

ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาของเด็กวัยเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์
โรงพยาบาลศูนย์ ภาควิชา



นางอรอนงค์ สาระท่า

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาการพยาบาลเด็ก

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2551

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

SELECTED FACTORS ASSOCIATED WITH ADHERENCE TO REGIMEN AMONG SCHOOL-AGE
CHILDREN LIVING WITH HIV / AIDS AT REGIONAL HOSPITALS, SOUTHERN THAILAND

Mrs.Onanong Saratham

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements

for the Degree of Master of Nursing Science Program in Pediatric Nursing

Faculty of Nursing

Chulalongkorn University

Academic Year 2008

Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์

ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาของเด็ก
วัยเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ โรงพยาบาลศูนย์ ภาควิ

โดย

นางอรอนงค์ สาระท่า


สาขาวิชา

การพยาบาลเด็ก

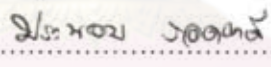
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

อาจารย์ ดร. นรลักษณ์ เชื้อกัจ

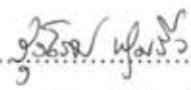
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้นักวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วน
หนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรบัณฑิต


..... คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์
(รองศาสตราจารย์ ร.ต.อ.หญิง ดร. ยุพิน อังสุโรจน์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์


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


..... อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก
(อาจารย์ ดร. นรลักษณ์ เชื้อกัจ)


..... กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย
(รองศาสตราจารย์ ดร. รุ่งโรจน์ พุ่มรวิ)

อรอนงค์ สาระท่า: ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาของเด็กวัยเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวี/
เอดส์โรงพยาบาลศูนย์ ภาคใต้ (SELECTED FACTORS ASSOCIATED WITH ADHERENCE TO
REGIMEN AMONG SCHOOL - AGE CHILDREN LIVING WITH HIV / AIDS AT REGIONAL
HOSPITALS, SOUTHERN THAILAND) อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก : อ.ดร. นรลักษณ์ เชื้อกิจ, 155 หน้า

เด็กติดเชื้อเอชไอวีมีอัตราการรอดชีวิตเพิ่มขึ้น ความร่วมมือในการรักษาเป็นหัวใจสำคัญ ช่วยลดการดื้อยา
ลดอัตราการตาย และ ทำให้คุณภาพชีวิตดีขึ้น การวิจัยแบบบรรยายเชิงสัมพันธ์ครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา
ความร่วมมือในการรักษาและ ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ประโยชน์ในการรักษา การรับรู้อุปสรรคในการ
รักษา การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และการสนับสนุนทางสังคมกับความร่วมมือในการรักษาของเด็กวัยเรียนที่ติด
เชื้อเอชไอวี/เอดส์ โรงพยาบาลศูนย์ ภาคใต้ กลุ่มตัวอย่างคือ เด็กวัยเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ได้จากการสุ่ม
ตัวอย่างหลายขั้นตอน จำนวน 100 คน ที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศูนย์ 4 แห่ง ในภาคใต้
ได้แก่ โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช โรงพยาบาลหาดใหญ่ โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี และโรงพยาบาล
วชิระภูเก็ต เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบสอบถามส่วนบุคคล แบบสอบถามความร่วมมือในการรักษา
แบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ในการรักษา แบบสอบถามการรับรู้อุปสรรคในการรักษา แบบสอบถาม
การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และ แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม ผ่านการตรวจความตรงตามเนื้อหาโดย
ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน มีค่าความเที่ยงเท่ากับ .87, .74, .73, .78 และ .92 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดย
ใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ผลการวิจัย สรุปได้ดังนี้

1. ความร่วมมือในการรักษาโดยรวมในเด็กวัยเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์อยู่ในระดับดี ($\bar{X} = 3.17$,
SD = 0.32)
2. การรับรู้ประโยชน์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการรักษาในเด็กวัยเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวี
อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .01 ($r = .496$)
3. การรับรู้อุปสรรคในการรักษามีความสัมพันธ์ทางลบกับความร่วมมือในการรักษาในเด็กวัยเรียนที่ติดเชื้อ
เอชไอวี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .01 ($r = -.360$)
4. การรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการรักษาในเด็กวัยเรียนที่ติดเชื้อ
เอชไอวี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .01 ($r = .584$)
5. การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการรักษาในเด็กวัยเรียนที่ติดเชื้อ
เอชไอวี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .01 ($r = .437$)

คำสำคัญ : ความร่วมมือในการรักษา การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้สมรรถนะแห่งตน
การสนับสนุนทางสังคม เด็ก เอชไอวี/เอดส์

สาขาวิชา :การพยาบาลเด็ก.....

ปีการศึกษา :2551.....

ลายมือชื่อนิสิต :

ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก : นรลักษณ์ เชื้อกิจ

4977635236 : MAJOR PEDIATRIC NURSING

KEYWORD : ADHERENCE / PERCEIVED BENEFITS TO REGIMEN / PERCEIVED BARRIERS TO REGIMEN / SELF EFFICACY / SOCIAL SUPPORT / CHILDREN LIVING WITH HIV / AIDS
 ONANONG SARATHAM : SELECTED FACTORS ASSOCIATED WITH ADHERENCE TO REGIMEN AMONG SCHOOL - AGE CHILDREN LIVING WITH HIV / AIDS AT REGIONAL HOSPITALS, SOUTHERN THAILAND. THESIS PRINCIPAL ADVISOR : NORALUK UA-KIT, Ph.D., 155 pp.

The number of children living with HIV who survive has been increasing. Adherence to regimen is an important component of successful HIV care as it helps reduce drug resistance, decrease morbidity and mortality rate, and improve quality of life. The purposes of this descriptive correlational study were to examine the level of adherence to regimen and to investigate the relationships between perceived benefits to regimen, perceived barriers to regimen, self-efficacy, and social support of school-age children living with HIV/AIDS who sought treatment at four regional hospitals in Southern Thailand. The subjects of the study, selected by means of multi-stage random sampling, were 100 children out-patients with HIV infection visiting HIV clinics at Maharaj Nakhonsithammarat Hospital, Hatyai Hospital, Surattani Hospital, and Vachira Phuket Hospital. Data were collected using the Demographic Data Form, Adherence to Regimen Questionnaire, Perceived Benefits to Regimen Questionnaire, Perceived Barriers to Regimen Questionnaire, Self-Efficacy Questionnaire, and Social support Questionnaire. These instruments were tested for content validity by a panel of five experts, and they demonstrated acceptable reliability with Cronbach's alphas at .87, .74, .73, .78, and .92, respectively. The statistical technique used in data analysis was Pearson's Product Moment Correlation.

The major findings were as follows:

1. Mean score of adherence to regimen of school-age children living with HIV/AIDS was at a good level ($\bar{X} = 3.17$; $SD = 0.32$).
2. Perceived benefits to regimen were positively significantly related to adherence to regimen in school-age children living with HIV/AIDS at the level of .01 ($r = .496$).
3. Perceived barriers to regimen were negatively significantly related to adherence to regimen in school-age children living with HIV/AIDS at the level of .01 ($r = -.360$).
4. Self-efficacy was positively significantly related to adherence to regimen in school-age children living with HIV/AIDS at the level of .01 ($r = .584$).
5. Social support was positively significantly related to adherence to regimen in school-age children living with HIV/AIDS at the level of .01 ($r = .437$).

Field of study : ..Pediatric Nursing

Student's signature

On-anong Saratham

Academic year : ..2551.....

Thesis Principal Advisor's signature :

Noraluk Ua-Kit

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ฅ
สารบัญภาพ.....	ญ
บทที่ 1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	4
แนวคิดสมมติฐาน.....	4
สมมติฐานการวิจัย.....	8
ขอบเขตการวิจัย.....	9
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย.....	9
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	11
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	12
การติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ในเด็ก.....	14
ผลกระทบจากการติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ในเด็ก.....	24
พัฒนาการเด็กวัยเรียน.....	26
แนวคิดความร่วมมือในการรักษา.....	28
ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาของเด็กติดเชื้อเอชไอวี.....	42
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	55
กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	59
บทที่ 3 วิธีการดำเนินการวิจัย.....	60
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	60
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	61
การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ.....	66

สารบัญตาราง

ตารางที่	หน้า
1 การจำแนกระดับภูมิคุ้มกันในเด็กติดเชื้อเอชไอวี โดยอาศัยระดับ CD4.....	17
2 การจำแนกภาวะโรคของผู้ป่วยเด็กติดเชื้อเอชไอวี.....	17
3 สูตรยาต้านไวรัสในผู้ป่วยเด็กติดเชื้อเอชไอวี.....	19
4 อาการข้างเคียงของยาต้านไวรัสและข้อแนะนำ.....	20
5 จำนวนกลุ่มตัวอย่างเด็กวัยเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวี โรงพยาบาลศูนย์ภาคใต้.....	61
6 การวิเคราะห์หาค่าความเที่ยงแบบสอบถามความร่วมมือในการรักษากับกลุ่มตัวอย่าง.....	67
7 วัน-เวลา ที่เปิดให้บริการรับยาต้านไวรัสเด็กติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ในแต่ละโรงพยาบาล..	68
8 เกณฑ์เปรียบเทียบระดับความสัมพันธ์ของค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์.....	70
9 จำนวนร้อยละของกลุ่มตัวอย่างเด็กวัยเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวีโรงพยาบาล ศูนย์ภาคใต้.....	72
10 ค่าเฉลี่ย และ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของ ความร่วมมือในการรักษา การรับรู้ ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และการสนับสนุนทาง สังคม ของเด็กวัยเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวีโรงพยาบาลศูนย์ ภาคใต้.....	76
11 จำนวนร้อยละ ผู้ให้การสนับสนุนทางสังคมในด้านอารมณ์ ด้านประเมินคุณค่า ด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านทรัพยากร และ ด้านทรัพยากร.....	78
12 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่าง การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้สมรรถนะแห่งตน การสนับสนุนทางสังคม.....	79
13 จำนวนร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความร่วมมือในการรักษาเด็กวัยเรียน ที่ติดเชื้อเอชไอวีจำแนกตามรายข้อ.....	141
14 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน การรับรู้ประโยชน์ของการรักษา เด็กวัยเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวี โรงพยาบาลศูนย์ภาคใต้.....	145
15 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน การรับรู้อุปสรรคของการรักษา เด็กวัยเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวี โรงพยาบาลศูนย์ภาคใต้.....	147
16 จำนวนร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ของเด็กวัยเรียนติดเชื้อเอชไอวี โรงพยาบาลศูนย์ภาคใต้.....	149
17 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน การสนับสนุนทางสังคมของ เด็กติดเชื้อเอชไอวี โรงพยาบาลศูนย์ภาคใต้.....	152

สารบัญภาพ

ภาพประกอบที่		หน้า
1	โครงสร้างของเชื้อเอชไอวี.....	14
2	การเกาะติด Receptor site บนผิวCD4.....	14
3	แสดงวงจรการทำงานของไวรัสเอชไอวี และ การทำงาน ของยาต้านไวรัสในจุดต่าง ๆ.....	18
4	Revised Pender's Health Promotion Model.....	30
5	แสดงความสัมพันธ์แบบเงื่อนไขระหว่างความเชื่อในความสามารถ ของตนเองและความคาดหวังในผลลัพธ์ของการกระทำ.....	47
6	แสดงความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะแห่งตน และความคาดหวังผลที่จะเกิดขึ้น.....	47
7	ผลการแสดงพฤติกรรมหลังจากบุคคลประเมินความสามารถของตนเอง	49
8	กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	59

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความกรุณาอิงจาก ดร. นรลักษณ์ เอื้อกิจ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ผู้ซึ่งให้เวลา ข้อคิด คำแนะนำ ตลอดจนแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ ด้วยความรัก ความห่วงใย เอาใจใส่ และเป็นกำลังใจอย่างดียิ่งตลอดมา ซึ่งผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งและสำนึกในพระคุณของท่านเป็นที่สุด และขอกราบขอบพระคุณคณาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ทุกท่านที่ได้ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้และประสบการณ์ที่มีค่ายิ่งแก่ผู้วิจัย

ขอกราบขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ประพนธ์ รอดคำดี ประธานสอบวิทยานิพนธ์ที่ให้ข้อเสนอแนะให้วิทยานิพนธ์นี้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น และ รองศาสตราจารย์ รุ่งโรจน์ พุ่มวิ้ว กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ผู้กรุณาให้คำแนะนำและเป็นที่ยกย่องในการใช้สถิติ

ขอกราบขอบพระคุณจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่ได้สนับสนุนทุนส่วนหนึ่งในการทำวิจัยครั้งนี้

ขอกราบขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิจากสถาบันต่าง ๆ ทุกท่าน ที่ได้เสียสละเวลาในการตรวจสอบความตรง และแก้ไขเครื่องมือวิจัย รวมทั้งขอขอบพระคุณผู้อำนวยการสถาบันเด็กแห่งชาติ มหาราชินี ผู้อำนวยการโรงพยาบาล หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล หัวหน้าแผนกผู้ป่วยนอก หัวหน้าแผนกคลินิกเด็กติดเชื้อเอชไอวี โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช โรงพยาบาลหาดใหญ่ โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี และโรงพยาบาลวชิระภูเก็ต รวมทั้งเจ้าหน้าที่ทุกท่านที่เกี่ยวข้อง ที่ได้ให้ความกรุณาและอำนวยความสะดวกทุกครั้งที่ได้ไปเก็บข้อมูล ที่สำคัญที่สุด เด็กติดเชื้อเอชไอวีทุกคน และผู้ปกครอง ที่ได้ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี ในการทดลองใช้เครื่องมือวิจัยและเป็นกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้

ขอกราบขอบพระคุณ น.ส. นงลักษณ์ ตันทเวท หัวหน้าหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรมโรงพยาบาลวชิระภูเก็ต ที่ได้ให้โอกาสในการมาศึกษา และขอขอบคุณเพื่อนร่วมงานหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรมทุกคนที่ต้องเหน็ดเหนื่อยในการปฏิบัติงานเพิ่มขึ้น เนื่องจากกำลังงานที่ลดลง

ขอขอบคุณเพื่อนร่วมรุ่นทุกคน และเพื่อนร่วมห้องที่คอยเป็นกำลังใจ ช่วยเหลือ และส่งข่าวคราวที่จำเป็นและสำคัญ เมื่อต้องไปเก็บข้อมูลต่างจังหวัด

ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่ห้องธุรการทุกท่าน ที่คอยช่วยเหลือด้านเอกสาร และเจ้าหน้าที่ห้องคอมพิวเตอร์ ที่ได้ให้ความช่วยเหลือในเรื่องการใช้และแก้ปัญหาเรื่องคอมพิวเตอร์มาตลอด

ท้ายที่สุดขอกราบขอบพระคุณบิดามารดา นายมานิตย์ ชุมรักษ์ และ นางละออ ชุมรักษ์ ผู้เปรียบประดุจร่มโพธิ์ร่มไทรของลูก ที่คอยให้กำลังใจและให้การสนับสนุนอย่างดีเสมอมา และขอขอบพระคุณ นายณัฐทรงวัฒน์ สาระท่า ผู้คอยช่วยเหลือ รับส่ง และไปเป็นกำลังใจทุกครั้ง ทุกจังหวัด ที่ได้ไปเก็บข้อมูล ด้วยความเอื้ออาทรของท่านเหล่านี้ทำให้ผู้วิจัยสามารถสำเร็จการศึกษาได้ด้วยดี

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การติดเชื้อเอชไอวีในปัจจุบัน เปลี่ยนจากโรคที่รุนแรงมีอัตราการตายสูงเป็นโรคเรื้อรังที่ต้องการดูแลรักษาอย่างสม่ำเสมอ เนื่องจากยังไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ การแพร่ระบาดยังคงเป็นไปอย่างต่อเนื่อง เนื่องจากเป็นโรคที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมของมนุษย์ และยังส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจและสังคมของแต่ละประเทศ จากการรายงานสถานการณ์เอดส์ทั่วโลก (UNAIDS / WHO, 2006) พบว่ามีจำนวนผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ประมาณ 39.5 ล้านคน มีเด็กติดเชื้อที่อายุต่ำกว่า 15 ปี ประมาณ 2.3 ล้านคน สำหรับสถานการณ์ระบาดของเอดส์ทั่วโลก การแพร่กระจายเชื้อเอชไอวี/เอดส์ในประเทศไทย องค์การโรคเอดส์แห่งสหประชาชาติได้ทำการคาดประมาณถึงจำนวนเด็กต่ำกว่า 15 ปีที่ติดเชื้อเอชไอวี และยังมีชีวิตอยู่ในประเทศไทยในปี พ.ศ.2549 พบว่ามีประมาณ 16,000 ราย จากข้อมูลทางระบาดวิทยาพบว่าประเทศไทยมีผู้ติดเชื้อทั้งหมด 322,296 ราย ภาคใต้มีจำนวนผู้ติดเชื้อ 34,785 ราย คิดเป็นร้อยละ 10.8 (สำนักงานระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2550)

ประเทศไทยประสบความสำเร็จในการเข้าด้านไวรัส ลดอัตราการตายของเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูกทำให้อัตราการตายในเด็กลดลง ปัจจุบันเด็กได้รับยาต้านไวรัสภายใต้โครงการ Pediatrics Access to Care (PATC) ตั้งแต่ปี 2545 กระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายขยายโอกาส การดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเอดส์เด็ก ได้เริ่มโครงการยาต้านไวรัสในเด็กติดเชื้อเอชไอวีจำนวน 1,400 ราย และมีนโยบายจะครอบคลุมผู้ป่วยเด็กติดเชื้อเอชไอวีทุกคนที่มีความจำเป็นในปีงบประมาณ 2546 (ธัญวีร์ ภูธนกิจ, 2546) ดังนั้นแนวโน้มผู้ติดเชื้อเอชไอวีในเด็กมีอายุยืนยาว และเติบโตเข้าสู่วัยเรียนวัยรุ่นมากขึ้น (เพณณินาท์ โอบอร์เตอร์เฟอร์, 2548) สอดคล้องกับข้อมูลการดูแลรักษาเด็กที่ได้รับการวินิจฉัยว่าติดเชื้อเอชไอวีของโรงพยาบาลศิริราช จำนวน 200 คน และ สถาบันเด็กแห่งชาติมหาชิรี จำนวน 220 คน ในปีพ.ศ. 2549 พบว่าเด็กติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ร้อยละ 30 มีอายุมากกว่า 10 ปี (กุลกัญญา โชคไพบูลย์กิจ, 2550) แต่การดูแลเด็กที่เริ่มเข้าสู่วัยเรียนและจะเป็นวัยรุ่นต่อไปในอนาคต เป็นเรื่องที่มีความซับซ้อน เนื่องจากในเด็กวัยเรียนเป็นวัยที่สังคมของเด็กจะเปลี่ยนจากบ้านเป็นสังคมในโรงเรียน เด็กวัยเรียนตอนปลาย จะมีพัฒนาการด้านความคิดสติปัญญาในระดับปฏิบัติการแบบนามธรรม จะเริ่มเรียนรู้บทบาทตามเพื่อนมีความรับผิดชอบในหน้าที่ที่ได้รับมอบหมาย มีความสามารถใช้เหตุผล และเข้าใจเหตุผลได้ดี (สุชา จันท์เอม, 2543) และ เมื่อเด็กเริ่มเข้าสังคม มีโอกาสสัมผัสกับสิ่งแวดล้อม เริ่มอ่านหนังสือได้ มีเพื่อน และบางคนเริ่มมีเพื่อนต่างเพศ มีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศโดยไม่ได้ป้องกัน (สุธิตา ล่ามช้าง และจุฑามาศ โชติบาง, 2544) ดังนั้นเด็กวัยเรียนจึง

เป็นวัยที่เหมาะสมสำหรับการพัฒนาพฤติกรรม เนื่องจากพฤติกรรมที่เกิดขึ้นในช่วงวัยเรียนเป็นพื้นฐานสำคัญ ในการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพในวัยผู้ใหญ่ต่อไป (Pender, 1996; สุรีย์ จินเรือง และ วิภาศิริ, 2548)

เด็กติดเชื้อเอชไอวียังได้รับผลกระทบมากมายทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ โรคเอดส์นั้นมิเพียงแสดงเฉพาะความเจ็บป่วยเท่านั้น แต่เป็นโรคที่ยังไม่มีวิธีการรักษาให้หายขาด เป็นโรคที่สังคมกลัวและรังเกียจ ทำให้การดำเนินชีวิตในสังคมของผู้ป่วยและครอบครัวแปลกแยกไป ต้องเผชิญกับความกลัวและความเครียดสูงอาจถึงภาวะวิกฤติทางอารมณ์ นอกจากนี้ปัญหาของเด็กก็ไม่เหมือนกับผู้ใหญ่ นอกจากได้รับผลกระทบโดยตรงจากการติดเชื้อเอชไอวีแล้ว ยังได้รับผลกระทบทางอ้อมจากการที่บิดามารดาติดเชื้อเอชไอวีและมีการเจ็บป่วยด้วย (ทวิ โชติพิทยสุนนท์, 2545) ทางด้านร่างกายเมื่อเด็กติดเชื้อเอชไอวีแล้วทำให้ร่างกายมีภูมิคุ้มกันต่ำลง เด็กจะเจ็บป่วยบ่อยทำให้มีการเจริญเติบโตและพัฒนาการล่าช้า อีกทั้งมีสติปัญญาต่ำกว่าเด็กปกติ (ศิษณุ พันธุ์เจริญ, 2545) มักเป็นเด็กที่เลี้ยงยาก (จริยาวัตร คมพาศย์ และคณะ, 2545) ทางด้านจิตใจ อารมณ์และสังคม เด็กติดเชื้อเอชไอวีมักได้รับผลกระทบจากการติดเชื้อที่สำคัญ คือการสูญเสียบิดามารดา ซึ่งโครงการโรคเอดส์แห่งสหประชาชาติ ได้ประมาณจำนวนเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี ที่เป็นเด็กกำพร้าเนื่องจากปัญหาการติดเชื้อเอชไอวี ตั้งแต่มีการระบาดจนถึงปีพ.ศ. 2542 มีจำนวน 13.2 ล้านคน (Joint United Nations Program on HIV/ AIDS, 2000) การถูกรังเกียจจากบุคคลรอบข้าง (สัญญาชัย ชาสสมบัติ, 2547) และเมื่อเด็กเข้าสู่วัยเรียน เด็กมีโอกาสสัมผัสกับสิ่งแวดล้อม และเริ่มมีการรับรู้การเจ็บป่วยของตนเอง ปัญหาที่โรงเรียน การถูกรังเกียจจากครูและเพื่อน การเปิดเผยตัว กินยายาก ไม่รู้ว่าทำไมต้องรับประทานยาทุกวัน (วิทยา เพ็ชรดาชัย, 2547) ผลข้างเคียงของยาทำเด็กให้เกิดความเบื่อหน่ายได้ ซึ่งเป็นสาเหตุหลักของปัญหาความไม่ร่วมมือ (จันทน์ จันทรท่าจีน, 2548) และส่งผลต่อสุขภาพเด็กต่อไปในอนาคต

และจากการศึกษาติดตามและประเมินผลการดำเนินงานภายใต้โครงการพัฒนาระบบบริการดูแลผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์อย่างครบถ้วนและต่อเนื่อง เขตภาคใต้ (ประณีต ส่งวัฒนา และ คณะ, 2547) พบว่าจุดเด่นของการบริการในภาคใต้ คือมีการขยายกิจกรรมด้านการส่งเสริมสุขภาพและการดูแลแบบทางเลือกมากขึ้น ทำให้ผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยได้รับการดูแลแบบองค์รวม แต่อย่างไรก็ตามมีจุดด้อย คือ การให้บริการปัจจุบันในภาคใต้ ยังไม่สามารถลดผลกระทบที่เกิดขึ้นกับเด็กได้ โดยเฉพาะการที่สังคมยังไม่ยอมรับเด็ก ให้เรียนในโรงเรียนบางแห่ง และมีเด็กจำนวนมากที่บิดามารดาเสียชีวิตแล้ว ต้องอาศัยอยู่กับญาติ ขาดการดูแลเอาใจใส่ที่ต่อเนื่อง นอกจากนี้ยังมีปัญหาในการไม่ยอมรับผู้ป่วยในบางชุมชน และยังไม่มียุทธศาสตร์ที่รองรับช่วยเหลือเพื่อแก้ไขปัญหาลูกที่ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับผลกระทบจากการติดเชื้อเอชไอวีที่ต่อเนื่องและชัดเจน

อย่างไรก็ตามปัจจุบันการติดเชื้อเอชไอวี ยังไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ด้วยยาต้านไวรัสที่มีอยู่ และผู้ที่ติดเชื้อต้องรับประทานยาตลอดชีวิต และประสิทธิภาพของการรักษาขึ้นอยู่กับความ

ครบถ้วนและต่อเนื่อง จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าการรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ต้องการความร่วมมือในการใช้ยาอย่างยิ่ง ซึ่งต่างจากโรคเรื้อรังอื่นๆ เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ หรือ โรคเบาหวาน ซึ่งโรคดังกล่าวต้องการความร่วมมือในการใช้ยาเพียงร้อยละ 80 (Cantwel – Mcnelis, 2002) แต่สำหรับการติดเชื้อเอชไอวีนั้นต้องมีระดับความร่วมมือในการใช้ยามากกว่าร้อยละ 95 (Paterson et al., 2000; Davidson et al., 2002) และการดูแลเด็กที่ติดเชื้อเอชไอวีมิได้มีความสำคัญอยู่ที่การใช้ยาด้านไวรัสแต่เพียงอย่างเดียวเท่านั้น (กุลกัญญา โชคไพบูลย์กิจ, 2547) แต่การส่งเสริมความร่วมมือในการรักษา เป็นสิ่งที่สำคัญเช่นกัน เนื่องจากความร่วมมือในการรักษาเป็นการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพส่งเสริมให้เกิดภาวะสุขภาพที่ดีทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม (จันทนา พงษ์สมบุญ, 2539; สมัยพร อาซาล, 2543; วันทนา มณีศรีวงศ์กุล, 2547; จันทนี จันทรท่าจีน, 2548; ระพีณ ผลสุข และ นรลักษณ์ เอื้อกิจ, 2550)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าปัจจัยที่ส่งผลต่อความร่วมมือในการรักษาที่จะปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพในเด็กวัยเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ตามกรอบแนวคิดของ Pender (2006) ในด้านความคิดและความรู้สึกต่อพฤติกรรม คือ การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และการสนับสนุนทางสังคม ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

การรับรู้ประโยชน์ในการรักษา ได้แก่การที่เด็กติดเชื้อเอชไอวี ทราบถึงประโยชน์ของการรับประทานยาด้านไวรัสได้อย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ ซึ่งจากศึกษาพบว่า การรับประทานยาด้านไวรัสได้สม่ำเสมอร้อยละ 95 สามารถทำให้ผลการรักษามีประสิทธิภาพลดปริมาณไวรัสเอชไอวีในเลือดให้อยู่ในระดับต่ำ (Paterson et al., 2000; วันทนา มณีศรีวงศ์กุล, 2549) และทำให้ผู้ป่วยมีสุขภาพดีขึ้น ไม่เกิดโรคติดเชื้อฉวยโอกาส และลดโอกาสของการแพร่เชื้อไปสู่ผู้อื่น (พีระมน 닝สานนท์, 2547)

การรับรู้อุปสรรคในการรักษา เด็กติดเชื้อเอชไอวีต้องรับประทานยาต่อเนื่องและสม่ำเสมอทุกวัน ซึ่งแม้ในผู้ใหญ่ยังทำได้ยาก ในเด็กปัญหาเหล่านี้ย่อมมีมากขึ้น (Murphy et al., 2003) เด็กรับประทานยายาก ไม่รู้ทำไมต้องกินยา การเจ็บป่วยบ่อย การมีปัญหาด้านจิตสังคม ต้องเผชิญกับภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง มีอาการผิดปกติของระบบอวัยวะต่างๆ ส่งผลให้มีพัฒนาการช้าและมีภาวะทุพโภชนาการ เป็นต้น ดังนั้นหากเด็กติดเชื้อเอชไอวี มีความรู้สึกว่าอุปสรรคที่เกิดขึ้นเกินความสามารถและความพยายามที่จะกระทำที่ได้ตั้งใจไว้ก็จะทำให้เกิดพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับน้อย

การรับรู้สมรรถนะแห่งตน จากการศึกษาพบว่า การติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์เป็นภาวะการเจ็บป่วยเรื้อรังเด็กที่ติดเชื้อต้องดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง การที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีจะสามารถดูแลตนเองได้ดีเพียงใด จำเป็นต้องมีความเชื่อว่าตนเองมีความสามารถจะกระทำพฤติกรรมดูแลตนเองได้ หรือการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเองที่ดี (นิศารัตน์ เศวตวรรณ, 2543)

การสนับสนุนทางสังคม เปรียบเสมือนแหล่งประโยชน์ที่ช่วยส่งเสริมให้บุคคลมีพฤติกรรมที่ดี ถูกต้องเหมาะสม (Andrew & Roy, 1991: 17) แหล่งสนับสนุนของเด็กติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ได้แก่ บิดา

มารดา กลุ่มเพื่อน พี่น้อง ญาติ และบุคลากรทางการแพทย์ การสนับสนุนทางสังคมทำให้บุคคลรู้สึกปลอดภัย เป็นส่วนหนึ่งของสังคม และส่งผลต่อการปรับตัวเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะการช่วยให้บุคคลปฏิบัติตามแผนการรักษา (Joyce et al. ,2004) และเป็นความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ซึ่งประกอบด้วยความรัก ความไว้วางใจ การช่วยเหลือกัน ในด้านการเงินสิ่งของ การให้ข้อมูลข่าวสาร ตลอดจนให้ข้อมูลย้อนกลับ เพื่อการเรียนรู้และสามารถอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข (House, 1986)

จากการทบทวนวรรณกรรมสรุปได้ว่า การบริการในด้านการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีในพื้นที่ภาคใต้ยังไม่สามารถลดผลกระทบที่เกิดกับเด็กได้ ที่สำคัญไม่มีหน่วยงานที่รองรับ และช่วยเหลือเพื่อแก้ไขปัญหาเด็กที่ได้รับผลกระทบจากการติดเชื้อเอชไอวีที่ต่อเนื่องและชัดเจน และงานวิจัยโรคเอดส์ในภาคใต้เกี่ยวกับโรคเอดส์ในเด็กมีน้อย ส่วนใหญ่มักทำในผู้ใหญ่และผู้ดูแล เด็กวัยเรียนเป็นวัยที่เหมาะสมสำหรับการพัฒนาพฤติกรรม เนื่องจากพฤติกรรมที่เกิดขึ้นในช่วงวัยเรียนเป็นพื้นฐานสำคัญในการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพในวัยผู้ใหญ่ต่อไป (Pender, 1996; สุรีย์ จินเรือง, 2548) การดูแลเด็กที่ติดเชื้อเอชไอวี มิได้มีความสำคัญอยู่ที่การให้ยาต้านไวรัสแต่เพียงอย่างเดียวเท่านั้น ความร่วมมือในการรักษาเป็นหัวใจสำคัญ ช่วยลดการตี้อยา ลดอัตราการตาย ทำให้เด็กมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น (Andrew, 2000; วันทนา มณีศรีวงษ์กุล, 2549; วิณา พร้อมประเสริฐ, 2549; วัลยา ธรรมพนิชวัฒน์, 2549) ลดปัญหาครอบครัว สังคม เศรษฐกิจ (กุลกัญญา โชคไพบูลย์, 2548) จากเหตุผลดังกล่าว ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษา ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาของเด็กวัยเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์โรงพยาบาลศูนย์ภาคใต้ เพื่อที่จะได้เป็นแนวทางในการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษา ทำให้เด็กวัยเรียนที่ติดเชื้อ เอชไอวี/เอดส์มีคุณภาพชีวิตที่ดี และมีชีวิตที่ยืนยาวต่อไปในอนาคต

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาความร่วมมือในการรักษาของเด็กวัยเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง การรับรู้ประโยชน์ในการรักษา การรับรู้อุปสรรคในการรักษา การรับรู้สมรรถนะแห่งตน การสนับสนุนทางสังคม กับความร่วมมือในการรักษาของเด็กวัยเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์

แนวคิดสมมติฐาน

ปัจจุบันโรคเอดส์ยังไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ด้วยยาต้านไวรัสที่มีอยู่ ดังนั้นเป้าหมายในการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์เป็นเพียงการทำให้ปริมาณไวรัสลดลงให้มากและนานที่สุด ดังนั้นการรักษาเด็กติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ด้วยยาต้านไวรัสอย่างมีประสิทธิภาพและเหมาะสมจะทำให้การดำเนินโรคของผู้ป่วยเข้าสู่ระยะเอดส์ช้าลง และการรักษาไม่ได้มีความสำคัญอยู่ที่การให้ยาต้านไวรัสแต่เพียงอย่างเดียวเท่านั้น การดูแลสุขภาพทั่วไป หรือการส่งเสริมสุขภาพร่วมด้วย ย่อมทำให้เด็กติด

เชื้อเอชไอวี/เอดส์มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น (วิทยา เพ็ชรดาชัย, 2547, กุลกัญญา โชคไพบูลย์กิจ, 2548; วันทนา มณีศรีวงศ์กุล, 2549) เด็กวัยเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวี ต้องเผชิญกับปัญหาต่างๆ มากมายระหว่างการรับการรักษา ทั้งร่างกาย จิตใจ และสังคม การร่วมมือในการรักษา ถือเป็นหัวใจสำคัญ จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ปัญหาการขาดความร่วมมือในการรักษาอย่างต่อเนื่องยังคงเป็นปัญหาที่พบได้เสมอ (จันทน์ จันทร์ท่าจีน, 2548)

การศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้แนวคิดทฤษฎีของ Pender (2006) ได้กล่าวว่า ความร่วมมือในการรักษา หมายถึง พฤติกรรม หรือ กิจกรรมที่บุคคลจะกระทำอย่างต่อเนื่อง เพื่อส่งเสริมให้เกิดภาวะสุขภาพที่ดี มีความสมบูรณ์ทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม ตามกรอบแนวคิดทฤษฎีของ Pender (2006) ความร่วมมือในการรักษา เป็นกิจกรรมที่กระทำอย่างต่อเนื่องจนกลายเป็นแบบแผนการดำเนินชีวิต เป็นกิจกรรมที่บุคคลตกลงใจที่จะปฏิบัติตามแผนในการรักษาที่จำเป็นต้องกระทำ ประกอบด้วยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ผู้วิจัยสนใจศึกษาใน 6 ด้าน เพื่อส่งเสริมให้เด็กวัยเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์มีความร่วมมือในการรักษา เพื่อให้มีสุขภาพที่ดี และสามารถดำรง อยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข ได้แก่ ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ ด้านกิจกรรมและการออกกำลังกาย ด้านการบริโภคอาหาร ด้านการจัดการกับความเครียด ด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล และด้านพัฒนาจิตวิญญาณ โดยมีรายละเอียดดังนี้

ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ (Health Responsibility) ได้แก่ การรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์อย่างสม่ำเสมอ การรับประทานยาต้านไวรัสได้สม่ำเสมอร้อยละ 95 จึงจะทำให้ผลการรักษามีประสิทธิภาพ ลดปริมาณไวรัสเอชไอวีในเลือดให้อยู่ในระดับต่ำ (Paterson et al., 2000; Mannheim, 2002; วันทนา มณีศรีวงศ์กุล, 2549) ทำให้การดำเนินโรคช้าลงลดการเจ็บป่วยและเสียชีวิตจากโรคเอดส์ (Maneesriwongul et al, 2006) การมาตรวจตามแพทย์นัด เพื่อคอยติดตามความร่วมมือในการรักษา อย่างสม่ำเสมอ รวมถึงให้คำปรึกษาแนะนำเมื่อมีปัญหา ส่งผลทำให้ผู้ป่วยมีความร่วมมือในการใช้ยาดี (Williams et al., 1997) และการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ

ด้านกิจกรรมและการออกกำลังกาย (Physical Activity) การออกกำลังกายจะส่งผลให้เกิดการปรับเปลี่ยนและส่งเสริมการทำงานของอวัยวะในร่างกายให้แข็งแรง ช่วยทำให้ระบบภูมิคุ้มกันดีขึ้น (Lang, 1993) และการออกกำลังกายทำให้ระดับ CD4 เพิ่มขึ้น (Laperriere et al., 1997; Nieman, 1996) การออกกำลังกายที่เหมาะสมทำให้ร่างกายแข็งแรง และก่อให้เกิดประโยชน์ที่ดีทางด้านจิตใจและสังคม มีโอกาสเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม (ศิริมา วงศ์แหลมทอง, 2542) ดังนั้นการที่มีกรออกกำลังกายที่เหมาะสมกับภาวะร่างกายเป็นสิ่งสำคัญ ช่วยให้อวัยวะต่างๆ ได้ทำงาน และได้รับเลือดมาเลี้ยงมากขึ้น กล้ามเนื้อได้ออกกำลัง เกิดการซ่อมแซมเนื้อเยื่อต่างๆ สมองทำงานได้ดีขึ้น จะเห็นได้ว่าการออกกำลังกายส่งผลทำให้เกิดการปรับเปลี่ยน และเสริมสร้างการทำงานของอวัยวะ

เกือบทุกระบบในร่างกายให้แข็งแรงนอกจากนั้นยังส่งผลต่อด้านจิตใจและอารมณ์ด้วย (Hill & Smith, 1985)

ด้านการบริโภคอาหาร (Nutrition) เด็กที่ติดเชื้อเอชไอวีมักจะได้รับสารอาหารไม่เพียงพอกับความต้องการ ของร่างกาย เนื่องจากเด็กมักมีภาวะเบื่ออาหาร บางรายมีเชื้อราในช่องปาก มีแผลหรือการติดเชื้ออื่นๆ ในช่องปาก มีการดูดซึมอาหารที่ผิดปกติ (ดาราลักษณ์ ถาวรประสิทธิ์, 2544) เนื่องจากการติดเชื้อที่ลำไส้ ขาดเอนไซม์แลคเตส (Lactase deficiency) ทำให้กระเพาะอาหารทำงานผิดปกติและหลั่งกรดน้อยลง มีการเคลื่อนไหวของลำไส้ผิดปกติ ท้องเสีย และเด็กยังมีการติดเชื้อซ้ำๆ มีไข้เรื้อรัง ทำให้ร่างกายสูญเสียพลังงานและมีการเผาผลาญสารอาหารเพิ่มขึ้น ทำให้เด็กเหล่านี้เลี้ยงไม่โต และจะมีร่างกายผ่ายผอมลง เกิดอาการผอมแห้ง (Wasting syndrome) ตัวเล็ก และน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐาน (Lustig, 1993: 3-6) การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์อย่างเพียงพอ จะช่วยเสริมสร้างภูมิคุ้มกันด้านทานของร่างกาย ชะลอการดำเนินของโรค เนื่องจากภาวะทุพโภชนาการ (พัชรี ตั้งตุลยางกูร, 2540)

ด้านการจัดการกับความเครียด (Stress Management) เด็กติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ได้รับผลกระทบทางด้านจิตใจ และ อารมณ์ จากการทำต้องสูญเสียบิดามารดา การเจ็บป่วยเรื้อรัง ขาดการสนับสนุนจากสังคม ทำให้เกิดความเครียดได้ การจัดการกับความเครียดเป็นการกระทำหรือปฏิบัติที่ช่วยให้เกิดการผ่อนคลาย ลดความตึงเครียด ช่วยให้เด็กติดเชื้อเอชไอวีได้มีการพักผ่อนอย่างเพียงพอ มีการใช้เวลาว่างที่เกิดประโยชน์ และมีการแสดงออกทางอารมณ์ที่เหมาะสม (พชรชัย เรือนสิทธิ์, 2545) จากการศึกษาพบว่าความเครียดมีผลกดภูมิคุ้มกันส่งผลให้มีการลดจำนวนเม็ดเลือดขาว CD4 (Gray, 1996)

ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (Interpersonal Relation) สัมพันธภาพเป็นทักษะที่สำคัญในการอยู่ร่วมกันของมนุษย์ การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล เป็นการกระทำที่แสดงถึงความสามารถในการสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคลอื่น ก่อให้เกิดความรู้สึกผูกพัน ใกล้ชิดมากกว่าการติดต่ออย่างเป็นทางการ รวมถึงการแบ่งปันความคิด ความรู้สึกทั้งที่เป็นคำพูดหรือการแสดงออก เด็กติดเชื้อเอชไอวีจำนวนมากที่ต้องสูญเสียบิดามารดา ต้องอยู่กับญาติ หรือ อยู่ในสถานสงเคราะห์เด็ก (เสาวรี เขียมละออ, 2544)

ด้านการพัฒนาทางจิตวิญญาณ (Spiritual Growth) การพัฒนาทางจิตวิญญาณ เป็นการค้นพบจุดมุ่งหมายของชีวิตของแต่ละคน เป็นการเรียนรู้ที่จะทำให้เกิดความหมายในชีวิต ความรัก ความหวัง และการตระหนักในคุณค่าของตนเอง (Self Actualization) ผลของการติดเชื้อเอชไอวีทำให้ร่างกายและจิตใจมีการเปลี่ยนแปลง เหี่ยวอ่อน หน้าตาไม่แจ่มใส อารมณ์หงุดหงิดง่าย ซึมเศร้า แยกตัวเอง ย่อมไม่เป็นที่น่าสนใจของบุคคลในสังคม และมักถูกแสดงความรักเกียจ (จุไร อภัยจิรวัฒน์, 2540)

อาจเกิดภาวะซึมเศร้า ซึ่งมีผลทำให้ภูมิต้านทานของร่างกายลดลง การรักษาล้มเหลว และส่งผลให้ผู้ป่วยไม่สามารถดำเนินชีวิตอยู่ได้ (สมพร เตรียมชัยศรี และ คณะ, 2545)

สำหรับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาเด็กวัยเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ จากการทบทวนวรรณกรรม ได้แก่ การรับรู้ภาวะสุขภาพ การรับรู้ประโยชน์ในการรักษา การรับรู้อุปสรรคในการรักษา การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และการสนับสนุนทางสังคม

การรับรู้ประโยชน์ในการรักษา เป็นการวางแผนของบุคคลที่จะกระทำพฤติกรรมเฉพาะใด ๆ โดยขึ้นอยู่กับ การคาดการณ์ถึงผลประโยชน์ที่จะได้รับหรือผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้น โดยคำนึงถึงผลบวกหรือการเสริมแรงของการกระทำนั้น (Pender, 1996; Pender, 2006) จากศึกษาพบว่า การรับประทานยาต้านไวรัสได้สม่ำเสมอ ร้อยละ 95 สามารถทำให้ผลการรักษามีประสิทธิภาพลดปริมาณไวรัสเอชไอวีในเลือดให้อยู่ในระดับต่ำ (Paterson et al., 2000; วันทนา มณีศรีวงศ์กุล , 2549) และทำให้ผู้ป่วยมีสุขภาพดีขึ้น ไม่เกิดโรคติดเชื้อฉวยโอกาส และลดโอกาสของการแพร่เชื้อต่อผู้อื่น (พีระมน ینگสานนท์, 2547) การออกกำลังกายที่เหมาะสมกับภาวะของร่างกาย และทำต่อเนื่องสม่ำเสมอ จะส่งผลทำให้เกิดการปรับเปลี่ยน และส่งเสริมการทำงานของอวัยวะต่างๆ ของร่างกายให้แข็งแรง เช่น ระบบไหลเวียนเลือด ระบบหายใจ ระบบเคลื่อนไหว ระบบย่อยอาหาร และระบบขับถ่าย และยังส่งผลต่อด้านจิตใจด้วย (Hill & Smith, 1985) การรับประทานอาหาร ที่มีสารอาหารและวิตามินที่จำเป็นต่อร่างกาย มีผลต่อการทำหน้าที่ของระบบภูมิคุ้มกันทั้งหมดในร่างกาย ดังนั้นผู้ติดเชื้อเอชไอวีควรรับประทานอาหารครบทุกหมู่โดยเฉพาะอาหารที่มีโปรตีนและพลังงานสูง เช่น เนื้อสัตว์ ไข่ นม ถั่ว เป็นต้น (อรัญญา เขาวลิต และคณะ, 2537) ซึ่งความสำคัญของการคาดหวังประโยชน์และความสัมพันธ์ของประโยชน์ที่เกิดจากการกระทำจะเป็นตัวกำหนดพฤติกรรมสุขภาพ

การรับรู้อุปสรรคในการรักษา เป็นการรับรู้ถึงสิ่งที่ขัดขวางต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (Pender 2006: 53) เมื่อบุคคลมีการรับรู้อุปสรรคในการกระทำมาก มีความพร้อมในการกระทำต่ำ การกระทำจะไม่เกิด ตรงกันข้ามถ้าบุคคลมีการรับรู้อุปสรรคน้อย มีความพร้อมในการกระทำสูง ความเป็นไปได้ของการกระทำจะมากขึ้น ซึ่งการรับรู้อุปสรรคอาจเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นจริงหรือเป็นสิ่งที่คาดคะเนไว้ก่อน อุปสรรคเปรียบเสมือนสิ่งที่คอยขัดขวาง ไม่ให้บุคคลปฏิบัติ เมื่อบุคคลมีอุปสรรคในการกระทำมาก มีความพร้อมในการกระทำต่ำ การกระทำจะไม่เกิด ตรงกันข้ามถ้าบุคคลมีอุปสรรคน้อย มีความพร้อมในการกระทำสูง ความเป็นไปได้ของการกระทำจะมากขึ้น การรับรู้อุปสรรคของการกระทำเป็นการรับรู้ถึงสิ่งที่ขัดขวางต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (Pender, 1996: 69; Pender, 2006: 53) อาจเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นจริงหรือเป็นสิ่งที่คาดคะเน ซึ่งได้แก่ ความไม่สะดวกสบาย ค่าใช้จ่าย ความยากลำบากหรือระยะเวลาที่ใช้ในการกระทำนั้น นอกจากนั้น เด็กติดเชื้อเอชไอวีต้องรับประทานยาต่อเนื่องและสม่ำเสมอ ซึ่งแม้ในผู้ใหญ่ยังทำได้ยาก ในเด็กปัญหาเหล่านี้ย่อมมีมากขึ้น (Murphy et al.,2003) เด็กรับประทานยายาก ไม่รู้ว่าทำไมต้องกินยา การเจ็บป่วยบ่อย การมีปัญหาด้านจิตสังคม

ดังนั้นหากเด็กติดเชื่อเอชไอวี มีความรู้ดีกว่าอุปสรรคที่เกิดขึ้นเกินความสามารถและความพยายามที่จะกระทำที่ได้ตั้งใจไว้ ก็จะทำให้เกิดพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับน้อย

การรับรู้สมรรถนะแห่งตน คือการที่บุคคลตัดสินความสามารถของตนเอง ด้วยทักษะที่ตนมีอยู่ และคาดหวังผลของสิ่งที่จะกระทำนั้นจะสำเร็จได้ตามเป้าหมาย การรับรู้สมรรถนะแห่งตน มีบทบาทสำคัญต่อการริเริ่มกระทำพฤติกรรมใหม่หรือคงไว้ซึ่งพฤติกรรมเดิม (Bandura, 1986) การรับรู้สมรรถนะแห่งตน มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมและภาวะสุขภาพของบุคคล จากการศึกษาของอภิญาปานชูเชิด (2547) พบว่าการรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของนักเรียนวัยรุ่น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับ นิศารัตน์ เศวตวรรณ (2543) พบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์เชิงบวกในการลดความซึมเศร้าของผู้ติดเชื้อเอชไอวีได้

การสนับสนุนทางสังคม คือ การที่บุคคลได้รับความช่วยเหลือจากเครือข่ายทางสังคมในด้านของจิตใจ อารมณ์ ด้านวัตถุสิ่งของ รวมถึงการช่วยเหลือด้านแรงงาน การเงิน ด้านข้อมูลข่าวสารต่างๆ และด้านการประเมินคุณค่าในตนเอง ส่งผลให้ผู้ที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี มีความผาสุกในชีวิต (House, 1981) การรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสำคัญในผู้ป่วยเรื้อรัง (Khuwatsmitrit et al., 2006) การสนับสนุนทางสังคมที่เพียงพอ ช่วยให้ผู้ป่วยมีการปรับตัวต่อความเจ็บป่วยได้อย่างเหมาะสมและสามารถแก้ปัญหาต่างๆได้ (Pender, 1996: 259) และเปรียบเสมือนแหล่งประโยชน์ที่ช่วยส่งเสริมให้บุคคลมีพฤติกรรมที่ถูกต้องเหมาะสม (Andrew & Roy, 1991: 17) จากการศึกษาของ งามทิพย์ ชนบดีเฉลิมรุ่ง (2545) พบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปรับตัวต่อความเจ็บป่วยในวัยรุ่นโรคมะเร็งเม็ดเลือดที่ได้รับเคมีบำบัด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 ($r = .638$) และการสนับสนุนทางสังคมสามารถร่วมพยากรณ์การปรับตัวต่อความเจ็บป่วยได้ร้อยละ 44.5

จากข้อมูลหลักฐานการวิจัยดังกล่าว ผู้วิจัยจึงตั้งสมมติฐานการวิจัยดังนี้

สมมติฐานการวิจัย

1. การรับรู้ประโยชน์ในการรักษา การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และการสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการรักษาของเด็กวัยรุ่นที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ โรงพยาบาลศูนย์ภาคใต้
2. การรับรู้อุปสรรคในการรักษา มีความสัมพันธ์ทางลบกับความร่วมมือในการรักษาของเด็กวัยรุ่นที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ โรงพยาบาลศูนย์ภาคใต้

ขอบเขตของการวิจัย

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ เด็กวัยเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ อายุระหว่าง 9 - 15 ปี ทั้งเพศหญิงและเพศชาย

กลุ่มตัวอย่าง คือ เด็กวัยเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวีที่มีอายุระหว่าง 9 - 15 ปี ทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าติดเชื้อเอชไอวี ที่มารับบริการ หรือมารับยาต้านไวรัสเอชไอวีที่คลินิกโรคเอดส์ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศูนย์ในภาคใต้

2. ตัวแปรที่ศึกษาประกอบด้วย

2.1 **ตัวแปรต้น** ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ในการรักษา การรับรู้อุปสรรคในการรักษา การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และการสนับสนุนทางสังคม

2.2 **ตัวแปรตาม** ได้แก่ ความร่วมมือในการรักษา ซึ่งประกอบด้วย 6 ด้าน ได้แก่ ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ ด้านกิจกรรมทางด้านร่างกาย ด้านการบริโภคอาหาร ด้านการจัดการความเครียด ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล และด้านการพัฒนาจิตวิญญาณ

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

เด็กวัยเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวี หมายถึง เด็กอายุ 9 - 15 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยผลการตรวจเลือดพบว่าติดเชื้อเอชไอวี มาตรวจหรือมารับยาต้านไวรัสที่คลินิกโรคเอดส์ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศูนย์ จำนวน 4 แห่ง ในภาคใต้ ได้แก่ โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช จ.นครศรีธรรมราช โรงพยาบาลหาดใหญ่ จ.สงขลา โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี จ.สุราษฎร์ธานี และโรงพยาบาลวิระภูเก็ต จ.ภูเก็ต

การรับรู้ประโยชน์ในการรักษา (Perceived benefits of treatment regimen) หมายถึง การรับรู้ของเด็กวัยเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์เกี่ยวกับการปฏิบัติที่สอดคล้องกับแผนการรักษา ตลอดจนปรับเปลี่ยนแบบแผนในการดำเนินชีวิต ให้สอดคล้องกับภาวะโรคได้อย่างเหมาะสม และคาดหวังต่อภาวะสุขภาพของตนในอนาคตว่าเป็นการกระทำที่ส่งผลทางบวกต่อร่างกาย จิตใจ และสังคม ซึ่งวัดได้โดยเครื่องมือที่ผู้วิจัยดัดแปลงมาจากแบบวัดการรับรู้ประโยชน์การรักษาของ ตริพร ชุมศรี (2548) ซึ่งสร้างขึ้นโดยประยุกต์ใช้แนวคิดของ Pender (1987)

การรับรู้อุปสรรคในการรักษา (Perceived barriers to treatment regimen) หมายถึง การรับรู้ของเด็กวัยเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวี เกี่ยวกับผลกระทบที่เกิดจาก ความเจ็บป่วย วิธีการหรือแนวทางในการปฏิบัติตนเพื่อภาวะสุขภาพ ที่มีผลขัดขวางต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพซึ่งวัดได้โดยเครื่องมือที่ผู้วิจัยดัดแปลงมาจากแบบวัดการรับรู้ประโยชน์การรักษาของ ตริพร ชุมศรี (2548) ซึ่งสร้างขึ้นโดยประยุกต์ใช้แนวคิดของ Pender (1987)

การรับรู้สมรรถนะแห่งตน (Self - efficacy) หมายถึง ความเชื่อมั่นหรือการตัดสินใจในความสามารถของเด็กวัยเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวี ที่จะสามารถปฏิบัติพฤติกรรมอย่างใดอย่างหนึ่งให้สำเร็จ ที่จะก่อให้เกิดพฤติกรรมที่ส่งเสริมสุขภาพ ด้านความรับผิดชอบต่อตนเอง ด้านกิจกรรมทางกาย ร่างกาย ด้านการบริโภคอาหาร และด้านจัดการกับความเครียด ประเมินจากแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวคิดของ Bandura (1986)

การสนับสนุนทางสังคม (Social support) หมายถึง การที่ผู้ป่วยเด็กวัยเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ได้รับการตอบสนองของความต้องการหรือมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นในสังคม จากบิดามารดา พี่น้อง ญาติ เพื่อน และ/หรือ บุคลากรทางการแพทย์ บุคคลใดบุคคลหนึ่งหรือหลายคน ร่วมกัน ประเมินจากแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวคิดของ House (1981) ประกอบด้วย 4 ด้าน ได้แก่

1. **การสนับสนุนด้านอารมณ์ (Emotional support)** หมายถึง เด็กวัยเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ได้รับความรัก การเอาใจใส่ ความห่วงใย ความไว้วางใจ รับฟังปัญหา ทำให้รู้สึก ว่าตนเองเป็นคนสำคัญ

2. **การสนับสนุนด้านการประเมินคุณค่า (Appraisal support)** หมายถึง เด็กวัยเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ เห็นคุณค่าและเห็นด้วยในการกระทำที่สนับสนุนการดูแลด้านสุขภาพ การให้ข้อมูลเพื่อใช้ในการประเมินตนเอง หรือเปรียบเทียบกับบุคคลอื่น หรือเป็นบุคคลในครอบครัว

3. **การสนับสนุนด้านข่าวสาร (Information support)** หมายถึง เด็กวัยเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ได้รับคำแนะนำ และแนวทางในเรื่องการทำกิจวัตรประจำวัน เหมาะสมกับโรค การไปพบแพทย์เมื่อเกิดอาการแทรกซ้อน การปฏิบัติตนเมื่อเกิดความไม่สุขสบาย หรือเกิดอาการข้างเคียงของยา การได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคและการรักษา

4. **การสนับสนุนด้านทรัพยากร (Instrument support)** หมายถึง เด็กวัยเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ได้รับการช่วยเหลือในเรื่องค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล เวลาที่ได้รับจากผู้ดูแล การได้รับความสะดวกสบายเมื่อเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล การได้รับการช่วยเหลือที่โรงเรียน

ความร่วมมือในการรักษา (Adherence to regimen) หมายถึง พฤติกรรมหรือการกระทำของเด็กวัยเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ที่ปฏิบัติได้สอดคล้องกับแผนการรักษา ด้วยความยินยอมและเต็มใจ ในการที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำของบุคลากรทางการแพทย์ ตลอดจนปรับเปลี่ยนแบบแผนในการดำเนินชีวิต ให้สอดคล้องกับภาวะโรคได้อย่างเหมาะสม เป็นกิจกรรมที่กระทำ เพื่อส่งเสริมให้เกิดภาวะสุขภาพที่ดีทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม ที่จะทำให้อายุขัยของเด็กวัยเรียนที่ติดเชื้อ เอชไอวี / เอดส์สามารถดำรงชีวิตอย่างผาสุก (Well-being) ตามแบบแผนส่งเสริมพฤติกรรมของ Pender (2006) ซึ่งวัดได้โดยเครื่องมือที่ผู้วิจัยดัดแปลงมาจากแบบวัดความร่วมมือในการรักษา จากแบบสอบถามของไปรมาษณ์ บิณฑุจิตรต์ (2544) ตามแนวคิดของ Pender (2006) ซึ่งประกอบด้วย

1. **ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ** (Health responsibility) หมายถึง พฤติกรรมที่เด็กวัยเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ มีการประเมินและเอาใจใส่ต่อสุขภาพของตน ในด้านการรับประทานยาต้านไวรัสอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ การมาตรวจตามนัด การหมั่นสังเกตการเปลี่ยนแปลงด้วยตนเอง การสนใจความรู้ด้านสุขภาพ และการรับบริการจากบุคคลวิชาชีพหรือการแสวงหาความช่วยเหลือจากบุคลากรด้านสุขภาพเมื่อจำเป็น

2. **กิจกรรมทางด้านร่างกาย** (Physical activity) หมายถึง การทำกิจกรรมและการบริหารร่างกายของเด็กวัยเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ที่มีการเคลื่อนไหวส่วนต่างๆ ของร่างกาย เป็นการกระทำหรือการปฏิบัติของเด็กวัยเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวี ที่เหมาะสมกับภาวะร่างกาย และทำอย่างสม่ำเสมอ

3. **การบริโภคอาหาร** (Nutrition) หมายถึง การปฏิบัติตามหลักโภชนาการโดยเลือกรับประทานอาหารให้ครบ 5 หมู่ ในปริมาณที่เพียงพอกับความต้องการของร่างกายอย่างเหมาะสมกับเด็กวัยเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวี / เอดส์

4. **การจัดการกับความเครียด** (Stress management) หมายถึง การกระทำที่ช่วยลดความตึงเครียด มีการพักผ่อนอย่างเพียงพอ มีการใช้เวลาที่เกิดประโยชน์ และมีการแสดงอารมณ์ที่เหมาะสมของเด็กวัยเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวี

5. **ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล** (Interpersonal relation) หมายถึง การกระทำหรือ การปฏิบัติที่แสดงออกถึงความสามารถและวิธีการสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคลซึ่งจะช่วยให้เด็กวัยเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวีได้รับประโยชน์ในแง่ของการได้รับการสนับสนุนต่างๆ

6. **การพัฒนาด้านจิตวิญญาณ** (Spiritual growth) หมายถึง การกระทำหรือ การปฏิบัติที่ช่วยเกื้อหนุนให้เด็กวัยเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวี มีกำลังใจในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ หรือดำเนินชีวิตประจำวันได้อย่างปกติสุข เกิดความพึงพอใจ ตระหนักให้ความสำคัญกับชีวิตและรู้สึกว่าคุณค่าในสังคม

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ด้านองค์ความรู้ทางการแพทย์ ทำให้เข้าใจพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาในเด็กวัยเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ตลอดจนปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความร่วมมือในการรักษา
2. ด้านการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อนำผลการวิจัยไปใช้เป็นแนวทางในการพัฒนากิจกรรมทางการแพทย์เพื่อเสริมสร้างความร่วมมือในการรักษาสำหรับเด็กวัยเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ซึ่งจะช่วยให้เพิ่มประสิทธิภาพในการรักษา ลดอัตราการดื้อยาของเชื้อไวรัส ลดค่าใช้จ่ายในการรักษา และเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย
3. เป็นแนวทางสำหรับวิจัยทางการแพทย์ จากการนำผลการศึกษาไปเป็นข้อมูลในการศึกษาวิจัยหรือทำวิจัยซ้ำ

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสหสัมพันธ์ (Correlational Research) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาของเด็กวัยเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวี โรงพยาบาลศูนย์ ภาควิทยา ซึ่งได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ในการรักษา การรับรู้อุปสรรคในการรักษา การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และการสนับสนุนทางสังคม ซึ่งผู้วิจัยได้ทำการศึกษาค้นคว้าจากเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องต่างๆ เพื่อให้เกิดความครอบคลุมในการดำเนินการวิจัยครั้งนี้ ดังจะเสนอเป็นหัวข้อตามลำดับดังนี้

1. การติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ในเด็ก

1.1 สาเหตุและพยาธิกำเนิด

1.2 การวินิจฉัยการติดเชื้อเอชไอวี

1.3 การรักษา

1.3.1 การรักษาด้วยยาต้านไวรัส

1.3.2 การรักษาโรคและภาวะผิดปกติที่พบร่วมด้วย

1.3.3 การรักษาแบบประคับประคองและการป้องกันโรค

2. ผลกระทบจากการติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ในเด็ก

2.1 ด้านร่างกาย

2.2 ด้านจิตใจ

2.3 ด้านสังคม

2.4 ด้านจิตวิญญาณ

3. พัฒนาการเด็กวัยเรียน

3.1 ด้านร่างกาย

3.2 ด้านสติปัญญา

3.3 ด้านอารมณ์

3.4 ด้านจิตสังคม

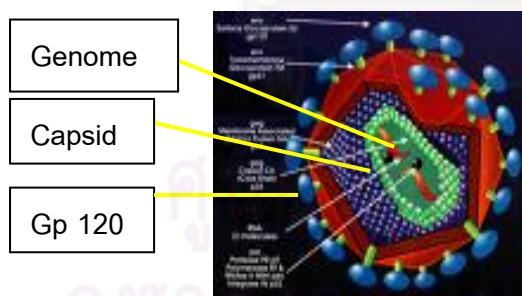
4. แนวคิดความร่วมมือในการรักษา
 - 4.1 ความหมายของความร่วมมือในการรักษา
 - 4.2 แนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับความร่วมมือในการรักษา
 - 4.3 แนวคิดความร่วมมือในการรักษาโดยประยุกต์แบบจำลองการสร้างเสริมสุขภาพของ Pender
 - 4.4 ความร่วมมือในการรักษาของเด็กติดเชื้อเอชไอวี
 - 4.4.1 ด้านการรับมือกับสุขภาพ
 - 4.4.2 ด้านกิจกรรมและการออกกำลังกาย
 - 4.4.3 ด้านโภชนาการ
 - 4.4.4 ด้านการจัดการกับความเครียด
 - 4.4.5 ด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล
 - 4.4.6 ด้านพัฒนาจิตวิญญาณ
 - 4.5 บทบาทของพยาบาลในการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาเด็กวัยเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวี
 - 4.5.1 การดูแลผู้ป่วยเด็กและครอบครัว
 - 4.5.2 การสอนให้ความรู้
 - 4.5.3 การให้คำปรึกษา
 - 4.5.4 การประสานงาน
 - 4.5.5 การวิจัย
5. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาของเด็กติดเชื้อเอชไอวี
 - 5.1 การรับรู้ประโยชน์ของการรักษา
 - 5.2 การรับรู้อุปสรรคของการรักษา
 - 5.3 การรับรู้สมรรถนะแห่งตน
 - 5.4 การสนับสนุนทางสังคม
6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. การติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ในเด็ก

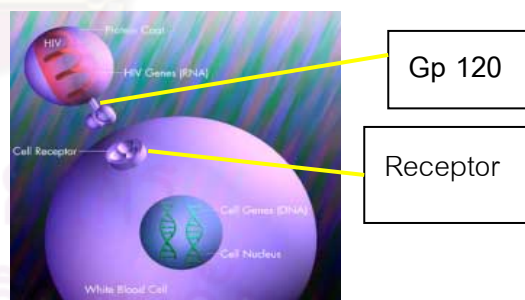
โรคติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์เป็นโรคติดต่อเรื้อรัง การติดเชื้อในเด็กส่วนใหญ่เกิดจากการติดเชื้อจากแม่สู่ลูก ในประเทศไทยมีรายงานทารกคลอดจากมารดาที่ติดเชื้อเอชไอวีรายแรก ที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์เมื่อเดือนกรกฎาคม พ.ศ.2531 ต่อจากนั้นก็มียุทธศาสตร์เพิ่มขึ้นเรื่อยๆ (อุษา ทิสยากร, 2542) จากการศึกษาในประเทศไทยพบว่าอัตราการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูกอยู่ระหว่างร้อยละ 21-28 ดังนั้นประเทศไทยจะมีเด็กที่ติดเชื้อเอชไอวีและเอดส์ในเด็กประมาณ 3,000 – 5,000 รายต่อปี (กนกวรรณ วิลาวรรณ, 2548)

1.1 สาเหตุและพยาธิกำเนิด

โรคเอดส์เกิดจากการติดเชื้อเอชไอวี (Human Immunodeficiency Virus: HIV) ซึ่งเป็น RNA virus ส่วนกลางของไวรัส เรียกว่า ยีนอม (Genome) เป็น Nucleic acid ชนิด RNA สายเดี่ยว 1 คู่ (Double standard of RNA) ในส่วนนี้จะมีเอนไซม์พิเศษเรียกว่า Reverse transcriptase (RT) ใช้สำหรับเปลี่ยน RNA เป็น DNA ในขบวนการเพิ่มจำนวนของไวรัส ส่วนถัดมาเป็นโปรตีนทรงกลมเรียงตัวเป็นรูปลูกบาศก์ล้อมรอบ เรียกว่า Capsid มี 2 ชั้น Capsid นี้ถือว่าเป็นโปรตีนแกนกลาง (Core Protein) ส่วนรอบนอกยังมี Envelope ล้อมรอบมี Spike ยื่นออกมามีลักษณะเหมือนดอกเห็ดเรียกว่า gp120 ซึ่งตำแหน่งนี้มีความสำคัญ ในการนำเชื้อเอชไอวีเข้าสู่เซลล์ร่างกาย โดยเชื้อเอชไอวีจะใช้ส่วน GP 120 นี้ไปเกาะติดกับ Receptor site บนผิวเซลล์ เป็นตำแหน่งเดียวกับ CD4 ซึ่งพบมากบน Helper T Lymphocyte และพบบ้างที่ผิวของ Macrophage (ดังภาพที่ 1 และ 2)



ภาพที่ 1. โครงสร้างของเชื้อเอชไอวี



ภาพที่ 2 การเกาะติด Receptor site บนผิว CD4

เชื้อเอชไอวีมีความจำเพาะที่จะติดเชื้อและทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงใน CD4 มากกว่าเซลล์ชนิดอื่นๆ ก่อให้เกิดความบกพร่องของภูมิคุ้มกันชนิดอาศัยเซลล์เป็นสื่อ (Cell-mediated Immunity) ส่งผลให้ร่างกายติดเชื้ออวัยวะต่างๆ ได้ง่าย และเมื่อภาวะของการติดเชื้อรุนแรงขึ้นจะทำให้ผู้ติดเชื้อเสียชีวิตได้ เด็กติดเชื้อเอชไอวี ส่วนใหญ่จะพบว่ามีความผิดปกติใน B-lymphocyte ซึ่งทำให้การรับรู้ต่อแอนติเจนลดลงด้วย (Bernstein et al., 1986 : 194-196) ภูมิคุ้มกันของร่างกายจึงถูกทำลาย ทำ

ให้ร่างกายมีความไวต่อการเกิดโรคแทรกซ้อนชนิดต่างๆ ซึ่งเกิดขึ้นพร้อมๆ กัน จึงเรียกว่า“กลุ่มอาการ” ซึ่งการดำเนินของโรคจะช้าหรือเร็วขึ้นอยู่กับความรุนแรงของภูมิคุ้มกันที่บกพร่อง ด้วยเหตุนี้เด็กที่ติดเชื้อเอชไอวี จะมีการเปลี่ยนแปลงการดำเนินของโรคเป็นระยะๆ จากไม่มีอาการเป็นกลุ่มที่มีอาการสัมพันธ์กับเชื้อเอชไอวี (AIDS Related Complex: ARC) และ กลุ่มอาการของการติดเชื้อเอชไอวี (Acquired Immunodeficiency Syndrome : AIDS) (วิชาญ วิทยาลัย และประคอง วิทยาลัย , 2540)

1.2 การวินิจฉัยการติดเชื้อเอชไอวี ปัจจุบันการวินิจฉัยการติดเชื้อเอชไอวีในเด็กนอกจากจะอาศัยการซักประวัติแล้วยังอาศัยหลักการดังนี้ คือ

1. **ลักษณะอาการและอาการแสดง** การจำแนกระยะโรคตามอาการและอาการแสดงในผู้ป่วยเด็กตามระบบของศูนย์ควบคุมโรคอเมริกา (CDC Classification system for HIV – Infected Children) จำแนกเป็น 4 กลุ่ม ดังนี้ (กรมควบคุมโรคกระทรวงสาธารณสุข, 2550: 189)

กลุ่ม N ไม่มีอาการ

กลุ่ม A มีอาการน้อย โดยที่มีภาวะเหล่านี้ 2 อย่างขึ้นไป ได้แก่

- ต่อม้ำเหลืองโต
- ตับโต ม้ามโต ผิวหนังอักเสบ
- ต่อม้ำลายพาธอดอักเสบ
- โรคติดเชื้อระบบหายใจส่วนบนซ้ำซ้อนหรือเป็นอยู่นาน ไชนส์อักเสบ หรือ หูชั้นกลางอักเสบ

กลุ่ม B คือกลุ่มที่มีอาการปานกลาง ได้แก่ อาการที่มากกว่ากลุ่ม A แต่ไม่ใช่อาการของกลุ่ม C ได้แก่

- เลือดจาง (ฮีโมโกลบิน < 8 กรัม/ดล.) เม็ดเลือดขาวชนิดนิวโทรฟิลต่ำ (<1,000 เซลล์/ลบ.มม.) หรือ ภาวะเกล็ดเลือดต่ำ (< 100,000/ลบ.มม.) นาน \geq 30 วัน
- เยื่อหุ้มสมองอักเสบ, ปอดอักเสบจากแบคทีเรีย, หรือ การติดเชื้อในกระแสเลือด
- ติดเชื้อรา Candidiasis ในปากและลำคอเรื้อรัง
- กล้ามเนื้อหัวใจผิดปกติ (cardiomyopathy)
- โรคติดเชื้อ cytomegalovirus ที่เริ่มเป็นก่อนอายุ 1 เดือน
- อูจจาระร่วงเรื้อรังหรือกลับเป็นซ้ำ ตับอักเสบ
- ปากอักเสบจาก herpes simplex virus (HSV) ที่เป็น ๗ หาย ๗ > 2 ครั้งใน 1 ปี
- หลอดลมอักเสบ, ปอดอักเสบ, หลอดอาหารอักเสบจากเชื้อ HSV Herpes zoster
- Leiomyosarcoma Lymphoid interstitial pneumonia (LIP)
- ใช้เรื้อรังนานกว่า 1 เดือน
- Varicella ชนิดแพร่กระจายอีสุกอีใสที่มีโรคแทรกซ้อน

กลุ่ม C อาการมาก ได้แก่ ผู้ป่วยที่มีโรคหรือภาวะที่จัดเป็น “เอดส์” กลุ่มนี้ได้แก่

- การติดเชื้อแบคทีเรียอย่างรุนแรงหลายครั้งหรือกลับเป็นซ้ำ
- ติดเชื้อรา Candida ที่หลอดอาหาร, หลอดลมคอ หรือ ปอด
- มะเร็งต่อมน้ำเหลือง
- Mycobacterium tuberculosis ชนิดแพร่กระจาย หรืออยู่นอกปอด
- Mycobacterium avium complex ชนิดแพร่กระจาย
- Pneumocystis carinii pneumonia (PCP)
- Encephalopathy มีอาการแสดงต่อไปนี้อย่างน้อย 1 อย่าง เป็นเวลานานกว่า 2 เดือน โดยไม่มีอาการแสดงอย่างอื่นที่จะอธิบายสาเหตุได้ ได้แก่
 1. เลี้ยงไม่โต หรือพัฒนาการล่าช้า หรือปัญญาอ่อน
 2. สมองเติบโตช้า หรือมี microcephaly
 3. มี acquired symmetric moter deficit
 4. รีเฟล็กซ์ผิดปกติ ataxia หรือท่าเดินผิดปกติ
- กลุ่มอาการผอมแห้งโดยไม่มีภาวะเจ็บป่วย คือ
 1. น้ำหนักลดลง >10 % ของ baseline
 2. อัตราส่วนของน้ำหนัก : อายุ ลดลงจากเกณฑ์ปกติอย่างน้อย 2 ระดับ เปอร์เซนไทล์ เช่น 95th, 75th, 50th, 25th, 5th ในเด็กอายุ >1 ปี
 3. อัตราส่วนของน้ำหนัก : ความสูง ต่ำกว่าเปอร์เซนไทล์ที่ 5 จากการวัด 2 ครั้งห่างกัน 30 วัน
 4. อูจจารร่วงเรื้อรัง (อย่างน้อยวันละ 2 ครั้งนาน > 30 วัน)
 5. มีไข้ลอยหรือสูง ๆ ต่ำ ๆ >30 วัน

2. การประเมินระดับภูมิคุ้มกันโดยการตรวจวัดค่าเม็ดเลือดขาว CD4

มีวิธีตรวจทางห้องปฏิบัติการที่นิยมใช้แพร่หลาย ได้แก่ เทคนิค flow cytometry โดยมีการนับสัดส่วนเม็ดเลือดขาวชนิด lymphocyte ที่มี CD4 อยู่ที่ผิวเซลล์ รายงานออกมาเป็นค่า CD4 percentage มีหน่วยเป็นร้อยละ หลังจากนั้นจะนำค่าที่ได้ไปคูณกับจำนวนเม็ดเลือดขาว lymphocyte (total lymphocyte count) รายงานออกมาเป็นค่า CD4 cell count มีหน่วยเป็น เซลล์/ลบ.มม. ซึ่งค่านี้จะเปลี่ยนแปลงตามอายุของเด็กโดยในเด็กเล็กจะมีค่าสูงและค่อยลดลงเท่าผู้ใหญ่เมื่ออายุประมาณ 6 ปี ทำให้การแปลผลระดับ CD4 cell count ต้องแบ่งตามช่วงอายุของเด็ก การแปลผลระดับภูมิคุ้มกัน CD4 แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ดังตารางที่ 1 และ ตารางที่ 2

ตารางที่ 1 การจำแนกระดับภูมิคุ้มกันในเด็กติดเชื้อเอชไอวี โดยอาศัยระดับ CD₄

		ระดับ CD4		
		< 12 เดือน	1 – 5 ปี	6 – 12
ประเภทการกดภูมิคุ้มกัน	%	cell / μ L	cell / μ L	cell / μ L
1. ไม่มีการกดภูมิ	≥ 25	$\geq 1,500$	$\geq 1,000$	≥ 500
2. มีการกดภูมิปานกลาง	15 - 24	750 – 1,499	500 - 999	200 - 499
3. มีการกดภูมิรุนแรง	< 15	< 750	< 500	< 200

ตารางที่ 2 การจำแนกระยะโรคของผู้ป่วยเด็กติดเชื้อเอชไอวี

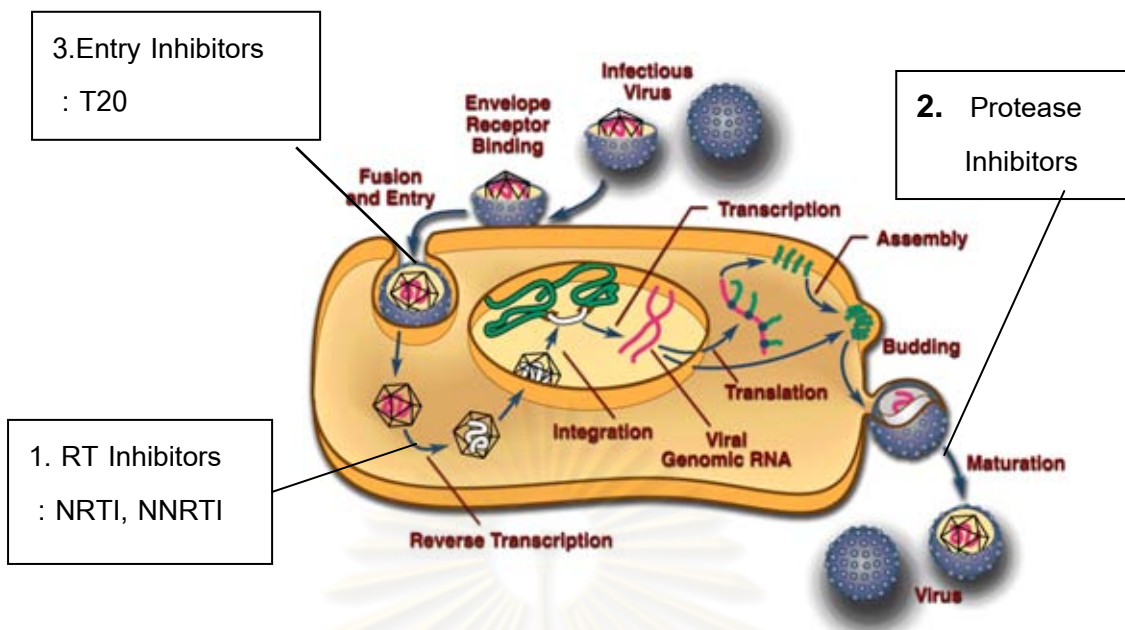
ระดับภูมิ ต้านทาน	อาการแสดง			
	N: ไม่มีอาการ	A: อาการเล็กน้อย	B: อาการปานกลาง	C: อาการเต็มขั้น
1.ปกติ	N1	A1	B1	C1
2.บกพร่องปานกลาง	N2	A2	B2	C2
3.บกพร่องอย่างมาก	N3	A3	B3	C3

แหล่งที่มา : CDC, 1994. Revised classification for Human immunodeficiency virus infection in children less than 13 years of age . MMWR, 43:1-10.

1.3 การรักษา การดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเอดส์ในเด็กประกอบด้วยหลักการใหญ่ 3 ประการ คือ

1.3.1 การรักษาด้วยยาต้านไวรัส การใช้ยาต้านไวรัสเอชไอวี (Antiretroviral Therapy, ARV) โดยเฉพาะ highly active antiretroviral therapy (HAART) มักหมายถึงยาสูตร 3 ตัวขึ้นไปทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีชีวิตยืนยาวและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นอย่างมาก (จินตนาถ อนันต์วรณิษฐ์ , 2545)

ยาต้านไวรัส (Antiretroviral therapy) หมายถึง ยาที่สังเคราะห์ขึ้นมา เพื่อหยุดยั้งหรือออกฤทธิ์ต้านการแบ่งตัว การยับยั้งการเกาะจับและเข้าเซลล์ ในการรักษาโรคติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ซึ่งยังไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ในปัจจุบัน ยาเหล่านี้มีฤทธิ์เพียงยับยั้งการเพิ่มจำนวนเชื้อไวรัสเอชไอวี แต่ยังไม่สามารถกำจัดเชื้อให้หมดไปจากร่างกายได้ การรักษาจึงจำเป็นต้องใช้ยาไปตลอดชีวิต ดังนั้นเป้าหมายของการรักษาด้วยยาต้านไวรัส คือ ทำให้ปริมาณเชื้อไวรัสลดลงให้มากที่สุด และยาวนานที่สุด เพิ่มภูมิคุ้มกันของร่างกาย (CD4 cell count) ช่วยให้ผู้ป่วยมีการดำเนินของโรคเข้าสู่ระยะเอดส์ช้าลง และช่วยให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ยาต้านไวรัสเอดส์ที่มีใช้อยู่ในปัจจุบันแบ่งออก 3 กลุ่มตามลักษณะของการออกฤทธิ์ต่อไวรัส ดังนี้ (ดังภาพ ที่ 3)



ภาพที่ 3 แสดงวงจรการทำงานของไวรัสเอชไอวี และการทำงานของยาต้านไวรัสในจุดต่างๆ

จากวงจรชีวิตของไวรัสจะเห็นว่ายาต้านไวรัสเอชไอวี ได้ถูกออกแบบให้ทำงานต่อต้านการแบ่งตัวของไวรัสได้ในหลาย ๆ จุด แต่ยาต้านไวรัสที่มีใช้ในปัจจุบันทำงานอยู่เพียง 3 จุด คือ (กัญญ์กัญญา ไซคไพบูลย์กิจ, 2549)

1. ยับยั้งเอนไซม์ Reverse transcriptase (RT) ทำให้ไวรัสไม่สามารถเปลี่ยน RNA เป็น DNA ได้ ซึ่งมี 3 กลุ่ม คือ nucleoside (NRTI), non-nucleoside (NNRTI), และ nucleotide (ซึ่งเป็นยาตัวใหม่ ไม่ค่อยมีการศึกษาในเด็ก)

2. ยับยั้งเอนไซม์ Protease (PI) ทำให้ไวรัสไม่สามารถพัฒนาเป็นไวรัสที่สมบูรณ์ได้

3. ยับยั้งการเข้าเซลล์ของไวรัส มีการศึกษาอยู่หลายตัว แต่ตัวที่มีจำหน่ายในต่างประเทศขณะนี้ตัวเดียว Enfuvirtide (T20) ทำงานโดยแย่งจับกับ gp41 ของไวรัส ยานี้ยังไม่มีจำหน่ายในประเทศไทย และยังไม่มีการศึกษาในเด็ก

1. Nucleoside analogues Reverse transcriptase inhibitors (NRTIs) ยาในกลุ่มนี้ได้แก่ Zidovudine (AZT) , Didanosine (ddI), Zalcitabine (ddC), Stavudine (d4T), Lamivudine (3TC) และ Abacavir (ABC)

2. Non - Nucleoside analogues Reverse transcriptase inhibitors (NNRTIs) ยาในกลุ่มนี้ได้แก่ Nevirapine (NVP) , Efavirenz (EFV) และ Delavirdine (DLV)

3. Protease inhibitor (PIs) ยาในกลุ่มนี้ได้แก่ Saquinavir (SQV) , Indinavir (IDV) , Ritonavir (RTV) , Amprenavir (APV) และ Nelfinavir (NFV)

นอกจากนี้ยังมียาต้านไวรัสที่รวมยามากกว่า 1 ชนิดในเม็ดเดียว ได้แก่

GPOVIRS 30[®] ประกอบด้วย NVP 200 มก. 3TC 150 มก. และ d4T 30 มก.

GPOVIRS 40[®] ประกอบด้วย NVP 200 มก. 3TC 150 มก. และ d4T 40 มก.

Combivir[®] ประกอบด้วย Zidovudine 300 มก. และ Lamivudine 150 มก.

Kaletra[®] ประกอบด้วย Lopinavir 400 มก. และ Ritonavir 100 มก.

การใช้ยาต้านไวรัสในผู้ป่วยรายใหม่ สามารถทำได้โดยเลือกใช้สูตรยาดังตารางที่ 3 หลักการที่สำคัญ ได้แก่ การใช้ยาอย่างน้อย 3 ชนิด โดยมี 2NRTI อยู่ในสูตรยา ร่วมกับยา 1 ชนิด จากกลุ่ม NNRTI หรือ PI แต่เนื่องจากยาต้านไวรัสในกลุ่ม NNRTI เป็นยาที่มีประสิทธิภาพดี รับประทานเพียง 1-2 ครั้งต่อวัน และมีราคาถูกจึงจัดไว้เป็นยาในลำดับที่ 1 ในกรณีที่ไม่สามารถใช้ยา NNRTI ทั้ง 2 ชนิดได้จึงเปลี่ยนไปใช้ยากกลุ่ม PI

ตารางที่ 3 สูตรยาต้านไวรัสในผู้ป่วยเด็กติดเชื้อเอชไอวี

ตัวเลือก	สูตรของยาต้านไวรัส	ตัวอย่าง
ลำดับที่ 1	2NRTI + NNRTI	d4T+3TC+NVP หรือ AZT+3TC+NVP d4T+3TC+EFV* หรือ AZT+3TC+EFV*
ลำดับที่ 2	2NRTI + PI	d4T+3TC+NFV หรือ AZT+3TC+NFV d4T+3TC+LPV/r หรือ AZT+3TC+LPV/r d4T+3TC+IDV/r หรือ AZT+3TC+IDV/r
ไม่แนะนำให้ใช้	2NRTI AZT+ d4T	การใช้ยา 2 ตัวได้ผลเพียงระยะสั้น ยา 2 ชนิดนี้มีฤทธิ์ antagonist กัน

* การใช้ยา efavirenz (EFV) มีข้อมูลเฉพาะในเด็กอายุตั้งแต่ 3 ปีขึ้นไป

เกณฑ์การเริ่มยาต้านไวรัสเอชไอวี เกณฑ์การพิจารณาในการเริ่มยาต้านไวรัส ประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่

1. **ความรุนแรงและระยะของโรค** เกณฑ์การพิจารณาเริ่มยาต้านไวรัสในผู้ป่วยเด็กติดเชื้อเอชไอวี ของกระทรวงสาธารณสุข (2545) มีเกณฑ์ดังนี้ อายุ < 12 เดือนให้ทุกราย สำหรับอายุ ≥ 12 เดือน ให้เมื่อมี อาการใน category C หรือ ระดับ CD4 < 20%

2. **ความพร้อมของครอบครัว ผู้ดูแลเด็กและตัวผู้ป่วย** โดยผู้ปกครองต้องเข้าใจว่า การรักษาด้วยยาต้านไวรัสนั้นเป็นการรักษาต่อเนื่องตลอดชีวิต (life-long treatment) ที่ต้องการความเอาใจใส่อย่างมาก ทั้งในด้านการกินยาสม่ำเสมอ และการมารับการตรวจรักษาอย่างต่อเนื่อง

3. **บุคลากรทางการแพทย์** ในการรักษาผู้ป่วยที่ติดเชื้อเอชไอวีนั้น ต้องอาศัยทีมบุคลากรทางการแพทย์หลายฝ่ายด้วยกัน (Multi-disciplinary team approach) ได้แก่ แพทย์, เภสัชกร, พยาบาล, เจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการ และเจ้าหน้าที่ให้คำปรึกษา รวมทั้งการสนับสนุนจากองค์กรเอกชน หรือ เครือข่ายผู้ติดเชื้อ

อาการข้างเคียงของยาต้านไวรัสและข้อแนะนำ ดังตาราง ที่ 4

ตารางที่ 4 อาการข้างเคียงของยาต้านไวรัสและข้อแนะนำ

ยา	อาการข้างเคียง	ข้อแนะนำในการกินยา
Zidovudine (AZT)	คลื่นไส้ อาเจียน ท้องเสีย ปวดศีรษะ ปวดกล้ามเนื้อ นอนไม่หลับ เล็บดำ	- ชนิดน้ำต้องเก็บในขวดสีชาเนื่องจากเนื้อยา ไวต่อแสง - สามารถเปิดแคปซูล หรือนำเม็ดยามาบด ละลายน้ำรับประทานได้ - สามารถรับประทานพร้อมอาหารได้ - ไม่ควรใช้ร่วมกับ d4T เนื่องจากฤทธิ์ต้านกัน
Lamivudine (3TC)	อาจมีอาการปวดศีรษะ อ่อนเพลีย	- รับประทานพร้อมอาหารได้ ยาน้ำเปิดแล้ว เก็บไว้ได้ในอุณหภูมิห้อง และใช้ให้หมด ภายใน 30 วัน
Stavudine (d4T)	ปลายประสาทอักเสบ ชาปลายมือปลายเท้า	- ชนิดน้ำต้องเก็บในขวดแก้ว แช่เย็นแล้วยา คงตัวได้ 30 วัน ก่อนใช้ต้องเขย่าให้ดี - สามารถเปิดแคปซูลออกมาละลายน้ำหรือ ผสมอาหารรับประทานได้ - ไม่ควรใช้ร่วมกับ AZT เนื่องจากฤทธิ์ต้านกัน
Didanosine (ddI)	คลื่นไส้ อาเจียน ท้องเสีย อาการชาปลายมือปลายเท้า	- ควรรับประทานตอนท้องว่าง (1 ชั่วโมงก่อน หรือ 2 ชั่วโมง หลังอาหาร)
Efavirenz (EFV)	วิงเวียน นอนไม่หลับ ฝันแปลก ๆ บุคลิกภาพเปลี่ยน	- อาจแกะแคปซูลเพื่อนำผงมาผสมอาหาร หรือ ขนมหวานก่อนรับประทานเนื่องจากยามี รสเฝ็ดมาก - แนะนำให้รับประทานก่อนนอนเพื่อลดผล ข้างเคียงต่อระบบประสาท
Nevirapin (NVP)	ผื่นเล็กน้อย จนผื่นรุนแรง	- ตรวจการทำงานของตับหลังเริ่มยา 2-4 wks - Rifampicin มีผลลดระดับยาลง ~ 30% - ต้องเตือนผู้ปกครองเรื่องผื่นก่อน ห้ามปรับ ขนาดยาลง
Nelfinavir (NFV)	ท้องเสีย ปวดท้อง	- ควรรับประทานพร้อมอาหาร - ยาเก็บในอุณหภูมิห้องได้

ผลอันไม่พึงประสงค์ที่น่าสนใจของการใช้ยาต้านไวรัส ปัญหาการใช้ยาต้านไวรัสระยะยาว อาจเกิดปัญหาอื่น ๆ ตามมาได้ ดังนี้ (กุลกัญญา โชคไพบูลย์กิจ, 2548)

1. Lipodystrophy / Dyslipidemia / Insulin resistance ผู้ป่วยที่ได้รับยาต้านไวรัสอาจเกิด fat redistribution คือมี peripheral fat loss ทำให้แขนขาลีบ แต่มี central fat gain เช่น พุงป่อง และมีไขมันสะสมในอวัยวะภายในมากขึ้น ทำให้รูปร่างภายนอกผิดปกติ มักมีภาวะ dyslipidemia เกิดร่วมด้วย เป็นที่กังวลว่าอาจส่งผลกระทบต่อเด็ก เพราะเด็กจะต้องกินยาต้านไวรัสยาวนานหลายสิบปี อาจเสี่ยงต่อภาวะระบบหลอดเลือดและหัวใจสูงกว่าผู้ใหญ่ในระยะยาว นอกจากนี้ยังอาจเกิดภาวะเบาหวาน ซึ่งเกิดจาก insulin resistant จากการได้รับยากลุ่ม PI และผู้ป่วยที่ได้รับยากลุ่ม PI นี้ ยังมีระดับ LDL และ Triglyceride สูงกว่าผู้ที่ไม่เคยรับ ยากลุ่ม PI ในเด็กที่ได้รับยาต้านไวรัสควรติดตาม fasting (12-hour) lipid profile อย่างน้อยทุก 6 เดือน โดยถือค่าปกติของ cholesterol < 200 mg/dl, LDL-cholesterol < 130 mg/dL และ triglyceride < 200 mg/dL หากพบระดับไขมันในเลือดสูง ควรแนะนำการปรับเปลี่ยนอาหาร และออกกำลังกาย และเจาะเลือดซ้ำภายในเวลา 6-12 เดือนหากยังมีค่า LDL หรือ TG สูงอยู่พิจารณาให้ยาลดไขมัน ซึ่งยาที่แนะนำให้ใช้ในเด็กอายุ 8 ปี ขึ้นไป ได้แก่ pravastatin (ธันยวีร์ ภูธนกิจ, 2546)

2. ภาวะ Hepatotoxic และ mitochondrial toxicity ปัญหานี้เกิดได้กับผู้ป่วยจากการใช้ยาต้านไวรัสทุกตัว ซึ่งอาจทำให้มีระดับ transaminase สูงขึ้นไม่มาก ไม่มีอาการจนรุนแรงถึงดับวายได้ ยาที่ก่อปัญหาตับอักเสบน้อยที่สุด คือ 3TC สำหรับ NRTI การเกิดตับอักเสบสัมพันธ์กับ mitochondrial toxicity ซึ่งก่อให้เกิด lactic acidosis, peripheral neuropathy, pancreatitis และ myopathy ด้วย สำหรับ NNRTI เช่น NVP อาจก่อให้เกิดตับอักเสบได้ เพราะภาวะ hypersensitivity ซึ่งมักเกิดในช่วง 6 สัปดาห์แรกของการเริ่มยา และยังไม่ทราบว่าในระยะยาวการใช้ยาต้านไวรัสจะทำให้เกิดตับอักเสบเรื้อรัง หรือตับแข็งหรือไม่ เด็กที่กินยาต้านไวรัสควรติดตามการทำงานของตับเป็นระยะ

3. ภาวะ Lactic acidosis มักเกิดกับการใช้ยา NRTI โดยเฉพาะ d4T ซึ่งจะเกิดบ่อย ถ้าให้ร่วมกับ ddI ผู้ป่วยจะมีคลื่นไส้ อาเจียนปวดท้อง อ่อนเพลีย น้ำหนักลด และ serum lactate > 5 mmol/L พบว่า 32% ของเด็กที่ได้รับ HAART จะมีระดับ Lactate ขึ้นสูงกว่าปกติ โดยไม่มีอาการ

4. การลดลงของ Bone density มักพบสัมพันธ์กับการใช้ PI ซึ่งเป็นที่น่ากังวลใจ โดยเฉพาะในเด็ก ซึ่งอาจทำให้กระดูกเปราะหักง่าย พบว่าเด็กที่กินยาต้านไวรัสมี Bone density น้อยกว่าเด็กปกติ จึงควรส่งเสริมโภชนาการ และการออกกำลังกายในเด็กกลุ่มนี้อย่างสม่ำเสมอ

5. อาการอันไม่พึงประสงค์อื่น ๆ มักพบเป็นอาการภาวะระบบทางเดินอาหาร ปวดศีรษะ ผื่นขึ้น มักไม่รุนแรง ที่ค่อนข้างจำเพาะ ได้แก่ อาการทางระบบประสาท ที่พบจากการใช้ EFV, นิวไนด์ จากการใช้ IDV ภาวะ hyperbilirubinemia จาก IDV, ชารอบปากจาก RTV

1.3.2 การรักษาโรคและภาวะผิดปกติที่พบร่วมด้วย

การติดเชื้อแบคทีเรีย การติดเชื้อแบคทีเรียที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยเด็กติดเชื้อเอชไอวี คิดเป็นร้อยละ 11 – 56 ได้แก่ การติดเชื้อของระบบทางเดินหายใจส่วนต้น ปอดอักเสบ การติดเชื้อในกระแสเลือด เยื่อหุ้มสมองอักเสบ การติดเชื้อของผิวหนัง ลำไส้อักเสบ ต่อมน้ำเหลืองอักเสบ การวินิจฉัยโรค ต้องอาศัยอาการทางคลินิก ร่วมกับการตรวจทางห้องปฏิบัติการ การรักษา ต้องอาศัยข้อมูลทางระบาดวิทยาเป็นสำคัญ การเลือกใช้ยาต้านจุลชีพให้คำนึงถึง ตำแหน่งที่มีการติดเชื้อ เชื้อก่อโรคที่พบบ่อยและอายุของผู้ป่วย การรักษาด้วยยาต้านไวรัสจะทำให้ภูมิคุ้มกันของผู้ป่วยดีขึ้นและช่วยลดโอกาสในการติดเชื้อแบคทีเรียลงได้ การให้ยา Co-trimoxazole เพื่อป้องกัน การติดเชื้อ Pneumocystis carinii และจะช่วยลดโอกาสการติดเชื้อแบคทีเรียของระบบทางเดินหายใจและระบบทางเดินอาหารลงได้

การติดเชื้อวัณโรค ผู้ติดเชื้อเอชไอวีเมื่อป่วยเป็นวัณโรคจะพบเป็นวัณโรคปอดได้บ่อยที่สุด การวินิจฉัยในเด็กทำได้ยากกว่าในผู้ใหญ่ เพราะโอกาสตรวจพบเชื้อ M.tuberculosis จากเสมหะมีน้อย จำเป็นต้องอาศัยหลายปัจจัยร่วม ได้แก่ ประวัติการสัมผัสโรค การทดสอบ tuberculin test การข้อมะเข็และ การเพาะเชื้อ การตรวจทางรังสีวิทยา การตรวจชิ้นเนื้อตัวอย่าง การตรวจพิเศษ และ ระบบให้คะแนน (score system) โดยการนำข้อมูลพื้นฐานหลายลักษณะ เพื่อช่วยในการวินิจฉัยวัณโรคใน การรักษาเบื้องต้น แนะนำให้ใช้ยา 4 ชนิด ได้แก่ isoniasid (INH), rifmpin (RIF), purazinamide (PZA) และ Streptomycin (SM) หรือ ethamnutol (EMB) โดยระยะเวลาในการรักษานาน 6 – 12 เดือน

การติดเชื้อ Mycobacterium avium complex (MAC) การติดเชื้อ MAC เป็นโรคติดเชื้อฉวยโอกาสที่พบได้บ่อยเป็นลำดับต้นๆ ส่วนใหญ่พบในผู้ป่วยที่มีระดับภูมิคุ้มกันต่ำ การติดเชื้อ MAC บ่อยครั้งที่ไม่ได้วินิจฉัย เพราะมีอาการและอาการแสดงของโรคไม่จำเพาะ เช่น เหงื่อออกกลางคืน น้ำหนักตัวลด คลื่นไส้ อาเจียน ปวดกล้ามเนื้อ ท้องเดิน อ่อนเพลีย อาการและอาการแสดงจะมีเริ่มขึ้นอย่างช้าๆหลายสัปดาห์ก่อนการวินิจฉัย เมื่อมีอาการแสดงเกิดขึ้น เช่น ตับโต ม้ามโต ซีด ผอมแห้ง จะพบเม็ดเลือดขาวในเลือดต่ำ และมีระดับ Alkaline phosphatase สูง การรักษาพบว่า เชื้อ MAC มีความไวต่อยา clarithromycin, azithromycin, amikacin, imipenem และยาในกลุ่ม quinolones เช่น ciprofloxacin

การติดเชื้อรา การติดเชื้อราในผู้ป่วยเด็กที่ติดเชื้อเอชไอวีเป็นการติดเชื้อฉวยโอกาส ที่พบบ่อย คือ เชื้อรา *Candida albicans* ก่อให้เกิดโรคผิวหนังและเยื่อที่พบได้บ่อยที่สุด อาจพบได้ร้อยละ 69 ภาวะ Oral candidiasis (OC) เป็นภาวะที่พบบ่อย การติดเชื้อ candida ที่มุมปาก ลักษณะผื่นจะเป็นฝ้าขาวๆ ล้นมีสีแดง วินิจฉัยแยกจากการขาดวิตามิน B โดยการทำให้ KOH การติดเชื้อที่ผิวหนังบริเวณข้อพับ ผื่นจะมีลักษณะขอบเขตชัดเจนแดง มีขุยสีขาวบนผื่น และมีผื่นเล็กๆกระจายออกจากผื่นเดิม (Satellite lesion) เป็นลักษณะสำคัญที่ช่วยในการวินิจฉัย ตำแหน่งที่พบบ่อย คือ ซอกพับ คอ รักแร้ และขาหนีบ การติดเชื้อ candida ของผิวหนังบริเวณรอบเล็บ จะพบผิวหนังที่ติดกับเล็บมีลักษณะบวมแดงและเจ็บ อาจมีหนองสีขาวปนเหลืองอ่อน กลิ่นเหม็นหืน ถ้าเป็นนานเล็บจะกลายเป็นสีเหลือง และผิวเล็บมีลักษณะขรุขระ การรักษา ต้องดูแลความสะอาดช่องปากและช่องฟัน ใช้ยา Fluconazole นาน 5-7 วัน ผิวหนังต้องดูแลให้แห้ง สะอาด ใช้ยาทาในกลุ่มazole เช่น clotrimazole, micronazole และ ketoconazole ทา 2-4 สัปดาห์ อาจพบมีการติดเชื้อกลับเป็นซ้ำได้บ่อย

1.3.3 การรักษาแบบประคับประคองและการป้องกันโรค ควรแนะนำให้ผู้ป่วยมาติดตามการตรวจโรคอย่างใกล้ชิดและหลีกเลี่ยงการฉีดวัคซีนป้องกันโรคจำพวก Live Vaccines นอกจากมีความจำเป็น เช่น วัคซีนป้องกันหัด เนื่องจาก พบว่าผู้ป่วยเอดส์เมื่อเป็นหัดแล้วอาการรุนแรงจนเสียชีวิตได้ แนะนำการป้องกันโรคต่างๆ เช่น วัณโรค การหลีกเลี่ยงที่จะไปสัมผัสสัตว์โรคต่างๆ หรือเดินทางไปท้องถิ่นที่มีโรคประจำอยู่ เพราะเด็กที่ติดเชื้อเอชไอวีมีภูมิคุ้มกันบกพร่องมีโอกาสติดเชื้อต่างๆได้ง่าย นอกจากนั้นควรมีการส่งเสริมโภชนาการ เนื่องจากเด็กที่ติดเชื้อเอชไอวี มักจะได้รับสารอาหารไม่เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย ตัวเด็กและน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐานสำหรับอนามัยด้านโภชนาการ ผู้ป่วยที่มีระดับ CD4 ต่ำกว่า 200 cell/mm³ มีแนวโน้มที่จะติดเชื้อหรือเกิดอาหารเป็นพิษได้ง่ายจึงควรใส่ใจต่ออนามัยในการปรุงอาหารให้มาก มีข้อแนะนำดังนี้

1. หลีกเลี่ยงการทานอาหารดิบเช่นปลาดิบ,เนื้อที่ยังปรุงไม่สุกเต็มที่
2. หลีกเลี่ยงผลิตภัณฑ์จากนมที่ยังไม่ผ่านการฆ่าเชื้อ
3. หลีกเลี่ยงโยเกิร์ตหรืออาหารเสริมที่ประกอบด้วยเชื้อจุลินทรีย์ที่ยังมีชีวิตอยู่หรือเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของProbiotic
4. อาหารที่สุกแล้วตั้งทิ้งไว้นาน ควรนำมาอุ่นใหม่ก่อนทาน
5. หลีกเลี่ยงอาหารที่มีราขึ้นแม้เพียงเล็กน้อยก็ตาม รวมถึงอาหารที่เลยวันหมดอายุแล้ว
6. ล้างผักและผลไม้ให้สะอาดก่อนทาน
7. อาหารที่ปรุงเสร็จแล้วหากจะเก็บในตู้เย็นเพื่อรับประทานต่อไปก็ไม่ควรจะเก็บเกิน 2 วัน หากจะเก็บไว้รับประทานนานกว่า2วันควรแบ่งส่วนเก็บไว้ในช่องแช่แข็ง

8. เก็บแยกอาหารที่ยังไม่ได้ทำให้สุกกับอาหารที่สุกแล้วออกจากกันเป็นสัดส่วนเพื่อป้องกันการปนเปื้อนเชื้อจากอาหารดิบไปสู่อาหารสุก รวมทั้งดูแลความสะอาดของภาชนะ และ อุปกรณ์ทำอาหารด้วย

9. ผู้ป่วยที่มีระดับ CD4 ต่ำกว่า 200 cell/mm^3 ควรดื่มน้ำที่ผ่านการฆ่าเชื้อแล้ว หรือหากไม่สามารถหาได้อาจใช้น้ำที่ผ่านการต้มให้เดือดฆ่าเชื้ออย่างน้อย 5-10 นาทีแล้ว และเก็บในภาชนะปิดสนิท เพื่อลดโอกาสติดเชื้อที่ปนเปื้อนมาในน้ำ สำหรับการดื่มน้ำหรือการเตรียมอาหาร และ แปรงฟันควรระวังการใช้น้ำประปาหรือน้ำแร่ที่ไม่ได้ผ่านการฆ่าเชื้อ

10. ล้างมือให้สะอาดทุกครั้งก่อนทานอาหาร ดังนั้นการเอาใจใส่ด้านโภชนาการที่ดีจะช่วยให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีและยาวนานขึ้น

นอกจากนั้นการป้องกันการรับเชื้อเพิ่ม โดยการปฏิบัติดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคล เช่น การดูแลความสะอาดช่องปากและฟัน การรักษาความสะอาดของร่างกายอย่างสม่ำเสมอ และการดูแลสิ่งแวดล้อมเช่น ห้องน้ำ ห้องครัว เพื่อป้องกันการเจริญเติบโตของเชื้อรา และแบคทีเรีย เป็นการป้องกันการติดเชื้อฉวยโอกาส ทำให้สุขภาพแข็งแรงไม่เจ็บป่วยง่าย

2. ผลกระทบจากการติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ในเด็ก

เด็กที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์จะได้รับผลกระทบที่รุนแรงทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ (มูลนิธิพัฒนาเครือข่ายเอดส์ สำนักงานภาคอีสาน, 2546)

2.1 ด้านร่างกาย เด็กที่ติดเชื้อเอชไอวี ต้องเผชิญกับภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง มีอาการผิดปกติของระบบอวัยวะต่างๆ ส่งผลให้มีพัฒนาการช้า และมีภาวะทุพโภชนาการ เนื่องจาก เด็กมักมีภาวะเบื่ออาหาร มีเชื้อรา มีแผลในช่องปาก และมีการดูดซึมอาหารที่ผิดปกติ เนื่องจากการติดเชื้อที่ลำไส้ ขาดเอนไซม์ Lactase ทำให้กระเพาะอาหารทำงานผิดปกติและหลังกรดน้อยลง นอกจากนี้มีความผิดปกติของตับอ่อน หรือจากยาปฏิชีวนะต่างๆ แบบครอบจักรวาล ทำให้แบคทีเรียในลำไส้เจริญเติบโตเพิ่มขึ้น บางรายมีการติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ ไอ หายใจเหนื่อย และเด็กยังมีการติดเชื้อซ้ำๆ มีไข้เรื้อรัง ทำให้ร่างกายสูญเสียพลังงานและมีการเผาผลาญสารอาหารเพิ่มขึ้น ทำให้เด็กเหล่านี้เลี้ยงไม่โต และเกิดอาการผอมแห้ง (Wasting syndrome) ตัวเล็ก และน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐาน (Lustig, 1993: 3-6) นอกจากนี้ เด็กยังไม่ได้รับการส่งเสริมพัฒนาการเรียนรู้ สติปัญญา และการใช้ภาษา เนื่องจากขาดผู้ดูแล หรือผู้ดูแลไม่สามารถดูแลเด็ก รวมทั้งเด็กโตบางคนต้องรับภาระในครอบครัวเช่น ต้องดูแลน้องหรือบิดามารดาที่เจ็บป่วย หรือต้องหารายได้จุนเจือครอบครัว ส่งผลทำให้เด็กไม่ได้รับการส่งเสริมพัฒนาการที่เหมาะสม ตามวัย

2. ด้านจิตใจ เด็กต้องเผชิญภาวะเครียด อันเนื่องจากการเปลี่ยนแปลงของครอบครัว ความเจ็บป่วยของตนเอง หรือบิดามารดา ความสูญเสียบิดามารดา หรือน้องที่ติดเชื้อ ความยากจน ความไม่

เข้าใจเรื่องเอดส์ และปฏิกริยาไม่ยอมรับ การโดนรังเกียจจากญาติพี่น้อง ประกอบกับเด็กมีความยากลำบากในการสื่อสารให้ผู้ใหญ่เข้าใจ รวมทั้งผู้ใหญ่ไม่เปิดโอกาสในการสื่อสารกับเด็ก หรือมีข้อจำกัดในการสื่อสาร ส่งผลให้เด็กเกิดการสะสมความเครียด และส่งผลต่อพฤติกรรม เช่น เด็กบางคน ซึมเศร้า เก็บตัว ไม่กล้าแสดงออก บางคนมีพฤติกรรมก้าวร้าว หรือมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย นอกจากนั้นการมีภาวะเจ็บป่วยบ่อยครั้ง เป็นระยะเวลาอันยาวนานและมีอาการรุนแรง จำเป็นต้องรับไว้รักษาในโรงพยาบาล จึงถูกแยกจากครอบครัว อาจทำให้เด็กเกิดภาวะเครียดขึ้นได้ (จุไร อกัยจิรัตน์, 2540; Instone, 2000) ผลของการติดเชื้อเอชไอวีจะทำให้ ร่างกายและจิตใจมีการเปลี่ยนแปลง เหี่ยวอ่อน หน้าตาไม่แจ่มใส อารมณ์หงุดหงิดง่าย ซึมเศร้า แยกตัวเอง ย่อมไม่เป็นที่น่าสนใจของบุคคลในสังคม และมักถูกแสดงความรักเกียจ และเด็กที่ติดเชื้อเอชไอวีติดเชื้อฉวยโอกาสได้ง่าย และได้รับผลข้างเคียงจากการใช้ยาต้าน เด็กอาจมีพฤติกรรมซึมเศร้า แยกตัว อารมณ์เปลี่ยนแปลงได้ง่ายอีกด้วย ซึ่งจะมีผลให้เด็กแสดงพฤติกรรมถดถอยหรือก้าวร้าวขึ้นได้ (Williams, 1989)

3. **ด้านสังคม** คือการได้รับการยอมรับจากสังคม จากกลุ่มเพื่อน มีโอกาสเป็นส่วนหนึ่งในกิจกรรมทางสังคม การได้รับโอกาสทางการศึกษาที่เหมาะสม ในปัจจุบันโดยส่วนใหญ่พบว่าครอบครัวยังสามารถอยู่ในชุมชนได้ แต่เป็นลักษณะต่างคนต่างอยู่ ผู้ติดเชื้อไม่ไปร่วมกิจกรรมหรือสัมพันธ์กับชุมชนมากเกินไปจนขอบเขตที่ชุมชนจะรับได้ เด็กบางคนที่ได้เข้าเรียนพบว่าไม่มีความสุขในการเรียนร่วมกับเพื่อนคนอื่นเนื่องจากโดนแยกสิ่งของเครื่องใช้ หรือถูกล้อเลียน ไม่มีเพื่อนเล่น ทำให้เด็กบางคนไม่ยอมไปโรงเรียน และเด็กบางไม่ได้รับการดูแลจากญาติ หากบิดามารดาเสียชีวิตส่งผลให้เด็กขาดโอกาสในการสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่น ไม่ได้รับการส่งเสริมพัฒนาการและปกป้องคุ้มครอง

4. **ด้านจิตวิญญาณ** คือ สิ่งที่เกี่ยวข้องกับจิตใจมีผลต่อความรู้สึกนึกคิด แรงบันดาลใจ ความต้องการด้านจิตวิญญาณ ได้แก่ การได้รับการตอบสนองในเรื่องที่จะช่วยยึดเหนี่ยวจิตใจ เป็นที่พึ่งทางใจ ช่วยให้เกิดความหวังในชีวิต ได้รับการอธิบายถึงความเป็นไปของชีวิต มีส่วนร่วมในประเพณี หรือพิธีกรรมต่างๆ ทางศาสนา แต่เด็กที่ได้รับผลกระทบจากเอดส์ มักจะเผชิญภาวะผลกระทบกล่าวคือ เด็กบางคนต้องเผชิญกับชีวิตโดยลำพัง นอกจากนั้นยังไม่ได้เข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนา ไม่ได้รับการส่งเสริมพัฒนาการและการปกป้องคุ้มครอง ส่งผลให้เด็กมีภาวะร่างกายและจิตใจที่อ่อนแอ ขาดที่พึ่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจ ขาดความหวังและความเข้าใจชีวิต (มูลนิธิเครือข่ายเอดส์ และคณะ, 2546)

สรุปได้ว่า โรคเอดส์เป็นโรคที่ส่งผลกระทบมากมายทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ และปัจจุบันการติดเชื้อเอชไอวี ยังไม่สามารถกำจัดเชื้อให้หมดไปได้ การรักษาจึงเป็นการประคับประคอง ป้องกัน ร่วมกับการส่งเสริมสุขภาพ (กุลกัญญา โชคไพบูลิกิจย์, 2548)

3. พัฒนาการเด็กวัยเรียน

เด็กวัยเรียน เป็นวัยที่จะก้าวไปสู่สังคมภายนอกครอบครัว เป็นวัยที่เด็กต้องเข้าโรงเรียนเป็นช่วงเวลาที่เด็กต้องไปอยู่ในสภาพแวดล้อมของเพื่อน การพัฒนาการทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมคงดำเนินต่อไปเรื่อย ๆ แต่จะเน้นพัฒนาการความสามารถทางทักษะ การเข้าสังคม กับการพัฒนาทางด้านมโนธรรม วัยนี้จึงเป็นช่วงเวลาที่สำคัญสำหรับการพัฒนาอัตมโนทัศน์ (ลดาวัลย์ ประทีปชัยกูร, 2546) และเด็กวัยเรียนตอนปลาย เป็นวัยคาบเกี่ยวกับวัยแรกเริ่ม เด็กวัยนี้เป็นวัยที่มีความขัดแย้งทางด้านอารมณ์จนบางครั้งอาจเกิดปัญหาครอบครัว เด็กเริ่มมีความเป็นตัวของตัวเอง มีการใช้เหตุผลมากขึ้น เป็นวัยที่ควรได้รับการปลูกฝังให้มีความร่วมมือและความรับผิดชอบ (สุชา จันทรเฒ, 2543)

3.1 พัฒนาการด้านร่างกาย

เด็กวัยเรียนจะมีอัตราการเจริญเติบโตเพิ่มขึ้นอย่างสม่ำเสมอ แต่อัตราการเจริญเติบโตเพิ่มขึ้นอย่างสม่ำเสมอแต่อัตราการเจริญเติบโตจะช้ากว่าทารกและเด็กเล็ก ซึ่งอัตราการเจริญเติบโตของเด็กจะเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วเมื่อเข้าวัยรุ่น น้ำหนักของเด็กวัยนี้จะเพิ่มขึ้นเฉลี่ยปีละ 2-3 กิโลกรัม และส่วนสูงจะเพิ่มขึ้นเฉลี่ยปีละ 5 เซนติเมตร (Potter & Perry, 1999) สัดส่วนและรูปร่างของเด็กจะคล้ายผู้ใหญ่มากขึ้น ร่างกายขยายความสูงมากกว่าความกว้าง แขนขาจะยาวออก การเคลื่อนไหว ความคล่องแคล่วในการใช้มือ แขนขา มีการประสานงานกันดี (Ashwill & Droske, 1997) มีการเปลี่ยนแปลงของรูปร่าง ฟันน้ำนมเริ่มหัก และมีฟันแท้ขึ้นแทน ส่วนใหญ่ฟันแท้จะขึ้นครบเมื่อเด็กอายุประมาณ 12 ปี ระบบต่างๆของร่างกาย เช่น ระบบไหลเวียนโลหิต ระบบทางเดินอาหาร ระบบปัสสาวะ ระบบภูมิคุ้มกัน จะเจริญเติบโตและทำหน้าที่ได้สมบูรณ์ และเมื่อ อายุ 11-13 ปี การเจริญเติบโตด้านร่างกายจะเห็นได้ชัดมาก จะมีน้ำหนักและความสูงเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว

3.2 พัฒนาการด้านสติปัญญา

Piget นักจิตวิทยาชาวสวิส ผู้คิดค้นทฤษฎีพัฒนาการทางสติปัญญา กล่าวว่า ระยะพัฒนาการความคิดอย่างมีเหตุผลเป็นรูปธรรม (concrete operation period) อยู่ระหว่างอายุ 7 - 11 ปี มีพัฒนาการและความก้าวหน้าทางสติปัญญาและความคิดเชิงรูปธรรม (concrete operation) เด็กวัยนี้มีพัฒนาการและความก้าวหน้าทางสติปัญญาอย่างเห็นได้ชัด มีความคิดความเข้าใจดีขึ้น สามารถมองวัตถุ เหตุการณ์ต่างๆ ในมุมมองหลายด้าน (defenestration) เริ่มยอมรับความคิดเห็นของคนอื่นบ้าง เริ่มเข้าใจคุณค่าของกฎเกณฑ์ และการตัดสินใจอยู่กับเหตุผล สามารถจัดประเภทและหมวดหมู่ (classify) และ ลำดับ (order) ของสิ่งของได้ และสามารถคิดย้อนกลับไปได้ เมื่อมีปัญหาและเข้าใจเหตุผลที่ตามมา แต่การคิดแก้ปัญหาที่ยังอาศัยการชี้แนะและเหตุผลของสื่อที่เป็นรูปธรรมและขึ้นอยู่กับการสนทนาที่เด็กได้เรียนรู้มา (Thomson, 1995) และเป็นช่วงอายุที่เหมาะสมในการส่งเสริมให้เด็กเกิดพฤติกรรมสุขภาพที่ดี ซึ่งจะมีผลต่อการเจริญเติบโตและการบรรลุเป้าหมายสูงสุดในชีวิต และการกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่ดีในเด็กวัยเรียนนี้จะทำให้

เกิดผลดี และ ทำให้สามารถคงพฤติกรรมนั้นไว้ได้จนถึงวัยผู้ใหญ่ เมื่อเด็กอายุเพิ่มขึ้นประมาณ 11 – 12 ปี เด็กสามารถคิดได้อย่างมีเหตุผลและเรียนรู้เกี่ยวกับสิ่งที่เป็นนามธรรมได้ดีขึ้น สามารถคิดแก้ปัญหา โดยอาศัยเหตุผลทางตรรกศาสตร์อย่างมีระบบ เด็กเริ่มมีแนวคิดของตนเอง สามารถประเมินสถานการณ์และตัดสินใจได้ด้วยตนเอง รู้จักวิจารณ์หรืออภิปรายปัญหาพร้อมกับผู้อื่น รู้จักให้เหตุผลและรับฟังความคิดเห็นของบุคคลอื่น รู้จักรับผิดชอบมากขึ้น

3.3 พัฒนาการด้านอารมณ์

เด็กวัยเรียนสามารถควบคุมอารมณ์ได้ดีขึ้น ในระยะนี้เด็กจะมีอารมณ์ต่างๆ ทั้งอารมณ์ด้านบวก เช่น พอใจ พึงใจ ความรู้สึกสงสาร และอารมณ์ด้านลบ เช่น โกรธ ไม่พอใจ อิจฉา เกลียด และเด็กวัยนี้พร้อมที่จะแสดงออกทางอารมณ์ ในระยะต้นของเด็กวัยนี้ คือช่วงอายุ 6-7 ปี เด็กจะมีอารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย และถือตนเองเป็นศูนย์กลาง ทั้งนี้เนื่องจากเด็กต้องมีการปรับตัวต่อสถานการณ์ใหม่ที่สำคัญ คือ การเริ่มเข้าโรงเรียน การเปลี่ยนกิจวัตรประจำวัน ต้องทำตามกฎระเบียบ และคำสั่งของผู้อื่น มีผลทำให้เกิดความคับข้องใจและความวิตกกังวล เด็กวัยเรียนในระยะปลายจะมีการควบคุมอารมณ์ได้ดีขึ้น มีการใช้เหตุผลมากขึ้น มีการระบายอารมณ์ออกโดยการพูดคุยและการเล่น สิ่งที่ต้องพัฒนาด้านอารมณ์ของเด็กวัยนี้ คือการเข้าใจอารมณ์ของตนเอง อารมณ์ของบุคคลอื่น การรู้จักควบคุมอารมณ์ และการรู้จักแสดงออกอย่างเหมาะสม ซึ่งจะทำให้เด็กเข้ากลุ่มเพื่อนได้ และมีสุขภาพจิตที่ดี (ศรีเรือน แก้วกังดาล, 2540) เด็กวัยเรียนตอนปลายกำลังจะเปลี่ยนไปเป็นวัยรุ่น มักมีอารมณ์รุนแรง และเปลี่ยนแปลงง่าย เปิดเผยตรงไปตรงมามีความรู้สึกไวต่อสิ่งต่างๆ รอบตัว มักแสดงออกถึงความชอบและไม่ชอบอย่างรุนแรง ต้องการความเป็นอิสระ ชอบฟังตนเอง จึงมักขัดแย้งกับผู้ใหญ่ เด็กยังต้องการการตัดสินใจเอง และต้องการการยอมรับจากเพื่อนในกลุ่มเดียวกัน และผู้ใหญ่ นอกจากนี้ยังมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงรูปร่างหน้าตาของตนเอง (เยาวลักษณ์ เสรีเสถียร, 2543)

3.4 พัฒนาการด้านจิตสังคม

เด็กวัยเรียนเป็นวัยที่เริ่มออกจากครอบครัวสู่โลกโรงเรียน (The world of school) เด็กมีสังคมนอกบ้านที่ขยายกว้างขึ้น เด็กจะใช้ชีวิตส่วนใหญ่อยู่นอกบ้าน ทำให้เด็กได้เรียนรู้สิ่งต่างๆ มากขึ้น เด็กต้องการเป็นอิสระจากบิดามารดา ต้องการพึ่งพาตนเอง อยากมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมหรือการเล่นกับกลุ่มเพื่อนมากกว่าอยู่คนเดียว เด็กจะเรียนรู้การเข้าสังคมและปรับตัวให้เข้ากับสังคม (นิตยา ไทยภิรมย์, 2541) Erikson (อ้างใน ลดาวัลย์ ประทีปชัยกูร, 2546) ผู้คิดค้นทฤษฎีพัฒนาการจิตสังคม กล่าวว่า เด็กวัยเรียน (6 – 12 ปี) เป็นขั้นพัฒนาความขยันหมั่นเพียร หรือความรู้สึกดี้อย (Industry vs inferiority) เด็กสามารถตระหนักได้ว่าสิ่งใดสามารถทำได้จากความพยายามของตนเอง เด็กต้องการทำในสิ่งที่ตนสามารถนำไปสู่ความสำเร็จที่แท้จริง เด็กวัยเรียน รู้ที่จะร่วมมือกับผู้อื่น และทำงานให้เสร็จสมบูรณ์ ตลอดจนกฎระเบียบต่างๆ ถ้าความขยันหมั่นเพียรของเด็กได้รับการสนับสนุน

และกระตุ้นจากบิดามารดา เด็กจะพัฒนาความรู้สึกในด้านดีต่อความภาคภูมิใจในตนเองและผลสำเร็จที่ได้รับ ในด้านตรงกันข้าม ถ้าเด็กขาดการสนับสนุนหรือการกระตุ้นจากบิดามารดาเด็กจะค่อยๆ ถอนตนเองจากความพยายามเรียนรู้ทักษะใหม่ๆ และพัฒนาความรู้สึกไม่เพียงพอ (inadequacy) และรู้สึกด้อย (inferiority)

4. แนวคิดความร่วมมือในการรักษา (Adherence to regimen)

4.1 ความหมายของความร่วมมือในการรักษา มีการใช้คำหลายคำที่ใกล้เคียงกับคำว่าความร่วมมือในการรักษา ได้แก่ ความร่วมมือในการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพ ความร่วมมือในการใช้ยา พฤติกรรมความร่วมมือในการส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งแต่ละคำมีความหมายใกล้เคียงกัน องค์การอนามัยโลก (WHO, 2002) ได้ให้ความหมายของ Adherence ไว้ว่าเป็น พฤติกรรมความร่วมมือของผู้ป่วยที่มีอย่างต่อเนื่องทั้งด้านการใช้ยาตามคำสั่ง การปฏิบัติตามคำแนะนำเรื่องอาหาร การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดำเนินชีวิต และการปฏิบัติตามคำแนะนำที่สอดคล้องกับแผนการรักษา โดยพฤติกรรมดังกล่าวต้องเกิดขึ้นจากการตกลงยินยอมร่วมกันระหว่างผู้ป่วยกับบุคลากรทางการแพทย์ในเรื่องการรักษา ประณิต ส่งวัฒนา และพรทิพย์ ลีลาอนันตกุล (2547) ได้ให้ความหมายของ ความร่วมมือในการรักษาผู้ป่วยว่า หมายถึง พฤติกรรมหรือการกระทำของผู้ป่วยที่ยินยอมและเต็มใจในการที่จะเลือกปฏิบัติตามคำแนะนำของบุคลากรด้านสุขภาพ ในเรื่องเกี่ยวกับการรับประทานยา การมาพบแพทย์ตามนัด การรับประทานอาหาร การพักผ่อน ออกกำลังกาย การงดพฤติกรรมเสี่ยง งดสูบบุหรี่ และดื่มเหล้า และสามารถเปลี่ยนแปลงการดำเนินชีวิตประจำวัน ให้สอดคล้องกับแผนการรักษา

จันทน์ จันทรท่าจัน (2549) ได้ให้ความหมายของ ความร่วมมือในการรักษาผู้ป่วยว่า หมายถึง พฤติกรรมที่มีส่วนร่วมอย่างต่อเนื่อง ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ในการรับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส ทั้งในด้านการใช้ยาต้านไวรัสได้อย่างต่อเนื่องสม่ำเสมออย่างน้อยร้อยละ 95 การใช้ยาต้านไวรัสได้อย่างถูกต้อง ถูกขนาด และถูกเวลาโดยคลาดเคลื่อนไม่เกิน 1 ชั่วโมง และด้านการปฏิบัติตนในการดูแลรักษาสุขภาพให้สอดคล้องกับแผนการรักษา ได้แก่ การมาตรวจตามนัด การพักผ่อน การออกกำลังกาย การงดสูบบุหรี่ และดื่มเหล้า และการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโรค

จากความหมายที่กล่าวมาข้างต้นสรุปได้ว่า ความร่วมมือในการรักษา หมายถึง พฤติกรรมหรือการกระทำที่บุคคล ปฏิบัติได้สอดคล้องกับแผนการรักษา ด้วยความเต็มใจ ซึ่งเป็นกิจกรรมที่บุคคลยินยอมและเต็มใจที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำของบุคลากรทางการแพทย์ ตลอดจนปรับเปลี่ยนแบบแผนในการดำเนินชีวิต ให้สอดคล้องกับภาวะโรคได้อย่างเหมาะสม โดยกิจกรรมที่ที่กระทำนั้น เพื่อส่งเสริมให้เกิดภาวะสุขภาพที่ดีทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม

4.2 แนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับความร่วมมือในการรักษา ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับความร่วมมือในการรักษา สามารถสรุปได้ดังนี้ (Kaptein, 1992; Dracup & Melles, 1982)

3.2.1 แนวคิดทฤษฎีรูปแบบทางชีวภาพ (The biomedical approach) หรือรูปแบบทางการแพทย์ (The medical model) เป็นรูปแบบที่ให้ความสำคัญกับลักษณะหรือคุณสมบัติของผู้ป่วย ได้แก่ ลักษณะประชากร เช่น อายุ เพศ อาชีพ รายได้ ลักษณะทางสังคมของผู้ป่วย เช่น ความรุนแรงของโรค ลักษณะของแผนการรักษา เช่น ชนิดของยา ระยะเวลาในการรักษา ผลของเคียงของยา รวมถึงค่าใช้จ่าย การเดินทาง เวลาในการรอพบแพทย์ เป็นต้น

4.2.2. แนวคิดรูปแบบเชิงพฤติกรรม (The behaviouristic approach) รูปแบบนี้อยู่บนฐานแนวคิดทฤษฎีของการเรียนรู้ที่มีต่อพฤติกรรมความร่วมมือที่กล่าวถึงคือ ทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม (Social Learning Theory) ของ Bandura (1997) ทฤษฎีนี้เชื่อว่า พฤติกรรมความร่วมมือนั้นเกิดมาจากปัจจัยภายในและปัจจัยภายนอก บุคคลมีความคาดหวังถึงความสามารถของตนเอง และความคาดหวังในผลลัพธ์ไว้ล่วงหน้า

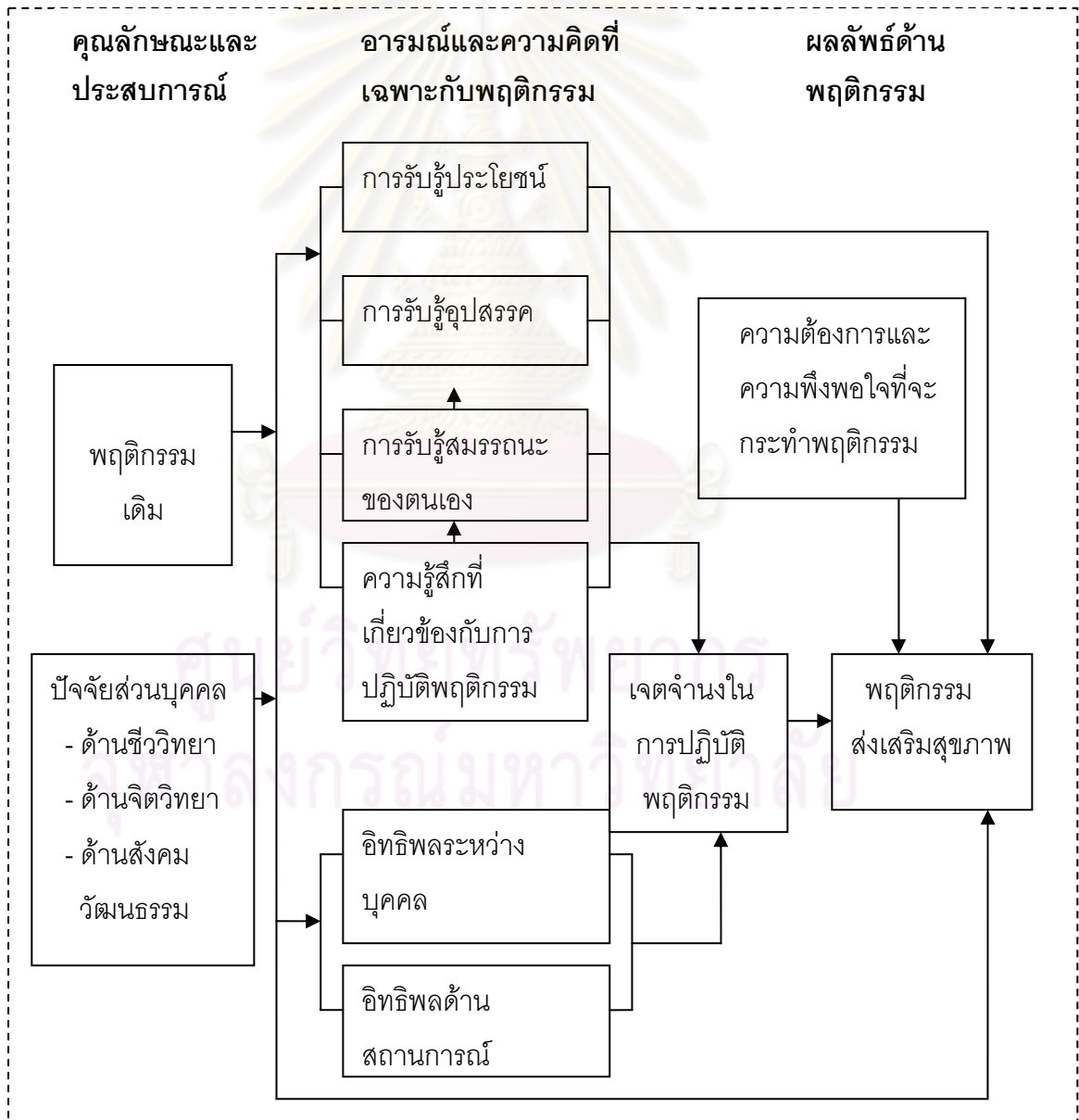
4.2.3. แนวคิดรูปแบบการติดต่อสื่อสารระหว่างแพทย์และผู้ป่วย (Patient-physician communication approach) ซึ่งกล่าวว่า ความร่วมมือเกิดจากผลผลิตของความคิดในการติดต่อสื่อสารระหว่างแพทย์และผู้ป่วย นอกจากนั้นยังขึ้นอยู่กับความตั้งใจของผู้ป่วยรวมทั้งสิ่งแวดล้อมทางสังคมของผู้ป่วย ได้แก่ ผู้ดูแล สมาชิกในครอบครัว ซึ่งจะเป็นแหล่งสนับสนุนที่ดีที่จะทำให้ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการรักษา รูปแบบพฤติกรรมที่ใช้กระตุ้นให้มีกำลังใจได้แก่ การให้คำแนะนำ การให้รางวัล และการทำข้อตกลงกันไว้ในเรื่องการรักษาระหว่างผู้รักษาและผู้ป่วย

4.2.4 แนวคิดทฤษฎีรูปแบบการใช้สติปัญญา (The cognitive approach) ผู้ป่วยจะใช้ความคิด สติปัญญาและการรับรู้ต่อสาเหตุที่ทำให้เกิดความเจ็บป่วย วิธีการรักษา หรือวิธีแก้ไข เป็นพฤติกรรมที่แสดงออกมาโดยผ่านขบวนการเรียนรู้ วิเคราะห์และเห็นคุณค่า ในการที่จะแสดงพฤติกรรมนั้นๆ กล่าวคือ เมื่อมีความเชื่อมั่นในสมรรถนะแห่งตนว่าสามารถปฏิบัติพฤติกรรมที่ถูกต้องได้ หรือเมื่อมีความร่วมมือในการรักษาแล้ว จะทำให้ได้รับผลลัพธ์ตามสิ่งที่คาดหวัง (Bandura, 1977 cited in Brannon & Feist, 1997) และเมื่อผู้ป่วยคิดพิจารณาถึงผลการกระทำตามแผนการรักษาว่าดีต่อตนเองแล้ว สิ่งนั้นจึงเป็นสาเหตุส่งเสริมให้บุคคลต้องกระทำตามแผนการรักษาอย่างดี

4.2.5 แนวคิดทฤษฎีของการส่งเสริมสุขภาพ แนวคิดทฤษฎีส่งเสริมสุขภาพครั้งแรกของ Pender (1987; 57-60) มีแนวคิดพื้นฐานจากทฤษฎีความคาดหวังคุณค่า (Expectancy-value theory) และจากทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม (Social cognitive theory) กล่าวว่า การที่บุคคลจะลงมือกระทำกิจกรรมที่ส่งเสริมสุขภาพ ตลอดปฏิบัติกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง จนกลายเป็นแบบแผนในการดำเนินชีวิตนั้น เป็นผลจากการได้รับอิทธิพลจากปัจจัย 3 ด้าน ด้วยกันคือ คือปัจจัยด้านความรู้ –

การรับรู้ของบุคคล (Cognitive- Perceptual factors) ปัจจัยปรับเปลี่ยน (Modifying factors) และตัวชี้แนะการกระทำ (Cues to action)

4.3 แนวคิดความร่วมมือในการรักษาโดยประยุกต์แบบจำลองการสร้างเสริมสุขภาพของ Pender แบบจำลองการสร้างเสริมสุขภาพของ Pender (Pender's health promotion model) มีแนวคิดพื้นฐานจากทฤษฎีความคาดหวัง (Expectancy – value theory) ของ Feather (1982) ซึ่งมีแนวคิดว่าคุณค่าของการเปลี่ยนแปลง เมื่อเห็นว่าการเปลี่ยนแปลงนั้นมีคุณค่า และการเปลี่ยนแปลงนั้นจะได้มาซึ่งประโยชน์ และจากทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม (Social cognitive theory) ของ Bandura (1986) ได้กล่าวถึงความสำคัญของกระบวนการรับรู้ในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การอธิบายพฤติกรรมที่กระทำต่อเนื่องจนกลายเป็นส่วนหนึ่งของชีวิตประจำวัน ซึ่งต่อมา Pender ได้มีการพัฒนารูปแบบใหม่ล่าสุดในปี 2006 (Pender, 2006: 50) ดังภาพที่ 4



ภาพที่ 4 Revised Pender's Health Promotion Model (Pender, 2006: 50)

องค์ประกอบที่สำคัญของทฤษฎีของ Pender ประกอบด้วยมโนทัศน์หลัก 3 มโนทัศน์ ดังแสดงในภาพที่ 4 มีรายละเอียดดังนี้

1. ประสบการณ์และลักษณะส่วนบุคคล (Individual characteristics and experiences) บุคคลแต่ละคนมีประสบการณ์เฉพาะและมีประสบการณ์ที่แตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล ประกอบด้วย

1.1 พฤติกรรมที่เกี่ยวข้องในอดีต (Prior related behavior) ปัจจัยพฤติกรรมด้านพฤติกรรมในอดีต เป็นผลกระทบโดยตรงและโดยอ้อม ที่นำไปสู่การปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในปัจจุบัน สอดคล้องกับทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม (Social Cognitive Theory) ของ Bandura (Cited in Pender, 2006: 51-52) ที่กล่าวว่า เมื่อแสดงพฤติกรรมแล้วได้ข้อมูลย้อนกลับ ก่อให้เกิดทักษะ ผลประโยชน์ที่ได้รับจากพฤติกรรมในอดีตนี้ จะทำให้บุคคลนั้นมีโอกาสที่จะกระทำพฤติกรรมนั้นได้ซ้ำมากขึ้น ส่วนอุปสรรคที่เกิดขึ้นที่ผ่านพ้นและประสบกับความสำเร็จ และอารมณ์ที่เกิดร่วมกับพฤติกรรมนั้นๆ ทั้งที่เป็นความรู้สึกบวกหรือลบ จะถูกเก็บรวบรวมไว้ในความทรงจำเพื่อนำมาเป็นข้อมูลเพื่อประกอบการพิจารณาเมื่อจะเข้าสู่ในพฤติกรรมในครั้งต่อไป

1.2 ปัจจัยส่วนบุคคล (Personal factors) เป็นตัวทำนายพฤติกรรมเป้าหมาย ซึ่งถูกปรับแต่งด้วยการพิจารณาไตร่ตรองตามธรรมชาติ เป็นปัจจัยที่มีผลโดยตรงและโดยอ้อมต่อพฤติกรรมส่งเสริมความร่วมมือในการรักษา แบ่งได้เป็น 3 กลุ่ม คือ

1.2.1 ปัจจัยทางชีวภาพของบุคคล (Personal biologic factors) เช่น อายุ เครื่องชี้วัดขนาดของร่างกาย ภาวะเจริญพันธุ์ ภาวะหมดประจำเดือน ความสามารถในการออกกำลังกาย ความแข็งแรง ความกระฉับกระเฉง หรือความสมดุลของร่างกาย

1.2.2 ปัจจัยด้านจิตวิทยาของบุคคล (Personal Psychological factor) เช่น ความมีคุณค่าในตัวเอง แรงจูงใจในตนเอง และการรับรู้ภาวะสุขภาพ

1.2.3 ปัจจัยทางสังคมวัฒนธรรมของบุคคล (Personal sociocultural factor) เช่น เชื้อชาติ เผ่าพันธุ์ การศึกษา และวัฒนธรรม

2. อารมณ์และความคิดที่เฉพาะกับพฤติกรรม (Behavior-specific cognition and affect) เป็นปัจจัยที่ได้รับพิจารณาว่าเป็นตัวแปรที่มีความสำคัญในการจูงใจมากที่สุดในรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพ และเป็นแกนสำคัญ สำหรับพยาบาลที่จะนำไปใช้ปฏิบัติเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล และส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาประกอบด้วย

2.1 การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรม (Perceived benefits of action) การวางแผนของบุคคลที่จะกระทำพฤติกรรมเฉพาะใด ๆ ขึ้นอยู่กับประโยชน์ที่เคยได้รับ หรือผลของการกระทำที่จะเกิดขึ้น โดยคำนึงถึงผลทางบวกหรือการเสริมแรงของการกระทำ

พฤติกรรมนั้น การคาดการณ์ถึงประโยชน์เป็นสิ่งที่สำคัญของการจูงใจ ซึ่งอยู่บนพื้นฐานของลักษณะประสบการณ์ที่ผ่านมาโดยตรง ประโยชน์ที่ได้รับจากการปฏิบัติพฤติกรรมอาจเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นภายในหรือ ภายนอกก็ได้ ประโยชน์ภายใน ได้แก่ การเพิ่มการตื่นตัว และการลดความรู้สึกเหนื่อยล้า ประโยชน์ภายนอก ได้แก่ รางวัล ทรัพย์สิน เงินทอง หรือการปฏิสัมพันธ์ทางสังคม ในช่วงแรกประโยชน์ภายนอกจะเป็นแรงจูงใจสำคัญในการเข้าสู่การปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งต่อมาประโยชน์ภายในอาจเป็นพลังจูงใจสำคัญในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพอย่างต่อเนื่องเป็นการกระทำที่ส่งผลต่อความร่วมมือในการรักษา

2.2 การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรม (Perceived barriers to action) Pender (2006) ได้ให้ความหมายของการรับรู้อุปสรรคของการรักษาไว้ว่า เป็นการรับรู้สิ่งขัดขวางต่อการปฏิบัติพฤติกรรม อาจเกิดขึ้นจริง หรือเป็นสิ่งที่คิดไปเอง เมื่อมีความพร้อมต่ำ และมีอุปสรรคมาก การกระทำก็จะไม่เกิดขึ้น หรือเมื่อมีความพร้อมที่จะกระทำสูง และมีอุปสรรคน้อย ความเป็นไปได้ที่จะกระทำก็มากขึ้น ดังนั้น การมีอุปสรรคมากหรือการมีอุปสรรคน้อยส่งผลต่อความเป็นไปได้ในการกระทำที่จะกระทำพฤติกรรม และอาจส่งผลต่อความร่วมมือในการรักษา

2.3 การรับรู้สมรรถนะแห่งตน (Perceived Self-efficacy) เป็นการตัดสินใจความสามารถในการกระทำของตนเอง โดยไม่คำนึงว่าคุณคนนั้นจะมีทักษะหรือไม่ แต่เป็นการตัดสินใจว่าคุณคนสามารถใช้ทักษะที่ตนมีอยู่ได้อย่างไร การตัดสินใจความสามารถของคุณคนเป็นการตัดสินใจว่าคุณคนจะปฏิบัติพฤติกรรมให้สำเร็จ ซึ่งแตกต่างจากความคาดหวังในผลลัพธ์ (Outcome expectations) ซึ่งเป็นการตัดสินใจที่ผลลัพธ์ เช่น ผลประโยชน์ ค่าใช้จ่าย เป็นต้น ความรู้สึกเกี่ยวกับความสามารถในการกระทำเป็นสิ่งส่งเสริมให้คุณคนบรรลุถึงพฤติกรรมเป้าหมายได้มากกว่าบุคคลที่มีความรู้สึกว่าคุณคนเองไม่มีความสามารถและไม่มีทักษะ ซึ่งนำมาใช้ตัดสินใจความสามารถในการปฏิบัติพฤติกรรม

2.4 ความรู้สึกที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติพฤติกรรม (Activity-related affect) หมายถึง ความรู้สึกของตนเองที่เกิดขึ้นก่อนปฏิบัติพฤติกรรม ขณะปฏิบัติพฤติกรรม และภายหลังการปฏิบัติพฤติกรรม การตอบสนองทางด้านอารมณ์ ทำให้เกิดการเรียนรู้ และนำมาปฏิบัติพฤติกรรมต่อไป การตอบสนองต่อความรู้สึกนึกคิดสัมพันธ์กับพฤติกรรมที่ปฏิบัติ ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ คือ อารมณ์ที่เกี่ยวข้องกับกิจกรรมนั้นๆ (Activity-related) อารมณ์ของตนเองในขณะนั้นๆ (Self-related) อารมณ์ที่เกี่ยวข้องกับบริบทหรือสภาพแวดล้อมในขณะนั้น (Context-related)

2.5 อิทธิพลระหว่างบุคคล (Interpersonal influences) คือการเรียนรู้เกี่ยวกับพฤติกรรม ความเชื่อ และทัศนคติของคุณคนอื่น การเรียนรู้เหล่านี้อาจจะตรงหรือไม่ตรงกับความเป็นจริงได้ แหล่งข้อมูลเบื้องต้นของอิทธิพลระหว่างบุคคล คือ ครอบครัว เพื่อน หรือบุคลากรทางการแพทย์ อิทธิพลระหว่างบุคคล ได้แก่ บรรทัดฐานทางสังคม แรงสนับสนุนทาง

สังคม รูปแบบตัวอย่างที่บุคคลยึดถือปัจเจกบุคคล มีความรู้สึกไวต่อความปรารถนา และการยกย่องชมเชยจากบุคคลที่แตกต่างกัน แต่อย่างไรก็ตามอิทธิพลระหว่างบุคคลจะเป็นแรงจูงใจให้บุคคลแสดงพฤติกรรมเพื่อที่จะได้รับการชื่นชมและการเสริมแรงทางสังคม อิทธิพลระหว่างบุคคลมีผลโดยตรงต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ได้เช่นเดียวกับมีอิทธิพลทางอ้อม โดยผ่านความกดดันทางสังคม หรือส่งเสริมให้บุคคลมีผลโดยตรงต่อพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษา

2.6 อิทธิพลด้านสถานการณ์ (Situation influences) การรับรู้และความคิด ความเข้าใจของบุคคลต่อสถานการณ์ ที่อำนวยความสะดวกหรือขัดขวางต่อการแสดงพฤติกรรม อิทธิพลสถานการณ์ที่มีผลต่อการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษา เป็นบริบทที่สำคัญในการที่จะชักจูงใจให้บุคคลปรารถนาที่จะมีพฤติกรรมสุขภาพ

3.ผลลัพธ์ด้านพฤติกรรม (Behavioral outcome) การกำหนดความตั้งใจเพื่อวางแผนการกระทำ เป็นจุดเริ่มของการเกิดพฤติกรรมความตั้งใจจะเป็นแรงผลักดันให้บุคคลสามารถปฏิบัติพฤติกรรมได้ นอกจากนี้จะมีเหตุผลหรือทางเลือกอื่นเข้ามาแทรก ซึ่งบุคคลไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ หรือมีความพึงพอใจในสิ่งที่เข้ามาแทรกมากกว่า ทำให้บุคคลนั้นไม่ได้กระทำในสิ่งที่ได้ตั้งใจไว้ตั้งแต่ต้น

3.1 เจตจำนงในการปฏิบัติพฤติกรรมตามแผน (Commitment to a plan of action) พฤติกรรมของมนุษย์โดยทั่วไปมีการจัดระบบภายในตนเองมากกว่าที่จะไม่มีระบบ ตามที่ Ajzen and Fishbein (cited by Pender 2002: 72) ได้กล่าวไว้ว่า การตั้งเจตจำนงนั้นเป็นตัวสำคัญที่กำหนดการแสดงพฤติกรรมนั้นด้วยความเต็มใจ ความตั้งใจที่จะปฏิบัติพฤติกรรมตามแผนที่กำหนดไว้ในรูปแบบของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ อยู่ภายใต้กระบวนการทางด้านความรู้ ความเข้าใจ

3.2 ความต้องการ และ ความพึงพอใจที่จะกระทำพฤติกรรม (Immediate competing demands and preferences) หมายถึง พฤติกรรมซึ่งเป็นทางเลือกอื่นที่เข้ามาแทรกในความคิด เป็นทางเลือกที่บุคคลสามารถควบคุมได้ในระดับต่ำ เนื่องจากเงื่อนไขสิ่งแวดล้อม เช่นความรับผิดชอบในการทำงาน หรือการดูแลครอบครัว ถ้าไม่ตอบสนองต่อความต้องการนั้นจะส่งผลร้ายต่อตัวเอง หรือบุคคลสำคัญในชีวิตได้ ความต้องการและความพอใจที่แทรกเข้ามาในทันทีทันใด มีผลโดยตรงที่จะเกิดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและมีผลต่อการตกลงใจที่จะปฏิบัติพฤติกรรมตามแผนที่กำหนด

4.4 ความร่วมมือในการรักษาของเด็กติดเชื้อเอชไอวี

การศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้แนวคิดความร่วมมือในการรักษา ตามกรอบแนวคิดทฤษฎีของ Pender (2006) โดยความร่วมมือในการรักษาในการศึกษาครั้งนี้ เป็นพฤติกรรมหรือกิจกรรมที่เด็กติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์จะปฏิบัติให้สอดคล้องกับแผนการรักษา ตลอดจนปรับเปลี่ยนแบบแผนในการดำเนินชีวิตให้สอดคล้องกับภาวะโรคได้อย่างเหมาะสม ประกอบด้วย 6 ด้าน คือ ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ ด้านกิจกรรมและการออกกำลังกาย ด้านบริโภคอาหาร ด้านการจัดการความเครียด

ด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล และ ด้านพัฒนาจิตวิญญาณ ความร่วมมือในการรักษาโดยปฏิบัติ พฤติกรรมสุขภาพทั้ง 6 ด้านนี้ก่อให้เกิด เกิดภาวะสุขภาพที่ดี มีความสมบูรณ์ทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ทำให้เด็กวัยเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์มีคุณภาพชีวิตที่ดี และมีชีวิตที่ยืนยาวต่อไปในอนาคต

การนำรูปแบบทฤษฎีของ Pender มาใช้ทำให้เกิดความร่วมมือในการรักษาของเด็กวัยเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวี จะทำให้เกิดแบบแผนของพฤติกรรม หรือการกระทำกิจกรรมเพื่อส่งเสริมสุขภาพอย่างต่อเนื่องจนกลายเป็นแบบแผนการดำเนินชีวิตและนิสัยสุขภาพ (Health life style and health habits) เพื่อให้เกิดความผาสุกและความสำเร็จในจุดหมายที่สูงสุดในชีวิต (Self actualization) ของบุคคล ครอบครัว ชุมชน และสังคม ซึ่งเน้นที่การกระทำเพื่อให้บุคคลมีภาวะสุขภาพที่ดีและคุณภาพชีวิตที่ดี ซึ่งรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของ Pender (2006) ประกอบด้วยแนวคิดหลักที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและแนวคิดหลักดังกล่าวดังนี้ เป็นประเด็นสำคัญสำหรับพยาบาลที่จะนำไปใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของเด็กติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ก่อให้เกิดความร่วมมือในการรักษา ดังนี้

4.4.1 ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ (Health responsibility) เป็นพฤติกรรมที่บุคคลสนใจเอาใจใส่ต่อสุขภาพของตน โดยการศึกษาหาความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของตนเอง การสังเกตการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ที่เกิดขึ้นกับร่างกาย รวมทั้งการใช้ระบบบริการสุขภาพ และแสวงหาความช่วยเหลือจากบุคลากรด้านสุขภาพเมื่อจำเป็น (Pender, 1996) ซึ่งผู้ติดเชื้อเอชไอวีจะต้องมีการดูแลสุขภาพของตนเอง และปฏิบัติตนเพื่อส่งเสริมสุขภาพ เพื่อให้สามารถปรับตัวได้อย่างเหมาะสมกับการเปลี่ยนแปลงด้านต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้นได้ ซึ่งความรู้เหล่านี้ อาจได้จากการอ่านหนังสือ ดูโทรทัศน์ ฟังวิทยุ พูดคุยปรึกษากับบุคคลใกล้ชิด หรือขอคำแนะนำจากบุคลากรทางการแพทย์ การรักษาด้วยยาต้านไวรัส เป็นแนวทางการรักษาที่เป็นที่ยอมรับในปัจจุบัน แต่อย่างไรก็ตามการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเป็นการรักษาที่ต้องได้รับต่อเนื่องตลอดชีวิต และประสิทธิภาพของการรักษาขึ้นอยู่กับ ความครบถ้วน และต่อเนื่องในการรับประทานยาเป็นปัจจัยสำคัญ ดังนั้นในการรักษาด้วยยาต้านไวรัสให้เกิดประสิทธิภาพนั้น ความร่วมมือในการรักษาผู้ป่วยเป็นสิ่งสำคัญ และจำเป็นอย่างยิ่ง ทั้งในด้านที่ผู้ป่วยต้องรับประทานยาตามแผนการรักษา การมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพร่างกายตนเองให้สอดคล้องกับแผนการรักษา และการมาติดตามการรักษาตามแพทย์นัดทุกครั้ง (จันทน์ จันทร์ท่าจีน, 2548)

4.4.2 กิจกรรมและการออกกำลังกาย (Physical activity) กิจกรรมและการออกกำลังกาย เป็นการกระทำหรือการปฏิบัติของเด็กวัยเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวีเกี่ยวกับการออกกำลังกาย และการบริหารร่างกาย รวมทั้งการใช้ท่าทางในการดำเนินชีวิตประจำวัน เด็กวัยเรียนเป็นวัยที่มีพัฒนาการทางด้านร่างกายเต็มที่ที่สามารถเคลื่อนไหวได้คล่องแคล่ว การออกกำลังกาย

กายที่มีการเคลื่อนไหวและใช้แรงของกล้ามเนื้อทำให้ร่างกายเด็กแข็งแรง ระบบย่อยอาหารและระบบขับถ่ายทำงานได้ดี นอนหลับสบาย ทำให้เด็กมีจิตใจร่าเริง แจ่มใส นำไปสู่การพัฒนาด้านร่างกายและจิตใจไปพร้อมๆกัน เด็กควรได้ออกกำลังกาย และเล่นกีฬาตามที่เด็กชอบ ควรทำเป็นกิจวัตรประจำวัน ในที่ที่ปลอดภัย เพื่อเกิดการเรียนรู้ การเข้าสังคม การมีน้ำใจนักกีฬา รู้แพ้รู้ชนะรู้ถอย (สุรีย์ จินเรือง และ วิภาศิริ นราพงษ์ , 2548) การออกกำลังกายที่เหมาะสมกับภาวะของร่างกาย และทำต่อเนื่องสม่ำเสมอ จะส่งผลทำให้เกิดการปรับเปลี่ยน และส่งเสริมการทำงานของอวัยวะต่างๆ ของร่างกายให้แข็งแรง เช่น ระบบไหลเวียนเลือด ระบบหายใจ ระบบเคลื่อนไหว ระบบย่อยอาหาร และระบบขับถ่าย และยังส่งผลต่อด้านจิตใจด้วย (Hill & Smith , 1985) เพื่อให้การออกกำลังกายได้ประโยชน์เต็มที่ และปราศจากอันตราย ผู้ติดเชื้อเอชไอวีจึงควรเลือกการออกกำลังกายที่เหมาะสม เช่นการเดิน การเคลื่อนไหวข้อต่างๆ ให้เต็มที่ (Phillipps et al ., 1991) เด็กติดเชื้อเอชไอวีควรมีการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอและเหมาะสม สำหรับการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพควรใช้เวลาอย่างน้อย 20 นาที และไม่ควรเกิน 1 ชั่วโมง

4.4.3 ด้านการบริโภคอาหาร (Nutrition) การบริโภคอาหาร เป็นการกระทำหรือการปฏิบัติตนของผู้ติดเชื้อเอชไอวีเกี่ยวกับการเลือกรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับความต้องการของร่างกาย ซึ่งเด็กวัยเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวี/ เอ็ดส์ สามารถรับประทานอาหารได้ตามปกติเหมือนบุคคลทั่วไป ไม่จำเป็นต้องรับประทานอาหารเฉพาะโรค ถ้าไม่มีโรคประจำตัวอื่นๆ ร่วมด้วย แต่ควรรับประทานอาหารให้ครบทุกประเภท ซึ่งเป็นสิ่งจำเป็นต่อร่างกาย เด็กติดเชื้อเอชไอวีมีแนวโน้มที่จะขาดสารอาหารได้ง่าย เนื่องจากเจ็บปาก มีฝ้าขาวในช่องปาก และลิ้น กลืนลำบาก คลื่นไส้ อาเจียน ปวดท้อง อุจจาระร่วง เป็นต้น ซึ่งสิ่งเหล่านี้เป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดภาวะทุพโภชนาการได้ เป็นภาวะโภชนาการขาดทั้งโปรตีน และแคลอรี (Protein – Calorie malnutrition) นอกจากนี้ภาวะทุพโภชนาการยังส่งผลทำให้ขาดเกลือแร่ที่สำคัญ สารจำเป็นต่อร่างกายและวิตามิน ซึ่งมีผลต่อการทำหน้าที่ของระบบภูมิคุ้มกันทั้งหมดในร่างกาย ทำให้ติดเชื้อได้ง่าย ดังนั้นควรรับประทานอาหารครบทุกหมู่โดยเฉพาะอาหารที่มีโปรตีนและพลังงานสูง เช่น เนื้อสัตว์ ไข่ นม ถั่ว เป็นต้น ควรหลีกเลี่ยงอาหารที่ไม่ได้ผ่านการฆ่าเชื้อโรค เช่น นมสดที่ไม่ได้ผ่านการฆ่าเชื้อ อาหารทะเลที่ไม่สุก ไข่ และเนื้อที่สุกๆดิบๆ เพราะเนื้อสดมีเชื้อที่ทำให้มีการติดเชื้อในระบบประสาทได้ (อรัญญา เชาวลิต และคณะ, 2537) ในผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีการเคี้ยวหรือกลืนลำบาก ควรหลีกเลี่ยงอาหารที่แข็ง ย่อยยาก อาหารที่มีรสจัด เพราะจะทำให้มีการระคายเคืองต่อกระเพาะอาหารมาก นอกจากนี้ต้องหมั่นดูแลช่องปากให้สะอาดอยู่เสมอ โดยแปรงฟันบ้วนปากทุกครั้งหลังตื่นนอน และหลังรับประทานอาหารทุกมื้อ เพื่อลดการติดเชื้อในช่องปาก และควรประเมินภาวะทุพโภชนาการโดยการชั่งน้ำหนักตัวทุกสัปดาห์ จากการศึกษาของ ไปรมาษณณ์ บิณฑจิตต์ (2544) ที่ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี พบว่าพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ติดเชื้อ

เอชไอวีด้านโภชนาการอยู่ในระดับดี ส่วนใหญ่เลือกรับประทานอาหารที่สะอาด สอดคล้องกับการศึกษาของ จันทนา พงษ์สมบุญ (2539) พบว่า ภาวะโภชนาการเป็นปัจจัยที่มีกระทบต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์

4.4.4 ด้านการจัดการกับความเครียด (Stress management) การจัดการกับความเครียด เป็นการกระทำหรือการปฏิบัติเพื่อช่วยให้เกิดการผ่อนคลายลดการตึงเครียด มีการพักผ่อนอย่างเพียงพอ มีการใช้เวลาว่างให้เป็นประโยชน์ และมีการแสดงออกทางอารมณ์ที่เหมาะสม (พชรชัย เรือนสิทธิ์, 2545) เด็กที่ติดเชื้อเอชไอวีได้รับผลกระทบมากมายทั้งด้านร่างกาย เนื่องจากมีภาวะเจ็บป่วยบ่อยครั้ง แต่ครั้งเป็นระยะเวลานาน และมีอาการรุนแรง จำเป็นต้องรับไว้รักษาในโรงพยาบาล ทำให้เด็กเกิดภาวะเครียดได้ (จุไร อภัยจิรรัตน์, 2540 : Instone, 2000) ผลของการติดเชื้อเอชไอวีจะทำให้ร่างกายและจิตใจมีการเปลี่ยนแปลง ด้านร่างกายมักพบว่าเด็กที่ติดเชื้อเอชไอวีจะตัวเล็ก ขาดสารอาหาร ผิวหนังเปลี่ยนแปลง เหี่ยวยุบ หน้าตาไม่แจ่มใส อารมณ์หงุดหงิดง่าย ซึมเศร้า แยกตัวเอง ย่อมไม่เป็นที่น่าสนใจของบุคคลในสังคม และมักถูกแสดงความรังเกียจ (จุไร อภัยจิรรัตน์, 2540 : 187 – 190) และ เด็กที่ติดเชื้อเอชไอวี พบว่ามีการทำลายของระบบต่างๆ โดยตรง ผลจากการติดเชื้อฉวยโอกาส ผลข้างเคียงของยาที่ใช้ในการรักษา หรือ สถานการณ์ทางสังคม ส่งผลทำให้เกิดความเครียดได้ (Williams, 1989: 260-261) ดังนั้นเด็กเหล่านี้จึงอาจต้องการจัดการด้านความเครียด การสนับสนุนด้านอารมณ์และจิตใจอย่างมาก โดยเฉพาะเด็กที่มีอายุมากขึ้น เด็กอาจมีพฤติกรรมซึมเศร้า แยกตัว อารมณ์เปลี่ยนแปลงได้ง่ายอีกด้วย ซึ่งจะมีผลให้เด็กแสดงพฤติกรรมถดถอย หรือก้าวร้าวขึ้นได้ (Williams, 1989 ; Instone , 2000) ดังนั้นเด็กติดเชื้อเอชไอวี ต้องหาวิธีผ่อนคลาย การจัดการกับอารมณ์ที่เกิดขึ้นในภาวะเครียด และ วิธีการจัดการความเครียดที่เหมาะสมกับสถานการณ์ ซึ่ง Pender (1996) ได้เสนอวิธีการจัดการความเครียด ไว้ 3 วิธี ดังนี้ คือ การลดความถี่ของสถานการณ์ที่ทำให้เกิดความเครียด (Minimizing the frequency of stress – inducing situations) ได้แก่ การปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อมที่ส่งผลให้เกิดความเครียด เช่น การพักผ่อนหย่อนใจ การทำกิจกรรมที่ถนัดหรือชอบ เช่น อ่านหนังสือ วาดภาพ เพิ่มความต้านทาน (Increasing resistance to stress) เป็นการเพิ่มความต้านทานที่สามารถทำได้ทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ได้แก่ การออกกำลังกาย การกระตุ้นให้ตระหนักในคุณค่าของตนเอง การเพิ่มการรับรู้ในความสามารถของตนเอง การกล้าแสดงออกอย่างเหมาะสม มีการพัฒนาวิธีการแก้ปัญหา และค้นหาแหล่งประโยชน์ในการเผชิญปัญหา และ สร้างเงื่อนไขในการหลีกเลี่ยงสิ่งตอบสนองทางร่างกายที่เกิดจากความเครียด ได้แก่ การทำสมาธิ การฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อ เป็นต้น

4.4.5 ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (Interpersonal relation) เป็นการกระทำของบุคคลในการสร้างสัมพันธ์ภาพที่ดีกับบุคคลอื่น เมื่อเด็กติดเชื้อเอชไอวีเติบโตเข้าสู่วัยเรียน มีโอกาสสัมผัสกับสิ่งแวดล้อม เริ่มรับรู้การเจ็บป่วยของตนเอง นอกจากนั้นเด็กที่ติดเชื้อ

เอชไอวีมักจะได้รับผลกระทบจากการสูญเสียบิดามารดา จากการศึกษาพบว่า สัมพันธภาพในครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเลี้ยงดูบุตรแบบรักสนับสนุน (โสภา พิษณะโสภณ, 2542)

4.4.6 ด้านการพัฒนาจิตวิญญาณ (Spiritual growth) จิตวิญญาณ เป็นสิ่งที่เกี่ยวกับจิตใจ มีผลต่อความรู้สึกนึกคิด แรงบันดาลใจ การเป็นที่พึ่งทางใจหรือ เป็นสิ่งที่ยึดเหนี่ยวจิตใจ (มูลนิธิพัฒนาเครือข่ายเอดส์, 2546) การพัฒนาจิตวิญญาณ เป็นความสามารถของบุคคลที่ค้นพบจุดมุ่งหมายของชีวิต และเรียนรู้ที่จะทำให้เกิดความหมายในชีวิต ความรัก ความหวัง การให้อภัย การตระหนักในคุณค่าของตนเอง (Pender, 1996) เด็กติดเชื้อเอชไอวีนอกจากได้รับผลกระทบโดยตรงจากการติดเชื้อเอชไอวีแล้ว ยังได้รับผลทางอ้อมจากการที่พ่อแม่ติดเชื้อเอชไอวีอีกด้วย (ชิษณุ พันธุ์เจริญ, 2545) เด็กบางคนเผชิญชีวิตโดยลำพัง ขาดสัมพันธภาพกับผู้อื่น ไม่ได้รับการส่งเสริมพัฒนาการและการปกป้องคุ้มครอง ส่งผลให้เด็กมีภาวะร่างกายและจิตใจอ่อนแอ ขาดที่พึ่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจ ขาดความหวัง ขาดความเข้าใจในชีวิต และเด็กติดเชื้อส่วนใหญ่ไม่ทราบว่าตนเองป่วยเป็นโรคอะไร

กล่าวโดยสรุป ว่าหากเด็กติดเชื้อเอชไอวีมีความร่วมมือในการรักษา เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมในด้านต่างๆ ทั้ง 6 ด้าน ได้แก่ ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ กิจกรรมและการออกกำลังกาย การบริโภคอาหาร การจัดการกับความเครียด สัมพันธภาพระหว่างบุคคล จะทำให้มีสุขภาพดีทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และ จิตวิญญาณ

การประเมินความร่วมมือในการรักษา

เครื่องมือประเมินความร่วมมือในการรักษา ได้แก่

สมัยพร อาซาล (2543) ได้สร้างเครื่องมือเองตามแนวคิดความร่วมมือในการรักษา ประกอบด้วยพฤติกรรมการปฏิบัติตัวตามแผนการรักษาและการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรค ได้แก่ การรับประทานยา การเพิ่มและลดจำนวนยา การมารับยาและการมาตรวจตามนัด การปฏิบัติตัวในด้านการรับประทานอาหาร การพักผ่อน การออกกำลังกาย การงดสูบบุหรี่ และงดสูบบุหรี่ แบบสอบถามรวม 12 ข้อ นำไปใช้กับผู้ป่วยวัณโรคจำนวน 10 ราย ได้ค่าความเที่ยง 0.81

สมจิตร์ ตูลาทอง (2547) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอของผู้ป่วยที่รับประทานยาต้านไวรัส แบบสอบถามในการวัดการรับประทานยาต้านไวรัสอย่างสม่ำเสมอ แบ่งเป็น 2 ส่วน คือ ส่วนของการรายงานผลด้วยตนเอง (Patient self – report) และส่วนที่เป็น Visual Analog Scale (VAS) ตามถึงเปอร์เซ็นต์ในการรับประทานยาสม่ำเสมอและต่อเนื่อง นำไปใช้กับผู้ป่วยที่มารับยาต้านไวรัสที่โรงพยาบาลบาราคนราดูร์ ได้ค่าความเชื่อมั่น 0.88

ไพโรมาษณ์ บิณฑจิตต์ (2544) ได้สร้างแบบสอบถามพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้ติดเชื้อเอชไอวีตามกรอบแนวคิดของ Pender (1996) ประกอบด้วยข้อความที่ประเมินเกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ 6 ด้าน ดังนี้ ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ ด้านกิจกรรมและการออก

กำลังกาย ด้านการบริโภคอาหาร ด้านการจัดการกับความเครียด ด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล และด้านพัฒนาจิตวิญญาณ ได้ค่าความเชื่อมั่น 0.88

การประเมินความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยเรื้อรังโดยทั่วไป สามารถตรวจสอบความร่วมมือในการรักษาได้หลายวิธี การประเมินความร่วมมือในการรักษาครั้งนี้ผู้วิจัยใช้แบบประเมินของไปรมาซิม บิณฑจิตต์ (2544) ซึ่งเป็นการประเมินเกี่ยวกับกิจกรรมที่เด็กวัยเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์กระทำหรือปฏิบัติ เพื่อส่งเสริมให้เกิดความสมบูรณ์ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม ยังไม่มีแบบประเมินที่ชี้เฉพาะเจาะจงได้โดยตรง ประกอบด้วยความร่วมมือในการรักษา 6 ด้าน ข้อคำถาม 33 ข้อ ได้แก่

1. ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ (Health responsibility) เป็นการประเมินเกี่ยวกับการรับประทานยาต้านต่อเนื่องสม่ำเสมอ และการมาตรวจตามนัด ประกอบด้วย ข้อคำถาม 7 ข้อ

2. ด้านกิจกรรมและการออกกำลังกาย (Physical activity) เป็นแบบประเมินแบบแผนและความสม่ำเสมอของการออกกำลังกาย ประกอบด้วย การเคลื่อนไหวส่วนต่างๆของร่างกาย ประกอบด้วยข้อคำถาม 5 ข้อ

3. ด้านการบริโภคอาหาร (Nutrition) เป็นการประเมิน การรับประทานอาหารที่ถูกต้อง เหมาะสม ได้คุณค่าโภชนาการ ประกอบด้วยข้อคำถาม 6 ข้อ

4. ด้านการจัดการกับความเครียด (Stress management) เป็นการประเมินเกี่ยวกับแบบแผนการนอนหลับและการจัดการกับความเครียด กิจกรรมต่างๆที่บุคคลจะกระทำเพื่อผ่อนคลายความตึงเครียด ประกอบด้วยข้อคำถาม 6 ข้อ

5. ด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล (Interpersonal relation) เป็นการประเมินเกี่ยวกับการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น ซึ่งทำให้บุคคลได้รับประโยชน์ในแง่ของการได้รับการสนับสนุนเช่น ช่วยลดความตึงเครียด หรือช่วยแก้ปัญหาต่างๆ ประกอบด้วยข้อคำถาม 4 ข้อ

6. ด้านการพัฒนาจิตวิญญาณ (Spiritual growth) เป็นการประเมินเกี่ยวกับความเชื่อ การมีสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจที่ช่วยให้เกิดความหวังและมีจุดมุ่งหมายในชีวิตของตนประกอบด้วยข้อคำถาม 5 ข้อ

4.5 บทบาทพยาบาลในการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาของเด็กวัยเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวี

ปัญหาการแพร่กระจายของเชื้อเอชไอวียังคงเป็นปัญหาสำคัญในประเทศไทย เด็กที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ได้รับผลกระทบมากมาย ทั้งด้านร่างกาย อารมณ์ และจิตใจ การดูแลรักษาผู้ป่วยเด็กมิได้มีความสำคัญอยู่ที่การให้ยาต้านไวรัสแต่เพียงอย่างเดียวเท่านั้น แต่ต้องเพิ่มการดูแลสุขภาพทั่วไป ได้แก่ ดูแลการเจริญเติบโต และพัฒนาการ การแนะนำเรื่องอาหารที่มีคุณค่าเหมาะสมกับวัย ถูก

สุขภาพลักษณะ ให้คำปรึกษา และกำลังใจแก่ครอบครัว และการป้องกันโรคแทรกซ้อนและความเจ็บป่วย อื่นๆ ดังนั้นจำเป็นอย่างยิ่งที่พยาบาลผู้ดูแลต้องให้การดูแลที่ครอบคลุมและเป็นองค์รวมทั้งด้าน ร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีวิธีการต่างๆที่สามารถ ส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาเด็กวัยเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวี ดังนี้

1. การสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ป่วย ครอบครัว กับทีมงานสุขภาพที่ดูแลผู้ป่วยเพื่อให้เกิดความไว้วางใจ
2. การให้ความรู้ และคำปรึกษาแนะนำแก่ผู้ติดเชื้อ เรื่อง การรับประทานยา การ รับประทานอาหาร การทำกิจกรรมและการออกกำลังกาย และการจัดการกับความเครียด
3. การส่งเสริมให้ผู้ติดเชื้อมีการรับรู้ภาวะสุขภาพของตนไปในทางที่ดี หรือการ เสริมทัศนคติในด้านบวก หรือการทำให้ผู้ป่วยได้วาดรูป ระบายสี เขียนบันทึกเกี่ยวกับสิ่งดี ๆ ที่ เกิดขึ้นในชีวิต หรือความหวังเกี่ยวกับสิ่งดี ๆ ที่อยากจะทำให้เกิดขึ้นกับตนเองในอนาคตเพื่อเป็น แรงจูงใจ รวมทั้งแจ้งผู้ป่วยทราบค่าผลการตรวจCD4 ที่เพิ่มขึ้นเมื่อรับประทานยาต้านไวรัสอย่าง ต่อเนื่อง สม่ำเสมอ และรับผิดชอบต่อสุขภาพในด้านต่างๆ
4. ปรับตารางการรับประทานยาต้านไวรัส ให้สะดวกและสอดคล้องกับการดำเนิน ชีวิตประจำวัน รวมทั้งการใช้เทคนิคต่างๆ เช่น การใช้ปฏิทิน การใช้รูปภาพแสดงเกี่ยวกับยา การใช้ กล่องแบ่งยา การใช้เครื่องมือเตือน ได้แก่ นาฬิกาปลุก การฝึกให้ผู้ป่วยบริหารจัดการมียาด้วย ตนเอง และสำหรับเด็ก อาจใช้ระบบที่มีคนช่วยเตือนให้กินยา ช่วยส่งเสริมสนับสนุนการกินยา เนื่องจากการรับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวีให้มีประสิทธิภาพนั้นต้องรับประทานอย่างต่อเนื่องและ สม่ำเสมอ (Adherence) โดยผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการวางแผนและตัดสินใจในการกินยาอย่าง เต็มใจ (วันทนา มณีศรีวงศ์กุล , 2549)

1. ถูกต้อง หมายถึง ถูกต้องทั้งชนิด ขนาด วิธี และ เวลา
 2. ตรงเวลา หมายถึง คลาดเคลื่อนจากเวลาปกติไม่เกินหนึ่งชั่วโมง
 3. สม่ำเสมอ หมายถึง กินตรงเวลาเดียวกันทุกวัน
 4. ต่อเนื่อง หมายถึง กินยาต่อเนื่องตลอดไป
5. การสร้างระบบการดูแลรักษา ที่พร้อมให้ผู้ป่วยและครอบครัว สามารถติดต่อเพื่อ ปรึกษาปัญหาเกี่ยวกับการรักษาได้ง่าย และสะดวก โดยทำงานประสานกันเป็นทีมสหวิชาชีพ รวมทั้ง กำหนดตารางการนัดหมายเพื่อติดตาม และประเมินผลอย่างสม่ำเสมอ โดยทีมบุคลากรทางการแพทย์
6. บทบาทของพยาบาลในฐานะผู้พิทักษ์สิทธิ การพิทักษ์สิทธิ (Advocacy) คือ การเป็นหุ้นส่วนกัน (Partnership) ระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการพยาบาล แบบองค์รวม และเป็นการเน้นไปที่การดูแลมากกว่าการรักษา (Care more than cure) ซึ่งผู้พิทักษ์ สิทธิจะเป็นตัวแทนของผู้ป่วย เป็นผู้เชื่อมโยงระหว่างผู้ป่วยกับเป้าหมายการรักษา รวมถึงการเป็น

ผู้ให้การสนับสนุนด้านข้อมูลที่เป็นประโยชน์กับผู้ป่วย และการเป็นผู้ที่พูดแทนผู้ป่วยที่ไม่อาจพูด และแสดงความต้องการของตนเองได้ (Spokesperson) ได้มีการจำแนกบทบาทหลักของพยาบาล ผู้พิทักษ์สิทธิ์ ประกอบด้วย (Lubkin, 1986 อ้างใน สมหมาย หิริญนุช, 2546)

1. ช่วยเหลือให้ผู้ป่วยตระหนักถึงความต้องการ และ ความกลัวซึ่งมีผลกระทบต่อความสามารถในการกระทำกิจกรรมต่าง ๆ ในชีวิต
 2. สะท้อนให้ผู้ป่วยรับรู้ถึงความต้องการ หรือความกลัวต่อความสามารถ ในการติดต่อมีสัมพันธภาพกับผู้อื่นได้อย่างมีประสิทธิภาพ
 3. ช่วยเหลือผู้ป่วยให้สามารถบอกถึงความต้องการ ความกลัวในปัญหา ที่ตนเองอาจแก้ไขได้
 4. ช่วยเหลือให้ผู้ป่วยค้นหาต้นเหตุของปัญหาโดยการศึกษาข้อมูลและ สัมภาษณ์ หรือพูดคุยกับผู้เกี่ยวข้องหรือที่ใกล้ชิดผู้ป่วย
 5. พยาบาลและผู้ป่วยร่วมกันวางแผนเพื่อแก้ปัญหา โดยตั้งอยู่บนหลัก ความพึงพอใจของผู้ป่วยเป็นสำคัญ
 6. พยาบาลให้ข้อมูลที่จำเป็น และกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมใน กระบวนการแก้ปัญหา
 7. พยาบาลให้คำปรึกษา ในการแก้ปัญหาพยาบาลต้องยอมรับและให้ การสนับสนุนในสิ่งที่ผู้ป่วยตัดสินใจ เมื่อเห็นว่าผู้ป่วยมีข้อมูลต่าง ๆ ที่สำคัญ และจำเป็นในการ ตัดสินใจ
 8. พยาบาลสนับสนุน และช่วยเหลือผู้ป่วยในการปฏิบัติตามแผนที่วางไว้ และช่วยเหลือผู้ป่วยในการเจรจาต่อรองกับบุคคลที่เกี่ยวข้องเพื่อให้การแก้ปัญหาเป็นไปอย่าง เรียบร้อยและก่อให้เกิดความพึงพอใจ
 9. พยาบาลชี้แนะและสนับสนุนผู้ป่วยในความพยายามที่จะขอความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นในการแก้ปัญหา และผู้ป่วยจะต้องเต็มใจรับความเสี่ยงที่อาจจะถูกปฏิเสธ
- ในฐานะผู้พิทักษ์สิทธิ์ พยาบาลต้องอาศัยการสร้างสรรคในการแก้ปัญหา ให้ ความสำคัญต่อคุณค่าของบุคคล พยาบาลจึงจะเป็นผู้ที่ผู้ป่วยไว้วางใจ สรุปได้ว่าการพิทักษ์สิทธิ์ ผู้ป่วยเป็นบทบาทที่พยาบาลทุกคนสามารถทำได้ หรือกล่าวได้ว่า การพิทักษ์สิทธิ์เป็นบทบาท อิศระของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วย

ปรัชญาและแนวคิดในการปฏิบัติกรพยาบาลเด็ก คือการดูแลแบบองค์รวม การ พยาบาลที่เน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลาง การดูแลที่ไม่ทำให้เกิดบาดแผลทางจิตใจ การจัดระบบบริการ และจริยธรรมในการดูแลเด็ก ร่วมกับการใช้กระบวนการพยาบาล (Nursing Process) ในบทบาทการ พยาบาลเด็กขั้นสูง (Role of Advanced Pediatric Practice Nursing) (วิธนา จีระแพทย์, 2549) การให้

การพยาบาลเด็กวัยเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ในบทบาทพยาบาลเด็กชั้นสูงใน 5 บทบาท ดังนี้ (ดารณี จามจุรี และ คณะ, 2546; สมหมาย หิรัญนุช, 2546; พูนทรัพย์ ไสภรัตน์, 2546)

4.5.1 การดูแลผู้ป่วยเด็กและครอบครัว (Direct Child and Family Care)

การประเมินความต้องการของเด็กที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ และครอบครัว ถือเป็นขั้นตอนเริ่มต้นเพื่อเข้าสู่กระบวนการวางแผนในการดูแลผู้ป่วยอย่างครบถ้วน ต้องอาศัยความร่วมมือของทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง ซึ่งรวมถึงผู้ป่วย ครอบครัวผู้ป่วย และชุมชน โดยการบริหารจัดการด้านคลินิก (Clinical management) ประกอบด้วย ความเหมาะสมของกระบวนการในการวินิจฉัย แผนการรักษา แผนการจำหน่ายผู้ป่วย และการติดตามผลการรักษา

4.5.2 การสอน/ให้ความรู้ (Education)

การให้ความรู้ ข้อมูล และการสื่อสารที่เหมาะสม การให้ข้อมูลข่าวสารแก่ผู้ป่วยและครอบครัว เป็นปัจจัยสำคัญในการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ พยาบาลควรใช้ภาษาที่มีความกะทัดรัด เข้าใจง่าย นอกจากนี้ต้องสร้างความพึงพอใจแก่ผู้ป่วย มีความพึงพอใจ มีความน่าเชื่อถือ มีท่าทางพร้อมที่จะให้ความช่วยเหลือด้วยความยินดีและเต็มใจในการชี้แนะ รวมทั้งกระตุ้นและเป็นกำลังใจให้กับผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับประโยชน์สูงสุดในการรักษา การที่พยาบาลจะให้ความรู้ ข้อมูลสำหรับเด็กวัยเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัส ควรครอบคลุมในเรื่องดังต่อไปนี้

1. การรับประทานยาต้านไวรัสอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง
2. การจัดการอาการข้างเคียงที่เกิดจากการรับประทานยา
3. การดูแลสุขภาพทั่วไป เช่น ส่งเสริมภาวะโภชนาการ, กิจกรรมและการออกกำลังกาย การรับมือกับข้อต่อสุขภาพ ได้แก่ การมาตรวจตามนัด การดูแลร่างกาย การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ
4. การดูแลด้านจิตสังคม เช่น การมีสัมพันธภาพกับบุคคล การพัฒนาทางด้านจิตวิญญาณ และการจัดการความเครียด

4.5.3 การให้คำปรึกษา (Consultation)

การบริการให้คำปรึกษา (Counseling) ประกอบด้วย การให้การช่วยเหลือบุคคลด้านข้อมูลเพื่อการตัดสินใจในการตรวจหาเชื้อเอชไอวี การช่วยเหลือบุคคลเพื่อลด/บรรเทาความวิตกกังวลและความเครียด การวางแผนสำหรับการดำเนินชีวิตในอนาคต การส่งเสริมการจัดตั้งเครือข่ายผู้ติดเชื้อเอชไอวี และการสนับสนุนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การส่งเสริมให้ผู้ติดเชื้อมีการรับรู้ภาวะสุขภาพของตนไปในทางที่ดี หรือการเสริมทัศนคติในด้านบวก หรือการที่ให้ผู้ป่วยได้วาดรูป ระบายสี เขียนบันทึกเกี่ยวกับสิ่งดี ๆ ที่เกิดขึ้นในชีวิต หรือความหวังเกี่ยวกับสิ่งดี ๆ ที่อยากจะทำให้เกิดขึ้นกับตนเองในอนาคตเพื่อเป็นแรงจูงใจ รวมทั้งแจ้งผู้ป่วยทราบค่าผลการตรวจ CD4 ที่เพิ่มขึ้นเมื่อรับประทานยาต้านไวรัสอย่างต่อเนื่อง สม่ำเสมอ และรับมือกับข้อต่อสุขภาพในด้านต่างๆ

4.5.4 การประสานงาน (Collaboration) การดูแลที่บ้านและในชุมชน (Home and community – based care) ประกอบด้วย การฝึกอบรมสมาชิกในครอบครัว และชุมชน ในการช่วยเหลือ การสนับสนุนทางด้านจิตใจ ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพอนามัย โภชนาการ และการเชื่อมโยงการช่วยเหลือกับระบบสังคมสงเคราะห์ต่างๆ การสร้างระบบการดูแลรักษา ที่พร้อมให้ผู้ป่วยและครอบครัว สามารถติดต่อเพื่อปรึกษาปัญหาเกี่ยวกับการรักษาได้ง่าย และสะดวก โดยทำงานประสานกันเป็น ทีมสหวิชาชีพ รวมทั้งกำหนดตารางการนัดหมายเพื่อติดตาม และประเมินผลอย่างสม่ำเสมอ โดยทีมบุคลากรทางการแพทย์

4.5.5 การวิจัย (Research) ในการปัจจุบันมีการวิจัยทางการพยาบาล (Nursing care) ประกอบด้วย การดำรงไว้และส่งเสริมด้านสุขภาพอนามัย และโภชนาการ การปฏิบัติพยาบาลเพื่อ ควบคุมการแพร่กระจายเชื้อ การให้การดูแลในระยะสุดท้ายของชีวิต (Palliative and terminal care) การให้ความรู้แก่ครอบครัวและชุมชนในการดูแลเด็กติดเชื้อและผู้ป่วยรวมถึงการป้องกันการติดเชื้อและรวมถึง การปรับตารางการรับประทานยาต้านไวรัส ให้สะดวกและสอดคล้องกับการดำเนิน ชีวิตประจำวัน รวมทั้งการใช้เทคนิคต่างๆ เช่น การใช้ปฏิทิน การใช้รูปภาพแสดงเกี่ยวกับยา การใช้ กล้องแบ่งยา การใช้เครื่องมือเตือน ได้แก่ นาฬิกาปลุก การฝึกให้ผู้ป่วยบริหารจัดการมียาด้วยตนเอง และสำหรับเด็ก อาจใช้ระบบที่มีคนช่วยเตือนให้กินยา ช่วยส่งเสริมสนับสนุนการกินยา เป็นต้น การวิจัยเป็นการพัฒนาองค์ความรู้และยกระดับวิชาชีพพยาบาล เป็นองค์ความรู้ที่มีความน่าเชื่อถือสูง และในการวิจัยนั้นต้องคำนึงถึงการเคารพศักดิ์ศรีและพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง ในการเก็บข้อมูล การวิจัยในมนุษย์ต้องมีกระบวนการผ่านคณะกรรมการจริยธรรมก่อนทุกครั้ง

สรุปได้ในบทบาทพยาบาลในปัจจุบัน การวางแผนการพยาบาล เพื่อส่งเสริมความร่วมมือของเด็กวัยเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ โดยใช้กระบวนการปฏิบัติการพยาบาลนั้น ช่วยให้พยาบาลเกิดความเข้าใจปัญหา และแนวทางในการดูแลเด็กได้ ทั้งในภาวะสุขภาพดีและเมื่อมีความ เบี่ยงเบนทางสุขภาพ

5. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาของเด็กติดเชื้อเอชไอวี

5.1 การรับรู้ประโยชน์ของการรักษา (Perceived benefits of action) การวางแผนของ บุคคลที่จะกระทำพฤติกรรมเฉพาะใด ๆ ขึ้นอยู่กับประโยชน์ที่เคยได้รับ หรือผลของการกระทำที่จะ เกิดขึ้น โดยคำนึงถึงผลทางบวกหรือการเสริมแรงของการกระทำพฤติกรรมนั้น การคาดการณ์ถึง ประโยชน์เป็นสิ่งสำคัญของการจูงใจ ซึ่งอยู่บนพื้นฐานของลักษณะประสบการณ์ที่ผ่านมา โดยตรง ประโยชน์ที่ได้รับจากการปฏิบัติพฤติกรรมอาจเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นภายในหรือ ภายนอกก็ได้ ประโยชน์ภายใน ได้แก่ การเพิ่มการตื่นตัว และการลดความรู้สึกเหน็ดเหนื่อย ประโยชน์ภายนอก ได้แก่ รางวัล ทรัพย์สิน เงินทอง หรือการปฏิสัมพันธ์ทางสังคม ในช่วงแรกประโยชน์ภายนอกจะ

เป็นแรงจูงใจสำคัญในการเข้าสู่การปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งต่อมาประโยชน์ภายในอาจเป็นพลังจูงใจสำคัญในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพอย่างต่อเนื่องเป็นการกระทำที่ส่งผลต่อความร่วมมือในการรักษา

สรุปได้ว่า การรับรู้ถึงประโยชน์ในการรักษา หมายถึง ความเชื่อของบุคคลที่จะเลือกปฏิบัติพฤติกรรมใด ขึ้นอยู่กับการรับรู้ผลบวกที่จะได้รับ หรือประสบการณ์ที่เคยได้รับในทางบวก และนำไปปฏิบัติต่อไปในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ สอดคล้องกับการศึกษา วีรยา จึงเจตไพศาล (2537) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของเด็กวัยเรียนโรคหัวใจรูห์มาติก พบว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพด้านการรับรู้ประโยชน์พฤติกรรมปฏิบัติตนและการรักษามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเด็กอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

เด็กติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ได้รับผลกระทบทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม การรับรู้ประโยชน์ในการรักษา โดยการให้ความสำคัญในการร่วมมือในการรักษาในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ ตามกรอบแนวคิดทฤษฎีของ Pender (2006) ได้แก่ ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ ด้านกิจกรรมและการออกกำลังกาย ด้านโภชนาการ การจัดการความเครียด ด้านสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล และการพัฒนาจิตวิญญาณ การรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพดังกล่าวจะ让孩子วัยเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวีมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

เครื่องมือประเมินการรับรู้ประโยชน์ในการรักษา จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า เครื่องมือประเมินการรับรู้อุปสรรคในการรักษา มีดังนี้

แบบสอบถามที่ วันเพ็ญ มโนวงศ์ นำมาสอบถามการรับรู้ประโยชน์ในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กวัยหัดเดิน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ .79

แบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ของการส่งเสริมสุขภาพหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นของตรีพร ชุมศรี (2548) ที่สร้างขึ้นโดยใช้กรอบแนวคิดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของ Pender (1987) และแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ Becker (1974) โดยประเมินความคิดเห็นหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นภาคใต้ เกี่ยวกับประโยชน์ของการส่งเสริมสุขภาพ ได้ผ่านความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 6 ท่าน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ .88

การประเมินการรับรู้ประโยชน์ในการรักษา ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้ปรับปรุงมาจากแบบสอบถามของตรีพร ชุมศรี (2548) สร้างขึ้นโดยใช้กรอบแนวคิดของ Pender (1987) โดยประเมินความรู้สึก หรือความเชื่อเกี่ยวกับ ประโยชน์ในการรักษาของเด็กวัยเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ภาคใต้

5.2 การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรม (Perceived barriers to action)

Pender (2006) ได้ให้ความหมายของการรับรู้อุปสรรคของการรักษาไว้ว่า เป็นการรับรู้สิ่งขัดขวางต่อ

การปฏิบัติพฤติกรรม อาจเกิดขึ้นจริง หรือเป็นสิ่งที่คิดไปเอง ได้แก่ การรับรู้ความไม่สะดวกสบาย ค่าใช้จ่าย ความยากลำบากที่จะกระทำ การสูญเสียเวลาในการกระทำ เมื่อมีความพร้อมต่ำ และมีอุปสรรคมาก การกระทำก็จะไม่เกิดขึ้น หรือเมื่อมีความพร้อมที่จะกระทำสูง และมีอุปสรรคน้อย ความเป็นไปได้ที่จะกระทำก็จะมีมากขึ้น ดังนั้น การมีอุปสรรคมากหรือการมีอุปสรรคน้อยส่งผลต่อความเป็นไปได้ในการกระทำที่จะกระทำพฤติกรรม และอาจส่งผลต่อความร่วมมือในการรักษา

สรุปได้ว่า การรับรู้อุปสรรคในการรักษา เป็นความเข้าใจ และการคาดการณ์ล่วงหน้าของบุคคล ถึงผลในด้านลบของการกระทำ ได้แก่ ความลำบาก ความไม่สะดวกสบาย การสูญเสีย เป็นต้น สิ่งเหล่านี้ถ้ามีมากจะเป็นตัวขัดขวาง และหลีกเลี่ยงในการปฏิบัติ แต่ถ้าบุคคลเข้าใจ และมีความพร้อมในการกระทำสูง อุปสรรคน้อย ความเป็นไปได้ในการร่วมมือในการรักษามีมากขึ้นด้วย

การติดเชื้อเอชไอวีเป็นภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง ปัจจุบันยังไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ด้วยยาต้านไวรัสที่มีอยู่ แต่การรักษาด้วยยาต้านไวรัสสามารถลดปริมาณเชื้อเอชไอวี และลดอัตราการตายจากโรคเอดส์ได้ การรักษาที่สามารถลดปริมาณเชื้อเอชไอวีให้ลดต่ำลงในระดับ HIV-RNA < 50/mm ได้ ผู้ป่วยจำเป็นต้องรับประทานยาอย่างถูกต้อง (ถูกวิธี ครบทุกเม็ด ทุกมื้อ และตรงเวลา) การรับประทานยาต่อเนื่องสม่ำเสมอ ทำให้เชื้อไวรัสเอชไอวีในร่างกายมีปริมาณต่ำที่สุด เป็นระยะเวลา นานที่สุด จะช่วยให้ร่างกายมีภูมิคุ้มกันดีขึ้น สามารถชะลอการดำเนินของโรคเอดส์ และไม่ทำให้เกิด การตีอยาของเชื้อเอชไอวี (กระทรวงสาธารณสุข, 2546; วันทนา มณีศรีวงศ์กุล, 2547) การที่บุคคลและรับรู้ถึงผลกระทบที่เกิดจากความเจ็บป่วย และอุปสรรคต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้นในอนาคตนั้น ถือว่าเป็นการคาดการณ์ล่วงหน้าในแง่ลบ ไม่ว่าจะจะเป็นความยากลำบากในการไปติดต่อ หรือใช้บริการทางการแพทย์ ความยุ่งยากซับซ้อนของแผนการรักษา ระยะเวลายาวนานในการรักษา การรับประทานยาและผลจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา ผลกระทบทางด้านร่างกายและจิตใจจากภาวะแทรกซ้อนจากการรักษา ซึ่งการรับรู้อุปสรรคเหล่านี้ อาจเป็นความรู้สึกนึกคิดของบุคคลต่อความเจ็บป่วย ซึ่งสิ่งเหล่านี้ส่งผลต่อการ หลีกเลี่ยงการให้ความร่วมมือในการรักษา ซึ่งถือเป็นอุปสรรคในการดูแลตนเอง (Connelly, 1987: 626) เด็กติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ได้รับผลกระทบทั้งด้านร่างกาย และสังคม ปัญหาของเด็กไม่เหมือนกับผู้ใหญ่ การรับรู้อุปสรรคในการรักษา เข้าใจผลในด้านลบของการกระทำ และให้ความสำคัญในการร่วมมือในการรักษาในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ ตามกรอบแนวคิดทฤษฎีของ Pender (2006) ได้แก่ ด้าน ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ ด้านกิจกรรมและการออกกำลังกาย ด้านโภชนาการ การจัดการ ความเครียด ด้านสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล และการพัฒนาจิตวิญญาณ การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพดังกล่าวจะให้เด็กวัยเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ สามารถที่ผ่านพ้นอุปสรรคต่างๆ โดยเข้าใจ และคาดการณ์ล่วงหน้าถึงผลในด้านลบ จะทำให้เกิดความพร้อมในการปฏิบัติ พฤติกรรมสูงและอุปสรรคน้อย ให้ความเป็นไปได้ในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพมากขึ้น

เครื่องมือประเมินการรับรู้อุปสรรคในการรักษา จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า เครื่องมือประเมินการรับรู้อุปสรรคในการรักษา มีดังนี้

แบบสอบถามการรับรู้อุปสรรคในการจัดการกับความเจ็บปวดของ Titler (2003) โดย ภัทธา แสงแก้ว นำมาใช้ในการรับรู้อุปสรรคของพยาบาลในการจัดการความเจ็บป่วยของผู้ป่วยหลังผ่าตัด ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ .78

แบบสอบถามการรับรู้อุปสรรคของการส่งเสริมสุขภาพหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นของ ตริพร ชุมศรี (2548) ที่สร้างขึ้นโดยใช้กรอบแนวคิดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของ Pender (1987) และแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ Becker (1974) โดยประเมินความคิดเห็นหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น เกี่ยวกับอุปสรรคของการส่งเสริมสุขภาพ ได้ผ่านความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 6 ท่าน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ .86

การประเมินการรับรู้อุปสรรคในการรักษา ในการศึกษาคั้งนี้ผู้วิจัยได้ปรับปรุงมาจากแบบสอบถามของ ตริพร ชุมศรี (2548) สร้างขึ้นโดยใช้กรอบแนวคิดของ Pender (1987) โดยประเมินความคิดเห็นหรือความเชื่อของเด็กวัยเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์เกี่ยวกับอุปสรรคที่จะส่งผลความร่วมมือในการรักษาในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพทั้ง 6 ด้าน

5.3 การรับรู้สมรรถนะแห่งตน (Perceived self-efficacy)

5.3.1 ความหมายของการรับรู้สมรรถนะแห่งตน

Bandura (1997) ได้ให้ความหมายของการรับรู้สมรรถนะแห่งตนไว้ว่าเป็นการที่บุคคลมีความคาดหวังที่เกี่ยวข้องต่อความสามารถของตนเองที่มีอยู่ในการที่จะกระทำพฤติกรรมอย่างใดอย่างหนึ่งให้สำเร็จตามที่ได้ตั้งเป้าหมายไว้

พรนาวิ ทิมเกิด (2548) ได้สรุปความหมายของการรับรู้สมรรถนะแห่งตน หมายถึง บุคคลมีความคาดหวังต่อพฤติกรรมที่แสดงออกมาของตน โดยประเมินว่าตนเองจะประสบความสำเร็จเพียงใดในแต่ละสถานการณ์ ด้วยทักษะความสามารถที่ตนมีอยู่

จากความหมายทั้งหมดที่กล่าวมาในข้างต้นสรุปได้ว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตน หมายถึง การที่บุคคลตัดสินใจความสามารถของตนเอง ด้วยทักษะที่ตนมีอยู่ และคาดหวังผลของสิ่งที่จะกระทำนั้นจะสำเร็จได้ตามเป้าหมาย

5.3.2 พัฒนาการของการรับรู้สมรรถนะแห่งตน พัฒนาการของการรับรู้สมรรถนะแห่งตน

Bandura (1997 อ้างถึงใน พาณี ขอสุข,2542) ดังนี้

1 การเริ่มต้นของความรู้สึกถึงการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ทารกจะมีการเรียนรู้ว่าสามารถจะทำอะไรได้ โดยผ่านประสบการณ์จากการสำรวจ ซึ่งถือว่าการเริ่มต้นในการพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตน เช่น การเขย่า การสั่น จะนำมาซึ่งเสียง เด็กจะสังเกตผล

ซ้ำ ๆ จากการกระทำว่าจะเกิดเหตุการณ์เช่นเดียวกันหรือไม่ เด็กที่มีประสบการณ์ความสำเร็จในการควบคุมสภาพแวดล้อม จะกลายเป็นเด็กที่เอาใจใส่กับพฤติกรรมของตนเองมาก และมีความสามารถที่จะเรียนรู้การตอบสนองต่อสิ่งใหม่ๆ

2 การรับรู้ความสามารถของตนจากครอบครัว ในเด็กเล็กจะมีการพัฒนาประเมินและทดสอบทักษะร่างกาย ความสามารถทางสังคม ด้านภาษา และทักษะทางปัญญาที่จะสามารถเข้าใจ พ่อแม่เป็นบุคคลที่มีบทบาทในการตอบสนองพฤติกรรม และช่วยสร้างโอกาสที่เหมาะสม ให้เขาได้สามารถแสดงออก ความสามารถในระยะแรกนี้ จะอยู่ภายในครอบครัว ก่อนที่เขาจะเติบโตไปสร้างสัมพันธ์ภาพกับบุคคลภายนอก ดังนั้นขนาดครอบครัว ลำดับการเกิดพี่น้อง เป็นรูปแบบที่ก่อให้เกิดความแตกต่างในการประเมินความสามารถของตนเอง

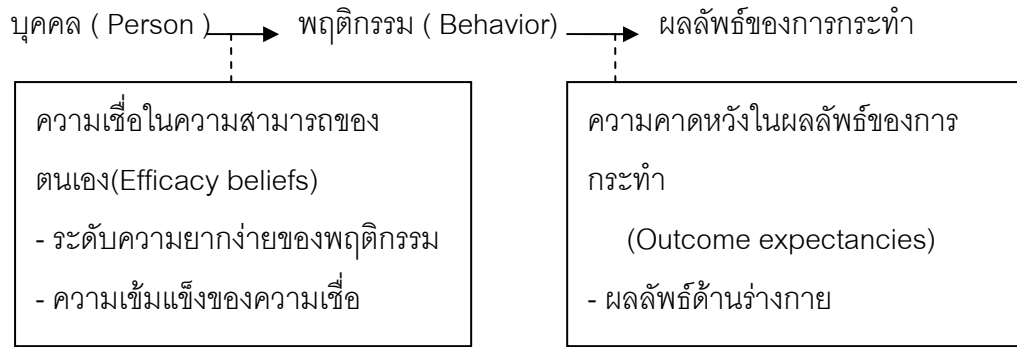
3 การรับรู้สมรรถนะแห่งตนที่กว้างขวางขึ้นโดยผ่านอิทธิพลจากเพื่อน การมีสัมพันธ์กับเพื่อนทำให้เด็กมีความรู้เกี่ยวกับความสามารถของตนกว้างขึ้น เด็กจะรับรู้ได้ถึงความสามารถเมื่อมีการทำกิจกรรมในหมู่เพื่อน นำไปตัดสินความนิยมในหมู่เพื่อน เพื่อนจะมีอิทธิพลต่อการประเมินความสามารถของเด็กอย่างมาก อาจช่วยเพิ่มการพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนหรืออาจส่งผลร้ายต่อการพัฒนา เกิดการรับรู้ที่ตนมีความสามารถทางสังคมต่ำก็เป็นได้

4 การพัฒนาการรับรู้ในความสามารถทางปัญญาของตนจากโรงเรียน โรงเรียนเป็นแหล่งที่มีบทบาทสำคัญในการพัฒนาความสามารถทางปัญญาและสังคมให้กับเด็ก นักเรียนจะถูกทดสอบความรู้และทักษะในการคิดอย่างต่อเนื่อง ถูกประเมินและถูกเปรียบเทียบทางสังคม นักเรียนที่มีทักษะทางปัญญาดีก็จะได้รับการพัฒนามีประสิทธิภาพมากขึ้น จากการเปรียบเทียบกับคนอื่น การเป็นตัวแบบให้เพื่อน การได้รับข้อมูลป้อนกลับจากครู การสร้างสภาพแวดล้อมของการเรียนรู้มีผลต่อการพัฒนาการรับรู้ความสามารถและทักษะทางปัญญาของตนเองอีกด้วย

5.3.3 โครงสร้างของแนวคิดทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตน Bandura (1997: 191-215) กล่าวว่า การตัดสินใจแสดงพฤติกรรมของบุคคลเกิดจากองค์ประกอบ 2 ประการ ดังภาพที่ 3

1 ความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง (Efficacy beliefs) หมายถึง ความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองของบุคคลที่สามารถกระทำหรือแสดงพฤติกรรมเพื่อนำไปสู่ผลลัพธ์ที่ต้องการ ซึ่งการรับรู้ความสามารถของตนเองเป็นผลที่ได้รับมาจากการเรียนรู้พฤติกรรมตัวแบบในสังคม (Social behavior) และ/หรือ จากการที่ได้กระทำพฤติกรรมด้วยตนเอง

2 ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการกระทำ (Outcome expectancies) หมายถึง ความหวังของบุคคลเกี่ยวกับผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นจากการกระทำ ถ้าหากรับเอาพฤติกรรมนั้นๆมาทำเป็นการคาดการณ์ล่วงหน้าของบุคคลว่า ถ้าตนกระทำพฤติกรรมนั้นแล้วนำไปสู่ผลลัพธ์ที่ต้องการ



ภาพที่ 5 แสดงความสัมพันธ์แบบเงื่อนไขระหว่างความเชื่อในความสามารถของตนเองและความคาดหวังในผลลัพธ์ของการกระทำ (สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2543 ; Bandura , 1997)

ความเชื่อมั่นในความสามารถ (Efficacy beliefs) เป็นตัวทำนายพฤติกรรมได้มากกว่าความคาดหวังในผลลัพธ์ของการกระทำ (Outcome expectancies) (Bandura, 1997) ดังนั้นการรับรู้ความสามารถของตนเองมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของมนุษย์อย่างยิ่งการมีความรู้ความสามารถไม่ช่วยให้คนเราประสบความสำเร็จได้เลย ถ้าหากบุคคลนั้นขาดความเชื่อมั่นในตนเองที่จะใช้ความรู้ความสามารถของตนเองที่จะใช้ความรู้ความสามารถนั้น ความเชื่อในความสามารถเป็นเหตุที่เกิดขึ้นก่อนที่จะกระทำพฤติกรรม ในขณะที่ผลลัพธ์จากการกระทำที่จะเกิดขึ้นเป็นสิ่งที่บุคคลคาดเดาเหตุการณ์ไว้ล่วงหน้า โดยอาศัยการตัดสินใจความสามารถในตนเองว่าจะสามารถทำได้แค่ไหน ในสถานการณ์ที่เกิดขึ้นการรับรู้ความสามารถของตนเองและความคาดหวังผลที่จะเกิดขึ้นนั้นมีความสัมพันธ์กันมากโดยที่ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรทั้งสองนี้ มีผลต่อการตัดสินใจที่จะกระทำพฤติกรรมของบุคคลนั้นๆ ซึ่งจะเห็นได้จาก ภาพที่ 5

ความคาดหวังเกี่ยวกับผลที่จะเกิดขึ้น

		สูง	ต่ำ
		การรับรู้สมรรถนะแห่งตน สูง	มีแนวโน้มที่จะทำ แน่นอน
การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ต่ำ	มีแนวโน้มที่จะ ไม่ทำ	มีแนวโน้มที่จะ ไม่ทำแน่นอน	

ภาพที่ 6 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและความคาดหวังผลที่จะเกิดขึ้น

5.3.4 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนนั้น Bandura เสนอว่ามีอยู่ด้วยกัน 4 ปัจจัยคือ (Evans, 1989)

1. ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ (Mastery Experiences) ซึ่งเป็นวิธีการที่มีประสิทธิภาพมากที่สุด ในการพัฒนาการรับรู้สมรรถนะแห่งตน เนื่องจากว่าเป็นประสบการณ์โดยตรง ความสำเร็จทำให้เพิ่มความสามารถของบุคคล จะทำให้บุคคลนั้นเชื่อว่าสามารถ

ทำได้ ดังนั้นในการที่จะพัฒนาการรับรู้สมรรถนะแห่งตนนั้น จำเป็นที่ต้องฝึกฝนให้เกิดทักษะ และมีประสิทธิภาพมากที่สุด เมื่อบุคคลรับรู้ว่าคุณมีความสามารถ จะไม่ยอมแพ้ แต่จะพยายามเพื่อทำให้บรรลุเป้าหมายที่ต้องการ

2. การใช้ตัวแบบ (Modeling) การที่ได้สังเกตเห็นตัวแบบแสดงพฤติกรรมที่มีความซับซ้อน และได้รับผลกระทบที่พึงพอใจ การใช้ตัวแบบที่ส่งผลต่อความรู้สึกว่าเรามีความสามารถที่จะทำได้นั้น ได้แก่ การแก้ปัญหาของบุคคลที่มีความกลัวต่อสิ่งต่างๆ โดยที่ให้คุณดูตัวแบบที่มีลักษณะคล้ายกับตนเองก็สามารถทำให้ลดความกลัวต่างๆเหล่านั้นได้ (Kazdin, 1974) Bandura (1986) เสนอว่า ตัวแบบที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตนนั้น มีลักษณะดังนี้

2.1 ความเหมือนกันของตัวแบบ ความเหมือนกันของตัวแบบในคุณลักษณะบางประการ จะทำให้ตัวแบบยังมีอิทธิพลต่อผู้สังเกตมากขึ้น

2.2 ความหลากหลายของตัวแบบ การที่มีตัวแบบหลากหลาย ย่อมเป็นข้อมูลได้ดีว่าการมีตัวแบบแบบเดียว ผู้สังเกตจะเกิดความคิดว่าหากตัวแบบที่มีคุณลักษณะแตกต่างกัน ก็สามารถประสบความสำเร็จได้เช่นกัน

3. การใช้คำพูดชักจูง (Verbal Persuasion) เป็นการบอกว่าบุคคลนั้นมีความสามารถที่จะประสบความสำเร็จได้ วิธีการดังกล่าวนั้นค่อนข้างง่ายและใช้กันทั่วไป ซึ่ง Bandura ได้กล่าวว่า การใช้คำพูดชักจูงนั้นไม่ค่อยจะได้ผลนัก ในการที่จะทำให้คนเราสามารถพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Evans, 1989) ควรจะใช้ร่วมกับประสบการณ์ของความสำเร็จของบุคคล และต้องคอยสร้างความสามารถให้บุคคล อย่างค่อยเป็นค่อยไป ก็จะทำให้ได้ผลดีในการพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตน

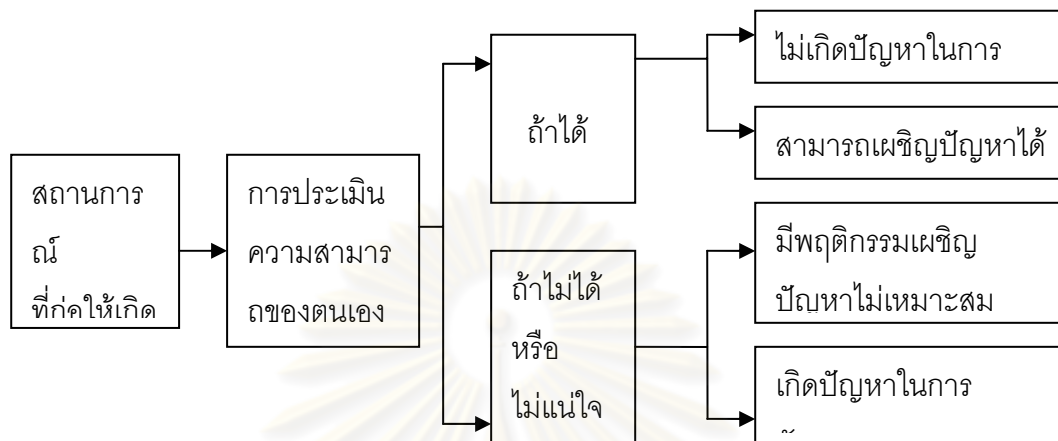
4. การกระตุ้นทางอารมณ์ (Emotional Arousal) การกระตุ้นทางอารมณ์ มีผลต่อการรับรู้ความสามารถของตนเอง ถ้าหากบุคคลถูกกระตุ้นอารมณ์ทางลบ เช่น ถูกข่มขู่ จะทำให้เกิดความเครียด หรืออาจทำให้เกิดความกลัว และอาจนำไปสู่การรับรู้ความสามารถของตนต่ำลงได้ เป็นผลทำให้บุคคลไม่สามารถที่จะแสดงออกได้ดี อันจะนำไปสู่ประสบการณ์ของความล้มเหลว

5.3.5 การรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีผลต่อการแสดงพฤติกรรมของบุคคล

1. มีผลต่อการเลือกกิจกรรมที่จะกระทำ
2. มีผลต่อการเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ
3. มีผลต่อการแก้ไขกิจกรรมที่ยากซับซ้อน ซึ่งต้องใช้ความพยายามความอดทนสูง
4. มีผลต่อความรู้ของผู้กระทำกิจกรรมนั้นๆ

จะเห็นได้ว่าการรับรู้สมรรถนะแห่งตน จะมีผลต่อการแสดงพฤติกรรมของบุคคล เป็นความเชื่อของบุคคลในความสามารถที่จะควบคุมการกระทำของตนเองและเหตุการณ์ต่างๆ ที่มีผลต่อ

การดำรงชีวิตของตนเองได้ และมีผลต่อการกระทำ โดยสภาพการณ์ที่แตกต่างกัน บุคคลก็อาจแสดงพฤติกรรมออกมาแตกต่างกันได้ เพราะความสามารถของคนเรานั้นไม่ตายตัว หากแต่ยืดหยุ่นตามสภาพการณ์ และถ้าบุคคลสามารถประเมินความสามารถของตนเองว่าทำได้ บุคคลจะเผชิญปัญหาได้อย่างเหมาะสม ดังภาพที่ 6



ภาพที่ 7 ผลการแสดงพฤติกรรมหลังจากบุคคลประเมินความสามารถของตนเอง (Watson,1988 อ้างถึงใน ภัสรา จารุสุลินส์ , 2542)

การรับรู้ความสามารถของตนเองแต่ละบุคคลมีความแตกต่างกัน จะแปรผันไปตามมิติ(Dimension) 3 ด้านดังนี้ (Bandura ,1997:84-85 ;1986 : 396-397; 1997 :43)

มิติที่ 1 มิติตามขนาด หรือระดับความยากง่ายของพฤติกรรม (Magnitude or level) หมายถึง การตัดสินเกี่ยวกับความสามารถในการกระทำพฤติกรรมของบุคคลซึ่งมีระดับความยากง่ายของงาน

มิติที่ 2 มิติความเข้มแข็งหรือความมั่นใจ (Strength) หมายถึง ความเชื่อมั่นของบุคคลว่าตนเองมีความสามารถที่จะกระทำกิจกรรมนั้นสำเร็จหรือไม่สำเร็จ ขึ้นอยู่กับระดับความ เชื่อมั่นมากหรือน้อย ถ้ามากบุคคลจะมีความเข้มแข็งหรือ เชื่อมั่นในความสามารถสูง

มิติที่ 3 มิติความเป็นสากล (Generality) หมายถึง ความสามารถในการนำประสบการณ์ที่ตนเองเคยประสบความสำเร็จ บุคคลจะแสดงถึงความสามารถ เช่น พฤติกรรม ความรู้ ความเข้าใจ ความรู้สึก เป็นต้น ออกมาตามแต่สถานการณ์ และลักษณะเฉพาะของบุคคล ที่มีต่อพฤติกรรม

ดังนั้นการรับรู้สมรรถนะแห่งตน มีอิทธิพลต่อความร่วมมือในการรักษา และภาวะสุขภาพของบุคคล โดยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนจะมีบทบาทสำคัญ ต่อการริเริ่มกระทำพฤติกรรมใหม่หรือคงไว้ซึ่งพฤติกรรมเดิม (Bandura, 1986, 1989 cite in Hickey et al ., 1992)

5.3.6 การประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเอง

เครื่องมือวัดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีหลายรูปแบบ มีทั้งแบบวัดที่ละมิติ (Bandura & Adams, 1997) 2 มิติ หรือ 3 มิติ ในแบบวัดเดียวกัน (Grossman, Brick & Hauser, 1987) ซึ่งมีทั้งแบบวัดที่ใช้วัดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในพฤติกรรมใดพฤติกรรมหนึ่งเฉพาะเจาะจง และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนทั่วไป ขึ้นอยู่กับวัตถุประสงค์ของผู้ใช้และพฤติกรรมก่อนวัด

สายสุณี คำสอน (2545) ได้สร้างแบบสอบถามจากแนวคิดของ Becker (1993) วัดความสามารถและการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของนักเรียนวัยรุ่นตามกรอบแนวคิดของ Pender (1996) ประกอบด้วยคำถาม 40 ข้อ ได้ค่าความเชื่อมั่น 0.83

อภิญา ปานชูเชิด (2547) ได้ปรับใช้แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของ สูดาร์ตัน ขวัญเงิน (2537) ซึ่งดัดแปลงมาจากแบบวัด Self-Efficacy Scale ของ Sherer, Maddux, Mercandante, Prentice Dunn, Jacobs, & Roger (1982) ประกอบด้วยข้อคำถาม 23 ข้อ ได้ค่าความเชื่อมั่น 0.86 นำไปใช้กับวัยรุ่นอายุระหว่าง 12 – 19 ปี เพื่อวัดระดับการรับรู้ความสามารถของตนเองกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

นิศารัตน์ เขตวรรณ (2543) ได้ใช้แบบวัดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเอง ซึ่งแปลมาจากแบบสอบถามกลวิธีที่ประชาชนใช้ในการส่งเสริมสุขภาพ (Strategies Used by people to Promote Health or SUPPH) ของ Lev & Owen (1996) จำนวน 29 ข้อ เพื่อวัดระดับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเอง กับความเข้มแข็งของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ซึ่งประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ คือ การปรับแก้ การลดความเครียด การตัดสินใจ และการทำชีวิตให้เพลิดเพลิน นำไปปรับใช้กับผู้ป่วยมะเร็งที่รักษาด้วยเคมีบำบัดจำนวน 64 คน ได้ค่าความเชื่อมั่น 0.9

ในการศึกษาครั้งนี้ประยุกต์ใช้แบบสอบถามของอภิญา ปานชูเชิด (2547) เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเป็นผู้ที่มีวัยใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างเด็กวัยรุ่นเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ที่ศึกษาในครั้งนี้

5.4 การสนับสนุนทางสังคม (Social support)

การสนับสนุนทางสังคม ประกอบด้วยโครงสร้างหลายมิติที่มีความเกี่ยวพันกัน ซึ่งเกิดขึ้นจากการมีปฏิสัมพันธ์กันระหว่างบุคคลในสังคม ที่มีการช่วยเหลือกันในด้านต่างๆ ส่งผลให้เกิดความหวัง กำลังใจ รู้สึกถึงคุณค่าในตนเองสามารถเผชิญปัญหาและปรับตัวได้อย่างเหมาะสม นำไปสู่การมีพฤติกรรมที่ดี (Caplan 1974 : 7; Cohen & Wills 1985 : 310 – 375 ; Pender 1987 : 389; Callghan, et al., 1993: 203; Stewart, et al., 1997: 93; Khuwatsamrit, et al., 2006: 155)

5.4.1 ความหมายของการสนับสนุนทางสังคม ได้มีผู้ให้ความหมายของคำไว้ต่าง ๆ กันดังนี้

Thoits (1982: 147–148) ให้ความหมายว่า การสนับสนุนทางสังคม เป็นการที่บุคคลซึ่งเป็นเครือข่ายของสังคมได้รับการช่วยเหลือด้านอารมณ์ สิ่งของ หรือ ข้อมูล ช่วยให้บุคคลสามารถเผชิญและตอบสนองต่อความเจ็บป่วยหรือความเครียดได้ในระยะเวลาที่รวดเร็วขึ้น

House (1981 cited in Brown, 1986: 5) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคม เป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลประกอบด้วย ความรักใคร่ ห่วงใย ไว้วางใจ ให้การช่วยเหลือ ด้านการเงิน สิ่งของ แรงงาน เวลา การให้ข้อมูลข่าวสาร และการให้ข้อมูลย้อนกลับ เพื่อให้สามารถเรียนรู้และประเมินตนเองในสังคม

Pender (1996: 257) ให้ความหมายการสนับสนุนทางสังคมว่า เป็นสิ่งซึ่งทำให้บุคคลเกิดความรู้สึกเป็นเจ้าของ จากการที่ได้รับการยอมรับ นับถือ รู้สึกมีคุณค่า เป็นที่ต้องการของบุคคล โดยที่กลุ่มบุคคลในระบบสังคมนั้น เป็นผู้ให้การสนับสนุนด้านอารมณ์ วัสดุอุปกรณ์ ข่าวสาร คำแนะนำ ทำให้บุคคลนั้นดำรงชีวิตอยู่ในสังคมอย่างเหมาะสม แต่ไม่รวมถึงการที่บุคคลจะกระทำสิ่งหนึ่งสิ่งใดเพื่อบุคคลอื่น

จากความหมายข้างต้นสรุปได้ว่า การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การได้รับความช่วยเหลือของบุคคลจากการที่มีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นในสังคม ไม่ว่าจะเป็นบุคคลในครอบครัว ญาติ เพื่อน บุคลากรทางการแพทย์ หรือหลายบุคคลร่วมกัน และบุคคลนั้นได้รับความรัก ความห่วงใย ความไว้วางใจ การยกย่อง ยอมรับ มองเห็นคุณค่า และได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือในด้านวัตถุประสงค์ของ ข้อมูลข่าวสาร ตลอดจนได้รับความช่วยเหลือด้านอารมณ์ ทำให้บุคคลนั้นสามารถเผชิญและตอบสนองต่อความเครียดหรือความเจ็บป่วยได้อย่างเหมาะสม

5.4.2 แหล่งที่มาของการสนับสนุนทางสังคม แหล่งการสนับสนุนทางสังคม มักเป็นสิ่งที่แสดงถึงลักษณะความสัมพันธ์ ความรัก ความผูกพัน มากกว่าสิ่งที่ให้การช่วยเหลือ ซึ่งผู้วิจัยได้ค้นคว้าและรวบรวมแหล่งการสนับสนุนตามแนวคิดทฤษฎีไว้ดังนี้

House (1991 cited in Cohen, 1985) ได้จำแนกได้ 2 กลุ่ม คือ

1. กลุ่มที่มีความสัมพันธ์อย่างไม่เป็นทางการ หมายถึง บุคคลที่ให้ความช่วยเหลือแก่ผู้อื่น โดยมีความสัมพันธ์ตามธรรมชาติ ได้แก่ คู่สมรส เครือญาติ หรือเพื่อนฝูง
2. กลุ่มที่มีความสัมพันธ์กันอย่างเป็นทางการ หมายถึง บุคคลที่ให้การช่วยเหลือแก่บุคคลอื่น โดยมีความเกี่ยวข้องกับการทำงาน ลักษณะการช่วยเหลือที่เฉพาะเจาะจง เช่น ทีมสุขภาพ

Pender (1996: 257 – 259) แบ่งแหล่งสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 5 กลุ่ม ดังนี้

1. กลุ่มที่มีความผูกพันตามธรรมชาติ (Natural support systems) ได้แก่ ครอบครัวเป็นกลุ่มสนับสนุนทางสังคมระดับปฐมภูมิที่เหมาะสม โดยสมาชิกในครอบครัวต้องรับรู้ความต้องการซึ่งกันและกัน

2. กลุ่มเพื่อน (Peer support system) ส่วนมากมักได้รับประสบการณ์ที่มีผลกระทบที่รุนแรงในชีวิต สามารถปรับตัวในทิศทางที่ดีขึ้น สามารถให้คำแนะนำแก้ปัญหาในส่วนที่คล้ายคลึงที่ได้ประสบมา

3. กลุ่มองค์กรทางศาสนา (Organization religious support systems) เป็นกลุ่มที่คอยช่วยเหลือสนับสนุนบุคคลในศาสนานั้นๆ เป็นการแบ่งปันความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง มีจุดมุ่งหมายในชีวิต

4. กลุ่มองค์กรที่ให้การสนับสนุนช่วยเหลือของกลุ่มผู้ดูแล (Organized support systems of care giving or helping professional) ได้แก่ กลุ่มผู้ดูแลสุขภาพ บุคคลจะแสวงหากลุ่มสนับสนุนทางสังคมกลุ่มนี้ก็ต่อเมื่อ ได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว และเพื่อนไม่เพียงพอ

5. กลุ่มองค์กรที่ไม่ใช่วิชาชีพด้านสุขภาพ (Organized support groups not dissected by health professionals) ประกอบด้วย กลุ่มอาสาสมัคร และกลุ่มที่ให้การช่วยเหลือซึ่งกันและกัน เช่น กลุ่มผู้มีปัญหาสุขภาพเรื้อรัง กลุ่มบุคคลที่เจ็บป่วยในระยะสุดท้ายของชีวิต

สรุป การสนับสนุนทางสังคมมักมาจากกลุ่มปฐมภูมิ ซึ่งแบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มเครือญาติ ได้แก่ สมาชิกในครอบครัวเดี่ยว และครอบครัวขยาย กลุ่มนี้ใช้เวลาอยู่ร่วมกันมาก มีการแลกเปลี่ยนสิ่งของ หรือข่าวสารซึ่งกันและกัน กลุ่มมิตรภาพ ได้แก่ เพื่อนบ้าน เพื่อน คนที่มีความสนใจร่วมกัน (McElveen, 1978)

5.4.3 ชนิดของการสนับสนุนทางสังคม การสนับสนุนทางสังคมมีหลายชนิด และมีความแตกต่างกันตามแนวคิดของนักทฤษฎีแต่ละคน ซึ่งแบ่งชนิดของการสนับสนุนทางสังคมไว้ดังนี้

Schaefer, Coyne, และ Lazarus (1981) แบ่งชนิดของการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 3 ชนิด คือ

1. การสนับสนุนทางอารมณ์ (Emotional Support) ซึ่งรวมถึงความใกล้ชิด การให้ความมั่นใจ ไว้วางใจ ห่วงใย เอาใจใส่ การกระตุ้นเตือน ซึ่งจะนำไปสู่ความรู้สึกว่าตนเป็นที่รักและห่วงใย เป็นส่วนหนึ่งของสังคม

2. การสนับสนุนด้านสิ่งของ (Tangible Support) ได้แก่ การให้ความช่วยเหลือโดยตรง ด้านเงินทอง สิ่งของ เวลา เมื่อบุคคลต้องการ

3. การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Informational Support) ได้แก่ การให้ข้อมูล และคำแนะนำที่สามารถช่วยให้บุคคลแก้ปัญหา และให้ข้อมูลป้อนกลับเกี่ยวกับสิ่งที่กำลังปฏิบัติอยู่

Thoits (1986 : 147) แบ่งชนิดของการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 3 ชนิด คือ

1. การสนับสนุนทางสังคม อารมณ์ (Socio-emotional aid) เป็นการที่บุคคลได้รับความรัก ความเอาใจใส่ การยอมรับ เห็นคุณค่า และรู้สึกว่าได้เป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม

2. การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Information aid) เป็นการที่บุคคลได้รับข้อมูลข่าวสารรวมทั้งได้รับคำแนะนำและข้อมูลป้อนกลับ

3. การสนับสนุนด้านทรัพยากร (Instrumental aid) เป็นการได้รับการช่วยเหลือ ด้านแรงงาน วัสดุอุปกรณ์ สิ่งของ เงินทอง ทำให้บุคคลที่ได้รับนั้นสามารถดำรงบทบาท หรือหน้าที่รับผิดชอบได้ตามปกติ

House (1981 cited in Tiden ,1985 :201) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคมมี 4 ชนิด

1. การสนับสนุนด้านอารมณ์ (Emotional Support) เป็นการแสดงออกถึงการยกย่อง เห็นคุณค่า ความรัก ความไว้วางใจ ความห่วงใย และการรับฟัง ความรู้สึกเห็นอกเห็นใจ เด็กวัยเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ได้รับผลกระทบจากโรค ได้รับผลข้างเคียงจากการรักษา ทำให้ต้องการการประคับประคองด้านอารมณ์เพื่อความมั่นคงทางจิตใจ Kahn & House (1985) กล่าวว่า การสนับสนุนด้านอารมณ์มีอิทธิพลต่อการทำนายภาวะสุขภาพมากกว่าด้านอื่นๆ

2. การสนับสนุนด้านการประเมินคุณค่า (Appraisal Support) เป็นการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการเรียนรู้ตัวเอง หรือข้อมูลที่นำไปใช้ประเมินตนเอง ในการรับรองการให้ข้อมูลป้อนกลับ การยอมรับในสิ่งที่บุคคลอื่นแสดงออกมา รวมถึงแรงสนับสนุนซึ่งอาจเป็นความช่วยเหลือโดยตรงหรือโดยอ้อมก็ได้

3. การสนับสนุนด้านข้อมูล ข่าวสาร (Information Support) ได้แก่ การให้คำแนะนำ ข้อชี้แนะ ชี้แนวทาง และการให้ข้อมูลที่สามารถนำไปใช้ในการแก้ปัญหาที่เผชิญอยู่ได้ โดยการให้ข้อมูลในเรื่องต่างๆ ทั้งในรูปแบบของคำแนะนำ ข้อเสนอแนะหรือแนวทางในการปฏิบัติ

4. การสนับสนุนด้านทรัพยากร (Instrumental Support) เป็นการช่วยเหลือในรูปแบบต่างๆ การให้เงิน การให้แรงงาน การให้เวลา การช่วยปรับปรุงสิ่งแวดล้อม รวมถึงการช่วยเหลือด้านสิ่งของ และการให้บริการด้วย เด็กวัยเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวีต้องการผู้ดูแลพาไปตรวจรักษาตามแผนการรักษาของแพทย์ ช่วยเหลือเมื่อมีอาการไม่สบายจากความเจ็บป่วยและผลข้างเคียงของยา ด้านการเรียนถ้าครูและเพื่อนให้ความช่วยเหลือจะช่วยให้เด็กวัยเรียนมีกำลังใจที่จะกลับไปเรียน

5.4.4 การประเมินแรงสนับสนุนทางสังคม การสร้างเครื่องมือเพื่อประเมินหรือวัดการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมมีความแตกต่างกันตามแนวคิดของผู้สร้างเครื่องมือ ซึ่งเครื่องมือที่นำไปใช้บ่อย ได้แก่

1. เครื่องมือวัดการสนับสนุนทางสังคมตามแนวคิดของ Kahn เรียกว่า Norbeck Social Questionnaire Part Two (NSSQ2) ซึ่งสร้างโดย Norbeck, Linsey, & Carrieri (1981: 264 – 269) เครื่องมือนี้วัดการสนับสนุนด้านความผูกพันด้านอารมณ์และความคิด ด้านความเห็นพ้องและยืนยันพฤติกรรมของบุคคล และการให้ความช่วยเหลือ มีจำนวนข้อคำถาม 9 ข้อ และแบบประเมินเครือข่ายทางสังคม 20 ข้อ แบบประเมินผ่านการตรวจสอบค่าความเที่ยงอยู่ในช่วง 0.85 – 0.92

2. เครื่องมือวัดการสนับสนุนส่วนที่สอง (Support Questionnaire: SSQ Part 2) ตามแนวคิดของ Schaefer, Coyne & Lazarus (1981) แบ่งการสนับสนุนทางสังคมเป็น 3 ด้าน คือ การสนับสนุนทางอารมณ์ ด้านข้อมูลคำแนะนำ และด้านสิ่งของและบริการ มีข้อคำถาม 7 ข้อ แปลโดยสมจิต หนูเจริญกุล แบบประเมินนี้หาค่าความเที่ยงอยู่ในช่วง .76 - .97

3. เครื่องมือวัดการสนับสนุนตามแนวคิดของ House (1981) แบ่งการสนับสนุนทางสังคมเป็น 4 ด้าน คือ ด้านการสนับสนุนด้านอารมณ์ ด้านการประเมินคุณค่า ด้านข้อมูลข่าวสาร และด้านทรัพยากร ซึ่งแปลโดย อารีย์ มั่งเกียรติสกุล (2543) จำนวน 20 ข้อ โดยมีข้อคำถามแต่ละด้าน ด้านละ 5 ข้อ ซึ่ง งามทิพย์ ชนบดีเฉลิมรุ่ง (2545) ได้นำไปปรับใช้กับวัยรุ่นมะเร็งเม็ดเลือดที่ได้รับเคมีบำบัดได้ค่าความเที่ยง 0.90

การตัดสินใจของคนนั้นจะขึ้นอยู่กับอิทธิพลของบุคคลจึง กล่าวได้ว่า การสนับสนุนทางสังคม มีความสำคัญและมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของบุคคลทั้งร่างกายและจิตใจ ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้ใช้แนวคิดของ (House, 1981) เป็นแนวทางในการประเมินการสนับสนุนทางสังคม เนื่องจากชนิดของการสนับสนุนชัดเจน ครอบคลุม และสอดคล้อง กับกลุ่มตัวอย่างเด็กวัยรุ่นที่ติดเชื้อเอชไอวี

6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาเด็กวัยเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์

โปรมาษณ์ บิณฑจิตต์ (2544) ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวีทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวี อายุระหว่าง 21-65 ปี จำนวน 120 คน โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ 6 ด้าน ตามแนวคิดของ Pender (1996) จากการศึกษาพบว่า พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพใน 5 ด้าน ได้แก่ ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ โภชนาการ การจัดการความเครียด สัมพันธภาพระหว่างบุคคล และการพัฒนาทางจิตวิญญาณ อยู่ในระดับดี มีด้านกิจกรรมทางกายร่างกายอยู่ในระดับพอใช้ ส่วนปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ อาชีพ รายได้ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา และระยะเวลาการดำเนินของโรค ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

พรชัย เรือนสิทธิ์ (2545) ศึกษาระดับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพจิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวี ที่มารับบริการตรวจรักษาแบบผู้ป่วยนอก ในโครงการแพทย์ของโรงพยาบาลขุนตาล จังหวัดเชียงราย จำนวน 80 คน ซึ่งพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ศึกษามี 6 ด้าน คือ ด้านรับผิดชอบต่อสุขภาพ ด้านกิจกรรมร่างกาย ด้านการบริโภคอาหาร ด้าน สัมพันธภาพระหว่างบุคคล ด้านการพัฒนาทางจิตวิญญาณ และด้านการจัดการกับความเครียด ผลการศึกษาพบว่า ผู้ติดเชื้อส่วนใหญ่เป็นผู้หญิงคิดเป็นร้อยละ 71.25 มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพจิตโดยรวมอยู่ในระดับดี ($X = 3.36$, $SD = 0.53$)

กนิษฐา ถนัดกิจ (2545) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลเด็กวัยก่อนเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวี กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ดูแลเด็กวัยก่อนเรียนจำนวน 101 คน ที่พาเด็กมารักษาแบบผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลบาราคนราดูร สำหรับปัจจัยที่ได้คัดสรรคือ อายุ ระดับการศึกษา ประสบการณ์การเลี้ยงดูเด็ก การสนับสนุนทางสังคม และสัมพันธภาพแบบสนิทสนมระหว่างผู้ดูแลกับเด็ก ผลการวิจัยพบว่า ความสามารถในการดูแลเด็กวัยก่อนเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวีอยู่ในระดับปานกลาง สัมพันธภาพแบบสนิทสนมระหว่างผู้ดูแลกับเด็ก และระดับการศึกษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถของผู้ดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .68$, .52 ตามลำดับ) ตัวแปรที่มีความสำคัญในการร่วมพยากรณ์ความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลเด็ก คือ สัมพันธภาพแบบสนิทสนมระหว่างผู้ดูแลกับเด็ก ระดับการศึกษา และอายุของผู้ดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ได้ร้อยละ 57.7 ($R^2 = .577$)

บุษดี ศรีคำ (2546) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยส่วนบุคคล การเปิดเผยตัวเอง การสนับสนุนทางสังคม ความหวัง การรับรู้สุขภาพ และสุขภาพจิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ กลุ่ม

ตัวอย่างนี้เป็นเป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ที่มารับบริการ ณ แผนกผู้ป่วยนอก สถาบันบำราศนราดูร อายุ 18 – 59 ปี จำนวน 130 คน ผลการวิจัยพบว่า การเปิดเผยตัวเอง การสนับสนุนทางสังคม ความหวัง การรับรู้ภาวะสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับสุขภาพจิตในองค์ประกอบด้านความ ผาสุกทางใจ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .50 ($r = .236, .431, .539$ และ .54 ตามลำดับ)

สมจิตร์ ตูลาทอง (2547) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอของผู้ป่วยที่รับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยที่รับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ ที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลบำราศนราดูร จำนวน 406 ราย ผลการศึกษาพบว่า คะแนนการ รับประทานยาต้านไวรัสอย่างสม่ำเสมออยู่ระหว่าง ร้อยละ 27.5 – 100 มีผู้ป่วยร้อยละ 20.2 ใช้นยา ต้านไวรัสไม่สม่ำเสมอ จากการวิเคราะห์ปัจจัยพบว่า แรงสนับสนุนทางสังคม รายได้ และอายุ สามารถร่วมทำนายการรับประทานยาต้านไวรัสได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ผล การศึกษาคั้งนี้จะเป็นประโยชน์ในการวางแผนติดตามและสนับสนุนให้ผู้ป่วยรับประทานยาต้าน ไวรัสได้อย่างสม่ำเสมอมากขึ้น ควรเพิ่มแรงสนับสนุนทางสังคมให้แก่ผู้ป่วยมากขึ้น

พรพรรณ วรรณฤทธิ์ และ อัจฉรา พงศ์คำ (2548) ศึกษาการประเมินผลกระทบทางกาย จิตวิทยาสังคมของเด็กที่ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับยาต้านไวรัสในโครงการ HAART โรงพยาบาลลำพูน กลุ่มตัวอย่างเป็นเด็กที่อยู่ในโครงการ HAART ของโรงพยาบาลลำพูนจำนวน 34 ราย เด็ก ทำการศึกษานี้มีอายุตั้งแต่ 3 – 13 ปี ส่วนใหญ่มีอาการรุนแรงก่อนเริ่มยา (stage C) ภายหลังรับ การรักษาครบ 12 เดือน พบว่าร้อยละ 73.68 มีระดับไวรัสในกระแสเลือด < 50 copies ความ สม่ำเสมอในการรับยาร้อยละ 96.6 สภาพปัญหาทางครอบครัว สังคมและเศรษฐกิจ พบว่าร้อยละ 64 ถูกเลี้ยงดูโดยผู้อื่นโดยมิใช่บิดามารดา ครอบครัวส่วนใหญ่มีรายได้น้อย ระดับความช่วยเหลือที่ ได้รับจากรัฐบาล ชุมชน และองค์กรเอกชนน้อย ผลการประเมินระดับสติปัญญาของเด็ก พบว่า ระดับต่ำกว่าเด็กปกติ ร้อยละ 69.69 การคัดกรองปัญหาสุขภาพจิตพบภาวะโรคซึมเศร้าในเด็ก 5 ราย พบภาวะ ADHD จำนวน 2 ราย ข้อเสนอแนะจากการวิจัยครั้งนี้คือ ควรมีการประเมินด้านจิต สังคมร่วมด้วย เนื่องจากเด็กและครอบครัวมีปัญหาพร้อมหลายด้านซึ่งอาจส่งต่อการรักษาและ พัฒนาการของเด็ก ซึ่งควรได้รับการช่วยเหลือ

สุรีย์ จินเรือง (2548) ศึกษาปัญหาสุขภาพ พฤติกรรมการดูแลตนเองของเด็กวัยเรียน และ ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างเพศ และลักษณะครอบครัว กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของเด็กวัย เรียน ในด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การพักผ่อนนอนหลับ การขับถ่าย การทำ ความสะอาดร่างกาย การดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วย การดูแลสุขภาพจิตตนเอง และด้านการป้องกัน ตนเองและป้องกันอุบัติเหตุ ซึ่งกลุ่มตัวอย่างเป็นนักเรียนชั้นประถม 4- 6 อายุระหว่าง 8 – 13ปี จำนวน 328 คน ผลการวิจัยพบว่าเด็กวัยเรียนส่วนใหญ่มีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเอง โดยรวมอยู่ในระดับควรปรับปรุง ปัจจัยส่วนบุคคล คือเพศและลักษณะครอบครัวมีความสัมพันธ์

กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของเด็กวัยเรียน โดยผลการศึกษาพบว่าเด็กเพศหญิงมีพฤติกรรมการดูแลตนเองดีกว่าเพศชาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนลักษณะครอบครัว พบว่าเด็กที่อยู่ในครอบครัวเดี่ยวมีพฤติกรรมการดูแลตนเองดีกว่าเด็กที่อยู่ในครอบครัวขยายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สุนีย์ สุนทรมีเสถียร และคณะ (2548) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่ก่อให้เกิดความเครียด ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย การสนับสนุนทางสังคม กับการปรับตัวต่อบทบาทผู้ป่วยและการเป็นมารดาของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ เอดส์ กลุ่มตัวอย่างเป็นมารดาหลังคลอดที่ติดเชื้อเอชไอวี / เอดส์ จำนวน 100 คน ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความเครียดในระดับปานกลาง มีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยในระดับค่อนข้างสูง กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับมากที่สุด มีการปรับตัวต่อบทบาทผู้ป่วยและการเป็นมารดาได้ดี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ปวีณา ชื่นจิตร์ (2548) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความร่วมมือในการรักษาของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ในจ.ราชบุรี กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ที่ได้รับยาต้านไวรัสแบบสามชนิดพร้อมกันที่คลินิกเอชไอวี 10 แห่งในจ.ราชบุรี โดยปัจจัยที่ศึกษา 4 ด้าน ได้แก่ ปัจจัยด้านผู้ป่วย ยา ความรุนแรงของโรค และการเข้าถึงสถานพยาบาล ผลการศึกษาพบว่า ร้อยละ 28.6 เป็นผู้ที่ให้ความร่วมมือในการรักษาดี ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือคือ ความรู้เกี่ยวกับการรักษา การมีแรงสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้ความสามารถแห่งตน ผลการศึกษาคั้งนี้สามารถนำไปเป็นแนวทางในการวางแผนเพิ่มระดับความร่วมมือในการรักษา เพื่อที่จะทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีหรือผู้ป่วยเอดส์มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

วีณา พร้อมประเสริฐ (2549) ทำการศึกษาติดตามความสม่ำเสมอในการรับประทานยาของผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่เข้าร่วมโครงการการวิจัย การศึกษาแบบเปิดและสุ่มเพื่อเปรียบเทียบประสิทธิภาพของการใช้ยา ผู้ที่เข้าร่วมโครงการได้รับการสุ่มให้ได้รับยาสูตรผสม 3 ขนานและรับการตรวจ CD_4 และ Viral load ในช่วง 6 เดือน 12 เดือน 18 เดือน และ 24 เดือน ติดตามความสม่ำเสมอในการรับประทานยาด้วยวิธีนับเม็ดยา (Pill count) ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยมีความสม่ำเสมอในการรับประทานยาเฉลี่ยร้อยละ 96.65 พบว่าระยะเวลาในการรับประทานยา 6 เดือนแรกมีผลต่อความสม่ำเสมอในการรับประทานยาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) สาเหตุ คือ สัมร้อยละ 66.7 ไม่ต้องการให้ผู้อื่นทราบร้อยละ 16.6 หลีกเลี่ยงอาการข้างเคียงของยาร้อยละ 12.5 และติดภาระงานร้อยละ 12.5 ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งนี้คือ ในช่วงระยะเวลา 6 เดือนแรก จะพบว่าผู้ป่วยมีความสม่ำเสมอในการรับประทานยาน้อยกว่าร้อยละ 95 เพื่อประสิทธิภาพที่ดีในการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวีและลดการตี้อยาผู้ป่วยควรได้รับการส่งเสริมในช่วงแรกของการรักษา

วัลยา ธรรมพนิชวัฒน์ และคณะ (2549) ทำการศึกษาการดูแลให้เด็กที่ติดเชื้อเอชไอวีได้รับยา ต่อเนื่องและสม่ำเสมอ กลุ่มตัวอย่างคือผู้ดูแลหลักที่รับผิดชอบดูแลเด็กที่ติดเชื้อเอชไอวี ณ โรงพยาบาลแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานครจำนวน 27 ราย พบว่าผู้ดูแลจำนวน 27 คน ประกอบด้วย บิดา 6 คน มารดา 8 คน ตา 1 คน ย่ายาย 10 คน ลูก 1 คน และป้า 1 คน ผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นผู้หญิง ร้อยละ 70.4 อายุ 23 – 70 ปี รับการศึกษาระดับประถมศึกษาร้อยละ 55.6 ระยะเวลาเฉลี่ย 4 ปี เด็กที่ติดเชื้อส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 63 อายุ 6 -11 ปี ร้อยละ 74.1 อายุเฉลี่ย 7 ปี และเคยเข้ารับการรักษาใน โรงพยาบาล 1 – 3 ครั้ง ร้อยละ 66.7 ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่พยายามดูแลให้เด็กที่ติดเชื้อเอชไอวีได้รับยาด้านอย่างสม่ำเสมอ ด้วยความหวังที่อยากจะให้เด็กมีชีวิตที่ยืนยาวต่อไปกลุ่ม ตัวอย่างส่วนหนึ่งอาจไม่สามารถจัดการกับปัญหาที่เด็กปฏิเสธไม่ยอมกินยาได้ และยังขาดความรู้ เข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับการรับประทานยาต้านไวรัสอย่างครบถ้วนและต่อเนื่องข้อเสนอนี้จากการ วิจัยครั้งนี้คือพยาบาลควรให้ความรู้และพัฒนาความสามารถของผู้ดูแล รวมทั้งติดตามช่วยเหลือ ผู้ดูแลอย่างต่อเนื่องในระหว่างที่เด็กได้รับยาด้านไวรัส

นภาพรณ วิริยะศิริกุล และคณะ (2549) ทำการศึกษากิจกรรมชีวิตของสัมพันธภาพครอบครัวและ ภาวะการดูแลต่อพฤติกรรมดูแลของผู้ดูแลเด็กวัยเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวี กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ให้การ ดูแลเด็กอายุ 6 – 12 ปี ที่มารับการตรวจที่ห้องกุมารเวชกรรม ณ โรงพยาบาล 4 แห่งในภาคใต้ จำนวน 70 คน พบว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นผู้หญิง ร้อยละ 82.9 อายุ 31 – 40 ปี ร้อยละ 45.70 ผู้ดูแลที่ไม่ใช่บิดา มารดาร้อยละ 52.9 จบระดับประถมศึกษา ร้อยละ 61.4 ระยะเวลาที่ดูแลเด็กนาน 6 – 9 ปี ร้อยละ 30 สำหรับเด็กส่วนใหญ่เป็นเพศชาย อายุ 6 – 8 ปี น้ำหนักไม่เป็นไปตามเกณฑ์ ร้อยละ 51.4 เด็กเริ่มมี อาการเจ็บป่วยที่เกิดจากการติดเชื้อเอชไอวี เมื่ออายุ 3- 6 ปี ร้อยละ 40.6 จากผลการวิจัยพบว่า ปัจจัย ที่มีผลต่อพฤติกรรมดูแลมีเพียงสัมพันธภาพในครอบครัวเท่านั้นที่สามารถทำนายพฤติกรรมดูแล ของผู้ดูแลเด็กวัยเรียนได้ร้อยละ 8 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ [$F(1, 68) = 5.66, p < .05$] และมี ค่าสัมประสิทธิ์ความถดถอยมาตรฐาน (β) เท่ากับ .28 ($t = 2.38, p < .05$)

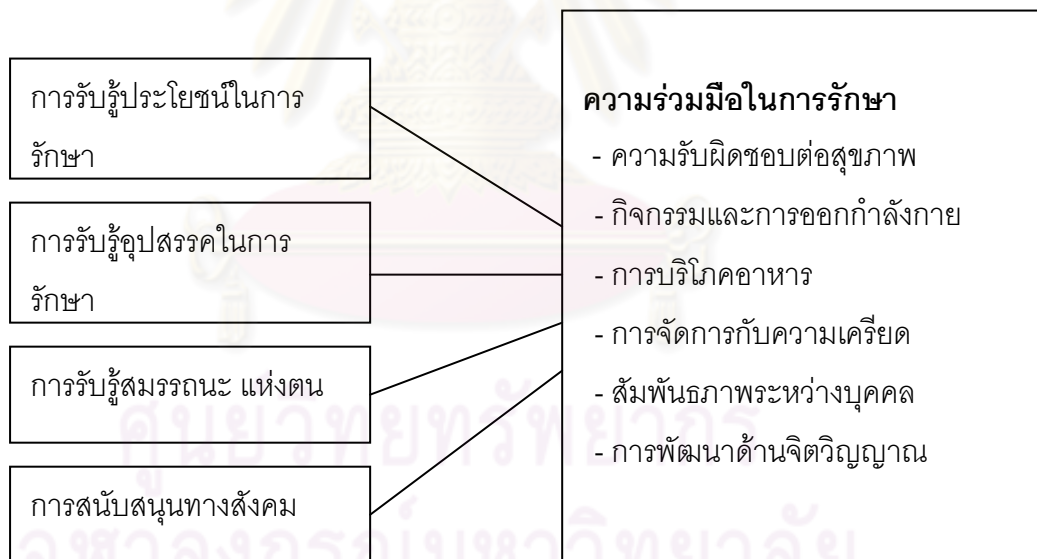
Maneesriwongul (2006) ศึกษาความร่วมมือในการรับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวีในกลุ่ม ผู้ติดเชื้อเอชไอวีในประเทศไทย โดยศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยไทยที่ติดเชื้อเอชไอวี และมารับยาด้าน ไวรัสที่ศูนย์บำบัดโรคเรื้อรัง ผลการศึกษาพบว่าความร่วมมือในการรับประทานยาในเวลา 30 วัน ค่า ความร่วมมืออยู่ระหว่าง 25 – 100% ($\bar{X} = 96\%$) และตรวจระดับไวรัสเอชไอวีในเลือด (Viral load) ค่าผลระดับไวรัสในเลือด มีความสัมพันธ์กับระดับความร่วมมือในการรับประทานยา $>95\%$

Naar – King (2006) ศึกษาปัจจัยทำนายด้านจิตสังคมต่อการร่วมมือในการรับประทานยา ต้านไวรัสเอชไอวี ในผู้ป่วยกลุ่มอายุ 16-25 ปี จำนวน 88 คน ตัวแปรได้แก่ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน (Self – efficacy), การสนับสนุนทางสังคม (Social Support) และความทุกข์ทางใจ (Psychological distress) การศึกษาพบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และความทุกข์ทางใจมีความสัมพันธ์ทางบวกกับ

ความร่วมมือในการรับประทานยาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ส่วนการสนับสนุนทางสังคม ไม่มีความสัมพันธ์กับการรับประทานยาต้านไวรัส แต่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้สมรรถนะแห่งตน

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องพบว่า การศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อความร่วมมือในการรักษาในเด็กวัยเรียนติดเชื้อเอชไอวี ส่วนใหญ่ศึกษาโดยผ่านผู้ดูแลไม่ได้ศึกษากับเด็กโดยตรงเหมือนเด็กป่วยในกลุ่มอื่น และมีการศึกษาในกลุ่มผู้ใหญ่เป็นส่วนใหญ่ แม้ว่าปัจจุบันการติดเชื้อเอชไอวีไม่สามารถรักษาให้หายขาดด้วยยาต้านไวรัสที่มีอยู่ การมีความร่วมมือในการรักษาในด้านการรับผิดชอบต่อสุขภาพ โดยการรับประทานยาต้านอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง และมาตรวจตามนัด การมีภาวะโภชนาการที่ดี มีการออกกำลังกายที่เหมาะสม และสามารถจัดการกับความเครียดได้ เป็นสิ่งที่ทำให้เด็กติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ มีคุณภาพชีวิตที่ดีและมีชีวิตยืนยาวขึ้น ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาในเด็กวัยเรียนกลุ่มนี้ และจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และการสนับสนุนทางสังคม ผู้วิจัยจึงจะศึกษาความร่วมมือในการรักษาโดยประยุกต์ใช้โดยใช้กรอบแนวคิดของ Pender (2006)

กรอบแนวคิดในการวิจัย ตามกรอบแนวคิดของ Pender (2006)



บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงสหสัมพันธ์ (Correlational research) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง การรับรู้ประโยชน์ในการรักษา การรับรู้อุปสรรคในการรักษา การรับรู้สมรรถนะแห่งตน การสนับสนุนทางสังคม กับ ความร่วมมือในการรักษาเด็กวัยเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ โรงพยาบาลศูนย์ภาคใต้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษาครั้งนี้ได้แก่เด็กวัยเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวีที่มารับยาต้านไวรัสที่โรงพยาบาลศูนย์ภาคใต้ การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยการใช้สูตรการคำนวณหาขนาดตัวอย่าง จากสูตรของThorndike (1978) $n \geq 10k + 50$, n คือ ขนาดตัวอย่าง, k คือ จำนวนตัวแปรทั้งหมด ดังนั้น $n \geq 10(4) + 50 \geq 90$ ดังนั้นขนาดกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้มีจำนวน 90 คน และ พิจารณาเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 10 ของกลุ่มตัวอย่างจริงที่ต้องการศึกษา (Dillman, 2000) เพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูลหรือกลุ่มตัวอย่าง และตอบแบบสอบถามไม่สมบูรณ์ ดังนั้นในการวิจัยครั้งนี้จึงได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 100 คน การเลือกกลุ่มตัวอย่างทำโดยการสุ่มหลายขั้นตอน (Multistage sampling) ดังนี้

- 1.เลือกโรงพยาบาลศูนย์ ภาคใต้ ซึ่งโรงพยาบาลศูนย์ในภาคใต้มีทั้งหมด 6 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลมหาสารนครศรีธรรมราช, โรงพยาบาลหาดใหญ่, โรงพยาบาลยะลา, โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี, โรงพยาบาลตรัง และ โรงพยาบาลวชิระภูเก็ต ผู้วิจัยได้มีการโทรศัพท์สอบถามจำนวนผู้ป่วยเด็กติดเชื้อเอชไอวีอายุ 9 - 15 ปี ในแต่ละโรงพยาบาล ยกเว้นโรงพยาบาลยะลา เนื่องจากเป็นพื้นที่เสี่ยงภัยและอาจเกิดอันตรายแก่ผู้วิจัยได้ขณะไปเก็บข้อมูล จากการสอบถามอีก 5 โรงพยาบาลที่เหลือ พบว่าโรงพยาบาลตรังมีจำนวนผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างเพียง 5 - 6 คน จึงเลือกที่จะเก็บข้อมูลที่โรงพยาบาลศูนย์ ภาคใต้ เพียง 4 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลมหาสารนครศรีธรรมราช โรงพยาบาลหาดใหญ่, โรงพยาบาล สุราษฎร์ธานี และ โรงพยาบาลวชิระภูเก็ต

- 2.ผู้วิจัยทำการเลือกเด็กวัยเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวี ซึ่งกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการ คือ 100 คน จากประชากรเด็กวัยเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ทั้ง 4 โรงพยาบาลรวมทั้งหมด 210 คน โดยใช้สูตรคำนวณหาจำนวนกลุ่มตัวอย่างแต่ละโรงพยาบาล (Cochran,1977 อ้างถึงใน ปวีณา ชื่นจิตร, 2548) ซึ่งจะได้กลุ่มตัวอย่างดังตารางที่ 5

สูตร $n_h = \frac{N_h * n}{N}$, n_h คือ กลุ่มตัวอย่างเด็กวัยเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวีแต่ละโรงพยาบาล
 N_h คือ ประชากรเด็กวัยเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวีแต่ละโรงพยาบาล
 N คือ ประชากรเด็กวัยเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวีทั้งหมด
 n คือ กลุ่มตัวอย่างเด็กวัยเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวีทั้งหมด

ตารางที่ 5 จำนวนกลุ่มตัวอย่างเด็กวัยเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวี โรงพยาบาลศูนย์ภาคใต้

HIV / AIDS Clinic	จำนวนเด็กวัยเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวี	กลุ่มตัวอย่าง (Sample size)
โรงพยาบาลวชิระภูเก็ต	15	7
โรงพยาบาลนครศรีธรรมราช	90	43
โรงพยาบาลหาดใหญ่	60	29
โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี	45	21
รวม	210	100

3. เมื่อได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการแต่ละโรงพยาบาลแล้ว เลือกกลุ่มตัวอย่างในแต่ละโรงพยาบาลโดยกำหนดคุณสมบัติกลุ่มตัวอย่างดังนี้ เป็นเด็กติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ อายุ 9 – 15 ปี ทั้งเพศหญิงและเพศชาย เริ่มรับประทานยาต้านไวรัสแล้ว ไม่มีอาการเจ็บป่วยของโรคเอดส์รุนแรง การมองเห็นและการได้ยินปกติ ฟังและพูดภาษาไทยได้ และ ผู้ปกครองและเด็กยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วยแบบสอบถามจำนวนทั้งหมด 6 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล เป็นแบบบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับอายุ เพศ น้ำหนัก ส่วนสูง ผู้ดูแล การรับรู้สถานะการติดเชื้อ ระดับ CD4 ระยะเวลาที่รับประทานไวรัส และระยะของการดำเนินโรคของเด็ก

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวี แบบสอบถามความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ตามแนวคิดของ Pender (1996) ผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบสอบถามของไปรมาษณ์ บิณฑจิตต์ (2544) ซึ่งเป็นแบบสอบถามการศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี จำนวน 33 ข้อ ประกอบด้วยข้อความที่ประเมินเกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ 6 ด้าน คือ

1. ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ	จำนวน 7 ข้อ	ได้แก่	ข้อ 1 – 7
2. ด้านกิจกรรมและการออกกำลังกาย	จำนวน 5 ข้อ	ได้แก่	ข้อ 8 – 12
3. ด้านโภชนาการ	จำนวน 6 ข้อ	ได้แก่	ข้อ 13 – 18
4. ด้านการจัดการกับความเครียด	จำนวน 6 ข้อ	ได้แก่	ข้อ 19 – 24
5. ด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล	จำนวน 4 ข้อ	ได้แก่	ข้อ 25 – 28
6. ด้านพัฒนาจิตวิญญาณ	จำนวน 5 ข้อ	ได้แก่	ข้อ 29 – 33

คุณภาพของเครื่องมือ แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวีของไพโรมาซม์ บิณฑจิตต์ (2544: 38) ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 6 ท่าน และนำแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ได้ปรับปรุงแก้ไขไปใช้กับผู้ติดเชื้อเอชไอวี จำนวน 30 ราย โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) = 0.88 และนำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ได้ค่า CVI = .82 ไปใช้กับเด็กติดเชื้อเอชไอวี อายุ 9 – 15 ปี ที่มารับยาต้านที่สถาบันเด็กแห่งชาติตมหาราชินี จำนวน 30 ราย และกลุ่มตัวอย่างเด็กติดเชื้อเอชไอวีโรงพยาบาลศูนย์ ภาคใต้ จำนวน 100 ราย ได้ใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) = 0.87 และ 0.76 ตามลำดับ

ข้อคำถามมีทั้งหมด 33 ข้อ เป็นข้อคำถามเชิงบวก 27 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1-15, 19, 21-23, 25-30 และ ข้อ 32 – 33 ข้อคำถามเชิงลบ 6 ข้อ คือ ข้อ 5, 16-18, 20 และ ข้อ 24 แบบสอบถามมีลักษณะเป็นแบบเลือกตอบมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ กำหนดให้ผู้ตอบเลือกตอบเพียงคำถามเดียว มีความหมายของตัวเลือกแต่ละข้อความดังนี้

ทำเป็นประจำ	หมายถึง	ผู้ตอบมีการปฏิบัติกิจกรรมนั้นสม่ำเสมอหรือเป็นประจำ
ทำบ่อยครั้ง	หมายถึง	ผู้ตอบมีการปฏิบัติกิจกรรมนั้นได้เกือบทุกครั้ง
ทำเป็นบางครั้ง	หมายถึง	ผู้ตอบมีการปฏิบัติกิจกรรมนั้นได้เป็นส่วนน้อยหรือเป็นบางครั้ง
ไม่เคยทำ	หมายถึง	ผู้ตอบไม่เคยปฏิบัติกิจกรรมนั้นเลย

แบบสอบถามมีข้อคำถามเชิงบวกและเชิงลบ มีเกณฑ์ให้คะแนนดังนี้

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

การแปลความหมายของระดับความร่วมมือในการรักษาของเด็กวัยเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ มีเกณฑ์พิจารณาคะแนนดังนี้ (อ้างใน ไพรมาซิมส์ บิณฑจิตต์, 2544)

คะแนนเฉลี่ย 3.50 – 4.00 หมายถึง ระดับความร่วมมือในการรักษาในระดับดีมาก

คะแนนเฉลี่ย 2.50 – 3.49 หมายถึง ระดับความร่วมมือในการรักษาในระดับดี

คะแนนเฉลี่ย 1.50 – 2.49 หมายถึง ระดับความร่วมมือในการรักษาในระดับพอใช้

คะแนนเฉลี่ย 1.00 – 1.49 หมายถึง ระดับความร่วมมือในการรักษาในระดับควรปรับปรุง

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ความร่วมมือในการรักษา ผู้วิจัยดัดแปลงมาจากแบบสอบถามของ ตริพร ชุมศรี (2548) ที่สร้างขึ้นโดยใช้กรอบแนวคิดของ Pender (1987) โดยประเมินการรับรู้ของเด็กวัยเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์เกี่ยวกับการปฏิบัติที่สอดคล้องกับแผนการรักษา ตลอดจนปรับเปลี่ยนแบบแผนในการดำเนินชีวิต ให้สอดคล้องกับภาวะโรคได้อย่างเหมาะสม และคาดหวังต่อภาวะสุขภาพของตนในอนาคต ว่าเป็นการกระทำที่ส่งผลทางบวกต่อร่างกาย จิตใจ และสังคม

คุณภาพของเครื่องมือ แบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ โดยผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบวัดของ ตริพร ชุมศรี (2548) ได้ผ่านการตรวจความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ได้ค่า CVI = .9 และนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างเด็กติดเชื้อเอชไอวี อายุ 9 – 15 ปี ที่มารับยาต้านที่สถาบันเด็กแห่งชาติมหาสารคาม จำนวน 30 ราย และกลุ่มตัวอย่างเด็กติดเชื้อเอชไอวีโรงพยาบาลศูนย์ภาคใต้ จำนวน 100 ราย ได้ค่าความเที่ยง โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ .74 และ .78 ตามลำดับ

ข้อคำถามมีทั้งหมด 10 ข้อ แบบสอบถามมีลักษณะเป็นแบบเลือกตอบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ โดยกำหนดให้ผู้ตอบเลือกตอบเพียงคำถามเดียว มีความหมาย ดังนี้

เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง ข้อความในประโยคนั้นตรงกับความคิดเห็นมากที่สุด = 5 คะแนน

เห็นด้วย หมายถึง ข้อความในประโยคนั้นตรงกับความคิดเห็นเป็นส่วนใหญ่ = 4 คะแนน

ไม่แน่ใจ หมายถึง ข้อความในประโยคนั้นตรงหรือไม่ตรงกับความคิดเห็น = 3 คะแนน

ไม่เห็นด้วย หมายถึง ข้อความในประโยคนั้นไม่ตรงกับความคิดเห็นเป็นส่วนใหญ่ = 2 คะแนน

ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง ข้อความในประโยคนั้นไม่ตรงกับความคิดเห็นเลย = 1 คะแนน

โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้ (ตริพร ชุมศรี, 2548)

คะแนนเฉลี่ย 4.50 – 5.00 หมายถึง การรับรู้ประโยชน์ของการรักษาอยู่ในระดับสูงมาก

คะแนนเฉลี่ย 3.50 – 4.49 หมายถึง การรับรู้ประโยชน์ของการรักษาอยู่ในระดับสูง

คะแนนเฉลี่ย 2.50 – 3.49 หมายถึง การรับรู้ประโยชน์ของการรักษาอยู่ในระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 1.50 – 2.49 หมายถึง การรับรู้ประโยชน์ของการรักษาอยู่ในระดับต่ำ

คะแนนเฉลี่ย 1.00 – 1.49 หมายถึง การรับรู้ประโยชน์ของการรักษาอยู่ในระดับต่ำมาก

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการรับรู้อุปสรรคความร่วมมือในการรักษาผู้วิจัยดัดแปลงมาจากแบบสอบถามของ ตริพร ชุมศรี (2548) ที่สร้างขึ้นโดยใช้กรอบแนวคิดของ Pender (1987) โดยประเมินการรับรู้ของเด็กวัยเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวี เกี่ยวกับผลกระทบที่เกิดจาก ความเจ็บป่วย วิธีการหรือแนวทางในการปฏิบัติตนเพื่อภาวะสุขภาพ ที่มีผลขัดขวางต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ

คุณภาพของเครื่องมือ เครื่องมือ แบบสอบถามการรับรู้อุปสรรคในการรักษา ผู้วิจัยประยุกต์ใช้แบบวัดของ ตริพร ชุมศรี (2548) ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ได้ค่า CVI = .8 และนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างเด็กติดเชื้อเอชไอวี อายุ 9 – 15 ปี ที่มารับยาต้านที่สถาบันเด็กแห่งชาติมหाराชิณี จำนวน 30 ราย และกลุ่มตัวอย่างเด็กติดเชื้อ เอชไอวีโรงพยาบาลศูนย์ ภาคใต้ จำนวน 100 ราย ได้ค่าความเที่ยง โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ .73 และ .74 ตามลำดับ

ข้อคำถามมีทั้งหมด 10 ข้อ เป็น แบบสอบถามมีลักษณะเป็นแบบเลือกตอบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ เหมือนแบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ในการรักษา โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้ (ตริพร ชุมศรี, 2548)

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

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตน เป็นแบบสอบถามตามแนวคิดของ Bandura โดยผู้วิจัยประยุกต์ใช้แบบวัดของ อภิญา ปานชูเชิด (2547) จำนวน 20 ข้อ

คุณภาพของเครื่องมือ เครื่องมือ แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของอภิญา ปานชูเชิด (2547: 69) ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ได้ค่า CVI = 0.82 และนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างเด็กติดเชื้อเอชไอวี อายุ 9 – 15 ปี ที่มารับยาต้านที่สถาบันเด็กแห่งชาติมหाराชิณี จำนวน 30 ราย และกลุ่มตัวอย่างเด็กติดเชื้อเอชไอวีโรงพยาบาลศูนย์ ภาคใต้ จำนวน 100 ราย ได้ค่าความเที่ยง โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ .78 และ .85 ตามลำดับ

ข้อคำถามมีทั้งหมด 17 ข้อ เป็นแบบสอบถามมีลักษณะเป็นแบบเลือกตอบมาตราส่วน
ประมาณค่า 5 ระดับ กำหนดให้ผู้ตอบเลือกตอบเพียงคำถามเดียว มีความหมายของตัวเลือก ดังนี้

เห็นด้วยมากที่สุด	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกมากที่สุด
เห็นด้วยมาก	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกมาก
เห็นด้วยปานกลาง	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกเพียงบางส่วน
เห็นด้วยน้อย	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกเพียงเล็กน้อย
ไม่เห็นด้วยเลย	หมายถึง	ข้อความนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกเลย

แบบสอบถามมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

เห็นด้วยมากที่สุด	ให้ 5 คะแนน	ให้ 1 คะแนน
เห็นด้วยมาก	ให้ 4 คะแนน	ให้ 2 คะแนน
เห็นด้วยปานกลาง	ให้ 3 คะแนน	ให้ 3 คะแนน
เห็นด้วยน้อย	ให้ 2 คะแนน	ให้ 4 คะแนน
ไม่เห็นด้วยเลย	ให้ 1 คะแนน	ให้ 5 คะแนน

การแปลความหมายของระดับการรับรู้สมรรถนะของตนเองของเด็กวัยเรียนที่ติดเชื้อ
เอชไอวี/เอดส์ มีเกณฑ์การพิจารณาคะแนน (ประคอง กรรณสูต, 2542: 108) ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 4.50 – 5.00	หมายถึง	ระดับการรับรู้สมรรถนะของตนเองในระดับสูงที่สุด
คะแนนเฉลี่ย 3.50 – 4.49	หมายถึง	ระดับการรับรู้สมรรถนะของตนเองในระดับสูง
คะแนนเฉลี่ย 2.50 – 3.49	หมายถึง	ระดับการรับรู้สมรรถนะของตนเองในระดับปานกลาง
คะแนนเฉลี่ย 1.50 – 2.49	หมายถึง	ระดับการรับรู้สมรรถนะของตนเองในระดับต่ำ
คะแนนเฉลี่ย 1.00 – 1.49	หมายถึง	ระดับการรับรู้สมรรถนะของตนเองในระดับต่ำที่สุด

ส่วนที่ 6 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม

แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม ตามแนวคิดของ House (1981) โดยผู้วิจัยดัดแปลง
จากแบบวัดของ งามทิพย์ ชนขัติเฉลิมรุ่ง (2545) จำนวน 20 ข้อ แบ่งเป็น 4 ด้าน คือ การสนับสนุนด้าน
อารมณ์ ได้แก่ ข้อ 1-5 ด้านการประเมินคุณค่า ได้แก่ ข้อ 6-10 ด้านข้อมูลข่าวสาร ได้แก่ ข้อ 11-15
และด้านทรัพยากร ได้แก่ ข้อ 16-20

คุณภาพของเครื่องมือ แบบสอบถามของ งามทิพย์ ชนขัติเฉลิมรุ่ง (2545: 75) ได้นำ
แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมของอารีย์ มั่งเกียรติสกุล (2543: 41) ซึ่งผ่านการตรวจสอบความ
ตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิรวม 5 ท่าน ได้ค่า CVI = .85 นำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างเด็กติดเชื้อเอช
ไอวี อายุ 9 – 15 ปี ที่มารับยาต้านที่สถานบันเด็กแห่งชาติมหาราชินี จำนวน 30 ราย และกลุ่ม
ตัวอย่างเด็กติดเชื้อเอชไอวีโรงพยาบาลศูนย์ ภาคใต้ จำนวน 100 ราย ได้ค่าความเที่ยง โดยใช้ค่า

สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ .92 และ .93 ตามลำดับ แบบสอบถามมีลักษณะเป็นแบบเลือกตอบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ โดยกำหนดให้ผู้ตอบเลือกตอบเพียงคำถามเดียว มีความหมายของตัวเลข และเกณฑ์การให้คะแนนแต่ละข้อดังนี้

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

การแปลความหมาย กำหนดเกณฑ์ในการแบ่งระดับการสนับสนุนทางสังคมโดยใช้ค่าความหมายของค่าเฉลี่ยมี 3 ระดับ (อ้างใน งามทิพย์ ชนบดีเฉลิมรุ่ง, 2545: 76) ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย	มากกว่าหรือเท่ากับ 3.68	หมายถึง มีการสนับสนุนทางสังคมมาก
คะแนนเฉลี่ย	2.34 – 3.67	หมายถึง มีการสนับสนุนทางสังคมปานกลาง
คะแนนเฉลี่ย	น้อยกว่าหรือเท่ากับ 2.33	หมายถึง มีการสนับสนุนทางสังคมน้อย

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity)

ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่สร้างขึ้นและผ่านการแก้ไขในขั้นต้นจากอาจารย์ที่ปรึกษา พร้อมทั้งกรอบแนวคิดและโครงสร้างวิทยานิพนธ์ ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ได้แก่

- กุมารแพทย์ผู้เชี่ยวชาญทางการดูแลรักษาเด็กติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ 1 ท่าน
- พยาบาลผู้เชี่ยวชาญในด้านการพยาบาลเด็กติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ 1 ท่าน
- อาจารย์พยาบาลกุมารเวชกรรม 1 ท่าน
- ผู้เชี่ยวชาญด้านพฤติกรรมศาสตร์ 2 ท่าน

เพื่อตรวจสอบความถูกต้องด้านเนื้อหา ความสอดคล้องกับคำจำกัดความ วัตถุประสงค์ สำนวนภาษาและการเรียงลำดับข้อรายการ เกณฑ์การแปลความหมายและการให้คะแนน รวมทั้งข้อเสนอแนะในการปรับปรุง โดยถือเกณฑ์ความคิดเห็นที่ตรงกันของผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน และนำมาคำนวณหาดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) โดยใช้เกณฑ์ CVI มากกว่าหรือเท่ากับ 0.8 (Polit and Hungler, 1999:419) จากนั้นผู้วิจัยปรับแก้แบบสอบถามให้สมบูรณ์ตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ และนำมาขอความเห็นจากอาจารย์ที่ปรึกษาตรวจสอบความถูกต้องในการปรับแก้อีกครั้ง โดยแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบความถูกต้องด้านเนื้อหา เมื่อนำมาคำนวณหาดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) ดังนี้

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความร่วมมือในการรักษา	ได้ค่า CVI = 0.82
ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ในการรักษา	ได้ค่า CVI = 0.9
ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการรับรู้อุปสรรคในการรักษา	ได้ค่า CVI = 0.8
ส่วนที่ 5 แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตน	ได้ค่า CVI = 0.82
ส่วนที่ 6 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม	ได้ค่า CVI = 0.85

2. การหาความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ปรับปรุงแล้วให้อาจารย์ที่ปรึกษาตรวจ หลังจากนั้นนำไปทดลองใช้กับเด็กติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ อายุระหว่าง 9 – 15 ปี ที่มารับยาต้านไวรัส ณ สถาบันเด็กแห่งชาติติมหาราชนี จำนวน 30 ราย นำวิเคราะห์หาความเที่ยงของแบบสอบถามแต่ละชุด คำนวณค่าสัมประสิทธิ์ความคงที่ภายในแบบสอบถาม โดยค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficiency) แบบสอบถามแต่ละชุดคำนวณได้ค่า ดังตารางที่ 6 แล้วนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยเด็กวัยเรียนติดเชื้อเอชไอวี ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลศูนย์ ภาคใต้ จำนวน 100 ราย นำวิเคราะห์หาความเที่ยงของแบบสอบถามแต่ละชุด คำนวณค่าสัมประสิทธิ์ความคงที่ภายในแบบสอบถาม โดยค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficiency) แบบสอบถามแต่ละชุดคำนวณได้ค่า ดังตารางที่ 6

ตารางที่ 6 การวิเคราะห์หาค่าความเที่ยงแบบสอบถามความร่วมมือในการรักษากับกลุ่มตัวอย่างเด็กวัยเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวีจากสถาบันเด็กแห่งชาติติมหาราชนี (N = 30) และ จากโรงพยาบาลศูนย์ภาคใต้ (N=100)

แบบสอบถาม	ค่าความเที่ยง N = 30 ราย	ค่าความเที่ยง N = 100 ราย
แบบสอบถามความร่วมมือในการรักษา	0.87	0.76
แบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ในการรักษา	0.74	0.78
แบบสอบถามการรับรู้อุปสรรคในการรักษา	0.73	0.74
แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตน	0.78	0.85
แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม	0.92	0.93

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองโดยมีขั้นตอนดังนี้

1. ขั้นตอนเตรียมการเก็บรวบรวมข้อมูล

1.1 ทำหนังสือจากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลศูนย์ในภาคใต้ 4 จังหวัด ได้แก่ โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช, โรงพยาบาลหาดใหญ่, โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี และ โรงพยาบาลวชิระภูเก็ต เพื่อขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล พร้อมทั้งส่งโครงร่างวิทยานิพนธ์และแบบสอบถามที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลจริงเสนอต่อคณะกรรมการวิจัย ประจำโรงพยาบาลศูนย์ภาคใต้ทั้ง 4 จังหวัด ซึ่งแต่ละโรงพยาบาลจะมีคณะกรรมการจริยธรรมของโรงพยาบาล ยกเว้นโรงพยาบาลวชิระภูเก็ต ได้ขออนุมัติจริยธรรมจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรม การวิจัยในมนุษย์ สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

1.2 เมื่อได้รับอนุญาต และผ่านคณะกรรมการจริยธรรมโรงพยาบาลแต่ละแห่ง ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล, หัวหน้าแผนกผู้ป่วยนอก เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ในการวิจัย ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง และขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัย

2. ขั้นตอนเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง ที่คลินิกกุมภ์กันแผนกผู้ป่วยนอกในแต่ละโรงพยาบาล ซึ่งจะเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างที่มาใช้บริการตามวันเวลาดังตาราง 7

ตารางที่ 7 วัน-เวลา ที่เปิดให้บริการรับยาต้านไวรัสเด็กติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ในแต่ละโรงพยาบาล

โรงพยาบาล	วันที่เก็บรวบรวมข้อมูล	เวลา
โรงพยาบาลวชิระภูเก็ต	วันอังคาร	10.00 – 12.00
โรงพยาบาลนครศรีธรรมราช	วันพุธ	8.00 – 12.00
โรงพยาบาลหาดใหญ่	วันจันทร์	13.00 – 16.00
โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี	วันจันทร์	8.00 – 12.00

การได้มาซึ่งกลุ่มตัวอย่างจนครบตามจำนวน 100 คน มีขั้นตอนการดำเนินการดังนี้

2.1 ผู้วิจัยประสานงานกับพยาบาลประจำแผนก แนะนำตัว และชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย และกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการ ประเมินคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง ตามคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างที่กำหนดไว้ โดยรวบรวมข้อมูลในแบบสอบถามส่วนที่ 1 ซึ่งเป็นข้อมูลส่วนบุคคลจากแฟ้มที่เป็นรหัสของผู้ป่วยเด็กกลุ่มตัวอย่างที่เคาเตอร์พยาบาลก่อนพบผู้ป่วย การเก็บข้อมูลกระทำอย่างระมัดระวัง เก็บข้อมูลในส่วนที่ต้องการวิจัยเท่านั้น

2.2 เมื่อได้กลุ่มตัวอย่างตามที่กำหนดไว้ เพื่อเป็นการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย มีการสอบถามและอธิบายวัตถุประสงค์ในการมาทำวิจัยครั้งนี้ ให้เด็กติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ และผู้ปกครองรับทราบ และถามถึงความสมัครใจในการเข้าร่วมวิจัยหรือไม่ ถ้าสมัครใจให้ลงชื่อในใบยินยอมเข้าร่วมวิจัยทั้งเด็กและผู้ปกครอง

2.3 เมื่อได้กลุ่มตัวอย่างที่สมควรใจ ขออนุญาตผู้ปกครองนำเด็กไปทำแบบสอบถาม ในสถานที่ที่เตรียมไว้ ใกล้ห้องตรวจ สร้างสัมพันธภาพ และตรวจสอบคุณสมบัติกลุ่มตัวอย่างอีกครั้ง เปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัยต่างๆ และให้ความมั่นใจเกี่ยวกับการรักษาความลับและสิทธิในการตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ หลังจากนั้นจึงจะทำการเก็บรวบรวมข้อมูล แบบสอบถามทั้ง 5 ส่วน เป็นแบบสอบถามส่วนที่ 2 – 6 ในส่วนการเก็บข้อมูลนั้นในกรณีเด็กอายุ 9 – 11 ปี ส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างต้องการให้ผู้วิจัยอ่านแบบสอบถามให้ฟัง ผู้วิจัยได้อ่านแบบสอบถามเป็นภาษาถิ่นภาคใต้ให้ ฟังทีละข้อ ส่วนเด็กโต 12 – 15 ปีนั้น จะขออ่านแบบสอบถามเอง หากกลุ่มตัวอย่างมีข้อสงสัย ผู้วิจัย จะอธิบายให้เข้าใจ ทั้งนี้ใช้เวลาโดยประมาณ 30 - 40 นาที และสำหรับส่วนที่ 1 เป็นแบบสอบถามส่วนบุคคลนั้น จะสอบถามผู้ปกครองโดยแยกแบบสอบถามส่วนที่ 1 ให้ผู้ปกครองตอบบางข้อ ใช้เวลา ประมาณ 2 – 3 นาที

2.4 ภายหลังจากตอบแบบสอบถามเสร็จแล้ว ผู้วิจัยตรวจสอบความถูกต้อง และ ความครบถ้วนของคำตอบ เพื่อที่จะนำไปวิเคราะห์ข้อมูลตามวิธีทางสถิติต่อไป จากนั้นกล่าวสรุป และขอบคุณกลุ่มตัวอย่างที่ให้ความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งนี้

2.5 ผู้วิจัยนำเด็กและผู้ปกครองไปรับการตรวจจากแพทย์ โดยใช้คิวการรอตรวจ เดิมซึ่งผู้วิจัยได้ประสานงานไว้แล้วกับพยาบาลหน้าห้องตรวจ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้เสนองานวิจัยผ่านกระบวนการพิจารณาจริยธรรม ตามขั้นตอน และได้รับอนุญาตให้ ดำเนินการวิจัยจาก คณะกรรมการการวิจัยในมนุษย์และสัตว์ทดลองจากสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติ มหาราชนิเพื่อขอทดลองใช้เครื่องมือในเด็กวัยเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ อายุ 9 – 15 ปี จำนวน 30 ราย และ ก่อนนำแบบสอบถามไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างทั้ง 4 จังหวัดในโรงพยาบาลศูนย์ภาคใต้ได้ ผ่านกระบวนการพิจารณาจริยธรรมตามขั้นตอน และได้รับอนุญาตให้ดำเนินการวิจัยจาก คณะกรรมการวิจัยในมนุษย์และสัตว์ทดลองจากจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย โดยมีการปรับคำในใบ ยินยอมการรักษาทั้งหมดจาก ผู้ป่วยเด็กติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ เป็น “ผู้ป่วยเด็กวัยเรียน” เพื่อเป็นการ พิทักษ์สิทธิของผู้ป่วยป้องกันการเปิดเผยความลับ จากนั้นผู้วิจัยติดต่อกับผู้อำนวยการโรงพยาบาล ศูนย์ใน 4 จังหวัดในภาคใต้ และติดต่อหัวหน้าหอผู้ป่วยแผนกผู้ป่วยนอก ประจำโรงพยาบาลศูนย์ใน 4 จังหวัดดังกล่าว เพื่อขอความร่วมมือในการดำเนินการวิจัย ในด้านการจัดเตรียมสถานที่เพื่อ ดำเนินการวิจัย โดยผ่านกระบวนการพิจารณาจริยธรรมของโรงพยาบาลที่จะไปเก็บข้อมูลก่อน

ผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง โดยพบกลุ่มตัวอย่างและแนะนำตัว อธิบายวัตถุประสงค์ ในการวิจัย ให้กลุ่มตัวอย่างนำไปเซ็นยินยอมของผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยให้ผู้ปกครองหรือบิดามารดา ของกลุ่มตัวอย่างเซ็นยินยอม ขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล และชี้แจงให้ทราบว่าการตอบ

รับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้จะไม่มีผลต่อกลุ่มตัวอย่าง ข้อมูลทุกอย่างจะถือเป็นความลับ และนำมาใช้ตามวัตถุประสงค์ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น ผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวม โดยไม่ระบุชื่อ กลุ่มตัวอย่างสามารถแจ้งขอออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่ต้องให้เหตุผลหรือคำอธิบายใด ๆ ซึ่งการกระทำดังกล่าว จะไม่มีผลต่อกลุ่มตัวอย่างและต่อการรักษาของแพทย์และพยาบาลแต่อย่างใด และในระหว่างเก็บข้อมูลแล้วพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความทุกข์ทรมานทางจิตสูง จะส่งต่อเพื่อให้ได้รับการบำบัดอย่างถูกต้องรวดเร็ว

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป แยกวิเคราะห์ โดยกำหนดความมีนัยสำคัญที่ระดับ .01 ดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้ความถี่และร้อยละ
2. วิเคราะห์ระดับความร่วมมือในการรักษาของเด็กวัยเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวีโดยรวมและรายด้าน โดยการหาค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
3. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ ระหว่าง การรับรู้ประโยชน์ในการรักษา การรับรู้อุปสรรคในการรักษา การรับรู้สมรรถนะแห่งตน การสนับสนุนทางสังคม กับความร่วมมือในการรักษาของเด็กวัยเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวี ด้วยการหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation coefficient) ตามระดับมาตรวัดของตัวแปรแต่ละคู่ เปรียบเทียบระดับความสัมพันธ์ของค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) ใช้เกณฑ์ของ Davis (1992) (อ้างใน สัจจา ทาโต, 2549) ดังตารางที่ 8

ตารางที่ 8 เกณฑ์เปรียบเทียบระดับความสัมพันธ์ของค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์

ค่าประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)	ระดับความสัมพันธ์
0.70 หรือมากกว่า	มีความสัมพันธ์สูงมาก
0.50 – 0.69	มีความสัมพันธ์สูง
0.30 – 0.49	มีความสัมพันธ์ปานกลาง
0.10 – 0.29	มีความสัมพันธ์ต่ำ
0.01 – 0.09	แทบจะไม่มีความสัมพันธ์

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลของการศึกษาปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาเด็กวัยเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวี โรงพยาบาลศูนย์ภาคใต้ ที่มารับการบริการรักษา และรับยาต้านไวรัสที่แผนกผู้ป่วยนอกคลินิกเด็กติดเชื้อของโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช โรงพยาบาลหาดใหญ่ โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี และโรงพยาบาลวิชะภูเก็ต จำนวน 100 ราย ผู้วิจัยนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลตามรายละเอียดต่อไปนี้

ตอนที่ 1 การวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไป ของกลุ่มตัวอย่างเด็กวัยเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวี แสดงผลวิเคราะห์ไว้ในตารางที่ 8

ตอนที่ 2 การศึกษาความร่วมมือในการรักษา การรับรู้ประโยชน์ของการรักษา การรับรู้อุปสรรคของการรักษา การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และการสนับสนุนทางสังคม ของกลุ่มตัวอย่างเด็กวัยเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวี แสดงผลวิเคราะห์ไว้ในตารางที่ 9 และ 10

ตอนที่ 3 การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง การรับรู้ภาวะสุขภาพ การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และการสนับสนุนทางสังคม กับความร่วมมือในการรักษาของกลุ่มตัวอย่างเด็กวัยเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวี โรงพยาบาลศูนย์ ภาคใต้ แสดงผลการวิเคราะห์ไว้ในตารางที่ 11

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตอนที่ 1 การวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไป ของกลุ่มตัวอย่างเด็กวัยเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวี
โรงพยาบาลศูนย์ภาคใต้

ข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างเด็กวัยเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวี โรงพยาบาลศูนย์ภาคใต้
แสดงผลการวิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ และการหาค่าร้อยละ ดังแสดงในตารางที่ 9

ตารางที่ 9 จำนวน ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างเด็กวัยเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวี โรงพยาบาลศูนย์ภาคใต้
จำนวน 100 ราย จำแนกตาม อายุ เพศ น้ำหนัก ส่วนสูง ผู้ดูแล การรับรู้การติดเชื้อเอชไอวี
ระดับCD4 จำนวนปีที่รับยาต้านไวรัส และระดับความรุนแรงของโรค

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
อายุ		
9 ปี	21	21
10 ปี	19	19
11 ปี	23	23
12 ปี	16	16
13 ปี	8	8
14 ปี	9	9
15 ปี	4	4
$(\bar{X} = 11.4; SD = 1.723)$		
เพศ		
ชาย	45	45
หญิง	55	55

ตาราง 9 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
น้ำหนักตามเกณฑ์อายุ *		
น้อยกว่าเกณฑ์	27	27
ค่อนข้างน้อย	34	34
น้ำหนักตามเกณฑ์	39	39
ส่วนสูง *		
ต่ำกว่าเกณฑ์	29	29
ค่อนข้างต่ำ	28	28
ส่วนสูงตามเกณฑ์	43	43
ผู้ดูแลเด็ก		
พ่อและแม่	13	13
พ่อ	7	7
แม่	13	13
พ่อและครอบครัวใหม่	1	1
แม่และครอบครัวใหม่	2	2
ญาติ	59	59
อื่นๆ	5	5

* เปรียบเทียบน้ำหนักและส่วนสูงกับกราฟแสดงเกณฑ์อ้างอิงการเจริญเติบโตของเด็กเพศหญิงและ เพศชาย อายุ 5-18 ปี ของกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2540 ที่ใช้ในสถาบันเด็กแห่งชาติตติมาราชินี

ตาราง 9 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
การรับรู้การติดเชื้อเอชไอวี (ถามผู้ดูแล)		
รู้ว่าเจ็บป่วย/มีปัญหาสุขภาพ แต่ไม่รู้ว่าติดเชื้อเอชไอวี	42	42
รู้ว่าติดเชื้อเอชไอวี ความรุนแรงของโรค	29	29
ไม่รู้	22	22
ไม่แน่ใจ	7	7
ระดับ CD4 (Cell/ml) *		
ปกติ ไม่มีการกดภูมิคุ้มกัน ($CD4 \geq 500$)	47	47
มีการกดภูมิคุ้มกันปานกลาง ($CD4 = 200-499$)	30	30
มีการกดภูมิคุ้มกันรุนแรง ($CD4 < 200$)	23	23
ระยะเวลาที่รับยาต้านไวรัส		
<1 ปี	8	8
1 ปี	9	9
2 ปี	6	6
3 ปี	39	39
4 ปี	23	23
5 ปี	12	12
6 ปี	1	1
8 ปี	2	2
$(\bar{X} = 3.39; SD = 1.317)$		

* เปรียบเทียบเกณฑ์จำแนกระดับภูมิคุ้มกัน (CD4) เด็กติดเชื้อเอชไอวี ของ CDC, 1994

ตาราง 9 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
ระยะการดำเนินโรคของเด็ก *		
กลุ่ม N: ผู้ป่วยที่ยังไม่แสดงอาการของโรค	11	11
กลุ่ม A: ผู้ป่วยที่แสดงอาการระยะแรกของโรค	48	48
กลุ่ม B: ผู้ป่วยที่แสดงอาการ แต่ไม่บ่งชี้ว่าเป็นเอดส์	26	26
กลุ่ม C: ผู้ป่วยที่บ่งชี้ว่าเป็นเอดส์เต็มขั้น	15	15

* จำแนกระยะโรคในผู้ป่วยเด็กตามระบบของศูนย์ควบคุมโรคสหรัฐอเมริกา (CDC Classification system for HIV Infected children) (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2550)

จากตารางที่ 9 พบว่ากลุ่มตัวอย่างเด็กวัยเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวี ที่มารับบริการและรับยาต้านไวรัสเอชไอวีที่โรงพยาบาลศูนย์ภาคใต้ ส่วนใหญ่อายุเฉลี่ย 11 ปี คิดเป็นร้อยละ 23 อายุเฉลี่ย 11.4 ปี (SD = 1.723) โดยเป็นเพศชาย ร้อยละ 45 และเป็นเพศหญิง ร้อยละ 55 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีน้ำหนักและส่วนสูง อยู่ในเกณฑ์มาตรฐาน ร้อยละ 39 และ 43 ตามลำดับ ตามเกณฑ์อ้างอิงการเจริญเติบโตเด็กอายุ 5 – 18 ปี ของกระทรวงสาธารณสุข, 2540 ผู้เลี้ยงดูแลกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นญาติ คิดเป็นร้อยละ 59 กลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่าเป็นผู้ป่วยแต่ไม่ทราบว่าติดเชื้อเอชไอวี ร้อยละ 59 ระดับภูมิคุ้มกัน (CD4) อยู่ในระดับปกติ ($CD4 \geq 500$ cells/ μ L) ร้อยละ 47 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่รับยาด้านแล้วเป็นเวลา 3 ปี ร้อยละ 39 ระยะเวลาที่รับยาด้านเฉลี่ย 3.39 ปี (SD = 1.317) ระยะของการดำเนินโรคส่วนใหญ่ เป็นผู้ป่วยกลุ่ม A ซึ่งเป็นผู้ป่วยที่แสดงอาการระยะแรกของการติดเชื้อเอชไอวี

ศูนย์วิทยุทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตอนที่ 2 การศึกษาความร่วมมือในการรักษาของกลุ่มตัวอย่างเด็กวัยเรียนติดเชื้อเอชไอวี
โรงพยาบาลศูนย์ภาคใต้

2.1 ข้อมูลเกี่ยวกับความร่วมมือในการรักษา แสดงผลการวิเคราะห์โดยการหาค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน แสดงผลการวิเคราะห์ไว้ในตารางที่ 10

ตารางที่ 10 ค่าเฉลี่ย และ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของ ความร่วมมือในการรักษา การรับรู้ ประโยชน์ของการรักษา การรับรู้อุปสรรค การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และการสนับสนุนทางสังคม ของกลุ่มตัวอย่างเด็กวัยเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวี โรงพยาบาลศูนย์ภาคใต้

ตัวแปร	X	SD	Min – Max	ระดับ
ความร่วมมือในการรักษา	3.17	0.32	2.30 – 3.82	ระดับดี
รายด้าน				
ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ	3.18	0.42	2.29 – 4.00	ระดับดี
ด้านกิจกรรมทางด้านร่างกาย	3.09	0.55	1.80 – 4.00	ระดับดี
ด้านโภชนาการ	3.44	0.38	2.17 – 4.00	ระดับดี
ด้านการจัดการความเครียด	3.06	0.50	2.00 – 4.00	ระดับดี
ด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล	3.02	0.55	1.75 – 4.00	ระดับดี
ด้านพัฒนาจิตวิญญาณ	3.14	0.64	1.40 – 4.20	ระดับดี
การรับรู้ประโยชน์ของการรักษา	4.52	0.44	3.10 - 5.00	ระดับสูงมาก
การรับรู้อุปสรรคของการรักษา	2.22	0.71	1.00 - 4.20	ระดับต่ำ
การรับรู้สมรรถนะแห่งตน	4.11	0.58	2.59 - 5.00	ระดับสูง
การสนับสนุนทางสังคม	3.94	0.78	1.35 - 5.00	ระดับมาก
รายด้าน				
ด้านอารมณ์	3.93	0.96	1.20 – 5.00	ระดับมาก
ด้านประเมินคุณค่า	3.85	0.86	1.40 – 5.00	ระดับมาก
ด้านข้อมูลข่าวสาร	3.82	0.91	1.40 – 5.00	ระดับมาก
ด้านทรัพยากร	4.19	0.79	1.20 – 5.00	ระดับมาก

จากตารางที่ 10 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของความร่วมมือในการรักษาเด็กวัยเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวี โรงพยาบาลศูนย์ ภาควิชาได้ พบว่า ความร่วมมือในการรักษาโดยรวมอยู่ในระดับดี และความร่วมมือในการรักษาในรายด้านทั้ง 6 ด้าน คือ ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ ด้านกิจกรรมและการออกกำลังกาย ด้านโภชนาการ ด้านการจัดการความเครียด ด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล และด้านพัฒนาจิตวิญญาณ มีความร่วมมือในการรักษาในระดับดีทุกด้าน แต่การวิเคราะห์ในรายด้านจากการศึกษาพบว่า ด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคลมีคะแนนค่าเฉลี่ยต่ำกว่าคะแนนความร่วมมือในการรักษาด้านอื่น ๆ

การรับรู้ประโยชน์ในการรักษาของเด็กวัยเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวีอยู่ในระดับสูงมาก การรับรู้อุปสรรคในการรักษาอยู่ในระดับต่ำ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนของเด็กวัยเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวีอยู่ในระดับสูง การสนับสนุนทางสังคมโดยรวม เด็กวัยเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวีได้รับการสนับสนุนทางสังคมมาก ในรายด้านทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ การสนับสนุนด้านอารมณ์ ด้านประเมินคุณค่า ด้านข้อมูลข่าวสาร และ ด้านทรัพยากร พบว่าการสนับสนุนทางสังคมรายด้าน ดังกล่าวมีการสนับสนุนทางสังคมมากทุกด้าน



ศูนย์วิทยุทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

2.2 ข้อมูลบุคคลที่ให้การสนับสนุนทางสังคมในแต่ละด้าน แสดงผลการวิเคราะห์โดยการหาค่าร้อยละในแต่ละด้านดังตารางที่ 11

ตารางที่ 11 จำนวนร้อยละ ผู้ให้การสนับสนุนทางสังคมในด้านอารมณ์ ด้านประเมินคุณค่า ด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านทรัพยากร และ ด้านทรัพยากร

บุคคลที่ ให้การ สนับสนุน	การสนับสนุนทางสังคม							
	ด้านอารมณ์		ด้านประเมิน คุณค่า		ด้านข้อมูล ข่าวสาร		ด้านทรัพยากร	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
พ่อและ/หรือแม่	45	45	32	32	32	32	48	48
ญาติ	36	36	36	36	36	36	47	47
เพื่อน	12	12	9	9	4	4	-	-
พยาบาล	2	2	14	14	14	14	1	1
แพทย์	-	-	7	7	9	9	-	-
อื่น ๆ	5	5	6	6	5	5	4	4

จากตารางที่ 11 พบว่าผู้ที่ให้การสนับสนุนด้านอารมณ์ มากที่สุด คือ พ่อ และ/หรือ แม่ คิดเป็นร้อยละ 45 รองลงมา คือ ญาติ เพื่อน อื่น ๆ (ครู อาสาสมัคร) และ พยาบาล เป็นร้อยละ 36, 12, 5, และ 2 ผู้ให้การสนับสนุนด้านประเมินคุณค่ามากที่สุด คือ ญาติ คิดเป็นร้อยละ 36 รองลงมา คือ พ่อ และ/หรือแม่ พยาบาล เพื่อน แพทย์ และ อื่น ๆ คิดเป็นร้อยละ 32, 14, 9, 7 และ 6 ตามลำดับ ผู้ให้การสนับสนุนด้านข่าวสารมากที่สุด คือ ญาติ คิดเป็นร้อยละ 36 รองลงมา คือ พ่อ และ/หรือแม่ พยาบาล เพื่อน แพทย์ และ อื่น ๆ คิดเป็นร้อยละ 32, 14, 9, 7 และ 6 ตามลำดับ และ ผู้ให้การสนับสนุน คือ ญาติ คิดเป็นร้อยละ 36 รองลงมา คือ พ่อ และ/หรือแม่ พยาบาล เพื่อน แพทย์ และ อื่น ๆ คิดเป็นร้อยละ 32, 14, 9, 7 และ 6 ตามลำดับ ผู้ให้การสนับสนุนด้านทรัพยากรมากที่สุด คือ พ่อ และ/หรือแม่ คิดเป็นร้อยละ 48 รองลงมาคือ ญาติ และ พยาบาล คิดเป็นร้อยละ 47, 4 และ 1

ตอนที่ 3 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับความร่วมมือในการรักษาของเด็กวัยเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวี โรงพยาบาลศูนย์ภาคใต้

ตารางที่ 12 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่าง การรับรู้ประโยชน์ของการรักษา การรับรู้อุปสรรคในการรักษา การรับรู้สมรรถนะแห่งตน การสนับสนุนทางสังคม

ตัวแปร	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์	P - Value
การรับรู้ประโยชน์	.496**	.000
การรับรู้อุปสรรค	-.360**	.000
การรับรู้สมรรถนะแห่งตน	.584**	.000
การสนับสนุนทางสังคม	.437**	.000

** $p < 0.01$

จากตารางที่ 12 พบว่าการรับรู้ประโยชน์ในการรักษา มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการรักษาเด็กวัยเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยมีความสัมพันธ์ในระดับปานกลาง ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) มีค่าเท่ากับ .496 การรับรู้อุปสรรคในการรักษา มีความสัมพันธ์ทางลบกับความร่วมมือในการรักษาของเด็กวัยเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยมีความสัมพันธ์ในระดับปานกลาง ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) มีค่าเท่ากับ - .360 การรับรู้สมรรถนะแห่งตนของเด็กวัยเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวี มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการรักษา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยมีความสัมพันธ์ในระดับสูง ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) มีค่าเท่ากับ .584 และการสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการรักษาเด็กวัยเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยมีความสัมพันธ์ในระดับปานกลาง ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) มีค่าเท่ากับ .437

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสหสัมพันธ์ (Correlational Research) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง การรับรู้ประโยชน์แห่งตน การรับรู้อุปสรรคแห่งตน การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และการสนับสนุนทางสังคม กับความร่วมมือในการรักษาในผู้ป่วยเด็กวัยเรียนติดเชื้อเอชไอวี / เอ็ดส์ โรงพยาบาลศูนย์ภาคใต้ โดยมีวัตถุประสงค์ของการวิจัย ดังนี้

1. เพื่อศึกษาความร่วมมือในการรักษาของเด็กวัยเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอ็ดส์
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง การรับรู้ประโยชน์ในการรักษา การรับรู้อุปสรรคในการรักษา การรับรู้สมรรถนะแห่งตน การสนับสนุนทางสังคม กับความร่วมมือในการรักษาของเด็กวัยเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอ็ดส์

กลุ่มตัวอย่าง คือ เด็กวัยเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวีที่มีอายุระหว่าง 9 – 15 ปี ทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่มารับยาต้านไวรัส ที่คลินิกโรคติดเชื้อ แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลศูนย์ในภาคใต้ ได้แก่ โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช โรงพยาบาลหาดใหญ่ โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี และโรงพยาบาลวชิระภูเก็ต ในช่วงระหว่าง วันที่ 22 เมษายน 2551 ถึง 23 สิงหาคม 2551 ซึ่งมีคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

1. ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าติดเชื้อเอชไอวี
2. อายุ 9 – 15 ปี
3. ยินดีเข้าร่วมในการวิจัย และได้รับการยินยอมจากผู้ปกครองให้เข้าร่วมในการวิจัย
4. สามารถอ่านและเขียนภาษาไทยได้
5. ไม่มีอาการหรือภาวะแทรกซ้อนรุนแรงในขณะที่ติดต่อเพื่อขอเก็บข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถาม 2 ตอน ตอนที่1 เป็นแบบสอบถามทั่วไป เก็บข้อมูลจากแฟ้มประวัติผู้ป่วย และสอบถามผู้ดูแล ตอนที่ 2 ประกอบด้วยแบบสอบถาม 5 ส่วน ได้แก่ แบบสอบถามความร่วมมือในการรักษา แบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ในการรักษา แบบสอบถามการรับรู้อุปสรรคในการรักษา แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตน และแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม ผ่านการตรวจความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ และจากการหาความเที่ยง เท่ากับ .87, .74, .73, .78, และ .92 ตามลำดับ

การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป โดยกำหนดความมีนัยสำคัญที่ระดับ .01 ดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้ความถี่และร้อยละ
2. วิเคราะห์ระดับความร่วมมือในการรักษาของเด็กวัยเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวี โดยรวมและรายด้าน โดยการหาค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
3. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ ระหว่าง การรับรู้ประโยชน์ในการรักษา การรับรู้อุปสรรคในการรักษา การรับรู้สมรรถนะแห่งตน การสนับสนุนทางสังคม กับความร่วมมือในการรักษาของเด็กวัยเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวี ด้วยการหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation coefficient) ตามระดับมาตรวัดของตัวแปรแต่ละคู่ เปรียบเทียบระดับความสัมพันธ์ของค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)

สรุปผลการวิจัย

1. ความร่วมมือในการรักษาโดยรวมในผู้ป่วยเด็กวัยเรียนติดเชื้อเอชไอวี มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.17 คะแนน (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ .32) มีความร่วมมือในการรักษาดี
2. การรับรู้ประโยชน์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการรักษาในเด็กวัยเรียนติดเชื้อเอชไอวีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = .496$)
3. การรับรู้อุปสรรคมีความสัมพันธ์ทางลบกับความร่วมมือในการรักษาในเด็กวัยเรียนติดเชื้อเอชไอวีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = -.360$)
4. การรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการรักษาในเด็กวัยเรียนติดเชื้อเอชไอวีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = .584$)
5. การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการรักษาในเด็กวัยเรียนติดเชื้อเอชไอวีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = .437$)

ศูนย์วิจัยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

การอภิปรายผลการวิจัย

การอภิปรายผลการวิจัย นำเสนอตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยตามลำดับ

1. เพื่อศึกษาความร่วมมือในการรักษาของเด็กวัยเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์

ความร่วมมือในการรักษา จากแนวคิดของ Pender (2006) เป็นพฤติกรรมหรือกิจกรรมที่เด็กติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์จะปฏิบัติให้สอดคล้องกับแผนการรักษา ตลอดจนปรับเปลี่ยนแบบแผนในการดำเนินชีวิตให้สอดคล้องกับภาวะโรคได้อย่างเหมาะสม ประกอบด้วย 6 ด้าน คือ ด้านความรับผิดชอบ ต่อสุขภาพ ด้านกิจกรรมและการออกกำลังกาย ด้านบริโภคอาหาร ด้านการจัดการความเครียด ด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล และ ด้านพัฒนาจิตวิญญาณ ความร่วมมือในการรักษาโดยปฏิบัติ พฤติกรรมสุขภาพทั้ง 6 ด้านนี้ก่อให้เกิดภาวะสุขภาพที่ดี มีความสมบูรณ์ทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ทำให้เด็กวัยเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์มีคุณภาพชีวิตที่ดี และมีชีวิตที่ยืนยาวต่อไปในอนาคต จากการศึกษาพบว่า เด็กวัยเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวี โรงพยาบาลศูนย์ ภาควิทยาใต้ มีความร่วมมือในการรักษาอยู่ในระดับดี ($\bar{X} = 3.17$; $SD = 0.32$) แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างเด็กวัยเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวี มีความร่วมมือในการรักษาอยู่ในระดับดี เนื่องจากมารับการตรวจรักษาตามนัดอย่างสม่ำเสมอ หมั่นหาความรู้ในการดูแลสุขภาพจากหนังสือ วิทยุ หรือ โทรทัศน์ หมั่นเอาใจใส่สังเกตอาการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ เช่น ไข้ ไอ อาเจียน อุจจาระบ่อยครั้ง รับประทานยาต้านไวรัสได้ครบถ้วน ถูกต้อง ตรงเวลา ทุกมื้อ ทุกวัน สอดคล้องกับการศึกษา พบว่าการรับประทานยาต้านการรับประทานยาต้านไวรัสได้สม่ำเสมอร้อยละ 95 จึงจะมีประสิทธิภาพลดปริมาณไวรัสเอชไอวีให้อยู่ในระดับต่ำได้ (Paterson et al., วันทนา มณีศรีวงศ์กุล, 2549) แต่การดูแลรักษาผู้ป่วยเด็กติดเชื้อเอชไอวีมิได้สำคัญอยู่ที่การให้ยาต้านไวรัสเพียงอย่างเดียว แต่การดูแลสุขภาพให้ครบทุกมิติมีความสำคัญเช่นกัน (กัญญา ไซค์ไพบูลกิจ, 2550) จากการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างรับประทานอาหารครบ 5 หมู่ รับประทานอาหารสุก สะอาดไม่มีแมลงวันตอม สอดคล้องกับการศึกษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีซึ่งมีภูมิคุ้มกันต่ำ ควรระมัดระวังความสะอาดของอาหารเพราะอาจติดเชื้ออโอกาสจากการรับประทานอาหารได้ (พัชรี ตั้งตุลยางกูร, 2540) เด็กติดเชื้อเอชไอวีสามารถรับประทานได้ตามปกติ เหมือนทั่วไป ไม่จำเป็นต้องรับประทานอาหารเฉพาะโรค แต่ต้องรับประทานให้ครบทุกประเภท เนื่องจากมีแนวโน้มที่จะขาดสารอาหารได้ง่าย เนื่องจากเจ็บปากอาเจียน อุจจาระร่วง เป็นต้น เป็นสาเหตุของการเกิดภาวะทุพโภชนาการ (พัชรี ตั้งตุลยางกูร, 2540) จากข้อมูลส่วนบุคคลกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 27 น้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์ สอดคล้องกับการศึกษาของจันทนา พงษ์ไพบูรณ์ (2539) พบว่า ภาวะโภชนาการเป็นปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี เด็กวัยเรียนที่ติดเชื้อ นอกจากนั้นเด็กที่ติดเชื้อเอชไอวี พบว่า มีการทำลายของระบบต่าง ๆ โดยตรง ผลจากการติดเชื้ออโอกาส ผลข้างเคียงของยา หรือ สถานการณ์ทางสังคมส่งผลทำให้เกิดความเครียดได้ โดยเฉพาะเด็กที่มีอายุมากขึ้น อาจมีพฤติกรรมซึมเศร้า แยกตัว อารมณ์เปลี่ยนแปลงได้

ง่าย ซึ่งจะมีผลทำให้เด็กแสดงพฤติกรรมถดถอย หรือก้าวร้าวขึ้นได้ (Instone, 2000) สำหรับการจัดการกับความเครียดมีวิธีคลายเครียดด้วยการทำกิจกรรมที่เหมาะสม เช่น อ่านหนังสือ ออกกำลังกาย ดูโทรทัศน์ ฟังเพลง วาดภาพ อย่างสม่ำเสมอ การได้ทำกิจกรรมที่ตนเองถนัดหรือชอบ และทำกิจกรรมกับสมาชิกในครอบครัว เช่น รับประทานอาหาร ดูโทรทัศน์ ไปเที่ยว ทำกิจกรรม เล่น และพูดคุยกับเพื่อน ๆ ที่โรงเรียน ได้พูดคุยกับเพื่อน ๆ เป็นวิธีการจัดการความเครียด โดยการลดความถี่ของสถานการณ์ที่ทำให้เกิดความเครียด (Pender, 1996) แต่เมื่อมาวิเคราะห์ในรายด้าน จากการศึกษาพบว่า ด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคลมีคะแนนน้อยที่สุดใน 6 ด้าน สอดคล้องกับการศึกษาของ พรพรรณ วรรณฤทธิ์ และ อัจฉรา พงศ์คำ. (2548) พบว่าเมื่อเด็กติดเชื่อเอชไอวีมีอายุมากขึ้น เริ่มรับรู้การเจ็บป่วยของตนเองจากคนรอบข้าง หรือสังเกตจากความเจ็บป่วยของบิดามารดา สื่อจากชั้นเรียน เด็กบางรายได้รับผลกระทบจากการไม่ยอมรับหรือรังเกียจจากครูและเพื่อน เกิดปัญหาถูกแบ่งแยก และถูกล้อเลียน นอกจากนี้จากการที่เจ็บป่วยเรื้อรัง ทำให้เกิดความวิตกกังวล ความกลัว ตลอดจนมีการใช้กลไกทางด้านจิตใจ เช่น เก็บกด ซึมเศร้า การแยกตัว การย้ายคิดย้ายทำ พฤติกรรมถดถอย เป็นต้น สิ่งเหล่านี้ก่อให้เกิดปัญหา สัมพันธภาพระหว่างบุคคลได้ แต่ในด้านพัฒนาจิตวิญญาณการที่เด็กติดเชื่อเอชไอวีมีการให้กำลังใจตนเองในการดูแลสุขภาพเป็นประจำ ได้ทำบุญ ไปวัด โบสถ์ หรือ มัสยิดเป็นประจำ ยอมรับสภาพที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน เตรียมพร้อมที่จะเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงในอนาคต และปฏิบัติกิจกรรมที่ถูกต้องเหมาะสม เพื่อนำไปสู่ชีวิตที่ดีขึ้น การได้รับการตอบสนองในเรื่องที่จะช่วยยืดเหนี่ยวหรือเยียวยาจิตใจ ช่วยให้เกิดความหวังในชีวิต การได้มีส่วนร่วมในประเพณี หรือพิธีกรรมต่าง ๆ ทางศาสนา ส่งผลต่อความหวังและความเข้าใจในชีวิต

การที่เด็กจะเจริญเติบโตมีคุณภาพชีวิตที่ดี ต้องได้รับการตอบสนองความต้องการพื้นฐานของชีวิตทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ ด้านกายภาพ ด้านอารมณ์ ด้านสังคม และด้านจิตวิญญาณ (มูลนิธิพัฒนาเครือข่ายเอดส์ สำนักงานและคณะ, 2546) ซึ่งสอดคล้องกับกรอบแนวคิดทฤษฎีของ Pender (2006) ความร่วมมือในการรักษา เป็นกิจกรรมที่กระทำอย่างต่อเนื่องจนกลายเป็นแบบแผนการดำเนินชีวิต เป็นกิจกรรมที่บุคคลตกลงใจที่จะปฏิบัติตามแผนในการรักษาที่จำเป็นต้องกระทำ สอดคล้องกับการศึกษาของ ไปรมาษณ์ บิณฑจิตต์ (2544) ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ติดเชื่อเอชไอวีทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม พบว่า พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพใน 5 ด้าน ได้แก่ ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ โภชนาการ การจัดการความเครียด สัมพันธภาพระหว่างบุคคล และ การพัฒนาทางจิตวิญญาณ อยู่ในระดับดี มีด้านกิจกรรมทางด้านร่างกายอยู่ในระดับพอใช้ ส่วนปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ อาชีพ รายได้ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา และระยะเวลาการดำเนินของโรค ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง การรับรู้ประโยชน์ในการรักษา การรับรู้อุปสรรคในการรักษา การรับรู้สมรรถนะแห่งตน การสนับสนุนทางสังคม กับความร่วมมือในการรักษาของเด็กวัยเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์

2.1 การรับรู้ประโยชน์ในการรักษา

การรับรู้ประโยชน์ในการรักษาเป็นการปฏิบัติที่สอดคล้องกับแผนการรักษา ตลอดจนปรับเปลี่ยนแบบแผนในการดำเนินชีวิต ให้สอดคล้องกับภาวะโรคได้อย่างเหมาะสม และคาดหวังต่อภาวะสุขภาพในอนาคตว่าเป็นการกระทำที่ส่งผลทางบวกต่อร่างกาย จิตใจ และสังคม จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า การรับรู้ประโยชน์ในการรักษา มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการรักษา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยมีความสัมพันธ์ในระดับปานกลาง ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) มีค่าเท่ากับ .496 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1

จากการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างเด็กติดเชื้อเอชไอวี โรงพยาบาลศูนย์ภาคใต้ มีการรับรู้ประโยชน์ของการรักษาอยู่ในระดับที่สูงมาก ($\bar{X} = 4.53$; $SD = .44$) เด็กติดเชื้อเอชไอวีรับรู้ถึงประโยชน์ของการรับประทานยาครบถ้วน ต่อเนื่อง ทุกวัน ทำให้สุขภาพแข็งแรง รับรู้ว่าการรับประทานยาตรงเวลาช่วยให้ร่างกายแข็งแรง การมาพบแพทย์ตามนัดทำให้ได้รับการรักษาที่ต่อเนื่อง การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอช่วยให้ร่างกายแข็งแรง การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ช่วยเพิ่มภูมิคุ้มกันของร่างกาย ทำให้มีสุขภาพแข็งแรง สอดคล้องกับการศึกษา Abrams (1988) ได้ศึกษาภาวะโภชนาการของผู้ติดเชื้อเอชไอวี 296 ราย เป็นเวลา 6 ปี พบว่า การได้รับอาหารที่มีคุณค่าอย่างเป็นประจำจะส่งเสริมให้ร่างกายมี CD_4 สูงขึ้น และ การได้รับสารอาหารที่จำเป็นต่อร่างกาย (Micronutrients) เช่น เหล็ก วิตามินอี วิตามินบี 2 เป็นประจำ จะทำให้พัฒนาการของโรคช้าลง และ พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ได้รับในอาซีน วิตามินซี และ วิตามินเอ ในขนาดสูงจะลดอัตราพัฒนาการของโรคได้ สำหรับการพักผ่อนอย่างเพียงพอ 8 -10 ชั่วโมงนั้น นอกจากทำให้สดชื่นแล้ว รับรู้ว่าการได้ทำกิจกรรมที่ชอบ เช่น การวาดภาพ ฟังเพลง การอ่านหนังสือ ทำให้ผ่อนคลาย การได้พูดคุยระบายกับคนใกล้ชิดในเรื่องที่ไม่สบายใจ ทำให้รู้สึกสบายใจการมีคนใกล้ชิดคอยช่วยเหลือทำให้ฉันสบายใจ รับรู้ว่าการที่เชื่อในสิ่งศักดิ์สิทธิ์ที่นับถือทำให้มีกำลังใจที่จะต่อสู้กับความเจ็บป่วย สอดคล้องกับแนวคิดของ Pender (2006) เกี่ยวกับการรับรู้ประโยชน์ว่าเป็นการวางแผนของบุคคลที่จะกระทำพฤติกรรมเฉพาะใดๆ โดยขึ้นอยู่กับ การคาดการณ์ถึงผลประโยชน์ที่จะได้รับหรือผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้น โดยคำนึงถึงผลบวกหรือการเสริมแรงของการกระทำนั้น จากการศึกษาพบว่าการรับประทานยาต้านไวรัสได้สม่ำเสมอ ร้อยละ 95 สามารถทำให้ผลการรักษา มีประสิทธิภาพลดปริมาณไวรัสเอชไอวีในเลือดให้อยู่ในระดับต่ำ (Paterson et al., 2000; วันทนา มณีศรีวงศ์กุล , 2549) และ ทำให้ผู้ป่วยมีสุขภาพดีขึ้น ไม่เกิดโรคติดเชื้อฉวยโอกาส และลดโอกาสของการแพร่เชื้อต่อ

ยาไปสู่ผู้อื่น (พีระมณ นิงสานนท์, 2547) การออกกำลังกายที่เหมาะสมกับภาวะของร่างกาย และทำต่อเนื่องสม่ำเสมอ จะส่งผลทำให้เกิดการปรับเปลี่ยน และส่งเสริมการทำงานของอวัยวะต่างๆ ของร่างกายให้แข็งแรง เช่น ระบบไหลเวียนเลือด ระบบหายใจ ระบบเคลื่อนไหว ระบบย่อยอาหาร และระบบขับถ่าย และยังส่งผลต่อด้านจิตใจด้วย (Hill & Smith, 1985) การรับประทานอาหาร ที่มีสารอาหารและวิตามินที่จำเป็นต่อร่างกาย มีผลต่อการทำหน้าที่ของระบบภูมิคุ้มกันทั้งหมดในร่างกาย (อรัญญา เชาวลิต และคณะ, 2537) ซึ่งความสำคัญของการคาดหวังประโยชน์และความสัมพันธ์ของประโยชน์ที่เกิดจากการกระทำจะเป็นตัวกำหนดพฤติกรรมสุขภาพ สอดคล้องกับการศึกษาของตรีพร ชุมศรี (2548) พบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการส่งเสริมสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = .58$)

2.2 การรับรู้อุปสรรคในการรักษา

จากการศึกษาพบว่า การรับรู้อุปสรรคในการรักษามีความสัมพันธ์ทางลบกับความ ร่วมมือในการรักษาของเด็กวัยเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยมีความสัมพันธ์ในระดับปานกลาง ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) มีค่าเท่ากับ $-.360$ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐาน ข้อที่ 2

การรับรู้อุปสรรคของเด็กวัยเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวี อยู่ในระดับต่ำ และมองสิ่งต่าง ๆ ที่ต้องทำเหล่านี้ไม่เป็นอุปสรรค หรือเป็นอุปสรรคน้อย ไม่ว่าจะเป็นเรื่อง การรับประทานยาตรง เวลาต่อเนื่องทุกวัน ซึ่งเด็กที่ติดเชื้อเอชไอวีนั้นต้องรับประทานยาตลอดชีวิต และประสิทธิภาพของการรักษาขึ้นอยู่กับความครบถ้วนและต่อเนื่อง ต้องการความร่วมมือในการใช้ยาอย่างยิ่ง แตกต่างจากโรค ेरื่องอื่น ๆ เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ หรือ โรคเบาหวาน ซึ่งโรคดังกล่าวต้องการความร่วมมือ ในการใช้ยาเพียงร้อยละ 80 (Cantwel – Mcnelis, 2002) สำหรับการติดเชื้อเอชไอวีนั้นต้องมีระดับ ความร่วมมือในการใช้ยามากกว่า ร้อยละ 95 (Paterson et al., 2000; Davidson et al., 2002) อธิบายได้ว่า ในกรณีที่ต้องกินยาวันละ 2 มื้อ ใน 1 เดือน ต้องกินยา 60 มื้อ ไม่ควรขาดยาเกิน 3 มื้อ และในการกินยาแต่ละมื้อก็ควรจะให้ตรงเวลามากที่สุด ซ้ำได้ไม่เกินหนึ่งชั่วโมง (วิทยา เพชรดาชัย, 2547: 67) จากการศึกษาครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างได้รับประทานยาต้านแล้วเฉลี่ย 3.39 ปี ร้อยละ 36 ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่งที่จะหยุดรับประทานยาต้านไวรัส ถึงแม้จะมีอาการข้างเคียง จากการศึกษพบว่า การเกิด ภาวะ Lactic acidosis มักเกิดกับการใช้ยา NRTI โดยเฉพาะ d4T ซึ่งจะเกิดบ่อย ถ้าให้ ร่วมกับ ddI ผู้ป่วยจะมีอาการคลื่นไส้ อาเจียน ปวดท้อง อ่อนเพลีย น้ำหนักลด และ Serum lactate > 5 mmol/L (Desai, N et al, 2003). ซึ่งส่งผลต่อเด็กติดเชื้อเอชไอวีได้ จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 27 น้ำหนักน้อยกว่าเกณฑ์ และ ร้อยละ 34 น้ำหนักค่อนข้างน้อย ส่วนการมาพบ แพทย์ตามนัดก็ไม่ได้เป็นอุปสรรค หรือมีอุปสรรคน้อย และพบว่ากลุ่มตัวอย่าง การออกกำลังกาย

ไม่ได้เป็นเรื่องยาก รับประทานผักและผลไม้ได้ ไม่ท้อกับความเจ็บป่วยที่เป็นอยู่ ใฝ่ใจที่จะปรึกษาเรื่องต่างๆ กับใคร พุดคุย หรือ ทำกิจกรรมกับเพื่อน หรือ คนรอบข้างและเพื่อนที่โรงเรียน และมีที่ยึดเหนี่ยวพึ่งพิงทางจิตใจ สรุปได้ว่าเด็กติดเชื้อเอชไอวี มีการรับรู้อุปสรรคต่ำ ดังนั้นจึงเด็กเหล่านี้สามารถผ่านพ้นอุปสรรคต่างๆ โดยเข้าใจ และคาดการณ์ล่วงหน้าถึงผลในด้านลบ จะพร้อมในการปฏิบัติพฤติกรรมสูง ทำให้ความเป็นไปได้ในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพมากขึ้น

สอดคล้องกับกรอบแนวคิดของ Pender (2006) ว่าการรับรู้อุปสรรคเป็นการรับรู้สิ่งที่ขัดขวางต่อการปฏิบัติพฤติกรรม อาจเกิดขึ้นจริง หรือเป็นสิ่งที่คิดไปเอง ได้แก่ การรับรู้ความไม่สะดวกสบาย ความยากลำบากที่จะทำ เมื่อมีความพร้อมต่ำ การรับรู้อุปสรรคสูง การกระทำก็ไม่เกิดขึ้น แต่ถ้าบุคคลเข้าใจ และมีความพร้อมที่จะกระทำสูง มีอุปสรรคต่ำ ความเป็นไปได้ในการร่วมมือในการรักษาก็มีมากขึ้นด้วย เช่นเดียวกับเด็กติดเชื้อเอชไอวีถ้ารับรู้ถึงผลกระทบที่เกิดจากความเจ็บป่วย และอุปสรรคต่างๆ มีการคาดการณ์ล่วงหน้าในแง่ลบ ไม่ว่าจะเป็ความยากลำบากในการไปติดต่อ หรือ ใช้บริการทางการแพทย์ ความยุ่งยากซับซ้อนของแผนการรักษา ระยะเวลายาวนานในการรักษา การรับประทานยาและผลจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา ผลกระทบทางด้านร่างกายและจิตใจจากภาวะแทรกซ้อนจากการรักษา ซึ่งการรับรู้อุปสรรคเหล่านี้ อาจเป็นความรู้สึกนึกคิดของบุคคลต่อความเจ็บป่วย ซึ่งสิ่งเหล่านี้ส่งผลต่อการหลีกเลี่ยงการให้ความร่วมมือในการรักษา ซึ่งถือเป็นอุปสรรคในการดูแลตนเอง (Connelly, 1987: 626) สอดคล้องกับการศึกษาของ ตริพร ชุมศรี (2548) พบว่าการรับรู้อุปสรรคของการส่งเสริมสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นภาคใต้ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = -.30$)

2.3 การรับรู้สมรรถนะแห่งตน

จากการศึกษาพบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนของเด็กวัยเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวีมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการรักษา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยมีความสัมพันธ์ในระดับสูง ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) มีค่าเท่ากับ .584 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1

การรับรู้สมรรถนะของเด็กวัยเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวี อยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 4.11$; $SD = 0.58$) พบว่า พวกเขาเชื่อมั่นว่าสามารถไปพบแพทย์/พยาบาลตามนัดทุกครั้ง สามารถดูแลสุขภาพตนเองได้ กินยาให้ครบทุกมื้อ ตรงเวลา ทุกวัน ขอคำแนะนำจากแพทย์/พยาบาล เมื่อสงสัยเกี่ยวกับการรักษา ดูแลตนเองได้ เมื่อมีอาการเจ็บป่วย ออกกำลังกายได้สม่ำเสมอทุกวัน สามารถทำสิ่งที่เป็ประโยชน์ต่อสุขภาพ ได้แก่ ล้างมือทุกครั้ง ก่อนรับประทานอาหารและ หลังเข้าห้องน้ำได้ ยอมรับในรูปร่างหน้าตาที่เปลี่ยนแปลงไปขณะเจ็บป่วย ซึ่งเกิดจากการติดเชื้อ และผลข้างเคียงที่เกิดจากการรับยาต้านไวรัสบางตัว (PI) เป็นเวลาติดต่อกันหลายปี เด็กอาจเกิดภาวะ

fat redistribution คือ มี peripheral fat loss ทำให้แขนขาลีบ แต่มี Central fat gain เช่น พุงป่อง และมีไขมันสะสมในอวัยวะภายในมากขึ้น ทำให้ดูรูปร่างภายนอกผิดปกติ (Bockhorst, 2003) เรียนรู้สิ่งใหม่ที่มีประโยชน์ต่อสุขภาพ ดูแลตัวเองได้ เมื่อไม่สบายใจ หรือมีความวิตกกังวลใจ สามารถยอมรับสิ่งต่างๆในชีวิตที่ไม่สามารถควบคุมได้ สมาชิกในครอบครัวให้การดูแลเป็นอย่างดี สามารถวางตัวได้ถูกต้องเหมาะสม เมื่ออยู่ในกลุ่มคนจำนวนมาก สามารถจัดการ แก้ปัญหาได้ดี มีกำลังใจที่เข้มแข็งและมีความสุข สอดคล้องกับการศึกษาของ ปวีณา ชีนจิตร (2548) พบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีอิทธิพลต่อความร่วมมือในการรักษา และภาวะสุขภาพของบุคคล โดยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีบทบาทสำคัญต่อการริเริ่มกระทำพฤติกรรมใหม่ หรือคงไว้ซึ่งพฤติกรรมเดิม (Bandura, 1986, cite in Hickey et al., 1992)

สอดคล้องกับพัฒนาการของเด็กวัยเรียน วัยเรียนเป็นช่วงอายุที่เหมาะสมในการส่งเสริมให้เด็กเกิดพฤติกรรมสุขภาพที่ดี ซึ่งจะมีผลต่อการเจริญเติบโตและการบรรลุเป้าหมายสูงสุดในชีวิต และการกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมทางสุขภาพที่ดีในเด็กวัยเรียนนี้จะทำให้เกิดผลดี และ ทำให้สามารถคงพฤติกรรมนั้นไว้ได้จนถึงวัยผู้ใหญ่ เมื่อเด็กอายุเพิ่มขึ้นประมาณ 11 – 12 ปี เด็กสามารถคิดได้อย่างมีเหตุผลและเรียนรู้เกี่ยวกับสิ่งที่เป็นามธรรมได้ดีขึ้น สามารถคิดแก้ปัญหา โดยอาศัยเหตุผลทางตรรกศาสตร์อย่างมีระบบ เด็กเริ่มมีแนวคิดของตนเอง สามารถประเมินสถานการณ์และตัดสินใจได้ด้วยตนเอง รู้จักวิจารณ์หรืออภิปรายปัญหาพร้อมกับผู้อื่น รู้จักให้เหตุผลและรับฟังความคิดเห็นของบุคคลอื่น รู้จักรับผิดชอบมากขึ้น และ เด็กวัยเรียนสามารถตระหนักได้ว่าสิ่งใดสามารถทำได้จากความพยายามของตนเอง เด็กต้องการทำในสิ่งที่ตนสามารถนำไปสู่ความสำเร็จที่แท้จริง (Erikson อ้างใน ลดาวัลย์ ประทีปชัยกูร, 2546) และ เด็กวัยเรียน เริ่มออกสู่สังคมที่กว้างขึ้น โรงเรียนเป็นแหล่งที่มีบทบาทสำคัญในการพัฒนาความสามารถทางปัญญาและสังคมให้กับเด็ก จากการเปรียบเทียบกับคนอื่น การเป็นตัวแบบให้เพื่อน การได้รับข้อมูลป้อนกลับจากครู การสร้างสภาพแวดล้อมของการเรียนรู้มีผลต่อการพัฒนาการรับรู้ความสามารถและทักษะทางปัญญาของตนเองอีกด้วย Bandura (1997)

สอดคล้องกับการศึกษาของ อภิญา ปานชูเชิด (2547) พบว่าการรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของนักเรียนวัยรุ่น อย่างมีนัยสำคัญที่ .05 เช่นเดียวกับ นิศารัตน์ เสดวรรณ (2543) พบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับในการลดความซึมเศร้าของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ศศิธร (2541) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสามารถแห่งตนกับพฤติกรรมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์แรก พบว่า การรับรู้ความสามารถแห่งตนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นแรก Naar – King (2006) ศึกษาปัจจัยทำนายด้านจิตสังคมต่อการร่วมมือในการรับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวี ในผู้ป่วยกลุ่มอายุ 16–25 ปี จำนวน 88 คน ตัวแปรได้แก่ การรับรู้

สมรรถนะแห่งตน (Self – efficacy), การสนับสนุนทางสังคม (Social Support) และความทุกข์ทางใจ (Psychological distress) การศึกษาพบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และความทุกข์ทางใจมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการรับประทายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ส่วนการสนับสนุนทางสังคมไม่มีความสัมพันธ์กับการรับประทายต้านไวรัส แต่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้สมรรถนะแห่งตน จากการศึกษาของ ปวีณา ชื่นจิตร (2548) ถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความร่วมมือในการรักษาของผู้ติดเชื้อเอชไอวี พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือคือ ความรู้เกี่ยวกับการรักษา การมีแรงสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้ความสามารถแห่งตน ผลการศึกษาครั้งนี้สามารถนำไปเป็นแนวทางในการวางแผนเพิ่มระดับความร่วมมือในการรักษาเพื่อที่จะทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีหรือผู้ป่วยเอดส์มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

2.4 การสนับสนุนทางสังคม

จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า การสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการรักษาเด็กวัยเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยมีความสัมพันธ์ในระดับปานกลาง ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) มีค่าเท่ากับ .437 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1

เด็กติดเชื้อเอชไอวี ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลศูนย์การสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับดีมาก ทั้ง 4 ด้าน ดังรายละเอียด ดังนี้ ด้านอารมณ์ ได้แก่ การได้รับความสนใจและเอาใจใส่ ได้รับความรักและความห่วงใย รู้สึกว่าตนเองมีความสำคัญ ถึงแม้ว่าเด็กติดเชื้อเอชไอวีจะมีปัญหาจากการที่สูญเสียพ่อแม่ พ่อ หรือ แม่ จากการติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ จากข้อมูลส่วนบุคคลพบว่า เด็กอาศัยอยู่กับญาติถึงร้อยละ 59 และให้การสนับสนุนทั้งทางด้านอารมณ์ ด้านประเมินคุณค่า ด้านข้อมูลข่าวสาร และด้านทรัพยากร สอดคล้องกับการศึกษา การสนับสนุนทางสังคมส่งผลให้เกิดความหวัง กำลังใจ รู้สึกถึงคุณค่าในตนเองสามารถเผชิญปัญหาและปรับตัวได้อย่างเหมาะสม (Caplan, 1974; Pender, 1987) ด้านประเมินคุณค่า ได้แก่ ได้รับคำชมเชยว่าดูแลสุขภาพได้ดี ได้รับการยอมรับให้ร่วมทำงานกับเพื่อนและครอบครัวได้ มีคนรับฟังความคิดเห็นเกี่ยวกับสุขภาพของตน ได้รับคำชมว่าดูแลสุขภาพได้ดี เมื่อเปรียบเทียบกับคนอื่น ได้รับคำชมว่า ตนเป็นคนเข้ากับผู้อื่นได้ดี สอดคล้องกับการศึกษาว่า การสนับสนุนทางสังคมทำให้นักเรียนรู้สึกปลอดภัย เป็นส่วนหนึ่งของสังคม และส่งผลต่อการปรับตัวเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะการช่วยให้บุคคล ปฏิบัติตามแผนการรักษา (Joyce et al.,2004) ด้านข้อมูลข่าวสาร ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการรักษา ได้รับคำแนะนำในการปฏิบัติตัว/การดูแลตนเองให้เหมาะสมกับโรคที่เป็นอยู่ ปัจจุบันการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ โดยให้ยาสามชนิดพร้อมกัน (Triple therapy) ทำให้สามารถลดจำนวนเชื้อไวรัสเอชไอวี และทำให้อุบัติการณ์ดีขึ้น ผู้ป่วยต้องกินยาอย่างจริงจังและไม่ขาดยา (Good adherence) (กุลกัญญา

ไซคโพลอยกิก, 2549) การกินยาตรงเวลาต่อเนื่องทุกวัน แม้ในผู้ใหญ่ยังทำได้ยาก แต่การที่เด็กมีความร่วมมือในการรักษาที่ดีนั้น เนื่องจากพวกเขามีคนที่คอยดูแลสนับสนุน เนื่องจากการเจ็บป่วยด้วยโรคเอดส์ เป็นการเจ็บป่วยที่เรื้อรัง ย่อมต้องการดูแลช่วยเหลืออย่างต่อเนื่อง นอกจากนั้นได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการทำกิจวัตรประจำวันให้เหมาะสมกับโรคที่เป็นอยู่ ได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตนเมื่อเกิดอาการข้างเคียงจากยา เช่นปวดศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน และจากการศึกษาพบว่า บุคคลที่ให้การสนับสนุนข่าวสารแก่เด็กคือญาติร้อยละ 36 แม้เด็กในวัยเรียนเป็นวัยที่อยู่ในช่วงช่วยเหลือตนเองได้เกือบเท่าผู้ใหญ่ สามารถทำกิจกรรม ดูแลตัวเองได้ เนื่องจากกลุ้มเนื้อและประสาทสัมผัสมีการทำงานที่ประสานกันดีขึ้น ผู้ดูแลจึงเป็นเพียงผู้ให้คำปรึกษาและคำแนะนำ (ทิพย์ภา เชมฐ์เขาวลิต, 2541) ส่วนพยาบาลและแพทย์ ร้อยละ 14 และ 9 ตามลำดับ สัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่มีสุขภาพ เป็นปัจจัยหนึ่งที่จะก่อให้เกิดความร่วมมือในการรักษา การเชื่อถือ และไว้วางใจ (Wald et al., 2004) นอกจากนั้น เด็กได้รับความช่วยเหลือเรื่องการเงิน มีคนอยู่เป็นเพื่อนและคอยช่วยเหลือเมื่อเจ็บป่วย ได้รับการพาไปตรวจตามแพทย์นัด ได้รับการช่วยเหลือในเรื่องการเรียน ได้รับการดูแลให้รับประทานอาหารที่มีประโยชน์

สอดคล้องกับการศึกษาของ Gordillo และ คณะ (1999) พบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัส มารยาท วงศานุตร (2539) พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย สอดคล้องกับการศึกษาของ House (1981) คือ การที่บุคคลได้รับความช่วยเหลือจากเครือข่ายทางสังคมในด้าน จิตใจ อารมณ์ วัตถุประสงค์ของ รวมถึงการช่วยเหลือด้านแรงงาน การเงิน ด้านข้อมูลข่าวสารต่าง ๆ และด้านการประเมินคุณค่าในตนเอง ส่งผลให้ผู้ที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี มีความผาสุกในชีวิต

ข้อจำกัดในการวิจัย

การเก็บข้อมูลกลุ่มตัวอย่างเด็กวัยเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวี โรงพยาบาลศูนย์ ภาควิทยาได้ ต้องใช้ระยะเวลาเนื่องจากแต่ละโรงพยาบาลจะนัดผู้ป่วยมาสัปดาห์ละ 1 ครั้ง และบางโรงพยาบาลมีวันนัดผู้ป่วยตรงกัน และ เด็กบางคนไม่ได้มารับบริการเองให้ญาติ หรือ ผู้ดูแลมารับยาแทน นอกจากนั้น การเก็บข้อมูลกลุ่มตัวอย่างในแต่ละโรงพยาบาลมีรูปแบบการให้บริการที่แตกต่างกัน การเก็บข้อมูลจึงต้องปรับให้เข้ากับการให้บริการในแต่ละแห่ง

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

1. การส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาในเด็กติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ช่วยลดการดื้อยา ลดอัตราการตาย และช่วยทำให้คุณภาพชีวิตของเด็กที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ในบริบทภาคใต้ดีขึ้น ดังนั้นงานวิจัยเรื่องนี้จึงเป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลเพื่อส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาเด็กวัยเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวี ทั้ง 6 ด้าน ได้แก่ การรับมือกับต่อสู้อาชีพ กิจกรรมและการออกกำลังกาย โภชนาการ การจัดการความเครียด สัมพันธภาพระหว่างบุคคล และการพัฒนาจิตวิญญาณ
2. สัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพ เป็นปัจจัยหนึ่งที่จะก่อให้เกิดความร่วมมือในการรักษา การเชื่อถือ และไว้วางใจ ควรมีการจัดกิจกรรมเพื่อส่งเสริมสัมพันธภาพระหว่างเด็กติดเชื้อเอชไอวีกับเจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพให้การรักษาและดูแลเด็กเพื่อก่อให้เกิดความไว้วางใจ และส่งผลต่อความร่วมมือในการรักษาต่อไปในอนาคต
3. เด็กติดเชื้อเอชไอวีมักมีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง บิดามารดาของเด็กอาจป่วยหรือเสียชีวิต เด็กมักได้รับการดูแลจากญาติ หากผู้ดูแลมีความผูกพัน หรือ สัมพันธภาพที่ดี และมีความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับตัวเด็กและโรคที่เด็กเป็นอยู่ ย่อมส่งผลให้เด็กได้รับการดูแลเอาใจใส่เป็นอย่างดี รวมทั้งมีโอกาสได้รับการรักษาที่ต่อเนื่อง ดังนั้นในการจัดกิจกรรมการพยาบาล ควรให้ความสำคัญต่อครอบครัว ซึ่งเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่สำคัญของเด็ก โดยให้ครอบครัวได้มีส่วนร่วมในการดูแลเด็กเมื่อมารับบริการที่โรงพยาบาล

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาปัจจัยทำนาย และศึกษาเชิงทดลองในการเสริมสร้างความร่วมมือในการรักษาทั้ง 6 ด้าน ทั้งด้านการรับมือกับต่อสู้อาชีพ ด้านกิจกรรมและออกกำลังกาย ด้านโภชนาการ ด้านการจัดการความเครียด ด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล และ ด้านพัฒนาจิตวิญญาณ
2. ควรมีการศึกษาปัจจัยอื่น ๆ ซึ่งอาจมีอิทธิพลต่อความร่วมมือในการรักษาเด็กวัยเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวี เช่น การเปิดเผยความจริง (Disclosure)

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

รายการอ้างอิง

ภาษาไทย

- กนกวรรณ วิลาวัณย์, ศศิธร ฉัตรสง่า และอัมพิกา สุทัศนจิตพงษ์. (2549). **ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เกี่ยวกับโรคและยาของผู้ปกครองผู้ป่วยเด็กติดเชื้อเอชไอวีกับความร่วมมือในการใช้ยาในผู้ป่วยเด็กติดเชื้อเอชไอวี**. ณ สถาบันสุขภาพเด็ก แห่งชาติมหาสารคาม. โครงการปริญญาโท สาขาวิชาเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, สมาคมโรคเอดส์แห่งประเทศไทย และ สมาคมโรคติดต่อในเด็ก. (2550). **แนวทางการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี และ ผู้ป่วยเอดส์ในประเทศไทย ปีพ.ศ. 2549/2550**. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมการเกษตรแห่งประเทศไทย.
- กนิษฐา ถนัดกิจ. (2545). **ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลเด็กวัยก่อนเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวี**. วิทยานิพนธ์ ปริญญาโท สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- กุลกัญญา โชคไพบูลย์กิจ. (2548). การใช้ยาต้านไวรัสในเด็กติดเชื้อเอชไอวี. ใน ทวี โชติพิทยสุนนท์ (บรรณาธิการ), **หลักสูตรการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูกสำหรับบุคลากร (Clinical PMTCT Training Program)**, หน้า 152 – 169. (ม.ป.ท.)
- กุลกัญญา โชคไพบูลย์กิจ. (2550). **การเปิดเผยสภาวะการติดเชื้อเอชไอวีแก่เด็กและบทบาทของกุมารแพทย์**. สถาบันเด็กแห่งชาติมหาสารคาม กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุขและภาควิชากุมารเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล ร่วมกับศูนย์ความร่วมมือไทยสหรัฐ ด้านสาธารณสุข. (เอกสารอัดสำเนา)
- กุลธิดา พานิชกุล. (2536). **ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการ การสนับสนุนทางสังคม และการปรับตัวของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อตาย**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- งามทิพย์ ชนบดีเฉลิมรุ่ง. (2545). **ความสัมพันธ์ระหว่างระยะเวลาที่เจ็บป่วย ความรุนแรงของอาการ ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย การสนับสนุนทางสังคม และการปรับตัวต่อความเจ็บป่วยในวัยรุ่นโรคมะเร็งเม็ดเลือดที่ได้รับเคมีบำบัด**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- จินตนาถ อนันต์วรณิชย์. (2545). การใช้อาต้านไวรัสเอดส์ ในผู้ป่วยเด็กที่ติดเชื้อเอชไอวี. ในศิษย์สัมพันธ์เจริญ, ทวี โชติพิทยสุนนท์ และ อุษษา ทิสยากร. (บรรณาธิการ), **โรคเอดส์ในเด็ก**. หน้า 265 – 279. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- จริยาวัตร คมพัยค์ม์, อุษาพร ชวลิตนิธกุล, ชุติมา อัดถากรโกวิท, ราตรี โอภาส, และ อรชร ณ ระนอง. (2541). **การรับรู้ความต้องการ และการปฏิบัติด้านสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและครอบครัว**. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- จริยาวัตร คมพัยค์ม์, กรรณิการ์ วิจิตรสุคนธ์, พัฒนา วันพิน และ นิภาภรณ์ ไชยศิริพันธ์. (2545). **ชะตาชีวิตของเด็กที่มีมารดาติดเชื้อเอชไอวี**. *วารสารสภาการพยาบาล* 17: 1-18.
- จามจรี แซ่หลู่. (2543). **การรับรู้สุขภาพและการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่ดำรงชีวิตอยู่ได้มากกว่า 7 ปี**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
- จันทนา พงษ์สมบุญ. (2539). **ปัจจัยที่มีผลกระทบต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- จันทน์ จันทท่าจีน. (2548). **ผลของโปรแกรมการจัดการกับอาการต่อความร่วมมือในการรักษาของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับยาต้านไวรัส**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- จูไร อภัยจิรรัตน์. (2540). **บทความวิชาการ: ความต้องการดูแลตนเองของเด็กติดเชื้อเอชไอวี**. *วิทยาสารพยาบาล วิทยาลัยพยาบาล สภาวิชาชีพ 22(3)*, 186- 192.
- ชีษณุ พันธุ์เจริญ, ทวี โชติพิทยสุนนท์, และ อุษา ทิสยากร (บรรณาธิการ). (2545). **โรคเอดส์ในเด็ก**. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ณัฐกฤษ ฉายเสมแสง. (2542). **ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของข้าราชการทหารประจำการจังหวัดลพบุรี**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ดารณี จามจรี, จิราภรณ์ ยาชมภู, และ อัญชลี พูลทาจักกร. (2546). **การบริหารจัดการระบบการให้บริการสุขภาพเพื่อการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง**. ใน สำนักการพยาบาลกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, **การดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยโรคเอดส์** หน้า 133
- ตรีพร ชุมศรี. (2548). **ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้ความสามารถของตนเอง และอิทธิพลระหว่างบุคคล กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นภาคใต้**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ทวี โชติพิทยสุนนท์. (2540). **ระบาดวิทยาอาการทางคลินิกและการวินิจฉัยโรคเอดส์ในเด็ก**. ใน อุษา ทิสยากร, ทวี โชติพิทยสุนนท์ (บรรณาธิการ), *Update on Pediatric Infectious Diseases*, 187-195. กรุงเทพฯ: ชัยเจริญ.

- ทินมณี ทิพย์ปัญญา. (2547). **ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ และการรับรู้เกี่ยวกับยาต้านไวรัส เอดส์กับความมีวินัยในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคเอดส์ จังหวัดเชียงใหม่.**
วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาวิชาการสาธารณสุข มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ธัญวีร์ ภูธนกิจ. (2546). การใช้ยาต้านไวรัสในผู้ป่วยเด็กที่ติดเชื้อเอชไอวี. ใน วรวิทย์ เล่าห์เรณู, ณัฐพงษ์ อัครผล อรรถวุฒิ ดีสมโชค บรรณานิการ, **ประชุมวิชาการประจำปี 2546 คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่**, หน้า 26-31. เชียงใหม่: ฅนบรรณการพิมพ์
- นภาพรรณ วิริยะศิริกุล, บุษกร พันธุ์เมธาฤทธิ์ และวันฉวี วิรุฬห์พานิช. (2549). อิทธิพลของ สัมพันธภาพในครอบครัวและภาวะการดูแลต่อพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลเด็กวัยเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวี. **วารสารโรคเอดส์**, 18: 150 – 160.
- นิศารัตน์ เขตวรรณ. (2543). **การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเองและความซึมเศร้าของผู้ติดเชื้อเอชไอวี.** วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ .
- เบญจวรรณ ทองส่งแสง. (2547). **ปัจจัยคัดสรรกับความหวังของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับยาต้านไวรัสเอดส์.** วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- เบญจลักษณ์ สีเกิดพงษ์. (2547). **ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความเชื่อด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคมและพฤติกรรมสุขภาพของเด็กวัยเรียนโรคธาลัสซีเมีย.**
วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ปวีณา ชื่นจิตร์. (2548). **ปัจจัยที่มีความร่วมมือในการรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ จ.ราชบุรี.** วิทยานิพนธ์ปริญญาโท มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ไปรมาษณ์ บิณฑจิตต์. (2544). **การศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี.**
วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ประณีต ส่งวัฒนา และ พรทิพย์ ลีลาอนันตกุล. (2546). เทคนิคการถ่ายทอดความรู้ ข้อมูล และการสื่อสาร ในการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยโรคเอดส์. ในสำนักการพยาบาล กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข **การดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยโรคเอดส์**, หน้า 81 – 108.

- ประณีต ส่งวัฒนา, ประนอม หนูเพชร และ ขวัญตา บาลทิพย์. (2547). การติดตามและประเมินผล การดำเนินงานภายใต้โครงการพัฒนาระบบบริการดูแลผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์อย่าง ครบถ้วนต่อเนื่องเขตภาคใต้ ปีงบประมาณ 2545 : มิติของผู้ให้บริการ. **วารสารโรคเอดส์**; 16: 27-48.
- พรชัย เรือนสิทธิ์. (2545). **พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพจิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี**. การค้นคว้า แบบอิสระมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลจิตและการพยาบาลจิตเวช.
- พรพรรณ วรรณฤทธิ์ และ อัจฉรา ฟองคำ. (2548). การประเมินผลกระทบบททางกาย จิตวิทยาสังคม ของเด็กที่ติดเชื้อ เอชไอวีที่ได้รับยาต้านไวรัสในโครงการ HAART โรงพยาบาลลำพูน. **วารสารโรคเอดส์**, 17: 13 – 19.
- พีรมน นิงสานนท์. (2547). **สรุปบทเรียนการส่งเสริมการรับประทายต้านไวรัสเอดส์ อย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอสำหรับผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์**. สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ ชุมชุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- เพณินาท์ โอเบอร์ดอร์เฟอร์. (2548). การช่วยเหลือเด็กวัยรุ่นให้มีวินัยในการกินยาต้านไวรัส เอชไอวี. **วารสารกุมารเวชศาสตร์** (กรกฎาคม – กันยายน): 159 – 164.
- เพณินาท์ โอเบอร์ดอร์เฟอร์. (2548). อุปสรรคของการเปิดเผยสภาวะการติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ใน เด็กไทย. **วารสารกุมารเวชศาสตร์**, (กรกฎาคม – กันยายน): 176 – 180.
- พัชรี ตั้งตุลยางกูร. (2540). **โภชนาการสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์**. กรุงเทพมหานคร: บานิวส์พับลิเคชั่น.
- พูนทรัพย์ ไสภารัตน์. (2546). การพยาบาลผู้ติดเชื้อที่ได้รับยาต้านไวรัสเอดส์. ใน **สำนักการพยาบาล กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, การดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยโรค เอดส์**. หน้า 73–79.
- ภัทรา แสงแก้ว. (2548). ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ความเชื่อ ประสิทธิภาพ และการรับรู้อุปสรรคใน การจัดการกับความปวดกับการปฏิบัติการพยาบาลในการจัดการกับความปวดในผู้ป่วยหลัง ผ่าตัดของพยาบาล. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- มูลนิธิพัฒนาเครือข่ายเอดส์ สำนักงานภาคอีสาน, มูลนิธิเข้าถึงเอดส์, และองค์การหมอไร้พรมแดนเบล เยียม. (2546). **การดูแลเด็กที่ได้รับผลกระทบจากเอดส์**. (พิมพ์ครั้งที่ 2). ม.ป.ท.
- เยาวลักษณ์ เสรีเสถียร. (2543). **ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่ของการ เป็นมารดาในระยะตั้งครรภ์ของหญิงวัยรุ่น**. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาวิชา พยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

- ยุคุณธร ทองรัตน์. (2541). **การศึกษาการรับรู้ภาวะสุขภาพกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของเด็กโรคธาลัสซีเมีย วัยเรียนตอนปลาย**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลแม่และเด็ก มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ระพีณ ผลสุข และ นรลักษณ์ เอื้อกิจ. (2550). ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด. **วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย**. 19(1) มกราคม – เมษายน: 109 -120.
- ลดดาพร ทองสง และ มัณฑนา ไทยแท้. (2546). **การศึกษาปัจจัยส่วนบุคคล การรับรู้ประโยชน์การรับรู้อุปสรรคกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของนักเรียนวัยรุ่นระดับมัธยมศึกษา**
- วันทนา มณีศรีวงศ์กุล. (2547). การสังเคราะห์ความรู้เกี่ยวกับความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านเอชไอวี. ใน พิระมน ینگสานนท์, สัญชัย ชาสมบัติ, ธิดาพร จิรวัดนะไพศาล และ สุวณีย์ ใหม่สุวรรณ (บรรณาธิการ), **สรุปบทเรียนการส่งเสริมการรับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวีอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอสำหรับผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอชไอวี**, หน้า 9 – 20 .
- วันทนา มณีศรีวงศ์กุล. (2547). นวัตกรรมในการส่งเสริมความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวี. ใน สำนักงานพยาบาล กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, **การอบรม “ การพัฒนาระบบบริการพยาบาลดูแลรักษาผู้ติดเชื้อ HIV / AIDS”**, หน้า 93 – 104.
- วันทนา มณีศรีวงศ์กุล และ อรรณพ นีรัญดิษฐ์. (2549). ทบทวนความรู้เกี่ยวกับความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัส. ใน พัชรี ชันติพงษ์ และ คณະ (บรรณาธิการ), **แนวทางการติดตามและส่งเสริมการรับประทานยาต้านไวรัสอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอและต่อเนื่อง**. หน้า 13 – 27.
- วัลยา ธรรมพินิจวัฒน์, นฤภาค บุญฤทธิภักดิ์ และสมถวิล อัมพรอารีกุล. (2549). การดูแลให้เด็กที่ติดเชื้อเอชไอวีได้รับยาต้านไวรัสต่อเนื่องสม่ำเสมอ. **วารสารพยาบาลศาสตร์**, 24 (3), 79 – 89.
- วิชาญ วิทยาศัย, ประคอง วิทยาศัย. (2540). **เวชปฏิบัติในผู้ติดเชื้อเอชไอวี**. พิมพ์ครั้งที่ 2. เชียงใหม่: โอเอสพริ้นติ้งเฮาส์.
- วิทยา เพ็ชรดาชัย. (2547). การรักษาเด็กติดเชื้อเอชไอวีด้วยยาต้านไวรัสในบริบทของทรัพยากรที่จำกัด. **วารสารกุมารเวชศาสตร์**, 43 (ตุลาคม – ธันวาคม): 257 - 265.
- วิภารัตน์ แสงสุวรรณ. (2541). **ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับการปรับตัวของเด็กป่วยวัยรุ่นโรคเรื้อรัง**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลแม่และเด็กมหาวิทยาลัยมหิดล.

- วิลาวัณย์ เสนารัตน์, ประยงค์ ลิ้มตระกูล, ธนารักษ์ สุวรรณประพิศ, ชมนาด พจนามาตร์, และดา
ราวรรณ ต๊ะปิ่นตา. 2542. **การพัฒนาศักยภาพบุคคล ครอบครัว และชุมชนในการ
ปรับตัวต่อการเจ็บป่วยและเสียชีวิตจากโรคเอดส์**. รายงานการวิจัย.
- วีณา จีระแพทย์. (2549). **ปรัชญาและแนวคิดการพยาบาลเด็กและบทบาทในการดูแล
สุขภาพเด็กของพยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง**. คณะพยาบาลศาสตร์
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. (เอกสารอัดสำเนา).
- วีณา พร้อมประเสริฐ. (2549). การติดตามความสม่ำเสมอในการรับประทานยาของผู้ป่วยติดเชื้อ
เอชไอวี. **วารสารโรคเอดส์**, 18: 79 – 88.
- วีรยา จึงสมเจตไพศาล. (2537). **ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพกับพฤติกรรม
การดูแลตนเองของเด็กวัยเรียนโรคหัวใจรูห์มาติก**. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต
สาขาวิชาการพยาบาลแม่และเด็ก มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ศรีเรื่อน กังศดา. (2540). **จิตวิทยาพัฒนาการชีวิตทุกช่วงวัย แนวคิดเชิงทฤษฎี – วัยเด็ก
ตอนกลาง**. (พิมพ์ครั้งที่ 7). กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- สมจิตร์ ตูลาทอง. (2547). **ปัจจัยที่มีผลต่อการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอของผู้ป่วยที่ได้รับ
ยาต้านไวรัสเอดส์**. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาล อนามัยชุมชน
มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สมโภชน์ เตียมสุภาษิต. (2549). **ทฤษฎีและเทคนิคการปรับพฤติกรรม**. พิมพ์ครั้งที่ 5.
โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย: กรุงเทพมหานคร.
- สมหมาย สุพรรณภพ. (2541). **ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมด้านสุขภาพของนักเรียนชั้น
ประถมปีที่6ใน จังหวัดสุรินทร์**. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาล
ศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สมหมาย หิรัญนุช. (2546). บทบาทและสมรรถนะของพยาบาลในการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและ
ผู้ป่วยโรคเอดส์. ใน **สำนักการพยาบาล กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, การดูแลรักษา
ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยโรคเอดส์** หน้า 54 – 60.
- สมัยพร อาซาล. (2543). **ความเชื่อด้านสุขภาพและความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วย
วัณโรค**. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และ
ศัลยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สัจจา ทาโต. (2549). **เอกสารคำสอนรายวิชา วิธีวิทยาการวิจัยทางพยาบาลศาสตร์**.
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. (เอกสารอัดสำเนา)

สัญญาชัย ขาสมบัติ, ชีวพันธ์ เลิศพิริยสุวัฒน์ และพรทิพย์ ยุกตานนท์, (บรรณาธิการ). (2546).

แนวทางการปฏิบัติงาน โครงการพัฒนาระบบบริการและติดตามผลการรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ด้วยยาต้านไวรัสเอดส์. กรุงเทพมหานคร:

โรงพิมพ์เจเอสการพิมพ์.

สุชา จันทน์อม . (2543). **จิตวิทยาเด็ก.** กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์ไทยวัฒนาพานิช .

สุธิตา ล่ามช้าง และจุฑามาศ ไชติบาง. (2544). **การรับรู้ความเจ็บป่วยของผู้ป่วยเด็กวัย**

เรียน. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

สุนีย์ สุนทรมีเสถียร. (2548). **การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่ก่อให้เกิด**

ความเครียดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย การสนับสนุนทางสังคม กับ การปรับตัวต่อ บทบาทผู้ป่วย และการเป็นมารดาของมารดาที่ติดเชื้อเอชไอวี.

โครงการอุดหนุนวิจัยจากสำนักนโยบายและแผนอุดมศึกษา มหาวิทยาลัยมหิดล.

สุรีย์ จินเรือง และ วิภาศิริ นราพงษ์. (2548). **พฤติกรรมการดูแลตนเองของเด็กวัยเรียนใน**

โรงเรียนสังกัด เทศบาลเมือง จังหวัดสระบุรี. งานวิจัยวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สระบุรี.

สำนักกระบวนวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข . **วิเคราะห์สถานการณ์เอดส์ไทย**

รายงาน ณ วันที่ 31 ธันวาคม 2549 . from http://aidsthai.org/sathana_050131.html

เสาวรี เขียมละออ. (2544). **คุณภาพชีวิตของเด็กกำพร้าที่ติดเชื้อเอชไอวี.** วิทยานิพนธ์

ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลแม่และเด็ก มหาวิทยาลัยมหิดล.

ศิริมา วงศ์แหลมทอง. (2542). **ปัจจัยส่วนบุคคล การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริม**

สุขภาพของผู้สูงอายุ. วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ บัณฑิต มหาวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

ศิริวรรณ สันทัด. (2549). **การพัฒนาศักยภาพด้านพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของมารดาที่**

ติดเชื้อเอชไอวี. โครงการอุดหนุนวิจัยจากสำนักนโยบายและแผนอุดมศึกษา

มหาวิทยาลัยมหิดล.

อารีย์ มั่งเกียรติสกุล. (2543). **การสนับสนุนทางสังคมและการปรับตัวของวัยรุ่นโรคเอดส์.**

วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลแม่และเด็ก มหาวิทยาลัยมหิดล.

อรัญญา เชาวลิต และ คณะ. (2537). **บทบาทพยาบาลในการป้องกันและควบคุมการ**

แพร่กระจายเชื้อ และ การดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์. ใน **วิจิตร ศรีสุพรรณ** (บรรณาธิการ). **การพยาบาลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์.** คณะพยาบาลศาสตร์

มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

อภิญา ปานชูเชิด. (2547). **ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล แรงสนับสนุนทางสังคมการรับรู้สมรรถนะของตนเองกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของนักเรียนวัยรุ่นเขตกรุงเทพฯ.** วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

อุษา ทิสยากร. (2542). **การอบรมกุมารเวชศาสตร์ ระยะเวลาสั้นเฉลิมพระเกียรติ “Evidence Base Pediatric Practice”.** กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ภาษาอังกฤษ

Abrams, B., et al. (1993). A prospective study of dietary intake and acquired Immune deficiency syndrome in HIV – seropositive homosexual men. *J Acquir Immune Defic Syndr*; 6: 949 – 958.

Bachanas P.J., et al. (2001). Predictors of psychological adjustment in school age children infected with HIV. *J Pediatr Psychol* 133: 21-30.

Bandura, A. (1986). **Social Foundation of Thought and Action: A Social Cognitive Theory.** Eaglewood Cliffs: Prentice-Hall.

Bandura, A. (1997). **Self-efficacy the exercise of control.** United State of America: W.H. Freeman.

Bartlett, J.G. (2003). **Antiretroviral Therapy** [Online]. Available from: www.hopkins_aids.edu/pulbications/book203MMHIV4to5.pdf

Bockhorst, J.L., Kssey, I., and Toye, M. (2003). Evidence of HIV – associated liver lipodystrophy syndrome in children treated with protease inhibitors. *Pediatr Infect Dis J* 22: 463 – 5.

Burn, N., & Grove, S. K. (2005). **The Practice of Nursing Research Conduct, Critique, and Utilization.** (5th ed). United States of America.

Callaghan, P., and Morrissey, J. (1993). Social and Health: A review. *Journal of Advanced Nursing* 18: 203 – 210.

Cantwel-McNelis, K., and Mames, C. W. (2002). Role of clinical pharmacist in outpatient HIV clinics. *Am J Health-Syst Pharm* 59: 447-52.

Caplan, G. (1974). **Support System and Community Mental Health.** New York: Lippincott Company.

- Centers for Disease in Children. Revised Classification System for Human Immunodeficiency Virus Infection in Children less than 13 years of age. (1994). **MMWR** 43: (RR-12):1-10.
- Chiling, L., and Rosemary J. L. (1999). Disclosure of the diagnosis of HIV/AIDS to children born of HIV infected mothers. **AIDS Patient Care STDS** 13: 41-5.
- Cohen, S., and Wills, S.L. (1985). Social Support and buffering hypothesis. **Psychological Bullitin** 98: 310-353.
- Connelly, C. E. (1987). Seal-Care and The Chronically Ill Patient. **The Nursing Clinics of North America** 22 (September): 621-629.
- Davidson O, Deutsch J, Godfrey D, Fisher M, Head, S Horne R, et al. (2002). Draft British HIV association (BHIVA) / Medical society for the study of venereal disease (MSSVD) guidelines on provision of adherence support to individuals receiving antiretroviral Therapy. Available from http://www.aidsmap.org/about/bhiva/bhiva_adherence.
- Desai, N., Mathur, M., and Weedon, J. (2003). Lactate levels in children with HIV/AIDS on highly active antiretroviral therapy. **AIDS** 17(10): 1565 – 1568.
- Dillman, D. A. (2000). **Mail and Internet Surveys: The Tailored Design Method**. (2nd ed). New York: John Wiley & Sons.
- Erikson, E. H. 1963. **Childhood and Society**. New York: W.W. Norton.
- Evans, R. (1989). **Albert Bandura: The man and his ideas – A dialogue**. New York :Praeger.
- Hill, L., and Smith, N. (1985). **Self – Care Nursing : Promotion of Health**. New Jersey :Prentice Hill.
- House, J. S. (1981). **Work stress and social support**. California: Addison – Wesley Publishing Company.
- House, J. S., and Kahn, R. L. (1985). Measures and concepts of social support. In S. Cohen & S.L. Syme (ed), **Social support and Health**, pp.83 – 108. Orlando: Academic Press.
- Instone, S. L. (2000). Perceptions of children with HIV infection, When Not Told For So Long: Implications for diagnosis disclosure. **Journal of Pediatric Health Care**, 14(5), 235-243.

- Joyce, A. M., and Marsh, H. (2004). Adherence to health recommendations after a cardiac rehabilitation programme in post myocardial infarction patients: The role of health beliefs, locus of control and psychological status. **Clinical Effectiveness in nursing** 8: 26 – 38.
- Joint United Nations Program on HIV/AIDS (UNAIDS) and World Health Organization (WHO). **AIDS epidemic update**: Dec.2006, Geneva, UNAIDS, WHO, Dec.2006.
- Kahn, R.L. (1979). Aging and social support. In M. W. Riley (ed.), **Aging from birth to death: Interdisciplinary perspectives**, pp.77-91. Colorado Boulder: Westview Press.
- Kaplan, B.H., Cassel, L. C., and Gore, S. (1977). Social support and health. **Medical Care** 15 (May): 47-58. Kazdin, A. E. (1974). Reactive self-monitoring: The effects of response desirability, goal setting, and feedback. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, 42, 704 – 714.
- Khuwatsamrit, K., Hanucharunkul, S., Chyun, D. A., Panpakdee. O., Tanomsup. S., and Viwatwongkasem. K. (2006). Social Support, Self-Efficacy, and Adherence to Self-Care Requirement in patient with Coronary Artery Disease. **Thai J Nurs Res** 10(3): 155 - 164.
- Kraisintu K, Eksaengsri A. (2004). **Availability and palatability of antiretroviral formulations appropriate for pediatric patients in Thailand.**XV International AIDS Conference July 11-16, Bangkok, Thailand. Abstract [B 10133]
- Lang, C. (1993). Positive Steps. **Journal of Nursing Times** 89(3), 54-55.
- Lustig, J.R. (1993). **Nutrition and HIV Infection.** **Asia Pacific Journal Clinical Nutrition** 2: 3-14.
- Manheimer, S., Friedland, G., Matts, J., Child, C., and Chesney, M. (2002). The consistency of adherence to antiretroviral therapy predicts biologic outcomes for Human Immunodeficiency Virus-infected persons in clinical trails. **Clinical Infectious Diseases** 34: 1115-1121.
- Maneesriwongul, W., & Tulathong, S. (2006). Adherence to Antiretroviral Medication Among HIV- Positive Patients in Thailand. **JAIDS** 43 (11): 119- 122.
- Marino, L. B., and Kooser, J. A.(1981). “ The Psychosocial care of cancer clients and their families: periods of high risk.” In L. B. Marino (ed.), **Cancer Nursing**, pp. 53 – 86.

- McElveen, P. (1978). Social Network. In D. C. Longo & R.A. Williams. (ed.), **Clinical practice in psychosocial nursing: assessment and intervention**, pp. 319 – 337. New York:Appleton – Century Crofts.
- Miller LG et al. (2003). **Knowledge of antiretroviral regimen dosing and adherence : a longitudinal study.**
- Murphy DA, Sarr M, Durako SJ, Moscicki AB, Wilson CM, and Muenx LR. (2003). Barriers to HAART adherence among human immunodeficiency virus infected adolescents. **Arch Pediatr Adolesc Med.** 157: 249-55.
- Naar-King, S., et al. (2006). Psychosocial Factors and Medication Adherence in HIV positive Youth.**AIDS PATIENT CARE and STDs** 20(1) : 44-47.
- Norbeck, J.S. (1982). The Use of Social Support in Clinical Practice. **Journal of Psychosocial Nursing and Mental health Service** 20: 20-29.
- Orem, D. E. (1985). **Nursing: concept of practice.** 3rd ed. New York: McGraw – Hill Book.
- Piaget, J. (1969). **The theory of stages of cognitive development.** New York: McGraw-Hill.
- Pender, NJ.(1987). **Health Promotion in nursing practice.** 2nd ed. New York: Appeton Century Croft.
- Pender, NJ.(1996). **Health Promotion in nursing practice.** 3rd ed. Stamford, C.T.:Appeton &Lange
- Pender, NJ. (2006). **Health Promotion in nursing practice.** 5th ed. New Jersey: Pearson Education.
- Perelson AS., Neumann AU., Markowitz M., and Leonard JM, Ho. DD. 1996. HIV-1 dynamics in vivo: virion clearance rate, infected cell span and viral generation time. **Science** 271:1582-6.
- Paterson, D.L., et al. (2000). Adherence to Protease inhibitor therapy and outcomes in patients with HIV infection. **Ann Intern Med** 133: 21- 30.
- Polit, D. F.,and Hungler, B.P. (1999). **Nursing Research: Principle an Method.** 6th ed. Philadelphia: Lippincott.
- Phipps, W.J., et al . (1991). **Medical- Surgical Nursing Concept and Clinical practice.** (4th ed.). U.S.A.: Mosby-Year Book.

- Schaefer, C., Coyne, J. C. and Lazarus, R. (1981). **Daily Nutritional Care Cancer Patient Nutrition and Cancer Etiology and Treatment**. New York: Raven Press.
- Schonfeld DJ. Child's cognitive understanding of illness. In: Lewis M, ed. (2002). **Child and Adolescent Psychiatry: A Comprehensive Textbook**. 3rd ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.1119 – 23.
- Sherer, M, et al. (1982). The self- efficacy scale: construction and validation. **Psychological Report**, 51. 663- 671.
- Stewart, MJ, et al., Insights from a nursing research program on social support. **Canadian Journal of Nursing Research** 29 (3): 93-110.
- Thronthike, R. M. (1978). **Correlational procedures for research**, p. 184. New York: Gardner Press.
- Tiden, V. P. (1985). Issue of conceptualization and measurement of social support in the construction of nursing theory. **Research in Nursing and Health** 8 (June): 201- 202.
- Thoits, P.A. (1986). Social support as coping assistance. **Journal of Consulting and Clinical Psychology** 54: 416-423.
- Utriayaprasit, K. (2004). Self-Efficacy: A Concept Analysis. **Journal Of Nursing Science** 22 (1) January – April.
- Virhinia M. Berrien, Juan C. Salazar, Elaine Reunolds & Kathleen McKaY. (2004). Adherence to Antiretroviral Therapy in HIV – Infected Pediatric Patients Improve with Home – Based Intensive Nursing Intervention. **AIDS PATIENT CARE and STDs** .18 (6).
- Watson DC, Farley JJ. (1999). Efficacy of and adherence to highly active antiretroviral therapy in children infected with human immunodeficiency virus type 1. **Pediatr Infect Dis J**. 18: 682 – 9 .
- Williams, A., Friedland, G. (1997). Adherence compliance and HAART. **AIDS Care** 9: 51 – 54.
- William, D.A. (1989). Nursing management of the child with AIDS. **Pediatric Nursing** 15(3): 259-261
- World Health Organization. (2000). Global AIDS Surveillance Part I & Part II. **Wkly Epidem Rec**. 75: 379 – 392.
- World Health Organization. (2002). Adherence to long-term therapies: evidence for action.

WHO. (2003). *Guidelines Scaling up antiretroviral therapy in resource limited settings : guidelines for a public health approach*. Geneva: World Health Organization.
Available at: http://www.who.int/hiv/pub/prev_care/en/arvrevision2003en.pdf
(accessed December 29, 2007).



ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



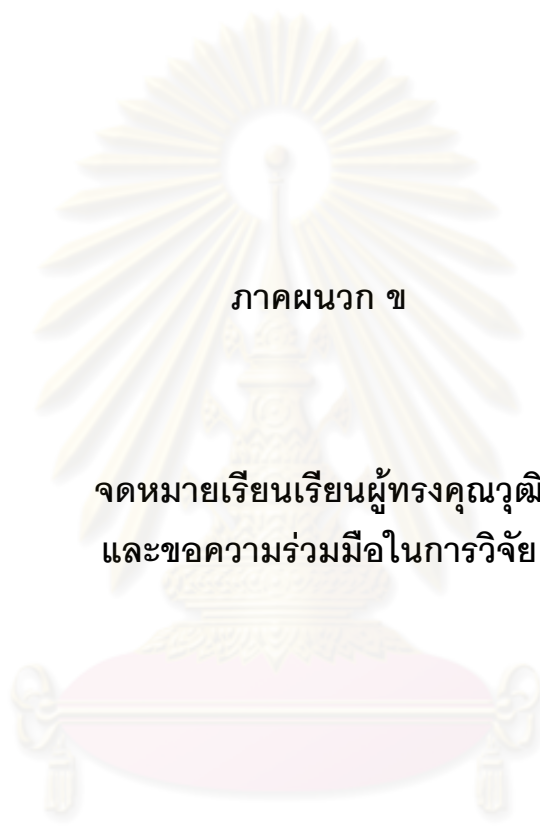
ภาคผนวก ก

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

รศ.ดร.จรียาวัตร คมพัยค์ษ์	คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ
รศ.นพ.ชัชฎา พันธุ์เจริญ	หัวหน้าหน่วยโรคติดเชื้อ ภาควิชากุมารเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ผศ.ดร.วันทนา มณีศรีวงศ์กุล	ผู้ช่วยคณบดีฝ่ายการพยาบาลด้านวิเทศสัมพันธ์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาริบัติ มหาวิทยาลัยมหิดล
อาจารย์ ดร.วัลยา ธรรมพนิชวัฒน์	อาจารย์ภาควิชาการพยาบาลกุมารเวชศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
นาง พิมพ์ศิริ เลี้ยวศรีสุข	พยาบาลวิชาชีพ 7 คลินิกภูมิคุ้มกัน สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก ข

จดหมายเรียนเรียนผู้ทรงคุณวุฒิ
และขอความร่วมมือในการวิจัย

ศูนย์วิทยพัทยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ที่ ศธ 0512.11/

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารวิทยกิตติ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

28 มกราคม 2551

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน คณบดีคณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ (ฉบับสังเขป) จำนวน 1 ชุด

2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางอรอนงค์ สาระท่า นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาของเด็กวัยเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ โรงพยาบาลศูนย์ภาคใต้” โดยมี ดร. นรลักษณ์ เอื้อกิจ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ ผศ.ดร.วันทนา มณีศรีวงศ์กุล เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
(รองศาสตราจารย์ ร.ต.อ.หญิง ดร. ยูพิน อังสุโรจน์)
คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน ผศ.ดร.วันทนา มณีศรีวงศ์กุล ผู้ช่วยคณบดีฝ่ายการพยาบาลด้านวิเทศสัมพันธ์ ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์
โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

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

อาจารย์ที่ปรึกษา อาจารย์ ดร.นรลักษณ์ เอื้อกิจ โทร. 02 – 2189824, 08-67832838

ที่อธิบดี นางอรอนงค์ สาระท่า โทร. 089 - 7289765

ที่ ศธ 0512.11/

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารวิทยกิตติ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

28 มกราคม 2551

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

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

เนื่องด้วย นางอรอนงค์ สาระท่า นิสิตชั้นปริญญาโทมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาของเด็กวัยเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ โรงพยาบาลศูนย์ภาคใต้” โดยมี ดร. นรลัทขณ์ เอื้อกิจ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ ดร.วัลยา ธรรมพนินชวัฒน์ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่ นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
(รองศาสตราจารย์ ร.ต.อ.หญิง ดร. ยุพิน อังสุโรจน์)
คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน ดร.วัลยา ธรรมพนินชวัฒน์ อาจารย์ภาควิชาการพยาบาลกุมารเวชศาสตร์
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

งานบริการการศึกษา โทร. 0-2218-9825 โทรสาร 02-218-9806

อาจารย์ที่ปรึกษา อาจารย์ ดร.นรลัทขณ์ เอื้อกิจ โทร. 02 – 2189824, 086-7832838

ที่อนิสิต นางอรอนงค์ สาระท่า โทร. 089-7289765

ที่ ศธ 0512.11/

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารวิทยกิตติ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

28 มกราคม 2551

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการสถาบันเด็กแห่งชาติตีมหาราชนี

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

เนื่องด้วย นางอรอนงค์ สาระท่า นิสิตชั้นปริญญาโทมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาของเด็กวัยเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ โรงพยาบาลศูนย์ภาคใต้” โดยมี ดร. นรลัทขณ์ เอื้อกิจ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ นางพิมพ์ศิริ เลี้ยวศรีสุข เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่ นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
(รองศาสตราจารย์ ร.ต.อ.หญิง ดร. ยุพิน อังสุโรจน์)
คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

<u>สำเนาเรียน</u>	นางพิมพ์ศิริ เลี้ยวศรีสุข พยาบาลวิชาชีพ 7 คลินิกภูมิคุ้มกัน สถาบันสุขภาพเด็ก แห่งชาติตีมหาราชนี
<u>งานบริการการศึกษา</u>	โทร. 0-2218-9825 โทรสาร 02-218-9806
<u>อาจารย์ที่ปรึกษา</u>	อาจารย์ ดร.นรลัทขณ์ เอื้อกิจ โทร. 02 – 2189824, 086-7832838
<u>ที่อนิสิต</u>	นางอรอนงค์ สาระท่า โทร. 089-7289765

ที่ ศธ 0512.11/

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารวิทยกิตติ์ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

28 มกราคม 2551

เรื่อง ขอลเรียนเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน รศ.ดร. จริยาวัตร คมพัยค์ษ์

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ (ฉบับสังเขป) จำนวน 1 ชุด

2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางอรอนงค์ สาระท่า นิสิตชั้นปริญญาโทมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาของเด็กวัยเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ โรงพยาบาลศูนย์ภาคใต้” โดยมี ดร. นรลักษ์ณธ์ เอื้อกิจ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อขอเรียนเชิญท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ร.ต.อ.หญิง ดร. ยุพิน อังสุโรจน์)

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

รศ.ดร.จริยาวัตร คมพัยค์ษ์ คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียว
เฉลิมพระเกียรติ

งานบริการการศึกษา

โทร. 0-2218-9825 โทรสาร 02-218-9806

อาจารย์ที่ปรึกษา

อาจารย์ ดร.นรลักษ์ณธ์ เอื้อกิจ โทร. 02 – 2189824, 086-7832838

ที่อนิสิต

นางอรอนงค์ สาระท่า โทร. 089-7289765

ที่ ศธ 0512.11/

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารวิทยกิตติ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

28 มกราคม 2551

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน คณบดีคณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

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

เนื่องด้วย นางอรอนงค์ สาระท่า นิสิตชั้นปริญญาโทมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาของเด็กวัยเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ โรงพยาบาลศูนย์ภาคใต้” โดยมี ดร. นรลักขณ์ เอื้อกิจ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ ชิชณุ พันธุ์เจริญ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ร.ต.อ.หญิง ดร. ยุพิน อังสุโรจน์)

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ ชิชณุ พันธุ์เจริญ หัวหน้าหน่วยโรคติดเชื้อ
ภาควิชากุมารเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

งานบริการการศึกษา โทร. 0-2218-9825 โทรสาร 02-218-9806

อาจารย์ที่ปรึกษา อาจารย์ ดร.นรลักขณ์ เอื้อกิจ โทร. 02 – 2189824, 086-7832838

ชื่อนิสิต นางอรอนงค์ สาระท่า โทร. 089-7289765



ภาคผนวก ค

เอกสารการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างและ
ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
 วิทยาลัยวิทยาศาสตร์สาธารณสุข จุฬาฯ อาคารสถาบัน 2 ชั้น 4 ซอยจุฬาลงกรณ์ 62 ถนนพญาไท
 เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 โทรศัพท์: 0-2218-8147 โทรสาร: 0-2253-2395 E-mail: irbcu@yahoo.com

COA No. 020/2551

เอกสารรับรองโครงการวิจัย

โครงการวิจัยที่ 01201/51 : ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาของเด็กวัยเรียนที่คิด
 เชื้อเฮช ไอ วีเอดส์ โรงพยาบาลศูนย์ภาคใต้
 ผู้วิจัยหลัก : นางอรอนงค์ สาระท่า นิสิตระดับมหาบัณฑิต
 หน่วยงาน : คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
 อนุมัติในแง่จริยธรรมให้ดำเนินการศึกษาวิจัยเรื่องดังกล่าวได้

ลงนาม.....
 (ศาสตราจารย์ นายแพทย์ปริดา ทักมประดิษฐ์)
 ประธาน

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

วันที่รับรอง : 6 มีนาคม 2551

วันหมดอายุ : 5 มีนาคม 2552

เงื่อนไข

1. หากใบรับรองหมดอายุ การดำเนินการวิจัยต้องยุติ เมื่อต้องการต่ออายุต้องขออนุมัติใหม่ล่วงหน้าไม่น้อยกว่า 1 เดือน เว้นใจ
2. ต้องดำเนินการวิจัยตามที่ระบุไว้ในโครงการวิจัยอย่างเคร่งครัด
3. ใช้เอกสารข้อมูลสำหรับอาสาสมัคร/ประชากรตัวอย่าง, ใบยินยอม, และเอกสารเชิญเข้าร่วมวิจัย (ถ้ามี) เฉพาะที่ประทับตรา
 ของคณะกรรมการเท่านั้น แล้วส่งสำเนาในแรกที่ใช้อีกสารดังกล่าวมาที่คณะกรรมการฯ
4. หากเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ร้ายแรง ต้องรายงานคณะกรรมการฯ ภายใน 5 วันทำการ
5. หากมีการเปลี่ยนแปลงการดำเนินการวิจัย ให้ส่งคณะกรรมการฯ พิจารณารับรองก่อนดำเนินการ
6. โครงการวิจัยไม่เกิน 1 ปี ส่งบทคัดย่อผลการวิจัยในรูปแบบ CD ภายใน 30 วัน เมื่อโครงการวิจัยเสร็จสิ้น
7. โครงการวิจัยเกิน 1 ปี ส่งรายงานความก้าวหน้าการวิจัยทุกปี เมื่อโครงการวิจัยเสร็จสิ้นแล้ว ส่งบทคัดย่อผลการวิจัยในรูปแบบ
 CD ภายใน 60 วัน

ใบตกลงเข้าร่วมการวิจัย (Assent form)

วันที่.....

ชื่อ-นามสกุล..... อายุ..... ปี อยู่บ้านเลขที่..... ซอย หมู่ที่.....

แขวง/ตำบล..... เขต/อำเภอ..... จังหวัด.....

ข้าพเจ้าได้รับทราบข้อมูลเบื้องต้นเกี่ยวกับการวิจัยเรื่อง “ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาเด็กป่วยวัยเรียน โรงพยาบาลศูนย์ภาคใต้” เป็นการวิจัย เพื่อศึกษาการรับรู้ภาวะสุขภาพ การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้สมรรถนะแห่งตน การสนับสนุนทางสังคมและความร่วมมือในการรักษา โดยให้ช่วยตอบแบบสอบถามจำนวน 1 ชุด โดยมีแบบสอบถาม 5 ส่วน เพื่อนำผลการวิจัยนี้ไปเป็นแนวทาง ในการพัฒนากิจกรรมความร่วมมือในการรักษาเด็กป่วยวัยเรียนต่อไป

ข้าพเจ้ามีสิทธิ์ที่เข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ หรือจะปฏิเสธไม่เข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ แม้ว่าผู้ปกครองหรือพ่อแม่จะให้เข้าร่วมวิจัยนี้ก็ตาม และหากข้าพเจ้าเข้าร่วมการวิจัยนี้ ข้าพเจ้ามีสิทธิ์ที่จะบอกเลิกการเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ได้ ซึ่งการบอกเลิกการเข้าร่วมวิจัยนี้จะไม่มีผลต่อการศึกษา หรือรักษาพยาบาลที่ข้าพเจ้าจะได้รับต่อไป

ผู้วิจัยรับรองกับข้าพเจ้าว่า จะเก็บข้อมูลเฉพาะที่เกี่ยวกับข้าพเจ้าเป็นความลับและจะเปิดเผยได้ในรูปที่เป็นสรุปผลการวิจัยหรือการเปิดเผยข้อมูลต่อผู้มีหน้าที่เกี่ยวข้องกับการสนับสนุนและกำกับ การดูแลวิจัย

ข้าพเจ้าทราบและเข้าใจหนังสือยินยอมนี้โดยตลอดแล้ว โดยความเห็นชอบของผู้ปกครองของข้าพเจ้าจึงได้



ตกลงเข้าร่วมในการวิจัยนี้

ไม่ตกลงเข้าร่วมในการวิจัยนี้

ลงชื่อ..... ผู้ยินยอม (ผู้ป่วย)

ลงชื่อ..... ผู้ยินยอม (ผู้ปกครอง)

ลงชื่อ..... พยาน

ลงชื่อ..... พยาน

คำอธิบายโครงการวิจัย (สำหรับเด็ก)

การวิจัยเรื่อง : ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาเด็กป่วยวัยเรียน
โรงพยาบาลศูนย์ภาคใต้

ชื่อผู้วิจัย : นางอรอนงค์ สาระท่า นิสิตปริญญาโท สาขาการพยาบาลเด็ก
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาความร่วมมือในการรักษาของเด็กป่วยวัยเรียน
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่ได้เลือกมา ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ในการรักษา การรับรู้อุปสรรคในการรักษา การรับรู้สมรรถนะแห่งตน การสนับสนุนทางสังคม กับความร่วมมือในการรักษาของเด็กป่วยวัยเรียน



เหตุผลที่เชิญชวนให้หนูเข้าร่วมโครงการการวิจัย

ปัจจุบันพี่พยาบาลพบว่าเด็กป่วยวัยเรียนยังขาดความร่วมมือในการรักษา ส่งผลทำให้เด็กงอแง การดื้อยา มีสุขภาพร่างกายไม่แข็งแรง ไม่ร่าเริงแจ่มใส ซึมเศร้า ไม่มีเพื่อน และไม่มีความสุข ดังนั้นพี่พยาบาลจึงต้องการทราบถึงสาเหตุที่ทำให้เกิดปัญหาเหล่านี้ขึ้น

วิธีการวิจัย

หลังจากผู้ปกครองของหนูตกลงให้หนูเข้าร่วมโครงการวิจัยและลงนามในเอกสารยินยอมแล้ว



1. พี่พยาบาลจะให้หนูช่วยตอบแบบสอบถาม และจะช่วยอ่าน และ/หรือ อธิบายในข้อคำถามที่หนูยังไม่เข้าใจ ซึ่งจะใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามประมาณ 20 – 30 นาที
2. พี่พยาบาลจะถามคำถามเพิ่มเติมจากผู้ปกครอง และจะขอดูประวัติการรักษาของหนู

ประโยชน์ที่คาดว่าจะเกิดต่อตัวหนูและผู้อื่น

ความร่วมมือในการรักษาเป็นสิ่งสำคัญ ซึ่งประกอบด้วย การรับประทานยาทุกวัน การออกกำลังกาย การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ การทำจิตใจให้ร่าเริงแจ่มใส การมีกิจกรรมกับเพื่อนๆ และการทำสิ่งที่ดีงาม ซึ่งความร่วมมือในการรักษานี้ จะเป็นสิ่งที่ทำให้หนูมีความสุขภาพร่างกายแข็งแรง มีจิตใจเข้มแข็ง มีเพื่อน และมีความสุข เมื่อได้ข้อมูลจากแบบสอบถามนี้แล้ว พี่พยาบาลจะนำข้อมูลทั้งหมดนี้ ไปทำการวิจัยเพื่อหาคำตอบ และนำไปเป็นแนวทางในการพัฒนากิจกรรมความร่วมมือในการรักษาเด็กป่วยวัยเรียนต่อไป

สิทธิของอาสาสมัคร

หนูจะขอถอนตัวหรือปฏิเสธการเข้าร่วมโครงการวิจัยเมื่อไหร่ก็ได้

ขอบเขตการดูแลและรักษาความลับ

พี่พยาบาลจะไม่บอกชื่อหนูและไม่นำเรื่องของหนูไปเปิดเผย

ชื่อ ที่อยู่ และ เบอร์โทรศัพท์ที่หนูสามารถติดต่อได้โดยสะดวกทั้งในและนอกเวลาราชการ กรณีมีเหตุจำเป็น

นางอรอนงค์ สาระท่า

โทรศัพท์ 089 - 7289765

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อาคารวิทยกิตติ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64

เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 โทรศัพท์ 0-2218-982

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ข้อมูลสำหรับกลุ่มตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย (สำหรับผู้ปกครอง)

(Patient/ Participant Information Sheet)

ชื่อโครงการ ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาของเด็กป่วยวัยเรียน
โรงพยาบาลศูนย์ ภาคใต้

ชื่อผู้วิจัย นางอรอนงค์ สาระท่า นิสิตปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาการพยาบาลเด็ก คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
โทรศัพท์มือถือ 089 – 7289765

วัตถุประสงค์ ในการวิจัยครั้งนี้เพื่อศึกษา การรับรู้ภาวะสุขภาพ การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้สมรรถนะแห่งตน การสนับสนุนทางสังคม และความร่วมมือในการรักษาในเด็กป่วยวัยเรียน การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงสหสัมพันธ์ ซึ่งผู้วิจัยจะกระทำการวิจัยโดยให้ผู้ป่วยวัยเรียนตอบแบบสอบถามจำนวน 1 ชุด ซึ่งมีแบบสอบถาม 6 ส่วน และแบบสอบถามถามผู้ปกครอง 1 ชุด โดยไม่มีการใช้ยาหรือวิธีการรักษาอื่นใดอีก หลังจากได้ข้อมูลแล้วผู้วิจัยจะนำข้อมูลไปวิเคราะห์และสรุปเป็นผลของการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นประโยชน์ในด้านการปฏิบัติการพยาบาล เพื่อนำผลการวิจัยไปใช้เป็นแนวทางในการพัฒนากิจกรรมเพื่อเสริมสร้างความร่วมมือในการรักษาสำหรับเด็กป่วยวัยเรียน ทำให้ลดอัตราการดี้อยา ลดค่าใช้จ่ายในการรักษา ทำให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีและมีชีวิตยืนยาวต่อไปในอนาคต ผู้เข้าร่วมวิจัยจะได้รับผลกระทบจากการที่ต้องสละเวลาในการตอบแบบสอบถาม ใช้เวลาประมาณ 30 นาที โดยไม่มีค่าตอบแทนที่เข้าร่วมในการวิจัย

การวิจัยนี้รวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามจำนวน 6 ส่วนประกอบด้วย ตอนที่ 1 เป็นแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล สำหรับถามผู้ปกครองและจากแฟ้มประวัติ สำหรับแบบสอบถาม ตอนที่ 2 ส่วนที่ 2 – ส่วนที่ 6 เป็นแบบสอบถามสำหรับให้เด็กตอบ ประกอบด้วย ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความร่วมมือในการรักษา ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการรับรู้อุปสรรค ส่วนที่ 5 แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตน และส่วนที่ 6 แบบสอบถามการสนับสนุนแห่งตน ซึ่งหากผู้เข้าร่วมการวิจัยมีปัญหาหรือข้อสงสัยเกิดขึ้น สามารถสอบถามผู้วิจัยได้ตลอดเวลา และสามารถไม่เข้าร่วมวิจัยเมื่อใดก็ได้ โดยไม่มีผลกระทบต่อการรักษาที่ผู้เข้าร่วมการวิจัยพึงได้รับ นอกจากนี้ผู้วิจัยจะเก็บเฉพาะส่วนที่เกี่ยวข้องกับผู้เข้าร่วมวิจัยเป็นความลับ และเปิดเผยในลักษณะที่เป็นผลสรุปการวิจัยเท่านั้น


แบบสอบถาม (สำหรับผู้ป่วยครองและจากแฟ้มประวัติ)

No.....

วันที่.....เดือน พ.ศ.

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล
คำชี้แจง แบบสอบถามนี้เป็นแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล โปรดทำเครื่องหมาย \surd ลงใน ()

 หน้าข้อความ และเติมค่าลงในช่องว่างตามความเป็นจริง จากการสอบถามจาก
 ผู้ปกครองและจากแฟ้มประวัติผู้ป่วย

1. อายุปี (เต็ม)
2. เพศ () 1. ชาย () 2. หญิง
3. น้ำหนัก..... กิโลกรัม
ส่วนสูง เซนติเมตร
4. ปัจจุบันเด็กอาศัยอยู่กับ
 () พ่อและแม่ () พ่อ () แม่
 () พ่อและครอบครัวใหม่ () แม่และครอบครัวใหม่
 () ญาติ ระบุ..... () อื่นๆ ระบุ.....
5. การรับรู้สภาวะการติดเชื้อของเด็ก
 () รู้ เรื่องความเจ็บป่วย/ปัญหาสุขภาพ แต่ไม่รู้ว่าตนเองมีเชื้อเอชไอวี/เอดส์
 () รู้ เรื่องสภาวะการติดเชื้อเอชไอวี ความรุนแรงของโรคและภาวะแทรกซ้อนของโรค
 () ไม่รู้
 () ไม่แน่ใจ
6. ปัจจุบัน ระดับ CD4..... cell/ml เมื่อวันที่.....
7. ระยะเวลาที่เริ่มรับยาต้านไวรัส ถึงปัจจุบัน.....
8. ระยะของการดำเนินโรคของเด็กตามการวินิจฉัยของแพทย์
 () **กลุ่ม N** : ผู้ป่วยที่ยังไม่แสดงอาการของโรค
 () **กลุ่ม A** : ผู้ป่วยที่แสดงอาการระยะแรกของการติดเชื้อเอชไอวี
 () **กลุ่ม B** : ผู้ป่วยที่แสดงอาการของโรคอย่างใดอย่างหนึ่ง
 แต่ยังไม่ได้บ่งชี้ว่าเป็นเอดส์
 () **กลุ่ม C** : ผู้ป่วยที่มีภาวะโรคต่างๆ ที่บ่งชี้ว่าเป็นเอดส์เต็มขั้น

ความร่วมมือในการรักษา	ทำ ประจำ	ทำ บ่อย	ทำเป็น บางครั้ง	ไม่เคย ทำ
11. เมื่อมีอาการผิปกติหรือมีอาการเหนื่อยมาก ฉันจะหยุดออกกำลังกายทันที				
12. ฉันนอนหลับพักผ่อนอย่างน้อยวันละ 6-8 ชั่วโมง				
ด้านโภชนาการ				
13. ฉันรับประทานอาหารที่สูง สะอาด ไม่มีแมลงวันตอม				
14. ฉันรับประทานอาหารครบทั้ง 3 มื้อ				
15. ฉันรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ครบทั้ง 5 หมู่				
16. ฉันสูบบุหรี่ ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์				
17. ฉันชอบดื่มน้ำชา และ/หรือกาแฟ				
18. ฉันชอบรับประทานอาหารที่มีรสจัด				
ด้านการจัดการความเครียด				
19. ฉันพักผ่อน คลายเครียดด้วยการมีกิจกรรมที่เหมาะสม เช่น การอ่านหนังสือ ออกกำลังกาย ดูโทรทัศน์ หรือ ฟังเพลง วาดภาพ เป็นต้น				
20. เมื่อมีปัญหาหรือไม่สบายใจ ฉันจะอยู่คนเดียวเงียบๆ และหาทางแก้ปัญหาด้วยตนเอง				
21. ฉันนึกถึงแต่สิ่งที่ดี สิ่งที่มีความสุขก่อนนอน				
22. เมื่อฉันโกรธ ฉันมีวิธีทำให้หายโกรธได้โดยการทำกิจกรรมที่ชอบ				
23. ฉันจะหาเวลาพักผ่อน เพื่อไม่ให้รู้สึกเหนื่อยหรือเครียดเกินไป				
24. ฉันมักจะทำลายข้าวของ หรือทุบตีคนอื่น เวลาที่ฉันโกรธ หรือ ไม่พอใจใคร				
ด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล				
25. ฉันทำกิจกรรมกับสมาชิกในครอบครัว เช่น รับประทานอาหาร ดูโทรทัศน์ ไปเที่ยว เป็นต้น				
26. ฉันร่วมทำกิจกรรม เล่น และพูดคุยกับเพื่อนๆ ที่โรงเรียน				
27. ฉันพูดคุยกับเพื่อนๆ ที่มาตรวจ , รับยาที่โรงพยาบาล				

ความร่วมมือในการรักษา	ทำ ประจำ	ทำ บ่อย	ทำเป็น บางครั้ง	ไม่เคย ทำ
28. ฉันปรึกษาปัญหา หรือ ขอคำแนะนำเกี่ยวกับสุขภาพ กับผู้ใกล้ชิด				
ด้านพัฒนาจิตวิญญาณ				
29. ฉันให้กำลังใจกับตนเองในการดูแลสุขภาพ				
30. ฉันได้ทำบุญ ได้ไปวัด หรือ โบสถ์ หรือ มัสยิด				
31. ฉันยอมรับสภาพที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน				
32. ฉันเตรียมพร้อมที่จะเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงใน อนาคต				
33. ฉันปฏิบัติกิจกรรมที่ถูกต้องเหมาะสม เพื่อนำไปสู่ ชีวิตที่ดีขึ้น				

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

😊 ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ของการรักษา

คำชี้แจง แบบสอบถามชุดนี้ต้องการทราบถึง ความคิดเห็น หรือ ความเชื่อของท่านที่มีต่อ

ประโยชน์ของการร่วมมือในการรักษา จำนวน ข้อ โปรดอ่านข้อความต่อไปนี้ แล้วทำ

เครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่าง เพียงช่องเดียว โดยใช้เกณฑ์ในการพิจารณาดังนี้

เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง	ข้อความในประโยคนั้นตรงกับความคิดเห็นมากที่สุด
เห็นด้วย	หมายถึง	ข้อความในประโยคนั้นตรงกับความคิดเห็นเป็นส่วนใหญ่
ไม่แน่ใจ	หมายถึง	ข้อความในประโยคนั้นตรงหรือไม่ตรงกับความคิดเห็นไม่มั่นใจ
ไม่เห็นด้วย	หมายถึง	ข้อความในประโยคนั้นไม่ตรงกับความคิดเห็นเป็นส่วนใหญ่
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง	ข้อความในประโยคนั้นไม่ตรงกับความคิดเห็นเลย

ข้อความ	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็น ด้วย	ไม่ แน่ใจ	ไม่ เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วย อย่างยิ่ง
1. การรับประทานยาครบถ้วน ต่อเนื่องทุกวัน ทำให้สุขภาพร่างกายของฉันแข็งแรง					
2. การรับประทานยาตรงเวลา ช่วยให้ร่างกาย แข็งแรง ไม่เจ็บป่วยง่าย					
3. การมาพบแพทย์ตามนัดทุกครั้ง ทำให้ฉัน ได้รับการรักษาที่ต่อเนื่อง					
4. การออกกำลังกายสม่ำเสมอช่วยให้ฉันแข็งแรง					
5. การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ช่วยเพิ่ม ภูมิคุ้มกันของร่างกาย ทำให้มีสุขภาพแข็งแรง					
6. การพักผ่อนอย่างเพียงพอ 8-10 ชั่วโมง/วัน ทำให้ฉันสดชื่น					
7. การได้ทำกิจกรรมที่ฉันชอบ เช่น การวาด ภาพ ฟังเพลง อ่านหนังสือ ทำให้ฉันผ่อนคลาย					
8. การที่ฉันจะพูดคุยระบายกับคนใกล้ชิดใน เรื่องที่ไม่สบายใจ ทำให้ฉันรู้สึกสบายใจขึ้น					
9. การมีคนใกล้ชิดคอยช่วยเหลือ ทำให้ฉันสบายใจ					
10. การที่ฉันเชื่อในสิ่งศักดิ์สิทธิ์ที่ฉันนับถือ ทำ ให้ฉันมีกำลังใจที่จะต่อสู้กับความเจ็บป่วย					

😊 ส่วนที่ 5 แบบสอบถามการรับรู้อุปสรรคในการรักษา

คำชี้แจง แบบสอบถามชุดนี้ต้องการทราบถึง ความคิดเห็น หรือ ความเชื่อของท่านที่มีต่ออุปสรรคของการร่วมมือในการรักษา จำนวน ข้อ โปรดอ่านข้อความต่อไปนี้ แล้วทำเครื่องหมาย

✓ ลงในช่องว่าง เพียงช่องเดียว โดยใช้เกณฑ์ในการพิจารณาดังนี้

เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง	ข้อความในประโยคนั้นตรงกับความคิดเห็นมากที่สุด
เห็นด้วย	หมายถึง	ข้อความในประโยคนั้นตรงกับความคิดเห็นเป็นส่วนใหญ่
ไม่แน่ใจ	หมายถึง	ข้อความในประโยคนั้นตรงหรือไม่ตรงกับความคิดเห็นไม่มั่นใจ
ไม่เห็นด้วย	หมายถึง	ข้อความในประโยคนั้นไม่ตรงกับความคิดเห็นเป็นส่วนใหญ่
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง	ข้อความในประโยคนั้นไม่ตรงกับความคิดเห็นเลย

ข้อความ	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็น ด้วย	ไม่ แน่ใจ	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วย อย่างยิ่ง
1. การรับประทานยาตรงเวลา ต่อเนื่อง ทุกวัน ทำได้ยาก					
2. อาการข้างเคียงที่เกิดขึ้นจากยาที่ฉันรับประทาน ทำให้ฉันคิดว่าถ้าหยุดรับประทานยาจะทำให้สุขภาพดีขึ้น					
3. ฉันรู้สึกลำบาก เนื่องจากไม่มีใครพาฉันมาพบแพทย์ ตามนัดทุกครั้ง					
4. การออกกำลังกายเป็นเรื่องยากสำหรับฉัน					
5. ฉันไม่ชอบรับประทานผักและผลไม้					
6. ฉันรู้สึกท้อกับความเจ็บป่วย และคิดว่าไม่สามารถจะทำให้มันดีขึ้นได้					
7. ฉันไม่ไว้ใจที่จะปรึกษาเรื่องต่างๆกับใคร					
8. การเจ็บป่วย ทำให้ฉันไม่กล้าที่พูดคุยหรือทำกิจกรรม กับเพื่อน					
9. คนรอบข้าง และเพื่อนที่โรงเรียนรังเกียจฉัน					
10. ฉันไม่มีที่ยึดเหนี่ยวพึ่งพิงทางจิตใจ					

😊 ส่วนที่ 5 แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตน

คำชี้แจง โปรดพิจารณาข้อความแต่ละข้ออย่างละเอียดแล้วทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างหลังข้อความที่ตรงตามความเชื่อมั่นหรือความสามารถของนักเรียนมากที่สุด เพียงข้อเดียว โดยใช้เกณฑ์ในการพิจารณาดังนี้

- เชื่อมั่นตนเองมากที่สุด หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความสามารถของตนเองมากที่สุด
 เชื่อมั่นตนเองมาก หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความสามารถของตนเองมาก
 เชื่อมั่นตนเองปานกลาง หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความสามารถของตนเองเพียงบางส่วน
 เชื่อมั่นตนเองน้อย หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความสามารถของตนเองเพียงเล็กน้อย
 ไม่เชื่อมั่นตนเองเลย หมายถึง ข้อความนั้นไม่ตรงกับความสามารถของตนเองเลย

การรับรู้สมรรถนะแห่งตน	ระดับความคิดเห็น				
	เชื่อมั่นตนเองมากที่สุด	เชื่อมั่นตนเองมาก	เชื่อมั่นตนเองปานกลาง	เชื่อมั่นตนเองน้อย	ไม่เชื่อมั่นตนเองเลย
1. ฉันสามารถไปพบแพทย์/พยาบาลตามนัดทุกครั้ง					
2. ฉันสามารถดูแลสุขภาพตนเองได้					
3. ฉันสามารถกินยาให้ครบทุกมื้อ ตรงเวลา ทุกวัน					
4. ฉันสามารถขอคำแนะนำจากแพทย์/พยาบาล เมื่อฉันสงสัยเกี่ยวกับการรักษา					
5. ฉันสามารถดูแลตนเองได้ เมื่อมีอาการเจ็บป่วยได้					
6. ฉันสามารถออกกำลังกายได้สม่ำเสมอทุกวัน					
7. ฉันสามารถทำสิ่งที่ฉันเป็นประโยชน์ต่อสุขภาพ ให้สำเร็จได้					
8. ฉันสามารถรับประทานอาหารให้ครบทั้ง 5 หมู่					

การรับรู้สมรรถนะแห่งตน	ระดับความคิดเห็น				
	เชื่อมั่น ตนเอง มากที่สุด	เชื่อมั่น ตนเอง มาก	เชื่อมั่น ตนเอง ปานกลาง	เชื่อมั่น ตนเอง น้อย	ไม่เชื่อมั่น ตนเอง เลย
9. ฉันสามารถล้างมือทุกครั้ง ก่อน รับประทานอาหารและ หลังเข้าห้องน้ำ					
10. ฉันสามารถยอมรับในรูปร่างหน้าตา ที่เปลี่ยนแปลงไปขณะเจ็บป่วย					
11. ฉันสามารถเรียนรู้สิ่งใหม่ที่มี ประโยชน์ต่อสุขภาพของฉัน					
12. ฉันสามารถดูแลตัวเองได้ เมื่อไม่ สบายใจ หรือมีความวิตกกังวลใจ					
13. ฉันสามารถยอมรับสิ่งต่างๆในชีวิตที่ ฉันไม่สามารถควบคุมได้					
14. ฉันเชื่อมั่นว่า สมาชิกในครอบครัวให้ การดูแลฉันเป็นอย่างดี					
15. ฉันสามารถวางตัวได้ถูกต้อง เหมาะสม เมื่ออยู่ในกลุ่มคนจำนวนมาก					
16. ฉันสามารถจัดการ แก้ปัญหาได้ดี					
17. ฉันเชื่อมั่นว่า ฉันมีกำลังใจที่เข้มแข็ง และมีความสุข					

ศูนย์วิทยุวิทยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ใกล้เสร็จแล้วละ เรามาทำกันต่อเถอะนะ.....

😊 ส่วนที่ 6 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม จำนวน 20 ข้อ

คำชี้แจง แบบสอบถามนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อวัดการสนับสนุนและ ช่วยเหลือในระยะเวลาที่คุณเจ็บป่วย โปรดอ่านข้อคำถามที่อยู่ทางด้านซ้ายมือ แล้วทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องคำตอบที่ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด เพียงคำตอบเดียว โดยพิจารณาเกณฑ์การเลือกตอบ ดังนี้

ไม่มีเลย	หมายถึง	ไม่ได้รับการสนับสนุนตรงกับข้อความนั้นเลย
เล็กน้อย	หมายถึง	ได้รับการสนับสนุนตรงกับข้อความนั้นเล็กน้อย
ปานกลาง	หมายถึง	ได้รับการสนับสนุนตรงกับข้อความนั้นพอสมควร
มาก	หมายถึง	ได้รับการสนับสนุนตรงกับข้อความนั้นมาก
มากที่สุด	หมายถึง	ได้รับการสนับสนุนตรงกับข้อความนั้นมากที่สุด

ข้อความ	ไม่มีเลย	เล็กน้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด	ผู้ให้การสนับสนุนหรือช่วยเหลือ
การสนับสนุนด้านอารมณ์						ด้านอารมณ์
1.ฉันได้รับความสนใจและเอาใจใส่						() พ่อ แม่
2.ฉันได้รับความรักและความห่วงใย						() ญาติ ระบุ
3.ฉันได้รับความไว้วางใจให้ รับประทานยาเอง					 () เพื่อน
4.ฉันมีคนใกล้ชิดที่ทำให้ฉันรู้สึกว่า เป็นคนมีความสำคัญ						() พยาบาล () แพทย์
5.ฉันมีคนใกล้ชิดที่สามารถพูดคุย ด้วย เมื่อไม่สบายใจ						() อื่นๆ
การสนับสนุนด้านประเมินคุณค่า						ด้านประเมินคุณค่า
6.ฉันได้รับความชมเชยว่าดูแลสุขภาพได้ดี						() พ่อ แม่
7.ได้รับการยอมรับให้ร่วมทำงานกับ เพื่อนและครอบครัวได้						() ญาติ ระบุ
8.ฉันมีคนรับฟังความคิดเห็นเกี่ยวกับ สุขภาพของฉัน					 () เพื่อน
9.ฉันได้รับคำชมว่าดูแลสุขภาพได้ดี เมื่อเปรียบเทียบกับคนอื่น						() พยาบาล () แพทย์
10.ฉันได้รับคำชมว่า ฉันเป็นคนเข้ากับ ผู้อื่นได้ดี						() อื่นๆ

ข้อความ	ไม่มี เลย	เล็ก น้อย	ปาน กลาง	มาก	มาก ที่สุด	ผู้ให้การสนับสนุน หรือช่วยเหลือ
การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร 11.ฉันได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการรักษา ที่ได้รับ						ด้านข้อมูล ข่าวสาร () พ่อ แม่ () ญาติ ระบุ () เพื่อน () พยาบาล () แพทย์ () อื่นๆ
12. ฉันได้รับคำแนะนำในการปฏิบัติ ตัว/การดูแลตนเองให้เหมาะสมกับ โรคที่เป็นอยู่						
13.ฉันได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการทำ กิจวัตรประจำวันให้เหมาะสมกับโรค ที่เป็นอยู่						
14.ฉันได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการ ปฏิบัติตนเมื่อเกิดอาการข้างเคียงจาก ยา เช่นปวดศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน						
15. เมื่อฉันมีอาการแทรกซ้อนรุนแรง ฉันได้รับคำแนะนำให้ไปพบแพทย์						
การสนับสนุนด้านทรัพยากร 16.ฉันได้รับความช่วยเหลือเรื่อง การเงิน						ด้าน ทรัพยากร () พ่อ แม่ () ญาติ ระบุ () เพื่อน () พยาบาล () แพทย์ () อื่นๆ
17.มีคนอยู่เป็นเพื่อนและคอย ช่วยเหลือฉันเมื่อเจ็บป่วย						
18.ฉันได้รับการพาไปตรวจตาม แพทย์นัด						
19.ฉันได้รับการช่วยเหลือในเรื่องการ เรียน						
20.ฉันได้รับการดูแลให้รับประทาน อาหารที่มีประโยชน์						



ขอขอบคุณเด็ก ๆ ทุกคนนะคะ





ภาคผนวก ง

สถิติที่ใช้ในการวิจัย

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สถิติที่ใช้ในการวิจัย

สูตรที่ใช้ในการหาค่าความเที่ยงของเครื่องมือ

ใช้สูตร ค่าประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient)

$$\alpha = \left[\frac{n}{n-1} \right] \left[\frac{[1 - S_i^2]}{S_i^2} \right]$$

α = สัมประสิทธิ์แห่งความเที่ยง

n = จำนวนข้อความ

S_i^2 = ความแปรปรวนของคะแนนแต่ละข้อ

S_i^2 = ความแปรปรวนของคะแนนรวมในแบบประเมินทั้งหมด

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

1. ค่าเฉลี่ย (Mean)

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

เมื่อ \bar{X} = ค่าเฉลี่ยหรือมัชฌิมเลขคณิต

$\sum X$ = ผลรวมของคะแนนทั้ง N จำนวน (ของตัวอย่างประชากร)

N = จำนวนข้อมูลทั้งหมด

2. ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)

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

เมื่อ S.D. = ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

$\sum X$ = ผลรวมของคะแนนทั้งหมดแต่ละตัว

$\sum X^2$ = ผลรวมของคะแนนทั้งหมดแต่ละตัวยกกำลังสอง

N = จำนวนข้อมูลในกลุ่มตัวอย่าง

3. ร้อยละ (Percentage) ใช้สูตร

$$P = \frac{f \times 100}{n}$$

- เมื่อ P = ค่าร้อยละ
 f = แทนความถี่ที่ต้องการแปลงให้เป็นร้อยละ
 n = จำนวนรวมทั้งหมด

4. สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ใช้สูตร

$$r_{xy} = \sqrt{\frac{N \sum XY - (\sum X)(\sum Y)}{[N \sum X^2 - (\sum X)^2][N \sum Y^2 - (\sum Y)^2]}}$$

- เมื่อ r_{xy} = สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร X กับตัวแปร Y
 $\sum X$ = ผลรวมของข้อมูลที่วัดได้จากตัวแปร X
 $\sum Y$ = ผลรวมของข้อมูลที่วัดได้จากตัวแปร Y
 $\sum XY$ = ผลรวมของข้อมูลที่วัดได้จากตัวแปร XY
 $\sum X^2$ = ผลรวมของข้อมูลที่วัดได้จากตัวแปร X^2
 $\sum Y^2$ = ผลรวมของข้อมูลที่วัดได้จากตัวแปร Y^2
 N = จำนวนข้อมูลหรือจำนวนคนในกลุ่มตัวอย่าง

ศูนย์วิทยทรัพยากร
 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก จ

สัมประสิทธิ์ความเที่ยง และผลการวิเคราะห์รายข้อของแบบสอบถาม

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามความร่วมมือในการรักษาเด็กวัยเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวี โรงพยาบาลศูนย์
ภาคใต้

***** Method 1 (space saver) will be used for this analysis *****

RELIABILITY ANALYSIS - SCALE (ALPHA)

		Mean	Std Dev	Cases
1.	ADH.1	3.7700	.5835	100.0
2.	ADH.2	2.5000	.9482	100.0
3.	ADH.3	3.1200	1.0375	100.0
4.	ADH.4	2.8200	1.0953	100.0
5.	ADH.5	2.7600	1.2563	100.0
6.	ADH.6	3.7100	.6243	100.0
7.	ADH.7	3.6300	.6913	100.0
8.	ADH.8	2.7900	.9775	100.0
9.	ADH.9	3.1700	.9750	100.0
10.	ADH.10	2.8400	1.0984	100.0
11.	ADH.11	3.1100	.9939	100.0
12.	ADH.12	3.5500	.8211	100.0
13.	ADH.13	3.7600	.5881	100.0
14.	ADH.14	3.4900	.7719	100.0
15.	ADH.15	3.1100	.9417	100.0
16.	ADH.16	3.8700	.5056	100.0
17.	ADH.17	3.5900	.8052	100.0
18.	ADH.18	2.8300	1.0642	100.0
19.	ADH.19	3.2800	.8771	100.0
20.	ADH.20	2.7900	1.0945	100.0
21.	ADH.21	2.8200	1.0860	100.0
22.	ADH.22	3.0000	1.0150	100.0
23.	ADH.23	2.8700	1.0698	100.0
24.	ADH.24	3.5800	.8897	100.0
25.	ADH.25	3.4100	.8887	100.0
26.	ADH.26	3.6200	.6784	100.0
27.	ADH.27	2.2500	1.1225	100.0
28.	ADH.28	2.8100	1.0512	100.0
29.	ADH.29	3.2100	.9244	100.0
30.	ADH.30	2.8500	.9987	100.0
31.	ADH.31	3.2300	.9519	100.0
32.	ADH.32	3.1100	1.1000	100.0
33.	ADH.33	3.3100	.9067	100.0

N of

Statistics for	Mean	Variance	Std Dev	Variables
SCALE	104.5600	112.2489	10.5948	33

RELIABILITY ANALYSIS - SCALE (ALPHA)

Item-total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item- Total Correlation	Alpha if Item Deleted
ADH.1	100.7900	110.7534	.0940	.7640
ADH.2	102.0600	104.6226	.3468	.7538
ADH.3	101.4400	103.9661	.3406	.7538
ADH.4	101.7400	101.3459	.4400	.7479
ADH.5	101.8000	113.3131	-.0988	.7814
ADH.6	100.8500	110.1086	.1336	.7629
ADH.7	100.9300	109.4597	.1598	.7622
ADH.8	101.7700	105.3708	.2951	.7564
ADH.9	101.3900	106.6241	.2321	.7596
ADH.10	101.7200	104.7087	.2818	.7571
ADH.11	101.4500	105.7854	.2678	.7578
ADH.12	101.0100	106.3938	.3058	.7563
ADH.13	100.8000	109.9798	.1559	.7622
ADH.14	101.0700	106.5506	.3202	.7559
ADH.15	101.4500	103.3005	.4211	.7501
ADH.16	100.6900	111.1858	.0757	.7643
ADH.17	100.9700	109.4031	.1304	.7636
ADH.18	101.7300	112.6233	-.0667	.7757
ADH.19	101.2800	104.1632	.4087	.7513
ADH.20	101.7700	112.5021	-.0625	.7761
ADH.21	101.7400	105.3459	.2567	.7585
ADH.22	101.5600	102.3095	.4339	.7489
ADH.23	101.6900	101.7514	.4333	.7485
ADH.24	100.9800	110.7875	.0358	.7683
ADH.25	101.1500	106.5126	.2697	.7577
ADH.26	100.9400	108.6226	.2239	.7599
ADH.27	102.3100	105.7716	.2260	.7604
ADH.28	101.7500	102.3914	.4114	.7498
ADH.29	101.3500	101.9874	.5039	.7462
ADH.30	101.7100	106.7736	.2169	.7604
ADH.31	101.3300	102.7284	.4464	.7488
ADH.32	101.4500	100.7551	.4657	.7463
ADH.33	101.2500	100.9369	.5758	.7429

RELIABILITY ANALYSIS - SCALE (ALPHA)

Reliability Coefficients

N of Cases = 100.0

N of Items = 33

Alpha = .7637

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ของการรักษา

***** Method 1 (space saver) will be used for this analysis *****

RELIABILITY ANALYSIS - SCALE (ALPHA)

		Mean	Std Dev	Cases
1.	PBEN.1	4.7400	.4845	100.0
2.	PBEN.2	4.5800	.7545	100.0
3.	PBEN.3	4.5400	.8093	100.0
4.	PBEN.4	4.6700	.5870	100.0
5.	PBEN.5	4.6700	.6522	100.0
6.	PBEN.6	4.5800	.6385	100.0
7.	PBEN.7	4.5800	.7272	100.0
8.	PBEN.8	4.3300	.9217	100.0
9.	PBEN.9	4.4700	.8699	100.0
10.	PBEN.10	4.1300	1.0314	100.0

Statistics for	Mean	Variance	Std Dev	N of Variables
SCALE	45.2900	19.3999	4.4045	10

Item-total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Alpha if Item Deleted
PBEN.1	40.5500	17.4217	.4311	.7633
PBEN.2	40.7100	16.6524	.3537	.7692
PBEN.3	40.7500	15.9672	.4295	.7600
PBEN.4	40.6200	16.2784	.5863	.7455
PBEN.5	40.6200	15.7531	.6222	.7386
PBEN.6	40.7100	16.6322	.4532	.7579
PBEN.7	40.7100	16.4302	.4140	.7617
PBEN.8	40.9600	15.7964	.3759	.7699
PBEN.9	40.8200	15.5228	.4552	.7569
PBEN.10	41.1600	14.5802	.4769	.7568

Reliability Coefficients

N of Cases = 100.0

N of Items = 10

Alpha = .7769

ส่วนที่ 4 การรับรู้รูปแบบสรรคของการรักษา

***** Method 1 (space saver) will be used for this analysis *****

RELIABILITY ANALYSIS - SCALE (ALPHA)

		Mean	Std Dev	Cases
1.	PBAR.1	2.4500	1.4451	100.0
2.	PBAR.2	2.5200	1.5274	100.0
3.	PBAR.3	2.1500	1.2583	100.0
4.	PBAR.4	2.0600	1.2619	100.0
5.	PBAR.5	2.0500	1.3437	100.0
6.	PBAR.6	2.4600	1.3365	100.0
7.	PBAR.7	2.2500	1.2421	100.0
8.	PBAR.8	2.3200	1.3324	100.0
9.	PBAR.9	1.9600	1.0910	100.0
10.	PBAR.10	1.9600	1.1714	100.0

N of

Statistics for	Mean	Variance	Std Dev	Variables
SCALE	22.1800	51.3612	7.1667	10

Item-total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Alpha if Item Deleted
PBAR.1	19.7300	43.1688	.3214	.7346
PBAR.2	19.6600	39.3378	.5058	.7036
PBAR.3	20.0300	43.0597	.4068	.7204
PBAR.4	20.1200	41.5612	.5045	.7061
PBAR.5	20.1300	48.3365	.0653	.7697
PBAR.6	19.7200	42.3855	.4131	.7194
PBAR.7	19.9300	42.3082	.4648	.7121
PBAR.8	19.8600	43.0105	.3762	.7250
PBAR.9	20.2200	43.2036	.4858	.7115
PBAR.10	20.2200	41.5875	.5561	.7004

Reliability Coefficients

N of Cases = 100.0

N of Items = 10

Alpha = .7418

ส่วนที่ 5 การรับรู้สมรรถนะแห่งตน

***** Method 1 (space saver) will be used for this analysis *****

RELIABILITY ANALYSIS - SCALE (ALPHA)

		Mean	Std Dev	Cases
1.	S1	4.4200	.9340	100.0
2.	S2	4.2100	1.0278	100.0
3.	S3	4.4300	.8072	100.0
4.	S4	3.6500	1.3133	100.0
5.	S5	3.7000	1.2988	100.0
6.	S6	4.0800	1.0218	100.0
7.	S7	4.0700	1.0661	100.0
8.	S8	4.0200	1.1008	100.0
9.	S9	4.0700	1.1482	100.0
10.	S10	4.2500	.9886	100.0
11.	S11	4.3700	.8722	100.0
12.	S12	3.8500	1.2743	100.0
13.	S13	3.7200	1.2640	100.0
14.	S14	4.5400	.8578	100.0
15.	S15	4.0700	1.0941	100.0
16.	S16	4.0800	1.0606	100.0
17.	S17	4.4100	.8887	100.0

Statistics for	Mean	Variance	Std Dev	N of Variables
SCALE	69.9400	97.4105	9.8697	17

Item-total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Alpha if Item Deleted
S1	65.5200	90.2117	.3566	.8463
S2	65.7300	88.4617	.4082	.8442
S3	65.5100	89.6262	.4667	.8422
S4	66.2900	85.6827	.4114	.8453
S5	66.2400	83.0933	.5334	.8379
S6	65.8600	87.9802	.4375	.8428
S7	65.8700	85.7304	.5341	.8381
S8	65.9200	86.8218	.4571	.8419
S9	65.8700	86.6193	.4432	.8427
S10	65.6900	88.6201	.4198	.8436
S11	65.5700	87.3183	.5725	.8376
S12	66.0900	86.0019	.4140	.8448
S13	66.2200	83.6077	.5280	.8381
S14	65.4000	90.9495	.3499	.8465
S15	65.8700	86.9627	.4533	.8421
S16	65.8600	84.9499	.5798	.8358
S17	65.5300	88.0294	.5152	.8398

_RELIABILITY ANALYSIS - SCALE (ALPHA)

Reliability Coefficients

N of Cases = 100.0

N of Items = 17

Alpha = .8497

ส่วนที่ 6 การสนับสนุนทางสังคม

***** Method 1 (space saver) will be used for this analysis *****

—

RELIABILITY ANALYSIS - SCALE (ALPHA)

		Mean	Std Dev	Cases
1.	SO1	3.8500	1.2583	100.0
2.	SO2	4.1300	1.1070	100.0
3.	SO3	3.8200	1.2175	100.0
4.	SO4	3.9800	1.2632	100.0
5.	SO5	3.8700	1.1862	100.0
6.	SO6	3.7600	1.2070	100.0
7.	SO7	3.8000	1.1721	100.0
8.	SO8	3.9300	1.1913	100.0
9.	SO9	3.8900	1.1361	100.0
10.	SO10	3.8800	1.0851	100.0
11.	SO11	3.9000	1.2185	100.0
12.	SO12	3.9600	1.0817	100.0
13.	SO13	3.8200	1.2422	100.0
14.	SO14	3.4300	1.4231	100.0
15.	SO15	3.9900	1.1763	100.0
16.	SO16	3.9400	1.1531	100.0
17.	SO17	4.1000	1.0200	100.0
18.	SO18	4.5100	.9045	100.0
19.	SO19	4.1500	1.1135	100.0
20.	SO20	4.2500	1.1225	100.0

N of

Statistics for	Mean	Variance	Std Dev	Variables
SCALE	78.9600	243.9984	15.6204	20

—

RELIABILITY ANALYSIS - SCALE (ALPHA)

Item-total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item- Total Correlation	Alpha if Item Deleted
SO1	75.1100	217.4322	.6732	.9307
SO2	74.8300	218.2435	.7500	.9294
SO3	75.1400	217.1721	.7062	.9300
SO4	74.9800	215.0703	.7377	.9294
SO5	75.0900	225.3151	.4851	.9342
SO6	75.2000	219.5758	.6420	.9313
SO7	75.1600	218.3782	.6999	.9302
SO8	75.0300	219.9284	.6410	.9313
SO9	75.0700	222.6314	.5921	.9322
SO10	75.0800	223.8723	.5836	.9324
SO11	75.0600	221.3499	.5837	.9324
SO12	75.0000	220.4444	.6969	.9304
SO13	75.1400	215.0105	.7534	.9291
SO14	75.5300	219.8678	.5238	.9342
SO15	74.9700	226.1708	.4648	.9346
SO16	75.0200	226.9895	.4512	.9348
SO17	74.8600	222.5257	.6714	.9310
SO18	74.4500	226.1490	.6261	.9319
SO19	74.8100	222.0544	.6239	.9316
SO20	74.7100	221.0969	.6483	.9312

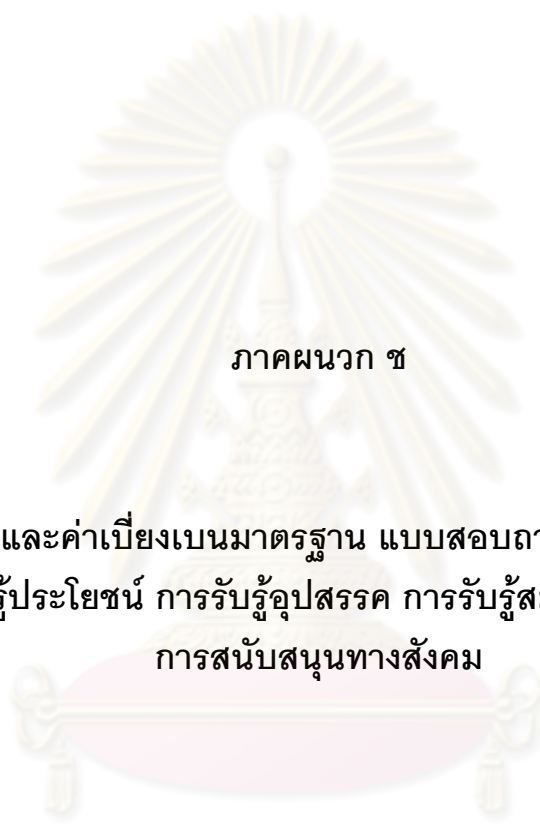
Reliability Coefficients

N of Cases = 100.0

N of Items = 20

Alpha = .9348

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก ช

จำนวน ร้อยละและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน แบบสอบถามความร่วมมือในการ
รักษา การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และ
การสนับสนุนทางสังคม

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 13 จำนวนร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความร่วมมือในการรักษาเด็กวัยเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวี จำแนกตามรายข้อ (N = 100)

ความร่วมมือในการรักษา	ทำประจำ	ทำบ่อย	ทำเป็น บางครั้ง	ไม่เคยทำ	\bar{X}	SD	ระดับ
ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ							
1. ฉันมารับการตรวจรักษากับแพทย์ตามนัดสม่ำเสมอ	85	7	8	-	3.77	.584	ดีมาก
2. ฉันหาความรู้ในการดูแลสุขภาพ จากหนังสือ วิทยู หรือ โทรทัศน์	21	19	49	11	2.50	.948	ดี
3. ฉันหมั่นเอาใจใส่สังเกตอาการเปลี่ยนแปลง เช่น ไข้ ไอ เหนื่อย อาเจียน อุจจาระบ่อยครั้ง เป็นต้น	51	19	21	9	3.12	1.037	ดี
4. เมื่อสงสัยเกี่ยวกับการปฏิบัติตัว หรือมีอาการผิดปกติ จะถามผู้ดูแล แพทย์ พยาบาล	38	20	28	14	2.82	1.095	ดี
5. ฉันใช้ที่ดัดเล็บ ร่วมกับบุคคลอื่น	42	19	12	27	2.76	1.256	ดี
6. ฉันรับประทานยาเอง ได้ครบถ้วน ถูกต้อง ทุกวัน	80	11	9	-	3.71	.624	ดีมาก
7. ฉันรับประทานยาตรงเวลาทุกมื้อ ทุกวัน	75	13	12	-	3.63	.691	ดีมาก
ด้านกิจกรรมทางด้านร่างกาย							
8. ฉันออกกำลังกายอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้ง ครั้งละ 20 – 30 นาที	32	22	39	7	2.79	.977	ดี

* ข้อความที่มีความหมายทางลบ

ตารางที่ 13 (ต่อ)

ความร่วมมือในการรักษา	ทำประจำ	ทำบ่อย	ทำเป็น บางครั้ง	ไม่เคยทำ	\bar{X}	SD	ระดับ
9.ฉันชอบทำกิจกรรมที่มีการเคลื่อนไหว เช่น ภูบ้าน ขี่จักรยาน รดน้ำต้นไม้	51	21	22	6	3.17	.975	ดี
10.ฉันออกกำลังกายด้วยการเล่นกีฬา เช่น วิ่ง	41	14	33	12	2.84	1.098	ดี
11. เมื่อมีอาการผิดปกติฉันจะหยุดออกกำลังกายทันที	48	22	23	7	3.11		
12.ฉันนอนหลับพักผ่อนอย่างน้อยวันละ 8 -10 ชั่วโมง	74	9	15	2	3.55	.821	ดีมาก
ด้านโภชนาการ							
13.ฉันรับประทานอาหารที่สุก สะอาด ไม่มีแมลงวันตอม	82	14	2	2	3.76	.588	ดีมาก
14. ฉันรับประทานอาหารครบทั้ง 3 มื้อ	66	17	17	-	3.49	.596	ดี
15. ฉันรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ครบทั้ง 5 หมู่	47	20	30	3	3.11	.942	ดี
16. ฉันสูบบุหรี่ ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์*	2	1	5	92	3.87	.506	ดีมาก
17.ฉันชอบดื่มน้ำชา และ/หรือกาแฟ*	5	5	76	14	3.59	.805	ดีมาก
18.ฉันชอบรับประทานอาหารที่มีรสจัด*	16	18	33	33	2.83	1.064	ดี
ด้านการจัดการความเครียด							
19.ฉันพักผ่อน คลายเครียดด้วยการมีกิจกรรมที่เหมาะสม เช่น อ่านหนังสือ ออกกำลังกาย ดูโทรทัศน์ ฟังเพลง เป็นต้น	55	19	25	1	3.28	2.79	ดี

* ข้อมูลที่มีความหมายทางลบ

ตารางที่ 13 (ต่อ)

ความร่วมมือในการรักษา	ทำประจำ	ทำบ่อย	ทำเป็น บางครั้ง	ไม่เคยทำ	\bar{X}	SD	ระดับ
20.เมื่อมีปัญหาหรือไม่สบายใจ ฉันจะอยู่คนเดียว เงียบๆ และหาทางแก้ปัญหาด้วยตนเอง*	19	15	34	32	2.79	1.094	ดี
21.ฉันนึกถึงแต่สิ่งที่ดี สิ่งที่มีความสุขก่อนนอน	37	22	27	14	2.82	1.070	ดี
22.เมื่อฉันโกรธ ฉันมีวิธีทำให้หายโกรธได้โดยการ ทำกิจกรรมที่ชอบ	43	22	27	8	3.00	1.015	ดี
23. ฉันจะหาเวลาพักผ่อน เพื่อไม่ให้รู้สึกเหนื่อย หรือเครียดเกินไป	40	18	31	11	2.87	1.070	ดี
24. ฉันมักจะทำลายข้าวของ หรือทุบตีคนอื่น เวลาที่ฉันโกรธ หรือ ไม่พอใจใคร*	7	6	9	78	3.58	.890	ดีมาก
ด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล							
25. ฉันทำกิจกรรมกับสมาชิกในครอบครัว เช่น รับประทานอาหาร ดูโทรทัศน์ ไปเที่ยว เป็นต้น	64	17	15	4	3.41	.889	ดี
26. ฉันร่วมทำกิจกรรม เล่น และพูดคุยกับเพื่อนๆ ที่โรงเรียน	73	11	16	-	3.62	.678	ดีมาก
27. ฉันพูดคุยกับเพื่อนๆที่มาตรวจ , รับยาที่โรงพยาบาล	23	9	38	30	2.25	1.123	พอใช้

* ข้อความที่มีความหมายทางลบ

ตารางที่ 13 (ต่อ)

ความร่วมมือในการรักษา	ทำประจำ	ทำบ่อย	ทำเป็น บางครั้ง	ไม่เคยทำ	\bar{X}	SD	ระดับ
28. ฉันปรึกษาปัญหา หรือ ขอคำแนะนำเกี่ยวกับ สุขภาพกับผู้ใกล้ชิด	35	23	30	12	2.81	1.051	ดี
ด้านพัฒนาจิตวิญญาณ							
29. ฉันให้กำลังใจกับตนเองในการดูแลสุขภาพ	49	26	21	4	3.20	.910	ดี
30. ฉันได้ทำบุญ ได้ไปวัด หรือ โบสถ์ หรือ มัสยิด	37	17	40	6	2.85	.999	ดี
31. ฉันยอมรับสภาพที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน	55	17	24	4	3.23	.952	ดี
32. ฉันเตรียมพร้อมที่จะเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงในอนาคต	54	15	19	12	3.11	1.100	ดี
33. ฉันปฏิบัติกิจกรรมที่ถูกต้องเหมาะสม เพื่อนำไปสู่ชีวิตที่ดีขึ้น	57	21	18	4	3.31	.907	ดี

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 14 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน การรับรู้ประโยชน์ของการรักษาเด็กวัยเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวี โรงพยาบาลศูนย์ภาคใต้

การรับรู้ประโยชน์ของการรักษา	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง	X	SD	ระดับ
1. การรับประทานยาครบถ้วน ต่อเนื่องทุกวัน ทำให้สุขภาพ ร่างกายของฉันแข็งแรง	76	22	2	-	-	4.74	.485	สูงมาก
2. การรับประทานยาตรงเวลา ช่วยให้ร่างกายแข็งแรง	71	19	7	3	-	4.58	.755	สูงมาก
3. การมาพบแพทย์ตามนัดทุกครั้ง ทำให้ฉันได้รับการรักษาที่ต่อเนื่อง	67	25	5	1	2	4.54	.809	สูงมาก
4. การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ ช่วยให้ร่างกายฉันแข็งแรง	73	21	6	-	-	4.67	.587	สูงมาก
5. การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ ช่วยเพิ่มภูมิคุ้มกันของร่างกาย ทำให้มีสุขภาพแข็งแรง	75	19	4	2	-	4.67	.652	สูงมาก

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 14 (ต่อ)

การรับรู้ประโยชน์ของการรักษา	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง	\bar{X}	SD	ระดับ
6. การพักผ่อนอย่างเพียงพอ 8-10 ชั่วโมง/วัน ทำให้ฉันสดชื่น	65	29	5	1	-	4.58	.638	สูง
7. การได้ทำกิจกรรมที่ฉันชอบ เช่น การวาดภาพ ฟังเพลง อ่านหนังสือ ทำให้ฉันผ่อนคลาย	68	25	5	1	1	4.58	.727	สูง
8. การที่ฉันจะพูดคุยระบายกับคนใกล้ชิดในเรื่องที่ฉันไม่สบายใจ ทำให้ฉันรู้สึกสบายใจขึ้น	56	28	10	5	1	4.33	.922	สูง
9. การมีคนใกล้ชิดคอยช่วยเหลือ ทำให้ฉันสบายใจ	63	27	7	-	3	4.47	.870	สูง
10. การที่ฉันเชื่อในสิ่งศักดิ์สิทธิ์ที่ฉันนับถือทำให้ฉันมีกำลังใจที่จะต่อสู้กับความเจ็บป่วย	48	26	20	3	3	4.13	1.031	สูง

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 15 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน การรับรู้อุปสรรคของการรักษาเด็กวัยเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวี โรงพยาบาลศูนย์ภาคใต้

การรับรู้อุปสรรคของการรักษา	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง	X	SD	ระดับ
1. การรับประทานยาตรงเวลา ต่อเนื่อง ทุกวัน ทำได้ยาก	13	16	10	25	36	2.45	1.445	ต่ำ
2. อาการข้างเคียงที่เกิดขึ้นจากยาที่ฉัน รับประทาน ทำให้ฉันคิดว่าถ้าหยุด รับประทานยาจะทำให้สุขภาพดีขึ้น	17	16	5	26	36	2.52	1.527	ปานกลาง
3. ฉันรู้สึกลำบาก เนื่องจากไม่มีใคร พาฉันมาพบแพทย์ ตามนัดทุกครั้ง	4	17	12	24	43	2.15	1.258	ต่ำ
4. การออกกำลังกายเป็นเรื่องยาก สำหรับฉัน	7	10	10	28	45	2.06	1.262	ต่ำ
5. ฉันไม่ชอบรับประทานผักและผลไม้	8	12	8	21	51	2.05	1.344	ต่ำ
6. ฉันรู้สึกท้อกับความเจ็บป่วย และ คิดว่าไม่สามารถจะทำให้มันดีขึ้นได้	11	12	20	26	31	2.46	1.337	ต่ำ
7. ฉันไม่แน่ใจที่จะปรึกษาเรื่องต่างๆ กับใคร	7	9	23	24	37	2.25	1.242	ต่ำ

ตารางที่ 15 (ต่อ)

การรับรู้อุปสรรคของการรักษา	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง	X	SD	ระดับ
8. การเจ็บป่วย ทำให้ฉันไม่กล้า ที่พูดคุย หรือทำกิจกรรม กับเพื่อน	10	11	16	27	36	2.32	1.332	ต่ำ
9. คนรอบข้าง และเพื่อนที่โรงเรียน รังเกียจฉัน	3	7	18	27	45	1.96	1.091	ต่ำ
10. ฉันไม่มีที่ยึดเหนี่ยวพึ่งพิงทางจิตใจ	6	4	18	24	48	1.96	1.171	ต่ำ

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 16 จำนวนร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน การรับรู้สมรรถนะแห่งตนของเด็กวัยเรียนติดเชื้อเอชไอวี โรงพยาบาลศูนย์ภาคใต้

การรับรู้สมรรถนะแห่งตน	เชื่อมั่นมากที่สุด	เชื่อมั่นมาก	เชื่อมั่นปานกลาง	เชื่อมั่นน้อย	ไม่เชื่อเลย	\bar{X}	SD	ระดับ
1. ฉันสามารถไปพบแพทย์/พยาบาลตามนัดทุกครั้ง	65	18	13	2	2	4.42	.934	สูง
2. ฉันสามารถดูแลสุขภาพตนเองได้	51	30	11	5	3	4.21	1.03	สูง
3. ฉันสามารถกินยาให้ครบทุกมื้อตรงเวลา ทุกวัน	61	23	14	2	-	4.43	.807	สูง
4. ฉันสามารถขอคำแนะนำจากแพทย์/พยาบาล เมื่อฉันสงสัยเกี่ยวกับการรักษา	34	26	22	7	11	3.65	1.31	สูง
5. ฉันสามารถดูแลตนเองได้ เมื่อมีอาการเจ็บป่วยได้	36	25	22	7	10	3.70	1.29	สูง
6. ฉันสามารถออกกำลังกายได้สม่ำเสมอทุกวัน	47	22	24	6	1	4.08	1.02	สูง

ตารางที่ 16 (ต่อ)

การรับรู้สมรรถนะแห่งตน	เชื่อมั่นมากที่สุด	เชื่อมั่นมาก	เชื่อมั่นปานกลาง	เชื่อมั่นน้อย	ไม่เชื่อเลย	\bar{X}	SD	ระดับ
7. ฉันสามารถทำสิ่งที่ฉันเป็นประโยชน์ต่อสุขภาพให้สำเร็จได้	46	25	23	2	4	4.07	1.07	สูง
8. ฉันสามารถรับประทานอาหารให้ครบทั้ง 5 หมู่	46	22	23	6	3	4.02	1.10	สูง
9. ฉันสามารถล้างมือทุกครั้ง ก่อนรับประทานอาหารและ หลังเข้าห้องน้ำ	50	22	17	7	4	4.07	1.15	สูง
10. ฉันสามารถยอมรับในรูปร่างหน้าตาที่เปลี่ยนแปลงไปขณะเจ็บป่วย	53	27	15	2	3	4.25	.988	สูง
11. ฉันสามารถเรียนรู้สิ่งใหม่ที่มีประโยชน์ต่อสุขภาพของฉัน	58	25	14	2	1	4.37	.872	สูง
12. ฉันสามารถดูแลตัวเองได้ เมื่อไม่สบายใจ หรือมีความวิตกกังวลใจ	43	22	20	7	8	3.85	1.27	สูง
13. ฉันสามารถยอมรับสิ่งต่างๆในชีวิตที่ฉันไม่สามารถควบคุมได้	35	27	22	7	9	3.72	1.26	สูง

ตารางที่ 16 (ต่อ)

การรับรู้สมรรถนะแห่งตน	เชื่อมั่น มากที่สุด	เชื่อมั่น มาก	เชื่อมั่น ปานกลาง	เชื่อมั่น น้อย	ไม่เชื่อ เลย	\bar{X}	SD	ระดับ
14. ฉันเชื่อมั่นว่า สมาชิกในครอบครัว ให้การดูแลฉันเป็นอย่างดี	73	13	9	5	-	4.54	.857	สูงที่สุด
15. ฉันสามารถวางตัวได้ถูกต้อง เหมาะสม เมื่ออยู่ในกลุ่มคน จำนวนมาก	45	30	17	3	5	4.07	1.09	สูง
16. ฉันสามารถจัดการ แก้ ปัญหาได้ดี	45	30	17	3	5	4.08	1.06	สูง
17. ฉันเชื่อมั่นว่า ฉันมีกำลังใจ ที่เข้มแข็งและมีความสุข	62	22	12	3	1	4.41	.888	สูง

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 17 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน การสนับสนุนทางสังคมของเด็กติดเชื้อเอชไอวี โรงพยาบาลศูนย์ภาคใต้

การสนับสนุนทางสังคม	ไม่มีเลย	เล็กน้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด	X	SD	ระดับ
การสนับสนุนด้านอารมณ์								
1.ฉันได้รับความสนใจและเอาใจใส่	43	22	18	11	6	3.85	1.26	มาก
2.ฉันได้รับความรักและความห่วงใย	50	27	13	6	4	4.13	1.11	มาก
3.ฉันได้รับความไว้วางใจ ให้รับประทานยาเอง	39	25	21	9	6	3.82	1.21	มาก
4.ฉันมีคนใกล้ชิดที่ทำให้ฉันรู้สึกกว่า เป็นคนมีความสำคัญ	48	24	14	6	8	3.98	1.26	มาก
5.ฉันมีคนใกล้ชิดที่สามารถพูดคุย ด้วย เมื่อไม่สบายใจ	40	26	20	9	5	3.87	1.18	มาก
การสนับสนุนด้านประเมินคุณค่า								
6.ฉันได้รับคำชมเชยว่าคุณดูแลสุขภาพ ได้ดี	35	28	21	10	6	3.76	1.20	มาก
7.ได้รับการยอมรับให้ร่วมทำงานกับ เพื่อนและครอบครัวได้	35	29	23	7	6	3.80	1.17	มาก

ตารางที่ 17 (ต่อ)

การสนับสนุนทางสังคม	ไม่มีเลย	เล็กน้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด	X	SD	ระดับ
8.ฉันมีคนรับฟังความคิดเห็นเกี่ยวกับสุขภาพของฉัน	43	27	14	12	4	3.93	1.19	มาก
9. ฉันได้รับคำชมว่าดูแลสุขภาพได้ดีเมื่อเปรียบเทียบกับคนอื่น	36	36	13	11	4	3.89	1.13	มาก
10.ฉันได้รับคำชมว่า ฉันเป็นคนเข้ากับผู้อื่นได้ดี	36	30	23	8	3	3.88	1.08	มาก
การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร								
11.ฉันได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาที่ได้รับ	40	32	13	8	7	3.90	1.21	มาก
12. ฉันได้รับคำแนะนำในการปฏิบัติตัว/ การดูแลตนเองให้เหมาะสมกับโรคที่เป็นอยู่	40	29	21	7	3	3.96	1.08	มาก
13.ฉันได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการทำกิจวัตรประจำวันให้เหมาะสมกับโรคที่เป็นอยู่	29	27	19	8	17	3.82	1.24	มาก

ตารางที่ 17 (ต่อ)

การสนับสนุนทางสังคม	ไม่มีเลย	เล็กน้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด	X	SD	ระดับ
14.ฉันได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตนเมื่อเกิดอาการข้างเคียงจากยา เช่น ปวดศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน	29	27	19	8	17	3.43	1.42	ปานกลาง
15. เมื่อฉันมีอาการแทรกซ้อนรุนแรง ฉันได้รับคำแนะนำให้ไปพบแพทย์	44	30	12	9	5	3.99	1.17	มาก
การสนับสนุนด้านทรัพยากร								
16.ฉันได้รับความช่วยเหลือเรื่องการเงิน	42	27	18	9	4	3.94	1.53	มาก
17.มีคนอยู่เป็นเพื่อนและคอยช่วยเหลือฉันเมื่อเจ็บป่วย	42	38	11	6	3	4.10	1.02	มาก
18.ฉันได้รับการพาไปตรวจตามแพทย์นัด	69	21	4	4	2	4.51	.905	มาก
19.ฉันได้รับการช่วยเหลือในเรื่องการเรียน	51	27	13	4	5	4.15	1.11	มาก
20.ฉันได้รับการดูแลให้รับประทานอาหารที่มีประโยชน์	59	21	11	4	5	4.25	1.23	มาก

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางอรอนงค์ สาระท่า เกิดวันที่ 16 สิงหาคม พ.ศ. 2516 ที่จังหวัดภูเก็ต สำเร็จการศึกษาจากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดนครศรีธรรมราช หลักสูตรพยาบาลศาสตร์ ปีพ.ศ. 2538 และเข้าศึกษาต่อในหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลเด็ก คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เมื่อพ.ศ. 2549 ปัจจุบันรับตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ 7 หอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลวชิระภูเก็ต จังหวัดภูเก็ต



ศูนย์วิทยพัทยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย