

ปัจจัยทำนวยความร่วมมือในการรักษาของวัยรุ่นที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์



นางสาวนฤมล คมกล้า

# ศูนย์วิทยทรัพยากร จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต


สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2553

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

PREDICTING FACTORS OF ADHERENCE TO REGIMENS AMONG ADOLESCENTS  
LIVING WITH HIV/AIDS



Miss Naruemol Komgla

ศูนย์วิทยทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements  
for the Degree of Master of Nursing Science Program in Nursing Science  
Faculty of Nursing  
Chulalongkorn University  
Academic Year 2010

Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์

ปัจจัยทำนายความร่วมมือในการรักษาของวัยรุ่นที่ติดเชื้อ  
เอชไอวี/เอดส์

โดย

นางสาวนฤมล คมกล้า

สาขาวิชา

พยาบาลศาสตร์


อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

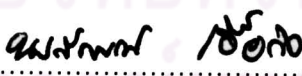
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นรลักษณ์ เอื้อกิจ

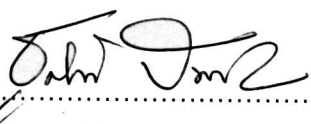
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้บัณฑิตวิทยาลัย อนุมัติให้บัณฑิตวิทยาลัย อนุมัติให้บัณฑิตวิทยาลัย อนุมัติให้บัณฑิตวิทยาลัย  
ของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรบัณฑิต

  
..... คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์  
(รองศาสตราจารย์ ร้อยตำรวจเอกหญิง ดร. ยุพิน อังสุโรจน์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

  
..... ประธานกรรมการ  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ประนอม รอดคำดี)

  
..... อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นรลักษณ์ เอื้อกิจ)

  
..... กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย  
(อาจารย์ ดร. ชูศักดิ์ ชัมภลิจิต)

นฤมล คมกล้า: ปัจจัยทำนายความร่วมมือในการรักษาของวัยรุ่นที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอ็ดส์. (PREDICTING FACTORS OF ADHERENCE TO REGIMENS AMONG ADOLESCENTS LIVING WITH HIV/AIDS) อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก: ผศ.ดร. นรลักษณ์ เอื้อกิจ, 146 หน้า.

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาความสัมพันธ์เชิงทำนาย มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความร่วมมือในการรักษาและอำนาจทำนายของปัจจัยทำนาย ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ในการรักษา การรับรู้อุปสรรคในการรักษา การรับรู้สมรรถนะแห่งตน การสนับสนุนทางสังคม การเปิดเผยสถานะการติดเชื้อและตรวจพบกับความร่วมมือในการรักษาของวัยรุ่นที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอ็ดส์ กลุ่มตัวอย่างคือวัยรุ่นที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอ็ดส์ ซึ่งได้มาจากการสุ่มหลายขั้นตอน จำนวน 158 คน ที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก ณ โรงพยาบาลศูนย์ 5 แห่ง จาก 5 ภูมิภาค ได้แก่ โรงพยาบาลลำปาง โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยมราช โรงพยาบาลชลบุรี และโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ความร่วมมือในการรักษา การรับรู้ประโยชน์ในการรักษา การรับรู้อุปสรรคในการรักษา การรับรู้สมรรถนะแห่งตน การสนับสนุนทางสังคม การเปิดเผยสถานะการติดเชื้อและตรวจพบแบบสอบถามได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่านและคำนวณค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แอลฟาของครอนบาคได้เท่ากับ .81, .75, .90, .87, .94, .63, และ .85 ตามลำดับ และวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ

ผลการวิจัย สรุปได้ดังนี้

1. วัยรุ่นที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอ็ดส์ มีความร่วมมือในการรักษาอยู่ในระดับดี ( $\bar{X} = 3.29, SD = 0.33$ )
2. การรับรู้สมรรถนะแห่งตน การสนับสนุนทางสังคม การเปิดเผยสถานะการติดเชื้อ การรับรู้ประโยชน์ในการรักษา ตรวจพบ และการรับรู้อุปสรรคในการรักษา สามารถร่วมทำนายความร่วมมือในการรักษาของวัยรุ่นที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอ็ดส์ ได้ร้อยละ 42.3 ซึ่งสร้างสมการทำนายในรูปแบบคะแนนมาตรฐานได้ดังนี้

$$Z \text{ ความร่วมมือในการรักษา} = 0.361 Z_{\text{การรับรู้สมรรถนะแห่งตน}} + 0.210 Z_{\text{การสนับสนุนทางสังคม}} + 0.258 Z_{\text{การเปิดเผย สถานะการติดเชื้อ}} + 0.090 Z_{\text{การรับรู้ประโยชน์ในการรักษา}} + 0.124 Z_{\text{ตรวจพบ}} - 0.077 Z_{\text{การรับรู้อุปสรรคในการรักษา}}$$

สาขาวิชา.....พยาบาลศาสตร์.....      ลายมือชื่อนิสิต..... นฤมล คมกล้า  
 ปีการศึกษา...2553.....      ลายมือชื่ออ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก..... *นรลักษณ์ เอื้อกิจ*

## 5177571236: MAJOR NURSING SCIENCE

KEYWORDS: PREDICTING FACTORS / ADHERENCE / ADOLESCENT / HIV/AIDS

NARJEMOL KOMGLA: PREDICTING FACTORS OF ADHERENCE TO REGIMENS AMONG ADOLESCENTS LIVING WITH HIV/AIDS. THESIS ADVISOR: ASST. PROF. NORALUK UA-KIT, Ph.D., 146 pp.

The purposes of this predictive correlational research were to study the level of adherence to regimens and to examine the predictability of predicting factors; perceived benefits to treatment, perceived barriers to treatment, self-efficacy, social support, disclosure to diagnosis and stigma of adherence to regimens among adolescents living with HIV/AIDS. The subjects of the study selected by multi-stage random sampling, were 158 adolescent out-patients with HIV/AIDS visiting HIV clinics in 5 regional hospitals; Lampang Hospital, Sappasitthiprasong Hospital, Choaphraya Yommarat Hospital, Chonburi Hospital, and Maharaj Nakhonsithammarat Hospital. The instruments were demographic data, adherence to regimens, perceived benefits to treatment, perceived barriers to treatment, self-efficacy, social support, disclosure to diagnosis, and stigma questionnaires. All questionnaires were tested for content validities by a panel of five experts. The Cronbach's alpha coefficients of all questionnaires were .81, .75, .90, .87, .94, .63, and .85, respectively. Multiple regression were used in statistical analysis. The major findings were as follows:

1. Mean score of adherence to regimens of adolescents living with HIV/AIDS was at a good level ( $\bar{X} = 3.29$ ,  $SD = 0.33$ )

2. Self efficacy, Social support, Disclosure to diagnosis, Perceived benefits to treatment, Stigma, and Perceived barriers to treatment increase the explained variance in adherence. Variables accounted for 42.3 % of total variance in adherence. The equation derived from the standardized score was:

$$\begin{aligned} \text{Adherence to regimens} = & 0.361 Z_{\text{Self-efficacy}} + 0.210 Z_{\text{Social Support}} + \\ & 0.258 Z_{\text{Disclosure to diagnosis}} + 0.090 Z_{\text{Perceived benefits to treatment}} + \\ & 0.124 Z_{\text{stigma}} - 0.077 Z_{\text{Perceived barriers to treatment}} \end{aligned}$$

Field of Study : .....Nursing Science.....

Student's Signature : Narjemol Komgla

Academic Year : .....2010.....

Advisor's Signature : NORALUK UA-KIT



## กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ก็ด้วยความกรุณาอย่างยิ่งจาก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นรลักษณ์ เอื้อกิจ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาให้คำปรึกษา คำแนะนำ ตลอดจนแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ ด้วยความเมตตา และความเอาใจใส่ ซึ่งผู้วิจัยรู้สึกสำนึกในพระคุณเป็นอย่างยิ่ง ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณอาจารย์สาขาการพยาบาลเด็กและคณาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ทุกท่านที่ได้ให้ความห่วงใย ประสิทธิ์ประสาทความรู้ และให้ประสบการณ์ที่มีค่าแก่ผู้วิจัย

ขอกราบขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ประนอม รอดคำดี ประธานสอบวิทยานิพนธ์ และอาจารย์ ดร. ชูศักดิ์ ชัมภลลิขิต กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์และข้อแนะนำด้านสถิติ ให้วิทยานิพนธ์นี้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น

ขอกราบขอบพระคุณจุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย ที่สนับสนุนทุนส่วนหนึ่งในการทำวิจัย

ขอกราบขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิจากสถาบันต่างๆ ที่ได้กรุณาสละเวลาในการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและแก้ไขเครื่องมือ รวมทั้งผู้อำนวยการโรงพยาบาล หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล หัวหน้าแผนกผู้ป่วยนอก หัวหน้าแผนก แพทย์และเจ้าหน้าที่ประจำคลินิกโรคติดเชื้อของสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินีที่ผู้วิจัยทดลองใช้เครื่องมือวิจัย โรงพยาบาลลำปาง โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี โรงพยาบาลชลบุรี โรงพยาบาลเจ้าพระยายมราช สุพรรณบุรี และโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช ซึ่งเป็นสถานที่เก็บข้อมูล ผู้วิจัยขอขอบพระคุณทุกท่านที่เกี่ยวข้อง ที่ให้ความกรุณาและอำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูล และที่สำคัญยิ่ง คือ วิทยุรุ่นที่ติดเชื้อเอชไอวีทุกคนและผู้ปกครอง ที่ให้ความร่วมมืออย่างยิ่งในการเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัย

ขอกราบขอบพระคุณ ผู้อำนวยการโรงพยาบาล หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล และหัวหน้าหอผู้ป่วยกุมารเวชโรงพยาบาลวชิระภูเก็ต ที่ให้โอกาสผู้วิจัยในการลาศึกษาต่อ

ขอขอบคุณเพื่อนๆ สาขาการพยาบาลเด็ก เพื่อนร่วมรุ่นและกัลยาณมิตรทุกท่าน ที่ช่วยเหลือและให้กำลังใจอันดีเสมอมา

ท้ายสุดขอกราบขอบพระคุณบิดามารดา นายสติ และนางสุนันท์ คมกล้า ที่มีพระคุณยิ่งต่อผู้วิจัย คอยให้การช่วยเหลือ สนับสนุนทั้งกำลังใจและทุนวิจัยหลัก ด้วยความช่วยเหลือจากทุกท่านดังกล่าวมานี้ จึงทำให้ผู้วิจัยสำเร็จการศึกษาได้ด้วยดี

## สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ฌ
สารบัญแผนภาพ.....	ญ
บทที่	
1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	7
คำถามการวิจัย.....	7
แนวเหตุผลและสมมุติฐาน.....	7
สมมุติฐานการวิจัย.....	10
ขอบเขตการวิจัย.....	10
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย.....	10
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	13
2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	14
1 การติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ในวัยรุ่น.....	16
2 แนวคิดที่เกี่ยวข้องกับความร่วมมือในการรักษา.....	36
3 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความร่วมมือในการรักษา.....	46
4 บทบาทพยาบาลในการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษา.....	48
5 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	51
6 กรอบแนวคิดการวิจัย.....	56

## สารบัญ (ต่อ)

บทที่	หน้า
3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	57
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	57
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	59
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	68
การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง.....	71
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	72
4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	74
5 สรุปผลการวิจัย การอภิปรายผล และข้อเสนอแนะ.....	85
สรุปผลการวิจัย.....	86
อภิปรายผลการวิจัย.....	88
ข้อเสนอแนะ.....	97
รายการอ้างอิง.....	99
ภาคผนวก.....	109
ภาคผนวก ก รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ.....	110
ภาคผนวก ข จดหมายเวียนเชิญผู้ทรงคุณวุฒิ จดหมายขอความร่วมมือในการ ทดลองใช้เครื่องมือวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย.....	112
ภาคผนวก ค เอกสารการพิจารณาจริยธรรม เอกสารการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง และตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	123
ภาคผนวก ง สถิติที่ใช้ในการวิจัย.....	142
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์.....	146



## สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
1	การแบ่งระยะของโรคเอดส์ในเด็ก.....	18
2	สภาวะภูมิคุ้มกันพิจารณาจากปริมาณ CD4 ตามเกณฑ์อายุ.....	19
3	จำนวนกลุ่มตัวอย่างวัยรุ่นที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ โรงพยาบาลศูนย์.....	58
4	ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	68
5	การเปิดบริการ คลินิกโรคติดเชื้อ ในแต่ละโรงพยาบาล.....	69
6	จำนวนและร้อยละของวัยรุ่นที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ จำแนกตามอายุ เพศ ผู้ดูแล ช่องทางการติดเชื้อ ระยะเวลาที่รับยาต้านไวรัส และอายุที่ได้รับการเปิดเผยสภาวะการติดเชื้อ.....	75
7	ค่าสูงสุด ค่าต่ำสุด ค่าเฉลี่ยเลขคณิต ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับคะแนนของความร่วมมือในการรักษา การรับรู้ประโยชน์ในการรักษา การรับรู้อุปสรรคในการรักษา การรับรู้สมรรถนะแห่งตน การสนับสนุนทางสังคม การเปิดเผยสภาวะการติดเชื้อ และตราบาป.....	77
8	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทำนายกับความร่วมมือในการรักษา และระหว่างตัวแปรพยากรณ์.....	79
9	การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ.....	80
10	ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยของตัวแปรในรูปคะแนนดิบ และคะแนนมาตรฐาน และสมการถดถอยพหุคูณที่ใช้ในการทำนายความร่วมมือในการรักษาของวัยรุ่นที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์.....	81

## สารบัญแผนภาพ

ภาพที่		หน้า
1	รูปแบบการดูแลเด็กที่ติดเชื้อเอชไอวี.....	33
2	กรอบแนวคิดการวิจัย.....	56



ศูนย์วิจัยทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## บทที่ 1

### บทนำ

#### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์เป็นปัญหาที่สำคัญของทุกประเทศ เนื่องจากเป็นปัญหาสุขภาพที่มีความซับซ้อน เชื่อมโยงกับปัญหาครอบครัว สังคมและเศรษฐกิจของประเทศ และปัจจุบันยังคงมีการระบาดอย่างต่อเนื่อง ซึ่งจากรายงานสถานการณ์เอดส์ทั่วโลก มีการประมาณการว่ามีประชากรเด็กและผู้ใหญ่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ จำนวน 33 ล้านคน (UNAIDS/WHO, 2008) สำหรับในประเทศไทย มีจำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่ยังมีชีวิตอยู่ประมาณ 404,534 คน (สำนักอนามัย, 2552) และจากข้อมูลทางระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค (2551) จำแนกตามกลุ่มอายุ พบว่าร้อยละ 4 เป็นกลุ่มเด็กเล็กและวัยก่อนเรียน และประมาณร้อยละ 1 เป็นกลุ่มวัยรุ่นติดเชื้อ ซึ่งเริ่มเป็นวัยเจริญพันธุ์ ที่อาจเกิดการตั้งครรภ์ขึ้นได้ตลอดเวลาเท่าที่ผู้ติดเชื้อยังมีชีวิตอยู่

ผลจากการดำเนินนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข โดยกรมควบคุมโรค ภายใต้โครงการเข้าถึงบริการยาต้านไวรัสเอดส์ระดับชาติสำหรับผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ (National Access to Antiretroviral Program for PHA : NAPHA) เพื่อให้ผู้ติดเชื้อเข้าถึงบริการยาต้านไวรัสและได้รับยาครอบคลุมมากขึ้น และตั้งแต่ปี พ.ศ. 2549 เป็นต้นมา กระทรวงสาธารณสุขได้เริ่มการให้ยาต้านไวรัสเอชไอวีแบบสูตร 3 ชนิด (Highly active antiretroviral therapy: HARTT) ในหญิงตั้งครรภ์ ทำให้อัตราการติดเชื้อในเด็กเกิดใหม่ปี พ.ศ. 2550 ลดลงเหลือเพียงร้อยละ 4 มีอัตราเสียชีวิตลดลง มีโอกาสรอดชีวิต และเติบโตเป็นวัยรุ่นมากขึ้น ซึ่งการติดเชื้อในเด็กเกือบทั้งหมดเกิดจากการติดเชื้อจากมารดา สำหรับการติดเชื้อโดยวิธีอื่นๆ ได้แก่ การรับเลือด และการมีเพศสัมพันธ์พบได้น้อย (กุลกัญญา โชคไพบูลย์กิจ, 2551) และสถานการณ์การติดเชื้อในปัจจุบันพบว่าผู้ติดเชื้อรายใหม่ในกลุ่มวัยรุ่นมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น และคาดว่าผู้ติดเชื้อรายใหม่ ในกลุ่มหญิงวัยรุ่นอายุน้อยกว่า 20 ปี ประมาณร้อยละ 0.8 ต่อปี (สำนักอนามัย, 2552; กุลกัญญา โชคไพบูลย์กิจ, 2551) เนื่องจากอายุเฉลี่ยของการมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกลดลง คือ 16 ปี และมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีโดยการไม่ใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ และการมีพฤติกรรมเปลี่ยนคู่นอน (วารุณี พองแก้ว และคณะ, 2549)

การติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์เป็นภาวะการเจ็บป่วยเรื้อรังที่รักษาไม่หาย ส่งผลกระทบกับวัยรุ่นอย่างมากทั้งทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ โดยด้านร่างกายวัยรุ่นที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์มีความบกพร่องของระบบภูมิคุ้มกัน ทำให้เกิดการติดเชื้อได้ง่าย มีการเจริญเติบโตช้า มีความบกพร่องของสติปัญญาหรือพัฒนาการด้านการเรียนรู้มากกว่าเด็กทั่วไป ด้านจิตใจและอารมณ์ พบว่าวัยรุ่นที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์เติบโตมาท่ามกลางการเจ็บป่วย ถูกรังเกียจจากสังคม และหากพ่อแม่เสียชีวิตก็กลายเป็นเด็กกำพร้า ขาดความรักความอบอุ่น และขาดผู้ดูแล (ศิริกุล อิศรานุรักษ์, 2549) สอดคล้องกับการศึกษาซึ่งพบว่าร้อยละ 55 ของวัยรุ่นที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ มีความผิดปกติทางจิต โดยส่วนใหญ่มีภาวะวิตกกังวล (Mellins et al., 2006) มีภาวะซึมเศร้า ซึ่งเป็นผลจากการสูญเสียบิดามารดาหรือมีความเจ็บป่วยเรื้อรังมาเป็นเวลานาน (เพณณินาท์ โอเบอร์ดอร์เฟอร์, 2551) ส่วนด้านสังคม พบว่าวัยรุ่นและครอบครัวไม่ได้รับการยอมรับจากชุมชน สังคม ได้รับผลกระทบจากการไม่ยอมรับที่โรงเรียน ขาดโอกาสในการศึกษา (พรพรรณ วรณฤทธิ และอัจฉรา พงศ์คำ, 2548) และด้านจิตวิญญาณ พบว่าวัยรุ่นที่ต้องเผชิญกับการเจ็บป่วยเรื้อรัง การติดเชื้ออวัยวะรุนแรงบ่อยครั้ง ดำเนินชีวิตด้วยความไม่แน่นอนจากการเจ็บป่วย อาจทำให้วัยรุ่นที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ขาดสิ่งยึดเหนี่ยว ขาดความมั่นคงทางจิตใจ คิดในด้านลบและดำเนินชีวิตอยู่อย่างไม่มีความสุข (สมหมาย หิรัญนุช, 2546)

การเข้าถึงบริการยาต้านไวรัสทำให้อัตราการเสียชีวิตของผู้ติดเชื้อลดลง การติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ จึงเปลี่ยนมาเป็นโรคเรื้อรังที่ต้องการการมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น และต้องดูแลรักษาไปตลอดชีวิต (Plowfield, 2007) ซึ่งหัวใจของการดูแลรักษาในผู้ป่วยที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ก็คือการรับประทานยาต้านไวรัส วัยรุ่นที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ต้องให้ความร่วมมือในการรับประทานยาตรงเวลาสม่ำเสมอ มากกว่าร้อยละ 95 เพื่อให้การรักษามีประสิทธิภาพ (วันทนา มณีศรีวงศ์สกุล, 2547) และในการดูแลรักษาไม่ได้สำคัญเฉพาะการรับประทานยาต้านไวรัสเท่านั้น เพราะการได้รับยาต้านไวรัสอย่างเดียว ไม่สามารถทำให้ได้ผลการรักษาที่ดีเสมอไป จำเป็นต้องมีการดูแลแบบองค์รวม โดยต้องร่วมกับการให้ความร่วมมือในส่งเสริมสุขภาพทั่วไป ทั้งการปฏิบัติตามคำแนะนำเรื่องอาหาร การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้เหมาะสมและการปฏิบัติตามคำแนะนำที่สอดคล้องกับแผนการรักษา จึงจะช่วยลดความรุนแรงของโรค ช่วยให้การดูแลรักษามีประสิทธิภาพและมีประสิทธิผล (พีระมน ینگสานนท์ และคณะ, 2547; ปรีชา มณฑานติกุล และคณะ, 2550; วิศิษฐ์ ประสิทธิศิริกุล, 2551)

การทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา พบปัญหาการให้ความร่วมมือในการรักษาของวัยรุ่น เนื่องจากเป็นวัยที่เปลี่ยนแปลงทั้งด้านร่างกาย จิตใจและความคิด (วินัดดา ปิยะศิลป์ และพนม

เกตุมาน, 2545) เริ่มสัมผัสกับสิ่งแวดล้อม เข้าสังคมและคบเพื่อน จึงยากที่จะกำหนดให้วัยรุ่นให้ความร่วมมือในการรักษาได้อย่างสมบูรณ์ (วัลยา ธรรมพินิจวัฒน์ และคณะ, 2549) สอดคล้องกับการศึกษาซึ่งพบว่าวัยรุ่นร้อยละ 16 – 57 ให้ความร่วมมือในการรับประทานยาต้านไวรัสน้อยกว่าร้อยละ 95 (เสาวนีย์ ทรงประโคน, 2549; Marhefka et al., 2006; Williams et al., 2006; Filho et al., 2008) นอกจากนี้พบว่าวัยรุ่นที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ปฏิบัติตัวไม่สอดคล้องกับแผนการรักษา โดยร้อยละ 10 มีเพศสัมพันธ์โดยไม่ได้ป้องกัน และมีพฤติกรรมเปลี่ยนคู่นอนร่วมด้วย (เพณณินาท์ โอเบอร์คอร์ทเฟอร์ และคณะ, 2549) ประกอบกับการรับประทานยาทุกวันเป็นเวลานาน ผลข้างเคียง รสชาติ และขนาดของยา ทำให้เกิดความเบื่อหน่ายและไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา (วันทนา มณีศรีวงศ์กุล, 2547; Robert, 2005) วัยรุ่นที่ไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา จะทำให้การดำเนินของโรคเร็วขึ้น เชื้อโรคดื้อยาและอาจได้รับเชื้อเพิ่มหรือเกิดการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาไปสู่ผู้อื่น ซึ่งการแพร่เชื้อดื้อยาไปสู่ผู้อื่นนอกจากจะทำให้มีผู้ติดเชื้อรายใหม่เพิ่มขึ้นแล้ว ยังทำให้การดูแลรักษามีความยุ่งยากมากขึ้นอีกด้วย (Plowfield, 2007) และการติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ไม่เพียงแต่จะส่งผลกระทบต่อวัยรุ่นที่ติดเชื้อเท่านั้น แต่ยังเกิดผลกระทบต่อคนในครอบครัวที่ต้องเผชิญกับความเหน็ดเหนื่อย ความทุกข์ใจ และอาจส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพของผู้รับภาระในการดูแล (วารุณี พรรณพานิช และคณะ, 2543) นอกจากนี้การขาดความร่วมมือในการรักษาจะทำให้เกิดภาระค่าใช้จ่าย การสูญเสียด้านเศรษฐกิจไปในการรักษาโรคและติดเชื้อฉวยโอกาส และเชื่อมโยงให้เกิดปัญหาสังคมที่ยากต่อการแก้ไขตามมา

การศึกษาวิจัยในกลุ่มผู้ป่วยวัยรุ่นที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ส่วนใหญ่มุ่งเน้นศึกษาความร่วมมือในการรับประทานยาต้านไวรัส และศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยที่ส่งผลต่อความร่วมมือในการรับประทานยา (วัลยา ธรรมพินิจวัฒน์ และคณะ, 2549; เสาวนีย์ ทรงประโคน, 2549; มนิตา บัวสาย, 2551; Albano et al., 1999; Murphy et al., 2001; Pugatch, Bennett, & Patterson, 2002; Williams et al., 2006; Vreeman et al., 2008) การศึกษาที่ผ่านมาพบวรรณกรรมที่ศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยที่ส่งผลต่อความร่วมมือในการรักษา (อรอนงค์ สาระท่า และนรลัทขณ์ เอื้อกิจ, 2551) ในการศึกษาครั้งนี้จึงได้ทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับปัจจัยอื่นๆ ที่ส่งผลต่อความร่วมมือในการรักษาของวัยรุ่นเพิ่มให้ครอบคลุมปัจจัยที่ส่งผลต่อความร่วมมือในการรักษาเพื่อศึกษาความสัมพันธ์เชิงทำนายความร่วมมือในการรักษาของวัยรุ่น และนำไปพัฒนาออกแบบกิจกรรมการพยาบาลต่อไป ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้สมรรถนะแห่งตน การสนับสนุนจากสังคม การเปิดเผยสภาวะการติดเชื้อ และตราบาป ดังนี้



การรับรู้ประโยชน์ในการรักษา คือ การที่วัยรุ่นแสวงหาวิธีปฏิบัติตนให้หายจากโรคหรือป้องกันโรค โดยการปฏิบัตินั้นต้องเชื่อว่าการกระทำนั้นมีประโยชน์ ที่จะทำให้หายจากโรคหรือการเจ็บป่วยนั้น ทำให้เกิดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (Becker, 1974) เมื่อวัยรุ่นที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ เชื่อว่าพฤติกรรมที่ปฏิบัติเหมาะสมเป็นประโยชน์ต่อการเจ็บป่วย ก็จะทำให้ความร่วมมือในการรักษา ทั้งในการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านโภชนาการ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและการปฏิบัติตัวให้สอดคล้องกับแผนการรักษา สอดคล้องกับการศึกษาของ Luszczyńska, Sarkar, & Knoll (2007) และ อรอนงค์ สารระทำ และนรลักษ์ณธ์ เอื้อกิจ (2551) พบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานยาและการรักษามีความสัมพันธ์ทางบวกต่อการให้ความร่วมมือในการรับประทานยาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = .49, p < .001$  และ  $r = .496, p < .000$  ตามลำดับ)

การรับรู้อุปสรรคในการรักษา คือความเชื่อเกี่ยวกับปัญหาและอุปสรรคของบุคคลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพอนามัยในทางลบ โดยถ้าบุคคลมีความเชื่อเกี่ยวกับปัญหาและอุปสรรคสูงก็จะทำให้การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเกิดขึ้นได้ยาก (Becker, 1974) ซึ่งหากวัยรุ่นมีความเชื่อเกี่ยวกับการปฏิบัติพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพอนามัยว่าเป็นปัญหา มีความยากลำบากสูงก็จะส่งผลต่อความร่วมมือในการรักษา สอดคล้องกับการศึกษาของ Filho et al. (2008) ซึ่งพบว่าอุปสรรคในการให้ความร่วมมือในการรับประทานยา คือ การที่วัยรุ่นไม่ให้ความใส่ใจในการรับประทานยาต้านไวรัส ( $OR = 3.47; 95\% CI = 1.13 - 10.68, p = .03$ ) และการศึกษาของ เสาวนีย์ ทรงประโคน (2549) พบว่า รสชาติ ของยา มีความสัมพันธ์ทางลบต่อการให้ความร่วมมือในการรับประทานยาต้านไวรัสอย่างสม่ำเสมอ ( $r = -.37, p < .01$ )

การรับรู้สมรรถนะแห่งตน เป็นความสามารถของบุคคลในการตัดสินใจกระทำ รับรู้ว่าตนมีความสามารถดำเนินการกระทำพฤติกรรมให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ (Bandura, 1997) การที่วัยรุ่นรับรู้สมรรถนะแห่งตนจะทำให้วัยรุ่นมีความมั่นใจในการกระทำพฤติกรรมที่ส่งเสริมสุขภาพ ให้ความร่วมมือ ร่วมใจในการรักษา สามารถที่จะกระทำพฤติกรรมให้สำเร็จตามที่ตนเองได้ตั้งเป้าหมายไว้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Naar-King et al. (2006) ที่พบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนและการมีภาวะกดดันทางจิต สามารถร่วมกันทำนายความร่วมมือในการรับประทานยาได้ร้อยละ 47 และเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $OR = 17.47, 95\% CI 3.28-134.04, p = .006$ ) (ปวีณา ชื่นจิตร์, 2548)

การสนับสนุนจากสังคม เป็นการที่บุคคลได้รับความช่วยเหลือจากสังคม สนับสนุนให้เกิดพฤติกรรมที่เหมาะสม (House, 1985) และเป็นปัจจัยภายนอกที่มีอิทธิพลโดยตรงต่อการให้

ความร่วมมือในการรักษาของวัยรุ่น ( Williams et al., 2006) ช่วยให้วัยรุ่นสามารถปรับตัวได้ ให้ความร่วมมือและปฏิบัติตัวได้ถูกต้อง ต่อเนื่องในระยะยาว สอดคล้องกับการศึกษาของ บุชดี ศรีคำ (2546) ที่พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับสุขภาพจิตในผู้ติดเชื้อ เอชไอวี/เอดส์ ( $r = .431, p < .05$ ) และเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวกในการให้ความร่วมมือ ในการรับประทานยาต้านไวรัส ( $r = .40, p < .001$ ) (Luszczynska, Sarkar, & Knoll, 2007) นอกจากนี้ความสัมพันธ์ระหว่างวัยรุ่นกับผู้ดูแล (Mellins et al., 2004; Bikaako-Kajura et al., 2006) และสัมพันธ์ภาพระหว่างผู้ป่วยกับบุคลากรทางการแพทย์ช่วยเพิ่มความร่วมมือในการรักษาอีกด้วย (Winnink et al., 2005)

การเปิดเผยสภาวะการติดเชื้อ เมื่อวัยรุ่นที่ติดเชื้อเอชไอวีเติบโตขึ้น จำเป็นต้องเข้าใจ สภาวะการเจ็บป่วยของตนเองที่ถูกต้อง มีทัศนคติที่เหมาะสม ยอมรับการติดเชื้อ ปรับตัวได้ไม่มี ปัญหาทางจิตใจและให้ความร่วมมือในการรักษา (กุลกัญญา โชคไพบูลย์กิจ, 2551) ซึ่งการที่ วัยรุ่นไม่ทราบว่าตนเองติดเชื้อ จะทำให้เติบโตมาด้วยความสับสนที่จะเชื่อมโยงระหว่าง การเจ็บป่วย การใช้ยา และการมีชีวิตรอยู่กับการติดเชื้อเอชไอวี (Abadia-Barrero & Larusso, 2006) สอดคล้องกับการศึกษาของ Marhefka et al. (2006) ที่พบว่า การเปิดเผยสภาวะการติดเชื้อต่อ เด็ก รายได้ของผู้ดูแลและระยะเวลาที่เด็กได้รับการรักษา สามารถร่วมกันทำนายความร่วมมือใน การรับประทานยาได้ร้อยละ 63 และการศึกษาของ รัตนาวลี พิบูลนิยม (2551) พบว่าการเปิดเผย สภาวะการติดเชื้อมีสัมพันธ์ทางบวกกับการรับประทานยาตรงเวลา ( $r = .31, p = .000$ ) และยังมี ผลต่อการดำเนินของโรคที่ช้าลงและมีการเปลี่ยนแปลงของระดับภูมิคุ้มกัน (CD4) ที่ดีขึ้น (Sherman et al., 2000; Ferris et al., 2007)

ตราบาป เป็นกระบวนการรับรู้หรือมีประสบการณ์ว่าตนเองถูกแบ่งแยก ถูกตราหน้าว่า แตกต่างจากบุคคลอื่นในสังคม ถูกปฏิเสธและไม่ได้รับการยอมรับจากสังคม ส่งผลกระทบต่อ จิตใจของวัยรุ่นที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ (Goffman, 1963) เนื่องจากวัยรุ่นเป็นวัยที่ต้องการการ ยอมรับจากกลุ่มเพื่อน และสังคม การถูกแบ่งแยกจากกลุ่มทำให้วัยรุ่นขาดความมั่นใจ มี ภาพลักษณ์ต่อตนเองไม่ดี มีความคิดในด้านลบ เกิดความผิดปกติด้านจิตใจและอารมณ์ (วินัดดา ปิยะศิลป์ และพนม เกตุมาน, 2545) ซึ่งจะส่งผลต่อความร่วมมือในการรักษา สอดคล้อง กับการศึกษาของ Whetten et al. (2008) ที่พบว่าตราบาปเป็นปัจจัยด้านจิตสังคมซึ่งมี ความสัมพันธ์กับการให้ความร่วมมือในการรักษาที่ลดลง และมีความสัมพันธ์ทางลบกับ

ความสามารถในการดูแลตนเองเพื่อส่งเสริมสุขภาพในผู้ใหญ่ตอนต้นที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ( $r = -0.418, p < .01$ ) (เบญจมาศ สุขสถิต, 2547)

โรงพยาบาลศูนย์เป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ที่มีความสามารถและความพร้อมในการดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีความซับซ้อน มีผู้เชี่ยวชาญเฉพาะสาขา รวมไปถึงการให้บริการผู้ที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ในแผนกผู้ป่วยนอก ณ คลินิกโรคติดเชื้อ โดยเมื่อเด็กหรือวัยรุ่นได้รับการวินิจฉัยว่าติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ และมีข้อบ่งชี้ในการเริ่มยาต้านไวรัส ผู้ติดเชื้อจึงเริ่มรับยาต้านไวรัส ซึ่งทีมรักษาจะมีการติดตามผลเลือด หรืออาการจนกระทั่ง โดยโรงพยาบาลศูนย์อาจส่งต่ออาการและการรักษาของผู้ติดเชื้อ ไปให้โรงพยาบาลชุมชนรักษาต่อ และโรงพยาบาลชุมชนจะเป็นโรงพยาบาลที่รับดูแลต่อเนื่อง โดยมีการนัดพบกุมารแพทย์ที่โรงพยาบาลศูนย์ ทุก 6 เดือน หรือเมื่อมีปัญหาซับซ้อน และระหว่างรับการรักษาจะมีหน่วยงานต่างๆ ติดตามเยี่ยมบ้าน เพื่อติดตามอาการและให้ความช่วยเหลืออย่างต่อเนื่อง (สำนักโรคเอดส์, 2553)

ผู้วิจัยศึกษาวัยรุ่นที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ที่มารับบริการ ณ โรงพยาบาลศูนย์ เนื่องจากการศึกษาของอรอนงค์ สาระท่า และนรลักษณ์ เอื้อกิจ (2551) และมนิดา บัวสาย (2551) พบว่าโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ และโรงพยาบาลศูนย์มีจำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ในกลุ่มวัยรุ่น มีจำนวนมากขึ้น อีกทั้งยังกระจายอยู่ตามภูมิภาคต่างๆ ของประเทศรวมทั้งสิ้น 26 แห่ง ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาวัยรุ่นที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่มารับบริการ ณ โรงพยาบาลศูนย์ เพื่ออธิบายความร่วมมือในการรักษาของวัยรุ่นที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ให้ครอบคลุมกลุ่มประชากรมากยิ่งขึ้น

การทบทวนวรรณกรรม สรุปได้ว่า งานวิจัยที่การศึกษาถึงปัจจัยที่ส่งผลต่อความร่วมมือในการรักษาในวัยรุ่นอยู่จำนวนน้อย ทำให้ขาดองค์ความรู้ในการที่จะนำมาพัฒนาในออกแบบกิจกรรมการพยาบาลในการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษา พยาบาลเป็นผู้มีบทบาทสำคัญที่จะช่วยส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาวัยรุ่นที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ โดยมีเป้าหมายเพื่อการปรับเปลี่ยนการดำเนินชีวิตและส่งเสริมพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพให้เกิดในผู้ป่วย (อรอนงค์ ศรียุคตศุทธ, 2546) ฉะนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาถึงปัจจัยทำนายความร่วมมือในการรักษาของวัยรุ่นที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ณ โรงพยาบาลศูนย์ เพื่อนำข้อมูลเชิงประจักษ์มาประยุกต์ในการพัฒนาการปฏิบัติการพยาบาล ในการดูแลวัยรุ่นที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ให้มีประสิทธิภาพและมีประสิทธิผลมากขึ้น (นรลักษณ์ เอื้อกิจ และอรอนงค์ สาระท่า, 2552) ช่วยให้วัยรุ่นที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ มีคุณภาพชีวิตที่ดี มีชีวิตยืนยาว ลดการแพร่กระจายเชื้อ ลดภาระค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาจากการติดเชื้อฉวยโอกาสและสามารถดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างเหมาะสม

### วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาความร่วมมือในการรักษาของวัยรุ่นที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ประโยชน์ในการรักษา การรับรู้อุปสรรคในการรักษา การรับรู้สมรรถนะแห่งตน การสนับสนุนทางสังคม การเปิดเผยสภาวะการติดเชื้อและตราบาป กับความร่วมมือในการรักษาของวัยรุ่นที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์
3. เพื่อศึกษาอำนาจในการทำนายของปัจจัยทำนาย ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ในการรักษา การรับรู้อุปสรรคในการรักษา การรับรู้สมรรถนะแห่งตน การสนับสนุนทางสังคม การเปิดเผยสภาวะการติดเชื้อและตราบาป กับความร่วมมือในการรักษาของวัยรุ่นที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์

### คำถามการวิจัย

1. ความร่วมมือในการรักษาของวัยรุ่นที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์เป็นอย่างไร
2. การรับรู้ประโยชน์ในการรักษา การรับรู้สมรรถนะแห่งตน การสนับสนุนทางสังคมและการเปิดเผยสภาวะการติดเชื้อมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการรักษาหรือไม่ อย่างไร
3. การรับรู้อุปสรรคในการรักษาและตราบาป มีความสัมพันธ์ทางลบกับความร่วมมือในการรักษาหรือไม่ อย่างไร
4. การรับรู้ประโยชน์ในการรักษา การรับรู้อุปสรรคในการรักษา การรับรู้สมรรถนะแห่งตน การสนับสนุนทางสังคม การเปิดเผยสภาวะการติดเชื้อ และตราบาป มีอำนาจในการทำนายความร่วมมือในการรักษาของวัยรุ่นที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์หรือไม่ อย่างไร

### แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย

วัยรุ่นเป็นช่วงวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจและความคิด เริ่มเข้าสังคมคบเพื่อนต่างเพศ ประกอบกับภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง ต้องเผชิญกับความไม่แน่นอนของชีวิตจากการเจ็บป่วยรุนแรงบ่อยครั้ง จึงเป็นการยากที่จะกำหนดให้วัยรุ่นให้ความร่วมมือในการรักษาได้อย่างสมบูรณ์ การติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์เป็นโรคเรื้อรังที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลรักษาไปตลอดชีวิต วัยรุ่นที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์จึงต้องรับประทานยาต้านไวรัสต่อเนื่องเป็นเวลานาน อาจทำให้เกิดความเบื่อหน่ายและไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา ซึ่งการให้ความร่วมมือในการรักษาถือว่ามีผลสำคัญยิ่ง โดยประกอบไปด้วยการรับประทานยาต้านไวรัสซึ่งถือว่าเป็นหัวใจในการรักษา และต้องร่วมกับการปฏิบัติตัวในการส่งเสริมสุขภาพ ในด้านโภชนาการ การออกกำลังกาย การ

ปฏิบัติตัวสอดคล้องกับแผนการรักษา จึงจะทำให้วัยรุ่นที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์มีคุณภาพชีวิตที่ดี ลดการติดเชื้อฉวยโอกาส ป้องกันการแพร่กระจายเชื้อไปสู่ผู้อื่นและได้รับเชื้อเพิ่ม ลดปัญหาครอบครัว สังคมและการสูญเสียด้านเศรษฐกิจที่เชื่อมโยงกับการติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์

การศึกษานี้ผู้วิจัยประยุกต์ใช้แนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพของ Becker (1974) ซึ่งกล่าวว่า การแสดงพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลขึ้นอยู่กับมุมมองเห็นคุณค่าและสิ่งที่ตนได้รับ และเชื่อในผลที่เกิดจากการกระทำของตน โดยนำมา 2 องค์ประกอบมาประยุกต์ใช้คือ การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค ร่วมกับการรับรู้สมรรถนะแห่งตน Bandura (1997) การสนับสนุนทางสังคม House (1985) การเปิดเผยสภาวะการติดเชื้อ Jourard (1971) และตราบาป Goffman (1963) ในการอธิบายพฤติกรรมทำให้ความร่วมมือในการรักษาของวัยรุ่นที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ซึ่งปัจจัยที่ส่งผลต่อความร่วมมือในการรักษาจากแนวคิดทฤษฎีและการทบทวนวรรณกรรม ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ในการรักษา การรับรู้อุปสรรคในการรักษา การรับรู้สมรรถนะแห่งตน การสนับสนุนทางสังคม การเปิดเผยสภาวะการติดเชื้อ และตราบาป ดังนี้

การรับรู้ประโยชน์ในการรักษา คือ การที่บุคคลแสวงหาวิธีปฏิบัติตนให้หายจากโรค หรือป้องกันไม่ให้เกิดโรค โดยการปฏิบัตินั้นต้องมีความเชื่อว่าเป็นการกระทำที่ดี มีประโยชน์และเหมาะสมที่จะทำให้หายจากโรคนั้น (Becker, 1974) ซึ่งการรับรู้ประโยชน์ของการรักษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับการให้ความร่วมมือในการรักษา (อรอนงค์ สารระทำ และนรลักษณ์ เอื้อกิจ, 2551) โดยต้องรับประทานยาต้านไวรัสที่สม่ำเสมอต่อเนื่อง มากกว่าร้อยละ 95 (Plowfield, 2007) นอกจากนี้ การขาดสารอาหารจะส่งผลกระทบต่อระบบภูมิคุ้มกัน เพิ่มการดำเนินของโรค และเพิ่มการติดเชื้อฉวยโอกาส ดังนั้นการได้รับสารอาหารจำเป็นที่เพียงพอต่อความต้องการของร่างกายและร่วมกับการออกกำลังกายจะช่วยให้วัยรุ่นมีสุขภาพดี สร้างภูมิคุ้มกัน ลดความรุนแรงของโรค (กรมควบคุมโรค, 2544; สำนักอนามัย, 2546; เจริญ กระบวนรัตน์, 2551) ฉะนั้นการรับรู้ประโยชน์และเชื่อว่าพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่วัยรุ่นกระทำนั้นช่วยให้การเจ็บป่วยจากโรคดีขึ้นก็จะส่งผลให้วัยรุ่นให้ความร่วมมือในการรักษา

การรับรู้อุปสรรคในการรักษา คือ ความเชื่อเกี่ยวกับปัญหาและอุปสรรคของบุคคลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพอนามัยในทางลบ ซึ่งถ้าบุคคลมีความเชื่อเกี่ยวกับปัญหาและอุปสรรคสูงก็จะทำให้การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเกิดขึ้นได้ยาก (Becker, 1974) ซึ่งหากวัยรุ่นมีความเชื่อเกี่ยวกับการปฏิบัติพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพอนามัยว่าเป็นปัญหา มีความยากลำบากสูงก็จะส่งผลต่อความร่วมมือในการรักษา จากการศึกษพบว่าผลข้างเคียง รสชาติ



และขนาดของยา เป็นปัจจัยซึ่งส่งผลต่อการให้ความร่วมมือในการรับประทานยาต้านไวรัส (Robert, 2005) เช่นเดียวกับการศึกษาของ เสาวนีย์ ทรงประโคน (2549) ซึ่งพบว่า รสชาติ ของยา มีความสัมพันธ์ทางลบต่อการให้ความร่วมมือในการรับประทานยาต้านไวรัสอย่างสม่ำเสมออย่าง มีนัยสำคัญทางสถิติ

การรับรู้สมรรถนะแห่งตน คือ ความสามารถของบุคคลในการตัดสินใจกระทำ เป็นการ ที่บุคคลตัดสินใจเกี่ยวกับความสามารถของตนเองที่จะจัดการ รับรู้ว่าตนมีความสามารถ และ ดำเนินการกระทำพฤติกรรมให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ (Bandura, 1997) ซึ่งการที่วัยรุ่นรับรู้ สมรรถนะแห่งตนจะทำให้วัยรุ่นมีความมั่นใจ ให้ความร่วมมือในการรักษา สามารถที่จะกระทำ พฤติกรรมที่ส่งเสริมสุขภาพให้สำเร็จได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ ปวีณา ชื่นจิตร (2548) และ Naar-King et al. (2006) ซึ่งพบว่าการรับรู้สมรรถนะแห่งตน เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความ ร่วมมือในการรักษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

การสนับสนุนทางสังคม คือ เป็นการที่บุคคลได้รับความช่วยเหลือจากสังคม สนับสนุน ให้เกิดพฤติกรรมที่เหมาะสม (House, 1985) และเป็นปัจจัยภายนอกที่มีอิทธิพลโดยตรงต่อการให้ ความร่วมมือในการรักษาของวัยรุ่น ( Williams et al., 2006) ช่วยให้สามารถปรับตัว และปฏิบัติ กิจกรรมต่างๆได้ดี (จิตติมาพันธ์ ณ เชียงใหม่, 2546) สัมพันธภาพที่ดีระหว่างวัยรุ่นกับผู้ดูแลและ การสนับสนุนจากผู้ดูแลทำให้วัยรุ่นรู้สึกปลอดภัย ให้ความร่วมมืออย่างต่อเนื่องในระยะยาว สอดคล้องกับการศึกษาของ บุษดี ศรีคำ (2546) และ Luszczynska, Sarkar, & Knoll (2007) ที่ พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการให้ความร่วมมือในการรับประทาน ยาต้านไวรัสและสุขภาพจิตในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

การเปิดเผยสภาวะการติดเชื้อ คือ สภาพที่บุคคลเปิดเผยให้ผู้อื่นรู้จักตนเอง และเปิดรับ เรื่องราวจากผู้อื่น (Jourard, 1971) ซึ่งทำให้วัยรุ่นเข้าใจการเจ็บป่วยของตนเอง ปรับตัวได้ ไม่มี ปัญหาทางจิตใจ (กุลกัญญา โชคไพบูลย์กิจ, 2551) การที่วัยรุ่นไม่ทราบว่าเป็นตนเองเจ็บป่วยหรือติด เชื้อเอชไอวี/เอดส์ จะทำให้วัยรุ่นเติบโตด้วยความสับสนที่จะเชื่อมโยงระหว่างการเจ็บป่วย กับการ รับประทานยา และการรักษา สอดคล้องกับการศึกษาของ Marhefka et al. (2006) และ รัตนาวลี พิบูลนิยม (2551) ซึ่งพบว่าการเปิดเผยสภาวะการติดเชื้อมีสัมพันธ์ทางบวกกับการให้ความร่วมมือ ในการรับประทานยาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ตราบาป คือ เป็นคุณลักษณะที่ไม่ได้รับการยอมรับ รู้สึกเป็นมลทิน ถูกรังเกียจจากสังคม (Goffman, 1963) ส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิตของวัยรุ่นที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ (Link et al., 2004)

การที่วัยรุ่นถูกรังเกียจจากผู้อื่น เกิดผลกระทบต่อจิตใจ ขาดความมั่นคงทางอารมณ์เป็น ประสพการณ์ด้านลบ ส่งผลต่อการให้ความร่วมมือในการรักษาที่ลดลง (Whetten et al., 2008) สอดคล้องกับการศึกษาของ เบญจมาศ สุขสถิต (2547) ซึ่งพบว่าตราบาปมีความสัมพันธ์ทางลบ กับความสามารถในการดูแลตนเองเพื่อส่งเสริมสุขภาพในผู้ใหญ่ตอนต้นที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จากแนวเหตุผลดังกล่าว ผู้วิจัยจึงตั้งสมมติฐานการวิจัย ดังนี้

### สมมติฐานการวิจัย

1. การรับรู้ประโยชน์ในการรักษา การรับรู้สมรรถนะแห่งตน การสนับสนุนทางสังคมและ การเปิดเผยสภาวะการติดเชื้อมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการรักษา
2. การรับรู้อุปสรรคในการรักษาและตราบาป มีความสัมพันธ์ทางลบกับความร่วมมือใน การรักษา
3. การรับรู้ประโยชน์ในการรักษา การรับรู้อุปสรรคในการรักษา การรับรู้สมรรถนะแห่ง ตน การสนับสนุนทางสังคม การเปิดเผยสภาวะการติดเชื้อ และตราบาป มีอำนาจในการทำนายความร่วมมือในการรักษาของวัยรุ่นที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์

### ขอบเขตของการวิจัย

เป็นการวิจัยเพื่อศึกษาอำนาจในการทำนายของปัจจัยทำนายต่อความร่วมมือในการ รักษาของวัยรุ่นที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ที่มารับบริการ ณ โรงพยาบาลศูนย์ มีตัวแปรที่ศึกษา ดังนี้

**ตัวแปรต้น** คือ การรับรู้ประโยชน์ในการรักษา การรับรู้อุปสรรคในการรักษา การรับรู้ สมรรถนะแห่งตน การสนับสนุนทางสังคม การเปิดเผยสภาวะการติดเชื้อ และตราบาป

**ตัวแปรตาม** คือ ความร่วมมือในการรักษา

### คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

**วัยรุ่นที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์** หมายถึง วัยรุ่นที่มีอายุระหว่าง 11 – 18 ปี ทั้งเพศหญิง และเพศชาย ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก ณ โรงพยาบาลศูนย์

**ความร่วมมือในการรักษา (Adherence to regimens)** หมายถึง พฤติกรรมการให้ ความร่วมมือของผู้ป่วยทั้งในด้านการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ ต่อเนื่อง และการปฏิบัติตัวให้ สอดคล้องกับแผนการรักษา ได้แก่ การรับประทานอาหาร การมาตรวจตามนัด การออกกำลังกาย การนอนหลับพักผ่อน งดสิ่งเสพติด การมีพฤติกรรมทางเพศที่เหมาะสม และการ

ทำจิตใจให้แจ่มใส เพื่อให้เกิดพฤติกรรมความร่วมมือในวัยรุ่นที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ตามแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ Becker (1974) ซึ่งอธิบายพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษา ซึ่งวัดได้โดยเครื่องมือที่ผู้วิจัยดัดแปลงมาจากแบบวัดความร่วมมือในการรักษา จากแบบสอบถามของ อรอนงค์ สาระท่า และนรลักษณ์ เอื้อกิจ (2551)

**การรับรู้ประโยชน์ในการรักษา** (Perceived benefits of treatment regimens) หมายถึง การรับรู้ของวัยรุ่นที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวให้สอดคล้องกับแผนการรักษา ตลอดจนปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิต ให้เหมาะสมกับโรค โดยมีความเชื่อว่าพฤติกรรมหรือการกระทำนั้นมีประโยชน์ ซึ่งวัดได้โดยเครื่องมือ แบบวัดการรับรู้ประโยชน์ในการรักษา จากแบบสอบถามของ อรอนงค์ สาระท่า และนรลักษณ์ เอื้อกิจ (2551) ตามแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ Becker (1974)

**การรับรู้อุปสรรคในการรักษา** (Perceived barriers to treatment regimens) หมายถึง การรับรู้ของวัยรุ่นที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ โดยมีความเชื่อเกี่ยวกับอุปสรรคหรือสิ่งกีดขวางการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ ตามแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ Becker (1974) ซึ่งวัดได้โดยเครื่องมือแบบวัดการรับรู้อุปสรรคในการรักษา จากแบบสอบถามของ อรอนงค์ สาระท่า และนรลักษณ์ เอื้อกิจ (2551)

**การรับรู้สมรรถนะแห่งตน** (Perceived Self-Efficacy) หมายถึง เป็นความมั่นใจของวัยรุ่นที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ มีความเชื่อ รับรู้ว่าตนมีความสามารถ และดำเนินการกระทำพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ โดยหวังผลของความสำเร็จนั้น ซึ่งวัดได้โดยเครื่องมือที่ผู้วิจัยนำมาจากแบบวัดการรับรู้สมรรถนะแห่งตน จากแบบสอบถามของ อรอนงค์ สาระท่า และนรลักษณ์ เอื้อกิจ (2551) ตามแนวคิดของ Bandura (1997)

**การสนับสนุนทางสังคม** (Social Support) หมายถึง การที่วัยรุ่นที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ มีปฏิสัมพันธ์ ได้รับการตอบสนองของความต้องการหรือได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลในสังคม ได้แก่ บิดา มารดา ญาติ พี่น้อง เพื่อน และบุคลากรทางการแพทย์ บุคคลใดบุคคลหนึ่งหรือหลายคนร่วมกัน วัดได้โดยเครื่องมือการสนับสนุนทางสังคม จากแบบสอบถามของ อรอนงค์ สาระท่า และนรลักษณ์ เอื้อกิจ (2551) ตามแนวคิดของ House (1985) ประกอบด้วย 4 ด้าน ได้แก่

1. การสนับสนุนด้านอารมณ์ หมายถึง วัยรุ่นที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ได้รับความรัก ความเอาใจใส่ รับฟังปัญหา ทำให้รู้สึกว่าเป็นบุคคลที่ได้รับการให้ความสำคัญ

2. การสนับสนุนด้านการประเมินคุณค่า หมายถึง วัยรุ่นที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ เห็นคุณค่าและเห็นด้วยในการกระทำที่สนับสนุนการดูแลด้านสุขภาพ การให้ข้อมูลเพื่อใช้ในการตนเอง หรือเปรียบเทียบกับผู้อื่น หรือบุคคลในครอบครัว

3. การสนับสนุนด้านข่าวสาร หมายถึง วัยรุ่นที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ได้รับคำแนะนำ และแนวทางในเรื่องการทำกิจวัตรประจำวัน เหมาะสมกับโรค การไปพบแพทย์ การได้รับความรู้เกี่ยวกับโรค และการปฏิบัติตนที่สอดคล้องกับแผนการรักษา

4. การสนับสนุนด้านทรัพยากร หมายถึง วัยรุ่นที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ได้รับความช่วยเหลือจากผู้อื่นด้านค่าใช้จ่าย อุปกรณ์ในการรักษา การได้รับความสะดวกในการมารับบริการ ณ โรงพยาบาล การได้รับความช่วยเหลือด้านทรัพยากรจากโรงเรียน

**การเปิดเผยสถานะการติดเชื้อ** (Disclosure of HIV/AIDS diagnosis) หมายถึง การที่วัยรุ่นที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ได้รับทราบสถานะการเจ็บป่วยหรือสถานะการติดเชื้อของตนเอง ซึ่งวัยรุ่นอาจเปิดเผยให้ผู้อื่นรู้จักตนเอง และในขณะเดียวกันก็เปิดรับเรื่องราวจากผู้อื่น เพื่อช่วยให้วัยรุ่นเข้าใจการเจ็บป่วยของตนเอง สามารถปรับตัวอยู่กับโรคและการเจ็บป่วยได้ ไม่มีปัญหาทางจิตใจ ตามแนวคิดของ (Jourard, 1971) ซึ่งวัดได้โดยเครื่องมือ แบบสอบถามการเปิดเผยสถานะการติดเชื้อซึ่งผู้วิจัยประยุกต์มาจากแบบสอบถามของ บุซดี ศรีคำ (2546)

**ตราบาป** (Stigma) หมายถึง วัยรุ่นที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ รับรู้ถึงความเสื่อมเสีย การถูกแบ่งแยก ถูกตราหน้า ไม่ได้รับการยอมรับจากสังคม ถูกรังเกียจ เป็นมลทิน โดยเป็นลักษณะที่เกิดขึ้นซ้ำๆ จากภาวะเจ็บป่วยและการติดเชื้อของตน เป็นประสบการณ์ด้านลบ ส่งผลด้านสุขภาพจิตของวัยรุ่น ตามแนวคิดของ Goffman (1963) ซึ่งวัดได้โดยแบบสอบถามตราบาปซึ่งผู้วิจัยแปลมาจากแบบสอบถามของ Wright et al. (2007)

### ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ด้านองค์ความรู้ทางการแพทย์ ในการนำความรู้ไปใช้เป็นแนวทางให้เกิดประโยชน์แก่ผู้ที่สนใจศึกษาในเรื่องความร่วมมือในการรักษาในวัยรุ่น และนำไปใช้ให้เกิดประโยชน์ต่อผู้ป่วยที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์
2. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล ในการนำผลการวิจัยไปประยุกต์ใช้เป็นแนวทางออกแบบกิจกรรมการพยาบาล ให้มีประสิทธิภาพและมีประสิทธิผล ในการสร้างเสริมสุขภาพและดูแลวัยรุ่นที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์
3. ด้านการวิจัยทางการแพทย์ ในการนำผลการวิจัยไปใช้เป็นข้อมูลในการศึกษาวิจัยนำไปพัฒนาเพื่อออกแบบกิจกรรมการพยาบาลหรือวิจัยซ้ำในวัยรุ่นที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ เรื่องความร่วมมือในการรักษา



ศูนย์วิทยทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



## บทที่ 2

### เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษานี้เป็นการศึกษาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (Predictive Correlational Research) เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายกับความร่วมมือในการรักษาของวัยรุ่นที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ในการรักษา การรับรู้อุปสรรคในการรักษา การรับรู้สมรรถนะแห่งตน การสนับสนุนทางสังคม การเปิดเผยสภาวะการติดเชื้อและตราบาป โดยผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าเอกสารและทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง โดยสรุปเป็นเนื้อหาสาระสำคัญ ดังนี้

1. การติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ในวัยรุ่น
  - 1.1 ความหมายของวัยรุ่น
  - 1.2 การติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์กับวัยรุ่น
  - 1.3 การวินิจฉัยการติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ทางห้องปฏิบัติการ
  - 1.4 อาการและอาการแสดงการติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์
  - 1.5 พัฒนาการวัยรุ่นกับการติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์
  - 1.6 ผลกระทบจากการติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์
  - 1.7 การดูแลรักษาวัยรุ่นที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์
  - 1.8 รูปแบบการดูแลเด็กที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ โดยเครือข่ายจังหวัดและเน้นชุมชนมีส่วนร่วม
  - 1.9 การเปิดเผยสภาวะการติดเชื้อในผู้ป่วยเด็ก
2. แนวคิดที่เกี่ยวข้องกับความร่วมมือในการรักษา
  - 2.1 ความหมายความร่วมมือในการรักษา
  - 2.2 แนวคิดทฤษฎีที่ประยุกต์ใช้ในการอธิบายความร่วมมือในการรักษา
    - 2.2.1 ความเชื่อด้านสุขภาพ
    - 2.2.2 การรับรู้สมรรถนะแห่งตน
    - 2.2.3 การสนับสนุนทางสังคม
    - 2.2.4 การเปิดเผยสภาวะการติดเชื้อ
    - 2.2.5 ตราบาป

3. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความร่วมมือในการรักษา
4. บทบาทของพยาบาลในการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาในวัยรุ่นที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์
5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
  - 5.1 วรรณกรรมในประเทศ
  - 5.2 วรรณกรรมต่างประเทศ



ศูนย์วิทยทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## 1. การติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ในวัยรุ่น

### 1.1 ความหมายของวัยรุ่น

วัยรุ่น (Adolescence) หมายถึง ช่วงวัยที่มีการเปลี่ยนผ่านจากความเป็นเด็กสู่ความเป็นผู้ใหญ่ (Mandleco & McCoy, 2002) นิยมแบ่งเป็น 3 ช่วง คือ วัยรุ่นตอนต้น วัยรุ่นตอนกลางและวัยรุ่นตอนปลาย

Potts & Mandleco (2002) วัยรุ่นเป็นผู้มีอายุระหว่าง 12 – 21 ปี โดยเพศชายจะเข้าสู่วัยรุ่นเมื่ออายุประมาณ 12 ปี ส่วนเพศหญิงเข้าสู่วัยรุ่นเมื่ออายุ 10 ปี

Cobb (2007) วัยรุ่นเป็นผู้ที่มีช่วงอายุระหว่าง 11-19 ปี

สุชา จันทรโสม (2543) กล่าวว่าวัยรุ่นตอนต้นเป็นวัยซึ่งคาบเกี่ยวกับวัยเด็กตอนปลาย โดยเด็กหญิงจะเข้าสู่วัยแรกเริ่มอายุประมาณ 11 ปี ขณะที่เพศชายเข้าสู่วัยแรกเริ่มเมื่ออายุประมาณ 12 ปี

วินัดดา ปิยะศิลป์ และพนม เกตุมาน (2545) กล่าวว่าวัยรุ่น เป็นผู้ที่มีอายุระหว่าง 10-20 ปี โดยทั่วไปเพศหญิงจะเข้าสู่วัยรุ่นเมื่ออายุประมาณ 11-13 ปี แต่บางคนอาจเร็วกว่า ส่วนเพศชายจะเข้าสู่วัยรุ่นโดยเฉลี่ยเมื่ออายุ 13-16 ปี

สรุป วัยรุ่น คือ ช่วงวัยที่มีการเปลี่ยนผ่านจากวัยเด็กไปสู่ผู้ใหญ่ โดยเฉลี่ยมีอายุ 11-20 ปี และเพศหญิงจะเข้าสู่วัยรุ่นก่อนเพศชาย

### 1.2 การติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์กับวัยรุ่น

เอดส์ (AIDS; Acquired Immunodeficiency Syndrome) เป็นโรคติดเชื้อไวรัส Human Immunodeficiency Virus (HIV) ประเทศไทย รายงานผู้ป่วยรายแรกในปี พ.ศ. 2527 ซึ่งเป็นชายรักร่วมเพศ หลังจากนั้น เริ่มมีการระบาดมาสู่กลุ่มผู้ใช้ยาเสพติดชนิดฉีดเข้าเส้น กลุ่มหญิงให้บริการทางเพศ และชายผู้มารับบริการ ต่อมาพบว่าเพศสัมพันธ์ต่างเพศเป็นสาเหตุสำคัญของการติดเชื้อ จนทำให้เกิดการติดเชื้อในหญิงวัยเจริญพันธุ์ ซึ่งเป็นภรรยาและตั้งครรรภ์ในเวลาต่อมา กลายเป็นจุดเริ่มต้นของการติดเชื้อในเด็ก ข้อมูลทางระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค จำแนกตามกลุ่มอายุ พบผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์อยู่ในช่วงแรกเกิดถึง 14 ปี ประมาณร้อยละ 4 ช่วงอายุ 15-19 ปี ประมาณร้อยละ 1 และอายุ 20-24 ปี มีผู้ติดเชื้อประมาณร้อยละ 8 (กุลกัญญา โชคไพบูลย์กิจ, 2551) และข้อมูลการเฝ้าระวังเอดส์ระดับชาติในปี พ.ศ. 2542 และ พ.ศ. 2545 ของกระทรวงสาธารณสุขแสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยเอดส์ที่เป็นวัยรุ่นเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 11 เป็นร้อยละ 17 (วารุณี ฟองแก้ว และคณะ, 2549) ซึ่งการติดเชื้อในวัยรุ่นนั้นยังคงมีการระบาดอย่างต่อเนื่อง

สำหรับการติดเชื้อในวัยรุ่นนั้น เกิดได้ทั้ง 3 ทาง ได้แก่ ทางการติดเชื้อจากมารดา สู่ทารก ทางเลือดหรือผลิตภัณฑ์ของเลือดจากผู้ติดเชื้อ และทางเพศสัมพันธ์กับผู้ติดเชื้อ ดังนี้

**ทางการติดเชื้อจากมารดาสู่อทารก** การดำเนินนโยบายภายใต้โครงการเข้าถึง ยาต้านไวรัสเอดส์ระดับชาติสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ และการได้รับยาต้านไวรัสเอชไอวีแบบสูตร 3 ชนิด ในหญิงตั้งครรภ์ ทำให้ผู้ติดเชื้อเข้าถึงบริการและได้รับยาครอบคลุมมากขึ้น อัตราการติดเชื้อในเด็กเกิดใหม่ปี พ.ศ. 2550 ลดลงเหลือเพียงร้อยละ 4 และจากข้อมูลของ กระทรวงสาธารณสุขพบว่าจำนวนเด็กที่เสียชีวิตจากโรคเอดส์มีจำนวนลดลง อัตราการรอดชีวิต จนเป็นโตเป็นวัยรุ่น ผู้ใหญ่มากขึ้น ซึ่งจากสถิติของโรงพยาบาลศิริราชและสถาบันสุขภาพเด็ก แห่งชาติมหाराชินี พบว่าเด็กที่ติดเชื้อจากมารดามีอายุยืนยาวมากกว่า 10 ปี และมีบางรายอายุ ยืนมากกว่า 18 ปี (กุลกัญญา โชคไพบูลย์กิจ, 2551) นอกจากนี้ยังมีรายงานผู้ป่วยของ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์พบวัยรุ่นติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์จากมารดา ปรากฏอาการช้า (Slow progressor) เมื่ออายุ 14 ปี อีกด้วย (ฐิติกุล หิรัญรัตน์, ยอดพร มยุระสาคร, และ อุษษา ทิสยากร, 2548)

**ทางเลือดหรือผลิตภัณฑ์ของเลือดจากผู้ติดเชื้อ** การติดเชื้อจากการรับเลือด หรือผลิตภัณฑ์ของเลือดนั้นเป็นส่วนน้อยมาก เนื่องจากมีการตรวจคัดกรองเลือดบริจาคโดยวิธี Polymerase Chain Reaction (PCR) รวมทั้งมีชุดตรวจที่ไวขึ้น จึงมีโอกาสการได้รับเชื้อเอชไอวี จากเลือดหรือผลิตภัณฑ์ของเลือดน้อยกว่าหนึ่งแสนครั้งของการให้เลือด จากข้อมูลของกระทรวง สาธารณสุขพบผู้ติดเชื้อจากการได้รับเลือด ตั้งแต่ พ.ศ. 2542 - พ.ศ. 2548 จำนวน 51 ราย และ พ.ศ. 2549 - พ.ศ. 2550 ยังไม่มีรายงานผู้ป่วยจากการรับเลือด ซึ่งผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ใน ประเทศไทยที่เกิดจากการได้รับเลือดมีเพียงร้อยละ 0.03 (กุลกัญญา โชคไพบูลย์กิจ, 2551) อีก สาเหตุสำคัญของการติดเชื้อคือพฤติกรรมการใช้ยาเสพติดทั้งชนิดเข้าเส้นซึ่งทำให้เพิ่มจำนวนผู้ติด เชื้อ และการเสพสิ่งเสพติดชนิดกินหรือสูบในวัยรุ่นและเยาวชนที่นำไปสู่การมีพฤติกรรมเสี่ยงทาง เพศ ซึ่งทำให้เกิดการแพร่กระจายเชื้อเอชไอวี (วารุณี ฟองแก้ว และ คณะ, 2549)

**ทางเพศสัมพันธ์กับผู้ติดเชื้อ** ปัจจุบันวัยรุ่นและเยาวชนมีพฤติกรรมเสี่ยง ทางเพศเพิ่มขึ้น ทำให้มีความเสี่ยงในการติดเชื้อและเป็นผู้ติดเชื้อรายใหม่เพิ่มขึ้น ซึ่งการศึกษา ของวารุณี ฟองแก้ว และ คณะ (2549) พบว่า วัยรุ่นนิยมมีเพศสัมพันธ์กับคู่นอนหลายคน และร้อยละ 68 ไม่ใช้ถุงยางอนามัย สอดคล้องกับการศึกษาของ เพณณินาท์ โอเบอร์ดอร์เฟอร์ และ คณะ

(2549) ซึ่งพบว่าวัยรุ่นที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ร้อยละ 10 มีเพศสัมพันธ์โดยไม่มีการใช้ถุงยางอนามัย ไม่มีการคุมกำเนิดและยังมีพฤติกรรมกาเปลี่ยนคู่นอนร่วมด้วย

**1.3 การวินิจฉัยการติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ทางห้องปฏิบัติการ** การตรวจทางห้องปฏิบัติการ มีหลักการตรวจ 2 วิธี (กรมควบคุมโรค, 2550) ดังนี้

**1.3.1 การตรวจหาแอนติบอดีต่อเชื้อไวรัสเอชไอวี (anti-HIV)** ได้แก่ วิธีอีไลซ่า (ELISA) วิธีตรวจอย่างง่าย (Simple test) วิธีตรวจได้ผลอย่างรวดเร็ว (Rapid test) และการตรวจ Western blot

**1.3.2 การตรวจหาส่วนประกอบของไวรัสโดยตรง (viral testing)** ได้แก่ การตรวจหาโปรตีนของเชื้อเอชไอวี การตรวจสารพันธุกรรมของเชื้อเอชไอวี เช่น วิธี Polymerase Chain Reaction (PCR) ซึ่งการตรวจ RNA จะสามารถหาปริมาณไวรัสได้เรียกว่า Viral Load ชุดทดสอบที่ใช้มีความหลากหลาย ซึ่งแต่ละหลักการอาจให้ความแม่นยำต่างกัน แต่เนื่องจากการติดเชื้อเอชไอวีเป็นภาวะที่มีผลกระทบสูง การวินิจฉัยจึงต้องแม่นยำ กระทรวงสาธารณสุขจึงกำหนดหลักการตรวจวินิจฉัยของเด็กอายุมากกว่า 18 เดือนและผู้ใหญ่ไว้ ซึ่งต้องตรวจโดยใช้ชุดทดสอบ 3 วิธี เมื่อได้ผลบวกทั้งหมดจึงวินิจฉัยว่าติดเชื้อเอชไอวี

#### 1.4 อาการและอาการแสดงการติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์

อาการและอาการแสดงของโรคเอดส์ในเด็ก จะแตกต่างกันไปตามอายุและสภาวะภูมิคุ้มกันของเด็ก ผู้ป่วยเด็กเล็กซึ่งมักปรากฏอาการภายในสองขวบปีแรกเรียกว่า rapid progressor เด็กอีกกลุ่มจะไม่มีอาการใดๆหรือมีอาการเพียงเล็กน้อยและมีอาการชัดเจนขึ้นเมื่อโตเรียกว่า slow progressor ในปี ค.ศ. 1994 ศูนย์ควบคุมโรคติดต่อของประเทศสหรัฐอเมริกา (Center for Disease: CDC) ได้ปรับเปลี่ยนการแบ่งความรุนแรงของโรคเอดส์ในเด็กอายุต่ำกว่า 13 ปี โดยแบ่งออกตามลักษณะ 2 ประการ คือ อาการทางคลินิกและสภาวะภูมิคุ้มกัน ดังตารางที่ 1 และ 2

**ตารางที่ 1** การแบ่งระยะของโรคเอดส์ในเด็ก

สภาวะของภูมิคุ้มกัน	ลักษณะทางคลินิก			
	N (ไม่มีอาการ)	A (อาการเล็กน้อย)	B (อาการปานกลาง)	C (อาการรุนแรง)
1. ปกติ	N1	A1	B1	C1
2. ผิดปกติปานกลาง	N2	A2	B2	C2
3. ผิดปกติมาก	N3	A3	B3	C3



**ตารางที่ 2** สภาวะภูมิคุ้มกันพิจารณาจากปริมาณ CD4 ตามเกณฑ์อายุ

Immune Category	อายุ<12เดือน CD4	อายุ 1-5 ปี CD4	อายุ 6-12 ปี CD4
1. ปกติ	$\geq 1,500$ เซลล์/ลบ.มม ( $\geq 25\%$ )	$\geq 1,000$ เซลล์/ลบ.มม ( $\geq 25\%$ )	$\geq 500$ เซลล์/ลบ.มม ( $\geq 25\%$ )
2. ผิดปกติปานกลาง	750-1,499 เซลล์ / ลบ.มม(15-24%)	500-999 เซลล์/ลบ.มม (15-24%)	200-499 เซลล์/ลบ.มม (15-24%)
3. ผิดปกติมาก	$< 750$ เซลล์/ลบ.มม ( $< 15\%$ )	$< 500$ เซลล์/ลบ.มม ( $< 15\%$ )	$< 200$ เซลล์/ลบ.มม ( $< 15\%$ )

**1.4.1 ลักษณะอาการทางคลินิกของโรคเอดส์ในเด็ก** (กฤษณา เพ็งสา, ชูเกียรติ ศิริวิชัยกุล และพรเทพ จันทวานิช, 2550) อายุต่ำกว่า 12 ปี ดังนี้

**กลุ่ม N:** ไม่มีอาการ (Non Symptomatic) เด็กที่ไม่มีอาการหรืออาการแสดงที่เป็นผลจากการติดเชื้อเอชไอวี หรือไม่มีอาการในกลุ่ม A

**กลุ่ม A:** มีอาการเล็กน้อย (Mildly Symptomatic) เด็กที่มีอาการเพียงสองอาการหรือมากกว่าในกลุ่มนี้แต่ไม่มีอาการในกลุ่ม B และ C ได้แก่ ต่อม้ำน้ำเหลืองโต ตับโต ม้ามโต ผิวน้ำขี้ผึ้ง ต่อม้ำน้ำลายพารอทิด (Parotid) ขี้ผึ้ง ติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบนซ้ำๆ, ไช้สอขี้ผึ้ง หรือ หูชั้นกลางอักเสบ

**กลุ่ม B:** มีอาการปานกลาง (Moderately Symptomatic) เด็กที่มีอาการมากกว่ากลุ่ม A แต่ไม่มีอาการติดเชื้อในกลุ่ม C ได้แก่

- มีภาวะซีด เม็ดเลือดขาวต่ำ หรือ ภาวะเกร็ดเลือดต่ำ เกิน 30 วัน
- ติดเชื้อรุนแรง เช่น เยื่อหุ้มสมองอักเสบ ปอดอักเสบจากเชื้อแบคทีเรีย หรือ ติดเชื้อในกระแสเลือด ครั้งแรก (Single episode)
- ติดเชื้อราในปากและลำคอเรื้อรังมากกว่า 2 เดือน
- กล้ามเนื้อหัวใจผิดปกติ (Cardiomyopathy)
- โรคติดเชื้อ Cytomegalovirus infection ที่เริ่มเป็นก่อนอายุ 1 เดือน
- ท้องเสียกลับเป็นซ้ำหรือเรื้อรัง
- ตับอักเสบ

- ปากอักเสบจากเชื้อ Herpes simplex virus ที่มีอาการกลับเป็นซ้ำ (มากกว่า 2 ครั้ง/ปี)
- หลอดลมอักเสบ ปอดอักเสบ หรือ หลอดอาหารอักเสบจากเชื้อ Herpes simplex virus ที่เริ่มเป็นก่อนอายุ 1 เดือน

- การติดเชื้อจาก Herpes zoster อย่างน้อย 2 ครั้ง หรือมากกว่า 1 dermatome

- โรคมะเร็งกล้ามเนื้อเรียบ (Leiomyosarcoma)

- ภาวะเรื้อรังทางปอด (Lymphoid interstitial pneumonia หรือ pulmonary lymphoid hyperplasia complex)

- มีความผิดปกติของไต (Nephropathy) Nocardiosis

- ใช้เรื้อรังมากกว่า 1 เดือน

- Toxoplasmosis ที่เริ่มเป็นก่อนอายุ 1 เดือน

- อีสุกอีใสชนิดแพร่กระจาย หรือมีภาวะแทรกซ้อน

**กลุ่ม C: อาการรุนแรง (Severely Symptomatic) เด็กที่มีอาการตามคำจำกัดความของการเป็นโรคเอดส์ ได้แก่**

- โรคติดเชื้อแบคทีเรียชนิดรุนแรงเกิน 2 ครั้งใน 2 ปี

- โรคติดเชื้อราแคนดิดา (Canida) ในทางเดินอาหารและทางเดินหายใจส่วนล่าง

- โรคติดเชื้อรา (Coccidioidomycosis) ชนิดแพร่กระจาย

- โรคคริปโตคอคโคซิส (Cryptococcosis) ชนิดนอกปอด

- โรคอุจจาระร่วงจากการติดเชื้อ (Cryptosporidiosis) หรือ (Isosporiasis) ซึ่งทำให้อายุสั้นเกิน 1 เดือน

- มีอาการทางสมอง (Encephalopathy)

- การติดเชื้อฉวยโอกาส (PCP, Cytomegalovirus (CMV), ติดเชื้อราชนิดแพร่กระจาย)

- การติดเชื้อมัคโคแบคทีเรีย (Mycobacterium) ชนิดแพร่กระจาย

- มะเร็ง (Kaposi's sarcoma, มะเร็งต่อมน้ำเหลือง)

- กลุ่มอาการ Wasting (ภาวะเลี้ยงไม่โตอย่างรุนแรง หรือน้ำหนักลดมากกว่าสองเปอร์เซ็นต์)

1.4.2 การแบ่ง Clinical category ของโรคเอดส์ในวัยรุ่นและผู้ใหญ่ (อายุมากกว่าหรือเท่ากับ 13 ปี) (Baylor College of Medicine, 2003)

**Category A:** มีอาการอย่างน้อย 1 อาการต่อไปนี้ ในผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ และต้องไม่มีอาการใดๆ ใน category B และ C

- ติดเชื้อเอชไอวี แต่ไม่มีอาการ
- มีต่อมน้ำเหลืองโตทั่วไป
- ติดเชื้อเอชไอวีระยะแรก ร่วมกับมีประวัติการเจ็บป่วยหรือมีอาการติดเชื้อเอชไอวีแบบเฉียบพลัน

**Category B:** ARC (AIDS-related complex) มีอาการอย่างน้อย 1 อาการดังต่อไปนี้ ในผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคติดเชื้อเอชไอวี

- โรคติดเชื้อแบคทีเรีย (Bacillary angiomatosis)
- ติดเชื้อราในปาก
- ติดเชื้อรา มีการอักเสบของช่องคลอด เป็นเรื้อรัง หรือ มีตอบสนองต่อการรักษาไม่เพียงพอ
- เป็นมะเร็งปากช่องคลอด
- มีอาการของการติดเชื้อ เช่น ไข้ 38.5 หรือ ท้องเสียนานมากกว่า 1 เดือน
- โรคติดเชื้อไวรัส (Hairy leukoplakia) ที่ปาก
- โรคผิวหนังอย่างน้อย 2 ครั้ง หรือมากกว่า 1 dermatome
- มีภาวะเกร็ดเลือดต่ำ (Idiopathic thrombocytopenia purpura)
- โรคติดเชื้อแบคทีเรีย (Listeriosis)
- โรคติดเชื้อช่องเชิงกราน
- การอักเสบของระบบประสาทส่วนปลาย

**Category C:** ถ้าผู้ป่วยมีอาการหรือเคยมีอาการใน category นี้ จะถือว่าผู้ป่วยอยู่ใน category C ตลอดไป

- ติดเชื้อราในทางเดินหายใจ
- ติดเชื้อราในหลอดอาหาร
- ติดเชื้อรา (Coccidioidomycosis), ระยะเวลาแพร่กระจายหรือนอกปอด
- โรคติดเชื้อ (Cryptococcosis) ชนิดนอกปอด
- โรคติดเชื้อ (Cryptosporidiosis) ในลำไส้เรื้อรัง (มากกว่า 1 เดือน)
- ติดเชื้อไวรัสไซโตเมกกาโลไวรัส (Cytomegalovirus)
- มีอาการทางระบบประสาทจากการติดเชื้อเอชไอวี

- ติดเชื้ออีสุกอีใส; เป็นแผลเรื้อรัง
- โรคติดเชื้อรา (Histoplasmosis) ชนิดแพร่กระจาย หรือเป็นนอกรอบ
- โรคอุจจาระร่วงจากเชื้อโปรโตซัว (Isosporiasis) เรื้อรังในลำไส้ (มากกว่า 1 เดือน)
- โรคมะเร็ง (Kaposi sarcoma)
- มะเร็งต่อมน้ำเหลือง (Lymphoma) ชนิด Burkitt's
- มะเร็งต่อมน้ำเหลือง (Lymphoma) ชนิด immunoblastic
- มะเร็งต่อมน้ำเหลือง (Lymphoma) ชนิดเริ่มต้นของสมอง
- ติดเชื้อ Mycobacterium avium complex หรือ M. Kansasii ชนิดแพร่กระจายหรือเป็น

นอกรอบ

- ติดเชื้อ วัณโรค Mycobacterium tuberculosis
- ติดเชื้อ Mycobacterium ชนิดอื่นๆ
- ปอดบวม ชนิดกลับเป็นซ้ำบ่อยครั้ง
- การติดเชื้อไวรัสในระบบประสาทส่วนกลาง (Progressive multifocal

leukoencephalopathy)

- ติดเชื้อ Salmonella ในกระแสเลือด, ชนิดกลับเป็นซ้ำ
- โรคติดเชื้อปาราสิต (Toxoplasmosis) ของสมอง
- มีภาวะเลี้ยงไม่โต (wasting syndrome) จากการติดเชื้อเอชไอวี

### 1.5 พัฒนาการวัยรุ่นกับการติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์

**ด้านร่างกาย** ในช่วงวัยรุ่น การเติบโตของสมองและการเพิ่มขึ้นของฮอร์โมน ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายอย่างมาก โดยเฉพาะในวัยรุ่นตอนต้น เด็กวัยรุ่นจะเติบโตรวดเร็ว โดยเฉพาะส่วนคอ แขน ขา มากกว่าลำตัว ทำให้เด็กมีลักษณะแก่งก้าง มีกล้ามเนื้อเพิ่ม มีไขมันสะสมตามที่ต่างๆ เด็กจะกินจุ และนอนมากขึ้น ร่างกายต้องการพักผ่อนและต้องการแคลอรีมากกว่าเดิม อายุประมาณ 10 ปีเด็กผู้หญิงจะมีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วของความสูงและน้ำหนัก ส่วนเด็กผู้ชายจะมีส่วนสูงและน้ำหนักเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วเมื่ออายุประมาณ 12 ปี ซึ่งปริมาณฮอร์โมนที่เพิ่มขึ้นในวัยนี้ เป็นผลให้อวัยวะเพศเติบโตและมีการเปลี่ยนแปลงในรูปร่าง เช่น เด็กผู้หญิงมีเต้านมขยายโตขึ้น มีขนรักแร้ มีขนที่อวัยวะเพศและมีประจำเดือนตามมาหลังจากการเจริญของอวัยวะเพศ ในเด็กผู้ชายจะมีอวัยวะเพศขยายใหญ่ขึ้น และมีการหลั่งน้ำกาม หรือมีการฝันเปียก (seminal emission) มีขนที่รักแร้ อวัยวะเพศ ต่อมาเสียงจะใหญ่ หัวขึ้น มีหนวด ขน

ตามตัว มีความแข็งแรงเพิ่มขึ้น ในวัยรุ่นต่อมาไขมันใต้ผิวหนัง และต่อมเหงื่อทำงานมากขึ้น ทำให้ประสบปัญหาเรื่องสิว และกลิ่นตัว

การติดเชื้อเอชไอวีทำให้ภาวะการเจริญเติบโตเป็นไปได้ค่อนข้างช้ากว่าเด็กปกติ ประกอบกับการเจ็บป่วยเรื้อรัง ทำให้วัยรุ่นที่ติดเชื้อมีร่างกายตัวเตี้ยกว่าเด็กอื่นๆ และมีน้ำหนักค่อนข้างน้อย (วินัดดา ปิยะศิลป์ และพนม เกตุมาน, 2545; เพณณินาท์ โอเบอร์ดอร์เฟอร์, 2551)

**ด้านความคิด สติปัญญา** วัยรุ่นเริ่มมีความคิดเปลี่ยนจากรูปธรรม เป็นนามธรรม ความคิดเพิ่มกว้างขวางขึ้น เข้าใจความเป็นจริงได้มากขึ้น คิดเป็นเหตุเป็นผล (Formal operation) ดึงข้อมูลมาสรุปเป็นเหตุผล อยากรู้ อยากเห็น แต่จะจริงจังกับความคิดของตนเองและยึดเอาเป็นเลิศและถูกต้อง (Idealism) วัยรุ่นจะสามารถเข้าใจความหมายของความเจ็บป่วยที่สลับซับซ้อนได้มากขึ้น โดยสามารถเข้าใจกลไกการเกิดโรค การเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา ขั้นตอนการรักษา การพยากรณ์โรคและปัจจัยต่างๆทั้งจากตนเองและจากสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อการดำเนินของโรคได้ (สุชา จันทรธอม, 2543; วิสุวรณ์ บุญสิทธิ, 2551)

**ด้านจิตใจ** วัยรุ่นจะให้ความสนใจในรูปร่างหน้าตาของตนเองมากขึ้น กังวลกับการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย วัยนี้ต้องการเป็นอิสระ ไม่ชอบให้ผู้ใหญ่มาออกคำสั่ง (วินัดดา ปิยะศิลป์ และ พนม เกตุมาน, 2545) การทราบถึงสภาวะการติดเชื้อในช่วงมีการพัฒนาความเป็นตัวเองและเอกลักษณ์แล้ว ทำให้วัยรุ่นต้องต่อสู้กับปัญหาด้านความเป็นตัวเอง (Autonomy) และต้องเผชิญหน้ากับความตาย วัยรุ่นมักปฏิเสธ (Denial) กลัว โกรธและแยกตัวเอง เนื่องจากต้องการการยอมรับจากเพื่อน กลัวเพื่อนทอดทิ้ง เกิดความเครียดเรื้อรัง (สมภพ เรืองตระกูล, 2548)

**ด้านอารมณ์และสังคม** ช่วงวัยรุ่นอารมณ์จะมีการพัฒนาอย่างมาก ทั้งนี้ขึ้นกับประสบการณ์และการรู้การเข้าใจที่ได้พัฒนา อารมณ์วัยรุ่นตอนกลางเป็นแบบรูปธรรม เกิดทันทีและเป็นไปตามสถานการณ์ มีความกังวลว่าคนอื่นจะคิดอย่างไรเกี่ยวกับตัวเองและแสดงความเห็นอกเห็นใจเพื่อน ในวัยรุ่นสามารถรับรู้ถึงเหตุการณ์และความเป็นมาเข้าใจถึงเหตุและผลของการมีอารมณ์ทั้งของตัวเองและผู้อื่น การมีเพื่อนเป็นสิ่งสำคัญมากในการพัฒนาด้านอารมณ์และสังคม ทำให้วัยรุ่นรู้สึกมั่นใจ มีพลังอำนาจ การได้รับการยอมรับในกลุ่มเพื่อน จะเสริมความภาคภูมิใจหรือภาพลักษณ์ต่อตนเองที่ดี ดังนั้นการเจ็บป่วยจากการติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่มีผลกระทบต่อสภาพร่างกายหรือทำให้มีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมตามกลุ่มเพื่อนจึงมีผลกระทบ



ต่อภาพพจน์ของวัยรุ่น การขาดเพื่อนจะทำให้วัยรุ่นคิดไปทางด้านลบ มีภาพลักษณ์ต่อตนเองไม่มีอารมณ์ซึ้งมีเศร้า มีพฤติกรรมด้านลบตามมา (วินัดดา ปิยะศิลป์ และพนม เกตุมาน, 2545; วิสุธาธร บุญสิทธิ, 2551) นอกจากนี้วัยรุ่นยังต้องการความรัก ความอบอุ่น มั่นคงทั้งในหมู่คณะ และครอบครัว ซึ่งความสัมพันธ์ระหว่างพ่อแม่หรือผู้ปกครองที่ดีกับวัยรุ่นจะช่วยสนับสนุนให้วัยรุ่นปรับตัวได้ (Hammami et al., 2004; Merzel, VanDevanter, & Irvine, 2008)

## 1.6 ผลกระทบจากการติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์

การติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์และการไม่ให้ความร่วมมือในการรักษาส่งผลกระทบมากมาย ทั้งต่อวัยรุ่นที่ติดเชื้อ ครอบครัว เชื่อมโยงกับปัญหาสังคมและเศรษฐกิจมากมาย ดังนี้

### 1.6.1 ผลกระทบจากการติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์

**ด้านร่างกาย** วัยรุ่นได้รับผลกระทบด้านร่างกาย จากทั้งการติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ การติดเชื้อฉวยโอกาส และจากผลข้างเคียงของการรับประทานยาต้านไวรัสและยาอื่นๆที่ต้องรับประทานร่วมด้วย เช่น ยารักษาโรค ยาปฏิชีวนะ เป็นต้น การติดเชื้อทำให้มีความผิดปกติของอวัยวะภายใน ตับโต ม้ามโต มีภาวะซีด ทำให้ร่างกายอ่อนเพลีย มีภาวะทุพโภชนาการ (Potts & Mandleco, 2007) ผู้ที่ติดเชื้อที่ปรากฏอาการ มีผื่นคันตามร่างกาย มีรูปร่างหน้าตาและผิวพรรณที่เปลี่ยนแปลงไป ทุกข์ทรมานกับการเจ็บป่วย (สุดจิตร แก้วมณี, ประณีต ส่งวัฒนา, และอุษณีย์ เพชรรัชตะชาติ, 2549) พัฒนาการด้านร่างกาย และพัฒนาการทางเพศ เข้าสู่วัยรุ่นช้ากว่าเด็กปกติ อาจมีการสูญเสียทักษะของร่างกายในช่วงที่เจ็บป่วย ซึ่งเป็นผลมาจากการติดเชื้อเรื้อรัง (กุลกัญญา โชคไพบูลย์กิจ, 2551; Riddel & Moon, 1996)

**ด้านจิตใจ** วัยรุ่นที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ เจริญเติบโตขึ้นมาท่ามกลางการเจ็บป่วยของบิดา มารดา การใช้สารเสพติดในครอบครัว บางคนกำพร้าขาดผู้ดูแล (สมภพ เรืองตระกูล, 2548) ถูกล้อเลียน ไม่ได้รับการยอมรับจากสังคม มีปัญหาเปลี่ยนผู้ดูแลหลักบ่อย ผู้ดูแลให้เวลาน้อย ไม่มีการพูดคุยระหว่างกัน ซึ่งในช่วงวัยรุ่น เด็กต้องการคำปรึกษาแต่ไม่สามารถทำได้ ทำให้รู้สึกอึดอัดและเครียด มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย ซึมเศร้า และเก็บตัว (ทวีทรัพย์ ศิริประภาศิริ และคณะ, 2545; เพณณินาท์ โอเบอร์ตอร์เฟอร์ และคณะ, 2549; Rao et al., 2007) สอดคล้องกับการศึกษาของ Mellins et al. (2006) พบว่าวัยรุ่นที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ร้อยละ 55 มีความผิดปกติด้านจิตใจ โดยร้อยละ 40 มีความวิตกกังวล ซึ่งส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิตของวัยรุ่น

**ด้านสังคม** วัยรุ่นบางส่วนไม่ได้รับการยอมรับจากสังคมและโรงเรียน เนื่องจากการเจ็บป่วย หยุดเรียนบ่อยทำให้วัยรุ่นถูกซักถามเกี่ยวกับการติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ บางรายไม่ได้ไปโรงเรียนเนื่องจากปัญหารังเกียจและไม่ยอมรับเด็กเข้าเรียน (พรพรรณ วรรัตนฤทธิ และอัจฉรา พงศ์คำ, 2548) ทำให้วัยรุ่นรู้สึกว่าตนเองแตกต่างจากผู้อื่น ไม่ได้รับการยอมรับในกลุ่มเพื่อน ทำให้เกิดความรู้สึกแปลกแยก เป็นตราบาป บางครั้งอาจแสดงออกโดยการต่อต้านไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา ซึ่งเป็นผลจากความพยายามที่จะแสดงออกไม่ให้เห็นตนเองแตกต่างจากเพื่อน หรือทำให้รู้สึกว่าสามารถควบคุมสิ่งต่างๆ ได้ (นิชรา เรื่องดารกานนท์ และคณะ, 2551) และการที่วัยรุ่นกำพร้าบิดา มารดาหรือบางคนขาดผู้ดูแลหลัก ทำให้ลดโอกาสในการส่งเสริมและพัฒนาทักษะทางสังคม

**ด้านจิตวิญญาณ** การมีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง ถูกแบ่งแยกจากกลุ่มเพื่อน และสังคมของวัยรุ่น การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยโรคติดเชื้อรุนแรงบ่อยครั้ง วัยรุ่นจึงต้องเผชิญหน้ากับความตาย ดำเนินชีวิตอยู่ด้วยความไม่แน่นอน ทำให้ขาดสิ่งยึดเหนี่ยวและขาดความมั่นคงทางจิตใจ คิดในด้านลบ และมีชีวิตอยู่อย่างไม่มีความสุข (สมหมาย หิรัญนุช, 2546) ความเชื่อในมิติด้านจิตวิญญาณ ด้านศาสนา ความดีงาม จะช่วยให้วัยรุ่นที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ มีความสุข ลดความเป็นทุกข์ทางใจ รับรู้การเจ็บป่วยตามความเป็นจริง (ประเวศ วะสี, 2550) ช่วยให้วัยรุ่นมีความคิดในแง่บวก มีความหวังและมีกำลังใจ ปรับตัวกับการเจ็บป่วยได้

### 1.6.2 ผลกระทบจากการไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา

การไม่ให้ความร่วมมือในการรักษาส่งผลกระทบต่อทั้งวัยรุ่น ครอบครัว เชื่อมโยงกับปัญหาสังคมและเศรษฐกิจ ซึ่งเมื่อเข้าสู่วัยรุ่นทำให้วัยรุ่นต้องการเป็นอิสระ ไม่ต้องการถูกควบคุม แต่ในภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง วัยรุ่นจำเป็นต้องพึ่งพิง และต้องการการดูแลเอาใจใส่จาก บิดามารดา ผู้เลี้ยงดู หรือญาติ หากวัยรุ่นไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา จากการขาดความร่วมมือในการรับประทานยา จะทำให้การดำเนินของโรคเร็วขึ้น เชื้อโรคคือยาและทำให้ผลการรักษาไม่มีประสิทธิภาพ (Ferris et al., 2007) และผู้ที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ มีภูมิคุ้มกันต่ำ มักติดเชื้อฉวยโอกาสได้ง่าย มักมีปัญหาขาดสารอาหาร น้ำหนักลด ผอมแห้ง เพราะเมื่ออาหารเจ็บแผลในปาก หรือจากท้องเสีย ได้รับสารอาหารไม่เพียงพอ ซึ่งผู้ที่ติดเชื้อมีความจำเป็นต้องได้รับสารอาหารเพิ่มมากกว่าคนทั่วไป การรับประทานยาให้เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย จะช่วยกระตุ้นระบบภูมิคุ้มกัน ลดอัตราการเสียชีวิตและเพิ่มประสิทธิภาพของยาต้านไวรัส (ประพันธ์ ภาณุภาค, 2551) นอกจากนี้ การปฏิบัติพฤติกรรมให้สอดคล้องกับแผนการรักษา

มีจิตใจที่แจ่มใส ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยการออกกำลังกาย งดสูบบุหรี่ และมีพฤติกรรมทางเพศที่เหมาะสม ก็จะช่วยส่งเสริมผลการรักษา มีชีวิตที่ยืนยาว มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ไม่เกิดการแพร่กระจายเชื้อไปสู่ผู้อื่นหรือรับเชื้อดื้อยาเพิ่ม (วราภรณ์ บุญเชียง และคณะ, 2551)

การติดเชื้อและการไม่ให้ความร่วมมือในการรักษาของวัยรุ่น ยังเกิดผลกระทบกับคนในครอบครัวที่ต้องเผชิญกับความเหน็ดเหนื่อย ความทุกข์ใจ และอาจส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพของผู้รับภาระในการดูแลการเจ็บป่วย การติดเชื้อฉวยโอกาสที่เกิดกับวัยรุ่น ทำให้บิดามารดาหรือผู้เลี้ยงดูมีภาระในการดูแลเพิ่มขึ้น มีค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้นในการรักษาพยาบาล มีเวลากับชีวิตส่วนตัว การทำงานและการทำกิจกรรมทางสังคมลดลง เกิดความกลัวหรือวิตกกังวลต่อผลของการเจ็บป่วยที่จะทำให้สูญเสียชีวิตวัยรุ่นที่เจ็บป่วยตามมา (วิฐารณ บุญสิทธิ, 2551) และผลจากการติดเชื้อ การแพร่ระบาดของเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ที่เกิดจากการไม่ให้ความร่วมมือจากการรักษา ยังเชื่อมโยงให้เกิดปัญหาสังคมและการสูญเสียทางเศรษฐกิจตามมา อีกด้วย

### 1.7 การดูแลรักษาวัยรุ่นที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์

การดูแลรักษาวัยรุ่นที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์มีความซับซ้อน จำเป็นต้องอาศัยการประสานความร่วมมือระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพ ประกอบไปด้วยหลักการใหญ่ คือ การดูแลรักษาด้วยยาต้านไวรัส, การดูแลรักษาโรคอื่น ๆ ที่พบร่วมด้วย และ การดูแลรักษาแบบประคับประคองและการป้องกันโรค (กฤษณา เฟิงสา, ชูเกียรติ ศิริวิชัยกุล และพรเทพ จันทวานิช, 2550).

**1.7.1 การดูแลรักษาด้วยยาต้านไวรัส** การรับประทานยาต้านไวรัสจะต้องรับประทานยาต่อเนื่องทุกวัน ก่อนเริ่มให้ยาผู้ป่วยและครอบครัวต้องเข้าใจถึงเหตุผลที่ต้องเริ่มยา ประโยชน์ของยา ผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้น รวมทั้งการใช้ยาและค่าใช้จ่าย ผู้ป่วยและครอบครัวต้องมีความพร้อมในการเริ่มรับยา ซึ่งการใช้ยาจะได้ผลดีในระยะยาวก็เมื่อผู้ป่วยและครอบครัวมีความพร้อมและเข้าใจการรับประทานยาอย่างถูกต้อง และยินดีที่จะร่วมมือใช้ยาอย่างต่อเนื่อง และติดตามการรักษาอย่างสม่ำเสมอ การใช้ยาไม่ถูกต้องหรือไม่สม่ำเสมอเป็นสาเหตุหลักของการดื้อยา

ยาต้านไวรัสเอดส์ที่มีใช้อย่างแพร่หลายในปัจจุบันมี 3 กลุ่มใหญ่ๆ (ชิษณุ พันธุ์เจริญ, ทวี โชติพิทยสุนนท์ และอุษา ทิสยากร, 2545; เพณณินาท์ โอเบอร์ดอร์เฟอร์, 2551) คือ

1) Nucleoside reverse transcriptase inhibitor (NRTI): ก่อนออกฤทธิ์จะต้องผ่านกระบวนการ Phosphorylation ซึ่ง triphosphate form ของยาจะแข่งกับ

Nucleoside เพื่อแย่งจับเอนไซม์ reverse transcriptase ของ HIV ทำให้เอนไซม์นี้ไม่สามารถทำงานสร้างสาย DNA ต่อได้ ยาในกลุ่มนี้ได้แก่ zidovudine (ZDV, AZT), didanosine (ddl), zalcitabine (ddC), lamivudine (3TC), stavudine (d4T) และ abacavir (ABC) การให้ยาในกลุ่มนี้อาจเกิดผลข้างเคียงและมีข้อควรพิจารณาในการใช้ เช่น AZT ซีดเกิดใน 2-4 สัปดาห์, Neutropenia เกิดใน 12-24 สัปดาห์ ปวดศีรษะ GI intolerance และไม่ควรใช้ร่วมกับ d4T, ddl เกิด Peripheral neuropathy ร้อยละ 5-12 ในเดือนที่ 2-6 ตับอ่อนอักเสบ GI intolerance ห้ามรับประทานพร้อมเครื่องดื่มที่มีฤทธิ์เป็นกรดและไม่ให้ในหญิงตั้งครรภ์ เป็นต้น

2) Non-nucleoside reverse transcriptase inhibitor (NNRTI): ออกฤทธิ์โดยจับกับเอนไซม์ reverse transcriptase โดยตรง ทำให้เอนไซม์นี้ทำงานไม่ได้ ยาในกลุ่มนี้ได้แก่ nevirapine และ efavirenz ยาในกลุ่มนี้อาจเกิดผลข้างเคียงและมีข้อควรพิจารณาในการใช้ โดย NVP จะผื่น 2-3 สัปดาห์แรกของการใช้ยา ตับอักเสบ มีปฏิกิริยาไวต่อแสงและไม่ควรใช้ร่วมกับ rifampicin และ EFV เกิดผื่น 2-3 สัปดาห์แรกของการใช้ยา เวียนศีรษะ confusion hallucination จึงควรรับประทานก่อนนอน หลีกเลี่ยงรับประทานยาพร้อมอาหารที่มีไขมันสูงและในหญิงตั้งครรภ์

3) Protease inhibitor (PI): ออกฤทธิ์ยับยั้ง maturation ของ HIV โดยจับกับ HIV protease ซึ่งทำหน้าที่แยก gag polyprotein อันเป็นขั้นตอนสำคัญของการพัฒนาการของ HIV จากเชื้อตัวอ่อนไปเป็นเชื้อที่โตเต็มที่ ยากลุ่มนี้ได้แก่ Saquinavir, Indinavir, Nelfinavir, Ritonavir, Amprenavir, และ Lopinavir/ritonavir ยาในกลุ่มนี้อาจเกิดผลข้างเคียงและมีข้อควรพิจารณาในการใช้ เช่น Indinavir ทำให้ปากแห้ง ผิวแห้ง GI intolerance ควรรับประทานขณะท้องว่าง ห้ามแกะแคปซูลและห้ามใช้กับ rifampicin, Lopinavir/ritonavir อาจเกิดถ่ายเหลวคลื่นไส้ อาเจียน ปวดศีรษะไม่ใช้กับ rifampicin และชนิดน้ำควรแช่ตู้เย็น เป็นต้น

### 1.7.2 การดูแลรักษาโรคอื่นๆที่พบร่วมด้วย

การติดเชื้อฉวยโอกาส พบได้บ่อยหรือความรุนแรงขึ้นกว่าปกติ ในภาวะที่มีระดับ CD4 ต่ำลงมาก โรคที่พบร่วมด้วยในเด็กที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ได้แก่ การติดเชื้อแบคทีเรีย โรคติดเชื้อรา โรคติดเชื้อไวรัสและเชื้อปรสิต โดยโรคติดเชื้อที่พบบ่อย ได้แก่ Pneumocystis carinii pneumonia (PCP) วัณโรค ติดเชื้อรา candidiasis (สุทิน ครองอภิรดี, 2551)

**การติดเชื้อแบคทีเรีย** วัณโรคที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์มีโอกาสติดเชื้อแบคทีเรียทั่วไป เช่น โรคทางเดินหายใจส่วนต้น, หูชั้นกลางอักเสบ, ไชน์สอักเสบ, ท้องร่วง ได้มากกว่าเด็กปกติ มีโอกาสกลับเป็นซ้ำหรือเรื้อรังได้บ่อยกว่านอกจากนี้ยังมีโอกาสเกิดการติดเชื้อที่

รุนแรง เช่น ปอดอักเสบ, ติดเชื้อในกระแสเลือด, เยื่อหุ้มสมองอักเสบ, กระดูกอักเสบ, ข้ออักเสบ ได้มากกว่าเด็กปกติด้วย การรักษาต้องให้ยาปฏิชีวนะที่เหมาะสม โดยทั่วไปเมื่อมีการติดเชื้อรุนแรงให้เริ่มด้วย 3<sup>rd</sup> generation cephalosporin เช่น cefotaxime หรือ ceftriaxone แล้วปรับยาเมื่อทราบเชื้อที่แน่นอน นอกจากนี้การติดเชื้อ Mycobacteria ที่ก่อให้เกิดโรคได้บ่อย คือวัณโรค และ Mycobacterium avium complex (MAC) โดยการรักษาวัณโรคต้องให้ยารักษาเป็นระยะเวลา 6 เดือน หรือนาน 9-12 เดือนเพื่อลดการเกิดเป็นซ้ำ ส่วน MAC นั้นพบว่ามีการดื้อยามาก การรักษาต้องให้ยา 2-3 ชนิดขึ้นไป และต้องใช้การรักษานานเกิน 6 เดือนเช่นกัน โดยการรักษาและป้องกันโรค ไม่เพียงแต่จะป้องกันวัณโรคได้ แต่ยังพบว่าทำให้การดำเนินของโรคจากการติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ช้าและเสียชีวิตลดลง

**การติดเชื้อรา** ผู้ป่วยที่ติดเชื้อเอชไอวีมีการติดเชื้อราที่พบบ่อยคือ *Candida albicans* เกิดปัญหาการติดเชื้อบริเวณเยื่อและผิวหนัง มักไม่ก่อให้เกิดการติดเชื้อแพร่กระจาย ยกเว้นในรายที่มีนิวโทรฟิลต่ำ การรักษามักได้ผลแต่มักเป็นซ้ำบ่อย ส่วนเชื้อราที่ก่อโรคแบบแพร่กระจายที่พบบ่อยคือ Penicillosis และที่พบบ่อยคือ Cryptococcosis การรักษาโดยการให้ยา เช่น Ketoconazole, Flucinazole, Itraconazole ในรายที่รุนแรงมากใช้ Amphotericin B

**การติดเชื้อไวรัส** ในผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ได้แก่ Herpes simplex virus, Varicella-Zoster virus, Epstein-Barr virus, Cytomegalovirus, Human Papilloma virus, Respiratory virus, measles, Progressive Multifocal Leukoencephalopathy เป็นต้น การติดเชื้อบางโรคมีความรุนแรงกว่าที่พบในคนทั่วไป มีภาวะแทรกซ้อนทำให้เสียชีวิตได้ เช่น หัด อีสุกอีใส บางโรคแสดงอาการไม่ต่างจากคนปกติ เช่น ไข้เลือดออก ไข้หวัดใหญ่ การรักษาเชื้อฉวยโอกาสจากเชื้อไวรัสมีความแตกต่างกันไปตามการติดเชื้อ

**1.7.3 การดูแลรักษาแบบประคับประคองและการป้องกันโรค** (กรมควบคุมโรค, 2550; กุลกัญญา โชคไพบูลย์กิจ, 2551) ดังนี้

- 1) ให้คำแนะนำวัยรุ่นที่ติดเชื้อเอชไอวี ให้มาตรวจติดตามโรคอย่างใกล้ชิดตรวจร่างกาย ตรวจทางห้องปฏิบัติการ เพื่อติดตามผลการรักษา
- 2) ติดตามการเจริญเติบโตและพัฒนาการ ตรวจสุขภาพเช่นเดียวกับวัยรุ่นทั่วไป ระวังสุขภาพฟัน ให้ฟลูออไรด์ รวมทั้งให้การรักษาอย่างเหมาะสมถ้ามีปัญหาด้านสุขภาพ



3) ให้วัคซีนอย่างเหมาะสม เนื่องจากวัยรุ่นที่ติดเชื้ออาจมีการตอบสนองต่อวัคซีนไม่ดี และมีภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่องอย่างมาก ไม่ควรรับวัคซีนที่เป็นเชื้อมีชีวิต โดยการให้คำแนะนำในการสร้างภูมิคุ้มกันโรคในผู้ป่วยที่ติดเชื้อเอชไอวี มีหลักการโดยทั่วไป ดังนี้

3.1) การให้วัคซีนที่เป็นเชื้อมีชีวิต (Live attenuated vaccine) อาจทำให้เกิดอันตรายจากการลุกลามของเชื้อที่ใช้ทำวัคซีนได้ อย่างไรก็ตามการงดการให้วัคซีนและปล่อยให้เกิดการติดเชื้อเองตามธรรมชาติ บางครั้งอาจเป็นอันตรายร้ายแรงยิ่งกว่าเนื่องจากเชื้อที่นำมาทำวัคซีนมีฤทธิ์อ่อนกว่าเชื้อโรคที่อยู่ตามธรรมชาติ

3.2) การให้วัคซีนที่เป็นเชื้อไม่มีชีวิต (Killed vaccine) หรือวัคซีนที่ทำจากส่วนประกอบบางส่วน of เชื้อ ไม่ทำให้เกิดอันตรายจากการลุกลามของเชื้อที่ใช้ทำวัคซีน จึงมักปลอดภัย แต่ต้องคำนึงถึงการตอบสนองต่อวัคซีนของเด็ก ชนิดของภูมิคุ้มกันที่เกิดขึ้นและระยะเวลาการคงอยู่ของแอนติบอดี ซึ่งเป็นส่วนประกอบหลักในการพิจารณาให้วัคซีน

3.3) วัยรุ่นที่ติดเชื้อเอชไอวีและมีอาการมักมีการตอบสนองต่อวัคซีนทุกชนิดน้อยกว่าปกติ โดยพบว่าการตอบสนองจะขึ้นกับจำนวนเม็ดเลือดขาวชนิด CD4 ที่มีอยู่ในร่างกาย โดยแนะนำให้วัคซีนทุกชนิดให้เร็วที่สุดก่อนจะมีการดำเนินโรคจนระบบภูมิคุ้มกันเสียหายไป

3.4) การให้วัคซีนในผู้ที่ติดเชื้อเอชไอวี อาจกระตุ้นให้มีการเพิ่มปริมาณไวรัสในกระแสเลือดชั่วคราว ซึ่งอาจมีผลให้ระดับภูมิคุ้มกันของตัวผู้ป่วยลดลงระยะหนึ่ง

3.5) การพิจารณาให้วัคซีน ขึ้นกับปัจจัยหลายประการ เช่น อุบัติการณ์ของโรคติดเชื้อที่ป้องกันได้ในชุมชนนั้นๆ นอกจากนี้ยังขึ้นกับภาวะสุขภาพร่างกายของแต่ละบุคคลขณะฉีดวัคซีน และต้องพิจารณาถึงความเสี่ยงกับประโยชน์ที่จะได้รับตามสถานการณ์นั้นๆ

3.6) การให้ Passive immunization นั้น ให้พิจารณาผู้ป่วยที่ติดเชื้อเอชไอวีเสมือนผู้ป่วยที่มีภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่องจากสาเหตุอื่นๆ คือ ให้ถือว่าผู้ป่วยยังไม่มีภูมิคุ้มกันโรคเต็มที่แม้จะได้วัคซีนไปแล้ว

4) ผู้ปกครองและสมาชิกในครอบครัว ควรได้รับความรู้ ในการดูแลวัยรุ่นเกี่ยวกับโรคติดเชื้อเอชไอวี โดยเฉพาะวิธีการแพร่เชื้อ เนื่องจากผู้เลี้ยงดูส่วนหนึ่งไม่ได้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ จึงควรให้คำแนะนำแก่ผู้เลี้ยงดูเพื่อให้เกิดความมั่นใจและคลายกังวล ดังนี้

4.1) ควรระมัดระวังการสัมผัสกับเลือดและน้ำเหลืองของผู้ที่ติดเชื้อเอชไอวี เช่น ไม่ควรใช้มือเปล่าสัมผัสเลือดหรือน้ำเหลืองโดยตรง ในวัยรุ่นผู้หญิงที่มีประจำเดือน ควรสอนให้ห่อผ้าอนามัยที่ใช้แล้วให้มิดชิดก่อนทิ้งทุกครั้ง

4.2) ไม่จำเป็นต้องแยกจาน ชาม แก้วน้ำ และเสื้อผ้า แต่ควรแยกแปรงสีฟันหรือสิ่งของที่อาจเปื้อนเลือดหรือน้ำเหลือง ควรระมัดระวังการใช้ของมีคม กรรไกร ตัดเล็บ หรือมีดโกน หากเสื้อผ้าเปื้อนเลือดหรือสารคัดหลั่งควรนำไปซักฟอกก่อนนำมาใช้กับผู้อื่น

4.3) ทำกิจวัตรประจำวันร่วมกันตามปกติ การกอดไม่ทำให้เกิดการแพร่เชื้อ ผู้เลี้ยงดูจึงควรดูแลและปฏิบัติเหมือนเด็กปกติ

4.4) ควรส่งเสริมสุขภาพทั่วไป ควรดื่มน้ำสะอาดหรือน้ำต้มสุก เน้น สุขอนามัย ล้างมือก่อนรับประทานอาหาร ให้คำแนะนำด้านการดูแลสุขภาพฟัน เพราะส่งผลต่อการรับประทานอาหารและกระทบต่อสุขภาพของเด็ก และฟันผุเป็นแหล่งของการติดเชื้อรุนแรงตามมาได้

4.5) จัดให้รับประทานอาหารที่ถูกสุขลักษณะเหมาะสม วัยรุ่นที่ติดเชื้อต้องการพลังงานสูงเพื่อต่อสู้โรค แต่ต้องหลีกเลี่ยงของหวานและอาหารที่มีไขมันสูง โดยเฉพาะวัยรุ่นที่รับประทานยากกลุ่ม PIs

4.6) ไม่ควรเลี้ยงสัตว์เพราะอาจเกิดการติดเชื้อจากสัตว์ได้

4.7) ครอบครัวมีสิทธิในการรักษาความลับ ไม่เปิดเผยการติดเชื้อต่อผู้อื่น สามารถทำกิจกรรมต่างๆ ได้ตามปกติ ไปโรงเรียนได้ แต่ควรแนะนำให้วัยรุ่นหลีกเลี่ยงกีฬาที่ต้องมีการกระทบกระแทก ทำให้เกิดการบาดเจ็บหรือมีเลือดออก

4.8) ให้คำแนะนำในการปรับเปลี่ยนการดำเนินชีวิต ยอมรับว่าการรับประทานยาเป็นส่วนหนึ่งของชีวิตประจำวัน ควรซักถามข้อสงสัยจนชัดเจนทุกขั้นตอนการรักษาเพื่อความเข้าใจที่ถูกต้องควรให้ดูแลรักษา และการให้ความร่วมมือในการรักษา

5) เมื่อเกิดการเจ็บป่วย ควรพาไปรับการรักษาอย่างทันที่

6) การประคับประคองด้านจิตใจของวัยรุ่นที่ติดเชื้อและครอบครัว ควรให้กำลังใจและเห็นใจ ให้คำปรึกษาและความช่วยเหลืออื่นๆ แก่ครอบครัวของวัยรุ่น

7) เมื่อเด็กเข้าสู่วัยรุ่น อาจมีพฤติกรรมและอารมณ์ที่เป็นปัญหาได้ จึงต้องอาศัยการให้คำปรึกษา แนะนำระดับประคองจิตใจซึ่งต้องทำงานร่วมกันระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพและครอบครัว

#### 1.7.4 การแนะนำเรื่องการวางแผนครอบครัว (เพณณินาท์ โอเบอร์ดอร์เฟอร์, 2551)

เมื่อเข้าสู่วัยรุ่นบุคคลากรทางการแพทย์ที่ดูแลวัยรุ่น ควรสอนวิธีการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ถึงแม้ว่าการรับประทานยาต้านไวรัสเพื่อป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีสู่ลูก จะทำให้อัตราการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีลดลงเหลือร้อยละ 4 ก็คือยังมีเด็กที่ได้รับเชื้อจากแม่อยู่ ซึ่งเด็กก็อาจเติบโตและดำเนินชีวิตอยู่ในสังคม เผชิญกับปัญหาต่างๆ เป็นวงจรต่อเนื่อง ฉะนั้นวัยรุ่นจึงควรต้องได้รับคำแนะนำเรื่องการวางแผนครอบครัว มีหลักการดังต่อไปนี้

1) วิธีที่ดีที่สุด คือ การไม่มีเพศสัมพันธ์ ซึ่งบุคคลากรทางการแพทย์ควรสร้างทัศนคติให้วัยรุ่นที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ คิดถึงอนาคต การเรียน การทำงาน เน้นให้เพศสัมพันธ์หลังการแต่งงาน เนื่องจากเด็กจะได้มีวุฒิภาวะที่พร้อมและสมบูรณ์

2) หากมีเพศสัมพันธ์ ควรมีการป้องกันการตั้งครรภ์ โดยมีหลักการคือ ให้ความรู้เรื่องเพศศึกษา การเจริญพันธุ์ และการเปิดเผยสภาวะการติดเชื้อเอชไอวีให้กับคู่นอน การใช้วิธีคุมกำเนิดแบบธรรมชาติ สำหรับวัยรุ่นที่เหมาะสมคือ การใช้ถุงยางอนามัย และยาเม็ดคุมกำเนิด ชนิดที่มีฮอร์โมนเอสโตรเจนต่ำ เพื่อจะลดอาการคลื่นไส้อาเจียนและทำให้เกิดสิว ฝ้าน้อย ควรชักประวัติการมีเพศสัมพันธ์และความสม่ำเสมอของการรับประทานยาต้านไวรัส เนื่องจากการใช้ยาเม็ดคุมกำเนิดร่วมกับการรับประทานยาต้านไวรัส อาจจะมีปฏิกริยาระหว่างกันได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งยาเม็ดคุมกำเนิดที่มีส่วนผสมของสาร norethindrone หรือ ethinyl estradiol ซึ่งผู้เชี่ยวชาญแนะนำให้ใช้วิธีการอื่นๆ ในการคุมกำเนิด

วิธีคุมกำเนิดแบบฉุกเฉิน สำหรับวัยรุ่นซึ่งสามารถช่วยป้องกันการตั้งครรภ์ได้ผลดีถ้าใช้อย่างถูกต้อง โดยยามี 2 กลุ่ม คือ

- Yuzpe regimen เป็นยาเม็ดคุมกำเนิดฮอร์โมนรวม ที่มีสาร ethinyl estradiol (EE) และ noregestrel หรือ levonorgestrel รวมกันในขนาดฮอร์โมนสูง โดยมักจะให้รับประทานครั้งแรก 2 เม็ด ภายใน 72 ชั่วโมงหลังมีเพศสัมพันธ์ และอีก 2 เม็ด ใน 12 ชั่วโมงต่อมา

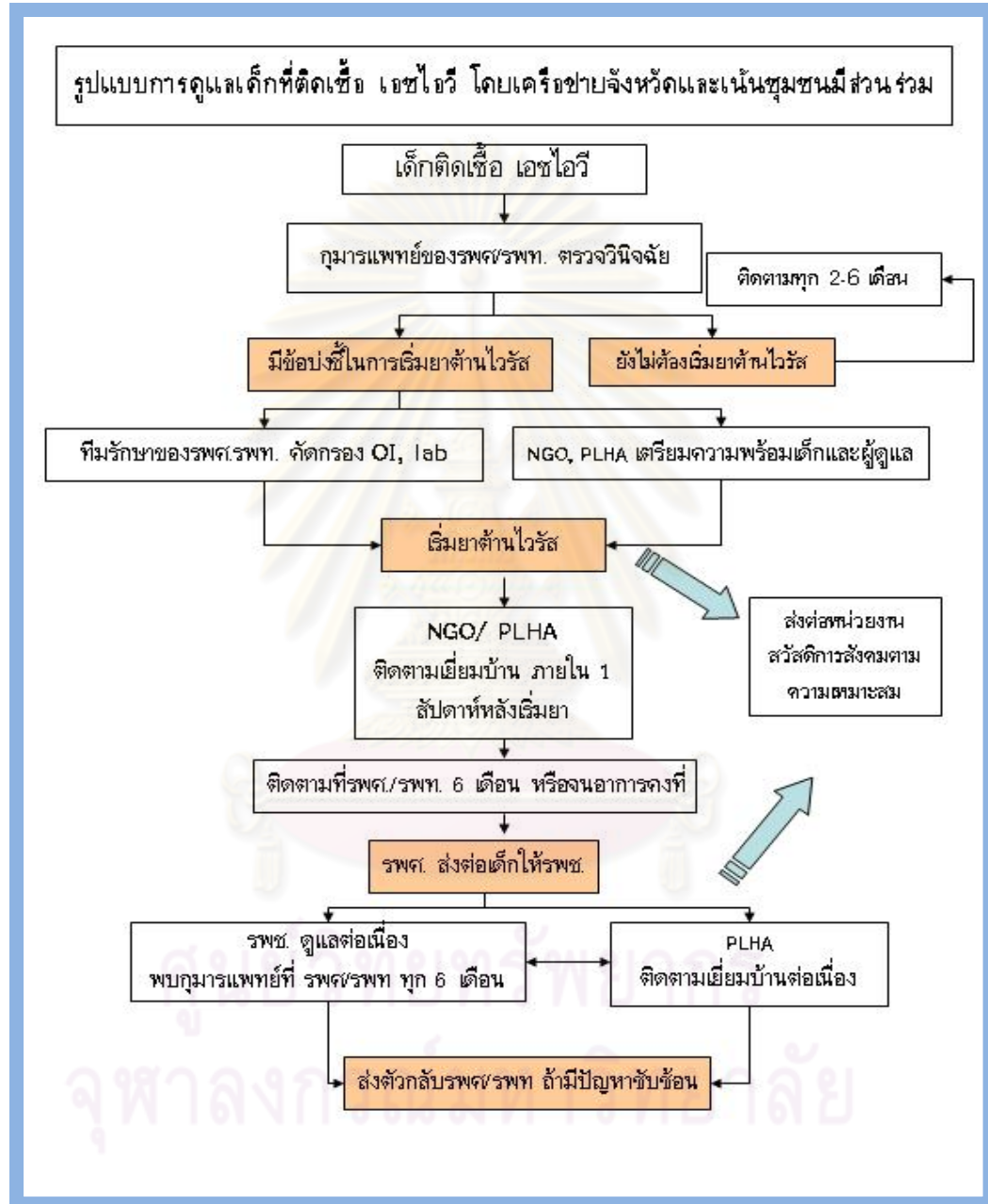
- Progestogen (high dose) ซึ่งเป็นสาร levonorgestrel ขนาดสูง โดยรับประทาน 1 เม็ดภายใน 72 ชั่วโมง หลังมีเพศสัมพันธ์ และอีก 1 เม็ด ภายใน 12 ชั่วโมงต่อมา ซึ่งวิธีนี้ได้ผลดีกว่าแบบแรก และมีอาการข้างเคียงน้อยกว่า

วิธีการอื่นๆ เช่น การใช้ถุงยางอนามัยสตรี ซึ่งไม่ค่อยนิยม เนื่องจากมีปัญหาการใส่เข้าไปในช่องคลอด และวัยรุ่นส่วนใหญ่ไม่มีทักษะ ส่วนการใช้ห่วงอนามัย อาจไม่เหมาะสม เนื่องจากเพิ่มความเสี่ยงต่อการอักเสบในอุ้งเชิงกราน และแพทย์ต้องเป็นผู้ใส่ให้ จึงไม่สะดวกสำหรับวัยรุ่น

อย่างไรก็ตามผู้ติดเชื้อเอชไอวี ไม่ว่าจะอยู่ในระยะไหนของโรค ทั้งที่ต้องรับประทานยาต้านไวรัส ยาป้องกัน/รักษาเชื้อฉวยโอกาสหรือไม่ก็ตาม เมื่อมีเพศสัมพันธ์ จะต้องใช้ถุงยางอนามัย ซึ่งจะสามารถป้องกันได้ทั้งการตั้งครรภ์ การถ่ายทอดเชื้อเอชไอวี และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ แต่อาจยากที่จะปฏิบัติได้ต่อเนื่อง ซึ่งหากปฏิบัติได้ต่อเนื่องจะสามารถลดอัตราการติดเชื้อได้ร้อยละ 1 ต่อปี ในกลุ่มที่มีผลเลือดต่างในกลุ่มที่คุ้นเคย การติดเชื้อเอชไอวี การใช้ถุงยางอนามัยไม่สม่ำเสมอ จะมีอัตราเสี่ยงติดเชื้อเท่ากับการไม่ใช้ถุงยางอนามัย

ศูนย์วิทยทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

1.8 รูปแบบการดูแลเด็กที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ โดยเครือข่ายจังหวัดและเน้นชุมชนมีส่วนร่วม ซึ่งจะมีการดูแล และประสานงานระหว่างโรงพยาบาล ดังนี้



ภาพที่ 1 แสดงรูปแบบการดูแลเด็กที่ได้รับยาต้านไวรัส ที่มา : สำนักโรคเอดส์ (2553)



### 1.9 การเปิดเผยสถานะการติดเชื้อในผู้ป่วยเด็ก (Disclosure of HIV Status to HIV-Infected Children) (กรมควบคุมโรค, 2550)

การเปิดเผยสถานะการติดเชื้อเอชไอวี มีผลดีทั้งกับตัวเด็กและผู้ดูแลหลัก โดยผู้ป่วยเด็กที่ทราบผลการวินิจฉัยของตนเอง สามารถปรับตัวได้ดีขึ้นต่อการเจ็บป่วยที่เรื้อรังของตนเอง ผู้ดูแลหลักเองก็มักจะมีชีวิตที่กังวลและซึมเศร้าลดลงด้วย ในกรณีที่ผู้ป่วยเด็กก้าวเข้าสู่วัยรุ่น อาจจะเริ่มมีเพศสัมพันธ์ ดังนั้นจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ผู้ป่วยเด็กควรรับรู้สภาพการติดเชื้อเอชไอวี ของตนเอง ทำให้สามารถป้องกันตนเองจากการติดเชื้อเอชไอวีเพิ่ม และป้องกันไม่ให้มีการแพร่เชื้อเอชไอวี/เอดส์ไปสู่ผู้อื่น

#### ข้อบ่งชี้ของการเปิดเผยสถานะการติดเชื้อเอชไอวี (ต้องมีครบทั้ง 3 ข้อ)

1. ผู้ป่วยเด็กยังไม่ทราบหรือไม่เข้าใจว่าตัวเองติดเชื้อเอชไอวี โดยได้ข้อมูลจากผู้ป่วยเด็กเอง ผู้ดูแลหลัก หรือทีมผู้ดูแลรักษา
2. อายุประมาณ 9 – 10 ปี ขึ้นไป อาจร่วมกับข้อดังต่อไปนี้
  - ผู้ป่วยเด็กแสดงความต้องการที่จะให้เปิดเผย
  - ผู้ป่วยเด็กรับประทายยาไม่สม่ำเสมอ
  - ผู้ป่วยเด็กเริ่มมีเพื่อนต่างเพศและมีพฤติกรรมทางเพศ
  - อื่นๆ เช่น ถูกกีดกันทางสังคม มีพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงในทางลบ มีปัญหาการเรียนตกต่ำ
3. ผู้ดูแลหลักเห็นด้วยกับการเปิดเผยสถานะการติดเชื้อเอชไอวี

#### ขั้นตอนการเปิดเผยสถานะการติดเชื้อเอชไอวี

**ขั้นตอนที่ 1 Gathering information and building trust:** การเก็บรวบรวมข้อมูลพื้นฐานของครอบครัวและผู้ป่วยเด็ก ซึ่งจะเป็นตัวช่วยในการพิจารณาความพร้อมของผู้ป่วยเด็กและครอบครัวในการรับทราบสถานะการติดเชื้อเอชไอวี พร้อมกันนี้เป็นโอกาสที่บุคลากรทางการแพทย์จะได้สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยเด็กและครอบครัว เพื่อเป็นการสร้างความไว้วางใจให้กับผู้ป่วยเด็กและครอบครัว

**ขั้นตอนที่ 2 Providing education:** การให้ความรู้กับผู้ป่วยเด็กและผู้ดูแลเกี่ยวกับอาการและอาการแสดงของโรคติดเชื้อทั่วไปและโรคเอดส์ รวมถึงการดูแลสุขภาพทั่วไป

ทั้งนี้ควรอธิบายเกี่ยวกับความจำเป็นในการมีวินัยในการรับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวี โดยขั้นตอนนี้ยังไม่จำเป็นต้องกล่าวถึงคำว่า “เอชไอวี หรือ เอ็ดส์”

**ขั้นตอนที่3 Determining the right time for disclosure:** การกำหนดเวลาที่เหมาะสมในการเปิดเผยสภาวะการติดเชื้อเอชไอวี โดยที่ผู้ดูแลหลักมีส่วนร่วมในการเลือกวันเวลาสถานที่ ในการเปิดเผยสภาวะการติดเชื้อ และออกแบบวิธีการเปิดเผยการติดเชื้อเอชไอวี กับทีมผู้ดูแลรักษาได้ตามความเหมาะสม

**ขั้นตอนที่ 4 The actual disclosure event:** กระบวนการเปิดเผยสภาวะการติดเชื้อเอชไอวี ในสถานการณ์จริงทำได้ตามความเหมาะสม โดยเริ่มต้นจากการประเมินความเข้าใจของผู้ป่วยเด็กว่ามีความเข้าใจเกี่ยวกับโรคอย่างไรบ้าง และคิดว่าตนเองป่วยเป็นอะไร เป็นต้น โดยทีมผู้ดูแลหลักสามารถอธิบายให้ผู้ป่วยเด็กและผู้ปกครองโดยการวาดรูปประกอบ (Drawing technique) เกี่ยวกับโรคติดเชื้อเอชไอวี ที่มีลักษณะของเชื้อที่ทำลายภูมิคุ้มกัน โดยทั้งนี้สามารถอธิบายด้วยการใช้คำพูดง่ายๆ เช่น “หนูมีทหารอยู่ในตัว ซึ่งก็คือภูมิคุ้มกันหรือเม็ดเลือดขาว” “ผู้ร้ายก็คือเชื้อโรคหรือเชื้อไวรัส” นอกจากนี้แล้วทีมผู้รักษาอาจจะตั้งท่ายไว้สำหรับครวตต่อไปว่า “ครวหน้าจะบอกหนูว่าเชื้อโรคนี้ชื่ออะไร” ซึ่งในขบวนการนี้ทีมผู้ดูแลควรที่จะสังเกตปฏิกิริยาของผู้ป่วยเด็กและผู้ปกครองด้วยว่าสามารถรับข้อมูลได้มากน้อยเพียงใด และควรปรับขบวนการตามความเหมาะสม

**ขั้นตอนที่ 5 Monitoring post disclosure coping and managing problem:** ทีมผู้ดูแลควรประเมินและติดตามผู้ป่วยเด็กหลังการเปิดเผยสภาวะการติดเชื้อเอชไอวี ในระยะสั้น เช่น ภายใน 3 วัน หรือ 1 สัปดาห์ และติดตามผลในระยะยาว เมื่อผู้ป่วยเด็กมารับยาทุกครั้ง โดยมีการประเมินความเข้าใจเกี่ยวกับการติดเชื้อเอชไอวี และติดตามผลทางร่างกายและจิตสังคม การปรับตัวเอง การเรียนและการเข้าสู่สังคม พร้อมทั้งแก้ปัญหาที่เกิดขึ้น อาจทำการทดสอบภาวะความเครียดและความวิตกกังวลของผู้ป่วยเด็กรวมถึงพฤติกรรมของผู้ป่วยเด็กตามความเหมาะสม ในกรณีที่มีปัญหาหนักหรือรุนแรง ควรส่งปรึกษาจิตแพทย์

## 2. แนวคิดที่เกี่ยวข้องกับความร่วมมือในการรักษา

2.1 ความหมายความร่วมมือในการรักษา ได้มีการให้ความหมาย ความร่วมมือ ไว้หลายความหมาย ดังนี้

องค์การอนามัยโลก (WHO) (2003) ได้ให้ความหมายของความร่วมมือ (Adherence) ว่า หมายถึง พฤติกรรมความร่วมมือของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องทั้งการใช้ยาตามสั่ง การปฏิบัติตามคำแนะนำเรื่องอาหาร และการปรับพฤติกรรมการดำเนินชีวิตให้เหมาะสมกับโรค โดยพฤติกรรมที่เกิดขึ้นต้องเกิดจากความตกลงร่วมกันระหว่างผู้ป่วยกับบุคลากรทางการแพทย์

ปรีชา มนทกานติกุล และคณะ (2550) ได้ให้ ความหมายของความร่วมมือว่า หมายถึง พฤติกรรมของผู้ป่วยที่เกิดขึ้นจากการยอมรับคำแนะนำและข้อปฏิบัติตัวต่อการรักษา อย่างเต็มที่ ผู้ป่วยต้องรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตนเองและควบคุมการรับประทานยาอย่างเคร่งครัด โดยหัวใจสำคัญของ adherence คือผู้ป่วยต้องมีอิสระที่จะตัดสินใจยอมรับคำแนะนำของอย่างเต็มที่

Uldall et al. (2004) ได้ให้ความหมายของความร่วมมือ ว่าต้องประกอบไปด้วย ความกระตือรือร้น (active), ความสมัครใจ (voluntary), ความร่วมมือ (collaboration) ระหว่างผู้ป่วยและผู้ดูแลรักษาในการช่วยป้องกันหรือรักษาการเจ็บป่วย การให้ความร่วมมือที่สมบูรณ์นั้น เป็นผลมาจากหลายส่วนทั้งในส่วนของระบบการดูแล ผู้ให้การดูแลรักษา และตัวผู้ป่วย

ดังนั้นสรุปได้ว่า ความร่วมมือในการรักษา (adherence to treatment regimens) หมายถึง พฤติกรรมการให้ความร่วมมือของผู้ป่วยในการช่วยสร้างเสริม ป้องกันหรือรักษาภาวะเจ็บป่วย ทั้งในด้านการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ ต่อเนื่อง และด้านการปฏิบัติตัวให้สอดคล้องกับแผนการรักษา โดยพฤติกรรมที่เกิดขึ้นเป็นไปด้วยความสมัครใจและการตกลงร่วมกัน จากตัวผู้ป่วยและทีมผู้ให้การดูแลรักษา ดังนี้

ด้านการรับประทานยา เพื่อให้การรักษามีประสิทธิภาพนั้น ผู้ที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ต้องให้ความร่วมมือรับประทานยาต้านไวรัสมากกว่าร้อยละ 95 (วันทนา มณีศรีวงศ์กุล, 2547; Plowfield, 2007) ประกอบด้วย ถูกต้องคือถูกทั้งชนิด ขนาดและวิธี ตรงเวลาคือ คลาดเคลื่อนจากเวลาปกติไม่เกิน ครึ่งชั่วโมง ครบถ้วนสม่ำเสมอคือรับประทานยาตรงเวลาเดียวกันทุกวันและต่อเนื่องไปตลอด (นรลักษณ์ เอื้อกิจ และอรอนงค์ สาระท่า, 2552)

ด้านการปฏิบัติพฤติกรรมให้สอดคล้องกับแผนการรักษา ได้แก่ การรับประทาน อาหารที่ถูกต้อง เหมาะสม เนื่องจากโภชนาการมีความสัมพันธ์กับระบบภูมิคุ้มกัน จะช่วยกระตุ้นระบบภูมิคุ้มกัน ยืดระยะเวลาการเจ็บป่วย และช่วยส่งเสริมผลการรักษา เช่น หากผู้ติดเชื้อ

รับประทานอาหารที่ปนเปื้อนเชื้อก็ทำให้อาการป่วยรุนแรงขึ้น (สำนักอนามัย, 2546) ซึ่งการศึกษาของ Abrams et al. (อ้างใน กรมควบคุมโรค, 2544) พบว่าการได้รับสารอาหารที่มีคุณค่าจะส่งเสริมให้ร่างกายมี CD4 สูงขึ้น และการดำเนินของโรคช้าลง นอกจากนี้ การมาตรวจตามนัดสม่ำเสมอ การออกกำลังกาย การนอนหลับพักผ่อน การทำจิตใจให้แจ่มใส การงดดื่มแอลกอฮอล์ หรือสิ่งเสพติด การมีพฤติกรรมทางเพศที่เหมาะสมโดยใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ เพื่องดการแพร่เชื้อหรือได้รับเชื้อเพิ่ม ตลอดจนการดูแลสุขภาพอนามัยของตนเอง เช่น การล้างมือ การดูแลสุขภาพอนามัยในช่องปาก เป็นต้น จะช่วยให้การรักษามีประสิทธิภาพและประสิทธิผลมากขึ้น

### **เครื่องมือประเมินความร่วมมือในการรักษา พบว่ามีดังนี้**

แบบประเมินความร่วมมือในการรักษาของ จันทน์ จันทร์ท่าจีน และสุรีพร ธนศิลป์ (2549) ศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการอาการต่อความร่วมมือในการรักษาในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ โดยแบ่งการประเมินความร่วมมือในการรักษาเป็น 4 ด้าน ได้แก่ ด้านการใช้ยาต้านไวรัส ต่อเนื่องสม่ำเสมอเป็นชนิด Numeric Scale และนับเม็ดยาที่เหลือ ด้านการรับประทานยาได้ถูกเวลา ด้านการรับประทานยาได้ถูกชนิด ถูกขนาดประเมินโดยให้ผู้ป่วยรายงานตนเอง และด้านการปฏิบัติตนให้สอดคล้องกับแผนการรักษา ข้อคำถามเป็นมาตราประมาณค่า 5 ระดับ มี 25 ข้อ เครื่องมือมีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค .715

แบบประเมินความร่วมมือในการรักษาของอรอนงค์ สารระทำ และนรลักษณ์ เอื้อกิจ (2551) ศึกษาในเด็กวัยเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ สร้างตามแนวคิดของ Pender (1996) มีจำนวน 33 ข้อ เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ ประเมินพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ 6 ด้าน ได้แก่ ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ ด้านกิจกรรมและการออกกำลังกาย ด้านโภชนาการ ด้านการจัดการกับความเครียด ด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล และด้านพัฒนาจิตวิญญาณ เครื่องมือมีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค 0.76

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้ดัดแปลงแบบประเมินความร่วมมือในการรักษา ของอรอนงค์ สารระทำ และนรลักษณ์ เอื้อกิจ (2551) มาใช้ เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีวัยใกล้เคียงกัน และมีความสอดคล้องกับแนวคิดที่ใช้ศึกษา

## 2.2 แนวคิดทฤษฎีที่ประยุกต์ใช้ในการอธิบายความร่วมมือในการรักษา

### 2.2.1 แนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพของ Becker (1974)

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพได้รับการพัฒนาครั้งแรกตามแนวคิดของ Kurt Lewin (1951) ซึ่งเชื่อว่าการรับรู้ของบุคคลเป็นตัวบ่งชี้พฤติกรรม โดยบุคคลจะกระทำหรือเข้าใกล้กับสิ่งที่ตนพอใจและคิดว่าสิ่งนั้นจะก่อให้เกิดผลดีต่อตน และหนีห่างจากสิ่งที่ตนไม่ปรารถนา และถูกนำมาใช้ครั้งแรกโดย Rosenstock (1974) หลังจากนั้นได้มีการนำแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพตามแนวคิดของ Kurt Lewin (1951) มาผสมผสานกับทฤษฎีแรงจูงใจ และทฤษฎีการตัดสินใจ แล้วนำองค์ประกอบพื้นฐานของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพมาอธิบายถึงพฤติกรรมและการตัดสินใจของบุคคลในการดูแลรักษาสุขภาพอนามัย

ความเชื่อด้านสุขภาพ หมายถึง ความรู้สึกนึกคิด ความเข้าใจ การยอมรับ หรือการรับรู้ของบุคคลต่อภาวะสุขภาพอนามัยของตนเอง ซึ่งมีอิทธิพลต่อความเจ็บป่วย และการดูแลรักษา โดยชักนำให้บุคคลนั้นมีพฤติกรรมสุขภาพตามความคิด และความเข้าใจนั้น

Becker (1974) ได้พัฒนาแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเพื่อใช้อธิบายหรือทำนายพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วย และต่อมาได้มีการนำมาประยุกต์ใช้ให้เหมาะกับภาวะโรคต่างๆ มีองค์ประกอบ คือ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคหรือการเจ็บป่วย การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค ปัจจัยชักนำให้ปฏิบัติ และปัจจัยร่วม ซึ่งในการศึกษานี้จึงได้นำองค์ประกอบด้านการรับรู้ประโยชน์และการรับรู้อุปสรรคของ Becker (1974) มาใช้อธิบายพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษา

**การรับรู้ประโยชน์** (Perceived benefits) Becker (1974) ได้ให้ความหมายของการรับรู้ประโยชน์ไว้ว่า คือ การที่บุคคลแสวงหาวิธีปฏิบัติตนให้หายจากโรค หรือป้องกันไม่ให้เกิดโรค โดยการปฏิบัตินั้นต้องมีความเชื่อว่าการกระทำนั้นมีประโยชน์ และเหมาะสมที่จะทำให้หายจากโรคหรือการเจ็บป่วยนั้น

Pender (2006) ให้ความหมายของการรับรู้ประโยชน์ไว้ว่า เป็นการวางแผนของบุคคลที่จะกระทำพฤติกรรมใดๆนั้น ขึ้นอยู่กับประโยชน์ที่เคยได้รับหรือผลของการกระทำที่จะเกิดขึ้น โดยการคาดการณ์ถึงประโยชน์เป็นสิ่งสำคัญในการจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรม

ดังนั้น การรับรู้ประโยชน์ในการรักษา (Perceived benefits of treatment regimens) หมายถึง การรับรู้ของวัยรุ่นที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ เกี่ยวกับการปฏิบัติตัว



ให้สอดคล้องกับแผนการรักษา ตลอดจนปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิต ให้เหมาะสมกับโรค โดยมีความเชื่อว่าพฤติกรรมหรือการกระทำนั้นมีประโยชน์ช่วยให้หายจากโรคหรือทำให้การเจ็บป่วยดีขึ้น

**เครื่องมือประเมินการรับรู้ประโยชน์ในการรักษา** จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่ามีดังนี้

แบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ในพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ในวัยรุ่นตอนปลาย ของศิริภานุญา สมสีใส (2550) ได้ผ่านการตรวจความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ มีจำนวน 18 ข้อ ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค .70 สร้างตามแนวคิดของ Pender (1996)

แบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ในการรักษาของเด็กวัยเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ของอรอนงค์ สาระท่า และนรลักษณ์ เอื้อกิจ (2551) ซึ่งพัฒนามาจากแบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ของการส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นของตรีพร ชุมศรี (2548) โดยสร้างตามแนวคิดของ Pender (1987) และ Becker (1974) ได้ผ่านการตรวจความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค .78 มีจำนวนข้อคำถาม 10 ข้อ เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ เป็นข้อคำถามเชิงบวกทั้งหมด

สำหรับในการศึกษาค้นคว้าวิจัยแบบสอบถามที่ใช้แบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ในการรักษาของเด็กวัยเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ของ ออรอนงค์ สาระท่า และ นรลักษณ์ เอื้อกิจ (2551) เนื่องจากข้อคำถามมีความเหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่าง

**การรับรู้อุปสรรค** (Perceived barriers) Becker (1974) ได้ให้ความหมายของการรับรู้อุปสรรคไว้ว่า หมายถึง ความเชื่อเกี่ยวกับปัญหาและอุปสรรคของบุคคลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพในทางลบ โดยถ้าบุคคลมีความเชื่อเกี่ยวกับปัญหาและอุปสรรคสูงก็จะทำให้การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเกิดขึ้นได้ยาก

Pender (2006) ให้ความหมายของการรับรู้อุปสรรคไว้ว่า เป็นการรับรู้สิ่งที่ยั่วยุต่อการปฏิบัติพฤติกรรม อาจเกิดขึ้นจริงหรือเป็นสิ่งที่คิดขึ้น เมื่อมีความพร้อมต่ำและมีอุปสรรคมาก การกระทำก็จะไม่เกิดขึ้น เมื่อมีความพร้อมสูงและมีอุปสรรคน้อย ความเป็นไปได้ในการกระทำก็จะมาก

ดังนั้น การรับรู้อุปสรรคในการรักษา(Perceived barriers to treatment regimens) หมายถึง การรับรู้ของวัยรุ่นที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ โดยมีความเชื่อเกี่ยวกับอุปสรรค



หรือสิ่งที่ขัดขวางการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งหากวัยรุ่นที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์เชื่อว่าพฤติกรรมที่จะปฏิบัติมีอุปสรรคมาก การกระทำพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ในการให้ความร่วมมือในการรักษาจะเกิดขึ้นได้ยาก

**เครื่องมือประเมินการรับรู้อุปสรรคในการรักษา** จากการทบทวนวรรณกรรม พบแบบประเมินการรับรู้อุปสรรคในการรักษาของเด็กวัยรุ่นที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ของอรอนงค์ สารระทำ และนรลักษณ์ เอื้อกิจ (2551) ซึ่งประยุกต์มาจากแบบสอบถามการรับรู้อุปสรรคของตรีพร ชุมศรี (2548) ตามแนวคิดของ Pender (1987) และ Becker (1974) ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ และนำมาใช้กับกลุ่มตัวอย่าง ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค .74 มีจำนวนข้อคำถาม 10 ข้อ เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ซึ่งผู้วิจัยนำมาใช้เนื่องจากมีความเหมาะสมกับแนวคิดและกลุ่มตัวอย่าง

### 2.2.2 แนวคิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (Perceived Self – Efficacy)

แนวคิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตน มีพื้นฐานจากทฤษฎีปัญญาทางสังคม (Social Cognitive Theory) ของ Albert Bandura ซึ่งเชื่อว่าบุคคล สิ่งแวดล้อมและพฤติกรรม มีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน องค์ประกอบหลักของทฤษฎีนี้คือการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ซึ่งมีอิทธิพลต่อการเลือกปฏิบัติพฤติกรรมใดพฤติกรรมหนึ่ง ความพยายาม ความอดทน รวมถึงความรู้สึกนึกคิดและอารมณ์ (อรอนงค์ สารระทำ, 2546) ซึ่งปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนนั้น Bandura เสนอว่ามี 4 ปัจจัย คือ

- 1) ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ
- 2) การใช้ตัวแบบ
- 3) การใช้คำพูดชัดเจน
- 4) การกระตุ้นทางอารมณ์

Bandura (1997) ได้ให้ความหมาย การรับรู้สมรรถนะแห่งตนไว้ว่าเป็นการที่บุคคลตัดสินใจเกี่ยวกับความสามารถของตนเอง ที่จะจัดการและดำเนินการกระทำพฤติกรรมให้บรรลุเป้าหมายที่วางไว้ โดยเชื่อว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตน มีผลต่อการกระทำของบุคคล ซึ่งในสภาพการณ์ที่ต่างกันก็อาจแสดงพฤติกรรมออกมาได้ต่างกัน ดังนั้น ถ้าบุคคลรับรู้ว่าคุณมีความสามารถ ก็จะแสดงความสามารถนั้นออกมา

Pender (2006) ได้ให้ความหมาย การรับรู้สมรรถนะแห่งตนไว้ว่าเป็นการตัดสินใจความสามารถในการกระทำของบุคคล ในการปฏิบัติพฤติกรรมให้สำเร็จ การรับรู้

เกี่ยวกับทักษะและความสามารถเป็นแรงจูงใจสำคัญของบุคคลที่จะกระทำพฤติกรรมที่ดีและถูกต้องเหมาะสม ความรู้สึกเกี่ยวกับความสามารถและทักษะในการกระทำของบุคคลเป็นสิ่งสนับสนุนให้บุคคลบรรลุถึงเป้าหมายได้มากกว่าบุคคลที่มีความรู้สึกว่าตนเองไม่มีความสามารถหรือไม่มีทักษะ

ดังนั้นการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (Perceived Self-Efficacy) หมายถึง การตัดสินใจความสามารถของตนเองและความมั่นใจของวัยรุ่นที่ติดเชื่อเอชไอวี/เอดส์ ซึ่งมีความเชื่อและรู้ว่าตนมีทักษะ มีความสามารถ ดำเนินการกระทำพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพให้บรรลุเป้าหมาย โดยหวังผลของความสำเร็จนั้น

**เครื่องมือประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตน** จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่ามีดังนี้

แบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในผู้ติดเชื่อเอชไอวี/เอดส์ ของปวีณา ชื่นจิตร (2548) มีข้อคำถามจำนวน 15 ข้อ เป็นข้อคำถามเชิงบวกทั้งหมด ซึ่งสร้างตามแนวคิดของ Bandura (1997)

แบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของเด็กวัยรุ่นที่ติดเชื่อเอชไอวี/เอดส์ ของอรอนงค์ สาระท่า และนรลักษณ์ เอื้อกิจ (2551) ซึ่งประยุกต์มาจากแบบสอบถามของอภิญา ปานชูเชิด สร้างขึ้นตามแนวคิดของ Bandura (1997) ได้ผ่านการตรวจความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค .85 มีจำนวนข้อคำถาม 17 ข้อ เป็นข้อคำถามเชิงบวกทั้งหมด

สำหรับในการศึกษาคั้งนี้ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ในการรักษา ของอรอนงค์ สาระท่า และนรลักษณ์ เอื้อกิจ (2551) เนื่องจากข้อคำถามมีความเหมาะสมกับแนวคิดและกลุ่มตัวอย่าง

### 2.2.3 แนวคิดการสนับสนุนทางสังคม (Social Support)

การสนับสนุนทางสังคม (Social support) ของ House (1985) หมายถึง การที่ผู้ป่วยได้รับการตอบสนองความต้องการหรือมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นในสังคม บุคคลใดบุคคลหนึ่งหรือหลายคนร่วมกัน เป็นลักษณะของสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคลซึ่งก่อให้เกิดประโยชน์ต่อสุขภาพ และสุขภาพ

อดิสร อุทกซ์ (2547) ได้สรุปความหมายการสนับสนุนทางสังคมว่า เป็น การรับรู้ของวัยรุ่นต่อการช่วยเหลือ การสนับสนุนจากบุคคลใกล้ชิด ซึ่งช่วยให้วัยรุ่นสามารถ ดำรงชีวิตได้อย่างมีความสุข ประกอบด้วย 4 ด้านตามแนวคิดของ House (1985)

สรุป การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การที่วัยรุ่นที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ มีปฏิสัมพันธ์ ได้รับการตอบสนองความต้องการหรือได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลในสังคม ได้แก่ บิดา มารดา ญาติ พี่น้อง เพื่อน และบุคลากรทางการแพทย์ บุคคลใดบุคคลหนึ่งหรือหลาย คนร่วมกัน การสนับสนุนทางสังคมตามแนวคิดของ House (1985) ประกอบด้วย 4 ด้าน ได้แก่

1) การสนับสนุนด้านอารมณ์ (Emotional support) หมายถึง การที่ ผู้ป่วยได้รับความรัก ความเอาใจใส่ ความห่วงใย รับฟังปัญหา ทำให้รู้สึกว่าเป็นคนสำคัญ

2) การสนับสนุนด้านการประเมินคุณค่า (Appraisal support) หมายถึง การที่ผู้ป่วยเห็นคุณค่าและเห็นด้วยกับการกระทำที่สนับสนุนการดูแลด้านสุขภาพ การให้ข้อมูล เพื่อใช้ในการประเมินตนเอง หรือเปรียบเทียบกับบุคคลอื่น หรือบุคคลในครอบครัว

3) การสนับสนุนด้านข่าวสาร (Information support) หมายถึง การที่ ผู้ป่วยได้รับคำแนะนำ ความรู้เกี่ยวกับโรคและการรักษา แนะนำแนวทางการปฏิบัติด้านกิจวัตร ประจำวัน ให้เหมาะสมกับโรค การไปพบแพทย์เมื่อเกิดอาการแทรกซ้อน

4) การสนับสนุนด้านทรัพยากร (Instrument support) หมายถึง การที่ ผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลือในด้านค่าใช้จ่ายในด้านการรักษาพยาบาล การได้รับความสะดวกใน การเข้ารับการรักษา การได้รับการช่วยเหลือที่โรงเรียน

**เครื่องมือประเมินการสนับสนุนทางสังคม** จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่ามีดังนี้

แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคมของ บุษดี ศรีคำ (2546) ในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ สร้างตามแนวคิดของ Schaefer and others (1981) จำนวน 28 ข้อได้ผ่านการตรวจความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ และใช้กับกลุ่มตัวอย่าง เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับข้อคำถามเชิงบวก 27 เชิงลบ 1 ข้อ ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค .91

แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม ของอรอนงค์ สารระทำ และ นรลักษณ์ เอื้อกิจ (2551) ซึ่งนำแบบสอบถามสนับสนุนทางสังคมของ House (1981) ซึ่งแปลโดย อารีย์ มั่งเกียรติสกุล (2543) มาใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ มีข้อคำถาม 20 ข้อ ได้ผ่านการตรวจความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ และนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่าง เป็น

มาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ เป็นข้อคำถามเชิงบวกทั้งหมด ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค .93

ผู้วิจัยเลือกใช้แบบสอบถามที่ประยุกต์จากแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมของ อรอนงค์ สารระทำ และนรลักษณ์ เอื้อกิจ (2551) เนื่องจากข้อคำถามมีความเหมาะสมกับแนวคิดและกลุ่มตัวอย่าง

#### 2.2.4 การเปิดเผยสภาวะการติดเชื้อ (Disclosure of HIV/AIDS diagnosis)

เพณณินาท์ โอบอร์เตอร์เฟอร์ (2548) ได้ให้ความหมาย การเปิดเผยสภาวะการติดเชื้อ (Disclosure of HIV/AIDS diagnosis) ไว้ว่า เป็นความเข้าใจและการรับรู้ของวัยรุ่นถึงการติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ โดยทราบถึงสภาวะการติดเชื้อของตนเองแล้ว

Jourard (1971) ให้ความหมายของการเปิดเผยตัว (Disclosure) ว่าเป็นสภาพที่บุคคลยินยอมเปิดเผยให้ผู้อื่นรู้จักตนเอง ขณะเดียวกันก็เปิดการรับรู้ของตนต่อบุคคลและสิ่งต่างๆ และคงไว้ซึ่งสัมพันธภาพที่ดีกับผู้อื่น โดยครอบคลุม 6 ด้าน ได้แก่

- 1) ด้านทัศนคติ หมายถึง การที่บุคคลยินยอมเปิดเผยให้ผู้อื่นทราบถึงความคิด ความเชื่อของตนเอง
- 2) ด้านความสนใจ หมายถึง การที่บุคคลเปิดเผยให้ผู้อื่นทราบถึงความชื่นชอบ การให้ความสนใจในเรื่องต่างๆ
- 3) ด้านการงาน หมายถึง การที่บุคคลยินยอมให้ผู้อื่นทราบเรื่องการทำงาน
- 4) ด้านการเงิน หมายถึง การที่บุคคลยินยอมให้ผู้อื่นทราบในด้านการเงิน ค่าใช้จ่าย เงินทุน
- 5) ด้านบุคลิกภาพ หมายถึง การที่บุคคลยินยอมเปิดเผยถึงลักษณะบุคลิกภาพของตนเอง
- 6) ด้านร่างกาย หมายถึง การที่บุคคลยินยอมเปิดเผยถึง ภาวะสุขภาพ ความรู้สึกเกี่ยวกับหน้าตา ความรู้สึกเกี่ยวกับพฤติกรรมทางเพศ ความกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย และการรักษา

ดังนั้น การเปิดเผยสภาวะการติดเชื้อ จึงเป็นการเปิดรับรู้ของตนเองและเปิดเผยตนเองต่อผู้อื่น ในด้านร่างกายคือภาวะสุขภาพ การเจ็บป่วยจากการติดเชื้อ

การเปิดเผยสภาวะการติดเชื้อ หมายถึง การที่วัยรุ่นที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ได้รับทราบสภาวะการเจ็บป่วยหรือสภาวะการติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ของตน โดยอาจได้รับข้อมูลจากบุคลากรทางการแพทย์ บิดามารดา ผู้ดูแล ญาติ ครู หรือบุคคลอื่น ซึ่งวัยรุ่นอาจเปิดเผยให้ผู้อื่นรู้จักตนเอง และในขณะเดียวกันก็เปิดรับเรื่องราวจากผู้อื่น ช่วยให้วัยรุ่นเข้าใจการเจ็บป่วยของตนเอง สามารถปรับตัวอยู่กับโรคและการเจ็บป่วยได้

**เครื่องมือประเมินการเปิดเผยสภาวะการติดเชื้อ** จากการทบทวนวรรณกรรม พบแบบสอบถามการเปิดเผยตัวของบุษดี ศรีคำ (2546) ในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ซึ่งสร้างขึ้นตามแนวคิด Jourard (1971) ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคทั้งหมด .79 โดยผู้วิจัยนำมาประยุกต์ใช้และพัฒนาให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่าง ข้อคำถามมีทั้งหมด 7 ข้อ

### 2.2.5 แนวคิดตราบาป (Stigma)

Goffman (1963) ในวรรณกรรมเรื่อง Stigma notes on the Management of Spoiled Identity ซึ่งได้รับการยอมรับและนำมาใช้อย่างกว้างขวาง โดยเชื่อว่าตราบาปเป็นการกำหนดประเภทบุคคล โดยการให้ความหมายของบุคคลจากสังคม และเป็นองค์ประกอบของคุณลักษณะที่เกิดได้ทั่วไปในบุคคล ความรู้สึกตราบาปจะเกิดขึ้นต่อเมื่อคุณลักษณะของบุคคลที่ได้รับความคาดหวังจากบุคคลอื่น (Visual Social Identity) มีความขัดแย้งกับคุณลักษณะที่บุคคลนั้นสามารถปฏิบัติได้จริง (Actual Social Identity) ซึ่งเป็นลักษณะของบุคคลที่ไม่ได้รับการยอมรับจากสังคม ถูกลดบทบาททางสังคม รู้สึกมีมลทิน

Goffman (1963) กล่าวว่าคุณลักษณะของตราบาปนั้น เป็นความเสื่อมเสีย (Discrediting) ที่ส่งผลกระทบต่ออย่างมาก เช่น ความล้มเหลว ปมด้อย เป็นต้น สร้างให้เกิดความแตกต่างหรือแบ่งแยก (Discrepancy) ระหว่างความคาดหวังกับการปฏิบัติจริง โดยความคาดหวังที่เกิดจากสังคมไม่สอดคล้องกับลักษณะที่บุคคลนั้นควรจะเป็นอยู่ซ้ำๆ (Stereotype) คุณลักษณะดังกล่าวถูกกำหนดโดยกระบวนการปฏิสัมพันธ์ทางสังคม ซึ่งเป็นเครื่องมือในการให้ความหมายการตราหน้า (Label) ในการให้ความหมายของบุคคลและพฤติกรรมโดยสังคม โดยบุคคลจะใช้วิธีต่างๆ การปรับตัว เมื่อได้รับการตีตราจากสังคม โดยอาจเปิดเผยตัว (disclosing) เพื่อขอความเห็นใจ หรือความช่วยเหลือ

โดยตราบาป แบ่งได้เป็น 3 ลักษณะ คือ

- 1) ความรังเกียจด้านร่างกาย เช่น การมีร่างกายที่ผิดปกติ ความพิการ
- 2) มลทินจากลักษณะเฉพาะของแต่ละบุคคล ได้แก่ ความไม่ซื่อสัตย์



ความเข้มงวดและไม่ไว้ใจ เช่น ความผิดปกติทางจิต การติดยา พฤติกรรมรักร่วมเพศ เป็นต้น

3) ลักษณะซึ่งเกิดจากเชื้อชาติ ศาสนา ซึ่งเป็นการรับรู้ที่ส่งต่อมาจากวงศ์ตระกูล เผ่าพันธุ์ ทำให้สมาชิกในครอบครัวได้รับความรู้สึกตราบาปต่อมา เช่น การเหยียดสีผิว

Link and Phelan (2001) อ้างใน Link et al (2004) ได้พัฒนาแนวคิดตราบาป โดยมุ่งให้ความสำคัญกับกระบวนการรับรู้ของบุคคล ทำให้รู้สึกเกิดตราบาป โดยประกอบไปด้วย

- 1) การตราหน้า (Labeling)
- 2) เป็นทัศนคติของบุคคลทั่วไปที่เกิดขึ้นซ้ำๆ (Stereotyping)
- 3) การถูกแบ่งแยก (Separating) บุคคลจากสังคม
- 4) เกิดปฏิกิริยาตอบสนองด้านอารมณ์ (Emotional reaction)
- 5) สูญเสียสถานะที่ปกปิดและถูกแบ่งแยก ได้รับการเลือกปฏิบัติ (Status loss and discrimination)

ดังนั้น ตราบาป หมายถึง การที่วัยรุ่นที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ รับรู้ถึงความเสื่อมเสีย การถูกแบ่งแยก ถูกตราหน้า ไม่ได้รับการยอมรับจากสังคม ถูกรังเกียจ เป็นมลทิน โดยเป็นลักษณะที่เกิดขึ้นซ้ำๆ จากภาวะเจ็บป่วยและการติดเชื้อของตน เป็นประสบการณ์ด้านลบ ส่งผลด้านสุขภาพจิตของวัยรุ่น

**เครื่องมือประเมินการตราบาป** จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่ามีแบบสอบถามการตราบาปของเบญจมาศ สุขสถิต (2547) ซึ่งพัฒนามาจากแบบวัดตราบาปของ Berger, Ferrans, & Lashley (2001) มี 40 ข้อคำถาม เชิงบวก 38 ข้อ และเชิงลบ 2 ข้อ ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคทั้งฉบับ .96

แบบสอบถามตราบาปในวัยรุ่นที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ของ Wright et al. (2007) ซึ่งปรับปรุงมาจากแบบสอบถาม Berger, Ferrans, and Lashley (2001) ซึ่งแปลโดยผู้วิจัย และนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิที่ศูนย์การแปลและการล่ามเฉลิมพระเกียรติ คณะอักษรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ตรวจสอบความถูกต้องและเหมาะสมของการใช้ภาษา มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาครายด้านได้แก่ การรับรู้ตราบาปในตัวเอง ความกังวลจากการเปิดเผยการติดเชื้อ ความรู้สึกต่อตนเองในด้านลบ และทัศนคติของสังคมที่มีต่อผู้ติดเชื้อ เท่ากับ .75, .73, .84, และ.72 ตามลำดับ มีจำนวน 10 ข้อ นำมาใช้เนื่องจากข้อคำถามกระชับ เข้าใจได้ง่าย และมีความเหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างในวัยรุ่นที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์

### 3. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความร่วมมือในการรักษา

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษามีหลายประการด้วยกัน โดยการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ศึกษาปัจจัยบางประการที่สามารถปรับเปลี่ยนได้เท่านั้นเนื่องจาก จำนวนตัวแปรของแนวคิดมีจำนวนมาก ซึ่งปัจจัยที่ผู้วิจัยนำมาศึกษาคือการรับรู้ประโยชน์ในการรักษา การรับรู้อุปสรรคในการรักษา การรับรู้สมรรถนะแห่งตน การสนับสนุนทางสังคม การเปิดเผยสภาวะการติดเชื้อ ตราบาป ดังนี้

**การรับรู้ประโยชน์ในการรักษา** เป็นการที่บุคคลจะกระทำพฤติกรรมในการป้องกันไม่ให้เกิดโรค หรือให้หายจากโรคนั้น บุคคลต้องมีความเชื่อว่าการกระทำนั้นเป็นการกระทำที่ดี มีประโยชน์ (Becker, 1974) ซึ่งในการให้ความร่วมมือในการรักษานั้น วัยรุ่นต้องเชื่อว่า พฤติกรรมที่ตนจะปฏิบัตินั้นเกิดประโยชน์ ทำให้การเจ็บป่วยดีขึ้น โดยแสดงออกในการให้ความร่วมมือในการรับประทานยา รับประทานอาหารที่เป็นประโยชน์ ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ และปฏิบัติตัวให้สอดคล้องกับแผนการรักษา เช่น มีพฤติกรรมทางเพศที่เหมาะสม ปฏิเสธการใช้สารเสพติด เป็นต้น สอดคล้องกับการศึกษาของ อรอนงค์ สารระทำ และ นรลัทขณ์ เอื้อกิจ (2551) และ Luszczynska, Sarkar, and Knoll (2007) ซึ่งพบว่า การรับรู้ประโยชน์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการให้ความร่วมมือในการรักษา ( $r = .496, p = .000$  และ  $r = .49, p < .001$ ตามลำดับ) การศึกษาของดรุณัฐยา สมสีไล (2550) พบว่า การรับรู้ประโยชน์การรับรู้ประโยชน์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพทางเพศในเด็กวัยรุ่น ( $r = .34, p < .01$ ) นอกจากนี้ การศึกษาของมนิดา บัวสาย (2551) ยังพบว่าความเชื่อด้านสุขภาพของเด็กในการรับรู้ถึงภาวะการเจ็บป่วย และประโยชน์ในการรับประทานยามีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสม่ำเสมอในการรับประทานยา ( $r = .844, p < .05$ )

**การรับรู้อุปสรรคในการรักษา** เป็นความเชื่อเกี่ยวกับปัญหาและอุปสรรคของบุคคลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพในทางลบ ซึ่งหากบุคคลมีการรับรู้ มีความเชื่อเกี่ยวกับปัญหาและอุปสรรคสูงก็จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้ยาก (Becker, 1974) กล่าวคือ หากวัยรุ่นที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ เชื่อว่า พฤติกรรมที่ตนจะกระทำนั้นเป็นไปได้ยาก ก็จะไม่ก่อให้เกิดพฤติกรรมในการให้ความร่วมมือในการรักษา เช่น การรับประทานยาทุกมื้อ ตรงเวลา สม่ำเสมอทุกวัน เป็นไปได้ยาก ก็จะส่งผลให้วัยรุ่นรับประทานยาไม่สม่ำเสมอ สอดคล้องกับการศึกษาของอรอนงค์ สารระทำ และนรลัทขณ์ เอื้อกิจ (2551) ที่พบว่า การรับรู้อุปสรรคมี

ความสัมพันธ์ทางลบกับความร่วมมือในการรักษา ( $r = -.360$ ,  $p = 0.000$ ) และ Filho et al. (2008) ซึ่งพบว่าอุปสรรคที่ทำให้วัยรุ่นไม่ให้ความร่วมมือในการรับประทานยา ได้แก่ การไม่ตระหนัก ไม่ให้ความใส่ใจในการรักษาด้วยยาต้านไวรัส (Odds Ratio [OR]= 3.47; 95% confidence interval [CI] =1.13- 10.68,  $p = .03$ )

**การรับรู้สมรรถนะแห่งตน** เป็นความสามารถ ความมั่นใจของบุคคลในกระทำพฤติกรรมด้านสุขภาพและดำเนินการกระทำพฤติกรรมนั้นให้บรรลุเป้าหมายที่วางไว้ Bandura (1986) กล่าวคือ การที่วัยรุ่นมีความเชื่อมั่นว่าตนสามารถกระทำพฤติกรรมในการให้ความร่วมมือในการรักษาได้ ก็จะแสดงออกโดยการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพ ที่สอดคล้องกับแผนการรักษา สอดคล้องกับการศึกษาของ Naar-King (2006) ซึ่งพบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนและการมีภาวะกดดันทางจิตใจ สามารถร่วมทำนายความร่วมมือในการรับประทานยาได้ร้อยละ 47 ( $p < .01$ ) และการศึกษาของ Luszczynska, Sarkar, & Knoll (2007) พบว่าการรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการรับประทานยาต้านไวรัส ( $r = .43$ ,  $p < .001$ )

**การสนับสนุนทางสังคม** เกิดขึ้นจากการมีปฏิสัมพันธ์กันระหว่างบุคคลในสังคม มีการช่วยเหลือกัน โดยให้ความรัก ความห่วงใย ความไว้วางใจ ให้การช่วยเหลือกัน ทั้งในด้านการเงิน สิ่งของ แรงงาน เวลา และการให้ข้อมูลข่าวสาร (House, 1985) สัมพันธภาพระหว่างพ่อแม่ ญาติ บุคคลใกล้ชิด จะช่วยวัยรุ่นสามารถปรับตัวกับการเจ็บป่วยเรื้อรังและแสดงพฤติกรรมในการให้ความร่วมมือในการรักษา นอกจากนี้ในช่วงวัยรุ่น สัมพันธภาพกับเพื่อนเป็นส่วนสำคัญที่ สนับสนุนให้วัยรุ่นมีพฤติกรรมที่เหมาะสม สอดคล้องกับการศึกษาของบุษดี ศรีคำ (2546) ที่พบว่า การสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับสุขภาพจิตในผู้ที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ( $r = .431$ ,  $p < .05$ ) และการศึกษาของ Luszczynska, Sarkar, & Knoll (2007) พบว่าการสนับสนุนทางสังคม การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และการรับรู้ประโยชน์สามารถร่วมกันทำนายการทำงานของร่างกายได้ร้อยละ 52 และทำนายความร่วมมือในการรับประทานยาได้ร้อยละ 31

**การเปิดเผยสภาวะการติดเชื้อ** คือ สภาพที่บุคคลยอมเปิดเผยให้ผู้อื่นรู้จักตนเอง ขณะเดียวกันก็เปิดการรับรู้ของตนต่อบุคคลและสิ่งต่างๆ และคงไว้ซึ่งสัมพันธภาพที่ดีกับผู้อื่น Jourard (1971) ซึ่งการเปิดเผยสภาวะการติดเชื้อให้วัยรุ่นได้ทราบถึงภาวะการเจ็บป่วยของตนจะช่วยให้วัยรุ่นเชื่อมโยงการเจ็บป่วยเข้ากับความจำเป็นในการรับการรักษา สอดคล้องกับการศึกษาของ บุษดี ศรีคำ (2546) ซึ่งพบว่า การเปิดเผยตนเอง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับสุขภาพจิตในผู้ที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ( $r = .236$ ,  $p < .05$ ) รัตนาวลี พิบูลนิยม (2551) เป็นปัจจัย

ที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการให้ความร่วมมือในการรับประทานยาตรงเวลา ( $r = 0.31, p = 0.000$ ) และการเปลี่ยนแปลงของระดับภูมิคุ้มกัน CD4 ( $r = 0.20, p = 0.002$ ) และการศึกษาของ Marhefka et al. (2006) พบว่าการเปิดเผยสภาวะการติดเชื้อต่อเด็ก และรายได้ของผู้ดูแล สามารถร่วมกันทำนายความร่วมมือในการรับประทานยาได้ร้อยละ 63

**ตราบาป** เป็นคุณลักษณะไม่พึงประสงค์ของบุคคล ที่ไม่ได้รับการยอมรับอย่างมาก ถูกลดบทบาททางสังคม รู้สึกมีมลทิน ทำให้บุคคลไม่ได้รับการยอมรับจากสังคม (Goffman, 1963) ซึ่งการรับรู้เป็นประสบการณ์ด้านลบของผู้ที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ที่ทำให้เกิดตราบาปตามมา (Link et al., 2004) กล่าวคือ การที่วัยรุ่นที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ไม่ได้รับการยอมรับจากสังคม การถูกเพื่อนล้อ การปฏิเสธการเข้าเรียนจะทำให้เกิดประสบการณ์ และอารมณ์ด้านลบ เช่น ซึมเศร้า วิตกกังวล แล้วส่งผลต่อการให้ความร่วมมือในการรักษา สอดคล้องกับการศึกษา ของ Filho et al. (2008) ซึ่งพบว่า วัยรุ่นไม่ให้ความร่วมมือในการรับประทานยา โดยการไม่นำยาไปรับประทานในมือที่ต้องออกนอกบ้าน ( $OR = 6.63; 95\% CI = 1.73 - 25.47, p < .01$ ) และ การศึกษาของเบญจมาศ สุขสถิต (2547) ซึ่งพบว่าตราบาป สัมพันธ์ทางลบกับความสามารถในการดูแลตนเองเพื่อส่งเสริมสุขภาพ ( $r = -.418, p < .01$ ) แต่ยังมีการศึกษาในวัยรุ่นผู้ใหญ่ของ เสาวคนธ์ อ่อนเกตุพล, กิตติกร นิลมานัต และประณีต ส่งวัฒนา (2549) ซึ่งพบว่า การรับรู้ตราบาปไม่มีความสัมพันธ์กับความสม่ำเสมอในการรับประทานยา

#### 4. บทบาทของพยาบาลในการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาในวัยรุ่นที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์

การติดเชื้อเอชไอวีส่งผลกระทบต่อวัยรุ่นที่ติดเชื้อทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ ทั้งส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของครอบครัวที่มีภาวะรับผิดชอบในการดูแลวัยรุ่น นอกจากนี้ปัญหาก็ยังเชื่อมโยงกับปัญหาสังคมและเศรษฐกิจอื่น ๆ อีกมากมาย ในการสูญเสียด้านรายจ่ายจากการดูแลรักษาและการติดเชื้อฉวยโอกาส เกิดการแพร่กระจายเชื้อทำให้เกิดผู้ติดเชื้อรายใหม่ เกิดปัญหาสังคมและการสูญเสียทางเศรษฐกิจต่อไปไม่สิ้นสุด และเนื่องจากสภากาชาดไทย ได้ให้ความสำคัญการปฏิบัติพยาบาลชั้นสูงสาขาการพยาบาลเด็ก ไว้ว่าหมายถึง การกระทำกาพยาบาลโดยตรงอย่างเป็นองค์รวมแก่เด็กตั้งแต่วัยแรกเกิดจนถึงวัยรุ่น เฉพาะกลุ่มหรือเฉพาะโรคที่มีปัญหาซับซ้อนหรือมีปัญหาสุขภาพที่สำคัญ โดยใช้ครอบครัวเป็นศูนย์กลางของการดูแล อย่างต่อเนื่อง โดยใช้ความชำนาญและทักษะการพยาบาลชั้นสูง ใช้วิจรรณญาณทางคลินิกในการบูรณาการหลักฐานเชิงประจักษ์ ความรู้ ทฤษฎีการพยาบาล ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องและหลักจริยธรรม ร่วมกับการบริหารจัดการโดยใช้การจัดการราย

กรณี การจัดระบบการดูแลที่มีประสิทธิภาพ การประสานงานกับทีมสุขภาพ การวิจัยและการพัฒนานวัตกรรมดูแล การเป็นที่ปรึกษาให้กับผู้ร่วมงานในการพัฒนาความรู้และทักษะในวิชาชีพ รวมทั้งการตัดสินใจเชิงจริยธรรม และการควบคุมคุณภาพการดูแลและการจัดการผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพ การเจริญเติบโตและพัฒนาการเด็ก (มหาวิทยาลัยบูรพา, 2551) ดังนั้นพยาบาลในฐานะผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงจึงมีบทบาทหน้าที่ในการให้การพยาบาลเด็กวัยรุ่นที่ติดเชื้อเอชไอวีและครอบครัว (วีณา จีระแพทย์, 2549) ดังนี้

**บทบาทด้านการให้การดูแลวัยรุ่นและครอบครัว** วัยรุ่นเป็นวัยที่กำลังเจริญเติบโตและมีพัฒนาการอย่างต่อเนื่อง การเจ็บป่วยเรื้อรังเป็นเวลานาน จึงส่งกระทบต่อวัยรุ่นในทุกด้าน ทั้งการเจริญเติบโตของร่างกายและสมอง อารมณ์และพฤติกรรม จิตสังคม และจิตวิญญาณใน ความเชื่อความหวังเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการมีชีวิตอยู่ อีกทั้งการเจ็บป่วยทำให้วัยรุ่นต้อง พึ่งพิงและต้องการการดูแลเอาใจใส่จากครอบครัว พยาบาลจึงต้องมองความต้องการและให้การดูแลแบบองค์รวม เน้นการพัฒนาทักษะส่วนบุคคล เพิ่มความสามารถในการดูแลสุขภาพ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้สอดคล้องกับภาวะสุขภาพ โดยเคารพสิทธิและการตัดสินใจของวัยรุ่น และครอบครัวในการประเมินปัญหา ตัดสินใจเลือกปัญหาที่ต้องการแก้ไข กำหนดเป้าหมายและวิธีการ โดยพยาบาลเป็นผู้สนับสนุนด้านข้อมูล ความรู้และให้คำปรึกษา แนะนำแนวทางในการ ควบคุมปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยที่เป็นตัวกำหนดภาวะสุขภาพ เช่น ส่งเสริมให้รับรู้ประโยชน์ของการ ดูแลสุขภาพ และลดอุปสรรคในการดูแลสุขภาพ (อรวรรณ ศรียุคตศุทธ, 2546) นอกจากนี้การ เข้าใจปฏิกิริยาต่อการเจ็บป่วย การสื่อสารที่ดีกับวัยรุ่นและครอบครัว การแสดงท่าทีที่เต็มใจ จริงใจในการให้การช่วยเหลือ ให้เวลา เปิดโอกาสให้ซักถาม รับฟังความต้องการและความรู้สึก ของวัยรุ่นและครอบครัว จะช่วยให้วัยรุ่นที่ติดเชื้อเอชไอวีและครอบครัวปรับตัวต่อการเจ็บป่วยได้ (วิสุธารณ บุญสิทธิ, 2551)

**บทบาทด้านการสอน/ให้ความรู้** พยาบาลเป็นผู้มีหน้าที่ในการดูแลและให้การพยาบาล ฉะนั้นในฐานะผู้นำในการส่งเสริมสุขภาพและผู้เชี่ยวชาญสำหรับวัยรุ่นที่ติดเชื้อเอชไอวีและครอบครัว จึงจำเป็นอย่างยิ่งที่ผู้มึบทบาทในการให้การพยาบาลต้องมีทักษะ ประสพการณ์ และมีความรู้ครอบคลุมเกี่ยวกับโรคติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ การดูแลรักษาผู้ติดเชื้อทั้ง ด้านร่างกาย จิตใจและจิตวิญญาณ โดยปฏิบัติการพยาบาลบนพื้นฐานมาจากองค์ความรู้ ใช้ ผลการวิจัยหรือหลักฐานเชิงประจักษ์ในการให้การพยาบาล เพื่อจัดการกับการเจ็บป่วยและการ ดูแลสุขภาพวัยรุ่นที่ติดเชื้อและครอบครัวได้อย่างมีประสิทธิภาพ ประสิทธิภาพและอย่างเป็นองค์ รวม เนื่องจากวัยรุ่นที่ติดเชื้อและครอบครัวหรือผู้ดูแลมีความวิตกกังวล เกิดความไม่แน่นอนจาก



ความเจ็บป่วย ไม่เข้าใจแผนการรักษา การได้รับข้อมูลและความรู้อย่างถูกต้องและเหมาะสม จากพยาบาลจะช่วยให้วัยรุ่นที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์และครอบครัว ให้ความร่วมมือในการรักษา ลดปัญหาและผลกระทบที่จะเกิดขึ้นตามมาทั้งตนเอง ครอบครัว สังคมและปัญหาเศรษฐกิจ

**บทบาทด้านการให้คำปรึกษา** การให้คำปรึกษาเป็นกระบวนการอาศัยสัมพันธภาพ ต่อกัน ระหว่างผู้ให้คำปรึกษาคือพยาบาล กับผู้รับคำปรึกษา คือวัยรุ่นที่ติดเชื้อและครอบครัวหรือ ผู้ดูแล พยาบาลต้องใช้ในการสื่อสารสองทางจนเกิดความร่วมมือในการรักษา โดยพยาบาลเป็นผู้ ช่วยเหลือด้วยการใช้คุณสมบัติและทักษะต่างๆ ของพยาบาล เพื่อเอื้ออำนวยให้ผู้ป่วยวัยรุ่นและ ครอบครัวหรือผู้ดูแลได้ใช้ศักยภาพของตนเองในการสำรวจเพื่อทำความเข้าใจ สามารถค้นหา ปัญหาที่แท้จริง สาเหตุของปัญหา และความต้องการ ตลอดจนสามารถหาวิธีการแก้ไขปัญหา และปรับเปลี่ยนพฤติกรรม จนปรับตัวให้ดีขึ้น เริ่มจากพยาบาลต้องสร้างสัมพันธภาพเพื่อให้เกิด ความไว้วางใจ อบอุ่นใจ นำไปสู่การเปิดเผยปัญหา หลังจากนั้นทำการสำรวจปัญหาโดยเปิด โอกาสให้วัยรุ่นบอกเล่าถึงพฤติกรรม และปัญหาต่างๆ ของตนเอง พยาบาลเป็นผู้เชื่อมโยงข้อมูล ต่างๆ เพื่อทำความเข้าใจปัญหา ให้เด็ก เข้าใจปัญหา รับรู้ความรู้สึกและความต้องการของตนเอง ต่อมาจึงวางแผนแก้ปัญหา ทำความเข้าใจระหว่างกัน และกำหนดแนวทางปฏิบัติ นวัตกรรมเพื่อ ยุติบริการ (กรมสุขภาพจิต, 2548) การให้คำปรึกษาแก่วัยรุ่นและครอบครัวนั้น ควรให้คำปรึกษา ความเข้าใจโรคเอชไอวี/เอดส์ ความสำคัญของความร่วมมือในการรักษา พฤติกรรมเสี่ยงและ เพศศึกษา อีกทั้งการเปิดโอกาสให้วัยรุ่นและครอบครัวได้พูดคุยกันอย่างเปิดเผยมีความสำคัญ ในการช่วยให้ทีมผู้ดูแลรักษาสามารถเข้าใจปัญหา และให้ความช่วยเหลือได้อย่างทัน่วงที (เพณณินาท์ โอเบอร์ดอร์เฟอร์ และคณะ, 2549)

**บทบาทด้านการประสานงาน** การให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยวัยรุ่นที่ติดเชื้อเอชไอวี/ เอดส์และครอบครัวให้ครอบคลุมอย่างเป็นองค์รวมนั้น พยาบาลเพียงบุคคลเดียวย่อมไม่สามารถ ทำหน้าที่ได้ครบถ้วนสมบูรณ์ จึงต้องอาศัยการประสานความร่วมมือกับทั้งวัยรุ่นเอง ครอบครัว ชุมชนและแหล่งประโยชน์อื่นในสังคม และในรูปแบบของสหสาขาวิชาชีพ (มหาวิทยาลัยบูรพา, 2551) โดยเป็นการประสานงานระหว่างบุคลากรที่มีส่วนร่วมในการดูแลวัยรุ่นที่ติดเชื้อเอชไอวี/ เอดส์ ได้แก่ แพทย์ เภสัชกร นักสังคมสงเคราะห์ นักจิตวิทยา นักโภชนาการ นักกายภาพบำบัด หรือแม้กระทั่งระหว่างทีมพยาบาลด้วยกัน โดยทีมบุคลากรควรมีการวางแผนการดูแลรักษา ร่วมกัน มีสื่อสารระหว่างกันอย่างต่อเนื่อง และในบางครั้งต้องมีการประสานงานกับหน่วยงาน ภายนอก เช่น โรงเรียนหรือองค์กรต่างๆ ที่ให้การช่วยเหลือวัยรุ่นที่ติดเชื้อในชุมชนเพื่อให้การดูแลมี ความต่อเนื่องและเกิดประโยชน์สูงสุด (วิฐารณ บุญสิทธิ, 2551)

**บทบาทด้านการวิจัย** พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการพัฒนาให้เกิดองค์ความรู้ใหม่ๆ เพื่อสร้างให้เกิดความเข้าใจในพฤติกรรมสุขภาพของวัยรุ่นที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ เพื่อนำมาใช้ให้เกิดประโยชน์ต่อวิชาชีพและผู้ป่วย ซึ่งในปัจจุบันมีการนำองค์ความรู้และผลการศึกษาวิจัยมาใช้ในการปฏิบัติการพยาบาล และประสบผลสำเร็จทำให้ผู้ที่ติดเชื้อมีชีวิตยืนยาวและคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นในผู้ใหญ่ (จันทน์ จันทร์ท่าจัน และสุวีพร ธนศิลป์, 2549; สุวนีย์ ไหมสุวรรณ, ศันสนีย์ สมิตะเกษตริน และจิตรา อ่อนน้อม, 2551) สำหรับในวัยรุ่นการศึกษาวิจัยยังคงเน้นศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยที่ส่งผลต่อความร่วมมือในการรับประทานยา (วัลยา ธรรมพินิจวัฒน์ และคณะ, 2549; มนิตา บัวสาย, 2551; Albano et al., 1999; Murphy et al., 2001; Pugatch, Bennett, & Patterson, 2002; Williams et al., 2006; Vreeman et al., 2008) แต่ในการประสบความสำเร็จในการรักษาและส่งเสริมให้เกิดความร่วมมือนั้น ไม่ได้สำคัญเฉพาะเพียงการรับประทานยาแต่ในการดูแลด้านอื่นก็มีความสำคัญเช่นเดียวกัน โดยการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การได้รับการดูแลด้านจิตใจจากผู้อื่นและคนในครอบครัว การดูแลตนเองเมื่อมีอาการเจ็บป่วยหรือมีภาวะแทรกซ้อน การมีสุขภาพทางเพศ และการได้รับการสนับสนุนจากญาติ ทีมบุคลากรทางสุขภาพซึ่งล้วนเป็นปัจจัยที่ส่งเสริมให้ผู้ติดเชื้อมีชีวิตที่ยืนยาวและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น (วารภรณ์ บุญเชียง และคณะ, 2551) ฉะนั้นการทดสอบองค์ความรู้จึงมีความสำคัญต่อการปฏิบัติการพยาบาล ทำให้เกิดการพัฒนา และสร้างมาตรฐานในวิชาชีพการพยาบาล

## 5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

### 5.1 วรรณกรรมในประเทศ

บุษดี ศรีคำ (2546) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การเปิดเผยตนเอง การสนับสนุนทางสังคม ความหวัง การรับรู้ภาวะสุขภาพและภาวะสุขภาพจิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ จำนวน 130 คน ณ แผนกผู้ป่วยนอก สถาบันบำราศนราดูร ผลการศึกษาพบว่าการเปิดเผยตนเอง การสนับสนุนทางสังคม ความหวัง การรับรู้ภาวะสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับสุขภาพจิตในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ( $r = .236$ ,  $r = .431$ ,  $r = .539$  และ  $r = .540$  ตามลำดับ,  $p < .05$ ) และอายุไม่มีความสัมพันธ์กับความผาสุกทางใจในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์

เบญจมาศ สุขสถิต (2547) ศึกษาทราบาปและความสามารถในการดูแลตนเองเพื่อส่งเสริมสุขภาพในผู้ใหญ่ตอนต้นที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้มีอายุระหว่าง 15-24 ปี ผ่านเครือข่ายผู้ติดเชื้อจังหวัดเชียงใหม่และลำพูน กลุ่มตัวอย่างมีจำนวน 50 ราย ผลการศึกษาพบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์รับรู้การตีตราทางสังคมอยู่ในระดับปานกลาง โดย ระยะเวลาตั้งแต่

ได้รับการวิจัยชี้ว่าติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ( $r = .314, p < .05$ ) และตราบาป ( $r = -.418, p < .01$ ) สัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเองเพื่อส่งเสริมสุขภาพ ส่วนเพศ ระยะเวลาในการศึกษา และจำนวนอาการไม่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเองเพื่อส่งเสริมสุขภาพ

เสาวคนธ์ อ่อนเกตุพล, กิตติกร นิลมานันต์ และประณีต สงวัฒนา (2549) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การรับรู้การตีตราทางสังคม และการสนับสนุนทางสังคม ต่อความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสของผู้ที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่คลินิกเฉพาะโรค โรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป 5 แห่งในภาคใต้ กลุ่มตัวอย่างมีจำนวน 207 ราย อายุ 20 ปีขึ้นไป ผลการศึกษาพบว่า ผู้ที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์รับรู้การตีตราทางสังคมอยู่ในระดับปานกลาง มีความสม่ำเสมอในการให้ความร่วมมือในการรับประทานยามากกว่าร้อยละ 95 เป็นร้อยละ 65.1 ระดับการศึกษา ระยะเวลาที่ทราบการติดเชื้อ และการรับรู้การตีตราจากสังคมไม่มีความสัมพันธ์กับความสม่ำเสมอในการรับประทานยา แต่รายได้และการสนับสนุนทางสังคมด้านการรู้สึกลึกมีคุณค่าในตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสม่ำเสมอในการรับประทานยา ( $r = .22, p < .01$ ;  $r = .18, p < .05$  ตามลำดับ)

เสาวนีย์ ทรงประโคน (2549) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์อย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอในเด็กที่ติดเชื้อเอชไอวี กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลหลักของเด็กที่ติดเชื้อเอชไอวี อายุน้อยกว่า 13 ปี ที่ได้รับยาต้านไวรัสเอดส์ จำนวน 110 ราย ที่สถาบันบำราศนราดูร ผลการศึกษาพบว่า การรับประทานยาต้านไวรัสอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอในเด็กที่ติดเชื้อเอชไอวีร้อยละ 77.30 อยู่ในระดับดี รสชาติของยามีความสัมพันธ์ทางลบกับการรับประทานยาต้านไวรัสอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ ( $r = -.37, p < .01$ ) ความสามารถของผู้ดูแลในการจัดการให้เด็กรับประทานยาต้านไวรัสมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์อย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอในเด็กที่ติดเชื้อเอชไอวี ( $r = .24, p < .05$ ) และสามารถร่วมกันทำนายการรับประทานยาต้านไวรัสอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอได้ร้อยละ 16 โดยรสชาติของยาเป็นปัจจัยทำนายการรับประทานยาต้านไวรัสอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอในเด็กที่ติดเชื้อเอชไอวีได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $F_{(7,101)} = 2.72, p < .05$ )

ดุริฎฐยา สมสีใส (2550) ศึกษาการรับรู้ความสามารถของตนเอง การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพทางเพศของเด็กวัยรุ่นตอนปลาย กลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษามหาวิทยาลัย อายุ 18-22 ปี ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จำนวน 351 ราย ผลการศึกษาพบว่าเด็กวัยรุ่นตอนปลายมีการรับรู้ความสามารถของตนเองและการรับรู้ประโยชน์

อยู่ในระดับปานกลาง และพบว่าการรับรู้ความสามารถของตนเองและการรับรู้ประโยชน์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพทางเพศ ( $r = .55, r = .34$  ตามลำดับ,  $p < .01$ )

รัตนาวลี พิบูลนิคม (2551) ศึกษาปัจจัยความสัมพันธ์ของการรับประทานยาตรงเวลา และระดับภูมิคุ้มกัน CD4 ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่มารับยาต้านไวรัส ณ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลปากช่องนานา จังหวัดนครราชสีมา จำนวน 241 คน ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยส่วนบุคคล เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ ไม่มีความสัมพันธ์กับการให้ความร่วมมือในการรับประทานยาตรงเวลา และพบว่าการเปิดเผยสถานะการติดเชื้อเป็นผู้ติดเชื้อที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการให้ความร่วมมือในการรับประทานยาตรงเวลา ( $r = 0.31, p = 0.000$ ) และการเปลี่ยนแปลงของระดับภูมิคุ้มกัน CD4 ( $r = 0.20, p = 0.002$ )

มนิดา บัวสาย (2551) ศึกษาปัจจัยที่ทำนายความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสของเด็กวัยเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ กลุ่มตัวอย่างอายุ 7-12 ปี ที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่คลินิกยาต้านไวรัสที่โรงพยาบาลของรัฐในกรุงเทพฯ และเขตปริมณฑล จำนวน 130 คน ผลการศึกษาพบว่า ความเชื่อด้านสุขภาพของเด็กในผู้ดูแล ความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ดูแล ความคาดหวังในการใช้ยาของเด็กในผู้ดูแลและความเชื่อในอำนาจการควบคุมสุขภาพของเด็กมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสม่ำเสมอในการรับประทานยา ( $r = .576, r = .844, r = .317$  และ  $r = .532$  ตามลำดับ,  $p < .05$ ) และผลการศึกษาวิจัยยังพบว่าการรับรู้ด้านสุขภาพของเด็ก ความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ดูแล อายุที่ทราบอาการป่วย และความคาดหวังในการใช้ยาของเด็กในผู้ดูแลสามารถร่วมกันทำนายความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสของเด็กวัยเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ได้ร้อยละ 77.3 ( $p < .05$ )

อรอนงค์ สาระท่า และนรลักษ์ณณ์ เอื้อกิจ (2551) ศึกษาปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาของเด็กวัยเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ โรงพยาบาลศูนย์ ภาควิชาได้ กลุ่มตัวอย่างอายุ 9-15 ปี จำนวน 100 คน ผลการศึกษาพบว่า ความร่วมมือในการรักษาโดยภาพรวมในเด็กวัยเรียนอยู่ในระดับดี การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการรักษา ( $r = .496, r = .584$  และ  $r = .437, p = 0.000$  ตามลำดับ) และการรับรู้อุปสรรคมีความสัมพันธ์ทางลบกับความร่วมมือในการรักษา ( $r = -.360, p = 0.000$ )

## 5.2 วรรณกรรมต่างประเทศ

Marhefka et al. (2006) ศึกษาปัจจัยด้านจิตสังคมของผู้ดูแล (Caregiver) ที่สัมพันธ์กับการให้ความร่วมมือในการรับประทานยาของเด็ก ที่ได้รับการดูแลในมหาวิทยาลัยทางการแพทย์ Maryland กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลเด็กติดเชื้ตั้งแต่แรกเกิด-13 ปี จำนวน 104 คน ผลการศึกษาพบว่า การให้ความร่วมมือในการรับประทานยาอยู่ในช่วงร้อยละ 20-100 มีค่าเฉลี่ยของความร่วมมือร้อยละ 78 และมีร้อยละ 57 ที่ให้ความร่วมมือในการรับประทานยาน้อยกว่าร้อยละ 80 และพบว่าผู้ดูแลที่มีภาวะกดดันทางจิตใจสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรับประทานยา ( $p = .005$ ) ,ระยะเวลาที่เด็กได้รับการรักษา ( $p = .003$ ), การเปิดเผยสภาวะการติดเชื้อต่อเด็ก ( $p = .019$ ) และรายได้ของผู้ดูแล ( $p = .008$ ) สามารถร่วมกันทำนายความร่วมมือในการรับประทานยาได้ร้อยละ 63

Naar-King et al. (2006) ศึกษาปัจจัยด้านจิตสังคมที่ทำนายความร่วมมือในการรับประทานยาของวัยรุ่นหนุ่มสาว ในคลินิกเอชไอวี/เอดส์ที่โรงพยาบาลระดับตติยภูมิเขต Metropolitan กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลวัยรุ่นอายุ 16-25 ปี จำนวน 88 คน ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความร่วมมือร้อยละ 0-100 มีค่าเฉลี่ยความร่วมมือร้อยละ 63, ปริมาณไวรัสมีความสัมพันธ์ทางลบกับการให้ความร่วมมือ ( $r = -.580, p < .01$ ), การรับรู้สมรรถนะของตนเองและการมีภาวะกดดันทางจิต สามารถร่วมกันทำนายความร่วมมือในการรับประทานยาได้ร้อยละ 47 ( $p < .01$ ) แต่การสนับสนุนทางสังคมไม่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรับประทานยา

Stirratt et al. (2006) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการเปิดเผยสภาวะการติดเชื้กับความร่วมมือในการรับประทานยา ที่มารับการรักษา ณ คลินิกแผนกผู้ป่วยนอก ในนิวยอร์ก กลุ่มตัวอย่างมีจำนวน 215 คน ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยการให้ความร่วมมือในการรับประทานยาในช่วง 2 อาทิตย์ที่ผ่านมาเพียงร้อยละ 44 โดยร้อยละ 15 บอกว่าเหตุผลที่ไม่ได้รับประทานยาว่า “ไม่ยอมให้ผู้อื่นรู้ว่าเขาติดเชื้อเอชไอวี”, ร้อยละ 14 บอกว่า “ไม่ยอมให้ผู้อื่นคิดว่าเขาต้องรับประทานยา” ซึ่งเป็นข้อคำถามที่ทับซ้อนกัน โดยกลุ่มตัวอย่างที่บอกเหตุผลที่ไม่ได้รับประทานยาสัมพันธ์กับการเปิดเผยสภาวะการติดเชื้ข้อนั้นเป็นในกลุ่มผู้ใหญ่ตอนต้น ( $p < .05$ ) และจากการศึกษานี้ การเปิดเผยสภาวะการติดเชื้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการให้ความร่วมมือ โดยเนื้อหาใน 3 มิติ ได้แก่ ร้อยละข้อมูลการบอกให้สมาชิกในครอบครัวรู้, จำนวนสมาชิกในครอบครัวที่รู้ และจำนวนข้อมูลที่บุคคลรู้ ( $r = .19, r = .15, r = .16$  ตามลำดับ,  $p < .05$ ) และยัง



พบว่า การเปิดเผยข้อมูลต่อสมาชิกในครอบครัวมีความสัมพันธ์กับการจัดหาสิ่งที่เป็นประโยชน์ให้ผู้ที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ( $r = .62, p < .01$ )

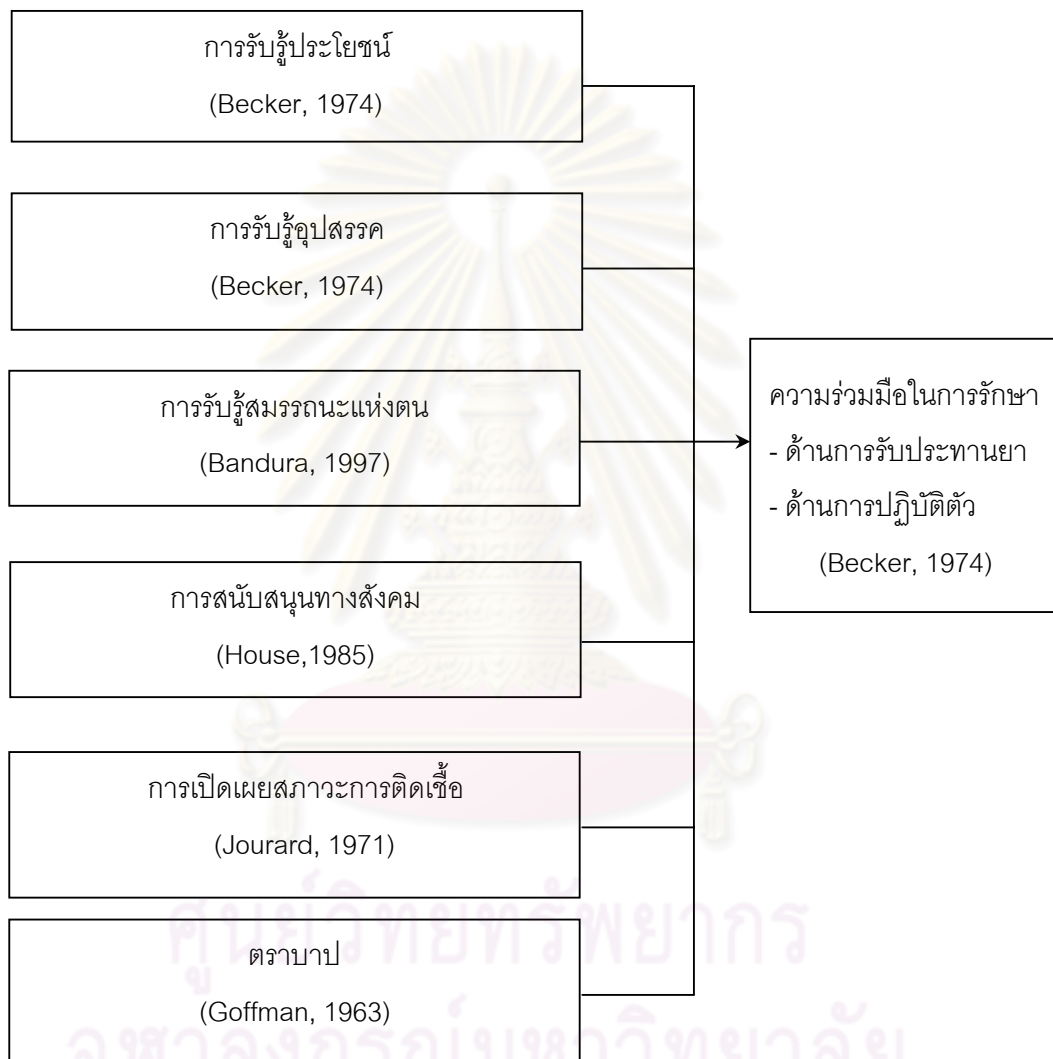
Luszczynska, Sarkar, & Knoll (2007) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคม, การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และการรับรู้ประโยชน์ ในการทำนายนายการทำงานของร่างกาย (physical functioning) และความร่วมมือในการรักษาด้วยยาต้านไวรัส ในกลุ่มผู้ที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ อายุ 18-54 ปี จำนวน 104 คน ณ คลินิกที่ให้การดูแลผู้ติดเชื้อทางตอนกลางและตอนเหนือของอินเดีย ผลการศึกษาพบว่า อายุและเพศไม่มีความสัมพันธ์กับการให้ความร่วมมือ และตัวแปรการสนับสนุนทางสังคม, การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และการรับรู้ประโยชน์สามารถร่วมกันทำนายการทำงานของร่างกายได้ร้อยละ 52 และทำนายความร่วมมือได้ร้อยละ 31 โดยมีความสัมพันธ์ระหว่างกันดังนี้ การสนับสนุนทางสังคม, การรับรู้สมรรถนะแห่งตน, การรับรู้ประโยชน์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือ ( $r = .40, r = .43, r = .49$  ตามลำดับ  $p < .001$ )

Filho et al. (2008) ศึกษาปัจจัยที่ทำให้วัยรุ่นขาดความร่วมมือในการรับประทานยาต้านไวรัส ณ แผนก คลินิกผู้ป่วยนอก ใน Rio de Janeiro บราซิล กลุ่มตัวอย่าง เป็นเด็กวัยรุ่นอายุ 10-19 ปี จำนวน 101 คน ผลการศึกษาพบว่า วัยรุ่นร้อยละ 80 ให้ความร่วมมือในการรับประทานยามากกว่า ร้อยละ 95 และมีเด็กวัยรุ่นร้อยละ 20 ให้ความร่วมมือในการรับประทานยาน้อยกว่าร้อยละ 95 ค่าเฉลี่ยความร่วมมือ ร้อยละ 94 และพบว่า ปัจจัยที่เป็นอุปสรรคที่ทำให้วัยรุ่นไม่ให้ความร่วมมือในการรับประทานยา ได้แก่ การไม่ตระหนัก ไม่ให้ความใส่ใจในการรักษาด้วยยาต้านไวรัส ( $OR = 3.47; 95\% CI = 1.13- 10.68, p = .03$ ), การไม่นำยาไปรับประทานยาในมือที่ต้องออกนอกบ้าน ( $OR = 6.63; 95\% CI = 1.73 - 25.47, p < .01$ )

การทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง พบว่า ส่วนใหญ่เป็นการศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับความร่วมมือในการรับประทานยาต้านไวรัส และส่วนใหญ่ศึกษาในกลุ่มเด็กวัยรุ่น และในวัยผู้ใหญ่ อีกทั้งยังพบปัญหาการให้ความร่วมมือในการรักษาในกลุ่มวัยรุ่นที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ การศึกษานี้ ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาพฤติกรรมการให้ความร่วมมือในการรักษาในวัยรุ่นที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ซึ่งปัจจัยที่สัมพันธ์กับการให้ความร่วมมือในการรักษาในวัยรุ่นที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์มีหลายประการ แต่การศึกษานี้ผู้วิจัยเลือกศึกษาปัจจัยที่สามารถปรับเปลี่ยนได้เพื่อนำไปประยุกต์ใช้ในการออกแบบกิจกรรมการพยาบาล ซึ่งได้แก่การรับรู้ประโยชน์ในการรักษา การรับรู้

อุปสรรคในการรักษา การรับรู้สมรรถนะแห่งตน การสนับสนุนทางสังคม การเปิดเผยสภาวะการติดเชื้และตราบาป

### กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพที่ 2 แสดงกรอบแนวคิดการวิจัย

## บทที่ 3

### วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการศึกษาแบบความสัมพันธ์เชิงทำนาย (Predictive Correlational Research) เพื่อศึกษาอำนาจทำนายของการรับรู้ประโยชน์ในการรักษา การรับรู้อุปสรรคในการรักษา การรับรู้สมรรถนะแห่งตน การสนับสนุนทางสังคม การเปิดเผยสภาวะการติดเชื้อ และตราบาป กับความร่วมมือในการรักษาของวัยรุ่นที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์

#### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ วัยรุ่นที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ อายุระหว่าง 11-18 ปี ทั้งเพศหญิงและเพศชายที่มารับบริการ ณ แผนกผู้ป่วยนอกในคลินิกบริการ ณ โรงพยาบาลศูนย์

กลุ่มตัวอย่างเป็นวัยรุ่นอายุ 11-18 ปี ทั้งเพศหญิงและเพศชายที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ที่ได้รับการสุ่ม โดยกำหนดคุณสมบัติกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

1. ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์
2. มีการรับรู้ มองเห็นและได้ยินปกติ
3. สามารถฟัง อ่านและเข้าใจภาษาไทย
4. ได้รับการเปิดเผยสภาวะการติดเชื้อแล้ว ไม่ว่าจะโดยวิธีใดก็ตาม
5. ผู้ปกครองและวัยรุ่นยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยการวิเคราะห์อำนาจทดสอบโดยการเปิดตาราง ซึ่งขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ได้จากการเปิดตารางมีค่าใกล้เคียงกับการคำนวณโดยใช้โปรแกรม Power Analysis of Sample Size: PASS (รัตนศิริ ทาโต, 2551) โดยกำหนดค่า Effect size จากการทบทวนวรรณกรรมมนุษยศาสตร์ คำ (2546), ดุริฎฐยา สมสีใส (2550), รัตนาวลี พิบูลนิยาม (2551), อรอนงค์ สาระท่า และ นรลักษณ์ เชื้ออกิจ (2551) และ Luszczynska, Sarkar, & Knoll (2007) ซึ่งพบค่าของตัวแปรต้นกับตัวแปรตามที่มีความสัมพันธ์กันน้อยที่สุด ( $r = .236$ ) กำหนดขนาดอิทธิพล (Effect Size) = 0.22 และกำหนดอำนาจทดสอบ (Power of test) 80% ที่ระดับนัยสำคัญ .05, 2 ทาง ต้องใช้กลุ่มตัวอย่าง 158 คน และเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มแบบหลายขั้นตอน (Multi- Stage Random Sampling) โดยมีขั้นตอน ดังนี้

1. สุ่มเลือกโรงพยาบาลศูนย์จากทั้ง 5 ภาค จากโรงพยาบาลศูนย์แต่ละภาค รวมทั้งสิ้น 26 แห่ง ได้แก่ ภาคเหนือ 4 แห่ง ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 6 แห่ง ภาคกลาง 6 แห่ง ภาค

ตะวันออก 4 แห่ง และ ภาคใต้ 6 แห่ง โดยการสุ่มเพื่อเป็นตัวแทนภาค มาภาคละ 1 โรงพยาบาล โดยภาคเหนือ คือ โรงพยาบาลลำปาง ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ คือ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี ภาคกลาง คือ โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยมราช สุพรรณบุรี ภาคตะวันออก คือ โรงพยาบาลชลบุรี และภาคใต้ คือ โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช

2. กลุ่มตัวอย่างจำนวน 158 คน จากประชากรวัยรุ่นที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ทั้ง 5 โรงพยาบาล หากกลุ่มตัวอย่างตามสัดส่วนของกลุ่มตัวอย่างแต่ละโรงพยาบาล โดยใช้สูตร Cochran (1977)

$$\text{สูตร } n_h = \frac{N_h}{N} * n$$

$n_h$  คือ กลุ่มตัวอย่างวัยรุ่นที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์แต่ละโรงพยาบาล  
 $N_h$  คือ ประชากรวัยรุ่นที่ติดเชื้อเอชไอวีแต่ละโรงพยาบาล  
 $N$  คือ ประชากรวัยรุ่นที่ติดเชื้อเอชไอวีทั้งหมด  
 $n$  คือ กลุ่มตัวอย่างวัยรุ่นที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ทั้งหมด

ตารางที่ 3 จำนวนกลุ่มตัวอย่างวัยรุ่นที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ โรงพยาบาลศูนย์

โรงพยาบาลศูนย์	จำนวนวัยรุ่นที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ (คน)	กลุ่มตัวอย่าง (คน) (Sample size)
โรงพยาบาลลำปาง	60	32
โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์	70	37
โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยมราช	35	19
โรงพยาบาลชลบุรี	50	27
โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช	80	43
รวม	295	158

3. เมื่อได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างจากโรงพยาบาลศูนย์แต่ละภาคแล้ว เลือกกลุ่มตัวอย่างจากวัยรุ่นที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่มาใช้บริการ ณ แผนกผู้ป่วยนอกหรือคลินิกการบริการเฉพาะโรค แล้วทำการสุ่มกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีสุ่มแบบไม่แทนที่ จาก 4 ใน 5 คน เพื่อเก็บข้อมูล จนได้กลุ่มตัวอย่างในแต่ละโรงพยาบาลจนครบ 5 ภาค จำนวนทั้งสิ้น 158 คน

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วยแบบสอบถามทั้งหมด 8 ส่วน ได้แก่

**ส่วนที่ 1** แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล เป็นแบบบันทึกข้อมูล อายุ เพศ ผู้ดูแล วิธีทางการติดเชื้อ ระยะเวลาที่รับยาต้านไวรัส และอายุเมื่อทราบการเจ็บป่วย

**ส่วนที่ 2** แบบสอบถามความร่วมมือในการรักษาของวัยรุ่นที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ โดยผู้วิจัยดัดแปลงมาจากแบบสอบถามของอรอนงค์ สารระทำ และนรลักษณ์ เชื้อกิจ (2551) มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค 0.88 มีจำนวน ข้อคำถาม 27 ข้อ และหลังจากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ตรวจสอบเครื่องมือ ได้ค่า CVI = .77 และนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างวัยรุ่นที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ที่มารับบริการที่แผนกโรคติดเชื้อ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี จำนวน 30 ราย และกลุ่มตัวอย่างวัยรุ่นที่ติดเชื้อที่มารับบริการ ณ โรงพยาบาลศูนย์ จำนวน 158 ราย ได้ค่าความเที่ยง ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ .75 และ .81

หลังนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างได้ปรับลดข้อคำถาม ข้อคำถามมีจำนวน 24 ข้อ เป็นคำถามเชิงบวก 22 ข้อ (ข้อ 1-6, 8-13 และ 15 - 24) ข้อคำถามเชิงลบ 2 ข้อ (ข้อ 7 และ 14) เป็นแบบเลือกตอบ มาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ กำหนดให้เลือกเพียงคำตอบเดียว มีความหมายของตัวเลือกแต่ละข้อความ ดังนี้

ทำเป็นประจำ	หมายถึง	ผู้ตอบมีการปฏิบัติกิจกรรมนั้นสม่ำเสมอหรือเป็นประจำทุกครั้ง
ทำบ่อยครั้ง	หมายถึง	ผู้ตอบมีการปฏิบัติกิจกรรมนั้นได้เกือบทุกครั้ง
ทำเป็นบางครั้ง	หมายถึง	ผู้ตอบมีการปฏิบัติกิจกรรมนั้นได้ส่วนน้อยหรือเป็นบางครั้ง
ไม่เคยทำ	หมายถึง	ผู้ตอบไม่เคยปฏิบัติกิจกรรมนั้นเลย

โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

	ข้อคำถามเชิงบวก	ข้อคำถามเชิงลบ
ทำเป็นประจำ	ให้ 4 คะแนน	ให้ 1 คะแนน
ทำบ่อยครั้ง	ให้ 3 คะแนน	ให้ 2 คะแนน
ทำเป็นบางครั้ง	ให้ 2 คะแนน	ให้ 3 คะแนน
ไม่เคยทำ	ให้ 1 คะแนน	ให้ 4 คะแนน



การแปลความหมายของระดับความร่วมมือในการรักษาของวัยรุ่นที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ มีเกณฑ์การพิจารณาคะแนน (อ้างใน อรอนงค์ สารระทำ และนรลักษณ์ เอื้อกิจ, 2551) ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย	3.50 – 4.00	หมายถึง	ระดับความร่วมมือในการรักษาในระดับดีมาก
คะแนนเฉลี่ย	2.50 – 3.49	หมายถึง	ระดับความร่วมมือในการรักษาในระดับดี
คะแนนเฉลี่ย	1.50 – 2.49	หมายถึง	ระดับความร่วมมือในการรักษาในระดับพอใช้
คะแนนเฉลี่ย	1.00 – 1.49	หมายถึง	ระดับความร่วมมือในการรักษาในระดับควรปรับปรุง

**ส่วนที่ 3** แบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ความร่วมมือในการรักษา ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามของอรอนงค์ สารระทำ และ นรลักษณ์ เอื้อกิจ (2551) มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค .78 ข้อคำถามมีทั้งหมด 10 ข้อ เป็นเชิงบวกทั้งหมด โดยเครื่องมือผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ได้ค่า CVI = .7 และนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างวัยรุ่นที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ที่มารับบริการที่แผนกโรคติดเชื้อ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี จำนวน 30 ราย และกลุ่มตัวอย่างวัยรุ่นที่ติดเชื้อที่มารับบริการ ณ โรงพยาบาลศูนย์ จำนวน 158 ราย ได้ค่าความเที่ยง ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ .63 และ .75 ตามลำดับ โดยปรับลดข้อคำถามหลังทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างเหลือ จำนวน 8 ข้อ

ข้อคำถาม มีลักษณะเป็นแบบเลือกตอบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ กำหนดให้ผู้ตอบเลือกเพียงคำถามเดียว และมีความหมาย ดังนี้

เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง	ข้อความในประโยคนั้นตรงกับ	= 5 คะแนน
		ความคิดมากที่สุด	
เห็นด้วย	หมายถึง	ข้อความในประโยคนั้นตรงกับ	= 4 คะแนน
		ความคิดเป็นส่วนใหญ่	
ไม่แน่ใจ	หมายถึง	ข้อความในประโยคนั้นตรงหรือไม่ตรงกับ	= 3 คะแนน
		ความคิด	
ไม่เห็นด้วย	หมายถึง	ข้อความในประโยคนั้นไม่ตรงกับ	= 2 คะแนน
		ความคิดส่วนใหญ่	
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง	ข้อความในประโยคนั้นไม่ตรงกับ	= 1 คะแนน
		ความคิดเลย	

โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน (ตรีพร ชุมศรี, 2548) ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย	4.50 – 5.00	หมายถึง	การรับรู้ประโยชน์ของการรักษาอยู่ในระดับสูงมาก
คะแนนเฉลี่ย	3.50 – 4.49	หมายถึง	การรับรู้ประโยชน์ของการรักษาอยู่ในระดับสูง
คะแนนเฉลี่ย	2.50 – 3.49	หมายถึง	การรับรู้ประโยชน์ของการรักษาอยู่ในระดับปานกลาง
คะแนนเฉลี่ย	1.50 – 2.49	หมายถึง	การรับรู้ประโยชน์ของการรักษาอยู่ในระดับต่ำ
คะแนนเฉลี่ย	1.00 – 1.49	หมายถึง	การรับรู้ประโยชน์ของการรักษาอยู่ในระดับต่ำมาก

**ส่วนที่ 4** แบบสอบถามการรับรู้อุปสรรคความร่วมมือในการรักษา ซึ่งผู้วิจัยใช้แบบสอบถามของ อรอนงค์ สารระทำ และนรลัทภณ เอื้อกิจ (2551) มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค .74 โดยเครื่องมือผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ค่า CVI = .8 มีจำนวนข้อคำถาม 10 ข้อ และนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างวัยรุ่นที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ที่มารับบริการที่แผนกโรคติดเชื้อ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี จำนวน 30 ราย และกลุ่มตัวอย่างวัยรุ่นที่ติดเชื้อที่มารับบริการ ณ โรงพยาบาลศูนย์ จำนวน 158 ราย ได้ค่าความเที่ยง ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ .94 และ .90 ตามลำดับ

แบบสอบถามมีลักษณะเป็นแบบเลือกตอบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ มีความหมายดังนี้

เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง	ข้อความในประโยคนั้นตรงกับความคิดมากที่สุด	= 5 คะแนน
เห็นด้วย	หมายถึง	ข้อความในประโยคนั้นตรงกับความคิดเป็นส่วนใหญ่	= 4 คะแนน
ไม่แน่ใจ	หมายถึง	ข้อความในประโยคนั้นตรงหรือไม่ตรงกับความคิด	= 3 คะแนน
ไม่เห็นด้วย	หมายถึง	ข้อความในประโยคนั้นไม่ตรงกับความคิดส่วนใหญ่	= 2 คะแนน

ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง ข้อความในประโยคนั้นไม่ตรงกับ = 1 คะแนน  
ความคิดเลย

โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน (ตรีพร ชุมศรี, 2548) ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย	4.50 – 5.00	หมายถึง	การรับรู้อุปสรรคในการรักษาอยู่ในระดับสูงมาก
คะแนนเฉลี่ย	3.50 – 4.49	หมายถึง	การรับรู้อุปสรรคในการรักษาอยู่ในระดับสูง
คะแนนเฉลี่ย	2.50 – 3.49	หมายถึง	การรับรู้อุปสรรคในการรักษาอยู่ในระดับปานกลาง
คะแนนเฉลี่ย	1.50 – 2.49	หมายถึง	การรับรู้อุปสรรคในการรักษาอยู่ในระดับต่ำ
คะแนนเฉลี่ย	1.00 – 1.49	หมายถึง	การรับรู้อุปสรรคในการรักษาอยู่ในระดับต่ำมาก

**ส่วนที่ 5** แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตน เป็นแบบสอบถามตามแนวคิดของ Bandura โดยผู้วิจัยใช้แบบสอบถามของออรอนงค์ สารระทำ และนรลักษ์ณธ์ เขื่อนกิจ (2551) มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค .85 ข้อคำถามมีจำนวน 17 ข้อ เป็นเชิงบวกทั้งหมด และหลังจากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน CVI = .82 ได้ปรับข้อคำถาม มีจำนวน 13 ข้อ และนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างวัยรุ่นที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ที่มารับบริการที่แผนกโรคติดเชื้อ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี จำนวน 30 ราย และกลุ่มตัวอย่างวัยรุ่นที่ติดเชื้อที่มารับบริการ ณ โรงพยาบาลศูนย์ จำนวน 158 ราย ได้ค่าความเที่ยง ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ .86 และ .87 ตามลำดับ

แบบสอบถามมีลักษณะเป็นแบบเลือกตอบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ มีความหมาย และเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

เห็นด้วยมากที่สุด	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกมากที่สุด	ให้ 5 คะแนน
เห็นด้วยมาก	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกมาก	ให้ 4 คะแนน
เห็นด้วยปานกลาง	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกเพียงบางส่วน	ให้ 3 คะแนน
เห็นด้วยน้อย	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกเพียงเล็กน้อย	ให้ 2 คะแนน
ไม่เห็นด้วยเลย	หมายถึง	ข้อความนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกเลย	ให้ 1 คะแนน

คะแนนเฉลี่ย	4.50 – 5.00	หมายถึง	ระดับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีระดับสูงที่สุด
คะแนนเฉลี่ย	3.50 – 4.49	หมายถึง	ระดับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีระดับสูง
คะแนนเฉลี่ย	2.50 – 3.49	หมายถึง	ระดับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีระดับปานกลาง
คะแนนเฉลี่ย	1.50 – 2.49	หมายถึง	ระดับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีระดับต่ำ
คะแนนเฉลี่ย	1.00 – 1.49	หมายถึง	ระดับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีระดับต่ำที่สุด

**ส่วนที่ 6** แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม ซึ่งผู้วิจัยใช้แบบสอบถามของอรอนงค์ สาระท่า และนรลักษณ์ เอื้อกิจ (2551) ตามแนวคิดของ House (1981) ข้อคำถามมีจำนวน 20 ข้อ เชิงบวกทั้งหมด มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค 0.93 และหลังจากผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ ได้ปรับข้อคำถาม มีจำนวน 16 ข้อ  $CVI = .70$  และเมื่อนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างวัยรุ่นที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ที่มารับบริการที่แผนกโรคติดเชื้อ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี จำนวน 30 ราย และกลุ่มตัวอย่างวัยรุ่นที่ติดเชื้อที่มารับบริการ ณ โรงพยาบาลศูนย์ จำนวน 158 ราย ได้ค่าความเที่ยง ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ .97 และ .94 ตามลำดับ

แบบสอบถามมีลักษณะเป็นแบบเลือกตอบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ โดยกำหนดให้ผู้ตอบเลือกตอบเพียงคำถามเดียว มีความหมายของตัวเลือก และเกณฑ์การให้คะแนนแต่ละข้อ ดังนี้

มากที่สุด	หมายถึง	ได้รับการสนับสนุนตรงกับข้อความนั้นมากที่สุด	ให้ 5 คะแนน
มาก	หมายถึง	ได้รับการสนับสนุนตรงกับข้อความนั้นมาก	ให้ 4 คะแนน
ปานกลาง	หมายถึง	ได้รับการสนับสนุนตรงกับข้อความนั้นปานกลาง	ให้ 3 คะแนน
เล็กน้อย	หมายถึง	ได้รับการสนับสนุนตรงกับข้อความนั้นเล็กน้อย	ให้ 2 คะแนน
ไม่มีเลย	หมายถึง	ไม่ได้รับการสนับสนุนตรงกับข้อความนั้นเลย	ให้ 1 คะแนน

การแปลความหมาย กำหนดเกณฑ์แบ่งระดับการสนับสนุนทางสังคมโดยใช้ค่าความหมายของค่าเฉลี่ย 3 ระดับ (อ้างใน อรอนงค์ สาระท่า และนรลักษณ์ เอื้อกิจ, 2551:66) ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย	มากกว่าหรือเท่ากับ 3.68	หมายถึง	มีการสนับสนุนทางสังคมมาก
คะแนนเฉลี่ย	2.34 – 3.67	หมายถึง	มีการสนับสนุนทางสังคมปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย น้อยกว่าหรือเท่ากับ 2.33 หมายถึง มีการสนับสนุนทางสังคมน้อย

**ส่วนที่ 7** แบบสอบถามการเปิดเผยสภาวะการติดเชื้อ ผู้วิจัยประยุกต์มาจากแบบสอบถามการเปิดเผยตัวเองของ บุชดี ศรีคำ (2546) เพื่อวัดการเปิดเผยสภาวะการติดเชื้อ ข้อคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 3 ระดับ และหลังจากผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ CVI = .70 มีจำนวน 9 ข้อและนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างวัยรุ่นที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ที่มารับบริการที่แผนกโรคติดเชื้อ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี จำนวน 30 ราย และกลุ่มตัวอย่างวัยรุ่นที่ติดเชื้อที่มารับบริการ ณ โรงพยาบาลศูนย์ จำนวน 158 ราย ได้ค่าความเที่ยง ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ .71 และ .63 ตามลำดับ หลังจากทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่าง ได้ปรับข้อคำถาม มีจำนวน 7 ข้อ เชิงบวก 5 ข้อ (ข้อ 2 - 6) เชิงลบ 2 ข้อ (ข้อ 1 และ 7)

แบบสอบถามมีความหมายและเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ข้อความ	ความหมาย	ข้อความ	ข้อความ
		เชิงบวก	เชิงลบ
เป็นจริงมาก	ตรงกับความรู้สึกหรือพฤติกรรมมาก	3 คะแนน	1 คะแนน
เป็นจริงปานกลาง	ตรงกับความรู้สึกหรือพฤติกรรมปานกลาง	2 คะแนน	2 คะแนน
เป็นจริงน้อย	ตรงกับความรู้สึกหรือพฤติกรรมน้อย	1 คะแนน	3 คะแนน

การคิดคะแนนทำได้โดยการนำคะแนนมารวมกัน คิระดับการเปิดเผยสภาวะการติดเชื้อ โดยเกณฑ์มาตรฐานวัด 3 ระดับ นำคะแนนเต็มหารด้วยจำนวนข้อ แบ่งเป็น 3 ช่วง จัดระดับคะแนนเฉลี่ยจากน้อยที่สุดไปมากที่สุด โดยมีการแปลผลคะแนนระดับการเปิดเผยสภาวะการติดเชื้อ (อ้างในบุชดี ศรีคำ, 2546: 59) ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย	2.50 – 3.00	หมายถึง	มีการเปิดเผยสภาวะการติดเชื้อมาก
คะแนนเฉลี่ย	1.50 – 2.49	หมายถึง	มีการเปิดเผยสภาวะการติดเชื้อปานกลาง
คะแนนเฉลี่ย	1.00 - 1.49	หมายถึง	มีการเปิดเผยสภาวะการติดเชื้อน้อย

**ส่วนที่ 8** แบบสอบถามตราบาป เป็นแบบสอบถามผู้วิจัยแปลมาจากแบบสอบถามของ Wright et al. (2007) ซึ่งปรับปรุงมาจากแบบสอบถามตราบาปของ Berger, Ferrans and Lashley (2001) มีข้อคำถาม 10 ข้อ และหลังจากผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ ได้ค่า CVI = .75 จึงปรับข้อคำถาม ให้มีจำนวน 7 ข้อ และนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างวัยรุ่นที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์



ที่มาใช้บริการที่แผนกโรคติดเชื้อ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี จำนวน 30 ราย และกลุ่มตัวอย่างวัยรุ่นที่ติดเชื้อที่มาใช้บริการ ณ โรงพยาบาลศูนย์ จำนวน 158 ราย ได้ค่าความเที่ยง ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ .86 และ .85 ตามลำดับ และแบบสอบถามที่ปรับเปลี่ยนเฉพาะชื่อ เป็นแบบสอบถามการรับรู้ความรู้สึก ในแบบสอบถามที่ให้วัยรุ่นตอบคำถามเท่านั้น เนื่องจากกระบวนการพิจารณาจริยธรรมที่ป้องกันกลุ่มตัวอย่างได้รับความกระทบกระเทือนด้านจิตใจจากการตอบแบบสอบถาม

แบบสอบถาม เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ กำหนดให้ผู้ตอบตอบได้เพียง 1 คำตอบ คำถามมีความหมาย 5 ระดับ มีความหมายของตัวเลือก และเกณฑ์การให้คะแนนแต่ละข้อ ดังนี้

ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง	ไม่ตรงกับความคิดเห็นเลย	ให้ 1 คะแนน
ไม่เห็นด้วย	หมายถึง	ไม่ตรงกับความคิดเห็นเป็นส่วนใหญ่	ให้ 2 คะแนน
ไม่แน่ใจ	หมายถึง	ตรงหรือไม่ตรงกับความคิดเห็น ไม่ มั่นใจ	ให้ 3 คะแนน
เห็นด้วย	หมายถึง	ตรงกับความคิดเห็นเป็นส่วนใหญ่	ให้ 4 คะแนน
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง	ตรงกับความคิดเห็นมากที่สุด	ให้ 5 คะแนน

คิดคะแนนตั้งแต่ 1-5 คะแนน โดยมีเกณฑ์การแปลผลตาราง (อ้างใน เบญจมาศ สุขสถิตย์, 2547) ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย	มากกว่า 3	หมายถึง	มีตารางปในระดับสูง
คะแนนเฉลี่ย	2 – 3	หมายถึง	มีตารางปในระดับปานกลาง
คะแนนเฉลี่ย	น้อยกว่า 2	หมายถึง	มีตารางปในระดับต่ำ

### การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

#### 1. การหาความตรงตามเนื้อหา (Content Validity)

ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลให้อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหา ความครอบคลุมและเหมาะสม ส่วนเครื่องมือที่ใช้วัดตารางป ผู้วิจัยแปลจากภาษาอังกฤษ และได้ให้ผู้เชี่ยวชาญด้านภาษา (ศูนย์การแปลและการล่ามเฉลิมพระเกียรติ คณะอักษรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย) ตรวจสอบการแปลเครื่องมือ หลังจากนั้นนำเครื่องมือทั้งหมดแก้ไขปรับปรุงตามคำแนะนำของอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ แล้วจึงนำแบบสอบถามไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วย

กุมารแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลรักษาวัยรุ่นที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ 1 ท่าน  
 พยาบาลผู้เชี่ยวชาญในการพยาบาลเด็กและวัยรุ่นที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ 2 ท่าน  
 อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลวัยรุ่นที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ 2 ท่าน  
 โดยคำนวณพิจารณาจากผลการพิจารณาความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับนิยามเชิง  
 ปฏิบัติการ และกำหนดระดับการแสดงความคิดเห็นเป็น 4 ระดับ (Polit and Beck, 2004) คือ

- 1 หมายถึง ข้อคำถามไม่สอดคล้องกับนิยามศัพท์
- 2 หมายถึง ข้อคำถามจำเป็นต้องได้รับการพิจารณาทบทวนและปรับปรุงอย่างมาก จึงจะ  
 มีความสอดคล้องกับนิยามศัพท์
- 3 หมายถึง ข้อคำถามจำเป็นต้องได้รับการพิจารณาทบทวนและปรับปรุงเล็กน้อย ก็จะมี  
 ความสอดคล้องกับนิยามศัพท์
- 4 หมายถึง ข้อคำถามสอดคล้องกับนิยามศัพท์

สูตรการคำนวณค่า CVI =  $\frac{\text{จำนวนคำถามที่ผู้เชี่ยวชาญทุกคนให้ความคิดเห็นในระดับ 3 และ 4}}{\text{จำนวนคำถามทั้งหมด}}$

จากนั้นผู้วิจัยนำแบบสอบถามทั้ง 8 ชุด ที่ผ่านการตรวจสอบแก้ไข และได้ข้อเสนอแนะ  
 จากผู้ทรงคุณวุฒิมาคำนวณหาค่าความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) โดยถือ  
 เกณฑ์ความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ ด้วยการคำนวณดัชนีความตรงตามเนื้อหาต้องได้มากกว่า  
 หรือเท่ากับ .80 และทำการปรับปรุงแก้ไขให้สมบูรณ์ร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ตาม  
 ข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ

ค่า CVI ของแต่ละแบบสอบถาม และการปรับปรุงแบบสอบถาม มีรายละเอียดดังนี้คือ

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ได้ค่า CVI เท่ากับ 0.83 พร้อมทั้งปรับปรุงข้อคำถาม  
 บางข้อให้มีข้อความที่สั้น กระชับ สามารถเข้าใจได้ง่าย ตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ เพื่อให้มี  
 ความสอดคล้องและเหมาะสมในการนำไปใช้กับวัยรุ่นที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ รวมข้อคำถาม 6 ข้อ
2. แบบสอบถามความร่วมมือในการรักษา ได้ค่า CVI เท่ากับ 0.77 พร้อมทั้งปรับปรุงข้อ  
 คำถามบางข้อให้มีข้อความที่สั้น กระชับ สามารถเข้าใจได้ง่าย และตัดข้อคำถามบางข้อตาม  
 ข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ เพื่อให้มีความสอดคล้องและเหมาะสมในการนำไปใช้กับวัยรุ่นที่ติด  
 เชื้อเอชไอวี/เอดส์ รวมข้อคำถาม 26 ข้อ
3. แบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ในการรักษา ได้ค่า CVI เท่ากับ 0.7 พร้อมทั้งปรับปรุง  
 ข้อคำถามบางข้อให้มีข้อความที่สั้น กระชับ สามารถเข้าใจได้ง่าย ตามข้อเสนอแนะของ

ผู้ทรงคุณวุฒิ เพื่อให้มีความสอดคล้องและเหมาะสมในการนำไปใช้กับวัยรุ่นที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ รวมข้อคำถาม 10 ข้อ

4. แบบสอบถามการรับรู้อุปสรรคในการรักษา ได้ค่า CVI เท่ากับ 0.8 พร้อมทั้งปรับปรุงข้อคำถามบางข้อให้มีข้อความที่สั้น กระชับ สามารถเข้าใจได้ง่าย ตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ เพื่อให้มีความสอดคล้องและเหมาะสมในการนำไปใช้กับวัยรุ่นที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ รวมข้อคำถาม 10 ข้อ

5. แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ได้ค่า CVI เท่ากับ 0.82 พร้อมทั้งปรับปรุงข้อคำถามบางข้อให้มีข้อความที่สั้น กระชับ สามารถเข้าใจได้ง่าย และตัดข้อคำถามบางข้อตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ เพื่อให้มีความสอดคล้องและเหมาะสมในการนำไปใช้กับวัยรุ่นที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ รวมข้อคำถาม 13 ข้อ

6. แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม ได้ค่า CVI เท่ากับ 0.7 พร้อมทั้งปรับปรุงข้อคำถามบางข้อให้มีข้อความที่สั้น กระชับ สามารถเข้าใจได้ง่าย และตัดข้อคำถามบางข้อตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ เพื่อให้มีความสอดคล้องและเหมาะสมในการนำไปใช้กับวัยรุ่นที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ รวมข้อคำถาม 16 ข้อ

7. แบบสอบถามการเปิดเผยสภาวะการติดเชื้อ ได้ค่า CVI เท่ากับ 0.7 พร้อมทั้งปรับปรุงข้อคำถามบางข้อให้มีข้อความที่สั้น กระชับ สามารถเข้าใจได้ง่าย ตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ เพื่อให้มีความสอดคล้องและเหมาะสมในการนำไปใช้กับวัยรุ่นที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ รวมข้อคำถาม 9 ข้อ

8. แบบสอบถามตรวจบาป ได้ค่า CVI เท่ากับ 0.75 พร้อมทั้งปรับปรุงข้อคำถามบางข้อให้มีข้อความที่สั้น กระชับ สามารถเข้าใจได้ง่าย และตัดข้อคำถามบางข้อตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ เพื่อให้มีความสอดคล้องและเหมาะสมในการนำไปใช้กับวัยรุ่นที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ รวมข้อคำถาม 7 ข้อ

## 2. การหาความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability)

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ได้รับการปรับปรุงแล้วไปทดลองใช้กับวัยรุ่นที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างที่จะศึกษา ณ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี จำนวน 30 คน แล้วนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์หาความเที่ยงโดยหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) แบบสอบถามแต่ละชุดมีค่าความเที่ยงดังแสดงใน ตารางที่ 4 หลังจากนั้นนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างวัยรุ่นที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ที่มารับบริการ ณ โรงพยาบาล

ศูนย์ จำนวน 158 คน นำแบบสอบถามแต่ละชุดมาวิเคราะห์หาค่าความเที่ยง โดยใช้เกณฑ์ที่ยอมรับได้ที่มีค่าความเที่ยงของเครื่องมือ  $\geq 0.70$  (Burns, 2007) ดังมีรายละเอียดในตารางที่ 4

**ตารางที่ 4** แสดงค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย จากกลุ่มตรวจสอบคุณภาพ (n = 30) และกลุ่มเก็บรวบรวมข้อมูล (n = 158)

แบบสอบถาม	ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค	
	ทดลองใช้ (n = 30)	เก็บข้อมูลจริง (n = 158)
ความร่วมมือในการรักษา	.75	.81
การรับรู้ประโยชน์ในการรักษา	.63	.75
การรับรู้อุปสรรคในการรักษา	.94	.90
การรับรู้สมรรถนะแห่งตน	.86	.87
การสนับสนุนทางสังคม	.97	.94
การเปิดเผยสภาวะการติดเชื้	.71	.63
ตราบาป	.86	.85

### การเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยมีผู้ช่วยวิจัยเป็นผู้ช่วยในการดำเนินการวิจัยและเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

#### 1. ชั้นเตรียมการเก็บรวบรวมข้อมูล

1.1 ผู้วิจัยนำหนังสือจากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลศูนย์ที่จะทำการศึกษา 5 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลลำปาง โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยมราช จังหวัดสุพรรณบุรี โรงพยาบาลชลบุรี และโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช เพื่อแจ้งวัตถุประสงค์ ดำเนินการขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล และการขอรับการพิจารณาจริยธรรมของแต่ละโรงพยาบาล โดยแต่ละโรงพยาบาลมีคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรม ยกเว้นโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยมราช จังหวัดสุพรรณบุรี ผู้วิจัยจึงขอรับการพิจารณาจริยธรรมจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

1.2 เมื่อได้รับหนังสืออนุมัติ จากผู้อำนวยการโรงพยาบาลศูนย์และผ่านคณะกรรมการจริยธรรมของโรงพยาบาลแต่ละแห่งแล้ว ผู้วิจัยจึงประสานงานเพื่อจะเข้าเก็บรวบรวมข้อมูล โดยเข้าพบหัวหน้ากลุ่มการพยาบาล และหัวหน้าแผนกผู้ป่วยนอกที่ให้บริการดูแลรักษาผู้ป่วยที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ เพื่อแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ในการวิจัย รายละเอียดการเก็บรวบรวมข้อมูล จากนั้นดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองโดยมีผู้ช่วยวิจัยเป็นผู้ช่วยเหลือในการเข้าถึงกลุ่มตัวอย่าง

ผู้ช่วยวิจัย คือ พยาบาลผู้ทำหน้าที่ที่แผนกบริการโรคติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ เป็นผู้ช่วยวิจัย ทำหน้าที่เป็นผู้ช่วยในการเข้าถึงกลุ่มตัวอย่าง หรือเมื่อผู้ป่วยที่ติดเชื้อได้รับความกระทบกระเทือนด้านจิตใจ หรือมีปัญหาใดๆขณะดำเนินการวิจัย เพื่อเป็นการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง ทั้งนี้ผู้วิจัยประสานงานกับผู้ช่วยวิจัยไว้ล่วงหน้า และเตรียมผู้ช่วยวิจัย โดยการให้ผู้ช่วยวิจัยอ่านโครงร่างวิทยานิพนธ์ แบบสอบถาม ใบชี้แจงการวิจัย และใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ชี้แจง อธิบาย และตอบข้อซักถาม อย่างละเอียด เพื่อให้ผู้ช่วยวิจัยเข้าใจวิธีการวิจัยของผู้วิจัย เป็นอย่างดี โดยกำหนดคุณสมบัติของผู้ช่วยวิจัย ดังนี้

- 1) เป็นพยาบาลวิชาชีพ มีประสบการณ์ในการทำงานในแผนกบริการการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ไม่น้อยกว่า 2 ปี
- 2) ได้รับการอบรม และมีประสบการณ์ด้านการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์

2. ขั้นตอนเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยเข้าเก็บรวบรวมข้อมูลที่โรงพยาบาลศูนย์ ตามวัน เวลาที่คลินิกเปิดบริการ แสดงในตารางที่ 5 ดังนี้

**ตารางที่ 5** แสดงการเปิดบริการ คลินิกโรคติดเชื้อ ในแต่ละโรงพยาบาล

โรงพยาบาล	วันที่คลินิกเปิดบริการ	เวลา
โรงพยาบาลลำปาง	วันอังคาร, วันพฤหัสบดี ทุกสัปดาห์	8.00 – 12.00
โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์	วันอังคาร ทุกสัปดาห์	8.00 – 16.00
โรงพยาบาลเจ้าพระยามรราช	วันอังคาร เดือนละครั้ง	8.00 – 16.00
โรงพยาบาลชลบุรี	วันพุธ เดือนละครั้ง	8.00 – 12.00
โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช	วันพุธ ทุกสัปดาห์	8.00 – 12.00

เก็บรวบรวมข้อมูลกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 158 คน ดำเนินการ ดังนี้



2.1 ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัย ดูข้อมูลจากแฟ้มประวัติ คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนด สุ่ม 4 ใน 5 เพื่อทำการเก็บรวบรวมข้อมูล รวบรวมข้อมูลในแบบสอบถามส่วนที่ 1 และผู้ช่วยวิจัยพบผู้ปกครองและกลุ่มตัวอย่าง ที่แจ้งการวิจัย และถามความสมัครใจเบื้องต้นในการเข้าร่วมการวิจัย หากผู้ปกครองยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ผู้ช่วยวิจัยจึงแนะนำให้ผู้วิจัยรู้จักกับผู้ปกครองและกลุ่มตัวอย่าง หากกลุ่มตัวอย่างรายใดไม่ได้พาผู้ปกครองมาด้วย ผู้ช่วยวิจัยจะทำการชี้แจงทางโทรศัพท์กับผู้ปกครองเพื่อขออนุญาตให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามหากผู้ปกครองยินยอม จึงถามความสมัครใจในการตอบแบบสอบถามกับกลุ่มตัวอย่าง หากยินยอม ผู้วิจัยจึงจะเก็บรวบรวมข้อมูล ทั้งนี้คำนึงถึงการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย เนื่องจากผู้วิจัยเป็นบุคคลภายนอก

2.2 เมื่อได้กลุ่มตัวอย่าง และผู้ช่วยวิจัยแนะนำผู้วิจัยให้รู้จักผู้ปกครองและกลุ่มตัวอย่างแล้ว ผู้วิจัยจึงจะเชิญผู้ปกครองและกลุ่มตัวอย่างไปในสถานที่ที่จัดเตรียมไว้ คือ ห้องตรวจ ห้องพัฒนาการ ห้องทำกิจกรรม ซึ่งแตกต่างกันไปตามแต่ละแห่ง เพื่อความเป็นส่วนตัวในการพูดคุย ตอบแบบสอบถามและพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง หลังจากนั้นผู้วิจัยอธิบายวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย ถามความสมัครใจในการเข้าร่วมวิจัย และขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามอีกครั้ง แล้วจึงให้กลุ่มตัวอย่าง และผู้ปกครองเซ็นยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษร ในการเซ็นใบยินยอมจะเซ็นเป็นรหัสเลขเพื่อไม่ให้เกิดความเสียหายต่อกลุ่มตัวอย่างและผู้ปกครองตามมา สำหรับในรายที่ไม่พาผู้ปกครองมา หลังจากผู้ช่วยวิจัยชี้แจงทางโทรศัพท์และผู้ปกครองยินยอมให้กลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมการวิจัย กลุ่มตัวอย่างจะได้รับใบยินยอมเก็บไว้เป็นหลักฐาน และให้ผู้ปกครองเซ็นรับทราบเป็นลายลักษณ์อักษรภายหลัง โดยมีผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยเซ็นรับทราบในใบยินยอม และข้อมูลในใบยินยอมจะทราบเฉพาะผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยเท่านั้น

2.3 เมื่อได้กลุ่มตัวอย่างสมัครใจตอบแบบสอบถาม ผู้วิจัยพูดคุยสร้างสัมพันธภาพ อธิบายและชี้แจงการตอบแบบสอบถาม ทั้งหมด 8 ส่วน ให้กลุ่มตัวอย่างตอบใน ส่วนที่ 2 – 8 เปิดโอกาสให้พูดคุยซักถามและย้ำให้วัยรุ่นมั่นใจในการเก็บรักษาความลับในการเข้าร่วมการวิจัย และข้อมูลในการตอบแบบสอบถามจะนำมาใช้เพื่อการวิจัยเท่านั้นครั้งนี้ สำหรับบางรายอ่านหนังสือไม่คล่อง จะต้องการให้ผู้วิจัยอ่านให้ฟัง โดยใช้เวลาประมาณ 30 นาที สำหรับแบบสอบถามในส่วนที่ 1 ผู้วิจัยรวบรวมจากแฟ้มประวัติและการซักถามจากผู้ปกครอง เพื่อยืนยันข้อมูลส่วนบุคคลอีกครั้ง

2.4 หลังจากกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามเรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยตรวจสอบความถูกต้อง ครบถ้วนของคำตอบ เพื่อจะนำไปวิเคราะห์ทางสถิติ จากนั้นผู้วิจัยมอบเครื่องเขียนให้แก่กลุ่มตัวอย่าง และกล่าวขอบคุณกลุ่มตัวอย่างที่ให้ความร่วมมือในการวิจัย

#### การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยเสนอโครงร่างวิจัยพร้อมเครื่องมือเสนอต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมในคนกลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ตามขั้นตอน เพื่อพิทักษ์สิทธิ ป้องกันการเปิดเผยความลับของผู้ป่วยวัยรุ่นที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ จากนั้นผู้วิจัยจะติดต่อกับโรงพยาบาลศูนย์ ที่ได้รับการส่งมาแล้ว เพื่อขอความร่วมมือในการดำเนินการวิจัย โดยผ่านกระบวนการพิจารณาจริยธรรมของโรงพยาบาลก่อนที่จะไปเก็บข้อมูล หลังจากนั้นผู้ช่วยวิจัยเข้าพบและทำความเข้าใจกับกลุ่มตัวอย่างและผู้ปกครองเบื้องต้นก่อนที่ผู้วิจัยจะเข้าพบกลุ่มตัวอย่างเพื่อรักษาสีทธิในการไม่เปิดเผยความลับของผู้ป่วย หลังจากนั้นผู้ช่วยวิจัยแนะนำให้กลุ่มตัวอย่างและผู้ปกครองรู้จักกับผู้วิจัย ต่อมาผู้วิจัยเชิญไปในสถานที่ที่จัดเตรียมไว้ คือ ห้องตรวจ ห้องพัฒนาการ ห้องทำกิจกรรม แตกต่างกันไปตามแต่ละโรงพยาบาลจะจัดเตรียมสถานที่ ผู้วิจัยจึงสร้างสัมพันธภาพ แนะนำตัว อธิบายวัตถุประสงค์การวิจัย นำใบยินยอมของผู้มีส่วนร่วมของการวิจัยให้ผู้ปกครองหรือบิดา มารดา ของกลุ่มตัวอย่างเซ็นยินยอม สำหรับกรณีวัยรุ่นที่ผู้ปกครองไม่ได้มาด้วย ผู้ช่วยวิจัยจะติดต่อทางโทรศัพท์และส่งใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัยให้ผู้ปกครองเซ็นรับทราบเป็นลายลักษณ์อักษรภายหลัง เพื่อขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูลและชี้แจงให้ทราบว่า การตอบรับหรือปฏิเสธเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้จะไม่มีผลในการรับการรักษาของกลุ่มตัวอย่าง ข้อมูลที่ได้จะถือเป็นความลับ และนำมาใช้ตามวัตถุประสงค์ในการวิจัยเท่านั้น ผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวม และกลุ่มตัวอย่างสามารถแจ้งออกจากกรวิจัยได้โดยไม่ต้องให้เหตุผลหรือคำอธิบายใดๆ และหากมีข้อสงสัยเกี่ยวกับการวิจัย กลุ่มตัวอย่างสามารถสอบถามผู้วิจัยได้ขณะเข้าร่วมการวิจัย

เมื่อกลุ่มตัวอย่างและผู้ปกครองยินยอมเข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยจึงจะเก็บข้อมูล ซึ่งระหว่างเก็บข้อมูล หากกลุ่มตัวอย่างได้รับความกระทบกระเทือนด้านจิตใจ หรือมีปัญหาใดๆ ผู้วิจัยจะให้การพยาบาลเบื้องต้น และส่งต่อให้ผู้ช่วยวิจัยทราบเพื่อเข้าสู่กระบวนการให้คำปรึกษาหรือทำการรักษาต่อไป

ในขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล มีผู้ปกครองหลายรายขอปรึกษาปัญหาเกี่ยวกับการให้ความร่วมมือในการรักษาของวัยรุ่น โดยมีผู้ปกครอง 2 ราย รู้สึกเสียใจเกี่ยวกับพฤติกรรมของกลุ่มตัวอย่าง จึงขอคำปรึกษากับผู้วิจัย เนื่องจากกลุ่มตัวอย่าง ดิมีสุรา สูบบุหรี่ คบเพื่อน ขาดเรียน ไม่เชื่อฟังผู้ปกครองและรับประทานยาต้านไวรัสไม่ตรงเวลา ผู้วิจัยได้ให้คำแนะนำเบื้องต้น โดยให้กำลังใจผู้ปกครอง แนะนำการพูดคุยกับกลุ่มตัวอย่าง ให้เห็นถึงความรักและเป็นห่วงของผู้ปกครอง และพูดคุยกับกลุ่มตัวอย่างถึงปัญหาที่เกิดขึ้น ให้ข้อคิดเห็นว่าจะส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพ และชี้ให้ความรักและเป็นห่วงของผู้ปกครอง เพื่อส่งเสริมสัมพันธ์ภาพระหว่างกลุ่มตัวอย่างและผู้ปกครอง ผู้วิจัยส่งต่อข้อมูลให้กับผู้ช่วยวิจัยเพื่อให้คำปรึกษา และติดตามพฤติกรรมระยะยาว 5 ราย ปรึกษาเกี่ยวกับการดำเนินชีวิตอยู่กับกลุ่มตัวอย่างที่ติดเชื้อและการติดเชื้อจากกลุ่มอย่าง 1 ราย ขาดยาต้านไวรัส มาอย่างน้อย 6 เดือน เนื่องจากปัญหาด้านเศรษฐกิจและการเดินทางมารับยาต้านไวรัส และมีกลุ่มตัวอย่างที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์อย่างน้อย 2 ราย ที่ยอมรับว่ามีเพศสัมพันธ์กับแฟน โดยไม่ได้ใช้ถุงยางอนามัย และการป้องกันใดๆ ซึ่งปัญหาเหล่านี้ ผู้วิจัยส่งต่อข้อมูลแก่ผู้ช่วยวิจัยทราบ และส่งต่อข้อมูลแก่แพทย์ผู้ทำการรักษา เพื่อกระบวนการรักษา ให้คำปรึกษาและติดตามพฤติกรรมระยะยาวต่อไป

### การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่เก็บรวบรวมได้จากแบบสอบถามที่บันทึกไว้มาวิเคราะห์ โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป กำหนดความมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 ดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ อายุ เพศ ผู้ดูแล ทางการติดเชื้อ ระยะเวลาที่รับยาต้านไวรัสและอายุเมื่อทราบการเจ็บป่วย นำมาแจกแจงความถี่ ร้อยละ
2. วิเคราะห์ระดับความร่วมมือในการรักษาของวัยรุ่นที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ โดยรวมและรายด้าน โดยการหาค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
3. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ ระหว่างปัจจัยทำนาย ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ในการรักษา การรับรู้ประโยชน์ในการรักษา การรับรู้สมรรถนะแห่งตน การสนับสนุนทางสังคม การเปิดเผยสถานะการติดเชื้อ และทราบกับความร่วมมือในการรักษา และความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรพยากรณ์ โดยหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation) ในรูปแบบของเมตริกสหสัมพันธ์ (Correlation matrix)

4. วิเคราะห์อำนาจในการทำนายของปัจจัยทำนาย ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ในการรักษา การรับรู้อุปสรรคในการรักษา การรับรู้สมรรถนะแห่งตน การสนับสนุนทางสังคม การเปิดเผยสถานะการติดเชื้อและตราบาป กับความร่วมมือในการรักษาของวัยรุ่นที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ โดยการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ (Multiple regression)



ศูนย์วิทยทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## บทที่ 4

### ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลของการศึกษาปัจจัยทำนายความร่วมมือในการรักษาของวัยรุ่นที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ที่มารับบริการและรับยาต้านไวรัสที่แผนกโรคติดเชื้อของโรงพยาบาลศูนย์ 5 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลลำปาง โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี โรงพยาบาลชลบุรี โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยมราช สุพรรณบุรี และโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒราช จำนวน 158 ราย ผู้วิจัยนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลตามรายละเอียดต่อไปนี้

**ตอนที่ 1** การวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไป ของกลุ่มตัวอย่างวัยรุ่นที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ได้แก่ อายุ เพศ ผู้ดูแล ช่องทางการติดเชื้อ ระยะเวลาที่รับยาต้านไวรัส และอายุที่ได้รับการเปิดเผยสถานะการติดเชื้อ โดยหาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ยเลขคณิต และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน แสดงผลวิเคราะห์ไว้ในตารางที่ 6

**ตอนที่ 2** การศึกษาความร่วมมือในการรักษา การรับรู้ประโยชน์ของการรักษา การรับรู้อุปสรรคในการรักษา การรับรู้สมรรถนะแห่งตน การสนับสนุนทางสังคม การเปิดเผยสถานะการติดเชื้อและตราบาป ของกลุ่มตัวอย่างวัยรุ่นที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ โดยการหาค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน แสดงผลการวิเคราะห์ไว้ในตารางที่ 7

**ตอนที่ 3** การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทำนาย ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ในการรักษา การรับรู้อุปสรรคในการรักษา การรับรู้สมรรถนะแห่งตน การสนับสนุนทางสังคม การเปิดเผยสถานะการติดเชื้อ และตราบาป กับความร่วมมือในการรักษา และความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรพยากรณ์แต่ละตัว โดยหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation) ในรูปแบบของเมตริกสหสัมพันธ์ (Correlation matrix) แสดงผลการวิเคราะห์ไว้ในตารางที่ 8

**ตอนที่ 4** การศึกษาอำนาจทำนายของปัจจัยทำนาย ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ในการรักษา การรับรู้อุปสรรคในการรักษา การรับรู้สมรรถนะแห่งตน การสนับสนุนทางสังคม การเปิดเผยสถานะการติดเชื้อ และตราบาป กับความร่วมมือในการรักษา โดยการวิเคราะห์ถดถอยเชิงพหุ (Multiple Regression Analysis) แสดงผลการวิเคราะห์ไว้ในตารางที่ 9 และ 10



**ตอนที่ 1** การวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไป ของกลุ่มตัวอย่างวัยรุ่นที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ได้แก่ อายุ เพศ ผู้ดูแล ช่องทางการติดเชื้อ ระยะเวลาที่รับยาต้านไวรัส และอายุที่ได้รับการเปิดเผยสถานะการติดเชื้อ โดยหาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ยเลขคณิต และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน แสดงผลวิเคราะห์ไว้ในตารางที่ 6

**ตารางที่ 6** แสดงจำนวน และร้อยละของวัยรุ่นที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ จำแนกตาม อายุ เพศ ผู้ดูแล ช่องทางการติดเชื้อ ระยะเวลาที่รับยาต้านไวรัส และอายุที่ได้รับการเปิดเผยสถานะการติดเชื้อ (n = 158)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ(%)
<b>อายุ</b>		
11 ปี	9	5.7
12 ปี	30	19.0
13 ปี	33	20.9
14 ปี	33	20.9
15 ปี	19	12.0
16 ปี	16	10.1
17 ปี	11	7.0
18 ปี	7	4.4
	$\bar{X} = 13.95$	SD = 1.83
<b>เพศ</b>		
หญิง	93	58.9
ชาย	65	41.1
<b>ผู้ดูแลวัยรุ่น</b>		
พ่อและแม่	15	9.5
พ่อ	14	8.8
แม่	30	19.0
ญาติ	88	55.7
อื่นๆ	11	7.0

ตารางที่ 6 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ(%)
<b>ช่องทางการติดเชื้อ</b>		
มารดาสู่ลูก	152	96.2
การได้รับเลือดหรือผลิตภัณฑ์ของเลือด	2	1.3
อื่นๆ (ไม่ทราบ)	4	2.5
<b>ระยะเวลาที่รับยาต้านไวรัส (ปี)</b>		
< 1	1	0.6
1 - 4	32	20.3
5 - 8	80	50.6
9 - 12	33	20.9
13 - 16	12	7.6
<b>อายุที่ได้รับการเปิดเผยสภาวะการติดเชื้อ</b>		
6	8	5.1
7	2	1.3
8	11	7.0
9	12	7.6
10	38	24.0
11	30	19.0
12	23	14.5
13	25	15.8
14	6	3.8
15	3	1.9
$\bar{X} = 10.75$		$SD = 2.01$

จากตารางที่ 6 พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก ณ โรงพยาบาลศูนย์ 5 แห่ง จาก 5 ภูมิภาคของประเทศไทย ส่วนใหญ่มีอายุ 13 ปีและ 14 ปี คิดเป็นร้อยละ 41.8 มีอายุเฉลี่ย 13.95 ปี (SD = 1.83) โดยเป็นเพศหญิงร้อยละ 58.9 และเป็นเพศชายร้อยละ 41.1 ผู้ดูแลกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่เป็นญาติ คิดเป็นร้อยละ 55.7 โดยส่วนใหญ่ช่องทางติดเชื้อของกลุ่มตัวอย่างเป็นการติดเชื้อจากมารดาสู่ทารก คิดเป็นร้อยละ 96.2

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่รับยาต้านไวรัสมาเป็นเวลา 5 - 8 ปี คิดเป็นร้อยละ 50.6 และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับการเปิดเผยสภาวะการติดเชื้อเมื่ออายุ 10 ปี คิดเป็นร้อยละ 24.0 โดยอายุเฉลี่ยที่ได้รับการเปิดเผยสภาวะการติดเชื้อ 10.75 ปี (SD= 2.01)

**ตอนที่ 2** การศึกษาความร่วมมือในการรักษา การรับรู้ประโยชน์ของการรักษา การรับรู้อุปสรรคในการรักษา การรับรู้สมรรถนะแห่งตน การสนับสนุนทางสังคม การเปิดเผยสภาวะการติดเชื้อและการรับรู้ตราบาป ของกลุ่มตัวอย่างวัยรุ่นที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ โดยการหาค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน แสดงผลการวิเคราะห์ในตารางที่ 7

**ตารางที่ 7** แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความร่วมมือในการรักษา การรับรู้ประโยชน์ในการรักษา การรับรู้อุปสรรคในการรักษา การรับรู้สมรรถนะแห่งตน การสนับสนุนทางสังคม การเปิดเผยสภาวะการติดเชื้อ และตราบาปของกลุ่มตัวอย่างวัยรุ่นที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ (n= 158)

ตัวแปร	$\bar{X}$	SD	Min	Max	ระดับ
ความร่วมมือในการรักษา	3.29	0.33	1.83	3.92	ระดับดี
รายด้าน					
ด้านการรับประทานยา	3.70	0.42	1.25	4.00	ระดับดีมาก
ด้านการปฏิบัติตัว	3.20	0.36	1.95	4.00	ระดับดี
การรับรู้ประโยชน์ในการรักษา	4.67	0.35	2.88	5.00	ระดับดีมาก
การรับรู้อุปสรรคในการรักษา	2.13	0.87	1.00	4.60	ระดับต่ำ
การรับรู้สมรรถนะแห่งตน	4.21	0.53	2.54	5.00	ระดับสูง
การสนับสนุนทางสังคม	3.94	0.75	1.00	5.00	ระดับมาก
รายด้าน					
ด้านอารมณ์	4.04	0.84	1.00	5.00	ระดับมาก
ด้านการประเมินคุณค่า	3.87	0.87	1.00	5.00	ระดับมาก
ด้านข้อมูลข่าวสาร	3.94	0.83	1.00	5.00	ระดับมาก
ด้านทรัพยากร	3.93	0.81	1.00	5.00	ระดับมาก
การเปิดเผยสภาวะการติดเชื้อ	2.04	0.39	1.00	3.00	ระดับปานกลาง
ตราบาป	2.78	0.91	1.00	5.00	ระดับปานกลาง

จากตารางที่ 7 พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ มีคะแนนความร่วมมือในการรักษาอยู่ในระดับดี ( $\bar{X} = 3.29$  ,  $SD = 0.33$  ) ในรายด้าน คือ ด้านการรับประทานยาอยู่ในระดับดีมาก และด้านการปฏิบัติตัวอยู่ในระดับดี ( $\bar{X} = 3.70$  ,  $SD = 0.42$  และ  $\bar{X} = 3.20$  ,  $SD = 0.36$  ตามลำดับ)

คะแนนการรับรู้ประโยชน์ในการรักษาของกลุ่มตัวอย่างที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์อยู่ในระดับดีมาก ( $\bar{X} = 4.67$  ,  $SD = 0.35$  ) คะแนนการรับรู้อุปสรรคในการรักษาอยู่ในระดับต่ำ ( $\bar{X} = 2.13$ ,  $SD = 0.87$ ) คะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนอยู่ในระดับสูง ( $\bar{X} = 4.21$  ,  $SD = 0.53$ ) คะแนนการสนับสนุนทางสังคมโดยรวมอยู่ในระดับมาก ( $\bar{X} = 3.94$  ,  $SD = 0.75$  ) ในรายด้าน 4 ด้าน ได้แก่ การสนับสนุนด้านอารมณ์ ด้านประเมินคุณค่า ด้านข้อมูลข่าวสาร และด้านทรัพยากร พบว่าทั้ง 4 ด้านมีคะแนนในระดับมาก ( $\bar{X} = 4.04$  ,  $SD = 0.84$  ,  $\bar{X} = 3.87$  ,  $SD = 0.87$  ,  $\bar{X} = 3.94$  ,  $SD = 0.83$  และ  $\bar{X} = 3.93$  ,  $SD = 0.81$  ตามลำดับ) คะแนนการเปิดเผยสภาวะการติดเชื้ออยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{X} = 2.04$  ,  $SD = 0.39$ ) และคะแนนทราบปออยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{X} = 2.78$  ,  $SD = 0.91$ )

ศูนย์วิทยทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

**ตอนที่ 3** การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทำนาย ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ในการรักษา การรับรู้อุปสรรคในการรักษา การรับรู้สมรรถนะแห่งตน การสนับสนุนทางสังคม การเปิดเผยสภาวะการติดเชื้อ และตราบาป กับความร่วมมือในการรักษา และความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรพยากรณ์แต่ละตัว โดยหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation) ในรูปแบบของเมตริกสหสัมพันธ์ (Correlation matrix) แสดงผลการวิเคราะห์ในตารางที่ 8

**ตารางที่ 8** ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ประโยชน์ในการรักษา การรับรู้อุปสรรคในการรักษา การรับรู้สมรรถนะแห่งตน การสนับสนุนทางสังคม การเปิดเผยสภาวะการติดเชื้อและตราบาป กับความร่วมมือในการรักษาของวัยรุ่นที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ และความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรพยากรณ์ ในรูปของเมตริกสหสัมพันธ์ (Correlation matrix) (n = 158)

ตัวแปร	Adh	Ben	Bar	Self-Ef	Soc	Disc	Stig
ความร่วมมือ (Adh)	1.00						
การรับรู้ประโยชน์ (Ben)	.373**	1.00					
การรับรู้อุปสรรค (Bar)	-.252**	-.360**	1.00				
การรับรู้สมรรถนะแห่งตน (Self-Ef)	.559**	.466**	-.266**	1.00			
การสนับสนุนทางสังคม (Soc)	.463**	.440**	-.397**	.491**	1.00		
การเปิดเผยสภาวะการติดเชื้อ (Disc)	.370**	.075	-.096	.271**	.191*	1.00	
ตราบาป (Stig)	-.194*	-.200*	.492**	-.297**	-.347**	-.322**	1.00

\*\*p < .01, \*p < .05

จากตารางที่ 8 พบว่า การรับรู้ประโยชน์ในการรักษา การรับรู้สมรรถนะแห่งตน การสนับสนุนทางสังคม และการเปิดเผยสภาวะการติดเชื้อ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการรักษาของวัยรุ่นที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ( $r = .373, .559, .463$  และ  $.370$  ตามลำดับ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ส่วนการรับรู้อุปสรรคในการรักษา มีความสัมพันธ์ทางลบกับความร่วมมือในการรักษา ( $r = -.252$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และตราบาป มีความสัมพันธ์ทางลบกับความร่วมมือในการรักษา ( $r = -.194$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ตามลำดับ



และพบว่า ตัวแปรพยากรณ์คู่ที่มีความสัมพันธ์กันมากที่สุด คือ การรับรู้อุปสรรคในการรักษา และตราบาป ( $r = .492$ ) เมื่อใช้เกณฑ์การพิจารณาปัญหาความสัมพันธ์พหุร่วมเชิงเส้น คือ ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ที่มากกว่า .65 (Burns and Grove, 2001) แสดงว่าไม่มีตัวแปรพยากรณ์คู่ใดมีปัญหาความสัมพันธ์กันสูง จนทำให้เกิดปัญหา (Multicollinearity)

**ตอนที่ 4** การศึกษาอำนาจทำนายของปัจจัยทำนาย ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ในการรักษา การรับรู้อุปสรรคในการรักษา การรับรู้สมรรถนะแห่งตน การสนับสนุนทางสังคม การเปิดเผยสภาวะการติดเชื้อ และตราบาป กับความร่วมมือในการรักษา โดยการวิเคราะห์ถดถอยเชิงพหุ (Multiple Regression Analysis) แสดงผลการวิเคราะห์ไว้ในตารางที่ 9 และ 10

**ตารางที่ 9** แสดงผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ (Multiple regression)

Model	R	R <sup>2</sup>	Adj R <sup>2</sup>	R <sup>2</sup> change	F Change	p-value
1	.559	.313	.308	.313	70.913	.000
2	.600	.360	.351	.047	11.387	.001
3	.636	.405	.393	.045	11.644	.001
4	.642	.412	.397	.007	2.003	.159
5	.647	.419	.400	.007	1.788	.183
6	.650	.423	.400	.004	1.009	.317

จากตารางที่ 9 ผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอนพบว่า ลำดับขั้นที่ 1 การรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาของกลุ่มตัวอย่างที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์การพยากรณ์เท่ากับ .313 ( $R^2 = .313$ ) ลำดับขั้นที่ 2 เมื่อเพิ่มตัวแปรพยากรณ์ การสนับสนุนทางสังคมเข้ามาในสมการพยากรณ์ ค่าสัมประสิทธิ์การพยากรณ์เพิ่มขึ้นเป็น .360 ( $R^2 = .360$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ลำดับขั้นที่ 3 เมื่อเพิ่มตัวแปรพยากรณ์ การเปิดเผยสภาวะการติดเชื้อ เข้ามาในสมการพยากรณ์ ค่าสัมประสิทธิ์การพยากรณ์เพิ่มขึ้นเป็น .405 ( $R^2 = .405$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ลำดับขั้นที่ 4 เมื่อเพิ่มตัวแปรพยากรณ์ การรับรู้ประโยชน์ในการรักษาเข้ามาในสมการพยากรณ์ ค่าสัมประสิทธิ์การพยากรณ์เพิ่มขึ้นเป็น .412 ( $R^2 = .412$ ) อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ลำดับขั้นที่ 5 เมื่อเพิ่มตัวแปรพยากรณ์ ตราบาปเข้ามาในสมการพยากรณ์ ค่าสัมประสิทธิ์การ

พยากรณ์เพิ่มขึ้นเป็น .419 ( $R^2 = .419$ ) อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และลำดับขั้นที่ 6 เมื่อเพิ่มตัวแปรพยากรณ์ การรับรู้อุปสรรคในการรักษาเข้ามาในสมการพยากรณ์ ค่าสัมประสิทธิ์การพยากรณ์เพิ่มขึ้นเป็น .423 ( $R^2 = .423$ ) อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

นั่นคือ ตัวแปรพยากรณ์ทั้งหมด ได้แก่ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน การสนับสนุนทางสังคม การเปิดเผยสภาวะการติดเชื้อ การรับรู้ประโยชน์ในการรักษา トラบายป และการรับรู้อุปสรรคในการรักษา สามารถร่วมกันอธิบายการเปลี่ยนแปลงความร่วมมือในการรักษาของกลุ่มตัวอย่างที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ได้ร้อยละ 42.3

**ตารางที่ 10** แสดงค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยของตัวแปรทำนายในรูปคะแนนดิบ (b) และคะแนนมาตรฐาน (Beta) และแสดงสมการถดถอยพหุคูณที่ใช้ในการทำนายความร่วมมือในการรักษาของวัยรุ่นที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ที่ได้จากการคัดเลือกตัวแปรด้วยการวิเคราะห์ถดถอย

Model	F	p-value	b	Beta	t	p-value
1 (Constant)			43.720		10.396	.000
Self-Ef	70.913	.000	.641	.559	8.421	.000
2 (Constant)			40.948		9.857	.000
Self-Ef			.501	.437	5.923	.000
Soc	43.511	.000	.166	.249	3.374	.001
3 (Constant)			35.782		8.333	.000
Self-Ef			.442	.385	5.284	.000
Soc			.154	.232	3.243	.001
Disc	34.880	.000	.639	.221	3.412	.001
4(Constant)			27.831		3.941	.000
Self-Ef			.401	.350	4.541	.000
Soc			.135	.203	2.729	.007
Disc			.661	.228	3.528	.001
Ben	26.832	.000	.298	.103	1.415	.159

ตารางที่ 10 (ต่อ)

Model	F	p-value	b	Beta	t	p-value
5(Constant)			22.857		2.869	.005
Self-Ef			.411	.359	4.654	.000
Soc			.149	.225	2.961	.004
Disc			.727	.251	3.761	.000
Ben			.306	.106	1.457	.147
Stig	21.933	.000	.115	.092	1.337	.183
6 (Constant)			25.536		3.040	.003
Self-Ef			.414	.361	4.679	.000
Soc			.140	.210	2.725	.007
Disc			.745	.258	3.840	.000
Ben			.259	.090	1.204	.230
Stig			.155	.124	1.636	.104
Bar	18.447	.000	-.070	-.077	-1.004	.317

จากตารางที่ 10 เมื่อพิจารณาจาก model ที่ 6 พบว่าตัวแปรพยากรณ์ทั้ง 6 ค่า F ไม่เท่ากับศูนย์ ( $F = 18.447$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แสดงว่าตัวแปรพยากรณ์ทั้งหมดสามารถทำนายความร่วมมือในการรักษาได้อย่างมีประสิทธิภาพ และจาก model ที่ 6 พบว่าค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยในรูปคะแนนมาตรฐาน (Beta) พบว่า ตัวแปรพยากรณ์ที่มีน้ำหนักมากที่สุด คือ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ( $Beta = 0.361$ ) รองลงมา คือ การเปิดเผยสภาวะการติดเชื้อ ( $Beta = 0.258$ ) การสนับสนุนทางสังคม ( $Beta = 0.210$ ) ตราบาป ( $Beta = 0.124$ ) การรับรู้ประโยชน์ในการรักษา ( $Beta = 0.090$ ) และสุดท้ายคือ การรับรู้อุปสรรคในการรักษา ( $Beta = -0.077$ ) โดยการรับรู้สมรรถนะแห่งตน การเปิดเผยสภาวะการติดเชื้อ การสนับสนุนทางสังคม ตราบาป การรับรู้ประโยชน์ในการรักษา และการรับรู้อุปสรรคในการรักษา เป็นตัวแปรที่ร่วมกันพยากรณ์ความร่วมมือในการรักษา ได้ร้อยละ 42.3 โดยการรับรู้สมรรถนะแห่งตน การเปิดเผยสภาวะการติดเชื้อ และการสนับสนุนทางสังคม สามารถทำนายได้อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 และตราบาป การรับรู้

ประโยชน์ในการรักษา และการรับรู้อุปสรรคในการรักษา สามารถทำนายได้อย่างไม่มีนัยสำคัญที่ระดับ .05 ซึ่งสามารถสร้างสมการทำนายความร่วมมือในการรักษาของวัยรุ่นที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ได้ดังนี้

### สมการทำนายในรูปคะแนนดิบ

$$\hat{Y} \text{ ความร่วมมือในการรักษา} = 25.536 + 0.414 \text{ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน}^* + 0.140 \text{ การสนับสนุนทางสังคม}^* + 0.745 \text{ การเปิดเผยสภาวะการติดเชื้อ}^* + 0.259 \text{ การรับรู้ประโยชน์ในการรักษา} + 0.155 \text{ ตราบาป} - 0.070 \text{ การรับรู้อุปสรรคในการรักษา}$$

จากสมการคะแนนดิบหมายความว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนที่เพิ่มขึ้น 1 หน่วย จะทำให้ค่าความร่วมมือในการรักษาของกลุ่มตัวอย่างที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์เพิ่มขึ้น 0.414 หน่วย การสนับสนุนทางสังคมเพิ่มขึ้น 1 หน่วย จะทำให้ค่าความร่วมมือในการรักษาของกลุ่มตัวอย่างที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์เพิ่มขึ้น 0.140 หน่วย การเปิดเผยสภาวะการติดเชื้อที่เพิ่มขึ้น 1 หน่วย จะทำให้ค่าความร่วมมือในการรักษาของกลุ่มตัวอย่างที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์เพิ่มขึ้น 0.745 หน่วย การรับรู้ประโยชน์ในการรักษาที่เพิ่มขึ้น 1 หน่วย จะทำให้ค่าความร่วมมือในการรักษาของกลุ่มตัวอย่างที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์เพิ่มขึ้น 0.259 หน่วย ตราบาปที่เพิ่มขึ้น 1 หน่วย จะทำให้ค่าความร่วมมือในการรักษาของกลุ่มตัวอย่างที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์เพิ่มขึ้น 0.155 และการรับรู้อุปสรรคในการรักษาที่เพิ่มขึ้น 1 หน่วย จะทำให้ค่าความร่วมมือในการรักษาของกลุ่มตัวอย่างที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ลดลง 0.070 หน่วย

### สมการทำนายในรูปคะแนนมาตรฐาน

$$Z \text{ ความร่วมมือในการรักษา} = 0.361 Z_{\text{การรับรู้สมรรถนะแห่งตน}^*} + 0.210 Z_{\text{การสนับสนุนทางสังคม}^*} + 0.258 Z_{\text{การเปิดเผย สภาวะการติดเชื้อ}^*} + 0.090 Z_{\text{การรับรู้ประโยชน์ในการรักษา}} + 0.124 Z_{\text{ตราบาป}} - 0.077 Z_{\text{การรับรู้อุปสรรคในการรักษา}}$$

จากสมการคะแนนมาตรฐานจะพบว่า คะแนนมาตรฐานของการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของกลุ่มตัวอย่างที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่เพิ่มขึ้น 1 หน่วย จะทำให้คะแนนมาตรฐานความร่วมมือในการรักษาเพิ่มขึ้น 0.361 หน่วย คะแนนมาตรฐานของการสนับสนุนทางสังคมที่เพิ่มขึ้น 1 หน่วย จะมีผลให้ค่าความร่วมมือในการรักษาของกลุ่มตัวอย่างที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์เพิ่มขึ้น

0.210 หน่วย คะแนนมาตรฐานของการเปิดเผยสภาวะการติดเชื้อที่เพิ่มขึ้น 1 หน่วย จะมีผลทำให้ค่าความร่วมมือในการรักษาของกลุ่มตัวอย่างที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์เพิ่มขึ้น 0.258 คะแนนมาตรฐานของการรับรู้ประโยชน์ในการรักษาที่เพิ่มขึ้น 1 หน่วย จะมีผลให้ค่าความร่วมมือในการรักษาของกลุ่มตัวอย่างที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์เพิ่มขึ้น 0.090 หน่วย คะแนนมาตรฐานของทราบาปที่เพิ่มขึ้น 1 หน่วย จะมีผลให้ค่าความร่วมมือในการรักษาของกลุ่มตัวอย่างที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์เพิ่มขึ้น 0.124 หน่วย และคะแนนมาตรฐานของการรับรู้อุปสรรคในการรักษาที่เพิ่มขึ้น 1 หน่วย จะมีผลให้ค่าความร่วมมือในการรักษาของกลุ่มตัวอย่างที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ลดลง 0.077 หน่วย



ศูนย์วิจัยทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



## บทที่ 5

### สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (Predictive Correlational Research) เพื่อศึกษาอำนาจทำนายของปัจจัยทำนาย ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ในการรักษา การรับรู้อุปสรรคในการรักษา การรับรู้สมรรถนะแห่งตน การสนับสนุนทางสังคม การเปิดเผยสภาวะการติดเชื้อและตราบาป กับความร่วมมือในการรักษาของวัยรุ่นที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ โดยมีวัตถุประสงค์ของการวิจัย ดังนี้

1. เพื่อศึกษาความร่วมมือในการรักษาของวัยรุ่นที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์
2. เพื่อศึกษาอำนาจในการทำนายของปัจจัยทำนาย ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ในการรักษา การรับรู้อุปสรรคในการรักษา การรับรู้สมรรถนะแห่งตน การสนับสนุนทางสังคม การเปิดเผยสภาวะการติดเชื้อและตราบาป กับความร่วมมือในการรักษาของวัยรุ่นที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์

กลุ่มตัวอย่าง คือ วัยรุ่นที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ อายุระหว่าง 11-18 ปี ทั้งเพศหญิงและเพศชาย ที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก ณ โรงพยาบาลศูนย์ 5 แห่ง จาก 5 ภูมิภาคของประเทศไทย ได้แก่ โรงพยาบาลลำปาง โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร สุพรรณบุรี โรงพยาบาลชลบุรี และโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ เก็บข้อมูลวิจัยในช่วง เดือนเมษายน 2553 ถึง เดือน กันยายน 2553 กลุ่มตัวอย่างได้จากการสุ่มแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage random sampling) จำนวน 158 คน ซึ่งมีคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

1. ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์
2. มีการรับรู้ มองเห็นและได้ยินปกติ
3. สามารถฟัง อ่านและเข้าใจภาษาไทย
4. ได้รับการเปิดเผยสภาวะการติดเชื้อแล้ว ไม่ว่าจะโดยวิธีใดก็ตาม
5. ผู้ปกครองและวัยรุ่นยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยนี้เป็นแบบสอบถาม ประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามความร่วมมือในการรักษา แบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ในการรักษา แบบสอบถามการรับรู้อุปสรรคในการรักษา แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตน แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม แบบสอบถามการเปิดเผยสภาวะการติดเชื้อ และ

แบบสอบถามทราบาป แบบสอบถามผ่านการตรวจความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน และตรวจสอบความเที่ยงจากกลุ่มตัวอย่าง 30 ราย พบว่าค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคของแบบสอบถามมีค่าเท่ากับ .75, .63, .94, .86, .97, .71 และ .86 ตามลำดับ และเมื่อนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างพบว่าความเที่ยงเท่ากับ .81, .75, .90, .87, .94, .63 และ .85 ตามลำดับ

การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป โดยกำหนดความมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 ดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ อายุ เพศ ผู้ดูแล ช่องทางการติดเชื้อ ระยะเวลาที่รับยาต้านไวรัส และอายุที่ได้รับการเปิดเผยสภาวะติดเชื้อ โดยนำมาแจกแจงความถี่และร้อยละ

2. วิเคราะห์ระดับความร่วมมือในการรักษาโดยรวมและรายด้าน การรับรู้ประโยชน์ในการรักษา การรับรู้อุปสรรคในการรักษา การรับรู้สมรรถนะแห่งตน การสนับสนุนทางสังคม การเปิดเผยสภาวะการติดเชื้อและทราบาป ของกลุ่มตัวอย่างวัยรุ่นที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ โดยการหาค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ ระหว่างปัจจัยทำนาย ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ในการรักษา การรับรู้ประโยชน์ในการรักษา การรับรู้สมรรถนะแห่งตน การสนับสนุนทางสังคม การเปิดเผยสภาวะการติดเชื้อ และทราบาป กับความร่วมมือในการรักษา และความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรพยากรณ์ โดยหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation) ในรูปแบบของเมตริกสหสัมพันธ์ (Correlation matrix)

4. วิเคราะห์อำนาจทำนายความร่วมมือในการรักษาของวัยรุ่นที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ของปัจจัยทำนาย ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ในการรักษา การรับรู้อุปสรรคในการรักษา การรับรู้สมรรถนะแห่งตน การสนับสนุนทางสังคม การเปิดเผยสภาวะการติดเชื้อและทราบาป โดยการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ (Multiple regression)

### สรุปผลการวิจัยได้ดังนี้

1. กลุ่มตัวอย่างวัยรุ่นที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย เพศหญิงคิดเป็นร้อยละ 58.9 และเพศชายคิดเป็นร้อยละ 41.1 ส่วนใหญ่มีอายุ 13 ปี และ 14 ปี รวมคิดเป็นร้อยละ 41.8 ส่วนใหญ่มีผู้ดูแลเป็น ญาติ คิดเป็นร้อยละ 55.7 ช่องทางการติดเชื้อส่วนใหญ่ติด

จากมารดาสูทารก คิดเป็นร้อยละ 96.2 โดยส่วนใหญ่มีระยะเวลาการรับยาต้าน 5 - 8 ปี คิดเป็นร้อยละ 50.6 และวัยรุ่นที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ส่วนใหญ่ได้รับการเปิดเผยสภาวะการติดเชื้อเมื่ออายุ 10 ปี คิดเป็นร้อยละ 24.1

2. กลุ่มตัวอย่างวัยรุ่นที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ มีคะแนนความร่วมมือในการรักษาโดยรวมอยู่ในระดับดี ( $\bar{X} = 3.29$ ,  $SD = 0.33$ ) ส่วนคะแนนความร่วมมือรายด้าน คือ ด้านการรับประทานยาอยู่ในระดับดีมาก ( $\bar{X} = 3.70$ ,  $SD = 0.42$ ) และด้านการปฏิบัติตัวอยู่ในระดับดี ( $\bar{X} = 3.20$ ,  $SD = 0.36$ ) กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนการรับรู้ประโยชน์ในการรักษาของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับดีมาก ( $\bar{X} = 4.67$ ,  $SD = 0.35$ ) คะแนนการรับรู้อุปสรรคในการรักษาอยู่ในระดับต่ำ ( $\bar{X} = 2.13$ ,  $SD = 0.87$ ) คะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนอยู่ในระดับสูง ( $\bar{X} = 4.21$ ,  $SD = 0.53$ ) คะแนนการสนับสนุนทางสังคมโดยรวมอยู่ในระดับมาก ( $\bar{X} = 3.94$ ,  $SD = 0.75$ ) ในรายด้าน 4 ด้านได้แก่ การสนับสนุนด้านอารมณ์ ด้านประเมินคุณค่า ด้านข้อมูลข่าวสาร และด้านทรัพยากร พบว่าทั้ง 4 ด้านมีคะแนนในระดับมากเช่นกัน ( $\bar{X} = 4.04$ ,  $SD = 0.84$ ,  $\bar{X} = 3.87$ ,  $SD = 0.87$ ,  $\bar{X} = 3.94$ ,  $SD = 0.83$  และ  $\bar{X} = 3.93$ ,  $SD = 0.81$  ตามลำดับ) คะแนนการเปิดเผยสภาวะการติดเชื้ออยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{X} = 2.04$ ,  $SD = 0.39$ ) และคะแนนตราบาปอยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{X} = 2.78$ ,  $SD = 0.91$ )

3. การรับรู้ประโยชน์ในการรักษา การรับรู้สมรรถนะแห่งตน การสนับสนุนทางสังคม และการเปิดเผยสภาวะการติดเชื้อ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการรักษาของวัยรุ่นที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ( $r = .373$ ,  $.559$ ,  $.463$  และ  $.370$  ตามลำดับ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ส่วนการรับรู้อุปสรรคในการรักษา มีความสัมพันธ์ทางลบกับความร่วมมือในการรักษา ( $r = -.252$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และตราบาป มีความสัมพันธ์ทางลบกับความร่วมมือในการรักษา ( $r = -.194$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และพบว่า ตัวแปรพยากรณ์คู่ที่มีความสัมพันธ์กันมากที่สุด คือ การรับรู้อุปสรรคในการรักษา และตราบาป ( $r = .492$ ) เมื่อใช้เกณฑ์การพิจารณาปัญหาความสัมพันธ์พหุรวมเชิงเส้น คือ ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ที่มากกว่า .65 (Burns and Grove, 2001) แสดงว่าไม่มีตัวแปรพยากรณ์คู่ใดมีปัญหาความสัมพันธ์กันสูง จนทำให้เกิดปัญหา (Multicollinearity)

4. การรับรู้สมรรถนะแห่งตน การสนับสนุนทางสังคม การเปิดเผยสภาวะการติดเชื้อ การรับรู้ประโยชน์ในการรักษา ตราบาป และการรับรู้อุปสรรคในการรักษา สามารถร่วมกันทำนายความร่วมมือในการรักษาของวัยรุ่นที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ได้ร้อยละ 42.3 ( $R^2 = 0.423$ ) และพบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตน มีความสำคัญเป็นอันดับแรกในการทำนายความร่วมมือในการ

รักษาของวัยรุ่น (Beta = 0.361) รองลงมา คือ การเปิดเผยสภาวะการติดเชื้อ (Beta = 0.258) การสนับสนุนทางสังคม (Beta = 0.210) ตราบาป (Beta = 0.124) การรับรู้ประโยชน์ในการรักษา (Beta = 0.090) และสุดท้ายคือการรับรู้อุปสรรคในการรักษา (Beta = -0.077) ดังนั้นจึงสร้างสมการทำนายในรูปแบบคะแนนมาตรฐานได้ดังนี้

$$Z_{\text{ความร่วมมือในการรักษา}} = 0.385 Z_{\text{การรับรู้สมรรถนะแห่งตน}} + 0.232 Z_{\text{การสนับสนุนทางสังคม}} + 0.221 Z_{\text{การเปิดเผยสภาวะการติดเชื้อ}} + 0.090 Z_{\text{การรับรู้ประโยชน์ในการรักษา}} + 0.124 Z_{\text{ตราบาป}} - 0.077 Z_{\text{การรับรู้อุปสรรคในการรักษา}}$$

จากสมการคะแนนมาตรฐานจะพบว่า คะแนนมาตรฐานของการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของกลุ่มตัวอย่างที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่เพิ่มขึ้น 1 หน่วย จะทำให้คะแนนมาตรฐานความร่วมมือในการรักษาเพิ่มขึ้น 0.361 หน่วย คะแนนมาตรฐานของการสนับสนุนทางสังคมที่เพิ่มขึ้น 1 หน่วย จะมีผลให้ค่าความร่วมมือในการรักษาของกลุ่มตัวอย่างที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์เพิ่มขึ้น 0.210 หน่วย คะแนนมาตรฐานของการเปิดเผยสภาวะการติดเชื้อที่เพิ่มขึ้น 1 หน่วย จะมีผลให้ค่าความร่วมมือในการรักษาของกลุ่มตัวอย่างที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์เพิ่มขึ้น 0.258 คะแนนมาตรฐานของการรับรู้ประโยชน์ในการรักษาที่เพิ่มขึ้น 1 หน่วย จะมีผลให้ค่าความร่วมมือในการรักษาของกลุ่มตัวอย่างที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์เพิ่มขึ้น 0.090 หน่วย คะแนนมาตรฐานของตราบาปที่เพิ่มขึ้น 1 หน่วย จะมีผลให้ค่าความร่วมมือในการรักษาของกลุ่มตัวอย่างที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์เพิ่มขึ้น 0.124 หน่วย และคะแนนมาตรฐานของการรับรู้อุปสรรคในการรักษาที่เพิ่มขึ้น 1 หน่วย จะมีผลให้ค่าความร่วมมือในการรักษาของกลุ่มตัวอย่างที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ลดลง 0.077 หน่วย

### อภิปรายผลการวิจัย

ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัย ตามสมมติฐานการวิจัยและประเด็นสำคัญที่ค้นพบดังนี้

#### 1. ความร่วมมือในการรักษาของวัยรุ่นที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์

การศึกษานี้ผู้วิจัยพบว่า การให้ความร่วมมือในการรักษาของกลุ่มตัวอย่างที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ โดยรวมอยู่ในระดับดี ( $\bar{X} = 3.29$ , S.D = 0.33) อธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์อาจได้รับการส่งเสริมพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษา เนื่องจาก กลุ่มตัวอย่างที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์เป็นกลุ่มที่มาใช้บริการ ณ แผนกผู้ป่วยนอก ณ โรงพยาบาลศูนย์ ซึ่งเป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ที่มีการพัฒนาระบบบริการการดูแลผู้ติดเชื้อเฉพาะโรค มีการให้ความรู้ จัดกิจกรรมเพื่อส่งเสริมความร่วมมือในการรักษา ทั้งในด้านการรับประทานยาต้านไวรัส

และการปฏิบัติตัวให้สอดคล้องกับแผนการรักษา ซึ่งคลินิกที่กลุ่มตัวอย่างมารับบริการ ณ โรงพยาบาลศูนย์มีการจัดกิจกรรมส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาทั้งรายบุคคล และรายกลุ่ม ในการให้ความรู้ คำแนะนำ ช่วยเหลือเมื่อกลุ่มตัวอย่างและครอบครัวต้องการคำปรึกษา โดยมีทีมบุคลากรทางแพทย์ เช่น แพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักสังคมสงเคราะห์ เป็นต้น และบางโรงพยาบาลมีกลุ่มผู้ติดเชื้อวัยผู้ใหญ่ที่คอยช่วยเหลือและให้คำปรึกษาระหว่างผู้ติดเชื้อด้วยกัน ทำให้กลุ่มตัวอย่างวัยรุ่นที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ได้รับความรู้ ทัศนคติ และเห็นความสำคัญของการให้ความร่วมมือในการรักษาที่จะสามารถช่วยให้อาการเจ็บป่วยดีขึ้น สอดคล้องกับแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ของ Becker (1974) โดยกลุ่มตัวอย่างที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ เห็นถึงความสำคัญของการรับการรักษา และโรคอาจมีความรุนแรงขึ้นหากไม่ได้รับการรักษา จึงเกิดพฤติกรรมการให้ความร่วมมือในการรักษาตามมา ซึ่งการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของ เสาวนีย์ ทรงประโคน (2549) พบว่าความร่วมมือในการรักษาโดยรวมของเด็กวัยเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์อยู่ในระดับดี

สำหรับด้านการรับประทานยาต้านไวรัสพบว่าใน 1 เดือนที่ผ่านมากลุ่มตัวอย่างมีความร่วมมือในการรับประทานยาต้านไวรัสในระดับดีมาก ( $\bar{X} = 3.70$  ,  $SD = 0.42$ ) คือ รับประทานยาต้านไวรัสได้ตรงเวลา ถูกขนาด ถูกชนิด และถูกวิธี เป็นประจำทุกครั้ง ซึ่งในการรับประทานยาต้านไวรัสจำเป็นที่จะต้องรับประทานยาครบถ้วน ถูกต้อง ตรงเวลาจึงจะช่วยให้ผลการรักษามีประสิทธิภาพและลดการดื้อยา (กุลกัญญา โชคไพบูลย์กิจ, 2551) ซึ่งการศึกษานี้ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ มนิตา บัวสาย (2551) ที่พบว่าความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสของเด็กวัยเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ซึ่งศึกษาในโรงพยาบาลของรัฐในเขตกรุงเทพมหานคร อยู่ในระดับปานกลาง ส่วนด้านการให้ความร่วมมือในการปฏิบัติตัวให้สอดคล้องกับแผนการรักษาของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับดี ( $\bar{X} = 3.20$  ,  $SD = 0.36$ ) อธิบายได้ว่าการปฏิบัติตัวให้สอดคล้องกับแผนการรักษา ทั้งในด้านการรับประทานอาหาร การมาตรวจตามนัด การออกกำลังกาย การนอนหลับพักผ่อน งดสิ่งเสพติด การมีพฤติกรรมทางเพศที่เหมาะสม และการทำจิตใจให้แจ่มใส อาจทำให้กลุ่มตัวอย่างวัยรุ่นที่ติดเชื้อเอชไอวีมีสุขภาพที่ดี และเห็นความสำคัญในการปฏิบัติตัวให้สอดคล้องกับแผนการรักษา ไม่เพียงเฉพาะเห็นความสำคัญของการรับประทานยาต้านไวรัสเท่านั้นที่จะทำให้ร่างกายแข็งแรง และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ สำหนักนโยบายและแผน (2543) พบว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่สูบบุหรี่มีความเสี่ยงต่อการมีความก้าวหน้าของโรค (Hazard Ratio) เป็น 3.72 เท่า ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่ไม่สูบบุหรี่ (95%CI = 2.10 – 6.58;  $p < 0.01$ ) และการศึกษาของ ดวงใจ แซ่หยี่ และสุริพร ธนศิลป์ (2552)



พบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่ได้รับโปรแกรมที่เน้นอาหารและการออกกำลังกายมีน้ำหนักตัวและขนาดกล้ามเนื้อมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

## 2. การรับรู้ประโยชน์ในการรักษา การรับรู้สมรรถนะแห่งตน การสนับสนุนทางสังคม และการเปิดเผยสภาวะการติดเชื้อมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการรักษา

ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้ประโยชน์ในการรักษา มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการรักษาของวัยรุ่นที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ( $r = .373$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 1 จากการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์มีการรับรู้ประโยชน์ในการรักษาอยู่ในระดับดีมาก ( $\bar{X} = 4.67$ ,  $SD = 0.35$ ) แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์รับรู้ถึงประโยชน์ในการรับประทานยาต้านไวรัส และการปฏิบัติตัว ซึ่งจะช่วยให้กลุ่มตัวอย่างมีสุขภาพที่แข็งแรง มีชีวิตที่ยืนยาว ไม่เจ็บป่วยง่าย ซึ่งประโยชน์ในการรับประทานยาต้านไวรัสทำให้อาการดีขึ้น น้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น มีระดับภูมิคุ้มกันดีขึ้น อีกทั้งยังเกิดโรคติดเชื้อรุนแรงและติดเชื้อฉวยโอกาสในระดับต่ำ (สุทิน ครองอภิรดี, 2551) สอดคล้องกับการศึกษาของ อรอนงค์ สารระทำ และนรลักษ์ณธ์ เข็้อกิจ (2551) ที่พบว่า การรับรู้ประโยชน์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการรักษาของเด็กวัยเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ( $r = .496$ ,  $p = 0.000$ ) และการศึกษาของ ดุริฎฐยา สมสีไล (2550) ซึ่งพบว่า การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพทางเพศในวัยรุ่นตอนปลาย ( $r = .34$ ,  $p < .01$ )

การรับรู้สมรรถนะแห่งตน มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการรักษาของวัยรุ่นที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ( $r = .559$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 1 ซึ่งการศึกษานี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์มีคะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนอยู่ในระดับสูง ( $\bar{X} = 4.21$ ,  $SD = 0.53$ ) นั่นคือ กลุ่มตัวอย่างที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์มีความเชื่อมั่นในตนเอง รับรู้ถึงความสามารถของตนเองในระดับสูง ว่าตนเองสามารถกระทำพฤติกรรมที่จะเป็นประโยชน์ต่อสุขภาพ และจะทำให้อาการของโรคดีขึ้น โดยกลุ่มตัวอย่างที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์เชื่อมั่นว่าสามารถดูแลตัวเอง ออกกำลังกาย รับประทานอาหารที่มีประโยชน์ รับประทานยาให้ถูกต้อง ครบถ้วน ตรงเวลา รวมไปถึงสามารถขอคำแนะนำจากแพทย์ และพยาบาลเมื่อสงสัยเกี่ยวกับการรักษาได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Luszczynska, Sarkar, & Knoll (2007) ซึ่งพบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการรับประทานยาต้านไวรัส ( $r = .43$ ,  $p < .001$ )

การสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการรักษาของวัยรุ่นที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ( $r = .463$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 1 การศึกษานี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์มีคะแนนการสนับสนุนทางสังคมโดยรวมอยู่ในระดับมาก ( $\bar{X} = 3.94$ ,  $SD = 0.75$ ) เมื่อพิจารณารายด้านก็อยู่ในระดับมากเช่นกันทั้งด้านอารมณ์ ด้านการประเมินคุณค่า ด้านข้อมูลข่าวสาร และด้านทรัพยากร แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือ จากพ่อแม่ ญาติ บุคคลใกล้ชิด เพื่อนและบุคลากรทางการแพทย์อย่างมาก ซึ่งการได้รับความรัก เอาใจใส่ ยอมรับฟังความคิดเห็น คอยช่วยเหลือยามมีปัญหาทำให้กลุ่มตัวอย่างที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ รู้สึกปลอดภัยปรับตัวกับการเจ็บป่วยเรื้อรังได้ สอดคล้องกับการศึกษาของบุษดี ศรีคำ (2546) พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับสุขภาพจิตในผู้ที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ( $r = 0.431$ ,  $p < .05$ ) และการศึกษาของ Luszczynska, Sarkar, & Knoll (2007) ซึ่งพบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการรับประทานยาต้านไวรัส ( $r = .40$ ,  $p < .001$ )

การเปิดเผยสภาวะการติดเชื้อ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการรักษาของวัยรุ่นที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ( $r = .370$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 1 การศึกษานี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์มีคะแนนการเปิดเผยสภาวะการติดเชื้อในระดับปานกลาง ( $\bar{X} = 2.04$ ,  $SD = 0.39$ ) ซึ่งกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการเปิดเผยสภาวะการติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ทำให้กลุ่มตัวอย่างทราบถึงภาวะการเจ็บป่วยของตนเอง ช่วยให้การรับประทานยาต้านไวรัสสม่ำเสมอ และสามารถปฏิบัติตัวเกี่ยวกับโรคได้อย่างถูกต้อง การที่กลุ่มตัวอย่างเป็นวัยรุ่น อาจคบเพื่อนต่างเพศ เริ่มมีเพศสัมพันธ์ การทราบสภาวะการติดเชื้อจะทำให้สามารถป้องกันการแพร่เชื้อไปสู่ผู้อื่น และการรับเชื้อเพิ่ม รวมถึงการเปิดเผยสภาวะการติดเชื้อต่อบุคคลใกล้ชิดก็เป็นการปรับตัวกับการเจ็บป่วย ทำให้ได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลใกล้ชิด ซึ่งพบการศึกษาของ เพณณินาท์ โอบอร์ดอร์เฟอร์ (2549) พบว่าเด็กที่ได้รับการเปิดเผยสภาวะการติดเชื้อมีความรู้ ความเข้าใจและเจตคติที่ดีเกี่ยวกับโรคมามากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และสอดคล้องกับการศึกษาของ Stirratt et al. (2006) พบว่าการเปิดเผยสภาวะการติดเชื้อมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการให้ความร่วมมือในการรับประทานยาต้านไวรัส ด้าน การบอกสมาชิกในครอบครัวให้รู้ จำนวนสมาชิกในครอบครัวที่รู้ และจำนวนข้อมูลที่รู้ ( $r = .19$ ,  $r = .15$  และ  $r = .16$  ตามลำดับ,  $p < .05$ ) และยังพบว่าการเปิดเผยสภาวะการติดเชื้อต่อสมาชิกในครอบครัวมีความสัมพันธ์กับการจัดหาสิ่งที่เป็นประโยชน์ให้ผู้ที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ( $r = .62$ ,  $p < .01$ )

### 3. การรับรู้อุปสรรคในการรักษาและตราบาป มีความสัมพันธ์ทางลบกับความร่วมมือในการรักษา

การรับรู้อุปสรรคในการรักษา มีความสัมพันธ์ทางลบกับความร่วมมือในการรักษาของวัยรุ่นที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ( $r = -.252$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 2 การศึกษานี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ มีคะแนนการรับรู้อุปสรรคในการรักษาอยู่ในระดับต่ำ ( $\bar{X} = 2.13$ ,  $SD = 0.87$ ) การรับรู้อุปสรรคในการรักษาเป็นปัจจัยขัดขวางการเกิดพฤติกรรมทำให้ความร่วมมือในการรักษา ซึ่งการเจ็บป่วยเป็นเวลานาน อาจทำให้เกิดความเบื่อหน่ายในการรับประทานยาได้ สอดคล้องกับการศึกษานี้ซึ่งพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ส่วนใหญ่รับประทานยาด้านไวรัสมาเป็นเวลานาน 5 – 8 ปี และบางรายมีระยะเวลารับประทานยานานที่สุดคือ 16 ปี อีกทั้งผลข้างเคียง ภาวะในการรับประทานยาด้านไวรัสหลายเวลา เป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อความร่วมมือในการรักษาลดลง (WHO, 2003) นอกจากนี้ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นญาติ ได้แก่ ปู่ ย่า ตา ยาย ลุง ป้า น้า พี่ และมีบางรายอาศัยกับมารดาบุญธรรม บางรายอาศัยอยู่ที่มูลนิธิ สถานสงเคราะห์ต่างๆ จึงอาจไม่ได้รับความสะดวกในการมารับการรักษา สอดคล้องกับการศึกษาของอรอนงค์ สาระท่า และนรลัทขณี เอื้อกิจ (2551) ที่พบว่า การรับรู้อุปสรรคมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการรักษาของเด็กวัยรุ่นที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ( $r = -.360$ ,  $p < .01$ ) และการศึกษาของ เสาวนีย์ ทรงประโคน (2549) พบว่ารสชาติของยามีความสัมพันธ์ทางลบกับการรับประทานยาด้านไวรัสต่อเนืองสม่ำเสมอ ( $r = -.37$ ,  $p < .01$ )

ตราบาป มีความสัมพันธ์ทางลบกับความร่วมมือในการรักษาของวัยรุ่นที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ( $r = -.194$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 2 การศึกษานี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ มีคะแนนตราบาปอยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{X} = 2.78$ ,  $SD = 0.91$ ) แสดงว่าตราบาปเป็นปัจจัยที่ส่งต่อต่อความร่วมมือในการรักษาที่ลดลง ซึ่งวัยรุ่นอาจถูกล้อเลียนจากผู้อื่น เสียใจเกี่ยวกับปฏิกิริยาที่ผู้อื่นแสดงกับตนเอง และคิดว่าผู้อื่นรังเกียจ ไม่ได้รับการยอมรับจากเพื่อน โดยกลุ่มตัวอย่างที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์จะถูกกีดกันจากผู้ปกครองของเด็กอื่นไม่ให้เล่นด้วย บางรายต้องเดินทางข้ามจังหวัดมารับการรักษาในโรงพยาบาลศูนย์ที่ไกลจากที่อยู่อาศัย เพื่อป้องกันผู้อื่นล่วงรู้ว่ามีผู้ติดเชื้อภายในครอบครัว สอดคล้องกับการศึกษาของ เบญจมาศ สุขสถิต (2547) พบว่าตราบาปมีความสัมพันธ์ทางลบกับความสามารถในการดูแลตนเองเพื่อส่งเสริมสุขภาพในผู้ที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ( $r = -.418$ ,  $p < .01$ )

#### 4. การรับรู้ประโยชน์ในการรักษา การรับรู้อุปสรรคในการรักษา การรับรู้สมรรถนะแห่งตน การสนับสนุนทางสังคม การเปิดเผยสภาวะการติดเชื้อ และตราบาป มีอำนาจในการทำนายความร่วมมือในการรักษาของวัยรุ่นที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์

ผลการศึกษานี้พบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตน การสนับสนุนทางสังคม การเปิดเผยสภาวะการติดเชื้อ การรับรู้ประโยชน์ในการรักษา ตราบาป และการรับรู้อุปสรรคในการรักษา สามารถร่วมกันทำนายความร่วมมือในการรักษาของกลุ่มตัวอย่างที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ได้ร้อยละ 42.3 ( $R^2 = .423$ ) เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 3 เมื่อพิจารณาน้ำหนักในการทำนายพบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตน มีอิทธิพลต่อความร่วมมือในการรักษาของกลุ่มตัวอย่างที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์มากที่สุด รองลงมาคือ การเปิดเผยสภาวะการติดเชื้อ การสนับสนุนทางสังคม ตราบาป การรับรู้ประโยชน์ในการรักษา และสุดท้ายคือ การรับรู้อุปสรรคในการรักษา โดยการรับรู้สมรรถนะแห่งตน การเปิดเผยสภาวะการติดเชื้อ การสนับสนุนทางสังคม สามารถทำนายความร่วมมือในการรักษาของกลุ่มตัวอย่างที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ได้ร้อยละ 40.5 ( $R^2 = .405$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนตราบาป การรับรู้ประโยชน์ในการรักษา และการรับรู้อุปสรรคในการรักษา สามารถร่วมกันเพิ่มอำนาจทำนายความร่วมมือในการรักษาได้อย่างมีประสิทธิภาพ ร้อยละ 42.3 ( $R^2 = .423$ )

อธิบายได้ว่า เนื่องจากวัยรุ่นเป็นวัยที่มีพัฒนาการด้านความคิด เข้าใจเหตุผลเป็นแบบนามธรรมได้ซับซ้อนมากขึ้น ทำให้เข้าใจความหมายของการเจ็บป่วย กลไกการเกิดโรค ขั้นตอนการรักษา การพยากรณ์โรคและปัจจัยต่างๆที่มีผลต่อการดำเนินของโรคได้ ( วิสุวรณ์ บุญสิทธิ, 2551) ดังนั้น การที่กลุ่มตัวอย่างที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ เข้าใจถึงสภาวะการเจ็บป่วยของตนเอง รวมทั้งการเห็นคุณค่า และเชื่อในผลจากกระทำ ทำให้วัยรุ่น เข้าใจ ปรับตัวยอมรับกับความเจ็บป่วย และให้ความร่วมมือในการรักษาสอดคล้องกับแนวคิดของ Becker (1974) ซึ่งเชื่อว่าการแสดงพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลนั้นขึ้นอยู่กับการมองเห็นคุณค่าและสิ่งที่ตนเองได้รับ และเชื่อในผลที่เกิดจากการกระทำของตน ทั้งนี้การรับรู้สมรรถนะแห่งตนสามารถร่วมทำนายความร่วมมือในการรักษาได้ โดยสามารถอธิบายความแปรปรวนของความร่วมมือในการรักษาได้ร้อยละ 31.3 ( $R^2 = .313$ ) อธิบายได้ว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนนั้นมีผลต่อการกระทำของบุคคล ซึ่งหากบุคคลเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองก็จะสามารถทำพฤติกรรมให้สำเร็จได้ (Bandura, 1997) ดังนั้นการที่วัยรุ่นเข้าใจถึงภาวะความความเจ็บป่วยของตน ว่าต้องการการดูแลรักษา เชื่อมั่นในผลของการให้การร่วมมือในการรักษาว่าจะทำให้ตนเองอาการดีขึ้น จึงยินยอมและให้

ความร่วมมือในการรักษา สอดคล้องกับการศึกษาของ Naar-King et al. (2006) และ Luszczyńska, Sarkar, & Knoll (2007) ที่พบว่าการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเป็นปัจจัยหนึ่งที่สามารถทำนายความร่วมมือในการรับประทานยาต้านไวรัสได้ร้อยละ 47 และ 31 ตามลำดับ

การสนับสนุนทางสังคมสามารถทำนายความร่วมมือในการรักษาของวัยรุ่นที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ได้ ( $R^2 = .360$ ) โดยการสนับสนุนทางสังคมสามารถร่วมกันอธิบายความร่วมมือในการรักษาได้เพิ่มขึ้นอีกร้อยละ 4.7 ( $R^2 \text{ change} = .047$ ) อธิบายได้ว่า แม้วัยรุ่นจะเติบโตดูแลช่วยเหลือตนเองได้ แต่ในภาวะเจ็บป่วย ก็ยังต้องการการดูแลเอาใจใส่จากพ่อแม่ ผู้ดูแล บุคคลใกล้ชิด หรือแม้กระทั่งการได้รับการดูแลรักษา ค่าปรึกษาและให้ความรู้จากบุคลากรทางการแพทย์ สอดคล้องกับแนวคิดของ House (1985) ซึ่งกล่าวว่า การได้รับการตอบสนองของความต้องการหรือมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นในสังคม อาจเป็นบุคคลใดบุคคลหนึ่งหรือหลายคนร่วมกัน เป็นลักษณะของสัมพันธภาพระหว่างบุคคลซึ่งก่อให้เกิดประโยชน์ต่อสุขภาพ และสุขภาพะ ดังนั้นการที่กลุ่มตัวอย่างที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ได้รับความช่วยเหลือ สนับสนุน รับฟังปัญหา ทั้งจากพ่อแม่ ญาติ ผู้ดูแลอื่นๆ เพื่อนและบุคลากรทางการแพทย์ ทำให้กลุ่มตัวอย่างได้รับคำแนะนำ และได้รับการปรึกษาที่ถูกต้อง ช่วยส่งเสริมให้กลุ่มตัวอย่างที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ให้ความร่วมมือ ในการรับประทานยาต้านไวรัส และปฏิบัติตัวให้สอดคล้องกับแผนการรักษา การได้รับการสนับสนุนจากบุคคลใกล้ชิดและสังคมจะช่วยให้กลุ่มตัวอย่างที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์เกิดพฤติกรรมที่เหมาะสม ต่อเนื่องในระยะยาว และให้ความร่วมมือในการรักษา ซึ่งกลุ่มตัวอย่างที่มาใช้บริการ ณ แผนกบริการ ในโรงพยาบาลศูนย์จะได้รับความรู้ ความช่วยเหลือจากการจัดกิจกรรมกลุ่ม โดยทีมบุคลากร และมีการจัดกิจกรรมช่วยเหลือ ให้คำแนะนำระหว่างผู้ติดเชื้อด้วยกัน สอดคล้องกับการศึกษาของ Luszczyńska, Sarkar, & Knoll (2007) ที่พบว่าการสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยด้านหนึ่งที่สามารถทำนายความร่วมมือในการรับประทานยาต้านไวรัสได้ร้อยละ 31

การเปิดเผยสภาวะการติดเชื้อสามารถทำนายความร่วมมือในการรักษาของกลุ่มตัวอย่างที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ได้ ( $R^2 = .405$ ) โดยการเปิดเผยสภาวะการติดเชื้อสามารถร่วมกันอธิบายความร่วมมือในการรักษาได้เพิ่มขึ้นอีกร้อยละ 4.5 ( $R^2 \text{ change} = .045$ ) เนื่องมาจากการที่วัยรุ่นที่ได้รับการเปิดเผยสภาวะการติดเชื้อแล้ว ทราบถึงภาวะการเจ็บป่วยของตนเอง ได้รับความรู้และความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรค การรับประทานยาต้านไวรัส และการปฏิบัติตัวให้เหมาะสมความเจ็บป่วย จากบุคลากรทางการแพทย์หรือจากผู้ดูแล ทำให้วัยรุ่นสามารถเชื่อมโยงการรับรู้ถึงสภาวะการเจ็บป่วยของตนเองเข้ากับการให้ความร่วมมือในการรักษา (กุลกัญญา



โชคไพบุลย์กิจ, 2551) อีกทั้งการปรับตัวโดยการเปิดเผยสภาวะการติดเชื้อต่อบุคคลใกล้ชิด ทำให้บุคคลใกล้ชิดให้ความช่วยเหลือจัดหาสิ่งที่เป็นประโยชน์ต่อสุขภาพให้ (Stirratt et al., 2006) การที่กลุ่มตัวอย่างที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ไม่ต้องปิดบังการรับประทานยาต้านไวรัสต่อบุคคลในครอบครัวหรือบุคคลใกล้ชิด ทำให้ได้รับความช่วยเหลือ การดักเตือนเมื่อถึงเวลารับประทานยา ให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องในการใช้ชีวิตกับบุคคลอื่นในครอบครัว สอดคล้องกับการศึกษาของ Marhefka et al (2006) ที่เป็นปัจจัยหนึ่งที่สามารถร่วมทำนายความร่วมมือในการรับประทานยาต้านไวรัสได้ร้อยละ 63

การศึกษานี้พบว่า การรับรู้ประโยชน์ในการรักษาสามารถร่วมกันทำนายความร่วมมือในการรักษาของวัยรุ่นที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ได้ ( $R^2 = .412$ ) โดยการรับรู้ประโยชน์สามารถร่วมกันอธิบายความร่วมมือในการรักษาได้เพิ่มขึ้นอีกร้อยละ 0.7 ( $R^2$  change = .007) อธิบายได้ว่าการรับรู้ประโยชน์เป็นการหาวิธีที่จะทำให้อาการหายจากโรค โดยเชื่อว่าการกระทำนั้นเป็นประโยชน์ โดยเปรียบเทียบว่าปฏิบัติแล้วจะก่อให้เกิดผลดีต่อสุขภาพ (Becker, 1974) กลุ่มตัวอย่างที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์มีการรับรู้ประโยชน์ในระดับสูง ฉะนั้นแสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างรับรู้ถึงประโยชน์ของการรับประทานยาต้านไวรัส และการปฏิบัติตัวให้สอดคล้องกับแผนการรักษาว่าจะเป็นผลดีต่อภาวะสุขภาพ ช่วยให้อาการเจ็บป่วยดีขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ ตริพร ชุมศรี (2548) พบว่าการรับรู้ประโยชน์ในการส่งเสริมสุขภาพ เป็นปัจจัยหนึ่งที่สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นได้ร้อยละ 47 และการศึกษาของ Luszczynska, Sarkar, & Knoll (2007) พบว่าการรับรู้ประโยชน์สามารถร่วมกันทำนายความร่วมมือในการรับประทานยาได้ร้อยละ 31

ตราบาปสามารถร่วมทำนายความร่วมมือในการรักษาของวัยรุ่นที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ได้ ( $R^2 = .419$ ) โดยตราบาปสามารถร่วมกันอธิบายความร่วมมือในการรักษาได้เพิ่มขึ้นอีกร้อยละ 0.7 ( $R^2$  change = .007) Goffman (1963) กล่าวว่าตราบาปเป็นคุณลักษณะทางจิตใจ ที่เกิดขึ้นก็ต่อเมื่อ คุณลักษณะของบุคคลที่ได้รับความคาดหวังจากบุคคลอื่น มีความขัดแย้งกับคุณลักษณะที่บุคคลนั้นสามารถปฏิบัติได้จริง เป็นการให้ความหมายของบุคคลจากสังคม ที่เกิดเป็นความเสื่อมเสีย รู้สึกเป็นมลทินส่งผลกระทบต่อบุคคลนั้น ฉะนั้นกลุ่มตัวอย่างที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ได้รับการรังเกียจ ถูกล้อเลียนจากการเจ็บป่วย ถูกกีดกันไม่ให้เล่นกับเด็กอื่น บางรายถูกปฏิเสธการเข้าเรียน/ทำงาน ส่งผลต่อการดำเนินชีวิตในสังคมของกลุ่มตัวอย่าง และเกิดตราบาปอย่างไรก็ตาม การที่กลุ่มตัวอย่างได้รับการดูแลเอาใจใส่ ช่วยเหลือจากผู้ดูแล รวมถึงประสบการณ์ชีวิตในการเผชิญกับเหตุการณ์ต่างๆ ยิ่งน้อย จึงอาจทำให้ตราบาปสามารถเพิ่มอำนาจการทำนาย

ความร่วมมือในการรักษาได้อย่างไม่มีนัยสำคัญที่ระดับ .05 ซึ่ง Link et al (2004) ได้กล่าวถึงข้อจำกัดในการประเมินตราบาปในกลุ่มเด็กและวัยรุ่นไว้ว่า ทำได้ยากกว่าในวัยผู้ใหญ่ ทั้งนี้เนื่องจากประสบการณ์ชีวิตที่แตกต่างกัน

และการศึกษานี้ พบว่าการรับรู้อุปสรรคในการรักษาสามารถเพิ่มอำนาจการทำนายความร่วมมือในการรักษาของวัยรุ่นที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ได้ ( $R^2 = .423$ ) โดยการรับรู้อุปสรรคสามารถร่วมกันอธิบายความร่วมมือในการรักษาได้เพิ่มขึ้นอีกร้อยละ 0.4 ( $R^2$  change = .004) Becker (1974) กล่าวว่า การรับรู้อุปสรรคเป็นความเชื่อเกี่ยวกับปัญหาและอุปสรรค ซึ่งหากเชื่อว่ามีปัญหาและอุปสรรคสูง จะเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรม อธิบายว่าเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์มีการเจ็บป่วยเรื้อรัง รับการรักษามาเป็นเวลานาน และต้องรักษาไปตลอดชีวิต การเกิดผลข้างเคียงของการรับประทานยาบางกลุ่ม อาจก่อให้เกิดภาวะไขมันย่ำยที่ ทำให้รูปร่างหน้าตาเปลี่ยนไป ทำให้กลุ่มตัวอย่างมั่นใจในตัวเองลดลง (เพณณินาท์ โอเบอร์ดอร์เฟอร์, 2551) บางรายเบื่อหน่ายการรับประทานยาเนื่องจากรู้สึกว่าคุณภาพตนเองแข็งแรง ซึ่งเป็นอุปสรรคต่อการให้ความร่วมมือในการรักษา อีกทั้งการเจ็บป่วยได้รับความทุกข์ทรมานจากการติดเชื้อรุนแรง เชื้อฉวยโอกาส เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลบ่อยครั้ง ยังส่งผลต่อคุณภาพชีวิตและการดำเนินชีวิตประจำวัน ปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้นจึงสิ่งที่กลุ่มตัวอย่างต้องเผชิญจึงอาจเป็นปัญหาที่ส่งผลต่อความร่วมมือในการรักษาได้ อย่างไรก็ตามพบว่ากลุ่มตัวอย่างจากการศึกษานี้มีการรับรู้อุปสรรคในระดับต่ำอาจเกิดจากกลุ่มตัวอย่างได้รับการดูแลช่วยเหลือ จากบุคคลในครอบครัว พ่อแม่ ญาติ และผู้ดูแลด้วยความรักและสงสาร ที่หวังว่าการเจ็บป่วยจะดีขึ้น คอยช่วยเหลือยามมีปัญหาหรือมีอุปสรรคต่างๆ ให้แก่กลุ่มตัวอย่างที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ การศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของ ประไพรัตน์ แก้วศิริ (2552) พบว่าการรับรู้อุปสรรคเป็นปัจจัยร่วมทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ ได้ร้อยละ 52.4

กล่าวโดยสรุป กลุ่มตัวอย่างที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ มีความคิดในเชิงเหตุผลที่สามารถเข้าใจเหตุผล มองเห็นคุณค่า เชื่อในผลของการกระทำของตนและเชื่อมโยงการรับรู้เข้ากับสิ่งที่ตนเองได้รับจากการปฏิบัติพฤติกรรมที่เหมาะสมในการให้ความร่วมมือในการรักษาได้ ฉะนั้น ปัจจัยการรับรู้สมรรถนะแห่งตน การสนับสนุนทางสังคม การเปิดเผยสภาวะการติดเชื้อ การรับรู้ประโยชน์ในการรักษา ตราบาป และการรับรู้อุปสรรคในการรักษา สามารถร่วมกันทำนายความร่วมมือในการรักษาของกลุ่มตัวอย่างที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ได้ร้อยละ 42.3 ( $R^2 = .423$ ) สอดคล้องกับผลการศึกษาของ ประไพรัตน์ แก้วศิริ (2552) Naar-King et al.(2006) Marhefka et al. (2006) และ Luszczynska, Sarkar, & Knoll (2007)

### ข้อจำกัดในการทำวิจัยครั้งนี้

1. ด้านกระบวนการพิจารณาจริยธรรม เนื่องจากจุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย และโรงพยาบาลศูนย์ 5 แห่ง มีกระบวนการพิจารณาจริยธรรม และรูปแบบของแต่ละโรงพยาบาลที่แตกต่างกัน โดยมีระยะเวลาในการพิจารณาจริยธรรมตั้งแต่ 2 – 5 เดือน ซึ่งขึ้นอยู่กับแต่ละโรงพยาบาล

#### 2. ด้านขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัย

2.1 ด้านการนัดหมายผู้ป่วย เนื่องจากการให้บริการที่แผนกโรคติดเชื้อของโรงพยาบาลแต่ละแห่งมีความแตกต่างกัน โดยบางแห่งมีการนัดผู้ป่วยเพียงเดือนละครั้ง หรือบางโรงพยาบาลนัดผู้ป่วยสัปดาห์ละครั้ง บางโรงพยาบาลมีกำหนดนัดหมายซ้ำซ้อนกันและบางครั้งมีการเปลี่ยนแปลงกำหนดนัดหมายจากวันนัดเดิม ทำให้เสียโอกาสในการเก็บข้อมูล

2.2 ด้านระยะทาง เนื่องจากสถานเก็บข้อมูลที่ไกลจากกัน ทำให้การเดินทางไปเก็บข้อมูลต้องใช้ระยะเวลานาน

#### 3. ด้านกลุ่มตัวอย่าง

3.1 กลุ่มตัวอย่างที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ เป็นกลุ่มเฉพาะเจาะจงที่เข้ามารับการรักษาน ณ โรงพยาบาลศูนย์ ซึ่งกลุ่มตัวอย่างอาจเป็นกลุ่มที่ให้ความร่วมมือในการรักษาเป็นอย่างดีอยู่แล้ว ซึ่งผู้วิจัยไม่สามารถเก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มตัวอย่างที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่นอกเหนือบริบทที่กำหนดไว้ หรือ ในกลุ่มที่ขาดโอกาสในการเข้ามาใช้บริการ ณ โรงพยาบาลศูนย์ได้

3.2 เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มที่มีความเปราะบาง มีปัญหาที่ซับซ้อน ทั้งทางด้านจิตใจ ด้านการเจ็บป่วย และครอบครัว การเข้าถึงข้อมูลจึงมีหลายขั้นตอน เช่น การประสานงานระหว่างผู้วิจัยกับแพทย์เจ้าของไข้ และพยาบาลที่ปฏิบัติงานในแผนกที่ผู้วิจัยเข้าไปเก็บรวบรวมข้อมูล การเตรียมสถานที่ใช้ความเป็นส่วนตัวในการเก็บข้อมูล การศึกษาประวัติผู้ป่วยก่อนเก็บข้อมูล เป็นต้น ทั้งนี้การพูดคุยกับกลุ่มตัวอย่างและผู้ดูแล ต้องอาศัยทักษะด้านการสื่อสาร การให้คำปรึกษาที่ดี และการเก็บข้อมูลที่เป็นความลับของกลุ่มตัวอย่าง

### ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ผู้วิจัยขอเสนอแนะในการนำผลการวิจัยมาประยุกต์ใช้ ดังนี้

1. สร้างให้วัยรุ่นเกิดความมั่นใจในตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม โดยจัดกิจกรรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน เมื่อวัยรุ่นมารับบริการ เช่น จัดกลุ่มให้เล่า

ประสบการณ์ในการบริหารเวลารับประทานยาต้านไวรัสให้เหมาะสมกับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน หรือเมื่อต้องออกไปทำกิจกรรมนอกบ้าน เป็นต้น

2. การเปิดเผยสภาวะการติดเชื้อเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อการให้ความร่วมมือในการรักษา ฉะนั้นจึงควรให้ความสำคัญกับการเปิดเผยความจริงแก่เด็กที่จะเติบโตเป็นวัยรุ่น เพื่อให้วัยรุ่นเข้าใจถึงความหมายของการเจ็บป่วยและความจำเป็นในการดูแลรักษาตนเอง สร้างทัศนคติที่ดีต่อการเจ็บป่วย และสามารถปรับตัวกับการเจ็บป่วยได้

3. สนับสนุนการสร้างสัมพันธ์ภาพที่ดี ระหว่างพ่อแม่ ญาติ ผู้ดูแล บุคคลใกล้ชิด เพื่อน และบุคลากรทางการแพทย์ กับวัยรุ่นที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ เพื่อส่งเสริมความร่วมมือในการรักษา เช่น จัดกิจกรรมให้วัยรุ่นและผู้ดูแลมีส่วนร่วม การออกเยี่ยมบ้านให้ความรู้และวางแผนการช่วยเหลือวัยรุ่นที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ เป็นต้น

### ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาในเชิงทดลองเรื่องความร่วมมือในการรักษา ในกลุ่มวัยรุ่นที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ โดยมีการสร้างโปรแกรมการสร้างความร่วมมือในการรักษา เน้นการรับรู้สมรรถนะแห่งตน การสนับสนุนทางสังคม และพัฒนาให้เหมาะสมในการปฏิบัติทางการพยาบาล

2. ควรมีการศึกษาเฉพาะปัจจัยด้านการเปิดเผยสภาวะการติดเชื้อ โดยศึกษาผลทั้งในระยะสั้น และระยะยาวถึงพฤติกรรมที่เป็นปัญหาหลังการเปิดเผยสภาวะการติดเชื้อ เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการเปิดเผยสภาวะการติดเชื้อ ได้รับการบอกจากกลุ่มบุคคลที่แตกต่างกัน เช่น บุคลากรทางการแพทย์ ญาติ หรือผู้ดูแลที่ไม่ได้เกี่ยวพันทางสายเลือด ซึ่งอาจส่งผลต่อความร่วมมือในการรักษาที่ความแตกต่างกัน

3. ควรมีการศึกษาเป็นกรณีศึกษาเกี่ยวกับตราบาปในวัยรุ่นที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ เพื่อเป็นข้อมูลในการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาต่อไป

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## รายการอ้างอิง

### ภาษาไทย

- กระทรวงสาธารณสุข, กรมควบคุมโรค. (2544). **การประมวลองค์ความรู้เพื่อส่งเสริมสุขภาพผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์**. (ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์การศาสนา.
- กระทรวงสาธารณสุข, กรมควบคุมโรค. (2550). **แนวทางการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2549-2550**. นนทบุรี: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- กระทรวงสาธารณสุข, กรมสุขภาพจิต. (2548). **คู่มือการให้การปรึกษาขั้นพื้นฐาน**. นนทบุรี: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- กระทรวงสาธารณสุข, สำนักโรคเอดส์. (2553). **รูปแบบการดูแลเด็กที่ติดเชื้อเอชไอวี โดยเครือข่ายจังหวัดและเน้นชุมชนมีส่วนร่วม**. [ออนไลน์]. แหล่งที่มา :[http://www.Aidsthai.org/upload/files/care\\_kids\\_Hospital\\_changrai.doc](http://www.Aidsthai.org/upload/files/care_kids_Hospital_changrai.doc) [2553, ตุลาคม 20]
- กรุงเทพมหานคร, สำนักอนามัย. (2546). **คู่มือแนวทางการส่งเสริมโภชนาการสำหรับผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์**. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- กรุงเทพมหานคร, สำนักอนามัย. (2552). **สรุปจำนวนผู้ป่วยเอดส์ในกรุงเทพมหานคร. กรุงเทพรัฐทันเอดส์ 17(47): 3.**
- กฤษณา เพ็งสา, ชูเกียรติ ศิริวิชัยกุล และพรเทพ จันทวานิช. (2550). **ตำรากุมารเวชศาสตร์เขตร้อน**. (พิมพ์ครั้งที่ 4). กรุงเทพฯ: ธนาเพรส.
- กุลกัญญา โชคไพบูลย์กิจ. (2551). **โรคติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ในเด็ก**. กรุงเทพฯ: ประชาชน
- จันทน์ จันทรทำจัน และสุวีพร ธนศิลป์. (2549). **ผลของโปรแกรมการจัดการกับอาการต่อความร่วมมือในการรักษาของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส. วารสารโรคเอดส์ 18: 201-213.**
- จิตติมาพันธ์ ณ เชียงใหม่. (2546). **การสนับสนุนทางสังคมกับการปรับตัวของเด็กกำพร้าที่พ่อแม่เสียชีวิตด้วยโรคเอดส์**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการส่งเสริมสุขภาพ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- เจริญ กระบวนรัตน์. (2551). **การออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ : ความรู้ที่ยังต้องการความเข้าใจ. วารสารโภชนบำบัด 19(2): 88-102.**
- ชิษณุ พันธุ์เจริญ, ทวี โชติพิทยสุนนท์ และอุษา ทิสยากร. (2545). **โรคเอดส์ในเด็ก**. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.



- ฐิติกุล หิรัญรัตน์, ยอดพร มยุระสาคร, และอุษา ทิสยากร. (2548). ผู้ป่วยเด็กอายุ 14 ปี ติดเชื้อเอชไอวี โดยการถ่ายทอดจากแม่และปรากฏอาการซ้ำ. **วารสารกุมารเวชศาสตร์** (เมษายน-มิถุนายน): 147-151.
- ดวงใจ แซ่หยี่ และสุรีพร ธนศิลป์. (2552). ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองที่เน้นอาหารและการออกกำลังกายต่อน้ำหนักตัวและขนาดกล้ามเนื้อต้นแขนในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์. **วารสารโรคเอดส์** 21(4): 222-234.
- ดุริฎฐยา สมสีใส. (2550). **ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสามารถของตนเอง การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพทางเพศของวัยรุ่นตอนปลาย**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาการผดุงครรภ์ชั้นสูง บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ตรีพร ชุมศรี. (2548). **ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรคการรับรู้ความสามารถของตนเอง และอิทธิพลระหว่างบุคคล กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นภาคใต้**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ทวีทรัพย์ ศิริประภาศิริ และคณะ. (2545). **แนวทางการปฏิบัติงาน การพัฒนาระบบบริการ และติดตามผลการรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์เด็ก ด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ในประเทศไทย**. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์เจ.เอส.
- นรลักษณ์ เอื้อกิจ และ อรอนงค์ สาระท่า. (2552). บทบาทพยาบาล: การส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาเด็กติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์. **วารสารพยาบาลสาธารณสุข** 23(1): 98-109.
- นิชรา เรืองดารกานนท์, ชาศรีญา วีระเนตร, รวิวรรณ รุ่งไพวัลย์, ทิพวรรณ หรรษคุณาชัย และ นิตยา คชภักดี. (2551). **ตำราพัฒนาการและพฤติกรรมเด็ก**. กรุงเทพฯ: ไสลิสดิกพับลิชชิง.
- บุษดี ศรีคำ. (2546). **ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การเปิดเผยตนเอง การสนับสนุนทางสังคม ความหวัง การรับรู้ภาวะสุขภาพ และสุขภาพจิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- เบญจมาศ สุขสถิต. (2547). **การรับรู้ทราบและความสามารถในการดูแลตนเองเพื่อส่งเสริมสุขภาพในผู้ใหญ่ตอนต้นที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ประพันธ์ ภาณุภาค. (2551). HIV and Nutrition. **วารสารโภชนาบำบัด** 19: 103-105.



- ประไพรัตน์ แก้วศิริ. (2552). ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค ของการส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์. **วารสารพยาบาล** 58(1-2): 85-94.
- ประเวศ วะสี. (2550). สุขภาพดีอยู่ที่ใจ (Spiritual Health). **Thailand Journal of Health Promotion and Environment Health** (ตุลาคม-ธันวาคม): 11-30.
- ปรีชา มณฑานติกุล และคณะ. (2550). การดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์. กรุงเทพฯ: ประชาชน.
- ปลัดทบวงมหาวิทยาลัย, สำนักนโยบายและแผน. (2543). รายงานการวิจัยเกี่ยวกับโรคเอดส์ เรื่อง ปัจจัยที่ส่งผลต่อประสิทธิผลของการใช้ยา Zidovudine ในผู้ป่วยเอดส์. กรุงเทพฯ: สำนักนโยบายและแผนอุดมศึกษา.
- ปวีณา ชี้นิจิตร. (2548). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความร่วมมือในการรักษาของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ใน จ.ราชบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาวิทยาการระบาด คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- พรพรรณ วรรณฤทธิ์ และอัจฉรา พงศ์คำ. (2548). การประเมินผลกระทบทางกาย จิตวิทยา สังคม ของเด็กที่ติดเชื้อเอชไอวีที่รับยาต้านไวรัสในโครงการ HAART โรงพยาบาลลำพูน. **วารสารโรคเอดส์** 17: 13-19.
- พีระมน ینگสานนท์ และคณะ(บรรณารักษ์). (2547). สรุปบทเรียน การส่งเสริมการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์อย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ สำหรับผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- เพณณินาท์ โอเบอร์ดอร์เฟอร์. (2548). อุปสรรคของการเปิดเผยสภาวะการติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ในเด็กไทย. **วารสารกุมารเวชศาสตร์** (กรกฎาคม-กันยายน): 176-180.
- เพณณินาท์ โอเบอร์ดอร์เฟอร์. (2549). การเปิดเผยสภาวะการติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ในเด็กไทย. ภาควิชากุมารเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. (เอกสารอัดสำเนา).
- เพณณินาท์ โอเบอร์ดอร์เฟอร์. (2551). การดูแลเด็กวัยรุ่นติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์. **วารสารกุมารเวชศาสตร์** (กรกฎาคม – กันยายน): 190 - 197.
- เพณณินาท์ โอเบอร์ดอร์เฟอร์, ศุภลักษณ์ เซ็นนันท์, นงเยาว์ วงศ์นุ่ม และวิรัตน์ ศิริสันธนะ. (2549). การให้คำปรึกษาแก่เด็กก่อนวัยรุ่นและวัยรุ่นที่ติดเชื้อเอชไอวีในคลินิกยาต้านไวรัส โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่. **วารสารกุมารเวชศาสตร์** (มกราคม-มีนาคม): 95-99.

- มนิดา บัวสาย. (2551). **ปัจจัยคัดสรรที่ทำนายความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสของเด็กวัยเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- มหาวิทยาลัยบูรพา. (2551). **เอกสารประกอบการประชุมวิชาการ เรื่อง การพัฒนาบทบาทผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูงในยุคปฏิรูประบบสุขภาพ รุ่นที่ 3**. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา. (เอกสารอัดสำเนา).
- รัตนวลี พิบูลนิยม. (2551). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่มีผลต่อการกินยาตรงเวลาและระดับภูมิคุ้มกัน CD4 ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์. **วารสารวิชาการสาธารณสุข** 17(5): 855-862.
- รัตน์ศิริ ทาโต. (2551). **การวิจัยทางการพยาบาลศาสตร์: แนวคิดสู่การประยุกต์ใช้**. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วรารภรณ์ บุญเชียง, วิจิตร ศรีสุพรรณ, วิลาวัณย์ เตือนราษฎร และเอกรัฐ บุญเชียง. (2551). ปัจจัยส่งเสริมการมีชีวิตยืนยาวของผู้ติดเชื้อเอชไอวี. **วารสารโรคเอดส์** 21(1): 36-46.
- วันทนา มณีศรีวงศ์กุล. (2547). การสังเคราะห์ความรู้เกี่ยวกับความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านเอชไอวี. ใน พิระมณ นิงสานนท์, สัญชัย ชาสมบัติ, ธิดาพร จิรวัดนะไพศาล และ สุวณีย์ ไหมสุวรรณ (บรรณาธิการ). **สรุปบทเรียน การส่งเสริมการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์อย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ สำหรับผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์**, หน้า 9-20. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- วัลยา ธรรมพินิจวัฒน์ และคณะ. (2549). การดูแลให้เด็กที่ติดเชื้อเอชไอวีได้รับยาต้านไวรัสอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ. **วารสารพยาบาลศาสตร์** 24(3): 79-89.
- วารุณี พรรณพานิช, ทวี โชติพิทยสุนนท์, นริศ วารณะวัฒน์ และพิมพ์ศิริ เลี้ยวศรีสุข. (2543). ประสิทธิภาพการดูแลรักษาผู้ป่วยเด็กที่ติดเชื้อ HIV สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี. **กุมารเวชสาร** 7(2): 91-94.
- วารุณี ฟองแก้ว, พิมพ์ภรณ์ กลั่นกลิ่น, ประณีต ส่งวัฒนา, สุชาดา ทวีสิทธิ์, พิสมัย หอมจำปา, และฤาเดช เกิดวิชัย. (2549). พฤติกรรมทางเพศของเด็กวัยรุ่นและเยาวชน: สถานการณ์ปัจจุบัน. **วารสารโรคเอดส์** 18(4): 186-200.
- วารุณี ฟองแก้ว และคณะ (บรรณาธิการ). (2549). **คู่มือการสร้างแกนนำเด็กวัยรุ่นตอนต้นเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์**. เชียงใหม่: นพบุรีการพิมพ์.

- วิฐารณ บุญสิทธิ. (2551). การช่วยเหลือด้านจิตใจผู้ป่วยเด็กโรคเรื้อรัง. ใน จารุพิมพ์ สูงสว่าง และคณะ (บรรณาธิการ), **กุมารเวชศาสตร์ทันยุค**, หน้า 267 – 273. กรุงเทพฯ: เฮาแคนดู.
- วินัดดา ปิยะศิลป์ และพนม เกตุมาน. (2545). **จิตเวชเด็กและวัยรุ่น**. กรุงเทพฯ: ปิยอนด์เอ็นเทอร์ไพรซ์.
- วิลาวรรณ สมทรง, ภาสกร อัครเสวี และบุญเชิด กัดดพวง. (2547). การยอมรับในการรักษาอย่างต่อเนื่องของผู้ป่วยวัณโรคปอด ที่ติดเชื้อเอชไอวี. **วารสารวัณโรค โรคทรวงอก และเวชบำบัดวิกฤต** 25(2): 117 – 125.
- วิศิษฐ์ ประสิทธิ์ศิริกุล. (2551). HIV/AIDS from Wasting to Obese : The changing paradigm of Nutrition in HARRT Era. **วารสารโภชนบำบัด** 19(2): 106-108.
- วีณา จีระแพทย์. (2549). **ปรัชญาและแนวคิดการพยาบาลเด็กและบทบาทในการดูแลสุขภาพเด็กของพยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง**. คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. (เอกสารอัดสำเนา).
- ศิริกุล อิศรานุรักษ์. (2549). **การศึกษาสถานการณ์เด็กกำพร้าและเด็กที่ได้รับผลกระทบจากเอชไอวี/เอดส์ในประเทศไทยและรูปแบบความช่วยเหลือ**. นครปฐม: สถาบันพัฒนาการสาธารณสุขอาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สมภพ เรื่องตระกูล. (2544). **ตำราจิตเวชเด็กและวัยรุ่น**. (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: เรือนแก้วการพิมพ์.
- สมภพ เรื่องตระกูล. (2548). **โรคเอดส์ อาการทางจิตเวชและการรักษา**. กรุงเทพฯ: เรือนแก้วการพิมพ์.
- สมหมาย หิรัญนุช. (2546). บทบาทและสมรรถนะของพยาบาลในการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์. ใน ดารณี จามจรี และคณะ, **การดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์**, หน้า 53 – 59. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.
- สุชา จันทร์เอม. (2543). **จิตวิทยาเด็ก**. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ไทยวัฒนาพานิช.
- สุดจิตร์ แก้วมณี, ประณีต ส่งวัฒนา, และอุษณีย์ เพชรรัชตะชาติ. (2549). อาการและการจัดการของผู้ที่ได้รับยาต้านไวรัสเอชไอวี ในโรงพยาบาลศูนย์เขตภาคใต้. **วารสารโรคเอดส์** 18(1): 42-54.

- สุทิน ครอบอภิรดี. (2551). ผลการรักษาผู้ป่วยเด็กติดเชื้อเอชไอวีด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ในโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา. **วารสารวิชาการสาธารณสุข** 17(4): SIV1024-SIV1033.
- สุวนีย์ ใหม่สุวรรณ, ศันสนีย์ สมิตะเกษตริน และจิตรา อ่อนน้อม. (2551). การศึกษากิจกรรมสำหรับผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์เพื่อการกินยาอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ. **วารสารควบคุมโรค** 34(4): 448- 460.
- เสาวคนธ์ อ่อนเกตุพล, กิตติกร นิลมานันต์ และประณีต ส่งวัฒนา. (2549). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์. **วารสารโรคเอดส์** 19(1): 48-62.
- เสาวนีย์ ทรงประโคน. (2549). **ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์อย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอในเด็กที่ติดเชื้อเอชไอวี**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลเด็ก คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- อรวมน ศรียุคศุภ. (2546). การสร้างเสริมสุขภาพในผู้ป่วยเรื้อรัง. **วารสารพยาบาลศาสตร์** 21(2): 8-18.
- อรอนงค์ สาระท่า และนรลักษณ์ เอื้อกิจ. (2551). ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาของเด็กวัยเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ โรงพยาบาลศูนย์ ภาควิชา. **โครงการประชุมวิชาการ เรื่อง การสร้างนวัตกรรมทางการพยาบาลและเผยแพร่ผลงานวิชาการ**, 161-177. คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อดิสร อุดรทักษ์. (2547). **ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการเผชิญปัญหาของวัยรุ่น**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยา คณะจิตวิทยา มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.

### ภาษาอังกฤษ

- Abadia-Barrero, C. E., and LaRusso, M. D. (2006). The Disclosure Model versus a Development illness Experience Model for Children and Adolescents Living with HIV/AIDS in Sao Paulo, Brazil. **AIDS Patient Care and STDs** 20(1): 36-44.
- Albano, F., Spagnuolo, M. I., Canani, R. B., & Guarino, A. (1999). Adherence to antiretroviral therapy in HIV- infected children in Italy. **AIDS Care** 11(6): 711-714.

- Bandura, A. (1997). **Self-efficacy the exercise of control**. United State of America: W.H.Freeman.
- Baylor College of Medicine. (2003). **HIV Curriculum for The Health Professional**. USA: Houston.
- Becker, M. H. (1974). **The Health Belief Model and Personal Health Behavior**. New Jersey: Charles B. Slack.
- Bikaako-Kajura, W., et al. (2006). Disclosure of HIV Status and Adherence to Daily Drug Regimens Among HIV-infected Children in Uganda. **AIDS Behav** 10: s85-s93.
- Burns, N. (2007). **Understanding nursing research: Building an evidence-base practice**. Philadelphia: W.B. Saunders.
- Burns, N., and Grove, S. K. (2001). **The practice of nursing research: Conduct, critique & utilization**. 4<sup>th</sup> ed. New York: W.B. Saunders.
- Cobb, N. J. (2007). **Adolescence**. 6<sup>th</sup> ed. New York: McGraw – Hill.
- Cochran, W. G. (1977). **Sampling Techniques**. 3<sup>rd</sup> ed. Canada: John Wiley & Sons.
- Ferris, M., et al. (2007). The influence of disclosure of HIV diagnosis on time to disease progression in a cohort of Romanian children and teens. **AIDS Care** 19(9): 1088-1094.
- Filho, L. F., et al. (2008). Factors associated with lack of antiretroviral adherence adherence among adolescents in a reference centre in Rio de Janeiro, Brazil. **International Journal of STD & AIDS** 19: 685-688.
- Goffman, E. (1963). **Stigma notes on the Management of Spoiled Identity**. America: Prentice Hall.
- Hammami, N., Nostlinger, C., Hoeree, T., Lefevre, P., Jonckheer, T., & Kolsteren, P. (2004). Integrating Adherence to Highly Active Antiretroviral Therapy Into Children's Daily Lives: A Qualitative Study. **Pediatrics** 114(5): e591-596.
- House, J. S., and Kahn, R. L. (1985). Measures and Concepts of Social Support. In Cohen, S. and Syme, S. L. (ed), **Social support and Health**, pp.83-108. Orlando: Academic Press.



- Jourard, S. M. (1971). **The Transparent Self**. New York: Litton Education Publishing.
- Link, B. G., Yang, L. H., Phelan, J. C., and Collins, P. Y. (2004). Measuring Mental Illness Stigma. **Schizophrenia Bulletin** 30(3): 511-539.
- Luszczynska, A., Sarkar, Y., and Knoll, N. (2007). Received social support, self-efficacy, and finding benefits in disease as predictors of physical functioning and adherence to antiretroviral therapy. **Patient Education and Counseling** 66: 37-42.
- Mandleco, B. L., and McCoy, J. K. (2002). Growth and development of the adolescent. In N. L. Potts and B. L. Mandleco(ed), **Pediatric nursing**, pp.305-347. NY: Delmar.
- Marhefka, S. L., et al. (2006). Caregiver Psychosocial Characteristics and children's Adherence to Antiretroviral Therapy. **AIDS Patient Care and STDs** 20(6): 429-437.
- Mellins, C. A., Brackis-Cott, E., Dolezel, C., and Abrams, E. J. (2004). The role of psychosocial and family factors in adherence to antiretroviral treatment in human immunodeficiency virus-infected children. **Pediatr Infect Dis J** 23(11): 1035-1041.
- Mellins, C. A., Brackis-Cott, E., Dolezal, C., and Abrams, E. J. (2006). Psychiatric Disorders in Youth With Perinatally Acquired Human Immunodeficiency Virus Infection. **The Pediatric Infectious Disease Journal** 25(5): 432-437.
- Merzel, C., VanDevanter, N., and Irvine, M. (2008). Adherence to Antiretroviral Therapy among Older Children and Adolescents with HIV: A Qualitative Study of Psychosocial Contexts. **AIDS Patient Care and STDs** 22(12): 977-987.
- Murphy, D. A., et al. (2001). Antiretroviral medication adherence among the RECH HIV-infected adolescent cohort in the USA. **AIDS CARE** 13(1): 27-40.
- Naar-King, S., et al. (2006). Psychosocial Factors and Medication Adherence in HIV – Positive Youth. **AIDS Patient Care and STDs** 20(1): 44 – 47.
- Pender, N. J. (2006). **Health Promotion in nursing practice**. 5<sup>th</sup>ed. New Jersey: Pearson Education.

- Plowfield, L. A. (2007). HIV Disease in Children 25 Years Later. *Pediatric Nursing* 33(3): 274 – 279.
- Polit, D. F., and Beck, T. B. (2004). **Nursing research: Principles and methods**. 7<sup>th</sup> ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Potts, N. L., & Mandleco, B. L. (2002). **Pediatric Nursing Caring for Children and Their Families**. USA: Thomson Learning.
- Potts, N. L., & Mandleco, B. L. (2007). **Pediatric Nursing Caring for Children and Their Family**. 2<sup>rd</sup> ed. Canada: Thomson Delmar Learning.
- Pugatch, D., Bennett, L., and Patterson, D. (2002). HIV Medication Adherence in Adolescents: A Qualitative Study. *Journal of HIV/AIDS Prevention & Education for Adolescents & children* 5: 9-31.
- Rao, R., Sagar, R., Kabra, S. K., and Lodha, R. (2007). Psychiatric morbidity in HIV infected children. *AIDS Care* 19(6): 823-833.
- Riddel, J., and Moon, M. W. (1996). Children With HIV Becoming Adolescents: Caring for Long-Term Survivors. *Pediatric Nursing* 22(3): 220-227.
- Roberts, K. J. (2005). Barriers to Antiretroviral Medication Adherence in Young HIV-Infected Children. *Youth & Society* 37(2): 230-245.
- Sherman, B. F., Bonanno, G. A., Wiener, L. S., and Battles, H. B. (2000). When Children Tell Their Friends They Have AIDS: Possible Consequences for Psychological Well-Being and Disease Progression. *Psychosomatic Medicine* 62: 238- 247.
- Stirratt, M. J., Remien, R. H., Smith, A., Copeland, O. Q., Dolezal, C., and Krieger, D. (2006). The Role of HIV Serostatus Disclosure in Antiretroviral Medical Adherence. *AIDS Behavior* 10: 483-493.
- Uldall, K. K., et al. (2004). Adherence in people living with HIV/AIDS, mental illness, and chemical dependency: a review of the literature. *AIDS Care* 16: S71- S96.
- Vreeman, R. C., Wiehe, S. E., Pearce, E. C., and Nyandiko, W. M. (2008). A Systematic Review of Pediatric adherence to Antiretroviral Therapy in Low-and Middle-Income Countries. *The Pediatric Infectious Disease Journal* 27(8): 686-691.

- Wiener, L. S., and Lyon, M. E. (2006). HIV Disclosure: Who knows? Who needs to know? Clinical and ethical considerations. In M. E. Lyon, and L. J. Angelo (ed), **Teenagers HIV and AIDS**, pp.105-126. Westport: Praeger Publishers.
- Williams, P. L., et al. (2006). Predictors of Adherence to Antiretroviral Medications in Children and Adolescents With HIV Infection. **Pediatrics** 118(6): e1745-e1757.
- Winnick, S., Lucus, D. O., Hartman, A. L., and Toll, D. (2005). How Do You Improve Compliance?. **Pediatrics** 115(6): e718-e724.
- WHO. (2003). **Adherence to Long – Term Therapies Evidence for action**. Switzerland: World Health Organization.
- WHO. (2008). **Report on the global AIDS epidemic, UNAIDS/WHO, July 2008**. [Online]. Available from :[http://data.unaids.org/pub/GlobalReport/2008/20080820\\_gr08\\_annex1\\_table\\_en.xls](http://data.unaids.org/pub/GlobalReport/2008/20080820_gr08_annex1_table_en.xls) [2009,June 18]
- Whetten, K. (2008). Trauma, Mental Health, Distrust, and Stigma Among HIV-Positive Person: Implications for Effective Care. **Psychosomatic Medicine** 70: 531-538.
- Wright, K. et al. (2007). Stigma Scale Revised: Reliability and Validity of a Brief Measure of Stigma for HIV Positive Youth. **Journal of Adolescent Health** 40: 96-98.



ภาคผนวก

ศูนย์วิจัยทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ภาคผนวก ก  
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิและผู้เชี่ยวชาญ



ศูนย์วิจัยทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



## รายนามผู้ทรงคุณวุฒิและผู้เชี่ยวชาญ

### ผู้ทรงคุณวุฒิ

รศ.พญ.ธันยวีร์ ภูธนกิจ

รศ.ดร.สุรียพร ธนศิลป์

อาจารย์ ดร.เพ็ญนภา แดงด้อมยุทธ์

นางพิมพ์ศิริ เลี้ยวศรีสุข

นางอรอนงค์ สาระท่า

รศ.ดร.บัณฑิต วาสนสมลิตี

### สังกัด

อาจารย์แพทย์ประจำภาควิชากุมารเวชศาสตร์  
โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

อาจารย์พยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

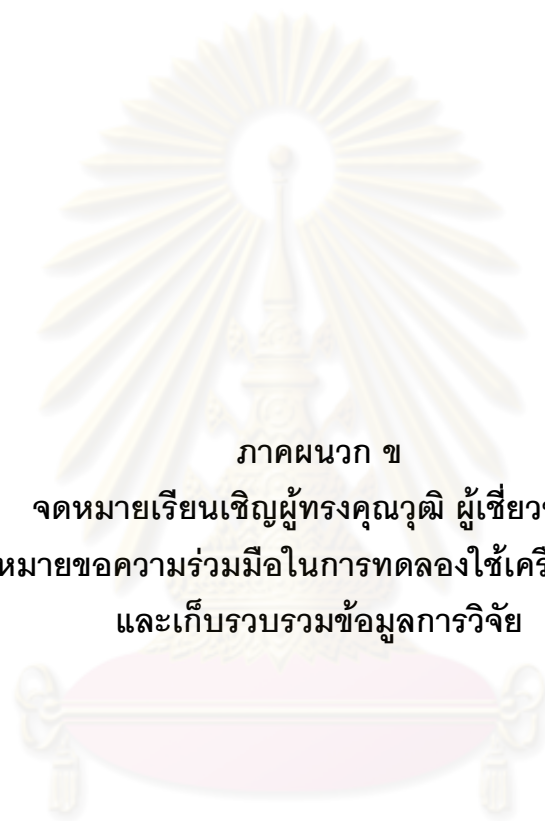
อาจารย์พยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

พยาบาลวิชาชีพระดับชำนาญการ คลินิกโรค  
ติดเชื้อ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

พยาบาลวิชาชีพระดับชำนาญการ ประจำตึก  
กุมารเวช โรงพยาบาลวชิระภูเก็ต

อาจารย์ประจำศูนย์การแปลและการล่ามเฉลิม  
พระเกียรติ สถาบันภาษา จุฬาลงกรณ์  
มหาวิทยาลัย

ศูนย์วิทยทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก ข

จดหมายเรียนเชิญผู้ทรงคุณวุฒิ ผู้เชี่ยวชาญ  
จดหมายขอความร่วมมือในการทดลองใช้เครื่องมือวิจัย  
และเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

ศูนย์วิจัยทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ที่ ศธ 0512.11/ 0201

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

อาคารวิทยกิตติ์ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64

เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

๔ กุมภาพันธ์ 2553

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ (ฉบับสังเขป) จำนวน 1 ชุด  
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวณมล คมกล้า นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยทำนายความร่วมมือในการรักษาของวัยรุ่นที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นรลัทขณ์ เอื้อกิจ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ รองศาสตราจารย์ แพทย์หญิง ธันยวีร์ ภูธนกิจ ภาควิชากุมารเวช เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ



(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา)

รองคณบดีฝ่ายวิชาการ

ปฏิบัติกรแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

รองศาสตราจารย์ แพทย์หญิง ธันยวีร์ ภูธนกิจ

งานบริการการศึกษา

โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806

อาจารย์ที่ปรึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นรลัทขณ์ เอื้อกิจ โทร. 0-2218-9804

ชื่อนิสิต

นางสาวณมล คมกล้า โทร. 08-9474-3545



## บันทึกข้อความ

ส่วนงาน งานบริการการศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาฯ โทร. 89825 โทรสาร 89806

ที่ ศธ 0512.11/ ๐๗๖

วันที่ ๑ กุมภาพันธ์ 2553

เรื่อง ขอเรียนเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน รองศาสตราจารย์ ดร. สุวีพร ธนศิลป์

- สิ่งที่ส่งมาด้วย
1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ (ฉบับสังเขป) จำนวน 1 ชุด
  2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวนฤมล คมกล้า นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยทำนายความร่วมมือในการรักษาของวัยรุ่นที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นรลักษณ์ เอื้อกิจ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิตดสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อขอเรียนเชิญท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกวร จิตปัญญา)

รองคณบดีฝ่ายวิชาการ

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

อาจารย์ที่ปรึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นรลักษณ์ เอื้อกิจ โทร. 0-2218-9804

ชื่อนิสิต

นางสาวนฤมล คมกล้า โทร. 08-9474-3545



## บันทึกข้อความ

ส่วนงาน งานบริการการศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาฯ โทร. 89825 โทรสาร 89806

ที่ ศธ 0512.11/ 0101

วันที่ ๑ กุมภาพันธ์ 2553

เรื่อง ขอเรียนเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน อาจารย์ ดร. เพ็ญภา แดงค้อมยุทธ์

- สิ่งที่ส่งมาด้วย
1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ (ฉบับสังเขป) จำนวน 1 ชุด
  2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวนฤมล คมกล้า นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยทำนายความร่วมมือในการรักษาของวัยรุ่นที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นรลักษ์ณ์ เอื้อกิจ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในกรณีนี้จึงขอเรียนเชิญท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อขอเรียนเชิญท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา)

รองคณบดีฝ่ายวิชาการ

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

อาจารย์ที่ปรึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นรลักษ์ณ์ เอื้อกิจ โทร. 0-2218-9804

ชื่อนิสิต

นางสาวนฤมล คมกล้า โทร. 08-9474-3545



ที่ ศธ 0512.11/ 0201

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
อาคารวิทยกิตติ์ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64  
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

๑ กุมภาพันธ์ 2553

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ (ฉบับสังเขป) จำนวน 1 ชุด  
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวนฤมล คมกล้า นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยทำนายความร่วมมือในการรักษาของวัยรุ่นที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นรลักษณ์ เอื้อกิจ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ นางพิมพ์ศิริ เกี้ยวสกุล พยาบาลวิชาชีพระดับชำนาญการ คลินิกภูมิคุ้มกัน เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ



(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา)

รองคณบดีฝ่ายวิชาการ

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

นางพิมพ์ศิริ เกี้ยวสกุล

งานบริการการศึกษา

โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806

อาจารย์ที่ปรึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นรลักษณ์ เอื้อกิจ โทร. 0-2218-9804

ชื่อนิสิต

นางสาวนฤมล คมกล้า โทร. 08-9474-3545



ที่ ศษ 0512.11/ 0101

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
อาคารวิทยกิตติ์ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64  
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

๙ กุมภาพันธ์ 2553

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลวชิระภูเก็ต

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ (ฉบับสังเขป) จำนวน 1 ชุด  
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวณมล คมกล้า นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยทำนายความร่วมมือในการรักษาของวัยรุ่นที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นรลักษณ์ เอื้อกิจ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ นางอรอนงค์ สาระท่า พยาบาลวิชาชีพระดับชำนาญการ พยาบาลประจำแผนกกุมารเวช เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ



(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา)

รองคณบดีฝ่ายวิชาการ

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

นางอรอนงค์ สาระท่า

งานบริการการศึกษา

โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806

อาจารย์ที่ปรึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นรลักษณ์ เอื้อกิจ โทร. 0-2218-9804

ชื่อนิสิต

นางสาวณมล คมกล้า โทร. 08-9474-3545



## บันทึกข้อความ

ส่วนงาน งานบริการการศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาฯ โทร. 89825 โทรสาร 89806

ที่ สร 0512.11/ 02๐๐

วันที่ ๑ กุมภาพันธ์ 2553

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้เชี่ยวชาญ

เรียน ผู้อำนวยการสถาบันภาษา

เนื่องด้วย นางสาวนฤมล คมกล้า นิสิตชั้นปริญญาโท สาขาพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยทำนายความร่วมมือในการรักษาของวัยรุ่นที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นรลักษ์ณ์ เอื้อกิจ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ รองศาสตราจารย์ ดร. ปัญชติ วาสนสมสิทธิ์ ศูนย์การแปลและการล่ามเฉลิมพระเกียรติ เป็นผู้เชี่ยวชาญในการให้ข้อมูลตามแบบสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญดังกล่าวตามที่แนบเพื่อประโยชน์ทางวิชาการ ทั้งนี้สัปดาห์จะประสานงานเรื่องวัน เวลา และสถานที่ในการสัมภาษณ์ต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้เชี่ยวชาญในการให้ข้อมูลดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา)

รองคณบดีฝ่ายวิชาการ

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

รองศาสตราจารย์ ดร. ปัญชติ วาสนสมสิทธิ์

อาจารย์ที่ปรึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นรลักษ์ณ์ เอื้อกิจ โทร. 0-2218-9804

ชื่อนิสิต

นางสาวนฤมล คมกล้า โทร. 08-9474-3545

ที่ ศบ 0512.11/1049

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

อาคารวิทยกิตติ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64

เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

29 มิถุนายน 2553

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ให้หนังสือเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลลำปาง

เนื่องด้วย นางสาวนฤมล คมกล้า นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยทำนายความร่วมมือในการรักษาของวัยรุ่นที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นรลัทขณ์ เอื้อกิจ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้ใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้หนังสือดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย จากกลุ่มตัวอย่างวัยรุ่นที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ อายุ 11-18 ปี ที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก (รับขาด้านไวรัส) จำนวน 40 คน โดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามความร่วมมือในการรักษา แบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ในการรักษา แบบสอบถามการรับรู้อุปสรรคในการรักษา แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตน แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม แบบสอบถามการเปิดเผยสถานะการติดเชื้อ และแบบสอบถามการรับรู้ตราบาป ทั้งนี้หนังสือจะประสานงาน เรื่อง วัน และเวลา ในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางสาวนฤมล คมกล้า ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ



(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา)

รองคณบดีฝ่ายวิชาการ

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล

งานบริการการศึกษา

โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806

อาจารย์ที่ปรึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นรลัทขณ์ เอื้อกิจ โทร. 0-2218-9804

ชื่อนิสิต

นางสาวนฤมล คมกล้า โทร. 08-9474-3545

ที่ ศธ 0512.11/ 0๒๕๑

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

อาคารวิทยกิตติ์ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64

เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

๒3 กุมภาพันธ์ 2553

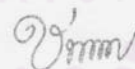
เรื่อง ขอลความอนุเคราะห์ให้นิติศาสตร์รวบรวมข้อมูลการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร

เนื่องด้วย นางสาวนฤมล คมกล้า นิติชำนาญการพิเศษ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยทำนายความร่วมมือในการรักษาของวัยรุ่นที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นรลักษณ์ เอื้อกิจ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้ใคร่ขอลความอนุเคราะห์ให้นิติศาสตร์ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย จากกลุ่มตัวอย่างวัยรุ่นที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ อายุ 11-18 ปี จำนวน 20 คน ณ แผนกผู้ป่วยนอก (รับขาด้านไวรัส) โดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามความร่วมมือในการรักษา แบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ในการรักษา แบบสอบถามการรับรู้อุปสรรคในการรักษา แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตน แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม แบบสอบถามการเปิดเผยสภาวะการติดเชื้อ และแบบสอบถามการรับรู้ตราใบ ทั้งนี้นิติศาสตร์จะประสานงาน เรื่อง วัน และเวลา ในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางสาวนฤมล คมกล้า ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ



(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกร จิตปัญญา)

รองคณบดีฝ่ายวิชาการ

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล

งานบริการการศึกษา

โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806

อาจารย์ที่ปรึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นรลักษณ์ เอื้อกิจ โทร. 0-2218-9804

ชื่อนิติ

นางสาวนฤมล คมกล้า โทร. 08-9474-3545



ที่ ศร 0512.11/ 0๑๖๑

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

อาคารวิทยกิตติ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64

เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

๑๖ กุมภาพันธ์ 2553

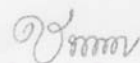
เรื่อง ขอบความอนุเคราะห์ให้นักศึกษาเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชลบุรี

เนื่องด้วย นางสาวนฤมล คมกล้า นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยทำนายความร่วมมือในการรักษาของวัยรุ่นที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นรลักษณ์ เอื้อกิจ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้ใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้นักศึกษาดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย จากกลุ่มตัวอย่างวัยรุ่นที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ อายุ 11-18 ปี จำนวน 20 คน ณ แผนกผู้ป่วยนอก (รับยาด้านไวรัส) โดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามความร่วมมือในการรักษา แบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ในการรักษา แบบสอบถามการรับรู้อุปสรรคในการรักษา แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตน แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม แบบสอบถามการเปิดเผยสภาวะการติดเชื้อ และแบบสอบถามการรับรู้ตราป ทั้งนี้นิสิตจะประสานงาน เรื่อง วัน และเวลา ในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางสาวนฤมล คมกล้า ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ



(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา)

รองคณบดีฝ่ายวิชาการ

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล

งานบริการการศึกษา โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806

อาจารย์ที่ปรึกษา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นรลักษณ์ เอื้อกิจ โทร. 0-2218-9804

ชื่อนิสิต นางสาวนฤมล คมกล้า โทร. 08-9474-3545



ที่ ศธ 0512.11/ 0๒๒

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
อาคารวิทยศักดิ์ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64  
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

๒๓ กุมภาพันธ์ 2553

เรื่อง ขอบความอนุเคราะห์ให้นักศึกษาเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย


เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช

เนื่องด้วย นางสาวนฤมล คมกล้า นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยทำนายความร่วมมือในการรักษาของวัยรุ่นที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นรลักษ์ณ์ เอื้อกิจ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้ใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้นักศึกษาดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย จากกลุ่มตัวอย่างวัยรุ่นที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ อายุ 11-18 ปี จำนวน 40 คน ณ แผนกผู้ป่วยนอก (รับทางด้านไวรัส) โดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามความร่วมมือในการรักษา แบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ในการรักษา แบบสอบถามการรับรู้อุปสรรคในการรักษา แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตน แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม แบบสอบถามการเปิดเผยสภาวะการติดเชื้อ และแบบสอบถามการรับรู้ตราใบ ทั้งนี้ นิสิตจะประสานงาน เรื่อง วัน และเวลา ในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

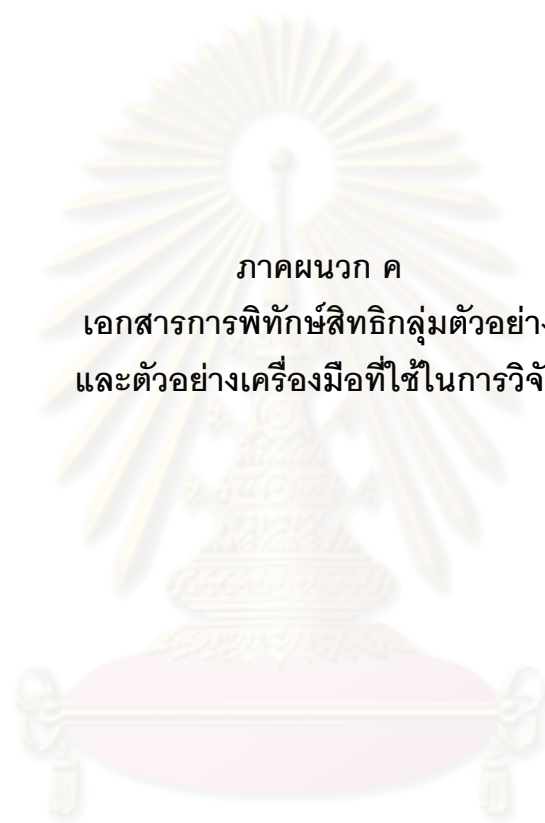
จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางสาวนฤมล คมกล้า ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ศูนย์วิทยทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ขอแสดงความนับถือ

  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนภพร จิตปัญญา)  
รองคณบดีฝ่ายวิชาการ  
ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน	หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล
งานบริการการศึกษา	โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806
อาจารย์ที่ปรึกษา	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นรลักษ์ณ์ เอื้อกิจ โทร. 0-2218-9804
ชื่อนิสิต	นางสาวนฤมล คมกล้า โทร. 08-9474-3545



ภาคผนวก ค

เอกสารการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง  
และตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ศูนย์วิจัยทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
อาคารสถาบัน 2 ชั้น 4 ซอยจุฬาลงกรณ์ 62 ถนนพญาไท เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330  
โทรศัพท์: 0-2218-8147 โทรสาร: 0-2218-8147 E-mail: eccu@chula.ac.th

COA No. 058/2553

## ใบรับรองโครงการวิจัย

โครงการวิจัยที่ 023.1/53 : ปัจจัยทำนายความร่วมมือในการรักษาของวัยรุ่นที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์  
ผู้วิจัยหลัก : นางสาวนฤมล คมกล้า นิสิตระดับมหาบัณฑิต  
หน่วยงาน : คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
ได้พิจารณา โดยใช้หลัก ของ The International Conference on Harmonization – Good Clinical Practice (ICH-GCP) อนุมัติให้ดำเนินการศึกษาวิจัยเรื่องดังกล่าวได้

ลงนาม.....  
(รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ปรีดา ทັນประดิษฐ์)  
ประธาน

ลงนาม.....  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นันทรี ชัยชนะวงศาโรจน์)  
กรรมการและเลขานุการ

วันที่รับรอง : 25 พฤษภาคม 2553

วันหมดอายุ : 24 พฤษภาคม 2554

## เอกสารที่คณะกรรมการรับรอง

- 1) โครงการวิจัย
- 2) ข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยและใบยินยอมของกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย
- 3) ผู้วิจัย
- 4) แบบสอบถาม



เลขที่โครงการวิจัย ..... 023.1/53  
วันที่รับรอง ..... 25 พ.ค. 2553  
วันหมดอายุ ..... 24 พ.ค. 2554

## เงื่อนไข

1. ข้าพเจ้ารับทราบว่าเป็นการพิจารณาจริยธรรม หากดำเนินการเก็บข้อมูลการวิจัยก่อนได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยฯ
2. หากใบรับรองโครงการวิจัยหมดอายุ การดำเนินการวิจัยต้องยุติ เมื่อต้องการต่ออายุต้องขออนุมัติใหม่ล่วงหน้าไม่ต่ำกว่า 1 เดือน พร้อมส่งรายงานความก้าวหน้าการวิจัย
3. ต้องดำเนินการวิจัยตามที่ระบุไว้ในโครงการวิจัยอย่างเคร่งครัด
4. ใช้เอกสารข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย ใบยินยอมของกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย และเอกสารเชิญเข้าร่วมวิจัย (ถ้ามี) เฉพาะที่ประทับตราคณะกรรมการเท่านั้น แล้วส่งสำเนาใบแรกที่ใช้เอกสารดังกล่าวมาที่คณะกรรมการ
5. หากเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ร้ายแรงในสถานที่เก็บข้อมูลที่ขออนุมัติจากคณะกรรมการ ต้องรายงานคณะกรรมการภายใน 5 วันทำการ
6. หากมีการเปลี่ยนแปลงการดำเนินการวิจัย ให้ส่งคณะกรรมการพิจารณารับรองก่อนดำเนินการ
7. โครงการวิจัยไม่เกิน 1 ปี ส่งแบบรายงานสิ้นสุดโครงการวิจัย (AF 03-11) และบทคัดย่อผลการวิจัยภายใน 30 วัน เมื่อโครงการวิจัยเสร็จสิ้น สำหรับโครงการวิจัยที่เป็นวิทยานิพนธ์ให้ส่งบทคัดย่อผลการวิจัย ภายใน 30 วัน เมื่อโครงการวิจัยเสร็จสิ้น



EC-Q&amp;MICH

EC-Q&amp;MICH

EC-Q&amp;MICH

EC-Q&amp;MICH

EC-Q&amp;MICH

EC-Q&amp;MICH



เอกสารเลขที่ EC. 097/2553

EC.12 T

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์  
ของสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

19 เมษายน 2553

เรื่อง : แจ้งผลการพิจารณาโครงการวิจัย  
โครงการวิจัย : ปัจจัยทำนายความร่วมมือในการรักษาของวัยรุ่นที่ติดเชื้อเอชไอวี/ เอดส์ (PREDICTING FACTORS OF ADHERENCE TO REGIMENS AMONG ADOLESCENT LIVING WITH HIV/ AIDS)  
รหัสโครงการ : Document No 53-055  
ผู้ดำเนินการวิจัย : นางสาวนฤมล คมกล้า ร่วมกับ นางพิมพ์ศิริ เสือศรีสุข  
สถานที่ดำเนินการวิจัย : สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี  
ระยะเวลาดำเนินการ : 1 มิถุนายน 2552 - 30 กันยายน 2553  
เอกสารที่พิจารณา : 1. แบบเสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับพิจารณาจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี (Proposal version dated, 12 เมษายน 2553 : ฉบับภาษาไทย)  
2. เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย (Participant Information Sheet)  
3. หนังสือแสดงเจตนายินยอมด้วยความสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย (Information consent Form)  
4. แบบสอบถามของโครงการวิจัย

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี ได้พิจารณาโครงการฉบับภาษาไทยแล้ว คณะกรรมการฯ พิจารณาอนุมัติในแง่จริยธรรมให้ดำเนินการศึกษาวิจัยเรื่องข้างต้นได้ ตั้งแต่วันที่ 19 เมษายน 2553 ถึงวันที่ 18 เมษายน 2554 อนึ่ง ท่านต้องรายงานสถานะของโครงการให้คณะกรรมการฯ ทราบทุกปี เพื่ออนุมัติดำเนินการต่อจนกว่าจะหมดอายุโครงการ

( รศ.คลินิกแพทย์หญิงอุไรวรรณ ไชติเกียรติ )

กรรมการและเลขานุการคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์  
ของสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

( แพทย์หญิงรัตโนทัย พลัมภูการ )

ประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์  
ของสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

ศูนย์วิจัยและพัฒนา  
สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี  
Tel/Fax: (+66) 0-2-644-8943

รับรองตั้งแต่วันที่ 19 เมษายน 2553 ถึงวันที่ 18 เมษายน 2554  
แจ้งขอมติที่ประชุม ครั้งที่ 7/2553 วันที่ 5 เมษายน 2553

EC-Q&amp;MICH

EC-Q&amp;MICH

EC-Q&amp;MICH

EC-Q&amp;MICH

EC-Q&amp;MICH

EC-Q&amp;MICH



ที่ ลป 0027.101.7/ ๑๗๒๖

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
แผนกสารบรรณ
เลขที่หนังสือรับ ๒๕๐๓
ว.ด.ป. ๑ ส.ค. ๕๓
เวลา ๑๔.๒๑ น.

โรงพยาบาลลำปาง

280 ถนนพหลโยธิน ลป 52000

๒๑ กรกฎาคม 2553

เรื่อง ขอบความอนุเคราะห์ให้หนังสือเก็บรวบรวมข้อมูลการทำวิจัย

เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

อ้างถึง หนังสือคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่ ศช 0512.11/1049 ลงวันที่ 29 มิถุนายน 2553

ตามหนังสือที่อ้างถึงแจ้งว่า นางสาวนฤมล คมกล้า นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยทำนายความร่วมมือในการรักษาของวัยรุ่นที่ติดเชื้อเอช ไอ วี/เอดส์” โดยขอความอนุเคราะห์ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยจากกลุ่มตัวอย่างวัยรุ่นที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ อายุ 11-18 ปี ที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก(รับยาต้านไวรัส) จำนวน 40 คน โดยใช้แบบสอบถามนั้น

โรงพยาบาลลำปางขอเรียนว่า ไม่ขัดข้องอนุญาตให้เข้ามาเก็บข้อมูลดังกล่าวได้ ด้วยตนเอง โดยประสานงานโดยตรงที่ คุณศนิชา เศรษฐชัยยันต์ ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์ 0 5422 3623 ต่อ 1209 และเพื่อให้การดำเนินการรวบรวมข้อมูลเป็นไปด้วยความเรียบร้อย ขอให้ปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติที่กำหนดในระเบียบการทำวิจัยและเก็บข้อมูลของโรงพยาบาลลำปาง ที่ได้แนบมาก่อนหน้านี้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

ขอแสดงความนับถือ

(นายราชิน อโรรา)

นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ

ปฏิบัติราชการแทนผู้อำนวยการ โรงพยาบาลลำปาง

ฝ่ายการเจ้าหน้าที่

โทร. 0 5422 3623 ต่อ 1228

โทรสาร 0 5422 6126



เอกสารเลขที่ ๒๒ /2553



เอกสารรับรองโครงการวิจัย  
โดย คณะกรรมการวิจัย โรงพยาบาลชลบุรี

โครงการวิจัย : ปัจจัยทำนายความร่วมมือในการรักษาของวัยรุ่นที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์  
PREDICTING FACTORS OF ADHERENCE TO REGIMENS  
AMONG ADOLESCENT LIVING WITH HIV/AIDS

ผู้ดำเนินการวิจัยหลัก : นางสาวนฤมล คมกล้า

หน่วยงานที่รับผิดชอบ : คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

คณะกรรมการวิจัย โรงพยาบาลชลบุรี ได้พิจารณาแล้วเห็นว่าสมควรให้ดำเนินการวิจัยในขอบข่ายของ  
โครงการวิจัยที่เสนอได้ ตั้งแต่ตั้งแต่วันที่ 1 มิถุนายน 2552 จนถึงวันที่ 30 ตุลาคม 2553

ออกหนังสือ ณ วันที่ 21 เมษายน 2553

ลงนาม

(นายแพทย์พงษ์เทพ ไชยประสิทธิ์)

ประธานคณะกรรมการวิจัย

ลงนาม

(นายแพทย์ชาติร์ ดันดิยวงศ์)

ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลชลบุรี

## แบบฟอร์มขออนุญาตเก็บข้อมูลเพื่อการวิจัยหรือวิทยานิพนธ์ ณ โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช

## ส่วนที่ 1 ข้อมูลผู้วิจัย

ข้าพเจ้า นางสาว นฤมล นามสกุล คมกล้ำ นิสิตหลักสูตร พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขา  
 การพยาบาลเด็ก คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบัน จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ขออนุญาตเก็บข้อมูลเพื่อทำวิจัย  
 หรือวิทยานิพนธ์เรื่อง ปัจจัยทำนายความร่วมมือในการรักษาของวัยรุ่นที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ สถานที่เก็บข้อมูล  
 แผนกผู้ป่วยนอก (รับยาด้านไวรัส) ช่วงเวลาที่เก็บข้อมูล 1 มิถุนายน-31 ตุลาคม 2553 รายละเอียดตามหนังสือ  
 ขอความอนุเคราะห์ให้บันทึกเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย ที่ ศส.0512.11/0262 ลงวันที่ 23 กุมภาพันธ์ 2553

## ส่วนที่ 2 คำยินยอมของผู้วิจัย

หลังจากเสร็จสิ้นการทำวิจัยหรือวิทยานิพนธ์แล้วข้าพเจ้ายินดี

1. มอบผลงานวิจัยหรือวิทยานิพนธ์ฉบับสมบูรณ์ให้โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช จำนวน 1 เล่ม  
 เพื่อเป็นประโยชน์ในการศึกษาค้นคว้าและพัฒนางานของโรงพยาบาล

2. หากโรงพยาบาลทำการศึกษาวิจัยในเรื่องที่เกี่ยวข้องนี้ ข้าพเจ้ายินดีและพร้อมให้คำปรึกษา หากทาง  
 โรงพยาบาลต้องการ

ลงชื่อ ..... นฤมล คมกล้ำ .....

( นางสาว นฤมล คมกล้ำ )

วันที่ 28 เดือน เมษายน พ.ศ. 2553

## ส่วนที่ 3 ข้อพิจารณาของผู้อำนวยการหรือผู้รับมอบอำนาจ

อนุญาต

ไม่อนุญาต เนื่องจาก .....

ลงชื่อ.....

( นฤมล คมกล้ำ )

วันที่ 18 เดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2553

## ส่วนที่ 4 การติดตาม (เจ้าหน้าที่งานผลิตและพัฒนาบุคลากร)

ได้รับวิจัยหรือวิทยานิพนธ์ฉบับสมบูรณ์ เมื่อวันที่ ..... เดือน..... พ.ศ.....

ยังไม่ได้รับวิจัยหรือวิทยานิพนธ์ฉบับสมบูรณ์

ลงชื่อ.....

(.....)

วันที่.....เดือน..... พ.ศ.....

**เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย**  
(Participant Information Sheet)

ในเอกสารนี้อาจมีข้อความที่ท่านอ่านแล้วไม่เข้าใจ โปรดสอบถามหัวหน้าโครงการวิจัย หรือผู้แทนให้ช่วยอธิบายจนกว่าจะเข้าใจดี

**ชื่อโครงการ** ปัจจัยทำนายความร่วมมือในการรักษาของวัยรุ่นที่เจ็บป่วย

**ชื่อผู้วิจัย** นางสาวนฤมล คมกล้า ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพระดับชำนาญการ

**สถานที่ปฏิบัติงาน** โรงพยาบาลชิริเวชปฏิบัติ ต.ตลาดใหญ่ อ.เมือง จ.ภูเก็ต 83000

**ที่อยู่ปัจจุบัน** สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย 21/12 ซ.ชวกุล ถ.รางน้ำ เขตราชเทวี กรุงเทพฯ 10400 โทรศัพท์เคลื่อนที่ 089-4743545 E-mail: [K.mol22@hotmail.com](mailto:K.mol22@hotmail.com)

**วัตถุประสงค์**

โครงการวิจัยนี้ทำขึ้นเพื่อศึกษาความร่วมมือในการรักษาของวัยรุ่น และศึกษาปัจจัยที่ทำนายความร่วมมือในการรักษา ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ในการรักษา การรับรู้อุปสรรคในการรักษา การรับรู้สมรรถนะแห่งตน การสนับสนุนทางสังคม การเปิดเผยสภาวะการติดเชื้อ และการรับรู้ความรู้สึก กับความร่วมมือในการรักษา

**ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับต่อตัววัยรุ่นและผู้อื่น**

ความร่วมมือในการรักษาเป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยให้วัยรุ่นมีสุขภาพแข็งแรง มีชีวิตยืนยาว มีคุณภาพชีวิตที่ดีเหมาะสม ซึ่งประกอบด้วย การรับประทานยา และการปฏิบัติตัวให้สอดคล้องกับแผนการรักษา ได้แก่ การรับประทานยาที่มีประโยชน์ การมาตรวจตามนัด การออกกำลังกาย การงดสิ่งเสพติด การมีพฤติกรรมทางเพศที่เหมาะสม การทำจิตใจให้ร่าเริงแจ่มใสและการทำสิ่งดีงาม ซึ่งเมื่อได้ข้อมูลจากแบบสอบถามนี้แล้ว พี่พยาบาลจะนำข้อมูลไปทำการวิจัยเพื่อหาคำตอบ และนำไปเป็นแนวทางในการพัฒนากิจกรรมความร่วมมือในการรักษาของวัยรุ่นต่อไป

**เหตุผลที่เชิญชวนให้วัยรุ่นเข้าร่วมโครงการวิจัย**

วัยรุ่นได้รับเชิญให้เข้าร่วมโครงการวิจัยนี้เพราะปัจจุบันที่พยาบาลพบว่าวัยรุ่นยังขาดความร่วมมือในการรักษา ส่งผลทำให้ตัวของวัยรุ่นเองเกิดการดื้อยา มีสุขภาพร่างกายไม่แข็งแรง ซึมเศร้า ไม่มีเพื่อนและมีความสุข ดังนั้นพี่พยาบาลจึงต้องการทราบถึงปัจจัยที่จะทำนายความร่วมมือในการรักษา เพื่อนำข้อมูลไปใช้แก้ไขปัญหาเหล่านี้

**วิธีการวิจัย** การวิจัยนี้มีผู้เข้าร่วมการวิจัย 158 คน มีระยะเวลาในการทำการวิจัย 18 เดือน โดยหลังจากผู้ปกครองตกลงให้วัยรุ่นเข้าร่วมโครงการวิจัยและลงนามในเอกสารยินยอมแล้ว จะปฏิบัติดังนี้

1. พี่พยาบาลจะให้วัยรุ่นช่วยตอบแบบสอบถาม และจะช่วยอ่าน และ/หรือ อธิบายในข้อคำถามที่ยังไม่เข้าใจ ซึ่งจะใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามประมาณ 40 นาที

2. พี่พยาบาลจะถามคำถามเพิ่มเติมจากผู้ปกครอง และขอคูประวัติการรักษาของวัยรุ่น

#### **รายละเอียดในการเข้าร่วมการวิจัย**

- ในการวิจัยครั้งนี้พี่พยาบาลคาดว่าจะไม่มีความเสี่ยงใดๆเกิดขึ้นต่อตัววัยรุ่น โดยในการตอบแบบสอบถามอาจทำให้วัยรุ่นเกิดความเหนื่อยล้าเล็กน้อย และหากวัยรุ่นไม่เข้าร่วมการวิจัยนี้ ก็จะไม่มีผลต่อการรักษา และจะได้รับการตรวจและรักษาโรคตามวิธีการมาตรฐานเช่นเดิม

- วัยรุ่นจะไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายและไม่มีการจ่ายค่าตอบแทนเป็นเงินให้ในการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ แต่พี่พยาบาลจะให้คืนสอหรือปากกาตอบแทนในการที่วัยรุ่นช่วยตอบแบบสอบถาม

- ข้อมูลส่วนตัวของผู้เข้าร่วมการวิจัยจะถูกเก็บรักษาเป็นความลับ และจะถูกจัดเรียงเป็นรหัส โดยจะเปิดเผยผลการวิจัยเป็นภาพรวม และข้อมูลทั้งหมดนำมาใช้เพื่อการวิจัยนี้เท่านั้น

- การเข้าร่วมเป็นกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยเป็นโดย**สมัครใจ** และสามารถ**ปฏิเสธ**ที่จะเข้าร่วมหรือ**ถอนตัว**จากการวิจัยได้ทุกขณะ การเข้าร่วมหรือไม่เข้าร่วมการวิจัยจะไม่มีผลกระทบใดๆ ทั้งสิ้นต่อการเข้ารับการรักษา

- โครงการนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาการศึกษาวิจัยของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ศูนย์วิทยทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## หนังสือแสดงเจตนายินยอมด้วยความสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย

### (Informed consent Form)

การวิจัยเรื่อง **ปัจจัยทำนายความร่วมมือในการรักษาของวัยรุ่นที่เจ็บป่วย**

ข้าพเจ้า.....อายุ.....ปี จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....

โทรศัพท์.....เป็นบิดา/มารดา/ผู้ปกครอง (ด.ญ., ด.ช., น.ส., นาย).....อายุ.....ปี

ก่อนที่จะลงนามในใบยินยอมให้ทำการวิจัยครั้งนี้ ข้าพเจ้าและบุตรหรือเด็กในปกครองของข้าพเจ้าได้รับคำอธิบายจากผู้วิจัยถึงวัตถุประสงค์ วิธีการวิจัย ความเสี่ยง อันตรายที่อาจเกิดขึ้นจากการวิจัยรวมทั้งประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัยอย่างละเอียด และมีความเข้าใจดีแล้ว

ข้าพเจ้าและบุตรหรือเด็กในปกครองของข้าพเจ้าเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้โดยสมัครใจ และสามารถบอกเลิก ยุติ หรือถอนตัว จากการศึกษานี้เมื่อใดก็ได้ และไม่ว่าข้าพเจ้าจะเข้าร่วมในการศึกษาหรือไม่ก็ตาม หรือถอนตัวจากการศึกษานี้ในภายหลัง จะไม่มีผลต่อการเข้ารับบริการป้องกันและรักษาโรคที่ข้าพเจ้าพึงจะได้รับตามสิทธิต่อไป

ผู้วิจัยรับรองว่าจะเก็บข้อมูลเฉพาะเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าและบุตรหรือเด็กในปกครองของข้าพเจ้าเป็นความลับ จะเปิดเผยข้อมูลได้เฉพาะในรูปที่เป็นสรุปผลการวิจัย หรือเป็นการเปิดเผยข้อมูลต่อผู้มีหน้าที่เกี่ยวข้องกับการสนับสนุน และ/หรือ กำกับดูแลการวิจัยเท่านั้น

ผู้วิจัยรับรองว่าจะไม่เกิดอันตรายใดๆจากการวิจัยดังกล่าว โดยสามารถติดต่อผู้วิจัย นางสาวนฤมล คมกล้า ที่อยู่ 21/12 ซ.ชวกุล ถ.รางน้ำ เขตราชเทวี กทม. 10400 เบอร์โทร 089-4743545

หากข้าพเจ้าและบุตร หรือเด็กในปกครองของข้าพเจ้า ได้รับการปฏิบัติไม่ตรงตามที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจง ข้าพเจ้าสามารถร้องเรียนกับ คณะกรรมการพิจารณาการศึกษาวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลมหาราชานครศรีธรรมราชได้ ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นและข้อความในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัยและมีความเข้าใจทุกประการแล้ว หากต้องการเข้าร่วมข้าพเจ้าจะลงชื่อข้างล่างนี้ และข้าพเจ้าจะได้รับสำเนาของเอกสารนี้เพื่อเก็บรักษาไว้ 1 ฉบับ

ลายมือชื่อ/ลายพิมพ์นิ้วหัวแม่มือ.....ผู้ยินยอม(ผู้ป่วย) วัน/เดือน/ปี.....

ลายมือชื่อ.....ผู้ยินยอม(ผู้ปกครอง) วัน/เดือน/ปี.....

ลายมือชื่อ.....ผู้วิจัย วัน/เดือน/ปี.....

ลายมือชื่อ.....พยาน วัน/เดือน/ปี.....

ลายมือชื่อ.....พยาน วัน/เดือน/ปี.....



## แบบสอบถาม

เรื่อง **ปัจจัยทำนายนายความร่วมมือในการรักษาของวัยรุ่นที่เจ็บป่วย**  
**คำชี้แจงในการตอบแบบสอบถาม**

1. แบบสอบถามชุดนี้ประกอบด้วย 8 ส่วน จำนวน 91 ข้อ คือ
  - ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 6 ข้อ
  - ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความร่วมมือในการรักษา จำนวน 24 ข้อ
  - ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ในการรักษา จำนวน 8 ข้อ
  - ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการรับรู้อุปสรรคในการรักษา จำนวน 10 ข้อ
  - ส่วนที่ 5 แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตน จำนวน 13 ข้อ
  - ส่วนที่ 6 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม จำนวน 16 ข้อ
  - ส่วนที่ 7 แบบสอบถามการเปิดเผยสภาวะการติดเชื้อ จำนวน 7 ข้อ
  - ส่วนที่ 8 แบบสอบถามการรับรู้ความรู้สึก จำนวน 7 ข้อ
2. แบบสอบถามชุดนี้ใช้สำหรับเก็บข้อมูลเพื่อการศึกษาวิจัยเท่านั้น ไม่มีผลใดๆ ต่อการรักษาของวัยรุ่น
3. ให้วัยรุ่นอ่านคำชี้แจงของแบบสอบถามแต่ละส่วนอย่างละเอียดจนเข้าใจก่อนลงมือทำ และตอบคำถามให้ครบทุกข้อตามความเป็นจริงเกี่ยวกับความคิดเห็นและความรู้สึกมากที่สุด โดยไม่ต้องเขียนชื่อ/นามสกุลลงไปแบบสอบถามชุดนี้
4. ข้อมูลที่ได้จากการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยขอรับรองว่าจะเก็บรักษาไว้เป็นความลับ และนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวม ไม่มีการนำเสนอรายบุคคลแต่อย่างใด
5. แบบสอบถามทั้งหมด ใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามประมาณ 40 นาที

ขอขอบคุณทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามครั้งนี้

นางสาวนฤมล คมกล้า

นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

### ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

**คำชี้แจง** แบบสอบถามนี้เป็นแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของวัยรุ่น โดยผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัย สอบถามจากผู้ปกครองหรือผู้ป่วยและดูจากแฟ้มประวัติผู้ป่วย

1. อายุ.....ปี

2. เพศ

( ) 1. ชาย ( ) 2. หญิง

3. ปัจจุบันวัยรุ่นพักอาศัยอยู่กับ

- ( ) 1. พ่อและแม่  
 ( ) 2. พ่อ  
 ( ) 3. แม่  
 ( ) 4. ญาติ ระบุ.....  
 ( ) 5. อื่นๆ ระบุ.....

4. วัยรุ่นติดเชื้อจาก

- ( ) 1. มารดาสู่ลูก  
 ( ) 2. การได้รับเลือดหรือผลิตภัณฑ์ของเลือด  
 ( ) 3. การใช้สารเสพติดชนิดเข้าเส้น  
 ( ) 4. การมีเพศสัมพันธ์กับผู้ติดเชื้อ  
 ( ) 5. อื่นๆ ระบุ.....

5. ระยะเวลาที่วัยรุ่นเริ่มรับยาต้านไวรัส ถึงปัจจุบัน .....เดือนปี

6. วัยรุ่นทราบว่าเจ็บป่วยเมื่ออายุ .....ปี

## ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความร่วมมือในการรักษา

**คำชี้แจง** โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องท้ายข้อความที่ตรงกับสิ่งที่ได้ปฏิบัติในชีวิตประจำวัน โดยแต่ละช่องมีความหมายดังนี้

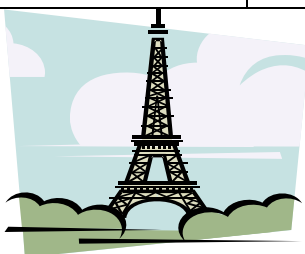
ทำประจำ หมายถึง ผู้ตอบมีการปฏิบัติกิจกรรมนั้นสม่ำเสมอหรือเป็นประจำทุกครั้ง

ทำบ่อย หมายถึง ผู้ตอบมีการปฏิบัติกิจกรรมนั้นได้เป็นส่วนใหญ่หรือเกือบทุกครั้ง

ทำเป็นบางครั้ง หมายถึง ผู้ตอบมีการปฏิบัติกิจกรรมนั้นได้เป็นส่วนน้อยหรือเป็นบางครั้ง

ไม่เคยทำเลย หมายถึง ผู้ตอบไม่เคยปฏิบัติกิจกรรมนั้นเลย

ความร่วมมือในการรักษา	ทำประจำ	ทำบ่อย	ทำบางครั้ง	ไม่ทำเลย
<b>ด้านการรับประทานยา</b> ภายใน 1 เดือนที่ผ่านมา				
1. ฉับรับประทานยา ได้ถูกขนาด ทุกวัน				
2. ฉับรับประทานยา ได้ถูกชนิด ทุกวัน				
3. ....				
4. ....				
<b>ด้านการปฏิบัติตัว</b> ให้สอดคล้องกับแผนการรักษา				
5. ฉับรับประทานอาหารที่ปรุงสุก สะอาด				
6. ฉับรับประทานอาหารครบ 3 มื้อ ครบ 5 หมู่				
7. ฉับชอบรับประทานอาหารที่มีไขมันสูง				
8. ....				
9. ....				
23. ....				
24. <b>ถ้าฉับ</b> มีเพศสัมพันธ์กับผู้อื่น ฉับจะป้องกันด้วยการใช้ถุงยางอนามัย				



### ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ของการรักษา

**คำชี้แจง** แบบสอบถามชุดนี้ต้องการทราบถึง ความคิดเห็น หรือความเชื่อของท่านที่มีต่อ ประโยชน์ของการร่วมมือในการรักษา โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่าง โดยใช้เกณฑ์ในการ พิจารณาดังนี้

เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง ข้อความในประโยคนั้นตรงกับความคิดเห็นมากที่สุด

เห็นด้วย หมายถึง ข้อความในประโยคนั้นตรงกับความคิดเห็นเป็นส่วนใหญ่

ไม่แน่ใจ หมายถึง ข้อความในประโยคนั้นตรงหรือไม่ตรงกับความคิดเห็นไม่มั่นใจ

ไม่เห็นด้วย หมายถึง ข้อความในประโยคนั้นไม่ตรงกับความคิดเห็นเป็นส่วนใหญ่

ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง ข้อความในประโยคนั้นไม่ตรงกับความคิดเห็นเลย

ข้อความ	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็น ด้วย	ไม่ แน่ใจ	ไม่ เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วย อย่างยิ่ง
1. การรับประทานยาครบถ้วน ต่อเนื่องทุกวัน ทำให้ สุขภาพร่างกายของฉันแข็งแรง					
2. การรับประทานยาตรงเวลา ช่วยให้ฉันไม่เจ็บป่วยง่าย					
3. การมาพบแพทย์ตามนัดทุกครั้ง ทำให้ฉันได้รับการ รักษาที่ต่อเนื่อง					
4. การออกกำลังกายสม่ำเสมอช่วยให้ฉันแข็งแรง					
5. ....					
6. ....					
7. ....					
8. การมีคนใกล้ชิดคอยช่วยเหลือ ทำให้ฉันสบายใจและ มีกำลังใจ					

#### ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการรับรู้อุปสรรคในการรักษา

**คำชี้แจง** แบบสอบถามชุดนี้ต้องการทราบถึง ความคิดเห็น หรือ ความเชื่อของท่านที่มีต่อ อุปสรรคของการร่วมมือในการรักษา โปรดอ่านข้อความต่อไปนี้ แล้วทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน ช่องว่าง **เพียงช่องเดียว** โดยใช้เกณฑ์ในการพิจารณา ดังนี้

เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง ข้อความในประโยคนั้นตรงกับความคิดเห็นมากที่สุด

เห็นด้วย หมายถึง ข้อความในประโยคนั้นตรงกับความคิดเห็นเป็นส่วนใหญ่

ไม่แน่ใจ หมายถึง ข้อความในประโยคนั้นตรงหรือไม่ตรงกับความคิดเห็นไม่แน่ใจ

ไม่เห็นด้วย หมายถึง ข้อความในประโยคนั้นไม่ตรงกับความคิดเห็นเป็นส่วนใหญ่

ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง ข้อความในประโยคนั้นไม่ตรงกับความคิดเห็นเลย

ข้อความ	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็น ด้วย	ไม่ แน่ใจ	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง
1. การรับประทานยาตรงเวลา ต่อเนื่อง ทุกวัน ทำได้ยาก					
2. อาการข้างเคียงที่เกิดขึ้นจากยาที่ฉัน รับประทาน ทำให้ฉันคิดว่าถ้าหยุดรับประทาน ยาจะทำให้สุขภาพดีขึ้น					
3. ฉันรู้สึกลำบาก เนื่องจากไม่มีใครพาฉันมา พบแพทย์ ตามนัดทุกครั้ง					
4. การออกกำลังกายสม่ำเสมอเป็นเรื่องยาก สำหรับฉัน					
5. ....					
9. ....					
10. ฉันไม่มีที่ยึดเหนี่ยวพึ่งพิงทางจิตใจ					



### ส่วนที่ 5 แบบทดสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตน

**คำชี้แจง** โปรดพิจารณาข้อความแต่ละข้อแล้วทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างหลังข้อความที่ตรงตามความเชื่อมั่นหรือความสามารถของท่านมากที่สุด **เพียงช่องเดียว** โดยใช้เกณฑ์ ดังนี้

เห็นด้วยมากที่สุด หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความสามารถของตนเองมากที่สุด

เห็นด้วยมาก หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความสามารถของตนเองมาก

เห็นด้วยปานกลาง หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความสามารถของตนเองบางส่วน

เห็นด้วยน้อย หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความสามารถของตนเองเพียงเล็กน้อย

ไม่เห็นด้วยเลย หมายถึง ข้อความนั้นไม่ตรงกับความสามารถของตนเองเลย

การรับรู้สมรรถนะแห่งตน	ระดับความคิดเห็น				
	เห็นด้วยมากที่สุด	เห็นด้วยมาก	เห็นด้วยปานกลาง	เห็นด้วยน้อย	ไม่เห็นด้วยเลย
1.ฉันสามารถไปพบแพทย์/พยาบาลตามนัดทุกครั้ง					
2.ฉันสามารถดูแลสุขภาพตนเองได้ เมื่อมีอาการเจ็บป่วย					
3.ฉันสามารถรับประทานยาให้ครบทุกมื้อ ตรงเวลา ทุกวัน					
4. ....					
12. ....					
13. ฉันเชื่อมั่นว่า ฉันมีกำลังใจที่เข้มแข็งและมีความสุข					

ใกล้เสร็จ  
แล้วครับ  
มาทำกันต่อนะ  
ครับ



### ส่วนที่ 6 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม

**คำชี้แจง** แบบสอบถามนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อวัดการสนับสนุนและช่วยเหลือในระยะเวลาที่คุณเจ็บป่วย โปรดอ่านข้อคำถามที่อยู่ทางด้านซ้ายมือ แล้วทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องคำตอบที่ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด **เพียงคำตอบเดียว** โดยพิจารณาเกณฑ์การเลือกตอบ ดังนี้

ไม่มีเลย หมายถึง ไม่ได้รับการสนับสนุนตรงกับข้อความนั้นเลย

เล็กน้อย หมายถึง ได้รับการสนับสนุนตรงกับข้อความนั้นเล็กน้อย

ปานกลาง หมายถึง ได้รับการสนับสนุนตรงกับข้อความนั้นพอสมควร

มาก หมายถึง ได้รับการสนับสนุนตรงกับข้อความนั้นมาก

มากที่สุด หมายถึง ได้รับการสนับสนุนตรงกับข้อความนั้นมากที่สุด

ข้อความ	ไม่มีเลย	เล็กน้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
<b>การสนับสนุนด้านอารมณ์</b>					
1.ฉันได้รับความสนใจและเอาใจใส่					
2.ฉันได้รับความไว้วางใจให้รับประทานยาเอง					
3. ....					
4. ....					
<b>การสนับสนุนด้านประเมินคุณค่า</b>					
5.ฉันได้รับคำชมเชยว่าดูแลสุขภาพได้ดี					
6.ฉันได้รับการยอมรับให้ร่วมทำงานกับเพื่อนและครอบครัวได้					
7. ....					
8. ....					

ข้อความ	ไม่มี เลย	เล็ก น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
<b>การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร</b>					
9. ฉันได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการรักษาที่ได้รับ					
10. ฉันได้รับคำแนะนำในการปฏิบัติตัว/การดูแลตนเองให้เหมาะสมกับโรคที่เป็นอยู่					
11.....					
12. ....					
<b>การสนับสนุนด้านทรัพยากร</b>					
13. ฉันได้รับความช่วยเหลือเรื่องการเงินจากบุคคลใกล้ชิด หรือจากคนอื่นๆ					
14. มีคนอยู่เป็นเพื่อนและคอยช่วยเหลือฉันเมื่อเจ็บป่วย					
15.....					
16 .....					



ศูนย์วิจัยทรัพยากร  
สุขภาพสังคมมหาวิทยาลัย

### ส่วนที่ 7 แบบสอบถามการเปิดเผยสภาวะการติดเชื่อ

**คำชี้แจง** แบบสอบถามชุดนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อทราบการเปิดเผยสภาวะการติดเชื่อของท่าน ที่เกิดขึ้นในขณะเจ็บป่วย ขอให้ท่านพิจารณาข้อความต่อไปนี้ แล้วทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างให้ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด โดยมีเกณฑ์ดังนี้

เป็นจริงมาก หมายถึง ข้อความในประโยคนั้นตรงกับความรู้สึกหรือพฤติกรรมของท่านมาก

เป็นจริงปานกลาง หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกหรือพฤติกรรมของท่านปานกลาง

เป็นจริงน้อย หมายถึง ข้อความในประโยคตรงกับความรู้สึกหรือพฤติกรรมของท่านน้อย

ข้อความ	เป็นจริง มาก	เป็นจริง ปานกลาง	เป็นจริง น้อย
1. ฉันคิดว่าการบำบัดรักษา การติดเชื่อ เป็นเรื่องที่ไม่ควรให้คนอื่นรู้			
2. การทราบว่าติดเชื่อ ทำให้ฉันดูแลตนเองได้ดี			
3. ฉันบอกบุคคลใกล้ชิด หรือเพื่อนให้ทราบว่าฉันเจ็บป่วยด้วยการติดเชื่อ			
4. ....			
5. ....			
6. ....			
7. ฉันกลัวว่า คนที่รู้ว่าฉันติดเชื่อ จะไปบอกคนอื่น			

### ส่วนที่ 8 แบบสอบถามการรับรู้ความรู้สึก

**คำชี้แจง** แบบสอบถามชุดนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อทราบการรับรู้ความรู้สึกของท่าน ที่เกิดขึ้น ในขณะที่เจ็บป่วย ขอให้ท่านพิจารณาข้อความต่อไปนี้ แล้วทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่าง ให้ตรงกับความคิดเห็นหรือความรู้สึกของท่านมากที่สุด โดยมีเกณฑ์ดังนี้

เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง ข้อความในประโยคนั้นตรงกับความคิดเห็นมากที่สุด

เห็นด้วย หมายถึง ข้อความในประโยคนั้นตรงกับความคิดเห็นเป็นส่วนใหญ่

ไม่แน่ใจ หมายถึง ข้อความในประโยคนั้นตรงหรือไม่ตรงกับความคิดเห็นไม่มั่นใจ

ไม่เห็นด้วย หมายถึง ข้อความในประโยคนั้นไม่ตรงกับความคิดเห็นเป็นส่วนใหญ่

ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง ข้อความในประโยคนั้นไม่ตรงกับความคิดเห็นเลย

ข้อความ	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็น ด้วย	ไม่ แน่ใจ	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วย อย่างยิ่ง
1. ฉันรู้สึกเสียใจเกี่ยวกับปฏิกิริยาที่ผู้อื่นแสดงต่อฉัน เมื่อรู้ว่าฉันติดเชื้อ					
2. ฉันหยุดเข้าสังคมกับบางคน เพราะปฏิกิริยาที่เขาแสดงต่อฉัน เมื่อรู้ว่าฉันติดเชื้อ					
3. ....					
4. ....					
5. ....					
6. ....					
7. ฉันคิดว่า คนส่วนใหญ่ที่ติดเชื้อ มักจะไม่ต้องกรให้ผู้อื่นรู้ว่าตนเองติดเชื้อ					



เสร็จแล้วค่ะ ขอบคุณค่ะ



ภาคผนวก ง  
สถิติที่ใช้ในการวิจัย



ศูนย์วิจัยทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

### สถิติที่ใช้ในการวิจัย

#### 1. การหาค่าความเที่ยงของเครื่องมือวิจัย

สัมประสิทธิ์แอลฟา (Alpha Coefficient) เป็นสูตรของครอนบาค (Cronbach) เป็นวิธีการหาค่าความเที่ยงสำหรับเครื่องมือวิจัยทุกประเภท ที่มีการให้คะแนนแบบ 0-1 (dichotomous) และแบบหลายคะแนน (polytomous) มีสูตรดังนี้

$$\alpha = \left[ \frac{k}{k-1} \right] \left[ 1 - \frac{\sum s_i^2}{s_t^2} \right]$$

เมื่อ  $\alpha$  = ความเที่ยงแบบสัมประสิทธิ์แอลฟา

$k$  = จำนวนข้อคำถาม

$s_i^2$  = ความแปรปรวนของคะแนนข้อที่  $i$

$s_t^2$  = ความแปรปรวนของคะแนนรวม

#### 2. สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

ค่าเฉลี่ย (mean)

$$\bar{X} = \frac{\sum X}{n}$$

เมื่อ  $\bar{X}$  = ค่าเฉลี่ยเลขคณิตของตัวอย่าง (sample mean)

$\sum X$  = ผลรวมของข้อมูลตัวที่ 1 ถึงตัวที่  $n$  จากตัวอย่างขนาด  $n$

$n$  = จำนวนข้อมูล

ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation)

$$S.D. = \frac{\sqrt{n \sum x^2 - (\sum x)^2}}{n(n-1)}$$

เมื่อ S.D. = ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

$\sum X$  = ผลรวมของคะแนนทั้งหมดแต่ละตัว

$\sum x^2$  = ผลรวมของคะแนนทั้งหมดแต่ละตัวยกกำลังสอง

$n$  = จำนวนข้อมูลในกลุ่มตัวอย่าง

### สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation)

$$r_{xy} = \frac{N \sum xy - (\sum x)(\sum y)}{\sqrt{[N \sum x^2 - (\sum x)^2][N \sum y^2 - (\sum y)^2]}}$$

เมื่อ  $r_{xy}$  = สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของตัวแปร x และ ตัวแปร y

x = แทนค่าของตัวแปรตัวที่ 1

y = แทนค่าของตัวแปรตัวที่ 2

$\sum_x$  = ผลรวมของข้อมูลที่วัดได้จากตัวแปร x

$\sum_y$  = ผลรวมของข้อมูลที่วัดได้จากตัวแปร y

$\sum_{xy}$  = ผลรวมของผลคูณระหว่างค่าของตัวแปร x และ y

$\sum_x^2$  = ผลรวมของกำลังสองของข้อมูลจากตัวแปร x

$\sum_y^2$  = ผลรวมของกำลังสองของข้อมูลจากตัวแปร y

N = จำนวนของกลุ่มตัวอย่าง

### การถดถอยเชิงเส้นพหุ (Multiple Linear Regression)

การวิเคราะห์การถดถอยที่มีตัวแปรตาม 1 ตัว และตัวแปรอิสระที่ใช้ในการทำนายตัวแปรตามมีมากกว่า 1 ตัว โดยมีรูปแบบของสมการดังนี้

#### สมการรูปคะแนนดิบ

$$\hat{Y} = a + b_1x_1 + b_2x_2 + \dots + b_kx_k$$

เมื่อ  $\hat{Y}$  = คะแนนที่ได้จากการพยากรณ์

a = ค่าคงที่

$b_1, b_2, \dots, b_k$  = ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยของตัวแปรพยากรณ์ในรูปคะแนนดิบ

$x_1, x_2, \dots, x_k$  = คะแนนดิบของตัวแปรพยากรณ์แต่ละตัว

### สมการรูปคะแนนมาตรฐาน

$$\hat{Z}_y = \beta_1 Z_1 + \beta_2 Z_2 + \dots + \beta_k Z_k$$

เมื่อ  $\hat{Z}_y$  = คะแนนที่ได้จากการพยากรณ์

$\beta_1, \beta_2, \dots, \beta_k$  = ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยของตัวแปรพยากรณ์ในรูปคะแนนมาตรฐาน

$Z_1, Z_2, \dots, Z_k$  = คะแนนมาตรฐานของตัวแปรพยากรณ์แต่ละตัว

### สัมประสิทธิ์การทำนาย (Coefficient of Determination)

ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระ (x) และตัวแปรตาม (y) จะได้สูตรดังนี้

$$R_{xy}^2 = \frac{SS_{reg}}{SS_T}$$

เมื่อ  $R^2$  = สัมประสิทธิ์การทำนาย

$SS_{reg}$  = ความแปรปรวนของตัวแปรตามที่สามารถอธิบายได้ด้วยตัวแปรทำนาย

$SS_T$  = ความแปรปรวนทั้งหมดของตัวแปรเกณฑ์

ศูนย์วิทยทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

### ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางสาวนฤมล คมกล้า เกิดวันจันทร์ที่ 22 กันยายน พ.ศ. 2523 ที่จังหวัดพังงา สำเร็จ การศึกษาวิทยาศาสตร์บัณฑิต (พยาบาลศาสตร์) จากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี สถาบันสมทบมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ เมื่อปีการศึกษา 2545 และเข้าศึกษาต่อระดับ บัณฑิตศึกษา ในหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ (การพยาบาล เด็ก) คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เมื่อปีการศึกษา 2551 ปัจจุบัน ปฏิบัติงานตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพระดับชำนาญการ หอผู้ป่วยกุมารเวช โรงพยาบาลวชิระภูเก็ต



ศูนย์วิทยพัทยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย