

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันโรคเอดส์กลายเป็นปัญหาสำคัญมากทั่วโลก เนื่องจากการแพร่กระจายของเชื้อเอชไอวี และจำนวนผู้ติดเชื้อที่เพิ่มมากขึ้นอย่างรวดเร็ว การระบาดเริ่มมีรายงานครั้งแรกในประเทศไทยเมื่อปี พ.ศ. 2527 ในระยะแรกทีพบเป็นการระบาดในชายรักร่วมเพศ หน่วยงานบริการทางเพศและกลุ่มผู้ติดเชื้อเพศศึกษานิดชิด หลังจากนั้นได้แพร่ระบาดไปยังกลุ่มรักต่างเพศหญิงทั่วไปและทารกจากการติดเชื้อจากมารดา (สำนักโรคเอดส์ วัณโรคและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์, 2547ก) จากรายงานพบว่าเด็กป่วยด้วยโรคเอดส์เป็นรายแรกในปี พ.ศ. 2531 (ทวี, 2540; พัทธวีวัฒน์ และ ปาริชาติ, 2539) และจากสถิติเอดส์ของสำนักโรคติดต่อวิทยา กรมควบคุมโรคตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2527 ถึงวันที่ 31 ตุลาคม 2547 พบว่ามีเด็กที่ติดเชื้อเอชไอวีอยู่ในวัยแรกเกิด - 4 ปี มีร้อยละ 3.11 อายุ 5 - 9 ปี มีร้อยละ 1.02 และอายุ 10 - 14 ปี มีร้อยละ 0.17 (สำนักโรคติดต่อวิทยา กรมควบคุมโรค, 2547)

การที่เด็กได้รับเชื้อไวรัสเอชไอวีก่อให้เกิดผลกระทบต่อร่างกาย โดยเชื้อจะทำลายเซลล์เม็ดเลือดขาวและส่งผลกระทบต่อร่างกายมีภูมิคุ้มกันต่ำลง (ทวี, 2540) เป็นเด็กที่เลี้ยงยาก เติบโตช้า เบื่ออาหาร มีไข้และท้องเสีย ทำให้ต้องไปรับการรักษาบ่อยครั้ง (จริยาวัตร, กรรณิการ์, พัฒนา และ นิภาภรณ์, 2545) นอกจากนี้ยังมีผลทำให้เด็กเจริญเติบโตและพัฒนาการล่าช้า (ชิษณุ, 2545ก; บุนหา, 2541; พรทิพย์, 2542; พรพรรณ และ อัจฉรา, 2548; สุธิศา, 2545) สถิติปัญญาดำกว่าเด็กปกติ(พรพรรณ และ อัจฉรา, 2548) จากการศึกษาการเจริญเติบโตและพัฒนาการของเด็กที่คลอดจากมารดาติดเชื้อเอชไอวีจำนวน 6 ราย เป็นระยะเวลา 1 ปี 11 เดือน ของสุธีระ (2535) ที่โรงพยาบาลระนองพบว่าเด็กทุกรายมีการเจริญเติบโตของร่างกายและมีพัฒนาการช้ากว่าเด็กปกติด้วยเดียวกัน และจากการศึกษาการประเมินผลกระทบทางกายของเด็กที่ติดเชื้อเอชไอวีที่รับยาต้านไวรัสในโครงการ HARRT (highly active anti-retroviral therapy) ณ โรงพยาบาลลำพูนของพรพรรณ และ อัจฉรา (2548) พบว่าส่วนใหญ่เด็กมีร้อยละ 82.35 มีน้ำหนักตัวเมื่อเทียบกับอายุต่ำกว่าเส้นเปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 50 และร้อยละ 73.53 มีส่วนสูงเมื่อเทียบกับอายุต่ำกว่าเส้นเปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 50 นอกจากนี้เด็กจะได้รับผลกระทบทางด้านร่างกายแล้วยังได้รับผลกระทบทางด้านจิตใจ และสังคม เช่น การถูกรังเกียจจากบุคคลรอบข้าง (ชิษณุ, 2545ก; วิลาวรรณย์, วิลาวรรณย์, อะเคื้อ และ สุกัญญา, 2541; สวาท, 2544; สำนักงานโครงการพัฒนาแห่งสหประชาชาติ, 2547; สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์, 2547ข)

วัยเรียน (school age) เป็นช่วงวัยเด็กที่มีอายุตั้งแต่ 6 ปี ถึง 12 ปี (ทิพย์ภา, 2541; สุชา, 2542; สุวดี, 2530) นับได้ว่าเป็นวัยหัวเลี้ยวหัวต่อ (สุพัตรา, 2542) เด็กสามารถช่วยเหลือตนเอง รู้สึกถูกผิด และมีเหตุผลพอสมควร (อุมาพร, 2536) ลคการยึดตัวเองเป็นศูนย์กลาง มีการเรียนรู้กว้างขวางขึ้น สามารถจัดระบบความคิดเป็นหมวดหมู่ ขั้นตอนและเรียงลำดับในการคิดแก้ปัญหาอาศัยเหตุผลในสิ่งที่เป็นรูปธรรม และประสบการณ์ (สุริศา, 2534; อุมาพร, 2536) รวมทั้งมีโอกาสดำเนินชีวิตกับสิ่งแวดล้อมภายนอกมากขึ้น เนื่องจากการไปโรงเรียน มีการปรับตัวให้เพื่อให้เข้ากับสิ่งแวดล้อมใหม่ เช่น ครู บทเรียน สถานที่ ระเบียบวินัย เป็นต้น (สุพัตรา, 2542) แต่เมื่อเด็กวัยเรียนเหล่านี้ติดเชื่อเอชไอวี ทำให้ต้องเผชิญกับความเจ็บป่วยเรื้อรัง ซึ่งอาจทำให้เกิดผลกระทบทางด้านร่างกาย จิตใจ/อารมณ์และสังคม เช่น การกลั้วการสูญเสียการควบคุมและร่างกายได้รับการบาดเจ็บ การรับรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วยเป็นการลงโทษ ความวิตกกังวลจากการถูกแยกจากเพื่อนและครอบครัว (สุวดี, 2530) นอกจากนี้เมื่อเด็กที่ติดเชื่อเอชไอวีมีอายุมากขึ้น เริ่มมีการรับรู้การเจ็บป่วยของตนเองจากคนรอบข้างหรือสังเกตจากการเจ็บป่วยของบิดามารดา สื่อหรือจากชั้นเรียน เด็กบางรายได้รับผลกระทบจากการไม่ยอมรับหรือรังเกียจจากครูและเพื่อน เกิดปัญหาถูกแบ่งแยกและถูกล้อเลียนจนทำให้ไม่อยากไปโรงเรียน (พรพรรณ และ อัจฉรา, 2548) ตลอดจนการที่เด็กต้องรับประทานยาต้านไวรัสทุกวัน อาจทำให้เด็กบางรายเบื่อหน่าย หุดยาเองหรือแอบทิ้งยา (สำนักโรคเอดส์ วัณโรคและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์, 2547ข) ดังนั้นจะเห็นได้ว่าถึงแม้เด็กในวัยเรียนจะอยู่ในช่วงวัยที่ช่วยเหลือตนเองได้เกือบเท่ากับวัยผู้ใหญ่ สามารถให้การดูแลตนเองและทำกิจกรรมได้ด้วยตนเองมากขึ้น เนื่องจากกล้ามเนื้อและประสาทสัมผัสมีการทำงานที่ประสานกันดีขึ้น (ทิพย์ภา, 2541; ศรีเรือน, 2540ก; อุมาพร, 2536) ผู้ดูแลจึงเป็นเพียงผู้ให้คำปรึกษาและคำแนะนำ แต่อย่างไรก็ตามเด็กในวัยเรียนที่ติดเชื่อเอชไอวีเหล่านี้ ก็ยังคงต้องการการดูแลจากผู้ใหญ่หรือผู้ดูแล ซึ่งเด็กที่ติดเชื่อเอชไอวีเหล่านี้จะได้รับการดูแลที่เหมาะสมหรือไม่ จึงขึ้นอยู่กับพฤติกรรมและการดูแลของผู้ดูแล

โดยทั่วไปเด็กมีความจำเป็นต้องพึ่งพาบิดามารดาหรือสมาชิกในครอบครัวและต้องการความช่วยเหลือมากยิ่งขึ้นเมื่อเจ็บป่วยหรือมีสภาพอ่อนแอที่ไม่สามารถดูแลตนเองได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อเด็กมีการติดเชื่อเอชไอวี ผู้ดูแลนับได้ว่าเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญมากในการให้การดูแล (นิลาวรรณ, 2536; ไพรินทร์, 2543; สุริศา และ โปร่งภา, 2541) จากการศึกษาบทบาทของผู้ปกครองในการดูแลเด็กที่ติดเชื่อเอชไอวีของสุริศา และ โปร่งภา (2541) โดยผู้ปกครองหมายถึง บิดา มารดา ปู่ ย่า ตา ยายและปู่ พบว่าการปฏิบัติบทบาทในดูแลเด็กติดเชื่อเอชไอวีโดยรวมอยู่ในระดับเหมาะสมปานกลาง แต่การปฏิบัติบทบาทในการดูแลเด็กติดเชื่อเอชไอวีเมื่อเด็กเจ็บป่วยเป็นรายข้อส่วนใหญ่ พบว่ายังอยู่ในระดับเหมาะสมน้อย เช่น เมื่อเด็กเป็นหวัดหรือปอดบวม ท้องเสีย มีแผลในปากหรือลิ้นเป็นฝ้าขาว เป็นต้น จากการศึกษาที่ผ่านมาดังกล่าวจะเห็นได้ว่า ผู้ดูแลเด็กที่ติดเชื่อเอชไอวีมีพฤติกรรมในการดูแลเด็กเมื่อเด็กเจ็บป่วยยังไม่เหมาะสมเท่าที่ควร ทำให้เด็กที่ติดเชื่อเอชไอวีเหล่านี้มีการเจ็บป่วยบ่อยและผู้ดูแลต้องให้การดูแลเกือบ

ตลอดเวลา นอกจากนี้การที่เด็กติดเชื้อเอชไอวี ทำให้ภูมิคุ้มกันร่างกายลดลง มีโอกาสติดเชื้อง่าย โอกาสได้ง่าย ดังนั้นการให้การดูแลเด็กที่ติดเชื้อเอชไอวีเหล่านี้ จึงควรเน้นการให้การดูแลที่บ้าน (จรัสศรี, 2535; ชัยณู 2545ก; นิลาวรรณ, 2536; บุญงา, 2541; สำนักโรคเอดส์ วัณโรคและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์, 2547ข; Berry, 1988; Pillitteri, 1999; Pott & Mandelco, 2002; Scott, 2002) ซึ่งในการดูแลเด็กที่ติดเชื้อเอชไอวีให้มีสุขภาพที่ดี ผู้ดูแลจำเป็นต้องให้การดูแลที่ครอบคลุมการดูแลด้านต่างๆ ดังนี้ 1) การดูแลสุขภาพทั่วไป ได้แก่ การดูแลด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม (Berry, 1988; Pillitteri, 1999) การดูแลส่งเสริมภาวะโภชนาการ (นิลาวรรณ, 2536; บุญงา, 2541; Pott & Mandelco, 2002 ; Scott, 2002) การดูแลส่งเสริมพัฒนาการ (นิลาวรรณ, 2536; Pott & Mandelco, 2002) การดูแลเด็กให้ได้รับภูมิคุ้มกันโรค (นิลาวรรณ, 2536; Berry, 1988; Pott & Mandelco, 2002) การไปพบแพทย์เพื่อรับยาต้านไวรัส ตรวจสอบสุขภาพและเมื่อนัดดูอาการ (สำนักโรคเอดส์ วัณโรคและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์, 2547ข) 2) การดูแลเมื่อเด็กไม่สบายหรือเจ็บป่วย ได้แก่ การดูแลการรับประทานยาต้านไวรัส (สำนักโรคเอดส์ วัณโรคและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์, 2547ข) การรับประทานยาป้องกันการติดเชื้อปอดบวม (นิลาวรรณ, 2536; Pillitteri, 1999) และ 3) การดูแลป้องกันการติดเชื้อฉวยโอกาส (จรัสศรี, 2535; นิลาวรรณ, 2536; Berry, 1988; Pillitteri, 1999)

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมกรรมการดูแลเด็กของผู้ดูแลมีมากมาย เช่น ระดับการศึกษาของผู้ดูแล รายได้ของครอบครัว (สุริศา และ โปร่งนภา, 2541) ความรู้ในการดูแลของผู้ดูแล (ยุพเรศ, 2539) ความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ดูแล (ปรักณี, 2540; สมจิต, 2541) นอกจากนี้ยังพบว่า สัมพันธภาพในครอบครัวมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการดูแลของผู้ดูแล (ปริญ, 2545; โสภา, 2542) และภาระการดูแลก็มีแนวโน้มว่ามีความเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมกรรมการดูแลของผู้ดูแล (สมพร, กิตยา และ นิลุบล, 2546) การที่เด็กที่ติดเชื้อเอชไอวีมักมีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง เนื่องจากเชื้อเอชไอวีทำให้ภูมิคุ้มกันร่างกายบกพร่อง (ชัยณู, 2545ก; สถาพร, 2538) ผู้ที่มีบทบาทในการดูแลเด็กที่ติดเชื้อเอชไอวี มักเป็นบิดามารดา แต่ถ้าบิดามารดาป่วยหรือเสียชีวิต เด็กมักจะได้รับการดูแลจากญาติ เช่น ปู่ ย่า ตา ยาย น้า อา เป็นต้น ซึ่งหากผู้ดูแลมีความผูกพันหรือมีสัมพันธภาพที่ดี ย่อมส่งผลให้เด็กได้รับการดูแลเอาใจใส่เป็นอย่างดี รวมทั้งมีโอกาสได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องครบถ้วน (สำนักโรคเอดส์ วัณโรคและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์, 2547ข) นอกจากนี้สัมพันธภาพในครอบครัวที่แตกต่างกัน ยังมีผลทำให้การดูแลแตกต่างกัน (บุญมา, 2535; พัชราพร, 2540) หากสมาชิกภายในครอบครัวเด็กที่ติดเชื้อเอชไอวีเหล่านี้มีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน มีความห่วงใยรักใคร่ผูกพันกัน เข้าอกเข้าใจกัน เอาใจใส่ให้การช่วยเหลือเกื้อกูลกัน ย่อมทำให้สมาชิกทุกคนคอยช่วยเหลือกันให้การดูแลเด็ก และผู้ดูแลรู้สึกว่าการดูแลลดน้อยลง ส่งผลให้ผู้ดูแลมีพฤติกรรมกรรมการดูแลที่เหมาะสม และเด็กมีโอกาสดูแลที่ดี ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างสัมพันธภาพในครอบครัวกับการเลี้ยงดูบุตร ศึกษากรณีผู้ประกอบอาชีพใน

สถานบันเทิงเมืองพัทยา จังหวัดชลบุรีของโสภา (2542) ที่พบว่าสัมพันธ์ทางบวกกับภาพในครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเลี้ยงดูบุตรแบบรักสนับสนุน ($r = .53, p < .001$) และการศึกษาการเลี้ยงดูบุตรของมารดาของปรีย (2545) พบว่าสัมพันธ์ทางบวกกับชีวิตสมรสมีความสัมพันธ์ทางบวกกับแนวโน้มของพฤติกรรมเลี้ยงดูบุตรของมารดา ($r = .24, p < .01$)

ในการดูแลเด็กที่ติดเชื้อเอชไอวี ผู้ดูแลต้องให้การดูแลอย่างต่อเนื่องและใช้ระยะเวลาในการดูแลนาน ซึ่งอาจทำให้ผู้ดูแลต้องเผชิญกับความยากลำบากหรือได้รับผลกระทบจากการดูแล ไม่ว่าจะเป็นสุขภาพกายของผู้ดูแล เนื่องจากการทุ่มเทแรงกายแรงใจในการดูแลจนผู้ดูแลไม่ได้ดูแลสุขภาพของตนเอง ผู้ดูแลบางรายเกิดความเครียดจากการที่ต้องทำหน้าที่หลายอย่างพร้อมกัน (วิมลรัตน์, 2537) นอกจากนี้ยังก่อให้เกิดผลกระทบด้านเศรษฐกิจต่อผู้ดูแล (พัศดรวิมล และ ปารีชาติ, 2539; ไพรินทร์, 2543) เนื่องจากเมื่อเด็กเจ็บป่วย ไม่ได้มีเฉพาะค่ารักษาพยาบาล แต่ยังมีค่าใช้จ่ายของครอบครัวในส่วนอื่น เช่น ค่ารถ ค่าอาหาร เป็นต้น และอาจทำให้ผู้ดูแลรู้สึกเป็นภาระจากการดูแล ซึ่งภาระการดูแลเป็นความรู้สึกดั่งเครียดหรือหนักอึ้งจากการให้การดูแล ที่ส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลได้ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและความเครียดด้านค่าใช้จ่าย (Montgomery, Gonyea & Hooyman, 1985) นอกจากนี้ภาระการดูแลยังเป็นการรับรู้เหตุการณ์ กิจกรรมหรือสถานการณ์ที่ยากลำบากจากการดูแลของผู้ดูแล (Stommel, Given & Given, 1990) โดยสตอมเมล และ คณะ (Stommel et al., 1990) ได้แบ่งภาระการดูแลออกเป็น 5 ด้าน คือ ด้านผลกระทบต่อเศรษฐกิจ (impact on finances) ด้านความรู้สึกเหมือนถูกทอดทิ้ง (feeling of abandonment) ด้านผลกระทบต่อกิจวัตรประจำวัน (impact on schedule) ด้านผลกระทบต่อสุขภาพ (impact on health) และด้านความรู้สึกเหมือนถูกกักขัง (sense of entrapment) จากการศึกษาภาระของผู้ดูแลเด็กที่ติดเชื้อเอชไอวีอายุ 1 เดือน ถึง 13 ปี ที่เชียงใหม่ จำนวน 110 ราย ของไพรินทร์ (2543) พบว่าค่าคะแนนเฉลี่ยภาระการดูแลโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง แต่เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า ภาระการดูแลด้านผลกระทบต่อเศรษฐกิจอยู่ในระดับมาก และมีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงสุด ส่วนภาระการดูแลด้านความรู้สึกเหมือนถูกกักขังอยู่ในระดับน้อย สำหรับภาระการดูแลที่เหลืออีก 3 ด้าน พบว่าอยู่ในระดับปานกลาง และจากการศึกษาภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยเอดส์ อายุ 23 - 56 ปี ที่เชียงใหม่ จำนวน 45 ราย ของนมิตา (2544) พบว่าภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยเอดส์โดยรวมอยู่ในระดับน้อย จากการศึกษาดังกล่าวจะเห็นได้ว่าภาระการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่อยู่ในวัยเด็กกับผู้ใหญ่มีความแตกต่างกัน โดยวัยเด็กจะเป็นวัยที่ต้องการการดูแลมากกว่าวัยผู้ใหญ่ ดังนั้นเมื่อผู้ดูแลจำเป็นต้องให้การดูแลเด็กที่ติดเชื้อเอชไอวีเหล่านี้เป็นระยะเวลานาน จึงอาจทำให้เกิดเป็นความเหนื่อยล้า เบื่อหน่ายและมีพฤติกรรมดูแลเด็กวัยเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวีที่ไม่เหมาะสมได้

จากการทบทวนวรรณกรรมของผู้วิจัยตั้งแต่ปี พ.ศ. 2535 จนถึง ปี พ.ศ.2548 ทั้งในประเทศและต่างประเทศซึ่งตีพิมพ์ในวารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพและสังคมศาสตร์ ร่วมกับการสืบค้นข้อมูลจาก

ระบบคอมพิวเตอร์เครือข่ายห้องสมุดจาก MEDLINE และ CINAHL (Cumulative Index in Nursing and Allied Health Literature) พบว่ายังไม่มีการศึกษาในเรื่องอิทธิพลของสัมพันธภาพในครอบครัวและภาวะการดูแลต่อพฤติกรรมการดูแลเด็กของผู้ดูแลเด็กติดเชื้อเอชไอวี แต่มีการศึกษาที่สะท้อนให้เห็นสัมพันธภาพในครอบครัว การที่สมาชิกในครอบครัวมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน ย่อมก่อให้เกิดเป็นความรักความผูกพัน และทำให้เด็กมีโอกาสได้รับการดูแลหรือการเลี้ยงดูที่ดี (ปรีช, 2545; โสภา, 2542) ส่วนการศึกษาภาวะการดูแลของผู้ดูแลเด็กที่ติดเชื้อเอชไอวีที่ผ่านมามีเพียง 1 เรื่อง (ไพรินทร์, 2543) นอกจากนี้ได้มีการศึกษาพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลเด็กที่ติดเชื้อเอชไอวี (สุริศา และ โปร่งนา, 2541) และการศึกษาภาวะการดูแลของผู้ดูแลที่ติดเชื้อเอชไอวีกับพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแล (ถาปณี, 2540; ศิริมา, อรัญญา และ ประณีต, 2547) ดังนั้นในการศึกษาค้นคว้าวิจัยจึงต้องการศึกษาอิทธิพลของสัมพันธภาพในครอบครัว และภาวะการดูแลต่อพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลเด็กวัยเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวี เพื่อนำไปเป็นแนวทางในการวางแผนการพยาบาล ส่งเสริมและปรับปรุงพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลเด็กวัยเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวี เพื่อให้เด็กที่ติดเชื้อเอชไอวีเหล่านี้มีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

วัตถุประสงค์

1. ศึกษาสัมพันธภาพในครอบครัว ภาวะการดูแล และพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลเด็กวัยเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวี
2. ทดสอบความสามารถในการทำนายของสัมพันธภาพในครอบครัวและภาวะการดูแลต่อพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลเด็กวัยเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวี

คำถามการวิจัย

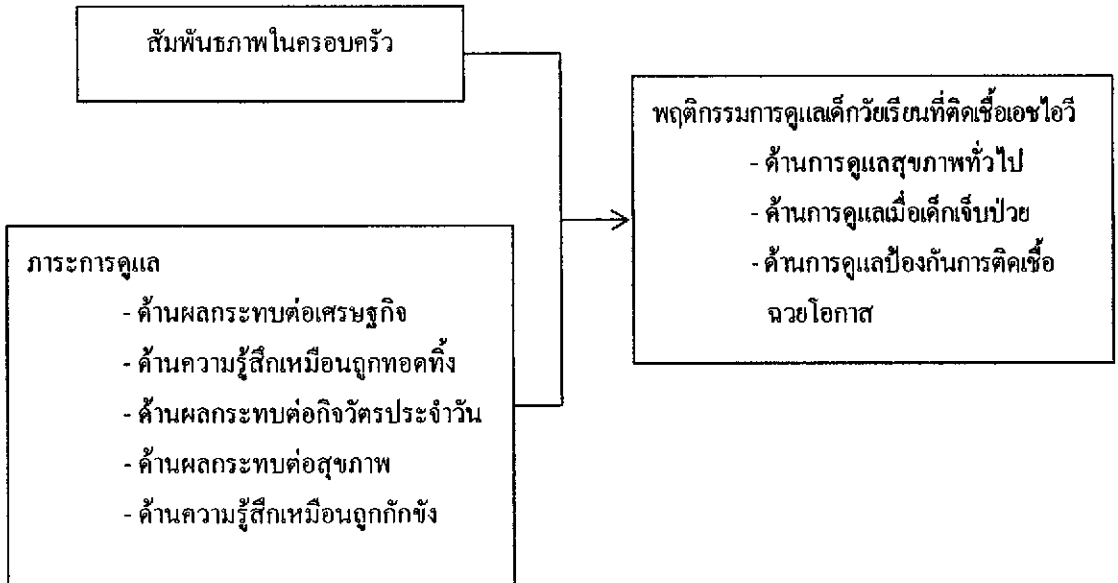
1. สัมพันธภาพในครอบครัวของผู้ดูแลเด็กวัยเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวีอยู่ในระดับใด
2. ภาวะการดูแลของผู้ดูแลเด็กวัยเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวีอยู่ในระดับใด
3. พฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลเด็กวัยเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวีอยู่ในระดับใด
4. สัมพันธภาพในครอบครัวและภาวะการดูแลสามารถทำนายพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลเด็กวัยเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวีได้ในระดับใด

กรอบแนวคิดการวิจัย

ถึงแม้ว่าเด็กติดเชื้อเอชไอวีในวัยเรียน จะมีความสามารถในการดูแลตนเองได้มากขึ้นก็ตาม แต่จากภาวะของการเจ็บป่วยเรื้อรัง ทำให้เด็กต้องเข้ารับการรักษาย่างต่อเนื่อง ดังนั้นเด็กจึงต้องการการดูแลจากผู้ดูแลในด้านการดูแลสุขภาพทั่วไป ได้แก่ การดูแลด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม (Berry, 1988; Pillitteri, 1999) การดูแลส่งเสริมภาวะโภชนาการ (นิลาวรรณ, 2536; บูหงา, 2541; Pott & Mandleco, 2002 ; Scott, 2002) การดูแลส่งเสริมพัฒนาการ (นิลาวรรณ, 2536; Pott & Mandleco, 2002) การดูแลเด็กให้ได้รับภูมิคุ้มกันโรค (นิลาวรรณ, 2536; Berry, 1988; Pott & Mandleco, 2002) และการไปพบแพทย์เพื่อรับยาต้านไวรัส ตรวจสอบสุขภาพและนัดติดตามอาการ (สำนักโรคเอดส์ วัณโรคและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์, 2547ข) ด้านการดูแลเมื่อเด็กเจ็บป่วย ได้แก่ การดูแลการรับประทานยาต้านไวรัส (สำนักโรคเอดส์ วัณโรคและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์, 2547ข) และการรับประทานยาป้องกันการติดเชื้อปอดบวม (นิลาวรรณ, 2536; Pillitteri, 1999) และด้านการดูแลป้องกันการติดเชื้อฉวยโอกาส (จรัสศรี, 2535; นิลาวรรณ, 2536; Berry, 1988; Pillitteri, 1999) ซึ่งหากผู้ดูแลมีพฤติกรรมการดูแลที่เหมาะสม อาจทำให้เด็กวัยเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวีเหล่านี้มีโอกาสได้รับการดูแลที่ดี

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีปัจจัยที่คาดว่ามีผลต่อพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลเด็กวัยเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวีสองประการคือ สัมพันธภาพในครอบครัวและภาวะการดูแล ทั้งนี้เนื่องจากในปัจจุบันบุคคลทั่วไปยังให้การรังเกียจเด็กที่ติดเชื้อเอชไอวี ดังนั้นครอบครัวจึงเป็นสถาบันทางสังคมที่มีความสำคัญต่อการดูแลเด็กวัยเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวีเหล่านี้ให้มีสุขภาพที่ดี หากสมาชิกในครอบครัวมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน ย่อมก่อให้เกิดความรักความผูกพัน เห็นอกเห็นใจกันและคอยให้การช่วยเหลือกันในการดูแลเด็ก นับเป็นการแบ่งเบาภาระการดูแลของผู้ดูแล และอาจทำให้ผู้ดูแลมีพฤติกรรมการดูแลที่เหมาะสม (ปรีช, 2545; สำนักโรคเอดส์ วัณโรคและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์, 2547ข; โสภา, 2542) นอกจากนี้ภาระการดูแลยังเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่น่าจะมีผลต่อพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลเด็กวัยเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวี เนื่องจากเด็กที่ติดเชื้อเอชไอวีมักมีภาวะของการเจ็บป่วยเรื้อรังและมีภูมิต้านทานร่างกายลดลง ต้องได้รับการรักษาและการดูแลอย่างต่อเนื่อง จึงทำให้ผู้ดูแลต้องจัดสรรเวลาในการให้การดูแล บางครั้งทำให้การดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ดูแลเปลี่ยนไป ซึ่งอาจก่อให้เกิดความตึงเครียดและรู้สึกว่าเป็นภาระการดูแลได้ (นมิตา, 2544; เพ็ญพักตร์, 2546; ไพรินทร์, 2543; สำนักโรคเอดส์ วัณโรคและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์, 2547ข) สำหรับแนวคิดของภาระการดูแล ผู้วิจัยได้ใช้แนวคิดภาระการดูแลของสตอมเมล และ คณะ (Stommel et al., 1990) โดยแบ่งภาระการดูแลออกเป็น 5 ด้าน คือ ด้านผลกระทบต่อเศรษฐกิจ ด้านความรู้สึกเหมือนถูกทอดทิ้ง ด้านผลกระทบต่อกิจวัตรประจำวัน ด้านผลกระทบต่อสุขภาพ และด้านความรู้สึกเหมือนถูกกักขัง ซึ่งสามารถเขียนกรอบแนวคิดในการศึกษา

ครั้งนี้ได้ ดึงภาพประกอบ 1



ภาพ 1 กรอบแนวคิดในการศึกษาอิทธิพลของสัมพันธภาพในครอบครัวและภาวะการดูแลต่อพฤติกรรม การดูแลของผู้ดูแลเด็กวัยเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวี

สมมติฐานการวิจัย

สัมพันธภาพในครอบครัวและภาวะการดูแลสามารถทำนายพฤติกรรมดูแลของผู้ดูแลเด็ก วัยเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวี

นิยามศัพท์

สัมพันธภาพในครอบครัว หมายถึงความสัมพันธ์ของสมาชิกในครอบครัวที่มีความผูกพันรักใคร่และห่วงใยกัน มีความไว้วางใจและให้กำลังใจ มีความสามัคคีกลมเกลียว มีการทำกิจกรรมหรือพักผ่อนหย่อนใจร่วมกัน ตลอดจนมีการให้ความช่วยเหลือกันด้านการเงินระหว่างสมาชิกในครอบครัวที่อาศัยอยู่ด้วยกัน ประเมินโดยใช้แบบสอบถามสัมพันธภาพในครอบครัวที่สร้างจากการทบทวนตำรา เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง (กุหลาบ, วิไล, ธิรพงษ์, และ พชณี, 2541; จิรเนาว์, 2545; ปณินันท์, 2531; ศศิพัฒน์, ม.ป.ป.; สายสุรี, 2537; สุจริต, 2538; อมราวดี, 2544; Friedman, 1998; Morrow & Wilson, 1961 อ้างตาม กาญจนนา, 2536)

ภาวะการดูแล หมายถึง เหตุการณ์ กิจกรรมหรือสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความรู้สึกว่าเป็นภาระแก่ผู้ดูแลใน 5 ด้าน คือ ด้านผลกระทบต่อเศรษฐกิจ ด้านความรู้สึกเหมือนถูกทอดทิ้ง ด้านผลกระทบต่อกิจวัตรประจำวัน ด้านผลกระทบต่อสุขภาพและด้านความรู้สึกเหมือนถูกกักขัง ประเมินโดยใช้แบบสอบถามภาวะการดูแล ซึ่งได้ดัดแปลงมาจากแบบสัมภาษณ์ภาระของผู้ดูแลเด็กที่ติดเชื้อเอชไอวีของไพรินทร์ (2543) และสร้างขึ้นเพิ่มเติมบางส่วนจากการทบทวนตำรา เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง (นมิตา, 2544; วิมลรัตน์, 2537; สำนักโรคเอดส์ วัณโรคและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์, 2547ข)

พฤติกรรมดูแลของผู้ดูแลเด็กวัยเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวี หมายถึง กิจกรรมที่ผู้ดูแลได้กระทำหรือปฏิบัติต่อเด็กวัยเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวีครอบคลุมในด้านการดูแลสุขภาพทั่วไป ด้านการดูแลเมื่อเด็กเจ็บป่วยและด้านการดูแลป้องกันการติดเชื้อฉวยโอกาส ซึ่งผู้ดูแลเป็นบุคคลในครอบครัว เช่น บิดา มารดา ปู่ ย่า ตา ยาย ลุง ป้า น้า อาหรือญาติ เป็นต้น ประเมินจากแบบสอบถามพฤติกรรมดูแลของผู้ดูแลเด็กวัยเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวีที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนตำรา เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง (จรัสศรี, 2535; ชัยฉู 2545ก; นิลาวรรณ, 2536; บุญงา, 2541; สำนักโรคเอดส์ วัณโรคและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์, 2547ข; Berry, 1988; Pillitteri, 1999; Pott & Mandelco, 2002; Scott, 2002)

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาอิทธิพลของสัมพันธภาพในครอบครัวและภาวะการดูแลต่อพฤติกรรมดูแลของผู้ดูแลเด็กวัยเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวี โดยการเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้ดูแลเด็กวัยเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวีที่ห้องตรวจกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี โรงพยาบาลหาดใหญ่ และโรงพยาบาลสงขลา

ความสำคัญของการวิจัย

1. สามารถนำผลการวิจัยไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานที่จะช่วยให้พยาบาลได้ตระหนักถึงพฤติกรรมและปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมดูแลของผู้ดูแลเด็กวัยเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวี และสามารถนำข้อมูลดังกล่าวไปวางแผนให้การพยาบาลได้อย่างเหมาะสม
2. ใช้เป็นแนวทางในการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับปัจจัยอื่นๆ ที่มีผลต่อพฤติกรรมดูแลของผู้ดูแลเด็กที่ติดเชื้อเอชไอวีอื่นๆ