

ผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพต่อความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเอง ในผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีกลุ่มอาการเมแทบอลิก

อภิสร่า ตามวงศ์* วราภรณ์ บุญเชียง** เตชา ทำดี**

บทคัดย่อ

ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่รับประทานยาต้านไวรัสเป็นเวลานาน จะมีความเสี่ยงต่อการเกิดกลุ่มอาการเมแทบอลิก ได้แก่ ไขมันในเลือดผิดปกติ ความดันโลหิตสูง และน้ำตาลในเลือดสูง การศึกษาถึงทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพต่อความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีกลุ่มอาการเมแทบอลิก คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนดและคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วย Power Analysis ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 42 ราย เป็นกลุ่มเปรียบเทียบ 21 ราย ได้รับการดูแลปกติ และกลุ่มทดลอง 21 ราย ได้รับโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพ ประกอบด้วย การให้ความรู้ การฝึกทักษะ การปฏิบัติ การติดตามและกระตุ้นเตือนรวม 8 ครั้ง ระยะเวลา 21 สัปดาห์ เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเอง

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการทดสอบค่าที พบว่า หลังได้รับโปรแกรม กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองสูงขึ้นจากก่อนได้รับโปรแกรม และกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.001$) ส่วนค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมไม่แตกต่างกัน สรุปได้ว่าโปรแกรมมีผลทำให้กลุ่มทดลองมีความรู้เพิ่มขึ้นและพฤติกรรมการดูแลตนเองมีแนวโน้มดีขึ้น ส่งผลต่อการดูแลสุขภาพตนเองได้อย่างเหมาะสม ดังนั้นโปรแกรมสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการส่งเสริมสุขภาพผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีกลุ่มอาการเมแทบอลิกได้

คำสำคัญ: การส่งเสริมสุขภาพ, ความรู้, พฤติกรรม
การดูแลตนเอง, ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีกลุ่ม
อาการเมแทบอลิก

* นักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

** ภาควิชาการพยาบาลสาธารณสุข คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่



บทนำ

ในปี ค.ศ. 2015 มีผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ยังมีชีวิตอยู่ 36.7 ล้านคนทั่วโลก เป็นผู้ติดเชื้อรายใหม่ 2.1 ล้านคน ในจำนวนนี้เป็นผู้ใหญ่ 1.9 ล้านคน เสียชีวิตจากโรคเอดส์แล้ว 1.1 ล้านคน โดยที่ทวีปแอฟริกาเป็นผู้ติดเชื้อมากที่สุด รองลงมาคือ ทวีปเอเชีย¹ สำหรับประเทศไทย ในปี พ.ศ. 2559 มีผู้ติดเชื้อเอชไอวีแล้วจำนวน 427,322 คน เป็นผู้ติดเชื้อรายใหม่จำนวน 6,268 คน เฉลี่ยวันละ 17 คน และมีผู้เสียชีวิตแล้ว 16,054 คน² การเสียชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีในปัจจุบันมีอัตราการลดลงมากหากเปรียบเทียบกับที่ผ่านมา ซึ่งในสหรัฐอเมริกา อัตราเสียชีวิตลดลงจาก 36.3 รายต่อประชากร 1 แสนคน ในปี ค.ศ. 1995 เป็น 9.8 และ 2.3 รายต่อประชากร 1 แสนคน ในปี ค.ศ. 2000 และ 2013 ตามลำดับ³ สำหรับประเทศไทยก็มีแนวโน้มเช่นเดียวกัน โดยในปี พ.ศ. 2547 พบอัตราการเสียชีวิตประมาณ 50 รายต่อประชากร 1 แสนคน จนกระทั่งในปี พ.ศ. 2552 ลดลงเหลือ 9.4 รายต่อประชากร 1 แสนคน⁴ ซึ่งจากข้อมูลการเสียชีวิตที่ลดลงดังกล่าว เป็นผลมาจากการรักษาด้วยยาต้านไวรัสที่มีประสิทธิภาพ ทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีคุณภาพชีวิตที่ดีและมีอายุที่ยืนยาวขึ้น แต่จำเป็นต้องได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเป็นระยะเวลานานตลอดชีวิต ซึ่งการรับประทานยาต้านไวรัสเป็นเวลานานจะทำให้เกิดผลข้างเคียงในระยะยาว โดยเฉพาะความผิดปกติทางเมแทบอลิก ได้แก่ โรคไขมันในเลือดผิดปกติ โรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง⁵ อย่างไรก็ตาม การมีโรคทางเมแทบอลิกร่วมด้วยจะส่งผลให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีต้องดูแลตนเองเพิ่มมากขึ้น โดยเฉพาะเรื่องของการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและการรับประทานยา ซึ่งส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิต โดยมีข้อมูลสนับสนุนจากการศึกษาของสุนีรัตน์ เกตุเวชสุริยา⁶ พบว่า กลุ่มผู้ติดเชื้อ

เอชไอวีที่มีโรคเบาหวานร่วมด้วยมีการดูแลตนเองอยู่ระดับมาก ส่วนกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีโรคความดันโลหิตสูงและโรคไขมันในเลือดสูงมีการดูแลตนเองอยู่ระดับปานกลาง อีกทั้งการเจ็บป่วยหลายโรคจะทำให้มีการค่าใช้จ่ายในการรักษาสูงและส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจของประเทศด้วย โดยในปัจจุบันการศึกษาที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีกลุ่มอาการเมแทบอลิกยังมีน้อยในประเทศไทย ผู้ศึกษาในฐานะบุคลากรทางสาธารณสุขจึงมีความสนใจที่จะประยุกต์ใช้โปรแกรมการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์โดยผ่านกระบวนการเรียนรู้โดยตรง (HIV/AIDS Treatment Literacy)⁷ ร่วมกับการปฏิบัติสมาธิบำบัด SKT⁸ เพื่อนำมาปรับใช้ให้เหมาะสมกับกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีกลุ่มอาการเมแทบอลิกต่อไป

233

กรอบแนวคิดวิจัย

การศึกษาค้นคว้าวิจัยได้ประยุกต์ใช้โปรแกรมการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์โดยผ่านกระบวนการเรียนรู้โดยตรง (HIV/AIDS Treatment Literacy)⁷ ร่วมกับการปฏิบัติสมาธิบำบัด SKT⁸ เพื่อส่งเสริมสุขภาพผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีกลุ่มอาการเมแทบอลิกประกอบด้วย การให้ความรู้ การฝึกทักษะ การปฏิบัติ การติดตามและกระตุ้นเตือน ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีกลุ่มอาการเมแทบอลิกมีความรู้ มีความเข้าใจ และนำไปสู่พฤติกรรม的自我ดูแลตนเองอย่างเหมาะสม

วิธีการศึกษา

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการศึกษากึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) ชนิดสองกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนหลัง และเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม ทำการศึกษา ณ โรงพยาบาลวังเหนือ อำเภอวังเหนือ จังหวัดลำปาง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับการวินิจฉัยว่าติดเชื้อเอชไอวี ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวี ขึ้นทะเบียนรักษา ณ โรงพยาบาลวังเหนือ จังหวัดลำปาง และมีโรคร่วมอย่างน้อย 1 โรค ได้แก่ โรคไขมันในเลือดผิดปกติ หรือโรคความดันโลหิตสูง หรือโรคเบาหวาน จำนวน 92 ราย

คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยการวิเคราะห์ Power Analysis โดยกำหนดค่า Alpha = 0.05, ค่าอำนาจในการทำนาย (Power) = 0.8, ค่าอิทธิพล (Effect Size) = 0.8 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 21 ราย รวมทั้งหมดเป็น 42 ราย ใช้วิธีการคัดเลือกโดยกำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

1. สมัครใจเข้าร่วมการศึกษา (โดยการสอบถามและสร้างข้อตกลงร่วมกัน ไม่มีการลงนามเป็นลายลักษณ์อักษร เนื่องจากเป็นกลุ่มที่มีความเปราะบางทางสังคม)
2. มีอายุ 18 ปี หรือมากกว่า
3. ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวีที่มีประสิทธิภาพสูงมาแล้วไม่น้อยกว่า 1 ปี
4. สามารถมาเข้าร่วมการศึกษาได้ กรณีเข้าร่วมแล้ว สามารถขาดได้ไม่เกิน 2 ครั้ง
5. สุขภาพแข็งแรง ไม่มีอาการป่วยที่รุนแรงในรอบปีที่ผ่านมา
6. สามารถสื่อสารด้วยภาษาไทย อ่านออกและเขียนได้

จากนั้นทำการสุ่มเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบโดยใช้วิธีจับฉลาก ผู้ศึกษาจะทำการเก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มทดลองก่อน จากนั้นจึงเก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มเปรียบเทียบตามลำดับ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาค้างนี้ แบ่งออกเป็น

2 ประเภท ประกอบด้วย เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการศึกษา และเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการศึกษา ได้แก่ โปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพในผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีภาวะความผิดปกติของกลุ่มอาการเมแทบอลิก ซึ่งได้ประยุกต์ใช้โปรแกรมการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์โดยผ่านกระบวนการเรียนรู้โดยตรง (HIV/AIDS Treatment Literacy)⁷ ร่วมกับการปฏิบัติสมาธิบำบัด SKT⁸ ได้รับการพิจารณาและตรวจสอบความตรงของเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน

2. เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามที่ผู้ศึกษาสร้างขึ้นและประยุกต์บางส่วนมาจากแบบประเมินการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ⁹ และแบบประเมินจากโปรแกรมการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์โดยผ่านกระบวนการเรียนรู้โดยตรง (HIV/AIDS Treatment Literacy)⁷ ประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่ ข้อมูลส่วนบุคคล ความรู้ในการดูแลตนเองเป็นคำถามปลายปิด จำนวน 35 ข้อ มีทั้งคำถามด้านบวกและด้านลบ ให้เลือกตอบ ใช่ ไม่ใช่ ไม่แน่ใจ และพฤติกรรมในการดูแลตนเอง จำนวน 30 ข้อ เป็นคำถามให้เลือกตอบแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 4 ระดับ คือ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติบ่อยครั้ง ปฏิบัติบางครั้ง และไม่ปฏิบัติ แบบสอบถามได้รับการพิจารณาและตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้ค่าความตรง (Validity) 0.85 และนำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน จำนวน 10 คน โดยแบบสอบถามความรู้ใช้สูตรค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของคูเดอร์ริชาร์ดสัน (Kuder Richardson [KR-20]) ได้ค่าความเที่ยง (Reliability) 0.70 และแบบสอบถามพฤติกรรมในการดูแลตนเองใช้สูตรค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้



ค่าความเที่ยง (Reliability) 0.79

การดำเนินการศึกษาและเก็บรวบรวมข้อมูล

1. กลุ่มทดลอง จำนวน 21 ราย ได้รับโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพ มีกิจกรรมจำนวน 8 ครั้ง รวมระยะเวลา 21 สัปดาห์ ใช้เวลาครั้งละประมาณ 1-2 ชั่วโมง โดยกิจกรรม 5 ครั้งแรก มีระยะเวลาการจัดกิจกรรมห่างกัน 2 สัปดาห์ ซึ่งเป็นการนัดมาในวันที่มีคลินิกบริการและจัดกิจกรรมในช่วงบ่าย หลังจากเสร็จสิ้นโปรแกรมมีการติดตามทางโทรศัพท์ จำนวน 2 ครั้ง ระยะเวลาห่างกัน 4 สัปดาห์ และครั้งสุดท้ายเป็นการประเมินหลังเสร็จสิ้นโปรแกรมแล้ว 12 สัปดาห์ โดยมีทีมสหวิชาชีพที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะด้านร่วมเป็นวิทยากรในการจัดกิจกรรมตามโปรแกรม โดยมีรายละเอียดดังนี้

ครั้งที่ 1 (สัปดาห์ที่ 1) กล่าวทักทาย สร้างสัมพันธภาพ เก็บรวบรวมข้อมูลก่อนได้รับโปรแกรม นัดหมายและขอความร่วมมือมาร่วมกิจกรรมครั้งถัดไป ใช้เวลาประมาณ 30 นาที

ครั้งที่ 2 (สัปดาห์ที่ 3) การให้ความรู้ เรื่องการดูแลสุขภาพทั่วไปของผู้ติดเชื้อเอชไอวี และการบริโภค สรุประเด็นเนื้อหา ชักถามและตอบคำถาม ใช้เวลาประมาณ 2 ชั่วโมง

ครั้งที่ 3 (สัปดาห์ที่ 5) ทบทวนกิจกรรมที่ผ่านมา การฝึกปฏิบัติการออกกำลังกาย และการปฏิบัติสมาธิบำบัดแบบ SKT ท่าที่ 1-7 สรุประเด็นเนื้อหา ชักถามและตอบคำถาม ใช้เวลาประมาณ 2 ชั่วโมง

ครั้งที่ 4 (สัปดาห์ที่ 7) ทบทวนกิจกรรมที่ผ่านมา การประเมินความเครียดด้วยตนเอง กิจกรรมกลุ่ม การจัดการกับความเครียด สรุประเด็นเนื้อหา ชักถามและตอบคำถามใช้เวลาประมาณ 2 ชั่วโมง

ครั้งที่ 5 (สัปดาห์ที่ 9) ทบทวนกิจกรรม

ทั้งหมด กิจกรรมกลุ่ม แลกเปลี่ยนเรียนรู้ในประเด็น “ฉันไปทำอะไรมาแล้วบ้าง” ชักถาม ตอบคำถาม และเก็บรวบรวมข้อมูลหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพ ใช้เวลาประมาณ 2 ชั่วโมง

ครั้งที่ 6 (สัปดาห์ที่ 13) การติดตาม ให้กำลังใจ กระตุ้นเตือนทางโทรศัพท์ ครั้งที่ 1 เป็นแนวคำถามปลายเปิด พุดคุยสอบถามเรื่องการดูแลสุขภาพ การบริโภคอาหาร กิจกรรมทางกาย และการจัดการความเครียด ใช้เวลาประมาณ 1 ชั่วโมง (คนละ 3-5 นาที)

ครั้งที่ 7 (สัปดาห์ที่ 17) การติดตาม ให้กำลังใจ กระตุ้นเตือนทางโทรศัพท์ครั้งที่ 2 ใช้แนวคำถามเดียวกับครั้งที่ 1 ใช้เวลาประมาณ 1 ชั่วโมง (คนละ 3-5 นาที)

ครั้งที่ 8 (สัปดาห์ที่ 21) เก็บรวบรวมข้อมูลหลังเสร็จสิ้นโปรแกรมแล้ว 3 เดือน แจ้งให้กลุ่มทดลองทราบถึงการสิ้นสุดการศึกษา และขอขอบคุณที่ให้ความร่วมมือ ใช้เวลาประมาณ 1 ชั่วโมง

2. กลุ่มเปรียบเทียบ จำนวน 21 ราย ได้รับการให้คำแนะนำการดูแลสุขภาพแบบปกติในคลินิกผู้ติดเชื้อเอชไอวี ซึ่งผู้ศึกษาจัดกิจกรรมในช่วงบ่ายของวันที่มารับบริการ จำนวน 2 ครั้ง ดังนี้

ครั้งที่ 1 (สัปดาห์ที่ 2) กล่าวทักทาย สร้างสัมพันธภาพ เก็บรวบรวมข้อมูลครั้งที่ 1 ให้คำแนะนำการดูแลสุขภาพเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพทั่วไป การบริโภคกิจกรรมทางกาย และการจัดการความเครียด นัดหมายและขอความร่วมมือมาร่วมกิจกรรมครั้งถัดไป ใช้เวลาประมาณ 1 ชั่วโมง 30 นาที

ครั้งที่ 2 (สัปดาห์ที่ 10) เก็บรวบรวมข้อมูลครั้งที่ 2 กล่าวขอบคุณและแจ้งให้ทราบถึงการสิ้นสุดการศึกษา ใช้เวลาประมาณ 30 นาที



การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาครั้งนี้ ผ่านการพิจารณาและรับรองโครงการที่เกี่ยวข้องกับมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการศึกษาศาสตราจารย์วิชาสาธารณสุขศาสตร์บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ เอกสารเลขที่ 085/2559 ลงวันที่ 19 เมษายน พ.ศ. 2559

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์เปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคล โดยใช้สถิติ Chi-square T-test และ Fisher's Exact Test วิเคราะห์เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ โดยใช้สถิติ Independent T-test และวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียวเมื่อมีการวัดซ้ำ โดยใช้สถิติ One-way Repeated Measure ANOVA เนื่องจากทดสอบข้อมูลมีการแจกแจงแบบโค้งปกติ

ผลการศึกษา

1. ลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง พบว่ากลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 66.70 และร้อยละ 61.90 เป็นเพศหญิง ร้อยละ 33.30 และ 38.10 ตามลำดับ อายุเฉลี่ยของกลุ่มทดลอง 49.00 ปี อายุเฉลี่ยของกลุ่มเปรียบเทียบ 46.90 ปี โดยส่วนใหญ่อายุอยู่ในช่วง 40-49 ปี ค่าดัชนีมวลกายเฉลี่ยของกลุ่มทดลอง 21.88 กลุ่มเปรียบเทียบ 21.50 ส่วนระดับเม็ดเลือดขาว CD4 ทั้งกลุ่มทดลอง

และกลุ่มเปรียบเทียบมีค่าอยู่ระหว่าง 200-500 เซลล์ต่อลบ.มม. กลุ่มยาที่ใช้รักษาในปัจจุบันส่วนใหญ่เป็นกลุ่ม NRTIs ร่วมกับกลุ่ม NNRTIs และมีโรคร่วมทางเมแทบอลิซึมมากที่สุด คือ โรคไขมันในเลือดผิดปกติ โรคความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวาน ตามลำดับทดสอบความแตกต่างของทั้งสองกลุ่มพบว่าไม่แตกต่างกัน (ตารางที่ 1)

2. ความรู้ในการดูแลตนเอง พบว่า ก่อนได้รับโปรแกรม กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ไม่แตกต่างกัน ($p=0.641$) หลังได้รับโปรแกรม กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้สูงขึ้นจากก่อนได้รับโปรแกรม และมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.001$) (ตารางที่ 2)

3. พฤติกรรมการดูแลตนเอง พบว่า ก่อนได้รับโปรแกรม กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมแตกต่างกัน ($p=0.009$) โดยกลุ่มเปรียบเทียบมีค่าเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มทดลอง หลังได้รับโปรแกรม ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบไม่แตกต่างกัน ($p=0.697$) (ตารางที่ 2) แต่เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมในกลุ่มทดลองแบบวัดซ้ำ ก่อนได้รับโปรแกรม หลังได้รับโปรแกรม และหลังได้รับโปรแกรมแล้ว 3 เดือนพบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) (ตารางที่ 3)



Table 1 Number and Percentage of Demographic Data of the Study Sample.

Demographic data	Experimental group (n = 21)		Comparative group (n = 21)		p
	number	%	number	%	
Sex					.747 ^a
Male	14	66.70	13	61.90	
Female	7	33.30	8	38.10	
Age (years)					.837 ^b
30-39	1	4.80	2	9.50	
40-49	12	57.10	13	61.90	
50-59	7	33.30	6	28.60	
> 60	1	4.80	0	0	
	($\bar{x}$ = 49.00, SD = 6.08)		($\bar{x}$ = 46.9, SD = 6.07)		
BMI*					1.000 ^b
< 18.50 (Underweight)	2	9.52	3	14.29	
18.50-24.99 (Normal range)	16	76.19	14	66.67	
≥ 25 (Overweight)	3	14.29	2	9.52	
≥ 30 (Obese)	0	0	2	9.52	
	($\bar{x}$ = 21.88, SD = 2.69)		($\bar{x}$ = 21.50, SD = 3.36)		
CD4 (cells/mm³) (last)					.290 ^b
< 200	0	0	1	4.76	
200-500	13	61.90	11	52.38	
> 500	8	38.10	9	42.86	
Time received drug (years)					.936 ^b
< 5	1	4.80	3	14.30	
5-10	15	71.40	14	66.70	
> 10	5	23.80	4	19.00	
	($\bar{x}$ = 8.60, SD = 2.29)		($\bar{x}$ = 8.14, SD = 2.73)		
Current treatment					1.000 ^b
NRTIs + NNRTIs	18	85.70	17	81.00	
NRTIs + PIs	3	14.30	4	19.00	
Common diseases					.332 ^b
Hypertension	5	23.80	2	9.52	
Dyslipidemia	9	42.90	13	61.90	
Diabetes & Dyslipidemia	1	4.80	3	14.29	
Hypertension & Dyslipidemia	4	19.00	3	14.29	
Diabetes, Hypertension & Dyslipidemia	2	9.50	0	0	

*BMI adapted from WHO 1995, WHO 2000 and WHO 2004.

a = Chi-square test, b = Fisher's exact test

Table 2 Comparison of Mean Average Scores of Knowledge and Self-care Behaviors Between the Experimental Group and Comparative Group.

	Experimental group		Comparative group		p
	(n = 21)		(n = 21)		
	mean	SD	mean	SD	
Knowledge					
Before	28.76	2.68	29.14	2.56	.641
After	31.71	1.59	29.43	2.34	.001
Behaviors					
Before	62.24	4.96	65.95	3.68	.009
After	65.86	5.22	65.33	3.19	.697

Table 3 Comparison of Mean Average Scores of Self-care Behaviors Between Before, After Program and After Program 3 Month of the Experimental Group. (n = 21)

Experimental group	Before		After		After 3 month		p
	mean	SD	mean	SD	mean	SD	
Behaviors	62.24	4.96	65.86	5.22	66.71	5.58	<0.001 ^c

c = One-way repeated measure ANOVA

การอภิปรายผล

จากการศึกษาพบว่า ภายหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพ กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ในการดูแลตนเองสูงขึ้นจากก่อนได้รับโปรแกรม และมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยความรู้ที่เพิ่มสูงขึ้นเป็นผลมาจากการที่กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพที่อาศัยกระบวนการเรียนรู้จากโปรแกรมการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์โดยผ่านกระบวนการเรียนรู้โดยตรง (HIV/AIDS Treatment Literacy)⁷ ซึ่งเป็นแนวทางในการถ่ายทอดความรู้ให้แก่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ได้อย่างครอบคลุม ครบถ้วน มีประสิทธิภาพ

และเหมาะสมกับบริบทของประเทศไทย โดยจะช่วยให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและเอดส์ ได้รับข้อมูลที่จำเป็นต่อการดูแลสุขภาพ มีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้อง และสามารถนำไปปฏิบัติ เพื่อให้สามารถจัดการกับสุขภาพ เกิดการปรับเปลี่ยนการดำเนินชีวิตของตนเองได้อย่างเหมาะสมและนำไปสู่การมีสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ซึ่งในโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพนี้ มีการจัดกิจกรรมอย่างเป็นลำดับขั้นตอนและมีความต่อเนื่อง ได้แก่ 1) การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ในเลือดผิดปกติ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน การรับประทาน อาหาร การออกกำลังกาย และการจัดการความเครียด 2) การฝึกทักษะ การเลือกรับประทานอาหารโดยใช้



ชุดโมเดลอาหาร การฝึกปฏิบัติสมาธิบำบัด การประเณม และการจัดการความเครียดด้วยตนเอง 3) การให้คำแนะนำการดูแลสุขภาพ การซักถาม-ตอบคำถาม และการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างกลุ่ม 4) การสร้างสิ่งแวดล้อมในการปฏิบัติโดยการให้กำลังใจ การติดตาม และกระตุ้นเตือนทางโทรศัพท์ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิด ทฤษฎีความพร้อมในการดูแลตนเองของโอเร็ม¹⁰ ที่กล่าวว่า ความพร้อมในการดูแลตนเองจะเกิดขึ้น ต่อเมื่อบุคคลไม่สามารถตอบสนองการดูแลตนเอง ได้ทั้งหมด จึงจำเป็นต้องได้รับความช่วยเหลือจาก บุคลากรทางสาธารณสุข ซึ่งจะทำให้บุคคลมีการพัฒนา ความสามารถในการดูแลตนเอง โดยการได้เรียนรู้ สิ่งใหม่ ๆ การได้รับคำแนะนำที่จำเป็นและได้ซักถาม เพื่อให้เกิดความเข้าใจและการตัดสินใจ จนนำไปสู่ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ รวมไปถึงการได้รับ กำลังใจ การกระตุ้นเตือนให้บุคคลดูแลสุขภาพตนเอง อย่างต่อเนื่อง จะทำให้เกิดการคงอยู่ของพฤติกรรมนั้น อีกทั้งในโปรแกรมมีวิทยากรหรือผู้สอนหลากหลายที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะด้าน สามารถจัดกระบวนการสอน ให้ผู้เรียนเกิดความสนใจในการเรียนรู้ และมาเข้าร่วม กิจกรรมอย่างต่อเนื่อง โดยในแต่ละกิจกรรมจะมีการ ซักถาม-ตอบคำถาม เพื่อให้เกิดการสื่อสารสองทาง ระหว่างผู้สอนกับผู้เรียน ถึงแม้ว่าการติดต่อสื่อสาร ทางเดียวมีความรวดเร็วและเป็นระเบียบมากกว่า การติดต่อสื่อสารสองทาง แต่การติดต่อสองทาง กลับสร้างความเข้าใจและการตัดสินใจได้มากกว่า¹¹ นอกจากนี้การมีกิจกรรมกลุ่ม และการแลกเปลี่ยน เรียนรู้โดยใช้เวลาอย่างเหมาะสมและดำเนินกิจกรรม อย่างต่อเนื่อง ทำให้เกิดประสิทธิภาพในด้านความรู้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของอรุณี รัตนพิทักษ์¹² ที่พบว่า การให้ความรู้ควบคู่กับการปฏิบัติ และการ เสริมสร้างสมรรถนะเป็นส่วนสำคัญที่จะทำให้จัดการ

กับโรคได้ ผลการศึกษายังสอดคล้องกับการศึกษาของ ดวงกมล วัตราคูล¹³ ที่ศึกษาประสิทธิภาพของโปรแกรม การสร้างเสริมสุขภาพต่อความรู้เรื่องอาหาร การออกกำลังกายและการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในผู้ป่วย เบาหวานชนิดที่ 2 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ย คะแนนความรู้ในการรับประทานอาหารและออกกำลังกายสูงขึ้นหลังจากได้รับโปรแกรม

ส่วนค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเอง ภายหลังได้รับโปรแกรม กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนน พฤติกรรมการดูแลตนเองสูงขึ้นกว่าก่อนได้รับโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เป็นผลเนื่องมาจากโปรแกรม ส่งเสริมสุขภาพมีการฝึกทักษะและการปฏิบัติในเรื่อง ของการดูแลสุขภาพตนเอง การบริโภคอาหาร กิจกรรม ทางกาย และการจัดการความเครียดอย่างต่อเนื่อง รวมถึงมีการกระตุ้นเตือนและติดตามพฤติกรรมสุขภาพ ทางโทรศัพท์ภายหลังจากเสร็จสิ้นกิจกรรมตามโปรแกรม แล้ว 2 ครั้ง จึงทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ไปในทางที่ดีขึ้น ซึ่งผลการศึกษาสอดคล้องกับการศึกษา ของอรรวรรณ ประภาศิลป์¹⁴ พบว่า ภายหลังเข้าร่วม โปรแกรมการจัดการตนเองในผู้ที่มีภาวะเมแทบอลิก ซินโดรม กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรม การจัดการตนเองสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม

เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมของ กลุ่มทดลอง ก่อนได้รับโปรแกรม หลังได้รับโปรแกรม และหลังได้รับโปรแกรมแล้ว 3 เดือน ยังพบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมที่สูงขึ้นอย่าง มีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งระยะเวลาดำเนินกิจกรรม ถึง 6 เดือน อาจมีส่วนสนับสนุนให้กลุ่มทดลองมี พฤติกรรมการดูแลตนเองเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้น ซึ่งการที่บุคคลจะเกิดการเปลี่ยนแปลงในเรื่องของ พฤติกรรมสุขภาพได้นั้น จำเป็นจะต้องใช้ระยะเวลา ถึง 6 เดือน ตามทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลง



พฤติกรรม (Transtheoretical Model (TTM)/Stage of Change Model)¹⁵ และยังสอดคล้องกับการศึกษาของณัฐธยาน์ สุวรรณคฤาสน์¹⁶ ที่พบว่า หลังได้รับโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองในผู้ที่มีภาวะเมแทบอลิกซินโดรม กลุ่มทดลองมีการทำกิจกรรมทางกายเพิ่มขึ้น ทั้ง 3 เดือน และ 6 เดือน อย่างไรก็ตาม ในการศึกษาครั้งนี้ กลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในเรื่องของการทำกิจกรรมทางกายมากขึ้น โดยเฉพาะการปฏิบัติสมาธิบำบัด SKT⁷ ซึ่งเป็นการทำสมาธิร่วมกับการเคลื่อนไหวร่างกาย โดยกลุ่มทดลองมีการนำไปปฏิบัติอย่างต่อเนื่องที่บ้าน ส่วนใหญ่จะปฏิบัติในท่า SKT1 (นั่งพ่อนคลาย ประสานกาย ประสานจิต) และ SKT2 (ยืนพ่อนคลาย ประสานกาย ประสานจิต) ซึ่งสามารถจัดการกับปัญหาภาวะเมแทบอลิกได้ โดยมีการศึกษานับสนับสนุนของประภาส จิบสมานบุญ¹⁷ และการศึกษาของสุภาพร แนวบุตร¹⁸ ที่พบว่า การปฏิบัติสมาธิบำบัด SKT2 มีผลต่อการลดระดับความดันโลหิต

ผลการศึกษานี้ สรุปได้ว่า โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพต่อความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีกลุ่มอาการเมแทบอลิก ซึ่งประยุกต์มาจากโปรแกรมการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์โดยผ่านกระบวนการเรียนรู้โดยตรง (HIV/AIDS Treatment Literacy)⁷ และการปฏิบัติสมาธิบำบัด SKT⁸ สามารถทำให้กลุ่มทดลองมีความรู้ในการดูแลตนเองเพิ่มสูงขึ้น ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมให้เป็นไปในทางที่ดีขึ้น และยังสามารถคงไว้ซึ่งพฤติกรรมดูแลตนเองที่ถูกต้องเหมาะสม จึงควรมีการส่งเสริมและติดตามผลทางสุขภาพผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีกลุ่มอาการเมแทบอลิกต่อไป

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ควรนำโปรแกรมไปปรับใช้ โดยเฉพาะเรื่องของการปฏิบัติสมาธิบำบัด SKT และการจัดการความเครียดด้วยตนเอง เนื่องจากเกิดผลลัพธ์ที่เปลี่ยนแปลงในด้านพฤติกรรม และควรส่งเสริมให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีส่วนร่วมมากขึ้น
2. ใช้เป็นแนวทางสำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการจัดโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพผู้ติดเชื้อเอชไอวีในสถานบริการ เนื่องจากการรับประทานยาต้านไวรัส อาจเป็นเพียงปัจจัยหนึ่งที่ทำให้เกิดกลุ่มอาการเมแทบอลิก ดังนั้นจึงควรส่งเสริมสุขภาพในผู้ติดเชื้อเอชไอวีทุกราย

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรทำการศึกษาแบบประเมินผล เพื่อประเมินการคงอยู่ของพฤติกรรมสุขภาพ และเก็บข้อมูลเปรียบเทียบผลลัพธ์ทางสุขภาพเพิ่มเติม ได้แก่ ระดับน้ำตาลในเลือด ค่าความดันโลหิต ระดับไขมันในเลือด เพื่อให้เห็นผลลัพธ์ที่ชัดเจนยิ่งขึ้น รวมไปถึงการศึกษาเชิงคุณภาพ โดยเน้นไปที่การดูแลสุขภาพเฉพาะรายและการศึกษาเชิงลึกในแต่ละด้าน เพื่อใช้ในการวางแผนการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีกลุ่มอาการเมแทบอลิกแบบเฉพาะรายให้เหมาะสมต่อไป

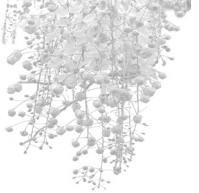
กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิและผู้เกี่ยวข้องทุกท่านที่สนับสนุนให้งานวิจัยนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี รวมถึงผู้เข้าร่วมวิจัยทุกท่านที่ให้ความร่วมมือตลอดระยะเวลาการศึกษา



เอกสารอ้างอิง

1. United Nations Programme on HIV/AIDS. Ending the AIDS epidemic. Available at http://www.unaids.org/sites/default/files/media__asset/20150901__FactSheet__2015__en.pdf, accessed September 15, 2016.
2. Department of Epidemiology. Situation of AIDS patients in Thailand. Available at <http://e-lib.ddc.moph.go.th/pdf/world%20AIDS%20Day%202016.pdf>, accessed September 15, 2016.
3. Centers for disease control and prevention. Update: Trends in AIDS Incidence-United State. Available at <https://www.cdc.gov/hiv/pdf/library/reports/surveillance/cdc-hiv-surveillance-report-2013-vol-25.pdf>, accessed September 15, 2016.
4. Department of Epidemiology. Annual epidemiological surveillance report. Available at <http://epid.moph.go.th/Annual/Annual%202552>, accessed September 15, 2016.
5. Department of Disease Control. Thailand national guidelines on HIV/AIDS treatment and prevention. The Agricultural Co-operative Federation of Thailand, Bangkok. 2014.
6. Ketwetsuriya S, Janepanish Visudtibhan P, Kiertiburanakul S. Self-care Burden among HIV-Infected Persons with Metabolic Syndrome. J Public Health 2017; 47(2): 200-11.
7. Bureau of AIDs TB and STIs. HIV/AIDS treatment literacy. Department of Disease Control, Ministry of Public Health, Bangkok. 2011.
8. Kantharadussadee-Triumchaisri S. SKT Therapy for treating disease yourself. Panyachon Distributor, Bangkok. 2011.
9. Thai Academy of Anti-Aging Medicine. Health behavior change assessment, 2008. Available at http://bsris.swu.ac.th/health/doc/ex__teacheva.doc, accessed October 21, 2016
10. Orem, D. E. Nursing concepts of practice 6th. St. Louis: Mosby. 2001.
11. Leavitt, B. R., & Moller, G. A. Language and communication. New York: McGraw Hill. 1951.
12. Ratanapitak U, Krainuwat K, Sriwijitkamol A, Vipawattana C. The Effects of a diabetic self-management program on knowledge, behavior, and health indexes among people with type 2 diabetes. Journal of Nursing Science 2013; 31(1): 7-18.
13. Wattradul D. Effects of health promotion program on diabetes diet, exercise knowledge and behavioral change in persons with type 2 diabetes. Thai Journal of Cardio-Thoracic Nursing 2010; 21(1): 31-44.



14. Praphasil O, Effects of promoting self-efficacy in a self-management program among persons with metabolic syndrome. [M.N.S. Thesis in Adult Nursing]. Pathumthani: Faculty of Nursing, Thammasat University, 2011.
15. Prochaska, J.O. & Diclemente, C.C. Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change. *Psychotherapy. Theory, Research, and Practice*. 1982; 19(3): 276-88.
16. Suwankruhasn N, Pothiban L, Panuthai S, Boonchuang P. Effects of a self-management support program for Thai people diagnosed with metabolic syndrome. *Pacific Rim International Journal of Nursing Research*, 2013; 17(4): 371-83.
17. Chibsamanboon P, Suttineam U. Effects of the Somporn Kantaradusdi-Triamchaisri technique2 (SKT2) on blood pressure levels and biochemical markers. *Journal of Boromarajonani College of Nursing, Bangkok* 2013; 29(2): 122-33.
18. Naewbood S. Effect of practicing SKT2 healing medication to blood pressure level of essential hypertensive patients. *Journal of Nursing and Health Sciences* 2015; 9(3): 14-22.



Effects of Health Promoting Program on Knowledge and Self-care Behaviors in Metabolic Syndrome among HIV-infected Patients

Apitsara Tamwong* Waraporn Boonchieng** Decha Tamdee**

ABSTRACT

HIV-infected patients using antiviral medication for a long time are at a high risk of having metabolic syndrome, such as dyslipidemia, high blood pressure and high blood sugar level. This quasi-experimental study aimed to examine the effects of a health promoting program concerning knowledge and self-care behaviors among HIV-infected patients with metabolic syndrome. The sample group of 42 subjects was selected following the requirements and its size was calculated using the Power Analysis method. HIV-infected patients with metabolic syndrome were assigned a control group of 21 persons, who received routine care, and an experimental group of 21 subjects, who received a health promotion program consisting of health education, skills training, activity practice, monitoring and motivation. This program was conducted a total of 8 times over 21 weeks. The result was measured regarding knowledge and

self-care behaviors using an evaluation form. Data was analyzed using independent t-test. The results showed that after finishing the program, the experimental group had higher average scores in self-care knowledge and behaviors than before receiving the program. The experimental group had significantly higher average scores regarding self-care knowledge than the control group ($p = 0.001$). The average scores regarding behavior showed no difference. From the study results it could be concluded that the health promoting program encouraged the experimental group to gain more knowledge, resulting in better self-care behavior. They could properly take care of their health. Therefore, the program could be used to promote health of HIV-infected patients with metabolic syndrome.

Keywords: health promotion, knowledge, self-care behaviors, HIV-infected patients with metabolic syndrome

J Public Health 2018; 48(2): 232-243

Correspondence: Waraporn Boonchieng. Department of Public Health Nursing, Faculty of Nursing, Chiang Mai University, Chiang Mai 50200 Thailand. E-mail: waraporn@boonchieng.net

* Graduate Student in Master of Public Health Program, Faculty of Public Health, Chiang Mai University

** Department of Public Health Nursing, Faculty of Nursing, Chiang Mai University