

ความสัมพันธ์ระหว่างการบำบัดความคิดและพฤติกรรม และการเปลี่ยนแปลงของภาวะซึมเศร้า
ของผู้ป่วยที่ติดเชื้อเอชไอวี ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์



นางสาวอิสรีย์ฐิกา ชัยสวัสดิ์


ศูนย์วิทยทรัพยากร
วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรดุษฎีบัณฑิต
สาขาวิชาเวชศาสตร์ชุมชน ภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม

คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2553

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

THE ASSOCIATION BETWEEN COGNITIVE BEHAVIORAL THERAPY AND CHANGE OF
DEPRESSION AMONG HIV- INFECTED PATIENTS AT
KING CHULALONGKORN MEMORIAL HOSPITAL



Miss Isareethika Jayasvasti

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

A Dissertation Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements
for the Degree of Doctor of Philosophy Program in Community Medicine

Department of Preventive and Social Medicine

Faculty of Medicine

Chulalongkorn University

Academic Year 2010

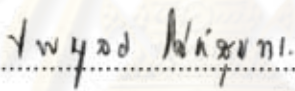
Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์ ความสัมพันธ์ระหว่างการบำบัดความคิดและพฤติกรรม และการเปลี่ยนแปลง
ของภาวะซึมเศร้า ของผู้ป่วยที่ติดเชื้อเอชไอวี ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์
โดย นางสาวอิสริยา ชัยสวัสดิ์
สาขาวิชา เวชศาสตร์ชุมชน
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก รองศาสตราจารย์ ดร.นายแพทย์ นรินทร์ หิรัญสุทธิกุล
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ผู้ช่วยศาสตราจารย์ (พิเศษ) นายแพทย์ ฉัตร พิชัยรัตน์เสถียร
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นายแพทย์ วิชชุย์ โล่ห์สุนทร

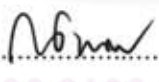
คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้นับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
ตามหลักสูตรปริญญาคุณวุฒิบัณฑิต



.....คณบดีคณะแพทยศาสตร์
(ศาสตราจารย์ นายแพทย์ อิศร ภัทราดุลย์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

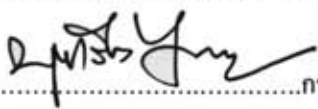

.....ประธานกรรมการ
(ศาสตราจารย์ กิตติคุณ นายแพทย์ ไพบูลย์ โล่ห์สุนทร)


.....อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก
(รองศาสตราจารย์ ดร.นายแพทย์ นรินทร์ หิรัญสุทธิกุล)


.....อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ (พิเศษ) นายแพทย์ ฉัตร พิชัยรัตน์เสถียร)


.....อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นายแพทย์ วิชชุย์ โล่ห์สุนทร)


.....กรรมการ
(รองศาสตราจารย์ แพทย์หญิง บุรณี กาญจนดวลย์)


.....กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย
(นาวาอากาศตรี นายแพทย์ บุญเรือง ไตรเรืองวรวัฒน์)

อภินิหาร ชัยสวัสดิ์ : ความสัมพันธ์ระหว่างการบำบัดความคิดและพฤติกรรม และการเปลี่ยนแปลงของภาวะซึมเศร้า ของผู้ป่วยที่ติดเชื้อเอชไอวี ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ (THE ASSOCIATION BETWEEN COGNITIVE BEHAVIORAL THERAPY AND CHANGE OF DEPRESSION AMONG HIV- INFECTED PATIENTS AT KING CHULALONGKORN MEMORIAL HOSPITAL).

อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก : รศ.ดร.นพ.นรินทร์ หิรัญสุทธิกุล, อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม : ผศ.(พิเศษ) นพ. ภัทร พิชัยรัตน์เสถียร, ผศ.ดร.นพ.วิฑูรย์ โล่ห์สุนทร , 114 หน้า

การศึกษาดังกล่าวเป็นการบำบัดความคิดและพฤติกรรม(CBT) ต่อภาวะซึมเศร้า ในผู้ป่วยที่ติดเชื้อเอชไอวี ยังอยู่ในวงจำกัดสำหรับประเทศไทย

การวิจัยครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของการบำบัดความคิดและพฤติกรรม และการเปลี่ยนแปลงของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่ติดเชื้อเอชไอวี ภายหลังได้รับการบำบัดความคิดและพฤติกรรมครบ 1 เดือน และที่เวลา 3 เดือนหลังจากเสร็จสิ้นการบำบัดความคิดและพฤติกรรม โดยทำการศึกษาเชิงวิเคราะห์ชนิดไปข้างหน้า ในผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่ติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มศึกษา (CBT group) จำนวน 40 คน และกลุ่มเปรียบเทียบ (Non-CBT group) จำนวน 80 คน ณ คลินิกภูมิคุ้มกันและภูมิแพ้ และคลินิกโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มที่เข้ารับการบำบัดความคิดและพฤติกรรม มีอายุเฉลี่ย 44.8 ปี ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบมีอายุเฉลี่ย 43.4 ปี ประมาณครึ่งหนึ่งของกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มเป็นเพศหญิง เมื่อวิเคราะห์ความแตกต่างของปัจจัยพื้นฐานระหว่างกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่ม พบว่าเหตุการณ์ความเครียดในชีวิตในช่วงหนึ่งปีที่ผ่านมาของกลุ่มที่เข้ารับการบำบัดความคิดและพฤติกรรม สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

ในช่วง baseline คะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของกลุ่มที่เข้ารับการบำบัดความคิดและพฤติกรรมเท่ากับ 26.7 คะแนน ส่วนในกลุ่มเปรียบเทียบ เท่ากับ 25.3 คะแนน เมื่อควบคุมอิทธิพลของปัจจัยร่วมอันได้แก่ อายุ เพศ การใช้ยา efavirenz แรงสนับสนุนทางสังคม เหตุการณ์ความเครียดในชีวิต และสัมพันธภาพของการรักษาระหว่างผู้ป่วยกับแพทย์ พบว่าการเปลี่ยนแปลงของคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้า ในกลุ่มที่เข้ารับการบำบัดความคิดและพฤติกรรมมีมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งจากการประเมินภายหลังจากได้รับการบำบัดความคิดและพฤติกรรมครบ 1 เดือน [11.84 (95% CI: 9.55, 14.13)] ($p < 0.001$) และที่ 3 เดือนหลังจากเสร็จสิ้นการบำบัดความคิดและพฤติกรรม [15.74 (95% CI: 13.28, 18.20)] ($p < 0.001$)

จากผลการศึกษาในครั้งนี้ สรุปได้ว่าการบำบัดความคิดและพฤติกรรมมีประโยชน์ในการรักษาภาวะซึมเศร้า ในผู้ป่วยที่ติดเชื้อเอชไอวี โดยประสิทธิผลของการรักษาพบทั้งหลังจากการเสร็จสิ้นการบำบัดทันที และยังคงอยู่เมื่อมีการติดตามไปข้างหน้าที่ระยะเวลา 3 เดือน

ภาควิชา ...เวชศาสตร์ป้องกันและสังคม.....
 สาขาวิชา ...เวชศาสตร์ชุมชน.....
 ปีการศึกษา ...2553.....

ลายมือชื่อนิติ.....
 ลายมือชื่อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก.....
 ลายมือชื่อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม.....
 ลายมือชื่อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม.....

5075351030 : MAJOR COMMUNITY MEDICINE

KEYWORDS : COGNITIVE BEHAVIORAL THERAPY / DEPRESSION / HIV-INFECTED PATIENTS

ISAREETHIKA JAYASVASTI : THE ASSOCIATION BETWEEN COGNITIVE BEHAVIORAL THERAPY AND CHANGE OF DEPRESSION AMONG HIV- INFECTED PATIENTS AT KING CHULALONGKORN MEMORIAL HOSPITAL. ADVISOR : ASSOC. PROF. NARIN HIRANSUTHIKUL, MD., Ph.D. CO-ADVISORS : ASST. PROF. NUTTORN PITYARATSTIAN, MD., ASST. PROF. VITTOOL LOHSOONTHORN, MD., Ph.D., 114 pp.

In Thailand, the therapeutic effect of cognitive behavioral therapy (CBT) for depression among adult HIV-infected patients has been limitedly studied.

The objectives of this study were to determine the association of CBT and changes of depression both immediately and at 3-month post-treatment. A prospective cohort study was conducted at King Chulalongkorn Memorial Hospital. Forty and eighty HIV-infected adults who received and did not receive CBT were recruited from the immunology clinic and sexually transmitted diseases clinic.

The results showed that the mean ages of participants were 44.8 and 43.4 years in the CBT and non-CBT groups respectively. In both group, about half of the subjects were females. Life stress event score in CBT group was significantly higher than the non-CBT group (p <0.05). At baseline, the mean TDI scores of the CBT group and non-CBT group were 26.7 and 25.3 respectively. After adjustment for age, gender, taking efavirenz, social support, life stress event and patient's trust ; the mean changes of TDI scores in the CBT group were significantly higher than the non-CBT group both immediately [11.84 (95% CI: 9.55, 14.13)] (p <0.001) and at 3-month post-treatment [15.74 (95% CI: 13.28, 18.20)] (p < 0.001).

According to the finding of this study, CBT is beneficial for treatment of depression among adult HIV-infected patients in Thailand. The beneficial effect of CBT was not only immediate but also sustained at 3-month post-treatment.

Department : ...Preventive and Social Medicine
Field of Study : ...Community Medicine.....
Academic Year : ..2010.....

Student's Signature
Advisor's Signature
Co-advisor's Signature
Co-advisor's Signature Vitoel Lohsoonthorn.....

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความกรุณาอย่างยิ่งของ รองศาสตราจารย์ ดร.นายแพทย์ นรินทร์ หิรัญสุทธิกุล อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก ผู้ซึ่งมีหัวใจเป็นครูที่ยิ่งใหญ่ และเปี่ยมไปด้วย พรหมวิหาร 4 ความเมตตา กำลังใจ และทุกสิ่งทุกอย่างที่ท่านมีให้คือพลังที่ยิ่งใหญ่ให้ผู้วิจัยมีวันนี้

ขอขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นายแพทย์วิฑูรย์ โล่ห์สุนทร อาจารย์ที่ปรึกษา วิทยานิพนธ์ร่วม ที่ให้ความเมตตาชี้แนะแนวทาง และให้คำปรึกษาในการทำวิจัยด้วยความเอาใจใส่ เสมอมา ขอขอบพระคุณผู้ช่วยศาสตราจารย์นายแพทย์ฉัตร พิทยรัตน์เสถียร อาจารย์ที่ปรึกษา วิทยานิพนธ์ร่วม ที่เมตตาช่วยเหลือผู้วิจัยด้วยความจริงใจ และเป็นแรงบันดาลใจในด้านการบำบัด ความคิดและพฤติกรรม กราบขอบพระคุณศาสตราจารย์กิตติคุณนายแพทย์ไพบุลย์ โล่ห์สุนทร ที่เมตตา ผู้วิจัยมาโดยตลอด และให้เกียรติมาเป็นประธานสอบวิทยานิพนธ์ในครั้งนี้

กราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์แพทย์หญิงบุรณี กาญจนฉวีรักษ์ ที่ให้เกียรติมาเป็น กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ผู้ให้กำลังใจและเมตตาผู้วิจัยเสมอมา และเป็นอาจารย์ที่อยู่ในใจของผู้วิจัย ตลอดไป กราบขอบพระคุณ นาวาอากาศตรีนายแพทย์บุญเรือง ไตรเรืองวรวัฒน์ รองอธิบดีกรม สนับสนุนบริการ กระทรวงสาธารณสุข ที่สละเวลาให้เกียรติมาเป็นกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ผู้ให้ ความเมตตา ข้อคิด และกำลังใจ ในการต่อสู้ อดทน อันเป็นแรงผลักดันให้ผู้วิจัยก้าวไปข้างหน้า

กราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร.แพทย์หญิงวิไล ชินธเนศ ในความเมตตาอย่างยิ่งที่ ท่านมีต่อผู้วิจัย และทำให้ผู้วิจัยได้มีวันที่ก้าวเดินมาถึงวันนี้

กราบขอบพระคุณศาสตราจารย์ ดร.นายแพทย์ พรชัย สิทธิศรัณย์กุล และคณาจารย์ ภาควิชาเวช ศาสตร์ป้องกันและสังคม ที่ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้อันมีค่ายิ่ง ขอขอบพระคุณ ผศ.ดร.ยุวดี ลีลักษณ์ วิระ รุ่งพิท.ด. เวชศาสตร์ชุมชน ในความช่วยเหลือและพลังใจ คุณโชคชัย เปลี่ยนไฟโรจน์ และ เจ้าหน้าที่ ภาควิชาฯ ในความเอื้อเฟื้ออย่างยิ่งตลอดมา

กราบขอบพระคุณ คุณศิริลักษณ์ สิโยพุทธวงศ์ ผู้ตรวจการพยาบาล ขอขอบคุณ คุณวราภรณ์ จิรานนท์ และเจ้าหน้าที่ทุกท่านที่คลินิกโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และคลินิกภูมิคุ้มกันและภูมิแพ้ ใน ความเอื้อเฟื้อ และกำลังใจที่มีให้ผู้วิจัยมาโดยตลอด ขอขอบคุณผู้ป่วยเอชไอวีทุกท่าน ที่ให้ความร่วมมือ ในการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ ขออานิสงส์ก่อเกิดความสุขสวัสดิกับตัวท่าน และครอบครัวตลอดไป

กราบสักการะพุทธคุณ สิ่งศักดิ์สิทธิ์ เสด็จพ่อรัชการที่ 5 ยมบาล ผู้ล่วงลับ เปรตทั้งหลาย

กราบเท้าคุณพ่อ และคุณแม่ ผู้ให้กำเนิดลูกด้วยต้นทุนที่ดี ให้ปัญญาในการดำเนินชีวิต และให้ สติในการแก้ไขปัญหา ท่านทั้งสองคือพระอรหันต์องค์แรกของลูกที่คุ้มครองชีวิตลูก และทำให้ลูกได้มี วันนี้ ขอขอบคุณกำลังใจที่สำคัญยิ่งจาก โจฟ ไลออน ท้องฟ้า รวมทั้งสัตว์ที่รักทุกๆตัวกว่าร้อยชีวิต ที่ เก็บมาเลี้ยงเกือบ 20 ปี ที่ทำให้รู้จักความอดทน และความเสียสละมากกว่าคนทั่วไป

ขอขอบคุณบัณฑิตวิทยาลัย ผู้ให้ทุน 90 ปี (ทุนรัชดาภิเษกสมโภช) สนับสนุนการวิจัยในครั้งนี้

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง	ญ
สารบัญภาพ.....	ฎ
บทที่ 1 บทนำ.....	1
ความสำคัญและที่มาของปัญหาการวิจัย.....	1
คำถามการวิจัย.....	3
วัตถุประสงค์การวิจัย.....	4
สมมติฐานการวิจัย.....	4
ขอบเขตของการวิจัย.....	5
ข้อจำกัดของการวิจัย.....	5
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย.....	6
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	7
ข้อพิจารณาด้านจริยธรรม.....	7
กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	8
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	9
โรคติดเชื้อเอชไอวีและโรคเอดส์.....	9

	หน้า
การจำแนกกระยะการติดเชื้อเอชไอวีในผู้ป่วยผู้ใหญ่และวัยรุ่น.....	10
การดูแลรักษาผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่ติดเชื้อเอชไอวี.....	12
หลักเกณฑ์การเริ่มยาต้านรีโทรไวรัสในประเทศไทย.....	13
สูตรยาต้านรีโทรไวรัสที่แนะนำเป็นสูตรแรกและสูตรทางเลือกในประเทศไทย..	14
อาการไม่พึงประสงค์และผลข้างเคียงจากยา efavirenz ต่อภาวะซึมเศร้า.....	17
แนวทางการเพิ่ม adherence.....	17
ภาวะซึมเศร้า.....	18
ระบาดวิทยาของโรคซึมเศร้า.....	19
สาเหตุของโรคซึมเศร้า.....	20
ปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดโรคซึมเศร้า.....	22
ภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยที่ติดเชื้อเอชไอวีและโรคเอดส์.....	22
จุดประสงค์ในการรักษาโรคซึมเศร้า.....	25
การบำบัดความคิดและพฤติกรรม.....	26
Models ของการบำบัดด้วย CBT.....	27
การบำบัดความคิดและพฤติกรรมในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า.....	29
ข้อดีของการรักษาโรคซึมเศร้าด้วยจิตบำบัด.....	31
แรงสนับสนุนทางสังคม.....	32
เหตุการณ์ความเครียดในชีวิต.....	33
สัมพันธภาพในการรักษาที่ผู้ป่วยมีต่อแพทย์.....	34
การศึกษาในประเทศไทย.....	35
การศึกษาในต่างประเทศ.....	36

	หน้า
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย	40
รูปแบบการวิจัย	40
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	40
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	43
การเก็บรวบรวมข้อมูล	46
การวิเคราะห์ข้อมูล	47
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล	49
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปราย และข้อเสนอแนะ.....	62
รายการอ้างอิง.....	83
ภาคผนวก.....	92
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์.....	114

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สารบัญตาราง

		หน้า
ตารางที่ 1	การจำแนกระยะการติดเชื้อเอชไอวีในผู้ป่วยผู้ใหญ่และวัยรุ่น.....	12
ตารางที่ 2	เกณฑ์การเริ่มยาต้านรีโทรไวรัสในประเทศไทย.....	14
ตารางที่ 3	สูตรยาต้านรีโทรไวรัสที่แนะนำเป็นสูตรแรกและสูตรทางเลือก ในประเทศไทย.....	16
ตารางที่ 4	DSM-IV-TR Diagnostic Criteria for Major Depressive Episode.....	24
ตารางที่ 5	รูปแบบของปัญหาทางจิตใจจากโรคเอดส์ ในระยะต่างๆของโรค.....	25
ตารางที่ 6	ปัจจัยส่วนบุคคล ของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามกลุ่มศึกษา (CBT group) และกลุ่มเปรียบเทียบ (Non-CBT group).....	50
ตารางที่ 7	ปัจจัยด้านการรักษา ของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามกลุ่มศึกษา (CBT group) และกลุ่มเปรียบเทียบ (Non-CBT group).....	53
ตารางที่ 8	ปัจจัยทางจิตสังคม ของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามกลุ่มศึกษา (CBT group) และกลุ่มเปรียบเทียบ (Non-CBT group).....	56
ตารางที่ 9	คะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้า ของกลุ่มตัวอย่าง ที่เวลา baseline, ภายหลังได้รับการบำบัดความคิดและพฤติกรรมครบ 1 เดือน (Immediately assessment) และที่เวลา 3 เดือนหลังจากได้รับการบำบัด ความคิดและพฤติกรรม (3-month post-treatment assessment) จำแนกตามกลุ่มศึกษา (CBT group) และกลุ่มเปรียบเทียบ (Non-CBT group).....	58
ตารางที่ 10	ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าระหว่าง กลุ่มศึกษา (CBT group) และกลุ่มเปรียบเทียบ (Non-CBT group) เมื่อควบคุมอิทธิพลจากตัวแปรอื่นๆ ที่เวลา Immediately assessment และ 3-month post-treatment assessment.....	61

สารบัญภาพ

		หน้า
ภาพที่ 1	The “naïve” model.....	27
ภาพที่ 2	Simple cognitive model	27
ภาพที่ 3	Beck’s cognitive model.....	28
ภาพที่ 4	Interaction model.....	29
ภาพที่ 5	Flow diagram to show the process of study.....	47
ภาพที่ 6	คะแนนภาวะซึมเศร้าของกลุ่มศึกษา (CBT group) และกลุ่มเปรียบเทียบ (Non-CBT group) ในช่วง baseline ภายหลังได้รับการบำบัดความคิดและพฤติกรรมครบ 1 เดือน (Immediately assessment) และที่เวลา 3 เดือนหลังเสร็จสิ้นการบำบัดความคิดและพฤติกรรม (3-month post-treatment assessment).....	60

บทที่ 1

บทนำ

ความสำคัญและที่มาของปัญหาการวิจัย

นับตั้งแต่มีรายงานผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายแรกของโลก จวบจนปัจจุบัน นับเป็นเวลา 3 ทศวรรษแล้ว ที่ปัญหาการแพร่ระบาดของการติดเชื้อเอชไอวีและโรคเอดส์ยังคงเป็นปัญหาระดับโลก และยังไม่มีความก้าวหน้าในการรักษาโรคนี้ให้หายขาดได้ อีกทั้งยังก่อให้เกิดความสิ้นเปลืองงบประมาณที่ใช้ในการรักษา และส่งผลกระทบต่อระบบเศรษฐกิจไปทั่วโลก เนื่องจากเป็นโรคที่มีการแพร่กระจายสูงสุดในประชากรวัยเจริญพันธุ์ ซึ่งเป็นจักรกลตัวสำคัญในการผลักดันภาคเศรษฐกิจของประเทศ [1]

จากการรายงานของ UNAIDS ปี ค.ศ.2008 พบมีผู้ติดเชื้อเอชไอวีทั้งสิ้น 33.4 ล้านคน เป็นผู้ติดเชื้อรายใหม่ 2.7 ล้านคน และมีผู้เสียชีวิตจากโรคเอดส์แล้ว 2.0 ล้านคน โดยมีการระบาดของโรครุนแรงที่สุดในแถบ Sub-Saharan Africa ซึ่งมีความชุกของการติดเชื้อเอชไอวีเท่ากับร้อยละ 5.2 [2] ส่วนประเทศไทยมีอัตราความชุกของการติดเชื้อเอชไอวีอยู่ที่ประมาณร้อยละ 1.4 (ร้อยละ 0.7-2.1) [3] ซึ่งสูงกว่าค่าเฉลี่ยของทุกประเทศในแถบเอเชีย [4]

จากการรวบรวมข้อมูลโดยสำนักกระบวนวิชา กระทรวงสาธารณสุข พบว่ามีจำนวนผู้ป่วยเอดส์สะสมตั้งแต่เดือน กันยายน 2527 ถึง วันที่ 31 มกราคม 2552 ทั้งสิ้น 358,260 ราย เสียชีวิตแล้ว 95,983 ราย กลุ่มอายุที่พบมากที่สุดเป็นกลุ่มวัยทำงาน มีอายุระหว่าง 20-44 ปี [5] อย่างไรก็ตามตัวเลขดังกล่าวนี้ว่าต่ำกว่าความเป็นจริงมาก เนื่องจากขาดความครบถ้วนของการรายงานผู้ป่วยเอดส์ของโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข [6] และจากการศึกษาภาระโรค (burden of disease) ของประเทศไทยปี พ.ศ. 2542 โดยกระทรวงสาธารณสุข พบว่าโรคที่เป็นสาเหตุของความสูญเสียปีสุขภาวะ (Disability Adjusted Life Year—DALYs) เป็นอันดับแรกทั้งเพศหญิงและเพศชายคือการติดเชื้อเอชไอวีและเอดส์ โดยคิดเป็น 960,000 ปีสุขภาวะที่สูญเสียไปหรือร้อยละ 17 ของการสูญเสียปีสุขภาวะทั้งหมดในเพศชาย และ 370,000 ปีสุขภาวะที่สูญเสียไปหรือร้อยละ 11 ของการสูญเสียปีสุขภาวะทั้งหมดในเพศหญิง [7]

นอกจากนี้โครงการศึกษาวิจัยแผนการลงทุนด้านสุขภาพในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 10 (พ.ศ. 2550-2554) โดยสำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศระบุว่า เอชไอวีและเอดส์ เป็น 1 ใน 3 ภาระโรคอันดับแรกที่รัฐบาลต้องให้ความสำคัญ เนื่องจากเป็นโรคที่

มีการสูญเสียผลิตภาพเนื่องจากการตายก่อนวัยอันควรสูงสุดอันดับหนึ่ง คือร้อยละ35 และมีรายจ่ายเพื่อการรักษาพยาบาลทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในเป็นอันดับสามหรือร้อยละ17 ของรายจ่ายทั้งหมด [8]

จากการศึกษาในต่างประเทศพบว่าความชุกของภาวะซึมเศร้า ในผู้ป่วยที่ติดเชื้อเอชไอวีและโรคเอดส์อยู่ระหว่างร้อยละ 15-40 [9-12] สอดคล้องกับการสำรวจในประเทศไทยที่พบความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยที่ติดเชื้อเอชไอวีและโรคเอดส์อยู่ระหว่างร้อยละ 30-40 [13-16] ซึ่งสูงกว่าประชากรทั่วไป [11,17-19] เพราะการติดเชื้อเอชไอวีและโรคเอดส์ถือเป็นภาวะวิกฤติของชีวิต ปฏิกริยาของผู้ป่วยที่เกิดขึ้นจะมีลักษณะที่ซับซ้อนกว่าปฏิกริยาที่มีต่อโรคร้ายแรงอื่นๆ เนื่องจากเป็นโรคที่สังคมตีตราว่าน่ารังเกียจ น่าละอาย เกิดเป็นตราบาป (stigma) เพราะเป็นโรคที่เกิดจากการมีแบบแผนพฤติกรรมที่ไม่ถูกต้องในผู้ป่วยส่วนใหญ่ อีกทั้งด้วยลักษณะเฉพาะของตัวโรคซึ่งเป็นโรคร้ายแรงและมีการพยากรณ์โรคไม่ดี และยังไม่มียาการรักษาให้หายขาดได้ การติดเชื้อเอชไอวีจึงส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย [1] ในการปรับตัวในการดำเนินชีวิต ตั้งแต่ระยะเริ่มต้นจนกระทั่งถึงระยะสุดท้ายของโรค โดยส่งผลกระทบต่อทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ [17,20] ทำให้ผู้ป่วยโรคนี้มีความเปราะบางทางอารมณ์และมักแยกตัวออกจากสังคม [1,13] เริ่มมีมุมมองต่อสิ่งรอบตัวในทางลบ และมีทักษะการแก้ไขปัญหาต่ำลง การติดเชื้อเอชไอวีและโรคเอดส์จึงเป็นปัจจัยเร่ง (precipitating factors) และ/หรือปัจจัยต่อเนื่อง (perpetuating factors) ต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า อย่างไรก็ตาม ปัญหาเหล่านี้มักถูกละเลยจากแพทย์ผู้ทำการรักษา ในการประเมินสภาพจิตใจของผู้ป่วย ร่วมกับการประเมินทางกาย ทำให้ปัญหาสุขภาพจิตของผู้ป่วยโดยเฉพาะภาวะซึมเศร้า ยังไม่ได้รับการแก้ไข ซึ่งส่งผลกระทบต่อผลลัพธ์ในการรักษา และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในระยะยาว

นอกจากนี้องค์การอนามัยโลกประเมินว่าในปี ค.ศ.2020 โรคซึมเศร้าจะเป็นโรคที่เป็นสาเหตุของ disability เป็นอันดับที่สองรองจากโรคหัวใจ ทั้งที่สามารถรักษาได้ หากผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม [21] ดังนั้นผู้ป่วยที่ติดเชื้อเอชไอวีและโรคเอดส์ที่มีภาวะซึมเศร้า จึงเป็นกลุ่มที่ต้องได้รับการวินิจฉัย และได้รับการรักษาอย่างเร่งด่วนและมีความเหมาะสม เนื่องจากเป็นผู้ป่วยที่เป็นทั้งโรคทางกาย และโรคทางใจ ที่มีความรุนแรงถึง 2 ชนิดในคนเดียวกัน

จากการศึกษาวิจัยในต่างประเทศ มีหลักฐานสนับสนุนประสิทธิผลของการบำบัดความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavior Therapy ; CBT) ในการบำบัดรักษาโรคซึมเศร้า [22-26] และเป็นประโยชน์กับผู้ป่วยที่ติดเชื้อเอชไอวีและโรคเอดส์ [27,28] นอกจากนี้ยังพบว่าการบำบัดความคิดและพฤติกรรม โดดเด่นกว่าการทำจิตบำบัดชนิดอื่นเนื่องจากมีโครงสร้างชัดเจนและเห็นผลได้ในเวลาอันรวดเร็ว [22,23,27] และยังพบหลักฐานว่ามีประสิทธิผลในการรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะ

ซึมเศร้าได้เท่ากับ antidepressant [22] ในผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าในระดับ mild และ moderate depression รวมถึงควรใช้การบำบัดความคิดและพฤติกรรมร่วมกับ antidepressant ในผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าในระดับ major depression [26,29] อีกทั้งยังพบว่าสามารถป้องกันการกลับมาเป็นซ้ำ (Relapse prevention) ของโรคซึมเศร้าในระยะยาว [12,22,30] ได้ดีกว่าการรักษาด้วย antidepressant [31,32]

แต่การศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างการบำบัดความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavior Therapy ;CBT) และการเปลี่ยนแปลงของภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยที่ติดเชื้อเอชไอวีหลังได้รับการบำบัด และหลังติดตามไปข้างหน้าเพื่อศึกษาความยั่งยืนของประสิทธิผลของ CBT ในการป้องกันการกลับมาเป็นซ้ำ (Relapse prevention) ของภาวะซึมเศร้าในระยะยาว ภายใต้การควบคุมปัจจัยร่วม ยังไม่มีการศึกษาในประเทศไทย

ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาถึงประเด็นดังกล่าว ซึ่งสามารถนำผลของการวิจัยมาใช้ให้เกิดประโยชน์กับผู้ป่วยในประเทศไทย เพื่อเป็นแนวทางในการส่งเสริมให้นำการบำบัดความคิดและพฤติกรรม ไปประยุกต์ใช้เป็นหนึ่งในมาตรฐานการรักษา (Standard of care) ผู้ป่วยที่ติดเชื้อเอชไอวีเพิ่มเติมจากมาตรฐานการรักษาที่มีอยู่เดิม ที่ให้ความสำคัญกับ medication treatment เป็นหลัก ทั้งนี้ในความเป็นจริงแล้ว ผู้ป่วยที่ติดเชื้อเอชไอวีนั้นมีปัญหาทางด้านสภาพจิตใจด้วย โดยเฉพาะภาวะซึมเศร้า โดยผนวกการบำบัดความคิดและพฤติกรรม ซึ่งเป็นมิติของ psychosocial treatment เข้าไป เพื่อก่อให้เกิดการดูแลรักษาอย่างเป็นองค์รวม (holistic care) อันส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในระยะยาว โดยเฉพาะผลต่อความร่วมมือในการรับประทานยาต้านรีโทรไวรัส ซึ่งมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า [10,14,33-38]

คำถามการวิจัย

คำถามการวิจัยหลัก

1. การได้รับการบำบัดความคิดและพฤติกรรม มีความสัมพันธ์ต่อการเปลี่ยนแปลงของภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยที่ติดเชื้อเอชไอวี หรือไม่

คำถามการวิจัยรอง

1. ผลของการบำบัดความคิดและพฤติกรรม ต่อการเปลี่ยนแปลงภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยที่ติดเชื้อเอชไอวี สัมพันธ์กับระยะเวลาหลังได้รับการบำบัดหรือไม่

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการบำบัดความคิดและพฤติกรรม และการเปลี่ยนแปลงของภาวะซึมเศร้า ของผู้ป่วยที่ติดเชื้อเอชไอวี

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการบำบัดความคิดและพฤติกรรม และการเปลี่ยนแปลงของภาวะซึมเศร้า ของผู้ป่วยที่ติดเชื้อเอชไอวี ก่อนและหลังควบคุมปัจจัยร่วม ได้แก่ อายุ เพศ การใช้ยา efavirenz เหตุการณ์ความเครียดในชีวิตในช่วงหนึ่งปีที่ผ่านมา แรงสนับสนุนทางสังคม และสัมพันธภาพของการรักษาระหว่างผู้ป่วยกับแพทย์

2. เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของการเปลี่ยนแปลงของภาวะซึมเศร้าหลังได้รับการบำบัดความคิดและพฤติกรรมครบ 1 เดือน (O_2) กับก่อนได้รับการบำบัดความคิดและพฤติกรรม (O_1) และที่เวลา 3 เดือนหลังได้รับการบำบัดความคิดและพฤติกรรม (O_3) กับก่อนได้รับการบำบัดความคิดและพฤติกรรม (O_1) ระหว่างกลุ่มศึกษา (CBT group) และกลุ่มเปรียบเทียบ (Non-CBT group)

สมมติฐานการวิจัย

1. ในผู้ป่วยที่ติดเชื้อเอชไอวี ที่พบภาวะซึมเศร้า การได้รับการบำบัดความคิดและพฤติกรรม มีความสัมพันธ์ต่อการเปลี่ยนแปลงของภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยในระดับที่ลดลง เมื่อเทียบกับกลุ่มที่ไม่ได้รับการบำบัดความคิดและพฤติกรรม ก่อนและหลังควบคุมปัจจัยร่วม ได้แก่ อายุ เพศ การใช้ยา efavirenz เหตุการณ์ความเครียดในชีวิตในช่วงหนึ่งปีที่ผ่านมา แรงสนับสนุนทางสังคม และสัมพันธภาพของการรักษาระหว่างผู้ป่วยกับแพทย์

2. ผลของการบำบัดความคิดและพฤติกรรม มีความยั่งยืน (sustain) ในการป้องกันการกลับมาเป็นซ้ำ (relapse prevention) ของภาวะซึมเศร้า เมื่อเวลาผ่านไป 3 เดือนภายหลังสิ้นสุดการบำบัดความคิดและพฤติกรรม

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการบำบัดความคิดและพฤติกรรม และการเปลี่ยนแปลงของภาวะซึมเศร้า ของผู้ป่วยที่ติดเชื้อเอชไอวี ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โดยใช้ Case Report Forms ในการเก็บรวบรวมข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย และประวัติการรักษาจากเวชระเบียน แบบประเมินภาวะซึมเศร้า แบบวัดเหตุการณ์ความเครียดในชีวิตในช่วงหนึ่งปีที่ผ่านมา แบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคม และแบบประเมินสัมพันธภาพของการรักษาระหว่างผู้ป่วย กับแพทย์ โดยมีตัวแปรที่ศึกษาคือ

ตัวแปรอิสระ (Independent Variables) คือ อายุ เพศ การใช้ยา efavirenz เหตุการณ์ ความเครียดในชีวิตในช่วงหนึ่งปีที่ผ่านมา แรงสนับสนุนทางสังคม สัมพันธภาพของการรักษาระหว่างผู้ป่วยกับแพทย์ และการบำบัดความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavior Therapy ; CBT)

ตัวแปรตาม (Dependent Variables) คือ ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยที่ติดเชื้อเอชไอวี โดยใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้า Thai Depression Inventory (TDI)

ข้อจำกัดของงานวิจัย

1. การศึกษาครั้งนี้ ทำการศึกษาเฉพาะผู้ป่วยผู้ใหญ่ ที่มารับการรักษา แผนกผู้ป่วยนอก ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ซึ่งผู้ป่วยอาจมีระดับความรุนแรงของโรคและประวัติการรักษา แตกต่างไปจากโรงพยาบาลอื่นๆ ซึ่งอาจเกี่ยวข้องกับสิทธิของผู้ป่วยในการเข้ารับการรักษา และภูมิลำเนาของผู้ป่วย
2. การศึกษาครั้งนี้ ติดตามความยั่งยืนของผลของการบำบัดความคิดและพฤติกรรม เป็นระยะเวลา 3 เดือน หลังได้รับการบำบัดความคิดและพฤติกรรม ซึ่งอาจเป็นเพียงการติดตามในระยะสั้น (acute assessment)

คำนิยามที่ใช้ในการวิจัย

การบำบัดความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavior Therapy ;CBT) หมายถึง การรักษาที่ใช้การผสมผสานระหว่างเทคนิคการปรับความคิดและการปรับพฤติกรรม เป็นการทำ cognitive conceptualization โดยการใช้ cognitive model มาใช้กับผู้ป่วยเพื่อให้เข้าใจโรค และปัญหาของผู้ป่วย ที่เกิดจากความคิดที่บิดเบี้ยว (dysfunctional thinking) ในระดับของ automatic thought ซึ่งในการรักษาด้วยวิธีนี้ผู้รักษาทำหน้าที่ชี้แนะให้ผู้ป่วยได้เข้าใจรูปแบบต่างๆของความคิดที่บิดเบี้ยวและพฤติกรรมที่ผิดปกติ อันเป็นผลมาจากความคิดที่บิดเบี้ยวเหล่านั้น โดยการอภิปรายโต้แย้งความคิดที่ผิดปกติอย่างเป็นระบบ ประกอบกับการให้ผู้ป่วยฝึกทำกิจกรรมต่างๆเป็นการบ้าน เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยประเมิน ปรับเปลี่ยนความคิดที่เบี่ยงเบนและพฤติกรรมที่ผิดปกติด้วยตนเอง เมื่อสามารถประเมิน (evaluate) และแก้ไขความคิดให้ถูกต้องตามความเป็นจริงหรืออยู่ในโลกของความเป็นจริงได้ (realistic) อาการเกี่ยวกับอารมณ์และพฤติกรรมของผู้ป่วยก็จะดีขึ้น [39] โดยในการศึกษานี้ จะทำการศึกษาเชิงวิเคราะห์ชนิดไปข้างหน้ากับกลุ่มผู้ป่วยที่เข้ารับการบำบัดความคิดและพฤติกรรมกับจิตแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านการบำบัดความคิดและพฤติกรรม ซึ่งผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าว จะเข้ารับการบำบัดรักษาสัปดาห์ละ 1 ครั้งๆละ 2 ชั่วโมง เป็นเวลา 1 เดือน

ภาวะซึมเศร้า (Depression) หมายถึง ภาวะที่ผู้ป่วยมีความคิด อารมณ์ และพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม โดยมีอารมณ์เศร้า ซึม หดหู่ รู้สึกเบื่อ หมดความสนุกหรือหมดอาลัยตายอยาก (anhedonia) โดยมีอาการทางกาย (Neurovegetative or somatic signs) เช่น เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ น้ำหนักลด อ่อนเปลี้ยเพลียแรง ปากแห้ง ท้องผูก หมดอารมณ์เพศ ปวดศีรษะ เป็นต้น มีอาการทางพฤติกรรมคำพูด มีอาการเชื่องซึมเชื่องช้า (Retardation) เหม่อลอย คิดช้า พุดช้า เคลื่อนไหวช้า แยกตัว ไม่อยากพบหน้าหรือพูดคุยกับใคร แต่บางรายอารมณ์หงุดหงิด รวมถึงมีความคิดกังวล มองโลก มองสภาพทุกอย่างในด้านลบ ขาดสมาธิ ขาดความมั่นใจ ตัดสินใจไม่ได้ แม้เรื่องเล็กน้อย บางรายมีอาการตกใจง่าย แน่นหน้าอก หรือย้ำคิดย้ำทำ (obsessive compulsive) ในรายที่รุนแรงจะรู้สึกผิด โทษตัวเอง ท้อแท้ รู้สึกตนเองไร้ค่า หมดหวัง ไม่เห็นทางแก้ปัญหา ทั้งที่ความจริงไม่มีปัญหาแต่ผู้ป่วยคิดไปเอง และอาจเกิดความคิดและพฤติกรรมที่ทำร้ายตนเองได้ [40] ซึ่งประเมินจากแบบประเมินภาวะซึมเศร้า Thai Depression Inventory (TDI) โดยแบ่งภาวะซึมเศร้าเป็น 5 ระดับคือ ไม่มีภาวะซึมเศร้า ภาวะซึมเศร้าขั้นอ่อน ภาวะซึมเศร้าขั้นปานกลาง ภาวะซึมเศร้าขั้นรุนแรง ภาวะซึมเศร้าขั้นรุนแรงมาก ผู้ป่วยที่มีความรุนแรงของอาการอยู่ในระดับ major depression จะมีค่าคะแนนรวมตั้งแต่ 35 คะแนนขึ้นไป [41]

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. องค์ความรู้ด้านการบำบัดความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavior Therapy ; CBT) ในการบำบัดรักษาภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วย โดยการประยุกต์การบำบัดความคิดและพฤติกรรม มาใช้กับผู้ป่วยที่ติดเชื้อเอชไอวีที่มีความจำเพาะของตัวโรค ในบริบทของวัฒนธรรมและสิ่งแวดล้อมของประเทศไทย ซึ่งมีลักษณะของวัฒนธรรมที่แตกต่างกับประเทศต้นกำเนิดจิตบำบัดแบบการบำบัดความคิดและพฤติกรรม ซึ่งเป็นประเทศตะวันตก และอาจมีความแตกต่างกับประเทศอื่นๆที่เป็นประเทศตะวันออกด้วยกัน

2. เพื่อเป็นแนวทางในการนำการบำบัดความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavior Therapy ; CBT) ไปประยุกต์ใช้เป็นหนึ่งในมาตรฐานการรักษา (Standard of care) ผู้ป่วยที่ติดเชื้อเอชไอวี เพิ่มเติมจากมาตรฐานการรักษาที่มีอยู่เดิม ที่ให้ความสำคัญกับ medication treatment เป็นหลัก ทั้งที่ผู้ป่วยที่ติดเชื้อเอชไอวีนั้นมีปัญหาทางด้านสภาพจิตใจด้วย โดยเฉพาะภาวะซึมเศร้า โดยเพิ่มการบำบัดความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavior Therapy ; CBT) ซึ่งเป็นมิติของ psychosocial treatment เข้าไป เพื่อก่อให้เกิดการดูแลรักษาอย่างเป็นองค์รวม (holistic care) อันส่งผลต่อผู้ป่วยในระยะยาว โดยเฉพาะผู้ติดเชื้อรายใหม่

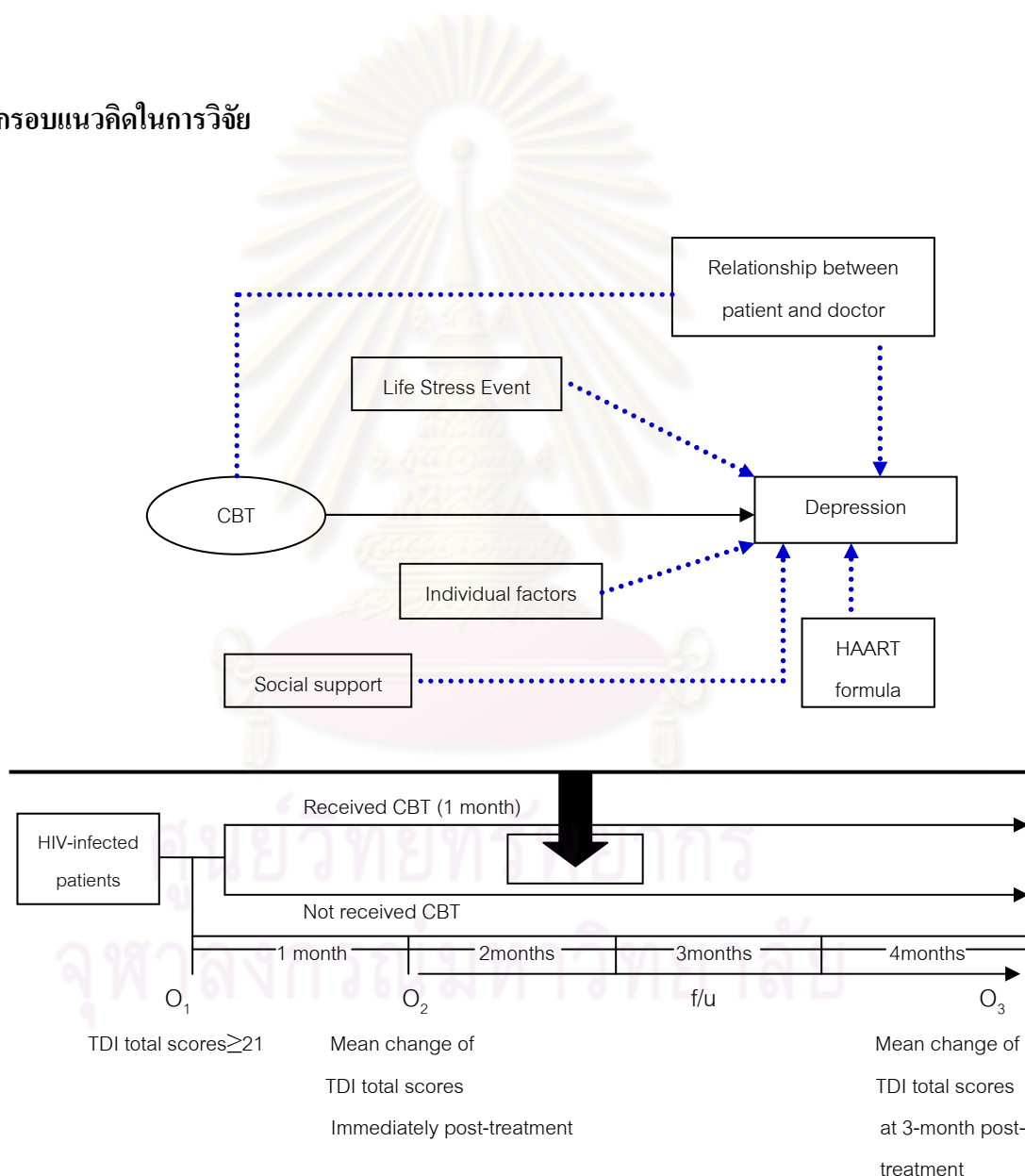
3. เพื่อเป็นแนวทางในการประยุกต์การบำบัดความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavior Therapy ; CBT) เข้ากับมาตรการเพิ่มความร่วมมือในการรับประทานยาต้านรีโทรไวรัส ในโอกาสต่อไป เพื่อให้ผู้ป่วยมีชีวิตที่ยืนยาวขึ้น และลดอุบัติการณ์ของการเกิดเชื้อดื้อยาจากการรับประทานยาไม่ถูกต้อง ไม่ต่อเนื่อง และไม่ตรงต่อเวลา เพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย รวมทั้งลดปัญหาค่าใช้จ่ายในการรักษาที่สูงขึ้นจากเชื้อเอชไอวีดื้อยา อันส่งผลกระทบต่อระบบเศรษฐกิจของประเทศ

ข้อพิจารณาด้านจริยธรรม

การศึกษาในครั้งนี้ผู้วิจัยมีความตระหนักถึงสิทธิของผู้ป่วย ในการที่จะเข้าร่วมหรือปฏิเสธ การเข้าร่วมการวิจัย และยึดหลักความเคารพในบุคคล โดยการให้ข้อมูลด้วยการชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอน และประโยชน์ของการวิจัย จนอาสาสมัครเข้าใจเป็นอย่างดีและตัดสินใจอย่างอิสระในการ ให้ความยินยอมเข้าร่วมในการวิจัย ผู้วิจัยจะเก็บข้อมูลของผู้เข้าร่วมการวิจัยเป็นความลับ เพื่อ ป้องกันการระบุชื่อและนามสกุลจริงของผู้เข้าร่วมการวิจัยออกสู่สาธารณะ โดยในการนำเสนอ ข้อมูลในระดับบุคคล จะนำเสนอภายใต้นามสมมติเท่านั้น และจะสรุปผลการวิจัยในภาพรวม รายละเอียดเหล่านี้ผู้เข้าร่วมการวิจัยทุกคนจะได้พิจารณาและเซ็นชื่อเพื่อเข้าร่วมการวิจัยด้วยความ

สมัครใจโดยมิได้รับสิทธิประโยชน์ใดๆโดยตรง และมีการชี้แจงหลักความยุติธรรม โดยมีเกณฑ์การคัดเข้าและออกอย่างชัดเจน การเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้จึงไม่ทำให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยมีความเสี่ยงมากขึ้น หรือเปลี่ยนแปลงการดำเนินโรคจากการดูแลรักษาของคณะแพทย์และเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบ เว้นแต่เพียงทำให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยสูญเสียเวลาในการตอบแบบประเมินประมาณ 40 นาที และภายหลังจากติดตามไปข้างหน้าครบระยะเวลา 3 เดือน

กรอบแนวคิดในการวิจัย



บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

โรคติดเชื้อเอชไอวีและโรคเอดส์ [42]

โรคเอดส์ (AIDS; Acquired Immunodeficiency Syndrome) เป็นโรคติดต่อจากเชื้อไวรัส Human Immunodeficiency Virus (HIV) ซึ่งทำให้เกิดภาวะภูมิคุ้มกันของร่างกายบกพร่อง โดยเฉพาะอย่างยิ่งระบบภูมิคุ้มกันชนิดที่อาศัยเซลล์ในการทำลายเชื้อโรค (Cell-mediated Immune Response) เป็นเหตุให้ผู้ป่วยมีภาวะภูมิคุ้มกันของร่างกายลดลงเรื่อยๆเมื่อเวลาผ่านไป จนในที่สุดไม่สามารถป้องกันร่างกายจากเชื้อจุลินทรีย์ ทำให้เกิดการติดเชื้อฉวยโอกาส และเสียชีวิตในที่สุด

การรายงานผู้ป่วยโรคเอดส์ครั้งแรกของโลกเกิดขึ้นเมื่อปี พ.ศ. 2524 โดยศูนย์ควบคุมและป้องกันโรคแห่งสหรัฐอเมริกา โดยพบในชายรักร่วมเพศ ซึ่งมีอาการของภูมิคุ้มกันโรคที่ลดลง มีโรคติดเชื้อฉวยโอกาส และโรคมะเร็ง มีการรายงานผู้ป่วยเรื่อยมา จนในอีก 2 ปีต่อมาจึงทราบว่าสาเหตุของโรคเกิดจากเชื้อไวรัส HIV

โรคเอดส์เกิดจากเชื้อไวรัสในกลุ่ม human retroviruses ใน subfamily Lentivirinae ซึ่งมี 2 ประเภทคือ เชื้อเอชไอวีชนิดที่ 1 (HIV-1) และชนิดที่ 2 (HIV-2) ผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีส่วนใหญ่เกิดจากไวรัส HIV-1 ซึ่งแพร่ระบาดไปทั่วโลก และเป็นสาเหตุที่พบบ่อยที่สุด ส่วนไวรัส HIV-2 พบครั้งแรกในแอฟริกันตะวันตก เมื่อปีพ.ศ. 2529 แต่ปัจจุบันพบได้ทั้ง ยุโรป อเมริกา แคนาดา และทวีปอเมริกาใต้ ไวรัส HIV-2 มีการดำเนินโรคช้ากว่า HIV-1

ประเทศไทยพบการระบาดของเชื้อเอชไอวีในกลุ่มประชากรเฉพาะ ได้แก่กลุ่มชายรักชาย ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2527 และต่อมาได้มีการระบาดเข้าสู่กลุ่มประชากรต่างๆ เช่นกลุ่มหญิงบริการ กลุ่มผู้ใช้สารเสพติดชนิดฉีดเส้น และกระจายเข้าสู่กลุ่มประชากรปกติเป็นระยะเวลามากกว่า 10 ปี ทำให้มีผู้ป่วยที่มีอาการภูมิคุ้มกันบกพร่องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลทั้งภาครัฐ และเอกชน รวมทั้ง องค์กรทางศาสนาและองค์กรเอกชน ด้วยอาการที่แตกต่างกัน ซึ่งในอดีต การวินิจฉัยการติดเชื้อเอชไอวี การวินิจฉัยโรคติดเชื้อฉวยโอกาส และการให้การดูแลรักษาเป็นไปด้วยความยากลำบาก ซึ่งผิดกับปัจจุบันที่องค์ความรู้ ความชำนาญของผู้ให้การรักษาและสถานบริการ ความพร้อมของเครื่องมือในการตรวจวินิจฉัย รวมทั้งยาที่ใช้ในการรักษาเจริญรุดหน้าไปมาก [43]

การจำแนกกระยะการติดเชื้อเอชไอวีในผู้ป่วยผู้ใหญ่และวัยรุ่น [42,44]

ศูนย์ควบคุม และป้องกันโรคติดต่อของสหรัฐอเมริกา (Centers for Disease Control and Prevention; CDC) ได้จำแนกกระยะการติดเชื้อเอชไอวีในผู้ป่วยผู้ใหญ่และวัยรุ่นไว้ในปี ค.ศ.1993 เป็น 3 กลุ่มโดยใช้ทั้งอาการทางคลินิก (HIV-related conditions) ร่วมกับระดับภูมิคุ้มกันที่ต่ำที่สุดที่เคยบันทึกไว้ (CD4 cell count) ในการแบ่งกลุ่ม ดังนี้

Category A ผู้ใหญ่หรือวัยรุ่นที่มีอายุตั้งแต่ 13 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าติดเชื้อเอชไอวี โดยต้องไม่มีอาการใดๆใน category B และ C และสถานะของโรคอยู่ในข้อใดข้อหนึ่ง หรือหลายข้อต่อไปนี้

- ในระยะที่ไม่มีอาการ (asymptomatic HIV infection)
- ต่อมน้ำเหลืองโตทั่วไป (persistent generalized lymphadenopathy)
- ติดเชื้อเอชไอวีครั้งแรกเฉียบพลัน และมีอาการป่วยหรือมีประวัติจากการติดเชื้อเอชไอวีเฉียบพลัน (acute HIV infection)

Category B ผู้ใหญ่หรือวัยรุ่นที่มีอายุตั้งแต่ 13 ปี ที่ติดเชื้อเอชไอวีในระยะปรากฏอาการ (AIDS-related complex) และมีอาการเข้าได้กับcriteria อย่างน้อย 1 ข้อต่อไปนี้

- 1) ผู้ป่วยที่มีสถานะเข้าได้กับการติดเชื้อเอชไอวีหรือมีสถานะที่แสดงว่ามี ความบกพร่องของระบบ Cell-mediated Immunity
- 2) มีสถานะที่แพทย์พิจารณาว่า มีการเจ็บป่วยทางคลินิก ซึ่งเป็น ภาวะแทรกซ้อนจากการติดเชื้อเอชไอวี หรือต้องมีการจัดการในการดูแล รักษาจากภาวะแทรกซ้อนจากการติดเชื้อเอชไอวี อย่างต่อเนื่อง

ตัวอย่างสถานะที่จัดอยู่ใน Category B ได้แก่

- Oropharyngeal candidiasis (thrush)
- Oral hairy leukoplakia
- Bacillary angiomatosis
- Vulvovaginal candidiasis
- Pelvic inflammatory disease (PID)
- Cervical dysplasia/ cervical carcinoma in situ
- Idiopathic thrombocytopenic purpura
- Constitutional symptoms เช่น มีไข้ (38.5°C) หรือท้องเสียนานมากกว่า 1 เดือน
- Peripheral neuropathy
- Herpes zoster อย่างน้อย 2 ครั้ง หรือมากกว่า 1 dermatome

Category C ผู้ใหญ่หรือวัยรุ่นที่มีอายุตั้งแต่ 13 ปี ที่มีอาการแสดงหรือมีภาวะที่ชี้
 วินิจฉัยว่าเป็นโรคเอดส์เพื่อการเฝ้าระวัง (AIDS-Indicator Conditions) ได้แก่

- ติดเชื้อรา Candidiasis ที่หลอดลมใหญ่ (trachea) แขนงหลอดลมเข้าปอด (bronchi) และในปอด
- Esophageal candidiasis
- recurrent bacterial pneumonia อย่างน้อย 2 ครั้งใน 12 เดือน
- invasive cervical carcinoma
- ติดเชื้อรา Coccidioidomycosis ชนิดแพร่กระจาย หรือนอกปอด
- ติดเชื้อรา Cryptococcosis นอกปอด
- ท้องเสียเรื้อรังจาก Cryptosporidiosis มากกว่า 1 เดือน
- ติดเชื้อ Isosporiasis ที่ลำไส้ นานกว่า 1 เดือน
- Cytomegalovirus disease (other than liver, spleen, or nodes)
- HIV-related encephalopathy
- Herpes simplex เรื้อรังนานกว่า 1 เดือน หรือหลอดลมอักเสบ ปอดบวม หรือหลอดอาหารอักเสบจากเชื้อเริม
- ติดเชื้อรา Histoplasmosis แพร่กระจายหรือนอกปอด
- Kaposi's sarcoma
- Burkitt's lymphoma
- Primary lymphoma ของสมอง
- *Mycobacterium avium* complex (MAC) หรือ *M. kansasii* แพร่กระจายหรือนอกปอด
- *Mycobacterium tuberculosis* ที่ปอดหรือนอกปอด
- ติดเชื้อ *Mycobacterium* spp. อื่นๆ หรือไมโทราบ species แบบแพร่กระจายหรือนอกปอด
- ปอดอักเสบ หรือปอดบวมจาก *Pneumocystis carinii* (PCP)
- ปอดอักเสบหรือปอดบวมซ้ำ
- ติดเชื้อในเลือด (septicemia) จาก *Salmonella* ซ้ำ
- Progressive multifocal leukoencephalopathy (PML)
- Toxoplasmosis of brain
- Wasting syndrome จากไวรัส HIV

นอกจากนี้ CDC ยังกำหนดให้ ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีระดับ CD4+ T cell ต่ำกว่า 200 cells/ml ไม่ว่าจะอยู่ใน Category ใด อยู่ในกลุ่ม ผู้ป่วยเอดส์ (AIDS) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การจำแนกกระยะการติดเชื้อเอชไอวีสำหรับผู้ใหญ่และผู้วัยรุ่น*

การแบ่งกลุ่มตามระดับ CD4	การแบ่งทางคลินิก (Clinical categories)		
	A Asymptomatic, Acute HIV, or PGL	B Symptomatic Conditions, not A or C	C AIDS-Indicator Conditions
≥ 500 cells/ml	A1	B1	C1
200-499 cell/ml	A2	B2	C2
< 200 cells/ml	A3	B3	C3

*ดัดแปลงจาก Centers for Disease Control and Prevention 1993

การดูแลรักษาผู้ใหญ่ที่ติดเชื้อเอชไอวี (Management of HIV-Infected Adults) [43]

แนวทางการให้บริการด้านการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีแบบองค์รวม

การดูแลรักษาที่มีเป้าหมายให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีสามารถดำรงชีวิตอย่างมีความสุข และมีคุณภาพชีวิตที่ดี ควรมีการให้บริการการดูแลรักษาอย่างครบถ้วนและต่อเนื่อง (Comprehensive and continuum care) โดยครอบคลุมไปถึงการดูแลทางด้านการแพทย์และการพยาบาล การดูแลทางด้านสังคมจิตวิทยา การดูแลทางด้านสังคมเศรษฐกิจและการคุ้มครองสิทธิ โดยการให้บริการทั้งหมดดังกล่าวเกิดจากการทำงานเป็นทีมสหสาขาวิชาชีพของผู้ให้บริการ และการมีส่วนร่วมของผู้ติดเชื้อ รวมถึงการดูแลโดยผู้ติดเชื้อและชุมชนเอง

สำหรับการดูแลทางด้านการแพทย์อย่างครบถ้วน และต่อเนื่องที่นอกเหนือไปจากการบริการด้านยาต้านรีโทรไวรัสและโรคติดเชื้อฉวยโอกาส คือการให้บริการด้านอื่นๆ เช่น การตรวจติดตามระดับ CD4 ในผู้ป่วยที่ยังไม่รับประทานยาต้านรีโทรไวรัส การตรวจคัดกรองโรคต่างๆ การส่งเสริมสุขภาพ

ประเด็นที่ควรคำนึงในการให้บริการทางด้านการแพทย์อย่างครบถ้วนและอย่างต่อเนื่องคือ เมื่อดำเนินการประเมินหรือการคัดกรองโรค และพบความผิดปกติควรมีการจัดระบบการส่งต่อ บริการและติดตามผู้ป่วยหลังจากส่งต่ออย่างเป็นระบบ ทั้งการส่งต่อภายในหน่วยบริการเอง และส่ง ต่อไปหน่วยบริการอื่นๆ เนื่องจากการให้บริการดูแลรักษาโรคและภาวะต่างๆมีความหลากหลาย และต้องการการดูแลรักษาโดยผู้ที่มีความสามารถและผู้เชี่ยวชาญเฉพาะด้าน

หลักเกณฑ์การเริ่มยาต้านรีโทรไวรัสในประเทศไทย [43]

มีหลักการพิจารณาดังนี้

- 1) โอกาสที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวี จะเข้าสู่ระยะเอดส์ขึ้นกับระดับ CD4 และปริมาณ viral load
- 2) สำหรับประเทศไทย การพิจารณาเริ่มยาต้านรีโทรไวรัส ให้พิจารณาทั้งจากอาการและ ระดับ CD4 เป็นสำคัญ โดยปรับปรุงเปลี่ยนแปลงจากแนวทางการรักษาฯปีพ.ศ. 2549/2550 ดังแสดงในตารางที่ 2
- 3) เป้าหมายของการรักษา คือ ลดปริมาณ viral load ให้ต่ำที่สุดและนานที่สุด รวมถึงให้ ระดับ CD4 กลับสู่ระดับปกติให้มากที่สุด ทำให้ผู้ป่วยไม่เสี่ยงต่อ โรคแทรกซ้อนต่างๆที่ สัมพันธ์ต่อการติดเชื้อเอชไอวี (AIDS-related illness)

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 2 เกณฑ์การเริ่มยาต้านรีโทรไวรัสในประเทศไทย [43]

อาการทางคลินิก	ระดับ CD4 (cells/mm ³)	คำแนะนำ
มีความเจ็บป่วยของระยะเอดส์ (AIDS-defining illness)	เท่าใดก็ตาม	เริ่มยาต้านรีโทรไวรัส
มีอาการ*	เท่าใดก็ตาม	เริ่มยาต้านรีโทรไวรัส
ไม่มีอาการ	≤ 350	เริ่มยาต้านรีโทรไวรัส
ไม่มีอาการ	> 350	ยังไม่เริ่มยาต้านรีโทรไวรัส ให้ติดตามอาการและตรวจระดับ CD4 ทุก 6 เดือน
หญิงตั้งครรภ์	เท่าใดก็ตาม	เริ่มยาต้านรีโทรไวรัส และหยุดยาหลังคลอดถ้าก่อนการรักษาด้วยยาต้านรีโทรไวรัสมีระดับ CD4 > 350 cells/mm ³

* อาการดังกล่าวได้แก่ เชื้อราในปาก ตุ่มคันทั่วตัวโดยไม่ทราบสาเหตุ (Pruritic Papular Eruptions : PPE) ไข้เรื้อรังไม่ทราบสาเหตุ อูจาระร่วงเรื้อรังไม่ทราบสาเหตุ นานกว่า 14 วัน น้ำหนักลดมากกว่าร้อยละ 10 ใน 3 เดือน และ herpes zoster มากกว่า 2 dermatomes

สูตรยาต้านรีโทรไวรัสที่แนะนำเป็นสูตรแรกและสูตรทางเลือกในประเทศไทย [43]

ยาต้านรีโทรไวรัสที่มีจำหน่ายในประเทศไทย แบ่งเป็น 5 กลุ่มคือ

- 1) Nucleoside or nucleotide reverse transcriptase inhibitors (NRTIs or NtRTI) ได้แก่ zidovudine (AZT), stavudine (d4T), lamivudine (3TC), emtricitabine (FTC), didanosine (ddl), abacavir (ABC), tenofovir (TDF) นอกจากนี้ยังมียาในรูปแบบ fixed-dose combination เช่น AZT/3TC 300/150 mg, d4T/3TC 30/150 mg, TDF/FTC 300/200 mg (FTC มีในรูปแบบ fixed-dose combination กับ TDF เท่านั้น)

- 2) Non-nucleoside reverse transcriptase inhibitors (NNRTIs) ได้แก่ nevirapine (NVP), efavirenz (EFV), etravirine (ETR) โดย NVP ยังมีอยู่ในรูป fixed-dose combination ร่วมกับ NRTIs เช่น d4T/3TC/NVP 30/150/200 mg และ AZT/3TC/NVP 250/150/200 mg
- 3) Protease inhibitors (PIs) ได้แก่ indinavir (IDV), ritonavir (RTV), nelfinavir (NFV), saquinavir (SQV), lopinavir/ritonavir (LPV/r), atazanavir (ATV), darunavir (DRV)
- 4) Integrase inhibitors (INSTIs) ได้แก่ raltegravir (RAL)
- 5) Fusion inhibitors (FIs) ได้แก่ enfuvirtide (ENF)

การเลือกสูตรยาต้านรีโทรไวรัสสูตรแรกในปัจจุบัน ยังแนะนำให้ใช้ NNRTIs-based regimen เว้นแต่เมื่อเกิดผลข้างเคียงจากยากลุ่ม NNRTIs จึงจะเปลี่ยนเป็น PIs-based regimen ส่วนการเลือกชนิดของยาในแต่ละกลุ่มได้ปรับปรุงและมีการเปลี่ยนแปลงจากแนวทางการดูแลรักษาฯ ในปี พศ. 2549/2550 ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 สูตรยาต้านรีโทรไวรัสที่แนะนำเป็นสูตรแรก และสูตรทางเลือกในประเทศไทย [43]

NRTIs	+	NNRTIs	ในกรณีที่เกิด ผลข้างเคียง จาก ยากลุ่ม NNRTIs	PIs
Preferred				
AZT+3TC ⁽¹⁾ TDF+3TC/FTC ⁽²⁾		EFV ⁽⁶⁾ NVP ⁽⁷⁾		LPV/r ⁽⁸⁾
Alternative				Alternative
ABC+3TC ⁽³⁾ d4T+3TC ⁽⁴⁾ ddl+3TC ⁽⁵⁾				ATV/r DRV/r ⁽⁹⁾ SQV/r

⁽¹⁾ AZT+3TC เป็น NRTIs ที่มีประสิทธิภาพดี และสามารถผลิตได้ในประเทศไทย

⁽²⁾ TDF เป็น NRTIs ที่มีประสิทธิภาพดีแต่ต้องใช้ด้วยความระมัดระวังในผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มี creatine clearance ผิดปกติ และผู้สูงอายุ สำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ติดเชื้อ HBV ร่วมด้วยแนะนำให้ใช้ TDF+3TC/FTC

⁽³⁾ ABC+3TC ใช้ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถทนยาในกลุ่ม NRTIs ชนิดอื่นได้ หรือมีผลข้างเคียงอย่างรุนแรงจาก AZT, d4T, ddl และ TDF ทุกชนิด ABC มีผลข้างเคียง hypersensitivity reaction คล้ายกับที่เกิดจาก NVP ได้ ไม่ควรเริ่ม ABC พร้อมกับ NVP

⁽⁴⁾ d4T+3TC เป็น NRTIs ที่มีประสิทธิภาพดี และสามารถผลิตได้ในประเทศไทย d4T เป็นยาที่มีผลข้างเคียงน้อยในช่วงแรกของการรักษา ใช้ในกรณีที่คาดว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีอาจทนผลข้างเคียงของ AZT, TDF ไม่ได้ และควรหยุดเมื่อใช้นานกว่า 6-12 เดือน โดยเปลี่ยน d4T เป็นยาชนิดอื่น

⁽⁵⁾ ddl+3TC ใช้ในกรณีที่ผู้ป่วยที่มีผลข้างเคียงจาก AZT, d4T และไม่สามารถใช้ TDF ได้เพราะมีการทำงานของไต ผิดปกติหรือทนยาไม่ได้

⁽⁶⁾ EFV เป็น NNRTI ที่มีประสิทธิภาพดี สามารถผลิตได้ในประเทศไทย รับประทานเพียงวันละครั้ง สามารถใช้ในผู้ป่วยที่แพ้หรือเกิดตับอักเสบรุนแรงจาก NVP แต่ห้ามใช้ EFV ในหญิงตั้งครรภ์ไตรมาสแรก

⁽⁷⁾ NVP เป็น NNRTI ที่มีประสิทธิภาพดีสามารถผลิตได้ในประเทศไทย มียาในรูปแบบเม็ดรวมกับ AZT+ 3TC ซึ่งจะช่วยให้เพิ่มความสะดวกในการรับประทานยาได้ มีผลต่อระดับไขมันในเลือดน้อย อย่างไรก็ตามให้ใช้ด้วยความระมัดระวังในหญิงที่มีระดับ CD4 มากกว่า 250 cells/mm³

⁽⁸⁾ LPV/r เป็น PI ที่มีประสิทธิภาพดีและสามารถผลิตได้ในประเทศไทย ในผู้ติดเชื้อเอชไอวี naïve ใช้ได้ทั้งขนาด 800/200 mg ทุก 24 ชม. หรือ 400/100 mg ทุก 12 ชม.

⁽⁹⁾ DRV/r ในผู้ติดเชื้อเอชไอวี naïve แนะนำให้ใช้ขนาด 800/100 mg ทุก 24 ชม.

ข้อสังเกต IDV, IDV/r เกิดผลข้างเคียงได้ง่าย แนะนำให้หลีกเลี่ยงการใช้ ถ้าหลีกเลี่ยงไม่ได้ให้ใช้ IDV/r ขนาด 400/100 mg ทุก 12 ชม. เท่านั้น

อาการไม่พึงประสงค์ และผลข้างเคียงของยาต้านรีโทรไวรัสต่อภาวะซึมเศร้า [45-48]

มีรายงานผลข้างเคียงจาก efavirenz ต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า และซึมเศร้ารุนแรงในผู้ป่วย นอกจากนี้มีรายงานว่าผู้ป่วยที่เครียดและซึมเศร้าอยู่แล้ว เมื่อได้รับยา efavirenz จะทำให้อาการซึมเศร้าของผู้ป่วยรุนแรงขึ้น และอาจนำไปสู่ความคิดฆ่าตัวตาย อาการข้างเคียงอื่นๆที่ส่งผลต่อสภาพจิตใจที่พบคือ วิดกกังวล อารมณ์แปรปรวน กระวนกระวาย มีพฤติกรรมก้าวร้าว อาการทางประสาท ประสาทหลอน (hallucinations) สับสน มีปัญหาการนอนหลับ ผื่นร้าย มีอาการของ post traumatic stress disorder (PTSD) สมาธิและความจำไม่ดี หวาดระแวง พฤติกรรมย้ำคิดย้ำทำ มีความคิดฆ่าตัวตาย

การรับประทานยาต้านรีโทรไวรัสอย่างต่อเนื่อง และสม่ำเสมอ (Adherence to Antiretroviral Therapy) : แนวทางการเพิ่ม Adherence [43]

- 1) มี multidisciplinary team ที่ผู้ป่วยไว้วางใจในการเข้าถึงและติดตามผู้ป่วย
- 2) สร้างความสัมพันธ์ที่ดี และความไว้วางใจระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์
- 3) เตรียมความพร้อมของผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสิ่งแวดล้อม รวมทั้งด้านการเงิน ก่อนเริ่มให้ยาต้านรีโทรไวรัส โดยเน้นแจ้งให้ผู้ป่วยทราบว่าต้องรับประทานยาตลอดชีวิต และอธิบายถึงความสำคัญของ adherence จากงานวิจัยหลายชิ้นทั้งในประเทศ และต่างประเทศพบว่า ภาวะซึมเศร้า เป็นปัจจัยลด adherence ต่อยาต้านรีโทรไวรัสของผู้ป่วย [33-36] ในระดับต่ำกว่าร้อยละ 80-90 [30,37]
- 4) ประเมินอุปสรรคที่สำคัญต่อ adherence ที่ดี เช่น ลักษณะการทำงานของผู้ป่วย ความกังวลของผู้ป่วยเรื่องคนรอบข้างจะรู้เรื่องการติดเชื้อเอชไอวีของตนเอง ภาวะเครียดหรือซึมเศร้า เป็นต้น และให้แนวทางการแก้ไข
- 5) อธิบายผู้ป่วยเกี่ยวกับรายละเอียดการรับประทานยา เช่น จำนวนเม็ดยา ความถี่ในการรับประทานยาต่อวัน การรับประทานยาก่อนหรือหลังอาหาร ผลข้างเคียงจากยาที่มีโอกาสพบได้ ราคายาในกรณีที่จ่ายค่ายาเอง และการเก็บรักษายา เป็นต้น และให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเรื่องการรับประทานยาและชนิดยา
- 6) พยายามเลือกสูตรยาที่รับประทานง่าย และสะดวกกับผู้ป่วย
- 7) ประเมิน adherence ในการรับประทานยาของผู้ป่วยทุกครั้งที่มาพบแพทย์
- 8) ในกรณีที่เกิด non-adherence ให้ประเมินชนิดของ non-adherence เช่น ลืมรับประทานยาทั้งมือ รับประทานยาไม่ตรงเวลา รับประทานยาไม่ตรงขนาด เป็นต้น และพยายามมองหาสาเหตุของ non-adherence ดังกล่าว เพื่อหาแนวทางแก้ไขต่อไป

ภาวะซึมเศร้า (Depression)

World Health Organization [21] ให้นิยามว่าภาวะซึมเศร้าเป็นภาวะที่มีอารมณ์เศร้า (depressed mood) และการลดลงของความสนใจหรือความสุขในกิจกรรมหรือสิ่งต่างๆ (loss of interest or pleasure) รู้สึกผิดหรือล้าช้ำเกินกว่าเหตุ รู้สึกว่าตนเองไม่มีคุณค่า ไม่มีพลัง กำลังมีปัญหาการรับประทานอาหารและการนอนหลับ รวมทั้งไม่มีสมาธิ ปัญหาเหล่านี้อาจกระทบต่อหน้าที่การงานหรือการใช้ชีวิตประจำวัน ผลกระทบที่เลวร้ายที่สุดคือ ภาวะซึมเศร้าสามารถนำไปสู่ปัญหาการฆ่าตัวตาย

Sandock BJ และ Sadock VA [49] กล่าวว่า อาการสำคัญของภาวะซึมเศร้าคือ การมีอารมณ์เศร้า (depressed mood) และการลดลงของความสนใจหรือความสุขในกิจกรรมหรือสิ่งต่างๆ (loss of interest or pleasure) นอกจากนี้ผู้ป่วยยังรู้สึกไม่มีพลังกำลัง (loss of energy) รู้สึกสิ้นหวัง (hopeless) ไม่มีคุณค่า (worthlessness) นอนไม่หลับ โดยเฉพาะ terminal insomnia น้ำหนักลดลงอย่างชัดเจนโดยไม่ได้มีการควบคุมน้ำหนัก หรือในผู้ป่วยบางรายน้ำหนักกลับเพิ่มขึ้นและนอนมากกว่าปกติ (hypersomnia) เกือบทุกวัน ซึ่งเข้าได้กับกลุ่ม atypical features จากการวินิจฉัยด้วย DSM-IV-TR นอกจากนี้ประมาณ 2 ใน 3 มีการคิดฆ่าเรื่องการฆ่าตัวตาย และร้อยละ 10-15 ฆ่าตัวตายสำเร็จ

นิพัทธ์ กาญจนธนาเลิศ [50] กล่าวว่าผู้ป่วยที่เป็นโรคซึมเศร้าจะมีอาการคือ มีอารมณ์เศร้า (depressed mood) สิ้นหวัง ความคิดอ่านเชิงซ้ำ ไม่มีสมาธิ ขาดความสนใจต่อสิ่งรอบข้าง มองโลกในแง่ร้าย วิตกกังวล เบื่ออาหาร น้ำหนักลด นอนไม่หลับหรือนอนมากกว่าปกติ และอาจมีความคิดฆ่าตัวตาย นอกจากนี้สามารถสังเกตได้จากใบหน้าที่เศร้า ไม่มีชีวิตชีวา ไม่ดูแลตนเอง หน้าผากย่นเป็นรูป Omega sign และมีรอยย่นที่ร่องจมูก 2 ด้านเรียกว่า Veraguth's fold

ดวงใจ กษานติกุล [40] ให้นิยามว่าภาวะซึมเศร้าหมายถึง ภาวะที่ผู้ป่วยมีความคิด อารมณ์ และพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม โดยมีอารมณ์เศร้า ซึม หดหู่ ห่อเหี่ยวใจ รู้สึกเบื่อ หดความสนุกเพลิดเพลินหรือหมดอาลัยตายอยาก (anhedonia) อาการเหล่านี้เป็นอยู่นานตั้งแต่ 2 สัปดาห์เป็นต้นไป จนส่งผลกระทบต่อกิจวัตรประจำวันอาชีพ การงาน การเรียน โดยมีอาการร่วมในด้านต่างๆ ดังนี้

อาการทางกาย (Vegetative) เช่น เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ น้ำหนักลด อ่อนเพลียเปลี้ยแรง ปากแห้ง ท้องผูก หดอารมณ์เพศ ปวดศีรษะ ปวดตามร่างกาย ตาคอก ไม่มีประกาย ไม่ใส่ใจตัวเอง ใบหน้าตรงหน้าผากเป็นรูป Omega sign เป็นต้น วัยรุ่นสาวอาจมีอาการรับประทานมาก นอนมาก ซึ่งเป็นอาการไม่ตามรูปแบบ (atypical)

พฤติกรรมคำพูด (Psychomotor) ผู้ป่วยอายุน้อยมักมีอาการเชื่องช้า (retardation) เหม่อลอย คิดช้า พุดช้า เคลื่อนไหวช้า พุดเสียงเบา แยกตัว ไม่อยากพบหน้าหรือคุยกับใคร ขาดความสนใจกับสิ่งรอบข้าง (lack of interest) แต่บางรายมีอาการหงุดหงิด ผู้ป่วยสูงอายุมักมีอาการหลงลืมง่าย หรือกระวนกระวาย กระสับกระส่าย (agitation depression) มีอาการนั่งไม่ติด ต้องเดินไปเดินมา รู้สึกทรมานใจอย่างมาก

ความคิดกังวล (Cognitive) มองโลก มองสภาพทุกอย่างในด้านลบ ขาดสมาธิ ขาดความมั่นใจ ตัดสินใจไม่ได้แม้เรื่องเล็กน้อยๆ มีความคิดวิตกกังวล บางรายมีอาการตกใจง่าย แน่นหน้าอก หรือย้ำคิดย้ำทำ (obsessive compulsive) ในรายที่รุนแรงจะรู้สึกผิด โทษตัวเอง เชื่อถูกตนเอง ว่าเลวหรือโง่ ท้อแท้ รู้สึกตนเองไร้ค่า หมดหวัง ไม่เห็นทางแก้ปัญหา ทั้งที่ความจริงไม่มีปัญหาแต่ผู้ป่วยคิดไปเอง ทำให้คิดฆ่าตัวตาย

ระบาดวิทยาของโรคซึมเศร้า (Epidemiology for Depression) [50]

จากการศึกษา Point Prevalence of Mental Disorders in Primary Care ของ WHO ปี ค.ศ. 1988 จากจำนวนประชากร 5,438 ราย ใน 14 ประเทศ พบผู้ป่วยที่เป็นโรคซึมเศร้า (major depression) ถึงร้อยละ 10.4 นอกจากนี้ยังพบว่าโรคซึมเศร้าที่พบร่วมกับโรคเรื้อรังต่างๆทางกาย โดยเฉพาะการเกิดความเครียดนานๆ จากโรคเช่น มะเร็ง เบาหวาน stroke และ เอดส์ อัตราการเกิดจะเพิ่มขึ้นเป็น 2-3 เท่า

และจากการเก็บข้อมูลทางคลินิก พบว่าผู้หญิงได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้ามากกว่าผู้ชายถึงหนึ่งเท่าตัว หรืออัตราส่วน 2:1 โดยส่วนใหญ่ที่มักพบในเพศหญิงมากกว่าเนื่องจากการแปรผันของฮอร์โมน และภาวะทางร่างกายเช่น การตั้งครรภ์และคลอดลูก การมีประจำเดือน นอกจากนี้ยังอาจเกิดจากความเครียดที่ต้องรับผิดชอบงานทั้งในและนอกบ้าน และยังมีปัจจัยอื่นๆมาเป็นส่วนร่วมด้วย ได้แก่

- อายุ : ชาย พบประมาณอายุ 55 ปี
หญิง พบประมาณอายุ 55 ปี
- ประวัติครอบครัว : First degree relative มี life time risk ประมาณร้อยละ 20
- Twin study : Monozygotic พบประมาณร้อยละ 45
Dizygotic พบประมาณร้อยละ 22
- สภาวะทางสังคม : พบน้อยกว่าในคนแต่งงาน
พบมากกว่าในกลุ่มคนที่อยู่ในเมืองที่มีการแข่งขันต่อสู้
มากกว่า

พบมากกว่าในคนผิวขาว
และพบน้อยกว่าในกลุ่มผู้ที่เป็น Catholic

สาเหตุของโรคซึมเศร้า [40]

1. สาเหตุจากปัญหาในจิตใจ (Intrapsychic models)

นักจิตวิเคราะห์อธิบายว่า อารมณ์เศร้าเป็นอารมณ์ผสมผสานของความรู้สึกหลายๆอย่าง ตั้งแต่ความรู้สึกกลัว เกลียด โกรธ ละอายและความรู้สึกผิด โดยที่ความรู้สึกโกรธเป็นอารมณ์พื้นฐาน (primitive) ที่สุด ปรากฏให้เห็นแม้ในเด็กทารก ส่วนความรู้สึกผิดเป็นอารมณ์ละเอียดอ่อนและสลับซับซ้อนมากที่สุด จะเกิดขึ้นได้เฉพาะบุคคลที่มี Superego แล้ว นักจิตวิเคราะห์หลายคนได้อธิบายถึงสาเหตุของความเศร้า เช่น Abraham อธิบายว่าความเศร้าเกิดจากความหั่นเหวความโกรธและความก้าวร้าวเข้าหาตัวเองเนื่องจากมีความรู้สึกสองฝักสองฝ่าย (ambivalence) คือทั้งรักทั้งโกรธต่อบุคคลสำคัญในชีวิตผู้เป็นที่รักและเป็นทั้งพึ่งพิงทางอารมณ์ แต่เป็นผู้ที่สร้างความผิดหวังและความคับแค้นใจให้ด้วย ส่วน Freud อธิบายว่าความเศร้าเกิดจากการสูญเสียหรือจากพรากจากผู้เป็นที่รักโดยใช้กลไกทางจิตชนิดเก็บไว้ในตนเอง (introjection) ซึ่งเป็นลักษณะเฉพาะของผู้ป่วยซึมเศร้าด้วยการซึมซับ (incorporate) เอาภาพของบุคคลอันเป็นที่รักแต่สร้างความคับแค้นใจรวมเข้ากับ ego ของตนเอง เมื่อเกิดความสูญเสีย ผิดหวัง หรือจากพราก ความโกรธที่เกิดจากความรู้สึกสองฝักสองฝ่ายจะสร้างความรู้สึกปั่นป่วนใจ รู้สึกผิด หมดความภูมิใจในตนเองและรู้สึกซึมเศร้า ผู้ป่วยบางคนอาจใช้กลไกทางจิตชนิดถอยกลับ (regression) ไปเป็นระยะปาก (oral) หรือระยะทวาร (anal) ทำให้มีท่าทีแบบเด็กๆ เอาแต่ใจ ไม่กล้าอยู่คนเดียวหรือย่ำคิดย่ำทำ เป็นต้น

2. สาเหตุจากมีความคิดในแง่ลบ (Negative Cognition)

Aron Beck อธิบายสาเหตุของโรคซึมเศร้าว่า เกิดจากการมีความนึกคิดในเชิงลบ มองเหตุการณ์ชีวิตในแง่ร้าย ทำให้จิตใจอยู่ในสภาพท้อแท้หมดหวัง คือมีความคิดลบหลัก 3 ประการ (cognitive triad) อันได้แก่ ความคิดในทางลบต่อตนเอง (Negative view of self) มองตนเองว่าไม่มีคุณค่า ไร้ประสิทธิภาพ โทษตนเองจากข้อบกพร่องต่างๆ มีความคิดในทางลบต่อเหตุการณ์ที่กำลังเผชิญ (Negative view of ongoing experiences) มองโลกหรือสังคมในแง่ร้าย ชีวิตเต็มไปด้วยอุปสรรค ความพ่ายแพ้ และรู้สึกถูกกดดันจากสังคม และความคิดในทางลบต่ออนาคต (Negative view of the future) มองอนาคตว่ามีแต่ความยากลำบาก ความสูญเสีย ความคับข้องใจ ความหมดหวังที่จะมีหนทางในการแก้ไขปัญหา [23]

3. สาเหตุทางพฤติกรรม (Behavioral models)

อธิบายการเกิดโรคซึมเศร้าจากแนวคิด 2 แบบ คือ เกิดจากภาวะท้อแท้ ทอดอาลัย (learned helplessness) หดกำลังใจ หดความกระตือรือร้น เนื่องจากประสบแต่ความล้มเหลวและผิดหวัง ครั้งแล้วครั้งเล่า และเกิดจากภาวะหดกำลังใจ (no positive reinforcement) เนื่องจากไม่เคยได้รับ คำชมเชย รางวัล การสนับสนุน และความสำเร็จ จึงขาดแรงจูงใจ และความมั่นใจ ทำให้รู้สึกเบื่อหน่ายและไร้ความสุข

4. สาเหตุทางชีวภาพ (Biological models)

จากการศึกษาหาความผิดปกติในสมองของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าพบว่าเกิดจาก

- ความผิดปกติของสารสื่อประสาท (neurotransmitters) กลุ่ม monoamines เช่น serotonin และ catecholamines มีปริมาณลดลงหรือทำงานน้อยลง อย่างไรก็ดี ทฤษฎีดังกล่าว ยังใช้อธิบายพยาธิสภาพของความผิดปกติทางอารมณ์ได้ไม่สมบูรณ์ เนื่องจากการออกฤทธิ์ของยาและประสิทธิภาพในการควบคุมอาการของโรคไม่สอดคล้องกัน เพราะยามีผลต่อปริมาณสารสื่อประสาททันที ในขณะที่ผลในการยับยั้งอาการของโรคต้องใช้เวลาประมาณ 10-15 วันหลังได้รับยา ดังนั้นเมื่อการศึกษาได้ขยายผลกว้างออกไป จึงพบว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างและหน้าที่ของสมอง

(neurophysiological deficits underlying cognitive impairments) [50]

ความผิดปกติอีกประการคือเกิดปัญหาที่ receptors บริเวณ synapses และ second messengers ของเซลล์สมองบริเวณ limbic

- ความผิดปกติของระบบฮอร์โมนของต่อมไร้ท่อ (neuroendocrine) โดยเห็นจากผู้ป่วยโรคคุชชิง หรือผู้ป่วยไทรอยด์เป็นพิษ จะมีความผิดปกติของอารมณ์บ่อยๆ
- ความผิดปกติทางสรีรวิทยาของระบบประสาท (neurophysiology) ซึ่งเป็นปัจจัยทางชีวภาพ เช่นคลื่นสมองขณะหลับ การตื่นตัวของสมองหรือความไม่สมดุลของการกระจายของสารละลายโซเดียม และโพแทสเซียมในและนอกเซลล์ประสาท การมีแคลเซียมในเซลล์ปริมาณสูง ทำให้เป็นพิษต่อเซลล์ (cytotoxic) อาจเกี่ยวข้องกับโรคอารมณ์ผิดปกติโดยเฉพาะ bipolar เป็นต้น

ปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดโรคซึมเศร้า (Personal Illness Models for Depression) [50]

พบว่าปัจจัยต่างๆที่ส่งเสริมทำให้เกิดโรคซึมเศร้าได้มากมายเช่น

- ความเครียดจากสุขภาพ การเจ็บป่วย และปัญหาอื่นๆรอบตัว
- พันธุกรรม
- ภาวะทางร่างกาย เช่น หลังคลอดหรือวัยหมดประจำเดือน
- ปัญหาครอบครัว
- ประวัติการเจ็บป่วย โดยเฉพาะโรคทางกายที่อาจทำให้เกิดโรคซึมเศร้า เช่น โรคหัวใจ เบาหวาน อัมพาต เอดส์

ภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยที่ติดเชื้อเอชไอวีและโรคเอดส์

จากผลการสำรวจในประเทศไทยซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาในต่างประเทศพบว่า ความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยที่ติดเชื้อเอชไอวีและโรคเอดส์สูงกว่าประชากรทั่วไป โดยพบอยู่ระหว่างร้อยละ 15-40 [13-16] เนื่องจากเป็นโรคที่สังคมตีตราว่าน่ารังเกียจ น่าละอาย เนื่องจากสาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากการมีแบบแผนพฤติกรรมทางเพศที่ไม่เหมาะสม อีกทั้งด้วยลักษณะเฉพาะของตัวโรค ซึ่งเป็นโรคร้ายแรงและมีการพยากรณ์โรคไม่ดี และยังไม่มียาการใดรักษาให้หายขาดได้ จึงส่งผลกระทบต่อสภาพจิตใจ และการปรับตัวในการดำเนินชีวิตของผู้ป่วย ตั้งแต่ระยะเริ่มต้นจนกระทั่งถึงระยะสุดท้ายของโรค ผู้ป่วยเหล่านี้ต้องเผชิญกับสถานการณ์ที่กระทบต่อจิตใจ เช่น การรับรู้ผลการตรวจเลือดบวก การเริ่มมีอาการของโรคชัดเจน การสูญเสียบุคคลที่ใกล้ชิด สูญเสียประสิทธิภาพการทำงานและความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง มีปัญหาการออกจากงาน และเกิดปัญหาทางการเงิน รวมถึงปัญหาสัมพันธภาพกับผู้อื่นและบุคคลในครอบครัว การเป็นโรคทำให้ผู้ป่วยรู้สึกละอายใจ ในขณะที่เดียวกันรู้สึกเหมือนถูกลดโทษ สิ่งเหล่านี้เป็นปฏิกิริยาที่พบได้เสมอในผู้ป่วยกลุ่มนี้ เนื่องจากเป็นโรคที่สังคมส่วนใหญ่ยังไม่ให้การยอมรับ เพื่อนฝูงและครอบครัวรังเกียจ ถูกทอดทิ้ง เกิดเป็นตราบาป (stigma) ซึ่งทำให้ผู้ป่วยมักแยกตัวเองจากสังคม [13] มีมุมมองต่อสิ่งรอบตัวในทางลบ และมีทักษะการแก้ไขปัญหาต่ำลง ทำให้พบปัญหาทางด้านสุขภาพจิต โดยเฉพาะภาวะซึมเศร้า อีกทั้งพบว่าโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ โดยเฉพาะโรคเอดส์ส่งผลกระทบต่อระบบประสาท ทำให้แสดงอาการของอารมณ์ผิดปกติได้ [40] และผู้ป่วยที่มีประวัติเคยมีอาการซึมเศร้ามาก่อนจะพบความเสี่ยงเพิ่มขึ้น อย่างไรก็ตามในผู้ป่วยซึ่งอยู่ในระยะที่ยังไม่มีอาการของโรคเอดส์ อาการซึมเศร้าไม่ได้เป็นผลมาจากความผิดปกติของระบบประสาทส่วนกลางเนื่องจากเชื้อเอชไอวี

อาการซึมเศร้าที่พบในผู้ป่วยที่ติดเชื้อเอชไอวีและโรคเอดส์ แบ่งออกได้เป็น 3 ชนิดคือ [13]

1. อาการซึมเศร้าจากปฏิกิริยา (Reactive depression)

เกิดขึ้นภายหลังการทราบผลตรวจเลือดบวก โดยรู้สึกเศร้าใจร่วมกับวิตกกังวล จะมีอาการเป็นๆหายๆ และอาการอาจเป็นรุนแรงเมื่อได้รับการวินิจฉัยโรคครั้งแรก หรือเมื่อเริ่มมีอาการของโรคชัดเจน โดยจะรู้สึกซึมเศร้า สิ้นหวัง ช่วยตนเองไม่ได้ ไม่มีคุณค่า ตามมาด้วยความรู้สึกผิด ละอายใจ ต่ำหิตตนเอง วิตกกังวล นอนไม่หลับซึ่งอาจเป็นแบบนอนหลับยากหรือตื่นบ่อย หรือตื่นเช้ากว่าธรรมดา

2. ความเศร้าโศกเสียใจ (Bereavement)

ในช่วงเวลาที่เจ็บป่วย ผู้ป่วยมักต้องเผชิญกับความสูญเสียของบุคคลใกล้ชิดอยู่ตลอดเวลา รวมทั้งสูญเสียประสิทธิภาพการทำงาน ทำให้ต้องออกจากงาน หรือลดกิจกรรมที่เคยทำลง ทำให้รู้สึกด้อยคุณค่า ด้อยศักดิ์ศรี และน่าอับอาย อีกทั้งยังทำให้เกิดความวิตกกังวลต่อความมั่นคงของชีวิต และของครอบครัวในอนาคตข้างหน้า การต้องปรับตัวจากคนที่แข็งแรงมาสู่คนที่เจ็บป่วยเรื้อรัง ซึ่งยังไม่มีหนทางรักษาให้หายขาด และต้องรับประทานยาหลายขนานไปตลอดชีวิต และพบแพทย์อยู่เป็นประจำจึงเป็นเรื่องยากเย็น ผู้ที่มีสภาพจิตใจเปราะบางเป็นพื้นฐานอยู่แล้วย่อมเป็นตัวกระตุ้นให้เกิดภาวะซึมเศร้ารุนแรงได้

3. โรคซึมเศร้า (Major depressive disorder)

ในการรักษาผู้ป่วยที่ติดเชื้อเอชไอวี ซึ่งมักต่ำหิตตนเองอยู่แล้ว แพทย์ต้องเน้นการตรวจหาความคิดอยากตายเมื่อผู้ป่วยมีอาการซึมเศร้ารุนแรง เมื่อผู้ป่วยคิดว่าการติดเชื้อคือการลงโทษ อาการซึมเศร้าที่รุนแรงอาจกระตุ้นความคิดดังกล่าว ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของโรคซึมเศร้า ซึ่งผู้ป่วยอาจมีประวัติโรคซึมเศร้าในครอบครัวหรือเคยเป็นโรคซึมเศร้ามาก่อน ซึ่งการวินิจฉัยโรคซึมเศร้าเป็นไปตามหลักเกณฑ์ ของ DSM-IV-TR ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 DSM -IV-TR Diagnostic criteria for Major Depressive Episode [51]

A. มีอาการต่อไปนี้อย่างน้อย 5 อาการ ปรากฏร่วมกันอยู่นาน 2 สัปดาห์ และแสดงถึงการเปลี่ยนแปลงไปจากแต่ก่อน โดยมีอาการในข้อ 1 และ 2 อย่างน้อย 1 ข้อ

- 1) มีอารมณ์เศร้า (depressed mood) แทบทั้งวัน เกือบทุกวัน
- 2) มีการลดลงของความสนใจ หรือความสุขในทุกเรื่องหรือแทบทุกกิจกรรมตลอดวัน เกือบทุกวันอย่างชัดเจน
- 3) น้ำหนักลดลงหรือเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน โดยไม่ได้มีการควบคุมน้ำหนัก
- 4) นอนไม่หลับ (insomnia) หรือนอนมากกว่าปกติ (hypersomnia) เกือบทุกวัน
- 5) มีอาการกระสับกระส่าย (agitation) หรือเฉื่อยชา (retardation) แทบทุกวันโดยสังเกตได้จากผู้อื่น
- 6) อ่อนเพลีย (fatigue) หรือไม่มีพลังกำลัง (loss of energy) แทบทุกวัน
- 7) รู้สึกไม่มีคุณค่า (worthlessness) หรือรู้สึกผิดเกินเหตุ/ไม่เหมาะสม (excessive or inappropriate)
- 8) มีการลดลงของความสามารถในการคิด การมีสมาธิ หรือการตัดสินใจ
- 9) มีการคิดซ้ำๆ เรื่องความตาย คิดซ้ำๆ เรื่องการฆ่าตัวตาย โดยปราศจากการวางแผน

ที่ชัดเจน หรือพยายามฆ่าตัวตาย หรือมีการวางแผนการฆ่าตัวตายที่ชัดเจน

B. อาการเหล่านี้มิได้เข้าเกณฑ์ Mixed Episode

C. อาการเหล่านี้เป็นเหตุให้ผู้ป่วยเกิดความทุกข์เฉื่อยอย่างมีนัยสำคัญทางคลินิก หรือมีความบกพร่องในกิจกรรมทางสังคม การงาน หรือด้านอื่นๆ ที่สำคัญ

D. อาการเหล่านี้มิได้เป็นผลโดยตรงจากสรีรวิทยาจากสาร (เช่น สารเสพติด ยา) หรือภาวะการเจ็บป่วยทางกาย (เช่น hypothyroidism)

E. อาการไม่ได้เข้ากับ Bereavement ได้ดีกว่า ได้แก่ มีอาการคงอยู่นานกว่า 2 เดือนภายหลังสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก หรือมีหน้าที่บกพร่องลงอย่างมาก มีความคิดว่าตนเองไร้ค่าอย่างผิดปกติ มีความคิดฆ่าตัวตาย มีอาการ โรควิต (psychosis) หรือ psychomotor retardation

ปัญหาทางจิตใจ โดยเฉพาะภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยที่ติดเชื้อเอชไอวี และโรคเอดส์

ตารางที่ 5 รูปแบบของปัญหาทางจิตใจจากโรคเอดส์ ในระยะต่างๆของโรค [13]

ระยะของโรค	ตัวผู้ป่วย
I. ผลตรวจเลือดเป็นบวก	วิกฤตการณ์ของชีวิต : ซ็อก ปฏิเสธความจริง ซึมเศร้า คิดอยากตาย รู้สึกผิด แยกตัวเอง โกรธ การเปิดเผยความจริง : กลัว
II. ระยะไม่มีอาการ	สร้างความสมดุลขึ้นมาใหม่ : แสวงหาความจริง ความรู้สึกในคุณค่า กลับคืนสู่สภาพเดิม พยายามควบคุมสถานการณ์ ไม่มี ความแน่ใจ เปลี่ยนแปลงวิถีชีวิต
III. ระยะแสดงอาการ	เสียการควบคุมตนเอง และความเป็นอิสระ : รู้สึกผิด โกรธ ซึมเศร้า คิดฆ่าตัวตาย ให้กำลังใจซึ่งกันและกัน มีความผิดปกติของรูปร่างหน้าตา ตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษา ต่อรองการมี ชีวิต
IV. ทราบว่าเป็นโรคเอดส์	เศร้าโศกเสียใจ อาจรู้สึกโล่งอกเมื่อทราบการวินิจฉัยโรค ซึมเศร้า
ระยะสุดท้ายของโรค	การเตรียมตัวเสียชีวิต : ซึมเศร้า ขอมรรับได้ ตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษา อาจมีความคิดฆ่าตัวตายโดยให้แพทย์ช่วย

จุดประสงค์ในการรักษาโรคซึมเศร้า [50]

มีหลักการทั่วไปดังนี้

- รักษาอาการให้หายขาดหรือบรรเทาอาการ (reduce/remove signs/symptoms)
- ทำให้อาการดีขึ้นหรือไม่แย่ลงไปกว่าเดิม (restore)
- ป้องกันหรือลดอัตราการกลับมาเป็นซ้ำ (minimize relapses)

พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยและรักษาอย่างถูกต้องตั้งแต่เริ่มแรก จะมีโอกาสกลับมาเป็นโรคซึมเศร้าได้น้อยกว่าผู้ป่วยที่ป่วยอยู่เป็นระยะเวลานานๆ เป็นๆ หายๆ หรือไม่ได้รับการรักษาที่เหมาะสมจะรักษาได้ยาก และมีโอกาสกลับมาเป็นใหม่สูง

การบำบัดความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavioral Therapy ; CBT)

จากการศึกษาที่ผ่านมา มีหลักฐานสนับสนุนว่าการบำบัดความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavioral Therapy) เป็นจิตบำบัดที่มีประสิทธิภาพ และเป็นที่ยอมรับอย่างกว้างขวางในการบำบัดรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า [22-26] ทั้งการบำบัดในรูปแบบกลุ่มบำบัด (group therapy) หรือรายบุคคล (individual therapy) [52,53] และสามารถป้องกันการกลับมาเป็นซ้ำ (relapse prevention) ของภาวะซึมเศร้าในระยะยาว [12,22,30] ได้ดีกว่าการรักษาด้วยยาต้านเศร้า (antidepressant) [31,32,54] นอกจากนี้พบว่า การบำบัดความคิดและพฤติกรรมเป็นที่สนใจในการนำมาใช้ในผู้ป่วยที่คิดเชื่อเอชไอวีและโรคเอดส์ [55]

ด้วยลักษณะของการบำบัดที่โดดเด่นกว่าการทำจิตบำบัดชนิดอื่น เนื่องจากการบำบัดที่มีโครงสร้าง (structured) มีเป้าหมายในการบำบัดที่ชัดเจน (goal-oriented) และเห็นผลได้ในเวลาอันรวดเร็ว โดยอยู่บนพื้นฐานของการมีส่วนร่วม และอาศัยความร่วมมือของผู้ป่วย (collaborative) [22,56] และมุ่งเน้นการแก้ไขปัญหาในปัจจุบันของผู้ป่วย (here and now) เป็นสำคัญ

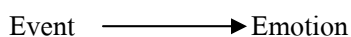
นักทฤษฎีจิตวิเคราะห์ [39] ได้ให้นิยามว่าการบำบัดความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavioral Therapy, CBT, Cognitive therapy) คือจิตบำบัดแขนงหนึ่ง ที่ผสมผสานระหว่างเทคนิคการปรับความคิด (cognitive) และพฤติกรรม (behavioral) มีเป้าหมายเพื่อลดความทุกข์ และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม (maladaptive) ด้วยการปรับเปลี่ยนความคิดที่บิดเบือนไปจากความเป็นจริง (dysfunctional thinking) ของผู้ป่วย เมื่อสามารถประเมิน (evaluate) ความคิดให้ถูกต้องตามความเป็นจริงหรืออยู่ในโลกของความเป็นจริงได้ (realistic) อาการเกี่ยวกับ emotion และ behavior ของผู้ป่วยจะดีขึ้น

กล่าวโดยสรุปคือ แนวคิดพื้นฐานของ CBT เชื่อว่า ความคิด (cognition) อารมณ์ (emotion) พฤติกรรม (behavior) และร่างกาย (physiology) นั้นมีความสัมพันธ์กัน

การทำ cognitive therapy ให้ได้ผลนั้น นอกจากอาศัย therapeutic relationship ที่ดี และการใช้เทคนิคต่างๆของ CBT แล้ว ยังต้องมีการทำ case formulation ที่ดีอีกด้วย โดยการใช้ cognitive model เพื่อให้เข้าใจโรค และปัญหาของผู้ป่วย

Models ของการบำบัดด้วย CBT [24,39,56]

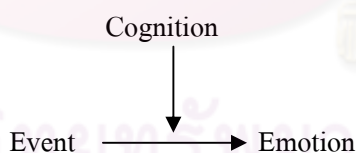
1. The “naïve” model / The “common sense” model



ภาพที่ 1 The “naïve” model

เป็นแนวคิดดั้งเดิมที่เชื่อตามสามัญสำนึกของมนุษย์โดยทั่วไปว่า เหตุการณ์บางอย่าง (event) จะทำให้เกิดอารมณ์ (emotion) บางอย่าง โดยการตีความซึ่งก็คือความคิดของเราต่อเหตุการณ์นั้นจะเป็นสิ่งที่บอกความรู้สึก ดังนั้นในสถานการณ์ หรือเหตุการณ์เดียวกัน ความคิดที่เราให้ความหมายหรือตีความเหตุการณ์นั้นๆ เป็นสิ่งสำคัญที่จะบอกความหมายของเหตุการณ์ จึงเป็นเหตุผลที่ว่าคนที่เจอเหตุการณ์เดียวกัน ความรู้สึกกลับแตกต่างกันได้

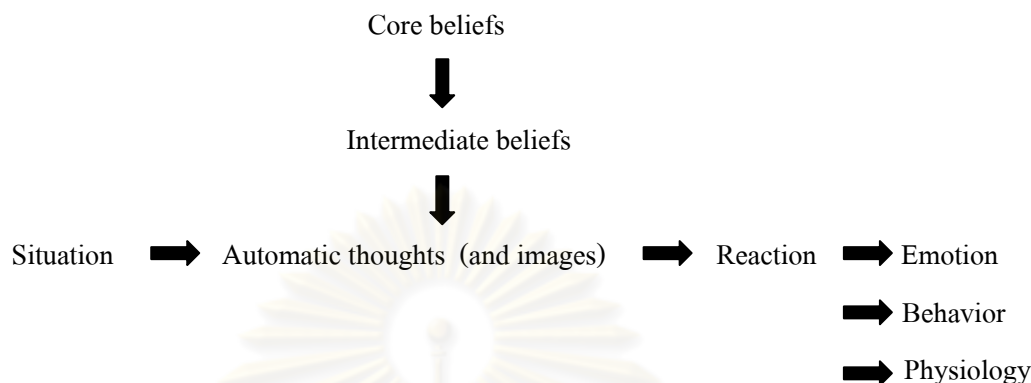
2. Cognitive model แบบง่าย



ภาพที่ 2 Simple cognitive model

เนื่องจากเหตุการณ์มีผลทำให้เกิดอารมณ์ (emotion) แต่ในระหว่างกลางก่อนที่จะเกิดอารมณ์ จะมีสิ่งหนึ่งเกิดขึ้นก่อน คือ ความคิด (cognition) ซึ่งความคิดจะทำให้เกิดอารมณ์ที่แตกต่างกัน ดังนั้นจึงถือได้ว่าความคิดคือตัวที่ทำให้เกิดอารมณ์ขึ้นมา

3. Cognitive model ตามแบบของ Beck

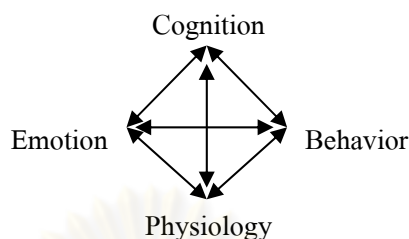


ภาพที่ 3 Beck's cognitive model

จากแผนภูมิ เหตุการณ์ (situation) จะนำไปสู่ความคิดอัตโนมัติ (automatic thoughts) แล้วทำให้เกิดอารมณ์ (emotion) ขึ้นมา และนอกจากทำให้เกิด emotion แล้วยังมีพฤติกรรม (behavior) และอาการทางร่างกาย (physiology) ด้วย ซึ่งเป็นอาการทางกายที่เกิดขึ้นในระบบ sympathetic กล่าวโดยสรุปคือ situation กับ automatic thought ทำให้เกิด emotion, behavior และ physiology เปลี่ยนแปลงไป

มนุษย์เรามี automatic thought ซึ่งมีที่มาจากความเชื่อที่เป็นแก่นมาจากระบบคิดที่เรียกว่า core beliefs ซึ่งเป็นความเชื่อที่ฝังรากลึกอยู่ในตัวตนของบุคคลนั้น ส่วน intermediate beliefs เป็นลักษณะของกฎเกณฑ์ (rule) เป็นข้อสันนิษฐาน (assumption) มีลักษณะเป็นเงื่อนไข ดังนั้นเหตุการณ์เดียวกันการตีความก็อาจไม่เหมือนกัน อยู่ที่แก่นของความเชื่อของคน ๆ นั้นว่าเป็นคนมองโลกอย่างไร ซึ่งอาจมาจากการอบรมเลี้ยงดูในวัยเด็ก ในการทำ CBT อาจต้องกลับไปแก้ไขในส่วน of core beliefs หากทำให้สามารถแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น ณ ปัจจุบัน และทำให้เกิดความเปลี่ยนแปลงในชีวิตที่คงทน และยั่งยืนได้ แต่โดยทั่วไปจะมุ่งเน้นที่การแก้ไข automatic thought ก่อนเป็นลำดับแรก เนื่องจากสามารถเข้าถึงได้ง่ายกว่า และมีโอกาสประสบความสำเร็จในการปรับแก้สูงกว่า

4. Interaction model



ภาพที่ 4 Interaction model

Interaction model แสดงให้เห็นว่า ความคิด (cognition) อารมณ์ (emotion) พฤติกรรม (behavior) และร่างกาย (physiology) นั้นมีความสัมพันธ์กันโดยเชื่อมโยงถึงกันหมด เมื่อเกิดการเปลี่ยนแปลงขึ้นกับองค์ประกอบใดองค์ประกอบหนึ่ง ก็จะส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงกับองค์ประกอบอื่นอย่างทั่วถึงกัน การบำบัดด้วย CBT คือการไปจัดการกับองค์ประกอบที่จัดการได้ โดยเชื่อว่าจะทำให้องค์ประกอบอื่น ๆ ดีขึ้นตามมาด้วย การตัดสินใจว่าจะจัดการกับองค์ประกอบใดก่อนหลังนั้นขึ้นกับชนิดของโรค หรือปัญหาที่แพทย์กำลังดูแล

Cognitive Behavior Therapy ในผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า

การบำบัดด้วย CBT เชื่อว่าความคิดที่บิดเบือนไปจากความเป็นจริงหรือ dysfunctional thinking ทำให้เกิดผลกระทบต่ออารมณ์ของคนไข้ โดยในโรคทางจิตเวชส่วนใหญ่จะพบลักษณะของความคิดที่บิดเบือนไปบางประการ ดังเช่นในผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าองค์ประกอบหนึ่งที่อธิบายกลไกการเกิดภาวะซึมเศร้าคือ ความคิดลบหลัก 3 ประการ (cognitive triad) [23] อันประกอบด้วย

1. ความคิดในทางลบต่อตนเอง (Negative view of self) มองตนเองว่าบกพร่อง ไม่ดีพอ มีความเชื่อว่าสิ่งต่างๆที่เกิดขึ้นเป็นผลมาจากความบกพร่องทางร่างกาย และจิตใจของตนเอง และข้อบกพร่องต่างๆเหล่านั้นทำให้ตนเองไม่มีคุณค่า และไม่เป็นที่ปรารถนาของคนอื่น มีแนวโน้มโทษตนเอง และประเมินตนเองต่ำกว่าความเป็นจริง (underestimate)

2. ความคิดในทางลบต่อเหตุการณ์ที่กำลังเผชิญ (Negative view of ongoing experiences) มองโลกหรือสังคมในแง่ร้าย ชีวิตเต็มไปด้วยอุปสรรคที่ขัดขวางการไปสู่เป้าหมาย รู้สึกว่าถูกกีดกัน และบีบคั้นจากสังคม เมื่อต้องเผชิญกับสถานการณ์ต่างๆจะแปลสถานการณ์นั้นๆในทางลบตามประสบการณ์เดิม

3. ความคิดในทางลบต่ออนาคต (Negative view of the future) ทำนายหรือคาดเดาว่าอุปสรรค และปัญหาต่างๆที่มีอยู่จะดำเนินต่อไปอย่างไม่มีการสิ้นสุด ชีวิตข้างหน้ามีแต่ความทุกข์ และความคับข้องใจ ความหมอดหวังที่จะมีหนทางในการแก้ไขปัญหา

เนื่องจากผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะซึมเศร้านั้น ความคิดทางด้านลบเป็นกรอบที่ครอบไว้ไม่ให้ผู้ป่วยมองปัญหาออก และแก้ปัญหาคได้ เสมือนมองสิ่งต่างๆภายนอกผ่านแว่นดำ ทุกสิ่งที่เห็นจึงแลดูมืดดำไปเสียหมด [22] เมื่อต้องเผชิญกับเหตุการณ์ (Situation) หรือภาวะวิกฤติ ผู้ป่วยจะประเมินเหตุการณ์หรือภาวะวิกฤติดังกล่าวไม่ตรงกับความเป็นจริง ทำให้เกิดความคิดในทางลบ ต่อตนเอง ต่อเหตุการณ์ที่เผชิญหรือโลก และต่ออนาคต ซึ่งมีผลต่ออารมณ์ และพฤติกรรม ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า การใช้ CBT ไม่เพียงแต่ช่วยให้ผู้ป่วยคิดแบบมีเหตุผล ตรงกับความเป็นจริง (realistic) ได้เท่านั้น แต่ยังนำไปสู่เป้าหมายของการรักษาที่ตั้งไว้คือ การหาข้อสรุปให้กับปัญหาของผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยหายจากอาการซึมเศร้า และสามารถนำเทคนิคนี้ไปใช้ในการแก้ปัญหาคอื่นอีก ทั้งยังเป็นารป้องกันกาเกิดอาการซึมเศร้าในอนาคตได้ด้วย (relapse prevention) [39]

โดยการบำบัดความคิดและพฤติกรรมมีองค์ประกอบของการบำบัดดังนี้ [39, 57]

1. การให้ความรู้เรื่องภาวะซึมเศร้า และการติดเชื่อเอชไอวี (Psycho-education) รวมทั้งให้ความรู้เกี่ยวกับกระบวนการรักษาในภาพรวม แนวคิดของการรักษาภาวะซึมเศร้าด้วย CBT (Introduction to CBT for depression) โดยแนะนำ Cognitive Model ให้ผู้ป่วยรู้จักและเข้าใจถึงเหตุผล (rationale) ของขั้นตอนการบำบัด ซึ่งมีความสำคัญอย่างยิ่งเนื่องจากความเข้าใจจะนำไปสู่ความร่วมมือในการรักษา (collaboration)

2. การสอนทักษะในเรื่องของ Relaxation Training ประกอบด้วย Progressive muscle relaxation training และ Diaphragmatic breathing skills เพื่อให้ผู้ป่วยเรียนรู้ในการจัดการกับการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย โดยเฉพาะการเรียนรู้ที่จะผ่อนคลายในเวลาที่เกิดความเครียด และบรรเทาความเจ็บปวด (pain) จากอาการทางร่างกายเช่น peripheral neuropathy, lung infections from *Pneumocystis carinii* pneumonia หรือจากผลข้างเคียงของยา ในผู้ป่วยที่ติดเชื่อเอชไอวี [55]

3. การจัดตารางกิจกรรม (Activity Scheduling) เป็นเทคนิคที่มักใช้กับผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะซึมเศร้า เนื่องจากผู้ป่วยซึมเศร้ามักมี psychomotor retardation และมีพฤติกรรมแยกตัวจากสิ่งแวดล้อม ซึ่งเป็นอาการเด่นของผู้ติดเชื่อเอชไอวีด้วยกัน ซึ่งส่งผลให้อารมณ์เศร้ายิ่งแยกลงในทางตรงกันข้าม ถ้าสามารถทำให้ผู้ป่วยมีกิจกรรมมากขึ้น ก็จะส่งผลให้อารมณ์ดีขึ้น การทำ Behavioral activation เริ่มจากการประเมินกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย จากนั้นผู้บำบัดร่วมมือกับ

ผู้ป่วยในการหากิจกรรมที่ผู้ป่วยทำแล้วรู้สึกมีความสุขหรือรู้สึกสำเร็จ โดยผ่านการบันทึกลงในตารางกิจกรรมในรอบ 1 สัปดาห์ เพื่อเป็นเครื่องมือที่ทำให้ผู้ป่วยเห็นความเป็นจริงในชีวิตในแต่ละวันว่าดำเนินไปอย่างไรบ้างผ่านการติดตาม (monitor) ตนเอง เพื่อตรวจสอบว่ากิจกรรมใดที่ไม่จำเป็นเพราะไม่ก่อให้เกิดประโยชน์ และกิจกรรมใดที่ควรทำแต่ผู้ป่วยยังทำน้อยไป

4. เป็นขั้นตอนของการปรับเปลี่ยนความคิด (Cognitive restructuring) โดยเริ่มจากการค้นหาความคิดอัตโนมัติในทางลบ (Identifying negative automatic thoughts) การตรวจสอบความคิดอัตโนมัติในทางลบตามความเป็นจริง (Evaluating negative automatic thoughts) จากหลักฐาน (evidence) ที่มาสนับสนุน และคัดค้านความคิดนั้นๆ เพื่อมองปัญหาได้อย่างกระจ่างขึ้น รวมทั้งผู้ป่วยควรได้เรียนรู้ที่จะประเมินความคิดในแง่ของความถูกต้อง (validity) และประโยชน์ของความคิดนั้น (utility) นำไปสู่การปรับแก้ความคิด (Modifying dysfunctional thoughts) เพื่อให้อารมณ์ดีขึ้น

5. การค้นหาแนวทางแก้ไขปัญหา (Problem solving) เป็นการช่วยผู้ป่วยค้นหาแนวทางอื่นๆ ในการแก้ไขปัญหา เนื่องจากผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า มักมีความสามารถในการใช้ความคิดที่เป็นเหตุผลลดลง และมักมองปัญหาที่เกิดขึ้นในลักษณะของปัญหาที่ไม่มีแนวทางแก้ไขและไม่พยายามที่จะหาแนวทางในการแก้ไขปัญหา การปรับเปลี่ยนมุมมองของผู้ป่วยที่มีต่อปัญหาต่างๆ โดยการช่วยให้ผู้ป่วยได้ค้นหาแนวทางอื่นๆ ในการแก้ไขปัญหาก็เป็นสิ่งสำคัญซึ่งถือเป็นการสร้างพื้นฐานการแก้ไขปัญหายังเป็นระบบตาม problem-solving steps [58] โดยเริ่มจากการค้นหาสิ่งที่เป็นปัญหา หลังจากนั้นให้คิดวิธีแก้ไขปัญหานั้นๆ ที่เป็นไปได้ให้มากที่สุด ตามด้วยการชั่งน้ำหนักข้อดีและข้อเสียของวิธีการแก้ไขปัญหานั้นๆ (weighing up pros and cons) แล้วจึงตัดสินใจเลือกวิธีการแก้ปัญหานั้นๆ ที่ดีที่สุด และวางแผนการนำไปใช้แก้ปัญหาในชีวิตจริง หากวิธีการดังกล่าวไม่ประสบผลสำเร็จก็ให้นำวิธีการสำรองถัดไปมาทดลองแก้ไขปัญหานั้นต่อไป

ข้อดีของการรักษาโรคซึมเศร้าโดยวิธีจิตบำบัด (Potential Roles for Psychotherapy of Depression) [50]

- Increase medication adherence
 - Provide disease management
 - Obtain symptom remission
- As monotherapy
- Combined with medication
- Added to medication for residual symptoms

- Restore functions
- Prolong remission

แรงสนับสนุนทางสังคม

สมภพ เรื่องตระกูล [13] กล่าวว่าผู้ป่วยที่ติดเชื้อเอชไอวี และโรคเอดส์ที่ขาดการสนับสนุนให้กำลังใจจากครอบครัว หรือสังคม จะเกิดความทุกข์ใจ และความเครียดอย่างมาก การเจ็บป่วยด้วยโรคนี้นี้มักถูกสังคมประณาม ถูกขจัดออกจากสังคมทำให้สูญเสียหน้าที่การงาน รายได้ บ้านที่อยู่อาศัย ครอบครัว และการสนับสนุนอย่างอื่น และในที่สุดอาจต้องทนทุกข์ทรมานอยู่กับรูปร่างที่ผิดส่วนหรือพิการ ความเจ็บปวด และระยะสุดท้ายของโรค

ผู้ป่วยที่มีปัญหาทางสังคมรุนแรง มีความเสี่ยงต่อการเกิดอาการซึมเศร้า ส่วนผู้ที่ได้รับการสนับสนุนให้กำลังใจอย่างดีจากครอบครัว และสังคม จะมีความเครียดน้อยกว่ารวมทั้งมักจะไม่ค่อยแยกตัวออกไปอยู่อย่างโดดเดี่ยว

สอดคล้องกับการศึกษาของ Fukunishi I และคณะ [59] ในประเทศญี่ปุ่นที่พบว่าการมีแรงสนับสนุนทางสังคมในระดับต่ำ มีความเกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ที่ติดเชื้อเอชไอวี

เช่นเดียวกับ Rabkin R และคณะ [17] ที่กล่าวว่าผู้ป่วยที่ติดเชื้อเอชไอวี และโรคเอดส์มีข้อจำกัดในการดำเนินชีวิต ไม่สามารถจะสร้างความสัมพันธ์กับผู้อื่นได้ตามปกติเพราะสามารถแพร่เชื้อไปสู่บุคคลอื่นได้ เป็นเหตุให้ผู้ป่วยมักแยกตัวออกจากสังคม ในขณะที่การติดเชื้อเอชไอวีและโรคเอดส์มักเกิดจากแบบแผนของพฤติกรรมทางเพศที่ไม่เหมาะสม ทำให้ไม่เป็นที่ยอมรับของสังคมเช่นกัน การแยกตัวออกจากสังคม และการที่สังคมไม่ยอมรับ ทำให้ผู้ป่วยสูญเสียการสนับสนุนทางสังคม

Cobb S [60] ได้ให้ความหมายของแรงสนับสนุนทางสังคมว่าหมายถึง การแสดงออกที่ทำให้บุคคลเชื่อได้ว่าตนเป็นที่รัก ได้รับการดูแลเอาใจใส่ รู้สึกมีคุณค่า และเป็นส่วนหนึ่งของสังคม จากการศึกษาพบว่าแรงสนับสนุนทางสังคม เป็นเกราะป้องกันบุคคลจากภาวะวิกฤติเนื่องจากการมีโรคภัยไข้เจ็บต่างๆ ลดปริมาณความต้องการในการใช้ยา รวมทั้งยังทำให้มีความร่วมมือในการรับประทายยาเพิ่มขึ้น นอกจากนี้แรงสนับสนุนทางสังคมยังช่วยป้องกันบุคคลจากภาวะซึมเศร้า ขณะที่ต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงอย่างใหญ่หลวงในชีวิต โดยแบ่งแรงสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 3 ด้านคือ 1. แรงสนับสนุนทางสังคมที่แสดงให้เห็นว่าบุคคลนั้นเป็นที่รัก และได้รับการดูแลเอาใจใส่ 2. แรงสนับสนุนทางสังคมที่แสดงให้เห็นว่าบุคคลนั้นมีคุณค่าในตนเอง และมีความหมายต่อบุคคลอื่นๆ 3. แรงสนับสนุนทางสังคมที่แสดงให้เห็นว่าบุคคลเป็นสมาชิกหรือเป็นส่วนหนึ่งของสังคม

Remien RH และ Wagner GJ [61] กล่าวว่า แรงสนับสนุนทางสังคมมีบทบาทสำคัญต่อผู้ที่ติดเชื้อเอชไอวีและโรคเอดส์ ซึ่งต้องเผชิญกับความเจ็บป่วยเรื้อรัง และสูญเสียหน้าที่การทำงานต่างๆของร่างกาย ดังนั้นจึงเป็นสิ่งสำคัญมากที่ผู้ติดเชื้อมีบุคคลที่สามารถจะปรับทุกข์ เป็นที่ปรึกษา และเป็นที่ยึดพิงทางจิตใจได้อย่างน้อยหนึ่งคน อาจเป็นบุคคลที่ใกล้ชิดเช่น เพื่อนสนิท สมาชิกในครอบครัว คนรัก หรืออาจเป็น counselor โดยมีลักษณะเป็นผู้ support ที่ดี เป็นบุคคลที่ผู้ป่วยมีความเชื่อมั่น และไม่เริ่มต้นด้วยการตัดสินหรือติติงผู้ป่วยให้เสียกำลังใจ โดยจากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์เชิงบวกต่อการมีความหวัง และต่อสภาพจิตใจโดยรวม และแรงสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์เชิงลบกับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยที่ติดเชื้อเอชไอวีและโรคเอดส์

Tardy CH [62] กล่าวว่าแรงสนับสนุนทางสังคมประกอบไปด้วยองค์ประกอบ 5 ด้าน ได้แก่ 1. ทิศทาง ต้องเป็นทั้งการให้ และการรับแรงสนับสนุนทางสังคม 2. การจัดให้มีแรงสนับสนุนทางสังคม ที่บุคคลสามารถเข้าถึงได้ 3. มีการประเมินการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม เช่น ประเมินความพึงพอใจแรงสนับสนุนทางสังคมที่ได้รับ 4. เนื้อหาของแรงสนับสนุนทางสังคม จากการนำเสนอของ House JS [63] ได้แก่แรงสนับสนุนทางด้านอารมณ์ (emotional support) การดูแลเอาใจใส่ การให้ความรัก ความเชื่อมั่น รวมถึงความเข้าอกเข้าใจ (empathy) แรงสนับสนุนทางด้านเครื่องมือ การเงิน เวลา หรืออุปกรณ์ต่างๆ (instrumental support) แรงสนับสนุนทางด้านข้อมูลข่าวสาร คำแนะนำต่างๆ (informational support) และแรงสนับสนุนทางการประเมิน (appraisal support) คือการให้ข้อมูลย้อนกลับ เพื่อนำไปประเมินตนเอง ด้วยประโยคที่ให้กำลังใจหรือคำชื่นชม 5. เครือข่ายของแรงสนับสนุนทางสังคม อันได้แก่ ครอบครัว เพื่อนสนิท เพื่อนบ้าน ผู้ร่วมงาน ชุมชน และผู้เชี่ยวชาญ

เหตุการณ์ความเครียดในชีวิต

Holmes T และ Rahe R [64] ให้ความหมายของเหตุการณ์ในชีวิตในแง่ของเหตุการณ์ความเครียดทางสังคม (Social stressors) ว่าเมื่อเกิดกับบุคคลแล้วจะทำให้บุคคลนั้นเกิดการเปลี่ยนแปลงแบบแผนของการดำเนินชีวิตที่เคยเป็นอยู่ ทำให้ต้องมีการปรับตัว ส่งผลต่อการทำงานของระบบต่างๆในร่างกาย

Rabkin JG และ Struening EL [65] ให้ความหมายเหตุการณ์ในชีวิตในแง่ของเหตุการณ์ความเครียดทางสังคม (Social stressors) ว่าเป็นเหตุการณ์ที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในชีวิตของ

บุคคล โดยความสัมพันธ์ระหว่างเหตุการณ์ความเครียดในชีวิต และปัญหาทางสุขภาพจิตขึ้นอยู่กับความแตกต่างของบริบทของเหตุการณ์ความเครียดที่บุคคลได้รับ

Rabkin R และ Rabkin JG [17] กล่าวว่า การประสบกับเหตุการณ์ความเครียดทางสังคม และทางการเงินของผู้ติดเชื้อเอชไอวี เป็นประเด็นหลักที่ทำให้ความชุกของการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยกลุ่มนี้มีมากกว่าประชากรทั่วไป

ดวงใจ กสานติกุล [40] กล่าวว่า เมื่อเกิดความเครียดสะสมนานๆ จะทำให้ระดับของเอนดอร์ฟิน และ ซีโรโตนินในร่างกายและสมองลดจำนวนลงหรือทำงานผิดปกติ ส่วนคอติโซล และนอร์เอเดรีนาลีน จะหลั่งออกมามากขึ้น ส่งผลให้ภูมิคุ้มกันด้านทานของร่างกายลดลง ร่างกายอ่อนแอ เจ็บป่วยหรือติดเชื้อได้ง่าย ตามมาด้วยอารมณ์ท้อแท้ ซึมเศร้า และมีอาการหลงๆ ลืมๆ ก่อนวัยอันควร

จากการศึกษาที่ผ่านมา พบว่าเหตุการณ์ความเครียดในชีวิต เช่น ปัญหาด้านการเงิน ปัญหาครอบครัว ความสูญเสีย และความเจ็บป่วยทางร่างกายหลายอย่าง เป็นปัจจัยเสี่ยงของการเกิดภาวะซึมเศร้า และปัญหาทางสุขภาพจิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและโรคเอดส์ [66-68] ซึ่งชนิดของเหตุการณ์ความเครียดที่แตกต่างกัน จะส่งผลต่อระดับของภาวะซึมเศร้าที่แตกต่างกัน [69] โดยเฉพาะเหตุการณ์ในชีวิตที่เกิดจากการสูญเสีย เป็นสาเหตุสำคัญของการเกิดภาวะซึมเศร้า [70] นอกจากนี้ยังพบว่าความเครียดในชีวิตเป็นปัจจัยการทำนายการเปลี่ยนแปลงของระดับ viral load ในผู้ป่วยที่ติดเชื้อเอชไอวีและโรคเอดส์อีกด้วย [71]

สัมพันธภาพในการรักษาที่ผู้ป่วยมีต่อแพทย์ (Trust)

Remien RH และคณะ [61] กล่าวว่า ถือเป็นเรื่องสำคัญที่ผู้ป่วยจะมีสัมพันธภาพที่ดีต่อระบบการดูแลรักษา โดยผู้ป่วยต้องรู้สึกสะดวกสบาย และมีความเชื่อถือต่อแพทย์ผู้ทำการรักษา ผู้ป่วยมีส่วนร่วมและเข้าไปมีบทบาทต่อการบริหารจัดการเรื่องโรคของตนเอง ผู้ป่วยมีควรมีโอกาสได้เป็นผู้เลือกผู้ให้บริการที่นอกจากจะคลุกคลีอยู่กับการรักษาการติดเชื้อเอชไอวี และโรคเอดส์แล้ว ยังเต็มใจดูแลผู้ป่วยในระยะยาว โดยมีการใช้กลยุทธ์ต่างๆ ในการดูแลรักษาผู้ป่วย อันส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย และความสัมฤทธิ์ผลในการรักษา

Mechanic D และคณะ [72] ได้ให้ความหมายของสัมพันธภาพในการรักษาที่ผู้ป่วยมีต่อแพทย์ (Trust) ว่า เป็นความคาดหวังของผู้ป่วยที่มีต่อสถาบัน และแพทย์ผู้เชี่ยวชาญในการปฏิบัติต่อตนเองให้เป็นที่ไปตามความประสงค์ของผู้ป่วย ซึ่งส่งผลต่อประสิทธิผลของการดูแลรักษา อันประกอบไปด้วย ความสามารถในด้านความเชี่ยวชาญทางเทคนิค และความสามารถในด้านการ

สื่อสารระหว่างบุคคลของแพทย์ผู้ทำการรักษา การรักษาความลับ และการสื่อสารอย่างเปิดเผย ปราศจากการปิดบัง

Thom DH และคณะ [73] กล่าวว่า สัมพันธภาพในการรักษาที่ผู้ป่วยมีต่อแพทย์ (Trust) หมายถึงการมีความคาดหวังและความเชื่อว่าผู้ให้การรักษาจะปฏิบัติในสิ่งที่ถูกต้องที่สุด ภายใต้สถานการณ์ที่มีความประปราย ซึ่งความเชื่อถือนับเป็นพื้นฐานสำคัญของสัมพันธภาพในการดูแลรักษา และหากสามารถพัฒนาสัมพันธภาพในการรักษาที่ผู้ป่วยมีต่อแพทย์ (Trust) ให้ดีขึ้นได้ จะลดความเหลื่อมล้ำ และเพิ่มการมารับบริการอย่างต่อเนื่อง ซึ่งจะช่วยให้ผลลัพธ์ทางสุขภาพดีขึ้น

จากการศึกษาของ ฅักวรรต บัวทอง [14] พบว่าเมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยร่วมในระดับบุคคลกับภาวะซึมเศร้าด้วย Generalized Estimating Equations (GEE) พบว่า สัมพันธภาพในการรักษาที่ผู้ป่วยมีต่อแพทย์มีความสัมพันธ์เชิงลบกับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

การศึกษาในประเทศไทย

เสาวนีย์ อินทรเนตร [74] ศึกษาเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยเอดส์ที่เป็นโรคซึมเศร้าที่เข้าโครงการรับยาต้านรีโทรไวรัส ณ โรงพยาบาลชะอำ ก่อนและหลังการเข้าร่วมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมแบบกลุ่ม ทำการศึกษาในกลุ่มตัวอย่าง 20 คน ซึ่งได้รับคัดเลือกตามเกณฑ์คุณสมบัติ โดยเป็นการศึกษาแบบกลุ่มเดียว วัดผลก่อนและหลังการศึกษา (One group pretest-posttest design) ผลการศึกษาพบว่า หลังการได้รับโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมแบบกลุ่ม คะแนนภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยเอดส์ที่เป็นโรคซึมเศร้าต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

ยุวดี สหายแก่น [75] ศึกษาผลของกลุ่มให้คำปรึกษาโดยใช้แนวคิดการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมในผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่มีภาวะซึมเศร้า ที่มารับบริการที่งานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลบ้านม่วง จังหวัดสกลนคร จำนวน 2 กลุ่มๆละ 8 คน ผลการศึกษาพบว่า ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์หลังการบำบัด และระยะติดตามผลหลังการบำบัด 2 สัปดาห์ ลดลงอยู่ในระดับปกติ ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้และเข้าใจภาวะเจ็บป่วยของตนเองด้วยกระบวนการกลุ่ม และมีความพึงพอใจต่อการบำบัดครั้งนี้

การศึกษาในต่างประเทศ

Chan I และคณะ [76] ศึกษาผลของ Cognitive behavioral group program ในชาย (heterosexual) เชื้อสายจีน ที่ติดเชื้อเอชไอวี ประเทศฮ่องกง ในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 16 คน เปรียบเทียบกับ wait-list control โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น และลด psychological distress โดยจากข้อมูล baseline พบผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตต่ำกว่าประชากรทั่วไป และมี psychological distress ผลการศึกษาพบว่า หลังได้รับการบำบัด กลุ่มทดลอง (CBP group) มีคุณภาพชีวิตในมิติของสุขภาพจิตดีขึ้น และมีภาวะซึมเศร้าลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

Lee MR และคณะ [77] ศึกษาประสิทธิผลของการใช้ Cognitive behavioral group therapy ร่วมกับการใช้ antidepressant ในชายรักร่วมเพศ ที่เป็นโรคเอดส์หรือติดเชื้อเอชไอวีในระยะแสดงอาการ ในกลุ่มตัวอย่าง 15 คน โดยทำการศึกษาแบบกลุ่มเดี่ยววัดผลก่อนหลัง ประกอบด้วยผู้ป่วย major depression 12 ราย และ Dysthymia 3 ราย ผลการศึกษาพบว่าการบำบัดด้วยวิธีนี้เป็นที่สนใจของผู้ป่วยเป็นอย่างมาก ผู้ป่วยมีความตั้งใจ และมี compliance ต่อการบำบัดด้วย CBG ในระดับดี รวมทั้งคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าลดลง หลังการทดลองสิ้นสุด และหลังจากติดตามในระยะ 1 ปี นอกจากนี้จากการรายงานของผู้ป่วยระบุว่าในสัปดาห์ cognitive restructuring มีคุณค่าต่อผู้ป่วยเป็นอย่างมากในการบรรเทาภาวะซึมเศร้า

Laperriere A และคณะ [78] ทำการศึกษาภายใต้โครงการ The Smart/EST Women's Project โดยรายงานขึ้นนี้อยู่ใน phase ที่ III ของ clinical trial ทำการศึกษา long-term effects (ระยะเวลา 1 ปี) ของ group cognitive-behavioral stress management/expressive supportive therapy (CBSM+) intervention ในผู้ป่วยหญิงที่เป็นโรคเอดส์ จำนวน 451 คน randomized เป็นกลุ่มทดลอง 74 คน และกลุ่มควบคุม (Low intensity comparison group) 80 คน จากการศึกษาพบว่า คะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยในกลุ่มทดลองหลังการบำบัดลดลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และยังคงไว้ในระยะเวลาติดตาม 1 ปี

Himelhoch S และคณะ [28] ศึกษาโดยใช้วิธี Systematic review และ Meta-analysis ถึงประสิทธิผลของ group psychotherapy เพื่อลดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยที่ติดเชื้อเอชไอวี โดยทำการศึกษาในงานวิจัย 8 ชิ้น รวมจำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 665 ราย ประกอบด้วยงานวิจัยที่ใช้ Cognitive behavioral therapy 5 ชิ้น supportive therapy 2 ชิ้น และอีกหนึ่งชิ้นใช้ coping

effectiveness training จากผลการศึกษาพบว่า กลุ่มที่มีการบำบัดด้วย Cognitive behavioral therapy มีค่า pooled effect size จาก random effects model อยู่ที่ .37 (95% CI : 0.18-0.56) และพบนัยสำคัญทางสถิติจากการบำบัดด้วย Cognitive behavioral therapy เพียงวิธีการเดียว

Soroudi N และคณะ [79] ทำการศึกษาในรูปแบบ case series ศึกษาประสิทธิผลของการใช้ Cognitive behavioral therapy รายบุคคล เพื่อพัฒนาความร่วมมือในการรับประทานยาต้านรีโทรไวรัส และภาวะซึมเศร้า ในผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี ที่ติดเชื้อโรอิน ซึ่งได้รับการบำบัดรักษาด้วย Methadone maintenance therapy ผลการศึกษาพบว่า CBT เป็นที่ยอมรับและมีความเหมาะสมในการใช้เพื่อพัฒนาความร่วมมือในการรับประทานยาต้านรีโทรไวรัส และภาวะซึมเศร้า ในผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี ที่ติดเชื้อโรอิน

Carrico AW และคณะ [80] ทำการศึกษากลไกการลดลงอย่างยั่งยืนของอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยชายรักร่วมเพศ (homosexual) และชายรักรสองเพศ (bisexual) ที่ติดเชื้อเอชไอวี ภายหลังจากเข้าร่วมโปรแกรม Cognitive-behavioral stress management (CBSM) แบบกลุ่ม จำนวน 83 คน เป็นเวลา 10 สัปดาห์ เปรียบเทียบกับ psychoeducational seminar group จำนวน 46 คน โดยทำการวัดอารมณ์ การแก้ไขปัญหา และแรงสนับสนุนทางสังคม ผลการศึกษาพบว่าอาการซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่างในกลุ่ม CBSM ลดลงอย่างยั่งยืน ณ เวลาการติดตามที่ 6 เดือน เนื่องจากมี cognitive coping เช่น positive reframing เพิ่มขึ้น อีกทั้งการเข้ากลุ่ม CBSM ช่วยเพิ่มแรงสนับสนุนทางสังคมอีกด้วย

Kelly JA และคณะ [81] ทำการศึกษาในผู้ป่วยซึมเศร้าชายที่ติดเชื้อเอชไอวี จำนวน 68 คน โดยมีการ randomized กลุ่มตัวอย่างเข้าไป 1 ใน 3 conditions คือกลุ่มที่ได้รับ cognitive-behavioral therapy จำนวน 8 session กลุ่มที่ได้รับ support group therapy จำนวน 8 session และกลุ่มควบคุม โดยมีการประเมิน สภาพจิตใจ การใช้สารเสพติด และsexual practice ก่อน-หลังการเข้าร่วม และที่ระยะติดตาม 3 เดือน ผลการศึกษาพบว่าภายหลังการเข้าร่วมกลุ่มบำบัดทั้ง 2 ชนิด ผู้ป่วยมีภาวะซึมเศร้าลดลงทั้งหลังการเข้าร่วม และที่ระยะติดตาม 3 เดือน นอกจากนี้กลุ่มที่ได้รับ support group therapy มีการลดลงของ maladaptive interpersonal sensitivity ความวิตกกังวล และความถี่ของการมีเพศสัมพันธ์โดยไม่ได้ป้องกัน ในขณะที่กลุ่มที่ได้รับ cognitive-behavioral therapy มีความถี่ของการใช้สารเสพติดลดลงในระยะติดตาม 3 เดือน

Safren SA และคณะ [82] ทำการศึกษาผลของ cognitive-behavioral therapy ในการเพิ่มความร่วมมือในการรับประทานยา (adherence) และลดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยที่ติดเชื้อเอชไอวี (CBT-AD) โดยทำการศึกษาแบบ randomized controlled cross-over trial กลุ่มทดลองจะได้รับ CBT-AD จำนวน 10-12 sessions เพิ่มจากการได้รับ treatment as usual (ETAU) ทำการประเมิน adherence ด้วยวิธี Medication Event Monitoring Systems (MEMs) ผลการศึกษาพบว่าที่เวลา 3 เดือน กลุ่มทดลองมีความร่วมมือในการรับประทานยาเพิ่มขึ้น และมีภาวะซึมเศร้าลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อเทียบกับกลุ่มเปรียบเทียบ และผลยังคงอยู่ที่เวลา 6 เดือน และ 12 เดือน นอกจากนี้ผลการทดลองยังปรากฏเช่นเดียวกันเมื่อมีการ cross over

Molassiotis A และคณะ [83] ทำการศึกษานำร่องผลของ cognitive-behavioral group therapy (CBT) และ peer support/counseling group therapy (PSC) ต่อการลดลงของ psychologic distress และการเพิ่มขึ้นของคุณภาพชีวิต ของผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีในระยะแสดงอาการ จำนวน 46 คน เปรียบเทียบกับกลุ่มที่ได้รับการรักษาตามปกติ (routine treatment with no formal psychosocial intervention) โดย randomized กลุ่มตัวอย่างออกเป็น กลุ่มที่ได้รับ CBT จำนวน 10 คน กลุ่มที่ได้รับ PSC จำนวน 10 คน และกลุ่มเปรียบเทียบ จำนวน 26 คน ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ได้รับ CBT มีสภาพอารมณ์ที่ดีขึ้นในด้านความโกรธ ความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า ความสับสน และสภาพอารมณ์โดยรวม นอกจากนี้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในกลุ่มที่ได้รับ CBT นั้นดีขึ้นกว่าเดิม เมื่อเปรียบเทียบกับอีก 2 กลุ่ม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

Crepaz N และคณะ [19] ศึกษาด้วยวิธี Meta-analysis ถึงประสิทธิผลของ Cognitive-behavioral interventions (CBIs) ต่อสุขภาพจิต ได้แก่ ภาวะซึมเศร้า ความวิตกกังวล ความเครียด ความโกรธ และการทำหน้าที่ของระบบภูมิคุ้มกันในผู้ป่วยที่ติดเชื้อเอชไอวี ประเมินจาก CD4 cell counts โดยทำการศึกษาในข้อมูลตั้งแต่ปี ค.ศ. 1988-2005 ในงานวิจัยทั้งสิ้น 15 ชิ้น พบประสิทธิผลของ CBT ต่อการลดลงของภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยพบ intervention effect $d=0.33$ อย่างไรก็ตามไม่มีความชัดเจนของประสิทธิผลของ CBT ต่อระดับ CD4 cell counts ($d=0.08$)

Blanch J และคณะ [84] ทำการประเมินประสิทธิผลของ cognitive-behavioral group psychotherapy program ในผู้ป่วยที่ติดเชื้อเอชไอวีที่ถูกส่งต่อมายัง consultation-liaison psychiatry department ในประเทศสเปน ซึ่งส่วนใหญ่มีอาการของภาวะซึมเศร้า โดยศึกษาในกลุ่มตัวอย่าง

จำนวน 39 คน และไม่มีกลุ่มเปรียบเทียบ ผลการศึกษาพบว่าภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยดีขึ้นในช่วงที่ได้รับ CBT (ตั้งแต่เริ่ม session แรกจนถึง session สุดท้าย) และผลยังคงปรากฏอยู่ในการติดตาม 3 เดือนภายหลังการบำบัด นอกจากนี้ยังพบว่ากลุ่มผู้ป่วยที่ติดเชื้อเอชไอวีจาก Intravenous drug use (IVDU) จะมีการฟื้นฟูจากภาวะซึมเศร้าได้น้อยกว่าผู้ป่วยที่ติดเชื้อมาด้วยช่องทางอื่นๆ



ศูนย์วิทยพัทยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

เป็นการศึกษาเชิงวิเคราะห์ชนิดไปข้างหน้า (Prospective Cohort Study) โดยมีการติดตามผลของการบำบัดความคิดและพฤติกรรมต่อการเปลี่ยนแปลงของภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วย ภายหลังจากได้รับการบำบัดความคิดและพฤติกรรมครบ 1 เดือน (Immediately post-treatment) และที่เวลา 3 เดือนหลังสิ้นสุดการบำบัดความคิดและพฤติกรรม (3-month post-treatment)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร (Population) คือ ผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่ติดเชื้อเอชไอวี และโรคเอดส์ที่มีภาวะซึมเศร้า

ประชากรเป้าหมาย (Target population) คือ ผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่ติดเชื้อเอชไอวี และมีภาวะซึมเศร้า ที่มารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอก ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

ประชากรตัวอย่าง (Sampled population) คือ ผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่ติดเชื้อเอชไอวี และมีภาวะซึมเศร้า ที่มารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกในคลินิกภูมิคุ้มกันและภูมิแพ้ และคลินิกโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

กลุ่มตัวอย่าง (Sample) คือ ผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่ติดเชื้อเอชไอวี และมีภาวะซึมเศร้า ที่มารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอก ในคลินิกภูมิคุ้มกันและภูมิแพ้ คลินิกโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โดยกำหนดให้ มีอัตราส่วนของกลุ่มที่ได้รับการบำบัดความคิดและพฤติกรรม (exposed group) และกลุ่มที่ไม่ได้รับการบำบัดความคิดและพฤติกรรม (unexposed group) เท่ากับ 1:2 ใช้สูตรในการคำนวณขนาดตัวอย่างดังนี้ [85]

$$n = \frac{2 S_p^2 [Z_{1-\alpha/2} + Z_{1-\beta}]^2}{(\mu_1 - \mu_2)^2}$$

S_p^2 = ความแปรปรวนร่วมจากค่าเฉลี่ย คะแนนภาวะซึมเศร้าของทั้งสองกลุ่ม

S_p = ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้า จากการศึกษาในต่างประเทศ มี ค่าเท่ากับ 9.91 [82]

$Z_{1-\alpha/2}$ = ค่าปกติมาตรฐานที่ได้จากตารางการแจกแจงแบบปกติของค่าคลาดเคลื่อนชนิดที่ I ของระดับความเชื่อมั่นที่ร้อยละ 95 เท่ากับ 1.96

$Z_{1-\beta}$ = ค่าปกติมาตรฐานที่ได้จากตารางการแจกแจงแบบปกติของค่าคลาดเคลื่อนชนิดที่ II ของอำนาจการทดสอบที่เท่ากับร้อยละ 80 เท่ากับ .84

$\mu_1 - \mu_2$ = ผลต่างของค่าเฉลี่ยของคะแนนภาวะซึมเศร้าในกลุ่มศึกษาที่คาดว่าจะต่ำกว่ากลุ่มควบคุม เท่ากับ 7 [82]

คำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างสำหรับการใช้ในการศึกษาได้ดังนี้

$$n / \text{group} = 2 (9.91)^2 (1.96 + .84)^2 / 7^2 = 31.43$$

คำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างสำหรับการใช้ในการศึกษาได้กลุ่มละ 31 คน

เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างมีจำนวนเพียงพอ สำหรับการศึกษาระยะหนึ่งข้างหน้า ซึ่งผู้วิจัยประมาณว่าจะมีโอกาส drop-out ไม่เกินร้อยละ 20 ($R = \text{drop-out rate} = 0.2$) ดังนั้นคำนวณขนาดตัวอย่าง (n^*) ได้ดังนี้

$$n^* / \text{group} = \frac{n}{(1-R)} = \frac{31}{(1-0.2)} = 38.75 = 40$$

ดังนั้นจึงต้องศึกษากลุ่มตัวอย่าง (n^*) จำนวนกลุ่มละ 40 คน

จากการกำหนดให้ มีอัตราส่วนของกลุ่มที่ได้รับการบำบัดความคิดและพฤติกรรม (exposed group) และกลุ่มที่ไม่ได้รับการบำบัดความคิดและพฤติกรรม (unexposed group) เท่ากับ 1:2 ดังนั้นใช้กลุ่มตัวอย่างในอัตราส่วนเท่ากับ 40:80 รวมทั้งสิ้น 120 คน และเนื่องจากจำนวนผู้ป่วยติด

เชื้อเอชไอวี ที่มีภาวะซึมเศร้า ที่เข้ารับการรักษาในคลินิกภูมิคุ้มกันและภูมิแพ้ คลินิกโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์มีจำกัดจึงใช้ตัวอย่างทุกคนโดยไม่มีการสุ่มตัวอย่าง

กลุ่มศึกษา (Exposed group)

คือผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี และมีภาวะซึมเศร้า ที่เข้ารับการรักษาบำบัดความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavior Therapy ; CBT) ซึ่งเป็นการบำบัดที่มีองค์ประกอบคือ การค้นหาความคิดอัตโนมัติในทางลบ (Identifying negative automatic thoughts) การตรวจสอบความคิดอัตโนมัติในทางลบตามความเป็นจริง (Evaluating negative automatic thoughts) การปรับเปลี่ยนความคิด (Modifying Dysfunctional thoughts) และการค้นหาแนวทางแก้ไขปัญหา (Problem solving) เพื่อให้ผู้ป่วยหายจากอาการซึมเศร้า และสามารถนำเทคนิคนี้ไปใช้ในการแก้ปัญหาอื่น ๆ อีก เป็นการป้องกันการเกิดอาการซึมเศร้าในอนาคต (relapse prevention) จากจิตแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านการบำบัดความคิดและพฤติกรรม ซึ่งเป็นแพทย์ผู้ได้รับเชิญจากคลินิกภูมิคุ้มกันและภูมิแพ้ และคลินิกโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ให้มารักษาผู้ป่วยด้วยการบำบัดความคิดและพฤติกรรมในเวชปฏิบัติของคลินิกทั้ง 2 แห่ง โดยแบ่งเป็นกลุ่ม กลุ่มละ 10 คน เข้ารับการรักษาบำบัดสัปดาห์ละ 2 session session ละ 1 ชั่วโมง รวม 8 session เป็นระยะเวลา 1 เดือน

กลุ่มเปรียบเทียบ (Unexposed group)

คือผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี และมีภาวะซึมเศร้า ที่มารับบริการในคลินิกภูมิคุ้มกันและภูมิแพ้ และคลินิกโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ โดยไม่ได้เข้ารับการรักษาบำบัดความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavior Therapy ; CBT)

เกณฑ์การคัดเลือกผู้ป่วยเข้า (Inclusion criteria)

1. มีอายุตั้งแต่ 18 ปี เป็นต้นไป
2. มีการศึกษาระดับประถมศึกษาขึ้นไป สามารถอ่าน เขียน ฟัง และโต้ตอบเป็นภาษาไทยได้
3. เป็นผู้ป่วยที่ติดเชื้อเอชไอวี ที่มีภาวะซึมเศร้า จากการประเมินด้วยแบบประเมินภาวะซึมเศร้า (Thai Depression Inventory; TDI)
4. ยินดีเข้าร่วมการศึกษาด้วยความสมัครใจ โดยตอบแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบประเมินภาวะซึมเศร้า แบบวัดเหตุการณ์ความเครียดในชีวิตในช่วงหนึ่งปีที่ผ่านมา แบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคม แบบประเมินสัมพันธภาพของการรักษาที่

ผู้ป่วยมีต่อแพทย์ และตอบแบบประเมินภาวะซึมเศร้าอีกครั้งหลังจากครบระยะเวลา 1 เดือน รวมทั้งมีการติดตามผู้ป่วยไปข้างหน้า เพื่อประเมินภาวะซึมเศร้าเมื่อครบระยะเวลา 3 เดือน

เกณฑ์การคัดเลือกผู้ป่วยออก (Exclusion criteria)

1. มีประวัติการเป็นโรคทางจิตเวชที่รุนแรงอันได้แก่ Psychotic disorder, Bipolar disorder, Organic brain syndrome หรือมี Axis I psychiatric conditions อื่นๆ รวมถึงการมี active use of substance
2. ผู้ป่วยที่มีประวัติการรักษาภาวะซึมเศร้าด้วย antidepressant โดยยังมีการปรับขนาดยาในระหว่างที่เข้ารับการบำบัดความคิดและพฤติกรรม

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลคือ แบบบันทึก แบบสอบถามและแบบคัดกรองรวมทั้งสิ้น 5 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 Case Record Forms (CRF) สำหรับบันทึกข้อมูลทั่วไป (Sociodemographic characteristics) และประวัติการรักษา (Medical histories) ของผู้ป่วยจากการสัมภาษณ์และจากเวชระเบียน ข้อมูลทั่วไปประกอบด้วย อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ย สถานภาพทางเศรษฐกิจ บุคคลอื่นที่ทราบว่าผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี การใช้ยาหรือสารที่ออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท การใช้ยาสมุนไพร หรืออาหารเสริมอื่นๆ นอกจากที่แพทย์สั่ง การใช้สิทธิในการซื้อยาต้านรีโทรไวรัส ค่าใช้จ่ายสำหรับยาต้านรีโทรไวรัส/เดือน ประวัติการรักษาและข้อมูลทางคลินิกจากเวชระเบียนประกอบด้วย คลินิกที่รักษา Mode of transmission ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยการติดเชื้อเอชไอวี ประวัติการรักษาด้วยยาต้านรีโทรไวรัส ระยะเวลาที่ได้รับยาต้านรีโทรไวรัสจนถึงปัจจุบัน สูตรยาต้านรีโทรไวรัสที่ใช้ในปัจจุบัน (ในรายที่รับประทานยาต้านรีโทรไวรัสแล้ว) ระยะเวลาที่รักษากับแพทย์ผู้ทำการรักษาในปัจจุบัน ประวัติการรักษาทางจิตเวชจนถึงปัจจุบัน ข้อมูลการปรับขนาดยาของผู้ป่วยที่มีประวัติการรักษาทางจิตเวช โรคประจำตัวในปัจจุบัน โรคติดเชื้อฉวยโอกาสในปัจจุบัน ระดับ CD4⁺ T-lymphocyte ในปัจจุบัน ระดับ plasma HIV-RNA ในปัจจุบัน วัน/เดือน/ปีที่สิ้นสุดการ f/u และเหตุผลของการสิ้นสุดการ f/u

ส่วนที่ 2 แบบประเมินภาวะซึมเศร้าด้วยตนเอง (self-report instrument) Thai Depression Inventory (TDI) [41] ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 20 ข้อ แต่ละคำถามมีคะแนนตั้งแต่ 0-3 คะแนน คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 0-60 คะแนน การแปลผลการประเมินระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า แบ่งเป็น 5 ระดับ ตามเกณฑ์การแปลผลมาตรฐานของแบบประเมินดังนี้

ความรุนแรง	ค่าคะแนนรวม
ไม่มีภาวะซึมเศร้า	น้อยกว่า 21
ภาวะซึมเศร้าขั้นอ่อน	21-25
ภาวะซึมเศร้าขั้นปานกลาง	26-34
ภาวะซึมเศร้าขั้นรุนแรง	35-40
ภาวะซึมเศร้าขั้นรุนแรงมาก	มากกว่า 40

แบบประเมินภาวะซึมเศร้า Thai Depression Inventory (TDI) มีค่าความน่าเชื่อถือ (Reliability) จากการประเมินความสอดคล้องภายในของแบบสอบถามอยู่ในเกณฑ์ดี โดยมีค่า Cronbach's alpha เท่ากับ 0.86 และตรวจสอบความถูกต้องตามมาตรฐาน (Criterion-related validity) ชนิด concurrent validity โดยวิธี Spearman-Brown formula มีค่าเท่ากับ 0.72 โดยผู้ป่วยที่มีความรุนแรงของอาการอยู่ในระดับ major depression จะมีค่าคะแนนรวมตั้งแต่ 35 คะแนนขึ้นไป

ส่วนที่ 3 แบบวัดเหตุการณ์ความเครียดในชีวิตในช่วงหนึ่งปีที่ผ่านมา (Life Stress Event) ที่ผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบวัดเหตุการณ์ความเครียดในชีวิตของ สมจิตร นครพานิช [86] ซึ่งสร้างโดยอาศัยแนวทาง Holmes และ Rahe และนำมาปรับให้เหมาะสมสอดคล้องกับสภาพชีวิตความเป็นอยู่ของสังคมไทย ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 43 ข้อ แบ่งเหตุการณ์ชีวิตออกเป็น 5 ด้าน คือ ด้านสุขภาพ 7 ข้อ ด้านครอบครัว 12 ข้อ ด้านเศรษฐกิจ 6 ข้อ ด้านการงาน 10 ข้อ และด้านสังคม 8 ข้อ ซึ่งเครื่องมือนี้ได้มีการนำมาทดสอบได้ค่าคะแนนความเชื่อถือของเครื่องมือ (Reliability) เท่ากับ 0.99 ผู้วิจัยนำค่าคะแนนวัดระดับความเครียด มาจัดกลุ่มเป็น สูง ปานกลาง และต่ำ โดยใช้ค่าคะแนนเฉลี่ย (Mean \pm SD) เป็นเกณฑ์ในการแบ่ง

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคม ฉบับภาษาไทย [14] ซึ่งดัดแปลงมาจากต้นฉบับภาษาอังกฤษ ของหน่วยงานการบริการทรัพยากรสาธารณสุข สำหรับโรคเชไอวี/เอดส์

ประเทศสหรัฐอเมริกา ในแบบประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ในประเทศที่มีทรัพยากรจำกัด ในส่วน Social support questionnaires ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 20 ข้อ

ผู้แปลฉบับภาษาไทยได้ดัดแปลงคำตอบแต่ละข้อเป็น likert scale มีคะแนนแต่ละข้อ 1-5 คะแนน การคิดคะแนนในคำถามข้อที่ 1-8, 13-15 และ 19 ใช้การกลับคะแนนจาก 1 เป็น 5 คะแนน, 2 เป็น 4 คะแนน, 3 เป็น 3 คะแนน, 4 เป็น 2 คะแนน, และ 5 เป็น 1 คะแนน ส่วนคำถามข้ออื่นๆ ให้คะแนนตามปกติ คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 20-100 คะแนน

การแปลผลในงานวิจัยนี้ ใช้วิธีแบ่งตามเกณฑ์ออกเป็น 3 ระดับ โดยการใช้ค่าคะแนนรวมของ Maximum possible ลบด้วยค่าคะแนนรวมของ Minimum possible และหารด้วยจำนวนอันตรภาคชั้น แบ่งออกเป็น

ระดับต่ำ คือ มีคะแนนรวมอยู่ระหว่าง 20-46 คะแนน

ระดับปานกลาง คือ มีคะแนนรวมอยู่ระหว่าง 47-73 คะแนน

ระดับสูง คือ มีคะแนนรวมตั้งแต่ 74 คะแนนขึ้นไป

ผู้แปลฉบับภาษาไทยได้นำแบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคม ไปทดลองใช้กับผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่ติดเชื้อเอชไอวี ในคลินิกโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ จำนวน 30 ราย พบว่ามีค่าความเที่ยงโดยวิธีวัดความสอดคล้องภายใน ด้วย Cronbach's Alpha Coefficient ได้เท่ากับ 0.85 และผ่านการประเมินความตรงทางภาษา จากผู้เชี่ยวชาญจากสถาบันภาษา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ส่วนที่ 5 แบบประเมินสัมพันธภาพในการรักษาที่ผู้ป่วยมีต่อแพทย์ ฉบับภาษาไทย [14] ซึ่งผู้แปลฉบับภาษาไทยได้แปลมาจากแบบสอบถาม Primary Care Assessment (PCAS) ในด้านความเชื่อถือต่อแพทย์ที่ทำการรักษา มีคำถาม 8 ข้อคำถามข้อที่ 1-7 มีคะแนน 1-5 คะแนนและคำถามข้อที่ 8 มีคะแนน 0-10 คะแนน

การคิดคะแนน ข้อที่ 1,3,5 และ 6 ให้กลับคะแนนจาก 1 เป็น 5 คะแนน, 2 เป็น 4 คะแนน, 3 เป็น 3 คะแนน, 4 เป็น 2 คะแนนและ 5 เป็น 1 คะแนน

การคิดคะแนนข้อที่ 8 ให้เปลี่ยนคะแนนจาก 0-2 เป็น 1 คะแนน, 3-4 เป็น 2 คะแนน, 5-6 เป็น 3 คะแนน, 7-8 เป็น 4 คะแนน, 9-10 เป็น 5 คะแนน คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 8-40 คะแนน

ผู้วิจัยแปลผลการประเมินสัมพันธภาพในการรักษาที่ผู้ป่วยมีต่อแพทย์ โดยแบ่งออกเป็น 3 กลุ่มเท่าๆกัน (Tertile) ดังนี้

ระดับต่ำ คือ มีคะแนนรวมอยู่ระหว่าง 0-28 คะแนน

ระดับปานกลาง คือ มีคะแนนรวมอยู่ระหว่าง 29-31 คะแนน

ระดับสูง คือ มีคะแนนรวมตั้งแต่ 32 คะแนนขึ้นไป

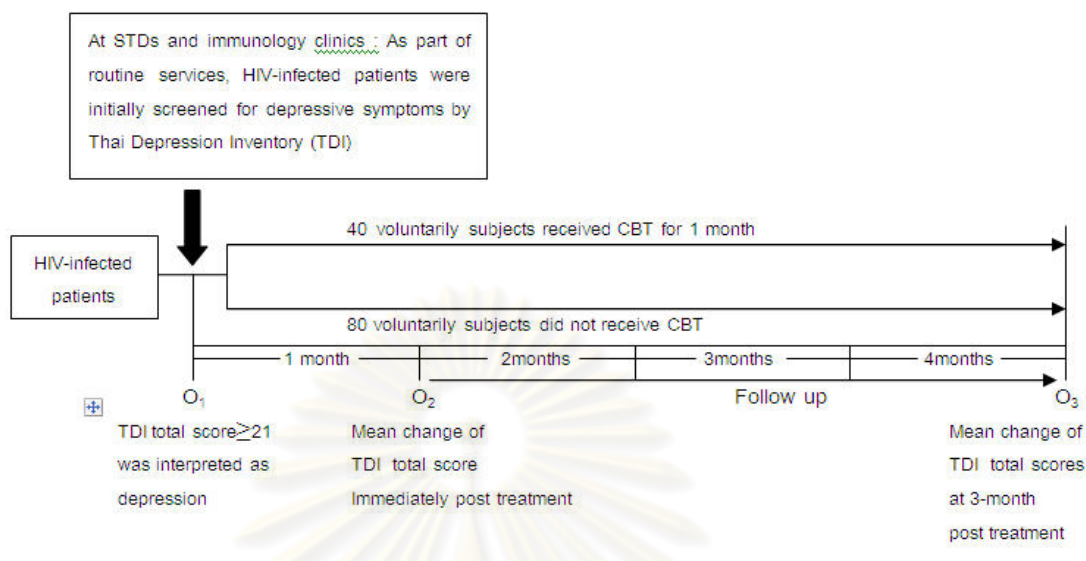
ผู้แปลฉบับภาษาไทยได้นำแบบประเมินสัมพันธภาพในการรักษาที่ผู้ป่วยมีต่อแพทย์ ไปทดลองใช้กับผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่คิดเชื่อเอชไอวี ในคลินิกโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ จำนวน 30 ราย พบว่ามีค่าความเที่ยงโดยวิธีวัดความสอดคล้องภายใน ด้วย Cronbach's Alpha Coefficient ได้เท่ากับ 0.62 และผ่านการประเมินความตรงทางภาษา จากผู้เชี่ยวชาญจากสถาบันภาษา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

การรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยที่คิดเชื่อเอชไอวี ที่มารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอก ในคลินิกภูมิคุ้มกันและภูมิแพ้ และคลินิกโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ และกลุ่มผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาด้วยบำบัดความคิดและพฤติกรรมจากจิตแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านการบำบัดความคิดและพฤติกรรม ซึ่งเป็นแพทย์ผู้ได้รับเชิญจากคลินิกภูมิคุ้มกันและภูมิแพ้ และคลินิกโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ให้มารับรักษาผู้ป่วยด้วยการบำบัดความคิดและพฤติกรรมในเวชปฏิบัติของคลินิกทั้ง 2 แห่ง

ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้เครื่องมือทั้งสิ้น 5 ส่วน ได้แก่ Case Record Forms (CRF) สำหรับบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย (Sociodemographic characteristics) และประวัติการรักษา (Medical histories) ของผู้ป่วยจากเวชระเบียน แบบประเมินภาวะซึมเศร้าด้วยตนเอง แบบวัดเหตุการณ์ความเครียดในชีวิตในช่วงหนึ่งปีที่ผ่านมา แบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคม และแบบประเมินสัมพันธภาพของการรักษาที่ผู้ป่วยมีต่อแพทย์

โดยเก็บข้อมูลเพื่อให้ได้ผู้ป่วยในการศึกษาวิจัยประมาณ 10 คน ต่อสัปดาห์ เก็บรวบรวมข้อมูลทั้งสิ้น 3 ครั้ง โดยมีการติดตามกลุ่มตัวอย่างไปข้างหน้า ภายหลังจากได้รับการบำบัดความคิดและพฤติกรรมครบ 1 เดือน (Immediately post-treatment) และที่เวลา 3 เดือนหลังจากได้รับการบำบัดความคิดและพฤติกรรม (3-month post-treatment) รวมระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งสิ้น 6 เดือน เริ่มดำเนินการตั้งแต่เดือนกันยายน พ.ศ. 2553 ถึงเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ.2554



ภาพที่ 5 Flow diagram to show the process of study

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistic) เพื่อบรรยายข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่างด้วยจำนวน ร้อยละ สำหรับข้อมูลเชิงคุณภาพ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สำหรับข้อมูลเชิงปริมาณที่มีการกระจายของข้อมูลปกติ (normally distributed) ค่ามัธยฐาน ส่วนเบี่ยงเบนควอไทล์ สำหรับข้อมูลเชิงปริมาณ ที่มีการกระจายของข้อมูลไม่ปกติ (non normally distributed)
2. วิเคราะห์ตัวแปรพื้นฐานที่แตกต่างกันของกลุ่มศึกษา (CBT group) และกลุ่มเปรียบเทียบ (Non-CBT group) ด้วย student's t-test สำหรับตัวแปรเชิงปริมาณ และใช้ Chi-square test หรือ Fisher exact test สำหรับตัวแปรเชิงคุณภาพ
3. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการบำบัดความคิดและพฤติกรรม กับการเปลี่ยนแปลงของภาวะซึมเศร้า ด้วย student's t-test และใช้ multiple linear regression เพื่อควบคุมปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าจากการทบทวนวรรณกรรม และตัวแปรที่มีการกระจายแตกต่างกันระหว่างกลุ่มศึกษา (CBT group) และกลุ่มเปรียบเทียบ (Non-CBT group) จะทำการวิเคราะห์ตัวแปรเหล่านั้นในขั้นตอน multivariate analysis ต่อไป โดยใช้ multiple linear regression model ในการวิเคราะห์ผลต่อค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าที่เปลี่ยนแปลงไป

หลังได้รับการบำบัดความคิดและพฤติกรรมครบ 1 เดือน (O_2) กับก่อนได้รับการบำบัด
ความคิดและพฤติกรรม (O_1) และ ณ เวลา 3 เดือนหลังได้รับการบำบัดความคิดและ
พฤติกรรม (O_3) กับก่อนได้รับการบำบัดความคิดและพฤติกรรม (O_1)



ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาเชิงวิเคราะห์ชนิดไปข้างหน้า (Prospective Cohort Study) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการบำบัดความคิดและพฤติกรรม และการเปลี่ยนแปลงของภาวะซึมเศร้า ของผู้ป่วยที่ติดเชื้อเอชไอวี ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ เก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้ป่วยทั้งสิ้น 120 คน โดยมีการติดตามผลของการบำบัดความคิดและพฤติกรรมต่อการเปลี่ยนแปลงของภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วย ที่เวลา 1 เดือน (Immediately post-treatment) และที่เวลา 3 เดือนภายหลังเสร็จสิ้นการบำบัดความคิดและพฤติกรรม (3-month post-treatment) ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือน กันยายน พ.ศ. 2553 ถึงเดือน กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2554

ผู้วิจัยได้นำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลในรูปของตารางประกอบคำบรรยายโดยแบ่งเป็นลำดับดังนี้

- ตอนที่ 1 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านการรักษา และปัจจัยทางจิตสังคมของผู้ป่วยที่ติดเชื้อเอชไอวี ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ในช่วง baseline จำแนกตามกลุ่มศึกษา (CBT group) และกลุ่มเปรียบเทียบ (Non-CBT group)
- ตอนที่ 2 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการบำบัดความคิดและพฤติกรรมต่อการเปลี่ยนแปลงของคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้า ของผู้ป่วยที่ติดเชื้อเอชไอวี ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ในช่วง 1 เดือน (Immediately post-treatment) และ 3 เดือนหลังได้รับการบำบัดความคิดและพฤติกรรม (3 months follow-up period) จำแนกตามกลุ่มศึกษา (CBT group) และกลุ่มเปรียบเทียบ (Non-CBT group)
- ตอนที่ 3 ผลการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการบำบัดความคิดและพฤติกรรม และการเปลี่ยนแปลงของภาวะซึมเศร้า ของผู้ป่วยที่ติดเชื้อเอชไอวี ภายใต้การควบคุมอิทธิพลจากตัวแปรอื่นๆ

ตอนที่ 1 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านการรักษา และปัจจัยทางจิตสังคม ของผู้ป่วย
ที่ติดเชื้อเอชไอวี ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ในช่วง baseline จำแนกตามกลุ่มศึกษา
(CBT group) และกลุ่มเปรียบเทียบ (Non-CBT group)

ตารางที่ 6 ปัจจัยส่วนบุคคล ของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามกลุ่มศึกษา (CBT group) และกลุ่ม
เปรียบเทียบ (Non-CBT group)

ปัจจัยส่วนบุคคล	กลุ่มศึกษา (CBT group) (n=40)	กลุ่มเปรียบเทียบ (Non-CBT group) (n=80)	p-value
อายุ (ปี)			0.25
≤ 35	9 (22.5)	13 (16.2)	
36-55	25 (62.5)	61 (76.2)	
>55	6 (15.0)	6 (7.5)	
Mean (SD)	44.8 (12.01)	43.4 (8.84)	
เพศ (%)			0.44
หญิง	23 (57.5)	40 (50.0)	
ชาย	17 (42.5)	40 (50.0)	
ระดับการศึกษา (%)			0.40
ประถมศึกษา	17 (42.5)	25 (31.3)	
มัธยมศึกษา	13 (32.5)	24 (30.0)	
อนุปริญญา/ปวช./ปวส.	6 (15.0)	11 (13.8)	
ปริญญาตรีขึ้นไป	4 (10.0)	20 (25.0)	
อาชีพ (%)			0.45
ไม่ประกอบอาชีพ	12 (30.0)	14 (17.5)	
ลูกจ้าง/พนักงานเอกชน	13 (32.5)	33 (41.2)	
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	3 (7.5)	8 (10.0)	
ธุรกิจส่วนตัว	12 (30.0)	25 (31.2)	

ตารางที่ 6 (ต่อ)

ปัจจัยส่วนบุคคล	กลุ่มศึกษา (CBT group) (n=40)	กลุ่มเปรียบเทียบ (Non-CBT group) (n=80)	p-value
รายได้ (บาท)			0.10
ไม่มีรายได้	8 (20.0)	9 (11.2)	
≤5000	9 (22.5)	9 (11.2)	
5,001-15,000	16 (40.0)	33 (41.2)	
15,001-25,000	2 (5.0)	15 (18.8)	
>25,000	5 (12.5)	14 (17.5)	
Median (IQR)	7,000 (2,000-12,000)	12,000 (6,250-20,000)	
สถานะทางเศรษฐกิจ (%)			0.16
มีเงินออม	8 (20.0)	13 (16.2)	
มีหนี้สิน	9 (22.5)	32 (40.0)	
มีเงินพอใช้	23 (57.5)	35 (43.8)	
สถานภาพสมรส (%)			0.96
โสด	13 (32.5)	24 (30.0)	
คู่	17 (42.5)	35 (43.8)	
หม้าย/หย่า/แยก	10 (25.0)	21 (26.2)	

ตารางที่ 6 (ต่อ)

ปัจจัยส่วนบุคคล	กลุ่มศึกษา (CBT group) (n=40)	กลุ่มเปรียบเทียบ (Non-CBT group) (n=80)	p-value
Mode of transmission (%)			0.53 ^a
Men who have sex with men (MSM)	6 (15.0)	6 (7.5)	
Heterosexual	32 (80.0)	68 (85.0)	
Bisexual	1 (2.5)	1 (1.2)	
Intravenous drug use (IVDU)	1 (2.5)	1 (1.2)	
Blood transfusion	0	2 (2.5)	
อื่นๆ	0	2 (2.5)	
บุคคลอื่นที่ทราบสถานะการติดเชื้อของ ผู้ป่วย (%)			0.66
ไม่มีใครทราบ	11 (27.5)	19 (23.8)	
ทราบ	29 (72.5)	61 (76.2)	
การใช้ยานอนหลับ (%)			0.47
ไม่ใช้	27 (67.5)	59 (73.8)	
ใช้	13 (32.5)	21 (26.2)	
การใช้สมุนไพร/อาหารเสริม (%)			0.31
ไม่ใช้	27 (67.5)	61 (76.2)	
ใช้	13 (32.5)	19 (23.8)	
โรคประจำตัวในปัจจุบัน (%)			0.30
ไม่มี	20 (50.0)	32 (40.0)	
มี	20 (50.0)	48 (60.0)	
โรคติดเชื้อฉวยโอกาสในปัจจุบัน (%)			0.69
ไม่มี	25 (62.5)	53 (66.2)	
มี	15 (37.5)	27 (33.8)	

a=Fisher's exact test

ตารางที่ 7 ปัจจัยด้านการรักษา ของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามกลุ่มศึกษา (CBT group) และกลุ่มเปรียบเทียบ (Non-CBT group)

ปัจจัยด้านการรักษา	กลุ่มศึกษา (CBT group) (n=40)	กลุ่มเปรียบเทียบ (Non-CBT group) (n=80)	p-value
คลินิกที่เข้ารับการรักษา (%)			0.24
โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์	20 (50.0)	31 (38.8)	
โรคมุมักันและภูมิแพ้	20 (50.0)	49 (61.2)	
ระยะเวลาที่ทราบว่าติดเชื้อ (ปี)			0.35
≤ 1	5 (12.5)	5 (6.2)	
2-10	24 (60.0)	45 (56.2)	
≥ 11	11 (27.5)	30 (37.5)	
Mean (SD)	7.6 (5.13)	8.7 (5.73)	
ประวัติการรักษาด้วยยาต้านรีโทรไวรัส (HAART)			0.76 ^a
ยังไม่เริ่มรักษาด้วย HAART	5 (12.5)	8 (10.0)	
เริ่มการรักษาด้วย HAART	35 (87.5)	72 (90.0)	
ระยะเวลาที่รับการรักษาด้วย HAART (ปี)			0.65
≤ 1	10 (25.0)	23 (28.8)	
2-10	24 (60.0)	41 (51.2)	
≥ 11	6 (15.0)	16 (20.0)	
Median(IQR)	4.0 (1.25, 8)	5.0 (1, 9.75)	

a=Fisher's exact test

ตารางที่ 7 (ต่อ)

ปัจจัยด้านการรักษา	กลุ่มศึกษา (CBT group) (n=40)	กลุ่มเปรียบเทียบ (Non-CBT group) (n=80)	p-value
สิทธิการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาล*			0.08
เงินส่วนตัว	14 (63.6)	42 (82.4)	
ใช้สิทธิเบิกจ่าย/กองทุน	8 (36.4)	9 (17.6)	
สูตรยาต้านรีโทรไวรัสที่ใช้ในปัจจุบัน*			0.89
ไม่มี efavirenz	22 (61.1)	43 (59.7)	
มี efavirenz	14 (38.9)	29 (40.3)	
ระยะเวลาที่รักษากับแพทย์คนปัจจุบัน (ปี)			0.71
≤ 1	11 (27.5)	21 (27.6)	
2-9	27 (67.5)	48 (63.2)	
≥ 10	2 (5.0)	7 (9.2)	
Median (IQR)	2.0 (1, 5)	3.0 (1, 6)	

*เฉพาะผู้ป่วยที่เริ่มรับประทานยาต้านรีโทรไวรัส

ตารางที่ 7 (ต่อ)

ปัจจัยด้านการรักษา	กลุ่มศึกษา (CBT group) (n=40)	กลุ่มเปรียบเทียบ (Non-CBT group) (n=80)	p-value
ระดับ CD4+ T lymphocyte (cells/mm ³) ในปัจจุบัน (ภายใน 6 เดือนนับจากวันที่ทำ วิจัย)			0.57
< 200	2 (5.0)	6 (7.5)	
200-499	25 (62.5)	42 (52.5)	
≥ 500	13 (32.5)	32 (40.0)	
Median (IQR)	406.5 (293, 600)	448 (299, 620)	
สัดส่วนของผู้ป่วยที่มีระดับ plasma HIV- RNA ในปัจจุบัน (ภายใน 6 เดือนนับจาก วันที่ทำวิจัย)อยู่ในระดับที่ไม่สามารถวัดได้ (undetectable) (%) (N=76)*	19 (82.6)	48 (90.6)	0.19

* กลุ่มศึกษา missing value 17 คน

กลุ่มเปรียบเทียบ missing value 27 คน

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 8 ปัจจัยทางจิตสังคม ของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามกลุ่มศึกษา (CBT group) และกลุ่มเปรียบเทียบ (Non-CBT group)

ปัจจัยทางจิตสังคม	กลุ่มศึกษา (CBT group) (n=40)	กลุ่มเปรียบเทียบ (Non-CBT group) (n=80)	p-value
เหตุการณ์ความเครียดในชีวิต (%)			0.01 ^a
ระดับต่ำ	2 (5.0)	11 (13.8)	
ระดับปานกลาง	20 (50.0)	59 (73.8)	
ระดับสูง	20 (50.0)	21 (26.2)	
แรงสนับสนุนทางสังคม (%)			0.06
ระดับต่ำ	3 (7.5)	17 (21.3)	
ระดับปานกลาง	33 (82.5)	49 (61.3)	
ระดับสูง	4 (10.0)	14 (17.5)	
สัมพันธภาพของการรักษาระหว่างผู้ป่วย กับแพทย์ (%)			0.14
ระดับต่ำ	14 (35.0)	27 (33.8)	
ระดับปานกลาง	17 (42.5)	22 (27.5)	
ระดับสูง	9 (22.5)	31 (38.8)	

a=Fisher's exact test

ศูนย์วิทยุทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

จากตารางที่ 6 กลุ่มศึกษา (CBT group) และกลุ่มเปรียบเทียบ (Non-CBT group) มีความคล้ายคลึงกันของปัจจัยส่วนบุคคลในด้าน อายุ เพศ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ สถานภาพทางเศรษฐกิจ สถานภาพสมรส Mode of transmission บุคคลอื่นที่ทราบสถานะติดเชื้อ การใช้ยานอนหลับ การใช้สมุนไพรและอาหารเสริม โรคประจำตัวในปัจจุบัน และโรคติดเชื้อฉวยโอกาสในปัจจุบัน

จากตารางที่ 7 ในส่วนของปัจจัยด้านการรักษา กลุ่มศึกษา (CBT group) และกลุ่มเปรียบเทียบ (Non-CBT group) มีความคล้ายคลึงกันของปัจจัยด้านการรักษาในส่วนของคลินิกที่เข้ารับการรักษา ระยะเวลาที่ทราบว่าติดเชื้อ ประวัติการรักษาด้วยยาต้านรีโทรไวรัส ระยะเวลาที่รับการรักษาด้วยยาต้านรีโทรไวรัส สิทธิการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาล สูตรยาต้านรีโทรไวรัสที่ใช้ในปัจจุบัน ระยะเวลาที่รักษากับแพทย์คนปัจจุบัน ระดับ CD4+ T lymphocyte ในปัจจุบัน และสัดส่วนของผู้ป่วยที่มีระดับ plasma HIV-RNA ในปัจจุบันอยู่ในระดับที่ไม่สามารถวัดได้ (undetectable)

จากตารางที่ 8 ปัจจัยทางจิตสังคมของกลุ่มศึกษา (CBT group) และกลุ่มเปรียบเทียบ (Non-CBT group) มีความคล้ายคลึงกันในด้านแรงสนับสนุนทางสังคม สัมพันธภาพของการรักษา ระหว่างผู้ป่วยกับแพทย์ ยกเว้นปัจจัยทางจิตสังคมด้านเหตุการณ์ความเครียดในชีวิต ($p < 0.05$)

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตอนที่ 2 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง การบำบัดความคิดและพฤติกรรม ต่อการเปลี่ยนแปลงของคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้า ของผู้ป่วยที่ติดเชื้อเอชไอวี ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ภายหลังจากได้รับการบำบัดความคิดและพฤติกรรมครบ 1 เดือน (Immediately post-treatment) และที่เวลา 3 เดือนหลังจากได้รับการบำบัดความคิดและพฤติกรรม (3-month post-treatment) จำแนกตามกลุ่มศึกษา (CBT group) และกลุ่มเปรียบเทียบ (Non-CBT group)

ตารางที่ 9 คะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่าง ที่เวลา baseline ภายหลังจากได้รับการบำบัดความคิดและพฤติกรรมครบ 1 เดือน (Immediately post-treatment) และที่เวลา 3 เดือนหลังจากได้รับการบำบัดความคิดและพฤติกรรม (3-month post-treatment) จำแนกตามกลุ่มศึกษา (CBT group) และกลุ่มเปรียบเทียบ (Non-CBT group)

	กลุ่มศึกษา (CBT group)	กลุ่มเปรียบเทียบ (Non-CBT group)	Mean difference	95% CI
Baseline	(n=40)	(n=80)		
: Mean TDI score (SD)	26.70 (4.87)	25.28 (4.83)	1.42	-0.43, 3.28
Immediately post-treatment	(n=40)	(n=78)		
: Mean TDI score (SD)	11.15 (7.10)	21.68 (7.00)		
: Mean change of TDI total score from baseline (SD)	15.55 (6.47)	3.54 (4.57)	12.01	9.98, 14.05
3 months follow-up	(n=38)	(n=70)		
: Mean TDI score (SD)	7.89 (6.01)	22.51 (6.66)		
: Mean change of TDI total score from baseline (SD)	18.92 (6.50)	2.99 (4.65)	15.93	13.55, 18.32

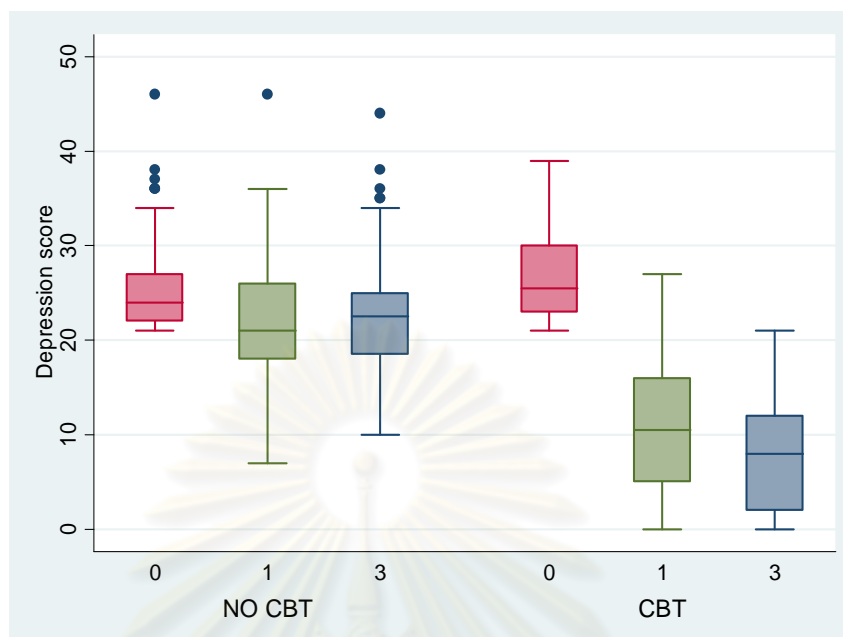
จากตารางที่ 9 พบว่าคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าในช่วง baseline ของกลุ่มศึกษา (CBT group) เท่ากับ 26.70 (SD=4.87) และกลุ่มเปรียบเทียบ (Non-CBT group) เท่ากับ 25.28 (SD=4.83)

หลังการบำบัดความคิดและพฤติกรรมครบ 1 เดือน (Immediately post-treatment) คะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของกลุ่มศึกษา (CBT group) ลดลง 15.55 (SD=6.47) ในขณะที่กลุ่มเปรียบเทียบ (Non-CBT group) คะแนนลดลงเพียง 3.54 (SD=4.57) ซึ่งคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าในกลุ่มที่ได้ CBT ลดลงมากกว่ากลุ่มที่ไม่ได้เข้า CBT อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ [12.01 (95% CI: 9.98, 14.05)]

ที่เวลา 3 เดือนหลังจากได้รับการบำบัดความคิดและพฤติกรรม (3-month post-treatment assessment) คะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของกลุ่มศึกษา (CBT group) ลดลงถึง 18.92 (SD=6.50) ในขณะที่กลุ่มเปรียบเทียบ (Non-CBT group) คะแนนลดลงเพียง 2.99 (SD=4.65) ซึ่งคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าในกลุ่มที่ได้ CBT ยังคงลดมากกว่ากลุ่มที่ไม่ได้เข้า CBT อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ [15.93 (95% CI: 13.55, 18.32)]



ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาพที่ 6 คะแนนภาวะซึมเศร้าของกลุ่มศึกษา (CBT group) และกลุ่มเปรียบเทียบ (Non-CBT group) ในช่วง baseline ภายหลังจากได้รับการบำบัดความคิดและพฤติกรรมครบ 1 เดือน (Immediately assessment) และที่เวลา 3 เดือนหลังเสร็จสิ้นการบำบัดความคิดและพฤติกรรม (3-month post-treatment assessment)

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตอนที่ 3 ผลการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการบำบัดความคิดและพฤติกรรม และการเปลี่ยนแปลงของภาวะซึมเศร้า ของผู้ป่วยที่ติดเชื้อเอชไอวี ภายใต้การควบคุมอิทธิพลจากตัวแปรอื่นๆ

ตารางที่ 10 ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าที่เปลี่ยนแปลงไปจากช่วง baseline ระหว่างกลุ่มศึกษา (CBT group) และกลุ่มเปรียบเทียบ (Non-CBT group) เมื่อควบคุมอิทธิพลจากตัวแปรอื่นๆ ภายหลังจากได้รับการบำบัดความคิดและพฤติกรรมครบ 1 เดือน (Immediately post-treatment) และที่เวลา 3 เดือนหลังจากได้รับการบำบัดความคิดและพฤติกรรม (3-month post-treatment)

การบำบัดความคิดและพฤติกรรม (CBT)	Mean difference †	95% CI
Immediately post-treatment	11.84	9.55-14.30
3-month post-treatment	15.74	13.28-18.20

† เมื่อควบคุมตัวแปร อายุ เพศ การใช้ยา efavirenz แรงสนับสนุนทางสังคม เหตุการณ์ความเครียดในชีวิต และสัมพันธ์ภาพที่ผู้ป่วยมีต่อแพทย์ผู้ทำการรักษา

จากตารางที่ 10 พบว่าเมื่อควบคุมอิทธิพลจากตัวแปรอื่นๆแล้ว การบำบัดความคิดและพฤติกรรมมีความสัมพันธ์ต่อการเปลี่ยนแปลงของภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วย โดยกลุ่มที่ได้รับการบำบัดความคิดและพฤติกรรม (CBT group) จะมีคะแนนภาวะซึมเศร้ามลดลงจากช่วง baseline มากกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับการบำบัดความคิดและพฤติกรรม (Non-CBT group) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) เท่ากับ [11.84 (95% CI: 9.55, 14.13)] ภายหลังจากได้รับการบำบัดความคิดและพฤติกรรมครบ 1 เดือน (Immediately post-treatment) และเท่ากับ [15.74 (95% CI: 13.28, 18.20)] ที่เวลา 3 เดือนหลังจากได้รับการบำบัดความคิดและพฤติกรรม (3-month post-treatment)

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

สรุปผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาเชิงวิเคราะห์ชนิดไปข้างหน้า (Prospective Cohort Study) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการบำบัดความคิดและพฤติกรรมและการเปลี่ยนแปลงของภาวะซึมเศร้า ของผู้ป่วยที่ติดเชื้อเอชไอวี ภายหลังจากได้รับการบำบัดความคิดและพฤติกรรมครบ 1 เดือน (Immediately post-treatment) และที่เวลา 3 เดือนภายหลังจากเสร็จสิ้นการบำบัดความคิดและพฤติกรรม (3-month post-treatment)

โดยศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการบำบัดความคิดและพฤติกรรม และการเปลี่ยนแปลงของภาวะซึมเศร้า ของผู้ป่วยก่อนและหลังควบคุมปัจจัยร่วม ได้แก่ อายุ เพศ การใช้ยา efavirenz เหตุการณ์ความเครียดในชีวิตในช่วงหนึ่งปีที่ผ่านมา แรงสนับสนุนทางสังคม และสัมพันธภาพของการรักษาระหว่างผู้ป่วยกับแพทย์ และมีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของการเปลี่ยนแปลงของภาวะซึมเศร้าหลังได้รับการบำบัดความคิดและพฤติกรรมครบ 1 เดือน (O_2) กับก่อนได้รับการบำบัดความคิดและพฤติกรรม (O_1) และที่เวลา 3 เดือนหลังได้รับการบำบัดความคิดและพฤติกรรม (O_3) กับก่อนได้รับการบำบัดความคิดและพฤติกรรม (O_1) ระหว่างกลุ่มศึกษา (CBT group) และกลุ่มเปรียบเทียบ (Non-CBT group)

มีสมมติฐานในการวิจัยว่าในผู้ป่วยที่ติดเชื้อเอชไอวี ที่พบภาวะซึมเศร้า การได้รับการบำบัดความคิดและพฤติกรรม มีความสัมพันธ์ต่อการเปลี่ยนแปลงของภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยในระดับที่ลดลง เมื่อเทียบกับกลุ่มที่ไม่ได้รับการบำบัดความคิดและพฤติกรรม ก่อนและหลังควบคุมปัจจัยร่วม ได้แก่ อายุ เพศ การมีโรคติดเชื้อฉวยโอกาสในปัจจุบัน การมีประวัติการรักษาทางจิตเวช จนถึงปัจจุบัน เหตุการณ์ความเครียดในชีวิตในช่วงหนึ่งปีที่ผ่านมา แรงสนับสนุนทางสังคม และสัมพันธภาพของการรักษาระหว่างผู้ป่วยกับแพทย์ และผลของการบำบัดความคิดและพฤติกรรม มีความยั่งยืน (sustain) ในการป้องกันการกลับมาเป็นซ้ำ (relapse prevention) ของภาวะซึมเศร้า เมื่อเวลาผ่านไป 3 เดือนภายหลังจากสิ้นสุดการบำบัดความคิดและพฤติกรรม

โดยทำการศึกษาในกลุ่มศึกษา (CBT group) จำนวน 40 คน และกลุ่มเปรียบเทียบ (Non-CBT group) จำนวน 80 คน จากคลินิกภูมิคุ้มกันและภูมิแพ้ และคลินิกโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ เก็บรวบรวมข้อมูลทั้งสิ้น 3 ครั้ง ได้แก่ช่วง baseline ภายหลังจากบำบัดความคิดและพฤติกรรมครบ 1 เดือน (Immediately post-treatment) และมีการติดตามกลุ่มตัวอย่างไปข้างหน้าเป็นเวลา 3 เดือนภายหลังเสร็จสิ้นการบำบัดความคิดและพฤติกรรม (3-month post-treatment) เริ่มดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือน กันยายน พ.ศ. 2553 ถึงเดือน กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2554

กลุ่มศึกษา (Exposed group) คือผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี และมีภาวะซึมเศร้า ที่เข้ารับการบำบัดความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavior Therapy; CBT) ซึ่งเป็นการบำบัดที่มีองค์ประกอบคือ การค้นหาความคิดอัตโนมัติในทางลบ (Identifying negative automatic thoughts) การตรวจสอบความคิดอัตโนมัติในทางลบตามความเป็นจริง (Evaluating negative automatic thoughts) การปรับเปลี่ยนความคิด (Modifying Dysfunctional thoughts) และการค้นหาแนวทางแก้ไขปัญหา (Problem solving) เพื่อให้ผู้ป่วยหายจากอาการซึมเศร้า และสามารถนำเทคนิคนี้ไปใช้ในการแก้ปัญหาอื่นๆอีก เป็นการป้องกันการเกิดอาการซึมเศร้าในอนาคต (Relapse prevention) จากจิตแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านการบำบัดความคิดและพฤติกรรม ซึ่งเป็นแพทย์ผู้ได้รับเชิญจากคลินิกภูมิคุ้มกันและภูมิแพ้ และคลินิกโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ให้มารับการบำบัดความคิดและพฤติกรรมในเวชปฏิบัติของคลินิกทั้ง 2 แห่ง โดยแบ่งเป็นกลุ่ม กลุ่มละ 10 คน เข้ารับการบำบัดสัปดาห์ละ 2 session session ละ 1 ชั่วโมง รวม 8 session เป็นระยะเวลา 1 เดือน

กลุ่มควบคุม (Unexposed group) คือผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี และมีภาวะซึมเศร้า ที่มารับบริการในคลินิกภูมิคุ้มกันและภูมิแพ้ และคลินิกโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ โดยไม่ได้เข้ารับการบำบัดความคิด และพฤติกรรม (Cognitive Behavior Therapy; CBT)

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย Case Record Forms (CRF) สำหรับบันทึกข้อมูลทั่วไป (Sociodemographic characteristics) และประวัติการรักษา (Medical histories) ของผู้ป่วยจากการสัมภาษณ์และจากเวชระเบียน แบบประเมินภาวะซึมเศร้า Thai Depression Inventory (TDI) แบบวัดเหตุการณ์ความเครียดในชีวิตในช่วงหนึ่งปีที่ผ่านมา standard questionnaire for evaluating life stress event แบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคม questionnaire

for HIV social support และแบบประเมินสัมพันธภาพในการรักษาที่ผู้ป่วยมีต่อแพทย์ questionnaire for measuring patients' trust in physicians

วิเคราะห์ข้อมูลโดย

1. ใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistic) เพื่อบรรยายข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่างด้วยจำนวน ร้อยละ สำหรับข้อมูลเชิงคุณภาพ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สำหรับข้อมูลเชิงปริมาณที่มีการกระจายของข้อมูลปกติ (normally distributed) ค่ามัธยฐาน ส่วนเบี่ยงเบนควอไทล์ สำหรับข้อมูลเชิงปริมาณ ที่มีการกระจายของข้อมูลไม่ปกติ (non normally distributed)
2. วิเคราะห์ตัวแปรพื้นฐานที่แตกต่างกันของกลุ่มศึกษา (CBT group) และกลุ่มเปรียบเทียบ (Non-CBT group) ด้วย student's t-test สำหรับตัวแปรเชิงปริมาณ และใช้ Chi-square test หรือ Fisher exact test สำหรับตัวแปรเชิงคุณภาพ
3. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการบำบัดความคิดและพฤติกรรม กับการเปลี่ยนแปลงของภาวะซึมเศร้า ด้วย student's t-test และใช้ multiple linear regression เพื่อควบคุมปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าจากการทบทวนวรรณกรรม และตัวแปรที่มีการกระจายแตกต่างกันระหว่างกลุ่มศึกษา (CBT group) และกลุ่มเปรียบเทียบ (Non-CBT group) จะทำการวิเคราะห์ตัวแปรเหล่านั้นในขั้นตอน multivariate analysis ต่อไป โดยใช้ multiple linear regression model ในการวิเคราะห์ผลต่อค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าที่เปลี่ยนแปลงไปหลังได้รับการบำบัดความคิดและพฤติกรรมครบ 1 เดือน (O_2) กับก่อนได้รับการบำบัดความคิดและพฤติกรรม (O_1) และ ณ เวลา 3 เดือนหลังได้รับการบำบัดความคิดและพฤติกรรม (O_3) กับก่อนได้รับการบำบัดความคิดและพฤติกรรม (O_1)

ลักษณะของข้อมูลพื้นฐานระหว่างกลุ่มศึกษา (CBT group) และกลุ่มเปรียบเทียบ (Non-CBT group)

กลุ่มศึกษา (CBT group) และกลุ่มเปรียบเทียบ (Non-CBT group) มีความคล้ายคลึงกันของปัจจัยส่วนบุคคลในด้าน อายุ เพศ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ สถานภาพทางเศรษฐกิจ สถานภาพสมรส Mode of transmission บุคคลอื่นที่ทราบสถานะติดเชื้อ การใช้ยานอนหลับ การใช้สมุนไพร และอาหารเสริม โรคประจำตัวในปัจจุบัน และโรคติดเชื้อฉวยโอกาสในปัจจุบัน

ในส่วนของปัจจัยด้านการรักษา กลุ่มศึกษา (CBT group) และกลุ่มเปรียบเทียบ (Non-CBT group) มีความคล้ายคลึงกันของปัจจัยด้านการรักษาในส่วนของคลินิกที่เข้ารับการรักษา ระยะเวลา

ที่ทราบว่าได้ติดเชื้อ ประวัติการรักษาด้วยยาต้านรีโทรไวรัส ระยะเวลาที่รับการรักษาด้วยยาต้านรีโทรไวรัส สิทธิการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาล สูตรยาต้านรีโทรไวรัสที่ใช้ในปัจจุบัน ระยะเวลาที่รักษา กับแพทย์คนปัจจุบัน ระดับ CD4+ T lymphocyte ในปัจจุบัน และสัดส่วนของผู้ป่วยที่มีระดับ plasma HIV-RNA ในปัจจุบันอยู่ในระดับที่ไม่สามารถวัดได้ (undetectable)

สำหรับปัจจัยทางจิตสังคม กลุ่มศึกษา (CBT group) และกลุ่มเปรียบเทียบ (Non-CBT group) มีความคล้ายคลึงกันในด้านแรงสนับสนุนทางสังคม สัมพันธภาพของการรักษาระหว่างผู้ป่วยกับแพทย์ ยกเว้นปัจจัยทางจิตสังคมด้านเหตุการณ์ความเครียดในชีวิต ($p < 0.05$)

คะแนนภาวะซึมเศร้าของกลุ่มศึกษา (CBT group) และกลุ่มเปรียบเทียบ (Non-CBT group) ในแต่ละช่วงเวลา

พบว่าคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าในช่วง baseline ของกลุ่มศึกษา (CBT group) เท่ากับ 26.70 (SD=4.87) และกลุ่มเปรียบเทียบ (Non-CBT group) เท่ากับ 25.28 (SD=4.83)

หลังการบำบัดความคิดและพฤติกรรมครบ 1 เดือน (Immediately post-treatment) คะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของกลุ่มศึกษา (CBT group) ลดลง 15.55 (SD=6.47) ในขณะที่กลุ่มเปรียบเทียบ (Non-CBT group) คะแนนลดลงเพียง 3.54 (SD=4.57) ซึ่งคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าในกลุ่มที่ได้ CBT ลดลงมากกว่ากลุ่มที่ไม่ได้เข้า CBT อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ [12.01 (95% CI: 9.98, 14.05)]

ที่เวลา 3 เดือนหลังจากได้รับการบำบัดความคิดและพฤติกรรม (3-month post-treatment) คะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของกลุ่มศึกษา (CBT group) ลดลงถึง 18.92 (SD=6.50) ในขณะที่กลุ่มเปรียบเทียบ (Non-CBT group) คะแนนลดลงเพียง 2.99 (SD=4.65) ซึ่งคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าในกลุ่มที่ได้ CBT ยังคงลดลงมากกว่ากลุ่มที่ไม่ได้เข้า CBT อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ [(15.93 (95% CI: 13.55, 18.32))]

ความสัมพันธ์ระหว่างการบำบัดความคิดและพฤติกรรม และการเปลี่ยนแปลง ของภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยที่ติดเชื้อเอชไอวี ภายใต้การควบคุมอิทธิพลจากตัวแปรอื่นๆ

เมื่อควบคุมอิทธิพลจากตัวแปร อายุ เพศ การใช้จ่าย efavirenz แรงสนับสนุนทางสังคม เหตุการณ์ความเครียดในชีวิต และสัมพันธภาพที่ผู้ป่วยมีต่อแพทย์ผู้ทำการรักษา พบว่าการบำบัดความคิดและพฤติกรรมมีความสัมพันธ์ต่อการเปลี่ยนแปลงของภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วย โดยกลุ่มที่ได้รับการบำบัดความคิดและพฤติกรรม (CBT group) จะมีคะแนนภาวะซึมเศร่าลดลงมากกว่ากลุ่มที่

ไม่ได้รับการบำบัดความคิดและพฤติกรรม (Non-CBT group) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) เท่ากับ [11.84 (95% CI: 9.55, 14.13)] ภายหลังได้รับการบำบัดความคิดและพฤติกรรมครบ 1 เดือน (Immediately post-treatment) และเท่ากับ [15.74 (95% CI: 13.28, 18.20)] ที่เวลา 3 เดือนภายหลังเสร็จสิ้นการบำบัดความคิดและพฤติกรรม (3-month post-treatment)

อภิปรายผล

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการบำบัดความคิดและพฤติกรรม และการเปลี่ยนแปลงของภาวะซึมเศร้า ก่อนและหลังควบคุมปัจจัยร่วม ของผู้ป่วยที่ติดเชื้อเอชไอวี ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โดยมีการติดตามผลของการบำบัดความคิดและพฤติกรรมต่อการเปลี่ยนแปลงของภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วย ภายหลังการบำบัดความคิดและพฤติกรรมครบ 1 เดือน (Immediately post-treatment) และมีการติดตามกลุ่มตัวอย่างไปข้างหน้าเป็นเวลา 3 เดือนภายหลังเสร็จสิ้นการบำบัดความคิดและพฤติกรรม (3-month post-treatment) เก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้ป่วยทั้งสิ้น 120 คน โดยทำการศึกษาในกลุ่มศึกษา (CBT group) จำนวน 40 คน และกลุ่มเปรียบเทียบ (Non-CBT group) จำนวน 80 คน ผลการศึกษาพบว่าการบำบัดความคิดและพฤติกรรม มีความสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงของคะแนนภาวะซึมเศร้า ในผู้ป่วยที่ติดเชื้อเอชไอวี ก่อนและหลังควบคุมปัจจัยร่วม ทั้งหลังจากได้รับการบำบัดความคิดและพฤติกรรมครบ 1 เดือน (Immediately post-treatment) และที่เวลา 3 เดือนภายหลังเสร็จสิ้นการบำบัดความคิดและพฤติกรรม (3-month post-treatment) สอดคล้องกับผลการศึกษาในต่างประเทศ ที่แสดงถึงประสิทธิผลของการบำบัดความคิดและพฤติกรรมต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยที่ติดเชื้อเอชไอวี ซึ่งทำการศึกษาในหลายกลุ่มประชากร [76-79,82,87]

นอกจากนี้ ผลการศึกษาในครั้งนี้แสดงให้เห็นว่า ภายหลังได้รับการบำบัดความคิดและพฤติกรรมครบ 1 เดือน (Immediately post-treatment) และที่เวลา 3 เดือนหลังเสร็จสิ้นการบำบัดความคิดและพฤติกรรม (3-month post-treatment) ค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยในกลุ่มศึกษา (CBT group) ลดลงอย่างต่อเนื่องจากช่วง baseline และคะแนนภาวะซึมเศร้าที่เปลี่ยนแปลงไปนั้น สูงกว่าการเปลี่ยนแปลงในการศึกษาอื่นๆ อย่างชัดเจน โดยจากการศึกษาของ Kelly และคณะ [81] พบว่าการเปลี่ยนแปลงของค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าในกลุ่มที่ได้รับการบำบัดความคิดและพฤติกรรมลดลง 6.2 คะแนน หลังจากเสร็จสิ้นการบำบัดความคิดและพฤติกรรม (Immediately post-treatment) และลดลงเพียง 3.2 คะแนน ที่เวลา 3 เดือนหลังเสร็จสิ้นการบำบัดความคิดและพฤติกรรม (3-month post-treatment) เช่นเดียวกับการศึกษาของ Molassiotis A และ

คณะ[83] พบว่าการเปลี่ยนแปลงของค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าในกลุ่มที่ได้รับการบำบัดความคิดและพฤติกรรมเท่ากับ 1.1 คะแนน หลังจากเสร็จสิ้นการบำบัดความคิดและพฤติกรรม (Immediately post-treatment) และลดลงเพียง 1 คะแนน ที่เวลา 3 เดือนหลังเสร็จสิ้นการบำบัดความคิดและพฤติกรรม (3-month post-treatment) การศึกษาของ Blanch J และคณะ[84] พบว่าการเปลี่ยนแปลงของค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าในกลุ่มที่ได้รับการบำบัดความคิดและพฤติกรรมลดลง 6.9 คะแนน หลังจากเสร็จสิ้นการบำบัดความคิดและพฤติกรรม (Immediately post-treatment) และลดลง 6.5 คะแนน ที่เวลา 3 เดือนหลังเสร็จสิ้นการบำบัดความคิดและพฤติกรรม (3-month post-treatment) และจากการศึกษาของ Safren SA และคณะ [82] พบว่าการเปลี่ยนแปลงของค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าในกลุ่มที่ได้รับการบำบัดความคิดและพฤติกรรมลดลง 12.48 คะแนน หลังจากเสร็จสิ้นการบำบัดความคิดและพฤติกรรม (Immediately post-treatment) และลดลง 12.65 คะแนน ที่เวลา 3 เดือนหลังเสร็จสิ้นการบำบัดความคิดและพฤติกรรม (3-month post-treatment) ส่วนการศึกษาอื่นๆเช่น Carrico AW และคณะ[80] พบว่า การเปลี่ยนแปลงของค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าในกลุ่มที่ได้รับการบำบัดความคิดและพฤติกรรมลดลง 1 คะแนน หลังจากเสร็จสิ้นการบำบัดความคิดและพฤติกรรม (Immediately post-treatment) และลดลง 3.2 คะแนน ที่เวลา 6 เดือนหลังเสร็จสิ้นการบำบัดความคิดและพฤติกรรม (6-month post-treatment) Laperriere A และคณะ[78] พบว่าการเปลี่ยนแปลงของค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าในกลุ่มที่ได้รับการบำบัดความคิดและพฤติกรรมลดลง 4.5 คะแนน หลังจากเสร็จสิ้นการบำบัดความคิดและพฤติกรรม (Immediately post-treatment) และลดลง 7.1 คะแนน ที่เวลา 6 เดือนหลังเสร็จสิ้นการบำบัดความคิดและพฤติกรรม (6-month post-treatment) และการศึกษาของ Lee MR และคณะ[77] พบว่าการเปลี่ยนแปลงของค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้า ในกลุ่มที่ได้รับการบำบัดความคิดและพฤติกรรมลดลง 9 คะแนน หลังจากเสร็จสิ้นการบำบัดความคิดและพฤติกรรม (Immediately post-treatment) และลดลง 15 คะแนน ที่เวลา 6 เดือนหลังเสร็จสิ้นการบำบัดความคิดและพฤติกรรม (6-month post-treatment) อย่างไรก็ตาม การศึกษาในครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงวิเคราะห์ชนิดไปข้างหน้า ผู้ป่วยที่เข้ารับการบำบัดความคิดและพฤติกรรม (CBT group) เป็นกลุ่มผู้ป่วยที่เข้ามาด้วยความสมัครใจ ซึ่งมีแนวโน้มในการให้ความร่วมมือต่อการบำบัดรักษา (adherence) อยู่แล้ว จากการมี psychological mind ในการเข้ารับการบำบัดรักษา โดยมีความตั้งใจ และมีความต้องการหายจากภาวะซึมเศร้า ซึ่งอาจแตกต่างจากการศึกษาที่ผู้ป่วยเข้ารับการบำบัดรักษาด้วยวิธีการสุ่ม (randomization)

นอกจากนี้ในประเทศไทย ได้นำการบำบัดความคิดและพฤติกรรม มาใช้ในการบำบัดรักษาภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยที่ไม่ได้ติดเชื่อเอชไอวี โดยมีการออกแบบมาเพื่อให้สอดคล้องกับ

สภาพวัฒนธรรม และบริบทของสังคมไทย ซึ่งเป็นเมืองพุทธศาสนา การประยุกต์หลักคิดตามแนวทางพุทธศาสนา เข้ากับการบำบัดความคิดและพฤติกรรมเพื่อให้ผู้ป่วยง่ายแก่การเข้าใจ จึงเป็นเรื่องผสมกลมกลืนกันอย่างลงตัว และเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อผลลัพธ์จากการบำบัดครั้งนี้ เนื่องจากแนวคิดของการบำบัดความคิดและพฤติกรรม มีความใกล้เคียงกับพุทธศาสนาอยู่มากใน ส่วนของการมีสติ การรับรู้ตน การจัดการกับความคิดของเราเอง และแก้ไขปัญหาอย่างรู้เหตุ และรู้ผลอันเกิดจากเหตุ นั้น นำไปสู่การแก้ไขปัญหาได้อย่างยั่งยืน ฉัตร พิชัยรัตน์เสถียร [39] กล่าวว่า ถึงแม้ว่าจุดตั้งต้นของ CBT จะไม่ได้เกี่ยวข้องกับศาสนา แต่พัฒนาการของ CBT จนทุกวันนี้เกิดจากการที่ Aaron T. Beck ผู้ซึ่งถือเป็นบิดาของ CBT มีความสนใจในพุทธศาสนาและได้พบกับองค์ความรู้ของ Beck จึงเขียนบทความเกี่ยวกับพุทธศาสนา และ Cognitive Therapy ขึ้น

การบำบัดความคิดและพฤติกรรมโดยให้ความสำคัญกับแรงยึดเหนี่ยวทางจิตใจ ซึ่งถือเป็นการให้ความสำคัญในด้านจิตวิญญาณของมนุษย์ (spiritual aspect) ผสมผสานกับเทคนิคของการบำบัดความคิดและพฤติกรรม จึงเหมาะสำหรับการนำมาประยุกต์ใช้กับผู้ป่วยที่มี stigma บางอย่าง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ป่วยที่ติดเชื้อเอชไอวีและโรคเอดส์ ในยุคปัจจุบันที่วิทยาการทางวิทยาศาสตร์ การแพทย์ก้าวหน้าอย่างมาก การมีวินัยในการรับประทานยาต้านรีโทรไวรัสที่ออกฤทธิ์สูงหลายตัวร่วมกัน (Highly Active Antiretroviral Therapy) อย่างถูกต้อง ตรงเวลา และต่อเนื่องช่วยให้ผู้ป่วยมีชีวิตยืนยาวขึ้น [88] ส่งผลให้ลักษณะของโรคติดเชื้อเอชไอวีมีการเปลี่ยนผ่านทางระบาดวิทยาจาก fatal illness ไปสู่ chronic illness หรือการเจ็บป่วยเรื้อรังในผู้ป่วยส่วนใหญ่ อย่างไรก็ตาม การมีชีวิตอยู่ยาวนานขึ้นพร้อมกับโรคที่เป็นตราบาปอย่างการติดเชื้อเอชไอวีและโรคเอดส์ ซึ่งพ่วงมาพร้อมกับปัญหาทางร่างกาย จิตใจ และสังคม รวมทั้งต้องรับประทานยาไปตลอดชีวิตเป็นสิ่งที่กระทบต่อสภาพจิตใจของผู้ป่วยกลุ่มนี้เป็นอย่างยิ่ง [57]

การบำบัดความคิดและพฤติกรรมประกอบไปด้วยเทคนิคต่างๆที่หลากหลาย ที่นำมาใช้ในการบรรเทาอาการซึมเศร้าของผู้ป่วย [56] เช่น การทำ activity scheduling ซึ่งมีประโยชน์อย่างยิ่งในระยะแรกของการบำบัดผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า ขั้นตอนของ cognitive restructuring และเทคนิคการแก้ไขปัญหาแบบ active coping style [77,89] ส่งผลให้ retention rate ในกลุ่มศึกษา (CBT group) สูงถึงร้อยละ 95 รวมทั้ง adherence ต่อกิจกรรมที่ให้ในระหว่างการบำบัดรักษา และการทำการบ้าน (homework) ตามที่ผู้บำบัดมอบหมายให้ผู้ป่วยในแต่ละ session กลับไปทำเพื่อฝึกฝนทักษะต่างๆ อยู่ในระดับที่ผู้บำบัดถือว่าอยู่ในเกณฑ์ดี ซึ่งส่งผลต่ออาการซึมเศร้า ที่ดีขึ้นเป็นลำดับ สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา ที่แสดงให้เห็นว่าการให้ความร่วมมือในการทำการบ้านที่ผู้บำบัดมอบหมายให้ (adherence) และการให้ความร่วมมือ รวมถึงการมีส่วนร่วมขณะเข้ารับการบำบัดความคิดและ

พฤติกรรม (collaboration and active participation) มีความสัมพันธ์ต่อผลลัพธ์ที่ดี ในการบำบัดรักษา [90]

นอกจากนี้ จากการศึกษาหลายชิ้นพบว่าผู้บำบัด (therapist) เป็นบุคคลที่มีความสำคัญอย่างยิ่งในการรักษา โดยควรเป็นผู้ที่ถ่ายทอดเทคนิค และดำเนินการบำบัดรักษาได้อย่างมีประสิทธิภาพ [19,77] การศึกษาในครั้งนี้ ผู้บำบัดได้มุ่งความสนใจไปที่สิ่งที่เป็นปัญหา ซึ่งทำให้เกิดความยากลำบาก และความทุกข์แก่ผู้ป่วย ด้วยความเข้าใจ (empathy) ซึ่งถือเป็นองค์ประกอบสำคัญที่ทำให้เกิดสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้บำบัด และผู้ป่วยที่มีขอบเขต (therapeutic alliance) ดังเช่นการรายงานสะท้อนกลับของผู้ป่วยที่กล่าวว่า

“ผู้บำบัดเป็นกันเอง ทำให้รู้สึกอบอุ่น และเข้าใจมาก”

“ผู้บำบัดรับฟังปัญหา ทำให้ไว้วางใจในการเล่าเรื่องต่างๆมากขึ้น”

“การพูดคุยที่ดีทำให้หายเครียด”

“ผู้บำบัดมีส่วนทำให้ภาวะซึมเศร้าลดลง”

นอกจากนี้ผู้บำบัดยังทำหน้าที่เป็น coach และเป็น facilitator ช่วยให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้เทคนิคต่างๆ และเข้าใจเหตุผลว่าเหตุใดจึงใช้เทคนิคนั้น (rationale) ซึ่งความเข้าใจต่อเทคนิคในการรักษาจะทำให้เกิดความร่วมมือ และการทำงานเป็นทีม อันนำไปสู่ความสำเร็จในการบำบัดรักษาในครั้งนี้ ดังเช่นการรายงานสะท้อนกลับของผู้ป่วยที่กล่าวว่า

“ทำให้เข้าใจวิธีการบำบัด และวางใจในการพูดมากขึ้น”

นอกจากนี้ผู้บำบัดมีการใช้เทคนิคการตั้งคำถาม แบบ Socratic question รวมทั้ง downward arrow technique เพื่อเป็นการตรวจสอบหรือประเมินความคิดหรือความเชื่อของผู้ป่วย ซึ่งเป็น underlying depressogenic assumption เพื่อค้นหาข้อมูลในการสังเคราะห์ปัญหาของผู้ป่วยเพื่อทำ case conceptualization โดยใช้ cognitive model ในการวางแผนการรักษาผู้ป่วยแต่ละคน ซึ่งมีทั้งปัญหาที่คล้ายกัน และส่วนที่แตกต่างกันไปรายบุคคล ร่วมกับการตั้งคำถามไปยังสมาชิกภายในกลุ่มให้ตอบคำถาม และร่วมแสดงข้อคิดเห็นในการแก้ไขปัญหาที่เพื่อนสมาชิกประสบอยู่ เพื่อกระตุ้นให้ผู้ป่วยทุกคนเกิดการเรียนรู้ในการฝึกทักษะต่างๆผ่านการทำแบบฝึกหัดจากปัญหาของเพื่อนสมาชิก ก่อนกลับไปทำการบ้านเพื่อแก้ไขปัญหาของตนเอง ตามขั้นตอนของการบำบัดในแต่ละครั้ง ที่ผู้บำบัดมอบหมาย ซึ่งเป็นลักษณะของการสื่อสารสองทาง (two way communication) ทำให้ผู้ป่วยเกิดความกระตือรือร้น และจดจำทักษะต่างๆได้โดยง่ายขึ้น นอกจากนี้สิ่งที่ประโยชน์กับผู้ป่วยมากกว่านั้นคือ การรู้จักนำแนวทางการแก้ไขปัญหาในรูปแบบต่างๆที่สมาชิกแบ่งปันกันภายในกลุ่ม โดยมีผู้บำบัดคอยช่วยเหลือ และให้คำแนะนำ ไปปรับใช้กับการแก้ไขปัญหา หรือการ

ปรับเปลี่ยนมุมมอง และทัศนคติต่อปัญหาต่างๆ ของตนเอง ดังเช่นการรายงานสะท้อนกลับของผู้ป่วยที่กล่าวว่า

“ช่วยให้คิดว่า เราไม่ได้อยู่ในโลกนี้เพียงลำพัง ยังมีคนอื่นๆ ที่เขาอยู่ในสภาพที่เลวร้ายกว่าเรามาก”

“ทำให้มีโอกาสได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ และช่วยกันคิดว่าหนทางการแก้ปัญหาของแต่ละบุคคลมีข้อดี ข้อเสียอย่างไร และช่วยแนะนำว่าทุกสิ่งเป็นไปได้ทั้งผิด และถูก เราควรคิดไปในแง่ดีๆ จิตใจจะได้เป็นสุข ไม่ต้องทนทุกข์กับภาวะ เจ็บ แก่ ตาย ในที่สุด”

“รับฟังปัญหา พร้อมทั้งให้คำแนะนำ และให้คำปรึกษา”

“แนะนำวิธีคิด รับฟังปัญหา ไขข้อข้องใจ”

“ช่วยให้สามารถยอมรับความจริงได้ แม้ว่าอาจต้องฝืนใจบ้าง”

“ให้คำแนะนำดี ช่วยให้รู้จักคิดรอบด้าน คิดมากขึ้น”

“ช่วยให้คิดได้ว่า ความทุกข์ไม่ได้มีแค่เราคนเดียว ได้รับรู้ความคิดของคนอื่นดีบ้าง ไม่ดีบ้าง ประปนกันไป”

“ผู้บำบัดช่วยให้รู้จักวิธีคิด วิธีแก้ปัญหา ช่วยให้ดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้เหมือนปกติ”

“ทำให้รู้จักคิดมากขึ้น ไม่วิตกกังวลอย่างที่เคยเป็น”

“ทำให้เราดูแลตัวเองดีขึ้น ไม่คิดฟุ้งซ่าน”

“ผู้บำบัดมีส่วนทำให้ภาวะซึมเศร้าลดลง”

“ทำให้เรารู้สึกมีคุณค่ามากขึ้น”

“ช่วยให้รู้จักคิดในสิ่งที่ดี ไม่จมอยู่ในอดีตที่เคยผิดพลาดไปแล้ว พยายามทำสิ่งดีๆ ชีวิตจะดีขึ้น”

“ผู้บำบัดจะเล่าเรื่องราวต่างๆ ให้ฟัง และโยงมาที่วิธีการแก้ไขปัญหาให้ได้”

“เมื่อรู้ว่าคุณคิดนั้นมันไม่มีประโยชน์ต่อตัวเรา ก็ควรเปลี่ยนไปคิดในแง่ดี ที่ทำให้สบายใจขึ้น”

“ผู้บำบัดทำให้รู้จักมองโลกในแง่ดี”

ซึ่งโดยปกติแล้ว เป็นการยากที่ผู้ป่วยที่ติดเชื่อเอชไอวีจะได้รับสิ่งดีๆ เหล่านี้ภายนอกกลุ่มบำบัด เนื่องจากคนส่วนใหญ่ในสังคมไทย มองว่าผู้ที่เจ็บป่วยด้วยโรคดังกล่าวน่ารังเกียจ และน่าอับอาย เพราะส่วนใหญ่เกิดจากการมีแบบแผนทางพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม ทำให้ผู้ป่วยมี stigma ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยกลุ่มนี้ และทำให้ผู้ป่วยมักแยกตัวออกจากสังคม ซึ่งจากการรายงานของผู้ป่วยในการศึกษาครั้งนี้พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมที่เกิดขึ้นภายในกลุ่ม

บำบัดความคิดและพฤติกรรมในครั้งนี้ เป็นสิ่งที่มีคุณค่าอย่างมาก ในการช่วยบรรเทาภาวะซึมเศร้าที่มีอยู่ให้ลดน้อยลง จากการเปลี่ยนแปลงรูปแบบของความคิดว่าพวกเขาไม่ใช่คนเดียวที่มี stigma และไม่ได้เผชิญอยู่กับโรคร้ายที่เป็นภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง (serious chronic illness) อยู่คนเดียวในโลก โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่แยกตัวออกจากครอบครัว เพื่อนฝูง และญาติพี่น้อง รวมทั้งผู้ป่วยรู้สึกมีคุณค่ามากขึ้น เมื่อได้ช่วยเหลือผู้อื่น และการมาพบกับผู้ที่ตกอยู่ในสภาวะเดียวกันทำให้ไม่รู้สึกถูกแบ่งแยก กระบวนการกลุ่มจึงมีความสำคัญในการช่วยเหลือผู้ป่วย ดังรายงานสะท้อนกลับของผู้ป่วยที่กล่าวว่า

“มาเข้ากลุ่มแล้วทำให้รู้ว่ามีคนที่เขาเป็นเหมือนเรา หรือแย่กว่าเราด้วยซ้ำ”

“คุยกันแล้วเริ่มเข้าใจปัญหา และการจัดการทางความคิด”

“ทุกคนต่างให้ความรู้ และช่วยเหลือกัน”

“รู้สึกมีคุณค่ามากขึ้น เวลาได้ช่วยคนอื่น”

“ได้แลกเปลี่ยนความคิดกัน”

“คุยแล้วผ่อนคลาย”

“การพูดคุยที่ดี ทำให้อารมณ์ดีขึ้น ไม่หงุดหงิดง่าย”

“ได้แชร์ความรู้สึกกัน”

“มาเข้ากลุ่มแล้วทำให้มีเพื่อน”

“อาการดีขึ้นเวลามาพบกลุ่ม เพราะได้เจอเพื่อน ได้ระบายความรู้สึก และปัญหาที่เกิดจากปฏิกิริยาจากคนภายนอก”

“แลกเปลี่ยน เปิดใจ ยอมรับฟังปัญหาซึ่งกันและกัน”

“ทำให้รู้แง่มุมต่างๆของชีวิตได้ดีขึ้น”

“ทำให้รู้ว่าเขามีชีวิตไม่ได้ต่างจากเรา”

“ทำให้สบายใจขึ้นมาก ทำให้รู้สึกมีเพื่อนมากขึ้น”

นอกจากนี้ผู้บำบัดได้มีการสรุปประเด็นต่างๆในระหว่างการบำบัดเป็นช่วงๆ (capsule summary) และมีการ feedback จากผู้ป่วยเมื่อเสร็จสิ้นการบำบัดในแต่ละ session ซึ่งเป็นการตรวจสอบความเข้าใจของผู้ป่วยเป็นระยะๆ เนื่องจากบางครั้งผู้ป่วยอาจไม่เข้าใจ หรือตามเทคนิคบางอย่างไม่ทัน ทำให้ผู้บำบัดสามารถประเมินศักยภาพของผู้ป่วย และเลือกใช้เทคนิค และวิธีการที่เหมาะสม รวมทั้งเป็นการทบทวนให้ผู้ป่วยทราบว่าวันนี้ได้อะไรไปบ้าง และทำให้ผู้บำบัด และผู้ป่วยมีความเข้าใจตรงกัน ก่อนที่จะมีการเข้าสู่หัวข้อต่อไป

การศึกษาวิจัยในครั้งนี้ ทำศึกษาจากการจัดกลุ่มการบำบัดความคิดและพฤติกรรมที่มีการปรับประยุกต์ระยะเวลาของการบำบัดเป็นสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 2 session เนื่องจากผู้ป่วยที่ติด

เชื้อเอชไอวีส่วนใหญ่ไม่สะดวกที่จะเดินทางมาโรงพยาบาลบ่อยครั้ง จึงเป็นการบำบัดรักษาที่ปรับประยุกต์จาก conventional design เพื่อเป็นการบำบัดที่สอดคล้องกับการนำไปปฏิบัติจริง (practical) ตามสถานะของผู้ป่วย ซึ่งสอดคล้องกับหลักฐานที่ยืนยันว่าการนำกระบวนการบำบัดความคิดและพฤติกรรมไปประยุกต์ใช้ จะขึ้นกับผู้ป่วยใน real-world settings เป็นสำคัญ ความหลากหลายของการนำการบำบัดความคิดและพฤติกรรมไปใช้ให้เข้ากับสภาพของผู้ป่วย ยังคงได้รับการสนับสนุนให้เกิดการศึกษาทดลอง [22, 91]

โดยรายละเอียดของการบำบัดความคิดและพฤติกรรม (CBT modules) ในแต่ละ session ประกอบด้วย

1. การให้ความรู้ (Psycho-education) เรื่องภาวะซึมเศร้า และผลกระทบของภาวะซึมเศร้า ต่อระบบภูมิคุ้มกันของผู้ที่ติดเชื้อเอชไอวี ใช้การจูงใจให้ผู้ป่วยเปลี่ยนความคิดที่สิ้นหวัง (hopeless cognition) เป็นการมีความหวัง และรู้สึกรู้ว่าตนเองมีคุณค่า โดยการตั้งคำถามให้ผู้ผู้ป่วยค้นหา บุคคล องค์กร หรือสิ่งที่เป็นความหวัง เป็นกำลังใจให้ผู้ผู้ป่วยอยู่ต่อไป รวมทั้งมีการกำหนดหัวข้อพูดคุย (Agenda Setting) และกำหนดเป้าหมายของการบำบัดร่วมกัน (Goal Setting) รวมทั้งให้ความรู้เกี่ยวกับกระบวนการรักษาในภาพรวม พร้อมกับแนวคิดของการรักษาภาวะซึมเศร้าด้วย CBT (Introduction to CBT for depression) โดยแนะนำ Cognitive Model ให้ผู้ป่วยรู้จักและเข้าใจถึงเหตุผล (rationale) ของขั้นตอนการบำบัด ซึ่งมีความสำคัญอย่างยิ่งเนื่องจากความเข้าใจจะนำไปสู่ความร่วมมือในการรักษา (collaboration) รวมทั้งสอนให้ผู้ผู้ป่วยได้เข้าใจรูปแบบ (pattern) ของความสัมพันธ์ระหว่าง เหตุการณ์ (situation) ความคิด (cognition) อารมณ์ (emotion) พฤติกรรม (behavior) และอาการทางร่างกาย (physiology)

2. การสอนทักษะในเรื่องของ Relaxation Training ประกอบด้วย Progressive muscle relaxation training และ Diaphragmatic breathing skills เพื่อให้ผู้ป่วยเรียนรู้ในการจัดการกับการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย โดยเฉพาะการเรียนรู้ที่จะผ่อนคลายในเวลาที่เกิดความเครียด ความวิตกกังวล และบรรเทาความเจ็บปวด (pain) จากอาการทางร่างกาย (symptoms of HIV disease) เช่น peripheral neuropathy, lung infections from *Pneumocystis carinii* pneumonia และจากโรคติดเชื้อฉวยโอกาสต่างๆ รวมทั้งจากผลข้างเคียงของยาต้านรีโทรไวรัส (HIV medications)

3. การจัดตารางกิจกรรม (Activity Scheduling) เป็นเทคนิคที่สำคัญมากในผู้ป่วยกลุ่มนี้ เนื่องจากผู้ป่วยซึมเศร้านักมี psychomotor retardation และมีพฤติกรรมแยกตัวจากสิ่งแวดล้อม ซึ่งเป็นอาการเด่นของผู้ติดเชื้อเอชไอวีด้วยเช่นกัน ซึ่งส่งผลให้อารมณ์เศร้ายิ่งแย่ลง ในทางตรงกันข้าม ถ้าสามารถทำให้ผู้ป่วยมีกิจกรรมมากขึ้น ก็จะส่งผลให้อารมณ์ดีขึ้น การทำ Behavioral

activation เริ่มจากการประเมินกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย จากนั้นผู้บำบัดร่วมมือกับผู้ป่วยในการหากิจกรรมที่ผู้ป่วยทำแล้วรู้สึกมีความสุข (pleasure) หรือรู้สึกสำเร็จ (achievement) โดยผ่านการบันทึกลงในตารางกิจกรรมในรอบ 1 สัปดาห์ เพื่อเป็นเครื่องมือที่ทำให้ผู้ป่วยเห็นความเป็นจริงในชีวิตในแต่ละวันตลอด 24 ชั่วโมง ว่าผู้ป่วยดำเนินชีวิตไปอย่างไรบ้างผ่านการติดตาม (monitor) ตนเอง เพื่อตรวจสอบว่ากิจกรรมใดที่ไม่จำเป็นเพราะไม่ก่อให้เกิดประโยชน์ และกิจกรรมใดที่ควรทำแต่ผู้ป่วยยังทำน้อยไป (under-represented utilize activities) ซึ่งเป็นการวางแผนเปลี่ยนแปลงตนเองในทางที่ดีขึ้น โดยให้ผู้ผู้ป่วยใส่คะแนนความสุขที่ได้รับจากการทำกิจกรรมนั้นๆ ลงไปด้วย เพื่อแสดงอารมณ์ต่อการทำกิจกรรมดังกล่าวได้อย่างชัดเจน นอกจากนี้ผู้บำบัดได้มีการแนะนำให้ผู้ผู้ป่วยไปทดลองทำกิจกรรมบางอย่างแล้วลองกลับมาเล่าประสบการณ์ที่เกิดขึ้นใน session ถัดไป ซึ่งมีผู้ป่วยรายหนึ่งในอดีตการวิ่งเป็นชีวิตจิตใจ แต่เมื่อทราบว่าตนเองคิดเชื่อจึงหยุดวิ่งเพราะไม่มีกำลังใจ และไม่ออกไปพบหน้าผู้คน แต่ภายหลังจากการแนะนำของผู้บำบัดให้กลับไปทำในสิ่งที่ชอบ ซึ่งคือการวิ่งอีกครั้ง ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกดีขึ้น จากที่ไม่มีความรู้สึกนี้มานานแล้ว โดยพร้อมที่จะออกไปวิ่งโดยไม่สนใจผู้อื่น หรือจากการรายงานของผู้ป่วยรายหนึ่งที่กล่าวว่า

“การฝึกบันทึกกิจกรรมในแต่ละวัน ทำให้รู้ว่าเราควรจะทำอะไร เพื่อให้ชีวิตมีความสุขและเป็นประโยชน์”

“การทำตารางกิจกรรม ทำให้รู้ว่ายังมีอะไรอีกมากในชีวิตที่น่าทำ”

“ทำให้ทราบความจริงว่าโลกนี้ยังมีอะไรให้ทำอีกเยอะ”

สอดคล้องกับการศึกษาของ Thomason BT และคณะ [55] ที่กล่าวว่า การจัดการกับพฤติกรรม และการใช้ชีวิตประจำวันของผู้ป่วยที่คิดเชื่อเอชไอวีมีความสำคัญมาก เพราะจะช่วยให้ผู้ป่วยรับมือกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นเนื่องจากการคิดเชื่อเอชไอวี

4. เป็นขั้นตอนของการปรับเปลี่ยนความคิด (Cognitive restructuring) โดยเริ่มจากการค้นหาความคิดอัตโนมัติในทางลบ (Identifying negative automatic thoughts) ซึ่งนำไปสู่อารมณ์และพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมของผู้ป่วย โดยผู้บำบัดใช้ Socratic question ในการตรวจสอบความคิดอัตโนมัติทางลบตามความเป็นจริง (Evaluating negative automatic thoughts) โดยผู้บำบัดชี้ให้ผู้ผู้ป่วยเห็นว่าความคิดนั้นเป็นเพียงข้อสมมติฐาน ดังนั้นผู้ป่วยจึงต้องตรวจสอบจากหลักฐาน (evidence) ที่มาสนับสนุน และคัดค้านความคิดนั้นๆ (weighing up pros and cons) โดยหลักฐานมาจากข้อมูลต่างๆที่ไม่ได้มาจากการตีความ หรือความเห็นส่วนตัว เพื่อที่สามารถมองปัญหาได้อย่างกระจ่างขึ้น โดยอยู่บนพื้นฐานของความเป็นจริง (realistic) และเกิดมุมมองใหม่ๆต่อความเชื่อ หรือความคิดต่อสถานการณ์นั้นๆ รวมทั้งผู้ป่วยควรได้เรียนรู้ที่จะประเมินความคิดในแง่ของความถูกต้อง (validity) และประโยชน์ของความคิดนั้น (utility) เนื่องจากความคิดบางอย่างแม้จะถูกต้อง

ตามความเป็นจริง แต่ไม่เกิดประโยชน์อันใดแก่ผู้ป่วย หากยังคงคิดเช่นนั้นอยู่ โดยในขั้นตอนนี้ผู้บำบัดใช้แบบบันทึกการจัดการความรู้สึก เป็นเครื่องมือในการบำบัด โดยให้ผู้ป่วยบรรยายเหตุการณ์ และความรู้สึกที่มีต่อเหตุการณ์ดังกล่าว พร้อมทั้งบอกระดับของอารมณ์ หรือความรู้สึกนั้นเป็นระดับคะแนน ซึ่งเป็นการประเมินระดับอารมณ์ (Rating moods) ของผู้ป่วยเพื่อรู้ระดับความแรงของอารมณ์ และทำให้ทราบว่าเหตุการณ์แบบใดที่มีผลต่ออารมณ์ รวมถึงให้ผู้ป่วยบรรยายความคิดต่อเหตุการณ์ดังกล่าว และตรวจสอบความคิดทั้งในแง่ความถูกต้อง และประโยชน์ของความคิด นำไปสู่การปรับแก้ความคิด (Modifying dysfunctional thoughts) เพื่อให้ผู้ป่วยอารมณ์ดีขึ้น ดังรายงานของผู้ป่วยที่กล่าวว่า

“ตอนนี้สบายใจมากขึ้น”

“อารมณ์เย็นลง ไม่คิดฟุ้งซ่าน และพยายามอยู่กับปัจจุบันให้ดีที่สุด และพยายามคิดว่าความตายไม่ใช่ทางออกสุดท้ายของการแก้ปัญหา”

“ตอนนี้ดีขึ้นมาก คิดรอบคอบไม่ใช่อารมณ์”

“หายหงุดหงิด คิดก่อนพูด”

“อะไรที่คิดแล้วไม่สบายใจ ตอนนี้ก็ไม่คิดแล้ว คิดแต่แง่บวก อารมณ์จะได้ดี และไม่เครียดอีก”

“มองหาข้อดีในเรื่องร้ายๆ พลิกวิกฤติให้เป็นโอกาส ตอนนี้มองข้อดีของการติดเชื้อว่า ทำให้เราไม่ประมาท และรู้จักวางแผนชีวิตว่าจะทำอะไรต่อไปในช่วงเวลาที่เหลือ เพราะอนาคตไม่มีความแน่นอน”

“ทำให้รู้สึกชอบชีวิต และจากมีอารมณ์หงุดหงิด และไม่สบายใจบ่อยๆนั้น กลายเป็นคนที่มีเหตุผล ควบคุมอารมณ์ได้ดียิ่งขึ้น”

“คิดแล้วไม่มีประโยชน์ก็คิดใหม่ คิดสิ่งที่ดีก็สบายใจมากขึ้น”

“พอเราปรับความคิดได้ ทำให้รู้สึกอารมณ์ดีขึ้น จะมีผลต่อการกระทำของเราออกมา ในลักษณะดีขึ้น จากที่เคยเครียดมาก ก็จะทำให้รู้สึกปรับตัวได้เรื่อยๆ ความรู้สึกที่เคยจำแย่ๆ ก็เริ่มมีความคิดใหม่ๆเกิดขึ้นมา”

“รู้สึกตัวเองทำอะไรอีกได้หลายๆอย่าง”

สอดคล้องกับการศึกษาของ Lee และคณะ [77] และการศึกษาของ Penedo FJ และคณะ [92] ที่พบว่ากระบวนการ Cognitive restructuring มีความสำคัญอย่างยิ่งในการช่วยลดภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วย

5. การค้นหาแนวทางแก้ไขปัญหา (Problem solving) เป็นการช่วยผู้ป่วยค้นหาแนวทางอื่นๆ ในการแก้ไขปัญหานี้ เนื่องจากผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า มักมีความสามารถในการใช้ความคิดที่

เป็นเหตุผลลดลง และมักมองปัญหาที่เกิดขึ้นในลักษณะของปัญหาที่ไม่มีแนวทางแก้ไขและไม่พยายามที่จะหาแนวทางในการแก้ไขปัญหา การปรับเปลี่ยนมุมมองของผู้ป่วยที่มีต่อปัญหาต่างๆ โดยการช่วยให้ผู้ป่วยได้ค้นหาแนวทางอื่นๆ ในการแก้ไขปัญหาก็เป็นสิ่งสำคัญซึ่งถือเป็นการสร้างพื้นฐานการแก้ไขปัญหอย่างเป็นระบบ เป็นการแก้ปัญหาแบบ active coping ตาม problem-solving steps ของ D'Zurilla TJ และ Nezu AM [58] โดยผู้บำบัดใช้แบบฝึกการแก้ปัญหาในการบำบัด เริ่มต้นจากการค้นหาสิ่งที่เป็นปัญหา โดยให้ผู้ป่วยบรรยายปัญหาที่มีขณะนั้นพอสังเขป หลังจากนั้นให้คิดวิธีแก้ไขปัญหที่เป็นไปได้ทั้งหมด ตามด้วยการประเมินข้อดี (advantage) และข้อเสีย (disadvantage) ของวิธีการแก้ไขปัญหาแบบต่างๆ เมื่อคิดอย่างรอบคอบแล้วจึงตัดสินใจเลือกวิธีการแก้ปัญหาที่น่าจะดีที่สุดในขณะนั้น พร้อมให้ผู้ป่วยอธิบายเหตุผลที่เลือกวิธีดังกล่าว นำไปสู่การวางแผนนำวิธีดังกล่าวไปทดลองแก้ไขปัญหาค่อยๆ หากวิธีการดังกล่าวไม่ประสบผลสำเร็จผู้บำบัดได้มีการชี้แนะให้ผู้ป่วยนำวิธีการสำรองถัดไปมาทดลองแก้ไขปัญห ซึ่งผลจากการรายงานสะท้อนกลับของผู้ป่วยเป็นดังนี้

“ตอนนี้ใช้เหตุผลแก้ปัญหา แทนอารมณ์”

“มองว่าปัญหามีทางแก้ไขได้ โดยคิดมุมกลับ”

“ทำให้รู้หนทางในการแก้ปัญหามากขึ้น รอบคอบขึ้น”

“รู้จักคิดหลายๆด้าน ในการแก้ปัญหา”

“ช่วยให้แก้ไขปัญหได้ด้วยตนเองได้ดีขึ้นมากกว่าแต่ก่อน”

“รู้จักทบทวนปัญหา วิเคราะห์ และจัดการกับปัญหา”

“แบบฝึกหัดการแก้ปัญหา ทำให้ทำให้รู้จักคิดถึงข้อดี-ข้อเสีย ทุกๆด้าน แล้วค่อยสรุป”

“สามารถเริ่มที่จะแก้ไขปัญหที่เกิดขึ้นได้มากกว่าแต่ก่อน”

“การแก้ปัญหามีได้หลายวิธี ขึ้นอยู่กับภาวะแวดล้อม การบำบัดทำให้สามารถหาวิธีแก้ปัญหต่างๆหลายๆด้าน แล้วมาพิจารณาวิเคราะห์หนทางที่เหมาะสมกับเรามากที่สุด เพื่อให้เราสบายใจ และทนต่อสู้กับปัญหาของชีวิตต่อไป トラバจนวาระสุดท้ายมาถึง”

สอดคล้องกับการศึกษาของ Penedo FJ [92] และคณะที่กล่าวว่า การเพิ่ม active coping strategies ให้กับผู้ป่วยเป็นสิ่งสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยมีอาการซึมเศร้าดีขึ้น และทำให้อัตราการรอดชีวิตที่เหมาะสมได้ เช่นเดียวกับการศึกษาของ Fukunishi I และคณะ[59] ที่พบว่า avoidance coping behaviors มีความสัมพันธ์กับอาการซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ รวมทั้งการศึกษาของ Thomason BT และคณะ [55] ที่กล่าวว่า problem-solving strategies เป็นเครื่องมือสำคัญของผู้ป่วยที่คิดเชื่อเอชไอวี ในการรับมือกับปัญหาชีวิต

ในส่วนของการสิ้นสุดการบำบัด ผู้บำบัดได้มีการพัฒนาพิมพ์เขียวของผู้ป่วย (therapy blueprint) เพื่อให้ผู้ป่วยจะสามารถจัดการกับปัญหาที่อาจเกิดขึ้นในอนาคต โดยมีรากฐานมาจากการเรียนรู้ในระหว่างการบำบัด ซึ่งเป้าหมายของการรักษาที่ตั้งไว้คือ การหาข้อสรุปให้กับปัญหาของผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยหายจากอาการซึมเศร้า และสามารถนำเทคนิคนี้ไปใช้ในการแก้ปัญหาอื่นๆอีก รวมทั้งยังเป็นการป้องกันการเกิดอาการซึมเศร้าในอนาคต (relapse prevention) ได้อีกด้วย [39] โดยมีการทบทวนสิ่งที่ผู้ป่วยได้เรียนรู้จากการบำบัดในครั้งนี้ พร้อมทั้งซักถามปัญหาที่เกิดขึ้นในระหว่างการเรียนรู้ เพื่อที่จะได้ตอบข้อปัญหาเหล่านั้นให้เป็นที่กระจ่าง ถัดมาเป็นการตั้งคำถามกับผู้ป่วยว่าในอนาคต สถานการณ์แบบใดที่อาจทำให้เกิดปัญหาเช่นนี้ได้ อีก และให้ผู้ป่วยได้อธิบายถึงแผนการรับมือ และแก้ไขปัญหานั้น พร้อมทั้งให้ช่องทางกับผู้ป่วยในการติดต่อขอรับความช่วยเหลือจากผู้บำบัด และแผนกจิตเวชของโรงพยาบาล หากผู้ป่วยไม่สามารถจะจัดการกับปัญหาได้โดยลำพัง

จากผลการรายงานสะท้อนกลับของผู้ป่วยในส่วนของเนื้อหาของงานบำบัด (treatment instruction) และการบ้าน (homework) ที่คิดว่าทำให้ผู้ป่วยอาการดีขึ้นจากภาวะซึมเศร้า มาจาก

“มีการให้ลำดับเหตุการณ์ ระดับอารมณ์ที่รู้สึกไม่ติดต่อเหตุการณ์นั้นๆ รวมทั้งหาวิธีแก้ปัญหาเรื่องราวต่างๆ”

“ขั้นตอนการทบทวนปัญหา วิเคราะห์ปัญหา และหาวิธีจัดการกับปัญหา”

“การปรับเปลี่ยนความคิด และทัศนคติที่ไม่ดีให้ดีขึ้นบ้าง ช่วยให้สามารถมองโลกในแง่ดี และเป็นเชิงบวกมากขึ้นกว่าเดิม”

“ฝึกจิต”

“เวลากังวลแล้วหายใจเข้า-ออกลึกๆก็ดีขึ้น”

“แบบฝึกหัดการแก้ปัญหา เพราะทำให้รู้จักคิดถึงข้อดี-ข้อเสียทุกๆด้านแล้วค่อยสรุป”

“การฝึกสมาธิ วิธีการคิดหาวิธีการแก้ปัญหา ช่วยให้ชีวิตดีขึ้น เราต้องรู้จักฟังตนเอง และพยายามช่วยผู้อื่นเท่าที่จะช่วยได้”

“การบ้านจัดตารางการดำเนินชีวิตในแต่ละวัน ทำให้มีความสุขมาก”

“การเข้ากลุ่มทำให้มีเพื่อนที่เข้าใจกันมากขึ้น ทำให้คุยกันแล้วสบายใจ”

“การปรับเปลี่ยนความคิดให้มองโลกในแง่ดี และใช้เหตุผลในการคิด และตัดสินใจ”

“มีการคิดวิธีการแก้ไขปัญหา และค้นหาสาเหตุของการเกิดปัญหา และวิธีการหลีกเลี่ยงปัญหาต่างๆ”

“ดีขึ้นจากทุกกระบวนการ ทำให้เรารู้สึกแก้ปัญหาได้มากขึ้น”

ซึ่งจากการรายงานสะท้อนกลับของผู้ป่วยข้างต้น พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่คิดว่าภาวะซึมเศร้าของตนเองดีขึ้นจาก กระบวนการ cognitive restructuring และ problem-solving อย่างไรก็ตามคงไม่สามารถปฏิเสธได้ว่ากระบวนการอื่นๆ ในแต่ละ module ของการบำบัดล้วนแล้วแต่มีความสำคัญ และคงไม่สามารถลดทอนกระบวนการใดกระบวนการหนึ่งออกไปได้ เนื่องจากกว่าจะมาถึงในกระบวนการของ cognitive restructuring และ problem-solving นั้น ผู้ป่วยได้ผ่านการพัฒนามาจาก module ในลำดับก่อนหน้านั้น

จากการศึกษาในครั้งนี้พบว่าผลของการบำบัดความคิดและพฤติกรรม มีความยั่งยืน (sustain) ในการป้องกันการกลับมาเป็นซ้ำ (relapse prevention) ของภาวะซึมเศร้า เมื่อเวลาผ่านไป 3 เดือนภายหลังสิ้นสุดการบำบัดความคิดและพฤติกรรม โดยคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของกลุ่มศึกษา (CBT group) ยังคงมีแนวโน้มลดลงอย่างต่อเนื่อง แม้เวลาผ่านไป 3 เดือนภายหลังเสร็จสิ้นการบำบัดแล้วก็ตาม ซึ่งจากการศึกษาของ Gloaguen V และคณะ [32] ที่ทำการศึกษาดังวิธี meta-analysis ถึงประสิทธิผลของ cognitive therapy ในผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า ซึ่งจากรายงานการวิจัย 8 ชิ้น ที่ทำการศึกษาเปรียบเทียบระหว่างผลของ cognitive therapy กับการใช้ antidepressants พบว่า cognitive therapy น่าจะมีประสิทธิผลในการป้องกันการกลับมาเป็นซ้ำ (relapse prevention) ของภาวะซึมเศร้าในระยะยาว ในขณะที่พบ relapse rate สูงในการใช้ antidepressants เช่นเดียวกับผลการศึกษาด้วยวิธี meta-analysis ของ Maat SD และคณะ [29] และการศึกษาของ Rupke SJ และคณะ [26] โดยจากการรายงานสะท้อนกลับจากผู้ป่วยถึงสิ่งที่ได้รับจากการบำบัดครั้งนี้ สามารถนำไปใช้ในชีวิตประจำวันได้หรือไม่ อย่างไร เป็นดังนี้

“สามารถปรับเปลี่ยนความคิด อารมณ์ให้สามารถคิดเชิงบวกมากขึ้น มองโลกในแง่ดีเพิ่มขึ้น”

“พยายามมองโลกในแง่ดี ชีวิตจะได้ไม่ทุกข์มากเกินไป”

“เมื่อเกิดปัญหาเดิมขึ้นอีกในอนาคต เราสามารถปล่อยวาง หรือปรับเปลี่ยนวิธีคิดได้อย่างแน่นอน”

“ใช้ได้แน่นอนจากประสบการณ์ที่ได้จากการฝึกทำกรบ้านในแต่ละสัปดาห์”

“ทำให้กล้าตัดสินใจมากขึ้น”

“สามารถแก้ปัญหาต่างๆด้วยตนเองมากขึ้น”

“คิดบวก และแก้ปัญหาแบบมีระบบ ชั่งน้ำหนักข้อดี-ข้อเสียก่อนตัดสินใจ”

“รู้สึกตื่นตัวใจที่รู้จักคิดเป็น ตัดความคิดที่เป็นทุกข์ และไม่มีประโยชน์ออกไป ทำให้สมองโล่งขึ้น มีความสุขขึ้น” เป็นต้น

ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Carrio AW และคณะ[80] ที่พบว่าความยั่งยืนของผลการบำบัดความคิดและพฤติกรรม ต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ติดเชื้อเอชไอวี ในระยะการติดตาม 10 สัปดาห์ มาจากการเพิ่มขึ้นของ cognitive coping เช่น positive reframing เป็นสำคัญ

อย่างไรก็ตามการศึกษาในครั้งนี้ ผู้ป่วยที่เข้ารับการบำบัดความคิดและพฤติกรรม (CBT group) เป็นกลุ่มผู้ป่วยที่เข้ามาด้วยความสมัครใจ ซึ่งมีแนวโน้มในการให้ความร่วมมือต่อการบำบัดรักษา (adherence) อยู่แล้ว จากการมี psychological mind ในการเข้ารับการบำบัดรักษา โดยมีความตั้งใจ และมีความต้องการที่จะหายจากอาการของภาวะซึมเศร้า รวมถึงต้องมีการศึกษาในผู้ป่วยที่ติดเชื้อเอชไอวีและโรคเอดส์ ต่อไปโดยมีการติดตามไปข้างหน้า (follow-up) ให้ยาวนานขึ้น

กล่าวโดยสรุป การตระหนักถึงผลกระทบจากภาวะซึมเศร้าที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่ติดเชื้อเอชไอวี [93] โดยเฉพาะผลต่อความร่วมมือในการรับประทานยาต้านรีโทรไวรัส [94] เป็นประเด็นสำคัญที่ผู้ป่วยเหล่านี้ควรได้รับการรักษาเยียวยาทางด้านจิตใจ ซึ่งความร่วมมือในการรับประทานยาต้านรีโทรไวรัส ที่เพิ่มขึ้นทุกๆร้อยละ 10 ของผู้ป่วย จะมีความสัมพันธ์กับอาการของโรคที่ดีขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ [95]

ปัญหาและอุปสรรคในการทำวิจัย

1. เนื่องจากข้อจำกัดของผู้ป่วยที่ติดเชื้อเอชไอวี ที่มารับการรักษาด้วยยาต้านรีโทรไวรัส ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ มีความถี่ในการมารับยาต้านรีโทรไวรัสที่โรงพยาบาล 3 ถึง 6 เดือนต่อครั้งเป็นส่วนใหญ่ ซึ่งเกิดจากความไม่สะดวกในการเดินทางมาโรงพยาบาลบ่อยครั้ง รวมถึงข้อจำกัดในด้านอื่นๆของตัวผู้ป่วย ดังนั้นในส่วนของ การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยจะทำการชี้แจงให้ผู้ป่วยทราบข้อตกลงเบื้องต้นว่าจะมีการเก็บข้อมูลเมื่อครบระยะเวลา 1 เดือนจากเวลาที่เริ่มต้นเก็บข้อมูลการวิจัย (baseline) และจะมีการติดตามผู้ป่วยไปข้างหน้าเป็นระยะเวลา 3 เดือนเพื่อประโยชน์ของผู้ป่วย ในการประเมินการเปลี่ยนแปลงของภาวะซึมเศร้าอีกครั้ง จึงขอความร่วมมือจากผู้เข้าร่วมการวิจัยทุกคนในการมาตามเวลานัดหมายดังกล่าว และอาจมีการขออนุญาตติดต่อผู้เข้าร่วมการวิจัยทางหมายเลขโทรศัพท์ที่ผู้ป่วยได้ให้ไว้ โดยเก็บเป็นความลับ เพื่อแจ้งวันและเวลาที่นัดหมาย หรือในกรณีผู้ป่วยไม่ได้มาตามวันและเวลาที่นัดหมายเพื่อติดตามข้อมูล โดยผู้ที่เข้าร่วมโครงการดังกล่าว จะไม่เสียค่าใช้จ่ายใดๆทั้งสิ้น

ซึ่งในอนาคตควรมีการศึกษาการบำบัดรักษาภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยที่ติดเชื้อเอชไอวี โดยใช้วิธี Telephone-administered CBT ซึ่งมีรายงานการศึกษาในต่างประเทศ [96] ที่อาจเป็นทางเลือกในการบำบัดรักษาผู้ป่วย ที่มีข้อจำกัดด้านการเดินทางมารับบริการที่สถานบริการ ต่อไป

2. เนื่องจากรูปแบบการศึกษาในครั้งนี้ มีการติดตามผู้ป่วยไปข้างหน้าเมื่อเวลาผ่านไป 3 เดือนภายหลังสิ้นสุดการบำบัดความคิดและพฤติกรรม (3 months follow-up assessment) ทำให้มีผู้ป่วยประมาณร้อยละ 10 ออกจากการศึกษาในการประเมินครั้งสุดท้าย ซึ่งเกิดจากการที่ผู้ป่วยย้ายโรงพยาบาลตามสิทธิการรักษา และบางส่วนเกิดจากไม่สามารถติดต่อผู้ป่วยได้ตามเบอร์โทรศัพท์ที่ เคยให้ไว้

3. ผู้ป่วยบางรายมีการเลื่อนนัดวันตรวจรักษา โดยผู้วิจัยไม่ทราบล่วงหน้า ผู้วิจัยจึงแก้ไขปัญหาดังกล่าวโดยการตรวจสอบวันนัดตรวจรักษาของผู้ป่วยที่อัพเดท จากข้อมูลโรงพยาบาลในระบบคอมพิวเตอร์ รวมทั้งตรวจสอบวันนัดตรวจรักษาของผู้ป่วยที่แผนกอื่นๆด้วย เพื่อสำรองไว้ หากมีการพลาดนัดตามตารางการนัดหมายที่มีอยู่เดิม

4. เนื่องจากเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยมีทั้งส่วนที่เป็น การตอบแบบสอบถาม แบบประเมิน และแบบคัดกรอง จึงต้องมีการบริหารจัดการ และมีการประสานงานกับผู้ช่วยวิจัยเป็นอย่างดีเมื่อมีผู้ป่วยมาในเวลาพร้อมกันหลายคน เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุดในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยอยู่บนพื้นฐานของการกระทบต่อผู้ป่วย โดยเฉพาะการเสียเวลาให้น้อยที่สุด

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้

1. ข้อมูลจากการศึกษาในครั้งนี้พบผู้ป่วยที่ติดเชื่อเอชไอวี มีภาวะซึมเศร้าในระดับปานกลางถึงร้อยละ 27.5 และภาวะซึมเศร้าในระดับรุนแรงถึงร้อยละ 7.5 ซึ่งถือเป็นจำนวนไม่น้อยที่คำตอบที่ได้จากคำถามในแบบประเมินภาวะซึมเศร้า พบว่าผู้ป่วยในกลุ่มนี้ส่วนใหญ่มีความคิดฆ่าตัวตาย สอดคล้องกับการศึกษาในต่างประเทศที่พบว่า ประมาณ 2 ใน 3 ของผู้ป่วยภาวะซึมเศร้า มีความคิดฆ่าตัวตาย และร้อยละ 10 ถึง 15 ฆ่าตัวตายสำเร็จ ซึ่งถือเป็นผู้ป่วยในกรณีฉุกเฉินทางจิตเวช รวมทั้งผู้คิดเชื่อร้ายใหม่ ที่เพิ่งทราบสถานะการติดเชื้อของตนเอง ซึ่งอาจหมายรวมถึงสถานะการติดเชื้อของคู่รักด้วย ทำให้มักประสบปัญหาการปรับตัวทางอารมณ์ (adjustment mood) ซึ่งแม้ว่าเมื่อเวลาผ่านไปในระยะหนึ่งผู้ป่วยมีโอกาสที่สามารถหายจากภาวะนี้ได้เอง อย่างไรก็ตามระหว่างช่วงเวลาดังกล่าวถือเป็นเวลาที่สำคัญ เพราะผู้ป่วยมีสิทธิ์ที่จะมีความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายได้ทุกรวมทั้งภาวะซึมเศร้านี้ยังส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย และทำให้ผู้ป่วยดำเนินชีวิตอย่างขาดทักษะในการแก้ไขปัญหา (coping skills) ในช่วงที่ไม่ได้รับการรักษา ส่งผลให้เกิดความผิดพลาดในการตัดสินใจในการแก้ไขปัญหาต่างๆ อันเป็นผลเสียต่อตัวผู้ป่วยและผู้ที่เกี่ยวข้อง

มีผู้ป่วยจำนวนไม่น้อยที่ไม่รู้ตัวว่าตนเองกำลังมีภาวะซึมเศร้าอยู่ และไม่สามารถอธิบายอารมณ์เหล่านั้นที่มาบรบกวนได้ อย่างไรก็ตาม ผู้ป่วยเริ่มมีการแยกตัวจากครอบครัว เพื่อนฝูง และละออกจากกิจกรรม หรือสิ่งต่างๆ ที่เคยสนใจหรือเคยชอบทำในอดีต

แพทย์ผู้ทำการตรวจรักษา หรือพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยที่ติดเชื่อเอชไอวีและโรคเอดส์ จึงควรมีการคัดกรองเบื้องต้นจากการสัมภาษณ์ ถึงการมีภาวะซึมเศร้าเพื่อดำเนินการช่วยเหลือ และพิจารณาส่งต่อไปยังจิตแพทย์ และผู้เชี่ยวชาญ เพื่อบำบัดรักษาผู้ป่วยให้หายจากอาการซึมเศร้าต่อไป รวมทั้งเน้นย้ำความสำคัญของการรับประทานยาต้านรีโทรไวรัส ในรายที่เริ่มการรักษาด้วยยาแล้ว เนื่องจากผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้านักปฏิเสธการรับประทานยา และการรักษา รวมทั้งละเลยในการดูแลตนเอง ซึ่งภาวะซึมเศร้าเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ก่อให้เกิดความล้มเหลวในการรักษาด้วยยาต้านรีโทรไวรัส และส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่ติดเชื่อเอชไอวีในระยะยาว

ตามตำรา Kaplan & Sadock's : Synopsis of Psychiatry ได้ให้แนวทางไว้ว่าอาการสำคัญของภาวะซึมเศร้า คือ การมีอารมณ์เศร้า (depressed mood) และการหมดความสนใจ หรือหมดความสุข (loss of interest or pleasure) นอกจากนี้ผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าเกือบทุกคน (ร้อยละ 97) มักอธิบายถึงอาการของตนว่า มีพลังลดลง โดยมักทำงานให้สำเร็จแต่ละชิ้นด้วยความยากลำบาก ไม่อยากไปโรงเรียน ไปทำงาน ไม่มีแรงจูงใจในการทำชิ้นงานใหม่ๆ ประมาณร้อยละ 80 มีปัญหาการนอนหลับ โดยเฉพาะ terminal insomnia ตื่นกลางดึกหลายๆ ครั้ง ขณะที่กำลังครุ่นคิดวนไปวนมาเกี่ยวกับปัญหาต่างๆ มีผู้ป่วยจำนวนมากที่ไม่เจริญอาหาร และน้ำหนักลด ในขณะที่บางรายมีอาการตรงกันข้ามคือ รับประทานอาหารมากกว่าปกติ น้ำหนักเพิ่มขึ้น และนอนหลับมากกว่าปกติ ซึ่งจัดอยู่ในกลุ่ม atypical features ตามการจำแนกของ DSM-IV-TR

2. จากผลการศึกษาในครั้งนี้นำพบว่าการบำบัดความคิดและพฤติกรรม มีประโยชน์ต่อการบำบัดรักษาภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยที่ติดเชื่อเอชไอวี ไม่เพียงเฉพาะภายหลังได้รับการบำบัดรักษาครบ 1 เดือน แต่ผลของการบำบัดความคิดและพฤติกรรม ต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วย ยังคงอยู่ (sustained) เมื่อเวลาผ่านไป 3 เดือนภายหลังสิ้นสุดการบำบัดรักษา จากผลการศึกษาดังกล่าวควรใช้เป็นข้อมูลเพื่อเป็นแนวทางในการนำการบำบัดความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavior Therapy ; CBT) ไปประยุกต์ใช้เป็นหนึ่งในมาตรฐานการรักษา (Standard of care) ผู้ป่วยที่ติดเชื่อเอชไอวี เพิ่มเติมจากมาตรฐานการรักษาที่มีอยู่เดิม ที่ให้ความสำคัญกับ medication treatment เป็นหลัก ทั้งที่ผู้ป่วยที่ติดเชื่อเอชไอวีนั้นมีปัญหาทางด้านสภาพจิตใจด้วย โดยเฉพาะภาวะซึมเศร้า โดยเพิ่มการบำบัดความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavior Therapy ; CBT) ซึ่งเป็นมิติของ psychosocial treatment เข้าไป เพื่อก่อให้เกิดการดูแลรักษาอย่างเป็นองค์รวม (holistic care) ซึ่งเป็นการสอดคล้องกับ

แผนยุทธศาสตร์บูรณาการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์แห่งชาติ พ.ศ. 2550-2554 ที่ตั้งเป้าหมายไว้ว่า ผู้ที่ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์จะได้รับการดูแลแบบองค์รวม ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม จิตวิญญาณ และเศรษฐกิจเพิ่มขึ้น อันส่งผลต่อผู้ป่วยในระยะยาว โดยเฉพาะอย่างยิ่งส่งผลต่อการเพิ่มความร่วมมือในการรับประทานยาต้านรีโทรไวรัส ซึ่งจากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ภาวะซึมเศร้าเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความร่วมมือในการรับประทานยาต้านรีโทรไวรัส ในระดับต่ำกว่าร้อยละ 80-90 ซึ่งกระทบต่อการมีอายุที่ยืนยาวขึ้นของผู้ป่วย เนื่องจากความร่วมมือในการรับประทานยาต้านรีโทรไวรัส ที่เพิ่มขึ้นทุกๆร้อยละ 10 ของผู้ป่วย จะมีความสัมพันธ์กับอาการของโรคที่ดีขึ้น

3. จากการศึกษาในครั้งนี้พบว่า retention rate ของผู้ป่วยในกลุ่มศึกษา (CBT group) สูงถึงร้อยละ 95 สอดคล้องกับข้อมูลที่ได้จาก feed back ของผู้ป่วยในวันสิ้นสุดการรักษาที่พบว่า การตอบรับต่อการบำบัดความคิดและพฤติกรรมอยู่ในระดับดีมาก ผู้ป่วยเสนอให้มีการกลับมาเข้ากลุ่มการบำบัดความคิดและพฤติกรรมอีกภายหลังเสร็จสิ้นการบำบัดไปแล้ว อาจเป็นปีละ 2 ครั้ง เพื่อได้พบปะกับสมาชิกในกลุ่ม และได้นำประเด็นปัญหาต่างๆ มาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ภายในกลุ่มบำบัด โรงพยาบาลจึงควรสนับสนุน การมีชมรมของผู้ป่วยที่ติดเชื้อเอชไอวีและโรคเอดส์ เช่นเดียวกับที่คลินิกนิรนามที่มีชมรมวันพุธ หรือพิจารณาสนับสนุนให้มี booster session ภายหลังเสร็จสิ้นการบำบัดความคิดและพฤติกรรมไปแล้ว หากมีการดำเนินการศึกษาวิจัยต่อไปแล้วพบว่ามี ความจำเป็นหรือก่อให้เกิดประโยชน์

4. อย่างไรก็ตาม มีผู้ป่วยหลายรายที่รู้สึกไม่สะดวกมาเข้ากลุ่มบำบัดความคิดและพฤติกรรมที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ เนื่องจากปัญหาในการเดินทาง มีผู้ป่วยบางรายเดินทางมาจากจังหวัด นครศรีธรรมราช อุตรธานี เป็นต้น จึงควรมีการฝึกอบรมบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข ให้ผ่านเกณฑ์ในการมีทักษะในการบำบัดความคิดและพฤติกรรม ให้เป็นมาตรฐานเดียวกัน ในสถานพยาบาลต่างๆ เพื่อผู้ป่วยจะสามารถเข้ารับบริการในสถานบริการใกล้ๆบ้าน เมื่อแก้ไข ปัญหาความไม่สะดวกในการเดินทาง อย่างไรก็ตามการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ศึกษาจากการจัดกลุ่มการบำบัดความคิดและพฤติกรรมที่มีระยะเวลาการบำบัดที่สอดคล้องกับการนำไปปฏิบัติจริง (practical) ตามสถานะของผู้ป่วย โดยมีการปรับประยุกต์ระยะเวลาการบำบัดเป็นสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 2 session

ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

1. การศึกษาในรูปแบบของ randomized controlled trial จะทำให้ผลการศึกษามีความแม่นยำมากขึ้น

2. การศึกษาครั้งนี้ ติดตามความยั่งยืนของผลของการบำบัดความคิดและพฤติกรรม เป็นระยะเวลา 3 เดือน ภายหลังจากได้รับการบำบัดความคิดและพฤติกรรม ซึ่งอาจเป็นเพียงการติดตามในระยะสั้น (acute assessment) ดังนั้นจึงควรมีการติดตามผลของการบำบัดความคิดและพฤติกรรม ต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยที่ติดเชื้อเอชไอวีที่ระยะเวลา 6 เดือน และ 12 เดือน ภายหลังจากที่ได้รับการบำบัด เพื่อตอบคำถามประสิทธิผลของการบำบัดความคิดและพฤติกรรมต่อการป้องกันการกลับมาเป็นภาวะซึมเศร้าซ้ำ (relapse prevention)

3. เนื่องจากมีรายงานผลการศึกษาที่ผ่านมาหลายชิ้น ที่แสดงให้เห็นว่าภาวะซึมเศร้าเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความร่วมมือในการรับประทานยาต้านรีโทรไวรัส ดังนั้นเพื่อเป็นการค้นหาคำตอบว่า ภาวะซึมเศร้าที่ดีขึ้นจากการรักษาโดยการบำบัดความคิดและพฤติกรรม มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรับประทานยาต้านรีโทรไวรัส ของผู้ป่วยที่ติดเชื้อเอชไอวี รวมถึงผลต่อระดับ CD4+ T-cell และปริมาณ plasma HIV-RNA หรือไม่ จึงควรทำการศึกษาในประเด็นดังกล่าวต่อไป

4. การศึกษาในครั้งนี้ เป็นการศึกษาการบำบัดความคิดและพฤติกรรมในผู้ป่วยที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ซึ่งเป็นโรงเรียนแพทย์ มีสถานะเป็นโรงพยาบาลตติยภูมิ (tertiary care hospital) จึงควรมีการศึกษาการบำบัดความคิดและพฤติกรรมในสถานพยาบาลระดับชุมชน (community-based practice) ในการรองรับผู้ป่วยในพื้นที่ เพื่อให้เกิด feasibility availability และ accessibility สำหรับผู้ป่วยมากขึ้น โดยมีการฝึกอบรมบุคลากรทางการแพทย์ และสาธารณสุขให้ผ่านเกณฑ์ที่สามารถดำเนินการบำบัดด้วย CBT ได้อย่างเป็นมาตรฐานเดียวกัน

5. ควรมีการวิเคราะห์ต้นทุน-ประสิทธิผล (Cost-effectiveness Analysis) ของการบำบัดความคิดและพฤติกรรม ในการรักษาภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยที่ติดเชื้อเอชไอวี

6. ควรทำการศึกษา การบำบัดรักษาภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยที่ติดเชื้อเอชไอวี โดยใช้วิธี Telephone-administered CBT ซึ่งมีรายงานการศึกษาในต่างประเทศ ซึ่งอาจเป็นทางเลือก ในการบำบัดรักษาผู้ป่วย ที่มีข้อจำกัดด้านการเดินทางมารับบริการที่สถานบริการ อย่างไรก็ตามควรมีการศึกษาเปรียบเทียบประสิทธิผลในทุกแง่มุมด้วย

รายการอ้างอิง

- [1] ธนา นิลชัยโกวิทย์. เทคนิคการให้การปรึกษาผู้ป่วยเอชไอวี. กรุงเทพมหานคร: วารสารคลินิก; 2537.
- [2] UNAIDS. Report on the global AIDS epidemic 2009; 2009.
- [3] UNAIDS/WHO Working group on global HIV/AIDS and STI. Epidemiological fact sheet on HIV and AIDS: Core data on epidemiology and response: Thailand 2008 update; 2008.
- [4] AVERT. South east asia HIV/AIDS statistics. [online] 2010. Available from : <http://www.avert.org/aidssoutheastasia.htm>. [cited 2010 Jan 7]
- [5] ศูนย์ข้อมูลทางระบาดวิทยา สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. สถานการณ์ผู้ป่วยเอดส์ ณ วันที่ 31 มกราคม พ.ศ. 2552.
- [6] พวงทิพย์ รัตนะรัต, อรพรรณ แสงวรรณลอย และชนรักษ์ พลพัฒน์. การศึกษาระบบเฝ้าระวังโรคเอดส์โดยการรายงานผู้ป่วย ในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ประเทศไทย ประจำปี พ.ศ. 2547. กรุงเทพมหานคร : สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ; 2547.
- [7] คณะทำงานภาวะโรคและการบาดเจ็บที่เกิดจากพฤติกรรมสุขภาพและปัจจัยเสี่ยงกระทรวงสาธารณสุข. ภาวะโรคและปัจจัยเสี่ยงของประชากรไทย พ.ศ. 2542. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์ Bask Digital; 2547.
- [8] สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ. โครงการศึกษาวิจัยแผนการลงทุนด้านสุขภาพในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่10 (พ.ศ. 2550-2554). นนทบุรี: เดอะ กราฟิก ซิสเต็มส์ จำกัด; 2550.
- [9] Cartwright S. HIV and depression an update. UCSD school of Medicine; 2008.
- [10] Penzak SR, Reddy YS and Grimsley SR. Depression in patients with HIV infection. Am J Health Syst Pharm 2000; 57: 376-86.
- [11] Thompson A, Silverman B, Dzung L, Treisman G. Psychotropic medications and HIV. HIV/AIDS 2006; 42: 1305-10.
- [12] Bangsberg DR, Perry S, Charlebois ED, Karasic DH, Sorensen JL, Clark RA, et al. Depression symptoms (DS) predict HAART adherence, duration, unstructured treatment interruption and viral suppression. 41st Interscience conference on

- antimicrobial agents and chemotherapy. Abstract I-1721. Chicago; 2001.
- [13] สมภพ เรืองตระกูล. โรคเอดส์ : อาการทางจิตเวชและการรักษา. กรุงเทพมหานคร: เรือนแก้ว การพิมพ์; 2548.
- [14] ฅกัควรรต บัวทอง. ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้าและปัจจัยร่วมในระดับบุคคล ต่อความร่วมมือในการรับประทานยาต้านรีโทรไวรัสของผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่ติดเชื้อเอชไอวี ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์. วิทยานิพนธ์ปริญญาคุยฎิปบัณฑิต, สาขาเวชศาสตร์ชุมชน จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2551.
- [15] เตือนใจ ห่วงสายทอง. ความชุกของภาวะซึมเศร้า ภาวะวิตกกังวล และปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้ป่วยโรคเอดส์ที่เข้ารับการรักษา ณ วัดพระบาทน้ำพุ จังหวัดลพบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญาหมาบัณฑิต, สาขาสุขภาพจิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2545.
- [16] Tangtulyankul P, Nilchaikovit T. Anxiety and depression in patients with HIV/AIDS : Final program and abstracts 6th congress of asean federation for psychiatry and mental health&10th asean forum on child and adolescent psychiatry. Bangkok, Thailand. November 4-7, 1996:50.
- [17] Rabkin R, Rabkin JG. Management of depression in patients with hiv infection. In : Odets W, Shernoff M. The second decade of aids : A mental health practice handbook. New York : Hatherleigh Press; 1995. p.1-25.
- [18] Angelino AF, Treisman GJ. Management of psychiatric disorders in patients infected with human immunodeficiency virus. Clin Infect Dis 2001; 33: 847-56.
- [19] Crepaz N, Passin WF, Herbst JH, Rama SM, Malow RM, Purcell DW, et al. Meta-analysis of cognitive-behavioral interventions on HIV-positive persons' mental health and immune functioning. Health Psychol 2008; 27: 4-14.
- [20] Zilber C. Psychotherapeutic strategies. In: Fernandez F, Ruiz P. Psychiatric aspects of HIV/AIDS. Philadelphia:Lippincott Williams&Wilkins; 2006. p. 355-64.
- [21] World Health Organization. Depression. [online] 2011. Available from : http://www.who.int/mental_health/management/depression/definition/en/. [cited 2011 Feb 22]
- [22] Beck JS. In session with Judith S. Beck: Cognitive-Behavioral Therapy. Prim Psychiatry 2006; 13: 31-4.
- [23] Beck AT. Cognitive therapy of depression. New York : Guilford Press; 1979.

- [24] Westbrook D, Kennerley H and Kirk J. An Introduction to cognitive behaviour therapy : skills and applications . London: Sage Publications; 2004.
- [25] Young JE, Rych JL, Weinberger AD and Beck AT. Cognitive therapy for depression. In : Barlow DH, editor. Clinical handbook of psychological disorders :A step-by-step treatment manual. 4th ed. New York : The Guilford Press; 2008. p. 250-305.
- [26] Rupke SJ, Blecke D and Renfrow M. Cognitive therapy for depression. Am Fam Physi 2006; 73: 83-6.
- [27] DeRoche P and Citron K. Psychotherapy. In: Citron K, Brouillette MJ, Beckett A, editors. HIV and psychiatry : A training and resource manual. 2nd ed. Cambridge: Cambridge University Press; 2005.p.153-169.
- [28] Himelhoch S, Medoff DR and Oyeniyi G. Efficacy of group psychotherapy to reduce depressive symptoms among HIV-infected individuals : A systematic review and meta analysis. AIDS Patient Care and STDs 2007; 21: 732-9.
- [29] Maat SD, Dekker J, Schoevers R and Jonghe FD. Relative efficacy of psychotherapy and pharmacotherapy in the treatment of depression : A meta-analysis. Psychot Res 2006; 16: 566-78.
- [30] World health Organization. Adherence to long-term therapies : Evidence for action. 2003.
- [31] Michael F, Jerusha DB, Howard L, Rob H, Gabor K and Ivan M. Combined psychotherapy and pharmacotherapy for the treatment of major depressive disorder. Clin Psychol 2004; 11: 47-68.
- [32] Gloaguen V, Cottraux J, Cucherat M and Blackburn IM. A meta-analysis of the effects of cognitive therapy in depressed patients. J Affect Disord 1998; 49: 59-72.
- [33] Gordillo V, Amo JD, Soriano V and Gonzalez-Lahoz J. Sociodemographic and psychological variables influencing adherence to antiretroviral therapy. AIDS 1999; 13: 1763-9.
- [34] DiMatteo MR, Lepper HS and Croghan TW. Depression is a risk factor to noncompliance with medical treatment : Meta-analysis of the effects of anxiety and depression on patient adherence. Arch Intern Med 2000; 160: 2101-7.
- [35] Spinger SA, Chen S and Altice F. Depression and symptomatic response among HIV-infected drug users enrolled in a randomized controlled trial of directly administered antiretroviral therapy. AIDS Care 2009; 21: 976-83.

- [36] Catz SL, Kelly JA, Bogart LM, Benotsch EG and McAuliffe TL. Patterns, correlates, and barriers to medication adherence among persons prescribed new treatments for HIV disease. Health Psychol 2000; 19: 124-33.
- [37] Bocci KK, Possidente CJ and Talbot KA. Strategies to improve medication adherence in patients with depression. Am J Health Syst Pharm 2003; 60: 2601-5.
- [38] Bartlett JA. Addressing the challenges of adherence. J Acquir Immune Defic Syndr 2002; 29(Suppl1): s2-10.
- [39] นัทธร พิทยรัตน์เสถียร. Cognitive Behavioral Therapy (CBT). เอกสารประกอบการสอนรายวิชาจิตบำบัด 2. ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2550. (อัดสำเนา)
- [40] ดวงใจ กสานติกุล. โรคซึมเศร้ารักษาหายได้. กรุงเทพมหานคร: นำอักษรการพิมพ์; 2542.
- [41] Lotrakul M, Sukanich P, Development of the Thai Depression Inventory. J Med Assoc Thai 1999; 82: 1200-7.
- [42] ปราโมทย์ ชีรพงศ์. เอดส์ การรักษา ยา และวัคซีน. กรุงเทพมหานคร: ที.ซี. เอเชีย; 2546.
- [43] ประพันธ์ ภาณุภาค, มนูญ ลิเชวงวงศ์, ทวีทรัพย์ ศิรประภาศิริ และคณะ, บรรณาธิการ. แนวทางการตรวจวินิจฉัยและการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ระดับชาติ ปี พ.ศ. 2553 : National guidelines on HIV/AIDS diagnosis and treatment: Thailand 2010. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย; 2553.
- [44] AETC National resource center. HIV classification: CDC and WHO staging systems. [online] 2010. Available from : http://www.aids-ed.org/aidsetc?page=cm-105_disease. [cited 2010 DEC 18]
- [45] อรรณพ หิรัญดิษฐ์. Strategies to improve adherence to antiretroviral therapy. ใน ปริชา มนทกานติกุล, ปวีณา สนธิสมบัติ, สุทธิพร ภัทรชยากุล และชาญกิจ พุดิเลอพงศ์, บรรณาธิการ. คู่มือสำหรับเภสัชกรการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยโรคเอดส์. 2nd ed. กรุงเทพมหานคร: ประชาชน; 2551. หน้า 253-282.
- [46] ศูนย์ข้อมูลการบังคับใช้สิทธิตามสิทธิบัตรยา. Efavirenz: possible side effects. [online] 2010. Available from : <http://www.thaifda.com/wpcl/?p=9>. [cited 2011 MAR 30]
- [47] Peyriere H, Mauboussin JM, Rouanet I, Fabre J, Reynes J and Hillaire-Buys D. Management of sudden psychiatric disorders related to efavirenz. AIDS 2001; 15: 1323-4.

- [48] Panther LA and Libman H. Medical overview. In: Citron K, Brouillette MJ and Beckett A, editors. HIV and psychiatry : A training and resource manual. 2nd ed. Cambridge: Cambridge University Press; 2005.p.1-30.
- [49] Sadock BJ and Sadock VA. Kaplan and Sadock's synopsis of psychiatry: behavioral sciences/clinical psychiatry. 9th ed. Philadelphia: Williams & Wilkins; 2003.
- [50] นิพัทธ์ กาญจนธนาเลิศ. ศิลปะการบำบัดด้านโรคซึมเศร้า. กรุงเทพมหานคร: ทิมส์; 2548.
- [51] American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4th ed.- text revision. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2000.
- [52] Lockwood C, Page T and Conroy-Hiller T. Comparing the effectiveness of cognitive behavior therapy using individual or group therapy in the treatment of depression: systematic review. JBH Reports 2004; 2: 185-206.
- [53] Fulk LJ, Kane BE, Phillips KD, Bopp CM and Hand GA. Depression in HIV-infected patients: allopathic, complementary and alternative treatments. J of Psychosom Research 2004; 57: 339-51.
- [54] Burns DD and Hoeksema SN. Coping styles, homework compliance and the effectiveness of cognitive-behavioral therapy. J Consult Clin Psychol 1991;59:305-11.
- [55] Thomason BT, Bachanas PJ and Campos PE. Cognitive behavioral interventions with persons affected by HIV/AIDS. Cognit Behav Practice 1996; 3: 417-42.
- [56] Beck JS. Cognitive therapy: Basics and beyond. New York: Guilford Press; 1995.
- [57] อิศริย์ฐิกา ชัยสวัสดิ์. A cognitive behavioral therapy manual for HIV-infected patients with depression: CBT-D for HIV-infected patients treatment manual. ภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2010. (อัดสำเนา)
- [58] D'Zurilla TJ and Nezu AM. Problem-solving therapy: A positive approach to clinical intervention. 3rd ed. New York: Springer Publications; 2007.
- [59] Fukunishi I, Hosaka T, Negishi M, Moriya H, Hayashi M and Matsumoto T. Avoidance coping behaviors and low social support are related to depressive symptoms in HIV-positive patients in Japan. Psychosom 1997; 38: 113-8.

- [60] Cobb S. Social support as a moderator of life stress. Psychosom Med 1976; 38: 300-14.
- [61] Remien RH and Wagner GJ. Counseling long-term survivors of HIV/AIDS. In : Odets W. and Shernoff M. The second decade of AIDS: A mental health practice handbook. New York: Hatherleigh Press; 1995. p.179-200.
- [62] Tardy CH . Social Support Measurement. Am J of Commun Psychol 1985; 13: p. 187-202.
- [63] House J. S. Work stress and social support. Reading, MA: Addison-Wesley; 1981.
- [64] Holmes and Rahe. 1967. อ้างอิงใน สมจิตร์ นครพานิช. เหตุการณ์ในชีวิตและการปรับตัวของหญิงที่มีและไม่มีภาวะแทรกซ้อนทางสูติศาสตร์. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, สาขาวิชาการพยาบาล จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2531.
- [65] Rabkin JG and Struening EL. Life events, stress, and illness. Science 1976; 194: 1013-20.
- [66] Leserman J, Ironson G, O'cleirigh C, Fordiani JM and Balbin E. Stressful life events and adherence in HIV. AIDS Patient Care and STDs 2008; 22: p. 403-11.
- [67] Crystal S and Kersting RC. Stress, social support, and distress in a statewide population of persons with AIDS in New Jersey. Soc Work Health Care 1998; 28: 41-60.
- [68] Cohen MA, Hoffman RG, Cromwell C, Schmeidler J, Ebrahim F, Carrera G, et al. The prevalence of distress in persons with human immunodeficiency virus infection. Psychosom 2002; 43: 10-5.
- [69] Constance LH and Arlene M. Depression and cognitive characteristics of stressful life-event types. J of Abnormal Psychol 1982; 91: p. 165-174.
- [70] Jones RF. Showing that life events are a cause of depression—A Review. Australian and New Zealand Journal of Psychiatry 1981; 15 : p.229-38.
- [71] Ironson G, O'cleirigh C, Fletcher MA, Laurenceau JP, Balbin E, Klimas N, et al. Psychosocial factors predict CD4 and viral load change in men and women with human immunodeficiency virus in the era of highly active antiretroviral treatment. Psychosom Med 2005; 67: 1013-21.
- [72] Mechanic D. The functions and limitations of trust in the provision of medical care. J of Health Politics Policy and Law 1998; 23: 661-686.
- [73] Thom DH, Hall MA and Pawlson LG. Measuring patients' trust in physicians when assessing quality of care. Health Affairs 2004; 23: 124-32.

- [74] เสาวนีย์ อินทรเนตร. การศึกษารูปแบบการใช้การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมแบบกลุ่มต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยเอดส์ ที่เป็นโรคซึมเศร้าที่เข้าโครงการรับยาต้านไวรัส โรงพยาบาลชะอำ จังหวัดเพชรบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2551.
- [75] ยวดี สหายแก่น. กลุ่มให้คำปรึกษาโดยใช้แนวคิดการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมในผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่มีภาวะซึมเศร้า. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2551.
- [76] Chan I, Kong P, Leung P, Au A, Li P and Chung R. Cognitive-behavioral group program for chinese heterosexual hiv-infected men in hong kong. Patient Educ Couns 2005; 56: 78-84.
- [77] Lee MR, Cohen L, Hadley SW and Goodwin FK. Cognitive-behavioral group therapy with medication for depressed gay men with aids or symptomatic hiv infection. Psychiatric Serv 1999; 50: 948-52.
- [78] Laperriere A, Ironson GH, Antoni MH, Pomm H, Jones D, Ishii M, et al. Decreased depression up to one year following CBSM + intervention in depressed women with aids : The smart/EST women's project. J Health Psychol 2005; 10: 223-31.
- [79] Soroudi N, Perez GK, Gonzalez JS, Greer JA, Pollack MH, Otto MW, et al. CBT for medication adherence and depression (CBT-AD) in hiv-infected patients receiving methadone maintenance therapy. Cogn Behav Pract 2008; 15: 93-106.
- [80] Carrico AW, Antoni MH, Weaver KE, Lechner SC and Schneiderman N. Cognitive-behavioral stress management with HIV-positive homosexual men: mechanisms of sustained reductions in depressive symptoms. Chronic Illness 2005; 1: 207-15.
- [81] Kelly JA, Murphy DA, Bahr R, Kalichman SC, Morgan MG, Stevenson Y, et al. Outcome of cognitive-behavioral and support group brief therapies for depressed, HIV-infected persons. Am J Psychiatry 1993; 150: 1679-86.
- [82] Safren SA, O'Cleirigh C, Tan JY, Raminani SR, Reilly LC, Otto MW, et al. A randomized controlled trial of cognitive-behavioral therapy for adherence and depression (CBT-AD) in hiv-infected individuals. Health Psychol 2009; 28: 1-10.

- [83] Molassiotis A, Callaghan P, Twinn SF, Lam SW, Chung WY and Li CK. A pilot study of the effects of cognitive-behavioral group therapy and peer support/counseling in decreasing psychologic distress and improving quality of life in Chinese patients with symptomatic HIV disease. AIDS Patient Care and STDs 2002; 16: 83-96.
- [84] Blanch J, Rousaud A, Hautzinger M, Martinez E, Peri J-M, Andrés S, et al. Assessment of the efficacy of a cognitive-behavioral group psychotherapy programme for HIV-infected patients referred to a consultation-liaison psychiatry department. Psychother Psychosom 2002; 71: 77-84.
- [85] Lemeshow S, Hosmer DW, Klar J and Lwanga SK. Adequacy of sample size in health studies. Chichester : John Wiley&Sons; 1990.
- [86] สมจิตร นครพานิช. เหตุการณ์ในชีวิตและการปรับตัวของหญิงที่มีและไม่มีภาวะแทรกซ้อนทางสูติศาสตร์. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาล จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2531.
- [87] Williams P, Narciso L, Browne G, Roberts J, Weir R and Gafni A. The prevalence, correlates, and costs of depression in people living with HIV/AIDS in Ontario: Implications for service directions. AIDS Educ Prev 2005; 17: 119-130.
- [88] สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า : ภูมิคุ้มกันชีวิตผู้ติดเชื้อเอชไอวี. เจาะประเด็นหลักประกันสุขภาพฯ 2550; 11(2).
- [89] Lutgendorf SK, Antoni MH, Ironson G, Starr K, Costello N, Zuckerman M, et al. Changes in cognitive coping skills and social support during cognitive behavioral stress management intervention and distress outcomes in symptomatic human immunodeficiency virus (HIV)-seropositive gay men. Psychosom Med 1998; 60: 204-14.
- [90] Kazantzis N, Deane FP and Ronan KR. Homework assignments in cognitive and behavioral therapy: A meta-analysis. Clin Psychol 2000; 7: 189-202.
- [91] Western D and Bradley R. Empirically supported complexity. Curr Dir Psychol Sci 2005; 14: 266-71.

- [92] Penedo FJ, Antoni MH, Schneiderman N, Ironson GH, Malow RM, Cruess S, et al. Dysfunctional attitudes, coping, and depression among HIV-seropositive men who have sex with men. Cognit Thera Research 2001; 25: 591-606.
- [93] Sherbourne CD, Hays RD, Fleishman JA, Vitiello B, Magruder KM, Bing EG, et al. Impact of psychiatric conditions on health-related quality of life in persons with HIV infection. Am J Psychiatry 2000; 157: 248-54.
- [94] Bangsberg DR, Perry S, Charlebois ED, Clark RA, Roberston M, Zolopa AR, et al. Non-adherence to highly active antiretroviral therapy predicts progression to AIDS. AIDS 2001; 15: 1181-3.
- [95] Hartzell JD, Janke IE and Weintrob AC. Impact of depression on HIV outcomes in the HAART era. J Antimicrob Chemother 2008; 2: 1-10.
- [96] Heckman TG and Carlson B. A randomized clinic trial of two telephone-delivered, mental health interventions for HIV-infected persons in rural areas of the United States. AIDS and Behavior 2007; 11: 5-14.



ศูนย์วิทยุทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

หนังสือแสดงความยินยอมการเข้าร่วมในโครงการวิจัย

การวิจัยเรื่อง.....ความสัมพันธ์ระหว่างการบำบัดความคิดและพฤติกรรม ต่อการเปลี่ยนแปลงของภาวะซึมเศร้าและความร่วมมือในการรับประทานยาต้านรีโทรไวรัสของผู้ป่วยที่ติดเชื้อเอชไอวี ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์.....

วันให้คำยินยอม วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....ที่อยู่.....

.....ได้อ่านรายละเอียดจากเอกสารข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วม โครงการวิจัยวิจัยที่แนบมาฉบับวันที่..... และข้าพเจ้ายินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยโดยสมัครใจ

ข้าพเจ้าได้รับสำเนาเอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัยที่ข้าพเจ้าได้ลงนาม และ วันที่ พร้อมด้วยเอกสารข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย แล้ว 1 ชุด ทั้งนี้ก่อนที่จะลงนามในใบยินยอมให้ทำการวิจัยนี้ ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายจากผู้วิจัยถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ระยะเวลาของการทำวิจัย วิธีการวิจัย อันตราย หรืออาการที่อาจเกิดขึ้นจากการวิจัย หรือจากยาที่ใช้ รวมทั้งประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัย และแนวทางรักษาโดยวิธีอื่นอย่างละเอียด ข้าพเจ้ามีเวลาและโอกาสเพียงพอในการซักถามข้อสงสัยจนมีความเข้าใจอย่างดีแล้ว โดยผู้วิจัยได้ตอบคำถามต่างๆ ด้วยความเต็มใจไม่ปิดบังซ่อนเร้นจนข้าพเจ้าพอใจ

ข้าพเจ้ารับทราบจากผู้วิจัยว่าหากเกิดอันตรายใด ๆ จากการวิจัยดังกล่าว ผู้เข้าร่วมวิจัยจะได้รับการรักษาพยาบาลโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย และจะได้รับการชดเชยจากผู้สนับสนุนการวิจัย

ข้าพเจ้ามีสิทธิที่จะบอกเลิกเข้าร่วมในโครงการวิจัยเมื่อใดก็ได้ โดยไม่จำเป็นต้องแจ้งเหตุผล และการบอกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยนี้ จะไม่มีผลต่อการรักษาโรคหรือสิทธิอื่น ๆ ที่ข้าพเจ้าจะพึงได้รับต่อไป

ผู้วิจัยรับรองว่าจะเก็บข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าเป็นความลับ และจะเปิดเผยได้เฉพาะเมื่อได้รับการยินยอมจากข้าพเจ้าเท่านั้น บุคคลอื่นในนามของบริษัทผู้สนับสนุนการวิจัย คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาอาจได้รับอนุญาตให้เข้ามาตรวจและประมวลผลข้อมูลของผู้เข้าร่วมวิจัย ทั้งนี้จะต้องกระทำไปเพื่อวัตถุประสงค์เพื่อตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลเท่านั้น โดยการตกลงที่จะเข้าร่วมการศึกษานี้ข้าพเจ้าได้ให้คำยินยอมที่จะให้มีการตรวจสอบข้อมูลประวัติทางการแพทย์ของผู้เข้าร่วมวิจัยได้

ผู้วิจัยรับรองว่าจะไม่มีการเก็บข้อมูลใด ๆ ของผู้เข้าร่วมวิจัย เพิ่มเติม หลังจากที่ข้าพเจ้าขอ ยกเลิกการเข้าร่วมโครงการวิจัยและต้องการให้ทำลายเอกสารและ/หรือ ตัวอย่างที่ใช้ตรวจสอบ ทั้งหมดที่สามารถสืบค้นถึงตัวข้าพเจ้าได้

ข้าพเจ้าเข้าใจว่า ข้าพเจ้ามีสิทธิ์ที่จะตรวจสอบหรือแก้ไขข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าและ สามารถยกเลิกการใช้สิทธิในการใช้ข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าได้ โดยต้องแจ้งให้ผู้วิจัยทราบ

ข้าพเจ้าได้ตระหนักว่าข้อมูลในการวิจัยรวมถึงข้อมูลทางการแพทย์ของข้าพเจ้าที่ไม่มีการ เปิดเผยชื่อ จะผ่านกระบวนการต่าง ๆ เช่น การเก็บข้อมูล การบันทึกข้อมูลในระบบบันทึกและใน คอมพิวเตอร์ การตรวจสอบ การวิเคราะห์ และการรายงานข้อมูลเพื่อวัตถุประสงค์ทางวิชาการ รวมทั้งการใช้ข้อมูลทางการแพทย์ในอนาคตหรือการวิจัยทางด้านเภสัชภัณฑ์ เท่านั้น

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นและมีความเข้าใจดีทุกประการแล้ว ยินดีเข้าร่วมในการวิจัย ด้วยความเต็มใจ จึงได้ลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมนี้

.....ลงนามผู้ให้ความยินยอม
(.....) ชื่อผู้ยินยอมตัวบรรจง
วันที่เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้าได้อธิบายถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัย อันตราย หรืออาการไม่พึง ประสงค์หรือความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากการวิจัย รวมทั้งประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัยอย่าง ละเอียด ให้ผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยตามนามข้างต้น ได้ทราบและมีความเข้าใจดีแล้ว พร้อมลงนาม ลงในเอกสารแสดงความยินยอมด้วยความเต็มใจ

.....ลงนามผู้ทำวิจัย
(นางสาวอิสริย์ฐิกา ชัยสวัสดิ์) ชื่อผู้ทำวิจัย ตัวบรรจง
วันที่เดือน.....พ.ศ.....

.....ลงนามพยาน
(.....) ชื่อพยาน ตัวบรรจง
วันที่เดือน.....พ.ศ.....

ข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมการวิจัย

ชื่อโครงการวิจัย.....ความสัมพันธ์ระหว่างการทำบัตความคิดและพฤติกรรม และการเปลี่ยนแปลงของภาวะซึมเศร้า ของผู้ป่วยที่ติดเชื้อเอชไอวี ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์.....

ผู้สนับสนุนการวิจัย-.....

ผู้ทำวิจัย

ชื่อ นางสาวอิสริย์ฐิกา ชัยสวัสดิ์
 ที่ทำงาน ภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์
 มหาวิทยาลัย
 โทรศัพท์และอีเมลล์ 081-9088311 graphkodom@gmail.com

แพทย์ผู้ร่วมในโครงการวิจัย

ชื่อ รศ.ดร.นพ.นรินทร์ หิรัญสุทธิกุล
 ที่ทำงาน ภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์
 มหาวิทยาลัย
 โทรศัพท์และอีเมลล์ 02-2564000

ชื่อ ผศ.พิเศษ นพ.ฉัตร พิทยรัตน์เสถียร
 ที่ทำงาน ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
 โทรศัพท์และอีเมลล์ 02-2564000

ชื่อ ผศ.ดร.นพ.วิฑูรย์ โล่ห์สุนทร
 ที่ทำงาน ภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์
 มหาวิทยาลัย
 โทรศัพท์และอีเมลล์ 02-2564000

เรียน ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยทุกท่าน

ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้เนื่องจากท่านเป็นผู้ป่วยที่ติดเชื้อเอชไอวี ที่มารับการรักษา ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ เพื่อดำเนินการศึกษาเปรียบเทียบความสัมพันธ์ระหว่าง

การบำบัดความคิดและพฤติกรรม และการเปลี่ยนแปลงของภาวะซึมเศร้า ของผู้ป่วยที่ติดเชื้อเอชไอวี ก่อนที่ท่านจะตัดสินใจเข้าร่วมในการศึกษาวิจัยดังกล่าว ขอให้ท่านอ่านเอกสารฉบับนี้อย่างถี่ถ้วน เพื่อให้ท่านได้ทราบถึงเหตุผลและรายละเอียดของการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ หากท่านมีข้อสงสัยใดๆ เพิ่มเติม กรุณาซักถามจากทีมงานของแพทย์ผู้ทำวิจัย หรือแพทย์ผู้ร่วมทำวิจัยซึ่งจะเป็นผู้สามารถตอบคำถามและให้ความกระจ่างแก่ท่านได้

ท่านสามารถขอคำแนะนำในการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้จากครอบครัว เพื่อน หรือแพทย์ประจำตัวของท่านได้ ท่านมีเวลาอย่างเพียงพอในการตัดสินใจโดยอิสระ และท่านมีสิทธิ์ในการไม่ตอบข้อคำถามใดๆ ในแบบสอบถาม หากท่านรู้สึกไม่สบายใจที่จะตอบ ถ้าท่านตัดสินใจแล้วว่าจะเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ขอให้ท่านลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมของโครงการวิจัยนี้

เหตุผลความเป็นมา

จากผลการศึกษาเชิงวิเคราะห์ไปข้างหน้า (Prospective Cohort Study) ในประเทศไทย พบว่าภาวะซึมเศร้าเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อความร่วมมือในการรับประทานยาต้านรีโทรไวรัส โดยภาวะซึมเศร้าที่เพิ่มขึ้นสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรับประทานยาต้านรีโทรไวรัสในระดับไม่ดี ซึ่งจากการวิจัยในต่างประเทศมีหลักฐานสนับสนุนว่าการบำบัดความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavior Therapy ; CBT) ใช้ได้ดีในโรคซึมเศร้า และยังพบว่าใช้ได้ดีในผู้ป่วยที่ติดเชื้อเอชไอวีและโรคเอดส์อีกด้วย อีกทั้งยังสามารถป้องกันการกลับมาเป็นซ้ำ (Relapse prevention) ของโรคซึมเศร้าในระยะยาว

แต่การศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างการบำบัดความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavior Therapy; CBT) และการเปลี่ยนแปลงของภาวะซึมเศร้า ของผู้ป่วยที่ติดเชื้อเอชไอวี ยังไม่มีการศึกษาในประเด็นนี้มาก่อนในประเทศไทย ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาถึงประเด็นดังกล่าว ซึ่งสามารถนำผลของการวิจัยมาใช้ให้เกิดประโยชน์ เพื่อเป็นแนวทางในการส่งเสริมให้นำผลของการวิจัยมาใช้ให้เกิดประโยชน์ เพื่อเป็นแนวทาง นำการบำบัดความคิดและพฤติกรรม ไปประยุกต์ใช้เป็นหนึ่งในมาตรฐานการรักษา (Standard of care) ผู้ป่วยที่ติดเชื้อเอชไอวี เพิ่มเติมจากมาตรฐานการรักษาที่มีอยู่เดิม ที่ให้ความสำคัญกับ การรักษาทางกายเป็นหลัก ทั้งที่ในความเป็นจริงแล้วผู้ป่วยที่ติดเชื้อเอชไอวีนั้นมีปัญหาทางด้านสภาพจิตใจด้วยโดยเฉพาะภาวะซึมเศร้า โดยผนวกการบำบัดความคิดและพฤติกรรม ซึ่งเป็นมิติของการรักษาด้านจิตสังคมเข้าไป เพื่อก่อให้เกิดการดูแลรักษาอย่างเป็นองค์รวม (holistic care) อันส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในระยะยาว โดยเฉพาะอย่างยิ่งผลต่อความร่วมมือในการรับประทานยาต้านรีโทรไวรัส ที่ทำให้ผู้ป่วยมีชีวิตที่ยืนยาวขึ้น และลดอุบัติการณ์ของการเกิดเชื้อฉวยจากการรับประทานยาไม่ถูกต้อง ไม่ต่อเนื่อง และไม่ตรงต่อเวลา และลดผลกระทบด้านปัญหาค่าใช้จ่ายที่เกิดจากการใช้ยารักษาโรคติดเชื้อเอชไอวี

คือยาที่มีค่าใช้จ่ายสูง ซึ่งก่อให้เกิดอาการไม่พึงประสงค์จากผลข้างเคียงของยาที่รุนแรงขึ้น เกิดความเสี่ยงต่อการสูญเสียชีวิตเพิ่มขึ้น อันนำไปสู่การทำลายล้างมวลมนุษยชาติโดยไม่ได้ตั้งใจ

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

วัตถุประสงค์หลักจากการศึกษาในครั้งนี้คือ เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการบำบัดความคิดและพฤติกรรม และการเปลี่ยนแปลงของภาวะซึมเศร้า ของผู้ป่วยที่ติดเชื้อเอชไอวี จำนวนผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย คือ 120 คน

วิธีการที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย

หลังจากท่านให้ความยินยอมที่จะเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ผู้วิจัยจะขอให้ท่านตอบแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบคัดกรองภาวะพุทธิปัญญาเสื่อมระยะแรก แบบวัดเหตุการณ์ความเครียดในชีวิตในช่วงหนึ่งปีที่ผ่านมา แบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคม แบบประเมินสัมพันธภาพของการรักษาที่ผู้ป่วยมีต่อแพทย์ โดยจะใช้เวลาตอบประมาณ 40 นาที หลังจากนั้นเป็นระยะเวลา 1 เดือน ผู้วิจัยจะขอให้ท่านตอบแบบประเมินภาวะซึมเศร้าอีกครั้ง ต่อจากนั้นจะมีการติดตามอาการภาวะซึมเศร้าของท่านไปข้างหน้าจนครบระยะเวลา 3 เดือน โดยให้ท่านตอบแบบประเมินภาวะซึมเศร้า และแบบประเมินสัมพันธภาพของการรักษาที่ผู้ป่วยมีต่อแพทย์อีกครั้งหนึ่ง ดังนั้นระยะเวลาที่ท่านอยู่ในโครงการวิจัย คือ 4 เดือน และมาพบผู้วิจัยหรือผู้ร่วมทำวิจัยทั้งสิ้น 2 ครั้ง

สำหรับกลุ่มผู้ป่วยที่เข้ารับการบำบัดความคิดและพฤติกรรมกับนพ.ฉัตร พิทยรัตน์เสถียร จิตแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านการบำบัดความคิดและพฤติกรรม จะดำเนินการเก็บข้อมูลเช่นเดียวกับกลุ่มข้างต้นคือหลังจากที่ท่านให้ความยินยอมที่จะเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ผู้วิจัยจะขอให้ท่านตอบแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบคัดกรองภาวะพุทธิปัญญาเสื่อมระยะแรก แบบวัดเหตุการณ์ความเครียดในชีวิตในช่วงหนึ่งปีที่ผ่านมา แบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคม แบบประเมินสัมพันธภาพของการรักษาที่ผู้ป่วยมีต่อแพทย์ โดยจะใช้เวลาตอบประมาณ 30 นาที และภายหลังจากที่ท่านเข้ารับการบำบัดความคิดและพฤติกรรมกับจิตแพทย์ดังกล่าวข้างต้นเสร็จครบเวลา 1 เดือน ผู้วิจัยจะขอให้ท่านตอบแบบประเมินภาวะซึมเศร้า และแบบประเมินสัมพันธภาพของการรักษาที่ผู้ป่วยมีต่อแพทย์ ต่อจากนั้นจะมีการติดตามอาการภาวะซึมเศร้าของท่านไปข้างหน้าจนครบระยะเวลา 3 เดือน โดยให้ท่านตอบแบบประเมินภาวะซึมเศร้าอีกครั้งหนึ่ง ดังนั้นระยะเวลาที่ท่านอยู่ในโครงการวิจัย คือ 4 เดือน และมาพบผู้วิจัยหรือผู้ร่วมทำวิจัยทั้งสิ้น 3 ครั้ง

ความรับผิดชอบของอาสาสมัครผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย

เพื่อให้งานวิจัยนี้ประสบความสำเร็จ ผู้ทำวิจัยใคร่ขอความความร่วมมือจากท่าน โดยจะขอให้ท่านปฏิบัติตามคำแนะนำของผู้ทำวิจัยอย่างเคร่งครัด รวมทั้งแจ้งอาการผิดปกติต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นกับท่านระหว่างที่ท่านเข้าร่วมในโครงการวิจัยให้ผู้ทำวิจัยได้รับทราบ

ความเสี่ยงที่อาจได้รับ

การเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ไม่ทำให้ท่านมีความเสี่ยงมากขึ้น หรือเปลี่ยนแปลงการดำเนินโรคจากการดูแลรักษาของคณะแพทย์และเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบ เว้นแต่เพียงทำให้ท่านสูญเสียเวลาในการตอบแบบสอบถามโดยจะใช้เวลาตอบประมาณ 40 นาที และตอบแบบประเมินภาวะซึมเศร้าอีกครั้งเมื่อครบระยะเวลา 1 เดือน และเมื่อศึกษาติดตามไปข้างหน้าอีก 3 เดือน

ประโยชน์ที่อาจได้รับ

ผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้จะไม่ได้รับประโยชน์จากการศึกษาวิจัยโดยตรง แต่ผลการศึกษาที่ได้จะนำไปใช้ให้เกิดประโยชน์ เพื่อเป็นแนวทางในการส่งเสริมให้นำการบำบัดความคิดและพฤติกรรม ไปประยุกต์ใช้เป็นหนึ่งในมาตรฐานการรักษา (Standard of care) ผู้ป่วยที่ติดเชื้อเอชไอวี ซึ่งถือเป็นมิติทางด้านจิตสังคมเข้าไป เพื่อก่อให้เกิดการดูแลรักษาอย่างเป็นองค์รวม (holistic care) อันส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในระยะยาว โดยเฉพาะอย่างยิ่งผลต่อความร่วมมือในการรับประทานยาต้านรีโทรไวรัส ที่ทำให้ผู้ป่วยมีชีวิตที่ยืนยาวขึ้น

ข้อปฏิบัติของท่านขณะที่ร่วมในโครงการวิจัย

ขอให้ท่านปฏิบัติดังนี้

- ขอให้ท่านให้ข้อมูลทางการแพทย์ของท่านทั้งในอดีต และปัจจุบัน แก่ผู้ทำวิจัยด้วยความสัตย์จริง
- ขอให้ท่านแจ้งให้ผู้ทำวิจัยทราบความผิดปกติที่เกิดขึ้นระหว่างที่ท่านร่วมในโครงการวิจัย
- ขอให้ท่านแจ้งให้ผู้ทำวิจัยทราบทันที หากท่านเข้ารับการรักษาทางจิตเวช และได้รับยาจากจิตแพทย์ นอกเหนือจากยาที่ได้รับตามปกติ ตลอดระยะเวลาที่ท่านอยู่ในโครงการวิจัย

ค่าใช้จ่ายของท่านในการเข้าร่วมการวิจัย

ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยจะได้รับเชิญให้มาพบผู้วิจัยทั้งสิ้น 2 ครั้งตลอดการศึกษา และจะได้รับค่าเดินทางในวันที่แพทย์ไม่ได้นัดทำการรักษา จำนวน 250 บาท/ครั้ง

การเข้าร่วมและการสิ้นสุดการเข้าร่วมโครงการวิจัย

การเข้าร่วมในโครงการวิจัยครั้งนี้เป็นไปโดยความสมัครใจ หากท่านไม่สมัครใจจะเข้าร่วมการศึกษาแล้ว ท่านสามารถถอนตัวได้ตลอดเวลา การขอถอนตัวออกจากโครงการวิจัยจะไม่มีผลต่อการดูแลรักษาโรคของท่านแต่อย่างใด

ผู้ทำวิจัยอาจถอนท่านออกจากการเข้าร่วมการวิจัย เพื่อเหตุผลด้านความปลอดภัยของท่าน หรือเมื่อผู้สนับสนุนการวิจัยยุติการดำเนินงานวิจัย หรือ ในกรณีดังต่อไปนี้

- ท่านไม่สามารถปฏิบัติตามคำแนะนำของผู้ทำวิจัย

การปกป้องรักษาข้อมูลความลับของอาสาสมัคร

ข้อมูลนี้อาจนำไปสู่การเปิดเผยตัวท่าน จะได้รับการปกปิดและจะไม่เปิดเผยแก่สาธารณชน ในกรณีที่ผลการวิจัยได้รับการตีพิมพ์ ชื่อและที่อยู่ของท่านจะต้องได้รับการปกปิดอยู่เสมอ โดยจะใช้เฉพาะรหัสประจำโครงการวิจัยของท่าน

จากการลงนามยินยอมของท่านผู้ทำวิจัย และผู้สนับสนุนการวิจัยสามารถเข้าไปตรวจสอบบันทึกข้อมูลทางการแพทย์ของท่านได้แม้จะสิ้นสุดโครงการวิจัยแล้วก็ตาม หากท่านต้องการยกเลิกการให้สิทธิ์ดังกล่าว ท่านสามารถแจ้ง หรือเขียนบันทึกขอยกเลิกการให้คำยินยอม โดยส่งไปที่ภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

หากท่านขอยกเลิกการให้คำยินยอมหลังจากที่ท่านได้เข้าร่วมโครงการวิจัยแล้ว ข้อมูลส่วนตัวของท่านจะไม่ถูกบันทึกเพิ่มเติม อย่างไรก็ตาม ข้อมูลอื่น ๆ ของท่านอาจถูกนำมาใช้เพื่อประเมินผลการวิจัย และท่านจะไม่สามารถกลับมาเข้าร่วมในโครงการนี้ได้อีก ทั้งนี้เนื่องจากข้อมูลของท่านที่จำเป็นสำหรับการวิจัยไม่ได้ถูกบันทึก

จากการลงนามยินยอมของท่านแพทย์ผู้ทำวิจัยสามารถบอกรายละเอียดของท่านที่เกี่ยวข้องกับการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ให้แก่แพทย์ผู้รักษาท่านได้

สิทธิ์ของผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย

ในฐานะที่ท่านเป็นผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย ท่านจะมีสิทธิ์ดังต่อไปนี้

1. ท่านจะได้รับทราบถึงลักษณะและวัตถุประสงค์ของการวิจัยในครั้งนี้

2. ท่านจะได้รับการอธิบายเกี่ยวกับระเบียบวิธีการของการวิจัยทางการแพทย์ รวมทั้งอุปกรณ์ที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้
3. ท่านจะได้รับการอธิบายถึงความเสี่ยงและความไม่สบายที่จะได้รับจากการวิจัย
4. ท่านจะได้รับการอธิบายถึงประโยชน์ที่ท่านอาจจะได้รับจากการวิจัย
5. ท่านจะมีโอกาสได้ซักถามเกี่ยวกับงานวิจัยหรือขั้นตอนที่เกี่ยวข้องกับงานวิจัย
6. ท่านจะได้รับทราบว่าการยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ท่านสามารถขอถอนตัวจากโครงการเมื่อไรก็ได้ โดยผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยสามารถขอถอนตัวจากโครงการโดยไม่ได้รับผลกระทบใด ๆ ทั้งสิ้น
7. ท่านจะได้รับสำเนาเอกสารใบยินยอมที่มีทั้งลายเซ็นและวันที่
8. ท่านมีสิทธิ์ในการตัดสินใจว่าจะเข้าร่วมในโครงการวิจัยหรือไม่ก็ได้ โดยปราศจากการใช้อิทธิพลบังคับข่มขู่ หรือการหลอกลวง

หากท่านไม่ได้รับการชัดเจนอันควรต่อการบาดเจ็บหรือเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นโดยตรงจากการวิจัย หรือท่านไม่ได้รับการปฏิบัติตามที่ปรากฏในเอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในการวิจัย ท่านสามารถร้องเรียนได้ที่ คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ตึกอำนวยการ 3 โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ถนนพระราม 4 ปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 โทร 0-2256-4455 ต่อ 14, 15 ในเวลาราชการ
ขอขอบคุณในการร่วมมือของท่านมา ณ ที่นี้

.....

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

SUBJECT A / B

A = Exposed group

B = Unexposed group

**The Association between Cognitive Behavior Therapy and Change of Depression among
HIV- Infected Patients at King Chulalongkorn Memorial Hospital**

CASE REPORT FORMS

, 2010

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

SUBJECT A / B **ELIGIBILITY****เกณฑ์การคัดเลือกผู้ป่วยเข้า (INCLUSION CRITERIA)**

(All answers must be "YES" for subject to be eligible)

1. มีอายุตั้งแต่ 18 ปีเป็นต้นไป YES NO
-
2. มีการศึกษาระดับประถมศึกษาขึ้นไปสามารถอ่านเขียนฟัง
และโต้ตอบเป็นภาษาไทยได้ YES NO
-
3. เป็นผู้ป่วยที่ติดเชื้อเอชไอวี ที่มีภาวะซึมเศร้า YES NO
-
4. ยินดีเข้าร่วมการศึกษาด้วยความสมัครใจโดยตอบแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป
แบบประเมินภาวะซึมเศร้า แบบคัดกรองภาวะพุทธิปัญญาเสื่อมระยะแรก
แบบวัดเหตุการณ์ความเครียดในชีวิตในช่วงหนึ่งปีที่ผ่านมา
แบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคม แบบประเมินสัมพันธภาพ
ของการรักษาที่ผู้ป่วยมีต่อแพทย์
และตอบแบบประเมินภาวะซึมเศร้าอีกครั้งหลังจากครบระยะเวลา 1 เดือน
รวมทั้งมีการติดตามผู้ป่วยไปข้างหน้าเพื่อประเมินภาวะซึมเศร้าเมื่อครบ
ระยะเวลา 3 เดือน YES NO
-

เกณฑ์การคัดเลือกผู้ป่วยออก (EXCLUSION CRITERIA)

(All answers must be "NO" for subject to be eligible)

1. มีประวัติการเป็นโรคทางจิตเวชที่รุนแรงอันได้แก่ Psychotic disorder,
Bipolar disorder, Organic brain syndrome หรือมี Axis I psychiatric conditions
อื่นๆรวมถึงการมี active use of substance YES NO
-
2. ผู้ป่วยที่มีประวัติการรักษาภาวะซึมเศร้าด้วย antidepressant โดยยังมีการปรับขนาดยา
ในระหว่างที่เข้ารับการเข้าบำบัดความคิดและพฤติกรรม YES NO
-

แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป	Q 01 วันที่ <input type="text"/> / <input type="text"/> /2553	หมายเลขแบบสอบถาม A / B <input type="text"/>																					
Q 02. ปัจจุบันท่านมีอายุ <input type="text"/> ปีเต็ม	Q 03. เพศ <input type="checkbox"/> 1.ชาย <input type="checkbox"/> 2.หญิง																						
Q 04. สถานภาพสมรส	<input type="checkbox"/> 1.โสด <input type="checkbox"/> 2.คู่ <input type="checkbox"/> 3. หม้าย หย่า แยก																						
Q 05. การศึกษาขั้นสูงสุดหรือกำลังศึกษาอยู่	<input type="checkbox"/> 1.ไม่ได้เรียน <input type="checkbox"/> 2.ประถมศึกษา <input type="checkbox"/> 3.มัธยมศึกษา <input type="checkbox"/> 4. ปวช./ปวส. <input type="checkbox"/> 5.ปริญญาตรี <input type="checkbox"/> 6.ปริญญาโทหรือสูงกว่า																						
Q 06.อาชีพหลัก	<input type="checkbox"/> 1.นักเรียน/นักศึกษา <input type="checkbox"/> 2.ว่างงาน <input type="checkbox"/> 3.รับจ้างทั่วไป <input type="checkbox"/> 4.ลูกจ้าง/พนักงานเอกชน <input type="checkbox"/> 5. กิจการส่วนตัว <input type="checkbox"/> 6.พนักงานของรัฐ/ข้าราชการ <input type="checkbox"/> 7.แม่บ้าน <input type="checkbox"/> 8.อื่นๆ (ระบุ).....																						
Q 07. รายได้เฉลี่ยของท่าน	<input type="checkbox"/> 1.ไม่มีรายได้ <input type="checkbox"/> 2.มีรายได้ประมาณ.....บาทต่อเดือน																						
Q 08. สถานภาพทางเศรษฐกิจ	<input type="checkbox"/> 1.มีเงินออม <input type="checkbox"/> 2.มีหนี้สิน <input type="checkbox"/> 3.พอใช้																						
Q09. บุคคลอื่นที่ทราบว่าท่านติดเชื้อเอชไอวี (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)	<input type="checkbox"/> 1. ไม่มีเลย <input type="checkbox"/> 2.บิดา/ มารดา <input type="checkbox"/> 3.บุตร <input type="checkbox"/> 4.คู่สมรส <input type="checkbox"/> 5.คนรัก <input type="checkbox"/> 6.เพื่อน <input type="checkbox"/> 7.ผู้ร่วมงาน <input type="checkbox"/> 8.ญาติ พี่น้อง <input type="checkbox"/> 9.คนแถวบ้าน <input type="checkbox"/> 10.อื่นๆ (ระบุ).....																						
Q10.ปัจจุบันท่านใช้ยาหรือสารเสพติดที่ออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทหรือไม่	<table border="0"> <tr> <td>เหล้า/แอลกอฮอล์/ชาดองเหล้า</td> <td><input type="checkbox"/> 1. ไม่ใช่</td> <td><input type="checkbox"/> 2. ใช่</td> </tr> <tr> <td>บุหรี่</td> <td><input type="checkbox"/> 1. ไม่ใช่</td> <td><input type="checkbox"/> 2. ใช่</td> </tr> <tr> <td>ยาบ้า/ยาอี/ชาลิฟ</td> <td><input type="checkbox"/> 1. ไม่ใช่</td> <td><input type="checkbox"/> 2. ใช่</td> </tr> <tr> <td>กัญชา</td> <td><input type="checkbox"/> 1. ไม่ใช่</td> <td><input type="checkbox"/> 2. ใช่</td> </tr> <tr> <td>สารระเหย/กาว</td> <td><input type="checkbox"/> 1. ไม่ใช่</td> <td><input type="checkbox"/> 2. ใช่</td> </tr> <tr> <td>ยานอนหลับ</td> <td><input type="checkbox"/> 1. ไม่ใช่</td> <td><input type="checkbox"/> 2. ใช่</td> </tr> <tr> <td>อื่นๆ ระบุ.....</td> <td><input type="checkbox"/> 1. ไม่ใช่</td> <td><input type="checkbox"/> 2. ใช่</td> </tr> </table>		เหล้า/แอลกอฮอล์/ชาดองเหล้า	<input type="checkbox"/> 1. ไม่ใช่	<input type="checkbox"/> 2. ใช่	บุหรี่	<input type="checkbox"/> 1. ไม่ใช่	<input type="checkbox"/> 2. ใช่	ยาบ้า/ยาอี/ชาลิฟ	<input type="checkbox"/> 1. ไม่ใช่	<input type="checkbox"/> 2. ใช่	กัญชา	<input type="checkbox"/> 1. ไม่ใช่	<input type="checkbox"/> 2. ใช่	สารระเหย/กาว	<input type="checkbox"/> 1. ไม่ใช่	<input type="checkbox"/> 2. ใช่	ยานอนหลับ	<input type="checkbox"/> 1. ไม่ใช่	<input type="checkbox"/> 2. ใช่	อื่นๆ ระบุ.....	<input type="checkbox"/> 1. ไม่ใช่	<input type="checkbox"/> 2. ใช่
เหล้า/แอลกอฮอล์/ชาดองเหล้า	<input type="checkbox"/> 1. ไม่ใช่	<input type="checkbox"/> 2. ใช่																					
บุหรี่	<input type="checkbox"/> 1. ไม่ใช่	<input type="checkbox"/> 2. ใช่																					
ยาบ้า/ยาอี/ชาลิฟ	<input type="checkbox"/> 1. ไม่ใช่	<input type="checkbox"/> 2. ใช่																					
กัญชา	<input type="checkbox"/> 1. ไม่ใช่	<input type="checkbox"/> 2. ใช่																					
สารระเหย/กาว	<input type="checkbox"/> 1. ไม่ใช่	<input type="checkbox"/> 2. ใช่																					
ยานอนหลับ	<input type="checkbox"/> 1. ไม่ใช่	<input type="checkbox"/> 2. ใช่																					
อื่นๆ ระบุ.....	<input type="checkbox"/> 1. ไม่ใช่	<input type="checkbox"/> 2. ใช่																					
Q11.ท่านรับประทานยาต้านรีโทรไวรัสหรือไม่	<input type="checkbox"/> 1.ไม่ได้รับประทาน (ไป Q. 14) <input type="checkbox"/> 2. รับประทาน (ไป Q. 12)																						
Q 12. ท่านซื้อยาต้านรีโทรไวรัสด้วย	<input type="checkbox"/> 1.เงินส่วนตัว <input type="checkbox"/> 2.ใช้สิทธิประกันสังคม <input type="checkbox"/> 3.ใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (30 บาท) <input type="checkbox"/> 4.เบิกสวัสดิการข้าราชการ/ รัฐวิสาหกิจ																						
Q 13. ค่าใช้จ่ายสำหรับยาต้านรีโทรไวรัสบาทต่อเดือน																						
Q 14. ท่านเคยได้รับการรักษาทางจิตเวชและยังเข้ารับการรักษายู่จนถึงปัจจุบัน	<input type="checkbox"/> 1. ไม่ใช่ <input type="checkbox"/> 2. ใช่																						
Q 15. ท่านมีโรคประจำตัวอื่น ๆหรือไม่	<input type="checkbox"/> 1.ไม่มี <input type="checkbox"/> 2.มี โปรดระบุ																						
Q 16. ท่านใช้สมุนไพร,อาหารเสริม หรือไม่	<input type="checkbox"/> 1.ไม่ใช่ <input type="checkbox"/> 2.ใช่ โปรดระบุ																						

สำหรับผู้ป่วย	Q17. คลินิกที่ผู้ป่วยรักษา <input type="checkbox"/> 1.คลินิกโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ <input type="checkbox"/> 2.คลินิกภูมิคุ้มกันและภูมิแพ้	
Q18.Mode of HIV transmission	<input type="checkbox"/> 1. Men who have sex with men (MSM) <input type="checkbox"/> 2. Heterosexual <input type="checkbox"/> 3. Bisexual <input type="checkbox"/> 4. Intravenous drug use (IVDU) <input type="checkbox"/> 5. Blood transfusion <input type="checkbox"/> 6. Other If Other, specific..... <input type="checkbox"/> 7. Unknown	
Q19.Stage of disease	<input type="checkbox"/> 1. Asymptomatic Stage <input type="checkbox"/> 2.Symptomatic Stage <input type="checkbox"/> 3.AIDS	
Q20. ระยะเวลาที่เข้ารับการรักษาตัวจากการติดเชื้อเอชไอวี.....ปี	Q 21. ระยะเวลาที่เริ่มได้รับยาต้านรีโทรไวรัสจนถึงปัจจุบัน.....ปี สำหรับผู้ป่วยที่startยาแล้ว	Q 22. ระยะเวลาที่รักษาด้วยแพทย์ผู้ทำการรักษาในปัจจุบัน.....ปี
Q 23. สูตรยาต้านรีโทรไวรัสที่ผู้ป่วยรับประทานในปัจจุบัน..... (สำหรับผู้ป่วยที่startยาแล้ว)	Q 24. ปริมาณ (mg), เม็ด.....(สำหรับผู้ป่วยที่startยาแล้ว) Q 25. จำนวนครั้งที่ต้องรับประทานต่อวัน/เวลา.....(สำหรับผู้ป่วยที่startยาแล้ว)	
Q 26. ประวัติการเจ็บป่วยจากโรคกกลวยโอกาส	1..... 2..... 3..... 4.....	
Q27.การปรับขนาดยาของผู้ป่วยที่มีประวัติการรักษาทางจิตเวชและยังเข้ารับการรักษาอยู่จนถึงปัจจุบัน	<input type="checkbox"/> 1.ไม่มีการปรับขนาดยา <input type="checkbox"/> 2.ปรับขนาดยา โดย.....	
Q28. ข้อมูลระดับ CD 4+ T-cell (ครั้งล่าสุด : ภายใน 6 เดือนนับจากเริ่มทำวิจัย) วันที่ตรวจ.....	จำนวน..... cells/mm ³	
Q 29. ข้อมูลระดับ Viral load (ครั้งล่าสุด : ภายใน 6 เดือนนับจากเริ่มทำวิจัย) วันที่ตรวจ.....log	
Q 30. End of follow-up for patient	วัน.....เดือน.....ปี	
Q 31. Reason for end of follow-up	<input type="checkbox"/> 1. Death <input type="checkbox"/> 2. Lost to follow-up <input type="checkbox"/> 3. End of study	

แบบประเมินภาวะซึมเศร้า

กรุณาวางกลมรอบข้อที่ตรงกับท่าน หรือใกล้เคียงมากที่สุด ในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา

- 1
 - ก. ท้อแท้ใจมาก หมดหวังในอนาคต
 - ข. ท้อแท้ใจ มองอนาคตในแง่ร้าย
 - ค. ท้อแท้ใจบ้างบางครั้ง
 - ง. ไม่หมดหวัง

- 2
 - ก. คิดวางแผนฆ่าตัวตาย
 - ข. คิดอยากตาย
 - ค. ชีวิตนี้ไม่น่าอยู่ คิดถึงเรื่องความตายบ่อยๆ แต่ไม่ถึงกับอยากตาย
 - ง. ไม่ได้คิดถึงเรื่องการตาย

- 3
 - ก. รู้สึกมากกว่าตัวเองเป็นคนไม่ดี หรือ ไม่มีค่าเลย
 - ข. รู้สึกผิด คิดแต่เรื่องความผิดของตัวเองในอดีต
 - ค. รู้สึกตัวเองเป็นคนไม่ดีอยู่บ่อย ๆ
 - ง. ไม่รู้สึกผิด หรือคิดว่าตัวเองไม่ดี

- 4
 - ก. อยู่เฉยๆ ไม่ทำอะไร
 - ข. คิดอะไร ทำอะไรเชิงซ้าลงมาก
 - ค. คิดอะไร ทำอะไรเชิงซ้าลงกว่าเดิมบ้าง
 - ง. ความคิด การกระทำยังเหมือนเดิม

- 5
 - ก. งุ่นง่าน เดินไปมา อยู่ไม่ติดที่ เป็นบ่อย
 - ข. กระสับกระส่าย อยู่หนึ่งไม่ค่อยได้
 - ค. ร้อนใจ กระวนกระวาย
 - ง. ไม่ร้อนใจ หรือกระสับกระส่าย

- 6 ก. ซึมเศร้ามาก ร้องไห้บ่อย
ข. หดหู่ ซึมเศร้าอยู่ตลอด ทำให้สบายไม่ได้เลย
ค. รู้สึกเซื่องซึม ไม่แจ่มใสเหมือนเคย
ง. จิตใจสบายดี
- 7 ก. คิดมาก กังวลใจไปหมดทุกเรื่อง
ข. คิดมาก กังวลใจบ่อย
ค. คิดมาก กังวลใจง่ายกว่าแต่ก่อน
ง. ไม่วิตกกังวล
- 8 ก. เบื่อไปหมดทุกอย่าง ไม่อยากทำอะไรเลย
ข. รู้สึกเบื่อ ไม่มีความเพลินใจ
ค. เบื่อง่าย แต่ยังพอมีความเพลินใจอยู่บ้าง เช่น เวลาดูโทรทัศน์ มีคนมาคุยด้วย
ง. มีความสนใจในเรื่องต่างๆ เหมือนเดิม
- 9 ก. หงุดหงิดมาก มีการทะเลาะกัน ทำลายข้าวของ
ข. หงุดหงิด ฉุนเฉียวบ่อย
ค. หงุดหงิดง่ายกว่าเดิม แต่พอคุมได้
ง. ไม่มีอารมณ์หงุดหงิด
- 10 ก. หลับยากทุกคืน หรือต้องกินยาให้หลับ
ข. หลับยากค่อนข้างบ่อย
ค. หลับยากบางครั้ง
ง. นอนหลับปกติดี
- 11 ก. ตื่นกลางดึกแทบทุกคืน หลับไม่ได้เลย
ข. ตื่นค่อนข้างบ่อย หลับต่อยาก
ค. นอนหลับไม่สนิท กระสับกระส่าย
ง. หลับปกติดี

- 12 ก. เบื่ออาหารมาก กินแทบไม่ได้เลย
ข. เบื่ออาหารแต่พอฝืนกินได้
ค. ไม่เจริญอาหารเหมือนเดิม
ง. กินอาหารได้ตามปกติ
- 13 ก. เหนื่อยหรืออ่อนเพลียมาก จนทำอะไรไม่ได้เลย
ข. เหนื่อยง่าย อ่อนเพลีย ทำอะไรก็เหนื่อยไปหมด
ค. เหนื่อย อ่อนเพลียง่ายกว่าที่เคย
ง. ไม่มีอาการอ่อนเพลีย
- 14 ก. ไม่สนใจทางเพศอีกเลย
ข. สนใจทางเพศลดลงมาก
ค. สนใจทางเพศลดลงบ้าง
ง. ความสนใจทางเพศคงเดิม
- 15 ก. ตัดสินใจอะไรไม่ได้เลย
ข. ลังเลใจ ตัดสินใจไม่ค่อยได้แม้แต่เรื่องเล็กๆ น้อยๆ
ค. ลังเลใจบ้าง ไม่อยากตัดสินใจ
ง. ไม่มีลังเลใจ
- 16 ก. เชื่อว่าตัวเองมีโรคทางร่างกายแน่
ข. กังวลใจ คิดว่าตัวเองน่าจะมีโรคทางร่างกาย
ค. ห่วงสุขภาพของตัวเองมากกว่าแต่ก่อน
ง. ไม่กังวลโรคทางร่างกาย
- 17 ก. ใจลอยมาก ไม่มีสมาธิเลย
ข. ใจลอย สมาธิไม่ดี ต้องตั้งใจมาก เวลาจะทำอะไรสักอย่าง
ค. ใจลอย สมาธิไม่ค่อยดีเหมือนก่อน
ง. สมาธิปกติ

- 18 ก. ทำงานไม่ได้เลย
ข. ทำงานแย่งกว่าเดิม ต้องบังคับตัวเองมากให้ทำงาน
ค. ต้องฝืนใจ เวลาจะทำงาน หรือเริ่มทำอะไรบางอย่าง
ง. ทำงานได้ตามปกติ
- 19 อาการทางร่างกาย เช่น ใจสั่น หายใจไม่อิ่ม แน่นท้อง มือชา ปวดศีรษะ
ก. มีอาการเหล่านี้บ่อยมาก
ข. มีอาการเหล่านี้ค่อนข้างบ่อย
ค. มีอาการเหล่านี้บ้างบางครั้ง
ง. ไม่มีอาการทางร่างกายอะไร
- 20 ก. ไม่สนใจใครเลย ใครจะเป็นอย่างไรก็ช่าง
ข. ไม่ค่อยสนใจใคร ไม่คิดอยากพูดคุยกับใคร
ค. สนใจคนอื่นๆ รอบข้างน้อยกว่าเดิม
ง. ความสนใจต่อคนอื่นเหมือนเดิม



ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

แบบวัดเหตุการณ์ความเครียดในชีวิตในช่วงหนึ่งปีที่ผ่านมา

กรุณาทำเครื่องหมาย✓ ในช่องที่ตรงกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในชีวิตท่าน ในช่วงหนึ่งปีที่ผ่านมา

เหตุการณ์ในชีวิต	ใช่	ไม่ใช่
สุขภาพ		
1. ท่านเจ็บป่วยมากถึงกับต้องเข้ารักษาพยาบาลในโรงพยาบาล		
2. ท่านเจ็บป่วยไม่ถึงกับต้องเข้าโรงพยาบาล แต่ต้องหยุดงานหรือ หยุดทำกิจกรรมตามปกติ		
3. ท่านดื่มเหล้า กาแฟหรือสูบบุหรี่เป็นประจำ		
4. ท่านมีการเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับการนอนเป็นประจำ (เช่น นอนไม่หลับ, เวลาอนไม่แน่นอน)		
5. ท่านมีการใช้กำลังแรงงานมากกว่าปกติ (เช่น ออกกำลังกายมากกว่าปกติ, ทำงานออกแรงมากกว่าปกติ)		
6. ท่านไม่มีการผ่อนคลายอารมณ์เลย (เช่น ชมภาพยนตร์ ฟังเพลง)		
7. คู่สมรสและ/หรือบุตรของท่านติดเชื้อ HIV/โรคเอดส์		
ครอบครัว		
8. คู่สมรสเสียชีวิต		
9. หย่า แยกกันอยู่		
10. คู่สมรสเจ็บป่วยหนัก		
11. บุตรเสียชีวิต		
12. บุตรเจ็บป่วยหนัก		
13. ท่านและคู่สมรสมีเรื่องบาดหมางกัน (เช่น นอกใจ ชอบเที่ยว)		
14. ท่านและคู่สมรสมีปัญหาเรื่องเพศสัมพันธ์		
15. บิดาหรือมารดาของท่านเจ็บป่วยหนัก		
16. บิดาหรือมารดาของท่านเสียชีวิต		
17. มีสมาชิกใหม่ในครอบครัว (เช่น มีญาติมาพักอาศัยด้วย)		
18. มีการโยกย้ายที่อยู่		
19. ท่านและคู่สมรสต้องจากกันนานๆ (6เดือนขึ้นไป)		

เหตุการณ์ในชีวิต	ใช่	ไม่ใช่
เศรษฐกิจ		
20. การใช้จ่ายเพื่อปัจจัยสี่ในครอบครัวขาดสน ฝืดเคือง		
21. ท่านหรือคู่สมรสมีหนี้สินล้นพ้นตัว		
22. ท่านหรือครอบครัวต้องผ่อนส่งของที่มีราคาสูง (เช่น บ้าน ที่ดิน)		
23. ครอบครัวของท่านถูกยึดหรือไล่ที่		
24. กิจการของท่านหรือครอบครัวขาดทุนหรือล้มเลิกกิจการไป		
25. ท่านต้องหาเลี้ยงครอบครัว		
การงาน		
26. ท่านเริ่มทำงานนอกบ้านเป็นครั้งแรก		
27. ท่านถูกให้ออกจากงาน		
28. คู่สมรสให้ออกจากงาน		
29. ท่านตกงาน		
30. คู่สมรสตกงาน		
31. ท่านต้องรับผิดชอบการงานมากขึ้นจน ไม่มีเวลาให้ครอบครัว		
32. ท่านต้องทำงานที่ต้องเสี่ยงต่อภาวะสุขภาพ		
33. ท่านเปลี่ยนงานใหม่ซึ่งต้องมีการปรับตัว		
34. ท่านทะเลาะกับนายจ้างหรือผู้บังคับบัญชา		
35. คู่สมรสของท่านต้องรับผิดชอบการงานมากขึ้นจน ไม่มีเวลาให้ครอบครัว		
สังคม		
36. ครอบครัวของท่านประสบอุบัติเหตุจนทรัพย์สินเสียหาย (เช่น ไฟไหม้บ้าน, น้ำท่วมบ้าน)		
37. ท่านต้องโทษ (สถานเบา โดยไม่ถูกคุมขัง หรือถูกขังไม่เกิน 3 เดือน)		
38. คู่สมรสของท่านต้องโทษ (สถานเบา โดยไม่ถูกคุมขัง หรือถูกขังไม่เกิน 3 เดือน)		
39. ท่านถูกทำร้ายร่างกายจนบาดเจ็บ		
40. คู่สมรสของท่านถูกทำร้ายร่างกายจนบาดเจ็บ		
41. เพื่อนสนิทของท่านเสียชีวิต		
42. ท่านหรือคู่สมรสเสื่อมเสียชื่อเสียง เกียรติยศ (เช่น ก่อการทะเลาะวิวาท ถูกประจาน)		
43. สถานที่อยู่อาศัยของท่านหรือครอบครัวไม่มีความปลอดภัยในชีวิตหรือทรัพย์สิน (เช่น มีการลักขโมยบ่อยๆ หรือส่งเสียงดัง)		

แบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคม

เหตุการณ์ต่อไปนี้จะเกี่ยวกับความช่วยเหลือและกำลังใจที่ผู้อื่นมีต่อท่าน กรุณาทำเครื่องหมายลงบนคำตอบ
ที่ใกล้เคียงหรือตรงกับความเป็นจริงของท่าน

ในเหตุการณ์ต่อไปนี้ท่านได้รับความช่วยเหลือ หรือคำแนะนำ จากผู้อื่น ได้ตามที่ท่านต้องการในระดับใด	มากที่สุด (1)	มาก (2)	ปาน กลาง (3)	น้อย (4)	น้อยที่สุด (5)
1. ฉันมีคนดูแลเมื่อมีเหตุการณ์ไม่เกิดขึ้นกับฉัน					
2. ฉันได้รับความรักความอบอุ่น					
3. ฉันมีคนที่จะคอยช่วยเกี่ยวกับปัญหาด้านการงานและ ปัญหาในบ้าน					
4. ฉันมีโอกาสพูดคุยกับคนที่ฉันไว้วางใจเกี่ยวกับ ปัญหาส่วนตัวและปัญหาครอบครัว					
5. ฉันมีโอกาสพูดคุยเกี่ยวกับเรื่องเงิน					
6. ฉันได้รับการชวนให้ออกไปทำกิจกรรมต่างๆนอก บ้านกับผู้อื่น					
7. ฉันได้รับคำแนะนำที่เป็นประโยชน์เกี่ยวกับสิ่งต่างๆ ที่สำคัญในชีวิต					
8. ฉันได้รับความช่วยเหลือเมื่อฉันเจ็บป่วยจนล้มหมอน นอนเสื่อ					
ในเหตุการณ์ต่อไปนี้ท่านได้รับความช่วยเหลือหรือคำแนะนำ จากผู้อื่นได้ตามที่ท่านต้องการบ่อยครั้งเพียงใด	ไม่มีเลย (1)	น้อย ครั้ง (2)	บาง ครั้ง (3)	เกือบ ทุกครั้ง (4)	ทุกครั้ง (5)
9. มีคนให้ความช่วยเหลือเรื่องเงินเมื่อท่านต้องการ					
10. มีคนช่วยทำงานบ้านให้เมื่อท่านป่วย					
11. มีคนทำอาหารให้ท่านรับประทานเมื่อท่านป่วย					
12. มีคนให้ความรักและทำให้คุณรู้สึกว่าเป็นที่ต้องการ					
13. ท่านมีปัญหาขัดแย้งกับบุคคลในครอบครัวในเรื่องที่ ท่านคิดว่าสำคัญสำหรับท่าน					
14. ท่านมีปัญหาขัดแย้งกับเพื่อนในเรื่องที่ท่านคิดว่า สำคัญสำหรับท่าน					
15. ผู้อื่นอยากให้ท่านเปลี่ยนแปลงตัวเองโดยที่ท่านไม่ อยากทำ					

16. บ่อยครั้งเพียงใดที่ท่านพบกับญาติหรือได้ข่าวที่ญาติเล่าให้ฟัง
 1. น้อยกว่า 1 ครั้งต่อเดือน
 2. เดือนละครั้ง
 3. 2-3 ครั้งต่อเดือน
 4. ประมาณ 2-3 ครั้งต่อสัปดาห์
 5. ทุกวัน
17. บ่อยครั้งเพียงใดที่ท่านพบกับเพื่อนหรือได้ข่าวที่เพื่อนเล่าให้ฟัง
 1. น้อยกว่า 1 ครั้งต่อเดือน
 2. เดือนละครั้ง
 3. 2-3 ครั้งต่อเดือน
 4. ประมาณ 2-3 ครั้งต่อสัปดาห์
 5. ทุกวัน
18. ท่านมีเพื่อนสนิทกี่คนที่ท่านรู้สึกสนิทใจ และสามารถพูดคุยเรื่องส่วนตัวหรือขอความช่วยเหลือได้อย่างสบายใจ
 1. ไม่มีเลย
 2. 1-2 คน
 3. 3-4 คน
 4. 5-8 คน
 5. 9 คนหรือมากกว่า
19. บ่อยครั้งเพียงใดที่ปัญหาทางสุขภาพของท่าน ทำให้ท่านไม่สามารถร่วมทำกิจกรรมพบปะสังสรรค์ กับบุคคลในครอบครัว หรือเพื่อนของท่าน ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา
 1. ไม่มีเลย
 2. นานๆครั้ง
 3. บางครั้ง
 4. เกือบทุกครั้ง
 5. ทุกวัน
20. โดยทั่วไป ท่านมีความพึงพอใจมากน้อยเพียงใดกับความช่วยเหลือและกำลังใจที่ท่านได้รับจากบุคคลในครอบครัว และเพื่อนของท่าน
 1. ไม่พอใจเลย
 2. ไม่ค่อยพอใจ
 3. พอใจปานกลาง
 4. พอใจมาก
 5. พอใจมากที่สุด

แบบประเมินสัมพันธภาพของการรักษาที่ผู้ป่วยมีต่อแพทย์

ความไว้วางใจต่อแพทย์ที่ทำการรักษา

ท่านมีความไว้วางใจต่อแพทย์ที่ทำการรักษาท่านมากน้อยเพียงใด

	(1) เห็นด้วย อย่างยิ่ง	(2) เห็นด้วย	(3) ไม่แน่ใจ	(4) ไม่เห็น ด้วย	(5) ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง
1. ฉันสามารถบอกเรื่องต่างๆ ให้แพทย์ฟังได้ทุกเรื่อง แม้ว่าเรื่องนั้นๆฉันอาจจะ ไม่อยากจะบอกผู้อื่นเลย					
2. บางครั้งแพทย์ทำเป็นเข้าใจ เรื่องเหล่านั้นทั้งที่บางครั้ง เขาอาจจะไม่แน่ใจ					
3. ฉันไว้วางใจต่อการ ตัดสินใจทั้งหมดของแพทย์ ในการให้การรักษานั้น					
4. แพทย์ให้ความสำคัญ เกี่ยวกับการลดค่าใช้จ่าย มากกว่าสิ่งที่ต้องทำหรือ ต้องใช้ในการรักษานั้น					
5. แพทย์จะบอกความจริง เกี่ยวกับสุขภาพของฉัน ตลอดเวลา แม้ว่าบางครั้ง อาจจะมิขำไม่ดี					
6. แพทย์ให้ความสำคัญ เกี่ยวกับสุขภาพของฉัน มากพอๆกับที่ฉันให้ ความสำคัญเกี่ยวกับสุขภาพ ของตนเอง					
7. หากเกิดความผิดพลาดใน การรักษานั้น แพทย์จะ ปกปิดไม่ให้ฉันรู้					

8. เมื่อพิจารณาทุกประเด็นแล้ว ท่านมีความไว้วางใจต่อแพทย์ที่ทำการรักษา มากน้อยเพียงใด

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

ไม่ไว้วางใจเลย

ไว้วางใจอย่างยิ่ง

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางสาว อิศริย์ธิดา ชัยสวัสดิ์ เกิดเมื่อวันที่ 2 กรกฎาคม พ.ศ. 2524 ที่จังหวัดกรุงเทพฯ สำเร็จ การศึกษาระดับปริญญาตรี ครุศาสตร์บัณฑิต สาขาชีววิทยา คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ปี การศึกษา 2544 สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาโท วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาสุขาภพจิต ภาควิชาจิต เวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ปีการศึกษา 2546 หลังจากนั้นเข้าศึกษาต่อระดับ ปริญญาเอก สาขาเวชศาสตร์ชุมชน ภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ปีการศึกษา 2550 ขณะศึกษาได้รับรางวัลนิติตีเด่น ของคณะแพทยศาสตร์ และจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ระดับบัณฑิตศึกษา ปีการศึกษา 2551 เป็นอาจารย์พิเศษคณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ตั้งแต่ พ.ศ. 2547 จนถึงปัจจุบัน

ศูนย์วิทยพัชร์พยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย