

ผลของกลุ่มบำบัดแบบพฤติกรรมปัญญานิยม ต่อความหวังและความซึมเศร้า ในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัส*

พรนิภา หาญละคร** พย.ม.

สมใจ รัตนมณี*** วท.บ.

ประกอบ ชันทอง*** วท.บ.

บทคัดย่อ: การวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาผลของกลุ่มบำบัดแบบพฤติกรรมปัญญานิยม ต่อความหวังและความซึมเศร้าในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัส ในโรงพยาบาลระดับ ตติยภูมิแห่งหนึ่ง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัส เลือกแบบเจาะจง ตามเกณฑ์ที่กำหนด จำนวน 32 คน จับคู่โดยใช้ระยะโรคและสถานภาพสมรสเป็นเกณฑ์ แบ่งเป็น กลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 16 คน เครื่องมือในการวิจัยคือ 1) แบบวัดความหวังของมิลเลอร์ 2) แบบ วัดความซึมเศร้าของเบค และ 3) แผนการทำกลุ่มบำบัดแบบพฤติกรรมปัญญานิยม ระยะเวลาในการศึกษา ตั้งแต่ 1 มีนาคม 2549-31 มกราคม 2550 เก็บรวบรวมข้อมูลที่จุดเริ่มต้นก่อนการศึกษา ประเมินผล หลังทำการศึกษาเสร็จทันที และติดตามประเมินผล 6 เดือน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติบรรยายใน ข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่างและวิเคราะห์ความแปรปรวนโดยใช้คะแนนความหวังและความ ซึมเศร้าก่อนการศึกษาเป็นตัวแปรร่วม กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ 16 สัปดาห์ กลุ่มทดลอง ได้รับการพยาบาลตามปกติร่วมกับกลุ่มบำบัดแบบพฤติกรรมปัญญานิยม เนื้อหาในการทำกลุ่มประกอบด้วย การให้ความรู้เกี่ยวกับโรค แนวทางการรักษา การรับประทายาต้านไวรัส การดูแลตัวเอง และการจัดการ ความเครียด การฝึกปฏิบัติเกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนความคิดไปในทางบวก การเปิดเผยผลเลือด การใส่ ถุงยางอนามัย และการฝึกผ่อนคลาย รวมทั้งมีการอภิปรายกลุ่ม การสร้างเครือข่ายเพื่อส่งเสริมให้กำลังใจกัน การให้ แรงเสริม และการวางแผนการดำเนินชีวิตต่อไป ทำกลุ่มทุก 2 สัปดาห์ ครั้งละ 60-90 นาที ทั้งหมด 8 ครั้ง

ผลการวิจัย พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวีระยะไม่ปรากฏอาการ และระยะเอดส์ เท่ากัน ร้อยละ 37.5 ส่วนใหญ่มีอายุช่วง 31-40 ปี ร้อยละ 46.85 เมื่อวัดความหวังและความซึมเศร้า ภายหลังการศึกษาทันทีพบว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติร่วมกับกลุ่มบำบัดแบบพฤติกรรมปัญญานิยม มีคะแนนความหวังสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และคะแนนความซึมเศร้า ต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อติดตามประเมินอีก 6 เดือน พบว่า ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทั้งในคะแนนความหวังและความซึมเศร้า

กลุ่มบำบัดแบบพฤติกรรมปัญญานิยมเป็นทางเลือกหนึ่งในการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วย เอดส์ที่ท้อแท้ หดหวัง และซึมเศร้า การนำกลุ่มบำบัดไปใช้กับผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับยา ต้านไวรัส ควรคงไว้เพื่อเสริมสร้างความหวังและผ่อนคลายความซึมเศร้า

คำสำคัญ: ความหวัง ความซึมเศร้า กลุ่มบำบัดแบบพฤติกรรมปัญญานิยม ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์

*งานวิจัยนี้ได้รับทุนสนับสนุนจากคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

**หน่วยงานที่ให้คำปรึกษา งานบริการพยาบาล โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

***แผนกการพยาบาลอายุรกรรม งานบริการพยาบาล โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

ความสำคัญของปัญหา

โรคเอดส์เป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศ แนวโน้มการแพร่ระบาดได้ขยายวงกว้างออกไปโดยไม่จำกัดเฉพาะกลุ่มใดกลุ่มหนึ่ง ไม่จำกัดแม้กระทั่งชุมชน เพศ และอายุ จากสถิติล่าสุดองค์การอนามัยโลก คาดว่าสิ้นปี พ.ศ. 2550 ทั่วโลกมีผู้ติดเชื้อสะสมที่ยังมีชีวิต 33 ล้านคน มีผู้เสียชีวิตแล้ว 25 ล้านคน (World Health Organization, 2008) สำหรับประเทศไทย สถานการณ์ล่าสุดพบว่า มีผู้ป่วยเอดส์สะสมตั้งแต่ปี พ.ศ. 2527 จนถึงวันที่ 31 ธันวาคม พ.ศ. 2550 รวม 330,740 ราย และเสียชีวิตแล้ว 91,074 ราย (สำนักโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2550)

โรคเอดส์เป็นโรคที่มีผลกระทบต่อรุนแรงซับซ้อนมากกว่าการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังอื่นๆ (บำเพ็ญจิต แสงชาติ, สมจิต หนูเจริญกุล, ดรุณี รุจกรกานต์, พะยอม อยู่สวัสดิ์, และเบญญา ยอดดำเนิน แอ๊ดติงส์, 2542; ศุภาร์ เผือกเทศ, 2542) เพราะเป็นโรคติดต่อที่รุนแรงไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ สังคมรังเกียจ การติดเชื้อเอดส์เป็นประสบการณ์ที่สร้างความทุกข์โศกแก่ผู้ติดเชื้อและครอบครัวเป็นอย่างมากและมีผลกระทบต่อทั้งทางร่างกาย จิตใจ เศรษฐกิจและสังคม (Weitz, 1989) ในระยะแรกที่ได้รับการวินิจฉัยว่าติดเชื้อไวรัสเอดส์ บุคคลนั้นจะเกิดความรู้สึกกลัวตายและวิตกกังวลอย่างมาก (Dunphy, 1991) ส่วนใหญ่ผู้ติดเชื้อจะอยู่ในวัยแรงงาน การติดเชื้อไวรัสเอดส์ จึงเป็นการทำลายความหวัง และแผนการดำเนินชีวิต (Ripich, 1993) ทำให้มีความรู้สึกว่ามีชีวิตอยู่ระหว่างความเป็นกับความตาย (Gaskins & Brown, 1992) ผู้ป่วยจะรู้สึกเจ็บปวดกับความไม่แน่นอนและไม่สามารถควบคุมภาวะสุขภาพตนเองได้ รู้สึกผิดคิดว่าตนไม่มีคุณค่า ล้มเหลว ซึมเศร้า และคิดฆ่าตัวตาย (Dunphy, 1991; Durham, 1994; Govoni, 1988)

บางรายอาจจะคิดฆ่าตัวตายในทันทีหรือภายใน 1 สัปดาห์ หลังได้รับการวินิจฉัยว่าติดเชื้อ (Gaskins & Brown, 1992) ในรายที่ป่วยเรื้อรัง จะเกิดการสูญเสียที่สะสมมาตลอด ไม่ว่าจะเป็นด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ทำให้ผู้ป่วยเกิดความสูญเสียพลังอำนาจและในที่สุดจะสิ้นหวัง ถ้าวางจรนี้เกิดขึ้นเป็นเวลานานจะนำไปสู่ความสิ้นหวัง ซึมเศร้าอย่างมาก และอาจนำไปสู่การทำร้ายตนเองได้ (Miller, 1992) ผู้ป่วยเอดส์พยายามต่อสู้กับการเจ็บป่วยและการมีชีวิตอยู่ในปัจจุบัน ค้นหาคำความหมายของชีวิต คุณค่าของตนเอง ต้องการความหวัง เพราะความหวังจะช่วยสร้างเสริมให้ดำรงชีวิตอยู่อย่างมีความสุข (Carson, Soeken, Shanty, & Terry, 1990) ดังนั้นการสร้างหรือคงไว้ซึ่งความหวังจึงเป็นบทบาทของพยาบาล เพราะพยาบาลถือว่าเป็นแหล่งสำคัญในการสร้างความหวังให้กับผู้ป่วยและครอบครัว (Hicky, 1986)

แนวทางการเสริมสร้างความหวังมีหลายวิธี คือ 1) การคงไว้ซึ่งสัมพันธภาพ 2) การบอกหรือสอนให้สามารถควบคุมอาการเจ็บป่วย 3) การส่งเสริมการเผชิญปัญหาโดยใช้เหตุผล 4) การคงไว้ซึ่งความเชื่อทางจิตวิญญาณ เช่น การรวมตัวในการปฏิบัติศาสนกิจ 5) การสอนให้ตระหนักถึงความเป็นจริงในชีวิต และ 6) การปรับเป้าหมาย (Miller, 1985, 1992) การปรับเป้าหมายเกิดขึ้นควบคู่กับการตระหนักถึงความเป็นจริงและการพยาบาลเพื่อลดความซึมเศร้าในผู้ป่วยมีหลายวิธี เช่น การทำสมาธิ (พัทยา จิตสุวรรณ, 2527) การผ่อนคลาย (นงลักษณ์ จุฑาจินดาเขต, 2539) และกลุ่มบำบัด (Lescz, 1990) กลุ่มบำบัดเป็นรูปแบบการให้การช่วยเหลือผู้ที่มีปัญหาทางจิตสังคมที่มีประสิทธิภาพอีกวิธีหนึ่ง (Blake, Gore, Kimerling, Turner, & Spiegel, 1999; Marram, 1978) โดยเฉพาะกลุ่มบำบัดแบบพฤติกรรมปัญญานิยม (Cognitive behavioral therapy, CBT) ถือเป็นกลุ่มบำบัดที่ใช้กันอย่างแพร่หลายช่วยให้บุคคลมีทักษะที่จำเป็นในการจัดการกับปัญหาความเครียด ช่วยให้มีการปรับตัว

ผลของกลุ่มบำบัดแบบพฤติกรรมปัญญานิยม ต่อความหวังและความซึมเศร้าในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ ผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัส

เหมาะสม และลดภาวะซึมเศร้า (Fishman, & Losscalo, 1987; Folkman et al., 1991) จากการศึกษาของต่างประเทศ พบว่า กลุ่มบำบัดแบบพฤติกรรมปัญญานิยมสามารถลดความวิตกกังวลและความซึมเศร้าในชายรักร่วมเพศที่ติดเชื้อเอชไอวีได้ นอกจากนี้ยังช่วยให้จัดการกับปัญหาได้ดี มีขวัญกำลังใจและลดการตำหนิตัวเอง (Folkman et al., 1991) สอดคล้องกับการศึกษาของเคลลีและคณะ (Kelly et al., 1993) ที่พบว่าการใช้กลุ่มบำบัดแบบพฤติกรรมปัญญานิยม ในผู้ป่วยโรคเอดส์ มีผลทำให้ความซึมเศร้า ความรู้สึกไม่เป็นมิตร และการเจ็บป่วยทางกายในผู้ป่วยโรคเอดส์ลดลง สำหรับในประเทศไทยยังไม่มีการศึกษาถึงประสิทธิภาพของการใช้กลุ่มบำบัดแบบพฤติกรรมปัญญานิยมในผู้ป่วยกลุ่มนี้ถึงแม้ว่าอาจมีรายงานการทำกลุ่มบำบัดรูปแบบอื่นมาบ้างแล้ว (กนกวรรณ ทิมะ, 2544; รัศมี วิบูลย์กุล, 2542; สุนทรีย์ วัฒนเบญจโสภณ, 2543) ดังนั้นผู้วิจัยซึ่งปฏิบัติงาน ในหน่วยให้คำปรึกษา จึงสนใจที่จะศึกษาผลของกลุ่มบำบัดแบบพฤติกรรมปัญญานิยมต่อความหวังและความซึมเศร้าในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัส ในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่ง

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาผลของกลุ่มบำบัดแบบพฤติกรรมปัญญานิยมต่อความหวังและความซึมเศร้าภายหลังการทำศึกษาทันที และหลังทำการศึกษา 6 เดือน ในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัสในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่ง

กรอบทฤษฎีและกรอบแนวคิดในการวิจัย

การศึกษานี้ ใช้กรอบแนวคิดความซึมเศร้าของเบ็ค (Beck, 1967) เป็นแนวทางในการศึกษา ซึ่ง

เบ็คกล่าวถึงผู้ที่มีความซึมเศร้าจะมีรูปแบบความคิดเห็นในทางลบ 3 ลักษณะ คือ มีความคิดทางลบต่อตนเอง ความคิดทางลบต่อประสบการณ์ และความคิดทางลบต่ออนาคต ภาวะซึมเศร้าไม่ได้หลายระดับตั้งแต่ระดับปกติซึ่งอาการจะเล็กน้อยๆ เริ่มจากรู้สึกเศร้า เสียใจ ท้อแท้ แต่ยังคงอยู่ในภาวะปกติได้ และจะมีความรุนแรงขึ้นเรื่อยๆ ถ้าไม่ได้รับการช่วยเหลือหรือแก้ไข จนรู้สึกหมดหวัง ไร้ค่า มีความคิดแต่ในด้านลบ มีพฤติกรรมถอยหนี มีความพยายามที่จะฆ่าตัวตาย อาการอาจรุนแรงจนถึงขั้นเป็นโรคจิตได้ในที่สุด (Beck, 1967; Brickhead, 1989; Kaplan & Sadock, 1989)

การเจ็บป่วยด้วยโรคเอดส์เป็นสิ่งที่คุกคามชีวิตถือว่าเป็นทั้งภาวะวิกฤติและเรื้อรัง เกิดความสูญเสียทั้งร่างกาย จิตใจ และสังคม ทำให้ขาดความเข้มแข็งของร่างกายและจิตใจเนื่องจากความทุกข์ทรมานจากความเจ็บป่วย รู้สึกผิดคิดว่าตนไม่มีคุณค่า ลึ้นหวัง ซึมเศร้า และคิดฆ่าตัวตาย (Dunphy, 1991; Durham, 1994; Govoni, 1988) ในรายที่ป่วยเรื้อรัง จะเกิดการสูญเสียที่สะสมมาตลอด ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ทำให้สูญเสียพลังอำนาจและในที่สุดจะสิ้นหวัง ถ้าวจรนี้เกิดขึ้นเป็นเวลานานจะนำไปสู่ความสิ้นหวัง ซึมเศร้าอย่างมาก และอาจนำไปสู่การทำร้ายตนเองได้ (Miller, 1992)

การลดความซึมเศร้าและเสริมสร้างความหวังแก่ผู้ป่วยสามารถทำได้โดยใช้การทำกลุ่มบำบัดแบบพฤติกรรมปัญญานิยม (Fishman, & Losscalo, 1987; Folkman et al., 1991) เพราะกลุ่มบำบัดแบบพฤติกรรมปัญญานิยมก่อให้เกิดสัมพันธภาพ ความคุ้นเคย ระหว่างเพื่อนสมาชิก การได้รับการเสริมแรง ได้รับกำลังใจจากเพื่อนสมาชิกและผู้นำกลุ่มรวมทั้งการสร้างเครือข่ายทางสังคมเพื่อสนับสนุนให้กำลังใจกันจะช่วยผู้ป่วยมีกำลังใจต่อสู้ปัญหาต่อไป การได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโรคแนวทางการรักษา การปฏิบัติตัว การจัดการความเครียด และการฝึกผ่อนคลาย จะช่วยให้ผู้ป่วยมีความหวังใน

การรักษา ปรับตัวและจัดการความเครียดได้อย่างเหมาะสม รวมทั้งมีการวางแผนในการดำเนินชีวิตให้มีความสุขอย่างเหมาะสมบนพื้นฐานของความเป็นจริง การฝึกปรับเปลี่ยนแนวคิดไปในทางบวกจะช่วยให้ผู้ป่วยปรับการรับรู้และความคิดต่อตนเอง สถานการณ์แวดล้อม และอนาคตไปในทางบวก ช่วยเพิ่มความรู้สึกที่ดีมีคุณค่าต่อตนเอง สิ่งแวดล้อมและอนาคตในที่สุดจะช่วยลดความซึมเศร้าลงได้

การทำกลุ่มบำบัดถือเป็นบทบาทสำคัญบทบาทหนึ่งของพยาบาล นอกจากบทบาทการดูแลให้ได้รับความสุขสบาย การดูแลให้คำปรึกษาต่างๆ ไป เพราะเป็นรูปแบบที่สามารถให้การช่วยเหลือผู้ป่วยได้ครั้งละหลายๆ คน และสามารถลดความซึมเศร้าและเสริมสร้างความหวังได้

สมมติฐานการวิจัย

1. ความหวังภายหลังการศึกษาทันทีและเมื่อติดตามประเมินผลอีก 6 เดือนของกลุ่มที่ได้รับการทำกลุ่มบำบัดแบบพฤติกรรมปัญญานิยมสูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับการทำกลุ่มบำบัด

2. ความซึมเศร้าภายหลังการศึกษาทันทีและเมื่อติดตามประเมินผลอีก 6 เดือนของกลุ่มที่ได้รับการทำกลุ่มบำบัดแบบพฤติกรรมปัญญานิยม ต่ำกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับการทำกลุ่มบำบัด

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาผลของกลุ่มบำบัดแบบพฤติกรรมปัญญานิยมต่อความหวังและความซึมเศร้าในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ที่ได้รับยาต้านไวรัส ที่คลินิกโรคติดเชื้อ แผนกผู้ป่วยนอก ห้องตรวจอายุรกรรม ในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่ง ระหว่างวันที่ 1 มีนาคม พ.ศ. 2549-31 มกราคม 2550

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบ 2 กลุ่ม วัดก่อนและหลัง กลุ่มประชากรเป้าหมายคือ ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่มารับบริการที่ห้องตรวจอายุรกรรม แผนกผู้ป่วยนอก ในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่ง กลุ่มตัวอย่างเลือกแบบเจาะจง 32 คน มีเกณฑ์การคัดเลือกเข้ากลุ่มตัวอย่างดังนี้ 1) กำลังได้รับยาต้านไวรัสเอดส์ 2) ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวี ระยะไม่ปรากฏอาการ หรือระยะปรากฏอาการ หรือระยะโรคเอดส์ 3) เข้าใจภาษาไทย อ่านหนังสือออก และ 4) ยินดีเข้าร่วมในการศึกษา การจับคู่ลักษณะกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยระยะโรคและสถานภาพสมรสเป็นเกณฑ์ แบ่งเป็น กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 16 คน เริ่มเก็บข้อมูลตั้งแต่วันที่ 1 มีนาคม 2549-31 มกราคม 2550

เครื่องมือในการวิจัย

ประกอบด้วย 2 ส่วนดังนี้

1. เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

1.1 แบบบันทึกข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคล

1.2 แบบวัดความหวังของมิลเลอร์และเพาเวอร์

(Miller & Power, 1988) ซึ่งแปลเป็นภาษาไทย โดยรัศมี วิบูลย์กุล (2542) มีจำนวน 40 ข้อ เนื้อหาประกอบด้วย 3 ปัจจัยของความหวัง ได้แก่ความพึงพอใจต่อตนเอง ต่อบุคคลอื่น และต่อชีวิต 22 ข้อ การหลีกเลี่ยงสิ่งที่คุกคามความหวัง 12 ข้อ และความคาดหวังเกี่ยวกับอนาคต 6 ข้อ เป็นข้อความที่มีความหมายด้านบวก 28 ข้อ และข้อความด้านลบ 12 ข้อ ในแต่ละข้อแบ่งเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ (likert scale) คือ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ไม่เห็นด้วย ไม่แน่ใจ เห็นด้วย และเห็นด้วยอย่างยิ่ง การให้คะแนนของข้อความทางบวกพิจารณาตามเกณฑ์ดังนี้ 1, 2, 3, 4, และ 5 ตามลำดับ

ผลของกลุ่มบำบัดแบบพฤติกรรมปัญญานิยม ต่อความหวังและความซึมเศร้าในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ ผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัส

ส่วนข้อความที่มีความหมายด้านลบ จะให้คะแนนกลับกัน คะแนนทั้งหมดของแบบวัดความหวังจะกระจายอยู่ระหว่าง 40-200 คะแนน ผู้ที่ได้คะแนนสูงแสดงว่ามีความหวังสูง ผู้ที่ได้คะแนนต่ำแสดงว่าเป็นผู้ที่มีความหวังต่ำ

การหาค่าความเที่ยงผู้วิจัยนำไปทดสอบกับผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัส ในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่ง จำนวน 30 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟา เท่ากับ .93

1.3 แบบวัดความซึมเศร้าของเบคและคณะ (Beck, Ward, Mendelson, Mock, & Erbaugh, 1961) ซึ่งแปลเป็นภาษาไทยโดย มุกดา ศรีรงค์ (อ้างใน ลัดดา แสนสีทา, 2536) ประกอบด้วยข้อคำถาม 21 ข้อ แบ่งคะแนนแต่ละข้อ ตั้งแต่ 0-3 คะแนนโดยเป็นคำถามเกี่ยวกับอาการทางจิต 15 ข้อ และคำถามเกี่ยวกับอาการทางกาย 6 ข้อ คะแนนทั้งหมดของแบบวัดความซึมเศร้าอยู่ระหว่าง 0- 63 คะแนน โดยมีเกณฑ์การจัดระดับความรุนแรงความซึมเศร้านี้ 0-9 คะแนน มีความซึมเศร้ายกระดับปกติ 10-15 คะแนน มีความซึมเศร้าระดับเล็กน้อย 16-19 คะแนน มีความซึมเศร้ายกระดับปานกลาง 20-29 คะแนน มีความซึมเศร้ายกระดับมาก และ 30-63 คะแนน มีคะแนนความซึมเศร้ายกระดับรุนแรง การหาค่าความเที่ยงผู้วิจัยนำไปทดสอบกับผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัสในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่ง จำนวน 30 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟา เท่ากับ .71

2. เครื่องมือในการดำเนินงานวิจัย ได้แก่ แผนการทำกลุ่มบำบัดแบบพฤติกรรมปัญญานิยม ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นตามกรอบแนวคิดของ ไมเซนบอม (Meichenbaum, 1991) แล้วนำไปตรวจสอบความเหมาะสม ความตรงตามเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ประกอบด้วย จิตแพทย์ 1 ท่าน นักจิตวิทยาผู้เชี่ยวชาญการทำการกลุ่ม 1 ท่านและพยาบาลเชี่ยวชาญโรคเอดส์ 1 ท่าน เนื้อหาในการทำการกลุ่มประกอบด้วย การให้ความรู้เกี่ยวกับโรค แนวทางการรักษา การรับประทานยาต้านไวรัส การดูแลตัวเอง และการจัดการความเครียด การฝึกปฏิบัติเกี่ยวกับ

การปรับเปลี่ยนความคิดไปในทางบวก การเปิดเผยผลเลือด การใส่ถุงยางอนามัย และการฝึกผ่อนคลาย รวมทั้งมีการอภิปรายกลุ่ม การสร้างเครือข่ายเพื่อส่งเสริมให้กำลังใจกัน การให้แรงเสริม และการวางแผนการดำเนินชีวิตต่อไป

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยสำรวจรายชื่อของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ที่ได้รับยาต้านไวรัส ที่คลินิกโรคติดเชื้อ ห้องตรวจอายุรกรรม แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่ง

2. คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์การเลือกกลุ่มตัวอย่างที่กำหนดไว้ และจับคู่ด้วยระยะโรคและสถานภาพสมรส แบ่งเป็น กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 16 คน จากนั้นจับฉลากเลือกว่าจะศึกษาในกลุ่มใดก่อน ในที่นี้จับฉลากได้กลุ่มควบคุมก่อนจึงศึกษาในกลุ่มควบคุมก่อน แล้วจึงศึกษาในกลุ่มทดลอง ทั้งนี้เพื่อป้องกันการปนเปื้อนของข้อมูล งานวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณาคณะกรรมการวิจัยและคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยขอนแก่นจึงสามารถดำเนินการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างได้

3. ชี้แจงรูปแบบของการศึกษา วัตถุประสงค์ในการศึกษา และขอความร่วมมือในการทำวิจัยโดย ผู้วิจัยขอให้กลุ่มตัวอย่างเซ็นชื่อในใบยินยอมในการทำวิจัย และพิทักษ์สิทธิ์ของผู้ป่วยโดยแจ้งให้ผู้ป่วยมั่นใจว่าคำตอบและคำพูดในการพูดคุยในการร่วมกลุ่มจะเป็นความลับไม่มีผลต่อการบริการที่ผู้ป่วยจะได้รับทั้งในปัจจุบันและอนาคต ในรายที่ไม่ยินยอมในการวิจัยก็แจ้งให้ทราบว่าไม่มีผลต่อการบริการที่ผู้ป่วยจะได้รับทั้งในปัจจุบันและอนาคต

4. ผู้ช่วยวิจัยแจกแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินความหวังและความซึมเศร้า ชี้แจงวิธีการทำ

ให้ทำรายบุคคลหรือรายกลุ่มช่วงระหว่างรอแพทย์ตรวจ ในห้องที่เป็นสัดส่วน เมื่อเสร็จเก็บรวบรวมกลับคืน

5. กลุ่มควบคุม ได้รับการดูแลตามปกติ 16 สัปดาห์ (การดูแลตามปกติ ได้แก่ การได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับความรู้โรคเอดส์ การปฏิบัติตัว แนวทางการรักษา การตอบข้อซักถามเฉพาะผู้ป่วยที่ซักถามหรือสงสัย โดยแพทย์ผู้ตรวจ พยาบาล และเจ้าหน้าที่ประจำคลินิกโรคติดเชื้อ และการแจกเอกสารความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ทุกสัปดาห์) ทำการประเมินความหวังและความซึมเศร้า (post-test) ทันทีหลังได้รับการพยาบาลตามปกติครบ 16 สัปดาห์ และอีก 6 เดือนประเมินความหวังและความซึมเศร้าอีกครั้ง เป็นอันเสร็จสิ้นวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

กลุ่มทดลอง แบ่งเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มละ 8 คน ได้รับการพยาบาลตามปกติร่วมกับได้รับการทำกลุ่มบำบัดแบบพฤติกรรมปัญญานิยม โดยมีผู้วิจัยเป็นผู้นำในการทำกลุ่มและมีผู้ช่วยวิจัยเป็นผู้นำกลุ่มร่วม เวลาที่ใช้ในการดำเนินกลุ่มแต่ละครั้ง 60-90 นาที ทุก 2 สัปดาห์ ทั้งหมด 8 ครั้ง รวมเป็นเวลา 16 สัปดาห์ ในการทำกลุ่มแต่ละครั้งผู้นำกลุ่มร่วมช่วยบันทึกเทปเสียงทุกครั้งของการดำเนินกลุ่มเพื่อนำมาใช้ในการประเมินกระแสของกลุ่มและความก้าวหน้าของกลุ่ม การดำเนินกลุ่มแบ่งเป็น 3 ระยะ คือ

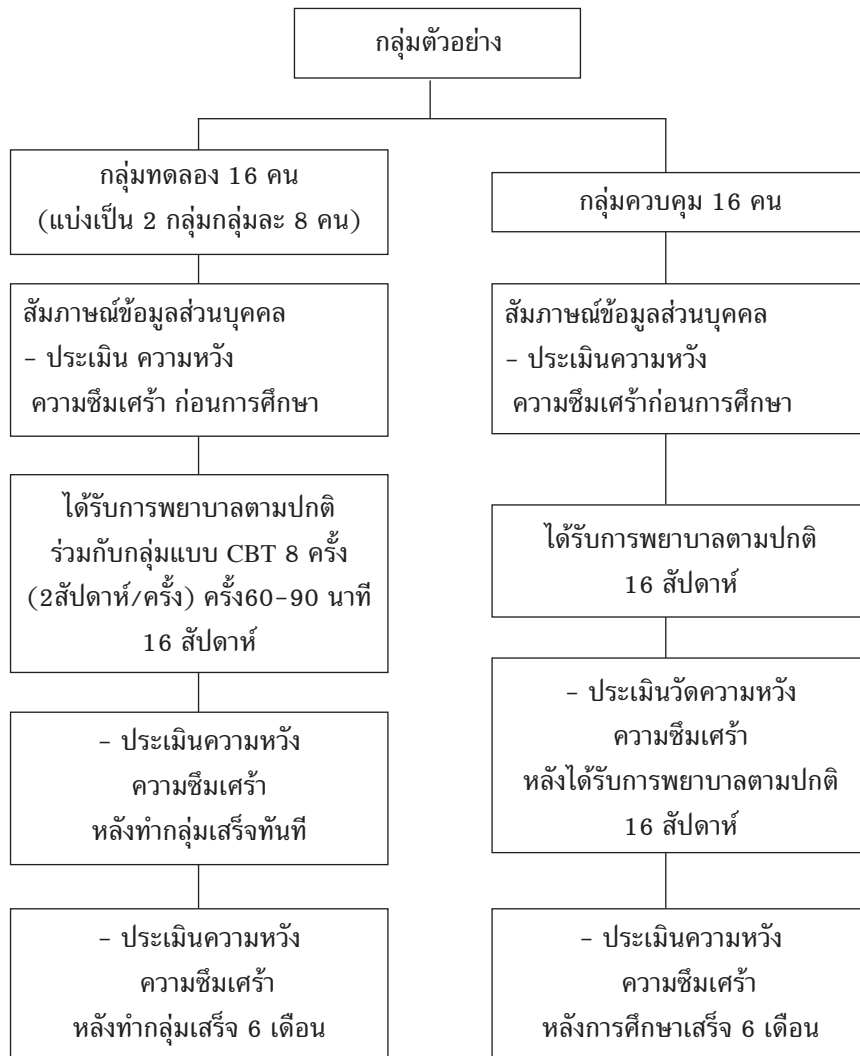
ระยะสร้างกลุ่ม (ครั้งที่ 1) เป็นระยะทำความรู้จักสร้างสัมพันธ์ภาพมีวัตถุประสงค์ให้สมาชิกรู้จักคุ้นเคยกัน ใช้เวลา 1 ครั้ง

ระยะร่วมกันทำงานกลุ่ม (ครั้งที่ 2-7) เป็นระยะที่สมาชิกร่วมกันแก้ไขปัญหา โดยเน้นการใช้เทคนิคการบำบัดแบบพฤติกรรมปัญญานิยม คือ การให้ข้อมูล (giving information) เกี่ยวกับโรค แนวทางการรักษา การรับประทานยาต้านไวรัส การดูแลตัวเอง และการจัดการความเครียด การฝึกปฏิบัติเกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนความคิดไปในทางบวก (cognitive restructuring)

การเปิดเผยผลเลือด การใส่ถุงยางอนามัย และการฝึกผ่อนคลาย (relaxation) รวมทั้งมีการอภิปรายกลุ่ม (group discussion) การสร้างเครือข่ายเพื่อส่งเสริมให้กำลังใจกัน การให้แรงเสริม (positive reinforcement) และการวางแผนการดำเนินชีวิตต่อไป โดยกลุ่มครั้งที่ 2 ให้ความรู้เรื่องโรคเอดส์ ผลกระทบ การรักษา การปฏิบัติตัว การฝึกเปิดเผยผลเลือด และการฝึกการใช้ถุงยางอนามัย กลุ่มครั้งที่ 3 ให้ความรู้เกี่ยวกับการยาด้านไวรัส ยาป้องกันโรคติดเชื้อฉวยโอกาส ผลข้างเคียงยา และการดื้อยา กลุ่มครั้งที่ 4 ให้ความรู้เกี่ยวกับการจัดการปัญหาที่เหมาะสม รวมทั้งให้ข้อมูลทางการดูแลตนเองที่เหมาะสมทั้งทางด้านร่างกายจิตใจ สังคม และการปรับตัว กลุ่มครั้งที่ 5-6 ให้ข้อมูลเรื่องการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ความคิด และการฝึกปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและความคิดไปในทางบวก กลุ่มครั้งที่ 7 ให้ข้อมูล เรื่องการจัดการความเครียดและฝึกผ่อนคลายความเครียด และการสร้างและปรับความหวังให้เหมาะสมกับสถานการณ์

ระยะยุติกลุ่ม (ครั้งที่ 7-8) เป็นระยะเตรียมการยุติกลุ่ม มีวัตถุประสงค์เพื่อให้สมาชิกยอมรับการแยกจากกัน ใช้เวลา 2 ครั้ง คือ กลุ่มครั้งที่ 7-8 โดยก่อนเสร็จกลุ่มครั้งที่ 7 แจ้งให้ทราบว่าครั้งต่อไปเป็นครั้งสุดท้ายของการทำกลุ่ม และในกลุ่มครั้งที่ 8 ช่วงเริ่มกลุ่ม แจ้งให้ทราบว่าครั้งนี้เป็นครั้งสุดท้ายของการทำกลุ่ม หลังจากดำเนินกลุ่มเสร็จแล้ว ปิดกลุ่มขอบคุณสมาชิกทุกคน และแจ้งว่าถ้ามีปัญหาสุขภาพหรือความไม่สบายใจต่างๆ สามารถขอคำปรึกษาจากทีมผู้ดูแลได้ หลังทำกลุ่มครั้งที่ 8 เสร็จ ผู้ช่วยวิจัยประเมินความหวังและความซึมเศร้าทันที และอีก 6 เดือนประเมินความหวังและความซึมเศร้าอีกครั้ง เป็นอันเสร็จสิ้นวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล ซึ่งมีขั้นตอนในการเก็บรวบรวมข้อมูลตามแผนภูมิที่ 1

ผลของกลุ่มบำบัดแบบพฤติกรรมปัญญานิยม ต่อความหวังและความซึมเศร้าในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/
ผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัส



แผนภูมิที่ 1 แสดงขั้นตอนในการเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติบรรยาย (ความถี่และร้อยละ) ในข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่างและวิเคราะห์ความแปรปรวนที่มีตัวแปรร่วม (analysis of covariance, ANCOVA) โดยใช้คะแนนความความหวังและความซึมเศร้าก่อนการศึกษาเป็นตัวแปรร่วม (covariate)

ผลการวิจัย

ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง 32 คน ส่วนใหญ่เป็นผู้ติดเชื้อระยะไม่มีอาการและระยะเอดส์ร้อยละ 37.5 อายุอยู่ในช่วง 31-40 ปี ร้อยละ 46.85 ส่วนใหญ่มีอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 40.62 สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 68.75 และส่วนใหญ่รายได้น้อยกว่า 5,000 บาท ร้อยละ 40.62

พจนานุกรม คำศัพท์ และคณ

เมื่อวัดคะแนนความหวังและความเข้มแข็งภายหลังทำการศึกษาทันที พบว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติร่วมกับกลุ่มบำบัดแบบพฤติกรรมปัญญานิยม มีคะแนนความหวังสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมี

นัยสำคัญทางสถิติที่ $p < .01$ (ตารางที่ 1) และคะแนนความเข้มแข็งต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < .001$ (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนความหวังระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองด้วยการวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วม (ANCOVA) โดยใช้คะแนนความหวังก่อนการศึกษาเป็นตัวแปรร่วมหลังการทดลองทันที (N=32)

แหล่งความแปรปรวนร่วม	df	SS	MS	F	p
ตัวแปรร่วม (Covariate)	1	4502.74	4502.74	42.24	<.001
กลุ่ม (Group)	1	799.43	799.43	7.50	<.01
ภายในกลุ่ม (Residual)	29	3091.25	106.59		
รวม (total)	31	8393.42	5408.76		

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนความเข้มแข็งระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองด้วยการวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วม (ANCOVA) โดยใช้คะแนนความเข้มแข็งก่อนการศึกษาเป็นตัวแปรร่วมหลังการทดลองทันที (N=32)

แหล่งความแปรปรวนร่วม	df	SS	MS	F	p
ตัวแปรร่วม (Covariate)	1	1087.80	1087.80	99.47	<.001
กลุ่ม (Group)	1	181.66	181.66	16.61	<.001
ภายในกลุ่ม (Residual)	29	317.13	10.93		
รวม (total)	31	1586.59	1280.39		

เมื่อติดตามประเมินผลหลังทำกลุ่มครบ 6 เดือน (6-month follow-up) พบว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติร่วมกับกลุ่มบำบัดแบบพฤติกรรมปัญญานิยม

มีคะแนนความหวังและคะแนนความเข้มแข็ง ไม่แตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ตารางที่ 3, และ 4 ตามลำดับ)

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนความหวังระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองด้วยการวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วม (ANCOVA) โดยใช้คะแนนความหวังก่อนการศึกษาเป็นตัวแปรร่วมหลังการศึกษา 6 เดือน (N=32)

แหล่งความแปรปรวนร่วม	df	SS	MS	F	p
ตัวแปรร่วม (Covariate)	1	3953.08	3953.08	52.41	.001
กลุ่ม (Group)	1	1.58	1.58	.021	.88
ภายในกลุ่ม (Residual)	29	2187.35	75.42		
รวม (total)	31	6142.01	4030.08		

ผลของกลุ่มบำบัดแบบพฤติกรรมปัญญานิยม ต่อความหวังและความซึมเศร้าในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/
ผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัส

ตารางที่ 4 การเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนความความซึมเศร้าระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง
ด้วยการวิเคราะห์ ความแปรปรวนร่วม (ANCOVA) โดยใช้คะแนนความซึมเศร้าก่อนการศึกษาเป็น
ตัวแปรร่วม หลังการศึกษา 6 เดือน (N=32)

แหล่งความแปรปรวนร่วม	df	SS	MS	F	p
ตัวแปรร่วม (Covariate)	1	9.84	9.84	.298	.58
กลุ่ม (Group)	1	18.92	18.92	.573	.45
ภายในกลุ่ม (Residual)	29	957.34	33.01		
รวม (total)	31	986.1	61.77		

อภิปรายผล

จากการศึกษาผลของกลุ่มบำบัดแบบพฤติกรรมปัญญานิยมในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ที่ได้รับยาต้านไวรัส พบว่าความหวังภายหลังการศึกษาของกลุ่มที่ได้รับการทำกลุ่มบำบัดแบบพฤติกรรมปัญญานิยม ร่วมกับการพยาบาลตามปกติ สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < .01$ (ตารางที่ 1) สอดคล้องกับการศึกษาของ รัศมี วิบูลย์กุล (2542) ที่พบว่า การใช้กลุ่มสนับสนุนในผู้ที่ติดเชื้อไวรัสเอดส์ โดยกลุ่มบำบัดเน้นที่การสร้างสัมพันธภาพ การส่งเสริมพฤติกรรมและการเผชิญปัญหา และการตระหนักความเป็นจริง การสอนให้มีทักษะในการดูแลตนเอง การสร้างทางเลือกในการรักษา มีผลทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ความคิดเห็นกับคนอื่น เกิดสัมพันธภาพที่ดีกับคนอื่น รู้สึกว่าตนเองมีเพื่อน ไม่โดดเดี่ยวและเกิดความพึงพอใจที่เข้าร่วมกลุ่ม การได้รับข้อมูลจากเพื่อนและผู้นำกลุ่มทำให้เกิดความมั่นใจในการดูแลตนเองและเพิ่มพลังอำนาจในการดูแลตนเอง มีความหวังเพิ่มขึ้น ($p < .05$) เช่นเดียวกับการศึกษาของ สุนทรี วัฒนเบญจโสภณ (2543) ที่พบว่าผลของกลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคอง ที่เน้นการให้ข้อมูล การเสริมสร้างกำลังใจ การระบายปัญหา การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ มีผลทำให้ผู้ป่วยมะเร็ง

ปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษา มีกำลังใจและเข้าใจว่าไม่ใช่ตนเองคนเดียวที่เจ็บป่วย คนอื่นก็เจ็บป่วยเหมือนกัน การสนับสนุนให้กำลังใจระหว่างสมาชิกที่อยู่ในกลุ่มจะช่วยให้มีกำลังใจมีความหวังที่จะใช้ชีวิตต่อไป ซึ่งในกระบวนการสร้างเสริมความหวังโดยการมีสัมพันธภาพที่ดีจะช่วยให้บุคคลมีความหวังรวมทั้งการได้รับข้อมูลที่ถูกต้องและเหมาะสมจะช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจโรค การดำเนินโรค ความก้าวหน้าในการรักษา ไม่ท้อแท้สิ้นหวังโดยง่าย สอดคล้องกับการศึกษาของ กนกวรรณ ทีชะ (2544) ที่พบว่า กลุ่มเสริมสร้างความหวังในผู้ป่วยหญิงซึมเศร้า 32 คน ที่มุ่งเน้นในการสร้างสัมพันธภาพ การระบายความซึมเศร้า การช่วยกันแก้ไข้ปัญหาของสมาชิก การกำหนดเป้าหมายในชีวิต และการพึ่งพาผู้อื่นอย่างเหมาะสม มีผลทำให้ผู้ป่วยหญิงซึมเศร้า ได้รับกำลังใจจากเพื่อน หาทางแก้ไข้ปัญหาได้ สามารถขอความช่วยเหลือได้อย่างเหมาะสม ทำให้ความหวังเพิ่มขึ้นและมีกำลังใจในการดำเนินชีวิตต่อไป

ในการทำกลุ่มทุกครั้งจะมีปัจจัยบำบัด (therapeutic factor) เกิดขึ้น ซึ่งยาโลม (Yalom, 1975) ได้ให้แนวคิดปัจจัยบำบัดสามารถช่วยให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้และเปลี่ยนพฤติกรรมไปในทางที่ดี ปัจจัยบำบัดเกิดขึ้นได้ตลอดเวลา อาจเกิดปัจจัยใดปัจจัยหนึ่งก่อนหรือหลังได้มากหรือน้อยต่างกันในแต่ละกลุ่ม การศึกษานี้ปัจจัยที่เกิดมากที่สุด คือ การผูกพันจิตใจต่อกัน (group cohesiveness)

การมีความเป็นสากล (universality) เนื่องจากเจอปัญหา การเจ็บป่วยที่คล้ายคลึงกัน การมีความหวัง (instillation of hope) และการให้ข้อมูล (giving information) เนื่องจากการติดเชื้อเอชไอวีหรือเอดส์มีความซับซ้อน และมีข้อมูลความรู้ที่จำเป็นอย่างมากที่ผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วย เอดส์จำเป็นต้องได้รับทราบการรับประทายยาต้านไวรัส การปฏิบัติตัว โครงการยาต้านไวรัส ตลอดจนความ ก้าวหน้าในการรักษา การได้รับข้อมูลเหล่านี้จะช่วยให้ ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์มีความรู้ ความเข้าใจที่ ถูกต้องว่าปัจจุบันโรคเอดส์สามารถควบคุมได้ ไม่ได้ ทำให้เสียชีวิตง่ายเหมือนในอดีตที่ผ่านมา รวมทั้งการ ปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง การรับประทายยาต้านไวรัสสม่ำเสมอ จะช่วยให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ มีชีวิตยืนยาว หลายสิบปี (พัชรีย์ ชันติพงษ์, 2547) ซึ่งข้อมูลความ ก้าวหน้าในการรักษาเหล่านี้ จะช่วยให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ ผู้ป่วยเอดส์มีความหวัง และมีกำลังใจในการรักษาตัวเอง เกิดการเรียนรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วยและจัดระเบียบ ความคิดใหม่เพื่อเผชิญปัญหาที่เหมาะสม (Peden, 1996; Schreiber, 1996) ปัจจัยบำบัดเหล่านี้จะช่วย ให้กลุ่มมีประสิทธิภาพ ประสิทธิผลที่ดี (Yalom, 1975) และการที่สมาชิกได้เรียนรู้การแก้ไขปัญหาของบุคคลอื่น ย่อมทำให้สมาชิกรู้ถึงการแก้ไขปัญหาตนเองเช่นกัน ทำให้ มีความหวังมากขึ้น (Pasquali, Arnold, & Debasio, 1989) ทำให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้ว่าไม่ใช่แต่ตนเองที่มี ปัญหา คนอื่นก็มีปัญหาเหมือนกัน ช่วยให้ผู้ป่วยตระหนัก ถึงความเป็นสากล ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่ามีเพื่อนร่วมทุกข์ ร่วมสุขช่วยให้กลุ่มเกิดความไว้วางใจ กล้าเปิดเผยตัวเอง มากขึ้น (Marram, 1978) และเมื่อติดตามประเมิน อีก 6 เดือน พบว่าคะแนนความหวังของกลุ่มที่ได้รับการ ทำกลุ่มบำบัดแบบพฤติกรรมปัญญานิยมไม่มีความ แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อเปรียบเทียบกับ กลุ่มควบคุม (ตารางที่ 3) ทั้งนี้อธิบายได้ว่า กลุ่มบำบัด แบบพฤติกรรมปัญญานิยมอาจมีผลในระยะเวลาช่วงสั้น ๆ ไม่สามารถคงไว้ซึ่งผลในระยะเวลานาน

ความเข้มเข้ร่างกายหลังการศึกษาของกลุ่มที่ได้รับ การทำกลุ่มบำบัดแบบพฤติกรรมปัญญานิยมร่วมกับการ พยาบาลตามปกติต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตาม ปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < .001$ (ตารางที่ 2) สามารถอธิบายการค้นพบได้ว่า ความเข้มเข้ร่างกายหลัง การศึกษาของกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมกลุ่มบำบัดแบบ พฤติกรรมปัญญานิยมต่ำกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการ พยาบาลตามปกติ ผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับการ ศึกษาของ พจนานุกรม ทัศนศาสตร์ (2545) ที่พบว่า กลุ่มบำบัดที่ผสมผสานการใช้เทคนิคการยึดผู้ป่วยเป็น ศูนย์กลางกับการใช้เทคนิคของพฤติกรรมปัญญานิยม ในผู้ป่วยมะเร็งอวัยวะสืบพันธุ์สตรีที่ได้รับรังสีรักษา โดย กลุ่มเน้นที่ การเสริมสร้างกำลังใจ ระบายปัญหา แลกเปลี่ยน ประสบการณ์ การให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรค การจัดการกับ ความเครียด และฝึกผ่อนคลาย มีผลทำให้ความเข้มเข้ร่างกายของผู้ป่วยมะเร็งอวัยวะสืบพันธุ์สตรีลดลงอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ ($p < .001$) สอดคล้องกับการศึกษาของ เคลลี่ และคณะ (Kelly et al., 1993) ที่พบว่าการใช้กลุ่ม บำบัดแบบพฤติกรรมปัญญานิยม ในผู้ป่วยโรคเอดส์ 68 คน ประเด็นสำคัญในการทำกลุ่มประกอบด้วย การสอน ให้ข้อมูล อภิปรายกลุ่ม การฝึกทักษะเกี่ยวกับการจัดการ ความเครียด การเปิดเผยผลเลือด การฝึกการใช้ถุงยาง ออานามัย การฝึกผ่อนคลาย การตอบคำถามปัญหาที่ สมาชิกสงสัย การสร้างเครือข่ายในการสร้างสัมพันธ์ภาพ เพื่อเสริมสร้างกำลังใจให้กัน มีผลทำให้ความเข้มเข้ร่างกายรู้สึกไม่เป็นมิตร และการเจ็บป่วยทางกายในผู้ป่วย โรคเอดส์ลดลง ($p < .05$) สอดคล้องกับการศึกษาของ เพย์น ลันเบอร์ก เบรนนัน และฮอลแลนด์ (Payne, Lundberg, Brennan, & Holland, 1997) ที่พบว่า การใช้กลุ่มบำบัดแบบพฤติกรรมปัญญานิยมในผู้ป่วย มะเร็งเนื้อเยื่อกระดูก 40 คน โดยกลุ่มเน้นการให้ ความรู้เกี่ยวกับโรค การจัดการกับความเครียด เทคนิค การผ่อนคลายความเครียดและทักษะการแก้ปัญหา มีผล

ผลของกลุ่มบำบัดแบบพฤติกรรมปัญญานิยม ต่อความหวังและความซึมเศร้าในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ ผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัส

ช่วยลดความซึมเศร้าได้ ($p < .01$) และส่งผลให้ผู้ป่วยมีสัมพันธภาพที่ดีกับคนอื่นและลดภาวะแยกตัว ฟังพอใจต่อกลุ่มที่ได้รับความรู้และคำแนะนำจากกลุ่ม และสอดคล้องกับการศึกษาของ โมลาสซิโอทิสและคณะ (Molassiotis et al., 2002) ที่ศึกษานำร่องในผู้ป่วยชายเอชไอวีที่มีความซึมเศร้า 46 คน โดยกลุ่มบำบัดแบบพฤติกรรมปัญญานิยมเน้นที่การจัดการความเครียดที่สอดคล้องกับปัญหาของผู้ติดเชื้อเอชไอวี การจัดการกับปัญหา การปรับเปลี่ยนแนวคิดและพฤติกรรม การฝึกทักษะการเปิดเผยผลเลือด และการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย การแสดงออกที่เหมาะสม การฝึกผ่อนคลาย การส่งเสริมให้มีสัมพันธภาพเพื่อสนับสนุนและให้กำลังใจ ภายหลังการศึกษาพบว่ากลุ่มแบบพฤติกรรมปัญญานิยม มีผลทำให้ความซึมเศร้าของผู้ติดเชื้อลดลงและทำให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

เมื่อติดตามประเมินผลอีก 6 เดือน (6-month follow-up) พบว่าคะแนนความซึมเศร้าของกลุ่มที่ได้รับการทำกลุ่มบำบัดแบบพฤติกรรมปัญญานิยมไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม (ตารางที่ 4) สอดคล้องกับการศึกษาของเคลลีและคณะ (Kelly et al., 1993) ศึกษาผลของกลุ่มบำบัดแบบพฤติกรรมปัญญานิยมในผู้ป่วยโรคเอดส์ 68 คน ประเมินติดตามผล 3 เดือนหลังการศึกษาพบว่าความซึมเศร้าลดลงอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ และสอดคล้องกับการศึกษาของโมลาสซิโอทิสและคณะ (Molassiotis et al., 2002) ศึกษาผลของกลุ่มบำบัดแบบพฤติกรรมปัญญานิยมในผู้ป่วยโรคเอดส์ ประเมินติดตามผล 3 เดือนหลังการศึกษาพบว่าความซึมเศร้าลดลงอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้อธิบายได้ว่า กลุ่มบำบัดแบบพฤติกรรมปัญญานิยมอาจมีผลในระยะเวลาดังสั้น ๆ ไม่สามารถคงไว้ซึ่งผลในระยะยาว ดังนั้นในการทำวิจัยครั้งต่อไปควรศึกษาถึงผลการทำกลุ่มบำบัดแบบพฤติกรรมปัญญานิยมที่มีการทำกลุ่มจำนวนครั้งมากกว่าการศึกษาครั้งนี้และติดตามประเมินผลว่าผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นว่าคงอยู่ในระยะยาวหรือไม่

ในการติดตามการประเมินผลการจัดกลุ่มบำบัดที่มีผู้วิจัยเป็นผู้นำกลุ่ม ผู้ช่วยวิจัยเป็นผู้นำกลุ่มร่วมนั้น และมีผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์เป็นสมาชิกกลุ่มจำนวน 16 คน โดยแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มละ 8 คน พบว่าสมาชิกกลุ่มสามารถเข้าร่วมกลุ่มบำบัดครบ 8 ครั้ง 14 คน เข้ากลุ่ม 7 ครั้ง 2 คน เนื่องจากไม่สบายเป็นไข้ จึงไม่สามารถเข้ากลุ่มครบทุกครั้ง และเมื่อวิเคราะห์กระบวนการกลุ่มทั้ง 8 ครั้ง พบว่า ในระยะการสร้างกลุ่ม (กลุ่มครั้งที่ 1) สมาชิกกลุ่มยังไม่คุ้นเคยกัน การเปิดเผยตัวเองมีเพียงเล็กน้อย ผู้นำกลุ่มต้องคอยกระตุ้นให้มีส่วนร่วมในกลุ่มเป็นระยะ แต่ก็สนใจฟังข้อมูลจากผู้นำกลุ่มและสมาชิกที่ซักถามดี ระยะร่วมกันทำงานกลุ่ม (กลุ่มครั้งที่ 2-7) สมาชิกเริ่มคุ้นเคยกัน มีความผูกพัน กล้าเปิดเผยตัวเอง กล้าพูดคุยกซักถาม แลกเปลี่ยนประสบการณ์หาแนวทางแก้ไขปัญหาร่วมกัน และให้กำลังใจกันดี ทั้งนี้ อาจเนื่องมาจาก ผู้นำกลุ่มได้สร้างบรรยากาศกลุ่มให้สมาชิกรู้สึกผ่อนคลาย อบอุ่น เป็นกันเอง สมาชิกกลุ่มจึงกล้าที่จะพูดคุยกเปิดเผยตัวเอง ประกอบกับ การเจ็บป่วยด้วยโรคเดียวกันจึงทำให้เกิดความรู้สึกเห็นอกเห็นใจกัน และหาทางช่วยเหลือ ผูกพันเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน ระยะยุติกลุ่ม 3 (กลุ่มครั้งที่ 7-8) พบว่า สมาชิกเข้าใจและยอมรับการยุติกลุ่มด้วยดี มีการแลกที่อยู่และเบอร์โทรศัพท์เพื่อติดต่อและให้กำลังใจกันต่อไป ทั้งนี้อาจเนื่องมาจาก ผู้นำกลุ่มได้เตรียมพร้อมก่อนการยุติกลุ่ม โดยแจ้งให้ทราบตั้งแต่กลุ่มครั้งที่ 7 ว่าครั้งที่ 8 จะเป็นการทำกลุ่มครั้งสุดท้าย และในครั้งสุดท้ายของการทำกลุ่ม ผู้นำกลุ่มได้เปิดโอกาสให้สมาชิกกลุ่มบอกถึงความประทับใจซึ่งกันและกัน และบอกถึงความรู้สึกต่อการยุติการทำกลุ่ม พร้อมทั้งให้ความมั่นใจต่อสมาชิกกลุ่ม แม้จะยุติการทำกลุ่มบำบัด ถ้ามีเรื่องต้องการคำแนะนำหรือปรึกษาสามารถโทรศัพท์ปรึกษาได้ ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกมั่นใจว่า มีที่พึ่ง จึงทำให้สมาชิกกลุ่มยอมรับการยุติกลุ่มและแยกจากกันด้วยดี และมีประสบการณ์ที่ดีในการทำกลุ่ม นอกจากนี้แล้วยังพบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ ที่เข้าร่วมกลุ่มบำบัด บอกว่า “รู้สึกสบายใจที่ได้พูดคุยและให้กำลังใจ

กับเพื่อนคนอื่น ๆ ที่มีปัญหาเหมือนกัน” “ควรจัดให้มีการพูดคุยพบปะกันเรื่อย ๆ” “ได้รับความรู้ เกี่ยวกับโรคแนวทางการรักษาและการดูแลตัวเอง วิธีฝึกการผ่อนคลาย และฝึกปรับเปลี่ยนความคิดไปในทางบวก” ซึ่งจากแนวคิดของ เบค (Beck, 1967) พบว่าบุคคลที่ซึมเศร้าจะมีความคิดเป็นลบต่อปัจจุบัน ต่ออนาคต และต่อสิ่งแวดล้อมรอบข้าง การฝึกปรับเปลี่ยนแนวคิดไปในทางบวก จะช่วยให้บุคคลนั้นมีความรู้สึกที่ดีต่อตนเอง ต่อคนอื่นและมองโลกในแง่ดี บรรยากาศกลุ่มที่อบอุ่น เข้าใจ สนุกสนาน จะช่วยให้สมาชิกแก้ปัญหาได้ด้วยตนเอง ลดความซึมเศร้า เพิ่มทักษะทางสังคมให้สมาชิก ดังนั้นในการรักษาผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า นอกจากการรักษาด้วยยาแล้วควรเสริมด้วยการทำกลุ่มบำบัด (National Institute of Health, 1991) เพราะกลุ่มบำบัดเป็นรูปแบบของการพยาบาลที่เหมาะสมกับบริบทของผู้ป่วยนอก ใช้พยาบาลน้อยคน สามารถช่วยผู้ป่วยได้ทีละหลายๆ คน อีกทั้งยังทำให้บทบาทของพยาบาลเด่นชัดขึ้น

ข้อจำกัดในงานวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้ หัวข้อการอภิปรายบางหัวข้อในการทำกลุ่มอาจไม่น่าสนใจสำหรับกลุ่มตัวอย่าง และจำนวนครั้งในการทำกลุ่มอาจน้อยไป จึงทำให้ไม่สามารถคงผลลัพธ์ในระยะยาว

ประโยชน์ที่ได้รับจากงานวิจัย

ด้านการปฏิบัติการพยาบาล เป็นทางเลือกหนึ่งในการนำไปปฏิบัติการพยาบาลในกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัส

ด้านการบริหารการพยาบาล เป็นแนวทางสำหรับผู้บริหารการพยาบาล ในการวางแผนแก้ปัญหาด้านจิตสังคมในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ เพื่อส่งเสริมให้เกิดความหวังและลดความซึมเศร้า และส่งเสริมให้บุคลากร

พยาบาลได้เข้าร่วมอบรมกลุ่มบำบัดแบบพฤติกรรมปัญญานิยม เพื่อพัฒนาทักษะการทำกลุ่ม การเป็นผู้นำกลุ่ม

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. วางแผนในการทำกลุ่มบำบัดแบบพฤติกรรมปัญญานิยมให้น่าสนใจ สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ และศึกษาถึงจำนวนครั้งที่เหมาะสมในการทำกลุ่มบำบัดแบบพฤติกรรมปัญญานิยมในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์

2. ควรทำการวิจัยซ้ำถึงผลของกลุ่มบำบัดแบบพฤติกรรมปัญญานิยมต่อความหวังและความซึมเศร้าในกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ที่มีกลุ่มตัวอย่างขนาดใหญ่กว่าเดิม และควรมีการสุ่มตัวอย่างเพื่อให้ผลการวิจัยอ้างอิงถึงกลุ่มประชากรได้

3. ควรศึกษาผลของกลุ่มบำบัดแบบพฤติกรรมปัญญานิยมต่อตัวแปรอื่น เช่น คุณภาพชีวิต ในกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร. บำเพ็ญจิต แสงชาติ ที่กรุณาชี้แนะแนวทางในการเขียนรายงานการวิจัย

เอกสารอ้างอิง

- กนกวรรณ ทิมะ. (2544). ผลของกลุ่มเสริมสร้างความหวังในผู้ป่วยหญิงซึมเศร้า. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- นงลักษณ์ จุฑาจินดาเขต. (2539). ผลของการฝึกการผ่อนคลายต่อการลดความวิตกกังวลและความซึมเศร้าในผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษา. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

ผลของกลุ่มบำบัดแบบพฤติกรรมปัญญานิยม ต่อความหวังและความเข้มแข็งในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ ผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัส

- บำเพ็ญจิต แสงชาติ, สมจิต หนูเจริญกุล, ดร.ณิ รุจกรกานต์, พะยอม อยู่สวัสดิ์, และเบญจา ยอดดำเนิน แอ็ดดิกจ์. (2542). วัฒนธรรมการดูแลตนเองในผู้ติดเชื้อเอชไอวีและเอดส์: การศึกษาในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย. *วารสารการวิจัยทางพยาบาล*, 3(3), 227-248.
- พธนิภา หาญละคร. (2545). *ผลของกลุ่มบำบัดต่อความวิตกกังวล และความเข้มแข็งในผู้ป่วยมะเร็งอวัยวะสืบพันธุ์สตรีที่ได้รับรังสีรักษา*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- พัชรี ชันติพงษ์. (2547). *คู่มือการดูแลรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ในผู้ใหญ่*. โครงการพัฒนาการให้การบริการรักษาเพื่อลดอัตราการหยุดยา และเพิ่มการกินยาต้านไวรัสเอดส์อย่างสม่ำเสมอในกลุ่มผู้ติดเชื้อภาคเหนือของประเทศไทย. เชียงใหม่: ชัยพระเกียรติ.
- พัทยา จิตสุวรรณ. (2527). *ผลของการฝึกอาณาปานสติต่อความวิตกกังวล และความเข้มแข็งในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ได้รับการรักษาด้วยไตเทียม*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- รัศมี วิบูลย์กุล. (2542). *ผลของโปรแกรมกลุ่มสนับสนุนต่อบุคคลที่ติดเชื้อไวรัสเอดส์*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ลัดดา แสนสีหา. (2536). *ความเข้มแข็งและความคิดอัตโนมัติด้านลบของวัยรุ่นตอนปลาย*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ศุภาว์ เผือกเทศ. (2542). *เอดส์กับการดูแลแบบประคับประคอง*. *วิทยาสารพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย*, 4(2), 124-129.
- สุนทรี วัฒนเบญจโสภณ. (2543). *ผลของกลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคองต่อความหวังของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษา*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สำนักโรคบาติวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2550). *สรุปรายงานการเฝ้าระวังโรคประจำปี 2550*. Retrieved October 5, 2008, from Web site: <http://www.203.157.15.4/annual/ANNUAL2550/Annualindex.htm>
- Beck, A. T. (1967). *Depression: Experimental and theoretical aspects*. New York: Hoeber Medical Division.
- Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J., & Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4, 561-571.
- Blake, M. J., Gore, F. C., Kimerling, R., Turner, J. M., & Spiegel, D. (1999). Improving the quality and the quantity of life among patients with cancer: A Review of the effectiveness of the group psychotherapy. *European Journal of Cancer*, 35(11), 1581-1586.
- Brickhead, L. M. (1989). *Psychiatric/mental health nursing: The therapeutic use of self*. Philadelphia: J. B. Lippincott.
- Carson, V., Soeken, K. L., Shanty, J., & Terry, L. (1990). Hope and spiritual well-being: Essentials for living with AIDS. *Perspective in Psychiatric Care*, 26(2), 25-34.
- Dunphy, C. A. (1991). Mental health of clients along the continuum of human immunodeficiency virus infection. In G. K. McFarland & M. D. Thomas (Eds.), *Psychiatric mental health nursing: Application of nursing process* (pp. 715-720). Philadelphia: J. B. Lippincott.
- Durham, J. D. (1994). The changing HIV/AIDS epidemic: Emerging psychosocial challenges for nurse. *Nursing Clinics of North America*, 29(1), 9-19.
- Fishman, B., & Losscalo, M. (1987). Cognitive-behavioral interventions in management of cancer pain: Principle and applications. *Medical Clinics of North America*, 71, 271-287.
- Folkman, S., Chesney, M., Mckusick, L., Ironson, G., Johnson, D. S., & Coates, T. J. (1991). Translation coping theory into an intervention. In J. Eckenrode (Ed.), *The social context of stress* (pp. 409-416). New York: Plenum.
- Gaskins, S., & Brown, K. (1992). Psychosocial responses among individual with human immunodeficiency virus infection. *Applied Nursing Research*, 5(3), 111-121.
- Govoni, L. A. (1988). Psychosocial issue for AIDS in the nursing care of homosexual men and their significant other. *Nursing Clinics of North America*, 23(4), 749-765.

พจนานุกรม วิทยุละคร และคณะ

- Hicky, S. S. (1986). Enabling hope. *Cancer Nursing*, 9(3), 133-137.
- Kaplan, H. I., & Sadock, B. J. (1989). *Comprehensive group psychotherapy*. Baltimore: Waverly Press.
- Kelly, J. A., Murphy, D. A., Bahr, G. R., Kalichman, S. C., Morgan, M. G., Stevenson, L. Y., et al. (1993). Outcome of cognitive-behavioral and supportive group: Brief therapy for depressed, HIV-infected persons. *American Journal of Psychiatry*, 150(11), 1679-1686.
- Lescz, M. (1990). Toward and integrate model of group psychotherapy with elderly. *International Journal of Group Psychotherapy*, 40(4), 379-399.
- Marram, G. D. (1978). *The group approach in nursing practice* (2nd ed.). St. Louis: C. V. Mosby.
- Meichenbaum, D. (1991). *Cognitive Behavioral Therapy: An integration approach*. New York: Plenum Press.
- Miller, J. F. (1985). Inspiring hope. *American Journal of Nursing*, 80(1), 23-25.
- Miller, J. F. (1992). *Coping with Chronic Illness: Overcoming powerlessness* (2nd ed.). Philadelphia: F. A. Davis Company.
- Miller, J. F., & Power, M. J. (1988). Development of an instrument to measure hope. *Nursing Research*, 37(1), 6-10.
- Molassiotis, A., Callaghan, P., Twinn, S. F., Lam, S. W., Chung, W. Y., & Li, C. K. (2002). A pilot study of effective of cognitive-behavioral group therapy and peer support group counseling in decreasing psychological distress and improving quality of life in Chinese HIV disease. *AIDS Patients Care and STDs*, 16(2), 83-96.
- National Institute of Health. (1991). Diagnosis and treatment of depression in late life. *Consent Statement*, 9(3), 1-27.
- Pasquali, M. A., Arnold, H. M., & Debasio, N. (1989). *Mental health nursing: A holistic approach* (3rd ed.). St. Louis: C.V. Mosby.
- Payne, D. K., Lundberg, J. C., Brennan, M. F., & Holland, J. C. (1997). A Psychosocial intervention for patients with soft tissue sarcoma. *Psychooncology*, 6(1), 65-71.
- Peden, A. R. (1996). Recovering from depression: A one year follow up. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 3, 289-295.
- Ripich, S. (1993). The client on the human immunodeficiency virus spectrum. In B. S. Johnson (Ed.), *Adaptation and growth: Psychiatric mental health nursing* (3rd ed., pp. 819-832). Philadelphia: J.B. Lippincott.
- Schreiber, R. (1996). Understanding and helping depressed women. *Archives of Psychiatric Nursing*, 5(3), 165-175.
- Weitz, R. (1989). Uncertainty and lives of person with AIDS. *Journal of Health and Social Behavior*, 30, 270-281.
- World Health Organization. (2008). *Worldwide HIV & AIDS statistics*. Retrieved November 12, 2008, from Web site: <http://www.avert.org/worldstats.htm>.
- Yalom, I. D. (1975). *The theory and practice of group psychotherapy*. New York: Basic Book.

ผลของกลุ่มบำบัดแบบพฤติกรรมปัญญานิยม ต่อความหวังและความซึมเศร้าในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/
ผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัส

Effects of Cognitive Behavioral Group Therapy on Hope and Depression in People Living with HIV/AIDS Receiving Anti-Retroviral Therapy*

*Pornnipa Harnlakorn** M.N.S.*

*Somjai Rattanamane** B.Sc. (Nursing)*

*Prakaub Kunthong*** B.Sc. (Nursing)*

Abstracts: This quasi-experimental study aimed to determine the effects of cognitive behavioral group therapy on hope and depression in people living with HIV/AIDS receiving antiretroviral therapy in a tertiary hospital. A sample of 32 people living with HIV/AIDS receiving antiretroviral therapy was purposively selected according to the inclusion criteria. A matched-pair technique using the stage of disease and marital status was used to divide the sample into the experimental and control groups with an equal size (n = 16 per group). Research instruments included the Hope Inventory Scale, the Beck Depression Inventory, and the Cognitive Behavioral Group Therapy Plan. Data were collected during March 1, 2006 to January 31, 2007 and analyzed using analysis of covariance. Data were collected at pretest, post-test, and 6-month follow-up. The control group received regular nursing care for 16 weeks and the experimental group received the cognitive behavioral group therapy plus regular nursing care for 16 weeks. The topics for cognitive behavioral group therapy consisted of health education about disease, treatment, adherence to antiretroviral therapy, self care, and stress management, and practice cognitive restructuring, disclose of serostatus, safe sex, and relaxation; other activities were group discussion, social network establishment, positive reinforcement, and planning of their lives. The group met every two weeks, with 60-90 minutes per session for 16 weeks (eight sessions). Results revealed that age of the sample ranged from 31 to 40 years. The majority of the sample were married. At immediate post-intervention, participants who received cognitive behavioral group therapy showed significantly higher scores in hope and lower scores in depression than did the control group, but at 6-month follow-up the scores on hope and depression were not statistically significant between both groups. Results from this study suggested that cognitive behavioral group therapy can be used to treat the hopeless and depressed patients with HIV/AIDS. Application of cognitive behavioral group therapy for people living with HIV/AIDS holds promise of increasing hope and relieving depression.

Keywords: Hope, Depression, Cognitive behavioral group therapy, People living with HIV/AIDS

*This study was partially supported by the Grant of Faculty of Medicine, Khon Kaen University

**Counseling Unit, Nursing Division, Srinagarind Hospital, Faculty of Medicine, Khon Kaen University

***Department of Medical Nursing, Nursing Division, Srinagarind Hospital, Faculty of Medicine, Khon Kaen University