

การบำบัดทางพฤติกรรมปัญญา
ในผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์: การสังเคราะห์งานวิจัย



สารนิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช)
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล
พ.ศ. 2553

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยมหิดล

Copyright by Mahidol University

สารนิพนธ์

เรื่อง

การบำบัดทางพฤติกรรมปัญญา

ในผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์: การสังเคราะห์งานวิจัย



นางสาวนิตยา จันทรฤกษ์
ผู้ศึกษา



ผู้ช่วยศาสตราจารย์พัชรินทร์ นินทจันทร์,
Ph.D. (Nursing)
อาจารย์ที่ปรึกษาสารนิพนธ์หลัก



ผู้ช่วยศาสตราจารย์โสภิณ แสงอ่อน,
Ph.D. (Nursing)
อาจารย์ที่ปรึกษาสารนิพนธ์ร่วม



ศาสตราจารย์บรรจง มไหสวริยะ,
พ.บ., ว.ว. ออร์โทปิดิกส์
คณบดี
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล



รองศาสตราจารย์อรสา พันธักดิ์,
พย.ด.
ประธานคณะกรรมการบริหารหลักสูตร
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี
มหาวิทยาลัยมหิดล

สารนิพนธ์

เรื่อง

การบำบัดทางพฤติกรรมปัญญา

ในผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์: การสังเคราะห์งานวิจัย

ได้รับการพิจารณาให้นับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช)

วันที่ 4 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2553



นางสาวนิตยา จันทรฤกษ์

ผู้ศึกษา



ผู้ช่วยศาสตราจารย์โสภณ แสงอ่อน,

Ph.D. (Nursing)

กรรมการสอบสารนิพนธ์



ผู้ช่วยศาสตราจารย์วันทนา มณีศรีวงศ์กุล,

D.N.Sc.

ประธานกรรมการสอบสารนิพนธ์



ผู้ช่วยศาสตราจารย์รังสมันต์ สุนทรไชยา,

Ph.D. (Nursing)

กรรมการสอบสารนิพนธ์



ผู้ช่วยศาสตราจารย์พัชรินทร์ นินทจันทร์,

Ph.D. (Nursing)

กรรมการสอบสารนิพนธ์



ศาสตราจารย์บรรจง มไหสวริยะ,

พ.บ., ว.ว. ออร์โธปิดิกส์

คณบดี

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล



ศาสตราจารย์รัชตะ รัชตะนาวิน,

พ.บ., F.A.C.E.

คณบดี

คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

มหาวิทยาลัยมหิดล

กิตติกรรมประกาศ

สารนิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยความกรุณาจากผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พัชรินทร์ นันทจันทร์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.โสภณ แสงอ่อน ประธานกรรมการและกรรมการควบคุมสารนิพนธ์ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วันทนา มณีศรีวงศ์กุล ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รังสิมันต์ สุนทรไชยา ประธานกรรมการและกรรมการสอบสารนิพนธ์ ที่ได้เสียสละเวลาส่วนตัวเพื่อให้ความรู้ คำแนะนำ ข้อเสนอแนะและให้กำลังใจผู้ศึกษามาโดยตลอดจนเป็นผลให้สารนิพนธ์สำเร็จสมบูรณ์ ผู้ศึกษาขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงและขอกราบขอบพระคุณคณาจารย์ทุกท่านที่ได้ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้ในระหว่างการศึกษา

ขอขอบพระคุณกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ในการอนุเคราะห์ทุนการศึกษา ตลอดหลักสูตรการศึกษาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลท่าม่วง หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาล หัวหน้ากลุ่มงานเวชปฏิบัติครอบครัวและชุมชนที่กรุณาสับสนุนการศึกษา ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่คลินิกสุขภาพจิตที่ช่วยสละเวลาเพื่อปฏิบัติงานแทนในระหว่างการศึกษา ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่ฝ่ายบริหารที่ช่วยเหลือด้านงานเอกสาร ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลท่าม่วง รวมทั้งนักเรียนรุ่นพี่ และเพื่อนๆ นักศึกษาปริญญาโท และผู้ที่เกี่ยวข้องทุกท่าน ที่ช่วยเหลือเมื่อเกิดปัญหา และอุปสรรคต่างๆ และให้กำลังใจอย่างต่อเนื่อง

ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่ห้องสมุดของโรงพยาบาลรามาริบัติ สำนักหอสมุดกลาง มหาวิทยาลัยมหิดล ห้องสมุดคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ห้องสมุดคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ห้องสมุดสถาบันและหน่วยงานอื่นๆ ที่กรุณาอำนวยความสะดวกในการสืบค้นข้อมูล ตำรา เอกสาร พร้อมทั้งช่วยสืบค้นข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ ให้คำปรึกษา และให้ความช่วยเหลือในทุกๆ ด้าน

ท้ายที่สุดขอกราบขอบพระคุณบิดาและมารดา และขอบคุณบุคคลในครอบครัวและญาติมิตรที่ให้ความรัก ความเข้าใจ ให้กำลังใจ และให้ความช่วยเหลือผู้ศึกษาเป็นอย่างดี

นิตยา จันทรฤกษ์

การบำบัดทางพฤติกรรมปัญญาในผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์: การสังเคราะห์งานวิจัย

COGNITIVE BEHAVIORAL THERAPY AMONG PATIENTS WITH HIV/AIDS: RESEARCH SYNTHESIS

นิตยา จันทร์ฤกษ์ 4836257 RAMH/ M

พย.ม. (การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช)

คณะกรรมการที่ปรึกษาสารนิพนธ์: พชรินทร์ นันทจันทร์, Ph.D. (Nursing), โสภณ แสงอ่อน, Ph.D. (Nursing)

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์และสังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการบำบัดทางพฤติกรรมปัญญา (Cognitive Behavioral Therapy [CBT]) ในผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์โดยรวบรวมหลักฐานงานวิจัยจากแหล่งต่างๆ ได้แก่ ฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์และห้องสมุด มีงานวิจัยที่นำมาศึกษาจำนวน 11 เรื่อง ซึ่งเป็นงานวิจัยเชิงทดลองที่เป็น Randomized control trial จำนวน 8 เรื่อง และเป็นงานวิจัยเชิงกึ่งทดลอง (Quasi - experimental research) จำนวน 3 เรื่อง ผลการศึกษารูปเป็น 6 ส่วน คือ 1) ผู้บำบัด: อาจเป็นจิตแพทย์ นักจิตวิทยา หรือพยาบาลจิตเวชที่ผ่านการอบรม CBT และมีประสบการณ์ทำงานด้านโรคเอดส์ 2) ผู้รับการบำบัด: ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ยังไม่แสดงอาการและผู้ป่วยเอดส์ เพศชาย เพศหญิง และเกณฑ์ติดเชื้อเอชไอวีจากกร่วมเพศและเพศสัมพันธ์กับต่างเพศ 3) กิจกรรมที่ใช้ในการบำบัด: ประกอบด้วย การปรับเปลี่ยนโครงสร้างทางปัญญา (cognitive restructuring) การฝึกทักษะแก้ปัญหา (problem solving) การสื่อสารแบบกล้าแสดงออก การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (behavioral change strategies) การให้ความรู้เรื่องโรค และการรักษา ความร่วมมือต่อการรักษา และการฝึกการผ่อนคลาย (relaxation training) 4) ระยะเวลา ความถี่และจำนวนครั้งในการบำบัด: แต่ละครั้งใช้เวลา 1 ชั่วโมงครั้งถึง 2 ชั่วโมงครั้ง ความถี่ ทุก 1 สัปดาห์จำนวน 7- 20 ครั้ง 5) ผลลัพธ์ของการบำบัด: หลังการบำบัดด้วย CBT ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์มีคุณภาพชีวิตดีขึ้น มีความร่วมมือต่อการรักษาเพิ่มขึ้น ภาวะซึมเศร้าลดลง มีการปรับตัวต่อสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดที่เหมาะสม และมีการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมดีขึ้น 6) มีการเปรียบเทียบ CBT กับ การบำบัดแบบ Individual Psychoeducation, Social support group (PSC), Experiential-oriented therapy (ET) พบว่าการบำบัดแบบ CBT และแบบ Individual Psychoeducation, Social support group, Experiential-oriented therapy มีประสิทธิผลที่ดีใกล้เคียงกันแต่ CBT ให้ผลดีกว่าเรื่องลดการใช้สารเสพติดเมื่อเปรียบเทียบกับ PSC องค์ความรู้ที่ได้จากการศึกษาในครั้งนี้ สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ได้อย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

คำสำคัญ : การบำบัดทางพฤติกรรมปัญญา / ผู้ติดเชื้อเอชไอวี / ผู้ป่วยเอดส์

COGNITIVE BEHAVIORAL THERAPY AMONG PATIENTS WITH HIV/AIDS: RESEARCH SYNTHESIS

NITAYA JUNLERG 4836257 RAMH/ M

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

THEMATIC PAPER ADVISORY COMMITTEE: PATCHARIN NINTACHAN, Ph.D. (NURSING), SOPIN SANGON, Ph.D. (NURSING)

ABSTRACT

The present study aimed at analyzing and synthesizing research literature on cognitive behavioral therapy among patients with HIV/AIDS. A total of 11 research studies (eight were randomized controlled trials, and three were quasi-experimental studies) were compiled from various electronic and library databases. The findings of the study can be divided into six parts as follows: 1) *the therapists* included psychiatrists, psychologists, and psychiatric nurses who had undergone training in cognitive behavioral therapy and had experience working with patients with HIV/AIDS; 2) *the clients* were patients with asymptomatic HIV infections and AIDS who were either male or female and who had contracted AIDS from heterosexual or homosexual relationships; 3) *the activities* used in therapy were composed of cognitive restructuring, problem solving, behavioral change strategies, expressive communication, dissemination of knowledge about the disease, its treatment, adherence to treatment, and relaxation training; 4) as for *duration, frequency, and number of sessions*, the findings showed that each therapy session lasted one and a half hours to two and a half hours, once a week, for 7 to 20 weeks; 5) *the outcomes* included improved quality of life, increased adherence to treatment, decreased depression, better adjustment to stressful situations, and increased perception of social support; and 6) *a comparison of CBT* with other forms of therapy, Individual Psychoeducation, Social support group (PSC), and Experiential-oriented therapy (ET), showed that both CBT and other forms of therapy were similarly effective, but CBT demonstrated to be more effective in reducing substance abuse than PSC. The body of knowledge derived in this study could be applied to provide care for patients with HIV/AIDS more efficiently and effectively.

KEY WORDS: COGNITIVE BEHAVIORAL THERAPY/ PATIENTS WITH HIV/AIDS

230 pages

สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ	ค
บทคัดย่อ (ภาษาไทย)	ง
บทคัดย่อ (ภาษาอังกฤษ)	จ
สารบัญตาราง	ช
บทที่ 1 บทนำ	1
ความเป็นมาและความสำคัญ	1
วัตถุประสงค์ของการศึกษา	5
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	5
นิยามศัพท์	6
บทที่ 2 ทบทวนวรรณกรรม	7
ความรู้เรื่องโรคเอดส์	8
ความหมายของโรคเอดส์	8
การติดต่อของเชื้อไวรัสเอชไอวี	8
เกณฑ์การวินิจฉัยโรคเอดส์เพื่อการเฝ้าระวังในประเทศไทย	9
ระยะของโรคเอดส์	10
การรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์	12
ความร่วมมือในการรักษา	14
ผลกระทบต่อการติดเชื้อเอชไอวีและโรคเอดส์	15
การพยาบาลด้านจิตสังคมสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์	20
การบำบัดทางพฤติกรรมปัญญา (Cognitive Behavioral Therapy)	21
ความหมายของการบำบัดทางพฤติกรรมปัญญา	21
วิวัฒนาการของการบำบัดทางพฤติกรรมปัญญา	22
แนวคิดพื้นฐานการบำบัดทางพฤติกรรมปัญญา	23

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
หลักการสำคัญในการบำบัดทางพฤติกรรมปัญหา	26
ขั้นตอนและเทคนิคการบำบัดทางพฤติกรรมปัญหา	29
การบำบัดทางพฤติกรรมปัญหาในผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์	34
บทที่ 3 วิธีดำเนินการศึกษา	38
การสืบค้นงานวิจัยและหลักฐานอ้างอิงทางวิชาการเพื่อการทบทวน	38
แนวทางในการวิเคราะห์งานวิจัยและหลักฐานอ้างอิงเชิงวิชาการ	43
บทที่ 4 ผลการศึกษา	47
บทที่ 5 การอภิปรายผลการศึกษา	85
บทที่ 6 สรุปผลการศึกษาและข้อเสนอแนะ	96
บทสรุปแบบสมบูรณภาษาไทย	105
บทสรุปแบบสมบูรณภาษาอังกฤษ	125
รายการอ้างอิง	149
ภาคผนวก	156
ประวัติผู้ศึกษา	230

สารบัญตาราง

ตาราง	หน้า
1 แสดงผลการสืบค้นงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	40
2 แสดงงานวิจัยที่เกี่ยวกับการบำบัดทางพฤติกรรมปัญญาในผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์จากการสืบค้น	44
3 แสดงชื่อเรื่อง/ ชนิดการบำบัด (รายกลุ่ม/ รายบุคคล) / กิจกรรม/ กลยุทธ์ที่ใช้บำบัด	51
4 แสดงชื่อผู้ศึกษา/ ปี/ การบำบัดร่วม/ การบำบัดเปรียบเทียบ ตารางการบำบัด/ กิจกรรม การบำบัดเปรียบเทียบ ผลลัพธ์/ เครื่องมือของการบำบัดทางพฤติกรรมปัญญาในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ เอดส์	54
5 สรุปผลการถ่วงกรองข้อมูลจากวรรณกรรมเกี่ยวกับการบำบัดทางพฤติกรรมปัญญาในผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์	156

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคเอดส์ (Acquired Immunodeficiency Syndrome, AIDS) เป็นโรคติดต่อที่ร้ายแรงและเรื้อรัง ก่อให้เกิดความเครียดทั้งต่อร่างกายและต่อจิตใจ นำมาซึ่งความรู้สึกโศกเศร้า สูญเสียความมีคุณค่าในตนเองลดลง และถูกตีตราจากสังคม (Faugier, 1993; LaSelle & LaSelle, 2001; Taylor, 1999) การติดเชื้อเอชไอวีเป็นการติดเชื้อแบบถาวรตลอดชีวิต ซึ่งปัจจุบันยังไม่มียารักษาให้หายขาด แต่ฤทธิ์ของยาต้านไวรัสช่วยลดจำนวนเชื้อโรค ช่วยยืดอายุ ลดการเจ็บป่วย และลดอัตราการเสียชีวิต ทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น การรักษาด้วยยาต้านไวรัสจึงเป็นความหวังของผู้ป่วยเอดส์ (Chandra et al, 2005) แต่ประสิทธิภาพของการรักษาดังกล่าวจำเป็นต้องอาศัยการให้ความร่วมมือที่ดีต่อการรักษา (good adherence) ของผู้ป่วย (สัญญา ชาสมบัติ และชีวันนัท เลิศพิริยสุวัฒน์, 2547)

ปัจจุบันการแพร่ระบาดของโรคเอดส์ยังคงมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ สถิติผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยโรคเอดส์จากรายงานสถานการณ์เอดส์ทั่วโลก ในเดือนธันวาคม พ.ศ. 2009 โดย The Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS) and World Health Organization (WHO) พบว่ามีจำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีทั่วโลกประมาณ 33.4 ล้านคน เป็นผู้ใหญ่อายุประมาณ 31.3 ล้านคน ผู้หญิงที่ติดเชื้อประมาณ 15.7 ล้านคน เด็กอายุต่ำกว่า 18 ปี ประมาณ 2.1 ล้านคน ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ส่วนใหญ่เป็นประชากรในประเทศกำลังพัฒนา (UNAIDS/ WHO, 2009) สำหรับสถานการณ์เอดส์ในประเทศไทยนั้น จากข้อมูลสำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ได้รับรายงานจากโรงพยาบาลในสังกัดของรัฐและเอกชนทั่วประเทศรายงานว่า ตั้งแต่ พ.ศ. 2527 จนถึงวันที่ 31 ธันวาคม 2552 พบว่ามีผู้ป่วยเอดส์ทั่วประเทศรวมทั้งสิ้น 359,807 รายและมีผู้เสียชีวิต 96,067 ราย ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นประชากรกลุ่มวัยทำงาน โดยพบมากที่สุดในกลุ่มอายุ 30-34 ปี คิดเป็นร้อยละ 24.96 (สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2552)

การติดเชื้อเอชไอวีหรือการป่วยเป็นโรคเอดส์นับเป็นวิกฤติที่รุนแรงของชีวิตก่อให้เกิดความเครียดเรื้อรังตั้งแต่เริ่มตรวจพบการติดเชื้อไปจนตลอดชีวิต (ปิยะรัตน์ นิลอัยกา, 2537; สุริพร ธนศิลป์, 2538) ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ต้องเผชิญกับผลกระทบต่างๆ ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ

และสังคม (ปิยะรัตน์ นิลอัยกา, 2537; สุริพร ธนศิลป์, 2538) สำหรับ *ผลกระทบด้านร่างกาย* นั้น เมื่อร่างกายได้รับเชื้อเอชไอวีจะส่งผลทำให้ระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายเสื่อมลงโดยในระยะแรกอาจไม่แสดงอาการแต่ต่อมาเมื่อมีการเจริญ และขยายจำนวนเชื้อเพิ่มมากขึ้นภูมิคุ้มกันของร่างกายเสื่อมลงร่างกายทรุดโทรม เกิดภาวะแทรกซ้อนติดเชื้อได้ง่าย ผู้ป่วยจะเสียชีวิตในที่สุด (ปิยะรัตน์ นิลอัยกา, 2537) อย่างไรก็ตามในปัจจุบันแนวโน้มของผู้ป่วยเอดส์ และผู้เสียชีวิตด้วยโรคเอดส์ลดลงจากอดีตที่ผ่านมา เนื่องจากวิวัฒนาการการรักษาผู้ป่วยเอดส์ด้วยยาต้านไวรัส ช่วยให้ผู้ป่วยมีชีวิตที่ยืนยาวและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ประเทศไทยการให้บริการยาต้านไวรัสใน ปี พ.ศ.2534 มียาต้านไวรัสเพียง 1-2 ชนิดจนกระทั่งปี พ.ศ. 2547 ได้มีการขยายโครงการการเข้าถึงบริการยาต้านไวรัสระดับชาติสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ และให้การรักษาผู้ป่วยด้วยยาต้านไวรัสแบบ 3 ชนิดขึ้นไป แบบ HAART (Highly Active Antiretroviral Therapy) (สัญญา ชาสัมบัติ และชีวันนัท เลิศพิริยสุวัฒน์, 2547) ส่วน*ผลกระทบด้านจิตใจและสังคม* นั้น การติดเชื้อเอชไอวีถือเป็นการทำลายความหวังและแผนการดำเนินชีวิต (Ripich, 1993 อ้างในรัศมี วิบูลย์กุล, 2542) เมื่อบุคคลรับทราบผลตรวจการติดเชื้อในระยะแรกบุคคลจะเกิดปฏิกิริยาตอบสนองคล้ายคลึงกับปฏิกิริยาของผู้ป่วยโรคร้ายแรงอื่นๆ แต่จะมีความซับซ้อนมากกว่า โดยปฏิกิริยาตอบสนองที่พบบ่อยได้แก่ ซ็อก ปฏิเสธความจริง โกรธวิตกกังวล สับสน รู้สึกผิด ซึมเศร้า หมดหวังซึ่งอาจรุนแรงถึงขั้นเป็นความผิดปกติทางจิตเวช (psychiatric disorder) หรือบางรายอาจมีความคิดฆ่าตัวตาย/ พยายามฆ่าตัวตาย (ธนา นิลชัยโกวิทย์, 2537; ศันสนีย์ สมิตะเกษตริน, 2542; Frost, 1993)

ผู้ติดเชื้อเอชไอวี ในระยะที่ยังไม่ปรากฏอาการของโรคเอดส์ จะต้องเผชิญกับความรู้สึกไม่แน่นอน ไม่สามารถคาดการณ์ในสิ่งที่จะเกิดขึ้นกับตนเองได้ (กนกเลขา แก้วสว่าง, 2540) ส่งผลทำให้เกิดความรู้สึกวิตกกังวล หวั่นไหว โศกเศร้า และสูญเสีย โดยความรู้สึกสูญเสียจะมีหลายสิ่งหลายอย่างได้แก่ต้องถูกออกจากงาน ต้องเปลี่ยนงาน ต้องเสียเวลาเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล สูญเสียบทบาทและหน้าที่ สูญเสียสัมพันธภาพระหว่างบุคคล สูญเสียความเป็นบุคคล สูญเสียคุณค่าในตนเอง และสูญเสียความสงบสุขในจิตใจ (ปิยะรัตน์ นิลอัยกา, 2537; Cook, 1991) นอกจากนี้ผู้ที่ติดเชื้อเอชไอวีหรือผู้ที่ป่วยเป็นโรคเอดส์ยังถูกสังคมตีตราว่าเป็นคนเลว ผิดศีลธรรม และเป็นอันตรายต่อสังคม เนื่องจากภาพลักษณ์และผูกติดความคิดไว้กับการค้นพบโรคเอดส์ครั้งแรกที่พบในกลุ่มรักร่วมเพศ กลุ่มผู้ใช้สารเสพติด และกลุ่มผู้ให้บริการทางเพศ (LaSelle & LaSelle, 2001) การตีตราของสังคมนี้ นำมาซึ่งความคิดและความรู้สึกในทางลบที่มีต่อตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ (Cook, 1991) ซึ่งจากการศึกษาของเน่งน้อย ย่านวารี (2536) ก็พบว่าผู้ป่วยเอดส์มีความคิดว่าความเจ็บป่วยเป็นความผิดของตนเอง มองว่าการติดเชื้อเอชไอวีทำให้ตนเองต้องประสบกับเรื่องเลวร้าย เกิดความคิดในเชิงลบต่อตนเองส่งผลให้สภาพจิตใจของผู้ติดเชื้อเอชไอวีอยู่ในสภาพท้อแท้

สิ้นหวัง หดหู่ กังวลใจ เกิดภาวะซึมเศร้า หรือเกิดความคิดฆ่าตัวตาย และจากการศึกษาในต่างประเทศ ก็พบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์มักจะมีความคิด ความเชื่อทางลบทั้งต่อตนเองและต่ออนาคต (Taylor, 1999) ซึ่งความคิดความเชื่อในทางลบดังกล่าวนี้เป็นสาเหตุของการเกิดภาวะซึมเศร้า อันเป็นปัญหาทางสุขภาพจิตที่พบได้มากที่สุดที่สุดในผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ (Chandra et al, 2005; Cook, 1991) ดังการศึกษาของวาเลนเทร์ (Valente, 2003) ที่พบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์มีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 22- 32 และภาวะซึมเศร้านี้นอกจากจะส่งผลให้การดำเนินโรคของผู้ป่วยเร็วขึ้นแล้วยังส่งผลต่อความมือในการรักษา (Adherence) อีกด้วย ซึ่งจันดา และคณะ (Chandra et al., 2005) ให้ความเห็นไว้ว่า ภาวะซึมเศร้าเป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีละเลยเรื่องการดูแลสุขภาพทางกาย และให้ความร่วมมือต่อการรักษาลดลง (poor compliance) และจากผลการศึกษาของ เออร์เลน เมลโลว์ และทาร์โต (Errlen, Mellors & Thato, 2002 อ้างในขวัญใจ นามเชื้อ, 2548) ก็พบว่าภาวะซึมเศร้า มีความสัมพันธ์ทางลบต่อความร่วมมือในการรักษาและการรับรู้สมรรถนะแห่งตนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การดูแลเพื่อให้ผู้ป่วยเอดส์ มีความร่วมมือต่อการรักษา (Adherence) นั้น นับว่ามีความสำคัญและจำเป็นอย่างยิ่งเพราะการติดเชื้อเอชไอวีเป็นการติดเชื้อถาวรคือตลอดชีวิต ยังไม่มียารักษาให้หายขาด เป้าหมายในการรักษาด้วยยาต้านไวรัสต้านเพื่อลดจำนวนเชื้อเอชไอวีในร่างกายให้มีปริมาณที่ต่ำมากที่สุดและนานที่สุด ช่วยให้อายุขัยมีระดับภูมิคุ้มกันที่สูงขึ้น ชะลอการดำเนินของโรค มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ลดอัตราการป่วยและการเสียชีวิต (สำนักโรคเอดส์ วัณโรคและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2552)

การพยาบาลด้านจิตสังคมในผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์นั้นมีความสำคัญและมีความจำเป็นอย่างยิ่ง เนื่องจากสภาพปัญหาของผู้ป่วยในแต่ละระยะจะมีความแตกต่างกันออกไป ดังนั้นการพยาบาลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์จึงเน้นการพยาบาลแบบองค์รวม (holistic) และต้องคำนึงถึงความร่วมมือของผู้ป่วยเป็นหลัก (ชนา นิลชัยโกวิทย์, 2537; LaSelle & LaSelle, 2001) ซึ่งการพยาบาลด้านจิตสังคมนั้นมีหลายรูปแบบได้แก่ 1) การให้การปรึกษา (Counseling) 2) กลุ่มช่วยเหลือกันเอง (Self Help Group) 3) กลุ่มสุขภาพจิตศึกษา (Psycho-educational Group) และ 4) จิตบำบัด (Psychotherapy) ซึ่งประกอบด้วยจิตบำบัดรายบุคคลและรายกลุ่ม ส่วนชนิดของจิตบำบัดนั้นก็ขึ้นอยู่กับทฤษฎีพื้นฐานที่ใช้ เช่น จิตบำบัดแบบประคับประคอง (Supportive Psychotherapeutic Group) จิตบำบัดทางพฤติกรรมปัญญา (Cognitive Behavioral Therapy, CBT) เป็นต้น (ชนา นิลชัยโกวิทย์, 2537; Frost, 1993; LaSelle & LaSelle, 2001) ซึ่งจากการศึกษาที่ผ่านมา ก็พบว่าการนำการบำบัดแบบ CBT มาใช้ในการให้การบำบัดผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Dobkin & Costa, 2000; Safren et al., 1999) ดังนั้นการบำบัดแบบ CBT จึง

เป็นการบำบัดทางจิตสังคมอย่างหนึ่งที่มีความสำคัญอย่างยิ่งที่พยาบาลจะนำมาใช้ในการให้การดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์

การบำบัดทางพฤติกรรมปัญญา (CBT) เป็นจิตบำบัดซึ่งมีแนวคิดมาจากทฤษฎีทางปัญญา (Cognitive Theory) เป็นการบำบัดที่มีโครงสร้าง เป้าหมาย และทิศทางในการบำบัดชัดเจน ใช้ระยะเวลาสั้น บำบัดได้ทั้งรายบุคคลและรายกลุ่ม (Thompson, McGee & Thompson, 2003) โดยมีแนวคิดหลัก ว่าอารมณ์และพฤติกรรมของบุคคลเป็นผลมาจากความคิด เป้าหมายของการบำบัด คือ การปรับเปลี่ยนความคิดที่ไม่เหมาะสม (dysfunctional thought) ความคิดอัตโนมัติ (automatic thought) ที่บิดเบือน ความเชื่อที่ฝังลึกในจิตใจ (core beliefs) ให้เป็นความคิดที่สมเหตุสมผลและเหมาะสม ทำให้ผู้รับการบำบัดได้เข้าใจสถานการณ์ที่เกิดขึ้นต่างๆ ตามความเป็นจริง เรียนรู้ที่จะจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นอย่างถูกต้องและเหมาะสม นอกจากการปรับเปลี่ยนความคิดแล้วยังนำเทคนิคการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมาใช้เพื่อลดพฤติกรรมที่เป็นปัญหาและเพิ่มพฤติกรรมที่เหมาะสม การที่บุคคลมีปรับตัวได้ดีนั้นจะต้องเป็นผู้ที่ยอมรับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นจริงและสามารถคิด จารณา ประเมินสถานการณ์ที่เกิดขึ้นได้ตรงตามความเป็นจริง ในทางตรงกันข้ามบุคคลที่มีการปรับตัวไม่ดี หรือมีความผิดปกติทางจิตมักจะมีความคิดที่บิดเบือนจากความเป็นจริง มีความคิดทางลบในทุกด้าน ทั้งความคิดด้านลบต่อตนเอง ต่อเหตุการณ์ต่างๆ ต่อโลกภายนอก และต่ออนาคตของตนเองด้วย ซึ่งความคิดทางลบดังกล่าวจะก่อให้เกิดภาวะซึมเศร้าและปัญหาสุขภาพจิตอื่นๆ ตามมา โดยที่กระบวนการบำบัดทางพฤติกรรมปัญญานั้นก็ประกอบด้วย การประเมินทางปัญญา และการเลือกเทคนิคทางปัญญาและเทคนิคปรับพฤติกรรมมาใช้ ในการปรับเปลี่ยนความคิดที่บิดเบือนจากความเป็นจริง ให้เป็นความคิดที่สมเหตุสมผลตามความเป็นจริง (จินทิมา องค์โฆมิต, 2545; สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2550; อรพรรณ ลือบุญวัชชัย และพิรพนธ์ ลือบุญวัชชัย, 2548; Beck, 1995; Thompson, McGee & Thompson, 2003)

สำหรับการบำบัดทางพฤติกรรมปัญญา (CBT) ในผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์นั้น มีจุดมุ่งหมายสองประการ คือ 1) เพื่อการป้องกัน และลดพฤติกรรมเสี่ยงจากการติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ และ 2) เพื่อการบำบัดรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ จุดมุ่งหมายประการแรก คือเพื่อการป้องกันหรือลดพฤติกรรมเสี่ยงจากการติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์นั้น ผลการศึกษาของ Kelly และ Murphy (1992, cited in Hollon & Beck, 1994) ที่นำโปรแกรมการบำบัดแบบ CBT ซึ่งประกอบด้วย การมีต้นแบบ (model) การให้ฝึกปฏิบัติซ้ำๆ และการฝึกทักษะการจัดการกับปัญหามาใช้กับกลุ่มเกย์ (gay) จำนวน 12 ครั้ง พบว่ากลุ่มเกย์มีพฤติกรรมเสี่ยงจากการติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ลดลงและจากการศึกษาของ Rotheram-Borus และคณะ (1991, cited in Hollon & Beck, 1994) ก็พบว่าโปรแกรมการฝึกแบบ CBT สามารถลดพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศในกลุ่มวัยรุ่นได้ ส่วนจุดมุ่งหมายประการที่

สอง คือเพื่อการบำบัดรักษาผู้คิดเชื่อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ โดยมีเป้าหมายการบำบัดคือส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดความร่วมมือในการรักษา (Adherence) เพิ่มความสามารถในการจัดการปัญหา (problem solving) ส่งเสริมให้เกิดการปรับตัว (coping) ที่มีประสิทธิภาพ ลดความไม่สบายใจ (psychologic distress) เช่น ลดความวิตกกังวล ลดความซึมเศร้า และช่วยให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น (Green, 2004; Hollon & Beck, 1994) ซึ่งจากการศึกษาของ Perry และคณะ (1991 cite in Hollon & Beck, 1994) ที่นำรูปแบบการบำบัด CBT โดยใช้วิธีการผสมผสานระหว่างการฝึกจัดการกับความเครียด (stress inoculation training) และการบำบัดทางปัญญา (cognitive therapy) มาใช้กับผู้คิดเชื่อเอชไอวี ก็พบว่า การบำบัดแบบ CBT ช่วยป้องกันและลดความไม่สบายใจในผู้คิดเชื่อเอชไอวีได้ ส่วน Dobkin และ Costa (2000) ก็รายงานถึงผลของ CBT ในผู้คิดเชื่อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ว่า การบำบัดแบบ CBT ช่วยเพิ่มความสามารถในการปรับตัวกับผลตรวจวินิจฉัยและทำให้ผู้คิดเชื่อเอชไอวีมีภาวะด้านจิตใจที่ดีขึ้นซึ่งร่างกายและจิตใจนั้นมีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน นอกจากนี้การศึกษาของ Safren และคณะ (1999) ก็พบว่าวิธีการบำบัดแบบ CBT ทำให้ผู้ป่วยมีความร่วมมือในการกินยาดี

จะเห็นได้ว่าการบำบัดทางพฤติกรรมปัญญา (CBT) นั้นเป็นการบำบัดรูปแบบหนึ่งที่ช่วยผู้คิดเชื่อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ในด้านเพิ่มความสามารถในการปรับตัวกับผลตรวจวินิจฉัย ลดความไม่สบายใจ เพิ่มความร่วมมือในการรักษา มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น (Hollon & Beck, 1994; Dobkin & Costa, 2000; Safren, 1999) ผู้ศึกษาในฐานะพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชน ซึ่งรับผิดชอบดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวช รวมถึงผู้คิดเชื่อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลและที่อยู่ในชุมชน จึงมีความสนใจที่จะศึกษา รวบรวม วิเคราะห์ สังเคราะห์ งานวิจัยที่เกี่ยวกับการบำบัดทางพฤติกรรมปัญญาในผู้คิดเชื่อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ซึ่งจะทำให้ผู้ศึกษามีความรู้ ความเข้าใจ และนำองค์ความรู้ไปประยุกต์ใช้ในการให้การพยาบาลผู้ป่วยกลุ่มนี้ให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้นต่อไป

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

เพื่อสังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการบำบัดทางพฤติกรรมปัญญา (CBT) ในผู้คิดเชื่อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ในประเด็นประสิทธิผลของการบำบัดแบบ CBT เมื่อเปรียบเทียบกับ การบำบัดรูปแบบอื่น

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

ได้องค์ความรู้เกี่ยวกับการบำบัดทางพฤติกรรมปัญญาในผู้คิดเชื่อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่จะนำไปประยุกต์ใช้ในการพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพ

นิยามศัพท์

ผู้ติดเชื้อเอชไอวี หมายถึงผู้ที่ได้รับเชื้อไวรัสเอชไอวี ซึ่งได้รับการวินิจฉัยจากการตรวจเลือดพบเชื้อไวรัสเอชไอวีอยู่ในร่างกาย โดยยังไม่พบข้อบ่งชี้ว่ามีอาการสัมพันธ์กับเอดส์หรือเป็นเอดส์เต็มขั้น

ผู้ป่วยเอดส์ หมายถึงผู้ที่มีผลการตรวจเลือดพบเชื้อไวรัสเอชไอวีอยู่ในร่างกาย และมีอาการสัมพันธ์กับเอดส์หรือมีอาการอย่างใดอย่างหนึ่งตามการแบ่งระยะการดำเนินโรคตามเกณฑ์ของศูนย์ควบคุมโรคติดต่อและป้องกันของสหรัฐอเมริกา (Center for Disease Control and Prevention, 1992) หรือตามนิยามผู้ป่วยเอดส์ที่ใช้ในการเฝ้าระวังโรคของกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2548

การบำบัดทางพฤติกรรมปัญญา หมายถึงการบำบัดที่ใช้กระบวนการและเทคนิคมาปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติ (Automatic thoughts) ที่บิดเบือนความเชื่อที่ฝังลึกภายในจิตใจ (Core beliefs) ให้เป็นความคิดที่สมเหตุสมผลและเหมาะสม ทำให้ผู้รับการบำบัดได้เข้าใจสถานการณ์ที่เกิดขึ้นต่างๆ ตามความเป็นจริง เรียนรู้ที่จะจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม นอกจากการปรับเปลี่ยนความคิดแล้ว ยังนำเทคนิคการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมาใช้เพื่อลดพฤติกรรมที่เป็นปัญหาและเพิ่มพฤติกรรมที่เหมาะสม

บทที่ 2

ทบทวนวรรณกรรม

ในการศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อสังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการบำบัดทางพฤติกรรมปัญญา (Cognitive Behavioral Therapy, CBT) ในผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์โดยการทบทวนจากงานวิจัยและเอกสารข้อมูลทางวิชาการที่เกี่ยวข้อง ซึ่งผู้ศึกษากำหนดขอบเขตการศึกษาตามลำดับดังนี้

ความรู้เรื่องโรคเอดส์

- ความหมายของโรคเอดส์
- การติดต่อของเชื้อไวรัสเอชไอวี
- เกณฑ์การวินิจฉัยโรคเอดส์เพื่อการเฝ้าระวังในประเทศไทย
- ระยะของโรคเอดส์
- การรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์
- ความร่วมมือในการรักษา
- ผลกระทบต่อการติดเชื้อเอชไอวีและโรคเอดส์
- การพยาบาลทางด้านจิตสังคมสำหรับผู้ป่วยโรคเอดส์

การบำบัดทางพฤติกรรมปัญญา

- ความหมายของการบำบัดทางพฤติกรรมปัญญา
- วิวัฒนาการของการบำบัดทางพฤติกรรมปัญญา
- แนวคิดพื้นฐานการบำบัดทางพฤติกรรมปัญญา
- หลักการสำคัญในการบำบัดทางพฤติกรรมปัญญา
- ขั้นตอนและเทคนิคการบำบัดทางพฤติกรรมปัญญา

การบำบัดทางพฤติกรรมปัญญาในผู้ติดเชื้อเอชไอวีและเอดส์

ความรู้เรื่องโรคเอดส์

ความหมายของโรคเอดส์

โรคเอดส์ (Acquired Immuno Deficiency Syndrome, AIDS) คือโรคที่เกิดจากเชื้อไวรัสชนิดหนึ่งชื่อไวรัสเอดส์ไอวี (Human Immunodeficiency Virus, HIV) ในปัจจุบันเชื้อไวรัสเอดส์ไอวีที่ค้นพบมี 2 ชนิด คือ HIV-1 ซึ่งระบาดทั่วโลก รวมทั้งประเทศไทย และ HIV-2 ซึ่งระบาดส่วนใหญ่ในแถบตะวันตกของทวีปแอฟริกา เชื้อไวรัสเอดส์ไอวีเมื่อเข้าสู่ร่างกายจะเข้าไปทำลายระบบภูมิคุ้มกันโรคหรือกลไกต่อต้านเชื้อโรคของร่างกายทำให้ภูมิคุ้มกันลดน้อยลงหรือไม่มีเลย ส่งผลให้ร่างกายติดโรคชนิดต่างๆ ได้ง่ายขึ้นแม้กระทั่งเชื้อโรคที่พบโดยทั่วไปในธรรมชาติซึ่งไม่ทำอันตรายต่อคนปกติแต่จะเป็นอันตรายสำหรับผู้ติดเชื้อเอดส์ไอวีที่มีภูมิคุ้มกันลดน้อยลง นอกจากนี้ยังอาจพบอาการของโรคมะเร็งบางชนิดได้ง่ายกว่าคนปกติและโรคอื่นๆ เช่น วัณโรค ปอดบวม เชื้อหุ้มสมองอักเสบ ซึ่งความเจ็บป่วยเหล่านี้ อาจจะมีการรุนแรงและเป็นสาเหตุที่ทำให้เสียชีวิตก่อนวัยอันควรได้ (กองโรคเอดส์ กรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข, 2545)

การติดต่อของเชื้อไวรัสเอดส์ไอวี

การติดต่อของเชื้อไวรัสเอดส์ไอวีสามารถติดต่อได้ 3 ทาง คือ (กองโรคเอดส์ กรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข, 2545)

1. การมีเพศสัมพันธ์กับผู้ติดเชื้อเอดส์ไอวี โดยไม่ใช้ถุงยางอนามัย ไม่ว่าชายกับหญิง ชายกับชาย ล้วนมีโอกาสติดเชื้อมีได้ทั้งสิ้นและปัจจัยที่ทำให้มีโอกาสติดเชื้อมากขึ้น ได้แก่ มีแผลเปิด จากข้อมูลของกองระบาดวิทยาพบว่ามากกว่าร้อยละ 80 ของผู้ป่วยเอดส์ได้รับเชื้อจากการมีเพศสัมพันธ์

2. การรับเชื้อทางเลือด โอกาสติดเชื้อมีขึ้นกับปริมาณไวรัสในเลือดพบได้ใน 2 กรณี คือ

- 2.1 การใช้เข็มหรือกระบอกฉีดยาร่วมกับผู้ติดเชื้อเอดส์ไอวี มักพบในกลุ่มผู้ใช้สารเสพติดชนิดฉีดเข้าเส้น

- 2.2 รับเลือดในขณะผ่าตัดหรือเพื่อรักษาโรคเลือดบางชนิด ในปัจจุบันเลือดที่ได้รับบริจาคทุกขวดต้องผ่านการตรวจหาการติดเชื้อเอดส์ไอวีและจะปลอดภัยเกือบ 100% (โอกาสตรวจผิดหรือเลือดมีเชื้อแต่ยังไม่ให้ผลบวกมีน้อยมาก)

3. การติดเชื้อจากแม่สู่ลูก หญิงที่ติดเชื้อเอดส์ไอวีจากสามี/ คู่นอนหรือจากพฤติกรรมเสี่ยงของตนเอง ซึ่งในปี พ.ศ. 2549 พบอัตราการติดเชื้อเอดส์ไอวีในหญิงมีครรภ์ร้อยละ 0.9 และโอกาสที่เด็กได้รับเชื้อจากแม่ประมาณร้อยละ 4-5 (สมาคมโรคเอดส์แห่งประเทศไทย สมาคมโรคติดต่อในเด็ก กรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข, 2550)

เมื่อเชื้อไวรัสเอชไอวีเข้าไปในร่างกายจะสามารถแบ่งตัวในเซลล์ของคน เช่น เซลล์เม็ดเลือดขาว เซลล์สมอง เป็นต้น โดยที่เชื้อพบเชื้อมากที่สุดได้แก่ในเลือด น้ำเหลือง เนื้อเยื่อต่างๆ รองลงมาคือ น้ำอสุจิ สิ่งคัดหลั่งในช่องคลอด และปัจจุบันมีข้อมูลชัดเจนที่ชี้ให้เห็นว่าสามารถพบเชื้อไวรัสเอชไอวีได้ในสิ่งคัดหลั่งทุกชนิดจากร่างกาย เช่น น้ำลาย เสมหะ น้ำนม เป็นต้น แต่พบว่าโอกาสแพร่เชื้อโรคที่พบบ่อยที่สุดคือ เชื้อไวรัสเอชไอวีที่มีอยู่ในเลือด น้ำอสุจิ และ สิ่งคัดหลั่งในช่องคลอด (กองโรคเอดส์ กรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข, 2545)

เกณฑ์การวินิจฉัยโรคเอดส์เพื่อการเฝ้าระวังในประเทศไทย

การวินิจฉัยโรคเอดส์เพื่อการเฝ้าระวังในประเทศไทย กระทรวงสาธารณสุข ประเทศไทยอาศัยหลักการวินิจฉัยโรคและการจำแนกระยะโรคของศูนย์ควบคุมโรคติดต่อและป้องกันของสหรัฐอเมริกา (Centers for Disease Control and Prevention, CDC) และองค์การอนามัยโลก (World Health Organization, WHO) และมีการปรับปรุงแก้ไขอีก 4 ครั้ง ซึ่งครั้งที่ 4 เป็นครั้งล่าสุดประกาศใช้เมื่อเดือนสิงหาคม พ.ศ.2536 และยังใช้อยู่ในปัจจุบัน ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้ (ปราโมทย์ ชิริพงษ์, 2546; สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2548)

การวินิจฉัยผู้ป่วยซึ่งมีการติดเชื้อเอชไอวีว่าเป็นผู้ป่วยเอดส์ สามารถวินิจฉัยผู้ป่วยตามประเภทผู้ป่วยประเภทใดประเภทหนึ่งใน 3 ประเภทต่อไปนี้ *ประเภทที่ 1* ผู้ป่วยเอดส์ทุกกลุ่มอายุที่มีอาการซึ่งบ่งของภาวะภูมิคุ้มกันเสื่อม *ประเภทที่ 2* ผู้ป่วยเอดส์ทุกกลุ่มอายุ ที่พบจำนวนเม็ดเลือดขาว CD4 ต่ำกว่า 200 ต่อไมโครลิตรหรือน้อยกว่าร้อยละ 15 และ *ประเภทที่ 3* ผู้ป่วยเอดส์ในเด็กที่ติดเชื้อจากแม่

ประเภทที่ 1 ผู้ป่วยเอดส์ที่มีอาการซึ่งบ่งของภาวะภูมิคุ้มกันเสื่อม โดยหลักเกณฑ์ในการวินิจฉัยนั้นจะต้องตรวจเลือดพบการติดเชื้อเอชไอวี ร่วมกับมีอาการแสดงหรือโรคที่แสดงถึงภาวะภูมิคุ้มกันเสื่อมหรือบกพร่องอย่างน้อยหนึ่งอย่างในบรรดาโรคหรือกลุ่มอาการแสดงของโรคดังต่อไปนี้คือ 1) ติดเชื้อรา candida ที่หลอดอาหาร หลอดลม หรือที่ปอด 2) ติดเชื้อรา coccidioidomycosis แพร่กระจายตามอวัยวะต่างๆ นอกเหนือจากปอดหรือต่อมน้ำเหลืองที่ขั้วปอดหรือที่คอ 3) ติดเชื้อรา cryptococcus 4) ติดเชื้อรา Histoplasmosis แพร่กระจายตามอวัยวะต่างๆ 5) ติดเชื้อรา Penicillium marneffei 6) เกิดปอดอักเสบหรือปอดบวมจากแบคทีเรียซ้ำมากกว่า 1 ครั้งต่อปี 7) ติดเชื้อวัณโรคในหรือนอกปอด 8) ติดเชื้อ Mycobacterium avium complex หรือ M. Kansai 9) ติดเชื้อ Mycobacterium species อื่นหรือ species ที่ยังไม่ทราบอย่างแพร่กระจายในหรือนอกปอด 10) ปอดอักเสบจาก Pneucystis carinii 11) ติดเชื้อ Herpes simplex นานเกิน 1 เดือน 12) ติดเชื้อ Cytomegalovirus (CMV) ของอวัยวะใดอวัยวะหนึ่งนอกเหนือจากม้าม ตับ และต่อมน้ำเหลือง 13) เรตินอักเสบจากการติดเชื้อ CMV 14) ติดเชื้อ Toxoplasmosis ในสมอง 15) HIV

encephalopathy (AIDS dementia, subacute HIV encephalitis) 16) Progressive multifocal leukoencephalopathy 17) อุจจาระนานเกิน 1 เดือนจากการติดเชื้อ Cryptosporidiosis 18) อุจจาระร่วงนานเกิน 1 เดือนจากการติดเชื้อ isosporiasis 19) salmonella septicemia ซ้ำๆ 20) Kaposi sarcoma 21) มะเร็งปากมดลูกลุกลาม (invasive cervical cancer) 22) primary lymphoma ในสมอง 23) Burkitt's Lymphoma 24) immunoblastic lymphoma และ 25) wasting syndrome (slim disease, emaciation)

ประเภทที่ 2 ในผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ยังไม่มีอาการชั่งของภาวะภูมิคุ้มกันเสื่อม การวินิจฉัยว่า เป็นโรคเอดส์จะวินิจฉัยได้จากการตรวจพบ CD4 T lymphocytes น้อยกว่า 200 เซลล์/ ไมโครลิตร หรือ ตรวจพบร้อยละของ CD4 ต่ำกว่าร้อยละ 15 อย่างน้อย 2 ครั้งในเวลาที่ต่างกัน

ประเภทที่ 3 การวินิจฉัยผู้ป่วยเป็นเอดส์ในเด็กที่ติดเชื้อจากแม่จะวินิจฉัยจากการตรวจเลือดร่วมกับอาการ major signs และ minor signs โดยที่ “major signs” 4 อย่าง ได้แก่ 1) น้ำหนักลดมากกว่าร้อยละ 10 (failure to thrive) 2) ท้องเสียเรื้อรังหรือเป็นซ้ำๆ มากกว่า 1 เดือน 3) มีไข้เรื้อรังหรือเป็นบ่อยๆ มากกว่า 1 เดือน และ 4) ติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนล่างตลอดหรือรุนแรง ส่วน “minor signs” มี 5 อย่าง ได้แก่ 1) ต่อมน้ำเหลืองโตทั่วไป (generalized lymphadenopathy) หรือตับม้ามโต (hepatosplenomegaly) 2) ฝ้าขาวในปากจากเชื้อรา 3) เป็นโรคติดเชื้อธรรมดาบ่อย เช่น คออักเสบ หูชั้นกลางอักเสบ 4) ไอเรื้อรังติดต่อกันนานมากกว่า 1 เดือน และ 5) ผิวหนังอักเสบตามตัวทั่วไป

การวินิจฉัยผู้ป่วยเด็กอายุต่ำกว่า 18 เดือน ว่าเป็นโรคเอดส์สามารถทำได้โดยวิธีการใดอย่างหนึ่งใน 2 กรณี คือ

- 1) ตรวจพบ major signs 2 อย่าง และ minor signs 1 อย่าง ร่วมกับ confirmed maternal or children HIV antibody positive
- 2) ตรวจพบ major signs 1 อย่าง ร่วมกับ confirmed maternal or children HIV antibody positive

ระยะของโรคเอดส์

หลังจากที่มีรายงานพบผู้ป่วยโรคเอดส์เป็นครั้งแรกในสหรัฐอเมริกา และในประเทศอื่นๆ ตามมาอีก ต่อมาไม่นานได้มีการพยายามที่จะศึกษาระยะต่างๆ ของโรคเอดส์และการดำเนินของโรคซึ่งหลายสถาบันแบ่งระยะต่างๆ ของโรคไม่เหมือนกัน โดยที่ศูนย์ควบคุมโรคติดต่อและป้องกันของสหรัฐอเมริกา (CDC, 1992 อ้างใน ปราโมทย์ ชีรพงษ์, 2546) ได้แบ่งระยะการดำเนินโรคและประกาศใช้วันที่ 1 มกราคม 2536 โดยการแบ่งระยะของโรคนี้ CDC ใช้ลักษณะทางคลินิกและจำนวนเม็ดเลือดขาว T- helper cell (CD4) เป็นเกณฑ์ในการแบ่ง สามารถแบ่งผู้ติดเชื้อเอชไอวีออกเป็น 3 กลุ่มดังนี้ คือ กลุ่มเอ กลุ่มบี และกลุ่มซี (ปราโมทย์ ชีรพงษ์, 2546)

กลุ่มเอ ได้แก่ ผู้ใหญ่และวัยรุ่นอายุมากกว่า 13 ปี ที่มีหลักฐานว่าติดเชื้อเอชไอวี และสถานะของโรคอยู่ในข้อใดข้อหนึ่ง หรือหลายข้อต่อไปนี้และไม่มีสถานะของโรคอื่นใดที่ได้กำหนดอยู่ในกลุ่มบี และกลุ่มซี คือ

- มีการติดเชื้อเอชไอวีที่ยังไม่แสดงอาการ (Asymptomatic HIV infection)
- มีต่อมน้ำเหลืองทั่วตัวโตอย่างเรื้อรัง (Persistent generalized lymphadenopathy)
- มีการติดเชื้อเอชไอวีครั้งแรกเฉียบพลัน (Acute หรือ Primary HIV infection) พร้อมกับมีอาการป่วยจากการติดเชื้อเอชไอวีแบบเฉียบพลันร่วมด้วยหรือเป็นผู้ป่วยที่มีประวัติว่าติดเชื้อเอชไอวีเฉียบพลัน

กลุ่มบี ได้แก่ ผู้ใหญ่หรือวัยรุ่นอายุมากกว่า 13 ปี ที่ติดเชื้อเอชไอวีและมีอาการซึ่งไม่ได้กำหนดอยู่ในกลุ่มซี และมีคุณสมบัติอย่างน้อย 1 ข้อ ในคุณสมบัติดังต่อไปนี้ คือ

1) ผู้ป่วยมีสถานะที่เข้าได้กับสาเหตุจากการติดเชื้อเอชไอวี หรือมีสถานะที่แสดงว่ามีความบกพร่องของระบบการตอบสนองแบบภูมิคุ้มกันพึ่งเซลล์ (Cell Mediated Immune Response หรือ CMIR)

2) ผู้ป่วยมีสถานะที่แพทย์พิจารณาว่ามีการเจ็บป่วยทางคลินิก ซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนจากการติดเชื้อเอชไอวีหรือต้องการการบำบัดดูแลรักษาเนื่องจากเป็นภาวะแทรกซ้อนจากการติดเชื้อเอชไอวี ตัวอย่างสถานะที่จัดอยู่ในกลุ่มบีได้แก่ 1) ติดเชื้อรา candida ในปากและลำคอ (oropharyngeal candidiasis) 2) ติดเชื้อราที่บริเวณช่องคลอดหรือในช่องคลอด (vulvovaginal candidiasis) ตลอดเวลาหรือบ่อยๆ หรือรักษาไม่ค่อยหาย 3) เชลล์ปากมดลูกผิดปกติอย่างรุนแรงหรือปานกลาง (cervical dysphasia) หรือเป็นมะเร็งปากมดลูก 4) มีอาการที่แสดงถึงการเจ็บป่วยจากการติดเชื้อเอชไอวี (constitutional symptoms) เช่น มีไข้ (38.5 องศาเซลเซียส) หรือท้องเสียมากกว่า 1 เดือน 5) เนื้องอกที่ประกอบด้วยหลอดโลหิตหรือหลอดน้ำเหลืองมากมายตามร่างกาย (bacillary angiomatosis) 6) ฝ้าขาวในช่องปาก (hairy leukoplakia) 7) เป็นงูสวัดอย่างน้อย 2 ครั้งหรือมากกว่า 1 dermatoma 8) idiopathic thrombocytopenic purpura 9) Isteriosis 10) ปีกมดลูกอักเสบ (Pelvic Inflammatory Disease, PID) โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อมีภาวะแทรกซ้อนเป็นฝีหนองที่ท่อนำไข่หรือรังไข่ และ 11) เส้นประสาทส่วนปลายผิดปกติ peripheral neuropathy

กลุ่มซี ได้แก่ผู้ใหญ่หรือวัยรุ่นอายุมากกว่า 13 ปี ที่ติดเชื้อเอชไอวีและมีอาการแสดงหรือมีภาวะที่วินิจฉัยว่าเป็นโรคเอดส์เพื่อการเฝ้าระวัง ถ้าผู้ป่วยถูกจัดอยู่ในกลุ่มซีแล้วจะอยู่ในกลุ่มซีตลอดไป อาการแสดงที่พบได้แก่ 1) โรคติดเชื้อราแคนดิดาที่หลอดลมหรือที่เนื้อปอดหรือที่หลอดอาหาร 2) โรคติดเชื้อรา Cryptococcus นอกปอด เช่นที่ระบบสมองและไขสันหลังหรือแพร่กระจายทั่วตัว 3) โรคติดเชื้อรา Histoplasma นอกปอดหรือชนิดแพร่กระจาย 4) โรคติดเชื้อรา

Coccidioidomycosis นอกปอดหรือชนิดแพร่กระจาย (ไม่พบในคนไทยหรือติดมาจากต่างประเทศ 5) Cryptosporidiosis เรื้อรังของลำไส้ นานกว่า 1 เดือน 6) Isosporiosis เรื้อรังของลำไส้ นานกว่า 1 เดือน 7) ปอดอักเสบจากเชื้อ Pneucystis carinii 8) โรคติดเชื้อโปรโตซัว Toxoplasmosis ของเนื้อสมอง 9) ความผิดปกติของสมองจากเชื้อเอชไอวี (HIV encephalopathy) 10) กลุ่มอาการ Wasting จากเชื้อเอชไอวี (HIV wasting syndrome) 11) โรคติดเชื้อ Cytomegalovirus ที่เกิดจากอวัยวะต่างๆ เช่น ที่จอตาทำให้ตาบอด ยกเว้นการติดเชื้อที่ตับ ม้าม และต่อมน้ำเหลือง 12) โรคติดเชื้อ Herpes simplex ที่ทำให้เกิดแผลเรื้อรัง นานกว่า 1 เดือน 13) ปอดอักเสบที่กลับเป็นซ้ำ 14) Septicemia จากเชื้อ Salmonella ที่กลับเป็นซ้ำ 15) Progressive multifocal leuko encephalopathy 16) วัณโรคที่ปอดหรือนอกปอด 17) โรคติดเชื้อ Mycobacterium avium complex หรือ M. Kansasi หรือ Mycobacterium spp. ที่เกิดนอกปอดหรือชนิดแพร่กระจาย 18) มะเร็งของหลอดเลือดและผิวหนัง (Kaposi's sarcoma) 19) มะเร็งต่อมน้ำเหลือง (Lymphoma) ซึ่งได้แก่ Burkitt's, Immunoblastic หรือเกิดเป็นปฏิกิริยา 20) มะเร็งปากมดลูกชนิด invasive และ 21) ตรวจพบเม็ดเลือดขาวชนิด CD4 ต่ำกว่า 200 cell/ ml อย่างน้อย 2 ครั้ง

การรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์

โรคเอดส์นับเป็นโรคติดต่อที่เรื้อรัง เนื่องจากการติดเชื้อเอชไอวีเป็นการติดเชื้ออย่างถาวรตลอดชีวิต ซึ่งยังไม่มีวัคซีนที่มีประสิทธิภาพในการป้องกัน หรือมียารักษาให้หายขาดได้ (กองโรคเอดส์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2545) ในปัจจุบันการรักษาด้วยยาต้านไวรัส (Antiretroviral Therapy) เป็นการรักษาที่ได้รับการยอมรับว่ามีประสิทธิภาพมากที่สุด ซึ่งยาต้านไวรัสจะมีฤทธิ์ยับยั้งการทำงานของเอนไซม์ที่ไวรัสเอชไอวีผลิตออกมาหรือยับยั้งการเข้าสู่เซลล์ของเชื้อไวรัสเอชไอวี ผลของการรักษาสามารถลดปริมาณเชื้อเอชไอวีในเลือดให้น้อยที่สุดและนานที่สุด และทำให้ปริมาณ CD4 cell ซึ่งเป็นเซลล์ระบบภูมิคุ้มกันสูงขึ้น ชะลอการดำเนินของโรค อัตราการตายลดลง และทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยดีขึ้น (สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2552)

ชนิดของยาต้านไวรัส สามารถแบ่งออกเป็น 4 กลุ่ม คือ

1) Nucleoside analog reverse transcriptase inhibitors (NRTIs) ได้แก่ Zidovudine (AZT), Didanosine (ddI), Stavudine (d4T), Lamivudine (3TC), Abacavir (ABC) และ Tenofovir (IDF) นอกจากนี้ยังมี NRTIs ในรูปของ fixed-dose combination เช่น AZT/ 3TC 300/150มก.

2) Non - nucleoside analog reverse transcriptase inhibitors (NNRTIs) ได้แก่ Nevirapine (NPV), Efavirenz (EFV) ยาในรูปแบบของ fixed-dose combination ของ NRTIs และ NNRTI ได้แก่ d4T 30 หรือ 45 มก./ 3TC 150 มก./ NPV 200 มก. และ AZT 250 มก./ 3TC 150 มก. / NPV/ 200 มก.

3) Protease inhibitors (PIs) ได้แก่ Ritonavir (RTV), Indinavir (IDV), Nelfinavir (NFV), Saquinavir soft gel capsule (SQV-sgc), Lopinavir/ ritonavir (LPV/r), Atazanavir (ATV)

4) Fusion inhibitors ได้แก่ Enfuvirtide ซึ่งเป็นยาฉีดชนิดเดือยและมีราคาแพง

แนวทางการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ในประเทศไทย ที่กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข กำหนดให้ใช้สำหรับสูตรยาต้านไวรัสในการรักษา ให้เริ่มจากสูตรดังนี้

1) ยาสูตรแรก ได้แก่ 2NRTIs คือ AZT+3TC หรือ d4T+ 3TC และ 1 NNRTIs หรือ PI คือ NPV, EVF, IDV/RTV

2) ยาสูตรทางเลือก ได้แก่ 2NRTIs และ 1NNRTIs หรือ PI ได้แก่ 2NRTIs คือ AZT+ddI, ddI+3TC, TDF+3TC, ABC+3TC และ 1NNRTIs หรือ PI คือ SQV/ RTV, NFV, LPV/ RTV, ATV/ RTV

ผลข้างเคียงของยาต้านไวรัส (Side effects of antiretroviral agents)

ยาต้านไวรัสเอชไอวี ก่อให้เกิดผลข้างเคียงต่อร่างกายที่แตกต่างกันจึงต้องอยู่ในความดูแลของแพทย์อย่างใกล้ชิด ผลข้างเคียงของยาต้านไวรัส (Side effects of antiretroviral agents) มีดังต่อไปนี้ **ยาในกลุ่ม NRTIs** ทำให้เกิดอาการคลื่นไส้ อาเจียน ปวดศีรษะ ชีด เม็ดเลือดขาวนิวโทรฟิลต่ำ เล็บมีสีคล้ำ ค่าเอ็นไซม์ของตับเพิ่มขึ้น ไขมันฝ่อ (lipoatrophy) แก้มตอบ ไขมันใต้ผิวหนังแขนขาลดลง ไขมันในเลือดสูง และกล้ามเนื้ออ่อนแรงซึ่งมีโอกาสพบได้น้อย **ยาในกลุ่ม NNRTI** ทำให้เกิดผื่นแพ้ยาซึ่งส่วนใหญ่ผื่นที่เกิดมักไม่รุนแรงเกิดได้ใน 2- 3 สัปดาห์แรกของการรับประทานยา แต่ในบางรายอาจลุกลามเป็น Stevens Johnson syndrome จำเป็นต้องหยุดยา อาจพบตับอักเสบ ไขมันในเลือดสูง ยา Efavirenz (EFV) อาจพบอาการทางระบบประสาท ได้แก่ เวียนศีรษะ ผื่นร่าย ประสาทหลอน และสับสนได้ **ยาในกลุ่ม PIs** ทำให้เกิดอาการคลื่นไส้ อาเจียน ท้องเสีย ระดับไขมันและระดับน้ำตาลในเลือดสูง เกิดนิ่วในระบบทางเดินปัสสาวะได้ จากผลข้างเคียงของยาต้านไวรัสดังที่กล่าวมานับว่าเป็นปัจจัยหนึ่งซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อความร่วมมือในการรักษาที่ดี (good adherence) ของผู้ป่วยเอดส์ได้ (สมาคมโรคเอดส์แห่งประเทศไทย สมาคมโรคติดเชื้อในเด็ก กรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข, 2550)

ความร่วมมือในการรักษา (Adherence)

ความร่วมมือในการรักษา (Adherence) หมายถึงพฤติกรรมความร่วมมือร่วมใจของผู้ป่วยในการปฏิบัติดูแลตนเองอย่างเหมาะสมกับภาวะสุขภาพ (ตามคำแนะนำ) อย่างต่อเนื่อง ซึ่งครอบคลุมทั้งการใช้ยาตามแผนการรักษา การรับประทานอาหารและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การดำเนินชีวิตให้เหมาะสมกับสุขภาพ โดยพฤติกรรมเหล่านี้เกิดขึ้นจากความตกลงยินยอมร่วมกันระหว่างผู้ป่วยและผู้รักษา (วันทนา มณีศรีวงศ์กุล และ อรรณพ หิรัญดิษฐ์, 2550)

การร่วมมือในการรักษาอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง (Good adherence) เป็นสิ่งที่มีความสำคัญและจำเป็น เนื่องจากการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเป็นการรักษาระยะยาวโดยมีเป้าหมายเพื่อลดจำนวนเชื้อเอชไอวีในร่างกายให้มีปริมาณที่ต่ำมากที่สุดและนานที่สุด ซึ่งจะช่วยให้ร่างกายมีระดับภูมิคุ้มกันที่สูงขึ้น ชะลอการดำเนินของโรค และลดอัตราการตาย มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น การที่ผู้ป่วยรับประทานยาต้านไวรัสได้อย่างน้อยร้อยละ 95 ของยาที่ต้องรับประทานตามแผนการรักษาจะทำให้ปริมาณเชื้อไวรัสเอชไอวีในเลือดลดลงอย่างมีประสิทธิภาพ (สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2552) สำหรับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรับประทานยาอย่างถูกต้อง ครบถ้วน สม่ำเสมอ และต่อเนื่อง (good adherence) ของผู้ป่วยประกอบด้วย 5 กลุ่ม ได้แก่ 1) ลักษณะส่วนบุคคล 2) ลักษณะอาการป่วย 3) ลักษณะสถานบริการ 4) ปัจจัยด้านผู้ดูแลรักษา และ 5) ปัจจัยด้านยา เมื่อพิจารณาปัจจัยทั้ง 5 กลุ่ม สามารถจำแนกเป็น 2 ด้าน คือ ด้านตัวผู้ป่วยเองและด้านการดูแลรักษา (วันทนา มณีศรีวงศ์กุล และอรรณพ หิรัญดิษฐ์, 2550) ซึ่งปัจจัยด้านตัวผู้ป่วย ประกอบด้วย การขาดความเข้าใจเกี่ยวกับการรักษาและการกินยาที่ต้อง หยุดยาเอง ขาดแรงจูงใจที่แน่นอน ลืมรับประทานยา/ ลืมเวลารับประทาน มีปัญหาทางสุขภาพ เช่น เจ็บคอ กลืนยาลำบาก มีประวัติการรับประทานยายาก ผู้ป่วยหมดกำลังใจ เนื่องจากรับประทานยาเป็นเวลานานแต่ยังไม่เห็นผลการรักษาหรืออาการยังไม่ดีขึ้น เมื่อเกิดปัญหาจากการรับประทานยาผู้คิดเชื่อไม่กล้าบอกความจริงแก่เจ้าหน้าที่ เนื่องจากวิตกกังวลหรือกลัวถูกตำหนิ ไม่เปิดเผยผลเลือดแก่คนรอบข้างหรือคนในครอบครัว มีความเชื่อที่ผิดต่อการรักษา/การดูแลสุขภาพตนเอง ขาดการรักษาสุขภาพ เช่น ดื่มสุรา ใช้น้ำยาเสพติด (สัณชัย ชาสัมบัติ และชีวันนัท เลิศพิริยสุวัฒน์, 2547) สำหรับด้านการดูแลรักษายังพบว่าปัจจัยที่เกี่ยวกับยาเป็นปัจจัยที่สำคัญยิ่งที่มีความสัมพันธ์ต่อร่วมมือในการรักษา โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ปัจจัยด้านวิธีการใช้ยา จำนวนมียา ขนาดเม็ดยา รสชาติของยาประสิทธิผลของยา และอาการข้างเคียงของยา (วันทนา มณีศรีวงศ์กุล และอรรณพ หิรัญดิษฐ์, 2550)

ผลกระทบต่อการติดเชื้อเอชไอวีและโรคเอดส์

ผลกระทบที่เกิดขึ้นกับผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์สามารถแบ่งเป็น 2 ด้าน ได้แก่ ผลกระทบด้านร่างกายและผลกระทบด้านจิตสังคม ดังนี้

ผลกระทบด้านร่างกาย

ผลกระทบด้านร่างกาย เริ่มต้นตั้งแต่ร่างกายได้รับเชื้อเอชไอวีจะมีลักษณะทางคลินิกที่เกิดการติดเชื้อใหม่ๆ (acute HIV infection) อาการที่พบบ่อยในขณะนี้ ได้แก่ อาการไข้ คออักเสบ ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ ปวดศีรษะ ผื่น อ่อนเพลีย ส่วนใหญ่อาการจะคล้ายคลึงกับไข้หวัด ไข้จากคออักเสบ ในบางรายอาจมีต่อมน้ำเหลืองโต เป็นอาการเฉียบพลันของการติดเชื้อ (acute clinical illness) ซึ่งเกิดได้หลังจากรับเชื้อประมาณ 2-4 สัปดาห์อาการทางคลินิกทั้งหมดหายเองได้ ในระยะนี้ การตรวจเลือดหาแอนติบอดีต่อเชื้อเอชไอวี มักให้ผลลบเนื่องจากเป็นช่วงที่ร่างกายยังไม่ได้สร้างภูมิคุ้มกัน หลังจากอาการติดเชื้อเอชไอวีทุเลาลงร่างกายผู้ติดเชื้อเอชไอวีส่วนใหญ่จะเข้าสู่ระยะไม่แสดงอาการแต่เชื้อยังคงแบ่งตัวในอัตราที่สูงและภูมิคุ้มกันคือ CD4 cell จะถูกทำลายลงเรื่อยๆ เฉลี่ยประมาณปีละ 40-60 เซลล์ต่อไมโครลิตร เมื่อ CD4 cell ถูกทำลายลงเรื่อยๆ และลดลงจนต่ำกว่า 500 เซลล์ต่อไมโครลิตร ผู้ป่วยจะเริ่มมีอาการคือเริ่มเบื่ออาหาร อ่อนเพลีย ลื่นเป็นฝ้าขาว มีไข้ น้ำหนักลด มีตุ่มคันตามลำตัว แขน ขา เป็นจุดสีขาว หลังจากนั้นก็จะเข้าสู่ระยะที่เป็นเอดส์ ร่างกายจะผ่ายผอม ทรุดโทรม เกิดภาวะแทรกซ้อนติดเชื้อโรคได้ง่าย อาจปรากฏอาการของมะเร็งผิวหนัง บริเวณเยื่ออ่อนจะเป็นฝ้าขาว โดยเฉพาะเยื่ออ่อนของอวัยวะในระบบทางเดินอาหารจากการเจริญเติบโตของเชื้อรา รับประทานอาหารไม่ได้ ในบางรายเชื้อลุกลามของเชื้อเข้าไปเพิ่มในระบบประสาททำให้เกิดอาการทางจิตประสาท (AIDS dementia complex หรือ ADC) มีความจำเสื่อม อารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย หลงลืมก่อนวัย ไม่มีสมาธิ คลุ้มคลั่ง ซึมเศร้า ในบางรายมีอาการแขนขา อัมพาตครึ่งซีก ชักกระตุก มีอาการทางสมองอื่นๆ (ปิยะรัตน์ นิลอัฏฐา, 2537) ระยะเวลา นับตั้งแต่ติดเชื้อเอชไอวีจนเกิดอาการของโรคเอดส์ (incubation period) นั้นใช้เวลาประมาณ 8-10 ปี แต่อย่างไรก็ตามมีผู้ติดเชื้อจำนวนไม่เก็กร้อยละ 5 ที่มีการดำเนินโรคแบบรวดเร็วคือน้อยกว่า 3 ปี และอีกไม่เก็กร้อยละ 5 ที่มีการติดเชื้อมานานเกิน 10 ปีโดยไม่มีอาการขึ้นกับปัจจัยต่างๆ โดยปัจจัยที่มีผลต่อการดำเนินโรคนั้นประกอบด้วยหลายปัจจัย คือ 1) ปัจจัยทางเชื้อไวรัส 2) ปัจจัยทางภูมิคุ้มกัน 3) ปัจจัยในตัวผู้ติดเชื้อ และ 4) ปัจจัยรวมอื่นๆ (เกียรติ รักรุ่งธรรม, 2541)

ปัจจุบันแนวโน้มของผู้ป่วยเอดส์ และผู้เสียชีวิตด้วยโรคเอดส์ลดลงจากอดีตที่ผ่านมา เนื่องจากการรักษาผู้ป่วยเอดส์ด้วยยาต้านไวรัส ทำให้ผู้ป่วยมีชีวิตที่ยืนยาว และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น สำหรับประเทศไทยเริ่มให้บริการยาต้านไวรัสมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2534 ด้วยยาต้านไวรัสเพียง 1-2 ชนิด จนกระทั่งปี พ.ศ. 2547 ได้มีการขยายโครงการการเข้าถึงบริการยาต้านไวรัสระดับชาติ สำหรับผู้ติด

เชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์และให้การรักษาผู้ป่วยด้วยยาต้านไวรัสแบบ 3 ชนิด ขึ้นไปแบบ HAART (Highly Active Antiretroviral Therapy) (สัญญา ชาญสมบัติ และชีวันนัท เลิศพิริยสุวัฒน์, 2547)

ผลกระทบด้านจิตสังคม

ผู้ที่ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์นั้นนอกจากจะได้รับผลกระทบทางร่างกาย แล้ว ยังพบว่าสภาวะจิตใจ อารมณ์ สังคมของบุคคลนั้นจะได้รับผลกระทบอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ เพราะ การติดเชื้อเอชไอวีถือเป็นการทำลายความหวังและแผนการดำเนินชีวิต (Ripich, 1993 อ้างในรัศมี วิบูลย์กุล, 2542) ก่อให้เกิดความเครียดเรื้อรังตั้งแต่เริ่มตรวจพบเชื้อไปจนตลอดชีวิต (ปิยะรัตน์ นิล อัยกา, 2537; สุริพร ธนศิลป์, 2538) ผลกระทบจะมีตลอดทุกระยะเริ่มตั้งแต่ทราบผลตรวจวินิจฉัยพบ การติดเชื้อเอชไอวี เมื่อเข้าสู่ระยะมีอาการจนกระทั่งป่วยเป็นโรคเอดส์ และเสียชีวิตในที่สุด ซึ่งแบ่ง เป็นระยะต่างๆ ดังต่อไปนี้

1. **ระยะเมื่อตรวจวินิจฉัยว่าติดเชื้อเอชไอวี** ปฏิกริยาทางจิตใจเมื่อบุคคล ได้รับการวินิจฉัยว่า ติดเชื้อเอชไอวีจะมีลักษณะคล้ายคลึงกับปฏิกิริยาของผู้ป่วยโรคมะเร็งหรือโรค ร้ายแรงอื่นที่รักษาไม่หายแต่มีลักษณะสลับซับซ้อนกว่าเนื่องจากลักษณะของโรคเอดส์เอง และ ผลกระทบทางจิตใจจะมีมากกว่าโรคมะเร็ง (ธนา นิลชัยโกวิทย์, 2537) โดยเฉพาะกับความจริงว่า ตนติดเชื้อเอชไอวีซึ่งทำให้เกิดโรคร้ายแรง มีการพยากรณ์โรคไม่ดี และยังมีผลตามมาเช่น อาจต้อง เปิดเผยความลับบางอย่างที่ตนเคยปกปิดไว้ (สันสนีย์ สมิตะเกษตริน, 2542) โดยปฏิกิริยาทางจิตใจ เมื่อทราบผลแบ่งได้เป็น 3 ระยะดังนี้

ระยะเริ่มแรก (initial crisis) เป็นระยะการปรับตัวต่อวิกฤตการณ์ผู้ติดเชื้อ เอชไอวีจะมีปฏิกิริยาตอบสนองคือ การปฏิเสธ ไม่ยอมรับความจริง มึนงง มีอารมณ์เฉยชาเหมือน ไม่มีความรู้สึกสลับกับอาการวิตกกังวลอย่างรุนแรงไม่สามารถควบคุมตนเองได้ ซึ่งจะทำให้ความสามารถของผู้ติดเชื้อเอชไอวีในการรับรู้และเข้าใจในข้อมูลต่างๆ ในระยะนี้ลดลง (ธนา นิลชัย โกวิทย์, 2537; LaSelle & LaSelle, 2001)

ระยะกลาง (transitional state) ในระยะนี้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีอาจมีความรู้สึก หลายอย่างปะปนกันอาจมีความรู้สึกโกรธ มีความรู้สึกสงสารตนเอง รู้สึกผิด รู้สึกวิตกกังวล อาจมี ลักษณะปฏิเสธ ไม่ยอมรับความจริงแทรกมาเป็นช่วงๆ มีความรู้สึกว่าตนเองไร้ค่า มีภาวะซึมเศร้า แยกตัวจากสังคม บุคคลรอบข้างและครอบครัว ในระยะนี้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีอาจรู้สึกอยากตายและมีความคิดฆ่าตัวตายและพยายามฆ่าตัวตายได้ ลักษณะที่พบบ่อยที่สุดในระยะนี้คือความวิตกกังวล ผู้ติดเชื้อเอชไอวีอาจมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการต่างๆ ทางร่างกาย โดยกลัวว่าจะเป็นอาการของ โรคเอดส์ กังวลเรื่องการปฏิบัติตัว การจัดความสัมพันธ์กับคนรอบข้าง และหน้าที่การงาน ความวิตก

กังวล และภาวะซึมเศร้าอาจมีได้นาน 2 ถึง 3 เดือน (ธนา นิลชัยโกวิท, 2537; LaSelle & LaSelle, 2001)

ระยะที่สามคือระยะยอมรับความจริง (acceptance) ถ้าผู้ติดเชื้อเอชไอวีสามารถปรับตัวได้ก็จะค่อยๆ ยอมรับความจริงและหาแนวทางในการดำเนินชีวิตต่อไปตามปกติให้มากที่สุดและตั้งเป้าหมายให้สอดคล้องกับความเป็นจริงในปัจจุบันของตนเอง (ธนา นิลชัยโกวิท, 2537; ศันสนีย์ สมิตะเกษตริน, 2542; LaSelle & LaSelle, 2001; Taylor, 1999) เพ็ญจันทร์ ประดับ मुख (2537) รายงานการศึกษาปฏิกิริยาตอบสนองของผู้ติดเชื้อเอดส์ในหญิงบริการอาชีพพิเศษที่ติดเชื้อเอดส์ พบว่าปฏิกิริยาตอบสนองที่พบมากที่สุด คือการพยายามลืม การไม่นึกถึงภาวะติดเชื้อและการหาเหตุผลมาสนับสนุนเพื่อให้ตนเองเกิดความสบายใจ

2. **ระยะที่ยังไม่มีอาการ** ในระยะนี้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีจะไม่มีปฏิกิริยาทางจิตใจที่รุนแรงแต่ยังคงมีความวิตกกังวลและซึมเศร้าได้ อาจมีความรู้สึกกลัวสังคมรังเกียจถ้าทราบว่าตนติดเชื้อ รู้สึกอาย ทุกข์ทรมานจากการถูกปฏิเสธ หรือการละเลยจากคู่สมรสความวิตกกังวลในเรื่องการจะมีชีวิตอยู่กับการติดเชื้อเอชไอวี มีการเปลี่ยนแปลงการดำเนินชีวิต (ขวัญใจ นามเชื้อ, 2548) ในช่วงเวลาที่ยังไม่ปรากฏอาการของโรค ผู้ติดเชื้อเอชไอวีจะเผชิญกับความรู้สึกไม่แน่นอน ไม่สามารถคาดการณ์ในสิ่งที่จะเกิดขึ้นกับตนเองได้ (กนกเลขา แก้วสว่าง, 2540) ผู้ติดเชื้อเอชไอวีจะให้ความสนใจในการดูแลตนเอง เช่น เอาใจใส่ในเรื่องของอาหาร การออกกำลังกาย และการพักผ่อนอย่างเพียงพอ (LaSelle & LaSelle, 2001)

3. **ระยะที่มีอาการและป่วยเป็นโรคเอดส์** ปฏิกิริยาทางจิตใจของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ในระยะนี้จะมีอาการคล้ายคลึงเหมือนกับปฏิกิริยา ที่มีต่อการทราบผลการตรวจเลือดเป็นบวกแต่จะมีขั้นตอนการปรับตัวของการเจ็บป่วยในระยะสุดท้ายเพิ่มขึ้น (ธนา นิลชัยโกวิท, 2537)

4. **ระยะสุดท้าย** เมื่อการเจ็บป่วยเข้าสู่ระยะสุดท้าย ผู้ป่วยที่ต้องตาย ต้องพลัดพรากจากบุคคลที่รักและจากโลก จะมีความรู้สึกหวาดกลัว ได้แก่ กลัวการถูกทอดทิ้ง กลัวความเจ็บป่วยและกลัวการหายใจไม่ออก ความรู้สึกดังกล่าวส่งผลให้ผู้ป่วยบางรายเกิดภาวะซึมเศร้าและมีความคิดฆ่าตัวตายได้ (ธนา นิลชัยโกวิท, 2537; LaSelle & LaSelle, 2001)

นอกจากนี้โรคเอดส์ยังเป็นโรคที่ถูกสังคมตีตราว่าเป็นคนเลว เป็นคนผิดศีลธรรม และเป็นอันตรายต่อสังคม เนื่องจากภาพลักษณ์และการผูกติดความคิดไว้กับการค้นพบโรคเอดส์ครั้งแรกที่พบในกลุ่มรักร่วมเพศ กลุ่มใช้สารเสพติด และกลุ่มผู้ให้บริการทางเพศ (LaSelle & LaSelle, 2001) ซึ่งนำไปสู่การประณามปัญหาการแบ่งแยก ถูกรังเกียจ ถูกตีตรา ส่งผลให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ เกิดความรู้สึกวิตกกังวล หวั่นไหว โศกเศร้า และสูญเสีย ซึ่งความสูญเสียมี

หลายสิ่งหลายอย่างเช่น ถูกออกจากงาน เปลี่ยนงาน เสียเวลาและเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล สูญเสียบทบาทและหน้าที่ สูญเสียสัมพันธภาพระหว่างบุคคล สูญเสียความเป็นบุคคล สูญเสียคุณค่าในตนเอง สูญเสียความสงบสุขในจิตใจ (ปิยะรัตน์ นิลอัยกา, 2537; อำไพวรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์, 2543; Cook, 1991; LaSelle & LaSelle, 2001) จากที่กล่าวมาพอจะสรุปปัญหาด้านจิตใจของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์เป็นกลุ่มๆ ดังนี้ (ปิยะรัตน์ นิลอัยกา, 2537)

1. *ความหวั่นไหว* ผู้ติดเชื้อเอชไอวีจะเป็นกลุ่มที่หวาดหวั่น ไม่มั่นใจกับชีวิตในอนาคต ผู้ป่วยจะขาดความมั่นคงเกี่ยวกับชีวิตที่ต้องซ่อนเร้นของตนเอง ไม่แน่ใจว่าครอบครัว เพื่อนฝูง นายจ้าง จะยอมรับตนหรือไม่หรือมีความคิดเห็นอย่างไร ตนกำลังจะตายใช่หรือไม่หรือจะมีชีวิตต่อไปอีกนานเท่าใดสภาพชีวิตในอนาคตจะเป็นอย่างไร และจะหวังอะไรได้บ้างในเรื่องสุขภาพของตนเอง

2. *กลัวตาย* ผู้ติดเชื้อเอชไอวีมักจะกลัวตายเช่นเดียวกับผู้ที่เจ็บป่วยในขั้นที่รุนแรงอื่นๆ โดยเฉพาะกลัวตายอย่างโดดเดี่ยวหรือตายอย่างทรมาน แต่จะมีบางรายที่ปฏิเสธไม่สนใจ ไม่รับรู้เกี่ยวกับความตาย ลักษณะเช่นนี้จะนำไปสู่ปัญหาที่เลวร้ายมากขึ้น และสถานการณ์จะเลวลงหากผู้ป่วยถูกทอดทิ้งหรือขาดคนดูแลเอาใจใส่

3. *การสูญเสีย* ผู้ติดเชื้อเอชไอวีจะมีความรู้สึกที่ตนเองสูญเสียหลายสิ่งหลายอย่างจากการเจ็บป่วย เช่น สูญเสียความแข็งแรง ความสวยงาม โอกาสในเรื่องเพศ ความหวังในชีวิต บทบาทในสังคม สถานภาพทางเศรษฐกิจตลอดจนความสามารถที่จะยืนอยู่บนขาตนเอง ยิ่งถ้าผู้ป่วยมีความจำเป็นต้องพึ่งพาผู้อื่นมากเท่าใด ความรู้สึกในการสูญเสียก็จะยิ่งมีมากขึ้นและจะรู้สึกว่าตนเองไม่มีค่าในทางสังคม

4. *ความเศร้าโศก* บ่อยครั้งที่พบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีความรู้สึกเศร้าโศกเสียใจที่ต้องสูญเสียความสามารถที่เคยมี หรือสูญเสียในสิ่งที่ตนคาดหวังเอาไว้ รู้สึกขุ่นเคืองที่ตนไม่ประสบความสำเร็จเช่นคนอื่นๆ นอกจากนี้ก็จะรู้สึกว่าผู้ที่ดูแลตนหรือใกล้ชิดตนนั้นจะมีความเศร้าโศกเช่นกัน

5. *ความรู้สึกผิด* ขณะที่ความเจ็บป่วยรุนแรงมากขึ้นและรู้ว่าความตายใกล้เข้ามาความรู้สึกผิดก็จะมากขึ้นทั้งเกิดกับตัวผู้ป่วยและผู้ใกล้ชิด ความรู้สึกดังกล่าวเป็นผลจากพฤติกรรมในอดีตที่ทำให้ติดโรคหรือพฤติกรรมที่นำโรคไปสู่ผู้อื่นหรือผลจากพฤติกรรมที่ทำให้ครอบครัวและผู้เป็นที่รักต้องเดือดร้อน

6. *เสียความภาคภูมิใจ* เมื่อทราบว่าตนเองติดเชื้อเอชไอวีความภาคภูมิใจความนับถือตนเองจะถูกทำลายไปด้วย ปฏิกริยาจากบุคคลที่คุ้นเคยและคนทั่วไปรวมทั้งสังคม ที่มีการเปลี่ยนแปลงของตนก็ยิ่งจะซ้ำเติมความรู้สึกดังกล่าวให้เพิ่มพูนมากขึ้น

7. **ความวิตกกังวล** เป็นลักษณะเด่นที่จะพบได้มากที่สุดในกลุ่มผู้ติดเชื้ออาจเกิดขึ้นในระยะสั้นๆ เป็นช่วงๆ หรืออาจเกิดต่อเนื่องเป็นระยะยาวก็ได้ เป็นปฏิกิริยาที่สืบเนื่องมาจากความกลัวว่าจะถูกตัดขาดจากสังคม จากครอบครัว หรือจากคนที่เคยรักใคร่ นอกจากนั้นยังกังวลเพราะการแสวงหาวิธีการรักษา หรือแม้แต่กังวลเกี่ยวกับอนาคตของบุตรหลาน ญาติพี่น้อง

8. **ความกลัดกลุ้ม** ผู้ติดเชื้อเอชไอวีบางรายจะมีความกลัดกลุ้มมากผิดปกติเกี่ยวกับสาเหตุของโรค ชีวิตของตนเองที่ต้องแยกจากสังคม

9. **ความโกรธ** พบได้บ่อยในรายที่มีความขุ่นเคืองว่าตนเองตกอยู่ในสภาพที่โชคร้ายที่ต้องมาติดโรคนี้ โกรธตนเอง หรือโกรธผู้อื่นที่ทำให้ตนต้องติดโรค ความโกรธเป็นเครื่องกีดขวางการปรับตัวและการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้ป่วย ยิ่งไปกว่านั้นยังเป็นสิ่งที่ทำให้ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับครอบครัว หรือกับผู้ป่วยอื่นแปรปรวนไปในทางที่ไม่ดี

10. **แนวโน้มในการฆ่าตัวตาย** แม้ว่าการฆ่าตัวตายจะไม่ใช่อะไรที่เกิดขึ้นบ่อยนักในคนที่ต้องเผชิญกับโรคภัยไข้เจ็บที่ไม่มีทางรักษาได้หรือเป็นโรคที่รื้อฟื้นตาย เช่น การติดเชื้อเอชไอวี แต่ก็พบได้ในรายที่ต้องการหนีจากความเจ็บปวดไม่สบายหรือเพื่อเป็นการจัดการความอับอาย ความเศร้าเสียใจของผู้เป็นที่รักหรือเป็นไปในลักษณะของการลงโทษตนเอง การฆ่าตัวตายเป็นสิ่งแสดงถึงจุดจบในชีวิตอาจกระทำเองหรือยอมให้ผู้อื่นกระทำเพื่อไม่ให้ใครๆ ต้องมารับรู้สภาพการเจ็บป่วยของตนเองต่อไป

นอกจากนี้ ผลกระทบด้านจิตใจและสังคมยังส่งผลกระทบต่อระบบภูมิคุ้มกันของร่างกาย ซึ่งจากการศึกษาในต่างประเทศก็พบว่าภาวะจิตสังคมมีอิทธิพลต่อระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายส่งผลให้การเจ็บป่วยเกิดได้เร็วขึ้น (Taylor, 1999) อย่างไรก็ตามในปัจจุบันมีความเจริญก้าวหน้าในด้านการรักษาโรคเอดส์ด้วยยาต้านไวรัส ซึ่งยาต้านไวรัสนับเป็นความหวัง (provide hope) ของผู้ป่วย (Chandra et al, 2005) จากรายงานการประเมินผลโครงการการเข้าถึงบริการยาต้านไวรัสระดับชาติ (NAPHA) และโครงการปรับปรุงการเข้าถึงระบบบริการการเข้าถึงระบบการดูแลสุขภาพผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์และการรักษาด้วยยาต้านไวรัสโดยการสนับสนุนของกองทุนโลก โดยการศึกษาคุณภาพชีวิตผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับยาต้านไวรัสพบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีความรู้สึกพึงพอใจ สุขใจ มีกำลังใจต่อสู้ และมีผลลัพธ์ที่ดีในการรักษา และยังพบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับยาต้านไวรัสมีคุณภาพชีวิตดีกว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ไม่ได้รับยาต้านไวรัส รู้สึกได้ว่าอยู่อย่างมีความสุขมากขึ้น มีความหวังในชีวิต และมีการวางแผนชีวิตในอนาคต (คณะกรรมการแห่งชาติว่าด้วยการป้องกันและการแก้ไขปัญเอดส์, 2551)

การพยาบาลทางด้านจิตสังคมสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์

การติดเชื้อเอชไอวีและโรคเอดส์ก่อให้เกิดผลกระทบทั้งด้านร่างกาย จิตใจและสังคม สภาพปัญหาของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ในแต่ละระยะจะมีความแตกต่างกันออกไป รูปแบบของการพยาบาลผู้ป่วยเอดส์จึงต้องมีการดูแลแบบองค์รวม (holistic) และต้องคำนึงถึงควมมีส่วนร่วมของผู้ป่วยเป็นหลัก (patient centered) (ธนา นิลชัยโกวิทย์, 2537; LaSelle & LaSelle, 2001) ซึ่งจุดมุ่งหมายในการพยาบาลผู้ป่วยด้านจิตสังคมนั้นก็คือ การช่วยผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ให้สามารถปรับตัวกับภาวะการติดเชื้อเอชไอวีและความเจ็บป่วย มีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค การรักษาและการปฏิบัติตน ส่งเสริมให้เกิดร่วมมือกับการรักษา ลดความไม่สุขสบายใจ ช่วยให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น และลดพฤติกรรมเสี่ยงและป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโรค (LaSelle & LaSelle, 2001) สำหรับการพยาบาลด้านจิตสังคมในผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ มีหลายรูปแบบและแตกต่างกันไปตามสภาพปัญหาของการเจ็บป่วย การพยาบาลด้านจิตสังคม ได้แก่ 1) การให้การปรึกษา (Counseling) 2) กลุ่มช่วยเหลือตนเองของผู้ติดเชื้อ (Self-help group) 3) กลุ่มสุขภาพจิตศึกษา (Psychoeducational group) และ 4) จิตบำบัด (Psychotherapy) (กองโรคเอดส์ กรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข, 2545; ธนา นิลชัยโกวิทย์, 2537; Dobkin & Costa, 2000; Frost, 1993; LaSelle & LaSelle, 2001) ดังนี้

1. การให้การปรึกษา (Counseling) เป็นกระบวนการสื่อสารสองทางในการให้ความช่วยเหลือผู้รับการปรึกษามีรูปแบบต่างกัน ซึ่งขึ้นอยู่กับทฤษฎีพื้นฐานที่นำมาใช้ในการบำบัด มีวัตถุประสงค์คือช่วยให้ผู้รับบริการมีการตัดสินใจหรือปรับตัวต่อปัญหาอย่างเหมาะสม โดยการให้ผู้รับการปรึกษาเป็นผู้คิดหรือกำหนดแนวทางแก้ปัญหาหรือหาข้อสรุปให้ตนเอง ส่วนผู้ให้การปรึกษาเป็นเพียงผู้ช่วยเหลือให้ผู้รับการปรึกษาในการสำรวจว่าปัญหาที่แท้จริงอยู่ตรงไหน ทำความเข้าใจกับปัญหาให้ถ่องแท้ และร่วมกันพิจารณาแนวทางในการแก้ไขปัญหา พิจารณาข้อดี ข้อเสียของแต่ละแนวทาง ซึ่งสิ่งสำคัญที่จะทำให้การให้การปรึกษาได้ผลดีคือสัมพันธภาพในขณะให้การปรึกษา โดยผู้ให้การปรึกษามีท่าทีพร้อมจะรับฟัง จริงใจ ไม่แสดงท่าทีคัดค้านหรือไม่เห็นด้วย และเข้าใจความรู้สึกของผู้รับการปรึกษา มีทักษะการสนทนาที่ดี มีการกระตุ้นให้ผู้รับการปรึกษาคิดพูด และแสดงความคิดเห็นออกมาได้มาก (มานิช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุกนิษฐ์, 2546)

2. กลุ่มช่วยเหลือตนเองของผู้ติดเชื้อ (Self-help group) เป็นกลุ่มที่เกิดจากการรวมตัวของบุคคลที่มีลักษณะอย่างเดียวกัน โดยมีเป้าหมายที่จะให้การช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ระหว่างสมาชิกของกลุ่ม กิจกรรมต่างๆ ดำเนินการโดยสมาชิก และการเข้าเป็นสมาชิกของกลุ่มด้วยความสมัครใจ (Paskert & Madara, 1993 อ้างใน สมจิต หนูเจริญกุล, 2536) กลุ่มช่วยเหลือตนเองอาศัยแนวคิดพื้นฐานในเรื่องแรงสนับสนุนทางสังคม กล่าวคือตัวแปรทางจิตสังคมมีความสัมพันธ์

กับสุขภาพทั้งในยามปกติและยามเจ็บป่วย แรงสนับสนุนทางสนับสนุนที่พอเพียงสามารถป้องกันพยาธิสภาพจากภาวะวิกฤติได้ (สมจิต หนูเจริญกุล, 2536)

3. *กลุ่มสุขภาพจิตศึกษา (Psycho-educational group)* ลักษณะกลุ่มจะคล้ายกลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคอง (support group) รูปแบบกิจกรรมกลุ่มเน้นการให้ความรู้แก่สมาชิกกลุ่ม มีการกำหนดระยะเวลา และ หัวข้อความรู้ต่างๆ ของแต่ละครั้งในการทำกลุ่ม (Frost, 1993)

4. *จิตบำบัด (Psychotherapy)* จิตบำบัดสามารถทำได้ทั้งจิตบำบัดรายบุคคล (Individual Psychotherapy) และรายกลุ่ม (Group Psychotherapy) ประโยชน์ของจิตบำบัดรายบุคคลคือการช่วยผู้ป่วยแก้ไขปัญหาด้านต่างๆ ที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวัน และช่วยให้ผู้ป่วยสามารถใช้ศักยภาพของตนเองให้ได้มากที่สุด ส่วนจิตบำบัดกลุ่มเป็นการจัดกิจกรรมกลุ่มสำหรับผู้ป่วย โดยส่งเสริมให้เกิดความรู้สึกว่ามีเพื่อน มีคนเข้าใจ ไม่โดดเดี่ยว มีการช่วยเหลือแก้ไขปัญหและการให้คำแนะนำซึ่งกันและกัน มีการฝึกทักษะทางสังคม เน้นการสนับสนุนให้กำลังใจกันในกลุ่ม และช่วยลดปัญหาการแยกตัวจากสังคม (social withdrawal) ของผู้ป่วย ซึ่งจิตบำบัดมีหลายรูปแบบด้วยกันและมีกระบวนการที่แตกต่างกันไปขึ้นอยู่กับทฤษฎีพื้นฐานที่นำมาใช้ในการบำบัด เช่น จิตบำบัดแบบประคับประคอง (Supportive psychotherapy) จิตบำบัดทางพฤติกรรมปัญญา (Cognitive behavioral therapy [CBT]) เป็นต้น (มานิตย์ ศรีสุรภานนท์ และจำลอง คิชฌณิช, 2542)

จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าการนำการบำบัดแบบ CBT มาใช้ในการให้การบำบัดผู้คิดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Dobkin & Costa, 2000; Safren et al., 1999) ดังนั้นการบำบัดแบบ CBT จึงเป็นการบำบัดทางจิตสังคมอย่างหนึ่งที่มีความสำคัญอย่างยิ่งที่พยาบาลจะนำมาใช้ในการให้การดูแลผู้คิดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์

การบำบัดทางพฤติกรรมปัญญา (Cognitive Behavioral Therapy, CBT)

ความหมายของการบำบัดทางพฤติกรรมปัญญา

Hollon และ Beck (1994) กล่าวถึง การบำบัดทางพฤติกรรมปัญญาว่าเป็นการบำบัดรูปแบบหนึ่ง ซึ่งมีพื้นฐานมาจากทฤษฎีทางปัญญาที่ว่าปัญญา/ความคิดมีผลต่ออารมณ์และการแสดงออกของบุคคล รูปแบบของการบำบัดคือการใช้วิธีการต่างๆ (strategies) เพื่อสอนทักษะของการใช้ปัญญาของบุคคล

Thomson และ Thomson (2005) กล่าวถึง การบำบัดทางพฤติกรรมปัญญาว่าเป็นการบำบัดที่ใช้ระยะเวลาสั้นกระชับ มีเป้าหมายชัดเจน และสามารถวัดผลได้ วิธีการบำบัดเน้นการมีปฏิสัมพันธ์ที่กระหว่างผู้รักษาและผู้เข้าบำบัด โดยมุ่งแก้ไขเปลี่ยนแปลงที่ความคิดความเชื่อที่ไม่สมเหตุสมผลไปสู่ความคิดความเชื่อที่สมเหตุสมผล และมีการคงไว้ซึ่งเทคนิคต่างๆ ในการปรับพฤติกรรม

จำลอง ดิษยวณิช (2545) ให้ความหมายของการบำบัดทางพฤติกรรมปัญหาไว้ว่า “เป็นการบำบัดที่เน้นการเปลี่ยนแปลงวิธีการคิดของคนเรา เมื่อความคิดเปลี่ยนแปลงจะส่งผลทำให้พฤติกรรมภายนอกเปลี่ยนแปลงไปด้วย”

จันทิมา องค์โฆษิต (2545) กล่าวถึง การบำบัดทางปัญหาว่า “เป็นการบำบัดที่มีโครงสร้างของการรักษา ผู้รักษามีบทบาทและเป็นผู้กระทำ (active) ในการรักษาและใช้วิธีการชี้นำ (directive) เพื่อช่วยแก้ไขตามอาการเป็นการรักษาโดยไม่ได้สนใจมูลเหตุของอาการนั้น ใช้ระยะ

เวลาสั้น การรักษามุ่งแก้ไขความผิดปกติของการนึกคิด (cognition) อารมณ์ (emotion) และพฤติกรรม (behavior) โดยอาศัยหลักการที่ว่า การนึกคิดที่ไม่เหมาะสม (maladaptive) ของผู้ป่วยเป็นตัวสำคัญทำให้เกิดอาการทางจิตเวช”

สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต (2550) กล่าวว่า “การบำบัดทางพฤติกรรมปัญหาว่าเป็นกระบวนการปรับพฤติกรรม โดยนำแนวคิดที่ว่าตัวแปรภายใน (ปัญหา) บุคคลมีผลต่อพฤติกรรมที่บุคคลแสดงออก การบำบัดมีเป้าหมายเปลี่ยนพฤติกรรมภายนอกโดยไปจัดการเปลี่ยนแปลงที่พฤติกรรมภายใน”

โดยสรุป การบำบัดทางพฤติกรรมปัญหาเป็นการบำบัดที่มีพื้นฐานมาจากทฤษฎีทางปัญหาซึ่งมีแนวคิดว่า ปัญหา/ความคิดมีผลต่ออารมณ์และพฤติกรรมที่บุคคลแสดงออก การบำบัดจะมุ่งเน้นปรับเปลี่ยนความคิด ความเชื่อ ที่ไม่สมเหตุผลไปสู่ความคิดความเชื่อที่สมเหตุผล ร่วมกับเทคนิคต่างๆ ที่ใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อลดพฤติกรรมที่เป็นปัญหา และเพิ่มพฤติกรรมที่เหมาะสม โดยมุ่งเน้นการแก้ไขในปัจจุบัน เป็นการทำงานร่วมกันระหว่างผู้รักษาและผู้บำบัด เป็นการบำบัดในเชิงรุก มีทิศทางและมีรูปแบบโครงสร้างที่ชัดเจน วัดผลได้ โดยอยู่บนพื้นฐานการมีปฏิสัมพันธ์ที่กระหว่างผู้รักษาและผู้ป่วย

วิวัฒนาการของการบำบัดทางพฤติกรรมปัญหา

การบำบัดทางพฤติกรรมปัญหา (Cognitive Behavioral Therapy, CBT) เป็นการบำบัดแนวใหม่ที่อยู่ภายใต้ทฤษฎีการบำบัดทางปัญหา (Cognitive therapy, CT) และ นำเทคนิคการปรับพฤติกรรม (Behavior techniques) มาใช้บำบัดร่วมกัน การบำบัดทางปัญหา เริ่มต้นพัฒนามานานกว่า 50 ปี โดยนักจิตวิทยาและนักวิจัยต่างก็พัฒนาแนวทางและวิธีการที่แตกต่างกัน (Thompson, McGee & Thompson, 2005) ซึ่งนักจิตวิทยาที่ถือว่ามีส่วนสำคัญในการพัฒนา และเป็นบิดาของการบำบัดทางพฤติกรรมปัญหาในรูปแบบซึ่งเป็นที่เข้าใจและนิยมใช้มากที่สุดคือ Aaron Beck (เบค) จิตแพทย์ชาวอเมริกันซึ่งมีความเชี่ยวชาญทางจิตวิเคราะห์

จุดเริ่มของทฤษฎีทางปัญหาของเบคเกิดจาก การที่เบคบำบัดผู้ป่วยที่มาเข้ารับการบำบัดด้วยวิธีการจิตวิเคราะห์แล้วพบว่า มีปฏิกิริยาทางลบจากผู้เข้ารับการบำบัดมากมาย ทำให้เขาเกิดความ

สงสัยเกี่ยวกับการอธิบายถึงอาการของโรคจิต โรคประสาท และโรคซึมเศร้าของนักจิตวิทยากลุ่มจิตวิเคราะห์ จึงเฝ้าสังเกตในคลินิกและตรวจสอบอย่างเป็นระบบเพื่อที่จะอธิบายเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า จนพบว่าปัญญา (cognition) เป็นองค์ประกอบที่สำคัญที่เกี่ยวข้องกับอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยปลายปี ค.ศ.1950 เบคได้พัฒนาวิธีการบำบัดรักษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้าด้วยทฤษฎีทางปัญญา (Cognitive Therapy) และต่อมาได้มีการนำเทคนิคปรับพฤติกรรม (behavioral techniques) มาใช้ในการบำบัดร่วมด้วยจนเป็นที่รู้จักและได้รับการยอมรับอย่างมากมายปัจจุบันมีงานวิจัยที่สนับสนุนถึงประสิทธิภาพของการบำบัดทางปัญญาในผู้ป่วยซึมเศร้าและโรคจิตเวชอื่นไว้มากมาย (วิโรจน์ เอี่ยมจรัสรังษี, 2548; Thompson, McGee & Thompson, 2005) นอกจากเบคแล้วยังมีนักจิตวิทยาที่มีชื่อเสียงและได้รับการยอมรับว่าเป็นผู้มีส่วนในการพัฒนาแนวคิดทางปัญญา คือ Albert Ellis (Rational Emotive Behavioral Therapy หรือ REBT) และ Meichenbaum (Stress-Inoculation Therapy) (กรมสุขภาพจิต, 2550; สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2550; Thompson, McGee & Thompson, 2005)

จากการที่นักจิตวิทยาที่พัฒนาวิธีการและเทคนิคการบำบัดทางพฤติกรรมปัญญา (CBT) ต่างก็มีความรู้พื้นฐานเดิมที่แตกต่างกันโดยแบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มที่มาจากพื้นฐานความรู้ทางจิตวิเคราะห์ (Psychoanalytic) กลุ่มที่มาจากพื้นฐานทางจิตวิทยาทางปัญญา (Cognitive Psychology) และ กลุ่มที่มาจากพื้นฐานความรู้ทางการเรียนรู้ (Learning) ซึ่งต่างก็พัฒนาและประยุกต์แนวทางวิธีการและเทคนิคแตกต่างกันออกไป แม้จะแตกต่างกันบนพื้นฐานความรู้เดิมแต่สิ่งที่มีแนวคิดเหมือนกันคือตัวแปรทางปัญญา (cognition) นั้นมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคล ซึ่งประกอบด้วย ความคิด ความเชื่อ ความรู้ ทัศนคติ ค่านิยม ความคาดหวัง อารมณ์ และความรู้สึก แต่อย่างไรก็ดีทุกรูปแบบของการบำบัดแบบ CBT มีหลักการที่เหมือนกันอยู่ 3 ประการคือ 1) การนึกคิด (cognition) นั้นมีผลต่อพฤติกรรม 2) การนึกคิดเป็นสิ่งที่สามารถควบคุมหรือตัดแปลงได้ และ 3) การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมให้เหมาะสมเกิดขึ้นได้จากการเปลี่ยนแปลงการคิด (กรมสุขภาพจิต, 2550; จันทิมา องค์ไพบูลย์, 2545; วิโรจน์ เอี่ยมจรัสรังษี, 2548; สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2550; Thompson, McGee & Thompson, 2005)

แนวคิดพื้นฐานของการบำบัดทางพฤติกรรมปัญญา

การบำบัดทางพฤติกรรมปัญญา (CBT) เชื่อว่า ความคิดที่บิดเบือนไปจากความเป็นจริง (Dysfunctional thinking) ทำให้เกิดผลกระทบต่ออารมณ์และพฤติกรรมของมนุษย์ ผู้ป่วยโรคทางจิตเวชส่วนใหญ่จะพบความคิดที่บิดเบือนไปบางประการ แนวทางในการบำบัด คือถ้าสามารถประเมิน (evaluate) ความคิดที่ถูกต้องตามความเป็นจริง หรืออยู่ในโลกของความเป็นจริงได้ (realistic) อาการเกี่ยวกับอารมณ์ (emotion) และพฤติกรรม (behavior) ของผู้ป่วยจะดีขึ้น รูปแบบความคิดที่

บิดเบือน (dysfunctional thought) มีหลายรูปแบบทั้งที่เป็น automatic thoughts และ beliefs ตัวอย่างของรูปแบบความคิดที่บิดเบือนที่พบบ่อย ได้แก่ (Beck, 1995; กรมสุขภาพจิต, 2550)

1) Dichotomous thinking (All or nothing thinking) คือความคิดสุดขั้วด้านใดด้านหนึ่งเป็นคำหรือขาวไปหมด บวกหรือลบไปหมด โดยไม่สามารถมองอะไรกลางๆ ได้ เช่น “ถ้าทำได้ไม่สมบูรณ์แบบ อย่าทำดีกว่า”

2) Catastrophizing เป็นความคิดแบบ overgeneralization ที่รุนแรงเป็นการแปลสถานการณ์หรือเรื่องราวที่เกิดขึ้นให้รุนแรงสุดขีดเป็นหายนะ

3) Disqualifying or discounting the positive ไม่พึงพอใจในสิ่งดีๆ ที่ตนมีหรือเป็นอยู่ เพราะให้ความสำคัญสิ่งที่ไม่ดีมากกว่า

4) Emotional reasoning ใช้ความรู้สึกตนเองตัดสินดูเหมือนมีเหตุผลแต่เป็นเหตุผลที่มาจากอารมณ์ความรู้สึกของตนเอง เช่น ลางสังหรณ์ หรือ รู้สึกว่ามันต้องเป็นอย่างนั้นแน่ๆ

5) Labeling เป็นการติตราตนเองหรือคนอื่นในทางลบ ไม่ว่าจะทำอะไรก็มักยึดติดกับความรู้สึกที่ตนได้ติตราไว้

6) Magnification/ Minimization เมื่อเกิดความผิดพลาดกับตนเองจะมองปัญหานั้นแบบขยายให้ใหญ่โตเกินความเป็นจริงเรียกว่า Magnification และ เมื่อมีเรื่องดีเกิดขึ้นก็มองข้อดีหรือความสำเร็จของตนเองเป็นเรื่องเล็กน้อย ซึ่งเรียกความคิดลักษณะนี้ว่า Minimization

7) Mental filler เลือกที่จะเชื่อหรือคิดในสิ่งที่ตนเองมีความเชื่อหรือคิด

8) Mind reading สรุป เดา ในทางลบเกี่ยวกับความคิด โดยปราศจากหลักฐานมาสนับสนุน

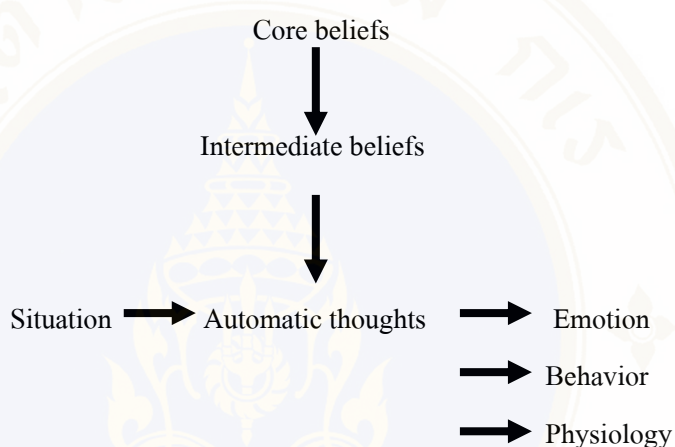
9) Overgeneralization การสรุปแบบเหมารวม ด่วนสรุปอย่างไม่มีหลักฐานหรือมีหลักฐานเพียงเล็กน้อย

10) Personalization การสรุปเหตุการณ์เข้าหาตนเอง เป็นการแปลสถานการณ์เหตุการณ์หรือพฤติกรรมภายนอกว่าเป็นตัวยืนยันให้เห็นว่าตนไม่ดีหรือบางคนก็คิดตรงข้ามคือเมื่อเกิดเรื่องไม่ดีก็จะโทษคนอื่นเสมอโดยไม่พยายามดูว่าตนเองก็มีส่วนเกี่ยวข้อง

11) “Should” and “must” statements การคิดคาดหวังให้ตนเองหรือคนอื่นเป็นอย่างนั้นอย่างนี้ตามที่ตนคาดหวังหรือความต้องการของตน

โดยขั้นตอนการบำบัดคือการทำให้ผู้ป่วยเข้าใจก่อนว่าความคิดนั้นบิดเบือนไปจากความจริงอย่างไร โดยมีการประเมินและแก้ไขให้ดีขึ้น วิธีการบำบัดให้ได้ผลดีจึงต้องมีการทำ cognitive conceptualization โดยการใช้ cognitive model (ดูภาพ 1 และ 2) มาใช้กับผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยได้เข้าใจโรคหรือปัญหาของตนเอง ทั้งนี้เพราะในคนแต่ละคนก็จะใช้ cognitive model ที่แตกต่างกันไปและ

เมื่อพบเหตุการณ์เดียวกันก็จะมีวิธีคิดหรือตีความแตกต่างกันออกไป และในแต่ละโรคที่นำการบำบัดแบบ CBT มาใช้ต้องมีการตั้งเป้าหมายก่อนเสมอว่าจะบำบัดเพื่อแก้ไขอะไร การทำ cognitive conceptualization โดยการนำ cognitive model มาใช้ก็เพื่อให้ผู้ป่วยเห็นความเชื่อมโยงระหว่างกัน และสามารถประเมินได้ว่า การมองโลกของเขาถูกต้องหรือคิดเพี้ยนไปจากความเป็นจริงอย่างไร (Beck, 1995; กรมสุขภาพจิต, 2550) ซึ่งในที่นี้จะขอกล่าวถึง cognitive model ตามแบบของ Beck (ภาพ1) และ Interactional model (ภาพ2)

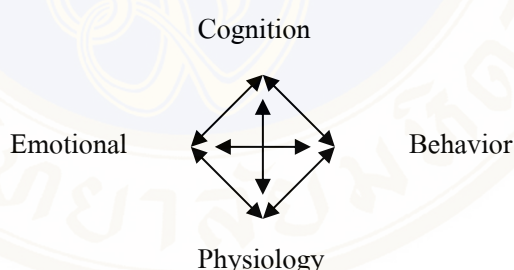


ภาพ 1 Cognitive model ตามแบบของ Beck (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2550: หน้า 4)

จาก Cognitive model ของ Beck จะเห็นว่าเหตุการณ์ (situation) จะนำไปสู่ความคิดอัตโนมัติ (automatic thoughts) แล้วทำให้เกิดอารมณ์ (emotion) ขึ้นมาและนอกจากทำให้เกิดอารมณ์แล้วยังมีพฤติกรรม (behavior) และอาการทางร่างกาย (physiology) ร่วมด้วย โดยที่เวลาที่มีอารมณ์ใดก็จะมีพฤติกรรมที่สอดคล้องกับอารมณ์นั้น เช่นเวลาที่มีอารมณ์กลัวอาจมีพฤติกรรมคือไม่กล้าออกจากห้อง เนื่องจากมีความคิดที่ว่าออกไปแล้วจะต้องเจอโจรแน่ และขณะเดียวกันก็มีการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายเช่น หัวใจเต้นเร็ว เหงื่อออก มือเย็น เป็นต้น กล่าวโดยสรุปคือ เหตุการณ์กับความคิดอัตโนมัติทำให้เกิด อารมณ์ พฤติกรรม และอาการทางร่างกายเปลี่ยนแปลงไป มนุษย์เรามีความคิดอัตโนมัติซึ่งมีที่มาจากความเชื่อที่เป็นแก่นของระบบคิดที่เรียกว่า core beliefs ซึ่งเป็นความเชื่อที่ฝังรากลึกอยู่ในตัวตนของบุคคลนั้น ส่วน intermediate beliefs มีลักษณะเป็นกฎเกณฑ์ (rules) ข้อสันนิษฐาน (assumption) ซึ่งมักมีลักษณะเป็นเงื่อนไขเช่น “ถ้าเป็นอย่างนั้น..จะทำให้เป็นอย่างนี้” หรือประโยคที่มีคำว่า “ควร” หรือ “ต้อง” เป็นส่วนประกอบ เช่น “ฉันต้องทำทุกอย่างให้สมบูรณ์แบบ” เป็นต้น ความเชื่อนี้มักมีที่มาจากประสบการณ์จากประวัติในอดีต อาจเกิดจากสภาพแวดล้อม

และจากการเลี้ยงดู ดังนั้นในเหตุการณ์เดียวกันการตีความของแต่ละบุคคลอาจไม่เหมือนกันอยู่ที่ core beliefs ของคนๆ นั้นในการมองโลกอย่างไร ในการบำบัด CBT อาจมีความจำเป็นต้องกลับไปแก้ไข core beliefs เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในชีวิตที่คงทนยั่งยืน แต่โดยทั่วไปจะมุ่งแก้ไขความคิดอัตโนมัติก่อนเป็นลำดับแรก เนื่องจากสามารถเข้าถึงได้ง่ายกว่าและมีโอกาสประสบความสำเร็จในการปรับแก้ได้สูงกว่า (Beck, 1995; กรมสุขภาพจิต, 2550)

นอกจากนี้จะเห็นว่าความคิด (cognition) อารมณ์ (emotion) พฤติกรรม (behavior) และร่างกาย (physiology) นั้นมีความสัมพันธ์อย่างเชื่อมโยงถึงกันหมด (ดังภาพ2) เมื่อเกิดความเปลี่ยนแปลงขึ้นกับองค์ประกอบใดองค์ประกอบหนึ่ง ก็อาจส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงกับองค์ประกอบอื่นอย่างทั่วถึงกัน ในการบำบัดนั้นคือการไปจัดการกับองค์ประกอบที่จัดการได้โดยเชื่อว่าองค์ประกอบอื่นๆ จะดีขึ้นตาม เช่น ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าก็อาจมีความคิดในทางลบต่อตนเอง ว่าตนเองไม่มีคุณค่า มีพฤติกรรมแยกตัว ไม่พบปะผู้คน และอาจมีความแปรปรวนทางกาย เมื่อมีการปรับเปลี่ยนความคิดเสียใหม่ให้เห็นคุณค่าของตนเอง หรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้วยการจัดให้มีพฤติกรรมเพิ่มมากขึ้นก็จะส่งผลให้อารมณ์ดีขึ้นความเศร้าลดลง เป็นต้น ส่วนการตัดสินใจว่าจะจัดการที่องค์ประกอบใดก่อนหลังนั้นขึ้นอยู่กับชนิดของปัญหาที่กำลังดูแล (Beck, 1995; กรมสุขภาพจิต, 2550)



ภาพ 2 Interactional model (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2550: หน้า 5)

หลักการสำคัญในการบำบัดทางพฤติกรรมปัญหา

ดังที่กล่าวข้างต้นแล้วว่าการบำบัดทางพฤติกรรมปัญหานั้นเป็นการนำทฤษฎีการบำบัดทางปัญญามาใช้บำบัดร่วมกันกับเทคนิคการปรับพฤติกรรม ซึ่งการบำบัดทางปัญญานั้นมีหลักการสำคัญ 10 ประการ ดังนี้ (Beck, 1995; กรมสุขภาพจิต, 2550)

1. Cognitive therapy is based on an ever-changing formulation of patient and problems on cognitive terms.

การบำบัดทางพฤติกรรมปัญญา อยู่บนพื้นฐานของการสังเคราะห์ (formulate) ปัญหาของผู้ป่วยโดยนำข้อมูลที่ได้จากผู้ป่วยมาวิเคราะห์ในรูปแบบของ cognitive model ซึ่งจะทำให้เข้าใจผู้ป่วยว่าในแต่ละสถานการณ์เขามีความรู้สึกและความคิดอย่างไร แล้วพิจารณา cognitive model ว่ามีปัญหาด้านใดบ้าง ซึ่งในการสังเคราะห์ของผู้ป่วยนั้นสามารถเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลา การพบกับผู้ป่วยในแต่ละครั้ง cognitive model ก็อาจเปลี่ยนได้เมื่อเราได้ข้อมูลเพิ่มเติม

2. Cognitive therapy requires a sound therapeutic alliance.

การบำบัดทางพฤติกรรมปัญญาเป็นจิตบำบัด (psychotherapy) อย่างหนึ่ง ดังนั้น cognitive Therapy จึงต้องมีพื้นฐานของ therapeutic alliance หรือความสัมพันธ์อันดีระหว่างผู้บำบัดกับผู้ป่วยที่มีขอบเขต โดยผู้บำบัดใช้เทคนิคการบำบัดเบื้องต้นเพื่อสร้างความสัมพันธ์นี้ และคอยตรวจสอบความมั่นคงของความสัมพันธ์นี้ในขณะที่การบำบัดดำเนินไปเรื่อยๆ ความสัมพันธ์ในการรักษาที่มีประสิทธิภาพมีจุดมุ่งหมายเพียงประการเดียวคือ การพยายามทำให้ผู้ป่วยอาการดีขึ้นซึ่งจำเป็นต้องมีพันธมิตรที่เข้มแข็งในการรักษาเมื่อความสัมพันธ์มั่นคง ผู้ป่วยจะไว้วางใจผู้รักษามากพอที่จะพูดอย่างตรงไปตรงมาแสดงความรู้สึกที่แท้จริง ไม่เสแสร้ง ผู้รักษาคือพันธมิตรและผู้ร่วมมือ ไม่ใช่ผู้ปกครองหรือผู้นำที่คอยแต่ออกคำสั่ง สัญญาณเตือนที่บ่งบอกว่าความสัมพันธ์นี้อาจมีปัญหา เช่น การไม่มาตามนัด ขอยกเลิกนัด มาสาย หรือพูดว่าจะหยุดมารักษา ขัดแย้งกับผู้บำบัดตลอดเวลา เป็นต้น

3. Cognitive therapy emphasizes collaboration and active participation

การบำบัดทางพฤติกรรมปัญญานี้เน้นที่ collaboration ที่ต้องอาศัยความร่วมมือและการมีส่วนร่วมอย่างแข็งขัน แม้ผู้บำบัดจะมีหน้าที่แก้ปัญหาให้ผู้ป่วยแต่ผู้ป่วยเองก็มีหน้าที่ต้องช่วยเหลือตนเองด้วย ผู้บำบัดแบบ cognitive behavioral therapy จะพยายามกระตุ้นให้ผู้ผู้ป่วยมีบทบาทสำคัญในการบำบัด ซึ่ง collaboration อาจรวมถึงการทำการบ้านตามที่ตกลงกันว่าจะทำในแต่ละครั้ง การบำบัดแบบมีประสิทธิภาพเป็นผลจากการทำงานเป็นทีม (teamwork) ระหว่างผู้บำบัด และผู้ป่วย การบำบัดที่ประสบความสำเร็จนั้นผู้บำบัดจะมีบทบาทมากขึ้นเรื่อยๆ ในขณะที่การบำบัดดำเนินต่อไป บทบาทของผู้บำบัดแบบ cognitive behavioral therapy จึงเหมือนกับครูฝึก (coach) ที่จะช่วยผู้ป่วยเรียนรู้เทคนิคต่างๆ ช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจเหตุผลว่าเหตุใดเราจึงต้องใช้เทคนิคนั้นและช่วยให้ผู้ป่วยใช้เทคนิคนั้นจนเกิดความชำนาญ

4. Cognitive therapy is goal- oriented and problem -focused

การบำบัดทางพฤติกรรมปัญญา มุ่งเน้นที่ปัญหา มีเป้าหมายที่ชัดเจน และพยายามไปให้ถึงเป้าหมาย ซึ่งผู้ป่วยและผู้บำบัดต้องทำงานร่วมกันตั้งแต่เริ่มต้น เพื่อกำหนดปัญหาและเป้าหมาย ที่เป็นประโยชน์

5. Cognitive therapy initially emphasizes the present

การบำบัดทางพฤติกรรมปัญญานี้ที่ปัจจุบัน ถึงแม้เมื่อบำบัดไประยะหนึ่งอาจมีการย้อนกลับไปสู่อดีตเพื่อประเมินว่าอดีตมีผลต่อความเชื่อในปัจจุบันอย่างไร แต่ก็มิวัตถุประสงค์เพื่อแก้ปัญหาในปัจจุบันเป็นสำคัญ ผู้บำบัดช่วยให้ผู้ป่วยแยกแยะประเมิน และ ตอบโต้กับความคิดและความเชื่อที่ไม่เป็นประโยชน์ของตนเอง ให้เห็นลักษณะความคิดในปัจจุบันที่ทำให้เกิดความคิดที่ไม่เป็นประโยชน์หรือพฤติกรรมที่เป็นปัญหา การสร้างสมมติฐานเกี่ยวกับปัจจัยที่กระตุ้นให้เกิดปัญหาในปัจจุบัน เหตุการณ์ต่างๆ ในช่วงของการเติบโตที่มีอิทธิพลต่อความคิด และลักษณะการตีความเหตุการณ์ที่เป็นแบบนั้นมานาน

6. Cognitive therapy is educative, aims to teach the patient to be his/her own therapist

การบำบัดทางพฤติกรรมปัญญา มีส่วนที่เป็นการสอนและให้ความรู้แก่ผู้ป่วย เช่น ใน session มักมีการสอนผู้ป่วยเรื่องการดำเนินโรค หลักการและแนวคิดของ cognitive therapy และ cognitive model รวมถึงเทคนิคต่างๆ ที่ใช้จัดการกับความคิด คุณสมบัติที่สำคัญของผู้บำบัดแบบ cognitive behavioral therapy ที่ดีประการหนึ่งจึงต้องมีความเป็นครู ที่สามารถถ่ายทอดเรื่องราวต่างๆ ให้กับผู้ป่วยได้อย่างชัดเจนและเข้าใจ โดยเป้าหมายสุดท้ายหวังว่าผู้ป่วยจะสามารถเรียนรู้จนสามารถนำไปใช้บำบัดตนเองได้ ซึ่งเป็นการป้องกันการกลับเป็นซ้ำได้อย่างมีประสิทธิภาพ

7. Cognitive therapy aims to be time limited.

การบำบัดทางพฤติกรรมปัญญา มักมีการกำหนดเวลาในแต่ละ session ไว้อย่างชัดเจน เช่นครั้งละ 45 นาที หรือ 1 ชั่วโมง รวมทั้งจำนวนครั้งที่ใช้ในการบำบัด จุดประสงค์ของการกำหนดเวลาที่สำคัญคือ เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงคุณค่าของเวลาและพยายามใช้เวลาที่มีให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด

8. Cognitive therapy sessions is structured

การบำบัดทางพฤติกรรมปัญญา ในแต่ละครั้งมีโครงสร้างที่ชัดเจนตามลำดับดังนี้ คือการตรวจสอบสภาพอารมณ์ของผู้ป่วย ให้ผู้ป่วยเล่าให้ฟังคร่าวๆ ว่าสัปดาห์ที่ผ่านมาเป็นอย่างไรบ้าง ทบทวนการบ้านของครั้งที่แล้ว ร่วมมือกันกำหนดหัวข้อ (set agenda) พูดคุยตามหัวข้อที่ตกลงสรุปเนื้อหาที่พูดคุย กำหนดการบ้านสำหรับครั้งนี้ ขอข้อมูลสะท้อนกลับ (feedback) จากผู้ป่วยตอนท้าย session

9. Cognitive therapy teaches patient to identify, evaluate, and respond to their dysfunctional thoughts and beliefs.

การบำบัดทางพฤติกรรมปัญญา เป็นการสอนให้ความรู้หรือให้การศึกษาเพื่อผู้ป่วยสามารถแยกแยะหรือประเมินความคิด ความเชื่อของตนเอง รวมถึงการกระทำอย่างไรกับตนเองเพื่อแก้ไข dysfunctional thought ให้เป็น functional thought เป้าหมายสูงสุดของ cognitive behavioral therapy คือสอนให้ผู้ป่วยพัฒนาตนเองจนสามารถเป็นผู้บำบัดของตนเองได้

10. Cognitive therapy uses a variety of techniques to change thinking, mood, and behavior

การบำบัดทางพฤติกรรมปัญญา ใช้เทคนิคหลากหลายเพื่อเปลี่ยนแปลงความคิด อารมณ์ และพฤติกรรม ซึ่งการเปลี่ยนแปลงจะเริ่มขึ้นที่จุดไหนก่อนนั้นขึ้นความเหมาะสมในผู้ป่วยแต่ละราย

ขั้นตอนและเทคนิคการบำบัดทางพฤติกรรมปัญญา

การบำบัดทางพฤติกรรมปัญญา (CBT) มีขั้นตอนการบำบัดและเทคนิคการบำบัดดังนี้

ขั้นตอนการบำบัด

กระบวนการบำบัดประกอบด้วย 2 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นตอนที่หนึ่งเป็นการประเมินปัญญา (Assessing Cognitions) และขั้นตอนที่สองคือ การเลือกเทคนิคการบำบัด (วิโรจน์ เอี่ยมจรัสรังษี, 2548; สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2550)

ขั้นที่ 1 การประเมินปัญญา (Assessing Cognitions) วัตถุประสงค์ของการประเมินปัญญาคือ 1) ประเมินกระบวนการ และเนื้อหาของกระบวนการทางปัญญา 2) ประเมินกระบวนการทางปัญญานั้นว่ามีผล หรือทำให้พฤติกรรมที่เป็นปัญหานั้นเกิดขึ้นและคงอยู่ได้อย่างไร 3) ประเมินว่ากระบวนการปรับเปลี่ยนทางพฤติกรรมปัญญานั้นมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงเนื้อหาของกระบวนการทางปัญญาหรือไม่ และ 4) ประเมินว่ากระบวนการปรับเปลี่ยนทางพฤติกรรมปัญญานั้นได้ดำเนินการอย่างเหมาะสมหรือไม่ วิธีการที่ใช้ในการประเมินประกอบด้วย การสัมภาษณ์ การพูดคุย การจดบันทึกด้วยตนเอง (self report) การใช้แบบรายงานตนเองโดยตรง (self-monitoring) การแสดงละคร (role play) การสร้างจินตภาพ (guided imagery) และการใช้กระบวนการคิดต่าง

ขั้นที่ 2 การเลือกเทคนิคการบำบัด ในการบำบัดรักษาผู้บำบัดจะเลือกเทคนิคที่เหมาะสมกับปัญหาของผู้ป่วยแต่ละรายโดยคำนึงถึงแง่มุมทุกด้านของปัญหา ในทางปฏิบัติมักมิใช่เป็นการใช้เทคนิคแบบใด แบบหนึ่งล้วนๆ แต่มักเป็นการผสมผสานกันระหว่างหลายๆ เทคนิคมาประกอบกัน

เทคนิคการบำบัด

จากแนวคิดทฤษฎีการบำบัดทางพฤติกรรมปัญญาและการทบทวนวรรณกรรม พบว่าเทคนิคการบำบัดประกอบไปด้วยเทคนิคทางปัญญา (Cognitive Techniques) และเทคนิคทางพฤติกรรม (Behavioral Techniques) ดังนี้ (กรมสุขภาพจิต, 2548; วิโรจน์ เอี่ยมจรัสรังสี, 2548; สุชาติ พหลภาคย์, 2542; สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2550; Beck, 1995; White, 2000)

เทคนิคทางปัญญา

1. การบอกอารมณ์ตนเอง (Identifying Moods) การที่บุคคลสามารถบอกถึงอารมณ์ของตนเองได้นั้น จะทำให้เกิดการระลึกรู้ (awareness) และสามารถตั้งเป้าหมายได้ว่าจะจัดการกับอารมณ์อย่างไร การที่คนเราจะสามารถบอกถึงอารมณ์ของตนเองได้ไม่ใช่เรื่องง่าย นอกจากนี้ยังอาจเกิดความสับสนระหว่างอารมณ์กับความคิด การฝึกแยกแยะอารมณ์เป็นทักษะหนึ่ง ที่ควรฝึกฝนโดยสิ่งที่บ่งบอกว่าน่าจะเป็นอารมณ์ดังตัวอย่าง เช่น อยู่ดีๆ ก็รู้สึกตื่นเต้นหรือเศร้าขึ้นมา นั้นแสดงว่าต้องมีอะไรสำคัญบางประการเกิดขึ้นภายในจิตใจของคนๆ นั้น ความรู้สึกนั้นไม่ได้เกิดขึ้นลอยๆ แต่จะต้องมีที่มาของความรู้สึกนั้น

2. การประเมินระดับอารมณ์ (Rating Moods) อารมณ์แต่ละชนิดจะมีช่วงเวลาและความรุนแรงไม่เท่ากัน เช่นอารมณ์โกรธ ซึ่งความโกรธในแต่ละเหตุการณ์มักไม่เท่ากัน เช่น บางทีโกรธมากบางทีโกรธน้อย ประโยชน์ของการประเมินระดับอารมณ์นั้นคือ การช่วยให้รับรู้ระดับความแรง (intensity) ของอารมณ์ ช่วยให้สังเกตการณ์ขึ้นลง (fluctuation) ของอารมณ์ได้ เตือนให้รู้ว่าเหตุการณ์หรือความคิดไหนมีผลต่ออารมณ์ และใช้การเปลี่ยนแปลงระดับอารมณ์เป็นสิ่งที่บอกเราว่าวิธีที่ใช้จัดการอารมณ์นั้นมีประสิทธิภาพขนาดไหน เราสามารถประเมินระดับอารมณ์ โดยลองนึกตัวอย่างเหตุการณ์ที่มีอารมณ์ชัดเจนแล้ววัด (rating) โดยใช้เป็นระดับซึ่งเมื่อวัด แล้วผู้บำบัดอาจถามต่อว่า ณ ตอนที่รู้สึกโกรธมากนั้นมีอารมณ์อื่นๆ อีกหรือไม่ หรือก่อนที่จะโกรธได้มากขนาดนี้มีอารมณ์โกรธอยู่บ้างหรือเปล่า เช่น กรณีเพื่อนขโมยของเมื่อไปถามแล้วเพื่อนไม่ยอมรับ ณ ตอนนั้นก็อาจรู้สึกโกรธนิดๆ แล้ว และยังจับได้ว่าเขาเป็นคนขโมยอารมณ์โกรธที่มีอาจพุ่งสูงถึง 100% ดังนั้นการที่เราได้รายละเอียดหรือข้อมูลของเหตุการณ์ ซึ่งนำมาสู่อารมณ์โกรธของผู้ป่วยจะทำให้เกิดความเข้าใจที่มาของระดับอารมณ์นั้น ทั้งนี้อารมณ์ที่เกิดขึ้นนั้นอาจเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลาตามสถานการณ์

3. การค้นหาความคิดอัตโนมัติ (Automatic thoughts) ในเหตุการณ์ใดก่อนที่จะเกิดอารมณ์ (emotion) และการกระทำ (behavior) นั้นสิ่งที่เกิดขึ้นก่อนคือ ความคิดอัตโนมัติ ซึ่งเป็นความคิดต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นเป็นความคิดที่เกิดขึ้นทันทีก่อนที่จะผ่านกระบวนการ คิดอย่างมีเหตุผลรวมถึงการแปลความหมายของสิ่งแวดล้อมรอบตัวในปัจจุบัน อาจเป็นความคิดเกี่ยวกับ

ตนเองหรือบุคคลอื่น ความคิดอัตโนมัติจะอยู่ในกระแสความคิดอื่นๆ ซึ่งคนเราจะคิดอยู่ตลอดเวลา ความคิดอัตโนมัติจะผุดขึ้นเป็นระยะๆ ความคิดอัตโนมัติที่ผุดขึ้นมานั้นโดยทั่วไปคนเราจะไม่รู้ตัว ความคิดอัตโนมัติจะมีความสัมพันธ์กับอาการทางกายและอารมณ์และการจะรู้ความคิดอัตโนมัติได้นั้นต้องฝึกฝนความคิดอัตโนมัติได้หลายรูปแบบ อาจเป็นคำสั้นๆ เป็นวลี เป็นประโยค หรือเป็นภาพในใจ ความคิดอัตโนมัติมีความสัมพันธ์กับอารมณ์ อาจดูอารมณ์ก่อนเพราะมักจับได้ง่ายกว่า แล้วค่อยดูว่ามีความคิดอัตโนมัติอย่างไร ส่วนใหญ่คนจะเชื่อกฎความคิดอัตโนมัติทันทีโดยที่ไม่มีการตรวจสอบกับตนเองและความเป็นจริงของโลกภายนอกอย่างเป็นระบบ

4. *Socratic Questioning* เป็นการตั้งคำถามเพื่อประเมินความคิดของผู้ป่วย ในสถานการณ์ที่เฉพาะเจาะจงเพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจความคิดของตนเองได้ชัดเจนขึ้น

5. *คำถามที่ใช้เพื่อจับความคิดอัตโนมัติ (Identifying Automatic Thought)* ในการตั้งคำถาม เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจความคิดอัตโนมัติว่าคืออะไรและทำให้เกิดความรู้สึกอย่างไร โดยการตั้งคำถามเพื่อจับความคิดอัตโนมัตินั้น ชนิดของคำถามที่ใช้ถาม ได้แก่ ตอนที่เกิดเหตุการณ์นั้นคุณจำได้ไหมว่าคิดอะไรขึ้นมา? ตอนที่เกิดเหตุการณ์นั้นขึ้นคุณนึกเห็นภาพอะไร? สิ่งที่คุณคิดเป็นจริง หมายความว่าตัวคุณเป็นอย่างไร? สิ่งนี้มีความหมายอย่างไรกับตัวคุณ ชีวิตคุณหรืออนาคตของคุณ? ถ้าสิ่งที่คุณคิดเป็นจริง หมายความว่าคนอื่นจะมองคุณอย่างไร? สิ่งนี้มีความหมายว่าคนอื่นเป็นอย่างไร? ถ้าที่คุณคิดเป็นจริง แล้วคุณคิดว่าจะเกิดอะไรขึ้น? หรือคุณกลัวว่าจะเกิดอะไรขึ้น? ถ้าความคิดนี้เป็นเรื่องจริง เรื่องแย่ที่สุดที่อาจเกิดขึ้นได้คืออะไร?

6. *การประเมินความคิด (Evaluating Thoughts)* หลักการที่สำคัญที่ควรสอนผู้ป่วยคือไม่ควรเชื่อความคิดของตนเองทั้งหมด เนื่องจากความคิดเป็นเพียงสมมติฐานเท่านั้นไม่ใช่ความจริง ผู้ป่วยควรเรียนรู้ที่จะประเมินความคิดทั้งในแง่ความถูกต้องตามความเป็นจริง (validity) และประโยชน์ของความคิดนั้น (utility) โดยการประเมินความถูกต้องนั้นมักเริ่มจากการหาหลักฐาน (evidence) และหลักฐานที่สนับสนุนว่าความคิดที่เราเชื่อมั่นนั้นจริงมักหาได้ง่ายแต่การหาหลักฐานที่จะมาคัดค้านความคิดนั้นทำได้ยาก เนื่องจากเวลาเรามีความคิดอัตโนมัติในทางลบเรามักหมกมุ่นครุ่นคิดอยู่แต่กับข้อมูลที่ยืนยันความคิดเรา ทางที่ดีควรมองความคิดนั้นเป็นแค่สมมติฐานหรือการคาดเดา การมองหาข้อมูลสนับสนุนหรือคัดค้านความคิดของเรา จะทำให้มองความคิดกระจ่างขึ้น ประเภทของหลักฐานนั้นควรประกอบด้วย data information , facts การหาหลักฐานที่จะมาคัดค้านความคิดสามารถทำได้โดยการถามเพื่อให้ผู้ป่วยได้มองมุมที่ต่างจากที่เขาคิด ตัวอย่างคำถามที่ใช้เพื่อช่วยในการหาหลักฐานมาคัดค้านความคิด เช่น เคยมีครั้งไหนสักครั้งไหมที่ความคิดนี้ไม่จริง? ตอนที่คุณไม่ได้อยู่ในอารมณ์นี้คุณคิดต่างไปจากนี้หรือเปล่า? ถ้าเพื่อนสนิทหรือคนที่คุณรักสักคนคิดแบบนี้ คุณจะบอกเขาว่าอย่างไร? เป็นต้น

7. การประเมินรูปแบบความคิดที่บิดเบือน (*Dysfunctional thought*) สามารถประเมินได้จากความถูกต้องตามความเป็นจริง (validity) ของข้อมูลและประโยชน์ (utility) ของข้อมูลและความคิด ซึ่งความคิดบางอย่างอาจตรงหรือถูกต้องตามความเป็นจริงแต่ไม่มีประโยชน์ ความคิดที่บิดเบือน (thinking Errors) มีหลายรูปแบบทั้งที่เป็น automatic thoughts และ beliefs

8. การปรับแก้ความคิด (*Modifying Dysfunctional Thoughts*) เทคนิคที่ใช้ในการปรับแก้ความคิดจะประกอบด้วย 1) การตั้งคำถาม โดยผู้บำบัดจะใช้ทักษะการถามเพื่อทดสอบความมีเหตุมีผลในกระบวนการคิดของผู้ป่วย และผู้บำบัดพยายามให้ผู้ป่วยคิดหาทางออกด้วยตนเอง 2) การใช้แบบฟอร์มความคิดอัตโนมัติ เพื่อบันทึกเหตุการณ์ ความคิดอัตโนมัติที่เกิดขึ้น และ การตอบสนองที่ผู้ป่วยใช้ 3) การหันเหความสนใจ การฝึกการหันเหความสนใจหรือการพยายามนึกถึงเหตุการณ์ที่ทำให้เกิดความสุข อาจช่วยให้สามารถหยุดความคิดทางลบของผู้ป่วยได้ 4) การพิจารณาข้อดีข้อเสียของการที่จะคงความคิดเชิงลบไว้และให้ผู้ป่วยทดลองทำตามความคิดใหม่ 5) การชี้ให้ผู้ป่วยเห็นว่าปัญหาไม่ใช่เกิดจากตัวผู้ป่วยและให้พยายามคิดแบบเป็นกลาง ไม่สุดขั้วไปด้านใดด้านหนึ่ง 6) การฝึกให้ผู้ป่วยแปลการรับรู้ใหม่กับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น ซึ่งหากเปลี่ยนมุมมองของการรับรู้จะช่วยให้เกิดความคิดเกี่ยวกับตนเองในทางที่ดีและเกิดการเปลี่ยนแปลงได้ Hot Thought (หรือkey cognition) เป็น automatic thoughts ที่ควรได้รับความสนใจมากที่สุดเนื่องจากมีผลต่ออารมณ์มากที่สุด เช่น ในขณะที่เศร้าอาจมีความคิดหลายอย่างเกิดขึ้นควรพิจารณาว่าความคิดไหนที่มีผลต่อความเศร้ามากที่สุดซึ่ง hot thought เป็นความคิดที่จำเป็นต้องได้รับการปรับแก้ก่อนความคิดอื่น การตั้งคำถามกับความคิด (questioning thoughts) มีดังนี้ ตัวอย่างการตั้งคำถามกับความคิด เช่น “อะไรทำให้คิดอย่างนั้น? มีหลักฐานสนับสนุนที่ทำให้คิดอย่างนี้ หลักฐานที่คัดค้านซึ่งเป็นการคิดตรงกันข้ามไปในอีกทางหนึ่งไหม? หรือมีคำอธิบายอื่นๆ ที่เป็นทางเลือก (alternative explanation) หรือไม่ ?

9. การบำบัดแบบฝึกแก้ปัญหา (*Problem-Solving Training*) เทคนิคบำบัดแบบฝึกแก้ปัญหาประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ดังนี้ 1) สร้างให้เกิดความเข้าใจเกี่ยวกับปัญหาและการแก้ปัญหา ซึ่งผู้บำบัดต้องทำให้ผู้รับการบำบัดเข้าใจและแยกแยะประเด็นของปัญหาให้ได้ เนื่องจากปัญหาบางอย่างเกิดขึ้นแล้วสามารถแก้ไขได้ เช่น การที่คนเราเป็นโรคเอดส์แล้วคิดแต่เรื่องการเป็นโรคเอดส์ซึ่งโรคเอดส์นั้นยังรักษาไม่ได้ เป็นสิ่งที่แก้ไขไม่ได้ ปัญหาจึงไม่ได้อยู่ที่การเป็นโรคเอดส์ หากแต่อยู่ที่การปรับตัวเองให้อยู่กับการเป็นโรคเอดส์ได้อย่างไรมากกว่า 2) กำหนดปัญหาและตั้งเป้าหมายในขั้นตอนนี้ ผู้บำบัดจะต้องช่วยให้ผู้รับการบำบัดกำหนดปัญหาและเป้าหมายให้ชัดเจน ปัญหานั้นมีสองมิติคือ แก้ได้กับแก้ไม่ได้ การกำหนดเป้าหมายสามารถกำหนดได้แนวทางคือ มุ่งแก้ปัญหาที่สภาพการณ์ของปัญหา (Situation-Focused) มุ่งแก้ที่อารมณ์หรือความคิดต่อ

สภาพการณ์ของปัญหา (Reaction-Focused) หรือมุ่งแก้ที่สภาพการณ์ของปัญหาและอารมณ์ความคิด ต่อสภาพการณ์ของปัญหานั้น (Situation and Reaction-Focus) 3) เสนอทางเลือกในการแก้ปัญหา หลายๆ ทาง ขั้นตอนนี้ผู้บำบัดจะใช้เทคนิคการระดมสมอง โดยให้ผู้เข้ารับการบำบัดคิดวิธีการ แก้ปัญหาหลายๆ วิธีให้มากที่สุดเท่าที่จะคิดได้ โดยไม่ต้องคำนึงว่าวิธีการแก้ปัญหานั้นจะ แก้ปัญหาได้หรือไม่ได้ 4) ตัดสินใจเลือกวิธีการแก้ปัญหาคือวิธีที่ดีที่สุดจากวิธีการแก้ปัญหาคิดไว้ใน ขั้นตอนนี้ 3 ซึ่งวิธีการเลือกวิธีการแก้ปัญหาคือวิธีที่ดีที่สุดนั้นสามารถทำได้โดยการให้ผู้เข้ารับการบำบัด พิจารณาผลที่อาจจะเกิดขึ้นจากวิธีการแก้ปัญหานั้นในแต่ละวิธีทั้งด้านบวกและด้านลบ และ 5) ดำเนินการ แก้ปัญหาตามวิธีการที่เลือกและประเมินผลที่เกิดขึ้น ถ้าการดำเนินการแก้ปัญหานั้นประสบความสำเร็จ กระบวนการบำบัดแบบการแก้ปัญหาก็ถือว่าเสร็จสิ้น แต่ถ้าประเมินผลแล้วพบว่าปัญหายังไม่ได้รับการ แก้ไข ก็อาจต้องย้อนกลับไปพิจารณาในขั้นตอนที่ 3 หรือ 2 ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับแต่ละกรณีไป

เทคนิคทางพฤติกรรม

1. การให้การบ้าน (Homework) ผู้ป่วยที่ทำการบ้านอย่างสม่ำเสมอมักเป็น ผลดีต่อการรักษามากกว่าผู้ป่วยที่ไม่ทำการบ้านเพราะการทบทวนการบ้านหรือการฝึกทำการบ้าน เป็นการเสริมพฤติกรรมที่ดี โดยการให้การบ้านแต่ละครั้งอาจแตกต่างกันทั้งนี้ขึ้นอยู่กับการทำงาน ร่วมกันระหว่างผู้รักษาและผู้ป่วย

2. การให้ผู้ป่วยให้คะแนนตนเอง ให้ผู้ป่วยให้คะแนนว่า แต่ละกิจกรรมที่ ผู้ป่วยทำนั้น ผู้ป่วยมีความสามารถในการทำ หรือมีความชำนาญในการทำ (mastery) กิจกรรมนั้นๆ ด้วยคะแนนเท่าใดและความพึงพอใจที่เกิดจากการทำกิจกรรมนั้นๆ เท่าไร

3. การผ่อนคลาย (Relaxation) เทคนิคการฝึกการผ่อนคลายเป็นวิธีการลด ความตึงเครียดและความวิตกกังวล หลักการของเทคนิคนี้ได้แก่ การฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อและการ ตึงของกล้ามเนื้อซึ่งมีความเกี่ยวข้องกับความวิตกกังวล ถ้ากล้ามเนื้อผ่อนคลายความวิตกกังวลจะ ลดลง วิธีการที่สามารถนำมาใช้ในการผ่อนคลาย ได้แก่ การผ่อนคลายกล้ามเนื้อตามลำดับ (progressive muscle relaxation) การฝึกการหายใจ (breathing exercise) การใช้จินตนาการภาพ (mental imagery) และการทำสมาธิ (meditation)

4. การใช้กระบวนการคิดต่างๆ เป็นวิธีการที่ให้ผู้ป่วยพูดถึงสิ่งที่คิดออกมาต่างๆ โดยวิธีการให้ผู้ป่วยอยู่ในห้องคนเดียวพร้อมกับเทปบันทึกเสียง พร้อมกันนั้นผู้บำบัดก็จะสร้าง สถานการณ์จำลองขึ้นเพื่อกระตุ้นให้ผู้ป่วย จากนั้นก็ให้พูดถึงสิ่งที่คิดออกมาพร้อมกับบันทึกสิ่งที่พูดไว้ ในเทป ผู้บำบัดก็จะนำความคิดของผู้ป่วยที่บันทึกเทปไปวิเคราะห์กระบวนการและเนื้อหาของ การคิด

5. *การเล่นตามบทบาทสมมุติ (role play)* ประโยชน์ของการเล่นตามบทบาทสมมุติมีหลายอย่าง เช่น เพื่อค้นหาความคิดอัตโนมัติ เพื่อค้นหาการตอบสนองที่มีเหตุผล เพื่อแก้ไขทัศนคติและความเชื่อ และเพื่อให้เกิดการเรียนรู้และฝึกฝนทักษะทางสังคม โดยก่อนที่จะสอนทักษะทางสังคมผู้รักษาจะต้องประเมินระดับของทักษะที่ผู้ป่วยมีอยู่ก่อนแล้วเพราะปัญหาของผู้ป่วยอาจจะไม่ได้เกิดจากการขาดทักษะแต่อาจเกิดจากความเชื่อที่ทำให้ปรับตัวไม่ได้

6. *การบันทึกตารางการกิจกรรม (Schedule activity)* เป็นวิธีการให้ผู้ป่วยบันทึกตารางการกิจกรรมรายชั่วโมงไปเรื่อยๆ และนำสมุดนี้กลับมาทบทวนกับผู้รักษาในครั้งต่อไป

สรุป เทคนิคการบำบัดทางพฤติกรรมปัญญานั้นประกอบด้วยเทคนิคทางปัญญา และเทคนิคทางพฤติกรรมส่วนการนำไปใช้ขึ้นอยู่กับผู้บำบัดพิจารณาเลือกนำไปใช้ตามสภาพปัญหา และตามความเหมาะสมของผู้ป่วยแต่ละรายไป

การบำบัดทางพฤติกรรมปัญญาในผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์

โรคเอดส์เป็นโรคร้ายแรง เรื้อรัง ก่อให้เกิดความเครียดทั้งต่อร่างกายและต่อจิตใจนำมาซึ่ง ความรู้สึกโศกเศร้า สูญเสีย ความมีคุณค่าในตนเองลดลง และถูกตีตราจากสังคม (Faugier, 1993; LaSelle & LaSelle, 2001; Taylor, 1999) ในผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์การรับรู้ถึงผลการติดเชื้อ การมีอาการแสดงของการติดเชื้อเอชไอวี และการป่วยเป็นโรคเอดส์ นับเป็นภาวะวิกฤตในชีวิตที่รุนแรง (ขวัญใจ นามเชื้อ, 2548) อาจเกิดความรู้สึกผิด ลงโทษตนเอง ลงโทษผู้อื่น มีความคิดในแง่ลบทั้งต่อตนเอง และต่ออนาคต มีความไม่สุขสบายใจ (Psychological distress) ตั้งแต่ระดับเล็กน้อยจนถึงขั้นรุนแรงหรือเจ็บป่วยเป็นจิตเวชได้ ปัญหาสุขภาพจิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่พบบ่อยได้แก่ ความวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้า อันเป็นสาเหตุให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์มีคุณภาพชีวิตที่ลดลง อัตราการเจ็บป่วย และอัตราการเสียชีวิตมีเพิ่มขึ้น (Faugier, 1993; LaSelle & LaSelle, 2001; Taylor, 1999) จากรายงานของวาเลนเทร์ (Valente, 2003) พบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์มีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 22-32 และการศึกษาของนิสาร์ตัน เซตวอร์น (2543) ที่ศึกษาถึงภาวะซึมเศร้าของผู้ติดเชื้อที่มีอาการ และเข้ามารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราชพบว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีภาวะซึมเศร้าถึงร้อยละ 71.24 โดยมีภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อยร้อยละ 29.3 ระดับปานกลางและระดับรุนแรงเท่าๆ กันคือร้อยละ 20.97 ซึ่งภาวะซึมเศร้านี้ยังส่งผลกระทบต่อความมีวินัยในการรักษา (Adherence) และต่อระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายของผู้ป่วย จันดาและคณะ (Chandra et al., 2005) กล่าวว่าภาวะซึมเศร้าเป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีละเลยเรื่องการดูแลสุขภาพทางกายและทำให้ความร่วมมือต่อการรักษาของผู้ป่วยลดลง (poor compliance) และจากผลการศึกษาของ เออร์เลน เมลโลร์ และทาร์โต (Errlen, Mellors & Thato, 2002

อ้างในขวัญใจ นามเชื้อ, 2548) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้า การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และความร่วมมือในการรักษา ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์วัยผู้ใหญ่ที่ได้รับยาต้านไวรัส พบว่าภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางลบต่อความร่วมมือต่อการรักษาและการรับรู้สมรรถนะแห่งตนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้ Taylor (1999) รายงานถึงความสัมพันธ์ระหว่างความคิดในแง่ลบที่มีทั้งต่อตนเองและต่ออนาคตนั้นมีความสัมพันธ์กับระดับ helper T cell (CD4) ที่ลดลง (Taylor, 1999) ซึ่งจากการศึกษาของเกรย์ดี รักรุ่งธรรม และคณะ (2541) ก็พบว่า ความกดดันทางด้านจิตใจส่งผลต่อการดำเนินโรคทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีเข้าสู่ระยะต่างๆ อย่างรวดเร็ว

ในการรักษาโรคเอดส์นั้น ความร่วมมือต่อการรักษา (Adherence) ของผู้ป่วยนับว่ามีความสำคัญและจำเป็นเนื่องจากการติดเชื้อเอชไอวีเป็นการติดเชื้อถาวรคือตลอดชีวิต ยังไม่มียารักษาให้หายขาด การรักษาที่มีประสิทธิผล คือการรักษาด้วยยาต้านไวรัส ซึ่งเป้าหมายในการรักษาด้วยยาต้านไวรัสนั้นก็เพื่อควบคุมลดจำนวนเชื้อเอชไอวีในร่างกายให้มีปริมาณที่ต่ำมากที่สุด และนานที่สุด ช่วยให้ร่างกายมีระดับภูมิคุ้มกันที่สูงขึ้น ชะลอการดำเนินของโรค ลดอัตราการป่วย ลดการเสียชีวิต และเพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น (สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2552) ซึ่งการบำบัดทางพฤติกรรมปัญญา (CBT) นั้น เป็นการบำบัดที่ได้รับการพิสูจน์ และยอมรับว่ามีประสิทธิภาพในการบำบัดรักษาผู้ป่วยจิตเวช ได้แก่ โรคซึมเศร้า โรควิตกกังวล (วิโรจน์ เอี่ยมจรัสรังษี, 2548; Thomson, McGee & Thomson, 2005; Dobin & Costa, 2000; Hollon & Beck, 1994) และจากผลลัพธ์ที่ดีดังกล่าวมีการนำการบำบัด CBT มาประยุกต์ใช้ในผู้ป่วยโรคทางกายที่เจ็บป่วยเรื้อรัง ผู้ป่วยโรคทางกายที่มีภาวะคุกคาม จากผลการตรวจวินิจฉัย จากการรักษา และการฟื้นฟูสภาพ เช่น โรครูมาตอยด์ โรคมะเร็ง อาการปวดเรื้อรัง และโรคเอดส์ นำมาใช้กับผู้ที่ปัญหาทางพฤติกรรมต่างๆ เช่น ผู้ติดสารเสพติด (Dobin & Costa, 2000; Hollon & Beck, 1994)

การบำบัดทางพฤติกรรมปัญญา (CBT) ในผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ จุดมุ่งหมายของการบำบัด CBT มี 2 ประการ คือ 1) เพื่อการป้องกันและลดพฤติกรรมเสี่ยงจากการติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ และ 2) เพื่อการบำบัดรักษา สำหรับ จุดมุ่งหมายประการแรก คือ เพื่อการป้องกันหรือลดพฤติกรรมเสี่ยงจากการติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ผลการศึกษาของ Kelly และ Murphy (1992, cited in Hollon & Beck, 1994) ที่นำโปรแกรมการบำบัด CBT ประกอบด้วยการมีต้นแบบ (model) การให้ฝึกปฏิบัติซ้ำๆ และการฝึกทักษะการจัดการกับปัญหาใช้กับกลุ่มเกย์ (gay) จำนวน 12 ครั้ง พบว่าพฤติกรรมเสี่ยงจากการติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ลดลง และจากการศึกษาของ Rotheram -Borus et al. (1991, cited in Hollon & Beck, 1994) ก็พบว่าโปรแกรมการฝึก CBT ช่วยลดพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศในกลุ่มวัยรุ่นได้ จุดมุ่งหมายประการที่สอง คือ เพื่อการบำบัดรักษาผู้ป่วย โดยมีเป้าหมายการบำบัด

คือ ส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดความร่วมมือในการรักษา (Adherence) เพิ่มความสามารถในการจัดการปัญหา (problem solving) ส่งเสริมให้มีการปรับตัว (coping) ที่มีประสิทธิภาพ ลดความไม่สุขสบายใจ (psychologic distress) เช่น ความวิตกกังวล ความซึมเศร้า และผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น (Green, 2004; Hollon & Beck, 1994) จากการศึกษาของ Perry และคณะ (1991 cite in Hollon & Beck, 1994) ที่นำรูปแบบการบำบัด CBT โดยใช้วิธีการผสมผสานระหว่างการฝึกจัดการกับความเครียด (stress inoculation training) และการบำบัดทางปัญญา (cognitive therapy) มาใช้ในผู้ติดเชื้อเอชไอวี พบว่าการบำบัดแบบ CBT ช่วยป้องกันและลดอาการไม่สุขสบายใจในผู้ติดเชื้อเอชไอวีได้ Dobkin & Costa (2000) ก็รายงานถึงผลของ CBT ในผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ว่า การบำบัดแบบ CBT ช่วยทำให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการจัดการกับผลตรวจวินิจฉัย และทำให้มีภาวะด้านจิตใจที่ดีขึ้น ซึ่งร่างกายและจิตใจนั้นมีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน ซาฟเรน และคณะ (Safren et al., 1999) ก็ยังพบว่าวิธีการบำบัดแบบ CBT มีผลที่ดีต่อความร่วมมือในการกินยาของผู้ติดเชื้อเอชไอวี

ในประเทศไทยมีรายงานวิจัยที่เกี่ยวกับการบำบัดทางปัญญา (Cognitive Therapy, CT) คือ จากการศึกษาของ ศิริวลี คำวาลี (2545) โดยนำแนวคิดการบำบัดทางปัญญาของเบคมาทดลองใช้กับผู้ติดเชื้อเอชไอวีเพื่อลดระดับภาวะซึมเศร้า โดยเป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีภาวะซึมเศร้าระดับต่ำและระดับปานกลาง จำนวน 20 คนได้รับโปรแกรมการให้การศึกษาแนวปัญญานิยมตามทฤษฎีของเบค จำนวน 4 ครั้ง พบว่าหลังบำบัดผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีระดับซึมเศร้าลดลง และจากการศึกษาของขวัญใจ นามซื่อ (2548) ได้นำโปรแกรมการบำบัดทางปัญญามาใช้กับผู้ติดเชื้อเอชไอวี ที่ซึมเศร้าระดับเล็กน้อยถึงระดับปานกลางจำนวน 16 คน พบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีระดับซึมเศร้าลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติหลังการบำบัดทันทีและลดลงในระยะติดตาม (2 สัปดาห์)

จากการทบทวนเอกสารและวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง จะเห็นว่าโรคเอดส์เป็นโรคติดต่อทางกายที่ร้ายแรง เรื้อรัง ยังไม่มีการรักษาให้หายขาดได้ ก่อให้เกิดผลกระทบอย่างกว้างขวางทั้งต่อบุคคล ครอบครัว สังคม และประเทศชาติ โดยเฉพาะผลกระทบต่อบุคคล ซึ่งผลกระทบมีทั้งด้านร่างกายและด้านจิตสังคม โดย **ผลกระทบด้านร่างกาย** ได้แก่การเจ็บป่วยอาจจะเกิดขึ้นได้ตั้งแต่แรกเริ่มเชื้อเข้าสู่ร่างกาย เมื่อร่างกายมีภูมิคุ้มกันต่ำลง การป่วยด้วยโรคติดเชื้อฉวยโอกาส เมื่อเป็นโรคเอดส์เต็มขั้น และจากผลข้างเคียงของยาต้านไวรัส **ผลกระทบด้านจิตสังคม** ซึ่งเกิดขึ้นตลอดทุกระยะ ไม่แตกต่างจากทางกาย กล่าวคือตั้งแต่เมื่อตรวจเลือดพบการติดเชื้อ ระยะไม่มีอาการ เมื่อเข้าสู่ระยะมีอาการ เมื่อเป็นโรคเอดส์ และเสียชีวิต จากผลกระทบดังกล่าวมานำมาซึ่งความไม่สุขสบายใจ ความเครียด ความวิตกกังวล ซึมเศร้า โศกเศร้า และสูญเสีย ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์จะเกิดความรู้สึกท้อแท้ สิ้นหวัง ซึ่งเป็นสาเหตุนำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ลดลง เพิ่มอัตราการป่วย และการเสียชีวิตต่อมา จากเหตุผลดังกล่าวจำเป็นที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ต้องได้รับการดูแล

จากทีมสุขภาพ และจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการบำบัดทางพฤติกรรมปัญญจะ เห็นว่าการบำบัดทางพฤติกรรมปัญญาเป็นการบำบัดรูปแบบหนึ่งที่มีประสิทธิภาพ เนื่องจากมี รูปแบบ กระบวนการ วิธีการ และเทคนิค ที่สามารถแก้ไขเปลี่ยนแปลงวิธีคิด ความเชื่อ ของบุคคล ให้ตรงตามสภาพความเป็นจริง ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้เหมาะสม เพิ่มความสามารถในเผชิญ ปัญหา มีทักษะด้านการจัดการปัญหา เพิ่มความร่วมมือต่อการรักษา ลดความทุกข์ทางใจ และลด อาการทางจิตเวช อันจะส่งผลดีต่อคุณภาพชีวิตโดยรวม และการบำบัดดังกล่าวใช้ได้ทั้งรายบุคคล และกลุ่ม ผู้ศึกษาในฐานะพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชน ซึ่งรับผิดชอบดูแลผู้ป่วย ที่มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวช รวมถึงผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ จึงมีความสนใจที่จะศึกษา ค้นคว้า รวบรวม วิเคราะห์ สังเคราะห์ เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการบำบัดทางพฤติกรรม ปัญญาในผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ เพื่อที่จะนำไปประยุกต์ใช้ในการดูแลช่วยเหลือผู้ติดเชื้อ เอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ให้มีประสิทธิภาพต่อไป

บทที่ 3

วิธีดำเนินการศึกษา

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อรวบรวม วิเคราะห์ และสังเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการบำบัดทางพฤติกรรมปัญญา (CBT) ในผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ซึ่งมีการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ (Systematic Review) ดังต่อไปนี้ (Polit และ Hungler, 1997)

1. การสืบค้นงานวิจัยและหลักฐานอ้างอิงทางวิชาการ เพื่อการทบทวน (Search for information sources) ประกอบด้วย

- 1.1 แหล่งข้อมูลงานวิจัย (Data source)
- 1.2 คำสำคัญในการสืบค้น (Key word)
- 1.3 เกณฑ์การคัดเลือกงานวิจัย (Inclusion criteria)

2. แนวทางในการวิเคราะห์งานวิจัยและหลักฐานอ้างอิงทางวิชาการ ประกอบด้วย

- 2.1 การประเมินคุณภาพงานวิจัย (Evaluation of research quality)
- 2.2 การสกัดข้อมูลจากงานวิจัย (Data extraction)

การสืบค้นงานวิจัยและหลักฐานอ้างอิงทางวิชาการเพื่อการทบทวน(Search for information sources)

1. แหล่งข้อมูลงานวิจัย (Data source) แหล่งข้อมูลที่ใช้ในการสืบค้นทรัพยากรสารสนเทศ (Information Resource) มาจากวัสดุตีพิมพ์ผลงานวิจัยทั้งในประเทศและต่างประเทศ โดยสืบค้นงานวิจัย และหลักฐานอ้างอิงทางวิชาการดังกล่าวด้วยตนเองและจากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ (Electronic Resource) ระหว่างเดือนมกราคม 2551- เมษายน 2551 ดังนี้

1) สืบค้นงานวิจัยและหลักฐานอ้างอิงทางวิชาการในประเทศไทยจากฐานข้อมูลของห้องสมุดมหาวิทยาลัยมหิดล (Mulinet) ห้องสมุดมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ (Lib.Cmu) ห้องสมุดมหาวิทยาลัยขอนแก่น (Lib.kku) ห้องสมุดมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ (nur.psu) ห้องสมุดจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย (Lib.care.chula) ห้องสมุดมหาวิทยาลัยบูรพา (Lib. Buu) สำนักกระบวนวิชา กรมควบคุมโรคติดต่อ (ddc.moph) และกรมสุขภาพจิต (dmh.)

2) สืบค้นงานวิจัยจากฐานข้อมูลทางการแพทย์และการพยาบาลที่สำคัญ ได้แก่ CINAHL, Proquest, PubMed, Science Direct, Ovid, และ Backwell Synergy

3) สืบค้นงานวิจัยและหลักฐานอ้างอิงทางวิชาการ โดยการค้นคว้าด้วยตนเอง จากห้องสมุดของมหาวิทยาลัยต่างๆ ระหว่างเดือนมกราคม 2551- เมษายน 2551 ได้แก่ ห้องสมุด มหาวิทยาลัยมหิดล ห้องสมุดมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ห้องสมุดกรมสุขภาพจิต เป็นต้น นอกจากนี้ ได้สืบค้นจากบรรณานุกรมท้ายบทของงานวิจัยแต่ละเรื่องแล้วนำไปค้นหา full text ต่อไป

2. กำหนดคำสำคัญในการสืบค้น (Key word) คำสำคัญที่ใช้ในการสืบค้นงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับปัญหาที่สนใจ ได้แก่ AIDS, HIV, Acquired Immunodeficiency Syndrome, Cognitive Therapy, Cognitive Behavioral Therapy, HIV and Cognitive Therapy, AIDS and Cognitive Therapy, HIV and Cognitive Behavioral Therapy, AIDS and Cognitive Behavioral Therapy, HIV and Psychotherapy, AIDS and Psychotherapy, เอชไอวี เอดส์ การบำบัดทางปัญญา และการบำบัดทางพฤติกรรมปัญญา

3. เกณฑ์การคัดเลือกงานวิจัย (Inclusion criteria) ใช้เกณฑ์ในการพิจารณาคัดเลือกงานวิจัย ดังนี้

1) ชนิดของการจัดกระทำ (Intervention) ต้องเป็นงานวิจัยที่ศึกษาวิธีการดูแลช่วยเหลือผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์โดยการบำบัดทางพฤติกรรมปัญญา (CBT)

2) ชนิดของกลุ่มตัวอย่างในงานวิจัย พิจารณาจากการคัดเลือกงานวิจัยที่ศึกษาในผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์

3) ชนิดหรือประเภทของหลักฐานหรืองานวิจัย พิจารณางานวิจัยเชิงทดลองที่มีการออกแบบชนิดสุ่มเข้ากลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง (RCT) งานวิจัยเชิงกึ่งทดลองหรืองานวิจัยเชิงทดลองที่ไม่มีการสุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่ม

4) เป็นงานวิจัยที่สามารถหา Full Text ได้

รายละเอียดเกี่ยวกับฐานข้อมูลที่ใช้ คำสำคัญในการสืบค้น จำนวนการศึกษาวิจัยที่สืบค้นได้ และจำนวนการศึกษาวิจัยที่ตรงตามเกณฑ์ ดังแสดงในตาราง 1

ตาราง 1 แสดงผลการสืบค้นงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ฐานข้อมูล	คำสำคัญในการสืบค้น	จำนวนการ ศึกษาวิจัยที่ ค้นได้	จำนวนการ ศึกษาวิจัยที่ ตรงตาม เกณฑ์
CINAHL	HIV and Cognitive therapy	55	1
	AIDS and Cognitive therapy	25	0
	HIV and Cognitive behavioral therapy	10	2
	AIDS and Cognitive behavioral therapy	6	0
Proquest	HIV and Cognitive therapy	11	0
	AIDS and Cognitive therapy	284	0
	HIV and Cognitive behavioral therapy	37	1
	AIDS and Cognitive behavioral therapy	72	0
PubMed	HIV and Cognitive therapy	115	2
	AIDS and Cognitive therapy	80	0
	HIV and Cognitive behavioral therapy	119	2
	AIDS and Cognitive behavioral therapy	82	0
Science Direct	HIV and Cognitive therapy	48	1
	AIDS and Cognitive therapy	38	0
	HIV and Cognitive behavioral therapy	21	2
	AIDS and Cognitive behavioral therapy	17	0
Ovid	HIV and Cognitive therapy	0	0
	AIDS and Cognitive therapy	0	0
	HIV and Cognitive behavioral therapy	0	0
	AIDS and Cognitive behavioral therapy	0	0

ตาราง 1 แสดงผลการสืบค้นงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง (ต่อ)

ฐานข้อมูล	คำสำคัญในการสืบค้น	จำนวนการ ศึกษาวิจัยที่ ค้นได้	จำนวนการ ศึกษาวิจัยที่ ตรงตาม เกณฑ์
Backwell Synergy	HIV and Cognitive therapy	0	0
	AIDS and Cognitive therapy	0	0
	HIV and Cognitive behavioral therapy	0	0
	AIDS and Cognitive behavioral therapy	0	0
ห้องสมุด มหาวิทยาลัยมหิดล (Mulinet)	HIV and Cognitive therapy	2	0
	AIDS and Cognitive therapy	6	0
	HIV and Cognitive behavioral therapy	22	0
	AIDS and Cognitive behavioral therapy	6	0
ห้องสมุด มหาวิทยาลัย ขอนแก่น (Lib. Kku)	HIV and Cognitive therapy	0	0
	AIDS and Cognitive therapy	0	0
	HIV and Cognitive behavioral therapy	0	0
	AIDS and Cognitive behavioral therapy	0	0
ห้องสมุด มหาวิทยาลัย เชียงใหม่ (Lib.Cmu)	HIV and Cognitive therapy	1	0
	AIDS and Cognitive therapy	0	0
	HIV and Cognitive behavioral therapy	0	0
	AIDS and Cognitive behavioral therapy	0	0
ห้องสมุด มหาวิทยาลัย สงขลานครินทร์ (nur.psu)	HIV and Cognitive therapy	0	0
	AIDS and Cognitive therapy	0	0
	HIV and Cognitive behavioral therapy	0	0
	AIDS and Cognitive behavioral therapy	0	0

ตาราง 1 แสดงผลการสืบค้นงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง (ต่อ)

ฐานข้อมูล	คำสำคัญในการสืบค้น	จำนวนการ ศึกษาวิจัยที่ ค้นได้	จำนวนการ ศึกษาวิจัยที่ ตรงตาม เกณฑ์
ห้องสมุด มหาวิทยาลัยบูรพา (Lib. Buu)	HIV and Cognitive therapy	1	0
	AIDS and Cognitive therapy	0	0
	HIV and Cognitive behavioral therapy	0	0
	AIDS and Cognitive behavioral therapy	0	0
ห้องสมุด มหาวิทยาลัย ธรรมศาสตร์	HIV and Cognitive therapy	1	0
	AIDS and Cognitive therapy	0	0
	HIV and Cognitive behavioral therapy	0	0
	AIDS and Cognitive behavioral therapy	0	0
ห้องสมุดกรม สุขภาพจิต (dmh.)	HIV and Cognitive therapy	0	0
	AIDS and Cognitive therapy	0	0
	HIV and Cognitive behavioral therapy	0	0
	AIDS and Cognitive behavioral therapy	0	0
รวม		1,059	11

จากคำสำคัญที่กำหนด สามารถสืบค้นงานวิจัยที่เกี่ยวข้องจากทุกฐานข้อมูลได้ด้วยการอ่านบทคัดย่อและนำชื่อเรื่องงานวิจัยบางส่วนที่มีแต่บทคัดย่อ (abstract) มาค้นหาฉบับเต็ม (Full text) จากงานวิจัย วารสารต่างๆ ทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศ เมื่อพิจารณาจากบทคัดย่อแล้วคัดเรื่องที่ซ้ำกันในแต่ละฐานข้อมูลออก มีงานวิจัยที่อยู่ในเกณฑ์และมีฉบับสมบูรณ์ (Full Text) ที่จะนำไปประเมินคุณภาพได้ 11 เรื่อง (ตาราง 2)

แนวทางในการวิเคราะห์งานวิจัยและหลักฐานอ้างอิงเชิงวิชาการ

จากการทบทวนวรรณกรรมและสืบค้นหาหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้องกับการบำบัดทางพฤติกรรมปัญหาในผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ มีงานวิจัยที่เข้าเกณฑ์และนำมาวิเคราะห์สังเคราะห์ทั้งสิ้น 11 เรื่อง โดยที่แนวทางในการวิเคราะห์และสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์มี ดังนี้

1. เกณฑ์การประเมินคุณภาพงานวิจัย (Evaluation of research quality) ใช้หลักเกณฑ์การประเมินคุณภาพระดับงานวิจัยของราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย (2544) ซึ่งแบ่งระดับหลักฐานอ้างอิงทางวิชาการ (level of evidence) เป็น 4 ระดับ ดังนี้

Level A หมายถึงหลักฐานที่ได้จากงานวิจัยที่เป็น meta-analysis ของงานวิจัยที่เป็น randomized controlled trials หรืองานวิจัยเดี่ยวที่เป็น randomized controlled trials

Level B หมายถึงหลักฐานที่ได้จากงานวิจัยที่เป็น meta-analysis ของงานวิจัยที่ออกแบบ เป็น randomized controlled trials อย่างน้อย 1 เรื่องหรือหลักฐานที่ได้จากงานวิจัยที่มีการออกแบบรัดกุม แต่เป็นงานวิจัยกึ่งทดลองหรืองานวิจัยเชิงทดลองที่ไม่มีการสุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่ม ได้แก่ non-randomized controlled trials, cohort-study, case control study

Level C หมายถึงหลักฐานที่ได้จากงานวิจัยที่เป็นงานเปรียบเทียบหาความสัมพันธ์หรือเป็นงานวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive study)

Level D หมายถึงหลักฐานที่ได้จากความคิดเห็นจากผู้เชี่ยวชาญ (Expert consensus) งานวิจัยที่สืบค้นได้ 11 เรื่องนั้นเป็นงานวิจัยระดับ A จำนวน 8 เรื่อง และเป็นงานวิจัยระดับ B จำนวน 3 เรื่อง ดังแสดงในตาราง 2

ตาราง 2 แสดงงานวิจัยที่เกี่ยวกับการบำบัดทางพฤติกรรมปัญญา (CBT) ในผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ จากการสืบค้น

ชื่อเรื่อง	ผู้วิจัย	ระดับงานวิจัย
1. Outcome of cognitive-behavioral and support group brief therapies for depressed, HIV-infected persons	Kelly, J.A., Murphy, D.A., Bahr, G. R., Kalichman, S. C., Morgan, M. G., Stevenson, L. Y. (1993).	Level A
2. Cognitive-behavioral and Experiential group psychotherapy for HIV- infected homosexual men: a comparative study	Mulder, C.L., Emmelkamp, P.M., Antoni, M. H., Mulder, J. W., Sandfort, T. G., & Vries, M. J. (1994).	Level A
3. Changes in Cognitive Coping Skills and Social Support During Cognitive Behavioral Stress Management intervention and Distress Outcomes in Symptomatic Human Immunodeficiency Virus (HIV)- Seropositive Gay Men	Lutgendort, S. K., Antoni, M. H., Ironson, G., Starr, K., Costello, N., Zuckerman, M., et al. (1998).	Level A
4. A Pilot Study of the effects of Cognitive- Behavioral Group Therapy and Peer Support/ Counseling in Decrease Psycho logic Distress and Improving Quality of Life in Chinese Patients with Symptomatic HIV disease	Molassiotis, A., Callaghan, P., Twinn, R. N., Lam, S. W., Chung, W. Y., & Li, C. K. (2002).	Level A
5. Results of a Pilot Intervention Trial to Improve Antiretroviral Adherence Among HIV-Positive Patients	Murphy, D. A., Lu, M. C., Matin, D., Hoffman, D., & Marelich, W. D. (2002).	Level A
6. Cognitive-Behavioral interventions improve quality of life in woman with AIDS	Lechner, S. C., Antoni, M. H., Lydston, D., LaPerriere, A., Ishii, M., Devieux, J., et al. (2003).	Level A

ตาราง 2 แสดงงานวิจัยที่เกี่ยวกับการบำบัดทางพฤติกรรมปัญญา (CBT) ในผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ จากการสืบค้น (ต่อ)

ชื่อเรื่อง	ผู้วิจัย	ระดับงานวิจัย
7. Cognitive-Behavioral stress management with HIV positive homosexual men : mechanisms of sustained reductions in depressive symptoms	Carrico, A. W., Antoni, M. H., Weaver, K. E., Lechner, S. C., & Schneiderman, N. (2005).	Level A
8. Cognitive-Behavioral group program for Chinese heterosexual HIV-infected men in Hong Kong	Chan, I., Kong, P., Leung, P., Au, A., Li, p., Chung, R., et al. (2005).	Level A
9. Cognitive-Behavioral Group Therapy With Medication for Depressed Gay Men With AIDS or Symptomatic HIV Infection.	Lee, M. R., Cohen, L., Hadley, S. W., & Goodwin, F. K. (1999).	Level B
10. Cognitive Behavioral Therapy for HIV Medication Adherence and Depression	Safren, S. A., Hendriksen, E. S., Mayer, K. H., Mimiaga, M. J., Pickard, R., & Otto, M. W. (2004).	Level B
11. Improvement of Psychosocial Adjustment to HIV-1 Infection through a Cognitive-Behavioral Oriented Group Psychotherapy Program : A Pilot Study	Rousaud, A., Blanch, J., Hautzinger, Lazzari, E. S., Peri, J. M., Puig, O., et al. (2007).	Level B

2. การสกัดข้อมูลจากงานวิจัย (Data extraction) ในการทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบทั้ง 11 เรื่องนี้ ได้กำหนดขอบเขตของข้อมูลที่จะสกัดออกมาจากงานวิจัยดังนี้ คือ

- 2.1 วัตถุประสงค์ของงานวิจัย (Purpose)
- 2.2 แบบการวิจัย (research design)
- 2.3 กลุ่มตัวอย่าง (sample)
- 2.4 สถานที่หรือแหล่งวิจัย (setting)

2.5 เครื่องมือและการเก็บรวบรวมข้อมูล (data collection)

2.6 การจัดกระทำ (Intervention)

2.7 ผลการวิจัย (finding/ result)

2.8 ข้อเสนอแนะสำหรับการนำไปใช้ (implication/ implementation)

จากข้อมูลที่สำคัญได้นำมาสังเคราะห์ในประเด็นประสิทธิผลของการบำบัดแบบ CBT
เมื่อเปรียบเทียบกับบำบัดรูปแบบอื่น



บทที่ 4

ผลการศึกษา

ผลการสังเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการบำบัดทางพฤติกรรมปัญญา (Cognitive Behavioral Therapy, CBT) ในผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ สามารถสรุปวิเคราะห์ผลการศึกษาเป็น 2 ประเด็นหลักดังนี้

1. คุณลักษณะของงานวิจัยที่นำมาสังเคราะห์
2. องค์ประกอบของการบำบัด

ผลการสังเคราะห์การศึกษา สามารถแบ่งออกเป็น 2 ประเด็น ดังนี้

4.1 คุณลักษณะของงานวิจัยที่นำมาสังเคราะห์

จากการสังเคราะห์ผลงานวิจัยเกี่ยวกับการบำบัดทางพฤติกรรมปัญญาในผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ทั้ง 11 เรื่อง เป็นงานวิจัยจากต่างประเทศทั้งหมด เมื่อนำมาประเมินคุณภาพงานวิจัยพบว่าเป็นงานวิจัยเชิงทดลองที่เป็น Randomized control trial อยู่ในระดับ A จำนวน 8 เรื่อง (Carrico et al., 2005; Chan et al., 2005; Kelly et al., 1993; Lechner et al., 2003; Lutgendorf et al., 1998; Molassiotis et al., 2002; Mulder et al., 1994; Murphy et al., 2002) และเป็นงานวิจัยเชิงกึ่งทดลอง (Quasi - experimental research) จำนวน 3 เรื่อง (Lee et al, 1998; Rounsaud et al, 2007; Safren et al, 2004)

4.2 องค์ประกอบของการบำบัด

จากผลการสังเคราะห์งานวิจัยทั้ง 11 เรื่อง พบว่าองค์ประกอบของการบำบัดทางพฤติกรรมปัญญาในผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ประกอบด้วย 1) ผู้บำบัด 2) ผู้รับการบำบัด 3) กิจกรรมบำบัด 4) การบำบัดร่วม 5) การบำบัดเปรียบเทียบ 6) เครื่องมือที่ใช้ในการประเมิน และ 7) ผลลัพธ์ของการบำบัด ซึ่งมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

4.2.1 ผู้บำบัด จากการสังเคราะห์งานวิจัยทั้ง 11 เรื่อง พบว่าผู้บำบัดมีดังนี้

- นักจิตวิทยา (Psychologist) ที่มีความรู้ความชำนาญในการบำบัด CBT และมีประสบการณ์ในการทำงานดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ จำนวน 4 เรื่อง (Chan et al., 2005; et al., Kelly et al., 1993; Rounsaud et al., 2007; Safren et al., 2004)

- นักสังคมสงเคราะห์ (Social worker) ที่มีความรู้ความชำนาญทางการบำบัด CBT จำนวน 1 เรื่อง (Lee et al., 1998)
 - พยาบาล (Nurse) ที่มีประสบการณ์ทำงานด้านการปรึกษาในกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ โดยได้รับการนิเทศการปฏิบัติงานจากพยาบาลจิตเวช จำนวน 1 เรื่อง (Molassiotis et al, 2002)
 - พยาบาลจิตเวช (Psychiatric nurse) ที่มีประสบการณ์ทำงานด้านการปรึกษาในกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ จำนวน 1 เรื่อง (Murphy et al., 2002)
 - ผู้บำบัดที่เป็นเกย์ โดยได้รับการฝึกปฏิบัติและมีใบรับรองด้านการบำบัด CBT จำนวน 1 เรื่อง (Mulder et al., 1994)
 - นักศึกษาหลักสูตรจิตวิทยาคลินิก (Advanced Clinical Health Psychology) ที่ได้รับการฝึกอบรมการบำบัด CBT และได้รับการนิเทศจากนักจิตวิทยาหรือจิตแพทย์ จำนวน 2 เรื่อง (Carrico et al., 2005; Lutgendorf et al., 1998)
 - ผู้ที่สำเร็จการศึกษาปริญญาโทหรือเอกทางจิตวิทยาและผ่านการฝึกอบรม Cognitive - behavioral stress management (CBSM) จำนวน 1 เรื่อง (Lechner et al., 2003)
- 4.2.2 ผู้รับการบำบัด จากผลสังเคราะห์งานวิจัยทั้ง 11 เรื่อง พบว่าผู้รับการบำบัดทั้งหมดเป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ และมีรายละเอียดดังต่อไปนี้
- เพศ พบว่าในงานวิจัยที่ระบุเพศ ได้แก่ เพศชายมีจำนวน 7 เรื่อง (Carrico et al., 2005; Chan et al., 2005; Kelly et al., 1993; Lee et al., 1998; Lutgendorf et al., 1998; Mulder et al., 1994; Safren et al., 2004) เพศหญิงจำนวน 1 เรื่อง (Lechner et al., 2003) เพศหญิง/เพศชาย จำนวน 1 เรื่อง (Molassiotis et al., 2002) ส่วนงานวิจัยที่เหลือไม่ระบุเพศของกลุ่มตัวอย่างไว้จำนวน 2 เรื่อง (Murphy et al., 2002; Rousaud et al., 2007)
 - อายุ พบว่าในงานวิจัยที่ระบุอายุครั้งนี้ อายุมากกว่า 18 ปี จำนวน 3 เรื่อง (Chan et al., 2005; Molassiotis et al., 2002; Safren et al., 2004) อายุระหว่าง 18- 65 ปี จำนวน 1 เรื่อง (Mulder et al., 1994) งานวิจัยที่เหลือไม่ระบุอายุไว้ จำนวน 7 เรื่อง (Carrico et al., 2005; Kelly et al., 1993; Lechner et al., 2003; Lee et al., 1998; Lutgendorf et al., 1998; Murphy et al., 2002; Rousaud et al., 2007)
 - ระดับการศึกษา พบว่าในงานวิจัยที่ระบุถึงระดับการศึกษาไว้ ดังนี้ ระดับการศึกษาเกรด 6 ขึ้นไป มี 1 เรื่อง (Lechner et al., 2003) ระดับการศึกษาเกรด 8 ขึ้นไป มี 1 เรื่อง (Carrico et al., 2005) และงานวิจัยที่เหลือไม่ได้ระบุระดับการศึกษาไว้มีจำนวน 9 เรื่อง

(Chan et al., 2005; Kelly et al., 1993; Lee et al., 1998; Lutgendorf et al., 1998; Molassiotis et al., 2002; Mulder et al., 1994; Murphy et al., 2002; Rousaud et al., 2007; Safren et al., 2004)

- ลักษณะเฉพาะของกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ พบว่ามีงานวิจัยที่ระบุลักษณะเฉพาะของกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ไว้ดังนี้ กลุ่มรักร่วมเพศ (homosexual) มี 2 เรื่อง (Carrico et al., 2005; Mulder et al., 1994) กลุ่มชายรักชาย (Men who have sex with men, MSM) มี 1 เรื่อง (Safren et al., 2004) กลุ่มเกย์ (gay) มี 1 เรื่อง (Lee et al., 1998) กลุ่มติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์จากต่างเพศ (heterosexual) มี 1 เรื่อง (Chan et al., 2005) งานวิจัยที่เหลือไม่ได้ระบุลักษณะเฉพาะของกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ไว้ มีจำนวน 6 เรื่อง (Kelly et al., 1993; Lechner et al., 2003; Lutgendorf et al., 1998; Molassiotis et al., 2002; Murphy et al., 2002; Rousaud et al., 2007)

- ระยะของอาการป่วย พบว่ามีงานวิจัยที่ระบุระยะของอาการป่วยไว้ดังนี้ เป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่แสดงอาการป่วยระยะ B หรือ C (ตามเกณฑ์ของ CDC, 1992) มีจำนวน 3 เรื่อง (Chan et al., 2005; Molassiotis et al., 2002; Mulder et al., 1994) เป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่แสดงอาการและผู้ป่วยเอดส์โดยมีผลตรวจเลือด CD4+cell count น้อยกว่า 200 cell/ ml หรือมีโรคติดเชื้อฉวยโอกาส จำนวน 1 เรื่อง (Lechner et al., 2003) เป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่แสดงอาการและมีผลตรวจเลือด CD4+cell count น้อยกว่า 500 cell/ ml จำนวน 1 เรื่อง (Lutgendorf et al., 1998) เป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผลตรวจ CD4 +cell count มากกว่า 200 cell/ ml จำนวน 1 เรื่อง (Carrico et al., 2005) เป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่รู้ผลตรวจการติดเชื้อมาไม่ต่ำกว่า 3 เดือน จำนวน 1 เรื่อง (Rousaud et al., 2007) และงานวิจัยที่เหลือไม่ได้ระบุถึงระยะของอาการป่วยไว้ มีจำนวน 4 เรื่อง (Kelly et al., 1993; Lee et al., 1998; Murphy et al., 2002; Safren et al., 2004)

- การรักษาด้วยยาต้านไวรัส (antiretroviral therapy for HIV) พบว่ามีงานวิจัยที่ระบุถึงการรักษาด้วยยาต้านไวรัสไว้ดังนี้ ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ได้รับยาอย่างสม่ำเสมอระยะเวลามากกว่า 2 เดือน จำนวน 1 เรื่อง (Lutgendorf et al., 1998) ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ได้รับยาอย่างสม่ำเสมอระยะเวลามากกว่า 4 เดือน จำนวน 1 เรื่อง (Safren et al., 2004) แต่มีงานวิจัย 1 เรื่อง ที่ระบุถึงกลุ่มตัวอย่างไว้ว่าต้องไม่เคยได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสมาก่อน (Mulder et al., 1994) ส่วนงานวิจัยที่เหลือไม่ได้ระบุถึงเรื่องการรักษาด้วยยาต้านไวรัสไว้ จำนวน 8 เรื่อง (Carrico et al., 2005; Chan et al., 2005; Kelly et al., 1993; Lechner et al., 2003; Lee et al., 1998; Molassiotis et al., 2002; Murphy et al., 2002; Rousaud et al., 2007)

- ภาวะซึมเศร้า พบว่ามีงานวิจัยที่ระบุถึงการมีอาการซึมเศร้า (depressive symptom) ไว้ โดยระบุถึงการได้รับการวินิจฉัยโรคว่าเป็นโรคซึมเศร้า (major depressive disorder)

หรืออาการซึมเศร้าไว้ดังนี้ ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้ามี 1 เรื่อง (Lee et al., 1998) ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่มีภาวะซึมเศร้า (มีผลการประเมิน CED-S scale > 16) มี 1 เรื่อง (Kelly et al., 1993) ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับยาต้านเอดส์มากกว่า 6 สัปดาห์ มี 1 เรื่อง (Safren et al., 2004) ส่วนงานวิจัยที่เหลือไม่ได้ระบุภาวะซึมเศร้าไว้จำนวน 8 เรื่อง (Carrico et al., 2005; Chan et al., 2005; Lechner et al., 2003; Lutgendorf et al., 1998; Molassiotis et al., 2002; Mulder et al., 1994; Murphy et al., 2002; Rousaud et al., 2007)

4.2.3 กิจกรรมที่ใช้ในการบำบัดทางพฤติกรรมปัญญา (CBT) รายละเอียดเกี่ยวกับกิจกรรมที่ใช้ในการบำบัดทางพฤติกรรมปัญญา ดังแสดงไว้ในตาราง 3 และตาราง 4

ตาราง 3 แสดงชื่อเรื่อง/ ชนิดการบำบัด (รายการกลุ่ม/ รายบุคคล) / กิจกรรม/ กลยุทธ์ที่ใช้บำบัด

ชื่อเรื่อง	ชนิดการบำบัด รายการกลุ่ม/ รายบุคคล	กิจกรรม/ กลยุทธ์ที่ใช้บำบัด									
		Cognitive restructuring	Problem solving	Coping skill	Assertive skill	Stress management	Social Support	Relaxation training	Drug Adherence	Disclosure status/ safe sex	Behavioral change strategy
1. Outcome of cognitive-behavioral and support group brief therapies for depressed, HIV-infected persons (Kelly et al., 1993)	รายการกลุ่ม	/					/	/		/	
2. Cognitive-behavioral and Experiential group psychotherapy for HIV- infected Homosexual men: a comparative study (Mulder et al., 1994)	รายการกลุ่ม	/		/	/	/	/				
3. Changes in Cognitive Coping Skills and Social Support During Cognitive Behavioral Stress Management intervention and Distress Outcomes in Symptomatic Human Immunodeficiency Virus (HIV)- Seropositive Gay Men (Lutgendorf et al., 1998)	รายการกลุ่ม	/		/	/	/	/				
4. A Pilot Study of the effects of Cognitive- Behavioral Group Therapy and Peer Support/ Counseling in Decrease Psycho logic Distress and Improving Quality of Life in Chinese Patients with Symptomatic HIV disease (Molassiotis et al., 2002)	รายการกลุ่ม	/			/		/	/		/	/

ตาราง 3 แสดงชื่อเรื่อง/ ชนิดการบำบัด (รายกลุ่ม/ รายบุคคล) กิจกรรม/ กลยุทธ์ที่ใช้บำบัด (ต่อ)

ชื่อเรื่อง	ชนิดการบำบัด รายกลุ่ม/ รายบุคคล	กิจกรรม/ กลยุทธ์ที่ใช้บำบัด									
		Cognitive restructuring	Problem solving	Coping skill	Assertive skill	Stress management	Social Support	Relaxation training	Drug Adherence	Disclosure status/ safe sex	Behavioral change strategy
5. Results of a Pilot Intervention Trial to Improve Antiretroviral Adherence Among HIV-Positive Patients (Murphy et al., 2002)	รายกลุ่ม/ รายบุคคล	/		/					/		/
6. Cognitive-Behavioral interventions improve quality of life in woman with AIDS (Lechner et al., 2003)	รายกลุ่ม	/		/	/	/	/	/			
7. Cognitive-Behavioral stress management with HIV positive homosexual men : Mechanisms of sustained reductions in depressive symptoms (Carrico et al., 2005)	รายกลุ่ม	/	/		/	/	/	/			
8. Cognitive-Behavioral group program for Chinese heterosexual HIV-infected men in Hong Kong (Chan et al., 2005)	รายกลุ่ม	/	/			/		/			/
9. Cognitive-Behavioral Group Therapy With Medication for Depressed Gay Men With AIDS or Symptomatic HIV Infection (Lee et al., 1999)	รายกลุ่ม	/	/								

ตาราง 3 แสดงชื่อเรื่อง/ ชนิดการบำบัด (รายการกลุ่ม/ รายการบุคคล) กิจกรรม/ กลยุทธ์ที่ใช้บำบัด (ต่อ)

ชื่อเรื่อง	ชนิดการบำบัด รายการกลุ่ม/ รายการบุคคล	กิจกรรม/ กลยุทธ์ที่ใช้บำบัด									
		Cognitive restructuring	Problem solving	Coping skill	Assertive skill	Stress management	Social Support	Relaxation training	Drug Adherence	Disclosure status/ safe sex	Behavioral change strategy
10. Cognitive Behavioral Therapy for HIV Medication Adherence and Depression (Safren et al., 2004)	รายบุคคล	/	/					/	/		
11. Improvement of Psychosocial Adjustment to HIV-1 Infection through a Cognitive-Behavioral Oriented Group Psychotherapy Program : A Pilot Study (Rousaud et al., 2007)	รายการกลุ่ม	/	/						/	/	

ตาราง 4 แสดงข้อผู้ศึกษา/ปี/การบำบัดร่วม/การบำบัดเปรียบเทียบ ตารางการบำบัด/กิจกรรม การบำบัดเปรียบเทียบ ผลลัพธ์/เครื่องมือ ของการบำบัด CBT ในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์

ผู้ศึกษา/ปี/ การบำบัดร่วม/ การบำบัดเปรียบเทียบ	ตารางการบำบัด/ กิจกรรม	การบำบัดเปรียบเทียบ	ผลลัพธ์/ เครื่องมือ
เรื่องที่ 1 ผู้ศึกษา/ปี Kelly, J. A., et al. (1993). การบำบัดร่วม - การบำบัดเปรียบเทียบ Social support group Intervention	ตารางการบำบัด จำนวน 8 ครั้ง/ ครั้งละ 90 นาที / รวม 8 สัปดาห์ ติดตาม 3 เดือนต่อมา กิจกรรมบำบัด Cognitive-behavioral group intervention มุ่งเน้นที่การใช้หลักการด้านความคิดและพฤติกรรม เพื่อลดการตอบสนองต่อภาวะวิตกกังวลและความเครียดที่ไม่ถูกวิธี มีสมาชิกกลุ่มละ 8-10 คน มีผู้นำกลุ่ม 2 คน การทำการประกอบด้วยการให้ความรู้ การบอกถึงประโยชน์ของการทำกลุ่มทักษะต่างๆ ที่สอนผู้ป่วยได้แก่การปรับเปลี่ยนโครงสร้างความคิดที่ทำให้ภาวะวิตกกังวลและภาวะเครียดมีอาการแย่ลง การผ่อนคลายกล้ามเนื้อ (progressive muscle relaxation) การหายใจแล้วผ่อนคลาย (Cue-Controlled relaxation) การเปิดเผยผลการตรวจเลือด การมีเพศสัมพันธ์อย่างปลอดภัยและการจัดเครือข่ายทางสังคม (social support)	1. Social support group Intervention กิจกรรม เริ่มผู้นำกลุ่มกระตุ้นให้ผู้ป่วยบรรยายถึงความรู้สึกที่มีต่อภาวะติดเชื้อเอดส์ บอกถึงปัญหาเรื่องกังวล ความหวัง ความกลัว รวมถึงให้กลุ่มพูดถึงการที่จะรับมือกับปัญหาเหล่านี้ โดยการแลกเปลี่ยนความรู้และประสบการณ์ระหว่างผู้ป่วยด้วยกันเอง จำนวนครั้งทำการ จำนวน 8 ครั้ง ใช้เวลาครั้งละ 90 นาที 2. Comparison condition ไม่ได้รับ intervention	1. Emotional distress วัดโดย The Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES- D) และ The SCL-90-R 2. High-risk sexual practices and substance use 3. Clinical change

ตาราง 4 แสดงข้อผู้ศึกษา/ปี/การบำบัดร่วม/การบำบัดเปรียบเทียบ ตารางการบำบัดกิจกรรม การบำบัดเปรียบเทียบ ผลลัพธ์/เครื่องมือ ของการบำบัด CBT ในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ (ต่อ)

ผู้ศึกษา/ปี/ การบำบัดร่วม/การบำบัดเปรียบเทียบ	ตารางการบำบัด/ กิจกรรม	การบำบัดเปรียบเทียบ	ผลลัพธ์/ เครื่องมือ
เรื่องที่ 2 ผู้ศึกษา/ปี Mulder, C. L., et al. (1994). การบำบัดร่วม - การบำบัดเปรียบเทียบ Experiential therapy	<u>ตารางการบำบัด</u> จำนวน 15 ครั้ง/ ครั้งละ 2 ชั่วโมงครึ่ง/ รวม 15 สัปดาห์ ช่วงติดตาม 3 เดือนต่อมา <u>กิจกรรมบำบัด</u> ผู้ติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มนี้จะได้รับการฝึกในเรื่อง การปรับโครงสร้างความคิด (cognitive restructuring) การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และการแสดงออกความรู้สึกและความต้องการของตนเอง (assertiveness skills) รวมทั้งการได้รับข้อมูลเกี่ยวกับ psychological, social, and physiological aspects ต่อการตอบสนองต่อภาวะเครียดที่เกิดขึ้น โดยเนื้อหาสำคัญจะเกี่ยวข้องกับเทคนิคในการจัดการกับความเครียดใน 2 ลักษณะที่แตกต่างกันได้แก่ การมุ่งจัดการกับปัญหา (problem-focused coping) เป็นวิธีการจัดการแก้ไขปัญหานั้นเป็นสาเหตุ ของความเครียดโดยตรง และการมุ่งจัดการอารมณ์ (emotion-focused coping) เป็นวิธีการจัดการกับความ	1. Experiential therapy (ET) ผู้บำบัดคือการช่วยให้ผู้ป่วยมีการรับรู้เรื่องของความไม่สอดคล้องกันระหว่างอารมณ์ความคิดและพฤติกรรม ช่วยให้การสร้างความเข้าใจและวิธีการแก้ปัญหาส่งเสริมในเรื่องต่างๆ เช่น การเปิดเผยตนเอง การแลกเปลี่ยนเรื่องความกลัว และความกังวลความรู้สึกเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและความตาย นอกจากนี้ผู้ป่วยจะได้รับรู้เกี่ยวกับหัวข้อต่างๆในการทำกลุ่มที่เลือกโดยกลุ่มผู้ป่วยเอง โดยมีขั้นตอนหลักที่สำคัญคือการสร้างการรับรู้และความเข้าใจของตนเองที่เพิ่มขึ้นในสถานการณ์	1. Affective state วัดโดย A Ditch adaptation of the Profile of Mood Scales (POMS) และ BDI ของ Beck 2. Psychiatric symptoms วัดโดย A Dutch version of the 30-item General Health Questionnaire (GHQ) 3. Coping behavior วัดโดย a Dutch adaptation of part of the attitudinal version of the COPE 4. Social support วัดโดย Social support questionnaire 5. Emotional expression วัดโดย A Dutch adaptation of emotional expression scales

ตาราง 4 แสดงข้อผู้ศึกษา/ปี/การบำบัดร่วม/การบำบัดเปรียบเทียบ ตารางการบำบัดกิจกรรม การบำบัดเปรียบเทียบ ผลลัพธ์/เครื่องมือ ของการบำบัด CBT ในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ (ต่อ)

ผู้ศึกษา/ปี/ การบำบัดร่วม/ การบำบัดเปรียบเทียบ	ตารางการบำบัด/ กิจกรรม	การบำบัดเปรียบเทียบ	ผลลัพธ์/ เครื่องมือ
Mulder, C. L., et al. (1994). (ต่อ)	เครียดโดยไม่ได้มุ่งแก้ปัญหาแต่จัดการกับอารมณ์ของตนเองให้รู้สึกดีขึ้น โดยช่วงเริ่มต้นของ โปรแกรมผู้ติดเชื้อจะได้รับทราบเกี่ยวกับ behavioral action plan ที่สร้างขึ้นจากกลุ่มผู้ป่วยเอง ซึ่งเนื้อหาจะเกี่ยวข้องกับ การเพิ่มการออกกำลังกาย การฝึกปฏิบัติเรื่องการผ่อนคลายในทุกๆ วัน นอกจากนี้ในแต่ละสัปดาห์ผู้ป่วยจะได้รับงาน/ การบ้านที่เกี่ยวข้องกับ the importance of a healthy lifestyle, relaxation, enhancing of self-esteem, expression of intense emotion, sexual relationships, the importance of a social network และ communication skills ในการทำกลุ่มทุกครั้งจะมีการพบทบทวนการบ้าน หัวข้อในสัปดาห์นี้ อภิปรายกลุ่ม ก่อนจบการทำกลุ่มจะมีการฝึกผ่อนคลาย	ปัจจุบันรวมทั้งมีการส่งเสริมให้มีความเข้าใจในเรื่องหลักการของ contact และ contact boundary และมีการมอบหมายการบ้านกลับไปทำ จำนวน 15 ครั้ง ครั้งละ 2 ชั่วโมงครึ่ง 2. Waiting-list Control group จะได้รับการบำบัดทั้ง CBT หรือ ET หลังจากช่วงรอการรักษาครบ 4 เดือน	

ตาราง 4 แสดงข้อผู้ศึกษา/ปี/การบำบัดร่วม/การบำบัดเปรียบเทียบ ตารางการบำบัด/กิจกรรม ผลลัพธ์/เครื่องมือ ของการบำบัด CBT ในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ (ต่อ)

ผู้ศึกษา/ปี/ การบำบัดร่วม/ การบำบัดเปรียบเทียบ	ตารางการบำบัด/ กิจกรรม	การบำบัดเปรียบเทียบ	ผลลัพธ์/ เครื่องมือ
เรื่องที่ 3 ผู้ศึกษา/ปี Lutgendorf, S. A., et al. (1998). การบำบัดร่วม - -	ตารางการบำบัด จำนวน 10 ครั้ง/ ครั้งละ 135 นาที/ รวม 10 สัปดาห์ กิจกรรมบำบัด Cognitive Behavioral Stress Management (CBSM) การทำกลุ่มมีผู้ป่วยจำนวน 4-9 คน จะมีการใช้เทคนิคต่างๆในการสอนผู้ป่วยมีการอภิปรายกลุ่มและมีการมอบหมายงานให้ผู้ผู้ป่วยฝึกปฏิบัติ เนื้อหาในการทำกลุ่มประกอบไปด้วย awareness of the psychological effects of stress, cognitive- behavioral theory of stress and emotions, identification of cognitive distortions and automatic thoughts, rational thought replacement, coping skill training, assertiveness training, anger management และ identification and use of social supports ผู้ป่วยจะได้รับการสอนเกี่ยวกับเทคนิคต่างๆ	Waiting-List Control group : 2 สัปดาห์หลังจากช่วง post intervention Waiting-List Control group: จะได้รับอบรมในลักษณะ a 1-day didactic and experiential stress management workshop ที่มุ่งเน้นหลักการต่างๆ เหมือนกับที่กลุ่มทดลองได้รับ	1. Psychosocial outcomes (coping and social support) วัดโดย POMS, BDI ของ Beck, COPE และ SPS 2. Immunologic status (CD4)

ตาราง 4 แสดงข้อผู้ศึกษา/ปี/การบำบัดร่วม/การบำบัดเปรียบเทียบ ตารางการบำบัด/กิจกรรม การบำบัดเปรียบเทียบ ผลลัพธ์/เครื่องมือ ของการบำบัด CBT ในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ (ต่อ)

ผู้ศึกษา/ ปี/ การบำบัดร่วม/ การบำบัดเปรียบเทียบ	ตารางการบำบัด/ กิจกรรม	การบำบัดเปรียบเทียบ	ผลลัพธ์/ เครื่องมือ
Lutendorf, S. A., et al. (1998). (ต่อ)	ในการผ่อนคลาย (relaxation) เช่น meditation และ breathing exercises ซึ่งในทุกๆ วันจะมีการทำ self-monitoring card และเก็บรวบรวมต่อเนื่องสัปดาห์เพื่อประเมินความต่อเนื่องของ home relaxation practice		
เรื่องที่ 4 ผู้ศึกษา/ ปี Molassiotis, A., et al. (2002). การบำบัดร่วม - การบำบัดเปรียบเทียบ Peer support/ counseling (PSC) group	ตารางการบำบัด จำนวน 12 ครั้ง/ ครั้งละ 2 ชั่วโมง/ รวม 12 สัปดาห์ ติดตาม 3 เดือนต่อมา กิจกรรมบำบัด วัตถุประสงค์ของ Cognitive Behavioral therapy เพื่อที่จะให้ความช่วยเหลือ ช่วยลดความเครียดในชีวิตที่เกี่ยวข้องกับการติดเชื้อเอชไอวี ช่วยผู้ป่วยให้มีวิธีการจัดการกับความยุ่งยากต่างๆ ที่เกิดขึ้นและช่วยสนับสนุนผู้ป่วยให้มีการแสดงออกของความรู้สึกที่เกิดขึ้นจากการที่ต้องเผชิญกับภาวะติดเชื้อเอชไอวี รูปแบบการบำบัดแบบนี้เป็นผู้ป่วยจะได้รับความช่วยเหลือในเรื่องต่างๆ ได้แก่ cognitive restructuring, behavior change	1. Peer support/ counseling (PSC) group ผู้นำกลุ่มจะกระตุ้นให้ผู้ป่วยบอกถึงความรู้สึกของตนเองต่อภาวการณ์ติดเชื้อเอชไอวี บอกถึงปัญหาที่เกิดขึ้น บอกถึงความวิตกกังวล ความกลัว ความหวังของแต่ละคน วิธีการในการต่อสู้กับปัญหานี้ วิธีการผ่อนคลาย การยอมรับความช่วยเหลือและการยอมรับบทบาทต่างๆ ของสมาชิกอื่นที่อยู่ภายในกลุ่ม	1. psychologic functioning วัดโดย The Profile of Mood Scales (POMS) 2. quality of life วัดโดย The Hong Kong Chinese Version of The World Health Organization quality of life scales (WHOQOL-BREF-HK) 3. uncertainty in illness วัดโดย A translated version of the Mishel Uncertainty in illness Scales

ตาราง 4 แสดงข้อผู้ศึกษา/ปี/การบำบัดร่วม/การบำบัดเปรียบเทียบ ตารางการบำบัดกิจกรรม การบำบัดเปรียบเทียบ ผลลัพธ์/เครื่องมือ ของการบำบัด CBT ใน ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ ผู้ป่วยเอดส์ (ต่อ)

ผู้ศึกษา/ปี/ การบำบัดร่วม/ การบำบัดเปรียบเทียบ	ตารางการบำบัด/ กิจกรรม	การบำบัดเปรียบเทียบ	ผลลัพธ์/ เครื่องมือ
Molassiotis, A., et al. (2002). (ต่อ)	strategies, assertiveness skills และ relaxation training โดยพยาบาลที่ได้รับการฝึกอบรม และอยู่ภายใต้การดูแลจากผู้เชี่ยวชาญ ในการทำกลุ่มครั้งแรกผู้ป่วยจะกำหนดหัวข้อที่พวกเขาต้องการจะทำในช่วง 12 ครั้งแรกของการทำกลุ่มที่จะครอบคลุมในเรื่องของการลดและการจัดการกับภาวะเครียด การปรับตัวกับการของการไตร่ตรองเพื่อเอื้อใจ การสร้างและการทำให้คงอยู่ของ supportive relationships การบอกได้ถึงความต้องการของตนเองเมื่อมารับการบริการด้านสุขภาพ การเปิดเผยถึงการเป็นโรคของผู้ป่วย การยอมรับถึงภาวะสุขภาพของตนเองและความเข้าใจ รวมทั้งการปฏิบัติที่ถูกต้องในเรื่องการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย ก่อนจบการทำกลุ่มแต่ละครั้งจะมีการฝึกฝนเรื่องของการผ่อนคลายกล้ามเนื้อประมาณ 5-10 นาที และจะมีการมอบหมายงานให้ผู้ป่วยแต่ละคนกลับไปทำและนำกลับมาพูดคุยอีกครั้งในการทำกลุ่มครั้งต่อไป	2. Comparison condition ไม่ได้รับ intervention	4. immune system (CD4+)

ตาราง 4 แสดงข้อผู้ศึกษา/ปี/การบำบัดร่วม/การบำบัดเปรียบเทียบ ตารางการบำบัด/กิจกรรม การบำบัดเปรียบเทียบ ผลลัพธ์/เครื่องมือ ของการบำบัด CBT ในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ (ต่อ)

ผู้ศึกษา/ปี/ การบำบัดร่วม/ การบำบัดเปรียบเทียบ	ตารางการบำบัด/ กิจกรรม	การบำบัดเปรียบเทียบ	ผลลัพธ์/ เครื่องมือ
เรื่องที่ 5 ผู้ศึกษา/ปี Murphy, D. B., et al. (2002). การบำบัดร่วม - การบำบัดเปรียบเทียบ -	ตารางการบำบัด รายการกลุ่มจำนวน 5 ครั้ง/ 5 สัปดาห์, รายบุคคล 7 ครั้ง / 7 สัปดาห์ รวม 12 สัปดาห์ และติดตาม 3 เดือนต่อมา กิจกรรมบำบัด กิจกรรมบำบัดมีทั้งรายกลุ่มและรายบุคคล ได้แก่ 1. การทำกลุ่มที่เกี่ยวกับข้อข้อมูลในการรักษาผู้ป่วย HIV/ AIDS และเหตุผลสำหรับ adherence for HARTT, และหลักการทางด้าน behavioral adherence 2. การทำกลุ่มด้วย cognitive strategies มีการฝึกและนำมาใช้ใน adherence plan 3. การบำบัดแบบรายบุคคล (individual session) ซึ่งจะมีการฝึกในเรื่องการบังคับใจอุปสรรคของ adherence การเริ่มต้นการวางแผนเรื่อง adherence โดยการให้ behavioral strategies 4. การบำบัดแบบรายบุคคล ที่ซึ่งผู้ป่วยจะได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือให้ผู้ป่วยมีความควบคุมตนเองให้	Control group : ได้รับการดูแลแบบปกติตามเกณฑ์ที่ดำเนินการในคลินิก (Standard care)	Adherence 1. Self-report of specific adherence วัดโดย The Adult Aids Clinical Trials Group (ACTG) Adherence Baseline Questionnaire 2. Coping strategies วัดโดย Coping strategies Scale ที่พัฒนามาใช้วัด Medication Adherence โดย Murphy, Rotheram-Borus, & Marelich 3. Social support วัดโดย The Social Provisions Scale (SPS)

ตาราง 4 แสดงข้อผู้ศึกษา/ปี/การบำบัดร่วม/การบำบัดเปรียบเทียบ ตารางการบำบัด/กิจกรรม การบำบัดเปรียบเทียบ ผลลัพธ์/เครื่องมือ ของการบำบัด CBT ใน ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ ผู้ป่วยเอดส์ (ต่อ)

ผู้ศึกษา/ปี/ การบำบัดร่วม/ การบำบัดเปรียบเทียบ	ตารางการบำบัด/ กิจกรรม	การบำบัดเปรียบเทียบ	ผลลัพธ์/ เครื่องมือ
Murphy, D. B., et al. (2002). (ต่อ)	ปฏิบัติตามแผนการดูแลสุขภาพ การบ่งชี้ถึงความต้อง การด้านข้อมูลรวมถึงวิธีการอภิปรายร่วมกับผู้ดูแลผู้ป่วย 5. การทำกลุ่มเพื่อการวางแผนเกี่ยวกับการปรับปรุง ทัศนคติเชิงของ Individual adherence plan คือการ ให้ adherence คงอยู่และการไม่มีnon-adherenceเป็นต้น		<u>Mental health and Affective status</u> 1.Mental health วัดโดยThe RAND Medical Health Inventory 2.Depression วัด โดย The Center for Epidemiologic Studies- Depression (CES-D) Scale 3.Health- related anxiety วัด โดย health- related anxiety โดย Murphy และคณะ 4.Adherence efficacy โดยเลือก บางข้อมาจากThe Adherence Self- Efficacy Scale

ตาราง 4 แสดงข้อผู้ศึกษา/ปี/การบำบัดร่วม/การบำบัดปรับเปลี่ยน ตารางการบำบัด/กิจกรรม การบำบัดปรับเปลี่ยน เทียบ ผลลัพธ์/เครื่องมือ ของการบำบัด CBT ใน ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ ผู้ป่วยเอดส์ (ต่อ)

ผู้ศึกษา/ปี/ การบำบัดร่วม/ การบำบัดปรับเปลี่ยน	ตารางการบำบัด/ กิจกรรม	การบำบัดปรับเปลี่ยนเทียบ	ผลลัพธ์/ เครื่องมือ
Murphy, D. B., et al. (2002). (ต่อ)			5.Outcome expectancies พัฒนาจาก The Managing Your Medications Questionnaires
เรื่องที่ 6 ผู้ศึกษา/ปี Lechner, S. C., et al. (2003). การบำบัดร่วม	<u>ตารางการบำบัด</u> 10 ครั้ง/ ครั้งละ 2 ชั่วโมง/ 10 สัปดาห์ ช่วงติดตาม 1-4 สัปดาห์ต่อมา <u>กิจกรรมบำบัด</u> Group based cognitive-behavioral stress management / expressive-supportive therapy intervention การให้ intervention ประกอบด้วยเนื้อหาเกี่ยวกับผลจากพยาธิสภาพจากภาวะเครียดการแปลผลทางด้าน cognitive-behavior ของ stress and emotions การบ่งชี้ถึงความผิดปกติในเรื่องการรับรู้และการแปลผล (cognitive distortions) และความผิด การปรับเปลี่ยนความคิดอย่างมีเหตุผล การฝึกทักษะทางด้านการปรับตัว การฝึก	Individual Psychoeducation: จะได้รับความรู้สุขภาพจิตศึกษา รายบุคคล จำนวน 10 สัปดาห์ ครั้งละ 2 ชั่วโมง ในแต่ละครั้ง ผู้ป่วยจะได้ดู videotapes เกี่ยวกับ ข้อมูลและความรู้ในเรื่องการจัดการ การกับความเครียด การฝึกการผ่อนคลายและการปรับตัวกับภาวะติดเชื้อเอชไอวี และโรคเอดส์ โดย ผู้ป่วยจะได้อยู่คนเดียว ในห้องและได้รับการประเมินเป็นระยะจากเจ้าหน้าที่เพื่อให้แน่ใจว่าผู้ป่วยไม่กลับ	1. Quality of life วัดโดยThe Medical Outcomes Study Health Status Questionnaire for HIV(MOS-HIV-30) 2. Laboratory analysis : CD4 and CD8 lymphocyte counts and HIV viral load
การบำบัดปรับเปลี่ยน Individual Psychoeducation			

ตาราง 4 แสดงข้อผู้ศึกษา/ปี/การบำบัดร่วม/การบำบัดเปรียบเทียบ ตารางการบำบัดกิจกรรม การบำบัดเปรียบเทียบ ผลลัพธ์/เครื่องมือ ของการบำบัด CBT ใน ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ ผู้ป่วยเอดส์ (ต่อ)

ผู้ศึกษา/ปี/ การบำบัดร่วม/ การบำบัดเปรียบเทียบ	ตารางการบำบัด/ กิจกรรม	การบำบัดเปรียบเทียบ	ผลลัพธ์/ เครื่องมือ
Lechner, S. C., et al. (2003). (ต่อ)	การแสดงออกทางความรู้สึกและความต้องการของ ตนเอง การจัดการกับความโกรธ การบ่งชี้ถึงการให้ social support และการทำกลุ่มที่เกี่ยวข้องกับ AIDS		
เรื่องที่ 7 ผู้ศึกษา/ปี Carrico, A. W., et al. (2005). การบำบัดร่วม - การบำบัดเปรียบเทียบ -	ตารางการบำบัด 10 ครั้ง/ ครั้งละ 135 นาที/ รวม 10 สัปดาห์ ช่วงติดตาม 6 เดือน ต่อมา กิจกรรมบำบัด CBSM intervention กิจกรรมจะเป็นกระตุ้นให้ผู้ป่วย สร้างความเข้าใจในเรื่องของการตอบสนองต่อความ เครียดในหลายลักษณะ (เช่น cognitive, emotional, physical behavior and social) ผู้ป่วยจะได้รับคำแนะนำ เกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนทางความคิดที่พบเป็นประจำ และ ขั้นตอนการเปลี่ยนความคิดที่ไม่มีเหตุผล นอกจากนี้มี การฝึกทักษะในเรื่องของการปรับมุมมองต่อปัญหา (cognitive restructuring skills) การสื่อสารแบบกล้า แสดงออก (assertive communication) และการขอความ	Control group: หลังจากทำการให้ CBSM เสร็จสิ้นลง 2 สัปดาห์ ผู้ป่วยในกลุ่มควบคุมนี้จะได้รับ ความรู้เรื่องของ CBISM จำนวน 1 วัน	1. Depressive symptoms วัด โดย BDI ของ Beck 2. social support วัด โดย Social Provision Scale (SPS) 3. COPE

ตาราง 4 แสดงข้อผู้ศึกษา/ปี/การบำบัดร่วม/การบำบัดเปรียบเทียบ ตารางการบำบัดกิจกรรม การบำบัดเปรียบเทียบ ผลลัพธ์/เครื่องมือ ของการบำบัด CBT ในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ (ต่อ)

ผู้ศึกษา/ ปี/ การบำบัดร่วม/ การบำบัดเปรียบเทียบ	ตารางการบำบัด/ กิจกรรม	การบำบัดเปรียบเทียบ	ผลลัพธ์/ เครื่องมือ
Carrico, A. W., et al. (2005). (ต่อ)	ช่วยเหลือจากผู้อื่น(seeking social support) หลังการทำกลุ่มจะมีงานมอบหมายให้ผู้ป่วยไปฝึกปฏิบัติเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในตัวเอง สำหรับการทำ relaxation จะมีจะมีการปฏิบัติใน 10 สัปดาห์ในรูปแบบต่างๆ เช่น การผ่อนคลายกล้ามเนื้อ (progressive muscle relaxation) การฝึกจิต (autogenic training) การจินตนาการ (guided imagery) การฝึกสมาธิ (meditation) และ deep breathing โดยผู้ป่วยจะต้องฝึกปฏิบัติ relaxation อย่างน้อยวันละสองครั้ง		
เรื่องที่ 8 ผู้ศึกษา/ปี Chan, I., et al. (2005). การบำบัดร่วม - การบำบัดเปรียบเทียบ -	ตารางการบำบัด จำนวน 7 ครั้ง/ ครั้งละ 2 ชั่วโมง/ รวม 7 สัปดาห์ กิจกรรมบำบัด วัตถุประสงค์ของโปรแกรม CBT นำมาใช้เพื่อสอนผู้ป่วยให้สามารถบอกได้ถึงความเชื่อที่ไม่มีเหตุผลที่เกี่ยวข้องกับความเจ็บป่วยและเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยมี	Waiting list Control group (WLC) ได้รับการรักษาแบบทั่วไป	Psychosocial assessment ซึ่งประกอบด้วย 1.Health-related quality of life (HRQOL) วัด โดย Medical outcomes study Short-form 36 (SF-36)

ตาราง 4 แสดงข้อผู้ศึกษา/ปี/การบำบัดร่วม/ปี/การบำบัดเปรียบเทียบ ตารางการบำบัดกิจกรรม การบำบัดเปรียบเทียบ ผลลัพธ์/เครื่องมือ ของการบำบัด CBT ใน ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ ผู้ป่วยเอดส์ (ต่อ)

ผู้ศึกษา/ปี/ การบำบัดร่วม/ การบำบัดเปรียบเทียบ	ตารางการบำบัด/ กิจกรรม	การบำบัดเปรียบเทียบ	ผลลัพธ์/ เครื่องมือ
Chan, I., et al. (2005). (ต่อ)	ทักษะในการปรับตัวเข้ากับภาวะเครียดที่เกิดขึ้นจากโรคที่เป็นอยู่และเพื่อเพิ่มด้านการช่วยเหลือทางด้านสังคม รวมทั้งลดความทุกข์ใจที่เกิดขึ้น โดยหัวข้อที่ทำกลุ่ม ประกอบด้วย health issue, self-view issues, social relationship และเรื่องอื่นที่เกี่ยวข้องกับภาวะอันเจ็บป่วยของผู้ติดเชื้อ โดยผู้ติดเชื้อจะได้รับการฝึกฝนเกี่ยวกับการปรับเปลี่ยน โครงสร้างทางปัญญา (cognitive restructuring) ขึ้นมาใหม่และกลวิธีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (behavioral change strategies) รวมถึงได้รับการสอนเกี่ยวกับการตอบสนองของร่างกายและจิตใจต่อภาวะเครียด และเทคนิคการผ่อนคลายความเครียด รูปแบบของการทำกลุ่มแต่ละครั้งเริ่มต้นจากทบทวนการบ้านและงานที่ได้รับมอบหมาย การนำเสนอหัวข้อสำหรับการทำกลุ่มในแต่ละครั้ง การอภิปรายกลุ่มและการให้ intervention ก่อนจบในแต่ละครั้งจะมีการฝึกวิธีการผ่อนคลาย (relaxation exercise)		2. Mood stage วัด โดย The Center for Epidemiologic Studies - Depression Scale (CES-D)

ตาราง 4 แสดงข้อผู้ศึกษา/ปี/การบำบัดร่วม/การบำบัดเปรียบเทียบ ตารางการบำบัด/กิจกรรม การบำบัดเปรียบเทียบ ผลลัพธ์/เครื่องมือ ของการบำบัด CBT ในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ ผู้ป่วยเอดส์ (ต่อ)

ผู้ศึกษา/ปี/ การบำบัดร่วม/ การบำบัดเปรียบเทียบ	ตารางการบำบัด/ กิจกรรม	การบำบัดเปรียบเทียบ	ผลลัพธ์/ เครื่องมือ
เรื่องที่ 9 ผู้ศึกษา/ปี Lee, M. R., et al. (1998). การบำบัดร่วม การรักษาด้วยยา antidepressant ในผู้ป่วยที่มีแนวโน้มตอบสนอง ที่แย่ลงต่อการรักษาโดยการทำ กลุ่มหรือในผู้ป่วยที่มีอาการมาก ขึ้น การบำบัดเปรียบเทียบ -	ตารางการบำบัด จำนวน 20 ครั้ง/ ครั้งละ 2 ชั่วโมง/ รวม 20 สัปดาห์ ช่วงติดตาม 6 เดือนต่อมา กิจกรรมบำบัด การบำบัดทางพฤติกรรมปัญญากลุ่ม (Group cognitive behavioral therapy) มุ่งเน้นที่การสอนให้ผู้ผู้ป่วยสามารถ รับรู้และยอมรับในเรื่องเกี่ยวกับความคิดความเชื่อที่ไม่ สมเหตุสมผลที่ทำให้เกิดความทุกข์ทางใจและภาวะ ซึมเศร้า รูปแบบของการทำกลุ่มในแต่ละครั้งจะเริ่มต้น ด้วยการประเมิน BDI โดยให้ความสำคัญในเรื่องการฆ่าตัว ตาย นอกจากนี้ผู้ป่วยจะรายงานถึงอารมณ์ในช่วง สัปดาห์ที่ผ่านมา ความคิด การช่วยเหลือตัวเองเมื่อมี ปัญหา และรายงานการบ้านที่ได้รับมอบหมายเนื้อหาใน การทำกลุ่มใน 10 สัปดาห์แรกได้แก่ ความสัมพันธ์ ระหว่างภาวะซึมเศร้าและอัตโนมัติ (automatic thoughts) จะถูกประเมิน โดย Educational materials		Depression วัดโดย 1. The Hamilton Depression Rating Scale (HDRS) 2. The Beck Depression Inventory (BDI) Functioning วัดโดย The Global Assessment Scale (GAS)

ตาราง 4 แสดงข้อผู้ศึกษา/ปี/การบำบัดร่วม/การบำบัดเปรียบเทียบ ตารางการบำบัดกิจกรรม การบำบัดเปรียบเทียบ ผลลัพธ์/เครื่องมือ ของการบำบัด CBT ในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ ผู้ป่วยเอดส์ (ต่อ)

ผู้ศึกษา/ปี/ การบำบัดร่วม/ การบำบัดเปรียบเทียบ	ตารางการบำบัด/ กิจกรรม	การบำบัดเปรียบเทียบ	ผลลัพธ์/ เครื่องมือ
Lee, M. R., et al. (1998). (ต่อ)	และ the assignment of after-group exercises โดยgroup exercise ประกอบด้วย the completion of weekly worksheets เกี่ยวกับสถานการณ์เฉพาะเพื่อจะฝึกทักษะผู้ป่วยในเรื่องของการปรับโครงสร้างทางปัญญาค้นหาใหม่ (cognitive restructuring) การบ่งชี้ถึงสิ่งกระตุ้นและความคิดที่มีความสัมพันธ์กันแล้วทำให้เกิดความทุกข์ใจ การค้นหาถึงความคิดที่บิดเบือน (cognitive distortion) ที่เกิดขึ้น และความสามารถที่จะตอบสนองถึงสิ่งเหล่านี้ได้จริง นอกจากนั้นงานที่ทำในกลุ่มจะเกี่ยวข้องกับระดับพฤติกรรมด้วยเพื่อจะแสดงให้เห็นถึงความสัมพันธ์ระหว่างอารมณ์และพฤติกรรมต่างๆ ในช่วง 10 สัปดาห์หลังจะมีการประเมินในเรื่องของความเชื่อที่บิดเบือน (dysfunctional core beliefs) ความคิดอัตโนมัติ (automatic thoughts) ภาวะซึมเศร้า (depressed mood) และพฤติกรรมที่ทำร้ายตนเอง (self-defeating behaviors) โดยการใช้เครื่องมือต่างๆ เช่น อุปกรณ์ และแบบสอบถาม		

ตาราง 4 แสดงข้อผู้ศึกษา/ปี/การบำบัดร่วม/การบำบัดเปรียบเทียบ ตารางการบำบัด/กิจกรรม การบำบัดเปรียบเทียบ ผลลัพธ์/เครื่องมือ ของการบำบัด CBT ในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ ผู้ป่วยเอดส์ (ต่อ)

ผู้ศึกษา/ปี/ การบำบัดร่วม/ การบำบัดเปรียบเทียบ	ตารางการบำบัด/ กิจกรรม	การบำบัดเปรียบเทียบ	ผลลัพธ์/ เครื่องมือ
เรื่องที่ 10 ผู้ศึกษา/ปี Safren, S. A., et al. (2004). การบำบัดร่วม - การบำบัดเปรียบเทียบ -	ตารางการบำบัด จำนวน 10-12 ครั้ง/12 สัปดาห์ (รายบุคคล) กิจกรรมบำบัด Cognitive-behavioral therapy for HIV medication adherence ศึกษาเป็น case study จำนวน 5 ราย เป็น การรักษาอาการซึมเศร้า ร่วมกับการใช้เทคนิคบำบัดมี 5 module แต่ละ module มีรายละเอียดดังนี้ <i>Module1: Adherence training and overview of CBT</i> กิจกรรมเริ่มจากการให้ความรู้ด้านทักษะสำหรับ HIV medication adherence และการรักษาเรื่องdepression ได้แก่ A) Life-Step เป็นการให้ intervention ที่ถูกเลือก มาเฉพาะสำหรับเรื่องนี้ โดยมีพื้นฐานจากเรื่อง principles of CBT และ problem-solving therapy ซึ่งจะ		Medication adherence วัดโดย 1. Electronic pill cap 2. Adherence questionnaires เป็น Self-report พัฒนาโดย AIDS Clinical Trials Group research 3. Assessment of viral load Depression วัดโดย Self-report Beck Depression Inventory (BDI) โดย Beck

ตาราง 4 แสดงข้อผู้ศึกษา/ปี/การบำบัดร่วม/การบำบัดเปรียบเทียบ ตารางการบำบัดกิจกรรม การบำบัดเปรียบเทียบ ผลลัพธ์/เครื่องมือ ของการบำบัด CBT ใน ผู้ติดเชื้อมาไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ (ต่อ)

ผู้ศึกษา/ปี/ การบำบัดร่วม/ การบำบัดเปรียบเทียบ	ตารางการบำบัด/ กิจกรรม	การบำบัดเปรียบเทียบ	ผลลัพธ์/ เครื่องมือ
Safren, S. A., et al. (2004). (ต่อ)	ประกอบด้วยขั้นตอนต่างๆ ได้แก่ informational step, solving step และ cognitive-behavioral step ในส่วนของ psychoeducational component จะเป็นการสอนผู้ป่วยในเรื่อง การดื้อยา ในส่วนของ problem-solving step จะเกี่ยวข้องกับเรื่องต่างๆ เช่น การเดินทางมานัด การรับยา การติดต่อสื่อสารกับผู้ป่วย การปรับตัวกับผลข้างเคียงจากยา การวางแผนเกี่ยวกับการรักษา ในแต่ละวัน การเก็บรักษา ยา เค็ดลัดบเทคนิกในการประสบความสำเร็จในเรื่อง medication adherence เป็นต้น B) Introduction to CBT for depression โดย module นี้จะเกี่ยวข้องกับทำให้ความรู้เรื่องการรักษา depression ด้วย CBT และผลของdepression ต่อพฤติกรรมการดูแลตัวเองจะมีการกล่าวถึง cognitive behavioral and physiological symptoms และการที่สิ่งเหล่านี้เป็นปัญหาที่ต่อเนื่องกันและสัมพันธ์กันในผู้ป่วย		

ตาราง 4 แสดงข้อผู้ศึกษา/ปี/การบำบัดร่วม/การบำบัดเปรียบเทียบ ตารางการบำบัดกิจกรรม การบำบัดเปรียบเทียบ ผลลัพธ์/เครื่องมือ ของการบำบัด CBT ใน ผู้ติดเชื้อมะเร็ง/ไอวี/ ผู้ป่วยเอดส์ (ต่อ)

ผู้ศึกษา/ปี/ การบำบัดร่วม/ การบำบัดเปรียบเทียบ	ตารางการบำบัด/ กิจกรรม	การบำบัดเปรียบเทียบ	ผลลัพธ์/ เครื่องมือ
Safren, S. A., et al. (2004). (ต่อ)	เอชไอวีผลข้างเคียงจากยาหรืออาการแสดงของโรคที่ส่งผลให้ภาวะ depression รุนแรงมากขึ้นอาจจะมาจากการที่ผู้ป่วยมีความสามารถในการทำกิจกรรมลดลง(เนื่องด้วยความรู้แรงของโรค) หรือมีอาการอื่นร่วมด้วย (เช่น ความเจ็บปวด การขาดสมาธิ) นักจิตบำบัดจะจัดให้มีการพูดถึงการนำ CBT มาใช้ในแต่ละจุดที่มีปัญหา ต่อมาจะมีกรให้ intervention ในรูปแบบของ motivational interviewing เพื่อจะตรวจสอบผลกระทบของ depression ต่อการดำเนินชีวิตของผู้ป่วย นักจิตบำบัดจะพูดถึงผลของ depression ที่มีต่อผู้ป่วยในด้านต่างๆ เช่น self-care, medication adherence และ functional impairments รวมถึงรูปแบบต่างๆ ของ modules of treatment ที่ช่วยให้ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงในชีวิตที่ดีขึ้น <i>Module 2 : Behavioral activation</i> ในส่วนนี้จะเกี่ยวข้องกับการสอนให้ผู้ป่วยเรียนรู้ถึง		

ตาราง 4 แสดงข้อผู้ศึกษา/ปี/การบำบัดร่วม/การบำบัดเปรียบเทียบ ตารางการบำบัดกิจกรรม การบำบัดเปรียบเทียบ ผลลัพธ์/เครื่องมือ ของการบำบัด CBT ใน ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ ผู้ป่วยเอดส์ (ต่อ)

ผู้ศึกษา/ปี/ การบำบัดร่วม/ การบำบัดเปรียบเทียบ	ตารางการบำบัด/ กิจกรรม	การบำบัดเปรียบเทียบ	ผลลัพธ์/ เครื่องมือ
Safren, S. A., et al. (2004). (ต่อ)	เวลา และสถานการณ์ที่ผู้ป่วยรู้สึกมีภาวะ depression มากขึ้นหรือน้อยลงและที่มีความสัมพันธ์กับ pleasurable activities โดยใช้ a positive-event checklist ซึ่งข้อมูลที่ได้เหล่านี้จะมีประโยชน์ในการจัดการกับ negative autonomic thoughts and beliefs <i>Module 3 : Cognitive restructuring</i> การปรับมุมมองต่อปัญหาเป็นองค์ประกอบหนึ่งที่สำคัญกับการรักษาภาวะซึมเศร้า ที่มีการดัดแปลง และนำมาใช้ใน HIV medication adherence ที่มีปัญหาเรื่อง negative autonomic thoughts and beliefs เช่นมีความเชื่อเกี่ยวกับเรื่องยาหรือในกรณีที่มีปัญหาเรื่องการหลบเลี่ยงการทำกิจกรรมตามแผนการรักษาที่มีอยู่จากความเชื่อที่ผิดอาจจะต้องมีการจัดกิจกรรมในรูปแบบอื่นๆ ทดแทน <i>Module 4 : Problem solving</i> การฝึกการแก้ปัญหาจะเกี่ยวข้องกับการเรียนรู้ทักษะ(เพื่อที่จะลดการหลบหลีกจากงาน/ กิจกรรมที่สำคัญ)ใน 2 เรื่องใหญ่ๆ คือการที่		

ตาราง 4 แสดงข้อผู้ศึกษา/ปี/การบำบัดร่วม/ปี/การบำบัดเปรียบเทียบ ตารางการบำบัด/กิจกรรม การบำบัดเปรียบเทียบ ผลลัพธ์/เครื่องมือ ของการบำบัด CBT ใน ผู้ติดยาไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ (ต่อ)

ผู้ศึกษา/ปี/ การบำบัดร่วม/ การบำบัดเปรียบเทียบ	ตารางการบำบัด/ กิจกรรม	การบำบัดเปรียบเทียบ	ผลลัพธ์ / เครื่องมือ
Safren, S. A., et al. (2004). (ต่อ)	สามารถแยกงานออกเป็นส่วนๆ และมีขั้นตอน ในการจัดการที่เหมาะสม และเรียนรู้เทคนิคในการตัดสินใจ ซึ่งทั้งหมดนี้ได้จาก problem-solving therapy ที่มีจุดมุ่งหมายสำหรับการปรับตัวของผู้ป่วยต่อภาวะการเจ็บป่วยเรื้อรัง องค์ประกอบของการให้intervention ประกอบด้วย การบ่งชี้ถึงปัญหา การมีทางเลือกอื่นๆ สำหรับปัญหานี้ การประเมินทางเลือกเหล่านี้ การตัดสินใจและการแก้ปัญหาเหล่านี้ ในส่วนของผู้ป่วยเอชไอวีจะมีการเพิ่มเติมในเรื่องการส่งเสริมเรื่องการทำงาน การเป็นอาสาสมัคร การดูแลร่างกายอย่างเป็นระบบ ปัญหาเรื่องการเงิน ตลอดจนสัมพันธ์ทางด้านต่างๆ <i>Module 5 : Relaxation training</i> stress management และ stress reduction program ได้แก่ Progressive muscle relaxation และ diaphragmatic breathing จะมีการสอนเกี่ยวกับ		

ตาราง 4 แสดงข้อผู้ศึกษา/ปี/การบำบัดร่วม/การบำบัดเปรียบเทียบ ตารางการบำบัด/กิจกรรม การบำบัดเปรียบเทียบ ผลลัพธ์/เครื่องมือ ของการบำบัด CBT ใน ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ ผู้ป่วยเอดส์ (ต่อ)

ผู้ศึกษา/ปี/ การบำบัดร่วม/ การบำบัดเปรียบเทียบ	ตารางการบำบัด/ กิจกรรม	การบำบัดเปรียบเทียบ	ผลลัพธ์/ เครื่องมือ
Safren, S. A., et al. (2004). (ต่อ)	diaphragmatic breathing ฝึกผู้ป่วยเพื่อช่วยในการผ่อนคลายภาวะ stress และ coping with symptoms		
เรื่องที่ 11 ผู้ศึกษา/ปี Rousaud, A., et al. (2007). การบำบัดร่วม - การบำบัดเปรียบเทียบ -	ตารางการบำบัด จำนวน 16 ครั้ง/ ครั้งละ 2 ชั่วโมง/ รวม 16 สัปดาห์ กิจกรรมบำบัด วัตถุประสงค์ของโปรแกรมนี้ เพื่อสอนผู้ป่วยในเรื่องหลักการและทักษะด้านความคิดและพฤติกรรม โดยผู้ป่วยจะได้รับคำแนะนำในการฝึกปฏิบัติในเรื่องทักษะในการแก้ปัญหาที่มีความสัมพันธ์กับเรื่องของการติดเชื้อเอชไอวี รวมถึงเรื่องที่ต้องตระหนักเกี่ยวกับตนเอง เช่น การเปิดเผยผลเลือด การมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย การรักษา ความต่อเนื่องของการรับประทานยา และผลข้างเคียงของยาที่อาจจะเกิดขึ้น		Psychosocial Adjustment วัด โดย The Psychosocial Adjustment to illness Scale (PAIS)

4.2.4 การบำบัดร่วม

การรักษาด้วยยาต้านเศร้า (Antidepressant medications) มีการรักษาด้วยยาต้านเศร้าในผู้ป่วยที่มีแนวโน้มตอบสนองแย่งต่อการบำบัด CBT หรือ ผู้ป่วยที่อาการซึมเศร้ามากขึ้น ยาต้านเศร้าที่นำมาใช้ ได้แก่ nortriptyline, paroxetine และ bupropion ขึ้นอยู่กับ อาการและประวัติการได้รับยาของผู้ป่วย มีงานวิจัยที่ใช้การรักษาด้วยยาต้านเศร้าร่วมกับการบำบัดแบบ CBT ด้วย จำนวน 1 เรื่อง (Lee et al., 1998)

4.2.5 การบำบัดเปรียบเทียบ

1) Social support group หรือ Peer support/ counseling (PSC) group ซึ่งผู้บำบัดได้แก่ psychologist, counselors, psychiatry resident ที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ วิธีการบำบัดโดยผู้นำกลุ่มกระตุ้นให้ผู้ป่วยบรรยายถึงความรู้สึกที่มีภาวะติดเชื้อเอดส์ บอกถึงปัญหา เรื่องที่วิตกกังวล ความหวัง ความกลัว รวมถึงให้กลุ่มพูดถึงวิธีการที่จะรับมือกับปัญหาเหล่านี้ โดยมีการแลกเปลี่ยนความรู้และประสบการณ์ระหว่างกลุ่มผู้ติดเชื้อด้วยกันเอง การเรียนรู้ภายในกลุ่มจะผ่านทางการเล่าประสบการณ์ของสมาชิกแต่ละคน ระยะเวลาในการทำกลุ่ม ประมาณ 2 ชั่วโมง/ ครั้งมีการนำกิจกรรมในลักษณะนี้มาใช้ในงานวิจัยจำนวน 2 เรื่อง (Kelly et al., 1993; Molassiotis et al., 2002)

2) Experiential therapy วัตถุประสงค์การบำบัดวิธีนี้คือเพื่อส่งเสริมความสามารถของบุคคลในการแสดงออกจากการรับรู้ของตน จากขบวนการที่เกี่ยวข้องกับประสบการณ์และการเลือกที่จะดำเนินชีวิตในอนาคต โดยหน้าที่ของผู้บำบัดคือการช่วยให้ผู้ป่วยมีการรับรู้ในเรื่องของความไม่สอดคล้องกันระหว่างอารมณ์ ความคิด และพฤติกรรม ช่วยให้มีการสร้างความเข้าใจและวิธีการแก้ปัญหา ส่งเสริมในเรื่องต่างๆ เช่น การเปิดเผยตนเอง การแลกเปลี่ยนเรื่องความกลัว ความกังวล ความรู้สึกเกี่ยวกับความเจ็บป่วย และความตาย นอกจากนี้ผู้ป่วยจะได้รับรู้เกี่ยวกับหัวข้อต่างๆ ในการทำกลุ่มที่เลือกโดยกลุ่มผู้ป่วยเอง โดยมีขั้นตอนหลักที่สำคัญคือการสร้างการรับรู้และความเข้าใจของตนเองที่เพิ่มขึ้นในสถานการณ์ปัจจุบันรวมทั้งมีการส่งเสริมให้มีความเข้าใจในเรื่องหลักการของการ contact และ contact boundaries จะมีการให้การบ้าน (homework) กับผู้ป่วยเพื่อฝึกให้ผู้ป่วยเรียนรู้ระหว่างรับการบำบัด โดยจะเน้นที่การตอบสนองและการปรับตัวกับภาวะติดเชื้อเอชไอวี มีการนำมาใช้ 1 เรื่อง (Mulder et al., 1994)

3) Individual Psychoeducation วิธีการนี้ผู้ป่วยจะได้รับข้อมูลและความรู้ในเรื่องของการจัดการกับความเครียด การฝึกการผ่อนคลาย และการปรับตัวกับภาวะการติดเชื้อเอชไอวี และโรคเอดส์ มีการนำมาใช้ 1 เรื่อง (Lechner et al., 2003)

4.2.6 เครื่องมือที่ใช้ในการประเมิน

จากการสังเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวกับการบำบัดทางพฤติกรรมปัญหาในผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์ทั้ง 11 เรื่อง พบว่าเครื่องมือที่นำมาใช้ในการประเมินการศึกษามีดังต่อไปนี้

เครื่องมือที่ใช้ประเมินด้านจิตสังคม ได้แก่

1. แบบประเมินคุณภาพชีวิต (Quality of life) ประกอบด้วย

1.1 Medical outcomes study short-form 36 (SF-36) ใช้วัด Health- related quality of life (HRQOL) ประกอบด้วย 8 domains ได้แก่ physical functioning, role-physical, bodily pain, general health, vitality, social functioning, role-emotional and mental health ระดับคะแนนที่มากขึ้นบ่งบอกถึงการมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น มีใช้ 1 เรื่อง (Chan et al., 2005)

1.2 The Hong Kong Chinese version of the World Health Organization Quality of the Life scale (WHOQOL-BREF-HK) ใช้ประเมินเรื่องคุณภาพชีวิต ด้าน physical symptoms and independence, psychologic functioning, social relationships และ the environment domain of quality of life ประกอบด้วย 28 items with a 5-point likert scale โดยมีค่า Cronbach α in Chinese version ระหว่าง 0.67 ถึง 0.79 (good test-retest reliability) มีค่าคะแนนระหว่าง 28 ถึง 140 โดยที่คะแนนยิ่งสูงจะบ่งชี้ถึงการมีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่า มีใช้ 1 เรื่อง (Molasslotis et al., 2002)

1.3 The Medical Outcomes Study Health status questionnaire for HIV (MOS-HIV-30) ดัดแปลงมาจาก The Medical Outcomes Study General Health Survey Short Form 20 โดยวัดเรื่องสุขภาพที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวีและเรื่องเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตทั่วไป เนื้อหาประกอบด้วย 30-item scales 11 subscale scores มีใช้ 1 เรื่อง (Lechner et. al., 2003)

2. แบบประเมินการปรับตัวทางจิตสังคม (The Psychosocial Adjustment to Illness Scale, PAIS) ใช้ประเมินเรื่อง functional, emotional, and social dimensions of quality of life ในผู้ป่วยที่มีความเจ็บป่วยจากโรคต่างๆ รวมถึงเรื่อง psychological and social adjustment PAIS ประกอบด้วย 46 ข้อคำถาม ที่มีการประเมินการปรับตัวใน 7 ด้านใหญ่ๆ ได้แก่ 1) ด้านภาวะสุขภาพ (Health care orientation) 2) ด้านอาชีพการงาน (Vocational environment) 3) ด้านสภาพแวดล้อมภายในบ้าน (Domestic environment) 4) ด้านสัมพันธ์ทางเพศ (Sexual relations) 5) ด้านสัมพันธ์กับญาติที่อยู่ห่างกัน (Extended family relationships) 6) ด้านสภาพแวดล้อมในสังคม (Social environment) และ 7) ด้านความไม่สุขสบายใจ (Psychosocial distress) ซึ่งการประเมินจะพิจารณาจากคะแนนรวมของทั้งหมด โดยถ้าคะแนนที่ได้ยิ่งสูงยิ่งบ่งบอกถึงการมี poorer functioning มีการนำเครื่องมือนี้มาใช้ 1 เรื่อง (Rousaud et al., 2007)

3. แบบประเมินภาวะซึมเศร้า (depression) ประกอบด้วย

3.1 The Center for Epidemiologic studies-Depression Scale (CES-D) ใช้วัดระดับซึมเศร้า โดยเครื่องมือประกอบด้วย 20 items ที่มีความสัมพันธ์กับเรื่อง depressive mood, feelings of guilt and worthlessness, feelings of helplessness and hopelessness, psychomotor retardation, loss of appetite และ sleep disturbance ผู้ป่วยจะรายงานถึงความถี่ของการมีอาการระหว่างสัปดาห์ที่ผ่านมา โดยเป็นในรูปแบบของการให้คะแนน four-point likert scale จาก 1 คะแนน (rarely or none of the time) ถึง 4 คะแนน (most or all of the time) ระดับคะแนนที่มากขึ้นบ่งบอกถึงมีความถี่ของการมีอาการซึมเศร้าที่เพิ่มมากขึ้น มีการนำเครื่องมือนี้มาใช้ 3 เรื่อง (Chan et al., 2005; Kelly et al., 1993; Murphy et al., 2002)

3.2 The Hamilton Depression Rating Scale (HDRS) เป็นแบบวัดมาตรฐานที่นิยมใช้ในการประเมินระดับความรุนแรงของอาการซึมเศร้าและติดตามผลการรักษา มีการนำเครื่องมือนี้มาใช้ 2 เรื่อง (Lee et al., 1998; Safren et al., 2004)

3.3 The Beck Depression Inventory (BDI) ประกอบด้วย 21 ข้อคำถามในการรายงานตนเองเกี่ยวกับอาการซึมเศร้า (คะแนน 0 - 63) คะแนนสูงแสดงถึงภาวะซึมเศร้าในระดับรุนแรง มีการนำเครื่องมือนี้มาใช้ 4 เรื่อง (Carrico et al., 2005; Lee et al., 1998; Lutgendorf et al., 1998; Safren et al., 2004)

4. The Social Provision Scale (SPS) เป็นการประเมินการยอมรับสัมพันธ์ทางสังคมของตนเองที่เป็นเสมือนแหล่งสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์ และด้านการมีปฏิสัมพันธ์ (social support) โดย SPS มีลักษณะเป็น 24 items likert-type scale มี 6 ด้าน คือ 1) ด้านความรักใคร่ผูกพัน (attachment) 2) ด้านการมีส่วนร่วมในสังคม (social integration) 3) ด้านความมั่นใจในคุณค่าแห่งตน (reassurance of worth) 4) ด้านความเชื่อมั่นในความเป็นมิตรที่ดี (reliable alliance with others) 5) ด้านการได้รับคำชี้แนะ (guidance) และ 6) ด้านมีความรับผิดชอบในการเล็งดูหรือให้ความช่วยเหลือบุคคลอื่น (murturance of others) งานวิจัยที่ใช้แบบประเมิน SPS โดยนำมาใช้วัดครบทั้ง 6 ด้าน มี 2 เรื่อง (Kelly et al., 1993; Murphy et al., 2002) งานวิจัยที่ใช้แบบประเมิน SPS วัด 5 ด้าน มี 1 เรื่อง (Mulder et al., 1994) งานวิจัยที่ใช้แบบประเมิน SPS วัด 4 ด้าน มี 1 เรื่อง (Lutgendorf et al., 1998) และงานวิจัยที่ใช้แบบประเมิน SPS วัด 3 ด้าน มีการนำเครื่องมือนี้มาใช้ 1 เรื่อง (Carrico et al., 2005)

5. COPE เป็นแบบประเมินลักษณะ 60-item scale ใช้ประเมิน dispositional or situational abilities to cope with stress การศึกษานี้ใช้ the situational version of the COPE ใช้เพื่อประเมินการจัดการกับ physical symptoms ที่มีความสัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวีในช่วงระยะเวลา

1 เดือนที่ผ่านมา COPE ที่ใช้วัดในการศึกษามี 2 ลักษณะ คือ Adaptive coping strategies ซึ่งได้แก่ 1) active coping 2) การปรับมุมมองต่อปัญหาในด้านบวก (positive reframing) และ 3) การยอมรับ (acceptance) ส่วน Maladaptive coping strategies ได้แก่ การปฏิเสธปัญหา (denial) มีการนำเครื่องมือนี้มาใช้ 2 เรื่อง (Carrico et al., 2005; Lutgendorf et al., 1998) และมีงานวิจัย 1 เรื่อง ประเมิน coping strategies โดยใช้ 3 subscales คือ seeking social support, depressive reaction pattern และ positive intervention (Mulder et al., 1994)

6. The Global Assessment Scale (GAS) เป็นแบบประเมินการทำหน้าที่โดยรวมของผู้ป่วยทั้งด้านร่างกายและจิตใจในช่วงเวลาที่ศึกษา มีการนำเครื่องมือนี้มาใช้ 1 เรื่อง (Lee et al., 1998)

7. A Dutch adaptation of the Profile of mood States (POMS) มีลักษณะ a 65-items 5-point checklist ที่ใช้ในการประเมินเรื่อง mood disturbance, anger-hostility, tension-anxiety, depression-dejection, fatigue-inertia, confusion-bewilderment และ vigor-activity คะแนนยิ่งสูงจะบ่งบอกว่ามีระดับความรุนแรงในเรื่องของ mood disturbance ยกเว้นในเรื่องของ vigor-activity ที่คะแนนสูงจะบอกถึงการมีระดับของ vigor ที่น้อยลง เป็นเครื่องมือที่ได้รับการยอมรับว่ามีความไว (sensitivity) ที่ดีในเรื่องการประเมินการเปลี่ยนแปลงในกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับการ psychosocial intervention มีการนำเครื่องมือนี้มาใช้ 3 เรื่อง (Lutgendorf et al., 1998; Molassiotis et al., 2002; Mulder et al., 1994)

8. A Dutch version of the 30-item General Health Questionnaire (GHQ) ซึ่งจะเน้นที่การบ่งชี้ถึงพยาธิสภาพ ที่เบี่ยงเบนไปจากลักษณะปกติของผู้ป่วยจะมีการให้คะแนนเกี่ยวกับอาการที่เกิดขึ้นในช่วง 4 สัปดาห์ท้ายในลักษณะ a 4-point scale (less the usual, no more than usual, more than usual or much more than usual) มีการนำเครื่องมือนี้มาใช้ 1 เรื่อง (Mulder et al., 1994)

9. Social Support Questionnaire เป็นการประเมินเครือข่ายทางสังคมและระดับความพึงพอใจที่มีต่อเครือข่ายทางสังคม แบบสอบถามจะมี 5 subscales 49-item ได้แก่ everyday emotional support, emotional support in problem situations, appreciation, instrument support, และ informational support มีการนำเครื่องมือนี้มาใช้ 1 เรื่อง (Mulder et al., 1994)

10. Health related anxiety เป็นแบบสอบถามที่ประเมินความวิตกกังวลที่เกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพในช่วงสัปดาห์ที่ผ่านมา ใน 4 เรื่อง ได้แก่ การนอนหลับ ความอยากอาหาร การมีปฏิสัมพันธ์กับสังคม และการมีสมาธิกับการทำงาน และการเรียนหนังสือ มี 4-item scale มีใช้ 1 เรื่อง (Murphy et al., 2002)

11. The RAND Mental Health Inventory เป็นแบบประเมินความไม่สุขสบายใจและความพาสึกในชีวิต จะมีการวิเคราะห์ใน 5 subscales ได้แก่ general positive affect, emotional tie, anxiety, depression และ loss of behavioral or emotional control ซึ่งปัจจัยเหล่านี้จะถูกจัดเป็น 2 กลุ่ม คือ psychological well-being และ psychological distress มีการนำเครื่องมือนี้มาใช้ 1 เรื่อง (Murphy et al., 2002)

12. A Dutch adaptation of the Emotional Expression Scale of Watson and Greer เป็นการประเมินเรื่อง การควบคุม การเก็บกด หรือการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ป่วย มีลักษณะ 4 -point likert - type scale มีใช้ 1 เรื่อง (Mulder et al., 1994)

13. The Mishel Uncertainty in Illness Scale (MUIS) ประเมินเรื่อง uncertainty, ambiguity, complexity, inconsistency และ unpredictability ประกอบด้วย 33 items with a 5-point likert scale โดยแปลจาก ต้นฉบับของ MUIS เป็นภาษาจีน มีค่า reliability ระหว่าง 0.86 ถึง 0.91 และมีค่า agreement เท่ากับ 96% เมื่อเทียบกับชุด MUIS ต้นฉบับ มีการนำเครื่องมือนี้มาใช้ 1 เรื่อง (Molassiotis et al., 2002)

14. The Symptom Checklist – 90 Revised (SCL-90R) ใช้ในการประเมินอาการทั่วไปหรืออาการที่เฉพาะเจาะจงเกี่ยวกับอาการทุกข์ทรมาน จะมีการให้คะแนนในเรื่องต่างๆ เช่น global severity index, ความซึมเศร้า (depression) ด้านความเครียดที่แสดงออกทางร่างกาย (somatization) ความวิตกกังวล ความรู้สึกไวต่อผู้อื่น (interpersonal sensitivity) ความรู้สึกไม่เป็นมิตร (hostility) และความหวาดกลัวโดยไม่มีเหตุผล (phobic anxiety) โดยแต่ละสเกลของ The SCL-90-R จะมีคะแนนระหว่าง 0.0 และ 4.0 มีการนำเครื่องมือนี้มาใช้ 1 เรื่อง (Kelly et al., 2005)

15. The Multidimensional Health Locus of Control Scale เป็นแบบสอบถามการรับรู้ความสามารถในการควบคุมตนเองด้านสุขภาพที่ถูกกำหนดโดย Chance หรือ personal behavior (internal control) หรือปัจจัยภายนอกอื่นๆ นิยมใช้กันมากในงานวิจัยด้านพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ มีการนำเครื่องมือนี้มาใช้ 1 เรื่อง (Kelly et al., 2005)

เครื่องมือที่ใช้ประเมินเกี่ยวกับความร่วมมือในการรักษา (Adherence) ได้แก่

1. Self-report of specific adherence ใช้ในการประเมินเรื่องความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสของผู้ป่วยที่ติดเชื้อเอชไอวี โดยใช้ A modified version of the Adult AIDS Clinical Trials Group (ACTG) Adherence Baseline Questionnaire (Chesney & Folkman, 1994) ซึ่งผู้ป่วยจะได้รับการสอบถามเกี่ยวกับชื่อของยา ขนาด จำนวนเม็ดของยาที่รับประทานคำแนะนำในเรื่องข้อจำกัดเรื่องอาหารและเครื่องดื่มในช่วงที่ได้รับยา (เป็นการประเมินโดยใช้มาตรวัด 1- 6 โดยที่ 1= never, 6= all the time) และระยะเวลาที่ขาดและไม่ได้รับยา (เป็นการประเมินโดย

ใช้มาตรวัด 1- 6 โดยที่ 1=never, 6= all the time) คะแนนรวมจากของ ACTG study และด้านคลินิกจะนำมาคำนวณร่วมกันเป็นเปอร์เซ็นต์ใน 2 ส่วนได้แก่ self-report dose adherence และ self-report schedule adherence มีการนำเครื่องมือนี้มาใช้ 1 เรื่อง (Murphy et al., 2002)

2. Coping strategies เป็นการประเมิน strategic checklist ด้าน medication adherence โดยใช้ The Antiretroviral Medications Adherence coping strategies Scales ซึ่งจะประกอบด้วย 5 strategies ได้แก่ behavioral, cognitive, social support, provider related และ spiritual แบบสอบถามนี้มีค่า reliability เท่ากับ 0.89 มีการนำเครื่องมือนี้มาใช้ 1 เรื่อง (Murphy et al., 2002)

3. Adherence efficacy หัวข้อต่างๆ เลือกมาจาก The Adherence Self-Efficacy Scale เพื่อใช้ในการประเมินความเชื่อมั่นของผู้ป่วยในการที่จะมีพฤติกรรมที่สำคัญอันเกี่ยวเนื่องจากปัญหาสุขภาพได้ แบบสอบถามนี้มีการดัดแปลงจากแบบประเมินที่ใช้ สำหรับ the adherence intervention trial of the Partnership in AIDS Clinical Trials ประกอบด้วย 33 items ที่มุ่งเน้นเรื่องประสิทธิภาพของความสม่ำเสมอในการรับประทานยาของผู้ป่วยตามแผนการรักษา ผู้ป่วยจะมีการให้คะแนนในข้อคำถามต่างๆ ในลักษณะ a 10-item response scale (0=cannot do at all to 10 = certain can do) โดยมีหัวข้อประเมินเช่น การสื่อสารกับเจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพ ความเคร่งครัดในการปฏิบัติตามแผนการรักษา และความสม่ำเสมอในการติดตามการรักษาเป็นต้น มีการนำเครื่องมือนี้มาใช้ 1 เรื่อง (Murphy et al., 2002)

4. Electronic pill cap โดยการติดที่ฝาขวดยา (antiretroviral medication) ด้วยสติ๊กเกอร์เพื่อให้ง่ายต่อการจดจำในการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องมีการใช้ adherence scores ที่คำนวณจากจำนวนการเปิดฝาขวดหารด้วยจำนวนของยา (prescribed dose) โดยการพิจารณาเกณฑ์ของ a missed dose คือไม่ได้รับประทานยาหรือรับประทานยาผิดเวลาไปมากกว่า 2 ชั่วโมง มีการนำเครื่องมือนี้มาใช้ 1 เรื่อง (Safren et al., 2004)

5. Adherence questionnaire โดยการใช้แบบสอบถามที่ใช้ใน AIDS Clinical Trials Group research เป็นการเก็บข้อมูลโดยตรงในเรื่องของจำนวนยาที่รับประทานในแต่ละวัน นอกจากนี้จะมีการถามถึงช่วงเวลาย้อนหลังด้วยเช่นเมื่อวานนี้ ใน 1 อาทิตย์ และ 2 อาทิตย์ที่ผ่านมา มีการนำเครื่องมือนี้มาใช้ 1 เรื่อง (Safren et al., 2004)

6. Viral load การประเมินเรื่อง viral load ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของตัวบ่งชี้ความสำเร็จของการรักษาด้วยยาต้านไวรัส ซึ่งอาจพิจารณาจากระดับที่ลดลงจากในช่วง 6 เดือนก่อนหน้านี้ หรือลดลงอย่างน้อย a one log drop ในช่วงเวลา 1 เดือน ที่ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนสูตรยาต้านไวรัส (antiretroviral regimens) มีการนำเครื่องมือนี้มาใช้ 1 เรื่อง (Safren et al., 2004)

เครื่องมือที่ใช้ประเมินทางร่างกาย

Immune system by using CD4+ change โดยวัด CD4+ count (in cells/mm³) ติดตามผล CD4+ cell count มีการนำเครื่องมือนี้มาใช้ 2 เรื่อง (Carrico et al., 2005; Molassiotis et al., 2002)

เครื่องมือที่ใช้ประเมินทั่วไป

1. ประวัติและจำนวนครั้งของการใช้สารและสิ่งเสพติดในช่วงระยะเวลา 3 เดือนที่ผ่านมา (alcohol, marijuana, amphetamines, cocaine, oral narcotics, injected drugs and inhaled nitrites) รวมถึงยาต่างๆที่ใช้ด้วย ประวัติเกี่ยวกับ sexual activities ในช่วงระยะเวลา 3 เดือนที่ผ่านมา (number of partners and frequency of unprotected anal and vaginal intercourse with sexual partners) มีการนำเครื่องมือนี้มาใช้ 1 เรื่อง (Kelly et al., 1993)

2. การประเมินประโยชน์ของการบำบัด (Subjective evaluation of therapy benefits) เป็นการประเมินเมื่อสิ้นสุดการให้การบำบัดและในช่วง 6-months follow-up และเป็นการให้คะแนนแบบ a 5-point scale (from 'not at all' to 'very much') มีการนำเครื่องมือนี้มาใช้ 1 เรื่อง (Mulder et al., 1994)

3. The Structural Clinical Interview for DSM-IV (SCID-IV) สำหรับการประเมินเรื่อง DSM-IV Axis I psychiatric disorder มีการนำเครื่องมือนี้มาใช้ 1 เรื่อง (Safren et al., 2004)

4. Outcome expectancies มิงงานวิจัย 1 เรื่อง (Murphy et al., 2002) ที่ประเมิน Outcome expectancies โดยใช้แบบสอบถามที่ดัดแปลงจาก the Managing Your Medications Questionnaire ซึ่งพัฒนาโดย Willey et al (2000) เป็นการให้คะแนนในลักษณะ a 5-point Likert-type format (ranging from strongly disagree to strongly agree) ที่ประกอบด้วย 10 หัวข้อใน 3 ด้าน คือ 1) ประเมินเรื่อง positive expectancies มี 4 หัวข้อ (e.g. taking medications as prescribed will help them stay well; taking medications will make them feel hopeful) 2) ประเมินเรื่อง negative expectancies (e.g. the medications do more harm than good) มี 4 หัวข้อ และ 3) ประเมินปัญหาที่เกิดจากยาโดยการอภิปรายร่วมกับผู้ดูแลผู้ป่วย นำมาใช้มี 2 หัวข้อ

5. The Life Experiences Survey (LES) เป็นเครื่องมือที่มี 49 items ใช้ประเมินเหตุการณ์อะไร ที่เกิดขึ้นและการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในเหตุการณ์นั้นๆ ในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา (จะมีการให้คะแนนตั้งแต่ 'extremely negative' (-2) to 'extremely positive' (2+)) มีการนำเครื่องมือนี้มาใช้ 2 เรื่อง (Carrico et al., 2005; Lutgendorf et al., 1998)

4.2.7 ผลลัพธ์ของการบำบัด

จากการสังเคราะห์งานวิจัยทั้ง 11 เรื่อง พบว่าการบำบัดทางพฤติกรรมปัญญาทำให้เกิดผลลัพธ์ในผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ดังต่อไปนี้

ผลลัพธ์ทางด้านจิตสังคม (Psychosocial outcomes)

จากการสังเคราะห์ผลการศึกษาทั้ง 11 เรื่อง พบว่าผลลัพธ์ด้านจิตสังคมของการบำบัดทางพฤติกรรมทางปัญญา (cognitive-behavioral intervention) มีความแตกต่างกันออกไปดังนี้

1. คุณภาพชีวิต (Quality of life, QOL) จากการสังเคราะห์งานวิจัยพบงานวิจัยที่ศึกษาถึงผลลัพธ์ด้านคุณภาพชีวิตมี 3 เรื่อง (Chan et al., 2005; Lechner et al., 2003; Molassiotis et al., 2002) พบว่าหลังการบำบัดคุณภาพชีวิตมีการเปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ มี 1 เรื่อง พบว่า คุณภาพชีวิตเกือบทุกส่วนดีขึ้นยกเว้นด้านร่างกาย (physical health) โดยคุณภาพชีวิตโดยรวมดีขึ้นประมาณ 6.7% (Molassiotis et al., 2002) แต่อีก 1 เรื่องพบว่าหลังการบำบัดด้วย CBT มีคะแนนเฉลี่ยในเรื่องของสุขภาพจิต (mental health) และ สุขภาพจิต (depression subscale) ดีขึ้นกว่าช่วงก่อนการบำบัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Chan et al., 2005) และมี 1 เรื่อง ที่พบว่ามี การเปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในส่วนของ คุณภาพชีวิตโดยรวม และรายด้าน ได้แก่ cognitive functioning health distress และ overall health perceptions (Lechner et al., 2003)

2. การปรับตัวทางจิตสังคม (Psychosocial adjustment) จากการสังเคราะห์งานวิจัย พบว่ามีงานวิจัยที่วัดผลลัพธ์การปรับตัวทางจิตสังคมจำนวน 1 เรื่อง (Rousaud et al., 2007) พบว่ามีการปรับตัวทางจิตสังคมโดยรวม (The total PAIS scores) เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และมีการปรับตัวทางจิตสังคมรายด้าน (The PAIS subscales) เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ด้านภาวะสุขภาพ (health care orientation) ด้านอาชีพการงาน (vocational environment) ด้านสภาพแวดล้อมภายในบ้าน (domestic environment) ด้านสัมพันธ์ทางเพศ (sexual relations) ด้านสัมพันธ์ทางครอบครัวขยาย (extended family relationships) และด้านสภาพแวดล้อมในสังคม (social environment)

3. ภาวะซึมเศร้า (Depression) มีงานวิจัยที่วัดผลลัพธ์ภาวะซึมเศร้าของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์มี 8 เรื่อง (Carrico et al., 2005; Chan et al., 2005; Kelly 1993; Lee et al., 1998; Lutgendorf et al., 1998; Mulder et al., 1994; Murphy et al., 2002; Safren 2004) ซึ่งงานวิจัยทั้ง 8 เรื่องนี้ พบว่าหลังการบำบัดทางพฤติกรรมปัญญาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์มีภาวะซึมเศร้าลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยที่มี 1 เรื่องพบว่าหลังการบำบัดมีคะแนนเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้าต่ำกว่าช่วงก่อนการบำบัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Chan et al., 2005) อีก 1 เรื่องพบว่ากลุ่มที่ได้รับการบำบัดแบบ CBT และกลุ่มที่ได้รับแบบ social support มีคะแนนของ ความซึมเศร้าต่ำกว่า

กลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ รวมถึงค่าของ the SCL-90-R hostility scale ด้วย และมี levels of maladaptive somatic preoccupation ต่ำกว่ากลุ่มควบคุมด้วย (Kelly et al., 1993) มี 1 เรื่องที่พบว่าภาวะซึมเศร้าที่ประเมินจากค่าเฉลี่ยของ HDRS ลดลงจากช่วง เริ่มต้นจากคะแนน 26 เป็น 9 คะแนนในช่วงระหว่างการบำบัด และลดลงเป็น 6 คะแนนในช่วงติดตามผลในระยะ 6 เดือนต่อมา นอกจากนี้พบว่าผู้ป่วย 8 คนมีคะแนนที่ดีขึ้นมากกว่า 50% ในช่วง สิ้นสุดการบำบัดและ 12 คน ในช่วงติดตามผล และค่าเฉลี่ยของคะแนน BDI ลดลงจาก 24 คะแนนในช่วงเริ่มต้น เป็น 15 คะแนนในช่วงสิ้นสุดการบำบัด และ 9 คะแนนในช่วงติดตาม นอกจากนี้พบว่าคะแนนที่ดีขึ้น มากกว่า 50% พบในผู้ป่วย 4 คนในช่วงสิ้นสุดการบำบัด และ 7 คนในช่วงติดตาม (Lee et al., 1998) มี 1 เรื่องที่พบว่าในช่วงหลังการบำบัดทั้งกลุ่มที่ได้บำบัดแบบ CBT และ กลุ่มที่บำบัดแบบ ET มี คะแนนของ distress outcome (POMS-TMD, BDI และ GHQ score) ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อเทียบกับกลุ่ม Waiting-list control group (Mulder et al., 1994) มี 1 เรื่องผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัด แบบ Cognitive Behavioral Stress Management (CBSM) มีภาวะซึมเศร้าลดลงอย่างมีนัยสำคัญทาง สถิติ (Carrico et al., 2005) มี 1 เรื่อง ที่พบความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างการเพิ่มขึ้น ของ positive reframing กับการลดลงของ distress outcomes (POMS depression, anxiety, TMD and BDI scores) และพบความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างการเพิ่มขึ้นของ active coping กับการลดลงของ distress outcomes (POMS depression, anxiety, and TMD scores) (Lutgendorf et al., 1998) มี 1 เรื่องพบว่ากลุ่มที่ได้รับ CBT มีการเพิ่มขึ้นของความพึงพอใจในชีวิตอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ และพบแนวโน้มการเพิ่มขึ้นของ sense of behavioral and emotional control สูงขึ้นในส่วน ของภาวะซึมเศร้าพบแนวโน้มการลดลงของภาวะซึมเศร้าในกลุ่ม CBT (Murphy et al., 2002) และอีก 1 เรื่องรายงานผลเป็นกรณีศึกษาพบว่าผู้ป่วยจำนวน 4 ราย มีภาวะซึมเศร้าลดลง (Safren et al., 2004)

4. การเผชิญกับเหตุการณ์/ สถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด (Coping) พบว่า มีงานวิจัยที่วัดผลลัพธ์ด้าน Coping ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ มี 3 เรื่อง (Carrico et al., 2005; Lutgendorf et al., 1998; Mulder et al., 1994) ไว้ดังนี้ คือ โดยที่ 1 เรื่อง พบว่าในช่วงหลังการ บำบัดไม่มีความแตกต่างกันในเรื่องของ coping (seeking social support, depressive reaction pattern, positive intervention, problem-focused coping, and denial) (Mulder et al., 1994) และมีงานวิจัย 2 เรื่อง ที่พบว่าหลังการบำบัดแบบ CBSM ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์มี การปรับเปลี่ยนมุมมอง ใหม่ ในทางบวก (Positive reframing) เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จากค่าเฉลี่ยในช่วง baseline 12.6 คะแนน เป็น 13.3 คะแนนในสัปดาห์ที่ 10 หรือ 10 สัปดาห์หลังการบำบัด (Carrico et al., 2005; Lutgendorf et al., 1998)

5. แรงสนับสนุนทางสังคม (social support) งานวิจัยที่วัดผลลัพธ์ด้าน Social support ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์มี 5 เรื่อง (Carrico et al., 2005; Kelly et al., 1993; Lutgendorf et al., 1998; Mulder et al., 1994; Murphy et al., 2002) โดยที่มี 1 เรื่องหลังการบำบัดพบว่าไม่มีความแตกต่างกันในเรื่องของ emotional expression (suppression of emotion and emotional control) ผู้ป่วยกลุ่ม CBSM หลังได้รับ intervention มีการเพิ่มขึ้นของ perceived social support composite score อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Carrico et al., 2005) อีก 1 เรื่องพบว่ากลุ่ม CBT มีการเพิ่มขึ้นของ feeling of support ในขณะที่กลุ่มควบคุมมีระดับลดลง (Murphy et al., 2002) มี 1 เรื่องพบว่าคะแนนของ social support composite เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Lutgendorf et al., 1998) และ อีก 1 เรื่องพบว่าหลังการบำบัดไม่มีความแตกต่างกันในเรื่องของ social support (availability of support, and satisfaction with support) (Mulder et al., 1994)

6. Mood disturbance พบมีงานวิจัยที่วัดผลลัพธ์ mood disturbance ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์มี 1 เรื่อง ที่พบว่า second assessment มีการลดลงของ mood disturbance ในกลุ่ม CBT และ final assessment มีการลดลงเล็กน้อยในส่วนของ mood disturbance ในกลุ่ม CBT (Molassiotis et al., 2002)

7. ความเผชิญกับความรู้สึกไม่แน่นอนเรื่องการเจ็บป่วย (Uncertainly in illness) พบงานวิจัยที่วัดผลลัพธ์ uncertainly in illness ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ โดยมี 1 เรื่องที่พบว่ากลุ่มที่ได้รับ CBT มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับกลุ่มเปรียบเทียบในเรื่องของ inconsistency subscale of the MUIS และ เรื่อง the total MUIS score (Molassiotis et al., 2002)

8. ด้านการปฏิบัติหน้าที่ (Functioning) พบงานวิจัยที่วัดผลลัพธ์ Functioning ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์มี 1 เรื่องที่พบว่า กลุ่มที่ได้รับการบำบัดแบบ CBT มีค่าเฉลี่ยของคะแนน GAS เพิ่มขึ้นจาก 57 คะแนนในช่วงเริ่มต้น เป็น 72 คะแนนในช่วงสิ้นสุดการบำบัด และ 80 คะแนนในช่วงติดตาม 6 เดือนต่อมา (Lee et al., 1998)

ผลลัพธ์ด้านความร่วมมือในการรักษา (Adherence)

ความร่วมมือในการรักษา (Adherence) จากการสังเคราะห์ผลการวิจัยทั้ง 11 เรื่อง พบว่ามีงานวิจัยจำนวน 2 เรื่องที่ศึกษาถึงผลลัพธ์เรื่องความร่วมมือต่อการรักษา โดยผลการศึกษาทั้ง 2 เรื่อง พบแนวโน้มต่อความร่วมมือการรักษาดีขึ้นหลังการบำบัดแบบ CBT (Murphy et al., 2002; Safren et al., 2004) โดย 1 เรื่องพบว่ากลุ่ม CBT มีแนวโน้มของ self-report schedule adherence ที่ดีขึ้นในช่วงเวลาจากหลังการบำบัดทันทีถึงช่วงติดตาม 3 เดือน และ dose adherence มีแนวโน้มดีขึ้นในช่วงเวลาหลังการให้การรักษา กลุ่ม CBT มีการเพิ่มขึ้นของ overall adherence efficacy อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติจากช่วงเริ่มต้นถึงช่วงติดตาม 3 เดือน (Murphy et al., 2002) และ

อีก 1 เรื่องรายงานผลจาก self-reported adherence , adherence assessed with the electronic pill cap พบว่าผู้ป่วยมี improvement with treatment หลังได้รับการบำบัดแบบ CBT (Safren et al., 2004)

ผลลัพธ์ด้านร่างกาย

ผลการบำบัด CBT ต่อด้านร่างกาย จากการสังเคราะห์ผลการวิจัยทั้ง 11 เรื่อง พบว่ามีงานวิจัยจำนวน 3 เรื่อง ที่ศึกษาถึงผลลัพธ์การบำบัดด้านร่างกาย โดยผลการศึกษา 1 เรื่อง พบว่ามีค่าของ CD4+ cell count เพิ่มขึ้นหลังการได้รับการรักษาทันทีและใน 3 เดือนต่อมา (Molassiotis et al., 2002) อีก 1 เรื่องพบว่าไม่มีความแตกต่างทางสถิติในเรื่องของสุขภาพ (เช่น CD4, CD8, HIV viral load) (Lechner et al., 2003) และมี 1 เรื่อง ศึกษาถึงผลลัพธ์การบำบัด CBT ที่มีต่ออาการทางคลินิกและพฤติกรรมการใช้สารเสพติด พบว่ากลุ่มที่ได้รับการบำบัดแบบ CBT นั้น ผู้ป่วยมีอาการทางคลินิกอยู่ในระดับปานกลาง ขณะที่พฤติกรรมการใช้สารเสพติดลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในช่วงติดตาม (Kelly et al., 1993)

บทที่ 5

การอภิปรายผลการศึกษา

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อสังเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวกับการบำบัดทางพฤติกรรมปัญญา (Cognitive Behavioral Therapy, CBT) ในผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ซึ่งในการอภิปรายผลการศึกษาผู้ศึกษาได้อภิปรายในประเด็นดังต่อไปนี้

1. คุณภาพและความเพียงพอของงานวิจัยและหลักฐานทางวิชาการ
2. ประสิทธิภาพของการบำบัดแบบ CBT เปรียบเทียบกับการบำบัดแบบอื่น

คุณภาพและความเพียงพอของงานวิจัยและหลักฐานทางวิชาการ

ในการศึกษานี้มีงานวิจัยที่นำมาวิเคราะห์และสังเคราะห์รวมทั้งหมด 11 เรื่อง จากทั้งหมด 1,059 เรื่อง โดยงานวิจัยทั้ง 11 เรื่องเป็นการศึกษาในต่างประเทศทั้งหมด เมื่อนำผลงานวิจัยที่สืบค้นได้มาประเมินคุณภาพ โดยใช้เกณฑ์การประเมินคุณภาพระดับงานวิจัยของราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย (2544) พบว่าเป็นงานวิจัยที่เป็น Randomized control trial อยู่ในระดับ A จำนวน 8 เรื่อง เป็นงานวิจัยที่เป็น Quasi - experimental research ในระดับ B จำนวน 3 เรื่อง นับได้ว่ามีความเพียงพอในการนำมาศึกษาและเป็นงานวิจัยที่มีคุณภาพทั้งสิ้น ในการศึกษาครั้งนี้เป็นการสังเคราะห์จากผลการวิจัยที่มีกระบวนการศึกษาที่น่าเชื่อถือได้แก่ เริ่มต้นจากการประเมินผู้ป่วยเข้ากลุ่ม ความรู้ความสามารถในเชิงบำบัดของผู้ที่ให้การบำบัด เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาวิจัยเหมาะสม มีการตรวจสอบค่าความเที่ยงตรงภายในของเครื่องมือซึ่งมีระดับความน่าเชื่อถือเพียงพอและงานวิจัยมีความสอดคล้องกับปัญหาในคลินิก ดังนั้นผลที่ได้จากงานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับการบำบัดทางพฤติกรรมปัญญาในผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์ครั้งนี้ นับได้ว่าเป็นองค์ความรู้ที่มีคุณภาพสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการบำบัดทางพฤติกรรมปัญญาในผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

ประสิทธิภาพของการบำบัดแบบ CBT เปรียบเทียบกับการบำบัดแบบอื่น

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่า CBT เป็นการบำบัดที่บุคลากรในทีมสุขภาพให้การยอมรับว่าเป็นการบำบัดที่ใช้ได้ผลดีในผู้ป่วยจิตเวช (Thomson, McGee & Thomson,

2005) และผู้ป่วยทางกายหลายโรค ซึ่งรวมถึงการนำมาใช้เพื่อการดูแลช่วยเหลือในผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์ (Dobin & Costa, 2000; Hollon & Beck, 1994) การศึกษาครั้งนี้เป็นการสังเคราะห์ ประสิทธิภาพของงานวิจัยเกี่ยวกับการบำบัด CBT ในผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์เปรียบเทียบกับ ประสิทธิภาพการบำบัดแบบอื่นซึ่งสามารถจัดได้เป็น 6 กลุ่ม ดังนี้

5.1 ประสิทธิภาพการบำบัดแบบ CBT เปรียบเทียบกับ Treatment As Usual (TAU)

ที่ศึกษาเปรียบเทียบผลของ CBT กับการบำบัดตามปกติซึ่งได้ผลลัพธ์ดังนี้ มี 4 เรื่อง (Carrico et al., 2005; Chan et al, 2005; Lutgendorf et al., 1998; Murphy et al., 2002)

1. ด้านกลยุทธ์การปรับตัวในการรับมือกับปัญหาอย่างต่อเนื่อง (Coping strategies) (Murphy et al., 2002) จากการศึกษาถึงกลยุทธ์ของผู้ป่วยที่ใช้ในการปรับตัวในการรับมือกับปัญหาอย่างต่อเนื่องซึ่งผู้วิจัยได้ศึกษากลยุทธ์ 5 ด้าน คือ 1) กลยุทธ์ด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (behavioral change strategies) 2) กลยุทธ์ด้านการสนับสนุนทางสังคม (social support) 3) กลยุทธ์ด้านความสัมพันธ์กับผู้รักษา (provider related) 4) กลยุทธ์ด้านจิตวิญญาณ (spiritual) และ 5) กลยุทธ์การปรับด้านปัญญา (cognitive strategies) มีผลการศึกษาดังนี้

1.1 กลยุทธ์โดยรวมพบว่าไม่แตกต่างกันทางสถิติระหว่างกลุ่ม CBT และกลุ่มTAU

1.2 ผลการพิจารณากลยุทธ์รายด้านพบว่า กลุ่ม CBT มี behavioral strategies และ cognitive strategies เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในขณะที่กลุ่ม TAU มีการเปลี่ยนแปลงที่ลดลงจากช่วงเริ่มต้น (baseline) จนถึงช่วง 3 เดือนหลังการบำบัด

1.3 คะแนนของ Social Provision Scale (SPS) พบว่าในกลุ่มที่ได้รับ CBT มีคะแนนของ SPS ด้าน feeling of support เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญแต่ในกลุ่ม TAU คะแนน SPS ลดลงจากช่วงเริ่มต้นถึงหลังการบำบัดทันที

จากการศึกษากลยุทธ์ของผู้ป่วยที่ใช้ในการปรับตัวในการรับมือกับปัญหาอย่างต่อเนื่อง ซึ่งมี 5 ด้านนี้ ในการศึกษา behavioral strategies และ cognitive strategies เป็นกลยุทธ์ที่ใช้ได้ มีประสิทธิภาพมากกว่ากลยุทธ์อื่น

2. ประสิทธิภาพความร่วมมือในการรับมือกับปัญหา (Adherence efficacy) เมื่อพิจารณา Adherence efficacy พบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับการบำบัดแบบ CBT มี overall adherence efficacy เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติจากช่วงเริ่มต้น (baseline) จนถึงช่วง 3 เดือน หลังการบำบัดรวมถึงมีการเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติของ communication with clinical staff และ willingness to continue with treatment despite outside pressure (Murphy et al., 2002)

3. ประสิทธิภาพด้านจิตสังคม

3.1 ภาวะซึมเศร้า (Depression) พบว่าหลังการบำบัดกลุ่มที่ได้รับการบำบัดแบบ CBT มีภาวะซึมเศร้าลดลง และเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มที่ได้รับการบำบัดแบบ TAU พบว่ากลุ่มที่ได้รับการบำบัดแบบ CBT มีระดับซึมเศร้าลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้ง 4 เรื่อง (Carrico et al., 2005; Chan et al., 2005; Lutgendorf et al., 1998; Murphy et al., 2002)

จะเห็นว่าการบำบัดแบบ CBT เป็นการบำบัดที่เน้นการปรับเปลี่ยนโครงสร้างทางความคิดและการฝึกทักษะในการจัดการกับปัญหาที่เหมาะสมเพราะความคิด อารมณ์ และพฤติกรรม นั้นมีความเชื่อมโยงกันเมื่อความคิดความเชื่อนั้นไม่สมเหตุสมผลเป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดภาวะซึมเศร้าได้ การแก้ไขความคิดความเชื่อที่ไม่สมเหตุสมผลให้มีความสมเหตุสมผลการเข้าใจถึงสาเหตุที่มาของปัญหาของตนได้ถูกต้อง การมีวิธีคิดหรือวิธีการจัดการกับปัญหาได้อย่างเหมาะสมมากขึ้น ส่งผลให้ระดับซึมเศร้าที่มีอยู่ลดลงได้

3.2 ด้านความพึงพอใจในชีวิต (life satisfaction) พบว่ากลุ่มที่ได้รับการบำบัด CBT หลังการบำบัดมีการเพิ่มขึ้นของความพึงพอใจในชีวิตอย่างมีนัยสำคัญ ในขณะที่กลุ่ม TAU พบความพึงพอใจในชีวิตลดลง (Murphy et al., 2002)

3.3 ด้านการรับรู้ควบคุมอารมณ์และพฤติกรรม (sense of behavioral and emotional control) พบว่ากลุ่ม CBT มี sense of behavioral and emotional control เพิ่มขึ้นแต่กลุ่ม TAU ลดลง (Murphy et al., 2002)

4. ด้านการปรับตัวต่อสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด (coping) โดยจะประเมินว่าบุคคลจะปรับตัวต่ออาการทางกายที่สัมพันธ์กับโรคเอดส์ ซึ่งการศึกษาใน 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่แสดงถึงการปรับตัวที่เหมาะสม (adaptive) ได้แก่การปรับมุมมองในทางบวก (positive reframing) การยอมรับ (acceptance) และ active coping และกลุ่มที่แสดงถึงการปรับตัวที่ไม่เหมาะสม (maladaptive) ซึ่งได้แก่ การปฏิเสธ (denial) พบผลการศึกษาดังนี้

4.1 กลุ่มที่ได้รับการบำบัดแบบ CBT มีการเปลี่ยนแปลงเรื่องการปรับมุมมองในทางบวก (Positive reframing) การยอมรับ (acceptance) และ active coping เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่ม TAU ที่พบว่ามีการเปลี่ยนแปลงลดลง (Carrico et al., 2005; Lutgendorf et al., 1998) และพบการเปลี่ยนแปลงเพียงเล็กน้อยด้านการยอมรับ (acceptance) ในกลุ่ม CBT 1 เรื่อง (Carrico et al., 2005) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ เลย์เซอร์แมน และ คณะ (Lesserman et al., 1992) ที่พบว่า การปรับมุมมองในทางบวก (Positive reframing) การยอมรับ (acceptance) และ active coping มีความสัมพันธ์กับการลดลงของภาวะ distress

4.2 การปรับตัวต่อสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดโดยใช้การปฏิเสธ (denial) กลุ่มที่ได้รับการบำบัดแบบ CBT และกลุ่ม TAU มีการปรับตัวโดยใช้การปฏิเสธไม่แตกต่างกัน อย่างไรก็ตามจากการศึกษาของ Ironson และคณะ (1994) พบว่า denial มีความสัมพันธ์ทางลบต่อภาวะ distress นั่นคือถ้าผู้ป่วยใช้การปรับตัวแบบ denial ลดลง ผู้ป่วยก็มีแนวโน้มที่จะมี distress ลดลง แต่ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่าการบำบัดแบบ CBT ไม่มีผลในการลดการปรับตัวแบบ denial ดังนั้นจึงน่าจะมีการศึกษาเพิ่มเติมถึงกลยุทธ์หรือเทคนิคการบำบัดที่จะช่วยลดการเผชิญความเครียดแบบ denial อันจะส่งผลให้ผู้ป่วยมี distress ลดลง

5. การสนับสนุนทางสังคม (social support) ผลของการศึกษาแสดงให้เห็นว่ากลุ่มที่ได้รับการบำบัดแบบ CBT มีคะแนน social support ด้าน attachment reliable alliance และ guidance สูงกว่ากลุ่ม TAU อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่คะแนน social support ด้าน social integration ของทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน (Lutgendorf et al., 1998) และมี 1 เรื่องที่พบว่ากลุ่มที่ได้รับ CBT มีคะแนน social support ด้าน perceived social support เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในขณะที่กลุ่ม TAU ไม่มีการเปลี่ยนแปลง (Carrico et al., 2005)

จากการศึกษาที่ผ่านมาแสดงให้เห็นว่าการสนับสนุนทางสังคม เป็นปัจจัยสำคัญมากปัจจัยหนึ่งที่มีความสัมพันธ์กับการลดลงของภาวะ distress ของผู้ป่วยเอชไอวี (Zuckerman, 1995) โดยเฉพาะอย่างยิ่ง การสนับสนุนทางสังคมที่มาจากการรับรู้สัมพันธภาพทางสังคมของตนเองในด้านต่างๆ ผลการศึกษานี้แสดงให้เห็นว่าการบำบัดแบบ CBT ช่วยให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทำให้ผู้ป่วยมีการรับรู้สัมพันธภาพทางสังคมของตนเองอันส่งผลให้มีความรู้สึกปลอดภัยขึ้นนั่นคือเมื่อผู้ป่วยมีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้อื่น ผู้ป่วยรู้สึกว่ามีบุคคลที่ตนเองสามารถขอความช่วยเหลือและขอคำปรึกษาได้ในยามที่มีปัญหาจึงส่งผลให้ผู้ป่วยมี distress ลดลง

จากการศึกษานี้จะเห็นได้ว่าการบำบัดแบบ CBT มีผลช่วยให้ผู้ป่วยมีกลยุทธ์ในการปรับตัวในการรับมือกับสถานการณ์อย่างต่อเนื่อง (coping strategies) ประสิทธิภาพความร่วมมือในการรับมือกับปัญหาเพิ่มขึ้น ด้านจิตสังคมการบำบัดแบบ CBT ช่วยผู้ป่วยให้มีความพึงพอใจในชีวิต ภาวะซึมเศร้าลดลง และควบคุมอารมณ์และพฤติกรรมได้ดีขึ้น มีการปรับตัวต่อสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดอย่างเหมาะสมซึ่งได้แก่มีการปรับมุมมองในทางบวก การยอมรับ และมี active coping รวมทั้งการสนับสนุนทางสังคมที่มาจากการรับรู้สัมพันธภาพทางสังคมของตนเองในด้านต่างๆ เมื่อพิจารณาผลการบำบัดโดยรวมจะเห็นได้ว่าการบำบัดแบบ CBT ให้ผลดีกว่าการบำบัดแบบ TAU ดังนั้น การบำบัดแบบ CBT จึงเป็นทางเลือกอย่างหนึ่งในการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอชไอวี

5.2 ประสิทธิภาพการบำบัดแบบ CBT เปรียบเทียบกับแบบ Individual Psychoeducation

มี 1 เรื่อง (Lechner et al., 2003) โดยศึกษาเปรียบเทียบผลของการบำบัดแบบ CBT กับแบบ Individual Psychoeducation สรุปผลได้ดังนี้

เมื่อพิจารณาเปรียบเทียบด้านคุณภาพชีวิต (Quality of life, QOL) ซึ่งวัดโดย The Medical Outcomes Study Health status Questionnaire for HIV (MOS-HIV-30) ใช้วัดเรื่องสุขภาพที่สัมพันธ์กับภาวะการติดเชื้อเอชไอวี (HIV infection) และคุณภาพชีวิตทั่วไปมี 11 ด้านดังนี้ 1) cognitive functioning 2) energy/fatigue 3) health distress 4) health transition 5) mental health 6) overall health perception 7) overall QOL 8) pain 9) physical functioning 10) role functioning และ 11) social functioning พบว่า

- หลังการบำบัดทั้งสองกลุ่ม (CBT, Individual Psychoeducation) มีคุณภาพชีวิตโดยรวมดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ
- เมื่อแยกวิเคราะห์คุณภาพชีวิตในแต่ละรายด้านพบว่าทั้งสองกลุ่ม (CBT, Individual Psychoeducation) มีคุณภาพชีวิตด้าน cognitive functioning, health distress และ overall health perception เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ
- เมื่อเปรียบเทียบผลของ group condition กับระยะเวลาพบว่าคุณภาพชีวิตด้าน mental health ของกลุ่ม CBT สูงกว่ากลุ่ม Individual Psychoeducation อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติคือกลุ่ม CBT มีคะแนนเพิ่มขึ้นจาก 66.41 ก่อนการบำบัดเป็น 69.98 หลังการบำบัดในขณะที่กลุ่ม Individual Psychoeducation พบว่าไม่มีความแตกต่างกัน

คุณภาพชีวิตหมายถึง ระดับของการมีชีวิตที่ดี มีความสุข ความพึงพอใจในชีวิต เป็นเรื่องที่เกี่ยวข้องกับความเป็นอยู่ การดำเนินชีวิตของปัจเจกบุคคลในสังคม (ศิริชัย ดาริกานนท์, 2541) คุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ เป็นผลมาจากการที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ มีการรับรู้ถึงความสามารถในการเผชิญกับความเครียด มีวิธีการจัดการกับปัญหาอย่างเหมาะสมทั้งด้านร่างกายและจิตใจ จากผลการศึกษาจะเห็นว่าผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นหลังได้รับการบำบัดแบบ CBT ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Eller (1999) ที่พบว่าผู้ป่วยเอดส์มีคุณภาพชีวิตดีขึ้นหลังได้รับการบำบัดแบบ CBT

5.3 ประสิทธิภาพการบำบัดแบบ CBT เปรียบเทียบกับการบำบัดแบบ Social support

group หรือ Peer support/counseling (PSC) และ Treatment As Usual (TAU) มี 2 เรื่อง (Kelly et al., 1993; Molassiotis et al., 2002) จากการเปรียบเทียบการบำบัดทั้ง 3 แบบ (CBT, PSC และ TAU) สามารถสรุปผลการศึกษานววิจัยได้ดังนี้

เมื่อพิจารณาผลลัพธ์ด้านภาวะซึมเศร้าพบว่าหลังการบำบัดกลุ่มที่ได้รับ CBT และกลุ่ม PSC มีอาการซึมเศร้าลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติและเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่ม TAU พบว่าภาวะซึมเศร้าลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทั้ง 2 เรื่อง (Kelly et al., 1993; Molassiotis et al., 2002)

เมื่อพิจารณาผลลัพธ์ด้าน Psychological functioning ของผู้ป่วยทั้งสามกลุ่มโดยวัดจาก Profile of mood states (POMS) ใช้วัด mood disturbance ประกอบด้วย anger-hostility, tension-anxiety, depression-dejection, fatigue-inertia, confusion-bewilderment และ vigor-activity พบว่ากลุ่ม CBT มี Psychological functioning ดีที่สุด รองลงมาคือกลุ่ม PSC และ TAU ตามลำดับ (Molassiotis et al., 2002) และเมื่อแยกพิจารณาผลลัพธ์ของ mood disturbance ในแต่ละช่วงเวลาของทั้งสามกลุ่มพบว่า

- ในช่วงเริ่มต้นบำบัด ระดับของ mood disturbance และ uncertainty ของทั้งสามกลุ่ม (CBT, PSC และ TAU) อยู่ในระดับสูง ส่วน Quality of life อยู่ในระดับปานกลาง
- หลังการบำบัดทันที ในกลุ่ม CBT มีระดับ mood disturbance ลดลง และในกลุ่ม TAU มีการเปลี่ยนแปลงในส่วนของ mood states เล็กน้อยแต่ในกลุ่ม PSC พบ mood disturbance ในเกือบทุกประเด็นเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ
- ในช่วงติดตาม (3 เดือนหลังบำบัด) พบว่าในกลุ่ม CBT มีการลดลงเล็กน้อยในส่วน of mood disturbance และพบการเปลี่ยนแปลงในส่วน of mood disturbance ในกลุ่ม TAU ในขณะที่กลุ่ม PSC พบ mood disturbance มีการลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในเกือบทุกประเด็น (Molassiotis et al., 2002)

เมื่อพิจารณาผลลัพธ์ด้าน Immune system โดยใช้ค่าของ CD4 cell count พบว่าในช่วงเริ่มต้นบำบัดค่า CD4 cell count ของทั้งสามกลุ่มมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติคือก่อนบำบัดค่า CD4 cell count ของกลุ่ม TAU สูงกว่าของกลุ่ม CBT และกลุ่ม PSC แต่หลังบำบัดทันทีพบว่า ค่า CD4 cell count ของกลุ่ม CBT และกลุ่ม PSC เพิ่มขึ้นในขณะที่ค่า CD4 cell count ของกลุ่ม TAU ลดลง และช่วงติดตาม (6 เดือน) พบว่าค่า CD4 cell count ของกลุ่ม CBT และกลุ่ม PSC เพิ่มขึ้นในขณะที่กลุ่ม TAU ไม่เปลี่ยนแปลง (Molassiotis et al., 2002)

เมื่อพิจารณาผลลัพธ์ด้านอาการทางคลินิก (Clinical improvement) พบว่าประมาณ 2 ใน 3 ของผู้ป่วยกลุ่ม PSC มีการเปลี่ยนแปลงอาการทางคลินิกในเรื่อง ของ somatic symptom, depression, anxiety, hostility และ interpersonal sensitivity ดีขึ้น และ 86% ผู้ป่วยมีอาการทางคลินิกในเรื่องของ the global severity index ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในขณะที่ 2 ใน 3 ของกลุ่ม TAU มีอาการทางคลินิกในเรื่องของ somatization แย่ลง และมากกว่า 1 ใน 3 ของ

ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีอาการทางคลินิกที่แย่ลง ส่วนกลุ่มที่ได้รับการบำบัดแบบ CBT นั้นมีอาการทางคลินิกอยู่ในระดับปานกลางเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มอื่น (Kelly et al., 1993)

จะเห็นว่าการบำบัดแบบ CBT มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงของ immune system เนื่องจากรูปแบบการบำบัดมีการช่วยให้ผู้ป่วยเกิดการตระหนักรู้ในปัญหา มีวิธีการเผชิญสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา มีทักษะในการจัดการอย่างเหมาะสม มีการปรับเปลี่ยนโครงสร้างทางความคิดใหม่ให้มีความสมเหตุสมผล และมีเทคนิคต่างๆ ในการคลายเครียดเช่น progressive muscle relaxation, guide imagery เป็นต้นซึ่งส่งผลให้ลดความไม่สุขสบายใจต่างๆ สอดคล้องกับการศึกษาของ Goodkin และคณะ ที่พบว่า active coping มีผลทำให้ระดับ CD4 และ Natural Killer cell count เพิ่มขึ้น (Goodkin et al., 1992)

จากการศึกษาจะเห็นได้ว่าการบำบัดแบบ CBT และ แบบ PSC สามารถช่วยผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์มีการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้นในเรื่องของ psychologic functioning immune system ลด psychologic distress เมื่อวิเคราะห์ความแตกต่างระหว่าง CBT กับ PSC พบว่าไม่แตกต่างกัน และเมื่อติดตามวัดในช่วงของการ follow-up ก็พบว่าผลของการให้ treatment ที่แตกต่างกันผลลัพธ์ที่ได้ไม่มีความแตกต่างกัน อาจจะกล่าวได้ว่าการบำบัดทั้งแบบ CBT และ PSC ให้ผลดีต่อผู้ป่วยไม่แตกต่างกัน แต่อย่างไรก็ดีการบำบัดแบบ CBT และ PSC เป็นการบำบัดที่มีโครงสร้างและกระบวนการที่แตกต่างกัน และผลการศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาในต่างประเทศจึงน่าจะมีการศึกษาเช่นเดียวกันนี้ในประเทศไทย

5.4 ประสิทธิภาพการบำบัดแบบ CBT เปรียบเทียบกับการบำบัดแบบ *Experiential-oriented therapy (ET)* และ *Waiting-list control group (WCG)* มี 1 เรื่อง (Mulder, 1994)

เมื่อพิจารณาผลลัพธ์ทางด้านอารมณ์ (Affective stage) และอาการด้านจิตใจ (Psychiatric symptoms) โดยวัดจาก POMS-TMD, BDI และ GHQ พบว่า

- หลังการบำบัดกลุ่มที่ได้รับการบำบัดแบบ CBT และกลุ่มที่ได้รับการบำบัดแบบ ET มีการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านอารมณ์ และอาการทางจิตใจที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติและดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่ม TAU

- เมื่อพิจารณาเปรียบเทียบระหว่าง 2 กลุ่ม (CBT, ET) พบว่าไม่มีความแตกต่างกันทั้งด้านอารมณ์และอาการทางจิตใจในช่วงหลังการบำบัดและช่วงติดตาม

เมื่อพิจารณาผลลัพธ์ด้านการเผชิญกับสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด (coping) การรับรู้การสนับสนุนทางสังคม (social support) และการแสดงออกทางอารมณ์ (emotional expression) พบว่าหลังการบำบัดทั้งสามกลุ่ม (CBT, ET, WCG) ไม่มีความแตกต่างกันในเรื่องของ

การเผชิญกับสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด การรับรู้การสนับสนุนทางสังคม และการแสดงออกทางอารมณ์ และเมื่อพิจารณาถึงประโยชน์ของการบำบัดในแต่ละรูปแบบจากผู้ป่วย พบว่า วิธีการบำบัดแบบ ET มีประโยชน์มากกว่าวิธีการแบบ CBT ในช่วงหลังการบำบัดทันทีแต่ไม่มีความแตกต่างกันในระยะติดตาม

จากผลการศึกษาจะเห็นว่า การบำบัดแบบ CBT และการบำบัดแบบ ET ช่วยให้ผู้ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านอารมณ์และอาการทางจิตใจที่ดีขึ้นเมื่อเปรียบเทียบกับ WCG และเมื่อวิเคราะห์ความแตกต่างระหว่าง CBT และ ET พบว่าไม่มีความแตกต่างกัน แต่เมื่อพิจารณาถึงประโยชน์ของแต่ละวิธีพบว่า ET มีประโยชน์มากกว่า CBT หลังบำบัดทันทีแต่ไม่มีความแตกต่างกันในระยะติดตาม อาจกล่าวได้ว่าทั้ง CBT และ ET ให้ผลดีต่อผู้ป่วยไม่แตกต่างกัน ในด้านการดูแล ผู้บำบัดอาจมีทางเลือกให้ผู้ป่วยในการเลือกรูปแบบที่เหมาะสมสำหรับตนเอง แต่เนื่องจากการศึกษาในต่างประเทศและมีเพียงเรื่องเดียว ดังนั้นน่าจะมีการศึกษาเพิ่มเติมเพื่อเปรียบเทียบถึง CBT และ ET ในประเทศไทยต่อไป

5.5 ประสิทธิภาพของการบำบัดแบบ CBT ร่วมกับการรักษาด้วยยาต้านเศร้า

(*Antidepressant medications*) มี 1 เรื่อง (Lee et al., 1998) สรุปผลการศึกษาดังนี้

1. ผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดแบบ CBT ร่วมกับการรักษาด้วยยาต้านเศร้ามีระดับซึมเศร้าลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติหลังการบำบัดทันที และลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในระยะติดตาม
2. ผู้ป่วยมีคะแนนเฉลี่ยของ GAS (The Global Assessment Scale) ซึ่งเป็นแบบประเมินการทำหน้าที่โดยรวมทั้งด้านร่างกายและด้านจิตใจในช่วงระยะเวลาหนึ่ง พบว่ามีระดับคะแนนเพิ่มขึ้นจาก 57 ในช่วงเริ่มต้นเป็น 75 ในช่วงหลังการบำบัดและมีคะแนนเพิ่มขึ้นเป็น 80 ในช่วงติดตามใน 6 เดือนต่อมา
3. ในช่วงติดตามมีการประเมินถึงประโยชน์ของการบำบัดแบบ CBT พบว่าการทำกลุ่มแบบ CBT มีประโยชน์ในประเด็นต่างๆ ได้แก่การทำกลุ่มช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกของการได้รับการสนับสนุนทางสังคม ได้เรียนรู้ว่าปัญหาที่เกิดขึ้นกับตัวเองก็เกิดกับบุคคลอื่นด้วยซึ่งช่วยลดความรู้สึกโดดเดี่ยว ลดความอาย ลดการแยกตัว และช่วยให้เกิดการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ซึ่งกันและกันในการแก้ปัญหาหรือวิธีการในการแก้ไขปัญหา มีความรู้สึกเห็นใจกันซึ่งกันและกันในกลุ่มผู้ป่วยซึ่งมีส่วนช่วยในเรื่องของความภาคภูมิใจในตนเองและช่วยในการรักษาตนเองด้วย

จากการศึกษาดังกล่าวจะเห็นได้ว่าการบำบัดแบบ CBT ร่วมกับการรักษาด้วยยาต้านเศร้ามีผลดีต่อผู้ป่วยคือลดอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยและป้องกันการกลับเป็นซ้ำได้ นอกจากนี้ในแง่ของประโยชน์ที่มีส่วนช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวได้อีกด้วย

5.6 ประสิทธิภาพของการบำบัดแบบ CBT มี 2 เรื่อง (Rousaud, et al, 2007; Safren, et al. 2004) เป็นการศึกษาประสิทธิผลของแบบ CBT และไม่มีการบำบัดเปรียบเทียบ สรุปผลการศึกษาดังนี้

การปรับตัวทางจิตสังคม (psychosocial adjustment) หมายถึงความสามารถของบุคคลในการปรับตัวต่อเหตุการณ์ ต่อสถานการณ์ ต่อการเจ็บป่วย ในแต่ละวันเพื่อการมีคุณภาพชีวิตที่ดีและเพื่อความผาสุกในชีวิต (well-being) มี 7 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านภาวะสุขภาพ (Health care orientation) 2) ด้านอาชีพการงาน (Vocational environment) 3) ด้านสภาพแวดล้อมภายในบ้าน (Domestic environment) 4) ด้านสัมพันธ์ทางเพศ (Sexual relations) 5) ด้านสัมพันธ์กับครอบครัวขยาย (Extended family relationships) 6) ด้านสภาพแวดล้อมในสังคม (Social environment) และ 7) ด้านความไม่สุขสบายใจ (Psychosocial distress) จากการศึกษาพบว่า

- ภายหลังการบำบัดกลุ่มที่ได้รับบำบัดแบบ CBT มีการปรับตัวทางจิตสังคมโดยรวมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Rousaud et al, 2007)

เมื่อแยกวิเคราะห์รายด้านพบว่ามีการปรับตัวทางจิตสังคมในรายด้านทุกด้านเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Rousaud et al, 2007)

เมื่อวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ของตัวแปรต่างๆ ที่มีผลต่อการปรับตัวทางจิตสังคมพบว่าช่องทางการได้รับเชื้อทางเพศสัมพันธ์ (sexual route of transmission) มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับสุขภาพที่ดีขึ้น (health care orientation) ระยะเวลาของการติดเชื้อ (time since HIV diagnosis) และการทำงาน (being employed) มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับด้านอาชีพการงาน (vocational environment) ชายรักชาย (MSM) มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับสัมพันธ์ภายในครอบครัว (family relations) และการลดลงของจำนวน CD4 (lower CD4 count) กับการทำงาน (being employed) มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับสภาพแวดล้อมในสังคม (social environment) (Rousaud et al, 2007)

เมื่อศึกษาถึงตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อการปรับตัวทางจิตสังคมในด้านต่างๆ พบว่า 1) การจ้างงาน (employment) และระยะเวลาของการติดเชื้อ (time since HIV diagnosis) มีอิทธิพลต่อการปรับตัวทางจิตสังคมที่ดีขึ้นด้านอาชีพการงาน (vocational environment) 2) ช่องทางการได้รับเชื้อทางเพศสัมพันธ์ (sexual route of transmission) มีอิทธิพลต่อการปรับจิตตัวทางจิตสังคมที่

ดีขึ้นด้านภาวะสุขภาพ (health care) และ 3) CD4 count มีอิทธิพลต่อการปรับตัวทางจิตสังคมที่แย่งด้านสภาพแวดล้อมในสังคม (social environment) (Rousaud et al, 2007)

- จากการศึกษานี้จะเห็นว่าผู้ป่วยมีการปรับตัวทางจิตสังคมเพิ่มขึ้นทั้งโดยรวมและรายด้านหลังได้รับการบำบัดแบบ CBT และทำให้ทราบถึงปัจจัยที่มีผลต่ออาการและการปรับจิตสังคมที่ดีขึ้นของผู้ป่วย

เมื่อพิจารณาผลลัพธ์รายกรณีศึกษา (case series) จำนวน 4 รายที่ได้รับการบำบัดแบบ CBT โดยวัดจาก self-reported adherence, adherence assessed with the electronic pill cap และระดับซึมเศร้า พบว่าหลังการบำบัดแบบ CBT ผู้ป่วยมีผลการรักษาที่ดีขึ้นคือมี Adherence เพิ่มขึ้นมีระดับของอาการซึมเศร้าลดลงอย่างชัดเจน และมีผลของ viral load เปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้น (Safren, et al. 2004)

จากผลการศึกษาจะเห็นว่า CBT มีผลดีต่อ Adherence เนื่องจากรูปแบบของการบำบัดแบบ CBT มีความเกี่ยวข้องกับองค์ประกอบหลายประการได้แก่การมีสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้บำบัดและผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจ รู้สึกผ่อนคลาย มีการให้ข้อมูลที่เป็นปัญหาตามสภาพการณ์ที่เป็นจริงก่อให้เกิดความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้อง การปรับมุมมองต่อปัญหา การฝึกทักษะและการจัดการกับปัญหา องค์ประกอบทั้งหมดนี้ส่งเสริมให้เกิดการความร่วมมือและเพิ่มความสามารถในการปฏิบัติตัวได้ดีมากขึ้น และการที่ผู้ป่วยร่วมมือต่อการรักษาส่งผลที่ดีต่อการรักษาและลดการเจ็บป่วย ซึ่งลดภาระการดูแลและค่าใช้จ่าย

จากการวิเคราะห์สังเคราะห์งานวิจัยที่มีการการศึกษาเปรียบเทียบระหว่างการบำบัดแบบ CBT กับการบำบัดแบบอื่นๆ ในผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ในครั้งนี้ ซึ่งได้แก่การนำการบำบัดแบบ CBT ไปเปรียบเทียบกับการบำบัดการดูแลแบบปกติ (Routine care หรือ Treatment As Usual (TAU) การบำบัดแบบ CBT เปรียบเทียบกับ Social support group หรือ Peer support/counseling (PSC) และ Treatment As Usual (TAU) การบำบัดแบบ CBT เปรียบเทียบกับแบบ Experiential-oriented therapy (ET) และ Waiting-list control group (WCG) การบำบัดแบบ CBT ร่วมกับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส และการบำบัดแบบ CBT ไม่มีการบำบัดเปรียบเทียบ ซึ่งผลลัพธ์การบำบัดแบบ CBT พบว่าทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ มีกลยุทธ์การปรับตัวในการรับมือกับปัญหาอย่างต่อเนื่อง (Coping strategies) ประสิทธิภาพความร่วมมือในการรับประทายยา (Adherence efficacy) มีความร่วมมือต่อการรักษาอย่างต่อเนื่อง มีการรับรู้สัมพันธภาพทางสังคมในด้านต่างๆ ดีขึ้น มีวิธีการเผชิญกับสถานการณ์ความเครียดอย่างเหมาะสม มีการปรับจิตสังคมที่เพิ่มขึ้น ลดความไม่สุขสบายใจ อาการซึมเศร้าลดลง และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ดังนั้นการบำบัดแบบ CBT จึงเป็นอีกแนวทางหนึ่งที่พยาบาลจิตเวชสามารถนำไปใช้ในการบำบัดผู้ติดเชื้อเอชไอวีและ

ผู้ป่วยเอดส์ได้ อย่างไรก็ตามผลการศึกษาทั้งหมดเป็นการศึกษาในต่างประเทศ ดังนั้นการบำบัดจึงควรนำมาประยุกต์ใช้ให้เหมาะสมกับบริบทของสังคมไทย และควรมีการศึกษาถึงประสิทธิผลการบำบัดแบบ CBT และการบำบัดแบบ CBT เปรียบเทียบกับการบำบัดแบบอื่นเพื่อเป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ประกอบการพิจารณาเลือกใช้การบำบัดให้เหมาะสมในแต่ละสถานที่ (setting) ต่อไป



บทที่ 6

สรุปผลการศึกษาและข้อเสนอแนะ

6.1 สรุปผลการศึกษา

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์และสังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการบำบัดทางพฤติกรรมปัญญาในผู้คิดเชื่อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์เพื่อนำไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้คิดเชื่อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ซึ่งงานวิจัยที่เกี่ยวกับการบำบัดทางพฤติกรรมปัญญาในผู้คิดเชื่อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่นำมาศึกษามีทั้งหมด 11 เรื่อง เป็นงานวิจัยที่เป็นงานวิจัยเชิงทดลอง (Randomized control trial) อยู่ในระดับ A จำนวน 8 เรื่อง และเป็นงานวิจัยเชิงกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) อยู่ในระดับ B จำนวน 3 เรื่อง ทั้ง 11 เรื่องเป็นงานวิจัยในต่างประเทศทั้งหมด ผลจากการทำการศึกษาทบทวนและสังเคราะห์งานวิจัยทั้งหมดสามารถสรุปสาระสำคัญในประเด็นที่เกี่ยวกับประสิทธิผลของการบำบัดแบบ CBT เมื่อเปรียบเทียบกับการบำบัดแบบอื่นพอสรุปได้ดังต่อไปนี้

ประสิทธิผลของการบำบัดแบบ CBT เมื่อเปรียบเทียบกับการบำบัดแบบอื่น

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา พบว่า CBT เป็นการบำบัดที่บุคลากรในทีมสุขภาพให้การยอมรับว่าเป็นการบำบัดที่ใช้ได้ผลดีในผู้ป่วยจิตเวช (Thomson, McGee & Thomson, 2005) จากผลลัพธ์ที่ดีทำให้ในปัจจุบันมีการนำการบำบัดแบบ CBT มาประยุกต์ใช้กับผู้ป่วยทางกายหลายโรค รวมทั้งนำมาใช้กับผู้ป่วยโรคเอดส์ด้วย (Dobin & Costa, 2000; Hollon & Beck, 1994) แต่อย่างไรก็ดีรูปแบบหรือวิธีการที่ใช้เพื่อการดูแลผู้คิดเชื่อเอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์นั้นมีหลายรูปแบบเช่นกัน ในการศึกษาเป็นการสังเคราะห์ประสิทธิผลการบำบัดแบบ CBT ในผู้คิดเชื่อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์เปรียบเทียบกับประสิทธิผลการบำบัดแบบอื่นๆ จำนวน 11 เรื่อง สามารถสรุปประสิทธิผลได้ดังนี้

1. ประสิทธิผลการบำบัดแบบ CBT เปรียบเทียบกับ *Treatment As Usual (TAU)*

มี 4 เรื่อง (Carrico et al., 2005; Chan et al., 2005; Lutgendorf et al., 1998; Murphy et al., 2002)

1. ด้านกลยุทธ์การปรับตัวในการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง (Coping strategies)

(Murphy et al., 2002) สรุปได้ดังนี้

1.1 โดยรวมพบว่าไม่แตกต่างกันทางสถิติระหว่างกลุ่ม CBT และกลุ่ม TAU

1.2 ผลการพิจารณากลยุทธ์รายด้านพบว่า กลุ่ม CBT มี behavioral strategies และ cognitive strategies เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในขณะที่กลุ่ม TAU มีการเปลี่ยนแปลงที่ลดลง จากช่วงเริ่มต้น (baseline) จนถึงช่วง 3 เดือนหลังการบำบัด

1.3 คะแนนของ Social Provision Scale (SPS) พบว่าในกลุ่มที่ได้รับการ CBT มีคะแนนของ SPS ด้าน feeling of support เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ แต่ในกลุ่ม TAU คะแนน SPS ลดลงจากช่วงเริ่มต้นถึงหลังการบำบัดทันที

2. ประสิทธิภาพความร่วมมือในการรักษา (Adherence efficacy) เมื่อพิจารณาประสิทธิภาพความร่วมมือในการรักษา พบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับการบำบัดแบบ CBT มีประสิทธิภาพโดยรวมในการรักษา (overall adherence efficacy) เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติจากช่วงเริ่มต้น (baseline) จนถึงช่วง 3 เดือนหลังการบำบัดรวมถึงมีการเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติของ communication with clinical staff และ willingness to continue with treatment despite outside pressure (Murphy et al., 2002)

3. ด้านจิตสังคม ซึ่งได้แก่ ภาวะซึมเศร้า (Depression) พบว่าหลังการบำบัดกลุ่มที่ได้รับการบำบัดแบบ CBT มีภาวะซึมเศร้าลดลง และเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่ม TAU พบว่ากลุ่มที่ได้รับการบำบัดแบบ CBT มีระดับซึมเศร้าลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้ง 4 เรื่อง (Carrico et al., 2005; Chan et al., 2005; Lutgendorf et al., 1998; Murphy et al., 2002) ส่วนความพึงพอใจในชีวิต (life satisfaction) พบว่ากลุ่มที่ได้รับการบำบัดแบบ CBT หลังการบำบัดมีการเพิ่มขึ้นของความพึงพอใจในชีวิตอย่างมีนัยสำคัญ ในขณะที่กลุ่ม TAU พบความพึงพอใจในชีวิตลดลง (Murphy et al., 2002) และการรับรู้ควบคุมอารมณ์และพฤติกรรม (Sense of behavioral and Emotional control) พบว่ากลุ่ม CBT มีการรับรู้ควบคุมอารมณ์และพฤติกรรมเพิ่มขึ้น แต่กลุ่ม TAU ลดลง (Murphy et al., 2002)

4. ด้านการปรับตัวต่อสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด (coping)

4.1 กลุ่มที่ได้รับการบำบัดแบบ CBT มีการเปลี่ยนแปลงเรื่องการปรับมุมมองในทางบวก (Positive reframing) การยอมรับ (acceptance) และ active coping เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่ม TAU ที่พบว่าการเปลี่ยนแปลงลดลง (Carrico et al., 2005; Lutgendorf et al., 1998) และพบการเปลี่ยนแปลงเพียงเล็กน้อยด้านการยอมรับ (acceptance) ในกลุ่ม CBT (Carrico et al., 2005)

4.2 การปรับตัวต่อสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดโดยใช้การปฏิเสธ (denial) กลุ่มที่ได้รับการบำบัดแบบ CBT และกลุ่ม TAU มีการปรับตัวโดยใช้การปฏิเสธไม่แตกต่างกัน

5. ด้านการสนับสนุนทางสังคม (social support) ผลของการศึกษาแสดงให้เห็นว่ากลุ่มที่ได้รับการบำบัดแบบ CBT มีคะแนน social support ด้าน attachment reliable alliance และ guidance สูงกว่ากลุ่ม TAU อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่คะแนน social support ด้าน social integration ของทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน (Lutgendorf et al., 1998) และมี 1 เรื่องที่พบว่ากลุ่มที่ได้รับ CBT มีคะแนน social support ด้าน perceived social support เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในขณะที่กลุ่ม TAU ไม่มีการเปลี่ยนแปลง (Carrico et al., 2005)

จากการศึกษานี้จะเห็นได้ว่าการบำบัดแบบ CBT มีผลช่วยให้ผู้ป่วยมีกลยุทธ์ในการปรับตัวในการรับมือกับปัญหาอย่างต่อเนื่อง (Coping strategies) ประสิทธิภาพความร่วมมือในการรับมือกับปัญหาเพิ่มขึ้น ด้านจิตสังคมการบำบัดแบบ CBT ช่วยผู้ป่วยให้มีความพึงพอใจในชีวิต ภาวะซึมเศร้าลดลง และควบคุมอารมณ์และพฤติกรรมได้ดีขึ้น มีการปรับตัวต่อสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดอย่างเหมาะสมซึ่งได้แก่มีการปรับมุมมองในทางบวก การยอมรับ และ active coping รวมทั้งการสนับสนุนทางสังคมที่มาจากการรับรู้สัมพันธภาพทางสังคมของตนเองในด้านต่างๆ เมื่อพิจารณาผลการบำบัดโดยรวมจะเห็นได้ว่าการบำบัดแบบ CBT ให้ผลดีกว่าการบำบัดแบบ TAU ดังนั้น การบำบัดแบบ CBT จึงเป็นทางเลือกอย่างหนึ่งในการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์

2. ประสิทธิภาพการบำบัดแบบ CBT เปรียบเทียบกับแบบ Individual Psychoeducation มี 1 เรื่อง (Lechner et al., 2003)

เมื่อพิจารณาเปรียบเทียบด้านคุณภาพชีวิต (Quality of life, QOL) พบว่า

- หลังการบำบัดทั้งสองกลุ่ม (CBT, Individual Psychoeducation) มีคุณภาพชีวิตโดยรวมดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ
 - เมื่อแยกวิเคราะห์คุณภาพชีวิตในแต่ละรายด้านพบว่าทั้งสองกลุ่ม (CBT, Individual Psychoeducation) มีคุณภาพชีวิตด้าน cognitive functioning, health distress และ overall health perception เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ
 - เมื่อเปรียบเทียบผลของ group condition กับระยะเวลาพบว่าคุณภาพชีวิตด้าน mental health ของกลุ่ม CBT สูงกว่ากลุ่ม Individual psychoeducation อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ
- คือกลุ่ม CBT มีคะแนนเพิ่มขึ้นจาก 66.41 ก่อนการบำบัดเป็น 69.98 หลังการบำบัดในขณะที่กลุ่ม Individual psychoeducation พบว่าไม่มีความแตกต่างกัน

3. ประสิทธิภาพการบำบัดแบบ CBT เปรียบเทียบกับการบำบัดแบบ Social support group หรือ Peer support/ counseling (PSC) และ Treatment As Usual (TAU) มี 2 เรื่อง (Kelly et al., 1993; Molassiotis et al., 2002)

จากการเปรียบเทียบการบำบัดทั้ง 3 แบบ (CBT, PSC และ TAU) สามารถสรุปผลการศึกษานววิจัยได้ดังนี้

เมื่อพิจารณาผลลัพธ์ด้านภาวะซึมเศร้าพบว่าหลังการบำบัดกลุ่มที่ได้รับ CBT และกลุ่ม PSC มีอาการซึมเศร้าลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติและเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่ม TAU พบว่าภาวะซึมเศร้าลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทั้ง 2 เรื่อง (Kelly et al., 1993; Molassiotis et al., 2002)

เมื่อพิจารณาผลลัพธ์ด้าน Psychological functioning ของผู้ป่วยทั้งสามกลุ่ม พบว่ากลุ่ม CBT มี Psychological functioning ดีที่สุด รองลงมาคือกลุ่ม PSC และ TAU ตามลำดับ (Molassiotis et al., 2002)

เมื่อพิจารณาผลลัพธ์ของ mood disturbance ในแต่ละช่วงเวลาของทั้งสามกลุ่มพบว่าระดับของ mood disturbance และ uncertainty ของทั้งสามกลุ่ม (CBT, PSC และ TAU) ในช่วงเริ่มต้นบำบัดอยู่ในระดับสูง ส่วนคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง หลังการบำบัดทันที กลุ่ม CBT มีระดับ mood disturbance ลดลง และในกลุ่ม TAU มีการเปลี่ยนแปลงในส่วนของ mood states เล็กน้อยแต่ในกลุ่ม PSC พบ mood disturbance ในเกือบทุกประเด็นเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และในช่วงติดตาม (3 เดือนหลังบำบัด) พบว่ากลุ่ม CBT มีการลดลงเล็กน้อยในส่วนของ mood disturbance และพบการเปลี่ยนแปลงในส่วนของ mood disturbance ในกลุ่ม TAU ในขณะที่กลุ่ม PSC พบ mood disturbance มีการลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในเกือบทุกประเด็น (Molassiotis et al., 2002)

เมื่อพิจารณาผลลัพธ์ด้าน Immune system โดยใช้ค่าของ CD4 cell count พบว่าในช่วงเริ่มต้นบำบัดค่า CD4 cell count ของทั้งสามกลุ่มมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติคือก่อนบำบัดค่า CD4 cell count ของกลุ่ม TAU สูงกว่าของกลุ่ม CBT และกลุ่ม PSC แต่หลังบำบัดทันทีพบว่า ค่า CD4 cell count ของกลุ่ม CBT และกลุ่ม PSC เพิ่มขึ้นในขณะที่ค่า CD4 cell count ของกลุ่ม TAU ลดลง และช่วงติดตาม (6 เดือน) พบว่าค่า CD4 cell count ของกลุ่ม CBT และกลุ่ม PSC เพิ่มขึ้นในขณะที่กลุ่ม TAU ไม่เปลี่ยนแปลง (Molassiotis et al., 2002)

เมื่อพิจารณาผลลัพธ์ด้านอาการทางคลินิก (Clinical improvement) พบว่าประมาณ 2 ใน 3 ของผู้ป่วยกลุ่ม PSC มีการเปลี่ยนแปลงอาการทางคลินิกในเรื่อง ของ somatic symptom, depression, anxiety, hostility และ interpersonal sensitivity ดีขึ้น และ 86% ผู้ป่วยมีอาการทางคลินิกในเรื่องของ the global severity index ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในขณะที่ 2 ใน 3 ของกลุ่ม TAU มีอาการทางคลินิกในเรื่องของ somatization แย่ลง และมากกว่า 1 ใน 3 ของ

ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีอาการทางคลินิกที่แย่ลง ส่วนกลุ่มที่ได้รับการบำบัดแบบ CBT นั้นมีอาการทางคลินิกอยู่ในระดับปานกลางเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มอื่น (Kelly et al., 1993)

จากการศึกษาจะเห็นได้ว่าการบำบัดทั้งแบบ CBT และแบบ PST สามารถช่วยผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์มีการเปลี่ยนแปลงไปในทิศทางที่ดีขึ้นในเรื่องของ psychological functioning immune system ลด psychological distress เมื่อวิเคราะห์ความแตกต่างระหว่างการบำบัดแบบ CBT กับแบบ PST แล้วพบว่าไม่แตกต่างกันอย่างไร และเมื่อติดตามวัดในช่วงของการ follow-up ก็พบว่าผลของการให้ treatment ที่แตกต่างกันไม่มีผลต่อ outcomes measure อาจจะกล่าวได้ว่าการบำบัดทั้งแบบ CBT และ PST ให้ผลดีต่อผู้ป่วยไม่แตกต่างกัน แต่อย่างไรก็ดีการบำบัดแบบ CBT และ PST เป็นการบำบัดที่มีโครงสร้างที่แตกต่างกันและผลการศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาในต่างประเทศ ดังนั้นน่าจะมีการศึกษาเช่นเดียวกันนี้ในประเทศไทย

4. ประสิทธิภาพการบำบัดแบบ CBT เปรียบเทียบกับการบำบัดแบบ Experiential-oriented therapy (ET) และ Waiting-list control group มี 1 เรื่อง (Mulder, 1994)

เมื่อพิจารณาผลลัพธ์ทางด้านอารมณ์ (Affective stage) และ อาการด้านจิตใจ (Psychiatric symptoms) พบว่า

- หลังการบำบัดกลุ่มที่ได้รับการบำบัดแบบ CBT และกลุ่มที่ได้รับการบำบัดแบบ ET มีการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านอารมณ์และอาการทางจิตใจที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติและดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่ม TAU

- เมื่อพิจารณาเปรียบเทียบระหว่าง 2 กลุ่ม (CBT, ET) พบว่าไม่มีความแตกต่างกันทั้งด้านอารมณ์และอาการทางจิตใจในช่วงหลังการบำบัดและช่วงติดตาม

เมื่อพิจารณาผลลัพธ์ด้านการเผชิญกับสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด (coping) การรับรู้การสนับสนุนทางสังคม (social support) และการแสดงออกทางอารมณ์ (emotional expression) พบว่าหลังการบำบัดทั้งสามกลุ่ม (CBT, ET, WCG) ไม่มีความแตกต่างกันในเรื่องของการเผชิญกับสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด การรับรู้การสนับสนุนทางสังคมและการแสดงออกทางอารมณ์ และเมื่อพิจารณาถึงประโยชน์ของการบำบัดในแต่ละแบบจากผู้ป่วยพบว่าวิธีการบำบัดแบบ ET มีประโยชน์มากกว่าวิธีการแบบ CBT ในช่วงหลังการบำบัดทันทีแต่ไม่มีความแตกต่างกันในระยะติดตาม

5. ประสิทธิภาพของการบำบัดแบบ CBT ร่วมกับการรักษาด้วยยาต้านเศร้า มีจำนวน 1 เรื่อง (Lee et al., 1998) สรุปผลการศึกษาดังนี้ 1) ผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดแบบ CBT ร่วมกับการรักษาด้วยยาต้านเศร้ามีระดับซึมเศร้าลดลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติหลังการบำบัดทันทีและลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในระยะติดตาม 2) ระดับคะแนนเฉลี่ยของ GAS (The Global Assessment

Scale) มีคะแนนเพิ่มขึ้นจาก 57 ในช่วงเริ่มต้นเป็น 75 ในช่วงหลังการบำบัดและเพิ่มขึ้นเป็น 80 ในช่วงติดตาม 3) ในแง่ประโยชน์ของการบำบัดในช่วงติดตามมีการประเมินถึงประโยชน์ของการบำบัดแบบ CBT พบว่าการทำกลุ่มแบบ CBT มีประโยชน์ในประเด็นต่างๆ ได้แก่การทำกลุ่มช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกของการได้รับการสนับสนุนทางสังคม ได้เรียนรู้ว่าปัญหาที่เกิดขึ้นกับตัวเองก็เกิดกับบุคคลอื่นด้วย ซึ่งช่วยลดความรู้สึกโดดเดี่ยว ลดความอาย ลดการแยกตัว และช่วยให้เกิดการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ซึ่งกันและกันในการแก้ปัญหาหรือวิธีการในการแก้ไขปัญหา มีความรู้สึกเห็นใจกันซึ่งกันและกันในกลุ่มผู้ป่วย ซึ่งมีส่วนช่วยในเรื่องของความภาคภูมิใจในตนเองและช่วยในการรักษาตนเองด้วย

6. ประสิทธิภาพของการบำบัดแบบ CBT มี 2 เรื่อง (Rousaud, et al, 2007; Safren, et al. 2004) เป็นการศึกษาประสิทธิภาพของแบบ CBT โดยไม่มีการบำบัดเปรียบเทียบและสรุปผลการศึกษาดังต่อไปนี้

การปรับตัวทางจิตสังคม (psychosocial adjustment) พบว่าหลังรับการบำบัดกลุ่มที่บำบัดแบบ CBT มีการปรับตัวทางจิตสังคมโดยรวมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Rousaud et al, 2007)

เมื่อแยกวิเคราะห์การปรับตัวทางจิตสังคมในรายด้านพบว่าการปรับตัวจิตสังคมในทุกด้านเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ 1) ด้านภาวะสุขภาพ (Health care orientation) 2) ด้านอาชีพการงาน (Vocational environment) 3) ด้านสภาพแวดล้อมภายในบ้าน (Domestic environment) 4) ด้านสัมพันธ์ทางเพศ (Sexual relations) 5) ด้านสัมพันธ์กับครอบครัวขยาย (Extended family relationships) 6) ด้านสภาพแวดล้อมในสังคม (Social environment) และ 7) ด้านความไม่สุขสบายใจ (Psychosocial distress) (Rousaud et al, 2007)

เมื่อวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ของตัวแปรต่างๆ ที่มีผลต่อการปรับตัวทางจิตสังคม พบว่าช่องทางการได้รับเชื้อทางเพศสัมพันธ์ (sexual route of transmission) มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับสุขภาพที่ดีขึ้น (health care orientation) ระยะเวลาของการติดเชื้อ (time since HIV diagnosis) และการทำงาน (being employed) มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับด้านอาชีพการงาน (vocational environment) ชายรักชาย (MSM) มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับสัมพันธ์ทางครอบครัว (family relations) และการลดลงของจำนวน CD4 (lower CD4 count) กับการทำงาน (being employed) มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับสภาพแวดล้อมในสังคม (social environment) (Rousaud et al, 2007)

เมื่อศึกษาถึงตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อการปรับตัวทางจิตสังคมในด้านต่างๆ พบว่า 1) การจ้างงาน (employment) และระยะเวลาของการติดเชื้อ (time since HIV diagnosis) มีอิทธิพล

ต่อการปรับตัวทางจิตสังคมที่ดีขึ้นด้านอาชีพการงาน (vocational environment) 2) ช่องทางการได้รับเชื้อทางเพศสัมพันธ์ (sexual route of transmission) มีอิทธิพลต่อการปรับตัวทางจิตสังคมที่ดีขึ้นด้านภาวะสุขภาพ (health care) และ 3) CD4 count มีอิทธิพลต่อการปรับตัวทางจิตสังคมที่แยลงด้านสภาพแวดล้อมในสังคม (social environment) (Rousaud et al, 2007)

เมื่อพิจารณาผลลัพธ์รายกรณีศึกษา (case series) จำนวน 4 รายที่ได้รับการบำบัดแบบ CBT โดยวัดจาก self-reported adherence, adherence assessed with the electronic pill cap และระดับซึมเศร้าพบว่าหลังการบำบัดแบบ CBT ผู้ป่วยมีผลการรักษาที่ดีขึ้น คือมี adherence เพิ่มขึ้น มีระดับของอาการซึมเศร้าลดลงอย่างชัดเจนและมีผลของ viral load เปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้น (Safren, et al. 2004)

6.2 ข้อจำกัดในการศึกษา

ในการศึกษานี้มีข้อจำกัดดังต่อไปนี้

6.2.1 ไม่มีงานศึกษาวิจัยในประเทศไทยที่ตีพิมพ์เผยแพร่ที่จะนำมาใช้สังเคราะห์ในการศึกษานี้

6.2.2 มีงานวิจัยจำนวน 15 เรื่อง แต่มี Full text ที่สามารถเข้าถึงเพียง 11 เรื่อง เท่านั้น

6.2.2 งานวิจัยทั้ง 11 เรื่องเป็นการศึกษาในต่างประเทศทั้งหมด งานวิจัยส่วนใหญ่ไม่มีรายละเอียดของแต่ละกิจกรรมในโปรแกรม CBT ทำให้ไม่ทราบถึงรายละเอียดที่จะนำมาสังเคราะห์เกี่ยวกับกระบวนการที่ผู้บำบัดใช้ในแต่ละกิจกรรมได้

6.3 ข้อเสนอแนะ

1. การนำผลการศึกษาไปใช้ทางการแพทย์

จากการสังเคราะห์ผลการศึกษาการบำบัดทางพฤติกรรมปัญญาในผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ระยะเวลา ในแต่ละครั้ง 1 ชั่วโมงครึ่งถึง 2 ชั่วโมงครึ่ง ความถี่สัปดาห์ละครั้ง จำนวนครั้ง 7-20 ครั้ง ผลลัพธ์ของการบำบัดช่วยให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์มีการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้น ซึ่งจากการสังเคราะห์การศึกษาทั้งหมดพบว่าการเปรียบเทียบการบำบัดแบบ CBT กับการบำบัดรูปแบบอื่น การจะนำไปใช้นั้นก็มีข้อดีและข้อจำกัดที่แตกต่างกัน ดังนี้

การบำบัดโดยรูปแบบ Cognitive Behavior Therapy (CBT) เมื่อเปรียบเทียบกับ Standard care (การบำบัดตามปกติที่เป็นมาตรฐานของสถาบัน) พบว่าการบำบัดแบบ CBT มีผลช่วยให้ผู้ป่วยมีกลยุทธ์ในการปรับตัวในการรับมือกับสถานการณ์อย่างต่อเนื่อง (Coping strategies) ประสิทธิภาพความร่วมมือในการรับมือกับสถานการณ์เพิ่มขึ้น ด้านจิตสังคมการบำบัดแบบ CBT ช่วยผู้ป่วยให้มีความพึง

พอใจในชีวิต ภาวะซึมเศร้าลดลง และควบคุมอารมณ์และพฤติกรรมได้ดีขึ้น มีการปรับตัวต่อสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดอย่างเหมาะสม ซึ่งได้แก่ มีการปรับมุมมองในทางบวก การยอมรับและมี active coping รวมทั้งการสนับสนุนทางสังคมที่มาจากการรับรู้สัมพันธภาพทางสังคมของตนเองในด้านต่างๆ เมื่อพิจารณาผลการบำบัดโดยรวมจะเห็นได้ว่าการบำบัดแบบ CBT ให้ผลดีกว่าการบำบัดแบบ TAU ดังนั้น การบำบัดแบบ CBT จึงเป็นทางเลือกอย่างหนึ่งในการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์

เมื่อการบำบัดแบบ CBT เปรียบเทียบกับ Individual Psychoeducation พบว่าทั้ง CBT และ Individual Psychoeducation มีส่วนช่วยให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น แต่การบำบัดแบบ CBT เห็นผลด้านสุขภาพจิต (mental health) ได้ชัดเจนกว่า อย่างไรก็ตาม องค์กรบำบัดแบบ CBT ผู้บำบัดจำเป็นต้องมีประสบการณ์งานทางคลินิก และมีประสบการณ์ในการทำ CBT ดังนั้นในสถาบันที่ให้การดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้จึงน่าจะมีการนำการบำบัด CBT ไปใช้ โดยจะต้องมีการเตรียมความพร้อมของบุคลากรที่จะมีหน้าที่รับผิดชอบการบำบัด

จากการบำบัดแบบ CBT เมื่อเปรียบเทียบกับการบำบัดแบบ Social support group หรือ Peer support/ counseling (PSC) พบว่าทั้งแบบ CBT และแบบ PSC ช่วยผู้ป่วยให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ลดความรู้สึกไม่สุขสบายใจ (Psychologic distress) ลดอาการซึมเศร้า โดยเฉพาะอย่างยิ่งการทำกลุ่มโดยใช้ social support ได้ผลดีในการลดปัญหาทางด้านจิตใจ (psychiatric symptom) และวิตกกังวล ในขณะที่แบบ CBT ก็มีผลดีคือช่วยผู้ป่วยให้มีการใช้สารเสพติดลดลงได้

เมื่อเปรียบเทียบการบำบัดแบบ CBT และ Experimental group psychotherapy(ET) กับ Waiting-list control group (WCG) พบว่าทั้งสองวิธีช่วยลดความกังวลใจอย่างมีนัยสำคัญเมื่อเปรียบเทียบกับ WCG และไม่มีความแตกต่างกันระหว่างการบำบัดแบบ CBT และ ET แต่เมื่อพิจารณาถึงประโยชน์ของแต่ละวิธีการพบว่า ET มีประโยชน์มากกว่า CBT หลังบำบัดทันที แต่ไม่มี ความแตกต่างกันในระยะติดตาม อาจกล่าวได้ว่าทั้ง CBT และ ET ให้ผลดีต่อผู้ป่วยไม่แตกต่างกัน แต่อย่างไรก็ดีการบำบัดทั้งสองรูปแบบนี้แตกต่างกันวิธีการและกระบวนการบำบัด พยาบาลจิตเวชที่ปฏิบัติงานด้านการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์จำเป็นต้องได้รับการอบรมเกี่ยวกับการบำบัดในแต่ละรูปแบบและต้องมีส่วนร่วมในการทำงานกับผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าว

ดังนั้นการบำบัดแบบ CBT จึงเป็นอีกแนวทางหนึ่งที่พยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชสามารถนำไปใช้ในการบำบัดผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ อันจะส่งผลให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจในเรื่องโรคและการดูแลรักษา ผลลัพธ์ของการบำบัดช่วยให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์มีอาการซึมเศร้าลดลง ป้องกันการกลับเป็นซ้ำของภาวะซึมเศร้า ลดความรู้สึกไม่สุขสบายใจ (Psychologic distress) ช่วยให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการปรับตัว ช่วยเสริมสร้างให้ผู้ป่วยมีความ

ร่วมมือในการรักษาเพิ่มมากขึ้น สามารถเผชิญกับภาวะเครียดและมีวิธีการจัดการกับความเครียดได้อย่างเหมาะสม และรับรู้ถึงแรงสนับสนุนทางสังคมเพิ่มมากขึ้น มีผลการปรับตัวทางจิตสังคมที่ดีขึ้น เกิดความผาสุกและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น แต่ทั้งนี้ผู้บำบัดต้องมีการศึกษาแนวคิด กระบวนการ ตลอดจนเทคนิคการบำบัดให้มีความรู้ความเข้าใจ และมีการฝึกฝนให้เกิดความชำนาญก่อนจึงจะสามารถนำไปใช้บำบัดผู้ป่วยได้ อย่างไรก็ตามผลการศึกษาส่วนใหญ่ที่นำมาสังเคราะห์ครั้งนี้เป็นการศึกษาในต่างประเทศ ดังนั้นจึงควรที่จะมีการประยุกต์ใช้การบำบัดแบบ CBT ในสังคมไทยให้มากยิ่งขึ้นและเปรียบเทียบกับวิธีการบำบัดแบบอื่นเพื่อเป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ประกอบการพิจารณาเลือกใช้การบำบัดให้เหมาะสมในแต่ละสถานที่ (setting) ต่อไป

2. ข้อเสนอแนะในการศึกษาวิจัยครั้งต่อไป

2.1 จากการศึกษาถึงประสิทธิผลพบว่าวิธีการบำบัดแบบ CBT เป็นวิธีการบำบัดแบบหนึ่งที่ใช้ได้ผลดีในผู้คิดเชื้อเฮซไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ซึ่งในประเทศไทยมีผู้คิดเชื้อเฮซไอวีและผู้ป่วยเอดส์จำนวนมากแต่มีการศึกษาวิจัยด้านนี้น้อย ดังนั้นควรมีการศึกษาวิจัยให้มากขึ้นเพื่อเป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ และควรศึกษาเพิ่มเติมถึงปัจจัยที่สนับสนุนอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับการบำบัด CBT ในผู้คิดเชื้อเฮซไอวีและผู้ป่วยเอดส์ในบริบทสังคมไทย

2.2 จากการศึกษาการบำบัดแบบ CBT เปรียบเทียบกับ ET พบว่า ทั้งสองวิธีให้ผลลัพธ์ที่ดี แต่อย่างไรก็ดีผลที่ได้มีการศึกษาเพียงเรื่องเดียวในต่างประเทศ ดังนั้นจึงควรมีการศึกษารูปแบบนี้เพิ่มขึ้น อันจะทำให้เกิดความรู้ความเข้าใจและนำมาใช้ดูแลผู้คิดเชื้อเฮซไอวีและผู้ป่วยเอดส์ให้มีประสิทธิภาพต่อไป

2.3 ในโรงพยาบาลชุมชนมีผู้คิดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบประสิทธิผลของการบำบัด แบบ CBT และการบำบัดแบบอื่นๆ เพื่อนำไปประยุกต์ใช้ให้เหมาะสมกับสภาพสังคมสิ่งแวดล้อมในชุมชนนั้น

การบำบัดทางพฤติกรรมปัญหาในผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์: การสังเคราะห์งานวิจัย
COGNITIVE BEHAVIORAL THERAPY AMONG PATIENTS WITH HIV/AIDS:
RESEARCH SYNTHESIS

นิตยา จันทร์ฤกษ์ 4836257 RAMH/ M

พย.ม. (การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช)

คณะกรรมการที่ปรึกษาสารนิพนธ์: พชรินทร์ นันทจันทร์, Ph.D. (Nursing), โสภณ แสงอ่อน, Ph.D. (Nursing)

บทสรุปแบบสมบูรณ์

บทนำ

โรคเอดส์ (Acquired Immunodeficiency Syndrome, AIDS) เป็นโรคติดต่อที่ร้ายแรงและเรื้อรัง ก่อให้เกิดความเครียดทั้งต่อร่างกายและต่อจิตใจ นำมาซึ่งความรู้สึกโศกเศร้า สูญเสียความมีคุณค่าในตนเองลดลง และถูกตีตราจากสังคม (Faugier, 1993; LaSelle & LaSelle, 2001; Taylor, 1999) การติดเชื้อเอชไอวีเป็นการติดเชื้อแบบถาวรตลอดชีวิต ซึ่งปัจจุบันยังไม่มียารักษาให้หายขาด แต่ฤทธิ์ของยาต้านไวรัสช่วยลดจำนวนเชื้อโรค ช่วยยืดอายุ ลดการเจ็บป่วย และลดอัตราการเสียชีวิต ทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น การรักษาด้วยยาต้านไวรัสจึงเป็นความหวังของผู้ป่วยเอดส์ (Chandra et al, 2005) แต่ประสิทธิภาพของการรักษาดังกล่าวจำเป็นต้องอาศัยการให้ความร่วมมือต่อการรักษา (good adherence) ของผู้ป่วย (สัณชัย ชาสมบัติ และชีวันนัท เลิศพิริยสุวัฒน์, 2547)

ปัจจุบันการแพร่ระบาดของโรคเอดส์ ยังคงมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ สถิติผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยโรคเอดส์จากรายงานสถานการณ์เอดส์ทั่วโลก ในเดือนธันวาคม พ.ศ. 2009 โดย The Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS) and World Health Organization (WHO) พบว่ามีจำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีทั่วโลกประมาณ 33.4 ล้านคน เป็นผู้ใหญ่ประมาณ 31.3 ล้านคน ผู้หญิงที่ติดเชื้อประมาณ 15.7 ล้านคน เด็กอายุต่ำกว่า 18 ปี ประมาณ 2.1 ล้านคน ผู้ติดเชื้อเอชไอ

วีและผู้ป่วยเอดส์ส่วนใหญ่เป็นประชากรในประเทศกำลังพัฒนา (UNAIDS/ WHO, 2009) สำหรับสถานการณ์เอดส์ในประเทศไทยนั้น จากข้อมูลสำนักกระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ได้รับรายงานจากโรงพยาบาลในสังกัดของรัฐและเอกชนทั่วประเทศรายงานว่า ตั้งแต่ พ.ศ. 2527 จนถึงวันที่ 31 ธันวาคม 2552 พบว่ามีผู้ป่วยเอดส์ทั่วประเทศรวมทั้งสิ้น 359,807 ราย และมีผู้เสียชีวิต 96,067 ราย ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นประชากรกลุ่มวัยทำงาน โดยพบมากที่สุดในกลุ่มอายุ 30-34 ปี คิดเป็นร้อยละ 24.96 (สำนักกระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค, 2552)

การติดเชื้อเอชไอวีหรือการป่วยเป็นโรคเอดส์นับเป็นวิกฤติที่รุนแรงของชีวิตก่อให้เกิดความเครียดเรื้อรังตั้งแต่เริ่มตรวจพบการติดเชื้อไปจนตลอดชีวิต ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ต้องเผชิญกับผลกระทบต่างๆ ทั้งด้านร่างกาย จิตใจและสังคม (ปิยะรัตน์ นิลอัยกา, 2537; สุทธิพร ธนศิลป์, 2538) สำหรับผลกระทบด้านร่างกายนั้น เมื่อร่างกายได้รับเชื้อเอชไอวีจะส่งผลทำให้ระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายเสื่อมลงโดยในระยะแรกอาจไม่แสดงอาการแต่ต่อมาเมื่อมีการเจริญและขยายจำนวนเชื้อเพิ่มมากขึ้น ภูมิคุ้มกันของร่างกายเสื่อมลง ร่างกายทรุดโทรม เกิดภาวะแทรกซ้อนติดเชื้อได้ง่าย ผู้ป่วยจะเสียชีวิตในที่สุด (ปิยะรัตน์ นิลอัยกา, 2537) อย่างไรก็ตามในปัจจุบันแนวโน้มของผู้ป่วยเอดส์และผู้เสียชีวิตด้วยโรคเอดส์ลดลงจากอดีตที่ผ่านมา เนื่องจากวิวัฒนาการการรักษาผู้ป่วยเอดส์ด้วยยาต้านไวรัส ช่วยให้ผู้ป่วยมีชีวิตที่ยืนยาวและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ประเทศไทยการให้บริการยาต้านไวรัสใน ปี พ.ศ.2534 มียาต้านไวรัสเพียง 1-2 ชนิดจนกระทั่งปี พ.ศ. 2547 ได้มีการขยายโครงการการเข้าถึงบริการยาต้านไวรัสระดับชาติสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ และให้การรักษาผู้ป่วยด้วยยาต้านไวรัสแบบ 3 ชนิดขึ้นไปแบบ HAART (Highly Active Antiretroviral Therapy) (สัญญา ขาสมบัติ และชีวันนัท เลิศพิริยสุวัฒน์, 2547) ส่วนผลกระทบด้านจิตใจและสังคมนั้น การติดเชื้อเอชไอวีถือเป็นการทำลายความหวังและแผนการดำเนินชีวิต (Ripich, 1993 อ้างในรัศมี วิบูลย์กุล, 2542) เมื่อบุคคลรับทราบผลตรวจการติดเชื้อ ในระยะแรกบุคคลจะเกิดปฏิกิริยาตอบสนองคล้ายคลึงกับปฏิกิริยาของผู้ป่วยโรคร้ายแรงอื่นๆ แต่จะมีความซับซ้อนมากกว่า โดยปฏิกิริยาตอบสนองที่พบบ่อย ได้แก่ ซ็อก ปฏิเสธความจริง โกรธ วิตกกังวล สับสน รู้สึกผิด ซึมเศร้า หมดหวัง ซึ่งอาจรุนแรงถึงขั้นเป็นความผิดปกติทางจิตเวช (psychiatric disorder) หรือบางรายอาจมีความคิดฆ่าตัวตาย / พยายามฆ่าตัวตาย (ธนา นิลชัยโกวิท, 2537; ศันสนีย์ สมิตะเกษตริน, 2542; Frost, 1993)

ผู้ติดเชื้อเอชไอวี ในระยะที่ยังไม่ปรากฏอาการของโรคเอดส์ จะต้องเผชิญกับความรู้สึกไม่แน่นอน ไม่สามารถคาดการณ์ในสิ่งที่จะเกิดขึ้นกับตนเองได้ (กนกเลขา แก้วสว่าง, 2540) ส่งผลทำให้เกิดความรู้สึกวิตกกังวล หวั่นไหว โศกเศร้า และสูญเสีย (ปิยะรัตน์ นิลอัยกา, 2537; Cook, 1991) นอกจากนี้ผู้ที่ติดเชื้อเอชไอวีหรือผู้ที่ป่วยเป็นโรคเอดส์ยังถูกสังคมตีตราว่าเป็นคนเลว ผิด

ศีลธรรม และเป็นอันตรายต่อสังคม เนื่องจากภาพลักษณ์และผูกติดความคิดไว้กับการค้นพบโรคเอดส์ครั้งแรกที่พบในกลุ่มรักร่วมเพศ กลุ่มผู้ใช้สารเสพติด และกลุ่มผู้ให้บริการทางเพศ (LaSelle & LaSelle, 2001) การตีตราของสังคมนี้ นำมาซึ่งความคิดและความรู้สึกในทางลบที่มีต่อตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ (Cook, 1991) ซึ่งจากการศึกษาของแน่งน้อย ย่านวารี (2536) ก็พบว่าผู้ป่วยเอดส์มีความคิดว่าความเจ็บป่วยเป็นความผิดของตนเอง มองว่าการติดเชื้อเอชไอวีทำให้ตนเองต้องประสบกับเรื่องเลวร้าย เกิดความคิดในเชิงลบต่อตนเองส่งผลให้สภาพจิตใจของผู้ติดเชื้อเอชไอวีอยู่ในสภาพท้อแท้ สิ้นหวัง หดหู่กำลังใจ เกิดภาวะซึมเศร้า หรือเกิดความคิดฆ่าตัวตาย และจากการศึกษาในต่างประเทศก็พบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์มักจะมีความคิด ความเชื่อทางลบทั้งต่อตนเองและต่ออนาคต (Taylor, 1999) ซึ่งความคิดความเชื่อในทางลบดังกล่าวนี้เป็นสาเหตุของการเกิดภาวะซึมเศร้า อันเป็นปัญหาทางสุขภาพจิตที่พบได้มากที่สุด chez ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ (Chandra et al, 2005; Cook, 1991) ดังการศึกษาของวาเลนเทร์ (Valente, 2003) ที่พบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์มีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 22-32 และภาวะซึมเศร้านี้นอกจากจะส่งผลให้การดำเนินโรคของผู้ป่วยเร็วขึ้นแล้วยังส่งผลต่อความมือในการรักษา (Adherence) อีกด้วย ซึ่งจันดา และคณะ (Chandra et al., 2005) ให้ความเห็นไว้ว่าภาวะซึมเศร้าเป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีละเลยเรื่องการดูแลสุขภาพทางกายและให้ความร่วมมือต่อการรักษาลดลง (poor compliance) การดูแลเพื่อให้ผู้ป่วยเอดส์ มีความร่วมมือต่อการรักษา (Adherence) นั้น นับว่ามีความสำคัญและจำเป็นอย่างยิ่งเพราะการติดเชื้อเอชไอวีเป็นการติดเชื้อถาวรคือตลอดชีวิต ยังไม่มียารักษาให้หายขาด เป้าหมายในการรักษาด้วยยาต้านไวรัสนั้นเพื่อลดจำนวนเชื้อเอชไอวีในร่างกายให้มีปริมาณที่ต่ำมากที่สุดและนานที่สุด ช่วยให้อายุขัยมีระดับภูมิคุ้มกันที่สูงขึ้น ชะลอการดำเนินของโรค มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ลดอัตราการป่วยและการเสียชีวิต (กระทรวงสาธารณสุข กรมควบคุมโรค สำนักโรคเอดส์ วัณโรคและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์, 2552)

การพยาบาลด้านจิตสังคมในผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์นั้นมีความสำคัญและมีความจำเป็นอย่างยิ่ง เนื่องจากสภาพปัญหาของผู้ป่วยในแต่ละระยะจะมีความแตกต่างกันออกไป ดังนั้นการพยาบาลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์จึงเน้นการพยาบาลแบบองค์รวม (holistic) และต้องคำนึงถึงความร่วมมือของผู้ป่วยเป็นหลัก (ชนา นิลชัยโกวิทย์, 2537; LaSelle & LaSelle, 2001) ซึ่งการพยาบาลด้านจิตสังคมนั้นมีหลายรูปแบบได้แก่ 1) การให้การปรึกษา (Counseling) 2) กลุ่มช่วยเหลือกันเอง (Self Help Group) 3) กลุ่มสุขภาพจิตศึกษา (Psycho-educational Group) และ 4) จิตบำบัด (Psychotherapy) ซึ่งประกอบด้วยจิตบำบัดรายบุคคลและรายกลุ่ม ส่วนชนิดของจิตบำบัดนั้นก็ขึ้นอยู่กับทฤษฎีพื้นฐานที่ใช้ เช่น จิตบำบัดแบบประคับประคอง (Supportive Psychotherapeutic Group) จิตบำบัดทางพฤติกรรมปัญญา (Cognitive Behavioral Therapy, CBT)

เป็นต้น (ธนา นิลชัยโกวิทย์, 2537; Frost, 1993; LaSelle & LaSelle, 2001) ซึ่งจากการศึกษาที่ผ่านมา ก็พบว่าการนำการบำบัดแบบ CBT มาใช้ในการให้การบำบัดผู้ติดเชื่อเฮโรอีนและผู้ป่วยเอดส์ได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Dobkin & Costa, 2000; Safren et al., 1999) ดังนั้นการบำบัดแบบ CBT จึงเป็นการบำบัดทางจิตสังคมอย่างหนึ่งที่มีความสำคัญอย่างยิ่งที่พยาบาลจะนำมาใช้ในการให้การดูแลผู้ติดเชื่อเฮโรอีนและผู้ป่วยเอดส์

การบำบัดทางพฤติกรรมปัญญา (CBT) เป็นจิตบำบัดซึ่งมีแนวคิดมาจาก Cognitive Theory เป็นการบำบัดที่มีโครงสร้าง เป้าหมาย และทิศทางในการบำบัดชัดเจน ใช้ระยะเวลาสั้น บำบัดได้ทั้งรายบุคคลและรายกลุ่ม (Thompson, McGee & Thompson, 2003) โดยมีแนวคิดหลัก ว่า อารมณ์และพฤติกรรมของบุคคลเป็นผลมาจากความคิด เป้าหมายของการบำบัด คือการปรับเปลี่ยนความคิดที่ไม่เหมาะสม (dysfunctional thought) ความคิดอัตโนมัติ (automatic thought) ที่บิดเบือนความเชื่อที่ฝังลึกในจิตใจ (core beliefs) ให้เป็นความคิดที่สมเหตุสมผลและเหมาะสม ทำให้ผู้รับการบำบัดได้เข้าใจสถานการณ์ที่เกิดขึ้นต่างๆ ตามความเป็นจริง เรียนรู้ที่จะจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นอย่างถูกต้องและเหมาะสม นอกจากการปรับเปลี่ยนความคิดแล้วยังนำเทคนิคการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมาใช้เพื่อลดพฤติกรรมที่เป็นปัญหาและเพิ่มพฤติกรรมที่เหมาะสม การที่บุคคลมีปรับตัวได้คตินั้นจะต้องเป็นผู้ที่ยอมรับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นจริงและสามารถคิด พิจารณาประเมินสถานการณ์ที่เกิดขึ้นได้ตรงตามความเป็นจริง ในทางตรงกันข้ามบุคคลที่มีการปรับตัวไม่ดีหรือมีความผิดปกติทางจิตมักจะมีความคิดที่บิดเบือนจากความเป็นจริง มีความคิดทางลบในทุกด้าน ทั้งความคิดด้านลบต่อตนเอง ต่อเหตุการณ์ต่างๆ ต่อโลกภายนอก และต่ออนาคตของตนเองด้วย ซึ่งความคิดทางลบดังกล่าวจะก่อให้เกิดภาวะซึมเศร้าและปัญหาสุขภาพจิตอื่นๆ ตามมา โดยที่กระบวนการบำบัดทางพฤติกรรมปัญญานั้นก็ประกอบด้วย การประเมินทางปัญญา และการเลือกเทคนิคทางปัญญาและเทคนิคปรับพฤติกรรมมาใช้ ในการปรับเปลี่ยนความคิดที่บิดเบือนจากความเป็นจริงให้เป็นความคิดที่สมเหตุสมผลตามความเป็นจริง (จันทิมา องค์ไวยมิต, 2545; สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2550; อรพรรณ ลือบุญรัชชัย และ พิรพนธ์ ลือบุญรัชชัย, 2548; Beck, 1995; Thompson, McGee & Thompson, 2003)

สำหรับการบำบัดทางพฤติกรรมปัญญา (CBT) ในผู้ติดเชื่อเฮโรอีนและผู้ป่วยเอดส์นั้น มีจุดมุ่งหมายสองประการ คือ 1) เพื่อการป้องกันและลดพฤติกรรมเสี่ยงจากการติดเชื่อทางเพศสัมพันธ์ และ 2) เพื่อการบำบัดรักษาผู้ติดเชื่อเฮโรอีนและผู้ป่วยเอดส์ จุดมุ่งหมายประการแรก คือเพื่อการป้องกันหรือลดพฤติกรรมเสี่ยงจากการติดเชื่อทางเพศสัมพันธ์นั้น ผลการศึกษาของ Kelly และ Murphy (1992, cited in Hollon & Beck, 1994) ที่นำโปรแกรมการบำบัดแบบ CBT ซึ่งประกอบด้วย การมีต้นแบบ (model) การให้ฝึกปฏิบัติซ้ำๆ และการฝึกทักษะการจัดการกับปัญหา มาใช้กับกลุ่มเกย์

(gay) จำนวน 12 ครั้ง พบว่ากลุ่มเกย์มีพฤติกรรมเสี่ยงจากการติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ลดลง ส่วนจุดมุ่งหมายประการที่สอง คือเพื่อการบำบัดรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ จากการศึกษาของ Perry และคณะ (1991 cite in Hollon & Beck, 1994) ที่นำรูปแบบการบำบัด CBT โดยใช้วิธีการผสมผสานระหว่างการฝึกจัดการกับความเครียด (stress inoculation training) และการบำบัดทางปัญญา (cognitive therapy) มาใช้กับผู้ติดเชื้อเอชไอวี ก็พบว่าการบำบัดแบบ CBT ช่วยป้องกันและลดความไม่สบายใจในผู้ติดเชื้อเอชไอวีได้ ส่วน Dobkin และ Costa (2000) ก็รายงานถึงผลของ CBT ในผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ว่า การบำบัดแบบ CBT ช่วยเพิ่มความสามารถในการปรับตัวกับผลตรวจวินิจฉัยและทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีภาวะด้านจิตใจที่ดีขึ้น ซึ่งร่างกายและจิตใจนั้นมีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน นอกจากนี้การศึกษาของ Safren และ คณะ (1999) ก็พบว่าวิธีการบำบัดแบบ CBT ทำให้ผู้ป่วยมีความร่วมมือในการกินยาดี จะเห็นได้ว่าการบำบัดทางพฤติกรรมปัญญา (CBT) นั้นเป็นการบำบัดรูปแบบหนึ่งที่ช่วยผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ในด้านเพิ่มความสามารถในการปรับตัวกับผลตรวจวินิจฉัย ลดความไม่สบายใจ เพิ่มความร่วมมือในการรักษา มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น (Hollon & Beck, 1994; Dobkin & Costa, 2000; Safren; 1999) ผู้ศึกษาในฐานะพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชน ซึ่งรับผิดชอบดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชรวมถึงผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลและที่อยู่ในชุมชน จึงมีความสนใจที่จะศึกษา รวบรวม วิเคราะห์ สังเคราะห์ งานวิจัยที่เกี่ยวกับการบำบัดทางพฤติกรรมปัญญาในผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ซึ่งจะช่วยให้ผู้ศึกษามีความรู้ ความเข้าใจ และนำองค์ความรู้ไปประยุกต์ใช้ในการให้การพยาบาลผู้ป่วยกลุ่มนี้ให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้นต่อไป

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

เพื่อสังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการบำบัดทางพฤติกรรมปัญญา (CBT) ในผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ในประเด็นประสิทธิผลของการบำบัดแบบ CBT เมื่อเปรียบเทียบกับรูปแบบอื่น

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

ได้องค์ความรู้เกี่ยวกับการบำบัดทางพฤติกรรมปัญญาในผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ที่จะนำไปประยุกต์ใช้ในการพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพ

นิยามศัพท์

ผู้ติดเชื้อเอชไอวี หมายถึงผู้ที่ได้รับเชื้อไวรัสเอชไอวี ซึ่งได้รับการวินิจฉัยจากการตรวจเลือดพบเชื้อไวรัสเอชไอวีอยู่ในร่างกาย โดยยังไม่พบข้อบ่งชี้ว่ามีอาการสัมพันธ์กับเอดส์หรือเป็นเอดส์เต็มขั้น

ผู้ป่วยเอดส์ หมายถึงผู้ที่มีผลการตรวจเลือดพบเชื้อไวรัสเอชไอวีอยู่ในร่างกาย และมีอาการสัมพันธ์กับเอดส์หรือมีอาการอย่างใดอย่างหนึ่ง ตามการแบ่งระยะการดำเนินโรคตามเกณฑ์ของศูนย์ควบคุมโรคติดต่อและป้องกันของสหรัฐอเมริกา (Center for Disease Control and Prevention, 1992) หรือตามนิยามผู้ป่วยเอดส์ที่ใช้ในการเฝ้าระวังโรคของกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2547

การบำบัดทางพฤติกรรมปัญญา หมายถึงการบำบัดที่ใช้กระบวนการและเทคนิคมาปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติ (Automatic thoughts) ที่บิดเบือน ความเชื่อที่ฝังลึกภายในจิตใจ (Core beliefs) ให้เป็นความคิดที่สมเหตุสมผลและเหมาะสม ทำให้ผู้รับการบำบัดได้เข้าใจสถานการณ์ที่เกิดขึ้นต่างๆ ตามความเป็นจริง เรียนรู้ที่จะจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม นอกจากการปรับเปลี่ยนความคิดแล้ว ยังนำเทคนิคการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมาใช้เพื่อลดพฤติกรรมที่เป็นปัญหาและเพิ่มพฤติกรรมที่เหมาะสม

แนวทางการประเมินงานวิจัยเพื่อการนำไปใช้

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อทบทวนและสังเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการบำบัดทางพฤติกรรมปัญญา (CBT) ในผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ซึ่งมีการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ (Systematic Review) ดังต่อไปนี้ประกอบด้วยขั้นตอนดังต่อไปนี้คือ (Polit & Hungler, 1997)

1. การสืบค้นงานวิจัยและหลักฐานอ้างอิงทางวิชาการเพื่อการทบทวน (Search for information sources) ประกอบด้วย
 - 1.1 แหล่งข้อมูลงานวิจัย (Data source)
 - 1.2 คำสำคัญในการสืบค้น (Key word)
 - 1.3 เกณฑ์การคัดเลือกงานวิจัย (Inclusion criteria)
2. แนวทางในการวิเคราะห์งานวิจัยและหลักฐานอ้างอิงทางวิชาการ ประกอบด้วย
 - 2.1 การประเมินคุณภาพงานวิจัย (Evaluation of research quality)
 - 2.2 การกลั่นกรองข้อมูลจากงานวิจัย (Data extraction)

การสืบค้นงานวิจัยและหลักฐานอ้างอิงทางวิชาการเพื่อการทบทวน (Search for information sources)

1. แหล่งข้อมูลงานวิจัย (Data source) แหล่งข้อมูลที่ใช้ในการสืบค้นทรัพยากรสารสนเทศ (Information Resource) มาจากวัสดุตีพิมพ์ผลงานวิจัยทั้งในประเทศและต่างประเทศ โดยสืบค้นงานวิจัยและหลักฐานอ้างอิงทางวิชาการดังกล่าวด้วยตนเองและจากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ (Electronic Resource) ดังนี้

1) สืบค้นงานวิจัยและหลักฐานอ้างอิงทางวิชาการในประเทศไทยจากฐานข้อมูลของห้องสมุดมหาวิทยาลัยมหิดล (Mulinet) ห้องสมุดมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ (Lib.Cmu) ห้องสมุดมหาวิทยาลัยขอนแก่น (Lib.kku) ห้องสมุดมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ (nur.psu) ห้องสมุดจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย (Lib.care.chula) ห้องสมุดมหาวิทยาลัยบูรพา (Lib. Buu) สำนักบรรณวิทยากรมควบคุมโรคติดต่อ (ddc.moph) และกรมสุขภาพจิต (dmh.)

2) สืบค้นงานวิจัยจากฐานข้อมูลทางการแพทย์และการพยาบาลที่สำคัญ ได้แก่ CINAHL, PubMed, Sciencedirect, ovid และ Proquest

3) สืบค้นงานวิจัยและหลักฐานอ้างอิงทางวิชาการ โดยการค้นคว้าด้วยตนเองจากห้องสมุดของมหาวิทยาลัยต่างๆ เช่นห้องสมุดมหาวิทยาลัยมหิดล ห้องสมุดมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ห้องสมุดกรมสุขภาพจิต เป็นต้น นอกจากนี้ได้สืบค้นจากบรรณานุกรมท้ายบทของงานวิจัยแต่ละเรื่องแล้วนำไปค้นหา full text ต่อไป

2. กำหนดคำสำคัญในการสืบค้น (Key word) คำสำคัญที่ใช้ในการสืบค้นงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับปัญหาที่สนใจ ได้แก่ AIDS, HIV, Acquired Immunodeficiency syndrome, Cognitive Therapy, Cognitive Behavioral Therapy, HIV and Cognitive Therapy , AIDS and Cognitive Therapy, HIV and Cognitive Behavioral Therapy , AIDS and Cognitive Behavioral Therapy, เอชไอวี เอดส์ การบำบัดทางปัญญา และการบำบัดทางพฤติกรรมปัญญา

3. เกณฑ์การคัดเลือกงานวิจัย (Inclusion criteria) ใช้เกณฑ์ในการพิจารณาคัดเลือกงานวิจัย ดังนี้

1) ชนิดของการจัดกระทำ (Intervention) ต้องเป็นงานวิจัยที่ศึกษาการบำบัดทางพฤติกรรมปัญญา

2) ชนิดของกลุ่มตัวอย่างในงานวิจัย พิจารณาจากการคัดเลือกงานวิจัยที่ศึกษาในผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์

3) ชนิดหรือประเภทของหลักฐานหรืองานวิจัย พิจารณางานวิจัยเชิงทดลองที่มีการออกแบบชนิดสุ่มเข้ากลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง (RCT) งานวิจัยเชิงกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research)

4) เป็นงานวิจัยที่สามารถหา Full Text ได้

แนวทางในการวิเคราะห์งานวิจัยและหลักฐานอ้างอิงเชิงวิชาการ

จากการทบทวนวรรณกรรมและสืบค้นหาหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้องกับการบำบัดทางพฤติกรรมปัญญา (CBT) ในผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์มีงานวิจัยที่เข้าเกณฑ์และนำมาวิเคราะห์สังเคราะห์ทั้งสิ้น 11 เรื่อง โดยที่แนวทางในการวิเคราะห์และสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์มีดังนี้

1. เกณฑ์การประเมินคุณภาพงานวิจัย (Evaluation of research quality) ใช้หลักเกณฑ์การประเมินคุณภาพระดับงานวิจัยของราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย (2544) ซึ่งแบ่งระดับหลักฐานอ้างอิงทางวิชาการ (level of evidence) เป็น 4 ระดับ ดังนี้

Level A หมายถึงหลักฐานที่ได้จากงานวิจัยที่เป็น meta-analysis ของงานวิจัยที่เป็น randomized controlled trials หรืองานวิจัยเดี่ยวที่เป็น randomized controlled trials

Level B หมายถึงหลักฐานที่ได้จากงานวิจัยที่เป็น meta-analysis ของงานวิจัยที่ออกแบบเป็น randomized controlled trials อย่างน้อย 1 เรื่อง หรือหลักฐานที่ได้จากงานวิจัยที่มีการออกแบบรัดกุม แต่เป็นงานวิจัยกึ่งทดลองหรืองานวิจัยเชิงทดลองที่ไม่มีการสุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มได้แก่ non-randomized controlled trials, cohort-study, case control study

Level C หมายถึงหลักฐานที่ได้จากงานวิจัยที่เป็นงานเปรียบเทียบหาความสัมพันธ์หรือเป็นงานวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive study)

Level D หมายถึงหลักฐานที่ได้จากความคิดเห็นจากผู้เชี่ยวชาญ (Expert consensus) งานวิจัยที่สืบค้นได้ 11 เรื่องมีงานวิจัยระดับ A จำนวน 8 เรื่อง และเป็น ระดับ B จำนวน 3 เรื่อง

2. การดึงข้อมูลจากงานวิจัย (Data extraction) ในการทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบทั้ง 11 เรื่องนี้ ได้กำหนดขอบเขตของข้อมูลที่จะสกัดออกมาจากงานวิจัยดังนี้ คือ 2.1 วัตถุประสงค์ของงานวิจัย (Purpose) 2.2 แบบการวิจัย (research design) 2.3 กลุ่มตัวอย่าง (sample) 2.4 สถานที่หรือแหล่งวิจัย (setting) 2.5 เครื่องมือและการเก็บรวบรวมข้อมูล (data collection) 2.6 วิธีการวิจัยหรือการแทรกแซง (method/ Intervention) 2.7 ผลการวิจัย (finding/ result) 2.8 ข้อเสนอแนะเพื่อให้นำไปใช้ (implication / implementation) จากข้อมูลที่กลั่นกรองได้นำมาสังเคราะห์ตามวัตถุประสงค์

ผลการศึกษา

ผลการสังเคราะห์ผลการศึกษาของการบำบัดทางพฤติกรรมปัญญาในผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์สามารถสรุปเป็น 3 กลุ่ม คือ 1) คุณภาพของงานวิจัยที่นำมาสังเคราะห์ 2) องค์ประกอบของการบำบัด และ 3) ประสิทธิภาพของการบำบัดเมื่อเปรียบเทียบกับวิธีการบำบัดแบบอื่นดังนี้

1. คุณภาพงานวิจัยที่นำมาสังเคราะห์

จากการสังเคราะห์ผลงานวิจัยเกี่ยวกับการบำบัดทางพฤติกรรมปัญญาในผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ทั้ง 11 เรื่อง เป็นงานวิจัยจากต่างประเทศทั้งหมดเมื่อนำมาประเมินคุณภาพงานวิจัยพบว่าเป็นงานวิจัยเชิงทดลองที่เป็น Randomized control trial อยู่ในระดับ A จำนวน 8 เรื่อง และเป็นงานวิจัยเชิงกึ่งทดลอง (Quasi - experimental research) จำนวน 3 เรื่อง

2. องค์ประกอบของการบำบัด

จากผลการสังเคราะห์งานวิจัยทั้ง 11 เรื่อง พบว่า องค์ประกอบของการบำบัดทางพฤติกรรมปัญญาในผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ประกอบด้วย ผู้บำบัด ผู้รับการบำบัด กิจกรรมบำบัด การบำบัดร่วมกัน การบำบัดเปรียบเทียบ และเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินซึ่งมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

2.1 ผู้บำบัด : เป็นนักจิตวิทยา (Psychologist) จำนวน 4 เรื่อง (Chan et al., 2005; Kelly et al., 1993; Rousaud et al., 2007; Safren et al., 2004) เป็นนักสังคมสงเคราะห์ (Social worker) จำนวน 1 เรื่อง (Lee et al., 1998) พยาบาลจิตเวช (Psychiatric nurse) หรือพยาบาล (Nurse) จำนวน 2 เรื่อง (Molassiotis et al., 2002; Murphy et al., 2002) ผู้บำบัดที่เป็นเกย์ที่ได้รับการฝึกปฏิบัติและใบรับรองด้านการบำบัด CBT จำนวน 1 เรื่อง (Mulder et al., 1994) นักศึกษาหลักสูตรจิตวิทยา (Advanced Clinical Health Psychology) จำนวน 2 เรื่อง (Carrico et al., 2005; Lutgendorf et al., 1998) และผู้ที่สำเร็จการศึกษาปริญญาโทหรือเอกทางจิตวิทยาและผ่านการฝึกอบรม Cognitive-behavioral stress management (CBSM) จำนวน 1 เรื่อง (Lechner et al., 2003) และผู้บำบัดทั้งหมดผ่านการฝึกอบรมการบำบัด CBT และมีประสบการณ์ในการทำงานดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์

2.2 ผู้รับการบำบัด : จากการสังเคราะห์งานวิจัยพบว่าผู้รับการบำบัดเป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ซึ่งมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

เพศ ผู้ป่วยที่ศึกษามีทั้งเพศชาย เพศหญิง และเกย์ โดยมีเพศชายจำนวน 7 เรื่อง (Carrico et al., 2005; Chan et al., 2005; Kelly et al., 1993; Lee et al., 1998; Lutgendorf et al., 1998; Mulder et al., 1994; Safren et al., 2004) เพศหญิงจำนวน 1 เรื่อง (Lechner et al., 2003) เพศหญิง/เพศชาย จำนวน 1 เรื่อง (Molassiotis et al., 2002) ส่วนงานวิจัยที่เหลือไม่ระบุเพศของกลุ่มตัวอย่างไว้จำนวน 2 เรื่อง (Murphy et al., 2002; Rousaud et al., 2007)

ระดับการศึกษา ระดับการศึกษามีดังนี้ ระดับการศึกษาเกรด 6 ขึ้นไป มีจำนวน 1 เรื่อง (Lechner et al., 2003) ระดับการศึกษาเกรด 8 ขึ้นไป มีจำนวน 1 เรื่อง (Carrico et al., 2005) และที่เหลือไม่ได้ระบุไว้มีจำนวน 9 เรื่อง (Chan et al., 2005; Kelly et al., 1993; Lee et al., 1998;

Lutgendorf et al., 1998; Molassiotis et al., 2002; Mulder et al., 1994; Murphy et al., 2002; Rousaud et al., 2007; Safren et al., 2004)

ลักษณะเฉพาะของกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ กลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ได้แก่ กลุ่มรักร่วมเพศ (homosexual) มี 2 เรื่อง (Carrico et al., 2005; Mulder et al., 1994) กลุ่มชายรักชาย (Men who have sex with men, MSM) มี 1 เรื่อง (Safren et al., 2004) กลุ่มเกย์ (gay) มี 1 เรื่อง (Lee et al., 1998) กลุ่มติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์จากต่างเพศ (heterosexual) มี 1 เรื่อง (Chan et al., 2005) งานวิจัยที่เหลือไม่ได้ระบุลักษณะเฉพาะของกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ไว้ มีจำนวน 6 เรื่อง (Kelly et al., 1993; Lechner et al., 2003; Lutgendorf et al., 1998; Molassiotis et al., 2002; Murphy et al., 2002; Rousaud et al., 2007)

ระยะของอาการป่วย ระยะอาการป่วยมีดังนี้ เป็นผู้ติดเชื้อที่แสดงอาการระยะ B หรือ C (ตามเกณฑ์ของ CDC) จำนวน 3 เรื่อง (Chan et al., 2005; Molassiotis et al., 2002; Mulder et al., 1994) เป็นผู้ติดเชื้อที่แสดงอาการ และผล CD4+cell count น้อยกว่า 200 cell/ml หรือมีโรคติดเชื้อฉวยโอกาสจำนวน 1 เรื่อง (Lechner et al., 2003) เป็นผู้ติดเชื้อที่แสดงอาการและผล CD4+cell count น้อยกว่า 500 cell/ml จำนวน 1 เรื่อง (Lutgendorf et al., 1998) เป็นผู้ติดเชื้อและผล CD4 +cell count มากกว่า 200 cell/ml จำนวน 1 เรื่อง (Carrico et al., 2005) เป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่รู้ผลตรวจพบการติดเชื้อมาไม่ต่ำกว่า 3 เดือนจำนวน 1 เรื่อง (Rousaud et al., 2007) และที่เหลือไม่ได้ระบุถึงระยะของอาการป่วยไว้มี 4 เรื่อง (Kelly et al., 1993; Lee et al., 1998; Murphy et al., 2002; Safren et al., 2004)

การรักษาด้วยยาต้านไวรัส (Antiretroviral therapy for HIV) งานวิจัยที่ระบุถึงการรักษาด้วยยาต้านไวรัสไว้ดังนี้ ได้รับยาอย่างสม่ำเสมอระยะมากกว่า 2 เดือน จำนวน 1 เรื่อง (Lutgendorf et al., 1998) ได้รับยาอย่างสม่ำเสมอระยะเวลามากกว่า 4 เดือน จำนวน 1 เรื่อง (Safren et al., 2004) และมีงานวิจัย 1 เรื่องที่ระบุไว้ว่าผู้ป่วยต้องไม่มีประวัติได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสมาก่อน (Mulder et al., 1994) ส่วนที่เหลือไม่ได้ระบุไว้มี 8 เรื่อง (Carrico et al., 2005; Chan et al., 2005; Kelly et al., 1993; Lechner et al., 2003; Lee et al., 1998; Molassiotis et al., 2002; Murphy et al., 2002; Rousaud et al., 2007)

ภาวะซึมเศร้า จากการสังเคราะห์มีการระบุถึงการได้รับการวินิจฉัยโรคว่าเป็นโรคซึมเศร้า (major depressive disorder) หรืออาการซึมเศร้า (depressive symptom) ไว้ดังนี้ ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้ามีจำนวน 1 เรื่อง (Lee et al., 1998) ผู้มีภาวะซึมเศร้า (มีผลการประเมิน CED-S scale > 16) มี 1 เรื่อง (Kelly et al., 1993) ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับยาด้านเศร้ามากกว่า 6 สัปดาห์ มี 1 เรื่อง (Safren et al., 2004) และที่เหลือไม่ได้

ระบุไว้จำนวน 8 เรื่อง (Carrico et al., 2005; Chan et al., 2005; Lechner et al., 2003; Lutgendorf et al., 1998; Molassiotis et al., 2002; Mulder et al., 1994; Murphy et al., 2002; Rousaud et al., 2007)

2.3 กิจกรรมบำบัด : จากการสังเคราะห์งานวิจัย ทั้ง 11 เรื่อง กิจกรรมบำบัดมีความคล้ายคลึงกัน ซึ่งประกอบด้วยการปรับเปลี่ยนโครงสร้างทางปัญญา (cognitive restructuring) กลยุทธ์การปรับพฤติกรรม (behavioral change strategies) การฝึกทักษะในการแก้ปัญหา (problem solving) การแสดงออกถึงความรู้สึกและความต้องการของตนเอง (assertiveness skills) การตอบสนองของร่างกายและจิตใจต่อภาวะเครียด การเปิดเผยผลการตรวจเลือด การมีเพศสัมพันธ์อย่างปลอดภัย และเทคนิคการผ่อนคลายความเครียด มีจำนวน 6 เรื่อง (Chan et al., 2005 ; Kelly et al., 1993; Lee et al., 1998 ;Molassiotis et al., 2002; Mulder et al., 1994; Rousaud et al., 2007) และมี 1 เรื่องที่กิจกรรมจะเน้นข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาและ adherence for HART (Murphy et al., 2002) และมีงานวิจัยที่ใช้รูปแบบ Cognitive Behavioral Stress Management (CBSM) เนื้อหาจะเกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนความคิดที่บิดเบือน (cognitive distortions) ที่พบเป็นประจำ นอกจากนี้มีฝึกทักษะในเรื่องของการปรับมุมมองต่อปัญหา (cognitive restructuring skills) การสื่อสารแบบกล้าแสดงออก (assertive communication) และการขอความช่วยเหลือจากผู้อื่น (seeking social support) การจัดการกับความโกรธ และการทำกลุ่มที่เกี่ยวกับโรคเอดส์ มี 3 เรื่อง (Carrico et al., 2005; Lechner et al., 2003; Lutgendorf et al., 1998) นอกจากนี้มีงานวิจัย 1 เรื่อง ที่บำบัดรายบุคคล ซึ่งกิจกรรมประกอบด้วย 5 module ดังนี้ *Module 1*: Adherence training and overview of CBT (Life-Step, Introduction to CBT for depression) *Module 2*: Behavioral activation *Module 3*: Cognitive restructuring *Module 4*: Problem solving และ *Module 5*: Relaxation training (Safren et al., 2004)

จำนวนครั้ง ความถี่ และระยะเวลาที่ใช้ในแต่ละครั้งของการบำบัด แต่ละการศึกษา มีจำนวนครั้ง ความถี่ ระยะเวลาที่ใช้แต่ละครั้งของการบำบัดแตกต่างกันดังนี้ โดยจำนวนครั้ง ได้แก่ จำนวน 10 ครั้ง มี 3 เรื่อง (Carrico et al., 2005; Lechner et al., 2003; Lutgendorf et al., 1998) จำนวน 12 ครั้ง มี 3 เรื่อง (Molassiotis et al., 2002; Murphy et al., 2002; Safren et al., 2004) จำนวน 7 ครั้ง มี 1 เรื่อง (Chan et al., 2005) จำนวน 15 ครั้ง มี 1 เรื่อง (Mulder et al., 1994) จำนวน 16 ครั้ง มี 1 เรื่อง (Rousaud et al., 2007) จำนวน 20 ครั้ง มี 1 เรื่อง (Lee et al., 1998) และจำนวน 8 ครั้ง มี 1 เรื่อง (Kelly et al., 1993) ความถี่การบำบัด สัปดาห์ละครั้งจนสิ้นสุด ระยะเวลาที่ใช้ 1 ชั่วโมงครั้ง ถึง 2 ชั่วโมงครั้งต่อครั้ง (Carrico et al., 2005; Chan et al., 2005; Kelly et al., 1993; Lee et al., 1998; Lechner et al., 2003; Lutgendorf et al., 1998; Molassiotis et al., 2002; Mulder et al., 1994; Murphy et al., 2002; Rousaud et al., 2007; Safren et al., 2004)

2.4 การบำบัดร่วม: จากการสังเคราะห์งานวิจัยทั้ง 11 เรื่อง มีงานวิจัย 1 เรื่องที่มีการบำบัดร่วม คือการรักษาด้วยยาต้านเศร้า (Antidepressant medications) ยาต้านเศร้าที่ใช้รักษาคือ nortriptyline, paroxetine และ bupropion และมีการรักษาด้วยยาต้านเศร้าในกลุ่มผู้ป่วยที่มีแนวโน้มตอบสนองแย่งต่อการรักษาโดยการทำกลุ่มหรือผู้ป่วยที่มีอาการมากขึ้น ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับอาการและประวัติการได้รับยาของผู้ป่วย (Lee et al., 1998)

2.5 การบำบัดเปรียบเทียบ จากการสังเคราะห์งานวิจัยทั้ง 11 เรื่อง มีการบำบัดเปรียบเทียบ ดังต่อไปนี้

1) Social support group หรือ Peer support/ counseling (PSC) group วิธีการบำบัดโดยผู้นำกลุ่มกระตุ้นให้ผู้ป่วยบรรยายถึงความรู้สึกที่มีภาวะคิดเชื่อเอดส์ บอกถึงปัญหาเรื่องที่วิตกกังวล ความหวัง ความกลัว รวมทั้งให้กลุ่มพูดถึงวิธีการที่จะรับมือกับปัญหาเหล่านี้โดยมีการแลกเปลี่ยนความรู้และประสบการณ์ระหว่างกลุ่มผู้คิดเชื่อด้วยตนเอง การเรียนรู้ภายในกลุ่มจะผ่านทาง การเล่าประสบการณ์ของสมาชิกแต่ละคน มีจำนวน 2 เรื่อง (Kelly et al., 1993; Molassiotis et al., 2002)

2) Experiential therapy มีวัตถุประสงค์เพื่อส่งเสริมความสามารถของบุคคลในการแสดงออกจากการรับรู้ของตนจากขบวนการ ที่เกี่ยวเนื่องกับประสบการณ์และการเลือกที่จะดำเนินชีวิตในอนาคต หน้าที่ของผู้บำบัดคือการช่วยให้ผู้ป่วยมีการรับรู้ในเรื่องของความไม่สอดคล้องกันระหว่างอารมณ์ ความคิดและพฤติกรรม ช่วยให้มีการสร้างความเข้าใจและวิธีการแก้ปัญหา ส่งเสริมในเรื่องต่างๆเช่นการเปิดเผยตนเอง การแลกเปลี่ยนเรื่องความกลัวและความกังวลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและความตาย ผู้ป่วยจะได้รับรู้เกี่ยวกับหัวข้อต่างๆ ในการทำกลุ่มที่เลือกโดยกลุ่มผู้ป่วยเอง โดยมีขั้นตอนหลักที่สำคัญคือ การสร้างการรับรู้และความเข้าใจของตนเองที่เพิ่มขึ้นในสถานการณ์ปัจจุบัน มีการให้การบ้าน (homework) กับผู้ป่วยเพื่อฝึกให้ผู้ป่วยเรียนรู้ระหว่างรับการบำบัด โดยจะเน้นที่การตอบสนองและการปรับตัวกับภาวะคิดเชื่อเอดส์ไคว มีจำนวน 1 เรื่อง (Mulder et al., 1994)

3) Individual Psychoeducation เป็นการให้ข้อมูลและความรู้ในเรื่องการจัดการกับความเครียด การฝึกการผ่อนคลายและการปรับตัวกับภาวะการคิดเชื่อเอดส์ไควและโรคเอดส์ มีจำนวน 1 เรื่อง (Lechner et al., 2003)

2.6 แบบประเมินที่ใช้ในการวิจัย : จากการสังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการบำบัดทางพฤติกรรมปัญหาในผู้คิดเชื่อเอดส์ไควและผู้ป่วยเอดส์ทั้ง 11 เรื่อง พบว่าแบบประเมินที่นำมาใช้ในการวิจัยแบ่งเป็น 3 กลุ่ม ดังนี้

แบบประเมินที่ใช้ประเมินด้านจิตสังคม แบบประเมินที่นำมาใช้ประเมินด้านจิตสังคมมีความหลากหลายแต่ที่นำมาใช้ส่วนใหญ่ประกอบด้วย 1) แบบประเมิน Quality of life

ได้แก่ Medical outcomes study short-form 36 (SF-36) มี 1 เรื่อง (Chan et al., 2005) The Hong Kong Chinese version of the World Health Organization Quality of the Life scale (WHOQOL-BREF-HK) มี 1 เรื่อง (Molassiotis et al., 2002) The Medical Outcomes Study Health status Questionnaire for HIV (MOS-HIV-30) มี 1 เรื่อง (Lechner et al., 2003) และ The Psychosocial Adjustment to Illness Scale (PAIS) มี 1 เรื่อง (Rousaud et al., 2007) 2) ประเมินภาวะซึมเศร้า ได้แก่ The Center for Epidemiologic studies-Depression Scale (CES-D) มี 3 เรื่อง (Chan et al., 2005; Kelly et al., 1993; Murphy et al., 2002) The Hamilton Depression Rating Scale (HDRS) มี 2 เรื่อง (Lee et al., 1998; Safren et al., 2004) และ The Beck Depression Inventory (BDI) มี 4 เรื่อง (Carrico et al., 2005; Lee et al., 1998; Lutgendorf et al., 1998; Safren et al., 2004) 3) A Dutch adaptation of the Profile of mood States (POMS) ใช้ประเมิน mood disturbance มี 3 เรื่อง (Lutgendorf et al., 1998; Molassiotis et al., 2002; Mulder et al., 1994) 4) COPE ใช้ประเมินวิธีการเผชิญกับสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด มี 3 เรื่อง (Carrico et al., 2005; Lutgendorf et al., 1998; Mulder et al., 1994) 5) Social Provision Scale (SPS) ใช้ประเมินสัมพันธภาพทางสังคมของตนเองเป็นเสมือนแหล่งสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์และด้านการมีปฏิสัมพันธ์ (social support) มี 5 เรื่อง (Carrico et al., 2005; Kelly et al., 1993; Lutgendorf et al., 1998; Mulder et al., 1994; Murphy et al., 2002) 6) The Global Assessment Scale (GAS) ใช้ประเมิน overall functioning of a subject during a specified time period on a continuum from psychological or psychiatric sickness to health มี 1 เรื่อง (Lee et al., 1998) และ 7) A Dutch version of the 30-item General Health Questionnaire (GHQ) มี 1 เรื่อง (Mulder et al., 1994)

แบบประเมินเกี่ยวกับความร่วมมือในการรักษา (*adherence*) ได้แก่ Self-report of specific adherence ประเมินเรื่องความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสของผู้ป่วย มี 1 เรื่อง (Murphy et al., 2002) Coping strategies เป็นการประเมิน strategic check list ด้าน medication adherence มี 1 เรื่อง (Murphy et al., 2002) แบบสอบถามวัด The Adherence Self-Efficacy มี 1 เรื่อง (Murphy et al., 2002) Electronic pill cap มี 1 เรื่อง (Safren et al., 2004) และ Adherence questionnaire มี 1 เรื่อง (Safren et al., 2004) ประเมิน viral load นำมาใช้ 1 เรื่อง (Safren et al., 2004)

แบบประเมินทางด้านร่างกาย ได้แก่ ประเมิน CD4+ count (in cells/mm³) มี 2 เรื่อง (Carrico et al., 2005; Molassiotis et al., 2002)

3. ประสิทธิภาพของการบำบัดเมื่อเปรียบเทียบกับ การบำบัดแบบอื่น

จากการสังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการบำบัดทางพฤติกรรมปัญญาทั้ง 11 เรื่อง เมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม CBT กับการบำบัดแบบอื่นสามารถสรุปได้ดังนี้

3.1 ประสิทธิภาพการบำบัดแบบ CBT เปรียบเทียบกับ *Treatment As Usual (TAU)* ที่ศึกษาเปรียบเทียบผลของ CBT กับการบำบัดตามปกติ มี 4 เรื่อง (Carrico et al., 2005; Chan et al, 2005; Lutgendorf et al., 1998; Murphy et al., 2002) ซึ่งได้ผลลัพธ์ดังนี้

1) ด้านกลยุทธ์การปรับตัวในการรับประทานอย่างต่อเนื่อง (Coping strategies) (Murphy et al., 2002) กลยุทธ์ของผู้ป่วยที่ใช้ในการปรับตัวในการรับประทานอย่างต่อเนื่องซึ่งมีกลยุทธ์ 5 ด้าน คือ กลยุทธ์ด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (behavioral change strategies) กลยุทธ์ด้านการสนับสนุนทางสังคม (social support) กลยุทธ์ด้านความสัมพันธ์กับผู้รักษา (provider related) กลยุทธ์ด้านจิตวิญญาณ (spiritual) และกลยุทธ์การปรับด้านปัญญา (cognitive strategies) มีผลการศึกษาดังนี้ กลยุทธ์โดยรวมพบว่าไม่แตกต่างกันทางสถิติระหว่างกลุ่ม CBT และกลุ่ม TAU และ เมื่อพิจารณากลยุทธ์รายด้านพบว่ากลุ่ม CBT มี behavioral strategies และ cognitive strategies เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในขณะที่กลุ่ม TAU มีการเปลี่ยนแปลงที่ลดลง จากช่วงเริ่มต้น (baseline) จนถึงช่วง 3 เดือนหลังการบำบัด และคะแนนของ Social Provision Scale (SPS) พบว่าในกลุ่มที่ได้รับ CBT มีคะแนนของ SPS ด้าน feeling of support เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญแต่ในกลุ่มTAU คะแนน SPS ลดลงจากช่วงเริ่มต้นถึงหลังการบำบัดทันที

2) ประสิทธิภาพความร่วมมือในการรับประทานยา (Adherence efficacy) เมื่อพิจารณา Adherence efficacy พบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับการบำบัดแบบ CBT มี overall adherence efficacy เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติจากช่วงเริ่มต้น (baseline) จนถึงช่วง 3 เดือนหลังการบำบัดรวมถึงมีการเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติของ communication with clinical staff และ willingness to continue with treatment despite outside pressure (Murphy et al., 2002)

3) ประสิทธิภาพด้านจิตสังคม ในด้านของ ภาวะซึมเศร้า (Depression) พบว่าหลังการบำบัดกลุ่มที่ได้รับการบำบัดแบบ CBT มีภาวะซึมเศร้าลดลง และเมื่อเปรียบเทียบกับ การบำบัดแบบ TAU พบว่ากลุ่มที่ได้รับการบำบัดแบบ CBT มีระดับซึมเศร้าลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้ง 4 เรื่อง (Carrico et al., 2005; Chan et al, 2005; Lutgendorf et al., 1998; Murphy et al., 2002), ด้านความพึงพอใจในชีวิต (life satisfaction) พบว่ากลุ่มที่ได้รับการบำบัด CBTหลังการบำบัดมีการเพิ่มขึ้นของความพึงพอใจในชีวิตอย่างมีนัยสำคัญ ในขณะที่กลุ่ม TAU พบความพึงพอใจในชีวิตลดลง (Murphy et al., 2002) และด้านการรับรู้ควบคุมอารมณ์และพฤติกรรม (sense of behavioral and emotional control) พบว่ากลุ่มCBT มี sense of behavioral and emotional control เพิ่มขึ้นแต่กลุ่ม TAU ลดลง (Murphy et al., 2002)

4) ด้านการปรับตัวต่อสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด (coping)

- กลุ่มที่ได้รับการบำบัดแบบ CBT มีการเปลี่ยนแปลงเรื่องการปรับมุมมองในทางบวก (Positive reframing) การยอมรับ (acceptance) และ active coping เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่ม TAU ที่พบว่ามีการเปลี่ยนแปลงลดลง (Carrico et al., 2005; Lutgendorf et al., 1998) และพบการเปลี่ยนแปลงเพียงเล็กน้อยด้านการยอมรับ (acceptance) ในกลุ่ม CBT 1 เรื่อง (Carrico et al., 2005) ส่วนการปรับตัวต่อสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดโดยใช้การปฏิเสธ (denial) กลุ่มที่ได้รับการบำบัดแบบ CBT และกลุ่ม TAU มีการปรับตัวโดยใช้การปฏิเสธไม่แตกต่างกัน

5) การสนับสนุนทางสังคม (social support) ผลของการศึกษาแสดงให้เห็นว่ากลุ่มที่ได้รับการบำบัดแบบ CBT มีคะแนน social support ด้าน attachment reliable alliance และ guidance สูงกว่ากลุ่ม TAU อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่คะแนน social support ด้าน social integration ของทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน (Lutgendorf et al., 1998) และมี 1 เรื่องที่พบว่ากลุ่มที่ได้รับการ CBT มีคะแนน social support ด้าน perceived social support เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในขณะที่กลุ่ม TAU ไม่มีการเปลี่ยนแปลง (Carrico et al., 2005)

3.2 ประสิทธิภาพการบำบัดแบบ CBT เปรียบเทียบกับแบบ Individual Psychoeducation มี 1 เรื่อง (Lechner et al., 2003) โดยศึกษาเปรียบเทียบผลของการบำบัดแบบ CBT กับแบบ Individual Psychoeducation สรุปผลลัพธ์ได้ดังนี้

เมื่อพิจารณาเปรียบเทียบด้านคุณภาพชีวิต (Quality of life, QOL) พบว่าหลังการบำบัดทั้งสองกลุ่ม (CBT, Individual Psychoeducation) มีคุณภาพชีวิตโดยรวมดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และ เมื่อแยกวิเคราะห์คุณภาพชีวิตในแต่ละรายด้านพบว่าทั้งสองกลุ่ม (CBT, Individual Psychoeducation) มีคุณภาพชีวิตด้าน cognitive functioning, health distress และ overall health perception เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และเมื่อเปรียบเทียบผลของ group condition กับระยะเวลาพบว่าคุณภาพชีวิตด้าน mental health ของกลุ่ม CBT สูงกว่ากลุ่ม Individual psychoeducation อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติคือกลุ่ม CBT มีคะแนนเพิ่มขึ้นจาก 66.41 ก่อนการบำบัด เป็น 69.98 หลังการบำบัด ในขณะที่กลุ่ม Individual psychoeducation พบว่าไม่มีความแตกต่างกัน

3.3 ประสิทธิภาพการบำบัดแบบ CBT เปรียบเทียบกับการบำบัดแบบ Social support group หรือ Peer support/ counseling (PSC) และ Treatment As Usual (TAU) มี 2 เรื่อง (Kelly et al., 1993; Molassiotis et al., 2002) จากการเปรียบเทียบการบำบัดทั้ง 3 แบบ (CBT, PSC และ TAU) สามารถสรุปผลการศึกษานวิจัยได้ดังนี้

เมื่อพิจารณาผลลัพธ์ด้านภาวะซึมเศร้าพบว่าหลังการบำบัดกลุ่มที่ได้รับ CBT และกลุ่ม PSC มีอาการซึมเศร้าลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติและเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่ม TAU พบว่าภาวะซึมเศร้าลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทั้ง 2 เรื่อง (Kelly et al., 1993; Molassiotis et al., 2002)

เมื่อพิจารณาผลลัพธ์ด้าน Psychological functioning ของผู้ป่วยทั้งสามกลุ่มโดยวัดจาก Profile of mood states (POMS) ใช้วัด mood disturbance ประกอบด้วย anger-hostility, tension-anxiety, depression-dejection, fatigue-inertia, confusion-bewilderment และ vigor-activity พบว่ากลุ่ม CBT มี Psychological functioning ดีที่สุด รองลงมาคือกลุ่ม PSC และ TAU ตามลำดับ (Molassiotis et al., 2002) และเมื่อแยกพิจารณาผลลัพธ์ของ mood disturbance ในแต่ละช่วงเวลาของทั้งสามกลุ่มพบว่า

- ในช่วงเริ่มต้นบำบัด ระดับของ mood disturbance และ uncertainty ของทั้งสามกลุ่ม (CBT, PSC และ TAU) อยู่ในระดับสูง ส่วน Quality of life อยู่ในระดับปานกลาง
- หลังการบำบัดทันที ในกลุ่ม CBT มีระดับ mood disturbance ลดลง และในกลุ่ม TAU มีการเปลี่ยนแปลงในส่วน of mood states เล็กน้อยแต่ในกลุ่ม PSC พบ mood disturbance ในเกือบทุกประเด็นเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ
- ในช่วงติดตาม (3 เดือนหลังบำบัด) พบว่าในกลุ่ม CBT มีการลดลงเล็กน้อยในส่วน of mood disturbance และพบการเปลี่ยนแปลงในส่วน of mood disturbance ในกลุ่ม TAU ในขณะที่กลุ่ม PSC พบ mood disturbance มีการลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในเกือบทุกประเด็น (Molassiotis et al., 2002)

เมื่อพิจารณาผลลัพธ์ด้าน Immune system โดยใช้ค่าของ CD4 cell count พบว่าในช่วงเริ่มต้นบำบัดค่า CD4 cell count ของทั้งสามกลุ่มมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติคือก่อนบำบัดค่า CD4 cell count ของกลุ่ม TAU สูงกว่าของกลุ่ม CBT และกลุ่ม PSC แต่หลังบำบัดทันทีพบว่า ค่า CD4 cell count ของกลุ่ม CBT และกลุ่ม PSC เพิ่มขึ้นในขณะที่ค่า CD4 cell count ของกลุ่ม TAU ลดลง และช่วงติดตาม (6 เดือน) พบว่าค่า CD4 cell count ของกลุ่ม CBT และกลุ่ม PSC เพิ่มขึ้นในขณะที่กลุ่ม TAU ไม่เปลี่ยนแปลง (Molassiotis et al., 2002)

เมื่อพิจารณาผลลัพธ์ด้านอาการทางคลินิก (Clinical improvement) พบว่าประมาณ 2 ใน 3 ของผู้ป่วยกลุ่ม PSC มีการเปลี่ยนแปลงอาการทางคลินิกในเรื่องของ somatic symptom, depression, anxiety, hostility และ interpersonal sensitivity ดีขึ้น และ 86% ผู้ป่วยมีอาการทางคลินิกในเรื่องของ the global severity index ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในขณะที่ 2 ใน 3 ของกลุ่ม TAU มีอาการทางคลินิกในเรื่องของ somatization แย่ลง และมากกว่า 1 ใน 3 ของ

ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีอาการทางคลินิกที่แย่ลง ส่วนกลุ่มที่ได้รับการบำบัดแบบ CBT นั้นมีอาการทางคลินิกอยู่ในระดับปานกลางเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มอื่น (Kelly et al., 1993)

3.4 ประสิทธิภาพการบำบัดแบบ CBT เปรียบเทียบกับการบำบัดแบบ *Experiential-oriented therapy (ET)* และ *Waiting-list control group (WCG)* มี 1 เรื่อง (Mulder, 1994)

เมื่อพิจารณาผลลัพธ์ทางด้านอารมณ์ (Affective stage) และ อาการด้านจิตใจ (Psychiatric symptoms) โดยวัดจาก POMS-TMD, BDI และ GHQ พบว่า หลังการบำบัดกลุ่มที่ได้รับการบำบัดแบบ CBT และกลุ่มที่ได้รับการบำบัดแบบ ET มีการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านอารมณ์และอาการทางจิตใจที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่ม TAU และ เมื่อพิจารณาเปรียบเทียบระหว่าง 2 กลุ่ม (CBT, ET) พบว่าไม่มีความแตกต่างกันทั้งด้านอารมณ์ และอาการทางจิตใจในช่วงหลังการบำบัดและช่วงติดตาม

เมื่อพิจารณาผลลัพธ์ด้านการเผชิญกับสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด (coping) การรับรู้การสนับสนุนทางสังคม (social support) และการแสดงออกทางอารมณ์ (emotional expression) พบว่าหลังการบำบัดทั้งสามกลุ่ม (CBT, ET, WCG) ไม่มีความแตกต่างกันในเรื่องของการเผชิญกับสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด การรับรู้การสนับสนุนทางสังคม และการแสดงออกทางอารมณ์ และเมื่อพิจารณาถึงประโยชน์ของการบำบัดในแต่ละแบบจากผู้ป่วยพบว่าวิธีการบำบัดแบบ ET มีประโยชน์มากกว่าวิธีการแบบ CBT ในช่วงหลังการบำบัดทันทีแต่ไม่มีความแตกต่างกันในระยะติดตาม

3.5 ประสิทธิภาพของการบำบัดแบบ CBT ร่วมกับการรักษาด้วยยาต้านเศร้า มี 1 เรื่อง (Lee et al., 1998) สรุปผลการศึกษาดังนี้

1) ผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดแบบ CBT ร่วมกับการรักษาด้วยยาต้านเศร้ามีระดับซึมเศร้าลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติหลังการบำบัดทันทีและลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในระยะติดตาม

2) ผู้ป่วยมีคะแนนเฉลี่ยของ GAS (The Global Assessment Scale) ซึ่งเป็นแบบประเมินการทำหน้าที่ทั้งด้านร่างกายและด้านจิตใจในช่วงระยะเวลาหนึ่งๆ พบว่ามีระดับคะแนนเพิ่มขึ้นจาก 57 ในช่วงเริ่มต้นเป็น 75 ในช่วงหลังการบำบัดและคะแนนเพิ่มขึ้นเป็น 80 ในช่วงติดตาม 6 เดือนต่อมา

3) ในช่วงติดตามมีการประเมินถึงประโยชน์ของการบำบัดแบบ CBT พบว่าการทำกลุ่มแบบ CBT มีประโยชน์ในประเด็นต่างๆ ได้แก่การทำกลุ่มช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกของการได้รับการสนับสนุนทางสังคม ได้เรียนรู้ว่าปัญหาที่เกิดขึ้นกับตัวเองก็เกิดกับบุคคลอื่นด้วย ซึ่งช่วยลดความรู้สึกโดดเดี่ยว ลดความอาย ลดการแยกตัว และช่วยให้เกิดการแลกเปลี่ยนประสบการณ์

ซึ่งกันและกันในการแก้ปัญหาหรือวิธีการในการแก้ไขปัญหา มีความรู้สึกเห็นใจกันซึ่งกันและกันในกลุ่มผู้ป่วย ซึ่งมีส่วนช่วยในเรื่องของความภาคภูมิใจในตนเองและช่วยในการรักษาตนเองด้วย

3.6 ประสิทธิภาพของการบำบัดแบบ CBT มี 2 เรื่อง (Rousaud, et al, 2007; Safren, et al. 2004) เป็นการศึกษาประสิทธิภาพของแบบ CBT และไม่มีการบำบัดเปรียบเทียบ สรุปผลการศึกษาดังนี้

การปรับตัวทางจิตสังคม (psychosocial adjustment) หมายถึงความสามารถของบุคคลในการปรับตัวต่อเหตุการณ์ ต่อสถานการณ์ ต่อการเจ็บป่วย ในแต่ละวันเพื่อการมีคุณภาพชีวิตที่ดีและเพื่อความผาสุกในชีวิต (well-being) มี 7 ด้าน ได้แก่ 1) Health care orientation 2) Vocational environment 3) Domestic environment 4) Sexual relations 5) Extended family relationships 6) Social environment และ 7) Psychosocial distress พบว่า หลังรับการบำบัดกลุ่มที่บำบัดแบบ CBT มีการปรับตัวทางจิตสังคมโดยรวมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และเมื่อแยกวิเคราะห์การปรับตัวทางจิตสังคมรายด้าน พบว่าการปรับตัวทางจิตสังคมที่เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในทุกด้าน (Rousaud et al, 2007)

เมื่อพิจารณาผลลัพธ์รายกรณีศึกษา (case series) จำนวน 4 ราย ที่ได้รับการบำบัดแบบ CBT พบว่าหลังการบำบัดแบบ CBT ผู้ป่วยมีผลการรักษาที่ดีขึ้นคือมี Adherence เพิ่มขึ้น มี ระดับของอาการซึมเศร้าลดลงอย่างชัดเจนและมีผลของ viral load เปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้น (Safren, et al. 2004)

ข้อจำกัดในการศึกษา

1. ไม่มีงานศึกษาวิจัยในประเทศไทยที่นำมาสังเคราะห์ในการศึกษารั้งนี้
2. งานวิจัยทั้ง 11 เรื่อง เป็นการศึกษาในต่างประเทศทั้งหมด งานวิจัยส่วนใหญ่ไม่มีรายละเอียดของแต่ละกิจกรรมในโปรแกรม CBT ทำให้ไม่รวมถึงรายละเอียดที่จะนำมาสังเคราะห์เกี่ยวกับกระบวนการที่ผู้บำบัดใช้ในแต่ละกิจกรรมได้

ข้อเสนอแนะ

1. การนำผลการศึกษาไปใช้ทางการแพทย์

จากการสังเคราะห์ผลการศึกษากการบำบัดทางพฤติกรรมปัญญาในผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ผลลัพธ์ของการบำบัดช่วยให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์มีการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้น ซึ่งจากการสังเคราะห์ผลการศึกษาทั้งหมดพบว่าการเปรียบเทียบการบำบัดแบบ CBT กับการบำบัดรูปแบบอื่น การจะนำไปใช้นั้นก็มีข้อดีและข้อจำกัดที่แตกต่างกัน ดังนี้

การบำบัดโดยรูปแบบ Cognitive Behavior Therapy (CBT) เมื่อเปรียบเทียบกับ Standard care (การบำบัดตามปกติที่เป็นมาตรฐานของสถาบัน) พบว่าการบำบัดแบบ CBT มีผลช่วยให้ผู้ป่วยมีกลยุทธ์ในการปรับตัวในการรับมือกับสถานการณ์อย่างต่อเนื่อง (Coping strategies) ประสิทธิภาพความร่วมมือในการรับประทายาเพิ่มขึ้น ด้านจิตสังคมการบำบัดแบบ CBT ช่วยผู้ป่วยให้มีความพึงพอใจในชีวิต ภาวะซึมเศร้าลดลง และควบคุมอารมณ์และพฤติกรรมได้ดีขึ้น มีการปรับตัวต่อสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดอย่างเหมาะสม ซึ่งได้แก่ มีการปรับมุมมองในทางบวก การยอมรับ และมี Active coping รวมทั้งการสนับสนุนทางสังคมที่มาจากการรับรู้สัมพันธภาพทางสังคมของตนเองในด้านต่างๆ เมื่อพิจารณาผลการบำบัดโดยรวมจะเห็นได้ว่าการบำบัดแบบ CBT ให้ผลดีกว่าการบำบัดแบบ TAU ดังนั้น การบำบัดแบบ CBT จึงเป็นทางเลือกอย่างหนึ่งในการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์

เมื่อเปรียบเทียบการบำบัดแบบ CBT กับ Individual Psychoeducation พบว่าทั้ง CBT และ Individual Psychoeducation มีส่วนช่วยให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น แต่การบำบัดแบบ CBT เห็นผลด้าน mental health ได้ชัดเจนกว่า อย่างไรก็ตามการบำบัดแบบ CBT ผู้บำบัดจำเป็นต้องมีประสบการณ์งานทางคลินิก และมีประสบการณ์ในการทำ CBT ดังนั้นในสถาบันที่ให้การดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้จึงน่าจะมีการนำการบำบัด CBT ไปใช้ โดยจะต้องมีการเตรียมความพร้อมของบุคลากรที่จะมีหน้าที่รับผิดชอบการบำบัด

จากการบำบัดแบบ CBT เมื่อเปรียบเทียบกับการบำบัดแบบ Social support group หรือ Peer support / counseling (PSC) พบว่าทั้งแบบ CBT และแบบ PSC ช่วยผู้ป่วยให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ลดความรู้สึกไม่สบายใจ (Psychologic distress) ลดอาการซึมเศร้า โดยเฉพาะอย่างยิ่งการทำกลุ่มโดยใช้ social support ได้ผลดีในการลดปัญหาทางด้านจิตใจ (psychiatric symptom) และวิตกกังวล ในขณะที่แบบ CBT ก็มีผลดีคือ ช่วยผู้ป่วยให้มีการใช้สารเสพติดลดลงได้

เมื่อเปรียบเทียบการบำบัดแบบ CBT และ Experimental group psychotherapy (ET) กับ waiting-list พบว่า ทั้งสองวิธีช่วยลดความกังวลใจอย่างมีนัยสำคัญเมื่อเปรียบเทียบกับ waiting-list และเมื่อวิเคราะห์พบว่า ไม่มีความแตกต่างกันระหว่างการบำบัดแบบ CBT และ ET แต่เมื่อพิจารณาถึงประโยชน์ของแต่ละวิธีการพบว่า ET มีประโยชน์มากกว่า CBT ระยะหลังบำบัดทันที แต่ไม่มีความแตกต่างกันในระยะติดตาม ซึ่งอาจกล่าวได้ว่าทั้ง CBT และ ET ให้ผลดีต่อผู้ป่วยไม่แตกต่างกัน แต่อย่างไรก็ดีการบำบัดทั้งสองรูปแบบนี้แตกต่างกันทั้งวิธีการและกระบวนการบำบัด พยาบาลจิตเวชที่ปฏิบัติงานด้านการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ จำเป็นที่ได้รับการอบรมเกี่ยวกับการบำบัดในแต่ละรูปแบบ และต้องมีประสบการณ์ด้านการทำงานกับผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าว

ดังนั้นการบำบัดแบบ CBT จึงเป็นอีกแนวทางหนึ่งที่พยาบาลจิตเวชสามารถนำไปใช้ในการบำบัดผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ อันจะส่งผลให้ผู้ป่วย มีความรู้ความเข้าใจในเรื่องโรคและการดูแลรักษา ผลลัพธ์ของการบำบัดช่วยให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์มีอาการซึมเศร้าลดลง ป้องกันการกลับเป็นซ้ำของภาวะซึมเศร้า ลดความรู้สึกไม่สุขสบายใจ (Psychologic distress) ช่วยให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการปรับตัว ช่วยเสริมสร้างให้ผู้ป่วยมีความร่วมมือในการรักษาเพิ่มมากขึ้น สามารถเผชิญกับภาวะเครียดและมีวิธีการจัดการกับความเครียดได้อย่างเหมาะสม และรับรู้ถึงแรงสนับสนุนทางสังคมเพิ่มมากขึ้น มีผลการปรับทางจิตสังคมที่ดีขึ้นเกิดความสุขและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น แต่ทั้งนี้ผู้บำบัดต้องมีการศึกษาแนวคิด กระบวนการตลอดจนเทคนิคการบำบัดให้มีความรู้ความเข้าใจและมีการฝึกฝนให้เกิดความชำนาญก่อน จึงจะสามารถนำไปใช้บำบัดผู้ป่วยได้ อย่างไรก็ตามผลการศึกษาส่วนใหญ่ที่นำมาสังเคราะห์ครั้งนี้เป็นการศึกษาในต่างประเทศ ดังนั้นจึงควรที่จะมีการประยุกต์ใช้การบำบัดแบบ CBT ในสังคมไทยให้มากยิ่งขึ้นและเปรียบเทียบกับ การบำบัดแบบอื่น เพื่อเป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ประกอบการพิจารณาเลือกใช้การบำบัดให้เหมาะสมในแต่ละสถานที่ (setting) ต่อไป

2. ข้อเสนอแนะในการศึกษาวิจัยครั้งต่อไป

2.1 จากการศึกษาดังกล่าวถึงประสิทธิผลพบว่าการบำบัดแบบ CBT เป็นการบำบัดแบบหนึ่งที่ใช้ได้ผลดีในผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ซึ่งในประเทศไทยมีผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์จำนวนมาก ดังนั้นควรมีการศึกษาวิจัยให้มากขึ้นเพื่อเป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ และควรศึกษาเพิ่มเติมถึงปัจจัยสนับสนุนอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับการบำบัด CBT ในผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ในบริบทสังคมไทย

2.2 จากการศึกษากการบำบัดแบบ CBT เปรียบเทียบกับ ET พบว่า ทั้งสองวิธีให้ผลลัพธ์ที่ดี แต่อย่างไรก็ดีผลที่ได้มีการศึกษาเพียงเรื่องเดียวในต่างประเทศ ดังนั้นจึงควรมีการศึกษารูปแบบนี้เพิ่มขึ้น อันจะทำให้เกิดความรู้ความเข้าใจและนำมาใช้ดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ให้มีประสิทธิภาพต่อไป

2.3 ในโรงพยาบาลชุมชนมีผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบประสิทธิผลของการบำบัดแบบ CBT และการบำบัดแบบอื่นๆ เพื่อนำไปประยุกต์ใช้ให้เหมาะสมกับสภาพสังคมสิ่งแวดล้อมในชุมชน

**COGNITIVE BEHAVIORAL THERAPY AMONG PATIENTS WITH HIV/
AIDS: RESEARCH SYNTHESIS**

NITAYA JUNLERG 4836257 RAMH/M

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

THEMATIC PAPER ADVISORY COMMITTEE: PATCHARIN NINTACHAN,
Ph.D. (Nursing), SOPIN SANGON, Ph.D. (Nursing)**EXTENDED SUMMARY****Introduction**

Acquired Immunodeficiency Syndrome (AIDS) is a serious and chronic disease which causes both physical and mental stress and leads to sadness, loss of sense of self-esteem, and social stigma (Faugier, 1993; LaSelle & LaSelle, 2001; Taylor, 1999). HIV infection is permanent or life-long, and at present there is no cure of HIV infection. However, the effects of antiviral medications can reduce the number of the viruses, prolong life, decrease sickness, and reduce the mortality rate, thus making patients with HIV infection and AIDS have a better quality of life. For this reason, antiviral medication is a source of hope for AIDS patients (Chandra et al., 2005). However, to make the use of antiviral medications effective, good adherence of patients is needed (Sanchai Chasombut & Chivanan Lerdpiriyasuwat, B.E. 2547) At present, the statistics of patients with HIV/AIDS continue to increase. The most recent report on the AIDS incidence in the world (December 2009) by The Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS) and World Health Organization (WHO) has shown that the number of patients with HIV infections all over the world is approximately 33.4 millions. Of these, 31.3 millions are adults, 15.7 millions are females, and 2.1 millions are children and adolescents younger than 18 years old. Most of the patients with HIV/AIDS live in a developing country (UNAIDS/WHO,

2009). As for Thailand, according to the Office of Epidemiology, Department of Disease Control (December 31, 2009), from 1984 to 2009, the number of patients with HIV/AIDS who seek treatment at public or private hospitals all over the country is 359,807, with the mortality rate of 96,067. Furthermore, most of the patients are those in the working group aged between 30 and 34 years, accounting for 24.96% of the total number of patients with HIV/AIDS (Information Center, Office of Epidemiology, Department of Disease Control, B.E. 2552).

HIV infection or AIDS is considered the most critical condition in life. It causes continuous stress since diagnosis till death. HIV-infected and AIDS patients have to face with various physical, psychological, and social effects (Piyarat Nilaiyaka, B.E. 2537; Sureeporn Thanasilp, B.E. 2538). As for *physical effects*, when the HIV viruses enter the body, the immune system will be affected. The symptoms may not be detected at first, but after the viruses grown and increase in number, the immune system will be deteriorated and the body will become weak, so the persons are vulnerable to opportunistic infections and eventually death (Piyarat Niaiayaka, B.E. 2537). However, at present, the number of AIDS patients and the mortality rate of AIDS patients tend to decrease due to medical advancement of antiviral medications which prolong the patients' life and improve their quality of life.

In Thailand, one or two types of antiviral medications were first available in 1991. In 2004, there was a project to expand access to antiviral medications on a natural level for HIV-infected patients and AIDS patients. Currently, the antiviral medications are a cocktail of at least three medications called HAART (Highly Active Antiretroviral Therapy) (Sanchai Chasombut & Chivanan Lerdpiriyasuwat, B.E. 2547). As regards *psychological effects*, HIV infection destroys hope and plans in life (Ripich, 1993 cited in Rasami Vibulkul, B.E. 2542). When individuals learn of the results of their infection status, initially they are likely to respond similar to patients with other serious diseases but in a more complicated way. Commonly found reactions include shock, denial of the truth, anger, anxiety, confusion, guilt, depression, and despair, which can be so severe that some patients may develop psychiatric disorder and others may entertain suicidal thoughts (Thana Nilchaikovit, B.E. 2537; Sansanee Samitakasetrin, B.E. 2542; Frost, 1993).

In general, patients with *asymptomatic AIDS* have to deal with the feeling of uncertainty. They are unable to predict what is going to happen to them (Kanoklekha Kaewsawang, B.E. 2540). This results in the feelings of anxiety, vulnerability, sadness, and loss (Piyarat Nilaiyaka, B.E. 2537; Cook, 1991). In addition, HIV-infected persons have to deal with social stigma, as the society tends to look at them as if they were bad, immoral, or dangerous to society. This is because of the image of AIDS when it was first discovered, which linked AIDS to the patients who were homosexual, abused drugs, or were in the sex industry (LaSelle & LaSelle, 2001). Such social stigma leads to negative ideas and feelings toward themselves of HIV-infected patients and AIDS patients (Cook, 1991). A study of Nangnoi Yanwaree (B.E. 2536) also discovered that AIDS patients felt that their sickness was their own fault. They perceived that HIV infection caused bad things in their life, so they developed negative self-perception which adversely affected their mental conditions. These patients were stricken with despair, desperation, and sadness, and they may become suicidal. A study conducted abroad also showed that HIV-infected patients and AIDS patients tended to have negative ideas and beliefs about themselves and their future (Taylor, 1999). Such negative thinking is a cause of depression, which is the most commonly found mental health problems in HIV-infected patients and AIDS patients (Chandra et al., 2005; Cook, 1991). A study conducted by Valente (2003) revealed that about 22-32% of HIV-infected patients and AIDS patients had depression. Not only does depression increase the prognosis of the disease, but it also affects patients' adherence. Chandra et al. (2005) have pointed out that depression is a major reason that makes HIV-infected patients ignore physical health care and have poor compliance. In fact, providing care to ensure adherence among HIV-infected patients and AIDS patients is considered important and necessary because HIV infection is life-long and there is no medication to completely cure the infection. The goal of the prescription of antiviral medications is to reduce the number of HIV viruses in the body to make it as low as possible and to increase the immunity of the body so as to prolong the prognosis of the disease, increase quality of life, and reduce the rates of morbidity and mortality (Office of AIDS, Tuberculosis, and Sexually Transmitted Diseases, Department of Disease Control, Ministry of Public Health, B.E. 2547).

Psychosocial nursing in HIV-infected patients and AIDS patients is deemed important and necessary. This is because the problems of patients at different stages of the disease vary, so nurses who provide care to HIV-infected patients and AIDS patients should emphasize holistic care and take patients' participation in care into consideration (Thana Nilchaikovit, B.E. 2537; LaSelle & LaSelle, 2001). There are different types of psychosocial nursing care including 1) counseling, 2) self-help group, 3) psycho-educational group, and 4) psychotherapy. Psychotherapy consists of individual and group psychotherapy, and there are different types of psychotherapy depending on the theoretical bases used such as supportive psychotherapeutic group, cognitive behavioral therapy (CBT), etc. (Thaan Nilchaikovit, B.E. 2537; Frost, 1993; LaSelle & LaSelle, 2001). Previous studies have implemented CBT to effectively provide therapy to HIV-infected patients and AIDS patients (Dobkin & Costa, 2000; Safren et al., 1999). Thus, CBT is considered an important type of psychotherapy which nurses can utilize to provide care to HIV-infected patients and AIDS patients.

Cognitive behavioral therapy (CBT) is a psychotherapy which is derived from cognitive theory. It is a type of therapy with a clear structure, goal, and direction. It does not take a long period of time to conduct, and it can be done both individually and in groups (Thompson, McGee, & Thompson, 2003). CBT is based on the *main principle* that emotions and behaviors of individuals result from their thinking. The *goal* of the therapy is to adjust dysfunctional thought, distorted automatic thought, and core beliefs to turn them into logical and appropriate, to make patients develop realistic understanding of different situations and learn to cope with their problems correctly and appropriately. In addition to adjustment of thinking, CBT also involves behavioral adjustment techniques to reduce problematic behavior and increase appropriate behavior. For individuals to have good adjustment, they need to accept the situation as it really is and be able to realistically consider and assess such the situation. On the other hand, individuals with poor adjustment or mental abnormality are those who have distorted thinking and negative thinking, including negative thinking about themselves, different situations, the outside world, and even their own future. Such negative thinking can bring about depression and other mental health problems. The process involved in cognitive behavioral therapy consists of cognitive assessment and selection of cognitive adjustment and behavioral adjustment

techniques to change distorted thinking into realistic thinking (Chantima Ongkosit, B.E. 2545; Sompote Iamsupasit, B.E. 2550; Orapan Lueboontawatchai & Peerapon Lueboontawatchai, B.E. 2548; Beck, 1995; Thompson, McGee, Thompson, 2003).

There are two objectives of cognitive behavioral therapy in HIV-infected patients and AIDS patients: 1) to prevent and reduce risk behaviors from sexually transmitted infections and 2) to give treatment and care to HIV-infected patients and AIDS patients. As regards *the first objective* of preventing or reducing risk behaviors from sexually transmitted diseases, Kelly and Murphy (1992 cited in Hollo & Beck, 1994) implemented CBT which included modeling, repeated practices, and practice of problem-solving skills for 12 sessions with a group of gay men. They found that the gay men's risk behaviors from sexually transmitted infections reduced. With regard to *the second objective* of providing treatment and care to HIV-infected patients and AIDS patients, a study on CBT conducted by Perry et al. (1991 cited in Hollo & Beck, 1994) involving the use of stress inoculation training and cognitive therapy in HIV-infected patients indicated that CBT could prevent and reduce mental discomfort in HIV-infected patients. Furthermore, Dobkin and Costa (2000) reported that the use of CBT could increase patients' ability to adjust themselves to the diagnosis results and improve the mental condition of HIV-infected patients. Moreover, Safren et al. (1999) conducted a study and found that CBT increased patients' adherence to medication intake. Therefore, it can be concluded that CBT is a type of therapy that can help HIV-infected patients and AIDS patients increase their ability to adjust themselves to the diagnosis results, reduce their mental discomfort, increase their adherence to treatment, and improve their quality of life (Hollon & Beck, 1994; Dobkin & Costa, 2000; Safren et al., 1999). The researcher who is a professional nurse working at a community hospital in charge of provision of care to HIV-infected patients and AIDS patients who seek treatment at the hospital or who live in the community, was interested in compiling, analyzing, and synthesizing research studies on cognitive behavioral therapy in HIV-infected patients and AIDS patients so as to derive at knowledge, understanding, and a body of knowledge that can be implemented to increase efficiency and effectiveness of care provided to this particular group of patients.

Objective of the Study

To synthesize research studies on cognitive behavioral therapy in patients with HIV/AIDS in terms of the effectiveness of cognitive behavioral therapy when compared to other forms of therapy.

Expected Outcomes and Benefits

The body of knowledge on cognitive behavioral therapy in patients with HIV/AIDS developed in this study could be implemented to more appropriately and effectively provide nursing care to patients with HIV/AIDS.

Definition of Terms

HIV-infected patients and AIDS patients refer to individuals who have been infected with the HIV viruses and whose blood examination results show that they have the HIV viruses in their body without any indication that they have AIDS-related symptoms or full-blown AIDS.

Patients with AIDS refer to patients whose blood examination results have shown that they have HIV viruses in their body and have already developed certain symptoms of AIDS as categorized by the criteria of Centers for Disease Control and Prevention (CDC) of the United States or by the definition of AIDS patients specified in the surveillance criteria of the Ministry of Public Health, B.E. 2547.

Cognitive behavioral therapy refers to the therapy which makes use of processes and techniques to adjust distorted automatic thoughts and core beliefs and turn them into logical and appropriate thoughts. CBT makes patients develop realistic understanding of the situations and learn to solve problems correctly and appropriately. In addition to adjustment of thinking, CBT involves the use of behavioral adjustment to reduce problematic behaviors and increase appropriate behaviors.

Research Methodology

The present study aimed at analyzing and synthesizing research studies related to cognitive behavioral therapy for patients with HIV/AIDS. The steps involved in the analysis and synthesis were as follows (Polit & Hungler, 1997):

1. Search for information sources for the review including:

- Data sources

- Keywords

- Inclusion criteria

2. Guidelines in analyzing and synthesizing the research and academic evidence consisting of the following:

- 2.1 Evaluation of research quality

- 2.2 Data extraction

Search for information sources

1. Data sources in this study were information resources of research studies published both in Thailand and abroad which were searched for using both manual search and electronic databases as follows:

- 1.1 Academic reports and research-based evidence published in Thailand were searched for from the databases of the libraries of Mahidol University (Mulinet), Chiang Mai University (Lib.cmu), Khon Kaen University (Lib.kku), Prince of Songkla University (nur.psu), Chulalongkorn University (Lib.car.chula), Office of Epidemiology, Department of Disease Control (ddc.moph), and Department of Mental Health (dmh.moph).

- 1.2 Research reports were also retrieved from major databases in the field of medicine and nursing science including CINAHL, PubMed, Ovid, Sciencedirect, Proquest, and Backwell Sunergy.

- 1.3 Academic reports and research-based evidence published in Thailand were also searched manually from the library of Mahidol University, Thammasat University, and Department of Mental Health. In addition, a search was conducted with the bibliography of each research report, and a full text was subsequently searched.

2. The keywords used in the search were as follows: AIDS, HIV, Acquired Immune deficiency syndrome, Cognitive Therapy, Cognitive Behavioral Therapy, HIV

and Cognitive Therapy, AIDS and Cognitive Therapy, HIV and Cognitive Behavioral Therapy, AIDS and Cognitive Behavioral Therapy

3. The selection criteria of related research were as follows:

3.1 As for intervention, the studies had to be related to cognitive behavioral therapy.

3.2 As regards the study sample, the subjects in the study had to be patients with HIV/AIDS.

3.3 With regard to the type of research evidence, the research studies had to be experimental studies or quasi-experimental studies.

3.4 The full text of the research had to be available.

Guidelines in analyzing and synthesizing the research and academic evidence

A review of literature and a search for research-based evidence on cognitive behavioral therapy in patients with HIV/AIDS resulted in 11 research studies that were then analyzed and synthesized based on the following criteria:

1. The evaluation of research quality was conducted based on the criteria of the Royal College of Physicians of Thailand (B.E. 2544) which divide the levels of research evidence into the following four levels:

Level A refers to evidence derived from a meta-analysis of randomized controlled trials (RCT) or a single experimental research study with randomized controlled trials.

Level B refers to evidence derived from a meta-analysis of at least one experimental research study with randomized controlled trials or evidence derived from carefully designed research studies including non-randomized controlled trials, cohort studies, or case-control studies.

Level C refers to evidence derived from correlational research or descriptive research.

Level D refers to evidence derived from expert consensus.

There were 11 research studies selected in this study. Of these, eight were randomized controlled trials categorized under Level A, and three were quasi-experimental studies categorized under Level B.

2. As for data extraction, in the present systematic review of 11 research studies, the scope of the data to be extracted was as follows:

- 1) Research problems/purposes
- 2) Research design
- 3) Sample
- 4) Research setting
- 5) Instruments and data collection
- 6) Methods/interventions
- 7) Findings/results
- 8) Implications/implementations

The data derived from the search were then synthesized in accordance with the objectives of the study.

Findings

The findings of the analysis and synthesis of research on cognitive behavioral therapy could be divided into three parts as follows: 1) quality of the selected research, 2) components of the therapy, and 3) effectiveness of cognitive behavioral therapy when compared to other forms of therapy.

1. Quality of research evidence

The findings showed that all of the studies on cognitive behavioral therapy in patients with HIV/AIDS selected in this study were conducted abroad. When assessing the quality of the selected studies, it was found that of the 11 studies selected in this study, eight were randomized controlled trials categorized under Level A, and three were quasi-experimental studies categorized under Level B.

2. Components of the therapy

The analysis of 11 selected research studies has shown that the components of cognitive behavioral therapy in HIV-infected patients and AIDS patients included therapists, clients, therapy activities, co-therapy, comparative therapy, and the instruments used in the assessment, which can be explained as follows:

2.1 Therapists: The therapists were psychologists in four studies (Chan et al., 2005; Kelly et al., 1993; Rousaud et al., 2007; Safren et al., 2004), a social worker in one study (Lee et al., 1998), a psychiatric nurse or nurse in two studies (Molassiotis et al., 2002; Murphy et al., 2002), a gay person who had undergone training and been certified on CBT in one study (Mulder et al., 1994), students in advanced clinical health psychology in two studies (Carrico et al., 2005; Lutgendorf et al., 1998), and a master's or doctoral graduate in psychology who had undergone training on cognitive-behavioral stress management (CBSM) in one study (Lechner et al., 2003). All of the therapists had been trained on CBT and had experience in provision of care to HIV-infected patients and AIDS patients.

2.2 Clients: The synthesis of research has shown that the patients were HIV-infected patients and AIDS patients, which can be explained as follows:

Gender: There were males, females, and gay men in seven studies (Carrico et al., 2005; Chan et al., 2005; Kelly et al., 1993; Lee et al., 1998; Lutgendorf et al., 1998; Mulder et al., 1994; Safren et al., 2004), females in one study (Lechner et al., 2003), and males and females in one study (Molassiotis et al., 2002). In two studies, the gender of the patients was not specified (Murphy et al., 2002; Rousaud et al., 2007).

Level of education: In one study, the subjects completed at least Grade 6 (Lechner et al., 2003), and in another study the subjects completed Grade 8 or higher (Carrico et al., 2005). In the other nine studies, the level of education of the subjects was not specified (Chan et al., 2005; Kelly et al., 1993; Lee et al., 1998; Lutgendorf et al., 1998; Molassiotis et al., 2002; Mulder et al., 1994; Murphy et al., 2002; Rousaud et al., 2007; Safren et al., 2004).

Specific characteristics of HIV-infected patients and AIDS patients: HIV-infected patients and AIDS patients were homosexuals in two studies (Carrico et al., 2005; Mulder et al., 1994), men who have sex with men (MSM) in one study (Safren et al., 2004), gay men in one study (Lee et al., 1998), and heterosexuals in one study (Chan et al., 2005). The specific characteristics of HIV-infected patients and AIDS patients were not identified in six studies (Kelly et al., 1993; Lechner et al., 2003; Lutgendorf et al., 1998; Molassiotis et al., 2002; Murphy et al., 2002; Rousaud et al., 2007)

Prognosis of the disease: The subjects in three studies had already developed the symptoms categorized under the B or C stage according to the criteria of CDC (Chan et al., 2005; Molassiotis et al., 2002; Mulder et al., 1994). In one study, the subjects were patients with HIV infection who had already developed AIDS symptoms, AIDS patients, and patients with CD4+cell count lower than 200 cells/ml or with one opportunistic infection (Lechner et al., 2003). In another study, the subjects were patients with HIV infection who had already developed AIDS symptoms with CD4+cell count lower than 500 cells/ml or with one opportunistic infection (Lutgendorf et al., 1998). There was one study in which the subjects were patients with HIV infection whose CD4+cell count was higher than 200 cells/ml (Carrico et al., 2005), and there was another study whose subjects were patients who had been diagnosed with HIV infection for at least three months (Rousaud et al., 2007). There were four studies which did not describe the patients' stage of the symptoms (Kelly et al., 1993; Lee et al., 1998; Murphy et al., 2002; Safren et al., 2004).

Antiretroviral therapy for HIV: One study specified that the subjects received antiretroviral therapy for HIV on a continuous basis for more than two months (Lutgendorf et al., 1998), while in another study it was stated that the subjects received antiretroviral therapy for HIV on a continuous basis for more than four months (Safren et al., 2004). There was one study whose inclusion criteria stated that the subjects were those who never had any history of antiretroviral therapy for HIV (Mulder et al., 1994). Eight studies did not specify the study subjects' antiretroviral therapy for HIV (Carrico et al., 2005; Chan et al., 2005; Kelly et al., 1993; Lechner et al., 2003; Lee et al., 1998; Molassiotis et al., 2002; Murphy et al., 2002; Rousaud et al., 2007).

Depressive disorder or depressive symptoms: In one study, the patients with HIV/AIDS were also diagnosed with major depressive disorder (Lee et al., 1998). The subjects in one study were those with depressive symptoms with the result of the CED-S Scale higher than 16 (Kelly et al., 1993), and in another study the subjects were patients with HIV/AIDS who had been prescribed with antidepressants for more than six weeks (Safren et al., 2004). In eight studies, the subjects' depressive disorder or depressive symptoms were not specified (Carrico et al., 2005; Chan et al., 2005;

Lechner et al., 2003; Lutgendorf et al., 1998; Molassiotis et al., 2002; Mulder et al., 1994; Murphy et al., 2002; Rousaud et al., 2007).

2.3 Therapy activities: It can be seen from the synthesis of research that all 11 studies have similarities in terms of the activities used. In six studies, the activities used in CBT consisted of cognitive restructuring, behavioral change strategies, problem solving, assertiveness skills, physical and psychological responses to stress, disclosure of blood examination results, having safe sex, and relaxation techniques (Chan et al., 2005; Kelly et al., 1993; Lee et al., 1998; Molassiotis et al., 2002; Mulder et al., 1994; Rousaud et al., 2007). There was one study which emphasized provision of treatment information and adherence to HARRT (Murphy et al., 2002). Moreover, there were three studies which involved adjustment of cognitive distortions that were commonly found, practice of cognitive restructuring skills, assertive communication, seeking social support, anger management, and group activities on AIDS (Carrico et al., 2005; Lechner et al., 2003; Lutgendorf et al., 1998). Finally, there was one study which used individual therapy consisting of activities categorized into five modules as follows: Module1: Adherence training and overview of CBT (Life-Step, Introduction to CBT for depression), Module 2: Behavioral activation, Module 3: Cognitive restructuring, Module 4: Problem solving, and Module 5: Relaxation training (Safren et al., 2004).

Number of sessions, frequency, and duration of therapy: As regards the total number of therapy sessions, the therapy consisted of ten sessions in three studies (Carrico et al., 2005; Lechner et al., 2003; Lutgendorf et al., 1998), 12 sessions in three studies (Molassiotis et al., 2002; Murphy et al., 2002; Safren et al., 2004), seven sessions in one study (Chan et al., 2005), 15 sessions in one study (Mulder et al., 1994), 16 sessions in one study (Rousaud et al., 2007), 20 sessions in one study (Lee et al., 1998), and eight sessions in one study (Kelly et al., 1993). In terms of frequency of the therapy sessions, in all 11 studies, the session was conducted once a week. Finally, with regard to the duration of the therapy, the therapy sessions lasted from one and a half hours to two and a hours per session (Carrico et al., 2005; Chan et al., 2005; Kelly et al., 1993; Lee et al., 1998; Lechner et al., 2003; Lutgendorf et al., 1998; Molassiotis et al., 2002; Mulder et al., 1994; Murphy et al., 2002; Rousaud et al., 2007; Safren et al., 2004).

2.4 Accompanying activity in the therapy

Of these 11 studies selected, there was one study which used antidepressant medications, namely nortriptyline, paroxetine, and bupropion, with patients who responses to group therapy were unsatisfactory or who experience worsening symptoms, depending on the symptoms and history of medication intake of the patients (Lee et al., 1998).

2.5 Activities used in comparative therapies

The therapies which were used in comparison with cognitive behavioral therapy were as follows:

1. Social support group or peer support/counseling (PSC) group

The group leaders stimulated the patients to describe their feelings toward their HIV infection status, problems, anxiety, expectation, and fear. The group leaders then encouraged the group to discuss how to cope with these problems by exchanging knowledge and experience among the patients with HIV infection. The learning that took place within the group resulted from experiences shared by each of the group members. The group leaders could be psychologists, counselors, or psychiatry residents. There were two studies which used social support group or peer support/counseling (PSC) group together with cognitive behavioral therapy (Kelly et al., 1993; Molassiotis et al., 2002).

2. Experiential therapy

The objective of experiential therapy was to promote individuals' ability to express their perception related to their experience and their choices in life in the future. The duty of the therapists was to enable the patients to perceive inconsistent emotions, thoughts, and behaviors and to promote their understanding and problem-solving. The therapists also encouraged the patients to express themselves and share their fear and concerns with their sickness and possible death. During the sessions, the patients had a chance to perceive different topics for group activities selected by the group members. A major stage in the process was to promote perception and understanding of self in the current situation. Specific tasks or homework were assigned to the patients to promote learning during the therapy, with an emphasis being placed on responses and adaptation to HIV infection. There was one study

which used experiential therapy together with cognitive behavioral therapy (Mulder et al., 1994).

3. Individual psychoeducation

With this technique, the patients would be provided with information and knowledge on stress coping, relaxation techniques, and adaptation to HIV/AIDS. There was one study which made use of individual psychoeducation (Lechner et al., 2003).

2.6 Assessment instruments

A synthesis of 11 research studies on cognitive behavioral therapy in patients with HIV/AIDS has shown that the assessment instruments used in these studies could be divided into the three following categories:

Psychosocial assessment scales: There were various assessment scales which were used to assess the patients' psychosocial condition. 1) The instruments used to assess the patients' quality of life included The Medical Outcomes Study Short Form 36 (SF-36) (Chan et al., 2005), The Hong Kong Chinese Version of the World Health Organization Quality of the Life Scale (WHOQOL-BREF-HK) (Molasslotis et al., 2002), The Medical Outcomes Study Health Status Questionnaire for HIV (MOS-HIV-30) (Lechner et al., 2003), and The Psychosocial Adjustment to Illness Scale (PAIS) (Rousaud et al., 2007). 2) The instruments used to assess the patients' depressive symptoms included The Center for Epidemiologic Studies-Depression Scale (CES-D) (Chan et al., 2005; Kelly et al., 1993; Murphy et al., 2002), The Hamilton Depression Rating Scale (HDRS) (Lee et al., 1998; Safren et al., 2004), and The Beck Depression Inventory (BDI) (Carrico et al., 2005; Lee et al., 1998; Lutgendorf et al., 1998; Safren et al., 2004). 3) The instrument used to assess the patients' mood disturbance was The Dutch adaptation of the Profile of mood States (POMS) (Lutgendorf et al., 1998; Molassiotis et al., 2002; Mulder et al., 1994). 4) The instrument used to assess the patients' stress coping was The COPE (Carrico et al., 2005; Lutgendorf et al., 1998; Mulder et al., 1994). 5) The instrument used to assess the patients' social support in terms of emotional support and interrelationship support was the Social Provision Scale (SPS) (Carrico et al., 2005; Kelly et al., 1993; Lutgendorf et al., 1998; Mulder et al., 1994; Murphy et al., 2002). 6) The instrument used to assess overall functioning of the subjects during a specified time period on a

continuum from psychological or psychiatric sickness to health was The Global Assessment Scale (GAS) (Lee et al., 1998). 7) The instrument used to assess the subjects' health status was A Dutch version of the 30-item General Health Questionnaire (GHQ) (Mulder et al., 1994).

Adherence assessment scales: The self-report of specific adherence was used to assess the patients' adherence to intake of antiviral medications (Murphy et al., 2002). Also, the coping strategies scale was a strategic checklist which was used to assess the patients' medical adherence (Murphy et al., 2002), and The Adherence Self-Efficacy Scale was also used to assess the patients' adherence (Murphy et al., 2002). In addition, the Electronic pill cap was used and the Adherence Questionnaire were also used in another study (Safren et al., 2004).

Physical assessment scales: There were two studies which assessed the CD4+count (in cells/mm³) (Carrico et al., 2005; Molassiotis et al., 2002). In another study, the assessment of viral load was utilized (Safren et al., 2004).

3. Effectiveness of cognitive behavioral therapy when compared to other forms of therapy

A comparison of cognitive behavioral therapy with other types of therapy in the synthesis of the selected studies has led to the following conclusion:

1. The effectiveness of cognitive behavioral therapy when compared with Treatment as Usual (TAU)

There were four studies which compared cognitive behavioral therapy with treatment as usual (Carrico et al., 2005; Chan et al., 2005; Lutgendorf et al., 1998; Murphy et al., 2000):

1. Regarding coping strategies (Murphy et al., 2002), the coping strategies used by the patients to ensure adherence to medication treatment could be divided into five strategies: 1) behavioral change strategies, 2) social support, 3) provider related, 4) spiritual, and 5) cognitive strategies. The findings of the study were as follows:

1.1 On the overall, there were no statistically significant differences between those who received cognitive behavioral therapy and those who received the treatment as usual.

1.2 When considering each strategy, it was found that the patients who received cognitive behavioral therapy had increased behavioral strategies and cognitive strategies with statistical significance. On the other hand, the patients with treatment as usual showed a decline from the baseline to three months after the therapy ended.

1.3 As regards scores of the Social Provision Scale (SPS), the patients who received cognitive behavioral therapy had the scores of the feeling of support aspect higher with statistical significance, but the scores of the patients with treatment as usual decreased from the initial period until immediately after the treatment.

2. In terms of adherence efficacy, it was found that patients with HIV/AIDS who received cognitive behavioral therapy had higher scores of overall adherence efficacy, the communication with clinical staff aspect, and the willingness to continue with treatment despite outside pressure aspect with statistical significance from baseline to three months after the therapy (Murphy et al., 2002).

3. With regard to psychosocial effectiveness, the findings were as follows:

3.1 In terms of depression, after the therapy patients with HIV/AIDS who received cognitive behavioral therapy had decreased depression scores. When compared with those who received treatment as usual, it was found that the patients with HIV/AIDS who received cognitive behavioral therapy had lower scores of depression with statistical significance in all four studies (Carrico et al., 2005; Chan et al, 2005; Lutgendorf et al., 1998; Murphy et al., 2000).

3.2 As for life satisfaction, the life satisfaction scores of the patients with HIV/AIDS who received cognitive behavioral therapy increased with statistical significance after the therapy, whereas the life satisfaction scores of those who received treatment as usual declined (Murphy et al., 2002).

3.3 As regards sense of behavioral and emotional control, the patients with HIV/AIDS who received cognitive behavioral therapy had increased sense of behavioral and emotional control, but those who received treatment as usual had decreased sense of behavioral and emotional control (Murphy et al., 2002).

4. Coping

4.1 The patients with HIV/AIDS who received cognitive behavioral therapy had increased positive reframing, acceptance, and active coping with statistical significance. In contrast, the positive reframing, acceptance, and active coping of the patients with treatment as usual decreased (Carrico et al., 2005; Lutgendorf et al., 1998). In one study, a slight change in acceptance of the patients with treatment as usual was found (Carrico et al., 2005).

4.2 When it came to coping with denial, there were no differences between the patients with HIV/AIDS who received cognitive behavioral therapy and those who received treatment as usual.

5. Regarding social support, the study findings indicated that the patients with HIV/AIDS who received cognitive behavioral therapy had the scores of the attachment reliable alliance and guidance aspects of social support higher than those who received treatment as usual with statistical significance. However, the scores of the social integration aspect of social support of both groups of subjects were not different (Lutgendorf et al., 1998). In one study, it was discovered that the patients with HIV/AIDS who received cognitive behavioral therapy had increased perceived social support scores with statistical significance, while the scores of the patients who received treatment as usual remained unchanged (Carrico et al., 2005).

2. The effectiveness of cognitive behavioral therapy when compared with Individual Psychoeducation

There was one study (Lechner et al., 2003) that compared the effectiveness of cognitive behavioral therapy with that of individual psychoeducation, which could be summarized as follows:

When considering quality of life of the patients with HIV/AIDS, it was found that:

- After the treatment, the patients in both groups had better overall quality of life with statistical significance.
- When considering each aspect of quality of life, it was found that both groups of patients had better quality of life in terms of cognitive functioning, health distress, and overall health perception with statistical significance.

- When comparing the effects of group condition and duration, the findings showed that quality of life in terms of mental health of the patients with HIV/AIDS who received cognitive behavioral therapy was higher than that of the patients who received individual psychoeducation with statistical significance. The scores of those with cognitive behavioral therapy increased from 66.41% before the therapy to 69.98% after the therapy. On the other hand, there was no difference in the scores of the patients who received individual psychoeducation.

3. The effectiveness of cognitive behavioral therapy when compared with social support group or peer support/counseling (PSC) and treatment as usual (TAU)

There were two studies (Kelly et al., 1993; Molassiotis et al., 2002) that compared the effectiveness of cognitive behavioral therapy with social support group or peer support/counseling (PSC) and treatment as usual (TAU), which could be summarized as follows:

As for depression, it was found that after the therapy, the patients who received cognitive behavioral therapy and those who received social support group or peer support/counseling had decreased depression with statistical significance. When these two groups of patients were compared to those who received treatment as usual, it was discovered that their depression was lower with statistical significance in both studies (Kelly et al., 1993; Molassiotis et al., 2002).

As regards the effects on psychological functioning of the three groups of patients, the patients' mood disturbance was assessed using the Profile of Mood States (POMS) involving anger-hostility, tension-anxiety, depression-dejection, fatigue-inertia, confusion-bewilderment, and vigor-activity. It was found that the patients who received cognitive behavioral therapy had the highest psychological functioning, followed by those who received social support group or peer support/counseling and those who received treatment as usual, respectively (Molassiotis et al., 2002). In addition, when considering each effect of mood disturbance during each period of the three groups of patients, the findings showed that:

- At the beginning of the therapy, the levels of mood disturbance and uncertainty of the three groups of subjects were at a high level, while their quality of life was at a moderate level.

- Immediately after the therapy, the patients who received cognitive behavioral therapy had decreased mood disturbance, while those who received treatment as usual showed slight changes in their mood states. However, almost all aspects of mood disturbance increased with statistical significance among patients who received social support group or peer support/counseling (Molassiotis et al., 2002).

- During the three-month follow-up period, the mood disturbance of the patients who received cognitive behavioral therapy slightly decreased, and the change in mood disturbance of the patients who received treatment as usual could be detected. However, almost all aspects of mood disturbance decreased with statistical significance among patients who received social support group or peer support/counseling (Molassiotis et al., 2002).

When considering the effects on immune system based on the CD4+cell count, it was found that in the initial period, the CD4+cell count values of the three groups of patients were different with statistical significance. That is, before the therapy, the CD4+cell count of the patients with treatment as usual was higher than that of the patients who received cognitive behavioral therapy and those who received social support group or peer support/counseling. However, immediately after the therapy, it could be seen that the CD4+cell count of the patients who received cognitive behavioral therapy and those who received social support group or peer support/counseling increased, while the CD4+cell count of the patients who received treatment as usual decreased. During the six-month follow-up period, the CD4+cell count of the patients who received cognitive behavioral therapy and those who received social support group or peer support/counseling increased, but the CD4+cell count of the patients who received treatment as usual remained unchanged (Molassiotis et al., 2002).

With regard to clinical improvement, it was found that approximately two-thirds of the patients who received social support group or peer support/counseling had improved clinical symptoms regarding somatic symptom, depression, anxiety, hostility, and interpersonal sensitivity, and 86% of the patients had improved clinical symptom of the global severity index with statistical significance. On the other hand, two-thirds of the patients who received treatment as usual had worsened clinical symptom of somatization. However, the clinical symptoms of the patients who

received cognitive behavioral therapy were at a moderate level when compared to the other two groups of patients (Kelly et al., 1993).

4. The effectiveness of cognitive behavioral therapy when compared with experiential-oriented therapy (ET) and waiting list

There was one study (Mulder et al., 1994) that compared the effectiveness of cognitive behavioral therapy with experiential-oriented therapy (ET) and waiting list, which could be summarized as follows:

When considering the affective stage and psychiatric symptoms using POMS-TMD, BDI, and GHQ, it was found that:

- After the therapy, the patients who received cognitive behavioral therapy and those who received experiential-oriented therapy had improved emotional and psychological symptoms with statistical significance when compared to those who received treatment as usual.
- When comparing two groups of patients (those with cognitive behavioral therapy and those with experiential-oriented therapy), it was found that there were no differences in their emotional and psychological symptoms after the therapy and during the follow-up period.
- When considering each aspect of coping, social support, and emotional expression, it was discovered that the three groups of patients were not different. When considering the benefits of each type of therapy from the patients, it was found that experiential-oriented therapy was more beneficial than cognitive behavioral therapy immediately after the therapy, but they were not different during the follow-up period.

5. The effectiveness of cognitive behavioral therapy when used with antidepressant medications

There was one study (Lee et al., 1998) that used antidepressant medications with cognitive behavioral therapy, which could be summarized as follows:

1. The patients who received cognitive behavioral therapy together with antidepressant medication had decreased depression with statistical significance immediately after the therapy and during the follow-up period.
2. The patients' mean scores of GAS (The Global Assessment Scale) which was used to assess the overall functioning of patients during a specified time

period on a continuum from psychological or psychiatric sickness to health increased from 57 points in the initial period to 75 points after the therapy and 80 points during the follow-up period.

3. During the follow-up period, the benefits of cognitive behavioral therapy were evaluated. It was found that cognitive behavioral therapy enabled the patients to develop perceived social support, learn that there were also other people who experienced the same kinds of problems, reduce their shame and isolation, and exchange their experiences with problem-solving with other patients. Thus, the patients could develop compassion for others, sense of self-pride, and better healthcare efficacy.

6. The effectiveness of cognitive behavioral therapy

There were two studies (Rousaud, et al, 2007; Safren, et al. 2004) that investigated the effectiveness of cognitive behavioral therapy alone, which could be summarized as follows:

Psychosocial adjustment generally refers to individuals' ability to adjust themselves to sickness situations or events on each day to maintain quality of life and well-being. Psychosocial adjustment can be divided into seven aspects: 1) Healthcare orientation, 2) Vocational environment, 3) Domestic environment, 4) Sexual relations, 5) Extended family relationships, 6) Social environment, and 7) Psychosocial distress.

- After the therapy, the patients who received cognitive behavioral therapy had increased overall psychosocial adjustment with statistical significance (Rousaud et al., 2007).

- When analyzing each aspect of psychosocial adjustment, it was found that the aspects of psychosocial adjustment that increased with statistical significance after the therapy were healthcare orientation, vocational environment, domestic environment, sexual relations, extended family relationships, social environment, and psychosocial distress (Rousaud et al., 2007).

- When considering the outcomes of four case series that received cognitive behavioral therapy, it was found that the patients had increased adherence and obviously decreased depressive symptoms. Their viral load also improved (Safren et al., 2004).

Limitations of the Study

1. There were no studies conducted in Thailand on cognitive behavioral therapy in patients with HIV/AIDS that were included in the present analysis and synthesis.

2. All 11 studies selected and included in the present study were conducted in a foreign country. Most of these studies did not describe the activities used in the cognitive behavioral therapy in detail, so there was not much information to use in the synthesis of the processes of cognitive behavioral therapy used in each study.

Recommendations

1. Recommendations for nursing practice

A synthesis of cognitive behavioral therapy in patients with HIV/AIDS has revealed that cognitive behavioral therapy enables patients with HIV/AIDS to have positive changes. In most studies, the use of cognitive behavioral therapy was compared with other forms of therapy, each of which had its strengths and weak points which should be taken into careful consideration as follows:

When comparing cognitive behavioral therapy with standard care of the healthcare institution, it was found that cognitive behavioral therapy enabled patients to adopt coping strategies to increase adherence to medication intake and cooperation. As for psychosocial aspect, cognitive behavioral therapy increased patients' satisfaction with life, decreased their depressive symptoms, and helped them gain more control of their emotions and behaviors. The patients were able to appropriately cope with stress, including positive reframing, acceptance, and active coping. They were able to develop perceived social support that came from their social relationships with others. Thus, it could be concluded that the overall outcomes of cognitive behavioral therapy were better than those of treatment as usual and that cognitive behavioral therapy offered itself as a promising alternative treatment for patients with HIV/AIDS.

When comparing cognitive behavioral therapy with individual psychoeducation, it was found that both types of therapy could increase patients' quality of life. However, the effects of cognitive behavioral therapy on mental health

were more apparent. Nevertheless, when using cognitive behavioral therapy, the therapists have to have clinical experience and experience with cognitive behavioral therapy. Therefore, healthcare institutions that wish to implement cognitive behavioral therapy need to prepare their personnel in charge of providing cognitive behavioral therapy to ensure its efficiency and effectiveness.

When comparing cognitive behavioral therapy with social support group or peer support/counseling, it was found that both types of therapy could increase patients' quality of life and decrease their psychological distress and depressive symptoms. In particular, social support could reduce patients' psychiatric symptoms and anxiety, while cognitive behavioral therapy could help patients solve problems with their substance abuse.

When comparing cognitive behavioral therapy with experimental group psychotherapy and waiting-list, it was discovered that both types of therapy could reduce patients' anxiety with statistical significance when compared to the waiting-list. Further analysis showed that even though there were no differences between cognitive behavioral therapy and experimental group psychotherapy, the latter seemed to yield more benefits immediately after the therapy ended, but there were no differences between the two types of therapy during the follow-up period. Therefore, it could be concluded that both cognitive behavioral therapy and experimental group psychotherapy were both beneficial for patients. However, these two types of therapy were different in terms of processes and methods, so psychiatric nurses who want to implement cognitive behavioral therapy and experimental group psychotherapy to provide care to patient with HIV/AIDS need to have both theoretical training and practical experience with these two types of therapy.

Therefore, cognitive behavioral therapy is an alternative for psychiatric nurses who provide care to patients with HIV/AIDS. It can increase the patients' knowledge and understanding of the disease and its treatment. The therapy outcomes enable patients to reduce depressive symptoms and psychologic distress, increase their adaptation, enhance their adherence to treatment, promote stress coping, and develop their perceived social support. As a result, the patients will have better psychosocial adaptation, leading to better quality of life. However, nurses need to have thorough knowledge and understanding of the therapy techniques and processes as well as skills

in implementing the therapy before they conduct the therapy sessions with the patients. As all of the studies analyzed and synthesized in this study were conducted abroad, cognitive behavioral therapy needs to be implemented in the Thai contexts more, especially in comparison with other forms of therapy, so that there will be sufficient evidence for appropriate implementation of cognitive behavioral therapy in various settings.

2. Recommendations for further research

2.1 Studies have shown that CBT is a form of therapy which is effective and yields good outcomes in HIV-infected patients and AIDS patients. In Thailand, there are a large number of patients with HIV infection and AIDS. Therefore, more research studies should be conducted to generate research-based evidence. In addition, other supportive factors related to CBT in HIV-infected patients and AIDS patients in other contexts in Thai society should also be further examined.

2.2 As a previous study has shown that experimental group psychotherapy is also an effective means to provide care to patients with HIV/AIDS, more studies should be carried out to gather empirical evidence to better determine the effectiveness of this type of therapy when used with patients with HIV/AIDS in Thailand.

2.3 Studies should also be carried out to compare the effectiveness of cognitive behavioral therapy and other forms of therapy when implemented in community hospitals where there are a large number of HIV infected persons and AIDS patients so as to find ways to provide care to these patients that better suits the community's environmental and social conditions.

รายการอ้างอิง

- กนกเลขา แก้วสว่าง. (2540). *ความสัมพันธ์ระหว่างความหวังกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- กระทรวงสาธารณสุข กรมควบคุมโรค กองโรคเอดส์. (2545). *คู่มือการให้การปรึกษาแบบกลุ่มสำหรับผู้ติดเชื้อเอดส์* (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพมหานคร: เจ เอส การพิมพ์.
- กระทรวงสาธารณสุข กรมควบคุมโรค สมาคมโรคเอดส์แห่งประเทศไทย สมาคมโรคติดเชื้อในเด็ก. (2550). *แนวทางการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์ในประเทศไทยปี พ.ศ. 2549/2550*. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- กระทรวงสาธารณสุข กรมควบคุมโรคติดต่อ สำนักโรคบาวิทยา. (2548). *นิยามผู้ป่วยเอดส์ที่ใช้ในการเฝ้าระวังโรค. (ฉบับปรับปรุงแก้ไขครั้งที่ 5) ปีที่ 34*.
- กระทรวงสาธารณสุข กรมควบคุมโรคติดต่อ สำนักโรคบาวิทยา. (2552). *สถานการณ์ผู้ป่วยเอดส์ ณ วันที่ 31 ธันวาคม พ.ศ. 2552*. เข้าถึงเมื่อวันที่ 6 มกราคม 2553 จาก http://epi.moph.go.th/epi_31.html.
- กระทรวงสาธารณสุข กรมควบคุมโรค สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์. (2552). *แนวทางการเสริมสร้างความรู้พื้นฐานด้านสุขภาพ สำหรับผู้ไ้ยา*. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติ.
- กระทรวงสาธารณสุข กรมสุขภาพจิต. (2546). *คู่มือการให้การปรึกษาเพื่อการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัส*. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- กระทรวงสาธารณสุข กรมสุขภาพจิต. (2550). *คู่มือการบำบัดรักษาโรคซึมเศร้าแบบ CBT (Cognitive-Behavioral Therapy)*. นนทบุรี: ปิยอนด์ พับลิชชิง.
- เกียรติ์ รัชกรังธรรม. (2541). *การประมวลและสังเคราะห์องค์ความรู้เอดส์: การวิจัยทางคลินิก*. นนทบุรี: สหมิตรพรินติ้ง.
- ขวัญใจ นามชื่อ. (2548). *ผลของโปรแกรมการบำบัดทางปัญญาต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ติดเชื้อเอชไอวี และเอดส์*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

- คณะกรรมการแห่งชาติว่าด้วยการป้องกันและการแก้ไขปัญหาเอดส์. (2551). รายงานความก้าวหน้าระดับประเทศตามปฏิญญาว่าด้วยพันธกรณี เรื่อง เอชไอวี/เอดส์ ประเทศไทย มกราคม 2549 - ธันวาคม 2550. กรุงเทพมหานคร: เฟื่องฟ้าพรินติ้ง.
- จันทิมา องค์โมยิต. (2545). จิตบำบัดในการปฏิบัติงานจิตเวชทั่วไป. กรุงเทพมหานคร: ยูเนี่ยน ครีเอชั่น.
- จำลอง ดิษขณิก และพริ้มเพรา ดิษขณิก. (2545). ความเครียด ความวิตกกังวล และสุขภาพ. เชียงใหม่: โรงพิมพ์แสงศิลป์.
- ธนา นิลชัยโกวิท. (2537). เทคนิคการให้การปรึกษาผู้ป่วย HIV. กรุงเทพมหานคร: หมอชาวบ้าน.
- นิตารัตน์ เซตวรณ. (2543). การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเองและความซึมเศร้าของผู้ติดเชื้อเอชไอวี. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- เน่งน้อย ย่านวาริ. (2536). ความสัมพันธ์ระหว่างสิ่งเร้าความเครียด ความเครียดและการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยที่ติดเชื้อเอดส์. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- ปราโมทย์ ชีระพงษ์. (2546). เอดส์ การรักษา ยา และวัคซีน. กรุงเทพมหานคร: บริษัท ที ซี เอเชีย (2000).
- ปิยะรัตน์ นิลอัยกา. (2537). ผลกระทบของการติดเชื้อเอชไอวีและโรคเอดส์ต่อบุคคล ครอบครัว และชุมชน. ในวิจิตร ศรีสุพรรณ วิลาวลย์ เสนารัตน์ อะเกื้อ อุณหเลขกะ และพูนทรัพย์ โสภารัตน์ (บรรณาธิการ). การพยาบาลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- เพ็ญจันทร์ ประดับมุข. (2537). ปฏิกริยาตอบสนองของหญิงบริการอาชีพพิเศษที่ติดเชื้อเอดส์ในเพ็ญจันทร์ ประดับมุข (บรรณาธิการ). การเผชิญปัญหาชีวิตของผู้ติดเชื้อเอดส์. นครปฐม: ศูนย์ศึกษานโยบายสาธารณสุข คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- มานิช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุนิษฐ์. (2546). จิตเวชศาสตร์รามาธิบดี (พิมพ์ครั้งที่ 8). กรุงเทพมหานคร: สวีชาญการพิมพ์.
- มานิต ศรีสุรภานนท์ และจำลอง ดิษขณิก. (2542). ตำราจิตเวชศาสตร์. เชียงใหม่: โรงพิมพ์แสงศิลป์.

- รัศมี วิบูลย์กุล. (2542). ผลของโปรแกรมกลุ่มสนับสนุนต่อความหวังในบุคคลที่ติดเชื้อไวรัสเอดส์. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย. (2544). คุณภาพงานวิจัย. เอกสารประกอบการสอนวิชาระเบียบวิธีวิจัยและการใช้ผลการวิจัย. ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วันทนา มณีศรีวงศ์กุล และอรรณพ หิรัญดิษฐ์. (2550). ทบทวนความรู้เกี่ยวกับความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัส. ในพัชร ชันติพงษ์ พิระมณ นิงสานนท์ ธิดาพร จีรวัฒน์ไพศาล และคณะ (บรรณาธิการ). แนวทางการติดตามและส่งเสริมการรับประทานยาต้านไวรัสอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- วิโรจน์ เอี่ยมจรัสรังสี. (2548). รายงานการศึกษาลบแบบสมบูรณั โครงการการทบทวนองค์ความรู้ด้าน *Mind-Body Medicine* ในการป้องกันและรักษาโรคหัวใจและหลอดเลือด โรคเบาหวาน และโรคมะเร็ง. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย (สกว.) และมูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ (มสช.).
- คันสนีย์ สมิตะเกษตริน. (2542). การศึกษาสุขภาพจิตผู้ติดเชื้อ ผู้ป่วยเอดส์ที่เข้าชมรมผู้ติดเชื้อ. กองโรคเอดส์ กรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข.
- ศิริชัย คาริกานนท์. (2541). การสำรวจคุณภาพชีวิตและความคิดต่อการฆ่าตัวตายของผู้ติดเชื้อเอชไอวี. วารสารกรมสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย, 5(3), 25-57.
- ศิริวลี คำวลี. (2545). การทดลองใช้โปรแกรมการให้การปรึกษาตามแนวปณิธานตามทฤษฎีของเบค (Beck) เพื่อลดระดับความซึมเศร้าในผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับการรักษาในหน่วยกามโรคและโรคเอดส์ในช่วงเดือนมกราคม-กุมภาพันธ์ พ.ศ.2545. วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- สัจชัย ชาสมบัติ และชีวันนัท เลิศพิริยสุวัฒน์ บรรณาธิการ. (2547). แนวทางปฏิบัติงานโครงการ การเข้าถึงบริการยาต้านไวรัสเอดส์ระดับชาติสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- สมจิต หนูเจริญกุล. (2536). การดูแลตนเอง: ศาสตร์และศิลป์ทางการพยาบาล (พิมพ์ครั้งที่2). กรุงเทพมหานคร: วีเจ. พรีเมี่ยม.
- สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต. (2550). ทฤษฎีและเทคนิคการปรับพฤติกรรม. (พิมพ์ครั้งที่ 6). กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- สุชาติ พหลภักย์. (2542). *ความคิดปกติทางอารมณ์*. ขอนแก่น: ศิริภักษ์ออฟเซต.
- สุชาติ พหลภักย์. (2547). *Cognitive Therapy*. ขอนแก่น: ศิริภักษ์ออฟเซต.
- สุริพร ธนศิลป์. (2538). *การพยาบาลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์*. กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อรพรรณ ลีอนุชวัชชัย และพีรพนธ์ ลีอนุชวัชชัย. (2548). การบำบัดทางความคิดในผู้ที่มีปัญหาทางสุขภาพจิตและจิตเวช. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*. ปีที่ 9 ฉบับที่ 2/ 2548.
- อำไพวรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์. (2543). *การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต แนวปฏิบัติตามพยาธิสภาพ* (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพมหานคร: ธรรมสาร.
- Beck, J.S. (1995). *Cognitive Therapy: Basics and Beyond*. New York: The Guilford Press.
- Carrico, A. W., Antoni, M. H., Weaver, K. E., Lechner, S. C., & Schneiderman, N. (2005). Cognitive-Behavioral stress management with HIV positive homosexual men: mechanisms of sustained reductions in depressive symptoms. *Chronic Illness*, 1, 207-215.
- Chan, I., Kong, P., Leung, P., Au, A., Li, p., Chung, R., et al. (2005). Cognitive-Behavioral group program for Chinese heterosexual HIV- infected men in Hong Kong. *Patient Education and Counseling*, 56, 78-84.
- Chandra, P. S., Desai, G., & Ranjan, S. (2005). HIV & psychiatric disorders. *India Journal of Medical Research*, 121(4), 451- 467.
- Church, J. (1998). The Application of Cognitive-Behavioural Therapy for Depressed to People with Human Immunodeficiency Virus (HIV) and Acquired Immune Deficiency Syndrome (AIDS). *Pscho-Oncology*, 7, 78-88.
- Cook, J. S., & Fontaine, K. L. (1991). Issues Facing Mental Health Nursing. *Essentials of Mental Health Nursing* (2nd ed., pp. 672-682). Bridge Parkway, CA: Addison-Wesley.
- Dobkin, P. L., & Costa, D. D. (2000). Group psychotherapy for medical patients. *Psychology Health & Medicine*, 5(1), 87-96.
- Eller, L. S. (1999). Effect of cognitive – behavioral interventions on quality of life in persons with HIV. *International Journal of Nursing Studies*, 36, 223-233.
- Faugier, J. (1993). HIV and AIDS. In H. Wright, & M. Giddey (eds.). *Mental Health Nursing from first principles to professional practice*. (pp.141-149). London: Chapman & Hall.

- Frost, J. C. (1993). Group Psychotherapy with HIV-Positive and AIDS Patients. In A. Alonso, & H. I. Swiller (Eds.). *Group Therapy in Clinical Practice*. Washington: American Psychiatric Press.
- Goodkin, K., Blaney, N. T., Feaster, D., Fletcher, M. A., Baum, M. K., Mantero-Atienza, E., et al., (1992). Active coping style is associated with natural killer cell cytotoxicity in asymptomatic HIV-1 seropositive homosexual men. *Journal of Psychosomatic Research*, 36(7), 635-650.
- Green, J. A. (2004). Cognitive-Behavioral Therapy. In J. L. Geller. Book reviews. *Psychiatric Service*, 56 (9), 1161.
- Ironson, G., Friedman, A., Klimas, N., Antoni, M., Fletcher, M. A., Laperriere, A., et al. (1994). Distress, denial, and low adherence to behavioral intervention predict faster disease progression in gay men infected with human immunodeficiency virus. *International Journal of Behavioral Medicine*, 1(1), 90-105.
- Kelly, J. A., Murphy, D.A., Bahr, G. R., Kalichman, S. C., Morgan, M. G., & Stevenson, L. Y. (1993). Outcome of cognitive-behavioral and support group brief therapies for depressed, HIV-infected persons. *The American Journal of Psychiatry*, 150, 1679-1686.
- LaSelle, A. J., & LaSelle, P. C. (2001). Psychosocial care of the patient with HIV/AIDS. In G. W. Stuart, & M. T. Laraia (Eds.), *Principle and practice of psychiatric nursing* (7th ed., pp. 842-856). St. Louis: Mosby.
- Lechner, S. C., Antoni, M. H., Lydston, D., LaPerriere, A., Ishii, M., Devieux, J., et al. (2003). Cognitive-Behavioral interventions improve quality of life in woman with AIDS. *Journal of Psychosomatic Research*, 54, 253-261.
- Lee, M. R., Cohen, L., Hadley, S. W., & Goodwin, F. K. (1998). Cognitive-Behavioral Group Therapy with Medication for Depressed Gay Men with AIDS or Symptomatic HIV Infection. *Psychiatric Services*, 7, 984-952.
- Lesserman, J., Perkins, D. O., & Evan, D. L. (1992). Coping with the threat of AIDS: The role of social support. *The American Journal of Psychiatry*, 149, 1514 -1520.
- Lutgendort, S. K., Antoni, M. H., Ironson, G., Starr, K., Costello, N., Zuckerman, M., et al. (1998). Changes in Cognitive Coping Skills and Social Support During Cognitive

- Behavioral Stress Management Intervention and Distress Outcomes in Symptomatic Human Immunodeficiency Virus (HIV)- Seropositive Gay Men. *Psychosomatic Medicine*, 60, 204- 214.
- Hollon, S. D., & Beck, A. T. (1994). Cognitive and Cognitive Behavioral Therapies. In A. E. Bergin, & S. L. Garfield (Eds.). *Handbook of Psychotherapy and Behavior change*. (4th ed., pp. 428-466). Canada: John Wiley & Sons.
- Keltner, N. L., & Pugh, G. L. (1999). Working with patients with HIV infection. In C. E. Bostrom, L. H. Schwecke, & N. L. Keltner (Eds.) *Psychiatric nursing* (3rd ed., pp. 666-678). St Louis: Mosby.
- Markowitz, J.C., Kocsis, J.H., Fishman, B., Spielman, L. A., Jacobsbreg, L. B., Frances, A. J., et al. (1998). Treatment of depressive symptoms in human immunodeficiency virus-positive patients. *Archives of General Psychiatry*, 55(5), 452-457.
- Molassiotis, A., Callaghan, P., Twinn, R. N., 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 Decrease Psychologic Distress and Improving Quality of Life in Chinese Patients with Symptomatic HIV disease. *AIDS Patient Care and STDs*, 16, 83-96.
- Mulder, C. L., Emmelkamp, P. M., Antoni, M. H., Mulder, J. W., Sandfort, T. G., & Vries, M. J. (1994). Cognitive-behavioral and Experiential group psychotherapy for HIV-infected homosexual men: a comparative study. *Psychosomatic Medicine*, 56, 423-431.
- Murphy, D. A., Lu, M. C., Martin, D., Hoffman, D., & Marelich, W. D. (2002). Results of a Pilot Intervention Trail to Improve Antiretroviral Adherence Among HIV- Positive Patients. *The Association of Nurses in AIDS care*, 13 (6), 57-69.
- Ogden, J. (1996). Psychology throughout the course of illness: the examples of HIV, cancer and coronary heart disease. *Health psychology: A Text book*. (pp. 256-282). Buckingham: Open University Press.
- Polit, D. F., & Hungler, B. P. (1997). *Essentials of Nursing Research: methods, appraisal, and utilization* (4th ed.). Philadelphia : J.B. Lippincott.

- Rousaud, A., Blanch, J., Hautzinger, Lazzari, E. S., Peri, J. M., Puig, O., et al. (2007). Improvement of Psychosocial Adjustment to HIV-1 Infection through a Cognitive-Behavioral Oriented Group Psychotherapy Program : A Pilot Study. *AIDS Patient Care and STDs*, 21(3), 212-222.
- Rush, A. J., & Beck, A. T. (2005). Cognitive therapy. In B. J. Sadock & V.A. Sadock (Eds.). *Comprehensive textbook of psychiatry volume II* (8th ed., pp 2595-2609) Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Safren, S. A., Hendriksen, E. S., Mayer, K. H., Mimiaga, M. J., Pickard, R., & Otto, M. W. (2004). Cognitive-Behavioral Therapy for HIV Medication Adherence and Depression. *Cognitive and Behavioral Practice*, 11, 415- 423.
- Safren, S. A., Otto, M. W., & Worth, J. L. (1999). Life-steps: Applying cognitive behavioral therapy to HIV medication adherence. *Cognitive and Behavioral Practice*, 6, 332-341.
- Sikkema, K. J., Hansen, N. B., Kochman, A., Tate, 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 Stud*, 28(3), 187-209.
- Taylor, S. E. (1999). *Health Psychology* (4th ed.). Canada: McGraw-Hill.
- Thomson, L. W., McGee, J. S., & Thomson, D.G. (2005). Cognitive Behavioral therapy In B., J. Sadock & V., A., Sadock. (Eds.). *Comprehensive textbook of psychiatry volume II* (8th ed., pp 3758-3762). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- UNAIDS/ WHO. (2009). *AIDS epidemic update*. Retrieved January 8, 2010, from <http://www.google.co.th/search?hi=ch&g=UNAIDS&meta>.
- Valente, S. M. (2003). Depression and HIV Disease. *Journal of The Association of Nurses in AIDS care*, 14(2), 41- 51.
- White, J. R., & Freeman, A. S. (2000). *Cognitive- Behavioral Group Therapy*. Washington: American Psychological Association.
- Zuckerman, M., & Antoni, M. H. (1995). Social support and its relationship to psychological, physical health, and immune variables in HIV-infection. *Clinical Psychological& Psychotherapy*, 2, 210-219.



ตาราง 5 สรุปผลการสกัดข้อมูลจากวรรณกรรมเกี่ยวกับการบำบัดทางพฤติกรรมปัญญา (CBT) ในผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์

เรื่องที่ 1

ชื่อเรื่องงานวิจัย Outcome of cognitive-behavioral and support group brief therapies for depressed, HIV-infected persons

ผู้แต่ง / ปี Kelly, J.A., Murphy, D.A., Bahr, G. R., Kalichman, S. C., Morgan, M. G., Stevenson, L. Y. / 1993

แหล่งตีพิมพ์ Am J Psychiatry, 150, 1679-1686

หัวข้อ	รายละเอียด
Research Objective	เพื่อศึกษาเปรียบเทียบผลของการให้การบำบัดทางพฤติกรรมปัญญา (cognitive-behavioral intervention) และการทำกลุ่มฝึกทักษะการใช้ชีวิตในสังคม (social support group) กับกลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับ intervention ในกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีภาวะซึมเศร้า
Design	Randomized controlled trials
Level	Level A
Setting	The Infectious Disease/HIV Clinic of the Milwaukee
Sample	เกณฑ์คัดเข้า : ผู้ติดเชื้อเอชไอวีเพศชายจากโครงการ The Milwaukee AIDS Project ที่มีคะแนนของ CES-D scale มากกว่าหรือเท่ากับ 16 ซึ่งบ่งชี้ถึงการมีภาวะซึมเศร้า (indicator of probable depression) เกณฑ์คัดออก : - กลุ่มตัวอย่าง : - ผู้ติดเชื้อเอชไอวีเพศชายจำนวน 68 คน อายุเฉลี่ยเท่ากับ 34.0 ปี ค่าเฉลี่ยระดับการศึกษา 13.3 ปี 62% เป็นเชื้อชาติ White, 29% เป็นเชื้อชาติ African-American, และ 9% เป็นเชื้อชาติอื่นๆ และ 96% มีประวัติ homosexual หรือ bisexual activity - ผู้ติดเชื้อเอชไอวีจำนวน 56 คนยังไม่มีอาการหรือมีอาการไม่มาก อีก 12 คนมีอาการตามเกณฑ์ของ Centers for Disease Control criteria for AIDS ระยะเวลาเฉลี่ยที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีทราบว่ามีการตรวจเลือดบวก เท่ากับ 31 เดือน แบ่งผู้ติดเชื้อเอชไอวีเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่

ตาราง 5 สรุปผลการสกัดข้อมูลจากวรรณกรรมเกี่ยวกับการบำบัดทางพฤติกรรมปัญญา (CBT) ในผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
	1. กลุ่ม CBT จำนวน จำนวน 27 คน 2. กลุ่ม social support จำนวน จำนวน 14 คน 3. กลุ่ม Comparison จำนวน จำนวน 27 คน ผู้ติดเชื้อเอชไอวีทั้ง 3 กลุ่มจะได้รับการประเมินใน 3 ช่วงเวลาคือ pre-intervention, post-intervention และ follow-up (3 เดือน)
Research outcomes	- Emotional distress - High-risk sexual practices and substance use - Clinical change
Research Instruments	1. The Center for Epidemiologic studies depression Scale (CES-D) scale : - เป็นลักษณะ 20-item scale สร้างขึ้นเพื่อวัดอาการซึมเศร้าในประชากรทั่วไปและกลุ่มผู้ป่วย กลุ่มผู้ป่วยจะรายงานถึงความถี่ของอาการซึมเศร้าโดยมี 4-point scales คะแนนจะอยู่ในช่วงระหว่าง 0-60 คะแนน โดยที่คะแนนยิ่งสูงจะบ่งชี้ถึงมีภาวะซึมเศร้ามากขึ้น 2. The Social Provisions Scale : - เป็นลักษณะ 24-item Likert-type scale ซึ่งจะเป็นการประเมินการยอมรับ/ความเข้าใจทางด้าน social support ใน 6 ลักษณะคือ ความรักใคร่ผูกพัน (attachment) การมีส่วนร่วมในสังคม (social integration) ความมั่นใจในคุณค่าแห่งตน (reassurance of worth) ความเชื่อมั่นในความเป็นมิตรที่ดี (reliable alliance with others) การได้รับคำชี้แนะ (guidance) และมีความรับผิดชอบในการเลี้ยงดูหรือให้ความช่วยเหลือบุคคลอื่น (nurturance of others) 3. The SCL-90-R : - ใช้กันมากในการประเมินอาการทั่วไปหรืออาการที่เฉพาะเจาะจงเกี่ยวกับอาการทุกขัทรมาณ จะมีการให้คะแนนในเรื่องต่างๆ เช่น global severity index, depression, ด้านความเครียดที่แสดงออกทางร่างกาย (somatization), ความวิตกกังวล, ความรู้สึกไวต่อผู้อื่น (interpersonal sensitivity), ความรู้สึกไม่เป็นมิตร (hostility) และ ความหวาดกลัวโดยไม่มีเหตุผล (phobic anxiety) โดยแต่ละสเกลของ The SCL-90-R จะมีคะแนนระหว่าง 0.0 และ 4.0

ตาราง 5 สรุปผลการสกัดข้อมูลจากวรรณกรรมเกี่ยวกับการบำบัดทางพฤติกรรมปัญญา (CBT) ในผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
	4. The Multidimensional Health Locus of Control Scale : - เป็นแบบสอบถามการรับรู้ความสามารถในการควบคุมตนเองด้านสุขภาพที่ถูกกำหนดโดย chance หรือ personal behavior (internal control) หรือปัจจัยภายนอกอื่น ๆ นิยมใช้กันมากในงานวิจัยด้านพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ 5. แบบสอบถามที่เก็บข้อมูลในเรื่องต่างๆเช่น - ประวัติและจำนวนครั้งของการใช้สาร/สิ่งเสพติดในช่วงระยะเวลา 3 เดือนที่ผ่านมา (alcohol, marijuana,, amphetamines, cocaine, oral narcotics, injected drugs, and inhaled nitrites) รวมถึงยาต่างๆที่ใช้ด้วย - ประวัติเกี่ยวกับ sexual activities ในช่วงระยะเวลา 3 เดือนที่ผ่านมา (number of partners and frequency of unprotected anal and vaginal intercourse with sexual partners)
Interventions	กลุ่มควบคุม : - Comparison condition : จะไม่ได้รับ intervention ใดๆ กลุ่มทดลอง : 1) Cognitive-behavioral group intervention : จะมุ่งเน้นที่ใช้หลักการด้านความคิดและพฤติกรรม เพื่อลดการตอบสนองต่อภาวะวิตกกังวลและความซึมเศร้าที่ไม่ถูกวิธี ทำกลุ่มเป็นเวลา 8 สัปดาห์ ใช้เวลาประมาณ 90 นาที กลุ่มละ 8-10 คน มีผู้นำกลุ่ม 2 คน ซึ่งอาจจะเป็น psychologist, counselors, or psychiatry resident ที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ การทำกลุ่มประกอบด้วยการให้ความรู้ การบอกถึงประโยชน์ของการทำกลุ่ม ทักษะต่างๆที่จะสอนผู้ ติดเชื้อเอชไอวีได้แก่ การปรับเปลี่ยนโครงสร้างทางความคิดที่ทำให้ภาวะวิตกกังวล/ซึมเศร้ามีอาการแย่ลง การผ่อนคลายกล้ามเนื้อ (progressive muscle relaxation) การหายใจแล้วผ่อนคลาย (Cue-Controlled relaxation) การเปิดเผยผลการตรวจเลือดและการมีเพศสัมพันธ์อย่างปลอดภัยและการจัดตั้งเครือข่ายทางด้าน social support

ตาราง 5 สรุปผลการสกัดข้อมูลจากวรรณกรรมเกี่ยวกับการบำบัดทางพฤติกรรมปัญญา (CBT) ในผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
	2) Social support group intervention : ทำกลุ่มเป็นเวลา 8 สัปดาห์ ใช้เวลาประมาณ 90 นาที กลุ่มละ 8-10 คน มีผู้นำกลุ่ม 2 คน ซึ่งอาจจะเป็น psychologist, counselors, or psychiatry resident ที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ ผู้นำกลุ่มจะกระตุ้นให้ผู้ป่วยบรรยายถึงความรู้สึกที่มีภาวะติดเชื้อเอดส์ บอกถึงปัญหาเรื่องที่วิตกกังวล ความหวัง ความกลัว รวมถึงให้กลุ่มมีการพูดถึงการที่จะรับมือกับปัญหาเหล่านี้ โดยการแลกเปลี่ยนความรู้และประสบการณ์ระหว่างกลุ่มผู้ติดเชื้อเอง
Results	<u>With in group: -</u> <u>Between group :</u> 1. Effects of intervention on measures of distress - ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับ intervention ทั้งแบบ CBT และ social support มีคะแนนของ depression scale of the SCL-90-R ต่ำกว่ากลุ่ม comparison อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F=4.15, p<0.02$) รวมถึงค่าของ the SCL-90-R hostility scale ด้วย ($F=5.49, p<0.01$) และมี levels of maladaptive somatic preoccupation ต่ำกว่ากลุ่ม comparison ด้วย ($F=5.54, p<0.01$) - ช่วง post-intervention กลุ่มที่ได้รับ social support มีคะแนนของ SCL-90-R global severity index และ anxiety scale ต่ำกว่ากลุ่ม comparison อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F=4.13, p<0.02$ และ $F=3.20, p<0.05$, ตามลำดับ) - ในช่วง follow-up 3 เดือน เฉพาะกลุ่มที่ได้รับ social support ที่มีความเครียดที่แสดงออกทางร่างกาย (somatization) ต่ำกว่ากลุ่ม comparison อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F=4.23, p<0.02$) - ไม่มีการเปลี่ยนแปลงที่แตกต่างกันอย่างชัดเจนในเรื่องของ reductions in unprotected anal intercourse จากช่วงก่อนการให้ intervention กับช่วง follow-up ระหว่างทั้ง 3 กลุ่มศึกษา - มีความแตกต่างกันทางสถิติในกลุ่ม comparison ที่มีการลดลงของ unprotected anal intercourse (จากค่าเฉลี่ย 0.3 ครั้งในช่วง baseline เป็น 0.1 ครั้งในช่วง post-intervention ($p<0.05$))

ตาราง 5 สรุปผลการสกัดข้อมูลจากวรรณกรรมเกี่ยวกับการบำบัดทางพฤติกรรมปัญญา (CBT) ในผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
	- ในกลุ่ม CBT ที่มีการลดลงของการใช้ illicit substances ในช่วง follow-up เมื่อเปรียบเทียบกับช่วง baseline อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (baseline =49.1 days and follow-up = 14.1 days, $p<0.05$) 2. Clinical significance of change in emotional distress - การประเมินแบ่งเป็น 3 ระดับคือ อาการดีขึ้น (improved), ไม่เปลี่ยนแปลง (unchanged), และแย่ลง (deteriorated) โดยเปรียบเทียบช่วง pre-intervention กับ post-intervention และ follow-up โดยพิจารณาจากค่า confidence interval จากคะแนนของ the SCL-90-R ที่ได้จากการคำนวณ (the formulation for calculations and a full explanation of the monitoring model are described in detail by Speer and Swindle) - ประมาณ 2 ใน 3 ของกลุ่มที่ได้รับ social support มี clinical improvement ในเรื่องของ somatic symptoms, depression, anxiety, hostility, และ interpersonal sensitivity นอกจากนี้ 86% มีอาการทางคลินิกที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในเรื่องของ the global severity index และ น้อยกว่า 10% ของผู้ติดเชื้อมีอาการทางคลินิกแย่ลงใน 4 subscales of the SCL-90-R - ส่วนกลุ่ม comparison ประมาณ 2 ใน 3 ของผู้ติดเชื้อมีอาการทางคลินิกแย่ลงในเรื่องของ somatization และมากกว่า 1 ใน 3 ของผู้ติดเชื้อมีอาการทางคลินิกแย่ลงใน 4 subscales of the SCL-90-R - ส่วนกลุ่ม CBT นั้นผู้ป่วยมีอาการทางคลินิกอยู่ในระดับปานกลางเมื่อเทียบกับกลุ่มอื่น - เมื่อเปรียบเทียบระยะเวลาในช่วง follow-up พบว่ากลุ่มที่ได้รับ social support มีอาการทางคลินิกดีขึ้นกว่ากลุ่ม comparison แต่ไม่พบความแตกต่างในกลุ่มที่ได้รับ CBT

ตาราง 5 สรุปผลการสกัดข้อมูลจากวรรณกรรมเกี่ยวกับการบำบัดทางพฤติกรรมปัญญา (CBT) ในผู้ติดเชื้อมเอดส์และผู้ป่วยเอดส์ (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
Implication	- การทำกลุ่มโดยใช้ CBT และ social support ในผู้ติดเชื้อมเอดส์ที่มีภาวะซึมเศร้าสามารถลด emotional distress ได้ - การทำกลุ่มโดยใช้ social support ให้ผลค่อนข้างดีในการลดปัญหาเรื่อง overall psychiatric symptoms และ anxiety ในขณะที่การให้ CBT นั้นจะมีส่วนในการลดลงของ the frequency of illicit substance use
Limitation	- ด้วยข้อจำกัดเรื่องจำนวนผู้ติดเชื้อมเอดส์เพศหญิง ทำให้การศึกษานี้มีกลุ่มตัวอย่างมีเฉพาะเพศชาย ซึ่งในความเป็นจริงปัญหาของผู้ติดเชื้อมเอดส์เพศหญิงจะมีความเฉพาะและแตกต่างจากเพศชาย - การศึกษานี้มุ่งเน้นที่ผลของการให้ intervention แต่ไม่ได้ให้ความสำคัญกับขบวนการในการให้ intervention - ผลจากการศึกษา ไม่สามารถบอกได้ชัดเจนถึงความสัมพันธ์ระหว่างระดับความซึมเศร้าของผู้ติดเชื้อมเอดส์กับการตอบสนองต่อเงื่อนไขของการติดเชื้อมเอดส์

ตาราง 5 สรุปผลการสกัดข้อมูลจากวรรณกรรมเกี่ยวกับการบำบัดทางพฤติกรรมปัญญา (CBT) ในผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ (ต่อ)

เรื่องที่ 2

ชื่อเรื่องงานวิจัย Cognitive behavioral and experimental group psychotherapy for HIV-infected homosexual men: a comparative study

ผู้แต่ง Mulder, C.L., Emmelkamp, P.M., Antoni, M. H., Mulder, J. W., Sandfort, T. G., & Vries, M. J./ 1994

แหล่งตีพิมพ์/ปี Psychosomatic Medicine, 56, 423-431

หัวข้อ	รายละเอียด
Research Objective	เพื่อเปรียบเทียบประสิทธิผลของวิธีการบำบัดทางพฤติกรรมปัญญา (cognitive-behavioral intervention) กับวิธีการบำบัดแบบ experimental-oriented therapy (ET) ในการลดภาวะไม่สุขสบายใจ (distress) ในกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีชายที่ติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ (homosexual HIV infection) ที่ยังไม่มีการแสดงออกของอาการ
Design	Randomized experimental trial
Level	Level A
Setting	The Minicipal Health Service in the Netherlands
Sample	เกณฑ์คัดเข้า : - ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ยังไม่แสดงอาการของโรค (CDC state II or III) - ไม่มีประวัติการใช้ยาต้านไวรัส (antiretroviral medication) - ยังไม่เคยรับการรักษาทางด้านจิตบำบัด (psychotherapy) ที่เกี่ยวข้องกับปัญหาเอดส์ - มีอายุระหว่าง 18-65 ปี - ผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีสุขภาพกายและสุขภาพจิตที่ดีสามารถเข้าร่วมในกิจกรรมกลุ่มตามโปรแกรม (group intervention program) และได้รับการประเมินภาวะจิตสังคมได้ครบถ้วน - ไม่มีประวัติการติดสุราหรือการใช้ยา เกณฑ์คัดออก : -

ตาราง 5 สรุปผลการสกัดข้อมูลจากวรรณกรรมเกี่ยวกับการบำบัดทางพฤติกรรมปัญญา (CBT) ในผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
	กลุ่มตัวอย่าง : กลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ติดเชื้อจากทางเพศสัมพันธ์ (homosexual HIV infection) เพศชายที่มีผลการตรวจเลือดเป็น HIV-positive จากโครงการวิจัยที่ the Municipal Health Service of Amsterdam, the Netherlands ที่ผ่านเกณฑ์จำนวน 39 คน และมีการทดสอบเรื่อง depression, anxiety และ fear of getting AIDS แล้วจึงใช้วิธี randomization แบ่งกลุ่มเป็น 3 กลุ่มได้แก่ 1. กลุ่ม Cognitive-Behavioral Group Therapy (CBT) 2. กลุ่ม Experimental Group Therapy (ET) 3. กลุ่ม Waiting-list control group (WCG) ในกลุ่มนี้หลังจากผู้ป่วยได้รับการรักษาเป็นเวลา 4 เดือนแล้วจะมีการสุ่มและแบ่งเป็น 2 กลุ่มเพื่อรับการรักษาทั้งแบบ WCG - CBT และแบบ WCG – ET ต่อมา มีการ drop out ของกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีในช่วงก่อนเริ่มการบำบัดและในระหว่างการบำบัด คือ ก่อนเริ่มการบำบัดมี drop out 1 คนในกลุ่มบำบัดเนื่องจากไม่ผ่านการประเมินภาวะจิตสังคม 3 คนในกลุ่ม WCG ในระหว่างการบำบัด 3 คนในกลุ่ม CBT และ 5 คนในกลุ่ม ET ข้อมูลในกลุ่มที่ drop out จึงไม่นำมาใช้ในการวิเคราะห์ในการศึกษานี้ สุดท้ายเหลือจำนวน 27 คนที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลใน 4 กลุ่มดังนี้ 1) กลุ่ม CBT จำนวน 8 คน 2) กลุ่ม ET จำนวน 7 คน 3) กลุ่ม WCG-CBT จำนวน 6 คน และ 4) กลุ่ม WCG-ET จำนวน 6 คน
Research outcomes	- Affective state - Psychiatric symptoms - Coping behavior - Social support - Emotional expression

ตาราง 5 สรุปผลการสกัดข้อมูลจากวรรณกรรมเกี่ยวกับการบำบัดทางพฤติกรรมปัญญา (CBT) ในผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
Research Instruments	1. Affective state : โดยใช้ a Dutch adaptation of the Profile of mood States (POMS) และ a 21-item Beck Depression Inventory (BDI) - The Dutch POMS : เป็น a short version of the original 65-items POMS และประกอบด้วย 32 items, มี 5 subscales ได้แก่ depression, anger, fatigue, vigor และ tension เป็นเครื่องมือที่ได้รับการยอมรับว่ามี sensitivity ที่ดีในเรื่องการประเมินการเปลี่ยนแปลงในกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับ psychosocial intervention High POMS score บ่งชี้ถึงมีอาการแปรปรวนในระดับสูง (for 7 days preceding assessment) - The total mood disturbance (TMD) score : คำนวณจาก adding the negative scales and subtracting vigor 2. Psychiatric symptoms : โดยใช้ a Dutch version of the 30-item General Health Questionnaire (GHQ) ซึ่งจะเน้นที่การบ่งชี้ถึง pathological deviation from the usual pattern ผู้ป่วยจะมีการให้คะแนนเกี่ยวกับอาการที่เกิดขึ้นในช่วง 4 สัปดาห์ท้ายในลักษณะ a 4-point scale (less the usual, no more than usual, more than usual or much more than usual) 3. Coping strategies: เป็นการวัด HIV-related response โดยใช้ a Dutch adaptation of part of the situational version of the COPE ในการศึกษาจะใช้ 3 subscales ได้แก่ seeking social support, depressive reaction pattern และ positive intervention 4. Social support : โดยใช้ a 49-item Social Support Questionnaire ซึ่งจะเป็นการวัด the availability of and satisfaction with the social network แบบสอบถามจะมี 5 subscales ได้แก่ everyday emotional support, emotional support in problem situations, appreciation, instrument support, และ informational support 5. Emotional expression : โดยใช้ a Dutch adaptation of the Emotional Expression Scale of Watson and Greer ที่มีลักษณะ a 4-point likert-type scale ประเมินเรื่องการควบคุม การเก็บกดหรือการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ป่วย

ตาราง 5 สรุปผลการสกัดข้อมูลจากวรรณกรรมเกี่ยวกับการบำบัดทางพฤติกรรมปัญญา (CBT) ในผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
	6. Subjective evaluation of therapy benefits : โดยจะประเมินเมื่อสิ้นสุดการให้การบำบัดและในช่วง 6-months follow-up และเป็นการให้คะแนนแบบ a 5-point scale (from ‘not at all’ to ‘very much’)
Interventions	กลุ่มควบคุม : Waiting-list control group - จะได้รับทั้ง CBT หรือ ET หลังจากช่วงรอการรักษา 4 เดือน กลุ่มทดลอง : การทำกลุ่มจะมีสมาชิกประมาณ 6-9 คนและนำกลุ่มโดย therapist (gay men) จำนวน 2 คนการทำกลุ่มมีทั้งหมด 15 ครั้ง ครั้งละ 2.5 ชั่วโมง และในช่วงกลางของโปรแกรมจะทำกลุ่มประมาณ 8 ชั่วโมงต่อวัน การทำกลุ่มมี 2 แบบคือ 1) Cognitive-behavioral therapy : - ผู้ติดเชื้อเอชไอวีจะได้รับการฝึกในเรื่อง การปรับโครงสร้างความคิด (cognitive restructuring) หลักการเรื่องการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และการแสดงออกความรู้สึกและความต้องการของตนเอง (Assertiveness skills) รวมทั้งได้รับข้อมูลเกี่ยวกับ psychological, social, and physiological aspects ต่อการตอบสนองภาวะเครียดที่เกิดขึ้น โดยเนื้อหาสำคัญจะเกี่ยวข้องกับเทคนิคในการจัดการกับความเครียดใน 2 ลักษณะที่แตกต่างกันได้แก่การมุ่งจัดการกับปัญหา (problem-focused coping) เป็นวิธีการจัดการแก้ไขปัญหาที่เป็นสาเหตุของความเครียดโดยตรง และการมุ่งจัดการอารมณ์ (emotion-focused coping) เป็นวิธีการจัดการกับความเครียดโดยไม่ได้มุ่งแก้ปัญหแต่จัดการกับอารมณ์ของตนเองให้รู้สึกดีขึ้น - ในช่วงเริ่มต้นของโปรแกรมผู้ติดเชื้อจะได้รับทราบเกี่ยวกับ behavioral action plan ที่สร้างขึ้นจากกลุ่มผู้ป่วยเอง โดยเนื้อหาจะเกี่ยวข้องกับการเพิ่มการออกกำลังกาย การฝึกปฏิบัติเรื่องการผ่อนคลายในทุกๆวัน นอกจากนี้ในแต่ละสัปดาห์ผู้ป่วยจะได้รับงาน/การบ้านที่เกี่ยวข้องกับ the importance of a healthy lifestyle, relaxation, enhancing of self-esteem, expression of intense emotions, sexual relationships, the importance of a social network และ communication skills ในการทำกลุ่มทุกครั้งจะมีการทบทวนเรื่อง การบ้าน หัวข้อในสัปดาห์นั้นและตามด้วยการอภิปรายกลุ่ม ก่อนจบการทำกลุ่มจะมีการฝึกผ่อนคลาย

ตาราง 5 สรุปผลการสกัดข้อมูลจากวรรณกรรมเกี่ยวกับการบำบัดทางพฤติกรรมปัญญา (CBT) ในผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
	2. Experiential therapy : หลักการของโปรแกรมนี้จะเกี่ยวข้องกับทฤษฎีและเทคนิคการปรึกษาแบบอัตถิภาวนิยม-มนุษยนิยม (the humanistic-existential therapy tradition) โดยมีวัตถุประสงค์คือส่งเสริมความสามารถของบุคคลในการแสดงออกจากการรับรู้ของตนเองจากขบวนการที่เกี่ยวข้องกับประสบการณ์ และการเลือกที่จะดำเนินชีวิตในอนาคต หน้าที่หลักของ therapist คือการช่วยให้ผู้ป่วยมีการรับรู้ในเรื่องของความไม่สอดคล้องกันระหว่างอารมณ์ ความคิดและพฤติกรรม ช่วยให้มีการสร้างความเข้าใจและวิธีการแก้ปัญหา ส่งเสริมในเรื่องต่างๆเช่นการเปิดเผยตนเอง การแลกเปลี่ยนเรื่องความกลัวและความกังวล ความรู้สึกเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและความตาย นอกจากนี้ผู้ป่วยจะได้รับรู้เกี่ยวกับหัวข้อต่างๆในการทำกลุ่มที่เลือกโดยกลุ่มผู้ป่วยเอง โดยมีขั้นตอนหลักที่สำคัญคือการสร้างการรับรู้และความเข้าใจของตนเองที่เพิ่มขึ้นในสถานการณ์ปัจจุบัน รวมทั้งมีการส่งเสริมให้มีความเข้าใจในเรื่องหลักการของการ contact และ contact boundaries จะมีการให้ specific tasks (homework) กับผู้ป่วยเพื่อฝึกให้ผู้ป่วยเรียนรู้ระหว่างรับการบำบัด โดยจะเน้นที่การตอบสนองและการปรับตัวกับภาวะติดเชื้อเอชไอวี
Results	<u>With in group :</u> - เปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม CBT + ET (n=15) ในช่วงก่อนและหลังได้รับการบำบัด พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในเรื่องการลดลงของBDI score ($t=3.74, p<0.02$) แต่ไม่พบความแตกต่างในส่วน of POMS-TMD และ GHQ <u>Between group :</u> 1. Demographic characteristics : ไม่มีความแตกต่างกันในเรื่องของ demographic variables ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการบำบัดและกลุ่มควบคุม รวมทั้งกลุ่มที่ได้รับการบำบัดทั้ง 2 กลุ่ม - อายุเฉลี่ยของผู้ป่วยทั้งกลุ่ม เท่ากับ 40.4 ปี ระยะเวลาเฉลี่ยที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามี ติดเชื้อเอชไอวีเท่ากับ 60 เดือน 2. Psychosocial measurements :Baseline levels

ตาราง 5 สรุปผลการสกัดข้อมูลจากวรรณกรรมเกี่ยวกับการบำบัดทางพฤติกรรมปัญญา (CBT) ในผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
	- 12% ของผู้ป่วยมี คะแนน BDI ; symptomatic ranges of depression ≥ 16 และ 46% ของผู้ป่วยมี คะแนน GHQ ; psychiatric symptoms ≥ 6 - ไม่มีความแตกต่างระหว่างกลุ่มศึกษา (intervention) กับกลุ่มควบคุม (WCG) ในส่วนของ distress measurement 3. Intervention effects on affective states : - ในช่วงหลังการบำบัด (post-intervention) พบว่ากลุ่ม CBT+ET มีคะแนนของ POMS-TMD ($F=4.9, p<0.04$), BDI ($F=7.2, p<0.01$) และ GHQ ($F=5.7, p<0.02$) น้อยกว่ากลุ่ม WCG อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ - ไม่มีความแตกต่างกันในเรื่องของ POMS-TMD, BDI และ GHQ ระหว่างกลุ่ม CBT กับกลุ่ม ET ทั้งในช่วงหลังการบำบัด และช่วงติดตาม 4. Intervention effects on coping, social support and emotional expression : - ไม่มีความแตกต่างกันในเรื่องของ coping analysis (seeking social support, $p=0.13$; depressive reaction pattern, $p<0.07$; positive intervention, $p<0.29$; problem-focused coping, $p<0.77$; and denial, $p<0.99$) ระหว่างกลุ่ม CBT+ ET กับกลุ่ม WCG ในช่วงหลังการบำบัด - ไม่มีความแตกต่างกันในเรื่องของ social support (availability of support, $p<0.47$; and satisfaction with support, $p<0.66$) ระหว่างกลุ่ม CBT+ ET กับกลุ่ม WCG ในช่วงหลังการบำบัด - ไม่มีความแตกต่างกันในเรื่องของ emotional expression (suppression of emotion, $p<0.1$; and emotional control, $p<0.9$) ระหว่างกลุ่ม CBT+ ET กับกลุ่ม WCG ในช่วงหลังการบำบัด 5. Evaluation of subjective therapy benefits by the participants : - การประเมินของผู้ติดเชื้อในช่วงหลังการบำบัด พบว่าการให้การบำบัดแบบ ET มีประโยชน์มากกว่าการให้การบำบัดแบบ CBT ($p<0.02$) แต่ไม่พบความแตกต่างในช่วงติดตาม

ตาราง 5 สรุปผลการสกัดข้อมูลจากวรรณกรรมเกี่ยวกับการบำบัดทางพฤติกรรมปัญญา (CBT) ในผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
Implication	การให้ psychosocial intervention (CBT+ET) มีผลต่อการลดลงของภาวะไม่สุขสบายใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม ผลที่ได้นี้สามารถนำไปใช้กับผู้ติดเชื้อเอชไอวีกลุ่มอื่นๆ ได้นอกเหนือจากกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีชายที่ติดเชื้อจากทางเพศสัมพันธ์ - เนื่องจากไม่มีความแตกต่างกันระหว่างการบำบัด CBT และ การบำบัดแบบ ET ในด้านของการรักษาแพทย์อาจจะมีทางเลือกให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีในการเลือกวิธีการบำบัดสำหรับตนเอง
Limitation	- จำนวนกลุ่มตัวอย่างน้อย

ตาราง 5 สรุปผลการสกัดข้อมูลจากวรรณกรรมเกี่ยวกับการบำบัดทางพฤติกรรมปัญญา (CBT) ในผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ (ต่อ)

เรื่องที่ 3

ชื่อเรื่องงานวิจัย **Changes in cognitive coping skills and social support during cognitive behavioral stress management intervention and distress outcomes in symptomatic human immunodeficiency virus (HIV)-seropositive gay men**

ผู้แต่ง Lutgendort, S. K., Antoni, M. H., Ironson, G., Starr, K., Costello, N., Zuckerman, M., et al./ 1998

แหล่งตีพิมพ์/ปี Psychosomatic Medicine, 60, 204-214

หัวข้อ	รายละเอียด
Research Objective	เพื่อศึกษาถึงการเปลี่ยนแปลงในส่วนของการเผชิญกับความทุกข์ทางใจและส่วนของ social support ในกลุ่มผู้ป่วยเกย์เพศชายที่แสดงอาการและมีผลตรวจเลือดติดเชื้อเอชไอวี (HIV-infection) ที่ได้รับการบำบัดด้วย Cognitive behavioral stress management (CBSM) โดยมุ่งหวังว่าจะลดปัญหาเรื่อง dysphoria, anxiety และ distress-related symptoms
Design	Randomized controlled trials
Level	Level A
Setting	
Sample	เกณฑ์คัดเข้า : - ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีอาการ (HIV symptoms) ได้รับการประเมินด้วยการสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์และยืนยันอีกครั้งด้วยการตรวจร่างกายโดยแพทย์หรือพยาบาล - ผู้ป่วยต้องมีอาการของ non =AIDS HIV related symptoms อย่างน้อย 1 อาการที่เกิดขึ้นภายใน 3 ปีก่อนเข้าร่วมโครงการ หรือมีผลการตรวจเลือดที่บ่งชี้ถึง mildly progressed HIV infection (เช่น CD4+ counts of <500 cells/mL or CD4+% <29%) - อาการแสดงของผู้ป่วย ได้แก่ night sweats, fevers, thrush, fatigue, noncervical lymphadenopathy, persistent diarrhea, upper respiratory infection, shingles, bruises, muscle and joint pain และ rashes โดย a total symptom index ได้จากการคำนวณ (the sum of all symptoms)

ตาราง 5 สรุปผลการสกัดข้อมูลจากวรรณกรรมเกี่ยวกับการบำบัดทางพฤติกรรมปัญญา (CBT) ในผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
	- ในกรณีที่ผู้ป่วยต้องได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส (retroviral agent or combination) จะต้องได้รับยาอย่างสม่ำเสมอ เป็นเวลาไม่น้อยกว่า 2 เดือน - ผู้ป่วยที่กำลังรับการบำบัดด้วย psychotherapy หรือ support group อยู่ก็ให้เข้าร่วมการรักษาเหมือนเดิมอย่างน้อย 10 สัปดาห์ เกณฑ์คัดออก : - ผู้ป่วยที่มี AIDS symptomatology - ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลในช่วงระยะเวลา 3 เดือนที่ผ่านมา - ผู้ป่วยที่มีภาวะ chronic condition affecting the immune system ที่นอกเหนือจาก HIV infection - ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยยาบางกลุ่มเช่น immunomodulatory medications (systemic corticosteroids), antihistamine หรือ anxiolytic /antidepressant drugs - ผู้ป่วยที่มี psychiatric or neuropsychological condition (current alcohol or drug abuse, cognitive impairment, a current/previous major psychiatric disorder) - ผู้ป่วยที่มีประวัติเสี่ยงต่อ HIV เช่น intravenous substance use หรือได้รับ blood transfusion ในช่วงก่อนเดือนมีนาคม 1985 - การประเมินเกณฑ์คัดออกเรื่อง alcohol/drug abuse และ previous psychiatric history โดยใช้แบบสอบถามจาก The Structures Clinical Interview for DSM-III-R - การประเมินเกณฑ์คัดออกเรื่อง Cognitive functioning โดยใช้ The Mini Mental Status Exam (MMSE) ถ้ามีคะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 26 จะถูกคัดออก - การประเมินเกณฑ์คัดออกเรื่อง moderate or severe depression โดยใช้ The Hamilton Rating Scale for Depression (HRSD) ถ้ามีคะแนนมากกว่า 17 จะถูกคัดออก

ตาราง 5 สรุปผลการสกัดข้อมูลจากวรรณกรรมเกี่ยวกับการบำบัดทางพฤติกรรมปัญญา (CBT) ใน ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
	กลุ่มตัวอย่าง: - ผู้ป่วยเกย์เพศชาย จำนวน 52 คน ที่มีผลการตรวจเลือดเอชไอวี เป็นบวก (CDC stage B) และมีอาการทางคลินิกเป็นแบบ mild progressed HIV infection without clinical symptomatology of AIDS จะแบ่งกลุ่มโดยใช้วิธี block randomization เป็น 2 กลุ่มคือกลุ่ม intervention condition และกลุ่ม control condition ต่อมามีผู้ป่วย 12 คนขอถอนตัวจึงเหลือผู้ป่วยดังนี้ 1. กลุ่ม intervention condition จำนวน 22 คน ต่อมาในช่วง post-intervention มีผู้ป่วย 1 คนที่ได้รับการประเมินทางด้าน psychosocial ไม่สมบูรณ์จึงถูกตัดออก 2. กลุ่ม control condition จำนวน 18 คน
Research outcomes	- Psychosocial outcomes (coping and social support)
Research Instruments	I. Control measures : - The Life Experiences Survey (LES ; a 49-item Likert-scale instrument) ใช้เพื่อประเมินเรื่อง stressful life experience ที่เกิดขึ้นในช่วงระยะเวลา 6 เดือนก่อนเริ่มโครงการ - ผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับ psychotherapy หรือ social support จะถูกประเมินโดยใช้ The 22 - item psychosocial service subscale of the Service Utilization Scale II. Psychosocial outcome measures : 1. Profile of Mood Status (POMS) ใช้ประเมินสภาวะทางอารมณ์ในช่วงหนึ่งสัปดาห์ที่ผ่านมา แบบประเมินจะเป็นลักษณะ a 65-item scale with rated on a 5-point scale from 0 = not at all to 4 = extremely ซึ่งจะเกี่ยวข้องกับ 6 factors คือ anxiety, depression, anger, vigor, fatigue และ confusion - A total mood disturbance (TMD) score มาจากการคำนวณ (The sum of the negative mood state subscale minus the vigor subscale)Subscales ที่เลือกในการศึกษาครั้งนี้ได้แก่ tension anxiety, depression/dejection และ POMS-TMD

ตาราง 5 สรุปผลการสกัดข้อมูลจากวรรณกรรมเกี่ยวกับการบำบัดทางพฤติกรรมปัญญา (CBT) ในผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
	- POMS เป็นเครื่องมือที่นิยมใช้ในการประเมินเรื่อง distress in chronically ill populations มีค่า internal consistencies ประมาณ 0.90 และมี high external validity 2. Beck depression Inventory (BDI) ใช้ประเมิน somatic, affective, behavioral and cognitive aspects of dysphoria แบบประเมินจะเป็นลักษณะ a 21-item scale BDI มีค่าของ a split-half Spearman-Brown correlation เท่ากับ 0.93 มีค่า an internal consistency for non-psychiatric patients เท่ากับ 0.81 และมี high validity with The Hamilton Rating Scale for Depression (0.73 to 0.80 for non-psychiatric patients) 3. COPE : แบบประเมินจะเป็นลักษณะ a 60-item scale ใช้ประเมิน dispositional or situational abilities to cope with stress การศึกษานี้ใช้ the situational version of the COPE เพื่อประเมิน coping ของผู้ป่วยในเรื่อง HIV-related physical health symptoms ในช่วงเวลาหนึ่งเดือนที่ผ่านมา COPE subscales มี 2 รูปแบบที่เกี่ยวข้องกับการศึกษานี้ a) hypothesized adaptive coping strategies ได้แก่ active coping และการปรับมุมมองต่อปัญหาในด้านบวก (positive reframing); b) hypothesized maladaptive strategies ได้แก่ การปฏิเสธปัญหา (denial) การศึกษานี้เลือกวัด subscales คือ positive reframing และการยอมรับ (acceptance) เพื่อประเมินเรื่อง the appraisal process 4. The Social Provision Scale (SPS) : แบบประเมินจะเป็นลักษณะ a 24-item self-report scale ใช้ประเมินระดับการยอมรับหรือความเข้าใจของผู้ป่วยต่อ social relationships การศึกษานี้เลือกวัด 4 facets of perceived social support คือ a) attachment: ความรู้สึกไว้วางใจและปลอดภัยในสัมพันธภาพกับบุคคลนั้น b) social integration: การยอมรับตัวเองว่าเป็นส่วนหนึ่งของสังคม c) reliable alliance: d) guidance : มีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นที่สามารถรับฟังเรื่องราวและให้ความช่วยเหลือได้ในกรณีจำเป็น

ตาราง 5 สรุปผลการสกัดข้อมูลจากวรรณกรรมเกี่ยวกับการบำบัดทางพฤติกรรมปัญญา (CBT) ในผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
Interventions	กลุ่มควบคุม : Waiting- List Control Condition - ผู้ป่วยกลุ่มนี้จะไม่ได้รับ intervention ใดๆแต่จะมีการประเมินในเรื่องต่างๆเหมือนกับกลุ่ม Intervention Condition ทุกอย่าง - 2 สัปดาห์หลังจากช่วง post-intervention ผู้ป่วยจะได้รับการฝึกอบรมในลักษณะ a 1-day didactic and experiential stress management workshop ที่มุ่งเน้นหลักการต่างๆเหมือนกับที่กลุ่ม Intervention Condition ได้รับ กลุ่มทดลอง : Intervention Condition - ประกอบด้วยการทำกลุ่ม 10 สัปดาห์ด้วย Cognitive Behavioral Stress Management (CBSM) โดยใช้เวลา 135 นาทีต่อสัปดาห์ (90 นาทีสำหรับ stress management และ 45 นาทีสำหรับ relaxation component) และมีการปฏิบัติเรื่อง relaxation วันละ 2 ครั้งในช่วงระหว่าง sessions - การทำกลุ่มมีผู้ป่วยจำนวน 4-9 คน จะมีการใช้เทคนิคต่างๆในการสอนผู้ป่วยมีการอภิปรายกลุ่มและมีการมอบหมายงานให้ผู้ป่วยฝึกปฏิบัติ - เนื้อหาในการทำกลุ่มประกอบด้วย awareness of the psychological effects of stress, cognitive-behavioral theory of stress and emotions, identification of cognitive distortions and automatic thoughts, rational thought replacement, coping skill training, assertiveness training, anger management และ identification and use of social supports - ผู้ป่วยจะได้รับการสอนเกี่ยวกับเทคนิคต่างๆในการผ่อนคลาย (relaxation) เช่น meditation และ breathing exercises ซึ่งในทุกๆวันจะมีการทำ self-monitoring card และเก็บรวบรวมต่อหนึ่งสัปดาห์เพื่อประเมินความต่อเนื่องของ home relaxation practice

ตาราง 5 สรุปผลการสกัดข้อมูลจากวรรณกรรมเกี่ยวกับการบำบัดทางพฤติกรรมปัญญา (CBT) ในผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
Results	<u>With in group</u> <u>Between group :</u> 1. Participant characteristics : - 62% ของผู้ป่วยเป็น Caucasian, 35% เป็น Hispanics และ 2.5% เป็น African American อายุเฉลี่ยเท่ากับ 36.7 ปี ส่วนใหญ่มีการศึกษาอยู่ในระดับดี ประมาณ 82% มีงานประจำทำ ระยะเวลาเฉลี่ยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าติดเชื้อเอชไอวี เท่ากับ 4.3 ปี 2. Control variables: ในช่วงเริ่มต้นของการศึกษา ผู้ป่วยจากทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกันในเรื่องของ confounding variables (ethnicity, work status, education, religion, living arrangements และ income) นอกจากนี้พบว่าไม่มีความแตกต่างกันในเรื่องของ demographic factors หรือ counseling experiences ที่จะส่งผลต่อตัวแปรที่ทำการศึกษา 3. Effects of intervention on coping and social support: - การให้ intervention มีผลต่อ <u>positive reframing</u> อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F=8.73, p<0.01$) โดยพบว่ากลุ่ม intervention condition มีคะแนนของ positive reframing เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F=4.13, p <0.05$) ส่วนกลุ่ม control condition มีคะแนนของ positive reframing ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F=4.60, p<0.05$) - การให้ intervention มีผลต่อ <u>acceptance</u> อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F=12.57, p<0.005$) โดยพบว่ากลุ่ม intervention condition มีคะแนนของ acceptance เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F=4.96, p<0.05$) ส่วนกลุ่ม control condition มีคะแนนของ acceptance ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F=7.67, p<0.01$) - การให้ intervention มีผลต่อ <u>active coping</u> อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F=4.83, p<0.05$) โดยพบว่ากลุ่ม intervention condition มีคะแนนของ active coping ไม่แตกต่างกันแต่พบแนวโน้มความแตกต่างในกลุ่ม control condition ที่มีคะแนนของ active coping ลดลง ($F=3.02, p<0.09$)

ตาราง 5 สรุปผลการสกัดข้อมูลจากวรรณกรรมเกี่ยวกับการบำบัดทางพฤติกรรมปัญญา (CBT) ในผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
	- การให้ intervention มีผลต่อ <u>social support composite</u> อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F=4.11, p=0.05$) โดยพบว่ากลุ่ม intervention condition มีคะแนนของ social support composite เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F=7.11, p<0.05$) ส่วนกลุ่ม control condition มีคะแนนของ social support composite ไม่แตกต่างกัน - การให้ intervention ไม่มีผลต่อ <u>denial coping</u> และไม่พบความแตกต่างในกลุ่ม control condition - ในส่วนของ social support subscales พบว่า a) การให้ intervention มีผลต่อ <u>social attachment approach</u> อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F=3.01, p<0.10$) โดยพบว่ากลุ่ม intervention condition มีคะแนนของ attachment เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F=6.36, p<0.05$) ส่วนกลุ่ม control condition มีคะแนนไม่แตกต่างกัน b) การให้ intervention มีผลต่อ <u>reliable alliance</u> อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F=3.03, p<0.10$) โดยพบว่ากลุ่ม intervention condition มีคะแนนของ reliable alliance เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F=3.92, p=0.05$) ส่วนกลุ่ม control condition มีคะแนนไม่แตกต่างกัน c) การให้ intervention มีผลต่อ <u>guidance subscale</u> อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F=3.17, p<0.10$) โดยพบว่ากลุ่ม intervention condition มีคะแนนของ guidance subscale เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F=6.13, p<0.05$) ส่วนกลุ่ม control condition มีคะแนนไม่แตกต่างกัน d) การให้ intervention ไม่มีผลต่อ <u>social integration subscale</u> และไม่พบความแตกต่างในกลุ่ม control condition e) การวิเคราะห์เพิ่มเติมในส่วนของ <u>social support composite</u> โดยรวม 3 subscales ได้แก่ social attachment, reliable alliance และ guidance กับผลของการให้ intervention พบว่าการให้ intervention มีผลต่อ social support composite อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F=5.17, p<0.05$) โดยพบว่ากลุ่ม intervention condition มีคะแนนของ social support เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F=9.35, p<0.01$) ส่วนกลุ่ม control condition มีคะแนนไม่แตกต่างกัน

ตาราง 5 สรุปผลการสกัดข้อมูลจากวรรณกรรมเกี่ยวกับการบำบัดทางพฤติกรรมปัญญา (CBT) ในผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
	- จากผลข้างต้นทั้งหมดพอจะสรุปได้ว่าการเปลี่ยนแปลงที่ชัดเจนของ coping และ social support ในช่วงระยะเวลาที่ให้ intervention โดยการยอมรับ/ความเข้าใจใน social support มีเพิ่มขึ้นหลังการได้รับ intervention แต่ไม่มีการเปลี่ยนแปลงในกลุ่ม control condition ส่วนเรื่องของ coping skills นั้นพบว่าเพิ่มขึ้นหลังการได้รับ intervention แต่ลดลงในกลุ่ม control condition 4. Interrelationships between psychosocial variables : 4.1 Correlates of decreased distressวิเคราะห์จากกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 39 คน พบว่า - มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างการเพิ่มขึ้นของ positive reframing กับการลดลงของ distress outcomes (POMS depression, anxiety, TMD and BDI scores) - มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างการเพิ่มขึ้นของ active coping กับการลดลงของ distress outcomes (POMS depression, anxiety, and TMD scores) - ไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างการเพิ่มขึ้นของ denial coping กับการลดลงของ distress outcomes - มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างการเพิ่มขึ้นของ attachment, guidance และ the social support composite กับการลดลงของ distress outcomes (POMS depression, anxiety, and TMD scores) - มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างการเปลี่ยนแปลงในเรื่อง reliable alliance และ social integration กับการลดลงของ POMS depression และ total mood disturbance - นอกจากนี้ยังพบความสัมพันธ์ระหว่างการเปลี่ยนแปลงใน coping กับการเพิ่มขึ้นของ positive reframing กับการเพิ่มขึ้นของ attachment ($r=0.44$, $p<0.005$) และ reliable alliance ($r=0.46$, $p<0.005$) ส่วน acceptance change

ตาราง 5 สรุปผลการสกัดข้อมูลจากวรรณกรรมเกี่ยวกับการบำบัดทางพฤติกรรมปัญญา (CBT) ในผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
	มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับเพิ่มขึ้นของ attachment ($r=0.46$, $p<0.005$) และ use of active coping มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับเพิ่มขึ้นของ the social support composite ($r=0.37$, $p<0.05$) จากทั้งหมดนี้ชี้ให้เห็นว่าการเพิ่มขึ้นของ coping skills มีส่วนช่วยให้ผู้ป่วยมี use of social support ที่ดีขึ้น หรือในอีกลักษณะหนึ่งคือ social support เหล่านี้ช่วยให้ผู้ป่วยมี coping skills ที่ดีขึ้น 4.2 Mediators of decreased distress: วิเคราะห์โดยใช้ regression analysis เพื่อทดสอบอิทธิพลของ changes in coping or social support ต่อ mood effects ในกลุ่มที่ได้รับ experimental condition โดยในส่วนของ cognitive coping change จะหมายถึง changes in acceptance and positive reframing (เนื่องจากตัวแปรทั้ง..มีความสัมพันธ์กัน ; $r=0.43$, $p<0.01$) ส่วนของ social support composite จะหมายถึง changes in social attachment, reliable alliance และ guidance - การวิเคราะห์ในขั้นตอนแรกนั้นตัวแปรจะถูกทดสอบในลักษณะ path model โดยที่ตัวแปร baseline POMS-TMD จะถูกจัดไว้เป็น a control variable ในทุกการวิเคราะห์และมี POMS-TMD at 10 weeks เป็น outcome variable - ถ้าพิจารณาเฉพาะปัจจัยเรื่อง experimental condition พบว่าเป็น significant predictor สำหรับ POMS-TMD at 10 weeks ($\beta =0.28$, $F=5.53$, $p<0.05$) เมื่อควบคุมตัวแปร baseline POMS-TMD เช่นเดียวกับ change in cognitive coping ($\beta =-0.36$, $F=20.90$, $p<0.001$) และ change in social support composite ($\beta =-0.42$, $F=16.32$, $p<0.001$) แต่ถ้าทดสอบ change in cognitive coping และ social support composite พร้อมกัน (as mediators) พบว่า experimental condition ไม่มีนัยสำคัญในการเป็น predictor of POMS-TMD at 10 weeks ตรงกันข้ามกับ change in cognitive coping ($\beta =-0.31$, $F=6.15$, $p<0.05$) และ change in social support composite ($\beta =-0.26$, $F=5.62$, $p<0.05$) ที่ยังเป็น significant predictor of POMS-TMD at 10 weeks สรุปจากสมการได้ว่า changes in both cognitive coping และ social

ตาราง 5 สรุปผลการสกัดข้อมูลจากวรรณกรรมเกี่ยวกับการบำบัดทางพฤติกรรมปัญญา (CBT) ในผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
	support มีอิทธิพลต่อ the effect of the intervention on total mood disturbance - ถ้าพิจารณาเฉพาะปัจจัยเรื่อง experimental condition พบว่าเป็น significant predictor สำหรับ POMS anxiety score at 10 weeks ($\beta = 0.30$, $F = 6.20$, $p < 0.05$) เมื่อควบคุมตัวแปร baseline POMS-anxiety เช่นเดียวกับ change in cognitive coping ($\beta = -0.39$, $F = 10.44$, $p < 0.01$) และ change in social support composite ($\beta = -0.46$, $F = 17.89$, $p < 0.001$) แต่ถ้าทดสอบ change in cognitive coping และ social support composite พร้อมกัน (as mediators) พบว่า experimental condition และ change in cognitive coping ไม่มีนัยสำคัญในการเป็น predictor of POMS anxiety at 10 weeks มีเพียงเฉพาะ change in social support composite ($\beta = -0.35$, $F = 8.33$, $p < 0.01$) เท่านั้นที่ยังเป็น significant predictor of POMS anxiety at 10 weeks สรุปจากผลการได้ว่า changes social support มีอิทธิพลต่อ the effect of the intervention on POMS anxiety นั่นคือการเพิ่ม social support จะมีความสัมพันธ์กับการลดลงของ anxiety outcomes - เมื่อพิจารณาในเรื่องของ BDI score พบว่าถ้าพิจารณาเฉพาะปัจจัยเรื่อง experimental condition พบว่าเป็น significant predictor สำหรับ BDI score at 10 weeks ($\beta = 0.27$, $F = 5.34$, $p < 0.05$) เมื่อควบคุมตัวแปร baseline BDI เช่นเดียวกับ change in cognitive coping ($\beta = -0.31$, $F = 6.92$, $p < 0.05$) แต่ change in social support composite ไม่มีนัยสำคัญในการเป็น predictor of BDI score at 10 weeks แต่ถ้าทดสอบ change in cognitive coping และ experimental condition พร้อมกัน (as mediators) พบว่าตัวแปรทั้งสองตัวไม่มีนัยสำคัญในการเป็น predictor of BDI at 10 weeks สรุปจากผลการได้ว่า changes in cognitive coping ไม่มีอิทธิพลต่อ the effect of the intervention on BDI แต่มีความสัมพันธ์โดยตรงต่อ BDI outcome

ตาราง 5 สรุปผลการสกัดข้อมูลจากวรรณกรรมเกี่ยวกับการบำบัดทางพฤติกรรมปัญญา (CBT) ในผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
	- จากข้อมูลทั้งหมดที่ได้สนับสนุนในส่วนของบทบาทของ cognitive coping และ social support ที่เป็นเสมือน mediators of the effect of experimental intervention on POM total mood disturbance ขณะที่ the effect of CBSM on anxiety ถูกกำหนดโดย change in social support composite
Implication	ปัจจัยเรื่อง cognitive coping และ social support ในผู้ป่วยอาจจะถูกปรับเปลี่ยนได้จากการได้รับ psychosocial intervention และทั้งสองปัจจัยยังเป็นตัวกำหนดความผาสุกด้านจิตวิทยาและคุณภาพของชีวิต ในผู้ป่วยที่มีอาการของ HIV infection ที่ได้รับ Cognitive Behavioral Stress Management (CBSM)
Limitation	- กลุ่มตัวอย่างมีจำนวนน้อย ซึ่งอาจจะมีผลให้ outcome บางส่วนที่ควรจะเห็นผลที่ชัดเจนกลับไม่เห็นผล - การที่กลุ่มผู้ป่วยมีการศึกษาในระดับกลาง อาจจะเป็น bias ที่มีผลกระทบต่อผลที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้และเป็นข้อจำกัดหนึ่งในการนำผลที่ได้ไปปรับใช้กับผู้ป่วยกลุ่มอื่นๆ - การที่ผู้ป่วยบางคนได้รับการบำบัดด้วยวิธีอื่นๆ เช่น relaxation, support group หรือ psychotherapy ที่นอกเหนือจาก CBSM อาจจะเป็น confounding effect ต่อ changes in coping skills and social support - กลุ่มศึกษาครั้งนี้เป็นผู้ป่วยเกย์เพศชาย อาจจะเป็นข้อจำกัดสำหรับการนำไปใช้สำหรับกลุ่มผู้ป่วยเพศหญิง

ตาราง 5 สรุปผลการสกัดข้อมูลจากวรรณกรรมเกี่ยวกับการบำบัดทางพฤติกรรมปัญญา (CBT) ในผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ (ต่อ)

เรื่องที่ 4

ชื่อเรื่องงานวิจัย A Pilot study of the effects of cognitive-behavioral therapy and peer support/counseling in decreasing psychologic distress and improving quality of life in Chinese patients with symptomatic HIV disease

ผู้แต่ง Molassiotis, A., Callaghan, P., Twinn, R. N., Lam, S. W., Chung, W. Y., & Li, C. K./ 2002

แหล่งตีพิมพ์/ปี AIDS PATIENT CARE and STDs, 16, 83-96

หัวข้อ	รายละเอียด
Research Objective	เพื่อจะประเมินประสิทธิภาพของการให้การบำบัดทางพฤติกรรมปัญญา (cognitive-behavioral intervention) และการรักษาแบบ Peer support /counseling group ในด้าน psychologic functioning และคุณภาพชีวิต (quality of life) ในกลุ่มผู้ป่วยเอชไอวีที่มีการแสดงออกของอาการ
Design	Randomized controlled trials
Level	Level A
Setting	The outpatient clinic of a large hospital in Hong Kong
Sample	เกณฑ์คัดเข้า : - ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น HIV infection และกำลังอยู่ในระยะที่มีการแสดงอาการ (clinical condition B and/or C according to the Centers for disease control [CDC] classification) - เพศชายและเพศหญิง อายุมากกว่า 18 ปี สามารถใช้ภาษาจีนได้เป็นอย่างดีและเต็มใจเข้าร่วมโครงการด้วยความสมัครใจ เกณฑ์คัดออก : - ผู้ป่วยที่กำลังเข้ารับการรักษาตัวที่โรงพยาบาล - ผู้ที่ต้องได้รับการรักษาด้วยโภชนาการด้วย enteral/parental nutrition หรือมีปัญหาทุพโภชนา (น้ำหนักตัวลดลงมากกว่า 10% ในช่วง 2 เดือนที่ผ่านมา) - ผู้ป่วยที่มีปัญหาเรื่องโรคต่างๆ ได้แก่ วัณโรค, neuropsychiatric disorders (both diseases of the central nervous system and organic mental disorders)

ตาราง 5 สรุปผลการสกัดข้อมูลจากวรรณกรรมเกี่ยวกับการบำบัดทางพฤติกรรมปัญญา (CBT) ในผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
	กลุ่มตัวอย่าง : ผู้ป่วยจำนวน 46 คน แบ่งเป็น 3 กลุ่มโดยวิธีการสุ่ม (randomization :การสุ่มจับการ์ดของแต่ละกลุ่มในซองจดหมาย) แต่สุดท้ายทำได้เพียงลักษณะ semi-randomized allocation เนื่องจากผู้ป่วยมากกว่าครึ่งมีความกังวลต่อประเด็นการที่ผู้อื่นจะทราบว่าตนเองติดเชื้อเอชไอวี จึงทำให้ส่วนใหญ่ต้องการอยู่ในกลุ่มที่ไม่ต้องได้รับการรักษาพิเศษใดๆ สุดท้ายจะได้กลุ่มศึกษาดังนี้ 1. กลุ่ม CBT คือกลุ่มที่ได้รับการรักษาแบบcognitive-behavioral intervention จำนวน 10 คน 2. กลุ่ม PSC คือกลุ่มที่ได้รับการรักษาแบบ Peer support/counseling groupจำนวน 10 คน 3. กลุ่ม Comparison คือกลุ่มที่ไม่ได้รับการรักษาแบบใดๆจำนวน 26 คน โดยทั้ง 3 กลุ่มจะได้รับการประเมินทั้งหมด 3 ครั้งคือช่วงเวลาก่อนการได้รับการรักษา (baseline), หลังได้รับการรักษาทันที (post-intervention) และ 3 เดือนต่อมา (3 months post-intervention)
Research outcomes	- การเปลี่ยนแปลงในเรื่องของ psychologic functioning, quality of life, uncertainty in illness และ immune system (CD4+)
Research Instruments	1) Profile of mood States (POMS)-Chinese versionมีลักษณะ a 65-items 5-point checklist ที่ใช้ในการประเมินเรื่อง mood disturbance, anger-hostility, tension-anxiety, depression-dejection, fatigue-inertia, confusion-bewilderment และ vigor-activity คะแนนยิ่งสูงจะบ่งบอกว่ามีระดับความรุนแรงในเรื่องของ mood disturbance ยกเว้นในเรื่องของ vigor-activity ที่คะแนนสูงจะบอกถึงการมีระดับของ vigor ที่น้อยลง ชุดที่นำมาใช้ในการศึกษานี้มีการแปลเป็นภาษาจีนและมีค่า reliability ค่อนข้างสูง ($\alpha = 0.77-0.91$ in a clinical population) 2) The Hong Kong Chinese version of the World Health Organization Quality of the Life scale (WHOQOL-BREF-HK) ประกอบด้วย 28 items with a 5-point Likert scale ที่ใช้ประเมินเรื่องคุณภาพชีวิต (quality of life), physical symptoms and independence, psychologic functioning, social relationships และ the environment domain of quality of life มีค่า

ตาราง 5 สรุปผลการสกัดข้อมูลจากวรรณกรรมเกี่ยวกับการบำบัดทางพฤติกรรมปัญญา (CBT) ในผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
	Cronbach α in Chinese version ระหว่าง 0.67 ถึง 0.79 (good test-retest reliability) มีค่าคะแนนระหว่าง 28 ถึง 140 โดยที่คะแนนยิ่งสูงจะบ่งชี้ถึงการมีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่า 3) A translated version of the Mishel Uncertainty in Illness Scale (MUIS) ประกอบด้วย 33 items with a 5-point Likert scale ที่ใช้ประเมินเรื่อง uncertainty, ambiguity, complexity, inconsistency และ unpredictability มีค่า reliability ระหว่าง 0.86 ถึง 0.91 และมีค่า agreement เท่ากับ 96% เมื่อเทียบกับชุด MUIS original scale 4) Immune system by using CD4+ change โดยวัด CD4+ count (in cells/mm³)
Interventions	กลุ่มควบคุม : คือกลุ่ม comparison ที่ไม่ได้รับ intervention ใดๆ กลุ่มทดลอง : มี 2 แบบ (ในแต่ละกลุ่มจะมีการแยกเป็นกลุ่มย่อย ได้แก่ homosexual men, heterosexual men และ women) คือ 1. CBT therapy : ที่ใช้นี้เป็น adapted protocols used by Mulder et al., ประกอบด้วยการทำกลุ่ม 12 ครั้งๆละ 2 ชั่วโมง มีวัตถุประสงค์เพื่อที่จะให้ความช่วยเหลือ ช่วยลดความเครียดในชีวิตที่เกี่ยวข้องกับภาวะ HIV infection ช่วยให้ผู้ป่วยจัดการกับความยุ่งยากต่างๆที่เกิดขึ้นได้และช่วยสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีการแสดงออกของความรู้สึกที่เกิดขึ้นจากการที่ต้องเผชิญกับภาวะ HIV infection - ในการบำบัดแบบนี้ผู้ป่วยจะได้รับความช่วยเหลือในเรื่องต่างๆ ได้แก่ cognitive restructuring, behavior change strategies, assertiveness skills และ relaxation training โดยพยาบาลที่ได้รับการฝึกอบรมมาแล้วและอยู่ภายใต้การดูแลจากผู้เชี่ยวชาญด้านนี้โดยเฉพาะ - ในการทำกลุ่มครั้งแรกผู้ป่วยจะกำหนดหัวข้อที่พวกเขาต้องการจะทำในช่วง 12 ครั้งของการทำกลุ่ม ที่จะครอบคลุมในเรื่อง การลดและการจัดการกับภาวะเครียด การปรับตัวกับอาการของ HIV การสร้างและการทำให้อยู่ของ supportive relationships การบ่งบอกได้ถึงความต้องการของพวกเขาเมื่อมารับการบริการด้านสุขภาพ การเปิดเผยถึงการเป็นโรคของพวกเขา การยอมรับ

ตาราง 5 สรุปผลการสกัดข้อมูลจากวรรณกรรมเกี่ยวกับการบำบัดทางพฤติกรรมปัญญา (CBT) ในผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
	ภาวะสุขภาพของตนเอง และความเข้าใจ/การปฏิบัติที่ถูกต้องในเรื่องการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย - ในการทำกลุ่มแต่ละครั้งก่อนจบจะมีการฝึกเรื่องการผ่อนคลายกล้ามเนื้อประมาณ 5-10 นาที และจะมีการมีการมอบหมายงานให้ผู้ป่วยแต่ละคนกลับไปทำและนำกลับมาอีกครั้งในการทำกลุ่มครั้งต่อไป 2. Peer support/ counseling (PSC) group : การทำกลุ่มลักษณะนี้จะมีรูปแบบที่มีโครงสร้างซับซ้อนน้อยกว่าแบบ CBT โดยผู้นำกลุ่มจะสนับสนุน/กระตุ้นให้ผู้ผู้ป่วยบอกถึงความรู้สึกของพวกเขาคือการมีภาวะ HIV infection บอกเล่าเรื่องของปัญหาที่เกิดขึ้น เรื่องที่วิตกกังวล ความกลัวรวมถึงความหวังของแต่ละคน วิธีการในการต่อสู้/อยู่กับปัญหานั้นๆ การผ่อนคลายความรู้สึกที่เกิดขึ้น การยอมรับความช่วยเหลือและยอมรับบทบาทต่างๆของสมาชิกอื่นที่อยู่ภายในกลุ่ม - การทำกลุ่มจะใช้เวลาประมาณ 2 ชั่วโมง การเรียนรู้ภายในกลุ่มจะผ่านทางการเล่นประสบการณ์ของสมาชิกแต่ละคน
Results	<u>With in group :</u> Intervention effects: A. Mood disturbance : - การวิเคราะห์ด้วย ANOVA (for repeated measures) พบว่า เมื่อพิจารณาในแต่ละกลุ่มเปรียบเทียบกับการวัดที่ช่วงเวลาทั้ง 3 ช่วงพบว่ามีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในการวัดตัวแปรต่างๆที่ช่วงเวลาที่แตกต่างกันในทั้งสามกลุ่ม โดยมีค่าทางสถิติดังนี้ เรื่องของ overall mood states มีค่า $F= 5.59$, $p=0.011$; เรื่องของ tension-anxiety มีค่า $F= 3.89$, $p=0.033$; เรื่องของ anger-hostility มีค่า $F= 3.42$, $p=0.046$; และ เรื่องของ confusion-bewilderment มีค่า $F= 4.38$, $p=0.022$ B. Uncertainty in illness and quality of life : พบว่ามีความแตกต่างทางสถิติเกิดขึ้นภายในแต่ละกลุ่มเมื่อเปรียบเทียบกับช่วงเวลา baseline กับช่วง 3-months post-intervention ดังนี้

ตาราง 5 สรุปผลการสกัดข้อมูลจากวรรณกรรมเกี่ยวกับการบำบัดทางพฤติกรรมปัญญา (CBT) ในผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
	- กลุ่ม Comparison มีการเพิ่มขึ้นของ uncertainty in illness อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.009$), รวมถึงเรื่อง ambiguity ($p=0.002$), complexity ($p=0.014$) และ unpredictability ($p=0.012$) นอกจากนี้ในเรื่องของ QOL พบว่ามี psychologic functioning ที่แย่ลงในส่วนของ psychologic health ($p=0.004$) และ the environment subscale ($p=0.003$) - ในกลุ่ม CBT พบว่ามี uncertainty in illness ที่ดีขึ้นในส่วนของ ambiguity score ($p=0.0046$) และ complexity score ($p<0.001$) นอกจากนี้ในเรื่องของ QOL พบว่าเกือบทุกประเด็นดีขึ้นยกเว้นเรื่อง physical health โดย overall QOL ดีขึ้นประมาณ 6.7% ($p<0.001$), ส่วนเรื่องอื่น ๆ ก็ดีขึ้นเช่น psychologic health ($p<0.011$), และ social relationships ($p=0.001$) - ในกลุ่ม PSC พบว่าไม่มีการเปลี่ยนแปลงที่เด่นชัดในเรื่อง uncertainty in illness และ QOL <u>Between group :</u> I) Baseline comparisons - กลุ่ม CBT มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับกลุ่ม PSC ในเรื่องของ inconsistency subscale of the MUIS ($p<0.05$) และเรื่อง the physical health of the WHOQOL-BREF (HK) scale ($p=0.05$) โดยกลุ่ม PSC มีภาวะทั้งสองด้านแย่กว่ากลุ่มที่ได้รับ CBT - กลุ่ม CBT มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับกลุ่ม comparison ในเรื่องของ inconsistency subscale of the MUIS ($p=0.018$) และเรื่อง the total MUIS score ($p=0.029$) โดยกลุ่ม comparison มีระดับของ uncertainty สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับ CBT - กลุ่ม PSC มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับกลุ่ม comparison ในเรื่องของ the environment subscale of the WHOQOL-BREF (HK) scale ($p=0.037$) โดยกลุ่ม PSC มีภาวะแย่กว่ากลุ่ม comparison - ข้อมูลด้านอื่นๆระหว่างทั้ง 3 กลุ่มไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ ($p>0.05$) II) Intervention effects:

ตาราง 5 สรุปผลการสกัดข้อมูลจากวรรณกรรมเกี่ยวกับการบำบัดทางพฤติกรรมปัญญา (CBT) ในผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
	A. Mood disturbance - ในช่วง baseline assessment ทั้งสามกลุ่มมีระดับของ mood disturbance และ uncertainty อยู่ในระดับสูง ส่วน QOL อยู่ในระดับปานกลาง - ในช่วง second assessment นั้นมีการเปลี่ยนแปลงเล็กน้อยในส่วนของ mood states ของกลุ่ม Comparison, มีการลดลงของ mood disturbance ในกลุ่ม CBT และมีการเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในทุกประเด็นของ mood disturbance ในกลุ่ม PSC - ในช่วง final assessment นั้นมีการเปลี่ยนแปลงในส่วนของ mood disturbance ของกลุ่ม Comparison, มีการลดลงเล็กน้อยในส่วนของ mood disturbance ในกลุ่ม CBT และมีการลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในทุกประเด็นของ mood disturbance ในกลุ่ม PSC - การวิเคราะห์ด้วย ANOVA (for repeated measures) พบว่ากลุ่ม CBT มี psychologic functioning ดีที่สุด รองลงมาได้แก่กลุ่ม PSC และกลุ่ม Comparison ตามลำดับ B. Effects on the immune system พบว่า - ในช่วง baseline assessment ทั้งสามกลุ่มมีความแตกต่างกันทางสถิติในส่วนของ the CD4+ cell count โดยกลุ่ม comparison มีค่าของ the CD4+ cell count สูงกว่าอีกสองกลุ่ม ($p < 0.05$) - ในช่วง second assessment (3-months from baseline assessment) พบว่ากลุ่ม CBT และกลุ่ม PSC มีค่าของ the CD4+ cell count เพิ่มขึ้น ในขณะที่กลุ่ม comparison มีค่าของ the CD4+ cell count ลดลง - ในช่วง final assessment (6-months from baseline assessment) พบว่ากลุ่ม CBT และกลุ่ม PSC มีค่าของ the CD4+ cell count เพิ่มขึ้น ในขณะที่กลุ่ม comparison ไม่มีการเปลี่ยนแปลงของค่า the CD4+ cell count
Implication	- การให้ psychologic intervention ทั้งในแบบ CBT และ PSC สามารถช่วยผู้ป่วย HIV infection ในเรื่องการลด psychologic distress และช่วยให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ซึ่งน่าจะเป็นข้อมูลพื้นฐานที่ช่วยในการตัดสินใจที่จะนำวิธีการดังกล่าวมาใช้ในการวางแผนการรักษาผู้ป่วยตลอดจนผู้ที่ใกล้ชิดกับผู้ป่วย

ตาราง 5 สรุปผลการสกัดข้อมูลจากวรรณกรรมเกี่ยวกับการบำบัดทางพฤติกรรมปัญญา (CBT) ในผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
Limitation	1. จำนวนกลุ่มตัวอย่างมีจำนวนน้อย ทำให้เป็นข้อจำกัดหนึ่งของการนำผลการศึกษานี้ไปใช้ 2. กลุ่มศึกษาที่เป็นเพศหญิงมีจำนวนน้อยและจำกัดอยู่แต่ในกลุ่ม CBT ซึ่งบางครั้งหัวข้อต่างๆที่นำมาอภิปรายอาจจะไม่เหมาะกับพวกเขา 3. การศึกษาครั้งนี้มีการวางแผนทางด้าน methodology design แบบ randomization แต่การปฏิบัติจริงไม่สามารถทำได้ จึงน่าจะจัดเป็น nonrandomized comparative study 4. ผลการศึกษาที่ได้อาจจะมี bias จากการที่ใช้ therapist คนเดียวกันในการให้ intervention ทั้งสองแบบ 5. มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในส่วนของข้อมูลพื้นฐานก่อนการให้ intervention โดยกลุ่ม PSC มีระดับของ mood disturbance สูงกว่าอีกสองกลุ่ม

ตาราง 5 สรุปผลการสกัดข้อมูลจากวรรณกรรมเกี่ยวกับการบำบัดทางพฤติกรรมปัญญา (CBT) ในผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ (ต่อ)

เรื่องที่ 5

ชื่อเรื่องงานวิจัย Results of a pilot intervention trial to improve antiretroviral adherence among HIV- positive patients

ผู้แต่ง Murphy, D. A., Lu, M. C., Matin, D., Hoffman, D., & Marelich W D./ 2002

แหล่งตีพิมพ์/ปี Journal of the Association of Nurses in AIDS care, 13, 57-69.

หัวข้อ	รายละเอียด
Research Objective	เพื่อศึกษาผลของการบำบัดแบบ cognitive-behavioral ต่อความร่วมมือ ที่ดีขึ้น ในการรักษายาต้านไวรัส (medication adherence) ของผู้ติดเชื้อ HIV
Design	Randomized controlled trials
Level	Level A
Setting	A HIV-clinic , USA
Sample	เกณฑ์คัดเข้า : เกณฑ์คัดออก : กลุ่มตัวอย่าง : - ผู้ป่วยเริ่มต้นที่เข้าสู่โครงการ จำนวน 170 คน เมื่อผ่านเกณฑ์การคัดเลือก เบื้องต้นจำนวน 79 คน และที่ช่วง baseline มี 60 คนที่มีข้อมูลสมบูรณ์ ซึ่งต่อมามีอีก 8 คนออกจากโครงการเนื่องจากการ loss follow-up จึงเหลือผู้ป่วยจำนวน 52 คน - มีการแบ่งกลุ่มโดยการสุ่มด้วยคอมพิวเตอร์ เป็น 2 กลุ่ม 1. กลุ่ม standard care condition จำนวน 25 คน 2. กลุ่ม intervention condition จำนวน 27 คน อย่างไรก็ตามจำนวนผู้ป่วยที่ใช้ในการวิเคราะห์ของการศึกษานี้ เท่ากับ 33 คน เนื่องจากมี 19 คนที่ขาดการประเมินอย่างสมบูรณ์ทั้ง 3 ครั้ง - การประเมินผู้ป่วยจะทำทั้งหมด 3 ครั้งคือในช่วง baseline, intermediate post-intervention (conduct about 7 to 8 weeks after baseline) และ 3 months post-intervention ด้วยการสัมภาษณ์โดย research assistant ในเรื่องต่างๆเช่น self-report adherence, strategies used to improve adherence และ barriers encountered เป็นต้น การสัมภาษณ์ใช้เวลาประมาณ 75 นาที

ตาราง 5 สรุปผลการสกัดข้อมูลจากวรรณกรรมเกี่ยวกับการบำบัดทางพฤติกรรมปัญญา (CBT) ในผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
	- นอกจากนี้ผู้ป่วยจะต้องบันทึกการได้รับยาประจำวันเป็นระยะเวลา 2 สัปดาห์ระหว่างช่วง the intermediate post-intervention (IPIA) กับช่วง the 3-month point - ส่วนข้อมูลเรื่อง medication abstract, documenting viral load, CD4 count และ current medications จะประเมินในช่วง baseline และช่วง intermediate post-intervention
Research outcomes	- Adherence - Mental health and Affective status
Research Instruments	A) Adherence : 1. <u>Self-report of specific adherence</u> : ใช้ในการประเมินเรื่องความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสของผู้ป่วยที่ติดเชื้อ HIV โดยใช้ a modified version of the Adult AIDS Clinical Trials Group (ACTG) Adherence Baseline Questionnaire (Chesney & Folkman, 1994) ซึ่งผู้ป่วยจะได้รับการสอบถามเกี่ยวกับชื่อของยา ขนาดและจำนวนเม็ดของยาที่รับประทานและคำแนะนำในเรื่องข้อจำกัดเรื่องอาหาร/เครื่องดื่มในช่วงที่ได้รับยา - นอกจากนี้จะมีการเก็บข้อมูลทางด้านคลินิกในช่วงระยะเวลา 1 เดือน ที่ผ่านมาเช่นความถี่ที่ผู้ป่วยต้องได้รับยา (เป็นการประเมินโดยใช้ scale; 1=never, 6= all the time) และระยะเวลาที่ขาด/ไม่ได้รับยา (เป็นการประเมินโดยใช้ scale ; 1=never, 6= all the time) - คะแนนรวมจากของ ACTG study และด้านคลินิกจะนำมาคำนวณร่วมกันเป็น percentage ใน 2 ส่วนได้แก่ self-report dose adherence และ self-report schedule adherence 2. <u>Coping strategies</u> : - เป็นการประเมิน strategic checklist ด้าน medication adherence โดยใช้ the Antiretroviral Medications Adherence coping strategies Scales ซึ่งจะประกอบด้วย 5 strategies ได้แก่ behavioral, social support, provider related, spiritual และ cognitive แบบสอบถามนี้มีค่า reliability เท่ากับ 0.89

ตาราง 5 สรุปผลการสกัดข้อมูลจากวรรณกรรมเกี่ยวกับการบำบัดทางพฤติกรรมปัญญา (CBT) ในผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
	3. <u>Social support</u> : ประเมิน โดยใช้เครื่องมือ the Social Provisions Scales (SPS) (Cutrona & Russell, 1987) มี 24-item scale ใน 6 dimensions ได้แก่ ความรู้สึกปลอดภัยในการเป็นสมาชิกคนหนึ่งในสังคม (Attachments), การมีเครือข่ายความสัมพันธ์ในสังคม ทั้งจากครอบครัวหรือเพื่อน (Social Integration), ความรู้สึกกับผิชอบต่อการอยู่ร่วมกับบุคคลอื่นในสังคม (Opportunity for Nurturance) การได้รับการยอมรับในทักษะหรือความสามารถของบุคคล (Reassurance of Worth), การได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นในสังคม (Reliable Alliance), และการได้รับคำแนะนำปรึกษาจากบุคคลอื่นในสังคม (Guidance) B) Mental health indicators and affective status ; 1. <u>Mental health</u> : เป็นการประเมินเรื่อง psychological distress และ well being โดยใช้ the RAND Mental Health Inventory จะมีการวิเคราะห์ใน 5 subscales ได้แก่ general positive affect, emotional tie, anxiety, depression และ loss of behavioral or emotional control ซึ่งปัจจัยเหล่านี้จะถูกจัดเป็น 2 กลุ่ม คือ psychological well-being และ psychological distress (ซึ่งมี negative correlation with each other, -0.75) 2. <u>Depression</u> : ประเมินโดยใช้ the Center for Epidemiologic Studies-Depression (CES-D) scale (Radloff, 1977) ที่มีลักษณะเป็น a 20-item self-report symptom rating scale ซึ่งประเมินภาวะซึมเศร้าในช่วงสัปดาห์ที่ผ่านมา 3. <u>Health related anxiety</u> : โดยใช้แบบสอบถามที่เป็น a short, 4-item scale เพื่อประเมินความวิตกกังวลที่เกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพในช่วงสัปดาห์ที่ผ่านมา ใน 4 เรื่อง ได้แก่ การนอนหลับ ความอยากอาหาร การมีปฏิสัมพันธ์กับสังคม และการมีสมาธิกับการทำงาน/เรียนหนังสือ 4. <u>Adherence efficacy</u> : หัวข้อต่างๆเลือกมาจาก the Adherence Self-Efficacy Scale เพื่อใช้ในการประเมินความเชื่อมั่นของผู้ป่วยในการที่จะมีพฤติกรรมที่สำคัญอันเกี่ยวเนื่องจากปัญหาสุขภาพได้ - นอกจากนี้แบบสอบถามนี้มีการดัดแปลงจากแบบประเมินที่ใช้สำหรับ the adherence intervention trial of the Partnership in AIDS Clinical Trials

ตาราง 5 สรุปผลการสกัดข้อมูลจากวรรณกรรมเกี่ยวกับการบำบัดทางพฤติกรรมปัญญา (CBT) ในผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
	ประกอบด้วย 33 items ที่มุ่งเน้นในเรื่องประสิทธิภาพของความสม่ำเสมอในการรับประทานยาของผู้ป่วยตามแผนการรักษา - ผู้ป่วยจะมีการให้คะแนนในข้อคำถามต่างๆ ในลักษณะ a 10-item response scale (0=cannot do at all to 10 = certain can do) โดยมีหัวข้อประเมินเช่น การสื่อสารกับเจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพ ความเคร่งครัดในการปฏิบัติตามแผนการรักษา และความสม่ำเสมอในการติดตามการรักษา เป็นต้น <u>5.Outcome expectancies</u> : จะมีการประเมินโดยใช้แบบสอบถามที่ดัดแปลงจาก the Managing Your Medications Questionnaire (Willey et al., 2000) - เป็นการให้คะแนนในลักษณะ a 5-point Likert-type format (ranging from strongly disagree to strongly agree) ที่ประกอบด้วย 10 หัวข้อคือ 4 หัวข้อประเมินเรื่อง positive expectancies (e.g. taking medications as prescribed will help them stay well; taking medications will make them feel hopeful), 4 หัวข้อประเมินเรื่อง negative expectancies (e.g. the medications do more harm than good) และอีก 2 หัวข้อเน้นที่ปัญหาที่เกิดจากยาโดยการอภิปรายร่วมกับผู้ดูแลผู้ป่วย
Interventions	กลุ่มควบคุม : Standard care เป็นการให้การรักษาผู้ป่วยแบบปกติตามเกณฑ์ที่ดำเนินการที่คลินิก ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับความยากลำบากในเรื่อง adherence โดยผู้ป่วยจะได้รับคำปรึกษาประมาณ 30 นาทีและจะมีการบันทึกแผนการรักษาด้วยยาของผู้ป่วย แต่ไม่ได้รับ intervention อื่นๆ กลุ่มทดลอง : Cognitive behavioral intervention - การทำกลุ่มจะประกอบด้วยผู้ป่วยจำนวน 6-8 คนทั้งเพศชายและหญิง ดำเนินการโดย a cognitive-behavioral psychologist และ a psychiatric nurse ที่มีประสบการณ์ในการทำงานร่วมกับผู้ป่วย HIV/AIDS - เนื้อหาของการทำกลุ่มใช้เวลาประมาณ 7 สัปดาห์ประกอบด้วย 5 sessions ได้แก่ 1. การทำกลุ่มที่เกี่ยวข้องกับข้อมูลในการรักษาผู้ป่วย HIV/AIDS และเหตุผลสำหรับ adherence for HART, และหลักการทางด้าน behavioral adherence

ตาราง 5 สรุปผลการสกัดข้อมูลจากวรรณกรรมเกี่ยวกับการบำบัดทางพฤติกรรมปัญญา (CBT) ในผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
	2. การบำบัดแบบรายเดี่ยว (individual session) ซึ่งจะมีการฝึกในเรื่องการบ่งชี้ถึงอุปสรรคของ adherence การเริ่มต้นการวางแผนเรื่อง adherence โดยการใช้ behavioral strategies 3. การทำกลุ่มด้วย cognitive strategies มีการฝึกและนำมาใช้ใน adherence plan 4. การบำบัดแบบรายเดี่ยว ที่ซึ่งผู้ป่วยจะได้รับการสนับสนุน/ช่วยเหลือให้ผู้ป่วยมีการควบคุมตนเองให้ปฏิบัติตามแผนการดูแลสุขภาพ การบ่งชี้ถึงความต้องการด้านข้อมูลรวมถึงวิธีการอภิปรายร่วมกับผู้ดูแลผู้ป่วย 5. การทำกลุ่มเพื่อการวางแผนเกี่ยวกับการปรับปรุง/ค้นคว้าจุดแข็งของ individual adherence plan, การทำให้ adherence คงอยู่ และการมีภาวะ non-adherence เป็นต้น
Results	<u>With in group:</u> Demographic characteristics (n=33) - อายุเฉลี่ยของผู้ป่วย เท่ากับ 39 ปี (29-55 ปี) และ 88% เป็นเพศชาย, 46% เป็นเชื้อชาติ Black/African American ค่า viral load ที่ baseline พบว่า 33.3% ของผู้ป่วยมีค่าเท่ากับ 400 หรือน้อยกว่าและ 9% มีค่ามากกว่า 50,000 ส่วนค่าเฉลี่ย CD4+ count เท่ากับ 340.14 cell/mm³ <u>Between group :</u> 1. Self-report adherence: พบว่าในกลุ่ม CBT มีแนวโน้มของ self-report schedule adherence ที่ดีขึ้นในช่วงเวลาจาก IPPIA ถึง follow-up 3 month (p=0.06) ไม่มีความแตกต่างกันในเรื่องของ dose and schedule adherence ระหว่างกลุ่ม CBT กับกลุ่ม control แต่พบว่าเรื่องของ dose adherence ของทั้งสองกลุ่มมีแนวโน้มดีขึ้นในช่วงเวลาหลังการให้ intervention 2. Coping strategies/social support : - ไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติระหว่างกลุ่ม CBT และกลุ่มควบคุมในส่วนของการใช้ coping strategies

ตาราง 5 สรุปผลการสกัดข้อมูลจากวรรณกรรมเกี่ยวกับการบำบัดทางพฤติกรรมปัญญา (CBT) ในผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
	- กลุ่มควบคุมมีการลดลงของการใช้ behavioral strategies อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติจากช่วงเวลา baseline ถึงช่วง IPIA ($p=0.01$) และจากช่วง baseline ถึงช่วง 3-month follow-up ($p=0.01$) - กลุ่มควบคุมมีการลดลงของการใช้ cognitive strategies อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติจากช่วงเวลา baseline ถึงช่วง IPIA ($p=0.02$) และจากช่วง baseline ถึงช่วง 3-month follow-up ($p=0.04$) - ในส่วนของ SPS พบว่ากลุ่ม CBT มีการเพิ่มขึ้นของ feeling of support ในขณะที่กลุ่มควบคุมมีระดับลดลง 3. Mental health indicators and affective status : - เมื่อพิจารณาในช่วง baseline กับช่วง post-intervention พบว่ากลุ่ม CBT มีการเพิ่มขึ้นของ life satisfaction อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.04$) ในขณะที่กลุ่มควบคุมมีการลดลง ($p=0.03$) นอกจากนี้พบทิศทางเดียวกันในปัจจัยเรื่อง behavioral and emotional control scales - นอกจากนี้พบแนวโน้มการเพิ่มขึ้นของ sense of behavioral and emotional control สูงขึ้นในกลุ่ม CBT แต่ต่ำลงในกลุ่มควบคุม ($p=0.06$) - ในส่วนของ the CES-D scale พบแนวโน้มการลดลงของ feeling depress สูงขึ้นในกลุ่ม CBT แต่สูงขึ้นในกลุ่มควบคุม ($p=0.10$) ในช่วงเวลา baseline ถึงช่วง IPIA - ไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติระหว่างกลุ่ม CBT และกลุ่มควบคุมในส่วน of health related anxiety 4. Adherence efficacy : - กลุ่ม CBT มีการเพิ่มขึ้นของ overall adherence efficacy อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติจากช่วง baseline ถึงช่วง 3-month follow-up ($p=0.04$) รวมถึงเรื่อง communication with clinical staff ($p=0.04$) และ willingness to continue with treatment despite outside pressure ($p=0.04$)

ตาราง 5 สรุปผลการสกัดข้อมูลจากวรรณกรรมเกี่ยวกับการบำบัดทางพฤติกรรมปัญญา (CBT) ในผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
	5. Outcome expectancies : - ไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติระหว่างกลุ่ม CBT และกลุ่มควบคุม ในส่วนของ Outcome expectancies ในช่วงเวลา baseline กับช่วง IPIA และ 3-month follow-up
Implication	- การให้ CBT มีผลในด้านการเพิ่ม adherence to antiretroviral medication schedule เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม - นอกจากนี้พบว่า การให้ CBT ทำให้เกิดประโยชน์กับผู้ป่วยในด้านของ patient-physician communication, social support, และการยอมรับความจำเป็นของการที่จะต้องได้รับยาตามการรักษา - มี implication ที่ดีสำหรับการให้การพยาบาลในหลายประเด็น เช่น 1. จากการที่การศึกษานี้เป็นแบบ multidisciplinary intervention ร่วมกับมีการทำงานร่วมกันระหว่าง a cognitive-behavioral psychologist และ a nurse practitioner ในการทำกลุ่มที่ส่งผลให้เกิด improvement in self-efficacy for patient-physician communication, social support และ mental health indicators 2. องค์ประกอบของ intervention ในการทำกลุ่มครั้งนี้ สามารถนำไปใช้ได้ health care clinics ต่างๆในกรณีที่ผู้ป่วยมีปัญหา adherence to antiretroviral regimen ซึ่งสามารถดำเนินการได้โดยพยาบาล
Limitation	- กลุ่มตัวอย่างมีจำนวนน้อยมาก

ตาราง 5 สรุปผลการสกัดข้อมูลจากวรรณกรรมเกี่ยวกับการบำบัดทางพฤติกรรมปัญญา (CBT) ในผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ (ต่อ)

เรื่องที่ 6

ชื่อเรื่องงานวิจัย Cognitive-behavioral interventions improve quality of life in women with AIDS

ผู้แต่ง Lechner, S. C., Antoni, M. H., Lydston, D., LaPerriere, A., Ishii, M., Devieux, J., et al./ 2003

แหล่งตีพิมพ์/ปี Journal of Psychosomatic Research, 54, 253-61

หัวข้อ	รายละเอียด
Research Objective	- เพื่อศึกษาผลของการบำบัดแบบ a 10-week group based cognitive-behavioral stress management/expressive-supportive therapy intervention (CBSM+) เปรียบเทียบกับการให้ an individual psychoeducational intervention ในกลุ่มผู้ป่วยเพศหญิงที่เป็นเอดส์ ซึ่งมีคุณภาพชีวิต (quality of life) ในระดับปานกลางถึงระดับต่ำ
Design	Randomized controlled trials
Level	Level A
Setting	USA
Sample	เกณฑ์คัดเข้า : - กลุ่มศึกษาเป็นเพศหญิง อายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป มีความรู้อย่างน้อยระดับเกรด 6 - ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นเอดส์ตามเกณฑ์ของ Centers for Disease Control (เช่น CD4-cell count below 200/mm³ and/or one AIDS-defining opportunistic infection) เกณฑ์คัดออก : - มี cognitive impairment (score on the HIV Dementia Scale (HDS) < 8 หรือระหว่าง 8-10 และ a Mini-Mental Status Exam (MMSE) score < 26) - มี very low daily functioning (Karnofsky Activities of Daily Living scores < 60)

ตาราง 5 สรุปผลการสกัดข้อมูลจากวรรณกรรมเกี่ยวกับการบำบัดทางพฤติกรรมปัญญา (CBT) ในผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
	- มีระดับคุณภาพชีวิตในระดับสูงมาก (very high QOL; raw score on the medical Outcomes Study-HIV > 138 หรือ 90th percentile) - มีปัญหาเรื่อง current major depression, drug or alcohol dependence หรือ psychosis ที่ได้รับการประเมินจากเครื่องมือ the HIV-adapted version of the structure clinical Interview for the DSM-III-R (SCID-NP-HIV) กลุ่มตัวอย่าง : - กลุ่มศึกษาเป็นเพศหญิง จำนวน 330 คน จากโรงพยาบาล ศูนย์สุขภาพชุมชน องค์กรต่างๆที่เกี่ยวข้องกับ AIDS ที่ตั้งอยู่ในรัฐ Florida, New York และ New Jersey ในเบื้องต้นจะได้รับการสัมภาษณ์และตามมาด้วยการประเมินด้วยเครื่องมือต่างๆ (The MMSE, HDS, the SCID-NP-HIV และ Karnofsky Performance scale) หลังจากนั้นจะมีการแบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็น 2 กลุ่มโดยสุ่ม 1) กลุ่ม CBSM+ คือกลุ่มที่ได้รับ intervention แบบ a 10-week group based cognitive-behavioral stress management/ expressive-supportive therapy intervention จำนวน 150 คน 2) กลุ่ม individual psychoeducational intervention จำนวน 180 คน หลังจากทั้งสองกลุ่มได้รับ intervention ครบตามที่กำหนด จะมีการประเมินด้าน psychosocial assessment ภายใน 1-4 สัปดาห์
Research outcomes	- Quality of life - Laboratory analysis : CD4 and CD8 lymphocyte counts and HIV viral load
Research Instruments	คุณภาพชีวิต : Quality of life (QOL) - QOL วัดโดยใช้ The Medical Outcomes Study Health status Questionnaire for HIV (MOS-HIV-30) ที่ดัดแปลงมาจาก The Medical Outcomes Study General Health Survey Short Form 20 เนื้อหาประกอบด้วย 30-item scales ที่ใช้วัดเรื่องสุขภาพที่สัมพันธ์กับ HIV infection และเรื่องเกี่ยวกับ QOL ทั้งหมด

ตาราง 5 สรุปผลการสกัดข้อมูลจากวรรณกรรมเกี่ยวกับการบำบัดทางพฤติกรรมปัญญา (CBT) ในผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
	- The MOS-HIV-30 จะมี 11 subscale scores ที่จะเกี่ยวข้องกับการฟื้นฟูสภาพด้านความรู้คิด (cognitive functioning; 4 items), energy/fatigue (4 items), health distress (4 items), การเปลี่ยนผ่านทางสุขภาพ (health transition; 1 item), mental health (5 items), overall health perceptions (5 items), overall QOL (1 item), pain (2 items), physical functioning (6 items), role functioning (2 items) และ social functioning (1 item) - เครื่องมือนี้มี good internal consistency (Cronbach's $\alpha > 0.78$ for all subscale, except role function โดยคะแนนดิบจาก subscale scores จะถูกเปลี่ยน (transformed linearly) เป็น 0-100 point scales ยกเว้นคะแนนของ pain subscale ที่คะแนนยิ่งสูงบ่งบอกว่ามีระดับของ QOL ที่ดี
Interventions	กลุ่มควบคุม : การให้ความรู้ในเรื่องของสุขภาพจิตศึกษารายบุคคล (Individual psychoeducation) - โดยจะมีการให้ความรู้ทั้งหมด 10 สัปดาห์ครั้งละ 2 ชั่วโมง ในแต่ละครั้งผู้ป่วยจะได้ดู videotapes เกี่ยวกับข้อมูลและความรู้ในเรื่องการจัดการกับความเครียด การฝึกการผ่อนคลายและการปรับตัวกับภาวะ HIV infection และ AIDS - ผู้ป่วยจะดู videotapes คนเดียวในห้องและจะได้รับการประเมินเป็นระยะจากเจ้าหน้าที่เพื่อให้แน่ใจว่าผู้ป่วยไม่หลงขณะดู videotapes กลุ่มทดลอง : Group based cognitive-behavioral stress management/ expressive-supportive therapy intervention - โดยจะมีการให้ความรู้ทั้งหมด 10 สัปดาห์ครั้งละ 2 ชั่วโมง ซึ่ง 90 นาทีจะเป็นเรื่อง stress management and expressive-supportive therapy และอีก 30 นาทีจะเป็นเรื่อง relaxation training

ตาราง 5 สรุปผลการสกัดข้อมูลจากวรรณกรรมเกี่ยวกับการบำบัดทางพฤติกรรมปัญญา (CBT) ในผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
	- การให้ intervention ประกอบด้วยเนื้อหาเกี่ยวกับผลจากพยาธิสภาพจากภาวะเครียด, การแปลผลทางด้าน cognitive-behavior ของ stress and emotions, การบ่งชี้ได้ถึงความคิดปกติในเรื่องการรับรู้และการแปลผล (cognitive distortions) และความคิด การปรับเปลี่ยนด้านความคิดอย่างมีเหตุผล, การฝึกทักษะทางการปรับตัว การฝึกการแสดงออกทางความรู้สึกและความต้องการของตนเอง การจัดการกับความโกรธ การบ่งชี้ถึงการให้ social support และการทำกลุ่มที่เกี่ยวข้องกับ AIDS - โปรแกรมนี้จะถูกสร้างขึ้นเพื่อวัตถุประสงค์ต่างๆ เช่นส่งเสริมการใช้ social support, การแสดงออกทางด้านอารมณ์ที่เพิ่มขึ้น การประยุกต์เรื่องการเปลี่ยนแปลงของดั่งเองและร่างกาย ประสบการณ์ที่เกี่ยวข้องกับ AIDS และความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วย
Results	<u>With in group:</u> Basic characteristics of the sample - 57% ของผู้ป่วยจบการศึกษาในระดับ high school, 73% ไม่ได้ทำงานแต่ได้รับการช่วยเหลือด้านการเงิน, 40% มีประวัติติดแอลกอฮอล์, 60% มีการใช้ยาเสพติดและ 64% มีการติดเชื้อจากการขาดการป้องกันในการมีเพศสัมพันธ์ <u>Between group :</u> 1) Basic characteristics of the sample - ไม่มีความแตกต่างทางสถิติระหว่างทั้งสองกลุ่มในเรื่องของ ปัจจัยที่อาจจะมีอิทธิพลต่อผลการให้ intervention (demographic variables เช่น age, education, ethnicity, employment and marital status; AID-related information เช่น time since HIV diagnosis, time since AIDS diagnosis, and method of transmission; health status เช่น CD4, CD8, and HIV viral load; intervention session)

ตาราง 5 สรุปผลการสกัดข้อมูลจากวรรณกรรมเกี่ยวกับการบำบัดทางพฤติกรรมปัญญา (CBT) ในผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
	- ในส่วนของ QOL at baseline พบว่ากลุ่ม CBSM+ group condition มีค่าของ cognitive functioning สูงกว่ากลุ่ม individual psychoeducational condition อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.04$) 2) intervention effect - เมื่อพิจารณาในส่วนของระยะเวลาเปรียบเทียบระหว่างช่วง pre-intervention กับช่วง post-intervention พบว่าทั้งสองกลุ่มมีการเปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในส่วน of total QOL score (baseline mean =63.48; post-intervention mean =65.21, $p<0.05$), cognitive functioning (baseline mean =65.66; post-intervention mean =69.27, $p<0.05$), health distress (baseline mean =67.54; post-intervention mean =72.14, $p<0.001$), และ overall health perceptions (baseline mean =49.93; post-intervention mean =55.15, $p<0.001$) นั่นคือผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มมี QOL ที่ดีขึ้นหลังจากได้รับ intervention - เมื่อพิจารณาในส่วน of ผลจาก group condition กับระยะเวลา (Figure 1.) พบว่า CBSM+ group condition มีค่าของ mental health QOL สูงกว่ากลุ่ม individual psychoeducational condition อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยมีการเพิ่มขึ้นของคะแนนในช่วง pre-intervention จาก 66.41 เป็น 69.98 ในช่วง post-intervention ($p=0.02$) ในขณะที่ไม่พบความแตกต่างทางสถิติในกลุ่ม individual psychoeducational condition
Implication	1 .การให้ intervention ทั้งสองแบบมีประสิทธิภาพในการช่วยให้ผู้ป่วยมีส่วนหนึ่งของ QOL ที่ดีขึ้นแต่จะเห็นผลชัดเจนของการให้ CBSM+ group intervention ในเรื่อง mental health QOL 2. ถึงแม้ว่าการให้ individual psychoeducational condition จะมีข้อดีในส่วน of มีค่าใช้จ่ายน้อยและใช้นานน้อยกว่าการให้ CBSM+ group condition แต่จะมีข้อด้อยกว่าในบางประเด็นเช่น - การทำ group-based intervention จะมี personalized feedback และมี an individual therapeutic experience ซึ่งการทำ individual psychoeducational condition ไม่มี

ตาราง 5 สรุปผลการสกัดข้อมูลจากวรรณกรรมเกี่ยวกับการบำบัดทางพฤติกรรมปัญญา (CBT) ในผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
	- ขบวนการไม่ได้มุ่งเน้นไปที่การปรับปรุง/พัฒนาด้าน QOL - การทำ group-based intervention นั้น group facilitator จะมีส่วนร่วมในการกระตุ้นการแสดงออกของผู้ป่วยในเรื่องของประสบการณ์ ซึ่งเป็นเสมือนเครื่องมือ/อุปกรณ์ในการให้ความรู้ที่มีประโยชน์
Limitation	1. ถึงแม้ว่าผลวิจัยที่ได้มีนัยสำคัญทางสถิติ แต่การเปลี่ยนแปลงของ QOL scores ไม่มีความสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงทางคลินิก 2. กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยกลุ่มที่มีรายได้ต่ำ มีส่วนน้อยที่มีการรายงานถึงความต้องการและความเครียดที่เกิดจากความเจ็บป่วย ซึ่งอาจจะเป็นข้อจำกัดอันหนึ่งในการที่จะนำผลการวิจัยนี้ไปใช้ 3. เนื่องจากการศึกษาครั้งนี้ไม่มีกลุ่มควบคุม ดังนั้นอาจจะเป็นข้อจำกัดในเรื่องของการข้อสรุปจากการเปลี่ยนแปลงของ total QOL score และ cognitive functioning, health distress, และ overall health perceptions domains ในระยะเวลาที่ทำการศึกษา 4. การที่ไม่มีกลุ่มควบคุมในการศึกษาครั้งนี้ อาจจะทำให้ลดโอกาสที่จะพบความแตกต่างจากการให้ treatment ที่แตกต่างกัน

ตาราง 5 สรุปผลการสกัดข้อมูลจากวรรณกรรมเกี่ยวกับการบำบัดทางพฤติกรรมปัญญา (CBT) ในผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ (ต่อ)

เรื่องที่ 7

ชื่อเรื่องงานวิจัย Cognitive-behavioral stress management with HIV-positive homosexual men: mechanisms of sustained reductions in depressive symptoms

ผู้แต่ง Carrico, A. W., Antoni, M. H., Weaver, K. E., Lechner, S. C., & Schneiderman, N./ 2005

แหล่งตีพิมพ์/ปี Chronic illness, 207-215

หัวข้อ	รายละเอียด
Research Objective	เพื่อศึกษาเปรียบเทียบประสิทธิภาพของการให้การบำบัดด้วยวิธี a group based cognitive behavioral stress management (CBSM) กับวิธี a group with psychoeducational control condition ต่อภาวะอารมณ์ซึมเศร้าและด้าน social support ในผู้ป่วยเพศชายที่เป็น homosexual HIV infection
Design	Randomized controlled trials
Level	Level A
Setting	Psychiatric unit in USA
Sample	เกณฑ์คัดเข้า : - ผู้ป่วยเพศชายที่เป็น homosexual และมีคุณสมบัติอย่างน้อย 1 ข้อตามเกณฑ์ ได้แก่ ผล CD3+ CD4+ cell count มากกว่า 200 cell/mm³, มีการศึกษาอย่างน้อยเกรด 8, และมีการใช้ภาษาอังกฤษได้เป็นอย่างดี เกณฑ์คัดออก : - ผู้ป่วยที่มีปัจจัยเสี่ยงต่อการได้รับเชื้อ จากวิธีการอื่นที่ไม่ใช่การมีเพศสัมพันธ์ (เช่น การใช้สิ่งเสพติด) - ผู้ป่วยที่มีภาวะของโรคเรื้อรังหรือโรคที่มีผลกระทบต่อระบบภูมิคุ้มกัน (immune system) - ผู้ป่วยที่สูบบุหรี่มากกว่า 50 packs/ปี - ผู้ป่วยที่มีปัญหาเรื่องการติดแอลกอฮอล์หรือสิ่งเสพติด รวมถึงมีอาการของ major psychiatric disorder (เช่น bipolar affective disorder, major depression with melancholia) เมื่อพิจารณาตามเกณฑ์ของ the Structured Clinical Interview for DSM-III-R non-patient HIV version (SCID-NP-HIV)

ตาราง 5 สรุปผลการสกัดข้อมูลจากวรรณกรรมเกี่ยวกับการบำบัดทางพฤติกรรมปัญญา (CBT) ในผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
	- ผู้ป่วยที่มีประวัติการเจ็บป่วยของโรค organic mental disorder, schizophrenia หรือมีพยาธิสภาพของโรคทาง psychopathology - ผู้ป่วยที่มีการประเมินด้วย Structured Interview Guide for Anxiety and Depression และมีคะแนนมากกว่า 15 คะแนน - ผู้ป่วยที่มี cognitive deficits (score of less than 25 on the Mini-Mental Status Examination) กลุ่มตัวอย่าง : - ผู้ป่วยที่ผ่านตามเกณฑ์จะเซ็นใบยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย และจะได้รับการตรวจร่างกาย เจาะเลือด ประเมินทางด้าน psychological screening และจะมีการแบ่งผู้ป่วยออกเป็น 2 กลุ่มคือ 1) กลุ่มที่ได้รับ intervention แบบ CBSM group intervention เป็นเวลา 10 สัปดาห์ จำนวน 28 คน 2) กลุ่มที่ได้รับ intervention แบบ a all-day psycho-educational seminar เป็นเวลา 10 สัปดาห์ จำนวน 10 คน โดยทั้งสองกลุ่มจะได้รับการประเมินใน 3 ช่วงเวลาคือ baseline, สัปดาห์ที่ 10 และที่ช่วง follow-up (6 เดือน)
Research outcomes	Depressive symptoms and social support
Research Instruments	1) Control measures - Demographics : ประเมินเรื่องอายุ เชื้อชาติ การศึกษา สถานภาพการทำงาน รายได้ การจัดการในชีวิตประจำวันและการนับถือศาสนา ด้วยแบบสอบถาม - Health status: ประเมินเรื่อง CD3+ CD4+ cell count, ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น HIV-infection และ HIV symptoms จะประเมินในช่วงเวลา baseline ด้วย self-report - Psychosocial service utilization: ในการประเมินแต่ละครั้งจะมีการเก็บข้อมูลของผู้ป่วยเกี่ยวกับจำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษากับ psychotherapy ในช่วงหนึ่งเดือนที่ผ่านมา - Life experiences surveys (LES) : เป็นเครื่องมือที่มี 49 items ใช้ประเมินเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นและการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในเหตุการณ์นั้นๆ ในช่วง

ตาราง 5 สรุปผลการสกัดข้อมูลจากวรรณกรรมเกี่ยวกับการบำบัดทางพฤติกรรมปัญญา (CBT) ในผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
	6 เดือนที่ผ่านมา (จะมีการให้คะแนนตั้งแต่ ‘extremely negative’ (-2) to ‘extremely positive’ (2+)) 2) Psychosocial measures A. <u>Beck Depression Inventory (BDI)</u> - เป็นเครื่องมือที่ประกอบด้วย 21 items เพื่อประเมินเรื่อง somatic, affective, behavioral และ cognitive dimensions of dysphoria - มีค่า validity เมื่อเทียบกับ the Hamilton Rating Scale for Depression ประมาณ 0.73-0.80 สำหรับ non-psychiatric patient - ในการศึกษาครั้งนี้ใช้ BDI-affective subscale แทน BDI total score B. <u>Social Provision Scale (SPS)</u> - มีลักษณะเป็น 24 items ใช้เพื่อประเมินการยอมรับความสัมพันธ์ที่เกิดจาก social support - ในการศึกษาครั้งนี้เลือกใช้ประเด็น ความรู้สึกปลอดภัยในการเป็นสมาชิกคนหนึ่งในสังคม (Attachments) การได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นในสังคม (Reliable Alliance และการได้รับคำแนะนำปรึกษาจากบุคคลอื่นในสังคม (Guidance) C. <u>COPE</u> : แบบสอบถามใช้เพื่อประเมินการจัดการกับ physical symptoms ที่มีความสัมพันธ์กับโรค HIV-infection ในช่วงระยะเวลา 1 เดือนที่ผ่านมา - ในการศึกษาครั้งนี้เลือกใช้ประเด็นการปรับมุมมองต่อชีวิตด้านบวก (positive reframing) และการยอมรับความจริง (acceptance)
Interventions	กลุ่มควบคุม : - Psychoeducational seminar control condition : หลังจากที่มีการให้ CBSM เสร็จสิ้นลง ผู้ป่วยในกลุ่มควบคุมนี้จะได้รับความรู้เรื่องของ CBSM ในระยะเวลา 1 วัน กลุ่มทดลอง : CBSM intervention - ประกอบด้วยการทำกลุ่มเป็นเวลา 135 นาที (90 นาทีสำหรับการจัดการกับความเครียดและ 45 นาทีสำหรับ relaxation) นอกจากนี้ผู้ป่วยจะต้องฝึกปฏิบัติ relaxation อย่างน้อยวันละสองครั้ง

ตาราง 5 สรุปผลการสกัดข้อมูลจากวรรณกรรมเกี่ยวกับการบำบัดทางพฤติกรรมปัญญา (CBT) ในผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
	- การให้ intervention จะทำทั้งหมด 10 สัปดาห์ การทำกลุ่มใน 5 ครั้งแรกจะเป็นการกระตุ้นให้ผู้ป่วยสร้างความเข้าใจในเรื่องของการตอบสนองต่อความเครียดในหลายลักษณะ (เช่น cognitive, emotional, physical behavior and social) หลังจากนั้นผู้ป่วยจะได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการบิดเบือนทางความคิดที่พบเป็นประจำ และขั้นตอนการเปลี่ยนความคิดที่ไม่มีเหตุผล - นอกจากนี้ทักษะในเรื่องของการปรับมุมมองต่อปัญหา (cognitive restructuring skills) จะมีการนำมาใช้ในการทำกลุ่มด้วย โดยจะเน้นในด้าน coping response, anger awareness, การสื่อสารแบบกล้าแสดงออก (assertive communication) และการขอความช่วยเหลือจากผู้อื่น (seeking social support) หลังการทำกลุ่มจะมีงานมอบหมายให้ผู้ผู้ป่วยไปฝึกปฏิบัติ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในตัวเอง - ในส่วนของ relaxation จะมีการปฏิบัติใน 10 สัปดาห์ในรูปแบบต่างๆ เช่น การผ่อนคลายกล้ามเนื้อ (progressive muscle relaxation), การฝึกจิต (autogenic training), การจินตนาการ (guided imagery), การฝึกสมาธิ (mediation), และ deep breathing
Results	<u>With in group :</u> Participant demographics : - 56% ของผู้ป่วยเป็นชาว Caucasian อายุเฉลี่ยของกลุ่มศึกษาเท่ากับ 35.6 ปี ส่วนใหญ่มีการศึกษาอยู่ในระดับดี ประมาณ 70% มีงานประจำหรือ part-time works ระยะเวลาเฉลี่ยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น HIV เท่ากับ 4.4 ปี ค่าเฉลี่ยจำนวนของอาการแสดงของ HIV เท่ากับ 2.2 และค่าเฉลี่ยของ CD3+CD4+ ตอนเริ่มต้นการศึกษา เท่ากับ 421 cell/mm³ <u>Between group :</u> 1. Preliminary analyses : - ไม่มีความแตกต่างทางสถิติของข้อมูลในช่วง follow-up ระหว่างกลุ่ม CBSM และกลุ่มควบคุม ในส่วนของ demographics และ health status 2. Control variables :

ตาราง 5 สรุปผลการสกัดข้อมูลจากวรรณกรรมเกี่ยวกับการบำบัดทางพฤติกรรมปัญญา (CBT) ในผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
	- ไม่มีความแตกต่างทางสถิติระหว่างกลุ่ม CBSM และกลุ่มควบคุม ในส่วนของ demographics และ health status (all p values >0.08) - ไม่มีความแตกต่างทางสถิติระหว่างกลุ่ม CBSM และกลุ่มควบคุม ในส่วนของการเกิดเหตุการณ์สำคัญในชีวิตด้านลบ การสูญเสียญาติหรือเพื่อนสนิท การใช้จิตบำบัดตลอดช่วงเวลาที่ศึกษา (all p values >0.10) - ไม่มีความแตกต่างทางสถิติระหว่างผู้ป่วยเพศชายที่มีการสุ่มเพื่อแบ่งกลุ่มกับปัจจัยด้านจิตสังคมในช่วง baseline (all p values >0.20) 3. CBSM Effects on depressive symptoms and social support: (Table 2) - การวิเคราะห์ด้วย Mixed model พบว่า ผลของ group-time interaction มีนัยสำคัญทางสถิติสำหรับ BDI total score for measuring depressive symptom (p=0.05) โดยผู้ป่วยกลุ่ม CBSM หลังได้รับ intervention มีการลดลงของ BDI score อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<0.01) ในขณะที่กลุ่มควบคุมไม่พบการเปลี่ยนแปลงดังกล่าว (p>0.90) - พบผลของ group-time interaction มีนัยสำคัญทางสถิติสำหรับ BDI-affective score (p<0.05) โดยผู้ป่วยกลุ่ม CBSM หลังได้รับ intervention มีการลดลงของ BDI-affective score อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p=0.0001) ในขณะที่กลุ่มควบคุมไม่พบการเปลี่ยนแปลงดังกล่าว (p>0.70) - นอกจากนี้พบว่ามีผลของ group-time interaction มีนัยสำคัญทางสถิติสำหรับ perceived social support composite score (p<0.01) โดยผู้ป่วยกลุ่ม CBSM หลังได้รับ intervention มีการเพิ่มขึ้นของ perceived social support composite score อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<0.01) ในขณะที่กลุ่มควบคุมไม่พบการเปลี่ยนแปลงดังกล่าว (p>0.20) 4. Mediation analyses : - มีผลของ group-time interaction มีนัยสำคัญทางสถิติสำหรับการปรับเปลี่ยนมุมมองใหม่โดยเฉพาะในทางบวก (positive reframing) (p<0.01) โดยผู้ป่วยกลุ่ม CBSM หลังได้รับ intervention มีการเพิ่มขึ้นของการปรับเปลี่ยนมุมมองใหม่โดยเฉพาะในทางบวก อย่างมีนัยสำคัญทาง

ตาราง 5 สรุปผลการสกัดข้อมูลจากวรรณกรรมเกี่ยวกับการบำบัดทางพฤติกรรมปัญญา (CBT) ในผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
	สถิติ ($p < 0.05$) จากค่าเฉลี่ยในช่วง baseline 12.6 คะแนน เป็น 13.3 คะแนน ที่ 10 สัปดาห์ ในขณะที่กลุ่มควบคุมพบว่าการลดลงของคะแนนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (baseline = 13.2, at 10 weeks = 11.2; $p < 0.05$) - นอกจากนี้มีการวิเคราะห์เพิ่มเติมโดยไม่พิจารณาปัจจัยเรื่อง social support พบว่าผู้ป่วยกลุ่ม CBSM ที่ช่วงเวลา 10 สัปดาห์มีการรายงานการเพิ่มขึ้นของการเพิ่มขึ้นของการปรับเปลี่ยนมุมมองใหม่โดยเฉพาะในทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) และมีความสัมพันธ์กับการการลดลงของ BDI score ที่ช่วงเวลา 6 เดือน ($p < 0.05$) (Figure 1)
Implication	- การให้ intervention ในลักษณะ CBSM นั้นดูเหมือนจะเป็นการรักษาที่มีประสิทธิภาพในการลดและ/หรือคงสภาพของ depressive symptoms รวมทั้งส่งเสริมเรื่อง social support ในผู้ป่วย HIV-homosexual/bisexual เพศชาย - นอกจากนี้การเปลี่ยนแปลงของการปรับเปลี่ยนมุมมองใหม่ โดยเฉพาะในทางบวก ที่ช่วงเวลา 10 สัปดาห์เป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อเนื่องของการลดลงของ depressive symptoms
Limitation	1. ถึงแม้ว่าการศึกษานี้พยายามควบคุมปัจจัยต่างๆ ที่อาจจะมีผลต่อการ follow-up ของผู้ป่วยและพบว่าปัจจัยเหล่านี้ไม่มีความแตกต่างกันและไม่มีผลต่อ follow-up rate แต่น่าจะมีปัจจัยบางเรื่องที่ไม่ได้นำมาศึกษาแต่มีผลต่อเรื่องนี้ สังเกตได้จาก follow-up rate ที่ค่อนข้างต่ำ 2. สัดส่วนของผู้ป่วยที่มีการ follow-up ต่ำเป็นข้อจำกัดที่สำคัญของการศึกษานี้ 3. ผู้ป่วยที่ถูกจัดอยู่ในกลุ่มควบคุมได้รับ therapeutic contact time น้อยกว่ากลุ่ม CBSM (7.0 vs. 22.5 h) 4. เนื่องจากการเก็บข้อมูลในช่วงปี 199-1997 ซึ่งเป็นการยากที่จะอธิบายผลของการให้ intervention ในผู้ป่วย HIV-positive men on HARTT

ตาราง 5 สรุปผลการสกัดข้อมูลจากวรรณกรรมเกี่ยวกับการบำบัดทางพฤติกรรมปัญญา (CBT) ในผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ (ต่อ)

เรื่องที่ 8

ชื่อเรื่องงานวิจัย Cognitive-behavioral group program for Chinese heterosexual HIV-infected men in Hong Kong

ผู้แต่ง Chan, I., Kong, P., Leung, P., Au, A., Li, p., Chung, R., et al./ 2005

แหล่งตีพิมพ์/ปี Patient Education and Counseling, 56, 78-84

หัวข้อ	รายละเอียด
Research Objective	เพื่อศึกษาผลของการบำบัดทางพฤติกรรมปัญญา (cognitive-behavioral intervention) ที่มีต่อการลดความไม่สุขสบายใจ (distress) และส่งเสริมคุณภาพชีวิตในผู้ติดเชื้อเอชไอวีชายจีนที่ติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ต่างเพศ (heterosexual)
Design	Randomization controlled Trial
Level	A
Setting	Clinical AIDS Service of Queen Elizabeth Hospital, Hong Kong
Sample	เกณฑ์คัดเข้า : - ได้รับการวินิจฉัยว่าติดเชื้อเอชไอวี - อยู่ในระยะมีอาการของโรคตามเกณฑ์ของ CDC (stage B หรือ C) - มีอายุมากกว่า 18 ปีและติดเชื้อเอชไอวีทางเพศสัมพันธ์ต่างเพศ - มีความเข้าใจและสื่อสารด้วยภาษาจีน - ยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย เกณฑ์คัดออก : - เข้ารับการรักษาตัวโรงพยาบาลในช่วงของการทำวิจัย - มีภาวะของโรคที่รุนแรง - เคยได้รับการรักษา / บำบัดทางจิตมาก่อน - มีปัญหาทางด้านความบกพร่องทางด้านการคิด มีความพิการทางสมอง/ระดับเขาวีปัญญาบกพร่อง หรืออาการทางจิตในช่วงเวลาของการทำวิจัย กลุ่มตัวอย่าง : - ผู้ติดเชื้อเอชไอวีเพศชาย จำนวน 62 คนที่ได้รับการรักษาที่ Clinical

ตาราง 5 สรุปผลการสกัดข้อมูลจากวรรณกรรมเกี่ยวกับการบำบัดทางพฤติกรรมปัญญา (CBT) ในผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
	AIDS Service of Queen Elizabeth Hospital, Hong Kong - เมื่อผ่านขั้นตอนการคัดเลือกและการสัมภาษณ์ได้ผู้ป่วยจำนวน 16 คน ที่ช่วงเวลา baseline assessment และแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่ม โดยมี match pairs base on demographic background (age, education level, employment, marital status) และ the time since diagnosis คือ 1. กลุ่ม Waitlist control (WLC) จำนวน 8 คน หลังจากนั้นมีการ dropout อีก 1 คนจึงเหลือผู้ป่วย 7 คน 2. กลุ่ม Cognitive-behavioral program (CBP) จำนวน 8 คนหลังจากที่มีการ dropout อีก 2 คนจึงเหลือผู้ป่วย 6 คน
Research Instruments	1. Medical outcomes study short-form 36 (SF-36) นำมาใช้สำหรับการวัด Health-related quality of life (HRQOL) ที่ประกอบด้วย 8 domains ได้แก่ physical functioning, role-physical, bodily pain, general health, vitality, social functioning, role-emotional and mental health The SF-36 นี้มีการแปลเป็นภาษาจีนและมีการตรวจสอบความเที่ยงในกลุ่มประชากรในฮ่องกง ระดับคะแนนที่มากขึ้นบ่งบอกถึงการมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น 2. The Center for Epidemiologic studies-Depression Scale (CES-D) ใช้ในการวัด depressive state โดยเครื่องมือประกอบด้วย 20 items ที่มีความสัมพันธ์กับเรื่อง depressive mood, feelings of guilt and worthlessness, feelings of helplessness and hopelessness, psychomotor retardation, loss of appetite และ sleep disturbance ผู้ป่วยจะรายงานถึงความถี่ของการมีอาการระหว่างสัปดาห์ที่ผ่านมา โดยเป็นในรูปแบบของการให้คะแนน four-point likert scale จาก 1 คะแนน (rarely or none of the time) ถึง 4 คะแนน (most or all of the time) ระดับคะแนนที่มากขึ้นบ่งบอกถึงมีความถี่ของการมี depressive symptoms ที่เพิ่มมากขึ้น
Interventions	กลุ่มควบคุม : กลุ่ม WLC จะได้รับการรักษาแบบทั่วไป กลุ่มทดลอง : กลุ่ม Cognitive-Behavioral Program (CBP) จะได้รับการรักษาด้วยโปรแกรมการบำบัดทางพฤติกรรมปัญญา(cognitive – behavioral program)โดยมีรายละเอียดดังนี้

ตาราง 5 สรุปผลการสกัดข้อมูลจากวรรณกรรมเกี่ยวกับการบำบัดทางพฤติกรรมปัญญา (CBT) ในผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
	- การบำบัดทางพฤติกรรมปัญญา (CBP intervention) ที่นำมาใช้มาจากทฤษฎีการบำบัดทางพฤติกรรมปัญญาของเบค (Beck's theory of cognitive-behavioral therapy) และ the coping effectiveness training protocol พัฒนาโดย developed by Chesney และคณะ - วัตถุประสงค์ของโปรแกรมการบำบัดทางพฤติกรรมปัญญาเพื่อสอนผู้ป่วยให้สามารถบอกได้ถึงความเชื่อที่ไม่มีเหตุผลที่เกี่ยวข้องกับความเจ็บป่วยเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีทักษะในการปรับตัวเข้ากับภาวะเครียดที่เกิดขึ้นจากโรคที่เป็นอยู่และเพื่อปรับปรุงด้านการช่วยเหลือทางด้านสังคมรวมทั้งลดความทุกข์ใจที่เกิดขึ้น - การทำกลุ่มดำเนินการโดย a clinical psychologist specialized in treating HIV-infected patients and a clinical psychologist in training - จำนวนครั้งการทำกลุ่มจำนวน 7 ครั้งๆละ 2 ชั่วโมง โดยหัวข้อจะมีหลายเรื่องเช่น health issue, self-view issues, social relationship และเรื่องอื่นที่เกี่ยวข้องกับภาวะการเจ็บป่วยของตัวผู้ติดเชื้อเอง - ผู้ติดเชื้อจะได้รับการฝึกฝนเกี่ยวกับเรื่อง cognitive restructuring (การปรับเปลี่ยนโครงสร้างทางปัญญา) ขึ้นมาใหม่และวิธีการปรับพฤติกรรม (behavioral change strategies) รวมถึงได้รับการสอนเกี่ยวกับการตอบสนองทางด้านร่างกาย/จิตใจต่อภาวะเครียดและเทคนิคผ่อนคลายความเครียด - นอกจากนี้จะมีการพูดคุยถึงเรื่องเทคนิคต่าง ในการจัดการกับภาวะเครียดที่เกิดขึ้นจากสาเหตุต่างๆ ซึ่งรูปแบบของการทำกลุ่มแต่ละครั้งจะเริ่มจากการทบทวนการบ้าน/งานที่ได้รับมอบหมาย การนำเสนอหัวข้อใหม่สำหรับการทำกลุ่มครั้งนี้ การอภิปรายกลุ่มและการให้ intervention ก่อนจบในแต่ละครั้งจะมีการฝึกผ่อนคลาย (relaxation exercise)

ตาราง 5 สรุปผลการสกัดข้อมูลจากวรรณกรรมเกี่ยวกับการบำบัดทางพฤติกรรมปัญญา (CBT) ในผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
Results	<u>With in group</u> <u>Between group :</u> 1. Sample characteristics : - อายุเฉลี่ยของกลุ่มผู้ติดเชื้อเท่ากับ 38.1 ปี ทั้งหมดได้รับเชื้อผ่านทางเพศสัมพันธ์ - ไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติระหว่างทั้งสองกลุ่มในเรื่อง demographic variables at baseline assessment พบว่าอายุมีความสัมพันธ์ด้านลบกับ depressed mood ($r = -0.66, p < 0.05$) ดังนั้นในการวิเคราะห์ผลจากการให้การบำบัดจึงมีการควบคุมปัจจัยเรื่องอายุ 2. Effects of treatment on quality of life: - ก่อนการให้การบำบัดพบว่า คุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อกลุ่มนี้ต่ำกว่าคนทั่วไปในพื้นที่เมื่อวัดด้วย The SF-36 - จากตารางที่ 2 พบว่าในช่วงก่อนการให้การบำบัด นั้นค่าเฉลี่ยของคะแนนจาก subscales of SF-36 ของผู้ติดเชื้อกลุ่มนี้ต่ำกว่า the local norm - จากตารางที่ 3 พบว่าในช่วงก่อนการให้การบำบัด นั้นค่าเฉลี่ยของคะแนนจาก all subscales ของทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน แต่อย่างไรก็ตามพบว่าในกลุ่มที่ได้รับ CBP มีค่าคะแนนเฉลี่ยในเรื่องของสุขภาพจิต(mental health) และ สุขภาพจิต (depression subscale) ในช่วงหลังการบำบัดดีขึ้นกว่าช่วง ก่อนการบำบัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F=6.51, p = 0.03$ and $F=8.28, p=0.02$, respectively) แต่ไม่พบการเปลี่ยนแปลงในกลุ่มควบคุม 3. Effects of treatment on psychological distress: - ในช่วงก่อนการบำบัด ไม่มีความแตกต่างกันในเรื่องของ the epidemiologic studies-depression scale (CES-D) scores ระหว่างทั้งสองกลุ่ม - ในช่วงหลังการบำบัด พบว่ากลุ่ม CBP มีคะแนนเฉลี่ยของ CES-D scores ต่ำกว่าช่วงก่อนการบำบัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F=12.18, p=0.00$)

ตาราง 5 สรุปผลการสกัดข้อมูลจากวรรณกรรมเกี่ยวกับการบำบัดทางพฤติกรรมปัญญา (CBT) ในผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
Implication	การบำบัดทางพฤติกรรมปัญญาในระยะเวลาสั้นๆ (short-term cognitive-behavioral therapy) พบว่ามีประสิทธิภาพดีในเรื่องของการเพิ่มคุณภาพชีวิตและการลดภาวะซึมเศร้าทางอารมณ์ (depressed mood) ในผู้ติดเชื้อเอชไอวีชาย
Limitation	- small sample size : ทำให้การศึกษานี้เป็นลักษณะแบบ a pilot study การเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างอาจจะทำให้เห็นผลจากการให้การบำบัดที่มากขึ้นกว่านี้ - เกณฑ์ในการเลือกผู้ติดเชื้อครั้งนี้ ก่อนข้างจะเน้นที่ความสมัครใจของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ซึ่งมีแนวโน้มว่าจะได้กลุ่มที่มี more active coping อาจจะทำให้เกิดอคติ (bias) ต่อการวัดผลได้ ทำให้การนำผลที่ได้จากการศึกษานี้ไปใช้กับกลุ่มผู้ติดเชื้อที่มี less motivation ได้ไม่ดี

ตาราง 5 สรุปผลการสกัดข้อมูลจากวรรณกรรมเกี่ยวกับการบำบัดทางพฤติกรรมปัญญา (CBT) ในผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ (ต่อ)

เรื่องที่ 9

ชื่อเรื่องงานวิจัย Cognitive-behavioral group therapy with medication for depressed gay men with AIDS or symptomatic HIV infection

ผู้แต่ง Lee, M. R., Cohen, L., Hadley, S. W., & Goodwin, F. K./ 1999

แหล่งตีพิมพ์/ปี Psychiatric Services, 50, 948-952

หัวข้อ	รายละเอียด
Research Objective	เพื่อศึกษาถึงความเป็นไปได้และประสิทธิภาพของการให้การบำบัดทางพฤติกรรมปัญญา (cognitive-behavioral intervention) ร่วมกับการรักษาด้วยยาต้านเศร้า (antidepressant medication) ในกลุ่มเกย์ที่ป่วยเป็นโรคเอดส์หรือผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีอาการเจ็บป่วย (symptomatic HIV infection) และมีภาวะซึมเศร้า
Design	Randomized controlled trials
Level	Level A
Setting	Washington , D.C.
Sample	เกณฑ์คัดเข้า : - ผู้ป่วยเอดส์ที่มีภาวะซึมเศร้าโดยพิจารณาจากเกณฑ์ major depressive disorder หรือ dysthymia ที่ไม่มีประวัติการคิดฆ่า/ยาเสพติด และไม่มีปัญหาเรื่อง acute suicidality, bipolar disorder, borderline personality disorder หรือ psychotic disorder - ผู้ป่วยที่อาจจะได้รับ antidepressant medication เกณฑ์คัดออก : กลุ่มตัวอย่าง : - กลุ่มผู้ป่วยเกย์ที่เป็นโรคเอดส์หรือผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีอาการ และมีภาวะซึมเศร้าจาก gay community in Washington , D.C. จำนวน 15 คน - ผู้ป่วย 13 คนมีอาการ major depressive disorder อีก 2 คนมีอาการ dysthymia และ ผู้ป่วยทั้ง 15 คน 12 คนได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเอดส์ (category C) ตามเกณฑ์ของ The Centers for disease control and Presentation; CDC) และ 3 คนเป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่

ตาราง 5 สรุปผลการสกัดข้อมูลจากวรรณกรรมเกี่ยวกับการบำบัดทางพฤติกรรมปัญญา (CBT) ในผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
	มีอาการ (category B) โดยอายุเฉลี่ยของกลุ่มศึกษา เท่ากับ 39 ปี ระยะเวลาเฉลี่ยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าติดเชื้อเอชไอวีเท่ากับ 7 ปี
Research outcomes	Depression and functioning
Research Instruments	1. The Hamiliton Depression Rating Scale (HDRS) 17) เป็นแบบวัดมาตรฐานที่นิยมใช้กันอย่างแพร่หลายในการประเมินระดับความรุนแรงของอาการซึมเศร้า และติดตามผลการรักษา 2. The Global Assessment Scale (GAS) : a rating scale for evaluating the overall functioning of a subject during a specified time period on a continuum from psychological or psychiatric sickness to health. 3. The Beck Depression Inventory (BDI) ประกอบด้วย 21 ข้อคำถามในการ รายงานตนเองเกี่ยวกับอาการซึมเศร้า (คะแนน 0 - 63) คะแนนสูงแสดงถึงภาวะซึมเศร้าในระดับรุนแรง - การประเมินโดยใช้เครื่องมือทั้ง 3 ชนิดจะทำทั้งหมด 3 ครั้งคือในช่วงเวลาเริ่มต้น(baseline), สิ้นสุดการบำบัด 5 เดือน (end of therapy) และสิ้นสุดการบำบัด 6 เดือน (follow-up)
Interventions	กลุ่มควบคุม : - กลุ่มทดลอง : 1) การบำบัดทางพฤติกรรมปัญญากลุ่ม (Group cognitive-behavioral therapy) - จะมุ่งเน้นที่การสอนให้ผู้ป่วยสามารถรับรู้/ยอมรับในเรื่องต่างๆที่ขาดเหตุผลสนับสนุน รวมถึงความเชื่อที่จะลดขบวนการทางด้านความคิดที่ทำให้เกิดความทุกข์ทางใจ การสอนในเรื่องการป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้า - หลักการต่างๆที่เกี่ยวข้องกับ CBT ถูกนำมาใช้ทั้งในลักษณะเฉพาะและทั่วไป จะมีการประเมินถึงความเชื่อที่บิดเบือนไม่สมเหตุผล (dysfunctional core beliefs) ในเรื่องของคุณค่าในตัวเองและความคาดหวังของผู้อื่นที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า

ตาราง 5 สรุปผลการสกัดข้อมูลจากวรรณกรรมเกี่ยวกับการบำบัดทางพฤติกรรมปัญญา (CBT) ในผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
	- รูปแบบพื้นฐานของการทำกลุ่ม CBT จะเริ่มต้นแต่ละครั้ง ด้วยการ ทำ BDI ของผู้ป่วย และประเมินโดย therapist โดยให้ความสำคัญ ในเรื่องการฆ่าตัวตาย นอกจากนี้ผู้ป่วยจะรายงานถึงอารมณ์ ในช่วงสัปดาห์ที่ผ่านมา ความคิด การช่วยเหลือตัวเองเมื่อมีปัญหา และรายงานงานที่ได้รับมอบหมาย - การทำกลุ่มในช่วงเวลา 10 สัปดาห์แรกนั้นความสัมพันธ์ระหว่าง ภาวะซึมเศร้าและความคิดอัตโนมัติ (automatic thoughts) จะถูก ประเมินโดย educational materials และ the assignment of after- group exercises โดย group exercise ประกอบด้วย the completion of weekly worksheets เกี่ยวกับสถานการณ์เฉพาะเพื่อจะฝึกทักษะ ผู้ป่วยในเรื่องของการปรับโครงสร้างทางปัญญาขึ้นใหม่ (cognitive restructuring) การบ่งชี้ถึงสิ่งกระตุ้นและ ความคิดที่มี ความสัมพันธ์กันแล้วทำให้เกิดความทุกข์ใจ ค้นหาถึงความคิดที่ บิดเบือน(cognitive distortion)ที่เกิดขึ้น และความสามารถที่จะ ตอบสนองสิ่งเหล่านี้ได้จริง นอกจากนี้งานที่ทำในกลุ่มจะ เกี่ยวข้องกับระดับพฤติกรรมด้วยเพื่อจะแสดงให้เห็นถึง ความสัมพันธ์ระหว่างอารมณ์ และกิจกรรมต่างๆ - ในช่วง 10 สัปดาห์หลัง จะมีการประเมินในเรื่องของความเชื่อที่ บิดเบือน (dysfunctional core beliefs) ความคิดอัตโนมัติ (automatic thoughts) ภาวะซึมเศร้า (depressed mood) และการทำ ร้ายตนเอง (self-defeating behaviors) โดยใช้เครื่องมือต่างๆเช่น อุปกรณ์ และแบบสอบถาม 2) การรักษาด้วยยา (antidepressant medications) - จะมีการให้ยาในกลุ่มผู้ป่วยที่มีแนวโน้มตอบสนองที่แย่ลงต่อการรักษา โดยการทำกลุ่มหรือผู้ป่วยที่มีอาการมากขึ้น ยาที่ใช้มีหลายตัว ได้แก่ nortriptyline, paroxetine และ bupropion ขึ้นอยู่กับอาการและประวัติการ ได้รับยาของผู้ป่วย

ตาราง 5 สรุปผลการสกัดข้อมูลจากวรรณกรรมเกี่ยวกับการบำบัดทางพฤติกรรมปัญญา (CBT) ในผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
Results	With in group : - Between group : : - การให้ CBT ในกลุ่มตัวอย่างนี้มีอัตราการเข้าร่วมโครงการค่อนข้างสูงคือ 13 คนจากทั้งหมด 15 คนที่เข้าทำกลุ่มอย่างสม่ำเสมอ (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 15 ครั้ง) และมีอัตราการติดตามการรักษาในระดับดี (a high rate of compliance) อย่างไรก็ตามมีผู้ป่วยเสียชีวิต 1 คนหลังจากได้รับการรักษา จึงเหลือข้อมูลผู้ป่วยที่ใช้ในการวิเคราะห์จำนวน 12 คน - พบว่ามีการลดลงของอาการซึมเศร้า ที่ประเมินจากค่าเฉลี่ยของ HDRS ที่ลดลงจากช่วง เริ่มต้นจากคะแนน 26 เป็น 9 คะแนนในช่วง ระหว่างการบำบัดและ 6 คะแนนในช่วงติดตาม นอกจากนี้พบว่าคะแนนที่ดีขึ้นมากกว่า 50% พบในผู้ป่วย 8 คนในช่วง สิ้นสุดการบำบัดและ 12 คนในช่วงติดตาม - ค่าเฉลี่ยของคะแนน BDI ลดลงจาก 24 คะแนนในช่วงเริ่มต้น เป็น 15 คะแนนในช่วงสิ้นสุดการบำบัด และ 9 คะแนนในช่วงติดตาม นอกจากนี้พบว่าคะแนนที่ดีขึ้นมากกว่า 50% พบในผู้ป่วย 4 คนในช่วงสิ้นสุดการบำบัด และ 7 คนในช่วง ติดตาม - ค่าเฉลี่ยของคะแนน GAS เพิ่มขึ้นจาก 57 คะแนนในช่วงเริ่มต้นเป็น 72 คะแนนในช่วงสิ้นสุดการบำบัด และ 80 คะแนนในช่วงติดตาม - ในช่วงติดตามจะมีการประเมินถึงประโยชน์ของการให้ CBT ในมุมมองของผู้ป่วยซึ่งมีรายงานในประเด็นต่างๆ เช่นการทำกลุ่มช่วยในเรื่อง social support ในเรื่องความรู้สึกโดดเดี่ยว/แยกตัวของผู้ป่วย, ผู้ป่วยเหล่านี้ได้เรียนรู้ว่าปัญหาที่เกิดขึ้นกับตัวเองนั้นเกิดขึ้นกับผู้ป่วยคนอื่นด้วย ซึ่งเป็นการลดความรู้สึกโดดเดี่ยว ลดความอายและช่วยให้เกิดการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการแก้ปัญหาหรือหลักการในการแก้ปัญหาที่เกิดขึ้น นอกจากนี้ความเห็นอกเห็นใจกันในกลุ่มผู้ป่วยที่เกิดขึ้นจะเป็นการช่วยในเรื่องความภาคภูมิใจในตัวเองและช่วยในการรักษาของตัวเองด้วย

ตาราง 5 สรุปผลการสกัดข้อมูลจากวรรณกรรมเกี่ยวกับการบำบัดทางพฤติกรรมปัญญา (CBT) ในผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
Implication	- การให้ CBT ในกลุ่มผู้ป่วยที่เป็นโรคเอดส์หรือผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีอาการ ที่มีภาวะซึมเศร้าได้รับการยอมรับจากผู้ป่วยในส่วนของประโยชน์ที่ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวหรือป้องกันการกลับเป็นซ้ำของภาวะซึมเศร้า
Limitation	- กลุ่มตัวอย่างมีจำนวนน้อย ทำให้มีข้อจำกัดในการนำไปใช้ - กลุ่มตัวอย่างมีโอกาสที่จะได้รับการบำบัดทางจิตแบบอื่นๆได้นอกเหนือจาก CBT จึงเป็นไปได้ว่าการตอบสนองของผู้ป่วยต่อการรักษาครั้งนี้อาจจะไม่เฉพาะเจาะจง หรืออาจจะเป็นเพราะปัจจัยอื่นๆที่นอกเหนือจาก CBT โดยพบว่าผู้ป่วย 2 คนที่ได้รับการรักษาด้วย Psychotherapy, 5 คนได้รับการรักษาด้วยยาและอีก 4 คนได้รับการรักษาด้วย Psychotherapy ร่วมกับยา

ตาราง 5 สรุปผลการสกัดข้อมูลจากวรรณกรรมเกี่ยวกับการบำบัดทางพฤติกรรมปัญญา (CBT) ในผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ (ต่อ)

เรื่องที่ 10

ชื่อเรื่องงานวิจัย Cognitive-behavioral therapy for HIV medication adherence and depression

ผู้แต่ง Safren, S. A., Hendriksen, E. S., Mayer, K. H., Mimiaga, M. J., Pickard, R., & Otto, M. W. / 2004

แหล่งตีพิมพ์/ปี Cognitive and Behavioral Practice, 11, 415-423

หัวข้อ	รายละเอียด
Research Objective	เพื่อศึกษาผลของการให้ cognitive-behavioral intervention ต่อการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์อย่างสม่ำเสมอและภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเพศชายที่มี HIV-infection
Design	A case series design (Case study)
Level	B
Setting	A HIV clinic, USA
Sample	เกณฑ์คัดเข้า : - ผู้ป่วยอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป - ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น major depressive disorder - ได้รับยากลุ่ม antidepressant อย่างสม่ำเสมอเป็นเวลา 6 สัปดาห์ - ได้รับ antiretroviral therapy for HIV อย่างสม่ำเสมอเป็นเวลา 4 เดือน - มีการตรวจยืนยันผลของ viral load เกณฑ์คัดออก : - ผู้ป่วยที่มีปัญหาเรื่อง bipolar or psychotic spectrum disease ที่อาจรบกวนต่อการได้รับ intervention หรือการทำความเข้าใจ/เห็นไข่มุมยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย - ผู้ป่วยที่มีปัญหาการพยายามฆ่าตัวตายแบบเฉียบพลันหรือจำเป็นต้องเข้ารับการรักษาด่วนในโรงพยาบาลหรือต้องการรักษาพิเศษ

ตาราง 5 สรุปผลการสกัดข้อมูลจากวรรณกรรมเกี่ยวกับการบำบัดทางพฤติกรรมปัญญา (CBT) ในผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
	กลุ่มตัวอย่าง : - ผู้ป่วยเพศชายจำนวน 5 คนที่ติดเชื้อเอชไอวีผ่านทางเพศสัมพันธ์ร่วมกับเพศเดียวกัน - ผู้ป่วยจะได้รับการประเมินเรื่อง diagnostic interview, viral load assessment, HAM-D และ Adherence Questionnaire ในช่วงเริ่มต้นและช่วงสิ้นสุดการศึกษา - การให้ CBT ประกอบด้วย 10-12 sessions และในช่วงเวลาที่ศึกษาจะมีการติดตามเรื่อง adherence to one of antiretroviral medication โดยใช้ an electronic red pill-cap ทุกสัปดาห์พร้อมกับการประเมิน BDI และในช่วงเสร็จสิ้นการศึกษาก็จะมีการประเมินเรื่อง the clinician-administered assessment อีกครั้ง
Research outcomes	- Medication adherence - Depression
Research Instruments	A) <u>Clinician-administered assessments of diagnosis and severity</u> : จะประเมินในช่วงก่อนและหลังการให้ intervention 1. The Structural Clinical Interview for DSM-IV (SCID-IV) สำหรับการประเมินเรื่อง DSM-IV Axis I psychiatric disorder 2. The Structured Version of the Hamilton Depression Scale (HAM-D) ซึ่งใช้ในการประเมินเรื่องภาวะซึมเศร้า ในการศึกษาครั้งนี้จะใช้ 17 items - การประเมินเรื่อง global severity โดยใช้ the Clinical Global Impression (CGI); rating from 1= not ill, to 7 = extremely ill และประเมินเรื่อง functioning โดยใช้ the global Assessment of functioning (GAF); rating from 1 to 100 B) <u>Participant measures</u> : 1. Electronic pill cap: โดยการติดที่ฝาขวดยา (antiretroviral medication) ด้วยสีแดง เพื่อให้ง่ายต่อการจดจำในการรับประทานอย่างต่อเนื่อง - มีการใช้ adherence scores ที่คำนวณจากจำนวนการเปิดฝาขวดยาด้วยจำนวนของยา (prescribed dose) โดยการพิจารณาเกณฑ์ของ a missed dose คือไม่ได้รับประทานหรือรับประทานยาผิดเวลาไปมากกว่า 2 ชั่วโมง

ตาราง 5 สรุปผลการสกัดข้อมูลจากวรรณกรรมเกี่ยวกับการบำบัดทางพฤติกรรมปัญญา (CBT) ในผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
	- ก่อนการเริ่มโครงการ ผู้ป่วยจะได้รับการติดตามเรื่องนี้ก่อนประมาณ 2 สัปดาห์ 2. Depression : โดยใช้ the self-report Beck Depression Inventory (BDI) จะใช้ประเมินในการทำกลุ่มแต่ละครั้ง 3. Adherence questionnaire: โดยการใช้แบบสอบถามที่ใช้ใน AIDS Clinical Trials Group research เป็นการเก็บข้อมูลโดยตรงในเรื่องของจำนวนยาที่รับประทานในแต่ละวัน นอกจากนี้จะมีการถามถึงช่วงเวลาด้วย เช่นเมื่อวานนี้ ใน 1 อาทิตย์และ 2 อาทิตย์ที่ผ่านมา 4. Assessment of viral load : การประเมินเรื่อง viral load เป็นส่วนหนึ่งของตัวบ่งชี้ความสำเร็จของ antiretroviral therapy ซึ่งอาจพิจารณาจากระดับที่ลดลงจากในช่วง 6 เดือนก่อนหน้านี้หรือลดลงอย่างน้อย a one log drop ในช่วงเวลา 1 เดือนที่ผู้ป่วยมีการเปลี่ยน antiretroviral regimens
Interventions	กลุ่มควบคุม : - กลุ่มทดลอง : Cognitive-behavioral therapy for HIV medication adherence เป็นการรักษาด้าน depression ร่วมกับการใช้ intervention technique รายละเอียดของแต่ละ module ได้แก่ 1. <u>Module 1: Adherence training and overview of CBT (2 sessions)</u> - CBT for HIV medication adherence and depression มีวัตถุประสงค์สำคัญ 2 เรื่องคือการเพิ่มการดูแลตนเองมากขึ้น ซึ่งจะนำไปสู่การมีชีวิตที่ยืนยาวขึ้นและลดอัตราการเจ็บป่วย และลดภาวะซึมเศร้า - การให้ intervention จะเริ่มจากการให้ความรู้ด้านทักษะสำหรับ HIV medication adherence, และการรักษาเรื่อง depression โดยประกอบด้วย 2 sessions ได้แก่ A) Life-Step เป็นการให้ intervention ที่ถูกเลือกมาเฉพาะสำหรับเรื่องนี้ โดยมีพื้นฐานจากเรื่อง principles of CBT และ problem-solving therapy ซึ่งจะประกอบด้วยขั้นตอนต่างๆ ได้แก่ informational step, problem-solving step และ cognitive-behavioral step ในส่วนของ psychoeducational component จะเป็นการสอนผู้ป่วยในเรื่องการดื้อยา - ในส่วนของ problem-solving step จะเกี่ยวข้องกับเรื่องต่างๆ เช่น

ตาราง 5 สรุปผลการสกัดข้อมูลจากวรรณกรรมเกี่ยวกับการบำบัดทางพฤติกรรมปัญญา (CBT) ในผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
	การเดินทางมาตามนัด การรับยา การติดต่อสื่อสารกับผู้ดูแลผู้ป่วย การปรับตัวกับผลข้างเคียงจากยา การวางแผนเกี่ยวกับการได้รับยาในแต่ละวัน การเก็บรักษายา เคล็ดลับเทคนิคในการประสบความสำเร็จในเรื่อง medication adherence เป็นต้น B) Introduction to CBT for depression โดย module นี้จะเกี่ยวข้องกับการให้ความรู้เรื่องการรักษา depression ด้วย CBT และผลของ depression ต่อพฤติกรรมการดูแลตัวเอง - จะมีการกล่าวถึง cognitive, behavioral and physiological symptoms และการที่สิ่งเหล่านี้เป็นปัญหาที่ต่อเนื่องกันและสัมพันธ์กัน ในผู้ป่วย HIV ผลข้างเคียงจากยาหรืออาการแสดงของโรคที่ส่งผลให้ภาวะ depression รุนแรงมากขึ้นอาจมาจากการที่ผู้ป่วยมีความสามารถในการทำกิจกรรมลดลง (เนื่องจากความรุนแรงของโรค) หรือมีอาการอื่น ๆ ร่วมด้วย (เช่น ความเจ็บปวด ขาดสมาธิ) โดยนักจิตบำบัดจะจัดให้มีการพูดถึงการนำ CBT มาใช้ในแต่ละจุดที่มีปัญหา - ต่อมาจะมีการให้ intervention ในรูปแบบของ motivational interviewing เพื่อจะตรวจสอบผลกระทบของ depression ต่อการดำเนินชีวิตของผู้ป่วย นักจิตบำบัดจะพูดถึงผลของ depression ที่มีต่อผู้ป่วยในด้านต่างๆ เช่น self-care, medication adherence และ functional impairments รวมถึงรูปแบบต่างของ modules of treatment ที่ช่วยให้ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงในชีวิตที่ดีขึ้น 2. Module 2 : Behavioral activation (1 session) - ในส่วนนี้จะเกี่ยวข้องกับการสอนให้ผู้ป่วยเรียนรู้ถึงเวลาและสถานการณ์ที่ผู้ป่วยรู้สึกมีภาวะ depression มากขึ้นหรือน้อยลงและที่มีความสัมพันธ์กับ pleasurable activities โดยใช้ a positive-event checklist ซึ่งข้อมูลที่ได้เหล่านี้จะมีประโยชน์ในการจัดการกับ negative automatic thoughts and beliefs 3. Module 3 : Cognitive restructuring (5 session) - การปรับมุมมองต่อปัญหาเป็นองค์ประกอบหนึ่งที่สำคัญกับการรักษาภาวะซึมเศร้า ในส่วนนี้ประกอบด้วย 5 sessions ที่มีการดัดแปลงและ

ตาราง 5 สรุปผลการสกัดข้อมูลจากวรรณกรรมเกี่ยวกับการบำบัดทางพฤติกรรมปัญญา (CBT) ในผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
	นำมาใช้ใน HIV medication adherence ที่มีปัญหาเรื่อง negative autonomic thoughts and beliefs เช่นความเชื่อเกี่ยวกับเรื่องยา หรือในกรณีที่มีปัญหาเรื่องการหลบเลี่ยงการทำกิจกรรมตามแผนการรักษาที่มีอยู่จากความเชื่อที่ผิด อาจจะต้องมีการจัดกิจกรรมในรูปแบบอื่นๆ ทดแทน 4. Module 4 : Problem solving (2 sessions) - การฝึกการแก้ปัญหาจะเกี่ยวข้องกับการเรียนรู้ทักษะ (เพื่อที่จะลดการหลบหลีกจากงาน/กิจกรรมที่สำคัญ) ใน 2 เรื่องใหญ่ๆคือการที่สามารถแยกงานออกเป็นส่วนๆและมีขั้นตอนในการจัดการที่เหมาะสม และเรียนรู้เทคนิคในการตัดสินใจ ซึ่งทั้งหมดนี้ได้จาก problem-solving therapy ที่มีจุดมุ่งหมายสำหรับการปรับตัวของผู้ป่วยต่อภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง - องค์ประกอบของการให้ intervention ประกอบด้วย การบ่งชี้ถึงปัญหา การมีทางเลือกอื่นๆสำหรับปัญหานั้นๆ การประเมินทางเลือกเหล่านี้ การตัดสินใจและการแก้ปัญหาเหล่านี้ ในส่วนของผู้ป่วย HIV อาจจะมีเพิ่มเติมในเรื่องการส่งเสริมเรื่องการทำงาน การเป็นอาสาสมัคร การดูแลร่างกายอย่างเป็นระบบ ปัญหาเรื่องการเงิน ตลอดจนสัมพันธ์ภาพด้านต่างๆ 5. module 5 : Relaxation training (2 sessions) - Progressive muscle relaxation และ diaphragmatic breathing เป็นองค์ประกอบที่สำคัญของ stress management และ stress reduction program จะมีการสอนเกี่ยวกับ diaphragmatic breathing ให้กับผู้ป่วยเพื่อช่วยในการผ่อนคลายภาวะ stress และ coping with symptoms
Results	<u>With in group :</u> <u>Between group :</u> A) Case series results : Baseline participant characteristics 1. Case 1: ผู้ป่วยเพศชายอายุประมาณ 40 ปี มีปัญหาเรื่อง major depressive disorder, alcohol dependence และมี HAM-D score = 34 ได้รับการวินิจฉัยว่ามี HIV positive มาประมาณ 10 ปี เคยรับการรักษาตัวในโรงพยาบาลจาก emotional problem and homeless

ตาราง 5 สรุปผลการสกัดข้อมูลจากวรรณกรรมเกี่ยวกับการบำบัดทางพฤติกรรมปัญญา (CBT) ในผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
	- ผู้ป่วยไม่รับประทานยาเป็นเวลามากกว่า 2 สัปดาห์เนื่องจากคิดว่ามียาจำนวนมากเกินไปที่เขาจะรับประทาน รวมถึงไม่รับประทานยาอื่นๆด้วย 2. Case 2 : ผู้ป่วยอายุประมาณ 30 ปี มีปัญหาเรื่อง major depression, dysthymia, social phobia, และมีอาการของ anxiety disorder, ได้รับการวินิจฉัยว่ามี HIV positive มาประมาณ 5 ปี มีปัญหาความเครียดจากภาวะการเป็นหนี้ ไม่พึงพอใจงานที่ทำอยู่ การแยกตัวจากสังคม การรักษาด้วยยาเป็นแบบ comorbid medical condition ซึ่งมี sporadic adherence 3. Case 3 : ผู้ป่วยอายุประมาณ 40 ปี ไม่มีงานทำ มีปัญหาเรื่อง major depressive disorder, dysthymia, social phobia, และมี a baseline HAM-D score =30, ได้รับการวินิจฉัยว่ามี HIV positive มามากกว่า 10 ปี มีปัญหาด้านสัมพันธ์ภาพกับผู้อื่นและการเงิน การรับประทานยาในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมาไม่ครบตามแผนการรักษาแต่ไม่ตรงเวลา 4. Case 4 : ผู้ป่วยอายุประมาณ 40 ปี มีงาน part-time ทำ มีปัญหาเรื่อง panic disorder, OCD, acrophobia, a history of alcohol abuse และมี a baseline HAM-D score =33 การรับประทานยานั้นทำได้เพียงครั้งเดียวเนื่องจากกลัวรู้สึกซึมเศร้าหรือมีงานที่ต้องทำมากเกินไป มีปัญหาด้านสัมพันธ์ภาพกับผู้อื่น การเงิน อาการของโรคและความกดดันจากครอบครัว 5. Case 5 : ผู้ป่วยอายุประมาณ 50 ปี มีงานทำ มีการศึกษาและฐานะทางสังคม/การเงินในระดับดี มีปัญหาเรื่อง major depressive disorder และ adult attention-deficit disorder ความเครียดส่วนใหญ่เกิดจากเรื่องงาน B) Outcome of case series : มีผู้ป่วย 4 คนที่เข้าร่วมโครงการจนจบและมีข้อมูลสมบูรณ์ และอีก 1 คนที่ขาดข้อมูลบางส่วนไป (Case 1) - ผลจาก self-reported adherence , adherence assessed with the electronic pill cap และ depression severity พบว่าผู้ป่วยมี improvement with treatment - การประเมินด้วย the SCID-IV พบว่าเมื่อสิ้นสุดการศึกษามีผู้ป่วย 1 คนที่มีปัญหา major depression และมีระดับของอาการป่วยมากขึ้น (from low CGI score; 3= mildly ill to 5=markedly ill) มีผู้ป่วยอีก 1 คนที่มีการเพิ่มขึ้นของ HAM-d score at post-treatment อย่างไรก็ตามพบว่าผู้ป่วยมีการดีขึ้น

ตาราง 5 สรุปผลการสกัดข้อมูลจากวรรณกรรมเกี่ยวกับการบำบัดทางพฤติกรรมปัญญา (CBT) ในผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
	ทางคลินิกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อพิจารณาจากการลดลงของ CGI score อย่างน้อย 2 คะแนนจากช่วง pre-treatment ถึงช่วง post-treatment - นอกจากนี้พบว่า Case 2, 3 และ 5 มี improvement ที่ดีขึ้นในเรื่อง adherence และมีการลดลงของ depression อย่างชัดเจน รวมทั้งเรื่อง viral load ด้วย Case 2 : ส่วนใหญ่การให้ intervention จะเป็นในเรื่อง cognitive restructuring และ problem solving to re-evaluate the cycle พบว่ามี depression score ลดลงอย่างสม่ำเสมอและมี adherence ที่ดีขึ้น (a pill cap score of 93% at the post-treatment) Case 3 : ส่วนใหญ่การให้ intervention จะเป็นในเรื่อง cognitive restructuring และ problem solving พบว่ามี adherence ที่ดีขึ้น (improved to 100%) และมี depression ลดลง Case 5 : ส่วนใหญ่การให้ intervention จะเป็นในเรื่อง cognitive restructuring targeting his view of himself at work พบว่ามี improvement ทั้งในเรื่องของ adherence และ depression Case 1 : ผู้ป่วยเริ่มต้นมี low adherence (from self-report =0% and from the electronic pill cap = 14%) และมีการทำกลุ่มแค่ 4 sessions ผลการศึกษาปัจจัยต่างๆจึงไม่มีความแตกต่างจากตอนเริ่มทำการศึกษาทั้งในส่วน of pill cap, self-report และ viral load Case 4 : ส่วนใหญ่การให้ intervention จะเป็นในเรื่อง cognitive restructuring, และ relaxation therapy involving anger management จะเห็นการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้นอย่างชัดเจนใน 3 ตัวแปรที่ศึกษา (adherence, depression and viral load)
Implication	- การนำ CBT มาใช้ในผู้ป่วยเพศชาย HIV infection via sexual transmission มีประโยชน์ในด้าน improvement of medication adherence และ decreased depression

ตาราง 5 สรุปผลการสกัดข้อมูลจากวรรณกรรมเกี่ยวกับการบำบัดทางพฤติกรรมปัญญา (CBT) ในผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
Limitation	1. นักจิตบำบัดคนเดียวกันที่เป็นคนสร้าง treatment นี้ขึ้นมาและเป็นผู้ให้การรักษาผู้ป่วยด้วย รวมถึงการประเมินตัวแปรในแต่ละช่วงเวลาด้วย 2. ปัจจัยเรื่องเวลาและค่าที่วัดได้มีผลต่อความเชื่อมั่นว่าสิ่งที่ดีขึ้นเกิดจากการให้ intervention

ตาราง 5 สรุปผลการสกัดข้อมูลจากวรรณกรรมเกี่ยวกับการบำบัดทางพฤติกรรมปัญญา (CBT) ในผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ (ต่อ)

เรื่องที่ 11

ชื่อเรื่องงานวิจัย Improvement of psychosocial adjustment to HIV-1 infection through a cognitive- behavioral oriented group psychotherapy program: A pilot study.

ผู้แต่ง Rousaud, A., Blanch, J., Hautzinger, Lazzari, E. S., Peri, J. M., Puig, O., et al./
2007

แหล่งตีพิมพ์/ปี AIDS Patients Care and STDs, 21, 212-222

หัวข้อ	รายละเอียด
Research Objective	เพื่อศึกษาประสิทธิภาพของการให้การทำกลุ่มบำบัดด้านความคิดและพฤติกรรม (cognitive-behavioral intervention) ที่มีการกำหนดรูปแบบของโครงสร้างและระยะเวลาในกลุ่มผู้ป่วย HIV infection และเพื่อศึกษาปัจจัยพื้นฐานของผู้ป่วยที่มีผลต่ออาการที่ดีขึ้นและความสำเร็จของการให้ intervention
Design	an open-label, observational design and no-randomization
Level	B
Setting	Infectious department in Spain
Sample	เกณฑ์คัดเข้า : - ได้รับการวินิจฉัยว่าติดเชื้อเอชไอวี (HIV positive status) มาแล้วอย่างน้อย 3 เดือนและมีปัญหาที่ชัดเจนเรื่อง psychosocial distress เนื่องจาก HIV-infection เกณฑ์คัดออก : - มีอาการของ nonstabilized axis-I psychiatric disorders ที่ซึ่งต้องรับการรักษาด้วยยาเป็นหลัก (เช่น mood disorders with risk of suicide, presence of psychotic symptoms, current frequent panic attacks) - มีปัญหาเรื่อง organic mental disorder, มีการใช้สารเสพติดในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา มีอาการแสดงของโรคที่ไม่เกี่ยวข้องกับ HIV-infection มีอาการของ cognitive impairment ที่ชัดเจน และมีภาวะของโรคอื่นๆที่เป็นอุปสรรคต่อความต่อเนื่องในการเข้ารับ intervention ในการศึกษา

ตาราง 5 สรุปผลการสกัดข้อมูลจากวรรณกรรมเกี่ยวกับการบำบัดทางพฤติกรรมปัญญา (CBT) ในผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
	กลุ่มตัวอย่าง : เป็นผู้ป่วย HIV-infection ที่ถูกส่งต่อมายัง the infectious disease department เพื่อรับการรักษาด้วยยาหรือการรักษาทางจิต - ในช่วงเริ่มต้นมีผู้ป่วยจำนวน 66 คน มีการติดตามผู้ป่วยเป็นระยะเวลา 4 สัปดาห์ (ช่วงระหว่าง T1-T2) ซึ่งในช่วงนี้ถือเป็นช่วง baseline (a control condition) ที่ผู้ป่วยจะไม่ได้รับ intervention ใดๆ หลังจากนั้นจะเป็นช่วงของการให้ intervention เป็นระยะเวลา 14 สัปดาห์ (ช่วงระหว่าง T2-T3) - ในช่วง baseline ผู้ป่วยจะได้รับการสัมภาษณ์โดยใช้ the Spanish adaptation of the Structures Clinical Interview for DSM-III-R, patient version และจะมีการเก็บข้อมูลเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย ข้อมูลที่สัมพันธ์กับ HIV-infection (เช่น ความรู้เกี่ยวกับผลการตรวจเลือด การติดต่อของโรคและโอกาสที่จะเป็นโรคอื่นๆ ตามมา)
Research outcomes	Improvement of psychosocial adjustment
Research Instruments	The Psychosocial Adjustment to Illness Scale (PAIS) - Psychosocial adjustment หมายถึงความสามารถของแต่ละคนในการแสดงบทบาทของตนเองทั้งต่อครอบครัวและต่อสังคม ต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวันโดยไม่มีปัญหาเรื่อง emotional distress หรือ physical disability โดยในการศึกษาครั้งนี้จะมีการวัด Psychosocial adjustment ทั้งหมด 3 ช่วงเวลาคือ 1) T1 : one month before beginning of the therapy 2) T2: during the first session of the group therapy 3) T3 : during the last session PAIS มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินเรื่อง functional, emotional, and social dimensions of quality of life ในผู้ป่วยที่มีความเจ็บป่วยจากโรคต่างๆ รวมถึงเรื่อง psychological and social adjustment ต่อความเจ็บป่วยในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา PAIS ประกอบด้วย 46 ข้อคำถามที่มีการประเมินใน 7 เรื่องใหญ่ๆ ได้แก่

ตาราง 5 สรุปผลการสกัดข้อมูลจากวรรณกรรมเกี่ยวกับการบำบัดทางพฤติกรรมปัญญา (CBT) ในผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
	1. Health care orientation 2. Vocational environment 3. Domestic environment 4. Sexual relations 5. Extended family relationships 6. Social environment 7. Psychosocial distress ซึ่งการประเมินจะพิจารณาจากคะแนนรวมของทั้งหมด โดยถ้าคะแนนที่ได้ยิ่งสูงยิ่งบ่งบอกถึงการมี poorer functioning
Interventions	กลุ่มควบคุม : - กลุ่มทดลอง : จะได้รับการบำบัดแบบ a structure time-limited cognitive-behavioral psychotherapy program - โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อสอนผู้ป่วยในเรื่องหลักการและทักษะทางด้านการคิดและพฤติกรรม ซึ่งผู้ป่วยจะได้รับคำแนะนำในการฝึกปฏิบัติในเรื่องทักษะในการแก้ปัญหาที่มีความสัมพันธ์กับเรื่องของ HIV-infection รวมถึงเรื่องที่ต้องตระหนักเกี่ยวกับตัวเอง (เช่น การเปิดเผยผลเลือด การมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย การรักษา ความต่อเนื่องของการรับประทานยาและผลข้างเคียงที่อาจจะเกิดขึ้น)
Results	With in group : 1) Subjects' characteristics and dropout : เริ่มต้นมีผู้ป่วยจำนวน 66 คน และมีการแบ่งเป็น 6 กลุ่มๆละ 11 คน ในช่วงของการศึกษามีผู้ป่วยที่ออกจากการศึกษา (Dropouts) 19 คน (29%) เหลือผู้ป่วยที่เข้าร่วมโครงการอย่างสมบูรณ์(Completers) จำนวน 47 คน เป็นเพศชาย 31 คนและหญิง 16 คน เมื่อเปรียบเทียบข้อมูลของผู้ป่วยกลุ่ม Dropouts และ กลุ่ม Completers พบว่าไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติในเรื่องของตัวแปรต่างๆ (เช่น age, gender, sexual orientation, route of transmission of HIV infection, time since HIV diagnosis, CD4+ count, presence or absence of opportunistic diseases, psychiatric diagnosis and PAIS dimensions scores; $p>0.05$ for

ตาราง 5 สรุปผลการสกัดข้อมูลจากวรรณกรรมเกี่ยวกับการบำบัดทางพฤติกรรมปัญญา (CBT) ในผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
	each) นอกจากนี้พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีภาวะ adjustment disorders (60%) และมีค่าเฉลี่ยของการเข้าร่วมทำกลุ่มเท่ากับ 14 ครั้ง 2) Effect of intervention : - ไม่พบการเปลี่ยนแปลงของ the PAIS subscales and the total PAIS scores อย่างมีนัยสำคัญในช่วงเวลาระหว่าง T1 และ T2 - ในช่วงเวลาระหว่าง T2 และ T3 พบว่าการเปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติใน the PAIS subscales and the total PAIS scores ดังนี้ health care orientation ($p=0.006$), vocational environment ($p=0.039$), domestic environment ($p=0.016$), sexual relations ($p<0.001$), extended family relationships ($p=0.037$), social environment ($p<0.001$), และ total PAIS score ($p<0.001$) 3) Predictors of improvement : โดยมีการทำนายตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อ PAIS subscales พบว่า - ตัวแปรเรื่องผู้ป่วย homosexual เพศชายที่มีความสัมพันธ์ทางเพศกับเพศชายด้วยกัน (MSM) จะมี improvement ที่ดีขึ้นในเรื่องของ adjustment to health care ($p=0.041$) แต่จะแย่ลงในเรื่อง family relationships ($p=0.049$) - ตัวแปรเรื่อง employment พบว่ามีอิทธิพลต่อ improvement ทางด้าน vocational environment ($p=0.023$) - ตัวแปรเรื่องการได้รับเชื้อ HIV ผ่านทางมีเพศสัมพันธ์พบว่ามีอิทธิพลต่อ improvement ทางด้าน health care ($p=0.009$) - ตัวแปรเรื่องระยะเวลาตั้งแต่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น HIV-infection พบว่ามีอิทธิพลต่อ improvement ทางด้าน vocational environment ($p=0.032$) - ตัวแปรเรื่อง CD4+ count พบว่ามีอิทธิพลในทางลบต่อ improvement ทางด้าน social environment ($p=0.062$)

ตาราง 5 สรุปผลการสกัดข้อมูลจากวรรณกรรมเกี่ยวกับการบำบัดทางพฤติกรรมปัญญา (CBT) ในผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
	- เมื่อวิเคราะห์ผลที่เกิดขึ้นหลังจากได้รับ intervention (between T2 and T3) โดย multivariate linear regression พบว่า sexual route of transmission มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับ improvement in health care orientation ($p=0.009$), Time since HIV diagnosis และ being employed มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับ improvement in adjustment to vocational environment ($p=0.016$ and $p=0.012$, respectively), MSM มีความสัมพันธ์ในทางลบอย่างมีนัยสำคัญกับ improvement in adjusting to family relations ($p=0.049$), และ lower CD4 count กับ being employed มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับ improvement in adjustment to social environment ($p=0.002$ and $p=0.024$, respectively) Between group : -
Implication	- การให้ psychotherapy program ในผู้ป่วย HIV-infection ช่วยให้ผู้ป่วยมี improvement ที่ดีขึ้นในเรื่อง psychosocial functioning และ adjustment to illness รวมทั้งช่วยลดเรื่อง distress ที่เกิดขึ้น
Limitation	1. รูปแบบการศึกษาในครั้งนี้เป็นแบบ observational design ที่ไม่มีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างและไม่มีกลุ่มควบคุม ซึ่งอาจจะทำให้เกิดปัญหาต่อผลที่ได้จากการศึกษา 2. กลุ่มตัวอย่างมี dropout rate ในช่วงการให้ intervention ค่อนข้างสูงคือประมาณ 30% 3. การศึกษาครั้งนี้ไม่มีการประเมินในช่วง post-intervention follow-up

ประวัติผู้ศึกษา

ชื่อ-สกุล

นางสาวนิตยา จันทร์ฤกษ์

วัน เดือน ปี เกิด

10 พฤศจิกายน 2506

สถานที่เกิด

จังหวัดลพบุรี

ประวัติการศึกษา

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีอุตรดิตถ์

ประกาศนียบัตรการพยาบาลและการผดุงครรภ์

ระดับต้น พ.ศ. 2524 - 2526

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีชลบุรี

ประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตร์และผดุงครรภ์

ชั้นสูง (เทียบเท่าปริญญาตรี), พ.ศ. 2530 - 2532

คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามธิบดี

พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, พ.ศ. 2548 - 2553

ตำแหน่งและสถานที่ปฏิบัติงานปัจจุบัน

พยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการ

โรงพยาบาลท่าม่วง อำเภوتاม่วง

จังหวัดลพบุรี

โทรศัพท์: 0-3662-2130

E-mail: chan_lerk@hotmail.com

ที่อยู่ปัจจุบัน

47 หมู่ 15 ตำบลบางคู อำเภوتاม่วง

จังหวัดลพบุรี

โทรศัพท์: 0-3662-2233