

ผลของการบำบัดความคิดและพฤติกรรม ที่มีต่อการลดการตีตรา
ในผู้ติดเชื้อเอชไอวีและเอดส์ ในโรงพยาบาลบ้านโพธิ์ จังหวัดฉะเชิงเทรา

The effect of therapy, cognitive and behavior on reducing stigma
in HIV/AIDS in Ban Pho Hospital Chachoengsao

¹กนกวรรณ สารอุยศิริกุล (Kanokwan Sathuyoosirikul)

²ธีรชัย หงษ์ยันตรชัย (Tirachai Hongyantarachai)

³ปวิธ สิริเกียรติกุล (Pawit Sirikiattikul)

มหาวิทยาลัยรามคำแหง (Ramkhamhaeng University)

E-mail: kanokwan.nok109@gmail.com

Received March 16, 2019; Revised March 30, 2019; Accepted December 15, 2019

Abstract

This article aims to compare the average score of stigma in people living with HIV and AIDS. Before and after receiving the cognitive and behavioral therapy program the sample consisted of 20 people living with HIV and AIDS using cognitive and behavioral therapy programs. Use general questionnaire Suicidal thoughts in Thai language and the stigma questionnaire as a research tool with confidence equal to .73. Data analysis was done by 1) using descriptive statistics 2) testing the normal distribution of the mean score, stigma 3) testing the difference of average scores. The research found that People with HIV and AIDS. Who participated in the cognitive and behavioral therapy program had a lower average score of stigma after participating in the program. Compared to before joining the cognitive and behavioral therapy

Keywords: HIV, AIDS, stigma, therapy

บทคัดย่อ

บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของการตีตราในผู้ติดเชื้อเอชไอวีและเอดส์ ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรม กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวีและเอดส์ มีจำนวน 20 ตัวอย่าง โดยใช้โปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรม ใช้แบบสอบถามทั่วไป แบบประเมินความคิดฆ่าตัวตายฉบับภาษาไทย และแบบสอบถามการตีตราเป็นเครื่องมือในการวิจัย มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .73 วิเคราะห์ข้อมูลด้วย 1) การใช้สถิติเชิงพรรณนา 2) ทดสอบการแจกแจงปกติของคะแนนเฉลี่ยการตีตรา 3) ทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ย ผลการวิจัยพบว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและเอดส์ ที่เข้าร่วมโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมมีคะแนนเฉลี่ยการตีตราหลังการเข้าร่วมโปรแกรมลดลง เมื่อเปรียบเทียบกับก่อนการเข้าร่วมการบำบัดความคิดและพฤติกรรม

คำสำคัญ: เอชไอวี, เอดส์, การตีตรา, การบำบัด

บทนำ

ในปี ค.ศ. 2016 มีผู้ติดเชื้อเอชไอวีและเอดส์ ทั้งหมดประมาณ 36.7 ล้านคนทั่วโลก เป็นเพศชายจำนวน 17.8 ล้านคน และเพศหญิงจำนวน 17.8 ล้านคน เป็นเด็กอายุน้อยกว่า 15 ปี จำนวน 2.1 ล้านคน และมีผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ทั้งหมด 1.8 ล้านคน มีผู้เสียชีวิตจากการติดเชื้อเอชไอวี จำนวน 1 ล้านคน (World Health Organization, 2017) ในประเทศไทยมีการคาดการณ์จำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีและยังมีชีวิตด้วยแบบจำลองการระบาด ณ พ.ศ. 2559 เท่ากับ 423,778 คน คิดเป็นร้อยละ 1.1 ของประชากรไทย และเมื่อ สิ้นปี พ.ศ. 2558 มีจำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านเอชไอวีมีทั้งหมด 284,434 คน เป็นร้อยละ 65 ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ยังมีชีวิตอยู่ (Bureau of AIDS, Tuberculosis and Sexually Transmitted Diseases, 2017)

การบำบัดความคิดและพฤติกรรม เป็นการบำบัดรูปแบบหนึ่ง โดยการบำบัดมีโครงสร้างที่ชัดเจน มีทิศทาง ใช้ระยะเวลาสั้นในการบำบัด ซึ่งมุ่งไปที่การแก้ไขปัญหาในปัจจุบัน และปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม โดยการบำบัดจะตั้งอยู่บนแนวคิดหรือความเข้าใจของผู้รับการบำบัด Beck (2011) และการตีตราในผู้ติดเชื้อเอชไอวีเกิดจาก 2 ปัจจัย ได้แก่ การรับรู้ทัศนคติของสังคมที่มีต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี และความรู้ของบุคคลต่อการติดเชื้อเอชไอวี นอกจากนี้ การตีตราภายในตนเอง (internalized stigma) เป็นการรับเอาความเชื่อทางลบและความรู้สึกทางลบที่เชื่อมโยงกับเอชไอวีหรือเอดส์ที่นำไปสู่ตนเอง และการคาดหวังถึงการพบประสบการณ์ตีตรา (anticipated stigma) เป็นการคาดเดาว่าบุคคลจะพบกับประสบการณ์การตีตรา การอคติ และการเลือกปฏิบัติจากผู้อื่นซึ่งอาจจะเกิดขึ้นหรือไม่เกิดขึ้น (Earnshaw & Kalichman 2013) จากข้างต้นจะเห็นได้ว่าเป็นกระบวนการคิดของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีต่อตนเองและต่อสถานะการติดเชื้อเอชไอวี ซึ่งการบำบัดความคิดและพฤติกรรมจะมุ่งปรับความคิดและระบบความเชื่อของผู้รับการบำบัด เพื่อนำไปสู่การเปลี่ยนอารมณ์และพฤติกรรม จากการวิจัยของ Tshabalala (2011) ซึ่งพัฒนาโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรม และศึกษาผลของโปรแกรมที่พัฒนาขึ้นจากการสัมภาษณ์ผู้ติดเชื้อเอชไอวีเพศหญิง พบว่า หลังได้รับโปรแกรมบำบัดความคิดและพฤติกรรม ผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีการตีตราภายในตนเอง (internalized stigma) ลดลง นอกจากนี้มีการใช้การกลุ่ม

บำบัดความคิดและพฤติกรรมเพื่อลดการตีตราในผู้ป่วยด้านจิตเวช พบว่า เมื่อผู้ป่วยจิตเวชได้เข้าร่วมกลุ่มบำบัดความคิดและพฤติกรรมมีการตีตราลดลง (Young, 2016)

จากข้างต้นจะเห็นได้ว่าการตีตรามีผลต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ เป็นอย่างมาก ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมต่อการตีตราในผู้ติดเชื้อเอชไอวีและเอดส์ เพื่อลดการตีตราที่เป็นสาเหตุให้เกิดผลกระทบดังกล่าว

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของการตีตราในผู้ติดเชื้อเอชไอวีและเอดส์ ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรม

ขอบเขตการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวีและเอดส์ มีจำนวน 20 ตัวอย่าง ในโรงพยาบาลบ้านโพธิ์ จังหวัดฉะเชิงเทรา แบบเจาะจง (Purposive Selection) โดยสุ่มเข้ากลุ่มควบคุม จำนวน 10 ตัวอย่าง และกลุ่มทดลอง จำนวน 10 ตัวอย่างการโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ทดสอบการแจกแจงปกติของคะแนนเฉลี่ยการตีตรา และทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ย

ทบทวนวรรณกรรม

Shimotsu et al. (2014) เพื่อศึกษาผลของกลุ่มบำบัดความคิดและพฤติกรรมต่อการตีตราตนเอง ความซึมเศร้า ความวิตกกังวล และความสัมพันธ์ระหว่างความคิดที่มีอคติกับการตีตราตนเอง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจิตเวช จำนวน 46 คน ใช้ Devaluation-Discrimination Scale (DDS) ในการวัดการตีตราตนเอง Dysfunctional Attitude Scale วัดความคิดที่บิดเบือนโดยมีพื้นฐานจากทฤษฎีความคิดบำบัดของ Beck Depression Inventory (BDI) วัดซึมเศร้า State-Trait Anxiety Inventory State Form (STAI-S) วัดความวิตกกังวล และ Rosenberg's Self Esteem Scale (RSES) วัดความเห็นคุณค่าในตนเอง ผู้เข้าร่วมกลุ่มบำบัดความคิดและพฤติกรรม จำนวน 10 ครั้ง ครั้งละ 1 ชั่วโมง แบ่งเป็นกลุ่ม กลุ่มละ 4-6 คน ผลพบว่าผู้เข้าร่วมมีความซึมเศร้า ความวิตกกังวล และความคิดที่อคติดีขึ้น และการตีตราตนเองลดลง รวมทั้งความคิดอคติมีความสัมพันธ์กับการตีตราตนเอง

Tshabalala (2011) พัฒนาโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมและศึกษาผลของโปรแกรมที่พัฒนาขึ้น จากการสัมภาษณ์ผู้ติดเชื้อเอชไอวีเพศหญิง ในการสัมภาษณ์พบความรู้สึกลังเลกำลังความโกรธ มีพฤติกรรมทำลาย และความรู้สึกผิดจากประสบการณ์การตีตรา และความไม่แน่นอนเกี่ยวกับอนาคต ผู้วิจัยนำผลที่ได้จากการสัมภาษณ์ มาพัฒนาโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรม และใช้กับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 20 คน แบ่งเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 10 คน โดยใช้ The Brief Cope Scale ในการวัดการจัดการกับปัญหา The Serithi Internalized Stigma Scale วัดการตีตราตนเอง Enacted Stigma วัดประสบการณ์ที่ได้รับจากการตีตรา The Rosenberg Self-esteem วัดการเห็นคุณค่าในตนเอง และ The Beck Depression Inventory วัดภาวะซึมเศร้า โปรแกรมบำบัดความคิดและพฤติกรรม 8 ครั้ง

พบว่าหลังได้รับโปรแกรมบำบัดความคิดและพฤติกรรม มีระดับภาวะซึมเศร้า การตีตราตนเอง และการจัดการกับปัญหาทางลบลดลง และการเห็นคุณค่าในตนเองตลอดจนการจัดการกับปัญหาทางบวกเพิ่มขึ้น

Safren et. al. (2004) ศึกษาผลของการบำบัดความคิดและพฤติกรรม ต่อภาวะซึมเศร้าและความร่วมมือในการรักษาด้วยยา (Medication Adherence) กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวี ชายรักชาย จำนวน 5 คน ใช้แบบประเมิน Beck Depression Inventory (BDI) ในการวัดภาวะซึมเศร้า และวัดความร่วมมือในการรักษาด้วยยา (Medication Adherence) ด้วย Electronic pill cap, Adherence Questionnaire, Assessment of viral load พบว่าผู้เข้าร่วมการบำบัด ทั้ง 5 คน มีภาวะซึมเศร้าและความสม่ำเสมอในการรักษาด้วยยาดีขึ้น

Kansri (2011) ศึกษาประสิทธิภาพของกลุ่มบำบัดความคิดและพฤติกรรมที่มีต่อภาวะซึมเศร้าและความคิดฆ่าตัวตายในผู้ติดเชื้อเอชไอวี และศึกษาขนาดอิทธิพล (effect size) ของกลุ่มบำบัดความคิดและพฤติกรรม กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวีจำนวน 64 คน เข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบกลุ่มละ 32 คน โดยในกลุ่มทดลองแบ่งออกเป็น 4 กลุ่มย่อย ก่อนการบำบัด ให้กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบประเมินภาวะซึมเศร้าด้วย The Beck Depression Inventory (BDI) และประเมินความคิดฆ่าตัวตายด้วย Beck Scale for Suicide Ideation ในกลุ่มทดลองทำกลุ่มบำบัดความคิดและพฤติกรรมจำนวน 8 ครั้ง สัปดาห์ละ 1 ครั้งแต่ละครั้งใช้เวลา 1 ชั่วโมง 30 นาที เมื่อสิ้นสุดการบำบัดประเมินภาวะซึมเศร้าและประเมินความคิดฆ่าตัวตายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ รวมทั้งมีการติดตามผลหลังสิ้นสุดการบำบัด 1 เดือน ผลพบว่า กลุ่มที่ได้รับกลุ่มบำบัดความคิดและพฤติกรรมที่พัฒนาขึ้น มีการลดลงในภาวะซึมเศร้าและความคิดฆ่าตัวตายหลังเข้าร่วมกลุ่มบำบัดความคิดและพฤติกรรมและในระยะติดตามผล

Thapinta et al. (2013) ศึกษาผลของโปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมแบบหลายช่องทางต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจำนวน 36 คนแบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 18 คน ใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้า 9 คำถาม ในการวัดภาวะซึมเศร้า กลุ่มทดลองเข้าร่วมโปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมแบบหลายช่องทาง จำนวน 9 ครั้ง โดยครั้งที่ 1, 2, 3, 6 จะพบที่แผนกผู้ป่วยนอก ส่วนครั้งที่ 4 และ 5 เป็นการบำบัดทางโทรศัพท์ ในครั้งที่ 7-9 เป็นการเยี่ยมบ้าน แต่ละครั้งใช้เวลา 30 นาทีถึง 1 ชั่วโมง 30 นาที ผลพบว่าคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าในกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมแบบหลายช่องทางและระยะติดตามต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมแบบหลายช่องทางและต่ำกว่ากลุ่มควบคุมในระยะติดตาม

Young (2016) ศึกษาผลของกลุ่มบำบัดความคิดและพฤติกรรมต่อการลดการตีตราตนเองในผู้ป่วยจิตเวช เป็นการวิจัยเชิงทดลอง ผู้เข้าร่วมการวิจัยเป็นผู้ป่วยจิตเวชที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคทางจิตเวช จำนวน 71 คน แบ่งเข้ากลุ่มทดลอง 33 คน และกลุ่มควบคุม 38 คน ในกลุ่มทดลองแบ่งออกเป็น 4 กลุ่มย่อย กลุ่มละ 6-10 คน จะได้รับกลุ่มบำบัดความคิดและพฤติกรรม 10 ครั้ง 1 ครั้งต่อสัปดาห์ แต่ละครั้งใช้เวลา 1 ชั่วโมง 30 นาที โดยใช้ Internalized Stigma of Mental Illness (ISMI) และ The Self-Stigma of Mental Illness Scale (SSMIS) ในการวัดการตีตรา และ The Rosenberg Self-Esteem Scale (RSES) วัดการเห็นคุณค่าในตนเอง รวมทั้ง The Beck Depression Inventory (BDI) วัดภาวะซึมเศร้า ผลพบว่ากลุ่มบำบัดความคิดและพฤติกรรมสามารถลดการตีตราและภาวะซึมเศร้าได้

วิธีดำเนินการวิจัย

ประชากรที่ใช้ในการวิจัย เป็นผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีและเอดส์ในโรงพยาบาลบ้านโพธิ์

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการทดลอง เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส จำนวน 20 ตัวอย่าง ผู้วิจัยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Selection) โดยสุ่มเข้ากลุ่มควบคุม จำนวน 10 ตัวอย่าง และกลุ่มทดลอง จำนวน 10 ตัวอย่าง

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง เป็นโปรแกรมบำบัดความคิดและพฤติกรรม ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วยแผนการจัดกิจกรรม ที่มีเนื้อหาเกี่ยวกับ 1) การสร้างสัมพันธภาพ อธิบายการบำบัดความคิดและพฤติกรรม และความสัมพันธระหว่างความคิด อารมณ์และพฤติกรรม 2) การอธิบายเรื่องการติตราและความสัมพันธระหว่างเหตุการณ์ ความคิด อารมณ์ และพฤติกรรมที่เกี่ยวกับการติตรา 3) การอธิบายเรื่องความคิดอัตโนมัติ 4) การปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติโดยการใช้ Thought Record 5) ปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติโดยการใช้ Reattribution 6) ปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติโดยการใช้ Coping Card 7) ทบทวนสิ่งที่ได้เรียนรู้ในแต่ละกิจกรรม และการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น 8) การป้องกันการกลับเป็นซ้ำ และยุติการบำบัด

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามทั่วไป และแบบสอบถามการติตรา

การตรวจสอบคุณภาพ เครื่องมือโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรม ได้ผ่านการตรวจสอบของผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ความตรงของเนื้อหา และรวบรวมข้อเสนอแนะจากผู้เชี่ยวชาญมาปรับปรุงแก้ไข ส่วนแบบสอบถามได้ผ่านการตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน และนำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างจริง จำนวน 30 ตัวอย่าง และนำมาหาค่าสัมประสิทธิ์ หาค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ .73

การพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูล ผู้วิจัยจะเลือกกลุ่มตัวอย่างที่สมัครใจ และยินดีเข้าร่วมโครงการ ตามเอกสารพิทักษ์สิทธิ รวมถึงข้อมูลทั้งหมดจะเป็นความลับ กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิตอบ หรือ ปฏิเสธได้ หรือ มีสิทธิยกเลิกการให้ข้อมูลได้โดยไม่มีข้อแม้ใด ๆ

การวิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างโดยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าความถี่ และร้อยละ ส่วนการเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยภายในกลุ่ม โดยใช้สถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ Paired samples t-test

ผลการวิจัย

1. กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย จำนวน 11 ตัวอย่าง คิดเป็นร้อยละ 55 อายุอยู่ระหว่าง 50-59 ปี มีจำนวนร้อยละ 10 ตัวอย่าง คิดเป็นร้อยละ 50 มีสถานภาพ สมรส จำนวน 15 คิดเป็นร้อยละ 75 ระดับการศึกษาสูงสุดอยู่ในระดับประถมศึกษา จำนวน 10 ตัวอย่าง คิดเป็นร้อยละ 50 อาชีพ รับจ้าง จำนวน 6 ตัวอย่าง คิดเป็นร้อยละ 30 รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ไม่เกิน 10,000 บาท และ 10,001 – 20,000 บาท จำนวน 8 ตัวอย่าง เท่ากัน คิดเป็นร้อยละ 40 ระยะที่ทราบผลการติดเชื้อ มากกว่า 10 ปี จำนวน 11 ตัวอย่าง คิดเป็นร้อยละ 55 และ ไม่มีโรคประจำตัวอื่น ๆ จำนวน 12 ตัวอย่าง คิดเป็นร้อยละ 60 แสดงผลการวิเคราะห์ปัจจัยส่วนบุคคล

2. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของการตีตรา ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรม ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรม ก่อนการทดลองและภายหลังการทดลอง (n = 30)

รายการ	M	S.D.	t	p-value
ก่อนการเข้าโปรแกรมบำบัดความคิดและพฤติกรรม	52.20	9.14	4.44**	.001
หลังการเข้าโปรแกรมบำบัดความคิดและพฤติกรรม	42.50	7.06		

*P < .05

จากตารางพบว่า ก่อนเข้ารับการบำบัดโดยโปรแกรมบำบัดความคิดและพฤติกรรม มีจำนวนผู้ป่วยจำนวน (M = 52.20, S.D = 9.14) แต่หลังจากได้เข้าร่วมโปรแกรมบำบัดแล้วมีคะแนนเฉลี่ยลดลงจำนวน (M = 42.50, S.D = 7.06) ซึ่งแตกต่างอย่างเห็นได้ชัด

สรุปผล

การนำโปรแกรมบำบัดความคิดและพฤติกรรมมาใช้กับผู้ป่วย ช่วยให้จำนวนผู้ป่วยลดลงและยังมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับอาการป่วยของตนเองได้มากยิ่งขึ้น ทำให้เป็นผลดีต่อการดูแลตัวเองได้ และช่วยเพื่อนร่วมโรคด้วยกันได้ ผู้วิจัยมองว่าควรสนับสนุนให้มีการนำโปรแกรมนี้ขยายไปใช้กับทุกสถานี่อนามัยที่อยู่ห่างไกลความเจริญ เพื่อให้มีความรู้ความเข้าใจกับผู้ป่วยและญาติผู้ป่วย ได้รู้จักวิธีการใช้ชีวิตอยู่ร่วมกันได้อย่างเป็นสุข และไม่เป็นภาระต่อสังคมด้วย

อภิปรายผล

ผลการวิจัยพบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีและเอดส์ที่เข้าร่วมโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรม มีคะแนนเฉลี่ยการตีตราหลังการเข้าร่วมโปรแกรมลดลง เมื่อเปรียบเทียบกับก่อนการเข้าร่วมการบำบัดความคิดและพฤติกรรม ทั้งนี้ อาจจะเป็นเพราะโปรแกรมที่ผู้วิจัยออกแบบขึ้นสอดคล้องกับงานวิจัยของ Skinta, Lezama, Wells & Dilley (2015) ศึกษาผลของโปรแกรม Acceptance and commitment therapy (ACT) ร่วมกับ Compassion-focused therapy (CFT) การตีตราตนเองในผู้ติดเชื้อเอชไอวี มีผู้เข้าร่วมการบำบัดจำนวน 5 คน ใช้ Acceptance and Action Questionnaire-II (AAQ-II) ในการวัดความยืดหยุ่นทางจิตใจที่เกี่ยวกับอารมณ์ และประสบการณ์ภายในทางลบ และ HIV Stigma Scale ในการวัดการตีตราตนเอง เข้าร่วมการบำบัด จำนวน 8 ครั้ง พบว่าผู้เข้าร่วมการบำบัด ACT ร่วมกับ CFT มีคะแนนความยืดหยุ่นทางจิตใจที่เกี่ยวกับอารมณ์ และประสบการณ์ภายในทางลบเพิ่มขึ้น และการตีตราตนเองลดลง และงานวิจัยของ Tshabalala (2011) การบำบัดความคิดและพฤติกรรมจะมุ่งปรับความคิดและระบบความเชื่อของผู้รับการบำบัด เพื่อนำไปสู่การเปลี่ยนอารมณ์และพฤติกรรม จากการวิจัยพัฒนาโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมและศึกษาผลของโปรแกรมที่

พัฒนาขึ้นจากการสัมภาษณ์ผู้ติดเชื้อเอชไอวีเพศหญิง พบว่า หลังได้รับโปรแกรมบำบัดความคิดและพฤติกรรม ผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีการตีตราภายในตนเอง (internalized stigma) ลดลง นอกจากนี้มีการใช้การกลุ่มบำบัดความคิดและพฤติกรรมเพื่อลดการตีตราในผู้ป่วยด้านจิตเวช พบว่า เมื่อผู้ป่วยจิตเวชได้เข้าร่วมกลุ่มบำบัดความคิดและพฤติกรรมมีการตีตราลดลง (Young, 2016) และ NamSui (2005) ศึกษาผลของโปรแกรมการบำบัดทางปัญญาต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ติดเชื้อเอชไอวี กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวี จำนวน 16 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 8 คน และแบ่งกลุ่ม 32 ทดลองเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มละ 16 คน โดยมีคะแนนภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง โดยใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของ Beck Depression Inventory วัดภาวะซึมเศร้า ในกลุ่มทดลองได้รับการบำบัดทางปัญญาแบบวันเว้นวัน พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนภาวะซึมเศร้าเฉลี่ยระยะทันทีหลังการทดลองสิ้นสุด และระยะ 2 สัปดาห์หลังการทดลองสิ้นสุดต่ำกว่า 2 ก่อนการทดลองและทั้ง 2 ระยะไม่แตกต่างกัน เมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมพบว่า ในกลุ่มทดลองมีคะแนนภาวะซึมเศร้าเฉลี่ย ระยะทันทีหลังการทดลองสิ้นสุด และระยะ 2 สัปดาห์หลังการทดลองสิ้นสุดต่ำกว่ากลุ่มควบคุม นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับงานวิจัยของ Khamsoen (2013) ศึกษาผลของกลุ่มบำบัดความคิดและพฤติกรรม ต่อการเห็นคุณค่าในตนเองในเด็กที่มีปัญหาการเรียนรู้ โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นเด็กที่มีปัญหาการเรียนรู้จำนวน 24 คน แบ่งเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 12 คน วัดการเห็นคุณค่าในตนเองโดย Five-scale test of self-esteem for children ฉบับภาษาไทย จากนั้นเริ่มกลุ่มบำบัดความคิดและพฤติกรรมจำนวน 6 ครั้ง 2 ครั้งต่อสัปดาห์ หลังกลุ่มบำบัดความคิดและพฤติกรรมวัดการเห็นคุณค่าในตนเองและวัดอีกครั้งหลังสิ้นสุดการทดลอง 1 เดือน พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการเห็นคุณค่าในตนเองหลังเข้าร่วมกลุ่มบำบัดความคิดและพฤติกรรมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมกลุ่มบำบัดความคิดและพฤติกรรม และสูงกว่ากลุ่มควบคุม นอกจากนี้คะแนนเฉลี่ยการเห็นคุณค่าในตนเองในกลุ่มทดลองในระยะหลังการทดลองและระยะหลังการทดลอง 1 เดือน ไม่แตกต่างกัน

ข้อเสนอแนะการวิจัย

ข้อเสนอแนะจากการวิจัยพบว่า การใช้โปรแกรมบำบัดความคิดและพฤติกรรมได้ผลดีและประสบความสำเร็จอย่างมาก และควรนำโปรแกรมนี้ไปใช้กับสถานพยาบาลอื่น ๆ เพื่อให้เกิดการเข้าใจและการปฏิบัติที่ดีเพื่อพัฒนาต่อยอดโปรแกรมนี้ต่อไป

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป ควรปรับปรุงและเพิ่มเติมโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมให้มากขึ้นกว่าเดิม และการนำไปทดลองใช้ให้ครอบคลุมมากขึ้น เพื่อประโยชน์ต่อผู้ป่วยเอชไอวีและเอดส์ต่อไปในอนาคต

ประโยชน์ที่ได้จากการวิจัย

โปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมทำให้ผู้ที่ติดเชื้อเอชไอวี และเอดส์ มีความรู้ความเข้าใจในการที่จะประพฤติปฏิบัติตนอย่างไรให้อยู่ได้ในสังคมอย่างมีความสุขกับโรคที่เป็นอยู่

References

- Beck, J. S. (2011). *Cognitive behavior therapy: Basics and beyond*. (2nd ed.). New York: The Guilford Press.
- Bureau of AIDS, Tuberculosis and Sexually Transmitted Diseases. (2017). Guidelines for the treatment and prevention of HIV infection in Thailand 2017. Bangkok: The Agricultural Cooperative Assembly of Thailand.
- Earnshaw, A. V., & Kalichman, C. S. (2013). Stigma experienced by people live with HIV/AIDS. In Liamputtong, P. (Ed.), *Stigma, discrimination and living with HIV/AIDS a cross-cultural perspective* (pp.23–38). Bundoora, VIC: Springer.
- France, F. N., Macdonald, H. S., Conroy, R. R., Byrne, E., Mallouris, C., Hodgson, I., et al. (2015). An unspoken world of unspoken things: a study identifying and exploring core beliefs underlying self-stigma among people living with HIV and AIDS in Ireland. *Swiss Medical Weekly*, 145.
- Hanlakorn, P., Rattanamanee, S., & Khanthong, P. (2013). *The results of the group of cognitive and behavioral Therapy Groups combined with meditation to depression and quality of life in HIV/AIDS patients. Journal of the Nursing Association North East Branch*, 13, 132–141.
- Kansri, J. (2011). *Effectiveness of cognitive and behavioral therapy groups Depression and suicidal thoughts in HIV infected people*. Doctor of Philosophy Dissertation, Ramkhamhaeng University.
- Khamsaen, B. (2013). *Effects of cognitive and behavioral therapy on self-esteem of children with learning problems*. Master of Education Thesis, Ramkhamhaeng University.
- NamSui, K. (2005). *Effects of Cognitive Therapy Program on Depression of Persons with HIV/AIDS*. Master of Nursing Science, Chiang Mai University.
- Safren, S. A. et. al. (2004). Cognitive–Behavioral Therapy for HIV Medication Adherence and Depression. *Cognitive and Behavioral Practice*, 11, 415–424.
- Saki, M., Mohammad Khan Kermanshahi, S., Mohammadi, E., & Mohraz, M. (2015). Perception of patients with HIV/AIDS from stigma and discrimination. *Iranian Red Crescent Medical Journal*, 17(6), e23638.
- Shimotsu et al. (2014). Effectiveness of group cognitive–behavioral therapy in reducing self-stigma in Japanese psychiatric patients. *Asian journal of psychiatry*, 10, 39–44.
- Skinta, D. M., Lezama, M., Wells, G., & Dilley, W. J. (2015). Acceptance and compassion-based group therapy to reduce HIV stigma. *Cognitive and behavioral practice*, 22, 481–490.
- Thapinta, D. et al. (2013). The Effects of Cognitive Behavior Therapy Multi-Chanel Program for Declining Depression. *The Journal of Psychiatric Nursing And mental health*, 27(3), 1–15.
- Tshabalala, J. (2011). Developing a Cognitive Behavioural Therapy Model to Assist Women to Deal with HIV and Stigma. *South African journal of psychology*, 41(1), 17–28.
- Young, D. (2016). Cognitive Behavioral Therapy Group for Reducing Self-Stigma for People with Mental Illness. *Research on social work practice*, 28(7), 827–837.