

ผลของกลุ่มการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแนวปัญญาพฤติกรรมนิยมที่มีศิลปะเป็นสื่อต่อภาวะซึมเศร้าและ
ความร่วมมือในการรับประทานยาต้านไวรัสในชายรักชายผู้ติดเชื้อเอชไอวี



บทคัดย่อและแฟ้มข้อมูลฉบับเต็มของวิทยานิพนธ์ตั้งแต่ปีการศึกษา 2554 ที่ให้บริการในคลังปัญญาจุฬาฯ (CUIR)
เป็นแฟ้มข้อมูลของนิสิตเจ้าของวิทยานิพนธ์ ที่ส่งผ่านทางบัณฑิตวิทยาลัย

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

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาจิตวิทยา
คณะจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ปีการศึกษา 2558
ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

THE EFFECT OF COGNITIVE BEHAVIOR GROUP THERAPY WITH ART AS A MEDIUM
ON DEPRESSIVE SYMPTOMS AND ANTIRETROVIRAL MEDICAL ADHERENCE
IN MSM WITH HIV INFECTION

Mr. Panu Sahassanon



A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements
for the Degree of Master of Arts Program in Psychology

Faculty of Psychology

Chulalongkorn University

Academic Year 2015

Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์	ผลของกลุ่มการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแนวปัญญาพฤติกรรม นิยมที่มีศิลปะเป็นสื่อต่อภาวะซึมเศร้าและความร่วมมือใน การรับประทานยาต้านไวรัสในชายรักชายผู้ติดเชื้อเอชไอวี
โดย	นายภาณุ สหัสสานนท์
สาขาวิชา	จิตวิทยา
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กฤษยา พิสิทธิ์สังฆการ
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม	อาจารย์ ดร.ณัฐสุดา เต็มพันธ์

คณะจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้หัวข้อวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาโทบริหารธุรกิจ

.....คณบดีคณะจิตวิทยา
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.คัทธนาภรณ์ มณีศรี)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....ประธานกรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กรรณิการ์ นลราชสุวัจน์)

.....อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กฤษยา พิสิทธิ์สังฆการ)

.....อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม
(อาจารย์ ดร.ณัฐสุดา เต็มพันธ์)

.....กรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร.อรัญญา ต้อยคำภีร์)

.....กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รุ่งนภา ผาณิตรัตน์)

ภาณุ สหัสสานนท์ : ผลของกลุ่มการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแนวปัญญาพฤติกรรมนิยมที่มีศิลปะเป็นสื่อต่อภาวะซึมเศร้าและความร่วมมือในการรับประทานยาต้านไวรัสในชายรักชายผู้ติดเชื้อเอชไอวี (THE EFFECT OF COGNITIVE BEHAVIOR GROUP THERAPY WITH ART AS A MEDIUM ON DEPRESSIVE SYMPTOMS AND ANTIRETROVIRAL MEDICAL ADHERENCE IN MSM WITH HIV INFECTION) อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก: ผศ. ดร.กฤษยา พิธิษฐ์สังฆการ, อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม: อ. ดร.ณัฐสุดา เต็มพันธ์, 214 หน้า.

งานวิจัยกึ่งทดลองในครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของกลุ่มการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแนวปัญญาพฤติกรรมนิยมที่มีศิลปะเป็นสื่อต่อภาวะซึมเศร้าและระดับความร่วมมือในการรับประทานยาต้านไวรัสในผู้ติดเชื้อเอชไอวี กลุ่มตัวอย่างคือชายรักชาย (MSM) ซึ่งได้รับการวินิจฉัยว่าติดเชื้อเอชไอวี และอยู่ระหว่างการรับประทานยาต้านไวรัส จำนวน 46 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 23 คนและกลุ่มควบคุม 23 คน โดยกลุ่มทดลองจะเข้าร่วมกลุ่มการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแนวปัญญาพฤติกรรมนิยม สัปดาห์ละครั้งๆ ละ 2 ชั่วโมง รวม 8 ครั้ง คิดเป็นเวลาทั้งสิ้น 16 ชั่วโมง โดยกลุ่มตัวอย่างตอบชุดแบบสอบถามซึ่งประกอบด้วยแบบวัดระดับภาวะซึมเศร้า (CES-D) และแบบวัดระดับความร่วมมือในการรับประทานยาต้านไวรัสแบบหลากหลายวิธี (VAS และ MMAS) ข้อมูลที่ได้รับถูกนำมาวิเคราะห์ทางสถิติโดยใช้สถิติการวิเคราะห์ความแปรปรวนพหุนามแบบวัดซ้ำและระหว่างกลุ่ม โดยมีผลการวิจัยดังนี้

1. กลุ่มทดลองมีคะแนนภาวะซึมเศร้าในช่วงหลังการเข้ากลุ่มต่ำกว่าช่วงก่อนการเข้ากลุ่มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยในช่วงหลังการเข้ากลุ่ม กลุ่มทดลองมีคะแนนภาวะซึมเศร้าต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

2. กลุ่มทดลองมีคะแนนความร่วมมือในการรับประทานยาต้านไวรัสสูงกว่าช่วงก่อนการเข้ากลุ่มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .025 ในแบบวัด VAS แต่ไม่พบการเปลี่ยนแปลงของคะแนนในแบบวัด MMAS และไม่พบความแตกต่างของคะแนนความร่วมมือในการรับประทานยาต้านไวรัสระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมภายหลังการเข้ากลุ่มในทั้งสองแบบวัด

สาขาวิชา จิตวิทยา

ปีการศึกษา 2558

ลายมือชื่อนิสิต

ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาหลัก

ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาร่วม

5577624238 : MAJOR PSYCHOLOGY

KEYWORDS: COGNITIVE BEHAVIOR GROUP THERAPY / ART AS A MEDIUM / DEPRESSIVE SYMPTOMS / ANTIRETROVIRAL MEDICAL ADHERENCE / HIV-INFECTED PEOPLE

PANU SAHASSANON: THE EFFECT OF COGNITIVE BEHAVIOR GROUP THERAPY WITH ART AS A MEDIUM ON DEPRESSIVE SYMPTOMS AND ANTIRETROVIRAL MEDICAL ADHERENCE IN MSM WITH HIV INFECTION. ADVISOR: ASST. PROF.KULLAYA PISITSUNGKAGARN, Ph.D., CO-ADVISOR: NATTASUDA TAEPHANT, Ph.D., 214 pp.

This quasi-experimental research study was aimed to examine the effects of Cognitive Behavior Group Therapy (CBGT) with art as a medium on depressive symptoms and antiretroviral medical adherence in HIV infected individuals. Participants were 46 MSM (men who have sex with men) who were diagnosed with HIV infection and were taking antiretroviral medication at the time of study participation. Participants were assigned into an experimental or waitlist control group, 23 participants in each. Those in the experimental group participated in a weekly 2-hour CBT group for 8 weeks, amounting to a total of 16-hour group participation. Measures of depressive symptoms (CES-D) and antiretroviral medical adherences (VAS & MMAS) were administered at pre- and post-study participation. Data obtained were analyzed using repeated-measure and between-group MANOVAs. Findings were as follows: 1) The experimental group's scores on depressive symptoms were significantly lower at post-treatment than at pre-treatment ($p < .01$). At post-treatment, the scores of the experimental group were also significantly lower than those of the control group ($p < .001$). 2) The experimental group's scores on antiretroviral medical adherence were significantly higher at post-treatment than at pre-treatment ($p < .025$) on the VAS. However, no changes were observed on the MMAS. Additionally, the post-treatment scores of the experimental and control groups were not significantly different on the two measures.

Field of Study: Psychology

Academic Year: 2015

Student's Signature

Advisor's Signature

Co-Advisor's Signature

กิตติกรรมประกาศ

“Alone we can do so little; together we can do so much” – Helen Keller ข้าพเจ้าขอ ยกถ้อยคำดังกล่าวในวิทยานิพนธ์เล่มนี้เพื่อแสดงเจตจำนงถึงการที่วิทยานิพนธ์จะเสร็จสมบูรณ์ได้นั้นไม่สามารถ เกิดขึ้นได้เพียงลำพัง หากแต่สำเร็จขึ้นด้วยความรัก ความเมตตา และความช่วยเหลืออันน่ายกย่องจากผู้มีพระคุณ ทั้งหลาย ข้าพเจ้าจึงขอขอบพระคุณบุคคลดังต่อไปนี้

ผศ.ดร.กฤษยา พิธิษฐ์สังฆการ และอ.ดร.ณัฐสุดา เต้พันธ์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ที่คอยให้ คำปรึกษา ให้กำลังใจต่างๆเสมอมา เป็นพลังให้มุ่งมั่นเพื่อรังสรรค์วิทยานิพนธ์และเป็นแนวทางในการดำเนิน ชีวิต รวมทั้งผศ. ดร. กรรณิการ์ นลราชสุวัจน์ รศ.ดร.อรัญญา ต้อยคำภีร์, ผศ.ดร.รุ่งนภา ภาณัตร์ตัน และอ. ดร. สมบุญ จารุเกษมทวี ข้าพเจ้าขอขอบคุณอาจารย์ทุกท่านที่ช่วยประสิทธิ์ความรู้ทางจิตวิทยาการปรึกษาในแง่ ต่างๆ ชัยขัยยาศาสตร์ความรู้และช่วยขัดเกลาวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ให้มีประสิทธิภาพมากที่สุด

ผู้ช่วยนำกลุ่มการปรึกษาเชิงจิตวิทยาและกัลยาณมิตร ทั้งประภาพิมพ์ ลิปตพัลลภ, ชานนท์ วิริยะ เสถียร และธวัชชัย หวังศิริเวช ที่ช่วยกันฝ่าฟัน ให้กำลังใจและให้แนวทางในการดำเนินกลุ่มการปรึกษาเชิง จิตวิทยาจนสำเร็จลุล่วงทุกกลุ่ม นอกจากนั้นปรีชาต ธงภักดี, จุรีรัตน์ นิลจันทิก, กิตติพรรณ ศิริทรัพย์, จรัสเดช เกียรติเดชปัญญาและนพ.บัลลังค์ เหลืองวรานันท์ รุ่นพี่แขนงจิตวิทยาการปรึกษาที่ได้ให้คำแนะนำและนำพา ข้าพเจ้าเข้าถึงกลุ่มผู้ติดเชื่อเอชไอวีได้

กลุ่มการปรึกษาเชิงจิตวิทยาจะไม่สามารถเกิดขึ้นได้หากปราศจากหน่วยงานองค์กรที่ดูแลผู้ติดเชื่อ เอชไอวี ที่กรุณาเปิดโอกาสให้ข้าพเจ้าได้เข้าไปเปิดโลกทัศน์ และจัดสรรการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ชมรม เพื่อนวันพุธ คลินิกนิรนาม สภากาชาดไทย, สมาคมฟ้าสีรุ้งแห่งประเทศไทย, The poz home center, มูลนิธิ กระท่อมพระสิริ, คลินิกกำลังใจ โรงพยาบาลเลิดสินและมูลนิธิ Sisters

บุคคลสำคัญในชีวิตของข้าพเจ้าทั้งคุณพ่อ คุณแม่ และน้องสาวที่เป็นกำลังใจตลอดมาและยินดีช่วย ตรวจสอบ และอำนวยความสะดวกในการเดินทางและบ่มเพาะปลูกฝังแนวทางการดำเนินชีวิต ให้พร้อมด้วย คุณวุฒิและวุฒิภาวะมากยิ่งขึ้น รวมทั้งคริสต์ศาสนาพระเยซูคริสต์ที่ช่วยสนับสนุนจิตใจเสมอมา รวมทั้งฝ่าย วิชาการและคณาจารย์จากจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย รวมถึงมีสและมาสเตอร์จากโรงเรียนอัสสัมชัญธนบุรีที่ได้ ประสิทธิ์ประสาทความรู้ให้กับตัวข้าพเจ้าตลอดมา

ข้าพเจ้าขอขอบพระคุณสำนักงานสนับสนุนการวิจัยแห่งชาติ (สกว.) ภายใต้โครงการทุนวิจัย มหาบัณฑิต สกว.ด้านมนุษยศาสตร์-สังคมศาสตร์ ประจำปี 2558 ที่ได้มอบทุนสนับสนุนงานวิจัยเล่มนี้

สารบัญ

หน้า

บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ฐ
สารบัญภาพ.....	ฌ
บทที่ 1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
คำถามการวิจัย.....	6
วัตถุประสงค์การวิจัย.....	6
สมมติฐานการวิจัย.....	6
ขอบเขตการวิจัย.....	7
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย.....	7
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	8
กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	9
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	10
1. แนวคิดเกี่ยวกับโรคเอดส์และการติดเชื้อ HIV.....	11
1.1 ประวัติความเป็นมาของโรคเอดส์.....	11
1.2 คำจำกัดความ.....	12
1.3 อาการของโรค.....	13
1.4 แนวทางในการรักษาโรค และการปรึกษาเชิงจิตวิทยาสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวี.....	15
1.5 การติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มชายรักชาย.....	19

2. แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า	20
2.1 ความหมายของภาวะซึมเศร้า	20
2.2 สาเหตุของการเกิดภาวะซึมเศร้า.....	22
2.2.1 ปัจจัยทางด้านชีวภาพ	22
2.2.2 ปัจจัยทางด้านสังคม	23
2.2.3 ปัจจัยทางด้านจิตใจ	23
2.3 อาการของภาวะซึมเศร้า.....	25
2.4 ผลกระทบของภาวะซึมเศร้า.....	25
2.5 ภาวะซึมเศร้าในผู้ติดเชื้อ HIV และเอดส์.....	26
3. แนวคิดเกี่ยวกับความร่วมมือในการรับประทานยาต้านไวรัส	31
3.1 ความหมายของความร่วมมือในการรับประทานยา (Adherence).....	31
3.2 วิธีการวัดความร่วมมือในการรับประทานยาต้านไวรัส.....	31
3.2.1 การวัดแบบทางตรง (Direct Measures).....	32
3.2.2 การวัดแบบทางอ้อม (Indirect Measures).....	33
3.3 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความร่วมมือในการรับประทานยาต้านไวรัส.....	37
3.3.1 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความร่วมมือในการรับประทานยาต้านไวรัสอย่าง สม่ำเสมอ	38
3.3.2 ปัจจัยที่ยังไม่มีข้อสรุปในความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรับประทานยา ต้านไวรัส	39
4. แนวคิดเกี่ยวกับทฤษฎีการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแนวปัญญาพฤติกรรมนิยม (Cognitive Behavior Therapy).....	42
4.1 ทฤษฎีการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแนวปัญญาพฤติกรรมนิยมแบบรายบุคคล	42
4.1.1 องค์ประกอบทางความคิด (Cognition) ประกอบด้วยกระบวนการ	45

4.2 ทฤษฎีกลุ่มการศึกษาเชิงจิตวิทยาแนวปัญญาพฤติกรรมนิยม (Cognitive Behavior Group Therapy).....	47
4.3 ประสิทธิภาพของการศึกษาเชิงจิตวิทยาแนวปัญญาพฤติกรรมนิยม.....	50
4.4 การศึกษาเชิงจิตวิทยาแนวปัญญาพฤติกรรมนิยมในผู้ติดเชื้อเอชไอวีหรือเอดส์.....	51
5. แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับการใช้ศิลปะเป็นสื่อ (Art as a medium)	53
5.1 ความหมายและประเภทของศิลปะและการนำศิลปะไปใช้	53
5.2 ประวัติความเป็นมาของการนำศิลปะมาใช้ในการบำบัด.....	55
5.3 บทบาทของการใช้ศิลปะในการบำบัดรักษา	56
5.4 การใช้ศิลปะเป็นสื่อในการศึกษาเชิงจิตวิทยาและจิตบำบัด.....	56
5.4.1 การใช้ศิลปะเป็นสื่อในแต่ละขั้นของการศึกษาเชิงจิตวิทยา.....	59
5.4.2 สื่อทางศิลปะที่นำมาใช้ในการศึกษาเชิงจิตวิทยา	60
5.5 การใช้ศิลปะเป็นสื่อในการศึกษาเชิงจิตวิทยาแนวปัญญาพฤติกรรมนิยม	61
5.6 การใช้ศิลปะในการบำบัดสำหรับผู้ติดเชื้อ HIV/เอดส์	64
เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	66
บทที่ 3 วิธีการดำเนินการวิจัย	79
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	80
ประชากร	80
กลุ่มตัวอย่าง	80
เกณฑ์คัดเข้า.....	80
เกณฑ์คัดออก.....	80
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	84
1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปสำหรับผู้ติดเชื้อ HIV.....	84
2. มาตรวัดที่ใช้ในการวิจัย	84

2.1.1	ขั้นตอนการพัฒนาและตรวจสอบคุณภาพมาตรฐานวัดระดับภาวะซึมเศร้า	86
2.2.1	Morisky Medication Adherence Scale (MMAS).....	88
2.2.2	Visual Analog Scale (VAS)	89
2.2.3	การสังเกตตนเองโดยการจดบันทึกจำนวนยาและช่วงเวลาที่ต้องรับประทานยาต้านไวรัสในแต่ละวัน (Monitoring).....	90
2.3	ขั้นตอนการพัฒนาและตรวจสอบคุณภาพแบบวัดระดับความร่วมมือในการรับประทานยาต้านไวรัส (แสดงตารางใน ภาคผนวก จ).....	90
2.3.1	ขั้นตอนการพัฒนาแบบวัด Morisky Medication Adherence Scale (MMAS)	90
2.3.2	ขั้นตอนการพัฒนา Visual Analog Scale ในการรับประทานยาต้านไวรัส	92
2.3.3	ขั้นตอนการพัฒนาการจดบันทึกการรับประทานยาต้านไวรัสของผู้ติดเชื้อ HIV (Monitoring).....	93
3.	กลุ่มการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแนวปัญญาพฤติกรรมนิยมที่มีศิลปะเป็นสื่อ ต่อภาวะซึมเศร้าและความร่วมมือในการรับประทานยาต้านไวรัส.....	94
3.1	ขั้นตอนการพัฒนาโปรแกรมกลุ่มการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแนวปัญญาพฤติกรรมนิยมที่มีศิลปะเป็นสื่อ	95
	การเก็บรวบรวมข้อมูล	99
	สถานที่ในการดำเนินการวิจัยและเก็บข้อมูล.....	99
	ขั้นตอนในการดำเนินการวิจัย	99
1.	การเตรียมความพร้อมของผู้วิจัย.....	99
2.	การดำเนินการวิจัย.....	101
2.1	ระยะก่อนการดำเนินการวิจัย	101
2.2	ขั้นตอนดำเนินการทดลอง.....	103
2.3	ระยะหลังการดำเนินการวิจัย	104

การวิเคราะห์ข้อมูล	105
การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง	106
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล	108
ส่วนที่ 1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงประชากรของกลุ่มตัวอย่าง (Demographic Variable).....	108
ส่วนที่ 2 ผลการตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการวิเคราะห์ความแปรปรวนเชิงพหุนาม	111
ส่วนที่ 3 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณนาของคะแนนภาวะซึมเศร้า และระดับความร่วมมือ ในการรับประทานยาต้านไวรัส (MMAS และ VAS)	116
ส่วนที่ 4 ผลการทดสอบสมมติฐานการวิจัย	118
ส่วนที่ 5 สรุปทดสอบสมมติฐานการวิจัย	125
บทที่ 5 สรุปการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ.....	127
สรุปผลการวิจัย	127
อภิปรายผลการวิจัย	128
ส่วนที่ 1 การอภิปรายผลตัวแปรภาวะซึมเศร้า	128
5.1 ผลจากการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแนวปัญญาพฤติกรรมนิยม	129
5.1.1 การกระตุ้นพฤติกรรมเพื่อก่อให้เกิดอารมณ์ความรู้สึกทางบวก.....	132
5.1.2 การปรับโครงสร้างความคิด (Cognitive Restructuring)	140
5.1.3 การวางแผนป้องกันการกลับมาเป็นซ้ำ (Relapse Prevention)	152
ส่วนที่ 2 การอภิปรายผลตัวแปรความร่วมมือในการรับประทานยาต้านไวรัส.....	154
5.2 ผลของการรับประทานยาต้านไวรัสซึ่งวัดโดยแบบวัด VAS และ MMAS	155
5.2.1 รูปแบบการตอบคำถามในแบบวัด	155
5.2.2 ลักษณะของแบบสอบถาม VAS และ MMAS	156
5.2.3 ช่วงเวลาในประเมินของแบบวัด	156
5.3 ผลจากการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแนวปัญญาพฤติกรรมนิยม	157

5.3.1 การสัมภาษณ์เพื่อเพิ่มแรงจูงใจ (Motivational Interview).....	158
5.3.3 การคิดพิจารณาแนวทางการแก้ปัญหา (Problem Solving).....	163
ส่วนที่ 3 การใช้ศิลปะเป็นสื่อ (Art as a Medium).....	166
ข้อจำกัด	166
ข้อเสนอแนะในการวิจัยในครั้งต่อไป.....	167
ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้.....	168
รายการอ้างอิง.....	169
ภาคผนวก	183
ภาคผนวก ก รายชื่อผู้ทรงคุณวุฒิ	184
ภาคผนวก ข เอกสารรับรองคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย	185
ภาคผนวก ค แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ติดเชื้อเอชไอวี.....	188
ภาคผนวก ง มาตรวัดภาวะซึมเศร้า (CES-D) และมาตรวัดระดับความร่วมมือในการ รับประทานยาต้านไวรัสในผู้ติดเชื้อเอชไอวี (VAS และ MMAS)	190
ภาคผนวก จ การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ.....	194
ภาคผนวก ฉ การปรับปรุงพัฒนาโปรแกรมกลุ่มการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแนวปัญญาพฤติกรรม นิยม ที่มีศิลปะเป็นสื่อ.....	197
ภาคผนวก ช ตัวอย่างใบงานกิจกรรมประกอบการดำเนินกลุ่ม	201
ภาคผนวก ซ แผนการดำเนินกลุ่มการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแนวปัญญาพฤติกรรมนิยมที่มีศิลปะ เป็นสื่อต่อภาวะซึมเศร้าและความร่วมมือในการรับประทานยาต้านไวรัสในผู้ติดเชื้อเอชไอ วี	204
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์	214

สารบัญตาราง

	หน้า
ตาราง 1 การแบ่งระยะขั้นของโรคทางคลินิก HIV ตามองค์การอนามัยโลก	13
ตาราง 2 เกณฑ์ในการเริ่มต้นรับประทานยาต้านไวรัสของผู้ติดเชื้อ HIV ในประเทศไทย	17
ตาราง 3 แนวทางเบื้องต้นในการเริ่มรับประทานยาต้านไวรัสขององค์การอนามัยโลก	17
ตาราง 4 แนวทางการใช้ศิลปะเป็นสื่อในการศึกษาเชิงจิตวิทยาแนวปัญญาพฤติกรรมนิยม	63
ตาราง 5 เกณฑ์การให้คะแนนมาตรวัดภาวะซึมเศร้า	86
ตาราง 6 เกณฑ์การให้คะแนนมาตรวัดระดับความร่วมมือในการรับประทานยาต้านไวรัสMMAS 8 ข้อ.....	91
ตาราง 7 แผนการดำเนินกลุ่มการศึกษาเชิงจิตวิทยาแนวปัญญาพฤติกรรมนิยมที่มีศิลปะเป็นสื่อ ต่อภาวะซึมเศร้าและความร่วมมือในการรับประทานยาต้านไวรัสในผู้ติดเชื้อเอชไอวี.....	97
ตาราง 8 จำนวนของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามช่วงอายุและระดับการศึกษา (N= 46).....	109
ตาราง 9 จำนวนของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามประเด็นที่เกี่ยวข้องกับการติดเชื้อเอชไอวี (N = 46)	111
ตาราง 10 ผลการวิเคราะห์การกระจายแบบโค้งปกติ (Normal Distribution)	113
ตาราง 11 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) ระหว่างตัวแปรตามช่วงก่อนและหลังการทดลองของ กลุ่มตัวอย่าง.....	114
ตาราง 12 ผลการวิเคราะห์เมทริกซ์ความแปรปรวนร่วมของกลุ่มตัวอย่าง โดย Box's M	115
ตาราง 13 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนของแต่ละตัวแปรแบบ Levene's Test of Equality of Error Variances.....	115
ตาราง 14 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน คะแนนต่ำสุด คะแนนสูงสุด และพิสัยของภาวะ ซึมเศร้า ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในช่วงก่อนและหลังการทดลอง (N = 46)	117
ตาราง 15 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน คะแนนต่ำสุด คะแนนสูงสุด และพิสัยของระดับ ความร่วมมือในการรับประทานยาต้านไวรัสของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ในช่วง ก่อนและหลังการทดลอง (N = 46).....	117

ตาราง 16 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบพหุนาม (MANOVA) ของกลุ่มตัวแปรตาม ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในช่วงก่อนการทดลอง (N = 46).....	118
ตาราง 17 ผลการเปรียบเทียบรายตัวแปรของคะแนนภาวะซึมเศร้าและระดับความร่วมมือในการ รับประทานยาต้านไวรัสแบบ VAS และ MMAS ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในช่วง ก่อนการทดลอง (N = 46)	119
ตาราง 18 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบพหุนาม (MANOVA) ของกลุ่มตัวแปรตาม ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (N = 46).....	119
ตาราง 19 ผลการเปรียบเทียบผลปฏิสัมพันธ์ระหว่างเงื่อนไขเวลาและกลุ่มตามตัวแปร (Univariate tests) ของคะแนนภาวะซึมเศร้า ระดับความร่วมมือในการรับประทานยาต้านไวรัส.....	121
ตาราง 20 ผลการทดสอบค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของภาวะซึมเศร้าก่อนและหลังเข้า กลุ่ม และระหว่างกลุ่มทดสอบและกลุ่มควบคุม ($n_{\text{กลุ่มทดลอง}} = 23, n_{\text{กลุ่มควบคุม}} = 23$).....	124
ตาราง 21 ผลการทดสอบค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความร่วมมือในการรับประทานยา ต้านแบบ VAS ก่อนและหลังเข้ากลุ่ม และระหว่างกลุ่มทดสอบและกลุ่มควบคุม ($n_{\text{กลุ่มทดลอง}} = 23, n_{\text{กลุ่มควบคุม}} = 23$).....	124
ตาราง 22 ตารางสรุปสมมติฐานงานวิจัย.....	125
ตาราง 23 ผลการทดลองใช้มาตรวัดและพิจารณาคัดเลือกข้อกระทงของมาตรวัดภาวะซึมเศร้า (N = 102).....	195
ตาราง 24 ผลการทดลองใช้มาตรวัดและพิจารณาคัดเลือกข้อกระทงของมาตรวัดความร่วมมือใน การรับประทานยาต้านไวรัส (N = 96)	196
ตาราง 25 การปรับปรุงพัฒนาโปรแกรมกลุ่มการศึกษาเชิงจิตวิทยาแนวปัญญาพฤติกรรมนิยมที่ มีศิลปะเป็นสื่อ	199

สารบัญภาพ

	หน้า
ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	9
ภาพที่ 2 ปัจจัย 5 ข้อที่สัมพันธ์กันและส่งผลต่อการไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา	37
ภาพที่ 3 โมเดลแสดงปัจจัยตัวแปรต่างๆ ที่ทำนายระดับความร่วมมือในการรับประทานยาต้านไวรัส.....	42
ภาพที่ 4 โมเดล 5 ส่วนของการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแนวปัญญาพฤติกรรมนิยม	43
ภาพที่ 5 ประสิทธิภาพของการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแนวปัญญาพฤติกรรมนิยม.....	51
ภาพที่ 6 รูปแบบการทดลอง	79
ภาพที่ 7 แผนภาพขั้นตอนการได้มาซึ่งกลุ่มตัวอย่างผู้ติดเชื้อเอชไอวีชายรักชาย.....	83
ภาพที่ 8 ตัวอย่างเอกสารเกร็ดความรู้ทางจิตวิทยาสำหรับกลุ่มควบคุม	105
ภาพที่ 9 ผลปฏิสัมพันธ์ (Interaction effect) ระหว่างเงื่อนไขเวลากับเงื่อนไขการเข้าร่วมกลุ่ม .	120
ภาพที่ 10 กราฟเส้นเปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงของคะแนนภาวะซึมเศร้าในช่วงก่อนและหลังทำกลุ่ม ระหว่างกลุ่มทดลอง (เส้นทึบ) และกลุ่มควบคุม (เส้นประ)	122
ภาพที่ 11 กราฟเส้นเปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงของคะแนนความร่วมมือในการรับประทานยาต้านไวรัสแบบ VAS ในช่วงก่อนและหลังทำกลุ่ม ระหว่างกลุ่มทดลอง (เส้นทึบ) และกลุ่มควบคุม (เส้นประ).....	122
ภาพที่ 12 กราฟเส้นเปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงของคะแนนความร่วมมือในการรับประทานยาต้านไวรัสแบบ MMAS ในช่วงก่อนและหลังทำกลุ่ม ระหว่างกลุ่มทดลอง (เส้นทึบ) และกลุ่มควบคุม (เส้นประ).....	123
ภาพที่ 13 การใช้รูปภาพประกอบการทำสุขภาพจิตศึกษา.....	135
ภาพที่ 14 รายชื่อกิจกรรม Behavior Activation.....	136
ภาพที่ 15 เอกสารกิจกรรม Behavioral Activation	138
ภาพที่ 16 ขั้นตอนการปรับโครงสร้างความคิดทางลบ	141

ภาพที่ 17 เอกสารแยกความแตกต่างระหว่างความคิดและอารมณ์.....	142
ภาพที่ 18 เอกสารการบันทึกความคิด (Thought Record).....	144
ภาพที่ 19 แบบฝึกหัดการลดภาวะซึมเศร้าทางพฤติกรรมและความคิด.....	145
ภาพที่ 20 เอกสารการฝึกการปรับความคิดทางลบ (Cognitive Restructuring).....	149
ภาพที่ 21 การปรับโครงสร้างความคิดผ่านการวาดภาพ.....	151
ภาพที่ 22 ความคิดให้กำลังใจเพื่อนสมาชิก.....	154
ภาพที่ 23 ความฝันและเป้าหมายในชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี.....	159
ภาพที่ 24 มุมมองทางบวกและลบต่อการรับประทานยาต้านไวรัสผ่านการวาดภาพ.....	161
ภาพที่ 25 ภาพวาดสิ่งที่ได้เรียนรู้ในกลุ่มการปรึกษาเชิงจิตวิทยา.....	165
ภาพที่ 26 แบบฝึกหัด Behavioral Activation.....	202
ภาพที่ 27 เอกสารการจดบันทึกสถานการณ์ ความคิด อารมณ์และพฤติกรรม ตามหลัก ABC.....	203

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

องค์การอนามัยโลก (World Health Organization, 2013) ให้ความหมายของ HIV คือ ไวรัสที่เข้ามาติดเชื้อในเซลล์ของร่างกายมนุษย์ในระบบภูมิคุ้มกัน ทำให้ระบบภูมิคุ้มกันในร่างกายเสื่อมสภาพลง ทำลายเซลล์คุ้มกันร่างกายและเมื่อการติดเชื้อมีระยะเวลาเพิ่มขึ้น ระบบภูมิคุ้มกันก็ยิ่งอ่อนแอ ทำให้ผู้ติดเชื้อต้องประสบกับอาการและโรคที่โดยปกติบุคคลที่มีระบบภูมิคุ้มกันแข็งแรงสามารถป้องกันรักษาได้ และเมื่อถึงขั้นที่การติดเชื้อมากที่สุดจะเรียกว่าโรคเอดส์

ปัจจุบันเอดส์ยังคงเป็นปัญหาสำคัญ ซึ่งเป็นสาเหตุของการเจ็บป่วยและเสียชีวิตของประชาชนทุกภูมิภาคทั่วโลก รวมถึงภูมิภาคเอเชียแปซิฟิกและประเทศไทย จากรายงานของโครงการโรคเอดส์แห่งสหประชาชาติ (The Joint United Nations Programme on HIV/AIDS; UNAIDS) คาดประมาณมีผู้ติดเชื้อเอชไอวีทั่วโลก 35.3 ล้านคน ในปี 2555 เป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ 2.3 ล้านคน และมีผู้เสียชีวิตเนื่องจากเอดส์ประมาณ 1.6 ล้านคน ลดลง 30 % จากเมื่อ 7 ปีที่แล้ว สาเหตุเนื่องจากการเข้าถึงการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวี (Antiretroviral Therapy) สำหรับประเทศไทยจากการคาดประมาณสถานการณ์ระบาดของเชื้อ HIV ในปี 2556 มี ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์สะสม ประมาณ 1,166,543 คน ยังมีชีวิตอยู่ 447,640 คน เป็นผู้ติดเชื้อรายใหม่ 8,959 คน โดยประมาณร้อยละ 62 % เป็นการรับและถ่ายทอดเชื้อในกลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย กลุ่มพนักงานบริการหญิง และกลุ่มผู้ใช้ยาเสพติด (สำนักโรคเอดส์ วัณโรคและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์, 2556)

สำหรับในประเทศไทย ผู้ติดเชื้อในกลุ่มชายรักชายเป็นกลุ่มที่มีจำนวนเพิ่มสูงขึ้นเมื่อเทียบกับประชากรกลุ่มเพศอื่นๆ ซึ่งประเทศไทยมีแนวทางยุทธศาสตร์ที่พยายามให้การดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีอย่างมีประสิทธิภาพ รวมถึงการเข้าถึงยาต้านไวรัสที่รวดเร็ว ในราคาที่ถูกลงและการมีสัมพันธภาพอันดีระหว่างหน่วยงานที่ดูแลกับตัวผู้ติดเชื้อ เพื่อให้สอดคล้องตามยุทธศาสตร์คือ “ไม่ติด” “ไม่ตาย” และ “ไม่ตีตรา” นั่นเอง (ประพันธ์ ภาณุภาค, 2556)

แม้ว่าในปัจจุบันกลุ่มผู้ติดเชื้อและโรคเอดส์นั้นจะมีจำนวนลดลงในประเทศไทยจากการมียาด้านไวรัส แต่สิ่งที่ผู้ติดเชื้อต้องเผชิญนั้นจึงไม่ใช่ประเด็นในเรื่องของการเสียชีวิต แต่เป็นประเด็นของจิตใจ ทั้งการเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงในชีวิต การเห็นสัญญาณของการเสื่อมถอยของร่างกาย ความเศร้าโศกเสียใจและอารมณ์ซึมเศร้า ความรู้สึกหมดหวัง (Chan et al., 2005) อีกทั้งสภาพสังคมไทย

ในปัจจุบันนั้นมีการรณรงค์ให้ลดการตีตราและเลือกปฏิบัติในผู้ติดเชื้อเอชไอวี ผ่านการรณรงค์ต่างๆ สื่อมวลชนและการให้ความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับเชื้อเอชไอวีซึ่งสังคมไทยเริ่มมีเจตคติทางบวกต่อผู้ติดเชื้อมากยิ่งขึ้น แต่อย่างไรก็ตามสังคมส่วนใหญ่ก็ยังคงมีความเข้าใจผิด การตีตราและการเลือกปฏิบัติจึงยังคงเกิดขึ้นอยู่ (Apinundecha, Laohasiriwong, Cameron, & Lim, 2007) ดังในข่าวที่ชุมชนขับไล่กลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีออกจากพื้นที่ชุมชนของตนเอง (ประพันธ์ ภาณุภาค, 2557) เป็นต้น

ดังนั้นผู้ติดเชื้อมีโอกาสเผชิญกับความเศร้าโศกเสียใจและอารมณ์ซึมเศร้า ความรู้สึกหมดหวัง การขาดการสนับสนุนทางสังคม การมีตราบาปและถูกเหยียดหยามดูถูกจากสังคม การถูกปฏิเสธจากครอบครัว รวมทั้งการตีตราและตำหนิตนเองที่เป็นผู้ติดเชื้อนำมาซึ่งการรับรู้ตนเองในทางลบ รู้สึกอายและลดคุณค่าในตนเอง (Mak et al., 2007) ทั้งหมดอาจเป็นตัวกระตุ้นความเครียดต่างๆ ที่ส่งผลทำให้ผู้ติดเชื้ออาจใช้วิธีการจัดการปัญหาที่ไม่เหมาะสม เช่นการปฏิเสธ หรือการหลีกเลี่ยงความจริง รวมทั้งการมองโลกในแง่ร้ายและเป็นอันตรายต่อตัวเอง ผู้ติดเชื้อส่วนมากจึงปกปิดสถานะการติดเชื้อของตนเองไว้ไม่ให้คนอื่นรู้ (Berger, Ferrans, & Lashley, 2001) และหลีกเลี่ยงการไปรับประทานยาต้านไวรัสในที่สาธารณะด้วยเกรงว่าจะยิ่งเสี่ยงต่อการเปิดเผยโรคของตน ส่งผลต่อการรักษาการติดเชื้อ (Martinez et al., 2012) อันนำไปสู่การเร่งระยะของอาการติดเชื้อ และทำให้ชีวิตของผู้ติดเชื้อสั้นลงได้อีกด้วย (Chan et al., 2005) และหากผู้ติดเชื้อเป็นกลุ่มชายรักชายด้วย กลุ่มดังกล่าวมักถูกตีตราและเลือกปฏิบัติเป็น 2 เท่าจากคนอื่นๆ นั่นคือการถูกเลือกปฏิบัติในการมีเพศสภาพที่โน้มเอียง และถูกเลือกปฏิบัติในฐานะที่ผลเลือดเป็นบวกอีกด้วย (National AIDS Trust, 2003) จึงยังมีโอกาสเกิดความเครียดและภาวะซึมเศร้าได้มากกว่ากลุ่มประชากรอื่นๆ

โรคซึมเศร้าในผู้ติดเชื้อ HIV นั้นเป็นกลุ่มโรคที่มักเกิดขึ้นร่วมกับการติดเชื้อ HIV แต่มักจะถูกมองข้ามเสมอ ซึ่งมีงานวิจัยจำนวนมากที่พยายามจะศึกษาอัตราการเกิดโรคซึมเศร้าในกลุ่มผู้ติดเชื้อ HIV โดย Ciesla และ Roberts (2001) เป็นผู้ทำการสังเคราะห์งานวิจัยด้วยวิธีวิเคราะห์ห่อภิมาณพบว่าอัตราการเกิดโรคซึมเศร้าในผู้ติดเชื้อ HIV นั้นมากกว่าในกลุ่มประชากรทั่วไปถึง 2 เท่า

โรคซึมเศร้านั้นเป็นอันตรายอย่างยิ่งที่ส่งผลเสียต่อผู้ติดเชื้อ HIV ในด้านต่างๆ ทั้งการมีคุณภาพชีวิตที่ลดลง (Zimpel & Fleck, 2014) การลดระดับภูมิคุ้มกันในร่างกาย มีการเพิ่มเชื้อไวรัสในกระแสเลือดและการเร่งระยะของโรค (Evans et al., 2002) รวมทั้งความร่วมมือในการรับประทานยาด้านไวรัส (Rabkin, 2008)

ความร่วมมือในการรับประทานยาด้านไวรัส (Antiretroviral Medical Adherence) มีความสำคัญเป็นอย่างมาก และเป็นดัชนีชี้วัดความสำเร็จในการรักษาโรคเอดส์ (Safren, Otto, & Worth, 1999) เนื่องจากการรับประทานยาด้านไวรัสหลายๆ แขนงที่มีฤทธิ์ในการทำลายเชื้อไวรัส

HIV ในลักษณะที่แตกต่างกันตามแต่ด้วยยา (HAART: Highly Active Antiretroviral Therapy) เพื่อช่วยลดปริมาณเชื้อไวรัสในกระแสเลือด เพิ่มเม็ดเลือดขาว CD4 เพิ่มความแข็งแรงของภูมิคุ้มกันในร่างกาย ทำให้ผู้ติดเชื้อมีคุณภาพชีวิตที่ดียิ่งขึ้น ลดการเสียชีวิตด้วยโรคฉวยโอกาส และใช้ชีวิตได้ยืนยาวมากยิ่งขึ้น (Safren et al., 2001; ฅภักวรรต บัวทอง, 2551) การรับประทานยาเพียงบางส่วนหรือการที่ผู้ติดเชื้อไม่ให้ความร่วมมือในการรับประทานยาจะส่งผลต่อการยับยั้งการเพิ่มของเชื้อไวรัส (Viral Suppression)

งานวิจัยของ Paterson และคณะ (2000) พบว่าการที่ผู้ติดเชื้อยังมีระดับความร่วมมือในการรับประทานยาด้านไวรัสที่สูงยิ่งเพิ่มประสิทธิภาพของผลการรักษาและลดการมีเชื้อไวรัสในร่างกายอีกด้วย ในจำนวนผู้ติดเชื้อ HIV ที่ให้ความร่วมมือในการรับประทานยาในระดับสูงมาก จะมีเพียงแค่ 22 % ที่มีความล้มเหลวในการระงับเชื้อไวรัสในกระแสเลือด (Virologic failure) ในขณะที่ผู้ติดเชื้อที่ให้ความร่วมมือน้อยกว่านั้นจะมีจำนวนผู้ติดเชื้อที่มีการล้มเหลวในการระงับเชื้อไวรัสมากยิ่งขึ้น ผลการศึกษานี้แสดงให้เห็นว่ายิ่งให้ความร่วมมือในการรับประทานยามากเพียงใด ยิ่งเพิ่มโอกาสที่จะสามารถระงับการแพร่เชื้อไวรัส เพิ่มระดับภูมิคุ้มกันในร่างกาย และทำให้ผู้ติดเชื้อมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นมากขึ้นเท่านั้น และภาวะซึมเศร้าเป็นปัจจัยหนึ่งส่งผลทางลบต่อการเข้าด้านไวรัสและส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิตของผู้ติดเชื้อ HIV

ดังนั้น จึงมีการศึกษาวิจัยที่มุ่งเน้นและให้ความสำคัญเกี่ยวกับการเยียวยาปัญหาทางจิตใจของผู้ติดเชื้อ HIV ในเรื่องของภาวะซึมเศร้าและความร่วมมือในการรับประทานยาด้านไวรัส จากการพัฒนาทฤษฎีการบำบัดอย่างเป็นระบบของ Spies, Asmal และ Seedat (2013) เพื่อดูประสิทธิภาพและขนาดอิทธิพลของการบำบัดแบบปัญญาพฤติกรรมนิยม (CBT) ต่อภาวะซึมเศร้าและความวิตกกังวลในผู้ติดเชื้อ HIV ซึ่งผลคือการบำบัดดังกล่าวนั้นมีประสิทธิภาพและมีขนาดอิทธิพลตั้งแต่ 0.02 – 1.02 ในการลดภาวะซึมเศร้า เช่นเดียวกับ Crepez, Passin, Herbst, Rama, Malow, Purcell และ Wolitski (2008) ทำการศึกษาการสังเคราะห์งานวิจัยด้วยวิธีวิเคราะห์ห่อภิมาณเพื่อดูประสิทธิภาพของการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแนวปัญญาพฤติกรรมนิยมในการส่งเสริมสุขภาพจิต ผ่านการลดอาการซึมเศร้า วิตกกังวล อารมณ์โกรธและความเครียดของผู้ติดเชื้อ HIV ผลการสังเคราะห์ระบุว่า การบำบัดด้วย CBT นั้นมีประสิทธิภาพและสามารถพัฒนาสุขภาพจิตในการลดความซึมเศร้า วิตกกังวล อารมณ์โกรธและความเครียดได้ในกลุ่มผู้ติดเชื้อ HIV แสดงให้เห็นว่าในกลุ่มผู้ติดเชื้อ HIV การปรึกษาเชิงจิตวิทยาแนวปัญญาพฤติกรรมนิยมสามารถช่วยลดภาวะซึมเศร้าได้

นอกจากนั้นในงานของ Spies และคณะ (2013) ยังศึกษาตัวแปรตามอื่นๆ เช่น ความร่วมมือในการรับประทานยาด้านไวรัส ซึ่งในงานวิจัยชิ้นนี้มีงานวิจัย 4 ชิ้นที่มีการวัดตัวแปรตามดังกล่าว หลังจากการบำบัดด้วย CBT แต่ผลของงานวิจัยทั้ง 4 ชิ้นนั้นให้ผลที่ไม่สม่ำเสมอ เนื่องจากมีงานวิจัย 2

งานคือของ Berger, Schad, Von Wyl, Ehler, Zellweger, Furrer, Regli และคณะ (2008) และงานของ Corrico, Antoni, Duran, Ironson, Penedo, Fletcher, Klimas และ Schneiderman (2006) ที่วัดระดับความร่วมมือในการรับประทานยาต้านไวรัสโดยใช้วิธีแบบการรายงานตนเองและการสอบถามจำนวนยาที่รับประทาน ผลคือไม่พบการเปลี่ยนแปลงของการรับประทานยาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ในอีก 2 งานของ Safren และคณะ (2009) และ (2012) ใช้วิธีการวัดเป็น Medication Event monitoring Systems (MEMS) พบว่ามีการเปลี่ยนแปลงในระดับความร่วมมือในการรับประทานยาต้านไวรัสในกลุ่มทดลองเมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

งานวิจัยของ Himelhoch, Medoff และ Oyeniyi (2007) ระบุว่าการศึกษาเชิงจิตวิทยาแนวปัญญาพฤติกรรมนิยม (CBT) สามารถช่วยลดภาวะซึมเศร้า และเพิ่มระดับความร่วมมือในการรับประทานยาต้านไวรัสสำหรับผู้ติดเชื้อ HIV ได้

การใช้ศิลปะบำบัด (Art Therapy) นั้นเป็นการบำบัดทางเลือกหนึ่งที่มีประสิทธิภาพและประสบความสำเร็จในการช่วยบรรเทาอาการทางร่างกายและจิตใจต่างๆของโรคได้ ทั้งโรคมะเร็งและโรคเอดส์ (Nainis et al., 2006) ซึ่ง Rao, Nainis, Williams, Langner, Eisin และ Paice (2009) ทำการศึกษาโดยใช้ศิลปะบำบัด 1 ชั่วโมงกับผู้ติดเชื้อ HIV เทียบกับกลุ่มที่ให้ดูวิดีโอเกี่ยวกับการใช้ศิลปะในการบำบัด เพื่อทดสอบความเป็นไปได้ในการบำบัดรักษาอาการทั้งทางกายและทางจิตใจของผู้ติดเชื้อด้วยการศิลปะบำบัด ผลการวิจัยของ Rao และคณะ พบว่าผู้ติดเชื้อที่เข้าร่วมในกลุ่มศิลปะบำบัดมีอาการทางจิตใจ และทางกาย เช่น เหน็ดเหนื่อย คลื่นไส้ เบื่ออาหาร เจ็บปวด เป็นต้น พัฒนาขึ้นเมื่อเทียบกับกลุ่มที่ดูวิดีโอ

การใช้ศิลปะจึงมีประโยชน์ต่อการบำบัดผู้ป่วยโรคต่างๆ ซึ่งสำหรับผู้ติดเชื้อ HIV แล้วการใช้ศิลปะเข้ามาช่วยอาจช่วยส่งเสริมประสิทธิภาพในการช่วยเหลือผู้ติดเชื้อ HIV เนื่องจากการติดเชื้อ HIV นั้นส่งผลต่อทั้งทางร่างกายและจิตใจของผู้ติดเชื้อเป็นอย่างมาก และการเป็นโรคที่มีการตีตราบาปค่อนข้างสูง จึงเป็นความยากลำบากในการที่ผู้ติดเชื้อจะสามารถแสดงออกถึงความรู้สึกผ่านคำพูด ดังนั้นสื่อทางศิลปะจึงเป็นช่องทางหนึ่งที่บุคคลสามารถแสดงความรู้สึกออกมาได้นั่นเอง

ในการนำศิลปะมาบำบัดนั้น Malchiodi (2005) ยังระบุว่าการใช้ศิลปะในการบำบัดนั้นสามารถที่จะใช้ในการบำบัดในฐานะการบำบัดหลัก (Primary Therapy) หรือสามารถที่จะเป็นส่วนประกอบของการบำบัดอื่นๆตามแนวคิดทฤษฎีพื้นฐานต่างกัน อีกทั้ง Rubin (2005) ยังระบุว่าศิลปะนั้นเป็นเครื่องมือหนึ่ง ซึ่งไม่ใช่ตัวทฤษฎี ดังนั้นการใช้ศิลปะเพื่อการบำบัดนั้นจึงสามารถปรับเข้ามาใช้เป็นสื่อตามแนวคิดทฤษฎีการปรึกษาเชิงจิตวิทยาได้หลากหลาย และหนึ่งในทฤษฎีที่สามารถนำศิลปะมาใช้เป็นสื่อได้คือการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแนวปัญญาพฤติกรรมนิยม (CBT) สอดคล้องกับที่

Leibowitz-Levy (2005) ระบุว่า การใช้ศิลปะในการบำบัดนั้นมีความเหมาะสมกับ CBT เป็นอย่างยิ่ง เพราะการสร้างงานศิลปะนั้นโดยธรรมชาติแล้วเป็นกระบวนการทางความคิดนั่นเอง

Rosum และ Malchiodi (2003) ระบุว่า งานศิลปะมีความเหมาะสมในการนำมาปรับใช้ในบริบทของการศึกษาเชิงจิตวิทยาแนวปัญญาพฤติกรรมนิยม เนื่องจากมีลักษณะที่คล้ายคลึงกัน คือ ผู้รับบริการจะต้องเข้ามามีส่วนร่วมในการบำบัด ลงมือปฏิบัติ และออกแบบกิจกรรมต่างๆที่ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางพฤติกรรม การสร้างศิลปะผู้รับบริการต้องวาด เขียน ประกอบและตกแต่ง ซึ่งศิลปะสามารถเข้ามาเป็นสื่อและโลดแล่นอยู่ในกระบวนการศึกษาแนวปัญญาพฤติกรรมนิยม โดยช่วยให้สถานการณ์หรือรูปแบบความคิดนั้นจากนามธรรมเป็นรูปธรรมมากยิ่งขึ้น ช่วยในการผ่อนคลาย และเมื่อมีการปรับความคิดของผู้รับบริการแล้วสามารถใช้รูปภาพเพื่อช่วยให้การเปลี่ยนแปลงชัดเจนมากยิ่งขึ้น เป็นต้น

การบำบัดเพื่อส่งเสริมสุขภาพทางจิตของผู้ติดเชื้อ HIV จึงมีทั้งการบำบัดแบบปัญญาพฤติกรรมนิยม รวมทั้งการใช้ศิลปะในการบำบัด ซึ่งการศึกษาเชิงจิตวิทยาแนวปัญญาพฤติกรรมนิยม (CBT) และศิลปะบำบัด มีประวัติมายาวนาน แต่งานวิจัยที่นำทั้งการบำบัดทั้งสองแนวไปใช้ร่วมกันยังไม่ค่อยแพร่หลายมากนัก เช่น การนำไปใช้ในการช่วยเหลือกลุ่มวัยผู้ใหญ่ที่เจ็บป่วยจากปัญหาสุขภาพทางจิต เช่น ความผิดปกติในการกิน (Eating Disorder) ความบกพร่องทางสติปัญญา ความเจ็บปวดเรื้อรัง และความโศกเศร้า (Roghanchi, Mohamad, Mey, Momeni, & Golmohamadian, 2013) งานวิจัยของ Jamal และ Kordi (2006) ศึกษาผลของการบำบัดแบบปัญญาพฤติกรรมนิยม (CBT) และดนตรีบำบัดในนักศึกษาที่มีความซึมเศร้า ผลการวิจัยพบว่าการบำบัดแบบผสมผสานดังกล่าวนี้ส่งผลให้เกิดการลดอาการซึมเศร้าได้มากกว่า และ Sato (2011) ศึกษากรณีศึกษาโดยใช้การผสมผสานเทคนิคทางศิลปะเข้ากับการบำบัดแบบ Morita (ไม่ระบุปีที่พิมพ์) ซึ่งใช้ในบำบัดคนไข้เกี่ยวกับความเจ็บป่วยทางโรคประสาทวิตกกังวล ซึ่งมีความคล้ายคลึงกับการบำบัดแบบ Acceptance and Commitment Therapy ซึ่งแนวคิดมีรากฐานมาจากแนวปัญญาพฤติกรรมนิยม

จากงานวิจัยของ Rao และคณะ (2009) และแนวทางของ Rosum และ Malchiodi (2003) ศิลปะจึงมีความเหมาะสมที่จะเข้ามาเป็นสื่อในการศึกษาเชิงจิตวิทยาแบบปัญญาพฤติกรรมนิยม ทั้งยังไม่มีงานวิจัยใดที่ศึกษาการใช้สื่อศิลปะร่วมกับ CBT ในกลุ่มผู้ติดเชื้อ HIV ตัวผู้วิจัยซึ่งมีความสนใจในศาสตร์เกี่ยวกับศิลปะ และเล็งเห็นถึงประโยชน์ที่ศิลปะจะเข้ามาสอดประสานและส่งเสริมประสิทธิผลของ CBT ได้ จึงมุ่งศึกษาการบำบัดแบบปัญญาพฤติกรรมนิยม เป็นหลักโดยมีการใช้ศิลปะเข้ามาเป็นสื่อช่วยในการบำบัด เพื่อลดภาวะซึมเศร้าและความร่วมมือในการรับประทานยาต้านไวรัส ในกลุ่มผู้ติดเชื้อ HIV ชายรักชาย ในประเทศไทย โดยผู้ติดเชื้อ HIV เป็นผู้ที่มีการและรับประทานยา

ต้านไวรัส มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป เป็นผู้ติดเชื้อ HIV ซึ่งไม่ได้รับการสนับสนุนทางจิตใจระหว่างเข้าร่วมการศึกษา รวมทั้งมีความเต็มใจเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้

คำถามการวิจัย

1. กลุ่มการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแนวปัญญาพฤติกรรมนิยมที่มีศิลปะเป็นสื่อ นั้น สามารถลดภาวะซึมเศร้าในผู้ติดเชื้อ HIV ได้หรือไม่ หลังการเข้ากลุ่ม รวมทั้งระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีความแตกต่างในภาวะซึมเศร้าหรือไม่

2. กลุ่มการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแนวปัญญาพฤติกรรมนิยมที่มีศิลปะเป็นสื่อ นั้น สามารถส่งเสริมความร่วมมือในการรับประทานยาต้านไวรัสในผู้ติดเชื้อ HIV ได้หรือไม่ หลังการเข้ากลุ่ม รวมทั้งระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความแตกต่างระหว่างระดับความร่วมมือในการรับประทานยาต้านไวรัสหรือไม่

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อทดสอบประสิทธิผลของกลุ่มการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแนวปัญญาพฤติกรรมนิยม ที่มีศิลปะเป็นสื่อ ต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ติดเชื้อ HIV

2. เพื่อทดสอบประสิทธิผลของกลุ่มการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแนวปัญญาพฤติกรรมนิยม ที่มีศิลปะเป็นสื่อ ต่อความร่วมมือในการรับประทานยาต้านไวรัสในผู้ติดเชื้อ HIV

สมมติฐานการวิจัย

1. หลังการเข้ากลุ่มการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแนวปัญญาพฤติกรรมนิยม ที่มีศิลปะเป็นสื่อ กลุ่มทดลองมีระดับคะแนนภาวะซึมเศร้าน้อยกว่าก่อนการทำกลุ่ม

2. หลังการเข้ากลุ่มการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแนวปัญญาพฤติกรรมนิยม ที่มีศิลปะเป็นสื่อ กลุ่มทดลองมีระดับคะแนนภาวะซึมเศร้าน้อยกว่ากลุ่มควบคุม

3. หลังการเข้ากลุ่มการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแนวปัญญาพฤติกรรมนิยม ที่มีศิลปะเป็นสื่อ กลุ่มทดลองมีระดับความร่วมมือในการรับประทานยาต้านไวรัสสูงกว่าก่อนการทำกลุ่ม (วัดแบบหลากหลายวิธี)

4. หลังการเข้ากลุ่มการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแนวปัญญาพฤติกรรมนิยม ที่มีศิลปะเป็นสื่อ กลุ่มทดลองมีระดับความร่วมมือในการรับประทานยาต้านไวรัสสูงกว่ากลุ่มควบคุม (วัดแบบหลากหลายวิธี)

ขอบเขตการวิจัย

งานวิจัยครั้งนี้เป็นงานวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi- experimental research design) ที่มุ่งศึกษาผลของกลุ่มการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแนวปัญญาพฤติกรรมนิยม โดยมีศิลปะเป็นสื่อในกลุ่มผู้ติดเชื้อ HIV ชายรักชายที่มีการรับประทานยาต้านไวรัส โดยเป็นการทดลองแบบ Pretest-Posttest Control Group Design ซึ่งผู้เข้าร่วมกลุ่มในการวิจัยจะมีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป ซึ่งไม่ได้รับการสนับสนุนทางจิตใจระหว่างเข้าร่วมการศึกษา มีความเต็มใจเข้าร่วม โดยมีตัวแปรที่ศึกษาคือ

ตัวแปรต้น (Independent Variable) คือ การเข้ากลุ่มการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแนวปัญญาพฤติกรรมนิยม ที่มีศิลปะเป็นสื่อแบ่งเป็น 2 ระดับคือกลุ่มที่เข้ารับการบำบัดเป็นกลุ่มทดลอง และกลุ่มที่ไม่เข้ารับการบำบัดเป็นกลุ่มควบคุม

ตัวแปรตาม (Dependent Variable) คือ ภาวะซึมเศร้าของผู้ที่ติดเชื้อ HIV และความร่วมมือในการรับประทานยาต้านไวรัส

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

ผู้ติดเชื้อ HIV และโรคเอดส์ที่เป็นชายรักชาย (AIDS) ผู้ที่ได้รับเชื้อไวรัสเข้ามาติดเชื้อในเซลล์ของร่างกายมนุษย์ในระบบภูมิคุ้มกัน ทำให้ระบบภูมิคุ้มกันในร่างกายเสื่อมสภาพลง ทำลายเซลล์คุ้มกันร่างกายและเมื่อการติดเชื้อมีระยะเวลาเพิ่มขึ้น ระบบภูมิคุ้มกันก็ยิ่งอ่อนแอ ทำให้ผู้ติดเชื้อต้องประสบกับอาการและโรคที่โดยปกติบุคคลที่มีระบบภูมิคุ้มกันแข็งแรงสามารถป้องกันรักษาได้ และเมื่อถึงขั้นที่การติดเชื้อมากที่สุด จะเรียกว่าโรคเอดส์ สำหรับงานวิจัยชิ้นนี้ ผู้ติดเชื้อ HIV คือผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยจากทางการแพทย์ว่ามีเชื้อ HIV (Positive) ในร่างกายและรับประทานยาต้านไวรัสโดยเป็นชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายหรือชายรักชาย(Men who have Sex with Men: MSM)

ภาวะซึมเศร้า/อารมณ์ซึมเศร้า (Depressive symptoms) หมายถึง ภาวะอารมณ์เศร้าซึม (Depressed mood) ของผู้ติดเชื้อ HIV ซึ่งเกิดจากรูปแบบความคิดทางลบต่างๆที่มีต่อตนเอง สิ่งแวดล้อมและอนาคตในแง่ลบ ส่งผลต่ออารมณ์ความรู้สึก การตอบสนองของร่างกายและพฤติกรรมของผู้ติดเชื้อ ซึ่งในงานวิจัยภาวะซึมเศร้าจะวัดโดยมาตรวัดภาวะซึมเศร้า CES-D

ความร่วมมือในการรับประทานยาต้านไวรัส (Antiretroviral Medical Adherence) ความร่วมมือในการรับประทานยาต้านไวรัส เป็นการรับประทานยาต้านไวรัสได้อย่างครบถ้วนตามกำหนดของแพทย์ ยึดตามคำแนะนำของ WHO (2003) วัดโดยการรายงานตนเอง (Self-report) ของแบบวัดความร่วมมือในการรับประทานยาต้านไวรัสของ Morisky Medication Adherence Scale (MMAS) การสังเกตตนเองและจดบันทึกจำนวนยาและช่วงเวลาที่ต้องรับประทานยาต้านไวรัสในแต่ละวัน (Monitoring) และแบบ Visual Analog Scale (VAS)

กลุ่มการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแนวปัญญาพฤติกรรมนิยม (Cognitive Behavior Group Therapy) เป็นกลุ่มที่มีแนวคิดพื้นฐานจากแนวคิดทฤษฎีปัญญานิยม (Cognitive Therapy) ของ Beck ที่ต้องการเอื้อให้สมาชิกในกลุ่มสามารถเห็นถึงความสัมพันธ์ระหว่างความคิด ความรู้สึก และ พฤติกรรม สามารถตระหนักถึงรูปแบบความคิดที่ไม่สมเหตุสมผลของตนเอง และผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจาก ความคิดดังกล่าวที่ส่งผลต่อความรู้สึกและพฤติกรรม เพื่อปรับเปลี่ยนความคิดของตนเองให้มีความ สมเหตุสมผลมากยิ่งขึ้นและมีพฤติกรรมที่มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น โดยสิ่งที่กลุ่มมีเพิ่มขึ้นจาก รายบุคคลคือการที่สมาชิกมาอยู่ร่วมกัน มีการเกื้อกูลกันและกันและเป็นแรงเสริม ทำให้เกิดการขยาย ขอบเขตการรู้คิดอันส่งผลให้มีการเปลี่ยนอารมณ์ความรู้สึกและพฤติกรรมที่มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

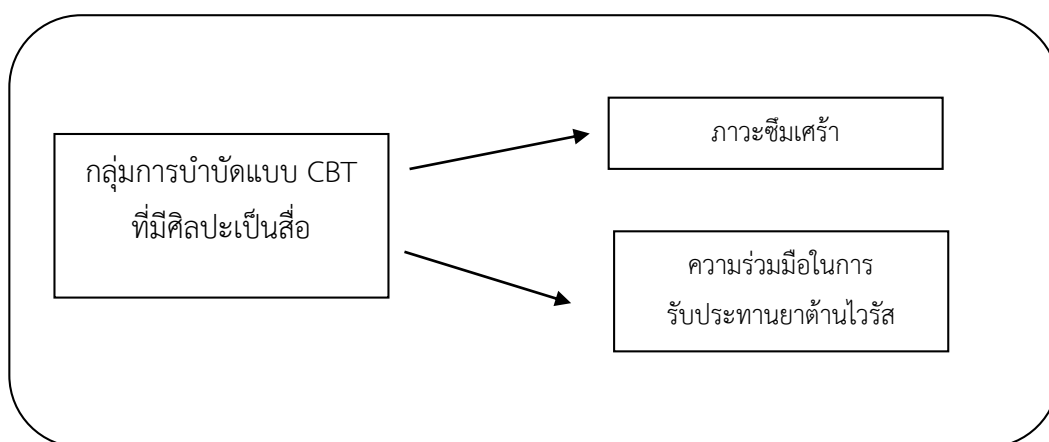
การใช้ศิลปะเป็นสื่อ (Art as a medium) เป็นการใช้สื่อทางศิลปะแขนงต่างๆ ซึ่ง ผู้รับบริการสามารถที่จะแสดงออก ถ่ายทอด สื่อสารและแสดงออกถึงตัวตนและความรู้สึก มากกว่าที่ จะมุ่งเน้นที่การชื่นชมผลงานศิลปะที่ทำจนเสร็จสมบูรณ์ ที่ได้รับการประเมินจากมาตรฐานภายนอก สำหรับในการวิจัยชิ้นนี้ ศิลปะจะนำมาใช้ในการเป็นสื่อร่วมในการบำบัดของกลุ่มการปรึกษาเชิง จิตวิทยาแนวปัญญาพฤติกรรมนิยม

กลุ่มการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแนวปัญญาพฤติกรรมนิยม ที่มีศิลปะเป็นสื่อ เป็นกลุ่มที่มี แนวคิดพื้นฐานจากทฤษฎีการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแนวปัญญาพฤติกรรมนิยม ซึ่งมีการใช้ศิลปะเข้ามา เป็นสื่อในการบำบัด เพื่อร่วมกันในการบำบัดภาวะซึมเศร้าและระดับความร่วมมือในการรับประทาน ยาต้านไวรัส สมาชิกกลุ่มละ 5 - 6 คน จำนวน 8 ครั้ง ครั้งละ 2 ชั่วโมง รวมทั้งสิ้น 16 ชั่วโมง

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ได้ทราบถึงประสิทธิผลของการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแนวปัญญาพฤติกรรมนิยม ที่มีศิลปะ เป็นสื่อ ในการลดอารมณ์ซึมเศร้าและเพิ่มความร่วมมือในการรับประทานยาต้านไวรัสในผู้ติดเชื้อ HIV ที่มีประสิทธิภาพ
2. เป็นแนวทางในการลดภาวะซึมเศร้าและมีระดับความร่วมมือในการรับประทาน ยาต้านไวรัสมากยิ่งขึ้น

กรอบแนวคิดในการวิจัย



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย



บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรม เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยแบ่งออกเป็น ส่วนต่างๆ โดยเริ่มจากในกลุ่มผู้ติดเชื้อ HIV และโรคเอดส์ ในประเด็นต่อมาคือเป็นภาวะซึมเศร้าซึ่ง มักเกิดขึ้นในกลุ่มผู้ติดเชื้อ HIV มากกว่าประชากรกลุ่มอื่นและภาวะซึมเศร้าเองยังส่งผลต่อชีวิตของผู้ ติดเชื้อ HIV ในแง่ต่างๆ รวมทั้งการรับประทานยาต้านไวรัส ซึ่งเป็นการรักษาที่ช่วยยืดระยะเวลาของผู้ ติดเชื้อ HIV อีกด้วย

สำหรับประเด็นความร่วมมือในการรับประทานยาต้านไวรัสจะเป็นการระบุปัจจัยต่างๆที่ ส่งผลต่อความร่วมมือ และมีการศึกษาเชิงจิตวิทยาและจิตบำบัดแนวปัญญาพฤติกรรมนิยมที่จะเข้า มาช่วยลดภาวะซึมเศร้าของผู้ติดเชื้อ HIV รวมทั้งส่งเสริมระดับความร่วมมือในการรับประทาน ยาต้านไวรัส และสุดท้ายเป็นประเด็นของการใช้ศิลปะเข้ามาเป็นสื่อร่วมในการศึกษาเชิงจิตวิทยา เพื่อ ส่งเสริมการเฝ้าระวังรักษาภาวะซึมเศร้าและความร่วมมือในการรับประทานยาต้านไวรัสของผู้ติดเชื้อ HIV โดยรายละเอียดทั้งหมดมีดังต่อไปนี้

1. แนวคิดเกี่ยวกับโรคเอดส์และการติดเชื้อ HIV

1.1 ประวัติความเป็นมาของโรคเอดส์

1.2 คำจำกัดความ

1.3 อาการของโรค

1.4 แนวทางในการรักษาโรคและการศึกษาเชิงจิตวิทยาสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวี

1.5 การติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มชายรักชาย

2. แนวคิดเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า

2.1 ความหมายของภาวะซึมเศร้า

2.2 สาเหตุของการเกิดภาวะซึมเศร้า

2.3 อาการของภาวะซึมเศร้า

2.4 ผลกระทบของภาวะซึมเศร้า

2.5 ภาวะซึมเศร้าในผู้ติดเชื้อ HIV และเอดส์

3. แนวคิดเกี่ยวกับความร่วมมือในการรับประทานยาต้านไวรัส
 - 3.1 ความหมายของความร่วมมือในการรับประทานยา
 - 3.2 วิธีการวัดความร่วมมือในการรับประทานยาต้านไวรัส
 - 3.3 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความร่วมมือในการรับประทานยาต้านไวรัส
4. แนวคิดเกี่ยวกับทฤษฎีการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแนวปัญญาพฤติกรรมนิยม
 - 4.1 ทฤษฎีการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแนวปัญญาพฤติกรรมนิยม
 - 4.2 ทฤษฎีกลุ่มการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแนวปัญญาพฤติกรรมนิยม
 - 4.3 ประสิทธิภาพของการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแนวปัญญาพฤติกรรมนิยม
 - 4.4 การปรึกษาเชิงจิตวิทยาแนวปัญญาพฤติกรรมนิยมในผู้ติดเชื้อ HIV/เอดส์
5. แนวคิดเกี่ยวกับการใช้ศิลปะเป็นสื่อ
 - 5.1 ความหมายและประเภทของศิลปะและการนำศิลปะไปใช้
 - 5.2 ประวัติความเป็นมาของการนำศิลปะมาใช้ในการบำบัด
 - 5.3 บทบาทของการใช้ศิลปะเพื่อบำบัดในการบำบัดรักษา
 - 5.4 การใช้ศิลปะเป็นสื่อในการปรึกษาเชิงจิตวิทยาและจิตบำบัด
 - 5.5 การใช้ศิลปะเป็นสื่อในการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแนวปัญญาพฤติกรรมนิยม
 - 5.6 การใช้ศิลปะในการบำบัดสำหรับผู้ติดเชื้อ HIV/เอดส์
6. เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. แนวคิดเกี่ยวกับโรคเอดส์และการติดเชื้อ HIV

1.1 ประวัติความเป็นมาของโรคเอดส์

โรคเอดส์นั้นเพิ่งเป็นที่รู้จักกันในช่วงสามสิบปีที่ผ่านมา โดยมีการรายงานถึงเป็นครั้งแรกในเดือน มิถุนายน พ.ศ. 2524 ที่ประเทศสหรัฐอเมริกา โดยผู้ป่วยเป็นชายรักร่วมเพศ ผู้ป่วยเป็นปอดบวมจากเชื้อที่ชื่อว่า *Pneumocystis Carinii* ซึ่งห้องปฏิบัติการตรวจพบการทำงานไม่เต็มตัวของเซลล์ภูมิคุ้มกัน ทำให้ผู้ป่วยที่เคยมีร่างกายแข็งแรงเกิดความเจ็บป่วยได้ และจากการศึกษาหนึ่ง พบว่าโรคดังกล่าวอาจมีต้นกำเนิดมาจากแถบแอฟริกาตะวันตกในปี พ.ศ. 2503 และต่อมาได้เกิดการแพร่ไปสู่ยังสหรัฐอเมริกา ประเทศในแถบยุโรป รวมถึงทวีปเอเชียและประเทศไทยในเวลาต่อมา

ในปี 2526 ประเทศไทยพบชายรักร่วมเพศอายุ 28 ปี เป็นผู้ป่วยเอดส์รายแรก หลังจากที่เขาดำเนินทางไปศึกษาต่อในแถบทวีปอเมริกา จากนั้นเข้ารับการรักษาและรักษาในโรงพยาบาล จากการตรวจสอบผลเลือดพบการอักเสบของปอดจากเชื้อ Pneumocystis Carinii คณะแพทย์ลงความเห็นว่าผู้ป่วยติดโรคเอดส์ ผู้ป่วยกลับมายังประเทศไทยในปี 2527 เพื่อทำการรักษาแต่สุดท้ายก็เสียชีวิตในปี 2527

ในปี พ.ศ. 2526 Lymphadenopathy Associated Virus (LAV) ถูกตั้งชื่อให้กับเชื้อไวรัสที่ถูกสกัดจากต่อมน้ำเหลืองของผู้ป่วย โดยคนฝรั่งเศส และในปีต่อมาก็เปลี่ยนชื่อใหม่เป็น Human T cell Lymphotropic Virus Type III จากการเอาเชื้อมาจากเม็ดเลือดขาว โดยนายแพทย์โรเบิร์ต แกลโล ก็สามารถแยกเชื้อจากเม็ดเลือดขาวของผู้ป่วย จนในที่สุดก็เปลี่ยนชื่อว่า AIDS โดยแพทย์คนอเมริกันนามว่า ลีไว จากนั้นในการศึกษาที่ทันสมัยยิ่งขึ้น ก็ค้นพบว่ามีความเป็นไปได้ที่ชื่อเรียกเชื้อไวรัสทั้งจากเซลล์เม็ดเลือดขาวและต่อมน้ำเหลืองจะเป็นไวรัสตัวเดียวกัน จึงให้ชื่อสากล Human Immunodeficiency Virus หรือ HIV ในท้ายที่สุด (เว็ลด์เมดิก, ไม่ระบุปีที่พิมพ์)

1.2 คำจำกัดความ

องค์การอนามัยโลก (World Health Organization, 2013) ให้ความหมายเชื้อ HIV ว่าเป็นเชื้อไวรัสที่เข้ามาในเซลล์ของร่างกายมนุษย์ในระบบภูมิคุ้มกัน ทำให้ระบบภูมิคุ้มกันในร่างกายเสื่อมสภาพลง เมื่อการติดเชื้อมีระยะเวลาเพิ่มขึ้น ระบบภูมิคุ้มกันก็ยิ่งอ่อนแอ ทำให้ผู้ติดเชื้อต้องประสบกับอาการและโรคที่บุคคลปกติที่มีระบบภูมิคุ้มกันแข็งแรงสามารถป้องกันรักษาได้ และเมื่อถึงขั้นที่การติดเชื้อในระดับรุนแรงจะเรียกว่าโรคเอดส์

โรคเอดส์ (AIDS หรือ Acquired Immune Deficiency Syndromes) คือ โรคที่ทำให้ภูมิคุ้มกันของร่างกายบกพร่องจนไม่สามารถต่อสู้เชื้อโรค หรือสิ่งแปลกปลอมต่าง ๆ ที่เข้าสู่ร่างกาย ทำให้เกิดโรคต่าง ๆ ที่เป็นอันตรายถึงแก่ชีวิตได้ง่ายกว่าคนปกติ โดยสำหรับการวินิจฉัยว่าผู้ป่วยเป็นโรคเอดส์นั้นเกิดขึ้นเมื่อผู้ติดเชื้อมีระดับ CD4 ในร่างกายในระดับต่ำ และหรือมีอาการเจ็บป่วยจากโรคติดเชื้อฉวยโอกาส (Opportunistic Infection) โดยเอดส์ (AIDS) มีความหมายดังนี้

A = Acquired หมายถึง สภาวะที่เกิดขึ้นมาภายหลัง ไม่ได้มีมาแต่กำเนิด

I = Immune หมายถึง ส่วนที่เกี่ยวข้องกับระบบภูมิคุ้มกัน หรือภูมิคุ้มกันของร่างกาย

D = Deficiency หมายถึง ความเสื่อมลง

S = Syndrome หมายถึง กลุ่มอาการ หรืออาการหลาย ๆ อย่างไม่เฉพาะระบบใดระบบหนึ่ง

1.3 อาการของโรค

การติดเชื้อ HIV และโรคเอดส์ มีการแบ่งชั้นของโรคหลากหลายรูปแบบ สำหรับองค์การอนามัยโลก (World Health Organization, 2006) มีการแบ่งระยะชั้นของโรคทางคลินิกของเชื้อ HIV ออกเป็น 4 ระดับตามตารางที่ 1

ตาราง 1 การแบ่งระยะชั้นของโรคทางคลินิก HIV ตามองค์การอนามัยโลก

การแบ่งระยะชั้นของโรคทางคลินิกของเชื้อ HIV	ระดับชั้นของโรคตาม WHO
ไม่มีอาการ (Asymptomatic)	1
ระดับอ่อน (Mild)	2
ระดับกลาง (Advanced)	3
ระดับรุนแรง (Severe)	4

สำหรับ เวิลด์เมดิก (ไม่ระบุปีที่พิมพ์) และกองโรคเอดส์ (2541) ได้แบ่งระยะของการติดเชื้อ HIV เอาไว้ 3 ระยะด้วยกัน ดังนี้

ระยะที่ 1 ระยะที่ไม่ปรากฏอาการ (Asymptomatic Stage or Carrier Stage) หรือเรียกว่า ระยะติดเชื้อ HIV โดยไม่มีอาการ โดยผู้ติดเชื้อจะมีสุขภาพแข็งแรงสมบูรณ์เหมือนคนปกติทุกประการ แต่อาจจะเจ็บป่วยเล็กน้อยเช่นเดียวกับคนปกติอื่นๆ อาจเป็นไข้หวัดเหมือนปกติทั่วไป ไม่มีโรคแทรกซ้อน บางคนอาจจะอยู่ในระยะนี้ 2-3 ปีก่อนที่จะเข้าสู่ระยะต่อไปโดยเฉลี่ยประมาณ 7-8 ปี แต่บางคนอาจจะไม่มีอาการนานถึง 10 ปี ผู้ติดเชื้อทุกรายที่อยู่ในระยะนี้ แม้จะไม่มีอาการ แต่ก็สามารถแพร่เชื้อให้กับบุคคลอื่นๆ ได้

ผู้ติดเชื้อที่อยู่ในขั้นนี้ อาจจะได้ไม่ได้สังเกตตนเองว่าติดเชื้อ HIV แต่หากไปตรวจเลือดจะพบว่า ผลเลือดเป็นบวก (Positive) ซึ่งหมายถึงการที่ร่างกายได้รับเชื้อ HIV เข้าไปในร่างกายแล้ว และมีการสร้างแอนติบอดีขึ้นมาต่อสู้กับเชื้อ ซึ่งแสดงว่ามีเชื้อไวรัสอยู่ในร่างกายและสามารถแพร่กระจายการติดเชื้อไปสู่ผู้อื่นได้ และส่วนใหญ่จะตรวจพบว่าเป็นเลือดบวกภายหลัง 3 เดือนของการติดเชื้อ ทั้งนี้ จะมีส่วนน้อย คือ 2 ใน 1000 คน ที่ตรวจเลือดในระยะ 3 เดือนแล้วพบผลเป็นลบ แต่เสี่ยงจะเป็นบวกเมื่อระยะเวลาผ่านไป 6 เดือน ดังนั้นผู้มีพฤติกรรมเสี่ยงจึงควรต้องมาตรวจซ้ำอีกเมื่อครบ 6 เดือน เพื่อทราบผลเลือดที่มีความแม่นยำมากยิ่งขึ้น

ระยะที่ 2 ระยะมีอาการสัมพันธ์กับเอดส์ (AIDS Related Complex หรือ ARC) ระยะนี้ นอกจากมีเลือดบวกแล้ว ยังอาจมีอาการใดอาการหนึ่งหรือหลายอาการปรากฏให้เห็นได้ เช่น ต่อมน้ำเหลืองโตหลายแห่งติดต่อกันนานกว่า 3 เดือน น้ำหนักตัวลดลงอย่างรวดเร็วมากกว่า 10% ของน้ำหนักตัวใน 1 เดือน อุจจาระร่วงเรื้อรังเป็นเวลานานเกิน 1 เดือนโดยไม่ทราบสาเหตุ มีฝ้าขาวที่ลิ้น และในลำคอ มีไข้เรื้อรังโดยไม่ทราบสาเหตุ และมีการติดเชื้อแทรกซ้อนที่ไม่ร้ายแรง เช่น เริมที่ไม่ลุกลาม วัณโรคที่ไม่แพร่กระจาย เป็นต้น ระยะนี้อาจจะเป็นอยู่นานหลายเดือนหรือเป็นปี แล้วจะกลายเป็นระยะเอดส์เต็มขั้นต่อไป

ระยะที่ 3 ระยะเอดส์เต็มขั้น (Full Blown AIDS) หรือเรียกว่า ระยะ “โรคเอดส์” ระยะนี้เป็นระยะที่ภูมิคุ้มกันของร่างกายถูกทำลายลงมาก จนมีผลต่อการป้องกันการติดเชื้อชนิดอื่นๆ เนื่องจากเม็ดเลือดขาวถูกทำลายจนเหลือน้อยหรือเกือบหมด ทำให้เกิดการติดเชื้อโรคที่ตามปกติไม่สามารถทำอันตรายต่อคนปกติได้ที่เรียกว่า โรคติดเชื้อฉวยโอกาส ซึ่งมีอยู่หลายชนิดแล้วแต่ถ้ามีการติดเชื้อฉวยโอกาสชนิดใดที่ส่วนใด อาการแสดงที่จะพบจึงเป็นได้หลายแบบ เช่น ถ้าเป็นปอดบวมจากเชื้อ *Pneumocystis carinii* จะมีไข้ ไอ หอบ เจ็บหน้าอก ถ้าเป็นเชื้อราของทางเดินอาหาร ก็จะมีอาการเจ็บคอ กลืนอาหารหรือน้ำลำบาก

ถ้าเป็นสมองอักเสบจากเชื้อ *Cryptococcus* จะมีอาการไข้ ปวดศีรษะ คอแข็ง หรือถ้าเป็นโรคเอดส์ของระบบประสาทโดยตรงจะมีอาการความจำเสื่อม สติพินเฟือน ซึมเศร้า สมองเสื่อม แขนขาหรืออ่อนแรง ชักกระตุก เป็นต้น บางรายอาจมีมะเร็งบางชนิด เช่น มะเร็งหลอดเลือด หรือ Kaposi's Sarcoma โดยปรากฏเป็นจ้ำสีม่วงแดงคล้ำๆ ตามผิวหนัง มะเร็งต่อมน้ำเหลือง (Lymphoma) พบเป็นก้อนโต ตามที่ต่างๆ ของร่างกาย เป็นต้น ซึ่งเมื่อเข้าสู่ระยะนี้แล้วส่วนใหญ่จะเสียชีวิตในเวลาไม่นาน โดยในแต่ละปีหลังติดเชื้อ ร้อยละ 5-6 ของผู้ที่ติดเชื้อจะก้าวเข้าสู่ระยะเอดส์เต็มขั้น ส่วนใหญ่ของคนที่เป็นโรคเอดส์เต็มขั้นแล้ว จะเสียชีวิตภายใน 2-4 ปี จากโรควัยโอกาส โรคมะเร็ง หรือคอตีบๆ ชูบและหมดแรงในที่สุด

การติดเชื้อ HIV จึงมีระยะการดำเนินโรคเป็นขั้นและลักษณะของอาการตามแต่ละขั้นแตกต่างกัน โดยผู้ติดเชื้อที่ได้รับการวินิจฉัยว่าติดเชื้อ HIV หรือเลือดบวกนั้นในแต่ละคนอาจมีระยะเวลาในการติดเชื้อแตกต่างกัน บางคนเมื่อมีพฤติกรรมเสี่ยง จึงมาตรวจเชื้ออย่างรวดเร็วและพบการติดเชื้อในที่สุด แต่บางคนอาจทิ้งระยะมาเป็นเวลาหลายปีจึงมาตรวจวินิจฉัยและพบว่าตนเองติดเชื้อ ดังนั้นในผู้ติดเชื้อจึงไม่อาจสรุปได้ว่าจำเป็นต้องมีความสัมพันธ์โดยตรงระหว่างระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยกับอาการที่ปรากฏ หากแต่พบว่าการทราบผลการติดเชื้อที่เร็ว จะยิ่งทำให้ได้รับการรักษาและดูแล ทำให้ผู้ติดเชื้อมีชีวิตยืนยาวมากกว่าผู้ติดเชื้อที่ไม่เคยวินิจฉัยว่าตนเองติดเชื้อ มาวินิจฉัยพบโรคก็อาจจะมีอาการเกิดขึ้นมากแล้วนั่นเอง

1.4 แนวทางในการรักษาโรค และการปรึกษาเชิงจิตวิทยาสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวี

ไวรัสเอชไอวีเป็นเชื้อที่ทำลายภูมิคุ้มกันของร่างกาย โดยเชื้อชนิดนี้จะมีผลกระทบต่อเซลล์เม็ดเลือดขาวชนิดหนึ่งที่ชื่อทีลิมโฟไซต์ ซึ่งเป็นเม็ดเลือดขาวที่ทำหน้าที่คุ้มกัน ป้องกันและทำลายเชื้อโรค หรือสิ่งแปลกปลอมชนิดต่างๆ เซลล์เม็ดเลือดขาวชนิดนี้ ที่เยื่อหุ้มเซลล์จะมีส่วนประกอบที่เรียกว่า CD4⁺ ซึ่งเป็นตำแหน่งสำคัญต่อการเกาะตัวของอนุภาคของไวรัสเอชไอวี จึงเรียกเซลล์เม็ดเลือดขาวชนิดนี้ว่า ทีลิมโฟไซด์ว่า ชนิด CD4⁺ (CD4⁺T lymphocyte) (ณภัทรวรรต บัวทอง, 2551)

เมื่อบุคคลเริ่มติดเชื้อ HIV ใหม่ๆ จำนวนเชื้อไวรัสยังมีไม่มาก เชื้อไวรัส HIV จะมีกระบวนการในการทำลาย CD4⁺ แบบต่างๆ เช่น การทำลาย RNA การแตกตัวของเซลล์ไวรัส การทำลายเซลล์ที่ติดเชื้อ การขัดขวางกระบวนการสร้างเม็ดเลือดขาว และการแตกตัวของเชื้อไวรัสทำให้เชื้อไวรัสมีจำนวนเพิ่มมากขึ้น และเซลล์เม็ดเลือดขาว CD4⁺ ลดจำนวนลงจนทำให้ร่างกายของผู้ติดเชื้ออ่อนแอลง ภูมิคุ้มกันลดลง และเกิดโรคภัยไข้เจ็บต่างๆ (โรคฉวยโอกาส) ตามมาจนทำให้เสียชีวิตในที่สุด ดังนั้นในการตรวจหาระดับความรุนแรงของโรคเอดส์ จึงสามารถตรวจด้วยวิธี 2 วิธี คือ

1. การตรวจหาปริมาณว่า ทีลิมโฟไซด์ว่า ชนิด CD4⁺ (CD4⁺T lymphocyte) หากมีการติดเชื้อไวรัส HIV ในระดับที่รุนแรงมากขึ้น ระดับเม็ดเลือดขาว CD4⁺ ก็จะมีปริมาณลดต่ำลงเรื่อยๆ
2. การตรวจหาปริมาณไวรัสในกระแสเลือด (Viral Load) เป็นการตรวจในทางตรงกันข้ามกับการตรวจหา CD4⁺ เพื่อใช้ในการตรวจสอบระดับความรุนแรงของโรคเอดส์ กล่าวคือการตรวจในลักษณะนี้เป็นการพิจารณาหาไวรัสในกระแสเลือด ซึ่งหากไวรัสนี้มีระดับสูง ก็จะมีปริมาณผกผันกับปริมาณเม็ดเลือดขาว CD4⁺ ที่มีอยู่ในกระแสน้ำเลือดนั่นเอง

โดยในการตรวจการติดเชื้อเอชไอวี นับเป็นช่วงเวลาที่มีความเสี่ยงต่อผู้ตรวจ และด้วยความที่แตกต่างจากโรคเรื้อรังประเภทอื่นๆ เพราะการติดเชื้อเอชไอวีและโรคเอดส์มีการตีตราทางสังคมที่สูง และการเลือกปฏิบัติ ดังนั้นการปรึกษาเชิงจิตวิทยาสำหรับผู้ตรวจการติดเชื้อเอชไอวีจึงมีความสำคัญ โดยการปรึกษาจะแบ่งออกเป็น 2 ช่วงหลัก คือการปรึกษาก่อนการตรวจเลือด (Pre-test counseling) และการปรึกษาเชิงจิตวิทยาหลังการตรวจเลือด (Post-test counseling) (บัลลังก์ เหลืองวรานันท์, 2553)

การปรึกษาก่อนการตรวจเลือด เป็นการที่นักจิตวิทยาการปรึกษาสำรวจข้อมูลต่างๆของผู้รับการตรวจ ในประเด็นที่มาและเหตุผลของการมาตรวจเลือด พฤติกรรมเสี่ยงต่างๆของผู้ตรวจ ความเข้าใจเกี่ยวกับเชื้อเอชไอวีและโรคเอดส์ ขั้นตอนในการตรวจผลเลือด และการตัดสินใจตรวจเลือด เพื่อให้ผู้ขอตรวจเตรียมความพร้อมก่อนเข้าสู่การตรวจ

ส่วนการปรึกษาหลังการตรวจเลือดจะเป็นการอธิบายผลเลือดของผู้รับการตรวจ โดยหากเป็นผลเลือดลบผู้รับการตรวจย่อมมีความยินดี โโล่งสบายใจและอาจเพิ่มพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อ นักจิตวิทยาพึงควรกระตุ้นให้ผู้รับการตรวจตระหนัก ลดพฤติกรรมเสี่ยงเพื่อให้ผลเลือดคงสถานะผลลบต่อไปให้นานที่สุด แต่ในกรณีของผลเลือดบวก ในการปรึกษานั้นนักจิตวิทยาจำเป็นต้องมีการอธิบายถึงผลเลือดด้วยภาษาที่สุภาพและเข้าใจได้ง่าย อีกทั้งมีท่าทีเข้าใจ พร้อมรับฟังและสนับสนุน หากผู้ทราบผลเลือดมีอารมณ์ทางลบต่างๆ อาทิ ความรู้สึกโกรธ ซออค เสียใจ ผิดหวัง เศร้าท้อแท้ จากนั้นผู้ให้การปรึกษาช่วยสนับสนุนจิตใจของผู้รับการตรวจเลือดอย่างจริงใจและอบอุ่น จากนั้นเมื่อผู้รับผลเลือดเริ่มสงบลง จึงชวนพูดถึงแนวทางในการรับมือกับการติดเชื้อ ประเมินความเสี่ยงในการทำร้ายตนเอง สอบถามถึงสิ่งที่จะทำหลังจากทราบผลเลือด รวมทั้งระบุถึงบุคคลรอบข้างที่ผู้ทราบผลเลือดเชื่อใจ สามารถเปิดเผยเรื่องราวและฟังพาได้ จากนั้นนัดหมายและให้ข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลตนเอง และเข้าสู่กระบวนการรักษาในลำดับต่อไป การติดเชื้อเอชไอวีจึงไม่ใช่โรคทางกายเพียงอย่างเดียวแต่ยังส่งผลต่อจิตใจอีกด้วย (บัลลังก์ เหลืองวรานันท์, 2553)

สำหรับการดูแลการรักษาการติดเชื้อเอชไอวีและโรคเอดส์นั้น เริ่มต้นขึ้นในปี พ.ศ.2530 โดยยาที่มีการวิจัยและค้นพบเพื่อนำมาใช้ต้านเชื้อไวรัสเอชไอวีชนิดแรกคือ เอแซดที (AZT หรือ Zidovudine หรือ ZDV) และมียาชนิดใหม่ๆ ตามมาอีกเป็นจำนวนมากที่นำมาใช้ได้ผลดีในผู้ป่วยโรคเอดส์ เช่น Stavudine (d4T) Didanosine (ddi) และ Indinavir (IDV) เป็นต้น

สำหรับในประเทศไทย สมาคมโรคเอดส์แห่งประเทศไทย (2553) ได้กำหนดเกณฑ์การเริ่มการรับประทานยาต้านไวรัสของผู้ติดเชื้อ HIV จะมีเกณฑ์ในการพิจารณา คือ โอกาสที่การติดเชื้อ HIV จะดำเนินไปสู่ระยะของโรคเอดส์ขึ้นอยู่กับระดับของเซลล์เม็ดเลือดขาว CD4 และระดับปริมาณเชื้อไวรัสในร่างกาย (Viral Load) ดังนั้น ในการพิจารณาที่จะให้ผู้ติดเชื้อรับยาต้านไวรัสหรือไม่ จึงขึ้นอยู่กับอาการและระดับ CD4 ในร่างกาย ซึ่งเป้าหมายสำคัญของการให้ยารับประทานยาต้านไวรัสคือ เพื่อลดระดับ Viral load ในร่างกายให้มีระดับต่ำที่สุด ทำให้ระดับ CD4 กลับมาอยู่ในระดับที่ปกติให้ได้มากที่สุด เพื่อป้องกันไม่ให้ผู้ติดเชื้อเสี่ยงต่อการเป็นโรคแทรกซ้อนต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการติดเชื้อ HIV(AIDS-related illness) ตามตารางที่ 2

ตาราง 2 เกณฑ์ในการเริ่มต้นรับประทานยาต้านไวรัสของผู้ติดเชื้อ HIV ในประเทศไทย

อาการทางคลินิก	ระดับ CD4 (cells/mm ³)	คำแนะนำ
ไม่มีอาการ	> 350	ยังไม่เริ่มยาต้านไวรัส แต่ให้ติดตามอาการและตรวจวัดระดับเซลล์ CD4 ทุก 6 เดือน
ไม่มีอาการ	< หรือเท่ากับ 350	เริ่มรับประทานยาต้านไวรัส
มีอาการเจ็บป่วย*	เท่าใดก็ตาม	เริ่มรับประทานยาต้านไวรัส
มีความเจ็บป่วยตามระยะเอดส์** (AIDS-defining illness)	เท่าใดก็ตาม	เริ่มรับประทานยาต้านไวรัส

*อาการ เช่น เชื้อราในปาก ไข้เรื้อรังไม่ทราบสาเหตุ อูจจาระร่วงเรื้อรังไม่ทราบสาเหตุ นานกว่า 14 วัน น้ำหนักลดมากกว่าร้อยละ 10 ใน 3 เดือน และตุ่มคันทั่วตัวโดยไม่ทราบสาเหตุ

ตาราง 3 แนวทางเบื้องต้นในการเริ่มรับประทานยาต้านไวรัสขององค์การอนามัยโลก

จำนวนเซลล์เม็ดเลือดขาว CD4 ในร่างกาย (cells/mm ³)	คำแนะนำในการรับประทานยา
< 200	รับยาต้านไวรัสโดยไม่ต้องคำนึงถึงระดับชั้นของโรค ตาม WHO*
200 – 350	พิจารณาการรับประทานยาต้านไวรัส และให้รับยาก่อน CD4 ต่ำกว่า 200 cells/mm ³ **
> 350	ยังไม่ต้องเริ่มรับประทานยาต้านไวรัส

*สำหรับการมีระดับ CD4 น้อยกว่า 200 cells/mm³ นั้นจะเกี่ยวข้องกับความเสี่ยงต่อการมีโรคติดเชื้อฉวยโอกาสและเสียชีวิตอย่างมาก

** สำหรับผู้ติดเชื้อ HIV ที่อยู่ในระดับ 4 นั้นควรได้รับการเริ่มรับประทานยาต้านไวรัสทุกคน ส่วนผู้ติดเชื้อในระดับ 3 นั้นควรเริ่มรับประทานยาต้านไวรัสหากมีอาการของการติดเชื้อแบคทีเรีย หรือ

Pulmonary TB

ในปัจจุบัน ประพันธ์ ภาณุภาค (2556) ระบุว่า ประเทศไทยเป็น 1 ใน 3 ประเทศที่มีนโยบายให้ยาต้านไวรัสแก่ผู้ติดเชื้อ HIV โดยไม่จำกัดถึงระดับ CD 4 ในร่างกาย ส่วนแนวทางเบื้องต้นในการรับประทานยาต้านไวรัสขององค์การอนามัยโลก (WHO, 2006) ได้กำหนดไว้โดยใช้เกณฑ์จากระดับเซลล์เม็ดเลือดขาว CD4 ในร่างกายประกอบกับระยะขั้นของการติดเชื้อด้วยเช่นเดียวกัน ตามตาราง 3

อย่างไรก็ตาม พบว่าในประเทศอื่น ๆ นั้นมีการปรับเปลี่ยนระดับขั้นต่ำที่จะเริ่มให้ผู้ติดเชื้อรักษาด้วยยาต้านไวรัสจากขั้นต่ำ 350 เซลล์ต่อ ลบ.มม. มาเป็นขั้นต่ำที่ 500 เซลล์ต่อ ลบ.มม. แทน ซึ่ง WHO เองก็อยู่ในช่วงพิจารณาถึงการปรับเกณฑ์ดังกล่าว เพราะหาก WHO มีการปรับเกณฑ์การเริ่มรักษาด้วยยาต้านไวรัส จะส่งผลต่อค่าใช้จ่ายยาต้านไวรัสที่เพิ่มขึ้นในประเทศที่กำลังพัฒนานั่นเอง (Geffen, 2013)

สำหรับแนวทางในการรับประทานยาต้านไวรัสสำหรับผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าติดเชื้อ HIV ของกระทรวงสาธารณสุข ในประเทศสหรัฐอเมริกา (Health Resources and Services Administration (HRSA), 2011) ได้ระบุเอาไว้ว่าผู้ติดเชื้อ HIV ทุกคนควรได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเพื่อช่วยลดความเสี่ยงของการดำเนินการติดเชื้อนำไปสู่ขั้นที่รุนแรงมากยิ่งขึ้น ซึ่งทาง DHHS ยังระบุว่า มีหลักฐานและข้อมูลจากทั้งในผู้ติดเชื้อที่มีระดับเซลล์เม็ดเลือดขาว CD4 ตั้งแต่ระดับมากกว่า 500 เซลล์/ลบ.มม. ซึ่งเป็นคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญเป็นส่วนใหญ่ ส่วนระดับ 300-500 เซลล์/ลบ.มม. มีหลักฐานจากงานวิจัยที่ออกแบบมาอย่างดี หากแต่ยังไม่ใช่แบบ Randomized Controlled Trials และในระดับน้อยกว่า 350 เซลล์ต่อลบ.มม. จำเป็นต้องรับประทานยาซึ่งมีหลักฐานงานวิจัยรองรับจากงานวิจัยแบบ Randomized Controlled Trials สนับสนุนความจำเป็นในการเริ่มรับประทานยาต้านไวรัส

ปัจจุบันแม้โรคเอดส์จะยังเป็นโรคที่ยังไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ แต่ก็มียาต้านไวรัสที่มีประสิทธิภาพในการต่อต้านเชื้อ HIV นั่นก็คือการรับประทานยาต้านไวรัส (HAART: Highly Active Antiretroviral Therapy) ซึ่งหมายถึง การรับประทานยาต้านไวรัสหลายๆ แขนงที่มีฤทธิ์ในการทำลายเชื้อไวรัส HIV ในลักษณะที่แตกต่างกันตามแต่ตัวยา เพื่อช่วยลดปริมาณเชื้อไวรัสในกระแสเลือด เพิ่มเม็ดเลือดขาว CD4⁺ เพิ่มความแข็งแรงของภูมิคุ้มกันของร่างกายทำให้ผู้ติดเชื้อมีคุณภาพชีวิตที่ดียิ่งขึ้น ลดการเสียชีวิตด้วยโรคฉวยโอกาส และใช้ชีวิตได้ยืนยาวมากยิ่งขึ้น (Carpenter และคณะ, 1997 อ้างถึงใน Safren et al., 2001; ฅักควรรต บัวทอง, 2551)

สำหรับสูตรยาต้านไวรัสในประเทศไทย การรับประทานยาต้านไวรัสจึงมีความสำคัญเป็นอย่างมากและเป็นดัชนีชี้วัดความสำเร็จในการรักษาโรคเอดส์ (Safren et al., 1999) อย่างไรก็ตาม ฅักควรรต บัวทอง (2551) ได้สรุปเอาไว้ว่าแม้ยาต้านไวรัสจะมีประสิทธิภาพ แต่ผลการรักษาด้วยยา

ต้านไวรัสในผู้ติดเชื้อและผู้เป็นโรคเอดส์บางคนอาจไม่ดี เนื่องมาจากการดำเนินโรคที่รุนแรง สภาพร่างกายของผู้ติดเชื้อ การหยุดยาเพราะผลข้างเคียงของยาทำให้ไม่สามารถรับประทานยาได้ และความร่วมมือในการรับประทานยาด้านไวรัส (Antiretroviral Medical Adherence) ซึ่งสภาวะทางจิตใจของผู้ติดเชื้อจะมีผลต่อความร่วมมือนี้ ดังที่จะพบทบทวนวรรณกรรมในหัวข้อถัดไป

1.5 การติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มชายรักชาย

ประพันธ์ ภาณุภาค (2556) ระบุว่าสถานการณ์การติดเชื้อเอชไอวีและโรคเอดส์ในประเทศไทยปัจจุบันเทียบกับสมัยก่อนมีการติดเชื้อลดลง และการเสียชีวิตจากโรคเอดส์ก็ลดลงเช่นกัน อย่างไรก็ตามพบว่าในกลุ่มผู้ติดเชื้อที่ติดเชื้อเพิ่มสูงขึ้นคือกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีชายที่มีความสัมพันธ์ทางเพศกับชายโดยเฉพาะในกรุงเทพมหานคร

กลุ่มชายรักชายในประเทศไทยนั้นเป็นกลุ่มที่มีการติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่เป็นจำนวนมากและชัดเจนที่สุด เนื่องจากเพศสภาวะดังกล่าว ทำให้กลุ่มชายรักชายมีโอกาสที่จะมีคู่นอนจำนวนมาก และมีพฤติกรรมทางเพศที่เสี่ยง เช่น การไม่ป้องกันโรคติดต่อทางเพศ การไม่ใส่ถุงยางอนามัยระหว่างการมีเพศสัมพันธ์ จากความมีนเมาของแอลกอฮอล์ (สภากาชาดไทย, 2556) ด้วยประเด็นดังกล่าว นโยบายและยุทธศาสตร์ในการดูแลผู้ติดเชื้อจึงมักเน้นการให้การช่วยเหลือผู้ติดเชื้อเอชไอวีกลุ่มชายรักชาย ให้เข้ารับการตรวจผลเลือด และเข้าสู่กระบวนการรักษาเพื่อลดการติดต่อเชื้อเอชไอวีสู่คู่นอนรายอื่นๆ และเพื่อดูแลสุขภาพของผู้ติดเชื้อให้ไม่มีการเจ็บป่วย ตามยุทธศาสตร์ “ไม่ติด ไม่ตาย ไม่ตีตรา” (ประพันธ์ ภาณุภาค, 2556)

ในการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีของประเทศไทย ตัวผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่เข้าสู่ระบบการรักษาจึงมีหน่วยงาน Care & Support ของหน่วยงานในองค์กร มูลนิธิหรือบุคลากรในสถานพักฟื้นต่างๆ ซึ่งจะคอยช่วยให้ข้อมูลกับผู้ติดเชื้อในการเตรียมพร้อมเข้าสู่ระบบการรักษา การให้ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับยาด้านไวรัส การประสานให้ผู้ติดเชื้อรับยาด้านไวรัส และช่วยติดตามสุขภาพและความเป็นอยู่ของผู้ติดเชื้อ เพื่อให้ผู้ติดเชื้อที่เข้าสู่ระบบการรักษาได้รับการดูแลและส่งเสริมให้มีสุขภาพแข็งแรง เพิ่มระดับภูมิคุ้มกันและลดระดับไวรัสในร่างกาย และโดยเฉพาะกลุ่มชายรักชาย (MSM) ที่จะมีองค์กรไม่แสวงผลกำไร มูลนิธิ หรือแม้กระทั่งเวปไซค์เฉพาะกลุ่มที่ช่วยติดตาม ให้ข้อมูลและให้ความช่วยเหลือกลุ่มผู้ติดเชื้อชายรักชาย (นิตยา ภาณุภาค, 2555)

อย่างไรก็ตามในปัจจุบันสังคมไทยเริ่มมีการให้ความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับอาการของโรคและการถ่ายทอดเชื้อของโรคเอดส์และเอชไอวี และลดความเสี่ยงในการตีตรา โดยมีองค์กรหลายส่วนงานเข้ามารณรงค์ในประเด็นดังกล่าว อาทิ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งได้มีการวางแผนยุทธศาสตร์ที่สอดคล้องกับวันเอดส์โลกโดยหนึ่งในเป้าหมายหลักคือ ลดการตีตราและการเลือกปฏิบัติ

นอกจากนั้นยังมีความพยายามในการปรับทัศนคติให้ไม่กลัวหรือรังเกียจผู้ติดเชื้อเอชไอวี รวมทั้งสื่อมวลชนต่างๆ ก็เข้ามามีบทบาทสำคัญที่จะช่วยเป็นกระบอกเสียงในการให้ความรู้และเผยแพร่ข้อมูลของโรคที่ถูกต้อง เสริมสร้างทัศนคติทางบวก ไม่กีดกัน แม้ความพยายามดังกล่าวจะเริ่มปรากฏผลโดยปัจจุบันนี้ประเทศไทยเริ่มมีเจตคติทางบวกต่อผู้ติดเชื้อมากยิ่งขึ้น แต่อย่างไรก็ตามสังคมส่วนใหญ่ก็ยังคงมีความเข้าใจผิด การตีตราและการเลือกปฏิบัติจึงยังคงเกิดขึ้นอยู่ (Apinundecha et al., 2007)

สำหรับชายรักชายนั้นเป็นกลุ่มที่มักถูกตีตราและเลือกปฏิบัติเป็น 2 เท่าจากคนอื่นๆ นั่นคือการถูกเลือกปฏิบัติในการมีเพศสภาพที่โน้มเอียง และถูกเลือกปฏิบัติในฐานะที่ผลเลือดเป็นบวกอีกด้วย (National AIDS Trust, 2003)

การตีตราและเลือกปฏิบัติในผู้ติดเชื้อเอชไอวีชายรักชาย การปฏิเสธทางสังคม การลดโอกาสและกีดกันในการทำงานต่างๆ รวมทั้งการปฏิเสธการรักษาโรคภัยไข้เจ็บหรือทันตกรรมในผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ติดเชื้อชายรักชายอาจรับรู้การติดเชื้อเอชไอวีของตนเองว่าเป็นมลทิน ความผิดเป็นตราบาปในชีวิตของเขา การติดเชื้อเอชไอวีเป็นการสูญเสียความสามารถในการลิขิตชะตาชีวิตของตนเองและเป็นการแบ่งแยกโลกของผู้มีผลเลือดบวก กับผลเลือดลบออกจากกัน รวมทั้งการติดเชื้ออาจเป็นเหมือนจุดจบของความฝัน อนาคตหรือความหวังของตนเองที่ตนเองไม่สามารถย้อนกลับไปแก้ไขได้อีกต่อไป (จूरรัตน์ นิลจันทิก, 2553) ทั้งหมดนี้มีโอกาสเพิ่มความเปราะบางให้กับกลุ่มชายรักชาย Berger, Ferrans และ Lashley (2001) ระบุว่า การลดคุณค่าและอาจนำไปสู่พฤติกรรมทางเพศที่เสี่ยงมากยิ่งขึ้น ผู้ติดเชื้อเอชไอวีชายรักชายอาจเลือกปิดสถานะผลเลือดบวกของตนเอง แยกตัวจากสังคม เกิดความรู้สึกโดดเดี่ยว และหลีกเลี่ยงการไปรับประทานยาต้านไวรัสในที่สาธารณะด้วยเกรงว่าจะยังเสี่ยงต่อการเปิดเผยโรคของตน ส่งผลต่อการรักษาการติดเชื้อ (Martinez et al., 2012) ในประเทศไทยตามข่าวหนังสือพิมพ์ยังพบเห็นการขับไล่ชุมชนผู้ติดเชื้อเอชไอวีออกจากชุมชนอีกด้วย

ด้วยสภาพสังคมและสิ่งกระตุ้นความเครียดต่างๆ ที่ส่งผลทำให้ผู้ติดเชื้อและโดยเฉพาะกลุ่มชายรักชายจึงยังมีโอกาสเกิดความเครียดและภาวะซึมเศร้าได้มากกว่ากลุ่มประชากรอื่นๆ โดยผลของภาวะซึมเศร้าและผลกระทบอื่นๆ ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ซึ่งจะอธิบายไว้ในหัวข้อแนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า และหัวข้อย่อย เช่น ภาวะซึมเศร้าในผู้ติดเชื้อ HIV และเอดส์ ดังนี้

2. แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า

2.1 ความหมายของภาวะซึมเศร้า

สำหรับความหมายของคำว่าภาวะซึมเศร้า จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องทำให้ผู้วิจัยแบ่งความหมายของคำว่าซึมเศร้า ออกเป็น 2 ลักษณะคือความหมายในเชิงของโรคซึมเศร้า อันได้แก่

World Health Organization (2013) ระบุว่าโรคซึมเศร้านั้นเป็นความผิดปกติทางจิตใจ มักแสดงออกด้วยความรู้สึกเศร้า ขาดความสนใจในสิ่งต่างๆ มีความรู้สึกผิดและรู้สึกว่าตนเองไม่มีคุณค่า ประสบกับภาวะการเปลี่ยนแปลงอันไม่พึงประสงค์ของร่างกาย อาทิ การนอนไม่หลับหรือไม่มีความอยากอาหาร รู้สึกเหนื่อยอ่อนง่ายและขาดสมาธิในการทำงานต่างๆ ทั้งหมดส่งผลเสียต่อการใช้ชีวิตประจำวัน การทำงานและการเรียนของบุคคล และอาจนำไปสู่การฆ่าตัวตายได้ในที่สุด

American Psychiatric Association (2000) ได้ให้ความหมายของโรคซึมเศร้าในหนังสือ DSM-IV-TR เอาไว้ว่าเป็นกลุ่มอาการที่ควรรวมถึงอารมณ์ซึมเศร้า การสูญเสียความสนใจในสิ่งหรือกิจกรรมที่เคยให้ความสุขความพึงพอใจ การเปลี่ยนแปลงของน้ำหนักตัว ความอยากอาหาร ลักษณะการนอน การเคลื่อนไหวที่เคลื่อนไหวช้า เฉื่อยชาหรือมีอาการกระสับกระส่าย รู้สึกเหนื่อยล้าและไม่มีเรี่ยวแรง เกิดความรู้สึกไร้ค่าและรู้สึกผิด ประสบกับความยากลำบากในการคิด การมีสมาธิ และการตัดสินใจ มีความคิดและความพยายามที่จะฆ่าตัวตาย ในบางรายอาจจะแสดงอาการสิ้นหวังและหงุดหงิดฉุนเฉียวง่าย มากกว่าการมีอารมณ์เศร้า เสียใจ โดยอาการในกลุ่มดังกล่าวนี้คงอยู่ยาวนานตั้งแต่ 2 สัปดาห์ขึ้นไป

ดวงใจ กษานติกุล (2542) กล่าวว่าโรคซึมเศร้าเป็นอาการที่บุคคลจะรู้สึกเศร้าซึม หดหู่ รู้สึกเบื่อ หดความสนุกและหมดอาลัยตายอยาก และภาวะดังกล่าวจะคงอยู่ยาวนานตั้งแต่ 2 สัปดาห์ขึ้นไป โดยมีอาการทั้งทางกาย พฤติกรรม คำพูด และความคิดวิตกกังวล คิดในเรื่องร้าย ขาดสมาธิและขาดความมั่นใจ

จตุพร พรสัมฤทธิ์ (2554) ระบุว่าความซึมเศร้าคือภาวะที่คนมีความรู้สึกทางลบต่อตนเอง ส่งผลให้เกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง เกิดความเบื่อหน่ายในชีวิต ไม่อยากทำกิจกรรม ไม่อยากเข้าสังคม กินไม่ได้นอนไม่หลับ ไม่มีความสุขนานกว่า 2 สัปดาห์และรุนแรงถึงขั้นการฆ่าตัวตาย

สำหรับความหมายที่สองที่มักพบควบคู่กับคำว่าซึมเศร้าจะเป็นในแง่ของภาวะซึมเศร้า ได้แก่

Beck, Rush, Shaw และ Emery (1979) ระบุว่าภาวะซึมเศร้าเกิดจากรูปแบบความคิดที่บิดเบือนไปในทางลบของบุคคล การมีมุมมองต่อตนเอง สิ่งแวดล้อมและอนาคตในแง่ลบ และการมีแบบแผนความคิด (Schema) ที่ด้อยประสิทธิภาพต่อตนเอง

Beck (2005) ให้ความหมายของภาวะซึมเศร้าว่าเป็นการตีความอย่างมีอคติต่อเหตุการณ์ต่างๆ ซึ่งเกิดจากการกระตุ้นของรูปแบบความคิดทางลบเกี่ยวกับตนเอง โลกและอนาคต ซึ่งรูปแบบการตีความดังกล่าวทำให้บุคคลเสี่ยงที่จะมีภาวะซึมเศร้ามากยิ่งขึ้นและทำให้บุคคลมีความเปราะบางทางจิตใจต่อเหตุการณ์ในชีวิต

Grant , Mills, Mulhern และ Short (2004) ระบุว่าภาวะซึมเศร้าเป็นสิ่งที่บุคคลส่วนใหญ่ต้องเผชิญ ทั้งทางตรงและทางอ้อม แต่บุคคลมักหลีกเลี่ยงที่จะต้องประสบพบเจอกับความซึมเศร้า ทำให้ความซึมเศร้าเป็นภาวะที่ไม่พึงปรารถนาและผิดปกติ

Bada และ Badogun (2013) ภาวะซึมเศร้าไม่จำเป็นจะต้องเป็นโรคทางจิตเวช แต่เป็นภาวะที่เกิดเมื่อบุคคลประสบกับสถานการณ์ทางลบต่างๆในชีวิต เช่น การสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก ปัญหาความสัมพันธ์ การทำงานและการเงิน ภัยพิบัติทางธรรมชาติ การประสบอุบัติเหตุอย่างรุนแรง หรือการได้รับการวินิจฉัยทางการแพทย์ก่อให้เกิดบุคคลมีอาการซึมเศร้า (low mood) และไม่สนใจการทำกิจกรรมต่างๆ (Aversion to activity) ซึ่งส่งผลเสียต่ออารมณ์ ความคิดและความรู้สึกรวมทั้งสุขภาวะของบุคคล

ดังนั้น เมื่อเปรียบเทียบกันแล้ว ภาวะซึมเศร้าหรืออารมณ์ซึมเศร้าเป็นภาวะเกิดขึ้นได้โดยทั่วไป จากการเปลี่ยนแปลงต่างๆของชีวิตหรือความเจ็บป่วย ส่งผลต่อการดำเนินชีวิตของบุคคล แต่สำหรับความหมายของโรคซึมเศร้าจะเป็นในเชิงของความผิดปกติทางจิตใจ ซึ่งมีระยะเวลาของการดำเนินโรคและเกณฑ์กำหนดชัดเจน หากไม่ถึงเกณฑ์นี้จะนับเป็นเพียงภาวะหรืออารมณ์ซึมเศร้า

จากความต่างในข้างต้นและความหมายของภาวะซึมเศร้าที่พบทวนมา ภาวะซึมเศร้าในงานวิจัยนี้ หมายถึง ภาวะอารมณ์เศร้าซึม (Depressed mood) ของผู้ที่ติดเชื้อ HIV ซึ่งเกิดจากรูปแบบความคิดทางลบต่างๆที่มีต่อตนเอง สิ่งแวดล้อมและอนาคต อันส่งผลต่ออารมณ์ความรู้สึก การตอบสนองของร่างกายและพฤติกรรมของผู้ติดเชื้อ

2.2 สาเหตุของการเกิดภาวะซึมเศร้า

สาเหตุของความซึมเศร้าที่เกิดขึ้น ทั้งที่เป็นระดับภาวะซึมเศร้าหรือได้รับการวินิจฉัยทางการแพทย์ว่าเป็นโรคซึมเศร้า มาจากปัจจัยหลายๆอย่างร่วมกันทั้งด้านชีวภาพ จิตใจ และสังคม เรียกว่า Biopsychosocial factors ซึ่งแต่ละปัจจัยมีอิทธิพลต่อแต่ละบุคคลในระดับที่แตกต่างกัน (ดวงใจ กสานติกุล, 2542) ได้แก่

2.2.1 ปัจจัยทางด้านชีวภาพ

การศึกษาอิทธิพลทางกรรมพันธุ์นั้นจะเป็นไปในประเด็นของโรคซึมเศร้าเป็นหลัก แต่การหยิบยกมาใช้ประกอบการทบทวนวรรณกรรมครั้งนี้ เนื่องจากความสัมพันธ์ใกล้ชิดระหว่างโรคและอารมณ์ซึมเศร้าดังที่ได้กล่าวถึงในข้างต้น ทั้งนี้ จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าหากทั้งพ่อและแม่เป็นโรคซึมเศร้า ลูกจะมีโอกาสเสี่ยงต่อโรคนี้นี้สูงถึง 43% และสำหรับฝาแฝดไข่ใบเดียวกันมีอัตราเสี่ยงที่ทั้งคู่จะได้รับการวินิจฉัยนั้นมีสูงถึง 60-80% ส่วนญาติพี่น้องของผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้าชนิด

Bipolar นั้นมีอัตราเสี่ยงต่อการวินิจฉัยนี้มากกว่าบุคคลทั่วไป 2-3 เท่า แสดงให้เห็นว่าพันธุกรรมเป็นหนึ่งในปัจจัยที่ก่อให้เกิดโรคซึมเศร้า

นอกจากนั้นในปัจจัยทางด้านชีวเคมี สิ่งที่พบคือโรคซึมเศร้านั้นเกิดการความผิดปกติของสารสื่อประสาท เช่น เซโรโทนิน นอร์เอพิเนเฟริน โดพามีน และ GABA เป็นต้น ความไม่สมดุลของการทำงานของสารในร่างกาย เช่น กลีโกลิแรนในเลือด (โซเดียม, โพแทสเซียม และแคลเซียม) ความผิดปกติของฮอร์โมน โดยเฉพาะไทรอยด์ฮอร์โมนสูงหรือต่ำผิดปกติ ยาหรือสารที่มีฤทธิ์ต่อระบบประสาท เช่น ยาบ้า (เมทแอมเฟตามีน) ยาลดความอ้วน ยาลดความดันโลหิตสูงและยาสเตียรอยด์ เป็นต้น

2.2.2 ปัจจัยทางด้านสังคม

เมื่อบุคคลประสบกับสถานการณ์ทางสังคมที่ส่งผลกระทบต่อกระเทือนจิตใจ ก่อให้เกิดอาการซึมเศร้าตามมา โดยปัจจัยทางสังคม มีทั้งที่เป็นปัญหาเศรษฐกิจและสังคม ปัญหาในความสัมพันธ์ ครอบครัวและความรัก ปัญหาการเรียน และการใช้ชีวิต ปัญหาภัยพิบัติทางธรรมชาติที่ส่งผลกระทบต่อชีวิตและทรัพย์สินของบุคคล ปัญหาโรคภัยไข้เจ็บ รวมทั้งการได้รับการวินิจฉัยทางการแพทย์ (มะเร็ง หรือ HIV) ส่งผลทำให้บุคคลมีการเห็นคุณค่าและความภาคภูมิใจในตนเองลดต่ำลง

2.2.3 ปัจจัยทางด้านจิตใจ

1) ทฤษฎีจิตวิเคราะห์ (Psychoanalytic Theory) ระบุว่ามีความอธิบายมากมายเกี่ยวกับสาเหตุของโรคซึมเศร้าในมุมมองของจิตวิเคราะห์ โดยแนวคิดดั้งเดิมจะเชื่อว่าภาวะซึมเศร้าเกิดจากความโกรธที่มุ่งกลับมาที่ตนเอง เป็นความเกลียดตนเอง ซึ่งอธิบายได้ว่าเป็นความผิดหวังในวัยเด็ก การขาดความรักความอบอุ่น ความโกรธต่างๆ ที่เกิดขึ้นในจิตใจ ก่อให้เกิดการรับรู้ที่โลกนั้นโหดร้ายและคาดคะเนไม่ได้ ทำให้เด็กเกิดความรู้สึกเหงา โดดเดี่ยว สับสน แค้นเคือง และหมดหวัง อย่างไรก็ตาม ด้วยเหตุที่บุคคลในครอบครัวเป็นผู้ที่ทำให้ตนเองมีชีวิตอยู่รอดได้ในวัยเด็ก บุคคลจึงเกิดความโกรธที่มีต่อพ่อแม่ มามุ่งโกรธตนเองหรือมองตนเองว่าเป็นเด็กไม่ดี ไม่เป็นที่รักของผู้อื่นแทน (Nemade, Reiss, & Dombek, 2007)

2) ทฤษฎีพฤติกรรมและการรู้คิด (Cognitive-Behavior Theory) มีการประยุกต์จากรูปแบบการเรียนรู้ (Learning models) ต่อการเกิดโรคซึมเศร้า ซึ่งรูปแบบสำคัญที่ใช้อธิบายการเกิดโรคซึมเศร้า ได้แก่ รูปแบบพฤติกรรม (Behavior models) เช่น พฤติกรรมเสริมแรง (Reinforcement theory) รูปแบบภาพความคิด (Cognitive perspective) เช่น ทฤษฎีการเรียนรู้ความสิ้นหวังหรือการยอมจำนนจากการเรียนรู้ (Learned helplessness theory) และพัฒนาต่อเป็นทฤษฎีของ Beck (Beck's cognitive Theory)

2.1) อารมณ์ซึมเศร้าเกิดจากทฤษฎีการเสริมแรง (Reinforcement theory)

อารมณ์ซึมเศร้าเกิดจากการสูญเสียการเสริมแรงทางบวกที่สำคัญในชีวิตของคุณ อารมณ์ซึมเศร้าทำให้เรารู้ว่าตนเองไม่มีอิทธิพลต่อสิ่งแวดล้อม เกิดการเรียนรู้ว่าทุกอย่างหมดหนทางแก้ไขแล้ว (Learned helplessness) ส่งผลให้บุคคลมีความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองลดลง หดหู่ท้อใจ และหมดความกระตือรือร้นทำสิ่งต่างๆตามมาในที่สุด (ดวงใจ กษานติกุล, 2542)

2.2) ทฤษฎี Cognitive Theory ของ Beck อธิบายถึงปัจจัยที่กระตุ้นให้เกิดภาวะซึมเศร้าของบุคคลว่ามาจากปัจจัย 3 ประการด้วย (Beck, 1976 อ้างถึงใน Beck, Rush, Shaw & Emery, 1979) คือ

1. ความคิดแง่ลบสามด้าน (Cognitive triad) ความคิดด้านแรกคือ ความคิดแง่ลบต่อตนเอง อันเป็นการมองและตำหนิตนเองในข้อจำกัดและข้อบกพร่องของตนเอง ส่งผลให้บุคคลมองตนเองว่าไร้ค่าและไม่เป็นที่ต้องการของผู้อื่น โดยปราศจากการพิจารณาถึงเหตุผลและคำอธิบายอื่นๆ ความคิดด้านที่สองคือความคิดแง่ลบต่อสังคม โดยบุคคลที่ซึมเศร้ามักจะเลือกรับรู้ข้อเท็จจริงต่างๆ ที่สนับสนุนความเชื่อด้านลบของตนเองที่มีต่อสังคมสิ่งแวดล้อม และตีความสถานการณ์ต่างๆ ที่ตนเองกำลังประสบอยู่ในแง่ลบ บุคคลมักมองว่าสังคมหรือโลกภายนอกเรียกร้องจากตนเองสูงเกินไป ไม่ให้การสนับสนุนหรือกลับเป็นอุปสรรคขัดขวางไม่ให้ตนก้าวไปถึงเป้าหมายในชีวิตได้ สำหรับความคิดด้านสุดท้ายคือความคิดด้านลบต่ออนาคต โดยบุคคลที่ซึมเศร้าคาดหวังว่าความยากลำบากและความล้มเหลวในปัจจุบันจะคงอยู่และดำเนินต่อไปในอนาคตของตนเองอีกด้วย อันนำมาซึ่งความรู้สึกไร้ค่า ท้อแท้และสิ้นหวัง

2. แบบแผนความคิด (Schema) เป็นตัวอธิบายถึงสาเหตุที่บุคคลยังคงไว้ซึ่งความคิดที่ไม่เอื้อประโยชน์ต่อตนเองและคงความไม่สบายใจอยู่ แบบแผนความคิดเป็นมุมมอง แนวทางในการมองโลก รับรู้สิ่งต่างๆ ที่บุคคลใช้เป็นหลักในการดำเนินชีวิต ซึ่งพัฒนาสั่งสมมาตั้งแต่วัยเด็ก โดยบุคคลจะใช้เป็นแนวทางในการจำแนก คัดเลือกสิ่งเร้าที่จะให้ความสนใจรับรู้ และนำมาตีความทำความเข้าใจเหตุการณ์หรือสถานการณ์ที่เกิดขึ้น ดังนั้นในเหตุการณ์หนึ่งเหตุการณ์เดียวกัน บุคคลที่มีแบบแผนความคิดต่างกัน รับรู้และตีความแตกต่าง ขึ้นอยู่กับแบบแผนความคิดของตนเองนั่นเอง ทั้งนี้แบบแผนความคิดอาจเกิดขึ้นสั่งสมในตัวบุคคลโดยที่บุคคลอาจไม่ได้ตระหนักรู้ชัดเจน แต่สามารถส่งผลกระทบต่อความคิด อารมณ์ความรู้สึก และพฤติกรรม เมื่อถูกกระตุ้นจากสถานการณ์ต่างๆ ได้

3. รูปแบบความคิดที่บิดเบือนในทางลบ (Faulty Information Processing) กระบวนการคิดที่ผิดพลาดของบุคคลที่ซึมเศร้า ทำให้ความเชื่อทางลบที่บุคคลมีอยู่ แม้จะขาดหลักฐานสนับสนุน ตัวอย่างกระบวนการคิดในลักษณะนี้ได้แก่ Arbitrary Inference หรือการ

อนุมานโดยไม่มีเหตุผล อันเป็นการสรุปเหตุการณ์ต่างๆ โดยปราศจากหลักฐานหรือสิ่งมาสนับสนุนความคิดนั้นๆ Overgeneralization หรือการยึดเอาความเชื่อจากเหตุการณ์ใดเหตุการณ์หนึ่งและนำมาใช้อย่างไม่เหมาะสมในสถานการณ์หรือเหตุการณ์อื่นๆ ที่แตกต่างกันไป Selective Abstraction หรือการหาข้อสรุปจากเฉพาะข้อมูลหรือเหตุการณ์อันใดอันหนึ่ง โดยไม่พิจารณาข้อมูลหรือเหตุการณ์อื่นๆ ที่อาจแตกต่างกันไป Magnifying/Minimizing เป็นการรับรู้สถานการณ์โดยเพิ่มหรือลดน้ำหนักความสำคัญของเหตุการณ์เหล่านั้นกว่าที่ควรจะเป็น Personalization เป็นการเชื่อมโยงเหตุการณ์ภายนอกต่างๆ เข้ากับตนเองอย่างไม่สมเหตุสมผล Labeling เป็นการตีตราตนเอง และ Polarized Thinking เป็นรูปแบบการคิดแบบสุดขั้ว ด้านใดด้านหนึ่ง และขาดความยืดหยุ่น

2.3 อาการของภาวะซึมเศร้า

2.3.1 อาการทางกาย เช่น การเบื่ออาหาร นอนไม่หลับ น้ำหนักลด อ่อนแรง ปากแห้ง ท้องผูก เสื่อมถอยของอารมณ์ทางเพศ ปวดศีรษะ เป็นต้น

2.3.2 พฤติกรรมคำพูด มีอาการเซื่องซึมเซื่องช้า เหม่อลอย พูดซ้ำ เคลื่อนไหวช้า พูดเสียงเบาและแยกตัว ไม่อยากพบหน้าหรือพูดคุยกับใคร แต่บางรายมีอาการหงุดหงิด กระวนกระวายทั้งกายและใจ

2.3.3 กระบวนการทางความคิดและความสามารถในการตัดสินใจปัญหาต่างๆ ลดลง ไม่สามารถเผชิญปัญหาต่างๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ สูญเสียสมาธิ มีอาการหลงลืม ไม่สามารถสนใจสิ่งใดได้นาน ถูกรบกวนด้วยความคิดแปลกๆ ได้ง่าย มีความคิดซ้ำเติมตนเอง คิดว่าตนเองโง่หรือเลว ทำให้ยิ่งมองตนเองไปในด้านลบมากขึ้น เกิดความรู้สึกผิด โทษตัวเอง รู้สึกไร้ความสามารถ จนกระทั่งไม่เห็นคุณค่าในตนเอง ความภาคภูมิใจในตนเองลดน้อยลง คิดว่าการตายเป็นทางออกที่ดีที่สุดสำหรับตนเองและบุคคลที่ตนเองรัก นำไปสู่การคิดและพยายามฆ่าตัวตายในที่สุด

สำหรับอาการของผู้ที่ซึมเศร้าในมุมมองของ Beck, Rush, Shaw และ Emery (1979) จะมองว่ากลุ่มอาการหรือการแสดงออกของความซึมเศร้านั้นเกิดจากรูปแบบความคิดทางลบของบุคคลดังกล่าวได้รับการกระตุ้นขึ้น ได้แก่ อารมณ์เศร้า เสียใจหรือโกรธ สามารถเกิดขึ้นเมื่อบุคคลนั้นคิดว่าตนเองถูกปฏิเสธ ถูกทิ้งหรือไม่ได้รับความรักจากผู้อื่น หรือเมื่อบุคคลมีความเชื่อที่ไม่ถูกต้องว่าตนเองไม่เป็นที่ต้องการ

2.4 ผลกระทบของภาวะซึมเศร้า

ภาวะซึมเศร้าทำให้เกิดอันตรายต่อสุขภาพ รุนแรงถึงขั้นเสียชีวิต ซึ่งแบ่งผลกระทบออกเป็น 2 ทางคือ ผลกระทบทางตรงและผลกระทบทางอ้อม (Katz, 1996 อ้างถึงใน จุติพร ทองสัมฤทธิ์, 2554)

ผลกระทบทางตรงในแง่ของอาการทางกายทั้งการหมดแรง ไร้เรี่ยวแรง และการเฉื่อยชา นั้น ในมุมมองของรูปแบบความคิด สามารถอธิบายได้ว่าเกิดจากความเชื่อของผู้ที่ซึมเศร้าว่าตนเองจะประสบ ความล้มเหลวแม้จะความพยายามมากแค่ไหนก็ตาม หรือภาวะ Psychomotor Inhibition เกิดจาก การที่บุคคลมีความคิดว่าในอนาคตไม่มีความสำคัญอีกต่อไป อีกทั้งระบบภูมิคุ้มกันเสื่อมลง เจ็บป่วย ด้วยโรคต่างๆ่าย พบว่าภาวะซึมเศร้ารุนแรงจะทำให้มีความบกพร่องในการทำหน้าที่ของเซลล์ที่มี หน้าที่ฆ่าเชื้อโรคตามธรรมชาติ ส่วนในแง่ของแรงจูงใจ อาทิ การหมดสิ้นแรงจูงใจอันเกิดขึ้นจาก ความคิดเชิงลบ การมองโลกในแง่ร้าย และความคิดว่าตนเองหมดหวังสิ้นหวัง ความปรารถนาที่จะฆ่า ตัวตายสามารถเกิดขึ้นได้เพื่อหลีกเลี่ยงกับปัญหาที่ไม่สามารถแก้ไขได้

ผลกระทบทางอ้อม บุคคลที่มีอาการซึมเศร้ามักจะขาดสารอาหาร เนื่องมาจากบุคคลที่อยู่ใน ภาวะซึมเศร้าจะมีความอยากอาหารลดลงหรือปฏิเสธการรับประทานอาหาร ทำให้มีการขาด สารอาหารรุนแรง นอนหลับไม่เพียงพอ ทำให้ร่างกายอ่อนเพลียและทรุดโทรม บุคคลมีความตื่นตัวใน ระดับต่ำ ไม่สนใจสิ่งต่างๆ ความสามารถในการทำสิ่งต่างๆในชีวิตประจำวันลดลง ขาดสมาธิและ ความริเริ่มสร้างสรรค์ในการทำสิ่งต่างๆ ทำให้เสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุที่มากยิ่งขึ้น และบุคคล ซึมเศร้ามักจะแยกตัวเองออกจากผู้อื่น ไม่สนใจผู้อื่น มีพฤติกรรมต่อต้านสังคม มองโลกในแง่ร้าย ทำ ให้ขาดการสนับสนุนทางสังคม (Social Support) จากผู้อื่นรอบข้าง ทั้งหมดส่งผลให้บุคคลมีความ เจ็บป่วยและเกิดอาการซึมเศร้าที่รุนแรงมากขึ้นหรือหายช้ากว่าปกติ นำไปสู่การมีชีวิตที่สั้นลง เนื่องมาจากขาดความสนใจในการที่จะดูแลรักษาร่างกายและความเจ็บป่วยของตนเอง

2.5 ภาวะซึมเศร้าในผู้ติดเชื้อ HIV และเอดส์

สำหรับผู้ที่ติดเชื้อ HIV นั้นจะต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงในชีวิต การเห็นสัญญาณของการ เสื่อมถอยของร่างกาย การประสบตราบาปและถูกเหยียดหยามดูถูกจากสังคม การขาดการสนับสนุน ทางสังคม การถูกปฏิเสธจากคนรอบข้างอันมีแนวโน้มที่จะกระตุ้นให้เกิดความเครียดต่างๆ ที่ส่งผลทำ ให้ผู้ติดเชื้อเกิดอารมณ์ซึมเศร้า เศร้าโศกเสียใจและรู้สึกหมดหวัง อาจใช้วิธีการจัดการปัญหาที่ไม่ เหมาะสม เช่น การปฏิเสธ หรือการหลีกเลี่ยงความจริง รวมทั้งการมองโลกในแง่ร้ายและเป็นอันตราย ต่อตัวเองนำไปสู่การเร่งระยะของอาการติดเชื้อ และทำให้ชีวิตของผู้ติดเชื้อสั้นลงได้อีกด้วย (Chan, Kong, Leung et al., 2005)

ทั้งโรคซึมเศร้าและภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นในผู้ติดเชื้อ HIV นั้นเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นเป็นปกติ แต่ มักจะถูกมองข้ามเสมอ อย่างไรก็ตามโรคดังกล่าวนี้เป็นอันตรายอย่างยิ่งที่ส่งผลเสียต่อคุณภาพชีวิต การทำงาน ความสัมพันธ์และการรักษาโรค รวมทั้งการมีชีวิตอยู่รอดอีกด้วย (Rabkin, 2008) แต่การ หาอัตราการเกิดโรคซึมเศร้าในผู้ติดเชื้อ HIV นั้นมีความยากลำบากมาก เนื่องมาจากเกณฑ์การ

วินิจฉัยโรค เครื่องมือที่ใช้ในการวัดและวิธีการวัดที่แตกต่างกัน และความหลากหลายของกลุ่มประชากรที่ต้องการศึกษา

ความยากลำบากในการวินิจฉัยโรคซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคเอดส์นั้นยังเกิดจากการที่การเปลี่ยนแปลงทางสรีระเนื่องมาจากการดำเนินของโรคเอดส์ และอาการความผิดปกติทางกายอื่นๆ นั้นต่างมีลักษณะอาการต่างๆ ที่คล้ายคลึงกันจนแยกความแตกต่างหรือระบุว่าผู้ติดเชื้อเป็นโรคซึมเศร้าได้ยาก เช่น โรคซึมเศร้า และการเปลี่ยนแปลงทางสรีระจากโรคเอดส์นั้นมีลักษณะอาการร่วมกันได้แก่ การเปลี่ยนแปลงของความอยากอาหาร การขาดแรงจูงใจ ความเหนื่อยล้าอ่อนเพลีย มีปัญหาการนอนหลับ ความบกพร่องในความคิด รวมทั้งปัญหาทางเพศ ทำให้อัตราการเกิดของโรคซึมเศร้าจึงมีความหลากหลายไปตามงานวิจัยต่างๆ อย่างไรก็ตามจากการวิเคราะห์ย้อนกลับมาจากการรวบรวมงานวิจัยกว่า 10 เรื่องของ Ciesla และ Roberts (2001) พบว่าอัตราการเกิดโรคซึมเศร้าในผู้ติดเชื้อ HIV นั้นมากกว่าในกลุ่มประชากรทั่วไปถึง 2 เท่า

อย่างไรก็ตามจากงานวิจัยของ Ciesla และ Roberts (2001) ได้ให้ข้อสรุปหนึ่งเอาไว้ว่า แม้ในผู้ติดเชื้อจะมีการเกิดโรคซึมเศร้ามากกว่าประชากรที่ไม่ติดเชื้อ แต่การติดเชื้อ HIV ไม่ได้ส่งผลโดยตรงให้เกิดความซึมเศร้าแต่เป็นปัจจัยอื่นๆ ที่ส่งผลให้เกิดความซึมเศร้า เช่น การตีตราบาปจากสังคม หรือปัจจัยความเครียดอื่นๆ ทั้งนี้ Roberts, Ciesla, Dorenfeld และ Hewitt (2001) ยังระบุว่าม้งานวิจัยน้อยมากที่มุ่งศึกษากระบวนการที่ทำให้กลุ่มผู้ติดเชื้อเสี่ยงต่อความซึมเศร้า

จากการศึกษางานวิจัยต่างๆ ผู้วิจัยเห็นถึงตัวแปรที่สัมพันธ์ต่อการเกิดภาวะความซึมเศร้าในผู้ติดเชื้อ HIV ไว้ดังต่อไปนี้

2.5.1 Diathesis-Stress Model ของ Abramson, Alloy และ Hogan (1997) ซึ่งเป็นโมเดลที่ใช้ในการอธิบายถึงสาเหตุของสถานการณ์ที่กระตุ้นให้เกิดความเครียด (Stressor) ทำให้บุคคลบางคนเกิดปัญหาสุขภาพทางจิตต่างๆ รวมทั้งภาวะซึมเศร้าอีกด้วยแต่ในบุคคลที่เจอสถานการณ์เดียวกันกลับไม่เกิดปัญหาทางจิตใจ เช่น การถูกไล่ออกจากงาน หรือการติดเชื้อ HIV สิ่งที่ทำให้บุคคลแตกต่างกันนั้นเกิดจากความเปราะบางทางจิตใจ (Psychological Vulnerability) หรือเรียกอีกชื่อหนึ่งว่า Diatheses ซึ่งหมายถึง คุณลักษณะบางประการที่เพิ่มปัจจัยเสี่ยงที่จะทำให้เกิดปัญหาทางจิตอันหนึ่งได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อเกิดขึ้นร่วมเหตุการณ์ที่ตึงเครียดในชีวิต (Roberts et al., 2001)

ทั้งนี้ Roberts และคณะ (2001) ซึ่งทำการศึกษา Diatheses หรือความเปราะบางในจิตใจที่ทำให้ผู้ติดเชื้อ HIV เสี่ยงต่อการเกิดภาวะความเครียดและซึมเศร้ามากยิ่งขึ้น ได้ระบุว่าปัจจัยที่สะท้อนความเปราะบางนี้ ได้แก่

1) ความไม่มั่นคงทางอารมณ์ (Neuroticism) เป็นลักษณะบุคลิกภาพพื้นฐานของบุคคล ซึ่งเกี่ยวข้องกับความเครียดของบุคคล โดยบุคคลที่มีความไม่มั่นคงทางอารมณ์ในระดับสูงนั้นจะมีอารมณ์ทางลบ เช่น อารมณ์เศร้า โกรธ รู้สึกผิด และหวาดกลัว มีความคิดที่ไม่สมเหตุสมผลจัดการกับความเครียดได้ไม่ดีเท่ากับบุคคลที่มีความมั่นคงทางอารมณ์ (Costa & McCrae, 1992) ซึ่งในงานวิจัยในกลุ่มประชากรทั่วไปพบว่าความไม่มั่นคงทางอารมณ์สัมพันธ์กับความไวต่อเหตุการณ์ ความเครียดในชีวิตและความโน้มเอียงที่จะเกิดภาวะซึมเศร้าอีกด้วย (Roberts et al., 2001)

2) การเห็นคุณค่าในตนเอง (Self-esteem) การเห็นคุณค่าในตนเองในระดับที่ต่ำเมื่อประสบกับเหตุการณ์ที่ตึงเครียดในชีวิต จะยิ่งส่งผลให้บุคคลเสี่ยงที่จะเกิดภาวะซึมเศร้าในอนาคตมากยิ่งขึ้น (Roberts & Monroe, 1994)

3) แบบแผนความคิดทางลบ (Negative Schemata) Beck, Rush, Shaw และ Emery (1979) ระบุว่าแบบแผนความคิดทางลบเกี่ยวกับตนเองและโลก ส่งผลให้เกิดความรู้สึกทางลบ และอารมณ์ซึมเศร้าเกิดขึ้น เมื่อเผชิญกับความท้าทายหรือเหตุการณ์ต่างๆในชีวิต ในทฤษฎีปัญญานิยม (Cognitive Theory) ระบุว่าประสบการณ์ต่างๆ ทำให้บุคคลมีการสร้างความคิดทางลบเกี่ยวกับตนเอง โลกและอนาคตเอาไว้ตั้งแต่ในวัยเด็ก โดยบุคคลอาจไม่ตระหนักถึงแบบแผนความคิดนี้ แต่เมื่อได้รับการกระตุ้นจากเหตุการณ์ต่างๆ เช่น ความเจ็บป่วยพิการ หรือโรคร้ายไข้เจ็บ เช่น การติดเชื้อ HIV ก็อาจกระตุ้นความเชื่อที่ว่าตนเองถูกลิขิตว่าต้องเผชิญกับเหตุการณ์นี้ อนาคตของตนเองดับวูบไร้ความหมาย อันกระตุ้นให้เกิดอารมณ์ซึมเศร้าขึ้นมาได้ อย่างไรก็ตาม เหตุการณ์ต่างๆในชีวิตทั้งไม่ตึงจนไปถึงกับเลวร้ายมากที่สุด อาจไม่ส่งผลให้บุคคลเกิดอารมณ์ซึมเศร้าได้ ถ้าบุคคลไม่ได้มีรูปแบบความคิดในจิตใจที่ถูกกระตุ้นจากเหตุการณ์เหล่านั้นได้

จากผลการวิจัยของ Roberts และคณะ (2001) พบว่า Diathesis ทั้ง 3 องค์ประกอบนั้นร่วมกันมีสหสัมพันธ์กับความซึมเศร้าในผู้ติดเชื้อ HIV และผู้ที่ติดเชื้อ HIV ที่มีความเปราะบางทางจิตใจในระดับที่สูง ประสบกับความเครียดในระดับที่สูงมาก ไม่ว่าจะเผชิญกับเหตุการณ์ฉับพลันหรือไม่ก็ตาม

2.5.2 การตีตราบาป (Stigma) ด้วยโรคเอดส์เป็นโรคที่เรื้อรังและคุกคามชีวิตของผู้ติดเชื้อทั้งร่างกายและจิตใจ เนื่องมาจากการถูกตีตราบาปที่ติดมากับโรค (Mak, Cheung, Law, Woo, Li & Chung, 2007) ซึ่งรูปแบบของการตีตราบาปนั้นเกิดมาจากการที่ผู้ติดเชื้อรับรู้เจตคติของสังคมที่มีต่อการติดเชื้อ HIV รวมทั้งการรับรู้ตนเองในฐานะผู้ติดเชื้อ นำมาซึ่งการตระหนักรู้ว่าโรคเอดส์นำมาซึ่งการเป็นที่รังเกียจหรือไม่ยอมรับของสังคมหรือการถูกกีดกันในการทำงานและการใช้ชีวิต นำมาซึ่งการรับรู้ตนเองในทางลบ ทำให้บุคคลอาจหลีกเลี่ยงที่จะเปิดเผยตนเองว่าติดโรค

(Berger, Ferrans, & Lashley, 2001) และหลีกเลี่ยงการไปรับประทานยาต้านไวรัสในที่สาธารณะ เพราะจะยิ่งเสี่ยงต่อการเปิดเผยโรคต่อเพื่อนหรือครอบครัว (Martinez, Harper, Carleton, Hosek, Bojan, Glum et al., 2012)

Mak และคณะ (2007) ยังศึกษาโมเดล SEM และพบว่าการมีตราบาปในตนเอง เกี่ยวกับ HIV เมื่อบุคคลรับเอาการถูกตีตราเข้าไปในตัวตน ทำให้เกิดความรู้สึกผิด อับอายและรู้สึกไร้ค่าและส่งผลต่อสุขภาวะทางจิต (Psychological distress) ของผู้ติดเชื้ออย่างมีนัยสำคัญทางสถิติอีกด้วย

ภาวะซึมเศร้าจึงเป็นภาวะที่เกิดขึ้นในผู้ที่ติดเชื้อ HIV มากกว่าเมื่อเทียบกับประชากรกลุ่มอื่นๆ และภาวะซึมเศร่ายังอาจเป็นผลข้างเคียงของการรับประทานยาต้านไวรัส อย่างไรก็ตาม ภาวะซึมเศร้าสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวี นั้นสมภพ เรื่องตระกูล (2548) ได้แบ่งประเภทออกเป็น 3 ประเภทด้วยกันคือ

1) ภาวะซึมเศร้าจากปฏิกิริยา (Reactive depression) จะเกิดขึ้นภายหลังการตรวจพบเชื้อ HIV ในร่างกายเป็นเลือดบวก (Positive) จะมีอาการเป็นๆ หายๆ และจะมีอาการรุนแรงมากยิ่งขึ้นเมื่อเริ่มมีอาการของโรคปรากฏขึ้น ผู้ติดเชื้อจะมีอาการเศร้าซึม รู้สึกตนเองไร้ค่า ไม่มีประโยชน์ สิ้นหวัง มีความรู้สึกผิด ละอายใจและโทษตนเอง มีความวิตกกังวลรวมทั้งมีอาการทางกาย เช่น นอนไม่หลับ

2) ความเศร้าโศกเสียใจ (Bereavement) เป็นภาวะอาการที่เกิดขึ้นกับผู้ติดเชื้อที่เกิดอาการเจ็บป่วย และประสบกับการสูญเสียต่างๆ อาทิ ความเจ็บป่วยอาจนำไปสู่การออกจากงาน การสูญเสียกิจกรรมต่างๆ ที่เคยทำได้ อีกทั้งการประสบกับการเปลี่ยนแปลงของตนเองจากบุคคลที่ไม่มีโรคสู่การเป็นโรคเรื้อรังที่มีการตีตราบาป ทั้งยังไม่มียารักษาหายขาดและจำต้องทานยาต้านไวรัสไปตลอดชีวิต ทั้งหลายขนานและหลายช่วงเวลา ทำให้รู้สึกเศร้าเสียใจ อับอาย ด้อยไร้คุณค่าและมีความกังวลเกี่ยวกับอนาคตของตนเอง ซึ่งสำหรับผู้ที่มีความเปราะบางทางจิตใจเป็นพื้นฐาน ความเศร้าโศกเสียใจมักจะเป็นตัวกระตุ้นให้เกิดภาวะซึมเศร้ารุนแรงได้ (อิสริย์ธูภา ชัยสวัสดิ์, 2553)

3) อาการซึมเศร้าอย่างรุนแรง (Major depressive symptoms) สำหรับผู้ติดเชื้อ อาจมีประวัติของการเป็นโรคซึมเศร้าของบุคคลในครอบครัว หรือผู้ติดเชื้ออาจเป็นโรคซึมเศร้ามาก่อน อาการจึงอาจเป็นภาวะซึมเศร้าอย่างรุนแรง มีความคิดฆ่าตัวตายหรือทำร้ายตนเอง หรือนำมาซึ่งการได้รับการวินิจฉัยโรคซึมเศร้า (American Psychiatric Association, 2000)

สำหรับผู้ติดเชื้อ HIV ที่เป็นโรคซึมเศราร่วมด้วยนั้นยังส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิตในแง่ต่างๆของผู้ติดเชื้อ ดังต่อไปนี้

1) คุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อ (Quality of life) โดย Zimpel และ Fleck (2014) ได้ทำการงานวิจัยภาคตัดขวางเพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความซึมเศร้า ความวิตกกังวล และคุณภาพชีวิตในกลุ่มตัวอย่างชาวบราซิล โดยศึกษาในกลุ่มผู้ติดเชื้อในช่วงที่ไม่มีอาการ มีอาการ แสดงออก และในขั้นเอดส์ โดยผลพบว่าความซึมเศร้านั้นสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อ โดยยิ่งผู้ป่วยอยู่ในระยะโรคที่ลุกลามมากขึ้น มีความเจ็บป่วยและโรคต่างๆเกิดขึ้น ส่งผลให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยยิ่งลดลง และความซึมเศร้ายิ่งสูงขึ้น และความซึมเศร้าเป็นตัวทำนายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่สูงสุดต่อคุณภาพชีวิตในทุกมิติของผู้ติดเชื้อ

2) ประสิทธิภาพในการทำงานและสังคม และเพิ่มการแยกตัวออกจากสังคม โดยความซึมเศร้านั้นมักระบุว่าเป็นสาเหตุทำให้เกิดความบกพร่องในหน้าที่การทำงาน รวมทั้งการหยุดลาทำงาน (Rabkin, 2008) ซึ่งสำหรับบริบทของการติดเชื้อ HIV และโรคเอดส์นั้นพบว่ามีโรคซึมเศร้าเป็นส่วนหนึ่งที่มีบทบาททำให้ผู้ติดเชื้อตัดสินใจออกจากงานและไม่กลับมาทำงานใหม่ได้ แต่หากผู้ติดเชื้อสามารถกลับไปทำงานได้จะมีระดับความซึมเศร่าลดลงและได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนร่วมงานมากกว่ากลุ่มที่ไม่ได้กลับมาทำงาน

3) เซลล์ในระบบภูมิคุ้มกันของร่างกาย จากงานวิจัยของ Evans, Ten Have, Douglas, Gettes, Morrison, Chiappini และคณะ (2002) พบว่าภาวะซึมเศร้าสัมพันธ์แม้จะไม่สัมพันธ์กับ CD4⁺ โดยตรงแต่สัมพันธ์กับการทำงานที่ลดลงของเซลล์เพชฌฆาต (Natural Killer cell) ในร่างกาย โดย Natural Killer Cell เป็นเซลล์โดยกำเนิดซึ่งทำหน้าที่กำจัดความผิดปกติ สารพิษในร่างกาย รวมทั้งเซลล์ที่ติดเชื้อ HIV อีกด้วย รวมทั้งภาวะซึมเศร่ายังทำให้มีเชื้อไวรัส HIV ในร่างกายเพิ่มมากขึ้นอีกด้วย Evans และคณะจึงระบุว่าโรคซึมเศร้านั้นสัมพันธ์กับการเร่งการดำเนินของโรคเอดส์มากยิ่งขึ้นอีกด้วย

4) ความร่วมมือในการรับประทานยาต้านเชื้อไวรัส (Antiretroviral Medical Adherence) เนื่องจากความร่วมมือในการรับประทานยาต้านไวรัสนั้นมีความสำคัญต่อความประสบความสำเร็จในการรักษาผู้ติดเชื้อ HIV (Safren et al., 2004; Safren et al., 1999) เนื่องจากยาต้านไวรัสจะช่วยขัดขวางการดำเนินของโรคและช่วยยืดชีวิตของผู้ติดเชื้อ (Rabkin, 2008) ซึ่งภาวะซึมเศร้าเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความสำคัญและส่งผลกระทบต่อระดับความร่วมมือในการรับประทานยาต้านไวรัสอีกด้วย ดังจะอธิบายในการทบทวนวรรณกรรมหัวข้อต่อไป

3. แนวคิดเกี่ยวกับความร่วมมือในการรับประทานยาต้านไวรัส

3.1 ความหมายของความร่วมมือในการรับประทานยา (Adherence)

World Health Organization (2003) ให้ความหมายของ Adherence เอาไว้ว่าเป็นจำนวนพฤติกรรมตั้งแต่การรับประทานยา การเปลี่ยนแปลงการดำเนินชีวิตของคนไข้ให้สอดคล้องไปกับแนวทางข้อตกลงร่วมกันจากผู้เชี่ยวชาญทางด้านสุขภาพ

Ho, Magid, Shetterly, Olson, Maddox, Peterson และคณะ (2008) ระบุว่าความร่วมมือในการรับประทานยา หมายถึง การรับประทานยาตามที่แพทย์กำหนดไว้ เช่นเดียวกับการที่คนไข้ดำเนินการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง

Osterberg และ Blaschke (2005) ให้ความหมายถึง ปริมาณการรับประทานยาของคนไข้ตามที่กำหนดไว้โดยผู้ดูแลสุขภาพ

Osterberg และ Blaschke (2005) ยังสรุปเอาไว้ว่าความร่วมมือในการรับประทานยานั้นมีความหมายที่แตกต่างกับการยินยอมรับประทานยาตามคำสั่งแพทย์ (Compliance) ซึ่งสมัยก่อนจะใช้คำว่า Compliance ซึ่งเป็นจำนวนของพฤติกรรมในการรับประทานยาซึ่งสอดคล้องกับคำสั่งยาของแพทย์ ดังนั้นในปัจจุบัน จึงมักนิยมใช้คำว่า Adherence แทนคำว่า Compliance เนื่องจากการยินยอมรับและปฏิบัติตามคำสั่งแพทย์ (Compliance) เป็นการที่คนไข้ยึดตามคำสั่งของแพทย์เป็นหลัก (Passive) และแนวทางในการรักษาไม่ได้มีพื้นฐานจากสัมพันธภาพในการบำบัดรักษาที่เหมาะสมระหว่างผู้รับยาและแพทย์ เป็นการที่ผู้ป่วยนั้นเชื่อฟัง ยอมรับและทำตามคำสั่งของแพทย์ที่ให้การรักษาตนเองให้คำแนะนำในการรับประทานยาหรือการรักษาโรค จึงใช้คำว่า Adherence เพื่อสื่อถึงสัมพันธภาพในการรักษา และการหาแนวทางร่วมกันในแนวทางการรักษาระหว่างคนไข้และแพทย์นั่นเอง สำหรับความร่วมมือในการรับประทานยายังมีความสำคัญในการบำบัดรักษาโรคต่างๆ อีกด้วย

ณภัทรวรรต บัวทอง (2551) ได้ให้ความหมายของความร่วมมือในการรับประทานยาต้านไวรัสว่าเป็นการรับประทานยาต้านไวรัสได้อย่างสม่ำเสมอและตรงเวลา จากองค์ประกอบของตัวผู้ติดเชื้อและผู้ดูแลสุขภาพ

3.2 วิธีการวัดความร่วมมือในการรับประทานยาต้านไวรัส

ยาต้านไวรัสที่มีประสิทธิภาพในการต่อต้านเชื้อ HIV นั่นก็คือการรับประทานยาต้านไวรัส (HAART: Highly Active Antiretroviral Therapy ซึ่งเป็นการรับประทานยาต้านไวรัสหลายๆ แขนงที่มีฤทธิ์ในการทำลายเชื้อไวรัส HIV ในลักษณะที่แตกต่างกันตามแต่ตัวยา เพื่อช่วยลดปริมาณเชื้อไวรัสในกระแสเลือด เพิ่มเม็ดเลือดขาวที่ CD4⁺ เพิ่มความแข็งแรงของภูมิคุ้มกันของร่างกายทำให้ผู้

ติดเชื่อมีคุณภาพชีวิตที่ดียิ่งขึ้น ลดการเสียชีวิตด้วยโรคฉวยโอกาส และใช้ชีวิตได้ยืนยาวมากยิ่งขึ้น (ณภัทรวรรต บัวทอง, 2551)

ในการวัดระดับความร่วมมือในการรับประทานยาประเภทโดยทั่วไป รวมถึงการวัดความร่วมมือในการรับประทานยาด้านไวรัสนั้นมีความยากในการที่จะวัดให้ได้อย่างแม่นยำ (Pratt et al., 2001) จึงมีวิธีการวัดระดับความร่วมมือในรูปแบบต่างๆ แบ่งออกเป็น 2 รูปแบบคือ การวัดแบบทางตรง (Direct Measures) และการวัดแบบทางอ้อม (Indirect Measure) อีกทั้งในแต่ละวิธีนั้นจะมีทั้งข้อดีและข้อจำกัดแตกต่างกันออกไป ทำให้ไม่มีการวัดแบบใดที่เป็นการวัดที่ดีที่สุด (Gold Standard) ดังนั้น WHO (2003) จึงแนะนำให้มีการวัดระดับความร่วมมือในการรับประทานยาด้านไวรัสแบบหลากหลายวิธี ซึ่งจะทำได้สามารถวัดระดับความร่วมมือการรับประทานยาได้แม่นยำมากยิ่งขึ้น และมีงานวิจัยหลายชิ้นที่มีการวัดระดับความร่วมมือในการรับประทานยาด้านไวรัสแบบหลากหลายวิธี (Golin, Liu, Hays, Miller, Beck, Ickovics et al., 2002; ธิติรัตน์ สุจิตธรรม, 2553) สำหรับประเภทการวัดระดับความร่วมมือในการรับประทานยาด้านไวรัส Osterberg และ Blaschke (2005) และธิติรัตน์ สุจิตธรรม (2553) ได้สรุปวิธีการวัดแบบต่างๆ ดังต่อไปนี้

3.2.1 การวัดแบบทางตรง (Direct Measures)

1) การสังเกตโดยตรงของผู้จ่ายยา (Directly observed Treatment) เป็นการที่ผู้ดูแลของคนไข้ นำยาให้กับคนไข้ และสังเกตการณ์ว่าคนไข้ทานยา ณ เวลานั้นหรือไม่ ข้อดีคือมีความแม่นยำแต่ข้อจำกัดคือไม่สามารถปฏิบัติจริงในชีวิตประจำวัน อีกทั้งคนไข้อาจมียาและไม่ยอมกลืนยาได้อีกด้วย

2) การวัดระดับตัวยาในกระแสเลือด (Therapeutic drug monitoring) เป็นการวัดระดับยาในกระแสเลือด ซึ่งเป็นการวัดแบบปรนัย อย่างไรก็ตามมีข้อวิพากษ์ในประเด็นของราคาที่สูง และระดับการเผาผลาญร่างกายที่แตกต่างกันในแต่ละคนไข้ อันส่งผลต่อการวัดระดับยาในกระแสเลือด

3) การวัด Biomarkers ใช้ในการวัดความร่วมมือในการรับประทานยา โดยการใช้ยาที่ไม่เป็นพิษต่อร่างกาย เพื่อใช้ในการวัดว่าผู้ป่วยกินยาหรือไม่ เช่น การใช้วิตามิน B2 และซีควิตามิน B2 จากปัสสาวะของคนไข้ เป็นการวัดที่เป็นปรนัยและใช้ในบริบทของคลินิก แต่มีราคาแพงและต้องเก็บสารในร่างกายคนไข้เป็นจำนวนมาก

3.2.2 การวัดแบบทางอ้อม (Indirect Measures)

1) Pharmacy Records บันทึกการรับยาของคนไข้จากเภสัชกร เป็นประโยชน์อย่างมากในกรณีที่ผู้ติดเชื่อรับยาจากเพียงแห่งเดียว แต่ข้อจำกัดของการวัดด้วยวิธีดังกล่าวไม่สามารถยืนยันได้ว่าผู้รับยานั้นจะรับประทานยาเข้าไปจริงๆ (Paterson, Potoski, & Capitano, 2002)

2) Pill Counts (PC) เป็นการให้คนไข้นำขวดยาที่รับประทานมายังคลินิก เพื่อนับยาที่เหลืออยู่เพื่อคำนวณดูปริมาณยาที่ผู้ติดเชื่อรับประทานยาไป เทียบกับจำนวนยาที่สั่งให้รับประทาน ข้อดีคือทำได้ง่าย วัดได้ แต่ข้อจำกัดคือข้อมูลยาอาจบิดเบือนได้ เพราะคนไข้สามารถทยาทิ้งได้ (Paterson et al., 2002)

3) Visual Analogue Scale (VAS) เป็นการให้คนไข้ประเมินพฤติกรรมมารับประทานยาของตนเอง โดยมีคะแนนตั้งเป็น 0 คือไม่ร่วมมือ จนถึง 10 คือให้ความร่วมมือในการรับประทานยา ซึ่งทำได้ง่ายอีกด้วย

Visual Analogue Scale (VAS) เป็นการประเมินที่ถูกใช้ในสังคมศาสตร์และสายพฤติกรรมศาสตร์ตั้งแต่ประมาณปี 1920 ซึ่งใช้ในการรับรู้ส่วนบุคคลของคนในแง่ต่างๆ มากมาย โดยทางการแพทย์และพยาบาลศาสตร์นำไปใช้ในการประเมินในแง่ของความเจ็บปวด ปวดศีรษะ คลื่นไส้ และอาเจียน หรือจะเป็นในแง่ของอารมณ์ความรู้สึกต่างๆ คุณภาพชีวิตของคนไข้ และการเสพยาเสพติด เป็นต้น โดยเป็นการประเมินที่มีหลากหลายรูปแบบ โดยส่วนใหญ่จะเป็นเส้นตรง 1 เส้นที่สามารถเป็นได้ทั้งแนวตั้งและแนวนอน โดยเป็นเส้นการประเมินที่หัวและท้ายเป็นลักษณะที่ต้องการให้คนไข้ประเมิน เช่น ระดับความเจ็บป่วย ตั้งแต่ไม่รู้สึกเจ็บป่วยเลย จนถึง เจ็บปวดมาก (Wewers & Lowe, 1990)

4) Pill Identification Test เป็นการที่ผู้ดูแลสุขภาพของคนไข้ เป็นผู้สอบถามและให้คนไข้ระบุชื่อของยาจำนวนยาที่ต้องรับประทานต่อครั้ง เวลาในการรับประทานยา ซึ่งพัฒนาจาก Parienti, Verdon, Bazin, Bouvet, Massari และ Larouzé (2001) อย่างไรก็ตามการระบุชื่อยาของคนไข้เป็นวิธีที่สะดวกและใช้วัดความรู้เกี่ยวกับยาต้านไวรัส แต่ยังไม่มีการวิจัยที่เกี่ยวกับความร่วมมือในการรับประทานยาต้านไวรัส

5) Medication Event monitoring Systems (MEMS) เป็นการให้ขวดยาอิเล็กทรอนิกส์ ซึ่งจะสามารถบันทึกการเปิดปิดขวดยา ทั้งวันเวลา และเมื่อนำสแกนข้อมูลเข้าโปรแกรมในคอมพิวเตอร์ได้ ซึ่งเป็นการวัดที่สามารถดูรูปแบบการรับประทานยาของคนไข้ได้ มีความแม่นยำและผู้ติดเชื่อไม่สามารถที่จะปลอมแปลงระดับความร่วมมือได้ อย่างไรก็ตาม เป็นการวัดที่ค่อนข้างมีค่าใช้จ่ายสูง และมีความยุ่งยากในการนำขวดยามาตรวจหรือส่งข้อมูลเข้าเครื่อง

คอมพิวเตอร์ทุกครั้ง Liu และคณะ (2001) ได้สรุปสาเหตุที่ทำให้ MEMS ไม่แม่นยำเกิดจากการเปลี่ยนแปลงยาในรอบ 4 สัปดาห์ ผู้ติดเชื่อมีการใช้กล่องแบ่งยา หรือตัวยายเป็นของเหลว ยาถูกแจกจ่ายจากบุคคลอื่น หรือมีการแบ่งยาด้านไวรัสกับผู้อื่นของคนไข้ และการที่ผู้ติดเชื่อทำขวยยา MEMS หายหรือขาดได้รับความเสียหาย อย่างไรก็ตาม Paterson และคณะ (2000) สรุปว่าแม้การเปิดขวยยาจะไม่สามารถบอกได้อย่างชัดเจนว่าคนไข้รับประทานยาเข้าไปจริงๆหรือไม่ แต่คนไข้จะไม่สามารถหลีกเลี่ยงวิธีการ MEMS เป็นระยะเวลายาวนานได้นั่นเอง

6) Self-report & Questionnaire เป็นการใช้อย่างสอบถามในการสัมภาษณ์หรือให้ผู้ติดเชื่อตอบแบบสอบถามดังกล่าว Paterson, Potoski และ Capitano (2002) แบ่งวิธีการวัดดังกล่าวลงไปอีก โดยแบบแรกจะเป็นการสอบถามตัวต่อตัวของผู้ถามคำถามกับคนไข้ โดยคำถามจะถามถึงจำนวนยาที่ผู้ติดเชื่อรับประทานในเวลาที่กำหนดไว้ เช่น 3 วัน 7 วันหรือ 1 เดือนที่ผ่านมา และนำค่ามาคำนวณออกเป็นเปอร์เซ็นต์ (%) ของความร่วมมือในการรับประทานยาด้านไวรัส

สำหรับแบบที่ 2 คือแบบสอบถามที่มีมาตรฐาน โดยมีมาตรฐานต่างๆมากมาย อาทิ Patient Medication Adherence Questionnaire (PMAQ) มีข้อกระทง 31 ข้อ ใช้ในการประเมินความร่วมมือในการรับประทานยา ซึ่งยังพบว่าคะแนนความร่วมมือในการรับประทานยาด้านไวรัส ยังมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับ Virologic Response อีกด้วย (Duong, Piroth, Peytavin, Forte, Kohli, Grappin et al., 2001) แบบวัดต่อมาคือ Simplified Medication Adherence Questionnaire (SMAQ) เป็นข้อคำถาม 6 ข้อ เพื่อวัดความไม่ร่วมมือในการรับประทานยาด้านไวรัสของผู้ติดเชื่อ โดยการตอบว่า ใช่ ในข้อคำถามว่ารับประทานยา 2 ครั้งในสัปดาห์ที่ผ่านมา หรือมากกว่า 2 วันที่ลืมนใน 3 เดือนที่ผ่านมาเป็นต้น (S. Berger et al., 2008) แบบวัดที่ 3 คือ Morisky Medication Adherence Scale (MMAS) ซึ่งพัฒนาจาก Morisky, Green และ Levin (1986) เป็นแบบวัดที่มีทั้งฉบับที่มี 8 ข้อ และ 4 ข้อ โดยใช้วัดความไม่ร่วมมือในการรับประทานยาทั้งแบบตั้งใจ (Intentional) และไม่ตั้งใจ (nonintentional) เช่น การหลงลืม ความประมาท หุดยยาเพราะรู้สึกตนเองมีอาการดีขึ้น หรือหุดยยาเพราะรู้สึกว่าการแย่ง ค่ะแนที่ได้มาจะนำมากลับค่าคะแนนเป็น 0- 4 คะแนน คะแนนที่สูงหมายถึงการมีระดับความร่วมมือในการรับประทานยาที่สูง (Tzeng, Chang, Chang, & Lin, 2008) สำหรับมาตรวัด MMAS นั้นพัฒนาขึ้นมาใช้ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และ Pratt, Robinson, Loveday, Pellowe, Franks, Hankins และคณะ (2001) เป็นผู้นำมาใช้กับผู้ติดเชื่อ HIV

แบบที่ 3 คือบันทึกของคนไข้ (Patient Diaries) ให้คนไข้จดบันทึกการรับประทานยาของตนเอง ซึ่งมีส่วนช่วยให้การจดจำการรับประทานยาดีขึ้น แต่ข้อจำกัดคือคนไข้สามารถเปลี่ยนแปลงบันทึกของตนเองได้ หรือผู้ติดเชื่อที่ลืมนจด อาจมาจดย้อนหลังหรือไม่จดเลยทำให้ขาด

ประสิทธิภาพนั่นเอง โดยสรุปแล้ว Self-report และแบบวัดต่างๆที่ใช้กัน จุดเด่นคือราคาไม่แพง ทำได้ง่ายและมีประโยชน์ในบริบทของคลินิกอย่างมาก แต่ข้อจำกัดคือคนไข้สามารถที่จะบิดเบือนข้อมูลต่างๆในการตอบคำถามได้อีกด้วย

Paterson, Potoski และ Capitano (2002) ได้ทำการพิจารณาวิธีการวัดระดับความร่วมมือในการรับประทานยาต้านไวรัสในวิธีการต่างๆ จำนวน 8 วิธี คือ MEMS, การนับยา (Pill Counts), Pharmacy Records, Self-Report, ตัววัดทางชีวภาพ (Biological Parameters), Pill Identification Test, การวัดระดับตัวยาในกระแสเลือด (Therapeutic drug monitoring) และการทำนายระดับความร่วมมือของผู้จ่ายยา ซึ่งจากงานวิจัยสรุปว่าการวัดระดับความร่วมมือในการรับประทานยาต้านไวรัส (MEMS) นั้นเป็นการวัดที่ใกล้เคียงกับการวัดที่ดีที่สุด (Gold Standard) เนื่องจากการวัดนี้สามารถที่จะระบุช่วงเวลาที่ได้รับประทานยาได้ แต่ผู้ติดเชื้ออาจหลงลืมนำขวดยามาตามวิโหดข้อมูลของยาได้ ดังนั้น Liu และคณะ (2001) จึงพัฒนาวิธีคิดคะแนนระดับความร่วมมือแบบประกอบกัน (Composite Adherence Score) ซึ่งจะใช้ในทางงานวิจัยที่จะใช้การวัด MEMS แต่เมื่อมีข้อมูลขาดหายจะชดเชยด้วยข้อมูลของการนับยาและหากข้อมูลของการนับยาขาดหายก็จะใช้แบบการรายงานตนเองมาแทน

จากการวัดความร่วมมือในการรับประทานยาต้านไวรัสต่างๆทั้งหมด ในกลุ่มผู้ติดเชื้อ HIV นั้นมักใช้การรายงานตนเองในการประเมินระดับความร่วมมือในการรับประทานยาต้านไวรัส ทั้งในบริบททางการทดลองและในชุมชน (Amsten et al., 2001; Paterson et al., 2002) สอดคล้องกับธิดารัตน์ สุจิตธรรม (2553) ที่รวบรวมงานวิจัยจำนวน 13 ชิ้นเกี่ยวกับความร่วมมือในการรับประทานยาต้านไวรัสพบว่า งานวิจัย 8 ใน 13 งานจะใช้วิธีการวัดแบบการรายงานตนเอง (Self-Report) มีเพียงงานวิจัยเดียวเท่านั้นที่ใช้ MEMS ส่วนงานวิจัยชิ้นอื่นๆนั้นจะใช้วิธีการวัด 3 แบบหรือ 4 แบบในงานวิจัยชิ้นหนึ่ง

อย่างไรก็ตามการวัดโดยการรายงานตนเอง (Self-Reports) นั้น สิ่งที่เกิดขึ้นคือระดับคะแนนความร่วมมือนั้นจะสูงกว่าความเป็นจริงและสูงกว่าวิธีวัดด้วยวิธีการอื่น (Liu et al., 2001) ส่วน MEMS นั้นจะประเมินระดับคะแนนได้ต่ำกว่าระดับความร่วมมือในการรับประทานยาต้านไวรัสในความเป็นจริง (Amsten et al., 2001) อีกทั้งมีงานวิจัยจำนวนมากที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างระดับความร่วมมือในการรับประทานยาต้านไวรัสแบบรายงานตนเอง กับการตอบสนองของผู้ติดเชื้อ HIV แต่ผลกลับมีความไม่สอดคล้องกัน จึงเกิดข้อสงสัยเกี่ยวกับความตรงของแบบวัดระดับความร่วมมือแบบรายงานตนเอง (Nieuwkerk & Oort, 2005)

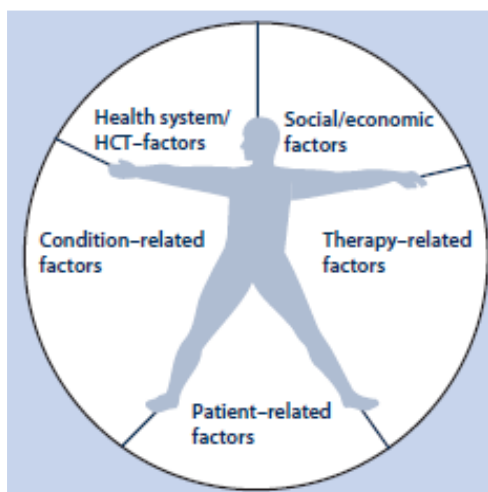
การรายงานตนเองนั้นแม้จะมีความไวในการจับความไม่ร่วมมือในการรับประทานยาต้านไวรัสต่ำกว่า MEMS แต่ทั้งสองวิธีการวัดนั้นมีสหสัมพันธ์ที่สูงกับปริมาณเชื้อไวรัสในร่างกายของผู้ติดเชื้อ (Arnstén et al., 2001) อีกทั้ง ธิดาร์ตัน สุจิตธรรม (2553) ยังสรุปจากงานวิจัยต่างๆ พบว่าการรายงานตนเอง (Self Reports) มีความไวเพียงพอ มีความเที่ยงและมีค่าความสอดคล้องภายในอีกด้วย สอดคล้องกับ Nieuwkerk และ Oort (2005) ที่ทำการสังเคราะห์งานวิจัยด้วยวิธีวิเคราะห์ห่อภิมาณเกี่ยวกับการรายงานตนเอง ความร่วมมือในการรับประทานยาต้านไวรัสและระดับเชื้อไวรัส HIV ในร่างกายผู้ติดเชื้อ มีงาน 65 งานวิจัยที่ผ่านเกณฑ์และสรุปได้ว่าระดับความร่วมมือในการรับประทานยาต้านไวรัสจากการรายงานตนเองนั้นส่งผลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติต่อเชื้อไวรัส HIV ในร่างกายผู้ติดเชื่อนั้นเอง

ในการวัดระดับความร่วมมือในการรับประทานยาต้านไวรัส (Antiretroviral Medical Adherence) จึงมีความจำเป็นอย่างมาก ในการที่จะให้เกิดประโยชน์สูงสุดในการรักษาด้วยยาต้านไวรัส (Pratt, Robinson, Loveday, Pellowe, Franks, Hankins et al., 2001) เนื่องจากการรับประทานยาเพียงบางส่วนหรือการที่ผู้ติดเชื้อไม่ให้ความร่วมมือในการรับประทานยาจะส่งผลกระทบต่อ การยับยั้งการเพิ่มของเชื้อไวรัส (Viral Suppression) ทำให้เชื้อยังอยู่ในร่างกายผู้ติดเชื้อมากกว่า เกณฑ์ที่กำหนดไว้ (Paterson, Swindells, Mohr, Brester, Vergis, Squier et al., 2000) และในปัจจุบันมีความพยายามที่จะหาระดับความร่วมมือในการรับประทานยาต้านไวรัสที่เหมาะสมที่จะช่วยลดปริมาณเชื้อ HIV ให้อยู่ในระดับที่เป็นประโยชน์ที่สุดต่อคนไข้ ซึ่งงานวิจัยชิ้นสำคัญนั้นมาจากงานของ Paterson และคณะ (2000)

งานวิจัยของ Paterson และคณะ (2000) ใช้วิธีการวัดระดับความร่วมมือในการรับประทานยาต้านไวรัสแบบ MEMS เพื่อศึกษาผลของระดับความร่วมมือที่แตกต่างกันจะส่งผลกระทบต่อผลลัพธ์ทางคลินิก หรือเชื้อไวรัส HIV ในร่างกายผู้ติดเชื้อแบบใด ในผู้ติดเชื้อจำนวน 99 ราย ผลการวิจัยพบว่าการที่ยังผู้ติดเชื้อมีระดับความร่วมมือในการรับประทานยาต้านไวรัสในระดับ 95 % หรือมากกว่านั้นยิ่งเพิ่มประสิทธิภาพของผลการรักษาและการมีเชื้อไวรัสในร่างกายที่ต่ำอีกด้วย จากผลที่ว่ามีเพียง 22 % ของผู้ติดเชื้อ HIV ที่ให้ความร่วมมือในการรับประทานยาในระดับเท่ากับหรือมากกว่า 95 % จะมีความล้มเหลวในการระงับเชื้อไวรัสในกระแสเลือด (Virologic failure) หรือก็คือมีระดับเชื้อไวรัสในกระแสเลือดมากกว่า 400 copies ต่อมิลลิลิตร ในขณะที่ผู้ติดเชื้อที่ให้ความร่วมมือน้อยกว่านั้น เช่น ตั้งแต่ 80-94.9% จะมีผู้ล้มเหลวในการระงับเชื้อไวรัสถึง 61% จากผู้ติดเชื้อทั้งหมด และหากผู้ติดเชื้อให้ความร่วมมือในการรับประทานยาต้านไวรัสต่ำกว่า 80 % จะมีจำนวนผู้ล้มเหลวในการระงับเชื้อไวรัสในเลือดถึง 80 % ของผู้ติดเชื้อทั้งหมด แสดงให้เห็นว่ายิ่งให้ความร่วมมือในการรับประทาน

ยามากเพียงใด ยิ่งเพิ่มโอกาสที่จะสามารถระงับการแพร่เชื้อไวรัส เพิ่มระดับภูมิคุ้มกันในร่างกาย และทำให้ผู้ติดเชื้อมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นมากขึ้นเท่านั้น

3.3 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความร่วมมือในการรับประชนายาต้านไวรัส



ภาพที่ 2 ปัจจัย 5 ข้อที่สัมพันธ์กันและส่งผลต่อการไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา (ที่มา: WHO, 2003 หน้า 27)

Ammassari, Trotta, Murri, Castelli, Narcisco, Noto และคณะ (2002) กล่าวว่าความร่วมมือในการรับประชนายาต้านไวรัส นั้นเป็นพฤติกรรมที่มีความซับซ้อนเป็นอย่างมาก และมีปัจจัยที่มีส่วนขัดขวางความร่วมมือในการรับประชนายาต้านไวรัส ปัจจัยต่างๆเป็นจำนวนมาก โดยสำหรับความร่วมมือในการรับประชนายาหรือการรักษาต่างๆโดยทั่วไปนั้น มีปัจจัย 5 ข้อด้วยกันที่สัมพันธ์กันและส่งผลต่อการไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา (WHO, 2003) คือ ปัจจัยเกี่ยวกับระบบการดูแลสุขภาพและผู้ดูแลคนไข้ ปัจจัยที่เกี่ยวข้องในตัวของคนไข้ ปัจจัยเกี่ยวกับการบำบัดรักษา ปัจจัยเกี่ยวกับอาการ

ความเจ็บป่วยและสุดท้ายปัจจัยทางเศรษฐกิจและสังคม

1. ปัจจัยเกี่ยวกับระบบการดูแลสุขภาพ ประกอบไปด้วย การเข้าถึงการรักษาและความต่อเนื่องในการรักษา
2. ปัจจัยเกี่ยวข้องกับตัวคนไข้ จะรวมทั้งสขภาวะทางร่างกายและสขภาวะทางจิตใจ
3. ปัจจัยเกี่ยวกับการบำบัดรักษาและ 4. ปัจจัยเกี่ยวกับอาการความเจ็บป่วยจะรวมถึงแต่ความซับซ้อนของการรักษา จำนวนครั้งในการเปลี่ยนแผนการรักษา ระยะเวลาในการบำบัด การรักษาโดยมีการตีตราบาปจากสังคม (Social Stigma) และอาการข้างเคียงที่เกิดขึ้นจากการรักษา
5. ปัจจัยทางเศรษฐกิจและสังคม คือค่าใช้จ่ายในการรักษา รวมถึงการประกันสุขภาพ การขาดการสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัว การไม่สามารถเข้าถึงแหล่งจ่ายยารักษาโรคได้ เป็นต้น

สำหรับปัจจัยที่ส่งผลต่อการรับประชนายาต้านไวรัสของผู้ติดเชื้อ HIV นั้น Ammassari และคณะ (2002) ระบุว่าตัวแปรที่เกี่ยวข้องกับความร่วมมือในการรับประชนายาต้านไวรัสมีจำนวนมาก และมีงานวิจัยจำนวนมากที่มุ่งศึกษาตัวแปรต่างๆในประเทศและในบริบทต่างๆ ผลที่ได้จึงมีผลและมี

ความแตกต่างกัน จึงได้ทำการรวบรวมงานวิจัยตั้งแต่ปี 1998 ถึงปี 2002 จำนวน 20 ชิ้นที่ผ่านเกณฑ์ คือใช้ระดับความร่วมมือในการรับประทานยาต้านไวรัสเป็นตัวแปรตามและดูตัวแปรที่มีสหสัมพันธ์ หรือเป็นตัวทำนายตัวแปรความร่วมมือ แม้ว่างานแต่ละชิ้นจะวัดด้วยวิธีที่แตกต่างกัน เวลาที่วัด และความร่วมมือในการรับประทานยาต้านไวรัสเป็นกระบวนการที่เปลี่ยนแปลงได้และเมื่อเวลาเปลี่ยน พฤติกรรมการรับประทานยาของผู้ติดเชื้อก็เปลี่ยนแปลงได้อีกด้วยเช่นกัน แต่ผลการรวบรวมงานวิจัย ก็ให้ภาพรวมของปัจจัยต่างๆ ได้ชัดเจนขึ้น โดยแบ่งปัจจัยออกเป็น 3 กลุ่มคือปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความร่วมมือในการรับประทานยาต้านไวรัสอย่างสม่ำเสมอ ปัจจัยที่ส่งผลอย่างไม่สม่ำเสมอ และปัจจัยที่ไม่เกี่ยวข้องกับความร่วมมือในการรับประทานยาต้านไวรัส ทั้งยังมี Ickovics และ Meisler (1997) และ ฌักควรรต บัวทอง (2551) ได้ทำการสรุปปัจจัยต่างๆ ที่ส่งผลต่อความร่วมมือในการรับประทานยาต้านไวรัสอีกด้วย ปัจจัยที่ส่งผลต่อความร่วมมือในการรับประทานยาต้านไวรัส ผู้วิจัยจึงทำการแบ่งออกเป็น 2 ประเภทดังนี้

3.3.1 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความร่วมมือในการรับประทานยาต้านไวรัสอย่างสม่ำเสมอ

1) อาการเจ็บป่วยและผลข้างเคียงของยาต้านไวรัสของผู้ติดเชื้อ (Symtoms & Medication Side effects) อาการข้างเคียงจากยาต้านไวรัส ได้แก่ การปวดหัว วิงเวียนศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน อาการท้องเสีย เป็นไข้หรือมีอาการคล้ายไข้หวัด เป็นโรคเส้นประสาท อาการคัดจมูก และเหนื่อยล้าอ่อนเพลีย (Safren et al., 1999) ซึ่งยาต้านไวรัสแต่ละประเภทจะมีผลข้างเคียงแตกต่างกันออกไป อาการข้างเคียงต่างๆ นั้นส่งผลให้ผู้ติดเชื้อทานยาได้ไม่สม่ำเสมอ หยุดยารักษา จึงมีสหสัมพันธ์ทางลบกับความร่วมมือในการรับประทานยาต้านไวรัส (Duran, Spire, Raffi, Walter, Bouhour, Journot et al., 2001)

2) ความซับซ้อนของการรับประทานยา (Complexity of regimen) การรับประทานยาต้านไวรัสที่มีความยุ่งยากและซับซ้อนเพราะต้องกินยาหลายแขนง หลายช่วงเวลา และในปริมาณยาที่มาก ทำให้ผู้ติดเชื้อไม่สามารถทำตามแนวทางในการรับประทานยาได้อย่างเคร่งครัด หรือในอีกแง่หนึ่งก็คือหากการรับประทานยาต้านไวรัสยังไม่ซับซ้อนมากเท่าไร ความร่วมมือในการรับประทานยาต้านไวรัสย่อมมีโอกาสสูงยิ่งขึ้น (Ammassari et al., 2002)

3) เหตุการณ์ที่มีความตึงเครียดในชีวิต (Stressful life events) เช่น การถูกเลิกจ้างงาน การไร้ที่อยู่อาศัย การโทษจำคุก การเป็นเหยื่อในความรุนแรงต่างๆ และการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เหตุการณ์ตึงเครียดมีความสัมพันธ์กับความไม่ร่วมมือในการรับประทานยาต้านไวรัส

(Leserman, Ironson, O'Cleirigh, Fordiani, & Balbin, 2008) ผู้ติดเชื่อที่ประสบกับความตึงเครียดจะนำไปสู่การไม่ร่วมมือและการมีความเครียดอื่นๆ ผ่านตัวแปรส่งผ่านบางตัวนั่นเอง

4) การขาดการสนับสนุนทางสังคมและจากครอบครัว (Family & social support) การได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลที่ผู้ติดเชื่อให้ความสำคัญทั้งทางเศรษฐกิจและสังคมสัมพันธ์กับการให้ความร่วมมือในการรับประทานยาต้านไวรัสในระดับสูง จากงานวิจัยจำนวนมากที่ Amassari และคณะ (2002) จึงสามารถที่จะยอมรับอย่างมีเหตุผลว่าการสนับสนุนทางอารมณ์เป็นเกราะป้องกันและเพิ่มแรงจูงใจที่จะร่วมมือทานยาต้านไวรัสมากยิ่งขึ้น

5) ความมั่นใจในการรับประทานยา (Self- efficacy) ความมั่นใจในความสามารถที่จะรับประทานยาต้านไวรัสและปฏิบัติตามตารางการรับประทานยาในชีวิตประจำวันได้ สัมพันธ์กับความร่วมมือในการรับประทานยาต้านไวรัสที่ดียิ่งขึ้น (Golin et al., 2002)

3.3.2 ปัจจัยที่ยังไม่มีข้อสรุปในความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรับประทานยาต้านไวรัส

1) เพศ (Gender) จากงานวิจัยสรุปยังให้ข้อสรุปที่แตกต่างกันในประเด็นของ ความสำคัญของเพศ แม้ว่าบุคคลที่มักจะมีความร่วมมือในการรับประทานยาต้านไวรัสส่น้อยนั้นจะเป็นเพศชาย (ณภัควรรต บัวทอง, 2551) บางงานวิจัยก็ระบุว่าเป็นเพศหญิง (Malow et al., 2013) หรือในบางงานวิจัยก็พบว่าเพศหญิงมีคะแนนความร่วมมือในการรับประทานยาต้านไวรัสมากกว่า (ธิดารัตน์ สุจิตธรรม, 2553) อย่างไรก็ตามจึงสรุปได้ว่าตัวแปรเพศยังเป็นตัวแปรที่ยังไม่มีข้อสรุปว่าสัมพันธ์กับความร่วมมือแบบใด

2) อายุ สำหรับในงานวิจัยที่ Ammassari และคณะ (2002) ทำการทบทวนรวมทั้งของ ณภัควรรต บัวทอง (2551) ได้รับสนับสนุนค่อนข้างมากกว่าผู้ที่มีอายุน้อยเสี่ยงต่อความร่วมมือในการรับประทานยาต้านไวรัสในระดับต่ำ ยิ่งมีอายุมากขึ้นยิ่งมีความร่วมมือมากยิ่งขึ้น อย่างไรก็ตามมีงานของกมลรัตน์ อินธิศักดิ์ (2551) ที่สรุปว่าอายุน้อยกลับให้ความร่วมมือในการรับประทานยามากกว่า

3) ระดับการศึกษา Golin และคณะ (2002) และณภัควรรต บัวทอง (2551) สรุปเอาไว้ว่าระดับการศึกษาในระดับต่ำจะสัมพันธ์กับระดับความร่วมมือในการรับประทานยาต้านไวรัสในระดับต่ำ อย่างไรก็ตามในการสรุปงานวิจัยของ Ammassari และคณะ (2002) จากการทบทวนงานวิจัยพบว่าระดับการศึกษาไม่สัมพันธ์กับความร่วมมือการรับประทานยาต้านไวรัส

4) รายได้ จากงานวิจัยของ Golin และคณะ (2002) ระบุว่ายิ่งผู้ติดเชื่อมีรายได้น้อยก็ยังมีแนวโน้มที่จะมีความร่วมมือในการรับประทานยาต้านไวรัสในระดับต่ำ

5) ระยะเวลาการดำเนินของโรค (Length of HIV infection & CDC Stage) เป็นอีกตัวแปรหนึ่งที่ยังไม่มีความสอดคล้องของงานวิจัยว่าส่งผลต่อความร่วมมือในการรับประทานยาต้านไวรัสแบบใดเพราะงานสรุปวิจัยของ Ammassari และคณะ (2002) พบว่างานส่วนใหญ่ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างระยะของโรคกับความร่วมมือ แต่ก็มีงานวิจัยที่พบทั้งของ Protopopescu, Raffi, Roux, Reynes, Dellamonica, Spire, และคณะ (2009) และของ Gao, Nau, Rosenbluth, Scott, และ Woodward (2000) พบว่าการติดเชื้อที่มีความเจ็บป่วยรุนแรงมักจะสัมพันธ์กับการให้ความร่วมมือในการรับประทานยาต้านไวรัสในระดับที่ดี ส่วนผู้ติดเชื้อที่อยู่ในระยะของโรคที่ไม่รุนแรงมักจะสัมพันธ์กับการร่วมมือทานยาในระดับต่ำ

6) ความเชื่อและความรู้เกี่ยวกับโรคและการรักษาของผู้ติดเชื้อเอชไอวี (Health Belief) โดย Gao และคณะ (2000) ระบุว่าความเชื่อเกี่ยวกับโรคและการรักษา ในแง่ต่างๆ อาทิ การรับรู้ประโยชน์หรือผลลัพธ์ทางบวกของการรักษา (Perceived Benefits) การรับรู้เกี่ยวกับอุปสรรคที่ผู้ติดเชื้อต้องเผชิญเพื่อไปสู่อการรักษาที่มีประสิทธิภาพ อาทิ ผลข้างเคียงและค่าใช้จ่าย (Perceived Barrier) การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค (Perceived Severity) รวมทั้งความคิดถึงความรุนแรงของโรคที่อาจรุนแรงขึ้น เมื่อทานยาหรือปฏิเสธการรับประทานยา (Perceived Susceptibility action / inaction) อาจสัมพันธ์กับผลลัพธ์ที่ดีหรือไม่ดี ต่อระดับความร่วมมือ เช่น ผู้ติดเชื้อที่มีความเชื่อว่าการรักษาด้วยยาต้านไวรัสจะส่งผลเสียต่อร่างกาย อาจมีความร่วมมือในการรับประทานยาในระดับต่ำ อย่างไรก็ตาม Ammassari และคณะ (2002) ระบุว่าควรมีงานวิจัยที่ศึกษาตัวแปรดังกล่าวให้มากยิ่งขึ้นเพื่อดูอิทธิพลของตัวแปรดังกล่าวต่อระดับความร่วมมือในการรับประทานยาต้านไวรัส

7) ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ติดเชื้อและแพทย์ผู้รักษา แม้ว่ายังมีงานวิจัยที่จำกัดเกี่ยวกับความสัมพันธ์ของแพทย์และคนไข้ แต่ก็พบว่าหากคนไข้มีสัมพันธภาพที่ดีกับแพทย์ ทำให้เกิดความมั่นใจในการรักษา ทำให้มีความร่วมมือในการรับประทานยาต้านไวรัสมากยิ่งขึ้น อีกทั้งความร่วมมือในการรับประทานยาจะเพิ่มขึ้น หากแพทย์ผู้รักษามีความใส่ใจดูแล ให้กำลังใจ สนับสนุนจิตใจ และให้ข้อมูลยารักษาที่ชัดเจนแก่ผู้ติดเชื้ออีกด้วย

8) ลักษณะของสถานพยาบาล โดยลักษณะคลินิก สถานที่ตั้ง สภาพแวดล้อมของสถานพยาบาล การมีชั่วโมงคลินิกที่ยืดหยุ่น และมีความเป็นส่วนตัวจะสัมพันธ์กับการให้ความร่วมมือในการรับประทานยาต้านไวรัส สถานพยาบาลที่คนไข้รับรู้ถึงความเป็นกันเอง มีการช่วยเหลือผู้ติดเชื้อในแง่ต่างๆ ทั้งการบริการการเดินทางไปกลับ การให้ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพ การบำบัดฟื้นฟูบุคลากรในคลินิก การไม่ตำหนิผู้ติดเชื้อจะทำให้ผู้ติดเชื้อสบายใจที่จะมาพบแพทย์ตามที่นัดหมายและให้ความร่วมมือในการรับประทานยาต้านไวรัส (Ickovics & Meister, 1997; ฌักวรรต บัวทอง, 2551) อย่างไรก็ตามควรมีงานวิจัยที่ศึกษาตัวแปรดังกล่าวมากกว่านี้เพื่อเข้าใจผลต่อความร่วมมือมากยิ่งขึ้น

9) การใช้สารเสพติดและการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ มักสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการรับประทานยาต้านไวรัสในระดับที่ต่ำ จากงานวิจัยจำนวนมากจากการศึกษาของ Ammassari และคณะ (2002) และงานของ Samet, Horton, Meli, Freedberg และ Palepu (2004) อย่างไรก็ตาม Ammassari เองระบุว่ายังมีงานวิจัยจำนวนมาก และที่ไม่พบความสัมพันธ์ของตัวแปรทั้งสอง จึงระบุว่าการรับประทานยาต้านไวรัสไม่ควรจะยึดตัวแปรการใช้สารเสพติดหรือแอลกอฮอล์เพียงอย่างเดียว

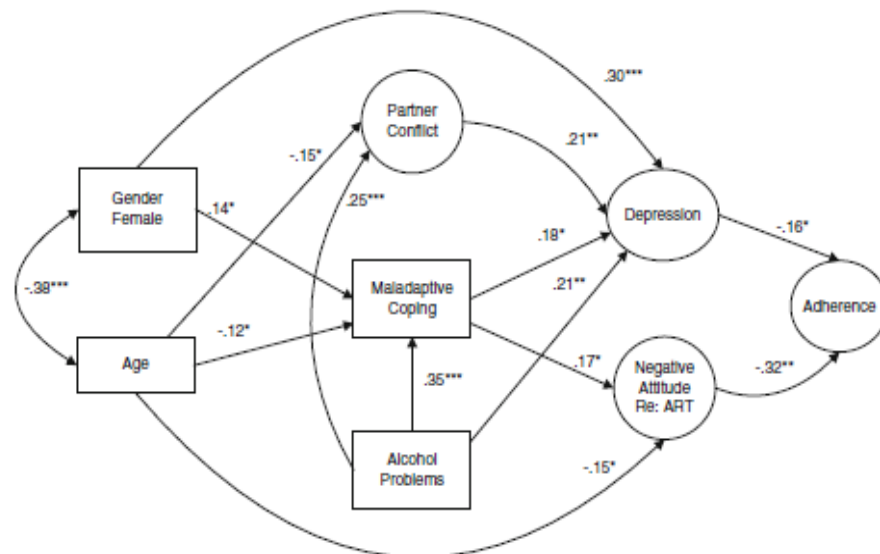
10) โรคซึมเศร้า จากงานวิจัยของ Ammassari และคณะ (2002) ระบุว่าโรคหรือภาวะซึมเศร้านั้นจะสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรับประทานยาต้านไวรัสในบางงานวิจัย ซึ่งในขั้นที่พบความสัมพันธ์จะมีความสัมพันธ์ที่สูง รวมทั้งยังมีงานวิจัยอื่นๆ ที่ศึกษาภาวะซึมเศร้าและความร่วมมือในการรับประทานยาต้านไวรัส อาทิ ฌักควรรต บัวทอง (2551) และ Protopopescu และคณะ (2009) ที่ระบุว่าภาวะซึมเศร้านั้นสัมพันธ์กับระดับความร่วมมือในการรับประทานยาต้านไวรัสในระดับต่ำ

Safren และคณะ (2001) ทำการศึกษาตัวแปรที่สัมพันธ์กับความร่วมมือในการรับประทานยาต้านไวรัส โดยมีตัวแปรต่างๆ ได้แก่ ความซึมเศร้า การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ความสามารถในการรับประทานยา (Adherence self-efficacy) ความเชื่อเกี่ยวกับ HIV (Punishment belief about HIV) ซึ่งผลการวิจัยพบว่าจากตัวแปรทั้งหมด ภาวะซึมเศร้าเป็นตัวทำนายมากที่สุดต่อความร่วมมือในการรับประทานยา และมากกว่าตัวแปรอื่นๆ ความซึมเศร้าจึงเป็นตัวแปรหนึ่งที่ส่งผลสำคัญอย่างยิ่งต่อความร่วมมือในการรับประทานยาต้านไวรัส

Safren, Randomsky, Otto และ Salomon (2002) ยังได้สรุปว่าความเชื่อมโยงระหว่างความซึมเศร้ากับความร่วมมือในการรับประทานยาต้านไวรัส มีผลมาจากที่บุคคลมีภาวะซึมเศร้า ส่งผลให้บุคคลมีพลังที่ตกต่ำ ลดความสนใจในสิ่งต่างๆ มีปัญหาในการมีสมาธิ และขาดแรงจูงใจในการทำสิ่งต่างๆ ในการจัดการกับปัญหาและจัดการกับความเครียด จึงทำให้บุคคลมีการร่วมมือในการรับประทานยาต้านไวรัสในระดับที่ต่ำตามมานั่นเอง

งานวิจัยของ Malow, Devieux, Stein, Rosenberg, Jean-Gilles, Attonito, และคณะ (2013) เป็นงานที่มุ่งศึกษาปัจจัยตัวแปรต่างๆ ที่ทำนายระดับความร่วมมือในการรับประทานยาต้านไวรัสในประเทศเฮติ โดยสร้างเป็นโมเดล SEM โดยตัวแปรที่ศึกษาได้แก่ เพศ (หญิง) อายุ ความขัดแย้งกับคู่อริ การจัดการความเครียดที่ขาดประสิทธิภาพ (Maladaptive Coping) เจตคติทางลบต่อการรักษาการติดเชื้อ HIV ภาวะซึมเศร้า การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และระดับความร่วมมือในการรับประทานยาต้านไวรัส โดยผลของโมเดล จากภาพที่ 3 พบว่าภาวะซึมเศร้าและเจตคติทางลบ

ต่อยาต้านไวรัส นั้น เป็นตัวทำนายทางลบโดยตรงต่อการมีระดับความร่วมมือในการรับประทานยาต้านไวรัส ส่วนความขัดแย้งระหว่างคู่อีก การจัดการความเครียดแบบขาดประสิทธิภาพ และการดื่มแอลกอฮอล์จะเป็นตัวทำนายทางบวกถึงระดับความซึมเศร้า และการจัดการความเครียดยังทำนายเจตคติต่อยาต้านไวรัส และตัวแปรทั้งหลายนั้นยังส่งผลทางอ้อมต่อความร่วมมือในการรับประทานยาต้านไวรัสผ่านทั้งเจตคติและภาวะซึมเศร้าอีกด้วย



ภาพที่ 3 โมเดลแสดงปัจจัยตัวแปรต่างๆ ที่ทำนายระดับความร่วมมือในการรับประทานยาต้านไวรัส (ที่มา: Malow et al., 2013 หน้า 1,226)

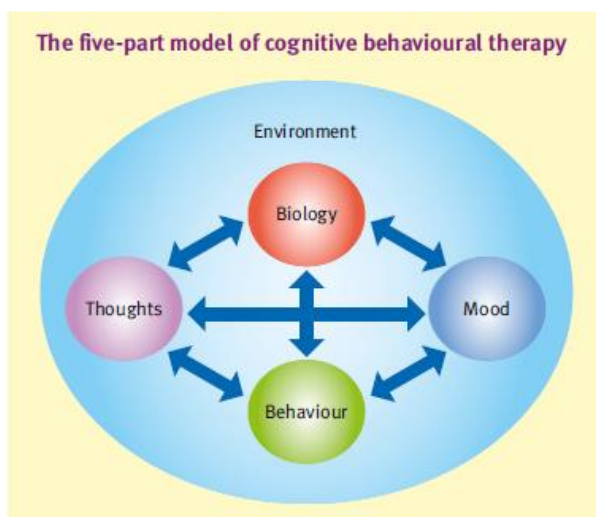
ภาวะซึมเศร้าจึงเป็นตัวแปรหนึ่งที่ส่งผลต่อระดับความร่วมมือในการรับประทานยาต้านไวรัส ในงานวิจัยเป็นส่วนใหญ่ ดังนั้นในการส่งเสริมหรือการบำบัดที่ช่วยลดภาวะซึมเศร้าในผู้ติดเชื้อ HIV รวมทั้งการพัฒนาความร่วมมือในการรับประทานยาต้านไวรัส จะเป็นประโยชน์ต่อผู้ติดเชื้อในการใช้ชีวิตเป็นอย่างมาก ในงานวิจัยนี้จะเลือกใช้การปรึกษาเชิงจิตวิทยาแนวปัญญาพฤติกรรมนิยม (CBT) ซึ่งปรับอารมณ์และความรู้สึกของผู้ติดเชื้อผ่านการปรับความคิด และยังเอื้อประโยชน์ในการส่งเสริมพฤติกรรมรับประทานยาต้านไวรัส

4. แนวคิดเกี่ยวกับทฤษฎีการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแนวปัญญาพฤติกรรมนิยม (Cognitive Behavior Therapy)

4.1 ทฤษฎีการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแนวปัญญาพฤติกรรมนิยมแบบรายบุคคล

ทฤษฎี Cognitive Behavior Therapy มีผู้พัฒนาทฤษฎีที่สำคัญอยู่ 2 คนคือ Albert Ellis (Froggatt, 2005) ในทฤษฎี Rational Emotive Behavior Therapy (REBT) และ Aaron Beck ในทฤษฎี Cognitive Therapy (CT) Beck (2005) ซึ่งมาจากผลงานวิจัยเรื่องโรคซึมเศร้าของ

ผู้รับบริการ แม้ว่าทั้งสองทฤษฎีจะพัฒนาขึ้นในช่วงเวลาที่ใกล้เคียงกันและอิสระต่อกัน แต่แนวคิดทั้งสองมีแนวคิดร่วมกันคือ ทฤษฎีทั้งสองต่างเชื่อว่าปัญหาทางจิตใจของบุคคลเกิดจากกระบวนการทางความคิด



ภาพที่ 4 โมเดล 5 ส่วนของการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแนวปัญญาพฤติกรรมนิยม
(ที่มา: Kingdon & Damech, 2008 หน้า 217)

สำหรับโมเดล ABC คือเมื่อมีสถานการณ์หรือเงื่อนไขเกิดขึ้น (A) จะมีความคิด ความเชื่อเข้ามา (B) จะส่งผลให้บุคคลเกิดอารมณ์ ความรู้สึก และพฤติกรรมจากความคิดตามมา (C)

จากภาพที่ 4 แสดงให้เห็นว่าการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแนวปัญญาพฤติกรรมนิยมจะเน้นที่ความสัมพันธ์ที่ความคิดในรูปแบบต่างๆ มีต่ออารมณ์ความรู้สึก การเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย เช่น การเต้นของหัวใจ ความดันโลหิต และอุณหภูมิ และพฤติกรรม โดยมุ่งเน้นว่าหากสามารถปรับเปลี่ยนความคิดได้ ตัวแปรอื่นๆย่อมมีการเปลี่ยนแปลงตามไป (Kingdon & Dimech, 2008)

ตามแนวคิดของการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแนวปัญญาพฤติกรรมนิยมนั้น ปัญหาทางอารมณ์ต่างๆและพฤติกรรมเกิดขึ้น มาจากความผิดพลาดในการให้เหตุผล (Logical errors) รวมทั้งการมีแบบแผนความคิด (Schema) ซึ่งเกิดขึ้นจากการเรียนรู้และประสบการณ์ต่างๆในทางลบในตัวของบุคคล ซึ่งทำให้การให้เหตุผลและการตีความสถานการณ์ต่างๆ นำไปสู่การมีความคิดอัตโนมัติทางลบต่อตนเอง (Unhelpful automatic thought) และตามมุมมองของ CBT นั้น รูปแบบความคิดที่บิดเบือนในทางลบในการให้เหตุผล (Faulty Information Processing) นำมาซึ่งความเข้าใจผิดหรือการตีความที่ผิดนำไปสู่ปัญหาทางอารมณ์และพฤติกรรมของบุคคล โดยมีตัวอย่างตามที่ Corey (2009) สรุปลงดังนี้

- Arbitrary Inference: เป็นการด่วนสรุปโดยยังไม่มีข้อมูลสนับสนุนเพียงพอ หรือแม้แต่เผชิญกับสิ่งที่ตรงข้ามกับที่คิด ก็ยังไม่เชื่อ ทั้งที่มีข้อมูลที่สนับสนุนความเชื่อนี้เพียงน้อยนิดเท่านั้น
- Overgeneralization: เป็นการขยายสิ่งที่ตนเองพบเพียงนิดเดียว ขยายไปสู่สิ่งอื่นๆทั้งหมด
- Selective Abstraction: เป็นการเลือกที่จะสรุปสถานการณ์ที่ตนเองเผชิญจากรายละเอียดเล็กๆ มากกว่าภาพรวม เช่น แม่เพื่อนของผู้ติดเชื่อจะเป็นกำลังใจ แต่เมื่อเพื่อนไม่ยอมไปทานข้าวด้วย ผู้ติดเชื่อสรุปว่าเพื่อนรังเกียจตนเอง เป็นการมองสิ่งเล็กๆ แล้วสรุปโดยละเอียดที่จะมองภาพรวมว่าเพื่อนทำสิ่งดีอย่างอื่นๆ ให้ตนเองด้วย
- Personalization: เป็นการเอาเรื่องที่มีน้ออาจจะไม่เกี่ยวข้องกับเรามาเกี่ยวข้องกับตนเอง เช่น ผู้ติดเชื่อเดินผ่านเห็นคนซุบซิบกัน ผู้ติดเชื่อจึงคิดว่าบุคคลเหล่านั้นกำลังนินทาตนเอง
- Dichotomous Thinking: เป็นรูปแบบการคิดแบบสุดขั้ว สองขั้ว คือถ้าไม่เป็นด้านหนึ่ง ก็ต้องอีกด้าน ถ้าไม่สีขาวก็ต้องเป็นสีดำ ไม่มีช่วงที่เป็นสีเทา เช่น การลิ้มรับประทานยาต้านไวรัสครั้งหนึ่ง แต่คิดว่ามันจะเป็นความผิดพลาดหรือความล้มเหลว หมดหวังในทันที
- Magnification และ Minimization: เป็นการคิดที่ขยายหรือย่อความคิดโดยเป็นสิ่งที่เกี่ยวข้องกับการเห็นคุณค่าในตัวเอง สำหรับสิ่งที่ไม่ดีในตัวเอง บุคคลมักจะขยายขึ้นเรื่อยๆ ส่วนสิ่งที่ดีในตัวเอง มักจะถูกย่อให้เล็กลง เช่น เวลาที่ผู้ติดเชื่อทานยาได้ไม่ครบจำนวนตามที่กำหนด อาจขยายว่าตนเองไม่มีความสามารถ ไม่มีทักษะ แต่พอทานยาได้ต่อเนื่อง ระดับความร่วมมือในการรับประทานยาเพิ่มขึ้น ผู้ติดเชื่อกลับลดและย่อความสำเร็จของตนเองว่าเป็นเพราะโชคช่วย หรือมีคนช่วยเตือนให้ จึงทำให้สามารถทานยาได้ต่อเนื่อง

เป้าหมายในการบำบัดแบบ CBT นั้นมุ่งที่จะแก้ไขหรือปรับเปลี่ยนวิธีการคิดประมวลผลสิ่งต่างๆที่ส่งผลให้เกิดปัญหาทางอารมณ์หรือพฤติกรรมที่เกิดขึ้น ให้มีความคิดที่สมเหตุสมผล อีกทั้งช่วยฝึกทักษะและประสบการณ์ให้ประมวลหรือมีวิธีคิดที่มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น โดยเป็นการบำบัดที่ใช้ระยะเวลาจำกัด มีโครงสร้างชัดเจนและเน้นการแก้ปัญหาที่ปัจจุบันขณะมากกว่าประสบการณ์หรือเรื่องราวในอดีต มีการให้การบ้านและการนำทักษะในการบำบัดไปใช้สู่วิตประจำวัน

สัมพันธภาพระหว่างนักจิตวิทยาและผู้รับบริการตามแนวคิดปัญญาพฤติกรรมนิยมนั้นได้รับการยอมรับว่ามีความสำคัญ แต่ถูกประเมินว่าสัมพันธภาพอย่างเดียวไม่เพียงพอให้ผู้รับบริการเกิดการเปลี่ยนแปลงได้ โดยสัมพันธภาพระหว่างนักจิตวิทยาและผู้รับบริการจะมุ่งเน้นการเปลี่ยนแปลงความคิดและพฤติกรรมเป็นหลัก โดยที่นักจิตวิทยาจะเอื้ออำนวยในการขยายขอบเขตมุมมองความคิดของผู้รับบริการ มีการทำ Case Conceptualization เพื่อประเมินความเป็นมาของปัญหา เพื่อนำมาซึ่งแนวทางในการช่วยเหลือ บทบาทของนักจิตวิทยาและผู้รับบริการจะเป็นลักษณะร่วมมือกันในการ

ตั้งเป้าหมายการเปลี่ยนแปลง ช่วยกันวางแผน และทำแบบฝึกหัดการเปลี่ยนแปลงนอกเวลาการรักษา เป็นกรบ้าน (Corey, 2009)

จากการทบทวนวรรณกรรมแนวทางของการบำบัดแบบ CBT นั้นมุ่งเน้นองค์ประกอบหลัก 2 องค์ประกอบ คือ องค์ประกอบทางความคิดและองค์ประกอบทางพฤติกรรม (Beck, Rush, Shaw & Emery, 1979) ซึ่งนักจิตวิทยาจะต้องมุ่งทั้งสององค์ประกอบเหล่านี้ไปด้วยกัน คือ

4.1.1 องค์ประกอบทางความคิด (Cognition) ประกอบด้วยกระบวนการ

1) การให้สุขภาพจิตศึกษา เป็นการขยายมุมมองความคิดของผู้รับบริการ โดยเฉพาะในประเด็นของการเอื้อให้ผู้รับบริการเข้าใจถึงความสำคัญของความคิดที่ส่งผลต่ออารมณ์ และพฤติกรรมผ่านการสังเกตอารมณ์ที่เกิดขึ้นและพิจารณาสถานการณ์ที่กระตุ้นให้เกิดอารมณ์ เหล่านั้น ซึ่งผู้รับบริการจะตระหนักถึงความเชื่อมโยงของความคิด อารมณ์ พฤติกรรมและสมาธิ รู้ว่า สถานการณ์ที่ต่างกัน ความคิดที่เกิดขึ้นก็แตกต่างกัน อันนำไปสู่อารมณ์หรือพฤติกรรมต่างๆไป ช่วยให้ผู้รับบริการสามารถที่จะสังเกตและตระหนักเห็นถึงสถานการณ์ที่ทำให้เกิดความเครียด (Stressor) หรืออารมณ์ต่างๆได้ นอกจากนั้นยังช่วยให้ผู้รับบริการรับรู้ถึงรูปแบบความคิดต่างๆทางลบที่ส่งผลต่อ ความรู้สึกและพฤติกรรมของตนเองแบบต่างๆ (Beck, 1995)

การทำสุขภาพจิตศึกษาก่อนเทคนิคทางจิตวิทยา มีความสำคัญในการปูพื้นฐานในการทำความเข้าใจถึงรูปแบบความคิดทางลบ ความสัมพันธ์ของความเชื่อมโยงของสถานการณ์ ความคิด อารมณ์ พฤติกรรมทำให้ผู้รับบริการสามารถสังเกต เรียนรู้และเข้าใจกระบวนการในการ ช่วยเหลือตนเอง และมีความพร้อมในการรับมือกับความเครียดทางลบ และสถานการณ์ได้มากยิ่งขึ้น

2) การท้าทายหรือการปรับโครงสร้างความคิด (Challenging Thought/Cognitive Restructuring) เป็นการท้าทายรูปแบบความคิดต่างๆ ทั้งความคิดอัตโนมัติในทางลบของผู้รับบริการ (Challenging Automatic Thoughts) คือการถามคำถามต่างๆ จาก Socratic's dialogue เพื่อท้าทายความคิด ความเชื่อเดิมๆ ที่มีปัญหาและหาหลักฐานของความเชื่อนั้นๆ และให้ผู้รับบริการเกิดการค้นพบด้วยตนเอง จากการท้าทายความคิดอัตโนมัติ นักจิตวิทยาอาจค้นหาและท้าทายแก่นความเชื่อ หรือแบบแผนความคิด (Challenging Core belief) ของผู้รับบริการ ซึ่งมักเชื่อมโยงเกี่ยวกับการรับรู้คุณค่าของตนเองของผู้รับบริการ นอกจากนั้นยังมีเทคนิคในการผนวกเอาแนวทางที่ผู้รับบริการ พบว่ามีประสิทธิภาพในการท้าทายความคิดมาใช้เป็น Coping Statements อันเป็นการเตรียมความพร้อมให้ผู้รับบริการท้าทายความคิดอัตโนมัติของตนเองยิ่งขึ้น ซึ่งการปรับโครงสร้างความคิดนั้นเป็น เทคนิคหลักที่สำคัญของการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแนวปัญญาพฤติกรรมนิยม ซึ่งการที่ผู้รับบริการจะสามารถฝึกการปรับโครงสร้างความคิดได้อย่างมีประสิทธิภาพนั้น ผู้รับบริการอาจต้องผ่าน

กระบวนการ อาทิ ความเข้าใจเกี่ยวกับความคิด ผีการแยกความแตกต่างระหว่างความคิด และ อารมณ์ สามารถสังเกตและบันทึกความสัมพันธ์ของสถานการณ์ ความคิดและอารมณ์ เพื่อให้มีความพร้อมในการรับมือกับความคิดทางลบได้นั้นเอง (Beck, 1995)

3) การคิดพิจารณาแนวทางการแก้ปัญหา เป็นกระบวนการที่ช่วยให้ผู้รับบริการ ค้นหาวิธีการที่เหมาะสมในการรับมือกับปัญหาหรือเหตุการณ์ตึงเครียดที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวัน ทั้งเกิดขึ้นอย่างกะทันหันหรือเป็นความเครียดเรื้อรัง (D'Zurilla & Nezu, 2010) โดยมีขั้นตอนคือการระบุปัญหา การคิดวิธีการแก้ปัญหาที่เป็นไปได้ทั้งหมด จากนั้นทำการประเมินแต่ละวิธีการแก้ปัญหาที่มีความเหมาะสมที่สุด เลือกวิธีการนั้นและลงมือปฏิบัติ จากนั้นกลับมาทบทวนถึงผลลัพธ์ที่ได้แก้ปัญหา

4) การวางแผนจัดการป้องกันเตรียมรับมือมิให้ปัญหาที่คลี่คลายไปกลับมาเกิดขึ้นซ้ำ (Planning for high risk situations/relapse prevention) เป็นการเตรียมตัวให้กับผู้รับบริการในการรับมือกับเหตุการณ์ที่อาจเกิดขึ้นในอนาคตที่อาจส่งผลให้เกิดอารมณ์ทางลบตามมาได้ การป้องกันปัญหาที่อาจกลับมาเป็นซ้ำจึงมีส่วนที่จะเข้ามาช่วยเอื้อให้สมาชิกในกลุ่มมีวิธีหรือแนวทางในการรับมือกับปัญหาที่เกิดขึ้นกับตนเองก่อนในระดับหนึ่งเมื่อยุติการปรึกษาทางจิตวิทยา (Beck, 1995)

5) เทคนิคทางความคิดอื่นๆ อาทิ การขยายการรับรู้ความสามารถในการรับมือจัดการปัญหาของตน (Self-efficacy enhancement)

4.2.2 องค์ประกอบทางพฤติกรรม (Behavior)

นอกจากการมุ่งที่ความคิดแล้ว การบำบัดแบบ CBT นั้นจะเน้นการลงมือปฏิบัติ และเน้นพฤติกรรมใหม่ให้กับผู้รับบริการจึงมีการใช้เทคนิคและแนวทางจากแนวคิดการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแนวพฤติกรรมนิยม (Behavior Therapy) (Beck et al., 1979) ดังนี้

1) การทดลองทำพฤติกรรมใหม่ (Behavioral Experiments) เมื่อผู้รับบริการได้รับการทำทลายความคิดของตนเอง ผู้บำบัดจะช่วยให้ผู้รับบริการเรียนรู้พฤติกรรมใหม่ๆ ทดลองทำพฤติกรรมใหม่ เพื่อทำให้การปรับเปลี่ยนและทำทลายความคิดความเชื่อเดิม และเมื่อบุคคลมีการขยายความคิด มุมมองใหม่บุคคลจะรู้สึกว่าคุณสามารถที่จะควบคุมสิ่งต่างๆได้มากยิ่งขึ้น

2) การฝึกทักษะ (Skill Training) เป็นการฝึกทักษะใหม่ๆ ทั้งการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต่างๆ เช่น social skill training สำหรับผู้รับบริการที่ประสบปัญหาเกี่ยวกับการเข้าสังคม หรือมีความขลาดอาย ส่วน Assertive Training จะช่วยให้บุคคลสามารถที่จะกล้ารักษาสิทธิของตนเองผ่านการพูดและการแสดงออก มีความมั่นใจในการแสดงความคิด ความรู้สึกของตนเองมากยิ่งขึ้น การวางแผนแก้ปัญหาด้วยกระบวนการเป็นลำดับขั้นตอนจะยิ่งช่วยให้บุคคลรับรู้ว่าคุณสามารถรับมือกับปัญหาได้

ศักยภาพ (Self Efficacy) ที่จะสามารถแก้ปัญหาต่างๆได้ รวมทั้งเทคนิคทางความคิดเกี่ยวกับการวางแผนรับมือกับปัญหาที่อาจกลับมาเกิดซ้ำ โดยเชื่อมโยงจากการคิดวางแผนสู่การลงมือปฏิบัติหรือชักจูงแนวทางเพื่อไม่ให้ทั้งความคิดทางลบหรือพฤติกรรมเป็นปัญหากลับมาใหม่

3) เทคนิคการผ่อนคลาย (Relaxation Technique) ในการบำบัดด้วย CBT มักฝึกฝนให้ผู้รับบริการมีทักษะในการลดความตึงเครียดและความวิตกกังวลที่เกิดจากเหตุการณ์ต่างๆในชีวิตประจำวัน ซึ่งผู้รับบริการจะได้รับการฝึกฝนแนวทางในการทำ และฝึกปฏิบัติเป็นประจำทุกวัน โดยการผ่อนคลายนั้นมีหลายรูปแบบ เช่น การผ่อนคลายกล้ามเนื้อ การผ่อนคลายทางจิตใจ การใช้จินตนาการและการใช้ศิลปะ

4) เทคนิคอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับการวินิจฉัยเฉพาะทาง อาทิ การกระตุ้นพฤติกรรมเพื่อก่อให้เกิดอารมณ์ความรู้สึกทางบวก (Behavior Activation) ทั้งจากการได้รับความรู้สึกภาคภูมิใจใน การทำสิ่งที่เป็นความรับผิดชอบ (Beck et al., 1979) ใช้ในการลดภาวะซึมเศร้า หรือการเผชิญหน้าสิ่งเร้าที่ก่อให้เกิดความวิตกกังวล โดยไม่ทำพฤติกรรมที่ไปช่วยลดความกังวลดังกล่าว(Exposure Response Prevention)

4.2 ทฤษฎีกลุ่มการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแนวปัญญาพฤติกรรมนิยม (Cognitive Behavior Group Therapy)

กลุ่มการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแนวปัญญาพฤติกรรมนิยม มีฐานแนวคิดทฤษฎีเหมือนกับการปรึกษาแบบรายบุคคล ที่จะต้องเอื้อให้สมาชิกในกลุ่มสามารถเห็นถึงความสัมพันธ์ระหว่างความคิด ความรู้สึก และพฤติกรรม สามารถเห็นรูปแบบความคิดที่ไม่สมเหตุสมผลของตนเอง และผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากความคิดดังกล่าวที่ส่งผลต่อความรู้สึกและพฤติกรรม แต่ความแตกต่างระหว่างการบำบัด CBT เป็นรายบุคคลและแบบกลุ่ม คือกลุ่มการบำบัดแบบ CBT นั้นมีการเสริมแรงทางสังคม หรือก็คือในกลุ่มเมื่อมีสมาชิกมาอยู่รวมกันและสมาชิกทำการปรับพฤติกรรมตนเอง ผู้นำกลุ่มพึงสร้างบรรยากาศแห่งการเกื้อกูลกันและกัน สมาชิกในกลุ่มจะเป็นแรงเสริม ทำให้การเปลี่ยนพฤติกรรมนั้นมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ซึ่งไม่เกิดขึ้นในความสัมพันธ์แบบการให้การปรึกษาแบบรายบุคคล (ณัฐสุดา เต้พันธุ์, 2554)

บทบาทของผู้นำกลุ่มแบบ CBT จะต้องสามารถสำรวจ และค้นหาความคิดที่บิดเบือนหรือความคิดในทางลบให้ได้ และเลือกใช้นโยบายหรือวิธีการช่วยเหลือสมาชิกในกลุ่ม (Intervention) ที่เหมาะสมกับเป้าหมายของการบำบัด โดยมีบทบาทคือ Active: ผู้นำกลุ่มมีบทบาทหน้าที่ที่มากกว่าแค่การรับฟัง Directive: ผู้นำกลุ่มสามารถชี้ทางและแนะแนวให้สมาชิกในกลุ่มเห็นถึงผลของความคิดที่มีต่อพฤติกรรมได้ และ Supportive คือการที่ผู้นำกลุ่มให้กำลังใจ สนับสนุนสมาชิกในกลุ่ม

สำหรับหน้าที่ของผู้นำกลุ่มนั้นเริ่มต้นด้วยการพูดคุยถึงปัญหาที่เกิดขึ้นในสมาชิกกลุ่มทุกคน เลือกลักษณะมาใช้ที่เหมาะสมกับปัญหาของสมาชิกในกลุ่ม ผู้นำกลุ่มต้องเป็นต้นแบบในการแสดง พฤติกรรมที่เหมาะสมให้กับสมาชิก (Modeling) มีการเสริมแรงพฤติกรรมที่ดีและส่งเสริมให้สมาชิก รับผิดชอบต่อการเปลี่ยนแปลงตนเอง การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในสมาชิกนั้นต้องเปลี่ยนแปลงที่ พฤติกรรม ไม่ใช่แค่ความเข้าใจ และสุดท้ายผู้นำกลุ่มต้องเตรียมสมาชิกให้พร้อมต่อการปิดกลุ่มเมื่อจบ การบำบัด

สำหรับทักษะที่ผู้นำกลุ่ม CBT พึงใช้สำหรับทักษะการนำกลุ่มนั้นจะสอดคล้องกับทักษะที่ผู้นำ กลุ่มในการปรึกษาทุกทฤษฎีและแนวคิดต้องใช้ โดยมีตัวที่เน้นขึ้นมาได้แก่ การสร้างความพร้อมก่อน เริ่มเข้าสู่การบำบัด (Rapport) การเก็บข้อมูลจากสมาชิกในกลุ่ม (Data Gathering) การตั้งเป้าหมาย ของกลุ่ม (Goal Setting) นอกจากนั้นยังทำหน้าที่ท้าทายความคิดที่สมาชิกยึดถือ (Challenging) และสรุปประเด็นให้สมาชิกในกลุ่มรับฟังได้ (Summarizing)

ส่วนของเทคนิคที่ผู้นำกลุ่มแนว CBT ที่มักใช้กันนั้นเพื่อเข้ามาประกอบในการบำบัด เพื่อให้ สมาชิกในกลุ่มสามารถปรับความคิดและพฤติกรรมได้ยิ่งขึ้น จะประกอบไปด้วย การเสริมแรง การมี พันธสัญญา การเป็นต้นแบบ การซ่อมพฤติกรรม การให้การบ้าน และการปรับความคิด ซึ่งในประเด็น ของกลุ่ม เนื่องจากกลุ่มนั้นจะมีความแตกต่างจากการปรึกษาแบบรายบุคคลที่มีเพียงนักจิตวิทยาการ ปรึกษาและผู้รับบริการ เนื่องจากเมื่อเป็นกลุ่มบำบัดจะมีผู้เข้าร่วมกลุ่มคนอื่นๆ ที่จะมีบทบาทเอื้อให้ กลุ่มเกิดประโยชน์มากยิ่งขึ้นในแง่ต่างๆ (Corey, 2008) อาทิ

การปรับโครงสร้างความคิด (Cognitive Restructuring) ผู้นำกลุ่มต้องสามารถที่จะชี้รูปแบบ ความคิดที่เป็นปัญหาและผลกระทบของมันได้ เพื่อแทนที่ความคิดเหล่านั้นด้วยความคิดที่ สมเหตุสมผลมากยิ่งขึ้น และมีสมาชิกในกลุ่มเข้ามามีบทบาทในการช่วยสำรวจรูปแบบความคิด รวมทั้งมีส่วนช่วยในการปรับความคิดของเพื่อนสมาชิกทั้งเป็นกลุ่ม เป็นรายคู่และรายบุคคลในที่สุด เพื่อฝึกสมาชิกให้สามารถคิดอย่างสมเหตุสมผล

การมีพันธสัญญา (Contingency Contact) เมื่อสมาชิกในกลุ่มและผู้นำกลุ่มสามารถ ตั้งเป้าหมายในการบำบัดร่วมกันแล้วว่าจะปรับพฤติกรรมใด ก็ทำเป็นสัญญาร่วมกันว่าจะทำสิ่งใด ไม่ทำอะไรสิ่งใด

การเป็นต้นแบบ (Modeling) ทั้งผู้นำกลุ่มและสมาชิกในกลุ่มสามารถเป็นต้นแบบที่ดี ให้กับสมาชิกคนอื่นๆในกลุ่มได้ โดยเฉพาะในกลุ่มที่เน้นการฝึกทักษะ (Skills Training Groups) เช่น กลุ่มฝึกการรักษาสิทธิของตนเอง สมาชิกสามารถที่จะเห็นตัวอย่างพฤติกรรม หรือวิธีการต่างๆที่เพื่อน สมาชิกนำไปฝึกฝน และนำพฤติกรรมดังกล่าวมาปรับใช้กับของตนเองได้นั่นเอง

การซ้อมพฤติกรรม (Behavior Rehearsal) และ การให้การบ้าน (Homework) กลุ่ม CBT มักมีการให้การบ้านเพื่อเป็นการนำการเรียนรู้ หรือพฤติกรรมใหม่ที่ได้จากกลุ่มไปลองฝึกและทำในชีวิตประจำวันเพื่อความต่อเนื่องออกไปนอกกลุ่ม และนำผลลัพธ์ของการบ้านกลับมาพูดคุยกันในกลุ่มครั้งต่อไป เพื่อรับข้อมูลป้อนกลับจากสมาชิกคนอื่นๆ เพื่อแก้ไข หรือเสริมแรง เมื่อได้แนวทางพฤติกรรมที่ปรับไปใช้ในชีวิตประจำวันของสมาชิก ได้เห็นต้นแบบจากสมาชิกและผู้นำกลุ่มแล้ว ก่อนที่จะออกไปปฏิบัติจริง สมาชิกจะมีการซักซ้อมทำพฤติกรรมใหม่ในกลุ่มก่อน และให้ข้อมูลป้อนกลับแก่สมาชิกก่อนนำไปปฏิบัติจริง

การเสริมแรง (Reinforcement) คือการที่ผู้นำกลุ่มและสมาชิกในกลุ่มจะมีการเสริมแรง จากการให้กำลังใจ สนใจ ยอมรับและสนับสนุน เกิดขึ้นในช่วงที่สมาชิกในกลุ่มพูดถึงความสำเร็จที่เกิดขึ้นจากการให้การบ้านหรือการเปลี่ยนพฤติกรรมใหม่ หรือเป็นเรื่องเชิงบวกของตนเอง เพื่อให้สมาชิกได้ชื่นชม สนับสนุน สนใจ เมื่อสมาชิกที่ได้รับคำชมหรือการเสริมแรงก็จะมีความพยายามในการปรับพฤติกรรมดังกล่าวเพิ่มขึ้น และมีความรู้สึกดีที่มีผู้อื่นใส่ใจ โดยหน้าที่ของผู้นำกลุ่มคือสร้างบรรยากาศในกลุ่มให้เป็นไปในทางบวก

การเสริมแรงยังแบ่งออกเป็น 2 ประเภทคือ การเสริมแรงจากสังคม (Social Reinforcement) และการเสริมแรงด้วยตนเอง (Self Reinforcement) ทั้งสองแบบนี้มีความสำคัญ แต่ผู้นำกลุ่มต้องพยายามให้สมาชิกสามารถที่จะชื่นชมด้วยตนเองได้ มากกว่าที่จะต้องรอการชื่นชมจากผู้อื่น เพราะสมาชิกทุกคนต้องออกจากกลุ่มไปอยู่ในสังคมภายนอก ซึ่งอาจจะไม่สามารถได้รับการเสริมแรงจากคนอื่น ๆ ดังนั้นจึงมีแต่ตนเองเท่านั้นที่ต้องเสริมแรงและให้กำลังใจตนเองขึ้นมาได้

สำหรับกระบวนการในการดำเนินในการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแนวปัญญาพฤติกรรมนิยมทั้งแบบรายบุคคลและกลุ่ม จะมีกระบวนการในการปรึกษาที่ใกล้เคียงกัน โดยในแต่ละครั้งนักจิตวิทยามีวัตถุประสงค์หลักที่มุ่งเน้นให้ผู้รับบริการหรือสมาชิกในกลุ่มได้เกิดการเรียนรู้ Beck (1995) สรุปลักษณะคร่าวๆของการปรึกษาแต่ละครั้งคือ ในครั้งแรกสุดจะมีการพูดคุยถึงวัตถุประสงค์ แนวทาง กฎเกณฑ์ในการอยู่ในการบำบัด และต่อมาในช่วงแรกของการปรึกษาส่วนใหญ่จะเป็นการทบทวน การบ้านที่ผู้รับบริการได้ไปลองทำในชีวิตประจำวัน สรุปประเด็นการปรึกษาที่ผ่านมา และมีการให้สุขภาพจิตศึกษาคือทำให้ความรู้เกี่ยวข้องตามแนวคิดปัญญาพฤติกรรมนิยมตามวัตถุประสงค์ที่เตรียมไว้ เช่น ในการลดภาวะซึมเศร้าและการรับประทานยาต้านไวรัสในผู้ติดเชื้อเอชไอวี มีการให้แนวทางเกี่ยวกับความสัมพันธ์ของ สถานการณ์ ความคิด อารมณ์ พฤติกรรม ร่างกายและสมาธิ เพื่อช่วยให้สมาชิกเกิดความเข้าใจ และตระหนักถึงวงจรซึมเศร้าของตนเองได้ เพื่อเป็นการเตรียมความพร้อม หรือปูพื้นฐานความเข้าใจที่มาของวิธีการต่างๆที่จะใช้ลดภาวะซึมเศร้าได้ รวมทั้งการให้

แนวทางความเข้าใจพื้นฐานเกี่ยวกับวิธีการในการปรับโครงสร้างความคิด (Cognitive Restructuring) และความรู้เกี่ยวกับแนวทางการคิดวิธีการแก้ปัญหาในการรับประทานยาต้านไวรัส

ส่วนในช่วงกลางของการปรึกษาแต่ละครั้งจะเป็นกิจกรรมหลัก อาทิ การทำพฤติกรรมกระตุ่น อารมณ์ทางบวก, การปรับโครงสร้างความคิด การแก้ปัญหา เป็นต้น โดยกระบวนการในการนำเสนอ และให้สมาชิกกลุ่มได้ฝึกฝนจะเป็นลักษณะที่มีขั้นตอนชัดเจนโดยประยุกต์จากแนวคิดการเสริมต่อการเรียนรู้ (Scaffolding) ของ Vygotsky ซึ่ง Wood, Bruner และ Ross (1976) พัฒนาต่อ โดยการเรียนรู้และการฝึกนั้นจะเริ่มต้นเป็นกลุ่มใหญ่ก่อนเป็นอันดับแรก เพื่อเสริมความรู้ความเข้าใจเบื้องต้น และสมาชิกกลุ่มสามารถเรียนรู้ผ่านเพื่อนร่วมกลุ่มและผู้นำกลุ่มได้ จากนั้นให้สมาชิกได้จับคู่ หรือแบ่ง ทีมกันเพื่อให้ได้เรียนรู้ได้ชัดเจนยิ่งขึ้น และในช่วงสุดท้ายสมาชิกจะได้มีโอกาสฝึกเป็นรายบุคคลเพื่อให้สมาชิกได้นำวิธีการที่ได้เรียนรู้ไปปรับใช้ตามแต่ลักษณะบุคลิกภาพ ประสบการณ์ของตนเองมากยิ่งขึ้น

จากนั้นในช่วงท้ายของการปรึกษาจะเป็นการสรุปประเด็นและให้การบ้านหรือแบบฝึกหัดซึ่งเป็นการนำสิ่งที่ได้เรียนในกลุ่มไปฝึกใช้ในชีวิตประจำวัน มีการซักซ้อมการทำการบ้านหรือร่วมกัน วางแผน อาทิ การให้สมาชิกลองนำกิจกรรมกระตุ่นอารมณ์ทางบวกไปฝึกทำที่บ้าน การฝึกจดตาม ใบงาน ABC (สถานการณ์ ความคิดและอารมณ์) การลองนำวิธีการแก้ปัญหาพฤติกรรม การรับประทานยาต้านไวรัสที่ได้จากกลุ่มไปลองใช้ในข้างนอกกลุ่มและกลับมาทบทวนการบ้านในครั้ง ถัดไป ซึ่งสมาชิกในกลุ่มได้ไปลองทำแบบฝึกหัดหรือการบ้าน เพื่อดูผล มีการช่วยปรับแก้ไขหากเกิด ปัญหาในการทำการบ้าน ซึ่งสมาชิกในกลุ่มต่างได้เรียนรู้ทั้งจากการบ้านของตนเอง และของเพื่อน สมาชิกอีกด้วย อีกทั้ง Niemeyer และ Feixas (1990) ยังสนับสนุนว่าการทบทวนการบ้านในการ ปรึกษาเชิงจิตวิทยาแนวปัญญาพฤติกรรมนิยมนั้นจะช่วยเสริมแรงพฤติกรรมทำการบ้านของ สมาชิกในกลุ่มแล้วยังเป็นการช่วยเชื่อมความสำคัญของการปรึกษาแต่ละครั้งอีกด้วย

นอกจากนั้นในช่วงท้ายของกลุ่มจะมีการสรุปประเด็นในการปรึกษา (Summary) ผู้นำกลุ่ม จะเป็นผู้ช่วยสรุปก่อนในครั้งแรกๆ จากนั้นจึงเป็นหน้าที่ของสมาชิกผู้ในกลุ่มเมื่อสมาชิกมีความคุ้นเคย และเข้าใจกระบวนการกลุ่มแล้ว (Beck, 1995)

4.3 ประสิทธิภาพของการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแนวปัญญาพฤติกรรมนิยม

การปรึกษาเชิงจิตวิทยาแนวปัญญาพฤติกรรมนิยม ถูกนำไปใช้ในการบำบัดและทำการวิจัย แบบการทดลองแบบสุ่มและมีกลุ่มตัวอย่าง (Randomized-controlled trials) อย่างแพร่หลายโดย การสังเคราะห์งานวิจัยด้วยวิธีวิเคราะห์ห่อภิมาณ (Meta-Analysis) ของ Butler, Chapman, Forman และ Beck (2006) ได้ให้ข้อสรุปว่าการบำบัดแบบ CBT นั้นมีประโยชน์และมีประสิทธิภาพในการ บำบัดความเจ็บป่วยทางจิตใจหลายรูปแบบ และในหลากหลายกลุ่มประชากรอีกด้วย นอกจากนี้การ

บำบัดแบบ CBT นั้นยังมีจุดเด่นคือแม้การบำบัดจะสิ้นสุดไปแล้วแต่ผลของการบำบัดยังคงมีประสิทธิภาพในกลุ่มโรคต่างๆ ได้แก่ โรคเกี่ยวกับอารมณ์ โรคทางจิตเวช การละเมิดทางเพศ ความวิตกกังวลและความผิดปกติในวัยเด็ก

Summary of the effectiveness of cognitive behavioural therapies in different disorders and age groups

Effectiveness	Disorder	Populations studied
High	Depression	Adults and adolescents
High	Generalized anxiety disorder	Adults
High	Panic disorder ± agoraphobia	Adults
High	Social phobia	Adults
High	Post-traumatic stress disorder	Adults
High	Anxiety and depression	Children
High	Bulimia nervosa	Adults
High	Schizophrenia	Adults
Moderate	Marital distress	Adults
Moderate	Somatic disorders	Children
Moderate	Chronic pain	Adults
Moderate	Anger	Adults
Low	Sexual offending (rape, attempted rape, child molestation)	Adults and adolescents

ภาพที่ 5 ประสิทธิภาพของการรักษาเชิงจิตวิทยาแนวปัญญาพฤติกรรมนิยม (ที่มา: Kingdon & Damech, 2008 หน้า 218)

การบำบัดแบบ CBT นั้นมีประสิทธิภาพสูงต่อการบำบัดในกลุ่มผู้ใหญ่ในความเจ็บป่วยทั้งโรคซึมเศร้า โรควิตกกังวลทั่วไป โรคแพนิคที่ทั้งมีหรือไม่มี Agoraphobia, โรคกลัวสังคมและโรคจิตเภท ส่วนที่มีประสิทธิภาพปานกลาง ได้แก่ความรู้สึกกดดันในชีวิตสมรส (Marital distress) โรคเกี่ยวกับการกินที่ผิดปกติ (Eating disorder) เช่น โรคบูลิเมีย (Bulimia), การเจ็บปวดเรื้อรัง หรืออารมณ์โกรธ และมีประสิทธิภาพต่ำในกลุ่มผู้ถูกละเมิดทางเพศ เป็นต้น

4.4 การศึกษาเชิงจิตวิทยาแนวปัญญาพฤติกรรมนิยมในผู้ติดเชื้อเอชไอวีหรือเอดส์

โรคซึมเศร้าในกลุ่มผู้ติดเชื้อ HIV นั้นส่งผลต่อผู้ติดเชื้อในหลายๆแง่มุม ทั้งการมีคุณภาพชีวิตที่ลดลง (Zimpel & Fleck, 2014) การลดระดับภูมิคุ้มกันในร่างกาย มีเพิ่มเชื้อไวรัสในกระแสเลือดและการเร่งระยะของโรค (Evans et al., 2002) ความร่วมมือในการรับประทานยาต้านไวรัส (Rabkin, 2008) โรคซึมเศร้าในผู้ติดเชื้อจึงควรได้รับการบำบัดและเยียวยารักษาในกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวี

โดยจากการสังเคราะห์งานวิจัยด้วยวิธีวิเคราะห์ห่อภิมาณของ Butler และคณะ (2006) ในการบำบัดแบบ CBT นั้นมีประสิทธิผลอย่างยิ่งในการรักษาในโรคต่างๆ ทั้งโรคซึมเศร้าและโรควิตกกังวล โรคแพนิค ซึ่งประสิทธิผลจากการบำบัดด้วย CBT ในทุกๆโรคนั้นยังคงอยู่อย่างต่อเนื่องในผู้รับการบำบัด ทั้งโรคซึมเศร้าและโรควิตกกังวล และการบำบัดแบบ CBT นั้นยังมีประสิทธิภาพที่สูงกว่าการบำบัดด้วยการรับยาลดอาการซึมเศร้า (Antidepressant) อีกด้วย อย่างไรก็ตามพบว่าในกลุ่ม

ประชากรที่ Butler และคณะทำการสังเคราะห์งานวิจัยนั้นเป็นประชากรทั่วไปที่ไม่ได้ติดเชื้อ HIV จึงเกิดความไม่ชัดเจนว่าการบำบัดด้วย CBT นั้นจะมีประสิทธิภาพในการส่งเสริมสุขภาพทางจิตของผู้ติดเชื้อ HIV และระยะเวลาในการคงอยู่ของผลลัพธ์ของการบำบัด เนื่องจากผู้ติดเชื้อ HIV นั้นประสบกับความเจ็บป่วยที่เรื้อรังและถูกตีตราบาปและคุกคามชีวิต (Crepez, Passin, Herbst, Rama, Malow, Purcell et al., 2008)

Himelhoch , Medoff และ Oyeniyi (2007) ศึกษาทั้งการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ และการสังเคราะห์งานวิจัยด้วยวิธีวิเคราะห์ห่อภิมาณ เกี่ยวกับกลุ่มผู้ติดเชื้อ HIV ที่มีอาการซึมเศร้าเพื่อศึกษาประสิทธิผลของกลุ่มบำบัดต่ออาการซึมเศร้าในผู้ติดเชื้อ HIV โดยคัดงานวิจัยที่ผ่านเกณฑ์ 8 ชิ้น ผลงานวิจัยสรุปว่ากลุ่มการปรึกษาทางจิตวิทยาและจิตบำบัดนั้นมีประสิทธิผลต่ออาการซึมเศร้าของผู้ติดเชื้อ HIV และจาก 8 งานวิจัย มีถึง 5 งานวิจัยเป็นกลุ่มการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแนวปัญญาพฤติกรรมนิยม Himelhoch จึงอภิปรายเอาไว้ว่ากลุ่มบำบัดแบบปัญญาพฤติกรรมนิยม มีประสิทธิผลในการลดอาการซึมเศร้าของผู้ติดเชื้อ HIV ส่วนกลุ่มการบำบัดประเภทอื่นๆ นั้นมีความลำบากที่จะสรุปเช่นนี้ เพราะมีจำนวนงานวิจัยในการศึกษายังไม่มากพอ

Crepez และคณะ (2008) ทำการศึกษาการสังเคราะห์งานวิจัยด้วยวิธีวิเคราะห์ห่อภิมาณเพื่อดูประสิทธิผลของการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแนวปัญญาพฤติกรรมนิยม (Cognitive Behavior Intervention) ในการส่งเสริมสุขภาพจิตในกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวี (อาการซึมเศร้า วิตกกังวล อารมณ์โกรธและความเครียด ของผู้ติดเชื้อ HIV) โดยมีงานวิจัยที่ผ่านเกณฑ์คัดเข้าจำนวนทั้งสิ้น 15 งานและผลการวิจัยระบุว่า การบำบัดด้วย CBT นั้นมีประสิทธิผลและสามารถพัฒนาสุขภาพจิตในแง่ของอาการซึมเศร้า วิตกกังวล อารมณ์โกรธและความเครียดได้ในกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวี

Spies, Asmal และ Seedat (2013) มีการวิจัยโดยใช้การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ (Systematic Review) ในการคัดเลือกงานวิจัยที่บำบัดด้วยแนวปัญญาพฤติกรรมนิยมในกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีโดยเน้นที่ตัวแปรตามคืออาการซึมเศร้าและความวิตกกังวล เครื่องมือวัดจะต้องได้รับการยืนยันว่ามีประสิทธิภาพ ใช้เกณฑ์ในการคัดที่ต้องเป็นงานวิจัยที่ไม่มีการใช้ CBT ร่วมกับการรักษาด้วยยาลดอาการซึมเศร้าและเป็นงานวิจัยที่มีการทดลองแบบสุ่มและมีกลุ่มตัวอย่าง จนได้งานวิจัยที่ผ่านเกณฑ์มา 20 งานวิจัย ซึ่งผลการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบพบว่า การบำบัดโดยใช้แนวปัญญาพฤติกรรมนิยมมีประสิทธิผลในการลดภาวะซึมเศร้าและความวิตกกังวลในกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีได้

นอกจากภาวะซึมเศร้าและความวิตกกังวลที่สามารถใช้ CBT ในการลดอาการดังกล่าวแล้ว ในงานวิจัยของ Spies และคณะ (2013) ยังมีตัวแปรตามอื่นๆ ที่ในแต่ละงานวิจัยมีการวัดด้วย เช่น

ความร่วมมือในการรับประทานยาต้านไวรัส ซึ่งในงานวิจัยชิ้นนี้ระบุว่าจากงานวิจัย 20 งานนั้นมีอยู่ 4 งานวิจัยที่มีการวัดตัวแปรดังกล่าว เมื่อทำการบำบัดด้วย CBT แล้ว แต่ผลนั้นยังเกิดความไม่สม่ำเสมอ เนื่องจากมีงานวิจัย 2 งานที่ระดับความร่วมมือในการรับประทานยาต้านไวรัสไม่มีการเปลี่ยนแปลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (S. Berger et al., 2008; Carrico et al., 2006) แต่ในงานอีก 2 งานของ Safren กลับพบว่าการเปลี่ยนแปลงในระดับความร่วมมือในการรับประทานยาต้านไวรัสในกลุ่มทดลองเมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุม (Safren et al., 2009; Safren et al., 2012) ในภาพรวมจึงเห็นได้ว่ากลุ่มการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบปัญญาพฤติกรรมนิยม มีประสิทธิผลในการลดภาวะซึมเศร้าและส่งเสริมความร่วมมือในการรับประทานยาต้านไวรัสในผู้ติดเชื้อ HIV ได้นั่นเอง

5. แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับการใช้ศิลปะเป็นสื่อ (Art as a medium)

5.1 ความหมายและประเภทของศิลปะและการนำศิลปะไปใช้

ศิลปะ หมายถึง การแสดงออกหรือการใช้ทักษะความคิดสร้างสรรค์และจินตนาการของบุคคล ในรูปแบบที่จับต้องได้ เช่น ภาพวาด ภาพเขียน รูปปั้น และงานอื่นๆ ทั้งดนตรี วรรณกรรม และการเต้นการเคลื่อนไหว เพื่อความสุนทรีย์ในความงามหรือเพื่อแสดงพลังทางอารมณ์ (Oxford University Press, ไม่ระบุปีที่พิมพ์)

ศิลปะ หมายถึง งานฝีมือที่ทำให้จิตรพิสดาร เป็นการแสดงออกของอารมณ์สะท้อนใจให้ประจักษ์ด้วยสื่อต่างๆ อย่างเสียง เส้น สี ผิว และรูปทรงเป็นต้น เช่น ศิลปะการดนตรี ศิลปะการวาดภาพ ศิลปะการละครและจิตรศิลป์ (พจนานุกรม ฉบับราชบัณฑิตยสถาน, 2542)

ศิลปะจึงเป็นศาสตร์ที่บุคคลมีการสร้างสรรค์และสื่อออกมาผ่านสิ่งที่ทั้งตัวบุคคลอื่น และตนเองสามารถที่จะสัมผัสได้ โดยศิลปะนั้นมีการนำไปใช้ในหลากหลายรูปแบบ โดยในแง่ของการบำบัดรักษานั้น Case และ Dalley (2005) ได้จำแนกรูปแบบแนวคิดของการใช้ศิลปะเพื่อการบำบัดออกเป็น 2 แนว คือ

กรอบแนวคิดที่ 1 ความเชื่อในพลังการเยียวยาในกระบวนการสร้างสรรค์ศิลปะ เป็นแนวคิดว่ากระบวนการในการสร้างสรรค์ศิลปะถือเป็นการบำบัดในตัวของมันเอง โดยเรียกว่าศิลปะเพื่อการบำบัด (Art as Therapy) การสร้างศิลปะถูกมองว่าเป็นโอกาสที่จะแสดงออกถึงจินตนาการของตนเอง ความจริงแท้ และเพิ่มความยืดหยุ่นของจิตใจ แสดงประสบการณ์ที่ได้สัมผัสผ่านกาลเวลาในชีวิตของบุคคล อันจะนำไปสู่การเติมเต็ม การเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ จึงเป็นกรอบแนวคิดที่ว่ากระบวนการสร้างสรรค์นั้นทำให้เกิดการเยียวยาในตัวของมันเองอยู่แล้ว

Case และ Dalley (2005) ระบุว่าศิลปะบำบัดเกี่ยวข้องกับการใช้สื่อทางศิลปะแขนงต่างๆ ซึ่งผู้รับบริการสามารถที่จะแสดงออกหรือถ่ายทอดตัวตนออกมาและทำให้สามารถจัดการกับประเด็นปัญหาต่างๆที่ผู้รับบริการต้องการที่จะจัดการได้

Liebmann (2004) ให้ความหมายว่าเป็นการใช้ศิลปะเพื่อสื่อสารและแสดงออกถึงตัวตน ความรู้สึกมากกว่าที่จะมุ่งเน้นการชื่นชมผลงานศิลปะซึ่งได้รับการประเมินจากมาตรฐานภายนอก เมื่อทำจนเสร็จสมบูรณ์ และเป็นการใช้สื่อทางศิลปะแขนงต่างๆ ซึ่งผู้รับบริการสามารถที่จะแสดงออก ทำให้สามารถจัดการกับประเด็นปัญหาต่างๆที่ผู้รับบริการต้องการที่จะจัดการได้อีกด้วย

Malchiodi (2005) ได้ให้ความหมายของศิลปะการบำบัดว่าหมายถึง การผสมผสานศาสตร์ทางศิลปะ และศาสตร์ทางจิตวิทยาเกิดจิตบำบัดแนวใหม่ที่มีลักษณะแตกต่างโดดเด่นจากเดิม โดยศิลปะบำบัดจะช่วยเอื้อให้บุคคลได้รับการเยียวยาทางจิตใจ

Malchiodi (2005) ยังระบุว่า ศิลปะบำบัด (Art Therapy) เป็นการใช้สื่อทางศิลปะ ภาพหรืองานศิลป์และกระบวนการอย่างสร้างสรรค์ในการสร้างผลงานทางศิลปะซึ่งสะท้อนถึงบุคลิกภาพ ความสามารถ ความสนใจ ปัญหาและความขัดแย้งในจิตใจต่างๆ และช่วยเอื้อให้ผู้บำบัดสามารถที่จะแก้ไขความขัดแย้งในจิตใจ ส่งเสริมการตระหนักรู้ในตนเอง พัฒนาทักษะทางสังคมและพฤติกรรมต่างๆ ลดความวิตกกังวลและเสริมสร้างการเห็นคุณค่าในตนเอง โดยศิลปะบำบัดนั้นเป็นประเภทหนึ่งของการบำบัดโดยการแสดงออกทางศิลปะ (Expressive therapy) ซึ่งมีประเภทต่างๆ อาทิ ดนตรีบำบัด (Music therapy), ละครบำบัด (Drama therapy), การใช้การเต้นหรือการบำบัดด้วยการเคลื่อนไหว (Dance/movement Therapy), การใช้ความเรียงหรือการเขียนในรูปแบบต่างๆ เพื่อการบำบัด (Poerty therapy), การเล่นบำบัด (Play therapy) และกระบะทรายบำบัด (Sandplay therapy)

กรอบแนวคิดที่ 2 มาจากแนวคิดที่ว่างานศิลปะเป็นการสื่อสารที่มีความหมายเชิงสัญลักษณ์ จึงถูกเรียกว่า ศิลปะแบบจิตบำบัด (Art Psychotherapy) เป็นการใช้ผลผลิตทางศิลปะไม่ว่าจะเป็นรูปวาด ภาพเขียนและการสื่อศิลปะอื่นๆ มาช่วยเหลือแก้ปัญหาของผู้รับบริการ สิ่งที่เกิดขึ้นในกระบวนการสร้างศิลปะคือกระบวนการสร้างสรรค์ (Malchiodi, 2005)

Rubin (2005) ระบุว่าศิลปะบำบัดนั้นเป็นเครื่องมือหนึ่ง ซึ่งไม่ใช่ตัวทฤษฎี ดังนั้นการใช้ศิลปะเพื่อการบำบัดนั้นจึงสามารถปรับเข้ากับแนวคิดทฤษฎีการปรึกษาเชิงจิตวิทยาได้อย่างหลากหลาย

Malchiodi (2005) ยังระบุว่าศิลปะบำบัดนั้นสามารถที่จะใช้ในการบำบัดในฐานะการบำบัดหลัก (Primary Therapy) หรือสามารถที่จะเป็นส่วนประกอบของการบำบัดอื่นๆตามแนวคิดทฤษฎีพื้นฐานที่แตกต่างกัน

สำหรับงานวิจัยชิ้นนี้ ผู้วิจัยเลือกที่จะใช้ศิลปะเข้ามาในแนวคิดทฤษฎีการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบปัญหาพฤติกรรมนิยมเพื่อช่วยส่งเสริมประสิทธิผลในการช่วยเหลือผู้รับบริการ อีกทั้งรูปศิลปะที่ผู้รับบริการทำขึ้นนั้นไม่จำเป็นต้องมีความสวยงาม จึงเรียกว่าการใช้ศิลปะมาเป็นสื่อ (Art as a medium) มากกว่าที่จะใช้ตัวศิลปะเป็นตัวเยียวยาจิตใจของผู้รับบริการ

5.2 ประวัติความเป็นมาของการนำศิลปะมาใช้ในการบำบัด

ศิลปะเป็นส่วนหนึ่งของชีวิตและการเยียวยารักษาตลอดประวัติศาสตร์ของมนุษย์ ในสมัยโบราณนั้นพบหลักฐานต่างๆจากนักประวัติศาสตร์และนักมานุษยวิทยาเกี่ยวกับการใช้ศิลปะในการบำบัดป้องกันและรักษา อาทิ ชาวอียิปต์จะให้ผู้ที่มีความเจ็บป่วยทางจิตใจเข้าร่วมกิจกรรมเกี่ยวกับศิลปะต่างๆ ชาวกรีกนิยมใช้บทละครและดนตรีในการช่วยเหลือจิตใจ จนมาถึงในยุคสมัยฟื้นฟูศิลปวิทยา(Renaissance) ในแถบทวีปยุโรป แพทย์และนักกวีชาวอังกฤษตั้งสมมติฐานว่าการจินตนาการนั้นมีบทบาทสำคัญอย่างยิ่งต่อสุขภาพและสภาวะของบุคคล รวมทั้งนักปรัชญาชาวอิตาลีระบุว่าการเล่นและการเต้นนั้นมีความสำคัญต่อการเติบโตและพัฒนาการในวัยเด็ก (Malchiodi, 2005)

สำหรับการนำศิลปะมาใช้ในการบำบัดนั้นสามารถมองในเชิงของมนุษย์ปรัชญา (Anthroposophy) โดยในมุมมองของมนุษย์ปรัชญานั้น มี Rudolf Steiner เป็นนักคิดและนักปรัชญาซึ่งมีชื่อเสียงทางมนุษย์ปรัชญา โดยแนวคิดนี้จะเชื่อว่าศิลปะนั้นมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการพัฒนาดวงจิตมายาวนาน (Soul Development) ซึ่งมีหลักฐานผลงานศิลปะยุคก่อนประวัติศาสตร์จากในภาพวาดจิตรกรรมบนผนังถ้ำในทวีปยุโรป อาทิ ถ้ำลาโกซ์ แคว้นดอร์คอนญ ประเทศฝรั่งเศสและภาพวาดสี ถ้ำอัลตามิรา ประเทศสเปน และผลงานศิลปะอื่นๆ ซึ่งเป็นถ้ำที่ลึกและแสงสว่างเข้าไปไม่ถึงนักโบราณคดีและนักมานุษยวิทยาจึงเห็นว่าศิลปะดังกล่าวเป็นความสัมพันธ์ระหว่างมนุษย์และจิตวิญญาณ ซึ่งถ่ายทอดออกมาเป็นศิลปะแบบต่างๆ จวบจนมาถึงปัจจุบันซึ่ง Steiner ระบุว่ามันเป็นการพัฒนาทางจิตวิญญาณของมนุษย์ผ่านงานศิลปะ และนำความเข้าใจดังกล่าวมาพัฒนาเป็นศิลปะบำบัดในแบบมนุษย์ปรัชญา (อนุพันธ์ พฤษพันธ์จี, 2553)

สำหรับการใช้ศิลปะในการบำบัดอีกมุมหนึ่งนั้นถูกนำมาพัฒนาขึ้นเพื่อใช้ร่วมกับการรักษาทางการแพทย์ เกิดขึ้นในช่วง 1800 – 1900 พร้อมกับการเกิดศาสตร์ทางจิตเวชศาสตร์ (Psychiatry) มีเอกสารต่างๆระบุเกี่ยวกับการก่อตั้งศิลปะบำบัด เช่น ในช่วงสงครามโลกครั้งที่ 1 พบว่าดนตรีสามารถใช้ในการบำบัดรักษาจากการที่คนไข้สามารถตอบสนองต่อดนตรีได้ ในขณะที่ไม่สามารถตอบสนองต่อสิ่งอื่นๆได้เลย มีการเริ่มใช้ละครบำบัดเพื่อฟื้นฟูสภาพจิตใจ มีการใช้การวาดภาพของเด็กเพื่อประเมินพัฒนาการทางความคิด หรือการวาดภาพของผู้ป่วยทางจิตชนิดรุนแรง มีการ

เริ่มก่อตั้งการเล่นบำบัดและกระบะทรายบำบัด จากการสังเกตการเล่นของเด็กนำไปสู่การใช้ของเล่น เพื่อเข้าใจมุมมองทางจิตสังคมของผู้ป่วยที่เป็นเด็ก จนศิลปะบำบัดเป็นที่รู้จักมากยิ่งขึ้นในปี ค.ศ.1930-1940 เมื่อนักจิตบำบัดและศิลปินตระหนักว่าการแสดงออกของบุคคลผ่านวิธีที่เป็นอวัจนภาษา เช่น การวาดรูป การสร้างเสียงดนตรี การเคลื่อนไหว สามารถที่จะช่วยเหลือผู้ป่วยที่มีปัญหาทางจิตใจรุนแรงได้ เนื่องมาจากการบำบัดโดยใช้การพูดคุย (Talking cure) สำหรับผู้ป่วยหลายราย อาจจะไม่มีประสิทธิภาพมากนัก ทำให้ศิลปะบำบัดเริ่มมีบทบาทสำคัญในการรักษามากยิ่งขึ้นในสถานพยาบาลต่างๆ ทั้งในฐานะกิจกรรมบำบัด (Activity therapy) และการบำบัดที่มีประโยชน์ทางจิตวิทยา (modalities with Psychotherapeutic benefits)

ต่อมาได้มีการพัฒนาสมาคมวิชาชีพเกี่ยวกับศิลปะบำบัดในรูปแบบต่างๆ รวมทั้งในมหาวิทยาลัยต่างๆมีการเปิดหลักสูตรเกี่ยวกับศิลปะบำบัดอย่างกว้างขวาง โดยในแต่ละรูปแบบของการบำบัดจะมีฐานแนวคิดทฤษฎี กระบวนการบำบัด การฝึกฝนวิชาชีพและสมาคมวิชาชีพแยกออกจากกัน ซึ่งในปัจจุบันนั้นการบำบัดด้วยการแสดงออกทางศิลปะนั้นถูกนำมาใช้อย่างเป็นที่รู้จักในวงการทางการแพทย์ การฟื้นฟูบำบัดรักษาและสุขภาพจิต (Malchiodi, 2005)

5.3 บทบาทของการใช้ศิลปะในการบำบัดรักษา

การใช้ศิลปะในการบำบัดนั้นมักถูกเข้าใจผิดว่าเป็นการบำบัดที่เป็นอวัจนภาษา (Nonverbal Therapy) ซึ่งในความจริงแล้วการบำบัดด้วยศิลปะนั้นเป็นการบำบัดที่ทั้งใช้และไม่ใช้ภาษา เพราะในการบำบัดส่วนใหญ่จะใช้การพูดคุยสื่อสารถึงความคิดและความรู้สึกของผู้รับการบำบัดเป็นหลัก แต่ในกลุ่มเฉพาะ เช่น เด็กที่มีข้อจำกัดในการสื่อสารหรือวัยผู้สูงอายุที่สูญเสียความสามารถในการพูดคุยด้วยโรคภัยไข้เจ็บต่างๆ หรือในผู้ประสบกับเหตุการณ์เลวร้ายที่ไม่สามารถแสดงความคิดออกมาเป็นคำพูดได้ การแสดงออกผ่านศิลปะแบบต่างๆ จึงจะเป็นการสื่อสารหลักในการบำบัด (Rubin, 2005)

5.4 การใช้ศิลปะเป็นสื่อในการปรึกษาเชิงจิตวิทยาและจิตบำบัด

จากนิยามของ Malchiodi (2003) ที่ระบุว่า การบำบัดด้วยศิลปะนั้นสามารถที่จะใช้ในการบำบัดในฐานะการบำบัดหลัก (Primary Therapy) หรือสามารถที่จะเป็นส่วนประกอบของการบำบัดอื่นๆตามแนวคิดทฤษฎีพื้นฐานต่างๆได้อีกด้วย รวมถึง Rubin (2005) เองก็ระบุว่าศิลปะนั้นเป็นเครื่องมือหนึ่ง ซึ่งไม่ใช่ตัวทฤษฎีจึงทำให้ การใช้ศิลปะเพื่อการบำบัดนั้นสามารถที่จะปรับเข้ากับแนวคิดทฤษฎีการปรึกษาเชิงจิตวิทยาได้หลากหลายและถูกนำไปใช้ในวิชาชีพอื่นๆด้วยการใช้เป็นการแสดงออกผ่านศิลปะ (Art Expression) เช่น นักสังคมสงเคราะห์ นักจิตวิทยา และนักจิตวิทยาการปรึกษา และในรูปแบบอื่นๆของการให้ Intervention อาทิ นักจิตวิทยาการปรึกษาใช้การวาดรูปใน

การบำบัดกับเด็กและผู้ใหญ่หลายๆกลุ่ม และมีการปรับเปลี่ยนกิจกรรมต่างๆเพื่อให้ตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการและเป้าหมายในการบำบัดรักษา

Malchiodi (2005) ระบุว่าการใช้ศิลปะมาเป็นสื่อ่นั้นสามารถที่จะเพิ่มเอกลักษณ์บางประการให้กับการศึกษาเชิงจิตวิทยาและจิตบำบัดได้ เนื่องจากศิลปะนั้นมีคุณลักษณะบางประการที่ไม่สามารถพบได้จากการบำบัดที่ใช้ภาษาเพียงอย่างเดียว ได้แก่ การแสดงออกของตนเอง การมีส่วนร่วมในการบำบัด การมีจินตนาการและการเชื่อมโยงระหว่างร่างกายและจิตใจ

1. การแสดงออกของตนเอง (Self-Expression) การบำบัดทั้งหมดจะส่งเสริมให้ผู้รับบริการมีการสำรวจตนเอง (Self-exploration) แต่การแสดงออกทางศิลปะจะสามารถส่งเสริมการแสดงออกของตนเองผ่านกระบวนการทางศิลปะ อีกทั้งยังช่วยเร่งกระบวนการสำรวจตนเองของผู้รับบริการ โดยการแสดงออกของผู้รับบริการผ่านสื่อศิลปะรูปแบบต่างๆ มีวัตถุประสงค์คือเพื่อให้เกิดการย้อนถึงประสบการณ์ในอดีต การระบายและระเบิดอารมณ์ของตนเอง แต่แก่นสำคัญคือการแสดงออกของตนเอง ซึ่งเป็นแหล่งรวมของความรู้สึกและการรับรู้สิ่งต่างๆ ซึ่งจะช่วยให้บุคคลเกิดความเข้าใจในตนเองอย่างลึกซึ้งมากยิ่งขึ้น หรือเกิดการเปลี่ยนแปลงอันนำไปสู่การแก้ไขความขัดแย้ง การมีสุขภาวะทางจิตที่ดีมากยิ่งขึ้น

2. การมีส่วนร่วมในการบำบัด (Active Participation) โดยศิลปะนั้นเป็นการบำบัดที่เน้นการลงมือปฏิบัติ เน้นการลงมือทำเพื่อให้บุคคลได้สำรวจประเด็นของตนเองและสื่อสารความคิดและความรู้สึกของตนเอง โดยการลงมือทำงานศิลปะต่างๆ ทั้งการเขียน การวาดระบายสี การเต้น การเล่นต่างๆ นั้นบุคคลจำเป็นต้องมีส่วนร่วมและต้องลงมือลงแรงในการสร้างงานศิลปะออกมา ซึ่งการลงมือปฏิบัตินั้นจะช่วยทำให้บุคคลมีแรงกระตุ้นในการทำสิ่งต่างๆ ช่วยเบี่ยงเบนความสนใจ (focus) ช่วยลดความรู้สึกเครียด และช่วยให้มีสมาธิกับพฤติกรรม เป้าหมายและประเด็นต่างๆมากยิ่งขึ้น นอกจากนี้การใช้ศิลปะยังช่วยให้บุคคลได้ใช้ประสาทสัมผัสต่างๆในร่างกายทั้งการฟัง การสัมผัส การมองเห็นในการทำงานศิลปะต่างๆอีกด้วย

3. การมีจินตนาการ (Imagination) การมีความคิดที่สร้างสรรค์นั้นจะถูกใช้ในการวาดภาพ การปั้น การเคลื่อนไหวหรือการจัดของเล่นลงบนกระเบื้องทราย ต่างต้องใช้ความคิดสร้างสรรค์และจินตนาการ เพื่อเอื้อให้เกิดการแสดงออกหรือใช้ทดลองสิ่งแปลกใหม่ของผู้รับบริการบำบัด ช่วยให้ผู้รับบริการเกิดการเปลี่ยนแปลงจากความคิดหรือได้ลองหาวิธีแก้ปัญหาใหม่ๆ เป็นต้น

4. การเชื่อมโยงระหว่างร่างกายและจิตใจ (Mind-body Connections) โดยศิลปะบำบัดนั้นถูกจัดว่าเป็นการบำบัดที่มีการเชื่อมโยงระหว่างร่างกายและจิตใจ โดยศิลปะบำบัดจะมีประสิทธิภาพต่อการเยียวยาโรคเกี่ยวกับอารมณ์ ความเครียดและความเจ็บป่วยทางร่างกาย ไม่ว่าจะเป็นการบำบัด

ด้วยศิลปะประเภทใดจะช่วยให้ผู้รับการบำบัดเห็นถึงการผ่อนคลายของร่างกาย การมีภาวะที่สงบและมีความมั่นใจ รวมทั้งการรับรู้ถึงการมีสุขภาวะทางจิตที่ดีอีกด้วย

Gladding และ Newsome (2003) ได้สรุปถึงประโยชน์ของการใช้ศิลปะมาเป็นสื่อ ในการปรึกษาเชิงจิตวิทยากับผู้รับบริการในวัยผู้ใหญ่ โดยศิลปะจะเข้าเป็นสัญลักษณ์ของความขัดแย้ง อารมณ์และสถานการณ์ของผู้รับบริการ ช่วยสร้างให้ภาพของผู้รับบริการ ทั้งความคิดและความรู้สึกที่เป็นในเชิงนามธรรม กลับมาเป็นรูปธรรมมากยิ่งขึ้น นอกจากนี้ศิลปะยังเข้ามามีบทบาทในการลงมือปฏิบัติมากกว่าแค่การคิดและการทบทวนเพียงอย่างเดียว ทั้งยังช่วยให้เป็นตัวเชื่อมระหว่างนักจิตวิทยาการปรึกษากับผู้รับบริการเมื่อประเด็นปัญหาที่เกิดขึ้นเป็นเรื่องละเอียดอ่อนหรือน่าอับอายเกินกว่าจะกล่าวออกมาได้ เช่น ความรุนแรงในครอบครัวและความสัมพันธ์ และยังเป็นเรื่องรอยที่ เกิดขึ้นในแต่ละครั้งของกลุ่มการปรึกษาที่ช่วยให้ทั้งผู้รับบริการและนักจิตวิทยาได้ทบทวนถึงการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในการปรึกษาทางจิตวิทยา

นอกจากนั้นการที่จะนำศิลปะมาเป็นสื่อร่วมในการบำบัดในการปรึกษาเชิงจิตวิทยานั้น นักจิตวิทยาสามารถที่จะใช้รูปแบบศิลปะแบบใดก็ได้เพื่อช่วยส่งเสริมกระบวนการปรึกษาเชิงจิตวิทยา โดยมีข้อคำนึงสำคัญในการเลือกใช้ศิลปะคือการตระหนักรู้ของนักจิตวิทยาเกี่ยวกับเป้าหมายแต่ละขั้นของการปรึกษาเชิงจิตวิทยา ว่าศิลปะจะเข้าไปช่วยให้ผู้รับบริการไปถึงเป้าหมายของการบำบัดได้อย่างไร ประเด็นปัญหาของผู้รับบริการ กรอบแนวคิดทฤษฎีที่ใช้ในการปรึกษาและสื่อศิลปะประเภทใดที่มีความเหมาะสม ซึ่ง Gladding และ Newsome (2003) ระบุว่าสื่อทางศิลปะสามารถสอดประสานไปกับกระบวนการปรึกษาเชิงจิตวิทยา ได้ตั้งแต่การใช้ศิลปะในการสร้างสัมพันธภาพในระดับเบื้องต้นกับผู้รับบริการ (Rapport) ใช้ในการสำรวจเรื่องราวและประเด็นต่างๆของผู้รับบริการ หรือในการตั้งเป้าหมายในการบำบัด ศิลปะยังสามารถใช้ในการทำลายความขัดแย้งระหว่างความคิดและพฤติกรรม ช่วยลงมือปฏิบัติและสุดท้ายศิลปะยังช่วยในการยุติสัมพันธภาพการปรึกษาเชิงจิตวิทยาได้อีกด้วย

สำหรับศิลปะที่นำมาใช้ในการบำบัด นักจิตวิทยาการปรึกษาสามารถนำมาปรับเข้ากับฐานแนวคิดทฤษฎีการปรึกษาเชิงจิตวิทยาได้หลากหลาย ได้แก่ ทฤษฎีพลวัตทางจิต (Psychoanalytic) ทฤษฎีทางมนุษยนิยม (Humanistic) และปัญญาพฤติกรรมนิยม (Cognitive Behavioral) โดยแม้ว่าเป้าหมายและกระบวนการในการบำบัดของแต่ละทฤษฎีจะมีความแตกต่างกัน เช่น แนวจิตวิเคราะห์ที่มุ่งให้ตระหนักรู้จากสิ่งที่ซุกซ่อนอยู่ในจิตไร้สำนึก สู่จิตสำนึก (Conscious) หรือแนวความคิดและพฤติกรรมที่มุ่งเน้นการช่วยปรับเปลี่ยนรูปแบบความคิดและพฤติกรรมที่ขาดประสิทธิภาพให้มีประสิทธิภาพต่อตนเองมากยิ่งขึ้น แม้กระบวนการและขั้นตอนในการปรึกษาจะมุ่งไปยังเป้าหมายที่แตกต่างกันแต่ก็มีลักษณะที่เป็นสากลร่วมอยู่ (Gladding & Newsome, 2003)

5.4.1 การใช้ศิลปะเป็นสื่อในแต่ละขั้นของการปรึกษาเชิงจิตวิทยา

Rubin (2005)สรุปไว้ว่าไม่ว่าพื้นฐานแนวคิดของนักจิตวิทยาจะเป็นแบบใด ในช่วงแรกของการบำบัดนักจิตวิทยามุ่งเน้นให้ผู้รับบริการเกิดความรู้สึกปลอดภัย และเชื่อถือ เพื่อให้เกิดสัมพันธภาพในการบำบัด (Working Alliance) และให้ผู้รับบริการยินดีที่จะให้ความร่วมมือในการบำบัดต่างๆมากยิ่งขึ้น ซึ่งการใช้ศิลปะในช่วงแรกนี้นั้นจะเข้ามาช่วยให้บุคคลรู้สึกผ่อนคลาย ลดความตึงเครียดในระดับเบื้องต้น รวมทั้งเป็นการทำความรู้จักกับผู้รับบริการที่ละเอียด หรืออาจจะลึกซึ้งกว่าผ่านคำพูด ศิลปะยังช่วยในการรับทราบถึงเรื่องราวของผู้รับบริการ และประเด็นปัญหาหรือสถานการณ์ที่ผู้รับบริการกำลังประสบอยู่

ในกรณีที่ผู้รับบริการเกิดความลังเลใจในการนำศิลปะมาเป็นสื่อร่วมในการปรึกษานักจิตวิทยาสามารถที่ขวนมองในประเด็นว่าการใช้ศิลปะไม่ได้เป็นการดูความสามารถทางศิลปะแต่เป็นโอกาสที่ผู้รับบริการจะได้สำรวจตนเอง และใช้สื่ออื่นๆ นอกเหนือจากคำพูด หากผู้รับบริการยังคงยืนยันที่จะไม่ใช้ ก็ต้องตระหนักและเคารพในสิทธิของผู้รับบริการ เนื่องจากการใช้ศิลปะเป็นสื่อไม่ได้เหมาะสมกับผู้รับบริการทุกคน (Ulak & Cummings, 1997)

ในช่วงกลางของการบำบัดจะเน้นไปในช่วงของการทำงานระหว่างนักจิตวิทยาและผู้รับบริการ ตามแต่ละแนวคิด ซึ่งศิลปะจะเข้ามามีบทบาทที่จะช่วยให้บุคคลไปถึงเป้าหมายนั้น เช่น ในแนวคิดมนุษยนิยม การสร้างงานศิลปะเป็นทางหนึ่งที่จะช่วยให้บุคคลได้สัมผัสหรือรับรู้ถึงตัวตนที่แท้จริงของเขา (Authentic Selves) รวมทั้งเป็นการจินตนาการเกี่ยวกับการที่จะใช้ศักยภาพที่ตนเองมี พัฒนาสู่ภาวะสัจจกาลแห่งตน (Self -Actualizing) ส่วนในแนวคิดปัญญาพฤติกรรมนิยม การสร้างงานศิลปะเป็นส่วนหนึ่งที่จะช่วยให้ผู้รับบริการฝึกฝนเกี่ยวกับพฤติกรรมใหม่อย่างปลอดภัย และช่วยให้ผู้รับบริการตระหนักว่าตนเองมองโลกหรือคิดเกี่ยวกับสิ่งต่างๆอย่างไร ทั้งยังช่วยให้สำรวจแนวทางแก้ปัญหาอย่างไม่มีความเสี่ยงอีกด้วย

ส่วนช่วงท้ายของการบำบัด นักจิตวิทยามุ่งหวังที่จะให้ผู้รับบริการบรรลุเป้าหมายของการบำบัด และพร้อมที่จะปล่อยให้ผู้รับบริการสามารถก้าวขึ้นมาใช้ชีวิต และนำสิ่งที่ได้เรียนรู้ในการบำบัดไปใช้ในชีวิตประจำวันแม้ว่าจะยุติการให้บริการแล้วก็ตาม โดยงานศิลปะนั้นจะมีประโยชน์อย่างมาก หากนักจิตวิทยาเก็บผลงานศิลปะของผู้รับบริการเอาไว้เป็นลำดับตั้งแต่ต้น การนำงานออกมาเรียงตามลำดับด้วยรูปแบบต่างๆ นั้นจะช่วยสรุปถึงสิ่งที่เกิดขึ้นตลอดการบำบัด ทั้งในภาพรวมและการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในตัวผู้รับบริการ

5.4.2 สื่อทางศิลปะที่นำมาใช้ในการปรึกษาเชิงจิตวิทยา

Gladding และ Newsome (2003) ได้สรุปและยกตัวอย่างกิจกรรมทางศิลปะต่างๆ ทั้งการเขียน การวาดภาพและระบายสี รวมทั้งการถ่ายภาพและความหลากหลายในการไปประยุกต์ใช้ ที่นักจิตวิทยาและผู้รับบริการสามารถเลือกใช้เป็นสื่อในการปรึกษาเชิงจิตวิทยาได้ โดยปรับตามปัญหาของผู้รับบริการ เป้าหมายของการบำบัดและแนวคิดทฤษฎีพื้นฐานของนักจิตวิทยา อันได้แก่

1) เส้นอารมณ์ (Line of feeling) เส้นอารมณ์ช่วยเพิ่มระดับการตระหนักรู้และการแสดงออกทางอารมณ์ เนื่องจากบางครั้งบุคคลไม่สามารถที่จะหาคำพูดมาแสดงความรู้สึกที่อยู่ภายในจิตใจได้ นักจิตวิทยาสามารถให้ผู้รับบริการลากเส้นด้วยสีต่างๆ โดยตามแต่ละขั้นของการปรึกษาสามารถให้วาดเส้นความรู้สึก ณ ปัจจุบันขณะ หรือให้วาดเส้นไปถึงอนาคต จากนั้นพูดคุยและอธิบายเกี่ยวกับภาพ ในประเด็นความหวังของผู้รับบริการต่ออนาคต หรือในอีกแนวหนึ่ง ให้ผู้รับบริการทบทวนเกี่ยวกับอดีต ปัจจุบันและอนาคตของตนเอง เกี่ยวกับประเด็นปัญหาที่กำลังเผชิญจากนั้นวาดภาพเพื่อทำการสำรวจความคิด ความรู้สึกและพฤติกรรมของผู้รับบริการ

2) แผนที่ทางเดิน (Road Maps) มีความหลากหลายในการนำไปใช้โดยกิจกรรมที่ทำเมื่อเสร็จสิ้นจะตามมาด้วยการทบทวนพูดคุยระหว่างผู้รับบริการและนักจิตวิทยาการปรึกษาเสมอ ตัวอย่างกิจกรรมได้แก่ แผนที่ชีวิต (Life map) ใช้ในการทบทวนประสบการณ์หรือเหตุการณ์ต่างๆที่มีความสำคัญในชีวิต เพื่อช่วยขยายการตระหนักรู้ในตนเอง หรือการวาดเส้นทางชีวิตของตนเอง 3 เส้น เส้นอนาคตในอุดมคติ เส้นตามความเป็นจริงและเส้นอนาคตที่เลวร้ายที่สุด เพื่อช่วยให้เห็นแนวทางการปฏิบัติที่จะทำให้ผู้รับบริการอยู่บนเส้นทางชีวิตที่ตนเองต้องการได้ และสุดท้ายเส้นชีวิต (Life line) เป็นการวาดเส้นแบ่ง สัญลักษณ์ความสุขของประสบการณ์ที่มีความสุข ส่วนด้านล่างของเส้นเป็นสัญลักษณ์ของเหตุการณ์ที่ทุกขใจของผู้รับบริการ เพื่อสำรวจคุณค่า อารมณ์ ความต้องการ การรับรู้ตัวตน และการนำไปใช้กับประเด็นปัญหาที่เกิดขึ้น

3) สะพานเชื่อม (The Bridge) เป็นการใช้ในการเผชิญหน้ากับปัญหาชีวิตที่เกิดขึ้นของผู้รับบริการ โดยเป็นกิจกรรมที่แบ่งกระดาษออกเป็น 3 ส่วน ส่วนแรกเป็นภาพวาดแสดงสถานการณ์ที่เป็นประเด็นปัญหา ส่วนสุดท้ายเป็นภาพแสดงเมื่อปัญหาได้รับการแก้ไข ตรงกลางแสดงสัญลักษณ์ของอุปสรรคของผู้รับบริการ จากนั้นวาดภาพสะพานหรือทางเชื่อมระหว่างปัญหาสู่การไม่มีปัญหา โดยมีสัญลักษณ์หรือข้อความเกี่ยวกับแนวทางในการแก้ปัญหาดังกล่าว หรือจะเป็นภาพวาดของตนเองก่อนเกิดวิกฤติชีวิต (หย่าร้างหรือการเข้าโรงพยาบาล) ภาพของตนเองในปัจจุบันและภาพ

ตนเองในอนาคตที่อยากให้เป็น และทำการพูดคุยเพื่อช่วยสำรวจแนวทางการแก้ปัญหาและการมีพฤติกรรมใหม่ๆ เป็นต้น

4) ภาพการ์ตูน (Comic Strips & Cartoons) เป็นการช่วยลดความตึงเครียด โดยใช้อารมณ์ขัน รวมทั้งช่วยเอื้อให้ผู้รับบริการเข้าสู่กระบวนการปรึกษาโดยวิธีที่อ่อนโยน ไม่คุกคาม ภาพการ์ตูนยังช่วยในการสำรวจความคิดที่ไม่สมเหตุสมผลได้อีกด้วย เช่น การวาดภาพการ์ตูน เหตุการณ์ความเครียดของตนเองในที่ทำงาน จากนั้นทำการพูดคุยเกี่ยวกับภาพวาดการ์ตูน ตามมาด้วยการปรับเปลี่ยนบทบาทของตัวการ์ตูนให้เป็นข้อความที่มีความสมเหตุสมผลและเป็นประโยชน์ต่อผู้รับบริการมากยิ่งขึ้น

5) ภาพวาด (Image) การใช้ภาพวาดเป็นโอกาสที่จะช่วยเอื้อให้ผู้รับบริการได้ปลดปล่อยอารมณ์ หรือประสบการณ์ที่กระทบกระเทือนจิตใจอย่างรุนแรงที่อาจจะไม่เคยได้ตระหนักรู้มาก่อน

6) การถ่ายภาพ (Photography) Weiser (1993 อ้างถึงใน Gladding & Newsome, 2003) ระบุว่าภาพถ่ายเป็นเสมือนร่องรอยของจิตใจ เป็นกระจกของชีวิตและเป็นภาพสะท้อนของหัวใจ และเป็นความทรงจำที่ถูกผนึกไว้ในมือ ที่สามารถเก็บเอาไว้ได้ตลอดตามใจปรารถนา การใช้ภาพถ่ายเพื่อการบำบัดมีประสิทธิภาพสำหรับบุคคลที่ใช้ศิลปะแบบอื่นนั้นเสี่ยงหรือมีข้อจำกัดมากเกินไป โดยปกติภาพถ่ายที่นำมาใช้ในการปรึกษาเชิงจิตวิทยาจะเน้นที่สัมพันธภาพ ไม่ว่าจะเป็นภาพถ่ายของผู้รับบริการ ภาพที่ผู้รับบริการถ่าย ภาพครอบครัวและเพื่อนมิตรสหายต่างๆ โดยเน้นให้ผู้รับบริการมีโอกาสที่จะตอบสนองทางอารมณ์และความคิดเกี่ยวกับประสบการณ์ของเขา นอกจากนั้น Gladding และ Newsome ยังแนะนำกิจกรรมตู้จดหมาย (Mailbox) คือให้ผู้รับบริการถ่ายรูปตู้จดหมายในมุมที่แตกต่างกัน และนำมาติดภาพลงในกระดานบอร์ด เพื่อพูดคุยเกี่ยวกับภาพเพื่อช่วยให้ผู้รับบริการตระหนักว่าปัญหาที่กำลังเผชิญอยู่นั้นสามารถมองได้มากกว่าแค่มุมเดียว และนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงแนวทางการแก้ปัญหาใหม่อีกด้วย

5.5 การใช้ศิลปะเป็นสื่อในการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแนวปัญญาพฤติกรรมนิยม

สำหรับการบำบัดแบบปัญญาพฤติกรรมนิยม (Cognitive Behavior Therapy) นั้นมักจะนำไปใช้กับศิลปะบำบัดในวัยผู้ใหญ่ ซึ่ง Malchiodi (2005) ระบุว่า การแสดงออกทางศิลปะ (Art Expression) นั้นสามารถที่จะนำไปใช้ร่วมกับการบำบัดแบบ CBT ได้เพื่อร่วมกันส่งเสริมประสิทธิภาพของการบำบัด

Rosum และ Malchiodi (2003) ระบุว่างานศิลปะมีความเหมาะสมในการนำมาปรับใช้ในบริบทของแนวปัญญาพฤติกรรมนิยม เนื่องจากมีลักษณะที่คล้ายคลึงกัน คือทั้งการสร้างศิลปะและ

แนวปัญญาพฤติกรรมนิยม ในการก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในการบำบัด ผู้รับบริการจะต้องเข้ามามีส่วนร่วมในการบำบัด ลงมือปฏิบัติ และออกแบบกิจกรรมต่างๆที่ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางพฤติกรรม นอกจากนั้นทั้ง 2 ต่างเป็นการลงมือปฏิบัติ คือใช้เวลาและพลังงานในการทำการบ้านจากการบำบัดทั้งในและนอกของกลุ่มการปรึกษาหรือในชีวิตประจำวัน การสร้างศิลปะผู้รับบริการก็ต้องการ วาด เขียน ประกอบและตกแต่งนั่นเอง

Malchiodi (2005) ยังให้แนวทางในการบำบัดที่ผสมผสานการใช้ศิลปะเข้ามามีส่วนในการบำบัดตามแนวคิดปัญญาพฤติกรรมนิยม (CBT) ไว้พอสังเขปดังนี้

1) การวาดเกี่ยวกับสถานการณ์ที่กระตุ้นให้เกิดความเครียด (Stressor) โดยกำหนดถึงแหล่งกระตุ้นความเครียดที่จะเข้ามากระตุ้นให้เกิดอารมณ์ทางลบ ผู้รับบริการอาจถูกเชิญชวนให้วาดภาพเกี่ยวกับสถานการณ์ที่ตึงเครียดที่นำไปสู่ความคิดของตนเองในทางลบ (Negative Self-talk) หรือวาดภาพเพื่อช่วยระบุรูปแบบความคิดที่ขาดประสิทธิภาพ (Maladaptive Thought) ได้ชัดเจนเห็นภาพมากกว่าแค่คำพูดยิ่งขึ้น (Rubin, 2005)

2) การวาดภาพเกี่ยวกับสิ่งที่สามารถเตรียมตัวหรือจัดการได้เกี่ยวกับแหล่งความเครียด ผู้รับบริการอาจถูกถามให้วาดภาพเกี่ยวกับสิ่งที่จะต้องทำเมื่ออยู่ในสถานการณ์ที่ตึงเครียด เช่น การพูดในที่สาธารณะซึ่งเป็นตัวกระตุ้นความรู้สึกวิตกกังวล นักจิตวิทยาอาจเชิญชวนให้วาดภาพแนวทางบวกเกี่ยวกับสถานการณ์ดังกล่าว เป็นต้น

3) การวาดภาพเกี่ยวกับการจัดการปัญหาอย่างเป็นขั้นตอน (Step-by-step Management of the Problem) นักจิตวิทยาตามแนว CBT มักจะนำปัญหาของผู้รับบริการมาแตกเป็นองค์ประกอบย่อยๆหรือเป็นลำดับขั้นในการแก้ปัญหา ดังนั้นการให้วาดภาพเป็นขั้นๆ จะช่วยให้ผู้รับบริการตระหนักว่าปัญหาต่างๆสามารถจัดการได้มากยิ่งขึ้น

4) การสร้างจินตนาการในการลดความเครียด การวาดหรือการสร้างสรรครูปภาพทำหน้าที่เป็นเหมือนเวลานอก (Time Out) จากการคิดในเชิงลบหรือพฤติกรรมต่างๆ และอาจเป็นประโยชน์ที่ช่วยให้เกิดความรู้สึกผ่อนคลาย นักจิตวิทยาอาจแนะนำให้ผู้รับบริการสะสมภาพที่ดูแล้วรู้สึกสงบและสบายใจจากนิยายสารหรือแหล่งอื่นๆ ในการประกอบเป็นภาพเพื่อให้เกิดความรู้สึกทางบวกเมื่อต้องการ

5) การให้การบ้าน (Homework) สำหรับนักจิตวิทยาที่ใช้แนวคิด CBT มักจะให้การบ้านแก่ผู้รับบริการ ซึ่งการวาดภาพหรือการใช้ศิลปะแบบอื่นๆ อาจนำไปใช้ระหว่างครั้งของกลุ่มการปรึกษา โดยผู้รับบริการทำการบ้านจดบันทึกรูปแบบความคิดที่ไม่สมเหตุสมผลและอารมณ์ความรู้สึกที่เกิดขึ้น

และให้สร้างภาพความคิดที่เด่นชัดของผู้รับบริการขึ้นมา 1 ภาพต่อ 1 วันโดยการวาดภาพด้วยสี หรือ ภาพตัดปะ เป็นต้น

6) การปรับรูปภาพทางลบ (Restructuring Negative Imagery) เมื่อผู้รับบริการสามารถ ระบุและบันทึกเกี่ยวกับรูปแบบความคิดทางลบของตนเอง (Negative Thoughts) รวมทั้งตระหนักถึง แบบแผนความคิด (Schema) ของตนเองที่ส่งผลต่อการรับรู้ ตีความ และสมมติฐานในจิตใจ ทั้งจาก ในช่วงโครงการปรึกษาหรือการบ้าน จากนั้นจะเข้าสู่การปรับรูปแบบความคิดตามกระบวนการต่างๆ และการใช้ศิลปะจะเข้ามามีส่วนช่วยในการเปลี่ยนแปลงภาพทางลบให้เป็นภาพหรือมุมมองความคิดเชิงบวกให้กับผู้รับบริการแทนได้นั่นเอง

นอกจากนั้น Rubin (2005) ยังระบุเกี่ยวกับการใช้จินตนาการในการช่วยลดความกลัวหรือ วิตกกังวล (Systematic Desensitization) การให้ผู้รับบริการจินตนาการถึงฉากหรือเหตุการณ์ที่กลัว จากน้อยไปสู่มากที่สุด การประสบกับภาพจินตนาการดังกล่าวในอารมณ์ผ่อนคลายจะยิ่งลดความกลัว ต่อสิ่งนั้นได้มากยิ่งขึ้น นอกจากนี้ยังใช้จินตนาการในการลดพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ เช่น การเสพ ติดบางอย่าง โดยใช้การวาดภาพเกี่ยวกับพฤติกรรมดังกล่าวและจับคู่กับผลลัพธ์ทางลบ อาจนำไปสู่ การรับรู้ว่าการพฤติกรรมดังกล่าวเป็นอันตราย ทำให้ลด ละหรือเลิกพฤติกรรมได้ง่ายขึ้น จากการทบทวน วรรณกรรม ผู้วิจัยได้สรุปการใช้ศิลปะมาเป็นสื่อในการบำบัดแบบ CBT ตามตารางที่ 4

ตาราง 4 แนวทางการใช้ศิลปะเป็นสื่อในการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแนวปัญญาพฤติกรรมนิยม

CBT	Art as a medium
Psycho-education	นักจิตวิทยาสามารถใช้ภาพ สื่อประกอบการให้ความรู้เกี่ยวกับประเด็นความคิด มุมมองตามๆ ตามลักษณะของผู้รับบริการ เช่น การสื่อถึงเกี่ยวกับประโยชน์ของยา ต้านไวรัส เปรียบเป็นภาพก้อนไ้ล่ทุบไวรัส
Monitoring	การวาดเกี่ยวกับสถานการณ์ที่กระตุ้นให้เกิดความเครียด (Stressor) หรือใช้ภาพระบุ รูปแบบความคิดที่ขาดประสิทธิภาพ (Negative Self-talk)
Homework	Image homework การบ้านเกี่ยวกับความคิดและความรู้สึกและเลือกมาสร้างภาพ 1 อัน
Cognitive restructuring	Restructuring negative imagery หลังจากปรับเปลี่ยนความคิดทางลบแล้ว สามารถใช้รูปภาพในการปรับภาพทางลบให้เป็นภาพหรือมุมมองความคิดเชิงบวก มากยิ่งขึ้น

CBT	Art as a medium
Problem Solving	Step-by-step management of the problem การใช้ภาพในการแบ่งการแก้ปัญหาเป็นขั้นตอน หรือภาพการแก้ปัญหา จะช่วยให้ผู้รับบริการเห็นว่าปัญหาต่างๆสามารถจัดการได้มากยิ่งขึ้น (Self-efficacy)
Relaxation	Time out การสร้างรูปภาพและงานศิลปะ เป็นการให้เวลานอก และช่วยเบี่ยงเบนความสนใจ จากการคิดในเชิงลบหรือพฤติกรรมต่างๆ หรือให้สะสมภาพที่ดูแล้วรู้สึกสงบและสบายใจจากนิยายสารหรือแหล่งอื่นๆ ประกอบเป็นภาพเพื่อให้เกิดความรู้สึกทางบวกเมื่อต้องการ

5.6 การใช้ศิลปะในการบำบัดสำหรับผู้ติดเชื้อ HIV/เอดส์

บุคคลที่ติดเชื้อ HIV จนกระทั่งเข้าสู่การเป็นโรคเอดส์นั้น จำต้องประสบกับการเปลี่ยนแปลงในชีวิตมากมาย ทั้งอารมณ์ซึมเศร้า การเปลี่ยนแปลงของความอยากอาหาร การขาดแรงจูงใจ ความเหนื่อยล้าอ่อนเพลีย รวมทั้งการมีขาด้านไวรัสที่ผลข้างเคียงของยาก่อให้เกิดการวิงเวียนศีรษะ คลื่นไส้อาเจียน มีอาการท้องเสีย และเหนื่อยล้าอ่อนเพลีย การติดเชื้อ HIV จึงส่งผลกระทบต่อทั้งทางร่างกายและจิตใจของผู้ติดเชื้อ และการเป็นโรคที่มีการตีตราบาปค่อนข้างสูง จึงเป็นความยากลำบากในการที่ผู้ติดเชื้อจะสามารถแสดงออกถึงความรู้สึกผ่านคำพูดได้ ดังนั้นสื่อทางศิลปะจึงเป็นช่องทางหนึ่งที่บุคคลสามารถแสดงความรู้สึกออกมาได้นั่นเอง

Nainis, Paice, Ratner, Wirth, Lai และ Shott (2006) กล่าวถึงการใช้ศิลปะเพื่อบำบัดว่าเป็นการบำบัดที่มีฐานความเชื่อว่าการสร้างสรรค์งานศิลปะ เป็นการรักษาและส่งเสริมชีวิตของบุคคลมากยิ่งขึ้น ซึ่งมีวัตถุประสงค์สำคัญคือการใช้กระบวนการที่สร้างสรรค์ตระหนักรู้ในตนเอง และสามารถที่จะเปิดเผยอารมณ์ที่อยู่ระดับลึกในจิตใจของบุคคล เพื่อรับมือกับอาการความเจ็บป่วยทางร่างกายและจิตใจได้ สามารถปรับตัวเข้ากับเหตุการณ์ที่ตึงเครียดหรือส่งผลกระทบต่อจิตใจได้นอกจากนั้น Bussard และ Kleinman (1991 อ้างถึงใน Rao, Nainis, Williams, Langner, Eisin, & Paice, 2009) ระบุว่ากระบวนการสร้างสรรค์ศิลปะยังช่วยทำให้เกิดความรู้สึกผ่อนคลายและได้รับการสนับสนุนทางจิตใจ และยังช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญหน้ากับประเด็นปัญหาต่างๆเกี่ยวกับโรคภัยไข้เจ็บได้ ซึ่งศิลปะบำบัดนั้นเป็นการบำบัดทางเลือกหนึ่งที่มีประสิทธิภาพและประสบความสำเร็จในการช่วยบรรเทาอาการทางร่างกายและจิตใจต่างๆของโรคได้ (Rao et al., 2009)

Rao และคณะ (2009) ได้ศึกษางานและวิจัยต่างๆเกี่ยวกับผู้ติดเชื้อ HIV และศิลปะบำบัดอาทิงงานของ Hrenko (2005 อ้างถึงใน Rao et al., 2009) การบำบัดด้วยศิลปะนั้นเป็นประโยชน์ต่อ

เด็กที่ได้รับการวินิจฉัยว่าติดเชื้อ หรืองานของ Edwards (1993) ซึ่งศึกษางานศิลปะของผู้ติดเชื้อ HIV พบว่าภาพศิลปะของผู้ติดเชื้อจะสะท้อนถึงสภาวะอารมณ์ที่เกิดขึ้นในแต่ละขั้นของการดำเนินโรครวมทั้งบุคลิกภาพและชีวิตของผู้ติดเชื้อ ภาพวาดของผู้ที่เพิ่งได้รับการวินิจฉัยมักจะแสดงถึงความรู้สึกโกรธ เศร้าซึมและรู้สึกผิด ความสับสนและการมีตราบาปในจิตใจ ซึ่งผู้ติดเชื้อหลายคนอาจไม่ได้ตระหนักถึงอารมณ์ที่เกิดขึ้นของตนเองจนกระทั่งได้ถ่ายทอดลงบนภาพวาดนั่นเอง ต่อมาจึงเป็นช่วงของความรู้สึกกลัวและเศร้าโศกซึ่งเป็นช่วงมรสุมหนักของชีวิต แต่เมื่อเวลาผ่านไปภาพวาดจะแสดงถึงคุณค่า ความหมายและสัญลักษณ์ของการฟื้นฟูพลังของผู้ติดเชื้อ ซึ่งแสดงภาพเกี่ยวกับสิ่งที่ตนเองต้องการหรือปรารถนา ภาพความสุข สถานที่สงบ ความรักและความสัมพันธ์ ศาสนา หรือความงามของสิ่งต่างๆ เช่น ดอกไม้ เป็นการยืนยันว่าผู้ติดเชื้อนั้นเป็นบุคคลที่มีความโดดเด่นและมีคุณค่า

Rao และคณะ (2009) ยังระบุว่าศิลปะบำบัดมีส่วนในการลดอาการเจ็บป่วยทางกายและทางใจของผู้ติดเชื้อ HIV เนื่องจาก

1. การบำบัดด้วยศิลปะบำบัดนั้นช่วยเบี่ยงเบนความสนใจหรือเพ่งจุดสนใจของผู้ติดเชื้อ HIV ไปสิ่งอื่นแทน เพราะในขณะที่ทำงานศิลปะผู้ติดเชื้อจะมุ่งความสนใจไปที่งานศิลปะมากกว่าที่อาการเจ็บป่วยทางกายหรือจิตใจแทนนั่นเอง

2. ศิลปะมีส่วนช่วยในการให้ผู้เข้าร่วมการบำบัดสามารถแสดงความรู้สึก เปิดเผยอาการเจ็บป่วยหรืออารมณ์ความรู้สึกต่างๆ ได้มากกว่าที่จะกักเก็บความรู้สึกเจ็บปวด ความตึงเครียดและความวิตกกังวลต่างๆ เอาไว้ข้างในตนเองได้ อีกทั้งยังช่วยให้ผู้บำบัดกระจำงัดหรือตระหนักรู้ในอารมณ์ของตนเองได้มากยิ่งขึ้น ซึ่งการตระหนักหรือชัดในอารมณ์ความรู้สึกของตนเองมากขึ้นนั้นอาจไปกระตุ้นประเด็นปัญหาของความเจ็บป่วยขึ้นมาอีก ซึ่ง Rao แนะนำว่าในกลุ่มครั้งต่อไป ควรมีการนำประเด็นปัญหาที่เกิดขึ้นจากการทำศิลปะมาทำการปรึกษาและแก้ไขปัญหาเหล่านั้นต่อไป

งานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับประสิทธิภาพของการนำศิลปะบำบัดมาใช้ร่วมกับผู้ติดเชื้อโรคเอดส์ ซึ่ง Rao และคณะ (2009) ศึกษาโดยใช้ศิลปะบำบัด 1 ชั่วโมงกับผู้ติดเชื้อ HIV เทียบกับกลุ่มที่ให้ดูวิดีโอเกี่ยวกับศิลปะบำบัด เพื่อทดสอบความเป็นไปได้ในการบำบัดรักษาอาการทั้งทางกายและทางจิตใจของผู้ติดเชื้อด้วยการศิลปะบำบัด ก่อนที่ขยายผลงานวิจัยไปสู่การวิจัยแบบทดลองแบบสุ่ม (Randomized Clinical Trial) แบบเต็มรูปแบบในอนาคต ซึ่งงานของ Rao และคณะ (2009) นั้นจะมีความคล้ายคลึงกับการวิจัยของ Nainis และคณะ (2006) ที่ศึกษาในกลุ่มของผู้ป่วยมะเร็ง โดยผลการวิจัยของ Rao และคณะ พบว่าผู้ป่วยที่เข้าร่วมในกลุ่มศิลปะบำบัดมีอาการทางกายและจิตใจพัฒนาขึ้นเมื่อเทียบกับกลุ่มที่ดูวิดีโอ

อย่างไรก็ตาม ค่าคะแนนรวมของมาตรวัด ESAS เกี่ยวกับอาการความเจ็บป่วย เช่น คลื่นไส้ อาเจียน เจ็บปวด เหนื่อยล้าและซึมเศร้า มีความแตกต่างกับกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ในมาตรวัด STAI (State-Trait Anxiety Index) เกี่ยวกับความวิตกกังวลนั้น คะแนนรวมหลังการทำศิลปะบำบัดไม่แตกต่างกับกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ Rao และคณะจึงระบุว่าอาการทางกายอาจจะเกิดการเปลี่ยนแปลงได้ไวและรวดเร็วกว่าการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ ซึ่งอาจจะเพราะว่าการบำบัดเพียงครั้งเดียวใน 1 ชั่วโมงนั้นไม่เพียงพอต่อการส่งเสริมสุขภาพทางใจของผู้บำบัด อย่างไรก็ตามผู้วิจัยเห็นว่างานวิจัยของ Rao นั้นในมาตร ESAS แม้จะวัดเป็นอาการทางกายส่วนใหญ่ แต่ก็มีเกี่ยวกับการวัดความซึมเศร้า (Depression) หรือความวิตกกังวล (Anxiety) อีกด้วยจึงควรนำมาศึกษาต่อถึงประสิทธิผลของศิลปะบำบัดต่อการลดอาการทางจิตใจต่อไป

จากการบำบัดทั้งหมดเพื่อส่งเสริมสุขภาพทางจิตของผู้ติดเชื้อ HIV จึงมีทั้งการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแนวปัญญาพฤติกรรมนิยม รวมทั้งการบำบัดแบบทางเลือกคือการใช้ศิลปะในการบำบัด ซึ่งการบำบัดแนวปัญญาพฤติกรรมนิยม (CBT) และศิลปะบำบัด (Art Therapy) มีประวัติมายาวนาน แต่งานวิจัยที่นำทั้งสองการบำบัดไปใช้ยังไม่ค่อยแพร่หลายมากนัก Leibowitz-Levy (2005) ยังระบุว่า การใช้ศิลปะในการบำบัดนั้นมีความเหมาะสมกับ CBT เป็นอย่างยิ่ง เพราะการสร้างงานศิลปะนั้นโดยธรรมชาติแล้วเป็นกระบวนการทางความคิด

สำหรับงานวิจัยต่างๆ พบว่าการผสมผสานแนวคิดทั้งสอง มักนำไปใช้ในการช่วยเหลือกลุ่มวัยผู้ใหญ่ที่เจ็บป่วยจากปัญหาสุขภาพทางจิต เช่น ความผิดปกติในการกิน (Eating Disorder) ความบกพร่องทางสติปัญญา ความเจ็บปวดเรื้อรัง และความโศกเศร้า (Roghanchi, Mohamad, Mey, Momeni, & Golmohamadian, 2013) งานวิจัยของ Jamal และ Kordi (2006) ทำการศึกษาผลของการบำบัดแบบปัญญาพฤติกรรมนิยมและดนตรีบำบัดในนักศึกษาที่มีความซึมเศร้า ผลการวิจัยพบว่าการบำบัดแบบผสมผสานนั้นส่งผลให้เกิดการลดอาการซึมเศร้าได้มากกว่า

จากงานวิจัยและแนวทางต่างๆ ศิลปะจึงมีความเหมาะสมที่จะเข้ามาเป็นสื่อในการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบปัญญาพฤติกรรมนิยม ซึ่งยังไม่มีงานวิจัยใดที่ศึกษาในกลุ่มผู้ติดเชื้อ HIV ที่จะลดภาวะซึมเศร้าและความร่วมมือในการรับประทานยาต้านไวรัส ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะนำการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแนวปัญญาพฤติกรรมนิยมโดยมีศิลปะเข้ามาเป็นสื่อร่วมในการบำบัด เพื่อลดภาวะซึมเศร้าและความร่วมมือในการรับประทานยาต้านไวรัสในกลุ่มผู้ติดเชื้อ HIV ชายรักชายในประเทศไทย

เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

Rabkin (2008) ทำการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับโรคเอดส์และภาวะซึมเศร้า เพื่อเป็นการประมวลความรู้เกี่ยวกับอัตราการเกิดของโรคซึมเศร้าในผู้ติดเชื้อ HIV, ตัวแปรที่สัมพันธ์กับภาวะ

ซึมเศร้าในผู้ติดเชื้อ HIV, ผลเสียที่เกิดขึ้นจากโรคซึมเศร้าของผู้ติดเชื้อ HIV, การบำบัดภาวะซึมเศร้า รูปแบบต่างๆ โดยในแต่ละประเด็นนั้นจะเป็นการสรุปในภาพรวม เนื่องจากข้อจำกัดของจำนวนหน้า การตีพิมพ์มากกว่าจะเป็นการทบทวนวรรณกรรมอย่างละเอียด อย่างไรก็ตามงานดังกล่าวช่วยขยายมุมมองและเห็นภาพของโรคซึมเศร้าในผู้ติดเชื้อมากยิ่งขึ้น ดังนี้

โรคซึมเศร้าในผู้ติดเชื้อ HIV นั้นเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นเป็นปกติ แต่มักจะถูกมองข้ามเสมอ แต่โรคซึมเศร้าเป็นอันตรายอย่างยิ่งที่ส่งผลเสียต่อคุณภาพชีวิต การทำงานต่างๆ ความร่วมมือในการรับประทานยาต้านไวรัส รวมทั้งการมีชีวิตรอดอีกด้วย ซึ่งการหาอัตราการเกิดโรคซึมเศร้าในผู้ติดเชื้อ HIV นั้นมีความยากลำบากมาก เนื่องจากจากเกณฑ์การวินิจฉัยโรค เครื่องมือที่ใช้ในการวัดและวิธีการวัดที่แตกต่างกัน และความหลากหลายของกลุ่มประชากรที่ต้องการศึกษา

Ciesla และ Roberts (2001) ทำการวิจัยการวิเคราะห์ทอมนานจากการรวบรวมงานวิจัย (Meta-analysis) เกี่ยวกับอัตราการเกิดโรคซึมเศร้าในผู้ติดเชื้อ HIV เนื่องจากในงานวิจัยก่อนหน้านี้ ตั้งแต่ ปี 1988 – 1998 ที่ศึกษาอัตราการเกิดโรคซึมเศร้าของผู้ติดเชื้อ HIV เทียบกับผู้ที่ไม่ติดเชื้อ HIV ผลที่ได้คืออัตราการเกิดระหว่างกลุ่มผู้ติดเชื้อและไม่ติดเชื่อนั้นไม่แตกต่างกัน งานวิจัยของ Ciesla และ Roberts (2001) จึงมุ่งเน้นศึกษาเกี่ยวกับอัตราการเกิดโรคซึมเศร้าของผู้ติดเชื้อ เทียบกับผู้ที่ไม่ได้ติดเชื้อ HIV เพื่อดูความสัมพันธ์ระหว่างการติดเชื้อ HIV กับโรคซึมเศร้าชนิดรุนแรง (Major depressive disorder) หรือ Dysthymic Disorder รวมทั้งศึกษาตัวแปรกำกับของโรคซึมเศร้า ได้แก่ ระยะเวลาการดำเนินขึ้นของโรคและความโน้มเอียงทางเพศ มีงานวิจัย 10 เรื่องที่ผ่านเกณฑ์ โดยมีเกณฑ์คัดเข้างานวิจัยคือ 1. เป็นงานวิจัยมีทั้งกลุ่มผู้ติดเชื้อ HIV และผู้ไม่ติดเชื้อ HIV 2. มีการสัมภาษณ์ วินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้า ไม่ใช่แบบวัดหรือการรายงานตนเอง 3. ผู้ติดเชื้อประสบกับโรคซึมเศร้าใน ระยะ 1 ถึง 6 เดือน เพื่อหลีกเลี่ยงผู้ที่ซึมเศร้าอยู่ก่อนการติดเชื้อ HIV 4. ข้อมูลต่างๆเกิดขึ้นในช่วงแรกของงานวิจัยเป็นงานวิจัยแบบระยะยาว และ 5. ผู้ติดเชื้อในงานวิจัยไม่ได้รับการคัดเลือกอย่างเจาะจง

ผลการวิเคราะห์ทอมนานจากการรวบรวมงานวิจัยพบว่า อัตราการเกิดโรคซึมเศร้าชนิดรุนแรง และ Dysthymic Disorder ในผู้ติดเชื้อ HIV สูงกว่าในผู้ที่ไม่ติดเชื้อ HIV ถึงเกือบ 2 เท่า รวมทั้งอัตราของโรคซึมเศร้านั้น ไม่เกี่ยวข้องกับระยะเวลาการดำเนินของโรค และความโน้มเอียงทางเพศของผู้ติดเชื้อ

Roberts และคณะ (2001) ทำการศึกษาผลของเหตุการณ์ความตึงเครียดในชีวิต และความเปราะบางทางจิตใจ อันได้แก่ การเห็นคุณค่าในตนเองในระดับต่ำ ความไม่มั่นคงทางอารมณ์ และแบบแผนความคิดทางลบ ต่อความโศกเศร้าเสียใจและความเครียด ของผู้ติดเชื้อ HIV โดยเก็บข้อมูลกับผู้ติดเชื้อ HIV จำนวน 52 คน ในการทำแบบสอบถามตัวแปรต่างๆ โดยใช้สถิติสหสัมพันธ์แบบ Zero-order และการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบเชิงชั้น (Hierarchical Multiple Regression) ผล

การศึกษาพบว่า ความเปราะบางทางจิตใจทั้ง 3 นั้นสามารถทำนายระดับภาวะซึมเศร้า ($\beta = .38, P < .001$) และการรับรู้ความเครียดได้ ($\beta = .605, P < .001$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ในผลของปฏิสัมพันธ์ระหว่างเหตุการณ์ตึงเครียดในชีวิตและความเปราะบางทางจิตใจ (Interaction effect) นั้นสามารถทำนายระดับความเครียดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เพียงอย่างเดียว ($\beta = -.657, P < .001$) แต่ไม่สามารถทำนายความซึมเศร้าได้

ภาวะซึมเศร้าในผู้ติดเชื้อ HIV นั้นเป็นตัวแปรหนึ่งที่มีความสำคัญและสัมพันธ์ในระดับที่สูงกับความร่วมมือในการรับประทานยาต้านไวรัสของผู้ติดเชื้อ HIV จากงานวิจัยดังต่อไปนี้

Safren และคณะ (2001) ทำการศึกษาตัวแปรต่างๆที่สัมพันธ์กับความร่วมมือในการรับประทานยาต้านไวรัส โดยมีตัวแปรต่างๆ คือ ภาวะซึมเศร้า การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ความสามารถในการรับประทานยา (Adherence self-efficacy) และความเชื่อผิดๆ เกี่ยวกับ HIV (Punishment belief about HIV) โดยสถานที่ศึกษาเป็นศูนย์ดูแลสุขภาพของชุมชน ที่มุ่งเน้นการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อ HIV ที่มีความโน้มเอียงทางเพศทั้งเกย์ เลสเบียน Bisexual หรือผู้ผ่าตัดแปลงเพศ โดยกลุ่มตัวอย่างมาจากการติดแผ่นป้ายโฆษณา กลุ่มตัวอย่างที่ได้เป็นเพศชายจำนวน 76 คน และเพศหญิง 8 คน โดยใช้แบบวัด ซึ่งผลการวิจัยพบว่าจากตัวแปรทั้งหมดนั้น ภาวะซึมเศร้ามีสหสัมพันธ์ทางลบกับความร่วมมือในการรับประทานยาต้านไวรัส จากค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson product-moment correlation coefficient) ในระดับปานกลางที่ $-.39 (p < 0.001)$ ส่วนตัวแปรอื่นๆ เช่น การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ความสามารถในการรับประทานยาต้านไวรัส และความเชื่อผิดๆเกี่ยวกับ HIV มีสหสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรับประทานยาต้านไวรัสอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $.38$ $.34$ และ $-.34$ ตามลำดับ อย่างไรก็ตามในวิเคราะห์การถดถอยแบบขั้นตอน (Step-wise regression) พบว่าคะแนนภาวะซึมเศร้าจากมาตรวัด BDI เป็นตัวทำนายระดับความร่วมมือในการรับประทานยาต้านไวรัสที่โดดเด่นที่สุด ($R^2 = 13, p < .001$) ส่วนตัวทำนายอื่นๆนั้นไม่ถึงระดับนัยสำคัญทางสถิติ

Malow, Devieux, Stein, Rosenberg, Jean-Gilles, Attonito และคณะ (2013) เป็นงานที่มุ่งศึกษาปัจจัยตัวแปรต่างๆ ที่ทำนายระดับความร่วมมือในการรับประทานยาต้านไวรัสในประเทศเฮติ โดยสร้างเป็นโมเดล SEM (Structural Equation Model) โดยตัวแปรที่ศึกษาได้แก่ เพศ (หญิง) อายุ ความขัดแย้งกับคู่อริ การจัดการความเครียดที่ขาดประสิทธิภาพ (Maladaptive Coping) เจตคติทางลบต่อการรักษาการติดเชื้อ HIV ภาวะซึมเศร้า การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และระดับความร่วมมือในการรับประทานยาต้านไวรัส ในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นคนไข้ผู้ใหญ่ที่ติดเชื้อ HIV ชาวเฮติที่รับประทานยาต้านไวรัส จำนวน 194 คน

ผลของโมเดล SEM สอดคล้องกับสมมติฐานที่ตั้งไว้ คือภาวะซึมเศร้า ($-0.16, p < .05$) และ เจตคติทางลบต่อยาต้านไวรัส ($-0.32, p < .001$) เป็นตัวทำนายโดยตรงกับระดับความร่วมมือในการ รับประทานยาต้านไวรัส และส่วนตัวแปรอื่น เช่น ความขัดแย้งระหว่างคู่อภิเษก การจัดการความเครียด แบบขาดประสิทธิภาพ และการตีแผ่แอลกอฮอล์จะเป็นตัวทำนายระดับความซึมเศร้าให้มีมากยิ่งขึ้น ส่วนการจัดการความเครียดยังทำนายเจตคติต่อยาต้านไวรัส และตัวแปรอื่นๆยังส่งผลทางอ้อมต่อ ความร่วมมือในการรับประทานยาต้านไวรัสผ่านทั้งเจตคติและภาวะซึมเศร้าอีกด้วย

ณภัทรวรรต บัวทอง (2551) มุ่งทำการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้าและปัจจัยร่วม ในระดับบุคคลต่อความร่วมมือในการรับประทานยาต้านไวรัสของผู้ใหญ่ที่ติดเชื้อ HIV โดยเป็น งานวิจัยแบบมุ่งไปข้างหน้า (Prospective Cohort Study) โดยมีกลุ่มตัวอย่างจำนวน 379 คน

ผลการวิจัยแบบการวิเคราะห์ข้อมูลแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional Analysis) พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อระดับความร่วมมือในการรับประทานยาต้านไวรัสอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ อายุ อาชีพ ประวัติความเจ็บป่วยด้วยโรคฉวยโอกาส การใช้สมุนไพร การจ่ายค่ารักษาพยาบาล ระยะเวลาที่ได้รับการรับประทานยาต้านไวรัส สูตรยาต้านไวรัส จำนวนเม็ดยาที่ต้องรับประทาน ระดับ CD4 ในร่างกาย ภาวะซึมเศร้า ภาวะพุทธิปัญญาเสื่อม ปัญหาการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และ แรงสนับสนุนทางสังคม ส่วนการวิเคราะห์ข้อมูลแบบระยะยาว (Longitudinal Analysis) ปัจจัยเสี่ยง ที่ส่งผลให้เกิดระดับความร่วมมือในการรับประทานยาต้านไวรัสในระดับต่ำ คือ ภาวะซึมเศร้า (3.74 - 5.99 เท่าเมื่อเทียบกับกลุ่มตัวอย่างไม่มีภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .01) ปัญหาการดื่ม เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การไม่มีประวัติเจ็บป่วยด้วยโรคฉวยโอกาส การใช้สมุนไพรและการไม่ได้รับการ ย้ำเตือน ในการรับประทานยาจากแพทย์ และการเปลี่ยนแปลงของภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ กับความร่วมมือในการรับประทานยาต้านไวรัสในระดับไม่ตัวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

นอกจากระดับภาวะซึมเศร้าจะสัมพันธ์กับระดับความร่วมมือในการรับประทานยาต้านไวรัส ยังมีงานศึกษาต่างๆที่ศึกษาตัวแปรที่สัมพันธ์และส่งผลต่อระดับความร่วมมือในการรับประทานยาต้าน ไวรัส อาทิ Ammassari, Trotta, Murri, Castelli, Narciso, Noto และคณะ (2002) ซึ่งทำการ รวบรวมงานวิจัยตั้งแต่ปี 1998 ถึงปี 2002 เพื่อสรุปให้เห็นภาพรวมของปัจจัยต่างๆที่ส่งผลต่อการ รับประทานยาต้านไวรัสของผู้ติดเชื้อ HIV ซึ่งผู้วิจัยระบุว่าตัวแปรที่เกี่ยวข้องกับความร่วมมือในการ รับประทานยาต้านไวรัสมีจำนวนมากและมีงานวิจัยจำนวนมากที่มุ่งศึกษาตัวแปรต่างๆในประเทศและ ในบริบทต่างๆ ผลที่ได้จึงมีผลและความแตกต่างกัน จึงได้ทำการรวบรวมงานวิจัยที่ผ่านเกณฑ์จำนวน 20 ชิ้นที่ผ่านเกณฑ์ โดยเกณฑ์ที่ Ammassari และคณะ (2002) คือมีการใช้ระดับความร่วมมือในการ รับประทานยาต้านไวรัสเป็นตัวแปรตามและดูตัวแปรที่มีสหสัมพันธ์หรือเป็นตัวทำนายตัวแปรความ ร่วมมือ แม้ว่างานแต่ละชิ้นจะวัดด้วยวิธีที่ต่างกัน เวลาที่วัด และความร่วมมือในการรับประทาน

ยาด้านไวรัสเป็นกระบวนการที่มีเปลี่ยนแปลงได้และเมื่อเวลาเปลี่ยน พฤติกรรมการรับประทานยาของผู้ติดเชื้อก็เปลี่ยนแปลงได้อีกด้วยเช่นกัน แต่ผลการรวบรวมงานวิจัยก็ให้ภาพรวมของปัจจัยต่างๆได้ชัดเจนขึ้น โดยแบ่งปัจจัยออกเป็น 3 กลุ่มคือ

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความร่วมมือในการรับประทานยาด้านไวรัสอย่างสม่ำเสมอ ได้แก่ อาการของโรคเอดส์และผลข้างเคียงของยาด้านไวรัส, เหตุการณ์หรือสถานการณ์ความเครียดในชีวิต, การสนับสนุนทางสังคมและครอบครัว, ความซับซ้อนของการรับประทานยาด้านไวรัส และ การรับรู้ความสามารถในการรับประทานยาของคนไข้

ปัจจัยที่ส่งผลอย่างไม่สม่ำเสมอ ได้แก่ อายุ เชื้อชาติ รายได้ การเสพยาเสพติดแบบฉีดเข้าเส้น การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ภาวะซึมเศร้าและโรคทางจิตที่เกิดร่วมกับเอดส์ คุณภาพชีวิต จำนวน CD4 ความถี่ในการรับประทานยา ความรู้และความเชื่อเกี่ยวกับยาด้านไวรัส และ ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ติดเชื้อและทีมผู้ดูแล

ปัจจัยที่ไม่เกี่ยวข้องกับความร่วมมือในการรับประทานยาด้านไวรัส ได้แก่ เพศ ระดับการศึกษา การอาศัยอยู่กับคนอื่น การว่างงาน การมีประกันสุขภาพ ปัจจัยเสี่ยงต่อการติดเชื้อ HIV ประวัติการเสพยาเสพติด ระยะเวลาการติดเชื้อ ขึ้นดำเนินโรคเอดส์ตาม CDC การไม่เคยรับประทานยาด้านไวรัสมาก่อน จำนวนยาและประเภทของยาด้านไวรัส

Protopopescu, Raffi, Roux Reynes, Dellamonica, Spire และคณะ (2009) ทำการศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการไม่รับประทานยาด้านไวรัสในกลุ่มคนไข้ โดยเป็นระยะเวลา 10 ปี โดยมีผู้เข้าร่วมการวิจัยจำนวน 1,010 คน ซึ่งเป็นคนไข้ที่มีการรับประทานยาในระยะติดตามผล (Follow up) มาแล้วไม่ต่ำกว่า 12 เดือน จนถึง 120 เดือน และมีการวัดระดับความร่วมมือในการรับประทานยาด้านไวรัสแบบรายงานตนเองในช่วงเวลาดังกล่าวอย่างน้อย 1 ครั้ง ข้อมูลที่รวบรวมจะเป็นบันทึกทางคลินิกและแบบสอบถามเกี่ยวกับลักษณะทางประชากรและตัวแปรทางจิตสังคม สถิติที่ใช้ในการคำนวณเป็นโมเดลแบบ GEE (generalized estimating equation) เพื่อใช้ระบุปัจจัยที่ทำให้ไม่ร่วมมือในการรับประทานยา

ผลการวิจัยพบว่าระดับความร่วมมือในการรับประทานยาด้านไวรัสนั้นมีความสัมพันธ์อย่างอิสระ กับปัจจัยต่างๆ คืออาการข้างเคียง, การได้รับผลการวินิจฉัยว่าติดเชื้อมาไม่เกิน 6 เดือนและการอยู่ขั้นของการติดเชื้อในชั้น B หรือ C อีกทั้งความไม่ร่วมมือยังสัมพันธ์กับการมีอายุน้อย การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นประจำทุกวัน การมีบุตร การขาดการสนับสนุนทางสังคมจากคู่ครองและการมีภาวะซึมเศร้า

ระดับความร่วมมือในการรับประทานยาต้านไวรัสมีความสำคัญต่อความสำเร็จในการรักษาผู้ติดเชื้อ HIV เนื่องจากยาต้านไวรัสจะช่วยขัดขวางการดำเนินของโรคและช่วยยืดชีวิตของผู้ติดเชื้อ HIV ได้ (Rabkin, 2008) การช่วยเหลือเยียวยาผู้ติดเชื้อจึงมุ่งเน้นที่จะให้มีระดับความร่วมมือในการรับประทานไวรัสในระดับที่สูงซึ่งมาจากงานของ Paterson และคณะ (2000)

Paterson, Swindells, Mohr, Brester, Vergis, Squier และคณะ (2000) ศึกษาผลของการมีระดับความร่วมมือในการรับประทานไวรัสในระดับที่แตกต่างกัน ต่อผลลัพธ์ทางคลินิกเกี่ยวกับระบบภูมิคุ้มกันและระดับเชื้อไวรัส HIV ในร่างกาย โดยเป็นงานวิจัยประเภทการสังเกตแบบมุ่งไปข้างหน้า (Prospective Observational Study) ในกลุ่มผู้ติดเชื้อ HIV ในคลินิกการแพทย์ในมหาวิทยาลัย จำนวน 99 คน โดยใช้วิธีการวัดระดับความร่วมมือในการรับประทานยาต้านไวรัสแบบ MEMS (Microelectronic monitoring system)

ผลการวิจัยพบว่าการที่ยังผู้ติดเชื้อมีระดับความร่วมมือในการรับประทานยาต้านไวรัสในระดับ 95 % หรือมากกว่านั้นยังเพิ่มประสิทธิภาพของผลการรักษาและการมีเชื้อไวรัสในร่างกายที่ต่ำอีกด้วย จากผลที่ว่ามีเพียง 22 % ของผู้ติดเชื้อ HIV ที่ให้ความร่วมมือในการรับประทานยาในระดับเท่ากับหรือมากกว่า 95 % จะมีความล้มเหลวในการระงับเชื้อไวรัสในกระแสเลือด (Virologic failure) หรือก็คือมีระดับเชื้อไวรัสในกระแสเลือดมากกว่า 400 copies ต่อมิลลิลิตร ในขณะที่ผู้ติดเชื้อที่ให้ความร่วมมือน้อยกว่านั้น เช่นตั้งแต่ 80-94.9% จะมีผู้ล้มเหลวในการระงับเชื้อไวรัสถึง 61% จากผู้ติดเชื้อทั้งหมด และหากผู้ติดเชื้อให้ความร่วมมือในการรับประทานยาต้านไวรัสต่ำกว่า 80 % จะมีจำนวนผู้ล้มเหลวในการระงับเชื้อไวรัสในเลือดถึง 80 % ของกลุ่มคนไข้ทั้งหมด สรุปได้ว่ายิ่งให้ความร่วมมือในการรับประทานยามากขึ้น ยิ่งเพิ่มโอกาสที่จะสามารถระงับการแพร่เชื้อไวรัส เพิ่มระดับภูมิคุ้มกันในร่างกาย และทำให้ผู้ติดเชื้อมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นมากขึ้นอีกด้วย

กลุ่มการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแนวปัญญาพฤติกรรมนิยม (CBT) นั้นเป็นการบำบัดที่ถูกนำมาใช้ในการช่วยเหลือผู้ติดเชื้อ HIV ให้สามารถลดภาวะซึมเศร้าได้ จากงานวิจัยต่างๆ อาทิ

Himelhoch , Medoff และ Oyenyi (2007) ศึกษาทั้งการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ และการสังเคราะห์งานวิจัยด้วยวิธีวิเคราะห์ทอริมาน เกี่ยวกับกลุ่มผู้ติดเชื้อ HIV ที่มีอาการซึมเศร้าเพื่อศึกษาประสิทธิภาพของกลุ่มบำบัดต่อโรคซึมเศร้าในผู้ติดเชื้อ HIV โดยคัดงานวิจัยตามเกณฑ์คือ งานวิจัยเป็นการสุ่มเข้าเงื่อนไขการทดลอง (Random Assignment) มีการรายงานผลของอาการซึมเศร้า และมีการใช้กระบวนการของจิตบำบัดอีกด้วย โดยจาก 18 งานมีงานวิจัยที่ผ่านเกณฑ์ 8 ชิ้น โดย 5 งานวิจัยเป็นการบำบัดแบบ CBT 2 งานเป็นการบำบัดแบบ Supportive Therapy และอีก 1 งานเป็นการฝึกการจัดการความเครียดอย่างมีประสิทธิภาพ (Coping effective training)

งานวิจัยใช้สถิติในการคำนวณหาขนาดอิทธิพล (Effect size) จากวิธีโมเดลอิทธิพลแบบกำหนดแบบสุ่ม (Random effect model)

งานวิจัยพบว่าขนาดอิทธิพล (pooled effect size) จากโมเดลอิทธิพลแบบกำหนดแบบสุ่มมีค่าในระดับปานกลางที่ .38 สรุปได้ว่ากลุ่มการปรึกษาทางจิตวิทยาและจิตบำบัดนั้นมีประสิทธิภาพต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ติดเชื้อ HIV นอกจากนี้ในกลุ่มบำบัดแบบ CBT มีขนาดอิทธิพลโดยวิธี random effect model อยู่ในระดับปานกลางที่ .37 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สรุปได้ว่าการบำบัดแบบ CBT มีประสิทธิภาพต่ออาการซึมเศร้าของผู้ติดเชื้อ HIV นั้นเอง ส่วนกลุ่มการบำบัดประเภทอื่นๆ นั้นมีความลำบากที่จะสรุปแบบเดียวกับ CBT เนื่องจากมีจำนวนงานวิจัยในการศึกษาอย่างไม่มากพอ

Spies, Asmal และ Seedat (2013) ทำการวิจัยโดยใช้การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ (Systematic Review) เพื่อศึกษาประสิทธิภาพของการบำบัดแบบปัญญาพฤติกรรมนิยมต่อภาวะซึมเศร้าและความวิตกกังวลในผู้ติดเชื้อ HIV และคำนวณขนาดอิทธิพลของการบำบัดดังกล่าว เนื่องจากมีงานวิจัยที่ศึกษาประสิทธิภาพของ CBT ในผู้ติดเชื้อ HIV ค่อนข้างจำกัด เกณฑ์การคัดเลือกจะนำงานวิจัยที่บำบัดด้วยแนวปัญญาพฤติกรรมนิยมในกลุ่มผู้ติดเชื้อ HIV โดยเน้นที่ตัวแปรตามคืออาการซึมเศร้าและความวิตกกังวล เครื่องมือวัดจะต้องได้รับการยืนยันว่ามีประสิทธิภาพ ใช้เกณฑ์ในการคัดที่ต้องเป็นงานวิจัยที่ไม่มีการใช้ CBT ร่วมกับการรักษาด้วยยาต้านอาการซึมเศร้าและเป็นงานวิจัยที่มีการทดลองแบบสุ่มและมีกลุ่มตัวอย่าง งานวิจัยที่ผ่านเกณฑ์มีจำนวนทั้งสิ้น 20 งาน

ผลการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบพบว่า การบำบัดแบบปัญญาพฤติกรรมนิยมอาจมีประสิทธิภาพในการลดภาวะซึมเศร้าและความวิตกกังวลของผู้ติดเชื้อ HIV โดยขนาดอิทธิพลมีค่าตั้งแต่ .02 – 1.02 สำหรับภาวะซึมเศร้า และตั้งแต่ .04 - .7 สำหรับความวิตกกังวล สรุปได้ว่าการบำบัดแบบ CBT นั้นอาจมีผลทางบวกต่อการรักษาภาวะซึมเศร้าและความวิตกกังวลในผู้ใหญ่ที่ติดเชื้อ HIV ได้

Kelly. Murphy, Bahr, Kalichman, Morgan, Stevenson และคณะ (1993) ทำการศึกษาผลลัพธ์ของกลุ่มการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแนวปัญญาพฤติกรรมนิยม (CBT) และกลุ่มการบำบัดแบบ Supportive group brief therapy ต่อความโศกเศร้าเสียใจของผู้ติดเชื้อ HIV โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นเพศชายจำนวน 68 คน ถูกสุ่มเข้า 3 เงื่อนไข คือกลุ่มการบำบัดแบบ CBT กลุ่มแบบ Supportive และกลุ่มควบคุม โดยระยะเวลาที่ใช้ในการทำกลุ่ม 8 ครั้ง มีการวัดผลระดับภาวะซึมเศร้าของ CES-D และแบบวัดอาการโศกเศร้าเสียใจโดยรวม SCL-90-R โดยทำการวัดก่อนการบำบัด หลังการบำบัด และในระยะติดตามผล และใช้สถิติการวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วม (ANCOVA) โดยใช้คะแนนที่วัดก่อนการทำกลุ่มเป็น Covariate

ผลการวิจัยพบว่าเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม กลุ่มการบำบัดแบบ CBT และ กลุ่มสนับสนุนแลกเปลี่ยนความรู้ (Support group) นั้นสามารถลดระดับภาวะซึมเศร้า อารมณ์ก้าวร้าวได้ โดยที่กลุ่มการปรึกษาแบบ CBT จะมีความพิเศษที่ช่วยลดการใช้สารเสพติดในระยะติดตามผล ส่วน Support Group จะช่วยลดระดับความวิตกกังวล ความถี่ในการมีเพศสัมพันธ์โดยไม่มีกำบัง สรุปรว่ากลุ่มบำบัดทั้งสองสามารถช่วยลดอาการซึมเศร้าได้ร่วมกัน และมีความโดดเด่นในการบำบัดที่แตกต่างกันในตัวแปรอื่นๆ

เสาวนีย์ อินทรเนตร (2551) ทำการศึกษาการใช้โปรแกรมกลุ่มการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแนวปัญญาพฤติกรรมนิยม ต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคเอดส์ที่เป็นโรคซึมเศร้าที่เข้ารับโครงการรับยาต้านไวรัส โดยทำการวัดผลก่อนและหลังการทำกลุ่ม โดยงานวิจัยชิ้นนี้เป็นการศึกษาแบบกลุ่มเดี่ยว วัดผล 2 ครั้ง (One-Group Pretest posttest Design) ผู้เข้าร่วมงานวิจัยเป็นผู้ป่วยเอดส์จำนวน 20 คนที่มีคุณสมบัติผ่านเกณฑ์ ระยะเวลาในการเข้ากลุ่มจำนวน 4 สัปดาห์ 6 ครั้ง ครั้งละไม่เกิน 90 นาที การรวบรวมข้อมูลใช้มาตรวัดภาวะซึมเศร้าของ Beck (BDI) และแบบประเมินความคิดอัตโนมัติด้านลบ ใช้สถิติทดสอบค่าที (paired *t*-test) ในการทดสอบ

ผลการวิจัยพบว่าภายหลังการเข้ากลุ่มการบำบัดแบบปรับความคิดและพฤติกรรม คะแนนระดับภาวะซึมเศร้าของผู้เข้าร่วมกลุ่ม ต่ำกว่าก่อนการทำกลุ่มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = 10.27$)

อิสริย์ฐิกา ชัยสวัสดิ์ (2553) ศึกษาผลการของการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแนวปัญญาพฤติกรรมนิยม (CBT) ต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ติดเชื้อ HIV ในประเทศไทย รูปแบบการวิจัยเป็นการศึกษาเชิงวิเคราะห์ชนิดไปข้างหน้า (Prospective Cohort Study) ผู้เข้าร่วมงานวิจัยมีจำนวน 120 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 40 คนและกลุ่มควบคุม 80 คน โดยจิตแพทย์เป็นผู้ทำหน้าที่ดำเนินกลุ่มบำบัด จำนวนกลุ่มละ 10 คน ใช้ระยะเวลา 1 – 2 ครั้งต่อสัปดาห์ จำนวนรวม 8 ครั้งและครั้งละ 1 ชั่วโมง ใช้ระยะเวลาประมาณ 1 เดือน การเก็บข้อมูลจะเก็บข้อมูลโดยใช้มาตรวัดภาวะซึมเศร้าฉบับภาษาไทย (TDI) และตัวแปรอื่นๆ เช่น การสนับสนุนทางสังคม แบบวัดสัมพันธภาพในการรักษาที่ผู้ติดเชื้อมีต่อแพทย์ แบบวัดระดับความเครียดในชีวิตที่ผ่านมา (Life Stress Event) ก่อนการทำกลุ่ม หลังทำกลุ่ม 1 เดือน และระยะติดตามผล 3 เดือน ใช้สถิติ *t*-test ดูความสัมพันธ์ระหว่างกลุ่ม CBT และภาวะซึมเศร้า รวมทั้งใช้ Multiple linear regression เพื่อควบคุมปัจจัยที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้า (การสนับสนุนทางสังคม แบบวัดสัมพันธภาพในการรักษาที่ผู้ติดเชื้อมีต่อแพทย์ แบบวัดระดับความเครียดในชีวิตที่ผ่านมา)

ผลการวิจัยพบว่าการเปลี่ยนแปลงระดับภาวะซึมเศร้าในกลุ่มการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแนวปัญญาพฤติกรรมนิยมนั้นมากกว่ากลุ่มทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .001 ทั้งในระยะหลังทำกลุ่ม 1 เดือนและระยะติดตามผล 3 เดือน

นอกจากนั้นกลุ่มการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแนวปัญญาพฤติกรรมนิยม (CBT) นั้นเป็นการบำบัดที่ถูกนำมาใช้ในการลดภาวะซึมเศร้าแล้ว ยังช่วยส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อ HIV อีกด้วย จากงานวิจัย ดังนี้

Chan และคณะ (2005) ทำการศึกษาผลของกลุ่มการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแนวปัญญาพฤติกรรมนิยมในผู้ติดเชื้อ HIV เพศชายที่เป็นชายรักหญิง (Heterosexual) ในฮ่องกง เพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตและลดความเศร้าโศกเสียใจ (Psychological distress) จำนวนผู้เข้าร่วมการวิจัยคือ 16 ที่ผ่านเกณฑ์และยินยอมเข้ารับกลุ่มการปรึกษา โดยแบ่งออกเป็นกลุ่มละ 8 คน สุดท้ายเหลือกลุ่มทดลอง 6 คนและกลุ่มควบคุม (Wait-list) 7 คน สำหรับกลุ่มการบำบัดดำเนิน 1 ครั้งต่อสัปดาห์ จำนวน 7 ครั้ง ครั้งละ 2 ชั่วโมง การรวบรวมข้อมูลใช้แบบวัด CES-D และ มาตรวัด HRQOL (Health-related quality of life) สำหรับสถิติที่ใช้ในการวิจัยคือการวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วม (ANCOVA) และใช้คะแนนพื้นฐานก่อนทำกลุ่ม (baseline) เป็น covariate

ผลการวิจัยพบว่าหลังเข้ารับการบำบัดแบบกลุ่ม CBT ผู้ติดเชื้อ HIV มีคะแนนคุณภาพชีวิตในมิติด้านสุขภาพจิตที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 และมีการลดระดับความซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01

Lechner, Antoni, Lydston, LaPerriere, Ishii, Devieux และคณะ (2003) ทำการศึกษาผลของกลุ่มการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแนวปัญญาพฤติกรรมนิยมและการจัดการกับความเครียด ร่วมกับการแสดงออกและการสนับสนุนทางจิตใจ (Cognitive-behavior stress management/ expressive-supportive therapy intervention; CBSM+) เทียบกับเงื่อนไขควบคุมคือการให้ความรู้ (Psycho education) กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิง จำนวน 330 คนที่ผู้ป่วยโรคเอดส์และมีระดับคุณภาพชีวิตในระดับที่ปานกลางถึงน้อย ผู้เข้าร่วมกลุ่มจะถูกสุ่มเข้าเงื่อนไขทดลอง 150 คน และกลุ่มควบคุม 180 คน สำหรับกลุ่ม CBSM+ นั้นทำสัปดาห์ละครั้ง จำนวน 10 ครั้ง ครั้งละ 2 ชั่วโมง การเก็บรวบรวมข้อมูลจากก่อนทำกลุ่มเพื่อเป็น Baseline และหลังทำกลุ่มภายใน 4 สัปดาห์ โดยวัดระดับคุณภาพชีวิตจากแบบวัด MOS-HIV-30 (Medical outcome study Health Status Questionnaire for HIV) สำหรับสถิติที่ใช้วิเคราะห์ผลเป็นการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ (Repeated measures ANOVA) ในการวัดระดับคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่าง

ผลการวิจัยพบว่ากลุ่ม CBSM+ และการให้ความรู้ที่เพิ่มระดับคะแนนรวมคุณภาพชีวิต และคุณภาพชีวิตใน 3 ด้านคือ การทำงานทางสติปัญญา (Cognitive functioning) ความเศร้าเกี่ยวกับสุขภาพ (Health distress) และการรับรู้สุขภาพโดยรวม (Overall health perception) อย่างไรก็ตามในกลุ่ม CBSM+ นั้นมีระดับการเปลี่ยนแปลงของคะแนนในมิติของสุขภาพจิต (Mental Health) จากก่อนและหลังทำกลุ่มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F(1,148) = 5.40, P = .02$) แต่ไม่เกิดขึ้นในกลุ่มสุขภาพจิตศึกษานั้นเอง

ภาวะซึมเศร้า มีความสัมพันธ์และสามารถทำนายระดับความร่วมมือในการรับประทานยาต้านไวรัส จึงมีงานวิจัยที่มุ่งศึกษาผลของการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแนวปัญญาพฤติกรรมนิยม (CBT) ที่นำมาใช้ในการลดภาวะซึมเศร้าและส่งเสริมระดับความร่วมมือในการรับประทานยาต้านไวรัสดังต่อไปนี้

Safren, O' Cleirigh, Tan, Raminani, Reilly, Otto และ Mayer (2009) ทำการวิจัยศึกษาผลของการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแนวปัญญาพฤติกรรมนิยม เพื่อส่งเสริมระดับความร่วมมือในการรับประทานยาต้านไวรัสและลดระดับภาวะซึมเศร้าในผู้ติดเชื้อ HIV ในกลุ่มตัวอย่างเพศชายและหญิงจำนวน 45 คน โดยรูปแบบการวิจัยเป็นแบบ Randomized Controlled Trial แบ่งออกเป็นกลุ่มทดลอง 22 คน และกลุ่มควบคุม 23 คน โดยกลุ่มทดลองเป็นกลุ่มแบบ CBT-AD จำนวน 10 ถึง 12 ครั้ง ครั้งละ 50 นาที การวัดผลจะวัดก่อนการบำบัดเป็น Baseline (T_1) หลังการบำบัด (T_2) ระยะติดตามผลหลังผ่านไป 3 เดือน (T_3) และผ่านไป 9 เดือนหลังเสร็จกลุ่ม (T_4) โดยการวัดจะวัดภาวะซึมเศร้าของ Beck (BDI) และระดับความร่วมมือในการรับประทานยาต้านไวรัสใช้วิธี MEMS (Medication Event Monitoring System) และใช้สถิติการวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วม (ANCOVA) และใช้คะแนนพื้นฐานก่อนทำกลุ่ม (baseline) เป็น covariate

ผลการวิจัยพบว่าหลังการทำกลุ่ม กลุ่มที่ได้รับการบำบัดแบบ CBT มีระดับความร่วมมือในการรับประทานยาต้านไวรัสที่ดีขึ้น ($F(1,42) = 21.94, p < .001$) และมีระดับภาวะซึมเศร้ามลดลง ($F(1,42) = 9.78, p < .01$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุม

Safren, O' Cleirigh, Bullis, Otto, Stein และ Pollack (2012) ทำการวิจัยศึกษาผลของการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแนวปัญญาพฤติกรรมนิยม เพื่อส่งเสริมระดับความร่วมมือในการรับประทานยาต้านไวรัสและลดระดับภาวะซึมเศร้าในผู้ติดเชื้อ HIV ในกลุ่มตัวอย่างเพศชายและหญิงซึ่งเป็นผู้ติดสารเสพติดชนิดฉีดจำนวน 89 คน โดยรูปแบบการวิจัยเป็นแบบ Randomized Controlled Trial แบ่งออกเป็นกลุ่มทดลอง 44 คน และกลุ่มควบคุม 45 คน โดยกลุ่มทดลองเป็นกลุ่มแบบ CBT-AD จำนวน 10 ถึง 12 ครั้ง ครั้งละ 50 นาที การวัดผลจะวัดก่อนการบำบัดเป็น Baseline (T_1) หลังการ

บำบัด (T_2) ระยะติดตามผลหลังผ่านไป 3 เดือน (T_3) และผ่านไป 9 เดือนหลังเสร็จกลุ่ม (T_4) โดยการวัดภาวะซึมเศร้าของ Beck (BDI) และระดับความร่วมมือในการรับประทานยาต้านไวรัสใช้วิธี MEMS (Medication Event Monitoring System) และใช้สถิติโมเดลเชิงเส้นหลายชั้น Hierarchical Linear Model (HLM) ในการประเมินผลลัพธ์ในการบำบัดทันทีหลังจากเสร็จกลุ่ม

ผลการวิจัยพบว่าหลังการทำกลุ่ม กลุ่มที่ได้รับการบำบัดแบบ CBT มีระดับความร่วมมือในการรับประทานยาต้านไวรัสที่ดีขึ้น ($Y_{\text{slope}} = .887, t(86) = 2.38, p = .02$) และมีระดับภาวะซึมเศร้ามลดลง $Y_{\text{slope}} = -.32, t(86) = -2.39, p = .02$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุม

อย่างไรก็ตามในการบำบัดแบบปรับความคิดและพฤติกรรม (CBT) มีงานวิจัยบางชิ้นที่ผลของการบำบัดกลับไม่ส่งผลต่อระดับความร่วมมือในการรับประทานยาต้านไวรัส แต่ส่งผลต่อภาวะซึมเศร้าเพียงอย่างเดียว ได้แก่

Berger, Schad, von Wyl, Ehlert, Zellweger, Furrer และคณะ (2008) ทำการศึกษาผลของการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแนวปัญญาพฤติกรรมนิยมในการจัดการความเครียด (Cognitive-behavioral stress management) ต่ออาการทางคลินิกและจิตใจของผู้ติดเชื้อ HIV จำนวน 104 คน โดยใช้การวิจัยแบบ Randomized Controlled trial (RCT) โดยแบ่งออกเป็นกลุ่มรับการบำบัดแบบ CBSM 53 คน และกลุ่มที่ดูแลตามมาตรฐาน 51 คน สำหรับ CBSM นั้นใช้ระยะเวลา 12 ครั้ง ครั้งละ 2 ชั่วโมง โดยวัดผลก่อนและหลังการบำบัดในตัวแปรระดับเชื้อไวรัส HIV จำนวน CD4 เซลล์ในร่างกาย ระดับความร่วมมือในการรับประทานยาต้านไวรัส และคุณภาพชีวิต

ผลการวิจัยโดยใช้สถิติ การวิเคราะห์ผลตามกลุ่มที่แบ่งไว้ (Intent-to-treat analyses) พบว่ากลุ่มการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแนวปัญญาพฤติกรรมนิยมในการจัดการความเครียดนั้น ไม่สามารถส่งเสริมผลลัพธ์ทางคลินิก ทั้งจำนวนเซลล์ CD4 ในร่างกาย ($p = .29$) ระดับเชื้อไวรัส HIV ในกระแสเลือด ($p = .34$) เมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุม รวมทั้งยังไม่มีความแตกต่างระหว่างกลุ่มเกี่ยวกับระดับความร่วมมือในการรับประทานยาต้านไวรัสทั้งในการวัดขั้นพื้นฐาน (baseline) ($p = .53$) และใน 12 เดือนหลังเสร็จกลุ่ม ($p = .47$)

Carrico, Antoni, Duran, Ironson, Penedo, Fletcher และคณะ (2006) ทำการศึกษาประสิทธิผลของการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแนวปัญญาพฤติกรรมนิยม ในการจัดการความเครียด (Cognitive-behavioral stress management) ร่วมกับการฝึกฝนความร่วมมือในการรับประทานยาต้านไวรัส (Medical adherence training; MAT) โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นชายรักชายและ Bisexual จำนวน 130 คน ซึ่งถูกแบ่งเข้าสู่ 2 เงื่อนไขคือการบำบัดแบบ CBSM ร่วมกับ MAT จำนวน 76 คน

และอีกเงื่อนไขหนึ่งเป็นการบำบัดแบบ MAT เพียงอย่างเดียว โดยกลุ่มการบำบัดแบบ CBSM ผสมกับ MAT นั้นจำนวน 1 ครั้งต่อสัปดาห์ รวมทั้งสิ้น 10 ครั้ง การวัดผลใช้แบบวัดความร่วมมือในการรับประทานยาต้านไวรัสแบบรายงานตนเอง แบบวัดการจัดการความเครียด (COPE inventory) แบบบวกและแบบหลีกเลี่ยง และอารมณ์ซึมเศร้าของ POMS (the Profile of Mood States) การวัดผลวัดก่อนการบำบัดเป็น baseline และ 10 สัปดาห์หลังจากการวัดครั้งแรก

ผลการวิจัยพบว่าหลังการเข้ากลุ่ม ผู้ติดเชื้อในกลุ่ม CBSM+MAT มีการลดระดับอารมณ์ซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ($t = -2.34$) แต่ไม่พบในกลุ่ม MAT เพียงอย่างเดียว อีกทั้ง CBSM+MAT ยังสามารถลดการจัดการความเครียดแบบปฏิเสธ (Denial coping) แต่ไม่พบการเปลี่ยนแปลงในการจัดการความเครียดแบบ Active และระดับความร่วมมือในการรับประทานยาต้านไวรัส ($t = .48, p > .6$)

นอกเหนือจากกลุ่มการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแนวปัญญาพฤติกรรมนิยม จะมีประสิทธิภาพในการลดภาวะซึมเศร้าในผู้ติดเชื้อ HIV แล้วการบำบัดแบบศิลปะบำบัด (Art Therapy) ยังมีส่วนช่วยผู้ติดเชื้อ HIV ได้จากงานวิจัย ได้แก่

Rao, Nainis, Williams, Langner, Eisin และ Paice (2009) เป็นการศึกษาผลของกลุ่มศิลปะบำบัดระยะ 1 ชั่วโมงกับผู้ติดเชื้อ HIV เทียบกับกลุ่มที่ให้ดูวิดีโอเกี่ยวกับศิลปะบำบัด เพื่อทดสอบความเป็นไปได้ในการบำบัดรักษาอาการทั้งทางกายและทางจิตใจที่เกิดขึ้นจากการติดเชื้อ HIV ของผู้ติดเชื้อด้วยการบำบัดแบบศิลปะบำบัด โดยใช้วิธีแบบ Randomized control trial กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ติดเชื้อ HIV/AIDS จำนวน 79 คนสุ่มเข้าเงื่อนไขทดลอง 39 คน และกลุ่มควบคุม 40 คน โดยรวบรวมข้อมูลลักษณะทั่วไปของประชากร และมาตรวัด ESAS (Edmonton Symptom Assessment Scale) อาการต่างๆ ทั้งทางร่างกายและจิตใจ เช่น คลื่นไส้ อาเจียน เจ็บปวด เหนื่อยล้า อาการซึมเศร้าและความวิตกกังวล และมาตรวัดความวิตกกังวล STAI (State-Trait anxiety index) ทั้งก่อนและหลังการทำการบำบัด สถิติที่ใช้ในการวิจัยคือการใช้สถิติการวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วม (ANCOVA) โดยคะแนนที่วัดใน Baseline และตัวแปรลักษณะประชากรต่างๆ เป็น Covariate

ผลการวิจัยพบว่าผู้ติดเชื้อที่เข้าร่วมในกลุ่มศิลปะบำบัดมีคะแนนอาการความเจ็บป่วยต่างๆ ทั้งอาการทางกายและจิตใจที่เกี่ยวกับการติดเชื้อ HIV นั้นดีขึ้นกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F(3, 67) = 33.87, p < .001$) อีกทั้งยังมีระดับความวิตกกังวลน้อยลง ($F(3, 67) = 35.44, p < .001$) ในผู้ติดเชื้อที่เข้ากลุ่มบำบัด เมื่อเทียบกับกลุ่มดูวิดีโอ แต่ค่าเฉลี่ยของระดับคะแนนความวิตกกังวลไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ซึ่ง Rao อธิบายว่าอาการทางกายนั้นมีความไวจนเกิดการเปลี่ยนแปลงหลังการได้รับศิลปะบำบัด มากกว่าอาการทางจิตใจ (ความวิตกกังวลจากมาตรวัด STAI)

ซึ่งอาจอธิบายว่ามาจากเหตุผลที่ว่าศิลปะบำบัดเพียง 1 ครั้งอาจไม่พอให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางจิตใจ จึงอาจมีการเพิ่มจำนวนครั้งเพื่อให้ผู้ติดเชื้อได้เปิดเผยอารมณ์ออกมาและทำการจัดการกับอารมณ์ที่เกิดขึ้นมานั่นเอง

จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องจะพบว่ากลุ่มชายรักชายที่ติดเชื้อเอชไอวีจะถูกตีตราและเลือกปฏิบัติเป็น 2 เท่ากว่าผู้ติดเชื้อกลุ่มอื่นคือการตีตราจากผลเลือดบวกและเพศทางเลือก ซึ่งการตีตราจากสังคมภายนอกและการเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงในชีวิต การทำงานและความสัมพันธ์นำมาซึ่งภาวะซึมเศร้าในผู้ติดเชื้อเอชไอวี ซึ่งภาวะซึมเศร้านั้นสัมพันธ์กับการมีคุณภาพชีวิตและประสิทธิภาพการทำงานที่ลดต่ำลง รวมถึงการมีระดับความร่วมมือในการรับประทานยาต้านไวรัสในระดับต่ำซึ่งส่งผลต่อชีวิตและความเจ็บป่วยในผู้ติดเชื้อ

ดังนั้นจึงควรมีการบำบัดทางจิตวิทยาเข้ามาดูแลจิตใจให้กับผู้ติดเชื้อเอชไอวี โดยกลุ่มการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแนวปัญญาพฤติกรรมนิยม (CBT) นั้นเป็นจิตบำบัดที่ถูกนำมาใช้ในการช่วยเหลือกลุ่มประชากรต่างๆในลดภาวะซึมเศร้าและส่งเสริมสุขภาพทางจิตให้กลุ่มประชากรต่างๆ รวมถึงกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีด้วย และศิลปะหรือการวาดภาพระบายสีนั้นพบว่ามีเหมาะสมและเป็นประโยชน์ที่จะเข้ามาเป็นสื่อในการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบปัญญาพฤติกรรมนิยมที่ช่วยสำรวจความคิด ความรู้สึกและช่วยให้การปรับโครงสร้างความคิดที่เป็นนามธรรมนั้นเป็นรูปธรรมมากยิ่งขึ้น ผู้วิจัยจึงมุ่งศึกษาประสิทธิผลของการปรึกษาแนวปัญญาพฤติกรรมนิยมที่ใช้ศิลปะมาเป็นสื่อประกอบเพื่อลดภาวะซึมเศร้าและส่งเสริมความร่วมมือในการรับประทานยาต้านไวรัสในผู้ติดเชื้อเอชไอวีชายรักชาย

บทที่ 3

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นงานวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi- experimental research design) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของกลุ่มการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแนวปัญญาพฤติกรรมนิยมที่มีศิลปะเป็นสื่อต่อภาวะซึมเศร้าและความร่วมมือในการทานรับประทานยาต้านไวรัสในผู้ติดเชื้อเอชไอวี โดยการศึกษาจะเปรียบเทียบค่าคะแนนระหว่างผู้เข้าร่วมกลุ่มการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแนวปัญญาพฤติกรรมนิยมกับกลุ่มควบคุม โดยวัดค่าคะแนนภาวะซึมเศร้าและระดับความร่วมมือในการรับประทานยาต้านไวรัส ทั้งก่อนและหลังการเข้ากลุ่ม สำหรับรูปแบบที่ใช้ในการทดลองในครั้งนี้จึงเป็นการทดลองแบบ Pretest-Posttest Control Group Design ซึ่งมีรูปแบบการทดลองดังภาพ



ภาพที่ 6 รูปแบบการทดลอง

T₁ หมายถึง การวัดระดับภาวะซึมเศร้าและระดับความร่วมมือในการรับประทานยาต้านไวรัส ของผู้ติดเชื้อ HIV ก่อนรับโปรแกรมกลุ่มการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแนวปัญญาพฤติกรรมนิยม โดยมีศิลปะเป็นสื่อ

T₂ หมายถึง การวัดระดับภาวะซึมเศร้าและระดับความร่วมมือในการรับประทานยาต้านไวรัส ของผู้ติดเชื้อ HIV ภายหลังจากโปรแกรมการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแนวปัญญาพฤติกรรมนิยม โดยมีศิลปะเป็นสื่อ

C₁ หมายถึง การวัดระดับภาวะซึมเศร้าและระดับความร่วมมือในการรับประทานยาต้านไวรัส ของผู้ติดเชื้อ HIV ก่อนเข้ากลุ่มควบคุม

C₂ หมายถึง การวัดระดับภาวะซึมเศร้าและระดับความร่วมมือในการรับประทานยาต้านไวรัส ของผู้ติดเชื้อ HIV หลังเข้ากลุ่มควบคุม

X หมายถึง กลุ่มการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแนวปัญญาพฤติกรรมนิยม โดยมีศิลปะเป็นสื่อ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

ประชากรในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้ติดเชื้อ HIV มีภาวะซิมเซร่าและกำลังรับประทานยาต้านไวรัส โดยเป็นกลุ่มชายที่เพศสัมพันธ์กับชายหรือชายรักชาย(Men who have Sex with Men: MSM) อายุ 18 ปีขึ้นไป

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย คือ ผู้ติดเชื้อ HIV มีภาวะซิมเซร่าและกำลังรับประทานยาต้านไวรัส โดยมีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้าในด้านล่าง

ทั้งนี้การกำหนดจำนวนกลุ่มตัวอย่างนั้น อ้างอิงตามเกณฑ์ของ Hair, Black, Babin และ Anderson (2010) ที่ระบุว่าสถิติการวิเคราะห์ข้อมูลความแปรปรวนพหุนาม (Multivariate Analysis of Variance: MANOVA) ซึ่งเป็นแหล่งอ้างอิงหลักทางสถิติจิตวิทยา นั้นควรมีก่อนมีกลุ่มตัวอย่างต่อกลุ่มอย่างน้อย 20 คน และจำนวนกลุ่มตัวอย่างในแต่ละกลุ่มไม่ควรต่ำกว่าจำนวนตัวแปรตามซึ่งในที่นี้เท่ากับ 2 ในการวิจัยครั้งนี้จึงประกอบด้วยกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 46 คน แบ่งออกเป็นกลุ่มการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแนวปัญญาพฤติกรรมนิยมที่มีศิลปะเป็นสื่อ 23 คนและกลุ่มควบคุม จำนวน 23 คน

โดยการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าสู่งานวิจัยโดยวิธีสุ่มแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) โดยกลุ่มตัวอย่างต้องมีคุณสมบัติครบถ้วนตามเกณฑ์ดังต่อไปนี้

เกณฑ์คัดเข้า

1. ผู้ติดเชื้อได้รับการวินิจฉัยว่าติดเชื้อ HIV และมีการรับประทานยาต้านไวรัส (Antiretroviral therapy)
2. ผู้ติดเชื้อสามารถสื่อสารและเข้าใจภาษาไทยได้ทั้งทักษะการฟัง พูด อ่าน เขียน
3. ผู้ติดเชื้อมีความสมัครใจและยินยอมที่จะให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมกลุ่มการปรึกษาเชิงจิตวิทยา ในการวิจัยครั้งนี้

เกณฑ์คัดออก

1. ผู้ติดเชื้อได้รับการปรึกษาเชิงจิตวิทยาหรือจิตบำบัด ณ ปัจจุบัน
2. ผู้ติดเชื้อได้รับการประเมินว่าเป็นผู้ติดสารเสพติดประเภทร้ายแรง

3. ผู้ติดเชื้อได้รับการวินิจฉัยก่อนการวิจัยว่าเป็นโรคทางจิตเวช อาทิ โรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว (bipolar affective disorder), โรคจิต (psychotic disorder), โรคซึมเศร้าชนิดรุนแรง (major depressive disorder) และการใช้สารเสพติดในทางที่ผิด (substance abuse)

4. ผู้ติดเชื้อมีความผิดปกติในการทำงานของสมอง (Cognitive Impairment) จากการสังเกตว่าไม่สามารถเข้าใจกระบวนการบำบัดได้

อย่างไรก็ตามผู้ติดเชื้อ HIV นั้นเป็นกลุ่มที่มีความเปราะบางและมีความเสี่ยงต่อการถูกตีตรา บาด ดังนั้นในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจึงเกิดขึ้นอย่างระมัดระวังเพื่อให้กลุ่มตัวอย่างรู้สึกไม่อึดอัด กัดตัน โดยผู้วิจัยมีขั้นตอนในการได้มาซึ่งกลุ่มตัวอย่างดังต่อไปนี้

1. ผู้วิจัยติดต่อประสานงานกับเครือข่ายที่ดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีเป็นที่แรก จากนั้นทางเครือข่ายทำการประสานงานและติดต่อหน่วยงาน องค์กร มูลนิธิหรือสถานฟื้นฟูที่ระบุว่าจะจัดตั้งขึ้นสำหรับผู้ติดเชื้อ HIV ในระยะสั้นหรือระยะยาวที่มีกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีซึ่งสอดคล้องกับเกณฑ์คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ จากนั้นผู้วิจัยนัดหมายและขอเข้าพบผู้อำนวยการศูนย์ หรือฝ่ายดูแลและสนับสนุนผู้ติดเชื้อ (Care & Support) ในแต่ละองค์กรเพื่ออธิบายเกี่ยวกับลักษณะงานวิจัย เป้าหมายและประโยชน์ที่ผู้ติดเชื้อจะได้รับจากงานวิจัย หากทางหน่วยงาน หรือองค์กรยินดีให้ความร่วมมือ ผู้วิจัยจะขอความอนุเคราะห์ให้ทางองค์กรช่วยรับสมัครผู้ติดเชื้อที่สมัครใจเข้ารับการทดลอง โดยทำหน้าที่ในการเข้าถึงและคัดกรองกลุ่มตัวอย่างในระดับเบื้องต้น (Gate Keeper)

2. ผู้วิจัยอธิบายถึงเกณฑ์คัดเข้าและเกณฑ์คัดออกให้กับหน่วยงานหรือผู้ดูแลสถานฟื้นฟู โดยมุ่งเน้นคัดสรรกลุ่มตัวอย่างที่มีการเปิดเผยตนเองแล้ว อีกทั้งฝากโปสเตอร์ประชาสัมพันธ์ เพื่อใช้ในการติดต่อและคัดกรองกลุ่มตัวอย่างในระดับเบื้องต้น เนื่องจากเป็นผู้ที่ดูแลกลุ่มตัวอย่างอย่างใกล้ชิด และมีข้อมูลรายละเอียดเกี่ยวกับกลุ่มตัวอย่างอยู่แล้ว

3. ผู้วิจัยติดต่อองค์กร หน่วยงานหรือสถานฟื้นฟูที่ให้การดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีทั้งสิ้น 8 แห่งในจังหวัดกรุงเทพมหานครและชลบุรี โดยมีหน่วยงานทั้งสิ้น 6 แห่งที่ยินดีให้ผู้วิจัยเข้าทำกลุ่มการปรึกษาเชิงจิตวิทยาที่มีศิลปะเป็นสื่อได้

4. ผู้วิจัยจะเข้าพบสอบถามความสมัครใจของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและพูดคุยเกี่ยวกับเป้าหมายของการวิจัย ระยะเวลาในการทำการทดลอง ตอบข้อสงสัยให้กับผู้ติดเชื้อที่สนใจ จากนั้นให้ทำแบบวัดก่อนการวิจัย (Pretest) คือแบบวัดภาวะซึมเศร้าและระดับความร่วมมือในการรับประทานยาต้านไวรัสแบบหลากหลายวิธีทั้งแบบ MMAS (Morisky Medication Adherence Scale) และแบบ VAS (Visual Analog Scale) และขอความร่วมมือในการกรอกเอกสารหนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

จากหน่วยงานทั้งหมด 6 แห่ง ผู้วิจัยได้กลุ่มตัวอย่างที่สมัครใจเข้าร่วมกลุ่มและผ่านเกณฑ์คัดเข้าทั้งสิ้น 46 คนจากนั้นแบ่งกลุ่มตัวอย่างจำนวนทั้งสิ้น 46 คนโดยใช้คะแนนระดับภาวะซึมเศร้าก่อนการทดลอง (Pretest) เพื่อเข้าสู่เงื่อนไขของกลุ่มทดลองและเงื่อนไขของกลุ่มควบคุมอย่างระมัดระวังเพื่อให้ทั้งสองกลุ่มมีระดับคะแนนเฉลี่ยของตัวแปรที่สำคัญเป็นหลักคือ คะแนนระดับภาวะซึมเศร้า รวมทั้งใช้ความระมัดระวังเกี่ยวกับตัวแปรภูมิหลังทางประชากรศาสตร์ (Demographic Variables) ให้มีความใกล้เคียงกันระหว่างกลุ่มมากที่สุด

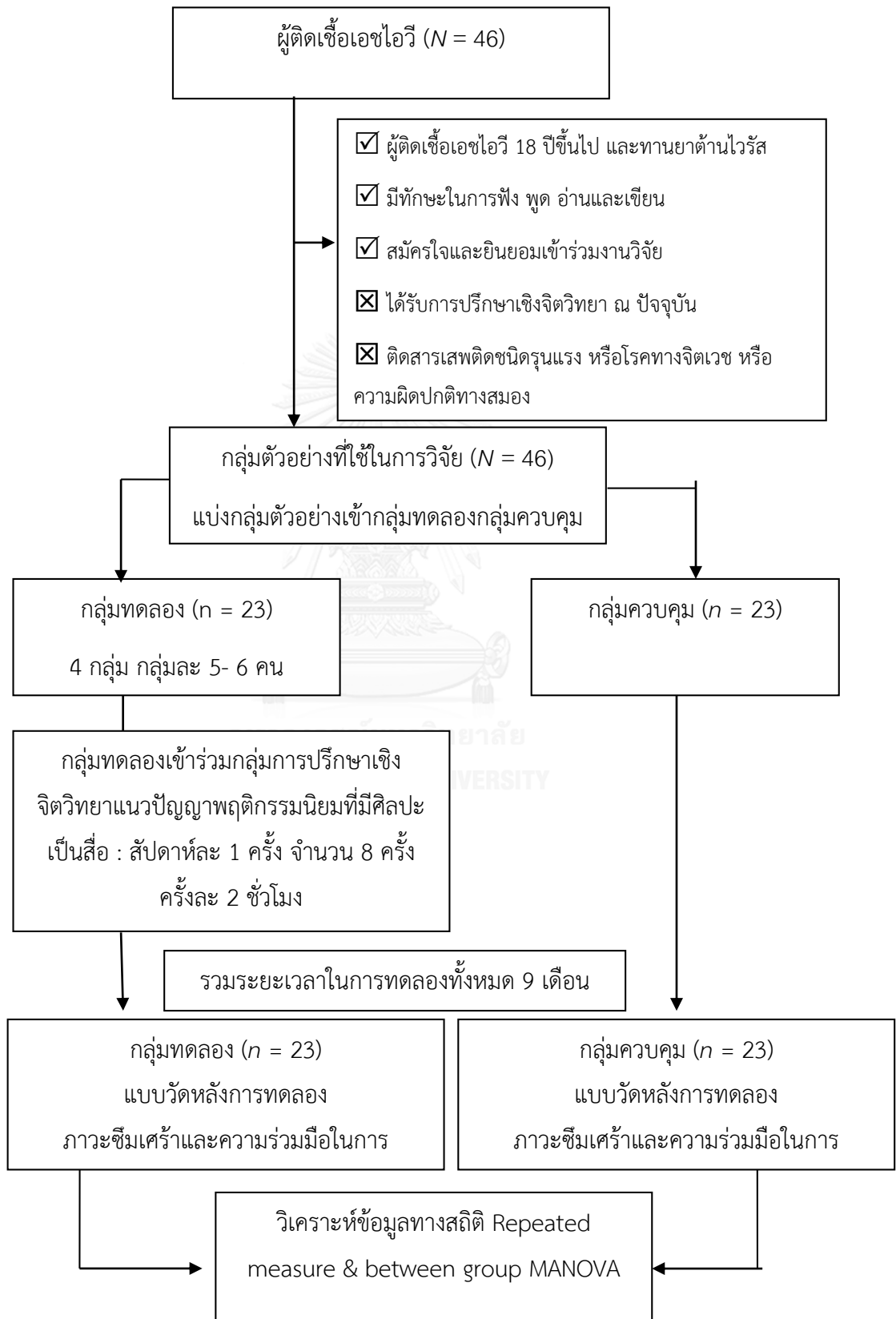
5. สำหรับกลุ่มทดลอง ผู้วิจัยแบ่งกลุ่มทดลองออกเป็น 4 กลุ่ม กลุ่มละ 5-6 คน รวมทั้งสิ้นจำนวน 23 คน โดยจัดขึ้นในวันและเวลาที่กลุ่มตัวอย่างสะดวก โดยสถานที่ในการดำเนินกลุ่มการศึกษาเชิงจิตวิทยาแนวปัญญาพฤติกรรมนิยมที่มีศิลปะเป็นสื่อ จะจัดภายในสถานที่พักผ่อนหรือที่คณะจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยตามแต่ความเหมาะสมและความสะดวกในการเดินทางมาเข้าร่วมกลุ่มการศึกษา ใช้ระยะเวลาสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 2 ชั่วโมง รวมทั้งสิ้น 8 ครั้ง คิดเป็นระยะเวลา 16 ชั่วโมง ใช้ระยะเวลาในการดำเนินกลุ่มการศึกษาทางจิตวิทยาแนวปัญญาพฤติกรรมนิยมที่มีศิลปะเป็นสื่อตั้งแต่เดือนพฤษภาคม 2558 ถึงเดือนมกราคม 2559

6. หลังเสร็จสิ้นการดำเนินกลุ่มการศึกษาเชิงจิตวิทยาแนวปัญญาพฤติกรรมนิยมที่มีศิลปะเป็นสื่อ ผู้วิจัยขอให้กลุ่มทดลองตอบแบบวัดหลังการทดลอง (Post test) เพื่อนำมาใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ โดยมีข้อมูลของกลุ่มทดลองที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลทั้งสิ้น 23 คน

7. สำหรับกลุ่มควบคุมมีทั้งหมด 23 คน สำหรับกลุ่มดังกล่าวจะเป็นกลุ่ม waiting list control มีการทำแบบวัดก่อนและหลังการวิจัย (Pretest & Posttest) ทั้งนี้ผู้วิจัยสอบถามความสะดวกของกลุ่มควบคุมในการเข้าร่วมกลุ่มการศึกษา เมื่อเสร็จสิ้นการดำเนินกลุ่มการศึกษาเชิงจิตวิทยาแนวปัญญาพฤติกรรมนิยมที่มีศิลปะเป็นสื่อในกลุ่มทดลองแล้ว โดยกลุ่มควบคุมไม่ประสงค์เข้าร่วมกลุ่มการศึกษาเชิงจิตวิทยา เนื่องด้วยความไม่ลงตัวทั้งเวลานัดหมายและการเดินทาง ผู้วิจัยจึงแจกเอกสาร “เกร็ดความรู้ทางจิตวิทยา ในการรับมืออารมณ์เศร้าและส่งเสริมพฤติกรรมการรับประทานยาต้านไวรัส” โดยมีเนื้อหาในการสรุปข้อมูลการรับมือกับภาวะซึมเศร้าและส่งเสริมการรับประทานยาต้านไวรัสให้กับกลุ่มควบคุม

8. ผู้วิจัยนำข้อมูลการตอบแบบวัดก่อนและหลังการทดลอง (Pretest & Posttest) คือแบบวัดภาวะซึมเศร้าและความร่วมมือในการรับประทานยาต้านไวรัส มาทำการวิเคราะห์เปรียบเทียบด้วยสถิติวิเคราะห์ความแปรปรวนพหุนามแบบมีการวัดซ้ำและสถิติวิเคราะห์ความแปรปรวนพหุนามระหว่างกลุ่ม (Repeated Measure, between-group MANOVA) โดยมีข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 46 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 23 คน และกลุ่มควบคุม 23 คน โดยสรุปขั้นตอนดังภาพที่ 7

ภาพที่ 7 แผนภาพขั้นตอนการได้มาซึ่งกลุ่มตัวอย่างผู้ติดเชื้อเอชไอวีชายรักชาย



เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบไปด้วย 3 ส่วนด้วยกัน คือ

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปสำหรับผู้ติดเชื้อ HIV

ส่วนที่ 2 มาตรวัดที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบไปด้วย 2 มาตรวัด ได้แก่

2.1. มาตรวัดระดับภาวะซึมเศร้า (The Center for Epidemiologic Studies-Depression Scale (CES-D)) พัฒนาขึ้นจากแบบวัดของ Radloff (1977)

2.2 แบบวัดระดับความร่วมมือในการรับประทานยาต้านไวรัสแบบหลากหลายวิธี (Multi-method Adherence) โดยใช้วิธีการรายงานตนเอง (Self-report) ของแบบวัดความร่วมมือในการรับประทานยาต้านไวรัสของ Morisky Medication Adherence Scale (MMAS) ซึ่งพัฒนาจาก Morisky, Green และ Levin (1986) แบบวัด Visual Analog Scale (VAS) และการจดบันทึกจำนวนยาและช่วงเวลาที่ต้องรับประทานยาต้านไวรัสในแต่ละวัน (Monitoring)

ส่วนที่ 3 กลุ่มการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแนวปัญญาพฤติกรรมนิยมที่มีศิลปะเป็นสื่อ ต่อภาวะซึมเศร้าและความร่วมมือในการรับประทานยาต้านไวรัส สำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวี เครื่องมือในการวิจัยทั้ง 3 ส่วนมีรายละเอียดดังนี้

1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปสำหรับผู้ติดเชื้อ HIV

แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับรายละเอียดของกลุ่มตัวอย่างที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น เพื่อให้กลุ่มผู้ติดเชื้อ HIV เขียนตอบด้วยตนเอง ประกอบไปด้วยข้อความเกี่ยวกับเพศ อายุ ระดับการศึกษา ระดับ CD4 ในร่างกาย ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัย ระยะเวลาที่รับประทานยาต้านไวรัส และรายละเอียดเกี่ยวกับการรับประทานยาต้านไวรัส ทั้งจำนวนเม็ด มีอาหาร ระยะเวลาในการรับประทาน สำหรับกลุ่มทดลองมีการการจดบันทึกจำนวนยาและช่วงเวลาที่ต้องรับประทานยาต้านไวรัสในแต่ละวัน เนื่องจากข้อมูลการรับประทานยาต้านไวรัสของผู้ติดเชื้อจะมีประเภทยาและจำนวนยาในแต่ละมื้ออาหารที่แตกต่างกัน (แสดงตัวอย่างในภาคผนวก ค)

2. มาตรวัดที่ใช้ในการวิจัย

2.1 มาตรวัดระดับภาวะซึมเศร้า (The Center for Epidemiologic Studies-Depression Scale (CES-D)) ของ Radloff (1977)

มาตรวัดระดับภาวะซึมเศร้า ที่ผู้วิจัยเลือกมาใช้ในการงานวิจัยชิ้นนี้ คือมาตรวัด CES-D (The Center for Epidemiologic Studies-Depression Scale) ของ Radloff (1977) เป็นแบบสอบถามที่ให้

ผู้ตอบรายงานตนเอง ใช้ในการวัดความถี่ของอาการซึมเศร้า โดยจะเน้นที่ความรู้สึกและอารมณ์ ซึมเศร้า เป็นมาตรวัดเพื่อใช้ในการคัดกรอง ไม่ได้ใช้เพื่อการวินิจฉัย

มาตร CES-D เป็นมาตรประมาณค่าแบบ Likert Scale 4 ระดับโดยให้ผู้ตอบประเมินว่าตนเองประสบกับอาการต่างๆ บ่อยมากแค่ไหนภายในสัปดาห์ที่ผ่านมา ตัวอย่างเช่น “ฉันรู้สึกเหงา” โดยเลือกตอบได้ตั้งแต่ (0) คือ ไม่เลยหรือน้อยกว่า 1 วัน (1) นานๆ ครั้ง หรือเกิดขึ้น 1 - 2 วัน (2) ค่อนข้างบ่อยหรือเกิดขึ้น 3-4 วัน (3) บ่อยครั้งหรือเกิดขึ้น 5 - 7 วัน มาตรวัดระดับภาวะซึมเศร้า ฉบับ 10 ข้อ มีข้อคำถามจำนวน 2 ข้อที่เป็นข้อคำถามทางลบ จึงต้องกลับคะแนน

สำหรับคะแนนรวมคือตั้งแต่ 0 - 30 คะแนน ด้วยคะแนนที่สูงขึ้นนั้นแสดงถึงการมีอาการซึมเศร้าที่มากยิ่งขึ้น และยังพิจารณาคะแนนเป็นรายข้อที่แสดงให้เห็นถึงผลกระทบรุนแรงของภาวะซึมเศร้า เพื่อจัดสรรบริการ ช่วยเหลือและเยียวยาจิตใจให้กับผู้ติดเชื้อรายดังกล่าวต่อไป

สำหรับคุณสมบัติทางจิตมิติของมาตรวัด (Psychometric properties) ของ CES-D ฉบับ 10 ข้อ มีค่าสหสัมพันธ์ระหว่างข้อกระทงแต่ละข้อกับคะแนนรวมของข้อกระทงอื่นๆ (corrected item-total correlation หรือ CITC) ตั้งแต่ระดับปานกลาง .45 ถึงสูง .81 ในประชากรที่เป็นผู้ป่วยทางจิตเวชในโรงพยาบาล (Björgvinsson, Kertz, Bigda-Peyton, McCoy, & Aderka, 2013) และมีระดับความเที่ยงแบบสัมประสิทธิ์อัลฟาของ Cronbach เท่ากับ .88 ในกลุ่มผู้ติดเชื้อ HIV (Zhang, O'Brien, Forrests, Salters, Patterson, Montaner et al, 2012) รวมทั้งยังมีความสอดคล้องในการวัดภาวะซึมเศร้าระหว่าง CES-D ฉบับ 20 ข้อและ 10 ข้อ โดยมีค่าสัมประสิทธิ์แคปปา (Kappa Statistic) ที่ .82 อีกด้วย

ส่วนการตรวจภาวะความตรงเชิงภาวะสันนิษฐาน (Construct Validity) แบบความตรงเชิงเหมือน (Convergent Validity) ของ CES-D ฉบับ 10 ข้อ พบว่า CES-D มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับมาตรวัด BASIS-24 ในด้านภาวะซึมเศร้าและการทำงาน (Depression & Functioning) ที่ .86 ส่วนความตรงเชิงจำแนก (Discriminant Validity) มีสหสัมพันธ์ในระดับต่ำกับมาตรวัด BASIS-24 ในด้านการติดสารเสพติดที่ .09 และความผิดปกติทางจิต (Psychosis) ที่ .18 ของผู้ป่วยทางจิตเวช (Björgvinsson et al., 2013)

ในงานวิจัยชิ้นนี้ ผู้วิจัยเลือกใช้แบบวัดภาวะซึมเศร้า (CES-D) ฉบับ 10 ข้อเนื่องจากมีจำนวนข้อคำถามที่กระชับ มีความสะดวกในการเก็บข้อมูล อีกทั้งยังมีการนำไปใช้ในผู้ติดเชื้อ HIV โดยเฉพาะและคุณภาพของเครื่องมืออยู่ในระดับที่ดี จึงนำมาพัฒนาเครื่องมือเพื่อนำมาใช้ในผู้ติดเชื้อ HIV ในบริบทประเทศไทย

2.1.1 ขั้นตอนการพัฒนาและตรวจสอบคุณภาพมาตรวัดระดับภาวะซึมเศร้า

1) ผู้วิจัยทำการศึกษาทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้า เพื่อนำมาพัฒนามาตรวัด โดยการนำมาตรวัดระดับภาวะซึมเศร้าฉบับ 10 ข้อ (The Center for Epidemiologic Studies-Depression Scale (CES-D)) ของ Radloff มาแปลและเรียบเรียงเพื่อให้มีความเหมาะสมกับบริบทของกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย โดยเป็นมาตรประมาณค่าแบบ Likert scale 4 ระดับ ตั้งแต่ (0) คือ ไม่เลยหรือน้อยกว่า 1 วัน (1) นานๆครั้ง หรือเกิดขึ้น 1 - 2 วัน (2) ค่อนข้างบ่อยหรือเกิดขึ้น 3-4 วันและ (3) บ่อยครั้งหรือเกิดขึ้น 5 - 7 วัน ข้อคำถามเป็นข้อกระทงบวกจำนวน 8 ข้อ และมีข้อกระทงทางลบ 2 ข้อ ซึ่งต้องทำการกลับคะแนน โดยคิดคะแนนรวมตั้งแต่ 0 - 30 คะแนน ระดับคะแนนที่สูง หมายถึงการมีระดับภาวะซึมเศร้าที่มากยิ่งขึ้น โดยมีเกณฑ์ในการให้คะแนนดัง ตารางที่ 5

ตาราง 5 เกณฑ์การให้คะแนนมาตรวัดภาวะซึมเศร้า

คำตอบ	การให้คะแนน	
	ข้อกระทงทางบวก	ข้อกระทงทางลบ
บ่อยครั้งหรือเกิดขึ้น 5 - 7 วัน	3	0
ค่อนข้างบ่อยหรือเกิดขึ้น 3-4 วัน	2	1
นานๆครั้ง หรือเกิดขึ้น 1 - 2 วัน	1	2
ไม่เลยหรือน้อยกว่า 1 วัน	0	3

2) การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity)

ผู้วิจัยนำมาตรวัดทั้งมาตรวัดระดับภาวะซึมเศร้าให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่านตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของมาตรวัด (Content Validity) โดยใช้วิธี IOC (Index of item objective congruence) ข้อคำถามของแบบวัดจะต้องผ่านการพิจารณาของผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน โดยมีค่า IOC ตั้งแต่ .5 ขึ้นไป ซึ่งข้อคำถามทั้ง 10 ข้อ มีคะแนนเกิน .5

3) นำมาตรวัดระดับภาวะซึมเศร้าฉบับภาษาไทยไปทดลองใช้ (Try out) กับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวี เพศชายและหญิง จำนวน 102 คน เพื่อนำไปวิเคราะห์คุณภาพรายข้อ และค่าสหสัมพันธ์ระหว่างข้อกระทงแต่ละข้อกับคะแนนรวมของข้อกระทงอื่นๆ (corrected item-total correlation หรือ CITC) โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และนำมา

เปรียบเทียบกับค่า r วิกฤตของสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson product-moment correlation coefficient) เพื่อพิจารณาข้อกระทงว่ามีค่า CITC ต่ำกว่าหรือเท่ากับค่า r วิกฤต

4) การตรวจสอบอำนาจจำแนก

ผู้วิจัยนำมาตรวัดภาวะซึมเศร้ามาหาอำนาจการจำแนกโดยการหาความแตกต่างของคะแนนจากกลุ่มตัวอย่างที่ได้คะแนนสูง เรียกว่ากลุ่มสูง (เปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 73) และกลุ่มตัวอย่างที่ได้คะแนนน้อย เรียกว่ากลุ่มต่ำ (เปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 27) และใช้การทดสอบค่าที (Independent Samples t -test) ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 (หนึ่งหาง) จากการทดสอบ t -test ระหว่างข้อคำถามระหว่างกลุ่มสูงและกลุ่มต่ำ พบว่าข้อคำถามทุกข้อมีคะแนนของ 2 กลุ่มแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทางสถิติที่ระดับ .01

5) การตรวจสอบความเที่ยง (Reliability)

มาตรวัดระดับภาวะซึมเศร้า มีการทดสอบหาความเที่ยงแบบสอดคล้องภายใน (Measure of Internal Consistency) แบบสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคของมาตรวัดทั้งฉบับ (Cronbach's alpha: α) จากการนำไป เก็บข้อมูลกับผู้ติดเชื้อเอชไอวี จำนวน 102 คน พบว่าค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคในมาตรวัดนี้มีค่าเท่ากับ .81 ซึ่งอยู่ในระดับดี ตามเกณฑ์ของ George และ Mallery (2003)

ในส่วนการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรายข้อ (Corrected Item Total Correlation: CITC) กับคะแนนรวมของข้อที่เหลือ โดยข้อคำถามจะต้องมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างข้อคำถามแต่ละข้อกับคะแนนรวมของทั้งแบบวัดสูงกว่าค่าวิกฤต (critical $r = .165$, $df = 100$, $p > .05$) โดยพบว่า ไม่มีข้อคำถามใดที่มีค่า r critical ต่ำกว่า .165 ค่า CITC อยู่ระหว่าง .31 ถึง .67

6) ผู้วิจัยนำมาตรวัดที่ได้รับการพัฒนาและตรวจสอบประสิทธิภาพแล้ว มารวมกับแบบวัดความร่วมมือในการรับประทานยาต้านไวรัส สำหรับนำไปเก็บข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่าง โดยในการเก็บข้อมูลแบบวัดภาวะซึมเศร้าในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมจำนวน 46 คน เพื่อพิจารณาความเที่ยงแบบสอดคล้องภายในแบบสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคของมาตรวัดทั้งฉบับ เท่ากับ .79 ซึ่งอยู่ในระดับเป็นที่พอใจ (George & Mallery, 2003)

2.2 แบบวัดระดับความร่วมมือในการรับประทานยาต้านไวรัส แบบหลากหลายวิธี (Multi-method Adherence) โดยใช้วิธีการรายงานตนเอง (Self-report) ของแบบวัดความร่วมมือในการรับประทานยาต้านไวรัสของ Morisky Medication Adherence Scale (MMAS) ซึ่งพัฒนาจาก Morisky, Green และ Levin (1986) แบบวัด Visual Analog Scale (VAS) และการสังเกตตนเอง

โดยการจดบันทึกจำนวนยาและช่วงเวลาที่ต้องรับประทานยาต้านไวรัสในแต่ละวัน (Monitoring) (แสดงตัวอย่างข้อคำถาม ใน ภาคผนวก ง)

2.2.1 Morisky Medication Adherence Scale (MMAS)

Morisky Medication Adherence Scale (MMAS) เป็นแบบวัดที่ใช้วัดความไม่ร่วมมือในการรับประทานยาทั้งแบบตั้งใจ (Intentional) และไม่ตั้งใจ (Nonintentional) ฉบับที่มี 8 ข้อ ข้อคำถามจะไม่ได้ระบุเงื่อนไขในการวัดที่ชัดเจน ตัวอย่าง เช่น ผู้ติดเชื่อหยุดยาเพราะรู้สึกตนเองมีอาการดีขึ้น ผู้ติดเชื่อหยุดยาเพราะรู้สึกว่าการแย่ง หรือการรับประทานยาครบหรือไม่เมื่อวานนี้ โดย Morisky และคณะ (1986) นั้นใช้ในการวัดระดับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง (Hypertension)

แบบวัด 8 ข้อจะให้ผู้ตอบ ตอบเพียงแค่ ใช่หรือไม่ใช่ 7 ข้อแรก โดยเมื่อตอบใช่ ได้ 1 คะแนน และไม่ใช่ได้ 0 คะแนน ส่วนข้อสุดท้ายเป็นมาตราประมาณค่าแบบ Likert Scale 5 ระดับ คะแนนรวมคือ 0 – 8 คะแนน ซึ่งคะแนนที่ได้มาจะนำมากลับค่าคะแนนใหม่ คะแนนที่สูงหมายถึงการมีระดับความร่วมมือในการรับประทานยาที่สูง (Tzeng et al., 2008)

สำหรับคุณสมบัติทางจิตมิติ (Psychometric properties) ของแบบวัด MMAS ฉบับ 8 ข้อของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ค่าความเที่ยงแบบความสอดคล้องภายใน (Internal consistency) แบบสัมประสิทธิ์อัลฟาของ Cronbach มีค่า .83 (Morisky, Ang, Krousel-Wood, & Ward, 2008) ส่วนความตรงเชิงเหมือน (Convergent Validity) มีสหสัมพันธ์กับการควบคุมระดับความดันโลหิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 อีกรงานของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในประเทศฝรั่งเศส มีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของ Cronbach ในระดับปานกลางคือ .54 (Korb-Savodelli, Gillaizeau, Pouchot, Lenain, Postel-Vinay, Plouin et al., 2012)

ในประเทศไทยมีการพัฒนาและตรวจสอบคุณสมบัติทางจิตมิติของแบบวัดมาตราวัดความร่วมมือในการรับประทานยา โดย Sakthong, Chabunthom และ Charoenvisuthiwongs (2009) นำมาใช้กับผู้ป่วยโรคเบาหวาน ประเภท 2 โดยเป็นแบบวัด MMAS ฉบับ 8 ข้อพบว่าระดับความเที่ยงแบบสัมประสิทธิ์อัลฟาของ Cronbach อยู่ในระดับปานกลาง .61 ส่วนความเที่ยงแบบทดสอบซ้ำ (Test-retest reliability) อยู่ในระดับดี คือ .83 ส่วนความตรงเชิงเหมือน (Convergent Validity) มีสหสัมพันธ์ในระดับปานกลางกับการวัดระดับความร่วมมือในการรับประทานยาแบบ VAS ที่ .57

แบบวัด MMAS นั้นถูกนำมาปรับใช้ในการวัดระดับความร่วมมือในการรับประทานยาต้านไวรัสของผู้ติดเชื่อ HIV โดย Health Resources and Services Administration (HRSA) (2011) ซึ่งเป็นหน่วยงานย่อยในกระทรวงสาธารณสุขของประเทศสหรัฐอเมริกา รวมทั้งในงานวิจัย Pratt,

2.2.3 การสังเกตตนเองโดยการจดบันทึกจำนวนยาและช่วงเวลาที่ต้องรับประทานยาต้านไวรัสในแต่ละวัน (Monitoring)

สำหรับการสังเกตตนเองโดยการจดบันทึกจำนวนยาและช่วงเวลาที่ต้องรับประทานยาต้านไวรัสในแต่ละวัน (Monitoring) เป็นการจดบันทึกของผู้ติดเชื้อ HIV ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นเพื่อให้ผู้ติดเชื้อในกลุ่มทดลองจดบันทึกตารางเวลาและจำนวนยาที่จะต้องรับประทานยาต้านไวรัส ปรับตามผู้ติดเชื้อแต่ละคน ตามที่ได้ให้ข้อมูลไว้ในแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป เนื่องจากผู้ติดเชื้อมีประเภทยาและจำนวนยาในแต่ละมื้ออาหารแตกต่างกัน โดยจะมีข้อมูลสูตรและแขนงยาต้านไวรัส เพื่อซักซ้อมความเข้าใจในประเด็นยาต้านไวรัสทุกครั้งก่อนทำแบบวัด จากนั้นจึงเป็นตารางจะเป็นการระบุจำนวนยา โดยให้ทำเครื่องหมาย (/) เมื่อรับประทานยาครบตามที่กำหนดไว้ หรือระบุจำนวนยาที่รับประทาน (หากรับประทานไม่ครบถ้วน)

2.3 ขั้นตอนการพัฒนาและตรวจสอบคุณภาพแบบวัดระดับความร่วมมือในการรับประทานยาต้านไวรัส (แสดงตารางใน ภาคผนวก จ)

ในการวัดระดับความร่วมมือในการรับประทานยาต้านไวรัส มีการใช้วิธีการรายงานตนเอง (Self-report) ของแบบวัดความร่วมมือในการรับประทานยาต้านไวรัสของ Morisky Medication Adherence Scale (MMAS) ซึ่งพัฒนาจาก Morisky, Green และ Levin (1986) แบบวัด Visual Analog Scale (VAS) และการสังเกตตนเองโดยการการจดบันทึกจำนวนยาและช่วงเวลาที่ต้องรับประทานยาต้านไวรัสในแต่ละวัน (Monitoring) ซึ่งสำหรับเครื่องมือในการวัดระดับความร่วมมือในการรับประทานยาต้านไวรัส มีการใช้เครื่องมือหลายส่วนซึ่งง่ายต่อการตอบ คือ แบบวัดของ Morisky Medication Adherence Scale (MMAS) และ Visual Analog Scale (VAS) ตามแนวปฏิบัติของ WHO (2003) ดังนั้นผู้วิจัยสามารถตรวจสอบความสอดคล้องกันในการตอบเครื่องมือเหล่านี้

2.3.1 ขั้นตอนการพัฒนาแบบวัด Morisky Medication Adherence Scale (MMAS)

1) ผู้วิจัยทำการศึกษาทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับระดับความร่วมมือในการรับประทานยาต้านไวรัสประเภทต่างๆ เพื่อนำมาพัฒนาแบบวัดแบบรายงานตนเอง (Self-report) โดยนำแบบวัดระดับความร่วมมือในการรับประทานยาต้านไวรัส (MMAS) ของ Morisky และคณะ (1986) มาแปลและเรียบเรียงเป็นฉบับภาษาไทย โดยมีผู้เชี่ยวชาญทางด้านภาษาและอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ตรวจสอบความเหมาะสมของแบบวัดต้นฉบับและฉบับแปล และปรับปรุงเพื่อให้มีความเหมาะสมกับบริบทของกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย โดยเป็นมาตราตอบใช่ และไม่ใช้ 7 ข้อและ Likert scale 5 ระดับ 1 ข้อ คะแนนรวมตั้งแต่ 0 ถึง 8 คะแนน โดยสำหรับ 7 ข้อแรก

ตอบ “ใช่” คือ 1 คะแนน ส่วนตอบว่า “ไม่ใช่” คือ 0 คะแนน ทุกข้อนั้นเป็นข้อกระทงทางลบกเว้นข้อ 5 จึงต้องกลับคะแนนเพื่อให้กลายเป็นระดับความร่วมมือในการรับประทานยาต้านไวรัส ซึ่งเมื่อกลับคะแนนแล้ว คะแนนที่สูงหมายถึง การมีระดับความร่วมมือในการรับประทานยาต้านไวรัสที่สูง โดยการให้คะแนนโดยมีเกณฑ์การให้คะแนนข้อ 8 ตามตาราง 6

ตาราง 6 เกณฑ์การให้คะแนนมาตรวัดระดับความร่วมมือในการรับประทานยาต้านไวรัส MMAS 8 ข้อ

คำตอบ	ความหมาย	การให้คะแนน
ไม่เคย/แทบจะไม่	คุณไม่เคยกระทำตามข้อคำถามดังกล่าวเลย	0
นานๆครั้ง	คุณกระทำตามข้อคำถามดังกล่าวนานๆครั้ง	1
บางครั้ง	คุณกระทำตามข้อคำถามดังกล่าวบางครั้ง	1
บ่อยครั้ง	คุณกระทำตามข้อคำถามดังกล่าวอยู่บ่อยครั้ง	1
ทุกๆครั้ง	คุณกระทำตามข้อคำถามดังกล่าวทุกๆครั้ง	1

2) การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity)

ผู้วิจัยนำมาตรวัดความร่วมมือในการรับประทานยาต้านไวรัสให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของมาตรวัด (Content Validity) โดยใช้วิธี IOC (Index of item objective congruence) ข้อคำถามของแบบวัดจะต้องผ่านการพิจารณาของผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน โดยมีค่า IOC ตั้งแต่ .5 ขึ้นไป ซึ่งข้อคำถามทั้ง 8 ข้อ มีคะแนนเกิน .5

3) นำมาตรวัดระดับความร่วมมือในการรับประทานยาต้านไวรัส (MMAS) ไปทดลองใช้ (Try out) กับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวี เพศชายและหญิง จำนวน 96 คน เพื่อนำไปวิเคราะห์คุณภาพรายข้อ และค่าสหสัมพันธ์ระหว่างข้อกระทงแต่ละข้อกับคะแนนรวมของข้อกระทงอื่นๆ (corrected item-total correlation หรือ CITC) โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และนำมาเปรียบเทียบกับค่า r วิกฤตของสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson product-moment correlation coefficient) เพื่อพิจารณาข้อกระทงว่ามีค่า CITC ต่ำกว่าหรือเท่ากับค่า r วิกฤต

4) การตรวจสอบอำนาจจำแนก

ผู้วิจัยนำมาตรวัด MMAS มาหาอำนาจการจำแนกโดยการหาความแตกต่างของคะแนนจากกลุ่มตัวอย่างที่ได้คะแนนสูง เรียกว่ากลุ่มสูง (เปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 73) และกลุ่มตัวอย่างที่ได้

คะแนนน้อย เรียกว่ากลุ่มต่ำ (เปอร์เซ็นต์ที่ 27) และใช้การทดสอบค่าที (Independent Samples t -test) ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 (หนึ่งหาง) จากการทดสอบ t -test ระหว่างข้อความระหว่างกลุ่มสูงและกลุ่มต่ำ พบว่าข้อความทุกข้อมีคะแนนของ 2 กลุ่มแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทางสถิติที่ระดับ .05

5) การตรวจสอบความเที่ยง (Reliability)

มาตรวัด MMAS มีการทดสอบหาความเที่ยงแบบสอดคล้องภายใน (Measure of Internal Consistency) แบบสอดคล้องภายในแบบสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค จากการนำไปเก็บข้อมูลกับผู้ติดเชื้อเอชไอวี จำนวน 96 คน พบว่าค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคในมาตรวัดนี้มีค่าเท่ากับ .73 ซึ่งอยู่ในระดับเป็นที่พอใจ (George & Mallery, 2003)

ในส่วนการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรายข้อ (Corrected Item Total Correlation: CITC) กับคะแนนรวมของข้อที่เหลือ โดยข้อความจะต้องมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างข้อความแต่ละข้อกับคะแนนรวมของทั้งแบบวัดสูงกว่าค่าวิกฤต (critical $r = .170$, $df = 94$, $p > .05$) โดยพบว่า ข้อคำถาม 7 ข้อ มีค่า r critical สูงกว่า .170 ค่า CITC อยู่ระหว่าง .38 ถึง .64 อย่างไรก็ตามมีข้อคำถาม 1 ข้อที่ไม่ผ่านค่า CITC (ค่า CITC .074) ซึ่งจากการพิจารณาร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์เห็นว่าข้อคำถามเป็นคำถามที่เฉพาะเจาะจง (การรับประทานยาต้านไวรัสในวันก่อนหน้า) ซึ่งอาจมีความแตกต่างกับข้อคำถามอื่นๆ ที่ระบุเงื่อนไข 2 สัปดาห์หรือถามโดยรวม จึงมีความเป็นไปได้อย่างยิ่งที่ข้อคำถามดังกล่าวจะมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์กับคะแนนรวมของข้อคำถามที่เหลือในระดับต่ำ ประกอบกับกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่จะให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามเพื่อพัฒนาเครื่องมือมีจำนวนจำกัด แต่จะได้รับประโยชน์กว่าในฐานะผู้เข้าร่วมการวิจัย จึงเห็นสมควรในการตัดข้อคำถามทิ้ง จึงเหลือแบบวัดระดับความร่วมมือในการรับประทานยาต้านไวรัสแบบ MMAS จำนวนทั้งสิ้น 7 ข้อ

ในการเก็บข้อมูลจากผู้ติดเชื้อชายรักชายทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม 46 คน ผู้วิจัยทดสอบหาความเที่ยงแบบสอดคล้องภายในแบบสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคของมาตรวัดทั้งหมด พบว่าค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคในมาตรวัดนี้มีค่าเท่ากับ .75 ซึ่งอยู่ในระดับเป็นที่พอใจ เช่นกัน

2.3.2 ขั้นตอนการพัฒนา Visual Analog Scale ในการรับประทานยาต้านไวรัส

ผู้วิจัยดัดแปลง VAS มาใช้โดยให้ผู้ติดเชื้อประเมินพฤติกรรมการรับประทานยาของตนเองภายใน 30 วันหรือ 1 เดือนที่ผ่านมาว่าตนเองรับประทานยาตามสูตรยาครบตามจำนวนที่ระบุ

ไว้มากน้อยเพียงใด โดยผู้วิจัยใช้เส้นแบ่งระดับมีตัวเลขกำกับตั้งแต่ 0 ถึง 10 ให้ผู้ติดเชื้อประเมินระดับความร่วมมือด้วยตนเอง

การคิดคะแนนจะแปลงเป็นค่า % หรือ 0 - 100 คะแนน 0 หมายถึง ผู้ติดเชื้อไม่รับประทานยาตามที่กำหนดได้เลย 5 หรือ 50 % หมายถึง ผู้ติดเชื้อรับประทานยาได้ครึ่งหนึ่งจากที่กำหนดไว้ จนถึง 10 หรือ 100 % หมายถึง ผู้ติดเชื้อรับประทานยาครบตามที่กำหนดไว้ ซึ่งคะแนนที่สูงแสดงให้เห็นว่าผู้ติดเชื้อมีระดับความร่วมมือในการรับประทานยาต้านไวรัสในระดับที่สูงมากยิ่งขึ้น

สำหรับในงานวิจัยดังกล่าว ผู้วิจัยใช้การวัด VAS โดยเพิ่มข้อความอีก 2 ข้อ นอกเหนือจากการรับประทานยาครบตามจำนวนที่ระบุไว้มากน้อยเพียงใด คือการรับประทานยาต้านไวรัส ตรงเวลามากน้อยเพียงใด และความรู้สึกของผู้ติดเชื้อต่อการรับประทานยาต้านไวรัส โดยใช้หลักการเดียวกัน คือ 0 หมายถึง ผู้ติดเชื้อทานยาไม่ตรงเวลาเลย / ยอมรับไม่ได้ในการรับประทานยา 5 หมายถึง ผู้ติดเชื้อทานยาตรงเวลาเพียงครึ่งหนึ่ง / ยอมรับการรับประทานยาได้ปานกลาง และ 10 คะแนน คือทานยาตรงเวลาทุกครั้ง / ยอมรับได้ในการรับประทานยาต้านไวรัส

เมื่อพัฒนาเครื่องมือวัดความร่วมมือในการรับประทานยาต้านไวรัสทั้ง 3 แบบแล้ว ผู้วิจัยนำมาตรวจวัดที่ได้รับการพัฒนาและตรวจสอบประสิทธิภาพแล้ว มารวมกับแบบวัดความร่วมมือในการรับประทานยาต้านไวรัสแบบอื่น และมาตรวัดภาวะซึมเศร้าฉบับภาษาไทย เพื่อนำไปเก็บข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่างต่อไป

ในส่วนของการเก็บข้อมูลแบบวัด VAS ของกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีชายรักรักชายของกลุ่มทดลองและควบคุม 46 คน ผู้วิจัยทดสอบหาความเที่ยงแบบสอดคล้องภายในแบบสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคของมาตรวัดทั้งฉบับ (Cronbach' s alpha: α) โดยแบบวัดมีค่าเท่ากับ .80 ซึ่งอยู่ใน ระดับดี (George & Mallery, 2003)

2.3.3 ขั้นตอนการพัฒนาการจดบันทึกการรับประทานยาต้านไวรัสของผู้ติดเชื้อ HIV (Monitoring)

สำหรับการจดบันทึกการรับประทานยาต้านไวรัสของผู้ติดเชื้อ HIV (Monitoring) นั้นสร้างขึ้นโดยตัวผู้วิจัย เพื่อให้ผู้ติดเชื้อบันทึกและประเมินรายละเอียดของจำนวนเม็ดและช่วงเวลาที่ต้องรับประทาน จากนั้นให้ผู้ติดเชื้อทำเครื่องหมาย (/) เมื่อรับประทานยาตามมื่อที่กำหนดไว้แล้ว หากลืมรับประทานยาในมื่อใด ให้เขียนจำนวนยาที่ผู้ติดเชื้อ HIV ลืมรับประทานด้วย การให้คะแนนสำหรับการจดบันทึกการรับประทานยาต้านไวรัส โดยจะประเมินจากจำนวนเม็ดที่ผู้ติดเชื้อทานเข้าไปหักกับปริมาณยาที่ไม่ได้รับประทาน และคิดคะแนนออกมาเป็น %

3. กลุ่มการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแนวปัญญาพฤติกรรมนิยมที่มีศิลปะเป็นสื่อ ต่อภาวะซึมเศร้าและความร่วมมือในการรับประทานยาต้านไวรัส

กลุ่มการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแนวปัญญาพฤติกรรมนิยมต่อภาวะซึมเศร้าและความร่วมมือในการรับประทานยาต้านไวรัส ในผู้ติดเชื้อ HIV เป็นกระบวนการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบกลุ่ม โดยนำแนวคิดทฤษฎีการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแนวปัญญาพฤติกรรมนิยมของ Beck (2005) และงานวิจัยของ Safren, Otto, Worth, Salomon, Johnson, Mayer และคณะ (2001) ที่เน้นการทำกลุ่ม CBT ต่อภาวะซึมเศร้าและความร่วมมือในการรับประทานยาต้านไวรัส รวมทั้งการใช้ศิลปะเป็นสื่อประกอบในการปรึกษาเชิงจิตวิทยา สำหรับกลุ่มการปรึกษาในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย

1) ผู้นำกลุ่ม เป็นนักจิตวิทยาการปรึกษาจำนวน 1 คน ซึ่งเป็นผู้ที่ผ่านการลงทะเบียนเรียนวิชาการปรึกษาเชิงจิตวิทยาวิสิต (Practicum in counseling) และวิชาการฝึกปฏิบัติงานขั้นต้นด้านการปรึกษาเชิงจิตวิทยาและจิตบำบัด (Basic Internship in Counseling and Psychotherapy) มาแล้ว โดยมีประสบการณ์เกี่ยวกับการดำเนินการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบกลุ่มมาแล้ว จำนวนไม่ต่ำกว่า 200 ชั่วโมง โดยผู้วิจัยจะทำหน้าที่เป็นผู้นำกลุ่มด้วยตนเอง

2) ผู้ช่วยผู้นำกลุ่ม เป็นนักจิตวิทยาการปรึกษาจำนวน 1 คน ซึ่งจะได้รับการอบรมถึงโปรแกรมกลุ่มจากผู้วิจัยและอาจารย์ที่ปรึกษาอย่างละเอียดก่อนเข้าร่วมปฏิบัติงาน และผ่านการลงทะเบียนเรียนวิชาการปรึกษาเชิงจิตวิทยาวิสิต (Practicum in counseling) และวิชาการฝึกปฏิบัติงานขั้นต้นด้านการปรึกษาเชิงจิตวิทยาและจิตบำบัด (Basic Internship in Counseling and Psychotherapy) มีประสบการณ์เกี่ยวกับการดำเนินการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบกลุ่มมาแล้ว จำนวนไม่ต่ำกว่า 200 ชั่วโมงเช่นเดียวกัน

โดยผู้ช่วยผู้นำกลุ่ม จะมีส่วนช่วย ในกรณีเกี่ยวกับความพร้อมทางสุขภาพร่างกายของสมาชิกกลุ่มเท่านั้น ซึ่งจะช่วยดำเนินกิจกรรมกลุ่มตามแผนดำเนินการในโครงการวิจัยร่วมผู้วิจัยหลัก โดยให้การสนับสนุนสมาชิกในกลุ่มที่ต้องได้รับการสนับสนุนเป็นพิเศษ อาทิ มีความพร้อมทางสุขภาพร่างกายน้อยกว่าสมาชิกผู้อื่น (หากแต่มีความพร้อมเข้าเกณฑ์คัดเข้าทั้งหมด) อันอาจส่งผลให้การเข้าร่วมกลุ่ม เช่น การเขียนตอบ ล่าช้า ในกรณีนี้ ผู้ช่วยผู้นำกลุ่มจะเป็นผู้เขียนตามคำบอกของสมาชิกเป็นต้น

3) สมาชิกกลุ่ม (Members) คือผู้ติดเชื้อ HIV ชายรักชายที่มีการรับประทานยาต้านไวรัส และสมัครใจเข้าร่วมการวิจัยผ่านการลงนามอย่างเป็นทางการเป็นลายลักษณ์อักษร จำนวน 5-6 คน ต่อ 1 กลุ่ม

- การให้การบ้าน (Homework) สำหรับในกลุ่มการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแนวปัญญาพฤติกรรมนิยม (CBT) นั้นจะช่วยเอื้อให้สมาชิกได้นำสิ่งที่ได้เรียนรู้ในกลุ่ม ไปใช้ในชีวิตประจำวัน ดังนั้นจะนำ

การบ้านในแต่ละครั้งมาทบทวน (Review) ในกลุ่มในตอนต้นของการเริ่มกลุ่มทุกครั้งว่าสมาชิกได้เรียนรู้อย่างไรในการทำการบ้าน และประสบปัญหาอย่างไร อันจะทำให้เกิดการเรียนรู้ร่วมกันผ่านตัวอย่างนอกชั้นเรียนระหว่างสมาชิกในกลุ่ม ส่วนการนำการบ้านมาวิเคราะห์จะพิจารณาว่าสมาชิกในกลุ่ม มีทักษะใดที่ต้องฝึกฝนเพิ่มหรือพัฒนาขึ้นเพื่อให้ กลุ่มการบำบัดหรือ Treatment ราบรื่นในการบำบัดครั้งต่อไป ในกรณีที่ผู้เข้าร่วมการวิจัยไม่ทำการบ้านจะทำการพิจารณาว่าหากผู้เข้าร่วมไม่ทำการบ้าน เพราะหลงลืม หรือไม่มีเวลาทำ จะช่วยโดยการฝึกทักษะการแก้ปัญหา (Problem Solving) หากขาดแรงจูงใจในการทำงานจะใช้ เทคนิคเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivational Interview)

4) ระยะเวลาในการบริการปรึกษาทั้งหมด 8 ครั้ง โดยใช้เวลาครั้งละ 2 ชั่วโมง สัปดาห์ละครั้ง รวม 8 สัปดาห์ มีเวลาพักครั้งละ 10 – 15 นาที

3.1 ขั้นตอนการพัฒนาโปรแกรมกลุ่มการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแนวปัญญาพฤติกรรมนิยมที่มีศิลปะเป็นสื่อ

โดยผู้วิจัยได้พัฒนาโปรแกรมกลุ่มการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแนวปัญญาพฤติกรรมนิยมที่มีศิลปะเป็นสื่อ เพื่อลดภาวะซึมเศร้าและส่งเสริมระดับความร่วมมือในการรับประทายาต้านไวรัสสำหรับผู้ติดเชื้อ HIV ชายรักชาย โดยการพัฒนากลุ่มมีขั้นตอนในการดำเนินการดังนี้

1) ผู้วิจัยทบทวนวรรณกรรม และเอกสารที่เกี่ยวข้องกับกลุ่มการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแนวปัญญาพฤติกรรมนิยม (Beck, 2005) และแนวคิดเกี่ยวกับการนำศิลปะมาเป็นสื่อ (Malchiodi, 2003) เพื่อนำมาเป็นสื่อประกอบร่วมในการบำบัด กอปรกับความรู้เกี่ยวกับผู้ติดเชื้อ HIV แนวคิดเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าและความร่วมมือในการรับประทายาต้านไวรัส สูตรและแขนงยาต้านไวรัสประเภทต่างๆ และทบทวนเกี่ยวกับประเด็นทางจริยธรรมในการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวี

2) ผู้วิจัยวางแผนรายละเอียดของโปรแกรมกลุ่มการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแนวปัญญาพฤติกรรมนิยมโดยมีศิลปะเป็นสื่อ โดยทำการปรับเปลี่ยนแนวทางการบำบัดของ Safren, Otto, Worth, Salomon, Johnson, Mayer และคณะ (2001) และการใช้ศิลปะเป็นสื่อในการบำบัดของ Malchiodi (2003) ซึ่งใช้การวาดภาพมาสำรวจความคิด ความรู้สึก ช่วยในการเปิดเผยเรื่องราวและแสดงออกของกลุ่มชายรักชาย เพื่อพัฒนาเป็นกลุ่มการปรึกษาเชิงจิตวิทยาที่มีศิลปะเป็นสื่อในงานนี้

3) ผู้วิจัยนำโปรแกรมกลุ่มการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแนวปัญญาพฤติกรรมนิยมที่มีศิลปะเป็นสื่อ หลังจากพัฒนาขึ้นแล้วไปปรึกษากับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก และอาจารย์ที่ปรึกษาร่วมและผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญในการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแนวปัญญาพฤติกรรมนิยมและกระบวนการกลุ่มการปรึกษาทางจิตวิทยา เพื่อปรับปรุงให้มีความเหมาะสมกับการนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้

ติดเชื้อ HIV (แสดงแนวทางปรับปรุงโปรแกรมกลุ่มตามคำแนะนำของอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และผู้ทรงคุณวุฒิ ใน ภาคผนวก ฉ)

4) ผู้วิจัยติดต่อผู้ช่วยผู้นำกลุ่ม 1 คนซึ่งเป็นผู้ที่ผ่านการลงทะเบียนเรียนวิชาการปรึกษาเชิงจิตวิทยาวินิต (Practicum in counseling) วิชาการฝึกปฏิบัติงานขั้นต้นด้านการปรึกษาเชิงจิตวิทยา และจิตบำบัด (Basic Internship in Counseling and Psychotherapy) และมีประสบการณ์เกี่ยวกับการดำเนินการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบกลุ่มมาแล้ว จำนวนไม่ต่ำกว่า 200 ชั่วโมงและผ่านการฝึกฝนกลุ่มการปรึกษาทางจิตวิทยาแนวปัญญาพฤติกรรมนิยม เพื่อมารับเตรียมความพร้อมให้ความเข้าใจตรงกันในโปรแกรมกลุ่ม วัตถุประสงค์และบทบาทหน้าที่ในกลุ่ม รวมทั้งประเด็นเกี่ยวกับจริยธรรมและสรุปรายละเอียดของโปรแกรมกลุ่ม

5) ผู้วิจัยเข้าติดต่อกับกลุ่มตัวอย่างเพื่อรับสมัครผู้ยินยอมเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มนำร่อง (Pilot Study) ซึ่งจะเป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวีทั้งหมดผ่านการประชาสัมพันธ์จากสถานดูแลให้การช่วยเหลือผู้ติดเชื้อ จากนั้นผู้วิจัยทำการติดต่อ และนัดหมายวัน เวลาในการเข้าทำโปรแกรมกลุ่มการปรึกษาเชิงจิตวิทยา

6) ผู้วิจัยนำโปรแกรมกลุ่มที่ได้รับการปรับปรุงจากผู้ทรงคุณวุฒิแล้วมาใช้ศึกษานำร่อง (Pilot study) กับกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวี เพื่อเป็นแนวทางในการปรับปรุงโปรแกรมให้มีความเหมาะสมยิ่งขึ้น โดยจัดขึ้น ที่คณะจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เป็นระยะเวลา 8 ครั้ง ครั้งละ 2 ชั่วโมง รวม 8 สัปดาห์ระหว่างเดือนธันวาคม พ.ศ. 2557 ถึงเดือนมกราคม พ.ศ. 2558 สำหรับกลุ่มนำร่องเพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาและปรับปรุงโปรแกรมกลุ่มฯ ให้มีความเหมาะสม ในครั้งนี้ประกอบไปด้วยอาสาสมัครผู้ติดเชื้อเอชไอวี จำนวน 6 คน อายุตั้งแต่ 36-50 ปี มีอายุเฉลี่ย 43 ปี สมาชิกส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับปริญญาตรี

7) หลังจากเสร็จสิ้นการดำเนินกลุ่มการปรึกษาเชิงจิตวิทยาในแต่ละครั้ง ผู้วิจัยในฐานะผู้นำกลุ่มสรุปรายละเอียดที่เกิดขึ้นในกลุ่ม ปัญหาอุปสรรค และรายงานความคืบหน้าให้กับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลักและอาจารย์ที่ปรึกษาร่วม เพื่อตรวจสอบและวางแผนแนววิธีการดำเนินการปรึกษาและกระบวนการกลุ่มก่อนการเริ่มกลุ่มในแต่ละครั้ง

8) ผู้วิจัยสรุปรายละเอียดและแผนดำเนินโปรแกรมกลุ่ม และนัดหมายอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลักและอาจารย์ที่ปรึกษาร่วม รวมทั้งผู้ทรงคุณวุฒิเพื่อตรวจสอบและปรับปรุงโปรแกรมกลุ่มให้มีความเหมาะสมสอดคล้องกับการนำไปใช้กับผู้ติดเชื้อเอชไอวีมากยิ่งขึ้น

9) ในขั้นของการทดลองผู้วิจัยจะนำโปรแกรมกลุ่มการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแนวปัญญาพฤติกรรมนิยมที่มีศิลปะเป็นสื่อ ต่อภาวะซึมเศร้าและความร่วมมือในการรับประทานยาต้านไวรัส ใน

ผู้ติดเชื้อ HIV ที่ได้รับการปรับปรุงตามคำแนะนำจากอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์และผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว และได้รับการฝึกฝนแนวทางการทำกลุ่มจนมีความพร้อมและสามารถนำไปใช้กับกลุ่มทดลองจริง โดยแต่ละกลุ่มประกอบด้วยสมาชิกที่เป็นผู้ติดเชื้อ HIV จำนวน 6 คนและใช้ระยะเวลาในการดำเนินกลุ่มทั้งหมด 8 ครั้ง ครั้งละ 2 ชั่วโมง ทุกสัปดาห์ รวมเป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์ สำหรับโปรแกรมกลุ่มมีรายละเอียดโดยสรุปในตาราง 7 (รายละเอียดแผนโปรแกรมการดำเนินกลุ่มดูได้ในภาคผนวก ข)

ตาราง 7 แผนการดำเนินกลุ่มการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแนวปัญญาพฤติกรรมนิยมที่มีศิลปะเป็นสื่อ ต่อภาวะซึมเศร้าและความร่วมมือในการรับประทานยาต้านไวรัสในผู้ติดเชื้อเอชไอวี

ครั้งที่	วัตถุประสงค์	กิจกรรมหลัก	แนวคิดหลัก
1	- เข้าใจในกระบวนการกลุ่มและ CBT - ตระหนักในเป้าหมาย สิ่งสำคัญในชีวิต - ตระหนักถึงผลของภาวะซึมเศร้า การรับประทานยาต้านไวรัสต่อชีวิตและเป้าหมาย	- สร้างข้อตกลงในการอยู่ร่วมกันในกลุ่ม แนะนำตัวเอง - ภาพเป้าหมาย/ สิ่งสำคัญในชีวิต (วาดรูปในโปสเตอร์) - บันทึกจำนวนยาต้านไวรัสของสมาชิก (Baseline)	- Building - Therapeutic - Alliance - Goal setting
2	- เข้าใจเกี่ยวกับวงจรซึมเศร้า และตระหนักในความเชื่อมโยง - เข้าใจถึงวิธีการลดภาวะซึมเศร้าโดยการลงมือปฏิบัติ พฤติกรรมที่กระตุ้นอารมณ์บวก	- แนะนำวงจรภาวะซึมเศร้า (Depression Cycle) - Behavior Activation (BA)	- Behavior - Activation - (BA) - Problem - Solving
3	- ตระหนักในความสำคัญของความคิดที่มีต่ออารมณ์ความรู้สึก - ค้นพบความคิดทางบวกของตนเอง	- เมื่อความคิดเปลี่ยน อารมณ์เปลี่ยน - ภาพความคิดบวก (Positive thought) - จดบันทึกความคิดที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวัน	- Psycho- - education
4	- ตระหนักในรูปแบบความคิด	- แนะนำ ABC model (สถานการณ์ ความคิด และ	- Identifying - unhelpful

ครั้งที่	วัตถุประสงค์	กิจกรรมหลัก	แนวคิดหลัก
	<p>ลบของตนเอง</p> <p>- เข้าใจถึงวิธีเบื้องต้นในการรับมือความคิดทางลบ</p>	<p>อารมณ์)</p> <p>- ภาพสื่อความคิดลบ (Negative thought)</p> <p>- จัดบันทึกความคิดตาม ABC Model</p>	<p>thinking patterns (ABC)</p>
5	<p>- เข้าใจและฝึกฝนวิธีการรับมือกับความคิดที่ไม่เอื้อของตนเอง</p>	<p>- ฝึกการรับมือกับความคิดแบบกลุ่ม รายคู่และรายบุคคล</p> <p>- ภาพความคิดที่ผ่านการปรับเปลี่ยน (Cognitive Restructuring Picture)</p>	<p>- Cognitive Restructuring</p>
6	<p>- ตระหนักถึงประโยชน์และอุปสรรคจากการรับประทานยาต้านไวรัสอย่างต่อเนื่อง</p> <p>- ตระหนักถึงความเชื่อมโยงระหว่างยาต้านและความฝัน</p>	<p>- ทบทวนแรงจูงใจ มุมมองต่อการรับประทานยาต้านไวรัส</p> <p>- ภาพผลของการรับประทานยาต้านไวรัสต่อเนื่องและไม่ต่อเนื่อง (two-sided picture)</p>	<p>- Motivational Interview</p>
7	<p>- แลกเปลี่ยนปัญหาอุปสรรคจากยาต้านไวรัส และสนับสนุนจิตใจกันและกัน</p> <p>- ค้นพบวิธีการในการรับมือกับปัญหาที่เกิดขึ้นทั้งการยอมรับและการแก้ปัญหา</p>	<p>- ทบทวนปัญหาอุปสรรคต่อการรับประทานยาต้านไวรัส อาทิ ผลข้างเคียงและการเปลี่ยนวิถีชีวิต</p> <p>- สะพานสายรุ้ง แก้ปัญหาที่เกิดจากการรับประทานยาต้านไวรัส (Rainbow bridge)</p>	<p>- Problem solving</p> <p>- Acceptance</p>
8	<p>- ทบทวนประเด็นต่างๆ ที่เกิดขึ้นในกลุ่ม</p> <p>- รับรู้วิธีการจัดการกับปัญหาที่อาจเกิดขึ้นในอนาคต</p>	<p>- กิจกรรมและภาพการรับมือกับสถานการณ์เสี่ยง (Plans for high risk situation)</p> <p>- ทบทวนประเด็นสำคัญของกลุ่ม</p> <p>- ภาพตนเองหลังการทำกลุ่ม</p>	<p>- Relapse Prevention</p>

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองสำหรับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นกลุ่มทดลอง ส่วนกลุ่มควบคุมผู้วิจัยเก็บรวบรวมด้วยตนเองเป็นส่วนใหญ่ แต่มีสมาชิกในกลุ่มควบคุมบางส่วนที่ให้เจ้าหน้าที่ในมูลนิธิหรือองค์กรเอกชนเพื่อสาธารณประโยชน์ (gate keeper) ช่วยเก็บรวบรวมข้อมูลให้

สำหรับกลุ่มทดลอง ผู้วิจัยจะทำการนัดหมายวัน เวลา สถานที่ในการเข้าพบผู้ติดเชื้อที่สมัครใจเข้าร่วมกลุ่ม ในการเก็บข้อมูลด้วยมาตรวัดระดับภาวะซึมเศร้าและแบบวัดความร่วมมือในการรับประทานยาต้านไวรัสก่อนเข้ากลุ่มการศึกษาเชิงจิตวิทยา จากนั้นติดต่อและนัดหมายสถานที่ในการเข้าร่วมกลุ่มการศึกษาเชิงจิตวิทยาตามที่กลุ่มตัวอย่างสะดวกที่สุด และเก็บข้อมูลด้วยมาตรวัดชุดเดิมรวมทั้งบันทึกสิ่งที่ได้รับการเข้าร่วมกลุ่ม (Personal reflection) ซึ่งเป็นข้อมูลเชิงคุณภาพเกี่ยวกับมุมมองของผู้ติดเชื้อต่อการดำเนินกลุ่มการศึกษาเชิงจิตวิทยา

สำหรับกลุ่มควบคุม ผู้วิจัยนัดหมายวัน เวลา เพื่อเก็บข้อมูลด้วยมาตรวัดภาวะซึมเศร้าและความร่วมมือในการรับประทานยาต้านไวรัส ทั้งก่อนและหลังการทดลองโดยมีช่วงเวลาใกล้เคียงกับกลุ่มทดลอง

สถานที่ในการดำเนินการวิจัยและเก็บข้อมูล

สถานที่ในการดำเนินการวิจัยกลุ่มการศึกษาเชิงจิตวิทยาแนวปัญญาพฤติกรรมนิยมที่มีศิลปะเป็นสื่อรวมทั้งใช้เก็บข้อมูลด้วยแบบวัดทางจิตวิทยา คือพื้นที่ในสมาคมหรือมูลนิธิที่มีความเหมาะสมและพร้อมในการจัดกลุ่มการศึกษาเชิงจิตวิทยาได้ โดยเป็นห้องประชุมหรือห้องทำงานในองค์กร ส่วนในมูลนิธิที่พื้นที่ไม่สะดวกในการดำเนินกลุ่มได้ ผู้วิจัยติดต่อศูนย์สุขภาพทางจิต คณะจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ในการขออนุญาตใช้พื้นที่ในการดำเนินกลุ่มการศึกษาเชิงจิตวิทยาที่มีศิลปะเป็นสื่อ

ขั้นตอนในการดำเนินการวิจัย

ขั้นตอนในการดำเนินการวิจัย สามารถแบ่งออกเป็น 2 ส่วนหลัก คือ การเตรียมความพร้อมของผู้วิจัย และการดำเนินการวิจัย ดังต่อไปนี้

1. การเตรียมความพร้อมของผู้วิจัย

การเตรียมความพร้อมของผู้วิจัย เป็นการเตรียมตัวของผู้วิจัยในฐานะนักจิตวิทยา และนักวิจัยก่อนเริ่มเข้าสู่การดำเนินการวิจัยเพื่อให้มีความพร้อมในด้านความรู้ ความเข้าใจและความชำนาญในการวิจัยในผู้ติดเชื้อเอชไอวีชายรักชาย โดยมีการเตรียมตัวดังนี้

1.1 ความเข้าใจกลุ่มการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแนวคิดปัญญาพฤติกรรมนิยม

ผู้วิจัยผ่านการลงทะเบียนวิชาทฤษฎีการปรึกษาเชิงจิตวิทยาและจิตบำบัด จำนวน 3 หน่วยกิต วิชาเทคนิคกลุ่มการปรึกษาเชิงจิตวิทยาและจิตบำบัด จำนวน 3 หน่วยกิต และวิชากระบวนการช่วยเหลือและทักษะในการปรึกษาเชิงจิตวิทยาและจิตบำบัดจำนวน 3 หน่วยกิต เพื่อทำความเข้าใจแนวคิดและกระบวนการตามแนวคิดปัญญาพฤติกรรมนิยม นอกจากนี้ผู้วิจัยศึกษาทำการศึกษาและทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับทฤษฎีแนวปัญญาพฤติกรรมนิยมด้วยตนเอง ศึกษาและขอคำปรึกษาจากอาจารย์ที่ปรึกษาผู้เชี่ยวชาญแนวคิดปัญญาพฤติกรรมนิยม รวมทั้งเข้าอบรมเชิงปฏิบัติการในหัวข้อ Cognitive Behavior Therapy for Depression ซึ่งจัดขึ้นในวันที่ 23-25 เมษายน 2558 ที่คณะจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

1.2 ประสบการณ์การทำกลุ่มการปรึกษาเชิงจิตวิทยา

ผู้วิจัยลงทะเบียนเรียนวิชาการปรึกษาเชิงจิตวิทยาวิสิต (Practicum in counseling) และวิชาการฝึกปฏิบัติงานขั้นต้นด้านการปรึกษาเชิงจิตวิทยาและจิตบำบัด (Basic Internship in Counseling and Psychotherapy) มาแล้ว โดยมีประสบการณ์เกี่ยวกับการดำเนินการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบกลุ่มมาแล้ว จำนวนไม่ต่ำกว่า 200 ชั่วโมงภายใต้การดูแลของอาจารย์นิเทศก์ อีกทั้งในการฝึกปฏิบัติงานผู้วิจัยจัดทำเอกสารความรู้ (Tip sheet) เกี่ยวกับการดูแลจิตใจเบื้องต้นของผู้ที่ประสบกับภาวะซึมเศร้า เพื่อให้มีความเข้าใจเกี่ยวกับตัวแปรที่มุ่งศึกษาในงานวิจัยดังกล่าว

1.3 ความเข้าใจเกี่ยวกับผู้ติดเชื้อเอชไอวี โรคเอดส์

ผู้วิจัยศึกษาเอกสาร งานวิจัยต่างๆที่เกี่ยวข้องกับการติดเชื้อเอชไอวี และโรคเอดส์ อีกทั้งได้รับความรู้จากการเข้าพบหน่วยงาน มูลนิธิและสมาคมที่ให้การดูแลช่วยเหลือผู้ติดเชื้อเอชไอวี เพื่อเป็นข้อมูลในการนำมาใช้ในการวิจัย

1.4 ความเข้าใจเกี่ยวกับการใช้ศิลปะเป็นสื่อ

ผู้วิจัยศึกษาเอกสาร แนวคิดงานวิจัยเกี่ยวกับศิลปะบำบัด และการใช้ศิลปะเป็นสื่อ รวมทั้งในการลงทะเบียนวิชาการฝึกปฏิบัติงานขั้นต้นด้านการปรึกษาเชิงจิตวิทยาและจิตบำบัด (Basic Internship in Counseling and Psychotherapy) ผู้วิจัยเลือกทำกลุ่มการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแนวพุทธ โดยใช้ศิลปะเป็นสื่อเพื่อชักชวนการนำศิลปะมาใช้ร่วมเป็นสื่อในการดำเนินกลุ่ม นอกจากนี้ในวิชาสัมมนาจิตวิทยาการปรึกษา (Seminar In Counseling Psychology) ผู้วิจัยเลือกศึกษางานวิจัยผลของการผสมผสานการบำบัดแบบ REBT และศิลปะบำบัดต่อการเห็นคุณค่าในตนเองและความสามารถในการฟื้นฟูพลัง (Roghanchi, Mohamad, Mey, Momeni & Golmohamadian, 2013) โดยเป็นงานวิจัยที่มีการผสมผสานการบำบัดที่มีความใกล้เคียงกับงานวิจัย เพื่อเป็นการทำ

ความเข้าใจเพื่อสามารถมาประยุกต์ใช้ในงานวิจัยได้ รวมถึงได้รับความรู้จากอาจารย์ที่ปรึกษา
วิทยานิพนธ์ร่วมซึ่งเชี่ยวชาญการนำศิลปะมาเป็นสื่อในกลุ่มจิตบำบัด

1.5 ระเบียบวิธีวิจัยเชิงปริมาณ

ผู้วิจัยลงทะเบียนเรียนวิชาสถิติสำหรับจิตวิทยาจำนวน 3 หน่วยกิตและวิชาการประเมิน
ลักษณะมนุษย์ จำนวน 3 หน่วยกิต เพื่อให้มีความเข้าใจและความพร้อมในการพัฒนาเครื่องมือแบบ
วัดและการใช้สถิติในการวิเคราะห์ข้อมูลผลการวิจัย

2. การดำเนินการวิจัย

2.1 ระยะก่อนการดำเนินการวิจัย

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยมีขั้นตอนในการดำเนินการ ดังนี้

2.1.1 ผู้วิจัยเตรียมความพร้อมโดยการทบทวนวรรณกรรมในประเด็นของกลุ่มการ
ปรึกษาเชิงจิตวิทยาแนวปัญญาพฤติกรรมนิยม (Beck, 2005) และแนวคิดเกี่ยวกับการนำศิลปะเป็น
สื่อ (Malchiodi, 2003) ในการบำบัดเพื่อนำมาเป็นสื่อประกอบร่วมในการบำบัด ทำการทบทวน
เกี่ยวกับการติดเชื้อ HIV และโรคเอดส์ แนวคิดเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าและความร่วมมือในการ
รับประทานยาต้านไวรัส สูตรและแขนงยาต้านไวรัสประเภทต่างๆ และทบทวนเกี่ยวกับประเด็นทาง
จริยธรรมในการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวี

2.1.2 ผู้วิจัยออกแบบพัฒนาโปรแกรมกลุ่มการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแนวปัญญา
พฤติกรรมนิยม ที่มีศิลปะเป็นสื่อ ต่อภาวะซึมเศร้าและความร่วมมือในการรับประทานยาต้านไวรัส ใน
กลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีชายรักชายโดยปรับและประยุกต์จาก Safren และคณะ (2001) และนำ
โปรแกรมดังกล่าวไปให้อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลักและอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ซึ่งมี
ความเชี่ยวชาญในการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแนวปัญญาพฤติกรรมนิยม และกระบวนการกลุ่มการ
ปรึกษาทางจิตวิทยาพิจารณาเพื่อปรับปรุงให้มีความเหมาะสมกับการนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้
ติดเชื้อเอชไอวี

2.1.3 ผู้วิจัยพัฒนาเครื่องมือการวิจัยทั้งโปรแกรมกลุ่มการปรึกษาเชิงจิตวิทยา
รวมทั้งมาตรวัดภาวะซึมเศร้าและความร่วมมือในการรับประทานยาต้านไวรัสแบบหลากหลายวิธี
(VAS และ MMAS) ดังที่ได้ระบุในหัวข้อเครื่องมือในการวิจัยและขั้นตอนในการพัฒนาเครื่องมือ

2.1.4 ผู้วิจัยเข้าติดต่อกับกลุ่มตัวอย่างเพื่อรับสมัครผู้ยินยอมเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่ม
นาร์รอง ซึ่งจะเป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวีทั้งหมดผ่านการประชาสัมพันธ์จากสถานดูแลให้การช่วยเหลือผู้ติด
เชื้อ (Gate keeper) จากนั้นผู้วิจัยทำการติดต่อ และนัดหมายวัน เวลาในการเข้าทำโปรแกรมกลุ่ม

การปรึกษาเชิงจิตวิทยา และผู้วิจัยติดต่อผู้ช่วยผู้นำกลุ่ม 1 คนที่มีคุณสมบัติเหมาะสมและดำเนินกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีชายรักชาย ระยะเวลาทั้งสิ้น 8 ครั้ง ครั้งละ 2 ชั่วโมง ดำเนินกลุ่มติดต่อกัน 8 สัปดาห์ จำนวนสมาชิกทั้งสิ้น 6 คนต่อกลุ่ม และหลังจากเสร็จสิ้นการดำเนินกลุ่มการศึกษาเชิงจิตวิทยาในแต่ละครั้ง ผู้วิจัยในฐานะผู้นำกลุ่มสรุปรายละเอียดที่เกิดขึ้นในกลุ่ม ปัญหาอุปสรรค และรายงานความคืบหน้าให้กับอาจารย์ที่ปรึกษาหลักและอาจารย์ที่ปรึกษาร่วม เพื่อตรวจสอบและวางแผนแนววิธีการดำเนินการศึกษาและกระบวนการกลุ่มก่อนการเริ่มกลุ่มในแต่ละครั้ง โดยรายละเอียดในข้อดังกล่าวระบุในหัวข้อ ขั้นตอนการพัฒนาโปรแกรมกลุ่มการศึกษาเชิงจิตวิทยาแนวปัญญาพฤติกรรมนิยม

2.1.5 หลังการพัฒนาและปรับโปรแกรมกลุ่มการศึกษาเชิงจิตวิทยาแนวปัญญาพฤติกรรมนิยมที่มีศิลปะเป็นสื่อ และการพัฒนาแบบวัดภาวะซึมเศร้าและความร่วมมือในการรับประทานยาต้านไวรัสในผู้ติดเชื้อเอชไอวี ผู้วิจัยนำโครงร่างงานวิจัยและรายการผลการพัฒนาโปรแกรมกลุ่ม การพัฒนามาตรวัดและเอกสารอื่นๆ ตามคำแนะนำของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เพื่อการรับรองโครงการวิจัย ซึ่งหลังจากดำเนินการส่งเอกสารครบตามที่คณะกรรมการแนะนำ ผู้วิจัยได้รับเอกสารรับรองโครงการวิจัยที่ 094.2/57 เรื่องผลของกลุ่มการศึกษาเชิงจิตวิทยาแนวปัญญาพฤติกรรมนิยมที่มีศิลปะเป็นสื่อต่อภาวะซึมเศร้าและความร่วมมือในการรับประทานยาต้านไวรัสในผู้ติดเชื้อเอชไอวี (The effect of cognitive behavior group therapy with art as a medium on depressive symptoms and antiretroviral medical adherence in HIV-infected people) คณะกรรมการฯ รับรองวันที่ 3 กุมภาพันธ์ 2558 ถึงวันที่ 2 กุมภาพันธ์ 2559

2.1.6 ผู้วิจัยติดต่อประสานงานกับเครือข่ายที่ให้การดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีเป็นที่แรก จากนั้นทางเครือข่ายทำการประสานงานและติดต่อหน่วยงาน องค์กร มูลนิธิหรือสถานฟื้นฟูที่ระบุว่าจะจัดตั้งขึ้นสำหรับผู้ติดเชื้อ HIV ในระยะสั้นหรือระยะยาวที่มีกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวี ซึ่งสอดคล้องกับเกณฑ์คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างในงานวิจัยครั้งนี้

2.1.7 ผู้วิจัยนัดหมายและขอเข้าพบผู้อำนวยการศูนย์ หรือฝ่ายดูแลและสนับสนุนผู้ติดเชื้อ (Care & Support) ในแต่ละองค์กรเพื่ออธิบายเกี่ยวกับลักษณะงานวิจัย เป้าหมายและประโยชน์ที่ผู้ติดเชื้อจะได้รับจากงานวิจัย หากทางหน่วยงาน หรือองค์กรยินดีให้ความร่วมมือ ผู้วิจัยจะขอความอนุเคราะห์ให้ทางองค์กรช่วยรับสมัครผู้ติดเชื้อที่สมัครใจเข้ารับการศึกษา โดยทำหน้าที่ในการเข้าถึงและคัดกรองกลุ่มตัวอย่างในระดับเบื้องต้น (Gate Keeper) เนื่องจากเป็นผู้ที่ดูแลกลุ่มตัวอย่างอย่างใกล้ชิด และมีข้อมูลรายละเอียดเกี่ยวกับกลุ่มตัวอย่างอยู่แล้ว ซึ่งผู้วิจัยทำการอธิบายถึงเกณฑ์คัดเข้าและเกณฑ์คัดออกให้กับหน่วยงานหรือผู้ดูแลสถานฟื้นฟู โดยมุ่งเน้นคัดสรรกลุ่มตัวอย่างที่

มีการเปิดเผยตนเองแล้ว อีกทั้งฝากโปสเตอร์ในการประชาสัมพันธ์ เพื่อใช้ในการติดต่อและคัดกรองกลุ่มตัวอย่างในระดับเบื้องต้น

2.1.8 ผู้วิจัยจะเข้าพบสอบถามความสมัครใจของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและพูดคุยเกี่ยวกับเป้าหมายของการวิจัย ระยะเวลาในการทำการทดลอง ตอบข้อสงสัยให้กับผู้ติดเชื้อที่สนใจ จากนั้นให้ทำแบบวัดก่อนการวิจัย (Pretest) คือแบบวัดภาวะซึมเศร้าและความร่วมมือในการรับประทานยาต้านไวรัสแบบหลากหลายวิธี และขอความร่วมมือในการกรอกเอกสารหนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยได้กลุ่มตัวอย่างที่สมัครใจเข้าร่วมกลุ่มและผ่านเกณฑ์คัดเข้าทั้งสิ้น 46 คนจากนั้นแบ่งกลุ่มตัวอย่างจำนวนทั้งสิ้น 46 คนโดยใช้คะแนนระดับภาวะซึมเศร้าก่อนการทดลอง (Pretest) เพื่อเข้าสู่เงื่อนไขของกลุ่มทดลองและเงื่อนไขของกลุ่มควบคุมอย่างระมัดระวัง เพื่อให้ทั้งสองกลุ่มมีระดับคะแนนเฉลี่ยของคะแนนระดับภาวะซึมเศร้ารวมทั้งใช้ความระมัดระวังเกี่ยวกับตัวแปรภูมิหลังทางประชากรศาสตร์ (Demographic Variables) ให้มีความใกล้เคียงกันระหว่างกลุ่มมากที่สุด

2.1.9 สำหรับการป้องกันการปนเปื้อนในการวิจัย ผู้วิจัยขอความร่วมมือและเน้นย้ำกับสมาชิกกลุ่มทดลองให้นำข้อมูลจากการทำกลุ่มไปเปิดเผยกับบุคคลภายนอกกลุ่ม อันเป็นข้อตกลงเบื้องต้นของการศึกษาเชิงจิตวิทยา นอกจากนี้ ตามหลักการการศึกษาเชิงจิตวิทยาแล้ว การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับกลุ่มมิได้เกิดขึ้นจากเพียงเนื้อหาข้อมูลเพียงอย่างเดียว หากแต่จำเป็นต้องได้รับการเอื้ออำนวยจากผู้นำกลุ่มที่ได้รับการฝึกฝนการปฏิบัติทางจิตวิทยาและกระแสกลุ่มที่เกิดขึ้นในการศึกษา ประเด็นหลังนี้จึงช่วยลดความเสี่ยงที่กลุ่มควบคุม จะมีคะแนนเพิ่มขึ้นเพียงเพราะได้รับข้อมูลปนเปื้อนเกี่ยวกับกลุ่มจากกลุ่มทดลองอีกด้วย

2.2 ขั้นตอนดำเนินการทดลอง

2.2.1 สำหรับกลุ่มทดลอง ผู้วิจัยแบ่งกลุ่มทดลองออกเป็น 4 กลุ่ม กลุ่มละ 5 - 6 คน รวมทั้งสิ้นจำนวน 23 คน โดยจัดขึ้นในวันและเวลาที่กลุ่มตัวอย่างสะดวก โดยสถานที่ในการดำเนินการกลุ่มการศึกษาเชิงจิตวิทยาแนวปัญญาพฤติกรรมนิยมที่มีศิลปะเป็นสื่อ จะจัดภายในสถานพินฟูหรือที่คณะจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยตามแต่ความเหมาะสมและความสะดวกในการเดินทางมาเข้าร่วมกลุ่มการศึกษา ใช้ระยะเวลาสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 2 ชั่วโมง รวมทั้งสิ้น 8 ครั้ง คิดเป็นระยะเวลา 16 ชั่วโมง ใช้ระยะเวลาในการดำเนินกลุ่มการศึกษาทางจิตวิทยาแนวปัญญาพฤติกรรมนิยมที่มีศิลปะเป็นสื่อตั้งแต่เดือนพฤษภาคม 2558 ถึงเดือนมกราคม 2559

2.2.2 หากสมาชิกในกลุ่มทดลองเข้าร่วมกลุ่มจิตศึกษาไม่ครบจำนวนครั้ง สิ่งที่ผู้วิจัยสามารถป้องกันได้ คือการเน้นย้ำถึงความสำคัญในการเข้ากลุ่มตามกำหนด หากผู้เข้าร่วมไม่สามารถเข้ากลุ่มได้ครั้งใด ผู้วิจัยจะนัดพบเป็นรายบุคคลเพื่อฝึกฝนและเตรียมความพร้อมสำหรับการ

เข้ากลุ่มครั้งต่อไป ทั้งนี้ หากกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมการศึกษาไม่ถึง 80% หรือ 6 ครั้ง ข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างผู้นั้นจะไม่ถูกนำมาวิเคราะห์ผลการวิจัยครั้งนี้ ซึ่งผู้เข้าร่วมกลุ่มทดลองทั้ง 23 คนเข้าร่วมกลุ่มเกิน 6 ครั้งทั้งสิ้น

2.2.3 สำหรับกลุ่มควบคุม ผู้วิจัยทำการนัดหมายเวลา และสถานที่ในการตอบแบบวัดภาวะซึมเศร้าและความร่วมมือในการรับประทานยาต้านไวรัสแบบ VAS และ MMAS ในช่วงก่อนการเข้ากลุ่มเป็นที่เรียบร้อยแล้วและนัดหมายในการเข้าพบกลุ่มควบคุมในภายหลัง โดยเว้นระยะเวลาให้สอดคล้องและใกล้เคียงกับระยะเวลาของกลุ่มควบคุม

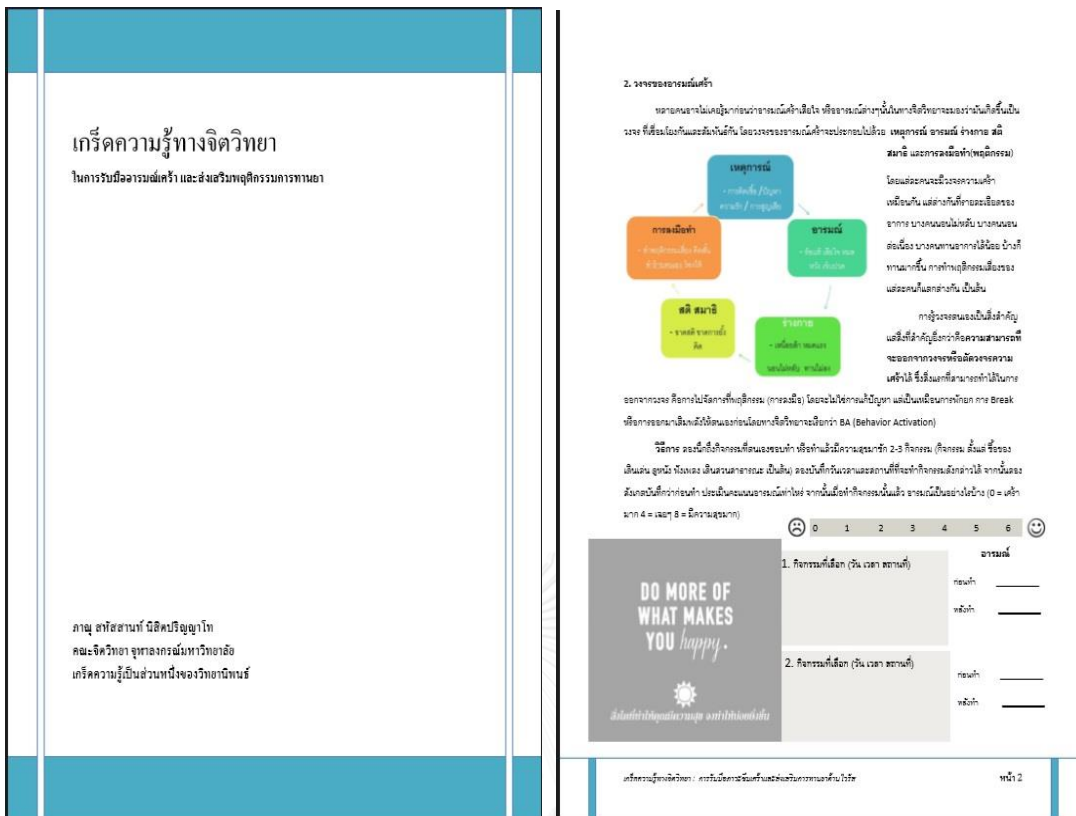
2.3 ระยะเวลาหลังการดำเนินการวิจัย

2.3.1 ภายหลังเสร็จสิ้นการดำเนินการกลุ่มการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแนวปัญญาพฤติกรรมนิยมที่มีศิลปะเป็นสื่อ ผู้วิจัยขอให้กลุ่มทดลองตอบแบบวัดหลังการทดลอง (Post test) ซึ่งก็คือแบบวัดภาวะซึมเศร้า (CES-D) และระดับความร่วมมือในการรับประทานยาต้านไวรัส (VAS และ MMAS)

2.3.2 ในส่วนของกลุ่มควบคุม ผู้วิจัยทำการนัดหมายเพื่อตอบแบบวัดหลังการทดลอง (Post test) ซึ่งก็คือแบบวัดภาวะซึมเศร้า (CES-D) และระดับความร่วมมือในการรับประทานยาต้านไวรัส (VAS และ MMAS) และผู้วิจัยสอบถามความสะดวกของกลุ่มควบคุมในการเข้าร่วมกลุ่มการปรึกษา โดยกลุ่มควบคุมไม่ประสงค์เข้าร่วมกลุ่มการปรึกษาเชิงจิตวิทยา เนื่องจากความไม่ลงตัวทั้งเวลานัดหมายและการเดินทาง ผู้วิจัยจึงแจกเอกสาร “เกร็ดความรู้ทางจิตวิทยา ในการรับมืออารมณ์เศร้าและส่งเสริมพฤติกรรมรับประทานยาต้านไวรัส” โดยมีเนื้อหาในการสรุปข้อมูลการรับมือกับภาวะซึมเศร้าและส่งเสริมการรับประทานยาต้านไวรัสให้กับกลุ่มควบคุม ตามตัวอย่างภาพที่ 8

2.3.3 ผู้วิจัยนำผลคะแนนที่ได้จากมาตรวัดภาวะซึมเศร้าและความร่วมมือในการรับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวีมาวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

2.3.4 สำหรับทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ผู้ที่เข้าร่วมกลุ่มการปรึกษาเชิงจิตวิทยาในกลุ่มทดลองจะได้รับค่าเดินทางจากที่พักมายังสถานพักพิงหรือหน่วยงาน มูลนิธิ สมาคมที่ให้การดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี จำนวน 200 บาท / ครั้ง เพื่อเป็นค่าชดเชยสำหรับค่าใช้จ่ายของผู้ติดเชื้อในการเดินทางมาเข้าร่วมกลุ่มการปรึกษาเชิงจิตวิทยา



ภาพที่ 8 ตัวอย่างเอกสารเกร็ดความรู้ทางจิตวิทยาสำหรับกลุ่มควบคุม

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากการเก็บข้อมูลก่อนและหลังการทำกลุ่มของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มาวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS for Windows โดยทำการวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ ดังต่อไปนี้

1. สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ในการคำนวณลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง และ ตัวแปรที่ทำการศึกษา หาร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เป็นต้น
2. สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) โดยใช้การวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติวิเคราะห์ความแปรปรวนพหุนามแบบมีการวัดซ้ำ (Repeated Measures Multivariate Analysis of Variance: Repeated Measures MANOVA) และการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติวิเคราะห์ความแปรปรวนพหุนามแบบระหว่างกลุ่ม (Between-group MANOVA) เพื่อศึกษาเปรียบเทียบระดับคะแนนภาวะซึมเศร้าและระดับความร่วมมือในการรับประทานยาต้านไวรัส ก่อนและหลังการทำกลุ่มและระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม

การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

ในการวิจัยกลุ่มการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแนวปัญญาพฤติกรรมนิยมที่มีศิลปะเป็นสื่อต่อภาวะซึมเศร้าและความร่วมมือในการรับประทานยาต้านไวรัส ในผู้ติดเชื้อ HIV ชายรักชายซึ่งเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงและมีความเปราะบางทางสังคม และอาจมีประเด็นต่างๆที่ส่งผลกระทบต่อจิตใจระหว่างการทำกลุ่มการปรึกษา ผู้วิจัยจึงต้องมีการพิทักษ์สิทธิ์ของผู้เข้าร่วมการวิจัยตลอดระยะเวลาในการวิจัยทำกลุ่ม โดยมีขั้นตอนดังนี้

1. ก่อนการดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยทบทวนประเด็นจริยธรรมในการวิจัย และขอการอนุมัติพิจารณาจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคนกลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

2. ก่อนการดำเนินการทดลอง ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างผ่านผู้ดูแลสถานพักฟื้น (Gate Keeper) เพื่อเข้าสู่กลุ่มตัวอย่างในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง มีการแนะนำตัวและสร้างสัมพันธภาพเบื้องต้น อธิบายวัตถุประสงค์ รายละเอียดและระยะเวลาในการทำวิจัยให้กับกลุ่มตัวอย่าง เพื่อขอความร่วมมือในการวิจัย ซึ่งผู้เข้าร่วมการวิจัยสามารถเข้าร่วมงานวิจัยได้ด้วยความสมัครใจ

3. ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจากแบบวัด Pretest ในกรณีที่มาตราวัด CES-D ผู้วิจัยพิจารณาคะแนนรวมและข้อกระทงรายชื่อ ที่แสดงให้เห็นผลกระทบที่รุนแรงจากภาวะซึมเศร้า ในกรณีดังกล่าวผู้วิจัยจะดำเนินการให้ผู้ดูแลศูนย์พักฟื้น นักจิตวิทยาหรือบุคลากรที่มีส่วนเกี่ยวข้องเข้ามา มีบทบาทในการดูแล ช่วยเหลือและเยียวยาจิตใจให้กับผู้ติดเชื้อรายดังกล่าว

4. ผู้วิจัยชี้แจงให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยทราบถึงสิทธิในการรักษาความลับของผู้รับบริการและสิทธิในการขอยุติการเข้าร่วมการวิจัยในขั้นตอนใดของการวิจัยก็ได้ และจะไม่มีการเปิดเผยข้อมูลส่วนตัวของผู้เข้าร่วมการวิจัย

5. ผู้เข้าร่วมที่มีความสมัครใจและผ่านเกณฑ์เข้าสู่การวิจัย มีการลงลายมือชื่อยินยอม และเปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยสอบถามข้อสงสัยก่อนการวิจัย

6. ผู้วิจัยจัดเตรียมสถานที่ในการดำเนินกลุ่มที่มีบรรยากาศเหมาะสม ปลอดภัยและสะดวกต่อผู้เข้าร่วมการวิจัย

7. สำหรับผู้ติดเชื้อในสถานพักฟื้นท่านใดที่ไม่อยู่ในเกณฑ์การคัดเลือกหรือไม่ได้รับประโยชน์จากกลุ่มการปรึกษาเชิงจิตวิทยาเต็มที่ อาทิ ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าสูง ผู้ป่วยโรคจิตเวช และผู้ที่มีอาการสมองเสื่อม หากมีความสนใจเกี่ยวกับแนวทางการลดภาวะซึมเศร้าและการรับประทานยาต้านไวรัส

ผู้วิจัยจะจัดเตรียมเอกสารที่เป็นประโยชน์ในการให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยแก่ผู้ดูแลศูนย์ หรือนักจิตวิทยาประจำศูนย์พักฟื้นเพื่อให้ความช่วยเหลือเป็นรายบุคคล

8. ระหว่างการดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยแจ้งสิทธิในการที่จะถอนตัวจากการทำกลุ่มหรือการวิจัยได้ทุกเมื่อหากผู้ให้ข้อมูลต้องการโดยไม่ต้องชี้แจงเหตุผล โดยไม่มีผลกระทบต่อการรักษา

9. เมื่อวิเคราะห์ข้อมูลเสร็จสิ้นแล้ว ผู้วิจัยจะทำลายข้อมูลที่สามารถระบุถึงตัวตนที่แท้จริงของกลุ่มตัวอย่าง

10. สำหรับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นกลุ่มควบคุม เมื่อเสร็จสิ้น ผู้วิจัยจะดำเนินกลุ่มการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแนวปัญญาพฤติกรรมนิยมที่มีศิลปะเป็นสื่อให้ภายหลังจากการวิเคราะห์ข้อมูลเสร็จสิ้นแล้วตามความสมัครใจของกลุ่มควบคุมโดยทั้งนี้จะแจกเอกสารหรือคู่มือเกี่ยวกับแนวทางในการลดภาวะซึมเศร้าและส่งเสริมระดับความร่วมมือในการรับประทานยาต้านไวรัสให้กลุ่มควบคุมที่ไม่สะดวกในการเข้าร่วมกลุ่มการปรึกษาเชิงจิตวิทยา



บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้เป็นงานวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research design) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของกลุ่มการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแนวปัญญาพฤติกรรมนิยมที่มีศิลปะเป็นสื่อ ต่อภาวะซึมเศร้าและความร่วมมือในการรับประทานยาต้านไวรัสในผู้ติดเชื้อเอชไอวี โดยใช้การวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติวิเคราะห์ความแปรปรวนพหุนามแบบมีการวัดซ้ำ (Repeated Measures Multivariate Analysis of Variance: Repeated Measures MANOVA) และแบบระหว่างกลุ่ม (Between-group MANOVA) โดยมุ่งที่จะเปรียบเทียบค่าคะแนนระหว่างผู้เข้าร่วมกลุ่มการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแนวปัญญาพฤติกรรมนิยมกับกลุ่มควบคุม โดยวัดค่าคะแนนภาวะซึมเศร้าและระดับความร่วมมือในการรับประทานยาต้านไวรัส ทั้งก่อนและหลังการเข้ากลุ่มการปรึกษาเชิงจิตวิทยา

ในการนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลครั้งนี้ ผู้วิจัยแบ่งการนำเสนอผลออกเป็น 5 ส่วน ได้แก่ ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงประชากรของกลุ่มตัวอย่าง ผลการตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการวิเคราะห์ความแปรปรวนพหุนาม ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณนา ผลการทดสอบสมมติฐานการวิจัย และสรุปผลการทดสอบสมมติฐาน โดยมีรายละเอียดดังนี้

ส่วนที่ 1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงประชากรของกลุ่มตัวอย่าง (Demographic Variable)

สำหรับกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยต้องมีคุณสมบัติครบถ้วนตามเกณฑ์คัดเข้า คือ ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าติดเชื้อเอชไอวีและกำลังรับประทานยาต้านไวรัส (Antiretroviral therapy) โดยเป็นกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่เป็นชายที่เพศสัมพันธ์กับชาย (Men who have Sex with Men: MSM) หรือชายรักชายโดยมีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไปและสามารถสื่อสารและเข้าใจภาษาไทยได้และเต็มใจเข้าร่วมการศึกษาครั้งนี้ โดยในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วยกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 46 คน แบ่งออกเป็นผู้ที่เข้ากลุ่มการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแนวปัญญาพฤติกรรมนิยมที่มีศิลปะเป็นสื่อ 23 คนและกลุ่มควบคุมจำนวน 23 คน

จากการพิจารณาข้อมูลลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างทั้ง 46 พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีช่วงอายุตั้งแต่ 20 -64 ปี มีอายุเฉลี่ย 36 ปี ($SD = 10.5$) ระดับการศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในระดับปริญญาตรี คิดเป็น 39% รองลงมาเป็นระดับมัธยมศึกษาตอนต้นและมัธยมศึกษาตอนปลาย จำนวน 24% เท่ากัน เมื่อพิจารณาข้อมูลเฉพาะในแต่ละกลุ่มพบว่า สำหรับกลุ่มทดลองมีอายุเฉลี่ย 37.96 ปี ($SD = 9.17$) และกลุ่มควบคุมมีอายุเฉลี่ย 34.22 ปี ($SD = 11.57$) ส่วนระดับการศึกษาของกลุ่มทดลอง ส่วนใหญ่อยู่ในระดับมัธยมศึกษาตอนต้น (36.36%) รองลงมาเป็นระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย (27.27%) และ

ระดับปริญญาตรี (22.73%) สำหรับระดับการศึกษาของกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่อยู่ในระดับปริญญาตรี (56.52%) มัธยมศึกษาตอนปลาย (21.74%) และมัธยมศึกษาตอนต้น (13.04%) ตามลำดับ ซึ่งจากการพิจารณาความแตกต่างของค่าเฉลี่ยอายุของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วย *t*-test และสัดส่วนของระดับการศึกษาระหว่างกลุ่มด้วย Chi-Square ไม่พบความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $t(44) = 1.21, p = .23$ และ $\chi^2(4, N = 45) = 8.23, p = .083$ ของทั้งสองกลุ่มตามตาราง 8

ตาราง 8 จำนวนของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามช่วงอายุและระดับการศึกษา (N= 46)

ตัวแปร	กลุ่ม CBT ที่มีศิลปะเป็นสื่อ		กลุ่มควบคุม		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ช่วงอายุ						
20 – 29	2	4.35	9	19.57	11	23.92
30 – 39	12	26.09	8	17.39	20	43.48
40 – 49	5	10.86	3	6.52	8	17.38
50 – 59	4	8.7	3	6.52	7	15.22
รวม	23	50	23	50	46	100
	<i>t</i> -test = 1.21, <i>df</i> = 44, <i>p</i> = .23					
	กลุ่มทดลอง <i>M</i> = 37.96, <i>SD</i> = 9.17 กลุ่มควบคุม <i>M</i> = 34.22, <i>SD</i> = 11.57					
ระดับการศึกษา						
ประถมศึกษา	1	2.2	2	4.3	3	6.5
มัธยมศึกษาตอนต้น	8	17.4	3	6.5	11	23.9
มัธยมศึกษาตอนปลาย / ประกาศนียบัตรวิชาชีพ (ปวช.)	6	13	5	10.9	11	23.9
อนุปริญญา /ประกาศนียบัตร วิชาชีพชั้นสูง(ปวส.)	2	4.3	-	-	2	4.3
ปริญญาตรี	5	10.9	13	28.3	18	39.2
ไม่ระบุข้อมูล	1	2.2	-	-	1	2.2
รวม	23	50	23	50	46	100
	$\chi^2(4, N = 45) = 8.23, p = .083$					

สำหรับข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับประเด็นการติดเชื้อเอชไอวีของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด พบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้ง 46 คนมีระดับ CD4 ในร่างกายตั้งแต่ 12 – 1200 มีค่า CD4 เฉลี่ยอยู่ที่ 465.4 ($SD = 262.2$) ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยว่าติดเชื้อเอชไอวีตั้งแต่ 2 เดือน ถึง 25 ปี ($M = 6.52, SD = 6.82$) ส่วนระยะเวลาในการรับประทานยาต้านไวรัส มีตั้งแต่ 2 เดือน ถึง 20 ปี ($M = 4.55, SD = 5.01$)

เมื่อพิจารณาข้อมูลเฉพาะในแต่ละกลุ่มพบว่า สำหรับกลุ่มทดลองมีระดับค่า CD4 เฉลี่ยที่ 467.09 ($SD = 290.93$) และกลุ่มควบคุมมีระดับค่า CD4 เฉลี่ยอยู่ที่ 463.64 ($SD = 235.343$) ส่วนช่วงระยะเวลาในการได้รับการวินิจฉัยว่าติดเชื้อเอชไอวีของกลุ่มทดลอง มีตั้งแต่ 6 เดือน ถึง 20 ปี โดยมีระยะเวลาเฉลี่ยอยู่ที่ 8.37 ปี ($SD = 7.21$) ส่วนระยะเวลาในการรับประทานยาต้านไวรัส ตั้งแต่ 3 เดือน ถึง 20 ปี โดยระยะเวลาเฉลี่ยอยู่ที่ 6.2 ปี ($SD = 5.92$) สำหรับกลุ่มควบคุมมีช่วงระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยว่าติดเชื้อเอชไอวี ตั้งแต่ 2 เดือน ถึง 25 ปี มีระยะเวลาเฉลี่ย 4.66 ปี ($SD = 6.01$) และระยะเวลาที่ได้รับยาต้านไวรัสตั้งแต่ 2 เดือน ถึง 10 ปี มีระยะเวลาเฉลี่ยที่ 2.9 ปี ($SD = 3.25$) ซึ่งจากการพิจารณาความแตกต่างของระดับค่า CD4 เฉลี่ยของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วย t -test และสัดส่วนของระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยว่าติดเชื้อเอชไอวี และระยะเวลาที่รับประทานยาต้านไวรัสระหว่างกลุ่มด้วย Chi-Square ผลการทดสอบพบว่า ไม่พบความแตกต่างของทั้ง 3 ตัวแปร ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $t(43) = .04, p = .23$, $\chi^2(4, N = 46) = 6.82, p = .146$ และ $\chi^2(4, N = 46) = 5.84, p = .21$ ตามลำดับดังตาราง 9

ตาราง 9 จำนวนของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามประเด็นที่เกี่ยวข้องกับการติดเชื้อเอชไอวี (N = 46)

ตัวแปร	กลุ่ม CBT ที่มีศิลปะเป็นสื่อ		กลุ่มควบคุม		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับ CD4 ในร่างกาย						
1 – 299	6	13	2	4.3	8	17.3
300 – 599	8	17.4	16	34.8	24	52.2
600 – 999	9	19.6	3	6.5	12	26.1
1,000 ขึ้นไป	-	-	1	2.2	1	2.2
ไม่ระบุข้อมูล	-	-	1	2.2	1	2.2
รวม	23	50	23	50	46	100
$t\text{-test} = .04, df = 43, p = .23$						
ระยะเวลาที่วินิจฉัยว่าติดเชื้อเอชไอวี						
ไม่เกิน 1 ปี	4	8.7	7	15.3	11	24
1 ปีขึ้นไป - ไม่เกิน 5 ปี	6	13	8	17.4	14	30.4
5 ปีขึ้นไป - ไม่เกิน 10 ปี	5	10.9	4	8.7	9	19.6
10 ปีขึ้นไป - ไม่ถึง 15 ปี	-	-	2	4.3	2	4.3
15 ปีขึ้นไป	8	17.4	2	4.3	10	21.7
รวม	23	50	23	50	46	100
$\chi^2 (4, N = 46) = 6.82, p = .146$						
ระยะเวลาทานยาต้านไวรัส						
ไม่เกิน 1 ปี	6	13	8	17.4	14	30.4
1 ปีขึ้นไป - ไม่เกิน 5 ปี	7	15.2	9	19.6	16	34.8
5 ปีขึ้นไป - ไม่เกิน 10 ปี	3	6.5	5	10.9	8	17.4
10 ปีขึ้นไป - ไม่ถึง 15 ปี	4	8.7	1	2.2	5	10.9
15 ปีขึ้นไป	3	6.5	-	-	3	6.5
รวม	23	50	23	50	46	100
$\chi^2 (4, N = 46) = 5.84, p = .21$						

ส่วนที่ 2 ผลการตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการวิเคราะห์ความแปรปรวนเชิงพหุนาม

สถิติที่ผู้วิจัยเลือกใช้ในการการวิเคราะห์ข้อมูลเป็นสถิติวิเคราะห์ความแปรปรวนพหุนามแบบมีการวัดซ้ำ (Repeated Measures Multivariate Analysis of Variance: Repeated Measures

MANOVA) และสถิติวิเคราะห์ความแปรปรวนพหุนามแบบระหว่างกลุ่ม (Between-group MANOVA) โดยตามมุมมองของ Leech, Barret และ Morgan (2005) หากจำนวนกลุ่มตัวอย่างในแต่ละกลุ่มมีจำนวนใกล้เคียง สถิติความแปรปรวนเชิงพหุนามแบบ Repeated Measure MANOVA หรือ Mixed MANOVA จะมีความแข็งแกร่ง (Robust) เพียงพอในการวิเคราะห์ข้อมูลได้ แต่เพื่อให้เกิดความกระจ่างชัดและความเข้าใจที่ครบถ้วนเกี่ยวกับข้อมูลของตัวแปรที่ศึกษา ผู้วิจัยจะยังคงทำการตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้น (Basic Assumptions) ของการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบพหุนาม ซึ่งประกอบไปด้วย

1) ตัวแปรต้น (Independent Variable) จะต้องมึลักษณะเป็นตัวแปรแบ่งกลุ่ม (Categorical variables) และมีอย่างน้อย 2 กลุ่มขึ้นไป ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยนี้มีตัวแปรต้นแบ่งเป็น 2 กลุ่มคือกลุ่มที่เข้ารับการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแนวปัญญาพฤติกรรมนิยม (กลุ่มทดลอง) และกลุ่มที่รอเข้ารับการปรึกษา (กลุ่มควบคุม)

2) ตัวแปรตามต้องมีระดับของการวัดเป็น มาตราวัดอันตรภาค (Interval Scale) หรือมาตราวัดอัตราส่วน (Ratio Scale) ขึ้นไปและมีการกระจายของข้อมูลเป็นโค้งปกติทางพหุนาม (Multivariate Normality) ซึ่งทั้งระดับภาวะซึมเศร้า และระดับความร่วมมือในการรับประทานยาต้านไวรัสซึ่งเป็นตัวแปรตามนี้ในการศึกษาครั้งนี้มีระดับการวัดในลักษณะของมาตราวัดอันตรภาคทั้งสิ้น

สำหรับการการกระจายแบบโค้งปกตินั้น พิจารณาได้จากค่าความเบ้ (Skewness) และค่าความโด่ง (Kurtosis) ของข้อมูลร่วมกับค่าสถิติ Kolmogonov-Smirnov โดยยึดเกณฑ์ที่ว่า การกระจายของข้อมูลนับเป็นโค้งปกติหากค่าความเบ้และความโด่งอยู่ในช่วงคะแนนระหว่าง +3 และ -3 (Boos & Hughes-Oliver, 2000) ร่วมกับการทดสอบค่าสถิติ Kolmogonov-Smirnov ซึ่งต้องไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) อย่างไรก็ตาม Leech, Barret และ Morgan (2005) ระบุว่าในการวิเคราะห์ความแปรปรวนพหุนามแบบมีการวัดซ้ำนั้น หากกลุ่มตัวอย่างมีประมาณ 15-20 คนต่อกลุ่ม การวิเคราะห์ผลด้วยสถิติทดสอบความแปรปรวนพหุนามจะยังคงมีความแกร่งพอที่จะทำการวิเคราะห์ข้อมูลต่อไปได้

ผลการทดสอบการกระจายแบบโค้งปกติของข้อมูลในการศึกษาครั้งนี้พบว่า คะแนนของตัวแปรทุกตัวยกเว้นตัวแปรความร่วมมือในการรับประทานยาต้านไวรัสแบบ VAS มีค่าความเบ้และความโด่งอยู่ในช่วงคะแนนที่กำหนด ซึ่งค่าสถิติ Kolmogonov-Smirnov ของคะแนนตัวแปรนี้มีนัยสำคัญทางสถิติด้วย ($p < .001$) ซึ่งในงานวิจัยผู้วิจัยแบ่งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมออกเป็นกลุ่มละ 23 คน ซึ่งเป็นจำนวนที่สอดคล้องกับเกณฑ์ของ Leech, Barret และ Morgan (2005) ดังนั้นการ

วิเคราะห์ผลด้วยสถิติทดสอบความแปรปรวนพหุนามจะยังคงมีความแกร่งพอที่จะทำการวิเคราะห์ข้อมูลต่อไปได้ โดยควรพิจารณาเลือกใช้ค่าสถิติที่มีความแกร่งเพียงพอ หรือค่าสถิติ Pillai's Trace ในการวิเคราะห์ข้อมูล ทั้งนี้ผลการวิเคราะห์การกระจายแบบโค้งปกติที่แสดงในตาราง 10

ตาราง 10 ผลการวิเคราะห์การกระจายแบบโค้งปกติ (Normal Distribution)

ตัวแปร	ระยะ	กลุ่ม	Skewness	SE.	Kurtosis	SE.	Kolmogorov-Smirnov
ภาวะซึมเศร้า	ก่อน	กลุ่ม CBT	.461	.481	-.847	.935	.13
		กลุ่มควบคุม	.289	.481	-.217	.935	.20
	หลัง	กลุ่ม CBT	-.013	.481	.278	.935	.20
		กลุ่มควบคุม	.874	.481	.273	.935	.007**
ความร่วมมือในการรับประทานยาต้านไวรัส (VAS)	ก่อน	กลุ่ม CBT	-1.598	.481	2.228	.935	.00*
		กลุ่มควบคุม	-2.244	.481	5.478	.935	.00**
	หลัง	กลุ่ม CBT	-2.451	.481	7.127	.935	.00**
		กลุ่มควบคุม	-2.213	.481	4.257	.935	.00**
ความร่วมมือในการรับประทานยาต้านไวรัส (MMAS)	ก่อน	กลุ่ม CBT	-.253	.481	-1.039	.935	.20
		กลุ่มควบคุม	-.963	.481	.044	.935	.00**
	หลัง	กลุ่ม CBT	-.709	.481	-.859	.935	.001**
		กลุ่มควบคุม	-1.134	.481	.724	.935	.008**

หมายเหตุ ** $p < .01$

3) ตัวแปรตามทีศึกษามีความสัมพันธ์กันในระดับที่เหมาะสม ในขณะที่มีความเป็นอิสระต่อกัน (correlation of dependent variables) ผู้วิจัยทดสอบโดยการหาสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) ระหว่างตัวแปรภาวะซึมเศร้า (CES-D) ระดับความร่วมมือในการรับประทานยาต้านไวรัสแบบ VAS (Visual Analog Scale) และแบบ MMAS (Morisky Medication Adherence Scale) ในช่วงก่อนและหลังการทดลอง

ตาราง 11 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) ระหว่างตัวแปรตามช่วงก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มตัวอย่าง

ระยะ	ตัวแปรตาม	ก่อนการทดลอง			ระยะ	หลังการทดลอง		
		CES-D	VAS	MMAS		CES-D	VAS	MMAS
ก่อน	CES-D	1.00			หลัง	1.00		
	VAS	-.466**	1.00			-.413**	1.00	
	MMAS	-.353*	.636*	1.00		-.304*	.555**	1.00

จากตาราง 11 พบว่าตัวแปรมีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในระยะก่อนการทดลองทั้ง 3 คู่ คือ CES-D (ภาวะซึมเศร้า)/ VAS(ความร่วมมือในการรับประทานยาต้านไวรัสแบบ VAS), CES-D/ MMAS(ความร่วมมือในการรับประทานยาต้านไวรัสแบบ MMAS) และ VAS/MMAS เช่นเดียวกับในช่วงหลังการทดลองพบว่าทั้ง 3 คู่มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทั้ง 3 คู่ คือ CES-D/ VAS, CES-D/MMAS และ VAS/MMAS

4) การวิเคราะห์ข้อมูลแบบสถิติวิเคราะห์ความแปรปรวนพหุนาม นั้นจำเป็นต้องมีเมทริกซ์ความแปรปรวนร่วมของตัวแปรตามที่ไม่แตกต่างกันระหว่างกลุ่ม (Homogeneity of Variance - Covariance Matrices) ซึ่งพิจารณาโดยใช้สถิติ Box's M โดยจะต้องมีค่านัยสำคัญทางสถิติที่มากกว่า .001 (Mayers, 2013) และใช้สถิติ Levene's test โดยจะต้องมีค่านัยสำคัญทางสถิติที่มากกว่า .05 ในการพิจารณาความแปรปรวนของตัวแปรตามแต่ละตัวว่าไม่มีความแตกต่างกันระหว่างกลุ่ม อย่างไรก็ตามจาก Leech, Barret และ Morgan (2005) ระบุว่าในการวิเคราะห์ความแปรปรวนพหุนามแบบมีการวัดซ้ำนั้นหากจำนวนกลุ่มตัวอย่างในแต่ละกลุ่มมีจำนวนเท่ากัน (Approximately equal sample sizes) สถิติความแปรปรวนเชิงพหุนามจะมีความแข็งแกร่ง (Robust) เพียงพอในการวิเคราะห์ข้อมูลได้

ผลจากการทดสอบทางสถิติ Box's M นั้นไม่พบนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .037$) ส่วน Levene's test พบว่า ในช่วงก่อนการทดลองความแปรปรวนของทั้งตัวแปรภาวะซึมเศร้า และระดับความร่วมมือในการรับประทานยา (MMAS และ VAS) ไม่พบความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมทริกซ์ความแปรปรวนร่วม ส่วนในช่วงหลังการทดลองพบเพียงเมทริกซ์ความแปรปรวนร่วมของตัวแปร VAS ที่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) โดยแสดงให้เห็นว่าข้อมูลของตัวแปรที่ศึกษามีความแปรปรวนในช่วงก่อนการทดลองเท่ากัน และในงานวิจัยนี้ ผู้วิจัยแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็นกลุ่มละ 23 คนเท่ากัน จึงสอดคล้องกับที่ Leech, Barret และ Morgan (2005) ระบุไว้ทำให้สามารถใช้สถิติวิเคราะห์ความแปรปรวนพหุนามได้ดังปรากฏในตาราง 12

ตาราง 12 ผลการวิเคราะห์เมตริกซ์ความแปรปรวนร่วมของกลุ่มตัวอย่าง โดย Box's M

Box's M	F	df1	df2	Sig.
39.782	1.615	21	7120.605	.037

ตาราง 13 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนของแต่ละตัวแปรแบบ Levene's Test of Equality of Error Variances

ตัวแปร	ระยะ	F	df1	df2	Sig.
ภาวะซึมเศร้า (CES-D)		1.367	1	44	.249
ความร่วมมือในการรับประทานยาต้านไวรัส (MMAS)	ก่อนการ	.007	1	44	.933
ความร่วมมือในการรับประทานยาต้านไวรัส (VAS)	ทดลอง	1.938	1	44	.171
ภาวะซึมเศร้า (CES-D)		.622	1	44	.435
ความร่วมมือในการรับประทานยาต้านไวรัส (MMAS)	หลังการ	.338	1	44	.564
ความร่วมมือในการรับประทานยาต้านไวรัส (VAS)	ทดลอง	6.920	1	44	.012*

หมายเหตุ * $p < .05$

กล่าวโดยสรุปผลการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นแสดงให้เห็นว่าข้อมูลที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ส่วนใหญ่สอดคล้องตามข้อตกลงเบื้องต้นของการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติวิเคราะห์ความแปรปรวนพหุนาม ในส่วนของข้อมูลที่มีบางส่วนที่ไม่ครบถ้วนตามข้อตกลงเบื้องต้นที่ระบุไว้ทั้งหมดนั้น Hair, Black, Babin และ Anderson (2010) ระบุว่าสถิติวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบพหุนามนั้นมีความแกร่ง (Robust) เพียงพอที่จะนำมาใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลได้ อีกทั้งจากการศึกษาพบว่าการวิเคราะห์ความแปรปรวนพหุนามแบบมีการวัดซ้ำ (Repeated Measure MANOVA หรือ Mixed MANOVA) หากจำนวนกลุ่มตัวอย่างในแต่ละกลุ่มมีจำนวนใกล้เคียง สถิติความแปรปรวนเชิงพหุนามจะมีความแข็งแกร่ง (Robust) เพียงพอในการวิเคราะห์ข้อมูลได้โดยอาจไม่จำเป็นต้องพิจารณาข้อตกลงเบื้องต้นต่าง ๆ นั้นเอง (Leech et al., 2005) ดังนั้นผู้วิจัยจึงเลือกใช้วิธีการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ MANOVA โดยเลือกใช้ค่าสถิติ Pillai's Trace ซึ่งเป็นค่าสถิติที่มีความแกร่งที่สุดมาใช้วิเคราะห์ข้อมูลงานวิจัยชิ้นนี้

ส่วนที่ 3 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณนาของคะแนนภาวะซึมเศร้า และระดับความร่วมมือในการรับประทานยาต้านไวรัส (MMAS และ VAS)

ในการวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติของตัวแปรตามที่ศึกษาในครั้งนี้ อันประกอบไปด้วยภาวะซึมเศร้าและระดับความร่วมมือในการรับประทานยาต้านไวรัสทั้งแบบ MMAS และแบบ VAS นั้น คะแนนของระดับภาวะซึมเศร้าจะมาจากมาตราวัดระดับภาวะซึมเศร้า (CES-D) จำนวน 10 ข้อ เป็นมาตราประมาณค่า 4 ระดับ มีคะแนนรวมตั้งแต่ 0 – 30 คะแนน สำหรับคะแนนระดับความร่วมมือในการรับประทานยาต้านไวรัสแบบ MMAS จะมาจากมาตราวัด Morisky Medication Adherence Scale จำนวน 7 ข้อเป็นการถามตอบถูกผิดจำนวน 6 ข้อและเป็นข้อคำถามประมาณค่า (Likert Scale) จำนวน 1 ข้อ คะแนนรวมตั้งแต่ 0-7 คะแนน และระดับความร่วมมือในการรับประทานยาต้านไวรัสแบบ VAS จะมาจากแบบวัด Visual Analog Scale จำนวน 3 ข้อด้วยกัน เป็นการประเมินตนเองตั้งแต่ 0 ถึง 10 คะแนน โดยมีคะแนนรวมตั้งแต่ 0-30 คะแนน โดยกลุ่มตัวอย่าง ทำการตอบมาตราวัดทั้ง 3 ฉบับก่อนการเข้าสู่การทดลอง และภายหลังเสร็จสิ้นการดำเนินกลุ่มทดลอง

ผู้วิจัยขอนำเสนอข้อมูลของตัวแปรตามที่ศึกษา ประกอบไปด้วยค่าเฉลี่ย (*Mean*) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (*SD*) คะแนนต่ำสุด (*Min*) คะแนนสูงสุด (*Max*) และพิสัย (*Range*) แบ่งออกเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ซึ่งจากคะแนนของภาวะซึมเศร้าในผู้ติดเชื้อเอชไอวี พบว่าในช่วงก่อนการเข้ากลุ่มการศึกษาเชิงจิตวิทยาแนวปัญญาพฤติกรรมนิยมที่มีศิลปะเป็นสื่อ กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนนภาวะซึมเศร้า 9.48 คะแนน ($SD = 5.24$) และกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยของคะแนนภาวะซึมเศร้า 10.52 คะแนน ($SD = 4.41$) ภายหลังการเข้าร่วมกลุ่มการศึกษาเชิงจิตวิทยา กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนนภาวะซึมเศร้า 6.70 คะแนน ($SD = 3.59$) และของกลุ่มควบคุม มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ที่ 11.22 คะแนน ($SD = 4.34$) ตามตาราง 14

สำหรับคะแนนความร่วมมือในการรับประทานยาต้านไวรัสแบบ VAS พบว่าในช่วงก่อนการเข้ากลุ่มการศึกษาเชิงจิตวิทยาแนวปัญญาพฤติกรรมนิยมที่มีศิลปะเป็นสื่อ กลุ่มตัวอย่างที่อยู่ในกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนนความร่วมมือในการรับประทานยา 26.57 คะแนน ($SD = 3.96$) ในขณะที่กลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยของระดับความร่วมมือ 27.65 คะแนน ($SD = 2.92$) ภายหลังการเข้าร่วมกลุ่มการศึกษาเชิงจิตวิทยา กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนนความร่วมมือในการรับประทานยาแบบ VAS 28.48 คะแนน ($SD = 2.09$) และของกลุ่มควบคุม มีคะแนนเฉลี่ย VAS อยู่ที่ 26.74 คะแนน ($SD = 5.40$)

ในส่วนของคะแนนความร่วมมือในการรับประทานยาต้านไวรัสแบบ MMAS พบว่าในช่วงก่อนการเข้ากลุ่ม มีค่าเฉลี่ยของคะแนน MMAS 4.83 คะแนน ($SD = 1.7$) และกลุ่มควบคุมมีคะแนน

เฉลี่ย 5 คะแนน ($SD = 1.71$) ภายหลังจากเข้าร่วมกลุ่มการศึกษาเชิงจิตวิทยา กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนน MMAS อยู่ที่ 5.4 คะแนน ($SD = 1.78$) และของกลุ่มควบคุม มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ที่ 5.3 คะแนน ($SD = 1.74$) ดังตาราง 15

ตาราง 14 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน คะแนนต่ำสุด คะแนนสูงสุด และพิสัยของภาวะซึมเศร้าของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในช่วงก่อนและหลังการทดลอง ($N = 46$)

ตัวแปร	กลุ่ม	ครั้ง	M	SD	ค่าที่เป็นไปได้	ค่าต่ำสุด-ค่าสูงสุด
ภาวะซึมเศร้า	กลุ่มทดลอง	ก่อน	9.48	5.24	0-30	1-19
		หลัง	6.70	3.59	0-30	0-15
	กลุ่มควบคุม	ก่อน	10.52	4.41	0-30	4-21
		หลัง	11.22	4.34	0-30	5-22

ตาราง 15 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน คะแนนต่ำสุด คะแนนสูงสุด และพิสัยของระดับความร่วมมือในการรับประทานยาต้านไวรัสของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ในช่วงก่อนและหลังการทดลอง ($N = 46$)

ตัวแปร	กลุ่ม	ครั้ง	M	SD	ค่าที่เป็นไปได้	ค่าต่ำสุด-ค่าสูงสุด
ความร่วมมือในการรับประทานยาต้านไวรัส (VAS)	กลุ่มทดลอง	ก่อน	26.57	3.96	0-30	15-30
		หลัง	28.48	2.09	0-30	21-30
	กลุ่มควบคุม	ก่อน	27.65	2.92	0-30	18-30
		หลัง	26.74	5.40	0-30	10.5-30
ความร่วมมือในการรับประทานยาต้านไวรัส (MMAS)	กลุ่มทดลอง	ก่อน	4.83	1.7	0-7	3-7
		หลัง	5.4	1.78	0-7	3-7
	กลุ่มควบคุม	ก่อน	5	1.71	0-7	1-7
		หลัง	5.3	1.74	0-7	1-7

ส่วนที่ 4 ผลการทดสอบสมมติฐานการวิจัย

เนื่องจากการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบพหุนามแบบวัดซ้ำและระหว่างกลุ่ม (Repeated-Measures Multivariate Analysis of Variance และ Between-Group MANOVA) เป็นการทดสอบที่ครอบคลุมสมมติฐานทั้ง 4 ข้อ ผู้วิจัยจึงนำเสนอผลการทดสอบสมมติฐานทั้ง 4 ข้อพร้อมกันดังนี้

1. หลังการเข้ากลุ่มการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแนวปัญญาพฤติกรรมนิยม ที่มีศิลปะเป็นสื่อ กลุ่มทดลองมีระดับคะแนนภาวะซึมเศร้าต่ำกว่าก่อนการทำกลุ่ม
2. หลังการเข้ากลุ่มการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแนวปัญญาพฤติกรรมนิยม ที่มีศิลปะเป็นสื่อ กลุ่มทดลองมีระดับคะแนนภาวะซึมเศร้าต่ำกว่ากลุ่มควบคุม
3. หลังการเข้ากลุ่มการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแนวปัญญาพฤติกรรมนิยม ที่มีศิลปะเป็นสื่อ กลุ่มทดลองมีระดับความร่วมมือในการรับประทายาต้านไวรัสสูงกว่าก่อนการทำกลุ่ม (VAS และ MMAS)
4. หลังการเข้ากลุ่มการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแนวปัญญาพฤติกรรมนิยม ที่มีศิลปะเป็นสื่อ กลุ่มทดลองมีระดับความร่วมมือในการรับประทายาต้านไวรัสสูงกว่ากลุ่มควบคุม (VAS และ MMAS)

อย่างไรก็ตาม สำหรับก่อนการทดสอบสมมติฐานทั้ง 4 ข้อ ผู้วิจัยทำการตรวจสอบด้วยสถิติ Between- Group MANOVA เพื่อทดสอบว่าคะแนนเฉลี่ยของตัวแปรตามของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติหรือไม่ก่อนเริ่มเข้าร่วมกลุ่มการปรึกษาเชิงจิตวิทยา ผลการวิเคราะห์ข้อมูลไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติของคะแนนกลุ่มตัวแปรตามระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม $V = .07, F(3,42) = 1.049, p = .381$ ตามตาราง 16 และตาราง 17 ตาราง 16 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบพหุนาม (MANOVA) ของกลุ่มตัวแปรตามระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในช่วงก่อนการทดลอง ($N = 46$)

Effect	Source	Pillai's Trace	F	Hypothesis df	Error df	Partial Eta Squared	Sig.
Between subject	Intercept	.991	1631.28	3	42	.991	.00***
	Conditions	.07	1.049	3	42	.070	.381

หมายเหตุ *** $p < .001$

ตาราง 17 ผลการเปรียบเทียบรายตัวแปรของคะแนนภาวะซึมเศร้าและระดับความร่วมมือในการรับประทานยาต้านไวรัสแบบ VAS และ MMAS ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในช่วงก่อนการทดลอง (N = 46)

Source	Variables	Type III Sum of Square	df	Mean Square	F	Partial Eta Squared	Sig
Conditions	ภาวะซึมเศร้า: CES-D	12.522	1	12.522	.534	.817	.469
	Adherence :MMAS	.348	1	.348	.120	.003	.730
	Adherence : VAS	13.587	1	13.587	1.121	.025	.296

จากตาราง 17 จะเห็นได้ว่าก่อนเข้ากลุ่มการเชิงจิตวิทยา คะแนนภาวะซึมเศร้าของกลุ่มทดลอง ($M = 9.48, SD = 5.24$) และกลุ่มควบคุม ($M = 10.52, SD = 4.41$) ไม่พบความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ; $F(1,44) = .534, p = .469$

นอกจากนี้ระดับความร่วมมือในการรับประทานยาต้านไวรัสแบบ VAS ในช่วงก่อนการเข้ากลุ่มทดลอง มีคะแนนระดับความร่วมมือในการรับประทานยาเฉลี่ย 26.57 คะแนน ($SD = 3.96$) และกลุ่มควบคุมมีระดับความร่วมมือเฉลี่ย 27.65 คะแนน ($SD = 2.92$) ทั้งสองกลุ่มไม่พบความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ; $F(1,44) = 1.121, p = .296$ เช่นเดียวกับความร่วมมือแบบ MMAS ที่ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเช่นเดียวกัน ; $F(1,44) = .12, p = .73, (M$ กลุ่มทดลอง = 4.83, $SD = 1.7, M$ กลุ่มควบคุม = 5, $SD = 1.71)$

ในขั้นตอนต่อไปผู้วิจัยทำการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบพหุนามแบบวัดซ้ำและระหว่างกลุ่ม (Repeated-Measures Multivariate Analysis of Variance และ Between-Group MANOVA) เพื่อทดสอบสมมติฐานการวิจัยทั้งหมด ดังต่อไปนี้

ตาราง 18 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบพหุนาม (MANOVA) ของกลุ่มตัวแปรตามระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (N = 46)

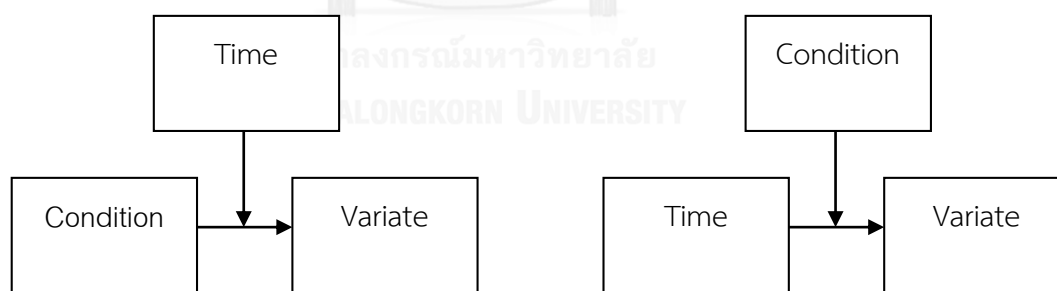
Effect	Source	Pillai's Trace	F	Hypo- thesis df	Error df	Partial Eta Squared	Sig.
Within	Intercept	.994	2345.91	3	42	.994	.00***
Subject	Conditions	.149	2.447	3	42	.149	.077

Effect	Source	Pillai's Trace	F	Hypothesis df	Error df	Partial Eta Squared	Sig.
Within Group	Time	.094	1.458	3	42	.094	.24
	Time* Conditions	.194	3.366	3	42	.194	.027*

หมายเหตุ *** $p < .001$, * $p < .05$

จากตาราง 18 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนพหุนาม (MANOVA) ของกลุ่มตัวแปรตามพบผลปฏิสัมพันธ์ (Interaction Effect) ดังนั้นผู้วิจัยจึงมุ่งแปลผลปฏิสัมพันธ์ระหว่างเงื่อนไขกลุ่ม (Conditions) และเงื่อนไขเวลา (Time) มากกว่าแปลผลของ Main effect ซึ่งจะมุ่งเน้นการศึกษาในเงื่อนไขการเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนตัวแปรตามตามเงื่อนไขเวลา (Time) หรือประเภทกลุ่ม (Conditions) เพียงอย่างเดียว

สำหรับผลปฏิสัมพันธ์ (Interaction effect) ของเงื่อนไขเวลากับการเข้ากลุ่มของกลุ่มตัวอย่าง (Time x Conditions) หมายถึงเงื่อนไขเวลา ส่งอิทธิพลต่ออิทธิพลของเงื่อนไขกลุ่มที่มีผลต่อกลุ่มคะแนนพหุนาม (Variate) และในขณะที่เงื่อนไขกลุ่มส่งอิทธิพลต่ออิทธิพลที่เงื่อนไขเวลา ส่งผลต่อกลุ่มคะแนนพหุนามเช่นเดียวกัน ตามภาพที่ 9



ภาพที่ 9 ผลปฏิสัมพันธ์ (Interaction effect) ระหว่างเงื่อนไขเวลากับเงื่อนไขการเข้าร่วมกลุ่ม

กลุ่มคะแนนพหุนามของตัวแปรตาม (Variate) มีความแตกต่างกันระหว่างในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ณ ช่วงก่อนทำกลุ่ม หรือหลังทำกลุ่มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $V = .194$, $F(3,42) = 3.366$, $p < .05$, $f = .49$ ดังนั้นผู้วิจัยจึงพิจารณาในส่วนของผลปฏิสัมพันธ์ของเงื่อนไขเวลาและประเภทการเข้ากลุ่ม โดยจากตารางการวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนตัวแปรตามแต่ละตัว (Analysis of Variance: ANOVA) พบผลปฏิสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Interaction effect) ระหว่างประเภทของกลุ่มและเงื่อนไขเวลาในคะแนนภาวะซึมเศร้า $F(1,44) = 7.046$, $p < .05$, $f = .40$

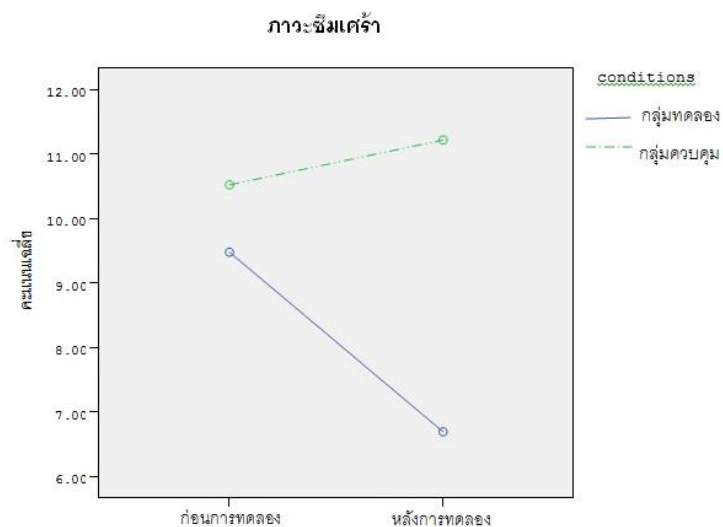
และในคะแนนระดับความร่วมมือในการรับประทานยาต้านไวรัสแบบ VAS $F(1,44) = 5.405, p < .05, f = .35$ แต่ไม่พบผลปฏิสัมพันธ์ในคะแนนของความร่วมมือในการรับประทานยาต้านไวรัสแบบ MMAS ที่ $F(1,44) = .229, p = .635$ ตามตาราง 19

ตาราง 19 ผลการเปรียบเทียบผลปฏิสัมพันธ์ระหว่างเงื่อนไขเวลาและกลุ่มตามตัวแปร (Univariate tests) ของคะแนนภาวะซึมเศร้า ระดับความร่วมมือในการรับประทานยาต้านไวรัส

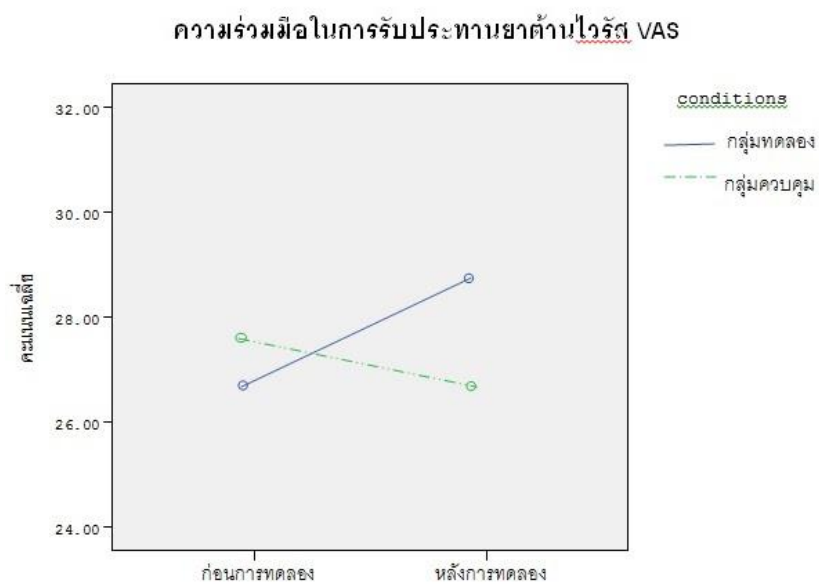
Source	Variables	Type III		Mean Square	F	Partial Eta Squared	Sig.
		Sum of Square	df				
	ภาวะซึมเศร้า	69.565	1	69.56	7.05	.138	.01*
Time*Conditions	ความร่วมมือในการรับประทานยาต้านไวรัสแบบ VAS	45.924	1	45.92	5.41	.109	.025*
	ความร่วมมือในการรับประทานยาต้านไวรัสแบบ MMAS	.391	1	.391	.23	.005	.64

หมายเหตุ * $p < .05$

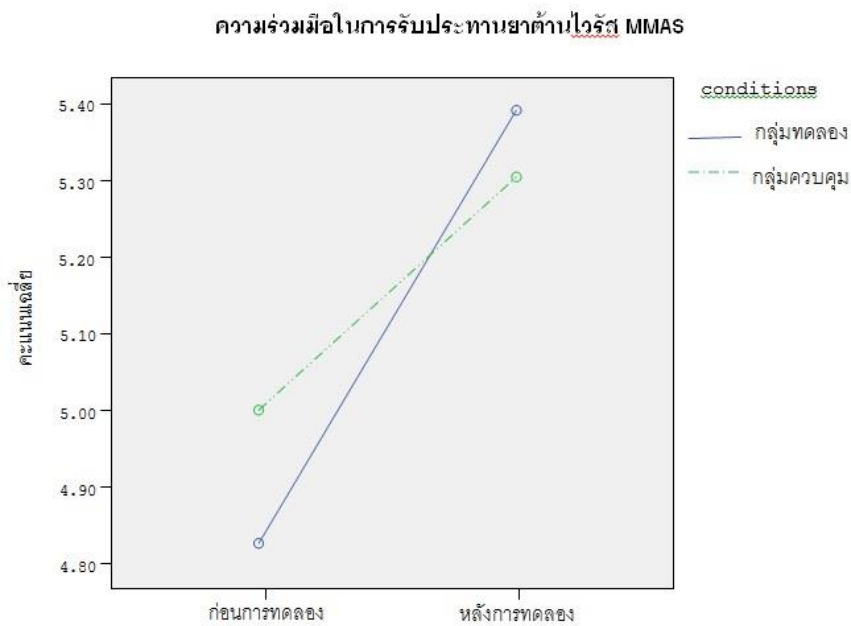
จากตาราง การวิเคราะห์ผลแสดงให้เห็นว่ามีผลปฏิสัมพันธ์ (Interaction effect) ระหว่างประเภทกลุ่มและเงื่อนไขเวลาในตัวแปรภาวะซึมเศร้า และความร่วมมือในการรับประทานยาต้านไวรัสแบบ VAS เท่านั้นแต่ไม่พบผลปฏิสัมพันธ์ความร่วมมือในการรับประทานยาต้านไวรัสในแบบวัด MMAS ผู้วิจัยจึงนำเสนอข้อมูลผลปฏิสัมพันธ์ผ่านกราฟและตรวจสอบลักษณะของปฏิสัมพันธ์ระหว่างเงื่อนไขเวลาและประเภทกลุ่มในตัวแปรดังกล่าวดังภาพต่อไปนี้



ภาพที่ 10 กราฟเส้นเปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงของคะแนนภาวะซึมเศร้าในช่วงก่อนและหลังทำกลุ่ม ระหว่างกลุ่มทดลอง (เส้นทึบ) และกลุ่มควบคุม (เส้นประ)



ภาพที่ 11 กราฟเส้นเปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงของคะแนนความร่วมมือในการรับประทานยาต้านไวรัสแบบ VAS ในช่วงก่อนและหลังทำกลุ่ม ระหว่างกลุ่มทดลอง (เส้นทึบ) และกลุ่มควบคุม (เส้นประ)



ภาพที่ 12 กราฟเส้นเปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงของคะแนนความร่วมมือในการรับประทานยาต้านไวรัสแบบ MMAS ในช่วงก่อนและหลังทำกลุ่ม ระหว่างกลุ่มทดลอง (เส้นทึบ) และกลุ่มควบคุม (เส้นประ)

จากกราฟผลปฏิสัมพันธ์ระหว่างประเภทกลุ่มและเงื่อนไขเวลา ผู้วิจัยทำตามข้อเสนอแนะของ Mayers (2013) ที่ระบุว่าเมื่อพบผลปฏิสัมพันธ์ (Interaction effect) จึงมีจำเป็นต้องมีการตรวจสอบถึงแหล่งที่ก่อให้เกิดผลปฏิสัมพันธ์ โดยการทดสอบทางสถิติ Independent *t*-test และ Paired *t*-test เพื่อพิจารณาคะแนนของภาวะซึมเศร้า และระดับความร่วมมือในการรับประทานยาต้านไวรัสแบบ VAS โดยเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม และช่วงก่อนและหลังการเข้าร่วมกลุ่มตามลำดับซึ่งใน การทดสอบทางสถิตินั้นจำเป็นต้องมีการปรับระดับนัยสำคัญทางสถิติลงเพื่อให้เหมาะสมในการวิเคราะห์หลายครั้ง (Multiple Comparisons) การทดสอบจึงมีระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .025 (Mayers, 2013) ตามตาราง 20 และ 21

ตาราง 20 ผลการทดสอบค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของภาวะซึมเศร้าก่อนและหลังเข้ากลุ่ม และระหว่างกลุ่มทดสอบและกลุ่มควบคุม ($n_{\text{กลุ่มทดลอง}} = 23$, $n_{\text{กลุ่มควบคุม}} = 23$)

กลุ่ม	ตัวแปร	ก่อนเข้ากลุ่ม		หลังเข้ากลุ่ม		t
		M	SD	M	SD	
กลุ่มทดลอง	ภาวะซึมเศร้า	9.48	5.24	6.70	3.59	2.89**
กลุ่มควบคุม		10.52	4.41	11.22	4.34	.782
		t = .731		t = 3.85***		

หมายเหตุ *** $p < .001$, ** $p < .01$

ในการทดสอบสมมติฐานที่ 1 และ 2 ว่าหลังการเข้ากลุ่มการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแนวปัญญาพฤติกรรมนิยม ที่มีศิลปะเป็นสื่อ กลุ่มทดลองมีระดับคะแนนภาวะซึมเศร้ามลดลงก่อนการทำกลุ่ม และลดลงเมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุม จากตารางพบว่าในช่วงก่อนการเข้ากลุ่มการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแนวปัญญาพฤติกรรมนิยมที่มีศิลปะเป็นสื่อ กลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนนภาวะซึมเศร้า 9.48 คะแนน ($SD = 5.24$) ภายหลังจากเข้าร่วมกลุ่มการปรึกษาเชิงจิตวิทยากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ย 6.70 คะแนน ($SD = 3.59$) ซึ่งลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ; $t(44) = 2.89$, $p < .01$ และมีค่าต่ำกว่ากลุ่มควบคุมที่มีค่าเฉลี่ยของคะแนนภาวะซึมเศร้าอยู่ที่ 11.22 คะแนน ($SD = 4.34$) ในระยะหลังการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ; $t(22) = 3.85$, $p < .001$ ตามตาราง 20

ตาราง 21 ผลการทดสอบค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความร่วมมือในการรับประทานยาต้านแบบ VAS ก่อนและหลังเข้ากลุ่ม และระหว่างกลุ่มทดสอบและกลุ่มควบคุม ($n_{\text{กลุ่มทดลอง}} = 23$, $n_{\text{กลุ่มควบคุม}} = 23$)

กลุ่ม	ตัวแปร	ก่อนเข้ากลุ่ม		หลังเข้ากลุ่ม		t
		M	SD	M	SD	
กลุ่มทดลอง	ความร่วมมือในการ	26.57	3.96	28.48	2.09	2.39*
กลุ่มควบคุม	รับประทานยาต้านไวรัส VAS	27.65	2.92	26.74	5.40	.998
		t = 1.06		t = 1.44		

หมายเหตุ * $p < .025$

ในการทดสอบสมมติฐานที่ 3 และ 4 ว่าหลังการเข้ากลุ่มการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแนวปัญญาพฤติกรรมนิยม ที่มีศิลปะเป็นสื่อ กลุ่มทดลองมีระดับความร่วมมือในการรับประทานยาต้านไวรัส

เพิ่มขึ้นก่อนการทำกลุ่ม และเพิ่มขึ้นเมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุม สำหรับคะแนนความร่วมมือในการ
 รับประทานยาต้านไวรัสแบบ VAS พบว่าในช่วงก่อนการเข้ากลุ่มการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแนวปัญญา
 พฤติกรรมนิยมที่มีศิลปะเป็นสื่อ มีค่าเฉลี่ยของคะแนนความร่วมมือในการรับประทานยาต้านไวรัส
 แบบ VAS 26.57 คะแนน ($SD = 3.96$) ภายหลังการเข้าร่วมกลุ่มการปรึกษาเชิงจิตวิทยา กลุ่มทดลอง
 มีค่าเฉลี่ยของคะแนนความร่วมมือในการรับประทานยาเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ; $t(44) =$
 $2.39, p < .025$ อย่างไรก็ตาม เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมในระยะหลังการทดลอง ซึ่งมีค่าเฉลี่ย
 ของคะแนน VAS อยู่ที่ 26.74 คะแนน ($SD = 5.40$) ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ;
 $t(22) = 1.44, p = .079$

ส่วนที่ 5 สรุปทดสอบสมมติฐานการวิจัย

จากการทดสอบสมมติฐานทั้ง 4 ข้อ สรุปได้ว่า ผลการวิจัยครั้งนี้สนับสนุนสมมติฐานที่ 1
 และ 2 คือกลุ่มที่เข้าร่วมกลุ่มการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแนวปัญญาพฤติกรรมนิยมที่มีศิลปะเป็นสื่อ นั้นมี
 ระดับคะแนนภาวะซึมเศร้า น้อยกว่าก่อนการทำกลุ่ม นอกจากนี้ ภายหลังการเข้ากลุ่ม กลุ่มทดลองมี
 ระดับคะแนนภาวะซึมเศร้า น้อยกว่ากลุ่มควบคุม

อย่างไรก็ตามในสมมติฐานที่ 3 กลุ่มการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแนวปัญญาพฤติกรรมนิยมที่มี
 ศิลปะเป็นสื่อ มีระดับความร่วมมือในการรับประทานยาต้านไวรัสสูงกว่าก่อนการทำกลุ่มนั้น สนับสนุน
เพียงบางส่วน คือ สูงขึ้นสำหรับมาตรวัด VAS และสมมติฐานที่ 4 คือ ภายหลังการเข้ากลุ่ม กลุ่มทดลองมี
 ระดับความร่วมมือในการรับประทานยาต้านไวรัสสูงกว่ากลุ่มควบคุมนั้น ไม่สนับสนุนสมมติฐาน
 เนื่องจากคะแนนของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในระดับความร่วมมือในการรับประทานยาต้านไวรัส
 ซึ่งวัดโดยมาตรวัด VAS และ MMAS ในระยะหลังการทดลองนั้น ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทาง
 สถิติ ผู้วิจัยขอสรุปผลการทดสอบสมมติฐานของกลุ่มการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแนวปัญญาพฤติกรรม
 นิยมที่มีศิลปะเป็นสื่อ และกลุ่มควบคุม ต่อภาวะซึมเศร้า และความร่วมมือในการรับประทานยาต้าน
 ไวรัสในตารางต่อไปนี้

ตาราง 22 ตารางสรุปสมมติฐานงานวิจัย

สมมติฐาน	ผลการทดสอบสมมติฐาน
1 ภายหลังการเข้ากลุ่มการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแนวปัญญา พฤติกรรมนิยมที่มีศิลปะเป็นสื่อ กลุ่มทดลองมีระดับคะแนน ภาวะซึมเศร้าน้อยกว่าก่อนการทำกลุ่ม	สนับสนุนสมมติฐาน

สมมติฐาน	ผลการทดสอบสมมติฐาน
2. หลังการเข้ากลุ่มการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแนวปัญญาพฤติกรรมนิยม ที่มีศิลปะเป็นสื่อ กลุ่มทดลองมีระดับคะแนนภาวะซึมเศร้า <u>น้อยกว่า</u> กลุ่มควบคุม	สนับสนุนสมมติฐาน
3. หลังการเข้ากลุ่มการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแนวปัญญาพฤติกรรมนิยมที่มีศิลปะเป็นสื่อ กลุ่มทดลองมีระดับความร่วมมือในการรับประทานยาต้านไวรัส <u>สูงกว่า</u> ก่อนการทำกลุ่ม (VAS และ MMAS)	สนับสนุนสมมติฐานบางส่วน (เฉพาะ VAS)
4. หลังการเข้ากลุ่มการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแนวปัญญาพฤติกรรมนิยม ที่มีศิลปะเป็นสื่อ กลุ่มทดลองมีระดับความร่วมมือในการรับประทานยาต้านไวรัส <u>สูงกว่า</u> กลุ่มควบคุม (VAS และ MMAS)	ไม่สนับสนุนสมมติฐาน

บทที่ 5

สรุปการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

สรุปผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อทดสอบประสิทธิผลของกลุ่มการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแนวปัญญาพฤติกรรมนิยมที่มีศิลปะเป็นสื่อ ต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ติดเชื้อ HIV และความร่วมมือในการรับประทานยาต้านไวรัสในผู้ติดเชื้อ HIV โดยเป็นงานวิจัยประเภทกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research design) ในรูปแบบ Pretest-Posttest control group design

สำหรับกลุ่มตัวอย่าง หรือผู้เข้าร่วมกลุ่มในการวิจัยตามเกณฑ์คัดเลือก คือ ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าติดเชื้อเอชไอวีและกำลังรับประทานยาต้านไวรัส (Antiretroviral therapy) เป็นกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่เป็นชายรักชาย (MSM) โดยมีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป สามารถสื่อสารและเข้าใจภาษาไทยได้และเต็มใจเข้าร่วมการศึกษาครั้งนี้จำนวน 46 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 23 คนและกลุ่มควบคุม 23 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบไปด้วย กลุ่มการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแนวปัญญาพฤติกรรมนิยมที่มีศิลปะเป็นสื่อ เพื่อลดภาวะซึมเศร้าและเพิ่มระดับความร่วมมือในการรับประทานยาต้านไวรัส, มาตรฐานวัดระดับภาวะซึมเศร้า (CES-D) และแบบวัดระดับความร่วมมือในการรับประทานยาต้านไวรัสแบบหลากหลายวิธี (VAS และ MMAS) โดยมีสมมติฐานการวิจัยทั้งสิ้น 4 ข้อด้วยกันคือ

1. หลังการเข้ากลุ่มการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแนวปัญญาพฤติกรรมนิยม ที่มีศิลปะเป็นสื่อ กลุ่มทดลองมีระดับคะแนนภาวะซึมเศร้าน้อยกว่าก่อนการเข้ากลุ่ม
2. หลังการเข้ากลุ่มการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแนวปัญญาพฤติกรรมนิยม ที่มีศิลปะเป็นสื่อ กลุ่มทดลองมีระดับคะแนนภาวะซึมเศร้าต่ำกว่ากลุ่มควบคุม
3. หลังการเข้ากลุ่มการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแนวปัญญาพฤติกรรมนิยม ที่มีศิลปะเป็นสื่อ กลุ่มทดลองมีระดับความร่วมมือในการรับประทานยาต้านไวรัสสูงกว่าก่อนการเข้ากลุ่ม (VAS และ MMAS)
4. หลังการเข้ากลุ่มการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแนวปัญญาพฤติกรรมนิยม ที่มีศิลปะเป็นสื่อ กลุ่มทดลองมีระดับความร่วมมือในการรับประทานยาต้านไวรัสสูงกว่ากลุ่มควบคุม (VAS และ MMAS)

ในการวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ ผู้วิจัยเลือกใช้สถิติการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบพหุนามแบบวัดซ้ำ (Repeated-measures Multivariate Analysis of Variance: MANOVA) และระหว่าง

กลุ่ม (Between-group MANOVA) เพื่อเปรียบเทียบระดับภาวะซึมเศร้าและความร่วมมือในการ
รับประทานยาต้านไวรัส ทั้งก่อนและหลังการเข้ากลุ่ม และระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

จากผลการทดสอบสมมติฐานที่ 1 และ 2 พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติของ
ระดับภาวะซึมเศร้าระหว่างก่อนและหลังทำกลุ่มทดลอง ; $t(44) = 2.89, p < .01$ และพบความ
แตกต่างระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ; $t(22) = 3.85, p < .001$

สำหรับสมมติฐานที่ 3 พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติของความร่วมมือในการ
รับประทานยาต้านไวรัสในช่วงก่อนและหลังทำกลุ่มทดลองในแบบวัดระดับความร่วมมือในการ
รับประทานยาต้านไวรัสแบบ VAS เพียงอย่างเดียว ; $t(44) = 2.39, p < .025$ แต่ไม่พบความแตกต่าง
ในแบบวัด MMAS จึงสนับสนุนสมมติฐานที่ 3 เพียงบางส่วน ส่วนสมมติฐานที่ 4 นั้นไม่พบความ
แตกต่างของระดับความร่วมมือในการรับประทานยาต้านไวรัสระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมทั้ง
แบบ MMAS; $t(22) = .168, p = .868$ และแบบ VAS; $t(22) = 1.44, p = .079$ ภายหลังจาก
ดำเนินกลุ่มการศึกษาเชิงจิตวิทยาแนวปัญญาพฤติกรรมนิยมจึงไม่สนับสนุนสมมติฐานที่ 4

อภิปรายผลการวิจัย

ในส่วนของการอภิปรายผลการวิจัย มีจุดประสงค์เพื่ออภิปรายถึงปัจจัยที่ส่งผลต่อระดับภาวะ
ซึมเศร้าและความร่วมมือในการรับประทานยาต้านไวรัส ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีจากผลการวิจัยที่เกิดขึ้น
ซึ่งผู้วิจัยทำการอภิปรายออกเป็น 2 ส่วน คือ ตัวแปรตามที่ถูกวัดผลในงานวิจัยชิ้นนี้และสมมติฐานการ
วิจัยที่เกี่ยวข้อง คือ 1.ตัวแปรภาวะซึมเศร้า (สมมติฐานข้อที่ 1, 2) และ 2.ตัวแปรความร่วมมือในการ
รับประทานยาต้านไวรัส (สมมติฐานข้อที่ 3, 4)

ส่วนที่ 1 การอภิปรายผลตัวแปรภาวะซึมเศร้า

ผลการทดสอบสมมติฐานที่ 1 และ 2 ของภาวะซึมเศร้าของงานวิจัยครั้งนี้ พบความแตกต่าง
อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติของระดับภาวะซึมเศร้าระหว่างก่อนและหลังทำกลุ่มทดลอง (กลุ่ม CBT ที่มี
ศิลปะเป็นสื่อ) ; $t(44) = 2.89, p < .01$ และเมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ผล
พบว่าภาวะซึมเศร้าในกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ; $t(22) = 3.85, p < .001$

จากการลดลงของคะแนนภาวะซึมเศร้าในกลุ่มทดลอง แสดงว่ากลุ่มการศึกษาเชิงจิตวิทยา
แนวปัญญาพฤติกรรมนิยมที่มีศิลปะเป็นสื่อ นั้นมีส่วนช่วยลดคะแนนภาวะซึมเศร้าในผู้ติดเชื้อเอชไอวี
ได้ หรือกล่าวคือกลุ่มการศึกษาเชิงจิตวิทยาแนวปัญญาพฤติกรรมนิยมมีส่วนเอื้อให้ผู้ติดเชื้อมีวิธีการ
ต่างๆ ทั้งทางพฤติกรรมและความคิดในการจัดการกับอารมณ์เศร้า เสียใจหรือท้อแท้ และยังเสริม
วิธีการรับมือกับสิ่งที่อาจก่อให้เกิดภาวะซึมเศร้าอีกด้วย และจากผลคะแนนที่กลุ่มทดลองมีคะแนน

ภาวะซึมเศร้าหลังทำกลุ่มต่ำกว่ากลุ่มควบคุมแสดงให้เห็นว่าการลดลงของภาวะซึมเศร้าไม่ได้เป็นผลมาจากปัจจัยแทรกซ้อนอื่นๆ หากแต่เกิดจากการเข้าร่วมกลุ่มการปรึกษาเชิงจิตวิทยาในงานวิจัยครั้งนี้ นั่นเอง ผู้วิจัยจึงขออธิบายถึงปัจจัยของผลจากการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแนวปัญญาพฤติกรรมนิยมที่มีการใช้ศิลปะเป็นสื่อร่วมในการปรึกษา

5.1 ผลจากการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแนวปัญญาพฤติกรรมนิยม

การปรึกษาเชิงจิตวิทยาแนวปัญญาพฤติกรรมนิยม (Cognitive Therapy; CT) ตามแนวคิดของ Beck (1995) เป็นการบำบัดที่มีโครงสร้างชัดเจน ใช้เวลาจำกัด ซึ่งแนวคิดดังกล่าวเชื่อว่าปัญหาทางอารมณ์และพฤติกรรมต่าง ๆ นั้น มาจากกระบวนการทางความคิดของบุคคลที่มีต่อตนเอง บุคคลรอบข้าง สังคมและอนาคต นอกจากความคิดแล้วยังมีองค์ประกอบต่างๆที่มีความเชื่อมโยงและเกี่ยวข้องกับความคิด ได้แก่ อารมณ์ความรู้สึก พฤติกรรม ปฏิกริยาของร่างกายซึ่งหากสามารถปรับเปลี่ยนความคิดได้ ตัวแปรตัวอื่นๆย่อมมีการเปลี่ยนแปลงตามไปด้วย (Kingdon & Dimech, 2008)

ภาวะอารมณ์ซึมเศร้าตามมุมมองของ CBT นั้นเกิดขึ้นจากการที่บุคคลประสบกับเหตุการณ์ที่กระตุ้นแบบแผนความคิดทางลบที่อาจถูกปลูกฝังมาตั้งแต่ในอดีต เมื่อรูปแบบความคิดถูกกระตุ้นจะทำให้บุคคลเกิดมีความคิดทางลบต่อตนเอง หรือต่อสังคมภายนอก รวมทั้งต่ออนาคต อีกทั้งการคงอยู่ของภาวะซึมเศร้าอาจเกิดขึ้นจากการที่บุคคลยังคงพยายามเลือกรับรู้ข้อมูลต่างๆ ในตัวเองและรอบข้างในทางลบแม้จะมีข้อมูลที่ขัดแย้งหรือเป็นข้อบวกก็ตาม เมื่อเกิดอารมณ์ซึมเศร้า ย่อมส่งผลกระทบต่อทางลบต่อทั้งพฤติกรรม ร่างกายและสมรรถภาพในการทำสิ่งต่างๆของบุคคลนั่นเอง (Beck, Rush, Shaw & Emery, 1979)

การติดเชื่อเอชไอวี แม้ปัจจุบันจะมียาต้านไวรัส และมีการรณรงค์ให้เกิดการยอมรับและลดการเลือกปฏิบัติในผู้ติดเชื้อ แล้ว แต่การตีตรา การเลือกปฏิบัติและการดูถูกดูแคลนจากสังคมยังคงเกิดขึ้นอยู่ นำมาซึ่งการขาดการสนับสนุนทางสังคม การถูกปฏิเสธจากสังคมและคนรอบข้าง (Parker & Aggleton, 2003) อีกทั้งหากเป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มชายรักชายยิ่งมักถูกสังคมรับรู้ว่ามีวามประพฤติดัดต่างจากมาตรฐานของสังคมว่ามีความสำส่อนทางเพศ นำมาซึ่งการถูกเลือกปฏิบัติในสังคมอย่างมาก ทั้งการถูกห้ามเข้าร่วมกิจกรรมของชุมชนหรือสังคม การกีดกันการศึกษาและการเข้ารับทำงาน การใช้ความรุนแรงทั้งทางคำพูด ถูก ส่อเสียด และการกระทำ รังเกียจเดียดฉันท์ (Liamputtong, Haritavorn, & Kiatying-Angsulee, 2009)

การประสบกับการเปลี่ยนแปลงในชีวิต ล้วนเป็นสิ่งกระตุ้นให้เกิดรูปแบบความคิดทางลบ อันอาจนำมาซึ่งการรับรู้ตนเองในทางลบ รู้สึกผิด อับอายและไร้คุณค่า (Mak, Cheung, Law, Woo,

Li, & Chung, 2007) ผู้ติดเชื้ออาจปกปิดสถานะติดเชื้อของตนเองไว้ไม่ให้คนอื่นรู้ (Berger, Ferrans, & Lashley, 2001) และหลีกเลี่ยงการไปรับประทานยาต้านไวรัสในที่สาธารณะด้วยเกรงว่าจะยิ่งเสี่ยงต่อการเปิดเผยโรคของตนอีกด้วย (Martinez, Harper, Carleton, Hosek, Bojan, Clum et al., 2012) จึงเป็นต้นเหตุให้เกิดของภาวะซึมเศร้าและผลเสียอื่นๆในผู้ติดเชื้อตามมาได้ (Chan et al., 2005)

จากการสังเคราะห์งานวิจัยด้วยวิธีวิเคราะห์อภิมาน (Meta Analysis) ของ Butler, Chapman, Foreman และ Beck (2006) ระบุว่าการศึกษาเชิงจิตวิทยาแนวปัญญาพฤติกรรมนิยม (Cognitive Behavior Therapy; CBT) นั้นมีประโยชน์และประสิทธิภาพในการช่วยเหลือความเจ็บป่วยทางจิตใจหลายรูปแบบ และในหลากหลายกลุ่มประชากรอีกด้วย รวมทั้งในกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวี จากในงานวิจัยทั้งการทบทวนวรรณกรรมอย่างมีระบบ (Systematic Review) และการวิเคราะห์อภิมานสรุปได้ว่า กลุ่มการศึกษาเชิงจิตวิทยาบำบัดแบบปัญญาพฤติกรรมนิยม (CBT) มีประสิทธิผลในการลดอาการซึมเศร้าของผู้ติดเชื้อเอชไอวี HIV (Himelhoch et al., 2007; Spies et al., 2013)

ดังนั้นการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแนวปัญญาพฤติกรรมนิยมที่มุ่งแก้ไขหรือปรับเปลี่ยนวิธีการคิด ประมวลผลสิ่งต่างๆที่ส่งผลให้เกิดปัญหาทางอารมณ์หรือพฤติกรรมที่เกิดขึ้น ให้มีความคิดที่สมเหตุสมผล อีกทั้งช่วยฝึกทักษะและประสบการณ์ให้ประมวลหรือมีวิธีคิดที่มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น มีการให้การบ้านและการนำทักษะในการบำบัดไปใช้สู่ชีวิตประจำวัน (Corey, 2009) จึงมีความเหมาะสมในการทำมาใช้ในการกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวี โดยผู้วิจัยได้ทำการออกแบบโปรแกรมกลุ่มการศึกษาเชิงจิตวิทยาแนวปัญญาพฤติกรรมนิยมตามแนวคิดของ Beck และคณะ (1979) เพื่อช่วยลดภาวะซึมเศร้าในผู้ติดเชื้อเอชไอวี โดยผ่านขั้นตอนการพัฒนาออกแบบ การตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ และการศึกษานำร่องแล้ว อันประกอบไปด้วยการให้สุขภาพจิตศึกษา เพื่อให้ผู้ติดเชื้อได้เกิดความเข้าใจและตระหนักถึงความเชื่อมโยงของความคิด อารมณ์ พฤติกรรม ทำให้ผู้ติดเชื้อเล็งเห็นว่าการเกิดความเศร้า ความรู้สึกทางลบนั้นเกิดจากปัจจัยหรือองค์ประกอบใดบ้างและรู้ว่าจะต้องรับมือหรือจัดการเมื่อเกิดอารมณ์เศร้าอย่างไร

นอกจากนั้นการทำการกระตุ้นพฤติกรรมเพื่อก่อให้เกิดอารมณ์ความรู้สึกทางบวกเป็นการให้ผู้ติดเชื้อได้เรียนรู้และฝึกวิธีการในการที่จะช่วยให้ลดอารมณ์เศร้าในทางพฤติกรรม จากนั้นมีการเอื้ออำนวยให้ผู้ติดเชื้อได้สังเกตรูปแบบความคิดทั้งทางบวกและทางลบของตนเอง เมื่อสามารถตระหนักและพบความคิดทางลบของตนเองแล้ว ผู้ติดเชื้อมีโอกาสได้ฝึกการท้าทายหรือการปรับความคิดผ่านถามคำถามต่างๆ จาก Socratic's dialogue เพื่อท้าทายความคิด ความเชื่อเดิมๆ การหาหลักฐานของความคิดความเชื่อต่างๆ สิ่งสำคัญอีกสิ่งคือการให้การบ้าน ทั้งการทำพฤติกรรมกระตุ้นอารมณ์ทางบวกและการบันทึกความคิด ก็เป็นส่วนเอื้อให้ได้ลองนำสิ่งที่ได้จากกลุ่มไปลองใช้ใน

ชีวิตประจำวัน และใช้บรรยากาศภายในกลุ่มให้เป็นประโยชน์ในการให้ข้อมูลป้อนกลับ (Feedback) เสริมแรงให้กำลังใจ (Reinforce) หรือเป็นการช่วยกันแก้ปัญหา (Problem Solving) และสุดท้ายด้วยการวางแผนสำคัญเหตุการณ์เสี่ยงในอนาคต เพื่อเป็นการปูแนวทางเบื้องต้นสำหรับผู้ติดเชื้อในการรับมือกับเหตุการณ์ทางลบที่อาจเกิดขึ้นและกระตุ้นให้เกิดความคิดทางลบและอารมณ์ตามมาได้นั่นเอง

ผู้วิจัยจึงขออภิปรายผลของกลุ่มการปรึกษาเชิงจิตวิทยาต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ติดเชื้อเอชไอวี โดยแยกตามองค์ประกอบหลักของแนวคิดปัญญาพฤติกรรมนิยม คือการกระตุ้นพฤติกรรมเพื่อก่อให้เกิดอารมณ์ความรู้สึกทางบวก การปรับโครงสร้างความคิด และการทำ Relapse Prevention ซึ่งสำหรับการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแนวปัญญาพฤติกรรมนิยม ในการลดภาวะซึมเศร้านั้น Jacobson, Martell และ Dimidjian (2001) ระบุถึงองค์ประกอบหลักคือเทคนิคที่เกี่ยวข้องกับความคิด (Cognitive techniques) และเทคนิคทางพฤติกรรม (Behavior Technique) โดยสำหรับเทคนิคทางพฤติกรรมจะเป็นประโยชน์สำหรับผู้ที่ประสบกับภาวะซึมเศร้าที่เกิดการพร่องในการทำพฤติกรรมต่างๆ สูญเสียความสามารถในการจัดการกับพฤติกรรมตนเอง หรือกระทำพฤติกรรมที่ยิ่งเพิ่มภาวะซึมเศร้า เช่น การหลีกเลี่ยงปฏิสัมพันธ์กับคนรอบข้าง การขาดงาน ลางาน ดังนั้นการทำการกระตุ้นพฤติกรรมเพื่อก่อให้เกิดอารมณ์ความรู้สึกทางบวกนั้นเพื่อกระตุ้นให้บุคคลกลับมาเริ่มทำพฤติกรรมในทางบวก และเป็นการตัดวงจรของภาวะซึมเศร้าทางพฤติกรรม

เมื่อเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมจะเป็นกลไกแรกที่จะช่วยเอื้อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงองค์ประกอบต่างๆ ทั้งอารมณ์ และร่างกาย จนกระทั่งความคิดเพราะทุกองค์ประกอบนั้นมีความสัมพันธ์เกี่ยวข้องกัน (Kingdon & Dimech, 2008) และในส่วนของทางความคิดนั้นจะเป็นขั้นตอนถัดมา เมื่อสมาชิกเรียนรู้วิธีการ ความสามารถในการรับมือปรับเปลี่ยนความคิดในทางลบ จะเป็นการตัดวงจรภาวะซึมเศร้าในส่วนของความคิดนั่นเอง การตัดวงจรภาวะซึมเศร้าทั้ง 2 องค์ประกอบจึงมีส่วนที่จะช่วยลดภาวะซึมเศร้าและเพิ่มเครื่องมือในการรับมือกับภาวะซึมเศร้า

สุดท้ายคือการวางแผนป้องกันการกลับมาเป็นซ้ำ (Relapse Prevention) ซึ่งเป็นส่วนต่อเติมให้สมาชิกกลุ่มได้ลองนำสิ่งที่ได้เรียนรู้เทคนิคทั้งพฤติกรรมและความคิดที่ได้ในกลุ่มมาวางแผนรับมือกับเหตุการณ์ที่กระตุ้นให้เกิดภาวะซึมเศร้าในอนาคต ซึ่งแม้จะยุติการดำเนินกลุ่มแล้ว สมาชิกในกลุ่มจะยังสามารถนำสิ่งที่ได้จากในกลุ่มไปประยุกต์ใช้ได้นั่นเอง ทั้งนี้ผู้วิจัยจึงขออธิบายถึงองค์ประกอบแต่ละองค์ประกอบที่จะช่วยเอื้อให้เกิดการลดภาวะซึมเศร้า ตามลำดับคือ

5.1.1 การกระตุ้นพฤติกรรมเพื่อก่อให้เกิดอารมณ์ความรู้สึกทางบวก (Behavior Activation)

5.1.2 การปรับเปลี่ยนความคิดทางลบ (Cognitive Restructuring)

5.1.3 การวางแผนป้องกันการกลับมาเป็นซ้ำ (Relapse Prevention)

โดยในการอภิปรายแต่ละองค์ประกอบจะประกอบไปด้วย นิยามความหมาย แนวคิดทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องและกระบวนการที่ใช้ในการดำเนินกลุ่มการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแนวปัญญาพฤติกรรมนิยม ดังนี้

5.1.1 การกระตุ้นพฤติกรรมเพื่อก่อให้เกิดอารมณ์ความรู้สึกทางบวก

1) นิยาม แนวคิดทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การกระตุ้นพฤติกรรมเพื่อก่อให้เกิดอารมณ์ความรู้สึกทางบวก (Behavior Activation: BA) เป็นเทคนิคทางพฤติกรรมซึ่งพัฒนาขึ้นโดย Lewinsohn, Biglan และ Zeiss (1976 อ้างถึงใน Veale, 2008) ตามแนวคิดของทฤษฎีการเรียนรู้ (Learning Theory) ที่เมื่อบุคคลเกิดภาวะซึมเศร้า บุคคลจะมีพฤติกรรมหลีกเลี่ยง และหลีกเลี่ยงตัวกระตุ้นให้เกิดอารมณ์ทางลบต่างๆ พฤติกรรมดังกล่าวล้วนทำให้บุคคลลดขาดแรงจูงใจ หรือไม่มีแรงในการทำพฤติกรรมต่างๆ ที่ก่อให้เกิดอารมณ์ทางบวก หรือสิ่งต่างๆที่เป็นความรับผิดชอบของตนเอง เมื่อบุคคลไม่สามารถดำเนินพฤติกรรมต่างๆได้ จึงยิ่งกระตุ้นให้เกิดความคิดในทางลบต่อตนเอง การลงโทษตำหนิตนเองมากยิ่งขึ้น อารมณ์ซึมเศร้ามากขึ้น (Center for Clinical Intervention, 2008) การทำพฤติกรรมกระตุ้นอารมณ์ทางบวกในช่วงดังกล่าวจึงเป็นการเพิ่มการทำกิจกรรมที่สร้างอารมณ์สุข และกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการปฏิสัมพันธ์กับสังคม

การกระตุ้นพฤติกรรมเพื่อก่อให้เกิดอารมณ์ความรู้สึกทางบวกจึงเป็นเทคนิคหนึ่งที่ได้รับการนิยามในการปรึกษาเชิงจิตวิทยาและจิตบำบัดแนวปัญญาพฤติกรรมนิยม (Beck et al., 1979) ซึ่งในบริบทของการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแนวปัญญาพฤติกรรมนิยมนั้น Beck และคณะ (1979) ตระหนักถึงความสำคัญของเทคนิคทางพฤติกรรมดังกล่าว เนื่องจากบุคคลที่ประสบกับภาวะซึมเศร้านั้น การลดพฤติกรรมต่างๆยิ่งกระตุ้นความคิดตำหนิตนเอง ไม่เห็นคุณค่าในตนเอง การทำพฤติกรรมกระตุ้นอารมณ์ทางบวก (BA) จึงเข้ามามีส่วนช่วยให้บุคคลเกิดการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ ซึ่งตามมาด้วยการเปลี่ยนแปลงทางบวกในปัจจุบันต่างๆตามมา ทั้งร่างกาย สมาธิและความคิด โดย Center for Clinical Intervention (2008) ได้อธิบายถึงลักษณะและจุดเด่นของ เทคนิคดังกล่าวไว้ดังนี้

การที่บุคคลเกิดความเหนื่อยล้าทางร่างกาย (Physically tired) การพักผ่อนหรือหยุดพักเป็นสิ่งที่เหมาะสม แต่อาจไม่เป็นประโยชน์นักหากความเหนื่อยล้าเป็นในทางจิตใจ (Psychologically tired) เพราะการพัก การนอนชมหรือการไม่ทำพฤติกรรมต่างๆ จะยิ่งส่งผลให้บุคคลเกิดความคิดทางลบและเพิ่มระดับภาวะซึมเศร้า หากแต่การลงมือทำกิจกรรมต่างๆ ที่จะช่วยลดความเหนื่อยล้าทางจิตใจได้ เทคนิคดังกล่าวเป็นการเปลี่ยนจุดสนใจ (Focus) จากที่มุ่งสนใจในเรื่องปัญหาหรือความเศร้ามาสนใจหรือกิจกรรมที่ช่วยกระตุ้นอารมณ์ทางบวก และจากการทำกิจกรรมต่างๆ จะช่วยเปิดมุมมอง

ความคิดใหม่ๆในชีวิตให้กับบุคคล มีความคิดใคร่ครวญมากยิ่งขึ้น เมื่อความคิดของบุคคลมีการเปลี่ยนแปลงในเชิงสร้างสรรค์ อารมณ์ความรู้สึก และพฤติกรรมต่างๆก็จะยิ่งขยับไปในทางบวก เป็นการออกจากวงจรของภาวะซึมเศร้าได้นั่นเอง จึงเป็นวิธีการที่เป็นประโยชน์อย่างยิ่งในผู้ประสบกับภาวะซึมเศร้าที่ลดพฤติกรรมทางบวกต่างๆ รวมทั้งยังเป็นประโยชน์ต่อบุคคลที่ต้องการพัฒนาหรือส่งเสริมสุขภาพทางจิตและชีวิตของตนเองให้ดียิ่งขึ้นอีกด้วย (Beck, 1995)

การกระตุ้นพฤติกรรมเพื่อก่อให้เกิดอารมณ์ความรู้สึกทางบวก (BA) นั้นได้รับการทดสอบและยืนยันจากหลายงานวิจัยที่พบว่ามีประสิทธิภาพในการลดภาวะซึมเศร้าได้ (Gawrysiak, Nicholas, & Hopko, 2009; Porter, Spates, & Smitham, 2004) และมีประสิทธิผลในกลุ่มประชากรที่หลากหลายทั้งกลุ่มวัยรุ่น (Ritschel, Ramirez, Jones, & Craighead, 2011) และกลุ่มผู้สูงอายุ (Snarski, Scogin, DiNapoli, Presnell, McAlpine, & Marcinek, 2011) นอกจากนี้ในงานวิจัยยังระบุว่าการทำงานพฤติกรรมกระตุ้นอารมณ์ทางบวกมีประสิทธิภาพในการรักษาโรคซึมเศร้าในผู้ป่วยเทียบเท่ากับยาต้านโรคซึมเศร้า (Antidepressant: Paroxetine) อีกด้วย

2) กระบวนการภายในกลุ่มการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแนวปัญญาพฤติกรรมนิยมที่มีศิลปะเป็นสื่อ

การประยุกต์ใช้ในกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่เป็นชายรักชายในกลุ่มการวิจัยครั้งนี้ในช่วงเริ่มต้นของการทำพฤติกรรมกระตุ้นอารมณ์ทางบวกในกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวี มีความจำเป็นที่จะต้องให้ผู้ติดเชื้อจะมีโอกาสเรียนรู้สุขภาพจิตศึกษา (Psycho-education) เกี่ยวกับวงจรของภาวะซึมเศร้าของตนเองก่อน ซึ่งเกิดขึ้นในการปรึกษาครั้งที่ 2 โดยการให้สุขภาพจิตศึกษานั้นคือ การให้ความรู้ทางจิตวิทยาเกี่ยวกับความเจ็บป่วยทางด้านจิตใจประเภทต่างๆถึงที่มา สาเหตุของความเจ็บป่วยผ่านกิจกรรมหรือเอกสารต่างๆ (Donker, Griffiths, Cuijpers, & Christensen, 2009) โดยสำหรับการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแนวปัญญาพฤติกรรมนิยมนั้น การให้สุขภาพจิตศึกษาจะเป็นการพิจารณาองค์ประกอบต่างๆที่สัมพันธ์เชื่อมโยงกับภาวะซึมเศร้าตามหลัก CBT ได้แก่ สถานการณ์ อารมณ์ พฤติกรรม ร่างกายและ สมาธิ เพื่อให้ผู้ติดเชื้อเกิดความเข้าใจเสมือนเป็นผู้เชี่ยวชาญวงจรภาวะซึมเศร้าของตัวเอง (Beck, 1995) ผู้นำกลุ่มทำหน้าที่ชักชวนให้สังเกตและทำความเข้าใจในแต่ละองค์ประกอบของภาวะซึมเศร้าในระดับเบื้องต้น และชวนแลกเปลี่ยนถึงประสบการณ์ทางลบที่เกิดขึ้นให้กลุ่ม ซึ่งสำหรับเหตุการณ์ในชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่เกิดอารมณ์เศร้าเสียใจนั้นครอบคลุมทั้งเหตุการณ์ต่างๆไป เหตุการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการติดเชื้อเอชไอวี รวมทั้งเหตุการณ์เกี่ยวกับความผิดหวังทางความรักของชายรักชาย จากนั้นผู้นำกลุ่มให้สมาชิกพิจารณาถึงความเชื่อมโยงขององค์ประกอบในวงจร อาทิ อารมณ์ และพฤติกรรมตามหลัก CBT โดยในตัวอย่างจะเป็นเหตุการณ์การผิดหวังจากความรัก ดังนี้

ผู้นำกลุ่ม: “โอเคแสดงว่าความรักก็เป็นเรื่องหนึ่ง เหตุการณ์ดูเข้มข้นมากเลย เดี่ยวมันก็จะเชื่อมโยงนะ โอเคเมื่อกี้ใครได้ฟังของทุกคนที่เล่าใช่ไหม พอมีเหตุการณ์ที่ทำให้เราเศร้าใช่ไหมครับ พอมีเหตุการณ์บูบ เป็นอารมณ์ต่อ เราก็เศร้า”

Jet: “สิ้นหวัง”

ผู้นำกลุ่ม: “อันนี้คือชวนดูก่อน มีเหตุการณ์ มีอารมณ์ตามมาใช่ไหมอะ พอเสร็จบูบ เราสังเกตไหมว่าพอเราเศร้ามากหรือเครียดมาก หรือท้อแท้มาก ร่างกายเราเป็นยังไง เคยสังเกตไหม ช่วงที่เราเคยเศร้า?”

Pearl: “ไม่อยากทำอะไร มันซีเกียจ”

Jet: “ไม่สดใส ไม่อยากทำอะไรเลย”

Pearl: “ร้องไห้”

Lamer : “แยก เออ เก็บตัวๆ ”

Annasui: “ไม่กินข้าวกินปลา”

ผู้ช่วยนำกลุ่ม : นอนหลับไหมคะ ?

ทุกคนในกลุ่ม: “นอนไม่หลับ”

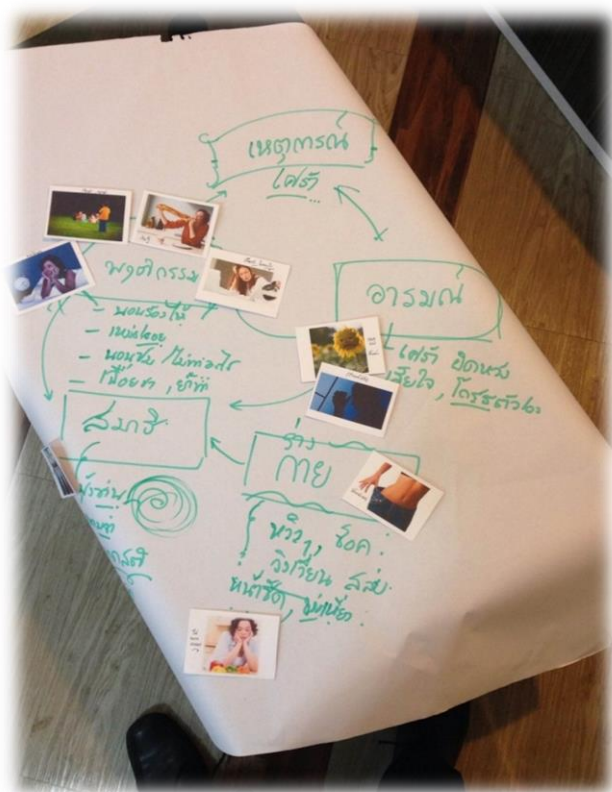
Lamer: “ไม่กินยา (ต้านไวรัสเอชไอวี) ไม่อะไรเลย ยาก็ไม่กิน ไม่กินยาแหม่งเลย ประชดปล่อยเลย”

Kiehl: “ยาก็ไม่กิน”

Laura: “เกือบจะไปฆ่าตัวตาย”

สำหรับเหตุการณ์ในชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่เกิดอารมณ์เศร้าเสียใจทั้งหมดนั้น ผู้นำกลุ่มพยายามชวนให้เห็นถึงองค์ประกอบต่างๆที่เกี่ยวข้องกับเหตุการณ์ความเศร้าโดยยังไม่ได้เน้นถึงองค์ประกอบทางความคิดซึ่งจะกล่าวถึงภายหลัง จากนั้นผู้นำกลุ่มทำหน้าที่ให้สุขภาพจิตศึกษาโดยการสรุปโยงให้เห็นว่าภาวะซึมเศร้านั้นมันเป็นวงจรที่เชื่อมโยงกันเกี่ยวข้องและสามารถกระตุ้นให้เกิดภาวะซึมเศร้าที่มากยิ่งขึ้นได้

ผู้นำกลุ่ม: “คือพอการเสริมมันไม่ได้เสริมอารมณ์ แต่มันเสริมมันไปถึงร่างกาย มันส่งผล เชื่อมโยงไปเรื่อยๆ เลย ขวนถามพี่ต่อว่า ถ้าเหตุการณ์ตัวอย่าง เช่นเรื่องเช่นเรื่อง ความรักที่ทุกคนเสริมมาว่าเข้มข้นมากในอดีต ความรักเฮิร์ทมาก เราเสริมเสียใจมาก เราจะแบบช่วงที่เราเสริมมากอาจจะ กินไม่ค่อยได้ นอนไม่ค่อยหลับแล้วแต่ เราไม่มีสมาธิในการทำงานเลย เราทำงานไม่ได้ สมมติเราแบบ งงเลย ตื้อเลย คิดไม่ออกเลย



ภาพที่ 13 การใช้รูปภาพประกอบการทำสุขภาพจิตศึกษา

ไปทำงานไม่รู้เรื่อง ทำงานแบบใช้ไม่ได้ แล้วสมมติเจ้านายให้เราทำงาน ให้เราออก เราเสริมเพิ่มใหม่”

Diamond: “เพิ่ม”

ผู้ช่วยนำกลุ่ม: “เครียดเพิ่มใหม่”

Pearl : “เพิ่ม”

นอกจากนั้นผู้นำกลุ่มเลือกใช้รูปภาพที่เป็นภาพพฤติกรรม ร่างกาย หรือสมาธิที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้า มาประกอบการทำวงจรรภาวะซึมเศร้า เพื่อช่วยให้ผู้ติดเชื้อเห็นภาพวงจชัดเจนวงจยิ่งขึ้น

การให้ความรู้สุขภาพจิต

ศึกษาในการทำความเข้าใจจรรยาของภาวะซึมเศร้า จึงมีจุดประสงค์เพื่อสร้างความตระหนักรู้ให้เห็นถึงความเชื่อมโยง เกี่ยวพันของแต่ละองค์ประกอบ เพราะยิ่งผู้ติดเชื้อมีพฤติกรรมที่หลบเลี่ยงการเผชิญหน้าผู้อื่น ถอนตัวจากสังคม หรือเสี่ยงทำร้ายตนเอง จะยิ่งเพิ่มการตำหนิโทษตนเอง ส่งผลให้เกิดอารมณ์เศร้าและท้อแท้เป็นวงจรต่อไปเรื่อยๆ นั่นเอง เมื่อสมาชิกในกลุ่มเริ่มเห็นถึงความสัมพันธ์ของวงจรแล้วจึงชวนสังเกตวิธีการในการตัดวงจรความเศร้าของตนเอง โดยผู้นำกลุ่มชวนดูวิธีการแรกคือการกระตุ้นพฤติกรรมเพื่อก่อให้เกิดอารมณ์ความรู้สึกทางบวกเป็นวิธีที่ใช้ตัดวงจรภาวะซึมเศร้าในทางพฤติกรรมก่อนดังตัวอย่างบทสนทนา

ผู้นำกลุ่ม: “นี่คือทั้งหมดว่าถ้าเราไม่สามารถจัดการกับวงจรนี้ได้ พุดง่าย ๆ ก็คือไม่สามารถตัดวงจรนี้ได้ตั้งแต่แรก หรือตัดได้เร็ว ๆ ถ้ามันส่งผลเรื่อยๆ มันก็จะวนอยู่อย่างนี้เป็นวงจร”

Diamond: “แล้วถ้าระยะเวลาการวนมัน ก็จะหนักขึ้นเรื่อยๆ จากที่พาร์ทแรก”

ผู้ช่วยนำกลุ่ม: “ตอนแรกเราเศร้าเรื่องหนึ่งอยู่ พอดกงานเพิ่มเข้าไปอีกเรื่องหนึ่ง”

Diamond: “เอ้อ เหตุการณ์เพิ่มไปอีก อารมณ์ก็เพิ่มอีก ร่างกายก็เพิ่มอีก ก็เหมือนประมาณ



- | | |
|--------------------------------------|---|
| 1. ดูภาพยนตร์ | 24. ซิงซีดีเพลง & ภาพยนตร์ที่ชอบ |
| 2. เดินเล่นในห้างสรรพสินค้า | 25. ไปดูละครเวที / คอนเสิร์ต |
| 3. เดินเล่นในสวนสาธารณะ | 26. ดูรายการโทรทัศน์ที่บ้าน |
| 4. ซื้ของใช้ในบ้าน | 27. ซักจักรยาน |
| 5. อ่านนิยายสารคดีหนังสือพิมพ์ | 28. ถ่ายรูปเล่น |
| 6. อ่านนิยาย หรือเนื้อสั้น | 29. เที่ยวพิพิธภัณฑ์ |
| 7. สะสมสิ่งของ เช่น แสตมป์ | 30. นอนดูดาว |
| 8. เตะฟุตบอล | 31. ทานอาหารกับเพื่อน |
| 9. ออกกำลังกาย / ฝึกโยคะ | 32. พูดว่า “ฉันรักคุณ” |
| 10. รดน้ำต้นไม้ | 33. เที่ยวสวนสนุก / สวนน้ำ |
| 11. ว่ายน้ำ | 34. เล่นเกมคอมพิวเตอร์ |
| 12. เล่นไพ่ | 35. เดินป่า |
| 13. คิดถึงความสำเริงที่เข้ามาในชีวิต | 36. โยคะ |
| 14. ทานข้าวหรือหม่ำครอบครัว | 37. นั่งสมาธิ |
| 15. จัดห้องตนเองใหม่ | 38. เล่นกับสัตว์เลี้ยงตัวโปรด |
| 16. ไปสวนดอกไม้ ทำบุญที่วัด | 39. จัดดอกไม้ |
| 17. ไปเที่ยวทะเล & เกาะ | 40. ช่วยเหลือผู้อื่น เช่น เพื่อน ครอบครัว |
| 18. ไปเที่ยวต่างประเทศ | 41. ร้องเพลง |
| 19. ไปดูภาพยนตร์เพื่อน | 42. เขียนไดอารี่ / จดหมาย |
| 20. เล่นเครื่องดนตรี | 43. แต่งตัวสวยๆ / ดูดี |
| 21. วาดภาพ ระบายสี | 44. กินอาหาร / ของว่างอร่อยๆ |
| 22. ซื้เสื้อผ้าที่ชอบ | 45. คิดถึงข้อดี ความสามารถของตนเอง |
| 23. เดินซั้หนังสือ | 46. ขึ้นๆ |

ว่าคุณแถมจะอธิบายให้เราฟังว่า เราพยายามจะตัดเหตุการณ์ที่มันทำให้เรารู้สึกเสียใจ และเศร้าใจ และผิดหวัง หรือท้อแท้ พยายามไม่ให้มันส่งผลกระทบต่อทางอารมณ์ เพื่อส่งไปยังร่างกาย สมาธิและพฤติกรรม”

จากนั้นจึงเข้าสู่ขั้นตอนสำคัญโดยผู้นำกลุ่มให้สมาชิกลองนึกกิจกรรมที่ตนเองทำแล้วเกิดอารมณ์ในทางบวก หรือความสุข หากสมาชิกลังเลหรือไม่มั่นใจ ผู้นำกลุ่มจัดเตรียมเอกสารซึ่งรวบรวมรายชื่อกิจกรรม และให้สมาชิกพิจารณาและคัดเลือกกิจกรรมที่สอดคล้องกับกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีชายรักชายในไทยในแต่ละคน และต้องสามารถลงมือปฏิบัติได้อย่างเหมาะสมตามระดับ

ภาพที่ 14 รายชื่อกิจกรรม Behavior Activation

ฐานะและสถานะทางเศรษฐกิจและสังคม (Socio-economic status) และมีความเป็นไปได้ในการลงมือปฏิบัติ จากรูปเป็นภาพรายชื่อกิจกรรมกระตุ้นอารมณ์ทางบวกแบ่งกิจกรรมออกเป็นกิจกรรมที่กระตุ้นอารมณ์สุขใจ (Pleasure) และอารมณ์ความภาคภูมิใจ (Worthy)

ผู้นำกลุ่มเปิดโอกาสให้สมาชิกเลือกกิจกรรมที่กระตุ้นอารมณ์ทางบวกได้ ซึ่งผู้นำกลุ่มให้สมาชิกพิจารณาถึงความเป็นไปได้ในการทำเป็นสิ่งสำคัญ โดยกิจกรรมที่ผู้ติดเชื้อมักเลือกไม่ได้ แตกต่างกับบุคคลโดยทั่วไปแต่เป็นการสะท้อนถึงบุคลิกภาพหรือความสนใจของสมาชิกแต่ละคน กิจกรรมที่กระตุ้นอารมณ์สุขใจที่ผู้ติดเชื้อมักเลือก เช่น ร้องเพลง ซื่อของ เดินห้างสรรพสินค้า ออกกำลังกายประเภทต่าง เดินเล่นสวนสาธารณะ หรือกิจกรรมงานบ้าน ปิดกวาดเช็ดถู เป็นต้น ส่วนกิจกรรมกระตุ้นอารมณ์ความภาคภูมิใจ คือการนึกถึงข้อดีหรือความสามารถของตนเอง ซึ่งเป็นกิจกรรมที่ผู้ติดเชื้อมักเลือกด้วย จากนั้นมีการวางแผนแนวทางแก้ปัญหาหรือแผนสำรองในกรณีที่เกิดอุปสรรคในการทำ BA จากนั้นแนะนำวิธีการจัดบันทึกอารมณ์ก่อนและหลังการทำกลุ่ม และซักซ้อมความเข้าใจ เมื่อสมาชิกเข้าใจแนวทางในการทำแล้ว จึงให้สมาชิกได้ลองกลับไปทำการบ้านและกลับมาพูดคุยกันในการปรึกษาครั้งถัดไปโดยผู้นำกลุ่มพยายามใช้คำว่า “แบบฝึกหัด” ที่จะช่วยฝึกการนำสิ่งที่ได้เรียนรู้ในกลุ่มไปลองใช้ในชีวิตประจำวันแทนคำว่าทำการบ้าน (Homework) ซึ่งอาจเพิ่มความรู้สึกกังวลและอึดอัดหากมองว่าเป็นการบ้าน (Beck, 1995) ซึ่งในครั้งต่อมาสมาชิกกลุ่มมีโอกาสได้แลกเปลี่ยนถึงผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากการได้ลองทำกิจกรรมในใบงานและประเมินคะแนนก่อนและหลังทำกิจกรรมดังกล่าวซึ่งการทบทวนการบ้าน (Review Homework) เป็นโครงสร้างหลักที่สำคัญและพึงปฏิบัติในทุกๆ ครั้งของการปรึกษาแนวปัญหาพฤติกรรมนิยม เพราะทั้งจะช่วยเสริมแรงพฤติกรรมการทำงานที่บ้านของสมาชิกในกลุ่มแล้วยังเป็นการช่วยเชื่อมความสัมพันธ์ของการปรึกษาในแต่ละครั้งอีกด้วย (Niemeyer & Feixas, 1990) จากการฝึกทำใบงาน พบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีส่วนใหญ่ มีการเปลี่ยนแปลงของอารมณ์ไปในทางบวกขึ้น (จากคะแนน 0 – 8) จากรูป เป็นการทำใบงานกระตุ้นพฤติกรรมเพื่อก่อให้เกิดความรู้สึกทางบวกของ Topaz ที่ได้นึกถึงข้อดีและความสามารถของตนเองจากการได้เข้าเรียนหนังสืออีกครั้งเกิดเป็นความรู้สึกภูมิใจในตนเอง

Topaz: “กิจกรรมที่เลือกที่สามเนอะ ก็คือคิดถึงข้อดี ความสามารถของตนเอง จริงๆ แล้วส่วนมากนี่จะเป็นคนที่ จะแบบว่าไม่ค่อยคิดถึงแบบว่าคือถ่อมตัว ตัวเองพูดถึงตัวเองรู้ตัวเองดี แต่ว่าเพียงแค่ว่าเราแบบว่าได้มองได้คิดถึงอะไรที่เราเคยทำแล้ว แบบว่าสิ่งที่ดี ๆ อ่า กลับย้อนมาดูเมื่อก่อนกับตอนนี้ มันแบบว่าทำให้เรามีความคิด มีสติอะไรอย่างเนี่ย เป็นแค่ 3 (คะแนน) แต่พอได้คิดข้อดีของตัวเองเนอะ ก็ขึ้นมา 7 นะฮะ”

ผู้นำกลุ่ม: “อืม ที่คิดถึงข้อดี พี่ Topaz ตัวอย่างมา อะไรบ้าง เป็นสิ่งที่พี่ทำได้ดีขึ้น ทำอะไรได้บ้าง”

Topaz: “ก็เมื่อก่อนเราไม่เคยได้เรียนเลยเนอะ แล้วพอ ได้มาได้เรียน ได้แต่งชุดนักศึกษาอีกครั้งหนึ่ง มันทำให้เราแบบว่าโอ้ย จริงหรือ (ฮา)”

Diamond : “ภูมิใจในอะ”

Topaz: “เออ มันก็โอเคเนอะ บางทีๆ จริงๆ แล้วเราก็คิดเสมอว่าเราไม่มีความรู้จะอะไรอย่างนี้ แต่ว่าเราได้เรียน เราก็มีความรู้ขึ้นมาดิหนึ่งก็โอเค”

ผู้นำกลุ่ม: “เหมือนได้ทบทวนว่า เมื่อก่อนเราจะคิดเราจะได้เรียนหรือ แต่พอพี่ Topaz ได้เรียน ได้ใส่ชุดนักศึกษา มันเพิ่มพูนความรู้ขึ้นมา เออฉันภูมิใจในอะ”

กิจกรรมที่เลือก (วัน เวลา สถานที่)	ก่อน	อารมณ์	หลัง
1. กิจกรรมที่เลือก (วัน เวลา สถานที่) ไปออกกำลังกาย - ฟิตเนส ที่ห้าง - เก้าอี้โยก - เต้น		2	8
2. กิจกรรมที่เลือก (วัน เวลา สถานที่) ทานข้าว กับเพื่อน วันจันทร์ที่ - ลีโอนัล		4	9
3. กิจกรรมที่เลือก (วัน เวลา สถานที่) เล่นเกมส์ + เล่นในเน็ต จับ อีเกมส์ cavely + faceBook + Line TV ก่อนนอน		3	8
4. สิ่งที่ได้จากการทำกิจกรรมดังกล่าว * ได้ฝึกทักษะ และ ความคิดวิเคราะห์ ของ นาย พรรค เวลาดี ได้ทำ กับ 😊			

ภาพที่ 15 เอกสารกิจกรรม Behavioral Activation

จากภาพและบทสนทนาในกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีเกือบทั้งหมดประเมินอารมณ์ของตนเองว่าเกิดการเปลี่ยนแปลงไปในทางบวกขึ้น และหลังจากที่ได้ทำกิจกรรมในใบงาน ผู้นำกลุ่มชี้ให้เห็นถึงความเชื่อมโยงของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมนำมาซึ่งการเปลี่ยนแปลงขององค์ประกอบอื่นๆ เพื่อเปิดโอกาสให้สมาชิกได้ตระหนักถึงความเชื่อมโยงของวงจรภาวะซึมเศร้ามากยิ่งขึ้นโดยในกลุ่มส่วนใหญ่เห็นความเชื่อมโยงของอารมณ์ ต่อร่างกายหรือพฤติกรรม ดังตัวอย่างนี้

ผู้นำกลุ่ม: “ตอนที่ลองถามพี่ก่อนว่า ตอนที่พี่ทำเนี่ย โอเคสังเกตุว่าอารมณ์มันเปลี่ยนแปลงขึ้นและ แล้วร่างกายเปลี่ยนแปลงใหม่ตอนที่ทำ คือเหมือนพออารมณ์เปลี่ยนและ ดีขึ้นและ ร่างกายเรารู้สึกยังงัยมั่ง?”

Pearl: “เปลี่ยนนะ สำหรับ Pearl พอเรา...ได้เล่น ได้ทำ มันก็ผ่อนคลาย ทำให้เบาหัวเรา”

ผู้นำกลุ่ม: “หัวโล่งขึ้นอย่างนี้หรือ”

Pearl: “ใช่ หลับเพลินโดยที่ไม่ต้องคิดอะไร”

Topaz: “เหนื่อยหรือว่า ขำเกร็ง”

Pearl: “ไม่เหนื่อย ไม่ๆ ง่ายๆว่า เราหลับสบาย สายตามันอาจจะทำให้เราแบบไม่เครียด ผ่อนคลาย แบบว่าหลับไม่ฝันอะไรอย่างนี้”

Ruby: “Exercise มันก็เดินไปด้วยแบบยืดเส้นยืดสายไปเลย เรารู้สึกหายใจเมื่อย หายป่วย เพราะเราอายุมากแล้วไง มีวิธีนี้แหละที่ผ่อนคลายได้ดีที่สุด ใช่”

การเชื่อมโยงองค์ประกอบของวงจรภาวะซึมเศร้าเป็นประโยชน์อย่างยิ่งในการเพิ่มพูนความเข้าใจของผู้ติดเชื้อเกี่ยวกับวงจรและการออกจากวงจรความเศร้าของผู้ติดเชื้อแต่ละคน การทำสุขภาพจิตศึกษาก่อนการทำการกระตุ้นพฤติกรรมเพื่อให้เกิดอารมณ์ทางบวก จึงมีความสำคัญในการปูพื้นฐานในการทำความเข้าใจวงจรภาวะซึมเศร้าและวิธีการอื่นๆ ในการรับมือกับภาวะซึมเศร้า นอกเหนือจากวิธีการดังกล่าว ซึ่งจะเกิดขึ้นในครึ่งของการปรึกษาเชิงจิตวิทยาในลำดับถัดๆไปและเป็น การเปิดประเด็นถึงองค์ประกอบทางความคิด ซึ่งเป็นส่วนสำคัญที่สุดของการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแนว ปัญญาพฤติกรรมนิยมซึ่งจะกล่าวถึงในหัวข้อการปรับโครงสร้างความคิดทางลบ

ในช่วงท้ายของแต่ละครั้งของการปรึกษาตามหลักการปรึกษาแนวปัญญาพฤติกรรมนิยม ผู้นำกลุ่มให้สมาชิกได้แลกเปลี่ยนมุมมองความคิด สิ่งที่เข้าใจหรือได้เรียนรู้จากการทำกิจกรรมเพื่อเป็นการสรุปประเด็นและส่งเสริมความเข้าใจและการเรียนรู้ในกลุ่มการปรึกษา โดยสำหรับการทำกิจกรรมเพื่อ กระตุ้นอารมณ์ทางบวกนั้นผู้ติดเชื้อเอชไอวีต่างแลกเปลี่ยนมุมมองความคิดโดยระบุว่ากิจกรรมทำให้ ได้ตระหนักว่าแต่ละคนต่างมีวิธีการในการออกจากความเศร้าที่แตกต่างกันออกไป และบางคนก็อาจ ไม่เคยได้ตระหนักถึงวิธีการลดภาวะซึมเศร้าของตนเองมาก่อน ทำให้ปัจจุบันตนเองรู้ว่าตนเอง สามารถใช้วิธีการการออกจากวงจรภาวะซึมเศร้าวิธีแรกคือวิธีการกระตุ้นอารมณ์ทางบวก อันจะเป็น ประโยชน์ในการรับมือกับภาวะซึมเศร้าได้

Pearl: “สำหรับ Pearl ก็ได้รู้แหละว่า การทำในวันนี้คือ ได้รู้วิถีการที่อย่างที่เราพูดถึงว่า พฤติกรรม อารมณ์ สถานการณ์/เหตุการณ์ ว่ามันเกิดจากอะไรกันแน่ ที่แบบว่าเรา ต้องเริ่มต้องแก้ไขอะไรตรงไหนก่อน ได้ตรงนี้”

Emerald: “สิ่งที่ได้คือ ได้บางเรื่องทำแล้วรู้สึกดี มีความสุขแล้วทำให้เราได้คิดว่า แต่ก่อนเรา ทำอะไร เราไม่ได้คิดอะไรเลย เอ๊ะ เราทำอยู่ตรงนี้เรามีความสุขไหม บางทีเราก็อำพไป วันๆ หนึ่ง พอได้มาทำกิจกรรมเรารู้ว่า เราได้มานั่งคิด เอ้อ! เราทำแล้วเรามีความสุข เราอยู่กับเพื่อนเรามีความสุข กินอาหารกับเพื่อน”

5.1.2 การปรับโครงสร้างความคิด (Cognitive Restructuring)

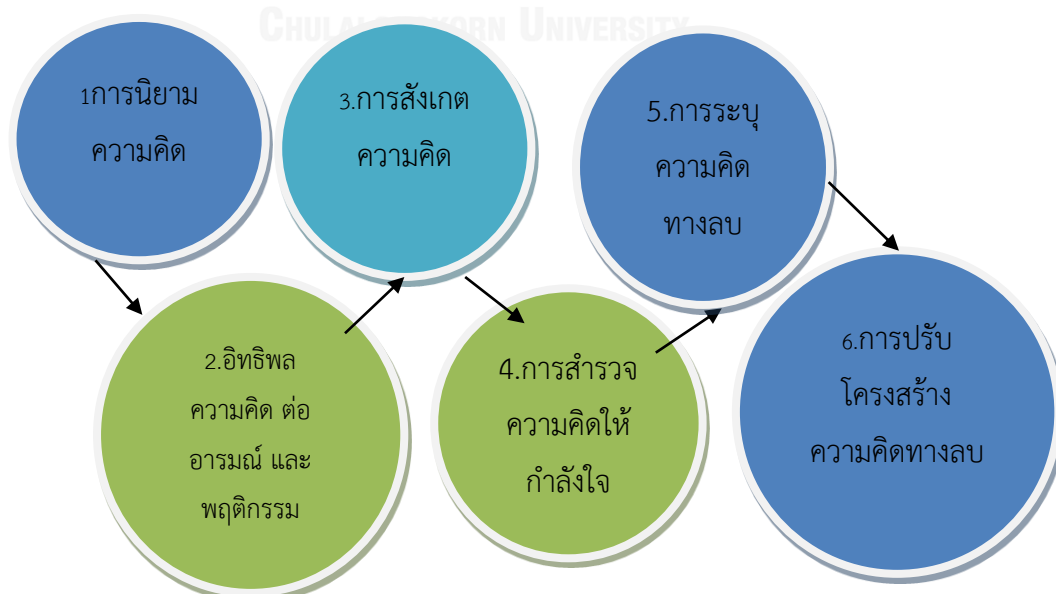
การปรับโครงสร้างความคิด เป็นเทคนิคที่มีความหลากหลายวิธี เป็นการนำเสนอมุมมองในแง่ความคิดในอื่นๆ และใช้ในการลดรูปแบบความคิดที่ไม่สมเหตุสมผลและส่งเสริมความคิดและรูปแบบความเชื่อที่สมเหตุสมผลมากยิ่งขึ้น โดยเทคนิคการปรับความคิดนั้นเป็นเทคนิคหลักที่สำคัญของการรักษาเชิงจิตวิทยาแนวปัญญาพฤติกรรมนิยม (Beck et al., 1979) โดยจากทฤษฎีเชื่อว่าบุคคลที่เกิดอารมณ์ซึมเศร้า เครียดหรือกดดันทางจิตใจนั้น ไม่ได้เกิดจากตัวเหตุการณ์หรือสถานการณ์ แต่เกิดจากการมีรูปแบบความคิดทางลบ หรือรูปแบบการมองตีความเหตุการณ์ต่างๆ ในชีวิตอย่างบิดเบือน โดยรูปแบบการบิดเบือนข้อมูล อาทิ การเพ่งพิจารณาเลือกรับข้อมูลในเชิงลบมากกว่าข้อมูลทั่วไป แนวโน้มที่จะโทษหรือตำหนิตนเองในเหตุการณ์ต่างๆ การพิจารณาสิ่งต่างๆ ในแง่สุดโต่ง และการเชื่อมโยงผลลัพธ์ของเหตุการณ์หนึ่งไปยังอีกเหตุการณ์หนึ่ง เป็นต้น (Beck et al., 1979)

การปรับโครงสร้างความคิดในทางลบจึงมีส่วนสำคัญที่จะช่วยลดระดับภาวะซึมเศร้าได้ โดยหลักสำคัญของการปรับโครงสร้างความคิด นั่นก็คือผู้ที่ประสบกับภาวะซึมเศร้าสามารถระบุรูปแบบความคิดทางลบและสามารถปรับเปลี่ยนรูปแบบความคิดหรือลดความน่าเชื่อถือของความคิด (J. S. Beck, 1995) อันมีหลายวิธี ได้แก่ การปรับโครงสร้างความคิดทางลบผ่านการสืบค้นหาหลักฐานที่สนับสนุนหรือโต้แย้งกับความคิดและความเชื่อของตนเอง (Detective Work) และการตั้งคำถามเพื่อพิจารณามุมมองอื่นๆ (Lawyer Work) รวมทั้งวิธีการอื่นๆ เช่น การ Reattribution และการตั้งคำถามแบบโสเครติส เป็นต้น

ในการศึกษาเบื้องต้นของ Teasdale และ Fennell (1982) เป็นการศึกษาวิจัยในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าพบว่ากระบวนการในการปรับเปลี่ยนรูปแบบความคิดที่บิดเบือน ช่วยส่งเสริมสภาวะอารมณ์ ในขณะที่กลุ่มควบคุมที่มุ่งเพียงการสำรวจความคิดเบื้องต้น ไม่พบการเปลี่ยนแปลง นอกจากนั้นในการศึกษาของ DeRubeis และ Feeley (1990) ที่ศึกษาประสิทธิภาพการปรับโครงสร้างความคิด (Cognitive Restructuring) ในการลดภาวะซึมเศร้า โดยงานวิจัยพบว่า การเปลี่ยนแปลงรูปแบบความคิดในผู้เป็นภาวะซึมเศร้าในช่วงครึ่งแรกของการรักษานั้นสามารถทำนายการเปลี่ยนแปลงของภาวะซึมเศร้าในช่วงครึ่งหลังของการบำบัดได้ และจากการศึกษาในกลุ่มนิสิตนักศึกษาในมหาวิทยาลัยของ Clore และ Gaynor (2006) พบว่า เทคนิคการปรับโครงสร้างความคิดนั้นมีประสิทธิภาพในการลดความเศร้าในจิตใจ (Internalizing distress) และส่งเสริมความคิดทางบวกได้ เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มสนับสนุนทางจิตใจ (Supportive therapy)

ในกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่เป็นชายรักชายนั้น ผู้วิจัยสังเกตเห็นถึงความสำคัญในการมุ่งเน้นที่จะส่งเสริมวิธีการในการปรับเปลี่ยนมุมมองและความคิดที่เกี่ยวข้องกับการติดเชื้อเอชไอวี และการดำเนินชีวิตที่เกี่ยวข้องกับการเป็นผู้ติดเชื้อ รวมทั้งประเด็นเกี่ยวกับความเป็นชายรักชายด้วย เนื่องด้วยผู้ติดเชื้อเอชไอวีในปัจจุบันยังมีถูกการตีตราและเลือกปฏิบัติ อาทิ การถูกห้ามเข้าร่วมกิจกรรมของชุมชนหรือสังคม การกีดกันการศึกษาและการเข้ารับทำงาน การใช้ความรุนแรงทั้งทางคำพูด ตูถูก ส่อเสียด และการกระทำ รังเกียจเดียดฉันท์ (Liamputtong et al., 2009; Parker & Aggleton, 2003) รวมถึงการตีตราตนเอง ความรู้สึกผิด การรับรู้ตนเองในทางลบ (Mak et al., 2007; จุริรัตน์ นิลจันทิก, 2553) และยิ่งชายรักชายนั้นมักถูกตีตราและเลือกปฏิบัติเป็น 2 เท่าจากเพศอื่นๆ ทั้งการถูกเลือกปฏิบัติในการมีเพศสภาพที่นุ่มเอียง และถูกเลือกปฏิบัติในฐานะที่ผลเลือดเป็นบวกอีกด้วย (National AIDS Trust, 2003)

ทั้งนี้จากข้อมูลทั่วไปของสมาชิกผู้ติดเชื้อชายรักชายพบว่ากลุ่มผู้ติดเชืื่อนั้นระดับการศึกษาส่วนใหญ่ในระดับประถมศึกษา ถึงระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย ดังนั้นกระบวนการกลุ่มจึงต้องมีการปรับย่อยและปรับตัวกิจกรรมให้มีความเหมาะสมกับกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีเพื่อให้เกิดความเข้าใจ และสามารถฝึกการรับมือกับความคิดทางลบได้อย่างมีประสิทธิภาพสูงสุด โดยกระบวนการของการมุ่งปรับเปลี่ยนความคิดนั้น จะเริ่มต้นในการปรึกษาครั้งที่ 3- 5 ซึ่งต่อเนื่องจากครั้งที่ 2 ในการกระตุ้นพฤติกรรมเพื่อก่อให้เกิดอารมณ์ทางบวกที่ผู้ติดเชื้อได้เรียนรู้ภาวะซึมเศร้าของตนเอง รู้จักวิธีการรับมือกับภาวะซึมเศร้าทางพฤติกรรมที่ช่วยส่งเสริมอารมณ์ทางบวกและนำมาซึ่งการเปลี่ยนแปลงขององค์ประกอบอื่นๆ โดยมีกระบวนการดังแผนภาพที่ 16



ภาพที่ 16 ขั้นตอนการปรับโครงสร้างความคิดทางลบ

จากการปรึกษาในครั้งที่ 2 ผู้ติดเชื่อมีโอกาสได้เรียนรู้วงจร เริ่มตระหนักและเห็นถึงการเปลี่ยนแปลงอารมณ์ทางลบด้วยการทำพฤติกรรมกระตุ้นอารมณ์ทางบวกแล้ว ลำดับถัดมาคือการมุ่งปรับโครงสร้างความคิดทางลบ ซึ่งเป็นหัวใจหลักของการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแนวปัญญาพฤติกรรมนิยม จึงเป็นส่วนสำคัญในการรับมือกับอารมณ์เศร้าเสียใจ แต่อย่างไรก็ตามในกระบวนการในการรับมือกับความคิดทางลบที่มีประสิทธิภาพได้นั้น ผู้ติดเชื่อเอชไอวีมีความจำเป็นต้องได้รับการปูพื้นฐานความเข้าใจถึงความคิด อิทธิพลของความคิดและลักษณะความคิดทางลบของตนเองเพราะหากผู้ติดเชื่อไม่เข้าใจ ไม่สามารถสังเกตหรือระบุความคิดของตนเองได้ จะยิ่งลดประสิทธิภาพในการปรับโครงสร้างความคิดและการบำบัดตนเอง (Beck et al., 1979)

1) การนิยามความหมายของความคิด (Defining Cognition)

การเริ่มต้นการปรึกษาครั้งที่ 3 ผู้วิจัยแนะนำให้สมาชิกกลุ่มได้ทบทวนในเรื่องของวงจรภาวะซึมเศร้า และอธิบายถึงปัจจัยสำคัญที่กระตุ้นให้เกิดอารมณ์ทางลบ โดยสมาชิกในบางกลุ่มระบุได้ว่าองค์ประกอบที่สำคัญคือความคิด ผู้นำกลุ่มชวนผู้ติดเชื่อให้นิยามความหมายของความคิด ซึ่งผู้วิจัยคำนึงถึงประเด็นว่าผู้ติดเชื่อหลายคน ไม่ค่อยเข้าใจความหมายหรือนิยามของความคิด (Beck et al., 1979) ผู้วิจัยจึงขยายจากคำว่าความคิดเป็น “สิ่งที่พูดกับตัวเอง” “คำพูดที่พูดกับตัวเอง” เพื่อให้สมาชิกเกิดความเข้าใจในความหมายของความคิดมากยิ่งขึ้น

2) อิทธิพลของความคิด ต่ออารมณ์ และพฤติกรรม (Influence of Cognitions on Affect and Behavior)



ภาพที่ 17 เอกสารแยกความแตกต่างระหว่างความคิดและอารมณ์

การมุ่งเน้นความเชื่อมโยงของความคิด ต่ออารมณ์และพฤติกรรม มีความสำคัญที่จะช่วยให้ผู้ติดเชื่อได้ตระหนักถึงความเชื่อมโยงของแต่ละองค์ประกอบมากยิ่งขึ้น ซึ่งผู้วิจัยพิจารณาเห็นว่าผู้ติดเชื่ออาจมีความลำบากในการแยกระหว่างความคิด และอารมณ์ได้ (Beck, 1955) ผู้วิจัยจึงทำแบบฝึกหัดย่อยในการปรึกษาครั้งที่ 3 ซึ่งเป็นใบแยกระหว่างความคิดและอารมณ์ โดยใส่ตัวละครในรายการโทรทัศน์ที่เป็นกลุ่มชายรักชายซึ่งสมาชิกกลุ่มน่าจะมีเกิดความเชื่อมโยงกับตนเองได้ง่ายยิ่งขึ้น และลดความรู้สึกกดดันในการฝึกฝนในประเด็นเชิงวิชาการ และส่งเสริมความร่วมมือในการทำแบบฝึกหัดมากยิ่งขึ้น ดังรูป โดยให้สมาชิกจับคู่กันฝึก เพื่อกระชับเวลาในการทำกลุ่ม และเมื่อลองฝึกทำแล้ว ผู้นำกลุ่มชักชวนทำความเข้าใจในแต่ละข้อคำถาม และกระตุ้นให้เห็นความเชื่อมโยงของความคิดดังกล่าว ต่ออารมณ์หรือพฤติกรรมของผู้ติดเชื่อเอง ดังตัวอย่างนี้

ผู้นำกลุ่ม: “...ข้อสองเพื่อนบ้านไม่ค่อยเป็นมิตร”

สมาชิกกลุ่มทั้งสามคู่: “เป็นความคิดค่ะ”

ผู้นำกลุ่ม: “ความคิดเลยใช่ไหม ความคิดเนอะ ถ้าคิดนี้ปั๊บ รู้สึกยังไงความรู้สึกยังไง”

Emerald: “รู้สึก โกรธแค้น (หัวเราะ)”

Diamond: “รู้สึกแบบว่ารู้สึกแย่ เฟล (Fail)”

ผู้นำกลุ่ม: “...มีโกรธแค้นเลยหรือ”

Diamond: “อย่างบ้านนี้กับบ้านนี้ไม่ถูกกันไง เออเลิศ ดีเลยค่ะ”

ผู้นำกลุ่ม: “...โอเค ใจพอดคิดอย่างนี้ปั๊บ เราอาจจะรู้สึกแย่ ก็ได้ รู้สึกโกรธแค้นกับที่บ้านก็ได้แล้วแต่”

จากกิจกรรมใบแยกระหว่างความคิดและอารมณ์ สะท้อนถึงการแลกเปลี่ยนมุมมองของข้อคำถาม เปิดโอกาสให้ได้อธิบายมุมมอง ความคิด และความรู้สึกของตนเองในแง่ต่างๆ ทั้งในเรื่องของการเป็นเพศทางเลือก หรือการไม่ลงรอยของตนเองกับบุคคลอื่นๆ รอบข้าง เป็นต้น และกระตุ้นให้สมาชิกตระหนักถึงความเชื่อมโยงของความคิดและอารมณ์ พฤติกรรมมากยิ่งขึ้น

3) การสังเกตความคิดอัตโนมัติของตนเอง (Detection of Automatic Thoughts)

เมื่อผู้ติดเชื่อในกลุ่มเริ่มเห็นถึงความเชื่อมโยงของความคิด ที่มีต่ออารมณ์ และพฤติกรรม ในส่วนถัดมาคือการชวนให้สมาชิกในกลุ่มได้ฝึกการสังเกตและบันทึกรูปแบบความคิดของตนเอง ซึ่งจะเป็ประโยชน์อย่างยิ่ง ในการช่วยให้ผู้ติดเชื่อได้ลองสำรวจและจดบันทึกตามหลัก ABC model ประกอบไปด้วย เหตุการณ์ต่างๆที่เกิดขึ้น (Antecedents) ความคิดที่เกิดขึ้น ณ ขณะนั้น

(Automatic Thought) และผลลัพธ์ที่ตามมาทั้งความรู้สึกละพฤติกรรม (Consequences) และองค์ประกอบอื่นๆ (Skinner & Wrycraft, 2014) ผู้วิจัยเลือกใช้แบบบันทึกความคิด (Thought Record) ซึ่งผู้วิจัยจัดเตรียมไว้ให้เป็นแบบฝึกหัดตอนท้ายของการปรึกษาเพื่อให้ผู้ติดเชื่อลองบันทึกความคิดที่เกิดขึ้นประกอบไปด้วยองค์ประกอบพื้นฐานตามแนวคิดปัญญาพฤติกรรมนิยมเพื่อให้สะดวกในการบันทึกของผู้ติดเชื่อประกอบไปด้วย สถานการณ์ ความคิด และอารมณ์ รวมทั้งประเมินระดับของอารมณ์ที่เกิดขึ้น ซึ่งในการปรึกษาครั้งถัดมาผู้นำกลุ่มชวนสมาชิกทบทวนการทำการบ้าน และพิจารณาการจดบันทึกความคิดที่เกิดขึ้นในเหตุการณ์ต่างๆ เพื่อตรวจสอบความเข้าใจเกี่ยวกับความคิดของตนเองและช่วยปรับหรือกระจายความเข้าใจเกี่ยวกับความคิดมากขึ้น ดังภาพ 18

ลองจดใจอาริตตามมีหน้า

ขั้นที่ 1: ใส่เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นหน้า

สถานการณ์: 1. มีตาม ไปดูพี่อ๊าก ริ่ง ออกกำลังกายตอนเช้า

ความคิด*: 1. มีตาม ไปดูพี่อ๊าก ริ่ง ออกกำลังกายตอนเช้า

อารมณ์ - คะแนน: 1. มีตาม ไปดูพี่อ๊าก ริ่ง ออกกำลังกายตอนเช้า

ขั้นที่ 2: ลองใส่ความรู้สึกที่เกิดขึ้นจากเหตุการณ์ + ให้คะแนน

1. มีตาม ไปดูพี่อ๊าก ริ่ง ออกกำลังกายตอนเช้า

มีรู้สึกมีความสุข ปริ่ม

พินมาก (0-10)

ขั้นที่ 3: ลองดูว่า ณ เหตุการณ์นั้น กำลังคิด หรือมองเหตุการณ์นั้นยังงัย

1. มีตาม ไปดูพี่อ๊าก ริ่ง ออกกำลังกายตอนเช้า

"ดีจัง หลอดจิงเลย" / "ถ้าได้วิ่งข้าง รู่พี่อ๊าก ดี" / "ได้เห็นหน้าพี่ มีตามชอบ"

มีรู้สึกมีความสุข ปริ่ม

คิน ดีใจ (0-10)

สถานการณ์	ความคิด*	อารมณ์	คะแนน (0-10)
1. ไปกินข้าวตามอริน	ยังไม่ถึง	ดีใจ	8
2. ไปกินข้าวตามอริน	ยังไม่ถึง	ดีใจ	10
3. ไปกินข้าวตามอริน	ยังไม่ถึง	ดีใจ	8
4.	(ง)		

ภาพที่ 18 เอกสารการบันทึกความคิด (Thought Record)

4) การสำรวจความคิดเชิงให้กำลังใจ (Coping Thoughts)

เมื่อสมาชิกมีความเข้าใจในความคิดมากยิ่งขึ้น ผู้นำกลุ่มให้สมาชิกสำรวจความคิดทางบวก ความคิดหรือคำพูดที่ใช้ให้กำลังใจตนเองที่เคยใช้ในอดีตจนถึงปัจจุบัน เพื่อช่วยให้สมาชิกได้ทบทวน และเป็นเครื่องมือในการรับมือกับภาวะซึมเศร้าของตนเอง ความคิดของสมาชิกกลุ่มที่เคยใช้ให้กำลังใจ มีทั้งการให้กำลังใจตัวเองว่า “ไม่รักตัวเองแล้วใครจะรัก” และคำพูดของแม่ที่ใช้เป็นกำลังใจให้สู้อต่อคือ “ปัญหาและความทุกข์เป็นเรื่องธรรมดาของทุกคน อยู่ที่ว่าจะเจอเร็วเจอช้า แต่มันก็จะเป็น

บทเรียนในชีวิตเรา” ส่วนจากภาพเป็นของสมาชิกที่มีคำพูดให้กำลังใจตัวเองว่า “สู้ไว้” “การมีชีวิตอยู่ถือว่าโชคดีแล้ว” “ล้มแล้วก็ต้องลุก”



ภาพที่ 19 แบบฝึกหัดการลดภาวะซึมเศร้าทางพฤติกรรมและความคิด

5) การระบุรูปแบบความคิดที่บิดเบือนทางลบ (Identifying Cognitive Distortions)

นอกจากการฝึกกรองสังเกตรูปแบบความคิด เหตุการณ์และความรู้สึกที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวันของผู้ติดเชื้อและโน้มน้าวความคิดให้กำลังใจ ซึ่งจะช่วยให้ผู้ติดเชื้อได้เห็น สำนวณและรู้จักความคิดของตนเองมากยิ่งขึ้นแล้ว ผู้นำกลุ่มเล็งเห็นประโยชน์ในการเอื้อให้ผู้ติดเชื้อได้เรียนรู้ถึงรูปแบบความคิดที่บิดเบือน (Faulty Information Processing) (A. Beck et al., 1979) โดยมุ่งเน้นให้สมาชิกในกลุ่มเมื่อรู้จักความคิด สังเกตและรู้จักความคิดแล้ว ยังสามารถระบุได้ว่าความคิดทางลบของตนเองนั้นเป็นอย่างไร โดยผู้นำกลุ่มปรับกิจกรรมให้สอดคล้องกับความพร้อมของสมาชิกในกลุ่ม โดยใช้คำถามและชวนอธิบายถึงรูปแบบความคิดประเภทต่างๆ อาทิ ความคิดแบบ Personalization, Selective Abstraction และ Catastrophizing เป็นต้น และชวนสมาชิกได้แลกเปลี่ยนหรือยกตัวอย่างเหตุการณ์ของตนเองที่ใกล้เคียงหรือสอดคล้องกับรูปแบบความคิดประเภทต่างๆ

ผู้นำกลุ่ม : “หมวดที่ 3 คือ ความคิดที่เราเป็นคนที่ชอบคิด คิดยังไงอะ คิดแบบใหญ่อะ คือ”

ผู้ช่วยนำกลุ่ม : “คิดขยายๆ”

Emerald: “คิดไปเองก่อน ก่อนที่เรื่องจะเกิดเรื่องยังไม่เกิด แต่เราคิดไปแล้ว”

ผู้นำกลุ่ม : “เราคิดไปแล้วใช่ เหมือนเราคิดถึงผลลัพธ์ที่มันจะเลวร้ายที่สุดของเราว่า ตายละ เราต้องจบ มันต้องสุดโต่งเลย คือมันจะต้องเล็ก ต้องไม่ดี ต้องจบ แล้วความจริงคือ อาจจะไม่เกิดก็ได้ เราคิดไปก่อนพูดง่ายๆ อันนี้คือความคิดแบบนี้ โอเค”

ผู้นำกลุ่ม : “พี่ Emerald เคยมีไหม ตัวอย่างที่เคย”

Emerald: “เป็นเรื่องที่ว่าทะเลาะกับเพื่อนอย่างนี้ บางที เราไม่ได้ทะเลาะหรอก เราคุยกับ เพื่อนอยู่ดีๆ อย่างนี้ แล้วอยู่ๆ เพื่อนเจิบไป โกรธไรเราป่าววะ เราจะได้คุยกับมัน เปล่าวะ เราก็พยายามติดต่อแล้วมันก็ไม่ติดต่อกลับมา อู๋จะได้อยู่จะได้เจอกันอีก ไหมเนี่ย เออ เราก็จะคิดไปอย่างนี้”

จากทั้งการนิยามความหมายของความคิด การชวนดูอิทธิพลและความสัมพันธ์ระหว่าง ความคิดและอารมณ์พฤติกรรม การฝึกสังเกตความคิดและระบุรูปแบบความคิดทางลบที่บิดเบือนนั้น ทุกองค์ประกอบทางความคิดดังกล่าวมุ่งเน้นความเข้าใจที่เกี่ยวข้องกับความคิด ว่าความคิดมีอิทธิพล ต่อความรู้สึกและตัวผู้ติดเชื่อเพียงใด แม้ว่าความคิดหรือเหตุการณ์ที่จัดขึ้นจะไม่ได้เจาะจงที่ประเด็น การติดเชื่อเฮอไอวีหรือชายรักชายเป็นหลัก แต่เป็นเพื่อให้ผู้ติดเชื่อได้คุ้นเคยกับกระบวนการและ เสริมสร้างความเข้าใจต่างๆ และเมื่อสมาชิกมีความพร้อมมากยิ่งขึ้น เทคนิคสำคัญที่สุดก็คือการมุ่งเน้น การปรับโครงสร้างความคิดทางลบเพื่อช่วยปรับเปลี่ยนมุมมองความคิดทางลบของผู้ติดเชื่อ ทั้งในแง่ การติดเชื่อ, ชายรักชายหรือประเด็นเกี่ยวกับการดำเนินชีวิตของผู้ติดเชื่อเอง

6) การปรับโครงสร้างความคิดทางลบ (Cognitive Restructuring)

สำหรับกระบวนการมุ่งปรับเปลี่ยนความคิดทางลบนั้น จะเป็นลักษณะที่ผู้ติดเชื่อได้ลองฝึก การทำท่ายหรือปรับเปลี่ยนความคิด โดยผู้นำกลุ่มประยุกต์จากเอกสารของ Center for Clinical Intervention (2008) ซึ่งเลือกใช้เทคนิคการสืบค้นหาหลักฐานที่สนับสนุนหรือโต้แย้งกับความคิดและ ความเชื่อของตนเองและที่ตั้งคำถามเพื่อพิจารณามุมมองอื่นๆ หรือวิธีคิดอื่นๆ เพื่อมุ่งปรับเปลี่ยน ความคิดหรือลดความน่าเชื่อถือของความคิดทางลบเดิมที่มีอยู่ตนเอง โดยลักษณะของการฝึกทำท่าย จะเริ่มต้นเป็นกลุ่ม จากนั้นเป็นกลุ่มย่อย และสุดท้ายเป็นรายบุคคล โดยมีรายละเอียดดังนี้

การปรับเปลี่ยนมุมมองความคิดแบบทั้งกลุ่ม เป็นการชวนให้สมาชิกได้ลองสังเกตวิธีการ แนวทางหรือสิ่งที่สมาชิกในกลุ่มคนอื่นๆ ได้ทำ และผู้นำกลุ่มให้สมาชิกได้ลองฝึกทำ จากนั้นทำการ แบ่งเป็นกลุ่มย่อย ผู้นำกลุ่มเชิญชวนให้สมาชิกหยิบยกประเด็นความคิดที่รบกวนจิตใจ ในเรื่อง ชีวิตประจำวัน เรื่องเกี่ยวกับความเจ็บป่วยด้วยเฮอไอวี หรือเรื่องที่เกี่ยวข้องกับชายรักชายขึ้นมา โดย ในการทำกลุ่มประเด็นที่หยิบยกขึ้นมาฝึกรับมือจะมีความคิด โดยความคิดที่นำมาฝึกปรับความคิดทาง

ลบนั้น จะมีหลายระดับตั้งแต่ความคิดอัตโนมัติ (Automatic Negative thought) หรือเป็นความคิดทางลบที่ลึกซึ้งและละเอียดมากยิ่งขึ้น ซึ่งผู้ในกลุ่มต้องพยายามทำความเข้าใจและชวนสำรวจความคิดดังกล่าว ความคิดทางลบมีทั้งชายรักชายที่ประสบกับความล้มเหลวในความรักเวลาเลิกกับแฟน และมีความคิดอัตโนมัติทางลบว่า “ฉันล้มเหลวในความสัมพันธ์” “ชายรักชายมันไม่มีทางมีความรักที่จริงจังได้” โดยผู้ติดเชื้อมองสิ่งที่ยิ่งทำให้คิดลบมากยิ่งขึ้นว่า “ฉันจน ไม่มีเงิน” “พวกชายรักชายก็เหมือนกันหมดรักง่ายหน่ายเร็ว” ส่วนที่เป็นช่วยให้คิดลบน้อยลง “ความรักมันก็มีหลายรูปแบบ ความรักอาจไม่ใช่การครอบครอง” ส่วนความคิดในแง่มุมมองอื่นๆ เช่น “คู่รักเกย์ที่เขาคบกันยาวๆ มันก็มี มันเป็นยังงี้ก็ไปลองศึกษาดู” และสุดท้ายจากการพิจารณาเอกสาร ความคิดใหม่ที่พอจะช่วยยับยั้งความรู้สึกได้ก็คือ “ถ้าต้องอยู่คนเดียว มันก็มีความสุขได้”

ในแง่การใช้ชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี และการทำงาน โดยสมาชิกกลุ่มย่อยหนึ่งอธิบายถึงความยากลำบากในการทำงานประจำที่ไม่สามารถทำได้หรือต้องเปลี่ยนงานเพราะทางบริษัทขอผลเลือด ทำให้ต้องเลือกทำงานไม่ประจำ จึงเป็นความไม่พอใจ แต่ก็ผสมด้วยการน้อยเนื้อต่ำใจ มีความคิดลบคือ “ทำไมสังคมไม่ให้โอกาส ผู้ติดเชื้ออย่างฉันทำงานประจำบ้าง” โดยในใบงานสมาชิกในกลุ่ม การคิดลบมากขึ้นเกิดจากการตำหนิสังคม ทำไมสังคมไม่ให้โอกาส รังเกียจพวกตนด้วย เก็บตัวคนเดียวก็ยิ่งเพิ่มความเครียด ส่วนในแง่ที่ช่วยลดความคิดทางลบก็คือ พยายามมองในมุมมองอื่นๆว่า คนอื่นๆที่ไม่ติดเชื้อก็มีที่ไม่ได้ทำงานประจำ งานไม่ประจำมันก็พอมีข้อดีบ้างได้พักผ่อนในบางช่วง แต่ต้องรู้จักออมรู้จักใช้เงิน สุดท้ายความคิดของกลุ่มผู้ติดเชื้อก็คือ ไม่เกียจงานยังมีเงิน ชีวิตได้ฝึกทักษะใหม่ๆ และต้องสู้ให้ถึงที่สุด เป็นการช่วยให้ตนเองอย่างน้อยมีกำลังใจที่จะลุกขึ้นสู้กับการทำงานต่อไปได้

ในอีกประเด็นหนึ่งที่สมาชิกหลายทีมเลือกที่จะปรับ คือเกี่ยวกับการติดเชื้อเอชไอวี ในแง่ของการตำหนิตนเองว่าชายรักชายเป็นสิ่งไม่ดี ฉันเป็นชายรักชายมันเป็นความผิดของตนเอง ในกลุ่มย่อยมองสิ่งที่ช่วยให้คิดลบมากขึ้นคือ “มันเป็นโรคที่สังคมรังเกียจ และตีตราว่าตนเองเป็นคนสำส่อน” ส่วนการคิดให้ลบน้อยลง คือ “การมีเชื้อทำให้รู้ว่าไม่มีใครที่รักฉันจริง” การมองจากมุมมองอื่นๆจะเป็นชุดคำถามชวนมองว่าคนไม่ติดเชื้อเอชไอวีที่เป็นคนไม่ตีมีหรือไม่ แล้วผู้ติดเชื้อมีคนที่ยังรักอยู่ไหม ถ้ามีคนรัก เราแะเราไม่ตีจริงๆหรือ? จนเป็นความคิดใหม่ที่ช่วยลดความเศร้าใจได้คือ “ถึงจะมีเชื้อเอชไอวีเราก็สามารถเป็นคนที่ดีและมีคุณค่าได้” นอกจากนั้นการติดเชื้อเอชไอวียังเกี่ยวข้องกับสัมพันธ์ภาพของผู้ติดเชื้อมีคนรอบข้าง ซึ่งสมาชิกผู้หนึ่งที่คนในครอบครัวไม่ยอมรับภาวะติดเชื้อทำให้ตนเองต้องออกมาอยู่สถานพักฟื้น มีความคิดทางลบว่า “ไม่มีใครในครอบครัวยอมรับในตัวฉันที่ฉันเป็นผู้ป่วยร่วมกับเชื้อ” และการปรับมุมมองความคิดผ่านใบงาน สมาชิกอธิบายดังนี้

Diamond: “ไม่มีครอบครัวก็ไม่ใช่ไร เรายังมีเพื่อนที่เขารับเราได้ และเป็นทุกอย่างที่คอยช่วยเหลือเราได้” อืม...แล้วพอถึงตาซึ่งในเฟรมของตาซึ่งที่ทำให้คิดลบยิ่งขึ้น “ฉันคงไม่มีวันได้กลับไปอยู่กับครอบครัวฉันแน่นอน เพราะฉันอยู่ร่วมกับเชื้อ”

Pearl: “แล้วฝั่งอีกเฟรมหนึ่งคือความคิดลบน้อยลง ก็คือ ถึงครอบครัวจะไม่ยอมรับฉัน ยังไงฉันก็ยังยืนอยู่ให้ได้”

ผู้ช่วยนำกลุ่ม : “ให้กำลังใจตัวเอง”

Diamond: “แล้วความคิดใหม่ ๆ ก็คือ ต้องมีซักวัน ที่ครอบครัวจะมองเห็นคุณค่าของฉัน และยอมรับและเข้าใจฉันได้แน่ๆ”

ผู้นำกลุ่ม : “อืม (สมาชิกตบมือ) เหมือนเป็นความหวังขึ้น ซักวันหนึ่งนะ แล้วอันนี้คือจากทั้ง3 คนช่วยกันคิดประโยคนี้ ความคิดลบนี้ใช้ไหมครับ?”

สมาชิกทั้ง 3: “ใช่ค่ะ”

ผู้นำกลุ่ม: “แล้วพอความคิดใหม่ที่มันได้ มันพอช่วยให้เรามันมีแรงขึ้นไหม คำพูดนี้”

สมาชิกทั้ง 3 : “มีค่ะๆๆ”

Topaz: “คือมันทำแบบว่าให้เรา กระตุ้นเราว่า เฮ้ย!! สักวันนะ เขาควรจะอยู่กับเราได้ เราก็เลยแบบว่า....”

Pearl: “ตัวเองมีความหวัง เราต้องไปยืนอยู่ในครอบครัวให้ได้”

Diamond: “มีความหวัง ใช่ เพราะว่าหนทางที่เรามองเห็น ที่เราให้ความหวังตัวเองว่า เรายังไม่ได้ปิดประตูของเราอะ พอเราเปิดประตูของเราไว้ว่า ให้เห็นแสงว่าเออ สักวันหนึ่งเนอะ เราก็จะรู้ว่าช่องทางไหนที่เราจะเข้าไปหาเขาได้ หรือช่องทางไหนได้ที่ทำให้เขาเปิดใจยอมรับกับเราได้ อะโรยแบบนี้ค่ะ”

ผู้นำกลุ่ม : “เหมือนว่าซักวัน มันต้องสู้ได้ มันต้องเกิดขึ้น ทำให้เราฮึดขึ้นเนอะ”

Diamond: “แม้กระทั่งการรักษาของเรา เรายังผ่านมาได้เลย เรื่องอะไรกับไอ้แค่หัวใจของคน เราจะทำไม่ได้อะไรอย่างนี้ อ่า”

ความคิดลบ : "ซัยรักหัย เป็นคนไม่ดี / ไม่มีทรมักก็รังใจต่อคนรัก"

ตัวอย่างความคิดลบ: "ฉันไม่เหลือใครที่รักฉันเลย ฉันไม่มีค่า ฉันล้มเหลวในความสัมพันธ์" (แฟนขอเลิก)

ถ้าจะมอง ,คิดแบบอื่นๆ ละ?



ตัวอย่าง: "มีรักก็ต้องมีเลิกเป็นธรรมดา" / "แฟนคนเดียวหาใหม่ก็ได้"
"เอาขึ้นมาเป็นข้อปรับปรุงกับรักครั้งใหม่" / "โสดก็ไม่ตาย"

- แล้วยังคิดถึงคนรักเก่า หรือ คิดใคร่ชอบใจอะไร ?
- เคยมองดูคู่อื่นที่คบอยู่กันมา คนไหน หรือ ไม่ ?
- ตกลงรักไม่จำเป็นกับตัวเองเลย

บอกกับตัวเองยังไงยังให้คิดลบยิ่งขึ้น?

ตัวอย่าง: "เลิกกับแฟนมาแล้วถึง 3 คน" / "เราคงไม่มีใครรักอะพื๋
น้องก็ทะเลาะกัน" / "เพื่อนเค้าก็มีแฟนหมด โสดอยู่คนเดียว"

- คิดมัน จนไม่กล้าไปเจอ
- พยายาม ก็คิดง่าย
- เก่งเป็นเพื่อน คนเดียว

บอกกับตัวเองยังไงให้คิดลบน้อยลง?

ตัวอย่าง: "ยังไงเรามีพ่อแม่ที่เรารัก" / "พี่น้องถึงทะเลาะแต่เขาก็เป็น
ห่วงนะ" / "เพื่อนก็ยังคอยดูแล ห่วงใยเราเสมอ"

- ดที่ขี้ขลาดตามสาวรักในสังคมก็เยอะไป 9
- นึกผมเอง คงพอ ทำความรัก ใครจริงกับใคร 0
- ผมมองความรักมันเป็นเรื่องรูปธรรม 9



ความคิดใหม่ : *อยู่คนเดียวก็มีความสุขได้*

ตัวอย่างความคิดใหม่: "ฉันยังมีค่า ฉันยังมีพ่อแม่ เพื่อนเสมอ" / "โสดก็ไม่ตายนี่หว่า" / "ตอนไม่มีแฟนยังอยู่ได้ ทำไมตอนนี้โสดใหม่จะอยู่ไม่ได้ละ"

ภาพที่ 20 เอกสารการฝึกการปรับความคิดทางลบ (Cognitive Restructuring)

ในขั้นตอนสุดท้ายคือการให้สมาชิกได้ลองฝึกการปรับมุมมองความคิดทางลบรายบุคคล โดยผู้ติดเชื้อในกลุ่ม ทบียบยกความคิดทางลบออกมาจากในการปรึกษาครั้งที่ 4 และมาฝึกจัดการความคิดในการปรึกษาครั้งที่ 5 และให้แต่ละคนได้ลองแลกเปลี่ยนความคิดเก่าและความคิดใหม่ที่ได้จากการลองฝึกปรับความคิด ร่วมกับมีการใช้ภาพวาดในการสื่อถึงการปรับโครงสร้างความคิด (Restructuring negative imagery)

การใช้ภาพวาดปรับเปลี่ยนความคิดนั้น Malchiodi (2005) อธิบายว่าเป็นในเชิงของการวาดรูปความคิดใหม่เสริมเพิ่มเติมจากรูปภาพความคิดทางลบเดิมที่ตนเองเคยวาดไว้ หลังจากที่สมาชิกในกลุ่มได้เรียนรู้และฝึกการปรับโครงสร้างความคิดให้มีความสมเหตุสมผลยิ่งแล้ว โดยภาพวาดนั้นจะยิ่งเพิ่มการตระหนักรู้ว่าความคิดที่เปลี่ยนแปลง สามารถสื่อเป็นภาพวาดที่เปลี่ยนแปลงได้เช่นกัน

โดยในการปรึกษาครั้งที่ 4 ผู้ติดเชื้อเลือกความคิดทางลบของตนเองอยากจะปรับมาวาดเป็นภาพทางด้านซ้ายมือของหน้ากระดาษ จากนั้นหลังจากผู้ติดเชื้อได้ลองพิจารณาการปรับโครงสร้างความคิดจนได้ความคิดใหม่ที่จะช่วยลดความรู้สึกทางลบแล้ว สมาชิกกลุ่มจะใช้ศิลปะเข้ามาเปลี่ยนแปลงภาพทางลบให้เป็นภาพหรือมุมมองใหม่ทางด้านขวามือ เพื่อแสดงให้เห็นการเปลี่ยนแปลงของความคิดที่มีภาพวาดช่วยสะท้อนให้สมาชิกได้ตระหนักรู้ตนเอง โดยประเด็นความคิดทางลบที่สมาชิกกลุ่มมักยกขึ้นมามีหลากหลายระดับทั้งระดับความคิดทางลบ และความคิดทางลบที่ละเอียดซับซ้อนลึกซึ้งหรือยังติดค้างในใจ ซึ่งผู้นำกลุ่มพยายามช่วยสำรวจและสกัดตามความพร้อมของสมาชิก โดยความคิดมีตั้งแต่การติดเชื้อเอชไอวีตั้งแต่การมองว่า “คนติดเชื้อเอชไอวีอย่างฉัน เป็นแล้วต้องตายกันทุกคน” จากนั้นเมื่อปรับความคิดแล้วมีความคิดที่เข้ามาช่วยรับมือกับความคิดทางลบว่า โรคอื่นๆ ทั้งมะเร็ง เบาหวานก็สามารถเสียชีวิตได้พอๆกันถ้าไม่ได้ดูแลรักษาตัวเอง ดังตัวอย่าง

Pearl: ก็ต่อจากครั้งที่แล้ว ก็มันเป็นคำถามที่มันยังอยู่ในใจเราเนอะ ที่ว่า “ทำไมต้องเป็นเรา ที่ ต้องมาติดเชื้ออะไรอย่างนี้” แล้วพอมาคราวนี้ ก็จะเป็นแบบว่า เราก็เหมือนกับคิดบวกไปนะว่า “ถึงแม้ว่าเราจะติดเชื้อ ยังไงก็ยังมีเพื่อนๆ หรือคนที่ยังรับเราได้”

ผู้นำกลุ่ม : “ดูที่สื่อจากรูปเป็น รูปหน้ายิ้มเนอะ”

Pearl: “ก็คือตอนแรกร้องไห้ ตอนนี่เราก็ยิ้มได้ คือที่เราคิดว่า เรายังมีเพื่อนๆ ที่เขารู้ว่าเราติดเชื้อ เขายังรักได้ เขายังคบเรา ไม่เลิกคบเรา”

ผู้นำกลุ่ม : “...แล้วพอความคิดใหม่อันนี้ อันที่ได้มานี้ มันพอจะไปช่วยบรรเทา หรือช่วยลดความคิดทางลบได้ไหม?”

Pearl: “ใช่ มันก็คือถามว่าเมื่อก่อน มันก็เป็นโรคที่น่ากลัวใช่ไหม ที่คนเขารู้กัน แต่พอคือเราก็กลัวว่า เพื่อนจะรับไม่ได้แต่พอเพื่อนเรารู้ เพื่อนเราก็รับได้ มันก็ยิ้ม เราก็ยิ้ม เราก็ยัง

ยืนอยู่ได้ต่อไปอย่างนี้ เพราะว่ายังมี คนที่รักเรา คนที่รับเราได้ ไม่กลัวเรา ไม่รังเกียจเรา”

ส่วนตัวอย่างของภาพที่ 21 เป็นความคิดทางลบในแง่ของการตำหนิตนเองที่ติดเชื่อเอชไอวี และไม่ได้กลับไปดูแลบุพการีจนท่านจากไป เป็นความรู้สึกผิดและโทษตนเอง ซึ่งผู้ติดเชื่อสี่ออกมาเป็นภาพคนหน้าตา ร้องไห้ จากนั้นในการปรึกษาครั้งที่ 5 ผู้ติดเชื่อได้มุมมองความคิดในอีกมุมจากการฝึก การทำการปรับโครงสร้างความคิดว่าอย่างน้อยแม้จะย้อนเวลากลับไปไม่ได้ แต่อย่างน้อยชีวิตตอนนี้ได้ เป็นคริสต์ชนที่ได้ดูแลผู้ติดเชื่อรายอื่นๆ แทนการดูแลบุพการี อย่างน้อยทำให้ชีวิตมีคุณค่ามากยิ่งขึ้น จึงวาดภาพสี่ออกมาอีกด้านหนึ่งทางด้านขวาของกระดาษเป็นภาพหน้าตามีรอยยิ้ม และมีไม้กางเขน ประดับอยู่บนหน้าผากสี่ถึงคริสต์ศาสนา



ภาพที่ 21 การปรับโครงสร้างความคิดผ่านการวาดภาพ

จากกระบวนการทั้ง 6 ข้อในการทำการปรับโครงสร้างความคิด (Cognitive Restructuring) ผู้ติดเชื่อให้มุมมองเกี่ยวกับลักษณะของกิจกรรมและสิ่งที่ได้เรียนรู้ว่า ตนเองไม่เคยเรียนรู้หรือสังเกตว่า ความคิดของตนเองเป็นอย่างไร ไม่เคยมานั่งแยกความคิด ทำให้ได้มาทบทวนและรู้ว่าจะแก้ไขหรือ จัดการกับความคิดอย่างไร บางคนก็รู้สึกประทับใจในกิจกรรมตรงนี้มาก ในช่วงท้ายของการปรึกษา สมาชิกได้ระบุถึงสิ่งที่ได้เรียนรู้ในกลุ่ม ซึ่งสมาชิกนั้นแลกเปลี่ยนว่าตนเองได้กลับมาทบทวนความคิด

รู้จักวิธีการรับมือกับความคิด และพิจารณาว่าเป็นประโยชน์กับตนเองในการรับมือกับปัญหาหรือเรื่องราวต่างๆในชีวิตอย่างแน่นอน ดังตัวอย่าง

Pearl: “ได้แบบว่า ได้เรียนรู้ ถึงกับว่า การทบทวนความคิดของตัวเองเนอะ เหมือนกับว่า เหมือนกับทุกอย่างที่บอกไปช่วงแรกที่แบบว่า เราไม่เคยคิดมาก่อนว่า มาเรียบเรียงความคิดของเราว่ามันเป็นยังไง ในแต่ละวันแค่นั้นเอง ไม่คิดว่าจะเอามาเปลี่ยนแปลงอะไรยังไง”

ผู้นำกลุ่ม : “ปล่อยให้คิดไป”

Pearl: “ใช่ๆ ก็คิดๆไป มันก็ผ่านไปอย่างเงี้ย แต่พอเราได้มาทำ อย่างที่เราได้ทำเนี่ย มันก็ทำให้เราได้ทบทวนได้แบบว่า เออ มันก็ใช้ได้ผลนะ มันก็เป็นประโยชน์ เราก็ควรนำมาใช้ในชีวิตประจำวันนะ คือแบบทำให้เราหายจริงๆอะไรอย่างนี้ ในความเครียด ในความคิด ที่มันเจ็บอยู่ในใจเรา เราก็สามารถจัดการกับมันได้ แล้วได้เอาไปใช้ได้ผลจริงๆ ทำให้เรามีชีวิต Happy มากขึ้น อะไรอย่างนี้”

Ruby: “อ้อๆๆ คำที่มันเจ็บปวด เอามาสูมๆๆ ใส่เรา เหมือนตาซึ่งอย่างนั้นอะ เออ มันยังมีอีกตาซึ่งนึงเนอะ อีกฝั่งนึง ให้เรา อ้ออ้อ! มีสุขลงไปได้ คิดแล้วเศร้าหน่อยลง”

5.1.3 การวางแผนป้องกันการกลับมาเป็นซ้ำ (Relapse Prevention)

การวางแผนป้องกันการกลับมาเป็นซ้ำเป็นการเตรียมตัวให้กับผู้รับบริการการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแนวปัญญาพฤติกรรมนิยมในการรับมือกับเหตุการณ์ที่อาจเกิดขึ้นในอนาคตที่อาจส่งผลให้เกิดอารมณ์ทางลบตามมาได้ เสมือนเป็นซึ่งการเตรียมตัวให้กับสมาชิกในกลุ่มซึ่งจะเกิดขึ้นในกลุ่มการปรึกษาครั้งสุดท้ายของกลุ่ม โดยปัญหาที่กลับมาเกิดซ้ำ (Relapse) หมายถึง การที่ผู้รับบริการกลับมาเกิดความคิดในทางลบ หรือมีพฤติกรรมที่เคยเปลี่ยนแปลงไปในทางบวก เกิดการถดถอยหรือเป็นไปในทางลบเป็นระยะเวลาสั้น ส่งผลให้เกิดอารมณ์ทางลบและบั่นทอนจิตใจ ทำให้ละเอียดหรือหลงลืมวิธีการในการรับมือกับปัญหาที่เกิดขึ้น (Chellingsworth, Farrand, & Small, 2013) การวางแผนป้องกันการกลับมาเป็นซ้ำ จึงมีส่วนที่จะเข้ามาช่วยเอื้อให้สมาชิกในกลุ่มมีวิธีหรือแนวทางในรับมือกับปัญหาที่เกิดขึ้นกับตนเองก่อนในระดับหนึ่งเมื่อยุติจากการปรึกษาทางจิตวิทยาแล้ว (Beck, 1995)

การวางแผนการรับมือกับเหตุการณ์ที่อาจเกิดความเศร้ากับผู้ที่ติดเชื้อเอชไอวีนั้น มีความสำคัญเพื่อให้ผู้ติดเชื้อมีความพร้อมในการรับมือกับเหตุการณ์ในอนาคต แม้ปัจจุบันผู้ติดเชื้อจะมีอารมณ์ทางลบที่ลดน้อยลงแล้ว มีเครื่องมือในการรับมือกับภาวะซึมเศร้า แต่ในอนาคตเมื่อเสร็จสิ้นกลุ่มการ

ปรึกษาทางจิตวิทยาแนวปัญญาพฤติกรรมนิยม ผู้ติดเชื่อเองอาจเผชิญกับเหตุการณ์ในชีวิตที่สามารถกระตุ้นให้เกิดความคิดในทางลบหรือมีการเปลี่ยนแปลงของอารมณ์ในทางลบ ทั้งซึมเศร้า ท้อแท้ เครียดหรือวิตกกังวลได้เสมอ (Chellingsworth, Farrand, & Small, 2013) การวางแผนป้องกันการกลับมาเป็นซ้ำ จึงเป็นองค์ประกอบที่จะช่วยเพิ่มเติมและเน้นวิธีการในการรับมือกับภาวะซึมเศร้าซึ่งผู้ติดเชื่อได้เรียนรู้และฝึกฝนในกลุ่มการปรึกษาครั้งที่ 3-5 มาแล้ว

ดังนั้นก่อนการจบกลุ่มในครั้งนี้ 8 ผู้นำกลุ่มหยิบยกและกระตุ้นสมาชิกในกลุ่มได้ทบทวนถึงวิธีการและเครื่องมือในการรับมือกับเหตุการณ์ที่อาจกระตุ้นให้เกิดอารมณ์ภาวะซึมเศร้าในอนาคต โดยปรับจากแนวทางของ Canadian Mental Health Association (2011) ซึ่งผู้นำกลุ่มเชิญชวนให้ผู้ติดเชื่อในกลุ่มลองพิจารณาถึงเหตุการณ์เสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นในอนาคต โดยประเด็นหนึ่งของผู้ติดเชื่อที่มีในทุกกลุ่ม เนื่องด้วยผู้ติดเชื่อส่วนใหญ่อาจไม่ได้ทำงานประจำ จึงจะมีความกังวลถึงเรื่องค่าใช้จ่ายในอนาคต ภาวะตกงาน หรือเมื่อไม่สามารถทำงานได้ ก็จะไม่มียังในการดำรงชีวิต หรือการซื้อยานยนต์ ไวรัสเอชไอวี สมาชิกในกลุ่มก็จะมีการช่วยกันคิดหาทางแก้ปัญหาหรือรับมือ ทั้งทางพฤติกรรมและทางความคิด ทางพฤติกรรมก็คือการทำเงินที่มีอยู่ในปัจจุบันในหังอกเงย หรือออกดอกออกผล บ้างก็ใช้วิธีความพอเพียง ไม่ฟุ่มเฟือย รู้จักใช้จ่าย ในแง่ของการรับประทายยานยนต์ ไวรัส สมาชิกแลกเปลี่ยนข้อมูลเกี่ยวกับนโยบาย 30 บาทของรัฐบาล การดูแลของทางสังคมสงเคราะห์ ทั้งการผ่อนการจ่ายเงิน หรือการจ่ายเงินให้ และในกรณีฉุกเฉินรัฐบาลก็มีส่วนดูแลทั้งโรงพยาบาลรัฐและเอกชนอีกด้วย และสำหรับในส่วนของความคิดนั้น สมาชิกแลกเปลี่ยนความคิดที่จะช่วยให้มีแรงใจให้สู้กับปัญหา คือ

Gaia : “ตนเองบอกเลยว่า ใจสู้เสมอ ที่สำคัญคืออย่าท้อ เพราะตั้งแต่สมัยเด็กๆ อาจารย์บอกว่า Gaia งานไหนก็ทำได้ ดังนั้นจึงได้รับงานมาเยอะ ก็ต้องทำได้ สำเร็จไม่สำเร็จอีกเรื่อง มันก็มีความสำเร็จเล็กๆน้อยตามทางชีวิตไป ใจต้องสู้สำคัญที่สุด”

Poseidon : “ชีวิตเป็นกราฟชีวิตขึ้นลงมาเสมอ ดังนั้นอะไรที่ผ่านไปได้ แล้วมันมีคำพูดว่า เวลาเจอปัญหา เมื่อก่อนเจอแยกว่านี่อีกเดี๋ยวมันก็จะผ่าน”

นอกจากนั้นในกลุ่มการปรึกษาครั้งสุดท้ายผู้นำกลุ่มกระตุ้นให้สมาชิกมีโอกาสได้ทบทวนความคิดที่ใช้ให้กำลังใจตัวเอง (Coping Statement) ในการรับมือกับความเศร้าหรือปัญหาที่อาจเกิดขึ้นได้ในอนาคต โดยความคิดที่ใช้ให้กำลังใจตัวเอง เป็นความคิดที่เกิดขึ้นจากการได้ปรับเปลี่ยนความคิดมุมมอง หรือความคิดที่กลั่นกรองขึ้นและสามารถนำมาใช้ได้ลดอิทธิพลของความคิดทางลบที่กระตุ้นอารมณ์ทางลบของตนเองได้ (Beck, 1995)

สำหรับกิจกรรมในกลุ่ม สมาชิกได้คิดพิจารณาและแบ่งปันความคิดให้กำลังใจเหล่านั้นให้กับเพื่อนสมาชิกในกลุ่มผ่านการเขียนลงในกระดาษสติ๊กเกอร์ และนำมาติดในสมุดของเพื่อน เพื่อเอื้อ

ประโยชน์ให้เพื่อนสมาชิกสามารถนำความคิดหรือคำพูดเหล่านั้นไปใช้ได้หากเผชิญกับความท้อแท้หรือเสียใจที่อาจเกิดขึ้น โดยในการทำกลุ่ม รูปแบบความคิดนั้นจะมีหลากหลายรูปแบบ มีทั้งการให้กำลังใจ มุมมองความคิดใหม่ๆ กลุ่มคำพูดจะมีทั้งความคิดให้รักและใส่ใจตนเอง เช่น “รักอะไรก็รักได้แต่ตัวรักตัวเองให้มากๆนะ” การมีกำลังใจสู้กับปัญหาและอุปสรรค อาทิ “ถ้าล้มแล้วอย่าท้อ จงลุกขึ้นมาใหม่แล้วสู้ต่อไป” และการเรียนรู้ประสบการณ์ในอดีต เช่น “คิดซะว่าที่ผ่านมาเป็นครู เรียนรู้กับมันแล้วสู้ต่อไป” ดังภาพที่ 22



ภาพที่ 22 ความคิดให้กำลังใจเพื่อนสมาชิก

ส่วนที่ 2 การอภิปรายผลตัวแปรความร่วมมือในการรับประทานยาต้านไวรัส

ในการทดสอบสมมติฐานที่ 4 เกี่ยวกับคะแนนความร่วมมือในการรับประทานยาต้านไวรัส ในช่วงก่อนการทดลองพบว่ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีระดับความร่วมมือในการรับประทานยาต้านไวรัสไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทั้งแบบวัด MMAS และ VAS แต่ในช่วงหลังการทดลอง ผลการทดสอบไม่สนับสนุนสมมติฐานที่ 4 คือไม่พบความแตกต่างของระดับความร่วมมือในการรับประทานยาต้านไวรัสระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมทั้ง 2 แบบวัดคือ MMAS; $t(22) = .168$, $p = .868$ และแบบ VAS; $t(22) = 1.44$, $p = .079$ ภายหลังจากดำเนินกลุ่ม

อย่างไรก็ตามหากพิจารณาเฉพาะกลุ่มควบคุม พบว่าความร่วมมือในการรับประทานยาต้านไวรัสทั้งแบบ VAS และ MMAS ช่วงก่อนและหลังการทดลองไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ; $t(22) = .988, p = .33, t(22) = .85, p = .40$) ในขณะที่ พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติของความร่วมมือในการรับประทานยาต้านไวรัสในช่วงก่อนและหลังทำกลุ่มทดลองในแบบวัดระดับความร่วมมือในการรับประทานยาต้านไวรัสแบบ VAS ของกลุ่มทดลอง; $t(44) = 2.39, p = .013$ จึงสนับสนุนสมมติฐานที่ 3 เพียงบางส่วนแสดงว่าสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มทดลอง มีคะแนนระดับความร่วมมือในการรับประทานยาต้านไวรัสที่สูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในแบบวัด VAS และในกลุ่มควบคุมไม่พบการเปลี่ยนแปลงของระดับความร่วมมือในการรับประทานยาต้านไวรัส

สรุปแล้วสำหรับกลุ่มทดลองหรือกลุ่มที่เข้าร่วมกลุ่มการศึกษาเชิงจิตวิทยาแนวปัญญาพฤติกรรมนิยมที่มีศิลปะเป็นสื่อ นั้น แม้การเปลี่ยนแปลงของความร่วมมือที่เกิดขึ้นในผู้ติดเชื้อเอชไอวีนั้นอาจไม่เพียงพอที่จะพบความแตกต่างระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมภายหลังการทดลองก็ตาม แต่มีแนวโน้มของการเพิ่มขึ้นของระดับความร่วมมือในการรับประทานยาต้านไวรัสในกลุ่มทดลอง ซึ่งไม่พบการเปลี่ยนแปลงในกลุ่มควบคุมนั่นเอง

จากการเพิ่มขึ้นของคะแนนความร่วมมือในการรับประทานยาต้านไวรัสในผู้ติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มทดลองแสดงถึงความเป็นไปได้ว่าการเข้ากลุ่มการศึกษาเชิงจิตวิทยาแนวปัญญาพฤติกรรมนิยมมีส่วนช่วยส่งเสริมระดับความร่วมมือในการรับประทานยาต้านไวรัสในเฉพาะแบบวัด VAS แต่ไม่พบความแตกต่างใน MMAS ดังนั้นผู้วิจัยจึงขออภิปรายความแตกต่างของแบบวัดความร่วมมือในการรับประทานยาต้านไวรัสทั้งแบบ MMAS และ VAS และปัจจัยที่มีส่วนส่งเสริมระดับความร่วมมือในการรับประทานยาต้านไวรัสสำหรับกลุ่มทดลอง ดังต่อไปนี้

5.2 ผลของการรับประทานยาต้านไวรัสซึ่งวัดโดยแบบวัด VAS และ MMAS

แบบวัด Visual Analog Scale (VAS) และแบบวัด Morisky Medication Adherence Scale (MMAS) เป็นแบบวัดทางอ้อมที่ใช้ในการประเมินระดับความร่วมมือในการรับประทานยาต้านไวรัส ซึ่งแบบวัดทั้งสองแม้จะวัดความร่วมมือในการรับประทานยาต้านไวรัสเหมือนกันแต่มีลักษณะที่แตกต่างกันซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อหรือประเมิน ในแง่ดังต่อไปนี้

5.2.1 รูปแบบการตอบคำถามในแบบวัด

ลักษณะของแบบวัด VAS จะให้ผู้ติดเชื้อประเมินพฤติกรรมรับประทานยาของตนเอง โดยรวมภายใน 30 วันหรือ 1 เดือนที่ผ่านมา โดยให้คะแนน ตั้งแต่ 0-10 หรือ 0% - 100% คะแนน (Walsh, Mandalia, Gazzard, 2002)

ส่วน Morisky Medication Adherence Scale (MMAS) เป็นแบบวัดที่ใช้วัดความไม่ร่วมมือในการรับประทานยาแบบตั้งใจ (Intentional) และไม่ตั้งใจ (Nonintentional) จากการพัฒนาของผู้วิจัยแบบวัดมีจำนวน 7 ข้อ โดยลักษณะของข้อคำถามเกือบทั้งหมดจะเป็นการให้เลือกตอบ “ใช่” หรือ “ไม่ใช่” (Tzeng, Chang, Chang & Lin, 2008) ซึ่งการตอบในลักษณะ forced choice มีลักษณะการตอบให้เลือกเฉพาะ ถูก/ ผิด หรือ ใช่/ไม่ใช่ นั่น แม้ข้อดีของการตอบแบบถูก/ผิด หรือใช่/ไม่ใช่คือมีความสะดวกในการตอบคะแนน แต่ การตอบในลักษณะดังกล่าวในทางกลับกันการวัดลักษณะดังกล่าวอาจไม่สามารถสะท้อนให้เห็นถึงพฤติกรรมการรับประทานยาต้านไวรัสได้อย่างเต็มที่ (Choi & Pak, 2005)

5.2.2 ลักษณะของแบบสอบถาม VAS และ MMAS

นอกจากนี้ แม้ว่ามาตร MMS แบบ 8 ข้อจะถูกใช้ค่อนข้างแพร่หลายในต่างประเทศในการวัดโรคเรื้อรังต่างๆ เช่น โรคเบาหวาน ความดันโลหิต เป็นต้น แต่นับเป็นระยะเริ่มต้นที่ถูกนำมาใช้ในบริบทของการติดเชื้อเอชไอวีและโรคเอดส์ในสังคมไทย แม้ผู้วิจัยใช้ความระมัดระวังในการพัฒนาคุณภาพทางจิตมิติ แต่ก็ไม่สามารถสรุปได้อย่างแน่นอนว่าสามารถก้าวผ่านข้อจำกัดที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพทางจิตมิติ โดยเฉพาะแนวคิดพื้นฐานที่ว่าในการตอบคำถามเกี่ยวกับพฤติกรรมทางลบของประเด็นที่เป็นข้อวิพากษ์นั้น เช่น การตอบการงดเว้นไม่รับประทานยาต้านไวรัสของผู้ติดเชื้อเอชไอวี สอดคล้องกับที่ Choi และ Pak (2005) ได้อธิบายไว้ว่าการประเมินแบบสอบถามในกลุ่มโรคที่ไม่เป็นที่ยอมรับทางสังคม เช่น การฆ่าตัวตาย หรือโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ดังนั้นข้อคำถามทางพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ อาทิ การไม่รับประทานยาต้านไวรัส การหยุดยาเองโดยไม่บอกแพทย์ หรือการไม่พกยาต้านไวรัสไปข้างนอก ล้วนเป็นข้อคำถามที่สังคมอาจไม่ยอมรับ (Socially unacceptable) ผู้ติดเชื้อหรือผู้ตอบแบบสอบถามมีโอกาสมีความรู้สึกเล็งเล่ที่สูงเป็นพิเศษ ดังปรากฏที่พบความเที่ยงที่ต่ำกว่าของ MMS (Cronbach' s alpha: $\alpha = .75$) เมื่อเทียบกับ VAS (Cronbach' s alpha: $\alpha = .80$)

5.2.3 ช่วงเวลาในการประเมินของแบบวัด

แบบวัด VAS จะเป็นการให้ผู้ติดเชื้อประเมินพฤติกรรมการรับประทานยาต้านไวรัสของตนเองใน 1 เดือนที่ผ่านมา แต่สำหรับแบบวัด MMAS นั้นข้อคำถามจะไม่ได้เจาะจงเกี่ยวกับระยะเวลาของพฤติกรรมการรับประทานยาต้านไวรัส บางข้อคำถามจะให้ประเมินใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา เมื่อวานนี้ หรือบางคำถามก็ไม่ได้เจาะจงระยะเวลา ซึ่ง Sackett (1979) อธิบายถึงการวัดแบบวัดว่า การไม่มีเวลาเริ่มต้นในการวัดที่ตรงกันหรือสอดคล้องกัน (Starting time) จะทำให้ผู้ตอบเกิดความสับสนและอาจทำให้เกิดความผิดพลาดในการประเมินแบบวัดได้ ด้วยข้อคำถามที่แตกต่างกันในแบบ

วัด MMAS ที่ข้อความอาจไม่ได้เจาะจงระยะเวลา ซึ่งต่างกับแบบวัด VAS ที่เจาะจงระยะเวลาใน 1 เดือน

ในอีกประเด็นที่เกี่ยวข้องกับระยะเวลาในการวัดร่วมกับลักษณะของข้อความ ผู้ทรงคุณวุฒิทางด้านเอชไอวีและโรคเอดส์ให้คำแนะนำว่ามาตรวัด MMAS นั้นข้อความส่วนใหญ่ไม่มีระยะเวลาที่กำหนด และไม่มีระยะเวลาวัดที่ชัดเจน จึงมีโอกาที่ผู้ตอบอาจตอบจากประสบการณ์โดยรวมไม่ได้ แบ่งแยกว่าเป็นประสบการณ์ในอดีตในช่วงก่อนหรือหลังเข้ากลุ่ม ทำให้การตอบข้อความเดียวกันทั้งก่อนทำกลุ่มและหลังทำกลุ่มการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแนวปัญญาพฤติกรรมนิยม ไม่มีความแตกต่างกัน เช่น ข้อความว่า “มีบางครั้งที่คุณลืมรับประทานยาต้านไวรัสหรือไม่” หากผู้ติดเชื้อชายรักชายตอบในช่วงระยะก่อนการทำกลุ่มว่า ใช่คือมีบางครั้งที่ลืมรับประทานยา แม้เสร็จสิ้นการดำเนินกลุ่มการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแล้ว ผู้ติดเชื้อยังสามารถตอบว่าใช่ เพราะบางครั้งตนเองในอดีตก็ลืมรับประทานยาต้านไวรัสเช่นเดียวกันเพราะไม่มีระยะเวลามากำหนดว่าการหลงลืมยาเกิดขึ้นเมื่อไหร่นั่นเอง (บัลลังค์ เหลืองวรานันท์, การสนทนาส่วนบุคคล, 14 มิถุนายน, 2559)

5.3 ผลจากการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแนวปัญญาพฤติกรรมนิยม

การรับประทานยาต้านไวรัสอย่างสม่ำเสมอเป็นดัชนีชี้วัดความสำเร็จในการรักษาโรคเอชไอวี แต่อย่างไรก็ตามด้วยตัวยาต้านไวรัสเอชไอวีนั้นมีผลข้างเคียงที่เกิดขึ้นแตกต่างตามลักษณะบุคคลและประเภทของยา อีกทั้งจำนวนเม็ดยา การที่ผู้ติดเชื้อต้องทานยาต้านไวรัสอย่างสม่ำเสมอ ตรงเวลา และระยะเวลายาวนาน ทั้งหมดนั้นล้วนเป็นอุปสรรคและความท้าทายของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ต้องเผชิญ หากทว่าผู้ติดเชื้อไม่สามารถรับมือกับสิ่งที่ตามมาได้ การรับประทานยาต้านไวรัสอย่างสม่ำเสมอ ย่อมเกิดขึ้นได้ไม่เต็มที่ อีกทั้งระดับภาวะซึมเศร้าที่นั่นยังสัมพันธ์ทั้งทางตรงและทางอ้อมให้ผู้ติดเชื้อมีระดับความร่วมมือในการรับประทานยาต้านไวรัสที่ต่ำลงอีกด้วย (Safren et al., 2004)

แนวคิดเกี่ยวกับการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแนวปัญญาพฤติกรรมนิยม เป็นการบำบัดที่ถูกผสมผสานในการเป็นแนวทางช่วยเหลือผู้ติดเชื้อเอชไอวีให้สามารถรับประทานยาต้านไวรัสได้อย่างสม่ำเสมอ รวมทั้งช่วยเหลือให้ผู้ติดเชื้อมีทักษะและความพร้อมในการดูแล โดยผู้ติดเชื้อจะมีโอกาสได้ฝึกการทำท่าหรือการปรับความคิดทางลบที่เกี่ยวข้องกับการรับประทานยาต้านไวรัส และฝึกทักษะการแก้ปัญหาในประเด็นต่างๆที่เกี่ยวข้องกับการรับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวี โดยการปรับมุมมองความคิด นั้นจะช่วยเหลือให้ผู้ติดเชื้อมีมุมมองความคิดที่เหมาะสมต่อการรับประทานยาต้านไวรัส หากผู้ติดเชื้อมีความคิดทางลบเกี่ยวกับยาต้านไวรัส หรือเป็นการเสริมความเข้มแข็งเกี่ยวกับมุมมองทางบวกต่อการรับประทานยา เห็นประโยชน์และความสำคัญของการรับประทานยาต้านไวรัสให้ครบ และตรงเวลามากยิ่งขึ้น และเมื่อมีมุมมองความคิดเปลี่ยน อารมณ์และพฤติกรรมในการรับประทานยาก็จะ

เปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดียิ่งขึ้น (Kingdon & Dimech, 2008) กอปรกับการส่งเสริมทักษะการแก้ปัญหาในกลุ่มที่จะเป็นประโยชน์อย่างยิ่งที่จะให้ผู้ติดเชื้อได้ร่วมกันหาวิธีแก้ปัญหาหรืออุปสรรคที่อาจเกิดขึ้นที่เกี่ยวข้องกับการรับประทานยาต้านไวรัส เพื่อให้ผู้ติดเชื้อมีเครื่องมือและความพร้อมในการรับประทานยาต้านไวรัสทั้งทางความคิดและพฤติกรรมนั่นเอง

ผู้วิจัยขออภิปรายถึงองค์ประกอบของการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแนวปัญญาพฤติกรรมนิยมที่มีส่วนเอื้อให้ผู้ติดเชื้อมีความร่วมมือในการรับประทานยาต้านไวรัส คือการปรับโครงสร้างความคิด การสัมภาษณ์เพื่อเพิ่มแรงจูงใจ (Motivation Interview) และการฝึกการแก้ปัญหา ดังนี้

5.3.1 การสัมภาษณ์เพื่อเพิ่มแรงจูงใจ (Motivation Interview)

5.3.2 การปรับโครงสร้างความคิด (Cognitive Restructuring)

5.3.3 การคิดพิจารณาแนวทางการแก้ปัญหา (Problem Solving)

5.3.1 การสัมภาษณ์เพื่อเพิ่มแรงจูงใจ (Motivational Interview)

การสัมภาษณ์เพื่อเพิ่มแรงจูงใจเป็นเทคนิคที่ใช้แพร่หลายสำหรับการปรึกษาเชิงจิตวิทยา รวมถึงการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแนวปัญญานิยม เพื่อเพิ่มแรงจูงใจในการเข้าสู่การบำบัดรักษาหรือส่งเสริมพฤติกรรมที่เป็นประโยชน์ต่างๆ อาทิ การเลิกบุหรี่ แอลกอฮอล์ การรับประทานยาและการออกกำลังกาย โดยการทำการสัมภาษณ์เพื่อเพิ่มแรงจูงใจ นั้นเป็นการใช้เทคนิคกระบวนการต่างๆ ในการสำรวจเป้าหมายหรือคุณค่าของผู้รับบริการ ลดแรงต่อต้านการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม และเพิ่มการรับรู้ความสามารถในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม เพื่อกระตุ้นให้ผู้รับบริการเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสู่พฤติกรรมที่เหมาะสม (Rollnick & Allison, 2004)

สำหรับกลุ่มการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแนวปัญญาพฤติกรรมนิยมที่ใช้ศิลปะนี้ผู้วิจัยนำหลักการการสัมภาษณ์เพื่อเพิ่มแรงจูงใจมาใช้ในการวาดภาพระบายสีเป้าหมายในอนาคตอีก 5 -10 ปี ข้างหน้าในการปรึกษาครั้งแรกสุด เมื่อสมาชิกวาดภาพเสร็จจึงพูดคุยถึงเป้าหมายหรือสิ่งสำคัญในชีวิตที่ผู้ติดเชื้ออยากไปให้ถึง โดยภาพที่ผู้ติดเชื้อวาดนั้นส่วนใหญ่จะเป็นแง่ในของการมีชีวิตอยู่กับคนที่รัก การใช้ชีวิตอยู่กับครอบครัวหรือเพื่อนฝูง หรือการใช้ชีวิตกับธรรมชาติ ในอีกกลุ่มเป็นภาพเชิงสัญลักษณ์ เช่น เทียนไข หรือนางฟ้า โดยสื่อเป็นหน้าที่หรือภารกิจที่ตนเองอยากทำในชีวิตที่เหลืออยู่ของตนเองที่อยากดูแลช่วยเหลือผู้ติดเชื้อหรือบุคคลต่างๆที่ต้องการความช่วยเหลือ หรือโทรทัศน์ที่พร้อมจะให้ทั้งความบันเทิง ความสุข ความรู้แก่ผู้อื่น จากภาพที่ 23

โดยเป้าหมายแรกของการวาดภาพความฝันและเป้าหมาย คือกระตุ้นให้สมาชิกกลุ่มตระหนักถึงเป้าหมายในชีวิตของผู้ติดเชื้อ และตระหนักถึงประโยชน์ของการรับประทานยาต้านไวรัสที่มีต่อเป้าหมายหรือความฝันของสมาชิกผู้ติดเชื้อในกลุ่มนั้น การบรรลุหรือไปสู่เป้าหมายหรือสิ่งสำคัญในชีวิตนั้นผู้ติดเชื้อคงต้องหมั่นดูแลทั้งทางจิตใจคือการลดภาวะซึมเศร้าหรืออารมณ์ในทางลบอื่นๆ และในทางพฤติกรรมหรือก็คือการรับประทานยาต้านไวรัสอย่างสม่ำเสมอ เพื่อให้ตัวผู้ติดเชื้อไปถึงหรือใกล้เคียงกับภาพที่วาดไว้ให้ได้มากที่สุด เพื่อกระตุ้นให้สมาชิกเห็นความสำคัญและให้ความร่วมมือในการเข้ากลุ่มการปรึกษามากยิ่งขึ้น

สำหรับการใช้ภาพความฝันมาใช้ในประเด็นการรับประทานยาต้านไวรัสในการปรึกษาครั้งที่ 6 สมาชิกได้มีโอกาสพูดถึงภาพความฝันที่ได้วาดในการปรึกษาครั้งแรก อีกครั้งโดยในครั้งนี้ผู้นำกลุ่มเน้นการพูดคุยถึงความฝันหรือเป้าหมาย จากนั้นตั้งคำถามให้กับสมาชิกว่าการรับประทานยาต้านไวรัสมีส่วนสำคัญอย่างไรต่อความฝันดังกล่าว เพื่อกระตุ้นให้เห็นผู้ติดเชื้อเห็นถึงความสำคัญ ประโยชน์ของยาต้านไวรัสที่ผู้ติดเชื้ออาจจะเลยหรือให้ลดความสำคัญของยา จากความเบื่อหน่ายหรือผลข้างเคียงของยานั้นเอง ก่อนจะเข้าสู่การชั่งประโยชน์หรือข้อเสียของการรับประทานยาผ่านการวาดภาพด้วยซึ่งได้กล่าวไว้ในข้อ 5.3.2 การปรับโครงสร้างความคิด



ภาพที่ 23 ความฝันและเป้าหมายในชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี

5.3.2 การปรับโครงสร้างความคิด (Cognitive Restructuring)

การปรับโครงสร้างความคิดเป็นกระบวนการของการระบุรูปแบบความคิดในทางลบ และทำการประเมิน ปรับหรือขยายความคิดให้มีความสมเหตุสมผลมากยิ่งขึ้น (Corey, 2008) โดยในกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีนั้น มุมมองความคิดต่อยาต้านไวรัสเป็นสิ่งสำคัญที่จะบ่งชี้พฤติกรรมมารับประทานยาต้านไวรัสที่สม่ำเสมอ ผู้วิจัยจึงมุ่งเน้นนี้จะทำให้ผู้ติดเชื้อได้ทบทวนถึงมุมมองความคิดที่มีต่อยาต้านไวรัส ทั้งข้อดี และข้อเสียของยาต้านไวรัส ร่วมกับการปรับความคิด เพื่อให้ผู้ติดเชื้อมีมุมมองที่ที่เหมาะสมและเป็นประโยชน์ยิ่งขึ้นต่อการรับประทานยาต้านไวรัส ซึ่งกระบวนการของการมุ่งปรับเปลี่ยนความคิดนั้น จะเกิดขึ้นในการปรึกษาครั้งที่ 6 ในลักษณะดังนี้

หลังจากกลุ่มครั้งที่ 5 ผู้ติดเชื้อมีโอกาสได้ฝึกฝนการปรับเปลี่ยนมุมมองความคิดทางลบต่อตนเอง ในแง่การติดเชื้อ ความรักของชายรักชายหรือเรื่องอื่นๆแล้ว สำหรับกลุ่มครั้งที่ 6 ผู้ติดเชื้อจะนำทักษะและความเข้าใจเกี่ยวกับอิทธิพลของความคิด และการปรับความคิดมาลงใช้ในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับยาต้านไวรัสเอชไอวี โดยในช่วงแรกผู้นำกลุ่มให้สมาชิกนำภาพความฝัน/เป้าหมายในชีวิตที่วาดไว้ในกลุ่มครั้งแรกมาแลกเปลี่ยนอีกครั้งหนึ่ง จากนั้นให้สมาชิกได้พูดคุยถึงมุมมองความคิดเกี่ยวกับยาต้านไวรัสทั้งในข้อดี ประโยชน์ของยาต้านไวรัส และความสัมพันธ์ของการรับประทานยาต้านไวรัสต่อความฝันหรือเป้าหมายในชีวิต ขณะเดียวกันให้สมาชิกได้พิจารณาถึงข้อเสีย ข้อจำกัด หรือความคิดทางลบที่มีต่อยาต้านไวรัสเอชไอวี รวมทั้งปัญหาและอุปสรรคที่ทำให้ไม่สามารถทานยาต้านไวรัสได้อย่างต่อเนื่องจากนั้นสรุปให้สมาชิกได้ลองพิจารณาตารางทั้ง 2 ฝั่งเพื่อพิจารณาว่าน้ำหนักของฝั่งใดมีน้ำหนักมากกว่ากันระหว่างคุณค่า คุณประโยชน์ของยาต้านไวรัส หรืออุปสรรคความท้าทายต่างๆของการรับประทานยาผ่านการวาดภาพ เพื่อช่วยเน้นและเสริมความเข้มแข็งของความคิดทางบวกต่อยาต้านไวรัส ดังนี้

Diamond: “ในเรื่อง ในด้านทัศนคติด้านบวกนะ คือหนึ่ง อันดับแรกเลย การกินยา อันดับแรกเลยคือ ตัว CD4 สูงขึ้นแน่นอน ตัว CD4 สูงขึ้น ทำให้เกิดอะไรบ้าง ร่างกายแข็งแรง ห่างไกลจากโรคแทรกซ้อนต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นวัณโรคหรือปอดอักเสบ นู่นนี่นั่น รวมถึงสุขภาพร่างกายแข็งแรงดีขึ้น ผิวพรรณดี สุขภาพดี”

Emerald: “คือยาทำให้ร่างกายของเราแข็งแรงเหมือนคนปกติ แล้วก็ทำให้เรามีความรับผิดชอบ มีความตรงต่อเวลา แล้วก็ข้อ 3 ทำให้เรา ทำให้ชีวิตเราเหมือนได้เกิดใหม่”

Ruby: “ทำให้เราได้เกิดใหม่อีกครั้งหนึ่ง”

Emerald: “แล้วก็ข้อเสีย ได้รับผลข้างเคียงของยา ยังไงอะ”

Diamond: “จะเป็นเรื่องของการเชื่อ เชื่ออะไรบ้าง เชื่อกินยา เชื่อว่าทำไมต้องกิน 2. กังวล เรื่องสถานที่กินยาหรือเวลากินยา หรือเวลาอยู่กับคนอื่นเวลากินยา คือท้อแท้คือฉัน ไม่อยากกินละ รู้ๆ ทั้งรู้ที่อยู่ว่า การกินยา กินแล้วมันมีดี อู๊ย ทำไมชีวิตเราต้องมาต่อ ว่าตัวเอง อู๊ย ทำไมเราต้องมากินหยุดยา ทำไมต้องกินอะ กินแล้วไม่หายทันทีหรือ พอหะมั่งอะไอย่างนี้”

Topaz: “ไม่ อย่างว่าอะเนอะ คนเราให้ความสำคัญกับยาไม่เหมือนกัน”

Diamond: “ถ้าระดับความซึ้ง เราจะซึ้งทาง positive มากกว่า”

ผู้นำกลุ่ม: “เหมือนแต่ละคนแชร์มา มันมีข้อจำกัดเยอะเหมือนกันนะ มีข้อเสียเยอะ แต่ข้อดี มันพอจะมีแรงพอที่ทำให้เราต้องกินต่อไปไหมครับ”

Diamond: “มีแน่นอนครับ”

Emerald: “มีอยู่แล้ว”

Diamond: “1. เพราะว่าข้อดีของมันคือ ทำให้เรามีสุขภาพที่ดี แล้วก็มีความสุขกันที่สูงขึ้น และ ห่างไกลจากโรคแทรกซ้อน อันนี้คือ มันเป็นปัจจัยหลักของเรา เป็นความสำคัญหลัก ที่เราจะต้องกิน มันเป็นข้อบังคับเลย เป็นข้อบังคับของตัวเอง แต่ว่าอาจจะมีบ้าง บางครั้งที่เราหลุดออกมา”



ภาพที่ 24 มุมมองทางบวกและลบต่อการรับประทานยาต้านไวรัสผ่านการวาดภาพ

สำหรับรูปภาพทั้งสองด้านเกี่ยวข้องมุมมองต่อการรับประทานยาและให้สมาชิกกลุ่มได้ลอง ชั่งตวงว่าฝังโตมีน้ำหนักหรือคุณค่ามากกว่ากัน จากภาพข้อเสียหรือความท้าทายของการรับประทาน ยาต้านไวรัสคือผลข้างเคียงของยา และความอึดอัดในการรับประทานยาต้านไวรัสอย่างสม่ำเสมอ สื่อ ออกมาเป็นภาพคนเศร้าที่หันหลังกำแพงทะเลมีสีดำสนิท ส่วนประโยชน์ของยาต้านไวรัสเหมือนเป็น อาหาร เป็นน้ำที่ช่วยให้ต้นไม้เติบโต ออกดอกสวยงาม มีผีเสื้อมาดมดอม เปรียบเหมือนมีคนเข้ามา ใกล้ชิดสนิทสนมด้วย สมาชิกในทีมอธิบายว่าหากตนเองท้อแท้ในการรับประทานยาต้านไวรัส เพื่อ หน่ายผลข้างเคียงก็เหมือนหันหลังให้ประตู หรือ ประตูปิด แต่ถ้าสามารถเอาชนะความท้อแท้ หรือ ผลข้างเคียงของยาไปได้ คนในภาพก็จะสามารถเดินออกจากกำแพงมืดมืดสู่อีกฝั่งที่เปรียบยาต้าน เหมือนน้ำชาโลมให้ตนเองที่เสมือนต้นไม้ได้เติบโต มีชีวิตอยู่รอดได้นั่นเอง

จากภาพที่ 23 และ 24 จึงเป็นการกระตุ้นให้ผู้ติดเชื้อได้กลับมาทบทวนหรือเพิ่มการตระหนักรู้ถึงอุปสรรค (Perceived Barriers) ที่ผู้ติดเชื้อต้องเผชิญเมื่อเข้าสู่การรับประทานยา ทั้งผลข้างเคียงของยาต้านไวรัส และการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิต ยังได้ทบทวนถึงประโยชน์ที่ผู้ติดเชื้อมีโอกาสได้รับการรับประทานยาต้านไวรัส (Perceived Benefit) ทั้งความสุขจากการทำงาน หรือความรักของคนในครอบครัว ซึ่งทั้งสององค์ประกอบ เป็นส่วนหนึ่งของความคิดเกี่ยวกับโรคและการรักษาของผู้ติดเชื้อ (Health Belief) ซึ่งหากผู้ติดเชื้อได้เพิ่มการตระหนักรู้ในด้านต่างๆ มากยิ่งขึ้น ก็ย่อมสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรับประทานยาต้านไวรัสมากยิ่งขึ้นอีกด้วย (Gao et al., 2000) ดังตัวอย่างคำพูดของ ผู้ติดเชื้อที่หลังจากการทำกิจกรรมวาดรูปสมาชิกภาพความฝันหรือเป้าหมายในชีวิต ได้แลกเปลี่ยนมุมมองสิ่งที่ได้จากการวาดภาพและพูดคุยถึงการได้ตระหนักรู้ถึงประโยชน์ของการรับประทานยาต้านไวรัสต่อภาพความฝันที่วาดไว้ ดังนี้

Lamer: “ก่อนมาเข้ากลุ่มเนี่ย ยา ผมไม่ค่อยสนใจ แบบว่าวันหนึ่งให้กินครั้ง ผมไม่สนใจเลย ผมรู้ข้อมูลเยอะว่าต้องกิน 24 ชั่วโมงครั้ง ผมก็ปล่อยมันเพราะชีวิตมันไม่มีอะไรแล้ว ไข้ไหม จะเจ็บจะป่วยก็ตัวเราแล้วไง แต่พอคุยเรื่องความฝันความฝัน ชีวิตเราต้องอยู่ ไปอีกก้าวไกลอะ เออ แล้วเราก็ต้องอยู่กับสังคม อยู่กับสิ่งแวดล้อมอะไรที่มัน ที่เราต้องเข้าไปอยู่ในมวลชนอะ เพราะฉะนั้นเราต้องรักษาสุขภาพ เพราะเราต้องอยู่กับยาต้าน ยาต้านสำคัญ เพราะฉะนั้นยาต้านกินตรง ถึงเวลานี้ก็ถึงยาเลย ตอนนั้นชีวิตกู ชีวิตกูคนเดียว เต็มวันนี้บ๊อบ เอ้ย เรามีคนที่ห่วย มีคนห่วยเรา ก็เลยเท่ากับเออ ยาเราเลยกินตรงเป๊ะเลย”

5.3.3 การคิดพิจารณาแนวทางการแก้ปัญหา (Problem Solving)

ทักษะการแก้ปัญหาเป็นกระบวนการที่ช่วยเอื้อให้บุคคลค้นหาวิธีการที่เหมาะสมในการรับมือกับปัญหาหรือเหตุการณ์ตึงเครียดที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวัน ทั้งเกิดขึ้นอย่างกะทันหันหรือเป็นความเครียดเรื้อรัง (D'Zurilla & Nezu, 2010) โดยมีขั้นตอนคือการระบุปัญหา การคิดวิธีการแก้ปัญหาที่เป็นไปได้ทั้งหมด จากนั้นทำการประเมินแต่ละวิธีการแก้ปัญหาที่มีความเหมาะสมที่สุด เลือกริธีการนั้นและลงมือปฏิบัติ จากนั้นกลับมาทบทวนถึงผลลัพธ์ที่ได้แก้ปัญหา

สำหรับในผู้ติดเชื้อเอชไอวีนั้นทักษะการแก้ปัญหามีความสำคัญ เพราะผู้ติดเชื้อต้องเผชิญกับทั้งปัญหาในการดำเนินชีวิตประจำวัน การตัดสินใจต่างๆหรือประเด็นที่เกี่ยวข้องกับปัญหาอุปสรรคในการรับประทานยาต้านไวรัส (Safren et al., 2004) การฝึกการแก้ปัญหาที่เหมาะสมจะช่วยให้ผู้ติดเชื้อสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างดียิ่งขึ้นอีกทั้งเมื่อผู้ติดเชื้ออยู่ร่วมกันเป็นกลุ่ม ผู้ติดเชื้อมีโอกาสช่วยกัน แจกแจงหรือค้นหาวิธีการแก้ปัญหาที่เหมาะสม หรือวิธีการที่ผู้ติดเชื้อเคยใช้และได้ผลมาแลกเปลี่ยนในกลุ่มอีกด้วย

สำหรับกระบวนการที่เกิดขึ้นในกลุ่มครั้งที่ 7 ผู้นำกลุ่มอธิบายถึงลักษณะของวิธีการแก้ปัญหาให้กลุ่มเกิดความเข้าใจแนวทางแก้ปัญหาทั้งทางพฤติกรรมและความคิด พร้อมยกตัวอย่างประกอบในกลุ่มใหญ่ให้สมาชิกได้ลองฝึกคิดวิธีการแก้ไขปัญหาแบบกลุ่มก่อน จากนั้นให้ผู้ติดเชื้อในกลุ่มแลกเปลี่ยนเรื่องราวที่เป็นอุปสรรคหรือความท้าทายในการรับประทานยาต้านไวรัสโดยผู้นำกลุ่มพยายามหยิบยกประเด็นปัญหาที่เกิดขึ้นร่วมกัน สมาชิกในกลุ่มได้ลองฝึกการแก้ปัญหาร่วมกัน ซึ่งประเด็นส่วนใหญ่ที่ผู้ติดเชื้อหยิบยกขึ้นมา ได้แก่ ประเด็นการต้องรับประทานยาในที่สาธารณะและโดนผู้คนรอบข้างมองหรือสงสัยถึงประเภทยาที่รับประทาน ผู้ติดเชื้อมีความรู้สึกลำบากใจ สมาชิกในกลุ่มจึงช่วยกันหาวิธีในการรับมือประเด็นดังกล่าวหลายๆ วิธีเพื่อพิจารณาเลือกริธีการที่มีความเหมาะสมและสามารถทำได้มากที่สุด ดังนี้

Emerald: “อย่างนี้แหละ อมยาไว้ แล้วไปที่ลับตาคน แล้วกินน้ำ”

Diamond: “ใช่ ถ้าเกิดไม่กิน คืออมไว้ แล้วก็กินน้ำตาม อมไว้ก็ได้ ไม่งั้นเราก็ต้องหาวิธีอีก อย่างหนึ่งก็คือ เราต้องหาวิธีออกมา...อาจออกไปหาน้ำกินตามร้านค้า หรือเซเว่น อะไรอย่างเนี่ย กรี๊ดเลย”

Emerald: “ทำแบบพี่ก็ได้ ใส่กล่องคลอเทอะ เหมือนลูกอมอะ”

Pearl: “ก็ไม่ต้องแคร์ ก็กินไปเลย ถ้าถามก็บอกว่าเป็นยานั้นยานี้ไป”

Ruby: “ถามตรงนั้นก็จบตรงนั้นเลย ถ้าเกิดเราหลบกินนะ เป็นความคิดที่ตึ้นะ แต่ยิ่งแอบเขายังอยากรู้ จำได้ไหมอาทิตย์ที่แล้วที่ Jet บอกอะ ถามตรงนั้นก็จบตรงนั้นเลย ก็ตอบว่ากินยานู่นยานี่ไป”

สมาชิกในกลุ่มชวนดูวิธีการต่างๆและช่วยกันประเมินวิธีการแก้ปัญหาว่าอันไหนเหมาะสม แต่ตัวสมาชิกยังเกิดความรู้สึกรำคาญใจเวลาที่คนมอง เพราะคิดว่าเขาสงสัยว่าตนเองไม่สบายแน่ๆ

ผู้นำกลุ่ม: “เหมือนกับรู้ว่าคิดไปเองว่าแบบ เขาต้องสงสัยแน่เลย ตรงนี้มันเป็นแบบนี้ เรารับมือกับมันยังไงดีละ บางทีเขาอาจจะมองอย่างอื่นก็ได้ไง คือมองด้วยวิธีอื่น คือมองแบบมองเฉยๆ มองผ่านก็ได้ แต่เหมือนเรากังวลไปแล้วตรงนี้จะช่วยลดยังไงได้บ้าง Ruby มีแนวทางอะไรเพิ่มเติมไหม?”

Ruby: “ก็นั่นแหละ ก็อย่างที่บอกว่า คนมอง เราก็คิดไปว่า มึงจะมองก็มอง อะไรอย่างเนี่ย คือเขาอาจจะมองตรงอื่นเราก็ได้ ไม่ได้โพกัสมองมาที่เราว่ากินอะไรอะไรอย่างเนี่ย”

ประเด็นหลักที่สมาชิกมักหยิบยกคือเกี่ยวกับผลข้างเคียงของยาที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย อาทิ ไขมันย้ายไปที่สะสมที่หลังคอ หรือหน้าอก การมีหัวใจเวียนศีรษะ โดยผู้ติดเชื้อคนหนึ่งแชร์ว่าไขมันย้ายไปที่สะสมที่หน้าอก จากที่เป็นกล้ามเนื้อหน้าอกกลายเป็นหน้าอกคล้ายของผู้หญิง และคนรอบข้างมักมาขอมาจับดู เกิดความรู้สึกอับอายเป็นอย่างมาก สมาชิกในกลุ่มและตัวผู้ติดเชื้อช่วยกันคิดหาวิธีทั้งการผ่าตัดหรือการใส่เสื้อผ้าหนาเพื่อบดบังหน้าอกของตนเอง และปรับเปลี่ยนมุมมองทางความคิดและโยนไปยังเป้าหมายชีวิตที่ตั้งใจไว้ โดยสมาชิกพยายามยอมรับกับผลข้างเคียงตรงนั้นว่ามันเป็นส่วนหนึ่งของร่างกายตนเอง

เมื่อสมาชิกฝึกเป็นกลุ่มแล้ว ผู้นำกลุ่มให้สมาชิกแบ่งทีมและนำสิ่งที่ได้ฝึกเป็นกลุ่มมาลองหาวิธีแก้ปัญหาเกี่ยวกับยาด้านไวรัสแบบทีม ซึ่งประเด็นผลข้างเคียงของยาเป็นหัวข้อหลักที่สมาชิกเลือกหาวิธีร่วมกัน โดยในกลุ่มหนึ่งระบุความรู้สึกเบื่อยาด้านไวรัส เพราะยาทำให้รู้สึกร้อนระอุอยู่ภายใน รู้สึกหงุดหงิดรำคาญใจ สมาชิกแลกเปลี่ยนวิธีการรับมือทางพฤติกรรมคือ การลดผลของยาโดยการรับประทานยาช่วงใกล้ช่วงนอนหลับ การดูภาพยนตร์หรือคลิปจาก Youtube เพื่อเบี่ยงเบนความสนใจ การดื่มน้ำในปริมาณมาก และในทางความคิดก็คือที่ร่างกายร้อนเพราะยามันกำลังสู้กับไวรัส “มันทำงานแทนเรา” “มันเหนื่อยแทนเรา”

จากองค์ประกอบทั้งสองด้านที่ผู้ติดเชื้อในกลุ่มการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแนวปัญญาพฤติกรรมนิยมจะมีโอกาสได้ฝึกทักษะผ่านกระบวนการกลุ่ม ทั้งการทบทวนเป้าหมายชีวิต และความสัมพันธ์ของเป้าหมายชีวิตและการรับประทานยาด้านไวรัส การได้ซึ่งดวงประโยชน์และอุปสรรคของพฤติกรรมมารับประทานยา มีการให้ความรู้ทางจิตวิทยาเกี่ยวกับวิธีการแก้ปัญหาพฤติกรรม

รับประทานยาต้านไวรัสและฝึกแก้ปัญหาทั้งในรูปแบบกลุ่มและทีมย่อย จึงมีความเป็นไปได้ที่ผู้ติดเชื้อจะมีระดับความร่วมมือในการรับประทานยาต้านไวรัสที่สม่ำเสมอยิ่งขึ้นจากคะแนนความร่วมมือในการรับประทานยาต้านไวรัสแบบ VAS ที่สูงขึ้นในกลุ่มทดลอง

ทั้งนี้สำหรับตลอดระยะเวลาในการดำเนินกลุ่มการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแนวปัญญาพฤติกรรมนิยมที่มีศิลปะเป็นสื่อ สมาชิกในกลุ่มมีการตระหนักรู้ถึงประโยชน์และความสำคัญของยาต้านไวรัส พยายามรับมือกับปัญหาและอุปสรรคในการรับประทานยาต้านไวรัส ทั้งยังมีเครื่องมือเครื่องมือในการรับมือกับภาวะซึมเศร้าจากการรับมือกับความคิดทางลบ สมาชิกบางคนเปรียบเทียบว่าความคิดลบๆ ที่มันติดค้างเหมือนเสาเหล็กที่ทิ่มแทงจิตใจ จากการทำกลุ่มเหมือนเป็นการช่วยขุดถอนเสาความคิดดังกล่าวได้มากขึ้นหรือมีอิทธิพลน้อยลงกว่าเดิม และจากในการสรุปวอยอดองค์ความรู้ที่ได้รับการจากเข้ากลุ่มการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแนวปัญญาพฤติกรรมนิยม ผ่านการวาดภาพรูปตนเองและสิ่งที่ได้สื่อเป็นสัญลักษณ์ตามอิสระ ซึ่งสมาชิกรายหนึ่งวาดภาพรูปตัวเองใส่เสื้อผ้าสวยงามและภาพสื่อเป็นถนน 2 ทาง ทางหนึ่งมุ่งไปสู่ความคิดลบและอีกทางเป็นความคิดบวก โดยตนเองนั้นชี้ไปทางถนนความคิดบวก ระบุว่าตนเองค้นพบว่าตนเองในอดีตเคยคิดแต่มุมลบๆ มองแต่ในแง่ร้าย แต่ในกลุ่มนี้ทำให้ได้รู้จักกับแง่มุมความคิดทางบวกมากยิ่งขึ้น ซึ่งเป็นอีกทางที่ตนเองไม่เคยตระหนักมาก่อนนั่นเอง ดังภาพที่ 25



ภาพที่ 25 ภาพวาดสิ่งที่ได้เรียนรู้ในกลุ่มการปรึกษาเชิงจิตวิทยา

ส่วนที่ 3 การใช้ศิลปะเป็นสื่อ (Art as a Medium)

ศิลปะมีความเหมาะสมในการนำมาใช้เป็นสื่อในการศึกษาเชิงจิตวิทยาแนวปัญญาพฤติกรรมนิยม เนื่องจากทั้งตัวศิลปะและการศึกษาแนวปัญญาพฤติกรรมนิยมเน้นการร่วมลงมือปฏิบัติ (Rosum & Malchiodi, 2003) สำหรับในกลุ่มการศึกษาเชิงจิตวิทยาแนวปัญญาพฤติกรรมนิยมที่มีศิลปะเป็นสื่อ ตามแนวทางของ Gladding and Newsome (2003) ศิลปะที่ใช้เป็นสื่อจะเน้นที่การวาดภาพและระบายสี เป็นหลัก หรือรูปภาพมาประยุกต์ใช้ในกลุ่ม ซึ่งกิจกรรมการวาดภาพระบายสีนั้นจะสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของโปรแกรมกลุ่มการศึกษาเชิงจิตวิทยาแนวปัญญาพฤติกรรมนิยมตามแต่ละครั้งของการศึกษา เพื่อเน้นการลดภาวะซึมเศร้าและส่งเสริมระดับความร่วมมือในการรับประทานยาต้านไวรัสในผู้ติดเชื้อเอชไอวีชายรักชาย

จากการอภิปรายผลของภาวะซึมเศร้าและระดับความร่วมมือในการรับประทานยาต้านไวรัสในผู้ติดเชื้อเอชไอวีชายรักชาย จะพบว่าศิลปะเข้ามามีบทบาทในกลุ่มโดยช่วยให้ผู้ติดเชื้อได้เปิดเผยมุมมองความคิดผ่านการวาดภาพซึ่งสื่อออกมาได้อย่างอิสระและปลอดภัย (Rubin, 2005) เนื่องจากการติดเชื้อเอชไอวีเป็นภาวะที่ส่งผลกระทบต่อจิตใจดังนั้นการเปิดเผยเรื่องราวผ่านภาพวาดนั้นจะช่วยเอื้ออำนวยการบอกเล่าสิ่งต่างๆได้มากยิ่งขึ้น (Rao et al., 2009)

อีกทั้งในการวาดภาพถึงความคิดต่างๆที่เกิดขึ้นนั้น ผู้ติดเชื้อในกลุ่มยังได้สำรวจถึงความคิดความรู้สึกต่างๆในจิตใจที่ละเอียดและลึกซึ้งยิ่งขึ้น ประกอบกับในขณะที่ได้ลงมือวาดภาพและเลือกใช้สีสันท่างๆในการสื่อถึงออกมา สมาชิกในกลุ่มได้กลับมาใคร่ครวญ และทบทวนถึงความคิด ความรู้สึกที่เกิดขึ้นนั้นอีกครั้งซึ่งจะช่วยให้ความคิดที่เกิดขึ้นหรือสิ่งที่ได้ทบทวนชัดเจนเป็นรูปธรรมยิ่งขึ้น (Gladding & Newsome, 2003) ตามตัวอย่างการจดบันทึกมุมมองของสมาชิกต่อการวาดภาพว่าเป็นการสื่อความคิด ความรู้สึกที่อาจจะไม่กล้าบอกใครหรืออธิบายเป็นคำพูดได้ลำบาก

Diamond: “ได้สื่อถึงความคิด อารมณ์ความรู้สึกและได้ย้อนกลับไปทบทวนเรื่องราวที่เกิดขึ้นในอดีตและนำมาแก้ไขในปัจจุบัน”

Pearl: “ได้ระบายความรู้สึก ความคิดและเหตุการณ์ของเราที่เราไม่กล้าบอกใครและอาจจะอธิบายเป็นคำพูดไม่ได้ หรือแม้ว่าเราจะเป็นคนวาดไม่เก่งแต่อย่างน้อยเรายังสื่ออารมณ์และความรู้สึกผ่านการใช้สีได้อีกด้วย”

ข้อจำกัด

1. ข้อจำกัดของกลุ่มการศึกษาเชิงจิตวิทยาแนวปัญญาพฤติกรรมนิยมที่มีศิลปะเป็นสื่อ เพื่อลดภาวะซึมเศร้าและส่งเสริมระดับความร่วมมือในการรับประทานยาต้านไวรัสในผู้ติดเชื้อเอชไอวีชายรักชาย คือเนื่องด้วยการวัดผลระดับความร่วมมือในการรับประทานยาต้านไวรัส ผู้วิจัยสามารถ

เลือกใช้วิธีการวัดแบบทางอ้อม (Indirect measure) คือการทำแบบสอบถามหรือแบบวัดประเมินพฤติกรรมตัวเองได้เพียงประเภทเดียว ซึ่งผู้วิจัยไม่สามารถเลือกใช้วิธีการวัดทางตรง (Direct measure) มาร่วมในการวัดผลการเปลี่ยนแปลงของตัวแปรดังกล่าวได้

2. เนื่องด้วยงานวิจัยชิ้นนี้มุ่งเปรียบเทียบผลของกลุ่มการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแนวปัญญาพฤติกรรมนิยมที่ใช้ศิลปะเข้ามาเป็นสื่อต่อตัวแปรตามที่ศึกษา แต่อย่างไรก็ตามผลการศึกษาอาจไม่สามารถจำแนกได้ว่าผลจากงานวิจัยนั้นเกิดขึ้นจากการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแนวปัญญาพฤติกรรมนิยมหรือมาจากการใช้ศิลปะเป็นสื่อ

ข้อเสนอแนะในการวิจัยในครั้งต่อไป

1. ในการเอื้อประโยชน์ให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีเข้าสู่การวิจัยได้นั้นการดำเนินการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแนวปัญญาพฤติกรรมนิยมแบบรายบุคคล (Individual Counseling) อาจมีความเหมาะสมสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ยังปกปิดสถานะผลเลือดของตน หรือยังไม่พร้อมที่จะเปิดเผยการติดเชื้อต่อผู้อื่นในระดับกลุ่ม หรือสำหรับผู้ติดเชื้อที่ไม่สะดวกในการเข้ากลุ่มการปรึกษาทางจิตวิทยาแบบต่อเนื่องรายสัปดาห์อาจเลือกพิจารณากลุ่มการปรึกษาเชิงจิตวิทยาในวันหยุดสุดสัปดาห์หรือกลุ่มมาราธอน เป็นต้น

2. งานวิจัยชิ้นนี้ศึกษาผู้ติดเชื้อชายรักชายที่มีระยะเวลาในการติดเชื้อและทานยาต้านไวรัสที่แตกต่างกันรวมทั้งในช่วงอายุที่หลากหลายซึ่ง ช่วงวัยที่แตกต่างกันอาจเผชิญกับปัญหาและอุปสรรคในการรับประทานยาต้านไวรัสที่แตกต่างกันทั้งความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส การเห็นคุณค่าในตนเอง วุฒิภาวะ การปฏิเสธและความกลัวของการติดเชื้อเอชไอวี ความรู้สึกเบื่อหน่ายและผลข้างเคียงของยาต้านไวรัส (Ammassari et al., 2002; Udomkhamasuk, Fongkaew, Grimes, Viseskul, & Kasatpibal, 2014) แม้ผลการวิจัยเบื้องต้นนี้จะแสดงถึงประโยชน์ของโปรแกรมกลุ่มการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแนวปัญญาพฤติกรรมนิยมในการลดภาวะซึมเศร้าและเพิ่มความร่วมมือในการรับประทานยาต้านไวรัสโดยรวม แต่ในอนาคตอาจเจาะจงพัฒนาเลือกทำการศึกษาวิจัยผู้ติดเชื้อเฉพาะกลุ่ม เช่น กลุ่มผู้ติดเชื้อที่เพิ่งเริ่มต้นรับประทานยาต้านไวรัส (วัยรุ่น) กลุ่มผู้ติดเชื้อที่รับประทานมานานกว่า 10 ปี (ผู้สูงอายุ) ซึ่งอาจพบประเด็นปัญหาในการจัดการปัญหาที่เกี่ยวข้องต่างไป เป็นต้น

3. การศึกษาวิจัยในอนาคตอาจศึกษาเปรียบเทียบเป็น 3 กลุ่ม คือผลของกลุ่มการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแนวปัญญาพฤติกรรมนิยมที่มีศิลปะเป็นสื่อต่อตัวแปรตามที่ศึกษา เทียบกับผลของกลุ่มการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแนวปัญญาพฤติกรรมนิยม และกลุ่มควบคุม

4. ในการวัดระดับความร่วมมือในการรับประทานยาต้านไวรัส (Adherence) อาจพิจารณาเลือกรูปแบบการวัดอื่น เช่น แบบวัด Patient Medication Adherence questionnaire (PMAQ), การนับยา (Pill Counts) หรือวิธีการวัดทางพฤติกรรมที่เป็นรูปธรรมยิ่งขึ้น อีกทั้งยังพบว่า มีองค์ประกอบอื่นที่เกี่ยวข้องซึ่งควรทำการศึกษาเพิ่มเติม คือความคิดและความเชื่อที่เกี่ยวข้องกับโรคและการรักษา (Health Belief) ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีก่อนและหลังการดำเนินกลุ่มการปรึกษาเชิงจิตวิทยา เพื่อให้การดำเนินกิจกรรมในแต่ละครั้งของการปรึกษามีความลึกซึ้งและเจาะจงกับมุมมองความคิดเกี่ยวกับโรคและการรักษาของกลุ่มสมาชิกยิ่งขึ้น และอาจเป็นชี้ถึงประสิทธิผลของกลุ่มการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแนวปัญญาพฤติกรรมนิยมอีกด้วย (Gao, Nau, Rosenbluth, Scott & Woodward, 2000)

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. นักจิตวิทยา นักจิตบำบัดหรือจิตแพทย์ ตามโรงพยาบาลหรือองค์กรเอกชนเพื่อสาธารณประโยชน์ (NGO) ในการช่วยเหลือผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีการฝึกการดำเนินกลุ่มแนวปัญญาพฤติกรรมนิยม สามารถนำโปรแกรมกลุ่มการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแนวปัญญาพฤติกรรมนิยมที่มีศิลปะเป็นสื่อ ไปปรับและประยุกต์ใช้ในการทำกลุ่มการปรึกษาหรือจิตบำบัด ในกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีต่อไป

2. อาสาสมัครหรือผู้อยู่ในหน่วยงานดูแลและสนับสนุนหลังการตรวจเชื้อเอชไอวี ทั้งในโรงพยาบาลองค์กรเอกชนเพื่อสาธารณประโยชน์ (NGO) ในการช่วยเหลือผู้ติดเชื้อเอชไอวี สามารถนำองค์ความรู้ในงานวิจัยไปใช้เป็นแนวทางในการให้ความรู้หรือเป็นคู่มือในการดูแลจิตใจและส่งเสริมการรับประทานยาต้านไวรัสในระดับเบื้องต้น ในวันนัดหมายการรับยาต้านไวรัส หรือวันนัดพบรวมกันของกลุ่มผู้ติดเชื้อ ผ่านการให้ความรู้ การหากิจกรรมกระตุ้นอารมณ์บวก การหาความคิดที่ช่วยเติมพลังใจ การช่วยกันคิดหาทางแก้ปัญหาการรับประทานยาต้านไวรัส เพื่อช่วยให้ผู้ติดเชื้อมีแนวทางในการรับมือกับภาวะซึมเศร้าและส่งเสริมระดับความร่วมมือในการรับประทานยาต้านไวรัสในรูปแบบการส่งเสริมป้องกัน

รายการอ้างอิง

ภาษาไทย

- กมลรัตน์ อินธิศักดิ์. (2551). ความร่วมมือในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์อย่างต่อเนื่องของ ผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่ติดเชื้อเอชไอวี. วารสารเภสัชศาสตร์อีสาน, 4(1), 34-41.
- กองโรคเอดส์. (2541). การคาดประมาณผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยโรคเอดส์ในประเทศไทย. กรุงเทพมหานคร: เจ เอส การพิมพ์
- จตุพร พรสัมฤทธิ์. (2554). ผลของโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้แบบกลุ่มต่อภาวะซึมเศร้าในสตรีวัยใกล้หมดประจำเดือน. (วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาล ศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย).
- จวีร์รัตน์ นิลจันทิก. (2553). ความหมายในชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ : การศึกษาเชิงคุณภาพแบบ ที่มิวิจัยเห็นชอบร่วมกัน วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต คณะจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย
- ณภัทรวรรต บัวทอง. (2551). ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้าและปัจจัยร่วมในระดับบุคคลต่อ ความร่วมมือในการรับประทานยาต้านไวรัสของผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่ติดเชื้อเอชไอวี ณ โรงพยาบาล จุฬาลงกรณ์. (วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาเวชศาสตร์ชุมชน ภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย).
- ณัฐสุดา เต้พันธุ์. (2554). Group cognitive behavior therapy เอกสารประกอบการเรียนวิชา ทฤษฎีและการปฏิบัติ การปรึกษาเชิงจิตวิทยาและจิตบำบัดแบบกลุ่ม คณะจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ดวงใจ กสานติกุล. (2542). โรคซึมเศร้าและโรคอารมณ์ผิดปกติ รักษาหายได้. กรุงเทพมหานคร นำ อักษรการพิมพ์.
- ธิดารัตน์ สุจิตธรรม. (2553). การวัดความร่วมมือและปัจจัยที่มีผลต่อความร่วมมือในการใช้ยาต้าน ไวรัสเอดส์ในผู้ป่วยที่ติดเชื้อเอชไอวีและและผู้ป่วยเอดส์ ณ โรงพยาบาลตากสิน. (วิทยานิพนธ์ วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาเภสัชศาสตร์สังคมและบริหาร ภาควิชาเภสัชศาสตร์สังคม และบริหาร คณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย).
- นิตยา ภาณุภาค. (2555). ชายรักชายใน กทม. กับการสู่เป้าหมายที่เป็นศูนย์ (Test & Treat in Bangkok MSM) การเสวนาครั้งที่ 1: สู่เป้าหมายที่เป็นศูนย์ (Getting to Zero)
- บัลลังก์ เหลืองวรานันท์. (2553). ความไว้วางใจของผู้ติดเชื้อเอชไอวีต่อแพทย์ผู้รักษา : การศึกษาเชิง คุณภาพ. (วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต คณะจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย).

- ประพันธ์ ภาณุภาค. (2556). สถานการณ์ของโรคเอดส์ในปัจจุบัน HIV-NAT Thailand.
- ประพันธ์ ภาณุภาค. (2557). ชาวบ้านขับไล่ผู้ป่วยเอดส์ Retrieved 25 กรกฎาคม, 2559, from www.redcross.or.th/article/43311
- พจนานุกรม ฉบับราชบัณฑิตยสถาน. (2542). ศิลปะ. Retrieved 14 มีนาคม 2557, from <http://rirs3.royin.go.th/new-search/word-search-all-x.asp>
- เวิร์ลด์เมดิค. (ไม่ระบุปีที่พิมพ์). เอดส์. Retrieved 1 ธันวาคม 2556, from <http://www.helpaids.worldmedic.com/datacenter.htm>
- สภากาชาดไทย. (2556). ไม่ติด ไม่ตาย ไม่ตีตรา 1 ธันวาคม 2556 from https://www.redcross.or.th/sites/default/ebook/trcsnewsletter1423_15-11-57.pdf
- สมาคมโรคเอดส์แห่งประเทศไทย. (2553). แนวทางการตรวจวินิจฉัยและการดูแลรักษาผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ระดับชาติ กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทยจำกัด
- สำนักโรคเอดส์ วัณโรคและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์. (2556). วันเอดส์โลก. Retrieved 15 ธันวาคม 2556 from <http://www.aidsstithai.org/contents/download/579>
- เสาวนีย์ อินทรเนตร. (2551). การศึกษาการใช้การบำบัดความคิดและพฤติกรรมแบบกลุ่มต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยเอดส์ที่เป็นโรคซึมเศร้าที่เข้ารับโครงการยาต้านไวรัส โรงพยาบาลชะอำ จังหวัดเพชรบุรี. (โครงการศึกษาอิสระพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย).
- อนุพันธ์ พลกษ์พันธ์จี. (2553). หนังสือรวมบทความการประชุมวิชาการศิลปะบำบัด : ในสถานะไร้พรหมแดน. Paper presented at the ความเข้าใจในศิลปะบำบัดในแนวทางมนุษยปรัชญา, ประเทศไทย
- อิสริย์ฐิกา ชัยสวัสดิ์. (2553). ความสัมพันธ์ระหว่างการบำบัดความคิดและพฤติกรรม และการเปลี่ยนแปลงของภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยที่ติดเชื้อเอชไอวี ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์. (วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาเวชศาสตร์ ภาควิชาเวชศาสตร์ ป้องกันและสังคม คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย).

ภาษาอังกฤษ

- Abramson, L. Y., Alloy, L. B., & Hogan, M. E. (1997). Cognitive/personality subtypes of depression: Theories in search of disorders. *Cognitive Therapy and Research*, 21(3), 247-265. American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and*

statistical manual of mental disorders (4 ed.). Arlington, VA: American Psychiatry Association

- Ammassari, A., Trotta, M. P., Murri, R., Castelli, F., Narciso, P., Noto, P., . . . Antinori, A. (2002). Correlates and predictors of adherence to highly active antiretroviral therapy: Overview of published literature. *JAIDS Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, *31*, S123-S127.
- Apinundecha, C., Laohasiriwong, W., Cameron, M. P., & Lim, S. (2007). A community participation intervention to reduce HIV/AIDS stigma, Nakhon Ratchasima province, northeast Thailand. *AIDS care*, *19*(9), 1157-1165. doi: 10.1080/09540120701335204
- Arnsten, J. H., Demas, P. A., Farzadegan, H., Grant, R. W., Gourevitch, M. N., Chang, C.-J., . . . Schoenbaum, E. E. (2001). Antiretroviral therapy adherence and viral suppression in HIV-infected drug users: Comparison of self-report and electronic monitoring. *Clinical infectious diseases*, *33*(8), 1417-1423.
- Bada, B. V., Balogun, S. K., & Adejuwon, G. (2013). Psychological factors predicting psychological well-being among spouses of Incarcerated males in Ibadan, Nigeria. *Health Care*, *1*(3), 76-82.
- Beck, A., Rush, A., Shaw, B., & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York, NY: Guildford Press.
- Beck, A. T. (2005). The current state of cognitive therapy: A 40-year retrospective. *Archives of General Psychiatry*, *62*(9), 953-959.
- Beck, J. S. (1995). *Cognitive behavior therapy: Basics and beyond*. New York, NY: Guilford Press.
- Berger, B. E., Ferrans, C. E., & Lashley, F. R. (2001). Measuring stigma in people with HIV: Psychometric assessment of the HIV stigma scale. *Research in nursing & health*, *24*(6), 518-529.
- Berger, S., Schad, T., von Wyl, V., Ehlert, U., Zellweger, C., Furrer, H., . . . Battegay, M. (2008). Effects of cognitive behavioral stress management on HIV-1 RNA, CD4 cell counts and psychosocial parameters of HIV-infected persons. *Aids*, *22*(6), 767-775.

- Björgvinsson, T., Kertz, S. J., Bigda-Peyton, J. S., McCoy, K. L., & Aderka, I. M. (2013). Psychometric properties of the CES-D-10 in a psychiatric sample. *Assessment, 20*(4), 429-436.
- Boos, D. D., & Hughes-Oliver, J. M. (2000). How Large Does n Have to be for Z and t Intervals? *The American Statistician, 54*(2), 121-128.
- Butler, A. C., Chapman, J. E., Forman, E. M., & Beck, A. T. (2006). The empirical status of cognitive-behavioral therapy: a review of meta-analyses. *Clinical psychology review, 26*(1), 17-31.
- Canadian Mental Health Association. (2011). *Tips for preventing relapse of depression* Retrieved from <http://www.heretohelp.bc.ca/sites/default/files/preventing-relapse-of-depression.pdf>
- Carrico, A. W., Antoni, M. H., Durán, R. E., Ironson, G., Penedo, F., Fletcher, M. A., . . . Schneiderman, N. (2006). Reductions in depressed mood and denial coping during cognitive behavioral stress management with HIV-positive gay men treated with HAART. *Annals of Behavioral Medicine, 31*(2), 155-164.
- Case, C., & Dalley, T. (2005). *The handbook of art therapy*. New York, NY: Routledge.
- Center for Clinical Intervention. (2008). Back from the bluez: Coping with depression <http://www.cci.health.wa.gov.au/resources/consumers.cfm>
- Chan, I., Kong, P., Leung, P., Au, A., Li, P., Chung, R., . . . Yu, P. (2005). Cognitive-behavioral group program for Chinese heterosexual HIV-infected men in Hong Kong. *Patient education and counseling, 56*(1), 78-84.
- Chellingsworth, M., Farrand, P., & Small, F. (2013). *Relapse Prevention: Toolkit recovery guide* Retrieved from https://cedar.exeter.ac.uk/media/universityofexeter/schoolofpsychology/cedar/documents/Relapse_Prevention_website.pdf
- Choi, B. C., & Pak, A. W. (2005). A catalog of biases in questionnaires. *Prev Chronic Dis, 2*(1), 1-13.
- Ciesla, J. A., & Roberts, J. E. (2001). Meta-analysis of the relationship between HIV infection and risk for depressive disorders. *American Journal of Psychiatry, 158*(5), 725-730.

- Clore, J., & Gaynor, S. (2006). Self-statement modification techniques for distressed college students with low self-esteem and depressive symptoms. *International Journal of Behavioral Consultation and Therapy, 2*(3), 314-331.
- Corey, G. (2008). *Theory and practice of group counseling* (8th ed.). Belmont, CA: Cengage Learning.
- Corey, G. (2009). *Cognitive behavior therapy* (8th ed.). Belmont, CA: Thomson Brooks/Cole
- Costa, P. T., & McCrae, R. R. (1992). Four ways five factors are basic. *Personality and individual differences, 13*(6), 653-665.
- Crepaz, N., Passin, W. F., Herbst, J. H., Rama, S. M., Malow, R. M., Purcell, D. W., & Wolitski, R. J. (2008). Meta-analysis of cognitive-behavioral interventions on HIV-positive persons' mental health and immune functioning. *Health Psychology, 27*(1), 4-14.
- D'Zurilla, T. J., & Nezu, A. M. (2010). Problem-solving therapy. *Handbook of cognitive-behavioral therapies, 3*, 197-225.
- DeRubeis, R. J., & Feeley, M. (1990). Determinants of change in cognitive therapy for depression. *Cognitive Therapy and Research, 14*(5), 469-482.
- Donker, T., Griffiths, K. M., Cuijpers, P., & Christensen, H. (2009). Psychoeducation for depression, anxiety and psychological distress: a meta-analysis. *BMC medicine, 7*(79).
- Duong, M., Piroth, L., Peytavin, G., Forte, F., Kohli, E., Grappin, M., . . . Portier, H. (2001). Value of patient self-report and plasma human immunodeficiency virus protease inhibitor level as markers of adherence to antiretroviral therapy: relationship to virologic response. *Clinical infectious diseases, 33*(3), 386-392.
- Duran, S., Spire, B., Raffi, F., Walter, V., Bouhour, D., Journot, V., . . . Moatti, J.-P. (2001). Self-reported symptoms after initiation of a protease inhibitor in HIV-infected patients and their impact on adherence to HAART. *HIV clinical trials, 2*(1), 38-45.
- Edwards, G. M. (1993). Art therapy with HIV-positive patients: Hardiness, creativity and meaning. *The Arts in psychotherapy, 20*(4), 325-333.

- Evans, D. L., Ten Have, T. R., Douglas, S. D., Gettes, D. R., Morrison, M., Chiappini, M. S., . . . Wang, Y. L. (2002). Association of depression with viral load, CD8 T lymphocytes, and natural killer cells in women with HIV infection. *American Journal of Psychiatry*, *159*(10), 1752-1759.
- Froggatt, W. (2005). A brief introduction to rational emotive behaviour therapy. *Journal of Rational-Emotive and Cognitive Behaviour Therapy*, *3*(1), 1-15.
- Gao, X., Nau, D., Rosenbluth, S., Scott, V., & Woodward, C. (2000). The relationship of disease severity, health beliefs and medication adherence among HIV patients. *AIDS care*, *12*(4), 387-398.
- Gawrysiak, M., Nicholas, C., & Hopko, D. R. (2009). Behavioral activation for moderately depressed university students: Randomized controlled trial. *Journal of Counseling Psychology*, *56*(3), 468-475.
- Geffen, N. (2013). World Health Organization guidelines should not change the CD4 count threshold for antiretroviral therapy initiation. *Southern African Journal of HIV Medicine*, *14*(1), 6-7.
- George, D., & Mallery, M. (2003). *Using SPSS for Windows step by step: a simple guide and reference*. Boston, MA: Allyn & Bacon.
- Giordano, T. P., Guzman, D., Clark, R., Charlebois, E. D., & Bangsberg, D. R. (2004). Measuring adherence to antiretroviral therapy in a diverse population using a visual analogue scale. *HIV clinical trials*, *5*(2), 74-79.
- Gladding, S. T., & Newsome, D. W. (2003). Art in counseling. In C. A. Malchiodi (Ed.), *Handbook of art therapy* (pp. 72-81). New York, NY: Guilford Press.
- Golin, C. E., Liu, H., Hays, R. D., Miller, L. G., Beck, C. K., Ickovics, J., . . . Wenger, N. S. (2002). A prospective study of predictors of adherence to combination antiretroviral medication. *Journal of general internal medicine*, *17*(10), 756-765.
- Grant, A., Mills, J., Mulhern, R., & Short, N. (2004). *Cognitive behavior therapy in mental health care*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Hair, J. F., Black, W. C., Babin, B. J., & Anderson, R. E. (2010). *Multivariate data analysis* (7th ed.). New York, NY: Prentice Hall.

- Health Resources and Services Administration (HRSA). (2011). *Guide for HIV/AIDS clinical care*
- Himmelhoch, S., Medoff, D. R., & Oyeniya, G. (2007). Efficacy of group psychotherapy to reduce depressive symptoms among HIV-infected individuals: a systematic review and meta-analysis. *AIDS patient care and STDs*, 21(10), 732-739.
- Ho, P. M., Magid, D. J., Shetterly, S. M., Olson, K. L., Maddox, T. M., Peterson, P. N., . . . Rumsfeld, J. S. (2008). Medication nonadherence is associated with a broad range of adverse outcomes in patients with coronary artery disease. *American heart journal*, 155(4), 772-779.
- Ickovics, J. R., & Meisler, A. W. (1997). Adherence in AIDS clinical trials: A framework for clinical research and clinical care. *Journal of clinical epidemiology*, 50(4), 385-391.
- Jacobson, N. S., Martell, C. R., & Dimidjian, S. (2001). Behavioral activation treatment for depression: Returning to contextual roots. *Clinical Psychology: science and practice*, 8(3), 255-270.
- Jamal, A., & Kordi, M. (2006). *The efficacy of CBT and music therapy on the depression of university students: Comparing two approaches*. Paper presented at the The 1st National Congress of Art Therapy in Iran Tehran, Persian.
- Kelly, J. A., Murphy, D. A., Bahr, G. R., Kalichman, S. C., Morgan, M. G., Stevenson, L. Y., . . . Bernstein, B. M. (1993). Outcome of cognitive-behavioral and support group brief therapies for depressed, HIV-infected persons. *Am J Psychiatry*, 150(11), 1679-1686.
- Kingdon, D., & Dimech, A. (2008). Cognitive and behavioural therapies: The state of the art. *Psychiatry*, 7(5), 217-220.
- Korb-Savoldelli, V., Gillaizeau, F., Pouchot, J., Lenain, E., Postel-Vinay, N., Plouin, P. F., . . . Sabatier, B. (2012). Validation of a French Version of the 8-Item Morisky Medication Adherence Scale in Hypertensive Adults. *The Journal of Clinical Hypertension*, 14(7), 429-434.

- Lechner, S. C., Antoni, M. H., Lydston, D., LaPerriere, A., Ishii, M., Devieux, J., . . . Brondolo, E. (2003). Cognitive-behavioral interventions improve quality of life in women with AIDS. *Journal of psychosomatic research, 54*(3), 253-261.
- Leech, N. L., Barrett, K. C., & Morgan, G. A. (2005). *SPSS for intermediate statistics: Use and interpretation*. Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Leibowitz-Levy, S. (2005). The role of brief-term interventions with South African child trauma survivors. *Journal of Psychology in Africa, 15*(2), 155-163.
- Leserman, J., Ironson, G., O'Cleirigh, C., Fordiani, J. M., & Balbin, E. (2008). Stressful life events and adherence in HIV. *AIDS patient care and STDs, 22*(5), 403-411.
- Liamputtong, P., Haritavorn, N., & Kiatying-Angsulee, N. (2009). HIV and AIDS, stigma and AIDS support groups: Perspectives from women living with HIV and AIDS in central Thailand. *Social Science & Medicine, 69*(6), 862-868.
- Liebmann, M. (2004). *Art therapy for group: A handbook of themes and exercises* (2nd ed.). New York, NY: Brunner Routledge.
- Liu, H., Golin, C. E., Miller, L. G., Hays, R. D., Beck, C. K., Sanandaji, S., . . . Wenger, N. S. (2001). A comparison study of multiple measures of adherence to HIV protease inhibitors. *Annals of internal medicine, 134*(10), 968-977.
- Mak, W. W., Cheung, R. Y., Law, R. W., Woo, J., Li, P. C., & Chung, R. W. (2007). Examining attribution model of self-stigma on social support and psychological well-being among people with HIV+/AIDS. *Social Science & Medicine, 64*(8), 1549-1559.
- Malchiodi, C. A. (2003). *Handbook of art therapy*. New York, NY: Guilford Press
- Malchiodi, C. A. (2005). *Expressive therapies*. New York, NY: Guilford Press.
- Malow, R., Dévieux, J. G., Stein, J. A., Rosenberg, R., Jean-Gilles, M., Attonito, J., . . . Pape, J. W. (2013). Depression, substance abuse and other contextual predictors of adherence to antiretroviral therapy (ART) among Haitians. *AIDS and Behavior, 17*(4), 1221-1230.
- Martinez, J., Harper, G., Carleton, R. A., Hosek, S., Bojan, K., Clum, G., . . . the Adolescent Medicine Trials Network, J. (2012). The impact of stigma on medication adherence among HIV-positive adolescent and young adult

females and the moderating effects of coping and satisfaction with health care. *AIDS patient care and STDs*, 26(2), 108-115.

Mayers, A. (2013). *Introduction to statistics and SPSS in psychology* Retrieved from www.pearsonhighered.com/assets/hip/gb/uploads/Mayers_IntroStatsSPSS_Ch14.pdf

Morisky, D. E., Ang, A., Krousel-Wood, M., & Ward, H. J. (2008). Predictive validity of a medication adherence measure in an outpatient setting. *The Journal of Clinical Hypertension*, 10(5), 348-354.

Morisky, D. E., Green, L. W., & Levine, D. M. (1986). Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence. *Medical care*, 24(1), 67-74.

Nainis, N., Paice, J. A., Ratner, J., Wirth, J. H., Lai, J., & Shott, S. (2006). Relieving symptoms in cancer: Innovative use of art therapy. *Journal of pain and symptom management*, 31(2), 162-169.

National AIDS Trust. (2003). Fact sheet 4.1 HIV/AIDS stigma and discrimination: Gay men. Retrieved November 1, 2014, from www.nat.org.uk/HIV-Facts.aspx

Nemade, R., Reiss, N. S., & Dombeck, M. (2007, September, 19). Psychology of depression - psychodynamic theories. Retrieved December, 2, 2013, from www.mentalhelp.net/poc/view_doc.php?type=doc&id=13003&cn=5

Niemeyer, R. A., & Feixas, G. (1990). The role of homework and skill acquisition in the outcome of group cognitive therapy for depression *Behavior Therapy*, 21(3), 281-292

Nieuwkerk, P. T., & Oort, F. J. (2005). Self-reported adherence to antiretroviral therapy for HIV-1 infection and virologic treatment response: A meta-analysis. *JAIDS Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 38(4), 445-448.

Osterberg, L., & Blaschke, T. (2005). Adherence to medication. *New England Journal of Medicine*, 353(5), 487-497.

Oxford University Press. (n.d.). Art. Retrieved March 13,2014, from <http://www.oxforddictionaries.com/definition/english/art?q=art>

- Parietti, J. J., Verdon, R., Bazin, C., Bouvet, E., Massari, V., & Larouzé, B. (2001). The pills identification test: A tool to assess adherence to antiretroviral therapy. *Jama*, *285*(4), 412-412.
- Parker, R., & Aggleton, P. (2003). HIV and AIDS-related stigma and discrimination: a conceptual framework and implications for action. *Social Science & Medicine*, *57*(1), 13-24.
- Paterson, D. L., Potoski, B., & Capitano, B. (2002). Measurement of adherence to antiretroviral medications. *JAIDS Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, *31*, S103-106.
- Paterson, D. L., Swindells, S., Mohr, J., Brester, M., Vergis, E. N., Squier, C., . . . Singh, N. (2000). Adherence to protease inhibitor therapy and outcomes in patients with HIV infection. *Annals of internal medicine*, *133*(1), 21-30.
- Porter, J. F., Spates, C. R., & Smitham, S. (2004). Behavioral activation group therapy in public mental health settings: A pilot investigation. *Professional Psychology: Research and Practice*, *35*(3), 297-301.
- Pratt, R. J., Robinson, N., Loveday, H. P., Pellowe, C. M., Franks, P. J., Hankins, M., & Loveday, C. (2001). Adherence to antiretroviral therapy: Appropriate use of self-reporting in clinical practice. *HIV clinical trials*, *2*(2), 146-159.
- Protopopescu, C., Raffi, F., Roux, P., Reynes, J., Dellamonica, P., Spire, B., . . . Carrieri, M.-P. (2009). Factors associated with non-adherence to long-term highly active antiretroviral therapy: A 10 year follow-up analysis with correction for the bias induced by missing data. *Journal of Antimicrobial Chemotherapy*, *64*(3), 599-606.
- Rabkin, J. G. (2008). HIV and depression: 2008 review and update. *Current HIV/AIDS Reports*, *5*(4), 163-171.
- Radloff, L. S. (1977). The CES-D scale a self-report depression scale for research in the general population. *Applied psychological measurement*, *1*(3), 385-401.
- Rao, D., Nainis, N., Williams, L., Langner, D., Eisin, A., & Paice, J. (2009). Art therapy for relief of symptoms associated with HIV/AIDS. *AIDS care*, *21*(1), 64-69.

- Ritschel, L. A., Ramirez, C. L., Jones, M., & Craighead, W. E. (2011). Behavioral activation for depressed teens: A pilot study. *Cognitive and Behavioral Practice, 18*(2), 281-299.
- Roberts, J. E., Ciesla, J. A., Direnfeld, D. M., & Hewitt, R. G. (2001). Emotional distress among HIV-positive individuals: The roles of acute negative life events and psychological diatheses. *Personality and individual differences, 30*(2), 241-257.
- Roberts, J. E., & Monroe, S. M. (1994). A multidimensional model of self-esteem in depression. *Clinical psychology review, 14*(3), 161-181.
- Roghanchi, M., Mohamad, A. R., Mey, S. C., Momeni, K. M., & Golmohamadian, M. (2013). The effect of integrating rational emotive behavior therapy and art therapy on self-esteem and resilience. *The Arts in psychotherapy, 40*(2), 179-184.
- Rollnick, S., & Allison, J. (2004). Motivational Interviewing. In N. Heather & T. Stockwell (Eds.), *Handbook of Treatment and Prevention of Alcohol Problems* West Sussex, England: John Wiley & Sons
- Rosum, A. L., & Malchiodi, C. A. (2003). Cognitive-behavioral approaches. In C. A. Malchiodi (Ed.), *Handbook of art therapy* (pp. 72-81). New York, NY: Guilford Press.
- Rubin, J. A. (2005). *Artful therapy*. Hoboken, NJ: John Wiley & Sons.
- Sackett, D. L. (1979). Bias in analytic research. *J Chron Dis, 32*, 51-63.
- 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*(4), 415-424.
- Safren, S. A., O'Cleirigh, C., Tan, J. Y., Raminani, S. R., Reilly, L. C., Otto, M. W., & Mayer, K. H. (2009). A randomized controlled trial of cognitive behavioral therapy for adherence and depression (CBT-AD) in HIV-infected individuals. *Health Psychology, 28*(1), 1-10.
- Safren, S. A., O'Cleirigh, C. M., Bullis, J. R., Otto, M. W., Stein, M. D., & Pollack, M. H. (2012). Cognitive behavioral therapy for adherence and depression (CBT-AD) in HIV-infected injection drug users: A randomized controlled trial. *Journal of consulting and clinical psychology, 80*(3), 404.

- 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*(4), 332-341.
- Safren, S. A., Otto, M. W., Worth, J. L., Salomon, E., Johnson, W., Mayer, K., & Boswell, S. (2001). Two strategies to increase adherence to HIV antiretroviral medication: Life-steps and medication monitoring. *Behaviour research and therapy, 39*(10), 1151-1162.
- Safren, S. A., Radomsky, A. S., Otto, M. W., & Salomon, E. (2002). Predictors of psychological well-being in a diverse sample of HIV-positive patients receiving highly active antiretroviral therapy. *Psychosomatics, 43*(6), 478-485.
- Sakthong, P., Chabunthom, R., & Charoenvisuthiwongs, R. (2009). Psychometric properties of the Thai version of the 8-item Morisky Medication Adherence Scale in patients with type 2 diabetes. *Annals of Pharmacotherapy, 43*(5), 950-957.
- Samet, J. H., Horton, N. J., Meli, S., Freedberg, K. A., & Palepu, A. (2004). Alcohol consumption and antiretroviral adherence among HIV-infected persons with alcohol problems. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research, 28*(4), 572-577.
- Sato, A. (2011). *Integrating morita therapy and art therapy: An analysis*. Seattle, WA: Antioch University.
- Skinner, V., & Wrycraft, N. (2014). *CBT fundamentals: Theory and cases*. New York, NY: McGraw-Hill Education.
- Snarski, M., Scogin, F., DiNapoli, E., Presnell, A., McAlpine, J., & Marcinak, J. (2011). The effects of behavioral activation therapy with inpatient geriatric psychiatry patients. *Behavior Therapy, 42*(1), 100-108.
- Spies, G., Asmal, L., & Seedat, S. (2013). Cognitive-behavioural interventions for mood and anxiety disorders in HIV: A systematic review. *Journal of affective disorders, 150*(2), 171-180.
- Teasdale, J. D., & Fennell, M. J. (1982). Immediate effects on depression of cognitive therapy interventions. *Cognitive Therapy and Research, 6*(3), 343-351.

- Tzeng, J. I., Chang, C. C., Chang, H. J., & Lin, C. C. (2008). Assessing analgesic regimen adherence with the morisky medication adherence measure for Taiwanese patients with cancer pain. *Journal of pain and symptom management, 36*(2), 157-166.
- Udomkhamasuk, W., Fongkaew, W., Grimes, D. E., Viseskul, N., & Kasatpibal, N. (2014). Barriers to HIV Treatment Adherence among Thai Youth Living with HIV/AIDS: A Qualitative Study. *Pacific Rim International Journal of Nursing Research, 18*(3), 203-215.
- Ulak, B. J., & Cummings, A. L. (1997). Using clients' artistic expressions as metaphor in counselling: A pilot study. *Canadian Journal of Counselling, 31*(4), 305-316.
- Veale, D. (2008). Behavioural activation for depression. *Advances in Psychiatric Treatment, 14*(1), 29-36. doi: 10.1192/apt.bp.107.004051
- Walsh, J. C., Mandalia, S., & Gazzard, B. G. (2002). Responses to a 1 month self-report on adherence to antiretroviral therapy are consistent with electronic data and virological treatment outcome. *Aids, 16*(2), 269-277.
- Wewers, M. E., & Lowe, N. K. (1990). A critical review of visual analogue scales in the measurement of clinical phenomena. *Research in nursing & health, 13*(4), 227-236.
- Wood, D., Bruner, J. S., & Ross, G. (1976). The role of tutoring in problem solving. *Journal of child psychology and psychiatry, 17*(2), 89-100.
- World Health Organization. (2003). *Adherence for long-term therapy: Evidence for action*. Geneva, Switzerland: World Health Organization.
- World Health Organization. (2006). *Antiretroviral therapy for HIV infection in adults and adolescents: Recommendations for a public health approach*. Geneva, Switzerland: World Health Organization.
- World Health Organization. (2013). HIV/AIDS. Retrieved December 14, 2012, from http://www.who.int/topics/hiv_aids/en/
- Zhang, W., O'Brien, N., Forrest, J. I., Salters, K. A., Patterson, T. L., Montaner, J. S., . . . Lima, V. D. (2012). Validating a shortened depression scale (10 item CES-D) among HIV-positive people in British Columbia, Canada. *PLoS One, 7*(7), 1-5.

Zimpel, R. R., & Fleck, M. P. (2014). Depression as a major impact on the quality of life of HIV-positive Brazilians. *Psychology, health & medicine*, 19(1), 47-58.





ภาคผนวก

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

ภาคผนวก ก
รายชื่อผู้ทรงคุณวุฒิ

ผศ.ดร.กฤษยา	พิสิษฐ์สังฆการ (อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก)
อาจารย์ ดร.ณัฐสุดา	เต๋พันธ์ (อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม)
ผศ.ดร.กรรณิการ์	นลราชสุวัจน์
รศ.ดร.อรัญญา	ตุ้ยคำภีร์
ผศ.ดร.รุ่งนภา	ผาณิตรัตน์
นายแพทย์บัลลังก์	เหลื่องวรานันท์



AF 01-12



คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารสถาบัน 2 ชั้น 4 ซอยจุฬาลงกรณ์ 62 ถนนพญาไท เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330
โทรศัพท์: 0-2218-8147 โทรสาร: 0-2218-8147 E-mail: eccu@chula.ac.th

COA No. 028/2558

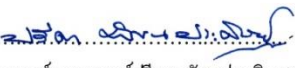

ใบรับรองโครงการวิจัย

โครงการวิจัยที่ 094.2/57 : ผลของกลุ่มการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแนวปัญหาพฤติกรรมนิยมที่มีศิลปะ
เป็นสื่อต่อภาวะซึมเศร้า และความร่วมมือในการรับประธาณยาต้านไวรัส
ในผู้ติดเชื้อเอชไอวี

ผู้วิจัยหลัก : นายภาณุ สหะสถานนท์

หน่วยงาน : คณะจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ได้พิจารณา โดยใช้หลัก ของ The International Conference on Harmonization – Good Clinical Practice
(ICH-GCP) อนุมัติให้ดำเนินการศึกษาวิจัยเรื่องดังกล่าวได้

ลงนาม...  ลงนาม... 
(รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ปริดา ทักคนประคิษฐ) (ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นันทรี ชัยชนวงศาโรจน์)
ประธาน กรรมการและเลขานุการ

วันที่รับรอง : 3 กุมภาพันธ์ 2558 วันหมดอายุ : 2 กุมภาพันธ์ 2559

เอกสารที่คณะกรรมการรับรอง

- 1) โครงการวิจัย
- 2) ข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยและใบยินยอมของกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย
- 3) ผู้วิจัย
- 4) แบบสอบถาม



เลขที่โครงการวิจัย..... 094.2/57
วันที่รับรอง..... - 3 ก.พ. 2558
วันหมดอายุ..... - 2 ก.พ. 2559

เงื่อนไข

1. ข้าพเจ้ารับทราบว่าเป็นการคิดจริยธรรม หากดำเนินการเก็บข้อมูลการวิจัยก่อนได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยฯ
2. หากใบรับรองโครงการวิจัยหมดอายุ การดำเนินการวิจัยต้องยุติ เมื่อต้องการต่ออายุต้องขออนุมัติใหม่ล่วงหน้าไม่น้อยกว่า 1 เดือน พร้อมส่งรายงานความก้าวหน้าการวิจัย
3. ต้องดำเนินการวิจัยตามที่ระบุไว้ในโครงการวิจัยอย่างเคร่งครัด
4. ใช้เอกสารข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย ใบยินยอมของกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย และเอกสารเชิญเข้าร่วมวิจัย (ถ้ามี) เฉพาะที่ประทับตราคณะกรรมการเท่านั้น
5. หากเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ร้ายแรงในสถานที่เก็บข้อมูลที่ขออนุมัติจากคณะกรรมการ ต้องรายงานคณะกรรมการภายใน 5 วันทำการ
6. หากมีการเปลี่ยนแปลงการดำเนินการวิจัย ให้ส่งคณะกรรมการพิจารณารับรองก่อนดำเนินการ
7. โครงการวิจัยไม่เกิน 1 ปี ส่งแบบรายงานสิ้นสุดโครงการวิจัย (AF 03-12) และบทคัดย่อผลการวิจัยภายใน 30 วัน เมื่อโครงการวิจัยเสร็จสิ้น สำหรับโครงการวิจัยที่เป็นวิทยานิพนธ์ให้ส่งบทคัดย่อผลการวิจัย ภายใน 30 วัน เมื่อโครงการวิจัยเสร็จสิ้น

AF 01-12



คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารสถาบัน 2 ชั้น 4 ซอยจุฬาลงกรณ์ 62 ถนนพญาไท เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330
โทรศัพท์: 0-2218-8147 โทรสาร: 0-2218-8147 E-mail: eccu@chula.ac.th

COA No. 028/2558

ใบรับรองโครงการวิจัย

โครงการวิจัยที่ 094.2/57 : ผลของกลุ่มการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแนวปัญญาพฤติกรรมนิยมที่มีศิลปะ
เป็นสื่อต่อภาวะซึมเศร้า และความร่วมมือในการรับประทานยาต้านไวรัส
ในผู้ติดเชื้อเอชไอวี

ผู้วิจัยหลัก : นายภาณุ สหัสสานนท์

หน่วยงาน : คณะจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ได้พิจารณา โดยใช้หลัก ของ The International Conference on Harmonization – Good Clinical Practice
(ICH-GCP) อนุมัติให้ดำเนินการศึกษาวิจัยเรื่องดังกล่าวได้

ลงนาม.....*ศาสตราจารย์ ดร. ภาณุ สหัสสานนท์*
(รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ปริศา ทักสันประดิษฐ์)
ประธาน

ลงนาม.....*ดร. นันทรี ชัยชนะวงศาโรจน์*
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นันทรี ชัยชนะวงศาโรจน์)
กรรมการและเลขานุการ

วันที่รับรอง : 3 กุมภาพันธ์ 2558

วันหมดอายุ : 2 กุมภาพันธ์ 2559

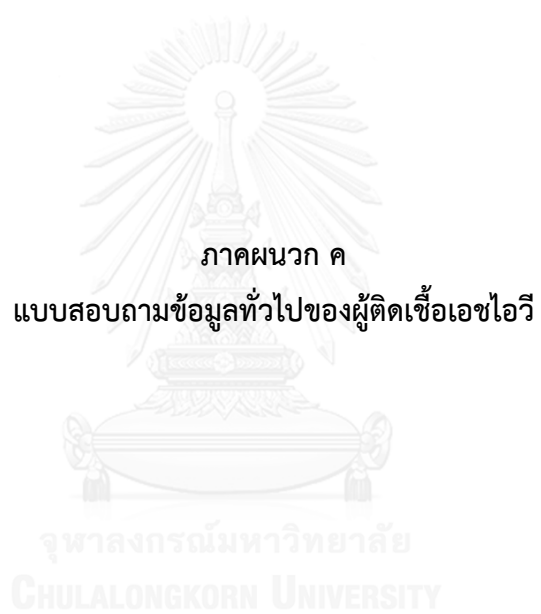
เอกสารที่คณะกรรมการรับรอง

- 1) โครงการวิจัย
- 2) ข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยและใบยินยอมของกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย
- 3) ผู้วิจัย เลขที่โครงการวิจัย..... 094-2/57
- 4) แบบสอบถาม วันรับรอง..... - 3 ก.พ. 2558
วันหมดอายุ..... - 2 ก.พ. 2559



เงื่อนไข

1. ข้าพเจ้ารับทราบว่าเป็นการคิดจริยธรรม หากดำเนินการเก็บข้อมูลการวิจัยก่อนได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยฯ
2. หากใบรับรองโครงการวิจัยหมดอายุ การดำเนินการวิจัยต้องยุติ เมื่อต้องการต่ออายุต้องขออนุมัติใหม่ล่วงหน้าไม่ต่ำกว่า 1 เดือน พร้อมส่งรายงานความก้าวหน้าการวิจัย
3. ต้องดำเนินการวิจัยตามที่ระบุไว้ในโครงการวิจัยอย่างเคร่งครัด
4. ใช้เอกสารข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย ใบยินยอมของกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย และเอกสารเชิญเข้าร่วมวิจัย (ถ้ามี) เฉพาะที่ประทับตราคณะกรรมการเท่านั้น
5. หากเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ร้ายแรงในสถานที่เก็บข้อมูลที่ขออนุมัติจากคณะกรรมการ ต้องรายงานคณะกรรมการภายใน 5 วันทำการ
6. หากมีการเปลี่ยนแปลงการดำเนินการวิจัย ให้ส่งคณะกรรมการพิจารณารับรองก่อนดำเนินการ
7. โครงการวิจัยไม่เกิน 1 ปี ส่งแบบรายงานสิ้นสุดโครงการวิจัย (AF 03-12) และบทคัดย่อผลการวิจัยภายใน 30 วัน เมื่อโครงการวิจัยเสร็จสิ้น สำหรับโครงการวิจัยที่เป็นวิทยานิพนธ์ให้ส่งบทคัดย่อผลการวิจัย ภายใน 30 วัน เมื่อโครงการวิจัยเสร็จสิ้น



แบบสอบถามสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวี

หมายเหตุ: ข้อมูลของท่านจะถูกเก็บเป็นความลับ และถูกนำเสนอในแบบภาพรวมเท่านั้น และข้อมูลที่ท่านตอบต่อไปจะไม่
ผลกระทบต่อการรักษาที่ท่านกำลังได้รับอยู่ หรือป่งชี้ถึงตัวท่าน แบบสอบถามมีจำนวน 6 หน้า แบ่งออกเป็น 3 ส่วน

คำชี้แจง กรุณาทำเครื่องหมาย / ลงในช่อง () ที่ต้องการ หรือเติมข้อความในช่องว่างที่กำหนด

1. เพศ 1. ชาย () 2. หญิง ()

2. อายุ ปี

3. ระดับการศึกษา

- () 1. ประถมศึกษา () 2. มัธยมศึกษาตอนต้น
() 3. มัธยมศึกษาตอนปลาย / ปวช หรือเทียบเท่า () 4. ปวส/ อนุปริญญา หรือเทียบเท่า
() 5.ปริญญาตรี () 6. สูงกว่าปริญญาตรี () 7. อื่นๆ

4. ระดับ CD4 ในร่างกาย

5. ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยว่าติดเชื้อเอชไอวีปี เดือน

6. ระยะเวลาในการใช้ยาต้านไวรัส ตั้งแต่เริ่มรักษา จนถึงปัจจุบัน ปี เดือน

7. ท่านมีโรคประจำตัว หรือความเจ็บป่วยทางกายหรือไม่ ไม่มี ... มี (ถ้ามีโปรดระบุ) โรค.....

8. ท่านได้รับการวินิจฉัยเกี่ยวกับโรคทางจิตเวช หรือไม่ ไม่มี ... มี (ถ้ามีโปรดระบุ) โรค.....



เลขที่โครงการวิจัย..... 094-2/57

วันที่รับรอง..... 3 ก.พ. 2558

วันหมดอายุ..... 2 ก.พ. 2559

ภาคผนวก ง
มาตรวัดภาวะซึมเศร้า (CES-D) และมาตรวัดระดับความร่วมมือในการรับประทานยาต้านไวรัสใน
ผู้ติดเชื้อเอชไอวี (VAS และ MMAS)

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY



เลขที่โครงการวิจัย..... 099-2/57

วันที่รับรอง..... - 3 ก.พ. 2558

วันหมดอายุ..... - 2 ก.พ. 2559

2. มาตรการระดับภาวะอารมณ์

ขอให้ท่านตอบความรู้สึกหรือพฤติกรรมของท่านในหัวข้อต่อไป โดยระบุว่าเกิดขึ้นบ่อยครั้งเพียงใดในรอบสัปดาห์ที่ผ่านมา

ข้อความ	ไม่เคยหรือน้อยกว่า 1 วัน	นาน ๆ ครั้ง หรือเกิดขึ้น 1-2 วัน	ค่อนข้างบ่อยหรือเกิดขึ้น 3-4 วัน	บ่อยครั้งหรือเกิดขึ้น 5-7 วัน
1. สิ่งที่ไม่เคยรบกวนจิตใจตอนนี้กลับมารบกวนจิตใจของฉัน	0	1	2	3
2. ฉันรวบรวมสมาธิจดจ่ออยู่กับสิ่งที่กำลังทำได้ไม่เต็มที่	0	1	2	3
3. ฉันรู้สึกเศร้า	0	1	2	3
4. ฉันรู้สึกว่าตัวเองต้องใช้ความพยายามอย่างมากในการทำสิ่งต่างๆ	0	1	2	3
5. อนาคตของฉันดูมีความหวัง	0	1	2	3
6. ฉันรู้สึกกลัว	0	1	2	3
7. ฉันนอนหลับๆ ตื่นๆ	0	1	2	3
8. ฉันมีความสุข	0	1	2	3
9. ฉันรู้สึกเหงา	0	1	2	3
10. ฉันไม่มีแรงจะทำอะไร	0	1	2	3

3. แบบวัดความร่วมมือในการทานยาต้านไวรัส

ขอให้ท่านประเมินพฤติกรรมกรรมการทานยาต้านไวรัสของท่านตามข้อคำถามด้านล่าง หากใช่ ให้
เครื่องหมาย / และไม่ใช่ให้เครื่องหมาย X ส่วนข้อ 8 ให้เลือกคำตอบที่ตรงกับท่านที่สุด

ข้อความ	คำตอบ	
	ใช่ (/)	ไม่ใช่ (X)
1. มีบางครั้งที่คุณลืมทานยาต้านไวรัสหรือไม่		
2. นอกเหนือจากความหลงลืม คนเราอาจลืมทานยาด้วยเหตุผลอื่นๆ ใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา คุณไม่ได้ทานยาด้วยเหตุผลอื่นๆ บ้างหรือไม่		
3. เมื่อทานยาแล้วรู้สึกว่าการแย่งลง คุณเคยหยุดทานยาเองโดยไม่ได้ออก แพทย์บ้างหรือไม่?		
4. คุณเคยลืมนำยาติดตัวไปทาน เมื่อคุณเดินทางไปข้างนอก บ้างหรือไม่		
5. คุณทานยาต้านไวรัสครบหรือไม่ <u>เมื่อวานนี้?</u>		
6. บางครั้งที่คุณรู้สึกว่าอาการดีขึ้นแล้ว คุณหยุดทานยาเองบ้างหรือไม่		
7. การต้องทานยาให้ครบตามแพทย์สั่งเป็นปัญหาสำหรับคุณบ้างหรือไม่?		
8. คุณลืมทานยาต้านไวรัสบ่อยหรือไม่ <input type="checkbox"/> ก. ไม่เคยเลย <input type="checkbox"/> ข. นานๆ ครั้ง <input type="checkbox"/> ค. บางครั้ง <input type="checkbox"/> ง. บ่อยครั้ง <input type="checkbox"/> จ. ทุกครั้ง		



ชื่อโครงการวิจัย 094-2/57
 วันที่รับรอง - 3 ก.พ. 2558
 วันหมดอายุ - 2 ก.พ. 2559



ชื่อยุติโครงการวิจัย 094.2/57
 ปีที่รับรอง - 3. ก.พ. 2558
 วันที่หมดอายุ - 2. ก.พ. 2559

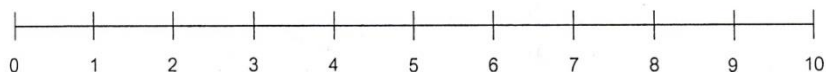
4

4. Visual Analog Scale

ขอให้ท่านประเมินพฤติกรรมการรับประทานยาของตนเองว่าภายใน 1 เดือนที่ผ่านมา

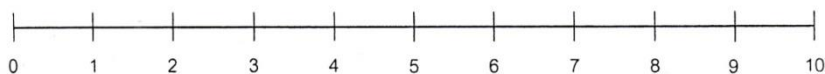
4.1 ท่านทานยาครบตามจำนวนที่กำหนดไว้มากน้อยเพียงใด จาก 0 – 10 คะแนน

คะแนน 0 หมายถึง ท่านไม่ทานยาตามที่กำหนดไว้เลย
 คะแนน 5 หมายถึง ท่านทานยาได้ครึ่งหนึ่งจากที่กำหนดไว้
 คะแนน 10 หมายถึง ท่านทานยาครบตามที่กำหนดไว้



4.2 ท่านทานยาตรงตามเวลาที่กำหนดไว้มากน้อยเพียงใด จาก 0 – 10 คะแนน

คะแนน 0 หมายถึง ท่านทานยาไม่ตรงตามที่กำหนดไว้เลย
 คะแนน 5 หมายถึง ท่านทานยาตรงตามเวลาที่กำหนดไว้ได้ครึ่งหนึ่ง
 คะแนน 10 หมายถึง ท่านทานยาตรงเวลาทุกครั้ง





ตาราง 23 ผลการทดลองใช้มาตราวัดและพิจารณาคัดเลือกข้อกระทงของมาตราวัดภาวะซึมเศร้า (N = 102)

ข้อ ที่	ทดสอบ 20 ข้อ			ทดสอบ 10 ข้อ		
	CITC	อำนาจ จำแนก	ข้อที่เลือก	CITC	อำนาจ จำแนก	ข้อที่เลือก
1	.365	✓				
2	.272	✓				
3	.608	✓	✓	.565	✓	✓
4	.419	✓	✓	.365	✓	✓
5	.063	✓				
6	.440	✓				
7	.461	✓				
8	.444	✓	✓	.332	✓	✓
9	.607	✓	✓	.608	✓	✓
10	.620	✓				
11	.650	✓	✓	.676	✓	✓
12	.464	✓	✓	.472	✓	✓
13	.638	✓				
14	.348	✓				
15	.413	✓	✓	.313	✓	✓
16	.593	✓	✓	.589	✓	✓
17	.507	✓	✓	.468	✓	✓
18	.316	✓				
19	.544	✓				
20	.683	✓	✓	.643	✓	✓
α	.863			.805		

หมายเหตุ : ค่า CITC สูงกว่าค่าวิกฤต r ($n = 120$, $\alpha = 0.05$) = .165

ตาราง 24 ผลการทดลองใช้มาตรวัดและพิจารณาคัดเลือกข้อกระทงของมาตรวัดความร่วมมือในการ
รับประทานยาต้านไวรัส (N = 96)

ข้อ ที่	ทดสอบ 16 ข้อ			ทดสอบ 8 ข้อ			ทดสอบ 7 ข้อ		
	CITC	อำนาจ จำแนก	ข้อที่ เลือก	CITC	อำนาจ จำแนก	ข้อที่ เลือก	CITC	อำนาจ จำแนก	ข้อที่ เลือก
1	.520	✓							
2	.430	✓							
3	.400	✓							
4	.625	✓	✓	.601	✓	✓	.612	✓	✓
5	-.009	✓							
6	.402	✓	✓	.426	✓	✓	.436	✓	✓
7	.444	✓	✓	.443	✓	✓	.441	✓	✓
8	.493	✓	✓	.382	✓	✓	.399	✓	✓
9	.716	✓	✓	.639	✓	✓	.678	✓	✓
10	.520	✓	✓	.501	✓	✓	.489	✓	✓
11	.583	✓	✓	.517	✓	✓	.542	✓	✓
12	.526	✓							
13	.074	✓	✓	.074	✓				
14	.400	✓							
15	.420	✓							
16	.435	✓							
α	.821			.733			.770		

หมายเหตุ : ค่า CITC สูงกว่าค่าวิกฤต r (n = 96, α = 0.05) = .170

ภาคผนวก ฉ
การปรับปรุงพัฒนาโปรแกรมกลุ่มการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแนวปัญญาพฤติกรรมนิยม
ที่มีศิลปะเป็นสื่อ

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

ขั้นตอนของการพัฒนาโปรแกรมกลุ่มผู้วิจัยทำการนัดหมายอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก และอาจารย์ที่ปรึกษาร่วมเพื่อทำการปรับ ตรวจสอบและปรับปรุงให้มีความเหมาะสมสอดคล้องกับการนำไปใช้กับผู้ติดเชื้อเอชไอวีก่อนนำไปใช้จริง เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของโปรแกรมกลุ่ม

1) สำหรับคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิทางกลุ่มการศึกษาเชิงจิตวิทยา ได้ให้ข้อเสนอแนะในการเพิ่มประสิทธิภาพของกลุ่ม คือในการดำเนินกลุ่มจะต้องคำนึงถึงลักษณะพื้นฐานของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่เข้าร่วมกลุ่มซึ่งแต่ละกลุ่มจะมีความหลากหลายไม่เหมือนกัน ดังนั้นทั้งกิจกรรมและการใช้คำพูดของผู้นำกลุ่มจึงมีความสำคัญเพื่อให้เกิดความเข้าใจที่ถูกต้องและการดำเนินกลุ่มจะได้ต่อเนื่อง อีกทั้งการดำเนินกลุ่มควรให้แต่ละกลุ่ม (สมาชิกกลุ่มละ 6 คน) มีลักษณะใกล้เคียงกัน (Homogeneous group) เพื่อให้การสื่อสารและปฏิสัมพันธ์ภายในกลุ่มมีความสอดคล้องกัน เพราะหากสมาชิกมีความแตกต่างกันอย่างมาก เช่น อายุ เรื่องราวและเนื้อหาในการแลกเปลี่ยนอาจแตกต่างกันและทำให้ปฏิสัมพันธ์ในกลุ่มไม่ต่อเนื่อง

2) สำหรับคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิการศึกษาเชิงจิตวิทยาแนวปัญญาพฤติกรรมนิยม ได้ให้คำแนะนำในกระบวนการทางจิตวิทยาแนวปัญญาพฤติกรรมนิยม ทั้ง 8 ครั้งของโปรแกรมกลุ่ม ดังนี้

กลุ่มการปรึกษาครั้งที่ 3 เพื่อเพิ่มความเข้าใจความแตกต่างระหว่างอารมณ์และความคิด จึงควรมีกิจกรรมผ่านเอกสารที่มีตัวอย่างความคิดและอารมณ์ เพื่อช่วยให้สมาชิกกลุ่มฝึกการจำแนกแยกแยะระหว่างความคิด และอารมณ์ได้

กลุ่มการปรึกษาครั้งที่ 4 ผู้ทรงคุณวุฒิเพิ่มเติมผลของการทำแบบวัดรูปแบบความคิดทางลบ โดยเน้นให้สมาชิกกลุ่มเห็นถึงความสำคัญของการตระหนักรู้รูปแบบความคิดตนเอง และพยายามระบุ (Identify) ให้ได้ว่าความคิดแบบนี้กำลังเกิดขึ้นกับตนเองเพื่อเป็นการป้องกันตนเองในระดับเบื้องต้น ก่อนที่ความคิดจะวนซ้ำและเกิดอารมณ์ทางลบตามมา

กลุ่มการปรึกษาครั้งที่ 5 การปรับเปลี่ยนรูปแบบความคิดทางลบ ผู้ทรงคุณวุฒิชวนมองให้เห็นถึงการท้าทายหรือปรับความคิดนั้นเป็นการยืดหยุ่นของความคิด (Cognitive Flexibility) ให้สมาชิกกลุ่มไม่ แผนภาพวงกลม (Pie Chart) แบ่งตามสัดส่วน เช่น สมาชิกมองการผิดหวังความรักจากตนเองเป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวี การทำ Pie chart เพื่อดูว่าการผิดหวังความรักเกิดจากสิ่งใดได้บ้าง และลองมาดูว่าแต่ละอันความเป็นไปได้เท่าไร สมาชิกเมื่อลองทำก็จะตระหนักว่าการผิดหวังความรักไม่ได้เกิดจากติดเชื้อเอชไอวีเพียงอย่างเดียว มันมีเหตุผลและคำอธิบายอื่นๆมากมาย จึงเป็นการฝึกขยายมุมมองความคิด

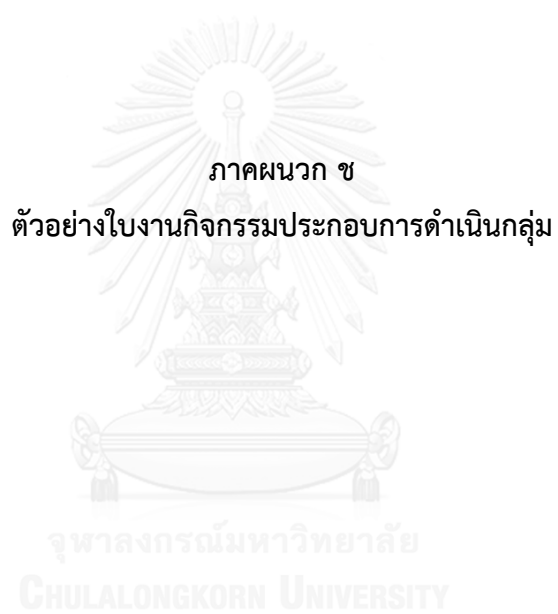
กลุ่มการปรึกษาครั้งที่ 7 ในการแลกเปลี่ยนวิธีการแก้ปัญหาการรับประทานยาต้านไวรัส ให้ผู้นำกลุ่มใช้เวลาสำรวจวิธีการและเอื้อให้สมาชิกได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์นั้นออกมาอย่างชัดเจน เพื่อให้เกิดความหมายหรือความสำคัญของวิธีการดังกล่าวมากกว่าแค่เป็นวิธีการแก้ปัญหา และยังช่วยเอื้อให้สมาชิกคนอื่นๆ มีความมั่นใจขึ้นว่าตนเองจะสามารถแก้ปัญหาได้ (Self-Efficacy)

กลุ่มการปรึกษาครั้งที่ 8 ในการทบทวนเนื้อหาที่ได้จากกลุ่มทั้งหมด ชวนสมาชิกให้เชื่อมโยงสิ่งที่ได้เรียนรู้กับความฝันความตั้งใจในชีวิตเพื่อให้สมาชิกเห็นความสำคัญและนำไปใช้มากยิ่งขึ้น


ตาราง 25 การปรับปรุงพัฒนาโปรแกรมกลุ่มการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแนวปัญญาพฤติกรรมนิยมที่มีศิลปะเป็นสื่อ

ครั้งที่	กิจกรรม / เอกสาร	แนวการปรับปรุง
1	- เอกสารบันทึกยาด้านไวรัส	- เพิ่มรายละเอียดของการจดบันทึกยาด้านไวรัส ให้มีทั้งครบจำนวนหรือไม่ครบจำนวน และ กินตรงเวลาหรือไม่ตรงเวลา เพื่อเพิ่มช่องทางในการพัฒนาประสิทธิภาพในการรับประทานยาด้านไวรัส
2	- ใบงาน Behavior Activation (BA) - ใบรายชื่อกิจกรรมกระตุ้นอารมณ์บวก	- ปรับเปลี่ยนตัวเลือกกิจกรรมที่กระตุ้นอารมณ์ทางบวกให้มีความหลากหลายมากยิ่งขึ้น เพื่อให้ผู้ที่มาจากต่างเศรษฐกิจสามารถเลือกได้ - ปรับใบงาน BA เพื่อให้ง่ายต่อการบันทึก และไม่ซับซ้อน
3	- เอกสารแยกความคิด / อารมณ์ - ใบงานการเปลี่ยนแปลงอารมณ์	- เพิ่มเอกสารแยกความแตกต่างระหว่างความคิดกับอารมณ์ออกจากกัน เพื่อให้เกิดความกระจ่างชัดของความคิดและอารมณ์มากยิ่งขึ้น - เพิ่มใบงานการเปลี่ยนแปลงของอารมณ์เศร้าเป็นสุข ผ่านทางพฤติกรรมและความคิด เพื่อให้ง่ายต่อการบันทึกและความเข้าใจเกี่ยวกับความคิดทางบวกมากยิ่งขึ้น
4	- ข้อคำถามรูปแบบความคิดทางลบ - เอกสารการจดบันทึกความคิด	- ปรับและลดข้อคำถามรูปแบบความคิดทางลบให้น้อยลงเพื่อให้มีเนื้อหาใกล้เคียงกับบริบทของกลุ่มตัวอย่าง - ปรับเอกสารและเพิ่มตัวอย่างการจดบันทึกเพื่อเพิ่มความน่าสนใจและความถูกต้องในการจดบันทึก

5	- เอกสารการปรับ โครงสร้างความคิด	-ปรับการจดการปรับความคิดและยกตัวอย่างประกอบ เพื่อเพิ่มความน่าสนใจและความชัดเจนในการจดบันทึก
6	- ภาพผลของการ รับประทานยาต้านไวรัส ต่อเนื่องและไม่ต่อเนื่อง	- เพิ่มการแสดงความคิดเห็นว่าเลือกภาพการรับประทาน ยาต้านไวรัสข้างใดโดยการระบายสีหรือตกแต่งภาพ เพื่อ เน้นย้ำการตัดสินใจเลือกภาพของตนเอง
7	- กิจกรรมการพูดคุย เกี่ยวกับปัญหาอุปสรรค ของการรับประทานยาต้าน ไวรัส - กิจกรรมสะพานสายรุ้ง	- ลดระยะในการสนทนาและเพิ่มการจดปัญหาที่เกิดขึ้น เพื่อให้มีแนวทางในการแก้ปัญหาที่ชัดเจนและกระชับ ยิ่งขึ้น - เพิ่มรายละเอียดของใบงานสะพานสายรุ้ง เพื่อให้มี โครงสร้างและขั้นตอนที่ชัดเจน ง่ายต่อการบันทึก
8	- Relapse Prevention	- เพิ่มการคิดแนวทางในการรับมือกับปัญหาที่อาจเกิดขึ้น ในอนาคตลงในกระดาษและแจกให้กับเพื่อนสมาชิก เพื่อ เพิ่มแนวทางการรับมือและส่งเสริมสัมพันธ์ภาพของ สมาชิกกลุ่ม



ภาพที่ 26 แบบฝึกหัด Behavioral Activation



	0 เศร้ามาก	1	2	3	4 รู้สึกสบาย	5	6	7	8 มีความสุขมาก
<p>1. กิจกรรมที่เลือก (วัน เวลา สถานที่)</p> <p>ก่อน _____</p> <p>หลัง _____</p>									
<p>2. กิจกรรมที่เลือก (วัน เวลา สถานที่)</p> <p>ก่อน _____</p> <p>หลัง _____</p>									
<p>3. กิจกรรมที่เลือก (วัน เวลา สถานที่)</p> <p>ก่อน _____</p> <p>หลัง _____</p>									
<p>4. สิ่งที่ได้จากการทำกิจกรรมดังกล่าว</p>									

ภาพที่ 27 เอกสารการจดบันทึกสถานการณ์ ความคิด อารมณ์และพฤติกรรม ตามหลัก ABC

ลองจดไดอารี่ตามมีวินาที!



วินาที: ได้เหตุการณ์ที่เกิดขึ้น



วินาที: ได้เหตุการณ์ที่เกิดขึ้น

1 สถานการณ์	ความเชื่อ ความคิด*	2 อารมณ์ คะแนห์
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
7.		

ขั้นที่ 2 : ลองได้ความรู้สึกที่เกิดขึ้นจากเหตุการณ์ + ให้คะแนน

1. มีอารมณ์ ไปดูพื้นที่จริง ออกกำลังกายตอนเช้า มีรู้สึกมีความสุข **ยิ้ม** (เพิ่มมาก 0-เต็ม 10)

ขั้นที่ 3 : ลองดูว่า ณ เหตุการณ์นั้น กำลังคิด หรือมองเหตุการณ์นั้นอย่างไร

1. มีอารมณ์ ไปดูพื้นที่จริง ออกกำลังกายตอนเช้า

“รู้สึก หลังจกเคย” / “รู้สึกได้จริงๆ” / “รู้สึกดี” / “รู้สึกดีจริงๆ” / “รู้สึกดีจริงๆ” / “รู้สึกดีจริงๆ”

3

มีรู้สึกมีความสุข **ยิ้ม** (เพิ่มมาก 0-เต็ม 10)

ภาคผนวก ซ

แผนการดำเนินกิจกรรมการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแนวปัญญาพฤติกรรมนิยมที่มีศิลปะเป็นสื่อต่อภาวะ ซึมเศร้าและความร่วมมือในการรับประทายาต้านไวรัสในผู้ติดเชื้อเอชไอวี

วัตถุประสงค์ของโปรแกรมกลุ่ม: เพื่อช่วยเหลือผู้ติดเชื้อให้มีการลดของภาวะซึมเศร้า และส่งเสริมระดับความร่วมมือในการรับประทายาต้านไวรัสของผู้ติดเชื้อ HIV กลุ่มชายรักชาย

กลุ่มตัวอย่างที่นำไปใช้: ผู้ติดเชื้อ HIV มีภาวะซึมเศร้าและมีการรับประทายาต้านไวรัส

ระยะเวลาในการดำเนินกลุ่ม: กลุ่มใช้เวลาทั้งหมด 8 ครั้ง ครั้งละ 2 ชั่วโมง

องค์ประกอบของกลุ่ม: ผู้นำกลุ่ม 1 คน และมีผู้ช่วยผู้นำกลุ่ม 1 คน และสมาชิกกลุ่มที่เป็นผู้ติดเชื้อ HIV จำนวน 5- 6 คน

สถานที่ที่ใช้ในการดำเนินกลุ่ม: ห้องหรือบริเวณที่ค่อนข้างมีความเป็นส่วนตัว ปราศจากสิ่งรบกวนจากภายนอก

รายละเอียดการดำเนินกิจกรรมการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแนวปัญญาพฤติกรรมนิยมที่มีศิลปะเป็นสื่อต่อภาวะซึมเศร้าและระดับความร่วมมือในการรับประทายาต้านไวรัส มีดังต่อไปนี้

กลุ่มการปรึกษา	1 : บทแรก
เป้าหมายวัตถุประสงค์	1. เพื่อให้สมาชิกเกิดความคุ้นเคยกับบรรยากาศของกลุ่ม 2. เพื่อสร้างสัมพันธ์ภาพระหว่างสมาชิกและผู้นำกลุ่ม 3. เพื่อให้สมาชิกเข้าใจแนวทางในการทำกลุ่ม CBT 4. สมาชิกเกิดความรู้สึกบวก มีแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงตนเองได้
แนวคิดพื้นฐาน (CBT)	1. Building Therapeutic Alliance 2. Psycho-education 3. Goal setting 4. Homework
กระบวนการ	
(1.Introduction 20 minutes)	
1.1 ผู้นำกลุ่มแนะนำตนเอง , ชี้แจงรายละเอียดของกลุ่ม อาทิ จำนวนครั้งและระยะเวลาในการดำเนินกลุ่ม วัตถุประสงค์ของกลุ่ม ประโยชน์ที่จะได้รับจากการเข้าร่วมกลุ่ม (3 นาที)	
1.2 ผู้นำกลุ่มชวนสมาชิกพูดคุยเรื่องต่างๆไปเพื่อให้เกิดความรู้สึกรู้สึกคุ้นเคยและผ่อนคลาย ผู้นำกลุ่มเอื้อให้สมาชิกแต่ละคนได้แนะนำตนเองแก่เพื่อนสมาชิกเพื่อทำความรู้จักกันและสร้างความคุ้นเคยกัน (สิ่งดีๆที่อยากให้อีก) (12 นาที)	
1.3 ผู้นำกลุ่มชวนให้สมาชิกช่วยกันนึกถึงสิ่งที่ควรปฏิบัติในกลุ่ม (Norm) เพื่อให้เกิดการอยู่ด้วยกันอย่างราบรื่น (5 นาที)	
(2.Meaning 60 minutes)	
2.1 ผู้นำกลุ่มชวนสมาชิก พูดคุยเกี่ยวกับสิ่งที่ต้องการในชีวิต ชีวิตในอนาคต สิ่งดีๆในชีวิตที่ตนเองต้องการ เมื่อมีชีวิตที่ยืนยาวมากขึ้น (Instruct 5 นาที)	
2.2 สมาชิกกลุ่มใช้การวาดภาพอย่างง่าย (Motivational interview) เพื่อให้สมาชิกได้ถ่ายทอดความฝัน หรือความตั้งใจบางอย่างในชีวิต (20 นาที) ลงในแผ่นโปสเตอร์ขนาดเล็ก	
2.3 สมาชิกแลกเปลี่ยนเรื่องราวให้ครบทุกคน มีการสนับสนุนจิตใจกัน (35 นาที)	
2.4 ผู้นำกลุ่มชวนดูถึงความท้าทายในการมีเชื่อในร่างกาย เศร้า เสียใจ ท้อ และเกริ่นนำถึงความสามารถของกลุ่ม CBT ที่จะช่วยเพิ่มอารมณ์บวก และส่งเสริมการรับประทานยาที่ต่อเนื่องได้มากยิ่งขึ้นในผู้ติดเชื่อ(5 นาที)	
(3.Goal setting 20 minutes)	
3.1 ผู้นำกลุ่มชวนพูดคุยถึงเป้าหมายของสมาชิกในการเข้ากลุ่มว่าจะเป็นการปรับเปลี่ยนมุมมองความคิดอย่างไรให้มันฟู เป็นบวกมากยิ่งขึ้น และพฤติกรรม (5 นาที)	
3.2 ผู้นำกลุ่มให้การบ้านโดยให้สมาชิกกลับไปบันทึกตารางการรับประทานยาด้านไวรัส ปรับตารางให้สอดคล้องกับการรับประทานยาของตนเอง ดูรายละเอียดสมาชิกแต่ละคน (15 นาที)	

กลุ่มการปรึกษา	2 : เสริมพลังความสุข
เป้าหมายวัตถุประสงค์	1.สมาชิกเกิดความเข้าใจเกี่ยวกับวงจรของอารมณ์ทางลบ 2. เพื่อให้สมาชิกได้เรียนรู้และเข้าใจว่าอารมณ์ ความคิด พฤติกรรมและร่างกายมีความสัมพันธ์กัน 3. เพื่อให้สมาชิกเรียนรู้และสามารถทำพฤติกรรมที่กระตุ้นอารมณ์ทางบวกได้
แนวคิดพื้นฐาน (CBT)	1. Review Homework & Feedback 2. Behavior Activation (BA) 3. Problem Solving 4. Homework
กระบวนการ	
(1.Review 20 minutes)	
1.1 ผู้นำกลุ่มกล่าวทักทายสมาชิก ชวนสมาชิกทบทวนสิ่งที่ได้เรียนรู้ในครั้งที่ 1 (ส่งการบ้านบันทึกตารางการรับประทานยาต้านไวรัส) (10 นาที)	
1.2 ผู้นำกลุ่มชวนทบทวนและเน้นย้ำถึงเป้าหมาย (ความหมายและสิ่งดีในชีวิตที่ได้รับจากการมีความสุขที่ดีที่สุดตามสภาพความเป็นจริงของผู้ติดเชื้อ) เพื่อให้มีแรงจูงใจทั้งในและนอกกลุ่มการปรึกษา (10 นาที)	
(2.Depressive cycle 30minutes)	
2.1 แนะนำวงจร ของอารมณ์ซึมเศร้า (Fennell, 1989) ผู้นำกลุ่มดึงจากประสบการณ์ของสมาชิกซักคนเกี่ยวกับเมื่อเวลาเศร้ามันเป็นอย่างไร ผู้ติดเชื้อเห็นและสังเกตตนเอง (เหตุการณ์เข้ามา มี Negative Automatic thought / อารมณ์ / กายภาพ / ความคิด / พฤติกรรม) (15 นาที) ใช้สื่อกิจกรรม ใช้รูปภาพอารมณ์มานำเสนอ	
2.2. ผู้นำกลุ่มสรุปเรื่องราวของสมาชิกและสรุปตารางวงจรภาวะซึมเศร้าให้ (10 นาที)	
2.3 ผู้นำกลุ่มชวนดูเป้าหมายคือการออกจากวงจร(break cycle) โดยการทำให้ Behavior Activation ก่อน ซึ่งพฤติกรรมจะจัดการเป็นอันดับแรก และชวนทบทวนถึง กิจกรรมที่ทำแล้วมีความสุข (5 นาที)	
(3.Behavior Activation 50 minutes)	
3.1 Behavior Activation ผู้นำกลุ่มแนะนำ BA ลักษณะของการกระตุ้นอารมณ์บวกผ่านการทำกิจกรรมที่ตนเอง (ใช้ประโยชน์จากตัวอย่างเดิมของวงจร ชี้ประโยชน์) ชอบ หรือสบายใจ มีความสุข และประสบความสำเร็จ (กิจกรรมที่สะดวกและเป็นไปได้) เชิญชวนให้พี่ๆสมาชิกทำ (15 นาที) ใครนึกไม่ออก แจกเอกสารรวมกิจกรรมที่ชอบทำ (5 นาที)	
3.2 ผู้นำกลุ่มให้ สมาชิกได้ลองเลือกกิจกรรมที่ตนเองชอบทำมา 3 กิจกรรม (15 นาที) และมีการดูว่า BA จะไปช่วยอะไรบ้างของสมาชิกกลุ่มซัก 1-2 คน	
3.3 จากนั้นลงรายละเอียดเกี่ยวกับลักษณะกิจกรรม ระยะเวลาและจำนวนครั้งที่ทำ จากนั้นให้สมาชิกจัดสรรกิจกรรมที่ตนเองลงในใบกิจกรรม (10 นาที) เพื่อดูปัญหาอุปสรรคที่ขัดขวางการทำ BA	
3.4 ผู้นำกลุ่มให้สมาชิกทำการบ้าน BA เพื่อให้สมาชิกเข้าใจหลักการจดบันทึก และให้สมาชิกกลับไปลองปฏิบัติเพื่อนำส่งใบงานในครั้งต่อไป (5 นาที)	

กลุ่มการปรึกษา	3 : Thought element 1: positive
เป้าหมายวัตถุประสงค์	1. เพื่อให้สมาชิกได้เรียนรู้และเข้าใจว่าอารมณ์ ความคิด พฤติกรรมและร่างกายมีความสัมพันธ์กัน 2. เพื่อให้สมาชิกเกิดการตระหนักว่าความคิดทางลบส่งผลต่ออารมณ์ความรู้สึกทางลบ 3.สมาชิกค้นพบความคิดทางบวกของตนเอง
แนวคิดพื้นฐาน (CBT)	1. Review Homework & Feedback 2. Psycho-education (Link thought & Feeling) 3. Identifying unhelpful thinking patterns (ABC) 4. Homework
กระบวนการ	
(1.Review 25 minutes)	
<p>1.1 ผู้นำกลุ่มกล่าวทักทายสมาชิก จากนั้นพูดคุยถึงประสบการณ์ของการไปทำ BA ของสมาชิกแต่ละคน สมาชิกที่ดีขึ้นอาจจะแลกเปลี่ยนก่อน เพื่อให้สมาชิกกลุ่มได้เห็น ส่วนสมาชิกที่มีปัญหา มาแลกเปลี่ยน และรับการสนับสนุนจากสมาชิกคนอื่นๆ รวมทั้งมีการ Problem Solving ให้กับสมาชิกว่าจะรับมือกับปัญหาในครั้งต่อไปอย่างไร (17 นาที)</p> <p>1.2 ผู้นำกลุ่มนำแผนภาพเดิม และชวนสมาชิก ให้เห็นว่าเมื่อทำพฤติกรรม BA อารมณ์ก็เปลี่ยน ความคิดจะเริ่มขยับ โดยดึงจากเรื่องราวของสมาชิกกลุ่ม (8 นาที)</p>	
(2.Positive Thought 55 minutes)	
<p>2.1 ผู้นำกลุ่มชี้ให้เห็นว่าความสัมพันธ์ของความคิด ส่งผลต่ออารมณ์และความรู้สึกของสมาชิก โดยชวนให้เห็นว่าเมื่อมีความคิดดีๆ เกิดขึ้น ชีวิตมันก็ดูสดใส มีกำลังใจสู้ต่อ (Change thinking, change life) (12 นาที) รวมทั้งไ้งานแยกแยะระหว่างอารมณ์กับความคิด</p> <p>2.2 ผู้นำกลุ่มชวนให้สมาชิกทุกคนนึกถึง ความคิดด้านบวกหรือคำพูดที่บอกกับตนเอง หรือได้ยินแล้วรู้สึกมีกำลังใจขึ้น เมื่อเจอกับเรื่องราวที่เศร้าเสียใจ ผ่านไ้งานที่ชี้ว่าจากความเศร้าเป็นความสุข สิ่งที่สมาชิกทำได้อคือความคิดและพฤติกรรมอะไรบ้าง (3 นาที instruct)</p> <p>2.3 จากนั้นให้สมาชิกนึกคำพูด และพฤติกรรมก็ค่อยเขียนและวาดตกแต่งเป็นเชิงสัญลักษณ์ว่าจากอารมณ์เศร้า เป็นหายเศร้า มีคำพูด คติประจำใจอะไรบ้าง และวิธีการรับมือกับอารมณ์ (BA) (15 นาที)</p> <p>2.4 เมื่อวาดเสร็จ สมาชิกพูดคุยเกี่ยวกับภาพความคิดบวกๆ ของตนเอง ให้สมาชิกได้รับฟังในกลุ่ม เพื่อได้แลกเปลี่ยนความคิดบวกต่างๆที่เกิดขึ้น ให้สมาชิกได้เก็บเป็นคลังข้อมูลไว้ (25 นาที)</p>	
(3.homework 20 minutes)	
<p>3.1 ผู้นำกลุ่มชี้ชวนว่า ในความคิด มันมีทั้งสองด้านอยู่ คือความคิดบวกและความคิดลบ ดังนั้นให้สมาชิกกลับไปสังเกตความคิดหรือคำพูดที่บอกกับตนเองแล้วทำให้เศร้า บันทึบนจิตใจมา (5 นาที) จึงให้เป็นแนวจดบันทึกความคิด เรื่องราวและความรู้สึก (เหมือนจดไดอารี่) เมื่อประสบกับเหตุการณ์ในชีวิต รวมทั้งความคิดบวกๆ และจดบันทึกมาครั้งถัดไป (10 นาที)</p> <p>3.2 ผู้นำกลุ่มให้สมาชิกทำ BA ต่ออีก 1 สัปดาห์ แจกเอกสารให้อีก 1 ครั้ง และสรุปกิจกรรมในครั้งนี และทำ BA (5 นาที)</p>	

กลุ่มการปรึกษา	4 : Thought element 2: Negative
เป้าหมายวัตถุประสงค์	1. เพื่อให้สมาชิกได้เรียนรู้รูปแบบความคิดทางลบของตนเองประเภทต่างๆ 2. เพื่อให้สมาชิกสามารถรับมือกับความคิดทางลบเบื้องต้น 3. เพื่อให้สมาชิกตระหนักถึงความเชื่อมโยงระหว่างความคิดและอารมณ์
แนวคิดพื้นฐาน (CBT)	1. Review Homework & Feedback
กระบวนการ	
(1.Review 25 minutes)	
1.1 ผู้นำกลุ่มกล่าวทักทายสมาชิก จากนั้นพูดคุยเกี่ยวกับการทำ BA อย่างคร่าวๆ จากนั้น (5 นาที)	
1.2 Instruct ABC model สถานการณ์ ความคิด อารมณ์ ความคิดบวกและลบ ผู้นำกลุ่มชี้ว่าไม่แปลกที่ทุกคนมีความคิดลบ และนำไดอารี่มาทำให้ชัดเจนเป็นโมเดล (5 นาที)	
1.3 ผู้นำกลุ่มชวนสมาชิกตอบคำถามลักษณะความคิดด้านลบของตนเอง ให้คำถามใกล้ตัวและจำนวนข้อไม่มากนัก (ตรวจ ดูผลของกับสมาชิกแต่ละคน) (10 นาที)	
1.4 สรุปลงให้สมาชิกเข้าใจรูปแบบความคิดของตนเอง พยายามดึงตัวอย่างจากของสมาชิกเองที่ใกล้เคียง (5 นาที)	
(2.Negative Thought 45 minutes)	
2.1 ผู้นำกลุ่มชวนให้สมาชิกดูรูปแบบความคิดของตนเองจากแบบวัด รวมทั้งจากไดอารี่ที่ให้ไปสังเกตตนเอง (3 นาที Instruct) จากนั้นสมาชิก แลกเปลี่ยน ความคิดของตนเองในทางลบ คำพูดบั่นทอนจิตใจตนเอง ให้สมาชิกได้รับฟัง (อย่างคร่าวๆ 10 นาที)	
2.2 ผู้นำกลุ่มชวนสมาชิก ถ่ายทอดออกมาเป็นภาพ ตั้งชื่อ ฉายาให้กับภาพ (วาดเป็นเชิงสัญลักษณ์) (15 นาที) จากนั้นแลกเปลี่ยนเรื่องราวของภาพที่ตนเองได้วาด (17 นาที)	
(3.homework 30 minutes)	
3.1 ผู้นำกลุ่มพูดคุยเกี่ยวกับ ความคิดทางลบที่เกิดขึ้น และนำเสนอวิธีการในการรับมือกับความคิดทางลบ หรือ คำพูดที่ทำร้ายตนเอง ผ่านการชวนให้สมาชิกตระหนักว่าความคิดมันไหลได้ เปลี่ยนได้ ไม่ยั่งยืน (5 นาที) จากนั้นแนะนำวิธีรับมือคือ 1.หยุดตัวเอง ตั้งสติกับตนเอง เมื่อเริ่มรู้สึกแยะหรือเศร้า 2. สังเกตตนเองว่ามีความคิดทางลบอะไรเกิดขึ้นกับตนเอง ตระหนักว่ามันก็มาแล้วก็ไป 3. ทำ Behavior activation ในการช่วยเพิ่มอารมณ์บวกด้วย (10 นาที)	
3.2 ผู้นำกลุ่มให้สมาชิกกลับไปสังเกตตนเอง ในประเด็นของความคิด อารมณ์ของตนเอง โดยดูว่าเมื่อรู้สึกเศร้า หรือเสียใจ มีสถานการณ์อะไร ความคิด และอารมณ์ความรู้สึก (instruct ใบบาง ABC model) (10 นาที)	
- ผู้นำกลุ่มให้สมาชิกจดบันทึกการรับประทานยา (ครั้งที่ 2) (5 นาที)	

กลุ่มการปรึกษา	5 การปรับความคิด
เป้าหมายวัตถุประสงค์	1. เพื่อให้สมาชิกเข้าใจวิธีการในการปรับเปลี่ยนมุมมองความคิดทางลบ 2. เพื่อให้สมาชิกสามารถฝึกฝนการปรับโครงสร้างความคิดใหม่
แนวคิดพื้นฐาน (CBT)	1. Cognitive Restructuring /Challenging automatic thought/unhelpful thinking patterns 2. Core belief restructuring 3. Homework
กระบวนการ	
(1.Review 15 minutes)	
1.1 ผู้นำกลุ่มกล่าวทักทายสมาชิก (5 นาที)	
1.2 ผู้นำกลุ่ม ชวนทบทวนดูรูปแบบความคิดของตนเองที่ไม่เอื้อจากแบบวัด และวิธีการรับมือความคิดของตนเอง มีการดูการบ้านเกี่ยวกับสถานการณ์ อารมณ์ และความคิดที่เกิดขึ้น (10)	
(2.Cognitive Challenge 65 minutes)	
2.1 ผู้นำกลุ่มกระตุ้นให้สมาชิกตระหนักว่าการเปลี่ยนแปลงความคิด สามารถก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของ อารมณ์ความรู้สึกและพฤติกรรมต่างๆ ได้ (5 นาที)	
2.2 ผู้นำกลุ่มชวนให้สมาชิกทุกคนในกลุ่มเข้ามามีส่วนร่วมโดยการช่วยกันหารูปแบบความคิดอื่นๆ ที่ช่วยปรับเปลี่ยนและท้าทายความคิดดังกล่าวว่าหากความคิดเหล่านี้เกิดขึ้น (5 นาที) รวมทั้งหาสิ่งใดที่จะเข้ามาปรับเปลี่ยนมุมมองความคิดดังกล่าว จากตัวอย่างหนึ่งในกลุ่ม (15 นาที) จากนั้นให้จับคู่ ผู้นำกลุ่มเดินดูเดินช่วย support และทำการฝึกท้าทายความคิดกัน (10 นาที) หลังจากนั้นให้ทำเป็นรายบุคคล (10 นาที)	
2.3 เมื่อสมาชิกในกลุ่มช่วยกันดูวิธีการคิดต่างๆ ที่เข้ามาช่วยรับมือกับความคิดที่ไม่เอื้อเสร็จ ผู้นำกลุ่มให้สมาชิกพูดคุยถึงการปรับโครงสร้างความคิดและผลที่เกิดขึ้นกับอารมณ์ความรู้สึกต่างๆ ที่เกิดขึ้นหากปรับเปลี่ยนความคิดได้ ผ่านใบงาน หรือภาพความคิดบวกและลบที่ตนเองได้เคยวาดเอาไว้ เพื่อชี้ให้เห็นว่าเราสามารถรับมือกับความคิดที่ไม่เอื้อของตนเองได้	
If* หากจำเป็น อาจมีการเพิ่มความถี่ของ Cognitive restructuring ให้ครอบคลุมมากกว่าความคิดไม่เอื้อประโยชน์ หากแต่เน้นถึงแก่นความคิดเกี่ยวกับตนเองของผู้ติดเชื้อ การมองตนเองและคุณค่าในตนเอง	
2.4 จากนั้นให้ผู้นำกลุ่มให้สมาชิกเขียนรูปแบบความคิดที่ปรับและเอื้อให้เกิดความรู้สึกใหม่ได้นั้น ลงในกระดาษของสมาชิกแต่ละคนแทนสัญลักษณ์ที่ไม่เอื้อแทน เพื่อเน้นความสำคัญของการเปลี่ยนความคิด (15 นาที)	
(3.Homework 20 minutes)	
3.1 ผู้นำกลุ่มและสมาชิกสรุปกิจกรรมเกี่ยวกับการปรับความคิด และเชิญชวนให้สมาชิกลองนำวิธีการไปใช้ (เปิดตารางตัวอย่าง ABC ดูว่าสถานการณ์ ความคิดเกิดขึ้น อารมณ์เป็นอย่างไร และ จัดการความคิดอย่างไรได้บ้าง และซักซ้อมกันในกลุ่ม) (13 นาที)	
3.2 ผู้นำกลุ่มชวน ให้เห็นว่าความคิด ทำให้เกิดอารมณ์เศร้า เสียใจ และพฤติกรรมซึ่งก็คือความร่วมมือในการรับประทานยาต้านไวรัสซึ่งมีความสำคัญมาก และ ให้สมาชิกจดบันทึกการรับประทานยาอีกครั้งเพื่อนัดครั้งถัดไป (ครั้งที่ 3) (5 นาที)	

กลุ่มการปรึกษา	6 : การเพิ่มพลังให้กับยา
เป้าหมายวัตถุประสงค์	1. เพื่อให้สมาชิกมีความเข้าใจเกี่ยวกับความสำคัญของการรับประทานยาต้านไวรัสอย่างเหมาะสม 2. เพื่อให้สมาชิกเห็นถึงประโยชน์ของการรับประทานยาต้านไวรัส 3. เพื่อให้สมาชิกกลับมาสังเกตระดับความร่วมมือในการรับประทานยาของตนเอง
แนวคิดพื้นฐาน (CBT)	Life-steps CBT for adherence) 1. Motivational Interview (MI) 2. Coping with side effects 3. Psychoeducation 4. Review Homework & Feedback 5. Homework
กระบวนการ	
(1.Review 25 minutes)	
1.1 ผู้นำกลุ่มกล่าวทักทายสมาชิกกลุ่ม จากนั้นทบทวนสิ่งที่เกิดขึ้นในกลุ่มที่ผ่านมาและทวนการปรับความคิด โดยมุ่งเน้นความคิดเกี่ยวกับตนเองและความคิดอัตโนมัติที่เกิดขึ้นในสถานการณ์ต่างๆ (10 นาที)	
1.2 ผู้นำกลุ่มชวนพูดคุยถึงความฝันและสิ่งที่ตนเองต้องการจากในกลุ่มครั้งแรกให้ละเอียดยิ่งขึ้น และเชื่อมโยงไปถึงการรับประทานยาต่อเนื่อง ต่อชีวิตและสิ่งที่สมาชิกให้ความสำคัญ (15 นาที)	
(2.Adherance 60 minutes)	
2.1 ผู้นำกลุ่มชวนสมาชิกพูดคุยเกี่ยวกับประโยชน์ของยาต้านไวรัส ให้เห็นข้อดีของยาต้านไวรัสในกลุ่ม หรือการรับประทานยาเกี่ยวข้องกับเป้าหมายในชีวิตอย่างไรบ้าง (10)	
2.2 จากนั้นพูดคุยเกี่ยวกับความคิดความรู้สึกต่างๆของตนเองที่มีต่อยาต้านไวรัสของสมาชิก (“ความไม่สะดวกสบาย” ประเด็นสำคัญในการพูดคุย คือความคิดทางลบและความรู้สึกไม่ดีๆ ต่างๆเกี่ยวกับยาต้านไวรัส ผลข้างเคียงที่ไม่พึงประสงค์ของยาต้านไวรัส) (15 นาที)	
2.3 ผู้นำกลุ่มให้สมาชิกวาดภาพเป็นคู่ เกี่ยวกับมุมมองความคิดที่ดีและไม่ดี ความยากง่าย และลำบากของยา(5 นาที instruct) จากนั้นวาดรูป 2 ด้าน (15 นาที) สมาชิกพูดคุยเรื่องราวและชี้ว่าข้างใดที่มีน้ำหนักมากกว่ากัน 10 นาที)	
(3.homework 15 minutes)	
3.1 ผู้นำกลุ่มและสมาชิกร่วมกันสรุปกิจกรรม ความคิดทางลบ และวิธีการจัดการ รวมทั้งความคิดบวก เชื่อมกับเป้าหมายในชีวิตของสมาชิก ผู้นำกลุ่มพยายามชวนนำมาปรับมุมมองตามหลัก CBT (10 นาที)	
3.2 ผู้นำกลุ่มมอบหมายการบ้านให้สมาชิกกลับไปสังเกตตารางการรับประทานยาต้านไวรัสของตนเอง และพิจารณาว่าตนเองประสบกับปัญหาหรืออุปสรรคใดบ้างที่ทำให้ผู้ติดเชื่อไม่สามารถทานยาได้อย่างต่อเนื่องและจดบันทึกการรับประทานยา (ครั้งที่ 4) (4 นาที)	
3.3 ฝึกจดบันทึก ABC และทำการท้าทายความคิดของตนเองต่ออีก 1 สัปดาห์ (1 นาที)	

กลุ่มการปรึกษา	7 การเพิ่มพลังให้กับยา 2
เป้าหมายวัตถุประสงค์	1. เพื่อให้สมาชิกสังเกตถึงปัญหาการรับประทานยาของตนเอง 2. เพื่อให้สมาชิกมีวิธีที่มีประสิทธิภาพรับมือกับปัญหาในการรับประทานยาด้านไวรัสและนำไปปฏิบัติจริง 3. เพื่อช่วยให้สมาชิกตระหนักว่าปัญหาสามารถจัดการได้ (Self-efficacy)
แนวคิดพื้นฐาน (CBT)	1. Problem solving step 2. Review Homework & Feedback 3. Homework 4. thought & emotional acceptance (ACT Therapy)
กระบวนการ	
(1.Review 10 minutes)	
<p>1. ผู้นำกลุ่มกล่าวทักทายสมาชิก และทบทวนสิ่งที่เกิดขึ้นเกี่ยวกับมุมมองความคิดทางลบ เกี่ยวกับยาด้านไวรัส (10 นาที)</p> <p>*ผู้นำกลุ่มเน้นให้สมาชิกเห็นว่าแง่มุมของยามีทั้งสองด้าน ดีและไม่ดี แม้จะมีข้อจำกัดให้รู้สึกขัดเคืองใจบ้างแต่อย่างน้อยก็เพื่อชีวิต เพื่อเป้าหมายที่ตั้งใจไว้</p>	
(2.Adherence 70 minutes)	
<p>2. ผู้นำกลุ่มชวนทบทวนการบ้าน และพูดคุยแลกเปลี่ยนเกี่ยวกับปัญหาหรืออุปสรรคที่เกิดขึ้นจากการรับประทานยาด้านไวรัส ซึ่งอาจมีลักษณะของปัญหาร่วมกัน จุดบันทึกลักษณะปัญหา ในประเด็นต่างๆ อาทิ การไปตามนัด พบแพทย์รับยา การสื่อสารกับบุคลากรทางการแพทย์ ปัญหาตารางเวลาและการรับประทานยา การลืมทานยา เป็นต้น</p> <p>2.1 ผู้นำกลุ่มชวนสมาชิกหาวิธีในการแก้ปัญหาหรือรับมือกับปัญหาทั้งในแง่ของพฤติกรรมและความคิด โดยในการแก้ปัญหาน้อยหากปัญหาที่แก้แล้วยังมีความรู้สึกค้างใจ เบื่อ หงุดหงิด ให้สมาชิกยอมรับกับความรู้สึกที่เกิดขึ้น แต่มีความคิดความเข้าใจที่เป็นกลางมากยิ่งขึ้น</p> <p>- ผู้นำกลุ่มนำเสนอ เทคนิคการจัดการปัญหา (Problem Solving) ในการช่วยกันคิด แนวทางในการแก้ปัญหาผ่านเทคนิคสะพานสายรุ้งแบบประยุกต์ มีปัญหาที่ประสบ แนวทางการแก้ปัญหา (หลายวิธี) และผลที่ได้เมื่อทานยาต่อเนื่อง จากกลุ่ม สู่การทำเป็นรายบุคคลหรือคู่ตามความเหมาะสม</p>	
(3. Cue control 20 minutes)	
<p>3. ผู้นำกลุ่มชวนให้สมาชิกพูดคุยเกี่ยวกับตัวช่วยเตือน (Reminder) ที่จะช่วยเตือนให้สมาชิกรับประทานยาด้านไวรัสได้อย่างสม่ำเสมอ โดยชวนให้สมาชิกสำรวจดูสัญญาณหรือสิ่งของบางอย่างที่จะช่วยเตือนให้สมาชิกรับประทานยาด้านไวรัสได้มากยิ่งขึ้น พร้อมกับใช้คำพูดเตือนประกอบ (อาจจะเป็น 1 ในวิธี Problem Solving ของการลืม)</p> <p>- ผู้นำกลุ่มให้การบ้าน โดยให้สมาชิกในกลุ่มนำ Reminder และ Coping statement ไปลองปฏิบัติใช้ในชีวิตประจำวัน และแนวทางการแก้ปัญหาจากกิจกรรมสะพานสายรุ้ง</p>	

กลุ่มการปรึกษา	8 : บทอาลา
เป้าหมายวัตถุประสงค์	1. เพื่อให้สมาชิกมีวิธีที่มีประสิทธิภาพรับมือกับปัญหาในการรับประทานยาต้านไวรัสและนำไปปฏิบัติจริงในสถานการณ์ที่เสี่ยง 2. เพื่อให้สมาชิกมีวิธีที่มีประสิทธิภาพในการจัดการกับความรู้สึกทางลบของตนเองในสถานการณ์ที่เสี่ยง
แนวคิดพื้นฐาน (CBT)	1. Review Homework & Feedback 2. Relapse Prevention & Planning for high risk situation
กระบวนการ	
(1.Review 20 minutes)	
1.1 ผู้นำกลุ่มทบทวนสิ่งที่เกิดขึ้นในกลุ่มการปรึกษาที่ผ่านมาเกี่ยวกับปัญหา และวิธีการแก้ไข และให้สมาชิกได้แลกเปลี่ยนพูดคุยว่านำวิธีการแก้ปัญหา ไปใช้ได้ผลเป็นอย่างไรบ้างทั้ง ในภาพรวมแล้วด้วยประเด็นรายบุคคล (5 นาที)	
1.2 ผู้นำกลุ่มและสมาชิกช่วยกันสรุปประเด็น ทุกครั้งของกลุ่มที่ผ่านมา เกี่ยวกับซึมเศร้า วงจร การจัดการกับอารมณ์ซึมเศร้าในแง่ของพฤติกรรม BA และในแง่ของความคิด SARS และ Challenge รวมทั้งความคิดเกี่ยวกับส่งเสริมความร่วมมือในการรับประทานยาต้านไวรัสจากวิธีการ Life stepและดูว่าสมาชิกแต่ละคนเข้าใจประเด็นไหนมากที่สุด (15 นาที)	
(2.Relapse Prevention 50 minutes)	
2.1 ผู้นำกลุ่มชวนให้สมาชิกแต่ละคนวางแผนการในอนาคตว่าหากเกิดเหตุการณ์ที่ทำหายใหม่ๆจะมีการรับมือกับอารมณ์เศร้าของตนเองอย่างไร และจะส่งเสริมการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องได้แบบใด (instruct 5 นาที ดิจ Build ให้ขึ้น)	
2.2 พูดคุยกันในกลุ่มถึงปัญหาร่วมกัน และช่วยกันคิดแก้ปัญหา ช่วยกันทำหาย ช่วยกันหาวิธีแก้ไขกัน (25 นาที) ทำเป็นอุปกรณ์กล่องพลังใจ (Tool bag)	
2.3 ผู้นำกลุ่มให้สมาชิกแต่ละคนวาดภาพเกี่ยวกับมุมมองที่มีต่อตนเอง (Myself) ว่าหลังจากการเข้ากลุ่มที่ปรับอารมณ์ซึมเศร้าและแนวทางในการรับประทานยาต้านไวรัส แล้วเป็นอย่างไร ได้อะไรติดตัวไปบ้าง เพื่อถ่ายทอดมุมมองดังกล่าว (20 นาที)	
(3. Farewell 30 minutes)	
3. ผู้นำกลุ่มชวนพูดคุยเกี่ยวกับสิ่งที่ได้เรียนรู้ และได้รับจากการทำกลุ่มของสมาชิกแต่ละคน ขอขอบคุณกันและกันในกลุ่ม (15 นาที)	
4. ส่งความคิดที่จะเติมพลังให้เพื่อน คำขวัญ นอกจากคำว่าสู้ๆ “อย่าลืมนะว่า...(ความคิดจิตใจ).....“ (15 นาที) และสมาชิกขอบคุณกันและกัน ผู้นำกลุ่มกล่าวขอบคุณและจบกลุ่มการปรึกษาเชิงจิตวิทยา	

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นายภาณุ สหสสานนท์ เกิดวันที่ 16 สิงหาคม พ.ศ.2532 ที่กรุงเทพมหานคร สำเร็จ การศึกษาระดับมัธยมศึกษาจากโรงเรียนอัสสัมชัญธนบุรี ในปีการศึกษา จากนั้นเข้าศึกษาและ สำเร็จการศึกษาในระดับปริญญาตรี วิทยาศาสตร์บัณฑิต (เกียรตินิยม 1 เหรียญทอง) จากคณะ จิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยในปีการศึกษา 2554 และในปีการศึกษา 2555 ได้ทำการเข้า ศึกษาต่อในระดับปริญญาโท ในหลักสูตรศิลปศาสตรมหาบัณฑิต แขนงจิตวิทยาการปรึกษา คณะ จิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

หมายเหตุ : ผู้สนใจหรือมีคำถามเกี่ยวกับวิทยานิพนธ์ หรือมีความประสงค์ขอใช้แบบวัด ที่ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นในการวิจัยครั้งนี้ สามารถติดต่อได้ที่ AnnaAsSunaposh@gmail.com

