

ปัจจัยคัดสรรที่ทำนายความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัส
ของเด็กวัยเรียนติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์

นางสาวมณิดา บัวสาย

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2551

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

SELECTED FACTORS PREDICTING ANTIRETROVIRAL DRUG ADHERENCE
IN SCHOOL-AGE CHILDREN WITH HIV-INFECTION/AIDS

Miss Manida Buasai

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 2008

Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์

ปัจจัยคัดสรรที่ทำนายความสม่ำเสมอในการรับประทานยา
ต้านไวรัสของเด็กรักเรียนติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์

โดย

นางสาวมนิดา บัวสาย

สาขาวิชา

พยาบาลศาสตร์

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

ศาสตราจารย์ ดร. วิณา จีระแพทย์

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้บัณฑิตวิทยาลัยเป็นส่วน
หนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญามหาบัณฑิต

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

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

..... ประธานกรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร.อรพรรณ ลีอนุญชวิทย์)

..... อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก
(ศาสตราจารย์ ดร.วิณา จีระแพทย์)

..... กรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร.เอมอร จังศิริพรปกรณ์)

มนิดา บัวสาย: ปัจจัยคัดสรรที่ทำนายความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสของเด็ก
วัยเรียนติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ (SELECTED FACTORS PREDICTING ANTIRETROVIRAL
DRUG ADHERENCE IN SCHOOL-AGE CHILDREN WITH HIV-INFECTION/AIDS)

อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก: ศ. ดร.วิณา จีระแพทย์, 136 หน้า.

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์หลักเพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง อายุของเด็ก อายุเมื่อทราบอาการ
ป่วยของเด็ก ความเชื่อด้านสุขภาพของเด็ก ความเชื่ออำนาจในการควบคุมสุขภาพของเด็ก ความเชื่อ
ด้านสุขภาพของเด็กในผู้ดูแล ความคาดหวังในการรับประทานยาต้านไวรัสของเด็กในผู้ดูแล และความ
สม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเด็กวัยเรียน กลุ่มตัวอย่างเป็นเด็กวัยเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวี/
เอดส์ที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ อายุ 7-12 ปี จำนวน 130 ราย ที่ได้จากการเลือกแบบ
เจาะจงจากโรงพยาบาลของรัฐ 3 แห่ง เครื่องมือวิจัยประกอบด้วย แบบประเมินความสม่ำเสมอในการ
รับประทานยาต้านไวรัส แบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพของเด็ก แบบสอบถามความเชื่ออำนาจใน
การควบคุมสุขภาพของเด็ก แบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพของเด็กในผู้ดูแล และแบบสอบถาม
ความคาดหวังในการใช้ยาของเด็กในผู้ดูแล ซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา และมีค่าความ
เที่ยงสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค .72, .73, .74, .79, .81 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยการหา
ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน และค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์
ถดถอยพหุคูณแบบขั้นต้น

ผลการวิจัยพบว่า

1. ความสม่ำเสมอในการรับประทานยาของเด็กวัยเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ อยู่ในระดับปานกลาง
2. ความเชื่อด้านสุขภาพของเด็ก ความเชื่ออำนาจในการควบคุมสุขภาพของเด็ก ความเชื่อด้าน
สุขภาพของเด็กในผู้ดูแล ความคาดหวังในการรับประทานยาต้านไวรัสของเด็กมีความสัมพันธ์กับ
ความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสของเด็กวัยเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ อย่างมีนัยสำคัญ
ทางสถิติที่ระดับ .05
3. การรับรู้ด้านสุขภาพของเด็ก ความเชื่อด้านสุขภาพเด็กของผู้ดูแล อายุที่ทราบอาการป่วยของ
เด็ก และความคาดหวังในการใช้ยาของเด็กในผู้ดูแล สามารถร่วมกันพยากรณ์ความสม่ำเสมอในการ
รับประทานยาต้านไวรัสของเด็กวัยเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ได้ร้อยละ 77.3 ($R^2 = .773$) โดยสร้าง
สมการพยากรณ์ในรูปแบบคะแนนมาตรฐานได้ดังนี้

$$\hat{Z} = \text{ความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสของเด็กวัยเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์} \\ = .754 Z_{\text{ความเชื่อด้านสุขภาพของเด็ก}} + .306 Z_{\text{ความเชื่อด้านสุขภาพของเด็กในผู้ดูแล}} + .132 Z_{\text{อายุ}} \\ \text{เมื่อทราบอาการป่วย} - .180 Z_{\text{ความคาดหวังในการใช้ยาของเด็กในผู้ดูแล}}$$

สาขาวิชา.....พยาบาลศาสตร์.....ลายมือชื่อ.....

ปีการศึกษา.....2551.....ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก.....

4877588336: MAJOR NURSING SCIENCE

KEY WORDS: EMPOWERMENT / SELECTED FACTOR / ADHERENCE / ANTIRETROVIRAL DRUG/ SCHOOL AGE CHILDREN/

MANIDA BUASAI: SELECTED FACTORS PREDCTING ANTIRETROVIRAL DRUG ADHERENCE IN SCHOOL-AGE CHILDREN WITH HIV-INFECTION/AIDS. THESIS
PRINCIPAL ADVISOR: PROF VEENA JIRAPAET, RN, DNSc. 136 PP.

Main research purpose of this study was to examine the relationship between the child's age, disclosure age, child's health belief, child's health locus of control, caregiver's belief in child's health, caregiver's expectation of child's medication uses and antiretroviral drug adherence in school age children. Subjects were 130 school age children with HIV positive/AIDS, 7 to 12 years of age, who were purposively selected from 3 government hospitals. Research instruments were antiretroviral drug adherence appraisal; the questionnaires of child's health belief, health locus of control and caregiver's belief of child health and expectation of child's medication uses. The instruments were tested for content validity and had Cronbach's alpha reliability of .72, .73, .74, .79 and .81, respectively. Data were analyzed by mean, standard deviation, Pearson's product moment correlation and stepwise multiple regression analysis.

The findings of the study were as follows:

1. The retroviral drug adherence of school age children with HIV positive/AIDS was at the medium level.

2. The child's health belief, child's health locus of control, caregiver's belief of children's health and caregiver expectation of child's medication uses were positively correlated with the retroviral drug adherence in school age children with HIV positive/AIDS at the significant level of .05.

3. The child's health belief, caregiver's belief of child's health, disclosure age and caregiver expectation of child's medication uses were significant predictors of antiretroviral drug adherence in school age children with HIV positive/AIDS. These predictors accounted for 77.3 percent of the variance ($R^2 = .773$) and gave a standardized prediction equation of:

$$\hat{Z}_{\text{antiretroviral drug adherence in school age children with HIV positive/AIDS}} = .754 z_{\text{child's health belief}} + .306 Z_{\text{caregiver's belief of child's health}} + .132 Z_{\text{disclosure age}} - .180 Z_{\text{caregiver expectation of child's medication uses}}$$

Field of Study : Nursing Science Student's Signature :

Academic year 2008 Principal Advisor's Signature :

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยดี เนื่องจากได้รับความเมตตาให้คำปรึกษาแนะนำและแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ อย่างดียิ่งจากศาสตราจารย์ ดร.วีณา จีระแพทย์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ซึ่งตั้งใจและทุ่มเทในการสอนให้เกิดกระบวนการคิดแก่ศิษย์ ทำให้ศิษย์ได้แนวทางการศึกษาค้นคว้าหาความรู้ในการทำวิทยานิพนธ์ครั้งนี้ และแบบอย่างการเป็นพยาบาลที่ดี ซึ่งศิษย์รับรู้ได้ถึงความรักความห่วงใย และความปรารถนาดี ที่ท่านกรุณามีให้เสมอมา ขอกราบขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร.อรพรรณ ลือบุญวัชชัย ประธานสอบวิทยานิพนธ์ รองศาสตราจารย์ ดร.เอมอร จังศิริพรภรณ์ กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาให้ความเมตตา รวมทั้งให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ ทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้มีความถูกต้องสมบูรณ์ยิ่งขึ้น

ขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่กรุณาให้ความอนุเคราะห์ ในการตรวจสอบเครื่องมือวิจัย ตลอดจนให้ข้อคิดเห็นอันทรงคุณค่า และมีประโยชน์ต่อการปรับปรุงแก้ไขเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้

ขอขอบพระคุณคณาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยทุกท่านที่ได้อบรมสั่งสอนและประสิทธิ์ประสาทความรู้แก่ผู้วิจัย ขอขอบพระคุณคณาจารย์วิทยาลัยพยาบาลเกื้อการุณย์ทุกท่าน เพื่อนๆสาขาการพยาบาลเด็กที่คอยให้กำลังใจและช่วยเหลือมาตลอด

ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการ หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล และพยาบาลประจำคลินิก สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล สถาบันบาราศนราดรุร ที่ให้ความอนุเคราะห์ในการเก็บรวบรวมข้อมูลแก่ผู้วิจัยเป็นอย่างดี

ขอขอบพระคุณแพทย์หญิงอุไรวรรณ ตระกูลโทย ที่กรุณาให้ข้อเสนอแนะและให้ความร่วมมือในการเก็บข้อมูลเป็นอย่างดี และขอขอบพระคุณ แพทย์หญิงจุไร วงศ์สวัสดิ์ คุณนฤภัค บุญฤทธิภัทร์ คุณพิมพ์ศิริ เลี้ยวศรีสุข เป็นอย่างสูงที่กรุณาให้คำแนะนำและช่วยเหลือในการเข้าถึงกลุ่มตัวอย่าง

ขอกราบขอบพระคุณคุณพ่อทวีสิน คุณแม่दारอน บัวสาย ซึ่งได้ให้ความรัก ความเมตตา รวมทั้งเป็นกำลังใจ และมีส่วนให้การสนับสนุนในการศึกษาครั้งนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยดี

และที่สำคัญที่สุด ขอขอบคุณน้องๆกลุ่มตัวอย่างทุกคนและครอบครัวที่กรุณาเสียสละเวลาให้ข้อมูลอันมีค่ายิ่ง ทำให้วิทยานิพนธ์นี้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น

คุณประโยชน์ที่เกิดจากงานวิจัยนี้ขอมอบแต่ทุกท่านที่กล่าวมาแล้วทั้งหมด

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ฅ
สารบัญแผนภูมิ.....	ฎ
สารบัญแผนภาพ.....	ฏ
บทที่	
1 บทนำ	
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์การวิจัย.....	4
คำถามการวิจัย.....	5
แนวคิดเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย.....	5
สมมติฐานการวิจัย.....	6
ขอบเขตของการวิจัย.....	8
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย.....	9
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	11
2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	12
ความรู้เกี่ยวกับการติดเชื้อเอชไอวีและโรคเอดส์ในเด็กวัยเรียน.....	13
พัฒนาการของเด็กวัยเรียนกับการดูแลสุขภาพตนเอง.....	26
บทบาทของพยาบาลในการดูแลเด็กติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์.....	27
ความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสของเด็กวัยเรียน.....	29
แนวทางให้การปรึกษาผู้ป่วยเด็กที่รับยาต้านไวรัสเอดส์ ผู้ปกครองและ ผู้ดูแลเด็ก.....	36
แนวคิดปัจจัยเกี่ยวข้องกับการรับประทานยาในเด็ก.....	45
ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการรับประทานยาในเด็ก.....	48
กรอบแนวคิดการวิจัย.....	56

บทที่	หน้า
3	วิธีดำเนินการวิจัย..... 57
	ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง..... 57
	เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย..... 59
	การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ..... 62
	ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล..... 63
	การวิเคราะห์ข้อมูล..... 65
4	ผลการวิเคราะห์ข้อมูล..... 67
5	สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ..... 79
	สรุปผลการวิจัย..... 82
	อภิปรายผลการวิจัย..... 84
	ข้อเสนอแนะ..... 92

	รายการอ้างอิง..... 94
	ภาคผนวก..... 106
	ภาคผนวก ก รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ..... 107
	ภาคผนวก ข จดหมายเรียนผู้ทรงคุณวุฒิ..... 108
	ภาคผนวก ค สถิติที่ใช้ในการวิจัย..... 110
	ภาคผนวก ง การวิเคราะห์สถิติเพิ่มเติม..... 116
	ภาคผนวก จ เอกสารพิจารณาจริยธรรมการวิจัยและเอกสารพิทักษ์สิทธิ์..... 122
	ภาคผนวก ฉ ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเพิ่มเติม..... 129
	ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์..... 136

สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
1	การแบ่งกลุ่มอาการแสดงทางคลินิกในเด็กอายุต่ำกว่า 13 ปีที่ติดเชื้อ HIV.....	18
2	การจำแนกสภาวะภูมิคุ้มกันของผู้ป่วยเด็กที่ติดเชื้อเอชไอวี.....	20
3	การจำแนกระยะโรค (staging) ในผู้ป่วยเด็กที่ติดเชื้อเอชไอวี.....	20
4	เกณฑ์การพิจารณาในการเริ่มยาต้านไวรัสเอดส์ในผู้ป่วยเด็กติดเชื้อเอชไอวี	25
5	การศึกษาผลของความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์ต่อผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์.....	31
6	ผลการคำนวณค่า CVI.....	63
7	ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคของแบบสัมภาษณ์กลุ่มตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ.....	64
8	จำนวน และร้อยละของเด็กวัยเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ จำแนกตาม เพศ อายุของเด็ก อายุเมื่อทราบอาการป่วยของเด็ก ผู้ดูแลในการรับประทานยาต้านไวรัสของเด็ก.....	69
9	ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความเชื่อด้านสุขภาพของเด็กติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ โดยรวมและรายด้าน	70
10	ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความเชื่ออำนาจในการควบคุมสุขภาพของเด็กติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ โดยรวมและรายด้าน.....	71
11	ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความเชื่อด้านสุขภาพของเด็กในผู้ดูแล โดยรวมและรายด้าน.....	71
12	ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความคาดหวังในการใช้ยาของเด็กในผู้ดูแล โดยรวมและรายข้อ.....	72
13	แสดงค่าเฉลี่ยของร้อยละและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสและลักษณะของความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสของเด็กวัยเรียนติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์	73
14	จำนวน ร้อยละ และระดับ ความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสของเด็กวัยเรียนติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ จำแนกตามลักษณะของความสม่ำเสมอ.....	74
15	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างอายุของเด็ก อายุเมื่อทราบอาการป่วยของเด็ก ความเชื่อด้านสุขภาพของเด็ก ความเชื่ออำนาจในการควบคุมสุขภาพของเด็ก ความเชื่อด้านสุขภาพของเด็กในผู้ดูแล ความคาดหวังในการใช้ยาในเด็กของผู้ดูแล กับความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสของเด็กวัยเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ (n= 130) ในรูปของเมตริกสหสัมพันธ์.....	75

ตารางที่		หน้า
16	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณ (R) ระหว่างตัวแปรพยากรณ์ที่ได้รับการคัดเลือกเข้าสู่สมการถดถอย ค่าสัมประสิทธิ์การพยากรณ์ที่เพิ่มขึ้น ² ประสิทธิภาพการพยากรณ์ (R change) ในการพยากรณ์ความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ของเด็กวัยเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์.....	76
17	ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยของตัวพยากรณ์ในรูปคะแนนดิบ (b) คะแนนมาตรฐาน (Beta) ทดสอบความมีนัยสำคัญของ b และแสดงสมการถดถอยพหุคูณที่ใช้พยากรณ์ความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสของเด็กวัยเรียน ในการรับประทานยาต้านไวรัสของเด็กวัยเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์.....	77
18	ค่าTolerance ค่า VIF ของตัวแปร อายุเด็ก อายุเมื่อทราบอาการป่วยของเด็ก การรับรู้ด้านสุขภาพของเด็ก ความเชื่ออำนาจในการควบคุมสุขภาพของเด็ก ความเชื่อด้านสุขภาพของเด็กในผู้ดูแล ความคาดหวังในการใช้ยาของเด็กในผู้ดูแล.....	111
19	ค่าเฉลี่ยและค่ามัธยฐานของ อายุเด็ก อายุที่ทราบอาการป่วยของเด็ก ความเชื่ออำนาจในการควบคุมสุขภาพ ความเชื่อด้านสุขภาพของเด็กในผู้ดูแล ความคาดหวังในการใช้ยาของเด็กในผู้ดูแล และความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสของเด็กวัยเรียน.....	112
20	จำนวน ร้อยละระดับความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสของเด็กวัยเรียน จำแนกตามลักษณะความสม่ำเสมอ.....	117
21	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และความเชื่อด้านสุขภาพของเด็กแยกตามรายด้าน และรายชื่อ.....	118
22	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และความเชื่ออำนาจในการควบคุมสุขภาพของเด็กแยกตามรายด้าน และรายชื่อ.....	120
23	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และความเชื่อด้านสุขภาพของเด็กในผู้ดูแลแยกตามรายด้าน และรายชื่อ.....	121
24	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และความคาดหวังในการใช้ยาของเด็กในผู้ดูแล แยกตามเป็นรายชื่อ.....	122

สารบัญแผนภาพ

แผนภาพที่		หน้า
1	แสดงความสัมพันธ์เชิงเส้นระหว่างอายุเด็กกับความสม่ำเสมอในการ รับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ โดยใช้ Scatter Plot.....	113
2	แสดงความสัมพันธ์เชิงเส้นระหว่างอายุที่ทราบอาการป่วยของเด็กกับความ สม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ โดยใช้ Scatter Plot.....	113
3	แสดงความสัมพันธ์เชิงเส้นระหว่างการรับรู้ด้านสุขภาพของเด็กกับความ สม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ โดยใช้ Scatter Plot.....	114
4	แสดงความสัมพันธ์เชิงเส้นระหว่างความเชื่ออำนาจในการควบคุม สุขภาพของเด็กกับความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ โดยใช้ Scatter Plot.....	114
5	แสดงความสัมพันธ์เชิงเส้นระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพของเด็กในผู้ดูแลกับ ความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ โดยใช้ Scatter Plot.....	115
6	แสดงความสัมพันธ์เชิงเส้นระหว่างความคาดหวังในการ รับประทานยาของเด็กในผู้ดูแลกับความสม่ำเสมอ ในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ โดยใช้ Scatter Plot.....	115
7	ลักษณะกระจายของความแปรปรวนของความเคลื่อนในการพยากรณ์ของ อายุของ เด็ก อายุเมื่อทราบอาการป่วยของเด็ก การรับรู้ภาวะสุขภาพ ความเชื่ออำนาจใน การควบคุมสุขภาพของเด็ก ความเชื่อด้านสุขภาพของเด็กในผู้ดูแล และความ คาดหวังในการรับประทานยาของเด็กในผู้ดูแล.....	116

สารบัญแผนภูมิ

แผนภูมิที่		หน้า
1	แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเด็ก.....	47
2	กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย	56

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

เอดส์เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ จากการรายงานสถานการณ์โรคเอดส์ล่าสุด โดย UNAIDS/WHO (2005) พบว่ามีผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ทั่วโลก 36.7-45.3 ล้านคน เป็นเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี ประมาณ 2.1-2.9 ล้านคน หญิงวัยรุ่นติดเชื้อเอชไอวีทั่วโลกเกือบร้อยละ 50 มีอายุ 15-24 ปี ในปี พ.ศ. 2547 มีหญิงวัยเจริญพันธุ์ที่อายุ 15-49 ปี ได้รับเชื้อเอชไอวีราว 6,000 รายต่อวัน (UNAIDS, 2005) ร้อยละ 98 ของเด็กติดเชื้อเอชไอวีเหล่านี้ ได้รับการถ่ายทอดมาจากมารดา (Gillham, 2004 อ้างถึงใน สุวนิตย์ สร้างศรีวงศ์, 2549) สถานการณ์ดังกล่าวมีแนวโน้มทำให้จำนวนเด็กติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์เพิ่มมากขึ้น ถึงแม้ว่าประเทศไทยจะประสบผลสำเร็จระดับหนึ่งในความพยายามป้องกันโรคเอดส์ แต่ยังมีผู้ติดเชื้อรายใหม่ประมาณ 30,000 รายต่อเนื่องกันมาในแต่ละปี ในปัจจุบันมีผู้ติดเชื้อเอดส์ที่ยังมีชีวิตอยู่ประมาณ 700,000 ราย ที่ยังต้องรับบริการทางการแพทย์และทางสังคม ดังนั้นกองโรคเอดส์ กรมควบคุมโรคติดต่อกระทรวงสาธารณสุข สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ UNAIDS และ USAID จึงได้ร่วมมือกันคาดการณ์จำนวนผู้ติดเชื้อเอดส์ในประเทศไทย พ.ศ. 2543 – 2563 The Thai Working Group (2004 อ้างถึงใน กรมควบคุมโรค, 2549) รายงานในปี พ.ศ. 2548 ว่าประเทศไทยมีเด็กติดเชื้อเอดส์ 50,620 ราย และคาดการณ์ในปี พ.ศ. 2549 จะมีเด็กติดเชื้อเอดส์ 53,400 ราย เช่นเดียวกับ UNAIDS (2006) ที่คาดการณ์ว่าทั่วโลกจะมีเด็กที่ติดเชื้อเอชไอวีและยังมีชีวิตอยู่ถึงสิ้นปี ค.ศ. 2006 ประมาณ 2.3 ล้านคน ซึ่งเด็กกลุ่มนี้จะมีการดำเนินโรคเร็วและมีอัตราตายสูง ถ้าเกิดอาการของโรค และมีภาวะติดเชื้อฉวยโอกาสตั้งแต่อายุน้อย ๆ เป็นผลให้มีการพยากรณ์โรคที่ไม่ดี เด็กที่ติดเชื้อจะมีชีวิตอยู่ได้นานกว่าเด็กที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเอดส์ ปัจจุบันพยากรณ์ของโรคดีขึ้นเนื่องจากการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์และยาในการป้องกันโรคติดเชื้อฉวยโอกาสในเด็กที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ (มนตรี ตูจิงดา, วินัย สุวัตถิ, อรุณ วงษ์จิราษฏร์ และคณะ, 2541) ซึ่งค่ารักษาพยาบาลการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์เฉพาะยาต้านไวรัสขั้นพื้นฐานและยารักษาโรคฉวยโอกาสต่างๆสูงถึง 85,000 บาทต่อคนต่อปี (วิภา เทียมชัย, 2549)

ปัจจุบันเอดส์ไม่สามารถรักษาให้หายได้ ยาต้านไวรัสเป็นทางเลือกของการรักษาที่ดีที่สุด ในขณะนี้ โดยการรักษาด้วยสูตรยาที่มีประสิทธิภาพสูง (Highly Active Antiretroviral Therapy :

HAART) (McFarland, 2005) เพื่อลดเชื้อไวรัสเอชไอวีให้เหลือปริมาณน้อยที่สุด ทำให้ระดับภูมิคุ้มกันโดยเฉพาะระดับ CD4 และ T cell กลับสู่ระดับใกล้เคียงปกติ ทำให้เด็กติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ไม่เกิดโรคติดเชื้อฉวยโอกาส (Hammami et al., 2004) สามารถเจริญเติบโตได้ตามขั้นพัฒนาการ ดำรงชีวิตได้ตามปกติ มีชีวิตที่ยืนยาว และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น (Martino et al., 2000 cite in Steele & Grauer, 2003; Byrne & Honig, 2006) รัฐบาลจัดโครงการเข้าถึงบริการยาต้านไวรัสเอดส์ระดับชาติสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ (NAPHA) ซึ่งได้เปลี่ยนมุมมองการรักษาผู้ป่วยโรคเอดส์ ซึ่งเคยเป็นโรคเฉียบพลันรุนแรงรักษาไม่ได้ กลายเป็นโรคเรื้อรังที่สามารถให้การรักษามีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นได้เช่นเดียวกับโรคเรื้อรังอื่น ๆ (รวีวรรณ หาญสุทธิเวชกุล, 2547) ซึ่งมีผู้ได้รับ HAART 150,000 รายทั่วประเทศ (สัญญาชัย ชาสมบัติ, 2548) สิ่งสำคัญในการรักษาด้วยยาต้านไวรัสให้ได้ประสิทธิผลทางการรักษาที่ดีที่สุดนั้น ผู้ป่วยต้องมีวินัยในการรับประทานยาที่ดีมาก คือ การรับประทานยาอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ ซึ่งหมายถึง การรับประทานยาต้านไวรัสอย่างถูกต้องครบถ้วน ตรงเวลา (รวีวรรณ หาญสุทธิเวชกุล, 2547; รัตนวีร์ ภูธนกิจ, 2546) ให้ได้มากกว่าร้อยละ 95 ของยาที่ต้องรับประทานตามแผนการรักษา (Paterson et al., 2000) มีรายงานการศึกษาความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์โดยใช้เครื่องมืออิเล็กทรอนิกส์ ชื่อว่า Medication event monitoring system (MEMS) พบว่า มีความสัมพันธ์ในทางผกผันระหว่างระดับของไวรัสในกระแสเลือด (Viral loads) ที่เพิ่มขึ้น กับร้อยละของความสม่ำเสมอในการรับประทานยาลดลง จากการศึกษาความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ต่อระดับไวรัสในกระแสเลือดของผู้ติดเชื้อเอชไอวีทั้งในประเทศและต่างประเทศ พบว่าความสม่ำเสมอของการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ที่มากกว่าร้อยละ 95 ของยาต้านไวรัสเอดส์ที่ต้องรับประทานตามแผนการรักษา มีความสัมพันธ์กับการตรวจไม่พบเชื้อเอชไอวีในกระแสเลือด (Paterson et al., 2000; Maneesriwongul et al., 2006) ดังนั้นผู้ป่วยจึงต้องมีวินัยในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์อย่างมาก (อรรณพ หิรัญดิษฐ์, 2547) เพื่อให้ระดับยาสูงพอที่จะยับยั้งการแบ่งตัวของเชื้อเอชไอวีได้ตลอดเวลา สามารถช่วยยืดอายุขัยของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ลดอัตราการตาย ลดโอกาสการเจ็บป่วยจากการติดเชื้อฉวยโอกาส ลดการรักษาด้วยยาป้องกันการติดเชื้อฉวยโอกาสได้ (วิทยา ศรีมาดา, 2545) ปัจจุบันแม้การรักษาด้วยยาต้านไวรัสแบบ HAART ในเด็กที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์จะให้ผลดี แต่เนื่องจากยายังไม่สามารถกำจัดเชื้อเอชไอวีให้หมดไปจากร่างกายได้ (วินัย รัตนสุวรรณ, 2546) จึงมีความจำเป็นที่จะต้องรับประทานยาต่อเนื่องตลอดชีวิต เพื่อควบคุมปริมาณเชื้อไวรัสเอชไอวีในกระแสเลือดให้อยู่ในระดับต่ำ หากรับประทานยาต้านไวรัสไม่สม่ำเสมอ จะส่งผลให้เกิดเชื้อดื้อยา ทำให้เชื้อเอชไอวีเพิ่มจำนวนขึ้นอย่างรวดเร็ว ทำลายภูมิคุ้มกันของร่างกายให้ต่ำลง เกิดโรคติดเชื้อฉวยโอกาส การดำเนินโรคเร็วและรุนแรงขึ้น กระทบต่อประสิทธิผลของการรักษา เนื่องจากการลดลงของระดับเชื้อไวรัสเอชไอวีในกระแสเลือด มีความสัมพันธ์กับภาวะ

สุขภาพที่ดีขึ้น (Steele and Grauer, 2003) อีกทั้งยังกระทบต่อคุณภาพชีวิตของเด็กวัยเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์และครอบครัว รวมทั้งค่าใช้จ่ายที่เพิ่มมากขึ้นด้วย และยังพบปัญหาเกิดขึ้นมากมาย เช่น อาจทำให้เกิดอาการแพ้ หรืออาการข้างเคียงจากยาเช่น อาการผื่น คลื่นไส้ อาเจียน และท้องเสีย เกิดพิษต่อตับ (สัญญาชัย ชาสสมบัติ และคณะ, 2546) ทำให้ผู้ดูแลและเด็กวัยเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์รู้สึกว่าการแย่ง การรับประทานยาไม่ทำให้อาการของโรคดีขึ้น ตนไม่สามารถควบคุมอาการหรือความรุนแรงของโรคได้ ขึ้นกับโชคชะตาเท่านั้น นอกจากนี้การรับประทานยายังกระทบต่อการใช้ชีวิตประจำวัน อาจทำให้ผู้ป่วยท้อแท้ เบื่อหน่ายที่จะรับประทานยา ทำให้รับประทานยาไม่สม่ำเสมอ Reddington และคณะ (2000) ศึกษาความสม่ำเสมอในการใช้ยาตามแผนการรักษาของเด็กที่ติดเชื้อเอชไอวี พบว่า มีการรายงานการขาดยาอย่างน้อย 1 dose ภายใน 1 สัปดาห์ถึงร้อยละ 43 และการศึกษาของ กนกพร เมืองชนะ และคณะ (2547) พบว่า ผู้ที่มารับยาเคยมีพฤติกรรมรับประทานยาไม่ถูกต้องสูงถึงร้อยละ 67.8 จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ปัญหาที่พบเฉพาะในเด็กและแตกต่างจากผู้ใหญ่ เช่น ลักษณะยาที่อาจไม่เหมาะสมกับเด็ก ในเด็กโตอาจมีปัญหาคือแตกต่างจากเด็กเล็กในแง่การกินยา เช่น เด็กไม่เข้าใจและไม่ทราบว่าทำไมต้องกินยา ไม่รับรู้ความรุนแรงของโรค ไม่รับรู้ประโยชน์ของการรับประทานยา เป็นผลทำให้เกิดปัญหาในการรับประทานยาของเด็ก (เอี่ยมพร โอเบอร์ดอร์เฟอร์, 2547)

เด็กวัยเรียนเป็นวัยที่มีพัฒนาการทางความสามารถในการดูแลตนเอง โดยบางส่วนยังต้องพึ่งพาผู้ใหญ่ทั้งในภาวะปกติและในภาวะเจ็บป่วย ตามทฤษฎีพัฒนาการด้านสติปัญญาและความคิดของ Piaget เรียกพัฒนาการขั้นนี้ว่าเป็นวัยของการใช้ความคิดเชิงรูปธรรม (Concrete operational period) เป็นวัยที่เด็กสามารถคิดแบบเป็นเหตุเป็นผลมากขึ้น คิดแบบย้อนกลับไปได้ คิดได้มากกว่า 1 ด้านในขณะเดียวกัน เข้าใจการเรียงลำดับ (วินัดดา ปิยะศิลป์ และพนม เกตุมาน, 2545) และรู้จักคิดแก้ปัญหาโดยใช้เหตุผลทางรูปธรรมและประสบการณ์ตรงของตนเอง (นงพงา ลีมสุวรรณ, 2538) เนื่องจากเด็กวัยเรียนมีพัฒนาการด้านสติปัญญาที่เจริญขึ้น มีความคิดแบบเป็นเหตุเป็นผลมากขึ้น จึงมีศักยภาพในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง โดยเฉพาะเด็กวัยเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวี หากมีการดูแลตนเองที่ดีประกอบกับการปฏิบัติตามแผนการรักษาแล้วนั้น จะสามารถชะลอการดำเนินไปสู่การเกิดโรคเอดส์ให้ช้าลงได้ (Ragsdale and Morrow, 1990) ดังนั้นการส่งเสริมให้เด็กวัยเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์สามารถดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม โดยเฉพาะการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์อย่างสม่ำเสมอ ซึ่งจำเป็นต้องรับประทานยาต่อเนื่องตลอดชีวิต เพื่อควบคุมปริมาณเชื้อไวรัสเอชไอวีให้มีจำนวนน้อยที่สุด จะสามารถป้องกันการติดเชื้อไวรัสเอดส์และป้องกันการเกิดเชื้อดื้อยาได้ (Paterson et al., 2000) ทำให้เด็กสามารถควบคุมภาวะสุขภาพได้ด้วยตนเอง ลดความรุนแรงของโรค ส่งผลให้การดำเนินของโรคช้าลง และมีการพยากรณ์โรคที่ดี

ทั้งนี้เด็กวัยเรียนยังต้องการความช่วยเหลือสนับสนุนจากผู้ใหญ่ ในการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อการดูแลตนเองให้เหมาะสมกับภาวะการเบี่ยงเบนทางสุขภาพ (Orem, 2001; สมจิต หนูเจริญกุล, 2536) โดยผู้ดูแลเด็กวัยเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์มีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมและสนับสนุนให้เด็กวัยเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์รับประทานยา ถูกต้อง ครบถ้วน ตรงเวลาตามแผนการรักษาอย่างสม่ำเสมอ (เคอิมพร โอเบอร์ดอร์เฟอร์, 2547) หากผู้ดูแลปล่อยปละละเลยให้เด็กขาดยาหรือรับประทานยาไม่ต่อเนื่อง อาจทำให้เด็กเกิดการเจ็บป่วยด้วยโรคติดเชื้อฉวยโอกาส การดำเนินโรคเป็นไปในทางเสื่อมลงอย่างรวดเร็ว และเสียชีวิตได้ในที่สุด (สมศักดิ์ โสฬ์เลขา, 2542)

ดังนั้นพยาบาลซึ่งต้องให้การพยาบาลผู้ป่วยแบบองค์รวม ควรได้ทราบถึงปัจจัยต่างๆที่ส่งผลต่อความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ของเด็กวัยเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ เพื่อเป็นข้อมูลในการออกแบบการพยาบาลเพื่อส่งเสริมให้เด็กมีวินัยในการรับประทานยาที่ดี ตั้งแต่ในวัยที่เด็กเริ่มมีพัฒนาการทางความสามารถในการดูแลสุขภาพด้วยตนเอง อีกทั้งเพื่อป้องกันการติดเชื้อฉวยโอกาส ลดความก้าวหน้าของโรค และยืดอายุขัยของเด็กวัยเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจจะทำการศึกษา ปัจจัยคัดสรรที่ทำนายความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ของเด็กวัยเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ซึ่งประกอบด้วย ความเชื่อด้านสุขภาพของเด็ก ได้แก่ การรับรู้ภาวะการเจ็บป่วย การรับรู้ภาวะคุกคามจากโรค การรับรู้ประโยชน์ของยาต้านไวรัส ความเชื่ออำนาจในการควบคุมสุขภาพของเด็ก ความเชื่อด้านสุขภาพและความคาดหวังในการใช้ยาของเด็กในผู้ดูแล ได้แก่ การรับรู้ภาวะคุกคามจากโรคที่เด็กป่วย การรับรู้ประโยชน์ของยาที่เด็กได้รับ ความคาดหวังในการใช้ยาต้านไวรัสของเด็กในผู้ดูแล เพื่อนำผลการศึกษาไปใช้เป็นประโยชน์ทางการพยาบาลต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ ได้แก่ การรับประทานยาถูกต้องตามชนิด จำนวน ตรงตามเวลา ของเด็กวัยเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร ประกอบด้วย อายุของเด็ก อายุเมื่อทราบอาการป่วยของเด็ก ความเชื่อด้านสุขภาพของเด็ก ความเชื่ออำนาจในการควบคุมสุขภาพของเด็ก ความเชื่อด้านสุขภาพของเด็กในผู้ดูแล และ ความคาดหวังในการใช้ยาของเด็กในผู้ดูแล กับความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ของเด็กวัยเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์
3. เพื่อศึกษาอำนาจในการทำนายของปัจจัยคัดสรร ประกอบด้วย อายุของเด็ก อายุเมื่อทราบอาการป่วยของเด็ก ความเชื่อด้านสุขภาพของเด็ก ความเชื่ออำนาจในการควบคุมสุขภาพของเด็ก ความเชื่อด้านสุขภาพของเด็กในผู้ดูแล และ ความคาดหวังในการใช้ยาของเด็กในผู้ดูแล ต่อความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ของเด็กวัยเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์

คำถามการวิจัย

1. ความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ ได้แก่ การรับประทานยาถูกต้องตามชนิด จำนวน ตรงตามเวลา ของเด็กวัยเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์เป็นอย่างไร
2. ปัจจัยคัดสรร ประกอบด้วย อายุของเด็ก อายุเมื่อทราบอาการป่วยของเด็ก ความเชื่อด้านสุขภาพของเด็ก ความเชื่ออำนาจในการควบคุมสุขภาพของเด็ก ความเชื่อด้านสุขภาพของเด็กในผู้ดูแล และ ความคาดหวังในการใช้ยาของเด็กในผู้ดูแล มีความสัมพันธ์กับความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ของเด็กวัยเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์หรือไม่ อย่างไร
3. อายุของเด็ก อายุเมื่อทราบอาการป่วยของเด็ก ความเชื่อด้านสุขภาพของเด็ก ความเชื่ออำนาจในการควบคุมสุขภาพของเด็ก ความเชื่อด้านสุขภาพของเด็กในผู้ดูแล และความคาดหวังในการใช้ยาของเด็กในผู้ดูแล สามารถร่วมกันทำนายความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ของเด็กวัยเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ได้หรือไม่ อย่างไร

แนวเหตุผลและสมมุติฐานการวิจัย

เด็กวัยเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ จำเป็นต้องมีวินัยในการรับประทานยาอย่างเคร่งครัด เนื่องจากความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์มีความสัมพันธ์กับประสิทธิผลของการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ในระยะยาว (DHHS, 2004 อ้างใน พีระมน นิงสานนท์ และคณะ, 2547) โดย Bush and Lannotti (1990) ได้เสนอโมเดลซึ่งอธิบายปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการรับประทานยาของเด็กในแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเด็ก (Children's Health Belief Model : CHBM) โดยจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยที่ส่งผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ สามารถอธิบายความสัมพันธ์ของตัวแปรภายในกรอบแนวคิดได้ดังนี้

1. ปัจจัยความเชื่อด้านสุขภาพของเด็ก Bush and Lannotti (1990) อธิบายว่าประกอบด้วย การรับรู้ภาวะสุขภาพของตนเองและการรับรู้ภาวะคุกคามของโรคที่ตนเองป่วยจะเป็นตัวกำหนดให้เกิดพฤติกรรมในการป้องกันอันตรายจากโรคและภาวะแทรกซ้อน ประกอบกับการรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานยาตามแผนการรักษา ทำให้เด็กมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม คือการให้ความร่วมมือการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ จากการศึกษาของ Bush and Lannotti (1988,1990) พบว่าปัจจัยด้านตัวเด็กที่มีความสัมพันธ์ต่อการใช้ยาในเด็กทั้งกลุ่มที่มีอายุ ≥ 11 ปี และอายุ < 11 ปี คือ การรับรู้ภาวะเจ็บป่วยของตนเอง การรับรู้ความรุนแรงของ

โรค และการรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานยา การศึกษาของ Carpenter (2005) พบว่าความเชื่อด้านสุขภาพสามารถทำนายความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยได้ โดยการรับรู้ถึงภาวะคุกคามของโรคมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษา Rosenstock (1974 อ้างถึงใน ศศิธร ดวงมัน, 2548) กล่าวว่า การรับรู้ภาวะคุกคามของโรค และการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันและลดภาวะคุกคามของโรค จะเป็นตัวกำหนดพฤติกรรมการป้องกันอันตรายและลดภาวะเสี่ยงต่าง ๆ บุคคลจะปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพตามที่ตนเองรับรู้เด็กติดเชื่อเอชไอวี/เอดส์ที่มีการรับรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับความเสี่ยงและความรุนแรงของภาวะสุขภาพและการเจ็บป่วยของตนเอง รับรู้ประโยชน์ของการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ เป็นปัจจัยหนึ่งที่ก่อให้เกิดความร่วมมือในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ และพฤติกรรมสุขภาพที่ดี พบว่ามีผู้ป่วยจำนวนหนึ่งที่หยุดรับประทานยาเมื่อรู้สึกว่าการรับประทานยาแล้วอาการไม่ดีขึ้นหรือรู้สึกแยกลง ในทางกลับกันมีผู้ป่วยเรื้อรังจำนวนมากหยุดรับประทานยาเมื่อรู้สึกว่าการดีขึ้นมากหรือไม่มีอาการแล้ว เพราะไม่รับรู้หรือเข้าใจว่ามีความจำเป็นต้องรับประทานยาอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ (วันทนา มณีศรีวงศ์กุล, 2547) เบญจลักษณ์ สีเกิดพงษ์ (2547) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความเชื่อด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมสุขภาพของเด็กวัยเรียนโรคธาลัสซีเมีย พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรงของโรค และการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนโรคธาลัสซีเมีย ทั้งแง่ของการรับประทานยา การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและการรับการรักษาอย่างต่อเนื่อง สอดคล้องกับการศึกษาของ พิชามรณ จันทนกุล (2541) ที่พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยง ความรุนแรงของโรค ประโยชน์ อุปสรรค และแรงจูงใจ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์ของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 ดังนั้น การรับรู้ภาวะการเจ็บป่วยของตนเอง การรับรู้ภาวะคุกคามจากโรคที่ตนเองป่วย การรับรู้ประโยชน์ของยาต้านไวรัสเอดส์ของเด็กวัยเรียนที่ติดเชื่อเอชไอวี/เอดส์ จึงมีความสัมพันธ์ต่อความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ของเด็กวัยเรียนที่ติดเชื่อเอชไอวี/เอดส์

2. ความเชื่ออำนาจในการควบคุมสุขภาพของเด็ก (Health locus of control) เป็นปัจจัยด้านพุทธิปัญญาและอารมณ์ที่สามารถทำนายพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล (Rotter, 1966 cite in Takeda, 1999) เมื่อเด็กมีความเชื่อแบบใดแบบหนึ่งแล้วก็มีแนวโน้มที่จะปฏิบัติตนให้สอดคล้องกับความเชื่อของตน โดยเฉพาะความเชื่ออำนาจในการควบคุมสุขภาพ ประกอบด้วย 3 มิติย่อย ดังนี้

1) ความเชื่ออำนาจในตนด้านสุขภาพ (Internal health locus of control) เด็กที่เชื่ออำนาจในตนจะเชื่อว่าการที่ตนเองมีสุขภาพดีหรือไม่นั้นเกิดจากการกระทำของตน ตนสามารถควบคุมได้และเชื่อว่าสามารถป้องกันไม่ให้เจ็บป่วยได้ด้วยการดูแลสุขภาพให้ถูกวิธี 2) ความเชื่อ

อำนาจผู้อื่นด้านสุขภาพ (Powerful other health locus of control) เป็นความเชื่อว่าการที่ตนสุขภาพดีหรือไม่ดีนั้นเป็นเพราะผู้อื่น เช่น บิดา มารดา แพทย์ พยาบาล เป็นต้น 3) ความเชื่ออำนาจความบังเอิญ (Chance health locus of control) เป็นความเชื่อว่าการที่ตนสุขภาพดีหรือไม่ดีเกิดจากโชคชะตาหรือความบังเอิญ (Wallston et al., 1978 cite in O'Brien et al., 1989; Bennett et al., 1998) ความเชื่อในแบบที่ 2 และ 3 นี้จัดเป็นความเชื่ออำนาจภายนอกตน โดยคนที่มีความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพจะมีการแสวงหาข้อมูลความรู้ด้านสุขภาพ การเข้ารับการปฏิบัติตามแผนการรักษา สนใจต่อสุขภาพของตนเอง ตรงกันข้ามกับบุคคลที่เชื่ออำนาจภายนอกตนด้านสุขภาพจะไม่สนใจที่จะปฏิบัติตัวเพื่อรักษาสุขภาพหรือปฏิบัติตามแผนการรักษาปล่อยให้สุขภาพตนขึ้นอยู่กับคนอื่นหรือโชคชะตา (Wallston et al., 1978 อ้างถึงใน กุณท์ชดีเพียรทอง, 2547 และวิลลาสนี แฝ้วชนะ, 2541) ดังการศึกษาของ อัมพร วงศ์ใหญ่ (2541) พบว่าความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพของนักเรียนชายมีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการรักษาความสะอาดร่างกาย และการศึกษาของ Bennett et al. (1998) ที่พบว่าผู้ที่มีความเชื่อภายในตนด้านสุขภาพมีการรายงานการดื่มแอลกอฮอล์ในปริมาณต่ำมากเมื่อเทียบกับผู้ที่มีความเชื่อภายนอกตน สอดคล้องกับการศึกษาของ Bush and Lannotti (1988) ที่พบว่าความเชื่ออำนาจในการควบคุมด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาทั้งในเด็กที่อายุ ≥ 11 ปี และ < 11 ปี ดังนั้นความเชื่ออำนาจในการควบคุมสุขภาพของเด็กติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์จึงน่าจะมีผลต่อความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์

3. ปัจจัยด้านผู้ดูแล ผู้ดูแลจัดเป็นสิ่งแวดล้อมที่สำคัญต่อการรับประทานยาของเด็ก เนื่องด้วยภาวะเจ็บป่วยของเด็กติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดและต่อเนื่อง ความเชื่อด้านสุขภาพเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อการแสดงออกทางพฤติกรรมของมนุษย์ ความเชื่อด้านสุขภาพและการใช้ยาด้านไวรัสเอดส์ในเด็กวัยเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ของผู้ดูแลเป็นความรู้สึกนึกคิด ความเข้าใจเกี่ยวกับปัญหาภาวะสุขภาพและการรักษาด้วยยาด้านไวรัสเอดส์ ประกอบด้วย การรับรู้ภาวะคุกคามจากการเจ็บป่วยของเด็ก การรับรู้ประโยชน์ของยาด้านไวรัสเอดส์ที่เด็กได้รับ และความคาดหวังในการใช้ยาด้านไวรัสเอดส์ของเด็ก มีผลต่อผู้ดูแลในการกระตุ้นหรือสนับสนุนให้เด็กติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์เกิดพฤติกรรมปฏิบัติหรือไม่ปฏิบัติตามแผนการรักษา ดังการศึกษาของ Bush and Lannotti (1990) พบว่า ปัจจัยด้านผู้ดูแลที่มีความสัมพันธ์ต่อการเข้ายาในเด็ก คือ การรับรู้ภาวะคุกคามของโรคที่เด็กป่วย (การรับรู้ความเสี่ยง, การรับรู้ความรุนแรง) การรับรู้ประโยชน์ของยาที่เด็กได้รับ และความคาดหวังในการใช้ยาในเด็กของผู้ดูแล สอดคล้องกับ สมจิต เกียรติวัฒนเจริญ (2541) ที่ศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลบุตรโรคติดเชื้อทางเดินหายใจของมารดา พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลบุตรของมารดา Yana (2003

อ้างถึงใน นันทกา สวัสดิพานิช, 2547) ศึกษาเกี่ยวกับตัวทำนายความเชื่อด้านสุขภาพต่อความร่วมมือในการให้ยาต้านไวรัสเอดส์ในเด็ก พบว่า การรับรู้ประโยชน์ไม่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการดูแลให้ยาต้านไวรัสเอดส์ในเด็ก ตรงกันข้ามกับการศึกษาของ นันทกา สวัสดิพานิช (2547) ที่ศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ดูแลเด็กติดเชื้อเอชไอวี อายุ 1 ปี 3 เดือน - 5 ปี พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพและการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติในการดูแลเด็กมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ดูแลเด็กติดเชื้อเอชไอวีในระดับสูง และการศึกษาของ Goode et al. (2003) พบว่าผู้ดูแลที่รับรู้และเข้าใจเหตุผลการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอมีแนวโน้มที่จะดูแลเด็กให้รับประทานยาตรงตามกำหนดสอดคล้องกับ Berrien et al. (2004) ที่พบว่าคะแนนความสม่ำเสมอในการรับประทานยาของเด็กเพิ่มขึ้นในผู้ดูแลมีความรู้และความเข้าใจในการรับประทานยาต้านไวรัสอย่างสม่ำเสมอ ด้วยเหตุนี้ การรับรู้ภาวะคุกคามจากโรคที่เด็กป่วย การรับรู้ประโยชน์ของยาที่เด็กได้รับของผู้ดูแล และความคาดหวังในการใช้ยาต้านไวรัสในเด็กของผู้ดูแล จึงมีความสัมพันธ์ต่อความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ในเด็กวัยเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์

จากกรอบแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของเด็ก และการทบทวนวรรณกรรม ผู้วิจัยจึงตั้งสมมุติฐาน ดังนี้

1. อายุของเด็ก มีความสัมพันธ์กับความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสของเด็กวัยเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์
2. อายุเมื่อทราบอาการป่วยของเด็ก มีความสัมพันธ์กับความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสของเด็กวัยเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์
3. ความเชื่อด้านสุขภาพของเด็ก ซึ่งประกอบด้วย การรับรู้ภาวะการเจ็บป่วยของตนเอง การรับรู้ภาวะคุกคามของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานยาต้านไวรัสอย่างสม่ำเสมอ มีความสัมพันธ์กับความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสของเด็กวัยเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์
4. ความเชื่ออำนาจในการควบคุมสุขภาพของเด็ก มีความสัมพันธ์กับความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสในเด็กวัยเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์
5. ความเชื่อด้านสุขภาพของเด็กในผู้ดูแล ประกอบด้วย การรับรู้ภาวะคุกคามของโรคที่เด็กป่วย การรับรู้ประโยชน์ของยาต้านไวรัสที่เด็กได้รับ มีความสัมพันธ์กับความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสของเด็กวัยเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์
6. ความคาดหวังในการใช้ยาต้านไวรัสของเด็กในผู้ดูแล มีความสัมพันธ์กับความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสของเด็กวัยเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์

7. อายุของเด็ก อายุเมื่อทราบอาการป่วยของเด็ก ความเชื่อด้านสุขภาพของเด็ก ความเชื่ออำนาจในการควบคุมสุขภาพของเด็ก ความเชื่อด้านสุขภาพของเด็กในผู้ดูแล และความคาดหวังในการใช้ยาของเด็กในผู้ดูแล สามารถร่วมกันทำนายความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสของเด็กวัยเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ได้

ขอบเขตของการวิจัย

เป็นการวิจัยเพื่อศึกษาความสัมพันธ์และศึกษาอำนาจในการทำนายของปัจจัยคัดสรรต่อความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ของเด็กวัยเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่มาใช้บริการที่คลินิกยาต้านไวรัสเอดส์ ที่โรงพยาบาลของรัฐเขตกรุงเทพมหานครและผู้ดูแลเด็ก ตัวแปรที่ศึกษาในการวิจัยนี้ มีดังนี้

ตัวแปรต้น คือ อายุเด็ก อายุที่ทราบอาการป่วยของเด็ก ความเชื่อด้านสุขภาพของเด็ก (การรับรู้ภาวะการเจ็บป่วยของตนเอง การรับรู้ภาวะคุกคามของโรคที่ตนเองป่วย การรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์) ความเชื่ออำนาจในการควบคุมสุขภาพของเด็ก ความเชื่อด้านสุขภาพของเด็กในผู้ดูแล (การรับรู้ภาวะคุกคามของโรคที่เด็กป่วย การรับรู้ประโยชน์ของยาต้านไวรัสเอดส์ที่เด็กได้รับ) และความคาดหวังในการใช้ยาของเด็กในผู้ดูแล

ตัวแปรตาม คือ ความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ของเด็กวัยเรียน

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

อายุของเด็ก หมายถึง จำนวนอายุเป็นปีของกลุ่มตัวอย่าง ณ วันที่ทำการเก็บข้อมูล

อายุเมื่อทราบอาการป่วยของเด็ก หมายถึง จำนวนอายุเต็มนับเป็นปีของกลุ่มตัวอย่าง ณ วันที่กลุ่มตัวอย่างเด็กวัยเรียนติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ได้รับทราบอาการป่วยของตนเองจากทีมสุขภาพ บิดามารดา ญาติ ผู้ดูแล

ความเชื่อด้านสุขภาพของเด็ก หมายถึง ความรู้ ความเข้าใจ และความตระหนักของเด็กวัยเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ วัดโดยแบบสัมภาษณ์ ความเชื่อด้านสุขภาพของเด็กที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากแนวคิดของ Bush and Lannotti (1990) ประกอบด้วย

การรับรู้ภาวะเจ็บป่วยของตนเอง หมายถึง ความรู้ ความเข้าใจ และความตระหนักของเด็กติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ต่อการเจ็บป่วยของตนเอง จากการประเมินภาวะการเจ็บป่วยในปัจจุบัน ต่อโอกาสที่จะเกิดโรคและภาวะแทรกซ้อน

การรับรู้ภาวะคุกคามจากการเจ็บป่วยของตนเอง หมายถึง ความรู้ ความเข้าใจ และความตระหนักของเด็กวัยเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ถึงภาวะเสี่ยงร่วมกับความรุนแรงของการเจ็บป่วยของตนเอง ความเลวร้ายของสถานการณ์ที่มีสาเหตุมาจากการเจ็บป่วยซึ่งก่อให้เกิดความยากลำบากในการดำเนินชีวิต

การรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานยาต้านไวรัสอย่างสม่ำเสมอ หมายถึง ความรู้ ความเข้าใจและตระหนักของเด็กวัยเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ต่อผลดีของการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์อย่างสม่ำเสมอในการลดความรุนแรงของโรค และการป้องกันการดื้อยาและการติดเชื้อฉวยโอกาส

ความเชื่ออำนาจในการควบคุมสุขภาพของเด็ก หมายถึง ความนึกคิด ความเข้าใจ และการรับรู้ของเด็กวัยเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ที่มีต่อการควบคุมสุขภาพของตนเอง วัดโดยแบบวัดความเชื่ออำนาจในการควบคุมสุขภาพ ซึ่งผู้วิจัยดัดแปลงมาจาก The Multidimensional Health Locus of Control (MHLC) Scale ของ Wallston et al. (1978) ประกอบด้วย

1. ความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพ หมายถึง ความนึกคิด ความเข้าใจและการรับรู้ว่าสิ่งที่เกิดขึ้นกับสุขภาพของตนเองเป็นผลมาจากการกระทำหรือความสามารถของตนเอง ตนเองสามารถควบคุมดูแลสุขภาพด้วยตนเองได้

2. ความเชื่ออำนาจผู้อื่นด้านสุขภาพ หมายถึง ความนึกคิด ความเข้าใจและการรับรู้ว่าสิ่งที่เกิดขึ้นกับสุขภาพตนเองเป็นผลมาจากผู้อื่น หรืออยู่ภายใต้การควบคุมดูแลของผู้อื่น ได้แก่ แพทย์ พยาบาล บุคคลในครอบครัว

3. ความเชื่ออำนาจความบังเอิญด้านสุขภาพ หมายถึง ความนึกคิด ความเข้าใจและการรับรู้ว่าสิ่งที่เกิดขึ้นกับสุขภาพตนเป็นเพราะความบังเอิญ หรืออยู่ภายใต้อำนาจของโชคชะตาเคราะห์กรรมทำให้เป็นไป ตนเองไม่สามารถเข้าไปควบคุมดูแลสุขภาพได้

ความเชื่อด้านสุขภาพของเด็กในผู้ดูแล ประกอบด้วย

การรับรู้ภาวะคุกคามของโรคที่เด็กป่วยของผู้ดูแล หมายถึง การรับรู้ของผู้ดูแลต่อภาวะเสี่ยง โอกาสเกิดอันตรายและภาวะแทรกซ้อน ร่วมกับการรับรู้ความรุนแรงของโรคที่เด็กกำลังป่วย ความเลวร้ายของสถานการณ์ที่มีสาเหตุมาจากการเจ็บป่วยซึ่งก่อให้เกิดความยากลำบากในการดำเนินชีวิต

การรับรู้ประโยชน์ของยาต้านไวรัสเอดส์ที่เด็กได้รับ ของผู้ดูแล หมายถึง การรับรู้ของผู้ดูแลหลักเกี่ยวกับประสิทธิภาพหรือประโยชน์ของยาต้านไวรัสเอดส์ที่เด็กได้รับในการลดภาวะเสี่ยงภาวะแทรกซ้อนและความรุนแรงของโรค

ความคาดหวังในการใช้ยาของเด็กในผู้ดูแล หมายถึง การที่ผู้ดูแลเด็กติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์วัยเรียน มีการคาดการณ์ล่วงหน้าเกี่ยวกับการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ของเด็กวัยเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ในความดูแลของตนเอง

ความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ หมายถึง พฤติกรรมการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ของเด็กวัยเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่ถูกต้องตามแผนการรักษา ครอบคลุมชนิด จำนวน ตรงตามเวลาที่แพทย์สั่ง วัตถุประสงค์โดยแบบสัมภาษณ์ความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ที่ผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบประเมินความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสของ วันทนา มณีศรีวงศ์กุล (2546) และการทบทวนวรรณกรรม

ผู้ดูแล หมายถึง บิดา มารดา หรือบุคคลที่เป็นผู้ให้การดูแลเด็กวัยเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ในการดูแลกิจวัตรประจำวัน การดูแลด้านสุขภาพ รวมทั้งการดูแลในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ของเด็ก และพักอาศัยอยู่ในบ้านเดียวกันกับเด็ก โดยเป็นผู้ที่มีความสัมพันธ์เกี่ยวข้องกับเด็กทางสายเลือดหรือมิใช่ก็ได้

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เพื่อให้พยาบาลและบุคลากรทางการแพทย์สาธารณสุขได้ทราบและตระหนักถึงปัจจัยต่างๆที่มีความสัมพันธ์ต่อความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ของเด็กวัยเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์
2. เพื่อเป็นแนวทางพัฒนาโปรแกรมการพยาบาลในการส่งเสริมความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ในเด็กวัยเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาปัจจัยคัดสรรที่ทำนายความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสของเด็กวัยเรียน ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาค้นคว้าและทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง เพื่อใช้เป็นแนวทางในการวิจัยโดยมีสาระสำคัญ ดังนี้

1. ความรู้เกี่ยวกับการติดเชื้อเอชไอวีและโรคเอดส์ในเด็กวัยเรียน
 - 1.1 ความหมายของเด็กติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์
 - 1.2 การวินิจฉัยการติดเชื้อเอชไอวีและโรคเอดส์ในเด็ก
 - 1.3 อาการและอาการแสดงทางคลินิก
 - 1.4 การดูแลรักษาและการใช้ยาในเด็กติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์
2. พัฒนาการของเด็กวัยเรียนกับการดูแลสุขภาพตนเอง
3. บทบาทของพยาบาลในการดูแลเด็กติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์
4. ความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสของเด็กวัยเรียน
 - 4.1 ความสำคัญของการให้ความร่วมมือในการรับประทานยาต้านไวรัสอย่างสม่ำเสมอ
 - 4.2 ความหมายของการรับประทานยาต้านไวรัสอย่างสม่ำเสมอ
 - 4.3 การประเมินความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัส
5. แนวทางการให้การปรึกษาผู้ป่วยเด็กที่ได้รับยาต้านไวรัสเอดส์ ผู้ปกครองและผู้ดูแล
 - 5.1 วัตถุประสงค์การให้การปรึกษา
 - 5.2 คุณสมบัติผู้ให้การปรึกษาเด็กที่ได้รับยาต้านไวรัสเอดส์
 - 5.3 ปัญหาที่พบในการดูแลและให้การปรึกษาเกี่ยวกับการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ของเด็ก
 - 5.4 แนวทางการให้การปรึกษาเด็กที่รับยาต้านไวรัส บิดามารดาและผู้ดูแล
 - 5.5 ประเด็นที่ผู้ให้การปรึกษาควรคำนึงถึงในการให้การปรึกษาเด็กที่ได้รับยาต้านไวรัสเอดส์
6. แนวคิดปัจจัยเกี่ยวข้องกับการรับประทานยาในเด็ก
7. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ในเด็ก
 - 7.1 ปัจจัยด้านตัวเด็ก
 - 7.2 ปัจจัยด้านผู้ดูแล

1. ความรู้เกี่ยวกับการติดเชื้อเอชไอวีและโรคเอดส์ในเด็ก

โรคเอดส์ในเด็กส่วนใหญ่เกิดจากการติดเชื้อจากมารดาสู่ทารก (Vertical transmission) ประเทศไทยเคยมีเด็กอายุ 1-4 ปี ที่ติดเชื้อใหม่มากกว่า 1,000 รายต่อปีระหว่างปี พ.ศ.2539-2541 จากนั้นจำนวนค่อย ๆ ลดลงตามลำดับ (ปิยรัชต์ สันตะรัตติวงศ์, 2549)

1.1 ความหมายของเด็กติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเด็กเอดส์

เด็กติดเชื้อเอชไอวี หมายถึง เด็กที่ได้รับการตรวจทางห้องปฏิบัติการ โดยการเจาะเลือดตรวจหาเอชไอวีแอนติเจน หรือเอชไอวีแอนติบอดีได้ผลบวก แต่ไม่พบอาการผิดปกติทางคลินิก

ผู้ป่วยเด็กเอดส์ หมายถึง เด็กที่ได้รับเชื้อเอชไอวีแล้วมีผลทำให้ภูมิคุ้มกันของร่างกายเสื่อมลง ทำให้ร่างกายอ่อนแอ เกิดอาการของโรค และเกิดการติดเชื้อฉวยโอกาส ผู้ป่วยเด็กเอดส์จะมีการตรวจพบ ดังนี้ (จันทพงษ์ วะสี, 2540)

- ตรวจพบแอนติบอดี หรือแอนติเจนของเชื้อ หรือเพาะเลี้ยงแยกเชื้อได้ หรือตรวจพบยีนของเชื้อ HIV

- แสดงภาวะบกพร่องของระบบภูมิคุ้มกัน พบ lymphocytes มีจำนวนลดลง โดยเฉพาะ T-helper cell (ในระยะสุดท้ายมีการพบ CD4 cell น้อยกว่า 200/ลบ.มม.) การทดสอบผิวหนัง (Skin test) ได้ผลลบ

- ติดเชื้อจุลชีพฉวยโอกาสหรือเป็นมะเร็งบางชนิด

การติดเชื้อเอชไอวีและโรคเอดส์ในเด็ก

การติดเชื้อเอชไอวี เป็นภาวะที่ร่างกายได้รับเชื้อไวรัสเอชไอวี (Human Immunodeficiency Virus: HIV) แล้วทำให้ T-helper lymphocyte ถูกทำลายและมีจำนวนลดลง ใกล้เคียงกับโรคของร่างกายถูกทำลายโดยเชื้อเอชไอวี เป็นผลให้เกิดภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่อง และติดเชื้อต่าง ๆ ได้ง่าย โดยเฉพาะเชื้อฉวยโอกาส (มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช : มสธ., 2545) เมื่อเชื้อไวรัสชนิดนี้เข้าสู่ร่างกาย จะเข้าสู่ภายในเซลล์แล้วจะมีการเพิ่มจำนวนมากขึ้น โดย RNA ของไวรัสสามารถเปลี่ยนเป็น DNA virus โดยใช้เอนไซม์ reverse transcriptase และรวมตัวเข้ากับ DNA ของเซลล์เป็น provirus ซึ่งจะแบ่งตัวไปพร้อมกับเซลล์ที่ติดเชื้อไวรัส โดยจะเพิ่มจำนวนได้มากใน active T-cell ทำให้เซลล์ที่ติดเชื้อถูกทำลายและมีจำนวนลดลง เมื่อภูมิคุ้มกันลดลงถึงระดับหนึ่ง จะทำให้ร่างกายติดเชื้อฉวยโอกาสต่าง ๆ ได้ง่าย (Borkowsky, 1998 อ้างถึงใน นันทกา สวัสดิพานิช, 2547) และเมื่อภาวะของการติดเชื้อรุนแรงขึ้นทำให้เด็ก

เสียชีวิตได้ ภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่องเกิดจากการแตกทำลายของ T-helper cell เด็กที่ติดเชื้อเอชไอวีจะพบระดับของ T-lymphocyte ลดจำนวนลง ทำให้การทำงานที่กำกับการสร้างภูมิคุ้มกันของร่างกายลดลง และถูกทำลายในที่สุด (Gottlie et al., 1987; Nelson, 1996) ในเด็กที่ติดเชื้อเอชไอวีส่วนใหญ่พบว่ามีความผิดปกติที่ บี-ลิมโฟไซต์ที่ก่อนซีดีโฟที่เซลล์ นอกจากนี้ยังพบว่า บี-ลิมโฟไซต์ ยังมีการรับรู้ต่อแอนติเจนลดลงด้วย ทำให้เกิดการติดเชื้อแบคทีเรียรุนแรงบ่อย ๆ และเป็นลักษณะที่แตกต่างไปจากการที่ติดเชื้อเอชไอวีในผู้ใหญ่ ระยะฟักตัวในเด็กนั้นค่อนข้างสั้นกว่าผู้ใหญ่ เมื่อได้รับเชื้อเอชไอวีแล้ว ภูมิคุ้มกันของร่างกายที่ถูกทำลายจะทำให้ร่างกายมีความไวต่อการเกิดโรคแทรกซ้อนต่าง ๆ ซึ่งเกิดขึ้นพร้อม ๆ กัน จึงเรียกว่า “กลุ่มอาการ” การดำเนินโรคจะช้าหรือเร็วขึ้นอยู่กับความรุนแรงของภูมิคุ้มกันที่บกพร่อง ดังนั้นเด็กที่ติดเชื้อเอชไอวีจะมีการเปลี่ยนแปลงการดำเนินของโรคเป็นระยะ ๆ จากไม่มีอาการกลายเป็นกลุ่มที่มีอาการสัมพันธ์กับเอดส์ (AIDS Related Complex: ARC) และกลุ่มอาการของโรคเอดส์ (Acquired Immunodeficiency Syndrom: AIDS) (วิชาญ วิทยาลัย และประคอง วิทยาลัย, 2540)

1.2 การวินิจฉัยการติดเชื้อเอชไอวีและโรคเอดส์ในเด็ก

การติดเชื้อเอชไอวีในเด็กส่วนใหญ่เกิดจากการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก การถ่ายทอดเชื้อเกิดได้ตั้งแต่ลูกอยู่ในครรภ์มารดา ระหว่างการคลอด และหลังคลอดจากการที่เด็กกินนมแม่ การวินิจฉัยภาวะติดเชื้อเอชไอวีในเด็กได้ตั้งแต่เนิ่น ๆ จะเป็นประโยชน์อย่างยิ่งในการดูแลรักษาเด็กที่ติดเชื้อเอชไอวีต่อไป การวินิจฉัยการติดเชื้อเอชไอวีหรือโรคเอดส์ในเด็กได้จาก

1.2.1 การซักประวัติและตรวจพบอาการและอาการแสดง

1.2.2 การตรวจทางห้องปฏิบัติการ ดังนี้

ก. การตรวจหาเชื้อไวรัส (Virological assay) ได้แก่

- การแยกเชื้อเอชไอวีในเซลล์เพาะเลี้ยง (Viral culture)
- การตรวจชิ้นส่วนทางพันธุกรรม โดยวิธี Polymerase Chain Reaction (PCR) ตรวจได้ทั้ง HIV DNA PCR เป็นวิธีที่ให้ผลบวกเกินร้อยละ 90 ตั้งแต่เด็กอายุได้ 2 สัปดาห์ จึงนิยมใช้ยืนยันการติดเชื้อในทารก วิธี HIV RNA PCR เป็นวิธีที่สามารถบอกปริมาณไวรัสในเลือด จึงใช้ติดตามผลการรักษาได้ด้วย
- การตรวจหาแอนติเจน ที่นำมาใช้คือ การตรวจหา p24 แอนติเจน เป็นวิธีที่มีความจำเพาะ แต่มีข้อเสียคือมีความไวต่ำกว่าการตรวจเชื้อไวรัสด้วยวิธีอื่น ไม่นิยมใช้ยืนยันการวินิจฉัย

ข. การตรวจภูมิคุ้มกันที่จำเพาะต่อเชื้อเอชไอวี (Immunological assay) ได้แก่ การตรวจแอนติบอดีชนิด IgG ด้วยวิธี enzyme immunoassay (EIA) immunofluorescence assay วิธี Western blot นอกจากนี้ยังมีเทคนิคใหม่ ๆ ที่ได้รับการพัฒนาขึ้นให้มีความไวและความจำเพาะใกล้เคียงกับวิธี EIA มาตรฐาน และได้ผลเร็วภายใน 1-2 ชั่วโมง เรียกว่า rapid test แต่พบว่ามีความไวลดลงได้สูงพอสมควร จึงต้องยืนยันด้วยวิธีมาตรฐานเสมอ

เด็กที่อายุน้อยกว่า 18 เดือน การตรวจแอนติบอดีไม่สามารถวินิจฉัยการติดเชื้อเอชไอวีในเด็กได้ เนื่องจากมีแอนติบอดีของแม่ที่ผ่านรกมาระหว่างอยู่ในครรภ์มารดา ซึ่งจะค่อย ๆ หดไปเมื่อทารกอายุได้ 6-18 เดือน ดังนั้นการวินิจฉัยว่าทารกนั้นติดเชื้อเอชไอวีหรือไม่ จะต้องใช้วิธีตรวจพิเศษโดยการเพาะเชื้อไวรัส การตรวจ PCR หรือการตรวจหา p24 Ag ถ้าผลการตรวจอย่างใดอย่างหนึ่งในสามวิธีนั้นให้ผลบวกอย่างน้อย 2 ครั้ง ก็จะสามารถวินิจฉัยได้ทันทีว่าทารกนั้นติดเชื้อจริง (กุลกัญญา โชคไพบูลย์, 2541) ในเด็กที่อายุมากกว่า 18 เดือน การตรวจพบแอนติบอดีต่อเชื้อเอชไอวี ยืนยันด้วยการทดสอบ 2 วิธีที่ต่างกัน สามารถให้การวินิจฉัยว่าเด็กติดเชื้อเอชไอวีได้ (ปิยรัชต์ สันตะระติวงศ์, 2549)

ศูนย์ควบคุมและป้องกันโรคแห่งสหรัฐอเมริกาได้ให้คำจำกัดความของการติดเชื้อ HIV ดังนี้ (CDC, 1999)

การติดเชื้อตามเกณฑ์ของศูนย์ควบคุมและป้องกันโรค ผู้ใหญ่ วัยรุ่น และเด็กตั้งแต่อายุ 18 เดือนขึ้นไป จะได้รับการวินิจฉัยว่าติดเชื้อ HIV เมื่อเข้าเกณฑ์อย่างน้อย 1 ข้อต่อไปนี้

ก. เกณฑ์การตรวจทางห้องปฏิบัติการ ได้ผลบวกข้อใดข้อหนึ่งต่อไปนี้

1. ผลการตรวจคัดกรอง antibody ต่อ HIV เช่น โดยวิธี reactive enzyme immunoassay ได้ผลบวกซ้ำ ๆ หลายครั้ง และผลตรวจ HIV antibody ยืนยัน เช่น ด้วยวิธี Western blot หรือ immunofluorescence antibody test ได้ผลบวกเช่นกัน

2. ผลการตรวจทางไวรัสวิทยาข้อใดข้อหนึ่งต่อไปนี้ (ที่ไม่ใช้วิธีตรวจ antibody) พบปริมาณไวรัส HIV ได้ผลบวก ได้แก่

- ตรวจ HIV nucleic acid ได้ผลบวก เช่น HIV DNA ด้วย PCR (ส่วน HIV RNA ด้วย PCR ไม่ใช่เพื่อการตรวจกรองเพื่อการวินิจฉัยโรค)

- ตรวจ p24 antigen ของ HIV รวมทั้งวิธี neutralization assay

- การเพาะเชื้อไวรัส HIV

ข. เกณฑ์ทางคลินิกหรือเกณฑ์อื่น ๆ (เมื่อไม่เข้าเกณฑ์การตรวจทางห้องปฏิบัติการ หรือเกณฑ์ทางห้องปฏิบัติการไม่สามารถบอกได้)

- การวินิจฉัยการติดเชื้อของผู้ป่วยที่มีบันทึกโดยแพทย์มาก่อน ซึ่งใช้วิธีการตรวจทางห้องปฏิบัติการดังกล่าวมาแล้วข้างต้น

1.3 อาการและอาการแสดงทางคลินิกในเด็ก

ในเด็กการติดเชื้อเอชไอวีมีอาการหลากหลาย และมีตั้งแต่ไม่มีอาการอะไรจนถึงมีอาการของโรคเอดส์รุนแรงมาก อาการและอาการแสดงของผู้ที่ติดเชื้อจะมีความสัมพันธ์กับระดับ CD4 ของ T-helper lymphocyte และระดับภูมิคุ้มกันโรค ผู้ติดเชื้อบางรายจะไม่แสดงอาการ เรียกว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวี และในรายที่แสดงอาการของโรค เรียกว่า ผู้ป่วยเอดส์ (ม.ส.ธ., 2545) ทารกแรกคลอดที่ติดเชื้อเอชไอวีมักไม่มีอาการในระยะ 2-3 เดือนแรกหลังคลอด อายุเฉลี่ยที่เริ่มเข้าสู่ระยะที่มีอาการในทารกที่ติดเชื้อระหว่างคลอด (Perinatal) คือ ประมาณ 3 ปี เด็กที่ติดเชื้อเหล่านี้ ร้อยละ 10-15 เสียชีวิตก่อนอายุ 4 ปี ซึ่งส่วนใหญ่จะเริ่มมีอาการก่อนอายุ 18 เดือน เด็กที่ติดเชื้อที่เหลือส่วนใหญ่มีอายุเกิน 5 ปี (ปราโมทย์ วีระพงษ์, 2546) การศึกษาของ Scott et al. (1989) อ้างถึงใน มนตรี ตูจันดา และคณะ, 2544) พบว่าเด็กมีอายุเฉลี่ยขณะปรากฏอาการของโรคที่ 5 เดือน และร้อยละ 21 ของเด็กที่ติดเชื้อจะมีอาการปรากฏหลัง 2 ปี ในเด็กที่ติดเชื้อจากการได้รับเลือดโดย blood transfusion พบมีระยะพักตัวอยู่ระหว่าง 4.5-8 ปี (มนตรี ตูจันดา และคณะ, 2544) องค์การอนามัยโลกกล่าวว่า ให้นึกถึงโรคเอดส์ในเด็กถ้ามีอาการแสดงหลัก (Major sign) และอาการแสดงรอง (Minor Sign) อย่างละ 2 อาการ (กุลกัญญา โชคพินุลย์, 2541) โดยที่ผู้ป่วยต้องไม่มีภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่องจากสาเหตุอื่น เช่น เป็นมะเร็ง มีภาวะทุพโภชนาการอย่างรุนแรง (อุษา ทิสยากร, 2542) ผู้ป่วยเด็กที่เสียชีวิตก่อนอายุ 15 เดือนที่มีอาการแสดงหลักและอาการแสดงรองอย่างละ 1 อาการ ก็ถือว่าผู้ป่วยเด็กเป็นโรคเอดส์เช่นเดียวกัน (วิริติ ศิริสันธนะ, 2540)

อาการแสดงหลัก (Major sign) คือ น้ำหนักลด การเจริญเติบโตช้าหรือเลี้ยงไม่โต อุดจากร่วงเร็ว รังานกว่า 1 เดือน มีการติดเชื้อเรื้อรังหรือการติดเชื้อรุนแรงของระบบทางเดินหายใจส่วนล่าง บ่อยกว่า 2 ครั้งในระยะเวลา 6 เดือน

อาการแสดงรอง (Minor Sign) คือ ต่อมมน้ำเหลืองโตมากกว่า 3 ตำแหน่ง ติดเชื้อราในช่องปากและคอ ไอเรื้อรังนานกว่า 1 เดือน มีผื่นที่ผิวหนังลำตัว และติดเชื้อตั้งแต่ 3 ครั้งภายในระยะเวลา 6 เดือน (มสธ., 2545)

อาการและอาการแสดงของเด็กที่ติดเชื้อ HIV ที่ปรากฏอาการแบ่งได้เป็น 2 ลักษณะ คือ nonspecific manifestation และ specific manifestation ดังนี้

อาการและอาการแสดงชนิด Nonspecific

- เลี้ยงไม่โต (Failure to thrive)
- ตับโต (Hepatomegaly)
- ม้ามโต (Splenomegaly)
- ต่อมมน้ำเหลืองโต (Lymphadenopathy)
- ท้องเสีย (Diarrhoea)

- พบเชื้อราในปากแบบเรื้อรังหรือเป็นซ้ำบ่อยๆ (Chronic or recurrent oral candidiasis)
- ต่อมพารอดติควมโต (Parotic enlargement)

อาการและอาการแสดงเหล่านี้ อาจพบชนิดเดียวหรือหลายชนิดพร้อมกัน ที่พบบ่อยร้อยละ 50 ได้แก่ การอักเสบของต่อมน้ำเหลืองทั่วไป ตับโต ม้ามโต และเจริญเติบโตช้า

อาการและอาการแสดงชนิด Specific

- มีการกลับเป็นซ้ำของการติดเชื้อแบคทีเรีย (Recurrent bacterial infection)
- การติดเชื้อฉวยโอกาส (Opportunistic infection)
- มีพยาธิสภาพที่สมอง (Encephalopathy)
- มีพยาธิสภาพที่ไต (Nephropathy)
- มีพยาธิสภาพที่กล้ามเนื้อหัวใจ (Cardiomyopathy)
- มะเร็ง (Malignancies)
- ตับอักเสบ (Hepatitis)

การแบ่งการติดเชื้อในเด็ก

ศูนย์ควบคุมและป้องกันโรคแห่งสหรัฐอเมริกา (1999) ได้แบ่งระยะอาการของโรคเอดส์ในเด็กอายุต่ำกว่า 13 ปี เพื่อใช้ในการพยากรณ์โรคและใช้เป็นแนวทางในการรักษา โดยแบ่งตามอาการแสดงทางคลินิกและสภาวะภูมิคุ้มกัน (ปราโทย์ ธีระพงษ์, 2546; ปิยรัชต์ สันตะรัตติวงศ์, 2549; มสธ., 2545) แบ่งผู้ป่วยออกเป็น 4 กลุ่ม คือ ผู้ป่วยเด็กที่ไม่มีอาการของโรคเอดส์ (กลุ่ม N) ผู้ป่วยเด็กที่มีอาการเล็กน้อย (กลุ่ม A) ผู้ป่วยเด็กที่มีอาการปานกลาง (กลุ่ม B) และผู้ป่วยเด็กที่มีอาการรุนแรงหรือมีอาการของโรคเอดส์ (กลุ่ม C) และในแต่ละกลุ่มพิจารณาความบกพร่องของระดับภูมิคุ้มกัน โดยการนับจำนวนและค่าร้อยละของเม็ดเลือดขาว CD4 เป็น 3 กลุ่ม คือ ระดับภูมิคุ้มกันปกติ ระดับภูมิคุ้มกันบกพร่องปานกลาง และระดับภูมิคุ้มกันบกพร่องมาก ดังตารางที่ 1 และ 2 จากการแบ่งกลุ่มดังกล่าวทำให้สามารถจำแนกระยะของโรคเป็น 12 ระยะ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การแบ่งกลุ่มอาการแสดงทางคลินิกในเด็กอายุต่ำกว่า 13 ปีที่ติดเชื้อ HIV จะแบ่งดังนี้ (MMWR Morb Mortal Wkly Rep., 1994. cite in McFarland, 2005 อ้างถึงใน จันทพงษ์ วะสี, 2540)

<p>กลุ่ม N กลุ่มที่ไม่มีอาการหรืออาการแสดงที่เป็นผลจากการติดเชื้อ HIV หรือมีภาวะที่กำหนดอยู่ในกลุ่ม A เพียง 1 อย่าง</p> <p>กลุ่ม A กลุ่มที่มีอาการแสดงเล็กน้อย ได้แก่ ผู้ป่วยเด็กที่มีภาวะต่อไปนี้ตั้งแต่ 2 อย่างขึ้นไป และไม่มีภาวะใดเลยที่กำหนดอยู่ในกลุ่ม B และ C</p> <ul style="list-style-type: none"> - ต่อม้ำเหลืองโต > 0.5 ซม. มากกว่า 2 แห่ง ซึ่งอาจเป็น 2 ด้านหรือด้านเดียว - ตับโต - ม้ามโต - ผื่นหนังอักเสบ (dermatitis) - ต่อม้ำลาย parotid อักเสบ (parotitis) - ติดเชื้อทางเดินหายใจตอนบนซ้ำหรือเรื้อรัง ไช้สอักเสบ หรือหูชั้นกลางอักเสบ <p>กลุ่ม B กลุ่มที่มีอาการแสดงปานกลาง ได้แก่ ผู้ป่วยเด็กที่มีอาการแสดงทางคลินิกที่เป็นผลจากการติดเชื้อ HIV นอกเหนือจากที่กำหนดในกลุ่ม A หรือ C ได้แก่</p> <ul style="list-style-type: none"> - ซีด (< 8 กรัม/เดซิลิตร) เม็ดเลือดขาวต่ำ, (< 1,000 เซลล์/ลบ.มม.), เกร็ดเลือดต่ำ (< 100,000/ลบ.มม.) มากกว่าหรืออย่างน้อย 30 วัน - เยื่อหุ้มสมองอักเสบจากแบคทีเรีย, ปอดอักเสบ, หรือติดเชื้อในกระแสเลือด 1 ครั้ง - ติดเชื้อรา Candida ในปากและลำคอในเด็กอายุมากกว่า 6 เดือนนานกว่า 2 เดือน - มีพยาธิสภาพที่หัวใจ (cardiomyopathy) - ติดเชื้อ CMV เริ่มเป็นตั้งแต่อายุ 1 เดือน - ท้องเสียบ่อย ๆ หรือเรื้อรัง - ตับอักเสบ - ปากอักเสบจากการติดเชื้อเริม (HSV) ซ้ำมากกว่า 2 ครั้งใน 1 ปี - หลอดลมอักเสบ (bronchitis), ปอดอักเสบ หรือหลอดอาหารอักเสบจาก HSV โดยเริ่มเป็นตั้งแต่อายุก่อน 1 เดือน - เป็นงูสวัด (Herpes zoster) > 1 ครั้งหรือ > 1 dermatome - Leiomyosarcoma - Lymphoid interstitial pneumonitis (LIP) - มีพยาธิสภาพที่ไต (nephropathy) - Nocardiosis - ไข้เรื้อรังนานกว่า 1 เดือน

- Toxoplasmosis ที่เริ่มเป็นก่อนอายุ 1 เดือน
- อีสุกอีใสที่มีภาวะแทรกซ้อน

กลุ่ม C กลุ่มที่มีอาการรุนแรง ได้แก่ ผู้ป่วยเด็กที่มีอาการแสดงหรือภาวะที่กำหนดให้วินิจฉัยว่าเป็นโรคเอดส์ (AIDS-defining illness) ดังนี้

- การติดเชื้อแบคทีเรียอย่างรุนแรงหลายครั้งหรือกลับเป็นซ้ำในโรคต่อไปนี้ ได้แก่ การติดเชื้อในกระแสเลือด ปอดอักเสบ เยื่อหุ้มสมองอักเสบ การติดเชื้อของกระดูก และข้อ ฝีของอวัยวะภายใน
 - ติดเชื้อรา Candida ที่หลอดอาหาร, หลอดลม หรือปอด
 - Coccidioidomycosis ชนิดแพร่กระจาย
 - Cryptococcosis ชนิดที่ติดเชื้อนอกปอด
 - Cryptosporidiosis หรือ isosporiasis ที่มีอาการอุจจาระร่วงเรื้อรังนานกว่า 1 เดือน
 - ติดเชื้อ CMV ที่อวัยวะอื่นที่ไม่ใช่ ตับ ม้าม ต่อมน้ำเหลือง ที่เริ่มมีอาการเมื่ออายุ > 1 เดือน
 - Encephalopathy มีอาการเหล่านี้ลุกลามอย่างน้อย 1 อย่าง นานกว่า 2 เดือน โดยไม่มีสาเหตุอื่นที่อธิบายได้
1. เลี้ยงไม่โต พัฒนาการช้า หรือปัญญาอ่อน ประเมินโดยเครื่องมือประเมินพัฒนาการหรือการทดสอบทางจิตประสาท
 2. สมองเต็บโตช้า หรือมีศีรษะเล็กจากการวัดเส้นรอบวงศีรษะ หรือมีสมองฝ่อตรวจพบโดยภาพรังสีทางสมอง
 3. มี acquired symmetrical motor deficit โดยแสดงอาการเหล่านี้อย่างน้อย 2 อย่าง ได้แก่ แขนขาอ่อนแรง รีเฟล็กซ์ผิดปกติ ataxia หรือทำเดินผิดปกติ
 - ติดเชื้อเริ่มที่เยื่อหุ้มและผิวหนังนานกว่า 1 เดือน หรือมีหลอดลมอักเสบ ปอดอักเสบ หลอดอาหารอักเสบจากเชื้อเริ่มในเด็กอายุมากกว่า เดือน
 - Histoplasmosis
 - Kaposi's sarcoma
 - มะเร็งต่อมน้ำเหลืองที่เริ่มจากสมอง
 - มะเร็งต่อมน้ำเหลืองชนิด Burkitt's, ชนิด immunoblastic, ชนิด larg cell type, ชนิด B-cell และชนิดที่ไม่สามารถบอก immunologic phenotype ได้
 - Mycobacterium avium complex หรือ Mycobacterium kansusii ชนิดแพร่กระจาย
 - Mycobacterium tuberculosis ชนิดแพร่กระจายหรืออยู่นอกปอด
 - Non- tuberculosis mycobacterium ที่เป็นทีอื่น ยกเว้น ปอด ผิวหนัง ต่อมน้ำเหลืองที่คอและที่ขั้วปอด

<ul style="list-style-type: none"> - Pnuemocystis carinii pneumonia - Progressive multifocal leukoencephalopathy (PML) - การติดเชื้อในกระแสเลือดจาก non-typhoidal salmonella ที่เกิดซ้ำบ่อย ๆ - Toxoplasmosis ของสมองที่มีอาการเริ่มเมื่ออายุมากกว่า 1 เดือน - กลุ่มอาการพอมแห้ง โดยไม่มีสาเหตุอื่นที่จะอธิบายได้ <ol style="list-style-type: none"> 1. น้ำหนักลดลงมากกว่าร้อยละ 10 ของน้ำหนักเดิม 2. อัตราส่วนน้ำหนัก : อายุ ลดลงจากเกณฑ์ปกติอย่างน้อย 2 ระดับเปอร์เซ็นไทล์ในเด็กที่อายุเกิน 1 ปี 3. อัตราส่วนน้ำหนัก : ส่วนสูง ต่ำกว่าเปอร์เซ็นไทล์ที่ 5 จากการวัด 2 ครั้งห่างกัน 30 วัน ร่วมกับอุจจาระเรื้อรังหรือมีไข้ยาวนานอย่างน้อย 30 วัน
--

ตารางที่ 2 การจำแนกสภาวะภูมิคุ้มกันของผู้ป่วยเด็กที่ติดเชื้อเอชไอวี

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

ตารางที่ 3 การจำแนกระยะโรค (staging) ในผู้ป่วยเด็กที่ติดเชื้อเอชไอวี

ระดับภูมิคุ้มกัน	อาการแสดง			
	N : ไม่มีอาการ	A : เล็กน้อย	B : ปานกลาง	C : เต็มขั้น
1. ปกติ	N 1	A 1	B 1	C 1
2. บกพร่องปานกลาง	N 2	A 2	B 2	C 1
3. บกพร่องอย่างมาก	N 3	A 3	B3	C 3

อาการและอาการแสดงของผู้ป่วยเด็กที่ติดเชื้อเอชไอวีที่มีการติดเชื้อแทรกซ้อนในระบบต่าง ๆ มีดังนี้

การติดเชื้อระบบทางเดินหายใจส่วนบนที่พบบ่อย คือ หูชั้นกลางอักเสบ ไชนัสอักเสบ ผู้ป่วยจะมีอาการไข้สูง ปวดในหู แก้วหูทะลุ มีหนองไหลออกจากหู

การติดเชื้อระบบทางเดินหายใจส่วนล่างที่พบบ่อย คือ ปอดอักเสบ เป็นสาเหตุสำคัญที่นำผู้ป่วยเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลที่พบบ่อยในเด็กเล็ก คือ ปอดอักเสบจาก Pneumocystic Carinii Pneumonia ผู้ป่วยจะมีแบบเฉียบพลัน ไข้สูง ฟังเสียงปอดพบ Fine Crepitation มีอาการขาดออกซิเจน ไอ หายใจเร็ว หอบ ที่พบบ่อยในเด็กโต คือ ปอดอักเสบจาก Lymphocytic Interstitial Pneumonitis (LIP) ผู้ป่วยจะมีอาการช้า ๆ มีอาการหายใจเร็ว หอบ ไอเรื้อรัง นิ้วขม (Clubbing) ต่อม้ำเหลืองโต ต่อม้ำลายอักเสบ นอกจากนี้อาจพบปอดอักเสบจากเชื้อ Cytomegalovirus (CMV) ผู้ป่วยอาจมีอาการ ไอ หายใจเร็ว หอบ เนื้อเยื่อของร่างกายขาดออกซิเจน

การติดเชื้อในกระแสเลือด ส่วนมากเกิดจาก Salmonella รองลงมาคือ S. Pneumoniae ผู้ป่วยจะมีไข้สูงติดต่อกันหลายวัน ไม่มีตำแหน่งการติดเชื้อที่ชัดเจน

การติดเชื้อในระบบประสาท อาจเกิดจากเชื้อไวรัสเอชไอวีโดยตรงหรือเป็นปฏิกิริยาตอบสนองทางภูมิคุ้มกันของระบบประสาทต่อการติดเชื้อ หรือเกิดจากการติดเชื้อฉวยโอกาสที่พบบ่อย ๆ คือ เยื่อหุ้มสมองอักเสบ สมองอักเสบ ภาวะ HIV Associated Progressive Encephalopathy ผู้ป่วยจะมีอาการไข้ ปวดศีรษะ คอและหลังแข็ง ระดับความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลง อาจมีเส้นประสาทสมองเป็นอัมพาต

การติดเชื้อที่ผิวหนัง ส่วนใหญ่เกิดจากเชื้อเอชไอวีหรือการติดเชื้อฉวยโอกาส ที่พบบ่อยคือ ไวรัสสุกใส ผู้ป่วยจะมีแผลพุพอง ผื่นหนอง

การติดเชื้อในระบบทางเดินอาหาร อาจเกิดจากเชื้อไวรัสเอชไอวีโดยตรง หรือการติดเชื้อฉวยโอกาส ที่พบบ่อยคือ CMV ผู้ป่วยจะมีอาการเฉียบพลันหรือเรื้อรัง อาการที่พบบ่อย คือ อุจจาระร่วงเรื้อรัง ปวดท้อง ไข้ น้ำหนักลด มีภาวะขาดน้ำ

การติดเชื้อราในช่องปากหรือทางเดินอาหาร ผู้ป่วยอาจจะมีอาการกลืนอาหารลำบาก เจ็บเวลากลืนอาหาร เลือดออกในทางเดินอาหาร

ต่อม้ำเหลืองอักเสบ อาจเกิดจากเชื้อไวรัสเอชไอวีโดยตรงหรือการติดเชื้อฉวยโอกาสที่พบบ่อย คือ S. Aureus วัณโรค ผู้ป่วยจะมีอาการต่อม้ำเหลืองโต บางรายมีอาการกดเจ็บไข้สูง การติดเชื้อในระบบปัสสาวะ ส่วนใหญ่ไม่ทราบสาเหตุ ผู้ป่วยจะมีไข้ หนาวสั่น ปัสสาวะแสบ กดเจ็บบริเวณนั้นเอง (มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช, 2545)

1.4 การดูแลรักษาและการใช้ยาในเด็กติดเชื้อเอชไอวี

การรักษาการติดเชื้อเอชไอวีและโรคเอดส์ในเด็ก ส่วนใหญ่เป็นการรักษาแบบประคับประคอง โดยรักษาตามอาการและอาการแสดงที่พบ รักษาภาวะแทรกซ้อนและป้องกันการติดเชื้อฉวยโอกาส (จิราพร รัชตโกสิน, บรรณานิการ, 2545) ซึ่งวัตถุประสงค์ในการรักษาเพื่อ

รักษาระดับภูมิคุ้มกันโรค ยับยั้งหรือชะลอการดำเนินของโรค (กุลกัญญา โชคไพบูลย์กิจ, 2546)
การดูแลรักษาผู้ป่วยเด็กเอดส์ ประกอบด้วยหลักการใหญ่ 3 ประการคือ

- 1) การรักษาด้วยยาต้านไวรัส
- 2) การรักษาโรคติดเชื้อฉวยโอกาส หรือโรคที่พบร่วมด้วย
- 3) การป้องกันโรคติดเชื้อฉวยโอกาส

1.4.1 การรักษาด้วยยาต้านไวรัสในเด็กติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์

ในช่วง 9 ปีที่ผ่านมา การใช้ยาต้านไวรัสเอดส์ โดยเฉพาะ HAART มีเป้าหมายเพื่อลดปริมาณเชื้อไวรัสเอชไอวีลงให้เหลือปริมาณน้อยที่สุด ซึ่งจะส่งผลให้ระดับภูมิคุ้มกันของผู้ป่วยเด็ก โดยเฉพาะระดับ CD4 T cells ใกล้เคียงระดับปกติมากที่สุด ส่งผลให้ผู้ติดเชื้อไม่ประสบกับภาวะติดเชื้อฉวยโอกาส (Martino, 2000 cite in Steele and Grauer, 2003) ทำให้เด็กติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์มีชีวิตที่ยืนยาวและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นอย่างมาก การรักษาผู้ป่วยเด็กด้วย HAART อาศัยความรู้และประสบการณ์จากการรักษาผู้ใหญ่ อย่างไรก็ตาม การให้ ARV ในเด็กมีข้อจำกัดหลายอย่าง สามารถจำแนกปัจจัยที่ต้องคำนึงถึงได้ดังนี้

1. ปริมาณเชื้อเอชไอวีในกระแสเลือด (Viral load) โดยทั่วไปเด็กที่ติดเชื้อเอชไอวี มีปริมาณไวรัสสูงกว่าในผู้ใหญ่มาก โดยเฉพาะเด็กทารกที่ได้รับเชื้อจากมารดาในช่วง 2-3 เดือนแรก อาจมีปริมาณไวรัสสูงเป็นล้าน copies/ลบ.มม. ก่อนที่จะลดต่ำลง โดยในเด็กที่อายุต่ำกว่า 4 ปี มักมีปริมาณไวรัสเฉลี่ยอยู่ในหลักหลายหมื่นถึงแสน

2. การดำเนินของโรค (Disease progression) การดำเนินโรคในเด็กมักเร็ว ร้อยละ 20-30 ของเด็กที่ติดเชื้อเอชไอวีจะเสียชีวิตจากโรคฉวยโอกาสภายในขวบปีแรกถ้าไม่ได้รับการรักษา อีกร้อยละ 30 จะเสียชีวิตภายในอายุ 4 ปี ในขณะที่ผู้ใหญ่มักไม่มีอาการใด ๆ เป็นเวลา 6-10 ปีหลังติดเชื้อ

3. การตอบสนองต่อ ARV ผู้ป่วยเด็กมีการตอบสนองทางระบบภูมิคุ้มกัน (Immunological response) ตีกว่าในผู้ใหญ่ ซึ่งน่าจะเป็นผลมาจากต่อมไทมัสยังทำงานอยู่ โดยเฉพาะในเด็กที่อายุต่ำกว่า 7 ปีพบว่าหลังจากเริ่ม ARV จะมีเซลล์ Naïve CD4 และ CD8 cytotoxic T cells เพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน Naïve CD4 T cells ทำหน้าที่ปกป้องร่างกายต่อเชื้อโรคและสิ่งแปลกปลอมใหม่ อย่างไรก็ตาม การรักษาด้วย ARV ในเด็กเพื่อให้อัตราการติดเชื้อลดลงจนตรวจไม่พบในเลือด (Undetectable viral load) นั้นทำได้ค่อนข้างยาก โดยทั่วไปครึ่งหนึ่งของเด็กที่ได้ ARV จะมีปริมาณไวรัสต่ำกว่า 400 copies/ลบ.มม. หลังการรักษา 48 สัปดาห์ (Nachman et al., 2000; Wiznia et al., 2000 อ้างถึงใน จินตนาถ อนันต์วรณิษฐ์, 2545)

เป้าหมายของการใช้ยาต้านไวรัส

จุดประสงค์ในการรักษาผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีด้วยยาต้านไวรัส มี 4 ประการคือ (ภิญญ มุตสิกพันธุ์, 2544)

1. เป้าหมายทางคลินิก เพื่อยืดชีวิตเด็กติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ให้ยาวนานและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น
2. เป้าหมายในแง่ไวรัส เพื่อลดปริมาณไวรัสในเลือดให้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้ (<20/มม.³) และนานที่สุดเท่าที่จะทำได้ (As much as possible and as long as possible) เพื่อหยุดการดำเนินโรคและป้องกันการเกิดเชื้อดื้อยา มีข้อมูลชี้ให้เห็นว่าการตอบสนองระยะแรกต่อการให้ยาต้านไวรัส นั้น จะบ่งชี้ว่าการตอบสนองระยะยาวเป็นอย่างไร การยับยั้งเชื้อไวรัสเอชไอวีในเลือดได้น้อยกว่า 50/มล. จะสามารถยับยั้งเชื้อได้ระยะยาวกว่าการที่ค่าไวรัสในเลือดยังมีค่าระหว่าง 50-400/มล.
3. เป้าหมายด้านภูมิคุ้มกัน เพื่อให้ภูมิคุ้มกันกลับคืนมาทั้งในแง่ปริมาณ (จำนวน CD4 cells) และคุณภาพ (ภูมิคุ้มกันจำเพาะต่อแอนติเจนต่าง ๆ)
4. เป้าหมายในแง่แนวทางการรักษา เพื่อรักษาสูตรยาที่อาจจะเป็นทางเลือกในอนาคต มีผลข้างเคียงน้อยมาก ผู้ป่วยสามารถรับประทานยาได้สม่ำเสมอต่อเนื่อง

ชนิดของยาต้านเชื้อไวรัสเอชไอวี

ยาต้านเชื้อไวรัสเอชไอวีที่มีใช้ในปัจจุบัน แบ่งได้เป็น 4 กลุ่ม ดังนี้

1. Nucleoside และ Nucleotide reverse transcriptase inhibitors (NRTI, NtRTI) คือกลุ่มยาที่ยับยั้งการทำงานของเอนไซม์ reverse transcriptase โดยเข้าไปแทนที่ใน base ในสาย DNA ที่กำลังสร้างจาก RNA ของไวรัส ทำให้ไม่สามารถสร้างต่อได้ ตัวอย่างยาในกลุ่มนี้ ได้แก่ zidovudine (ZDV, AZT), stavudine (d4T), lamivudine (3TC), didanosine (ddI), Tenofovir (TNF) และ abacavir (ABC) ยากลุ่มนี้มักใช้ 2 ตัวอย่างน้อยเป็นยาหลักในการรักษา ร่วมกับยาอีกอย่างน้อย 1 ตัวจากยากลุ่มอื่น การใช้ยาอย่างน้อย 3 ตัวขึ้นไป (HAART) ตั้งแต่เริ่มยาจะทำให้การรักษาได้ผลดีในระยะยาว (ปิยรัชต์ สันตะรัตติวงศ์, 2549)
2. Non-nucleotide reverse transcriptase inhibitors (NNRTI) คือกลุ่มยาที่ยับยั้งการทำงานของเอนไซม์ reverse transcriptase โดยเข้าไปจับกับเอนไซม์ทำให้ทำงานลดลง ยาในกลุ่มนี้ ได้แก่ nevirapine (NVP) และ efavirenze (EFV)
3. Protease Inhibitors (PI) คือกลุ่มยาที่ยับยั้งเอนไซม์ protease ทำให้ไวรัสไม่สามารถประกอบเป็นไวรัสตัวใหม่ได้ ยาในกลุ่มนี้ ได้แก่ saquinavir (SQV), indinavir (IDV), ritonavir (RTV), nelfinavir (NFV), lopinavir (LPV) ปัจจุบันพบว่าการใช้ยา RTV ในขนาดต่ำ สามารถกระตุ้นระดับของยา PI ตัวอื่น จึงมีการนำมาใช้ร่วมกันเพื่อให้ผู้ป่วยรับประทานยา PI

สะดวกขึ้น เพียงวันละ 2 ครั้งได้ และมีสูตรยาที่นำมารวมในเม็ดเดียวกัน ได้แก่ lopinavir/ritonavir (LPV/r หรือ Kaletra®)

4. Fusion Inhibitors เป็นยากลุ่มใหม่ที่ออกฤทธิ์โดยระงับการเข้าเซลล์ของเชื้อไวรัส ขณะนี้มีเพียงตัวเดียวที่นำมาใช้คือ enfuvirtide (T-20)

การเริ่มยาด้านไวรัสเอดส์ในผู้ป่วยเด็ก

การรักษาด้วยยาด้านไวรัสให้ได้ประสิทธิภาพสูงสุดนั้น สิ่งสำคัญที่สุดคือ ความพร้อม ความเข้าใจของผู้ป่วยและครอบครัวในการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ ถูกต้อง ครบถ้วน ตรงเวลา เนื่องจากการรักษาด้วยยาด้านไวรัสเอดส์จะได้ผลดีนั้น ผู้ป่วยต้องรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ (Adherence) กล่าวคือ ต้องได้ยาถูกต้องทั้งขนาด เวลาและจำนวนมื้อ (ครั้ง) (ธัญวีร์ ภูธนกิจ, 2546) ให้ได้มากกว่าร้อยละ 95 ขึ้นไป (Paterson, 2000) การเริ่มยาด้านไวรัสเอดส์ครั้งแรกในผู้ป่วยเด็กที่ไม่เคยได้รับยามาก่อน (ARV-naïve) มีความสำคัญมาก เนื่องจากถ้าไม่ได้ผลดีในขั้นแรกและมีการดื้อยาเกิดขึ้น จะทำให้หายา salvage มาใช้ยากมาก การเริ่มยา ARV ไม่มีความเร่งด่วน ไม่มีความจำเป็นต้องเริ่มยาตั้งแต่ครั้งแรกที่ผู้ป่วยมารับการรักษา แต่ควรอธิบายให้ผู้ป่วยและผู้ปกครองเข้าใจถึงการดำเนินของโรค การใช้ยาอย่างสม่ำเสมอ การดื้อยา ผลข้างเคียงจากยา ให้โอกาสครอบครัวกลับไปไตร่ตรองให้แน่ใจก่อนจึงค่อยเริ่มยา ในขณะที่รอสามารถให้การรักษาแบบประคับประคองไปก่อน โดยเฉพาะการให้ยาป้องกันโรคฉวยโอกาส การเริ่ม ARV ต้องเริ่มทุกตัวพร้อมกัน (จินตนาถ อนันต์วรณิชย์, 2545) การตัดสินใจเริ่มทำการรักษาด้วยยาด้านไวรัสเอดส์ขึ้นอยู่กับอายุของเด็ก การตรวจวินิจฉัยการติดเชื้อเอชไอวี ระดับภูมิคุ้มกันโรค โดยจำนวนของเม็ดเลือดขาวชนิด CD4 ต่ำกว่า 15 เปอร์เซ็นต์ (Dwyer, 2000 อ้างถึงใน นันทกา สวัสดิพานิช, 2547) ส่วนปริมาณไวรัสในกระแสเลือดนั้นใช้ตัดสินได้ยากเพราะเด็กส่วนใหญ่มีระดับไวรัสที่สูงมากกว่าในผู้ใหญ่ ทั้งที่การดำเนินของโรคและอาการแสดงไม่มาก ในประเทศไทยจึงแนะนำให้เริ่มยาด้านไวรัสเอดส์ ตั้งแต่ระดับ CD4 น้อยกว่า 20 เปอร์เซ็นต์ หรือระยะโรค B หรือ C และยังแนะนำให้พิจารณาเริ่มยาในระยะ A หรือ CD4 20-25 เปอร์เซ็นต์ เป็นราย ๆ ไป (กุลกัญญา โชคไพบูลย์กิจ, 2546) นอกจากนี้ยังต้องพิจารณาความพร้อมของผู้ดูแลในการดูแล ให้เด็กรับประทานยา และการพาเด็กมาพบแพทย์เพื่อตรวจติดตามการรักษาอย่างต่อเนื่อง ทั้งในระยะสั้นและระยะยาวร่วมด้วย

เกณฑ์การพิจารณาในการเริ่มยาด้านไวรัสเอดส์ประกอบด้วย 3 ส่วน (ธัญวีร์ ภูธนกิจ, 2546) ได้แก่

1. ความรุนแรงและระยะของโรค ดังแสดงในตารางที่ 4 ซึ่งจะเห็นได้ว่ามีความแตกต่างกันไปในแต่ละพื้นที่

2. ความพร้อมของครอบครัว ผู้ดูแลเด็กและตัวผู้ป่วย โดยผู้ปกครองต้องมีความเข้าใจว่า การรักษาด้วยยาต้านไวรัสนั้นเป็นการรักษาต่อเนื่องตลอดชีวิต (Life-long treatment) ที่ต้องการความเอาใจใส่อย่างมาก ทั้งในด้านการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ และการมารับการตรวจรักษาอย่างต่อเนื่อง

3. บุคลากรทางการแพทย์ ในการรักษาผู้ป่วยเด็กที่ติดเชื้อเอชไอวีนั้น ต้องอาศัยทีมบุคลากรทางการแพทย์หลายฝ่ายด้วยกัน (Multi-disciplinary team approach) ได้แก่ แพทย์ พยาบาล เภสัชกร เจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการ และเจ้าหน้าที่ให้คำปรึกษา รวมทั้งการสนับสนุนจากองค์กรเอกชนหรือเครือข่ายผู้ติดเชื้อ

ตารางที่ 4 เกณฑ์การพิจารณาในการเริ่มยาต้านไวรัสเอดส์ในผู้ป่วยเด็กติดเชื้อเอชไอวี

อายุ	กระทรวงสาธารณสุข	สหรัฐอเมริกา	องค์การอนามัยโลก
< 12 เดือน	ทุกราย	ทุกราย	มีอาการที่เข้าได้กับ AIDS หรือ ระดับภูมิคุ้มกัน CD4<20%
≥12 เดือน	มีอาการแสดงใน category C หรือระดับภูมิคุ้มกัน CD4 <20%	มีอาการแสดงใน category A,B,C หรือ ระดับภูมิคุ้มกัน CD4 <25%	มีอาการแสดงใน category C หรือ ระดับภูมิคุ้มกัน CD4 <15%

1.4.2 การรักษาโรคติดเชื้อฉวยโอกาส

ขึ้นกับชนิดของเชื้อฉวยโอกาส เช่น ปอดอักเสบจากเชื้อ Pnuemocystis Carinii Pneumonia (PCP) ให้ยา Trimethoprim – Sulfamethoxazole ขนาด 20 มก./กก./วัน ของ Trimethoprim (TMP) หรือ 100 มก./กก./วันของ Sulfamethoxazole (SMX) ทางเส้นเลือดดำ หรือรับประทานโดยแบ่งให้ทุก 6-8 ชั่วโมง นาน 3 สัปดาห์ ถ้าผู้ป่วยมีอาการข้างเคียง เช่น ไข้ เม็ดเลือดขาวต่ำ หยุดให้ยาและเปลี่ยนเป็น Pentamidine ขนาด 4 มก./กก./วันเข้าเส้นเลือดดำ วันละครั้ง

1.4.3 การป้องกันการติดเชื้อฉวยโอกาส ที่สำคัญ คือ ปอดอักเสบจากเชื้อ PCP โดยให้ยาป้องกันที่นิยมให้ คือ TMP – SMX ขนาด 5 มก./กก./วัน ของ TMP รับประทานวันละ 1-2 ครั้ง สัปดาห์ละ 3 วัน กรณีที่แพทย์จะให้ยา Dapsone หรือ Pentamidine ในเด็กที่ติด

เชื้อเอชไอวีจากมารดา เมื่อเด็กอายุ 4-6 สัปดาห์ถึง 1 ปี สำหรับเด็กอายุมากกว่า 1 ปี พิจารณาให้ยาป้องกันโดยพิจารณาจากความบกพร่องของระดับภูมิคุ้มกัน กล่าวคือ ผู้ป่วยเด็กที่อายุ 1-5 ปีให้ยาป้องกันเมื่อระดับเม็ดเลือดขาว CD4 น้อยกว่า 500 เซลล์/ลบ.มม. (15%) ผู้ป่วยเด็กอายุมากกว่า 6 ปี ให้ยาป้องกันเมื่อระดับเม็ดเลือดขาว CD4 น้อยกว่า 200 เซลล์/ลบ.มม. (15%)

2. พัฒนาการของเด็กวัยเรียนกับการดูแลสุขภาพตนเอง

เด็กวัยเรียน เริ่มตั้งแต่อายุ 6 ปี จนถึงอายุ 12-13 ปี นักจิตวิทยามักเรียกเด็กวัยนี้ว่า เด็กวัยเด็กตอนกลาง เป็นวัยที่ก้าวออกสู่สังคมภายนอกครอบครัว คือไปโรงเรียนและสถานที่อื่น ๆ โรงเรียนเป็นสถานที่ที่เด็กวัยนี้ใช้ชีวิตอยู่เป็นส่วนใหญ่ เด็กวัยนี้เริ่มมีความเป็นตัวของตัวเอง มีการใช้เหตุผลมากขึ้น (สุชา จันท์ธอม, 2543) ตามทฤษฎีพัฒนาการด้านสติปัญญาและความคิดของ Piaget เรียกช่วงวัยนี้ว่า วัยของการใช้ความคิดเชิงรูปธรรมโดยกล่าวว่าเด็กวัยเรียนมีพัฒนาการและมีความก้าวหน้าทางสติปัญญาและความคิดเชิงรูปธรรม เป็นวัยที่มีการพัฒนาการทางความคิดและสติปัญญาอย่างเห็นได้ชัด เพราะกระบวนการรู้คิด (Cognitive process) ของเด็กพัฒนาสูงขึ้นและซับซ้อนมากขึ้น ทำให้เด็กมีความพร้อมที่จะเรียนรู้สิ่งต่าง ๆ ได้ดีขึ้น (Wong, 2001) เด็กวัยเรียนสามารถคิดอย่างมีเหตุผลมากขึ้น คิดแบบย้อนกลับไปได้ สามารถแยกแยะความคิดได้หลายด้านในขณะเดียวกัน และรู้จักคิดแก้ปัญหาโดยการนำเหตุผล เป็นรูปธรรมและอาศัยประสบการณ์ตรงของตนเอง (นงพงา ลิ้มสุวรรณ, 2538) แต่การคิดแก้ปัญหาต้องอาศัยการชี้แนะและเหตุผลที่เป็นรูปธรรมจากผู้ใหญ่และขึ้นอยู่กับประสบการณ์ที่เด็กได้เรียนรู้มา (Thomson, 1995 อ้างถึงใน กิจติยา รัตนมณี, 2547)

ความสามารถในการดูแลตนเองของเด็ก เป็นขั้นตอนที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องและมีแบบแผน พัฒนาการนี้จะถูกขัดขวางหรือทำให้ล่าช้า หากผู้ใหญ่ที่เป็นผู้ดูแลกระทำหน้าที่ต่างๆ แทนเด็กมากกว่าการปลูกฝังนิสัยให้เด็กได้ช่วยเหลือตนเอง (วิณา จีระแพทย์, 2533) การเปิดโอกาสและส่งเสริมให้เด็กได้ฝึกฝนทักษะในการดูแลตนเองด้านสุขภาพอนามัย เป็นการวางรากฐานพฤติกรรมสุขภาพที่ดีและถูกต้องให้กับเด็ก เพื่อให้เด็กซึ่งจะเจริญเติบโตเป็นผู้ใหญ่ในอนาคต มีพฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพอนามัยที่ดี การดูแลตนเองเริ่มพัฒนามาตั้งแต่แรกเกิด โดยเป็นผลมาจากการพัฒนาทางด้านร่างกาย สติปัญญาและความสามารถในการเรียนรู้ตลอดจนการมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อม เช่น บิดา มารดา ครู เพื่อน บุคลากรทางการแพทย์ และบุคคลอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง เด็กวัยเรียนมีความพร้อมทางด้านร่างกายและมีความพร้อมในการเรียนรู้ ซึ่งเป็นองค์ประกอบสำคัญในการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองด้านสุขภาพอนามัย การดูแลตนเองด้านสุขภาพอนามัยเป็นการกระทำอย่างตั้งใจ ใช้สติปัญญาและความเป็นเหตุผล ทำให้เด็กพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองได้อย่างครบถ้วนและต่อเนื่อง

ดังนั้นจึงเป็นช่วงอายุที่เหมาะสมในการส่งเสริมให้เด็กมีพฤติกรรมดูแลตนเองที่ดี ซึ่งจะมีผลต่อการเจริญเติบโตและความรุนแรงในการดำเนินโรค โดยเฉพาะเด็กวัยเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ ซึ่งจำเป็นต้องได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องตลอดชีวิต ผู้ป่วยเด็กต้องมีวินัยในการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอให้ได้อย่างน้อยร้อยละ 95 ของยาที่ต้องรับประทานตามแผนการรักษา (Paterson, 2000) เพื่อรักษาระดับภูมิคุ้มกันของร่างกายให้อยู่ในระดับใกล้เคียงปกติมากที่สุด อันจะส่งผลต่อประสิทธิภาพการรักษาที่ดี ดังนั้นจึงควรส่งเสริมให้เด็กวัยเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ให้เกิดการดูแลตนเองด้านการรับประทานยาที่ดี คือ รับประทานยาอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ เพราะการกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่ดีในวัยเด็กจะทำให้เกิดผลดี และสามารถคงพฤติกรรมนั้นไว้จนถึงวัยผู้ใหญ่

3. บทบาทพยาบาลในการดูแลเด็กติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์

พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค และจัดการกับพฤติกรรมเสี่ยงอันจะนำไปสู่ความล้มเหลวในการรักษา (สมจิต หนูเจริญกุล, 2546) การพยาบาลเกิดขึ้นเมื่อพยาบาลมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วย เพื่อค้นหาปัญหาและความต้องการการดูแล และลงมือกระทำเพื่อสนองตอบความต้องการในการดูแล รวมทั้งการปรับการดำเนินชีวิตประจำวันและพัฒนาความสามารถของผู้ป่วยในการดูแลตนเอง โดยพยาบาลจะต้องมีบทบาทในการสอน แนะนำ สนับสนุน และคอยกระตุ้นให้กำลังใจให้ผู้ป่วยคงความพยายามในการดูแลตนเอง (สมจิต หนูเจริญกุล, 2543)

บทบาทพยาบาลในการส่งเสริมความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสในเด็กวัยเรียน การติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ส่งผลกระทบต่อตัวผู้ป่วยเด็กเอง ครอบครัวและสังคม ดังนั้นในการให้การพยาบาลเด็กติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์เป็นสิ่งที่พยาบาลผู้ให้การดูแลควรต้องมีทักษะและความเข้าใจ ทั้งด้านพยาธิสภาพของโรค อาการและอาการแสดงต่าง ๆ เพื่อช่วยเหลือให้ผู้ป่วยเด็กและญาติเผชิญกับปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ เนื่องจากเด็กติดเชื้อเหล่านี้ต้องเผชิญกับความทุกข์ทรมานจากอาการและอาการแสดงต่าง ๆ ทั้งจากสภาวะของโรค และอาการอันไม่พึงประสงค์จากผลข้างเคียงของการรักษาด้วยยา ซึ่งอาการเหล่านี้ล้วนส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย ดังนั้นจึงจำเป็นอย่างยิ่งที่พยาบาลผู้ดูแลเด็กจะต้องให้การดูแลอย่างครอบคลุมและเป็นองค์รวม เพื่อส่งเสริมให้เกิดความร่วมมือในการรักษา การรับประทานยาต้านไวรัสอย่างสม่ำเสมอ ลดความเสี่ยงของการติดเชื้อฉวยโอกาส ดูแลป้องกันและบรรเทาอาการจากสภาวะของโรค ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า สามารถส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาต้านไวรัสอย่างสม่ำเสมอในเด็ก ดังนี้

1. การสร้างความสัมพันธ์ที่ดี ระหว่างผู้ป่วยเด็ก ผู้ดูแลเด็ก และทีมบุคลากรทางการแพทย์ที่ดูแลเด็ก เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติเกิดความไว้วางใจ และพร้อมที่จะพูดคุยปรึกษาปัญหา

ในการรักษาได้ รวมทั้งการประเมินปัญหา ความต้องการของผู้ป่วยและญาติ ความรู้ และความเชื่อเกี่ยวกับโรค และการรักษาทั้งก่อนและหลังการให้ความรู้แก่ผู้ป่วย ซึ่งจะช่วยให้ทราบถึงอุปสรรคที่มีต่อความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสของผู้ป่วย

2. การให้ความรู้ คำปรึกษาแนะนำแก่ผู้ป่วยเด็กและผู้ดูแล เกี่ยวกับการรับประทานยาต้านไวรัส การให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวในการดูแลสุขภาพ และปัญหาอุปสรรคต่าง ๆ ที่ผู้ป่วยและญาติจะต้องเผชิญขณะรับการรักษา พร้อมทั้งหาแนวทางแก้ไขเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยและญาติเผชิญปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ เนื่องจากเด็กที่เจ็บป่วย บิดามารดาที่มีบุตรไม่สุขสบาย โดยเฉพาะการเจ็บป่วยด้วยการติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ย่อมก่อให้เกิดความเครียด วิตกกังวล ต้องการผู้มาช่วยประคับประคอง บ่อยครั้งขณะที่ใช้บทบาทของผู้สอนแนะนำรายบุคคลที่พยาบาล ต้องใช้บทบาทของการเป็นที่ปรึกษาร่วมด้วย เทคนิคที่ใช้บ่อยคือการฟัง สัมผัส และการเปิดโอกาสให้มีการระบาย (พรทิพย์ ศิริบุญรอดพัฒนา, 2544)

3. การส่งเสริมให้เด็กติดเชื้อ/ผู้ป่วยเด็กเอดส์ มีการรับรู้ภาวะสุขภาพของตนไปในทางที่ดี หรือการเสริมทัศนคติในด้านบวก เนื่องจากการรับรู้ภาวะสุขภาพในด้านที่ดีเป็นเสมือนแรงจูงใจที่จะทำให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมในทางบวกเพื่อที่จะให้มีภาวะสุขภาพที่ดีขึ้น รวมทั้งมีกำลังใจที่จะต่อสู้กับปัญหาและอุปสรรคต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในระหว่างการรักษาด้วยยาได้อย่างไม่ท้อถอย หรือการเสริมแรงเมื่อเด็กให้ความร่วมมือในการรับประทานยาที่ดี เพื่อเพิ่มแรงจูงใจให้เด็กเกิดความร่วมมือในการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอมากขึ้น

4. การปรับตารางการรับประทานยาต้านไวรัสให้สะดวก และสอดคล้องกับการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยเด็กแต่ละราย การปรับใช้สิ่งที่ผู้ป่วยเด็กพบเห็น หรือการใช้กิจกรรมที่ต้องทำเป็นประจำวันเป็นสิ่งเตือนใจ เพื่อไม่ให้ลืมรับประทานยาต้านไวรัส เช่น รายการโทรทัศน์ เพลงชาติ หรือการวางขวดยาในบริเวณที่เห็นง่าย เช่น บนหลังตู้เย็น โต๊ะอาหาร รวมทั้งการใช้เทคนิคต่าง ๆ เช่น จุดบันทึกการรับประทานยา การใช้ปฏิทิน เพื่อไม่ให้ลืมรับประทานยา การใช้รูปภาพแสดงเกี่ยวกับยา (Pill charts) เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยเด็กและผู้ดูแลเห็นลักษณะของยา และขนาดยาที่ต้องรับประทานในแต่ละมื้อ ซึ่งจะมีประโยชน์อย่างมากในเด็กและผู้ดูแลที่มีปัญหาในการอ่านหนังสือ การใช้เครื่องมือเตือน เช่น นาฬิกาปลุก การมีคนช่วยเตือนให้รับประทานยา (Buddy) โดยอาจเป็นคนในครอบครัว

5. บทบาทด้านผู้ประสานงาน การสร้างระบบการดูแลรักษา ที่พร้อมให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลสามารถติดต่อเพื่อปรึกษาปัญหาเกี่ยวกับการรักษาได้ง่ายและสะดวก โดยทำงานประสานกับทีมสห-สาขาวิชาชีพ ด้วยเหตุผลที่ว่าผู้ป่วยต้องได้รับการดูแลแบบองค์รวม คือ ครอบคลุมในทุก ๆ ด้านต้องอาศัยความชำนาญเฉพาะสาขาในหลากหลายสาขา พยาบาลเป็นผู้ที่ดูแลใกล้ชิดผู้ป่วยมากที่สุดในที่ทีมสุขภาพด้วยกัน จะทราบเรื่องเกี่ยวกับผู้ป่วย ไม่ว่าจะในด้านร่างกาย อารมณ์ ความต้องการของเด็ก ดังนั้นพยาบาลจึงต้องทำหน้าที่เป็นศูนย์กลางในการติดต่อประสานงานใน

ทีมสหวิชาชีพที่ต้องเกี่ยวข้องกับผู้ป่วย รวมทั้งการกำหนดตารางการนัดหมายเพื่อติดตามและประเมินผลอย่างสม่ำเสมอ โดยที่บุคลากรทางการแพทย์ที่ดูแลผู้ป่วยจะต้องประเมินผลการรักษา ความร่วมมือในการรักษาด้วยยาต้านไวรัส ปัญหาและอุปสรรคต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นระหว่างการรักษา และวางแผนร่วมกันเพื่อแก้ไขปัญหา พร้อมทั้งกระตุ้นให้ผู้ป่วยรับประทานยาอย่างถูกต้อง ครบถ้วน และสม่ำเสมอตามแผนการรักษา

6. บทบาทในการปกป้องสิทธิเด็ก พยาบาลต้องทำหน้าที่เสมือนผู้ดูแลปกป้องเด็กในกรณีที่เกิดหรืออาจเกิดสิ่งที่เป็นผลร้ายต่อเด็ก ทั้งจากวิธีการรักษาพยาบาลหรือการกระทำของบุคคลใดบุคคลหนึ่ง โดยเฉพาะการเปิดเผยสถานะการติดเชื้อของผู้ป่วยเด็กต้องกระทำอย่างระมัดระวัง

4. ความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสของเด็กวัยเรียน

การรับประทานยาต้านไวรัสเอ็ดส์อย่างสม่ำเสมอของเด็กวัยเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอ็ดส์มีความสำคัญต่อการรักษาอย่างมาก เพราะผู้ที่รับประทานยาอย่างสม่ำเสมอตามแผนการรักษาของแพทย์เท่านั้น ที่จะนำไปสู่ประสิทธิผลการรักษาที่ดี

4.1 ความสำคัญของการให้ความร่วมมือในการรับประทานยาต้านไวรัสอย่างสม่ำเสมอ ความร่วมมือในการใช้ยา (Adherence) คือพฤติกรรมความร่วมมือของผู้ป่วยที่มีอย่างต่อเนื่องทั้งการใช้ยาตามสั่ง การปฏิบัติตามคำแนะนำเรื่องอาหาร และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การดำรงชีวิต โดยพฤติกรรมดังกล่าวต้องเกิดขึ้นจากความตกลงยินยอมร่วมกันระหว่างบุคลากรทางการแพทย์กับตัวผู้ป่วยเองโดยผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเหล่านั้น (Felkey, 1995)

ในปัจจุบันสูตรยาต้านไวรัส HAART ถือว่าเป็นสูตรยามาตรฐานที่ใช้ในการรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอ็ดส์ โดยผู้ป่วยที่รับประทานยาต้านไวรัสเอ็ดส์นั้นจะต้องมีความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสเอ็ดส์อย่างต่อเนื่อง คือ การรับประทานยาที่ถูกวิธี ครบทุกเม็ด ทุกมื้อและรับประทานยาตรงตามเวลา โดยผู้ป่วยจะต้องมีความร่วมมือในการใช้ยาน้อยร้อยละ 95 จึงจะเกิดประสิทธิภาพสูงสุดจากการใช้ยาต้านไวรัสเอ็ดส์ ซึ่งจะส่งผลให้ร่างกายมีปริมาณเชื้อไวรัสเอชไอวีในเลือดในปริมาณที่ต่ำที่สุด เป็นระยะเวลาต่อเนื่องนานที่สุด ซึ่งจะช่วยให้ร่างกายมีภูมิคุ้มกันที่ดีขึ้น สามารถชะลอการดำเนินโรคของโรคเอ็ดส์ พร้อมกับการลดโอกาสการเกิดเชื้อดื้อยา (Press et al., 2002) ซึ่งแตกต่างจากการรักษาด้วยยาในโรคเรื้อรังอื่น ๆ เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ซึ่งต้องการความร่วมมือในการใช้ยาเพียงร้อยละ 80 ของยาที่ต้องรับประทานตามแผนการรักษา ก็ถือว่าประสบความสำเร็จในการรักษา แต่อย่างไรก็ตามจากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าผู้ป่วยที่รับประทานยาต้านไวรัสเอ็ดส์มีเพียงร้อยละ 33-60 เท่านั้นที่มีความร่วมมือในการใช้ยาต้าน

ไวรัสเอดส์ (Stone, 2001) และพบว่า มีผู้ดูแลหลักของเด็กร้อยละ 30 รายงานการขาดยาของเด็ก ในจำนวนอย่างน้อย 1 dose ในช่วง 3 วันที่ผ่านมา และบางรายงานพบว่า มีการขาดยาสูงถึงร้อยละ 42 ในช่วง 7 วันที่ผ่านมา (เอ็อมพร โอเบอร์ตอร์เฟอร์, 2547) ความล้มเหลวจากการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์นั้นนอกจากจะส่งผลเสียต่อตัวผู้ป่วยเองแล้ว ยังพบว่าหากผู้ป่วยเหล่านี้ได้มีการแพร่กระจายเชื้อไวรัสเอดส์ไปยังผู้ป่วยอื่นจะทำให้ผู้ป่วยเหล่านี้ไม่สามารถใช้ยาต้านไวรัสเอดส์ในสูตรเดิมได้ ต้องปรับเปลี่ยนไปใช้ยาต้านไวรัสเอดส์สูตรอื่น ๆ ซึ่งมีความยุ่งยากในการใช้ยามากขึ้น ตลอดจนมีอาการอันไม่พึงประสงค์จากการใช้ยามากขึ้น นอกจากนี้การเกิดเชื้อดื้อยายังทำให้ประสิทธิภาพของการใช้ยาในสูตรต่อไปมีประสิทธิภพลดลงอีกด้วย (Little et al., 2002)

จากการศึกษาหลายการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์มีความสัมพันธ์กับการลดปริมาณไวรัสเอชไอวีในเลือดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 การศึกษาผลของความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์ต่อผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์

study	Method	Measurement of adherence	Result
Peterson.et al. (2000)	prospective observational study(n=99)	MEMs	กลุ่มตัวอย่างที่ adherence > 95% พบ 78 % ที่ตรวจพบไวรัส < 400 copies/ml
Gross (2001)	Observational, cohort (n=41)	MEMs	กลุ่มตัวอย่างที่ adherence > 95% พบ ปริมาณไวรัสในเลือด < 50 copies/ml
Low-Beer (2000)	Retrospective, cohort (n=886)	Prescription refill	กลุ่มตัวอย่างที่ adherence >95% มี 84 % ที่ลดปริมาณไวรัสในเลือดให้ได้ < 500 copies/ml แนวโน้มการลดปริมาณไวรัส มีความสัมพันธ์กับ Adherence อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ
Bangsberg (2000)	Cross-sectional analysis(n=34)	MEMs, Self-report, pill count	กลุ่มตัวอย่างที่มี adherence 98-100% จะให้ผลลดปริมาณไวรัสในเลือดให้มีระดับต่ำกว่า 400 copies/ml มากกว่าผู้ป่วยที่มี adherence 73-97% อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ
Maneesri-wongul. et al., (2006)	Cross-sectional descriptive (n=149)	Visual analog scale	การตรวจไม่พบเชื้อไวรัสเอชไอวีในกระแสเลือดสัมพันธ์กับ ระดับ adherence $\geq 95\%$

MEMS: Medication Event Monitoring System

4.2 ความหมายของการรับประทานยาต้านไวรัสอย่างสม่ำเสมอ

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีการใช้คำหลายคำในการให้ความหมายของคำว่า “Adherence” ได้แก่ ความร่วมมือในการใช้ยา พฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยการใช้ยาตามสั่ง การใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา ซึ่งได้มีผู้ให้ความหมายไว้หลายความหมาย ดังนี้

AIDS Intitute New York State Department of Health (1998 อ้างถึงใน ศุภรินทร์ หาญวงศ์, 2548) ได้ให้ความหมายของ Adherence ไว้ว่า เป็นการติดตามผลการรักษาอย่างต่อเนื่อง ซึ่งประกอบด้วย การรับประทานยาอย่างต่อเนื่องถูกต้องตลอดระยะเวลาของการรักษา การคงไว้ซึ่งประสิทธิภาพของการติดต่อระหว่างบุคคลากรในทีมสุขภาพ การให้รายละเอียดเกี่ยวกับการตัดสินใจในการให้ยา การเข้าถึงความจำเป็นในการสนับสนุนการบริการ การติดตามการนัดหมาย และการคงไว้ซึ่งพฤติกรรมสุขภาพ การติดตามปริมาณยาที่รับประทาน ตารางการรับประทานยา การเก็บ การจัดการตามความต้องการที่จำเป็น และคงไว้ซึ่งประโยชน์ในการรักษา

องค์การอนามัยโลก (WHO) ได้ให้ความหมายของ “Adherence” ไว้ว่า คือ พฤติกรรมความร่วมมือของผู้ป่วยที่มีอย่างต่อเนื่องทั้งด้านการใช้ยาตามสั่ง และการปฏิบัติที่สอดคล้องกับแผนการรักษา โดยพฤติกรรมดังกล่าวจะต้องเกิดขึ้นจากความตกลงยินยอมร่วมกันระหว่างผู้ป่วยกับบุคลากรทางการแพทย์

กระทรวงสาธารณสุข (2547) กล่าวว่าความร่วมมือในการรับประทานยาต้านไวรัสที่เหมาะสม คือ ต้องรับประทานยาอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมออย่างน้อยร้อยละ 95 นั่นคือ ถ้าผู้ป่วยต้องรับประทานยวันละ 2 ครั้ง จะต้องขาดยาไม่เกิน 3 ครั้งต่อเดือน และต้องรับประทานยาคลาดเคลื่อนจากเวลาที่กำหนดได้ไม่เกิน 1 ชั่วโมง

ทินมณี ทิพย์ปัญญา (2547) ได้ให้ความหมายของ ความมีวินัยในการรับประทานยาต้านไวรัสว่า หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการรับประทานยา ซึ่งระบุถึงจำนวนมือที่ลืมรับประทานยา จำนวนมือของการรับประทานยาเกินเวลาที่กำหนด 1 ชั่วโมง เหตุผลที่ไม่ได้รับประทานยา หรือลืมรับประทานยาในช่วงเวลา 1 เดือนที่ผ่านมา รวมถึงเทคนิคและวิธีการที่ใช้ในการเตือนตนเองเพื่อไม่ให้รับประทานยาเกินเวลาที่กำหนด และร้อยละของความมีวินัยในการรับประทานยาในแต่ละบุคคล

ผลทิพย์ ปานแดง (2547) ได้ให้ความหมายของ ความร่วมมือในการรักษาในด้าน พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาไว้ว่า เป็นพฤติกรรมใช้ยาของผู้ป่วยขณะอยู่ที่บ้าน เกี่ยวกับการใช้ยาตามแผนการรักษาและคำแนะนำของทีมสุขภาพ ซึ่งแบ่งเป็น 2 ด้าน คือ การใช้

ยาตามแผนการรักษา คือ การรับประทานยาถูกต้อง ซึ่งแสดงออกใน 5 ลักษณะ คือ การใช้ยาอย่างต่อเนื่อง ไม่หยุดใช้ยาเอง การใช้ยาถูกต้องตามวัตถุประสงค์ของยา ใช้ยาตามเวลา ไม่เพิ่มหรือลดขนาดยาเองโดยไม่ปรึกษาแพทย์ และด้านความสามารถในการสังเกตและจัดการกับอาการข้างเคียงของยา คือ การปฏิบัติตัวของผู้ป่วยหลังได้รับการรักษาด้วยยา ได้แก่ ประเมินอาการข้างเคียงจากยา และการบอกเล่าอาการที่เกิดขึ้นในระหว่างรับการรักษาด้วยยาให้ทีมสุขภาพทราบได้อย่างถูกต้อง

วันทนา มณีศรีวงศ์กุล (2547 อ้างถึงใน กระทรวงสาธารณสุข, 2547) ให้ความหมายของความร่วมมือในการใช้ยาด้านไวรัสในผู้ติดเชื้อเอชไอวี หมายถึง การที่ผู้ป่วยมีวินัยในการรับประทานยาด้านไวรัสได้อย่างถูกต้อง ครบถ้วน ต่อเนื่องและสม่ำเสมอ

ศุภรินทร์ หาญวงศ์ (2548) ให้ความหมายของการรับประทานยาด้านไวรัสอย่างสม่ำเสมอ หมายถึง พฤติกรรมการรับประทานยาด้านไวรัสของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่ต้องปฏิบัติตามแผนการรักษา ได้แก่ ถูกต้องตามขนาด จำนวน เวลา และวิธีในการรับประทานยาด้านไวรัส

จากความหมายดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัยจึงให้ความหมายของความสม่ำเสมอในการรับประทานยาด้านไวรัสเอดส์ ในงานวิจัยนี้ หมายถึง พฤติกรรมการรับประทานยาด้านไวรัสเอดส์ของเด็กวัยเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่ต้องปฏิบัติตามแผนการรักษา ครบตามชนิด จำนวน ตรงตามเวลาที่แพทย์สั่ง

4.3 การประเมินความสม่ำเสมอในการรับประทานยาด้านไวรัส

วิธีการประเมินความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยมีหลายวิธี ซึ่งแต่ละวิธีมีความแม่นยำข้อดีและข้อเสียแตกต่างกัน ปัจจุบันยังไม่มีวิธีใดที่เป็นมาตรฐานในการประเมินความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วย การเลือกวิธีการประเมินที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยแต่ละรายจะช่วยให้การประเมินความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยมีความถูกต้อง และใกล้เคียงความเป็นจริงมากที่สุด การประเมินความสม่ำเสมอในการรับประทานยาด้านไวรัสเอดส์เป็นปัญหาสำคัญอย่างหนึ่งของการรักษา เนื่องจากไม่มีวิธีการใดที่เป็นมาตรฐานในการประเมินได้อย่างถูกต้องแม่นยำเพียงอย่างเดียว ซึ่งการประเมินความสม่ำเสมอในการรับประทานยาด้านไวรัสสามารถประเมินได้ดังนี้ (กระทรวงสาธารณสุข, 2547)

4.3.1 การนับจำนวนเม็ดยาที่เหลือ (Pill counts) เป็นวิธีที่ใช้บ่อยเนื่องจากสะดวก รวดเร็วและประหยัด นอกจากนี้ยังสามารถตรวจสอบได้ว่าผู้ป่วยมีการเก็บรักษายาถูกต้องหรือไม่ ยามีการเปลี่ยนแปลงพิกาน้อยเพียงใด ความสม่ำเสมอในการรับประทานยาจะวัดได้จากการนับเม็ดยาที่ให้แก่ผู้ป่วย และจำนวนยาที่เหลือเมื่อผู้ป่วยกลับมารับยาหรือเมื่อใช้ยาไปแล้วระยะหนึ่ง เมื่อนับเม็ดยาแล้วเหลือมากกว่าจำนวนที่ควรจะเป็นแสดงว่าผู้ป่วยมีการ

รับประทานยาไม่สม่ำเสมอ ข้อดีของวิธีนี้ คือ ง่าย ราคาไม่แพง สามารถบอกถึงจำนวนยาที่ใช้ไปทั้งหมดได้ แต่มีข้อเสีย คือ อาจได้ข้อมูลไม่ตรงกับความเป็นจริงถ้าหากผู้ป่วยทำเม็ดยาหายไปโดยไม่ได้รับประทาน ทิ้งยา หรือให้บุคคลอื่นใช้ยาด้วย เป็นต้น การนับเม็ดยาสามารถคิดเป็นจำนวนร้อยละของความสม่ำเสมอในการรับประทานยาได้จากการคำนวณสูตร ดังนี้ (Hugen et al., 2002, ขวัญชัย ศุภรัตน์ภิญโญ, 2547 อ้างถึงใน ทินมณี ทิพย์ปัญญา, 2547)

$$\frac{[(\text{จำนวนเม็ดยาที่ผู้ป่วยมีเริ่มต้น} + \text{จำนวนเม็ดยาที่แพทย์สั่งจ่าย}) - \text{จำนวนเม็ดยาที่เหลือ}] \times 100}{[\text{จำนวนเม็ดยาที่ผู้ป่วยต้องรับประทานตามแผนการรักษา}] \times \text{จำนวนวัน}}$$

4.3.2 การใช้เครื่องมืออิเล็กทรอนิกส์บันทึกการเปิดขวดยา (Medication Event Monitoring System: MEMS) เป็นการประเมินความร่วมมือในการใช้ยาโดยอาศัยเครื่องมืออิเล็กทรอนิกส์ที่เป็นแผ่นคอมพิวเตอร์ (Computer chip) ฝังไว้ที่ฝาของขวดยาเพื่อบันทึกวัน และเวลาในการเปิดและการปิดในแต่ละครั้ง MEMS สามารถบันทึกข้อมูลได้หลายอย่าง เช่น ปริมาณที่นำยาเข้า (Intake) เวลาในการเปิด การเว้นระยะของการเปิด (Interval between dose) เป็นต้น มีข้อดี คือ มีความสัมพันธ์กับการตรวจปริมาณเชื้อไวรัสมากที่สุด และสามารถแสดงรายละเอียดของรูปแบบการรับประทานยาต้านไวรัสไม่สม่ำเสมอได้ แต่มีข้อจำกัด คือ ค่าใช้จ่ายสูง และต้องสอนให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจการใช้อุปกรณ์ดังกล่าว วิธีนี้จะใช้ไม่ได้ผลหากผู้ป่วยเก็บยาหลายชนิดไว้ในขวดเดียวกัน หรือหยิบยาหลายครั้งในเวลาเดียวกัน ผลการประเมินอาจคลาดเคลื่อนจากความเป็นจริงได้ถ้าผู้ป่วยนำเม็ดยาออกมามากกว่า 1 เม็ดต่อการเปิดขวด 1 ครั้ง เช่น เด็กนำยาออกมา 2 เม็ดในตอนเช้าก่อนไปโรงเรียน โดยที่ 1 เม็ดรับประทานทันที และอีก 1 เม็ดนำไปรับประทานที่โรงเรียน ดังนั้นข้อมูลที่ถูกบันทึกไว้จะเป็นเพียงการเปิดขวดยาในตอนเช้า และถือว่าผู้ป่วยลืมรับประทานยามื้อเที่ยง และไม่สะดวกในการพกพา

4.3.3 การตรวจวัดระดับยาในกระแสเลือด (Therapeutic drug monitoring) เป็นวิธีการประเมินความร่วมมือในการใช้ยาที่เป็นรูปธรรม เป็นวิธีที่แสดงผลเป็นตัวเลขชัดเจน และให้ผลน่าเชื่อถือได้ มีข้อจำกัดคือ เสียค่าใช้จ่ายการตรวจสูง ผู้ป่วยต้องเจ็บตัว และไม่สามารยยืนยันทันถึงความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยที่ถูกต้องทั้งหมดได้ ระดับยาในเลือดอาจไม่ได้แสดงถึงความร่วมมือในการใช้ยาอย่างแท้จริง ในกรณีที่ผู้ป่วยอาจรับประทานยาไม่สม่ำเสมอ โดยผู้ป่วยอาจหยุดยา 1-2 สัปดาห์ จากนั้นกลับมาใช้ยาต่ออีก 1-2 สัปดาห์ในช่วงก่อนที่แพทย์นัดมาเจาะเลือด ซึ่งเมื่อมาตรวจวัดระดับยาในเลือดก็จะได้ผลการตรวจวัดที่อยู่ในระดับการรักษาที่ได้ (White coat compliance หรือ The toothbrush effect) นอกจากนี้ยังมีปัจจัยอื่นที่มีผลต่อระดับยาในเลือดได้อีก เช่น การเกิดปฏิกิริยาระหว่างยากับยาอื่นที่ผู้ป่วยได้รับ หรือเกิดปฏิกิริยาระหว่างยากับอาหารที่ผู้ป่วยรับประทาน และผู้ป่วยแต่ละคนยังมีค่าเภสัชจลน

ศาสตร์ที่แตกต่างกัน

4.3.4 การรายงานผลด้วยตนเอง (Patient self-report) เป็นวิธีหนึ่งที่นิยมใช้ เนื่องจากทำได้ง่ายและสะดวกต่อการนำไปใช้ในการปฏิบัติงาน ค่าใช้จ่ายน้อย และทำให้ทราบ เหตุผลของการไม่ให้ความร่วมมือ การรายงานผลด้วยตนเอง ทำได้ 3 ลักษณะ ดังนี้

ก. การให้ผู้ป่วยบันทึกเวลาการใช้ยาในตารางบันทึกการใช้ยา (Medication Reminder Card) วิธีนี้จะได้ข้อมูลที่ถูกต้องและเป็นข้อมูลที่แสดงพฤติกรรมการใช้ยาในแต่ละวันของผู้ป่วย ทั้งเวลา และจำนวนที่รับประทานยา นอกจากนี้ยังทราบเกี่ยวกับ พฤติกรรมรับประทานอาหาร ทำให้สามารถประเมินการเกิดปฏิกิริยาระหว่างยากับอาหารที่ ผู้ป่วยรับประทานได้ โดยให้ผู้ป่วยเป็นผู้บันทึกด้วยตนเอง เมื่อผู้ป่วยรับประทานยาตัวใดก็ให้ลง เวลาในการรับประทานยาในช่องที่กำหนดตามความเป็นจริง ข้อเสียของวิธีนี้คือ ถ้าผู้ป่วยลืม บันทึกข้อมูลที่ได้จะไม่ครบถ้วน บางรายอาจไม่สะดวกในการลงรายละเอียดทุก ๆ วัน และหากใช้

ข. การสัมภาษณ์โดยตรง (Face-to-face interview) อาจสัมภาษณ์จาก ผู้ป่วยหรือผู้ดูแล/ญาติ เป็นวิธีที่ง่ายและสะดวก ซึ่งการตั้งคำถามจะเน้นคำถามเชิงปริมาณ ควบคู่กับการตั้งคำถามเชิงคุณภาพ การถามคำถามเชิงปริมาณ คือ การถามผู้ป่วยเพื่อวัดจำนวน ครั้งที่ผู้ป่วยขาดการรับประทานยาในช่วงเวลาที่ผ่านมา โดยช่วงเวลาที่มักใช้ในการถาม คือ ระยะเวลา 3 วัน 7 วัน หรือ 1 เดือนที่ผ่านมา และนำมาคำนวณหาค่าร้อยละของความร่วมมือใน การใช้ยาได้ ส่วนการถามคำถามเชิงคุณภาพ คือ การถามเพื่อตรวจสอบสาเหตุหรือปัญหาที่เกิด ขึ้นกับผู้ป่วย แล้วส่งผลกระทบต่อการใช้ยา การตั้งคำถามในลักษณะดังกล่าวทำให้บุคลากร ทางการแพทย์เข้าใจผู้ป่วยมากยิ่งขึ้น และสามารถดำเนินกลยุทธ์เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความ ร่วมมือในการใช้ยาได้ดีขึ้นในที่สุด

ค. การให้ผู้ป่วยตอบแบบสอบถาม (Patient-completed questionnaires) แบบสอบถามที่ให้ผู้ป่วยตอบ ประกอบด้วยคำถามหลาย ๆ ลักษณะ เพื่อให้ครอบคลุมพฤติกรรม การใช้ยาของผู้ป่วยและสามารถประเมินความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง วิธีนี้ ใช้ได้ดีกับผู้ป่วยที่มีเวลาว่างเพียงพอ สามารถอ่านหนังสือได้และมีสายตาที่ดี ได้แก่ แบบ ประเมินความร่วมมือด้านการใช้ยาด้านไวรัส แบบ Visual analog scale ซึ่งใช้ประเมินด้านความ ต่อเนื่องและสม่ำเสมอในการใช้ยาของ Somchit Tulathong (2004) ศุภรินทร์ หาญวงศ์ (2548) และ จันทนี จันทรทาจัน (2548) ซึ่งนำมาใช้วัดความร่วมมือในการใช้ยาด้านไวรัสในผู้ป่วยติดเชื้อ เอชไอวีที่ได้รับยาด้านไวรัส โดยเครื่องมือนี้ได้พัฒนามาจาก Walsh et al. (2002 อ้างถึงใน จันทนี จันทรทาจัน, 2548) ที่ใช้วัดความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยเอดส์ในประเทศอังกฤษ และ Maneesriwongul and Williams (2004) นำมาใช้วัดความร่วมมือในการใช้ยาในผู้ป่วยที่ได้รับยา ด้านไวรัสเอดส์สูตร HAART ในประเทศไทย พบว่ามีความสัมพันธ์กับระดับของไวรัสในกระแส เลือดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

4.3.5 การเจาะเลือดเพื่อตรวจวัดปริมาณไวรัส (Viral load assay) เป้าหมายของการรักษาด้วยยาต้านไวรัส คือ การลดปริมาณไวรัสในกระแสเลือด การตรวจวัดปริมาณไวรัสในกระแสเลือดจึงเป็นการบ่งชี้ถึงประสิทธิผลของการรับประทานยาได้เป็นอย่างดี การประเมินความร่วมมือในการรับประทานยาด้วยวิธีนี้ มีสมมติฐานว่า หากผู้ป่วยมีความสม่ำเสมอในการรับประทานยาที่ดี การรักษาก็จะมีประสิทธิภาพ ดังนั้นเมื่อเจาะเลือดตรวจวัดปริมาณไวรัสก็จะไม่พบปริมาณไวรัสในกระแสเลือด แต่อย่างไรก็ตามบางคนถึงแม้จะรับประทานยาต้านไวรัสอย่างสม่ำเสมอก็ยังมีปริมาณเชื้อไวรัสในกระแสเลือดที่สูงได้ในกรณีที่เกิดการล้มเหลวทางการรักษาหรือการดูดซึมของยาได้ไม่ดี ดังนั้น ข้อดีของวิธีนี้ คือ เป็นการวัดปริมาณเชื้อไวรัสโดยตรงซึ่งประเมินได้ทั้งความสม่ำเสมอในการรับประทานยา ปริมาณเชื้อไวรัส และความล้มเหลวในการรักษาด้วยยาต้านไวรัส แต่มีข้อเสีย คือ ค่าใช้จ่ายแพง และยังมีปัจจัยอื่น ๆ ที่ส่งผลให้ค่าที่วัดได้ เช่น ผู้ป่วยอาจได้รับเชื้อที่ดื้อยาตั้งแต่เริ่มต้นการรักษา ดังนั้นการรักษาอาจไม่ได้ผลดี ทำให้ปริมาณเชื้อไวรัสในกระแสเลือดไม่ลดลง หรืออาจเกิดความผิดพลาดในการตรวจวัดปริมาณไวรัสในกระแสเลือด เช่น ผู้ป่วยเกิดภาวะเจ็บป่วยขณะที่ทำการตรวจวัด

4.3.6 การตรวจสอบความสม่ำเสมอของการมาตรวจรับยาตามนัด (Review of pharmacy record) ข้อมูลนี้ได้จากเวชเบียนของผู้ป่วย เป็นวิธีที่ง่าย สะดวก และค่าใช้จ่ายต่ำ แต่มีข้อจำกัดคือเหมาะสมกับผู้ป่วยที่มารับยาต้านไวรัสเฉพาะที่คลินิกเฉพาะโรคเท่านั้น อย่างไรก็ตาม การที่ผู้ป่วยมารับการตรวจและมารับยาตามนัด ก็อาจไม่ได้แสดงว่าผู้ป่วยจะเข้ายาถูกต้องตามแผนการรักษา และไม่ได้แสดงถึงพฤติกรรมการใช้ยาในแต่ละวันของผู้ป่วย

จากการทบทวนวรรณกรรมและการเปรียบเทียบข้อดี-ข้อด้อยในการประเมินความร่วมมือในการรับประทานยาตามวิธีการต่าง ๆ ที่กล่าวมาแล้วข้างต้น พบว่า การรายงานผลด้วยตนเองโดยการใช้ VAS เป็นวิธีการที่ไม่ยุ่งยาก ประหยัดค่าใช้จ่าย ผู้ป่วยไม่เจ็บปวดจากการเจาะเลือดตรวจ จากการศึกษาที่ผ่านมา พบว่ามีความสัมพันธ์กับระดับของไวรัสในกระแสเลือดอย่างมีนัยสำคัญ (Somchit Tulathong, 2004; Maneesriwongul and Williams, 2004; ศุภรินทร์หาญวงศ์, 2548) ดังนั้นผู้วิจัยจึงเลือกใช้ VAS ในการประเมินความร่วมมือในการรับประทานยาต้านไวรัสในเด็ก

5. แนวทางให้การปรึกษาผู้ป่วยเด็กที่รับยาต้านไวรัสเอดส์ ผู้ปกครองและผู้ดูแลเด็ก (สัตย์ชัย ชาสสมบัติ, ชีวนันท์ เลิศพิริยสุวัฒน์ และพรทิพย์ ยุกตานนท์, 2546)

ตามแนวทางการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยเด็กเอดส์ด้วยการรับยาต้านไวรัสเอดส์ ได้เน้นความสำคัญของปัจจัยที่มีผลต่อความร่วมมือในการรับประทานยา (Adherence) ของเด็กเป็นอย่างมาก โดยถือเป็นข้อบ่งชี้ในการไม่คัดเลือกผู้ป่วย (Exclusion criteria) เนื่องจากหากมีการให้ยาโดยไม่มีการพิจารณาถึงความพร้อมของเด็กและครอบครัว และศักยภาพของ

ครอบครัวในการดูแลเด็กให้สามารถรับยาตามกำหนดได้แล้ว การรักษาก็จะไม่มีประสิทธิภาพและจะเกิดผลเสียต่อเด็กเป็นอย่างมาก

งานบริการปรึกษาจึงมีความสำคัญมากเช่นกัน เนื่องจากการที่คณะผู้รักษาจะได้ทราบปัญหาในประเด็นต่าง ๆ ดังกล่าว ต้องอาศัยการพูดคุยที่ระบบ ต้องการความไว้วางใจและช่วยเหลือสนับสนุนเมื่อเกิดปัญหาในการรักษา ผู้ให้การปรึกษาจึงเป็นส่วนหนึ่งที่สำคัญของทีมผู้ให้การรักษา

การดูแลเด็กติดเชื้อ และเด็กที่ป่วยโรคเอดส์ด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ ต้องอาศัยความร่วมมือจากผู้ดูแลอย่างมาก การให้การปรึกษาผู้ดูแลจึงเป็นการปรึกษาที่มีรายละเอียดที่ค่อนข้างซับซ้อน เนื่องจากผู้ดูแลต้องนำความรู้ความเข้าใจที่ได้รับ ไปดูแลช่วยเหลือและแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นกับเด็กผู้รับยา การติดตามผลการรักษาก็ต้องอาศัยผู้ดูแลเช่นกัน การที่จะให้การปรึกษาให้เกิดทั้งความรู้ความเข้าใจ รวมทั้งความตระหนักของการที่เด็กจะต้องได้รับยาอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ นั้น จึงต้องอาศัยทักษะและประสบการณ์การทำงานค่อนข้างมาก แนวทางให้การปรึกษาผู้ป่วยเด็กที่รับยาต้านไวรัสเอดส์ ผู้ปกครองและผู้ดูแลเด็กนี้ จึงเป็นการรวบรวมประเด็นปัญหาอุปสรรค แนวทางการให้การปรึกษาในเชิงจิตสังคมและพัฒนาการเด็ก เพื่อให้ผู้ให้การปรึกษาที่มีพื้นฐานการให้บริการปรึกษาได้สามารถเพิ่มพูนความรู้ความเข้าใจให้มากขึ้น สามารถปฏิบัติงานร่วมกับทีมงานได้ถูกต้อง อันจะเป็นส่วนหนึ่งในการเพิ่มประสิทธิผลการรักษาและความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคเด็กต่อไป

5.1 วัตถุประสงค์ของการให้การปรึกษาเด็กที่รับยาต้านไวรัสเอดส์และผู้ดูแล

5.1.1 เพื่อให้เด็กและผู้ปกครองได้รับการปรึกษาและได้รับทราบข้อมูลที่เป็นประโยชน์รอบด้านและครบถ้วน ในการตัดสินใจรับยาต้านไวรัสเอดส์

5.1.2 เพื่อเพิ่มความร่วมมือในการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมออย่างต่อเนื่อง (Adherence) อันจะเป็นการเพิ่มประสิทธิผลในการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์

5.1.3 เพื่อร่วมกันสำรวจ ทำความเข้าใจปัญหา อุปสรรคที่อาจจะเกิดขึ้นและแนวทางการแก้ไขช่วยเหลือเด็ก ผู้ดูแลและครอบครัวให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

5.1.4 เพื่อติดตามผลการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์

5.2 คุณสมบัติของผู้ให้การปรึกษาเด็กที่ได้รับยาต้านไวรัสเอดส์

5.2.1 มีความรู้ด้านธรรมชาติ จิตวิทยาสังคม และพัฒนาการของเด็กวัยต่าง ๆ รวมทั้งเด็กป่วย

5.2.2 มีความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ในการดำเนินโรค อาการของโรคและโรคแทรกต่าง ๆ โครงการรับยาต้านไวรัสเอดส์ ผลดีผลเสียของการรับประทานยา และผลของการรับประทานยาที่ไม่ครบถ้วน รวมทั้งการรักษาและส่งเสริมสุขภาพ

5.2.3 มีมนุษยสัมพันธ์ที่ดี มีความสนใจ และมีประสบการณ์ในการดูแลรักษาเด็กป่วย

5.2.4 มีทักษะการให้การปรึกษา โดยเฉพาะการปรึกษาเด็กและผู้ปกครองและผู้ดูแลเด็ก

การจะให้เด็กได้รับยาต้านไวรัสเอดส์อย่างครบถ้วนต่อเนื่องได้ บุคคลสำคัญคือผู้ปกครองหรือผู้ดูแลเด็ก จะต้องมีความเข้าใจถึงความจำเป็นและประโยชน์ของยาต้านไวรัสเอดส์ จะต้องใช้พลังงานและพลังใจและความอดทนเป็นอย่างมาก ในการให้เด็กได้รับยาอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ ผู้ให้การปรึกษาควรตระหนักและให้ความสำคัญทั้งเด็กและผู้ดูแล ให้การปรึกษาเพื่อดูแลกายใจและสังคมของทั้งสองคน เพื่อช่วยให้ครอบครัวผ่านวิกฤติ รวมทั้งการเผชิญและจัดการกับการสูญเสีย ต้องให้ข้อมูล ข้อเท็จจริงเกี่ยวกับยาต้านไวรัสเอดส์ ขนาดของยา วิธีรับประทานยา อย่างเป็นรูปธรรม รวมทั้งผลข้างเคียงของยาที่อาจเกิดขึ้น และความยุ่งยากต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน เปิดโอกาสให้ผู้ปกครองและผู้ดูแลได้ไตร่ตรองอย่างรอบคอบก่อนที่จะตัดสินใจให้เด็กได้รับยาต้านไวรัสเอดส์ ที่สำคัญคือควรเสริมแรงและให้กำลังใจกับผู้ปกครองและผู้ดูแลอยู่เสมอ

5.3 ปัญหาที่พบในการดูแลและให้การปรึกษาเกี่ยวกับการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ สรุปได้ดังนี้

5.3.1 ปัญหาที่พบในการดูแลทารกและเด็กเล็ก

ก. ปัญหาด้านสุขภาพและพัฒนาการ ทารกและเด็กเล็กที่ติดเชื้อและป่วยโรคเอดส์ มักมีปัญหาทางโภชนาการเนื่องจากอาการเจ็บป่วย มักเบื่ออาหาร ขาดสารอาหารที่จำเป็นต่อพัฒนาการทั้งด้านสมองและด้านร่างกาย อารมณ์และสติปัญญา เด็กมักมีพัฒนาการด้านต่าง ๆ ช้ากว่าเด็กปกติ เมื่อถึงวัยเรียนจึงมักมีปัญหาทางด้านการเรียนรู้

ข. ปัญหาในการรับประทานยา มักเกิดจากขนาดของยาและเวลาให้ยา ยาบางชนิดเป็นเม็ดหรือแคปซูล ซึ่งยุ่งยากในการเตรียมยา แบ่งเม็ดยา ถอดแคปซูล ยาบางชนิดละลายยาก และที่ยุ่งยากมักเป็นเวลาที่เด็กหลับแล้วต้องปลุกขึ้นมารับประทานยา ผู้ดูแลอาจขำมมือยาบางมือไป มีผลทำให้เด็กได้รับยาไม่ครบถ้วน นอกจากนี้อาจพบว่าเด็กรับประทานยาแล้วแต่เกิดอาเจียน กลืนยาลำบาก หรือบ้วนยาเป็นเหตุให้เด็กได้รับยาไม่ครบ ทำให้ประสิทธิผลของยาลดลง มีผลต่อสุขภาพของเด็ก ดังนั้นผู้ดูแลเด็กจึงต้องดูแลการรับประทานยาอย่างใกล้ชิดเพื่อให้เด็กได้รับยาอย่างสม่ำเสมอ

ค. ปัญหาการสื่อสารกับเด็ก ทารกและเด็กเล็กไม่สามารถพูดสื่อสารกับบิดามารดาและผู้ดูแลด้วยคำพูดได้ ไม่ว่าจะเป็ความรู้สึก อารมณ์และความรู้สึกที่เกิดขึ้นภายในร่างกาย แม้แต่การเจ็บปวด ดังนั้นการโอบอุ้ม สัมผัส กอดรัดจากผู้ที่ใกล้ชิดจะทำให้สังเกตอาการและเข้าใจความต้องการของเด็กได้ ผู้ที่ใกล้ชิดหรือผู้เลี้ยงดูด้วยความรัก ห่วงใย จะใช้ทักษะในการสังเกตและสามารถสัมผัสความรู้สึกของทารก และเด็กเล็กได้เป็นอย่างดี

ง. บรรยายภาคการรักษ เด็กส่วนใหญ่ไม่คุ้นเคยและไม่ชอบบรรยากาศของโรงพยาบาล เด็กอาจเข้าใจว่าเครื่องมือต่าง ๆ ในโรงพยาบาลอาจทำให้เจ็บ หรือต้องได้รับการรักษาด้วยเครื่องมือต่าง ๆ เช่น ถูกรัดเข็ม เจาะเลือด เป็นต้น มักมีอาการร้องไห้หรือกลัวเมื่อต้องมาโรงพยาบาล

5.3.2 ปัญหาที่พบในการดูแลเด็กโต

ก. การรับรู้การเจ็บป่วยของตนเอง บางครั้งผู้ดูแลไม่ต้องการให้เด็กทราบถึงการเจ็บป่วยที่แท้จริงของตน ทำให้เด็กไม่เข้าใจเหตุผลที่ต้องรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง ทำให้ขาดความร่วมมือในการรับประทานยา หรืออาจเกิดปัญหาที่เด็กทราบความจริงจากผู้อื่นและเกิดความรู้สึกเสียใจ กลัว กังวล ซึ่งผู้ให้การปรึกษาควรต้องประเมินความรู้สึกความเข้าใจของเด็กในประเด็นดังกล่าวด้วย

ข. การลืมนรับประทานยา เด็กที่ได้รับยาต้านไวรัสเอดส์เข้าโรงเรียน หรือมีกิจกรรมตามปกติ เช่น เล่น ทำการบ้าน ดูโทรทัศน์ อาจลืมนรับประทานยาในบางมื้อ

ค. ปัญหาจิตวิทยาสังคมของเด็ก เด็กที่ป่วยหรือเคยป่วยและมีอาการโรคเอดส์ บางรายอาจถูกพูดถึงหรือถามเกี่ยวกับโรค บางรายถูกล้อเลียน เด็กจะเกิดความวิตกกังวล มีอาการซึมเศร้า พูดน้อย เก็บตัว ปฏิเสธกิจกรรมกับเด็กอื่น ซึ่งปัญหาดังกล่าวผู้ดูแลอาจไม่เข้าใจไม่สามารถแก้ปัญหาความวิตกกังวลของเด็กได้

ง. การปรับตัวในโรงเรียน การรับรู้ของครูและเพื่อนต่อการติดเชื้อและการป่วยเป็นสิ่งสำคัญ หากครูและเพื่อนทราบถึงการติดเชื้อหรือการป่วยและเข้าใจ จะให้การช่วยเหลือเป็นอย่างดี จะลดความยากลำบากในการเรียนรู้และเข้าสังคมในกลุ่มเพื่อนของเด็กได้ แต่หากไม่ได้รับความเข้าใจ เด็กจะเกิดปัญหา อาจถูกแบ่งแยก ถูกล้อเลียน เด็กอาจขาดเรียนเมื่อเด็กเกิดการเจ็บป่วย ต้องไปรับยาต่อเนื่อง หรือมีอาการข้างเคียงจากยา

จ. ปัญหาการรับประทานยา เด็กโตที่สามารถรับประทานยาเองได้ แต่ควรอยู่ในความดูแลของผู้ดูแล เนื่องจากเด็กอาจเกิดความเข้าใจผิด มีการรับประทานยาผิดขนาด ผิดขนาน ผิดเวลา หยุดยาเองหรือแอบทิ้งยาได้ เนื่องจากเบื่อต่อการต้องรับประทานยาทุกวัน

5.3.3 ปัญหาที่พบในการปรึกษาผู้ปกครองและผู้ดูแล

ก. การเปลี่ยนผู้ดูแล บิดามารดาของเด็กที่ได้รับยาต้านไวรัส และผู้ดูแลเด็ก อาจไม่ใช่คนเดียวกัน มักพบว่าในระยะแรกบิดามารดาเป็นผู้รับทราบแนวทางการรักษาพยาบาล เป็นผู้ที่พาเด็กมารับการรักษาและติดตามอย่างต่อเนื่อง แต่ในบางครั้งมีผู้ดูแลคนอื่นมาช่วยดูแล หรือได้รับมอบหมายให้ดูแลแทน ความเข้าใจต่อการรับประทานยาและแนวทางปฏิบัติ พบว่าแตกต่างกันหรือมีความคลาดเคลื่อนเนื่องจากบิดามารดาไม่สามารถถ่ายทอดข้อมูลได้อย่าง ครบถ้วน ผู้ให้การปรึกษาพึงพิจารณาในประเด็นนี้ โดยประเมินความเข้าใจของผู้ดูแลเด็กด้วย

ข. สัมพันธภาพในครอบครัว เด็กอาจได้รับการดูแลจากญาติเมื่อบิดามารดาที่ติดเชื้อเสียชีวิต หากญาติและผู้ปกครองมีความรักและเข้าใจของเด็ก ดูแลและเอาใจใส่เด็กอย่างดีเด็กก็จะมีโอกาสได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องครบถ้วน แต่หากผู้ปกครองมีปัญหา ด้านต่าง ๆ เด็กก็จะได้รับผลกระทบเช่นกัน

ค. ปัญหาความไม่เข้าใจเกี่ยวกับโรคและการรักษา ผู้ดูแลเด็กหากไม่เข้าใจเกี่ยวกับการรักษา การดำเนินโรค การจัดยาหรือกำชับการรับประทานยาของเด็ก เด็กอาจไม่ได้รับยาที่ครบถ้วน มีผลต่อประสิทธิผลการรักษา ในกรณีที่ผู้ดูแลสูงอายุอาจมีข้อจำกัดด้าน ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเอดส์ วิทยาการทางการแพทย์และแนวทางการรักษา รวมทั้งอาจมีความ เชื่อเดิมต่อการรักษาพยาบาลที่อาจขัดกับแนวทางการรักษา ผู้ให้การปรึกษาควรสำรวจในประเด็น ดังกล่าว เพื่อให้การปรึกษาและเสริมความรู้แก่ผู้ดูแลอย่างเหมาะสมยิ่งขึ้น

ง. ปัญหาสังคมเศรษฐกิจ ผู้ดูแลเด็กอาจมีปัญหาทางสังคมเศรษฐกิจ หรือปัญหาบางประการที่ไม่สามารถพาเด็กมาพบแพทย์และผู้ให้การปรึกษาตามนัด

จ. การพยายามปรับยาให้เด็กเอง ผู้ดูแลบางรายอาจมีความเข้าใจผิด เกี่ยวกับการรับประทานยาของเด็ก หรือคิดว่าเด็กมีอาการดีขึ้น รวมทั้งอาจให้ยาชนิดอื่นเสริม โดยรู้เท่าไม่ถึงการณ์

ฉ. การรับรู้และสับสนในข้อมูล ผู้ดูแลอาจรับทราบข้อมูลจากสื่อต่าง ๆ หรือจากญาติเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของเด็ก และข้อมูลเกี่ยวกับยาที่ไม่ตรงกัน เกิดความสับสน บางครั้งทำให้เด็กไม่ได้รับยาที่ถูกต้องได้

ช. การต้องตอบข้อสงสัยของเด็ก ปัญหาที่พบเสมอในเด็กโตคือ เด็กต้องการรับทราบข้อมูลเกี่ยวกับตนเอง เช่น คำถามเกี่ยวกับการติดเชื้อ การป่วย เหตุผลที่ต้อง รับประทานยาเป็นเวลานาน เมื่อใดจะได้หยุดยา หรือไม่เข้าใจปฏิกิริยาของยา ซึ่งบางครั้ง มีข้อคำถาม หรือข้อสงสัยที่เป็นประเด็นซับซ้อน หรือยากที่จะอธิบายได้ ผู้ปกครองและผู้ให้การ ปรึกษาควรพิจารณาร่วมกันในการให้ข้อมูลที่ถูกต้องเหมาะสม

5.4 แนวทางการให้การปรึกษาเด็กที่รับยา บิดามารดาและผู้ดูแล

5.4.1 แนวทางการให้การปรึกษาเด็กที่ได้รับยาต้านไวรัสเอดส์

ก. การสร้างสัมพันธภาพกับเด็กเป็นสิ่งสำคัญมาก เนื่องจากการมาพบแพทย์และมาโรงพยาบาล เป็นสิ่งที่ไม่คุ้นเคยของทั้งเด็กและผู้ปกครอง ส่วนใหญ่เด็กมักกลัวการสร้างสัมพันธภาพที่ดีจะทำให้เด็กและผู้ปกครองลดความวิตกกังวลได้เป็นอย่างมาก

ข. การจัดสถานที่ให้มีบรรยากาศที่ให้ความรู้สึกสบาย จะช่วยให้การปรึกษาผ่อนคลายมากขึ้นซึ่ง อาจจัดมุมของเล่น และเครื่องเล่นให้เด็กพักขณะที่ผู้ปกครองพบแพทย์ หรือโรงพยาบาลบางแห่งผู้ดูแลเด็กและผู้ให้การปรึกษาแต่งกายปกติ พบว่าเด็กสามารถลดความกังวลทำให้สามารถพูดคุยและให้การปรึกษาได้อย่างราบรื่นมากขึ้น

ค. การสื่อสารและพูดคุยกับเด็ก โดยเฉพาะเด็กป่วย ซึ่งเด็กอาจพูดน้อยและไม่พูดถึงความรู้สึก ความคิดเห็น การให้การปรึกษาควรเป็นการใช้ภาษาที่ง่ายและชัดเจน ผู้ให้การปรึกษาควรสร้างสัมพันธภาพก่อนการพูดคุย เช่นแนะนำตัวให้เกิดความคุ้นเคย เล่านิทาน ให้เด็กได้แสดงความรู้สึกและความคิดโดยการวาดภาพและเล่าเรื่องในภาพ หรือให้อธิบายความหมายของภาพ ซึ่งจะสามารถเข้าใจถึงความรู้สึกนึกคิดของเด็ก เด็กมักใช้สัญลักษณ์ที่มีความหมายในการถ่ายทอดในการเล่าเรื่องต่าง ๆ นอกจากนี้การเล่นของเด็กจะทำให้เกิดการผ่อนคลายและสามารถเป็นการสื่อสารที่ดีระหว่างผู้ให้การปรึกษาและเด็กอีกด้วย

ง. การบอกถึงภาวะติดเชื้อให้เด็กทราบ ควรได้พูดคุยตกลงกับผู้ปกครองและผู้ดูแลเด็กก่อน ถึงผลดี ผลเสียและผลกระทบที่อาจเกิดขึ้น เด็กแต่ละวัยมีการรับรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วย และสาเหตุการเจ็บป่วยต่างกัน การแจ้งให้เด็กรู้ถึงภาวะเจ็บป่วยเป็นเรื่องจำเป็น และมีความละเอียดอ่อน เนื่องจากอาการเจ็บป่วยจากโรคเอดส์เป็นเรื่องที่ไม่สามารถปกปิดได้ตลอด เด็กอาจได้รับทราบจากคนรอบข้างหรือสังเกตจากอาการเจ็บป่วยของบิดามารดาหรือจากสื่อต่างๆและจาก ชั้นเรียน ดังนั้นหากให้ข้อมูลที่ถูกต้องโดยตรงแก่เด็ก และให้เด็กได้รับทราบอย่างมีขั้นตอนและจังหวะเวลาที่ดีแล้ว จะทำให้เด็กเกิดความเชื่อมั่นต่อผู้ให้การรักษาและไม่เกิดความสับสน ซึ่งอาจเป็นผลให้เกิดความเข้าใจผิดได้ การให้การปรึกษาและการแจ้งผลเลือดแก่เด็กนั้น ควรประเมินโดยการถามความรู้ ความเข้าใจของเด็กต่อการเจ็บป่วยของเขา หากเด็กทราบข้อมูลที่ถูกต้องแล้ว ควรอธิบายเพิ่มเติมในส่วนที่จำเป็นต่อการดูแลสุขภาพและการรักษาที่เด็กจะได้รับ หากเด็กไม่มีความรู้หรือเข้าใจคลาดเคลื่อน ควรให้ข้อมูลโดยใช้ภาษาที่ง่าย ยกตัวอย่างเปรียบเทียบให้เห็นภาพกลไกของการเกิดโรค กลไกการรักษาและการดูแลสุขภาพ เป็นต้น

จ. การให้การปรึกษาในการเตรียมยาให้แก่เด็ก เพื่อให้เกิดความร่วมมือในการรับประทานยาจากเด็ก ขณะเตรียมยาและให้ยาแก่เด็ก ผู้ดูแลและผู้ปกครองควรผ่อนคลาย

ไม่เคร่งเครียด พูดคุยกับเด็ก ชมเชยขณะให้ยาแก่เด็ก ค่อยๆ ป้อนทีละน้อยจนครบ ควรสังเกตการกลืนและความผิดปกติใด ๆ ที่เกิดขึ้น ผู้ให้การปรึกษาควรตรวจสอบความสามารถ ความรู้ความเข้าใจในการให้ยาของผู้ดูแล รวมทั้งการดำเนินชีวิตประจำวัน หากเป็นไปได้ควรให้ผู้ปกครองหรือผู้ดูแลทดลองการเตรียมยาและให้ยาเด็กก่อน

จ. การให้การปรึกษาเกี่ยวกับการรับประทานยาแก่เด็กที่สามารถรับผิดชอบการรับประทานยาด้วยตนเอง หรืออยู่ภายใต้การกำกับของผู้ดูแล เด็กควรได้รับทราบข้อมูลอย่างครบถ้วนเช่นเดียวกับผู้ใหญ่ แต่จะเป็นข้อมูลที่เข้าใจง่าย การใช้ภาษาที่ง่าย และมีการอธิบายถึงเหตุผล ความจำเป็นในการรับประทานยาต่อเนื่อง และผลเสียของการขาดยา การที่เด็กได้รับทราบถึงกระบวนการทำงานของภูมิคุ้มกันโรค และผลของไวรัสเอชไอวีที่มีต่อภูมิคุ้มกันและร่างกาย การเจาะเลือดเพื่อตรวจภูมิคุ้มกันเป็นระยะ ๆ การยกตัวอย่างเปรียบเทียบอย่างง่าย ๆ จะทำให้เด็กเข้าใจมากขึ้น เด็กที่ได้รับข้อมูลที่ชัดเจนจะเกิดความตั้งใจจริงที่จะรับประทานยาและรักษาสุขภาพ

ข. การให้กำลังใจและการเสริมแรง การที่ผู้ให้การปรึกษาให้การเสริมแรงทั้งเด็กเล็กและเด็กโตจะทำให้เกิดความร่วมมืออย่างต่อเนื่องมากขึ้น เนื่องจากการรับประทานยาเป็นเวลานาน อาจทำให้ผู้รับยารู้สึกท้อแท้ หรือขาดความมั่นใจ การเสริมแรงอาจเป็นไปในรูปของการพูดคุยด้วยท่าทีกันเอง ชมเชยเมื่อเด็กปฏิบัติตัวอย่างถูกต้องหรือแก้ไขปัญหาอย่างเหมาะสม ในเด็กเล็กบางครั้งการมอบขนมหรือของเล่นเล็กน้อย จะทำให้เด็กรู้สึกสนุกสนานในการมารับการปรึกษา และติดตามผลการรักษา

ค. การแสดงท่าทีต่อเด็ก ผู้ให้การปรึกษาควรระวังเรื่องการพูด ไม่ควรแสดงท่าทีในเชิงตำหนิเมื่อเด็กหรือผู้ปกครองปฏิบัติไม่ถูกต้อง เองจากการตำหนิจะทำให้เด็กและผู้ปกครองรู้สึกผิด กังวลหรือขาดความเชื่อมั่นในการรักษาสุขภาพและการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง ดังนั้นจึงควรใช้ท่าทีที่แสดงให้เห็นว่า ผู้ให้การปรึกษาเข้าใจในปัญหาที่เกิดขึ้นและพร้อมที่จะร่วมแก้ไขปัญหาดังกล่าว

ง. การประเมินภาวะสุขภาพ ในการให้การปรึกษาเด็กที่ป่วย ผู้ให้การปรึกษาจำเป็นต้องประเมินภาวะสุขภาพเด็ก และพฤติกรรมการรักษาสุขภาพในด้านต่างๆ คือ

- ด้านโภชนาการ ควรพิจารณาถึงภาวะโภชนาการของเด็ก การเจ็บป่วยมักทำให้เด็กรับประทานอาหารได้ไม่ครบถ้วน รับประทานได้น้อยหรืออาจเลือกรับประทาน หรือเกิดความเข้าใจผิดของผู้ปกครองเกี่ยวกับการรับประทานอาหารของเด็ก จึงควรให้การปรึกษาเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพในด้านโภชนาการควบคู่ไปกับการปรึกษาเกี่ยวกับการรับประทานยาด้วย

- ด้านพัฒนาการ ผู้ให้บริการปรึกษาควรพิจารณาถึงพัฒนาการของเด็กว่า เป็นไปอย่างเหมาะสมหรือไม่ เด็กขาดการกระตุ้นพัฒนาการด้านใดบ้าง เนื่องจากการที่ป่วยเป็นเวลานาน พัฒนาการอาจมีปัญหาและการตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อมอาจมีน้อย ในกรณีนี้ควรพิจารณาทั้งพัฒนาการของการเจริญเติบโต (Growth development) และพัฒนาการทางระบบประสาท (Neurodevelopment) ด้วย

- ด้านการดูแลสุขภาพ ผู้ให้บริการปรึกษาควรให้การปรึกษาเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพเพื่อลดปัญหาด้านสุขภาพและส่งเสริมสุขภาพให้แข็งแรง เพื่อให้สุขภาพดีและมีการรับยาต้านไวรัสเอดส์ได้อย่างต่อเนื่อง

ฎ. ในกรณีเด็กโตที่ย่างเข้าสู่วัยรุ่น ผู้ให้การปรึกษาควรให้การปรึกษาด้านการปรับตัวเกี่ยวกับชีวิตวัยรุ่น ความสนใจเรื่องเพศ อนามัยเจริญพันธุ์ และการป้องกันการรับเชื้อเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และการป้องกันการแพร่เชื้อ ความรับผิดชอบต่อตนเอง ครอบครัวและสังคมรวมทั้งพูดคุยเกี่ยวกับการวางแผนเป้าหมายในการดำเนินชีวิต

ฏ. การส่งเพื่อช่วยแก้ไขปัญหาด้านต่าง ๆ เมื่อพบว่าเด็กมีปัญหาที่เกี่ยวข้องในด้านอื่น เช่น ปัญหาสุขภาพ โรคแทรกซ้อน หรือปัญหาทางสังคม รวมทั้งทั้งปัญหาทางจิตใจที่ผู้ให้การปรึกษาหรือหน่วยงานไม่สามารถจัดการได้ ควรพิจารณาส่งต่อไปรับบริการและรับการช่วยเหลือในแผนกที่เกี่ยวข้องหรือผู้เชี่ยวชาญแต่ละด้านต่อไป ในกรณีที่เด็กในความรับผิดชอบของผู้ให้การปรึกษาในแผนกเด็ก เมื่อโตขึ้นบางครั้งต้องเปลี่ยนแปลงแผนกดูแลไปเป็นคลินิกสำหรับผู้ใหญ่ ในการส่งต่อควรมีการเตรียมเด็กให้สามารถปรับตัวกับการเปลี่ยนแปลงของระบบการดูแล และเตรียมข้อมูลในการส่งต่อ

4.4.2 การให้การปรึกษาผู้ดูแลเด็กที่รับยาต้านไวรัสเอดส์

ผู้ให้การผู้ดูแลเด็กที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ และต้องรับยาต้านไวรัสเอดส์ จะต้องเป็นผู้ที่ใกล้ชิดเด็กมากที่สุดและต้องมีบทบาทอย่างสูงในการดูแลเด็ก ส่วนใหญ่จะเป็นผู้ที่มีส่วนตัดสินใจให้เด็กรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ โดยผู้ดูแลต้องมีสัมพันธภาพที่ดีกับเด็ก

ก. สามารถดูแลด้านสุขภาพ ด้านโภชนาการ ด้านสุขอนามัย การรับวัคซีน และภูมิคุ้มกันที่จำเป็น

ข. สามารถกำกับการรับประทานยาได้อย่างถูกต้อง

ค. มีศักยภาพในการพาเด็กมารับการรักษาและรับยาต่อเนื่อง

ง. ผู้ให้การดูแลจะต้องเป็นผู้ที่มีความรู้ ความเข้าใจต่อโรคและต่อการรักษา

จ. มีความรับผิดชอบสูง เนื่องจากต้องดูแลเด็กให้ได้รับยาอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอตลอดเวลา

ทั้งนี้ หากผู้ดูแลมีปัญหาด้านต่าง ๆ ร่วมด้วย การดูแลเด็กอาจทำได้ไม่ดีเท่าที่ควร โดยเฉพาะผู้ดูแลเป็นบิดามารดาที่ติดเชื่อและได้รับยาต้านไวรัสเอดส์ ดังนั้นการให้การปรึกษาผู้ดูแลจะต้องให้การปรึกษาโดยมองปัญหาครบด้าน เนื่องจากอาจเป็นปัญหาที่ซับซ้อน

5.5 ประเด็นที่ผู้ให้การปรึกษาคควรคำนึงถึงในการให้การปรึกษาเด็กที่ได้รับยาต้านไวรัสเอดส์

5.5.1 สิทธิของเด็ก ทั้งด้านสิทธิผู้ป่วยและสิทธิมนุษยชน โดยควรดำเนินการต่อเด็กโดยอยู่ในพื้นฐานด้านสิทธิมนุษยชนและสิทธิผู้ป่วยที่จะพึงมีพึงได้ การให้การปรึกษาที่ดีจะทำให้เกิดการเข้าใจในระบบการรักษาและสิทธิที่จะได้รับได้เป็นอย่างดี

5.5.2 การสังเกตและการไวต่อความรู้สึกจากท่าทีและอากัปกริยาของเด็กและผู้ปกครอง เพื่อความเข้าใจผู้รับบริการ

5.5.3 ควรเน้นการเสริมแรงและสัมพันธ์ภาพที่ดีระหว่างผู้ให้การปรึกษา เด็ก และผู้ปกครองหรือผู้ดูแลเด็ก

5.5.4 การใช้ภาษาง่ายต่อความเข้าใจ เนื่องจากบ่อยครั้งที่ในประเด็นเดียวกันความเข้าใจของเด็กและผู้ใหญ่อาจแตกต่างกัน จึงควรใช้ภาษาที่ง่าย ชัดเจน และทบทวนความเข้าใจอีกครั้งเพื่อความเข้าใจที่ตรง

5.5.5 โรงพยาบาลควรจัดบริการที่สะดวกต่อการมารับการรักษาและรับยา โดยเฉพาะหากทั้งบิดามารดา และเด็กต้องมารับยาต้านไวรัสเช่นเดียวกัน การรับยาและการตรวจสุขภาพในวันเดียวกัน จะเป็นผลดีต่อความร่วมมือในการรับประทานยาอย่างมาก

5.5.6 ในการให้การปรึกษาต่อเนื่อง ผู้ให้การปรึกษาสามารถจัดกลุ่มเด็กผู้รับยาหรือกลุ่มผู้ดูแลเด็กได้อย่างเหมาะสม เนื่องจากพบว่าในกลุ่มผู้มีปัญหาคล้ายกันจะสามารถสนับสนุนช่วยเหลือกันได้ดีเป็นอย่างดี โดยเฉพาะในเรื่องของประสบการณ์ ด้านอารมณ์ ความรู้สึก ทั้งนี้ยังสามารถให้ความรู้และข้อมูลที่เป็นประโยชน์ในกลุ่มได้อีกด้วย

5.5.7 ในการให้การปรึกษาหรือการที่ผู้ให้การปรึกษาพูดคุยกับผู้ดูแลเกี่ยวกับตัวเด็ก หรือเรื่องที่มีความละเอียดอ่อนต่อหน้าเด็ก เช่นการประเมินภาวะสุขภาพที่มีปัญหา เรื่องความตาย ฯลฯ พึงระลึกเสมอว่า ไม่ว่าเด็กเล็กที่มักคิดว่าเด็กไม่เข้าใจ หรือเด็กโตต่างก็สามารถได้ยินและเข้าใจคำพูด รวมทั้งท่าทีในการสนทนา เด็กอาจไม่พร้อมที่จะรับทราบข้อมูลบางอย่าง หรืออาจจินตนาการเกินกว่าที่คาด ในขณะที่ผู้ให้การปรึกษาและผู้ดูแลยังไม่ได้เตรียมความพร้อมการให้การปรึกษาจึงควรพิจารณาจัดสถานที่ในการให้การปรึกษาที่เหมาะสม

5.5.8 ในการให้การปรึกษาในด้านการรักษาพยาบาลแก่ผู้รับบริการนั้น ข้อมูลเรื่องค่าใช้จ่ายที่อาจจะเกิดขึ้นเป็นสิ่งสำคัญ โดยจะมีผลต่อการตัดสินใจรับประทานยา ค่อนข้างมาก จึงควรให้ข้อมูลเกี่ยวกับขั้นตอนการรักษา การตรวจทางห้องปฏิบัติการ ค่ายา บางอย่างที่จะต้องเสียค่าใช้จ่าย และค่าเวชภัณฑ์ที่อาจจะเกิดขึ้นในระยะต่อไป ซึ่งหากครอบครัว มีปัญหา ก็จะสามารถหาทางช่วยเหลือต่อไป

5.5.9 ในกรณีที่เด็กจำเป็นต้องออกจากโครงการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ ด้วยสาเหตุประการใดก็ตาม ผู้ให้การปรึกษาควรให้เด็กและผู้ปกครองมีความเข้าใจอย่างแท้จริง ของเหตุจำเป็นนั้น ๆ รวมทั้งให้ข้อมูลเกี่ยวกับบริการด้านอื่นที่จะได้รับตามความเหมาะสม ซึ่งอาจ เป็นการรักษาด้วยวิธีอื่นหรือการดูแลสุขภาพทางเลือก

5.5.10 การเก็บรักษาความลับ ในการให้การปรึกษาซึ่งเป็นการพูดคุยที่อยู่บน พื้นฐานของความไว้วางใจ ระบบการเก็บรักษาความลับของผู้ป่วย เด็กและครอบครัว ก็มีความสำคัญเช่นเดียวกัน ในการดูแลอาจมีทีมงานหลายกลุ่มหรือมีการส่งต่อข้อมูลไปหลายแผนก ต้องดำเนินการอย่างระมัดระวังและควรแจ้งให้เด็กและผู้ปกครองทราบเพื่อให้เกิดความไว้วางใจ ซึ่งจะส่งผลดีต่อความร่วมมือในการรักษาและป้องกันปัญหาด้านสิทธิผู้ป่วยที่อาจเกิดขึ้นหาก ดำเนินการไม่รัดกุม

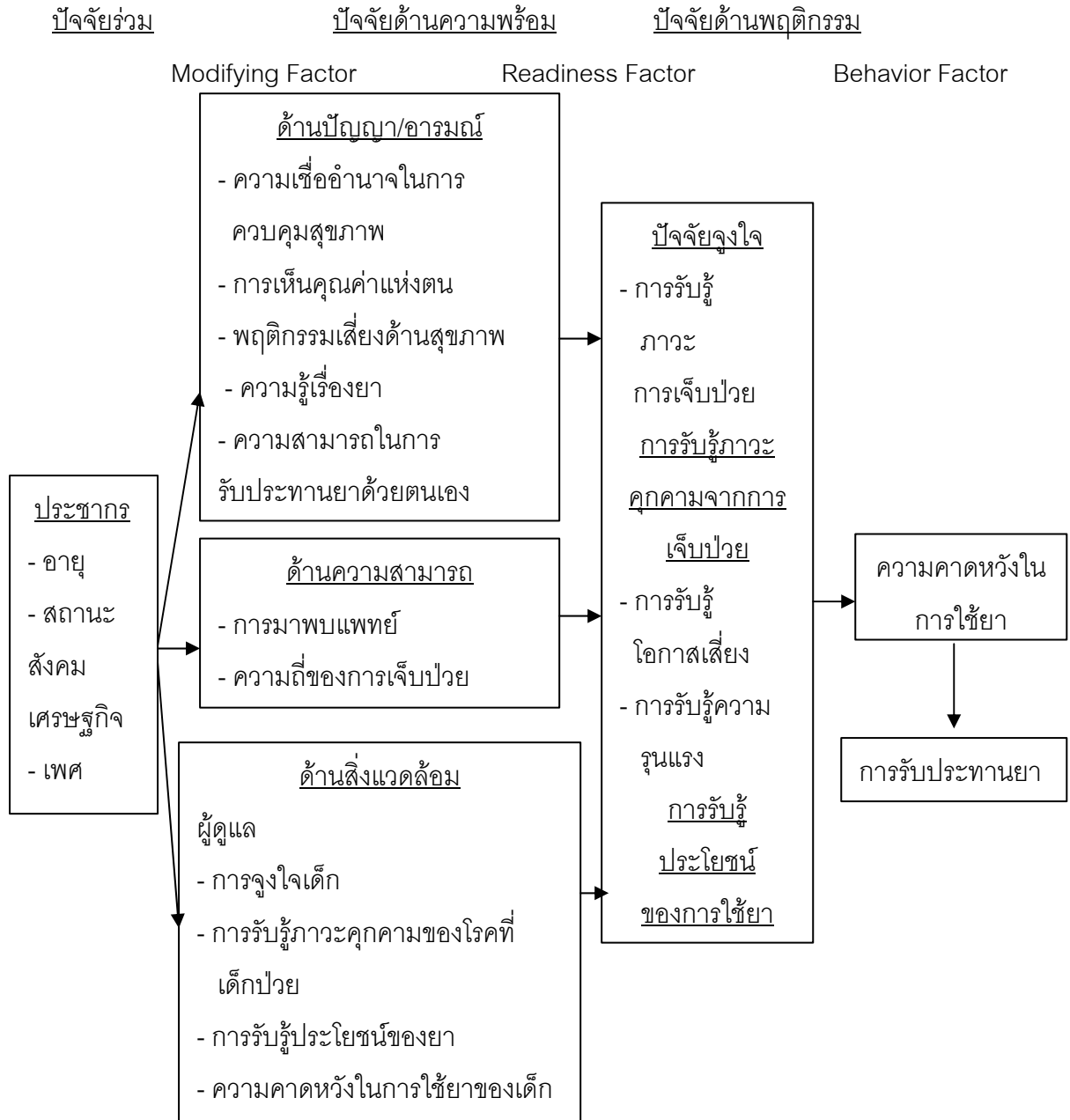
6. แนวคิดปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการรับประทานยาในเด็ก

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเด็ก (Children's Health Belief Model : CHBM) ได้รับการพัฒนาจากแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ของ Rosenstock (1966 cite in Bush and Lannotti, 1990) ซึ่งในช่วงแรกแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพได้รับการพัฒนาเพื่ออธิบาย และ ทำนายการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค (Preventive health behavior) ต่อมาได้มีการพัฒนาเพิ่มเติม เพื่อนำไปใช้อธิบายและทำนายพฤติกรรมกรรมการปฏิบัติตัวเมื่อเจ็บป่วย และการปฏิบัติตัวตาม คำแนะนำของแพทย์ โดย Bush and Lannotti ได้พัฒนาแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของเด็ก ขึ้น ในปี ค.ศ. 1985, 1988 และ 1990 ตามลำดับ CHBM ได้ผสมผสานเอาหลักแนวคิดที่สำคัญ ของทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม (Social Learning Theory : SLT) ทฤษฎีพัฒนาการด้าน สติปัญญา (Cognitive Development Theory : CDT) และทฤษฎีพฤติกรรมตามจุดมุ่งหมาย (Behavioral Intention Theory : BIT) เพิ่มเข้ามาใน HBM เดิมอีก 3 แนวคิดเพื่อให้สามารถเข้าใจ พฤติกรรมสุขภาพของเด็กมากยิ่งขึ้น (Bush and Lannotti, 1990) และเพื่อใช้ในการทำนาย พฤติกรรมการรับประทานยาของเด็กเมื่อเกิดการเจ็บป่วยด้วยโรคทั่ว ๆ ไป โดยที่ Bush and Lannotti (1988, 1990) ได้นำเสนอโมเดลซึ่งใช้อธิบายปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรม การรับประทานยาในเด็กป่วย ในแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของเด็กว่า ประกอบด้วยปัจจัยต่าง ๆ

ได้แก่ ปัจจัยด้านประชากร ปัจจัยเชื้ออานวยหรือชักนำให้เกิดพฤติกรรมปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ ซึ่งลักษณะโครงสร้างของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของเด็กดังกล่าวมีส่วนประกอบ ดังนี้

1. ปัจจัยที่แสดงถึงความพร้อมที่จะปฏิบัติ (Readiness factor) ประกอบด้วย
 - 1.1 แรงจูงใจ เช่น ความสนใจเกี่ยวกับภาวะสุขภาพของตนเอง การรับรู้ภาวะสุขภาพของตนเอง การยอมรับว่าตนเองมีภาวะเจ็บป่วย
 - 1.2 การรับรู้ภาวะคุกคามจากการเจ็บป่วย ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเจ็บป่วย และการรับรู้ความรุนแรงของโรคหรือความรุนแรงของการเจ็บป่วยนั้น
 - 1.3 การรับรู้คุณค่าของการลดภาวะการเจ็บป่วย นั่นคือ การรับรู้ประโยชน์ของการรักษา การรับรู้ประโยชน์ของยา
 2. ปัจจัยร่วมต่าง ๆ (Modifying factor) ประกอบด้วย
 - 2.1 ด้านประชากร ได้แก่ อายุ สถานสังคมเศรษฐกิจ และเพศ
 - 2.2 ด้านปัญญาและอารมณ์ ได้แก่ ความเชื่ออำนาจในการควบคุมสุขภาพ การเห็นคุณค่าแห่งตน พฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพ ความรู้เรื่องยา ความสามารถในการรับประทานยาด้วยตนเอง
 - 2.3 ด้านความสามารถ ได้แก่ ความถนัดในการเจ็บป่วย และความสามารถในการมาพบแพทย์หรือเข้าถึงบริการ
 - 2.4 ด้านสิ่งแวดล้อม ซึ่งในโมเดลของ Bush and Lannotti สิ่งแวดล้อมที่สำคัญของเด็ก คือ ผู้ดูแลเด็ก อันประกอบด้วย การจูงใจเด็กในการรับประทานยา การรับรู้ภาวะคุกคามของโรคที่เด็กป่วย การรับรู้ประโยชน์ของยาที่เด็กได้รับ และความคาดหวังในการใช้ยาของเด็ก
 3. ปัจจัยด้านพฤติกรรมของผู้ป่วยเด็ก (Behavior factor) เช่น ความคาดหวังในการใช้ยา พฤติกรรมการรับประทานยาของเด็ก
- โดย Bush and Lannotti ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรับประทานยาในเด็กนักเรียน อายุ 8-14 ปี ที่เจ็บป่วยด้วยปัญหาสุขภาพทั่ว ๆ ไป ประกอบด้วยองค์ประกอบหลักต่าง ๆ ดังแสดงในแผนภูมิที่ 1

แนวคิดที่ใช้ในการวิจัย



แผนภูมิที่ 1 แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของเด็ก และตัวแปรต่างๆ (Children's Health Belief Model)

ที่มา : Bush and Lannotti. (1990)

จากการทบทวนรายละเอียดผลการวิจัยความสัมพันธ์และวิเคราะห์ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการรับประทานยาในเด็ก อายุ 8 -14 ปี พบว่า CHBM สามารถอธิบายพฤติกรรมการรับประทานยาในเด็กได้ถึงร้อยละ 63 ซึ่งปัจจัยที่สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการรับประทานยาของเด็กที่ป่วยด้วยปัญหาสุขภาพทั่ว ๆ ไป ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ

ด้านตัวเด็ก ประกอบด้วย การรับรู้ความรุนแรงของโรคและการรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานยา ซึ่งเป็นตัวทำนายที่มีอำนาจในการทำนายพฤติกรรมการรับประทานยาของเด็กมากที่สุด ส่วนการรับรู้ภาวะการเจ็บป่วยของตนเองและการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค มีอำนาจในการทำนายน้อยกว่า แต่มีความสัมพันธ์กับการรับประทานยาของเด็กอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Lannotti and Bush, 1993) นอกจากนี้ยังพบว่า ความเชื่ออำนาจในการควบคุมสุขภาพของเด็กมีความสัมพันธ์ทางอ้อมต่อพฤติกรรมการรับประทานยาของเด็ก และเป็นความสัมพันธ์ทางลบ

ด้านของผู้ดูแล ประกอบด้วย การรับรู้ภาวะคุกคามของโรคที่เด็กป่วยของผู้ดูแล ที่รับรู้ต่อความเสี่ยงและความรุนแรงของโรค มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญต่อการรับประทานยาทั้งในเด็กเล็กและเด็กโต ส่วนการรับรู้ประโยชน์ของยาที่เด็กได้รับของผู้ดูแล เป็นปัจจัยพร้อมปฏิบัติที่สำคัญในโมเดลความเชื่อด้านสุขภาพของเด็ก ที่สนับสนุนให้เด็กมีพฤติกรรมการรับประทานยาที่ดี นอกจากนี้ยังพบว่า ความคาดหวังในการใช้ยาของเด็กในผู้ดูแลมีความสัมพันธ์กับการรับประทานยาในเด็กด้วยเช่นเดียวกัน ดังนั้นผู้วิจัยจึงคัดสรรปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรับประทานยาของเด็กดังกล่าวมาเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยปัจจัยคัดสรรทำนายความสม่ำเสมอในการรับประทานยาด้านไวรัสของเด็กวัยเรียนติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์

7. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความสม่ำเสมอในการรับประทานยาในเด็ก

7.1 ปัจจัยด้านเด็ก

7.1.1 ความเชื่อด้านสุขภาพเด็ก

ก. การรับรู้ภาวะความเจ็บป่วย (Illness concern)

การรับรู้ของบุคคลเป็นสภาพทางจิตวิทยา และเป็นความสนใจของบุคคลในการเลือกที่จะตอบสนองต่อสิ่งเร้าต่างๆที่เกิดขึ้น ส่วนการเจ็บป่วยเป็นปรากฏการณ์สำคัญที่เกิดขึ้นได้กับมนุษย์ทุกคน เป็นประสบการณ์ชีวิตที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ (Brunners and Suddarth, 1988 อ้างถึงใน ธนิญา น้อยเพียง, 2545)

การรับรู้ภาวะความเจ็บป่วยจึงเป็นความคิดและความเชื่อของบุคคลที่เกี่ยวกับภาวะเสี่ยงและอันตรายของการเจ็บป่วย การรับรู้ภาวะการเจ็บป่วยเป็นการให้ความหมายและตกลงให้คุณค่ากับสุขภาพของตนเองในความคิด ความเชื่อ และความเข้าใจของบุคคลที่มีต่อสุขภาพของตนเอง ซึ่งอาจมีการเปลี่ยนแปลงทั้งที่อยู่ในภาวะสุขภาพดีและเจ็บป่วย Pender (1987) กล่าวว่า ระดับของภาวะสุขภาพนั้นจะดำเนินไปอย่างต่อเนื่องระหว่างภาวะสุขภาพดีและการเจ็บป่วย ซึ่งสัมพันธ์กับประสบการณ์การเจ็บป่วย จากประสบการณ์การเจ็บป่วยนี้เองจะทำให้แต่ละคนมีการรับรู้ภาวะสุขภาพของตนที่แตกต่างกันออกไป การรับรู้ภาวะสุขภาพเป็นแรงจูงใจให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมในทางบวกเพื่อจะให้ภาวะสุขภาพดีขึ้น

กล่าวโดยสรุป การรับรู้ภาวะสุขภาพ หมายถึง ความเชื่อ ความคิด ความรู้สึก ความเข้าใจของบุคคลที่มีต่อภาวะสุขภาพของตนเอง ซึ่งการรับรู้ภาวะสุขภาพขึ้นอยู่กับระดับของภาวะสุขภาพจริง และยอมรับในบทบาทของการเจ็บป่วยว่าอยู่ในภาวะสุขภาพดีหรือเจ็บป่วย เด็กวัยเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์หากมีการรับรู้ถึงภาวะสุขภาพของตนเอง ว่าตนเองมีโอกาสเสี่ยงที่จะเกิดการเจ็บป่วยได้มากกว่าเด็กคนอื่น ๆ เนื่องจากตนเองมีระดับภูมิคุ้มกันที่ต่ำกว่าปกติ การเกิดโรคติดเชื้ออวยโอกาสอาจมีความรุนแรงถึงชีวิตได้ ทำให้เด็กกระมัดระวังในการดำเนินชีวิต ป้องกันและหลีกเลี่ยงการเจ็บป่วยด้วยการปฏิบัติตามคำแนะนำของบุคลากรทางการแพทย์ รับประทานยาต้านไวรัสอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ

ข. การรับรู้ภาวะคุกคามของโรคที่ตนเองป่วย (Perceived illness threat)

การรับรู้ภาวะคุกคามของการเจ็บป่วย ตามแนวคิด Children's Health Belief Model ซึ่ง Bush and Lannotti (1990) ได้พัฒนามาจากแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health belief model) ของ Becker and Maiman (1974) ประกอบด้วย การรับรู้ความรุนแรงของโรค (Perceived severity) และการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค (Perceived vulnerability) การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค คือ การรับรู้ของบุคคลต่อโอกาสในการเกิดปัญหาสุขภาพ แต่ละคนจะมีการรับรู้แตกต่างกันออกไป บางคนเชื่อว่าตนเองไม่มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค แต่บางคนเชื่อว่าตนเองมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหรือปัญหาสุขภาพได้ ซึ่งจะมีผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่แตกต่างกันออกไปตามความเชื่อของตนเอง ส่วนการรับรู้ความรุนแรงของโรค คือ ความรุนแรงของโรคตามการรับรู้ของแต่ละบุคคล เป็นการรับรู้ของบุคคลต่อการประเมินผลของการเกิดโรคต่อตนเอง บุคคลต้องรับรู้ว่าความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นมีผลกระทบที่รุนแรงต่อร่างกาย จิตใจ สัมพันธภาพในครอบครัวและบทบาทในสังคมด้วยจึงจะเป็นตัวกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษา (Becker, 1974)

เด็กติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์วัยเรียนที่ได้รับยาต้านไวรัสเอดส์ ที่รับรู้ภาวะคุกคามของภาวะการเจ็บป่วยของตนเอง ในแง่ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคติดเชื้ออวยโอกาส

ความเสี่ยงต่อการเกิดเชื้อดื้อยา ประกอบกับการรับรู้ความรุนแรงของโรคที่ตนเองป่วยและอันตรายต่างๆที่อาจเกิดขึ้นว่าจะส่งผลต่อความล้มเหลวในการรักษา ทำให้อาการของโรคแย่ลงซึ่งอาจถึงแก่ชีวิตได้ หากได้รับประทานยาไม่ต่อเนื่องสม่ำเสมอ เมื่อเด็กป่วยรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงและความรุนแรงดังกล่าว เด็กป่วยก็จะหลีกเลี่ยงพฤติกรรมที่จะนำไปสู่ความล้มเหลวในการรักษา และเกิดพฤติกรรมความร่วมมือในการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ การศึกษาของ Bush and Lannotti (1988,1990) พบว่า การรับรู้ภาวะคุกคามของการเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมความร่วมมือในการรับประทานยาในเด็ก อายุ 8-14 ปี สอดคล้องกับการศึกษาของ พิชากภรณ์ จันทนกุล (2541) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์ของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยง ความรุนแรงของโรค ประโยชน์ อุปลรรค และแรงจูงใจ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์ในนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 ในโรงเรียนสังกัดกรุงเทพมหานคร

ค. การรับรู้ประโยชน์ของยาต้านไวรัส (Perceived med benefit)

การรับรู้ประโยชน์ของการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ เป็นความเชื่อของผู้ป่วยเกี่ยวกับประสิทธิภาพของยาในการรักษา ซึ่งผู้ป่วยเชื่อว่าสามารถช่วยให้หายจากความเจ็บป่วยได้ เด็กวัยเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่รับรู้ประโยชน์ของยาต้านไวรัสที่มีต่อการรักษาเป็นสิ่งสำคัญอย่างหนึ่งที่จะช่วยให้มีพฤติกรรมรับประทานยาต้านไวรัสอย่างสม่ำเสมอ เมื่อเด็กรับรู้ว่าการรับประทานยาต้านไวรัสอย่างสม่ำเสมอจะป้องกันการติดเชื้ออวยโอกาสและป้องกันเชื้อโรคดื้อยาได้ เมื่อเด็กรับรู้ถึงผลดีของการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอจะส่งผลให้เด็กมีความร่วมมือในการรับประทานยาที่ดี เพื่อลดความรุนแรงของการเจ็บป่วยและป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากอันตรายที่อาจเกิดขึ้นได้ ดังการศึกษาของ เบญจลักษณ์ สีเกิดพงษ์ (2547) ที่พบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของเด็กวัยเรียนโรคธาลัสซีเมียมีความสัมพันธ์ต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญ สอดคล้องกับการศึกษาของ พิชากภรณ์ จันทนกุล (2541) ที่ศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพ ทักษะชีวิตกับพฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์ของนักเรียนชั้นประถมปีที่ 6 ในโรงเรียนสังกัดกรุงเทพมหานคร พบว่า การรับรู้ประโยชน์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์ในนักเรียนชั้นประถมปีที่ 6 ของนักเรียนในเขตกรุงเทพมหานคร

Bush and Lannotti (1990) พบว่า เด็กป่วยที่เชื่อและรับรู้ว่ายามีประโยชน์ต่อการรักษาของตนเอง จะมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมความร่วมมือในการรับประทานยาของเด็ก ทำให้เด็กรับประทานยาอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ สิ่งสำคัญประการหนึ่ง คือ ถึงแม้ผู้ป่วยเด็กจะรับรู้ภาวะคุกคามของโรค นั่นคือ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคและความรุนแรงของโรคเป็นอย่างดีแล้วก็ตาม แต่การให้ความร่วมมือในการรักษาตลอดจนการรับประทานยาตามแผนการรักษาหรือไม่

ขึ้นอยู่กับความเชื่อของผู้ป่วยเด็กที่ว่า สิ่งที่เขาปฏิบัตินั้นสามารถลดภาวะคุกคามของโรคที่มีต่อภาวะสุขภาพของเขาได้จริง และคุ้มค้ำกับความไม่สุขสบายจากการปฏิบัติพฤติกรรมหรือการรักษา

7.1.2 ความเชื่ออำนาจในการควบคุมสุขภาพ (Health locus of control)

ความเชื่อ หมายถึง ความคิด ความรู้สึกและความเข้าที่ฝังแน่นที่สุดที่บุคคลมีต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่งซึ่งอาจมีเหตุผลหรือไม่ก็ได้ ความเชื่อมีอิทธิพลโดยตรงต่อการแสดงพฤติกรรมของบุคคล เมื่อบุคคลมีความเชื่ออย่างใด ความเชื่อนั้นจะเป็นตัวกำหนดพฤติกรรมให้บุคคลประพฤติตามที่ตนเองเชื่อนั้น (Rokeach, 1970 cite in สุวีริรัตน์ บุญศิลป์, 2546) ความเชื่อจึงมีอิทธิพลต่อการควบคุมตนเองของบุคคลเมื่อต้องเผชิญกับเหตุการณ์ต่างๆ ทั้งด้านดีและด้านร้าย

การที่บุคคลประสบเหตุการณ์ต่าง ๆ ในชีวิตเหมือน ๆ กัน เช่น การเจ็บป่วย การพลัดพรากจากสิ่งที่รักแม้แต่การเกิดการขัดแย้งระหว่างเพื่อน แต่บุคคลจะมีพฤติกรรมการเผชิญต่อเหตุการณ์ที่แตกต่างกันไป ทั้งนี้เนื่องจากความคิด ประสบการณ์ ความเชื่อของแต่ละบุคคลมีอำนาจในการควบคุมตนเองให้ประพฤติปฏิบัติในลักษณะที่แตกต่างกันออกไป ความเชื่อในการควบคุมเช่นนี้เรียกว่า ความเชื่ออำนาจในการควบคุมตนเอง (Locus of control) ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของบุคลิกภาพ Strickland (1977) กล่าวว่าบุคคลที่มีความเชื่อภายในตนเป็นผู้ที่กระตือรือร้นในการแสวงหาความรู้และข้อมูลข่าวสาร มีความพยายามในการที่จะฝ่าฟันอุปสรรคต่าง ๆ ประสบความสำเร็จในการเรียนและการทำงาน มีความสามารถในการปรับตัวสูง มีความพึงพอใจในชีวิต และสำหรับพฤติกรรมทางด้านสุขภาพนั้นพบว่าบุคคลที่มีความเชื่ออำนาจในการควบคุมตนเองจะมีความพยายามสูงที่จะป้องกันตนเองจากการเจ็บป่วย รวมทั้งการดูแลตนเองหรือปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์เป็นอย่างดีกรณีที่เกิดการเจ็บป่วย

เช่นเดียวกับที่ Wallston and Wallston (1981) ได้รวบรวมงานวิจัยที่ศึกษาถึงความสัมพันธ์ของความเชื่ออำนาจในตนด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันและรักษาสุขภาพพบว่า ผู้ที่มีความเชื่ออำนาจในตนด้านสุขภาพจะมีพฤติกรรมการไปตรวจสุขภาพเป็นประจำ มีพฤติกรรมมารับประทานและการดื่มอย่างถูกสุขลักษณะ พักผ่อนอย่างเพียงพอ ออกกำลังกาย รวมทั้งไปรับภูมิคุ้มกันโรคมากกว่าบุคคลที่มีความเชื่ออำนาจภายนอกตน สอดคล้องกับงานวิจัยของ Seeman and Seeman (1983, อ้างใน อัมพร วงศ์ใหญ่, 2542) ที่พบว่า ผู้ที่มีความเชื่อในตนด้านสุขภาพจะมีพฤติกรรมสุขภาพด้านการรับประทานอาหารที่เป็นประโยชน์ ควบคุมน้ำหนัก ออกกำลังกาย การลดหรือเลิกเสพยาที่เป็นโทษต่อร่างกาย รับการตรวจสุขภาพมากกว่าผู้ที่มีความเชื่อภายนอกตนด้านสุขภาพ นอกจากนี้การศึกษาของ Burkhart and Rayens (2005) พบว่า เด็กป่วยโรคหอบหืดที่มีความเชื่ออำนาจภายในตนด้านการควบคุมสุขภาพ ให้ความร่วมมือในการปฏิบัติตามคำแนะนำและแผนการรักษา มากกว่าเด็กที่มีความเชื่ออำนาจภายนอกตนด้านสุขภาพ สอดคล้องกับการศึกษาของ อัมพร วงศ์ใหญ่ (2541) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ความเชื่อ

อำนาจภายในตนด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการรักษาความสะอาดร่างกายของนักเรียนชาวเขาเผ่า
 เย่าระดับประถมศึกษา พบว่าความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม
 การรักษาความสะอาดร่างกาย และจากการศึกษาของ Bush and Lannotti (1988,1990) พบว่า
 ความเชื่ออำนาจในการควบคุมด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับการรับประทานยาของเด็กทั้งในเด็ก
 ที่อายุ ≥ 11 ปี และเด็กที่อายุ < 11 ปี อย่างมีนัยสำคัญ

ความเชื่ออำนาจในการควบคุมสุขภาพของเด็ก (Health locus of control)
 เป็นปัจจัยด้านพุทธิปัญญาและอารมณ์ที่สามารถทำนายพฤติกรรมสุขภาพของเด็กได้
 (Rotter,1966 cite in Takeda,1999) เมื่อเด็กมีความเชื่อแบบใดแบบหนึ่งแล้วก็มีแนวโน้มที่จะ
 ปฏิบัติตนให้สอดคล้องกับความเชื่อของตน โดยเฉพาะความเชื่ออำนาจในการควบคุมสุขภาพ
 ประกอบด้วยมิติย่อย ดังนี้ (Wallston et al., 1978 cite in O'Brien et al.,1989; Bennett et al.,
 1998)

ก. ความเชื่ออำนาจในตนด้านสุขภาพ (Internal health locus of control)
 คือการรับรู้ของเด็กที่มีต่อประสบการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นว่าเป็นผลมาจากการกระทำหรือ
 ความสามารถของตนเอง และความสำเร็จหรือความล้มเหลวที่ตนเองได้รับเกิดจากการกระทำของ
 ตนเอง สามารถควบคุมเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นกับตนเองได้ เด็กที่เชื่ออำนาจในตนด้านสุขภาพ
 จะเชื่อว่าการที่ตนเองมีสุขภาพดีหรือไม่นั้นเกิดจากการกระทำของตน ตนสามารถควบคุมได้และ
 เชื่อว่าสามารถป้องกันไม่ให้เจ็บป่วยได้ด้วยการศึกษาดูแลสุขภาพให้ถูกวิธี

ข. ความเชื่อภายนอกตนด้านสุขภาพ (External health locus of control)
 หมายถึงความเชื่อที่บุคคลรับรู้และเชื่อว่าเหตุการณ์ต่างๆที่เกิดขึ้นกับสุขภาพตนเองนั้น
 เป็นอิทธิพลมาจากภายนอกตนที่ควบคุมไม่ได้ ซึ่งประกอบด้วย 2 ด้านย่อยๆ คือ

1) ความเชื่ออำนาจผู้อื่นด้านสุขภาพ (Powerful other health locus
 of control) เป็นความเชื่อว่าการที่ตนสุขภาพดีหรือไม่นั้นเป็นเพราะผู้อื่น เช่น บิดา มารดา
 แพทย์ พยาบาล เป็นต้น

2) ความเชื่ออำนาจความบังเอิญ (Chance health locus of control)
 เป็นความเชื่อว่าการที่ตนสุขภาพดีหรือไม่นั้นเกิดจากโชคชะตาหรือความบังเอิญ

สรุปได้ว่า ความเชื่ออำนาจในการควบคุมสุขภาพของเด็กติดเชื่อเฮลท์/เฮลท์
 เอเดส หมายถึง ความนึกคิด ความเข้าใจและการรับรู้ของเด็กวัยเรียนที่ติดเชื่อเฮลท์/เฮลท์ที่มี
 ต่อการควบคุมสุขภาพของตนเอง

7.2 ปัจจัยด้านผู้ดูแล

ตามแนวคิดของ Bush and Lannotti (1990) ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการรับประทานยาของเด็กในด้านของผู้ดูแล ประกอบด้วย

7.2.1 การรับรู้ภาวะคุกคามของโรคที่เด็กป่วย (Perceived child's illness threat) เป็นการรับรู้ของผู้ดูแลในแง่โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดอันตรายและภาวะแทรกซ้อน ร่วมกับการรับรู้ความรุนแรงของโรคที่เด็กกำลังป่วยอยู่ เป็นความรู้สึกนึกคิด ความเข้าใจของผู้ดูแลว่าเด็กติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพในด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม ซึ่งการที่ผู้ดูแลจะมีการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพนั้น ขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายประการ เช่น การตระหนักว่าเด็กที่ติดเชื้อเอชไอวีในร่างกายนั้น จะทำให้ระดับภูมิคุ้มกันในร่างกายลดลง มีโอกาสที่จะรับเชื้อโรคเข้าสู่ร่างกายได้ง่ายกว่าเด็กปกติทั่วไป และอาจมีปัญหสุขภาพเกิดขึ้นบ่อยครั้ง เช่น ปอดอักเสบ เป็นหวัด การติดเชื้อฉวยโอกาส จากการรวบรวมงานวิจัยของ Janz and Becker (1984 อ้างถึงใน นันทกา สวัสดิพานิช, 2547) พบว่าการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคของบุคคล วัดได้จากการคาดคะเนของบุคคลต่อโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหรือการกลับเป็นซ้ำ หากผู้ดูแลเด็กติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์มีการคาดคะเนว่าเด็กของตนมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมามากกว่าเด็กปกติ การที่ผู้ดูแลรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพอย่างเดียวนั้นไม่เพียงพอที่จะกระตุ้นให้ผู้ดูแลเกิดพฤติกรรมในการดูแลให้เด็กรับประทานยาอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ ผู้ดูแลยังต้องมีการรับรู้ว่ามีปัญหาที่เกิดขึ้น โดยเฉพาะการติดเชื้อฉวยโอกาส ก่อให้เกิดความรุนแรงและเป็นอันตรายถึงชีวิตได้ ซึ่งจะเป็นตัวกระตุ้นให้ผู้ดูแลเกิดความกลัว และส่งผลให้เกิดการปฏิบัติเพื่อหลีกเลี่ยงหรือลดภาวะคุกคามนั้น โดยการให้ความร่วมมือในการรักษา เช่น การดูแลให้เด็กรับประทานยาอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอและปฏิบัติตามแผนการรักษา จากการศึกษาของ Bush and Lannotti (1988, 1990) พบว่า การรับรู้ถึงภาวะคุกคามจากการเจ็บป่วยของเด็กในผู้ดูแลมีความสัมพันธ์กับการดูแลให้เด็กรับประทานยา ดังการศึกษาของ Yana (2003) ที่ศึกษาเกี่ยวกับตัวทำนายความเชื่อด้านสุขภาพต่อความร่วมมือในการให้ยาต้านไวรัสเอดส์ในเด็กของผู้ดูแล พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงและการรับรู้ความรุนแรงของโรค มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการดูแลให้ยาในเด็ก สอดคล้องกับการศึกษาของ นันทกา สวัสดิพานิช (2547) ที่ศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ดูแลเด็กติดเชื้อเอชไอวี พบว่า ความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ดูแลเด็กติดเชื้อเอชไอวีอย่างมีนัยสำคัญ

7.2.2 การรับรู้ประโยชน์ของยาที่เด็กได้รับ (Perceived benefit of medicine)

การรับรู้ประโยชน์ของการรักษาเป็นความรู้สึกนึกคิด ความเข้าใจและความเชื่อของผู้ดูแลเกี่ยวกับประสิทธิผลของยา วิธีการการรักษาและประสิทธิผลของการกระทำ

หรือปฏิบัติกิจกรรมใดก็ตาม เมื่อเห็นว่าการกระทำหรือปฏิบัตินั้นเป็นการป้องกัน การดูแลรักษา และบรรเทาปัญหาสุขภาพในเด็กติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ก่อให้เกิดประโยชน์ในเด็กติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ เช่น รับรู้ประโยชน์ของยาต้านไวรัสเอดส์ และประสิทธิผลของการรับประทานยาต้านไวรัสอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอว่าสามารถลดการเกิดโรคติดเชื้ออวัยวะ ป้องกันการติดเชื้อ ช่วยเพิ่มระดับภูมิคุ้มกันโรค ลดจำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ซึ่งการที่ผู้ดูแลจะให้ความร่วมมือในการดูแลให้เด็กรับประทานยาอย่างเคร่งครัด จะต้องมีความเชื่อว่าการรับประทานยานั้นสามารถป้องกัน ดูแลรักษาและบรรเทาปัญหาสุขภาพของเด็กติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ได้ และคุ้มค่างบค่าใช้จ่ายในการรักษา เวลาที่ต้องเสียไป ตลอดจนคุ้มค่างบค่ากับความไม่สุขสบายจากการรักษาของเด็ก Makhail (1981 อ้างถึงใน เบญจลักษณ์ สีเกิดพงษ์, 2547) กล่าวว่า การลงทุนในด้านการรักษาพยาบาลของผู้ป่วยมีน้อย และถ้าต้องประสบกับความยากลำบาก ก็มักจะมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม ความไม่ร่วมมือในการรักษาพบได้เสมอในรายที่ไม่ค่อยมั่นใจถึงผลดีในการปฏิบัติตัวตามคำแนะนำ หรือในรายที่มีประสบการณ์เกี่ยวกับอาการข้างเคียงจากยา และในรายที่รับการรักษาที่ยุ่ยากและใช้เวลานาน จากการศึกษาของ Rosenstock (1974) ที่พบว่าบุคคลที่มีความเชื่อหรือรับรู้ว่าการปฏิบัตินั้นๆ สามารถป้องกันการเกิดโรคหรือกลับเป็นซ้ำหรือลดภาวะการเจ็บป่วยได้ก็จะปฏิบัติตามคำแนะนำต่างๆอย่างเคร่งครัด

7.2.3 ความคาดหวังในการใช้ยาของเด็ก (Expected child's medicine use)

ความคาดหวังเป็นผลจากการคิดถ่วงนกรองอย่างมีเหตุผลในแนวทางที่จะเป็นไปได้ ความคาดหวังนั้นอาจจะเป็นการคาดการณ์ล่วงหน้าทั้งที่ดีและไม่ดีก็ได้ (Aile อ้างถึงใน จักรกฤษณ์ พิณญาพงษ์, 2540) ตามความเชื่อ การรับรู้ และประสบการณ์ของบุคคลนั้นๆ มนุษย์มีความคาดหวังและความต้องการอยู่ตลอดเวลาไม่มีที่สิ้นสุด ไม่เท่ากันในแต่ละคน แต่ละช่วงเวลา และเมื่ออยู่ในภาวะเจ็บป่วยหรือมีภาวะผิดปกติเกิดขึ้นในร่างกายบุคคลย่อมมีความคาดหวังที่จะได้รับการดูแลรักษาพยาบาลที่ดี ในทำนองเดียวกัน ผู้ที่ให้การดูแลผู้ป่วยก็ย่อมมีความคาดหวังในพฤติกรรมความร่วมมือของผู้ป่วยด้วยเช่นกัน เพื่อให้เกิดประสิทธิผลทางการรักษาที่ดี และบรรลุเป้าหมายในการรักษานั้น

ความคาดหวังในการใช้ยาของเด็กในผู้ดูแล หมายถึง การที่ผู้ดูแลเด็กติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์วัยเรียน มีการคาดการณ์ล่วงหน้าเกี่ยวกับการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ของเด็กวัยเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ในความดูแลของตนเอง

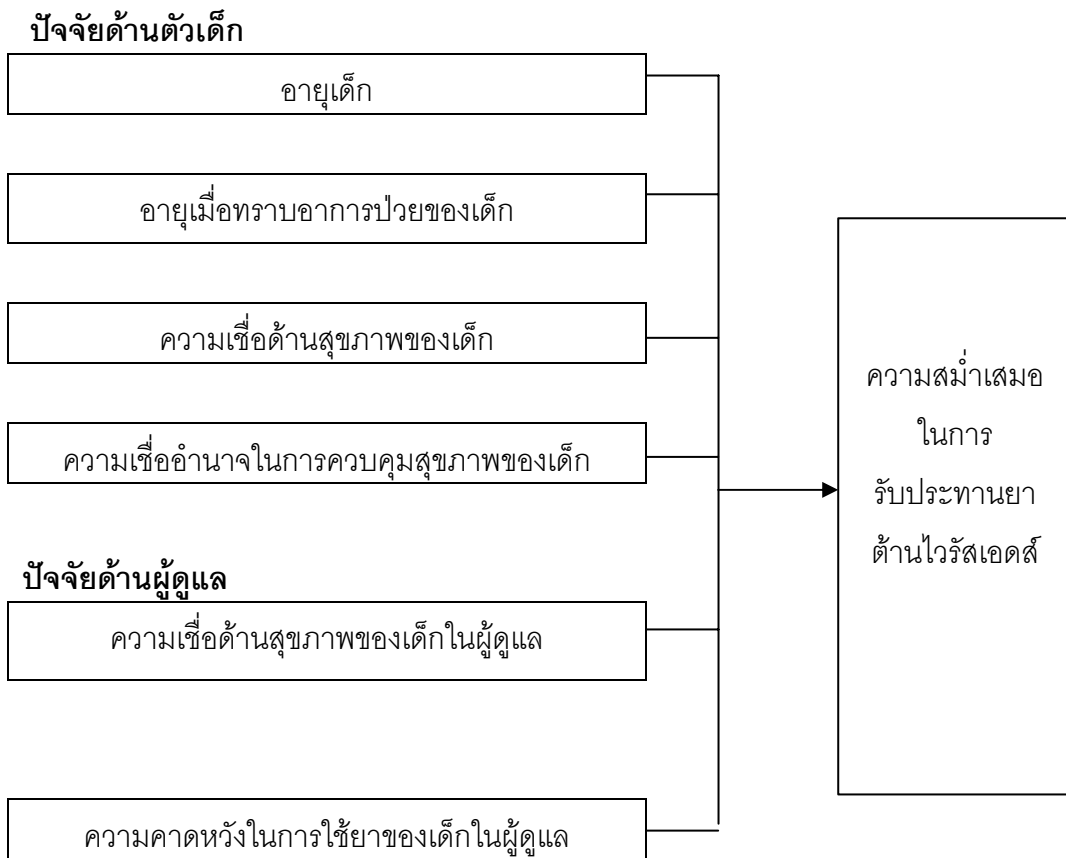
จากการศึกษางานวิจัยความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพเด็กกับพฤติกรรมการใช้ในผู้ป่วยเด็กดังที่กล่าวมาข้างต้น จะเห็นได้ว่าโมเดลการศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับการรับประทานยาในเด็ก ของ Bush and Lannotti (1990) มีความเหมาะสมที่จะนำมาศึกษาหาความสัมพันธ์และปัจจัยทำนายความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ในเด็กวัย

เรียน โดยผู้วิจัยได้ทำการคัดสรรเฉพาะปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสม่ำเสมอในการรับประทานยา จากผลการศึกษาของ Bush and Lannotti (1990) โดยคัดสรรเฉพาะปัจจัยที่สามารถจัดกระทำได้ และได้ทำการรวมตัวแปรเข้าด้วยกัน โดยที่องค์ประกอบยังคงเหมือนเดิม เพื่อให้เหมาะสมกับพัฒนาการของเด็กวัยเรียน โดยทำการคัดสรร ดังนี้ ปัจจัยด้านตัวเด็ก ได้แก่ อายุของเด็ก อายุเมื่อทราบอาการป่วยของเด็ก ความเชื่ออำนาจในการควบคุมสุขภาพ ความเชื่อด้านสุขภาพของเด็ก ซึ่งมีองค์ประกอบ คือ การรับรู้ภาวะเจ็บป่วยของตนเอง การรับรู้ภาวะคุกคามจากโรค การรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานยาต้านไวรัสอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมคือผู้ดูแลเด็ก ได้แก่ ความคาดหวังในการใช้ยาของเด็กในผู้ดูแล ความเชื่อด้านสุขภาพของเด็กในผู้ดูแล ซึ่งมีองค์ประกอบ คือ การรับรู้ภาวะคุกคามจากโรคที่เด็กป่วย และการรับรู้ประโยชน์ของยาต้านไวรัสเอดส์ที่เด็กได้รับ โดยสร้างกรอบแนวคิดในการวิจัยนี้ ดังแสดงในแผนภูมิที่ 2

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา เพื่อศึกษาความสัมพันธ์และอำนาจการทำนายของปัจจัยคัดสรร ประกอบด้วย อายุเด็ก อายุเมื่อทราบอาการป่วยของเด็ก ความเชื่อด้านสุขภาพของเด็ก (การรับรู้ภาวะเจ็บป่วยของตนเอง การรับรู้ภาวะคุกคามของโรค การรับรู้ประโยชน์ของยาต้านไวรัส) ความเชื่ออำนาจในการควบคุมสุขภาพ ความเชื่อด้านสุขภาพของเด็กในผู้ดูแล (การรับรู้ภาวะคุกคามจากโรคที่เด็กป่วย การรับรู้ประโยชน์ของยาต้านไวรัสที่เด็กได้รับ) และความคาดหวังในการใช้ยาของเด็กในผู้ดูแล ต่อความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสของเด็กวัยเรียนที่รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสที่คลินิกยาต้านไวรัสในโรงพยาบาลของรัฐในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล

แผนภูมิที่ 2 กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย



บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive research) เพื่อศึกษาปัจจัยคัดสรรที่ทำนายความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสของเด็กวัยเรียน ได้แก่ อายุเด็ก อายุเมื่อทราบอาการป่วยของเด็ก ความเชื่อด้านสุขภาพของเด็ก ความเชื่ออำนาจในการควบคุมสุขภาพของเด็ก ความเชื่อด้านสุขภาพของเด็กในผู้ดูแล และความคาดหวังในการใช้ยาของเด็กในผู้ดูแล ต่อความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสของเด็กวัยเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ซึ่งมีวิธีวิจัยดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

ประชากรในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้ดูแลเด็กและเด็กวัยเรียนอายุ 7-12 ปีที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่รับการตรวจและได้รับยาต้านไวรัสที่โรงพยาบาลของรัฐ เขตกรุงเทพมหานคร

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลเด็ก และ เด็กวัยเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ อายุ 7-12 ปี ทั้งเพศหญิงและชายที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าติดเชื้อเอชไอวีหรือเป็นผู้ป่วยเอดส์ ที่มารับการตรวจและได้รับยาต้านไวรัสเอดส์ที่คลินิกยาต้านไวรัสเอดส์ โรงพยาบาลของรัฐ เขตกรุงเทพมหานคร โดยมีคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง คือ

คุณสมบัติของเด็ก

- 1) เด็กติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์อายุ 7-12 ปี ที่รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสมาแล้วอย่างน้อย 1 เดือน
- 2) สามารถสื่อสารด้วยภาษาไทยได้ ไม่มีปัญหาการพูด การฟัง และการติดต่อสื่อสาร
- 3) เด็กและผู้ปกครองยินดีให้ความร่วมมือในการตอบแบบสัมภาษณ์

คุณสมบัติของผู้ดูแล

- 1) เป็นผู้ให้การดูแลเด็กในการทำกิจวัตรประจำวัน เรื่องสุขภาพ การรับประทานยาต้านไวรัสของเด็ก และอาศัยอยู่บ้านเดียวกับเด็ก โดยมีความสัมพันธ์ทางสายเลือดกับเด็กหรือไม่ก็ได้

- 2) สามารถสื่อสารด้วยภาษาไทยได้ ไม่มีปัญหาการพูด การฟัง และการติดต่อสื่อสาร
- 3) ผู้ดูแลเด็กยินดีให้ความร่วมมือในการตอบแบบสัมภาษณ์

การเลือกกลุ่มตัวอย่างมีขั้นตอน ดังนี้

ขั้นที่ 1 กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการกำหนดกลุ่มของตัวอย่าง ผู้วิจัยกำหนดกลุ่มของตัวอย่างจากสูตรของ Thorndike (1978) คือ $N \geq 10K + 50$ (N หมายถึง จำนวนของกลุ่มตัวอย่าง และ k หมายถึง จำนวนตัวแปรที่ศึกษา) เนื่องจากการศึกษาครั้งนี้มีตัวแปรที่นำมาศึกษาจำนวน 7 ตัวแปร จึงคำนวณได้กลุ่มตัวอย่าง 120 คน โดยในงานวิจัยนี้ผู้วิจัยเก็บเพิ่มเป็น 130 คน

ขั้นที่ 2 การเลือกกลุ่มตัวอย่าง เพื่อให้ได้ตัวอย่างที่เป็นตัวแทนที่ดีของประชากรที่ศึกษาโดยดำเนินการดังนี้

1. การสุ่มโรงพยาบาล ผู้วิจัยทำการสุ่มอย่างง่าย เพื่อเลือกโรงพยาบาลของรัฐในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล ที่มีคลินิกบริการให้การรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ จากจำนวนทั้งหมด 6 โรงพยาบาล โดยการจับสลากแบบไม่แทนที่ (Sampling without replacement) แบบ 1: 2 ได้โรงพยาบาลกลุ่มตัวอย่าง 3 แห่ง คือ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี สถาบันบำราศนราดูร และวิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล

2. เลือกเด็กวัยเรียนที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ (Purposive sampling) ที่มารับบริการตั้งแต่เดือนสิงหาคม 2550 ถึงเดือนสิงหาคม 2551 โดยผู้วิจัยสัมภาษณ์เด็กที่มารับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์และผู้ดูแลเด็กตามวัน เวลา ที่แต่ละโรงพยาบาลเปิดให้บริการ จนได้กลุ่มตัวอย่างครบจำนวน 130 คู่ โดยเด็กติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์และผู้ดูแล 1 คู่ถือเป็น 1 ตัวอย่าง โดยเริ่มเก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่เดือนสิงหาคม 2550 ที่คลินิกภูมิคุ้มกัน สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี ทุกวันอังคารและวันพุธ เวลา 10.00 ถึง 14.00 น. ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างจำนวน 67 ราย คลินิกผู้ป่วยนอกกุมารเวชกรรม สถาบันบำราศนราดูร ทุกวันจันทร์และวันพุธเวลา 09.00 ถึง 12.00 น. ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างจำนวน 50 ราย และคลินิกผู้ป่วยนอกกุมารเวชกรรม วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างจำนวน 13 ราย

รายละเอียดของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตาม เพศ อายุปัจจุบันของเด็ก อายุเมื่อทราบอาการป่วยของเด็ก และความเกี่ยวข้องของผู้ดูแลการรับประทานยาต้านไวรัสกับเด็ก (แสดงในตารางที่ 8)

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วยแบบสัมภาษณ์ จำนวน 4 ตอน ดังนี้

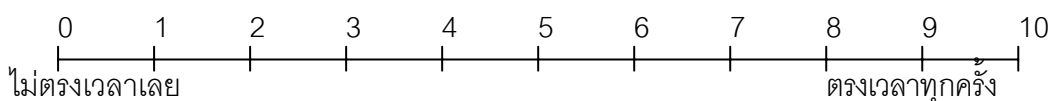
เครื่องมือที่ใช้กับกลุ่มตัวอย่างเด็ก

ตอนที่ 1 แบบประเมินความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสของเด็กติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ผู้วิจัยใช้แบบประเมินความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ ของวันทนา มณีศรีวงศ์กุล และคณะ (2546 อ้างถึงใน ศุภรินทร์ หาญวงษ์, 2548) โดยได้เพิ่มรายละเอียดของลักษณะความสม่ำเสมอจากเดิมที่ถาม 3 เรื่อง (การรับประทานยาตรงเวลาที่กำหนด ถูกต้องตามชนิด และครบจำนวนตามแผนการรักษา) รวมไว้ใน 1 ข้อ แยกเป็นเรื่องละข้อคำถาม ทำให้มี 3 ข้อคำถาม เพื่อให้การประเมินความสม่ำเสมอในการรับประทานยามีหลายมิติ และตัดแปลงตัวเลือกตอบเดิมที่เป็น VAS ซึ่งมีคะแนน 0 และ 100 ที่ปลายสุดของแต่ละด้าน โดยไม่มีเครื่องหมายใด ๆ บนเส้น แก้ไขเป็น VAS ที่มีคะแนน 0-10 และมีเครื่องหมายกำกับทุก 1 ช่วง เพื่อให้เหมาะสมกับการใช้ประเมินในเด็กวัยเรียน

แบบประเมินเป็นแบบ Visual analog scale ซึ่งมีระดับคะแนน 0-10 โดยกำหนดให้ผู้ตอบทำเครื่องหมายกากบาท (x) ทับลงบนเส้นที่กำหนดเป็นความสม่ำเสมอตามความเป็นจริง โดยมีความหมายของตัวเลือกดังนี้

0	หมายถึง	ไม่สม่ำเสมอเลย	มีค่าเท่ากับ 0 %
10	หมายถึง	สม่ำเสมอทุกครั้ง	มีค่าเท่ากับ 100 %

หนูรับประทานยาตรงเวลาตามที่แพทย์สั่ง (ก่อนหรือหลังเวลาที่กำหนดไม่เกิน 30 นาที)



การแปลความหมาย

ความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัส ตัดสินจากตัวเลือกที่มีค่าร้อยละต่ำสุดจาก 3 มิติ ซึ่งการแปลผลความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัส จำเป็นต้องทำทุกมิติได้ถูกต้อง ครบถ้วน คือ การรับประทานยาตรงเวลาที่กำหนด ถูกต้องตามชนิด และครบจำนวนตามแผนการรักษา (รวีวรรณ หาญสุทธิเวชกุล, 2547; ธัญวีร์ ภูธนกิจ, 2546)

การแปลระดับความสม่ำเสมอในการรับประทานยา แบบประเมินมีคะแนนเต็มคิดเป็น 100 เปอร์เซนต์ โดยคะแนนที่สูง หมายถึง ผู้ป่วยมีร้อยละความสม่ำเสมอในการรับประทานยาที่ดี และคะแนนที่น้อย หมายถึง ผู้ป่วยมีร้อยละความสม่ำเสมอในการรับประทานยาไม่ดี โดยกำหนดค่าความหมายของคะแนนเป็น 3 ระดับ (Paterson.,2000) ดังนี้

95% ขึ้นไป	หมายถึง	มีความสม่ำเสมอดีมาก
80 – 94.9%	หมายถึง	มีความสม่ำเสมอปานกลาง
น้อยกว่า 80%	หมายถึง	มีความสม่ำเสมอต่ำ

ตอนที่ 2 แบบสัมภาษณ์ความเชื่อด้านสุขภาพของเด็ก ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวคิด CHBM ของ Bush and Lannotti (1990) ลักษณะคำถามมีทั้งด้านบวกและด้านลบ ประกอบด้วย 3 ด้าน คือ

- ส่วนที่ 1 การรับรู้ภาวะความเจ็บป่วยของตนเอง
- ส่วนที่ 2 การรับรู้ภาวะคุกคามของโรคที่ตนป่วย
- ส่วนที่ 3 การรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์อย่างสม่ำเสมอ

ตัวเลือกตอบเป็นมาตรวัดประมาณค่า 3 ระดับ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

	ข้อความเชิงบวก	ข้อความเชิงลบ
เห็นด้วย	3 คะแนน	1 คะแนน
ไม่แน่ใจ	2 คะแนน	2 คะแนน
ไม่เห็นด้วย	1 คะแนน	3 คะแนน

กำหนดเกณฑ์ในการแบ่งระดับความเชื่อด้านสุขภาพของเด็ก โดยใช้ค่าความหมายของคะแนนเฉลี่ย 3 ระดับ (ประคอง กรวรรณสุต, 2542) ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย	2.34-3.00	หมายถึง	มีความเชื่อด้านสุขภาพอยู่ในระดับมาก
คะแนนเฉลี่ย	1.67-2.33	หมายถึง	มีความเชื่อด้านสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง
คะแนนเฉลี่ย	1.00-1.66	หมายถึง	มีความเชื่อด้านสุขภาพอยู่ในระดับน้อย

ตอนที่ 3 แบบสัมภาษณ์ความเชื่ออำนาจในการควบคุมด้านสุขภาพของเด็ก ผู้วิจัยดัดแปลงจาก Children's Health Locus of Control (CHLC) Scale ของ O'Brien และคณะ (1989) ประกอบด้วย 3 มิติย่อย คือ 1) ความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพ 2) ความเชื่ออำนาจผู้อื่นด้านสุขภาพ และ 3) ความเชื่ออำนาจความบังเอิญด้านสุขภาพ โดยข้อคำถามครอบคลุมทั้ง 3 ด้าน ลักษณะข้อคำถามมีทั้งด้านบวกและลบ ใช้มาตรวัดประมาณค่า 3 ระดับ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

	ข้อความเชิงบวก	ข้อความเชิงลบ
เห็นด้วย	3 คะแนน	1 คะแนน
ไม่แน่ใจ	2 คะแนน	2 คะแนน
ไม่เห็นด้วย	1 คะแนน	3 คะแนน

การแปลความหมาย

แบบสัมภาษณ์ความเชื่ออำนาจในการควบคุมสุขภาพของเด็กวัยเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ กำหนดเกณฑ์ในการแบ่งระดับความเชื่ออำนาจในการควบคุมสุขภาพของเด็กวัยเรียน โดยใช้ค่าความหมายของคะแนนเฉลี่ย 3 ระดับ (ประคอง กรวรรณสุต, 2542) ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย	2.34-3.00	หมายถึง มีความเชื่อด้านสุขภาพอยู่ในระดับมาก
คะแนนเฉลี่ย	1.67-2.33	หมายถึง มีความเชื่อด้านสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง
คะแนนเฉลี่ย	1.00-1.66	หมายถึง มีความเชื่อด้านสุขภาพอยู่ในระดับน้อย

เครื่องมือที่ใช้กับกลุ่มตัวอย่างผู้ดูแล

ตอนที่ 4 แบบสัมภาษณ์ความเชื่อด้านสุขภาพของเด็กในผู้ดูแล

แบบสัมภาษณ์ความคาดหวังในการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์ของเด็กในผู้ดูแล

ผู้วิจัยสร้างจากแนวคิด ของ Bush and Lannotti (1990) ลักษณะคำถามมีทั้งด้านบวกและลบ ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้ ส่วนที่ 1 การรับรู้ภาวะคุกคามของโรคที่เด็กป่วย ส่วนที่ 2 การรับรู้ประโยชน์ของยาต้านไวรัสเอดส์ที่เด็กได้รับ ส่วนที่ 3 ความคาดหวังในการรับประทานยาของเด็ก

ตัวเลือกตอบเป็นมาตรวัดประมาณค่า 5 ระดับ มีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

	ข้อความเชิงบวก	ข้อความเชิงลบ
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	5 คะแนน	1 คะแนน
เห็นด้วย	4 คะแนน	2 คะแนน
ไม่แน่ใจ	3 คะแนน	3 คะแนน
ไม่เห็นด้วย	2 คะแนน	4 คะแนน
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	1 คะแนน	5 คะแนน

การแปลความหมาย

กำหนดเกณฑ์ในการแบ่งระดับความเชื่อด้านสุขภาพของเด็กในผู้ดูแลและความคาดหวังในการใช้ยาของเด็กในผู้ดูแล โดยใช้ค่าความหมายของคะแนนเฉลี่ย 5 ระดับ ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 1.00-1.49 หมายถึง ความเชื่อด้านสุขภาพของเด็กในผู้ดูแลอยู่ในระดับน้อยมาก

คะแนนเฉลี่ย 1.50-2.49 หมายถึง ความเชื่อด้านสุขภาพของเด็กในผู้ดูแลอยู่ในระดับน้อย

คะแนนเฉลี่ย 2.50-3.49 หมายถึง ความเชื่อด้านสุขภาพของเด็กในผู้ดูแลอยู่ในระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 3.50-4.49 หมายถึง ความเชื่อด้านสุขภาพของเด็กในผู้ดูแลอยู่ในระดับมาก

คะแนนเฉลี่ย 4.50-5.00 หมายถึง ความเชื่อด้านสุขภาพของเด็กในผู้ดูแลอยู่ในระดับมากที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. การหาความตรงตามเชิงเนื้อหา (Content validity)

1.1 ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยให้อาจารย์ที่ปรึกษาพิจารณา ความเหมาะสมและความถูกต้องของภาษา ความครอบคลุมของข้อคำถาม ปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำของอาจารย์ที่ปรึกษา แล้วนำไปตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาและความถูกต้องของภาษา โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน

1.2 นำเครื่องมือวิจัยที่ผ่านการตรวจสอบและข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 ท่าน คำนวณหาค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) โดยใช้เกณฑ์ค่า $CVI \geq 0.80$ (Polit and Hungler, 2006) การคำนวณค่า CVI จากผลการพิจารณาความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับคำนิยามที่ใช้ในการวิจัย โดยกำหนดระดับความคิดเห็นเป็น 4 ระดับ ดังนี้ (Hambleton et al., 1975 อ้างถึงใน บุญใจ ศรีสถิตยรรณากร, 2547)

- 1 หมายถึง ข้อคำถามไม่สอดคล้องกับคำนิยาม
- 2 หมายถึง ข้อคำถามจำเป็นต้องได้รับการพิจารณาทบทวนและปรับปรุงอย่างมากจึงจะมีความสอดคล้องกับคำนิยาม
- 3 หมายถึง ข้อคำถามจำเป็นต้องได้รับการพิจารณาทบทวนและปรับปรุงเล็กน้อยจึงจะมีความสอดคล้องกับคำนิยาม
- 4 หมายถึง ข้อคำถามมีความสอดคล้องกับคำนิยาม

$$\text{สูตรการคำนวณค่า CVI} = \frac{\text{จำนวนข้อคำถามที่ผู้เชี่ยวชาญทุกคนให้ความเห็นในระดับ 3 และ 4}}{\text{จำนวนข้อคำถามทั้งหมด}}$$

ตารางที่ 6 ผลการคำนวณค่า CVI พบดังนี้

เครื่องมือวิจัย	CVI
แบบประเมินความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสของเด็กติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์	1.0
แบบสัมภาษณ์ความเชื่อด้านสุขภาพของเด็ก	0.8
แบบสัมภาษณ์ความเชื่ออำนาจในการควบคุมด้านสุขภาพของเด็ก	1.0
แบบสัมภาษณ์ความเชื่อด้านสุขภาพของเด็กในผู้ดูแล	1.0
แบบสัมภาษณ์ความคาดหวังในการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์ของเด็กในผู้ดูแล	1.0

2. การหาความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability)

ผู้วิจัยนำเครื่องมือวิจัยที่ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาและการปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิ ไปทดลองใช้กับเด็กวัยเรียนที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน นำข้อมูลที่ได้ไปคำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) (Burn and Grove, 2001) ดังรายละเอียดแสดงในตารางที่ 7

ตารางที่ 7 ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคของแบบสัมภาษณ์กลุ่มตรวจสอบคุณภาพ
เครื่องมือ

แบบสัมภาษณ์	ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา ของครอนบาค กลุ่มตรวจสอบคุณภาพ (n=30)
แบบประเมินความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัส	0.72
แบบสัมภาษณ์ความเชื่อด้านสุขภาพของเด็ก	0.73
แบบสัมภาษณ์ความเชื่ออำนาจในการควบคุมสุขภาพของเด็ก	0.74
แบบสัมภาษณ์ความเชื่อด้านสุขภาพของเด็กในผู้ดูแล	0.79
แบบสัมภาษณ์ความคาดหวังในการใช้ยาของเด็กในผู้ดูแล	0.81

ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยดำเนินการเป็นตามลำดับดังนี้

1. ผู้วิจัยทำหนังสือขอความร่วมมือจากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เสนอผู้อำนวยการโรงพยาบาลของรัฐที่ให้บริการรักษาผู้ป่วยเด็กวัยเรียนด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ เพื่อขออนุญาตในการเก็บรวบรวมข้อมูล
2. เมื่อได้รับอนุญาตให้เก็บข้อมูลแล้ว ผู้วิจัยเข้าพบแพทย์ที่รับผิดชอบในการดูแลรักษาผู้ป่วยเด็กวัยเรียนที่ได้รับยาต้านไวรัสเอดส์ หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล หัวหน้าหอผู้ป่วยนอกกุมารเวชกรรม สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล และสถาบันบำราศนราดูร เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ รายละเอียดของงานวิจัยและขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล
3. ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามลักษณะประชากรโดยการแนะนำของเจ้าหน้าที่ให้การดูแลผู้ป่วยเด็กเป็นประจำ จากนั้นผู้วิจัยเข้าพบผู้ปกครองหรือผู้ดูแลเด็กและผู้ป่วยเด็ก เพื่อขอความร่วมมือในการเข้าร่วมการวิจัย โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ วิธีการและระยะเวลาที่ใช้ในการตอบแบบสัมภาษณ์
4. ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างที่ยินดีเข้าร่วมการวิจัยเห็นดียินยอมเข้าร่วมการวิจัย
5. ผู้วิจัยบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของเด็กจากการสอบถามและเวชระเบียนด้วยตนเอง

6. ผู้วิจัยเชิญกลุ่มตัวอย่างเด็กและผู้ดูแลไปทำการแบบสัมภาษณ์ ในห้องหรือมุมที่เป็นส่วนตัวซึ่งจัดเตรียมไว้ เพื่อไม่ให้มีผู้คนพลุกพล่าน เนื่องจากเป็นประเด็นที่ละเอียดอ่อนและต้องการการป้องกันผู้อื่นล่วงรู้ข้อมูลสถานะความเจ็บป่วย “ความลับ” ของกลุ่มตัวอย่าง

7. ผู้วิจัยสัมภาษณ์ตามโครงสร้างข้อคำถามที่ออกแบบไว้ในแบบสัมภาษณ์ (Structured interview) เริ่มสัมภาษณ์ โดยเรียงลำดับจากข้อคำถามของตัวแปรตาม (แบบประเมินความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัส) แล้วตามด้วยข้อคำถามของตัวแปรทำนาย (แบบสัมภาษณ์ความเชื่อด้านสุขภาพของเด็ก แบบสัมภาษณ์ความเชื่ออำนาจในการควบคุมสุขภาพของเด็ก แบบสัมภาษณ์ความเชื่อด้านสุขภาพของเด็กในผู้ดูแล และแบบสัมภาษณ์ความคาดหวังในการใช้ยาของเด็กในผู้ดูแล) เพื่อป้องกันอิทธิพลในการตอบคำถามที่เกิดจากการตอบคำถามในข้อคำถามของตัวแปรทำนายต่อตัวแปรตาม

8. ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ครบถ้วนและมอบของอุปกรณ์การเรียนเครื่องเขียนพร้อมกล่าวขอบคุณกลุ่มตัวอย่างเด็กและผู้ดูแล

9. การเก็บข้อมูลวิจัยในครั้งนี้ใช้ระยะเวลา 12 เดือน โดยเริ่มเก็บที่สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี ตั้งแต่ สิงหาคม 2550 ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลทุกวันอังคาร และวันพุธ เวลา 10.00-14.00 น. จำนวน 67 ราย สถาบันบำราศนราดูร เก็บรวบรวมข้อมูลทุกวันจันทร์ และวันพุธ เวลา 09.00-12.00 น. จำนวน 50 ราย และวิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล เก็บรวบรวมข้อมูลทุกวันพฤหัสบดีที่ 1 และ 3 ของเดือน เวลา 10.00 -12.00 น. จำนวน 13 ราย

10. เมื่อได้กลุ่มตัวอย่างครบ 130 คน ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้ไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติต่อไป

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างโดยดำเนินการดังนี้

1. เสนอโครงร่างงานวิจัยพร้อมเครื่องมือวิจัยเสนอ ต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมของโรงพยาบาลต่าง ๆ ที่ทำการเก็บข้อมูลเพื่อพิจารณาและได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการ ฯ ทั้ง 3 แห่ง

2. ผู้วิจัยเข้าถึงกลุ่มตัวอย่างที่สนใจเข้าร่วมการศึกษา โดยผ่านการแนะนำและการนัดหมายของบุคลากรทางการแพทย์ที่ให้การดูแลผู้ป่วย

3. ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์และประโยชน์ของการวิจัย พร้อมทั้งแจ้งสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัย โดยขึ้นอยู่กับความสมัครใจของกลุ่มตัวอย่างว่าจะยินยอมเข้าร่วมในการวิจัยหรือไม่ก็ได้ กลุ่มตัวอย่างสามารถแจ้งขอออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลา ก่อนที่การวิจัยจะสิ้นสุดลง โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผลหรือคำอธิบายใด ๆ ซึ่งการกระทำดังกล่าวจะไม่มีผลต่อกลุ่มตัวอย่างและต่อการรักษาของแพทย์หรือพยาบาลแต่อย่างใด การให้

ข้อมูลและคำตอบของกลุ่มตัวอย่างจะเป็นความลับและนำไปใช้ตามวัตถุประสงค์การวิจัยเท่านั้น ผลการวิจัยจะถูกนำเสนอโดยภาพรวม รวมทั้งมีการใช้รหัสแทนชื่อจริงของกลุ่มตัวอย่าง และใช้เวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลประมาณ 30 นาที โดยในการศึกษาคั้งนี้ไม่มีกลุ่มตัวอย่างปฏิเสธหรือขอออกก่อนที่การศึกษาจะสิ้นสุดเลย

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยทำการวิเคราะห์และประมวลผลข้อมูลโดยโปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติสำเร็จรูป โดยทำการวิเคราะห์ข้อมูลตามลำดับประเภท ดังนี้

1. แจกแจงความถี่ ร้อยละ ของอายุเด็ก อายุที่ทราบอาการป่วยของเด็ก และคะแนนความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสของเด็กวัยเรียน
2. วิเคราะห์ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความเชื่อด้านสุขภาพของเด็ก ความเชื่ออำนาจในการควบคุมสุขภาพของเด็ก ความเชื่อด้านสุขภาพของเด็กในผู้ดูแลความคาดหวังในการใช้ยาของเด็กในผู้ดูแล และคะแนนความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัส
3. วิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient) ระหว่าง อายุของเด็ก อายุเมื่อทราบอาการป่วยของเด็ก ความเชื่อด้านสุขภาพของเด็ก ความเชื่ออำนาจในการควบคุมสุขภาพของเด็ก ความเชื่อด้านสุขภาพของเด็กในผู้ดูแล ความคาดหวังในการใช้ยาของเด็กในผู้ดูแล กับความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสของเด็กวัยเรียน และทดสอบความมีนัยสำคัญโดยการทดสอบค่าที (T-test) ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ = .05 เปรียบเทียบระดับความสัมพันธ์ของค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) โดยใช้เกณฑ์ (ประคอง กรรณสูตร, 2542) ดังนี้

ค่า r	ระดับความสัมพันธ์
.70 - .89	สูง
.30 - .69	ปานกลาง
.29 และต่ำกว่า	ต่ำ

4. ทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ ที่เกี่ยวข้องกับตัวแปรเกณฑ์ รายละเอียดแสดงในภาคผนวก ค

5. วิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณ ระหว่างปัจจัยร่วมพยากรณ์ ได้แก่ อายุเด็ก อายุเมื่อทราบอาการป่วยของเด็ก ความเชื่อด้านสุขภาพของเด็ก ความเชื่ออำนาจในการ

ควบคุมสุขภาพของเด็ก ความเชื่อด้านสุขภาพของเด็กในผู้ดูแล และความคาดหวังในการใช้ยาของเด็กในผู้ดูแล กับความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสของเด็กวัยเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ โดยใช้เทคนิคการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นต่อน (Stepwise) ดังนี้

- 5.1 คำนวณค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณ (Multiple correlation coefficient) ระหว่างตัวแปรพยากรณ์กับตัวแปรเกณฑ์
- 5.2 ทดสอบความมีนัยสำคัญของค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณ โดยทดสอบค่ารวมเอฟ (Overall F-test)
- 5.3 คำนวณค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยของตัวแปรพยากรณ์ (b) ในรูปคะแนนดิบและคะแนนมาตรฐาน (Beta)
- 5.4 ทดสอบความมีนัยสำคัญของสัมประสิทธิ์ถดถอย โดยการทดสอบค่า t
- 5.5 หาค่าคงที่ของสมการพยากรณ์
- 5.6 สร้างสมการพยากรณ์ความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสของเด็กวัยเรียนทั้งในรูปคะแนนดิบและคะแนนมาตรฐาน

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive research) เพื่อศึกษาปัจจัยคัดสรรที่ทำนายความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสของเด็กวัยเรียน จากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 130 คน ผู้วิจัยนำข้อมูลมาวิเคราะห์และเสนอผลการวิเคราะห์โดยใช้ตารางประกอบคำบรรยายจำแนก ดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างเด็กที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์และผู้ดูแล

ตอนที่ 2 ข้อมูลความเชื่อด้านสุขภาพของเด็ก ความเชื่ออำนาจในการควบคุมสุขภาพของเด็ก ความเชื่อด้านสุขภาพของเด็กในผู้ดูแล ความคาดหวังในการใช้ยาของเด็กในผู้ดูแล และความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสของเด็กวัยเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ โดยรวมและจำแนกรายด้าน

ตอนที่ 3 วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง อายุของเด็ก อายุเมื่อเด็กทราบอาการป่วย ความเชื่อด้านสุขภาพของเด็ก ความเชื่ออำนาจในการควบคุมสุขภาพของเด็ก ความเชื่อด้านสุขภาพของเด็กในผู้ดูแล และความคาดหวังในการใช้ยาของเด็กในผู้ดูแล กับความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสของเด็กวัยเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์

ตอนที่ 4 วิเคราะห์การถดถอยพหุคูณระหว่างตัวแปรพยากรณ์กับตัวแปรเกณฑ์ และสร้างสมการพยากรณ์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่าง อายุของเด็ก อายุที่ทราบอาการป่วยของเด็ก ความเชื่อด้านสุขภาพของเด็ก ความเชื่ออำนาจในการควบคุมสุขภาพของเด็ก ความเชื่อด้านสุขภาพของเด็กในผู้ดูแล ความคาดหวังในการใช้ยาของเด็กในผู้ดูแล กับความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสของเด็กวัยเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์

ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

ตารางที่ 8 จำนวน และร้อยละของเด็กวัยเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ จำแนกตาม เพศ อายุของเด็ก อายุเมื่อทราบอาการป่วยของเด็ก ผู้ดูแลในการรับประทานยาต้านไวรัสของเด็ก (n=130)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	56	43.1
หญิง	74	56.9
อายุเด็ก		
8 ปี	2	1.5
9 ปี	14	10.8
10 ปี	20	15.4
11 ปี	30	23.1
12 ปี	64	49.2
อายุเมื่อทราบอาการป่วยของเด็ก		
7 ปี	1	0.8
8 ปี	7	5.4
9 ปี	33	25.4
10 ปี	52	40.0
11 ปี	28	21.5
12 ปี	9	6.9
ผู้ดูแลในการรับประทานยาต้านไวรัสของเด็ก		
รับประทานยาด้วยตนเอง	19	13
บิดา/มารดา	37	25.4
ญาติ	83	56.8
ผู้อื่น	7	4.8

จากตารางที่ 8 พบว่ากลุ่มตัวอย่างเด็กวัยเรียนที่ได้รับยาต้านไวรัสเอดส์ จำนวน 130 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 56.9 เพศชาย ร้อยละ 43.1 และส่วนใหญ่มีอายุ 12 ปี

คิดเป็นร้อยละ 49.2 รองลงมาคืออายุ 11 ปี คิดเป็นร้อยละ 21.5 อายุ 10 ปี 9 ปี และ 8 ปี คิดเป็นร้อยละ 15.4, 10.8 และ 1.5 ตามลำดับ

อายุเมื่อทราบอาการป่วยของกลุ่มตัวอย่างเด็กวัยเรียนที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส/เอ็ดส์ ส่วนใหญ่ ทราบอาการป่วยเมื่ออายุ 10 ปี คิดเป็นร้อยละ 40 รองลงมาคือทราบอาการป่วยเมื่ออายุ 9 ปี คิดเป็นร้อยละ 25.4 ทราบเมื่ออายุ 11 ปี 12 ปี 8 ปี และ 7 ปี คิดเป็นร้อยละ 21.5, 6.9, 5.4 และ 0.8 ตามลำดับ

ผู้ดูแลในการรับประทานยาของกลุ่มตัวอย่างเด็กวัยเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอ็ดส์ ส่วนใหญ่เป็นญาติ คิดเป็นร้อยละ 56.3 รองลงมาเป็นบิดา/มารดา คิดเป็นร้อยละ 25.3 ผู้ป่วยเด็กวัยเรียนที่ดูแลในการรับประทานยาด้วยตนเอง คิดเป็นร้อยละ 13.0 และผู้อื่นดูแลในการรับประทานยาคิดเป็นร้อยละ 4.8

ตอนที่ 2 ข้อมูลการความเชื่อด้านสุขภาพของเด็ก ความเชื่ออำนาจในการควบคุมสุขภาพของเด็ก ความเชื่อด้านสุขภาพของเด็กในผู้ดูแล ความคาดหวังในการให้ยาของเด็กในผู้ดูแล และความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสของเด็กวัยเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอ็ดส์ โดยรวมและรายด้าน

ตารางที่ 9 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความเชื่อด้านสุขภาพของเด็กติดเชื้อเอชไอวี/เอ็ดส์ โดยรวมและรายด้าน (n=130)

ความเชื่อด้านสุขภาพของเด็ก	\bar{X}	SD	ระดับ
ด้านการรับรู้การเจ็บป่วยของตนเอง	2.63	0.33	มาก
ด้านการรับรู้ภาวะคุกคามจากโรค	2.65	0.34	มาก
ด้านการรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ	2.53	0.42	มาก
รวม	2.60	0.28	มาก

จากตารางที่ 9 พบว่า กลุ่มตัวอย่างเด็กวัยเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอ็ดส์จำนวน 130 คน มีความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวมในระดับมาก เมื่อพิจารณารายด้านคือ ด้านการรับรู้การเจ็บป่วยของตนเอง ด้านการรับรู้ภาวะคุกคามจากโรค และด้านการรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ พบว่าอยู่ในระดับมาก โดยมีรายละเอียดของข้อมูลความเชื่อด้านสุขภาพของเด็ก รายข้อ แสดงในภาคผนวก ค

ตารางที่ 10 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความเชื่ออำนาจในการควบคุมสุขภาพของเด็กติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ โดยรวมและรายด้าน (n=130)

ความเชื่ออำนาจในการควบคุมสุขภาพของเด็ก	\bar{X}	SD	ระดับ
ด้านความเชื่ออำนาจภายในตน	2.73	0.30	มาก
ความเชื่ออำนาจผู้อื่นด้านสุขภาพ	2.78	0.28	มาก
ความเชื่ออำนาจความบังเอิญด้านสุขภาพ	2.10	0.47	ปานกลาง
รวม	2.53	0.27	มาก

ตารางที่ 10 พบว่า กลุ่มตัวอย่างเด็กติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ มีความเชื่ออำนาจในการควบคุมสุขภาพ ด้านเชื่อในอำนาจตนเองโดยรวมอยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ด้านความเชื่ออำนาจภายในตนและความเชื่ออำนาจผู้อื่นด้านสุขภาพอยู่ในระดับมาก แต่ความเชื่อในอำนาจความบังเอิญอยู่ในระดับปานกลาง

ตารางที่ 11 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความเชื่อด้านสุขภาพของเด็กในผู้ดูแล โดยรวมและรายด้าน (n=130)

ความเชื่อด้านสุขภาพของเด็กในผู้ดูแล	\bar{X}	SD	ระดับ
การรับรู้ภาวะคุกคามของโรคที่เด็กป่วย	4.35	0.56	มาก
การรับรู้ประโยชน์ของยาต้านไวรัสที่เด็กได้รับ	4.26	0.50	มาก
รวม	4.30	0.48	มาก

จากตาราง 11 พบว่า ผู้ดูแลเด็กวัยเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ มีความเชื่อด้านสุขภาพของเด็ก โดยรวมอยู่ในระดับมาก และเมื่อพิจารณารายด้านพบว่าด้านการรับรู้ภาวะคุกคามของโรคและรับรู้ประโยชน์ของยาต้านไวรัสที่เด็กได้รับ อยู่ในระดับมาก

ตารางที่ 12 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความคาดหวังในการใช้ยาของเด็กในผู้ดูแล โดยรวมและรายข้อ (n =130)

ความคาดหวังในการใช้ยาของเด็กในผู้ดูแล	\bar{X}	SD	ระดับ
ไม่ย่อท้อที่จะทำให้เด็กกินยาอย่างสม่ำเสมอ แม้ว่าจำนวนเม็ดยารสชาติ และขนาดของยาต้านไวรัสจะทำให้เด็กไม่ชอบกินยา	4.32	.64	มาก
สามารถดูแลให้เด็กได้รับยาอย่างสม่ำเสมอ แม้ว่ากรกินยาด้านไวรัส อาจทำให้ผู้อื่นสงสัยเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของเด็ก	4.31	.72	มาก
สามารถพาเด็กมารับการรักษา แม้ต้องหยุดงานหรือเสียโอกาสในการหารายได้	4.15	.95	มาก
เด็กต้องได้รับยาตามคำแนะนำของแพทย์อย่างเคร่งครัด แม้ว่าการดูแลให้เด็กกินยาด้านไวรัสครบตามชนิด จำนวน ตรงตามเวลา ทำให้ท่านรู้สึกยุ่งยาก	4.62	.68	มากที่สุด
รวม	4.35	0.57	มาก

จากตาราง 12 พบว่าผู้ดูแลเด็กติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ มีความคาดหวังในการรับประทานยาด้านไวรัสของเด็ก โดยรวมอยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณารายข้อส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง ยกเว้นรายข้อ “เด็กต้องได้รับยาตามคำแนะนำของแพทย์อย่างเคร่งครัด แม้ว่าการดูแลให้เด็กกินยาด้านไวรัสครบตามชนิด จำนวน ตรงตามเวลา ทำให้ท่านรู้สึกยุ่งยาก” อยู่ในระดับมากที่สุด

ตารางที่ 13 แสดงค่าเฉลี่ย ร้อยละและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความสม่ำเสมอในการ
 รับประทานยาต้านไวรัสและลักษณะของความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้าน
 ไวรัสของเด็กวัยเรียนติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ (n =130)

ความสม่ำเสมอ	min	max	mean	SD	ระดับ
ความสม่ำเสมอในการรับประทานยา ต้านไวรัส			87.38	13.51	ปานกลาง
ลักษณะของความสม่ำเสมอในการ รับประทานยาต้านไวรัส					
ตรงตามเวลา	40	100	87.77	13.27	ปานกลาง
ถูกต้องตามชนิด	60	100	98.08	6.36	ดี
ถูกต้องตามจำนวน	70	100	98.62	4.62	ดี

จากตารางที่ 13 กลุ่มตัวอย่างเด็กวัยเรียน จำนวน 130 คน มีค่าเฉลี่ยของร้อยละความ
 สม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัส อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 87.38$, $SD=13.51$)
 โดยเมื่อพิจารณาลักษณะของความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสในเรื่องความตรงต่อ
 เวลาอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 87.77$, $SD=13.266$) ในเรื่องความถูกต้องตามชนิดและ
 ความถูกต้องตามจำนวนอยู่ในระดับดี ($\bar{X} = 98.80$, $SD=6.361$ และ $\bar{X} = 98.62$,
 $SD=4.618$ ตามลำดับ)

ตารางที่ 14 จำนวน ร้อยละ และระดับ ความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสของเด็ก
วัยเรียนติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ จำแนกตามลักษณะของความสม่ำเสมอ

ลักษณะข้อมูลความสม่ำเสมอ	จำนวน(คน)	ร้อยละ	ระดับ
ด้านความตรงเวลา			
95 – 100	51	39.2	ดีมาก
80 -94.9	59	45.3	ปานกลาง
น้อยกว่า 80	20	15.4	ต่ำ
ด้านถูกต้องตามชนิด			
95 – 100	116	89.2	ดีมาก
80 -94.9	10	8.5	ปานกลาง
น้อยกว่า 80	3	2.3	ต่ำ
ด้านถูกต้องตามจำนวน			
95 – 100	117	90	ดีมาก
80 -94.9	12	9.2	ปานกลาง
น้อยกว่า 80	1	0.8	ต่ำ

จากตารางที่ 14 พบว่า ลักษณะของความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเด็กวัยเรียนติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ส่วนใหญ่ มีการรับประทานยาถูกต้องตามชนิดและจำนวนในระดับที่ดีมาก (> ร้อยละ 95) แต่การรับประทานยาตรงเวลาของเด็กส่วนใหญ่ยังมีปัญหา คือพบอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 80 – 94.9)

ตอนที่ 3 วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง อายุของเด็ก อายุเมื่อทราบอาการป่วยของเด็ก ความเชื่อด้านสุขภาพของเด็ก ความเชื่ออำนาจในการควบคุมสุขภาพของเด็ก ความเชื่อด้านสุขภาพของเด็กในผู้ดูแล ความคาดหวังในการใช้ยาของเด็กในผู้ดูแล และ ความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสของเด็กวัยเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์

ตารางที่ 15 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างอายุของเด็ก อายุเมื่อทราบอาการป่วยของเด็ก ความเชื่อด้านสุขภาพของเด็ก ความเชื่ออำนาจในการควบคุมสุขภาพของเด็ก ความเชื่อด้านสุขภาพของเด็กในผู้ดูแล ความคาดหวังในการใช้ยาในเด็กของผู้ดูแล กับความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสของเด็กวัยเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ (n= 130) ในรูปของเมตริกสหสัมพันธ์ (Correlation matrix)

ลักษณะข้อมูล	ความเชื่อด้านสุขภาพของเด็กในผู้ดูแล	ความเชื่อด้านสุขภาพของเด็ก	ความคาดหวังในการใช้ยาของเด็กในผู้ดูแล	อายุเด็ก	อายุเมื่อทราบอาการป่วยของเด็ก	ความเชื่ออำนาจในการควบคุมสุขภาพของเด็ก	ความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัส
ความเชื่อด้านสุขภาพของเด็กในผู้ดูแล	1.000						
ความเชื่อด้านสุขภาพของเด็ก	.512*	1.000					
ความคาดหวังในการใช้ยาของเด็ก	.682*	.372**	1.000				
อายุเด็ก	-.021	-.085	.042	1.000			
อายุเมื่อทราบอาการป่วยของเด็ก	.045	-.003	.052	.629*	1.000		
ความเชื่ออำนาจในการควบคุมสุขภาพของเด็ก	.331*	.506*	.170	-.015	.124	1.000	
ความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัส	.576*	.844*	.317*	.003	.135	.532*	1.000

*p < .05

จากตารางที่ 15 ผลการวิเคราะห์พบว่า ความเชื่อด้านสุขภาพของเด็กในผู้ดูแล ความเชื่อด้านสุขภาพของเด็ก ความคาดหวังในการใช้ยาของเด็กในผู้ดูแล และความเชื่ออำนาจในการควบคุมสุขภาพของเด็ก มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัส

ของเด็กวัยเรียนติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.5 ($r=.576, .844, .317, .532$ ตามลำดับ)

เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต้น พบว่า ตัวแปรต้นที่มีความสัมพันธ์กันเองทางบวกที่ $r > .5$ ได้แก่ ความเชื่อด้านสุขภาพของเด็กในผู้ดูแลและความเชื่อด้านสุขภาพของเด็ก ($r=.512$) ความเชื่อด้านสุขภาพของเด็กในผู้ดูแลและความคาดหวังในการใช้ยาของเด็กในผู้ดูแล ($r=.682$) อายุเมื่อทราบอาการป่วยของเด็กและอายุเด็ก ($r=.629$) ความเชื่ออำนาจในการควบคุมสุขภาพของเด็กและความเชื่อด้านสุขภาพของเด็ก ($r=.506$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตอนที่ 4 วิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ (Stepwise multiple regression analysis) และสร้างสมการพยากรณ์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างอายุของเด็ก อายุที่ทราบอาการป่วยของเด็ก ความเชื่อด้านสุขภาพของเด็ก ความเชื่ออำนาจในการควบคุมสุขภาพของเด็ก ความเชื่อด้านสุขภาพของเด็กในผู้ดูแล ความคาดหวังในการใช้ยาของเด็กในผู้ดูแล กับความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสของเด็กวัยเรียนติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์

ตารางที่ 16 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณ (R) ระหว่างตัวแปรพยากรณ์ที่ได้รับการคัดเลือกเข้าสู่สมการถดถอย ประสิทธิภาพการพยากรณ์ (R²) ค่าสัมประสิทธิ์การพยากรณ์ที่เพิ่มขึ้น (R change) ในการพยากรณ์ความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ของเด็กวัยเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ (n=130)

ลำดับ ขั้น	ตัวแปรพยากรณ์	R	R ²	R ² change	F	P- value
1	ความเชื่อด้านสุขภาพของเด็ก	0.844	0.712	0.712	316.31	.000
2	ความเชื่อด้านสุขภาพของเด็กในผู้ดูแล	0.860	0.740	0.028	13.716	.000
3	อายุที่ทราบอาการป่วยของเด็ก	0.870	0.756	0.016	8.499	.004
4	ความคาดหวังในการใช้ยาของเด็กใน ผู้ดูแล	0.880	0.773	0.017	9.513	0.003

จากตาราง 16 ผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอนพบว่า ในขั้นที่ 1 ความเชื่อด้านสุขภาพของเด็กมีความสัมพันธ์กับความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสของเด็กวัยเรียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์การพยากรณ์เท่ากับ .712

² (R =.712) แสดงว่า ความเชื่อด้านสุขภาพของเด็กสามารถอธิบายการเปลี่ยนแปลงความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสของเด็กวัยเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ได้ร้อยละ 71.2

ขั้นที่ 2 เมื่อเพิ่มตัวแปรพยากรณ์ ความเชื่อด้านสุขภาพของเด็กในผู้ดูแล เข้ามาในสมการพยากรณ์เป็นอันดับที่ 2 ค่าสัมประสิทธิ์การพยากรณ์เพิ่มเป็น .740 (²R =.740) สามารถเพิ่มประสิทธิภาพของการพยากรณ์ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 นั่นคือ ความเชื่อด้านสุขภาพของเด็กและความเชื่อด้านสุขภาพของเด็กในผู้ดูแล ร่วมกันอธิบายการเปลี่ยนแปลงความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสของเด็กวัยเรียนได้เพิ่มขึ้นอีกเป็นร้อยละ 2.8 (²R change= .028)

ขั้นที่ 3 เมื่อเพิ่มตัวแปรพยากรณ์อายุที่ทราบอาการป่วยของเด็กเข้ามาในสมการพยากรณ์เป็นอันดับที่ 3 ค่าสัมประสิทธิ์การพยากรณ์เพิ่มเป็น 0.756 (²R =0.756) สามารถเพิ่มประสิทธิภาพของการพยากรณ์ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 นั่นคือ ความเชื่อด้านสุขภาพของเด็ก ความเชื่อด้านสุขภาพของเด็กในผู้ดูแล และอายุที่ทราบอาการป่วยของเด็ก ร่วมกันอธิบายการเปลี่ยนแปลงความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสของเด็กวัยเรียนได้เพิ่มขึ้นอีกเป็น 1.6 (²R change= .016)

ขั้นที่ 4 เมื่อเพิ่มตัวแปรพยากรณ์ความคาดหวังในการใช้ยาของเด็กในผู้ดูแล เข้ามาในสมการพยากรณ์เป็นอันดับที่ 4 ค่าสัมประสิทธิ์การพยากรณ์เพิ่มเป็น 0.773 (²R =0.773) สามารถเพิ่มประสิทธิภาพของการพยากรณ์ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 นั่นคือ ความเชื่อด้านสุขภาพของเด็ก ความเชื่อด้านสุขภาพของเด็กในผู้ดูแล อายุที่ทราบอาการป่วยของเด็ก และความคาดหวังในการใช้ยาของเด็กในผู้ดูแล ร่วมกันอธิบายการเปลี่ยนแปลงความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสของเด็กวัยเรียนได้เพิ่มขึ้นอีกเป็น ร้อยละ 1.7 (²R change= .017)

นอกจากนี้พบว่า ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณระหว่างตัวแปรพยากรณ์ทั้ง 4 ตัวกับตัวแปรเกณฑ์มีค่าเท่ากับ 0.773 ซึ่งมีค่าสูงกว่าค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณระหว่างตัวแปรพยากรณ์แต่ละตัวกับตัวแปรเกณฑ์ แสดงว่าตัวแปรพยากรณ์ทั้ง 4 ตัว ได้แก่ ความเชื่อด้านสุขภาพของเด็ก ความเชื่อด้านสุขภาพของเด็กในผู้ดูแล อายุที่ทราบอาการป่วยของเด็ก และความคาดหวังในการใช้ยาของเด็กในผู้ดูแล ร่วมกันอธิบายการเปลี่ยนแปลงความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสของเด็กวัยเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 17 ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยของตัวพยากรณ์ในรูปคะแนนดิบ (b) คะแนนมาตรฐาน (Beta) ทดสอบความมีนัยสำคัญของ b และแสดงสมการถดถอยพหุคูณที่ใช้พยากรณ์ความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสของเด็กวัยเรียน (n=130)

ตัวแปรพยากรณ์	b	S.Eb	Beta	t	P-value
1. ความเชื่อด้านสุขภาพของเด็ก	2.366	.156	.754	15.205	.000
2. ความเชื่อด้านสุขภาพของเด็กในผู้ดูแล	.716	.147	.306	4.868	.000
3. อายุที่ทราบอาการป่วยของเด็ก	1.755	.566	.132	3.103	.002
4. ความคาดหวังในการใช้ยาของเด็กในผู้ดูแล	-1.059	.343	-.180	-3.084	.003
Constant	-41.197	8.175		-5.039	.000
	R=0.880		Constant=-41.197		
	R ² =0.774		Overall F=316.31		

*p < .05

จากตารางที่ 17 เมื่อพิจารณาค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยในรูปคะแนนมาตรฐาน (Beta) พบว่า ตัวพยากรณ์ที่มี Beta สูงสุดคือความเชื่อด้านสุขภาพของเด็ก (Beta = 0.754) แสดงว่าความเชื่อด้านสุขภาพของเด็กมีน้ำหนักสูงสุดในการพยากรณ์ความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสของเด็กวัยเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ รองลงมาคือ ความเชื่อด้านสุขภาพของเด็กในผู้ดูแล (Beta= 0.306) อายุที่ทราบอาการป่วยของเด็ก (Beta= 0.132) และความคาดหวังในการใช้ยาของเด็กในผู้ดูแล (Beta= -0.180) โดยค่า t-test ทุกค่ามีนัยสำคัญที่ระดับร้อยละ 95 และสูงกว่า หมายถึง ตัวพยากรณ์ทั้ง 4 ตัวมีนัยสำคัญทางสถิติ (Beta > 0) และมีประสิทธิภาพที่จะทำการร่วมกันพยากรณ์ความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสของเด็กวัยเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ โดยสามารถสร้างสมการพยากรณ์ของความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสของเด็กวัยเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ได้ดังนี้

สมการพยากรณ์ในรูปคะแนนดิบ

$$\begin{aligned} \hat{Y} & \text{ ความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสของเด็กวัยเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์} \\ & = -41.197 + 2.647X_{\text{ความเชื่อด้านสุขภาพของเด็ก}} + .716X_{\text{ความเชื่อด้านสุขภาพของเด็กในผู้ดูแล}} \\ & + 1.755X_{\text{อายุเมื่อทราบอาการป่วยของเด็ก}} - 1.059X_{\text{ความคาดหวังในการรักษาของเด็กในผู้ดูแล}} \end{aligned}$$

สมการพยากรณ์ในรูปคะแนนมาตรฐาน

$$\begin{aligned} \hat{Z} & \text{ ความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสของเด็กวัยเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์} \\ & = .754 Z_{\text{ความเชื่อด้านสุขภาพของเด็ก}} + .306 Z_{\text{ความเชื่อด้านสุขภาพของเด็กในผู้ดูแล}} \\ & + .132 Z_{\text{อายุเมื่อทราบอาการป่วยของเด็ก}} - .180 Z_{\text{ความคาดหวังในการรักษาของเด็กในผู้ดูแล}} \end{aligned}$$

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive research) เพื่อศึกษาถึงความสัมพันธ์ และพยากรณ์ปัจจัยต่างๆกับความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสของเด็กวัยเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ได้แก่ อายุของเด็ก อายุเมื่อทราบอาการป่วยของเด็ก ความเชื่อด้านสุขภาพของเด็ก ความเชื่ออำนาจในการควบคุมสุขภาพของเด็ก ความเชื่อด้านสุขภาพของเด็กในผู้ดูแล และ ความคาดหวังในการใช้ยาของเด็กในผู้ดูแล โดยมีวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ ได้แก่ การรับประทานยาถูกต้องตามชนิด จำนวน ตรงตามเวลา ของเด็กวัยเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร ประกอบด้วย อายุของเด็ก อายุเมื่อทราบอาการป่วยของเด็ก ความเชื่อด้านสุขภาพของเด็ก ความเชื่ออำนาจในการควบคุมสุขภาพของเด็ก ความเชื่อด้านสุขภาพของเด็กในผู้ดูแล และ ความคาดหวังในการใช้ยาของเด็กในผู้ดูแล กับความสัมพันธ์ระหว่างการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ของเด็กวัยเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์
3. เพื่อศึกษาอำนาจในการทำนายของปัจจัยคัดสรร ประกอบด้วย อายุของเด็ก อายุเมื่อทราบอาการป่วยของเด็ก ความเชื่อด้านสุขภาพของเด็ก ความเชื่ออำนาจในการควบคุมสุขภาพของเด็ก ความเชื่อด้านสุขภาพของเด็กในผู้ดูแล และความคาดหวังในการใช้ยาของเด็กในผู้ดูแล ต่อความสัมพันธ์ระหว่างการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ของเด็กวัยเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยนี้คือ ผู้ดูแลเด็กและเด็กวัยเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ อายุ 7-12 ปี ทั้งเพศหญิงและชายที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าติดเชื้อเอชไอวีหรือเป็นผู้ป่วยเอดส์ที่มารับการตรวจและได้รับยาต้านไวรัสเอดส์ที่คลินิกยาต้านไวรัสเอดส์ที่โรงพยาบาลของรัฐ เขตกรุงเทพมหานคร และปริมณฑล โดยกำหนดคุณสมบัติดังนี้

คุณสมบัติของเด็ก

- 1) เด็กติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์อายุ 7-12 ปี ที่รักษาด้วยยาต้านไวรัสมาแล้วอย่างน้อย 1 เดือน
- 2) สามารถสื่อสารด้วยภาษาไทยได้ ไม่มีปัญหาการพูด การฟัง และการติดต่อสื่อสาร
- 3) เด็กและผู้ปกครองยินดีให้ความร่วมมือในการตอบแบบสัมภาษณ์

คุณสมบัติของผู้ดูแล

1) เป็นผู้ให้การดูแลเด็กในการทำกิจวัตรประจำวัน ดูแลเรื่องสุขภาพ ดูแลเรื่องการรับประทานยาต้านไวรัสของเด็ก และอาศัยอยู่บ้านเดียวกับเด็ก โดยมีความสัมพันธ์ทางสายเลือดกับเด็กหรือไม่ก็ได้

- 2) สามารถสื่อสารด้วยภาษาไทยได้ ไม่มีปัญหาการพูด การฟัง และการติดต่อสื่อสาร
- 3) ผู้ดูแลเด็กยินดีให้ความร่วมมือในการตอบแบบสัมภาษณ์

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้ใช้การเลือกแบบเจาะจง กำหนดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรของ Thorndike (1978) ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้นจำนวน 120 คน และผู้วิจัยได้เพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างเป็น 130 คนเพื่อป้องกันการสูญหายและไม่สมบูรณ์ของแบบสัมภาษณ์

สมมติฐานการวิจัย

1. อายุเด็ก มีความสัมพันธ์กับความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ของเด็กวัยเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์
2. อายุเมื่อทราบอาการป่วยของเด็ก มีความสัมพันธ์กับความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ของเด็กวัยเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์
3. ความเชื่อด้านสุขภาพของเด็กมีความสัมพันธ์กับความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ของเด็กวัยเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์
4. ความเชื่ออำนาจในการควบคุมสุขภาพของเด็ก มีความสัมพันธ์กับความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ในเด็กวัยเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์
5. ความเชื่อด้านสุขภาพของเด็กในผู้ดูแล มีความสัมพันธ์กับความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ในเด็กวัยเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์
6. ความคาดหวังในการใช้ยาของเด็กในผู้ดูแล มีความสัมพันธ์กับความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ในเด็กวัยเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์

7. อายุเด็ก อายุเมื่อทราบอาการป่วยของเด็ก ความเชื่อด้านสุขภาพของเด็ก ความเชื่อด้านสุขภาพของเด็กในผู้ดูแล และความคาดหวังในการใช้ยาเด็กในผู้ดูแล สามารถร่วมกันทำนายความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ของเด็กวัยรุ่นที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ได้

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นแบบสัมภาษณ์ 4 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 แบบประเมินความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสของเด็กวัยรุ่น จำนวน 3 ข้อ

ตอนที่ 2 แบบสัมภาษณ์ความเชื่อด้านสุขภาพเด็ก จำนวน 15 ข้อ แบ่งเป็น 3 ด้าน คือ การรับรู้ภาวะเจ็บป่วยของตนเอง 5 ข้อ การรับรู้ภาวะคุกคามจากการเจ็บป่วยของตนเอง 5 ข้อ การรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานยาต้านไวรัส 5 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราวัดประมาณค่า 3 ระดับ

ตอนที่ 3 แบบสัมภาษณ์ความเชื่ออำนาจในการควบคุมสุขภาพของเด็ก 12 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราวัดประมาณค่า 3 ระดับ

ตอนที่ 4 มี 2 แบบสัมภาษณ์ ได้แก่แบบสัมภาษณ์ความเชื่อด้านสุขภาพของเด็กในผู้ดูแล จำนวน 12 ข้อ และแบบสัมภาษณ์ความคาดหวังในการใช้ยาของเด็กในผู้ดูแล จำนวน 4 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราวัดประมาณค่า 5 ระดับ

คุณภาพของเครื่องมือ

ด้านความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) นำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ตรวจสอบความครอบคลุมของเนื้อหา ความเหมาะสมของภาษา หลังจากนั้นนำไปทดลองใช้ (Tryout) ในเด็กวัยรุ่นที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ที่มีคุณลักษณะเหมือนกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน นำคะแนนที่ได้ไปวิเคราะห์เป็นรายข้อ และหาความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) โดยหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเที่ยงของแบบสัมภาษณ์ความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสของเด็กวัยรุ่นเท่ากับ .72 แบบสัมภาษณ์ความเชื่อด้านสุขภาพเด็กเท่ากับ .73 แบบสัมภาษณ์ความเชื่ออำนาจในการควบคุมสุขภาพเด็กเท่ากับ .74 แบบสัมภาษณ์ความเชื่อด้านสุขภาพของเด็กในผู้ดูแลเท่ากับ .80 และแบบสัมภาษณ์ความคาดหวังในการใช้ยาของเด็กในผู้ดูแลเท่ากับ .81

การดำเนินการวิจัย

ผู้วิจัยใช้ระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นระยะเวลา 1 ปี โดยเริ่มตั้งแต่ 16 สิงหาคม 2550 ถึง 16 สิงหาคม 2551 โดยผู้วิจัยได้เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองทั้งหมด

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสถิติสำเร็จรูป คำนวณร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน และสถิติวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ (Multiple regression coefficient) ทดสอบความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.5

สรุปผลการวิจัย

1. ความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสของเด็กวัยเรียนอยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 87.38 เมื่อพิจารณาตามลักษณะของความสม่ำเสมอ พบว่า กลุ่มตัวอย่างเด็กวัยเรียน ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์รับประทานยาต้านไวรัสได้ถูกต้องตามจำนวนอยู่ในระดับดี มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 98.62 รับประทานยาได้ถูกต้องตามชนิดอยู่ในระดับดี มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 98.08 และกลุ่มตัวอย่าง รับประทานยาต้านไวรัสตรงตามเวลาอยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ย 87.77 ดังตารางที่ 6

ความเชื่อด้านสุขภาพของเด็ก ความเชื่ออำนาจในการควบคุมสุขภาพของเด็ก ความเชื่อด้านสุขภาพของเด็กในผู้ดูแล คาดหวังในการใช้ยาของเด็กในผู้ดูแล มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสของเด็กวัยเรียน ($r=.844, .532, .576, .317 p<.05$ ตามลำดับ) ส่วนอายุของเด็ก และอายุที่ทราบอาการป่วยของเด็กไม่มีความสัมพันธ์กับความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสของเด็กวัยเรียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

2. ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณพบว่า ความเชื่อด้านสุขภาพของเด็ก ความเชื่อด้านสุขภาพของเด็กในผู้ดูแล อายุที่ทราบอาการป่วยของเด็ก ความคาดหวังในการใช้ยาของเด็กในผู้ดูแลสามารถร่วมกันอธิบายความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสของเด็กวัยเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ได้ร้อยละ 77.4 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยสามารถสร้างสมการพยากรณ์ความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสของเด็กวัยเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ดังนี้

สมการพยากรณ์ในรูปคะแนนดิบ

$$\begin{aligned} \hat{Y} & \text{ ความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสของเด็กวัยเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์} \\ & = -41.197 + 2.647X_{\text{ความเชื่อด้านสุขภาพของเด็ก}} + .716X_{\text{ความเชื่อด้านสุขภาพของเด็กในผู้ดูแล}} \\ & + 1.755X_{\text{อายุเมื่อทราบอาการป่วยของเด็ก}} - 1.059X_{\text{ความคาดหวังในการใช้ยาของเด็กในผู้ดูแล}} \end{aligned}$$

สมการพยากรณ์ในรูปคะแนนมาตรฐาน

$$\begin{aligned} \hat{Z} & \text{ ความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสของเด็กวัยเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์} \\ & = .754 Z_{\text{ความเชื่อด้านสุขภาพของเด็ก}} + .306 Z_{\text{ความเชื่อด้านสุขภาพของเด็กในผู้ดูแล}} \\ & + .132 Z_{\text{อายุเมื่อทราบอาการป่วยของเด็ก}} - .180 Z_{\text{ความคาดหวังในการใช้ยาของเด็กในผู้ดูแล}} \end{aligned}$$

การอภิปรายผลการวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยอภิปรายผลโดยนำเสนอตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

วัตถุประสงค์ที่ 1. ความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสของเด็กวัยเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์

จากการศึกษาพบว่า ความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสของเด็กวัยเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ได้แก่ การที่เด็กรับประทานยาต้านไวรัสได้ตรงเวลา ถูกต้องตามชนิด และถูกต้องตามจำนวน โดยพบว่าเด็กกลุ่มตัวอย่างเด็กวัยเรียนติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ จำนวน 130 คน มีความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสอยู่ในระดับปานกลาง โดยมีค่าเฉลี่ย 87.38 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 13.51) ทั้งนี้เมื่อพิจารณาตามลักษณะของความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัส พบว่าเด็กวัยเรียนกลุ่มตัวอย่างมีการรับประทานยาถูกต้องตามชนิด และถูกต้องตามจำนวนในระดับดี แต่ความสม่ำเสมอในการรับประทานยาตรงเวลาอยู่ในระดับปานกลาง อธิบายได้ว่า ความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัส ประกอบด้วย 3 มิติที่ต้องเกิดควบคู่กันไป ได้แก่ การรับประทานยาตรงเวลาที่กำหนด (ก่อนหรือหลังเวลาที่กำหนดได้ไม่เกิน 30 นาที) รับประทานยาถูกต้องตามชนิด และรับประทานครบจำนวนตามแผนการรักษา (รวิวรรณ หาญสุทธิเวชกุล, 2547; ธันยวีร์ ภูธนกิจ, 2546) เพื่อให้ได้รับผลการรักษาที่ดี เนื่องจากร้อยละความสม่ำเสมอในการรับประทานยา มีความสัมพันธ์กับความล้มเหลวในการรักษา (Wantana et al., 2006) ซึ่งความสม่ำเสมอในการ

รับประทานยาต้านไวรัสของเด็ก ตัดสินจากลักษณะความสม่ำเสมอในการรับประทานยาที่มีค่าร้อยละต่ำสุดจาก 3 มิติ ซึ่งการแปลผลความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัส จำเป็นต้องทำทุกมิติได้ถูกต้อง ครบถ้วน คือ การรับประทานยาตรงเวลาที่กำหนด ถูกต้องตามชนิด และครบจำนวนตามแผนการรักษา ด้วยเหตุผลนี้จึงอาจทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความสม่ำเสมอในการรับประทานยาอยู่ในระดับปานกลาง

วัตถุประสงค์ที่ 2. ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร ประกอบด้วย อายุของเด็ก อายุที่ทราบอาการป่วยของเด็ก ความเชื่อด้านสุขภาพของเด็ก ความเชื่ออำนาจในการควบคุมสุขภาพของเด็ก ความเชื่อด้านสุขภาพของเด็กในผู้ดูแล และความคาดหวังในการใช้ของเด็กในผู้ดูแล

2.1 ความสัมพันธ์ระหว่างอายุเด็กกับความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสของเด็กวัยเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์

ผลการวิจัยพบว่า อายุของเด็กไม่มีความสัมพันธ์กับความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสของเด็กวัยเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ($r=.003$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1 กล่าวคือ อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาคั้งนี้ส่วนใหญ่มีช่วงวัยและขั้นพัฒนาการใกล้เคียงกัน เป็นวัยที่เริ่มออกสู่สังคมภายนอกครอบครัว เป็นตัวของตัวเองมากขึ้น (สุชา จันทรโสม, 2543) กระบวนการความคิดของเด็กพัฒนาสูงขึ้น ทำให้เด็กมีความพร้อมที่จะเรียนรู้สิ่งต่างๆ (Wong, 2001) แต่การคิดแก้ปัญหาต้องอาศัยการชี้แนะและเหตุผลที่เป็นรูปธรรมจากผู้ใหญ่และขึ้นอยู่กับประสบการณ์ที่เด็กได้เรียนรู้มาด้วย (Thomson, 1995 อ้างถึงใน กิจติยา รัตนมณี, 2547) ความสามารถในการดูแลตนเองของเด็กเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องและมีแบบแผน ซึ่งอาจจะถูกขัดขวางหรือทำให้ล่าช้าได้ หากผู้ดูแลกระทำหน้าที่ต่างๆ แทนเด็กมากกว่าจะปลูกฝังนิสัยให้เด็กได้ช่วยเหลือตนเอง (วิธนา จีระแพทย์, 2533) ประกอบกับเด็กติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์มีโอกาสเจ็บป่วยง่ายกว่าเด็กปกติ มีโอกาสเกิดเชื้อฉวยโอกาสและอาจรุนแรงถึงชีวิตได้ (กุลกัญญา โชคพินบูลย์, 2541) นอกจากนี้เด็กติดเชื้อเอชไอวียังถือว่าอยู่ในภาวะพร่องด้านสุขภาพ อาจทำให้พัฒนาการด้านการดูแลตนเองไม่เป็นไปตามปกติ ทั้งยังเป็นการเจ็บป่วยที่รุนแรงและน่ากลัว ผู้ดูแลจึงมีความตระหนักที่จะดูแลเด็กด้วยตนเองเพื่อป้องกันภาวะคุกคามที่อาจจะเกิดหากปล่อยไว้ให้เด็กดูแลตนเอง ดังจะเห็นจากข้อมูลส่วนบุคคลของงานวิจัยนี้ พบว่า ผู้ที่ดูแลในการรับประทานยาต้านไวรัสของเด็กกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้ดูแล ได้แก่ ญาติร้อยละ 56.8 เป็นบิดามารดาร้อยละ 25.3 มีเพียงร้อยละ 13 เท่านั้นที่เด็กกลุ่มตัวอย่างรับประทานยาด้วยตนเอง ดังนั้นจึงอาจมีผลทำให้อายุของเด็กกลุ่มตัวอย่าง ไม่มีความสัมพันธ์กับความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสของเด็ก ในการศึกษาในครั้งนี้ สอดคล้องกับการศึกษาของ เสาวนีย์ ทรงประโคน (2549) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการรับประทาน

ยาต้านไวรัสเอดส์อย่างสม่ำเสมอในเด็กที่ติดเชื้อเอชไอวี พบว่า อายุไม่มีความสัมพันธ์กับความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ของเด็กติดเชื้อเอชไอวี

2.2 ความสัมพันธ์ระหว่างอายุที่ทราบอาการป่วยของเด็กกับความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสของเด็กวัยเรียน

ผลการวิจัยพบว่า อายุเมื่อทราบอาการป่วยของเด็กไม่มีความสัมพันธ์กับความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสของเด็กวัยเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ($r = .135$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 2 กล่าวคือ ความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสของเด็กวัยเรียนในการศึกษาคั้งนี้ไม่ได้รับอิทธิพลมาจากอายุเมื่อทราบอาการป่วยของเด็ก อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในวัยและขั้นพัฒนาการใกล้เคียงกัน เมื่อเด็กวัยเรียนได้รับทราบอาการป่วยของตัวเองในอายุที่ใกล้เคียงกัน และได้รับข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพตนเองที่มีลักษณะคล้ายกัน จากการศึกษาพบว่าส่วนใหญ่รับทราบอาการป่วยของตนเองเมื่ออายุ 10 ปี คิดเป็นร้อยละ 40 รองลงมาคืออายุ 9 ปี และ 11 ปี คิดเป็นร้อยละ 25.4 และร้อยละ 21.5 ตามลำดับ ดังนั้นจึงอาจมีผลทำให้อายุเมื่อทราบอาการป่วยของเด็กกลุ่มตัวอย่าง ไม่มีความสัมพันธ์กับความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสของเด็ก ในการศึกษาในครั้งนี้

2.3 ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพของเด็กกับความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสของเด็กวัยเรียน

การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพของเด็กกับความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสของเด็กวัยเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ผลการศึกษาพบว่า ความเชื่อด้านสุขภาพของเด็กมีความสัมพันธ์กับความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสของเด็กวัยเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ($r = .844$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ผลการศึกษานับสนุนสมมติฐานข้อที่ 3 กล่าวคือ ความเชื่อด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัส เด็กวัยเรียนที่มีความเชื่อด้านสุขภาพที่ถูกต้อง รับรู้ภาวะเจ็บป่วยของตนเอง รับรู้ภาวะคุกคามจากโรคที่ตนเองกำลังป่วย และรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานยาต้านไวรัสอย่างสม่ำเสมอแล้ว จะมีความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสมากขึ้นด้วย ในทางตรงกันข้ามถ้าเด็กวัยเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์มีความเชื่อด้านสุขภาพไม่ดีหรือมีการรับรู้ที่บิดเบือนไป ความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสจะลดลงเช่นกัน Becker กล่าวว่าเมื่อบุคคลอยู่ภาวะเจ็บป่วย และได้รับทราบการวินิจฉัยจะรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพของตนเอง และโอกาสเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยแตกต่างไปจากผู้ที่ยังไม่ทราบ หรือผู้ที่สุขภาพดีทั่ว ๆ ไป การรับรู้จะเปลี่ยนไปในลักษณะ ดังนี้ คือ การคาดการณ์หรือความเชื่อเกี่ยวกับการวินิจฉัยโรค โดยเฉพาะอย่างยิ่งโรคที่คุกคามต่อชีวิต ผู้ที่มีความเชื่อด้านสุขภาพที่ผิดๆ จะทำให้มีการรับรู้ด้านสุขภาพบิดเบือนจากความเป็นจริง ถ้าบุคคลนั้นเคยป่วยมาก่อน และบุคคลอยู่ในภาวะเจ็บป่วยจะมีระดับการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคสูงขึ้น ทำให้เกิดความรู้สึกว่าตนมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนได้มากขึ้น ทั้งนี้อธิบายได้ว่า ความเชื่อด้านสุขภาพของเด็ก

ประกอบด้วย การรับรู้ภาวะเจ็บป่วยของตนเอง การรับรู้ภาวะคุกคามจากโรคที่ตนเองกำลังป่วย การรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานยาต้านไวรัสอย่างสม่ำเสมอ ทำให้เด็กตระหนักถึงโอกาสเกิดการเจ็บป่วยและเกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรง ทำให้เด็กมีพฤติกรรมสุขภาพในทางป้องกันและร่วมมือในการรักษา ทั้งนี้กลุ่มตัวอย่างยังเป็นผู้ป่วยเรื้อรังและมีความรุนแรงของโรคสูง และมีประสบการณ์ในการป่วยด้วยโรคติดเชื้อ ทำให้กลุ่มตัวอย่างรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพในระดับที่ดี จึงก่อให้เกิดความร่วมมือในการรักษา ดังนั้น ความเชื่อด้านสุขภาพของเด็กจึงมีความเกี่ยวข้องกับความสัมพันธ์ในการรับประทานยาต้านไวรัสของเด็กวัยเรียน และการศึกษาของ นิตยา ไทยาภิรมย์ (2532) พบว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมอนามัยของเด็กวัยเรียนโรคเรื้อรัง สอดคล้องกับ วีรยา จิงสมเจตไพศาล (2537) ที่พบว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนโรคหัวใจรูห์มาติคอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 เช่นเดียวกับการศึกษาของ เบญจลักษณ์ ศรีเกิดพงษ์ (2547) ที่ผลการศึกษาพบว่าความเชื่อด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่ การรับประทานอาหาร การรับประทานยา การรับการรักษาอย่างต่อเนื่องของเด็กโรคธาลัสซีเมียอย่างมีนัยสำคัญ

2.4. ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่ออำนาจในการควบคุมสุขภาพของเด็กกับความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัส

ความเชื่ออำนาจในการควบคุมสุขภาพของเด็ก มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r=.532$) ซึ่งสนับสนุนสมมติฐานข้อที่ 4 นั่นคือความเชื่ออำนาจในการควบคุมสุขภาพสามารถทำนายพฤติกรรมสุขภาพของเด็กได้ (Rotter, 1966 cite in Takeda, 1999) เมื่อเด็กมีความเชื่อแบบใดแบบหนึ่งแล้วก็มีแนวโน้มที่จะปฏิบัติตนให้สอดคล้องกับความเชื่อของตน เด็กที่เชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพจะเชื่อว่าการที่ตนเองมีสุขภาพดีหรือไม่นั้นเกิดจากการกระทำของตน ตนสามารถควบคุมได้และเชื่อว่าสามารถป้องกันไม่ให้เจ็บป่วยได้ด้วยการดูแลสุขภาพให้ถูกวิธี เด็กจึงเกิดพฤติกรรมในการดูแลตนเองและป้องกันการเจ็บป่วยตามความเชื่อนั้น สอดคล้องกับการศึกษาของ อัมพร วงศ์ใหญ่ (2541) พบว่าความเชื่ออำนาจในการควบคุมสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมรักษาความสะอาดร่างกายของนักเรียนชาวเขาเผ่าเย้า และในการศึกษาของ Bush and Iannotti (1988, 1990) พบว่าความเชื่ออำนาจในการควบคุมสุขภาพมีความสัมพันธ์กับการรับประทานยาของเด็กทั้งที่มีอายุ ≥ 11 ปี และเด็กที่มีอายุ ≤ 11 ปี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นั้นหมายความว่า เด็กวัยเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์จะมีความสม่ำเสมอในการรับประทานยาที่ดี ถ้าได้รับการสนับสนุนให้มีความเชื่ออำนาจในการควบคุมสุขภาพที่ดี จากการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยความเชื่ออำนาจในการควบคุมสุขภาพอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 2.53, SD=0.27$)

2.5 ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพของเด็กในผู้ดูแลกับความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัส

ความเชื่อด้านสุขภาพของเด็กในผู้ดูแลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสของเด็กวัยเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ($r=.576$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสนับสนุนสมมติฐานข้อที่ 5 จากผลการวิจัยพบว่าความเชื่อด้านสุขภาพของเด็กในผู้ดูแล มีความสัมพันธ์กับความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสของเด็กในระดับสูง อธิบายได้ว่า การที่ผู้ดูแลรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงและภาวะคุกคามของโรคที่เด็กกำลังป่วยอยู่ เป็นการกระตุ้นให้ผู้ดูแลเกิดความกลัวและจะส่งผลให้ผู้ดูแลเกิดการปฏิบัติในการดูแลให้ผู้ป่วยเด็กรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ เพื่อลดอันตรายและภาวะคุกคามที่จะเกิดขึ้น (Hellenbrand, cited in Miller, 1983) ซึ่ง ขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายประการ เช่น การตระหนักว่าเด็กที่ติดเชื้อเอชไอวีในร่างกายนั้น จะทำให้ระดับภูมิคุ้มกันในร่างกายต่ำลง มีโอกาสที่จะรับเชื้อโรคเข้าสู่ร่างกายมากกว่าเด็กปกติทั่วไป และอาจเกิดปัญหาสุขภาพ โดยเฉพาะการติดเชื้อฉวยโอกาส ก่อให้เกิดความรุนแรงและอันตรายถึงชีวิตได้ ดังการศึกษาของ Yana (2003) ความเชื่อด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการดูแลให้ยาในเด็กของผู้ดูแล สอดคล้องกับการศึกษาของ นันทกา สวัสดิพานิช (2547) ที่ศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ดูแลเด็กติดเชื้อเอชไอวี พบว่าความเชื่อด้านสุขภาพในผู้ดูแลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ดูแลเด็กติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์อย่างมีนัยสำคัญ

2.6 ความสัมพันธ์ระหว่างความคาดหวังในการใช้ยาของเด็กในผู้ดูแลกับความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัส

จากผลการศึกษาพบว่าความคาดหวังในการใช้ยาของเด็กในผู้ดูแลมีความสัมพันธ์กับความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสของเด็กวัยเรียน ($r=.682$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 อธิบายได้ว่า ความคาดหวังในการใช้ยาของเด็กในผู้ดูแล เป็นการคาดการณ์ล่วงหน้าเกี่ยวกับการใช้ยาของเด็ก ในแง่ของอุปสรรค ความร่วมมือ และความเชื่อมั่นในการใช้ยาของเด็กว่าจะช่วยลดภาวะคุกคามต่างๆ เกิดความตั้งใจและตัดสินใจที่จะกระทำได้อย่างที่คาดหวังไว้ แม้ว่าจะคาดการณ์ได้ว่าอาจเกิดอุปสรรคต่างๆ ที่จะทำให้มีผลต่อการรับประทานยาของเด็ก แต่ผู้ดูแลก็ไม่ย่อท้อและตระหนักดีว่าในภาวะสุขภาพเด็กที่เกิดการเจ็บป่วย จำเป็นจะต้องมีวินัยในการรับประทานยาและปฏิบัติตามคำแนะนำอย่างเคร่งครัด มิเช่นนั้นจะเกิดปัญหาสุขภาพที่รุนแรงและอาจถึงแก่ชีวิตได้ จึงมีความเชื่อมั่นในความสามารถที่จะดูแลให้เด็กรับประทานยาได้ ดังนั้นผู้ดูแลที่มีความคาดหวังในการใช้ยาของเด็กในระดับมาก จะมีความตั้งใจที่จะพาเด็กมารับการรักษาอย่างต่อเนื่อง และจะเกิดพฤติกรรมในการดูแลให้ผู้ป่วยเด็กรับประทานยาอย่างถูกต้องสม่ำเสมอด้วย สอดคล้องกับการศึกษาของ Bush and Lannotti (1990) ที่พบว่าความคาดหวังของผู้ดูแลเกี่ยวกับการใช้ยาของเด็ก มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมความสม่ำเสมอในการรับประทานยาของเด็กอายุ 8-14 ปี สอดคล้องกับ

การศึกษาของ ออร์พินท์ กายโรจน์ (2542) พบว่าความคาดหวังผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติด้านสุขภาพของหญิงวัยกลางคนที่เป็โรคความดันโลหิตสูง เช่นเดียวกับการศึกษาของ เสาวนีย์ ทรงประโคน (2549) ที่พบว่าความสามารถจัดการให้เด็กรับประทานยาต้านไวรัส มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรับประทานยาต้านไวรัสอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอในเด็กที่ติดเชื้อเอชไอวี

วัตถุประสงค์ที่ 3. ปัจจัยคัดสรร ประกอบด้วย อายุที่ทราบอาการป่วยของเด็ก ความเชื่อด้านสุขภาพของเด็ก ความเชื่ออำนาจในการควบคุมสุขภาพของเด็ก ความเชื่อด้านสุขภาพของเด็กในผู้ดูแล และความคาดหวังในการใช้ของเด็กในผู้ดูแล สามารถร่วมกันพยากรณ์ความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสของเด็กวัยเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอ็ดส์

จากผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณพบว่า ความเชื่อด้านสุขภาพของเด็ก ความเชื่อด้านสุขภาพของเด็กในผู้ดูแล อายุที่ทราบอาการป่วยของเด็ก และความคาดหวังในการใช้ของเด็กในผู้ดูแล สามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสของเด็กวัยเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอ็ดส์ ได้ร้อยละ 77.3 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แสดงว่า สนับสนุนสมมติฐานข้อที่ 7 โดยมีรายละเอียดของการอภิปรายอันดับความสำคัญของตัวพยากรณ์ ดังนี้

3.1 ความเชื่อด้านสุขภาพของเด็ก

ความเชื่อด้านสุขภาพของเด็กเป็นตัวแปรตัวแรกที่ถูกที่เลือกเข้าสมการพยากรณ์ ความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสของเด็กวัยเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอ็ดส์ สามารถอธิบายความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสของเด็กวัยเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอ็ดส์ ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 โดยความเชื่อด้านสุขภาพของเด็กอธิบายความแปรปรวนของความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสได้ร้อยละ 71.2 ($R^2=.712$) เมื่อพิจารณาน้ำหนักและทิศทางพบว่า มีความสัมพันธ์ทางบวก ($Beta=.754$) แสดงว่า เด็กที่มีความเชื่อด้านสุขภาพอยู่ในระดับดี จะมีความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสดีด้วย แต่ถ้าเด็กมีความเชื่อด้านสุขภาพไม่ดี ความสม่ำเสมอในการรับประทานยาก็จะไม่ดีตาม อธิบายได้ว่าความเชื่อด้านสุขภาพเป็นปัจจัยสำคัญที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมด้านสุขภาพอนามัยของบุคคล นับตั้งแต่ความเข้าใจถึงสาเหตุของโรค การรับรู้เกี่ยวกับอาการ การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติเพื่อบรรเทาอาการหรือเพื่อรักษาอาการที่เกิดขึ้น ตลอดจนการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกัน และปฏิบัติตามคำแนะนำเพื่อดำรงรักษาสุขภาพ (Becker, 1974) สอดคล้องกับการศึกษาของ พิชากรณ์ จัทกุล (2541) ที่พบว่า ความเชื่อด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์ของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 สอดคล้องกับ Bush and Lannotti (1988, 1990) ที่พบว่า การรับรู้ภาวะคุกคามของการเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมความร่วมมือในการรับประทานยาของเด็ก อายุ 8-14 ปี

3.2 ความเชื่อด้านสุขภาพของเด็กในผู้ดูแล

ผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุแบบขั้นตอนพบว่าเมื่อเพิ่มตัวแปรพยากรณ์ความเชื่อด้านสุขภาพเด็กของผู้ดูแล เข้ามาในสมการพยากรณ์เป็นอันดับที่ 2 ค่าสัมประสิทธิ์การพยากรณ์เพิ่มเป็น .740 ($R^2 = .740$) สามารถเพิ่มประสิทธิภาพของการพยากรณ์ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 นั่นคือ ความเชื่อด้านสุขภาพของเด็กและความเชื่อด้านสุขภาพของเด็กในผู้ดูแลร่วมกันอธิบายความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสของเด็กวัยเรียนได้เพิ่มขึ้นอีกเป็นร้อยละ 2.8 ($R^2 \text{ change} = .028$) เมื่อพิจารณาน้ำหนักและทิศทางพบว่ามีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัส ($Beta = .306$) แสดงว่า ผู้ดูแลเด็กที่มีความเชื่อด้านสุขภาพเด็กที่ดีจะสามารถดูแลให้ผู้ป่วยเด็กรับประทานยาต้านไวรัสได้สม่ำเสมอดีด้วย ถ้าผู้ดูแลมีความเชื่อด้านสุขภาพเด็กที่ไม่ดี ความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสก็จะลดลงด้วย จากการศึกษาี้สามารถอธิบายได้ว่า ผู้ป่วยเด็กติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ เป็นวัยที่ยังต้องการความช่วยเหลือด้าน การดูแลสุขภาพสุขอนามัยต่างๆ มักเป็นวัยที่เผชิญกับภาวะหลายอย่างและความต้องการของบุคคลรอบข้าง เด็กจะมีความเครียดวิตกกังวลเสมอ (วันเพ็ญ บุญประกอบ, 2545) ประกอบกับเมื่อเกิดการเจ็บป่วยย่อมส่งผลให้เกิดความเครียดมากยิ่งขึ้น และกระทบต่อพัฒนาการด้านต่างๆ รวมทั้งด้านความสามารถในการดูแลตนเองด้วย (สุชา จันทรเฒ, 2542) อีกทั้งการรักษาด้วยยาต้านไวรัส ต้องรับประทานต่อเนื่องตลอดชีวิต และต้องตรงเวลา ครบตามชนิด จำนวน เพื่อให้ได้ระดับความสม่ำเสมอในการรับประทาน มากกว่าร้อยละ 95 จึงจะสามารถยับยั้งปริมาณเชื้อไวรัสเอชไอวีได้ผล (Paterson, 2000) ซึ่งเป็นเรื่องที่ยุ่งยากและซับซ้อน เด็กจึงยังต้องการการดูแลจากผู้ใหญ่บางส่วน ดังนั้น ผู้ดูแลที่มีความเชื่อด้านสุขภาพที่ดี มีการรับรู้ถึงภาวะคุกคามที่จะเกิดขึ้น และรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ จะมีพฤติกรรมการดูแลให้เด็กได้รับยาต้านไวรัสอย่างสม่ำเสมอ

3.3 อายุที่ทราบอาการป่วยของเด็ก

เมื่อเพิ่มตัวแปรพยากรณ์อายุที่ทราบอาการป่วยของเด็กเข้ามาในสมการพยากรณ์เป็นอันดับที่ 3 ค่าสัมประสิทธิ์การพยากรณ์เพิ่มเป็น 0.756 ($R^2 = 0.756$) สามารถเพิ่มประสิทธิภาพของการพยากรณ์ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 นั่นคือ ความเชื่อด้านสุขภาพของเด็ก ความเชื่อด้านสุขภาพของเด็กในผู้ดูแล และอายุที่ทราบอาการป่วยของเด็ก ร่วมกันอธิบายความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสของเด็กวัยเรียนได้เพิ่มขึ้นอีกเป็น 1.6 ($R^2 \text{ change} = .016$) เมื่อพิจารณาน้ำหนักและทิศทางพบว่ามีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสของเด็กวัยเรียน แสดงว่า เด็กวัยเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่ทราบอาการป่วยเมื่ออายุที่มากขึ้น จะมีความร่วมมือในการรับประทานยาที่สม่ำเสมอเพิ่มขึ้น จากการศึกษาี้สามารถอธิบายได้ว่า เด็กวัยเรียนที่มีอายุเพิ่มขึ้นจะมีพัฒนาการและมีความก้าวหน้าด้านสติปัญญาและความคิดเป็นเชิงนามธรรม (concrete operational) เด็กจะสามารถคิดอย่างมีเหตุมีผล สามารถ

เข้าใจภาษา สัญลักษณ์ และเข้าใจกฎเกณฑ์ต่าง ๆ ได้มากขึ้น (สุรางค์ ไคว์ตระกูล, 2548) ทั้งยังมีศักยภาพในการดูแลตนเองที่เพิ่มขึ้น เมื่อเด็กได้รับการแจ้งอาการเจ็บป่วยของตนเองอย่างมีแบบแผน ตลอดจนการดำเนินโรค การดูแลตนเองและการรักษาพยาบาลที่จำเป็น ด้วยภาษาที่เข้าใจง่าย เด็กจะสามารถเข้าใจและสามารถนำเหตุผลมาประกอบกับเรื่องราว และเหตุการณ์ที่ตนเองประสบ เกิดกระบวนการความคิด (Cognitive process) ที่เป็นเหตุเป็นผล (วันเพ็ญ บุญประกอบ, 2545) ตลอดจนมีความสามารถในการตัดสินใจเลือกสิ่งต่าง ๆ และมีทักษะในการที่จะตัดสินใจในการปฏิบัติตามและเลือกสิ่งที่ดีกับสุขภาพของตนเอง ทำให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี โดยสามารถดูแลตนเองและให้ความร่วมมือในการรับประทานยาต้านไวรัสอย่างสม่ำเสมอ จึงควรส่งเสริมความรู้ความเข้าใจการรับประทานยาของเด็ก และการดูแลสุขภาพ โดยแจ้งผลการเจ็บป่วยแก่เด็กเมื่อเด็กเริ่มมีอายุที่เพิ่มขึ้นและมีความพร้อมในด้านต่าง ๆ ดังกล่าว เพื่อให้เกิดพฤติกรรมดูแลตนเองที่ดีและความร่วมมือในการรับประทานยาที่ดีด้วย ดังนั้น อายุเมื่อทราบอาการป่วยของเด็กจึงมีอิทธิพลต่อความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ของเด็กวัยเรียนติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์

3.4 ความคาดหวังในการใช้ยาของเด็กในผู้ดูแล

ผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุแบบขั้นตอนพบว่าเมื่อเพิ่มตัวแปรพยากรณ์ความคาดหวังในการใช้ยาของเด็กในผู้ดูแล เข้ามาในสมการพยากรณ์เป็นอันดับที่ 4 ค่าสัมประสิทธิ์การพยากรณ์เพิ่มเป็น 0.773 ($R^2=0.773$) สามารถเพิ่มประสิทธิภาพของการพยากรณ์ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 นั่นคือ ความเชื่อด้านสุขภาพของเด็ก ความเชื่อด้านสุขภาพของเด็กในผู้ดูแล อายุที่ทราบอาการป่วยของเด็ก และความคาดหวังในการใช้ยาของเด็กในผู้ดูแล ร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสของเด็กวัยเรียนได้เพิ่มขึ้นอีกเป็น ร้อยละ 1.7 ($R^2 \text{ change} = .017$) เมื่อพิจารณาน้ำหนักและทิศทางพบว่ามีความสัมพันธ์ทางลบ (Beta = -.180) แสดงว่าถ้าหากผู้ดูแลมีความคาดหวังในการรับประทานยาของเด็กมากขึ้น จะมีผลทำให้ความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสของเด็กลดลง แต่ถ้าหากผู้ดูแลมีความคาดหวังในการรับประทานยาของเด็กน้อย จะคอยดูแลให้เด็กรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอเคร่งครัด ส่งผลให้เด็กมีความสม่ำเสมอในการรับประทานยาที่มากขึ้น

จากการศึกษาข้างต้นที่พบว่า เมื่อความคาดหวังในการรับประทานยาของเด็กในผู้ดูแลถูกคัดเลือกเข้ามาในสมการ และเมื่อมีการควบคุมอิทธิพลของตัวแปรอื่น ๆ ที่อาจส่งผลกระทบต่อความสัมพันธ์ของความคาดหวังในการรับประทานยาของเด็กในผู้ดูแลกับความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสของเด็กวัยเรียน ทำให้ความคาดหวังในการรับประทานยาของเด็กในผู้ดูแลมีทิศทางเป็นลบต่อความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสของเด็กวัยเรียน สามารถสรุปได้ว่า เมื่อควบคุมความเชื่อด้านสุขภาพของเด็ก ความเชื่อด้านสุขภาพของเด็กในผู้ดูแล อายุที่ทราบอาการป่วยของเด็กให้เท่า ๆ กัน ผู้ดูแลที่มีความคาดหวังในการรับประทานยาของเด็กมาก จะทำให้

ความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสของเด็กน้อยลง เนื่องจาก ความคาดหวังในการรับประทานยาของเด็กในผู้ดูแล มีความสัมพันธ์กับความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสของเด็กในระดับน้อย และมีค่าสัมประสิทธิ์ในการพยากรณ์เพิ่มขึ้นน้อย (R^2 change = .017)

แสดงว่าตัวแปรพยากรณ์ทั้ง 4 ตัว ได้แก่ ความเชื่อด้านสุขภาพของเด็ก ความเชื่อด้านสุขภาพเด็กของในผู้ดูแล อายุที่ทราบอาการป่วยของเด็ก และความคาดหวังในการใช้ยาของเด็กในผู้ดูแล ร่วมกันอธิบายความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสของเด็กวัยเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

จากการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยพบว่า ปัจจัยคัดสรร ได้แก่ ความเชื่อด้านสุขภาพของเด็ก ความเชื่ออำนาจในการควบคุมสุขภาพของเด็ก ความเชื่อด้านสุขภาพของเด็กในผู้ดูแล ความคาดหวังในการใช้ยาของเด็กในผู้ดูแล มีความสัมพันธ์กับความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสของเด็กวัยเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 โดยความเชื่อด้านสุขภาพของเด็กเป็นตัวทำนายที่ดีที่สุด มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสของเด็กได้สูงถึงร้อยละ 71.2 ในขณะที่ตัวทำนายอื่นๆ คือ ความเชื่อด้านสุขภาพของเด็กในผู้ดูแล อายุเมื่อทราบอาการป่วยของเด็ก และความคาดหวังในการใช้ยาของเด็กในผู้ดูแล สามารถอธิบายความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสของเด็กเพิ่มขึ้นได้อีกเพียงร้อยละ 6.2 เท่านั้น

ผู้วิจัยจึงขอเสนอแนะในการนำผลวิจัยมาประยุกต์ดังนี้

1. ในการพิจารณาออกแบบแผนการพยาบาลที่เน้นเรื่องความเชื่อด้านสุขภาพของเด็ก ประกอบด้วย การรับรู้ภาวะเจ็บป่วยของตนเอง การรับรู้ภาวะคุกคามจากการเจ็บป่วย การรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานยาต้านไวรัสอย่างสม่ำเสมอ ความเชื่อด้านสุขภาพของเด็กในผู้ดูแล อายุเมื่อทราบอาการป่วยของเด็ก และความคาดหวังในการใช้ยาของเด็กในผู้ดูแล เพื่อนำไปสู่การแจ้งผลการเจ็บป่วยแก่เด็ก (Disclosure) และออกแบบแผนการพยาบาลเพื่อพัฒนาความเชื่อด้านสุขภาพของเด็ก โดยส่งเสริมให้มีการแจ้งอาการเจ็บป่วยต่อเด็ก (Disclosure) โดยมีทีมผู้ดูแลและให้การปรึกษา
2. พิจารณาแจ้งอาการป่วยในวัยที่เหมาะสม คือในวัยที่เด็กมีอายุมากขึ้น มีพัฒนาการด้านสติปัญญาที่เพิ่มขึ้น สามารถคิดได้อย่างมีเหตุผล (concrete operation period) สามารถเข้าใจภาษา ทำให้เด็กสามารถนำหลักการเหตุผลมาประกอบกับเรื่องราว และเหตุการณ์ที่ตนเองประสบ เกิด

กระบวนการใช้ความคิด (Cognitive process) เพื่อให้เด็กเข้าใจ และตระหนักถึงภาวะสุขภาพของตนเอง ในขณะที่เด็กก็มีศักยภาพในการดูแลตนเอง และมีพัฒนาการด้านความรู้ความเข้าใจที่เป็นนามธรรมมากขึ้น (Concrete operational) ทำให้ผู้ป่วยเด็กสามารถดูแลสุขภาพตนเองและรักษาความลับได้อย่างเหมาะสม จะมีอิทธิพลอย่างยิ่งต่อความสม่ำเสมอในการรับประทานยาของเด็ก ฝ่ายการพยาบาลจึงควรตระหนักในเรื่องนี้ เพื่อให้ผู้ป่วยเด็กมีพฤติกรรมรับประทานยาที่ดี และมีความสม่ำเสมอในการรับประทานยาด้านไวรัสที่ดีเพื่อประสิทธิผลทางการรักษาที่ดีขึ้น

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาวิจัยเชิงทดลอง โดยออกแบบกิจกรรมการพยาบาลที่ส่งเสริมความเข้าใจด้านสุขภาพ ที่ครอบคลุมประเด็นของการรับประทานยาด้านไวรัส กับการรับรู้การเกิดภาวะคุกคามของโรค และประโยชน์ที่จะได้รับต่อความสม่ำเสมอในการรับประทานยาด้านไวรัส โดยการจัดทำกลุ่มหรือเข้าค่ายในช่วงปิดภาคเรียน ในเด็กและผู้ดูแลเด็กที่ได้รับการแจ้งผลเลือดแล้ว เพื่อส่งเสริมให้เด็กรับรู้และเข้าใจภาวะสุขภาพของตนเอง มีความตระหนักในการที่จะดูแลรักษาสุขภาพ ตลอดทั้งเกิดวินัยในการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง
2. ควรมีการศึกษาวิจัยในผู้ป่วยเด็กที่ยังไม่ทราบอาการป่วยของตนเอง เพื่อวางแผนการให้การพยาบาลและการให้ข้อมูลที่จำเป็นแก่เด็ก และออกแบบแผนการพยาบาลที่เหมาะสม

รายการอ้างอิง

ภาษาไทย

- กนกพร เมืองชนะ, วิไลวรรณ พรหมมูล, ปิยะนุช สมตณ. 2547. พฤติกรรมการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ของผู้ป่วยนอก สถาบันบำราศนราดูร. วารสารควบคุมโรค 30(1):19-26.
- กัลยา วานิชย์บัญชา. 2545. การใช้ SPSS for Windows ในการวิเคราะห์ข้อมูล. กรุงเทพมหานคร: ซี เค แอนด์เอส โฟโตสตูดิโอ.
- กัลยา วานิชย์บัญชา. 25460 . การใช้ SPSS for Windows ในการวิเคราะห์ข้อมูล. กรุงเทพมหานคร: ภัทธรรมสาร.
- กาญจนา ปฏิยัทธ. 2541. ค่านิยมเกี่ยวกับพฤติกรรมทางเพศและอำนาจแห่งตนในการควบคุมสุขภาพที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ของนักเรียนวัยรุ่นในจังหวัดนครศรีธรรมราช. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาสังคมศาสตร์การแพทย์และสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- กิจติยา รัตนมณี. 2547. ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองในการควบคุมน้ำหนักร่วมกับการมีส่วนร่วมของบิดามารดาต่อพฤติกรรมบริโภคและพฤติกรรมการใช้พลังงานในชีวิตประจำวันของเด็กอ้วนวัยเรียน. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- กฤษณ์ชลี เพียรทอง. 2547. ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับสุขภาวะของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- กุลกัญญา โชคไพบูลย์. 2541. โรคติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ในผู้ป่วยเด็ก. ใน พิไลพันธ์ พุฒวัฒน์ (บรรณาธิการ), เอชไอวีและจุลชีพช่วยโอกาส, หน้า 17.1-17.47. กรุงเทพมหานคร: อักษรสมัย.
- กลุ่มโรคเอดส์ สำนักโรคเอดส์ วัณโรคและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. 2549. ยาต้านไวรัสเอดส์. ([Online]. Available from: [http://: www.aidsthai.org.care](http://www.aidsthai.org.care). [2006,September,01]
- กลุ่มโรคเอดส์ สำนักโรคเอดส์ วัณโรคและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2549. การใช้ยาต้านไวรัสเอดส์ในเด็กติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์. [Online]. Available from: <http://www.dpc9.ddc.moph.go.th/napha9>

- จักรกฤษณ์ พิญาพวงษ์. 2540. ความคาดหวังและบริการที่ได้รับจริง ในการให้คำปรึกษาของผู้ติดเชื้อเอชไอวี โรงพยาบาลอุตรดิตถ์. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชา สาธารณสุขศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- จันทน์ จันทร์ท่าจีน. 2548. ผลของโปรแกรมการจัดการกับอาการต่อความร่วมมือในการรักษาของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- จันทพงษ์ วะสี. 2540. ไวรัสก่อโรคเอดส์. ใน พิไลพันธ์ พุฒวัฒน์ (บรรณาธิการ), ไวรัสวิทยา, หน้า 17.1-17.17. กรุงเทพมหานคร: อักษรสมัย.
- จินตนาถ อนันต์วรณิษฐ์. 2545. การใช้ยาต้านไวรัสเอดส์ในผู้ป่วยเด็กที่ติดเชื้อเอชไอวี. ใน ชัญญุ พันธุ์เจริญ, ทวี โชติพิทยสุนนท์, อูษา ทิสยากร (บรรณาธิการ), โรคเอดส์ในเด็ก, หน้า 265- 277. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- จิราพร รัชตโกดิน. 2545. หลักการพยาบาลเด็กและวัยรุ่น. นนทบุรี: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยสุโขทัย-ธรรมมาธิราช.
- ชมภู วิสุทธิเมธีกร. 2540. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพ การรับรู้ภาวะสุขภาพและการรับรู้การควบคุมสุขภาพ และปัจจัยส่วนบุคคลกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของสตรีวัยกลางคนในชนบทภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ญาศินี ตั้งวงษ์ และเสาวลักษณ์ ตั้งตระกูล. 2549. การขาดยาของผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ในโครงการเข้าถึงบริการยาต้านไวรัสเอดส์ระดับชาติ กรณีศึกษาโรงพยาบาลในจังหวัดขอนแก่น ระบบประมาณ 2547. สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6 จังหวัดขอนแก่น 13(2): 68-75.
- ทินมณี ทิพย์ปัญญา. 2547. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ และการรับรู้เกี่ยวกับยาต้านไวรัสกับความมีวินัยในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคเอดส์ จังหวัดเชียงใหม่. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ทองดี ยนจอหอ. 2548. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีในสถาบันบำราศนราดูร. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต คณะครุศาสตร์ มหาวิทยาลัยรามคำแหง.
- ธัญวีร์ ภูธนกิจ. 2546. การรักษาผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีด้วยยาต้านไวรัสเอดส์. ใน วรวิทย์ เล่าห์เรณู, ณัฐพงษ์ อัครผล, อรรถวุฒิ ดิสมโชค.(บรรณาธิการ), ประชุมวิชาการประจำปี 2546 คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. เชียงใหม่: ธนบรรณการพิมพ์.

- นันทกา สวัสดิพานิช. 2547. ความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ดูแลเด็กติดเชื้อเอชไอวี. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลกุมารเวชศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- นงพงา ลิ้มสุวรรณ. 2538. วัยเรียน. ใน วัฒนธรรม บุญประกอบ, อัมพล สุอำพัน, นงพงา ลิ้มสุวรรณ. (บรรณาธิการ), จิตเวชเด็กสำหรับกุมารแพทย์. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ชวนพิมพ์.
- บุญใจ ศรีสถิตยน์รากูร. 2547. ระเบียบวิธีวิจัยทางการพยาบาลศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร: ยูแอนด์ไอ อินเทอร์เน็ต.
- เบญจลักษณ์ สีเกิดพงษ์. 2547. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความเชื่อด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมสุขภาพของเด็กวัยเรียนโรคธาลัสซีเมีย. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ปวีณา ชื่นจิตร. 2548. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความร่วมมือในการรักษาของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ใน จ.ราชบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาวิทยาการระบาด คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ประคอง กรรณสูต. 2542. สถิติเพื่อการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร: ด้านสุขภาพการพิมพ์.
- ปราโมทย์ ธีรพงษ์. 2546. เอดส์ การรักษา ยา และวัคซีน. นนทบุรี: ที. ซี. เอเชีย (2000).
- ปิยรัชต์ สันตะรัตติวงศ์, 2549. Pediatric AIDS. ใน ศรีศุภลักษณ์ สิงคาลวณิช และคณะ (บรรณาธิการ), ปัญหาโรคเด็กที่พบบ่อย. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์กรุงเทพเวชสาร.
- ผลทิพย์ ปานแดง. 2547. การเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ป่วยและผู้ดูแลต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในผู้ป่วยจิตเภท. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- พิชาภรณ์ จันทนกุล. 2541. ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ ทักษะชีวิตกับพฤติกรรม การป้องกันโรคเอดส์ของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 ในโรงเรียนสังกัดกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลสาธารณสุข คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- พีระมน นิงสานนท์ และคณะ.(บรรณาธิการ). 2547. สรุปบทเรียนการส่งเสริมการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์อย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอสำหรับผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด.

- พรทิพย์ ลีลาอนันตกุล. 2546. ผลการสอนอย่างมีแบบแผนและการใช้กลุ่มระดับประคองต่อการเพิ่มความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยที่ได้รับยาต้านไวรัสเอดส์. วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- พรทิพย์ ศิริบุญรอดพัฒนา. (บรรณาธิการ). 2544. คุณสมบัติและบทบาทพยาบาลเด็ก. ใน การพยาบาลเด็ก 1, หน้า 27-29. นนทบุรี: ยูทรินทร์การพิมพ์ จำกัด.
- ภิญญา มุตสิกพันธุ์. 2544. โรคเอดส์ 2 ทศวรรษ. ศรีนครินทร์เวชสาร. 16 (ฉบับพิเศษ): 282-298.
- ภพ โกศลรักษ์. 2545. ปัญหาในการรักษาผู้ป่วยเด็กที่ติดเชื้อเอชไอวีด้วยยาต้านไวรัส. ใน ชีญญ พันธุ์เจริญ, ทวี โชติพิทยสุนนท์, อุษษา ทิสยากร (บรรณาธิการ), โรคเอดส์ในเด็ก, หน้า 281-285. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- มนตรี ตู๋จินดา และคณะ. (บรรณาธิการ). 2544. กุมารเวชศาสตร์ เล่ม 2. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ เรือนแก้วการพิมพ์.
- มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช, คณะพยาบาลศาสตร์. 2545. การพยาบาลผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่นที่ติดเชื้อเอชไอวี. ใน จิราพร รัชตโกดิน (บรรณาธิการ), หลักการพยาบาลเด็กและวัยรุ่น. นนทบุรี: โรงพิมพ์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช.
- รวีวรรณ หาญสุทธิเวชกุล. 2547. การทำงานเป็นทีมในการให้ยาต้านไวรัสเอดส์. ใน พีระมน นิงสานนท์ และคณะ (บรรณาธิการ), สรุปบทเรียนการส่งเสริมการรับประทายาต้านไวรัสเอดส์อย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอสำหรับผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์, หน้า 91-93. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ ชุมชุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด.
- รวีวรรณ พงศ์พุทธชาติ. 2548. การประยุกต์ทฤษฎีสัมรรถนะแห่งตนในการรับประทายาต้านไวรัสเอดส์อย่างสม่ำเสมอของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์. วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วราภรณ์ นารินทร์. 2540. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกด้านสุขภาพกับการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง แขวงรองเมือง เขตปทุมวัน กรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต สาขาวิชาการ บริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วันทนา มณีศรีวงศ์กุล และคณะ. 2546. การพัฒนาและทดสอบเครื่องมือวัดความสม่ำเสมอในการรับประทายา ความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ และแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยที่รักษาด้วยยาต้านไวรัสและผู้ดูแล. ม.ป.ท.

- วันทนา มณีศรีวงศ์กุล. 2547. การสังเคราะห์ความรู้เกี่ยวกับความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์. ใน พิระมณ นิงสานนท์ และคณะ (บรรณาธิการ), สรุปบทเรียนการส่งเสริมการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์อย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอสำหรับผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์, หน้า 9-17. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด.
- วันเพ็ญ บุญประกอบ. 2545. พัฒนาบุคลิกภาพของเด็กและวัยรุ่น: ชมรมจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่น. กรุงเทพมหานคร: ปิยอนด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์.
- วิชาญ วิทยาศาสตร์ และ ประคอง วิทยาศาสตร์. 2540. เวชปฏิบัติในผู้ติดเชื้อเอดส์. กรุงเทพมหานคร: โอ.เอส.พรีนติ้งเฮาส์.
- วิทยา ศรีดามา. 2545. แนวทางการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์สำหรับผู้ใหญ่ที่ติดเชื้อ HIV พ.ศ.2546. สารราชวิทยาลัยอายุรแพทย์ฯ 9(5): 15-19.
- วินัดดา ปิยะศิลป์ และพนม เกตุมาน. 2545. (บรรณาธิการ). ตำราจิตเวชเด็กและวัยรุ่น. กรุงเทพมหานคร: ปิยอนด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์.
- วินัย รัตนสุวรรณ. 2546. Practical Antiretroviral Therapy 2003. สรุปรายงานสัมมนาระดับชาติเรื่องโรคเอดส์ ครั้งที่ 9, 7-9 กรกฎาคม 2546 ณ. อิมแพ็ค เมืองทองธานี จังหวัดนนทบุรี.
- วิภา เทียมชัย. 2549. เชื้อเอชไอวีสายพันธุ์ใหม่. [Online]. Available from: <http://www.aidsthai.org>.
- วิรติ ศิริสันธนะ. 2540. ระบาดวิทยาของโรคเอดส์ในเด็กที่ติดเชื้อจากมารดา : ลักษณะอาการของโรคติดเชื้อเอชไอวีในเด็กที่ติดเชื้อจากมารดา ใน สมศักดิ์ โสฬ์เลขา และคณะ (บรรณาธิการ). วิทยาการทันยุคโรคติดเชื้อเอชไอวีในเด็ก. กรุงเทพมหานคร: ชัยเจริญ.
- วิลาลินี แก้วชนะ. 2541. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพ ความเชื่ออำนาจภายนอกตนด้านสุขภาพ การปฏิบัติตนเพื่อควบคุมความรุนแรงของโรคเบาหวานกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มารับบริการที่คลินิกโรคเบาหวานโรงพยาบาลมหาราช นครศรีธรรมราช. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วีณา จีระแพทย์. 2533. ทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม : แนวทางการปฏิบัติการพยาบาลเด็ก. วารสารพยาบาล 3 (กรกฎาคม-กันยายน): 216-227.
- วีณา พร้อมประเสริฐ. 2549. การติดตามความสม่ำเสมอในการรับประทานยาของผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี. วารสารโรคเอดส์ 18(2): 79-88.

- วีรยา จีงสมเจตไพศาล. 2537. ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของเด็กวัยเรียนโรคหัวใจรูห์มาติก. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลแม่และเด็ก คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ศุภรินทร์ หาญวงษ์. 2548. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาต้านไวรัส และความเชื่อด้านสุขภาพกับการรับประทายาต้านไวรัสอย่างสม่ำเสมอของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา.
- คันสนีย์ สมิตะเกษตริน และ ภัทระ แสนไชยสุริยะ. (บรรณาธิการ). 2547. แนวทางการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยโรคเอดส์อย่างครบถ้วนและต่อเนื่อง พ.ศ. 2547. นนทบุรี: สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.
- ศศิธร ดวงมัน. 2548. ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- สมัยพร อาชาล. 2543. ความเชื่อด้านสุขภาพและความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยวัณโรค. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สัญชัย ชาสมบัติ, ชีวันนท์ เลิศพิริยสุวัฒน์, และพรทิพย์ ยุกตานนท์, (บรรณาธิการ). 2546. แนวทางการปฏิบัติงานโครงการพัฒนาระบบบริการและติดตามผลการรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยโรคเอดส์ด้วยยาต้านไวรัส พ.ศ. 2546. กรุงเทพมหานคร: สำนักโรคเอดส์ วัณโรคและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์.
- สาธุพร พุ่มขาว. 2541. ปัจจัยที่มีผลต่อความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยจิตเภท. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สุชา จันท์เอม. 2536. จิตวิทยาเด็ก. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ไทยวัฒนาพานิช.
- สุชา จันท์เอม. 2542. จิตวิทยาพัฒนาการ. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ไทยวัฒนาพานิช.
- สุชา จันท์เอม. 2543. จิตวิทยาเด็ก. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ไทยวัฒนาพานิช.
- สุรางค์ ไคว้ตระกูล. 2548. จิตวิทยาการศึกษา. พิมพ์ครั้งที่ 6. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

- สุริรัตน์ บุญศิลป์. 2546. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล พลังวิชาชีพพยาบาล ความเชื่ออำนาจภายในตน กับความผูกพันในวิชาชีพของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลทั่วไป. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุนิตย์ สร้างศรีวงศ์. 2549. ผลการใช้ NVP ควบกับ AZT เพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในเด็ก จากมารดา. วารสารแพทย์เขต 6-7 25(1): 35-42.
- เสนห์ เจียสกุล, นรินทร์ วรรณประภา, กุลกัญญา โชคไพบูลย์. 2541. โรคติดเชื้อ. ใน มนตรี ตูจินดา และคณะ (บรรณาธิการ). กุมารเวชศาสตร์ เล่ม 2. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์เรือนแก้ว การพิมพ์.
- เสาวนีย์ ทงประโคน. 2549. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์อย่างต่อเนื่อง สม่ำเสมอในเด็กที่ติดเชื้อเอชไอวี. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สมจิต เกียรติวัฒนเจริญ. 2541. ความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลบุตรของมารดาเกี่ยวกับ โรคติดเชื้อทางเดินหายใจ. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สมจิต หนูเจริญกุล. 2536. การดูแลตนเอง : ศาสตร์และศิลป์ทางการแพทย์. กรุงเทพมหานคร: วี.เจ.พรินติ้ง.
- สมจิต หนูเจริญกุล. 2543. การพยาบาล : ศาสตร์ของการปฏิบัติ. กรุงเทพฯ: วี.เจ.พรินติ้ง.
- สมจิตร์ ตูลาทอง. 2547. ปัจจัยที่มีผลต่อการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอของผู้ป่วยที่รับประทานยา ต้านไวรัสเอดส์. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สมศักดิ์ โล่ห์เลขา. 2542. โรคเอดส์ในเด็ก. ใน สุวรรณ เรืองกาญจนเศรษฐ์ และคณะ (บรรณาธิการ). Ambulatory Pediatrics 2. กรุงเทพมหานคร: โฮลิสติก พับลิชชิ่ง.
- ศิริชัย หาญวิชัย. 2551. การวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติด้วยคอมพิวเตอร์. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์ แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อัมพร วงศ์ใหญ่. 2541. ความสัมพันธ์เชิงสาเหตุระหว่างความทันสมัยของพ่อแม่ การอบรมเลี้ยงดู ความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพ และลักษณะมุ่งอนาคตที่มีต่อพฤติกรรมรักษา ความสะอาดของร่างกายของนักเรียนชาวเขาเผ่าเย้าในระดับประถมศึกษา. วิทยานิพนธ์ ปริญญาโทบริหารการพยาบาล สาขาวิชาจิตวิทยาโรงเรียน คณะครุศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

- อารยา หาดูปละ. 2547. ผลของการให้คำปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบกลุ่มต่อการเห็นคุณค่าในตนเอง และความเชื่อด้านสุขภาพในการป้องกันการสูบบุหรี่ของเด็กวัยรุ่นตอนต้น. วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาการให้คำปรึกษา คณะจิตวิทยา มหาวิทยาลัยรามคำแหง.
- อุมาพร กาญจนรักษ์. 2545. ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วย จิตเภทในชุมชน. วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและ จิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อุษา ทิสยากร. 2542. โรคเอดส์ในเด็ก. ใน นवलจันทร์ ปราบพาล และคณะ (บรรณาธิการ), Evidence based pediatric practice, หน้า 283-295. กรุงเทพมหานคร: ที พี พีริ้นท์.
- อรพินธ์ ภายโรจน์. ผลกระทบของการรับรู้สมรรถนะ และความคาดหวังผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นต่อการ ปฏิบัติด้านสุขภาพของหญิงวัยกลางคน ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง. วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- อรรณพ หิรัญดิษฐ์. 2547. ความร่วมมือในการรับประทานยา. ใน พีระมน นิงสานนท์ และคณะ (บรรณาธิการ), สรุปบทเรียนการส่งเสริมการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์อย่างต่อเนื่อง สม่่าเสมอสำหรับผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์, หน้า 91-93. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ชุมนุม สหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด.
- เอื้อมพร โอเบอร์ตอร์เฟอร์. 2547. จะช่วยให้เด็กอย่างไรให้กินยาต้านไวรัส. ใน พีระมน นิงสานนท์ และคณะ.(บรรณาธิการ). สรุปบทเรียนการส่งเสริมการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์อย่างต่อเนื่องสมม่่าเสมอสำหรับผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์, หน้า 43-63. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด.

ภาษาอังกฤษ

- Amassari, A., et al. 2002. Correlates and Predictors of Adherence to Highly Active Antiretroviral Therapy : Overview of Published Literature. Journal of Acquired Immune Deficiency Syndrom 31(15): S123-S127.
- Bangberg, D. R., Hecht, F. M., Charlebolis, E. D., et al. 2000. Adherence to Protease Inhibitors. HIV -1 Viral Load and Development of Drug Resistance in an Indigent Population. AIDS 14: 357-66

- Belzer, M. E., et al. 1999. Antiretroviral adherence issues among HIV-positive adolescents and young adults. Journal of Adolescents Health 25(5):316-319.
- Bennett, P., et al. 1998. Belief about alcohol, health locus of control, value for health and reported consumption in representative population sample. Health Educatio Research Theory & Practice 13(1): 25-32.
- Berrien, V., et al. 2004. Adherence to antiretroviral therapy in HIV-infected pediatric patient impoves with home based intensive nursing intervention. AIDS Patient Care and STDs 18(6): 355-363.
- Burkhart, P. V., and Rayens, M. K. 2005. Self-Concept and Health Locus of Control: Factors Related to Children's Adherence to Recommended Asthma Regimen. Pediatric Nursing 31(5): 404-409.
- Burn , N., and Grove, S. K. 2002. The Practice of nursing research: Conduct, Critique, & Utilization. 4th ed. New York: Saunders Company.
- Bush, P. J., and Iannotti, R. J. 1988. Origins And Satability Of Children's Health Beliefs To Medicine Use. Social Science and Medicine 27(4): 345-352.
- Bush, P. J., and Iannotti, R. J. 1990. A Children's Health Belief Model. Medical Care 28(1): 69-83.
- Byrne, M., and Honig, J. 2006. Health-Related Quality of Life of HIV-Infected Children on Complex Antiretroviral Therapy ata Home. JANAC 17(2): 27-35.
- Carpenter, R. 2005. Perceived threat in compliance and adherence research. Nursing Inquiry 12(3): 192-199.
- Chesney, M. A., Morin, M., and Sherr, L. 2000. Adherence to HIV combination therapy. Social Science and Medicine 50: 1599-1605.
- Cupsa, A., et al. 1999. Factors with a Negative Influence on Compliance to Antiretroviral Therapies. Annals New York Of Sciences. Romania: University of Medicine and Pharmacy of Craiova.
- Deborah, J. 2001. A Motivational Intervention to Improve Adherence to Treatment of Chronic Disease. Journal of the American Academy of Nurse Practitioners 13(2): 61-68.

- Gebo, A., et al. 2003. Association of Social Stress, Illicit Drug Use, and Health Beliefs with Nonadherence to Antiretroviral Therapy. J Gen Intern Med 18(February): 104-111.
- Goode, M., et al. 2003. Adherence issue in children and adolescents receiving highly active antiretroviral therapy. AIDS CARE 15(3): 403-408.
- Gross, R., Bilker, W. B, Friedman, H. M. 2001. Effect of adherence to newly initiated Antiretroviral Therapy on plasma viral load. AIDS 15: 2109-17.
- Hammami N., et al. 2004. Integrating Adherence to Highly Active Antiretroviral Therapy Into Children's Daily Lives: A Qualitative Study. Pediatrics 114(5): e591-e597.
- Hubbard, M. 2006. Dealing With the Obstacles in Adhering to Highly Active Antiretroviral Therapy. JANAC 17(1): 18-25.
- Hugen, P., et al. 2002. Assessment of adherence to HIV protease inhibitors : comparison and combination of various method, including MEMS (electronic monitoring), patient and nurse report, and therapeutic drug monitoring. Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes 30: 324-334.
- Iannotti, R. J., and Bush, P. J. 1993. Toward a developmental theory of compliance. in N. A. Krasnegor, L. Epstein, S. B. Johnson, & S. J. Yaffe (eds.), Developmental aspects of health compliance behavior (pp. 59-76). Hilldale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Little, S. J., Hotle, S., Routy, J. P. 2002. Antiretroviral – drug resistance among patient recently infected with HIV. N Engl J med 8: 358-63.
- Low-Beer S, Yip B, O'Shahnessy V, et al. 2000. Adherence to triple therapy viral load response. JAIDS 34: 360.
- Maneesriwongul, W., et al. 2006. Adherence to Antiretroviral Medication Among HIV-AIDS Patients in Thailand. J Acquir Immune Defic Syndr 43 (1): S119-S122.
- Mansoor, L. E., and Dowse, R. 2006. Medication information and adherence in HIV/AIDS patients. Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics 31: 7-15.
- Marcia, K., et al. 2006. Factors Associated With Adherence to Antiretroviral Therapy. JANAC 17(2): 4-15.

- Martino, M., et al. 2000. Reduction in mortality with availability of antiretroviral therapy for children with HIV-1 infection. JAMA 284: 190-197.
- Michael, D., et al. 2003. A Conceptual Framework to Study Medication Adherence in Older Adults. The American Journal of Geriatric Pharmacotherapy 2(1): 36-43.
- O'Brien, R. W., et al. 1989. Stability in a Measure of Children's Health Locus of Control. Journal of School Health 59(4): 161-164.
- Orem, D. E. 2001. Nursing: Concepts of practice. 6th ed. St.Louis: Mosby.
- Paterson, D., et al. 2002. Measurement of adherence to antiretroviral medications. JAIDS 31:S103-106.
- Paterson, D., Potoski, B., and Capitano, B. 2000. Adherence to protease inhibitor therapy and outcome in patients with HIV infection. Ann Intern Med 133(1): 21-30.
- Pender, N. J. 1987. Health promotion in nursing practice. 2nd ed. New York: Appleton and Lange.
- Reddington, C., et al. 2000. Adherence to medication regimens among children with human immunodeficiency virus infection. Pediatric Infectious Disease Journal 19 (12): 1148-53.
- Rokeach, M.1970. Belief attitude and value : A Theory of organization and change. San Francisco: Jossey Bass.
- Rosenstock, I. M. 1974. The health belief model and preventive health behavior. In M.H., Becker (ed.), The health belief model and personal health behavior. (pp. 1-8). New Jersey: Charles B. Slack.
- Steele, R. G., and Grauer, D. 2003. Adherence to Antiretroviral Therapy for Pediatric HIV Infection: Review of the Literature and Recommendations for Research. Clinical Child and Family Psychology Review 6(1): 17-30.
- Stone, V. E. 2001. Strategies for optimizing adherence to highly active antiretroviral therapy : lessons from research and clinical practice. Clin Infect Dis 33(15): 865-872.
- Takeda, T. 1997. Self-Efficacy, Coping Behavior, and the Health Locus of Control in Junior High School Student with Renal Disease. Department of education for Children with Health Impairments 10-19.

- UNAIDS/WHO. 2005. Aids Epidemic Update, December. [Online]. Available from:
[http://: www. aidsthai.org.care](http://www.aidsthai.org.care).
- UNAIDS/WHO. 2006. Aids Epidemic Update, December. [Online]. Available from:
<http://: www. aidsthai.org.care>.
- Wantana, K. M., et al. 2006. Adherence to Antiretroviral Medication Among Hiv-Positive patients in Thailand. Acquir Immune Defic Syndrom 43 (1): S199-S122.
- Wallston, K. A., and Wallston, B. S. 1978. Development of the Multidimensional Health Locus of Control (MHLC) Scale. Health Education Monographs 6(2): 160-170.
- Wong, D, L., et al. 2001. Wong's essentials of pediatric nursing. 6th ed. St. Louis: West Publishing Company
- World Health Organization. 2003. Human immunodeficiency virus and Acquire immunodeficiency syndrome. In Adherence to long-term therapies evidence for action. 95-106
- Yana, M. 2003. Predictors of medication adherence in children with HIV: The role of caregiver health beliefs. Dissertation Abstract International 64(10): 5224B.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

รายชื่อผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือวิจัยเรื่อง ปัจจัยคัดสรรที่ทำนายความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสของเด็กวัยเรียน

ชื่อ-นามสกุล ผู้ทรงคุณวุฒิ	สถานที่ทำงาน
1. ผศ. สาระ มุขดี	อาจารย์พยาบาล ระดับ 8 หัวหน้าภาควิชาการพยาบาลกุมารเวชศาสตร์ วิทยาลัยพยาบาลเกื้อการุณย์
2. ผศ.พญ. เกษวดี ลาภพระ	แพทย์หน่วยโรคติดเชื้อในเด็ก ภาควิชากุมารเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล
3. พญ. อุไรวรรณ ตระกูลโทย	กุมารแพทย์ ระดับ 9 หัวหน้าหน่วยโรคติดเชื้อในเด็ก ภาควิชากุมารเวชศาสตร์ วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล
4. ภญ. วิมล อนันต์สกุลวัฒน์	เภสัชกรหญิงประจำคลินิกโรคติดเชื้อในเด็ก ฝ่ายเภสัชกรรม โรงพยาบาลศิริราช
5. นางพิมพ์ศิริ เลี้ยวศรีสุข	พยาบาลวิชาชีพ 7 วช. หัวหน้าคลินิกภูมิคุ้มกัน งานการพยาบาลเวชกรรมสังคมสถาบันสุขภาพเด็ก แห่งชาติมหाराชินี

ภาคผนวก ข

จดหมายเรียนเชิญผู้ทรงคุณวุฒิและจดหมายขอความร่วมมือ
ในการเก็บข้อมูลวิจัย



ที่ ศธ 0512.11/2896

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

อาคารวิทยกิตต์ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64

เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

26 พฤศจิกายน 2550

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการสถาบันบำราศนราดูร

เนื่องด้วย นางสาวมนิดา บัวสาย นิสิตชั้นปริญญาโทมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยคัดสรรที่ทำนายความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสของเด็กวัยเรียน” โดยมีศาสตราจารย์ ดร. วิณา จีระแพทย์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้ใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย จากกลุ่มตัวอย่างเด็กวัยเรียน อายุ 7-12 ปี ที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ จำนวน 50 คน ทั้งนี้ นิสิตจะประสานงาน เรื่อง วันและเวลา ในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางสาวมนิดา บัวสาย ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

.....

(รองศาสตราจารย์ ดร. อรพรรณ ลีอนุญธวัชชัย)

รองคณบดีฝ่ายวิชาการ

ปฏิบัติราชการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล

งานบริการการศึกษา

โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806

อาจารย์ที่ปรึกษา

ศาสตราจารย์ ดร. วิณา จีระแพทย์ โทร. 0-2218-9823

ชื่อนิสิต

นางสาวมนิดา บัวสาย โทร. 08-9780-4422

ภาคผนวก ค

การทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ

เนื่องจากการศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาความสามารถของตัวทำนาย 6 ตัว ได้แก่ อายุเด็ก อายุที่ทราบอาการป่วยของเด็ก ความเชื่อด้านสุขภาพของเด็ก ความเชื่ออำนาจในการควบคุมสุขภาพของเด็ก ความเชื่อด้านสุขภาพของเด็กในผู้ดูแล และความคาดหวังในการรับประทานยาของเด็กในผู้ดูแล ในการร่วมพยากรณ์ตัวแปรตาม 1 ตัว คือ ความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสของเด็กวัยเรียน โดยใช้สถิติวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบ Stepwise เพื่อพยากรณ์ความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสของเด็กวัยเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ดังนั้นก่อนทำการวิเคราะห์ จึงต้องทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ (ดุสิต สุจิราวัฒน์, 2544: 151)

การทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ

1. ตัวแปรอิสระไม่ควรมีความสัมพันธ์กันเองในระดับสูง (Multicollinearity) ผู้วิจัยทำการทดสอบ โดยวิธีการดังต่อไปนี้

ใช้วิธี Simple correlation technique เพื่อวิเคราะห์หาค่าสหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระทุกตัวจะได้ correlation matrix ถ้ามีค่า correlation มากกว่า 0.9 ขึ้นไปถือว่ามีปัญหา Multicollinearity (Hair et al. 1998 อ้างถึงใน อวยพร เรื่องตระกูล, 2549: 246) ผลการทดสอบพบว่า ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) ระหว่างตัวแปรอิสระทั้ง 6 ตัวมีค่าอยู่ระหว่าง -0.085 ถึง 0.682 ไม่มีค่าใดที่มากกว่า 0.9 ขึ้นไป จึงไม่เกิดปัญหา Multicollinearity โดยพบว่า ตัวแปรอิสระที่มีความสัมพันธ์กันเองมากที่สุดคือ ความเชื่อด้านสุขภาพของเด็กในผู้ดูแลกับความคาดหวังในการใช้ยาของเด็กในผู้ดูแล ($r = .682$ $p < .01$) รองลงมาคือ อายุเด็กกับอายุที่ทราบอาการป่วยของเด็ก ($r = .629$ $p < .01$) ดังแสดงในตารางที่ 10 (บทที่ 4)

ตรวจสอบด้วย Collinearity Statistic Tolerance คือค่าสถิติที่ใช้ในการตรวจสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระในตัวแบบกับตัวแปรที่ถูกคัดออกจากสมการด้วยค่า Tolerance พิจารณาจากค่า Tolerance ของตัวแปรอิสระแต่ละตัว หากค่า Tolerance มีค่าน้อยมาก (เข้าใกล้ 0) แสดงว่าตัวแปรอิสระนั้นมี Multicollinearity กับตัวแปรอื่น ๆ สูงมาก ไม่ควรใส่ลงไปใน model ซึ่งค่า Tolerance จะเป็นค่าในรูปของสัดส่วน มีค่าตั้งแต่ 0-1 โดยโปรแกรมกำหนดค่า tolerance ต่ำสุดคือ .001 (ศิริชัย พงษ์วิชัย, 2551) ถ้าค่า Tolerance เข้าใกล้ 1 แสดงว่า ไม่มีปัญหาเรื่อง Multicollinearity ในการศึกษาครั้งนี้ Tolerance อยู่ระหว่าง .448 - .710 แสดงว่าไม่มีปัญหา Multicollinearity ดังแสดงในตารางที่ 18

พิจารณาจากค่า VIF (Variance Inflation Factor) ซึ่งเป็นค่าที่แปรผกผันกับค่า Tolerance ถ้าค่า VIF มีค่ามาก แสดงว่าตัวแปรนั้นเกิด Multicollinearity และค่าที่ยอมรับได้ไม่เกิน 10 (Hair et al. 1998 อ้างถึงใน อวยพร เรื่องตระกูล, 2549: 246) สำหรับการศึกษาคั้งนี้พบว่าค่า VIF อยู่ระหว่าง 1.408 - 2.233 แสดงว่าไม่มีปัญหา Multicollinearity ดังแสดงในตารางที่ 18

ตารางที่ 18 ค่า Tolerance ค่า VIF ของตัวแปร อายุเด็ก อายุเมื่อทราบอาการป่วยของเด็ก การรับรู้ด้านสุขภาพของเด็ก ความเชื่ออำนาจในการควบคุมสุขภาพของเด็ก ความเชื่อด้านสุขภาพของเด็กในผู้ดูแล ความคาดหวังในการใช้ยาของเด็กในผู้ดูแล

ตัวแปร	ค่า Tolerance	ค่า VIF
อายุของเด็ก	.590	1.694
อายุเมื่อทราบอาการป่วยของเด็ก	.585	1.710
การรับรู้ด้านสุขภาพของเด็ก	.600	1.665
ความเชื่ออำนาจในการควบคุมสุขภาพของเด็ก	.710	1.408
ความเชื่อด้านสุขภาพของเด็กในผู้ดูแล	.448	2.233
ความคาดหวังในการใช้ยาของเด็กในผู้ดูแล	.525	1.906

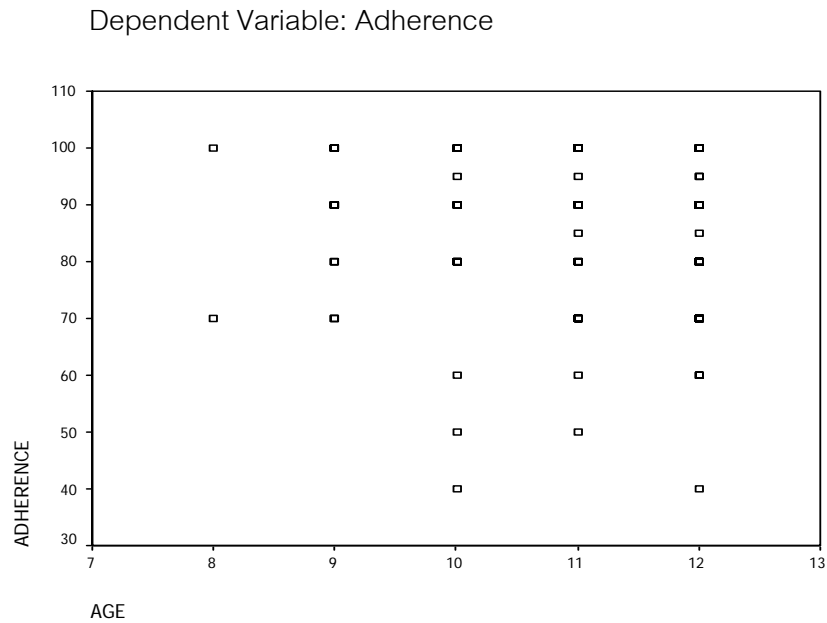
2. ตัวแปรอิสระและตัวแปรตามมีความสัมพันธ์เชิงเส้น (Liner relationship) การตรวจสอบความสัมพันธ์เชิงเส้นระหว่างตัวแปรอิสระและตัวแปรตามจากภาพการกระจาย (Scatter plot) พบว่า ตัวแปรอิสระและตัวแปรตามมีความสัมพันธ์เชิงเส้นดังนี้ ดังแผนภาพประกอบที่ 1-6

3. ข้อมูลแจกแจงแบบโค้งปกติ

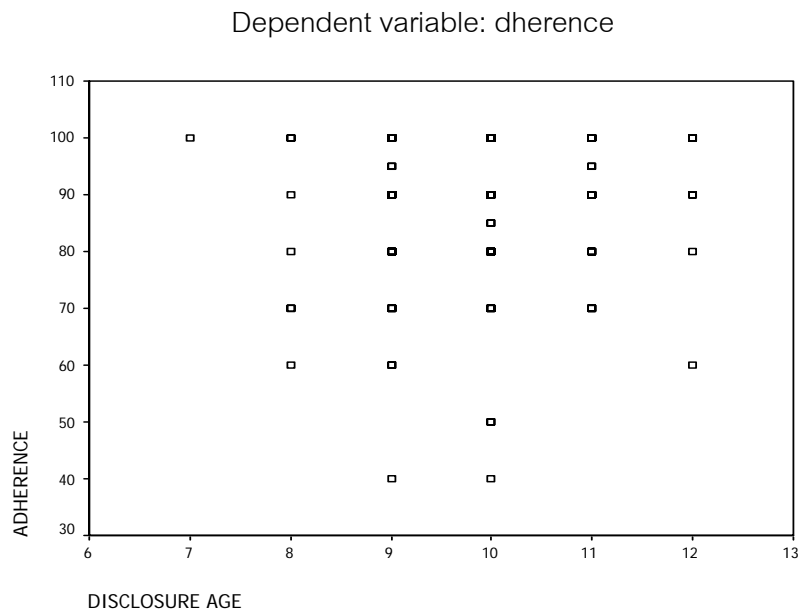
ผู้วิจัยตรวจสอบการแจกแจงข้อมูล โดยการพิจารณาจากค่าเฉลี่ย (Mean) และค่ามัธยฐาน (Median) ถ้าค่าเฉลี่ยและค่ามัธยฐานเป็นค่าเดียวกัน แสดงว่าข้อมูลมีความสมมาตรหรือมีค่าใกล้เคียงกัน แสดงว่า มีการแจกแจงข้อมูลค่อนข้างสมมาตร (กัลยา วาณิชย์บัญชา, 2544) ดังนั้นข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้จึงมีการแจกแจงแบบโค้งปกติ ดังแสดงในตารางที่ 19

ตารางที่ 19 แสดงค่าเฉลี่ยและค่ามัธยฐานของ อายุเด็ก อายุที่ทราบอาการป่วยของเด็ก ความเชื่ออำนาจในการควบคุมสุขภาพ ความเชื่อด้านสุขภาพของเด็กในผู้ดูแล ความคาดหวังในการใช้ยาของเด็กในผู้ดูแล และความสม่ำเสมอในการรับประทาน ยาต้านไวรัสของเด็กวัยเรียน

ตัวแปร	\bar{X}	Median
อายุเด็ก	11.08	11.00
อายุเมื่อทราบอาการป่วยของเด็ก	9.97	10.00
การรับรู้ด้านสุขภาพของเด็ก	2.60	0.28
ความเชื่ออำนาจในการควบคุมสุขภาพ	2.53	0.27
ความเชื่อด้านสุขภาพของเด็กในผู้ดูแล	4.30	0.48
ความคาดหวังในการใช้ยาของเด็กในผู้ดูแล	4.35	0.57
ความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ของเด็กวัยเรียน	87.4	90.00

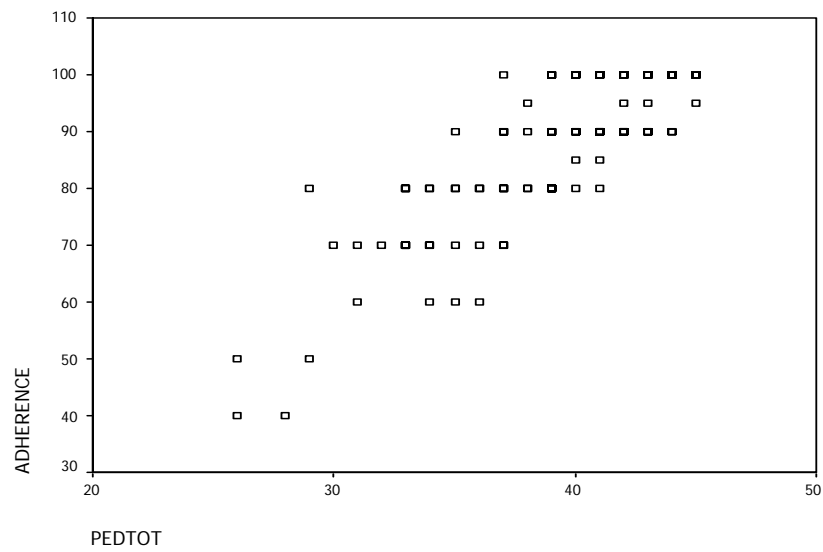


ภาพที่ 1 แสดงความสัมพันธ์เชิงเส้นระหว่างอายุเด็กกับความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ โดยใช้ Scatter plot



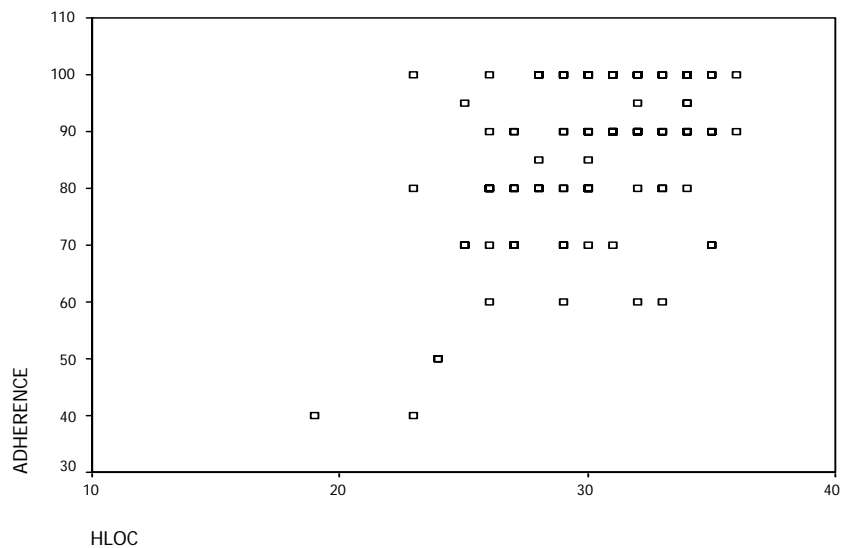
ภาพที่ 2 แสดงความสัมพันธ์เชิงเส้นระหว่างอายุที่ทราบอาการป่วยของเด็กกับความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ โดยใช้ Scatter plot

Dependent variable: Adherence

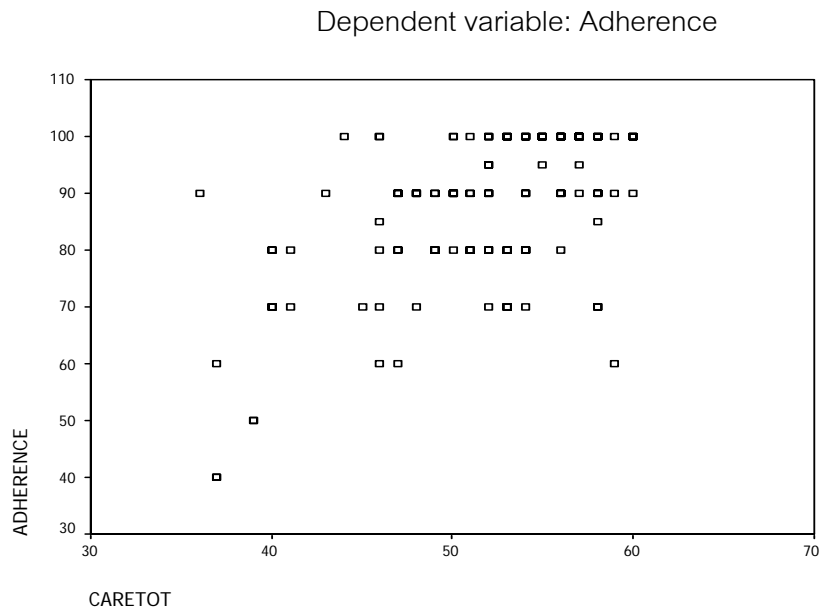


ภาพที่ 3 แสดงความสัมพันธ์เชิงเส้นระหว่างการรับรู้ด้านสุขภาพของเด็กกับความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ โดยใช้ Scatter plot

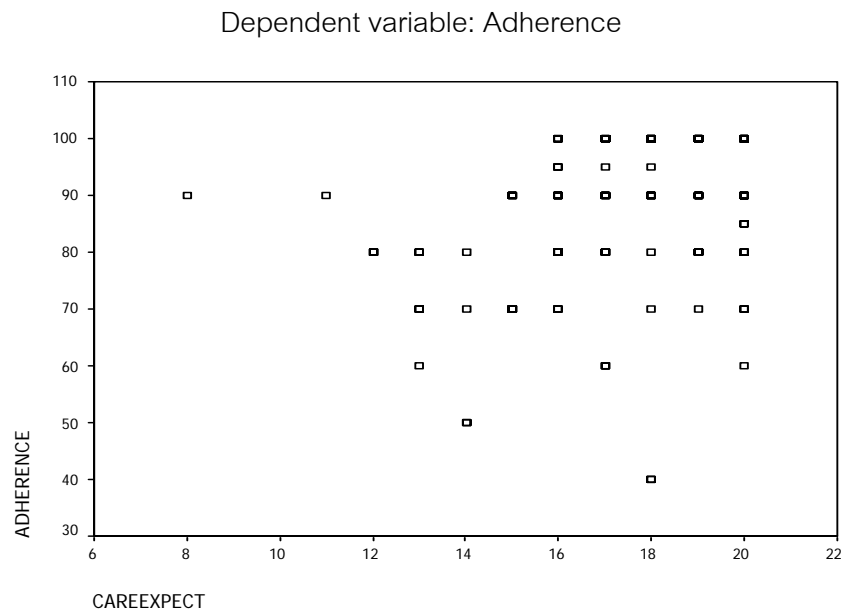
Dependent variable: Adherence



ภาพที่ 4 แสดงความสัมพันธ์เชิงเส้นระหว่างความเชื่ออำนาจในการควบคุมสุขภาพของเด็กกับความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ โดยใช้ Scatter plot



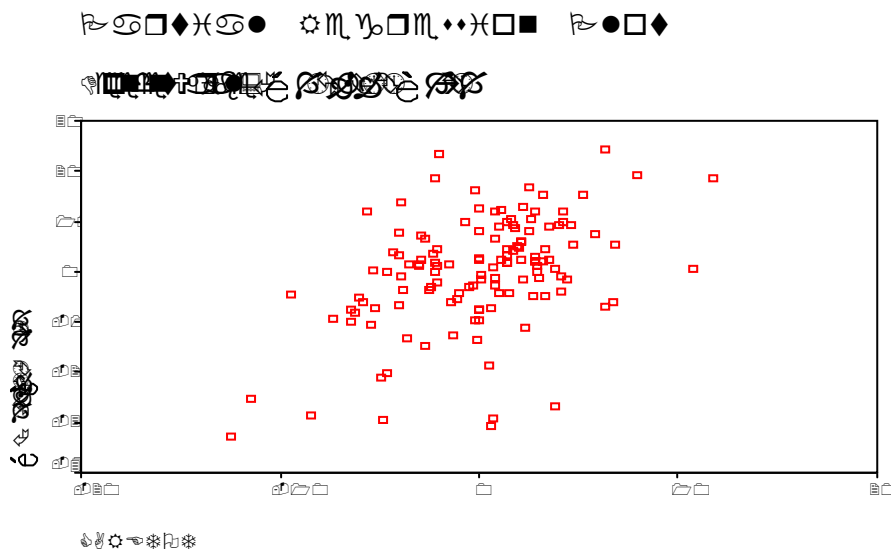
ภาพที่ 5 แสดงความสัมพันธ์เชิงเส้นระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพของเด็กในผู้ดูแลกับความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ โดยใช้ Scatter plot



ภาพที่ 6 แสดงความสัมพันธ์เชิงเส้นระหว่างความคาดหวังในการรับประทานยาของเด็กในผู้ดูแลกับความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ โดยใช้ Scatter plot

4. ค่าความแปรปรวนของความคลาดเคลื่อนในการพยากรณ์ของตัวแปรพยากรณ์ทุกตัวมีค่าคงที่ (Homoscedasticity)

การตรวจสอบโดยพิจารณาจากภาพการกระจาย (Scatter plot) พบว่าค่าความแปรปรวนของความคลาดเคลื่อนของการพยากรณ์ของตัวแปรพยากรณ์กระจายบริเวณค่าศูนย์ดังนี้



ภาพที่ 7 ลักษณะกระจายของความแปรปรวนของความคลาดเคลื่อนในการพยากรณ์ของ อายุของเด็ก อายุเมื่อทราบอาการป่วยของเด็ก ความเชื่อด้านสุขภาพของเด็ก ความเชื่ออำนาจในการควบคุมสุขภาพของเด็ก ความเชื่อด้านสุขภาพของเด็กในผู้ดูแล และความคาดหวังในการรับประทานยาของเด็กในผู้ดูแล

5. ค่าความคลาดเคลื่อนของตัวแปรพยากรณ์และตัวแปรเกณฑ์ต้องเป็นอิสระจากกัน

การตรวจสอบค่าความคลาดเคลื่อนของตัวแปรพยากรณ์และตัวแปรเกณฑ์เป็นอิสระจากกัน (Autocorrelation) ทำได้โดยการทดสอบ Durbin-Watson

ถ้าค่า Durbin-Watson เข้าใกล้ 0 หมายความว่า ค่าความคลาดเคลื่อนของตัวแปรพยากรณ์และตัวแปรเกณฑ์มีความสัมพันธ์กันในระดับสูงและมีความสัมพันธ์ทางบวก (Positive autocorrelation)

ถ้าค่า Durbin-Watson เข้าใกล้ 2 หมายถึง ค่าความคลาดเคลื่อนของตัวแปรพยากรณ์และตัวแปรเกณฑ์เป็นอิสระต่อกัน หรือไม่มีความสัมพันธ์กัน

ถ้าค่า Durbin-Watson เข้าใกล้ 4 หมายถึง ค่าความคลาดเคลื่อนของตัวแปรพยากรณ์และตัวแปรเกณฑ์มีความสัมพันธ์กันในระดับสูงและมีความสัมพันธ์ทางลบ (Negative autocorrelation)

สำหรับการวิจัยครั้งนี้ พบว่ามีค่า Durbin-Watson = 1.551 จึงไม่มีปัญหา Autocorrelation

ภาคผนวก ง
การวิเคราะห์สถิติเพิ่มเติม

ตารางที่ 20 จำนวน ร้อยละระดับความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสของ
เด็กวัยเรียน จำแนกตามลักษณะความสม่ำเสมอ (n=130)

ลักษณะข้อมูลความสม่ำเสมอ	จำนวน(คน)	ร้อยละ	ระดับ
ความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัส			
95 – 100	50	38.5	ดี
80 -94.9	58	44.6	ปานกลาง
น้อยกว่า 80	22	16.9	ต่ำ
ด้านความตรงเวลา			
95 – 100	51	39.2	ดี
80 -94.9	59	45.3	ปานกลาง
น้อยกว่า 80	20	15.4	ต่ำ
ด้านถูกต้องตามชนิด			
95 – 100	116	89.2	ดี
80 -94.9	10	8.5	ปานกลาง
น้อยกว่า 80	3	2.3	ต่ำ
ด้านถูกต้องตามจำนวน			
95 – 100	117	90	ดี
80 -94.9	12	9.2	ปานกลาง
น้อยกว่า 80	1	0.8	ต่ำ

จากตารางที่ 20 พบว่า ความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสของกลุ่มตัวอย่างเด็กวัยเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 44.6 รองลงมาคือระดับดี คิดเป็นร้อยละ 38.5 และระดับต่ำ คิดเป็น 16.9 และเมื่อพิจารณาตามลักษณะความสม่ำเสมอในการรับประทานยา พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับประทานยาถูกต้องตามจำนวน และถูกต้องตามชนิดอยู่ในระดับดี คิดเป็นร้อยละ 90 และ 89.2 ตามลำดับ ส่วนความสม่ำเสมอเรื่องตรงต่อเวลา กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 45.3

ตารางที่ 21 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และความเชื่อด้านสุขภาพของเด็กแยกตาม
รายด้าน และรายข้อ (n=130)

ความเชื่อด้านสุขภาพของเด็ก	\bar{X}	SD	ระดับ
การรับรู้ภาวะเจ็บป่วยของตนเอง			
1. หนูมีโอกาสติดเชื้อได้ง่ายจากการที่ร่างกายมีภูมิคุ้มกันต่ำ	2.55	.63	มาก
2. การเจ็บป่วยของหนู ทำให้หนูต้องกินยาอย่างต่อเนื่อง สม่ำเสมอ ทุกวัน	2.87	.35	มาก
3. เนื่องจากการเจ็บป่วยของหนู หนูควรรับประทาน อาหารที่มี ประโยชน์ สะอาด และปรุงสุกใหม่ๆ เพื่อให้มีสุขภาพแข็งแรง	2.82	.40	มาก
4. เมื่อเจ็บป่วยเล็กน้อย เช่น เป็นหวัด หนูต้องใช้เวลานานกว่า จะหาย	2.18	.65	ปานกลาง
5. การเจ็บป่วยของหนู ทำให้หนูต้องรักษาความสะอาดของร่างกาย เป็นพิเศษเช่น ความสะอาดของผิวหนัง ช่องปาก เพื่อ ป้องกันการติดเชื้อ และมีสุขภาพแข็งแรง	2.73	.47	มาก
รวม	2.63	0.33	มาก
การรับรู้ภาวะคุกคามจากการเจ็บป่วยของตนเอง			
1. หนูมีโอกาสเกิดการติดเชื้อบางชนิดแทรกได้ ถ้ารับประทานยา ไม่ครบ และไม่ตรงเวลา	2.66	.57	มาก
2. การรับประทานยาไม่ครบ และไม่ตรงเวลาตามที่คุณหมอสั่ง ทำให้อาการของหนูแย่ลง	2.87	.37	มาก
3. การเจ็บป่วยเพียงเล็กน้อยอาจทำให้หนูเกิดโรคติดเชื้อ บางชนิดที่รุนแรงได้ เช่น ท้องเสียรุนแรง ปอดอักเสบ	2.46	.62	มาก
4. หนูมีโอกาสติดเชื้อได้ง่าย หากหนูอยู่ใกล้คนที่ไม่สบาย	2.56	.70	มาก
5. การรับประทานยาไม่ครบ และไม่ตรงเวลา ทำให้เกิดปัญหาการ ดื้อยาได้ง่ายอาจต้องเปลี่ยนสูตรยาอื่นที่กินยากขึ้น หรือมี ผลข้างเคียง (เช่น ผื่นอาเจียน ท้องเสีย) ได้มากขึ้น	2.65	.52	มาก
รวม	2.65	0.34	มาก

ตารางที่ 21 (ต่อ)

การความเชื่อด้านสุขภาพของเด็ก	\bar{X}	SD	ระดับ
การรับรู้ประโยชน์การรับประทานยาต้านไวรัสอย่างสม่ำเสมอ			
1. การกินยาต้านไวรัสครบ และตรงเวลา ช่วยให้หนูไม่ต้องป่วยบ่อย	2.59	.64	มาก
2. การกินยาครบ และตรงเวลา ช่วยให้หนูมีภูมิคุ้มกันโรคดีขึ้น	2.72	.55	มาก
3. การกินยาต้านไวรัสครบ และตรงเวลา ทำให้เกิดการดื้อยาได้ยาก	2.36	.75	มาก
4. จำนวนเชื้อไวรัสในร่างกายของหนูจะมีจำนวนลดลง ถ้ากินยาครบและตรงเวลา	2.59	.60	มาก
5. การกินยาครบและตรงเวลา ทำให้หนูมีสุขภาพแข็งแรงขึ้น	2.36	.76	มาก
รวม	2.53	0.42	มาก
รวมความเชื่อด้านสุขภาพของเด็ก	2.60	0.28	

จากตารางที่ 21 พบว่าความเชื่อด้านสุขภาพของเด็กวัยเรียนติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ จำนวน 130 คน มีการรับรู้ภาวะเจ็บป่วยของตนเอง การรับรู้ภาวะคุกคามจากการเจ็บป่วยของตน และรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานยาต้านไวรัสอย่างสม่ำเสมออยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ด้านการรับรู้ภาวะเจ็บป่วยของตนเอง ข้อความที่ว่า การรับประทานยาไม่ครบ และไม่ตรงเวลาตามที่คุณหมอสั่งทำให้อาการของหนูแย่ลง มีค่า $\bar{X} = 2.87$ ด้านการรับรู้ภาวะคุกคามจากการเจ็บป่วยของตนเอง ข้อความที่ว่า การรับประทานยาไม่ครบ และไม่ตรงเวลาตามที่คุณหมอสั่งทำให้อาการของหนูแย่ลง มีค่า $\bar{X} = 2.87$ และการรับรู้ประโยชน์การรับประทานยาต้านไวรัสอย่างสม่ำเสมอ ข้อความที่ว่า การกินยาครบ และตรงเวลา ช่วยให้หนูมีภูมิคุ้มกันโรคดีขึ้น มีค่า $\bar{X} = 2.72$

ตารางที่ 22 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และความเชื่ออำนาจในการควบคุมสุขภาพของเด็ก แยกตามรายด้าน และรายข้อ (n=130)

ความเชื่ออำนาจในการควบคุมสุขภาพของเด็ก	\bar{X}	SD	ระดับ
ด้านความเชื่ออำนาจภายในตน	2.73	0.30	มาก
เมื่อหนูไม่สบาย หนูเชื่อว่าการหายช้าหรือเร็วขึ้นอยู่กับปฏิบัติตัวของหนูเอง	2.82	0.44	มาก
หนูสามารถมีสุขภาพดีได้ หากหนูดูแลเอาใจใส่ตนเองเป็นอย่างดี	2.96	0.19	มาก
หนูเชื่อว่าหนูคือคนสำคัญที่จะทำให้ตนเองมีสุขภาพดีหรือเกิดเจ็บป่วย	2.60	0.53	มาก
เมื่อหนูไม่สบาย หนูคิดว่าเป็นเพราะหนูดูแลเอาใจใส่ตนเองไม่ดีพอ	2.53	0.67	มาก
ความเชื่ออำนาจผู้อื่นด้านสุขภาพ	2.78	0.28	มาก
เมื่อไม่สบาย หนูคิดว่าต้องไปหาคุณหมอ จึงจะหายได้	2.76	0.46	มาก
วิธีหลีกเลี่ยงการเจ็บป่วยที่ดีที่สุดคือการปฏิบัติตามคำสั่งคุณหมออย่างเคร่งครัด	2.87	0.32	มาก
ครอบครัวของหนูมีส่วนอย่างมากที่จะช่วยเหลือให้หนูมีสุขภาพที่ดีหรือเกิดการเจ็บป่วย	2.59	0.64	มาก
เมื่อหนูไม่สบาย เช่น เป็นหวัด ท้องเสีย คุณหมอ และคุณพยาบาลเป็น คนสำคัญที่จะช่วยให้หนูมีอาการดีขึ้น	2.88	.34	มาก
ความเชื่ออำนาจความบังเอิญด้านสุขภาพ	2.10	0.47	ปานกลาง
ไม่ว่าจะทำอย่างไรหนูก็ไม่สามารถป้องกันการเจ็บป่วยได้	2.25	0.77	ปานกลาง
ความโชคดี เป็นสิ่งสำคัญที่จะทำให้หนูหายป่วย	1.85	0.82	ปานกลาง
การเจ็บป่วยของหนูเป็นเพราะชะตาชีวิตกำหนด	2.15	0.79	ปานกลาง
สิ่งต่าง ๆ ที่มีผลต่อสุขภาพของหนูล้วนแต่เกิดจากสิ่งที่ไม่ดี	2.15	0.73	ปานกลาง
รวม	2.53	0.27	มาก

จากตารางที่ 22 พบว่ากลุ่มตัวอย่างเด็กวัยเรียนติดเชื่อเชซไอวี/เอดส์จำนวน 130 คน มีความเชื่อว่าตนเองสามารถควบคุมสุขภาพได้ด้วยตนเอง และเชื่อว่าบุคคลอื่นมีอำนาจในการดูแลควบคุมสุขภาพของตนเองอยู่ในระดับมาก และมีความเชื่ออำนาจความบังเอิญในระดับปานกลาง

ตารางที่ 23 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และความเชื่อด้านสุขภาพของเด็กในผู้ดูแล
แยกตามรายด้าน และรายชื่อ (n=130)

ความเชื่อด้านสุขภาพของเด็กในผู้ดูแล	\bar{X}	SD	ระดับ
การรับรู้ภาวะคุกคามของโรคที่เด็กป่วย			
1. การติดเชื้อไวรัสทำให้เด็กของท่านมีภูมิต้านทานโรคต่ำ	4.40	0.80	มาก
2. เด็กของท่านมีโอกาสเจ็บป่วยง่ายกว่าเด็กทั่วไป	4.11	0.92	มาก
3. การเจ็บป่วยเพียงเล็กน้อยอาจทำให้เด็กของท่านเกิดโรคติดเชื้อ ฉวยโอกาสที่รุนแรงได้	4.14	0.83	มาก
4. แม้ปัจจุบันเด็กของท่านจะไม่มีอาการป่วย หรืออาการป่วยทุเลา ลง แต่มีโอกาสเกิดอาการป่วยขึ้นได้อีกเมื่อภูมิต้านทานโรคต่ำ	4.50	0.61	มากที่สุด
5. การรักษาที่ไม่ต่อเนื่อง ทำให้เด็กของท่านมีอาการทรุดลงอย่างรวดเร็ว	4.62	0.68	มากที่สุด
โดยรวม	4.35	0.56	มาก
การรับรู้ประโยชน์ของยาต้านไวรัสที่เด็กได้รับ			
1. การกินยาต้านไวรัสทำให้เด็กของท่านมีภูมิต้านทานดีขึ้น	4.50	0.62	มากที่สุด
2. การกินยาต้านไวรัสเป็นวิธีการรักษาที่ดีที่สุดในปัจจุบัน	4.40	0.73	มาก
3. กินยาต้านไวรัสต่อเนื่องสม่ำเสมอเป็นเวลานานทำให้เกิดการ ดื้อยาได้ง่าย	3.50	1.20	มาก
4. การกินยาต้านไวรัสช่วยเพิ่มปริมาณเม็ดเลือดขาวที่เป็นตัวสร้าง ภูมิคุ้มกันโรค	4.13	0.80	มาก
5. ยาต้านไวรัสมีประโยชน์ต่อเด็กของท่านมากกว่าอันตรายที่จะ ได้รับ	4.33	0.73	มาก
6. การกินยาต้านไวรัสอย่างสม่ำเสมอช่วยลดการเกิดโรคติดเชื้อฉวย โอกาส	4.43	0.64	มาก
7. การกินยาต้านไวรัส ทำให้เด็กของท่านอายุยืนมากขึ้น	4.51	0.67	มากที่สุด
โดยรวม	4.26	0.50	มาก
โดยรวม ความเชื่อด้านสุขภาพของเด็กในผู้ดูแล	4.30	0.48	มาก

จากตารางที่ 23 พบว่ากลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลเด็กติดเชื้อเอชไอวี จำนวน 130 คน มีความเชื่อ ด้านสุขภาพของเด็ก ด้านการรับรู้ภาวะคุกคาม และรับรู้ประโยชน์ของยาต้านไวรัสที่เด็กได้รับในระดับมาก

ตารางที่ 24 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และความคาดหวังในการใช้ยาของเด็กในผู้ดูแล แยกตามเป็นรายข้อ (n=130)

ความคาดหวังในการใช้ยาของเด็กในผู้ดูแล	\bar{X}	SD	ระดับ
1. แม้ว่าจำนวนเม็ดยา รสชาติ และขนาดของยาต้านไวรัสจะทำให้เด็กของท่านไม่ชอบกินยา ท่านก็ไม่ย่อท้อที่จะให้เด็กกินยาอย่างสม่ำเสมอ	4.32	.64	มาก
2. แม้ว่าการกินยาต้านไวรัส อาจทำให้ผู้อื่นสงสัยเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของเด็ก แต่ท่านก็สามารถดูแลให้เด็กได้รับยาอย่างสม่ำเสมอ	4.31	.72	มาก
3. การต้องหยุดงานหรือเสียโอกาสในการหารายได้ไม่เป็นอุปสรรคต่อท่านในการพาเด็กมารับการรักษา	4.15	.95	มาก
4. แม้ว่าการดูแลให้เด็กกินยาต้านไวรัสครบตามชนิด จำนวน ตรงตามเวลา ทำให้ท่านรู้สึกยุ่งยาก แต่ท่านตระหนักดีว่าเด็กของท่านจำเป็นต้องได้รับยาตามคำแนะนำของแพทย์อย่างเคร่งครัด	4.62	.68	มากที่สุด
รวม	4.35	0.57	

จากตาราง 24 พบว่าผู้ดูแลเด็กติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ มีความคาดหวังในการรับประทานยาต้านไวรัสของเด็กของเด็กอยู่ในระดับมาก

ภาคผนวก จ

เอกสารพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

หนังสือแสดงเจตนายินยอมด้วยความสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย

(Informed Consent Form)

วันที่.....เดือน.....

พ.ศ.....

ข้าพเจ้า.....อายุ.....ปี อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....
ถนน.....แขวง/ตำบล.....เขต/อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....
โทรศัพท์.....

ขอแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย เรื่อง ปัจจัยคัดสรรที่ทำนายความสม่ำเสมอในการรับประทานยาของเด็กวัยเรียน โดยข้าพเจ้าได้รับทราบรายละเอียดเกี่ยวกับที่มาและจุดมุ่งหมายในการทำวิจัย รายละเอียดขั้นตอนต่าง ๆ ที่ต้องปฏิบัติ ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับของการวิจัยและความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากการเข้าร่วมการวิจัย รวมทั้งแนวทางป้องกันและแก้ไขหากเกิดอันตรายขึ้น ค่าตอบแทนที่จะได้รับ ค่าใช้จ่ายที่ข้าพเจ้าจะต้องรับผิดชอบจ่ายเอง โดยได้อ่านข้อความที่มีรายละเอียดอยู่ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมวิจัยโดยตลอด อีกทั้งได้รับคำอธิบายและตอบข้อสงสัยจากหัวหน้าโครงการวิจัยเป็นที่เรียบร้อยแล้ว

ข้าพเจ้าจึงสมัครใจเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ด้วยความสมัครใจ หากข้าพเจ้ามีข้อข้องใจเกี่ยวกับขั้นตอนของการวิจัย หรือหากเกิดผลข้างเคียงที่ไม่พึงประสงค์จากการวิจัยขึ้นกับข้าพเจ้า ข้าพเจ้าจะสามารถติดต่อกับ นางสาวนิตา บัวสาย ที่อยู่ 543 อาคารสมเด็จพระเจ้าตากสิน ชั้น 13 ถ. สมเด็จพระเจ้าพระยา แขวงคลองสาน เขตคลองสาน กรุงเทพฯ โทรศัพท์ 089- 7804422 โดยสามารถติดต่อได้ 24 ชั่วโมง

ข้าพเจ้าได้ทราบดีถึงสิทธิที่ข้าพเจ้าจะได้รับข้อมูลเพิ่มเติมทั้งทางด้านประโยชน์และโทษจากการเข้าร่วมการวิจัย และสามารถถอนตัวหรืองดเข้าร่วมการวิจัยได้ทุกเมื่อ โดยจะไม่มีผลกระทบต่อการบริการและการรักษาพยาบาลที่ข้าพเจ้าจะได้รับต่อไปในอนาคต และยินยอมให้ผู้วิจัยใช้ข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าที่ได้รับจากการวิจัย แต่จะไม่เผยแพร่ต่อสาธารณะเป็นรายบุคคล โดยจะนำเสนอเป็นข้อมูลโดยรวมจากการวิจัยนั้น

ข้าพเจ้าได้เข้าใจข้อความในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย และหนังสือแสดงเจตนายินยอมนี้ โดยตลอด จึงลงลายมือชื่อไว้

ลงชื่อ.....ผู้เข้าร่วมการวิจัย/ผู้แทนโดยชอบธรรม/ วันที่.....
(.....)

ลงชื่อ.....หัวหน้าโครงการวิจัย / วันที่.....
(.....)

ในกรณีผู้เข้าร่วมการวิจัยอ่านหนังสือไม่ออกผู้ที่อ่านข้อความทั้งหมดแทนผู้เข้าร่วมวิจัยคือ นางสาวนิตา บัวสาย จึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นพยาน

ลงชื่อ.....หัวหน้าโครงการวิจัย / วันที่.....
(.....)

ตอบแบบสอบถามจะไม่มีจำกัดเวลาในการตอบ ในรายที่เด็กอ่านหนังสือไม่ออก ผู้วิจัยช่วยอ่านให้ และให้เด็กตอบคำถามในแบบสอบถามด้วยตัวเองจนครบทุกข้อ

โครงการวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา เพื่อศึกษาถึงความสัมพันธ์และการพยากรณ์ปัจจัยต่าง ๆ กับความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสของเด็กวัยเรียน

ท่านและเด็กของท่านจะใช้ระยะเวลาในการเข้าร่วมโครงการวิจัยเป็นจำนวน 1 ครั้ง ที่บริเวณ คลินิกวันพฤหัสบดี แผนกผู้ป่วยนอก

7. ประโยชน์ที่คาดว่าจะเกิดขึ้นในการทำวิจัย

นำความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัส ตลอดจนปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสของเด็กวัยเรียน ไปใช้ในการเรียนการสอนสำหรับ นักศึกษาพยาบาลที่จะให้การดูแลเด็กวัยเรียนที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส และนำผลการวิจัยไปใช้เป็น แนวทางพัฒนากิจกรรมทางการพยาบาล เพื่อสร้างเสริมประสิทธิภาพการดูแล เพื่อประโยชน์ในการดูแล รักษาพยาบาลเด็กที่ได้รับยาต้านไวรัสต่อไป

8. ท่านจำเป็นต้องเข้าร่วมโครงการนี้หรือไม่

ท่านมีสิทธิที่จะปฏิเสธไม่让孩子ในปกครองของท่านเข้าร่วมการวิจัยนี้ หรือสามารถถอนตัวจากโครงการวิจัยได้ทุกขณะตลอดกระบวนการวิจัยโดยไม่ต้องแจ้งเหตุผลให้ทราบ การปฏิเสธที่จะเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้จะไม่มีการลงโทษหรือการบริการหรือการรักษาพยาบาลที่เด็กในปกครองของท่านจะได้รับแต่ประการใด

9. ทางเลือกการรักษาวิธีอื่น

ท่านที่ไม่ได้เข้าร่วมโครงการวิจัย ท่านและเด็กในปกครองของท่านจะได้รับการดูแลตามมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยและอยู่ในความควบคุมดูแลของแพทย์และพยาบาลตามเดิม

10. ค่าตอบแทน

การวิจัยครั้งนี้ไม่มีการจ่ายค่าตอบแทนให้แก่ท่านและเด็กในปกครองของท่านที่เข้าร่วมในการวิจัยแต่อย่างใด

11. การรักษาความลับของท่าน

ข้อมูลส่วนตัวของท่านและเด็กในปกครองของท่านจะถูกแยกออกจากข้อมูลที่ได้รับจากการสัมภาษณ์ เพื่อป้องกันการระบุถึงบุคคลผู้ให้สัมภาษณ์และเก็บไว้กับผู้วิจัยเพียงผู้เดียว ผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวม และนำมาใช้ตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยเท่านั้น ส่วนชื่อและที่อยู่ของท่านและเด็กในปกครองของท่านจะได้รับการปกปิดอยู่เสมอ

12. ผู้วิจัย/ผู้รับผิดชอบโครงการที่ท่านสามารถติดต่อได้

หากท่านมีข้อสงสัยประการใดที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยนี้ ท่านสามารถติดต่อผู้วิจัย คือ นางสาวมณีดา บัวสาย เบอร์โทรศัพท์ที่ทำงาน 02-4370123 ต่อ 2304, 2305 โทรศัพท์มือถือ 089- 7804422 ทั้งในและนอกเวลาราชการ



หนังสืออนุมัติให้ดำเนินโครงการวิจัย

หนังสือฉบับนี้ออกเพื่อรับรองว่า สถาบันบำราศนราดูร ยินยอมให้ นางสาวมณิดา บัวสาย สังกัดโรงพยาบาลตากสิน สำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร ดำเนินโครงการวิจัย โดยครอบคลุม ถึงการใช้สถานที่ เวชระเบียนและอื่น ๆ ซึ่งทั้งหมดต้องอยู่ภายใต้ระเบียบของสถาบันฯ โดยมี รายละเอียดดังนี้

ชื่อโครงการวิจัยหลัก(ภาษาไทย):	ปัจจัยคัดสรรที่ทำนายความสม่ำเสมอในการ รับประทานยาต้านไวรัสของเด็กวัยเรียน
ชื่อโครงการวิจัยหลัก(ภาษาอังกฤษ):	Selected factors Predicting antiretroviral drug adherence in school age children
สถานที่ดำเนินโครงการวิจัย	สถาบันบำราศนราดูร ที่อยู่ 126 หมู่ 4 ต.ตลาดขวัญ อ.เมือง จ.นนทบุรี 11000
	ให้ไว้ ณ วันที่ 16 ม.ค. 2551

.....
(นายแพทย์ปรีชา ตันธนาธิป)

ผู้อำนวยการสถาบันบำราศนราดูร



Ethics Committee

For

Researches Involving Human Subjects, the Bangkok Metropolitan Administration

Titel of Project : Selected Factors Predicting Antiretroviral Drug
Adherence in School Age Children

Registered Number : 0039.51

Principal Investigator : Miss Manida Buasai

Name of Institution : Taksin Hospital

The aforementioned project has been reviewed and approved by Ethics
Committee for Research Involving Human Subjects, based on the Declaration of
Helsinki.

.....

(Mr. Sithisat Chiamwongpaet)

Deputy Permanent Secretary for BMA

DATE OF APPROVAL 31 MAR 2008

ภาคผนวก จ

ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบสอบถามสำหรับการวิจัย

แบบสอบถามปัจจัยคัดสรรที่ทำนายความสม่ำเสมอในการรับประทานยาของเด็กวัยเรียน

คำชี้แจง : โปรดทำเครื่องหมาย \surd ลงใน () หน้าข้อความหรือตัวเลขที่ตรงกับความเป็นจริงของ
 หนูมากที่สุดลงในช่องว่าง

ข้อมูลส่วนบุคคล

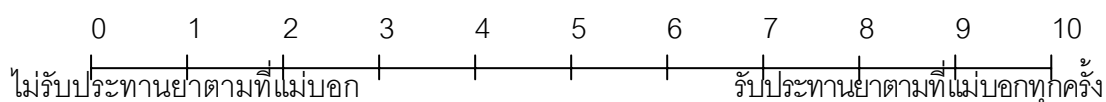
1. อายุ.....ปี
2. เพศ หญิง () ชาย ()
3. ผู้ดูแลการรับประทานยาของหนู คือ (สามารถตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
 รับประทานยาด้วยตนเอง () พ่อแม่ () ญาติ () ครู () ผู้อื่น ()
4. การรับประทานอาการป่วย
 ทราบ (.....) เมื่ออายุ.....
 ไม่ทราบ (.....)

ชุดที่ 1 แบบสอบถามความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัส ของเด็กวัยเรียน

คำชี้แจง แบบสอบถามชุดนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินความสม่ำเสมอในการรับประทานยาเมื่อหนูอ่านข้อความต่อไปนี้แล้วให้ตอบคำถามตามความเป็นจริงที่หนูปฏิบัติเป็นประจำในการรับประทานยาต้านไวรัส โดยทำเครื่องหมาย X ลงบนเส้นที่กำหนดไว้ให้ตรงกับความเป็นจริงที่หนูปฏิบัติมากที่สุด โดยใช้เกณฑ์ในการเลือกตอบดังนี้

- หมายเลข 0 หมายถึง หนูไม่ได้ปฏิบัติตามข้อความนั้นเลย
- หมายเลข 5 หมายถึง หนูปฏิบัติตามข้อความนั้นเพียงครั้งหนึ่ง
- หมายเลข 10 หมายถึง หนูปฏิบัติตามข้อความนั้นทุกครั้ง

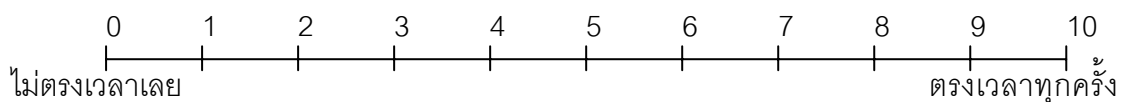
ตัวอย่างคำถาม หนูรับประทานยาทุกครั้งที่แม่บอก



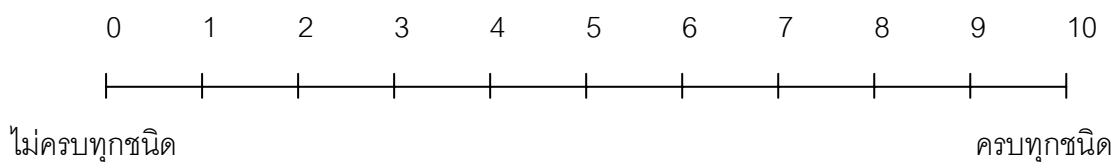
จากตัวอย่าง หมายถึง หนูรับประทานยา 8 ครั้งในจำนวน 10 ครั้งที่แม่บอกให้รับประทานยา

แบบสอบถามความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัส ของเด็กวัยเรียน

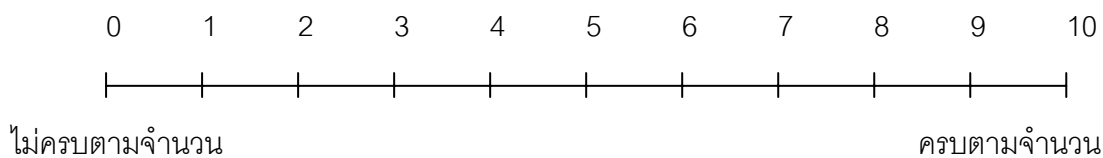
คำถามข้อที่ 1 หนูรับประทานยา ตรงตามเวลา ที่คุณหมอสั่ง (ก่อนหรือหลังเวลาที่กำหนดไม่เกิน 30 นาที)



คำถามข้อที่ 2 หนูรับประทานยา ครบทุกชนิด ตามที่คุณหมอสั่ง



คำถามข้อที่ 2 หนูรับประทานยา ครบจำนวน ตามที่คุณหมอสั่ง



ชุดที่ 2 แบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพเด็ก

คำชี้แจง แบบสอบถามชุดนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมิน การรับรู้ภาวะการเจ็บป่วย การรับรู้ภาวะคุกคามของโรค และการรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานยาต้านไวรัสอย่างสม่ำเสมอ เมื่อหนูลูกอ่านข้อความต่อไปนี้แล้ว ให้เลือกเพียงคำตอบเดียว โดยทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับความคิดเห็นของหนูมากที่สุด โดยใช้เกณฑ์ในการเลือกตอบดังนี้

เห็นด้วย	หมายถึง	หนูเห็นด้วยกับข้อความนั้น
ไม่แน่ใจ	หมายถึง	หนูไม่แน่ใจกับข้อความนั้น
ไม่เห็นด้วย	หมายถึง	หนูไม่เห็นด้วยกับข้อความนั้น

ข้อความ	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย	สำหรับผู้วิจัย
ส่วนที่ 1 การรับรู้ภาวะการเจ็บป่วยของตนเอง				
1. หนูมีโอกาสติดเชื่อได้ง่ายจากการที่ร่างกายมีภูมิคุ้มกันต่ำ				
2. การเจ็บป่วยของหนู ทำให้หนูต้องกินยาอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ ทุกวัน				
5.				
ส่วนที่ 2 การรับรู้ภาวะคุกคามจากการเจ็บป่วยของตนเอง				
1. หนูมีโอกาสเกิดการติดเชื้อบางชนิดแทรกได้ ถ้ารับประทานยาไม่ครบ และไม่ตรงเวลา				
2. การรับประทานยาไม่ครบ และไม่ตรงเวลาตามที่คุณหมอสั่งทำให้อาการของหนูแย่ลง				
5.				
ส่วนที่ 3 การรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานยาต้านไวรัสอย่างสม่ำเสมอ				
1. การกินยาต้านไวรัสครบ และตรงเวลา ช่วยให้หนูไม่ต้องป่วยบ่อย				
2. การกินยาครบ และตรงเวลา ช่วยให้หนูมีภูมิคุ้มกันโรคดีขึ้น				
5.				

**ชุดที่ 4 แบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพและความคาดหวังในการใช้ยาของเด็ก
ในผู้ดูแล ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้**

ส่วนที่ 1 การรับรู้ภาวะคุกคามของโรคที่เด็กป่วย

ส่วนที่ 2 การรับรู้ประโยชน์ของยาต้านไวรัสที่เด็กได้รับ

ส่วนที่ 3 ความคาดหวังเกี่ยวกับการใช้ยาของเด็กในผู้ดูแล

คำชี้แจง เมื่อท่านอ่านข้อความต่อไปนี้แล้วกรุณาตอบคำถามตามความเป็นจริงที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด โดยให้เลือกเพียงคำตอบเดียว และทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด โดยใช้เกณฑ์ในการเลือกตอบดังนี้

- เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความคิดเห็นของท่านอย่างยิ่ง
- เห็นด้วย หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความคิดเห็นของท่านพอสมควร
- ไม่แน่ใจ หมายถึง ท่านรู้สึกเฉย ๆ
- ไม่เห็นด้วย หมายถึง ข้อความนั้นไม่ตรงกับความคิดเห็นของท่าน
- ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง ข้อความนั้นไม่ตรงกับความคิดเห็นของท่านอย่างยิ่ง

ข้อความ	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็น ด้วย	ไม่ แน่ใจ	ไม่ เห็น ด้วย	ไม่ เห็นด้วย อย่างยิ่ง	สำหรับ ผู้วิจัย
ส่วนที่ 1 การรับรู้ภาวะคุกคามของโรคที่เด็กป่วย						
1. การติดเชื้อไวรัสทำให้เด็กของท่านมีภูมิ ต้านทานโรคต่ำ						
2. เด็กของท่านมีโอกาสเจ็บป่วยง่ายกว่าเด็ก ทั่วไป						
5.						
ส่วนที่ 2 การรับรู้ประโยชน์ของยาต้านไวรัสที่เด็กได้รับ						
1. การกินยาต้านไวรัสทำให้เด็กของท่านมีภูมิ ต้านทานดีขึ้น						
2. การกินยาต้านไวรัสเป็นวิธีการรักษาที่ดีที่สุด ในปัจจุบัน						
7.						
ส่วนที่ 3 ความคาดหวังเกี่ยวกับการใช้ยาต้าน ไวรัสของเด็กในผู้ดูแล						
1. แม้ว่าการกินยาต้านไวรัส อาจทำให้ผู้อื่นสงสัย เกี่ยวกับการเจ็บป่วยของเด็ก แต่ท่านก็ สามารถดูแลให้เด็กได้รับยาอย่างสม่ำเสมอ						
4.						

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางสาวมนิดา บัวสาย เกิดเมื่อวันที่ 5 มิถุนายน พ.ศ. 2519 ที่จังหวัดนครพนม สำเร็จการศึกษาจากวิทยาลัยพยาบาลเกื้อการุณย์ สำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตเมื่อ พ.ศ.2542 ปัจจุบันรับราชการตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ 5 ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลตากสิน สำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร