

## พฤติกรรมในการดูแลเด็กที่บ้านและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของผู้ดูแลเด็กที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์

### Child-care Behaviors at Home and Related Factors Among Caregivers of HIV/AIDS Infected Children

ธวัลชญาณ์ โชติเจริญรัตน์ \*

Tawalchaya Chotecharoentanan\*

สุธิศา ลำมช้าง \*\*

Suthisa Lamchang\*\*

พัชรารณ อารี \*\*

Patcharaporn Aree\*\*

#### บทคัดย่อ

การรักษาเด็กที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ด้วยยาต้านไวรัส ทำให้เด็กมีสุขภาพที่ดีขึ้น เด็กส่วนใหญ่ใช้ชีวิตอยู่กับครอบครัวที่บ้านและสามารถดำรงชีวิตได้ตามปกติ ดังนั้นพฤติกรรมการดูแลเด็กที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่บ้านของผู้ดูแลจึงเป็นสิ่งสำคัญ การวิจัยเชิงพรรณนาแบบหาความสัมพันธ์ครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมการดูแลเด็กที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่บ้าน ความรู้ในการดูแลเด็กที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ และการสนับสนุนทางสังคม รวมทั้งหาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ในการดูแลเด็กที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์และการสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการดูแลเด็กที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่บ้านของผู้ดูแล กลุ่มตัวอย่างเลือกแบบเจาะจง คือ ผู้ดูแลของเด็กที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์อายุระหว่าง 6-14 ปี และเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มเครือข่ายผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ระหว่างเดือนมิถุนายน ถึง ธันวาคม พ.ศ. 2557 จำนวน 85 คน เครื่องมือวิจัยประกอบด้วย แบบสอบถามพฤติกรรมในการดูแลเด็ก แบบสอบถามความรู้ในการดูแลเด็ก และแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และสถิติสัมพันธ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน

#### ผลการวิจัยพบว่า

1. คะแนนเฉลี่ยโดยรวมของพฤติกรรมการดูแลเด็กที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่บ้านและความรู้ในการดูแลเด็กที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ของผู้ดูแลอยู่ในระดับสูง และคะแนนเฉลี่ยโดยรวมของการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับปานกลาง

2. ความรู้ในการดูแลเด็กที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์และการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลเด็กที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่บ้านของผู้ดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = .24, p < .05$  และ  $r = .47, p < .001$  ตามลำดับ)

ผลวิจัยครั้งนี้สามารถนำไปใช้เป็นแนวทางสำหรับพยาบาล ในการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลเด็กที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่บ้านของผู้ดูแล ซึ่งพยาบาลควรสนับสนุนความรู้ในการดูแลเด็กที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์และสนับสนุนทางสังคมแก่ผู้ดูแล

**คำสำคัญ:** พฤติกรรมการดูแลเด็กที่บ้าน ความรู้ การสนับสนุนทางสังคม ผู้ดูแล เด็กที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์

\* พยาบาลวิชาชีพ สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

\* Professional Nurse, Research Institute for Health Sciences, Chiang Mai University

\*\* รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

\*\* Associate Professor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University

วันที่รับบทความ 28 กันยายน 2558 วันที่แก้ไขบทความ 28 มีนาคม 2559 วันที่ตอบรับบทความ 30 พฤษภาคม 2559

## Abstract

Treating HIV/AIDS infected children with antiretroviral drugs enables them to live healthily. They spend their lives mostly with their families at home, and can lead normal live. Therefore, child-care behaviors at home by caregivers are important. This correlational descriptive study aimed to examine HIV/AIDS infected child-care behaviors at home, knowledge of HIV/AIDS related child-care, social support, and the relationship between knowledge of HIV/AIDS related child-care and social support as well as HIV/AIDS infected child-care behaviors at home. The purposive samples were 85 HIV/AIDS infected child caregivers of children aged between 6 and 14 years who live with their families and have joined HIV/AIDS network group activities during June to December 2014. The research instruments include the Behaviors of HIV/AIDS related Child-care at Home Questionnaire, the Knowledge about HIV/AIDS Related Child-care Questionnaire and the Social Support Questionnaire. Data were analyzed using descriptive statistics and Pearson's correlation coefficient.

### The study results revealed that:

1. The average score of the overall behaviors of HIV/AIDS related child-care at home of caregivers and knowledge of HIV/AIDS related child-care of caregivers were at a high level. The average score of the overall social support was at a moderate level.
2. Knowledge of HIV/AIDS related child-care and social support were significantly positively correlated with HIV/AIDS infected child-care behaviors at home of caregivers ( $r = .24$ ,  $p < .05$  and  $r = .47$ ,  $p < .001$  respectively).

The findings of this study could be implemented as a guideline for nurses to promote behavior in caring for children with HIV/HIDS at homes. Nurse should provide knowledge and social support for caregivers of HIV/AIDS infected children.

**Key words:** *Child-care Behaviors at Home, Knowledge, Social support, Caregiver, Children with HIV/AIDS*

## ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคเอดส์มีการระบาดทั่วโลกมากกว่า 30 ปี ส่งผลให้มีผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ประมาณ 35.0 ล้านคน เป็นเด็กที่อายุต่ำกว่า 15 ปี 3.3 ล้านคน (UNAIDS, 2015) จากข้อมูลสำนักกระบวนวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ตั้งแต่กันยายน 2527 ถึง ตุลาคม 2557 พบว่าประเทศไทยมีผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์จำนวน 388,621 คน เป็นเด็กที่มีอายุ 5 ปี ถึง 14 ปี จำนวน 6,763 (Ministry of Public Health, 2015) และจากรายงานสถานการณ์เอดส์จังหวัดเชียงใหม่

โดยงานควบคุมโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กลุ่มงานควบคุมโรค สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ ตั้งแต่ พ.ศ. 2531 จนถึง 30 กันยายน 2556 พบว่ามีผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์จำนวน 32,457 คน เป็นเด็กที่มีอายุ 5 ปี ถึง 14 ปี จำนวน 358 คน (Control of AIDS and STDs Disease Control Chiang Mai Provincial Health Office, 2013)

ในปี พ.ศ. 2550 จากการศึกษพบว่า เด็กที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวีที่มีประสิทธิภาพดีขึ้น ส่งผลให้เด็กที่ติดเชื้อเอชไอวี/

เอดส์มากกว่าร้อยละ 50 มีอายุ 7 ปี ถึง 18 ปี ทำให้เด็กวัยเรียนและวัยรุ่นมีจำนวนเพิ่มมากขึ้น เด็กที่ได้รับยาต้านไวรัสจะมีสุขภาพแข็งแรง การเจ็บป่วยลดลง การใช้ชีวิตส่วนใหญ่จึงอยู่กับครอบครัวและผู้ดูแลที่บ้านสามารถไปเรียนและใช้ชีวิตในสังคมได้ตามปกติ (Chokphaibunkit, 2008) เด็กที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์เมื่อเติบโตเข้าสู่วัยเรียนยังไม่สามารถดูแลตนเองได้ทั้งหมด การดูแลจึงผสมผสานระหว่างความสามารถตามวัยของเด็กและความสามารถของผู้ดูแล ดังนั้นพฤติกรรมในการดูแลเด็กจากผู้ดูแลก็ยังคงเป็นส่วนสำคัญ (Pathumwan, 1993) สำหรับเด็กที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์เมื่อได้รับการดูแลที่เหมาะสมในด้านกิจวัตรประจำวัน การป้องกันการติดเชื้อโดยเฉพาะเชื้อฉวยโอกาส การรับประทานยาต้านไวรัส การดูแลตามอาการผิดปกติ และการพามาพบแพทย์ตามนัด ซึ่งเป็นหัวใจสำคัญที่ทำให้เด็กมีสุขภาพแข็งแรง มีชีวิตยืนยาวมากขึ้น (Chokphaibunkit, 2008) ดังนั้นพฤติกรรมการดูแลเด็กที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ขณะที่อยู่ที่บ้านโดยผู้ดูแลจึงมีส่วนสำคัญที่จะทำให้เด็กสามารถดำเนินชีวิตในสังคมได้อย่างปกติ

ความรู้ในการดูแลเด็กที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ของผู้ดูแลถือได้ว่าเป็นสิ่งสำคัญที่จะทำให้เกิดการปฏิบัติกิจกรรมแก่เด็กอย่างถูกต้องและเหมาะสม จากการศึกษาของ Phayaphrom (1996) เกี่ยวกับความรู้และการปฏิบัติในการดูแลทารกของมารดาที่ติดเชื้อเอชไอวีพบว่า มารดาที่ติดเชื้อเอชไอวีส่วนใหญ่มีความรู้และการปฏิบัติในการดูแลทารกด้วยการป้องกันการติดเชื้อและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อในระดับปานกลาง และยังพบว่าความรู้ในการดูแลทารกมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติ และจากการศึกษาของ Wongsuya (2008) เกี่ยวกับความรู้และการปฏิบัติการดูแลเด็กที่มีการติดเชื้อทางเดินหายใจของผู้ปกครองในโรงพยาบาลแม่สะเรียง จังหวัดแม่ฮ่องสอน ในกลุ่มผู้ปกครองเด็กแรกเกิด ถึง 5 ปี พบว่า ผู้ปกครองมีความรู้ในการดูแลเด็กที่มีการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจโดยรวมในระดับปานกลาง โดยผู้ปกครองส่วนใหญ่ไม่เคยได้รับเอกสาร

ความรู้เกี่ยวกับการดูแลเด็กที่มีการติดเชื้อทางเดินหายใจและต้องการให้มีการสนับสนุนเอกสารความรู้เพื่อให้การดูแลเด็กมีความถูกต้องเหมาะสม ดังนั้นความรู้ในการดูแลเด็กจึงส่งผลต่อการกระทำหรือการปฏิบัติกิจกรรมแก่เด็กและสามารถเปลี่ยนแปลงเพื่อให้เกิดความถูกต้องได้ การดูแลเด็กที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ให้สามารถดำเนินชีวิตในสังคมได้ตามศักยภาพนั้น ต้องอาศัยการสนับสนุนด้านต่าง ๆ ที่จะช่วยให้ผู้ดูแลและเด็กที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์มีพฤติกรรมที่เหมาะสม (Senarat, 2006) โดยการสนับสนุนด้านต่าง ๆ ควรมาจากบุคคลใกล้ชิด ได้แก่ มารดา บิดา ญาติหรือบุคคลในครอบครัว เพื่อนหรือเพื่อนสนิท เพื่อนบ้าน เพื่อนร่วมงาน พระ บุคลากรทางด้านวิชาชีพ เช่น แพทย์ พยาบาล องค์กรในชุมชน เช่น องค์กรบริหารส่วนตำบล องค์กรภาคเอกชน และกลุ่มเครือข่ายผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ กลุ่มเครือข่ายผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์นั้นเป็นการรวมกลุ่มของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ เพื่อช่วยเหลือผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ในการช่วยเหลือเด็กที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ กลุ่มเครือข่ายผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์จะช่วยให้ความรู้และสร้างความเข้าใจในเรื่องโรคเอดส์เพื่อให้สังคมเข้าใจและยอมรับเด็กที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์มากขึ้น ประสานเรื่องทุนสนับสนุนในการดำรงชีวิตแก่เด็กที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์และครอบครัว การติดตามเยี่ยมบ้านและให้คำแนะนำในการอยู่ร่วมกันของเด็กและผู้ดูแลเด็กที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ (Banjong, 2012) ดังนั้นการสนับสนุนทางสังคมจึงมีส่วนช่วยเหลือผู้ดูแลเด็กที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ให้เกิดการดูแลเด็กอย่างเหมาะสมยิ่งขึ้น ในประเทศตะวันตก ให้ความสำคัญกับการดูแลสนับสนุนทางจิตสังคมในการดูแลเด็กที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์อย่างมาก และประเทศไทยซึ่งมีชนบทธรรมนิยม ประเพณี วัฒนธรรม และความเชื่อที่แตกต่างกันก็นำข้อมูลและความรู้จากประเทศตะวันตกมาใช้โดยตรง ซึ่งก่อให้เกิดปัญหาในทางปฏิบัติ (Phanchareon, Phitthayunont, & Tisakorn, 2002) ถือได้ว่าการสนับสนุนทางสังคมเป็นส่วนหนึ่งที่มีความเกี่ยวข้องในการดูแลเด็กที่ติดเชื้อเอชไอวีเอดส์ และสิ่งต่าง ๆ ข้างต้น เป็นส่วนหนึ่งของ

การสนับสนุนด้านอารมณ์ ด้านการประเมิน ด้านข้อมูล ข่าวสาร และด้านทรัพยากร ซึ่งตรงตามแนวคิดของ House (1981)

จากการทบทวนงานวิจัยเกี่ยวกับการดูแลเด็กที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ในประเทศไทยพบการศึกษาในเด็กปฐมวัยของ Klunklin (2003) เกี่ยวกับการเลี้ยงดูเด็กติดเชื้อ เอชไอวีแรกเกิดถึง 5 ปี โดยศึกษาในผู้ดูแลหลักของเด็กติดเชื้อเอชไอวี แรกเกิดถึง 5 ปีที่บ้าน และการศึกษาของ Sawadipanich (2004) เกี่ยวกับความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ดูแลเด็กติดเชื้อเอชไอวี โดยศึกษาในผู้ดูแลเด็กติดเชื้อเอชไอวีที่เด็กมีอายุระหว่าง 1 ปี 3 เดือน ถึง 5 ปี และมารับการตรวจรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก การดูแลเด็กที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ในเด็กวัยเรียนพบเพียงการศึกษาเชิงคุณภาพโดย Srimuang (2001) เกี่ยวกับการดูแลเด็กวัยเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่บ้านโดยผู้ดูแล โดยศึกษาในกลุ่มผู้ดูแลเด็กวัยเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่บ้าน อายุ 10 ปี ถึง 14 ปี จำนวน 10 ราย และการศึกษาของ Wiriyasirikun (2006) เกี่ยวกับอิทธิพลของสัมพันธภาพในครอบครัวและการดูแลต่อพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลเด็กวัยเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวีเป็นการศึกษาเชิงบรรยาย โดยศึกษาในกลุ่มผู้ดูแลเด็กที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ อายุ 6 ปี ถึง 12 ปี ที่มารับการตรวจที่ห้องตรวจกุมารเวชกรรมในโรงพยาบาล และการศึกษาของ Lamchang & Akarachinot (1998) เกี่ยวกับบทบาทของผู้ปกครองในการดูแลเด็กที่ติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มผู้ปกครองที่ดูแลเด็กที่ติดเชื้อเอชไอวี ซึ่งมารับการตรวจรักษาที่โรงพยาบาล

ด้วยเหตุผลดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัยจึงได้ศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมในการดูแลเด็กวัยเรียน ในช่วงอายุ 6 ปี ถึง 14 ปี ที่บ้านของผู้ดูแลเด็กที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความรู้ในการดูแลเด็กที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ของผู้ดูแล และการสนับสนุนทางสังคม เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการหาแนวทางในการส่งเสริมพฤติกรรมในการดูแลเด็กที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่บ้าน แก่ผู้ดูแลต่อไป

## วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมในการดูแลเด็กที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่บ้านของผู้ดูแล
2. เพื่อศึกษาความรู้ในการดูแลที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์และการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลเด็กที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ในการดูแลเด็กที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์และการสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมในการดูแลเด็กที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่บ้านของผู้ดูแล

## คำถามการวิจัย

1. พฤติกรรมในการดูแลเด็กที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่บ้านของผู้ดูแลเป็นอย่างไร
2. ความรู้ในการดูแลที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์และการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลเด็กที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์เป็นอย่างไร
3. ปัจจัยด้านความรู้ในการดูแลเด็กที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์และการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการดูแลเด็กที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่บ้านของผู้ดูแลหรือไม่ อย่างไร

## กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

การศึกษาพฤติกรรมในการดูแลเด็กที่บ้านและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของผู้ดูแลเด็กที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ครั้งนี้ใช้แนวคิดจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง กล่าวคือ ในปัจจุบันเด็กที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์จะได้รับยาต้านไวรัสทำให้มีสุขภาพแข็งแรง การใช้ชีวิตส่วนใหญ่จึงอยู่กับครอบครัวที่บ้าน ดังนั้นพฤติกรรมในการดูแลเด็กที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ของผู้ดูแลจึงมีส่วนสำคัญประกอบด้วยพฤติกรรมในการดูแลเกี่ยวกับกิจวัตรประจำวัน การป้องกันการติดเชื้อ การดูแลตามอาการผิดปกติ การรับประทานยา และการไปตรวจตามนัด และปัจจัยที่อาจจะมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดังกล่าว คือ ความรู้ในการดูแลเด็กที่ติดเชื้อ

เอชไอวี/เอดส์ ซึ่งเป็นความคิด ความเข้าใจของผู้ดูแล ในการดูแลเด็กที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ในเรื่องกิจวัตรประจำวัน การป้องกันการติดเชื้อ การดูแลตามอาการผิดปกติ การรับประทานยา และการไปตรวจตามนัด นอกจากนี้ปัจจัยหนึ่งที่น่าจะมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการดูแลเด็กที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่บ้าน คือ การได้รับการสนับสนุนทางสังคม ซึ่งเป็นการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลที่ทำให้เกิดความรัก ความผูกพัน การดูแลเอาใจใส่ ความไว้วางใจ ความช่วยเหลือ ในด้านการเงิน สิ่งของ แรงงาน การให้ข้อมูลข่าวสาร และการให้ข้อมูลย้อนกลับ เพื่อการเรียนรู้และการประเมินตนเอง การสนับสนุนทางสังคมตามแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของ House (1981) ประกอบด้วย การช่วยเหลือจากสังคม 4 ด้าน คือ การสนับสนุนด้านอารมณ์ ด้านการประเมิน ด้านข้อมูล ข่าวสาร และด้านทรัพยากร

### วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบหาความสัมพันธ์ (correlational descriptive research) เพื่อศึกษาพฤติกรรมในการดูแลเด็กที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่บ้าน ความรู้ในการดูแลที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ และการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลเด็กที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ และหาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ในการดูแลเด็กที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์และการสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมในการดูแลเด็กที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่บ้านของผู้ดูแล

### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้ดูแลเด็กที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์อายุ 6-14 ปี ที่มีภูมิลำเนาอยู่ในจังหวัดเชียงใหม่

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลเด็กที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์อายุ 6-14 ปี ที่อาศัยอยู่กับครอบครัวและมีภูมิลำเนาอยู่ในจังหวัดเชียงใหม่ กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ตารางประมาณค่าการวิเคราะห์อำนาจการทดสอบ (power analysis) กำหนดความเชื่อมั่นที่ระดับ .05

อำนาจการทดสอบ (level of power) .80 และค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (correlation coefficient) ที่ .30 ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 85 คน (Polit & Beck, 2010) เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) โดยกำหนดคุณสมบัติ (inclusion criteria) ดังนี้ เป็นผู้ดูแลหลักเด็กที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ อาศัยอยู่บ้านเดียวกับเด็ก ทราบว่าเด็กมีการติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ เข้าร่วมเป็นสมาชิกเครือข่ายผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ และยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลประกอบด้วย ข้อมูลส่วนบุคคลของเด็กที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ และข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลเด็กที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์
2. แบบสอบถามพฤติกรรมในการดูแลเด็กที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่บ้าน ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วยข้อคำถามในเรื่องกิจวัตรประจำวัน การป้องกันการติดเชื้อ การดูแลตามอาการผิดปกติ การรับประทานยา และการไปตรวจตามนัด จำนวน 34 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ คือ ไม่เคยปฏิบัติ ปฏิบัติบางวัน ปฏิบัติเกือบทุกวัน ปฏิบัติทุกวัน โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนคือ 0 1 2 และ 3 และแบ่งพฤติกรรมในการดูแลเด็กโดยรวมเป็น 3 ระดับ คือ ระดับสูง (คะแนน 71-105) ระดับปานกลาง (คะแนน 36-70) ระดับต่ำ (คะแนน 0-35) และแบ่งพฤติกรรมในการดูแลเด็ก

รายด้านเป็น 3 ระดับ เช่นเดียวกัน คือ ด้านกิจวัตรประจำวัน (ระดับสูง คะแนน 17-24 ระดับปานกลาง คะแนน 9-16 ระดับต่ำ คะแนน 0-8) ด้านป้องกันการติดเชื้อ (ระดับสูง คะแนน 25-36 ระดับปานกลาง คะแนน 13-24 ระดับต่ำ คะแนน 0-12) การดูแลตามอาการผิดปกติ (ระดับสูง คะแนน 9-12 ระดับปานกลาง คะแนน 5-8 ระดับต่ำ คะแนน 0-4) การรับประทานยา (ระดับสูง คะแนน 13-18 ระดับปานกลาง คะแนน 7-12 ระดับต่ำ คะแนน 0-6) และการไปตรวจตามนัด (ระดับสูง คะแนน 11-15 ระดับปานกลาง คะแนน 6-10 ระดับต่ำ

คะแนน 0-5) มีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) เท่ากับ .94 และค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธีการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ .85

3. แบบสอบถามความรู้ในการดูแลเด็กที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วยข้อคำถามในเรื่องกิจวัตรประจำวัน การป้องกันการติดเชื้อ การดูแลตามอาการผิดปกติ การรับประทานยา และการไปตรวจตามนัด จำนวน 26 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบเพียงอย่างเดียวคือ ถูก หรือ ผิด โดยให้คะแนนข้อที่ตอบถูกเท่ากับ 1 และตอบผิดเท่ากับ 0 และแบ่งคะแนนความรู้โดยรวมเป็น 3 ระดับ คือ ระดับสูง (คะแนน 18-26) ระดับปานกลาง (คะแนน 9-17) ระดับต่ำ (คะแนน 0-8) มีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) เท่ากับ .99 และค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธีคูเดอร์ริชาร์ดสัน 21 (Kuder Richardson 21) เท่ากับ .79

4. แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมในการดูแลเด็กที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่บ้าน ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วยข้อคำถามครอบคลุมการสนับสนุนทางสังคม 4 ด้าน คือ การสนับสนุนด้านอารมณ์ ด้านการประเมิน ด้านข้อมูลข่าวสาร และด้านทรัพยากร จำนวน 21 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ คือ ไม่จริงเลย เป็นจริงเล็กน้อย เป็นจริงส่วนมาก และเป็นจริงมากที่สุด โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนคือ 0 1 2 และ 3 และแบ่งการสนับสนุนทางสังคมโดยรวมเป็น 3 ระดับ คือ ระดับสูง (คะแนน 43-63) ระดับปานกลาง (คะแนน 22-42) ระดับต่ำ (คะแนน 0-21) และแบ่งการสนับสนุนทางสังคมรายด้านเป็น 3 ระดับ คือ ด้านอารมณ์ (ระดับสูง คะแนน 13-18 ระดับปานกลาง คะแนน 7-12 ระดับต่ำ คะแนน 0-6) ด้านการประเมิน (ระดับสูง คะแนน 11-15 ระดับปานกลาง คะแนน 6-10 ระดับต่ำ คะแนน 0-5) ด้านข้อมูลข่าวสาร (ระดับสูง คะแนน 9-12 ระดับปานกลาง คะแนน 5-8 ระดับต่ำ คะแนน 0-4) และด้านทรัพยากร (ระดับสูง คะแนน 13-18 ระดับปานกลาง

คะแนน 7-12 ระดับต่ำ คะแนน 0-6) มีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) เท่ากับ 1.00 และค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธีการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ .70

### การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ตามเอกสารเลขที่ 155/2556 ลงวันที่ 25 กรกฎาคม พ.ศ. 2556 ผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างโดยเข้าพบกลุ่มเครือข่ายผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ จังหวัดเชียงใหม่ เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยและรายละเอียดต่าง ๆ และให้กลุ่มเครือข่ายผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ชี้แจงให้ผู้ดูแลเด็กที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ พร้อมทั้งขอความร่วมมือในการเข้าถึงข้อมูล เมื่อผู้ดูแลยินยอมให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยจึงเข้าพบผู้ดูแลเด็กที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ เพื่อแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ขออนุญาตและขอความร่วมมือจากผู้ดูแลในการตอบแบบสอบถาม และพิทักษ์สิทธิของผู้ดูแลเด็กที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ในการตัดสินใจเข้าร่วมโครงการวิจัย และยินยอมเข้าร่วมการวิจัยด้วยวาจา โดยการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยในครั้งนี้จะไม่มีผลต่อกลุ่มตัวอย่างแต่อย่างใด กลุ่มตัวอย่างสามารถออกจากกรวิจัยในระหว่างการวิจัยได้โดยไม่มีผลต่อกลุ่มตัวอย่าง ข้อมูลที่ได้จากการตอบแบบสอบถามของกลุ่มตัวอย่างจะเก็บเป็นความลับและจะนำมาใช้ตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น ผู้วิจัยนำเสนอข้อมูลและเผยแพร่ในภาพรวมเท่านั้น

### การเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังจากได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ผู้วิจัยดำเนินการรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองโดยนำหนังสือจากคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ เสนอต่อกลุ่มเครือข่ายผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ จังหวัดเชียงใหม่ เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย รายละเอียดของโครงการวิจัย และให้กลุ่มเครือข่ายผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ชี้แจงให้ผู้ดูแลเด็กที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์

ทราบ พร้อมทั้งขอความร่วมมือในการเข้าถึงข้อมูล เมื่อผู้ดูแลยินดีให้เข้าถึงข้อมูล ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด หลังจากนั้นผู้วิจัยแนะนำตัวและชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย รวมทั้งการพิทักษ์สิทธิของผู้ดูแลเด็กที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ในการตัดสินใจเข้าร่วมโครงการวิจัย และขอความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยด้วยวาจา เมื่อผู้ดูแลเด็กที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ให้ความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย ผู้วิจัยให้ผู้ดูแลตอบแบบสอบถามด้วยตนเองใช้เวลาประมาณ 30-45 นาที ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูล แล้วจึงนำข้อมูลไปวิเคราะห์ทางสถิติ

### การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลเด็กที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์และเด็ก ข้อมูลพฤติกรรมในการดูแลเด็กที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่บ้าน ความรู้ในการดูแลติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่บ้าน และการสนับสนุนทางสังคมด้วยสถิติพรรณนา ตรวจสอบการแจกแจงข้อมูลโดยใช้สถิติโคลโมโกรอฟ-สเมียร์นอฟ (Kolmogorov-Smirnov) พบว่าข้อมูลมีการแจกแจงแบบปกติ แล้วจึงหาความสัมพันธ์โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's product moment correlation coefficient)

### ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ จำนวน 85 ราย คือ ผู้ดูแลเด็กที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่มีภูมิลำเนาอยู่ในจังหวัดเชียงใหม่และเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มเครือข่ายผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์จังหวัดเชียงใหม่ ระหว่างเดือนมิถุนายน ถึง ธันวาคม พ.ศ. 2557 โดย ร้อยละ 83.5 เป็นเพศหญิง ร้อยละ 70.6 มีอายุระหว่าง 31 ถึง 50 ปี ร้อยละ 45.9 เป็นมารดา ร้อยละ 58.8 มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 32.9 มีการศึกษาระดับประกาศนียบัตรวิชาชีพ ร้อยละ 51.8 มีอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 51.8 มีรายได้เดือนไม่เกิน 10,000 บาท และร้อยละ 77.6 รายได้มีความเพียงพอและเหลือเก็บ ร้อยละ 78.8 มีสมาชิกในครอบครัวที่เป็นเด็ก 1 ถึง 3 ราย ร้อยละ 73.0 มีระยะเวลาในการ

ดูแลเด็กรายนี้ 7 ถึง 12 ปี และร้อยละ 71.8 ไม่เคยประสบการณในการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์รายอื่น เด็กที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์มีอายุเฉลี่ย 10.63 ปี (SD =1.54) โดยร้อยละ 73.9 มีอายุระหว่าง 6 ปี ถึง 11 ปี และร้อยละ 26.1 มีอายุระหว่าง 12 ปี ถึง 14 ปี ร้อยละ 58.8 เป็นเพศหญิง ร้อยละ 74.1 มีการศึกษาชั้นประถมศึกษาปีที่ 4-6 การตรวจพบการติดเชื้อเอชไอวีครั้งแรก ร้อยละ 43.5 เมื่อเด็กอายุแรกเกิดถึง 1 ปี ร้อยละ 29.4 เมื่อเด็กอายุมากกว่า 1 ปี ถึง 3 ปี และ ร้อยละ 25.9 เมื่อเด็กอายุมากกว่า 3 ถึง 9 ปี และร้อยละ 1.2 ไม่ทราบข้อมูล ร้อยละ 83.5 ไม่เคยเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล เด็กที่เข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล ร้อยละ 78.6 เข้ารักษาในโรงพยาบาลด้วยโรคปอดอักเสบ ร้อยละ 58.9 มีระดับภูมิคุ้มกันซีดี 4 (CD4) ในปัจจุบัน เท่ากับ 500-999 เซลล์ และร้อยละ 94.0 มีปริมาณไวรัสในกระแสเลือด (Viral load) ในปัจจุบันน้อยกว่า 400 ก๊อปปี้ ร้อยละ 42.4 รับประทานไวรัสสูตร GPOVIR Z250 และส่วนใหญ่อ้อยละ 96.4 มีวินัยการรับประทานยา (Adherence) ในระดับ 96 ถึง 100 % แหล่งช่วยเหลือสำหรับเด็ก ร้อยละ 8.2 ได้ทุนการศึกษา ร้อยละ 20.0 ได้ค่าเดินทางมาพบแพทย์ และ ร้อยละ 80.0 ไม่มีแหล่งความช่วยเหลืออื่น พฤติกรรมในการดูแลเด็กที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่บ้านของผู้ดูแลมีคะแนนเฉลี่ยโดยรวมอยู่ในระดับสูง เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า พฤติกรรมในการดูแลเด็กด้านกิจวัตรประจำวัน การป้องกันการติดเชื้อ การการดูแลตามอาการผิดปกติ การรับประทานยา และการไปตรวจตามนัด อยู่ในระดับสูงเช่นเดียวกัน และความรู้ในการดูแลเด็กที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ของผู้ดูแลมีคะแนนเฉลี่ยโดยรวมอยู่ในระดับสูง ส่วนการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลมีคะแนนเฉลี่ยโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ดังแสดงในตารางที่ 1

**ตารางที่ 1** คะแนนพฤติกรรมในการดูแลเด็กที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่บ้าน ความรู้ในการดูแลเด็กที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ และการสนับสนุนทางสังคมในการดูแลเด็กที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่บ้านของผู้ดูแล (n = 85)

|                                                                        | คะแนน           |                 |                 |                          | ระดับ   |
|------------------------------------------------------------------------|-----------------|-----------------|-----------------|--------------------------|---------|
|                                                                        | คะแนน<br>ต่ำสุด | คะแนน<br>สูงสุด | คะแนน<br>เฉลี่ย | ส่วนเบี่ยงเบน<br>มาตรฐาน |         |
| พฤติกรรมในการดูแลเด็กที่ติดเชื้อเอชไอวี/<br>เอดส์ที่บ้านโดยรวม (0-105) | 72              | 102             | 94.80           | 8.17                     | สูง     |
| พฤติกรรมในการดูแลเด็กที่ติดเชื้อ<br>เอชไอวี/เอดส์ที่บ้านรายด้าน        |                 |                 |                 |                          |         |
| กิจวัตรประจำวัน (0-24)                                                 |                 |                 |                 |                          |         |
| การป้องกันการติดเชื้อ (0-36)                                           | 15              | 23              | 20.56           | 2.08                     | สูง     |
| การดูแลตามอาการผิดปกติ (0-12)                                          | 21              | 36              | 31.73           | 4.01                     | สูง     |
| การรับประทานยา (0-18)                                                  | 8               | 12              | 11.32           | 1.26                     | สูง     |
| การไปตรวจตามนัด(0-15)                                                  | 13              | 18              | 17.14           | 1.61                     | สูง     |
| ความรู้ในการดูแลเด็กที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์<br>โดยรวม (0-26)          | 9               | 15              | 14.05           | 1.76                     | สูง     |
| โดยรวม (0-26)                                                          | 21              | 26              | 25.41           | 1.47                     | สูง     |
| การสนับสนุนทางสังคมโดยรวม (0-63)                                       | 25              | 49              | 39.31           | 6.89                     | ปานกลาง |

ความรู้ในการดูแลเด็กที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมในการดูแลเด็กที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่บ้านโดยรวมของผู้ดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = .24, p < .05$ ) เมื่อจำแนกพฤติกรรมในการดูแลเด็กที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่บ้านรายด้านพบว่า ความรู้ในการดูแลเด็กที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมในการดูแลเด็กที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่บ้านในด้านกิจวัตรประจำวัน ( $r = .27, p < .05$ ) การรับประทานยา ( $r = .80, p < .001$ ) และการไปตรวจตามนัด ( $r = .89, p < .001$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ด้านการป้องกันการติดเชื้อ และการดูแลตามอาการผิดปกติ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการดูแลเด็กที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่บ้าน ดังแสดงในตารางที่ 2

การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมในการดูแลเด็กที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่บ้าน โดยรวมของผู้ดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = .47, p$

$< .001$ ) เมื่อจำแนกพฤติกรรมในการดูแลเด็กที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่บ้านรายด้านพบว่า การสนับสนุนทางสังคมในการดูแลเด็กที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมในการดูแลเด็กที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่บ้านในด้านการดูแลตามอาการผิดปกติ ( $r = .33, p < .001$ ) การรับประทานยา ( $r = .67, p < .001$ ) และการไปตรวจตามนัด ( $r = .67, p < .001$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ด้านกิจวัตรประจำวันและการป้องกันการติดเชื้อไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการดูแลเด็กที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่บ้าน ดังแสดงในตารางที่ 2



ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ในการดูแลเด็กที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์และการสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมในการดูแลเด็กที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่บ้านของผู้ดูแล (n = 85)

| พฤติกรรมในการดูแลเด็กที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์               | ความรู้ในการดูแลเด็ก          | การสนับสนุนทางสังคม |
|-------------------------------------------------------------|-------------------------------|---------------------|
|                                                             | ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) |                     |
| พฤติกรรมในการดูแลเด็กที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่บ้านโดยรวม  | .24*                          | .47**               |
| พฤติกรรมในการดูแลเด็กที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่บ้านรายด้าน |                               |                     |
| กิจวัตรประจำวัน                                             | .27*                          | .16 ns              |
| การป้องกันการติดเชื้อ                                       | .03 ns                        | .21 ns              |
| การดูแลตามอาการผิดปกติ                                      | .18 ns                        | .33**               |
| การรับประทานยา                                              | .80**                         | .67**               |
| การไปตรวจตามนัด                                             | .89**                         | .67**               |

\*  $p < .05$ , \*\*  $p < .001$ , ns  $p > .05$

### การอภิปรายผล

ผู้ดูแลเด็กที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์มีคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมในการดูแลเด็กที่บ้านโดยรวมอยู่ในระดับสูง และเมื่อพิจารณารายด้าน คือ กิจวัตรประจำวัน การป้องกันการติดเชื้อ การดูแลตามอาการผิดปกติ การรับประทานยา และการไปตรวจตามนัด ก็มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับสูงเช่นเดียวกัน ทั้งนี้อาจอธิบายได้ว่าการติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ถือว่าเป็นภาวะการเจ็บป่วยเรื้อรังที่ต้องมีการดูแลสุขภาพอนามัยอย่างเคร่งครัด รับประทานยาตามไวรัสอย่างต่อเนื่อง ตรงเวลา และไปพบแพทย์ตามนัดอย่างสม่ำเสมอ เด็กที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์หลายรายไม่สามารถดูแลตนเองได้อย่างเต็มที่ ผู้ดูแลจึงมีความสำคัญอย่างมากในการช่วยเหลือและดูแล อีกทั้งการวิจัยครั้งนี้ผู้ดูแลส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 40 ถึง 50 ปี ร้อยละ 57.1 ซึ่งเป็นวัยผู้ใหญ่ และมีระยะเวลาในการดูแลเด็กเรื้อรังมากกว่า 3 ปี ซึ่งถือได้ว่ามีประสบการณ์และความสามารถในการดูแลเด็กที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์เป็นอย่างดี ผู้ดูแลอาจได้รับข้อมูลความรู้ คำแนะนำจากบุคลากรสุขภาพและกลุ่มเครือข่ายผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ในการดูแลเด็ก เมื่อพิจารณาพฤติกรรมในการดูแลเด็กรายด้าน

พบว่า ผู้ดูแลเด็กที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์มีคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมในการดูแลเด็กที่บ้านในด้านกิจวัตรประจำวันอยู่ในระดับสูง อาจเนื่องมาจากการดูแลกิจวัตรและสุขอนามัยส่วนบุคคลของเด็กที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ถือได้ว่าเป็นกิจกรรมที่ผู้ดูแลปฏิบัติเพื่อตอบสนองความต้องการพื้นฐานในการดำรงชีวิตของเด็ก ถึงแม้ว่าเด็กเองจะสามารถดูแลตนเองในเรื่องการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ส่วนหนึ่ง แต่ผู้ดูแลยังคงต้องช่วยดูแลในส่วนที่เด็กไม่สามารถปฏิบัติได้ (Srimuang, 2011) ด้านการป้องกันการติดเชื้อ เนื่องมาจากเด็กที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์จำเป็นต้องได้รับการส่งเสริมสุขอนามัยในทุก ๆ ด้าน เพื่อป้องกันการติดเชื้อฉวยโอกาสที่อาจเกิดขึ้นกับเด็ก เน้นเรื่องของความสะอาดและการสร้างสุขอนามัยที่ดี (Chokphaibunkit, 2008) ผู้ดูแลเด็กที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์จึงต้องมีพฤติกรรมในการดูแลความสะอาดและส่งเสริมสุขอนามัยที่ดีแก่เด็กอย่างเคร่งครัด และถูกต้องเหมาะสม เพื่อไม่ให้เกิดการเจ็บป่วยที่รุนแรงขึ้น ในด้านการดูแลตามอาการผิดปกติ การดูแลเด็กที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์เป็นเรื่องละเอียดอ่อน ต้องเพิ่มความระมัดระวังเป็นพิเศษ เพราะเด็กจะไม่สามารถบอก

รายละเอียดได้ชัดเจนว่ามีอาการอย่างไร ฉะนั้นจึงมีความสำคัญอย่างยิ่งที่ผู้ดูแลต้องรู้จักสังเกตและเฝ้าระวังการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับเด็ก โดยเฉพาะความผิดปกติในเรื่องการรับประทานอาหาร การขับถ่าย การหายใจ และการนอนหลับ (Saisangchan & Panjarat, 2008) ด้านการรับประทานเด็กที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์จะสามารถรับประทานยาต้านไวรัสได้เอง แต่ก็ยังคงต้องการการดูแลเรื่องการรับประทานยาต้านไวรัสจากผู้ดูแลร่วมด้วย (Srimuang, 2011) เนื่องจากการรักษาด้วยยาต้านไวรัสจำเป็นต้องได้รับความร่วมมือในการรับประทานยาอย่างถูกต้องและสม่ำเสมอ เพราะความร่วมมือในการรับประทานยามีความสัมพันธ์กับการลดลงของเชื้อเอชไอวีในกระแสเลือด การดื้อยาต้านไวรัสเอชไอวี การลุกลามเป็นเอดส์ และอัตราการเสียชีวิตสำหรับเด็กที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ความร่วมมือในการรับประทานยาอย่างถูกต้องและสม่ำเสมอเป็นสิ่งที่ทำได้ยากกว่าผู้ใหญ่ ดังนั้นการดูแลจากผู้ดูแลอย่างถูกต้องเหมาะสมจึงสำคัญ และด้านการไปตรวจตามนัด เนื่องมาจากการนัดตรวจติดตามการรักษาเป็นระยะก็เพื่อประเมินอาการทางร่างกาย ผลข้างเคียงของยาต้านไวรัสจากการซักถามและตรวจร่างกาย และยังเป็นการติดตามการเจริญเติบโตและพัฒนาการร่วมด้วย นอกจากนั้นจะมีการตรวจทางห้องปฏิบัติการ เพื่อเฝ้าระวังผลข้างเคียงของยาต้านไวรัส และเฝ้าติดตามการดำเนินโรค ผู้ดูแลเด็กที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์จึงต้องพาเด็กไปพบแพทย์ตามนัดทุกครั้งอย่างสม่ำเสมอ

ผู้ดูแลเด็กที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์มีคะแนนเฉลี่ยของความรู้ในการดูแลเด็กโดยรวมอยู่ในระดับสูง อาจกล่าวได้ว่าเนื่องจาก ผู้ดูแลส่วนใหญ่มีระยะเวลาในการดูแลเด็กแต่ละรายมากกว่า 3 ปี ซึ่งถือได้ว่ามีประสบการณ์ ความรู้ และความสามารถในการดูแลเด็กที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์เป็นอย่างดี จากการได้รับข้อมูลความรู้ คำแนะนำจากบุคลากรสุขภาพและกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ในการดูแลเด็ก อีกทั้งผู้ดูแลเด็กที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ร้อยละ 94.1 ได้เข้ารับการศึกษ และผู้ดูแลเด็กทุกรายยังเข้าร่วมเป็นสมาชิกกลุ่มเครือข่ายผู้ติด

เชื้อเอชไอวี/เอดส์จึงมีโอกาสร่วมกิจกรรมและได้รับความรู้ในการดูแลจากกลุ่มเครือข่ายผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ผู้ดูแลเด็กที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์มีคะแนนเฉลี่ยของการสนับสนุนทางสังคมโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง เนื่องมาจากการติดเชื้อเอชไอวีกลายเป็นตราบาปสำหรับบุคคล เพราะโรคเอดส์ถูกนำไปเชื่อมโยงกับพฤติกรรมของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ และคนทั่วไปจะรับรู้ว่าเป็นโรคติดต่อร้ายแรง (Alonzo & Reynold as cited in Chuntawan et al., 2002) จากทัศนคติที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคเอดส์และทัศนคติทางด้านลบต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีส่งผลให้เกิดการตีตราและการเลือกปฏิบัติต่อครอบครัวของผู้ติดเชื้อเอดส์ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Prasert & Chancharat (1996) พบว่า การติดเชื้อเอชไอวีของบิดาและมารดาเป็นตราบาปหรือตราประทับสำหรับเด็ก ดังนั้นการช่วยเหลือสนับสนุนจากสังคมจึงยังมีไม่มากนัก

ความรู้ในการดูแลเด็กมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมในการดูแลเด็กที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่บ้าน โดยรวมของผู้ดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = .24, p < .05$ ) แสดงว่า ผู้ดูแลเด็กที่มีความรู้ในการดูแลเด็กในระดับสูง จะมีพฤติกรรมในการดูแลเด็กที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ในระดับสูง ส่วนผู้ดูแลที่มีความรู้ในการดูแลเด็กในระดับต่ำ ก็จะมีพฤติกรรมในการดูแลเด็กที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ในระดับต่ำ อาจเนื่องมาจาก การติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์เป็นภาวะการเจ็บป่วยเรื้อรังที่ต้องรับประทานยาอย่างต่อเนื่องและตรงเวลา เด็กที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์หลายรายไม่สามารถดูแลตนเองได้เต็มที่ ผู้ดูแลจึงมีความสำคัญต่อเด็กอย่างยิ่ง (Bunthasit, 2008) เช่นเดียวกับการศึกษาของ Phayaphrom (1996) เกี่ยวกับความรู้และการปฏิบัติในการดูแลทารกของมารดาที่ติดเชื้อเอชไอวีพบว่า ความรู้ในการดูแลทารกมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติในการดูแลทารก

การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมในการดูแลเด็กที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่บ้าน โดยรวมของผู้ดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = .47, p < .001$ ) แสดงว่า ผู้ดูแลเด็กที่มีการสนับสนุนทางสังคมในการดูแลเด็กในระดับสูงจะมีพฤติกรรมในการดูแลเด็ก

ที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ในระดับสูง ส่วนผู้ดูแลที่มีการสนับสนุนทางสังคมในการดูแลเด็กในระดับต่ำจะมีพฤติกรรมในการดูแลเด็กที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ในระดับต่ำ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการสนับสนุนทางสังคมเป็นการที่บุคคลมีปฏิสัมพันธ์ที่ทำให้เกิดความรัก ความผูกพัน การดูแลเอาใจใส่ ความไว้วางใจ ความช่วยเหลือในด้านการเงิน สิ่งของ แรงงาน การให้ข้อมูลข่าวสาร และการให้ข้อมูลย้อนกลับ ซึ่งจะมีผลต่อพฤติกรรมในการดูแลเด็กที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์

### ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล ผลการศึกษาครั้งนี้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการหาแนวทาง เพื่อส่งเสริมให้ผู้ดูแลมีพฤติกรรมในการดูแลเด็กที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่บ้านอย่างเหมาะสม อาจให้ความรู้ในการดูแลเด็กที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์และการสนับสนุนทางสังคม ทั้งนี้เพื่อช่วยลดการเกิดปัญหาสุขภาพในกลุ่มเด็กที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์และช่วยให้เด็กใช้ชีวิตในสังคมได้อย่างปกติ
2. ด้านการศึกษาพยาบาล ในการจัดการเรียนการสอนหัวข้อการพยาบาลเด็กที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ควร

เพิ่มสาระเกี่ยวกับการส่งเสริมให้ผู้ดูแลมีพฤติกรรมในการดูแลเด็กที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่บ้านอย่างเหมาะสม ทั้งในด้านการให้ความรู้และการสนับสนุนทางสังคมให้แก่ผู้ดูแลเด็กที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์

### ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยทำนายพฤติกรรมในการดูแลตนเองของเด็กที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่บ้าน โดยศึกษาว่าปัจจัยด้านความรู้ในการดูแลเด็กที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์และการสนับสนุนทางสังคมสามารถทำนายพฤติกรรมในการดูแลตนเองของเด็กที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่บ้านได้มากน้อยเพียงใด
2. ควรมีการศึกษาพฤติกรรมในการดูแลเด็กที่บ้านและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของผู้ดูแลเด็กที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ในกลุ่มเครือข่ายอื่นจะได้ข้อสรุปเช่นเดียวกับกลุ่มเครือข่ายในเครือข่ายจังหวัดเชียงใหม่หรือไม่
3. ควรมีการศึกษาปัจจัยอื่นที่อาจเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมในการดูแลตนเองของเด็กที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่บ้านของผู้ดูแล เช่น ปัจจัยด้านเด็ก

### เอกสารอ้างอิง

- Banjong, S. (2012). *Situation analysis of care for HIV infected persons. Of HIV-infected lead Leaders in Pong District, Phayao Province, Master of Nursing Science (Community Nurse Practitioner)* (Independent Study, Chiang Mai University). (In Thai).
- Bunthasit, W. (2008). Psychosocial support for children with HIV. In Kulkanya Chokphaibunkit (Ed.), *HIV / AIDS in children* (p. 289-302). Bangkok: People Company Limited. (In Thai).
- Bureau of Epidemiology, Department of Disease Control, Ministry of Public Health. (2015). *Situation of AIDS patients in Thailand as of 31 October 2014*. Retrieved from [http://www.boe.moph.go.th/files/report/20141128\\_61345755.pdf](http://www.boe.moph.go.th/files/report/20141128_61345755.pdf) (In Thai)
- Chokphaibunkit, K. (2008). *HIV / AIDS infection in children*. Bangkok: People. (In Thai)
- Chuntawan, R., Tiewkun, S., Phanchanprasit, C., Meesukho, J., Thaya, N., & Leawiriyakit, N. (2002). *Prevention and mitigation of the effects of parents' HIV infection on children: participatory research*. Chiang mai: Faculty of Nursing, Chiang Mai University. (In Thai).

- Control of AIDS and STDs Disease Control Chiang Mai Provincial Health Office. (2013). *AIDS situation Chiang Mai Province, October - December 2012*. Retrieved from [http://www.chiangmaihealth.com/cmpho\\_web53/attachments/1058\\_AIDS255512.pdf](http://www.chiangmaihealth.com/cmpho_web53/attachments/1058_AIDS255512.pdf). (In Thai)
- House, J. S. (1981). *Work stress and social support*. MA: Addison-Wesley.
- Khunklin, P. (2003). *Child-rearing practices among primary caregivers of HIV-infected children aged 0-5 years in Chiang Mai, Thailand* (Doctoral dissertation, Chiang Mai University).
- Pathumwan, A. (1993). Application of Orem's Nursing Theory in Child Nursing. In Somchit Nuancharoenkul (Ed.), *Self-care: Nursing science and art, First Amendment* (p. 187-206). Bangkok: VJ Printing. (In Thai).
- Phanchareon, C., Phitthayunont, T., & Tisakorn, U. (2002). *AIDS in children*. Bangkok: Chulalongkorn University. (In Thai).
- Phayaphrom, Y. (1996). *Knowledge and practice in caring for infants of HIV-infected mothers*, Master's thesis, Chiang Mai University.) (In Thai).
- Lamchang, S., & Akarachinot, P. (1998). A study of the role of parents in caring for children with HIV. *Nursing Journal*, 25(4), 55-67. (In Thai).
- Prasert, P., & Chancharat, P. (1996). Problems and Impacts of AIDS on Children and Youth in Thailand. *Journal of Public Health*, 5(1), 132-141. (In Thai).
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2010). *Essentials of nursing research: Appraising evidence for nursing practice* (7<sup>th</sup> ed.). Philadelphia: Lipincot William & Wilkind.
- Saisangchan, C., & Panjarat, A. (2008). Promoting the cohabitation of children affected by AIDS in shelters. In Pichai Chintana Phakdee (Ed.), *A Guide to promoting living together for children affected by AIDS in Public and Private Welfare Centers* (p. 21-46). Bangkok: Agricultural Cooperative Assembly of Thailand. (In Thai).
- Sawadipanich, N. (2004). *Health beliefs and health care behaviors of caregivers of HIV-infected children* (Master's thesis, Chiang Mai University). (In Thai).
- Senarat, W., Photchanamat, C., Chanaokok, A., Chittaruech, C., Chuntawan, R., Yimyam, S., & Namphom, N. (2006). *Study of the orphan situation and children affected by HIV / AIDS in Thailand and help forms: A case study in the northern region*. Chiang mai: Faculty of Nursing, Chiang Mai University. (In Thai).
- Srimuang, P. (2011). *Caring for children with HIV / AIDS at home by caregivers* (Master's thesis, Khon Kaen University). (In Thai).
- Wiriyasirikun, N. (2006). *Influence of family relationships and care burden on care behavior of caregivers of school-aged children with HIV infection* (Master's thesis, Prince of Songkla University). (In Thai).

Wongsuya, J. (2008). *Knowledge and practice in caring for children with respiratory infections of parents in Mae Sariang Hospital. Mae Hong Son Province* (Independent Study, Chiang Mai University). (In Thai).

UNAIDS. (2015). *UNAIDS World AIDS Day report 2014*. Retrieved from <http://www.unaids.org/en/resources/campaigns/World-AIDS-Day-Report-2014/factsheet>.