



เปรียบเทียบพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยเอดส์ ที่มีผลลัพธ์ทางคลินิกดีและไม่ดี *

ภาวิณี ช่วยบุญ พย.ม.**

นิภา กิมสูงเนิน PhD***

อำภาพร นามวงศ์พรหม PhD****

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงบรรยายนี้มีเป้าหมายเพื่อศึกษาและเปรียบเทียบพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยเอดส์ระหว่างกลุ่มที่มีผลลัพธ์ทางคลินิกดีและไม่ดี กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัสที่โรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่ง จำนวน 104 คนซึ่งได้รับการดูแลโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ ซึ่งเน้นที่การให้ความรู้และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างน้อย 6 เดือนขึ้นไป แบ่งเป็นกลุ่มที่มีผลลัพธ์ทางคลินิกดีจำนวน 66 คน และผลลัพธ์ทางคลินิกไม่ดี จำนวน 38 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่สร้างขึ้นตามกรอบแนวคิดของเพนเตอร์วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงบรรยาย

ผลการวิจัย พบว่า ผู้ป่วยเอดส์ที่มีผลลัพธ์ทางคลินิกดีมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง และกลุ่มที่มีผลลัพธ์ทางคลินิกที่ไม่ดีมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับไม่ดี เมื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมระหว่างกลุ่มที่มีผลลัพธ์ทางคลินิกดีและไม่ดีพบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < .000$

คำสำคัญ: พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ผลลัพธ์ทางคลินิกดีและไม่ดี

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคเอดส์หรือโรคภูมิคุ้มกันบกพร่อง (Acquired Immune Deficiency Syndrome) เป็นโรคติดเชื้อเรื้อรังที่เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญทั้งในระดับโลกและระดับประเทศ เนื่องจากเป็นโรคที่มีการแพร่ระบาดและมีอัตราการตายสูง รวมทั้งยังไม่มีวิธีการรักษาที่หายขาดได้จากรายงานสรุปของ UNAIDS ในปี ค.ศ. 2009 มีผู้ติดเชื้อทั่วโลกรวมทั้งสิ้น 33.4 ล้านคน และประมาณการว่าจะมีจำนวนผู้ติดเชื้อทั่วโลกเพิ่มขึ้นในปี ค.ศ. 2020 เป็น 39 ล้านคน หากไม่มีการดำเนินการป้องกันและการควบคุมที่มีประสิทธิภาพ¹ นอกจากนี้พบว่าจำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการติดเชื้อฉวยโอกาสเพิ่มมากขึ้น ซึ่งการติดเชื้อฉวยโอกาสเป็นสาเหตุที่สำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิต จากสถิติ

กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2555 พบว่า โรคติดเชื้อฉวยโอกาสที่พบมากที่สุด 5 อันดับแรกในประเทศไทยในปี พ.ศ. 2527 – สิงหาคม พ.ศ. 2555 คือ Mycobacterium tuberculosis 105,221 ราย (ร้อยละ 40.5) Pneumocystis carinii 70,250 ราย (ร้อยละ 16.8) Cryptococcal meningitis 49,254 ราย (ร้อยละ 10.4) Mycobacterium avium complex 20,123 ราย (ร้อยละ 6.2) และ Candidiasis ของหลอดอาหารและหลอดลม 16,133 ราย (ร้อยละ 5.1)² ซึ่งสาเหตุส่วนใหญ่ของการติดเชื้อเกิดจากการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการติดเชื้อฉวยโอกาสได้แก่ ปัจจัยพื้นฐานส่วนบุคคลและพฤติกรรมสุขภาพโดยปัจจัยพื้นฐานส่วนบุคคลพบว่าอายุของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ส่วนใหญ่เป็นบุคคลวัยกลางคนเกิดภาวะ

* วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (พยาบาลผู้ใหญ่) คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต

** นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยรังสิต

*** อาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยรังสิต

**** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ อาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยรังสิต



แทรกซ้อนจากการติดเชื้อฉวยโอกาสมากที่สุดและน้อยที่สุดในเด็ก¹ ระยะเวลาการรับรู้การติดเชื้อพบในกลุ่มที่รับรู้การติดเชื้อที่นานกว่าจะมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีกว่าในกลุ่มที่รับรู้ระยะเวลาการติดเชื้อที่สั้นกว่า และกลุ่มที่มีระดับภูมิคุ้มกัน (เฉลี่ย 6 เดือน) มากกว่า 50 เซลล์/ไมโครลิตร มีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองดีกว่ากลุ่มที่มีการเปลี่ยนแปลงของระดับภูมิคุ้มกัน น้อยกว่า 50 เซลล์/ไมโครลิตร³ ส่วนปัจจัยด้านพฤติกรรมพบว่าพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม ที่ทำให้เกิดการติดเชื้อฉวยโอกาส เช่น การรับประทานยาไม่สม่ำเสมอ การรับประทานอาหารที่ไม่เหมาะสม การมีกิจกรรมทางกายที่ไม่เพียงพอ การจัดการกับความเครียดที่ไม่เหมาะสม⁴ เป็นต้น ซึ่งปัจจัยด้านพฤติกรรมเป็นปัจจัยที่สามารถปรับเปลี่ยนได้ โดยการส่งเสริมให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ถูกต้องเหมาะสม⁴

จากการทบทวนวรรณกรรมที่มีมาก่อนพบว่าได้มีการพัฒนาแนวปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยเอชไอวี/เอดส์ ขึ้นมาโดยหลายสถาบัน/หน่วยงาน ซึ่งมีแนวทางของการดูแลรักษาที่สอดคล้องกับ WHO ค.ศ. 2013 ซึ่งแนวทางที่สำคัญ ประกอบด้วย 1) การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อรับเชื้อ 2) รักษาโรคติดเชื้อฉวยโอกาส 3) การรักษาด้วยยาต้านไวรัส เพื่อลดปริมาณไวรัสในกระแสเลือดให้น้อยที่สุดและควบคุมปริมาณเชื้อไวรัสให้อยู่ในระดับต่ำนานที่สุดจะส่งผลทำให้ระดับภูมิคุ้มกันสูงขึ้น ลดการติดเชื้อฉวยโอกาส ซึ่ง ค.ศ. 2014 นี้ WHO ได้เปลี่ยนหลักเกณฑ์การเริ่มยาด้านไวรัส โดยจะเริ่มให้ยาทันทีเมื่อพบว่ามี การติดเชื้อเอชไอวี เพื่อลดปริมาณเชื้อไวรัสที่อยู่ในร่างกายให้รวดเร็วที่สุดโดยไม่ต้องใช้ CD₄ เป็นเกณฑ์ในการเริ่มให้ยา⁴ นอกจากนี้ American College of Sports Medicine⁵ ได้กำหนดแนวทางในการออกกำลังกายในผู้ติดเชื้อเอชไอวี คือ 1) Aerobic exercises ระดับปานกลางอย่างต่อเนื่อง 30 นาที 3 ครั้ง/สัปดาห์ 2) Strengthening exercises ปฏิบัติต่อเนื่อง 3 วัน/สัปดาห์ และ 3) Vigorous exercises ปฏิบัติในผู้ติดเชื้อเอชไอวีระยะไม่มีอาการ และควรอยู่ภายใต้คำแนะนำของผู้ดูแล การออกกำลังกายควรปฏิบัติทันทีเมื่อทราบว่าติดเชื้อเอชไอวี เพราะการออกกำลังกายทำให้ภูมิคุ้มกันต้านทานในร่างกายเพิ่มขึ้น

จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ (systematic review) พบว่า การออกกำลังกายอย่างน้อย 20 นาทีขึ้นไปอย่างต่อเนื่อง 3 วัน/สัปดาห์ ร่วมกับ Resistance training เป็นระยะเวลามากกว่า 4 สัปดาห์ขึ้นไปอย่างสม่ำเสมอสามารถเพิ่มระดับ CD₄ และ Viral load ได้ร้อยละ 95.0⁶ รวมทั้งสามารถเพิ่มคุณภาพชีวิตที่ดีในผู้ป่วยเอดส์นอกจากนี้ Agency for Healthcare Research and Quality⁷ ได้ให้คำแนะนำในด้านโภชนาการที่เหมาะสมสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวีโดยนักโภชนาบำบัด โดยการให้คำแนะนำด้านโภชนาการซึ่งจะคำนึงถึงผลลัพธ์ของผู้ติดเชื้อเป็นหลัก เช่น เพิ่มพลังงานทำให้น้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นจะเป็นผลให้ ระดับ CD₄ เพิ่มขึ้น รวมถึงการมีคุณภาพชีวิตที่ดีในผู้ติดเชื้อเอชไอวี นอกจากนี้พบว่า การรับประทานอาหารจำพวกโปรตีนและพลังงานสูง สามารถลดอัตราการดำเนินโรคที่รุนแรงและการตายในผู้ป่วยเอดส์ได้⁸ นอกจากนี้ควรส่งเสริมทางด้านจิตใจให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ สามารถจัดการกับความเครียดได้จะส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี ทั้งนี้ การได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว จะช่วยลดอัตราการดำเนินโรคที่รุนแรงและการตายได้⁹

โรงพยาบาลเอกชนซึ่งเป็นพื้นที่ศึกษาครั้งนี้เปิดบริการรักษาพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2535 และจัดตั้งคลินิกโรคเรื้อรังอย่างเป็นรูปธรรมเมื่อปี พ.ศ. 2549 มีจำนวนผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ที่มารับบริการ จำนวน 806 คนเป็นผู้ป่วยที่ลงทะเบียนรับยาด้านไวรัสทั้งหมด ระบบการบริการผู้ป่วยเอดส์ที่แผนกผู้ป่วยนอกประกันสังคม ผู้ดูแล ประกอบด้วยทีมสหสาขาวิชาชีพ ได้แก่ แพทย์ พยาบาล นักสุขศึกษา และเภสัชกร ซึ่งเป้าหมายของการดูแลครอบคลุมทั้งการรักษา ป้องกัน ส่งเสริม และฟื้นฟูสุขภาพอย่างต่อเนื่องเพื่อการคงไว้ซึ่งการควบคุมโรคและป้องกันภาวะแทรกซ้อนให้ดีที่สุด จากการทบทวนประวัติย้อนหลังในปี พ.ศ. 2554 พบว่ามีผู้ป่วยที่ต้องนอนรักษาในโรงพยาบาลด้วยโรคเอดส์ จำนวน 140 คน ในกลุ่มนี้พบว่า มีทั้งผู้ที่มิผลลัพธ์ทางคลินิกดีและไม่ดี ผู้วิจัยจึงสนใจเพื่อศึกษาและเปรียบเทียบพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยเอดส์ระหว่างกลุ่มที่มีผลลัพธ์ทางคลินิกดีและไม่ดีและคาดว่าจะผลที่ได้จากการวิจัยจะสามารถนำไปพัฒนาการ

50 cell/ μ l¹¹

บริการและปรับปรุงกิจกรรมที่ปฏิบัติอยู่ให้สอดคล้องกับบริบทของผู้ป่วยเอดส์ ซึ่งสามารถช่วยให้ผู้ป่วยเอดส์มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสมกับโรค ก่อให้เกิดผลลัพธ์ทางคลินิกที่ดีต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

- 1) เพื่อศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในภาพรวมและรายด้านในผู้ป่วยเอดส์ที่มีผลลัพธ์ทางคลินิกดีและไม่ดี
- 2) เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยเอดส์ที่มีผลลัพธ์ทางคลินิกดีและไม่ดี

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้แบบจำลองพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของ Pender¹⁰ เป็นกรอบแนวคิดในการพัฒนาแบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ โดยครอบคลุมพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยเอดส์ ทั้ง 6 ด้าน คือ 1) ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ 2) ด้านกิจกรรมทางกาย 3) ด้านโภชนาการ 4) ด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล 5) ด้านการพัฒนาทางจิตวิญญาณ และ 6) ด้านการจัดการกับความเครียด

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ หมายถึง กิจกรรมที่ผู้ป่วยเอดส์กระทำเพื่อให้มีสุขภาพดีและคงไว้ซึ่งการมีสุขภาพที่สมบูรณ์แข็งแรง ประเมินได้จากแบบสอบถามพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นและนำมาปรับปรุงข้อคำถามให้สอดคล้องกับกลุ่มเป้าหมายของผู้วิจัย ลักษณะของแบบสอบถามประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 31 ข้อ แบ่งเป็นพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ 6 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ 2) ด้านกิจกรรมทางกาย 3) ด้านโภชนาการ 4) ด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล 5) ด้านการพัฒนาทางจิตวิญญาณ 6) ด้านการจัดการกับความเครียด คะแนนสูง หมายถึง ผู้ป่วยเอดส์กระทำพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพระดับสูง คะแนนต่ำหมายถึง ผู้ป่วยเอดส์กระทำพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพระดับต่ำ

ผู้ป่วยเอดส์ที่มีผลลัพธ์ทางคลินิกดี หมายถึง ผู้ป่วยที่มีระดับค่า CD₄ หลังได้รับยาต้านไวรัสแล้ว 6 เดือน เพิ่มขึ้นจากก่อนเริ่มยามากกว่าหรือเท่ากับ

ผู้ป่วยเอดส์ที่มีผลลัพธ์ทางคลินิกไม่ดี หมายถึง ผู้ป่วยที่มีระดับค่า CD₄ หลังได้รับยาต้านไวรัสแล้ว 6 เดือน ไม่เพิ่มจากก่อนเริ่มยาน้อยกว่าหรือเท่ากับ 50 cell/ μ l¹¹

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยเชิงบรรยายนี้ กลุ่มตัวอย่างเลือกตาม inclusion criteria คือได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคเอดส์และได้รับยาต้านไวรัส 6 เดือนขึ้นไปที่ได้รับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่ง อายุ 20 ปีขึ้นไป มีความสามารถอ่านออกเขียนได้ และไม่มีปัญหาทางการได้ยิน การพูดและการมองเห็น สม่ครใจและยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัย ได้รับการดูแลตามโปรแกรม/กระบวนการให้ความรู้ แบบสหสาขาวิชาชีพเป็นระยะเวลาอย่างน้อย 6 เดือนขึ้นไป จำนวน 104 คน แบ่งเป็นกลุ่มที่มีผลลัพธ์ทางคลินิกดี (CD₄ > 251 cell/mm³) จำนวน 66 คน และกลุ่มที่มีผลลัพธ์ทางคลินิกไม่ดี (CD₄ < 251 cell/mm³) จำนวน 38 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล มีทั้งหมด 2 ชุด ประกอบด้วย ชุดที่ 1 (ตอนที่ 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ที่พักอาศัย บุคคลดูแลเมื่อเจ็บป่วย ชุดที่ 1 (ตอนที่ 2) แบบสอบถามข้อมูลสุขภาพความเจ็บป่วย ประกอบด้วยระยะเวลาที่ติดเชื้อ ประวัติการได้รับยาต้านไวรัส ประวัติการติดเชื้อฉวยโอกาส ระดับ CD₄ ชุดที่ 2 แบบสอบถามพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยเอดส์โดยผู้วิจัยพัฒนาขึ้น จากการทบทวนความรู้เรื่องเอชไอวี/เอดส์และแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์¹⁰ ลักษณะของแบบสอบถาม ประกอบด้วย ข้อคำถามจำนวน 31 ข้อ ครอบคลุมพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพทั้ง 6 ด้าน ได้แก่ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ 10 ข้อ ด้านกิจกรรมทางกาย 3 ข้อ ด้านโภชนาการ 6 ข้อ ด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล 4 ข้อ ด้านการพัฒนาทางจิตวิญญาณ 4 ข้อ และด้านการจัดการกับความเครียด 4 ข้อ ลักษณะคำตอบให้เลือกเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 4 ระดับ คะแนนรวมที่มาก หมายถึงพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพดี



และแบ่งระดับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมและรายด้านเป็น 3 ระดับ คือ ระดับดี (คะแนนเฉลี่ย 3.21 – 4.00) ระดับปานกลาง (คะแนนเฉลี่ย 2.41 – 3.20) และระดับไม่ดี (คะแนนเฉลี่ย ≤ 2.40) ซึ่งแบบสอบถามพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้รับการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน คำนวณหาค่าดัชนีความตรงของเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) ได้ค่า CVI เท่ากับ 0.70 และนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยเอดส์ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 ราย โดยหาค่าความเชื่อมั่นชนิดความสอดคล้องภายใน (Internal consistency reliability) ด้วยสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคได้ค่าเท่ากับ 0.77

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยได้รับการรับรองจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต และได้รับอนุญาตให้ทำวิจัยจากโรงพยาบาลเอกชนเป็นพื้นที่ศึกษา ผู้วิจัยแนะนำตัว และชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างทราบถึงวัตถุประสงค์ และขั้นตอนในการเข้าร่วมการวิจัย ซึ่งเป็นความสมัครใจ อาสาสมัครสามารถปฏิเสธหรือยุติการเข้าร่วมการวิจัย ไม่มีผลต่อการรักษาพยาบาลที่ได้รับ ข้อมูลจะนำเสนอในภาพรวม ไม่มีการระบุชื่อของผู้เข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ซักถามจนปราศจากข้อสงสัย เมื่อกลุ่มตัวอย่างเข้าใจและยินดีเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยจึงให้ลงนาม ในแบบแสดงความยินยอม

การเก็บรวบรวมข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูล การศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยทำการรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองโดยใช้แบบสอบถามโดยแบ่งเป็น 2 ขั้นตอน ดังนี้ ขั้นตอนก่อนเก็บข้อมูล ผู้วิจัยทำหนังสือผ่านคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย เพื่อขออนุญาตในการเก็บข้อมูล ภายหลังได้รับการอนุมัติแล้ว ผู้วิจัยเข้าพบผู้อำนวยการฝ่ายการพยาบาลและเจ้าหน้าที่แผนกผู้ป่วยนอกเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ และรายละเอียดในการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่าง แนะนำตนเอง ทำการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างเมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีและสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยอธิบายวิธีการตอบแบบสอบถามข้อมูล

ส่วนบุคคลและแบบสอบถามพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอดส์ ให้กลุ่มตัวอย่างฟังและให้ผู้ป่วยทำแบบสอบถามโดยใช้เวลา 20 นาที และนำข้อมูลที่ได้นำวิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงบรรยายและทดสอบการกระจายของคะแนนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ด้วยสถิติ Kolmogorov – smirnov เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพทั้งภาพรวมและรายด้านด้วยสถิติ Mann – Whitney U test

ผลการวิจัย

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคลและสุขภาพความเจ็บป่วย กลุ่มที่มีผลลัพธ์ทางคลินิกดี จำนวน 66 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 69.7 มีอายุระหว่าง 36 – 60 ปี มากที่สุด อายุเฉลี่ย 42.31 ปี ($SD = 7.55$) ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่มากที่สุดร้อยละ 72.7 ระดับการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษาและมัธยมศึกษามากที่สุดร้อยละ 69 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้างร้อยละ 74.3 รายได้เฉลี่ย 18,310 บาท/เดือนแหล่งที่มาของรายได้ ส่วนใหญ่จากตนเอง ร้อยละ 84.8 มีสามี/ภรรยาดูแลเมื่อเจ็บป่วย ร้อยละ 75.8 และส่วนใหญ่มีระดับ CD_4 อยู่ระหว่าง $251 - 400 \text{ cell/mm}^3$ ร้อยละ 69.7 ระยะเวลาที่ทราบผลการติดเชื้ออยู่ระหว่าง 1 – 2 ปี ร้อยละ 50 ส่วนใหญ่ติดเชื้อฉวยโอกาส TB มากที่สุดร้อยละ 42.4

กลุ่มตัวอย่างที่มีผลลัพธ์ทางคลินิกไม่ดี จำนวน 38 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศชายร้อยละ 65.8 มีอายุระหว่าง 36 – 60 ปี ร้อยละ 89.5 อายุเฉลี่ย 43.95 ปี ($SD = 6.67$) ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่มากที่สุดร้อยละ 76.3 ระดับการศึกษาอยู่ในระดับอาชีวศึกษาหรืออนุปริญญามากที่สุดร้อยละ 34.2 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้างร้อยละ 84.2 รายได้เฉลี่ย 12,710 บาท/เดือนแหล่งที่มาของรายได้ ส่วนใหญ่จากตนเองร้อยละ 92.1 มีสามี/ภรรยาดูแลเมื่อเจ็บป่วยร้อยละ 55.3 และส่วนใหญ่มีระดับ $CD_4 < 250 \text{ cell/mm}^3$ ร้อยละ 71.1 ส่วนใหญ่ทราบผลการติดเชื้อน้อยกว่า 1 ปี ร้อยละ 65.8 และติดเชื้อฉวยโอกาส PCP ร้อยละ 47.4

เมื่อทดสอบความแตกต่างด้านปัจจัยส่วนบุคคลระหว่างกลุ่มที่มีผลลัพธ์ทางคลินิกดีและไม่ดีพบว่า



รายได้ และบุคคลช่วยเหลือเมื่อเจ็บป่วย แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < .001$ และ $p < .031$ ตามลำดับ ในกลุ่มที่มีผลลัพธ์ทางคลินิกดีมีรายได้มากกว่ากลุ่มที่มีผลลัพธ์ทางคลินิกไม่ดี ส่วนบุคคลช่วยเหลือพบว่ากลุ่มที่มีผลลัพธ์ทางคลินิกดีมีบุคคลดูแลช่วยเหลือเป็นสามี/ภรรยา มากกว่ากลุ่มที่มีผลลัพธ์ทางคลินิกไม่ดี ด้านที่ไม่แตกต่างกัน พบว่า เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ และที่พักอาศัย ไม่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p > .05$ ทางด้านสุขภาพและความเจ็บป่วยระหว่างกลุ่มที่มีผลลัพธ์ทางคลินิกดีกับกลุ่มตัวอย่างที่มีผลลัพธ์ทางคลินิกไม่ดี พบว่าระยะเวลาที่ทราบผลการติดเชื้อแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < .007$ ในกลุ่มที่มีผลลัพธ์ทางคลินิกดี พบว่า ระยะเวลาที่ทราบผลการติดเชื้อนานกว่ากลุ่มที่มีผลลัพธ์ทางคลินิกไม่ดี ด้านที่ไม่แตกต่างกัน พบว่า ระดับ CD₄ ประวัติการติดเชื้อฉวยโอกาส ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p > .05$

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมของผู้ป่วยเอดส์ในกลุ่มที่มีผลลัพธ์ทางคลินิกดีและกลุ่มที่มีผลลัพธ์ทางคลินิกไม่ดี

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ	ผลลัพธ์ทางคลินิกดี	$\bar{X}$	ผลลัพธ์ทางคลินิกไม่ดี	$\bar{X}$	สถิติ*	p-value
โดยรวม	2.32-3.35	2.66	1.26-1.90	1.75	Z = -8.486	.000
ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ	2.20-3.40	2.74	1.60-2.50	2.11	Z = -7.076	.000
ด้านกิจกรรมทางกาย	1.00-4.00	1.78	1.00-1.33	1.00	Z = -6.579	.000
ด้านโภชนาการ	1.33-3.50	2.68	1.00-2.50	1.60	Z = -7.037	.000
ด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล	1.00-4.00	1.77	1.00-1.50	1.01	Z = -4.620	.000
ด้านการพัฒนาทางจิตวิญญาณ	2.50-4.00	3.38	1.00-3.25	2.11	Z = -8.325	.000
ด้านการจัดการกับความเครียด	3.00-4.00	3.24	1.00-2.50	2.03	Z = -8.642	.000

*z=Mann-Whitney U test

การอภิปรายผล

กลุ่มที่มีผลลัพธ์ทางคลินิกดี มีการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับ ปานกลาง ผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้รับการโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ โดยโปรแกรม/กระบวนการให้ความรู้ ที่แผนกผู้ป่วยนอก ประกันสังคม จึงทำให้มีการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริม

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ กลุ่มที่มีผลลัพธ์ทางคลินิกดีมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับ ปานกลาง เมื่อจำแนกรายด้าน พบว่า ด้านการพัฒนาทางจิตวิญญาณ และด้านการจัดการกับความเครียด อยู่ในระดับดี ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ และด้านโภชนาการอยู่ในระดับปานกลาง ส่วนด้านกิจกรรมทางกาย และด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลอยู่ในระดับไม่ดี ในขณะที่กลุ่มที่มีผลลัพธ์ทางคลินิกไม่ดี พบว่า มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับไม่ดี ทั้งหมด 6 ด้าน และเมื่อเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมและรายด้านของผู้ป่วยเอดส์ระหว่างกลุ่มที่มีผลลัพธ์ทางคลินิกดีและกลุ่มที่มีผลลัพธ์ทางคลินิกไม่ดี พบว่า แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < .000$ (ตารางที่ 1)

สุขภาพอย่างสม่ำเสมอ ในด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ เรื่องการรับประทานยาตรงตามเวลาและครบทุกมื้อตามแผนการรักษา การมาตรวจตามนัด ไม่หยุดยาเอง และทำความสะอาดบริเวณที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อ ด้วยเหตุนี้จึงทำให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีผลลัพธ์ทางคลินิกดี¹¹ จากแนวทางการปฏิบัติในปี พ.ศ. 2553 ที่พบว่าผู้ป่วย



เอดส์ต้องได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง สม่ำเสมอ พบแพทย์ตามนัด หลีกเลี่ยงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมจะลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการติดเชื้อฉวยโอกาส⁴

กลุ่มที่มีผลลัพธ์ทางคลินิกไม่ดี พบว่า มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับไม่ดี และเมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ และด้านการพัฒนาทางจิตวิญญาณ มีการปฏิบัติพฤติกรรมอยู่ในระดับดี อย่างไรก็ตามด้านกิจกรรมทางกาย ด้านโภชนาการ ด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคลมีการปฏิบัติกิจกรรมอยู่ในระดับไม่ดี ซึ่งเมื่อรวมทุกด้านแล้วทำให้กิจกรรมที่ปฏิบัติยังไม่เพียงพอที่จะทำให้เกิดผลลัพธ์ทางคลินิกที่ดีได้ ข้อมูลจากคำถามปลายเปิดพบว่าผู้ป่วยกลุ่มนี้ยังไม่เคยค้นหาความรู้เกี่ยวกับสุขภาพ การปฏิบัติด้านโภชนาการและการออกกำลังกายยังไม่เหมาะสม พบว่า การรับประทานอาหารไม่สุกและไม่สะอาด รวมถึงยังดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์และคาเฟอีน ในด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีภูมิภานาอยู่ต่างจังหวัด มาทำงานรับจ้างในกรุงเทพฯ อยู่อาศัยแบบครอบครัวเดี่ยว เข้าบ้านอยู่ ไม่มีเพื่อนสนิท/มีน้อย ไม่มีบุคคลดูแลช่วยเหลือขณะเจ็บป่วย ประกอบกับการทำงานเป็นกะ มีชีวิตที่รีบเร่ง ทำให้ขาดความสนใจในการดูแลสุขภาพของตนเอง ด้านการพัฒนาทางจิตวิญญาณ พบว่า ส่วนใหญ่ยังไม่สามารถปรับตัวยอมรับสภาพความเจ็บป่วยจากการติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ได้ ด้านการจัดการกับความเครียด พบว่า บางส่วนยังไม่มีวิธีการจัดการกับความเครียดให้เหมาะสมได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ไม่มีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลในครอบครัวจะไม่สามารถเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ทำให้ไม่มีความหวังในการดำเนินชีวิต และไม่สามารถจัดการความเครียดได้ ส่งผลให้มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ไม่ดี และเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการติดเชื้อฉวยโอกาสได้^{12,4}

เมื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพระหว่างกลุ่มตัวอย่างที่มีผลลัพธ์ทางคลินิกดีและไม่ดี พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < .001$ ซึ่งเป็นไปตามทฤษฎีและงานวิจัยที่มีมาก่อน

พบว่าการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดการติดเชื้อ ไม่ถ่ายทอดเชื้อและการดูแลรักษาที่มีคุณภาพสามารถป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการติดเชื้อฉวยโอกาสและการเสียชีวิต¹³ อย่างไรก็ตามข้อสรุปนี้มีเงื่อนไขที่ต้องพิจารณาคือ กลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม มีรายได้และระยะเวลาที่ทราบผลการติดเชื้อแตกต่างกัน จากข้อมูลพบว่ากลุ่มที่มีผลลัพธ์ทางคลินิกดีมีรายได้ที่มากกว่าและระยะเวลาที่ทราบผลการติดเชื้อที่นานกว่า จึงเป็นไปได้ที่จะทำให้มีผลลัพธ์ทางคลินิกที่ดีกว่าซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่มีมาก่อนพบว่า รายได้ การรับรู้ความสามารถในตนเองและแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ¹³ และผู้ป่วยที่มีการเปลี่ยนแปลงระดับภูมิคุ้มกัน (เฉลี่ย 6 เดือน) มากกว่า 50 เซลล์/ไมโครลิตร มีพฤติกรรมดูแลตนเองดีกว่าผู้ป่วยที่มีการเปลี่ยนแปลงของระดับภูมิคุ้มกัน (เฉลี่ย 6 เดือน) น้อยกว่า 50 เซลล์/ไมโครลิตร³

ข้อเสนอแนะ

1. ควรดำเนินโครงการนี้ต่อไป โดยที่ต้องปรับปรุงกระบวนการสอนด้านการออกกำลังกาย และความรับผิดชอบต่อสุขภาพอย่างต่อเนื่องเพื่อให้คุณภาพของการดูแลที่วัดจากผลลัพธ์ทางคลินิกดีขึ้น
2. ควรทำวิจัยเพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยเอดส์ที่มีผลลัพธ์ทางคลินิกดีและไม่ดีเพื่อให้ได้ปัจจัยที่เฉพาะเจาะจงในการนำมาปรับปรุงการบริการ รวมทั้งได้ความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้ป่วยเอดส์
3. ควรศึกษาเชิงคุณภาพ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในกลุ่มผลลัพธ์ทางสุขภาพดีและไม่ดีวิธีการดำเนินชีวิตเน้นเรื่อง การบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย เพื่อให้ได้ข้อมูลมาพัฒนาการดูแลสุขภาพต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิที่กรุณาตรวจสอบเครื่องมือ และขอบคุณ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลและผู้อำนวยการฝ่ายการพยาบาลโรงพยาบาล



เอกชนที่ให้ความช่วยเหลือ และอำนวยความสะดวกเป็นอย่างดี ทำให้งานวิจัยครั้งนี้สำเร็จลงได้ และกลุ่มตัวอย่างทุกท่านที่เข้าร่วมงานวิจัยและให้ความร่วมมือในการเก็บข้อมูล

References

1. UNAIDS and WHO. Report on the Global HIV/AIDS Epidemic worldwide HIV&AIDS Estimates. [Online] 2009. [cited 2013 May 3]. Available from: www.Unaids.org.
2. Bureau of Epidemiology. The Situation of HIV Infection in Thailand worldwide HIV7AIDS Estimates. [Online] 2012. [cited 2012 March 31]. Available from: www.Bureau.org.
3. Puttawan S. Self-care behaviors of HIV patients with highly active antiretroviral Therapy. Naresuan University Journal 2008; 2(1): 40-51.
4. World Health Organization. WHO consensus worldwide antiretroviral therapy. [Online] 2013. [cited 2013 May 3]. Available from: www.who.int.
5. American College of Sport Medicine. ACSM worldwide exercise in adults living with HIV infection. [Online] 2014. [cited 2014 September 15]. Available from: www.todaysdietitian.shtml.
6. O'Brien K, Nixon S, Tynan AM, Glazier R. Review worldwide aerobic exercise interventions for adults living with HIV/AIDS. [Online] 2009. [cited 2014 September 15]. Available from: www.nebi.pubmed.
7. Agency for Healthcare Research and Quality. AHRQ consensus worldwide HIV/AIDS evidence-based nutrition practice guideline. [Online] 2014. [cited 2014 September 15]. Available from: www.guideline.aspxid.
8. Grobler L, Siegfried N, Visser ME, Mahlangu SSN, Volmink. Review worldwide nutritional interventions for reducing morbidity and mortality in people with HIV. [Online] 2009. [cited 2014 September 15]. Available from: www.onlinelibrary.doi.
9. Mohanan P, Kamath A. Review worldwide family support for reducing morbidity and mortality in people with HIV/AIDS. [Online] 2008. [cited 2014 September 15]. Available from: www.nebi.n.pmh.
10. Pender NJ, Murdaugh CL, Parsons MA. Health Promotion in Nursing Practice. (6th ed.) New Jersey: Pearson Education; 2011.
11. Paphan P, Manu L, Taveeshan J, Wasan J, Wichai T, Achara T, et al, National Guidelines on HIV/AIDS Diagnosis and Treatment. Bangkok: Bureau Thailand; 2010.
12. Suwanna B, Jiamjit S, Somjai P. Health Behaviors of working age patients with HIV/AIDS receiving antiretroviral therapy in a tertiary care hospital. Nursing Journal 2013; 40(1): 1-3.
13. Patchara T. Factors relating to health promoting behaviors among persons with aids. [Thesis]. Pathumthani: Rangsit University; 2552.



Comparison of Health Promoting Behaviors of Persons with Aids Regarding Positive and Negative Health Outcomes*

Pawinee Chuayboon M.N.S **

Nipa Kimsungnoen Dr.P.H.***

Ampaporn Namvongprom PhD****

Abstract

This descriptive study aimed to investigate health promoting behaviors and compare health promoting behaviors between the positive and negative health outcomes groups. Pender's health promoting model was used as a conceptual framework. The purposive sampling of 104 patients at OPD of the private Hospital, 66 and 38 patients with positive and negative health outcomes was recruited from this study. Data were collected by using Personal Information sheet, Health Promoting Behaviors Questionnaire and interview guide. Descriptive statistics were used to analyzed data.

The findings showed that health promoting behaviors scores of the positive health outcomes group were at a moderate level while those of the negative health outcomes group were at a low level. When comparing the health promoting behaviors scores between the 2 groups, it was statically significant difference $p < .000$

Keywords: health promoting behaviors, positive and negative outcomes

* Thesis of Master of Nursing Science (Adult nursing) Student, Faculty of Nursing, Rangsit University

** Master of Nursing Science (Adult nursing) Student, Faculty of Nursing, Rangsit University

*** A university Lecturer, Faculty of Nursing, Rangsit University

****Assistant Professor, Faculty of Nursing, Rangsit University