

ผลการวิจัยและการอภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาเพื่อศึกษาอิทธิพลของสัมพันธภาพในครอบครัวและการดูแลต่อพฤติกรรมกรรมการดูแลของผู้ดูแลเด็กวัยเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวี กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลเด็กวัยเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวีที่พาเด็กมารับการตรวจที่ห้องตรวจกุมารเวชกรรมโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี โรงพยาบาลหาดใหญ่ และโรงพยาบาลสงขลา จำนวน 70 ราย ผลการวิเคราะห์ข้อมูลนำเสนอในรูปของตารางประกอบคำบรรยายดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

ส่วนที่ 2 สัมพันธภาพในครอบครัว การดูแล และพฤติกรรมกรรมการดูแลเด็กวัยเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวี

ส่วนที่ 3 ความสามารถในการทำนายระหว่างตัวแปรที่ศึกษา

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแล

ผลการศึกษานี้พบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 82.90 มีอายุอยู่ในช่วง 31-40 ปี คิดเป็นร้อยละ 45.70 อายุโดยเฉลี่ย 43.6 ปี (SD = 11.39) ส่วนใหญ่ผู้ดูแลไม่เป็นบิดามารดา คิดเป็นร้อยละ 52.90 สถานภาพสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 64.30 นับถือศาสนาพุทธมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 92.90 ประกอบอาชีพรับจ้าง คิดเป็นร้อยละ 35.70 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 61.40 มีรายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือนอยู่ในช่วง 2,001 - 6,000 บาท มากที่สุดถึงร้อยละ 55.70 ค่ามัธยฐานของรายได้ 5,000 บาท ส่วนใหญ่รายได้ไม่เพียงพอ คิดเป็นร้อยละ 65.80 มีลักษณะครอบครัวเป็นครอบครัวขยาย คิดเป็นร้อยละ 78.60 มีจำนวนสมาชิก 2 - 6 คน คิดเป็นร้อยละ 87.10 สมาชิกโดยเฉลี่ย 4.8 คน สำหรับผู้ดูแลที่มีและไม่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ติดเชื้อมีจำนวนเท่ากันคือ ร้อยละ 50 ส่วนใหญ่เคยให้การดูแลผู้ที่เป็นบุตร คิดเป็นร้อยละ 45.70 ส่วนระยะเวลาในการดูแลผู้ติดเชื้อรายอื่นส่วนใหญ่เป็นระยะเวลานาน 1 - 36 เดือน คิดเป็นร้อยละ 80 โดยที่ค่ามัธยฐานของระยะเวลาในการดูแลผู้ติดเชื้อรายอื่น 12 เดือน หรือ 1 ปี นอกจากนี้ผู้ดูแลส่วนใหญ่มีระยะเวลาในการดูแลเด็กนาน 72 เดือน 1 วัน - 108 เดือน คิดเป็นร้อยละ 30 และค่ามัธยฐานของระยะเวลาในการดูแลเด็ก 81 เดือน

หรือ 6 ปี 9 เดือน ดังแสดงในตาราง 3

ตาราง 3

จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่ามัธยฐานของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล ( $N = 70$ )

ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
<b>เพศ</b>		
ชาย	12	17.10
หญิง	58	82.90
<b>อายุ (ปี)</b>		
21-30	6	8.60
31-40	32	45.70
41-50	8	11.40
51-60	17	24.30
61-70	7	10.00
$(\bar{X} = 43.60; SD = 11.39)$		
<b>ความเกี่ยวข้องกับเด็ก</b>		
บิดา	11	15.70
มารดา	22	31.40
ญาติฝ่ายบิดา	22	31.40
ญาติฝ่ายมารดา	13	18.60
อื่นๆ	2	2.90
<b>สถานภาพสมรส</b>		
โสด	3	4.30
คู่	45	64.30
หม้าย	20	28.60
หย่า/แยกกันอยู่	2	2.80

ตาราง 3 (ต่อ)

	ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
ศาสนา			
	พุทธ	65	92.90
	อิสลาม	4	5.70
	คริสต์	1	1.40
อาชีพ			
	แม่บ้าน/พ่อบ้าน	12	17.10
	รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	2	2.90
	เกษตรกร	23	32.90
	รับจ้าง	25	35.70
	ค้าขาย	8	11.40
ระดับการศึกษา			
	ไม่ได้รับการศึกษา	5	7.10
	ประถมศึกษา	43	61.40
	มัธยมศึกษา	14	20.00
	อาชีวศึกษา	2	2.90
	อนุปริญญาขึ้นไป	6	8.60
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน			
	น้อยกว่า 2,000 บาท	10	14.30
	2,001-6,000 บาท	39	55.70
	6,001-10,000 บาท	11	15.70
	มากกว่า 10,000 บาท	10	14.30
	(Median = 5,000)		
ความเพียงพอของรายได้			
	เหลือเก็บ	5	7.10
	เพียงพอแต่ไม่เหลือเก็บ	19	27.10
	ไม่เพียงพอ	46	65.80

ตาราง 3 (ต่อ)

ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
ลักษณะของครอบครัว		
ครอบครัวเดี่ยว	15	21.40
ครอบครัวขยาย	55	78.60
จำนวนสมาชิกในครอบครัว		
2-6 คน	61	87.10
7-11 คน	9	12.90
$(\bar{X} = 4.80; SD = 1.83)$		
ประสบการณ์การดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายอื่น		
เคย	35	50.00
ไม่เคย	35	50.00
ความเกี่ยวข้องกับบุคคลที่เคยให้การดูแล (n = 35)		
สามี/ภรรยา	9	25.70
บุตรชาย/บุตรสาว	16	45.70
พี่น้อง	6	17.10
อื่นๆ	4	11.50
ระยะเวลาในการดูแลผู้ติดเชื้อรายอื่น (n = 35)		
1-36 เดือน	28	80.00
36 เดือน 1 วัน-72 เดือน	4	11.40
72 เดือน 1 วัน-108 เดือน	3	8.60
$(Median = 12)$		
ระยะเวลาในการดูแลเด็ก		
1-36 เดือน	16	22.90
36 เดือน 1 วัน - 72 เดือน	15	21.40
72 เดือน 1 วัน - 108 เดือน	21	30.00
108 เดือน 1 วัน - 144 เดือน	18	25.70
$(Median = 81)$		

### ข้อมูลส่วนบุคคลของเด็กวัยเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวี

ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่าเด็กวัยเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวีส่วนใหญ่เพศชาย คิดเป็นร้อยละ 51.4 ส่วนใหญ่เด็กมีอายุอยู่ในช่วง 72 - 96 เดือน หรือ 6 - 8 ปี คิดเป็นร้อยละ 41.40 อายุเฉลี่ย 104.3 เดือน หรือ 8 ปี 8 เดือน (SD = 20.49) ส่วนใหญ่มีน้ำหนักไม่เป็นไปตามเกณฑ์ คิดเป็นร้อยละ 57.10 และส่วนสูงไม่เป็นไปตามเกณฑ์ คิดเป็นร้อยละ 61.40 ผู้ดูแลส่วนใหญ่ทราบผลการตรวจพบการติดเชื้อของเด็กเป็นครั้งแรก คิดเป็นร้อยละ 91.40 และมีการตรวจพบเชื้อเอชไอวีในเด็กเป็นครั้งแรกตั้งแต่แรกเกิด - 36 เดือน มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 35.90 นอกจากนี้ส่วนใหญ่เริ่มมีอาการเจ็บป่วยที่เกิดจากการติดเชื้อเอชไอวีเมื่ออายุ 36 เดือน 1 วัน - 72 เดือน คิดเป็นร้อยละ 40.60 โดยค่ามัธยฐานอายุที่ตรวจพบเชื้อเอชไอวีเป็นครั้งแรกและเริ่มเจ็บป่วยจากเชื้อเอชไอวีมีค่าเท่ากันคือ 60 เดือน หรืออายุ 5 ปี ส่วนใหญ่เจ็บป่วยจากการติดเชื้อเอชไอวี 1-3 ครั้ง/ปี คิดเป็นร้อยละ 51.40 เคยนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 70 โดยแต่ละคนเคยเข้านอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล จำนวน 1 - 2 ครั้ง มีมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 73.50 ผู้ดูแลส่วนใหญ่รับรู้ว่าคุณสมบัติความรุนแรงของการเจ็บป่วยจากการติดเชื้อเอชไอวีอยู่ในระดับปานกลางคิดเป็นร้อยละ 41.40 ดังแสดงในตาราง 4 นอกจากนี้ส่วนใหญ่เด็กเคยพักรักษาตัวในโรงพยาบาลด้วยโรคปอดมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 27.70 และเคยมารับการตรวจที่แผนกผู้ป่วยนอกด้วยอาการไข้ ไอ มีน้ำมูกเป็นๆ หายๆ คิดเป็นร้อยละ 37.80 ดังแสดงใน ภาคผนวก ก: ตาราง ก 1

## ตาราง 4

จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่ามัธยฐานของเด็กวัยเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวี  
จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล (N = 70)

ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
<b>เพศ</b>		
ชาย	36	51.40
หญิง	34	48.60
<b>อายุ</b>		
72 - 96 เดือน	29	41.40
96 เดือน 1 วัน - 120 เดือน	26	37.10
120 เดือน 1 วัน - 144 เดือน	15	21.50
( $\bar{X}$ = 104.30; SD = 20.49)		
<b>น้ำหนักตามเกณฑ์อายุ *</b>		
น้อยกว่าเกณฑ์	22	31.40
ค่อนข้างน้อย	18	25.70
น้ำหนักตามเกณฑ์	30	42.90
<b>ส่วนสูงตามเกณฑ์อายุ *</b>		
เตี้ย	27	38.60
ค่อนข้างเตี้ย	16	22.80
ส่วนสูงตามเกณฑ์	27	38.60
<b>ผู้ดูแลทราบผลการตรวจพบเชื้อเอชไอวีของเด็กเป็นครั้งแรก</b>		
ทราบ	64	91.40
ไม่ทราบ	6	8.60
<b>อายุที่เด็กมีการตรวจพบเชื้อเอชไอวีเป็นครั้งแรก (n = 64)</b>		
แรกเกิด-36 เดือน	23	35.90
อายุ 36 เดือน 1 วัน - 72 เดือน	19	29.70
อายุ 72 เดือน 1 วัน - 108 เดือน	21	32.80
อายุ 108 เดือน 1 วัน - 144 เดือน	1	1.60
(Median = 60)		

\* เปรียบเทียบน้ำหนักและส่วนสูงกับกราฟมาตรฐาน (กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2542)

ตาราง 4 (ต่อ)

ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
อายุที่เด็กเริ่มมีอาการเจ็บป่วยที่เกิดจากการติดเชื้อเอชไอวี (n = 64)		
แรกเกิด - 36 เดือน	19	29.70
36 เดือน 1 วัน - 72 เดือน	26	40.60
72 เดือน 1 วัน - 108 เดือน	19	29.70
(Median = 60)		
ความถี่ของการเจ็บป่วยที่เกิดจากการติดเชื้อเอชไอวี		
1 - 3 ครั้ง/ปี	36	51.40
4 - 6 ครั้ง/ปี	10	14.30
10 ครั้ง/ปี	1	1.40
1 - 2 ครั้ง/เดือน	18	25.70
3 - 4 ครั้ง/เดือน	5	7.20
ประวัติการนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล		
เคย	49	70.00
ไม่เคย	21	30.00
จำนวนครั้งที่เด็กแต่ละคนเคยนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล (n = 49)		
1 - 2 ครั้ง	36	73.50
3 - 4 ครั้ง	8	16.30
5 - 6 ครั้ง	2	4.10
มากกว่า 6 ครั้ง	3	6.10
(Median = 1)		
ระดับความรุนแรงของการติดเชื้อเอชไอวีของเด็กก็ตาม		
การรับรู้ของผู้ดูแล		
ไม่รุนแรง	21	30.00
ระดับน้อย	13	18.60
ระดับปานกลาง	29	41.40
ระดับมาก	7	10.00

## ส่วนที่ 2 สัมพันธภาพในครอบครัว การดูแล และพฤติกรรมดูแลเด็กวัยเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวี

### สัมพันธภาพในครอบครัว

ตาราง 5 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับสัมพันธภาพในครอบครัวโดยรวม โดยคิดจากจำนวนข้อคำถามทั้งหมด 13 ข้อแรก ยกเว้นข้อคำถามข้อที่ 14 ซึ่งเป็นสัมพันธภาพโดยภาพรวม ผลการวิเคราะห์พบว่า สัมพันธภาพในครอบครัวโดยรวม (13 ข้อแรก) อยู่ในระดับดี ( $\bar{X} = 3.82$ ,  $SD = 0.60$ ) ส่วนสัมพันธภาพในครอบครัวโดยภาพรวม (ข้อ 14) พบว่า อยู่ในระดับดีเช่นกัน ( $\bar{X} = 3.86$ ,  $SD = 0.89$ ) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ (ภาคผนวก ก: ตาราง ก 2) พบว่าสัมพันธภาพในครอบครัวอยู่ในระดับดีเป็นส่วนใหญ่ (11 ใน 13 ข้อ) นอกนั้นพบว่าสัมพันธภาพในครอบครัวอยู่ในระดับปานกลาง โดยข้อที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยสัมพันธภาพในครอบครัวอยู่ในระดับดีสูงสุดเท่ากับ 2 ข้อ คือ สมาชิกในครอบครัวมีความผูกพัน ใกล้ชิดสนิทสนมและเป็นกันเอง ( $\bar{X} = 4.29$ ,  $SD = 0.80$ ) และสมาชิกในครอบครัวรักและห่วงใยซึ่งกันและกันเสมอ ( $\bar{X} = 4.29$ ,  $SD = 0.73$ ) ส่วนข้อที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยสัมพันธภาพในครอบครัวอยู่ในระดับดีต่ำสุดนั้นก็ยังมี 2 ข้อเช่นกัน คือ เมื่อมีปัญหาผู้ดูแลสามารถระบายความคับข้องใจกับสมาชิกในครอบครัว ( $\bar{X} = 3.71$ ,  $SD = 1.07$ ) และสมาชิกในครอบครัวส่วนใหญ่มักใช้เวลาพักผ่อนอยู่กับบ้านในช่วงคอนเย็นหรือวันหยุด ( $\bar{X} = 3.71$ ,  $SD = 0.94$ ) สำหรับข้อที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยสัมพันธภาพในครอบครัวอยู่ในระดับปานกลางสูงสุดคือ สมาชิกในครอบครัวส่วนใหญ่รู้ว่าบุคคลในครอบครัวชอบสิ่งใด ( $\bar{X} = 3.61$ ,  $SD = 0.98$ ) และข้อที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลางต่ำสุดคือ การทำกิจกรรมร่วมกันอย่างสม่ำเสมอ เช่น ไปซื้อของ ไปเที่ยว ไปเยี่ยมญาติ ไปรับประทานอาหารนอกบ้าน เป็นต้น ( $\bar{X} = 2.80$ ,  $SD = 1.03$ )

## ตาราง 5

ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับของสัมพันธภาพในครอบครัว ภาวะการดูแล และ พฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลเด็กวัยเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวี (N = 70)

	$\bar{X}$	SD	ระดับ
สัมพันธภาพในครอบครัวโดยรวม	3.82	0.60	ดี
ภาวะการดูแลโดยรวม	2.70	0.65	ปานกลาง
ด้านผลกระทบต่อเศรษฐกิจ	3.20	0.60	ปานกลาง
ด้านความรู้สึกเหมือนถูกทอดทิ้ง	2.95	0.77	ปานกลาง
ด้านผลกระทบต่อกิจวัตรประจำวัน	2.65	0.87	ปานกลาง
ด้านผลกระทบต่อสุขภาพ	2.34	0.89	ปานกลาง
ด้านความรู้สึกเหมือนถูกกักขัง	1.94	1.18	น้อย
พฤติกรรมการดูแลโดยรวม	3.26	0.30	สูง
ด้านการดูแลสุขภาพทั่วไป	3.17	0.43	สูง
ด้านการดูแลเมื่อเด็กเจ็บป่วย	3.69	0.32	สูง
ด้านการดูแลป้องกันการติดเชื้อฉวยโอกาส	3.07	0.38	สูง

## ภาวะการดูแล

ตาราง 5 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับภาวะการดูแลของผู้ดูแลเด็กวัยเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวีเป็นรายด้านและโดยรวม พบว่าภาวะการดูแลของผู้ดูแลโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{X} = 2.70$ ,  $SD = 0.65$ ) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่าผู้ดูแลมีภาวะการดูแล 4 ด้าน อยู่ในระดับปานกลาง คือด้านผลกระทบต่อเศรษฐกิจ ด้านความรู้สึกเหมือนถูกทอดทิ้ง ด้านผลกระทบต่อกิจวัตรประจำวันและด้านผลกระทบต่อสุขภาพ โดยภาวะการดูแลด้านผลกระทบต่อเศรษฐกิจมีค่าสูงสุด ( $\bar{X} = 3.20$ ,  $SD = 0.60$ ) และด้านผลกระทบต่อสุขภาพมีค่าต่ำสุด ( $\bar{X} = 2.34$ ,  $SD = 0.89$ ) ส่วนภาวะการดูแลของผู้ดูแลด้านความรู้สึกเหมือนถูกกักขังพบว่าอยู่ในระดับน้อย ( $\bar{X} = 1.94$ ,  $SD = 1.18$ )

เมื่อพิจารณาภาวะการดูแลของผู้ดูแลเป็นรายข้อในแต่ละด้าน (ภาคผนวก ค: ตาราง ค 3) พบว่าด้านผลกระทบต่อเศรษฐกิจ ผู้ดูแลมีค่าคะแนนเฉลี่ยของภาวะการดูแลด้านผลกระทบต่อเศรษฐกิจเป็นรายข้ออยู่ในระดับปานกลางทุกข้อ ยกเว้นมีเพียงข้อเดียวที่พบว่าผู้ดูแลรู้สึกว่าเป็นภาวะการดูแลอยู่ในระดับมาก คือการได้รับความช่วยเหลือ โดยมีผู้ให้เงินค่าเลี้ยงดูเด็กทุกวันหรือทุกเดือน ( $\bar{X} = 3.73$ ,  $SD = 1.43$ ) ส่วนข้อที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยที่ผู้ดูแลรู้สึกว่าเป็นภาวะการดูแลอยู่ในระดับปานกลางต่ำสุดคือ ตั้งแต่ดูแลเด็ก ผู้ดูแลต้องกู้ยืมเงินจากที่ต่างๆ เพื่อนำมาใช้จ่ายในการดูแลเด็ก ( $\bar{X} =$

2.56, SD = 1.21)

ด้านความรู้สึกเหมือนถูกทอดทิ้ง ผู้ดูแลมีค่าคะแนนเฉลี่ยของภาระการดูแลด้านความรู้สึกเหมือนถูกทอดทิ้งเป็นรายชื่ออยู่ในระดับปานกลางเป็นส่วนใหญ่ (4 ใน 6 ข้อ) โดยมีค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ระหว่าง  $3.03 \pm 1.33$  ถึง  $2.73 \pm 1.48$  มีเพียงข้อเดียวที่พบว่าผู้ดูแลรู้สึกว่าเป็นภาระการดูแลอยู่ในระดับมาก คือ เพื่อนบ้านให้การช่วยเหลือผู้ดูแลในการดูแลเด็ก ( $\bar{X} = 3.96$ , SD = 1.14) และอีกข้อที่ผู้ดูแลรู้สึกว่าเป็นภาระการดูแลอยู่ในระดับน้อยคือ ครอบครัวของผู้ดูแลช่วยเหลือกันในการดูแลเด็ก ( $\bar{X} = 2.27$ , SD = 1.20)

ด้านผลกระทบต่อกิจวัตรประจำวัน ผู้ดูแลมีค่าคะแนนเฉลี่ยของภาระการดูแลด้านผลกระทบต่อกิจวัตรประจำวันเป็นรายชื่ออยู่ในระดับปานกลางทุกข้อ ยกเว้นมีเพียงข้อเดียวที่พบว่าผู้ดูแลรู้สึกว่าเป็นภาระการดูแลอยู่ในระดับน้อยคือ การดูแลเด็กทำให้รบกวนเวลารับประทานอาหารของผู้ดูแลในบางครั้ง ( $\bar{X} = 1.97$ , SD = 1.18) ส่วนข้อที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยที่ผู้ดูแลรู้สึกว่าเป็นภาระการดูแลอยู่ในระดับปานกลางสูงสุดคือ กิจวัตรประจำวันของผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นการดูแลเด็ก ( $\bar{X} = 3.33$ , SD = 1.28)

ด้านผลกระทบต่อสุขภาพ ผู้ดูแลมีค่าคะแนนเฉลี่ยของภาระการดูแลด้านผลกระทบต่อสุขภาพอยู่ในระดับปานกลางเป็นส่วนใหญ่ (6 ใน 9 ข้อ) โดยมีค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ระหว่าง  $2.97 \pm 1.31$  ถึง  $2.36 \pm 1.24$  ข้อที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยภาระการดูแลอยู่ในระดับปานกลางสูงสุดคือ การดูแลเด็กทำให้ผู้ดูแลวิตกกังวล ( $\bar{X} = 2.97$ , SD = 1.31) ส่วนอีก 3 ข้อที่เหลือพบว่าผู้ดูแลรู้สึกว่าเป็นภาระการดูแลอยู่ในระดับน้อย และข้อที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยที่ผู้ดูแลรู้สึกว่าเป็นภาระการดูแลอยู่ในระดับน้อยต่ำสุดคือ การดูแลเด็กทำให้น้ำหนักตัวผู้ดูแลลดลง ( $\bar{X} = 1.87$ , SD = 1.06)

ด้านความรู้สึกเหมือนถูกกักขัง ผู้ดูแลมีค่าคะแนนเฉลี่ยของภาระการดูแลด้านความรู้สึกเหมือนถูกกักขังอยู่ในระดับน้อยทุกข้อ โดยค่าคะแนนเฉลี่ยที่ผู้ดูแลรู้สึกว่าเป็นภาระการดูแลของข้อผู้ดูแลมีความรู้สึกเหมือนถูกบังคับในการให้การดูแลเด็กสูงกว่าข้อบทบาทการเป็นผู้ดูแลเด็ก ทำให้ผู้ดูแลรู้สึกเหมือนถูกกักขังเพียงเล็กน้อย

#### พฤติกรรมดูแลเด็กวัยเรียนที่ติดเชื่อเอชไอวี

ตาราง 5 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับพฤติกรรมดูแลของผู้ดูแลเด็กวัยเรียนที่ติดเชื่อเอชไอวีเป็นรายด้านและโดยรวม พบว่าพฤติกรรมดูแลเด็กวัยเรียนที่ติดเชื่อเอชไอวีของผู้ดูแลโดยรวมอยู่ในระดับสูง ( $\bar{X} = 3.26$ , SD = 0.30) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่าผู้ดูแลมีพฤติกรรมดูแลในแต่ละด้านอยู่ในระดับสูง โดยมีพฤติกรรมดูแลด้านการดูแลเมื่อเด็กเจ็บป่วยมีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงสุด ( $\bar{X} = 3.69$ , SD = 0.32) รองลงมาเป็นด้านการดูแลสุขภาพทั่วไป ( $\bar{X} = 3.17$ , SD = 0.43) และด้านการดูแลป้องกันการติดเชื่อฉวยโอกาส ( $\bar{X} = 3.07$ , SD = 0.38) ตามลำดับ

เมื่อพิจารณาพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลเด็กวัยเรียนที่ติดเชื่อเอชไอวีเป็นรายข้อในแต่ละด้าน (ภาคผนวก ค: ตาราง ค 4) พบว่า

**ด้านการดูแลสุขภาพทั่วไป** ผู้ดูแลมีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลเด็กวัยเรียนที่ติดเชื่อเอชไอวีด้านการดูแลสุขภาพทั่วไปเป็นรายข้ออยู่ในระดับสูงเป็นส่วนใหญ่ (6 ใน 10 ข้อ) โดยข้อที่ผู้ดูแลมีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลสูงสุดคือ การพาเด็กไปรับการตรวจรักษาตามที่แพทย์นัดทุกครั้ง แม้ว่าเด็กจะไม่มีอาการเจ็บป่วย ( $\bar{X} = 3.97, SD = 0.24$ ) และข้อที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลต่ำสุดคือ การดูแลให้เด็กแปร่งฟันอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง คือ เช้าและก่อนนอน ( $\bar{X} = 3.14, SD = 1.03$ ) ส่วนข้อที่ผู้ดูแลมีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลอยู่ในระดับปานกลางและมีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงสุดคือ การดูแลให้เด็กรับประทานอาหารเช้าครบ 5 หมู่ใน 1 วัน เช่น ข้าว เนื้อสัตว์ ไข่ นม ผักและผลไม้ ( $\bar{X} = 2.96, SD = 0.86$ ) และข้อที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยต่ำสุดคือ การพาเด็กไปตรวจฟันและช่องปากทุก 6 เดือน ( $\bar{X} = 2.19, SD = 1.21$ )

**ด้านการดูแลเมื่อเด็กเจ็บป่วย** ผู้ดูแลมีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลเด็กวัยเรียนที่ติดเชื่อเอชไอวีด้านการดูแลเมื่อเด็กเจ็บป่วยเป็นรายข้ออยู่ในระดับสูงทุกข้อ ยกเว้นมีเพียงข้อเดียวที่พบว่าผู้ดูแลมีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลอยู่ในระดับปานกลางคือ การสอบถามแพทย์และพยาบาลเกี่ยวกับยาที่ใช้ในการรักษาและอาการข้างเคียงของยา ( $\bar{X} = 2.97, SD = 1.20$ ) ส่วนข้อที่ผู้ดูแลมีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลอยู่ในระดับสูงและมีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงสุดคือ การดูแลให้เด็กรับประทานยาตามแผนการรักษาของแพทย์ครบทุกมื้อ ( $\bar{X} = 3.93, SD = 0.26$ ) และข้อที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยต่ำสุดคือ เมื่อเด็กรับประทานยา ผู้ดูแลคอยสังเกตอาการผิดปกติที่อาจเกิดจากการแพ้ยาหรืออาการข้างเคียงของยา ( $\bar{X} = 3.69, SD = 0.60$ ) และเมื่อเด็กมีไข้ผู้ดูแลเช็ดตัวให้เด็ก ( $\bar{X} = 3.69, SD = 0.58$ )

**ด้านการดูแลป้องกันการติดเชื้อฉวยโอกาส** ผู้ดูแลมีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลเด็กวัยเรียนที่ติดเชื่อเอชไอวีด้านการดูแลป้องกันการติดเชื้อฉวยโอกาสเป็นรายข้ออยู่ในระดับสูงเป็นส่วนใหญ่ (9 ใน 14 ข้อ) ส่วนน้อยอยู่ในระดับปานกลาง (4 ใน 14 ข้อ) มีเพียงข้อเดียวที่พบว่าผู้ดูแลมีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลอยู่ในระดับต่ำคือ การแช่เสื้อผ้าในน้ำยาฆ่าเชื้อนาน 30 นาที หรือต้มในน้ำเดือดนาน 30 นาทีก่อนนำไปซักเมื่อเสื้อผ้าเด็กเปื้อนเลือด ( $\bar{X} = 1.97, SD = 1.14$ ) ส่วนข้อที่ผู้ดูแลมีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลอยู่ในระดับสูงและมีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงสุดคือ การดูแลเด็กให้อยู่ในที่ที่มีอากาศถ่ายเทได้สะดวก ( $\bar{X} = 3.74, SD = 0.47$ ) และข้อที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยต่ำสุดคือ การดูแลหรือบอกเด็กไม่ให้ไปเล่นกับเพื่อนที่มีไข้ ไอหรือมีน้ำมูก ( $\bar{X} = 3.07, SD = 1.04$ ) นอกจากนี้ข้อที่ผู้ดูแลมีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลอยู่ในระดับปานกลางและมีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงสุดคือ การล้างมือให้สะอาดเมื่อต้องสัมผัสร่างกายเด็ก ( $\bar{X} = 2.69, SD = 0.84$ ) และข้อที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยต่ำสุดคือ การให้ผู้ดูแลเด็กแทน เมื่อผู้ดูแลมีไข้ ไอหรือมีน้ำมูก ( $\bar{X} = 2.16, SD = 1.14$ )

### ส่วนที่ 3 ความสามารถในการทำนายระหว่างตัวแปรที่ศึกษา

ในการศึกษาหาความสามารถในการทำนายของสัมพันธภาพในครอบครัวและภาระการดูแลต่อพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลเด็กวัยเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวี (N = 70) โดยใช้สถิติถดถอยพหุแบบขั้นตอนก่อนการวิเคราะห์ผู้วิจัยได้ทำการทดสอบตามข้อตกลงเบื้องต้นพบว่า เป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของการวิเคราะห์ถดถอยพหุแบบขั้นตอนทุกประการ ดังแสดงในภาคผนวก ง ผลการวิเคราะห์โดยใช้สถิติถดถอยพหุแบบขั้นตอน (ตาราง 6) พบว่าตัวแปรที่สามารถทำนายความแปรปรวนของค่าคะแนนทำนายพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลเด็กวัยเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวีคือ สัมพันธภาพในครอบครัวสามารถทำนายพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลเด็กวัยเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวีได้ร้อยละ 8 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ [ $F(1, 68) = 5.66, p < .05$ ] และมีค่าสัมประสิทธิ์ความถดถอยมาตรฐาน ( $\beta$ ) เท่ากับ .28 ( $t = 2.38, p < .05$ )

#### ตาราง 6

ค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยพหุแบบขั้นตอนระหว่างตัวแปรทำนายกับพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลเด็กวัยเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวี (N = 70)

ตัวแปร	$\beta$	t	p
สัมพันธภาพในครอบครัวโดยรวม	.28	2.38	.02*

$R^2 = .08, \text{ Adjust } R^2 = .06, F(1, 68) = 5.66, p = .02^*$

\*p < .05

#### การอภิปรายผล

การศึกษาอิทธิพลของสัมพันธภาพในครอบครัวและภาระการดูแลต่อพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลเด็กวัยเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวี ผู้วิจัยขออภิปรายผลตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยดังนี้ 1) ข้อมูลส่วนบุคคล 2) สัมพันธภาพในครอบครัว ภาระการดูแล และพฤติกรรมการดูแลเด็กวัยเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวี และ 3) ความสามารถในการทำนายระหว่างตัวแปรที่ศึกษา

#### ข้อมูลส่วนบุคคล

การศึกษานี้พบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 82.90) เนื่องจากพื้นฐานความเชื่อทางสังคมและค่านิยมทางวัฒนธรรมที่คาดหวังให้เพศหญิงมีหน้าที่ให้การดูแล (จอม, 2541) ส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 31-40 ปี (ร้อยละ 45.70) นับเป็นวัยที่มีวุฒิภาวะ และมีความรับผิดชอบต่อครอบครัว นับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 92.90) ซึ่งสอดคล้องกับลักษณะของประชากรไทยที่พบว่าประชากรส่วนใหญ่

นับถือศาสนาพุทธถึงร้อยละ 92.56 รองลงมานับถือศาสนาอิสลามร้อยละ 5.30 (สุวิทย์, 2542) ส่วนระดับการศึกษาส่วนใหญ่ผู้ดูแลจบชั้นประถมศึกษา (ร้อยละ 61.40) ซึ่งเป็นการศึกษาขั้นพื้นฐานตามแผนการศึกษาแห่งชาติ พ.ศ. 2520 ที่รัฐบาลจัดให้แก่ประชาชนอย่างทั่วถึงทุกท้องถิ่น (สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาแห่งชาติ สำนักนายกรัฐมนตรี, ม.ป.ป.) ซึ่งสามารถอ่านออกเขียนได้และคิดคำนวณได้ มีเพียงส่วนน้อยที่ผู้ดูแลไม่ได้รับการศึกษา (ร้อยละ 7.10) ผู้ดูแลส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้าง (ร้อยละ 35.70) ทำให้มีรายได้ไม่แน่นอน ขึ้นอยู่กับอัตราการว่าจ้างแรงงานและจำนวนวันของการทำงาน ถ้าผู้ดูแลพาเด็กไปพบแพทย์จะต้องหยุดงานและส่งผลกระทบต่อรายได้ ทำให้ขาดรายได้ได้ รายได้ครอบครัวต่อเดือนส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 2,001 - 6,000 บาท (ร้อยละ 55.70) และมีลักษณะครอบครัวขยาย (ร้อยละ 78.60) สมาชิกครอบครัวโดยเฉลี่ย 4.80 คน ซึ่งสอดคล้องกับลักษณะของครอบครัวไทยส่วนใหญ่ยังคงรูปแบบเดิมมีลักษณะครอบครัวขยาย สมาชิกในครอบครัวประกอบด้วยปู่ ย่า หรือตา ยาย อยู่ร่วมกับลูกหลาน (รุจา, 2541; สมพันธ์, 2541) เมื่อนำมารายได้ครอบครัวต่อเดือนและจำนวนสมาชิกมาพิจารณาร่วมกับภาวะเศรษฐกิจในปัจจุบันที่มีภาวะของราคาน้ำมันในตลาดโลกสูงขึ้น สินค้าอุปโภคและบริโภคขึ้นราคา ค่าครองชีพสูงขึ้น จะเห็นได้ว่าผู้ดูแลมีรายได้ค่อนข้างน้อย ประกอบกับในครอบครัวต้องให้การดูแลเด็กวัยเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวี จึงทำให้ผู้ดูแลส่วนใหญ่มีรายได้ไม่เพียงพอ (ร้อยละ 65.80) ส่วนผู้ดูแลที่มีประสบการณ์การดูแลผู้ติดเชื้อมีรายอื่นและไม่มีประสบการณ์การดูแล ผู้ติดเชื้อมีจำนวนเท่ากัน (ร้อยละ 50) มีผู้ดูแลร้อยละ 45.70 เคยให้การดูแลบุตรที่ติดเชื้อเอชไอวี ดังนั้นการดูแลเด็กที่ติดเชื้อเอชไอวีเหล่านี้เท่ากับเป็นการให้การดูแลหลานของตนเอง นอกจากนี้ผู้ดูแลส่วนใหญ่ให้การดูแลเด็กนานถึง 6 ปี 1 วัน - 9 ปี (ร้อยละ 30)

เมื่อพิจารณาข้อมูลด้านเด็กพบว่า ส่วนใหญ่เป็นเด็กเพศชายร้อยละ 51.40 มีอายุอยู่ในช่วง 6 - 8 ปี (ร้อยละ 41.40) มีน้ำหนักและส่วนสูงไม่เป็นไปตามเกณฑ์ กล่าวคือร้อยละ 57.1 มีน้ำหนักไม่เป็นไปตามเกณฑ์และร้อยละ 61.40 มีส่วนสูงไม่เป็นไปตามเกณฑ์ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของพรพรรณ และ อัจฉรา (2548) ในการศึกษาประเมินผลกระทบทางกายของเด็กที่ติดเชื้อเอชไอวีที่รับยาต้านไวรัสในโครงการ HART ณ โรงพยาบาลลำพูน เด็กอายุ 3-13 ปี จำนวน 34 คน พบว่าเด็กส่วนใหญ่ร้อยละ 82.35 มีน้ำหนักตัวเมื่อเทียบกับอายุต่ำกว่าเส้นเปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 50 และร้อยละ 73.53 มีส่วนสูงเมื่อเทียบกับอายุต่ำกว่าเส้นเปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 50 เนื่องจากการติดเชื้อเอชไอวี ทำให้เด็กมีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง ภูมิคุ้มกันบกพร่องและมีการติดเชื้อได้ง่าย (ชิษณุ, 2545ก) มีการเจริญเติบโตและพัฒนาการร่างกายล่าช้า (จรัสศรี, 2535; ชิษณุ, 2545ก; บุษงา, 2541; พรพรรณ และ อัจฉรา, 2548; สุธีระ, 2535) สติปัญญาต่ำกว่าปกติ (พรพรรณ และ อัจฉรา, 2548)

จากการศึกษาครั้งนี้ยังพบว่า เด็กส่วนใหญ่เจ็บป่วยเป็นไข้ ไอและมีน้ำมูก (ร้อยละ 37.80) เคยนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลด้วยโรคปอดบวมมากที่สุด (ร้อยละ 27.70) ทั้งนี้อาจเนื่องจาก

การที่เด็กเจ็บป่วยเป็นไข้ ไอและมีน้ำมูกเรื้อรัง ทำให้เด็กมีการติดเชื้อมวยโอกาสได้ง่าย นอกจากนี้เด็กส่วนใหญ่มีการตรวจพบเชื้อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิด - 3 ปี (ร้อยละ 35.90) อาจเนื่องจากนโยบายของรัฐบาลนับตั้งแต่มีผู้ติดเชื้อเอชไอวีเพิ่มขึ้น ทำให้มีการตรวจหาเชื้อเอชไอวีในหญิงมีครรภ์ทุกราย เพื่อเป็นการหยุดยั้งการแพร่กระจายของเชื้อ จึงทำให้สามารถตรวจพบเด็กที่ติดเชื้อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิดในการศึกษาครั้งนี้ยังพบว่า ส่วนใหญ่เด็กเจ็บป่วยจากการติดเชื้อเอชไอวี 1 - 3 ครั้ง/ปี (ร้อยละ 51.40) ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาภาระของผู้ดูแลเด็กที่ติดเชื้อเอชไอวีของไพรินทร์ (2543) ที่พบว่าส่วนใหญ่เจ็บป่วย 1-3 ครั้ง/เดือน ทั้งนี้อาจเนื่องจากความก้าวหน้าทางวิทยาการทำให้ประสิทธิภาพของยาต้านไวรัสมีประสิทธิภาพดีขึ้น รวมทั้งระยะเวลาในการดูแลรักษา ทำให้ผู้ดูแลมีความรู้ ความสามารถในการดูแลเด็กที่ติดเชื้อเอชไอวีมากขึ้น ขณะเดียวกันในชุมชนบางแห่งได้มีการยอมรับและร่วมกันจัดตั้งกลุ่มเพื่อคอยให้ความช่วยเหลือครอบครัวผู้ติดเชื้อเอชไอวี ให้คำแนะนำหรือคำปรึกษา ผู้ดูแลจึงมีพฤติกรรมในการดูแลที่ถูกต้องและเหมาะสมมากขึ้น เด็กมีการเจ็บป่วยจากการติดเชื้อเอชไอวีลดลง

#### สัมพันธภาพในครอบครัว

ผลการศึกษาครั้งนี้ พบว่าสัมพันธภาพในครอบครัวโดยรวมอยู่ในระดับดี ( $\bar{X} = 3.82, SD = 0.60$ ) (ตาราง 5) ซึ่งจากการศึกษาพบว่า ร้อยละ 78.60 ของผู้ดูแลมีลักษณะครอบครัวชาย (ตาราง 3) ซึ่งเป็นไปตามลักษณะทั่วไปของครอบครัวคนไทยในอดีต สมาชิกในครอบครัวประกอบด้วยปู่ ย่า หรือ ตายาย อาศัยอยู่ร่วมกับลูกหลานและมีความผูกพันในระบบเครือญาติ (รุจา, 2541; สมพันธ์, 2541) การที่มีญาติพี่น้องมาอาศัยอยู่ด้วยกัน จึงทำให้มีความเอื้ออาทรต่อกันและให้ความช่วยเหลือกัน (บรรลุ, 2537; รุจา, 2541) ครอบครัวที่มีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน มีพฤติกรรมที่แสดงถึงความรัก ความผูกพัน คือ การดูแลเอาใจใส่กันและเอื้ออาทรกัน การไว้วางใจกัน การให้กำลังใจกัน ตลอดจนการให้อภัยกัน (สายสุรี, 2537) เมื่อวิเคราะห์ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างค่าคะแนนเฉลี่ยของสัมพันธภาพในครอบครัวของผู้ดูแลที่เป็นบิดามารดาและไม่เป็นบิดามารดาเพิ่มเติมในการวิจัยครั้งนี้พบว่า ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ (ภาคผนวก ค: ตาราง ก 5) นอกจากนี้จากการศึกษาพบว่า สมาชิกในครอบครัวของผู้ดูแลมีความผูกพัน ใกล้ชิดสนิทสนมและเป็นกันเอง ( $\bar{X} = 4.29, SD = 0.80$ ) โดยมีร้อยละ 48.60 ของผู้ดูแลเห็นว่าเป็นจริงมากที่สุด (ภาคผนวก ค: ตาราง ก 2) และสมาชิกในครอบครัวมีความรัก และห่วงใยซึ่งกันและกันเสมอ ( $\bar{X} = 4.29, SD = 0.73$ ) ซึ่งมีผู้ดูแลร้อยละ 44.30 เห็นว่าตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด (ภาคผนวก ค: ตาราง ก 2) ทั้งนี้อาจเนื่องจากความรักความผูกพัน ความห่วงใย เป็นสิ่งสำคัญอันดับแรกที่มีในครอบครัว ทำให้สมาชิกสามารถอยู่ร่วมกันได้ (สุจริต, 2538) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาความพร้อมของครอบครัวในการดูแลผู้ติดเชื้อเอดส์หรือผู้ป่วยโรคเอดส์ ที่โรงพยาบาลสระบุรีของดาปณี (2540) พบว่าความรักความผูกพันของครอบครัวเป็นพื้นฐานสำคัญของการอยู่ร่วมกันระหว่างผู้ดูแลและ

ผู้ติดเชื้อเอชไอวี ทำให้ผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัวไม่รังเกียจ และพยายามให้การดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีอย่างดีที่สุด และการศึกษาการอยู่ร่วมกันของครอบครัวผู้ที่เป็ นโรคเอดส์ของเกคินี (2542) พบว่าครอบครัวผู้เป็นโรคเอดส์อยู่ร่วมกันได้เพราะสมาชิกในครอบครัวมีความผูกพัน ซึ่งเป็นความผูกพันกันทางสายโลหิต และเป็นความผูกพันที่แนบแน่น ด้วยความรักและสงสารผู้ที่เป็นโรคเอดส์ ครอบครัวให้การยอมรับ ไม่แสดงความรังเกียจ และคอยช่วยกันให้การดูแล

จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า ผู้ดูแลมีการทำกิจกรรมร่วมกับสมาชิกในครอบครัว เช่น ไปซื้อของ ไปเที่ยว ไปเยี่ยมญาติ ไปรับประทานอาหารนอกบ้าน เป็นต้น อยู่ในระดับปานกลางและเป็นข้อที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด ( $\bar{X} = 2.80$ ,  $SD = 1.03$ ) กล่าวคือ ร้อยละ 38.60 ของผู้ดูแลที่เห็นว่าตรงกับความเป็นจริงปานกลาง (ภาคผนวก ก: ตาราง ค 2) ทั้งนี้อาจเนื่องจากร้อยละ 65.80 ของผู้ดูแลมีรายได้ไม่เพียงพอ และร้อยละ 55.70 มีรายได้ครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน 2,001- 6,000 บาท (ตาราง 3) จึงอาจทำให้การทำกิจกรรม เช่น ไปซื้อของ ไปเที่ยว ไปเยี่ยมญาติ ไปรับประทานอาหารนอกบ้าน เป็นไปได้อย่างยาก เนื่องจากเป็นกิจกรรมที่ต้องใช้จ่ายเงิน ขณะที่ผู้ดูแลมีรายได้เพียงพอสำหรับการจับจ่ายเฉพาะสิ่งที่จำเป็น ในขณะที่ด้วยกันสมาชิกในครอบครัวของผู้ดูแลส่วนใหญ่มักใช้เวลาพักผ่อนอยู่กับบ้านในช่วงตอนเย็นหรือวันหยุด ( $\bar{X} = 3.71$ ,  $SD = 0.94$ ) โดยมีผู้ดูแลร้อยละ 42.90 เห็นว่าตรงกับความเป็นจริงมาก (ภาคผนวก ก: ตาราง ค 2) ทั้งนี้อาจเนื่องจากร้อยละ 35.70 ของผู้ดูแลมีอาชีพรับจ้าง ซึ่งต้องทำงานตลอดทั้งวัน มักมีเวลาว่างในช่วงตอนเย็น และเป็นเวลาที่เหมาะสมสำหรับการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น พูดคุยกัน และพักผ่อน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของวิพรรณ (2538) ที่พบว่าสมาชิกในครอบครัวมักจัดสรรเวลาในการพักผ่อน โดยการอยู่กับบ้านหรือดูโทรทัศน์

#### ภาระการดูแล

จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า ผู้ดูแลมีภาระการดูแลโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{X} = 2.70$ ,  $SD = 0.65$ ) (ตาราง 5) ทั้งนี้อาจเนื่องจากผู้ดูแลส่วนใหญ่ร้อยละ 45.70 อายุอยู่ในช่วง 31-40 ปี ซึ่งเป็นวัยที่มีความตึงเครียดจากการเผชิญกับปัญหาผลดลงจากการมีประสบการณ์ มีวุฒิภาวะมากขึ้นทั้งร่างกายและจิตใจ มีความรับผิดชอบ พร้อมทั้งจะมีครอบครัวและบุตร (สุชา, 2542) และร้อยละ 78.60 มีลักษณะครอบครัวขยาย สมาชิกโดยเฉลี่ย 4.8 คน แม้ว่าการดูแลเด็กที่ติดเชื้อเอชไอวี ผู้ดูแลต้องให้การดูแลอย่างใกล้ชิดก็ตาม แต่หากครอบครัวนั้นมีสมาชิกในครอบครัวหลายคน เท่ากับว่ามีบุคคลหลายคนช่วยเหลือกันดูแลเด็กนับเป็นการแบ่งเบาภาระการดูแลของผู้ดูแล นอกจากนี้การดูแลเด็กอายุ 6-12 ปี เป็นเด็กในวัยเรียน ซึ่งมีการทำงานประสานกันของกล้ามเนื้อและประสาทสัมผัสดีขึ้น (ทิพย์ภา, 2541; ศรีเรือน, 2540ก) สามารถดูแลตนเองได้ และทำกิจกรรมได้ด้วยตนเองมากขึ้น เช่น แต่งตัวเอง รับประทานอาหารเอง ดูแลสุขภาพอนามัยของตนเอง เป็นต้น ผู้ดูแลจึงอยู่ในฐานะของผู้จัดหา ให้การสนับสนุนและคอย

ให้การชี้แนะ (Facteau, 1960 อ้างตาม วิณา, 2533) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของมอน โกเมอริ์ และ คณะ (Montgomery et al., 1985) ที่พบว่าจำนวนกิจกรรมการดูแลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาระการดูแล ผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาภาระการดูแลของผู้ดูแลเด็กที่ติดเชื้อเอชไอวีอายุ 1 เดือน - 13 ปีของไพรินท์ (2543) แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของนมิตา (2544) ที่พบว่าภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยเอดส์อายุ 23-56 ปี อยู่ในระดับน้อย ทั้งนี้อาจเนื่องจากการดูแลเด็กกับผู้ใหญ่มีความแตกต่างกัน วัยผู้ใหญ่เป็นวัยที่มีพัฒนาการวุฒิภาวะด้านร่างกาย สติปัญญา อารมณ์และสังคม ส่วนวัยเด็กเป็นวัยที่ไม่สามารถดูแลตนเองได้ทั้งหมด (วิณา, 2533) โดยเฉพาะเมื่อเด็กมีการติดเชื้อเอชไอวี ก่อให้เกิดการเจ็บป่วยเรื้อรัง ดังนั้นการดูแลเด็กที่ติดเชื้อเอชไอวี จึงอาจก่อให้เกิดภาระการดูแลได้มากกว่าการดูแลผู้ใหญ่ที่ติดเชื้อเอชไอวี

เมื่อพิจารณาภาระการดูแลเป็นรายด้านพบว่า ผู้ดูแลมีภาระการดูแลด้านผลกระทบต่อเศรษฐกิจอยู่ในระดับปานกลาง และมีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงสุด รองลงมาคือ ด้านความรู้สึกลึกเหมือนถูกทอดทิ้ง ด้านผลกระทบต่อกิจวัตรประจำวันและด้านผลกระทบต่อสุขภาพตามลำดับ ส่วนภาระการดูแลด้านความรู้สึกลึกเหมือนถูกกักขังอยู่ในระดับน้อย การที่ผู้ดูแลมีภาระการดูแลด้านผลกระทบต่อเศรษฐกิจสูงสุด ทั้งนี้อาจเนื่องจากการดูแลเด็กที่ติดเชื้อเอชไอวี ซึ่งมักมีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง และต้องได้รับการรักษาหรือพบแพทย์เพื่อติดตามอาการอย่างต่อเนื่อง (สำนักโรคเอดส์ วัณโรคและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์, 2547ข) ในการไปโรงพยาบาลแต่ละครั้ง ผู้ดูแลต้องแบกรับภาระค่าใช้จ่าย เช่น ค่ารถ ค่าอาหาร เป็นต้น (พัคตรีวิมล และ ปารีชาติ, 2539) ดังจะเห็นได้ว่าร้อยละ 44.3 ของผู้ดูแลที่รู้สึกว่าเป็นภาระมากในการที่ผู้ดูแลต้องทำงานหารายได้เพิ่มขึ้น เพื่อมาใช้จ่ายในการดูแลเด็ก (ภาคผนวก ก: ตาราง ก 3) ทั้งนี้อาจเนื่องจากร้อยละ 65.80 ของผู้ดูแลมีรายได้ไม่เพียงพอ (ตาราง 3) จึงทำให้ผู้ดูแลต้องทำงานเพิ่มขึ้นเพื่อหารายได้มาจุนเจือครอบครัว ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของวาสนาและ ศศิเพ็ญ (2542) ที่พบว่าครอบครัวที่มีสมาชิกในครอบครัวติดเชื้อเอชไอวี ผู้ดูแลที่เป็นปู่ ย่า ตา ยาย ต้องเปลี่ยนแปลงรูปแบบการดำเนินชีวิตจากการที่มีภาระการดูแลเพิ่ม โดยการออกไปทำงานเพื่อเพิ่มรายได้ให้กับครอบครัว

สำหรับภาระการดูแลด้านความรู้สึกลึกเหมือนถูกทอดทิ้งพบว่า ผู้ดูแลมีภาระการดูแลอยู่ในระดับปานกลางเกือบทุกข้อ โดยสมาชิกในครอบครัวส่วนใหญ่ให้ความช่วยเหลือผู้ดูแลในการดูแลเด็ก ดังจะเห็นได้จากร้อยละ 34.30 ของผู้ดูแลที่รู้สึกว่าเป็นภาระเล็กน้อยของผู้ดูแลในการดูแลเด็ก และร้อยละ 31.40 ของผู้ดูแลที่ไม่รู้สึกว่าเป็นภาระในเรื่องการช่วยเหลือกันของครอบครัวในการดูแลเด็ก (ภาคผนวก ก: ตาราง ก 3) ทั้งนี้อาจเนื่องจากลักษณะของครอบครัวไทยโดยส่วนใหญ่ มีความเอื้ออาทรต่อกันและให้ความช่วยเหลือกัน (บรรลู่, 2537; รุจา, 2541) เมื่อมีเด็กที่ติดเชื้อเอชไอวี ครอบครัวจึงเป็นหน่วยที่ให้การดูแลที่ให้การดูแลเมื่อสมาชิกในครอบครัวเกิดภาวะเจ็บป่วย (รุจา, 2541) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของศิริมา และ คณะ (2547) ที่พบว่าผู้ดูแลได้รับความช่วยเหลือทั้งการแบ่งเบาภาระงาน

ในบ้าน เงินทองและกำลังใจจากครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย ทำให้ผู้ดูแลสามารถให้การดูแลผู้ที่ติดเชื้อเอชไอวีได้ และไม่รู้สึกรู้สึกว่าถูกทอดทิ้ง การที่ผู้ดูแลมีภาระการดูแลด้านความรู้สึกลักษณะเหมือนถูกทอดทิ้งอยู่ในระดับปานกลาง สอดคล้องกับการศึกษาภาระการดูแลของผู้ดูแลเด็กที่ติดเชื้อเอชไอวีของไพรินทร์ (2543) ที่พบว่าภาระการดูแลด้านความรู้สึกลักษณะเหมือนถูกทอดทิ้งอยู่ในระดับปานกลาง

เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า มีเพียงข้อเดียวที่ผู้ดูแลมีภาระการดูแลด้านความรู้สึกลักษณะเหมือนถูกทอดทิ้งอยู่ในระดับมากในเรื่อง เพื่อนบ้านให้การช่วยเหลือผู้ดูแลในการดูแลเด็ก ( $\bar{X} = 3.96$ ,  $SD = 1.14$ ) ซึ่งจะเห็นได้ว่าร้อยละ 44.30 ของผู้ดูแลที่รู้สึกว่าเป็นภาระมากที่สุด (ภาคผนวก ค: ตาราง ค 3) แสดงว่าเพื่อนบ้านให้ความช่วยเหลือผู้ดูแลในการดูแลเด็กน้อยมาก ทั้งนี้อาจเนื่องจากครอบครัวที่มีผู้ติดเชื้อเอชไอวีมักได้รับการรังเกียจจากบุคคลทั่วไป ทำให้การคบหาสมาคมกับเพื่อนบ้านน้อย (วัลยา, 2543; วัฒัญญ์ และ คณะ, 2541; สวาท, 2544) ผู้ดูแลต้องปกปิดเพื่อนบ้านเรื่องการติดเชื้อเอชไอวี จึงทำให้ผู้ดูแลเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมลดลง ประกอบกับลักษณะนิสัยของคนได้ที่ชอบความเป็นอิสระ รักญาติพี่น้อง และมีค่านิยมชอบช่วยเหลือตนเองมากกว่าขอผู้อื่น (นวพรรณ, 2543) จึงอาจทำให้การคบหาสมาคมกับเพื่อนบ้านลดน้อยลง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของวัลยา (2543) พบว่ามารดาส่วนใหญ่ต้องปกปิดการติดเชื้อของตนเอง เพื่อปกป้องตนเองและครอบครัวจากการถูกรังเกียจ ซึ่งหากเพื่อนบ้านรู้ว่าติดเชื้อเอชไอวีมักไม่ให้การช่วยเหลือและไม่ยอมพูดคุยหรือสมาคมด้วย แต่แตกต่างจากการศึกษาของวาสนา และ ศศิเพ็ญ (2542) ที่พบว่าผู้ป่วยเอดส์ได้รับความเห็นอกเห็นใจจากบุคคลในหมู่บ้าน คอยสอบถามทุกข์สุขและมาเยี่ยมเยียน และการศึกษาของกนกพร (2541) พบว่าผู้ป่วยเอดส์และผู้ติดเชื้อเอดส์สามารถอยู่ร่วมกันได้กับชุมชนตามปกติ รวมทั้งมีการทำกิจกรรมร่วมกัน

สำหรับภาระการดูแลด้านผลกระทบต่อกิจวัตรประจำวัน ในด้านนี้ผู้ดูแลมีภาระการดูแลอยู่ในระดับปานกลาง ทั้งนี้อาจเนื่องจากเด็กสามารถดูแลตนเองได้และทำกิจกรรมได้ด้วยตนเอง ผู้ดูแลจึงอยู่ในฐานะของ ผู้จัดหา ให้การสนับสนุนและคอยให้การชี้แนะ (Facteau, 1960 อ้างตาม วิณา, 2533) ซึ่งทำให้ผู้ดูแลสามารถทำกิจวัตรประจำวันของตนเองได้ควบคู่ไปกับการดูแลเด็ก จะเห็นได้จากร้อยละ 28.60 ของผู้ดูแลไม่รู้สึกรู้สึกว่าเป็นภาระในการต้องหยุดการทำงานหรือกิจกรรมลงกลางคันเพื่อที่จะให้การดูแลเด็ก (ภาคผนวก ค: ตาราง ค 3) กล่าวคือ ผู้ดูแลยังสามารถทำงานได้ตามปกติ ดังนั้นจึงอาจทำให้ผู้ดูแลมีภาระการดูแลด้านผลกระทบต่อกิจวัตรประจำวันอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาภาระการดูแลของผู้ดูแลเด็กที่ติดเชื้อเอชไอวีของไพรินทร์ (2543) ที่พบว่าภาระการดูแลด้านผลกระทบต่อกิจวัตรประจำวันอยู่ในระดับปานกลาง

ส่วนภาระการดูแลด้านผลกระทบต่อสุขภาพพบว่า ผู้ดูแลมีภาระการดูแลอยู่ในระดับปานกลางเกือบทุกข้อ ยกเว้นข้อที่ผู้ดูแลมีภาระการดูแลอยู่ในระดับน้อย คือ การดูแลเด็กทำให้น้ำหนักตัวผู้ดูแลลดลง การดูแลเด็กทำให้ผู้ดูแลเหนื่อยจนหมดแรงทุกวัน และผู้ดูแลมีสุขภาพแย่ลงตั้งแต่ให้การดูแล

เด็ก (ภาคผนวก ค: ตาราง ค 3) ทั้งนี้อาจเนื่องจากร้อยละ 30 ของผู้ดูแลมีระยะในการดูแลนานถึง 6 ปี 1 วัน - 9 ปี ซึ่งเป็นเวลาที่ยาวนาน จนทำให้ผู้ดูแลสามารถปรับตัว และให้การดูแลเด็กจากประสบการณ์ ประกอบกับร้อยละ 45.70 ของผู้ดูแลมีอายุ 31-40 ปี (ตาราง 3) เป็นวัยที่มีความเจริญเติบโตทางกายเต็มที่ และมีร่างกายแข็งแรง (ศรีเรือน, 2540ข) นอกจากนี้ร้อยละ 64.30 ของผู้ดูแลมีสถานภาพสมรสคู่ (ตาราง 3) แสดงให้เห็นว่าผู้ดูแลมีคู่สมรสที่คอยให้การช่วยเหลือในการดูแลเด็ก และแบ่งเบาภาระการดูแล จึงทำให้ผู้ดูแลมีภาระการดูแลด้านผลกระทบต่อสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง

อย่างไรก็ตามจากการศึกษาครั้งนี้พบว่า การดูแลเด็กทำให้ผู้ดูแลวิตกกังวลเป็นข้อที่ผู้ดูแลมีภาระการดูแลอยู่ในระดับปานกลางสูงสุด ( $\bar{X} = 2.97, SD = 1.31$ ) จะเห็นได้จากผู้ดูแลร้อยละ 27.10 รู้สึกว่าเป็นภาระปานกลาง และร้อยละ 20 ของผู้ดูแลที่รู้สึกว่าเป็นภาระมาก (ภาคผนวก ค: ตาราง ค3) ทั้งนี้อาจเนื่องจากร้อยละ 82.9 ของผู้ดูแลเป็นเพศหญิง (ตาราง 3) โดยมีผลวิจัยที่พบว่า เพศหญิงมักมีความวิตกกังวลสูงกว่าเพศชาย (Park & Pilisuk, 1991) และการศึกษาความวิตกกังวลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ของอรัทัย (2538) พบว่าร้อยละ 84.4 ของผู้ดูแลเป็นเพศหญิง และค่าคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลของผู้ดูแลเท่ากับ 50.18 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 10.56 (ช่วงคะแนนแบบสอบถาม 20-80 คะแนน ช่วงคะแนนกลุ่มตัวอย่าง 20-75 คะแนน) แต่ในการศึกษาครั้งนี้ไม่สามารถวิเคราะห์เปรียบเทียบภาระการดูแลของผู้ดูแลเพศชายและหญิงได้ เนื่องจากผู้ดูแลที่เป็นเพศชายมีน้อยกว่า 30 คน ( $n = 12$ )

นอกจากนี้ร้อยละ 31.40 ของผู้ดูแลเป็นมารดา และในจำนวนนี้มีมารดาบางรายติดเชื่อเอชไอวี เช่นเดียวกับเด็ก ดังนั้นจึงอาจทำให้เกิดความวิตกกังวลเพิ่มขึ้น เช่น ใครเป็นผู้ดูแลเด็กหากตนเองมีอาการรุนแรงหรือเสียชีวิต กังวลสุขภาพตนเอง กังวลในการแสวงหาวิธีการดูแลสุขภาพตนเอง เพื่อให้ตนเองมีชีวิตยืนยาว สามารถดูแลเด็กได้นาน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของแอนดริว และ คณะ (Andrews et al., 1993) พบว่ามารดาที่ติดเชื่อเอชไอวีได้รับผลกระทบทางด้านจิตใจมากมาย ไม่ว่าจะเป็น ความรู้สึกผิด ความ โศกเศร้า ความเจ็บปวดทรมานและความรู้สึกเหน็ดเหนื่อย ประกอบกับร้อยละ 24.30 ของผู้ดูแลมีอายุ 51- 60 ปี (ตาราง 3) ซึ่งอยู่ในวัยผู้สูงอายุ บุคคลในวัยนี้มักมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของตนไม่แน่ใจว่าถ้าตนเองเสียชีวิตแล้วใครเป็นผู้เลี้ยงเด็กต่อไป (อุมาพร, 2544) การที่ผู้ดูแลมีภาระการดูแลด้านผลกระทบต่อสุขภาพอยู่ในระดับปานกลางในการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาภาระการดูแลของผู้ดูแลเด็กที่ติดเชื่อเอชไอวีของไพรินทร์ (2543) ที่พบว่าภาระการดูแลด้านผลกระทบต่อสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง

ส่วนด้านความรู้สึกเหมือนถูกกักขังพบว่า ผู้ดูแลมีภาระการดูแลอยู่ในระดับน้อย และมีค่าคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด ซึ่งจากการศึกษาพบว่า ร้อยละ 92.90 ของผู้ดูแลนับถือศาสนาพุทธ (ตาราง 3) และร้อยละ 55.70 ของผู้ดูแลไม่รู้สึกว่าเป็นภาระในข้อบทบาทการเป็นผู้ดูแล ทำให้ผู้ดูแลรู้สึกเหมือนถูกกักขัง ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากคำสอนของพุทธศาสนาที่สอนให้บุคคลมีความเมตตา กรุณา ช่วยเหลือเกื้อกูลกัน

และเชื่อในเรื่องของเวรกรรม (หลวงพ่อประสิทธิ์, 2545) เมื่อผู้ดูแลผู้ที่ติดเชื้อเอชไอวีมีความเชื่อว่าเป็นเรื่องของเวรกรรมแล้วทำใจยอมรับ จึงทำให้สามารถให้การดูแลได้ (ประณีต, 2541; ศิริมา และ คณะ, 2547) ประกอบกับผู้ดูแลเป็นบิดามารดาและเครือญาติ นับเป็นความสัมพันธ์ที่มีความผูกพันใกล้ชิด มีความสัมพันธ์กันทางสายโลหิต จึงทำให้มีความสนิทสนม รักใคร่ และผูกพัน (เกศินี, 2542) การดูแลที่ให้อภัยเต็มเปี่ยมไปด้วยความรัก ความห่วงใย และไม่รู้สึกรำคาญบังคับ จะเห็นได้ว่ามีผู้ดูแลร้อยละ 55.70 ไม่รู้สึกว่าเป็นภาระในเรื่องของความรู้สึกเหมือนถูกบังคับในการให้การดูแลเด็ก ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาภาระการดูแลของผู้ดูแลเด็กที่ติดเชื้อเอชไอวีของไพรินทร์ (2543) ที่พบว่าภาระการดูแลด้านความรู้สึกเหมือนถูกกักขังอยู่ในระดับปานกลาง

นอกจากนี้เมื่อวิเคราะห์ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างค่าคะแนนเฉลี่ยของภาระการดูแลของผู้ดูแลที่เป็นบิดามารดาและไม่เป็นบิดามารดาเพิ่มเติมในการวิจัยครั้งนี้พบว่า ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ภาคผนวก ค: ตาราง ค 5) ทั้งนี้อาจเนื่องจากร้อยละ 64.30 ของผู้ดูแลมีสถานภาพสมรสคู่ และร้อยละ 78.60 ของผู้ดูแลมีลักษณะครอบครัวขยาย (ตาราง 3) จึงทำให้ผู้ดูแลมีบุคคลที่คอยช่วยแบ่งเบาภาระการดูแล ซึ่งอาจเป็นคู่สมรสหรือบุคคลที่อาศัยอยู่ในครอบครัวเดียวกัน มีผู้คอยให้กำลังใจ ให้ความช่วยเหลือ และเห็นอกเห็นใจ ภาระการดูแลไม่ตกอยู่กับผู้ดูแลคนเดียว ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของไพรินทร์ (2543) ที่พบว่าค่าคะแนนเฉลี่ยของภาระการดูแลของผู้ดูแลเด็กที่ติดเชื้อเอชไอวีระหว่างผู้ที่เป็นบิดามารดาและไม่เป็นบิดามารดา ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

#### พฤติกรรมการดูแลเด็กวัยเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวี

ผลการศึกษาพฤติกรรมการดูแลเด็กวัยเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวีของผู้ดูแลโดยรวมพบว่า อยู่ในระดับสูง ( $\bar{X} = 3.26$ ,  $SD = 0.30$ ) (ตาราง 5) ซึ่งจากการศึกษาครั้งนี้พบว่า ร้อยละ 50 ของผู้ดูแลมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายอื่น (ตาราง 3) ทำให้เคยได้รับความรู้เกี่ยวกับเชื้อเอชไอวี และคำแนะนำการให้การดูแลจากทีมสุขภาพมาก่อน รวมทั้งได้เรียนรู้จากประสบการณ์ของตนเอง ประกอบกับร้อยละ 61.40 ของผู้ดูแลจบการศึกษาระดับชั้นประถมศึกษา (ตาราง 3) แม้ว่าเป็นเพียงการศึกษาขั้นพื้นฐาน แต่ก็สามารถอ่านหนังสือออกและเขียนหนังสือได้ บุคคลที่ได้รับการศึกษา ย่อมมีความสามารถในการพัฒนาด้านสติปัญญา ความมีเหตุผล มีทักษะในการแสวงหาข้อมูลและมีแหล่งให้ความช่วยเหลือ (Pender, 1987) นอกจากนี้ร้อยละ 30 ของผู้ดูแลมีระยะเวลาในการดูแลเด็กมานาน 6 ปี 1 วัน - 9 ปี (ตาราง 3) การที่เด็กที่ติดเชื้อเอชไอวีเจ็บป่วยเรื้อรังและมีการติดตามผลการรักษาอย่างต่อเนื่อง (สำนักโรคเอดส์ วัณโรคและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์, 2547) การมาพบแพทย์อย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลานาน ทำให้ผู้ดูแลมีโอกาสได้รับความรู้เกี่ยวกับเชื้อเอชไอวี ได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการ

ดูแลเด็กจากทีมสุขภาพ ผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาพฤติกรรมดูแลในกลุ่มเด็กวัยเรียน โรคเรื้อรังอื่น เช่น โรคกลุ่มอาการเนฟโรติก (อัจฉรา และ คณะ, 2544) โรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว (ศศิธร และ ฉันทิกา, 2543) และโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด (จุฑามาศ และ คณะ, 2544) ที่พบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่ มีพฤติกรรมดูแลอยู่ในระดับดี นอกจากนี้เมื่อวิเคราะห์ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่าง ค่าคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมดูแลของผู้ดูแลที่เป็นบิดามารดาและไม่เป็นบิดามารดาเพิ่มเติมในการวิจัยครั้งนี้พบว่า ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ (ภาคผนวก ค: ตาราง ค 5)

จากการวิเคราะห์พฤติกรรมดูแลเด็กวัยเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวีรายด้านพบว่า ผู้ดูแลมีพฤติกรรมการดูแลทุกด้านอยู่ในระดับสูง โดยมีพฤติกรรมดูแลด้านการดูแลเมื่อเด็กเจ็บป่วยมีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงสุด รองลงมาเป็นด้านการดูแลสุขภาพทั่วไป และด้านการดูแลป้องกันการติดเชื้อฉวยโอกาสตามลำดับ การที่พฤติกรรมดูแลด้านการดูแลเมื่อเด็กเจ็บป่วยมีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงสุด ( $\bar{X} = 3.69$ ,  $SD = 0.32$ ) (ตาราง 5) ทั้งนี้อาจเนื่องจากการที่เด็กที่ติดเชื้อเอชไอวีมีการเจ็บป่วยเรื้อรัง ผู้ดูแลมีระยะเวลาในการดูแลนาน ซึ่งจากการศึกษาร้อยละ 30 ของผู้ดูแลให้การดูแลเด็กเป็นระยะเวลา 6 ปี 1 วัน - 9 ปี (ตาราง 3) ทำให้ผู้ดูแลเกิดการเรียนรู้การดูแลเมื่อเด็กเจ็บป่วยจากประสบการณ์ของตนเอง ร่วมกับการได้รับคำแนะนำของทีมสุขภาพเมื่อมารับการตรวจตามนัดหรือเมื่อนำเด็กเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาล และผู้ดูแลส่วนใหญ่สามารถปฏิบัติดูแลเด็กขั้นต้น ดังจะเห็นได้จากร้อยละ 82.90 ของผู้ดูแลมีการปฏิบัติทุกครั้งในการดูแลให้เด็กรับประทานยาได้ เมื่อเด็กมีไข้สูง (ภาคผนวก ค: ตาราง ค 4) และร้อยละ 74.30 ของผู้ดูแลมีการปฏิบัติทุกครั้งในการเช็ดตัวให้เด็กทุกครั้ง เมื่อเด็กมีไข้ (ภาคผนวก ค: ตาราง ค 4) นอกจากนี้ผู้ดูแลได้ให้ความสำคัญต่อการรับประทานยา ซึ่งจากการศึกษาพบว่า ร้อยละ 92.90 และร้อยละ 85.70 ของผู้ดูแลที่มีการปฏิบัติทุกครั้งในการให้เด็กรับประทานยาครบ และตรงตามเวลาทุกมื้อตามลำดับ ทั้งนี้อาจเนื่องจากร้อยละ 73.50 ที่เด็กเคยนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล 1 - 2 ครั้ง ทำให้ผู้ดูแลมีโอกาสได้รับความรู้เกี่ยวกับเชื้อเอชไอวี และแนวทางการรักษาจากทีมสุขภาพ

เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า ผู้ดูแลยังมีพฤติกรรมดูแลที่เหมาะสมต่ำสุดเพียงข้อเดียวคือ ร้อยละ 51.40 ของผู้ดูแลที่ได้ปฏิบัติทุกครั้ง ในการสอบถามแพทย์/พยาบาลเกี่ยวกับยาที่ใช้ในการรักษาและอาการข้างเคียงของยา (ภาคผนวก ค: ตาราง ค 4) ทั้งนี้อาจเนื่องจากผู้ดูแลมอความไว้วางใจ และได้ฝากความหวังในการรักษาไว้กับแพทย์ ดังนั้นจึงอาจทำให้ผู้ดูแลปฏิบัติตามคำแนะนำของทีมสุขภาพ โดยไม่ได้ซักถามข้อมูลอื่นเพิ่มเติม จากการศึกษาบทบาทของผู้ปกครองในการดูแลเด็กที่ติดเชื้อเอชไอวี ของสุธิตา และ โปรงนภา (2541) ที่พบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่ร้อยละ 45 ที่มีการปฏิบัติบทบาทการดูแลอยู่ในระดับมากในการถามแพทย์/พยาบาลเกี่ยวกับยาที่เด็กได้รับและข้อควรระวัง และการศึกษาของนฤมล (2546) พบว่าผู้ดูแลมีความต้องการข้อมูลเกี่ยวกับการใช้ยาและคำแนะนำในการสังเกตอาการข้างเคียงของยาต่ำสุด

ส่วนพฤติกรรมดูแลด้านการดูแลสุขภาพทั่วไปพบว่า พฤติกรรมดูแลด้านการดูแลสุขภาพทั่วไปอยู่ในระดับสูงเช่นกัน ( $\bar{X} = 3.17, SD = 0.43$ ) (ตาราง 5) ทั้งนี้อาจเนื่องจากการให้การดูแลสุขภาพทั่วไป และเป็นกิจกรรมที่ผู้ดูแลปฏิบัติเป็นประจำในชีวิตประจำวันอีกทั้งเป็นการให้การดูแลของผู้ดูแลเพื่อตอบสนองตามความต้องการขั้นพื้นฐาน (Orem, 1991) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของอังจรา และ คณะ (2544) ที่พบว่าบิดามารดามีพฤติกรรมดูแลสุขภาพทั่วไปได้กวดเรียนโรคกลุ่มอาการเนฟโรติคอยู่ในระดับดี เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า ผู้ดูแลมีพฤติกรรมดูแลที่เหมาะสมที่สุดคือ การพาเด็กไปรับการตรวจรักษาตามที่แพทย์นัดทุกครั้ง แม้ว่าเด็กไม่มีอาการเจ็บป่วย จะเห็นได้จากร้อยละ 98.60 ของผู้ดูแลมีการปฏิบัติทุกครั้ง (ภาคผนวก ค: ตาราง ค 4) ทั้งนี้อาจเนื่องจากผู้ดูแลเด็กที่ติดเชื้อเอชไอวีโดยส่วนใหญ่ให้การดูแลเด็กด้วยความเต็มใจ เอาใจใส่อย่างสม่ำเสมอ รวมทั้งต้องการให้เด็กได้รับการรักษาที่ต่อเนื่อง จึงทำให้ผู้ดูแลให้ความสำคัญต่อการติดตามผลการรักษาของแพทย์มากที่สุด ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาเด็กที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังอื่นที่พบว่าพฤติกรรมดูแลของบิดามารดาหรือผู้ดูแลด้านการมาตรวจตามนัดอยู่ในระดับดี (จุฑามาศ และ คณะ, 2544; ศศิธร และ ฉันทิกา, 2543; สุจิตา, 2543; อังจรา และ คณะ, 2544) นอกจากนี้ผู้ดูแลมีพฤติกรรมดูแลที่เหมาะสมสูงสุดรองลงมาคือ การติดตามดูน้ำหนักและ/หรือส่วนสูงของเด็กทุก 6 เดือน ซึ่งร้อยละ 75.70 ของผู้ดูแลปฏิบัติทุกครั้ง (ภาคผนวก ค: ตาราง ค 4) อธิบายได้ว่ากรณีที่เด็กติดเชื้อเอชไอวีมีการเจ็บป่วยเรื้อรัง มักมีการติดเชื้อมวยโอกาส เนื่องจากภาวะภูมิคุ้มกันต้านร่างกายต่ำ ส่งผลกระทบต่อเด็กด้านพัฒนาการด้านร่างกายและการเจริญเติบโตล่าช้า (จรัสศรี, 2535; ชัยณู, 2545ก; Klunklin & Harrigan, 2002) ดังนั้นผู้ดูแลจึงให้ความสำคัญและคอยติดตามน้ำหนักและ/หรือวัดส่วนสูงของเด็ก ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาความรู้และการปฏิบัติในการดูแลทารกของมารดาที่ติดเชื้อเอชไอวีของบุพเรศ (2539) พบว่ามารดาร้อยละ 94.20 มีการติดตามน้ำหนัก และการศึกษาของจุฑามาศ และ คณะ (2544) ที่ศึกษาพฤติกรรมดูแลของมารดาเพื่อส่งเสริมสุขภาพบุตรที่ป่วยด้วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดอายุ 6-12 ปี พบว่ามารดาร้อยละ 72 ได้ติดตามดูน้ำหนักและส่วนสูง

ส่วนข้อที่ผู้ดูแลมีพฤติกรรมดูแลที่เหมาะสมต่ำสุดคือ การพาเด็กไปตรวจฟันและช่องปากทุก 6 เดือน โดยมีผู้ดูแลร้อยละ 40 ไม่เคยปฏิบัติ (ภาคผนวก ค: ตาราง ค 4) ทั้งนี้อาจเนื่องจาก ผู้ดูแลส่วนใหญ่เน้นให้การดูแลสุขภาพสะอาดของช่องปากเด็ก โดยการให้เด็กแปรงฟันทุกวัน ประกอบกับสื่อส่วนใหญ่ในปัจจุบัน เช่น หนังสือพิมพ์ โทรทัศน์ หรือวิทยุ ที่มีการแข่งขันกันทางการค้าของยาสีฟันหลากหลายชนิด จึงอาจทำให้ผู้ดูแลเห็นความสำคัญของการแปรงฟัน ดังจะเห็นได้ว่ามีผู้ดูแลร้อยละ 50 มีการปฏิบัติทุกครั้งในการดูแลให้เด็กแปรงฟันวันละ 2 ครั้ง คือ เช้า และก่อนนอน (ภาคผนวก ค: ตาราง ค 4) นอกจากนี้ผู้ดูแลบางรายให้ข้อมูลเพิ่มเติมว่าไม่เคยพาเด็กไปรับการตรวจฟันและช่องปากทุก 6 เดือน เนื่องจากผู้ดูแลไม่รู้ และเด็กก็ยังไม่มีอาการปวดฟัน ซึ่งสอดคล้องกับ

การศึกษาของจุฑามาศ และ คณะ (2544) ที่พบว่ามีการดาเพียงร้อยละ 12 พาบุตรไปตรวจฟันเป็นประจำทุก 6 เดือน

สำหรับพฤติกรรมการดูแลด้านการดูแลป้องกันการติดเชื้อจวโอกาส แม้ว่ามีค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง แต่ก็มีค่าคะแนนต่ำสุดเมื่อเทียบกับพฤติกรรมการดูแลด้านอื่นๆ ( $\bar{X} = 3.07, SD = 0.38$ ) (ตาราง 5) ทั้งนี้อาจเนื่องจากผู้ดูแลร้อยละ 41.40 ระบุว่าเด็กมีความรุนแรงของการเจ็บป่วยจากการติดเชื้อเอชไอวีอยู่ในระดับปานกลาง (ตาราง 4) จึงทำให้ผู้ดูแลไม่เคร่งครัดในการให้การดูแลป้องกันการติดเชื้อจวโอกาสเท่าที่ควร ดังจะเห็นได้จาก ร้อยละ 47.10 ของผู้ดูแลมีการปฏิบัติเป็นบางครั้งในการไม่พาเด็กไปในที่ชุมชน เช่น ตลาด ศูนย์การค้า หรือโรงพยาบาลนตร์ และร้อยละ 37.10 ของผู้ดูแลไม่เคยปฏิบัติในการให้ผู้อื่นดูแลแทน เมื่อผู้ดูแลมีไข้ ไอหรือมีน้ำมูก (ภาคผนวก ก: ตาราง ค 4) ซึ่งอาจเป็นสาเหตุที่ทำให้ร้อยละ 37.80 ของเด็กมีอาการเจ็บป่วยเป็นไข้ มีน้ำมูกเรื้อรัง (ภาคผนวก ก: ตาราง ค 1) นอกจากนี้ผู้ดูแลบางรายให้ข้อมูลเพิ่มเติมว่า ต้องการให้การดูแลเด็กอย่างดีที่สุด และพยายามให้การดูแลเด็กด้วยตนเอง แม้ว่าตนเองมีอาการไม่สบายก็ตาม

เมื่อพิจารณารายข้อพบว่าพฤติกรรมการดูแลที่เหมาะสมต่ำสุดคือ การแช่เสื้อผ้าในน้ำยาฆ่าเชื้อนาน 30 นาที หรือต้มในน้ำเดือดนาน 30 นาที ก่อนนำไปซักเมื่อเสื้อผ้าเด็กเปื้อนเลือด โดยพบว่าผู้ดูแลร้อยละ 51.40 ที่ไม่เคยปฏิบัติ (ภาคผนวก ก: ตาราง ค 4) ประกอบกับผู้ดูแลให้ข้อมูลเพิ่มเติมว่าไม่รู้วิธีการทำลายเชื้อเอชไอวี จึงทำให้ไม่เคยได้ปฏิบัติ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาความรู้และการปฏิบัติในการดูแลทารกของมารดาที่ติดเชื้อเอชไอวีของยูเพรส (2539) ที่พบว่ามารดามีความรู้และการปฏิบัติถูกต้องในการดูแลทารกต้านป้องกันการติดเชื้อและควบคุมการแพร่กระจายเชื้ออยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 66.3 และร้อยละ 79.1 ตามลำดับและมารดาร้อยละ 57 ยังตอบไม่ถูกต้องในเรื่องของน้ำยาซักผ้าขาวหรือไฮเตอร์สามารถทำลายเชื้อเอชไอวีในเสื้อผ้าที่เปื้อนเลือด และการศึกษาการดูแลทารกแรกเกิดของมารดาที่ติดเชื้อเอชไอวีของนันทรัตน์ (2541) พบว่ามารดาบางรายยังมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการทำลายเชื้อเอชไอวีไม่ถูกต้อง โดยเข้าใจว่าแสงแดดหรือการใช้น้ำร้อนลวกอุปกรณ์สามารถฆ่าเชื้อเอชไอวี

#### ความสามารถในการทำนายระหว่างตัวแปรที่ศึกษา

สัมพันธภาพในครอบครัวสามารถทำนายพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลเด็กวัยเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวีได้ค่อนข้างต่ำคือ ประมาณร้อยละ 8 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ [ $F(1, 68) = 5.66, p < .05$ ] และมีค่าสัมประสิทธิ์ความถดถอยมาตรฐาน ( $\beta$ ) เท่ากับ .28 ( $t = 2.38, p < .05$ ) แสดงให้เห็นว่าผู้ดูแลที่มีสัมพันธภาพในครอบครัวดี มีแนวโน้มของพฤติกรรมการดูแลเด็กวัยเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวีที่เหมาะสมขณะเดียวกันผู้ดูแลที่มีสัมพันธภาพในครอบครัวไม่ดี มีแนวโน้มของพฤติกรรมการดูแลเด็กวัยเรียนที่

ติดเชื้เอชไอวีที่ไม่เหมาะสม ดังจะเห็นได้จากค่าความสัมพันธ์ระหว่างสัมพันธภาพในครอบครัวกับ พฤติกรรมการดูแลเด็กวัยเรียนที่ติดเชื้เอชไอวีอยู่ในระดับต่ำ ( $r = .28, p < .05$ ) ทั้งนี้เนื่องจาก ร้อยละ 78.60 ของผู้ดูแลมีลักษณะครอบครัวขยาย สมาชิกโดยเฉลี่ย 4.8 คน (ตาราง 3) การที่มีสมาชิกหลายคนอาศัยอยู่ด้วยกัน ย่อมทำให้เกิดการช่วยเหลือกัน โดยเฉพาะอย่างยิ่งหากเป็นญาติพี่น้องมาอาศัยอยู่ด้วยกัน ทำให้มีความเอื้ออาทรต่อกัน และต่างให้ความช่วยเหลือกัน (บรรลุ, 2537; รุจา, 2541) นอกจากนี้ร้อยละ 64.30 ของผู้ดูแลมีสถานภาพสมรสคู่ ซึ่งคู่สมรสนับเป็นบุคคลสำคัญในการช่วยเหลือผู้ดูแลในการดูแลเด็ก และเป็นหน้าที่ที่พึงปฏิบัติต่อกันระหว่างสามีกับภรรยา นอกจากนี้จากการศึกษา ยังพบว่า สัมพันธภาพในครอบครัวของผู้ดูแลอยู่ในระดับดี ( $\bar{X} = 3.82, SD = 0.60$ ) (ตาราง 5) ดังนั้นผู้ดูแลจึงมีแนวโน้มของพฤติกรรมการดูแลเด็กวัยเรียนที่ติดเชื้เอชไอวีที่เหมาะสม ในขณะที่เดียวกัน หากครอบครัวมีสัมพันธภาพไม่ดีต่อกัน สมาชิกในครอบครัวมักมีการทะเลาะวิวาทขัดแย้งกันเป็นประจำ (อมราวดี, 2544) จะทำให้ไม่มีการช่วยเหลือกัน ต่างคนต่างอยู่ และผู้ดูแลต้องแบกรับภาระการดูแลเพียงคนเดียว จึงอาจทำให้ผู้ดูแลมีพฤติกรรมการดูแลที่ไม่เหมาะสม ด้วยเหตุนี้สัมพันธภาพในครอบครัวจึงเป็นตัวแปรที่สามารถทำนายพฤติกรรมการดูแลเด็กวัยเรียนที่ติดเชื้เอชไอวีได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของโสภา (2542) ที่พบว่าสัมพันธภาพในครอบครัวสามารถทำนายการเลี้ยงดูบุตรแบบรักสนับสนุนของผู้ดูแลได้ร้อยละ 23.23 และการศึกษาของปริญ (2545) พบว่าสัมพันธภาพในชีวิตสมรสเป็นปัจจัยที่สามารถทำนายแนวโน้มพฤติกรรมการเลี้ยงดูบุตรของมารดาได้ร้อยละ 1.9

ส่วนภาระการดูแลพบว่าไม่สามารถทำนายพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลเด็กวัยเรียนที่ติดเชื้เอชไอวี ทั้งนี้เนื่องจากจากการวิเคราะห์ค่าสัมพันธระหว่างภาระการดูแลกับพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลเด็กวัยเรียนที่ติดเชื้เอชไอวีพบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงว่าไม่ว่าผู้ดูแลจะมีภาระมากหรือน้อยก็ตาม ไม่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลเด็กวัยเรียนที่ติดเชื้เอชไอวี