DEVELOPMENT OF CLINICAL NURSING PRACTICE GUIDELINE FOR REDUCING DEPRESSIVE SYMPTOMS IN PERSONS WITH HIV/AIDS

BENCHAR LIMPRASERTKUL

A THEMATIC PAPER SUBMITTED IN PARTIAL FULFILLMENT
OF THE REQUIREMENTS FOR
THE DEGREE OF MASTER OF NURSING SCIENCE
(MENTAL HEALTH AND PSYCHIATRIC NURSING)
FACULTY OF GRADUATE STUDIES
MAHIDOL UNIVERSITY
2008

COPYRIGHT OF MAHIDOL UNIVERSITY

Copyright by Mahidol University

Thematic paper
Entitled

DEVELOPMENT OF CLINICAL NURSING PRACTICE GUIDELINE FOR REDUCING DEPRESSIVE SYMPTOMS IN PERSONS WITH HIV/AIDS

Benchar Limprasertkul
.....
Mrs.Benchar Limprasertkul
Candidate

Wanna Kongsuriyanavin
.....
Asst. Prof. Wanna Kongsuriyanavin,
Ed.D.(Population Education)
Major - Advisor

Atirat Wattanapailin
.....
Asst. Prof. Atirat Wattanapailin,
Ed.D.(Curriculum Research and Development)
Co - Advisor

B. Mahaisavariya
.....
Prof.Banchong Mahaisavariya, M.D.
Dean
Faculty of Graduate Studies

Yajai Sitthimongkol
.....
Assoc. Prof. Yajai Sitthimongkol,
Ph.D.(Nursing)
Chair
Master of Nursing Science
Faculty of Nursing

Copyright by Mahidol University

Thematic paper
Entitled

DEVELOPMENT OF CLINICAL NURSING PRACTICE GUIDELINE FOR REDUCING DEPRESSIVE SYMPTOMS IN PERSONS WITH HIV/AIDS

was submitted to the Faculty of Graduate Studies, Mahidol University
For the degree of Master of Nursing Science (Mental Health and Psychiatric Nursing)

on
4 April, 2008

Benchar Limprasertkul
.....
Mrs.Benchar Limprasertkul
Candidate

Yajai Sitthimongkol
.....
Assoc. Prof. Yajai Sitthimongkol,
Ph.D.(Nursing)
Chair

Wanna Kongsuriyanavin
.....
Asst. Prof. Wanna Kongsuriyanavin,
Ed.D.(Population Education)
Member

.....
Dr.Jean Barry
Ed.D.(Counselling and Student
Personnel Administration)
Member

Atirat Wattanapailin
.....
Asst. Prof. Atirat Wattanapailin,
Ed.D.(Curriculum Research and Development)
Member

B. Mahaisavariya
.....
Prof. Banchong Mahaisavariya, M.D.
Dean
Faculty of Graduate Studies
Mahidol University

Fongcum Tilokskulchai
.....
Assoc. Prof. Fongcum Tilokskulchai
Ph.D.(Nursing)
Dean
Faculty of Nursing
Mahidol University

Copyright by Mahidol University

ACKNOWLEDGEMENT

The thematic paper cannot be accomplished without the kind support of my advisor, Assistant Professor Dr. Wanna Kongsuriyanavin and my co-advisor Assistant Professor Dr. Atirat Wattanpairin, who persistently provided me with useful suggestions and comments for the study. I would like to thank the President of the Examination Committee Assistant Professor Yajai Sitthimongkol with her remarks to improve the report to be much more comprehensive.

Additionally I would like to express my sincere thanks Dr. Jean Barry who help me edit all the mistakes, and give me his useful suggestions to develop this clinical nursing guideline. My gratitude also directs to the lecturers attached to the Mental Health and Psychiatric Nursing Department, staff and all my friends who give me time and assistant during the thematic paper development. I feel deeply grateful and appreciated to the Director, the Nursing Chief , staff, patients and their relatives of Hunkha Hospital to furnish me their time and cooperation.

Lastly, I would like to express my deep gratitude to my parents and my husband who always provide me with the inspiration and support.

Benchar Limprasertkul

Copyright by Mahidol University

DEVELOPMENT OF CLINICAL NURSING PRACTICE GUIDELINE FOR REDUCING DEPRESSIVE SYMPTOMS IN PERSONS WITH HIV/AIDS

BENCHAR LIMPRASERTKUL 4637771 NSMH/M

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

THEMATIC PAPER ADVISORS: WANNA KONGSURIYANAVIN, Ed.D.
ATIRAT WATTANAPAILIN, Ed.D.

ABSTRACT

The purpose of this study was to develop a clinical nursing practice guideline for reducing depressive symptoms in persons with HIV/AIDS. The guide was developed by utilizing the steps in evidence-based nursing practice of Polit and Beck (2004) including 1) selecting a topic or problem, 2) assembling or evaluating evidence, 3) assessing implementation potential, and 4) developing, implementing, and evaluating the innovation. After assembling or evaluating the evidence, 6 evidence-based research studies were found consisting of 4 Level II studies, and 2 Level III studies. From the evidence, the nursing practice guideline can be summarized as the Cognitive- Behavioral Group Therapy including 1) providing health education, 2) problem solving, 3) identifying distorted thoughts and beliefs and building new ones, 4) experimenting with knowledge obtained from daily life, 5) relaxing, and 6) training in communication skills, and building and maintaining relationships. This guideline was tested for content validity by 3 experts, and revised as suggested.

For guideline implementation, users should be trained in therapeutic skills and have experience in taking care of or counseling HIV-infected people. Physical examination and psychological testing should be carried out for HIV-infected people with depression to screen for mental disorder symptoms derived from the disease before participating in the therapy. The developed guideline should be implemented as a pilot study; the evaluation should be done to adjust this guideline depending on the suitability of the organization. The integration of this guideline as a part of hospital accreditation should be made, and should be extended to other settings.

KEY WORDS: DEPRESSIVE SYMPTOMS / HIV / AIDS / COGNITIVE BEHAVIORAL THERAPY

129 pp.

Copyright by Mahidol University

การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อลดอาการซึมเศร้าในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์
(DEVELOPMENT OF CLINICAL NURSING PRACTICE GUIDELINE FOR REDUCING DEPRESSIVE SYMPTOMS IN PERSONS WITH HIV/AIDS)

เบญจา ลิ้มประเสริฐกุล 4637771 NSMH/ M

พย.ม. (การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช)

คณะกรรมการควบคุมสารนิพนธ์: วรรณา คงสุริยะนาวิน, ศษ.ด., อติรัตน์ วัฒนไพลิน, กศ.ด

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติในการลดอาการซึมเศร้าในผู้ติดเชื้อเอชไอวี โดยดำเนินการตามขั้นตอนการใช้ผลงานวิจัยหลักฐานเชิงประจักษ์ของ Polit & Beck (2004) ซึ่งมี 4 ขั้นตอน คือ 1)เลือกประเด็นหรือปัญหาที่ต้องการศึกษา 2)การสืบค้นและประเมินหลักฐานเชิงประจักษ์ 3)การประเมินศักยภาพความเป็นไปได้ของการปฏิบัติ 4)พัฒนาการนำไปใช้และประเมินนวัตกรรม ภายหลังจากการสืบค้นและประเมินหลักฐานเชิงประจักษ์ได้งานวิจัยเพื่อลดอาการซึมเศร้าในผู้ติดเชื้อเอชไอวีจำนวน 6 เรื่อง ซึ่งเป็นงานวิจัยระดับ II จำนวน 4 เรื่อง และระดับ III จำนวน 2 เรื่อง สรุปเป็นข้อเสนอแนะได้แนวปฏิบัติการพยาบาลเป็นการปรับพฤติกรรมทางปัญญารายกลุ่ม ซึ่งมีวิธีการโดย 1)ให้ความรู้ 2) การแก้ปัญหา 3) การค้นพบการปรับเปลี่ยนความคิดและความเชื่อที่บิดเบือน 4) การทดลองนำสิ่งที่เรียนรู้ไปใช้ในชีวิตประจำวัน 5) การผ่อนคลาย 6) การฝึกทักษะการสื่อสาร การสร้างและดำรงรักษาสัมพันธภาพเพื่อการช่วยเหลือ แนวปฏิบัติการพยาบาลนี้ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน แล้วนำมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะ

การนำแนวปฏิบัติการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นไปใช้ ผู้ใช้แนวปฏิบัติควรมีความรู้และได้รับการฝึกอบรมให้มีทักษะการบำบัด ตลอดจนมีประสบการณ์การดูแลหรือให้การปรึกษาแก่ผู้ติดเชื้อเอชไอวี ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีอาการซึมเศร้าควรได้รับการตรวจร่างกายและตรวจสภาพจิตเพื่อคัดกรองอาการทางจิตที่เกิดจากพยาธิสภาพของร่างกายก่อนเข้ารับการบำบัด ควรมีการศึกษานำร่องเพื่อประเมินผลการนำไปใช้พร้อมทั้งปรับแนวปฏิบัติการพยาบาลให้เหมาะสมกับบริบทของหน่วยงาน ปรับปรุงแก้ไขและบูรณาการเข้าเป็นส่วนหนึ่งของการพัฒนาคุณภาพการให้บริการอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งขยายผลการนำแนวปฏิบัติดังกล่าวเพื่อนำไปใช้ในหน่วยงานที่เกี่ยวข้องต่อไป

129 หน้า

Copyright by Mahidol University

CONTENTS

	Page
ACKNOWLEDGEMENTS	iii
ABSTRACT (ENGLISH)	iv
ABSTRACT (THAI)	v
LIST OF FIGURES	vii
CHAPTER	
I INTRODUCTION	
1.1 Background and Significance of the Study	1
1.2 Main Issues	4
1.3 Purpose of the Study	5
1.4 Expected Benefits/Outcomes	5
II LITERATURE REVIEW	
2.1 Review of Existing Literature Related to Issues of Concern	6
2.2 Conceptual Framework of the Study	15
III METHODOLOGY	
3.1 Selected model for implementation	20
3.2 Modified framework for the study and the study process	22
IV CONCLUSION AND RECOMMENDATION	33
REFERENCES	35
APPENDIX	40
BIOGRAPHY	129

Copyright by Mahidol University

LIST OF FIGURES

Figure		Page
1	The Conceptual framework of this study	19

Copyright by Mahidol University

CHAPTER I
INTRODUCTION

1.1 Background and Significance of the Study

HIV(Human Immunodeficiency Virus) infection is a serious epidemic that continues to spread rapidly and has become an urgent problem requiring immediate attention from the government. Statistics on HIV/AIDS worldwide indicated that in 2006, approximately 39.5 million people were living with HIV/AIDS, about 4.3 million people were newly infected, and approximately 2.9 million people lost their lives to HIV-associated illnesses. In Thailand, during that same year, 307,114 cases of HIV/AIDS infections were reported. Of these cases, an estimated 85,459 infected people lost their lives due to HIV-associated illnesses. (Department of Disease Control, Ministry of Public Health, 2006). Statistics reported to Chainat public health office from public and private service settings showed that from 1986 through April 31st, 2007, 902 people were infected with HIV and 201 of them died. The most common age group consisted of people of working age who were between 25-29 years of age. The majority, 514 patients, were hired workers (57 %).

HIV is a type of virus that primarily destroys the body's immune system. It weakens the body and increases the body's vulnerability to either opportunistic infections and some types of cancer. Those who are affected by HIV have different symptoms, ranging from none to severe illness such as cancer or other life-threatening opportunistic infections, which could cause early death (Pocharachai Ruansit, 2002). In addition, HIV-infected people are often rejected, despised, stigmatized by the public. They are perceived as bad, immoral and dangerous to the society (Pimpawan Boonmongkol, 1998). These conditions could already create a great deal of stress among HIV-infected people. Furthermore, once the infection progresses into the early symptomatic stage of infection, many possible symptoms can occur, including physical deterioration, opportunistic infections, swollen lymph nodes throughout the body, fever, diarrhea, loss of appetite, fatigue and weight loss. When the infection

Copyright by Mahidol University

further progresses into AIDS, skin cancer can occur anywhere on the body. (Urai Nirotnan, 2002). Due to the high costs of healthcare and medication for the disease together with fact that most patients living with HIV/AIDS are working-age adults, these patients can no longer earn their living like they used to be able to do and may loose their jobs or get fired, leading them to feel lonely, unsupported, hopeless, insecure and worthless (Piyanan Limruangrong, 1997). Consequently, those infected by HIV typically face adjustment problems, which could adversely affect their close ones, particularly family members, and others in the external environment, creating tremendous psychological distress for all people involved (Wichit Srisuphan, 1994).

Depressive symptoms is a serious psychological problem frequently found among people living with HIV. A study conducted by Nisarat Chaytawan (2000) found that depression in HIV-infected people stems from their perceptions of AIDS as a serious disease such that once it occurs, there is no cure and it is associated with increased risk of many other life-threatening opportunistic infections. As a result of living with the disease and its treatment, people infected with HIV continuously feel uncertain about their lives. Consistently, a study examining psychological conditions of 113 HIV-infected patients who received treatment from service agencies in the U.S. found that depressive symptoms were quite common. In addition, 26 percent of these patients reported having thought about suicide (Kalichman, Heckman, Kochman, Sikkema & Bergholte, 2000). HIV-infected people with depression had a rapid decrease in CD_4 (Burank, Barrett, Stall, Chesney, Ekstrand & Coates, 1993). while severe depressive symptoms were accompanied by poor physical functioning (Jin, et al., 2006).

Depressive symptoms of persons living with HIV/AIDS can be classified into 2 types as follows 1) reactive depression , which is moderate depression, when HIV-infected people realized their blood results, they have feelings of shame, guilt, despair, helplessness, hopelessness, inability to control future, which bring about social isolation. Therefore, HIV-infected people should receive short – term supportive psychotherapy, education, or psychopharmacologic intervention, which apply minor tranquilizers or small – dose hypnotics for insomnia cases 2) major depressive disorder, which include severe depression all day long , lack of interest in daily living activities, fatigue and inertia, lack of appetite and concentration, self-

Copyright by Mahidol University

recriminatory thoughts, worthlessness and suicidal thoughts. Therefore, HIV-infected people should receive carefully neurological examination and mental status examination in order to be differentiated depressive symptoms, which come from metabolic or endocrine disorders; secondary opportunistic infection; anemia; AIDS dementia complex, from depressive symptoms, which derive from AIDS medication. Meanwhile, HIV-infected people should receive antidepressant with psychotherapy to cure depression (Buckley & Gluckman, 2002).

Based on a review of the literature on treatment and clinical care for depression of HIV-infected people, therapeutic methods that have been found to be statistically significant in reducing depression in HIV-infected people are 1) Cognitive-behavioral therapy, a therapeutic method which focuses on cognitive restructuring, behavior modification, assertiveness training and relaxation techniques (Chan et al., 2005; Kelly et al., 1993; Molassiotis, Callaghan, Twinn, Lam, Chung, & Li, 2002; Mulder, Emmelkamp, Antoni, Mulder, Sandfort, & de Vries, 1994; Sikkema, Hanson, Kochman, Tata, & Difranceisco, 2004) and the use of cognitive behavior modification in a group setting with antidepressants (Lee, Cohen, Hadleg, & Goodwin, 1999). 2) Support group and peer support/counseling, a method which helps members to express their feelings towards HIV infection and share their subjective experience regarding problems relating to anxiety, fear and hope (Kelly et al., 1993; Molassiotis et al., 2002) 3) Interpersonal psychotherapy, a method which helps the patients recognize and solve interpersonal problems by emphasizing here and now (Markowitze et al., 1995) 4) Experiential group psychotherapy, a method which helps the patients realize inconsistencies among their feelings, thoughts and behaviors in order to reestablish the congruence (Mulder et al., 1994).

However, Cognitive Behavioral Therapy are cognitive and behavioral treatment, which seriously cooperate between therapists and clients, having apparent time and structure for therapy; focusing on problems solving of clients, which are finding and modifying distorted thoughts and beliefs effecting problems or events; applying from learning through daily life; relaxing; summarizing; and feedback to clients in each therapy session. (Westbrook, Kennerleg, & Kirk, 2007)

A review of literature showed that Cognitive Behavioral Group Therapy collected providing education and developing skills, which included building social

Copyright by Mahidol University

network for encouragement; training communication skill; establishing and maintaining relationship for help; and disclosing HIV-infected people, which enhance building social support network skill of HIV-infected people (Chan et.al, 2005 ;Kelly et.al.,1993; Molassiotis, Callaghan, Twinn, Lam, Chung, & Li, 2002; Mulder, Emmelkamp, Antoni, Mulder, Sandfort, & de Vries, 1994; Sikkema, Hanson, Kochman, Tata, & Difranceisco, 2004). Hence the investigator chose Cognitive Behavioral Group Therapy to reduce depressive symptoms of persons living with HIV.

To date, many healthcare facilities have developed projects to provide integrated services for people living with HIV and AIDS by focusing on physical, psychological and social functioning of individuals (Department of Mental Health, Ministry of Public Health, 2004). Nevertheless, these services are not widely accessible to HIV-infected people. Similarly, Hanka hospital has established a clinic to provide counseling and implemented a project to provide antivirus drugs to HIV-infected clients but existing services still place primary emphasis on physical health care by treating only physical symptoms, without treatment guidelines that focus on psychological functioning. Therefore, depression treatment for people living with HIV is considered an important issue that deserves a special attention from those involved in assisting people living with HIV.

1.2 Main Issues

Depressive symptoms involves psychological dysfunctioning, which weakens the body's immune system, makes the person become more vulnerable to opportunistic infections, and causes rapid physical deterioration and premature death (Flaskerud& Ungvarski, 1995). Based on the interviews and the psychological evaluations of 10 HIV-infected patients who received treatment at Hankha Hospital, Chainat province, 40 percent received a diagnosis of depression. This suggests that people infected by HIV, if left unassisted, could face further serious psychological consequences, as depression can lead to suicide. Besides, the increased vulnerability to opportunistic infections associated with HIV could lead to extreme physical deterioration such that hospital admission is required, resulting in the higher costs of healthcare. Therefore, nurses are required to develop uniform guidelines to assist

Copyright by Mahidol University

HIV-infected people with depressive symptom to help these individuals restore their self-esteem, be hopeful towards their lives and motivated to take care of themselves to their full potential and live happily for the benefits of their own, their family and their community.

1.3 Purpose of the Study

To develop a clinical nursing practice guideline for reducing depressive symptoms in persons with HIV /AIDS.

1.4 Expected Benefits/Outcomes

1. To establish an empirical evidence-based guideline in assisting HIV-infected people with depressive symptoms.
2. To improve quality of service so that people infected by HIV with depressive symptoms will receive efficient care.

Copyright by Mahidol University

CHAPTER II
LITERATURE REVIEW

2.1 Review of Existing Literature Related to Issues of Concern

The purpose of providing guidelines to reduce depressive symptoms in people living with HIV, the researcher has examined relevant documents, texts and research pertinent to the topic, which will be presented in the following order:

1. HIV infection
2. Depressive symptoms and HIV infection
3. Treatment to reduce depressive symptoms in people living with HIV

1. HIV Infection

HIV virus or Human Immunodeficiency Virus is a type of virus that destroys the body's immune system or the body's defense mechanism, resulting in either impaired immunity or no immunity, making the person become more vulnerable to several illnesses. Even diseases found under natural conditions that are harmless to healthy individuals can be fatal to those infected by HIV, whose immune systems have already been weakened.

HIV virus may be replicated in human body cells such as white blood cells and brain cells. Once infected, the body will fight off the virus by producing antibodies. Nevertheless, this process cannot completely destroy the virus. The disease will reside within white blood cells, spread throughout and destroy the white blood cells. After white blood cells, which are especially important for controlling the body's immune system functioning, are destroyed, the immune system will be impaired (Suwanna Boonyaleepan, 2002).

The Center for Disease Control and Prevention, USA (Center for Disease Control, 1993) has categorized people infected with HIV into 3 groups according to their clinical condition and white blood cell count.

Clinical Classification

Copyright by Mahidol University

Category A involves those infected with HIV who have primary symptoms of HIV infection, which can be characterized by 3 patterns: 1. Asymptomatic HIV infection This period may take as long as 8-10 years as it may be not possible to detect HIV in the blood when the amount of HIV virus is minimal. However, a study conducted at cell level found that the virus multiplies and can be found in lymphoid tissue rather than in the blood. CD_4 T-lymphocyte count continues to decrease and decreases rapidly during the final phase of Asymptomatic HIV infection due to the fact that the amount of the HIV virus in the blood increases and becomes similar to the amount of HIV virus in lymphoid tissue. Therefore, HIV virus can spread and increase infection in CD_4 T-lymphocyte cells. 2. Persistent generalized lymphadenopathy 3. Acute (Primary) HIV infection This is the period between the initial infection and when the immune system starts to control the increased HIV-infected cells. The incubation period is 3-6 weeks. Approximately 30-70 percent of the patients show certain symptoms such as fever, rash, sore throat, headache, fatigue, muscle pain, cold-like symptoms and enlarged lymph nodes.

Category B consists of people living with HIV who have complications that require treatment, which includes tumor in blood vessels or lymph vessels, thrush in the mouth, vaginal yeast infection, cervical cancer, fever greater than 38.5 degree Celsius, diarrhea lasting longer than one month, at least two episodes of shingles, pelvic infection and peripheral nerve disorder. These conditions do not include conditions classified as Category C

Category C consists of people living with HIV who have AIDS-indicator conditions, with CD_4 T-lymphocytes lower than 200 cells per microlitre. The amount of HIV in the blood increases, while CD_4 T-lymphocytes are vastly destroyed, leading to opportunistic infections including for example, Candidiasis of bronchi, trachea, or lungs Herpes simplex, Kaposi's sarcoma, etc.

Most HIV-infected people are working age, who were 25-29 years of age (26%) and 30-34 years of age (25%). HIV can be transmitted by sexual relationships, blood transfusion, and perinatal transmission, which the virus can be transmitted from a HIV-infected mother to a baby. In the early stage of infection, asymptomatic HIV infection, this period may take an average 10 years (Somphob Ruengtrakul, 2005). Persons living with HIV/AIDS may know their infected blood result from blood

Copyright by Mahidol University

testing before operation, blood checking due to their risky behavior, or blood testing before getting job.

Since HIV infection is a severe infection, making persons living with HIV/AIDS die earlier than they should be or it cannot be cured, only prohibiting its spread by taking anti- viral medicines. Besides HIV infection originates from sexual intercourse with HIV infected persons, who are trade men or trade women; having sex with persons, whom are not spouse; having multiple partners; homosexual relationship or drug addicts. Consequently HIV-infected persons, who knew the HIV-infected results, have tremendous psychological distress from their own perception and meaning of HIV infection; their family and friends perception; and social perception that HIV is such a serious disease coming from active sex or drug addict, who inject drugs through blood vessels. HIV-infected people feel fear to be disclosed their infection and to be rejected from people around them, making them have psychological reaction. As a result, HIV-infected persons develop anxiety and depression, which affect body's immune system by decreasing white blood cell count (Penzak, Reddy, & Grimsley, 2002), leading to increased risk of many other life-threatening opportunistic infections; having faster symptoms of AIDS consequently paying expenses ; or resulting in having major depressive disorder and committing suicide (Buckley & Gluckman, 2002).

Caring and treating HIV infected persons are necessary to give psychological reaction importance and rule out psychological symptoms that come from drug effects, direct effect of CNS infection or secondary CNS infection.

Depressive symptoms of persons living with HIV/AIDS can be classified into 2 types as follows 1) reactive depression, which is moderate depression, when HIV-infected people realized their blood results, they have feelings of shame , guilt , despair, helplessness, hopelessness, inability to control future, which bring about social isolation. Therefore, HIV-infected people should receive short – term supportive psychotherapy, education, or psychopharmacologic intervention, which apply minor tranquilizers or small – dose hypnotics for insomnia cases 2) major depressive disorder, which include severe depression all day long , lack of interest in daily living activities, fatigue and inertia, lack of appetite and concentration, self-recriminatory thoughts, worthlessness and suicidal thought. Therefore, HIV-infected

Copyright by Mahidol University

people should receive carefully neurological examination and mental status examination in order to be differentiated depressive symptoms, which come from metabolic or endocrine disorders; secondary opportunistic infection; anemia; AIDS dementia complex, from depressive symptoms, which derive from AIDS medication. Meanwhile, HIV-infected people should receive antidepressant with psychotherapy to cure depression (Buckley & Gluckman, 2002).

2. Depressive symptoms and HIV-infected people

2.1 Definition of depressive symptoms

depressive symptoms is a reaction to loss, resulting in feelings of gloom, boredom, dejection, fatigue, discouragement, despair, worthlessness. Individuals suffering from depression may not want to live and eventually decide to harm themselves (Orapan Lueboonthawatchai, 2002).

depressive symptoms or depressive mood is an expression of emotional reaction that conveys several forms of down feelings, including dejection, lifelessness, cheerlessness, unhappiness or sullenness. These symptoms are often associated with loss of interest in life, lack of happiness, loss of appetite, insomnia, sluggishness , agitation, tiredness and lack of energy. People with depression tend to feel worthless or guilty. They cannot concentrate and become indecisive. Many want to die or have suicidal thoughts (Somphop Ruengtrakul, 2002).

Beck (1973) explained that depressive symptoms involves the followings:

1. Specific emotional changes including sadness, loneliness, and apathy.
2. Negative self- thoughts and self-blame.
3. Regressive and self-punishing behaviors
4. Living without enthusiasm, recognizable by signs such as loss of appetite, insomnia, and loss of sex drive.
5. Changes of activity patterns such as becoming slow down and anxious.

Priest (1993) argued that depressive symptoms is characterized by boredom, sadness and unhappiness. These feelings may be transient or persistent and

Copyright by Mahidol University

often result from a loss such as loss of loved ones, property, career, autonomy and other significant things in life.

In sum, depressive symptoms is psychiatric aberration due to loss, resulting in behavioral changes and leading to boredom, discouragement, and despair. It can later trigger bodily changes, leading to loss of appetite, insomnia, inactivity, lack of desire to live and self-harm thoughts.

2.2 Depressive symptoms in persons with HIV / AIDS

Depressive symptoms is a psychological problem that is common among HIV-infected people (Morrison, 2002; Valente, 2003; Glelen, 2003; & Willams, 2005). When patients learn that they are infected by HIV, they experience negative feelings, leading to negative consequences upon themselves and loved ones. These feelings are 1) Being in a state of shock, denial, confusion, and disbelief that ones are being infected with HIV or AIDS 2) Being concerned and afraid that ones will become a burden upon others and being concerned about getting rejected/neglected and dying. 3) Feeling guilty due to the perceptions that ones are bad and cause trouble for the family. 4) Feeling angry and becoming aggressive because of being stigmatized, blamed, gossiped about, and left unassisted. 5) Feeling depressed due to the perceptions that ones are worthless and hopeless (Department of Disease Control, Ministry of Public Health, 2004). The primary symptoms involve depressive symptoms, boredom, unpleasantness, irritation, worthlessness, self-blame, hopelessness, desperation, gloom, and loss of self-esteem. Some may feel that they cannot cope with the problem and want to harm themselves or commit suicide (Thana Nilchaikowit, 1994)

Two main causes of depressive symptoms are 1) Critical life events and 2) Automatic negative thoughts (Beck, 1967). The key factors influencing depressive symptoms in HIV-infected people are disease severity and social support (Patcharee Tangtuoolayangkoon, 1995). It was found that people living with HIV with greater disease severity had high depressive symptoms. Similarly, those with lower social support had high levels of depressive symptoms, which is consistent with prior study by Kelly et al. (1993), which found that social support is associated with depressive symptoms as patients without psychological support had high levels of depressive symptoms. Moreover, people living with HIV with depressive symptoms, if not

Copyright by Mahidol University

treated, are at greater risk for heart disease, substance addiction, suicide (Simon, Korff & Barlow, 1995) and rapid decrease in CD $_{4,}$ which can impair the body's immune system, leading to higher risk of opportunistic infections (Burack, 1993).

Based on the literature review, it suggested that most people infected by HIV have depressive symptoms. If they are not treated, their physical and psychological functioning might be affected, leading to life difficulty and low quality of life. When illnesses occur, expenses will be costly.

3. Treatment to reduce depressive symptoms in persons with HIV

Persons living with HIV suffer physically, psychologically or socially and spiritually, which could create a great impact on their quality of life, leading to unhappiness. Individuals will feel discouraged, depressed and desperate, which places them at risk for suicide. Although the government policy may focus on assisting HIV-infected people, the efforts are still inadequate due to limited budget, HIV-infected people are forced to live alone and are ignored by society. Due to the fact that many of them are people of working age, they might not be able to support their family financially. Accordingly many are facing unsolvable financial problems, which results in depression, and eventually suicide. Treatment to reduce depressive symptoms is considered an important issue, which will help improve the mental health of people living with HIV so that they can live a normal life. A review of the literature pertaining to treatment for reducing depressive sympyom in persons with HIV / AIDS suggests the following interventions:

3.1 Cognitive Behavioral Therapy (CBT)

Therapy by Cognitive Behavioral Therapy use principle and technique of behavioral therapy and cognitive therapy (O'Donohue, Fisher, & Hayes, 2003) , which are 1) seriously active participants between therapists who have knowledge about problem solving and clients, who have experiences about their own problems, 2) having structure and giving problems importance, and focusing on the cooperative effort between therapists and clients for example clients are assigned exercises that therapists divided assignment and clients practiced and recorded the progress 3) time-limited and brief**,** Cognitive Behavioral Therapy involving 6-20 sessions, depends on clients' problems and resources. Each session employs 50

Copyright by Mahidol University

minutes, which is a standard time. However, it was found that each session employed 2 -3 hours. Most results of the therapy derive from training skill, which learn from actual life. 4) using psychological body of knowledge which stem from evidence based such as research findings, and the result of clinical therapy 5) focusing on problem solving, which may be interpersonal relationship problem, occupational problem, depressive symptoms, which identify clients' problems and try to solve the problems or reduce the intensity of the problems 6) focusing on guided discovery by helping clients to separate distorted beliefs and thoughts about situation problem, changing the new perspectives to perceive the problems, and testing the method by themselves 7) using behavioral interventions, which add learning of behavioral experiment in everyday life 8) having conclusion and feedback in every session of therapy (Westbrook, Kennerleg, & Kirk, 2007)

Cognitive therapy begins with explaining to clients about its rationale and stages in helping the clients to understand themselves, solve their problems, and learn about necessary instruments or skills to apply to themselves. It involves an identification of automatic thoughts of clients that lead to their depressive feelings or sadness and turn them into rationale thoughts by prioritizing the relative importance of the problems experienced by the clients. It emphasizes on clients' responsibilities, participation, and homework assignment, which will help the clients understand themselves. Clients are required to record their own behaviors to monitor the progress of the therapy so that changes in thoughts, behaviors and emotions can take place. Several techniques are used including problem solving, making decisions, behavior expression, activity monitoring and scheduling, distraction and refocusing, relaxation techniques, coping cards, graded exposure, role-play, the pie technique, functional comparisons of oneself and positive self-statement longs (Beck, 1995).

Several scholars have employed CBT programs, consisting of similar components with varying duration.

1. Group Cognitive Behavioral Therapy. The details are as follows:

Kelly et al. (1993) employed a cognitive behavioral treatment program consisting of 8 sessions of 90 minutes, with 8-9 group members. The therapy focused on modifying cognitive thoughts and behaviors to decrease maladaptive depression. Several necessary skills were taught to HIV-infected people including

Copyright by Mahidol University

disease disclosure, safe sex behaviors, social network building to provide continuous social support. For all behavioral skills training, homework assignments were used so that HIV-infected individuals had a chance to practice these skills at home.

Mulder et al. (1994) administered a cognitive behavioral therapy program consisting of 15 sessions of 2 hours and 50 minutes. The program started with physical exercise or muscle relaxation training and then shifted to a discussion about the progress with respect to the plan. In each week, the participants were asked to perform homework assignments relating to the importance of healthy living, muscle relaxation, self-esteem building, appropriate ways of expressing intense/impulsive emotion reactions, sexual relations, the importance of social networking, and communications skills. In addition, progressive muscle relaxation training was conducted at the end of each session.

Molassiotis et al. (2002) conducted a cognitive behavioral therapy, consisting of 12 two-hour sessions. The therapy focused on cognitive restructuring for participants, with the use of assertiveness training and muscle relaxation training to modify the participants' behaviors. In the first session, HIV infected participants were asked to identify issues relating to their HIV infections they want to deal with for the next 12 therapy sessions. Accordingly, each session focused on how to decrease and deal with stress, HIV-related symptoms, meaningful sexual relationships, safe sex behaviors and employment issue. For each session, there was a 5-10-minute muscle relaxation exercise. Shortly before the end of each session, participants were assigned homework. The assignment was discussed later at the following session.

Chan et al. (2005) conducted 7 weekly two-hour sessions of cognitive behavioral therapy intended to teach the patients how to identify and cope with false beliefs about their sickness and increase coping skills for stress associated with their illness such as seeking social support, and reducing depression. Every therapy session for each cognitive behavioral therapy in a group setting started with a review of previous assignments, followed by a discussion and a therapy. Prior to the end of each session, patients received muscle relaxation training and were asked to practice muscle relaxation at home.

Copyright by Mahidol University

Sikkema et al. (2004) employed 12 ninety-minute sessions of cognitive behavioral therapy emphasizing social support. The program consisted of the following core components:

1. Building controllable and expected emotional reactions
2. Anger management and anger expression
3. Guilt reduction
4. Self-management/self-control skills
5. Skills for building new relationships

All therapy sessions followed a protocol specified by a model of stress coping which was adapted to meet individual needs of each HIV-infected participant.

2. Group Cognitive Behavioral Therapy with Antidepressants by Lee et al. (1999) conducted a cognitive behavioral therapy program along with antidepressant treatment by adapting a method to be suitable to the target group. The program consisted of 20 weekly 2 hour sessions to modify dysfunctional core beliefs of HIV-infected people and protect against depression relapse. The use of antidepressant medication was evaluated by a psychiatrist assigned to the program. If a patient had certain indications, medication was prescribed. The psychiatry would discuss about the symptoms with the patient and prescribe antidepressents with the patient's consent.

3.2 Interpersonal Psychotherapy

Markowitz et al. (1996) implemented a therapeutic program using interpersonal psychotherapy for HIV-infected people. The therapy was found to be effective in reducing depression and improved physical functioning during the therapeutic period. The program consisted of 16 weekly fifty- minute sessions. The goal of the therapy was to help the patients recognize and solve problems relating to their relationships with others by focusing on the present. Problems pertaining to relationships with others involved 4 issues, including:

1) Grief
2) Role Dispute
3) Role Transition
4) Interpersonal Deficits

Copyright by Mahidol University

3.3 Support Group and Peer Support/ Counseling Group Therapy

The methods used in support group and counseling group therapy are quite similar (Kelly et al., 1993: Molassiotis, Callaghan, Twinn, Lam, Chung, & Li, 2002). The typical therapy involve 8-12 weekly sessions of 90 minutes to 2 hours. The group leader attempt to encourage members to express their feelings about HIV infections, as well as identify, disclose and share their experience regarding anxiety, fear and hope associated with HIV infection. The participants discuss and learn how to deal with certain issues without the emphasis on skills or behavioral training.

3.4 Experiential Group Psychotherapy

Experiential group psychotherapy is aimed to raise potential of individuals by having them learn about their actions and reevaluate their perceptions of past experience. The therapist's role is to help the patients realize the inconsistencies among their feelings, thoughts, and behaviors in order to restore the consistencies. The issues being discussed are social networking, sexual relationships, coping with losses, perspectives pertaining shortened lifespan, anxiety, sickness and death. The therapy involves 15 weekly sessions of 2 hours and 50 minutes (Mulder, Emmelkamp, Antoni, Mulder, Sandfort, & de Vries, 1994).

In sum, therapeutic methods to reduce depressive symptoms in persons with HIV / AIDS, in the past, have mainly relied on cognitive behavioral therapy program, with a focus on modification of negative thoughts and behaviors, stress management for a better living condition, relaxation training, assertiveness training, and social support utilization. Homework assignments and group therapy were also employed. These interventions have been found to be effective in reducing depressive symptoms among HIV-infected people.

2.2 Conceptual Framework for the Study

Depressive symptoms on is a reaction of people living with HIV to the illness. It tends to appear after individuals have experienced physical deterioration, characterized by several symptoms such as loss of appetite, weight loss, weight gain, weakness, fatigue, loss of concentration, desperateness, hopelessness, low self-esteem and suicidal thoughts. (Somphop Ruengtrakul, 2003).

Copyright by Mahidol University

Factors leading to depressive symptoms among people living with HIV consist of 2 key components including: 1) Factors relating to perception of the disease. People living with HIV usually perceive that AIDS is such a serious disease that, once infected, there is no cure. Moreover, they are often rejected by their family and society. Negative thoughts about the self and their environment further lead to additional adverse psychological effects, taking away their desire to live (Patcharee Tangtuoolayangkoon, 1995; Kelly et al., 1993) 2) Social support factors people living with HIV have limited social interactions with their family and community and have inadequate access to financial support (due to lack of access to employment services). As the illness occurs, the body begins to weaken, resulting in the inability to earn a living. Furthermore, due to the lack of communications with others, the limited access to treatment and the expensive costs of treatment (Patcharee Tangtuoolayangkoon, 1995), these people are forced to live lonely lives. They feel helpless, hopeless, depressed and eventually many develop suicidal thoughts.

However, Cognitive Behavioral Therapy are cognitive and behavioral treatment, which seriously cooperate between therapists and clients, having apparent time and structure for therapy; focusing on problems solving of clients, which are finding and modifying distorted thoughts and beliefs effecting problems or events; applying from learning through daily life; relaxing; summarizing; and feedback to clients in each therapy session. (Westbrook, Kennerleg, & Kirk, 2007)

A review of literature showed that Cognitive Behavioral Group Therapy collected providing education and developing skills, which included building social network for encouragement; training communication skill; establishing and maintaining relationship for help; and disclosing HIV-infected people, which enhance building social support network skill of HIV-infected people (Chan et al, 2005 ;Kelly etal.,1993; Molassiotis, Callaghan, Twinn, Lam, Chung, & Li, 2002; Mulder, Emmelkamp, Antoni, Mulder, Sandfort, & de Vries, 1994; Sikkema, Hanson, Kochman, Tata, & Difranceisco, 2004). Hence the investigator chose Cognitive Behavioral Group Therapy to reduce depressive symptoms of persons living with HIV.

In developing treatment guidelines for reducing depressive symptoms in HIV-infected people, the cognitive model suggested by Beck (Beck, 1995) was

Copyright by Mahidol University

applied to the current study. It was hypothesized that emotions and behaviors of individuals are affected by their perceptions, interpretations and thoughts about life events. An external situation per se does not directly affect individuals' feelings but it is their perceptions and interpretations of the event that determine their feelings. The cognitive model therefore focuses on using several methods in modifying cognitive beliefs including modifying thoughts and beliefs to change emotions and behaviors of individuals.

Cognitive therapy begins with explaining to clients about its rationale and stages in helping the clients to understand themselves, solve their problems, and learn about necessary instruments or skills to apply to themselves. It involves an identification of automatic thoughts of clients that lead to their depressive feelings or sadness and turn them into rationale thoughts by prioritizing the relative importance of the problems experienced by the clients. It emphasizes on clients' responsibilities , participation, and homework assignment, which will help the clients understand themselves. Clients are required to record their own behaviors to monitor the progress of the therapy so that changes in thoughts, behaviors and emotions can take place. Several techniques are used including problem solving, making decisions, behavior expression, activity monitoring and scheduling, distraction and refocusing, relaxation techniques, coping cards, graded exposure, role-play, the pie technique, functional comparisons of oneself and positive self-statement longs (Beck, 1995).

For problem-solving, the therapist collects information about problems encountered by the clients in real life and prioritize the problems to set positive goals. The clients and therapist work together to come up with possible solutions. Then, the clients will be encouraged to solve their own problems through the therapeutic process. Those clients who have inadequate skills in solving their own problems will be taught problem-solving skills by identifying a problem and then find several solutions. One of the most common problem-solving methods consists of identifying a problem, creating possible solutions and evaluating the effectiveness of selected solution, a process refers to as "making decisions". Problem-solving can help modify subjective experience regarding stressful events and lead to important changes in life. The therapist generally asks the clients to identify advantages and disadvantages of

Copyright by Mahidol University

available solutions to the problem, weight the pros and cons of each and decide the best choice (Beck, 1995).

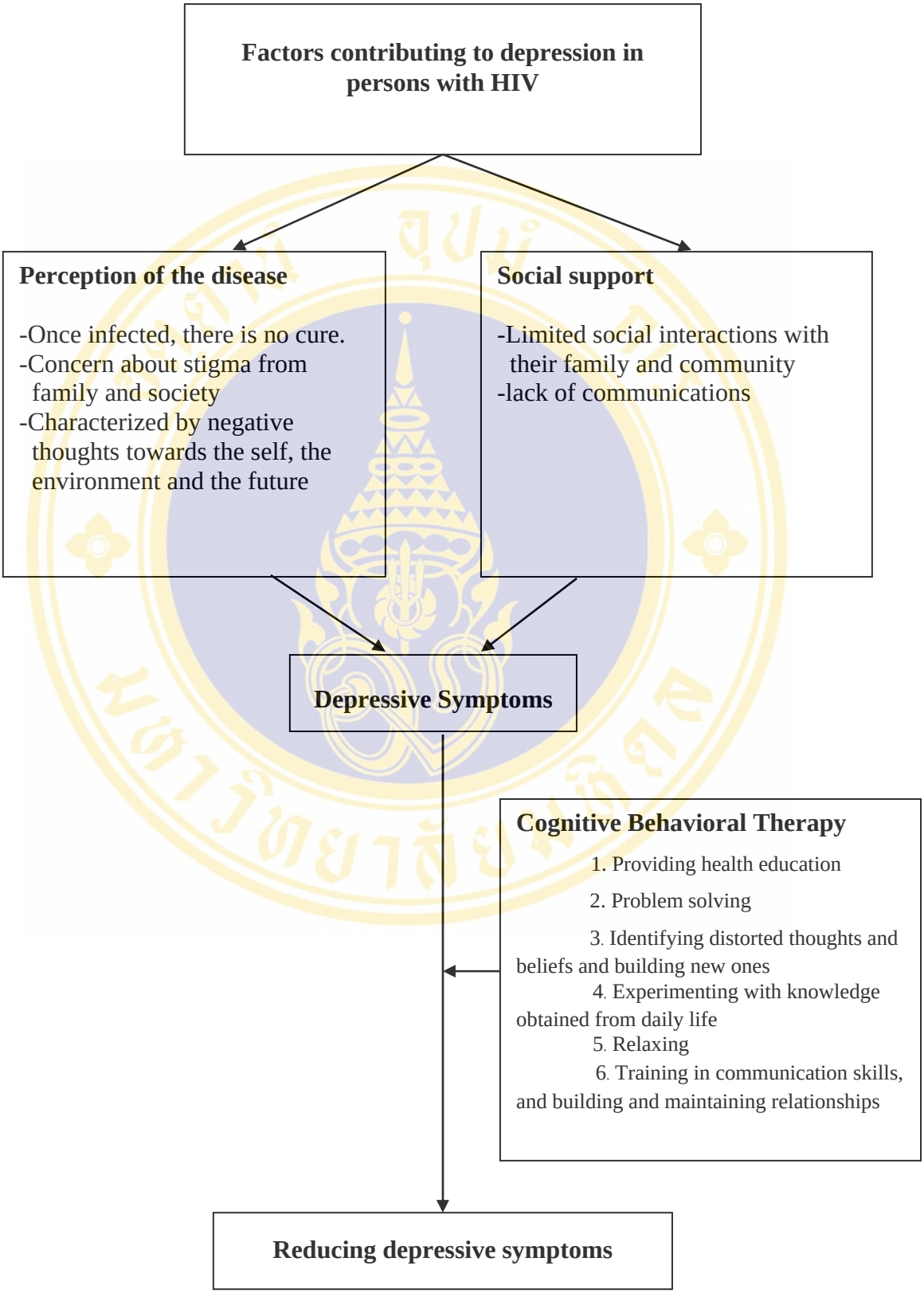
Activity monitoring and scheduling involve recording a timetable for certain activities that can help balance the lives of the clients, or lead to the perceptions of success, happiness and depression and assessing how often and how long the clients engage in those activities. After that, the therapist will work with the clients to modify their activity plan by increasing activities that can promote happiness and perceived success and reduce time for activities that encourage depression (Beck, 1995).

Distraction and refocusing include the use of activities to help the clients evaluate their automatic thoughts and change these thoughts by having them concentrate on certain immediate activity or task to distract them from negative thoughts that lead to depression (Beck, 1995).

Relaxation techniques involve teaching and training the clients to relax in order to reduce tension and anxiety (Beck, 1995).

These methods can evidently reduce depressive symptoms among HIV-infected people. The aforementioned statements are summarized in the following chart.

Copyright by Mahidol University



A chart depicting a conceptual framework for reducing depressive symptoms in persons with HIV/AIDS

Copyright by Mahidol University

CHAPTER III
METHODOLOGY

3.1 Selected model for implementation

In developing clinical nursing practice guidelines to reduce depressive symptoms in HIV-Infected people, the investigator applied the process of implementation of evidence based nursing suggested by Polit & Beck (2004). This process consists of 4 steps, which is convenient, not complicated, having suggestion for implementation of evidence searching step by step; focusing on good quality research and adequate amount; having flexibility for using evidence, which is qualitative research or opinions of experts; having integration of evidences with expert cooperation and assessing suitability to patients; and evaluating the outcome for improving practice guidelines, which are most appropriate for the patients. The process of implementation consists of 4 steps as follows:

Step 1 Selecting a Topic or Problem

The selection of a topic or clinical problem, which need evidence reviewed for improving, derided from 2 triggers.

1) Problem-focused triggers, which come from practices, involve every one in unit; are important and relevant to organization's needs.

2) Knowledge-focused triggers, which come from preliminary research assessment that research is pertinent to organization, and it can be applied to make change in practices. There are criteria to assess clinical relevance of a body of research as follows: 1) research studies having potential to solve current nursing problems 2) research studies having potential to help making decision in the following clinical problems [a) observing the appropriate clinical event, b) identifying risk or complication of patients, c) selecting an appropriate therapy for clients] 3) research testing theory, relevant to clinical problems 4) intervention research having potential to apply in clinical setting, and nurses be able to control the implementation of the

Copyright by Mahidol University

intervention 5) the measurement of outcome in research be able to apply in clinical setting.

Selecting a topic or clinical problem, which needs improvement, is adequately important and has the highest importance for organization to change the practices, which have a big impact to many people and it is relevant to an operational plan of organization. This change has cost effectiveness and it is possible to do.

Step 2 Assembling and Evaluating Evidence

When identifying the clinical question, the next step is to set the committee for searching and evaluating evidence, searching to collect research or evidence in relation to problem. The number of research or evidence should be adequate and updating to understand the problem and find the gap of practices. The research or evidence should be the currently best body of knowledge. Evaluating, analyzing, and synthesizing evidences searched are done. Integrating the information to draw conclusion for problem solving of the body of knowledge depends on the findings of each research being in the same direction, quality and the strength of research, observed effect, application of research findings to the clinical context, cost-effectiveness, and effectiveness. For the ambiguous conclusion, the committee can 1) set the new clinical questions 2) use the following alternative, which is assembling evidence (that is not research such as expert opinion, information from clients), and evaluate evidence that it can make change in practices or not 3) conduct research in clinic to answer the question by collecting evidence and building the new body of knowledge in practice.

Step 3 Assessing Implementation Potential

The conclusions and the integration of information from research are assessed the potential of the appropriate implementation in specific context of organization by pilot testing in terms of transferability, feasibility of implement, cost effectiveness, and cost-benefit ratio. The transferability includes considering the congruence with philosophy, types and characters of patients and personal, construction of administration and financial resource of organization.

Copyright by Mahidol University

The feasibility of implement is the considering about staff, resources, climate of organization, need and possibility for receiving support from outside. Besides, nurses have freedom to control newly developed practices, need for cooperation of multidisciplinary, cost effectiveness, cost-benefit ratio, and risk from using newly developed practices toward patients, staff, and organization.

Step 4 Developing, Implementing and Evaluating the Innovation.

Developing implementation and evaluating the innovation, which is assessed implementation potential, include 1) developing an evaluation plan such as identifying needed outcome, the numbers of patients, who participate in pilot testing and using the innovation, period and frequency of the evaluating outcome 2) collecting general information to demonstrate the outcome of using the innovation 3) clearly writing the practice guideline from evidence reviewed 4) publicizing and training personals, who involved in using this practice guideline 5) experimenting by using this practice guideline in unit or using this practice guideline with patients 6) evaluating process and outcome of the practice guideline implementation credibility, feasibility of implementation, or problems from using this practice guideline.

3.2 Modified framework for the study and the study Process

In building treatment guidelines to reduce depressive symptoms in HIV-infected patients, the investigator applied the model of research utilization proposed by Polit & Beck (2004). The details are as follows.

Step 1 Selecting a Topic or Problem

Two sources of data were used to analyze the research question:

1.1 Problem focused triggers

A review of problems associated with clinical practice at Hankha Hospital, Hankha District, Chainat province during 2002-2004 indicated that the number of people infected by HIV has increased steadily from 180, to 195, and 200 cases respectively. Current care practice for HIV-infected patients is similar to that

Copyright by Mahidol University

of other patients. The emphasis is on physical health care provided for alleviating existing physical symptoms through using medical treatment. Treatment provided involves administering anti-viral medicine for infected people once a month. For HIV-infected asymptomatic patients, the appointment for CD_4 testing is scheduled every 6 months. If their CD_4 count is lower than 200 cells/microlire, anti-viral treatment will then be administered.

Currently, 60 out of 200 HIV-infected patients receiving services from Hankha hospital have joined the treatment program, while the remaining 140 patients do not receive anti-viral medicine and there are no treatment guidelines in place for physical and mental health care. Based on an interview with 10 patients and the evaluation of their depressive symptoms conducted by the Department of Mental Health, it was found that 40% of these HIV-infected people had depressive symptoms. When asked about causes of their depressive symptoms, the first and the second respondents reported similar cause; the perceptions that they have AIDS, that there is no cure and that they did not know how to live their lives. The third respondent showed concern about the children due to job loss, while the forth respondent mentioned being rejected from society due to having AIDS. Even the family members of these patients did not provide adequate care to them. These problems have affected the psychological well-being of these patients, making them feel depressed, sad, and unhappy with their lives. Based on suicide statistics for the year 2004, one person living with HIV committed suicide by consuming pesticide. Due to the fact that HIV infection is associated with body weakening, opportunistic infections, inability to earn income, increased family burden, family members may not understand these patients, making them feel neglected, hopeless and eventually decide to commit suicide.

1.2 Based on a review of the literature, it was found that the major cause of depressive symptoms among HIV-infected people stems from the perceptions that AIDS is a serious disease, that once infected there is no cure and that the development of other serious complications is likely. Nisarat Cheatowan (2000) reported similar finding to that of Patcharee Tungkulayangkul (1995), which suggested that anxiety associated with psycho-sociological problems exerted a strong impact on depression, particularly in terms of self-image /self-esteem problems. These people felt reluctant

Copyright by Mahidol University

to let other people see their bodies, and were uncomfortable receiving help from others. They also felt sorry for not being able to accomplish their life goals as intended. In addition, these patients were concerned about various problems associated with remaining burden and outstanding financial obligations including problems pertaining to employment, medical / living costs, and debts.

Depressive symptoms in persons with HIV/AIDS can be viewed as stemming from factors both internal and external to individuals. Internal factors include the perceptions that the disease is serious, that there is no cure and that AIDS is associated with high risk of opportunistic infections. External factors include limited social support, financial problem and loss of income. Heightened depression could impair the body's immune system, deteriorate the body and affect psychological well-being. It can lead to stress, anxiety, depression, unhappiness, and eventually, suicide.

Accordingly, the investigator see the importance of developing an appropriate and effective method in reducing depressive symptoms in HIV-infected people.

Step 2 Assembling and Evaluating Evidence

After summarizing causes and factors relating to depressive symptoms in HIV-infected people, the next step investigator searched research by setting keywords, database for assembling evidence to reduce depressive symptoms in HIV-infected people. The procedure is as follows:

1. Setting clinical questions

Setting clinical questions and identifying key words for searching evidence by using PICO (PICO Format) (Melnyk & Fineout-Overholt, 2005)

"Which Cognitive Behavioral Therapy is effective for reducing depressive symptoms in nonpharmacologic HIV-infected people."

Population: HIV-infected people

Intervention: Cognitive Behavioral Therapy

Comparison Intervention: none

Outcome : depressive symptoms

Copyright by Mahidol University

2. Assembling and Evaluating Evidence

2.1 Searching evidence

The investigator searched evidence as follows:

- Specifying keywords for searching

Population: HIV, AIDS

Intervention: non-pharmacological intervention, CBT

Comparison Intervention: None

Outcome: depressive symptoms

- Searching evidence from different information resources

Systematic review or meta-analysis from Randomized Controlled Trials (RCT) that are relevant to the problem issues or clinical practice guideline, which developed from evidence-based clinical practice guideline from databases www.Cochranc.org, www.Joannabriggs.edu.au, www.guideline.gov.

RCT well designed controlled trial without randomization; and research studies with the manipulation of subjects retrieved from databases including Ovid, CINAHL, PubMed, Science Direct, Blackwell – synergy, http://www.aidsthai.org, http:/www.aidsthaidata.org, manual searching and reference list searching.

- Setting the criteria for selecting empirical evidence including RCT well designed controlled trial without randomization, and research, which has full-text publishing within 15 years from1993-2007, with the manipulation of subjects.

The result of searching found 6 studies, all of which were single research, including 4 studies of Randomized Controlled Trials (RCT) and 2 studies of quasi experiment as follows:

1. Chan, I., Kong, P., Au, A., Li, P., Chung, R., Po, L.M., et al. (2005). Cognitive – behavioral group program for Chinese heterosexual HIV – infected men in Hong Kong. *Patient Education and Counseling, 56,* 78 – 84.

2.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 support group brief therapies for depressed , HIV – infected persons. *American Journal of Psychiatry*, *150,* 1679-1686.

Copyright by Mahidol University

3.Lee, M.R., Cohen, L., Hadley, S.W., & Goodwin, W.(1999). Cognitive – behavioral group therapy with medication for depresses gay men with AIDS or symptomatic HIV infection. *Psychiatric Services, 50,* 948 – 952.

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

5.Mulder, C.L., Emmelkmp, P.M., Antony, M.H., Mulder, J.W., Sandfort, T.G., & de Vrics, M.J.(1994). Cognitive behavioral and experiential group psychotherapy for HIV – infected homosexual men. *Psychosomatic Medicine, 56,* 423-431.

6. Sikkema, K.J., Hanson, N.B., Kochman, A., Tata, D.C., & Difranceisco, W. (2004). Outcome from a randomized controlled trial of a group intervention for HIV positive men and women coping with AIDS – related loss and bereavement. *Death studies, 28* (3), 187 – 209.

2.2 The assessment of the strength of empirical evidence was performed by using an evidence classification system suggested by Melnyk and Fineout-Overholt (Melnyk & Fineout-Overholt, 2005). The details are as follows.

Level I : Evidence from a systematic review or a meta- analysis of all studies that are RCT, or evidence from guidelines developed from a systematic review of research evidence from randomized control trials.

Level II : Evidence obtained from at least one RCT

Level III : Evidence obtained from at least one well –designed controlled trials without randomized assignment.

Level IV : Evidence from well-designed case controlled and cohort studies

Level V : Evidence from a systematic review of descriptive and qualitative study.

Level VI : Evidence from a descriptive or qualitative study.

Copyright by Mahidol University

Level VII : Evidence from the opinions, attitudes of experts on the issues or and/or a report written by expert committee.

2.3 Six studies from the evidences were analyzed and the contents were drawn to tables, including1) objectives 2) funding 3) hypothesis 4) setting 5) population and sample 6) instrument for outcome evaluation 7) intervention 8) methodology 9) level of the strength of evidence 10) results of the study 11) the correspondence to clinical problems 12) the tendency to apply in practice 13) the conclusion for implementation.

2.4 Data from each table was considered; the content and the important issues, which are found from all research, were summarized, nursing practice guideline for reducing depressive symptoms in HIV- infected people was established, and the guideline was tested for the correction, the completeness of the content, and the suitability of the language by three experts including

1. a psychiatrist
2. a nurse, who has experiences in taking care of HIV- infected people and running group therapy,
3. a nursing instructor, who is an expert in HIV infected people area.

All issues drawn from evidence were integrated and synthesized and the recommendation was presented as follows:

1. The characteristic of patients participating in this program

HIV-infected people are adults, at least 18 years old, male and female with asymptomatic HIV infection, category B or C HIV infection, homosexual /heterosexual relationships, having ability to communicate, willingness, and having ability to participate in CBT group, and they are not in- patients.

Besides, the participants have no suicidal thoughts, which are screened by physician; they are not cognitive disorders; they are not alcoholic or drug addict; they are not mood disorders; they are not personality disorders or mental illness (level II).

2. Cognitive Behavioral Therapy is a group therapy, which HIV-infected people discuss strategies to cope with problems, share experiences, learn about skills,

Copyright by Mahidol University

and practice appropriate behavior from one another within group. Besides, Cognitive Behavioral Therapy follows the implementation, supports, and helps one another (level II).

3. The therapists and assistants must be knowledgeable and trained in CBT and have experiences in terms of taking care and counseling HIV-infected people (level II).

4. Assessing depressive symptoms of HIV-infected people can use these tools including (level II)

1. The depression questionnaire of Beck, Beck Depression Inventory consists of 21 question items with each question item having 4 level scores and scores ranging from 0-3. Scores were assigned as follows:

slightly depressed	5-7 scores
moderately depressed	8-15 scores
critically depressed	more than 16 scores

2. The depression questionnaire of The Center for Epidemiologic Studies-Depression Scale (CES-D), The content of the questionnaire include depression mood, feelings of guilt and worthlessness, feelings of helplessness and hopelessness, psychomotor retardation, loss of appetite, and sleep disturbance. The CES-D comprises 20 question items with each item having 4 level scores and scores ranging from 0-3. Patients report the frequency of symptoms in the last week with the total scores ranging from 0-60 and the high scores mean having depressive symptoms.

3. The depression questionnaire of Hamilton Depression Scale (HAM-D), The HAM-D comprises 17 question items with assessing depressive symptoms in the last week.(Each question item demonstrates the severity of depressive symptoms) Scores were calculated by summing all items score.

4. The depression questionnaire of The Profile of Mood States (POMS), which used to assess mood state, The POMS consists of 65 question items with each item having 5 level scores. The assessment includes overall mood disturbance and specific moods such as anger –hostility, tension-anxiety, depression-dejected, fatigue-inertia, confusion-bewilderment, vigor-activity, mood disturbance except for vigor-activity that high scores present the low strength. The reliability of these questionnaires was 0.77-0.91.

Copyright by Mahidol University

5. Media, which support CBT group includes (level II)

1. Documents or handbooks for HIV-infected people, which are about stress and stress coping, this document describes the relationship between core belief and depressive symptoms as well as different methods to change thoughts.

2. A behavioral record notebook, it records about various methods, which HIV-infected people used to change thoughts and deal with stress that HIV-infected people face in daily life during therapeutic period.

6. Steps of Cognitive Behavioral Therapy begin with introducing model and structure of CBT group and the role of HIV-infected people, who are CBT group members. (level II)

Each session of CBT has to review practices from behavioral record notebooks and practice for relaxing before terminating the therapy. Each session of therapy takes time from one and a half hours to two and a half hours and a cognitive behavioral therapy program ranges from the minimum 8 sessions to the maximum 20 sessions.

7. CBT group uses different methods, which can be summarized as follows: (level II)

1. Providing information about stress; psychological reaction, social reaction, and physiological reaction to stress; and stress management, including

- problem solving in controllable stress events and adjusting negative moods in uncontrolled stress events,
- awareness in unreasonable beliefs and perceptions, and adjusting distorted beliefs,
- the importance of social network

2. Developing stress coping skill, problem solving due to HIV infection, and the impact because of HIV infection such as occupation and job loss, problems of interpersonal relationship, health status and potential symptoms, loss and grief owing to HIV infection, and bereavement after the loss of a loved one, who died from HIV/ AIDS. The goal of this method is that HIV-infected people can identify problems and obstacles for stress coping, find out the way to solve problems, try different methods to solve problems, and to help themselves.

Copyright by Mahidol University

3. Developing skills for changing a negative thought toward HIV infection, stop and reduce thought process, which leads to depressive symptoms, recognize a automatically negative thought, which has effect on mood, perception changing; examine distorted thinking about HIV infection, self-worth, and expectation from others, and developing positive responses that are consistent with reality.

4. Practicing skill for relaxing and controlling relaxation, the relaxation technique includes

1. Systematic muscle relaxation

2. Imagination.

5. Establishing the social network for building encouragement trains communication skills, discloses one's HIV, builds and maintains helpful relationships.

6. Adjusting behavior for healthy lifestyle after infection include

- having safe sex
- exercising
- helping HIV-infected people to find the relationship between acting and mood for having happy activities
- managing and negative mood expression.

7. Training for assertiveness skills such as Assertiveness skills in seeking health care services.

Step 3 Assessing implementation potential by using criteria suggested by Polit & Beck (2004). The criteria are as follows.

3.1 Using recommendations and findings from these 6 empirical studies to evaluate implementation potential

1) Transferability of the finding

The innovation is considered appropriate for the agency and target population in reducing depression among HIV-infected people. Research recommendations include several therapeutic methods to reduce depressive symptoms, which will be beneficial to the patients and can be generalized to patients with other chronic diseases who have depressive symptoms.

Copyright by Mahidol University

2) Feasibility of implementation

Whereas the organization wants to adopt the treatment guidelines for practical use, nurses have high discretion to decide on their own how to perform their work as they have legal rights and freedom. In addition, adopting treatment guidelines requires certain skills, which are trainable. To ensure that nurses will adopt the treatment guidelines, the guidelines must be well integrated with the routine clinical practice and it is the responsibility of the organization to provide necessary instruments and equipment.

3) Cost-Benefit Ratio Applying the treatment guidelines to reduce depressive symptoms among HIV infected people who receive clinical services will help the patients to appropriately modify their thoughts and behaviors, reducing depressive symptoms and suicidal risks. This will also improve safety, potential and happiness in the course of their lives. The equipment and instrument costs, both for long-term and short- term care are minimal. Additionally, the adoption of the guidelines could enhance the self-esteem of practitioners and facilitate their efforts for continuous development of the innovation.

3.2 Writing the guidelines by using a structure of treatment guidelines recommended by The Agency for Health Care Policy Research (AHCPR), consisting of the following components.

1. Guideline title
2. Bibliographic sources
3. Scope
4. Methodology
5. Recommendations
6. Evidence supporting the recommendations
7. Benefits and harms of implementing the guideline recommendations
8. Implementation of the guidelines
9. Identifying information and availability

The details pertaining to the treatment guidelines are presented in Appendix A

Copyright by Mahidol University

3.3 For content validation, the developed guidelines were presented to 3 experts including one physician who is an expert in treating HIV-infected patients, one nurse who has prior experience in caring for HIV-infected people and group therapy , and one nursing instructor who has experience in caring for HIV-infected people. These experts were presented with the new treatment guidelines to review for the accuracy, comprehensiveness and appropriateness of language used. Their comments were then used to modify the guidelines prior to actual implementation

Step 4 Developing, Implementing and Evaluating the Innovation

When sufficient research and empirical evidence exist, there should be an implementation and evaluation of the guidelines in reducing depressive symptoms for people living with HIV. This step was not carried out in the present study.

As this study is a preliminary investigation, it focuses on developing treatment guidelines to reduce depressive symptoms in HIV-infected people, which cover the first 3 steps in the research utilization process suggested by Polit & Beck (2004). The forth step, which involves testing the guidelines with the target agency is the next step and was not being investigated here.

Copyright by Mahidol University

CHAPTER IV
CONCLUSION AND RECOMMENDATION

Conclusion

This research was intended to establish a clinical nursing practice guideline in reducing depressive symptoms in HIV-infected people according to the principle of utilization of research findings suggested by Polit & Beck (2004). The study was carried out in 4 steps: 1) Selecting a topic by focusing on operational problem (Problem focused triggers) and identifying key issues after reviewing the literature (Knowledge focused triggers). Regarding operational problem, it was found that there has been an increasing number of HIV-infected individuals at Hankha hospital over the years. Based on a survey and an assessment of depression by the Department of mental health, 40% of the patients had depressive symptoms, while 0.55% committed suicide. The review of the literature suggested that the main causes of depression in HIV-infected people are dysfunctional beliefs about the disease and the lack of social support, which have led to multiple negative psychological consequences, including stress, anxiety and depression. 2) Assembling and evaluating evidence After causes of and factors leading to depression were identified, the investigator then used a developed framework to search and collect related research and empirical evidence, and then evaluated the quality and strength of these research. The findings were analyzed, synthesized and integrated to represent the body of knowledge and propose recommendation in reducing depressive symptoms for people living HIV. After obtaining operational practice guidelines based on the integration of empirical evidence, the analysis in step 3 was conducted 3) Assessing implementation potential In this step, the conclusion obtained was tested to determine its potential and appropriateness in reducing depressive symptoms among HIV-infected people for the agency and in terms of transferability, feasibility and cost-benefit ratio. 4) Developing, Implementing, and Evaluating the innovation. When sufficient research and empirical evidence exist, there should be an implementation and evaluation of the guidelines in reducing depressive symptoms for people living with HIV. This step was not carried out in the present study.

Copyright by Mahidol University

Recommendation

Based on the current research findings, recommendations are:

1. Those who utilize the guideline for reducing depressive symptoms in HIV-infected people should have knowledge, be trained for cognitive therapeutic skills, have experiences for taking care or counseling HIV-infected people.

2. HIV-infected people, who have depressive symptoms and willing to participate in CBT group, should receive physical and psychological examination for screening them from mental illness due to pathogenic before therapy.

3. Should test this CBT group practice guideline in pilot study and evaluate the process and outcome of the practice guideline in order to improve it in terms of suitability in the context of organization before actually using.

Copyright by Mahidol University

REFERENCES

Beck, A.T.(1967). *Depression clinical ,experimental and theoretical aspects*. Philadelphia: University of Pensylvania School of Medicine.

Beck, A.T.(1973). *The diagnosis and management of depression*. Philadelphia:University of Pensylvania press.

Beck, J.S.(1995). *Cognitive therapy : basic sand beyond.* New York: The Guilford Press.

Buckley, R.M., & Gluckman, S.T.(2002). *HIV infection in primary care*. Philadelphia:W.B.Saunders company.

Burack, J.H., Barrett, D.C., Stall, R.D., Chesney, M.A., Ekstrand, M.L., & Coates, T.J.(1993). Depressive symptoms and CD $_4$ lymphocyte decline among HIV – infected men. *JAMA, 270* (21), 2568-2573.

CDC.(1993). Revised classification system for HIV infection and expanded surveillance case definition for AIDS among adolescents and adults. MMWR 41 (RR-17).Retrirved December 18,1992,from http://www.cdc.gov/MMWR html/00032890.htm.

Chan, I., Kong, P., Au, A., Li, P., Chung, R., Po, L.M., et al. (2005). Cognitive – behavioral group program for Chinese heterosexual HIV – infected men in Hong Kong. *Patient Education and Counseling, 56*(1), 78 – 84.

Flaskernd, J.H., & Ungvaski, P.J. (1995). *HIV / AIDS : A guide to nursing care*. Philadelphia : W.B.Saunders company.

Gielen, A.C., Mc Donnell, K.A., O'Campo, P.J., & Burke, J.G.(2005). Suicide risk and mental health indicators:Do they differ by abuse and HIV status. *Womens Health Issues, 15*(2), 89-95.

Jin, H., Alkinson, J.H., Yu, H., Heaton, R.K., Shi, C., Marcotte, T.P., et al. (2005). Depression and suicidality in HIV/AIDS in Chaina. *Journal of Affective Disorder, 94*, 269 – 275.

Kalichman, S.C., Heckman, T., Kochman, A., Sikkema, K., & Bergholte, J. (2000). Depression and thoughts of suicide among middle – aged and

Copyright by Mahidol University

older persons living with HIV-AIDS. *Psychiatric Services*, 57, 903-907.

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 support group brief therapies for depressed, HIV – infected persons *American Journal of Psychiatry*, *150*, 1679-1686.

Kelly, J.A., Murphy, D.A., Bahr, G.R., Koob, J.J., Morgan, M.G., Kalichman, S.C., et al. (1993). Factors associated with severity of depression and high – risk sexual behavior among persons diagnosed with human immunodeficiency virus (HIV) infection. *Health Psychology*, *12*(3), 215-219.

Lee, M.R., Cohen, L., Hadley, S.W., & Goodwin, W.(1999). Cognitive – behavioral group therapy with medication for depresses gay men with AIDS or symptomatic HIV infection. *Psychiatric Services, 50,* 948 – 952.

Markowitz, J.C., Klerman, G.L., Clougherly, K.F., Spielman, L.A., Jacobsberg, L.B., Fishman, B., et al.(1996). Individual psychotherapies for depressed HIV-positive patients. *American Journal of Psychiatry, 152* (10), 1504-1509.

Melnyk, B.M., & Fineout – Overholt, E. (2005). *Evidence – based practice in nursing & healthcare. A guide to best practice.* Philadelphia.: Lippincott Williams and Wilkins.

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

Morrison, M.F., Petitto, J.M., Ten, H.T., Gettes, D.R., Chiappini, M.S., Weber, A.L., et al.(2002). Depressive and anxiety disorders in woman with HIV infection. *American Journal of Psychiatry, 159* (5), 789-796.

Mulder, C.L., Emmelkamp, P.M., Antoni, M.H., Mulder, J.W., Sandfort, T.G., & de Vries, M.J.(1994). Cognitive – behavioral and experiential group psychotherapy for HIV – infected homosexual men : a comparative study. *Psychosomatic Medicine, 56(5),* 423 - 431.

Copyright by Mahidol University

National Health and Medical Research Council. (2001). *A guide to the development. Implementations of clinical practice guidelines.* Commonwealth of Australia Canberra.

O'Donohue, W., Fisher, J.E., & Hayes, S.C.(2003). *Cognitive behavior therapy: Applying empirically supported techniques in your practice*. New Jersey : John Wiley & Sons.

Penzak, S.R., Reddy, Y.S., & Grimsley, S.R.(2002). Depression in patients with HIV infection. *American Journal of Health-System Pharmacy, 57*(4), 376-386.

Polit, D.F., & Beck, C.K. (2004). *Nursing Research: Principles and Methods. (4th ed.)*. Philadelphia:Lippincott Williams & Wilkins.

Priest, R.G. (1983). *Anxiety and depression*. London:Publish in the United Kingdom.

Savetsky, J.B., Sullivan, L.M, Clake, J., Stein, M.D., & Samet, J.H.(2001). Evolution of depression symptoms in human immunodeficiency virus-infected patients entering primary care. *The Journal of Nervous and Mental Disease, 189*(2), 76-83.

Sikkema, K.J., Hanson, N.B., Kochman, A., Tata, D.C., & Difranceisco, W. (2004).Outcome from a randomized controlled trial of a group intervention for HIV positive men and women coping with AIDS – related loss and bereavement. *Death studies, 28*(3), 187 – 209.

Simon, G.E., Vonkorff, M., & Barlow, W.(1995). Health care costs of primary care patients with recognized depression. *Archives of General Psychiatry, 52*, 850-856.

Valente, S.M. (2003). Depression and HIV disease. *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care, 14*(2), 41-51.

Westbrook, B., Kennerley, H., & Kirk, J.(2007). *An introduction to cognitive behavior therapy : Skills and applications*. Los Angeles : Sage Publications.

Williams, P., Narciso, L., Browne, G., Roberts, J. Weir, R., & Gafni, A.(2005). The prevalence, correlates and costs of depression in people living with HIV/AIDS in Ontario: implications for service directions. *AIDS Education and Prevention, 17*(2), 119-130.

Copyright by Mahidol University

กรมควบคุมโรค, กระทรวงสาธารณสุข, สำนักโรคเอดส์ วัณโรคและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์. (2549).(Department of Disease Control, Ministry of Public Health, 2006). *สถานการณ์โรคเอดส์:การคาดประมาณแนวโน้มเอดส์*. Retrieved October 07, 2007 from http.//www.aidsthai.org./sathana_050131.html.

กรมควบคุมโรค, กระทรวงสาธารณสุข, สำนักโรคเอดส์ วัณโรคและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์. (2547). (Department of Disease Control, Ministry of Public Health, 2006). *คู่มือการดูแลรักษาตนเองสำหรับผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์*. (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพฯ :โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.

กรมสุขภาพจิต, กระทรวงสาธารณสุข. (2547). (Department of Mental Health, 2004). *รายงานการวิจัยเรื่องการประเมินผลระบบบริการดูแลทางสังคมจิตใจแก่ผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ในประเทศไทย:ระบบบริการสาธารณสุข* (พิมพ์ครั้งที่ 1). นนทบุรี : โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.

ธนา นิลชัยโกวิทย์. (2535).(Nilchaikowit, T., 1994). *เทคนิคการให้บริการปรึกษาแนะนำเกี่ยวกับการติดเชื้อ HIV (ตอน ที่ 1)*. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์กรุงเทพฯ.

นิศารัตน์ เชตวรรณ. (2543).(Chaytawan, N., 2000). *การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเองและความซึมเศร้าของผู้ติดเชื้อเอชไอวี*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

ปิยะนันท์ ลิมเรืองรอง. (2540).(Limruangrong, P., 1997). *ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับการปรับตัว ต่อบทบาทการเป็นมารดาในระยะหลังคลอดของมารดาที่ติดเชื้อเอชไอวี*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลแม่และเด็ก บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพฯ.

พชรชัย เรือนสิทธิ์.(2545).(Ruansit, P., 2002). *พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพจิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

พัชรี ตั้งตุลยางกูร.(2538). (Tangtuolayangkoon, P., 1995). *ความสัมพันธ์ระหว่างความวิตกกังวลและความซึมเศร้ากับความกังวลใจเกี่ยวกับปัญหาจิตสังคม แรงสนับสนุนทางสังคม ความรุนแรงของโรคผลกระทบของการเจ็บป่วยและปัญหาการเงินของผู้ติดเชื้อ HIV/ผู้ป่วยเอดส์*. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาจิตวิทยาการให้คำปรึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยรามคำแหง, กรุงเทพฯ.

Copyright by Mahidol University

พิมพวัลย์ บุญมงคล. (2541). (Boonmongkol, P., 1998). *ระบบความเชื่อและพฤติกรรมเกี่ยวกับความสัมพันธ์หญิงชายในครอบครัว:นัยและกลวิธีในระดับชุมชนเพื่อการป้องกันโรคติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์และโรคเอดส์ในหญิงชนบทที่แต่งงานแล้ว*. นนทบุรี, รายงานวิจัย สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.

วิจิตร ศรีสุพรรณ. (บรรณาธิการ). (2537). (Srisuphan, W., 1994). *การพยาบาลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์*. (พิมพ์ครั้งที่ 1). เชียงใหม่: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

สมภพ เรืองตระกูล. (2545).(Ruengtrakul, S., 2002). *ตำราจิตเวชศาสตร์*. (พิมพ์ครั้งที่ 7). กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์เรือนแก้ว.

สมภพ เรืองตระกูล. (2548). (Ruengtrakul, S., 2005). *โรคเอดส์อาการทางจิตเวชและการรักษา* (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์เรือนแก้ว.

สุวรรณา บุญยะลีพันธ์. (2546). (Boonyaleepan, S., 2002).*โรคเอดส์:การพยาบาลแบบองค์รวม*. (พิมพ์ครั้งที่ 1). ขอนแก่น : โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา.

อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย.(2545). (Lueboonthawatchai, O., 2002). *การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช*. (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพฯ : ด่านสุทธาการพิมพ์จำกัด.

อุไร นิโรธนันท์, อติพร สำราญบัว และ สุพัตรา เลิศทรัพย์อำไพ. (2545). (Nirotnan, U., Samranbua., O., & Lertsabampai., S., 2002). *การสนับสนุนทาง สังคม ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองกับพฤติกรรมเผชิญความเครียดของผู้ป่วยเอดส์ที่ติดเชื้อฉวยโอกาส*. กรุงเทพฯ, รายงานวิจัยวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีกรุงเทพ.

Copyright by Mahidol University

APPENDIX

Copyright by Mahidol University

APPENDIX A

1. ชื่อแนวปฏิบัติการพยาบาล : แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อลดอาการซึมเศร้าในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์

2. แหล่งอ้างอิงบรรณานุกรม :

เบญจา ลิ้มประเสริฐกุล.(2008). *การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อลดอาการซึมเศร้าในผู้ติดเชื้อเอชไอวี.* สารนิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพฯ.

3. ขอบเขตในการนำแนวปฏิบัติไปใช้ :

3.1 กลุ่มโรค/กลุ่มอาการ : ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีอาการซึมเศร้า

3.2 ประเภทของแนวปฏิบัติ การปรับพฤติกรรมทางปัญญารายกลุ่ม

3.3 กลุ่มบุคคลที่ใช้แนวปฏิบัติ : พยาบาล

3.4 ประชากรเป้าหมาย : ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีอาการซึมเศร้า

3.5 ผลลัพธ์หลักที่คาดว่าจะเกิดขึ้นจากการใช้แนวปฏิบัติ

- ได้แนวทางการปฏิบัติงานที่ชัดเจนเป็นมาตรฐานเดียวกันขององค์กรเพื่อลดอาการซึมเศร้าในผู้ติดเชื้อเอชไอวีซึ่งสอดคล้องกับเป้าหมายในการประกันคุณภาพของการให้บริการ

- ผู้ติดเชื้อเอชไอวีได้รับบริการที่มีคุณภาพ ลดอาการซึมเศร้าและมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น

4. วิธีดำเนินการ :

4.1 ตั้งประเด็นคำถามทางคลินิก

ตั้งคำถามทางคลินิกและกำหนดคำสำคัญในการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์โดยใช้ PICO (PICO Format) (Melnyk & Fineout-Overholt, 2005)

"การปรับพฤติกรรมทางปัญญาวิธีใดที่มีประสิทธิภาพในการลดอาการซึมเศร้าในผู้ติดเชื้อเอชไอวีโดยไม่ใช้ยา"

Population : ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีอาการซึมเศร้า

Intervention : การปรับพฤติกรรมทางปัญญา

Comparison Intervention : ไม่มี

Outcome : อาการซึมเศร้า

Copyright by Mahidol University

4.2 สืบค้นและประเมินหลักฐานเชิงประจักษ์

4.2.1 สืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์

ผู้ศึกษาได้สืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ โดยดำเนินการตามลำดับดังนี้

- กำหนดคำสำคัญในการสืบค้นงานวิจัย

Population : HIV, AIDS

Intervention : non-pharmacological intervention, CBT

Comparison Intervention : None

Outcome : depressive symptoms

- สืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ จากแหล่งข้อมูลต่างๆ

การทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบ(Systematic review) หรือ การวิเคราะห์อภิมาน (meta-analysis) จากงานวิจัย Randomized Controlled Trials (RCT) ที่ตรงกับประเด็นปัญหา หรือ แนวปฏิบัติทางคลินิกที่พัฒนามาจากหลักฐานเชิงประจักษ์(evidence-based clinical practice guideline) จากระบบฐานข้อมูล www.Cochranc.org, www.Joannabriggs.edu.au, www.guideline.gov.

งานวิจัย RCT และงานวิจัยที่มีการเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองที่ออกแบบการวิจัยเป็นอย่างดีโดยไม่มีการสุ่มการทดลองเข้ากลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง (randomization) งานวิจัยที่มีการจัดกระทำกับกลุ่มตัวอย่างที่ตีพิมพ์เผยแพร่ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษจากระบบฐานข้อมูล Ovid, CINAHL, PubMed, Science Direct , Blackwell – synergy, http://www.aidsthai.org, http:/www.aidsthaidata.org การสืบค้นด้วยมือ และสืบค้นจากเอกสารอ้างอิง(Reference List)

- กำหนดเกณฑ์ ในการคัดเลือกหลักฐานเชิงประจักษ์

งานวิจัยที่เป็น RCT งานวิจัยที่มีการเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองที่ออกแบบการวิจัยเป็นอย่างดีโดยไม่มีการสุ่มการทดลองเข้ากลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง (randomization) งานวิจัยที่มีการจัดกระทำกับกลุ่มตัวอย่าง ฉบับสมบูรณ์ ตีพิมพ์เผยแพร่ในระยะเวลา 15 ปี ตั้งแต่ปี คศ.1993-2007

ผลการสืบค้น พบหลักฐานเชิงประจักษ์จำนวน 6 เรื่องเป็นงานวิจัยเดี่ยวทั้งหมด ประกอบด้วยงานวิจัยประเภท Randomized Controlled Trials (RCT) จำนวน 4 เรื่องและงานวิจัยกึ่งทดลอง จำนวน 2 เรื่อง ดังต่อไปนี้

Copyright by Mahidol University

1. Chan, I., Kong, P., Au, A., Li, P., Chung, R., Po, L.M., et al. (2005). Cognitive – behavioral group program for Chinese heterosexual HIV – infected men in Hong Kong. *Patient Education and Counseling, 56*, 78 – 84.

2.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 support group brief therapies for depressed , HIV – infected persons. *American Journal of Psychiatry*, *150*, 1679-1686.

3.Lee, M.R., Cohen, L., Hadley, S.W., & Goodwin, W.(1999). Cognitive – behavioral group therapy with medication for depresses gay men with AIDS or symptomatic HIV infection. *Psychiatric Services, 50,* 948 – 952.

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

5.Mulder, C.L., Emmelkmp, P.M., Antony, M.H., Mulder, J.W., Sandfort, T.G., &de Vrics, M.J.(1994). Cognitive behavioral and experiential group psychotherapy for HIV – infected homosexual men. *Psychosomatic Medicine, 56,* 423-431.

6. Sikkema, K.J., Hanson, N.B., Kochman, A., Tata, D.C., & Difranceisco, W. (2004). Outcome from a randomized controlled trial of a group intervention for HIV positive men and women coping with AIDS – related loss and bereavement. *Death studies*, *28* (3), 187 – 209 .

4.2.2 ประเมินคุณภาพและจัดลำดับความเข้มแข็งของหลักฐานเชิงประจักษ์ (Strength of evidence) ตามระบบการจัดลำดับความเข้มแข็งของหลักฐานของMelnyk & Fineout-Overholt (2005). มีรายละเอียดดังนี้

Level I: หลักฐานเชิงประจักษ์ที่มีการทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบ (systematic review) หรือการวิเคราะห์อภิมานงานวิจัย (meta-analysis) จากงานวิจัยที่เป็น RCT ที่ตรงกับประเด็นปัญหาหรือเป็นหลักฐานจาก guideline ที่ได้มาจาก systematic review ที่มาจากงานวิจัย RCT

Level II: หลักฐานเชิงประจักษ์ที่มาจากงานวิจัยที่เป็น RCT อย่างน้อย 1 งาน

Copyright by Mahidol University

Level III: หลักฐานเชิงประจักษ์ที่เป็นงานวิจัยเชิงทดลองที่มีการออกแบบอย่างดีแต่ไม่มีการสุ่มเข้ากลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

Level IV: หลักฐานเชิงประจักษ์ที่เป็น Case – control และ Cohort studies ที่มีการออกแบบงานวิจัยมาเป็นอย่างดี

Level V: หลักฐานเชิงประจักษ์ที่ได้จากการทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบจากงานวิจัยแบบพรรณนา/บรรยาย และงานวิจัยเชิงคุณภาพ

Level VI: หลักฐานเชิงประจักษ์ที่ได้จากงานวิจัยแบบพรรณนา/บรรยาย หรืองานวิจัยเชิงคุณภาพ 1 งาน

Level VII: หลักฐานเชิงประจักษ์ที่ได้จากความคิดเห็น ทัศนะ ของผู้ที่มีความเชี่ยวชาญในประเด็นนั้น ๆ /หรือรายงานของคณะ/กลุ่มผู้เชี่ยวชาญ

จากงานวิจัยทั้ง 6 เรื่องนำมาประเมินคุณภาพของหลักฐานเชิงประจักษ์ของ Melnyk & Fineout-Overholt (2005). พบระดับความน่าเชื่อถือของหลักฐานเชิงประจักษ์ระดับ II จำนวน 4 เรื่อง และ ระดับ III จำนวน 2 เรื่อง

4. 2.3 นำหลักฐานเชิงประจักษ์ทั้ง 6 เรื่องมาวิเคราะห์และสกัดเนื้อหาลงตารางตามลำดับหัวข้อ คือ 1) วัตถุประสงค์ 2) ทุน 3) สมมุติฐานการวิจัย 4) สถานที่ในการศึกษา5) กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ 6) เครื่องมือในการรวบรวมข้อมูล 7) วิธีการหรือกิจกรรม 8) ระเบียบวิธีวิจัย 9) ระดับความเข้มแข็งของหลักฐาน 10) ผลการวิจัย 11) ความสอดคล้องกับประเด็นปัญหาทางคลินิก 12) แนวโน้มที่จะนำไปใช้ในการปฏิบัติ 13) การสรุปเพื่อนำไปใช้

4.2.4 นำข้อมูลแต่ละตารางมาพิจารณาสรุปเนื้อหาและประเด็นสำคัญที่ค้นพบจากงานวิจัยทั้งหมด ตรวจสอบความถูกต้องจากอาจารย์ที่ปรึกษา และนำไปสร้างแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อลดอาการซึมเศร้าในผู้ติดเชื้อเอชไอวี และนำแนวปฏิบัติที่สร้างขึ้นไปตรวจสอบความถูกต้องความครอบคลุมของเนื้อหา และความเหมาะสมของภาษาที่ใช้โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ได้แก่ 1) แพทย์เฉพาะทางที่ดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี 2) พยาบาลประจำการที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและการทำกลุ่ม 3) อาจารย์พยาบาลที่เชี่ยวชาญในด้านผู้ติดเชื้อเอชไอวี

5. ข้อเสนอแนะ

1. ลักษณะของผู้ป่วยที่เข้าร่วมโปรมแกรม

ผู้ติดเชื้อเอชไอวี วัยผู้ใหญ่ที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป เพศชายและหญิงที่ไม่แสดงอาการโรคเอดส์และแสดงอาการ โรคเอดส์ (category B or C) มีความสัมพันธ์ทางเพศแบบรักต่างเพศและ

Copyright by Mahidol University

รักร่วมเพศ มีความสามารถในการสื่อสาร ยินดีและสามารถเข้ารับการบำบัดด้วยการปรับพฤติกรรมทางปัญญารายกลุ่ม และไม่ได้รับการรักษาเป็นผู้ป่วยใน(level II)

ได้รับการคัดกรองจากแพทย์ว่าไม่มีความคิดฆ่าตัวตาย ไม่มีความบกพร่องด้านความคิด ไม่มีการติดสุรายาเสพติด ไม่เป็นโรคอารมณ์แปรปรวน บุคลิกภาพแปรปรวนและโรคทางจิตเวช (level II)

2. การปรับพฤติกรรมทางปัญญา มีลักษณะการบำบัดรายกลุ่ม ที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีอภิปรายแลกเปลี่ยนความคิดเห็น วิธีการเผชิญปัญหาและประสบการณ์ เรียนรู้ทักษะและเลียนแบบพฤติกรรมที่เหมาะสมซึ่งกันและกันภายในกลุ่ม ติดตามการปฏิบัติตามแผนการกระทำที่ได้วางแผนไว้ ตลอดจนให้การสนับสนุนและช่วยเหลือซึ่งกันและกัน (level II)

3. ผู้ดำเนินการปรับพฤติกรรมทางปัญญารายกลุ่มและผู้ช่วยผู้บำบัดต้องเป็นผู้มีความรู้และได้รับการฝึกทักษะ การปรับพฤติกรรมทางปัญญา มีประสบการณ์ดูแลและให้คำปรึกษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี (level II)

4. การประเมินอาการซึมเศร้าของผู้ติดเชื้อเอชไอวี สามารถใช้เครื่องมือประเมินอาการซึมเศร้าได้ดังนี้ (level II)

1.แบบประเมินอาการซึมเศร้าของเบค (Beck Depression Inventory) มี 21 ข้อ แต่ละข้อมีการให้คะแนนเป็น 4 ระดับ คือตั้งแต่ 0 คะแนนถึง 3 คะแนน ผู้ที่ได้คะแนนรวม 5-7 เป็นผู้ที่มีอาการซึมเศร้าระดับเล็กน้อย ผู้ที่ได้คะแนน 8-15 เป็นผู้ที่มีอาการซึมเศร้าระดับปานกลาง และผู้ที่ได้คะแนน 16 คะแนนขึ้นไป เป็นผู้ที่มีอาการซึมเศร้าในระดับรุนแรง

2. แบบประเมินอาการซึมเศร้าของ The Center for Epidemiologic Studies-Depression Scale (CES-D) มีจำนวน 20 ข้อ ซึ่งประเมินเกี่ยวกับ อารมณ์ซึมเศร้า (depression mood) ความรู้สึกผิดและไม่มีคุณค่า (Feelings of guilt and worthlessness) ความรู้สึกสิ้นหวังและช่วยตัวเองไม่ได้ (Feelings of helplessness and hopelessness) การเคลื่อนไหวที่ล่าช้า (Psychomotor retardation) การสูญเสียความอยากอาหาร (Loss of appetite) การรบกวนการนอน(Sleep disturbance) แต่ละข้อมีการให้คะแนนเป็น 4 ระดับ คือตั้งแต่ 0 คะแนนถึง 3 คะแนน โดยให้ผู้ป่วยรายงานความถี่ของอาการในสัปดาห์ที่ผ่านมา คะแนนรวมของข้อคำถามอยู่ระหว่าง 0-60 คะแนน คะแนนสูงหมายถึงมีอาการซึมเศร้า

3.แบบประเมินอาการซึมเศร้าของ Hamilton Depression Scale (HAM-D) มี 17 ข้อ ประเมินอาการซึมเศร้าในสัปดาห์ที่ผ่านมา แต่ละข้อคำถามแสดงอาการรุนแรงของอาการแต่ละอาการ และอาการซึมเศร้าโดยรวม คำนวณโดยการรวมคะแนนแต่ละข้อ

Copyright by Mahidol University

4. The profile of mood states (POMS) ใช้ประเมินภาวะทางอารมณ์ มีจำนวน 65 หัวข้อ แต่ละข้อมีการให้คะแนน เป็น 5 ระดับ ประเมินสภาวะอารมณ์ที่ผิดปกติโดยรวมและสภาวะอารมณ์ที่เฉพาะเจาะจง ได้แก่ อารมณ์โกรธและไม่เป็นมิตร (anger –hostility) ความเครียดและวิตกกังวล (tension-anxiety) อาการซึมเศร้าและการขาดความสุข (depression-dejection) อ่อนเพลียและเชื่องช้า (fatigue-inertia) สับสนและงุนงง (confusion-bewilderment) ความเข้มแข็ง (vigor-activity) คะแนนยิ่งสูงมากยิ่งแสดงให้เห็นถึงอารมณ์ที่เศร้าหมองมากขึ้น (mood disturbance) ยกเว้น vigor-activity คะแนนที่สูงบ่งบอกถึงความเข้มแข็งที่ต่ำ เครื่องมือนี้มีความน่าเชื่อถือ (α =0.77-0.91)

5. สื่อที่ใช้ประกอบการปรับพฤติกรรมทางปัญญารายกลุ่มประกอบด้วย (level II)

1. เอกสารหรือคู่มือประกอบการให้ความรู้แก่ผู้ติดเชื้อเอชไอวี เกี่ยวกับความเครียดและการเผชิญความเครียด เอกสารที่อธิบายความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อหลัก(core believe) และอาการซึมเศร้า วิธีการต่าง ๆ ในการเปลี่ยนแปลงความคิด

2. สมุดบันทึกพฤติกรรม วิธีการต่าง ๆ ที่ใช้ในการปรับเปลี่ยนความคิด และการเผชิญความเครียดที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีประสบในชีวิตประจำวันระหว่างการบำบัด

6. ขั้นตอนการบำบัดการปรับพฤติกรรมทางปัญญา เริ่มต้นด้วยการแนะนำรูปแบบและโครงสร้างการปรับพฤติกรรมทางปัญญารายกลุ่ม และบทบาทของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่เป็นสมาชิกกลุ่ม (level II)

การปรับพฤติกรรมทางปัญญาทุกครั้งจะมีการทบทวนการฝึกปฏิบัติจากสมุดบันทึกพฤติกรรมและฝึกการผ่อนคลายก่อนจบการบำบัดทุกครั้ง โดยใช้ระยะเวลาการบำบัดครั้งละ 1 ชั่วโมง 30 นาที ถึง 2 ชั่วโมง 30 นาที และจำนวนครั้งของการบำบัดต่ำสุด 8 ครั้ง ถึงสูงสุด 20 ครั้ง

7. การปรับพฤติกรรมทางปัญญารายกลุ่มใช้วิธีการต่าง ๆ สามารถสรุปได้ดังนี้ (level II)

1. การให้ความรู้เกี่ยวกับความเครียด ปฏิกิริยาโต้ตอบทางจิตใจ สังคม สรีระต่อความเครียด และการใช้วิธีการในการจัดการกับความเครียดแต่ละประเภทได้แก่

-การแก้ปัญหาในสถานการณ์ความเครียดที่สามารถควบคุมได้และการปรับเปลี่ยนอารมณ์ในทางลบ ในสถานการณ์ความเครียดที่ไม่สามารถควบคุมได้

-ความตระหนักในความเชื่อและการรับรู้ที่ไม่สมเหตุสมผลและวิธีการปรับเปลี่ยนความเชื่อที่ผิด

- ความสำคัญของเครือข่ายทางสังคม

2. การพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียดและการแก้ปัญหาที่เกิดจากการติดเชื้อเอชไอวีและผลกระทบจากการติดเชื้อเอชไอวี ได้แก่ การประกอบอาชีพและการว่างงาน ปัญหา

Copyright by Mahidol University

สัมพันธภาพระหว่างบุคคล ภาวะสุขภาพและอาการที่เกิดจากการติดเชื้อเอชไอวี การสูญเสียและความโศกเศร้าจากโรคเอดส์ และการสูญเสียบุคคลที่รักด้วยการตายจากโรคเอดส์ โดยมีเป้าหมายให้ผู้ติดเชื้อสามารถระบุปัญหาและอุปสรรคในการเผชิญความเครียด หาวิธีการแก้ปัญหา ทดลองวิธีการต่าง ๆ ในการแก้ปัญหาและการช่วยเหลือตนเอง

3. การพัฒนาทักษะการปรับเปลี่ยนความคิดในทางลบที่มีต่อการติดเชื้อเอชไอวี การหยุดและลดกระบวนการคิดที่นำไปสู่อาการซึมเศร้า การตรวจสอบความคิดอัตโนมัติในทางลบที่มีผลต่ออารมณ์ การเปลี่ยนแปลงการรับรู้ การตรวจสอบความเชื่อที่ผิดเกี่ยวกับการติดเชื้อเอชไอวี คุณค่าของตนเอง และความคาดหวังจากบุคคลอื่น การพัฒนาปฏิกิริยาตอบสนองที่สอดคล้องกับความเป็นจริงในทางบวก

4. การฝึกทักษะการผ่อนคลายและการควบคุมการผ่อนคลายซึ่งการผ่อนคลายมีวิธีการดังนี้

1. การผ่อนคลายกล้ามเนื้ออย่างเป็นระบบ

2. การจินตนาการ

5. การสร้างเครือข่ายทางสังคมเพื่อสร้างกำลังใจ โดยการฝึกทักษะการสื่อสาร การเปิดเผยการติดเชื้อ การสร้างและดำรงรักษาสัมพันธภาพเพื่อการช่วยเหลือ

6. การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดำรงชีวิตเพื่อดำรงภาวะสุขภาพภายหลังการติดเชื้อเอชไอวีภายในกลุ่ม โดยการวางแผนการปฏิบัติได้แก่

- การมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย
- การออกกำลังกาย
- การช่วยให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีค้นพบความสัมพันธ์ระหว่างการกระทำและอารมณ์เพื่อให้สามารถทำกิจกรรมที่มีความสุข
- การจัดการและการแสดงอารมณ์ในทางลบ

7. การฝึกทักษะการกล้าแสดงออก ได้แก่ความกล้าที่จะแสดงความต้องการของตนเองเมื่อใช้บริการสุขภาพ

6. หลักฐานที่ใช้ในการสนับสนุนข้อเสนอแนะ :

หลักฐานที่ใช้ในการสนับสนุนข้อเสนอแนะปรากฏอยู่ใน APPENDIX D ในตารางการสกัดงานวิจัยหัวข้อการสรุปเพื่อนำไปใช้

7. ประเด็นและอันตรายที่อาจจะเกิดขึ้นจากการนำข้อเสนอแนะจากแนวปฏิบัติไปใช้ :

1. ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการใช้แนวปฏิบัติ

Copyright by Mahidol University

1.1 ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีอาการซึมเศร้าได้รับความรู้เกี่ยวกับการติดเชื้อเอชไอวี วิธีการเผชิญปัญหาและการจัดการกับความเครียดที่เกิดจากการติดเชื้อเอชไอวี มีทักษะในการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมของตนเองได้อย่างเหมาะสม มีคุณภาพชีวิตดีขึ้น

1.2 โรงพยาบาลหันคาและพยาบาลมีแนวปฏิบัติในการลดอาการซึมเศร้าในผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีแบบแผนสามารถใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติเช่นเดียวกัน

2. อันตรายที่อาจเกิดขึ้นจากการใช้แนวปฏิบัติ

จากงานวิจัยทุกเรื่องที่นำมาสร้างแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อลดอาการซึมเศร้าในผู้ติดเชื้อเอชไอวี ได้จากการนำงานวิจัยที่ประเมินคุณภาพแล้วและไม่พบผลเสียหายหรืออันตรายแก่ผู้ติดเชื้อเอชไอวี แต่การเข้าร่วมการปรับพฤติกรรมทางปัญญารายกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีต้องเข้ารับการบำบัดอย่างต่อเนื่อง มีส่วนร่วมและทำแบบฝึกหัดที่ได้รับหมอบหมายอย่างสม่ำเสมอจึงจะมีอาการซึมเศร้าลดลง

การนำแนวปฏิบัติการพยาบาลในการลดอาการซึมเศร้าในผู้ติดเชื้อเอชไอวีไปใช้ควรคัดกรองผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีอาการซึมเศร้าจากสาเหตุทางกายและผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ป่วยด้วยโรคซึมเศร้า (Major Depressive Disorder) เพื่อได้รับการรักษาที่เหมาะสมต่อไป

อย่างไรก็ดีตลอดระยะเวลาการปรับพฤติกรรมทางปัญญารายกลุ่มผู้บำบัดมีความจำเป็นต้องสังเกตและประเมินอาการซึมเศร้าของผู้ติดเชื้อเอชไอวีเป็นระยะ หากพบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใดมีอาการซึมเศร้าที่รุนแรงมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายผู้บำบัดต้องส่งต่อผู้ติดเชื้อไปรับการบำบัดจากจิตแพทย์ต่อไป

8. การนำแนวปฏิบัติไปใช้ในคลินิก :

การนำแนวปฏิบัติไปใช้ในหน่วยงานสามารถวางแผนและดำเนินการโครงการนำร่อง มีขั้นตอนการปฏิบัติดังนี้

1. พัฒนาแผนการประเมินเช่น การระบุผลลัพธ์ที่ต้องการ จำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่จะเข้าร่วมโครงการ เวลาและจำนวนครั้งของการประเมิน และวิธีการที่จะวัดผลลัพธ์

2. รวบรวมข้อมูลพื้นฐานตามผลลัพธ์ที่กำหนด

3. พัฒนาแนวปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ที่สังเคราะห์ เขียนแนวปฏิบัติที่ชัดเจน เข้าใจง่าย

4. ประชาสัมพันธ์และฝึกอบรมเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับการใช้แนวปฏิบัติ

5. ทดลองใช้แนวปฏิบัติในหน่วยงานด้วยกลุ่มตัวอย่างจำนวนหนึ่ง

6. ประเมินผลโครงการนำร่องในรูปของกระบวนการและผลลัพธ์

Copyright by Mahidol University

9. ข้อมูลอื่น ๆ เกี่ยวกับแนวปฏิบัติ :

9.1 วัน เดือน ปี ที่สร้าง :

กุมภาพันธ์ 2551

9.2 ผู้สร้าง :

นางเบญจา ลิ้มประเสริฐกุล

9.3 อาจารย์ที่ปรึกษา

1. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วรรณา คงสุริยะนาวิน
2. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อติรัตน์ วัฒนไพลิน

9.4 รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

แพทย์เฉพาะทางที่ดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี

- นายแพทย์สมสิทธิ ตันสุภสวัสดิกุล นายแพทย์ 9 สถาบันบำราศนราดูร

พยาบาลผู้เชี่ยวชาญในการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี

- นางไพเราะ แสนสุรัตน์ พยาบาลวิชาชีพ 8 สถาบันบำราศนราดูร

อาจารย์พยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์

- ดร.วัลยา ธรรมพนิชวัฒน์ อาจารย์พยาบาลประจำภาควิชาการพยาบาลกุมารเวชศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

9.5 แหล่งเงินทุน : ทุนส่วนตัว

9.6 เอกสารอ้างอิง :

Chan, I., Kong, P., Au, A., Li, P., Chung, R., Po, L.M., et al. (2005). Cognitive – behavioral group program for Chinese heterosexual HIV – infected men in Hong Kong. *Patient Education and Counseling, 56*, 78 – 84.

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 support group brief therapies for depressed , HIV – infected persons *American Journal of Psychiatry*, *150* , 1679-1686.

Lee, M.R., Cohen, L., Hadley, S.W. & Goodwin, W.(1999). Cognitive – behavioral group therapy with medication for depresses gay men with AIDS or symptomatic HIV infection. *Psychiatric Services, 50* , 948 – 952.

Melnyk, B.M., & Fineout – Overholt, E. (2005). *Evidence – based practice in nursing & healthcare: A guide to best practice.* Philadelphia : Lippincott Williams & Wilkins.

Copyright by Mahidol University

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

Mulder, C.L., Emmelkamp, P.M., Antoni, M.H., Mulder, J.W., Sandfort, T.G.& de Vries, M.J.(1994). Cognitive – behavioral and experiential group psychotherapy for HIV – infected homosexual men : a comparative study. *Psychosomatic Medicine, 56(5),* 423-431.

Polit, D.F., & Beck, C.K. (2004). *Nursing Research: Principles and Methods. (4th ed.).* Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Sikkema, K.J., Hanson, N.B., Kochman, A., Tata, D.C. & Difranceisco, W.(2004). Outcome from a randomized controlled trial of a group intervention for HIV positive men and women coping with AIDS – related loss and bereavement. *Death studies, 28*(3), 187 – 209.

Copyright by Mahidol University

APPENDIX B

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

แพทย์เฉพาะทางที่ดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี

นายแพทย์สมสิทธิ ตันสุภสวัสดิกุล นายแพทย์ 9 สถาบันบำราศนราดูร
กระทรวงสาธารณสุข

พยาบาลผู้เชี่ยวชาญในการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี

นางไพเราะ แสนสุรัตน์ พยาบาลวิชาชีพ 8 สถาบันบำราศนราดูร
กระทรวงสาธารณสุข

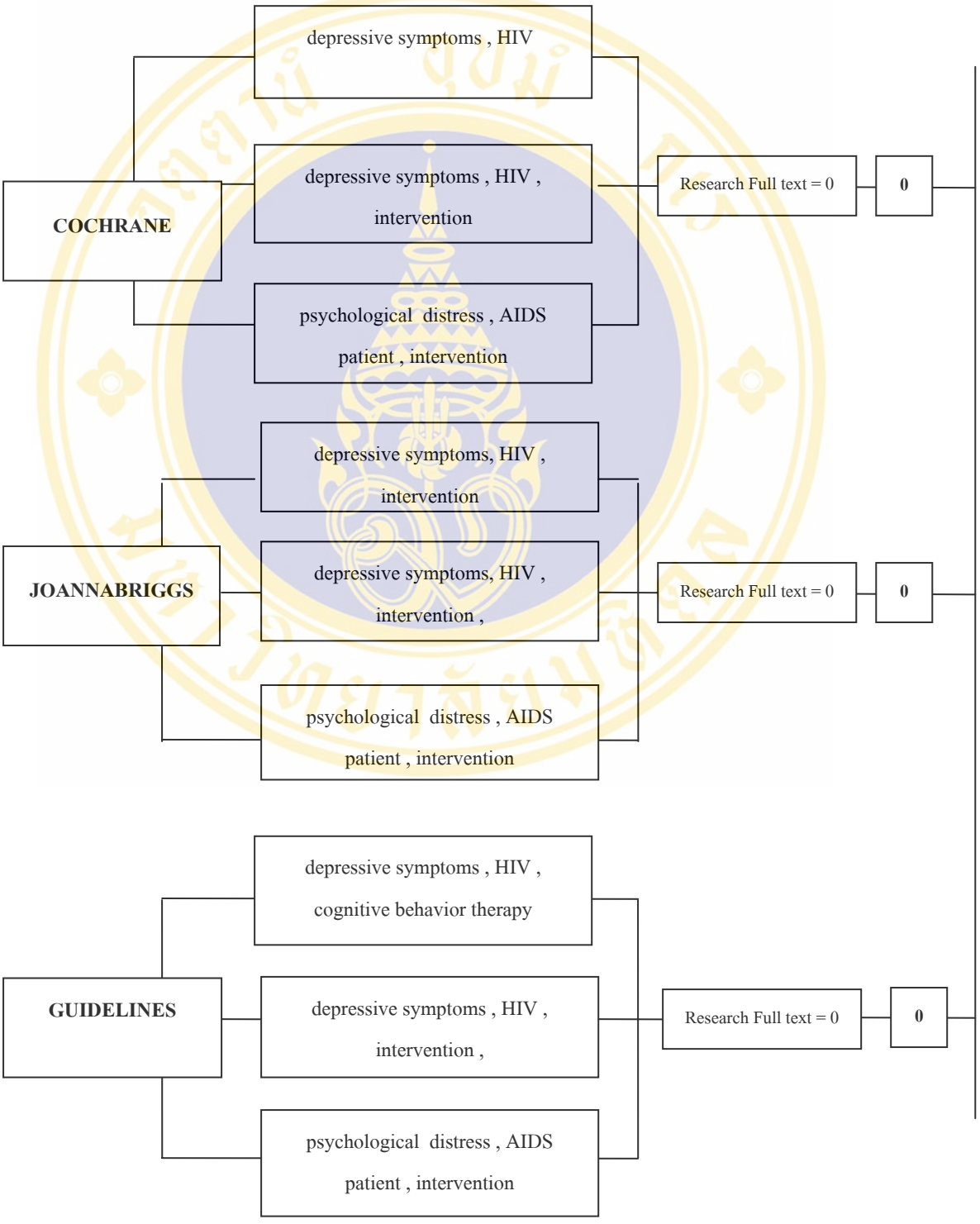
อาจารย์พยาบาลคณะพยาบาลศาสตร์

อาจารย์ ดร.วัลยา ธรรมพนิชวัฒน์ ภาควิชาการพยาบาลกุมารเวชศาสตร์
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

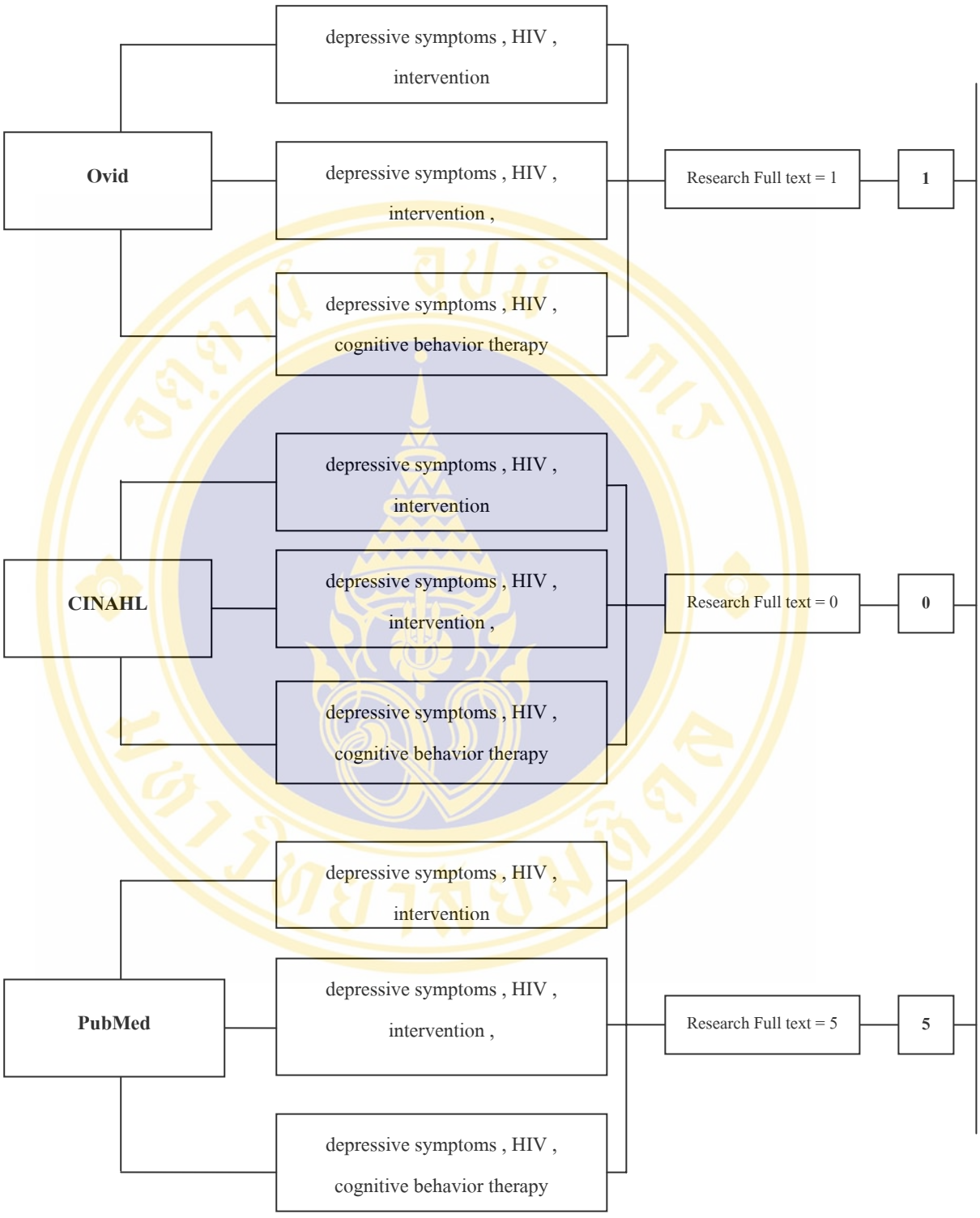
Copyright by Mahidol University

APPENDIX C

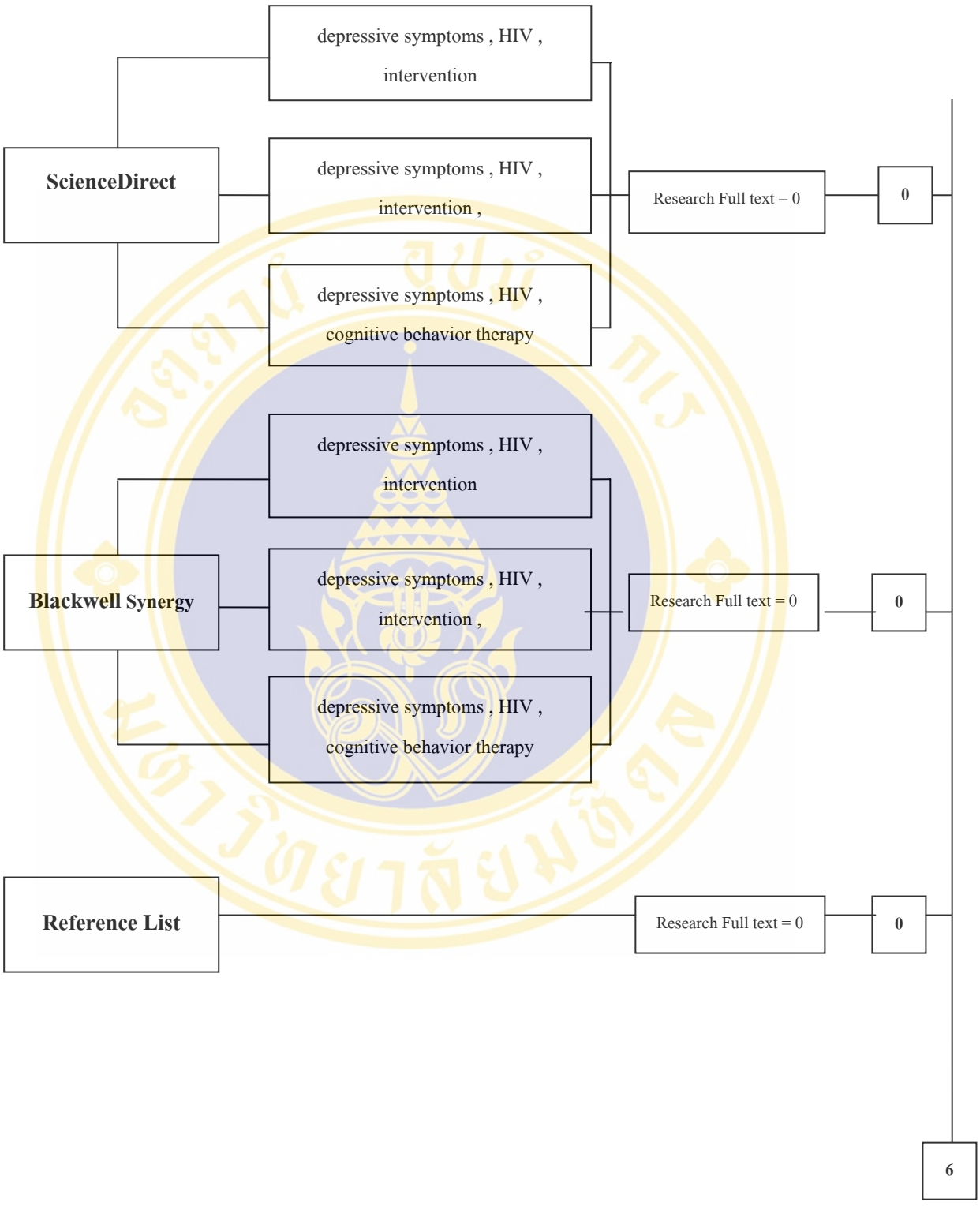
ผังการสืบค้นงานวิจัย



Copyright by Mahidol University



Copyright by Mahidol University



Copyright by Mahidol University

APPENDIX D

การวิเคราะห์และสังเคราะห์งานวิจัย

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 support group brief therapies for depressed , HIV – infected persons *American Journal of Psychiatry*, *150* , 1679-1686.

หัวข้อ	รายละเอียด
วัตถุประสงค์การวิจัย	ผลของการใช้ Cognitive – Behavioral therapy และSocial support group therapy เพื่อลดอาการซึมเศร้าในผู้ติดเชื้อเอชไอวี
ทุน	ได้รับทุนสนับสนุนจาก NIMH grant MH-44149
สมมุติฐานการวิจัย	ไม่ได้ระบุสมมติฐานการวิจัย
Setting งานวิจัย	Milwaukee
กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย	1. กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวี จำนวน 68 คน มีผู้เข้าร่วมการวิจัยที่เป็นผู้หญิง 10 คน ซึ่งผู้วิจัยไม่ได้นำคะแนนการประเมินมาวิเคราะห์ทางสถิติ แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 2 กลุ่ม และกลุ่มควบคุม 1 กลุ่ม ดังนี้ 1. Cognitive – Behavioral therapy Group จำนวน 27 คน 2. Social support group therapy จำนวน 14 คน 3. Comparison จำนวน 27 คน 2. อายุเฉลี่ย 34 ปี (SD=7.2) ได้รับการศึกษาเฉลี่ย 13.3 ปี(SD=2.3) ร้อยละ 62 เป็นคนขาว ร้อยละ20 เป็นแอฟริกันอเมริกัน ร้อยละ 64 มีประวัติรักร่วมเพศหรือ bisexual 3. เป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวีไม่แสดงอาการ จำนวน 56 คน และ มีการเจ็บป่วยตามเกณฑ์ CDC ว่าเป็นโรคเอดส์จำนวน 12 คน 4. รู้ว่าติดเชื้อเอชไอวีมาไม่น้อยกว่า 31 เดือน ผู้สมัครเข้าร่วมการวิจัย จำนวน 115 คนจากการประกาศในชุมชนและการส่งต่อ ได้รับการประเมินก่อนการบำบัด และผู้มีคะแนน

Copyright by Mahidol University

หัวข้อ	รายละเอียด
กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย (ต่อ)	ซึมเศร้า (CES-D) มากกว่าหรือเท่ากับ 16 ได้รับการสุ่มเข้ากลุ่มบำบัด จำนวน 77 คน และกลุ่มเปรียบเทียบจำนวน 38 คน (เนื่องจากงานวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินการเปลี่ยนแปลงความทุกข์ใจซึ่งเป็นผลจากกลุ่มบำบัดจึงวิเคราะห์คะแนนของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีคะแนนซึมเศร้า (CES-D) มากกว่าหรือเท่ากับ 16 เท่านั้น) ผู้เข้าร่วมการวิจัยทั้ง 3 กลุ่ม ไม่มีความแตกต่างกันในอายุเฉลี่ย ระดับการศึกษา ระยะเวลาตั้งแต่รู้ผลว่าติดเชื้อเอชไอวี และจำนวนอาการที่เกิดจากการติดเชื้อเอชไอวี ผู้เข้าร่วมการวิจัยให้ข้อมูลการประเมินหลังจาก 3 เดือน ครบจำนวน 68 คน เหตุผลที่มีผู้ติดเชื้อเอชไอวี drop out จากงานวิจัยคือ มีอาการป่วยมากขึ้น ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เสียชีวิตหรือย้ายที่อยู่รวมจำนวน 5 คน
เครื่องมือในการประเมินผลลัพธ์	1. The Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D) ใช้ประเมินอาการซึมเศร้า มีจำนวน 20 ข้อ แต่ละข้อมี 4 ช่วงคะแนน ระดับคะแนน 0-60 คะแนนที่สูง บ่งบอกถึงอาการซึมเศร้า แบบประเมินนี้ได้รับการตรวจสอบความสัมพันธ์กับแบบวัดอาการซึมเศร้าอื่นแล้ว 2.. The Social Provisions Scale ใช้ประเมินการได้รับการสนับสนุนทางสังคมมีลักษณะ likert-type scale จำนวน 24 ข้อ ประกอบด้วย 6 องค์ประกอบ คือ 2.1 Social attachment 2.2 Social integration 2.3 Reassurance of worth 2.4 Reliable alliance with others 2.5 Guidance 2.6 Nurturance of others แบบวัดการสนับสนุนทางสังคมได้รับการประเมินความตรง (validity) และความเที่ยง (reliability) แล้ว

Copyright by Mahidol University

หัวข้อ	รายละเอียด
เครื่องมือในการประเมินผลลัพธ์ (ต่อ)	3. The Symptom Check List -90-Revised (SCL–90–R) ใช้ประเมินอาการทางจิตเวชและอาการเครียดทางจิตใจที่เฉพาะเจาะจง แต่ละข้อมีระดับคะแนน 0-4 ประกอบด้วยอาการ -Global severity index -Depression -Somatization -Anxiety -Interpersonal sensitivity -Hostility -Phobic anxiety 4. The Multidimentional Health Locus of Control Scale ใช้ประเมินการรับรู้ของผู้ติดเชื้อว่าภาวะสุขภาพของตนเกิดจากการควบคุมของตนเองหรือเกิดจากการควบคุมของผู้อื่น 5. แบบวัดย่อย ๆ ซึ่งประกอบด้วย จำนวนครั้งของการใช้สารเสพติดดังต่อไปนี้ เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ กัญชา ยาบ้า โคเคน สารกดประสาท (oral narcotics) ยาฉีด สารระเหย ในระยะ 3 เดือนที่ผ่านมาโดยนำมาคำนวณเพื่อแสดงถึงการเผชิญปัญหาที่ adaptive หรือ maladaptive 6. การรายงานกิจกรรมทางเพศใน 3 เดือนที่ผ่านมาเกี่ยวกับจำนวนคู่นอน ความถี่ของการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัยทางทวารหนักและทางช่องคลอด ผู้เข้าร่วมวิจัยทั้ง 3 กลุ่มได้รับการวัดพร้อมกันในครั้งเดียวโดยใช้รหัสบุคคล
การบำบัด (Intervention)	กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมวิจัยได้รับการสุ่มแบ่งกลุ่ม จำนวน 3 กลุ่ม คือ 1. กลุ่มโปรแกรมการปรับพฤติกรรมทางปัญญา (Cognitive Behavioral Group) 2. กลุ่มสนับสนุนทางสังคม (Social Support Group) 3. กลุ่มเปรียบเทียบ (Comparison Condition)

Copyright by Mahidol University

หัวข้อ	รายละเอียด
การบำบัด (Intervention)(ต่อ)	กลุ่มตัวอย่างได้รับการสุ่มแบ่งกลุ่มจำนวน 3 กลุ่ม ๆ ละ 8-10 คน เพื่อรับการบำบัดแบบกลุ่มครั้งละ 90 นาที เป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์ โดยแต่ละกลุ่มมีผู้ช่วยผู้นำกลุ่ม 2 คน ซึ่งเป็นนักจิตวิทยา,ผู้ให้การปรึกษา หรือจิตแพทย์ประจำบ้านซึ่งมีประสบการณ์กับประเด็นปัญหาที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีต้องเผชิญ ผู้นำกลุ่มมีประสบการณ์การนำทฤษฎีบำบัดมาใช้และนำกลุ่มจนสิ้นสุดการบำบัด (ไม่มีการเปลี่ยนกลุ่มเพื่อให้ผู้นำกลุ่มใช้ความชำนาญเฉพาะกับแต่ละลักษณะกลุ่ม) อย่างไรก็ดีผู้วิจัยได้พยายามลด leader effects ในแต่ละกลุ่มโดยการเปลี่ยนผู้ช่วยผู้นำกลุ่มทั้ง 2 คน และผู้นำกลุ่มมีอายุใกล้เคียงกัน แต่ละกลุ่มจะดำเนินตามรายละเอียดของโปรแกรมดังนี้ **กลุ่มโปรแกรมการปรับพฤติกรรมทางปัญญา (CBT)** การบำบัดให้ความสำคัญกับกลยุทธ์ทางปัญญาและพฤติกรรมในการลด maladaptive anxiety และ maladaptive depression ในแต่ละครั้งจะมีการฝึกทักษะหรือพฤติกรรม โดยสอนทักษะแก่ผู้ติดเชื้อเอชไอวี การอภิปรายกลุ่มเกี่ยวกับการใช้ทักษะและประโยชน์ของการใช้ทักษะ มีการทบทวนความสำเร็จของการใช้ทักษะในแต่ละสัปดาห์ ทักษะที่สอนผู้ติดเชื้อเอชไอวีประกอบด้วย การปรับเปลี่ยนความคิดเพื่อลดความวิตกกังวลและอาการซึมเศร้า การผ่อนคลายกล้ามเนื้ออย่างเป็นระบบ การจินตนาการและวิธีการควบคุมการผ่อนคลาย การเปิดเผยการติดเชื้อ การมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัยและการสร้างเครือข่ายทางสังคมเพื่อเสริมสร้างกำลังใจอย่างต่อเนื่อง ผู้นำกลุ่มใช้หลักการของ cognitive problem-solving เพื่อจัดการกับปัญหาความกังวลใจและคำถามของสมาชิกกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและการรู้คิด การฝึกทักษะและพฤติกรรมเกือบทุกครั้งจะให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีนำทักษะกลับไปฝึกต่อที่บ้าน

Copyright by Mahidol University

หัวข้อ	รายละเอียด
การบำบัด (Intervention) (ต่อ)	**กลุ่มสนับสนุนทางสังคม (Social Support Group)** กลุ่มสนับสนุนทางสังคมเป็นโปรแกรมที่ใช้กันทั่วไปในการเผชิญกับความเจ็บป่วยหลาย ๆ ประเภท และใช้บ่อยในการให้บริการกับผู้ติดเชื้อเอชไอวีในชุมชน ผู้นำกลุ่มสนับสนุนทางสังคมกระตุ้นให้สมาชิกบรรยายความรู้สึกของการติดเชื้อเอชไอวี การระบุ เปิดเผยและแลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับปัญหาความกังวลใจ ความกลัว และความหวัง ที่เป็นผลจากการติดเชื้อเอชไอวี อภิปรายและเรียนรู้วิธีการจัดการกับประเด็น ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นซึ่งกันและกัน พัฒนาบทบาทการให้กำลังใจและสนับสนุนแก่สมาชิกคนอื่นในกลุ่ม แต่ไม่มีการฝึกทักษะและพฤติกรรม **กลุ่ม Comparison Condition** กลุ่มเปรียบเทียบจะได้รับการประเมินตามเครื่องมือดังกล่าวข้างต้นพร้อมกลุ่ม Cognitive Behavioral และ Social Support และไม่ได้รับ Intervention แต่เพื่อไม่ให้เป็นการผิดจริยธรรม กลุ่มตัวอย่างกลุ่มนี้ที่เข้าร่วมวิจัยจะได้รับการช่วยเหลือในภาวะวิกฤตรายบุคคล (crisis intervention individual therapy) โดยไม่เสียค่าใช้จ่ายใด ๆ **การประเมินผล** ประเมินผลหลังได้รับ intervention ทันที และ 3 เดือนหลังได้รับ intervention
ระเบียบวิธีวิจัย	Randomized Controlled Trial
ระดับของงานวิจัย	ระดับ II
ผลการวิจัย	ผู้วิจัยใช้สถิติ ANCOVAs เพื่อควบคุมความแตกต่างก่อนการทดลองโดยใช้คะแนนก่อนการทดลองเป็น covariate โดยเปรียบเทียบความแตกต่างของผู้ร่วมการวิจัยในระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผล 3 เดือน กับระยะก่อนการทดลองในแต่ละกลุ่ม เมื่อพบความแตกต่างจึงเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มโดยกำหนดระดับนัยสำคัญที่ .05

Copyright by Mahidol University

หัวข้อ	รายละเอียด
ผลการวิจัย (ต่อ)	เมื่อสิ้นสุดการทดลอง กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการปรับพฤติกรรมทางปัญญาและกลุ่มสนับสนุนทางสังคมมีระดับคะแนนอาการทางจิตเวช(SCL-90 – R) ด้านอาการซึมเศร้า ($p<0.02$) hostility scale($p< .01$) somatization scale และผลการปรับตัวที่ไม่มีประสิทธิภาพ (maladaptive) ด้านความคิดหมกมุ่นเกี่ยวกับอาการทางกาย (somatic preoccupation) ต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กลุ่มสนับสนุนทางสังคมมีคะแนนอาการทางจิตเวชโดยรวม (SCL-90-R global severity index) แตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ($p<.02$) และมีคะแนนความวิตกกังวลต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) ระยะติดตามผล 3 เดือน มีเพียงกลุ่มสนับสนุนทางสังคมที่มีระดับคะแนน somatization ต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.02$) การเปลี่ยนความทุกข์ใจ (Emotional distress) ภายในกลุ่ม ผู้วิจัยประเมินการเปลี่ยนแปลงของผู้ร่วมการวิจัยโดยใช้เกณฑ์ 1)การเปลี่ยนแปลงในทางที่ดีขึ้น (improved) 2)ไม่เปลี่ยนแปลง (unchanged) 3)มีอาการแย่ลง(deteriorated) โดยวิเคราะห์การเปลี่ยนแปลงของคะแนน SCL-90-R ภายในกลุ่มเดียวกันระหว่างก่อนการทดลองและสิ้นสุดการทดลองและระยะติดตามผล 3 เดือน โดยคำนวณอัตราส่วนการเปลี่ยนแปลงสัมพันธ์(relations differences) พบว่าผู้ร่วมวิจัยตามกลุ่มต่าง ๆ ดังนี้ คือ 1.กลุ่มโปรแกรมการปรับพฤติกรรมทางปัญญา ผู้ร่วมวิจัยเกิดการเปลี่ยนแปลงระดับกลา งๆ 2.กลุ่มสนับสนุนทางสังคม ผู้ร่วมวิจัยมากกว่า2/3 มีอาการทางกาย อาการซึมเศร้า ความวิตกกังวล ความหวาดระแวงและ interpersonal sensitivity เปลี่ยนแปลงในทางดีขึ้นและยังพบว่าร้อยละ 86 มีอาการเครียดทางจิตใจโดยรวม(global severity index) เปลี่ยนแปลงทางที่ดีขึ้น

Copyright by Mahidol University

หัวข้อ	รายละเอียด
ผลการวิจัย (ต่อ)	3.กลุ่มเปรียบเทียบ ผู้ร่วมวิจัย 2/3 มีอาการทางกายแย่ลงและมากกว่า 1/3 มีอาการแย่อยู่อย่างน้อย 4 scaleใน 6 scaleของแบบประเมินอาการทางจิตเวชและอาการเครียดทางจิตใจ
ความสอดคล้องกับประเด็นปัญหาทางคลินิก	1.งานวิจัยมีความสอดคล้องกับปัญหาทางคลินิก วัตถุประสงค์ของงานวิจัยเพื่อนำเสนอผลของการใช้โปรแกรมการปรับพฤติกรรมทางปัญญาและโปรแกรมสนับสนุนทางสังคมในการบำบัดรายกลุ่ม เพื่อลดอาการซึมเศร้าในผู้ติดเชื้อ เอชไอวี ซึ่งเป็นปัญหาที่ผู้ศึกษาให้ความสนใจและต้องการนำแนวปฏิบัติไปใช้ 2.งานวิจัยสามารถช่วยกระบวนการตัดสินใจของพยาบาลเกี่ยวกับการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีอาการซึมเศร้า 3.งานวิจัยนี้มีการทดสอบสมมติฐานเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงอาการซึมเศร้าในผู้ร่วมการวิจัยที่ได้รับโปรแกรมการปรับพฤติกรรมทางปัญญาและกลุ่มสนับสนุนทางสังคม 4.พยาบาลสามารถนำรูปแบบการใช้โปรแกรมการปรับพฤติกรรมทางปัญญาและโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคม นำมาใช้ในการช่วยเหลือผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีอาการซึมเศร้าได้ 5.การประเมินภาวะซึมเศร้าของผู้ติดเชื้อเอชไอวีในงานวิจัยสามารถนำมาใช้ในคลินิก ได้แก่ การประเมินอาการซึมเศร้า(CES-D) การประเมินอาการทางจิตเวชและอาการเครียดทางจิตใจ(SCL-90-R)
การมีความหมายหรือมีคุณค่าในเชิงของศาสตร์	1.งานวิจัยตีพิมพ์ในวารสารที่มีชื่อเสียง คือ American Journal of Psychiatry, November 11(150), 1679-1686 ทีมผู้วิจัยเป็นผู้ทำงานอยู่ในสถาบันที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพจิต มีความเชี่ยวชาญด้านจิตเวช 2.งานวิจัยนี้ได้รับทุนสนับสนุนจาก NIMH grant MH-44149 3.เป็นงานวิจัยที่มีคุณภาพโดยพิจารณาจาก 3.1 ชื่อเรื่องแสดงให้เห็นถึงวิธีการบำบัด 2 วิธี และตัวแปรที่สำคัญ คือ อาการซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่าง คือผู้ติดเชื้อเอชไอวี 3.2 อธิบายเหตุผลของการทำวิจัยอย่างชัดเจน 3.3 ผู้วิจัยไม่ได้แสดงกรอบแนวคิดหรือกรอบทฤษฎีไว้อย่าง

Copyright by Mahidol University

หัวข้อ	รายละเอียด
การมีความหมายหรือมีคุณค่าในเชิงของศาสตร์(ต่อ)	ชัดเจน แต่อธิบายกลไกของการปรับพฤติกรรมทางปัญญาและการสนับสนุนทางสังคม รวมทั้งอ้างอิงแหล่งสืบค้นหลักการปฏิบัติของแต่ละทฤษฎี 3.4 วัตถุประสงค์ของการศึกษามีความสอดคล้องกับปัญหาการวิจัยคือประเมินประสิทธิภาพของโปรแกรมการปรับพฤติกรรมทางปัญญาและโปรแกรมสนับสนุนทางสังคมเพื่อลดอาการซึมเศร้าในผู้ติดเชื้อเอชไอวี 3.5 ไม่มีการระบุคำถาม และไม่มีการทดสอบสมมติฐานการวิจัย 3.6 ไม่มีการระบุคำจำกัดความของตัวแปรที่เกี่ยวข้อง 3.7 มีการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับประเด็นปัญหาทางจิตใจที่ผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีและวิธีการบำบัดต่าง ๆ เพื่อลดปัญหาต่าง ๆ ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีโดยสรุปสั้น ๆ 3.8 มีการระบุถึงกลุ่มประชากรเป้าหมายคือผู้ติดเชื้อเอชไอวีทั้งแสดงอาการและไม่แสดงอาการ วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่าง เกณฑ์ในการเลือก จำนวนกลุ่มตัวอย่าง และเหตุผลการออกจากงานวิจัยอย่างชัดเจน 3.9 ระเบียบวิธีวิจัยเป็นแบบ RCT มีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ผู้วิจัยได้พยายามลด leader effects ในแต่ละกลุ่มโดยการเปลี่ยนผู้ช่วยผู้นำกลุ่มทั้ง 2 คน และใช้ผู้นำกลุ่มที่มีอายุใกล้เคียงกัน 3.10 เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลมีความเหมาะสมกับวัตถุประสงค์ของงานวิจัยและเป็นเครื่องมือที่มีความตรง (validity)และความเที่ยง (reliability) คือได้รับการตรวจสอบความสัมพันธ์กับแบบวัดอื่น ๆ แล้ว 1) The Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D) ใช้ประเมินอาการซึมเศร้าในผู้ติดเชื้อเอชไอวี 2) The Social Provisions Scale ใช้ประเมินการได้รับการสนับสนุนทาง สังคม

Copyright by Mahidol University

หัวข้อ	รายละเอียด
การมีความหมายหรือมีคุณค่าในเชิงของศาสตร์(ต่อ)	3) The Symptom Check List -90- Revised (SCL–90–R) ใช้ประเมินภาวะเครียดทางจิตใจและอาการเครียดทางจิตใจที่เฉพาะเจาะจง 4) The Multidimensional Health Locus of Control Scale ใช้ประเมินพฤติกรรมสุขภาพ 3.11 การศึกษาไม่ได้ระบุว่าได้รับการรับรองจากคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์ แต่ผู้วิจัยวัดและประเมินตัวแปรในงานวิจัยโดยใช้รหัสบุคคลและให้การช่วยเหลือในภาวะวิกฤต (crisis intervention) แก่กลุ่มควบคุมเพื่อรักษาสิทธิของผู้ติดเชื้อเอชไอวี 3.12 ไม่ได้ระบุวิธีการเก็บข้อมูล แต่อธิบายว่าเก็บพร้อมกันทั้ง 3 กลุ่มในเวลาเดียวกัน และการเก็บข้อมูลเก็บโดยใช้รหัสบุคคล 3.13 ผู้วิจัยใช้สถิติเหมาะสมกับวัตถุประสงค์การวิจัยและระดับการวัดตัวแปร 3.14 ผู้วิจัยระบุคุณลักษณะกลุ่มตัวอย่างและมีการนำเสนอตารางและอธิบายเนื้อความอย่างชัดเจน 3.15 การอภิปรายผลการศึกษามีการระบุถึงข้อจำกัด เช่น การใช้กลุ่มตัวอย่างที่เป็นเพศชายเนื่องจากเพศหญิงมีจำนวนสมาชิกที่ไม่เพียงพอในการนำมาวิเคราะห์ทางสถิติและไม่สามารถที่จะทราบได้ว่าระดับอาการซึมเศร้าที่เกิดขึ้นมาจากการตอบสนองต่อการติดเชื้อเอชไอวีหรือมีอาการมาก่อนที่จะทราบว่าตนเองติดเชื้อ 3.16 ผู้วิจัยให้ข้อเสนอแนะถึงการบำบัดครั้งนี้ เน้นที่ผลลัพธ์ของการบำบัดมากกว่ากระบวนการซึ่งจะเป็นประโยชน์ในการวิจัยครั้งต่อไปที่จะนำเรื่องกระบวนการมาวิเคราะห์ การศึกษานี้แนะนำถึงกระบวนการกลุ่มสนับสนุนทางสังคมที่จะสามารถลดความวิตกกังวลและอาการทางกาย ใช้ระยะเวลาการบำบัดเพียงระยะสั้น ๆ (8 สัปดาห์) ซึ่งมีความเป็นไปได้จากการได้รับการช่วยเหลือจากสถานบริการสุขภาพจิต,คลินิกสุขภาพ และองค์กรเอดส์ แต่น่าจะมีการศึกษาผลของการบำบัดในระยะเวลาที่ยาวนานกว่าซึ่งการศึกษานี้พบว่ากลุ่มสนับสนุน

Copyright by Mahidol University

หัวข้อ	รายละเอียด
การมีความหมายหรือมีคุณค่าในเชิงของศาสตร์(ต่อ)	ทางสังคมประสบความสำเร็จในการปรับตัวต่อการติดเชื้อเอชไอวี และอาจนำไปใช้ในกลุ่มเป้าหมายอื่น เช่น ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่รุนแรง ซึ่งอาจใช้เป็นตัวกำหนดให้ใช้การสนับสนุนทางสังคมคงอยู่ในชีวิตประจำวันก็จะเกิดประโยชน์อย่างยิ่ง
แนวโน้มที่จะนำไปใช้ในการปฏิบัติ	
Transferability	1.การใช้โปรแกรมการปรับพฤติกรรมทางปัญญามีความเหมาะสมกับหน่วยงานที่จะนำไปใช้เพื่อลดอาการซึมเศร้าในผู้ติดเชื้อเอชไอวี เนื่องจากมีผู้ติดเชื้อที่มีอาการซึมเศร้าถึงร้อยละ 40 (แบบประเมินซึมเศร้ากรมสุขภาพจิต) และจากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยจำนวน 4 คน พบว่าเมื่อทราบว่าตนเองติดเชื้อและไม่มีทางรักษาให้หายขาด รู้สึกกังวล กลัวผู้อื่นรังเกียจ กลัวตกงาน และไม่รู้ว่าจะดำเนินชีวิตต่อไปอย่างไร 2.หน่วยงานมีกลุ่มประชากรคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง คือผู้ติดเชื้อเอชไอวีไม่แสดงอาการ จำนวน 140 คน 3.การดูแลผู้ป่วยในหน่วยงานเน้นการดูแล กาย-จิต-สังคม ซึ่งมีความคล้ายคลึงกับงานวิจัย คือการใช้โปรแกรมการปรับพฤติกรรมทางปัญญา มีรูปแบบและวิธีการที่สามารถช่วยผู้ป่วยได้แบบองค์รวม
Feasibility	1.พยาบาลมีอำนาจเต็มที่ในการปฏิบัติการพยาบาลและสามารถยุติได้ถ้าไม่ได้ผล 2.ไม่เป็นวิธีการที่ยุ่งยาก แต่พยาบาลต้องผ่านการฝึกฝนในการใช้โปรแกรม 3.บุคลากรอื่น ๆ ในหน่วยงาน ให้การสนับสนุนในการปฏิบัติการพยาบาล 4.หน่วยงานมีความพร้อมด้านบุคคล สถานที่ และอุปกรณ์เพียงพอในการปฏิบัติการพยาบาล 5.การดำเนินการพยาบาลไม่เป็นการละทิ้งหน้าที่ประจำและสามารถผสมผสานเข้ากับงานประจำได้เลย

Copyright by Mahidol University

หัวข้อ	รายละเอียด
Cost-benefit ratio	1.การนำแนวปฏิบัติไปใช้ไม่เกิดความเสี่ยงกับผู้ป่วย 2.มีประโยชน์ในการนำไปใช้ในการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ไม่แสดงอาการและมีอาการซึมเศร้า การใช้โปรแกรมสามารถลดอาการซึมเศร้า ช่วยส่งเสริมคุณภาพชีวิตและลดการติดเชื้อฉวยโอกาส 3.การปฏิบัติรูปแบบเดิมในกระบวนการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีอาการซึมเศร้าไม่มีรูปแบบที่ชัดเจน ทำให้ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายได้ 4.ค่าใช้จ่ายในการใช้โปรแกรมมีเพียงเล็กน้อย หน่วยงานสามารถให้การสนับสนุนได้ 5.พยาบาลเกิดความภาคภูมิใจ เกิดความรู้สึกที่ดีที่ได้ช่วยเหลือผู้ป่วยให้มีชีวิตที่ยืนยาว มีคุณภาพชีวิตที่ดีและลดอัตราการฆ่าตัวตาย
การสรุปเพื่อนำไปใช้	1.การประเมินอาการซึมเศร้าใช้ The Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D)ค่าคะแนนควรมากกว่าหรือเท่ากับ 16 2.พยาบาลสามารถให้ความช่วยเหลือผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีอาการซึมเศร้าได้ในหน่วยงาน โดยการบำบัดรายกลุ่มใน 2 รูปแบบ คือ 2.1 การใช้โปรแกรมการปรับพฤติกรรมทางปัญญา ระยะเวลาการบำบัดจำนวน 8 สัปดาห์ ๆ ละครั้ง ๆ ละ 90 นาที สมาชิกกลุ่ม 8-10 ราย การบำบัด ให้ความสำคัญกับกลยุทธ์ทางปัญญาและพฤติกรรมในการลด maladaption anxiety และ maladaption depression ในแต่ละครั้งจะมีการฝึกทักษะหรือพฤติกรรม โดยสอนทักษะแก่ผู้ติดเชื้อเอชไอวี การอภิปรายกลุ่มเกี่ยวกับการใช้ทักษะและประโยชน์ของการใช้ทักษะ มีการทบทวนความสำเร็จของการใช้ทักษะในแต่ละสัปดาห์ ทักษะที่สอนผู้ติดเชื้อเอชไอวีประกอบด้วย การปรับเปลี่ยนความคิดเพื่อลดความวิตกกังวลและอาการซึมเศร้า การผ่อนคลายกล้ามเนื้ออย่างเป็นระบบ การจินตนาการและวิธีการควบคุมการผ่อนคลาย การเปิดเผยการติดเชื้อ การมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัยและการสร้างเครือข่ายทางสังคมเพื่อเสริมสร้างกำลังใจอย่างต่อเนื่อง การฝึกทักษะและพฤติกรรมเกือบทุกครั้งจะให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีนำทักษะกลับไปฝึกต่อที่บ้าน

Copyright by Mahidol University

หัวข้อ	รายละเอียด
การสรุปเพื่อนำไปใช้ (ต่อ)	2.2 การใช้โปรแกรมสนับสนุนทางสังคม ระยะเวลาการบำบัด จำนวน 8 สัปดาห์ ๆ ละครั้ง ๆ ละ 90 นาที สมาชิกกลุ่ม 8-10 ราย ผู้นำกลุ่มกระตุ้นให้สมาชิกบรรยายความรู้สึกของการติดเชื้อเอชไอวี การระบุ เปิดเผยและแลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับปัญหาความกังวลใจ ความกลัว และความหวังที่เป็นผลจากการติดเชื้อเอชไอวี อภิปรายและเรียนรู้วิธีการจัดการกับประเด็นต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นซึ่งกันและกัน พัฒนาบทบาทการให้กำลังใจและสนับสนุนแก่สมาชิกคนอื่นในกลุ่ม แต่ไม่มีการฝึกทักษะและพฤติกรรม

Copyright by Mahidol University

Mulder, C.L., Emmelkamp, P.M., Antoni, M.H., Mulder, J.W., Sandfort, T.G.& de Vries, M.J.(1994). Cognitive – behavioral and experiential group psychotherapy for HIV – infected homosexual men : a comparative study. *Psychosomatic Medicine, 56 (5)* , 423 - 431.

หัวข้อ	รายละเอียด
วัตถุประสงค์การวิจัย	เปรียบเทียบประสิทธิผลของการใช้โปรแกรมการปรับพฤติกรรมทางปัญญา (Cognitive – behavioral Group (CBT)) และประสบการณ์บำบัด (Experiential Group (ET)) ในการลดความทุกข์ใจของผู้ติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มรักร่วมเพศที่ยังไม่แสดงอาการ
ทุน	ได้รับทุนสนับสนุนจากThe Datch Program Committee on AIDS Research by Grant 90063A of the Datch Ministry of Health
สมมติฐานการวิจัย	ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับการบำบัดจะลดความทุกข์ใจได้ดีกว่าการไม่ได้รับการบำบัด
Setting งานวิจัย	Municipal Health Service of Amsterdam , Netherlands
กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย	กลุ่มตัวอย่างจำนวน 39 คน จากชายรักร่วมเพศจำนวน 188 คน ที่เข้าร่วมการศึกษาเปรียบเทียบระยะยาว (longitudinal cohort study) ที่ Municipal Health Service (ในอัมสเตอร์ดัม ประเทศเนเธอร์แลนด์) และสมัครใจเข้าร่วมโครงการ โดยมีคุณสมบัติดังนี้ 1.เป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ยังไม่แสดงอาการ ในระยะที่ II หรือ III ตามการแบ่งของ CDC (เทียบกับ Category B - C) 2.ไม่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส 3.ไม่ได้รับการบำบัดทางจิตเกี่ยวกับปัญหาการติดเชื้อเอชไอวี 4. อายุระหว่าง 18-65 ปี 5.มีสภาพร่างกายและจิตใจ สามารถที่จะเข้าร่วมในโปรแกรมการบำบัดนี้ได้ 6.ไม่มีประวัติติดแอลกอฮอล์หรือสารเสพติด กลุ่มตัวอย่างได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการวิจัยนี้จากแพทย์เจ้าของไข้ และถ้าผู้ติดเชื้อต้องการเข้าร่วมโครงการวิจัย หัวหน้าโครงการวิจัยจะ

Copyright by Mahidol University

หัวข้อ	รายละเอียด
กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย (ต่อ)	อธิบายวิธีการและรายละเอียดของการวิจัยนี้ว่าผู้วิจัยมีความสนใจการเผชิญปัญหาจากการติดเชื้อเอชไอวีและประโยชน์ที่ผู้เข้าร่วมการวิจัยจะได้รับจากการบำบัดทางจิตสังคมหลังจากผู้ติดเชื้อเซ็นยินยอมเข้าร่วมโครงการ กลุ่มตัวอย่างจะถูกสุ่มเข้ากลุ่ม a)กลุ่มการปรับพฤติกรรมทางปัญญา(CBT), b)กลุ่มประสบการณ์บำบัด (ET) และ c) กลุ่มควบคุมที่รอรับการบำบัดภายหลัง(waiting-list control group) ก่อนเริ่มโปรแกรม กลุ่มตัวอย่างdrop out 1 คนด้วยเหตุผลที่สมควร และกลุ่มควบคุมจำนวน 3 คน ต้องการรับการบำบัดภายหลัง ในระหว่างการบำบัดกลุ่มตัวอย่าง drop out จากกลุ่มปรับพฤติกรรมทางปัญญา (CBT) จำนวน 3 คน จากกลุ่มบำบัดด้วยประสบการณ์(ET) จำนวน 5 คน ข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างที่ drop out ไม่ได้นำมาวิเคราะห์ทางสถิติ และถึงแม้การตัดข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างที่ drop out ออก ทำให้เกิดความลำเอียง (bias) แต่พบว่าการนำข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างที่ drop out มาวิเคราะห์และการตัดข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างที่ drop out ออก ไม่เปลี่ยนแปลง ดังนั้น ผู้วิจัยจะจัดกลุ่มบำบัดการปรับพฤติกรรมทางปัญญา (CBT) 2 กลุ่ม และกลุ่มบำบัดด้วยประสบการณ์ (ET) 2 กลุ่ม
เครื่องมือในการประเมินผลลัพธ์	1. ข้อมูลส่วนบุคคล (Demographic characteristic) เป็นข้อมูลเกี่ยวกับอายุ ระยะเวลาการติดเชื้อเอชไอวี ระดับการศึกษา สถานภาพสมรสและอาชีพ 2. แบบประเมินทางจิตสังคม (Psychosocial assessment) 2.1 การประเมินสภาวะทางอารมณ์ (Affective state) ประกอบด้วย 2.1.1 The Dutch Profile of Mood stage (POMS) เป็นฉบับสั้น มี 32 ข้อ จากฉบับแรก 65 ข้อ ประกอบด้วย 5องค์ประกอบ(sub scales) คือ 1)อาการซึมเศร้า (depression) 2)ความโกรธ (anger) 3)อ่อนเพลีย (fatigue) 4)สดชื่น (vigor) และ 5)ความตึงเครียด (tension) (α =0.89) ใน 7 วันที่ผ่านมา ระดับคะแนนที่สูงบ่งบอกถึงความผิดปกติทางอารมณ์ แบบวัด POMS มีความไวในการชี้ให้เห็นการเปลี่ยนแปลงเมื่อให้การบำบัดทางจิตสังคมแก่ผู้ป่วยมะเร็งและผู้ติดเชื้อเอชไอวี

Copyright by Mahidol University

หัวข้อ	รายละเอียด
เครื่องมือในการประเมินผลลัพธ์ (ต่อ)	2.1.2 แบบประเมินอาการซึมเศร้าของเบค(Beck Depression Inventory) มี 21 ข้อ 2.2 แบบประเมินอาการทางจิต (Psychiatric symptoms) ประเมินอาการทางจิต ประกอบด้วย 2.2.1 แบบสัมภาษณ์สุขภาพทั่วไป (General Health Questionnaire (GHQ)) ภาษา Dutch (α =0.94) มี 30 ข้อ เป็นเครื่องมือที่ได้รับการประเมินความตรง(validity) แล้ว แต่ละข้อให้กลุ่มตัวอย่างประเมินอาการระหว่าง 4 สัปดาห์ที่ผ่านมา scale แบ่งเป็น 4 ระดับ ตั้งแต่มีอาการน้อยกว่าปกติ,ปกติ,มากกว่าปกติ และมากกว่าปกติมาก 2.3 ประเมินปฏิกิริยาในการเผชิญความเครียด(Coping Strategies) ฉบับภาษา Dutch ที่แปลจาก COPE ฉบับที่ได้รับการพัฒนาโดย Carver et al. ประกอบด้วย 3 sub scales 2.3.1 การแสวงหาการสนับสนุนทางสังคม (seeking social support) จำนวน 21 ข้อ (α =.79) 2.3.2 รูปแบบปฏิกิริยาที่ทำให้เกิดอาการซึมเศร้า (depressive reaction pattern) จำนวน 7 ข้อ (α =.80) 2.3.3 การให้ความหมายในทางบวก (positive interpretation) จำนวน 7 ข้อ (α =0.79) 2.4 การสนับสนุนทางสังคม (Social support) ใช้ Social Support Questionnaire มีจำนวน 49 ข้อ ประเมินการได้รับและแสดงความพึงพอใจต่อการได้รับการสนับสนุนทางสังคม(α=.97) แบ่งออกเป็น 5 ข้อย่อย ประกอบด้วย 2.4.1 การได้รับการสนับสนุนทางอารมณ์ทุก ๆ วัน (everyday emotional support) 2.4.2 การได้รับการช่วยเหลือเมื่อเกิดปัญหา (emotional support in problem situations) 2.4.3 การได้รับความชื่นชม (appreciation) 2.4.4 การได้รับความช่วยเหลือที่เป็นรูปธรรม (instrumental support)

Copyright by Mahidol University

หัวข้อ	รายละเอียด
เครื่องมือในการประเมินผลลัพธ์ (ต่อ)	2.4.5 การได้รับการสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูล(informational support) 2.5 การแสดงออกทางอารมณ์ (Emotion expression)ใช้ The Emotional Expression Scale ของ Watson and Greer ฉบับภาษา Dutch แต่ละข้อมีคะแนน 4 ระดับ 2.5.1 ประเมินการควบคุมอารมณ์ทั้งวาจาและร่างกาย (verbally or physically) มีจำนวน 6 ข้อ (α=.86) 2.5.2 การเก็บกดอารมณ์ (suppress) มีจำนวน 6 ข้อ (α=.79) 2.5.3 การแสดงอารมณ์ (express) โกรธ (anger) วิตกกังวล (anxiety) และซึมเศร้า (depression) มีจำนวน 6 ข้อ (α=.86) 2.6 Subjective evaluation of therapy benefits ใช้ประเมินผลประโยชน์ที่ได้จากการบำบัด โดยการสอบถามหลังสิ้นสุดโปรแกรมและติดตามผล 6 เดือน scale แบ่งเป็น 5 ระดับ จากไม่มีเลยจนถึงมากที่สุด
การบำบัด (Intervention)	ผู้เข้าร่วมวิจัยในกลุ่มทดลอง จะได้รับการประเมินทางจิตใจด้วย Profile of Mood State ก่อนได้รับการบำบัด (baseline),หลังสิ้นสุดโปรแกรมทันที หลังสิ้นสุดโปรแกรม 3 เดือนและประเมินหลังสิ้นสุดโปรแกรม 6 เดือน ผู้เข้าร่วมการวิจัยในกลุ่มควบคุมที่รอรับการบำบัดภายหลัง (WCG) ประเมิน POMS ในระยะสิ้นสุดการรอคอยเพื่อใช้เป็นคะแนนพื้นฐาน (baseline) การบำบัดมีวัตถุประสงค์เพื่อลดความทุกข์ใจและเพิ่มการเผชิญความเครียดจากการติดเชื้อเอชไอวี,เพิ่มการสนับสนุนทางสังคมและการแสดงออกทางอารมณ์ที่เหมาะสม ระยะเวลาการบำบัดจำนวน 15 ครั้ง ๆ ละ 2 ชั่วโมงครึ่ง และในช่วงกลางของโปรแกรมการบำบัดใช้เวลา 8 ชั่วโมง ก่อนที่จะเข้าร่วมโปรแกรมผู้เข้าร่วมการวิจัยจะได้รับการอธิบายโครงสร้างการบำบัดแบบการปรับพฤติกรรมทางปัญญา (CBT) โดยมีหัวข้อเกี่ยวกับการติดเชื้อเอชไอวีในแต่ละ session ตามด้วยแบบฝึกหัดและการอภิปรายกลุ่ม สำหรับประสบการณ์บำบัด(ET)จะมีโครงสร้างน้อยกว่า CBT ในการดำเนินการกลุ่มแต่ละครั้งเป็นการอภิปรายกลุ่ม สมาชิกกลุ่มแต่ละกลุ่มประมาณ 6-9 คน ใช้ผู้บำบัด 2 คน ผู้บำบัดได้รับการเลือกตาม

Copyright by Mahidol University

หัวข้อ	รายละเอียด
การบำบัด (Intervention) (ต่อ)	ความถนัดของผู้บำบัดตามชนิดของกลุ่ม เป็นผู้บำบัดที่เคยทำงานกับชายรักร่วมเพศที่ติดเชื้อเอชไอวี ผู้นำกลุ่มดำเนินการกลุ่มตามคู่มือการบำบัดรายกลุ่มการปรับพฤติกรรมทางปัญญาและประสบการณ์บำบัดรายกลุ่มที่ได้เตรียมไว้ก่อนเริ่มการวิจัย ตลอดการบำบัดจะมีการบันทึกเทปเพื่อประเมินผลคู่มือสำหรับผู้ใช้ **Cognitive - behavioral therapy** ผู้เข้าร่วมโปรแกรมการปรับพฤติกรรมทางปัญญาได้รับ 1) การปรับเปลี่ยนความคิด 2) การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 3) ทักษะการกล้าแสดงออก และได้รับข้อมูลเกี่ยวกับปฏิกิริยาโต้ตอบทางจิตใจ,สังคม และสรีระต่อความเครียด ผู้นำกลุ่มให้ข้อมูลกับผู้ติดเชื้อเอชไอวีเกี่ยวกับบริบทของการใช้กลยุทธ์ในการจัดการกับความเครียดแต่ละประเภท ได้แก่ การมุ่งแก้ปัญหากับสถานการณ์ความเครียดที่สามารถควบคุมได้ (เช่น การทำงานหนักเกินไป) และการใช้การจัดการกับความเครียดโดยการปรับเปลี่ยนอารมณ์ทุกข์ในสถานการณ์ความเครียดที่ไม่สามารถควบคุมได้ (เช่น ความโศกเศร้าที่เกิดจากการสูญเสียเนื่องจากติดเชื้อเอชไอวี) เมื่อเริ่มโปรแกรมผู้ติดเชื้อแต่ละคนจะวางแผนพฤติกรรมการกระทำร่วมกันในกลุ่ม การวางแผนพฤติกรรมประกอบด้วยการกระทำคือการเพิ่มการออกกำลังกาย หรือฝึกการผ่อนคลายในแต่ละวัน และอภิปรายร่วมกันอย่างสม่ำเสมอเกี่ยวกับพัฒนาการของการดำเนินการตามแผนปฏิบัติ ในแต่ละสัปดาห์ผู้เข้าร่วมกลุ่มจะได้รับการบ้านให้นำไปปฏิบัติได้แก่ความสำคัญของแบบแผนการดำเนินชีวิตเพื่อดำรงภาวะสุขภาพ การฝึกการผ่อนคลาย การเสริมสร้างความภาคภูมิใจในตนเอง (self esteem) การแสดง/ระบายอารมณ์ที่รุนแรง/กดดัน ความสัมพันธ์ทางเพศ ความสำคัญของเครือข่ายทางสังคม และการมีทักษะในการสื่อสาร การดำเนินการกลุ่มปรับพฤติกรรมทางปัญญาทุกครั้งจะทบทวนการบ้านที่ผู้ติดเชื้อนำไปปฏิบัติก่อนเริ่มกิจกรรมการบำบัดตามประเด็นที่กำหนดไว้การอภิปรายกลุ่มและการบำบัดช่วงสุดท้ายของการบำบัดทุกครั้ง จะจบลงด้วยการฝึกการผ่อนคลายโดยทักษะเกร็ง-คลายกล้ามเนื้ออย่างเป็นระบบของ Bernstein และ Borkovec (1973) เพื่อให้ผู้รับการบำบัดนำไปฝึกต่อที่บ้าน

Copyright by Mahidol University

หัวข้อ	รายละเอียด
การบำบัด (Intervention) (ต่อ)	**Experiential therapy** โปรแกรมประสบการณ์บำบัดใช้หลักการของ the humanistic – existential ซึ่งมีวัตถุประสงค์เพื่อยกระดับความสามารถของบุคคลในการกระทำและถามจากการรับรู้ของบุคคลในประสบการณ์ภายในของแต่ละบุคคล และพัฒนาความสัมพันธ์ที่แท้จริงของชีวิตโดยรวมทั้ง 2 สิ่ง เข้ากับเหตุการณ์ในปัจจุบัน และเลือกที่จะใช้ชีวิตของตนเองในอนาคต หน้าที่หลักของผู้บำบัดช่วยให้ผู้ป่วยได้ตระหนักในความไม่สอดคล้องของอารมณ์,ความคิด,และพฤติกรรมที่เป็นแบบแผน ให้เกิดการสอดคล้องกัน ผู้บำบัดจะลดการให้คำแนะนำหรือการตีความ และทำกิจกรรมร่วมกับผู้ป่วยเพื่อช่วยในการพัฒนาความเข้าใจของตนเองและวิธีการแก้ไขปัญหารวมถึง การเปิดเผยตนเอง,การแบ่งปันความกลัว และความเห็นอกเห็นใจกัน ความรู้สึกในมุมมองของชีวิตที่สั้นลง ความเจ็บป่วยและความตาย ซึ่งจะได้รับการช่วยเหลือโดยผู้นำกลุ่ม สมาชิกจะเป็นผู้เลือกประเด็นที่ตนเองต้องการสนทนา ซึ่งผู้บำบัดจะเป็นผู้สังเกตการณ์ในเรื่องการแสดงออกทางอารมณ์ที่มากขึ้นและพัฒนาการปรับมุมมองชีวิตใหม่โดยเน้นที่นี่และปัจจุบัน โดยยกระดับความเข้าใจในความคิดที่ได้สัมผัสให้อยู่ในขอบเขตในประเด็นสำคัญของโปรแกรม เนื้อหาที่นำมาสนทนากันจะเป็นการเรียนรู้จากประสบการณ์ที่ผ่านมา ซึ่งให้ความสำคัญในเรื่องของเครือข่ายทางสังคม การมีเพศสัมพันธ์ การเผชิญกับการสูญเสีย การเผชิญกับมุมมองชีวิตที่สั้นลง ความวิตกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยในอนาคตและการเสียชีวิต รวมถึงการค้นหาเป้าหมายของชีวิต ซึ่งทุกคนต้องให้ความร่วมมือกัน มีการให้การบ้านกลับไปทำเพื่อพัฒนาให้บรรลุวัตถุประสงค์ในการฝึกทักษะที่จะเรียนรู้ระหว่างการบำบัดให้เกิดความใส่ใจและเกิดการตอบสนอง รวมถึงการปรับตัวต่อการติดเชื้อเอชไอวี **Waiting – list control group** ในช่วงระยะ 4 เดือนที่รอ กลุ่มควบคุมไม่ได้รับการบำบัดทางจิต-สังคมและจะได้รับการประเมินหลังจากระยะการรอคอยสิ้นสุดลง แต่ในการออกแบบการวิจัยที่ 2 ผู้วิจัยต้องการแยกแยะว่าระหว่างโปรแกรมการ

Copyright by Mahidol University

หัวข้อ	รายละเอียด
การบำบัด Intervention (ต่อ)	ปรับพฤติกรรมทางปัญญาและโปรแกรมประสบการณ์บำบัดมีผลกระทบที่แตกต่างกันหรือไม่ ผู้วิจัยจึงนำกลุ่มควบคุมที่ได้รับ intervention แล้ว มารวมกันเป็นคู่ซึ่งเรียกว่า a2 (CBT+WCG-CBT VS ET+WCG-ET) โดยเปรียบเทียบความแตกต่างใน 3 design คือ pre,post และ follow-up โดยใช้แบบประเมินสภาวะทางอารมณ์(POMS-TMD),แบบประเมินสุขภาพทั่วไป (GHQ) และแบบประเมินอาการซึมเศร้า (BDI) และนำมาวิเคราะห์ทางสถิติโดยใช้ RM-ANOVA ซึ่งจะนำมาวิเคราะห์ผลของการบำบัดในเรื่องการจัดการกับความเครียด,การสนับสนุนทางสังคมและการแสดงออกทางอารมณ์ **การประเมินผล** ประเมินผลหลัง intervention ทันทีและติดตามประเมินผลหลังจากนั้น 3 เดือนและ 6 เดือน
ระเบียบวิธีวิจัย	Randomized Controlled Trial
ระดับของงานวิจัย	ระดับ II
ผลการวิจัย	1. การประเมินลักษณะส่วนบุคคล(Demographic Characteristic) พบว่า ไม่มีความแตกต่างระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มตัวอย่าง อายุเฉลี่ย 40.4 ปี และได้รับการวินิจฉัยว่าติดเชื้อเอชไอวีอย่างน้อย 60 เดือน ร้อยละ 69 มีเพศสัมพันธ์กับคู่ของตนเอง ร้อยละ 60 มีผลเลือดบวก ร้อยละ 83 มีงานทำ และ ร้อยละ 58 จบการศึกษาขั้นอุดมศึกษา 2. การประเมินทางจิตสังคม ในขั้นพื้นฐานพบว่าระดับคะแนนของแบบประเมินอาการซึมเศร้า (BDI) และแบบประเมินอาการทางจิต (GHQ) แสดงอาการซึมเศร้าคะแนนมากกว่า 16 และมีอาการทางจิตร้อยละ 12 หลังได้รับ intervention พบว่าระดับคะแนนของแบบประเมินอาการซึมเศร้า(BDI) และแบบประเมินอาการทางจิต (GHQ) ในกลุ่มทดลองพบว่ามีระดับคะแนนต่ำกว่าขั้นพื้นฐานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.01$, $p<0.02$) ตามลำดับ

Copyright by Mahidol University

หัวข้อ	รายละเอียด
ผลการวิจัย (ต่อ)	การวิเคราะห์ความแตกต่างระหว่างการบำบัดด้วย CBT และ ET พบว่าไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลของการบำบัดในเรื่องการปรับตัว,การสนับสนุนทางสังคม และการแสดงออกทางอารมณ์พบว่าไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่าง CBT และ ET และการประเมินความคุ้มทุนพบว่าโปรแกรม ET ได้ผลในระยะสั้นได้ดีกว่า CBT แต่การติดตามในระยะ 6 เดือน พบว่าทั้ง CBT และ ET ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ
ความสอดคล้องกับประเด็นปัญหาทางคลินิก	1. งานวิจัยมีความสอดคล้องกับปัญหาทางคลินิกคือการลดอาการซึมเศร้าในผู้ติดเชื้อเอชไอวี 2. งานวิจัยช่วยกระบวนการตัดสินใจของพยาบาลเกี่ยวกับการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีอาการซึมเศร้า 3. งานวิจัยมีการทดสอบสมมุติฐานเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงความทุกข์ใจในผู้ร่วมการวิจัยที่ได้รับโปรแกรมการปรับพฤติกรรมทางปัญญาและโปรแกรมประสบการณ์บำบัด 4.พยาบาลสามารถนำรูปแบบการใช้โปรแกรมการปรับพฤติกรรมทางปัญญาและโปรแกรมประสบการณ์บำบัด นำมาใช้ในการช่วยเหลือผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีอาการซึมเศร้าได้ 5.กระบวนการเก็บข้อมูลในงานวิจัยที่จะนำมาใช้ในการประเมินอาการซึมเศร้า สามารถนำมาใช้ในคลินิกได้แก่ 5.1 The Dutch Profile of Mood stage(POMS) ใช้ประเมินสภาวะทางอารมณ์ 5.2 Beck Depression Inventory(BDI)ใช้ประเมินอาการซึมเศร้า 5.3 COPE ใช้ประเมินปฏิกิริยาในการเผชิญความเครียด 5.4 Social Support Questionnaire ใช้ประเมินการสนับสนุนทางสังคม 5.5 The Emotional Expression Scale of Watson and Greer ใช้ประเมินการแสดงออกทางอารมณ์ 5.6 Subjective evaluation of therapy benefits ใช้ประเมินผลประโยชน์ที่ได้จากการบำบัด

Copyright by Mahidol University

หัวข้อ	รายละเอียด
การมีความหมายหรือมีคุณค่าในเชิงของศาสตร์	1. งานวิจัยตีพิมพ์ในวารสารที่มีชื่อเสียงคือ Psychosomatic Medicine September-October 1994 Vol.56,423-431 2. งานวิจัยได้รับทุนสนับสนุนจากThe Datch Program Committee on AIDS Research by Grant 90063A of the Datch Ministry of Health 3. เป็นงานวิจัยที่มีคุณภาพโดยพิจารณาจาก 3.1 ชื่อเรื่องแสดงให้เห็นถึงวิธีการบำบัด 2 วิธี และกลุ่มตัวอย่าง คือ ชายรักร่วมเพศที่ติดเชื้อเอชไอวี 3.2 ผู้วิจัยอธิบายเหตุผลของการทำวิจัยอย่างชัดเจน 3.3 ผู้วิจัยใช้กรอบแนวคิดของ The Humanistic and Existential Theory ในกลุ่มประสบการณ์บำบัดเพื่อลดความทุกข์ใจในผู้ติดเชื้อเอชไอวี 3.4 วัตถุประสงค์ของการศึกษามีความสอดคล้องกับปัญหาการวิจัยคือเปรียบเทียบผลของการใช้โปรแกรมการปรับพฤติกรรมทางปัญญาและโปรแกรมประสบการณ์บำบัดเพื่อลดความทุกข์ใจในผู้ติดเชื้อเอชไอวี 3.5 ไม่มีการระบุคำถามแต่มีการทดสอบสมมุติฐานการวิจัย 3.6 ไม่มีการระบุคำจำกัดความของตัวแปรที่เกี่ยวข้อง 3.7 มีการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับประเด็นปัญหาทางจิตใจและวิธีการบำบัดต่าง ๆ เพื่อลดอาการซึมเศร้าในผู้ติดเชื้อเอชไอวีโดยสรุปสั้น ๆ 3.8 มีการระบุถึงกลุ่มประชากรเป้าหมายคือผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่เป็นชายรักร่วมเพศและไม่แสดงอาการ แต่มีความขัดแย้งกับการแบ่งของ CDC คือระบุว่าอยู่ในกลุ่ม B or C ระบุวิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่าง เกณฑ์ในการคัดเลือก จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 3.9 ระเบียบวิธีวิจัยเป็นแบบ RCT มีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมและการติดตามประเมินผลอย่างถูกต้องสถิติการวิจัย 3.10 เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลมีความเหมาะสมกับวัตถุประสงค์ของงานวิจัยและได้ผ่านการตรวจสอบแล้วว่ามีความตรง (validity) และความเที่ยง(reliability)

Copyright by Mahidol University

หัวข้อ	รายละเอียด
การมีความหมายหรือมีคุณค่าในเชิงของศาสตร์	3.11 ไม่ได้ระบุว่าได้รับรองจากคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์และไม่ได้ระบุถึงวิธีการในการรักษาความลับของข้อมูล 3.12 ไม่ได้ระบุถึงขั้นตอนการเก็บข้อมูล 3.13 ผู้วิจัยใช้สถิติเหมาะสมกับวัตถุประสงค์การวิจัยและระดับการวัดของตัวแปร 3.14 ผลการศึกษา -มีการระบุถึงคุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่างอย่างชัดเจน -มีการนำเสนอตารางและอธิบายเนื้อความอย่างชัดเจน 3.15 การอภิปรายผลการศึกษา -มีการระบุถึงข้อจำกัด เช่น กลุ่มตัวอย่างมีน้อยเกินไป -ผู้วิจัยได้เชื่อมโยงผลการศึกษากับวัตถุประสงค์ของการวิจัย คือ การบำบัดทั้ง 2 รูปแบบ ไม่มีความแตกต่างกันในเรื่องความทุกข์ใจในผู้ติดเชื้อเอชไอวี 3.16 การนำผลการวิจัยไปใช้และข้อเสนอแนะ -การศึกษาครั้งต่อไปควรศึกษาถึงความคุ้มทุนในการบำบัดรายบุคคลซึ่งอาจมีมากกว่าการบำบัดแบบโปรแกรมการปรับพฤติกรรมทางปัญญาและประสบการณ์บำบัดรวมถึงการให้ความสำคัญในระดับพื้นฐานของความทุกข์ใจ,รูปแบบการจัดการกับปัญหาและบุคลิกลักษณะรายบุคคลซึ่งในระดับพื้นฐานความทุกข์ใจที่สูง ๆ อาจได้รับประโยชน์มากกว่าการใช้โปรแกรมการปรับพฤติกรรมทางปัญญา -การประเมินผลลัพธ์ของความแตกต่างในการบำบัดทั้งสองนั้น ควรให้ความสำคัญในเครื่องมือที่ประเมินซึ่งจำเพาะเจาะจง เช่น เมื่อต้องการวัดผลโปรแกรมประสบการณ์บำบัด ควรใช้เครื่องมือที่มีความไวเพื่อค้นหาความเปลี่ยนแปลงที่ต่อเนื่องกับการรักษาในประเด็นของการคิดและอารมณ์ -ผู้วิจัยให้ข้อเสนอแนะว่ายังมีการบำบัดอื่น ๆ อีกหลายรูปแบบนอกเหนือจากการศึกษา เช่น การฝึกทักษะเพื่อจัดการกับความเครียด,การให้คำปรึกษาเรื่องจิตวิญญาณ และการให้คำปรึกษารายบุคคล อย่างไรก็ตามยังไม่มีการตีพิมพ์รายงานว่าแบบไหนใดให้ผลการบำบัดมากที่สุด

Copyright by Mahidol University

หัวข้อ	รายละเอียด
แนวโน้มที่จะนำไปใช้ในการปฏิบัติ	
Transferability	-การใช้โปรแกรมการปรับพฤติกรรมทางปัญญามีความเหมาะสมกับหน่วยงานในการนำไปใช้เพื่อดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีอาการซึมเศร้า -หน่วยงานมีกลุ่มประชากรที่คล้ายคลึงกันคือผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่เป็นชายรักร่วมเพศ -การดูแลผู้ป่วยในหน่วยงานมีความคล้ายคลึงกับงานวิจัยคือการใช้โปรแกรมการปรับพฤติกรรมทางปัญญา มีรูปแบบและวิธีการที่สามารถช่วยผู้ป่วยทั้งทางร่างกายและจิตใจ
Feasibility	-พยาบาลสามารถนำรูปแบบโปรแกรมการปรับพฤติกรรมทางปัญญามาใช้ในการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีได้ -ไม่เป็นวิธีการที่ยุ่งยากแต่พยาบาลต้องผ่านการฝึกฝนการใช้โปรแกรม -บุคลากรอื่น ๆ ในหน่วยงานให้การสนับสนุนในการปฏิบัติการพยาบาล -หน่วยงานมีความพร้อมด้านบุคคล สถานที่ และอุปกรณ์เพียงพอ -การปฏิบัติการพยาบาลไม่เป็นการละทิ้งหน้าที่ประจำและสามารถผสมผสานเข้ากับงานประจำได้เลย
Cost-benefit ratio	-การปฏิบัติการพยาบาลไม่ทำให้เกิดความเสี่ยงกับผู้ป่วย -มีประโยชน์ในการนำไปใช้ในการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีอาการซึมเศร้า โปรแกรมได้ผลดีในการลดความทุกข์ใจ,ลดพฤติกรรมเสี่ยงและมีแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ดีเมื่อเผชิญกับการติดเชื้อเอชไอวี -ค่าใช้จ่ายในการใช้โปรแกรมมีเพียงเล็กน้อย หน่วยงานสามารถให้การสนับสนุน -พยาบาลเกิดความภาคภูมิใจที่ได้ดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีให้มีชีวิตยืนยาวขึ้น

Copyright by Mahidol University

หัวข้อ	รายละเอียด
การสรุปเพื่อนำไปใช้	1. การใช้โปรแกรมการปรับพฤติกรรมทางปัญญา(CBT) เน้นใน 3 ประเด็นหลักคือการปรับเปลี่ยนความคิด,การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและการฝึกทักษะการกล้าแสดงออก ระยะเวลาการบำบัดจำนวน15 สัปดาห์ๆ ละ ครั้งๆ ละ 2 ชั่วโมง 50นาที สมาชิกกลุ่ม 6-9ราย โดยมีเนื้อหาที่สำคัญคือ 1. ความสำคัญของแบบแผนการดำเนินชีวิตเพื่อดำรงภาวะสุขภาพ 2. การฝึกผ่อนคลาย โดยการฝึกเกร็ง-คลายกล้ามเนื้อ 3. การเสริมสร้างความภาคภูมิใจในตนเอง (self esteem) 4. การแสดง/ระบายอารมณ์ที่รุนแรง/กดดัน 5. ความสัมพันธ์ทางเพศ 6. ความสำคัญของเครือข่ายทางสังคม 7. การมีทักษะในการสื่อสาร ทุก ๆ ครั้งสมาชิกจะได้รับการบ้านกลับไปทำและจะนำมา discussion กันก่อนเริ่มครั้งต้อไป ช่วงสุดท้ายของแต่ละครั้งจะจบลงด้วยการฝึกทักษะเกร็ง-คลายกล้ามเนื้ออย่างเป็นระบบเพื่อให้ผู้รับการบำบัดนำไปฝึกต่อที่บ้าน 2. การใช้โปรแกรมประสบการณ์บำบัด (Experiential therapy) ระยะเวลาการบำบัดจำนวน 15 สัปดาห์ ๆ ละครั้ง ๆ ละ 2 ชั่วโมง 50 นาที สมาชิกกลุ่ม 6-9 คน วัตถุประสงค์เพื่อยกระดับความสามารถของบุคคลในการกระทำและถามจากการรับรู้ของบุคคลในประสบการณ์ภายในของแต่ละบุคคล และพัฒนาความสัมพันธ์ที่แท้จริงของชีวิตโดยรวมทั้ง 2 สิ่งเข้ากับเหตุการณ์ในปัจจุบันและเลือกที่จะใช้ชีวิตของตนเองในอนาคต เนื้อหาเน้นการเรียนรู้จากประสบการณ์ที่ผ่านมา ซึ่งให้ความสำคัญในเรื่องของเครือข่ายทางสังคม,การมีเพศสัมพันธ์,การเผชิญกับการสูญเสีย,การเผชิญกับมุมมองชีวิตที่สั้นลง,ความวิตกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยในอนาคตและการเสียชีวิต รวมถึงการค้นหาเป้าหมายของชีวิต ซึ่งทุกคนต้องให้ความร่วมมือกัน มีการให้การบ้านกลับไปทำเพื่อพัฒนาให้บรรลุวัตถุประสงค์ในการฝึกทักษะที่จะเรียนรู้ระหว่างการบำบัดให้เกิดความใส่ใจและเกิดการตอบสนอง รวมถึงการปรับตัวต่อการติดเชื้อเอชไอวี 3. เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินอาการซึมเศร้า ใช้ Beck Depression Inventory (BDI)

Copyright by Mahidol University

Lee, M.R., Cohen, L., Hadley, S.W.,& Goodwin, W.(1999). Cognitive – behavioral group therapy with medication for depresses gay men with AIDS or symptomatic HIV infection. *Psychiatric Services, 50,* 948 – 952.

หัวข้อ	รายละเอียด
วัตถุประสงค์การวิจัย	ประสิทธิผลของการใช้กลุ่มบำบัดการปรับพฤติกรรมทางปัญญาร่วมกับยาต้านเศร้าเพื่อรักษาอาการซึมเศร้าในชายรักร่วมเพศที่มีอาการโรคเอดส์หรืออาการป่วยจากการติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์
ทุน	ได้รับทุนสนับสนุนจาก The estate of Paul Garofalo of San Francisco
สมมุติฐานการวิจัย	ไม่ได้ระบุสมมติฐานการวิจัย
Setting งานวิจัย	Washington D.C.
กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย	กลุ่มตัวอย่างเป็นชายรักร่วมเพศที่ป่วยด้วยโรคเอดส์หรือผู้ติดเชื้อเอชไอวีแสดงอาการ จำนวน 15 คน ที่เข้าร่วมโครงการ ต้องผ่านทางการโฆษณาในหนังสือพิมพ์ท้องถิ่นที่ให้บริการชายรักร่วมเพศ, ผู้ติดเชื้อที่เข้าร่วมการวิจัย จะต้องผ่านการสัมภาษณ์ (clinical interviews) 2 ครั้ง โดยจิตแพทย์เจ้าของโครงการ (the first author), และผู้บำบัด (the second author) ผู้บำบัดทั้ง 2 คน มีความเห็นร่วมกันว่าผู้ติดเชื้อมีอาการป่วยตามเกณฑ์การวินิจฉัย DSM IV ผู้ติดเชื้อเอชไอวีเหล่านี้ปัจจุบันไม่มีการติดสุรา ยาเสพติด ไม่มีความคิดฆ่าตัวตาย, โรคอารมณ์แปรปรวน (Bipolar disorder), โรคบุคลิกภาพแปรปรวน (Borderline personality disorder) และโรคทางจิตเวช (Phychotic disorder) ผู้ป่วยที่ได้รับการคัดเลือกจะได้รับกลุ่มบำบัดโดยการปรับพฤติกรรมทางปัญญาร่วมกับยาต้านเศร้า เมื่อมีข้อบ่งชี้ กลุ่มตัวอย่างมีจำนวนทั้งหมด 15 คน ป่วยเป็นโรคซึมเศร้า (Major depressive disorder) จำนวน 12 คน และโรคซึมเศร้าเรื้อรัง (dysthymia) จำนวน 3 คน ผู้ป่วย 12 คนมีอาการป่วยด้วยโรคเอดส์ (category C) ตามเกณฑ์ของ the Center for Disease Control and Prevention) และอีก 3 คนติดเชื้อเอชไอวีแสดงอาการ (category B)

Copyright by Mahidol University

หัวข้อ	รายละเอียด
เครื่องมือในการประเมินผลลัพธ์	1. Hamilton Depression Rating Scale (HDRS) ใช้ประเมินอาการซึมเศร้า 2. Global Assessment Scale (GAS) ใช้ประเมินการทำหน้าที่โดยรวมของร่างกาย 3. Beck Depression Inventory (BDI) ใช้ประเมินอาการซึมเศร้า
การบำบัด (Intervention)	**Group Cognitive - Behavioral Therapy (CBT)** เป็นการบำบัดโดยการปรับพฤติกรรมทางปัญญารายกลุ่ม ซึ่งปรับบางวิธีการให้เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมาย จำนวน 20 ครั้ง สัปดาห์ละครั้ง ครั้งละ 2 ชั่วโมง เพื่อให้สามารถปรับเปลี่ยนความเชื่อที่ผิด (dysfunctional core beliefs) ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี และป้องกันการกลับเป็นซ้ำ บำบัดโดยนักสังคมสงเคราะห์คลินิกที่ได้รับใบอนุญาตในการรักษาแบบการปรับพฤติกรรมทางปัญญาในชุมชนรักร่วมเพศ การบำบัดแบ่งผู้ป่วยเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มที่ 1 จำนวน 9 คน และกลุ่มที่ 2 จำนวน 6 คน ได้รับอนุญาต ให้รับการบำบัดรายบุคคล ครอบครัวบำบัดหรือกลุ่มสนับสนุนตามที่ต้องการ ข้อตกลงเบื้องต้นของการบำบัดโดยการปรับพฤติกรรมทางปัญญาในการวิจัยนี้เป็นการสอนให้ผู้ป่วยตระหนักและสามารถเผชิญกับความเชื่อและการรับรู้ที่ไม่สมเหตุสมผล เพื่อให้ผู้ติดเชื้อหยุดและลดกระบวนการคิดที่ทำให้เกิดอาการซึมเศร้าและป้องกันอาการซึมเศร้าโดยใช้กลยุทธ์ต่างๆ ของการปรับพฤติกรรมทางปัญญา (Cognitive Behavioral Therapy) เพื่อแสดงให้ผู้ติดเชื้อตรวจสอบความคิดอัตโนมัติทางลบของตนเอง เข้าใจผลของความคิดนั้นต่ออารมณ์และแสดงวิธีการเปลี่ยนแปลงการรับรู้ ซึ่งสามารถป้องกันให้เกิดความคิดหรืออาการซึมเศร้าได้ รวมถึงช่วยให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี ตรวจสอบความเชื่อที่ผิดเกี่ยวกับคุณค่าของตนเอง และความคาดหวังจากบุคคลอื่นที่ทำให้เกิดความเปราะบางต่ออาการซึมเศร้า ใช้การสอนที่เฉพาะเจาะจง เพื่อปรับเปลี่ยน (modify) ความเชื่อที่ผิด ใช้การเรียนรู้โดยการสังเกต จากตัวแบบเพื่อนสมาชิกในกลุ่ม (peer modeling)

Copyright by Mahidol University

หัวข้อ	รายละเอียด
การบำบัด (Intervention)(ต่อ)	กลุ่มปรับพฤติกรรมทางปัญญา เริ่มการบำบัดครั้งแรกจะให้ผู้ป่วยแต่ละคน กำหนดเป้าหมาย การบำบัดของตนเอง ซึ่งนอกจากจะลดอาการซึมเศร้าแล้วยังให้ความสำคัญกับการว่างงานที่มีความสัมพันธ์กับการเพิ่มอาการซึมเศร้า การลดคุณค่าในตนเอง และความวิตกกังวลเกี่ยวกับสัมพันธภาพในครอบครัว โดยทั่วไปผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีความสัมพันธ์กับครอบครัวไม่ดี เนื่องจากการมีอคติต่อความสัมพันธ์ทางเพศของผู้ป่วย ดังนั้น เป้าหมายการบำบัดผู้ป่วยจึงควรรวมประเด็นความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและภาวะสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ความวิตกกังวลของผู้ติดเชื้อเอชไอวีส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพและปัญหาสัมพันธภาพระหว่างบุคคล การบำบัดแต่ละครั้งจึงมีเป้าหมายให้ผู้ติดเชื้อ เอชไอวี สามารถระบุปัญหา และหาวิธีการแก้ปัญหาได้ โดยการให้ผู้ติดเชื้อทดลองวิธีการต่างๆ ในการช่วยเหลือตนเอง (self-help experiments) วิธีการของกลุ่มบำบัดทางพฤติกรรมทางปัญญา มีดังนี้ เมื่อเริ่มกลุ่มทุกครั้งผู้ป่วยจะทำแบบประเมินอาการซึมเศร้า (BDI) และผู้บำบัดจะรับรู้ผลการประเมินโดยให้ความสำคัญกับความคิดฆ่าตัวตาย ผู้ป่วยแต่ละคนต้องรายงานสภาวะทางอารมณ์ ความคิด การทดลองวิธีการต่างๆ ในการช่วยเหลือด้วยตนเอง และการบ้านในสัปดาห์ที่ผ่านมา ผู้ป่วยแต่ละคนจะได้รับเอกสารและคำแนะนำ ในการทดลองวิธีการต่างๆในการช่วยเหลือตนเอง โดยเน้นศึกษาหรือมโนทัศน์ที่กลุ่มให้ความสนใจร่วมกัน โครงสร้าง agenda ของการบำบัด โดยการปรับพฤติกรรมทางปัญญา จะปรับเปลี่ยนไปตามความกังวลใจหรือภาวะวิกฤติของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ดังนั้นผู้บำบัดจะให้ความสำคัญกับปัญหาของผู้ป่วยและขอให้สมาชิกในกลุ่ม ช่วยกันให้การสนับสนุนและช่วยเหลือ วิธีการนี้ช่วยให้สมาชิกในกลุ่มมีความเข้าใจและเห็นใจกันภายในกลุ่ม และช่วยให้เกิดการเรียนรู้ทักษะต่างๆ จากสมาชิกแต่ละคน กลุ่มบำบัดโดยการปรับพฤติกรรมทางปัญญา 10 ครั้งแรก เป็นการดำเนินการกลุ่ม เพื่อช่วยให้สมาชิกกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวี ตรวจสอบ

Copyright by Mahidol University

หัวข้อ	รายละเอียด
การบำบัด (Intervention)(ต่อ)	ความสัมพันธ์ระหว่างอาการซึมเศร้าและความคิดอัตโนมัติ โดยการใช้อุปกรณ์เพื่อการศึกษาและให้ผู้ติดเชื้อฝึกทำการบ้าน(exercise) ประกอบด้วยการบันทึก (work sheet เป็นประจำทุกสัปดาห์) เกี่ยวกับเหตุการณ์ในชีวิต เพื่อฝึกทักษะกระบวนการคิดใหม่ (cognitive restructuring) ในการแยกแยะสิ่งต่างๆ ที่ทำให้เกิดอาการซึมเศร้า และเชื่อมโยงกับความคิดอัตโนมัติ, การค้นหาความคิดบิดเบือนและการพัฒนาปฏิกิริยาตอบสนองที่สอดคล้องกับความเป็นจริงในเชิงบวก การฝึกทำการบ้านจะช่วยให้ผู้ป่วยค้นพบความสัมพันธ์ระหว่าง การกระทำและอารมณ์ จึงสามารถทำกิจกรรมที่มีความสุข และยกระดับอารมณ์ ซึ่งเป็นการเพิ่มแรงจูงใจ ขวัญและกำลังใจของผู้ป่วย กลุ่มบำบัดโดยการปรับพฤติกรรมทางปัญญา 10 ครั้งที่ 2 เป็นการดำเนินการกลุ่มเพื่อให้สมาชิกกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีตรวจสอบความสัมพันธ์ ระหว่างความเชื่อหลักที่บิดเบือน(dysfunctional core belief) อารมณ์ซึมเศร้าและพฤติกรรมที่ทำให้ตนเองรู้สึกล้มเหลว อุปกรณ์เพื่อการศึกษาประกอบด้วยเอกสารเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อหลัก(core belief) และอาการซึมเศร้า แบบสอบถามเพื่อช่วยระบุความเชื่อหลักที่บิดเบือน (dysfunctional core belief) ความเชื่อหลักที่บิดเบือน ของผู้ป่วยเกิดขึ้นได้อย่างไร ประโยชน์และโทษของความเชื่อหลักที่บิดเบือนและวิธีการสร้างความเชื่อหลักใหม่ Group Antidepressant Medication จิตแพทย์ประจำโครงการวิจัยเป็นผู้ให้การรักษาด้วยยาต้านเศร้าแก่ผู้ป่วย โดยประเมินผู้ป่วยในสัปดาห์ที่ 6-8 ของการบำบัดเพื่อประเมินความต้องการของผู้ป่วยและยินยอมในการรักษาด้วยยาต้านเศร้า ถ้าผู้ป่วยมีข้อบ่งชี้ก็จะเริ่มให้การรักษาด้วยยาต้านเศร้าและพูดคุยเกี่ยวกับอาการของผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ จิตแพทย์จะแนะนำให้ผู้ป่วยได้รับยาต้านเศร้าถ้าผู้ป่วยมีการตอบสนองต่อกลุ่มบำบัดไม่ดีหรืออาการซึมเศร้ารบกวนการทำหน้าที่ (functioning) มีผู้ป่วย 2 คนได้รับการบำบัดด้วยยาต้านเศร้า ตั้งแต่ในระยะแรก ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความลังเลในการรับประทานยาต้านเศร้า

Copyright by Mahidol University

หัวข้อ	รายละเอียด
การบำบัด (Intervention) (ต่อ)	เนื่องจากกังวลว่า จะรับประทานยามากเกินไปและผลข้างเคียงของยา ซึ่งมีรายงานว่า ผู้ป่วยเอดส์ ที่ได้รับยาต้านเศร้ามีโอกาสเกิดอาการข้างเคียงจากการใช้ยาสูงถึงร้อยละ 25 และพบว่าผู้ป่วยเลิกใช้ยาเนื่องจากผลของอาการข้างเคียง ใน 6 สัปดาห์ตั้งแต่การใช้ยามีสูงถึง ร้อยละ 10 อย่างไรก็ตามผู้ป่วยจำนวน 7 คนที่ได้รับคำแนะนำให้ได้รับยาต้านเศร้าและยังมีความลังเลในระยะแรกที่ยอมรับประทานยาต้านเศร้าเป็นครั้งคราวระหว่างบำบัด ดังนั้นจึงมีผู้ป่วยจำนวน 9 คน จากจำนวน 15 คนได้รับการรักษา แบบการปรับพฤติกรรมทางปัญญาร่วมกับยาต้านเศร้า ซึ่งการเปลี่ยนแปลงทัศนคติต่อการรับประทานยาต้านเศร้าในผู้ป่วยกลุ่มนี้ อาจเป็นผลจากการบำบัดรายกลุ่มที่ได้รับ โดยการให้ข้อมูลเกี่ยวกับประโยชน์ของยาต้านเศร้า และอภิปรายร่วมกันเกี่ยวกับความกลัว ของผู้ป่วยต่อการใช้ยา ยาต้านเศร้าที่ใช้กับผู้ป่วยมีหลายชนิด เช่น nortriptylene, paroxetine และ bupropion ขึ้นกับอาการ ประวัติการใช้ยา และอาการข้างเคียงของผู้ป่วยแต่ละราย ผู้ป่วยทุกรายที่ได้รับยาต้านเศร้ามีการตอบสนองดีในการลดอาการซึมเศร้าและเพิ่มการทำหน้าที่(improve functioning) โดยเฉลี่ยผู้ป่วยจะได้รับยาต่อเนื่องนานกว่า 7 เดือน (ระยะเวลาตั้งแต่ 1 เดือนจนถึงมากกว่า 11 เดือนของการศึกษา) ผู้ป่วยจำนวน 7 คน หยุดรับยาต้านเศร้าเนื่องจาก ผู้ป่วย 2 คน รู้สึกว่าอาการดีขึ้นและไม่จำเป็นต้องใช้ ผู้ป่วยอีก 5 คน มีอาการข้างเคียงของยา เช่น รู้สึกง่วงซึมมาก การทำงานของตับผิดปกติ และรู้สึกไม่สุขสบายในทางเดินอาหาร ผู้ป่วย 4 ใน 5 คนที่มีอาการข้างเคียงของยา มีการรับประทานยา อย่างต่อเนื่อง อย่างน้อย 2 เดือน (mean=10เดือน) การประเมินผล ประเมินผลหลังได้รับ intervention และติดตามประเมินผลหลังจากนั้น 1 ปี

Copyright by Mahidol University

หัวข้อ	รายละเอียด
ระเบียบวิธีวิจัย	การวิจัยเชิงทดลอง กลุ่มตัวอย่างกลุ่มเดียวมีการเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลองแต่ไม่มีการสุ่ม
ระดับของงานวิจัย	ระดับ III
ผลการวิจัย	การปรับตัวของการรักษาแบบการปรับพฤติกรรมทางปัญญาในกลุ่มชายรักร่วมเพศที่เป็นเอดส์หรือติดเชื้อเอชไอวีแสดงอาการที่มีอาการซึมเศร้า ในผู้ป่วยจำนวน 15 คน มี 13 คน ที่ได้รับการบำบัดครบหลักสูตร (mean=15 sessions, range อยู่ที่ 8-20 sessions) 1 ใน 13 คน เสียชีวิตหลังจากจบการบำบัดจึงไม่มีผลลัพธ์ให้เห็น ข้อมูลที่ได้ จึงเป็น 12 คน เมื่อสิ้นสุดโปรแกรม ผลการประเมินพบว่า 1.อาการซึมเศร้า (Hamilton Depression Rating Scale(HDRS)) มีคะแนน 26 ลดลงเหลือ 9 คะแนน อาการซึมเศร้าลดลงกว่าร้อยละ 50 2.อาการซึมเศร้า (Beck Depression Inventory (BDI)) จากคะแนนพื้นฐาน 24 คะแนน หลังบำบัดลดลงเหลือ 15 คะแนน และติดตามผลลดลงเหลือ 9 คะแนน อาการซึมเศร้าลดลงมากกว่าร้อยละ 50 3.การทำหน้าที่ของร่างกาย Global Assessment Scale (GAS) จากคะแนนพื้นฐาน 57 คะแนน หลังบำบัดเพิ่มขึ้นเป็น 72 คะแนน และติดตามผลเพิ่มขึ้นเป็น 80 คะแนน
ความสอดคล้องกับประเด็นปัญหาทางคลินิก	1.สอดคล้องกับปัญหาทางคลินิกที่ต้องการแก้ไขคือการลดอาการซึมเศร้าในผู้ติดเชื้อเอชไอวีแสดงอาการ 2.สามารถช่วยกระบวนการตัดสินใจของพยาบาลเกี่ยวกับการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีอาการซึมเศร้าหรือเป็นโรคซึมเศร้า 3.พยาบาลสามารถนำรูปแบบการใช้โปรแกรมการปรับพฤติกรรมทางปัญญามาใช้ในการช่วยเหลือผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีอาการซึมเศร้า แต่การใช้โปรแกรมจำเป็นต้องมีจิตแพทย์ร่วมด้วยเพื่อวินิจฉัยโรคซึมเศร้าและสั่งยาต้านเศร้า 4.กระบวนการเก็บข้อมูลในงานวิจัยที่จะนำมาใช้ในการประเมินอาการซึมเศร้าสามารถนำมาใช้ในคลินิกได้แก่

Copyright by Mahidol University

หัวข้อ	รายละเอียด
ความสอดคล้องกับประเด็นปัญหาทางคลินิก (ต่อ)	4.1 แบบประเมินอาการซึมเศร้า - Hamilton Depression Rating Scale (HDRS) - Beck Depression Inventory (BDI) 4.2 แบบประเมินการทำหน้าที่โดยรวมของร่างกาย - Global Assessment Scale (GAS)
การมีความหมายหรือมีคุณค่าในเชิงของศาสตร์	1.ได้รับการตีพิมพ์ในวารสารที่มีชื่อเสียงคือ Psychiatric Services 50 , 948 – 952 ทีมผู้วิจัยมีความรู้ ความเชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิต 2. ได้รับการสนับสนุนจาก The Estate of Paul Garofalo of San Francisco 3. เป็นงานวิจัยที่มีคุณภาพโดยพิจารณาจาก 3.1 เป็นการศึกษาการบำบัดโดยใช้โปรแกรมการปรับพฤติกรรมทางปัญญาและยาต้านเศร้าและตัวแปรที่สำคัญคืออาการซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่างคือผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่เป็นชายรักร่วมเพศ 3.2 ผู้วิจัยอธิบายเหตุผลของการทำวิจัยอย่างชัดเจน 3.3 ผู้วิจัยไม่ได้แสดงกรอบแนวคิดหรือกรอบทฤษฎีไว้อย่างชัดเจน แต่อธิบายกลไกของการปรับพฤติกรรมทางปัญญาเพื่อลดอาการซึมเศร้าอย่างชัดเจน 3.4 วัตถุประสงค์ของการศึกษามีความสอดคล้องกับปัญหาการวิจัยคือประเมินประสิทธิภาพของโปรแกรมการปรับพฤติกรรมทางปัญญาร่วมกับยาต้านเศร้าเพื่อรักษาอาการซึมเศร้าในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ 3.5 ไม่มีการระบุคำถามการวิจัย 3.6 ไม่มีการระบุคำจำกัดความของตัวแปรที่เกี่ยวข้อง 3.7 มีการทบทวนวรรณกรรมที่ทันสมัยและมีการนำเสนอเนื้อหาของวิธีการบำบัดต่าง ๆ เพื่อลดอาการซึมเศร้าโดยสรุปสั้น ๆ 3.8 มีการระบุถึงกลุ่มประชากรเป้าหมายคือชายรักร่วมเพศที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ แสดงอาการ,วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่าง เกณฑ์ในการคัดเลือกและจำนวนกลุ่มตัวอย่าง

Copyright by Mahidol University

หัวข้อ	รายละเอียด
การมีความหมายหรือมีคุณค่าในเชิงของศาสตร์ (ต่อ)	3.9 ระเบียบวิธีวิจัยเป็นการทดลองมีการทดสอบก่อนและหลังการทดลอง (experimental pre and post test design) ไม่มีการสุ่มและไม่มีการควบคุมแต่มีการวัดผลก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม 3.10 เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลมีความเหมาะสมกับวัตถุประสงค์ของงานวิจัย คือ 1.Hamilton Depression Rating Scale (HDRS) ใช้ประเมินอาการซึมเศร้า 2 Global Assessment Scale (GAS) ใช้ประเมินการทำหน้าที่โดยรวมของร่างกาย 3 Beck Depression Inventory (BDI) ใช้ประเมินอาการซึมเศร้า 3.11 ไม่ได้ระบุว่าได้รับรองจากคณะกรรมการการวิจัยในมนุษย์และไม่ได้ระบุถึงวิธีการในการรักษาความลับของข้อมูล 3.12 ไม่ได้ระบุถึงขั้นตอนการเก็บข้อมูล 3.13 ผู้วิจัยใช้สถิติเหมาะสมกับวัตถุประสงค์การวิจัย 3.14 ผลการศึกษา -มีการระบุถึงคุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่างอย่างชัดเจน -ไม่มีการนำเสนอตารางเพื่ออธิบายเนื้อความจากการศึกษา 3.15 การอภิปรายผลการศึกษา -มีการระบุถึงข้อจำกัด เช่น การศึกษาไม่ได้ควบคุมกลุ่มตัวอย่างและกลุ่มตัวอย่างมีน้อยเกินไป -ผู้ป่วยได้รับอนุญาตให้ใช้การรักษาอื่น ๆ เพิ่มเติมนอกเหนือจากโปรแกรมการปรับพฤติกรรมทางปัญญา(CBT) ดังนั้นความเป็นไปได้ว่าการตอบสนองของผู้ป่วยจะ non-specific หรือเนื่องจากองค์ประกอบอื่นมากกว่าโปรแกรมการปรับพฤติกรรมทางปัญญา(CBT)

Copyright by Mahidol University

หัวข้อ	รายละเอียด
การมีความหมายหรือมีคุณค่าในเชิงของศาสตร์ (ต่อ)	3.16 การนำผลการวิจัยไปใช้และข้อเสนอแนะ -โครงสร้างของโปรแกรมการปรับพฤติกรรมทางปัญญาเหมาะสมสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่แสดงอาการ โดยเฉพาะผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีอาการซึมเศร้าเนื่องจากจุดเน้นของโปรแกรมอยู่ที่การปรับความคิดเพื่อช่วยเหลือให้ผู้ป่วยรู้จักการจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้น และผู้วิจัยเชื่อว่าถ้าสามารถประยุกต์การใช้โปรแกรมการปรับพฤติกรรมทางปัญญารายกลุ่มร่วมกับการใช้ยาต้านเศร้านำมาใช้ในคลินิกก็จะเกิดประโยชน์สูงสุด
แนวโน้มที่จะนำไปใช้ในการปฏิบัติ Transferability	1. การใช้โปรแกรมการปรับพฤติกรรมทางปัญญาสามารถนำมาประยุกต์ใช้ในหน่วยงานเพื่อลดอาการซึมเศร้าในผู้ติดเชื้อเอชไอวีแสดงอาการ วัตถุประสงค์ของงานวิจัยเพื่อนำเสนอผลของการใช้โปรแกรมการปรับพฤติกรรมทางปัญญาและการใช้ยาต้านเศร้าซึ่งได้ผลดีและตรงกับความต้องการของหน่วยงาน 2. หน่วยงานมีกลุ่มประชากรคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างคือผู้ติดเชื้อเอชไอวีแสดงอาการ 3. การใช้โปรแกรมการปรับพฤติกรรมทางปัญญา มีรูปแบบและวิธีการที่สามารถช่วยผู้ป่วยทั้งร่างกายและจิตใจโดยเฉพาะอาการซึมเศร้า ซึ่งตรงกับการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมในหน่วยงาน
Feasibility	1.พยาบาลมีอำนาจเต็มที่ในการปฏิบัติการพยาบาลและสามารถยุติได้ถ้าไม่ได้ผล 2.ไม่เป็นวิธีการที่ยุ่งยากสำหรับพยาบาลแต่พยาบาลต้องผ่านการฝึกฝนในการใช้โปรแกรม 3.บุคลากรอื่น ๆ ในหน่วยงาน ให้การสนับสนุนในการปฏิบัติการพยาบาล 4.หน่วยงานมีความพร้อมด้านบุคคล สถานที่ และอุปกรณ์เพียงพอในการปฏิบัติการพยาบาล

Copyright by Mahidol University

หัวข้อ	รายละเอียด
Feasibility (ต่อ) Cost-benefit ratio	5.การดำเนินการพยาบาลไม่เป็นการละทิ้งหน้าที่ประจำและสามารถผสมผสานเข้ากับงานประจำได้เลย -การปฏิบัติการพยาบาลไม่ทำให้เกิดความเสี่ยงกับผู้ป่วย -มีประโยชน์ในการนำไปใช้ในการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีอาการซึมเศร้า โปรแกรมได้ผลดีในการลดอาการซึมเศร้า ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถจัดการแก้ไขปัญหาได้อย่างเหมาะสมเมื่อเผชิญกับการติดเชื้อเอชไอวี -ค่าใช้จ่ายในการใช้โปรแกรมมีเพียงเล็กน้อย หน่วยงานสามารถให้การสนับสนุน -พยาบาลเกิดความภาคภูมิใจที่ได้ดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีให้มีชีวิตยืนยาวขึ้น
การสรุปเพื่อนำไปใช้	1. การบำบัดโดยการปรับพฤติกรรมทางปัญญารายกลุ่ม สามารถนำมาใช้ในผู้ติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มชายรักร่วมเพศ ที่มีอาการโรคเอดส์หรืออาการป่วยจากการติดเชื้อเอชไอวีและมีอาการซึมเศร้า 2. เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินซึมเศร้า ใช้แบบประเมินอาการซึมเศร้า - Hamilton Depression Rating Scale - Beck Depression Inventory 3. ผู้บำบัดเป็นนักสังคมสงเคราะห์ที่ได้รับใบอนุญาตในการรักษาแบบการปรับพฤติกรรมทางปัญญา 4. การบำบัดโดยการปรับพฤติกรรมทางปัญญารายกลุ่ม เป็นการสอนให้ผู้ป่วยตระหนักและสามารถเผชิญกับความเชื่อและการรับรู้ที่ไม่สมเหตุสมผลเพื่อให้ผู้ติดเชื้อ หยุดและลดกระบวนการคิดที่ทำให้เกิดอาการซึมเศร้าและป้องกันอาการซึมเศร้าโดยใช้กลยุทธ์ต่างๆ ของการปรับพฤติกรรมทางปัญญา ระยะเวลาการบำบัดจำนวน 20 ครั้ง สัปดาห์ละครั้ง ครั้งละ 2 ชั่วโมง รูปแบบกลุ่มบำบัดโดยการปรับพฤติกรรมทางปัญญามีดังนี้ เมื่อเริ่มกลุ่มทุกครั้งผู้ป่วยจะทำแบบประเมินอาการซึมเศร้า (BDI) และผู้บำบัดจะรับรู้ผลการประเมินโดยให้ความสำคัญกับ

Copyright by Mahidol University

หัวข้อ	รายละเอียด
การสรุปเพื่อนำไปใช้ (ต่อ)	ความคิดฆ่าตัวตาย ผู้ป่วยแต่ละคนต้องรายงานสภาวะทางอารมณ์ ความคิด การทดลองวิธีการต่างๆ ในการช่วยเหลือด้วยตนเอง และการบ้านในสัปดาห์ที่ผ่านมา ผู้ป่วยแต่ละคนจะได้รับเอกสารและคำแนะนำ ในการทดลองวิธีการต่างๆในการช่วยเหลือตนเอง โดยเน้นศึกษาหรือมโนทัศน์ที่กลุ่มให้ความสนใจร่วมกัน โครงสร้าง agenda ของการบำบัด โดยการปรับพฤติกรรมทางปัญญา จะปรับเปลี่ยนไปตามความกังวลใจหรือภาวะวิกฤติของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ดังนั้นผู้บำบัดจะให้ความสำคัญกับปัญหาของผู้ป่วยและขอให้สมาชิกในกลุ่ม ช่วยกันให้การสนับสนุนและช่วยเหลือ วิธีการนี้ช่วยให้สมาชิกในกลุ่มมีความเข้าใจและเห็นใจกันภายในกลุ่ม และช่วยให้เกิดการเรียนรู้ทักษะต่างๆ จากสมาชิกในกลุ่ม กลุ่มบำบัดโดยการปรับพฤติกรรมทางปัญญา 10 ครั้งแรก เป็นการดำเนินการกลุ่ม เพื่อช่วยให้สมาชิกกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวี ตรวจสอบความสัมพันธ์ระหว่างอาการซึมเศร้าและความคิดอัตโนมัติ โดยการใช้อุปกรณ์เพื่อการศึกษาและให้ผู้ติดเชื้อฝึกทำการบ้านหลังจากกลุ่มบำบัดโดยการปรับพฤติกรรมทางปัญญา การฝึกทำการบ้าน (exercise) ประกอบด้วยการบันทึก (work sheet เป็นประจำทุกสัปดาห์) เกี่ยวกับเหตุการณ์ในชีวิต เพื่อฝึกทักษะกระบวนการคิดใหม่ (cognitive restructuring) ในการแยกแยะสิ่งต่างๆ ให้เกิดอาการซึมเศร้า และเชื่อมโยงกับความคิดอัตโนมัติ, การค้นหาความคิดบิดเบือนและการพัฒนาปฏิกิริยาตอบสนองที่สอดคล้องกับความเป็นจริงในเชิงบวก การฝึกทำการบ้านจะช่วยให้ผู้ป่วยค้นพบความสัมพันธ์ระหว่าง การกระทำและอารมณ์ จึงสามารถทำกิจกรรมที่มีความสุข และยกระดับอารมณ์ ซึ่งเป็นการเพิ่มแรงจูงใจ ขวัญและกำลังใจของผู้ป่วย กลุ่มบำบัดโดยการปรับพฤติกรรมทางปัญญา 10 ครั้งที่ 2 เป็นการดำเนินการกลุ่มเพื่อให้สมาชิกกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีตรวจสอบความสัมพันธ์ ระหว่างความเชื่อหลักที่บิดเบือน(dysfunctional core belief) อารมณ์ซึมเศร้าและพฤติกรรมที่ทำให้ตนเองรู้สึกล้มเหลว

Copyright by Mahidol University

หัวข้อ	รายละเอียด
การสรุปเพื่อนำไปใช้ (ต่อ)	อุปกรณ์เพื่อการศึกษาประกอบด้วยเอกสารเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อหลัก (core belief) และอาการซึมเศร้า แบบสอบถามเพื่อช่วยระบุความเชื่อหลักที่บิดเบือน (dysfunctional core belief) ความเชื่อหลักที่บิดเบือน ของผู้ป่วยเกิดขึ้นได้อย่างไร ประโยชน์และโทษของความเชื่อหลักที่บิดเบือนและวิธีการสร้างความเชื่อหลักใหม่ Group Antidepressant Medication จิตแพทย์ประจำโครงการวิจัยเป็นผู้ให้การรักษาด้วยยาต้านเศร้าแก่ผู้ป่วย โดยประเมินผู้ป่วยในสัปดาห์ที่ 6-8 ของการบำบัดเพื่อประเมินความต้องการของผู้ป่วยและยินยอมในการรักษาด้วยยาต้านเศร้า ถ้าผู้ป่วยมีข้อบ่งชี้ก็จะเริ่มให้การรักษาด้วยยาต้านเศร้าและพูดคุยเกี่ยวกับอาการของผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ

Copyright by Mahidol University

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

หัวข้อ	รายละเอียด
วัตถุประสงค์การวิจัย	ผลของการใช้โปรแกรมการปรับพฤติกรรมทางปัญญา (cognitive behavioral group therapy (CBT)) และโปรแกรมกลุ่มเพื่อนช่วย/ให้การปรึกษาเพื่อน (peer support/counseling group therapy (PSC)) เพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตและลดความเครียดทางด้านจิตใจ
ทุน	ได้รับทุนสนับสนุนจาก MSS 033 from the Hong Kong Council for the AIDS Trust Fund
สมมุติฐานการวิจัย	ทั้งโปรแกรมการปรับพฤติกรรมทางปัญญาและกลุ่มเพื่อนช่วย/ให้การปรึกษาเพื่อน จะเป็นประโยชน์แก่ผู้ป่วยในการพัฒนาด้านอารมณ์และคุณภาพชีวิต ลดความไม่แน่นอนของอาการป่วยเพื่อเปรียบเทียบกับผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาตามปกติ
Setting งานวิจัย	The outpatient clinic of a large hospital in Hong Kong
กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย	กลุ่มตัวอย่างจำนวน 46 คน จาก 91 คน ที่เข้าหลักเกณฑ์ส่วนใหญ่ที่ผู้ป่วยไม่ต้องการเข้าร่วมโครงการเนื่องจากไม่ต้องการเปิดเผยตนเองโดยการเข้ารับการบำบัดแบบกลุ่ม หรือผู้ป่วยได้รับการบำบัดในโครงการอื่นๆ อยู่ หลักเกณฑ์การคัดเลือกผู้เข้าร่วมโครงการ 1. ได้รับการวินิจฉัยว่าเจ็บป่วยด้วยการติดเชื้อเอชไอวี 2. ติดเชื้อเอชไอวีแสดงอาการ (CDC stage B or C) 3. เพศหญิงหรือชายที่มีอายุมากกว่า 18 ปี 4. สามารถเข้าใจและเขียนภาษาจีนได้ 5. สมัครใจเข้าร่วมการศึกษา โดยแบ่งกลุ่มเป็นโปรแกรมการปรับพฤติกรรมทางปัญญา(CBT) จำนวน 10 คน โปรแกรมกลุ่มเพื่อนช่วย/ให้การปรึกษาเพื่อน(PSC) จำนวน

Copyright by Mahidol University

หัวข้อ	รายละเอียด
กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย (ต่อ)	10 คน และกลุ่มเปรียบเทียบจำนวน 26 คน มีเพียง 36 คนที่จบโปรแกรมและสิ้นสุดการประเมิน 3 ครั้ง ร้อยละ 24 ของกลุ่มตัวอย่างที่ลดลงเนื่องจาก 11 คน ถอนตัวออกจากการศึกษา ประกอบด้วย โปรแกรมการปรับพฤติกรรมทางปัญญา (CBT) 1 คน โปรแกรมกลุ่มเพื่อนช่วย/ให้การปรึกษาเพื่อน (PSC) 3 คน และอีก 7 คนจากกลุ่มเปรียบเทียบ เหตุผลที่ขอถอนตัวเนื่องจากการเดินทางไปทำธุรกิจ 1 คน เสียชีวิต 1 คน (หลังจากการประเมินครั้งที่ 2) ปฏิเสธที่จะตอบแบบสอบถามในการประเมินครั้งที่ 3 เนื่องจากการเสียชีวิตของสมาชิกกลุ่ม จำนวน 3 คน และไม่ไปรับบริการในแผนกผู้ป่วยนอก,ไม่มีเวลา จำนวน 3 คน ดังนั้น ในการศึกษาครั้งนี้มีผู้ครบการประเมินทั้งสิ้น 35 คน (CBT=9, PSC=7 และกลุ่มเปรียบเทียบ=19) กลุ่มเป้าหมายเป็นผู้ป่วยนอกที่มาพบแพทย์เป็นประจำทุกเดือน มีการอธิบายถึงจุดมุ่งหมายและวัตถุประสงค์ของการศึกษาให้ทราบหลังจากการตกลงในเบื้องต้น ผู้ป่วยจะได้รับการดูแลโดยพยาบาลของโครงการวิจัยที่เป็นผู้ให้ข้อมูลและบอกวัตถุประสงค์ของการศึกษานี้ มีการเซ็นเอกสารยินยอม ผู้ป่วยทุกคนต้องกรอกข้อมูลพื้นฐาน(baseline data)ซึ่งจะเป็นเรื่องของลักษณะของประชากร ภาวะทางอารมณ์ ระดับของคุณภาพชีวิต หลังจากนั้นเป็นการสุ่มว่าอยู่กลุ่มใดระหว่าง CBT, PSC และกลุ่มเปรียบเทียบ วิธีการสุ่มตัวอย่างใช้วิธีให้ผู้ป่วยเลือกซองที่ระบุ CBT, PSC และการรักษาแบบปกติ เกือบครึ่งหนึ่งของผู้ที่สุ่มได้ CBT และ PSC ปฏิเสธการรักษาแบบเป็นกลุ่มเนื่องจากเกรงว่าจะมีคนรู้จักและรู้ว่าสถานะของเอชไอวีอยู่ระดับใด ผู้ที่เต็มใจจะเข้าร่วมการศึกษาและยังไม่มีกลุ่มก็จะได้รับการจัดสรรให้ไปอยู่ในกลุ่มที่ 3 เนื่องจากมีคนน้อย ดังนั้น จึงจำเป็นต้องใช้วิธีการสุ่มที่เรียกว่า semirandomized แต่เพื่อจริยธรรม ผู้ร่วมวิจัยในกลุ่มนี้จะได้รับการช่วยเหลือรายบุคคลในภาวะวิกฤต อย่างไรก็ตามไม่พบว่าผู้ร่วมวิจัยคนใดที่เกิดภาวะวิกฤต ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง จาก 35 คนที่เสร็จสิ้นการประเมินผล อายุเฉลี่ย 39.1 ปี เป็นชาย 32 คน และหญิง 3 คน ได้รับการวินิจฉัยว่าติดเชื้อเอชไอวีมาไม่น้อยกว่า 1ปี 5

Copyright by Mahidol University

หัวข้อ	รายละเอียด
กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย (ต่อ)	เดือน เป็นชาวจีนทั้งหมด ร้อยละ 50 จบการศึกษาระดับมัธยมและร้อยละ 20 จบมหาวิทยาลัย ร้อยละ 60 ไม่นับถือศาสนา และนับถือศาสนาพุทธและคริสเตียนเป็นศาสนาหลัก ส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับสมาชิกในครอบครัวหรือญาติคู่ครองและคู่สมรสและบุตร รูปแบบการแพร่กระจายของการติดเชื้อเอชไอวีในฮ่องกงคือร้อยละ 54.3 มีเพศสัมพันธ์แบบต่างเพศและร้อยละ 22.8 เป็นชายรักร่วมเพศและเพศสัมพันธ์แบบสองเพศ โดยใช้แบบประเมิน Kruskul-Wallis ทดสอบความแตกต่างในลักษณะของกลุ่มตัวอย่างทั้ง 3 กลุ่มและพบว่าไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติยกเว้นบทบาททางเพศ สาเหตุเนื่องจากความไม่เท่าเทียมกันระหว่างจำนวนสตรีที่อยู่ในกลุ่มต่าง ๆ นอกจากนั้นกลุ่มตัวอย่างจำนวน 7 คน (ร้อยละ 20) เคยได้รับการดูแลทางด้านจิตใจมาก่อน
เครื่องมือในการประเมินผลลัพธ์	1. The profile of mood states (POMS) – Chinese version ใช้ประเมินภาวะทางอารมณ์ มี 65 หัวข้อ แบ่ง scale เป็น 5 ระดับ ประเมินสภาวะอารมณ์ที่ผิดปกติโดยรวมและสภาวะอารมณ์ที่เฉพาะเจาะจง ได้แก่ -อารมณ์โกรธและไม่เป็นมิตร (anger –hostility) -ความเครียดและวิตกกังวล (tension-anxiety) -อาการซึมเศร้าและการขาดความสุข (depression-defection) -อ่อนเพลียและเชื่องช้า (fatigue-inertia) -สับสนและงุนงง (confusion-bewilderment) -ความเข้มแข็ง (vigor-activity) เครื่องมือนี้ได้ถูกใช้อย่างแพร่หลายในกลุ่มประชากรผู้ป่วยและได้รับความน่าเชื่อถือ มีความสมบูรณ์และสามารถทำนายได้ คะแนนยิ่งสูงมากยิ่งแสดงให้เห็นถึงอารมณ์ที่เศร้าหมองมากขึ้น (mood disturbance) ยกเว้น vigor-activity คะแนนที่สูงบ่งบอกถึงความเข้มแข็งที่ต่ำ เครื่องมือนี้ได้แปลเป็นภาษาจีนและมีความน่าเชื่อถือ (α =0.77-0.91) 2. The world health organization quality of life scale (WHOQOL -BREF(HK)) ใช้ประเมินคุณภาพชีวิต มี 28 items แบ่ง scale เป็น 5 ระดับ

Copyright by Mahidol University

หัวข้อ	รายละเอียด
เครื่องมือในการประเมินผลลัพธ์ (ต่อ)	ประเมินเกี่ยวกับ -คุณภาพชีวิตโดยรวม (overall-quality of life) -อาการทางกายและการมีอิสระ (physical symptoms and independence) -การทำงานของร่างกาย (psychologic functioning) -สัมพันธภาพทางสังคม (social relationship) -สิ่งแวดล้อมหลักของคุณภาพชีวิต (the environment domain of quality of life) อย่างไรก็ตามเครื่องมือนี้มีความไวทางวัฒนธรรม เนื่องจากมีบาง items ที่สอดคล้องกับวัฒนธรรมของฮ่องกง เช่น ความนับถือ,การยอมรับ มีความน่าเชื่อถือ(α =0.67-0.79) ระดับคะแนน 28-140 คะแนน คะแนนที่สูงบ่งบอกถึงการมีคุณภาพชีวิตที่ดี 3. The Mishel Uncertainty in Illness Scale (MUIS) มีความน่าเชื่อถือ(α =0.86-0.91) ใช้ประเมินความไม่แน่นอนในการเจ็บป่วย มี 33 items แบ่ง scale เป็น 5 ระดับ ประเมินเกี่ยวกับ -ความไม่แน่นอนโดยรวม (overall uncertainty) -ความกำกวม (ambiguity) -ความยุ่งยากซับซ้อน (complexity) -ความไม่สม่ำเสมอ (inconsistency) -สิ่งที่ไม่เคยคาดการณ์มาก่อน (unpredictability) คะแนนที่สูงบ่งบอกถึงความไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย
การบำบัด (Intervention)	**โปรแกรมการปรับพฤติกรรมทางปัญญา (Cognitive Behavioral Therapy(CBT))** รูปแบบการบำบัดดัดแปลงมาจากโปรแกรมการปรับพฤติกรรมทางปัญญาของมัลเดอร์ (Mulder,1994) ประกอบด้วยการบำบัดจำนวน 12 ครั้งแต่ละครั้งใช้เวลา 2 ชั่วโมงโดยประมาณ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ความช่วยเหลือลดภาวะเครียดที่เกิดจากการติดเชื้อเอชไอวี ช่วยเหลือผู้ป่วยในการจัดการกับสถานการณ์ที่ยุ่งยากและสนับสนุนการแสดงอารมณ์ที่เกิดจากการติดเชื้อเอชไอวีอย่างเปิดเผย

Copyright by Mahidol University

หัวข้อ	รายละเอียด
การบำบัด (Intervention) (ต่อ)	การบำบัดช่วยให้ผู้รับการบำบัดปรับเปลี่ยนความคิด (cognitive restructuring) มีกลยุทธ์ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ฝึกทักษะการกล้าแสดงออก และฝึกทักษะการผ่อนคลาย การบำบัดในครั้งแรกผู้ติดเชื้อเอชไอวีจะร่วมกันระบุประเด็นที่เกี่ยวกับการติดเชื้อเอชไอวีที่ต้องการดำเนินการในการบำบัดทั้ง 12 ครั้ง ดังนั้น การบำบัดในแต่ละครั้งจะประกอบด้วยการลดและจัดการกับความเครียด การเผชิญกับอาการที่เกิดจากการติดเชื้อเอชไอวี การสร้างและดำรงรักษาสัมพันธภาพเพื่อการช่วยเหลือและการกล้าที่จะแสดงความต้องการของตนเองเมื่อใช้บริการสุขภาพ การเปิดเผยการติดเชื้อและการดูแลสุขภาพ การมีเพศสัมพันธ์ที่มีความหมายและปลอดภัย ประเด็นการประกอบอาชีพ การบำบัดในแต่ละครั้งจะมีการฝึกทักษะการผ่อนคลายกล้ามเนื้ออย่างเป็นระบบ ประมาณ 5-10 นาที และผู้บำบัดจะให้การบ้านแก่สมาชิกกลุ่มกลับไปฝึกและกลับมารายงานให้กลุ่มทราบในการบำบัดครั้งต่อไป ผู้วิจัยคนที่สองที่เป็นพยาบาลจิตเวชและนักจิตวิทยาด้านสุขภาพเป็นผู้ฝึกอบรม (supervise) พยาบาลที่มีประสบการณ์การให้คำปรึกษาแก่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและมีคุณสมบัติที่กำหนดซึ่งเป็นผู้ให้การบำบัดโปรแกรมการปรับพฤติกรรมทางปัญญาแก่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและเป็นผู้ช่วยในการบำบัดแต่ละครั้ง **โปรแกรมกลุ่มเพื่อนช่วย/ให้การปรึกษาเพื่อน (Peer Support/ counseling Group Therapy (PSC)** กลุ่มเพื่อนช่วย/ให้คำปรึกษาเพื่อนจัดอย่างไม่เป็นทางการและมีโครงสร้างน้อยกว่าโปรแกรมการปรับพฤติกรรมทางปัญญา ซึ่งผู้เอื้ออำนวยแก่กลุ่มจะกระตุ้นให้สมาชิกกลุ่มได้บรรยายถึงความรู้สึกเกี่ยวกับการติดเชื้อเอชไอวี ได้แก่ การระบุปัญหา ความกังวลใจ ความกลัวและความหวังที่สมาชิกประสบร่วมกัน อภิปรายวิธีการจัดการกับประเด็นปัญหา การระบายอารมณ์ รับความช่วยเหลือและการให้ความช่วยเหลือแก่สมาชิกกลุ่ม สมาชิกกลุ่มจะเป็นผู้กำหนดประเด็นการอภิปรายซึ่งคล้ายคลึงกับประเด็นการอภิปรายในกลุ่มการปรับพฤติกรรมทางปัญญา ในแต่ละครั้งใช้เวลาประมาณ 2 ชั่วโมง สมาชิกกลุ่มได้รับการกระตุ้นให้เรียนรู้จาก

Copyright by Mahidol University

หัวข้อ	รายละเอียด
การบำบัด (Intervention) (ต่อ)	ประสบการณ์ของสมาชิกคนอื่น ๆ ถึงแม้ว่ากลุ่มเพื่อนช่วย/ให้คำปรึกษาเพื่อนในแต่ละครั้งจะมีเนื้อหาไม่เป็นทางการ แต่ใช้หลักการปรึกษาของ Egan ซึ่งจะเน้นที่ขั้นตอนใน 2 ขั้นแรก คือ การสำรวจและทำความเข้าใจปัญหา (explor& understandably) การบำบัดแบบกลุ่มเพื่อนช่วย/ให้คำปรึกษาเพื่อน จะไม่มีการฝึกทักษะ,การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและเทคนิคการแก้ไขปัญหา พยาบาลผู้บำบัดเป็นคนเดียวกันที่ให้การบำบัดแบบโปรแกรมการปรับพฤติกรรมทางปัญญา เนื่องจากได้รับการอบรมพื้นฐานด้านการให้คำปรึกษาซึ่งผู้วิจัยคนที่หนึ่งจะให้คำแนะนำและฝึกฝนผู้บำบัดอย่างสม่ำเสมอ **การประเมินผล** ประเมินผลทันทีหลังเสร็จสิ้นการให้ intervention และ 3 เดือนหลังจบการให้ intervention
ระเบียบวิธีวิจัย	Comparative study โปรแกรมการปรับพฤติกรรมทางปัญญา(CBT) และโปรแกรมกลุ่มเพื่อนช่วย/ให้การปรึกษาเพื่อน (PSC) จะมีระยะเวลาการบำบัดทุกสัปดาห์ ๆ ละ 2 ชั่วโมง เป็นระยะเวลา 3 เดือน (รวม 12 sessions) แต่ละกลุ่มมีสมาชิก 3-6 คน และแบ่งกลุ่มออกเป็นกลุ่มรักต่างเพศ,รักร่วมเพศและกลุ่มสตรี มีการประเมินผลในทันทีหรือหลังจากการประเมินข้อมูลพื้นฐาน 3 เดือน ในกลุ่มเปรียบเทียบผู้ป่วยทุกคนต้องตอบแบบสอบถามการวัดภาวะทางอารมณ์อีกครั้ง (Profile of Mood States) ในเดือนที่ 6 หลังการประเมินข้อมูลพื้นฐาน (3เดือนหลังการบำบัดในรูปแบบ CBTและ PSC) ผู้ป่วยทุกคนต้องตอบแบบสอบถามอีกครั้งหนึ่งทั้ง 3 เครื่องมือ ทั้งนี้การศึกษาครั้งนี้ทำจนเสร็จ ใช้เวลามากกว่า 1 ปี
ระดับของงานวิจัย	ระดับ III
ผลการวิจัย	การวิเคราะห์ข้อมูลใช้ Statistical Package for the social Sciences(SPSS),Descriptive Statistic ใช้ในการสรุปลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง t-test ใช้สำหรับลักษณะของกลุ่มตัวอย่างและข้อมูลพื้นฐานของการศึกษาทั้งสามกลุ่มเพื่อประเมินว่ามีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญก่อน

Copyright by Mahidol University

หัวข้อ	รายละเอียด
ผลการวิจัย (ต่อ)	เริ่มการศึกษาหรือไม่ ANCOVA ใช้วิเคราะห์ความหลากหลายสำหรับกลุ่มเปรียบเทียบเมื่อมีการประเมิน 2 อย่าง (MUIS และ QOL) การเปรียบเทียบขั้นพื้นฐานพบว่า -โปรแกรมการปรับพฤติกรรมทางปัญญา (CBT) แตกต่างจากกลุ่มเพื่อนช่วย/ให้การปรึกษาเพื่อน (PSC) ใน subscale ของการประเมินความไม่แน่นอนในการเจ็บป่วย (MUIS) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) และ physical health ของการประเมินคุณภาพชีวิต (WHOQOL-BREF(HK)) ($p=0.05$) -กลุ่มเพื่อนช่วย/ให้การปรึกษาเพื่อน (PSC) และกลุ่มเปรียบเทียบ (comparison)พบว่ากลุ่มเพื่อนช่วย/ให้การปรึกษาเพื่อนมีความแตกต่างจากกลุ่มเปรียบเทียบใน subscale ของการประเมินคุณภาพชีวิต (WHOQOL-BREF(HK)) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.037$) -โปรแกรมการปรับพฤติกรรมทางปัญญาและกลุ่มเปรียบเทียบพบว่าโปรแกรมการปรับพฤติกรรมทางปัญญามีความแตกต่างจากกลุ่มเปรียบเทียบใน subscale ของการประเมินความไม่แน่นอนในการเจ็บป่วย (MUIS) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.018$) และTotal MUIS score ($p=0.029$) และพบว่าในกลุ่มเปรียบเทียบมีระดับคะแนนของความไม่แน่นอน (Uncertainly) ที่สูง การประเมินผลหลังสิ้นสุดโปรแกรมทันทีพบว่า 1.มีการเปลี่ยนแปลงเล็กน้อยในแบบประเมินภาวะทางอารมณ์ (POMS) ในกลุ่มเปรียบเทียบ 2.ระดับคะแนนลดลงเล็กน้อยในแบบประเมินภาวะทางอารมณ์ (POMS) ในกลุ่มโปรแกรมการปรับพฤติกรรมทางปัญญา 3.ระดับคะแนนเพิ่มขึ้นในแบบประเมินภาวะทางอารมณ์ (POMS) ในกลุ่มเพื่อนช่วย/ให้การปรึกษาเพื่อน การประเมินผลหลังสิ้นสุดโปรแกรม 3 เดือนพบว่า 1.มีระดับคะแนนเพิ่มขึ้นในแบบประเมินภาวะทางอารมณ์ (POMS) ในกลุ่มเปรียบเทียบ

Copyright by Mahidol University

หัวข้อ	รายละเอียด
ผลการวิจัย (ต่อ)	2.มีระดับคะแนนลดลงเล็กน้อยในแบบประเมินภาวะทางอารมณ์ (POMS) ในกลุ่มโปรแกรมการปรับพฤติกรรมทางปัญญา 3.มีระดับคะแนนลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในแบบประเมินภาวะทางอารมณ์ (POMS) ในกลุ่มเพื่อนช่วย/ให้การปรึกษาเพื่อน 4.ในโปรแกรมการปรับพฤติกรรมทางปัญญา (CBT) พบว่ามีระดับคะแนนการทำหน้าที่ของร่างกายดีกว่าทั้ง 2 กลุ่ม 5.ในโปรแกรมการปรับพฤติกรรมทางปัญญา (CBT) พบว่าระดับคะแนนเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p=0.009) ในแบบประเมินความไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย (Uncertainly) ในกลุ่มเปรียบเทียบและในแบบประเมินคุณภาพชีวิต(WHOQOL-BREF(HK)) พบว่าระดับคะแนนของการทำหน้าที่ของร่างกาย (functioning) แย่ลง 6.ในกลุ่มเพื่อนช่วย/ให้การปรึกษาเพื่อน (PSC) พบว่าระดับคะแนนความไม่แน่นอน (Uncertainly) เปลี่ยนแปลงอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ผลของการบำบัด ในการประเมินครั้งแรก ทุกกลุ่มแสดงระดับอารมณ์ที่เศร้าหมองสูง ความไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยสูง และคุณภาพชีวิตปานกลาง การประเมินครั้งสองมีความเปลี่ยนแปลงด้านอารมณ์เล็กน้อยในกลุ่มเปรียบเทียบ มีอารมณ์ที่เศร้าหมองลดลงในกลุ่มโปรแกรมการปรับพฤติกรรมทางปัญญา และเพิ่มมากขึ้นทุกประเด็นในเรื่องอารมณ์ในกลุ่มเพื่อนช่วย/ให้การปรึกษาเพื่อน การประเมินครั้งสุดท้ายอารมณ์เศร้าหมองเพิ่มมากขึ้นในกลุ่มเปรียบเทียบ ลดลงเล็กน้อยในโปรแกรมการปรับพฤติกรรมทางปัญญา และลดลงมากในกลุ่มเพื่อนช่วย/ให้การปรึกษาเพื่อน สำหรับกลุ่มเพื่อนช่วย/ให้การปรึกษาเพื่อนในการประเมินครั้งที่สาม (3 เดือนหลังจากบำบัด) เป็นกลุ่มเดียวที่แสดงให้เห็นถึงการลดลงในอารมณ์ที่เศร้าหมองโดยรวม (all aspects of mood disturbance) การประเมินซ้ำโดย R-ANOVA แสดงให้เห็นถึงความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญในแต่ละกลุ่มใน 3 ช่วง กับความสัมพันธ์ด้านภาวะอารมณ์ทั้งหมดทั้ง 3 กลุ่ม กลุ่มโปรแกรมการปรับพฤติกรรมทางปัญญา จะมีการทำหน้าที่ของร่างกาย (functioning)

Copyright by Mahidol University

หัวข้อ	รายละเอียด
ผลการวิจัย (ต่อ)	ดีกว่าทั้ง 2 กลุ่มตามด้วยกลุ่มเพื่อนช่วย/ให้การปรึกษาเพื่อนและกลุ่มเปรียบเทียบ ผลกระทบต่อระบบภูมิคุ้มกันโรค (CD_4) การนับเซลล์เม็ดเลือดขาว (CD_4) ของผู้ป่วยได้รับการบันทึกในเวลาเดียวกันกับการประเมินทางจิตสังคม ผู้ป่วยทุกคนได้รับการรักษาแบบผสม (HAART) ในขั้นพื้นฐานมีความแตกต่างระหว่างกลุ่มทั้ง 3 กลุ่ม โดยกลุ่มเปรียบเทียบมีระดับ CD_4 สูงที่สุด และ 3 เดือนประเมินผลพบว่าระดับ CD_4 ในกลุ่มโปรแกรมการปรับพฤติกรรมทางปัญญา และกลุ่มเพื่อนช่วย/ให้การปรึกษาเพื่อนเพิ่มขึ้น ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบลดลงเล็กน้อย และ 6 เดือนประเมินผลพบว่าระดับ CD_4 เพิ่มขึ้นในกลุ่มโปรแกรมการปรับพฤติกรรมทางปัญญาและกลุ่มเพื่อนช่วย/ให้การปรึกษาเพื่อน แต่ในกลุ่มเปรียบเทียบพบว่าไม่เปลี่ยนแปลง
ความสอดคล้องกับประเด็นปัญหาทางคลินิก	1.งานวิจัยมีความสอดคล้องกับปัญหาทางคลินิก วัตถุประสงค์ของงานวิจัยเพื่อนำเสนอผลของการใช้โปรแกรมการปรับพฤติกรรมทางปัญญา (CBT) และกลุ่มเพื่อนช่วย/ให้การปรึกษาเพื่อน (PSC) เพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตและลดความเครียดทางด้านจิตใจโดยเฉพาะอาการซึมเศร้า ซึ่งเป็นปัญหาที่ผู้ศึกษาให้ความสนใจและต้องการนำแนวปฏิบัติไปใช้ 2.งานวิจัยสามารถช่วยกระบวนการตัดสินใจของพยาบาลเกี่ยวกับการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีอาการซึมเศร้า 3.งานวิจัยมีการทดสอบสมมติฐานเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงด้านอารมณ์และคุณภาพชีวิตในผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับโปรแกรมการปรับพฤติกรรมทางปัญญา (CBT) และกลุ่มเพื่อนช่วย/ให้การปรึกษาเพื่อน (PSC) 4.พยาบาลสามารถนำรูปแบบการใช้โปรแกรมการปรับพฤติกรรมทางปัญญา (CBT) และกลุ่มเพื่อนช่วย/ให้การปรึกษาเพื่อน (PSC) นำมาใช้ในการช่วยเหลือผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีอาการซึมเศร้าได้

Copyright by Mahidol University

หัวข้อ	รายละเอียด
	5.การประเมินอาการซึมเศร้าของผู้ติดเชื้อเอชไอวีในงานวิจัยสามารถนำมาใช้ในคลินิกได้แก่การประเมินสภาวะอารมณ์ที่ผิดปกติโดยรวมและสภาวะอารมณ์ที่เฉพาะเจาะจง (POMS)
การมีความหมายหรือมีคุณค่าในเชิงของศาสตร์	1.ตีพิมพ์ในวารสารที่มีชื่อเสียงคือตีพิมพ์ในวารสาร AIDS Patients Care STDS, 16(2), 83-69 2.ได้รับทุนสนับสนุนจาก MSS 033 from the Hong Kong Council for the AIDS Trust Fund 3.เป็นงานวิจัยที่มีคุณภาพ โดยพิจารณาจาก 3.1 ชื่อเรื่อง แสดงให้เห็นถึงวิธีการบำบัด 2 วิธี และตัวแปรที่สำคัญคือ อาการเครียดทางจิตใจและคุณภาพชีวิต แสดงถึงกลุ่มตัวอย่างคือผู้ติดเชื้อเอชไอวีแสดงอาการ 3.2 อธิบายเหตุผลของการทำวิจัยอย่างชัดเจน 3.3 ผู้วิจัยไม่ได้แสดงกรอบแนวคิดหรือกรอบทฤษฎีไว้อย่างชัดเจนแต่อธิบายวิธีการของการบำบัดทั้ง 2 วิธี รวมทั้งอ้างอิงแหล่งสืบค้นหลักการปฏิบัติของแต่ละวิธี 3.4 วัตถุประสงค์การศึกษามีความสอดคล้องกับปัญหาการวิจัยคือการประเมินประสิทธิภาพของโปรแกรมการปรับพฤติกรรมทางปัญญา (CBT) และกลุ่มเพื่อนช่วย/ให้การปรึกษาเพื่อน(PSC) เพื่อลดความเครียดทางด้านจิตใจและเพิ่มคุณภาพชีวิต 3.5 ไม่มีการระบุคำถาม แต่มีการทดสอบสมมติฐานการวิจัย 3.6 ไม่มีการระบุคำจำกัดความของตัวแปรที่เกี่ยวข้อง 3.7 มีการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับวิธีการบำบัดต่าง ๆ เพื่อลดอาการซึมเศร้าในผู้ติดเชื้อเอชไอวีโดยสรุปสั้น ๆ 3.8 มีการระบุถึงกลุ่มประชากรเป้าหมายคือผู้ติดเชื้อเอชไอวีแสดงอาการทั้งเพศชายและหญิง หลักเกณฑ์ในการเลือก จำนวนกลุ่มตัวอย่าง และเหตุผลการออกจากงานวิจัยอย่างชัดเจน 3.9 ระเบียบวิธีวิจัยเป็นแบบ comparative study มีการสุ่ม

Copyright by Mahidol University

หัวข้อ	รายละเอียด
การมีความหมายหรือมีคุณค่าในเชิงของศาสตร์ (ต่อ)	กลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่ม แต่เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีจำนวนน้อย จึงใช้วิธีการสุ่มแบบกึ่ง(semi randomized) 3.10 เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลมีความเหมาะสมกับวัตถุประสงค์ของงานวิจัยและเป็นเครื่องมือที่มีความตรง (validity) และความน่าเชื่อถือ (reliability) -การประเมินสภาวะอารมณ์ที่ผิดปกติโดยรวมและสภาวะอารมณ์ที่เฉพาะเจาะจง (The profile of mood states) -การประเมินคุณภาพชีวิต (The World health organization quality of life scale) -การประเมินความไม่แน่นอนในการเจ็บป่วย (The Mishel uncertainty in illness scale) 3.11การศึกษาไม่ได้ระบุว่าได้รับการรับรองจากคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์ 3.12 ไม่ได้ระบุถึงขั้นตอนการเก็บข้อมูลอย่างชัดเจน 3.13 สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล มีความเหมาะสมกับวัตถุประสงค์การวิจัยและระดับการวัดของตัวแปร 3.14 ผลการศึกษา -มีการระบุถึงคุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่างชัดเจน -มีการนำเสนอตารางและอธิบายเนื้อความอย่างชัดเจน 3.15 การอภิปรายผลการศึกษา -มีการระบุถึงข้อจำกัดในเรื่องของขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่มีน้อยโดยเฉพาะผู้หญิงเป็นตัวแทนอยู่น้อย และอยู่ในกลุ่มการปรับพฤติกรรมทางปัญญาซึ่งมีประเด็นบางประเด็นที่อภิปรายในกลุ่มอาจเป็นเรื่องที่ไม่สำคัญสำหรับผู้หญิง และการที่กลุ่มตัวอย่างมีจำนวนน้อยการนำผลการวิจัยไปใช้ อาจไม่สามารถนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างอื่นได้ -ผู้วิจัยได้เชื่อมโยงผลการศึกษากับวัตถุประงค์ของการวิจัย คือการบำบัดทั้ง 2 รูปแบบ สามารถลดอาการซึมเศร้าและเพิ่มคุณภาพชีวิต 3.16 การนำผลการวิจัยไปใช้และข้อเสนอแนะ

Copyright by Mahidol University

หัวข้อ	รายละเอียด
การมีความหมายหรือมีคุณค่าในเชิงของศาสตร์ (ต่อ)	-ถึงแม้ว่าการบำบัดทั้ง 2 วิธี จะมีประโยชน์มากในการลดอาการซึมเศร้าและพัฒนาคุณภาพชีวิต แต่ควรให้ความสำคัญในเรื่องของวัฒนธรรมก่อนการตัดสินความมีประสิทธิภาพของการรักษา เช่น ชาวจีนมักจะไม่แสดงออกทางอารมณ์อย่างเปิดเผยจึงทำให้การบำบัดแบบกลุ่มยากขึ้นและเป็นเรื่องที่ต้องใช้เวลาหลายครั้งก่อนที่ผู้ป่วยจะสามารถแลกเปลี่ยนประสบการณ์และความรู้สึกได้อย่างแท้จริง -บทบาทของผู้ให้การบำบัดเป็นเรื่องที่ต้องให้ความสำคัญ เนื่องจากจำเป็นต้องมีทักษะเพียงพอเพื่อให้ move forward such a “difficult” group -การศึกษาในอนาคตควรให้ความสำคัญกับการประเมินลักษณะของผู้ป่วยและการประเมินความคาดหวังของผู้ป่วย,การใช้ระยะเวลาในการบำบัด ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้พบว่ามีผู้ป่วยหนักและมีความยากลำบากในการรักษา
แนวโน้มที่จะนำไปใช้ในการปฏิบัติ Transferability	-การใช้โปรแกรมการปรับพฤติกรรมทางปัญญามีความเหมาะสมกับหน่วยงานในการนำไปใช้เพื่อดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีอาการซึมเศร้า -หน่วยงานมีกลุ่มประชากรที่คล้ายคลึงกันคือผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่เป็นชายรักร่วมเพศ -การใช้โปรแกรมการปรับพฤติกรรมทางปัญญา มีรูปแบบและวิธีการที่สามารถลดอาการซึมเศร้า,เพิ่มเม็ดเลือดขาว (CD_4) และเพิ่มคุณภาพชีวิต ซึ่งตรงกับการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมในหน่วยงาน
Feasibility	-พยาบาลสามารถนำรูปแบบโปรแกรมการปรับพฤติกรรมทางปัญญามาใช้ในการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีได้ -ไม่เป็นวิธีการที่ยุ่งยากสำหรับพยาบาลแต่พยาบาลต้องผ่านการฝึกฝนการใช้โปรแกรม

Copyright by Mahidol University

หัวข้อ	รายละเอียด
Feasibility (ต่อ)	-บุคลากรอื่น ๆ ในหน่วยงานให้การสนับสนุนในการปฏิบัติการพยาบาล -หน่วยงานมีความพร้อมด้านบุคคล สถานที่ และอุปกรณ์เพียงพอ -การปฏิบัติการพยาบาลไม่เป็นการละทิ้งหน้าที่ประจำและสามารถผสมผสานเข้ากับงานประจำได้เลย
Cost-benefit ratio	-การปฏิบัติการพยาบาลไม่ทำให้เกิดความเสี่ยงกับผู้ป่วย -มีประโยชน์ในการนำไปใช้ในการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีอาการซึมเศร้า โปรแกรมได้ผลดีในการลดอาการซึมเศร้า เพิ่มเม็ดเลือดขาว(CD_4) และเพิ่มคุณภาพชีวิต -ค่าใช้จ่ายในการใช้โปรแกรมมีเพียงเล็กน้อย หน่วยงานสามารถให้การสนับสนุน -พยาบาลเกิดความภาคภูมิใจที่ได้ดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีให้มีชีวิตยืนยาวขึ้น
การสรุปเพื่อนำไปใช้	1.การดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีอาการซึมเศร้า สามารถให้ความช่วยเหลือได้ใน 2 รูปแบบ คือ 1.1 การใช้โปรแกรมการปรับพฤติกรรมทางปัญญา(CBT) ระยะเวลาการบำบัดจำนวน 12 ครั้ง สัปดาห์ละครั้ง ๆ ละ2 ชั่วโมง สมาชิกกลุ่ม 3-6 คน การบำบัดเน้นการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมตามเนื้อหาดังนี้ -การลดและจัดการกับความเครียดและการเผชิญกับอาการที่เกิดจากการติดเชื้อเอชไอวี -การช่วยเหลือสนับสนุนในเรื่องการมีปฏิสัมพันธ์ -การสร้างและดำรงรักษาสัมพันธภาพเพื่อการช่วยเหลือ -การกล้าที่จะแสดงความต้องการของตนเองเมื่อใช้บริการสุขภาพ -การเปิดเผยการติดเชื้อและการดูแลสุขภาพ -การมีเพศสัมพันธ์ที่มีความหมายและปลอดภัย -ประเด็นการประกอบอาชีพ

Copyright by Mahidol University

หัวข้อ	รายละเอียด
การสรุปเพื่อนำไปใช้ (ต่อ)	การบำบัดในแต่ละครั้งจะมีการฝึกการผ่อนคลายโดยการเกร็ง-คลายกล้ามเนื้ออย่างเป็นระบบ ประมาณ 5-10 นาที และผู้บำบัด จะให้การบ้านแก่สมาชิกกลุ่มกลับไปฝึกและกลับมารายงานให้กลุ่มทราบในการบำบัดครั้งต่อไป 1.2 การใช้โปรแกรมกลุ่มเพื่อนช่วย/ให้การปรึกษาเพื่อน (PSC) ระยะเวลาในการบำบัด จำนวน 12 ครั้ง สัปดาห์ละครั้ง ๆ ละ 2 ชั่วโมง สมาชิกกลุ่ม 3-6 คน ผู้เอื้ออำนวยแก่กลุ่มจะกระตุ้นให้สมาชิกกลุ่มได้บรรยายถึงความรู้สึกเกี่ยวกับการติดเชื้อเอชไอวี ได้แก่ การระบุปัญหา ความกังวลใจ ความกลัวและความหวังที่สมาชิกประสบร่วมกัน อภิปรายวิธีการจัดการกับประเด็นปัญหา การระบายอารมณ์ รับความช่วยเหลือและการให้ความช่วยเหลือแก่สมาชิกกลุ่ม สมาชิกกลุ่มจะเป็นผู้กำหนดประเด็นการอภิปรายซึ่งคล้ายคลึงกับประเด็นการอภิปรายในกลุ่มการปรับพฤติกรรมทางปัญญา การบำบัดแบบกลุ่มเพื่อนช่วย/ให้คำปรึกษาเพื่อน จะไม่มีการฝึกทักษะ,การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและเทคนิคการแก้ไขปัญหา พยาบาลผู้บำบัดเป็นคนเดียวกันที่ให้การบำบัดแบบโปรแกรมการปรับพฤติกรรมทางปัญญา เนื่องจากได้รับการอบรมพื้นฐานด้านการให้คำปรึกษาซึ่งผู้วิจัยคนที่หนึ่งจะให้คำแนะนำและฝึกฝนผู้บำบัดอย่างสม่ำเสมอ 2. เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินอาการซึมเศร้าใช้แบบประเมินสภาวะอารมณ์ที่ผิดปกติโดยรวมและสภาวะอารมณ์ที่เฉพาะเจาะจง (The profile of mood states)

Copyright by Mahidol University

Sikkema, K.J., Hanson, N.B., Kochman, A., Tata, D.C., & Difranceisco, W.(2004).Outcome from a randomized controlled trial of a group intervention for HIV positive men and women coping with AIDS – related loss and bereavement. *Death studies, 28*(3), 187 – 209.

หัวข้อ	รายละเอียด
วัตถุประสงค์การวิจัย	ทดสอบผลของการบำบัดแบบกลุ่มเพื่อเผชิญกับการสูญเสียและอาการโศกเศร้าจากโรคเอดส์ในผู้ติดเชื้อไอวีเพศหญิงและชาย
ทุน	ได้รับทุนสนับสนุน ROI-MH 54958 , P30-MH52776 , POI-MH56826 และ T32-MH2003 from the national Institute of Mental Health
สมมติฐานการวิจัย	1. การตอบสนองความโศกเศร้าน้อยลง 2. อาการซึมเศร้า โดยรวมลดลง 3. อาการซึมเศร้า และความวิตกกังวลน้อยลง 4. ความแตกต่างของการบำบัดด้านบทบาทหญิงชาย
setting งานวิจัย	1. Milwaukee , Wisconsin 2. New York
กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย	การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเริ่มตั้งแต่เดือนมิถุนายน 1997 ถึงเดือนเมษายน 1999 โดยประชาสัมพันธ์ผ่านสื่อสิ่งพิมพ์และการติดต่อกับผู้ให้บริการและองค์กรที่ให้บริการผู้ติดเชื้อเอชอวี/เอดส์โดยเชิญชวนให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่พบกับการสูญเสียคู่นอน,คู่รัก,คุ่สมรส,สมาชิกในครอบครัว หรือเพื่อสนิทติดต่อขอเข้ารับการบำบัด ขั้นตอนการวิจัยนี้ ได้รับรองจาก The institutional review boards และผู้เข้าร่วมการวิจัยได้เซ็นยินยอมเข้าร่วมการวิจัยภายหลังจากได้รับการอธิบายโครงการ มีผู้ติดเชื้อเอชไอวีจำนวน 322 คน เข้ารับการคัดเลือกเพื่อเข้ารับการบำบัด มีผู้ติดเชื้อเอชไอวีจำนวน 268 คน ผ่านเกณฑ์การคัดเลือกเข้าร่วมการวิจัย กลุ่มตัวอย่างจำนวน 235 คน ให้ข้อมูลภายหลังการบำบัด ผู้ติดเชื้อเอชไอวีจำนวน 33 คน ที่ไม่ได้ให้ข้อมูล การประเมินภายหลังการบำบัดมีลักษณะทางประชากรแตกต่างจากผู้ติดเชื้อเอชไอวีกลุ่มที่ให้

Copyright by Mahidol University

หัวข้อ	รายละเอียด
กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย (ต่อ)	ข้อมูลภายหลังการบำบัดอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ แต่พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในด้านลักษณะ borderline personality disorder และ anti social personality disorder ผู้วิจัยดำเนินการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง 2 ขั้นตอน ขั้นที่ 1 รวบรวมข้อมูลลักษณะประชากรของกลุ่มตัวอย่าง(อายุ, ระดับการศึกษา,เชื้อชาติ,การมีเพศสัมพันธ์) สำรวจความสูญเสียบุคคลเป็นที่รักอันเนื่องมาจากโรคเอดส์(จำนวนของการสูญเสีย,ความสัมพันธ์ระยะเวลาตั้งแต่เสียชีวิต) ข้อมูลที่เกี่ยวกับการติดเชื้อเอชไอวี(เวลาตั้งแต่การวินิจฉัย,จำนวนเม็ดเลือดขาวและการรักษา) ขั้นที่ 2 การคัดกรองโดยใช้คอมพิวเตอร์ด้วยโปรแกรมการคัดกรองทางคลินิกตามระบบ DSM IV (SCID Screen PQ) คัดกรองผู้ป่วยที่มีความผิดปกติใน Axis I 6 โรคคือ mood disorder, anxiety disorder, substance use, somatoform disorder, eating disorder และ psychotis disorder เกณฑ์การคัดเข้า 1.ติดเชื้อเอชไอวีโดยได้รับการยืนยันว่ามีผลเลือดบวก 2.มีประสบการณ์การสูญเสียบุคคลเป็นที่รักด้วยโรคเอดส์ตั้งแต่ 1 เดือน – 2 ปี 3.ปัจจุบันไม่ป่วยด้วยโรคทางจิตเวช 4.ไม่มีความบกพร่องทางสติปัญญา ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเพื่อเข้าร่วมการวิจัยเป็นรอบ ๆ แต่ละรอบประกอบด้วยกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ 20 คน เมื่อกลุ่มตัวอย่างให้ข้อมูลพื้นฐานเสร็จสิ้นจะได้รับการสุ่มเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยการจัดกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่เข้าร่วมการวิจัยตามสภาพอารมณ์และการใช้สารเสพติดเพื่อควบคุมอิทธิพลของตัวแปรแทรกซ้อน และเนื่องจากการเผชิญความเครียดและประเด็นความสูญเสียของชายรักร่วมเพศ/ชายรักสองเพศ ชายรักต่างเพศที่ฉีดสารเสพติด ผู้หญิงมีความแตกต่างกัน และบทบาทชายหญิง ความแตกต่างทางวัฒนธรรมมีความแตกต่างกัน ผู้วิจัยจึงจัดกลุ่มบำบัดแก่ผู้ร่วมการวิจัยแยกเฉพาะชายรักร่วม

Copyright by Mahidol University

หัวข้อ	รายละเอียด
กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย (ต่อ)	เพศหรือชายรักสองเพศและผู้หญิง ในระหว่างการวิจัยถ้ากลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองหรือกลุ่มเปรียบเทียบมีความทุกข์ใจอย่างรุนแรง มีเจตนาจะฆ่าตัวตาย จะได้รับการส่งต่อเพื่อประเมินและได้รับการรักษาเพิ่มเติมต่อไป ผู้เข้าร่วมวิจัย จำนวน 235 คน เป็นเพศชาย 150 คนและหญิง 85 คน อายุเฉลี่ย 40.3 ปี มีความหลากหลายของเชื้อชาติ ร้อยละ 53 เป็นแอฟริกันอเมริกัน ร้อยละ 28 เป็นคอเคเซี่ยน ร้อยละ 13 เป็นฮิสแปนิก และร้อยละ 6 เป็นเชื้อชาติอื่น ๆ กลุ่มผู้เข้าร่วมการวิจัยเพศชายมีความสัมพันธ์ทางเพศแบบต่างเพศร้อยละ 47 มีเพศสัมพันธ์แบบรักร่วมเพศร้อยละ 44 และมีเพศสัมพันธ์แบบสองเพศ ร้อยละ 10 ขณะที่กลุ่มผู้เข้าร่วมการวิจัยที่เป็นผู้หญิงมีความสัมพันธ์ทางเพศแบบต่างเพศร้อยละ 92 ผู้เข้าร่วมการวิจัยร้อยละ 25 มีประวัติฉีดยาเสพติดและร้อยละ 32 ไม่ตอบคำถามนี้ ผู้เข้าร่วมการวิจัยร้อยละ 45 ปัจจุบันได้รับการวินิจฉัยว่าป่วยด้วยโรคเอดส์และร้อยละ 35 ไม่ปรากฏอาการ ได้รับการวินิจฉัยว่าติดเชื้อเอชไอวีเป็นระยะเวลาเฉลี่ย 7 ปี ประสบกับความสูญเสียเพื่อนหรือบุคคลที่รักตายด้วยโรคเอดส์โดยร้อยละ 45 ประสบกับการเสียชีวิตของคู่นอนหรือคู่สมรส ร้อยละ 14 ประสบกับการเสียชีวิตของสมาชิกในครอบครัว
เครื่องมือในการประเมินผลลัพธ์	เมื่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีได้รับการคัดกรองให้เข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยจะประเมินผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่เข้าร่วมการวิจัยโดยใช้ชุดการประเมินที่ประกอบด้วยการสัมภาษณ์ตามโครงสร้างและการตอบแบบสอบถามด้วยการรายงานตนเองโดยผู้วิจัยจะให้ความช่วยเหลือแก่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีความสามารถในการอ่านน้อย หรือมีปัญหาในการตอบแบบสอบถาม การประเมินแต่ละชุดใช้เวลาประมาณ 90 นาที ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ให้ข้อมูลก่อนการบำบัดครบจะได้ค่าตอบแทน 40 เหรียญและประเมินการบำบัดเมื่อสิ้นสุดโปรแกรม 2 สัปดาห์ และผู้ติดเชื้อที่ให้ข้อมูลการประเมินหลังการบำบัดจะได้ค่าตอบแทน 50 เหรียญ ชุดการประเมินประกอบด้วย 1. ข้อมูลส่วนบุคคลและประวัติการสูญเสียบุคคลที่รักด้วยโรคเอดส์ (Demographic data and history of AIDS – related losses)

Copyright by Mahidol University

หัวข้อ	รายละเอียด
เครื่องมือในการประเมินผลลัพธ์ (ต่อ)	ลักษณะส่วนบุคคลเกี่ยวกับอายุ เชื้อชาติ สถานภาพสมรส ประวัติการติดสารเสพติด รูปแบบของเพศสัมพันธ์ การศึกษา หน้าที่การงาน รายได้ ประวัติการสูญเสียที่สัมพันธ์กับโรคเอดส์(AIDS – related losses) เช่น จำนวนเพื่อน คู่นอน คู่สมรส สมาชิกในครอบครัวที่ตายด้วยโรคเอดส์ 2. Psychiatric Distress Measures 2.1 แบบวัดปฏิกิริยาต่อการสูญเสีย (Grief Reaction Index (GRI:Lennon,Martin,&Dean,1990) α=0.87 ประกอบด้วยข้อคำถาม 12 ข้อ ใช้ประเมินอาการโดยทั่วไปของการสูญเสีย ประกอบด้วย numbness, การปฏิเสธ(denial) และความคิดหมกมุ่นเกี่ยวกับความเจ็บป่วย(preoccupation with the deceased) แต่ละข้อให้ผู้ตอบประเมินความถี่ของอาการ 5 ระดับ(0=ไม่เคยมีอาการ ถึง 4 = มีอาการบ่อยมากที่สุด) ระดับคะแนน 0-48 คะแนน 2.2 แบบวัดอาการทางจิตเวช (Symptom Checklist – 90-Revised (SCL-90-R) α =0.98 ใช้ประเมินความทุกข์ใจทางจิตเวชโดยรวม (global psychiatric distress) และประเภทอาการของความทุกข์ใจที่เฉพาะเจาะจงได้แก่อาการซึมเศร้า(depression) อาการทางกาย (somatization) ความวิตกกังวล(anxiety) สัมพันธภาพระหว่างบุคคล (interpersonal sensitivity) ความไม่เป็นมิตร(hostility) และความกลัวที่ผิดปกติ(phobic Anxiety) โดยให้ผู้ตอบแบบสอบถามประเมินระดับความทุกข์ใจจากอาการใน 7 วันที่ผ่านมา ประกอบด้วย 90 ข้อคำถามแต่ละข้อคำถามแบ่งเป็น 5 ระดับ (จาก 0 =ไม่มีความทุกข์ใจ ถึง 4 =ทุกข์ใจมากที่สุด) ความรุนแรงแต่ละ scale จะให้ผลระหว่าง 0.0-4.0 2.3 การสัมภาษณ์ตามโครงสร้างเพื่อประเมินภาวะซึมเศร้าและความวิตกกังวล(structured Interview Guide for the Hamilton Depression and Anxiety Scale (SIGH-AD)) ซึ่งประกอบด้วย -Hamilton Depression Scale (HAM-D) ใช้ประเมินอาการซึมเศร้า ประกอบด้วย 17 ข้อคำถาม ให้ผู้ประเมินภาวะซึมเศร้าในสัปดาห์ที่ผ่านมาแต่ละข้อคำถามแสดงอาการรุนแรงของอาการแต่ละ

Copyright by Mahidol University

หัวข้อ	รายละเอียด
เครื่องมือในการประเมินผลลัพธ์ (ต่อ)	อาการและอาการซึมเศร้าโดยรวม คำนวณโดยการรวมคะแนนแต่ละข้อ -Hamilton Anxiety Scale (HAM-A) ใช้ประเมินความวิตกกังวลประกอบด้วย 14 ข้อคำถามเพื่อประเมินความรุนแรงของอาการความวิตกกังวลในสัปดาห์ที่ผ่านมา แต่ละข้อคำถามประเมินเป็น 5 ระดับ (จาก 0=ไม่มีอาการ ถึง 4 =มีอาการรุนแรงที่สุด) ผู้ประเมินจะไม่ระบุว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีอาการซึมเศร้าหรือวิตกกังวลถ้าอาการที่เกิดขึ้นเป็นอาการที่เกิดจากการติดเชื้อเอชไอวีหรืออาการข้างเคียงจากยาที่รักษาโรคทางกาย
การบำบัด (Intervention)	กลุ่มตัวอย่างได้รับการสุ่มเป็น 2 กลุ่ม แบ่งเป็น 1. Comparison Condition กลุ่มเปรียบเทียบได้รับการดูแลด้านสุขภาพจิตและจิตเวชตามความต้องการและการร้องขอของผู้ติดเชื้อเอชไอวีในชุมชน โดยได้รับบริการจากผู้บำบัดระดับปริญญาโทหรือปริญญาเอกที่ไม่มีความชำนาญด้านการบำบัดการสูญเสีย เมื่อสิ้นสุดการวิจัยกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มเปรียบเทียบจะได้รับการบำบัดรายกลุ่มในการเผชิญกับการสูญเสียความโศกเศร้าเป็นลำดับต่อไป 2. Experimental Intervention Condition กลุ่มทดลองได้รับการบำบัดรายกลุ่มเพื่อเผชิญกับการสูญเสียและความโศกเศร้าจากโรคเอดส์ จัดขึ้นสัปดาห์ละครั้ง จำนวน 12 สัปดาห์ ครั้งละ 90 นาที รูปแบบการดำเนินการกลุ่ม ใช้การปรับพฤติกรรมทางปัญญา(semistructured cognitive behavioral) ร่วมกับกลุ่มสนับสนุน(support group) ซึ่งมีเนื้อหาตามลำดับ 6 ข้อดังนี้ a.การสร้างให้เกิดแรงสนับสนุนทางสังคมและแรงยึดเหนี่ยวในกลุ่ม b.ระบุการแสดงออกทางอารมณ์ที่เกิดจากการสูญเสียและความเศร้าโศกที่เกิดจากการสูญเสียที่สัมพันธ์กับโรคเอดส์ และการมีชีวิตอยู่กับการติดเชื้อเอชไอวี c.ระบุอุปสรรคที่เฉพาะเจาะจงในการเผชิญกับการสูญเสียนั้น d.ระบุสถานการณ์ความเครียดที่เฉพาะเจาะจงและกลวิธีที่ใช้ใน

Copyright by Mahidol University

หัวข้อ	รายละเอียด
การบำบัด (Intervention) (ต่อ)	การเผชิญความเครียดในปัจจุบัน e.การตั้งเป้าหมายในการเผชิญความเครียดที่เกิดจากการสูญเสียจากการติดเชื้อเอชไอวีและโรคเอดส์ f.การพัฒนาและใช้กลยุทธ์ในการเผชิญความเครียดเพื่อลดความทุกข์ใจ (อาการซึมเศร้า ความวิตกกังวล ความเครียด) การที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีจะนำกลยุทธ์ในการเผชิญความเครียดไปใช้ในการลดความทุกข์ใจได้นั้น ผู้นำกลุ่มจะ 1) แนะนำให้ผู้ติดเชื้อระบุสถานการณ์ความเครียดและอุปสรรคในการเผชิญความเครียดที่เกิดจากการมีชีวิตอยู่กับการติดเชื้อเอชไอวี/โรคเอดส์ การสูญเสียที่เกิดจากโรคเอดส์ อุปสรรคในการเผชิญความเครียดได้แก่ สัมพันธภาพระหว่างบุคคล การรับรู้ว่าขาดแรงสนับสนุนทางสังคม ความรู้สึกผิด ความโกรธ และอาการซึมเศร้าที่รุนแรง ความรู้สึกว่าไม่สามารถจัดการกับความเครียดในชีวิตประจำวันได้ 2) ผู้ดำเนินกลุ่ม นำเสนอรูปแบบการเผชิญความเครียด(Folkman et.al.1991) และช่วยให้สมาชิกกลุ่มระบุกลยุทธ์ในการเผชิญความเครียดที่ตนเองใช้ในปัจจุบันที่ทำให้เกิดผลการปรับตัวในด้านบวกและในด้านลบ 3) กระบวนการกลุ่มจะช่วยให้สมาชิกผู้ติดเชื้อเอชไอวีในการตั้งเป้าหมายระยะสั้นและระยะยาวในการเผชิญความเครียดจากการสูญเสียที่เกี่ยวข้องกับโรคเอดส์ 4) การให้สมาชิกกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีนำวิธีการเผชิญความเครียดที่เหมาะสมไปใช้ในการลดความทุกข์ใจจากการสูญเสียซึ่งมีกลยุทธ์เฉพาะเจาะจงคือ a. การสร้างความรู้สึกที่สามารถควบคุมและคาดการณ์ล่วงหน้าได้ (establishing a sense of control and predictability) b. การจัดการความโกรธและการแสดงความโกรธ (anger expression and management) c. การระงับ/ลดความรู้สึกผิด (resolution of guilt)

Copyright by Mahidol University

หัวข้อ	รายละเอียด
การบำบัด (Intervention) (ต่อ)	d. ส่งเสริมความสามารถในการบริหารจัดการและการเสริมพลังอำนาจแก่ตนเอง (promoting self-mastery through empowerment) e. การสร้างสัมพันธภาพใหม่(development of new relationship) ผู้บำบัด การวิจัยครั้งนี้มีผู้ให้การบำบัดจำนวน 4 คน เป็นผู้ชาย 2 คน ผู้หญิง 1 คน มีประสบการณ์ในการบำบัดเฉลี่ย 14.25 ปี (พิสัย 10-27 ปี) ผู้บำบัด 1 คน มีระดับการศึกษาปริญญาเอกด้านจิตวิทยาคลินิก ผู้บำบัด2 คน มีการศึกษาระดับปริญญาโทด้านสังคมสงเคราะห์และผู้บำบัด 1 คน เป็นพยาบาลนักปฏิบัติ(nurse practitioner) การบำบัดทุกครั้งผู้ดำเนินการกลุ่มจะปฏิบัติตามขั้นตอน (protocol) ซึ่งเป็นไปตามรูปแบบการเผชิญความเครียดโดยปรับให้เหมาะสมกับความต้องการของสมาชิกผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายบุคคล ผู้วิจัยใช้วิธีการต่าง ๆ เพื่อให้ผู้บำบัดแบบกลุ่มเพื่อเผชิญกับการสูญเสียและความโศกเศร้าจากโรคเอดส์ ปฏิบัติตามขั้นตอน(protocol) ของการบำบัดดังนี้ 1.ผู้บำบัดแต่ละคนได้รับการฝึกหัดจากหัวหน้าโครงการวิจัยและเป็นผู้ช่วยผู้นำกลุ่มร่วมกับหัวหน้าโครงการวิจัยเพื่อให้มีความเหมาะสมที่จะเป็นผู้บำบัดในโครงการวิจัย 2.ได้รับการนิเทศทุกสัปดาห์เพื่ออภิปรายเกี่ยวกับการบำบัด ความก้าวหน้าในการบำบัดและการปฏิบัติตามขั้นตอน(protocol) ของการบำบัด 3. ภายหลังกลุ่มบำบัดทุกครั้ง ผู้บำบัดจะต้องบันทึกใบประกันคุณภาพเกี่ยวกับรายละเอียดของประเด็นในการบำบัด ทักษะและการฝึกปฏิบัติที่ควรมีในกลุ่ม การประเมินผล ประเมินผลหลังได้รับ intervention 2 อาทิตย์
ระเบียบวิธีวิจัย	Randomized Controlled Trial กลุ่มตัวอย่างได้รับการสุ่มเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

Copyright by Mahidol University

หัวข้อ	รายละเอียด
ระดับของงานวิจัย	ระดับ II
ผลการวิจัย	เมื่อใช้ MANOVA พบว่ากลุ่มทดลองมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างก่อนและหลังทดลอง ($F = 10.42$, $p<0.01$) และมีความแตกต่างอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม แสดงว่าการบำบัดแบบกลุ่มเพื่อเผชิญกับการสูญเสียและความโศกเศร้าจากโรคเอดส์ไม่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นและเมื่อนำตัวแปรเพศไปวิเคราะห์พบว่าเพศและการบำบัดแบบ กลุ่มเพื่อเผชิญกับการสูญเสียและความโศกเศร้าจากโรคเอดส์มีปฏิสัมพันธ์ระหว่างกัน ($F=2.74, p<0.05$) แสดงให้เห็นว่าการบำบัดแบบกลุ่ม เพื่อเผชิญกับการสูญเสียและความโศกเศร้าจากโรคเอดส์ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางบวกสูงในกลุ่มทดลองเพศหญิง ส่วนผู้ชายที่ติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มที่ได้รับการบำบัดแบบกลุ่ม เพื่อเผชิญกับการสูญเสียและความโศกเศร้าจากโรคเอดส์และกลุ่มควบคุมมีการเปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในระดับปานกลาง ส่วนผู้หญิงที่ติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มควบคุมไม่มีการเปลี่ยนแปลง เมื่อใช้ Repeated-measures ANNOVAs เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างรายคู่ระหว่างแบบประเมินทั้ง 4 แบบภายหลัง (post-hoc comparisons) พบว่าปฏิกิริยาต่อการสูญเสียความทุกข์ใจทางจิตเวช ภาวะซึมเศร้าและความวิตกกังวลในกลุ่มที่ได้รับการบำบัดแบบกลุ่มเพื่อเผชิญกับการสูญเสียและความโศกเศร้าจากโรคเอดส์ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.01$) อย่างไรก็ดีพบว่ากลุ่มทดลองที่ได้รับการบำบัดแบบกลุ่มเพื่อเผชิญกับการสูญเสียและความโศกเศร้าจากโรคเอดส์มีคะแนนความทุกข์ใจทางจิตเวชโดยรวมดีขึ้นกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) และพบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีเพศหญิงในกลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงของปฏิกิริยาต่อการสูญเสีย($p<0.05$)และภาวะซึมเศร้าดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.01$) ขณะที่ผู้ชายมีการเปลี่ยนแปลงดีขึ้นทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ส่วนกลุ่มบำบัดแบบกลุ่มเพื่อเผชิญกับการสูญเสียและความโศกเศร้าจากโรคเอดส์และเพศมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงความวิตกกังวลอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

Copyright by Mahidol University

หัวข้อ	รายละเอียด
ความสอดคล้องกับประเด็นปัญหาทางคลินิก	1.งานวิจัยมีความสอดคล้องกับปัญหาทางคลินิกคือการลดอาการซึมเศร้าในผู้ติดเชื้อเอชไอวี 2.งานวิจัยช่วยกระบวนการตัดสินใจของพยาบาลเกี่ยวกับการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีอาการซึมเศร้า 3.งานวิจัยมีการทดสอบสมมุติฐานที่มีความสอดคล้องกับปัญหาทางคลินิกคือ -การตอบสนองความโศกเศร้าน้อยลง -อาการซึมเศร้าโดยรวมลดลง -อาการซึมเศร้าและความวิตกกังวลน้อยลง -ความแตกต่างของการบำบัดด้านบทบาทหญิงชาย 4.พยาบาลสามารถนำรูปแบบการบำบัดแบบกลุ่มมาใช้ในการช่วยเหลือผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีอาการซึมเศร้าได้ แต่พยาบาลต้องได้รับการฝึกฝนการใช้โปรแกรมก่อนดำเนินการ 5. กระบวนการเก็บข้อมูลสามารถนำมาใช้ในคลินิกได้แก่ 5.1 ข้อมูลส่วนบุคคลและประวัติการสูญเสียบุคคลที่รักด้วยโรคเอดส์ (Demographic data and history of AIDS – related losses) 5.2 Psychiatric Distress Measures -Grief Reaction Index (GRI) α =0.87 แบบประเมินอาการทั่วไป -Symptom Checklist –90- Revised (SCL -90-R)α =0.98 แบบประเมินอาการเครียดทางจิตใจ -Hamilton Anxiety Scale (HAM-A) แบบประเมินความวิตกกังวล -Hamilton Depression Scale (HAM-D) แบบประเมินอาการซึมเศร้า
การมีความหมายหรือมีคุณค่าในเชิงของศาสตร์	1.งานวิจัยตีพิมพ์ในวารสารที่มีชื่อเสียงคือ Death Studies 28(3) , 187 – 209 ทีมผู้วิจัยเป็นผู้ทำงานอยู่ในสถาบันที่เกี่ยวข้องกับผู้ติดเชื้อเอชไอวี

Copyright by Mahidol University

หัวข้อ	รายละเอียด
การมีความหมายหรือมีคุณค่าในเชิงของศาสตร์ (ต่อ)	2.งานวิจัยได้รับทุนสนับสนุนจาก ROI-MH 54958 , P30-MH52776 , POI-MH56826 และ T32-MH2003 from the National Institute of Mental Health 3.เป็นงานวิจัยที่มีคุณภาพโดยพิจารณาจาก 3.1 ชื่อเรื่องแสดงให้เห็นถึงวิธีการบำบัดแบบกลุ่มและกลุ่มตัวอย่างคือผู้ติดเชื้อเอชไอวีทั้งเพศหญิงและเพศชาย 3.2 ผู้วิจัยไม่มีการระบุปัญหาการวิจัยอย่างชัดเจนแต่มีข้อมูลสนับสนุนความเป็นมาและความสำคัญของปัญหาการวิจัยและแสดงถึงเหตุผลในการทำวิจัยอย่างชัดเจน 3.3 ใช้ Elements of Cognitive Theory of Stress and Coping (Lazarus & Folkman,1984) และ Model of coping with grief and bereavement (Rando,1984,Worden,1991) เป็นกรอบแนวคิดพื้นฐานในการลดความเครียดของผู้ติดเชื้อเอชไอวี 3.4 วัตถุประสงค์ของการศึกษามีความสอดคล้องกับปัญหาการวิจัย คือศึกษาผลลัพธ์ของการบำบัดแบบกลุ่มในรูปแบบการใช้โปรแกรมการปรับพฤติกรรมทางปัญญาร่วมกับการปรับตัวเพื่อลดความเครียด 3.5 ไม่มีการระบุคำถามการวิจัยแต่มีการทดสอบสมมุติฐานการวิจัย 3.6 ไม่มีการระบุคำจำกัดความของตัวแปรที่เกี่ยวข้อง 3.7 มีการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับประเด็นปัญหาทางจิตใจและวิธีการบำบัดต่าง ๆ เพื่อลดอาการซึมเศร้าในผู้ติดเชื้อเอชไอวีโดยสรุปสั้น ๆ 3.8 มีการระบุถึงกลุ่มประชากรเป้าหมายคือผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีประสบการณ์การสูญเสียบุคคลเป็นที่รักด้วยโรคเอดส์ เกณฑ์ในการคัดเลือก จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 3.9 ระเบียบวิธีวิจัยเป็นแบบ RCT มีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบและการติดตามประเมินผลอย่างถูกต้องตามสถิติการวิจัย

Copyright by Mahidol University

หัวข้อ	รายละเอียด
การมีความหมายหรือมีคุณค่าในเชิงของศาสตร์ (ต่อ)	3.10 เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลมีความเหมาะสมกับวัตถุประสงค์การวิจัยและได้ผ่านการตรวจสอบแล้วว่ามีความตรงและความน่าเชื่อถือ 3.11 การวิจัยได้รับการรับรองจากคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์ 3.12 มีการระบุถึงขั้นตอนการเก็บข้อมูลอย่างชัดเจน 3.13 ผู้วิจัยใช้สถิติเหมาะสมกับวัตถุประสงค์การวิจัยและระดับการวัดของตัวแปร 3.14 ผลการศึกษา -มีการระบุถึงคุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่างอย่างชัดเจน -มีการนำเสนอตารางและอธิบายเนื้อความอย่างชัดเจน 3.15 การอภิปรายผลการศึกษา -ผู้วิจัยได้เชื่อมโยงผลการศึกษากับวัตถุประสงค์การวิจัยคือเพศหญิงมีความต้องการในการบำบัดในเรื่องของความโศกเศร้าหรือซึมเศร้ามากกว่าเพศชายและแสดงให้เห็นถึงการตอบสนองอย่างมากในการบำบัด -สำหรับกลุ่มทดลองเพศชายจะมีการพัฒนาในความซึมเศร้าโดยรวมแต่แสดงให้เห็นว่าการพัฒนานั้นไม่ขึ้นอยู่กับเงื่อนไขของการบำบัด เช่น เวลาจะเป็นตัวที่ทำให้ความเศร้าโศกน้อยลงไม่ว่าจะมีการบำบัดหรือไม่ก็ตามและชายในกลุ่มเปรียบเทียบจะได้รับ community care อยู่แล้ว การเข้าร่วมพบปะที่เกี่ยวข้องกับงานวิจัยมีส่วนช่วยเหลือให้เกิดการพัฒนาโดยรวม (overall improvements) 3.16 การนำผลการวิจัยไปใช้และข้อเสนอแนะ -การวิจัยเสนอว่าการบำบัดความโศกเศร้าสำหรับความสูญเสียธรรมดาจะไม่ได้ผลมากนัก การบำบัดจะมีประโยชน์มากกว่าหากใช้กับผู้ป่วยที่มีอาการมาก (traumatic) หรือโศกเศร้า (complicate grief) และการบำบัดแบบกลุ่ม แสดงให้เห็นว่าสามารถลดความซึมเศร้าในผู้ติดเชื้อเอชไอวีทั้งหญิงและชายและเสนอแนะว่าในการทำงานวิจัยครั้งต่อไปควรศึกษาถึงความแตกต่างทางบทบาทของหญิงชายเพื่อหาการ

Copyright by Mahidol University

หัวข้อ	รายละเอียด
การมีความหมายหรือมีคุณค่าในเชิงของศาสตร์ (ต่อ)	ตอบสนองต่อการบำบัดและทำให้ เข้าใจในการจัดการกับอารมณ์และกลไกในการลดอารมณ์โศกเศร้า
แนวโน้มที่จะนำไปใช้ในการปฏิบัติ Transferability of finding	-การใช้กระบวนการกลุ่มใช้ความสามารถในการปรับพฤติกรรมทางปัญญาโดยเน้นที่ทักษะการปรับตัวที่เผชิญกับความสูญเสีย มีความเหมาะสมกับหน่วยงานที่จะนำไปใช้เพื่อลดอาการซึมเศร้าในผู้ติดเชื้อเอชไอวี -หน่วยงานมีกลุ่มประชากรเหมือนกับงานวิจัยคือกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่เผชิญกับความสูญเสียบุคคลเป็นที่รัก -ผู้ติดเชื้อเอชไอวีได้รับประโยชน์จากการใช้กระบวนการกลุ่มใช้ความสามารถในการปรับพฤติกรรมทางปัญญาโดยเน้นที่ทักษะการปรับตัวที่เผชิญกับความสูญเสีย
Feasibility	1.พยาบาลสามารถนำรูปแบบกระบวนการกลุ่มใช้ความสามารถในการปรับพฤติกรรมทางปัญญาโดยเน้นที่ทักษะการปรับตัวที่เผชิญกับความสูญเสีย มาใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อลดอาการซึมเศร้าในผู้ติดเชื้อเอชไอวีและสามารถยุติได้ถ้าไม่ได้ผล 2.ไม่เป็นวิธีการที่ยุ่งยากสำหรับพยาบาล แต่พยาบาลต้องมีความรู้และผ่านการฝึกฝนการใช้โปรแกรม 3.บุคลากรอื่น ๆ ในหน่วยงานให้การสนับสนุนในการปฏิบัติการพยาบาล 4.หน่วยงานมีความพร้อมด้านบุคคล สถานที่และอุปกรณ์เพียงพอ 5.การปฏิบัติการพยาบาลไม่เป็นการละทิ้งหน้าที่ประจำและสามารถผสมผสานเข้ากับงานประจำได้เลย
Cost-benefit ratio	1.การนำโปรแกรมมาใช้ไม่เกิดความเสี่ยงกับผู้ป่วย 2.มีประโยชน์ในการนำไปใช้ในการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีอาการซึมเศร้า โปรแกรมได้ผลดีในผู้ป่วยที่มีปัญหาด้านจิตใจ ลดความวิตกกังวลและอาการซึมเศร้า

Copyright by Mahidol University

หัวข้อ	รายละเอียด
Cost-benefit ratio (ต่อ)	3.ค่าใช่จ่ายในการใช้โปรแกรมมีเพียงเล็กน้อย หน่วยงานสามารถให้การสนับสนุน 4.พยาบาลเกิดความภูมิใจที่ได้ดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีให้มีชีวิตยืนยาวขึ้น
การสรุปเพื่อนำไปใช้	1.การประเมินอาการซึมเศร้าใช้ -Hamilton Depression Scale (HAM-D) 2.พยาบาลสามารถให้ความช่วยเหลือผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีอาการซึมเศร้าได้โดยการบำบัดรายกลุ่มในรูปแบบการใช้ความสามารถในการปรับพฤติกรรมทางปัญญาโดยเน้นที่ทักษะการปรับตัวที่เผชิญกับ ความสูญเสีย ระยะเวลาการบำบัด จำนวน 12 สัปดาห์ ๆ ละครั้ง ๆ ละ 90 นาที ซึ่งเนื้อหาประกอบด้วย 2.1 การสร้างให้เกิดแรงสนับสนุนทางสังคมและเกิดความใกล้ชิดในกลุ่ม 2.2 แยกแยะประเด็นปัญหาและการแสดงออกทางอารมณ์ที่เกี่ยวข้องกับการสูญเสีย เศร้าโศกเสียใจ และการมีชีวิตอยู่กับโรคเอดส์ 2.3 ความยากลำบากในการปรับตัวกับสิ่งที่สูญเสีย 2.4 การแยกประเด็นปัญหาที่เกิดความเครียดโดยเฉพาะและกลวิธีในการเผชิญความเครียดในปัจจุบัน 2.5 การตั้งเป้าหมายในการปรับตัวที่เกี่ยวข้องกับการสูญเสียจากการติดเชื้อเอชไอวีและเอดส์ 2.6 การพัฒนาและการนำกลยุทธ์การปรับตัวเพื่อลดปัญหาด้านจิตใจ ผู้นำกลุ่มเป็นผู้เอื้ออำนวยให้กลุ่มเกิดการดำเนินการโดยใช้กลยุทธ์ในการลดปัญหาด้านจิตใจ ผู้นำกลุ่มจะเป็นผู้ชี้แนะแนวทางโดยให้สมาชิกรู้จักแยกแยะสิ่งที่ทำให้เกิดความเครียดและการรู้จักปรับตัวที่ยากลำบากในการมีชีวิตอยู่ร่วมกับโรคเอดส์และความสูญเสียที่เกิดขึ้น, การขาดแรงสนับสนุนทางสังคม, ขาดความสามารถที่จัดการกับความเครียดในชีวิตประจำวัน รวมถึงความรู้สึกผิดรุนแรง,ความโกรธและอาการซึมเศร้า เน้นสิ่งที่เกิดขึ้นในปัจจุบัน การปรับตัวกับการมอง

Copyright by Mahidol University

หัวข้อ	รายละเอียด
การสรุปเพื่อนำไปใช้ (ต่อ)	ในด้านลบโดยสมาชิกมีการตั้งเป้าหมายระยะสั้นและระยะยาวในการปรับตัวที่จะลดปัญหาด้านจิตใจ การดำเนินการขั้นสุดท้ายคือ 1. การสร้างความรู้สึกที่สามารถควบคุมและคาดการณ์ล่วงหน้าได้ 2. การแสดงความโกรธและวิธีการจัดการกับความโกรธ 3. การระงับ/แก้ความรู้สึกผิด 4. ส่งเสริมความเข้าใจตนเองโดยการสร้างพลังอำนาจในตนเอง 5. การพัฒนาเพื่อการสร้างสัมพันธภาพให้เกิดขึ้นได้ 3. การศึกษาชี้ให้เห็นว่าเพศหญิงมีความต้องการในการบำบัดมากกว่าเพศชายและมีการตอบสนองอย่างมากในการบำบัด

Copyright by Mahidol University

Chan, I., Kong, P., Au A., Li, P., Chung, R., Po, L.M., et al. (2005). Cognitive – behavioral group program for Chinese heterosexual HIV – infected men in Hong Kong. *Patient Education and Counseling 56*(1), 78 – 84.

หัวข้อ	รายละเอียด
วัตถุประสงค์การวิจัย	ผลของโปรแกรมการปรับพฤติกรรมทางปัญญารายกลุ่มในการลดความทุกข์ใจและส่งเสริมคุณภาพชีวิตของชายรักต่างเพศที่ติดเชื้อเอชไอวี
ทุน	ได้รับทุนสนับสนุนโดย Grant MSS 077 of the AIDS Trust Fund
สมมุติฐานการวิจัย	ไม่ได้ระบุสมมุติฐานการวิจัย
Setting งานวิจัย	-The Clinical AIDS Service of Queen Elizabeth Hospital -A major general hospital in Hong Kong
กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย	กลุ่มตัวอย่างได้จากชายรักต่างเพศ ที่มีผลเลือดเป็นบวก ที่มารับการรักษา ที่ Clinical AIDS Service of Queen Elizabeth Hospital ที่เป็นโรงพยาบาลทั่วไปในฮ่องกง จำนวน 62 คน เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion critera) 1. ได้รับการวินิจฉัยว่าติดเชื้อเอชไอวี 2. อยู่ในระยะที่แสดงอาการ (CDC stage B or C) 3. เป็นชายรักต่างเพศและมีอายุมากกว่า 18 ปี 4. มีความสามารถในการสื่อสารภาษาจีน 5. สมัครใจเข้าร่วมการศึกษา เกณฑ์การคัดออก 1. ผู้ป่วยได้รับการรักษาเป็นผู้ป่วยในขณะเริ่มโครงการ 2. มีการติดเชื้อฉวยโอกาสอย่างรุนแรง 3. ได้รับจิตบำบัดมาก่อนหน้านี้แล้ว 4. มีความบกพร่องด้านความคิด (cognitive deficit) เช่น ปัญญาอ่อน หรือมีอาการทางจิตเวชในช่วงเวลาที่ทำการวิจัย พยาบาลผู้เชี่ยวชาญ (nurse specialist) เป็นผู้รวบรวมข้อมูลและรายงานทางการแพทย์เพื่อคัดเลือกผู้ป่วยที่ตรงตามหลักเกณฑ์ ผู้ป่วยที่ได้รับการคัดเลือกจะได้รับการประสานทางโทรศัพท์ เพื่อตรวจสอบ

Copyright by Mahidol University

หัวข้อ	รายละเอียด
กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย (ต่อ)	คุณลักษณะและความสนใจในการเข้าร่วมการวิจัย ผู้ป่วยที่ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย จะได้รับการนัดหมายให้มาพบเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย และเนื้อหาของการบำบัดรายกลุ่มและเซ็นยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ผู้ป่วยที่ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย จะได้รับการประเมินขั้นพื้นฐาน(baseline assessment) และการสัมภาษณ์ทางคลินิก(clinical interview) โดยนักจิตวิทยาทางคลินิกที่อยู่ในระหว่างการฝึกหัด ผู้วิจัยสามารถติดต่อให้ผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ 62 คน เข้าร่วมการวิจัยได้ จำนวน 53 คน ผู้ป่วยเข้ารับการประเมินข้อมูลพื้นฐานจำนวน 24 คน หลังจากการประเมินผู้ป่วยจำนวน 20 คน ให้ความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย อย่างไรก็ตาม ยังมีผู้ป่วยจำนวน 4 คน ที่ต่อมาพบว่าไม่เหมาะสมกับการวิจัย เนื่องจาก มีคุณสมบัติไม่เหมาะสมในการทำกลุ่มบำบัด เป็นผู้ป่วยรักสองเพศ (bisexual) และเป็นผู้ติดเชื้อที่ยังไม่แสดงอาการ คงเหลือจำนวนผู้ป่วยที่เข้าร่วมการวิจัย จำนวน 16 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองจำนวน 8 คน และกลุ่มควบคุมที่รอคอยการบำบัดจำนวน 8 คน มีคนในกลุ่มทดลอง 2 คน และกลุ่มควบคุม 1 คน ออกจากงานวิจัย ด้วยเหตุผลที่สมควร จึงเหลือผู้ป่วยในกลุ่มทดลอง 6 คน กลุ่มควบคุมที่รอคอยการบำบัดจำนวน 7 คน กลุ่มตัวอย่างอายุระหว่าง 29-48 ปี อายุเฉลี่ย 38.15 (SD=8.03) เป็นชายรักต่างเพศทั้งหมด ร้อยละ 54 สมรส และร้อยละ 92 อยู่กับครอบครัว ลักษณะของประชากรในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ
เครื่องมือในการประเมินผลลัพธ์	1. ข้อมูลส่วนบุคคล(Demographic characteristic) เป็นการรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับ อายุ เพศ สถานภาพการทำงาน สถานภาพสมรส การศึกษา ระยะเวลาการติดเชื้อเอชไอวี ระยะการป่วยด้วยโรคเอดส์ และระดับ CD_4 2. การประเมินทางจิตสังคม (Psychosocial assessment) 2.1 คุณภาพชีวิตเกี่ยวกับสุขภาพ(Health – related quality of life (HRQOL)) ฉบับสั้น (SF-36) และแปลเป็นภาษาจีน ประเมินใน 8

Copyright by Mahidol University

หัวข้อ	รายละเอียด
เครื่องมือในการประเมินผลลัพธ์(ต่อ)	องค์ประกอบ คือ 2.1.1 การทำหน้าที่ของร่างกาย (Physical functioning) 2.1.2 Role – physical 2.1.3 ความเจ็บปวด (Bodily pain) 2.1.4 ภาวะสุขภาพโดยทั่วไป (General health) 2.1.5 ความสดชื่น (Vitality) 2.1.6 การทำหน้าที่ทางสังคม (Social functioning) 2.1.7 Role-emotional 2.1.8 ภาวะสุขภาพจิต (Mental health) คะแนนที่สูงบ่งบอกถึงการมีคุณภาพชีวิตที่ดี ผู้วิจัยแปลงคะแนนดิบให้เป็นคะแนนที่อยู่ในช่วง 0-100 คะแนน แบบประเมินคุณภาพชีวิตเกี่ยวกับสุขภาพ ฉบับภาษาจีน ได้รับการประเมินความตรง (validity) กับชุมชนชาวฮ่องกง 2.2 สภาพอารมณ์ (Mood stage) ใช้ แบบวัดภาวะซึมเศร้าของ The Center for Epidemiologic Studies – Depression scale (CES-D) มีจำนวน 20 ข้อ ซึ่งประเมินเกี่ยวกับ - อารมณ์ซึมเศร้า (depression mood) - ความรู้สึกผิดและไม่มีคุณค่า (Feelings of guilt and worthlessness) - ความรู้สึกสิ้นหวังและช่วยตัวเองไม่ได้ (Feelings of helplessness and hopelessness) - การเคลื่อนไหวที่ล่าช้า (Psychomotor retardation) - การสูญเสียความอยากอาหาร (Loss of appetite) - การรบกวนการนอน(Sleep disturbance) โดยให้ผู้ป่วยรายงานความถี่ของอาการในสัปดาห์ที่ผ่านมา บนมาตรลิเคร็ท 4 ระดับ ระดับที่ 1 มีอาการน้อยมากหรือไม่มีอาการ (Rarely or none of the time) ถึง 4 มีอาการมากหรือเกือบตลอดเวลา (most or all of the time) ระดับคะแนนที่สูงบ่งบอกถึงอาการซึมเศร้า

Copyright by Mahidol University

หัวข้อ	รายละเอียด
เครื่องมือในการประเมินผลลัพธ์ (ต่อ)	ผู้ร่วมการวิจัยในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมที่รอคอยการบำบัดได้รับการประเมินก่อนได้รับโปรแกรม และเมื่อสิ้นสุดโปรแกรมทันที
การบำบัด (intervention)	กลุ่มทดลอง จำนวน 6 คนได้รับโปรแกรมการปรับพฤติกรรมทางปัญญา ระยะเวลาการบำบัดสัปดาห์ละครั้ง จำนวน 7 ครั้งๆละ2 ชั่วโมง ผู้วิจัยใช้ขั้นตอน (protocol) การบำบัดแบบการปรับพฤติกรรมทางปัญญา และการฝึกการเผชิญความเครียด อย่างมีประสิทธิภาพ ของเบค (Beck,1979) ซึ่งพัฒนาโดย Chesney และคณะ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อสอนผู้ป่วยระบุและจัดการกับความเชื่อที่ผิดเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของตนเองและเพิ่มทักษะการเผชิญกับสถานการณ์ความเครียดที่เกิดจากความเจ็บป่วยเพิ่มแรงสนับสนุนทางสังคมและลดความทุกข์ใจในผู้ติดเชื้อเอชไอวี โปรแกรมการปรับพฤติกรรมทางปัญญารายกลุ่ม ดำเนินการโดยนักจิตวิทยาคลินิก(clinical psychologist specialist) ในการบำบัดผู้ติดเชื้อเอชไอวีและนักจิตวิทยาคลินิก ที่อยู่ในระหว่างการฝึกหัด อีก 1 คน โดยการอภิปรายเกี่ยวกับประเด็นต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการติดเชื้อเอชไอวี และการเจ็บป่วยดังนี้ 1. สุขภาพ (health issues) 2. การรับรู้ตนเอง (self-view issues) 3. สัมพันธภาพทางสังคม (relationship issues) 4. การดำรงอยู่ของชีวิต (existential issues) กลุ่มทดลองได้รับการฝึกการปรับเปลี่ยนทางความคิดและกลยุทธ์ในการเปลี่ยนพฤติกรรม ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับปฏิกิริยาทางร่างกายและจิตใจต่อความเครียด สอนการผ่อนคลาย และฝึกการอภิปรายร่วมกันเกี่ยวกับทางเลือกในการจัดการกับความเครียด (stress management techniques) กลุ่มบำบัด การปรับพฤติกรรมทางปัญญา ทุกๆ ครั้ง จะเริ่มต้นด้วยการทบทวนการบ้านของผู้ป่วย การนำเสนอประเด็น ที่จะอภิปราย

Copyright by Mahidol University

หัวข้อ	รายละเอียด
การบำบัด (intervention) (ต่อ)	ในสัปดาห์นั้น ตามด้วยการอภิปราย และการบำบัด ก่อนสิ้นสุดการบำบัด รายกลุ่มแต่ละครั้ง จะให้ผู้ป่วยฝึกการผ่อนคลายและกระตุ้นให้ผู้ป่วยกลับไปปฏิบัติการผ่อนคลายที่บ้านทุกวัน
ระเบียบวิธีวิจัย	Randomized Controlled Trial จากผู้เข้าร่วมจำนวน 16 คนนำมาจับคู่กันโดยใช้ลักษณะทางประชากรและแต่ละคู่จะได้รับการสุ่มว่าจะอยู่ในกลุ่มทดลองหรือกลุ่มควบคุม
ระดับของงานวิจัย	ระดับ II
ผลการวิจัย	เมื่อสิ้นสุดการทดลอง **คุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับภาวะสุขภาพ** (Health – related quality of life) ก่อนการบำบัดการปรับพฤติกรรมทางปัญญารายกลุ่มพบว่าคะแนนคุณภาพชีวิตของผู้เข้าร่วมการวิจัยต่ำกว่าประชากรโดยทั่วไป (แบบวัดโดย SF-36) และพบว่าคะแนนคุณภาพชีวิตของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ หลังการบำบัดเมื่อวิเคราะห์ด้วย ANCOVA โดยควบคุมความแตกต่าง ก่อนการบำบัด พบว่า กลุ่มทดลองมีคุณภาพชีวิตองค์ประกอบภาวะสุขภาพจิตแตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) โดยเฉพาะใน Depression subtype พบว่ามีกลุ่มทดลองแตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) และพบว่ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคุณภาพชีวิต องค์ประกอบอื่นแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p>0.10$) **ความทุกข์ใจหรือภาวะซึมเศร้า** (The Center for Epidemiologic Studies – Depression scale) ก่อนการบำบัด การปรับพฤติกรรมทางปัญญารายกลุ่ม พบว่าคะแนนภาวะซึมเศร้า (CES-D) ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ หลังบำบัดเมื่อวิเคราะห์ด้วย ANCOVA โดยใช้คะแนนภาวะซึมเศร้าก่อนการทดลองและอายุเป็นตัว covariates พบว่าในกลุ่มทดลองมีการลดลงในเรื่องของความทุกข์ใจแตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.01$)

Copyright by Mahidol University

หัวข้อ	รายละเอียด
ความสอดคล้องกับประเด็นปัญหาทางคลินิก	1.งานวิจัยมีความสอดคล้องกับปัญหาทางคลินิกคือการลดอาการซึมเศร้าในผู้ติดเชื้อเอชไอวี 2.งานวิจัยช่วยกระบวนการตัดสินใจของพยาบาลเกี่ยวกับการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีอาการซึมเศร้า 3.งานวิจัยมีการทดสอบสมมุติฐานเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงอาการซึมเศร้าและคุณภาพชีวิตในผู้ร่วมการวิจัยที่ได้รับโปรแกรมการปรับพฤติกรรมทางปัญญา 4.พยาบาลสามารถนำรูปแบบการใช้โปรแกรมการปรับพฤติกรรมทางปัญญามาใช้ในการช่วยเหลือผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีอาการซึมเศร้าได้ 5.กระบวนการเก็บข้อมูลในงานวิจัยที่จะนำใช้ในการประเมินอาการซึมเศร้าสามารถนำมาใช้ในคลินิกได้แก่ 5.1 คุณภาพชีวิตเกี่ยวกับสุขภาพ (Health – related quality of life) 5.2 แบบวัดภาวะซึมเศร้าของ The Center for Epidemiologic Studies – Depression scale (CES-D)
การมีความหมายหรือมีคุณค่าในเชิงของศาสตร์	1.งานวิจัยตีพิมพ์ในวารสารที่มีชื่อเสียง คือ Patient Education and Counseling 56, 78 – 84 2.งานวิจัยได้รับทุนสนับสนุนโดย Grant MSS 077 of the AIDS Trust Fund 3.เป็นงานวิจัยที่มีคุณภาพโดยพิจารณาจาก 3.1 ชื่อเรื่อง แสดงให้เห็นถึงวิธีการบำบัดในรูปแบบการใช้โปรแกรมการปรับพฤติกรรมทางปัญญาและกลุ่มตัวอย่างคือชายรักต่างเพศที่ติดเชื้อเอชไอวี 3.2 ไม่ได้ระบุปัญหาการวิจัยอย่างชัดเจนแต่อธิบายเหตุผลของการทำวิจัยอย่างชัดเจน 3.3 ผู้วิจัยไม่ได้แสดงกรอบแนวคิดหรือกรอบทฤษฎีไว้อย่างชัดเจน แต่อธิบายกลไกของการปรับพฤติกรรมทางปัญญาโดยใช้ protocol จากพื้นฐานของ Beck และพัฒนาโดย Chesney and her colleagues

Copyright by Mahidol University

หัวข้อ	รายละเอียด
การมีความหมายหรือมีคุณค่าในเชิงของศาสตร์ (ต่อ)	3.4 วัตถุประสงค์ของการศึกษามีความสอดคล้องกับปัญหาการวิจัยคือประเมินประสิทธิภาพของโปรแกรมการปรับพฤติกรรมทางปัญญาเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตและลดความทุกข์ใจของผู้ติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มชายรักต่างเพศที่แสดงอาการ 3.5 ไม่มีการระบุคำถาม และไม่มีการทดสอบสมมุติฐานการวิจัย 3.6 ไม่มีการระบุคำจำกัดความของตัวแปรที่เกี่ยวข้อง 3.7 มีการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับประเด็นปัญหาทางจิตใจของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและวิธีการบำบัดต่าง ๆ เพื่อลดอาการซึมเศร้าโดยสรุปสั้น ๆ 3.8 มีการระบุถึงกลุ่มประชากรเป้าหมายคือผู้ติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มชายรักต่างเพศที่แสดงอาการ วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่าง เกณฑ์ในการคัดเลือก จำนวนกลุ่มตัวอย่างและเหตุผลการออกจากงานวิจัยอย่างชัดเจน 3.9 ระเบียบวิธีวิจัยเป็นแบบ RCT มีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมและติดตามประเมินผลอย่างถูกต้องสถิติการวิจัย 3.10 เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลมีความเหมาะสมกับวัตถุประสงค์ของงานวิจัย แต่ไม่ได้ระบุความตรง(validity) และความเที่ยง (reliability) 3.11 ไม่ได้ระบุว่าได้รับรองจากคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์และไม่ได้ระบุถึงวิธีการในการรักษาความลับของข้อมูล 3.12 ไม่ได้ระบุถึงขั้นตอนการเก็บข้อมูล 3.13 ผู้วิจัยใช้สถิติเหมาะสมกับวัตถุประสงค์การวิจัย 3.14 ผลการศึกษา -มีการระบุถึงคุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่างอย่างชัดเจน -มีการนำเสนอตารางและอธิบายเนื้อความอย่างชัดเจน 3.15 การอภิปรายผลการศึกษา -มีการระบุถึงข้อจำกัดเช่น กลุ่มตัวอย่างมีน้อยเกินไป

Copyright by Mahidol University

หัวข้อ	รายละเอียด
การมีความหมายหรือมีคุณค่าในเชิงของศาสตร์ (ต่อ)	(เนื่องจากเป็นการศึกษานำร่อง) และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้มีการศึกษาดีซึ่งอาจมี bias ต่อชายผู้ที่ more active coping ได้ -ผู้วิจัยได้เชื่อมโยงผลการศึกษากับวัตถุประสงค์ของการวิจัยคือการใช้โปรแกรมการปรับพฤติกรรมทางปัญญาสามารถลดความทุกข์ใจในผู้ติดเชื้อเอชไอวี 3.16 การนำผลการวิจัยไปใช้และข้อเสนอแนะ -การศึกษานี้เน้นที่ผลลัพธ์(outcome) มากกว่ากระบวนการ(process) ซึ่งการไม่เน้นกระบวนการทำให้เกิดผลบวกต่อ outcome เช่น ความเอาใจใส่จากผู้นำกลุ่ม การเปรียบเทียบแบบ upward, downward และความรู้สึกที่ได้รับการสนับสนุนจากกลุ่ม -การศึกษาพบว่าการบำบัดที่จำกัดเวลา(time-limited intervention) มีความเหมาะสมและมีประสิทธิภาพสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มชายรักต่างเพศ แต่ผลที่ได้ในระยะยาวยังไม่ทราบเนื่องจากการระบาดของ SARS ในฮ่องกง 3 เดือนหลังจากเสร็จสิ้นการบำบัดจึงไม่ได้มีการประเมินผล -การศึกษาพบว่า social support เป็นสิ่งสำคัญในการบรรเทาความทุกข์ใจของผู้ป่วย ซึ่งการบำบัดในรูปแบบกลุ่มน่าจะมีเป้าหมายที่เฉพาะเจาะจงในการเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้รับการสนับสนุนด้านสังคมต่อกัน ดังนั้น จึงเป็นสิ่งจำเป็นต่อการวิจัยในอนาคตเกี่ยวกับการใช้กระบวนการวิเคราะห์เพื่อช่วยให้เกิดความเข้าใจในวิธีการลดอาการซึมเศร้าในผู้ติดเชื้อเอชไอวี
แนวโน้มที่จะนำไปใช้ในการปฏิบัติ Transferability of finding	-การใช้โปรแกรมการปรับพฤติกรรมทางปัญญามีความเหมาะสมกับหน่วยงานในการนำไปใช้เพื่อดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีอาการซึมเศร้า -หน่วยงานมีกลุ่มประชากรที่คล้ายคลึงกันคือผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่เป็นชายรักต่างเพศ และมีอาการซึมเศร้าจากการติดเชื้อ

Copyright by Mahidol University

หัวข้อ	รายละเอียด
Feasibility	-พยาบาลสามารถนำรูปแบบโปรแกรมการปรับพฤติกรรมทางปัญญามาใช้ในการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีได้ -พยาบาลที่จะนำโปรแกรมการปรับพฤติกรรรมทางปัญญาไปใช้ต้องมีความรู้และผ่านการฝึกฝนการใช้โปรแกรม -บุคลากรอื่น ๆ ในหน่วยงานให้การสนับสนุนในการปฏิบัติการพยาบาล -หน่วยงานมีความพร้อมด้านบุคคล สถานที่ และอุปกรณ์เพียงพอ -การปฏิบัติการพยาบาลไม่เป็นการละทิ้งหน้าที่ประจำและสามารถผสมผสานเข้ากับงานประจำได้เลย
Cost-benefit ratio	-การปฏิบัติการพยาบาลไม่ทำให้เกิดความเสี่ยงกับผู้ป่วย -มีประโยชน์ในการนำไปใช้ในการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีอาการซึมเศร้า โปรแกรมได้ผลดีในการลดความทุกข์ใจและเพิ่มคุณภาพชีวิต -ค่าใช้จ่ายในการใช้โปรแกรมมีเพียงเล็กน้อย หน่วยงานสามารถให้การสนับสนุน -พยาบาลเกิดความภาคภูมิใจที่ได้ดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีให้มีชีวิตยืนยาวขึ้น
การสรุปเพื่อนำไปใช้	1.โปรแกรมการปรับพฤติกรรมทางปัญญารายกลุ่มสามารถนำมาใช้ในผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่แสดงอาการ เพศชาย มีอายุมากกว่า 18 ปี ที่มีอาการซึมเศร้า 2. เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินอาการซึมเศร้า ใช้แบบวัดภาวะซึมเศร้าของ The Center for Epidemiologic Studies – Depression Scale (CES-D) 3. ผู้บำบัดต้องมีความชำนาญหรือได้รับการฝึกหัด 4. โปรแกรมการปรับพฤติกรรมทางปัญญารายกลุ่ม และฝึกการเผชิญความเครียดอย่างมีประสิทธิภาพ มีวัตถุประสงค์เพื่อสอนผู้ป่วยระบุและจัดการกับความเชื่อที่ผิดเกี่ยวกับการติดเชื้อเอชไอวี และความเจ็บป่วยของตนเอง

Copyright by Mahidol University

หัวข้อ	รายละเอียด
การสรุปเพื่อนำไปใช้ (ต่อ)	เพิ่มทักษะการเผชิญกับสถานความเครียดที่เกิดจากความเจ็บป่วยเพิ่มแรงสนับสนุนทางสังคมและลดความทุกข์ใจ ผู้ป่วยจะได้รับการฝึกการปรับเปลี่ยนทางความคิดและกลยุทธ์ในการเปลี่ยนพฤติกรรม ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับปฏิกิริยาทางร่างกายและจิตใจต่อความเครียด สอนการผ่อนคลาย และฝึกการอภิปรายร่วมกันเกี่ยวกับทางเลือกในการจัดการกับความเครียด (stress management techniques) ระยะเวลาการบำบัดสัปดาห์ละครั้ง จำนวน 7 ครั้งๆ ละ 2 ชั่วโมง ทุกๆครั้งจะเริ่มต้นด้วยการทบทวนการบ้านของผู้ป่วย การนำเสนอประเด็นที่จะอภิปรายในสัปดาห์นั้นตามด้วยการอภิปรายและการบำบัด ซึ่งมีประเด็นต่างๆที่เกี่ยวข้องกับการติดเชื้อเอชไอวี และการเจ็บป่วยดังนี้ 1. สุขภาพ (health issues) 2. การรับรู้ตนเอง (self-wiew issues) 3. สัมพันธภาพทางสังคม (relationship issues) 4. การดำรงอยู่ของชีวิต (existential issues) ก่อนสิ้นสุดการบำบัดรายกลุ่มแต่ละครั้งจะให้ผู้ป่วยฝึกการผ่อนคลายและกระตุ้นให้ผู้ป่วยกลับไปปฏิบัติการผ่อนคลายที่บ้านทุกวัน

Copyright by Mahidol University

BIOGRAPHY

NAME Mrs. Benchar Limprasertkul

DATE OF BIRTH July 8, 1966

PLACE OF BIRTH Chainat, Thailand

INSTITUTIONS ATTENDED Boramarajonani Sawanpracharak College of Nursing, Nakornsawan, 1988
Bachelor of Nursing
Mahidol University, 2007
Master of Nursing Science
(Mental Health and Psychiatric Nursing)

POSITION AND OFFICE Position : Nurse
Hankha Hospital, Hankha, Chainat,
Thailand 17130
Tel. 0 - 5645 - 1045
Fax. 0 - 5645 - 1558
E-mail : bkkl2002@yahoo.com

HOME ADDRESS 120/150 Moo 4 Tambon Banklui, Muang
Chainat, Thailand 17000
Tel. 0-5641 – 5312
Mobile. 08-9567-2772

Copyright by Mahidol University