

# การบำบัดรายบุคคลโดยใช้แนวทางการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมในผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่มีภาวะซึมเศร้า

ศรัณญา หล่มระลึก, พย.ม.\*

## บทคัดย่อ

การวิจัยในครั้งนี้ ใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) วัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการให้การบำบัดรายบุคคลโดยใช้แนวทางการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมในผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่มีภาวะซึมเศร้าที่ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้า ด้วยแบบประเมิน BDI ที่มีภาวะซึมเศร้า ตั้งแต่ระดับมีอาการทางคลินิกถึงระดับปานกลาง (มีค่าคะแนน 17–30 คะแนน) เป็นผู้ป่วยที่มารับบริการแบบผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลโนนสะอาด จังหวัดอุดรธานี ระหว่างเดือนธันวาคม 2565 ถึงเดือนกุมภาพันธ์ 2566 จำนวน 6 คน เป็นการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling) เครื่องมือที่ใช้ในการบำบัดรายบุคคลโดยใช้แนวทางการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน จำนวน 4 ครั้งๆละ 45–60 นาที สัปดาห์ละ 1 ครั้งต่อเนื่องกัน มีผู้ป่วยเข้ารับการบำบัดครบตามโปรแกรมจำนวน 5 คน ยุติการบำบัดก่อนครบตามโปรแกรมจำนวน 1 คน เนื่องจากภาระงานเพิ่มขึ้นช่วงเทศกาลปีใหม่ ประเมินผลจากแบบประเมินภาวะซึมเศร้าแบบ BDI โดยนำคะแนนมาเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนภาวะซึมเศร้า ก่อนการบำบัด หลังการบำบัดและติดตามผล 1 เดือนหลังการบำบัด และแบบประเมินความพึงพอใจในการบำบัด

ผลการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยจำนวน 5 คน ที่ได้รับการบำบัดครบโปรแกรมการบำบัด 4 ครั้ง มีระดับค่าคะแนนภาวะซึมเศร้ามลดลงในระยะหลังการบำบัดทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน และผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความพึงพอใจต่อการบำบัดระดับมากถึงมากที่สุด

การศึกษานี้สามารถนำไปใช้เป็นแนวทางปฏิบัติเพื่อช่วยเหลือดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่มีภาวะซึมเศร้า เพื่อลดภาวะซึมเศร้า แต่ควรมีการวิจัยที่ควบคุมตัวแปรแทรกซ้อน เพื่อศึกษาประสิทธิภาพของการบำบัดรายบุคคลโดยใช้แนวทางการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมต่อไป

**คำสำคัญ :** เอชไอวี/เอดส์, ภาวะซึมเศร้า, การปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม

---

\* โรงพยาบาลโนนสะอาด จังหวัดอุดรธานี

# Individual Psychotherapy Program Based on Cognitive Behavioral Therapy Model for HIV/AIDS Persons with Depression

Saranya Lomraluk M.N.S\*

## ABSTRACT

This research is a qualitative research. purpose of research study was to examine the effects of the individual psychotherapy Program, based on cognitive behavioral therapy for HIV/AIDS persons with depression who had Beck Depression Inventory (BDI) score between 17-30. The subjects included 6 patients with AIDS who attended the outpatient department at Nonsa-ad Hospital in Udonthani province between December 2022 and February 2023. All patients received the individual psychotherapy program based on model consisted of 4 stages, containing 4 session each session took 45-60 minutes. The patient participated in this program once a week. Only 5 patients out of 6 successfully finished the program. 1 dropped out. because increased workload due to new year festival. The study evaluation was conducted using the following checklist: Beck Depression Inventory (BDI) Data was analyzed by comparing between before & after therapy treatment, a follow-up one month after therapy and patient's satisfaction.

The result of this study found the patients that completed 4 sessions of this program had decreased scores of BDI immediately then next month follow-up. Most of the patients were very satisfied with the therapeutic program.

The results of the present study can be used as guidelines in therapeutic nursing care of HIV/AIDS persons with depression to help reduce depression Further research should be conducted with the control of confounding variables to test the effectiveness of individual psychotherapy programs based on cognitive behavioral Therapy model

**Keywords:** HIV/AIDS, Depression, Cognitive behavioral therapy

---

\* Nonsa-ad Hospital in Udonthani province

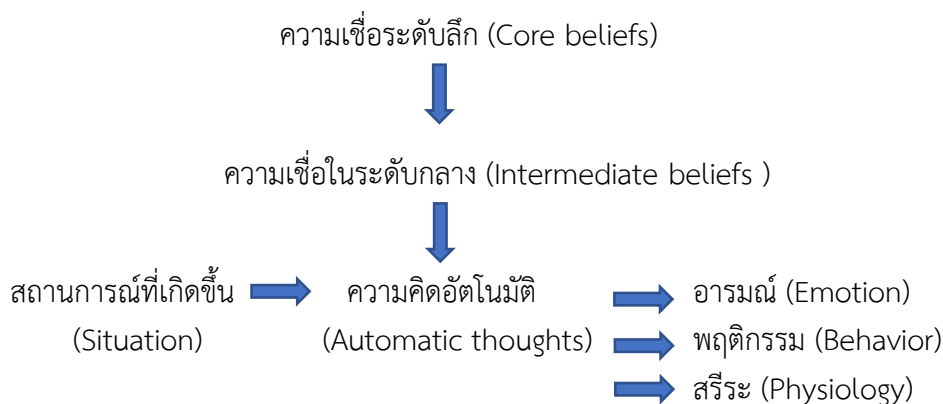
## บทนำ

เป็นระยะเวลาเกือบ 4 ทศวรรษ ที่โรคเอดส์ถูกค้นพบในโลกใบนี้ ตั้งแต่ ปี 2527 จนถึงปัจจุบัน ยังเป็นปัญหาสาธารณสุขของประเทศต่างๆ และจากรายงานสถานการณ์โรคเอดส์ทั่วโลกล่าสุดของสำนักงานโครงการป้องกันปัญหาเอดส์แห่งสหประชาชาติ พบว่า พื้นที่ทั่วโลกโดยในปี พ.ศ. 2564 พบว่ามีผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีชีวิตอยู่ทั่วโลกประมาณ 38.4 ล้านคน และเป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ 1.5 ล้านคน เสียชีวิตจากเอชไอวี ประมาณ 650,000 คน ส่วนประเทศไทย ข้อมูลจากกรมควบคุมโรค คาดการณ์ ผู้ติดเชื้อเอชไอวี ปี 2564 พบว่า จำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีชีวิตอยู่ 493,859 คน เป็นผู้ติดเชื้อรายใหม่ 5,825 คน (เฉลี่ย 16 คน/วัน) เสียชีวิตแล้ว 11,214 คน (เฉลี่ย 31 คน/วัน) สำหรับสถานการณ์เอดส์จังหวัดอุดรธานี พบว่า ตั้งแต่ พ.ศ. 2527 ถึง 2565 มีผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ จำนวน 14,186 คน เสียชีวิตแล้ว 3,842 คน มีชีวิตอยู่ 10,344 คน

โรคเอดส์จัดว่าเป็นโรคติดเชื้อเรื้อรัง ที่มีความรุนแรงและยังไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ และปัจจุบันประเทศไทยมียาที่มีประสิทธิภาพ คือยาต้านไวรัส HAART ซึ่งผลการรักษาสามารถลดและยับยั้งการเจริญเติบโตของเชื้อไวรัสเอชไอวีในกระแสเลือด และยืดอายุของผู้ป่วยให้ยืนยาวขึ้น สามารถมีชีวิตเหมือนคนปกติ แต่ต้องปฏิบัติตามให้ถูกต้อง ความสม่ำเสมอและตรงเวลาในการกินยาที่เกือบสมบูรณ์มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 95 การดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์เป็นการดูแลด้านจิตสังคมไปพร้อมกับการรักษาด้วยยา เพราะผลจากการประชาสัมพันธ์ที่ผ่านมา ภาพลักษณ์ของผู้ป่วยเอดส์ ชูบผอม ความตายและเกิดจากพฤติกรรมที่ไม่ดี เกิดความเจ็บปวดทางจิตใจ เกิดภาวะซึมเศร้าและสิ้นหวังเป็นปัญหาสุขภาพจิตที่สำคัญในผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์สามารถเกิดขึ้นได้ทุกระยะของการดำเนินโรคและพบได้บ่อยโดยไม่ได้สังเกต<sup>(1)</sup> พบภาวะซึมเศร้าร้อยละ 25–40<sup>(2,3)</sup> Depressive disorder ร้อยละ 20–32 และ Major depression ร้อยละ 26–36<sup>(4)</sup> และจะพบได้บ่อยขึ้นในผู้ที่เคยมีปัญหาทางด้านจิตใจมาก่อนผู้ที่มีปัญหาการดำเนินชีวิตในสังคมหรือการขาดแหล่งสนับสนุนทางสังคม<sup>(5)</sup> ภาวะซึมเศร้าที่ไม่ได้รับการรักษา จะเผชิญกับความทุกข์ทรมานทางด้านอารมณ์เศร้า แรงจูงใจและความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง รู้สึกผิด หลีกหนีจากสังคม อ่อนเพลียไม่มีพลังกำลัง เบื่ออาหาร การนอนหลับถูกรบกวน รู้สึกหมดหวัง และมีความเสี่ยงต่อการทำร้ายตนเอง<sup>(6)</sup> การหมดหวังทำให้ ความสม่ำเสมอในการรับประทานยาลดลงการดำเนินของโรครุนแรงรวดเร็วขึ้น การลดลงของระดับภูมิคุ้มกัน(CD4) การเพิ่มขึ้นของปริมาณเชื้อเอชไอวีในเลือด มีผลทำให้อาการทางคลินิกเลวลง อัตราการตายเพิ่มสูงขึ้น<sup>(7)</sup> ภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง อาจทำให้มีความรู้สึกไม่อยากมีชีวิตอยู่และมีความคิดในการทำร้ายตนเอง จะเห็นได้ว่า อันตรายที่ซ่อนอยู่ของภาวะซึมเศร้าในผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ สามารถมีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิต การติดต่อสื่อสาร สัมพันธภาพ หน้าที่การงาน การดูแลเรื่องการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง ความรู้สึกหมดหวัง ความคิดลบที่เพิ่มขึ้นทำให้เกิดพฤติกรรมทำร้ายตนเองได้

โรงพยาบาลโนนสะอาด เปิดบริการปรึกษาผู้ป่วยที่มาใช้บริการทุกวันเวลาราชการ มีการให้บริการตั้งแต่ก่อนตรวจเลือด Anti-HIV จนถึงให้บริการยาต้านไวรัส HAART ปัจจุบัน มีผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์มารับบริการยาต้านไวรัส จำนวน 165 คน (ข้อมูล ณ สิงหาคม 2565) มีการประเมินภาวะซึมเศร้าในกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ที่มารับบริการยาต้านไวรัส โดยใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้าแบบ BDI ของ Beck พบว่ามีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 54.55 มีระดับรุนแรงถึงรุนแรงมาก (คะแนนมากกว่า 30) จำนวน 2 คน ประสานแพทย์รักษาตามอาการและยาต้านเศร้า มีการให้การปรึกษารายบุคคลแบบประคับประคองอย่างต่อเนื่อง ภายใต้สัมพันธภาพอันดีระหว่างผู้ป่วยและผู้ให้บริการปรึกษา เมื่อประเมินซ้ำโดยใช้แบบประเมินเดิม พบว่า มีผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง 6 คน ระดับเล็กน้อย 4 คน ซึ่งผู้ป่วยทั้ง 10 คนนี้ เป็นบุคคลที่ต้องการการดูแลที่แตกต่างไปจากเดิมที่ปฏิบัติอยู่ เพื่อช่วยให้สามารถจัดการกับภาวะซึมเศร้าได้

มีการวิเคราะห์ผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าเป็นรายบุคคลทั้ง 10 คน พบว่า มีรูปแบบความคิดที่บิดเบือนไปในทางลบต่อตนเอง ต่อสถานการณ์แวดล้อมและต่ออนาคต ซึ่งถ้าความคิดด้านลบยิ่งเพิ่มมากขึ้นทั้งความถี่และความรุนแรงยิ่งทำให้ความซึมเศร้าเพิ่มมากขึ้น ดังนั้น ผู้ศึกษาวิจัย ได้เห็นความสำคัญของปัญหาภาวะซึมเศร้าในกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ เพราะถ้าจัดการกับภาวะซึมเศร้าได้ และมีการปรับตัวที่มีประสิทธิภาพหรือเหมาะสม จะส่งเสริมให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ สามารถเอาชนะอุปสรรคต่างๆที่เกิดขึ้นชีวิตได้ จึงได้ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการดูแลภาวะซึมเศร้า พบว่า การบำบัดโดยใช้แนวคิดการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม เป็นการบำบัดระยะสั้นอย่างเป็นระบบที่มีประสิทธิภาพ เป็นความสัมพันธ์ของอารมณ์ ความคิดและพฤติกรรม มุ่งเน้นปัจจุบัน โดยใช้กรอบแนวคิดของ Beck ตามแผนภูมิ



รูปแบบความคิดของผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า จะเป็นในทางอคติด้านลบ ต่อตนเอง คิดโทษตัวเอง คิดถึงความผิดพลาดของตนเองในอดีตที่ผ่านมา ต่อโลก มองโลกรอบตัวในแง่ลบ ไม่มีใครห่วงใย ต่ออนาคต รู้สึกสิ้นหวัง ไม่มีอนาคต การบำบัดโดยใช้แนวคิดการปรับเปลี่ยนแนวคิดและพฤติกรรม ในการศึกษาครั้งนี้ เน้นเรื่องการปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติด้านลบ ช่วยให้คิดแบบมีเหตุผลเพิ่มขึ้น ภาวะซึมเศร้ามลดลง

จากการทบทวนรายงานการวิจัยเกี่ยวกับการบำบัดโดยใช้แนวคิดการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม ได้ผลดีในผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า ทั้งในรูปแบบการบำบัดรายกลุ่มและรายบุคคล ซึ่งการวิจัยครั้งนี้ ผู้ศึกษาเลือกเป็นการให้การบำบัดรายบุคคล เนื่องจาก มีผู้ป่วยจำนวนน้อยและเป็นกลุ่มเปราะบางที่ต้องการการดูแลเฉพาะ

### วัตถุประสงค์งานวิจัย

เพื่อศึกษาผลของการให้การบำบัดรายบุคคลโดยใช้แนวคิดการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมในผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่มีภาวะซึมเศร้า

### กรอบแนวคิดในการวิจัย

รูปแบบความคิดของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่มีภาวะซึมเศร้า จะเป็นในทางอคติด้านลบ ต่อตนเอง คิดโทษตัวเอง คิดถึงความผิดพลาดของตนเองในอดีตที่ผ่านมา ต่อโลก มองโลกรอบตัวในแง่ลบ ไม่มีใครห่วงใย ต่ออนาคต รู้สึกสิ้นหวังไร้อนาคต การบำบัดโดยใช้แนวคิดการปรับเปลี่ยนแนวคิดและพฤติกรรม จะช่วยให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่มีภาวะซึมเศร้า ได้รู้จักความสัมพันธ์ของอารมณ์ ความคิดและพฤติกรรม ตามกรอบแนวคิดของ Beck เรียนรู้ความคิดของตนเองที่มีต่อสถานการณ์ที่เกิดขึ้น ความคิดอัตโนมัติ อารมณ์ พฤติกรรมและสรีระที่เกิดขึ้น ตรวจสอบความคิด การปรับเปลี่ยนความคิดที่เป็นลบ ช่วยให้คิดแบบมีเหตุผลและยืดหยุ่นมากขึ้น คิดมุมมองใหม่ในสถานการณ์เดิม มองอนาคตไปในด้านบวก ช่วยลดภาวะซึมเศร้าได้

## การพิจารณาด้านจริยธรรมงานวิจัย

การวิจัยนี้ได้รับการรับรองโครงการวิจัยตามแนวทางหลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โดยคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี เมื่อวันที่ 16 ธันวาคม 2565 เอกสารรับรองเลขที่ UDREC 1566

## วิธีดำเนินการวิจัย

**รูปแบบการศึกษาวิจัย** ใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research)

**ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง** เป็นการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling) คือ ผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์ที่มีภาวะซึมเศร้า ที่มารับบริการแบบผู้ป่วยนอก ที่คลินิกให้การศึกษา โรงพยาบาลโนนสะอาด จังหวัดอุดรธานี โดยทำการศึกษาระหว่างเดือนธันวาคม 2565 ถึงเดือน กุมภาพันธ์ 2566 ซึ่งมีคุณสมบัติเป็นเกณฑ์คัดเข้า ดังนี้

1. ได้รับทราบการวินิจฉัยว่าติดเชื้อเอชไอวี หรือเป็นผู้ป่วยเอดส์ มีค่าคะแนนจาก การตอบแบบประเมินภาวะซึมเศร้าด้วยตนเองโดยใช้แบบประเมินของเบ็ค (BDI) ฉบับภาษาไทยแปลโดย โสรณี โทราสุทธิ์และคณะ (2540) ที่มีอาการซึมเศร้าในทางคลินิกระดับเล็กน้อย (17-20 คะแนน) ถึงมีอาการซึมเศร้าในระดับปานกลาง (21-30 คะแนน)

2. มีอายุ 18-60 ปี

3. ไม่มีอาการของโรคติดเชื้อฉวยโอกาส

4. ไม่มีโรคแทรกซ้อนหรือรบกวนอื่นๆที่รุนแรง ได้แก่โรคจิต ติดสุราหรือสารเสพติด โดยการวินิจฉัยของแพทย์

5. ไม่มีปัญหาเรื่องการสื่อสาร

6. มีความสมัครใจและยินยอมในการเข้ารับการบำบัดรายบุคคลโดยใช้แนวทางการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม

เกณฑ์การคัดออกจากโครงการศึกษาวิจัย ได้แก่

1. มีอาการของโรคติดเชื้อฉวยโอกาสและโรคแทรกซ้อนหรือรบกวนอื่นๆที่รุนแรง ระหว่างการบำบัด

2. ผู้ที่เข้าร่วมการวิจัยถอนตัวออกจากงานวิจัย หรือไม่สามารถเข้ารับการบำบัดได้ครบตามขั้นตอนกลุ่มเป้าหมายที่ผ่านเกณฑ์ จำนวน 6 คน โดยมีลักษณะรายละเอียด ดังแสดงในตารางที่ 1

**ตารางที่ 1** แสดงลักษณะของกลุ่มเป้าหมายที่ศึกษา

คนที่	อายุ (ปี)	เพศ	สถานภาพ	การศึกษา	อาชีพ	รายได้	ระยะเวลาที่ทราบว่าติดเชื้อ(ปี)	ระยะเวลาในการรับยาARV (ปี)	คะแนนของภาวะซึมเศร้า
1	19	ชาย	โสด	กำลังศึกษา	นักศึกษา	-	2/12	1/12	30
2	41	ชาย	โสด	มัธยม	รับจ้าง	เพียงพอ	17	16	20
3	52	ชาย	หย่าร้าง	มัธยม	เกษตรกร	เพียงพอ	19	18	19
4	56	หญิง	คู่	ประถม	เกษตรกร	เพียงพอ	22	19	27
5	47	หญิง	คู่	มัธยม	รับจ้าง	เพียงพอ	12	11	30
6	50	หญิง	คู่	ประถม	ค้าขาย	เพียงพอ	21	21	28

วิเคราะห์กลุ่มเป้าหมาย ที่เข้ารับการบำบัด จำนวน 6 คน มีประวัติ ดังนี้

ผู้ป่วยคนที่ 1 ชายไทยเป็นกลุ่มชายรักชาย ทราบผลการติดเชื้อและเริ่มยาต้านไวรัส 2 เดือน รู้สึกกลัวตาย กลัวผู้อื่นรังเกียจ ร้องไห้บ่อย นอนไม่หลับ และมีความคิดว่าทำร้ายตนเอง แต่ยังไม่มีการวางแผน ประเมินภาวะซึมเศร้า พบว่าอยู่ในภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง ประสานแพทย์ เพื่อรับยารักษาตามอาการ ให้การปรึกษาแบบประคับประคอง และเฝ้าระวังการทำร้ายตนเอง อีก 1 สัปดาห์ ประเมินซ้ำ พบว่า ภาวะซึมเศร้าลดลง เหลือระดับปานกลาง แต่ยังคงมีความคิดด้านลบ ปกปิดผลเลือดกับครอบครัว

ผู้ป่วยคนที่ 2 ชายไทย เป็นกลุ่มชายรักชาย มีประวัติหยุดยาเอง กลับมารักษาอีกครั้ง เปลี่ยนยาต้านไวรัส เป็นสูตรดื้อยา ติดสารเสพติด มารับการบำบัดยาเสพติด มีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง มีความคิดลบว่า ดูแลตนเองไม่ดี คิดลบต่อตนเอง คิดว่าผู้อื่นรังเกียจตนเอง บางครั้งร้องไห้ แยกตัวเองไม่คบเพื่อน

ผู้ป่วยคนที่ 3 ชายไทย กินยาต้านไวรัส 18 ปี เป็นโรคเบาหวานรักษา 2 ปี และ 1 เดือนที่ผ่านมา ตรวจพบค่าของไตผิดปกติ จึงรู้สึกกังวล กลัวว่าถ้าตนเองเป็นอะไรไปจะไม่มีใครดูแลมารดาที่อายุมาก ผู้ป่วยมีความคิดด้านลบต่ออนาคต ทำให้บางครั้งรู้สึกหมดแรง ไม่อยากทำอะไร นอนไม่หลับ ประเมินภาวะซึมเศร้า มีภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อย

ผู้ป่วยคนที่ 4 หญิงไทย กินยาต้านไวรัส 19 ปี มีโรคเบาหวานร่วมด้วย มีน้ำหนักลดลง ทั้งที่รับประทานอาหารได้ปกติ กลัวตาย ร้องไห้ แยกตัวเอง ไม่ออกจากบ้าน กังวลเรื่องการดูแลลูกวัยรุ่น คิดลบต่อชีวิตตนเอง ต่ออนาคต ประเมินพบว่ามีภาวะซึมเศร้า ระดับปานกลาง

ผู้ป่วยคนที่ 5 หญิงไทย กินยาต้านไวรัส 11 ปี 1 เดือนที่ผ่านมา น้ำหนักลดลงมาก ไม่มีแรง เหนื่อยง่าย แยกตัวเอง รู้สึกว่าตัวเองเป็นภาระของสามี ชีวิตตัวเองไม่มีคุณค่า รับประทานอาหารได้น้อยลง นอนไม่หลับ และมีความคิดทำร้ายตนเอง ประเมินภาวะซึมเศร้า พบว่าอยู่ในระดับที่รุนแรงมากจึงส่งปรึกษาแพทย์ ตรวจวินิจฉัยไม่พบโรคติดเชื้อฉวยโอกาสและได้รับยาต้านเศร้า เฝ้าระวังการทำร้ายตนเอง 10 วันต่อมา หลังรักษาด้วยยาต้านเศร้า ไม่มีความคิดทำร้ายตนเอง ร้องไห้น้อยลง ประเมินพบว่า มีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง ยังมีความคิดด้านลบต่อตนเองและคนรอบข้าง

ผู้ป่วยคนที่ 6 หญิงไทย กินยาต้านไวรัสต่อเนื่อง 21 ปี สามีคนแรกเสียชีวิตด้วยโรคเอดส์ มีสามีใหม่ที่ติดสุรา ประเมินพบว่ามีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง ยังมีความทุกข์ใจ บางครั้งร้องไห้บางครั้งนอนไม่หลับ กังวลกลัวผู้อื่นรังเกียจ เมื่อตายไปจะไม่มีใครมางานศพ ยังโกรธและกล่าวโทษสามีที่นำเชื้อเอชไอวีมาให้ตนเอง ที่ได้สามีไม่ดีปัจจุบันก็โทษตัวเอง มีความคิดด้านลบต่อตนเอง ต่อโลกสิ่งรอบๆตัว และต่ออนาคต

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

#### 1. เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

1.1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป บันทึกภาวะสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับอาการและระยะเวลาการเจ็บป่วย

1.2 แบบประเมินความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า BDI ของ Beck แปลโดย โสรณี โหราสุทธิ์และคณะ ผู้รับการบำบัดตอบแบบสอบถามนี้ 3 ครั้ง คือ ก่อนเข้ารับการบำบัด หลังจบการบำบัดครั้งที่ 4 และติดตามผลหลังจากบำบัดอีก 1 เดือน โดยให้ผู้ป่วยเป็นคนตอบเอง

ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วน (Likert Scale) แบ่งเป็น 4 ระดับ คือ สำหรับการให้คะแนนในแต่ละข้อนั้นถ้าตอบว่าไม่เคยให้ 0 คะแนน ตอบว่าบางครั้งให้ 1 คะแนน ตอบว่า บ่อยครั้ง ให้ 2 คะแนน และถ้าตอบว่า เป็นประจำให้ 3 คะแนน จากคะแนนรวมทั้งหมดซึ่ง Beck จะแบ่งระดับความรุนแรงของอาการซึมเศร้าออกเป็น 6 ระดับ ดังนี้

คะแนนรวม	ระดับอาการซึมเศร้า
0 – 10	อยู่ในเกณฑ์ปกติ (Normal)
11 – 16	อารมณ์แปรปรวนไปเล็กน้อย (Mild Mood Disturbance)
17 – 20	เข้าข่ายมีอาการซึมเศร้าในทางคลินิก/ซึมเศร้าเล็กน้อย (Borderline Clinical Depression)
21 – 30	มีอาการซึมเศร้าในระดับปานกลาง (Moderate Depression)
31 – 40	มีอาการซึมเศร้าในระดับรุนแรง (Severe Depression)
41 – 63	มีอาการซึมเศร้าอย่างรุนแรงมาก (Extreme Depression)

1.3 แบบสำรวจความพึงพอใจต่อการบำบัด โดยใช้แบบประเมินของสุภานี กิตติสารพงษ์ (2550) จำนวน 12 ข้อ ดังนี้ 12 ข้อแรกเป็นคำตอบแบบเลือกตอบ กำหนดมาตรวัดประมาณค่าให้ผู้ป่วยที่รับการบำบัดประเมินตนเอง ตั้งแต่ 1-5 คะแนน โดย 1 คะแนน หมายถึงไม่พอใจอย่างมาก และ 5 คะแนน หมายถึง พอใจมากที่สุด เกี่ยวกับความรู้สึกต่อรูปแบบการให้บริการบำบัด ระยะเวลาและบริการที่ได้รับ และอีก 2 ข้อ เป็นคำถามปลายเปิด ให้ตอบได้อย่างอิสระเกี่ยวกับประโยชน์ที่ได้รับ การนำไปใช้ และข้อคิดเห็นข้อเสนอแนะอื่นๆ

2. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการบำบัด ประกอบด้วยโปรแกรมการบำบัดแบบรายบุคคลโดยใช้แนวคิดการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม ในผู้ติดเชื่อเฮอไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่มีภาวะซึมเศร้า ซึ่งผู้ศึกษาได้จากการทบทวนวรรณกรรมจากเอกสารและงานวิจัยต่างๆ ในการบำบัดแต่ละครั้งประกอบด้วย 4 ขั้นตอน จำนวน 4 ครั้งๆ ละ 45-60 นาทีสัปดาห์ละ 1 ครั้งต่อเนื่องกัน

3. เครื่องมือที่ใช้ สมุดจดบันทึกขณะให้การบำบัด และก่อนบันทึกขออนุญาต ผู้รับการบำบัดก่อนทุกครั้ง

## กระบวนการในการดำเนินการวิจัย

### ขั้นเตรียมการ

ปรึกษาแพทย์ประจำคลินิกยาด้านไวรัส และผู้อำนวยการโรงพยาบาล พยาบาลและผู้เกี่ยวข้องทุกท่าน และคัดกรองผู้ป่วย ตามกลุ่มเป้าหมายที่มีคุณสมบัติที่ได้กำหนดไว้ ด้วยตนเอง พบผู้ป่วยเพื่อสร้างสัมพันธ์กับผู้ป่วย และศึกษาข้อมูลประวัติการเจ็บป่วยโดยใช้แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ประเมินภาวะซึมเศร้า เมื่อพบผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนด จะแนะนำให้เข้าร่วมการบำบัดโดยใช้แนวคิดการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม โดยดำเนินกิจกรรมการบำบัดเป็นรายบุคคลด้วยตนเอง

### ขั้นดำเนินการ

ดำเนินการบำบัดรายบุคคลตามโปรแกรมการบำบัดที่กำหนดไว้ จำนวนทั้งสิ้น 4 ครั้งๆ ละ 45-60 นาที สัปดาห์ละ 1 ครั้งต่อเนื่องกัน ซึ่งในแต่ละครั้งมีการมอบหมายการบ้านให้ผู้ผู้ป่วยไปฝึกปฏิบัติตลอดระยะเวลาระหว่างการบำบัดรักษา โดยการบ้านที่ต้องปฏิบัติอย่างต่อเนื่องเมื่อผู้ป่วยผ่านการบำบัดในครั้งนั้นๆ ตามวิธีและขั้นตอนในการบำบัดด้วยการปรับเปลี่ยนความคิด (Cognitive therapy) ซึ่งจะมีผลต่อพฤติกรรมมีรายละเอียดดังนี้

การบำบัดครั้งที่ 1) การสร้างสัมพันธ์ภาพ เริ่มต้นที่การสร้างสัมพันธ์ภาพเพื่อการบำบัดกับผู้ป่วย มีการพูดคุยถึงความคิด ความรู้สึกทุกข์ ความเจ็บปวด ต่อการเจ็บป่วยปัจจุบัน ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าผู้บำบัดเข้าใจ เกิดความไว้วางใจ มีการวางเป้าหมาย การทำงานร่วมกัน เกิดสัมพันธ์ภาพที่ไว้วางใจระหว่างผู้ป่วยและพยาบาลซึ่งเป็นพื้นฐานก่อให้เกิดร่วมมือในการรักษา จากการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยทั้งหมด 6 ราย มีสัมพันธ์ภาพที่ดี ผู้ป่วยกล้าแสดงออกถึงความรู้สึกของตนบอกเล่าปัญหาและระบายความรู้สึกที่เกิดของตนเองที่นำไปสู่ภาวะซึมเศร้า

การบำบัดครั้งที่ 2) ค้นหาและเข้าใจถึงความคิดอัตโนมัติด้านลบและแบบแผนความคิดของตนเองที่ไม่เหมาะสมที่ส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้า สามารถวิเคราะห์ความคิดที่บิดเบือน และเข้าใจความสัมพันธ์ของเหตุการณ์ ความคิด อารมณ์และพฤติกรรม และสามารถหาหลักฐานสนับสนุนหรือคัดค้านความคิดอัตโนมัติ จากการศึกษาผู้ป่วยทั้ง 6 คน เข้าใจหลักการของ A-B-C technique สนใจในการทำการบ้าน ยกเว้น ผู้ป่วยคนที่ 4 มีปัญหาไม่ทำการบ้านในครั้งแรกคิดว่าทำการบ้านเป็นภาระของตน ผู้บำบัด จึงชี้ให้เห็นความสำคัญของการทำการบ้าน จะได้เป็นการฝึกฝนการค้นหาความคิดลบ การเชื่อมโยงเหตุการณ์กับความคิดพฤติกรรมและอารมณ์ การแก้ไขปัญหา การปรับเปลี่ยนความคิดของตนเอง แต่ละกิจกรรมก็จะมีเชื่อมโยงกัน และมีผู้ป่วยคนที่ 1 ขอยุติการเข้าร่วมโครงการ เนื่องจาก ภาระงานมากขึ้น

การบำบัดครั้งที่ 3) การค้นหาแนวทางแก้ไขปัญหา และการปรับเปลี่ยนความคิด จากสถานการณ์ที่ผู้ป่วยเผชิญอยู่ ส่งเสริมให้ผู้ผู้ป่วยปรับความคิดของตนเอง โดยการคิดในแบบอื่นๆ ในเหตุการณ์เดียวกัน ให้ผู้ป่วยวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของ ความคิด อารมณ์ พฤติกรรมว่าเกิดการเปลี่ยนแปลงไปในแนวทางที่ดีขึ้นหรือไม่ เมื่อเปลี่ยนความคิดหรือมุมมองปัญหาเดิมเสียใหม่

การบำบัดครั้งที่ 4) ทบทวนทักษะในการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม และการประเมินผล ส่งเสริมให้ผู้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนความคิดความเชื่อใหม่ เพื่อการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของภาวะซึมเศร้า ผลการศึกษาพบว่า เมื่อสิ้นสุดการบำบัดในแต่ละครั้ง ผู้ศึกษาทำการประเมินผลการบำบัด โดยประเมินจากวัตถุประสงค์ของการบำบัดแต่ละกิจกรรม การมอบหมายการบ้าน สังเกตสีหน้าและพฤติกรรมการแสดงออก และซักถามความรู้ ความเข้าใจ เพื่อประเมินความรู้ ความเข้าใจในการเรียนรู้ ความสามารถในการนำไปใช้ และเป็นข้อมูลประกอบการพิจารณาผ่านการบำบัดในแต่ละครั้ง หลังให้การบำบัดครบ 4 ครั้ง ผู้ป่วยจะได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้า ในแบบประเมินชุดเดิมกับครั้งแรก เพื่อประเมินผลการให้การบำบัดรักษา ก่อนยุติบริการ และการมาติดตามผล หลังการบำบัดอีก 1 เดือน

## ผลการวิจัย

### 1. ความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าก่อนการบำบัด หลังการบำบัดและระยะติดตามผล

จากการประเมินตามระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่เป็นกลุ่มเป้าหมาย พบว่าก่อนการบำบัดกลุ่มเป้าหมายมีระดับค่าคะแนนภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับเล็กน้อยถึงปานกลางคะแนนซึมเศร้าส่วนใหญ่อยู่ระดับปานกลาง 4 คน โดยมีคะแนนระหว่าง 21-30 คะแนน และระดับเล็กน้อย 2 คนคะแนนอยู่ระหว่าง 19-20 คะแนน และเมื่อประเมินผลภายหลังการบำบัดทันที เมื่อครบการบำบัดตามโปรแกรมการบำบัด 4 ครั้ง จำนวน 5 คน ที่เหลือ 1 คน ขอยกออกจากโครงการก่อนครบโปรแกรมการบำบัด พบว่า กลุ่มเป้าหมายที่ได้รับการบำบัดครบตามโปรแกรม 4 ครั้ง จำนวน 5 คน มีระดับคะแนนภาวะซึมเศร้ามลดลงอยู่ในเกณฑ์ปกติและเมื่อติดตามผลในอีก 1 เดือนต่อมา พบว่า ระดับค่าคะแนนภาวะซึมเศร้า 4 คนลดลง และ 1 คนไม่มีการเปลี่ยนแปลง แต่ทุกคนมีระดับคะแนนภาวะซึมเศร้า อยู่ในเกณฑ์ปกติ ดังแสดงในตารางที่ 2



ตารางที่ 2 คะแนนความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า ก่อน-หลังการบำบัดและระยะติดตามผล

คนที่	คะแนนความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า					
	ก่อนการบำบัด		หลังการบำบัด		ระยะติดตามผล 1 เดือน	
	คะแนน	แปลผล	คะแนน	แปลผล	คะแนน	แปลผล
1	30	ปานกลาง	ได้รับการบำบัด 2 ครั้ง ออกจากโครงการก่อนครบโปรแกรม			
2	20	เล็กน้อย	9	เกณฑ์ปกติ	8	เกณฑ์ปกติ
3	19	ปานกลาง	6	เกณฑ์ปกติ	6	เกณฑ์ปกติ
4	27	ปานกลาง	7	เกณฑ์ปกติ	6	เกณฑ์ปกติ
5	30	ปานกลาง	7	เกณฑ์ปกติ	4	เกณฑ์ปกติ
6	28	ปานกลาง	8	เกณฑ์ปกติ	7	เกณฑ์ปกติ

## 2. ผลการเปลี่ยนแปลงความคิดและพฤติกรรมของผู้ป่วยก่อนและหลังการบำบัด

ข้อมูลการเปลี่ยนแปลงความคิดและพฤติกรรม ของผู้ป่วยก่อนและเมื่อได้รับการบำบัดครบ 4 ครั้ง จำนวน 5 คน (ผู้ป่วยคนที่ 1 ออกจากโครงการหลังบำบัด 2 ครั้ง) พบว่า ผู้เข้าร่วมการบำบัดทุกคนมีการเปลี่ยนแปลงความคิดจากความคิดด้านลบ เป็นความคิดที่เหมาะสม ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ผลการเปลี่ยนแปลงความคิดและพฤติกรรมของผู้ป่วยก่อนและหลังการบำบัด

ผู้ป่วยคนที่	ก่อนการบำบัด	หลังการบำบัด	เทคนิคที่ใช้ในการบำบัด
1	บำบัดไม่ครบ 4 ครั้ง		
2	โทษตัวเองที่ติดเชื่อ ที่ดูแลตนเองไม่ดีจนติดเชื่อโรคฉวยโอกาส ไม่มีเพื่อนคบ คิดว่าผู้อื่นรังเกียจ คิดลบต่อตนเอง ต่อโลกรอบตัว รู้สึกไม่ได้รับการยอมรับ รู้สึกตัวเองไม่มีค่า ร้องไห้บ่อย แยกตนเอง ต้องการมีความสุขมากขึ้น อยากให้เพื่อนมาหาและสนุกสนานเหมือนเดิม	หน้าตาแจ่มใส เข้าใจชีวิต เข้าใจโลก คิดบวกและคิดหลากหลายมากขึ้น สามารถมองมุมบวกของสถานการณ์ได้ เริ่มกินยาต้านไวรัสสูตรใหม่ ไม่พบอาการข้างเคียงของยา ยอมรับ การรับประทานยาต้านไวรัสที่จำนวนเม็ดมากขึ้น การให้อภัยตัวเอง เปลี่ยนแปลงความคิดด้านบวกที่เกิดขึ้น สามารถเผชิญปัญหาได้อย่างเหมาะสม	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Active listening ฟังอย่างตั้งใจเพื่อเก็บข้อมูล วิเคราะห์ความคิดความรู้สึกและให้ผู้ป่วยรู้สึกถึงความใส่ใจ</li> <li>- Reflection สะท้อนความเพื่อให้ผู้ป่วยได้ทบทวนความคิด ความรู้สึกของตนเองต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น</li> <li>- Normalization เพื่อให้ผู้ป่วยทราบว่า การเจ็บป่วยเป็นเรื่องปกติ</li> <li>- สอนเทคนิค A-B-C Technique คิดวิเคราะห์ทบทวนเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นมีความสัมพันธ์กับอารมณ์ความคิด ทราบสาเหตุของความคิดอัตโนมัติ</li> <li>- Evidence-counter evidence technique พบว่า ความจริงชาวบ้านและเพื่อนไม่ได้รังเกียจตนเอง มาชวนไปทำงาน</li> <li>- Reframing การมองมุมบวกในสถานการณ์เดิม</li> </ul>

ตารางที่ 3 ผลการเปลี่ยนแปลงความคิดและพฤติกรรมของผู้ป่วยก่อนและหลังการบำบัด (ต่อ)

ผู้ป่วย คนที่	ก่อนการบำบัด	หลังการบำบัด	เทคนิคที่ใช้ในการบำบัด
2 (ต่อ)			<ul style="list-style-type: none"> <li>- Empowerment เสริมความมีคุณค่าและให้กำลังใจ</li> <li>- Summarizing เพื่อทบทวนเรื่องราวที่เกิดขึ้นในช่วงการบำบัด</li> <li>- การให้การบ้าน เพื่อให้ผู้ป่วยกลับทบทวนสิ่งที่ได้เรียนรู้ในช่วงบำบัดและการนำไปใช้นอกช่วงบำบัด</li> </ul>
3	มีความกังวล กลัวว่า ถ้าตนเองเจ็บป่วยร้ายแรงหรือเสียชีวิต จะไม่มีใครดูแลมารดาที่อายุมากที่มีโรคประจำตัวช่วยเหลือตัวเองได้น้อย ผู้ป่วยมีความคิดด้านลบต่อตนเอง ต่ออนาคต ทำให้รู้สึกหมดแรง ไม่อยากทำอะไร นอนไม่หลับ	หน้าตาแจ่มใสขึ้น การปรับเปลี่ยนความคิด มีการวางแผน เพื่อลดผลร้ายที่จะเกิดขึ้นเมื่อเจอสถานการณ์ที่เลวร้ายที่สุดจากการจินตนาการ และเกิดความ รู้สึกภูมิใจที่ได้ทำงานช่วยผู้อื่น รับฟังเรื่องราวความภาคภูมิใจของผู้ป่วยที่ได้รับการยอมรับ รู้สึกตนเองมีคุณค่ากับผู้อื่นการมองมุมบวกในชีวิตทำให้รู้สึกมีความสุขมากขึ้น นอนหลับดี	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Active listening ฟังอย่างใส่ใจ</li> <li>- สอนเทคนิคA-B-C Technique</li> <li>- Evidence-counter evidence technique คิดประเมินความคิดที่เกิดขึ้นโดยอาศัยหลักฐานต่างๆ ที่มาสนับสนุนและคัดค้านความคิดนั้นๆ พบว่า ตนเองไม่ได้เจ็บป่วยร้ายแรงและผ่านจุดวิกฤตการเจ็บป่วยร้ายแรงมา หลายครั้ง ยังผ่านมาได้จนถึงปัจจุบัน</li> <li>- การจินตนาการถึงผลเลวร้ายที่สุดที่จะเกิดขึ้นได้ พบว่าความจริงมันไม่เลวร้ายเกินไป ไม่มีตัวเองยังมีน้องที่ดูแลมารดาได้</li> <li>- Reframing การมองมุมบวกในสถานการณ์เดิม</li> <li>- หาจุดแข็งและศักยภาพผู้ป่วย ทั้งปัจจุบันและอดีตที่ผ่านมา ให้เห็นคุณค่าในตนเองเสริมแรงใจให้กำลังใจ ในการนำสิ่งที่เรียนรู้ไปใช้ในชีวิตประจำวัน</li> <li>-Summarizing เพื่อทบทวนเรื่องราวที่เกิดขึ้นในช่วงการบำบัด</li> <li>-การให้การบ้าน</li> </ul>
4	กลัวตาย ไม่อยากทำอะไร นอนไม่หลับ ขาดพลังที่จะมีชีวิต คิดด้านลบ คิดล่วงหน้าว่าตนเองกำลังจะตาย กังวลเรื่องห่วงลูกวัยรุ่น คิดลบต่อตนเอง ต่ออนาคต เป้าหมายการบำบัด ผู้ป่วยต้องการมีชีวิตที่มีความสุขอยู่กับลูกให้นานๆ	-หน้าตาแจ่มใสขึ้น ออกจากบ้านสามารถมีชีวิตได้ตามปกติ ไม่ร้องไห้ - คิดบวก คิดหลากหลาย มีการตรวจสอบความคิด และรับรู้ทุกอย่างไม่ได้เลวร้ายเหมือนที่คิด รู้สึกถึงคุณค่าในตนเองมากขึ้น นำเทคนิคการปรับเปลี่ยนความคิดไปใช้ในเหตุการณ์ที่ไม่พอใจ/ไม่สบายใจในชีวิต ประจำวันได้	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Active listening</li> <li>-สอนเทคนิคA-B-C technique และสะท้อนการคิดReflection สิ่งที่ทำให้ผู้ป่วยกลัวหรือกังวลนั้นเกิดขึ้นหรือยัง ถ้าสถานการณ์นั้นเลวร้ายที่สุดเป็นอย่างไรผู้ป่วยจะอย่างไรได้บ้าง เน้นให้ผู้ผู้ป่วยวางแผนในการเผชิญปัญหา มากกว่าการคิดคาดการณ์ในผลของปัญหา ผู้ป่วยมีทางเลือกหลายทางมากขึ้น และเลือกที่จะคิด“ไม่ว่าจะอยู่นานแค่ไหนก็จะอยู่แบบมีความสุข”</li> </ul>

ตารางที่ 3 ผลการเปลี่ยนแปลงความคิดและพฤติกรรมของผู้ป่วยก่อนและหลังการบำบัด (ต่อ)

ผู้ป่วย คนที่	ก่อนการบำบัด	หลังการบำบัด	เทคนิคที่ใช้ในการบำบัด
4 (ต่อ)			<ul style="list-style-type: none"> <li>- ใช้เทคนิค Reframing การมองมุมบวกในสถานการณ์เดิม ถึงน้ำหนักร่างกายไม่เพิ่มขึ้นแต่ตรวจไม่พบโรคภัยร้ายแรง</li> <li>- มีแรงจูงใจในการมีชีวิต บอกว่าลูกสาวเป็นเด็กดี</li> <li>- Evidence-counter evidence technique คิดประเมินความคิดที่เกิดขึ้นโดยอาศัยหลักฐานต่างๆ ที่มาสนับสนุนและคัดค้านความคิดนั้นๆ ที่ทำให้ตนเองไม่สบายใจ</li> <li>- การให้การบ้าน ให้การฝึกคิดบวก และชื่นชมให้กำลังใจตนเองในชีวิตประจำวัน</li> </ul>
5	รู้สึกผิด โทษตัวเอง รู้สึกท้อแท้สิ้นหวัง ไม่มีแรง เหนื่อยง่าย แยกตัวเองอยู่แต่ในบ้าน รู้สึกว่าตัวเองไม่มีคุณค่า ช่วยทำงานอะไรไม่ได้ อยู่เป็นภาระของสามี รับประทานอาหารได้น้อยลง นอนไม่หลับ ความคิดด้านลบต่อตนเอง เป้าหมายต้องการมีความสุข ทำงานได้ไม่เป็นภาระของสามี	-หน้าตาแจ่มใสขึ้น ไม่ร้องไห้สามารถเล่าความภาคภูมิใจทุกครั้งที่มารับการบำบัดทำการบ้านสม่ำเสมอรู้สึกสบายใจ ทำกิจวัตรประจำวันได้มากขึ้น เปิดร้านขายของชำเล็กๆที่บ้าน ชื่นชมตัวเองได้ สามารถจัดการอารมณ์โกรธได้อย่างเหมาะสม รู้สึกว่าตนเองมีประโยชน์ไม่เป็นภาระช่วย เหลือสามีเรื่องภายในบ้านได้ และเมื่อพบสถานการณ์ที่ไม่พึงพอใจผู้ป่วยสามารถรู้ทันความคิดอัตโนมัติด้านลบตนเองได้ และปรับเปลี่ยนความคิดให้สมเหตุสมผล ทำให้อารมณ์ไม่พึงพอใจลดลงทำให้พฤติกรรมที่แสดงออกเหมาะสม	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Active listening สร้างสัมพันธภาพ โดยการรับฟังอย่างใส่ใจ มีการสรุปความและสะท้อนความรู้สึกเป็นระยะ ๆ</li> <li>- สอนเทคนิค A-B-C technique และตรวจหาหลักฐานความจริง Evidence-counter evidence technique ว่าตนเองเป็นภาระของสามีจริงหรือไม่ พิจารณาว่าความคิดที่นั้นสามารถคิดเป็นแบบอื่นได้หรือไม่ Alternative technique</li> <li>- Normalization เพื่อให้ผู้ป่วยทราบว่าอาการเจ็บป่วยเป็นเรื่องปกติ</li> <li>- สอนทักษะการจัดการความโกรธ</li> <li>- Reframing การมองมุมบวกในสถานการณ์เดิม</li> <li>- การจินตนาการเหตุการณ์ที่ร้ายแรงที่สุดที่จะเกิดขึ้นคืออะไร พบว่าความจริงมันไม่เลวร้ายเกินไป ช่วงเวลานี้มีใครอยู่เคียงข้างให้เห็นคุณค่าในตนเอง เสริมแรงจูงใจ</li> <li>- Summarizing เพื่อทบทวนเรื่องราวที่เกิดขึ้นในช่วงของการบำบัด</li> <li>- การให้การบ้าน</li> </ul>

ตารางที่ 3 ผลการเปลี่ยนแปลงความคิดและพฤติกรรมของผู้ป่วยก่อนและหลังการบำบัด (ต่อ)

ผู้ป่วย คนที่	ก่อนการบำบัด	หลังการบำบัด	เทคนิคที่ใช้ในการบำบัด
6	โทษคนอื่น รู้สึกโกรธสามีที่นำโรคภัยมาให้ กังวล กลัวและรู้สึกผิด กลัวว่าจะเจ็บป่วยและเสียชีวิต กลัวคนรู้ การถูกรังเกียจ เดี๋ยวนี้เมื่อมีการพูดเรื่องโรคเอดส์ กลัวว่าเมื่อตนเองเสียชีวิตจะไม่มีใครมาร่วมงานศพ บางครั้งร้องไห้และนอนไม่ค่อยหลับ มีความคิดด้านลบต่อตนเอง โลกและอนาคตด้านลบ ผู้ป่วยต้องการมีความสุขสงบมากขึ้น	ให้อภัยสามีที่เสียชีวิตไปแล้ว และเปิดโอกาสให้ตนเองมีความสุข ให้อภัยตนเองที่พลาดพลั้งและยอมรับในสิ่งที่สามีคนปัจจุบันเป็น การมองมุมบวก ทำให้ผู้ป่วยทุกข์น้อยลง รู้สึกสบายใจขึ้น	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Active listening สร้างสัมพันธภาพ โดยการรับฟังอย่างใส่ใจ มีการสรุปความและสะท้อนความรู้สึกเป็นระยะๆ</li> <li>- Challenge automatic thought การท้าทาย ผู้ป่วยไม่เปิดโอกาสให้ตนเองมีความสุข ยึดติดกับเรื่องในอดีตที่ผ่านมา เป็นสิบปี ให้อภัยสามีและให้อภัยตัวเองได้ใหม่</li> <li>- สอนเทคนิค A-B-C technique และตรวจหาหลักฐานความจริง Evidence-counter evidence technique ว่าสามีคนปัจจุบันเป็นแบบนี้ทุกวันหรือไม่ พิจารณาว่า ความคิดนั้นสามารถคิดเป็นแบบอื่นได้หรือไม่ Alternative technique</li> <li>- Reframing การมองมุมบวกในสถานการณ์เดิม</li> <li>- หาจุดแข็งและศักยภาพผู้ป่วย ทั้งปัจจุบันและอดีตที่ผ่านมา ให้เห็นคุณค่าในตนเอง เสริมสร้างแรงจูงใจ</li> <li>- Summarizing เพื่อทบทวนเรื่องราวที่เกิดขึ้นในช่วงการบำบัด</li> <li>- การให้การบ้าน เพื่อให้ผู้ป่วยกลับไปทบทวนสิ่งที่ได้เรียนรู้ในช่วงบำบัดและการนำไปใช้นอกชั่วโมงบำบัด</li> </ul>

### 3. ประเมินความพึงพอใจต่อการบำบัด

ครั้งสุดท้ายก่อนยุติการบำบัดรายบุคคลโดยใช้แนวคิดการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมในผู้ติดเชื้อ เอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่มีภาวะซึมเศร้า ผู้ศึกษาได้ประเมินความพึงพอใจและประเมินความคิดเห็นต่อการบำบัดจำนวน 5 คน พบว่า ความรู้สึกพึงพอใจมากที่สุด 5 คน คือ ผู้ให้บริการให้การต้อนรับด้วยสีหน้ายิ้มแย้มแจ่มใสและเป็นมิตร ได้แนะนำตนเองและชี้แจงถึงบทบาทของผู้บริการ ชี้แจงลักษณะเฉพาะของการให้บริการในรูปแบบที่ผู้รับบำบัดได้รับ ผู้บำบัดมีความตั้งใจหรือสนใจรับฟังปัญหา เข้าใจในความรู้สึก ยอมรับให้เกียรติ เปิดโอกาสให้ได้มีส่วนร่วมในการคิดตัดสินใจ การรักษาความลับการรับบริการครั้งนี้ ช่วยให้ผู้รับการบำบัดรู้สึกสบายใจขึ้นคิดว่าได้รับความรู้สึกพึงพอใจมากที่สุด จำนวน 4 คน คือ สถานที่ให้บริการเหมาะสม มีความเป็นส่วนตัวและ เวลาที่ใช้ในการให้บริการครั้งนี้มีความเหมาะสม ดังแสดงในตารางที่ 4

ผู้รับการบำบัดได้นำข้อคิด หรือประโยชน์ที่ได้รับจากการบำบัดไปปรับใช้ในชีวิตประจำวัน ดังคำพูดของผู้ป่วยดังนี้ คือ “คิดในแง่บวกมากขึ้น” “ทุกอย่างไม่ได้เลวร้ายเหมือนที่เราคิดเสมอไป” “มีความมั่นใจมากขึ้น

ทำวันนี้ให้ดีที่สุด” “ไม่เคยมองส่วนดีของตนเอง ดีใจที่มีวันนี้ จะนำไปใช้ในชีวิตประจำวัน” “ถ้าเจอเหตุการณ์แบบนี้ ถ้าเป็นก่อนถอดใจเลิกทำไปแล้ว แต่เมื่อมองมุมบวก คิดบวกเหมือนที่ฝึกกับพี่ ทำให้สู้ต่อไปได้” “การคิดลบกังวล ล่วงหน้าทำให้เกิดความทุกข์ ความจริงผมผ่านจุดวิกฤตที่จะเสียชีวิตมาหลายครั้งแล้วถ้าผมเป็นอะไรไปก็ยังมีน้องสาวที่ช่วยดูแลแม่อยู่ ถ้าถึงเวลานั้น คิดว่าน้องคงดูแลแม่ได้” “ตอนนั้นความคิดด้านลบที่เกิดขึ้นทันที เขาคงจะว่าเราเป็นเอดส์ โกรธ อยากเดินหนีกลับบ้านแต่เมื่อคิดถึงเรื่องที่เคยฝึกต้องมีหลักฐาน มีเหตุผล การคิดที่หลากหลาย ยืดหยุ่นปรับเปลี่ยนความคิดว่าเราอาจจะเป็นห่วงเรา หรือแค่ทักทายตามปกติ เมื่อคิดแบบนี้ทำให้ความโกรธลดลง และตอบกลับไปได้ว่า ช่วงนี้โรคเบาหวานกำเริบ” “เขาก็เป็นคนแบบนี้มาตั้งแต่แต่ไรแล้ว เขาต้องการทราบเรื่องความเจ็บป่วยเราด้วยความห่วงใยแต่ก็สื่อสารไม่เป็น” “มีบางครั้งที่เขาก็ดี เราอาจจะมองเขาในแง่ร้ายมากจนเกินไป”

ส่วนความคิดเห็นและข้อเสนอแนะเพิ่มเติม “ต้องการให้ช่วยผู้ป่วยได้จำนวนมากกว่านี้” “รู้สึกภูมิใจที่ใครมาคอยดูแลเอาใจใส่ มีกำลังใจมากขึ้น”

#### ตารางที่ 4 คะแนนความพึงพอใจของผู้รับการบำบัดหลังยุติการบำบัด

ข้อความ/สถานการณ์ที่เกิดขึ้น	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
1. ท่านรู้สึกว่าคุณสมบัติที่ให้บริการเหมาะสมมีความเป็นส่วนตัว	4	1	-	-	-
2. ท่านรู้สึกว่าคุณสมบัติที่ให้บริการให้การต้อนรับด้วยสีหน้ายิ้มแย้มแจ่มใสและเป็นมิตรกับท่าน	5	-	-	-	-
3. ท่านรู้สึกว่าคุณสมบัติที่ให้บริการได้แนะนำตนเองและชี้แจงถึงบทบาทของผู้บริการให้ท่านทราบ	5	-	-	-	-
4. ท่านรู้สึกว่าคุณสมบัติที่ให้บริการได้ชี้แจงลักษณะเฉพาะของการให้บริการในรูปแบบที่ท่านได้รับ ให้ท่านทราบ	5	-	-	-	-
5. ท่านรู้สึกว่าคุณสมบัติที่ให้บริการมีความตั้งใจหรือสนใจรับฟังปัญหาหรือเรื่องราวของท่าน	5	-	-	-	-
6. ท่านรู้สึกว่าคุณสมบัติที่ให้บริการเข้าใจในความรู้สึกท่าน	5	-	-	-	-
7. ท่านรู้สึกว่าคุณสมบัติที่ให้บริการสามารถรักษาความลับของท่านได้	5	-	-	-	-
8. ท่านรู้สึกว่าคุณสมบัติที่ให้บริการยอมรับให้เกียรติในตัวท่าน	5	-	-	-	-
9. ท่านรู้สึกว่าคุณสมบัติที่ให้บริการได้เปิดโอกาสให้ท่านได้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจ	5	-	-	-	-
10. เวลาที่ใช้ในการให้บริการครั้งนี้มีความเหมาะสม	4	1	-	-	-
11. ท่านคิดว่าการรับบริการครั้งนี้ช่วยให้ท่านรู้สึกสบายใจขึ้น	5	-	-	-	-
12. ท่านคิดว่าได้รับประโยชน์จากการเข้ารับบริการครั้งนี้	5	-	-	-	-

#### การอภิปรายผล

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการศึกษาผลของการบำบัดรายบุคคลโดยใช้แนวคิดการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมในผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่มีภาวะซึมเศร้า มีจุดมุ่งหมายของการบำบัด เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจความสัมพันธ์ระหว่างความคิด อารมณ์ความรู้สึก ที่ส่งผลต่อพฤติกรรม และช่วยให้ผู้ป่วยค้นหาความคิดหรือข้อสรุปที่ไม่ถูกต้อง ความคิดที่ไม่สมเหตุสมผล ช่วยให้ผู้ป่วยพัฒนาตนเองมีแบบแผนความคิดที่ยืดหยุ่น ยอมรับความเป็น

จริงทำให้ภาวะซึมเศร้าลดลง ส่งผลให้มีพฤติกรรมเหมาะสมมากขึ้น จากผลการดำเนินการศึกษาผู้ศึกษานำมาอภิปรายผลการศึกษาได้ดังนี้

กลุ่มเป้าหมาย ทั้ง 5 คน เป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่ไม่ได้เกิดจากการเจ็บป่วยทางกายอย่างเฉียบพลันเกิดจากปัญหาทางจิตสังคมด้วยการเปลี่ยนแปลงทางสังคมวิถีชีวิตที่เปลี่ยนไป ความรู้สึกโกรธที่ไม่ได้สิ่งที่คาดหวัง รู้สึกผิด ลงโทษตนเอง ท้อแท้สิ้นหวังร้องไห้บ่อยกลัวตาย มีความคิดด้านลบ คิดคาดการณ์ล่วงหน้าด้านลบมองโลกในแง่ร้าย ขาดแรงจูงใจในการมีชีวิตทำให้ความรู้สึกมีคุณค่าของตนเองลดลงทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า มีผลต่อพฤติกรรมในการดูแลตนเองลดลง

ภายหลังเข้ารับการบำบัด พบว่า ผู้ป่วยทั้ง 5 คน ภาวะซึมเศร้าลดลง คะแนนภาวะซึมเศร้าลดลงในระยะสิ้นสุดทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน เปรียบเทียบกับก่อนการบำบัดพบว่า ภาวะซึมเศร้าลดลง อยู่ในเกณฑ์ปกติ เพราะมีความคิดอัตโนมัติด้านลบหรือความคิดที่บิดเบือนของผู้ป่วยได้เปลี่ยนแปลงในทางที่เข้าใจตัวเองเข้าใจชีวิต เข้าใจอนาคต เมื่อภาวะซึมเศร้าลดลง พฤติกรรมในการดูแลสุขภาพตนเองดีขึ้น และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ พบว่า ผู้ป่วยคนที่ 3,4,5 และ6 สามารถนำไปใช้ในชีวิตประจำวันได้ เมื่อต้องเผชิญกับสถานการณ์ที่ไม่พึงพอใจหรือไม่สบายใจ ค้นหาความคิดอัตโนมัติด้านลบของตนเอง และตรวจสอบความคิด หาหลักฐานตามความเป็นจริง มีเหตุผล และเลือกคิดมุมมองใหม่ที่เหมาะสม คิดทางบวก ส่งผลให้อารมณ์ผู้ป่วยสงบ สบายใจ มีพฤติกรรมการแสดงออกที่เหมาะสม สอดคล้องตามหลักพื้นฐานของแนวคิดทฤษฎีการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม ของ Beck มาจากความเชื่อว่า แบบแผนของพฤติกรรมของบุคคลเกิดจากการเปลี่ยนแปลงความคิด เพราะฉะนั้นความสำคัญของความเชื่อภายใต้ทฤษฎีนี้ คือให้ความสำคัญกับความคิดมากกว่าพฤติกรรม เพราะความคิดกระตุ้นให้เกิดอารมณ์และพฤติกรรมถ้าต้องการให้บุคคลเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมจะต้องให้บุคคลนั้น ต้องปรับเปลี่ยนความคิดก่อน สอดคล้องกับการศึกษาของเนตรนภา ศรีนารางและคณะ<sup>(8)</sup> การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมด้วยตนเองของผู้ป่วยโรคติดสุรา การศึกษาของ จารุวรรณ ก้านศรี<sup>(9)</sup> ที่พบว่าให้การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมแบบกลุ่ม ช่วยลดภาวะซึมเศร้าของผู้ติดเชื้อเอชไอวีได้ โดยการปรับเปลี่ยนความคิดทางลบหรือไม่สมเหตุสมผล โดยการหาหลักฐานสนับสนุน นำมาคัดค้านความคิดลบ พิจารณาความคิดทางเลือกใหม่ ทำให้ ผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีความคิดที่ยืดหยุ่น ยอมรับความจริงได้มากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ พรนิภา หาญละครและคณะ<sup>(10)</sup> กลุ่มบำบัดแบบปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการฝึกสมาธิต่อความซึมเศร้าและคุณภาพชีวิตในผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์เป็นทางเลือกในการลดภาวะซึมเศร้าและส่งเสริมคุณภาพชีวิตได้ การศึกษาของ กนกวรรณ สารอยู่ศิริกุลและคณะ<sup>(11)</sup> การบำบัดความคิดและพฤติกรรม ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ในโรงพยาบาลบ้านโพธิ์ จังหวัดฉะเชิงเทรา พบว่า มีการติรดาตนเองภายในตนเองลดลง และสอดคล้องกับการศึกษาของ สถิตย์ วงศ์สุรประภิต และคณะ<sup>(12)</sup> ที่ให้การบำบัดทางพฤติกรรมความคิดต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ที่มีอาการของโรคซึมเศร้า เริ่มตั้งแต่สร้างสัมพันธภาพ การสอนให้ความรู้เรื่องภาวะซึมเศร้า การค้นหาความคิดอัตโนมัติทางลบ การปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติทางลบ การค้นหาแนวทางการแก้ไขปัญหาและการฝึกทักษะการสร้างความคิดใหม่ที่เหมาะสม ทำให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า มีคะแนนภาวะซึมเศร้าลดลงได้

กล่าวโดยสรุป การบำบัดรายบุคคลโดยใช้แนวคิดการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม สามารถลดภาวะซึมเศร้าในผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ได้ และมีความพึงพอใจในการบำบัด ระดับมาก ถึงมากที่สุด

## ข้อเสนอแนะ

### 1. ในการนำผลการศึกษาไปใช้

1.1 ด้านปฏิบัติการพยาบาล จากการศึกษาพบว่า การบำบัดรายบุคคลโดยใช้แนวคิดการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม สามารถนำไปใช้เป็นแนวทางปฏิบัติเพื่อช่วยเหลือผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่มีภาวะซึมเศร้าที่มีความยุ่งยากซับซ้อน

1.2 ผู้บำบัดต้องมีความรู้และทักษะการบำบัดตามแนวคิดการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม และควรมีพื้นฐานทางด้านจิตวิทยา กระบวนการบำบัด ในขั้นตอนเปลี่ยนแปลง ที่เปิดกว้างในการเลือกใช้เทคนิคทางจิตวิทยาหลากหลายที่ผู้บำบัดเลือกให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย

1.3 ควรมีการติดตามผลการบำบัดในระยะยาว เพื่อทราบความคงอยู่และการเผชิญปัญหาหรือการเปลี่ยนแปลงที่อาจจะเกิดขึ้น เป็นระยะๆ เช่น 3 เดือน 6 เดือน 1 ปี เพื่อนำผลการประเมินดังกล่าวมาวิเคราะห์และหาแนวทาง เพื่อปรับปรุงพัฒนาแนวทางในการดูแลผู้ป่วยต่อไป

### 2. ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

2.1 การศึกษาครั้งนี้ เป็นการศึกษาวิจัย ที่ศึกษาผลการบำบัดรายบุคคลโดยใช้แนวคิดการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมในผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่มีภาวะซึมเศร้า ควรพัฒนาเป็นแบบทดลองหรือกึ่งทดลอง ที่มีการเปรียบเทียบกลุ่มอย่างน้อย 2 กลุ่ม เป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เพื่อลดตัวแปรแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นในการบำบัดและสามารถแสดงถึงประสิทธิผลของการบำบัดได้อย่างชัดเจน

2.2 การศึกษาครั้งนี้เป็นการบำบัดรายบุคคล ผู้ศึกษามีความสนใจให้การบำบัดแบบกลุ่มโดยใช้แนวคิดการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม เพื่อให้เหมาะสมกับบริบท ที่บางครั้งมีผู้ป่วยจำนวนมากและผู้บำบัดมีจำนวนจำกัด

## เอกสารอ้างอิง

Andrew Elliott, M.D. Depression and HIV in the Era of HAART. The Body: The complete HIV/AIDS Resource; 2003

Rabkin,J.G. HIV and Depression: 2008 review and update. Current HIV/AIDS report 2008, (2008).5 (4), 163-171

Taso,J.C.,Dobalian,A.,Moreau,C.,&Kobalian,K. Stability of anxiety and depression in a national sample of adults with human immunodeficiency virus. Journal of Nervous and Mental Disease, 2004. 192(2), 111-118.

Valente, M. Depression and HIV disease. Journal of the association of nursing in aids care, 2003. 14(5), 41-51.

Gelden.M.,Cowen,P.&Mayou,R. Shorter Oxford textbook of Psychiatry. Oxford University Press; 2001.

Reynolds,N.R.,& Neidig,J.L.. Characteristics of nausea reported by HIV-infected patients initiating combination antiretroviral regimens. Clinical Nursing Research, 2002; 11(3), 71-88.

Leserman,J. Role of Depression, stress, and Trauma in HIV disease progression. Psychosomatic Medicine. 2008 ; 70(1) ,539-545

เนตรนภา ศรีนารางและคณะ. ประสิทธิผลของการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมด้วยตนเองของผู้ป่วยโรคติดเชื้อที่มีภาวะซึมเศร้าโรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่. วารสารจิตเวชวิทยาสาร 2020;36(2):143-157

จารุวรรณ ก้านศรี. ประสิทธิผลของกลุ่มบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ติดเชื้อเอชไอวี. วารสารวิทยาลัยพยาบาลสงขลานครินทร์ 2014;34(3):59-71

พรนิภา หาญละครและคณะ. ผลของกลุ่มบำบัดแบบปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการฝึกสมาธิต่อความซึมเศร้าและคุณภาพชีวิตในผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์. วารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 2013;31(1):132-141

กนกวรรณ สาธอยู่ศิริกุลและคณะ. ผลของการบำบัดความคิดและพฤติกรรม ที่มีต่อการลดการตีตราในผู้ติดเชื้อและเอดส์ในโรงพยาบาลบ้านโพธิ์ จังหวัดฉะเชิงเทรา. วารสารรัชต์ภาคย์ 2019;31:171-178

สถิตย์ วงศ์สุรประกิจและคณะ. ผลของโปรแกรมการบำบัดทางพฤติกรรมความคิดต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ที่มีอาการของโรคซึมเศร้า. วารสารจิตวิทยามหาวิทยาลัยเกษมบัณฑิต 2021;11:47-58