครียด พฤติกรรมและความคิดกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ โดยใช้สถิติหาค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation) แล้วเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยทุกด้าน โดยใช้สถิติ ทดสอบที (Independent t-test)
4. กำหนดค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สรุปขั้นตอนการดำเนินการทดลอง



↓

ขั้นวิเคราะห์ข้อมูล โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS for Windows Dependent t-test และ Independent t-test
กำหนดค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง(Quasi – Experiment Research) ใช้รูปแบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (The Pretest-Posttest Control Group Design) มีจุดประสงค์เพื่อศึกษาเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคร่วมเอชไอวี/เอดส์และซึมเศร้า ก่อนและหลังการใช้การจัดการความเครียด พฤติกรรม และ ความคิด (CBSM) และเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคร่วมเอชไอวี/เอดส์และซึมเศร้า ระหว่างกลุ่มที่ใช้การจัดการความเครียด พฤติกรรม และ ความคิด (CBSM)กับกลุ่มที่ได้รับการดูแลปกติ กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยโรคร่วมเอชไอวี/เอดส์และซึมเศร้า เพศหญิงหรือเพศชาย อายุ 20-59 ปีสถานะภาพสมรส ที่ได้รับการตรวจเลือดผลการตรวจเลือดระดับ CD4 มากกว่า 200 และมีอาการเข้าข่าย DSM-IV ตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคซึมเศร้าได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นผู้ป่วยโรคร่วมเอชไอวี/เอดส์และซึมเศร้า ที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลราชบุรี โรงพยาบาลบางระจัน โรงพยาบาลชะอำ โรงพยาบาลโพธาราม และโรงพยาบาลมะการักษ์ จำนวน 32 คน แบ่งเป็น 2 กลุ่ม โดยการจับคู่คัดเลือก แบ่งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 16 คนจำนวนกลุ่มละ 16 ราย และมีคุณสมบัติตามเกณฑ์การจับคู่คัดเลือกจำนวน 16 คน สรุปผลการวิเคราะห์ข้อมูลในรูปตารางประกอบคำบรรยาย โดยนำเสนอรายละเอียดตามลำดับดังนี้

ตอนที่ 1 ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

ตอนที่ 2 ภาวะซึมเศร้าผู้ป่วยโรคร่วมเอชไอวี/เอดส์และซึมเศร้าก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตอนที่ 3 ภาวะซึมเศร้าผู้ป่วยโรคร่วมเอชไอวี/เอดส์และซึมเศร้าก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ในการนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลในตารางต่าง ๆ ผู้วิจัยกำหนดสัญลักษณ์แทนค่าสถิติดังนี้

\bar{X}	หมายถึง ค่าเฉลี่ย
S.D.	หมายถึง ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

T หมายถึง ค่าสถิติที่ใช้ในการทดสอบความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยของข้อมูลแต่ละช่วงเวลา

ตอนที่ 1 ลักษณะ ของกลุ่มตัวอย่าง

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยโรคร่วมเอชไอ วี/เอดส์ และซิมเสร์้า จำแนกตามเพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง(n = 16)		กลุ่มควบคุม(n = 16)		รวม(n = 32)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ	3	18.8	3	18.8	6	18.8
- ชาย	13	81.3	13	81.3	26	81.2
- หญิง						
อายุ						
- 21-30 ปี	2	12.6	2	12.6	4	12.5
- 31-40 ปี	9	56.3	4	25.0	13	40.6
- 41- 50 ปี	4	25.0	6	37.5	10	31.3
- 51-60 ปี	1	6.3	4	25.0	5	16.6
ระดับการศึกษา						
- ระดับประถมศึกษา	7	43.8	5	31.3	12	37.5
- ระดับมัธยมศึกษา/ปวช.	9	56.3	9	56.3	18	56.3
- ระดับสูงกว่าปริญญาตรี	-	-	2	12.5	2	6.3
สถานภาพสมรส						
- โสด	3	18.8	4	25.0	7	21.9
- คู่	7	43.8	7	43.8	14	43.8
- หม้าย	3	18.8	3	18.8	6	18.8
- คู่ แยกกันอยู่	3	18.8	2	12.5	5	15.6
อาชีพ						
- รับจ้าง	7	43.8	2	12.5	9	28.1
- เกษตรกรรม	5	31.3	10	62.5	15	46.9
- ค้าขาย	4	25.1	4	25.0	8	25.0

จากตารางที่ 4 พบว่า ส่วนใหญ่ทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 81.3 มีสถานภาพสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 43.8 และมีการศึกษาอยู่ในระดับมัธยมศึกษา/ปวช.คิดเป็นร้อยละ 56.3 เท่ากัน มีอายุระหว่าง 31-40 ปี และระหว่าง 41- 50 ปี คิดเป็นร้อยละ 56.3 และ 37.5 ตามลำดับ กลุ่มทดลองมีอาชีพรับจ้างมาก และกลุ่มควบคุมมีอาชีพเกษตรกรกรรมมาก คิดเป็นร้อยละ 43.8 และ 62.5 ตามลำดับ

ส่วนที่ 2 ภาวะซึมเศร้าผู้ป่วยโรควัวเฮอร์เพกซ์ไอวี/เอดส์และซึมเศร้าก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตารางที่ 5 คะแนนภาวะซึมเศร้าและการแปลผลระดับภาวะซึมเศร้าก่อนทดลอง (Pre-test) และหลังการทดลอง (Post test) ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

คนที่	กลุ่มทดลอง (n = 13)				กลุ่มควบคุม (n = 13)			
	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		ก่อนทดลอง		หลังทดลอง	
	คะแนน	ระดับ	คะแนน	ระดับ	คะแนน	ระดับ	คะแนน	ระดับ
1	29	มาก	6	ปกติ	41	รุนแรง	20	ปานกลาง
2	32	รุนแรง	10	ปกติ	35	รุนแรง	19	ปานกลาง
3	33	รุนแรง	18	ปานกลาง	35	รุนแรง	18	ปานกลาง
4	30	มาก	10	ปกติ	30	มาก	19	ปานกลาง
5	33	รุนแรง	6	ปกติ	39	รุนแรง	13	เล็กน้อย
6	33	รุนแรง	4	ปกติ	33	รุนแรง	21	มาก
7	30	มาก	7	ปกติ	42	รุนแรง	19	ปานกลาง
8	33	รุนแรง	8	ปกติ	33	รุนแรง	10	ปกติ
9	23	มาก	8	ปกติ	30	มาก	17	ปานกลาง
10	25	มาก	8	ปกติ	31	รุนแรง	20	ปานกลาง
11	26	มาก	7	ปกติ	34	รุนแรง	16	เล็กน้อย
12	28	มาก	7	ปกติ	35	รุนแรง	15	เล็กน้อย
13	29	มาก	6	ปกติ	40	รุนแรง	14	เล็กน้อย
14	30	มาก	10	ปกติ	41	รุนแรง	28	มาก
15	30	มาก	6	ปกติ	42	รุนแรง	20	ปานกลาง
16	24	มาก	10	ปกติ	34	รุนแรง	12	เล็กน้อย

จากตารางที่ 5 พบว่าระดับภาวะซึมเศร้าของกลุ่มทดลอง หลังทดลองมีระดับลดลงมาอยู่ในระดับปกติและมีเพียง 1 ราย ที่มีภาวะซึมเศร้าลดลงอยู่ในระดับปานกลาง

ส่วนภาวะซึมเศร้าของกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลองมีภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับรุนแรงและระดับมาก แต่หลังทดลอง เกือบทุกราย มีภาวะซึมเศร้าลดลงมาอยู่ในระดับปานกลาง มีเพียง 2 ราย ที่มีภาวะซึมเศร้าลดลงอยู่ในระดับมาก และจำนวน 5 ราย มีภาวะซึมเศร้าลดลงอยู่ในระดับเล็กน้อยมีระดับลดลงมาอยู่ในระดับปกติมีเพียง 1 ราย ที่เหลือยังอยู่ในระดับมากและปานกลางที่ต้องใช้เวลาในดูแลต่อเนื่องให้อยู่ในระดับปกติ

ตารางที่ 6 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้าผู้ป่วยโรคร่วมเอชไอวี/เอดส์และซึมเศร้าก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (n = 16)

ภาวะซึมเศร้า	\bar{X}	S.D.	ระดับ	df	t	p-value
กลุ่มทดลอง						
ก่อนการทดลอง	29.25	3.29	มาก	15	19.47*	0.000
หลังการทดลอง	8.19	3.16	ปกติ			
กลุ่มควบคุม						
ก่อนการทดลอง	36.07	4.38	รุนแรง	15	7.129*	0.000
หลังการทดลอง	17.56	4.28	ปานกลาง			

* P < .05

จากตารางที่ 6 พบว่า กลุ่มทดลอง เมื่อพิจารณาความแตกต่างระหว่างคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าจากการวัด 2 ครั้ง เป็นรายคู่ด้วยการทำสถิติทดสอบที (Dependent t-test) พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคร่วมเอชไอวี/เอดส์และซึมเศร้าที่เข้าร่วมโครงการการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ก่อนและหลังได้รับการจัดการความเครียด พฤติกรรมและความคิด แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ < .05 (t=19.47) โดยค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าหลังได้รับการบำบัดโปรแกรมการจัดการความเครียด พฤติกรรมและความคิด (X = 8.19) ต่ำกว่าคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าก่อนได้รับการบำบัด โปรแกรมการจัดการความเครียด พฤติกรรมและความคิด (X = 29.25) ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 1 ที่ตั้งไว้คือ ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคร่วมเอชไอวี/เอดส์และซึมเศร้า หลังการใช้การจัดการความเครียด พฤติกรรม และ ความคิด ต่ำกว่าก่อนได้รับการใช้การจัดการความเครียด พฤติกรรม และ ความคิด

ในทางตรงข้ามพบว่ากลุ่มควบคุม ก่อนทดลอง มีค่าเฉลี่ยภาวะซึมเศร้า อยู่ในระดับรุนแรงเท่ากับ 36.07 และหลังทดลอง มีค่าเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าลดลงมาอยู่ในระดับปานกลาง เท่ากับ 17.56

ที่นัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ $< .05$ ($t=7.129$) คะแนนเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้าผู้ป่วยโรคร่วมเอชไอวี/เอดส์และซึมเศร้าของกลุ่มควบคุม หลังการทดลองลดลงแต่ยังอยู่ในระดับปานกลางที่ต้องใช้เวลาในดูแลต่อเนื่องให้อยู่ในระดับปกติ ซึ่งอาจเกิดจากการปรับตัวยอมรับเกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่และการดูแลร่วมเอชไอวี/เอดส์และซึมเศร้าทำให้ภาวะซึมเศร้าลดลงได้บ้าง

ส่วนที่ 3 ภาวะซึมเศร้าผู้ป่วยโรคร่วมเอชไอวี/เอดส์และซึมเศร้าก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคร่วมเอชไอวี/เอดส์และซึมเศร้า ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการจัดการความเครียด พฤติกรรมและความคิดระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ($n=32$)

ภาวะซึมเศร้า	\bar{X}	S.D.	ระดับ	df	t	p-value
ก่อนการทดลอง						
กลุ่มทดลอง	29.25	3.29	มาก	30	-4.962*	0.000
กลุ่มควบคุม	35.94	4.26	รุนแรง			
หลังการทดลอง						
กลุ่มทดลอง	8.19	3.17	ปกติ	30	-7.034*	0.000
กลุ่มควบคุม	17.56	4.29	ปานกลาง			

* $P < .05$

จากตารางที่ 6 พบว่า

เมื่อพิจารณาความแตกต่างระหว่างคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้า**ก่อนการทดลอง**จากการวัดของทั้งสองกลุ่มด้วยการหาค่าที่ (Independent t-test) พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ $< .05$ ($t = 4.962$) โดยค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าของกลุ่มทดลอง **เท่ากับ** 29.25 ต่ำกว่าคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของกลุ่มควบคุม **เท่ากับ** 35.94

หลังการทดลองเมื่อพิจารณาความแตกต่างระหว่างคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าจากการวัดของทั้งสองกลุ่มด้วยการหาค่าที่ (Independent t-test) พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ $< .05$ ($t = 7.034$) โดยค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าของกลุ่มทดลอง**เท่ากับ** 8.19 ต่ำกว่าคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของกลุ่มควบคุม **เท่ากับ** 17.56 **ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 2 ที่ตั้งไว้คือ** ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคร่วมเอชไอ

วี/เอดส์และซิมเสร์้า กลุ่มที่ได้รับการใช้การจัดการความเครียด พฤติกรรม และ ความคิด จะต่ำกว่า กลุ่มที่ได้รับการดูแลปกติ

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง(Quasi – Experiment Research) ใช้รูปแบบสองกลุ่ม วัดก่อนและหลังการทดลอง (The Pretest-Posttest Control Group Design) มีจุดประสงค์เพื่อศึกษา เปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคร่วมเอชไอวี/เอดส์และซิมเสร์้า ก่อนและหลังการใช้การจัดการความเครียด พฤติกรรม และ ความคิด (CBSM) และเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคร่วมเอชไอวี/เอดส์และซิมเสร์้า ระหว่างกลุ่มที่ใช้การจัดการความเครียด พฤติกรรม และ ความคิด (CBSM)กับกลุ่มที่ได้รับการดูแลปกติ ตัวแปรต้น คือ การจัดการความคิด พฤติกรรมและความเครียด ตัวแปรตาม คือ ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคร่วมที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์และซิมเสร์้า

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคร่วมเอชไอวี/เอดส์และซิมเสร์้าก่อนและหลังได้รับการจัดการความเครียด พฤติกรรม และความคิด
2. เพื่อเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าระหว่างผู้ป่วยโรคร่วมเอชไอวี/เอดส์และซิมเสร์้า กลุ่มที่ได้รับการจัดการความเครียด พฤติกรรม และความคิด กับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

สมมติฐานการวิจัย

- 1.ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคร่วมเอชไอวี/เอดส์และซิมเสร์้าหลังได้รับการจัดการความเครียด พฤติกรรม และ ความคิด ต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมจัดการความเครียด พฤติกรรม และ ความคิด
- 2.ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคร่วมเอชไอวี/เอดส์และซิมเสร์้าซึ่งกลุ่มที่ได้รับการจัดการความเครียด พฤติกรรม และ ความคิด จะต่ำกว่ากลุ่มซึ่งได้รับการดูแลตามปกติ

ประชากรในการวิจัย จำนวน 32 คน

ผู้ป่วยโรคร่วมเอชไอวี/เอดส์และซึมเศร้าเพศหญิงหรือเพศชาย อายุ 20-59 ปีสถานะภาพสมรส ที่ได้รับการตรวจเลือดผลการตรวจเลือดระดับ CD4 มากกว่า 200 และมีอาการเข้าข่าย DSM-IV ตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคซึมเศร้าได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นผู้ป่วยโรคร่วมเอชไอวี/เอดส์และซึมเศร้า ที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลราชบุรี โรงพยาบาลโพธาราม จังหวัดราชบุรี โรงพยาบาลบางระจัน จังหวัดสิงห์บุรี โรงพยาบาลชะอำ จังหวัดเพชรบุรี และโรงพยาบาลมะการักษ์ จังหวัดกาญจนบุรี จำนวน 32 คน แบ่งเป็น 2 กลุ่ม โดยการจับคู่คัดเลือกแบ่งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 16 คน มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ ประเมินโดยแบบวัดภาวะซึมเศร้าด้วยตนเองของ Beck Depression ฉบับปรับปรุงเป็นภาษาไทย มีภาวะซึมเศร้าตั้งแต่ 19 คะแนนขึ้นไป สภาพร่างกายแข็งแรงมีและ/หรือไม่มีโรคแทรกซ้อนทางกาย และมีผลการตรวจเลือดระดับ CD 4 มากกว่า 200 สามารถพูดและฟังภาษาไทยได้เข้าใจ และพูดคุยโต้ตอบได้รู้เรื่อง มีสติสัมปชัญญะครบถ้วน สามารถรับรู้ เวลา สถานที่ บุคคล ได้ถูกต้อง สัมผัสใจเข้าร่วมโครงการวิจัย

การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างด้วยการวิเคราะห์อำนาจทดสอบ ด้วยโปรแกรม Power Analysis of Simple Size (PASS) (สัจจา ทาโต, 2548) โดยนำค่าเฉลี่ย และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการบำบัดพฤติกรรมและความคิดแบบกลุ่มหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง คำนวณโดย power analysis โดยใช้กลุ่มตัวอย่างจากการศึกษาของของเสาวนีย์ อินทรเนตร(2551) มาคำนวณหาค่า power analysis โดยจับคู่ตามคุณสมบัติที่ตั้งไว้ กำหนดให้มีอำนาจทดสอบที่ 0.992 ที่ระดับนัยสำคัญ .001 เพื่อให้ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยมีการกระจายตัวใกล้เคียงกับโค้งปกติ พบว่าขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการในแต่ละกลุ่ม คือ 15 คน แต่เพื่อป้องกันการสูญเสียระหว่างการทดลอง (Drop out) ของสมาชิกกลุ่ม ผู้วิจัยจึงกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มละ 16 คน รวมจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการทั้งหมด 32 คน จากนั้นผู้วิจัยจับคู่กลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน (Matched-pair) เพื่อควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนที่อาจมีผลกระทบต่อการทำวิจัยครั้งนี้ ได้แก่

1) เพศ เนื่องจากพบว่า เพศเป็นปัจจัยแทรกซ้อนหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเอชไอวี/เอดส์ได้แตกต่างกัน โดยผู้ป่วยเพศหญิงโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าได้มากกว่าเพศชาย (Claudio Garcia Capita et al., 2011)

2) ภาวะแทรกซ้อนทางร่างกายที่เกิดกับผู้ป่วยเอชไอวี/เอดส์มีผลต่อความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า Claudio Garcia Capita et al., 2011:Sadock and Sadock,2007)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ประกอบด้วย 3 ชุด ได้แก่

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลองคือ โปรแกรมการจัดการความเครียด พฤติกรรมและความคิด
 2. เครื่องมือที่ใช้ในการกำกับทดลอง คือ แบบประเมินความคิดอัตโนมัติในด้านลบของ Hollon and Kendall (1980) แปลและเรียบเรียงเป็นภาษาไทยโดย ลัดดา แสนสีหา และคาราวรรณ ต๊ะปิ่นตา (2536)
 3. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล คือ
 - 3.1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล
 - 3.2 แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของ Beck (1967) ซึ่งแปลและเรียบเรียงเป็นภาษาไทยโดย แพทย์หญิงดวงใจ กสานติกุล และคณะ (2545)
- รายละเอียดของเครื่องมือ

1.เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง ได้แก่ การจัดการความเครียด พฤติกรรมและความคิด ผู้วิจัยพัฒนามาจากโปรแกรม Cognitive Behavioral Stress management (CBSM) ของ (Antoni et al., 1991) ร่วมกับแนวคิดการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมของ Beck et al. (1997) เป็นการพัฒนาให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการจัดการกับความเครียดได้อย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ ทั้งนี้จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การจัดการความเครียด พฤติกรรม และความคิด (CBSM) ของ Antoni et al. (1996) มีแนวคิดที่สามารถจัดกระทำเพื่อแก้ไขทั้งความคิดด้านลบ และการจัดการกับความเครียดที่ไม่มีประสิทธิภาพอันเป็นสาเหตุสำคัญของการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้ โดยใช้แนวคิดการจัดการความเครียด พฤติกรรมและความคิดของ Antoni (1996) ที่เน้นการช่วยให้ผู้รับบริการตระหนักรู้ว่า การปรับความคิด เกิดจากความคิดที่ไร้เหตุผล นำไปสู่พฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม มีทักษะการผ่อนคลาย ทักษะการคลายเครียดที่เหมาะสม โดยพยาบาล 1 คน ให้การบำบัด กับผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าในโรคร่วมติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์และซึมเศร้า ที่มารับการรักษาในโรงพยาบาล โดยให้การบำบัดทั้งที่โรงพยาบาลและที่บ้านผู้ป่วยครั้งละ 60-90 นาที จำนวน 6 ครั้ง เพื่อปรับเปลี่ยนความคิดที่เป็นทางลบอัตโนมัติมาเป็นความคิดทางบวกอัตโนมัติและมีการจัดการกับความเครียดได้เหมาะสมและการฝึกทักษะวิธีการจัดการกับความเครียด หมายถึง วิธีการที่ใช้ลดความเครียดที่พัฒนาขึ้น ส่งผลให้ภาวะซึมเศร้ามลดลง โดยครั้งที่ 1- 6 ดำเนินกิจกรรมก่อนที่ผู้ป่วยจะกลับบ้าน แต่ครั้งห่างกัน 2 วัน และครั้งที่ 4 ดำเนินกิจกรรมหลังจากผู้ป่วยกลับบ้าน โดยผู้วิจัยติดตามผลผู้ป่วยภายใน 2 สัปดาห์ รวมระยะเวลาทั้งหมดของโปรแกรม ประมาณ 6 สัปดาห์ ประกอบด้วยขั้นตอนการดำเนินกิจกรรมดังต่อไปนี้การฝึกวิธีการจัดการกับความเครียด หมายถึงวิธีการที่ใช้ลดความเครียด ที่พัฒนาขึ้นโดยผู้วิจัย โดยอยู่บนพื้นฐานแนวคิดของ พฤติกรรมเผชิญความเครียด 2 ประเภท คือ มุ่งแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น และแบบมุ่งแก้ไขที่อารมณ์โกรธ ซึ่งเป็นการจัดการกับความเครียดทางด้านอารมณ์ความรู้สึก และสรีระ ซึ่งประกอบด้วย การฝึกทักษะการผ่อนคลาย การฝึกจินตภาพ การทำสมาธิ ,การปรับเปลี่ยน

ความคิด และการฝึกเกร็งและคลายกล้ามเนื้อ สำหรับระยะเวลาในการฝึกทักษะ 6 ครั้งรวมถึงการฝึกทักษะที่บ้าน โดยใช้เวลาครั้งละ 60 นาทีโดยมีขั้นตอนดังนี้

1. การสร้างสัมพันธภาพและความตระหนักในการจัดการความเครียด
2. ฝึกทักษะการผ่อนคลายความเครียดด้วยการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ และเข้าใจความคิดที่ส่งผลต่อความเครียด
3. การฝึกทักษะการผ่อนคลายความเครียดโดยใช้จินตนาการ และฝึกทักษะปรับเปลี่ยนความคิด
4. การฝึกทักษะการผ่อนคลายความเครียดโดยการหายใจและฝึกทักษะการจัดการกับความเครียด
5. การฝึกทักษะการผ่อนคลายความเครียดจากใจสู่กายและการพัฒนาพฤติกรรมแสดงออกทางอารมณ์อย่างเหมาะสม
6. การฝึกสมาธิ ส่งเสริมการรับรู้ การสนับสนุนทางสังคม และทบทวนการดำเนินกิจกรรมที่ผ่านมา

การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability)

ผู้พัฒนาเครื่องมือได้ทำการทดสอบความเที่ยงโดยทดลองในกลุ่มประชากรทั่วไปและหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach'Alpha Coefficient) ได้ค่าความเที่ยงของเครื่องมือเท่ากับ 0.91 สำหรับในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือไปทดลองใช้ในกลุ่มผู้ป่วยเอดส์ที่มีภาวะซึมเศร้าที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน และหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค แล้วได้ค่าความเที่ยงของเครื่องมือ เท่ากับ .82

การดำเนินการทดลอง

ผู้วิจัยดำเนินการทดลอง โดยแบ่งการทดลองออกเป็น 3 ระยะ คือ ระยะเตรียมการทดลอง ระยะดำเนินการทดลอง และระยะรวบรวมข้อมูล เพื่อให้สามารถดำเนินการทดลองได้อย่างถูกต้อง และได้ผลการวิจัยที่มีความน่าเชื่อถือ ผู้วิจัยจึงต้องมีความพร้อมในการวิจัยโดยมีการเตรียมการดังต่อไปนี้

1. ระยะเตรียมการทดลอง

1.1 ผู้วิจัยเตรียมความพร้อมของผู้วิจัยในด้านของความรู้ แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับการจัดการความเครียด และฝึกทักษะในเรื่องการจัดการความเครียดแก่ผู้ป่วย โดยได้ลงทะเบียนเรียนในรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชขั้นสูงในชุมชน จำนวน 3 หน่วยกิต และรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชขั้นสูงในโรงพยาบาล จำนวน 3 หน่วยกิต โดยผู้วิจัยได้ทำการฝึกทักษะในการจัดการความเครียดแก่ผู้ป่วย ทั้งรายบุคคล และรายกลุ่ม นอกจากนี้

ผู้วิจัยยังได้ทำการศึกษาค้นคว้าด้วยตนเองจากการอ่านหนังสือ เอกสาร ตำราและงานวิจัย ร่วมกับขอคำแนะนำจากอาจารย์ที่ปรึกษา เพื่อให้การศึกษาวิจัยดำเนินไปตามขั้นตอนที่ถูกต้องและครอบคลุม

1.2 ผู้วิจัยสร้างโปรแกรมการจัดการความเครียด และเตรียมเครื่องมือที่ใช้ในการทดลองนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ได้ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา ความถูกต้องชัดเจน ครอบคลุม เหมาะสมของภาษาที่ใช้ และลำดับของเนื้อหา

1.3 ผู้วิจัยส่งวิทยานิพนธ์ฉบับสมบูรณ์ที่ผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการบริหารคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย แก่คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลมะเร็ง

1.4 ผู้วิจัยเตรียมติดต่อประสานงานกับผู้อำนวยการ โรงพยาบาลราชบุรี ในการขอความร่วมมือในการทำวิจัย

1.5 ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด จำนวน 32 คน แล้วสุ่มเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 16 คน ตามขั้นตอนการคัดเลือกเข้ากลุ่มตัวอย่าง และให้ข้อมูลสำหรับกลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับการทำวิจัย แจกวัสดุประสงค์ ขั้นตอนในการทำวิจัย การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง และขอความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัย แล้วลงชื่อในใบยินยอมของประชากรตัวอย่าง หรือผู้มีส่วนร่วมในการทำวิจัย

2. ระยะดำเนินการทดลอง

ในขั้นดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยแบ่งกลุ่มตัวอย่างที่กำหนด โดยให้กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ และกลุ่มทดลองได้รับการจัดการความเครียด พฤติกรรม และ ความคิด (CBSM) ดังนี้

ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง ที่เข้าร่วมโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมแบบกลุ่มที่พัฒนาขึ้นตามตารางที่ 1 กำหนดการดำเนินกิจกรรม โดยผู้นำกลุ่มแนะนำตนเอง อธิบายถึงวัตถุประสงค์ ในการศึกษา กิจกรรมต่างๆ ในแต่ละครั้งที่เข้าร่วมกิจกรรม

2.1 กลุ่มควบคุม ได้รับการพยาบาลตามปกติระหว่างสัปดาห์ที่ 1-6 ได้แก่ การประเมินอาการของผู้ป่วยด้านร่างกาย และด้านจิตใจ สอบถามข้อมูลการเจ็บป่วย อาการสำคัญที่เกิดขึ้นขณะที่อยู่บ้าน โรคแทรกซ้อนทางกาย ประเมินความต้องการของผู้ป่วย การจัดสิ่งแวดล้อม และให้บริการก่อนพบแพทย์

2.2 กลุ่มทดลอง ผู้วิจัยดำเนินกิจกรรมจัดการความเครียด พฤติกรรม และ ความคิด (CBSM) ในกลุ่มทดลองโดยการดำเนินกิจกรรมกับกลุ่มตัวอย่าง ครั้งละกลุ่มๆ ละ 4-6 คน รวม 3 กลุ่ม ดำเนินการทั้งหมด 3 ขั้นตอน รวม 6 กิจกรรม สัปดาห์ละ 1 กิจกรรมๆ ละ 60-90 นาที โดยดำเนินการสัปดาห์ละ 3 กลุ่ม

แบบประเมินความคิดอัตโนมัติด้านลบนี้ จะใช้ประเมินทันทีหลังที่กลุ่มตัวอย่างได้รับทักษะการจัดการความคิด พฤติกรรมและความเครียด ครบในครั้งที่ 6 โดยการศึกษาครั้งนี้มีเกณฑ์

ว่า หลังการศึกษาผู้ป่วยเอดส์ที่เป็นกลุ่มตัวอย่างจะต้องได้คะแนนอยู่ในระดับ 30-80 คะแนน หากพบว่าภายหลังการประเมินความคิดอัตโนมัติด้านลบ แล้วกลุ่มตัวอย่างไม่ผ่านเกณฑ์การประเมิน คือ มีคะแนนสูงกว่า 80 คะแนน ผู้ศึกษาจะดำเนินการค้นหาปัญหาที่เกิดขึ้น และดำเนินกิจกรรมเสริม เพื่อแก้ไขในจุดนั้นจนกว่าผู้ป่วยจะมีคะแนนผ่านเกณฑ์ที่กำหนด

เมื่อเสร็จสิ้นการใช้เครื่องมือกำกับการศึกษาวัดความคิดอัตโนมัติด้านลบของกลุ่มทดลองทุกราย แล้ว พบว่าคะแนนความคิดอัตโนมัติด้านลบผ่านเกณฑ์แล้ว ผู้ศึกษาจึงจะทำการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้าด้วยตนเองของ Beck (1967) จากนั้นผู้ศึกษาตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบประเมินก่อนนำไปวิเคราะห์ทางสถิติ

3. ระยะเวลารวบรวมข้อมูล

3.1 ก่อนดำเนินโปรแกรม 1 สัปดาห์ ผู้วิจัยเข้ากลุ่มตัวอย่างและขอความร่วมมือในการตอบแบบประเมินก่อนการวิจัย (Pre-test) โดยใช้เครื่องมือแบบประเมินภาวะซึมเศร้าด้วยตนเองของ Beck (1967)

3.2 โปรแกรม 5 สัปดาห์ ผู้วิจัยทำการประเมินผลการวิจัยภายหลังเสร็จสิ้นการศึกษา (Post-test) โดยผู้วิจัยเข้าพบผู้ดูแลหลักของกลุ่มตัวอย่าง และขอความร่วมมือในการตอบแบบประเมินภาวะซึมเศร้าด้วยตนเองของ Beck (1967) โดยใช้เครื่องมือชุดเดิม

3.3 ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบประเมินทุกชุดก่อนนำไปวิเคราะห์ทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ก่อนทำการวิเคราะห์ข้อมูลผู้วิจัยทำการตรวจสอบข้อมูลก่อนทุกครั้ง เพื่อให้มั่นใจว่าข้อมูลที่ได้รับมีความสมบูรณ์ครบถ้วน และน่าเชื่อถือ แล้วนำข้อมูลที่เก็บรวบรวมได้มาวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS for Windows สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลมีดังนี้

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลด้วย โดยดำเนินการเป็นลำดับขั้นตอนดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างนำมาวิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ หาค่าเฉลี่ย ร้อยละ
2. เปรียบเทียบภาวะซึมเศร้า ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังได้รับการจัดการความเครียด พฤติกรรมและความคิด โดยใช้สถิติ หาค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation) แล้วเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยทุกด้านโดยใช้สถิติ ทดสอบที (Dependent t-test)
3. เปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าระหว่างกลุ่มที่ได้รับการจัดการความเครียด พฤติกรรมและความคิดกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ โดยใช้สถิติหาค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation) แล้วเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยทุกด้านโดยใช้สถิติ ทดสอบที (Independent t-test)
4. กำหนดค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สรุปผลการวิจัย

1. ภาวะซึมเศร้าของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์และซึมเศร้า ในกลุ่มที่ได้รับการจัดการความเครียด พฤติกรรมและความคิด หลังการทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t=10.27$)

สรุปได้ว่า ผลการวิจัยเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1 นั่นคือ ภาวะซึมเศร้าของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์และซึมเศร้า หลังการจัดการความเครียด พฤติกรรมและความคิด น้อยกว่าก่อนได้รับการจัดการความเครียด พฤติกรรมและความคิด

2. หลังการทดลอง พบว่า ภาวะซึมเศร้าของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์และซึมเศร้า ของกลุ่มที่ได้รับภาวะซึมเศร้าของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์และซึมเศร้า ต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t=10.27$)

สรุปได้ว่า ผลการวิจัยเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 2 นั่นคือ ภาวะซึมเศร้าของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์และซึมเศร้า กลุ่มที่ได้รับการจัดการความเครียด พฤติกรรมและความคิด ต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

ดังนั้น จากผลการวิจัยครั้งนี้ สรุปได้ว่า การใช้การจัดการความเครียด พฤติกรรมและความคิด มีผลทำให้ภาวะซึมเศร้าของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์และซึมเศร้ามลดลง

อภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยการจัดการความเครียด พฤติกรรมและความคิด ผู้วิจัยขออภิปรายผลการวิจัย ดังนี้

1. อภิปรายผลตามสมมติฐานการวิจัย

จากการวิจัยพบว่า หลังได้รับการจัดการความเครียด พฤติกรรมและความคิด คะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคร่วมเอชไอวี/เอดส์และซึมเศร้า ($\bar{X}= 17.45$) ต่ำกว่าก่อนได้รับการจัดการความเครียด พฤติกรรมและความคิด ($\bar{X}= 24.50$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สามารถอธิบายได้ว่า คะแนนภาวะซึมเศร้าที่ลดลงนี้เป็นผลอันเนื่องมาจากการที่ผู้ป่วยโรคร่วมเอชไอวี/เอดส์และซึมเศร้า ซึ่งมีภาวะซึมเศร้าได้รับการจัดการความเครียด พฤติกรรมและความคิด ที่ผู้วิจัยประยุกต์มาจากโปรแกรม CBSM ของ Antoni et al. (1996) การศึกษาดังจะเห็นได้จากการวิจัยของ Malow, Rosenberg & Dévieux (2009) ซึ่งได้นำโปรแกรม CBSM ของ Antoni et al. (1996) ไปทดลองใช้แล้วพบว่าโปรแกรมนี้ทำให้ผู้ป่วยโรคร่วมเอชไอวี/เอดส์และโรคซึมเศร้าเกิดทักษะในการจัดการความคิดและความเครียดที่มีประสิทธิภาพ เช่น มีการปรับตัวและจัดการความเครียดได้อย่างเหมาะสม มีการวางแผนในการดำเนินชีวิตให้มีความสุขอย่างเหมาะสมบนพื้นฐานของความเป็นจริง รวมทั้งมีการปรับเปลี่ยนความคิดต่อตนเอง สถานการณ์แวดล้อมและอนาคตไปในทางบวก ส่งผลให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์มีภาวะซึมเศร้ามลดลงตามมา (Antoni et al., 1991, 2000; Lutgendorf et al., 1997) สามารถแก้ไขปัญหาคือต้นเหตุของปัญหาคือการปรับ

ความคิดด้านลบได้อย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ ในการศึกษาครั้งนี้ จึงสามารถลดภาวะซึมเศร้าลงได้ เป็นการทำให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้การจัดการความเครียดอย่างมีประสิทธิภาพ ส่งผลให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมความคิดให้มีความคิดอัตโนมัติด้านบวก ความเชื่อมโยงทางความคิด มีความสามารถในการแก้ไขปัญหา และการเผชิญปัญหา จัดการกับอาการที่เกิดจากภาวะซึมเศร้าได้ดี ประเมินความคิดอัตโนมัติด้านลบด้วยแบบประเมินความคิดอัตโนมัติด้านลบ พบว่าผู้ป่วยเอดส์ทุกรายมีคะแนนความคิดอัตโนมัติด้านลบ อยู่ในระดับที่สามารถพบได้ในคนปกติทั่วไปมีคะแนนที่ต่ำกว่า 80 คะแนน

การจัดการความเครียด พฤติกรรมและความคิด เป็นกระบวนการบำบัดที่เน้นให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้การจัดการความเครียด Antoni et al. (1996) ร่วมกับการปรับเปลี่ยนความคิดที่บิดเบือนของตนเอง เป็นความคิดที่ถูกต้องเหมาะสมมีเหตุมีผล อันจะส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดอารมณ์ ความรู้สึก มีพฤติกรรมที่เหมาะสม และสามารถปรับตัวต่อสภาพปัญหา อยู่ในสังคมได้อย่างเหมาะสม ตามสภาพความเป็นจริง ช่วยให้ผู้ป่วยเอดส์ที่มีภาวะซึมเศร้า สามารถจัดการกับปัญหาภาวะซึมเศร้าของตนได้ โดยทำให้ผู้ป่วยได้ตระหนัก รู้เท่าทันความคิดด้านลบของตน เรียนรู้วิธีการแทนที่ความคิดเก่าที่ไม่เหมาะสมด้วยความคิดที่สมเหตุสมผลแทน (Corey, 2000) ทำให้สิ่งที่ทับซ้อนใจลดลง มองตนเอง ผู้อื่น และสิ่งแวดล้อมในทางบวกมากขึ้น

2.อภิปรายผลในแง่ของระบาดวิทยา ดังนี้

2.1 ลักษณะประชากรจากการวิจัย ส่วนใหญ่มีอายุ ในช่วง 31- 40 ปี ร้อยละ 37.5 ซึ่งถือเป็นช่วงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าสูงกว่าช่วงอื่น เนื่องจากอยู่ในช่วงของวัยผู้ใหญ่ ซึ่งถือเป็นวัยที่เป็นกำลังสำคัญของครอบครัวเพราะเป็นวัยทำงาน สร้างครอบครัว มีอาชีพ และภาระที่ต้องรับผิดชอบครอบครัว เป็นวัยที่ผู้อื่นต้องพึ่งพา จึงทำให้เกิดความเครียดกดดันได้ง่าย ซึ่งถ้ามีอุปสรรคในการปรับตัวก็จะทำให้เกิดความเครียดอย่างรุนแรงและเกิดความคิดฆ่าตัวตายได้ (สุชา จันทน์เอม , 2536) ซึ่งการรับรู้ว่าตนเองป่วยด้วยโรคเอดส์ ถือเป็นปัจจัยสำคัญ ที่สร้างความเครียดและกดดันให้ผู้ป่วยเหล่านี้มากขึ้น หากผู้ป่วยไม่สามารถจัดการกับปัญหาในชีวิตได้ก็จะเกิด ภาวะซึมเศร้า ตามมาได้ง่าย จากการวิเคราะห์จากผลการวิจัย ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 81.3

2.2 ก่อนได้รับการเข้าร่วมการจัดการความเครียด พฤติกรรมและความคิด กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนภาวะซึมเศร้า อยู่ในระดับมาก ($X = 29.25$) และภายหลังได้รับการบำบัดการจัดการความเครียด พฤติกรรมและความคิด กลุ่มตัวอย่าง มีค่าเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าลดลงมาอยู่ในระดับปกติ ($X = 8.19$)

เมื่อพิจารณาความแตกต่างระหว่างคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าจากการวัด 2 ครั้ง เป็นรายคู่ด้วยการทำสถิติทดสอบที (Dependent t-test) พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคร่วมเอชไอวี/เอดส์และซึมเศร้าที่เข้าร่วมโครงการการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ก่อนและหลังได้รับการจัดการความเครียด พฤติกรรมและความคิด แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ

$< .05$ ($t=19.47$) โดยค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าหลังได้รับการบำบัด การจัดการความเครียด พฤติกรรมและความคิด ($X = 8.19$) ต่ำกว่าคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าก่อนได้รับการบำบัด การจัดการความเครียด พฤติกรรมและความคิด ($X = 29.25$) ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานที่ตั้งไว้

เป็นที่น่าสังเกตว่าหลังจากกลุ่มควบคุมมีคะแนนซึมเศร้าในระดับรุนแรง หลังการดูแลตามปกติตามมาตรฐานการพยาบาลในระยะเวลาที่กำหนดแล้วภายหลังยังมีคะแนนซึมเศร้าระดับปานกลาง 8 รายและระดับมาก 2 ราย พบผู้ป่วย 1 ราย แม้จะมีระดับคะแนนลดลง ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากก่อนการวิจัยผู้ป่วยรายนี้มีความคิดอัตโนมัติด้านลบต่อตนเองอย่างมาก จากการที่ผู้วิจัยได้สัมภาษณ์ ผู้ป่วยมีความรู้สึกเสียใจที่สามี ผักกัไส ขับไล่ประจำ โดยตนเองเป็นต้นเหตุของการติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยมีสัมพันธภาพกับผู้อื่นน้อย อีกทั้งมีอาชีพทำกับข้าวขาย กลัวคนทั่วไปจะรู้ อีกรายเป็นชายมีโรคแทรกที่ผิวหนังคล้ายๆ ผิวกางคก ซึ่งเป็นทั้งตัว รักษาไม่หายขาด รู้สึกกลัวคนรังเกียจ ไปไหนก็อับอายเขา ซึ่งอาจเกิดจากบุคลิกภาพส่วนตัว สิ่งแวดล้อม หรือปัญหาที่เกิดขึ้นเรื้อรังยาวนาน ทั้งในเรื่องของระยะเวลา ทั้งนี้ผู้วิจัยได้ดำเนินการวางแผนการพยาบาลอย่างต่อเนื่องหลังจากการดูแลตามปกติด้วยหลักของจริยธรรมผู้วิจัยได้นำกิจกรรมการบำบัดการจัดการความเครียด พฤติกรรมและความคิดมาบำบัดกับกลุ่มทดลอง ซึ่งอยู่ในระหว่างการติดตามปัญหาภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยกลุ่มนี้และส่งต่อกับพยาบาลเจ้าของใช้ในการเฝ้าระวัง ในเบื้องต้น ได้ส่งต่อแพทย์ เพื่อการบำบัดที่เหมาะสม

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในด้านการปฏิบัติการพยาบาล

1.1. จากการวิจัยกลุ่มผู้ป่วยเอชไอวี/เอดส์ แม้คุณภาพชีวิตจะดีขึ้นจากแผนการรักษาและนโยบายแต่ยังขาดโอกาสในการประเมินทางด้านสุขภาพจิต และจิตเวช สาเหตุอันเนื่องมาจากการขาดอัตราค่าจ้างการดูแลทางสุขภาพจิต และจิตเวช

1.2. ในการวิจัยครั้งนี้ พบว่ามีข้อจำกัดเรื่องเวลาของผู้ป่วยที่ต้องคำนึงถึง ซึ่งผู้ป่วยบางรายไม่สามารถจะมาโรงพยาบาลเพื่อรับการบำบัดได้บ่อยๆ ด้วยภาระหน้าที่ส่วนตัว ผู้วิจัยจึงต้องคำนึงถึงความถี่ในการนัดพบผู้ป่วยเพื่อทำการบำบัด โดยคำนึงถึงความสะดวกของผู้รับการบำบัดเป็นหลัก ทั้งนี้อาจมีการพิจารณาปรับเปลี่ยนกิจกรรมตามความเหมาะสมของเวลา

2. ข้อเสนอแนะในการทำการวิจัยครั้งต่อไป

2.1. ควรมีการนำการบำบัด การจัดการความเครียด พฤติกรรมและทางความคิดไปประยุกต์ใช้กับผู้ป่วยเอดส์ที่ยังไม่เกิดภาวะซึมเศร้า เพื่อเป็นการป้องกันภาวะซึมเศร้าที่เกิดจากสาเหตุความคิดในทางลบ และส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิตที่ดี เกิดการจัดการกับความเครียด พฤติกรรมและความคิด และพฤติกรรมที่ถูกต้องเหมาะสม เมื่อเผชิญกับสถานการณ์ในการดำรงชีวิต

2.3. ควรนำโปรแกรมนี้ไปบำบัดกับผู้ป่วยที่มีปัญหาโรคเรื้อรังที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิตปรับใช้ในการดำเนินชีวิต

