

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับความสามารถของผู้ดูแล
ในการดูแลเด็กวัยก่อนวัยเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวี



นางกนิษฐา ถนัดกิจ

สถาบันวิทยบริการ
วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2545

ISBN 974-17-0845-9

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

RELATIONSHIPS BETWEEN SELECTED FACTORS AND CAREGIVERS' ABILITY TO
TAKE CARE OF PRESCHOOL CHILDREN WITH HIV POSITIVE



Mrs.Ganittar Thanadkit

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements
for the Degree of Master of Nursing Science in Nursing Science

Faculty of Nursing

Chulalongkorn University

Academic Year 2002

ISBN 974-17-0845-9

หัวข้อวิทยานิพนธ์ ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับความสามารถของผู้ดูแล
ในการดูแลเด็กวัยก่อนเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวี
โดย นางกนิษฐา ถนัดกิจ
สาขาวิชา พยาบาลศาสตร์
อาจารย์ที่ปรึกษา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วราภรณ์ ชัยวัฒน์

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้บัณฑิตวิทยานิพนธ์ฉบับนี้
เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต

.....คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์
(รองศาสตราจารย์ ดร. จินตนา ยูนิพันธุ์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....ประธานกรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร. สมคิด รักษาสัตย์)

.....อาจารย์ที่ปรึกษา
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. วราภรณ์ ชัยวัฒน์)

.....กรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร. ดิเรก ศรีสุข)

กนิษฐา ถนัดกิจ : ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร กับความสามารถของผู้ดูแลในการดูแล
เด็กวัยก่อนเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวี (RELATIONSHIPS BETWEEN SELECTED FACTORS AND
CAREGIVERS' ABILITY TO TAKE CARE OF PRESCHOOL CHILDREN WITH HIV POSITIVE)

คำสำคัญ : ปัจจัยพื้นฐานคัดสรร ความสามารถของผู้ดูแล การดูแลเด็ก เด็กวัยก่อนเรียน เอชไอวี
อ.ที่ปรึกษา : ผ.ศ.ดร. วราภรณ์ ชัยวัฒน์, 143 หน้า. ISBN 974-17-0845-9.

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสามารถของผู้ดูแล ในการดูแลเด็ก
วัยก่อนเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวี และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรด้าน อายุของผู้ดูแล ระดับการศึกษา
ประสบการณ์การเลี้ยงดูเด็ก การสนับสนุนทางสังคม และสัมพันธภาพแบบสนิทสนมระหว่างผู้ดูแลกับเด็ก
และเพื่อหาตัวแปรที่สามารถร่วมกันพยากรณ์ ความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลเด็กวัยก่อนเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวี
กลุ่มตัวอย่างคือผู้ดูแลเด็ก วัยก่อนเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวี จำนวน 101 คน ที่พาเด็กมารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอก
โรงพยาบาลบำราศนคราตุร เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย แบบสัมภาษณ์ความสามารถของผู้ดูแล
ในการดูแลเด็กวัยก่อนเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวี แบบสัมภาษณ์การสนับสนุนทางสังคม และแบบสัมภาษณ์สัมพันธ
ภาพแบบสนิทสนมระหว่างผู้ดูแลกับเด็ก แบบประเมินทั้งสามชุดได้ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาและ
ความเที่ยงแล้ว สัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค .93, .84, .95 ตามลำดับ สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลคือ ร้อย
ละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสัมประสิทธิ์ สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และ ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์
พหุคูณ

ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

1. ความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลเด็กวัยก่อนเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวี อยู่ในระดับปานกลาง
2. สัมพันธภาพแบบสนิทสนมระหว่างผู้ดูแลกับเด็ก และระดับการศึกษามีความสัมพันธ์บวกกับ
ความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลเด็กวัยก่อนเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
($r = .68, .52$ ตามลำดับ)

3. ตัวแปรที่มีความสำคัญในการร่วมกันพยากรณ์ความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลเด็กวัยก่อนเรียน
ที่ติดเชื้อเอชไอวี คือ สัมพันธภาพแบบสนิทสนมระหว่างผู้ดูแลกับเด็ก ระดับการศึกษา และอายุของผู้ดูแล
ซึ่งร่วมกันพยากรณ์ความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลเด็กวัยก่อนเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวี ได้อย่างมีนัยสำคัญทาง
สถิติระดับ .05 ได้ร้อยละ 57.7 ($R^2 = .577$) โดยสมการในรูปคะแนนมาตรฐานคือ

$$Z_y = .470 * Z \text{ สัมพันธภาพแบบสนิทสนมระหว่างผู้ดูแลกับเด็ก} \\ + .444 * Z \text{ ระดับการศึกษา} + .242 * Z \text{ อายุผู้ดูแล}$$

สาขาวิชา.....พยาบาลศาสตร์.....

ลายมือชื่อนิสิต.....

ปีการศึกษา.....2545.....

ลายมือชื่ออาจารย์ที่ปรึกษา.....

4377621936 : MAJOR NURSING SCIENCE

KEY WORDS: SELECTED FACTORS / CAREGIVERS' ABILITY / PRESCHOOL
CHILDREN / HIV POSITIVE

GANITTAR THANADKIT: RELATIONSHIPS BETWEEN SELECTED
FACTORS AND CAREGIVERS' ABILITY TO TAKE CARE OF PRESCHOOL
CHILDREN WITH HIV POSITIVE, THESIS ADVISOR:

WARAPORN CHAIYAWAT, D.N.S. 143 pp. ISBN 974-17-0845-9

The purposes of this research were to examine caregivers' ability to take care of preschool children with HIV positive, to determine relationships between selected factors and the caregivers' ability and to identify predictors of the caregivers' ability. Subjects were 101 caregivers of HIV positive preschool outpatients in Bumrasnaradura hospital. Data were collected by using 3 instruments: caregivers' ability interview, social support interview, and intimate relationship interview. Their content validity and internal consistency were established Cronbach's alpha were .93, .84, and .95, respectively. Statistical techniques used in data analysis were percent, mean, standard deviation, Pearson product moment correlation, and stepwise multiple regression analysis.

Major findings were as follows:

1. Caregivers' ability to take care of preschool children with HIV positive were at a medium level.
2. Intimate relationship and education were positively correlated with the caregivers' ability to take care of preschool children with HIV positive at .05 significant level. ($r = .68$, .52, respectively)
3. Factors that could predict the caregivers' ability at the level of .05 were intimate relationship, education and caregivers' age. These predictors accounted for 57.7 percent ($R^2 = .577$) of the variance. The function derived from the analysis was:

$$Z_y = .470 Z \text{ intimacy relationships} + .444 Z \text{ education} + .242 Z \text{ mother's age}$$

Field of study..... Nursing Science Student' s signature.....

Academic year.....2002..... Advisor' s signature.....

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความกรุณาจาก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. วราภรณ์ ชัยวัฒน์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ เป็นผู้ให้ข้อคิด คำแนะนำ ตลอดจนแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ ด้วยความรัก ความห่วงใย เอาใจใส่และเป็นกำลังใจอย่างดียิ่งตลอดมา ซึ่งผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งและสำนึกในพระคุณของท่านเป็นที่สุด และขอกราบขอบพระคุณคณาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ทุกท่านที่ได้ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้และประสบการณ์ที่มีค่าแก่ผู้วิจัย

ขอกราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร. สมคิด รักษาสัตย์ ประธานสอบวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาให้ข้อเสนอแนะให้วิทยานิพนธ์นี้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น และรองศาสตราจารย์ ดร.ดิเรก ศรีสุขโข กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ผู้กรุณาให้คำแนะนำและเป็นที่ปรึกษาในการใช้สถิติ

ขอขอบพระคุณจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่ได้สนับสนุนทุนส่วนหนึ่งในการทำวิจัยครั้งนี้

ขอกราบขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิจากสถาบันต่าง ๆ ทุกท่าน ที่ได้สละเวลาในการตรวจสอบความตรงและแก้ไขเครื่องมือวิจัย รวมทั้งขอขอบคุณท่านผู้อำนวยการโรงพยาบาล หัวหน้าพยาบาล หัวหน้าหอผู้ป่วย บุคลากรพยาบาล และเจ้าหน้าที่ศูนย์การวิจัย โรงพยาบาลบาราศนราดูรทุกท่าน และที่สำคัญคือผู้ดูแลเด็กที่ติดเชื้อเอชไอวีโรงพยาบาลบาราศนราดูรทุกท่าน ที่ได้ให้ความกรุณาและความร่วมมือเป็นอย่างดีในการทดลองใช้เครื่องมือวิจัยและเป็นกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้

ขอกราบขอบพระคุณท่านผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลเครือข่าย จังหวัดนนทบุรี ตลอดจนอาจารย์และเจ้าหน้าที่ทุกท่าน ที่คอยเป็นกำลังใจและให้ความช่วยเหลือแก่ผู้วิจัยเสมอมา

ขอขอบคุณเพื่อนร่วมรุ่น พี่ น้อง เจ้าหน้าที่ทุกท่านใน คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่ได้ให้ความช่วยเหลือและเป็นกำลังใจแก่ผู้วิจัย

ท้ายที่สุดขอขอบพระคุณสมาชิกทุกคนในครอบครัว ที่ได้ให้ความช่วยเหลืออำนวยความสะดวกต่าง ๆ แก่ผู้วิจัย และขอขอบพระคุณ พล.ต.ต.วันชัย ถนัดกิจ ที่ได้ความเข้าใจ ให้กำลังใจ และให้การสนับสนุนแก่ผู้วิจัยจนสามารถสำเร็จการศึกษาได้ด้วยดี

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ณ
บทที่	
1 บทนำ	
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	5
แนวคิดเหตุผลและสมมติฐานงานวิจัย.....	5
สมมติฐานการวิจัย.....	6
ขอบเขตการวิจัย.....	8
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย.....	8
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	10
2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	
โรคเอดส์ในเด็ก.....	11
แนวคิดการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา.....	20
ความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลเด็กวัยก่อนเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวี	22
ปัจจัยพื้นฐานที่มีผลต่อความสามารถของผู้ดูแล.....	37
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	55
3 วิธีการดำเนินการวิจัย	
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	60
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	61
การรวบรวมข้อมูล.....	67
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	68

สารบัญ (ต่อ)

หน้า

4	ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	70
5	สรุปผลการวิจัย อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ	
	สรุปผลการวิจัย.....	82
	อภิปรายผลการวิจัย.....	84
	ข้อเสนอแนะ.....	92
	รายการอ้างอิง.....	94
	ภาคผนวก.....	106
	ภาคผนวก ก รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ.....	107
	ภาคผนวก ข จดหมายเรียนเชิญผู้ทรงคุณวุฒิและขอความร่วมมือ ในการวิจัย.....	109
	ภาคผนวก ค ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	112
	ภาคผนวก ง สถิติที่ใช้ในการวิจัย.....	120
	ภาคผนวก จ ค่าสัมประสิทธิ์ความเที่ยงและผลการวิเคราะห์ รายชื่อของแบบสัมภาษณ์.....	124
	ภาคผนวก ฉ ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลส่วนบุคคล กับความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลเด็กวัย ก่อนเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวี ทั้ง 3 ด้าน.....	128
	ภาคผนวก ช ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทาง สังคมกับกับความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลเด็กวัย ก่อนเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวี	132
	ภาคผนวก ซ จำนวนและร้อยละจำแนกตามความสามารถผู้ดูแลในการ ดูแลเด็กวัยก่อนเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวี รายชื่อ ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์.....	134
	ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์.....	143

สารบัญตาราง

ตารางที่	หน้า
1 การจำแนกระดับภูมิคุ้มกันต้านทานในเด็กที่ติดเชื้อเอชไอวีโดยอาศัยระดับCD4	16
2 การจำแนกระยะโรคในเด็กที่ติดเชื้อเอชไอวี.....	16
3 กำหนดการสร้างภูมิคุ้มกันโรคสำหรับเด็กอายุ 0 – 12 ปี.....	24
4 ความต้องการสารอาหารของเด็กปกติอายุ 1 – 6 ปี.....	25
5 เกณฑ์มาตรฐานน้ำหนักและส่วนสูงของเด็กแบ่งตามอายุ.....	26
6 จำนวนและร้อยละของผู้ดูแลเด็กวัยก่อนเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวี.....	71
7 จำนวนและร้อยละของผู้ดูแล จำแนกตามความสามารถของผู้ดูแล.....	73
8 คะแนนต่ำสุด คะแนนสูงสุด ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของปัจจัยคัดสรรของผู้ดูแลเด็กวัยก่อนเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวี.....	74
9 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างอายุ ระดับการศึกษา ประสบการณ์เลี้ยงดูเด็ก การสนับสนุนทางสังคม สัมพันธภาพแบบสนิทสนมระหว่างผู้ดูแลกับเด็ก และความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลเด็กวัยก่อนเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวี.....	75
10 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับความสามารถของผู้ดูแล ในการดูแลเด็กวัยก่อนเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวี.....	76
11 สรุปผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ ในการเลือกตัวแปรในการพยากรณ์ ความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลเด็กวัยก่อนเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวี.....	77
12 แสดงค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณ ระหว่างตัวแปรที่ได้รับการ การเลือกเข้าสู่สมการถดถอย ค่าสัมประสิทธิ์การพยากรณ์ และทดสอบ ความมีนัยสำคัญของสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ที่เพิ่มขึ้น ในการพยากรณ์ ความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลเด็กวัยก่อนเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวี.....	78
13 แสดงค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยของตัวพยากรณ์ในรูปแบบคะแนนดิบและคะแนนมาตรฐาน ทดสอบความมีนัยสำคัญของ B และแสดงสมการถดถอยพหุคูณที่ใช้พยากรณ์ ความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลเด็กวัยก่อนเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวี.....	79

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคเอดส์เริ่มเป็นที่รู้จักตั้งแต่ พ.ศ.2524 เมื่อมีรายงานผู้ป่วยที่สหรัฐอเมริกา การแพร่ระบาดของเชื้อเอชไอวีในประเทศไทยเข้าสู่ในกลุ่มประชาชนทั่วไปอย่างรวดเร็วตั้งแต่ พ.ศ. 2530 (ศิษณุ พันธุ์เจริญ และอุษา ติษยากร, 2545: 25) ปัจจุบันการแพร่ระบาดของการติดเชื้อไวรัสเอชไอวีและเอดส์ได้ขยายวงกว้างขึ้น จากกลุ่มรักร่วมเพศจนกระทั่งมีการระบาดต่อมายังกลุ่มของผู้หญิงและเด็ก (สมศักดิ์ โล่ห์เลขา, 2542) ทำให้เกิดเป็นปัญหาทางด้านสาธารณสุขที่สำคัญมีผลโดยตรงต่อจิตใจ สังคม และเศรษฐกิจของชาติอย่างรุนแรง (ชัยยศ คุณานันท์, 2543) การติดเชื้อเอชไอวีในเด็กส่วนใหญ่เกิดจากการได้รับเชื้อจากมารดาสู่เด็ก (วันดี วราวิทย์ และคณะ, 2541) ในการเฝ้าระวังโรคเอดส์ทั่วโลกภาค 1 และภาค 2 พบว่าในทวีปอเมริกา มีผู้เป็นโรคเอดส์จำนวน 1,030,391 ราย ในทวีปเอเชีย มีผู้เป็นโรคเอดส์ จำนวน 140,246 ราย และในประเทศไทยมีผู้ป่วยเป็นโรคเอดส์อยู่ถึงจำนวน 128,606 ราย (WHO, 2000) ซึ่งหมายถึงว่าประเทศไทยมีจำนวนของผู้เป็นโรคเอดส์อยู่สูงมาก การศึกษาในประเทศไทยพบว่า อัตราการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูกอยู่ระหว่างร้อยละ 21 - 28 ดังนั้นประเทศไทยจะมีเด็กที่ติดเชื้อเอชไอวีจากแม่ ประมาณ 3,000 - 5,000 รายต่อปี (อุษา ติษยากร, 2544 : 255) จากสถิติผู้ป่วยเอดส์และผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีอาการในประเทศไทย ณ วันที่ 28 กุมภาพันธ์ 2544 พบว่ามีทารกได้รับเชื้อไวรัสเอชไอวีจากผู้ดูแล จำนวน 7,757 ราย คิดเป็นร้อยละ 4.73 (กองระบาดวิทยา, 2544) คณะทำงานของสำนักงาน คณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (NESDB Working Group) คาดประมาณว่าหากยังไม่มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอดส์ เมื่อนับสะสมจนถึง ปี 2548 ประเทศไทยจะมีทารกติดเชื้อไวรัสเอชไอวีจากมารดา 101,780 รายป่วยเป็นเอดส์ 84,454 ราย และเสียชีวิตจากโรคเอดส์ 84,077 ราย (Brown et al., 1994: 17) ปัญหาของเด็กที่ติดเชื้อเอชไอวี จึงเป็นปัญหาด้านสาธารณสุขที่จะเกิดขึ้นต่อไปในอนาคต

เด็กวัยก่อนเรียน เป็นวัยที่เด็กเริ่มมีการติดต่อกับบุคคลอื่น ๆ นอกบ้าน จึงเป็นโอกาสที่จะทำให้เด็กได้รับเชื้อโรคได้มากขึ้น (อรพรรณ ลีอนุญธวัชชัย, 2534) ดังนั้นเด็กวัยก่อนเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวี จึงเป็นวัยที่สำคัญในการที่จะต้องให้การดูแลที่ดี จากการศึกษาพบว่า หากผู้ที่ติดเชื้อเอชไอวีมีการดูแลตนเองที่ดี ประกอบกับการรักษาอาการที่เกิดจากภาวะติดเชื้อเอชไอวีแล้วนั้นจะ

สามารถชะลอการดำเนินไปสู่การเกิดโรคเอดส์ให้ช้าลงได้ (Ragsdale and Morrow, 1990) แต่ถ้าผู้ดูแลให้การดูแลที่เด็กไม่ดีแล้ว อาจทำให้เด็กเจ็บป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการเป็นโรคติดเชื้ออวัยวะ และเสียชีวิตได้ (สมศักดิ์ โสภณกุล, 2542) ดังนั้นเด็กวัยก่อนเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวี เป็นวัยหนึ่งที่มีความสำคัญในการที่จะดูแลตนเองเพื่อป้องกันมิให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอันตราย และเพื่อที่จะชะลอการดำเนินไปสู่การเกิดโรคเอดส์ให้ยาวนานที่สุด

อย่างไรก็ดีเด็กวัยก่อนเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวี เด็กยังไม่สามารถที่จะดูแลตัวเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ เพราะการดูแลตนเอง เป็นการปฏิบัติในกิจกรรมที่บุคคลริเริ่ม และกระทำเพื่อที่จะรักษาไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพ และสวัสดิภาพของตน เด็กวัยก่อนเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวี ซึ่งเป็นวัยที่อยู่ในระยะเริ่มต้นของการพัฒนาการทั้งทางร่างกาย อารมณ์ และจิตสังคม จึงจำเป็นต้องได้รับการดูแล และได้รับความช่วยเหลือในการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อการดูแลตนเอง ดังนั้นเด็กจึงต้องอาศัยผู้อื่นในการช่วยให้เกิดการดูแลตนเอง (สมจิต หนูเจริญกุล, 2536: 36; Orem, 2001: 43) โดยส่วนใหญ่ผู้ที่ให้การดูแลช่วยเหลือให้เด็กเกิดการดูแลตนเอง ก็คือมารดาของเด็ก แต่เด็กที่ติดเชื้อเอชไอวีมักจะได้รับผลกระทบจากการติดเชื้อเอชไอวีอีกประการหนึ่งคือ การสูญเสียบิดามารดา ซึ่งโครงการโรคเอดส์แห่งสหประชาชาติ ได้ประมาณจำนวนเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี ที่เป็นเด็กกำพร้าเนื่องมาจากปัญหาการติดเชื้อเอชไอวี ตั้งแต่มีการระบาดจนถึงปี พ.ศ. 2542 มีจำนวน 13.2 ล้านคน (Joint United Nations Programme on HIV/AIDS, 2000) ดังนั้นบุคคลที่จะให้การดูแลช่วยเหลือให้เด็กเกิดการดูแลตนเองของเด็กกลุ่มนี้ก็คือ ผู้ที่ทำหน้าที่ดูแลเด็ก ซึ่งการศึกษาของสุทิสรา ล่ามช้าง และโปรงนภา อัครชิโนเรศ (2541) พบว่าผู้ดูแลที่มีความสัมพันธ์เกี่ยวข้องกับเด็กแบบต่างๆ เช่น มารดา, ป้า, ย่า, ยาย ไม่ว่าจะมีความสัมพันธ์ที่เกี่ยวข้องกับเด็กอย่างไรก็ไม่ได้ส่งผลให้การปฏิบัติการในการดูแลเด็กที่ติดเชื้อเอชไอวีแตกต่างกัน ดังนั้นการวิจัยในครั้งนี้จึงศึกษาจากผู้ดูแลที่ทำหน้าที่ให้การดูแลเด็ก โดยใช้แนวความคิดของ โอเรม มาเป็นแนวคิดในการศึกษาวิจัย

จากการศึกษาบทบาทของผู้ดูแลในการเลี้ยงดูเด็กที่ติดเชื้อเอชไอวีของ สุทิสรา ล่ามช้าง และโปรงนภา อัครชิโนเรศ (2541) พบว่า เมื่อเด็กวัยก่อนเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวี มีอาการ เป็นหวัด ปอดบวม ท้องเสีย มีแผลในปาก ลื่นเป็นฝ้าขาว ผู้ดูแลที่ไม่มีความสามารถในการดูแล จะทำให้เด็กได้รับการดูแลที่ไม่ถูกต้อง และผู้ดูแลมักจะพาเด็กมาพบแพทย์เมื่อมีอาการรุนแรงแล้ว อาจส่งผลให้อาการของเด็กรุนแรงเกินที่จะรักษาพยาบาลได้ ทำให้เด็กต้องเสียชีวิตในที่สุด ความสามารถของผู้ดูแลจึงเป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยให้เกิดการดูแลเด็กอย่างมีประสิทธิภาพ ดังการศึกษาที่พบว่าความสามารถของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพเด็กอายุ 0-5 ปี (มณี คุประสิทธิ์, 2539) หากผู้ดูแลมีความสามารถในการดูแลที่ดีแก่เด็กวัยก่อนเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวีก็จะสามารถช่วยให้เด็กมีภาวะสุขภาพที่ดี มีโอกาสติดเชื้อจากเชื้ออวัยวะได้น้อยลง แต่ถ้าผู้ดูแลให้การดูแลที่ไม่ดี

เด็กวัยก่อนเรียนก็มีโอกาสที่จะเจ็บป่วยด้วยโรคติดเชื้ออหิวาต์ได้มาก และก่อให้เกิดความเจ็บป่วยที่รุนแรงถึงแก่ชีวิตได้

จากแนวคิด การศึกษา และงานวิจัยดังกล่าว จะเห็นได้ว่าความสามารถของผู้ดูแลเป็นสิ่งที่มีความสำคัญต่อเด็ก โดยเฉพาะเด็กวัยก่อนเรียนที่ติดเชื้ออหิวาต์ที่มีความต้องการการดูแลที่แตกต่างไปจากเด็กปกติย่อมมีความต้องการผู้ดูแลที่มีความสามารถในการตอบสนองความต้องการการดูแลตนเองของเด็กได้ ซึ่งโอเร็มได้ให้ความหมายของความสามารถของผู้ดูแลว่าเป็นความสามารถของบุคคลที่มีวุฒิภาวะที่จะเข้าใจหรือตอบสนองความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดบางส่วนหรือทั้งหมด ของบุคคลที่มีความจำกัดในการดูแลตนเอง (Orem, 2001: 284) ดังนั้นการวิจัยครั้งนี้ ความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลเด็กวัยก่อนเรียนที่ติดเชื้ออหิวาต์ จึงหมายถึง ความสามารถของผู้ดูแลในการตอบสนองการดูแลตนเองที่จำเป็นของเด็กวัยก่อนเรียนที่ติดเชื้ออหิวาต์ เพื่อคงไว้ซึ่งกระบวนการของชีวิต โครงสร้างและหน้าที่ตามพัฒนาการของเด็ก โดยสามารถตอบสนองความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็นของเด็กวัยก่อนเรียนที่ติดเชื้ออหิวาต์ ทั้ง 3 ด้าน ได้แก่ การตอบสนองความจำเป็นโดยทั่วไปของเด็ก การตอบสนองตามระยะพัฒนาการของเด็ก และการตอบสนองตามภาวะเบี่ยงเบนด้านสุขภาพของเด็ก

การที่ผู้ดูแลจะมีความสามารถในการให้การดูแลเด็กนั้น ตามแนวความคิดของโอเร็ม ผู้ดูแลต้องอาศัยปัจจัยพื้นฐาน (Basic Conditioning Factors) ซึ่งเป็นสิ่งที่มีอิทธิพลสำคัญต่อความสามารถของผู้ดูแล (Orem, 2001: 245) สำหรับปัจจัยพื้นฐาน ได้แก่ อายุ เพศ ระยะพัฒนาการ สังคมชนบทรวมนิยมประเพณี ปัจจัยทางระบบบริการสุขภาพ ระบบครอบครัว แบบแผนการดำเนินชีวิตรวมถึงกิจกรรมที่กระทำอยู่เป็นประจำ ปัจจัยทางด้านสิ่งแวดล้อมและแหล่งสนับสนุนและความสามารถที่จะหาแหล่งประโยชน์ อย่างไรก็ตามการศึกษาปัจจัยพื้นฐานที่มีอิทธิพลในการกำหนดความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา ของกลุ่มต่างๆ ก็อาจจะแตกต่างกันไปตามลักษณะเฉพาะของแต่ละกลุ่ม (Moore, 2001) ในการรักษาเด็กที่ติดเชื้ออหิวาต์ที่ไม่มีอาการรุนแรงนั้น จะเป็นการให้การบริการแบบผู้ป่วยนอก บุคคลที่ให้การดูแลหลักที่บ้านคือผู้ดูแลเด็ก ดังนั้นพยาบาลจึงจำเป็นที่จะต้องพัฒนาความสามารถของผู้ดูแล เพื่อที่จะให้ผู้ดูแลได้มีการตอบสนองต่อความต้องการ ของเด็กวัยก่อนเรียนที่ติดเชื้ออหิวาต์ได้อย่างถูกต้องเหมาะสม การที่พยาบาลจะพัฒนาความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลเด็กวัยก่อนเรียนที่ติดเชื้ออหิวาต์ได้ พยาบาลจำเป็นต้องทราบว่าปัจจัยพื้นฐานใดบ้าง ที่มีอิทธิพลต่อความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลเด็กวัยก่อนเรียนที่ติดเชื้ออหิวาต์ ซึ่งการศึกษาที่ผ่านมายังไม่พบการศึกษาศักยภาพของผู้ดูแลในการดูแลเด็กวัยก่อนเรียนที่ติดเชื้ออหิวาต์ ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลเด็กวัยก่อนเรียนที่ติดเชื้ออหิวาต์ และปัจจัยพื้นฐานที่น่าจะมีความสัมพันธ์และสามารถ ร่วมกันพยากรณ์ความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลเด็กวัยก่อนเรียนที่

ติดเชื้อเอชไอวี ผู้วิจัยจึงได้พิจารณาปัจจัยคัดสรรเกี่ยวกับ ปัจจัยด้านอายุของผู้ดูแล ซึ่งอายุมีอิทธิพลในการกำหนดความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา (Orem, 2001: 245) กล่าวคือ ความสามารถในการดูแลตนเองของบุคคลจะค่อย ๆ เพิ่มขึ้นตามอายุ และจะสูงสุดเมื่อเข้าสู่วัยผู้ใหญ่และจะลดลงเมื่อเข้าสู่วัยชรา (Orem, 2001: 307) ปัจจัยด้านระดับการศึกษา ซึ่งเป็นสิ่งที่อธิบายปัจจัยพื้นฐานด้านสังคมชนบทรรมนิยมประเพณีอย่างหนึ่ง (Orem, 2001: 245) บุคคลที่มีการศึกษาสูงย่อมมีโอกาสในการแสวงหาความรู้ ช่วยให้มีความรู้เพิ่มเติมต่อการและเลือกวิธีการที่เหมาะสมในการเลี้ยงดูเด็ก อันเป็นส่วนหนึ่งของพลังความสามารถที่ทำให้ผู้ดูแลเกิดความสามารถในการดูแล ปัจจัยด้านประสบการณ์การเลี้ยงดูเด็กเป็นสิ่งที่อธิบายปัจจัยพื้นฐานด้านชนบทรรมนิยมประเพณีอย่างหนึ่ง (Orem, 2001: 326) การที่ผู้ดูแลจะเข้าใจในการดูแลเด็ก มาจากประสบการณ์ที่สะสมเพิ่มขึ้นในแต่ละวัน (Orem, 2001: 143) โดยเฉพาะประสบการณ์ในการเลี้ยงดูเด็กมาก่อน อาจเป็นการเพิ่มพูนประสบการณ์ทำให้ผู้ดูแลมีความสามารถดูแลบุตรได้ดีขึ้น ปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคมเป็นสิ่งที่อธิบายปัจจัยพื้นฐานด้านแหล่งประโยชน์อย่างหนึ่ง (Orem, 2001: 245) การสนับสนุนทางสังคมทำให้ผู้ดูแลได้มีความรู้สึกมีคุณค่ามั่นคงทางอารมณ์ ส่งเสริมให้ผู้ดูแลคงไว้หรือเพิ่มความพยายามในการดูแลเด็ก อันเป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้ผู้ดูแลเกิดความสามารถในการดูแลเด็ก และปัจจัยด้านสัมพันธภาพแบบสนิทสนมระหว่างผู้ดูแลกับเด็ก เป็นสิ่งที่อธิบายปัจจัยพื้นฐานด้านครอบครัวอย่างหนึ่ง (Orem, 2001: 326) ความสนิทสนมผูกพันกันเป็นการเพิ่มแรงจูงใจของผู้ดูแล ในการที่จะดูแลเด็ก เป็นส่วนหนึ่งของพลังความสามารถที่จะทำให้ผู้ดูแลเกิดความสามารถในการดูแลเด็ก สำหรับปัจจัยพื้นฐานอื่น ๆ ที่ไม่ได้นำมาศึกษาคือ ปัจจัยด้านเพศ เนื่องจากผู้ดูแลเป็นเพศเดียวกัน ปัจจัยด้านระยะพัฒนาการ เนื่องจากผู้ดูแลมีระยะพัฒนาการ อยู่ในช่วงของการเลี้ยงดูเด็กที่ติดเชื้อมาก่อน ปัจจัยทางระบบบริการสุขภาพ ส่วนปัจจัยที่เลือกมาศึกษาได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา ประสบการณ์การเลี้ยงดูเด็ก การสนับสนุนทางสังคม และสัมพันธภาพแบบสนิทสนมระหว่างผู้ดูแลกับเด็ก ซึ่งปัจจัยดังกล่าวเป็นปัจจัยที่สำคัญและเป็นปัจจัยที่พยาบาลสามารถที่จะประเมินและให้ความช่วยเหลือโดยการพยาบาลได้ ความรู้ที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้จะสามารถใช้เป็นแนวทางให้พยาบาลในการวางแผนจัดระบบการพยาบาลได้ถูกต้อง และส่งเสริมให้ผู้ดูแลเด็กที่ติดเชื้อ เอชไอวีสามารถดูแลเด็กได้อย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ เพื่อให้เด็กวัยก่อนเรียนที่ติดเชื้อ เอชไอวีและครอบครัวได้รับการพยาบาลที่สามารถส่งเสริมดูแลตนเองให้มีการดูแลตนเองที่ดี ซึ่งจะก่อให้เกิดภาวะสุขภาพที่ดี และคุณภาพชีวิตที่ดีตามมา

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลเด็กวัยก่อนเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวี
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลเด็กวัยก่อนเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวี
3. เพื่อศึกษาตัวแปรที่สามารถร่วมกันพยากรณ์ความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลเด็กวัยก่อนเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวี

คำถามการวิจัย

1. ความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลเด็กวัยก่อนเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวี อยู่ในระดับใด
2. อายุของผู้ดูแล ระดับการศึกษา ประสบการณ์การเลี้ยงดูเด็ก การสนับสนุนทางสังคม และสัมพันธภาพแบบสนิทสนมระหว่างผู้ดูแลกับเด็ก มีความสัมพันธ์กับความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลเด็กวัยก่อนเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวีหรือไม่
3. ปัจจัยใดที่สามารถร่วมอธิบายความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลเด็กวัยก่อนเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวีได้มากที่สุด

แนวเหตุผลและสมมุติฐานการวิจัย

อายุของผู้ดูแล อายุเป็นปัจจัยพื้นฐานอย่างหนึ่ง ที่มีอิทธิพลต่อความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา เป็นดัชนีที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเองและดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา (Orem, 2001: 245) ความสามารถในการดูแลตนเองหรือความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา จะค่อยๆเพิ่มขึ้นตามอายุ ซึ่งจะสูงสุดในวัยผู้ใหญ่ และจะลดลงเมื่อเข้าสู่วัยชรา (Orem, 2001: 307-308) ซึ่งความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา เป็นสิ่งที่สำคัญมากในวัยผู้ใหญ่เพราะวัยผู้ใหญ่ เป็นวัยของการมีครอบครัวและมีบุตรที่ต้องดูแล จากการศึกษาของ อัจฉริยา ปทุมวัน (2534: 51) พบว่าอายุของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์กับความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลเด็กป่วยด้วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวเฉียบพลันชนิดลิมโฟบลาส ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของโอเร็ม ผู้วิจัยจึงตั้งสมมุติฐานข้อที่ 1 ว่า

1. อายุของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์กับความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลเด็กวัยก่อนเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวี

ระดับการศึกษา เป็นสิ่งอธิบายปัจจัยพื้นฐานด้านสังคมชนบทรวมนิยมประเพณีอย่างหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องการพึ่งพา (Orem, 2001: 245) ระดับการศึกษาเป็นสิ่งที่จะทำให้บุคคลได้พัฒนาทักษะ ความรู้และการมีทัศนคติต่อการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา (Orem, 2001 : 372) ซึ่งการที่บุคคลได้มีโอกาสในการพัฒนาทักษะความรู้

และทัศนคติต่าง ๆ เป็นสิ่งที่ช่วยให้บุคคลมีทักษะในการตัดสินใจและสามารถที่จะปฏิบัติตามสิ่งที่ตัดสินใจ สิ่งนี้เป็นส่วนหนึ่งของพลังความสามารถที่จะทำให้เกิดความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา (Orem, 2001: 264) การศึกษาของสกาวัตน์ พวงจันทร์ (2538) พบว่าระดับการศึกษาของมารดาที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถของมารดาในการดูแลบุตรที่เจ็บป่วยเรื้อรัง ผู้วิจัย จึงตั้งสมมุติฐานข้อที่ 2 ว่า

2. ระดับการศึกษาของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์กับความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลเด็กวัยก่อนเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวี

ประสบการณ์การเลี้ยงดูเด็ก ประสบการณ์ชีวิตเป็นสิ่งอธิบายปัจจัยพื้นฐานด้านสังคมชนบทรอบมณฑลประเพณีอย่างหนึ่ง ที่มีอิทธิพลต่อความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องการพึ่งพา (Orem, 2001: 326) ผู้ใหญ่จะเข้าใจถึงการดูแลตนเองจากประสบการณ์ที่สะสมเพิ่มขึ้นในแต่ละวัน และผู้ดูแลเด็กก็จะเข้าใจถึงความต้องการของเด็กการดูแลเด็กจากประสบการณ์เช่นเดียวกัน (Orem, 2001: 143) การที่ผู้ดูแลมีประสบการณ์ในการเลี้ยงดูเด็กมาก่อนย่อมทำให้ผู้ดูแลเกิดการเรียนรู้ เกิดทักษะในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลเด็ก สิ่งนี้เป็นส่วนหนึ่งของพลังความสามารถที่จะทำให้เกิดความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา (Orem, 2001 : 264) ดังนั้น การที่ผู้ดูแลมีประสบการณ์ในการเลี้ยงดูเด็กมาก่อนย่อมทำให้ผู้ดูแลมีประสบการณ์ที่สะสมมาก่อน จึงน่าจะมีผลต่อความสามารถของผู้ดูแลในการดูแล ดังนั้นผู้วิจัยจึงตั้งสมมุติฐานข้อที่ 3 ว่า

3. ประสบการณ์การเลี้ยงดูเด็กมีความสัมพันธ์กับความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลเด็กวัยก่อนเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวี

การสนับสนุนทางสังคม เป็นสิ่งอธิบายปัจจัยพื้นฐานด้านแหล่งประโยชน์อย่างหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องการพึ่งพา (Orem, 2001: 245) Pender (1996 : 257) ได้อธิบายว่าการสนับสนุนทางสังคมเป็นสิ่งที่ทำให้บุคคลเกิดความรู้สึกเป็นเจ้าของ การได้รับการยอมรับ ความรัก และนับถือ รวมทั้งการมีคุณค่าเป็นที่ต้องการของบุคคลหนึ่ง ซึ่ง Uphold (1991: 446) ได้อธิบายเพิ่มเติมว่า การสนับสนุนทางสังคมนี้จะช่วยให้บุคคลนั้นบรรเทาความเครียด สามารถปรับตัวได้อย่างถูกต้องเหมาะสม อันจะนำไปสู่พฤติกรรมด้านสุขภาพที่ดี ซึ่งจะช่วยเพิ่มความสามารถ ในการดูแลเด็กได้ Dodd และ Dibble (1993) พบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลตนเอง และอัจฉริยา ปทุมวัน (2534) พบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลเด็กป่วยด้วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวเฉียบพลันชนิดลิมโฟบลาส ดังนั้นผู้วิจัยจึงตั้งสมมุติฐานข้อที่ 4 ว่า

4. การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลเด็กวัยก่อนเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวี

สัมพันธภาพแบบสนิทสนมระหว่างผู้ดูแลกับเด็ก สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับเด็กเป็นสิ่งอธิบาย ปัจจัยพื้นฐานด้านครอบครัวอย่างหนึ่ง เป็นสิ่งที่มีอิทธิพลต่อความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องการพึ่งพา (Orem, 2001: 326) การที่ผู้ดูแลและเด็กมีสัมพันธภาพกันแบบใกล้ชิดสนิทสนม ผู้ดูแลก็จะเกิดความรักใคร่เอ็นดู ทำให้ผู้ดูแลมีความรัก ความผูกพันต่อเด็ก เป็นสิ่งที่ทำให้ผู้ดูแลเกิดแรงจูงใจในการที่จะเลี้ยงดูเด็ก ซึ่งแรงจูงใจของผู้ดูแลในการที่จะตอบสนองความต้องการของบุคคลที่ต้องการพึ่งพา สิ่งเหล่านี้เป็นส่วนหนึ่งของพลังความสามารถ ที่จะจะเป็นสิ่งที่ทำให้ผู้ดูแลเกิดความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องการพึ่งพา (Orem, 2001: 257-268) การศึกษาของ Pratt, et al.(1993) พบว่าสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลและผู้ที่ต้องการดูแลมีความสำคัญมากต่อแนวทางในการตัดสินใจและพฤติกรรมของผู้ดูแล ดังนั้นการที่ผู้ดูแลมีสัมพันธภาพที่สนิทสนมกับเด็กวัยก่อนเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวี ทำให้ผู้ดูแลรู้สึกผูกพันกับเด็ก ซึ่งจะส่งเสริมให้ผู้ดูแลมีความสนใจและเอาใจใส่เด็ก เกิดแรงจูงใจในการดูแลเด็ก ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของพลังความสามารถที่จะทำให้ผู้ดูแลเกิดความสามารถในการดูแลเด็ก ดังนั้นผู้วิจัยจึงตั้งสมมุติฐานข้อที่ 5 ว่า

5. สัมพันธภาพแบบสนิทสนมระหว่างผู้ดูแลกับเด็กมีความสัมพันธ์กับความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลเด็กวัยก่อนเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวี

จากแนวเหตุผล ของการตั้งสมมุติฐานที่กล่าวมา และจากแนวคิดที่ Orem (2001) ได้กล่าวไว้ว่าปัจจัยพื้นฐานมีผลต่อความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลบุคคลที่ต้องการพึ่งพา ผู้วิจัยได้คัดสรรปัจจัยพื้นฐานอันได้แก่ อายุของผู้ดูแล ระดับการศึกษาของผู้ดูแล ประสบการณ์ในการเลี้ยงดูเด็ก การสนับสนุนทางสังคม และสัมพันธภาพแบบสนิทสนมระหว่างผู้ดูแลกับเด็ก มาศึกษาในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงตั้งสมมุติฐานในการพยากรณ์ความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลเด็กวัยก่อนเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวี ว่า

6. ปัจจัยคัดสรร ซึ่งได้แก่ อายุของผู้ดูแล ระดับการศึกษา ประสบการณ์การเลี้ยงดูเด็ก การสนับสนุนทางสังคม และสัมพันธภาพแบบสนิทสนมระหว่างผู้ดูแลกับเด็ก สามารถร่วมกันพยากรณ์ความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลเด็กวัยก่อนเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวีได้

ขอบเขตการวิจัย

1. **ประชากร** ในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้ดูแลเด็กวัยก่อนเรียนอายุ 3-6 ปีที่ติดเชื้อเอชไอวีที่ทำหน้าที่ให้การดูแลหลักในการดูแลเด็ก รับรู้การวินิจฉัยโรคของเด็ก ไม่มีปัญหาการพูด และการฟังในการติดต่อสื่อสาร ผู้ดูแลสามารถช่วยเหลือตัวเองได้ไม่มีอาการเจ็บป่วยที่รุนแรงที่ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และนำเด็กมารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาล โดยที่เด็กไม่มีอาการเจ็บป่วยที่รุนแรงที่ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลในฐานะผู้ป่วยใน

2. ตัวแปรที่ศึกษาคือ

ตัวแปรต้น คือ อายุผู้ดูแล ระดับการศึกษา ประสบการณ์การเลี้ยงดูเด็ก การสนับสนุนทางสังคม และสัมพันธภาพแบบสนิทสนมระหว่างผู้ดูแลกับเด็ก

ตัวแปรตาม คือ ความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลเด็กวัยก่อนเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวี

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

ผู้ดูแล หมายถึง บุคคลหลักที่ทำหน้าที่ให้การเลี้ยงดูเด็ก โดยเป็นผู้ที่มีความสัมพันธ์เกี่ยวข้องกันกับเด็กทางสายเลือดหรือมิใช่ก็ได้

เด็กวัยก่อนเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวี หมายถึง เด็กอายุ 3-6 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยว่า ผลการตรวจเลือดพบเชื้อเอชไอวี

ความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลเด็กวัยก่อนเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวี หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมของผู้ดูแลเด็กวัยก่อนเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวี ที่แสดงออกถึงการดูแลที่จำเป็นต่อเด็กวัยก่อนเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวี ประกอบด้วยความสามารถ 3 ด้านคือ

1. **ความสามารถในการตอบสนองความจำเป็นโดยทั่วไปของเด็ก** หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมของผู้ดูแลในการดูแลเด็กวัยก่อนเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวี ในเรื่องกิจวัตรประจำวัน ได้แก่ การดูแลให้เด็กได้รับอาหารและน้ำอย่างเพียงพอ การดูแลความสะอาดของร่างกาย การเข้าร่วมกิจกรรมสังคม รวมถึงการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค

2. **ความสามารถในการตอบสนองตามระยะพัฒนาการของเด็ก** หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมของผู้ดูแล ในการป้องกันเด็กเกี่ยวกับอันตรายจากอุบัติเหตุต่างๆ การดูแลให้เด็กได้รับอาหารเสริมและพักผ่อนอย่างเพียงพอ การฝึกหัดความรับผิดชอบ การฝึกการดูแลตนเองเบื้องต้น และการสังเกตและส่งเสริมพัฒนาการสำหรับเด็กวัยก่อนเรียน

3. **ความสามารถในการตอบสนองตามภาวะเบี่ยงเบนด้านสุขภาพ** หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมของผู้ดูแล ในการดูแลเบื้องต้นที่ถูกต้องเมื่อเด็กมีอาการเจ็บป่วย การพาเด็กไปพบแพทย์ตามนัด การดูแลให้เด็กได้รับประทานยาและสังเกตผลข้างเคียงของยา การจัดสิ่งแวดล้อมต่างๆ ใน

บ้านให้สะอาด การป้องกันหกลื่นล้มไม่让孩子ได้รับเชื้อเพิ่มมากขึ้น การป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อ การศึกษาหาความรู้ในการดูแลเด็กที่ติดเชื้อเอชไอวี การสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงทางสุขภาพของเด็ก และการพูดคุยกับเด็กเพื่อปรับความรู้สึกของเด็กให้เป็นไปในทางที่ดี

การประเมินความสามารถของผู้ดูแลเด็กวัยก่อนเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวี ประเมินจากเครื่องมือที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวคิดของโอเร็ม (2001) โดยวัดความสามารถของผู้ดูแลที่สะท้อนออกมาให้เห็นจากการปฏิบัติ ในการตอบสนองของความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็นของเด็กวัยก่อนเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวี

ปัจจัยคัดสรร ประกอบด้วย อายุของผู้ดูแล ระดับการศึกษา ประสบการณ์การเลี้ยงดูเด็ก การสนับสนุนทางสังคม และสัมพันธภาพแบบสนิทสนมระหว่างผู้ดูแลกับเด็ก

อายุของผู้ดูแล หมายถึง ระยะเวลาตั้งแต่เกิดจนถึงปัจจุบัน โดยนับจำนวนเต็มเป็นปีของอายุผู้ดูแล

ระดับการศึกษา หมายถึง จำนวนปีที่ผู้ดูแลได้รับการศึกษาตามหลักสูตรของกระทรวงศึกษาธิการ ตั้งแต่ระดับประถมจนถึงขั้นสูงสุด ประเมินโดยเครื่องมือที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยนับตามจำนวนปีของระดับการศึกษาที่ผู้ดูแลได้รับสูงสุด

ประสบการณ์การเลี้ยงดูเด็ก หมายถึง การที่ผู้ดูแลเคยดูแลเด็กรายอื่นก่อนที่จะเลี้ยงดูเด็กวัยก่อนเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวี ประเมินโดยเครื่องมือที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยสอบถามประสบการณ์ในอดีต แบ่งเป็นมีประสบการณ์มาก่อน และไม่เคยมีประสบการณ์มาก่อน

การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การที่ผู้ดูแลเด็กวัยก่อนเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวี รับรู้ว่าจะได้รับความช่วยเหลือประคับประคองและสนับสนุนจาก ของกลุ่มบุคคลในเครือข่ายทางสังคมในระบบต่าง ๆ ได้แก่ การสนับสนุนจากครอบครัว การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน การสนับสนุนจากบุคคลที่เกี่ยวข้องและความเชื่อทางศาสนา การสนับสนุนจากบุคลากรทางโรงพยาบาลการสนับสนุนจากกลุ่มช่วยเหลือซึ่งกันและกัน โดยความช่วยเหลือที่ผู้ดูแลได้รับ ประกอบด้วย การสนับสนุนด้านอารมณ์สังคม การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร และการสนับสนุนด้านทรัพยากร ประเมินจากเครื่องมือผู้วิจัยสร้างขึ้น ตามแนวคิดแหล่งสนับสนุนทางสังคมของ Pender (1996: 257) และชนิดของการสนับสนุนทางสังคมของ Thoits (1986: 147) โดยสอบถามความคิดเห็น หรือความรู้สึกต่อการได้รับการช่วยเหลือ ของกลุ่มบุคคลในเครือข่ายทางสังคม

สัมพันธภาพแบบสนิทสนมระหว่างผู้ดูแลกับเด็ก หมายถึง ความรู้สึกใกล้ชิด ผูกพันระหว่าง ผู้ดูแลกับเด็กวัยก่อนเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวี โดยวัดตามการรับรู้ของผู้ดูแล ประกอบด้วย ความรัก ความต้องการใช้เวลาด้วยกันระหว่างผู้ดูแลกับเด็ก ความซื่อสัตย์และเปิดเผย การ

ยอมรับข้อบกพร่องของเด็ก ความไม่เห็นแก่ตัว ความพึงพอใจ ความผูกพัน ความรู้สึกที่มั่นคงในสัมพันธภาพ ความรู้สึกที่ใกล้ชิดกัน ประเมินโดยเครื่องมือ ที่ผู้วิจัยแปลและปรับปรุงข้อคำถามให้เหมาะสมกับการวิจัยครั้งนี้ จากแบบวัดความสนิทสนม (Intimacy scale) ของ Walker และ Thompson (1983)

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เป็นแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาล เพื่อส่งเสริมผู้ดูแลให้มีความสามารถในการดูแลเด็กที่ติดเชื้อเอชไอวี
2. เป็นแนวทางที่ผู้บริหารทางการพยาบาล จะได้กำหนดนโยบายที่จะพัฒนาบุคลากรให้มีความรู้ ความเข้าใจ ตลอดจนเห็นความสำคัญของปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความสามารถในการดูแลเด็กที่ติดเชื้อเอชไอวี เพื่อให้มีทิศทางการดูแลไปในทางเดียวกัน ทำให้ผู้ป่วยได้รับการพยาบาลอย่างต่อเนื่องทั้งในโรงพยาบาลและเมื่ออยู่บ้าน
3. เป็นแนวทางในการศึกษาวิจัยในประเด็นอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับความสามารถของผู้ดูแลเด็กที่ติดเชื้อเอชไอวีต่อไป



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐานบางประการกับความสามารถของมารดาในการดูแลเด็กวัยก่อนเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวี ผู้วิจัยได้ศึกษาวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยมีสาระสำคัญตามลำดับดังนี้

1. โรคเอดส์ในเด็ก
2. แนวคิดการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา
3. ความสามารถของมารดาในการดูแลเด็กวัยก่อนเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวี
4. ปัจจัยพื้นฐานที่มีผลต่อความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา
5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. โรคเอดส์ในเด็ก

1.1 การติดเชื้อเอชไอวีในเด็ก

การติดเชื้อเอชไอวีในเด็ก เป็นกลุ่มอาการที่เป็นผลเนื่องมาจากภูมิคุ้มกันบกพร่องหรือกลไกต่อต้านเชื้อโรคของร่างกายถูกทำลายโดยเชื้อเอชไอวี (Human Immuno deficiency Virus: HIV) (Nelson, 1996: 191) การที่เด็กติดเชื้อเอชไอวี จะทำให้มีการทำลายเซลล์ต่าง ๆ ของร่างกาย โดยเฉพาะ ที-เฮลเปอร์ ลิมโฟไซต์ มีผลทำให้มีความบกพร่องของภูมิคุ้มกันชนิดอาศัยเซลล์เป็นสื่อ (Cell-mediated Immunity) เมื่อภูมิคุ้มกันลดลงถึงระดับหนึ่ง จะทำให้ร่างกายติดเชื้อฉวยโอกาสต่าง ๆ ได้ง่าย และเมื่อภาวะของการติดเชื้อรุนแรงขึ้นทำให้ผู้ติดเชื้อสูญเสียชีวิตได้ ภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่องเกิดจากการมีการแตกทำลายของ ที-เฮลเปอร์เซลล์ (T-helper cells) เนื่องจากเชื้อเอชไอวีที่เข้าไปฝังตัวอยู่จะขยายพันธุ์เพิ่มจำนวนขึ้นเรื่อย ๆ ดังนั้นผู้ที่ติดเชื้อเอชไอวีจะพบว่าระดับของ ที-ลิมโฟไซต์ จะลดจำนวนลง จึงทำให้การทำหน้าที่กำกับการสร้างภูมิคุ้มกันของร่างกายลดลง และถูกทำลายไปในที่สุด (Gottlieb.et al., 1987; Nelson, 1996: 191-192) สำหรับในเด็กที่ติดเชื้อเอชไอวี ส่วนใหญ่จะพบว่ามีความผิดปกติใน บี-ลิมโฟไซต์ ก่อนซีดีโฟ ทีเซลล์ (CD4 T-cell) นอกจากนี้ยังพบว่า บี-ลิมโฟไซต์ ยังมีการรับรู้ต่อแอนติเจนลดลงด้วย (Bernstein and Rubbinstein, 1986: 194-196) ซึ่งจะมีผลทำให้เกิดการติดเชื้อแบคทีเรียอย่างรุนแรงบ่อย ๆ และเป็นลักษณะที่แตกต่างไปจากกลุ่มอาการที่ติดเชื้อเอชไอวีในผู้ใหญ่ ระยะพักตัวในเด็กนั้นจะค่อนข้างสั้นกว่าผู้ใหญ่ เมื่อได้รับเชื้อเอชไอวีแล้ว ภูมิคุ้มกันของร่างกายที่ถูก

ทำลายจะทำให้ร่างกายมีความไวต่อการเกิดโรคแทรกซ้อนชนิดต่าง ๆ ซึ่งเกิดขึ้นพร้อม ๆ กัน จึงเรียกว่า กลุ่มอาการ ซึ่งการดำเนินของโรคจะช้าหรือเร็วขึ้นอยู่กับความรุนแรงของภูมิคุ้มกันที่บกพร่อง ดังนั้นผู้ป่วยที่ติดเชื้อเอชไอวี จะมีการเปลี่ยนแปลงการดำเนินโรคเป็นระยะ ๆ จากไม่มีอาการกลายเป็น กลุ่มที่มีอาการสัมพันธ์กับเชื้อเอชไอวี (AIDS Related Complex: ARC) และกลุ่มอาการของการติดเชื้อเอชไอวี (Acquired Immuno deficiency Syndrome: AIDS) (วิชาญ วิทยาศัย และประคอง วิทยาศัย, 2540: 196)

สถานการณ์ในการเฝ้าระวังโรคเอดส์ทั่วโลก ภาค 1 และ ภาค 2 พบว่า ในทวีปอเมริกา มีผู้เป็นโรคเอดส์จำนวน 1,030,391 ราย ทวีปเอเชีย มีผู้เป็นโรคเอดส์จำนวน 140,246 ราย และในประเทศไทยมีผู้ป่วยโรคเอดส์อยู่ถึง จำนวน 128,606 ราย (WHO, 2000)

ลักษณะการระบาดของโรคเอดส์ก็ได้มีการเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม โดยสามารถสรุปได้ดังนี้ (Brown, 2001: 1-5 และ กองระบาดวิทยา, 2544)

ระยะที่ 1 ในปี 2527 เป็นปีที่เอดส์ได้รับการวินิจฉัยเป็นครั้งแรกในประเทศไทย การระบาดของเชื้อเอดส์คงจำกัดในกลุ่มคนจำนวนน้อย และมีพฤติกรรมพิเศษ เช่น ในกลุ่มชายรักร่วมเพศ

ระยะที่ 2 ในปี 2531 พบการระบาดใหญ่ในกลุ่มผู้ใช้ยาเสพติดชนิดฉีด โดยอัตราความชุกอยู่ในระดับที่สูงมาตลอด (สูงกว่าร้อยละ 29) และยังไม่แสดงแนวโน้มว่าจะลดลง ในปี พ.ศ. 2543 มีความชุกร้อยละ 47.17

ระยะที่ 3 ในปี 2533 พบการระบาดในกลุ่มชายที่เกี่ยวหญิงบริการแต่หลังจากปี พ.ศ. 2538 ความชุกในกลุ่มชายที่มาตรวจจากโรคเริ่มคงที่ ไม่ค่อยเปลี่ยนแปลงมากนัก และอาจจะเริ่มแสดงแนวโน้มว่าจะลดลง ในปี พ.ศ. 2543 กลุ่มชายที่มาตรวจจากโรคมีความชุกร้อยละ 5.92 และในปีเดียวกันเริ่มพบการระบาดที่เพิ่มขึ้นในกลุ่มหญิงที่เป็นแม่บ้าน ความชุกของการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มหญิงที่เป็นแม่บ้านได้เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ความชุกของการติดเชื้อเอชไอวีได้เพิ่มขึ้นสูงสุดในปี พ.ศ. 2538 หลังจากนั้นความชุกเริ่มมีแนวโน้มที่จะลดลง ในปี พ.ศ. 2543 กลุ่มหญิงตั้งครรภ์ มีความชุกของการติดเชื้อเอชไอวี ร้อยละ 1.46

ระยะที่ 4 ในปี พ.ศ. 2538 เริ่มพบการระบาดในกลุ่มเด็กที่ได้รับเชื้อจากมารดา ความชุกของการติดเชื้อในกลุ่มเด็กที่ได้รับเชื้อจากมารดา คิดเป็นร้อยละ 4.7 และมีแนวโน้มที่จะลดลง ในปี พ.ศ. 2543 กลุ่มเด็กที่ได้รับเชื้อเอชไอวีจากมารดามีจำนวนทั้งสิ้นไม่ต่ำกว่า 33,000 ราย และจะมีจำนวนเด็กที่ได้รับเชื้อเอชไอวีจากมารดารายใหม่ในปี 4,190 ราย

ในด้านการป้องกันการแพร่ระบาด ถึงแม้ว่าจะสามารถลดการติดเชื้อรายใหม่ได้ในกลุ่มประชากรต่าง ๆ แต่ก็ยังมีข้อบ่งชี้ทางพฤติกรรมด้านเพศสัมพันธ์และการใช้สารเสพติด โดย

เฉพาะในหมู่วัยรุ่น ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอดส์ หากไม่มีมาตรการป้องกันที่ได้ผลและยั่งยืนต่อเนื่อง ก็อาจเกิดการระบาดระลอกใหม่ได้

การถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากมารดาสู่ทารกสามารถเกิดขึ้นได้ทั้ง 3 ระยะคือ

1. ติดเชื้อขณะอยู่ในครรภ์มารดา (Intrauterine transmission) โดยทารกจะได้รับเชื้อจากมารดาผ่านทางรก โดยเฉพาะตอนการตั้งครรภ์ไตรมาสแรก(Quaggin, 1987: 192-193) ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญของการติดต่อกันแม่ไปสู่ลูก ข้อมูลที่สนับสนุนคือ (สมศักดิ์ โฉมใจ, 2537: 190; Francis, 1994: 47)

ตรวจพบเชื้อเอชไอวี ที่รกในรายที่มารดาติดเชื้อเอชไอวี

ตรวจพบเชื้อเอชไอวีในทารกที่ทำแท้งออกมาตั้งแต่อายุครรภ์ได้ 8 สัปดาห์

สามารถเอาเซลล์จากรกมาเพาะเลี้ยงเชื้อเอชไอวีได้

ตรวจพบเชื้อเอชไอวีในทารกที่คลอดก่อนกำหนดจากมารดาที่ติดเชื้อเอชไอวี

ตรวจพบเชื้อในทารกแรกเกิด โดยการเพาะเชื้อ หรือโดย PCR (Polymerase chain reaction) ประมาณ 30 – 50% ของทารกที่เกิดจากมารดาที่ติดเชื้อเอชไอวี

กลไกที่เชื้อผ่านจากระบบไหลเวียนของแม่ไปยังระบบไหลเวียนของลูกนั้น ยังไม่ทราบแน่ชัด แต่อาจเกิดจากเชื้อไวรัสไปทำลายเซลล์ที่ทำหน้าที่ป้องกันอันตรายของรก คือโทรโฟบลาส (trophoblast) หรืออาจผ่านเซลล์เยื่อของรกโดยกระบวนการซึมผ่านแบบ พาสซีฟ (passive) หรือ แอคทีฟ (active) (สุรพร ธนศิลป์, 2538 : 17)

2. ติดเชื้อระยะคลอด (Intrapartum transmission) เนื่องจาก สัมผัสทางตรงกับสิ่งคัดหลั่งจากมดลูก และช่องคลอดของมารดา (Quaggin, 1987: 192-193) ซึ่งพบว่าเป็นแหล่งที่มีเชื้อไวรัสเอชไอวีเป็นอันดับสองรองจากในเลือด (สุรพร ธนศิลป์, 2538: 17) โดยระหว่างขบวนการคลอดมดลูกจะบีบตัวแรงจึงมีโอกาสที่จะบีบเลือดจาก มารดาผ่านรกไปยังบุตรได้ นอกจากนี้ อาจเกี่ยวข้องกับวิธีการช่วยคลอดโดยใช้เครื่องมือช่วยคลอด เพราะอาจทำให้เกิดบาดแผลเป็นหนทางให้เชื้อเอชไอวีเข้าสู่ร่างกายทารก (สมศักดิ์ โฉมใจ, 2537: 190; Francis, 1994: 47)

3. ติดเชื้อระยะหลังคลอด (Postpartum transmission) โดยได้รับเชื้อจากน้ำนมมารดา สิ่งที่ยืนยันได้คือ สามารถตรวจพบเชื้อนี้ ซึ่งมีลักษณะเป็น extracellular virus ในน้ำนมมารดาที่มีเชื้อเอชไอวี ในซีรัม ซึ่งพบความเสี่ยงของการแพร่เชื้อเอชไอวีจากมารดาสู่ทารกโดยวิธีนี้ร้อยละ 29 ส่วนหญิงตั้งครรภ์ที่มีการติดเชื้อเอชไอวีตั้งแต่ก่อนคลอด ความเสี่ยงของการแพร่เชื้อเอชไอวีจากมารดาสู่ทารกโดยวิธีนี้จะเพิ่มขึ้นอีกร้อยละ 14 (สมศักดิ์ โฉมใจ, 2537: 6; Ziegler, Johnson, Gold and Cooper, 1985: 897; Mendez and Jule, 1990: 642; Francis 1994: 47 – 48)

1.2 การวินิจฉัยการติดเชื้อเอชไอวีในเด็ก

การวินิจฉัยการติดเชื้อเอชไอวีในเด็ก เนื่องจากเด็กส่วนใหญ่ติดเชื้อมาจากมารดา ดังนั้นการตรวจหาแอนติบอดีต่อเชื้อเอชไอวีนั้น ไม่สามารถยืนยันว่าทารกติดเชื้อเอชไอวีได้ในระยะแรก เพราะแอนติบอดีที่ตรวจพบอาจเป็นแอนติบอดีที่ผ่านจากมารดาสู่ทารก ทำให้เกิดผลบวกลวงในเลือดทารกได้ แอนติบอดีจากมารดานี้จะยังอยู่ในทารกระยะเวลาประมาณ 12-18 เดือน (อุษา ทิสายากร, 254 : 185; Goedert et al., 1989: 1352 – 1353; Mendez and Jule, 1990: 638; Boland and Conviser, 1992: 201; Francis, 1994: 47) แต่การวินิจฉัยการติดเชื้อเอชไอวีในเด็ก ให้ได้เร็วที่สุดจะเป็นประโยชน์ต่อการรักษา ในปัจจุบันจึงมีผู้พยายามคิดค้นหาวิธีการต่าง ๆ ที่จะวินิจฉัยการติดเชื้อเอชไอวีในทารกก่อนอายุ 18 เดือน เช่น การตรวจหา HIV provirus ด้วยวิธี PCR, การแยกเชื้อไวรัสจากทารก หรือการตรวจหา p24 antigen โดยวิธี immune complex dissociation assay (ICD) เข้ามาช่วยจึงจะบอกได้ว่าทารกนั้นติดเชื้อหรือไม่ สำหรับในประเทศไทยใช้วิธี PCR และ p24 antigen(ICD) พบว่า HIV-PCR จะยังบอกผลได้ไม่แน่นอนจนกว่าทารกจะอายุ 2 เดือนขึ้นไป ทั้งนี้เป็นเพราะปริมาณของเซลล์ที่ติดเชื้อในทารกแรกคลอดมีอยู่น้อยมากจนตรวจหา HIV provirus ไม่พบ และคุณภาพของห้องปฏิบัติการเป็นสิ่งที่สำคัญอย่างยิ่ง เพราะจะทำให้เกิดปัญหาผลลวงได้ ส่วนการตรวจหา p24 antigen(ICD) นั้นพบว่ามีความไวต่ำกว่า HIV-PCR มาก แต่มีความจำเพาะสูง หากได้ผลบวกมักเชื่อถือได้ แต่หากได้ผลที่ได้ออกมาเป็นลบก็ยังไม่สามารถที่จะสรุปได้ว่าไม่มีกาติดเชื้อเอชไอวี (ประพันธ์ ภาณุภาค, 2536:74; กุลกัญญา โชคไพบูลย์, 2541: 17.9; อุษา ทิสายากร, 2542:189; Boland and Conviser, 1992: 208) แม้ว่าจะมีวิธีการตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อยืนยันการติดเชื้อเอชไอวีในเด็กที่อายุน้อยกว่า 18 เดือนมีหลายวิธี แต่เป็นวิธีการที่ยุ่งยาก การตรวจบางวิธีเสียค่าใช้จ่ายสูง และต้องตรวจในห้องปฏิบัติการที่มีอุปกรณ์อย่างดี จึงต้องอาศัยการตรวจร่างกาย ติดตามอาการและการตรวจ anti-HIV ตอนอายุ 18 เดือนเป็นหลัก (กุลกัญญา โชคไพบูลย์, 2541: 17.9)

กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดค่านิยามการวินิจฉัยผู้ป่วยเป็นเอดส์ในทารกที่เกิดติดเชื้อจากมารดาไว้ดังนี้ (สมศักดิ์ โสฬ์เลขา, 2542: 643-645)

1. การวินิจฉัยโรคเอดส์ในเด็กอายุต่ำกว่า 15 เดือน ใช้ในการวินิจฉัยทารกอายุต่ำกว่า 15 เดือน ซึ่งคลอดจากมารดาที่ติดเชื้อเอชไอวี โดยผู้ป่วยต้องไม่มีภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่องจากสาเหตุอื่น ๆ รวมทั้งภาวะโภชนาการที่รุนแรง ผู้ป่วยจะถูกวินิจฉัยว่าเป็นโรคเอดส์ ถ้าตรวจพบอาการหลัก (Major signs) และ อาการรอง (Minor signs) อย่างละ 2 ข้อ ดังนี้

อาการหลัก ได้แก่

1. น้ำหนักลดมากกว่าร้อยละ 10 หรือเลี้ยงไม่โต หรือมีภาวะขาดอาหารมากกว่าหรือเท่ากับระดับสอง อาจมีหรือไม่มีภาวะผิดปกติทางพัฒนาการ
2. มีประวัติถ่ายเหลว 2 ครั้งขึ้นไปต่อวันเรื้อรังเป็น ๆ หาย ๆ นานมากกว่า 1 เดือน
3. ผู้ป่วยมีประวัติไข้เป็น ๆ หาย ๆ นานมากกว่า 1 เดือน อาการแสดงนี้ในบางรายจะปรากฏชัดเจนขึ้นเมื่อผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล โดยกำหนดคำนิยามของไข้ คือ อุณหภูมิร่างกายมากกว่าหรือเท่ากับ 37.5 องศาเซลเซียส
4. ผู้ป่วยมีปัญหาการติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนล่างที่รุนแรงมาก หรือมีอาการต่อเนื่องกันร่วมกับภาพรังสีปอดแสดงลักษณะ bilateral reticulonodular interstitial pulmonary infiltration ติดต่อกันตั้งแต่ 2 เดือนขึ้นไป โดยที่ไม่พบเชื้ออื่นใด และไม่พบตอบสนองต่อการรักษาด้วยยาปฏิชีวนะ หรือมีอาการเกิดขึ้นซ้ำ ๆ ในตำแหน่งเดิม หรือตำแหน่งใหม่ (recurrent episodes) ตั้งแต่ 2 ครั้งขึ้นไปใน 1 ปี หลังจากรักษาหายในครั้งก่อน

อาการรอง ได้แก่

1. ต่อมน้ำเหลืองนอกเหนือบริเวณขาหนีบโตมากกว่า 1 เซนติเมตร ต่อมน้ำเหลืองบริเวณข้อศอกโต (ไม่กำหนดขนาด) ต่อมน้ำเหลืองบริเวณขาหนีบโตมากกว่า 1.5 เซนติเมตร เมื่อรวมกันแล้วมากกว่าหรือเท่ากับ 2 ตำแหน่งขึ้นไป (ถ้าเป็น 2 ข้างในตำแหน่งเหมือนกันให้นับเป็น 1 ตำแหน่ง) หรือคลำได้ตึบ และหรือมีาม บริเวณต่ำกว่าชายโครงขวาโตมากกว่า 2 เซนติเมตร
 2. ตรวจพบการติดเชื้อ Candida albicans ในเยื่อช่องปาก
 3. มีการติดเชื้อที่ไม่รุนแรงซ้ำหลาย ๆ ครั้ง เช่น หูชั้นกลางอักเสบ คออักเสบ
 4. มีอาการไอเรื้อรังติดต่อกันนานมากกว่า 1 เดือน ซึ่งไม่ต้องสนองต่อการรักษาด้วยยาปฏิชีวนะ (กรณีเลือก Major sign ข้อ 4 ไม่สามารถใช้อาการข้อนี้เป็น Minor signs)
 5. มีผื่นที่ผิวหนังทั่วตัว ลักษณะผื่นแดงอักเสบคล้ายผื่นแพ้เรื้อรัง
 6. มีผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการยืนยันการติดเชื้อเอชไอวีในมารดาขณะตั้งครรภ์หรือก่อนคลอด หรือตรวจพบแอนติบอดีต่อเชื้อเอชไอวีในเด็ก
2. การวินิจฉัยในผู้ป่วยเด็ก เสียชีวิตขณะอายุน้อยกว่า 15 เดือน ผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการยืนยันการติดเชื้อเอชไอวีในมารดาขณะตั้งครรภ์หรือก่อนคลอด หรือตรวจพบเอชไอวีแอนติบอดีซึ่งเสียชีวิตก่อนอายุ 15 เดือน จะวินิจฉัยว่ามีอาการโรคเอดส์เมื่อตรวจพบ 1 อาการหลัก และ 1 อาการรองข้างต้น

1.3 การจำแนกระยะของโรคในเด็กที่ติดเชื้อเอชไอวี

ศูนย์ควบคุมโรคติดต่อของประเทศสหรัฐอเมริกา (CDC, 1994) ได้กำหนดหลักเกณฑ์ในการแบ่งระยะของโรคเอดส์ในเด็กอายุต่ำกว่า 13 ปี โดยแบ่งตามอาการแสดงและระดับภูมิคุ้มกัน ดังตารางแสดง

ตารางที่ 1 การจำแนกระดับภูมิคุ้มกันต้านทานในเด็กที่ติดเชื้อเอชไอวี โดยอาศัยระดับ CD4

เม็ดเลือดขาว	<12 เดือน		1-5 ปี		6-12 ปี	
	CD4 count	(%)	CD4 count	(%)	CD4 count	(%)
ระดับที่ 1 : ปกติ	>1500	(>25)	>1000	(>25)	>500	(>25)
ระดับที่ 2 : บกพร่องปานกลาง	750-1499	(15-24)	500-999	(15-24)	200-499	(15-24)
ระดับที่ 3 : บกพร่องอย่างมาก	<750	(<15)	<750	(<15)	<200	(<15)

แหล่งที่มา : Centers for Disease Control and Prevention. 1994. Revised classification for human immunodeficiency virus infection in children less than 13 years of age. MMWR, 43: 1-10.

ตารางที่ 2 การจำแนกระยะโรคในเด็กที่ติดเชื้อเอชไอวี

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

แหล่งที่มา : Centers for Disease Control and Prevention. 1994. Revised classification for human immunodeficiency virus infection in children less than 13 years of age. MMWR, 43: 1-10.

กลุ่ม N คือ ผู้ป่วยที่ไม่มีอาการผิดปกติใดๆ

กลุ่ม A คือ ผู้ป่วยที่มีอาการแสดงอย่างน้อย 1 อย่าง ได้แก่ ต่อม้ำเหลืองโต ตับ และม้ามโต ผิวหนังอักเสบ ต่อม้ำลายอักเสบบวม ตัดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบนบ่อยๆ

กลุ่ม B คือ ผู้ป่วยที่มีอาการแสดงอื่นๆ ที่ไม่อยู่ในกลุ่ม A หรือ C เช่น ซีด ตัดเชื้อรุนแรง ตับอักเสบ มีไข้นานเกิน 1 เดือน Nephropathy ฯลฯ

กลุ่ม C คือ ผู้ป่วยที่ถูกจัดอยู่ในกลุ่ม AIDS surveillance case definition ยกเว้น LIP ซึ่งจะจัดอยู่ในกลุ่ม B อาการแสดงในกลุ่ม C เช่น ติดเชื้อรุนแรงเกิน 2 ครั้ง ภายในเวลา 2 ปี Encephalopathy Kaposi's sarcoma

สำหรับเด็กที่ติดเชื้อเอชไอวีจะมีความบกพร่องของการทำงานของภูมิคุ้มกันชนิดทีเซลล์ เป็นเหตุให้เกิดการติดเชื้อต่าง ๆ ได้ง่าย อย่างไรก็ตาม เด็กที่ติดเชื้อเอชไอวีบางราย อาจมีชีวิตอยู่โดยปราศจากโรคหรือความเจ็บป่วยได้เป็นระยะเวลาหลายปี หรืออาจจะเจ็บป่วยเรื้อรังอยู่เป็นเวลานานหลายปี ระยะแรกที่ภูมิคุ้มกันยังไม่เสื่อมมาก ก็เกิดโรคติดเชื้อได้ง่ายกว่าเด็กที่มีภูมิคุ้มกันปกติ และเมื่อระยะท้ายของโรคที่มีภูมิคุ้มกันบกพร่องมากขึ้นก็จะเกิดโรคติดเชื้อฉวยโอกาสต่าง ๆ ได้ (Simpson, Shapiro and Andiman, 2000: 619) ปัญหาที่พบบ่อย ได้แก่

1. ปัญหาการติดเชื้อฉวยโอกาส เนื่องจากภาวะภูมิคุ้มกันเสื่อมหน้าที่ทำให้ CD4 ต่ำกว่าปกติ พบว่าเด็ก อายุ 0 – 12 เดือน ที่มี CD4 ต่ำกว่า 750 / ลบ.มม. เด็กอายุ 1 – 5 ปี ที่มี CD4 ต่ำกว่า 200 / ลบ.มม. ร่วมกับมีเม็ดเลือดขาวต่ำ จะทำให้เกิดการติดเชื้อฉวยโอกาสได้ทุกระบบ เช่น

1.1 การติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจเนื่องจากการติดเชื้อที่ปอดเป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อยที่สุด การติดเชื้อในปอดที่พบบ่อย คือ ปอดบวมนิวโมซิสติส คารินิไอ (Pneumocystis carinii pneumonia ; PCP) เป็นการติดเชื้อที่คุกคามต่อชีวิต อาการเด็กอาจค่อยเป็นค่อยไปหรืออาจมีอาการที่ดำเนินไปอย่างรวดเร็วก็ได้ ส่วนใหญ่จะมีอาการไข้ ไอ หายใจเร็ว ฟังปอดอาจไม่พบสิ่งผิดปกติ แต่ผู้ป่วยจะมีอาการหายใจลำบาก หอบเหนื่อย ในระยะแรกภาพถ่ายรังสีทรวงอกอาจไม่พบสิ่งผิดปกติ แต่เมื่อผู้ป่วยมีอาการมากขึ้น ภาพถ่ายรังสีทรวงอกจะมีลักษณะเงาที่แบบผิดปกติ (วีรัต ศิริสันธนะ, 2542: 185-188 ; อุษา ทิสายากร, 2542: 186-187) นอกจากนี้ปัญหาที่สำคัญคือ ปอดบวมชนิดลิมโฟยด์ อินเตอร์สติเชียล นิวโมไนติส (Lymphoid interstitial pneumonitis ; LIP) ซึ่งมักพบในเด็กโต (มากกว่า 1 – 2 ปี) เป็นอาการเรื้อรังทางปอด เด็กจะไอแห้ง ๆ ฟังปอดมักไม่ได้ยินเสียงผิดปกติ ในระยะหลัง ๆ ของโรค อาจได้ยินเสียงรอนไค (rhonchi) ถ่ายภาพรังสีปอดพบว่า มีลักษณะแพร่กระจายทั่วทั้งปอด (diffuse bilateral infiltrative pattern) บางรายที่เป็นมานานจะมีอาการของภาวะของการขาดออกซิเจนในเลือดเรื้อรัง (chronic hypoxia) คือ มีนิ้วป้อม (clubbing) ของนิ้วมือ นิ้วเท้า พบได้ถึงร้อยละ 20 – 50 สาเหตุยังไม่ทราบแน่ชัด (วีรัต ศิริสันธนะ, 2540: 185-195)

1.2 การติดเชื้อในระบบทางเดินอาหาร เนื่องจากเด็กมีภาวะการดูดซึมสารอาหารลดลง เพราะมีท้องเดินทั้งเฉียบพลันและเรื้อรัง อันเกิดจากเชื้อไวรัสเอชไอวีทำให้เกิดการติดเชื้อในทางเดินอาหาร (O'Hara and D'Orlando, 1996 : 179) หรือติดเชื้อจุลชีพฉวยโอกาสอื่น ๆ

เช่น ซาโมเนลลา (Salmonella) คริปโตสปอริเดียม (Cryptosporidium) ไมโค-แบคทีเรียม เอเวียม (Mycobacterium avium) เอสเชอริเชีย คอลิ (Escherichia Coli) แคนดิดา อัลบิแคน (Candida Albican) (จุโร อภัยจิรรัตน์, 2540 : 186-188; กุลกัญญา โชคไพบุลย์กิจ, 2541) สาเหตุอาจเนื่องมาจากไวรัสเอชไอวีมีผลต่อระบบทางเดินอาหารโดยตรง เนื่องจากเซลล์เอนเทอโรโครมาฟินเซลล์ (enterochromaffin cells) ของเซลล์ระบบทางเดินอาหาร มีเซลล์รับ (receptor) เชื้อเอชไอวีไว้หรือเกิดจากการติดเชื้อฉวยโอกาสที่พบบ่อยคือ คริปโตสปอริเดียม (Cryptosporidium) ไซโตเมกกาโลไวรัส (Cytomegalovirus) ส่วนใหญ่เด็กจะมีอาการท้องเสียเรื้อรัง คลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหาร และปวดท้อง เป็นต้น (วิชาญ วิทยาศาสตร์ และประคอง วิทยาศาสตร์, 2540: 196-198) นอกจากนี้เด็กจะมีการติดเชื้อราในช่องปาก ซึ่งแคนดิดา อัลบิแคน (Candida Albicans) เป็นเชื้อราที่ก่อให้เกิดอาการได้บ่อยที่สุด ถ้าเป็นมากก็จะลุกลามไปหลอดอาหารส่วนต้น เด็กจะมีอาการเจ็บปาก เจ็บคอ กลืนลำบาก ถ้าตรวจดูจะสังเกตเห็นฝ้าขาวในปาก ลิ้น กระพุ้งแก้ม และเพดานอ่อน (กุลกัญญา โชคไพบุลย์กิจ, 2541)

2. ปัญหาความผิดปกติที่ผิวหนัง เด็กจะมีโรคผิวหนังที่พบบ่อย เช่น ภาวะของผิวหนังที่มีต่อมไขมันผิดปกติ (seborrhea) ภาวะภูมิแพ้ (atopic dermatitis) และผื่นแพ้ยา (drug rash) ได้บ่อย และรุนแรงกว่าเด็กปกติ และยังพบการติดเชื้อราต่าง ๆ ทั้งแคนดิดา และเดอร์มาโตไฟท์ (dermatophyte) ได้บ่อยกว่าเด็กปกติ ลักษณะที่สำคัญและสามารถที่จะตรวจพบได้ในเฉพาะเด็กที่มีภาวะการติดเชื้อเอชไอวีคือ ผื่นชนิดคาโปซี ซาโคมา (Kaposi's Sarcoma) (กุลกัญญา โชคไพบุลย์กิจ, 2541; วิชาญ วิทยาศาสตร์ และประคอง วิทยาศาสตร์, 2540: 197)

3. ปัญหาความผิดปกติของระบบโลหิต เด็กที่ติดเชื้อเอชไอวี จะพบภาวะซีดได้ตั้งแต่อายุ 11 – 94 โดยมีสาเหตุจากเชื้อเอชไอวีเองที่ทำให้เกิดโลหิตจางแบบต่าง ๆ ทั้งแบบที่มีความผิดปกติของฮีโมโกลบิน หรือมีลักษณะรูปร่างของเม็ดเลือดแดงขนาดเล็กและใหญ่ผิดปกติ นอกจากนี้ยังพบภาวะลิมโฟซัยท์ต่ำ (lymphopenia) ภาวะนิวโทรฟิลต่ำ (neutropenia) ภาวะเกร็ดเลือดต่ำ (thrombocytopenia) เป็นต้น (วิรัตน์ ศิริสุนทร, 2540: 67-69; Dwyer, 2000: 116)

4. ปัญหาการขาดสารอาหาร เด็กที่ติดเชื้อเอชไอวี มักจะได้รับสารอาหารไม่เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย เนื่องจากเด็กมักมีภาวะเบื่ออาหาร บางรายมีเชื้อราในช่องปาก มีแผลหรือการติดเชื้ออื่น ๆ ในช่องปาก ทำให้เด็กรู้สึกเจ็บปวดเมื่อเคี้ยวหรือกลืนอาหารไม่สะดวกรับประทานอาหารได้น้อยลง บางรายมีการติดเชื้อของระบบทางเดินหายใจ มีอาการหายใจลำบาก ไอ ทำให้รับประทานหรือดื่มนมได้ลำบาก ส่วนใหญ่เด็กที่ติดเชื้อเอชไอวี จะมีการดูดซึมอาหารที่ผิดปกติ เนื่องจากการติดเชื้อที่ลำไส้ขาดเอนไซม์แลคเตส (lactase deficiency) ทำให้กระเพาะอาหารทำงานผิดปกติและหลังกรดลดลง มีการเคลื่อนไหวของลำไส้ผิดปกติ ท้องเสีย มีความผิดปกติของตับอ่อน หรือจากยาปฏิชีวนะต่างๆแบบครอบจักรวาล ทำให้แบคทีเรีย

ในลำไส้เจริญเติบโตเพิ่มขึ้น ซึ่งจะทำให้การดูดซึมอาหารผิดปกติ จึงทำให้ร่างกายได้รับสารอาหารไม่เพียงพอ และเด็กยังมีการติดเชื้อซ้ำ ๆ มีไข้เรื้อรัง ทำให้ร่างกายสูญเสียพลังงานและมีการเผาผลาญสารอาหารเพิ่มขึ้น ทำให้เด็กเหล่านี้เลี้ยงไม่โต และจะมีร่างกายผ่ายผอมลงเกิดอาการผอมแห้ง (wasting syndrome) ตัวเล็ก และน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐาน (Lustig , 1993: 3 –6)

5. ปัญหาพัฒนาการทางสติปัญญา เด็กที่ติดเชื้อเอชไอวีมักมีพัฒนาการทางสติปัญญาล่าช้ากว่าเด็กปกติ โดยมากจะเกิดปัญหาที่สมอง (encephalopathy) ประมาณร้อยละ 20 และมักเป็นในรูปของการมีพัฒนาการช้ากว่าเด็กปกติ เนื่องจากมีการติดเชื้อฉวยโอกาส การเป็นมะเร็งและการลุกลามของเชื้อเอชไอวีต่อสมอง เป็นผลให้เด็กมีความบกพร่องในทักษะต่าง ๆ เช่น การเคลื่อนไหว ภาษา ตลอดจนความสามารถทางปัญญาบกพร่อง ทำให้เด็กเคลื่อนไหวช้าลง มีอัมพาต ปฏิกริยาสะท้อนผิดปกติ มีลักษณะการเดินผิดปกติ (ataxia gait disturbance) สมองฝ่อ ระดับสติปัญญาลดลง ชัก หมดสติ (กุลกัญญา โชคไพบูลย์กิจ, 2541; วิรัตน์ ศิริสุนทรณะ, 2540 : 68-70; Dwyer, 2000: 115 -120) เด็กจึงมีความสามารถในการทำกิจกรรมได้น้อยลง

6. ปัญหาด้านจิตสังคม การที่เด็กติดเชื้อไวรัสเอชไอวีมีภาวะเจ็บป่วยบ่อยครั้ง แต่ครั้งเป็นระยะเวลานานและมีอาการรุนแรง จำเป็นต้องรับไว้รักษาในโรงพยาบาล จึงถูกแยกจากครอบครัว พี่น้องขาดโอกาสติดต่อกับผู้อื่น ซึ่งธรรมชาติของเด็กมักจะต้องการมีปฏิสัมพันธ์กับสังคมอยู่ตลอดเวลา อาจทำให้เด็กเกิดภาวะเครียดขึ้นได้ (จุไร อภัยจิรรัตน์, 2540; Instone, 2000: 235-237) ผลของการติดเชื้อไวรัสเอชไอวีจะทำให้ร่างกายและจิตใจมีการเปลี่ยนแปลง มักพบว่าเด็กมีตัวเล็ก ผอม ขาดอาหาร ผิวหนังเปลี่ยนแปลง เหี่ยวยุบ หน้าตาไม่แจ่มใส อารมณ์หงุดหงิดเปลี่ยนแปลงง่าย ซึมเฉย แยกตัวเอง ย่อมไม่เป็นที่น่าสนใจของบุคคลในสังคม และมักถูกแสดงความรังเกียจ (จุไร อภัยจิรรัตน์, 2540: 187-190) ซึ่งเด็กที่ติดเชื้อเอชไอวีจะเกิดปัญหาด้านจิตสังคม เนื่องจากมีสาเหตุจากการทำลายของระบบต่าง ๆ โดยตรง ผลจากการติดเชื้อฉวยโอกาส ผลข้างเคียงจากยาที่ใช้ในการรักษา หรือจากสถานการณ์ทางสังคมที่มีผลจากการติดเชื้อเอชไอวี เป็นต้น (Williams, 1989: 260-261) ดังนั้นเด็กเหล่านี้จึงอาจต้องการการสนับสนุนด้านอารมณ์และจิตใจอย่างมาก โดยเฉพาะเด็กที่มีอายุมากขึ้น เด็กอาจมีพฤติกรรม ซึมเศร้า แยกตัว อารมณ์เปลี่ยนแปลงได้ง่ายอีกด้วย ซึ่งจะมีผลให้เด็กแสดงพฤติกรรมถดถอยหรือก้าวร้าวขึ้นได้ (Williams, 1989: 260-261; Instone, 2000: 235-237)

2. ความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา

ความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา เป็นมโนคติที่คล้ายคลึงกับความสามารถในการดูแลตนเอง โครงสร้างพื้นฐานกำเนิดมาจาก ความสามารถในการคาดการณ์ (Estimative) ปรับเปลี่ยน (Transitional) และลงมือปฏิบัติ (Productive) เพื่อที่จะทราบและสนองตอบต่อความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดของบุคคลอื่น นอกจากนี้ยังมีส่วนของพลังความสามารถที่เฉพาะ (Power component specific) ความสามารถและคุณสมบัติพื้นฐาน (Foundational capabilities and disposition) ที่จะทำให้เข้าใจความต้องการของบุคคลอื่นรวมถึงให้การดูแลบุคคลอื่นด้วย (Orem, 2001: 284) การที่บุคคลจะดูแลตนเองได้นั้นจะต้องมีความสามารถในการดูแลตนเอง ส่วนการที่บุคคลจะสามารถดูแลบุคคลอื่นได้นั้นบุคคลก็จะต้องมีความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา ซึ่งเป็นความสามารถที่เปรียบเทียบได้เช่นเดียวกับความสามารถในการดูแลตนเอง แต่แตกต่างกันตรงที่เป็นการตอบสนองต่อความต้องการการดูแลตนเองของอีกบุคคลหนึ่ง

เมื่อพิจารณาความหมายของความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา สำหรับผู้ที่ดูแลทารกและเด็ก ความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพามีความหมายถึง ความสามารถที่ซับซ้อนของบุคคลในการที่จะเข้าใจและตอบสนองต่อความต้องการการดูแลตนเองของทารกและเด็ก โดยการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไปที่จะช่วยให้กระบวนการของชีวิตดำเนินไปได้ การดูแลที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการที่จะช่วยให้เด็กสามารถเจริญเติบโตเข้าสู่ภาวะในวัยต่างๆได้อย่างปกติ และการดูแลเมื่อมีปัญหาภาวะเบี่ยงเบนด้านสุขภาพให้ผสมผสานเป็นระบบการดูแลทารกและเด็กที่ต้องปฏิบัติร่วมกับกิจกรรมอื่นๆที่ต้องกระทำในชีวิตประจำวัน (Orem, 2001: 284-285)

ความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็นของเด็ก 3 ด้าน ได้แก่

(สมจิต หนูเจริญกุล, 2536: 27-31; Orem, 2001: 225-235)

1. ความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป เป็นความต้องการพื้นฐานในการดำรงชีวิต ซึ่งมีความสัมพันธ์กับอายุ พัฒนาการ สิ่งแวดล้อม และปัจจัยอื่นๆ กิจกรรมด้านนี้ได้แก่

- 1.1 คงไว้ซึ่งอากาศ น้ำ และอาหารที่เพียงพอ
- 1.2 คงไว้ซึ่งการขับถ่ายและการระบายให้เป็นไปตามปกติ
- 1.3 รักษาความสมดุลระหว่างการมีกิจกรรมและการพักผ่อน
- 1.4 รักษาความสมดุลระหว่างการใช้เวลาเป็นส่วนตัวกับการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น

อื่น

- 1.5 ป้องกันอันตรายต่างๆต่อชีวิต หน้าที่ และสวัสดิภาพ
- 1.6 ส่งเสริมการทำหน้าที่และพัฒนาการให้ถึงขีดสูงสุดภายใต้ระบบสังคมและความสามารถของตนเอง

2. ความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการ

การดูแลตนเองตามระยะพัฒนาการ เป็นความต้องการที่เกิดขึ้นจากกระบวนการพัฒนาการของชีวิตมนุษย์ เพื่อให้จะสามารถปรับตัวได้สอดคล้องกับเหตุการณ์ในแต่ละช่วงชีวิต ความต้องการที่เกิดขึ้นจากกระบวนการพัฒนามี 2 อย่างคือ

2.1 พัฒนา และคงไว้ซึ่งภาวะความเป็นอยู่ที่ยั่งยืนสนับสนุนกระบวนการของชีวิต และพัฒนาการที่ช่วยให้บุคคลเจริญเข้าสู่วุฒิภาวะตามวัย

2.2 การดูแลเพื่อป้องกันการเกิดผลเสียต่อพัฒนาการ โดยการจัดการเพื่อบรรเทาเบาบางอารมณ์เครียด หรือเอาชนะภาวะวิกฤติที่เกิดขึ้นชั่วคราว เช่นจากการขาดการศึกษา ปัญหาการปรับตัวทางสังคม การสูญเสียญาติมิตร ความเจ็บป่วย การบาดเจ็บ ความพิการ การเปลี่ยนแปลงเนื่องจากเหตุการณ์ต่างๆในชีวิต เป็นต้น

3. ความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็นในภาวะเจ็บป่วยหรือมีความพิการเกิดขึ้น เป็นความต้องการที่สนองตอบต่อ ความพิการแต่กำเนิด โครงสร้างหรือหน้าที่ของร่างกายผิดปกติ เช่น เกิดโรคหรือความเจ็บป่วย เกิดจากการวินิจฉัยโรคและจากผลการรักษาของแพทย์ ได้แก่

3.1 รู้จักแสวงหาความช่วยเหลือตามความเหมาะสมจากบุคคลที่เชื่อถือได้ เช่น เจ้าหน้าที่สุขภาพ แพทย์ พยาบาล

3.2 รับรู้ สนใจ และดูแลผลของพยาธิสภาพซึ่งรวมถึงผลที่กระทบต่อพัฒนาการ

3.3 ปฏิบัติตามแผนการรักษา การวินิจฉัย การฟื้นฟู และการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นอย่างมีประสิทธิภาพ

3.4 รับรู้และสนใจดูแลป้องกันความไม่สุขสบายจากผลข้างเคียงของการรักษา หรือจากโรค

3.5 ปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นจากความเจ็บป่วย และการรักษา โดยการรักษาไว้ซึ่งอัตมโนทัศน์และภาพลักษณ์ที่ดีของตนเอง ปรับบทบาทตนเองให้เหมาะสมในการพึ่งพาตนเองและบุคคลอื่น

3.6 เรียนรู้ที่จะมีชีวิตอยู่กับผลของพยาธิสภาพหรือภาวะที่เป็นอยู่ รวมทั้งผลของการวินิจฉัยและการรักษา ในรูปแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมพัฒนาการของตนเองให้ดีที่สุดตามความสามารถที่เหลืออยู่

ดังนั้นความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลเด็กวัยก่อนเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวีจึงหมายถึง การที่ผู้ดูแลมีความสามารถในการเข้าใจและตอบสนองความต้องการที่จำเป็นของเด็กวัยก่อนเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวี 3 ด้าน คือ การตอบสนองต่อความจำเป็นโดยทั่วไปของเด็ก การตอบสนองตามระยะพัฒนาการของเด็ก และการตอบสนองตามภาวะเป็ยงเบนด้านสุขภาพ เมื่อการดูแลตนเอง

ที่จำเป็นทั้ง 3 อย่างได้รับการตอบสนองอย่างมีประสิทธิภาพจะทำให้เด็กได้รับผลคือ

1. การสนับสนุนการดำรงชีวิต
2. การคงไว้ซึ่งโครงสร้าง และการทำหน้าที่ของบุคคลที่อยู่ในภาวะปกติ
3. สนับสนุนระดับพัฒนาการตามศักยภาพของบุคคล
4. ป้องกันการได้รับบาดเจ็บและการเกิดโรค
5. ส่งเสริมการปรับหรือควบคุมผลที่เกิดจากการได้รับบาดเจ็บ และจากการเกิดโรค
6. สนับสนุนการดูแลรักษาหรือควบคุมพยาธิสภาพของโรค
7. ส่งเสริมสวัสดิภาพโดยทั่วไปของบุคคล (Orem, 2001: 49)

3. ความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลเด็กวัยก่อนเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวี

เด็กวัยก่อนเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวี มีข้อจำกัดทางด้านพัฒนาการและการเจ็บป่วยซึ่งยังคงต้องอาศัยการดูแลจากผู้ดูแลอย่างใกล้ชิด ผู้ดูแลที่มีความสามารถในการดูแลบุตรจะช่วยส่งเสริมให้บุตรมีผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดีที่สุด ความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลเด็กวัยก่อนเรียนที่ติดเชื้อ เอชไอวีจึงหมายถึง การที่ผู้ดูแลมีความสามารถในการเข้าใจและตอบสนองความต้องการที่จำเป็นของเด็กวัยก่อนเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวี 3 ด้าน คือ การตอบสนองความจำเป็นโดยทั่วไปของเด็ก การตอบสนองตามระยะพัฒนาการของเด็ก และการตอบสนองตามภาวะเบี่ยงเบนด้านสุขภาพของเด็ก ดังนี้

1. ความสามารถของผู้ดูแลในการตอบสนองความจำเป็นโดยทั่วไปของเด็ก

เป็นการดูแลตามความต้องการพื้นฐาน (Basic needs) ที่จำเป็นสำหรับเด็กโดยทั่วไป คือ

1.1 การดูแลให้ร่างกายได้รับอาหารทั้งปริมาณและคุณภาพที่เพียงพอการได้รับอาหาร ทั้งปริมาณและคุณภาพอย่างเพียงพอจะช่วยเสริมให้เด็กมีการเจริญเติบโตอย่างเต็มที่ ถ้าได้รับสารอาหารที่ไม่พอเพียงต่อความต้องการของร่างกาย อาจเกิดโรคขาดสารอาหารได้ ซึ่งเด็กควรได้รับอาหารอย่างน้อยวันละ 3 มื้อ และควรได้รับครบทั้ง 5 หมู่

1.2 การดูแลให้ร่างกายได้รับน้ำอย่างเพียงพอ เพราะน้ำจะช่วยขจัดของเสียออกจากร่างกาย ทำให้ร่างกายสดชื่น ทำให้ผิวหนังและเนื้อเยื่อชุ่มชื้น น้ำที่ดื่มควรเป็นน้ำสะอาด หรือเครื่องดื่มที่เป็นประโยชน์ต่อร่างกาย เช่น นม น้ำผลไม้

1.3 การดูแลให้ร่างกายได้รับการได้รับอากาศบริสุทธิ์อย่างเพียงพอ อากาศที่บริสุทธิ์จะมีปริมาณออกซิเจนที่สูง ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งที่จะทำให้เด็กเติบโตได้อย่างสมบูรณ์

1.4 การดูแลให้ร่างกายให้มีการขับถ่ายและระบายของเสียอย่างเป็นปกติ ร่างกายจะมีการขจัดของเสียออกได้หลายทาง ระบบทางเดินอาหารจะทำหน้าที่ขับถ่ายอุจจาระ ซึ่งลักษณะของการถ่ายอุจจาระจะเป็นสัญญาณของบุคคลนั้น ดังนั้นจึงควรสังเกตการถ่ายอุจจาระตามเวลาที่เคยถ่าย (สุภาณี วศินอมร, 2528: 543)

1.5 การดูแลให้ร่างกายมีความสมดุลระหว่างการมีกิจกรรมและการพักผ่อนในวันหนึ่ง ๆ เด็กต้องการการพักผ่อนนอนหลับเป็นเวลานานกว่าผู้ใหญ่ ในระหว่างการนอนหลับร่างกายจะได้พักกล้ามเนื้อได้ผ่อนคลาย และลดการทำงานของอวัยวะระบบต่างๆ ในบางส่วนของสมองจะมีการทำงานถ่ายถอดข้อมูลและมีการหลั่งฮอร์โมนเพิ่มการเจริญเติบโต ดังนั้นผู้ดูแลจึงควรดูแลให้เด็กนอนหลับพักผ่อนอย่างเพียงพอเหมาะสมกับอายุของเด็ก นอกจากนี้การออกกำลังกายก็เป็นสิ่งที่มีประโยชน์และเป็นกิจกรรมที่สำคัญสำหรับเด็กทุกวัย เพราะการออกกำลังกายจะช่วยพัฒนาทางด้านร่างกาย ทำให้กล้ามเนื้อแข็งแรงและมีขนาดโตขึ้น ช่วยให้ร่างกายมีการเคลื่อนไหวที่คล่องแคล่วคล่องไวมากขึ้น ช่วยกระตุ้นการทำงานของอวัยวะต่างๆ เกือบทุกระบบในร่างกาย และยังเป็นการผ่อนคลายความตึงเครียด นอกจากนี้ยังช่วยส่งเสริมให้เด็กมีพัฒนาการทางด้านอารมณ์และสังคมที่ดี ทำให้เด็กมีปฏิสัมพันธ์กับกลุ่มเพื่อน เรียนรู้การอยู่ร่วมกันและการทำกิจกรรมร่วมกับบุคคลอื่น ๆ เด็กจะออกกำลังกายด้วยการเล่น ผู้ดูแลควรปล่อยให้เด็กมีการเคลื่อนไหวและออกกำลังกายได้ตามปกติเท่าที่ความสามารถของเด็กจะทำได้

1.6 ดูแลร่างกายให้มีความสมดุลระหว่างการใช้เวลาเป็นส่วนตัวกับการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น พบว่าเด็กจะเลียนแบบพฤติกรรมตามความเห็นชอบของผู้ใหญ่และประเพณี รวมทั้งการเข้ากลุ่มกัน การที่เปิดโอกาสให้เด็กได้สังเกตการเล่นกีฬาต่างๆรวมทั้งการแสดงของผู้ใหญ่หรือการอนุญาตให้เด็กได้เล่นด้วยกัน รู้จักการคบหาสมาคมเพื่อนรุ่นราวคราวเดียวกัน จะช่วยให้เด็กได้เรียนรู้บทบาทของผู้ใหญ่ในวันข้างหน้า (ฉลองรัฐ อินทรีย์, 2528: 11)

1.7 การดูแลป้องกันอันตรายและภาวะแทรกซ้อนที่มีต่อชีวิตและสวัสดิภาพ เด็กจะต้องได้รับการดูแลความสะอาดของร่างกาย การได้รับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค การป้องกันอุบัติเหตุที่จะเกิดขึ้นแก่เด็ก (อำไพ ชนะกอก, 2538: 289-291) ในการดูแลรักษาความสะอาดของร่างกายเพื่อช่วยขจัดสิ่งสกปรกไม่ให้เกิดการหมักหมมของเชื้อโรค เด็กควรได้รับการอาบน้ำทุกวัน และฟอกสบู่ทุกครั้งอย่างน้อยวันละ 1 ครั้ง การสระผม ควรสระวันเว้นวัน หรืออย่างน้อย สัปดาห์ละ 2 ครั้ง ความสะอาดปากและฟัน ควรแปรงฟันอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง เช้าเย็นหรือก่อนนอน เล็บมือเล็บเท้า ควรตัดอย่างน้อยสัปดาห์ละ 1 ครั้ง เสื้อผ้าควรได้สวมเสื้อผ้าที่สะอาด และได้รับการเปลี่ยนเสื้อผ้าทุกวัน ในการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคที่เด็กควรจะได้รับตามเกณฑ์อายุ รายละเอียดตามตารางที่ 3 ผู้ดูแลจึงควรนำบุตรไปรับวัคซีนตามกำหนด นอกจากนี้เด็กจะมีพลังงานมากและมีความต้องการที่จะสำรวจตรวจตราในสิ่งต่าง ๆ อยู่เสมอ การเกิดอุบัติเหตุต่าง ๆ จึงเกิดขึ้นได้ง่าย เช่น การพลัดตกหกล้ม น้ำร้อนลวก การสำลัก การจมน้ำ เป็นต้น ผู้ดูแลจึงต้องมีความระมัดระวังควรป้องกันอุบัติเหตุ ไม่ควรให้เกิดอยู่คนเดียวห่างจากสายตา บริเวณที่เด็กอยู่ควรจัดให้โล่งเก็บสิ่งของต่างๆ เช่น ขงมีคม สารพิษ ให้เข้าที่เรียบร้อย เพราะเด็กอาจจะหยิบเข้าปากหรือจมน้ำได้

1.8 การดูแลเพื่อส่งเสริมการทำหน้าที่และพัฒนาการให้ถึงขีดสูงสุด ที่จะช่วยให้การ พัฒนาการของชีวิตเจริญสู่วุฒิภาวะ และป้องกันการเกิดผลเสียต่อพัฒนาการ โดยการสังเกตการ เจริญเติบโตและพัฒนาการ โดยการเปรียบเทียบการเจริญเติบโตและความสามารถต่างๆ กับเด็ก อื่น ๆ ที่อยู่ในวัยเดียวกัน หรือเปรียบเทียบกับเกณฑ์ในสมุดบันทึกสุขภาพของเด็ก

ตารางที่ 3 กำหนดการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคสำหรับเด็ก อายุ 0- 12 ปี

อายุ	วัคซีนที่ให้
แรกเกิด	BCG , HB1
2 เดือน	DPT1 , OPV 1, HB 2
4 เดือน	DPT2 , OPV 2,
6 เดือน	DPT3 , OPV 3, HB 3
9-12 เดือน	M1 OR MMR1
1 ½ - 2 ปี	DPT4 , OPV 4,JE1,JE2 (JE1,JE2 ฉีดห่างกัน 1-2 สัปดาห์)
4-6 ปี หรือ ป.1	DTP5 หรือ dT3,OPV5,M2,R หรือ MMR2, BCG(รายที่ไม่มีแผลเป็น)
12 ปี หรือ ป.6	DT, Rubella ในนักเรียนหญิง

ที่มา : กองโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2537

2. ความสามารถในการตอบสนองตามระยะพัฒนาการของเด็ก

การดูแลตนเองตามระยะพัฒนาการ เป็นความต้องการที่เกิดขึ้นจากกระบวนการ พัฒนาการของชีวิตมนุษย์ เด็กในช่วงวัยก่อนเรียนจะเริ่มพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองได้ มากขึ้น ในเรื่องกิจวัตรประจำวัน ซึ่งแต่เดิมต้องได้รับความช่วยเหลือจากผู้ดูแลเป็นส่วนใหญ่ เพื่อให้ จะให้เด็กสามารถเจริญเติบโตและพัฒนาการให้เป็นปกติ

2.1 การดูแลให้ร่างกายได้รับอาหารทั้งปริมาณและคุณภาพที่เพียงพอ เด็กในวัยต่าง ๆ กัน จะมีความต้องการสารอาหารที่แตกต่างกัน ซึ่งในเด็กวัยก่อนเรียนจะมีฟันที่ขึ้นแล้ว เด็ก จึงสามารถที่จะรับประทานอาหารได้หลากหลายชนิดขึ้น แต่ก็ยังคงต้องการอาหารที่มีคุณภาพ เช่นเดียวกับวัยอื่นๆ ลักษณะอาหารจะคล้ายคลึงกับอาหารผู้ใหญ่ โดยทั่วไปแล้ว เด็กวัยก่อนเรียน ควรได้รับสารอาหารต่างๆ ดังตารางที่ 4 การที่ได้รับอาหารที่ถูกต้องครบถ้วนทั้งคุณภาพและ ปริมาณ เป็นปัจจัยหนึ่งที่จะช่วยให้เด็กมีการเจริญเติบโตและพัฒนาการที่สมวัย การรับประทานอาหาร ของเด็กในวัยนี้จะลดน้อยลงเพราะจะไม่หิวบ่อยและไม่เจริญอาหารเหมือนวัยต้น ๆ เพราะ อัตราการเจริญเติบโตช้าลง เด็กจะเริ่มมีความชอบและไม่ชอบอาหารบางชนิด ซึ่งส่วนใหญ่ขึ้นกับ

การที่ผู้ใหญ่หัดให้ วัยนี้จะมีปัญหาเรื่องการรับประทานมากที่สุด เพราะเด็กจะสนใจในกิจกรรมการเล่นมากกว่าสิ่งใดๆ (ฉลองรัฐ อินทรีย์ , 2528: 118) ดังนั้นผู้ดูแลจึงควรที่จะจัดอาหารให้แก่เด็กครบทั้ง 5 หมู่ จัดอาหารเสริมระหว่างมื้อ เช่น นมสด น้ำหวาน ผลไม้ ฯลฯ ไม่ให้เด็กรับประทานขนมหรือของว่างก่อนมื้ออาหาร 1/2 - 1 ชั่วโมง เพื่อให้เด็กได้รับสารอาหารอย่างเพียงพอและครบถ้วน ช่วยให้ร่างกายแข็งแรง มีภาวะเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยน้อยลง ผู้ดูแลควรที่สร้างนิสัยการบริโภคแก่เด็ก ตลอดจนปลูกฝังเรื่องการสร้างสุขนิสัยในการรับประทานอาหาร เพื่อให้เด็กเลือกรับประทานอาหารได้อย่างถูกสุขลักษณะ ถูกเวลา มีมารยาท ในการรับประทาน ถ้าละเลยในวัยนี้แล้วจะทำให้สร้างนิสัยที่ดีได้ยาก นอกจากนี้ผู้ดูแลควรชั่งน้ำหนักเป็นครั้งคราวเด็กเพื่อติดตามการเจริญเติบโต (พรรณทิพย์ ศิริวรรณบุศย์, 2530: 42; ศรีเรือน แก้ววังवाल, 2538: 233) ซึ่งเราสามารถที่จะทราบภาวะโภชนาการของเด็ก ด้วยการชั่งน้ำหนักและวัดส่วนสูงเพื่อเทียบกับเกณฑ์มาตรฐาน ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 4 ความต้องการสารอาหารของเด็กปกติอายุ 1-6 ปี (ต่อวัน)

สารอาหาร	1-3 ปี	4-6 ปี
พลังงาน (แคลอรี)	1200	1450
โปรตีน (กรัม)	17	21
แคลเซียม (มิลลิกรัม)	800	800
เหล็ก (มิลลิกรัม)	12	10
ไอโอดีน (ไมโครกรัม)	70	90
วิตามิน เอ (R.E.)	390	400
วิตามินดี (ไมโครกรัม)	10	10
วิตามิน บี 1 (มิลลิกรัม)	0.7	0.9
วิตามิน บี 2 (มิลลิกรัม)	0.8	1.0
ไนอาซีน (มิลลิกรัม)	9	11
วิตามิน ซี (มิลลิกรัม)	45	45

ที่มา : กองโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2537

ตารางที่ 5 เกณฑ์มาตรฐานน้ำหนักและส่วนสูงของเด็กแบ่งตามอายุ

อายุ	น้ำหนัก (กิโลกรัม)		ส่วนสูง (เซนติเมตร)	
	หญิง	ชาย	หญิง	ชาย
3 ปี	14	14.45	95.2	96
4 ปี	15.85	16.05	102.4	103.4
5 ปี	17.5	17.8	108.3	109.0
6 ปี	19.4	19.6	114.0	114.6

ที่มา : กองโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2537

2.2 การดูแลให้ร่างกายได้รับน้ำอย่างเพียงพอ เด็กวัยก่อนเรียนควรจะได้รับน้ำประมาณ 4-6 แก้วต่อวัน น้ำที่ดื่มควรเป็นน้ำสะอาด หรือเครื่องดื่มที่เป็นประโยชน์ต่อร่างกาย เช่น นม น้ำผลไม้

2.3 การดูแลให้ร่างกายได้รับการได้รับอากาศบริสุทธิ์อย่างเพียงพอ อากาศที่บริสุทธิ์จะมีปริมาณออกซิเจนที่สูง เด็กวัยก่อนเรียนต้องการอากาศที่บริสุทธิ์เพื่อใช้ในกระบวนการแลกเปลี่ยนก๊าซ การที่ได้รับอากาศที่บริสุทธิ์จะทำให้เม็ดเลือดแดงมีคุณภาพและนำไปเลี้ยงส่วนต่างๆ ของร่างกาย ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งที่จะทำให้เด็กวัยก่อนเรียนเติบโตได้อย่างสมบูรณ์

2.4 การดูแลให้ร่างกายให้มีการขับถ่ายและระบายของเสียอย่างเป็นปกติ เด็กวัยก่อนเรียนจะเรียนรู้ในการฝึกการขับถ่ายปัสสาวะและอุจจาระได้แล้ว สามารถที่จะเริ่มให้ช่วยเหลือตนเองในเรื่องการทำความสะอาดได้ ผู้ดูแลยังคงต้องสังเกตจำนวนครั้งของการขับถ่ายอุจจาระในแต่ละวัน ฝึกให้เด็กได้ดูแลรักษาความสะอาดของผิวหนังหลังการขับถ่ายปัสสาวะอุจจาระโดยการล้างด้วยสบู่อ่อน และน้ำสะอาดแล้วซับด้วยกระดาษให้แห้งอย่างนุ่มนวล ตลอดจนฝึกให้เด็กรักษาความสะอาดของร่างกายทุกวันโดยใช้สบู่อ่อน

2.5 การดูแลให้ร่างกายมีความสมดุลระหว่างการมีกิจกรรม และการพักผ่อน ในวันหนึ่งๆ เด็กต้องการการพักผ่อนนอนหลับเป็นเวลานานกว่าผู้ใหญ่ ในระหว่างการนอนหลับร่างกายจะได้พัก กล้ามเนื้อได้ผ่อนคลาย และลดการทำงานของอวัยวะระบบต่างๆ ในบางส่วนของสมองจะมีการทำงานถ่ายถอดข้อมูลและมีการหลั่งฮอร์โมนเพิ่มการเจริญเติบโต ดังนั้นผู้ดูแลจึงควรดูแลให้เด็กนอนหลับพักผ่อนอย่างเพียงพอเหมาะสมกับอายุของเด็ก ซึ่งเด็กวัยก่อนเรียนควรนอนกลางวันอย่างน้อยวันละ 10 – 12 ชั่วโมง และควรนอนเวลากลางวันประมาณ 1 – 2 ชั่วโมง (อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2534: 53) นอกจากนี้การออกกำลังกายก็เป็นสิ่งที่มีประโยชน์และเป็นกิจกรรมที่สำคัญสำหรับเด็กทุกวัย เพราะการออกกำลังกายจะช่วยพัฒนาทางด้านร่างกาย ทำให้กล้ามเนื้อแข็งแรงและมีขนาดโตขึ้น ช่วยให้ร่างกายมีการเคลื่อนไหวที่คล่องแคล่วคล่องไว

มากขึ้น ช่วยกระตุ้นการทำงานของอวัยวะต่าง ๆ เกือบทุกระบบในร่างกาย และยังเป็นการผ่อนคลายความตึงเครียด นอกจากนี้ยังช่วยส่งเสริมให้เด็กมีพัฒนาการทางด้านอารมณ์และสังคมที่ดี ทำให้เด็กมีปฏิสัมพันธ์กับกลุ่มเพื่อน เรียนรู้การอยู่ร่วมกันและการทำกิจกรรมร่วมกับบุคคลอื่น ๆ เด็กจะออกกำลังกายด้วยการเล่น ผู้ดูแลควรปล่อยให้เด็กมีการเคลื่อนไหวและออกกำลังกายได้ตามปกติเท่าที่ความสามารถของเด็กจะทำได้ นอกจากนี้ควรให้เด็กมีการฝึกใช้นิ้วมือในการวาดภาพ ระบายสี ปั้นดินน้ำมัน เป็นต้น และควรกระตุ้นและให้กำลังใจเด็กในการทำกิจกรรมต่างๆ ด้วยตนเอง เช่น การรับประทานอาหาร การแต่งตัว การช่วยเหลืองานบ้านเล็กๆ น้อยๆ เท่าที่เด็กจะสามารถทำได้ และเปิดโอกาสให้เด็กได้ทดลองทำสิ่งต่าง ๆ อย่างอิสระ ผู้ใหญ่ไม่เข้าไปยุ่งเกี่ยวมากนัก ควรให้ความช่วยเหลือและแนะนำอยู่ห่าง ๆ เพื่อให้เด็กเกิดความมั่นใจในความสามารถของตนเอง และเกิดความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ ในเด็กวัยนี้มักจะห่วงการเล่นมาก บางครั้งไม่ยอมนอนกลางวัน และไม่ยอมเข้านอนกลางคืนตามเวลาที่กำหนด ผู้ดูแลจึงควรที่จะให้เวลาแก่เด็กก่อนนอนประมาณ 15-30 นาที โดยการเล่านิทาน ดูสมุดภาพ หรือให้ตุ๊กตานอนด้วย ซึ่งเด็กจะยอมเข้านอนโดยดีเมื่อพ้นวัย 4 ปี (ฉลองรัฐ อินทรีย์, 2528: 118)

2.6 ดูแลร่างกายให้มีความสมดุลระหว่างการใช้เวลาเป็นส่วนตัวกับการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น เด็กวัยก่อนเรียนเริ่มเรียนรู้ที่จะติดต่อสมาคมกับคนอื่น ๆ นอกบ้าน โดยเฉพาะอย่างยิ่งกับเพื่อนในวัยเดียวกัน เริ่มเรียนรู้ที่จะปรับตัวเข้าหาเพื่อน เจตคติและพฤติกรรมทางสังคมจะก่อขึ้นในวัยนี้และยากที่จะเปลี่ยนแปลงได้ในวัยต่อไป เด็กควรได้รับการส่งเสริมให้เข้าสังคมหรือติดต่อกับเด็กอื่นๆ เพื่อให้เด็กได้รับประสบการณ์เบื้องต้นที่จำเป็นสำหรับการเป็นสมาชิกที่ดีของสังคมในวัยต่อไป ซึ่งพบว่าเด็กจะเลียนแบบพฤติกรรมตามความเห็นชอบของผู้ใหญ่และประเพณี รวมทั้งการเข้ากลุ่มกัน การที่เปิดโอกาสให้เด็กได้เข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ ในสังคม หรือ การอนุญาตให้เด็กได้เล่นด้วยกัน รู้จักการคบหาสมาคมเพื่อน ๆ รุ่นราวคราวเดียวกัน จะช่วยให้เด็กได้เรียนรู้บทบาทของผู้ใหญ่ในวันข้างหน้า (ฉลองรัฐ อินทรีย์, 2528: 11)

2.7 การดูแลป้องกันอันตรายและภาวะแทรกซ้อนที่มีต่อชีวิตและสวัสดิภาพเด็กวัยก่อนเรียนยังคงมีความต้องการผู้ดูแลในการดูแลเอาใจใส่ความเป็นอยู่อย่างใกล้ชิด ในการที่จะดูแลป้องกันอันตรายและภาวะแทรกซ้อนที่มีต่อชีวิตและสวัสดิภาพ เด็กจะต้องได้รับการดูแลความสะอาดของร่างกาย การได้รับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค การป้องกันอุบัติเหตุที่จะเกิดขึ้นแก่เด็ก (อำไพ ชนะกอก, 2538: 289-291) ในการดูแลเรื่องความสะอาดของร่างกายที่เด็กวัยก่อนเรียนจะต้องได้รับตามปกติแล้ว เด็กวัยก่อนเรียนควรจะได้รับ การฝึกฝนในการช่วยเหลือตัวเองในกิจวัตรประจำวันอย่างถูกต้อง เช่นการล้างมืออย่างถูกวิธี การทำความสะอาดหลังการขับถ่าย การแปรงฟันอย่างถูกวิธี ในการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคเด็กควรจะได้รับตามเกณฑ์อายุ ผู้ดูแลจึงควรนำบุตรไปรับวัคซีนตามกำหนด นอกจากนี้การประเมินความรู้ด้านสุขภาพและความปลอดภัย

ของเด็กวัยก่อนเรียน พบว่า เด็กวัยก่อนเรียนมีความพร้อมและมีการเรียนรู้ในเรื่องสุขภาพและความปลอดภัยแล้ว โดยจะเรียนรู้ในเรื่องความปลอดภัยก่อนตามด้วยเรื่องสุขภาพ การส่งเสริมสุขภาพ และสารอาหาร (Mobley and Evashevski, 2000: 160) ผู้ดูแลจึงควรที่จะให้ความรู้แก่เด็ก โดยให้เด็กรู้จักที่จะระมัดระวังเรื่องอันตรายจากสิ่งแวดล้อมต่าง ๆ สอนให้เด็กได้เลือกปฏิบัติที่ถูกต้องเพื่อความปลอดภัยและสวัสดิภาพที่ดี เช่น การหลีกเลี่ยงจากควันบุหรี่ การไม่เข้าไปใกล้เพื่อนที่เป็นหวัด การล้างมือหลังเข้าห้องน้ำ การไม่เล่นไม้ขีดไฟ ฯลฯ

2.8 การดูแลเพื่อพัฒนาและคงไว้ซึ่งภาวะความเป็นอยู่ ที่ช่วยสนับสนุนกระบวนการของชีวิตและพัฒนาการที่ช่วยให้บุคคลเจริญเข้าสู่วุฒิภาวะในวัยก่อนเรียน และป้องกันผลเสียต่อพัฒนาการ ซึ่งเด็กวัยก่อนเรียนจะอยู่ในขั้นพัฒนาการความคิดริเริ่ม หรือความรู้สึกผิด (initiative V.S. guilt) เป็นระยะที่เด็กมีความกระตือรือร้นที่จะเรียนรู้สิ่งต่างๆ ในสภาพแวดล้อม ระยะนี้เด็กที่ได้รับการสนับสนุนให้หัดใช้ความสามารถตัวเอง จะเริ่มพัฒนาความคิดสร้างสรรค์ เด็กจะมีความใคร่รู้ลองทำสิ่งต่างๆ ตามความคิดของตนเอง มักจะมีจินตนาการสูง เด็กมักจะใช้คำถามทำไม อะไร อยู่ตลอดเวลา หากพัฒนาการด้านความคิดริเริ่มไม่ประสบความสำเร็จเด็กก็จะพัฒนาความเด็กจะรู้สึกขาดกลัว มีความรู้สึกผิดหวังไม่กล้าทำอะไร จะทำได้แต่ในสิ่งที่ผู้ใหญ่บอกเท่านั้น (Erikson, 1963: 274-374) ผู้ดูแลควรที่จะให้ความรักและให้คำแนะนำที่แนวทางให้เด็กประพฤติตนในสิ่งต่างๆ ดังนี้คือ สอนให้รู้จักการพูด การใช้คำพูดในการติดต่อกับบุคคลอื่น สอนให้รู้จักความรับผิดชอบ และช่วยเหลือตนเอง สอนให้มีความรู้เกี่ยวกับเพศและศาสนา รวมทั้งให้รู้จักมีคุณธรรมจรรยาบรรณที่เหมาะสมกับบุคคลอื่นๆ (ฉลงรัฐ อินทรีย์, 2530: 126) เด็กในวัยนี้จะมีความสนใจต่อสิ่งแวดล้อมรอบๆ ตัวเขา ต้องการคำแนะนำในการปฏิบัติตัวให้ถูกต้องเหมาะสมเพื่อเป็นรากฐาน ให้เขารู้จักในการปฏิบัติตัวต่อบุคคลอื่นและให้รู้จักเหตุผล ควรให้เด็กได้ทราบขีดจำกัดของตนเอง ควรใช้คำแนะนำมากกว่าการใช้คำสั่งเพื่อให้เขารู้สึกว่าผู้ใหญ่ต้องการช่วยเหลือเด็กให้พ้นอุปสรรคต่างๆ ควรใช้คำสั่งเมื่อมีความจำเป็นแต่ควรเป็นคำสั่งเพื่อให้เขารู้สึกในทางบวกมากกว่าทางลบ ไม่ควรพูดกับเด็กอย่างที่เขาไม่มีความรู้สึกผิดหรือกลัว ควรให้เด็กมีความรู้สึกที่ผู้ใหญ่ต้องการช่วยเหลือให้เขาสามารถแก้ปัญหาและอยู่ในสังคมอย่างมีสัมพันธที่ดี ควรให้โอกาสเขาเลือกประพฤติบ้างเพราะเด็กจะยังไม่สามารถเข้าใจผลที่ได้รับจากการทำตามคำแนะนำของผู้ใหญ่ แต่อย่างไรก็ตามเขาควรจะได้รับ การกระตุ้นให้รู้จักการกระทำของเขาเอง ด้วยเพื่อเขาจะได้รู้จักความมีอิสระภาพ เด็กควรได้รับการช่วยเหลือให้รู้จักตัดสินใจในการกระทำของตนเองอย่างถูกต้องและสนุกสนาน (ฉลงรัฐ อินทรีย์, 2530: 127)

3. ความสามารถในการตอบสนองตามภาวะเบี่ยงเบนทางสุขภาพของเด็ก

เป็นการดูแลเพื่อบรรเทาหรือขจัดอาการเบี่ยงเบนไปจากภาวะสุขภาพให้กลับสู่การมีสุขภาพที่ดีโดยเร็ว ซึ่งการดูแลเด็กวัยก่อนเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวี มีความจำเป็นในการดูแลเรื่องต่าง ๆ ดังนี้

3.1 แสวงหา และคงไว้ซึ่งความช่วยเหลือจากบุคลากรในทีมสุขภาพ เช่น แพทย์พยาบาล และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข โดยผู้ดูแลควรเข้ารับฟังการสอนสุขภาพหรือซักถาม สิ่งที่ยกต่าง ๆ ที่เกี่ยวกับความเจ็บป่วยของเด็ก ได้แก่ การรักษา ความรุนแรงของโรค รวมทั้งวิธีการปฏิบัติในการดูแลเด็กที่เหมาะสม เพื่อจะได้ทราบและเข้าใจเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของเด็ก

3.2 การรับรู้ สนใจ และดูแลผลของพยาธิสภาพที่เกิดขึ้น ผู้ดูแลควรจะรับรู้และให้ความสนใจต่อการป้องกันและควบคุมผลที่เกิดจากการที่เด็กวัยก่อนเรียนติดเชื้อเอชไอวี ซึ่งจะช่วยลดความรุนแรงของโรคและป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดกับเด็ก โดยจะต้องให้การดูแลที่แตกต่างไปจากเด็กที่มีภาวะสุขภาพที่เป็นปกติ นอกจากนี้ผู้ดูแลจะต้องตอบสนอง ต่อความต้องการของเด็กที่จำเพาะต่อโรคแล้ว ผู้ดูแลต้องรู้จักสังเกตอาการผิดปกติต่าง ๆ เช่น ดูว่าเด็กมีอาการไข้ ไอ จาม เจ็บคอหรือไม่ ซึ่งเป็นอาการเริ่มแรกของการติดเชื้อ โดยเฉพาะ การติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจซึ่งพบบ่อยที่สุด เมื่อพบว่าเด็กป่วยมีอาการผิดปกติควรพามาพบแพทย์ ไม่ควรปล่อยทิ้งไว้หรือซื้อยามารับประทานเอง หรือรอให้ถึงวันที่แพทย์นัดเพราะจะทำให้อาการของโรครุนแรงมากขึ้น นอกจากนี้ผู้ดูแลควรที่จะต้องป้องกันภาวะแทรกซ้อนอันอาจเกิดขึ้นได้จากการที่เด็กมีภาวะติดเชื้อเอชไอวีในร่างกาย โดยให้การดูแลดังนี้คือ

3.2.1 ในเด็กวัยก่อนเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวีมีความต้องการสารอาหารที่แตกต่างไปจากเด็กปกติ เนื่องจากมีการเปลี่ยนแปลงการเผาผลาญอาหารในร่างกาย ซึ่งการเผาผลาญในร่างกายสูงขึ้นสัมพันธ์กับปริมาณของเชื้อไวรัสในร่างกาย นอกจากนั้นยังมีความผิดปกติของการดูดซึมอาหารอันเกิดจากการติดเชื้อต่างๆ ส่งผลให้มีพื้นที่จำกัดในการดูดซึมอาหารไม่สามารถนำโปรตีน ไขมัน ไปใช้เป็นพลังงานได้ตามปกติ ส่งผลให้เกิดการขาดโปรตีนและพลังงาน ก่อให้เกิดภาวะทุพโภชนาการได้ (Bell and Fores, 1996) สำหรับอาหารเด็กวัยก่อนเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวี จำเป็นต้องได้รับพลังงานเพิ่มขึ้นจากเดิม ร้อยละ 25 – 50 ของความต้องการพลังงานของเด็กปกติ (Anderson, Dibbel, Mitchell and Rynbergen, 1972) เด็กควรได้รับการดูแลให้ได้รับอาหารที่ครบถ้วนทั้งชนิดและปริมาณอย่างถูกต้อง โดยรับประทานอาหารที่มีคุณค่าและพลังงานสูงมากกว่าเด็กปกติ ได้แก่ อาหารพวกโปรตีน เกลือแร่ และวิตามิน โดยเฉพาะโปรตีนควรได้รับสูงกว่าเด็กปกติ 2 เท่า เพราะโปรตีนเป็นส่วนประกอบที่สำคัญของเลือด ฮอริโมน น้ำย่อย ภูมิคุ้มกัน และเอ็นไซม์ต่าง ๆ ซึ่งทำให้ร่างกายทำงานได้ตามปกติ มีความแข็งแรง ช่วยต่อต้านโรคภัยไข้เจ็บ และมีประโยชน์ในการซ่อมแซมส่วนที่สึกหรอของร่างกาย การที่เด็กวัยก่อนเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวีได้รับอาหารที่มีประโยชน์จะช่วยยืดเวลาเจ็บป่วยจากโรคแทรกซ้อน ทำให้ผู้ติดเชื้อมีโอกาสป่วย

ช้าลง เพื่อรักษาโครงสร้างร่างกาย (lean body mass) ไว้ เพื่อป้องกันการขาดสารอาหารและมีการสะสมอาหารในร่างกายอย่างเหมาะสม ผู้ดูแลจะต้องรู้จักเลือกที่จะให้เด็กได้รับอาหารที่มี คุณค่า และเพียงพอ Rocenbaum (1981: 399) ได้กล่าวว่าในการจัดอาหารให้เด็กรับประทานควรคำนึงในเรื่องอาหารที่ให้อาจประกอบด้วยโปรตีน และแคลอรีอย่างเหมาะสม พื้นฐานความต้องการสารอาหารของแต่ละคน และผลของการรักษาที่ทำให้เด็กมีปัญหาในการรับประทานอาหาร นอกจากนี้ ควรที่จะประเมินว่าเด็กวัยก่อนเรียนที่ติดเชื้อเฮซไอวี ได้รับอาหารเพียงพอกับความต้องการของร่างกายหรือไม่ โดยการชั่งน้ำหนักและวัดส่วนสูงของเด็ก เพื่อเปรียบเทียบกับเกณฑ์มาตรฐาน ผู้ดูแลควรมีการประเมินการได้รับอาหารของเด็กโดยการ ชั่งน้ำหนักเป็นระยะ หรือประเมินอาหารรับประทานที่สามารถรับประทานได้จำนวนเท่าใดในแต่ละวัน เพื่อที่จะดูแลเด็กให้ได้รับอาหารที่เหมาะสมต่อไป

3.2.2 การดูแลให้ร่างกายได้รับน้ำอย่างเพียงพอ เด็กวัยก่อนเรียนที่ติดเชื้อเฮซไอวี จะมีความผิดปกติของการดูดซึมอาหาร ตลอดจนเกิดภาวะอุจจาระร่วงที่ไม่สามารถบอกสาเหตุได้แน่ชัด (HIV enteropathy) (Wilcox, Rabeneck and Friedman, 1996: 1724) ทำให้มีการสูญเสียน้ำออกจากร่างกาย ดังนั้น ผู้ดูแลควรดูแลให้เด็กวัยก่อนเรียนที่ติดเชื้อเฮซไอวีได้รับน้ำอย่างเพียงพอในแต่ละวัน

3.2.3 การดูแลให้ร่างกายได้รับการได้รับอากาศบริสุทธิ์อย่างเพียงพอ เด็กที่ติดเชื้อเฮซไอวีมักจะป่วยเป็นโรคปอด ซึ่งเป็นโรคหรือภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อยที่สุด และเป็นสาเหตุทำให้ผู้ดูแลพาเด็กมาพบแพทย์ โดยพบว่าเด็กที่ติดเชื้อเฮซไอวี มีโรคปอดอักเสบ ถึงร้อยละ 60 (Long et al., 1993: 394) โดยมีอาการไอแห้ง ๆ หอบเหนื่อย หายใจไม่เต็มอิ่ม เป็นอาการสำคัญที่พบได้บ่อยในโรคปอดอักเสบ (บรรจง คำหอมกุล 2535: 49) ผู้ดูแลจึงควรหลีกเลี่ยงพาเด็กไปที่อากาศถ่ายเทไม่สะดวก ควรอยู่ในที่ที่มีอากาศบริสุทธิ์และปลอดโปร่ง และมีการถ่ายเทสะดวก ไม่อยู่ที่แออัด อับชื้น หลีกเลี่ยงจากผู้ป่วยโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ เพื่อลดโอกาสเสี่ยงต่อการรับเชื้อเพิ่ม (Phipps et al., 1991: 2231)

3.2.4 การดูแลให้ร่างกายให้มีการขับถ่ายและระบายของเสียอย่างเป็นปกติ เด็กที่ติดเชื้อเฮซไอวีมักจะมีอาการอุจจาระร่วง ร้อยละ 60 และผิวหนังเป็นโรค ซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบได้บ่อยตั้งแต่ในระยะที่ไม่มีอาการจนกระทั่งเป็นเอดส์เต็มขั้น (กุลกัญญา โชคไพบูลย์กิจ, 2540: 17.5) ผู้ดูแลจึงควรที่จะสังเกตลักษณะ สี จำนวนครั้งของการขับถ่ายอุจจาระ ดูแลรักษาความสะอาดของผิวหนังหลังการขับถ่ายปัสสาวะอุจจาระโดยการล้างด้วยสบู่อ่อน และน้ำสะอาดแล้วซับด้วยกระดาษให้แห้งอย่างนุ่มนวล ตลอดจนรักษาความสะอาดของร่างกายทุกวันโดยใช้สบู่อ่อน ทาโลชั่นบำรุงผิวป้องกันผิวแห้งแตก คอยสังเกตลักษณะที่ผิดปกติของผิวหนัง เช่น สีผิว ผื่นแดง ฯลฯ (Long et.al.,1993: 390)

3.2.5 การดูแลให้ร่างกายมีความสมดุลระหว่างการมีกิจกรรมและการพักผ่อน เด็กติดเชื้อเชไอวี มักจะมีการติดเชื้อฉวยโอกาส หรือมีไข้ทำให้สูญเสียพลังงานตลอดเวลา การที่ร่างกายมีอุณหภูมิสูงขึ้น 1 องศาฟาเรนไฮต์ จะทำให้ร่างกายมีความต้องการพลังงานเพิ่มขึ้น อีกร้อยละ 7 (พัชรี ตั้งตุลยางกูร, 2540) จึงควรให้เด็กได้พักผ่อนมาก ๆ ให้เด็กมีการเคลื่อนไหว และออกกำลังกายได้ตามปกติเท่าที่ความสามารถของเด็กจะทำได้ ถ้าเด็กไม่มีอาการของโรคอย่างรุนแรง แต่ไม่ควรให้เด็กเล่นกีฬาที่โลดโผนหรือใช้กำลังมาก

3.2.6 ดูแลร่างกายให้มีความสมดุลระหว่างการใช้เวลาเป็นส่วนตัวกับการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น เด็กวัยก่อนเรียนติดเชื้อเชไอวี สามารถที่จะมีการดำเนินของโรคที่อาจเกิดขึ้นได้ตลอดเวลา ต้องใช้เวลาในการรักษานานตลอดชีวิต เด็กต้องเข้ารับการรักษาและตรวจร่างกายในโรงพยาบาลบ่อยครั้ง (Mattson , 1972: 801) ระยะเวลาที่เจ็บป่วยยาวนาน การกลับเข้ารับรักษา ซ้ำแล้วซ้ำอีก การเผชิญต่อการติดเชื้อบ่อย ๆ และจากยาที่ใช้รักษาโรค ทำให้ขาดโอกาสต่าง ๆ เมื่อเทียบกับเด็กที่มีร่างกายสมบูรณ์ และการเจริญเติบโตที่บกพร่องนั้น ยังมีผลทำให้เด็กมีภาพลักษณ์ต่อร่างกายของตนไม่ดี (Kappy, 1987: 489-493) เมื่อเด็กป่วยก็ต้องถูกแยกจากเพื่อน และสังคมเป็นเวลานาน ประกอบกับมีปฏิกิริยาทางอารมณ์ที่เกิดขึ้นหลายอย่าง ทำให้เด็กต้องพึ่งผู้ดูแลมากขึ้น เด็กบางรายเมื่ออาการเจ็บป่วยทุเลาแล้ว ไม่อยากเล่นกับเพื่อน ไม่อยากไปโรงเรียน บางรายมีลักษณะก้าวร้าวต่อต้านสังคม ทำให้เพื่อนไม่อยากจะเล่นด้วย บางคนไม่มีความมั่นใจในตนเอง เด็กจะปรับตัวเข้ากับสังคมได้ยาก (Cadman et al., 1987: 805-807) ผู้ดูแลจึงควรที่จะให้ความรักความเข้าใจแก่เด็ก ให้เด็กได้มีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น ๆ เช่นการได้เล่นร่วมกับสมาชิกอื่น ๆ ในครอบครัว หรือการได้เล่นกับเพื่อน ๆ วยเดียวกันที่อยู่ในละแวกบ้าน ทำให้เด็กรู้สึกว่าเป็นส่วนหนึ่งของสังคม และทำให้เด็กรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าสามารถร่วมกิจกรรมได้เหมือนเด็กคนอื่น ๆ ส่งเสริมให้เด็กมีอัตมโนทัศน์ในทางที่ดี (Whaley and Wong, 1981: 202)

3.2.7 การดูแลป้องกันอันตรายและภาวะแทรกซ้อนที่มีต่อชีวิตและสวัสดิภาพเด็ก ต้องได้รับการดูแลเรื่องความสะอาดของร่างกาย การได้รับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค และการป้องกันอุบัติเหตุ ดังนั้นผู้ดูแลเด็กที่ติดเชื้อเชไอวี ควรให้การดูแลในเรื่องการรักษาความสะอาดของร่างกายอย่างสม่ำเสมอ จะช่วยขจัดสิ่งสกปรกตามร่างกาย ป้องกันไม่ให้เกิดโรคผิวหนัง ไม่ปล่อยให้เด็กอาบน้ำนานเกินไป และหลังจากอาบน้ำหรือสระผมควรเช็ดตัวและผมให้แห้งทันที เพื่อป้องกันการเป็นหวัด และควรได้รับการรักษาทันทีเมื่อมีภาวะเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยที่รุนแรง นอกจากนี้ควรดูแลให้เด็กได้รับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค ซึ่งเด็กควรจะได้รับวัคซีนตามเกณฑ์อายุเด็กที่ติดเชื้อเชไอวีจะได้รับวัคซีนที่แตกต่างจากเด็กปกติ ขึ้นอยู่กับสภาพความเจ็บป่วยของเด็กว่าจะแสดงอาการของโรคเอดส์หรือไม่ เนื่องจากวัณโรคเป็นปัญหาสำคัญในประเทศไทย จึงให้วัคซีน BCG และ OPV ในเด็กที่ยังไม่แสดงอาการของโรคเอดส์ ถ้าเด็กแสดงอาการแล้วจะไม่ให้

วัคซีน BCG และจะให้ IPV และ OPV (นิลาวรรณ ฉันทะปรีชา, 2536) สำหรับวัคซีนป้องกันโรคหัด คางทูมและหัดเยอรมัน (MMR) จะไม่ให้ในผู้ป่วยระยะท้าย คือระยะ C หรือ 3 เพราะอาจจะเกิดปัญหาได้ (CDC, 1996: 603)

3.2.8 นอกจากนี้ผู้ดูแลควรให้การดูแลเมื่อเด็กมีอาการเพื่อป้องกันการติดเชื้อหรือเกิดภาวะแทรกซ้อน รวมทั้งการฟื้นฟูสภาพ ดังนี้

การดูแลเมื่อเด็กมีไข้

จากการที่ระบบภูมิคุ้มกันที่ผิดปกติ จะทำให้เกิดการติดเชื้อฉวยโอกาสได้ง่าย การติดเชื้อที่พบได้บ่อยคือการติดเชื้อที่ปอด ส่วนใหญ่อาการเริ่มต้นเด็กจะมีไข้ ผู้ดูแลจึงควรที่จะดูแลให้เด็กได้พักผ่อนมากๆ เพื่อลดอัตราผลิตความร้อนในร่างกาย

ถ้ามีไข้เกิน 38.5 องศาเซลเซียส ควรเช็ดตัวลดไข้ โดยใช้น้ำอุ่นหรือน้ำธรรมดา เพื่อช่วยระบายความร้อนออกจากร่างกาย ถ้าเด็กมีอาการหนาวสั่นให้ใช้ผ้าห่มไม่หนาคลุมตัวให้ดูแลให้เด็กได้ดื่มน้ำมากๆ เพื่อเป็นการระบายความร้อน ให้รับประทานอาหารตามปกติ ควรรักษาร่างกายเด็กให้อบอุ่นอยู่เสมอ

พาเด็กไปพบแพทย์เพื่อรักษาตามสาเหตุของอาการต่อไป

การดูแลเพื่อป้องกันและบรรเทาอาการติดเชื้อที่ผิวหนัง

เด็กจะมีโรคผิวหนังที่พบบ่อย เช่น ภาวะของผิวหนังที่มีต่อมไขมันผิดปกติ (seborrhea) ภาวะภูมิแพ้ (atopic dermatitis) และผื่นแพ้ยา (drug rash) ได้บ่อย และรุนแรงกว่าเด็กปกติ และยังพบการติดเชื้อราต่าง ๆ ทั้งแคนดิดา และเดอร์มาโตไฟท์ (dermatophyte) ได้บ่อยกว่าเด็กปกติ ลักษณะที่สำคัญและสามารถที่จะตรวจพบได้ในเฉพาะเด็กที่ติดเชื้อเอชไอวี คือ ผื่นชนิดคาโปซี ซาโคมา (Kaposi's Sarcoma) (วิชาญ วิทยาศาสตร์ และประคอง วิทยาศาสตร์, 2540: 197; กุลกัญญา โชคไพบูลย์กิจ, 2541) ผู้ดูแลจึงควรที่จะ

ดูแลทำความสะอาดร่างกายอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง โดยสบู่อ่อน

หลังอาบน้ำต้องเช็ดตัวให้แห้งไม่ให้เปียกชื้น

ทาโลชั่นบางๆป้องกันผิวแห้งแตก

ในกรณีที่เด็กมีอาการคัน ควรตัดเล็บให้สั้น แนะนำการเกา

ดูแลให้ได้รับน้ำและอาหารอย่างเพียงพอ

ป้องกันผิวหนังถูกทำลายจากการเปียกชื้นและหมักหมม โดยทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์ทุกครั้งหลังการขับถ่ายและซับให้แห้ง

การดูแลเพื่อป้องกันและบรรเทาอาการท้องเสีย

ท้องเสียเป็นอาการที่พบได้บ่อยในเด็กที่ติดเชื้อเอชไอวี ซึ่งอาจจะเกิดจากการติดเชื้ออาหารลดลงเพราะเยื่อพอดโบกของลำไส้ผิดปกติ หรือเยื่อทางเดินอาหารถูกทำลายและมีการ

หลังกรดในกระเพาะลดลง ทำให้ติดเชื้อแบคทีเรีย เชื้อราง่ายขึ้น นอกจากนี้ยังอาจเกิดจากความเครียดหรือยาที่ใช้ (Lustig, 1993: 3-6) ผู้ดูแลจึงควรจะ

ล้างมือให้สะอาดก่อนและหลังเตรียมหรือให้เด็กรับประทานอาหาร

หลีกเลี่ยงการปรุงอาหารที่ไม่ถูกสุขลักษณะ

รับประทานอาหารร้อนๆ ไม่มีแมลงวันตอม

ให้อาหารอ่อนย่อยง่าย รับประทานอาหารน้อยๆแต่บ่อยครั้ง

ดูแลให้ดื่มสารละลายเกลือแร่ เพื่อชดเชยเกลือแร่และน้ำที่สูญเสียไป

สังเกตอาการผิดปกติ ถ้าจำนวนการถ่ายมากครั้งขึ้น ใช้สูง ซึม ถ่ายเป็นมูกเลือด

ให้พาเด็กไปพบแพทย์ทันที

การดูแลเพื่อป้องกันและบรรเทาอาการคลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหาร

การคลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหาร จะทำให้เด็กรับประทานอาหารได้น้อยลง ถ้าไม่แก้ไขจะทำให้น้ำหนักตัวของร่างกายลดลง อาจเกิดได้หลายสาเหตุ เช่น จากไวรัสเอดส์ ยาที่ใช้อยู่ แผลในช่องปาก มีไข้ ขาดสารอาหารบางชนิด เช่นสังกะสี อาจจะทำให้ความอยากอาหารลดลง นอกจากนี้ปัญหาทางด้านจิตใจ เช่นความเครียด ความวิตกกังวล ก็อาจทำให้เด็กเบื่ออาหารได้ (พัชรี ตั้งตุลยางกูร, 2540) ผู้ดูแลจึงควรที่จะ

พยายามจัดอาหารที่เด็กชอบให้รับประทาน และให้เด็กมีส่วนร่วมตัดสินใจว่าจะรับประทานอะไร เพื่อกระตุ้นการอยากอาหาร ควรเปลี่ยนชนิดอาหารและปรุงให้มีรสชาติที่อร่อย

จัดอาหารเด็กรับประทานทีละน้อย แต่บ่อยครั้ง เช่น ทุก 2-3 ชั่วโมง

อาหารที่จัดให้ควรเป็นอาหารที่มีพลังงานสูง เพื่อลดปริมาณอาหารที่ต้องรับประทาน

เสิร์ฟ อาหารให้แก่เด็กในบรรยากาศที่ดี เช่นรับประทานกับครอบครัว

ถ้ามีแผลในช่องปากควรที่จะหลีกเลี่ยงอาหารรสจัด อาหารที่เสิร์ฟ ควรจะเย็นเพื่อลดการเจ็บปวด และควรเป็นอาหารที่กินง่าย

รักษาสุขภาพช่องปากและฟันให้สะอาด ใช้แปรงสีฟันที่อ่อนนุ่ม ถ้ามีแผลอยู่อาจใช้วิธีใช้ไม้พันสำลีเช็ด หรือบ้วนปากด้วยน้ำธรรมดา

3.3 การปฏิบัติตามแผนการรักษา การฟื้นฟูสภาพ และการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้น ผู้ดูแลเด็กที่ติดเชื้อเอชไอวีต้องให้การดูแลเด็ก โดยการปฏิบัติตามแผนการรักษา ของแพทย์อย่างเคร่งครัด เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนและอันตรายต่าง ๆ ที่อาจจะเกิดกับเด็กได้ รวมทั้งการฟื้นฟูสภาพร่างกาย ซึ่งจะทำให้เด็กป่วยมีชีวิตอยู่อย่างปกติสุข โดยการดูแลเด็ก ในเรื่องต่าง ๆ ดังนี้ ดูแลให้เด็กรับประทานอาหารตามแผนการรักษา เนื่องจากเด็กที่ติดเชื้อเอชไอวี ต้องใช้ยาไปตลอดชีวิต แพทย์จะให้การรักษาด้วยยาต้านไวรัส ผู้ดูแลจึงควรดูแลและจัดให้เด็กกับ

ประทานยาตามคำแนะนำของแพทย์ โดยต้องรับประทานยาอย่างถูกต้องทั้งขนาด วิธี และเวลา ไม่เพิ่มหรือลดจำนวนของยาเอง และไม่ควรรื้อยามารับประทานเอง นอกจากนี้ควรสังเกตอาการข้างเคียงของยาที่รับประทานซึ่งอาจจะเกิดขึ้นได้ พาเด็กมาตรวจตามแพทย์นัดอย่างสม่ำเสมอ ผู้ดูแลควรพาเด็กมาตรวจตามที่แพทย์นัดทุกครั้งอย่างสม่ำเสมอ แม้ว่าเด็กป่วยจะมีอาการสบายดี ไม่มีอาการแสดงของโรคและภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง เพื่อให้แพทย์ได้ตรวจสุขภาพของเด็ก ประเมินความรุนแรงของโรคและติดตามผลของการรักษา ความถี่ของการพาเด็กมาพบแพทย์นั้นขึ้นอยู่กับความรุนแรงของโรค ถ้าเด็กป่วยมีอาการสบายดี แพทย์จะนัดเดือนละ 1 ครั้ง หรืออาจนานกว่านั้น แต่ถ้าเด็กมีอาการไม่สบายก่อนถึงวันที่แพทย์นัด เช่น มีไข้ มีอาการแสดงของโรคติดเชื้อ ผู้ดูแลต้องพาเด็กมารับการรักษาจากแพทย์โดยทันที ไม่ควรรอให้ถึงวันนัดเพราะเด็กป่วยจะมีอาการรุนแรงของโรคมากขึ้น

3.4 รับรู้และสนใจที่จะคอยปรับและป้องกันความไม่สุขสบายจากผลข้างเคียงของการรักษา เนื่องจากการติดเชื้อเอชไอวียังไม่มียาที่จะรักษาให้หายได้ การรักษาส่วนใหญ่เป็นการรักษาแบบประคับประคอง ได้แก่ การให้ยาต้านไวรัส และการรักษาภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ซึ่งการรักษาต่าง ๆ เหล่านี้อาจจะทำให้เด็กป่วยเกิดความไม่สุขสบาย หรือแพ้ยาที่แพทย์ให้ตามแผนการรักษา ดังนั้นผู้ดูแลจึงควรรับรู้และให้ความสนใจต่อผลที่เกิดจากการรักษาด้วยการสังเกตอาการข้างเคียง ของยา ซึ่งยาหลายชนิดที่ใช้ในผู้ป่วยเอดส์ มักมีผลข้างเคียงที่มีอิทธิพลต่อความอยากอาหารและพฤติกรรมการรับประทานอาหาร เช่น ยาต้านไวรัส ทำให้เกิดอาการ คลื่นไส้ อาเจียน ท้องเสีย เบื่ออาหาร เป็นต้น (Bell and Fores, 1996) ผู้ดูแลต้องให้ความสนใจและคอยสังเกตสิ่งเหล่านี้ ถ้าพบสิ่งผิดปกติควรรายงานให้แพทย์ทราบทันที

3.5 การปรับภาพลักษณ์และอัตมโนทัศน์ โรคเอดส์เป็นโรคที่คุกคามต่อชีวิต ทั้งทางร่างกาย จิตใจ สังคม มีผลต่อภาพลักษณ์และอัตมโนทัศน์ของตนเอง เด็กที่ติดเชื้อเอชไอวีจะมีระยะเวลาของความเจ็บป่วยที่ยาวนาน (Kelly and Laurence, 1988: 125) อาจทำให้เด็กต้องขาดโรงเรียนบ่อยจากการที่ต้องมาพบแพทย์ บางครั้งเด็กไม่สามารถที่จะเข้าร่วมกิจกรรมหรือเล่นกับเพื่อน ๆ ได้ เด็กจะรู้สึกว่าคุณค่าและมีความวิตกกังวลสูง เด็กอาจต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลบ่อยครั้ง ในภาวะวิกฤติเหล่านี้เด็กจะเสียความสมดุลได้ง่ายเกิดผลกระทบต่อการพัฒนาการทางอารมณ์และอื่น ๆ ได้ (Mattson, 1972: 801) เด็กวัยก่อนเรียนจะมีพัฒนาการทางสติปัญญาอยู่ในช่วงความคิดก่อนมีเหตุผล สามารถบอกความต้องการให้ผู้อื่นทราบได้ แต่ยังไม่สามารถที่จะคิดเป็นเหตุผลได้ โดยเฉพาะความเข้าใจที่จำกัดเกี่ยวกับการทำงานของร่างกาย ซึ่งอาจจะทำให้เกิดมีการรับรู้ในความเจ็บป่วยตามความเข้าใจของตนเอง ซึ่งอาจจะผิดไปจากความเป็นจริง (Bibace and Walsh, 1980: 912-917) เด็กจะมีความทุกข์ทรมาน จากการเจ็บป่วยซึ่งอาจต้องอยู่ในโรงพยาบาลเป็นเวลานาน ถูกจำกัดการเคลื่อนไหว ถูกจำกัดอาหาร เป็นต้น

สิ่งเหล่านี้จะส่งผลต่อจิตใจ อารมณ์ และการดำเนินชีวิตในสังคมของเด็ก ทำให้เด็กมีลักษณะไม่เป็นตัวของตัวเอง ต้องการความสนใจจากผู้ใกล้ชิด เด็กบางคนแสดงอาการชัดเจนปฏิเสธการรักษา การสนับสนุนจากผู้ดูแลและสังคมจะเป็นหัวใจสำคัญ ที่จะช่วยให้เด็กเผชิญกับปัญหาต่างๆ ที่เข้ามาได้อย่างมีประสิทธิภาพ (รสสุคนธ์ พิไชยแพทย์, 2543: 29) ผู้ดูแลควรส่งเสริมให้เด็กได้ช่วยเหลือตนเองตามความสามารถ ให้ช่วยเหลืองานบ้านเล็กๆ น้อยๆ เท่าที่เด็กจะสามารถทำได้ ยกย่องชมเชยเมื่อเด็กสามารถช่วยตัวเองได้ ให้เด็กมีส่วนร่วมในการตัดสินใจบางอย่างที่สามารถให้เลือกได้ และเปิดโอกาสให้เด็กได้ทดลองทำสิ่งต่างๆ อย่างเป็นอิสระโดยให้คำแนะนำหรือความช่วยเหลืออยู่ห่าง ๆ เพื่อส่งเสริมความมั่นใจในความสามารถของตนเอง ผู้ดูแลควรเข้าใจในพฤติกรรมที่แสดงออกที่ไม่สมควรของเด็กว่าเป็นการเรียกร้องความสนใจจากผู้ใหญ่ ดังนั้นผู้ดูแลควรต้องป้องกัน และแก้ไขโดยพิจารณาในสิ่งที่ดีของเด็ก ไม่เพ่งเล็งในความไม่ดีของเด็ก ยอมรับความเป็นจริงว่าเด็กทุกคนย่อมไม่เหมือนกันไปทุกอย่าง ตลอดจนอย่าเปรียบเทียบกับเด็ก แต่ควรแสดงความรักความสนใจต่อเด็กในความดูแลทุกคนเสมอภาคและเที่ยงธรรม ผู้ดูแลควรให้การปลอบโยน ให้กำลังใจหรือ อยู่ดูแลเด็กเมื่อเด็กต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล จะช่วยบรรเทาหรือขจัดภาวะเครียดต่าง ๆ ที่เกิดกับเด็ก ผู้ดูแลควรมีการพูดคุยเพื่อปรับความรู้สึกนึกคิดของเด็ก ให้ยอมรับต่อการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น คงไว้ซึ่งการมีคุณค่าในตัวเอง และการสนับสนุนให้เด็กได้มีกิจกรรมร่วมกับเพื่อน พี่ หรือน้อง เป็นการส่งเสริมให้เด็กรู้จักการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม และการอยู่ร่วมกันในสังคม

3.6 การยอมรับภาวะสุขภาพ และการเรียนรู้ที่จะดำรงชีวิตตามสภาพที่เกิดขึ้นเมื่อเด็กมีปัญหาทางสุขภาพ เป็นสาเหตุสำคัญทำให้เด็กเกิดความวิตกกังวลและความกลัว อันจะส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิตและอารมณ์ (Greenberg, 1991: 260) พบว่า การติดเชื้อเอชไอวีทำให้เด็กมีการเจริญเติบโตช้า และขาดโอกาสในการพัฒนาทางร่างกาย เพราะมีสาเหตุจากสภาวะของโรคหลายประการร่วมกันเช่น ระยะเวลาที่เจ็บป่วยยาวนาน การกลับเข้ารับรักษาซ้ำแล้วซ้ำอีก การเผชิญต่อการติดเชื้อบ่อย ๆ และจากยาที่ใช้รักษาโรค หรืออาจมีการบกพร่องหลงเหลือจากการเจ็บป่วยหรือมีความบกพร่องในการประสานงานของระบบประสาทและระบบกล้ามเนื้อ และการติดเชื้อเอชไอวีการดำเนินของโรคที่อาจเกิดขึ้นได้ตลอดเวลาต้องใช้เวลาในการรักษานานตลอดชีวิต เด็กป่วยจะถูกจำกัดการออกกำลังกาย ทำให้ขาดโอกาสต่าง ๆ เมื่อเทียบกับเด็กอื่น ๆ ที่มีร่างกายสมบูรณ์ และการเจริญเติบโตที่บกพร่องนั้นยังมีผลทำให้เด็กมีภาพลักษณ์ต่อร่างกายของตนไม่ดี (Kappy 1987: 489 – 493) ดังนั้น เมื่อเด็กวัยก่อนเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวีเจ็บป่วย จึงมีความคิด และการรับรู้ของตนเองเกี่ยวกับการเจ็บป่วยแตกต่างกัน เนื่องจากความเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาพ สาเหตุ รวมทั้งการป้องกันรักษาความเจ็บป่วยของเด็กนั้น แตกต่างกันไปตามขั้นตอนของพัฒนาการทางด้านการรู้คิดของตน โดยเฉพาะเด็กวัยก่อนเรียนพัฒนาการด้านความคิดและ

สติปัญญาของระยะก่อนความคิดรวบยอดและระยะความคิดเกิดขึ้นเอง ซึ่งจะมีลักษณะพิเศษคือ ความคิดจะยึดตนเองเป็นศูนย์กลาง ไม่สามารถมองความคิดเห็นในแง่ของผู้อื่นได้ ความสามารถในการใช้เหตุผลเบื้องต้นยังไม่เป็นไปในทางที่เป็นความจริงนัก ตลอดจนเด็กในวัยนี้ยังเป็นวัยที่มีการสร้างจินตนาการและมีความคิดฝันในเรื่องต่างๆมากที่สุด (Whaley and Wong, 1993) เมื่อเด็กเจ็บป่วยจะได้รับผลในด้านต่างๆมาก เป็นต้นว่ามีความกลัวที่รุนแรง กลัวเสียความสมบูรณ์ของร่างกาย กลัวอวัยวะถูกตัดขาด เนื่องจากเด็กจะเข้าไปเกี่ยวกับร่างกายของตนเองแต่เพียงภายนอก เด็กจะใช้วิธีจินตนาการในสิ่งที่ไม่เข้าใจ จึงทำให้เด็กในวัยนี้เกิดความเข้าใจที่ไม่ถูกต้องในเหตุการณ์ ที่เป็นอยู่จริง (สุวดี ศรีเลณวัตติ, 2530: 154-155) และความสามารถในการใช้กลไกที่จะปรับตัว เมื่อเกิดปัญหาอย่างมีประสิทธิภาพยังไม่ดีจาก เนื่องจากวุฒิภาวะของเด็ก ความคิดความเข้าใจและประสบการณ์ ยังอยู่ในขีดจำกัด ซึ่งการใช้กลไกในการปรับตัวที่ถูกต้องเหมาะสม การปรับตัวจะปกติ ถ้าการใช้กลไกการปรับตัวที่ไม่ถูกต้องก็จะเกิดความผิดปกติทั้งทางร่างกายและจิตใจ ที่จะมีผลกระทบต่อการพัฒนาการด้านอารมณ์และพฤติกรรมตามมา (อัมพล สุอัมพันธ์, 2530:166) ผู้ดูแลจึงต้องมีการพูดคุยเพื่อให้เด็กวัยก่อนเรียนได้มีความเข้าใจในเรื่องสุขภาพของตนเองตามความจริง เพื่อให้เด็กสามารถที่จะยอมรับในภาวะสุขภาพของตนเอง สามารถปรับตัวได้ในทางที่ถูกต้อง และเรียนรู้ที่จะดำรงชีวิตตามสภาพที่เกิดขึ้น เรียนรู้ในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันตามความสามารถที่มีอยู่ (ทิตยา หอมทรัพย์, 2538: 49) ผู้ดูแลจะต้องปฏิบัติต่อเด็กอย่างตรงไปตรงมา ด้วยความจริงใจ เห็นอกเห็นใจและด้วยความมั่นคง ถึงแม้ว่าเด็กจะยังไม่เข้าใจว่าเขากำลังได้รับประสบการณ์อะไร แต่ก็ช่วยให้เขาแยกความเป็นจริงกับจินตนาการได้ โดยอธิบายในสิ่งที่เด็กจะสามารถเข้าใจได้ง่ายๆ ใช้คำพูดง่ายๆ เพื่อปรับความเข้าใจผิดและลดความกลัว เช่น เด็กจะต้องกินยาเพราะยาจะช่วยให้ออกจากโรค ไม่ใช่เพราะว่าเป็นเด็กเกเร อธิบายเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล โดยเฉพาะต้องให้เห็นว่าต้องการให้เด็กมีประสบการณ์ด้านความรู้สึก ก่อนทำการปฏิบัติรักษาพยาบาล ไม่พูดคุยเกี่ยวกับเด็กต่อหน้าเด็ก นอกจากเด็กจะร่วมในการสนทนาด้วยปลอดภัย ให้มีความมั่นใจว่าไม่มีใครจะตำหนิเด็กเมื่อต้องเจ็บป่วย เพื่อป้องกันความรู้สึกผิดของเด็ก (สุวดี ศรีเลณวัตติ, 2530: 156) นอกจากนี้เด็กในวัยก่อนเรียนยังมีพัฒนาการด้านภาษาที่สามารถเข้าใจ ความหมาย คำศัพท์ต่าง ๆ เพิ่มมากขึ้น ผู้ดูแลควรกระตุ้นให้เด็กถามคำถามเพื่อทราบเกี่ยวกับความกลัว จินตนาการและความเข้าใจผิดของเด็ก ให้เด็กได้แสดงความรู้สึกขณะที่มีความเครียด ผู้ดูแลต้องปรับความเข้าใจที่ผิดของเด็กเท่าที่สามารถจะทำได้ โดยให้เด็กเล่าเกี่ยวกับประสบการณ์ต่างๆ เช่น การไปโรงพยาบาล การรักษาพยาบาล โดยการเขียนภาพ ซึ่งสิ่งเหล่านี้จะสะท้อนถึงความกลัว จินตนาการ และช่วยให้เด็กได้เกิดความชำนาญในการแสดงความรู้สึก และ ผู้ดูแลก็สามารถที่จะทราบความรู้สึกนึกคิดของเด็กได้

4. ปัจจัยพื้นฐานที่มีอิทธิพลต่อความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลเด็กวัยก่อนเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวี

โอเร็ม ได้อธิบายถึงปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความสามารถในการดูแลตนเอง หรือการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพิงว่า ความสามารถในการดูแลมีปัจจัยพื้นฐาน (Basic Conditioning Factors) เป็นสิ่งที่มีอิทธิพลสำคัญต่อความสามารถของผู้ดูแล (Orem, 2001: 245) ปัจจัยพื้นฐาน ได้แก่

1. อายุ
2. เพศ
3. ระยะเวลาการ
4. สังคมชนบทธรรมนิยมประเพณี
5. ปัจจัยทางระบบบริการสุขภาพ ระบบครอบครัว
6. แบบแผนการดำเนินชีวิตรวมถึงกิจกรรมที่กระทำอยู่เป็นประจำ
7. ปัจจัยทางด้านสิ่งแวดล้อม
8. แหล่งสนับสนุน, ความสามารถที่จะหาแหล่งประโยชน์

ปัจจัยพื้นฐานสามารถแบ่งตัวเองได้เป็น 3 หมวดหมู่คือ (Orem, 2001: 328)

1. ปัจจัยพื้นฐานที่อธิบายบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ และ ระยะเวลาการ
2. ปัจจัยพื้นฐานที่เชื่อมโยงคนกับครอบครัวและสังคมชนบทธรรมนิยมประเพณี ได้แก่ สังคมชนบทธรรมนิยมประเพณี ระบบครอบครัว และแบบแผนการดำเนินชีวิตรวมถึงกิจกรรมที่กระทำอยู่เป็นประจำ
3. ปัจจัยพื้นฐานที่เชื่อมโยงคนกับการดำรงชีวิตอยู่ในโลกในมุมมองของคน ได้แก่ ภาวะสุขภาพ ปัจจัยทางระบบบริการสุขภาพ ปัจจัยทางด้านสิ่งแวดล้อมและแหล่งสนับสนุน ความสามารถที่จะหาแหล่งประโยชน์

โอเร็มกล่าวว่า ปัจจัยพื้นฐานไม่ได้มีอิทธิพลแต่เฉพาะคุณค่าของความเป็นบุคคล, ความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด และความสามารถในการดูแลตนเอง/บุคคลที่ต้องพึ่งพิง ของบุคคลในช่วงเวลาใดเวลาหนึ่งเท่านั้น แต่ปัจจัยพื้นฐานยังเป็นสิ่งที่มีความหมายต่อพยาบาลในการที่จะใช้ปัจจัยพื้นฐานเป็นสิ่งที่ค้นพบความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดของบุคคล และสามารถที่จะดูแลและพัฒนาบุคคลให้มีการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองหรือบุคคลที่ต้องพึ่งพิงเพิ่มขึ้น (Orem, 2001: 168) ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้คัดสรรปัจจัย ที่นำมาศึกษาคือ อายุของผู้ดูแลระดับการศึกษา ประสบการณ์การเลี้ยงดูเด็ก การสนับสนุนทางสังคม และสัมพันธภาพแบบสนิทสนมระหว่างผู้ดูแลกับเด็ก เนื่องจากปัจจัยดังกล่าวเป็นปัจจัยที่สำคัญและคาดว่าจะจะเป็นปัจจัยส่วนหนึ่งที่เป็นประโยชน์ต่อการพยาบาล เนื่องจากพยาบาลที่ทำหน้าที่เกี่ยวข้องในการดูแลเด็กจำเป็นที่จะต้องมีความสามารถในการที่จะเลือก ประเมินปัจจัยที่จะส่งผลต่อความสามารถในการทำหน้าที่

ของผู้ที่เป็นผู้ดูแลที่ให้การดูแลเด็ก และเป็นปัจจัยที่พยาบาลสามารถที่จะให้ความช่วยเหลือโดยการพยาบาลได้ ความรู้ที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้จึงสามารถนำไปสู่การปฏิบัติการพยาบาลที่จะส่งเสริมแนะนำผู้ดูแลให้มีความสามารถในการดูแลเด็กที่ติดเชื้อเอชไอวีอย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

4.1 อายุของผู้ดูแล

อายุเป็นปัจจัยพื้นฐานอย่างหนึ่ง ที่มีอิทธิพลต่อความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องการพึ่งพา (Orem, 2001: 245) เป็นดัชนีที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้ การแปลความหมาย ความเข้าใจและการตัดสินใจในการดูแลตนเองและการดูแลบุคคลที่ต้องการพึ่งพา นอกจากนี้ยังเป็นตัวกำหนดความต้องการในการดูแลตนเองทั้งหมดและความสามารถในการดูแลตนเองของบุคคลหรือความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องการพึ่งพา ไม่ว่าจะอยู่ในภาวะปกติหรือเจ็บป่วย ซึ่งความสามารถในการดูแลตนเองหรือความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องการพึ่งพาของบุคคลจะค่อยๆ เพิ่มขึ้น ตามอายุจะสูงสุดในวัยผู้ใหญ่ และลดลงเมื่อเข้าสู่วัยชรา (Orem, 2001: 307-308) Mercer (1981) พบว่าผู้ดูแลที่มีอายุ 20 ปีขึ้นไป จะเริ่มมีวุฒิภาวะทางด้านจิตใจพร้อมในการเลี้ยงดูบุตร และผู้ดูแลที่มีอายุ 30 ปีขึ้นไป มีวุฒิภาวะเหมาะสมที่จะได้รับความสำเร็จในการเลี้ยงดูบุตรมากที่สุด อารี ปุณณะตระกูล (2533) ศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของผู้ดูแลที่มีบุตรอายุต่ำกว่า 1 ปีที่ป่วยเป็นโรคติดเชื้อของระบบทางเดินหายใจที่มารับการรักษา ณ ตึกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลเด็ก พบว่า ผู้ดูแลที่มีอายุแตกต่างกันมีการดูแลบุตรที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ส่วน Markland และ Durand (1976: 169) พบว่า ผู้ดูแลที่พานบุตรมารับภูมิคุ้มกันครบตามจำนวนคือผู้ดูแลที่มีอายุมาก ผู้ดูแลที่พานบุตรมารับภูมิคุ้มกันไม่ครบคือผู้ดูแลที่มีอายุน้อย โดยการศึกษาวิจัยโดยใช้กรอบแนวคิดของโอเร็ม การศึกษาของ Moore และ Mosher (1997: 519) ศึกษาการตอบสนองของเด็กและผู้ดูแลต่อโรคมะเร็ง ผลการศึกษาส่วนหนึ่งพบว่าอายุของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์กับความสามารถ ในการปฏิบัติการดูแลเด็ก เช่นเดียวกันกับ อัจฉรียา ปทุมวัน (2534: 23) ได้ศึกษาแรงสนับสนุนทางสังคมกับความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลเด็กป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวเฉียบพลัน ชนิดลิมโฟบลาส ผลการศึกษาส่วนหนึ่งพบว่า อายุมีความสัมพันธ์ทางบวกและสามารถทำนายความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลเด็กได้ ส่วนการศึกษาของ เฉลิม วงษ์จันทร์ (2539) ได้ศึกษาหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐาน การสนับสนุนทางสังคม และความสามารถของผู้ดูแล ในการดูแลเด็กสมองพิการ พบว่าอายุของผู้ดูแลเด็กมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลเด็กสมองพิการอย่างมีนัยสำคัญ แต่ Hass (1990: 162) พบความสัมพันธ์ระหว่างอายุกับความสามารถของผู้ดูแลในทางตรงกันข้ามคือ อายุมีความสัมพันธ์ทางลบและสามารถทำนายความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลเด็กป่วยด้วยโรคเรื้อรัง นอกจากนี้ยังมีงานวิจัยอีกกลุ่มหนึ่งซึ่งมีข้อค้นพบแตกต่างจากที่กล่าวมาแล้วข้างต้นคือการศึกษา

ของ รุจจา ภูไพบูลย์ (2533) พบว่าอายุของบิดามารดาไม่มีความสัมพันธ์กับบทบาทของบิดาผู้ดูแลในการดูแลบุตร การศึกษาของ สกาวรัตน์ พวงจันทร์ (2538) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐานผลกระทบการเจ็บป่วยเรื้อรังของบุตรต่อครอบครัวกับความสามารถของมารดาในการดูแลบุตรที่เจ็บป่วย เรื้อรัง พบว่า อายุของมารดาไม่มีความสัมพันธ์กับความสามารถของมารดาในการดูแลบุตรที่ เจ็บป่วยเรื้อรัง เช่นเดียวกันกับการศึกษาของ มณี คุประสิทธิ์ (2539) พบว่าอายุของมารดาไม่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลเด็กของบิดามารดาของเด็กวัย 5 ขวบปีแรก เป็นที่น่าสังเกตว่าในการศึกษาที่ผ่านมาเกี่ยวกับปัจจัยทางด้านอายุของผู้ดูแลที่มีผลต่อความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพานั้นยังไม่มีผลสอดคล้องกัน จึงมีความจำเป็นต้องศึกษาเพิ่มเติม

4.2 ระดับการศึกษา

ระดับการศึกษาของผู้ดูแลเป็นสิ่งอธิบาย ปัจจัยพื้นฐานด้านสถานะทางสังคมอย่างหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องการพึ่งพา (Orem, 2001: 245) ตามแนวคิดของโอเร็มเชื่อว่า การศึกษาเป็นสิ่งที่สำคัญต่อการพัฒนาความรู้ ทักษะ และการมีทัศนคติที่ดีต่อการ ดูแลตนเอง (Orem, 2001: 371) ระดับการศึกษาเป็นสิ่งที่จะทำให้บุคคลได้พัฒนาทักษะความรู้และการมีทัศนคติต่อการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา (Orem, 2001: 372) ซึ่งการที่บุคคลได้มีโอกาส ในการพัฒนาทักษะความรู้และทัศนคติต่างๆ เป็นสิ่งที่ช่วยให้บุคคลมีทักษะในการตัดสินใจ และสามารถที่จะปฏิบัติตามสิ่งที่ตัดสินใจ สิ่งนี้เป็นส่วนหนึ่งของพลังความสามารถที่จะทำให้เกิดความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา (Orem, 2001 : 264) บุคคลที่มีการศึกษาสูงย่อมมีโอกาสในการแสวงหาความรู้และรับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตลอดจนการเจริญเติบโตและพัฒนาการของเด็กได้มากกว่า ช่วยให้มีความรู้เพิ่มเติมต่อการเลือกพฤติกรรมที่จะทำตลอดจน ปรับปรุงพฤติกรรมให้เหมาะสมกับการเลี้ยงดูเด็ก โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อเผชิญกับความเจ็บป่วยย่อมต้องการที่ค้นคว้า หรือแสวงหาความรู้ กล่าวได้ว่าการศึกษาช่วยให้บุคคลมีโอกาสรับรู้ข่าวสารต่างๆ เกี่ยวกับสุขภาพและความเจ็บป่วย รับรู้ถึงการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ตามวัยได้ดี ทำความเข้าใจในสิ่งต่าง ๆ ที่เรียนรู้ได้มากมีการตัดสินใจที่ดีและสามารถปฏิบัติตนได้ถูกต้อง ในขณะที่ผู้ที่มีการศึกษาน้อยมักมีรายได้ต่ำ ทำให้มีข้อจำกัดในการเข้าใจเหตุการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นและขาดทักษะในการแสวงหาข้อมูล (Pender, 1982: 161-162) แต่บุคคลที่มีการศึกษาสูงทำให้มีรายได้สูงขึ้น จะตระหนักถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับปัญหา มีความเข้าใจเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นได้ดี รู้จักใช้ความรู้และทักษะที่เคยมีมาแก้ปัญหา (Jalowiec and Powers, 1981: 10-15) ซึ่ง Ruth (1974:136-156) กล่าวว่า ผู้ที่มีระดับการศึกษาต่ำมักพบปัญหาในการทำความเข้าใจเกี่ยวกับสาเหตุของการเกิดโรคและแผนการรักษา ตลอดจนการปฏิบัติตน เพราะความรู้ดังกล่าว

เป็นเชิงวิทยาศาสตร์ ซึ่งผู้ที่มีระดับการศึกษาสูงจะสามารถรู้และทำความเข้าใจในสิ่งที่เรียนรู้ได้มากกว่า ตลอดจนเข้าใจเหตุการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นกับตนเองอย่างถูกต้องและเป็นวิทยาศาสตร์มากกว่า ผู้ที่มีการศึกษาต่ำ ซึ่งการศึกษาของนิลาวรรณ ทวีทัศน์ (2528) พบว่าระยะเวลาในการศึกษาของผู้ปกครองเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดสามารถทำนายการดูแลเด็กของผู้ปกครองได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ อัจฉริยา ปทุมวัน (2534) ที่พบว่าระยะเวลาในการศึกษาของผู้ดูแลเด็กป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวเฉียบพลันชนิดลิมโฟบลาสมีความสัมพันธ์ทางบวกและสามารถทำนายความสามารถในการดูแลเด็กได้ เช่นเดียวกับกับ การศึกษาของสกาวรัตน์ พวงจันทร์ (2538) พบว่าระดับการศึกษาของมารดาเด็กเจ็บป่วยเรื้อรังมีความสัมพันธ์ทางบวกและสามารถทำนายความสามารถของมารดาในการดูแลบุตรได้ ซึ่งมณี คุประสิทธิ์ (2539) ได้ศึกษาพบว่าระดับการศึกษาของบิดามารดาเด็กวัย 5 ขวบปีแรกมีความสัมพันธ์และสามารถทำนายความสามารถในการดูแลบุตรได้ และการศึกษาของ รุ่งทิพย์ วีระกุล (2539) พบว่าระดับการศึกษาของมารดา ในการดูแลบุตรป่วยโรคธาลัสซีเมียมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมของมารดาในการดูแลบุตร แต่การศึกษาของ ชื่นฤดี แก้วบุตร (2535) พบความสัมพันธ์ระหว่างระยะเวลาในการศึกษาและความสามารถของมารดาในทางตรงข้ามคือ ระยะเวลาในการศึกษาของมารดาเด็กวัยก่อนเรียนโรคธาลัสซีเมียมีความสัมพันธ์ทางลบกับความพร้อมของผู้ดูแลในการดูแลตนเองของบุตร นอกจากนี้ยังมีงานวิจัยอีกกลุ่มหนึ่ง ซึ่งมีข้อค้นพบแตกต่างจากที่กล่าวมาแล้วข้างต้น คือ การศึกษาของ พรนิภา ชัยโกศล (2536) ได้พบว่าระดับการศึกษาของมารดาไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการดูแลบุตรโรคกลุ่มอาการเนฟโฟติก และการศึกษาของ เฉลิม วงษ์จันทร์ (2539) พบว่า ระดับการศึกษาของผู้ดูแลเด็กสมองพิการมีความสัมพันธ์กับความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลเด็กอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนั้นจึงสามารถสรุปได้ว่าการศึกษาที่ผ่านมาเกี่ยวกับระดับการศึกษาของผู้ดูแลต่อความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพานั้นยังไม่มีผลสอดคล้องกัน จำเป็นต้องมีการศึกษาเพิ่มเติม

4.3 ประสบการณ์การเลี้ยงดูเด็ก

ประสบการณ์ชีวิตเป็นสิ่งอธิบายปัจจัยพื้นฐานด้านสังคมชนบทธรรมเนียมประเพณี ที่มีอิทธิพลต่อความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องการพึ่งพา (Orem, 2001: 326) ผู้ใหญ่จะเข้าใจถึงความต้องการในการดูแลตนเองจากประสบการณ์ที่สะสมเพิ่มขึ้นในแต่ละวัน และผู้ดูแลเด็กก็จะเข้าใจถึงความต้องการการดูแลตนเองของเด็กได้ในลักษณะเดียวกัน (Orem, 2001: 143) ทั้งนี้เพราะ คนเราจะพัฒนาความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรม โดยการนำความรู้ ความจำ ความรู้สึกนึกคิดมาใช้ในการตัดสินใจและพัฒนาไปสู่การปฏิบัติ (Joseph, 1980: 35) ซึ่ง Gross และ Howard (2001) ได้ศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพ เรื่องกระบวนการตัดสินใจของผู้ดูแลในการดูแล

สุขภาพของเด็ก โดยใช้ผู้ดูแล 114 คน พบว่า การมีประสบการณ์ต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นเป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการตัดสินใจในการที่จะดูแลสุขภาพเด็กของผู้ดูแล จะเห็นได้ว่าประสบการณ์ที่ผ่านมามีผลต่อการปฏิบัติและการแสดงออกของพฤติกรรมของบุคคล ดังนั้น การที่ผู้ดูแลเด็กวัยก่อนเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวีได้เคยมีประสบการณ์ในการเลี้ยงดูเด็กมาก่อน ย่อมทำให้ผู้ดูแลเกิดการเรียนรู้ เกิดทักษะในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลเด็ก สิ่งนี้เป็นส่วนหนึ่งของพลังความสามารถที่จะทำให้เกิดความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา (Orem, 2001 : 264) ดังนั้นผู้ดูแลที่เคยมีประสบการณ์ในการเลี้ยงดูเด็กมาก่อน จึงน่าจะเข้าใจความต้องการในการดูแลตนเองของเด็กได้ดี และสามารถตอบสนองของความต้องการการดูแลตนเองของเด็กที่ติดเชื้อเอชไอวีได้ดี ซึ่งสามารถเทียบเคียงประสบการณ์การเลี้ยงดูเด็กได้จาก ผู้ดูแลที่มีจำนวนบุตรแตกต่างกัน โดยการศึกษาของ Hass (1990) พบว่าจำนวนบุตรในครอบครัวเป็นตัวแปรที่สามารถทำนายพลังความสามารถของมารดาได้ ซึ่งพลังความสามารถของผู้ดูแลเป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้ผู้ดูแลเกิดความสามารถในการดูแลบุตร สอดคล้องกันกับการศึกษาของมณี คุประสิทธิ์ (2539) ที่พบว่าจำนวนบุตรในครอบครัวเด็กปกติวัย 5 ขวบปีแรก มีความสัมพันธ์และสามารถที่จะทำนายความสามารถของบิดามารดาในการดูแลเด็กได้ และการศึกษาของ Bull (1990) ที่ศึกษาติดตามในผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีความเจ็บป่วยเรื้อรังจำนวน 55 คู่ ในระยะเวลา 2 สัปดาห์ และ 2 เดือนหลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล พบว่าเมื่อระยะเวลาที่มากขึ้นผู้ดูแลจะมีความเครียดจากการดูแลน้อยลง ซึ่งหมายถึงว่าเมื่อผู้ดูแลมีประสบการณ์เพิ่มมากขึ้นจะเกิดความรู้สึกลำบากในการดูแลน้อยลง นอกจากนี้ยังมีงานวิจัยอีกกลุ่มหนึ่ง ซึ่งมีข้อค้นพบแตกต่างจากที่กล่าวมาแล้วข้างต้นคือ การศึกษาของ อัจฉรียา ปทุมวัน (2534) ได้ศึกษาพบว่า จำนวนบุตรในครอบครัวเด็กป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวเฉียบพลันชนิดลิมโฟลาส ไม่มีความสัมพันธ์กับ ความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลเด็ก เช่นเดียวกันกับการศึกษาของ ชื่นฤดี แก้วบุตร (2535) ได้ศึกษาพบว่า จำนวนบุตรในครอบครัวเด็กป่วยกลุ่มอาการชักไม่มีความสัมพันธ์กับความพร้อมในการดูแลบุตร และกมลวัน ดิษยบุตร (2537) พบว่า จำนวนเด็กในครอบครัวเด็กวัยก่อนเรียนโรคธาลัสซีเมียไม่มีความสัมพันธ์กับความพร้อมในการดูแลบุตร ถึงแม้การศึกษาที่ผ่านมาเกี่ยวกับประสบการณ์ในการเลี้ยงดูเด็ก ยังไม่มีผู้ที่ศึกษาถึงความสัมพันธ์กับความสามารถของผู้ดูแลโดยตรง แต่สามารถที่จะเทียบเคียงได้จากงานวิจัยที่ศึกษาจำนวนบุตรกับความสามารถของผู้ดูแล และพบว่าการศึกษาที่ผ่านมาแล้วยังมี ผลการศึกษาที่ยังไม่สอดคล้องกัน จึงจำเป็นต้องมีการศึกษาเพิ่มเติม

4.4 การสนับสนุนทางสังคม

การสนับสนุนทางสังคมได้มีผู้ให้ความหมายของคำไว้ต่าง ๆ กัน ดังนี้

Cobb (1976: 300) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคม คือ การที่บุคคลได้รับข้อมูลข่าวสารที่ทำให้บุคคล เชื่อว่ามีคนรักและสนใจ เอาใจใส่ ยกย่อง และมองเห็นคุณค่า รู้สึกว่าตนเป็นส่วนหนึ่งของสังคม มีความผูกพันซึ่งกันและกัน

Schaefer, Coyne และ Lazarus (1981: 386) ได้สรุปว่าการสนับสนุนทางสังคมเป็น สิ่งประคับประคองจิตใจของบุคคลในสังคม เมื่อบุคคลนั้นเผชิญความเครียดในชีวิต

Kaplan, Cassel และ Gore (1977: 50-51) ได้ให้ความหมายของการสนับสนุนทางสังคมไว้ 2 แนว โดยแนวแรก หมายถึง ความพอใจต่อความจำเป็นพื้นฐานทางสังคม ได้แก่ การได้รับ การยกย่อง นับถือ การยอมรับ การได้รับความเห็นใจและความช่วยเหลือ ซึ่งได้จากการติดต่อสัมพันธ์กับบุคคลในกลุ่มสังคม ส่วนแนวคิดที่สอง หมายถึง ความสัมพันธ์ที่บุคคลสามารถรับรู้ได้จากกลุ่มสังคม ที่ให้การสนับสนุน ซึ่งหมายถึงบุคคลที่มีความสำคัญกับบุคคลนั้น

Kahn (1979: 85) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคม คือ การปฏิสัมพันธ์อย่างมีจุดมุ่งหมายระหว่างบุคคล ซึ่งจะทำให้เกิดสิ่งเหล่านี้ คือ ความผูกพันในแง่ดี จากคนหนึ่งไปยังอีกคนหนึ่ง การยืนยันรับรอง หรือเห็นพ้องกับพฤติกรรมของอีกผู้หนึ่ง การช่วยเหลือซึ่งกันและกันในด้านเงินทอง สิ่งของหรืออื่น ๆ

Thoits (1982: 147-148) ให้ความหมายว่า คือ การที่บุคคลในเครือข่ายของสังคม ได้รับความช่วยเหลือด้านอารมณ์ สิ่งของ หรือข้อมูล ซึ่งการสนับสนุนนี้จะช่วยให้บุคคลสามารถเผชิญและตอบสนองต่อความเจ็บป่วย หรือความเครียดได้ในระยะเวลาที่รวดเร็วขึ้น

Pender (1996: 257) ให้ความหมายว่า การสนับสนุนทางสังคม เป็นสิ่งที่ทำให้บุคคล เกิดความรู้สึกเป็นเจ้าของ การได้รับการยอมรับ ความรัก และนับถือ รวมทั้งการมีคุณค่าเป็นที่ต้องการของบุคคลหนึ่ง แต่ไม่รวมถึงการที่บุคคลจะกระทำสิ่งใดสิ่งหนึ่งเพื่อบุคคลอื่น ๆ

สรุปได้ว่า การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การได้รับความช่วยเหลือของบุคคล ที่เกิดขึ้น เนื่องจากการมีปฏิสัมพันธ์ของมนุษย์ในสังคม ทั้งด้านวัตถุประสงค์ของ ข้อมูลข่าวสาร อารมณ์ และการยอมรับนับถือ ได้รับความรัก การเอาใจใส่ จากบุคคลในสังคม เกิดความรู้สึกมั่นคง และรู้สึกว่าตนเป็นส่วนหนึ่งของสังคม สามารถเผชิญและตอบสนองต่อความเครียด หรือเจ็บป่วยได้

แหล่งที่มาของการสนับสนุนทางสังคม

Kaplan, Cassel และ Gore (1977: 50-51) ได้กล่าวไว้ว่าการสนับสนุนทางสังคมนั้นต้องพิจารณาถึงความสัมพันธ์ที่มีอยู่หรือหายไป ของแหล่งที่ให้การสนับสนุน คือ ได้จากคนที่มีความสำคัญต่อคนคนนั้น และคนที่มีความสำคัญดังกล่าวเป็นคนที่อยู่ในเครือข่าย (Social network) ของคนแต่ละคน (Norbeck, 1983: 23) และจากการศึกษาของแคปแลน และคณะ พบว่า คนที่

ขาดการติดต่อกับคนในสังคม จะทำให้เกิดโรคสังคมนแตกแยก (Social breakdown syndrome) คือ เป็นอาการที่ไม่เป็นตัวของตัวเอง ตัดสินใจไม่ได้ ขาดความเชื่อมั่นในตนเอง และไม่สามารถดูแลตัวเองได้ และในทางตรงกันข้าม คนเราอยู่ในสังคม เมื่อประสบกับปัญหาก็จะได้รับความช่วยเหลือและการสนับสนุนจากบุคคลในเครือข่ายของบุคคลนั้น ๆ ซึ่งจะทำให้ ความคาดหวังของแต่ละคนเป็นจริง การสนับสนุนทางสังคมจำเป็นอย่างยิ่งต่อการดำเนินชีวิต โดยเฉพาะเมื่อเกิดการเจ็บป่วยหรือมีปัญหา House (1981 cited in Cohen and Syme, 1985: 94-103) ได้จำแนกบุคคลที่เป็นแหล่งสนับสนุนไว้ 2 กลุ่ม ตามลักษณะความสัมพันธ์ คือ

1. กลุ่มที่มีความสัมพันธ์อย่างไม่เป็นทางการ หมายถึง บุคคลที่ให้ความช่วยเหลือแก่บุคคลอื่น โดยมีความสัมพันธ์กันตามธรรมชาติ ไม่เกี่ยวข้องกับบทบาทการทำงาน หรือวิชาชีพ ได้แก่ คู่สมรส เครือญาติ หรือเพื่อนฝูง

2. กลุ่มที่มีความสัมพันธ์กันอย่างเป็นทางการ หมายถึง บุคคลที่ให้การช่วยเหลือบุคคลอื่น โดยเกี่ยวข้องกับบทบาทการทำงาน หรือวิชาชีพ ซึ่งจะมีลักษณะการช่วยเหลือที่เฉพาะเจาะจงประเภทใดประเภทหนึ่งเป็นส่วนมาก เช่น กลุ่มช่วยเหลือตนเอง ทีมสุขภาพ เป็นต้น

Pender (1996: 257-259) แบ่งแหล่งของการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น

1. ระบบสนับสนุนจากกลุ่มที่มีความผูกพันกันตามธรรมชาติ (Natural Support Systems) ได้แก่ ครอบครัว ซึ่งเป็นกลุ่มการสนับสนุนทางสังคมระดับปฐมภูมิ ครอบครัวที่มีการสนับสนุนทางสังคมที่เหมาะสม สมาชิกในครอบครัวต้องรับรู้ถึงความต้องการของกันและกัน มีการสื่อสารภายในครอบครัวที่มีประสิทธิภาพ นับถือ หรือยอมรับความต้องการของส่วนรวม และให้การช่วยเหลือซึ่งกันและกัน

2. ระบบสนับสนุนจากกลุ่มเพื่อน (Peer Support Systems) คนกลุ่มนี้ส่วนมากเคยได้รับประสบการณ์ที่มีผลกระทบที่รุนแรงในชีวิต ประสบความสำเร็จในการปรับตัว และมีการพัฒนาไปในทางที่ดีขึ้น ทำให้คนกลุ่มนี้มีความเข้าใจอย่างลึกซึ้งที่เกิดขึ้นในตนเอง จึงสามารถให้คำแนะนำในการแก้ปัญหา ในส่วนที่คล้ายคลึงกับประสบการณ์ที่เขาเคยประสบมา

3. ระบบสนับสนุนทางด้านศาสนา (Organized religious Support Systems) เป็นกลุ่มองค์กรที่มีการพบปะกันในสถานที่ทางกลุ่มศาสนาจัดไว้ เพื่อให้การช่วยเหลือสนับสนุนบุคคลในศาสนานั้นๆ เพราะการประชุมเป็นการแบ่งปัน ความรู้สึกมีคุณค่า ความเชื่อเกี่ยวกับจุดมุ่งหมายในชีวิตธรรมเนียมปฏิบัติทางศาสนา และแนวทางการดำเนินชีวิต นำไปสู่ความเข้าใจด้านสุขภาพเพิ่มขึ้น

4. ระบบสนับสนุนจากกลุ่มองค์กรที่ให้การสนับสนุนช่วยเหลือของกลุ่มผู้ให้การดูแล หรือการให้ความช่วยเหลือขององค์กรทางวิชาชีพ (Organized Support Systems of care giving or helping professional) ได้แก่ กลุ่มผู้ดูแลสุขภาพ ผู้ช่วยเหลือที่มีทักษะ และการบริการที่

เฉพาะเจาะจง ที่ให้แก่ผู้รับบริการ บุคคลจะแสวงหากลุ่มสนับสนุนทางสังคมกลุ่มนี้ ก็ต่อเมื่อได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวและเพื่อนไม่เพียงพอ หรือการสนับสนุนนั้นไม่ได้ผล หรืออาจถูกใช้ไปหมดแล้ว กลุ่มบุคคลในวิชาชีพด้านสุขภาพจะเข้ามาให้การช่วยเหลือ สนับสนุนในส่วนนี้ได้

5. ระบบสนับสนุนจากกลุ่มองค์กรที่ไม่ใช่กลุ่มวิชาชีพด้านสุขภาพ (Organized Support groups not dissected by health professional) ประกอบด้วยกลุ่มอาสาสมัคร และกลุ่มที่ให้การช่วยเหลือซึ่งกันและกัน กลุ่มอาสาสมัครเป็นกลุ่มที่ให้การช่วยเหลือบุคคล ที่มีความต้องการ หรือมีเหตุผลบางอย่าง ที่บุคคลไม่สามารถจะจัดหาบริการให้แก่ตนเองได้ ส่วนกลุ่มที่ให้การช่วยเหลือซึ่งกันและกัน เป็นกลุ่มบุคคลที่พยายามเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของสมาชิก หรือส่งเสริมการปรับตัวไปจนถึงการเปลี่ยนแปลงชีวิต ความเป็นอยู่ เช่น กลุ่มผู้มีปัญหาสุขภาพเรื้อรัง กลุ่มบุคคลที่เจ็บป่วยในระยะสุดท้ายของชีวิต หรือกลุ่มบุคคลที่มีสมาชิกในครอบครัวพิการ

ชนิดของการสนับสนุนทางสังคม

การสนับสนุนทางสังคมมีหลายชนิด และมีความแตกต่างกันตามแนวคิดของนักทฤษฎีแต่ละคน ซึ่งได้แบ่งชนิดของการสนับสนุนทางสังคมไว้ดังนี้

Schaefer, coyne และ lazarus (1981: 385-386) แบ่งชนิดของการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 3 ชนิด คือ

1. การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ (Emotional Support) ซึ่งรวมถึงความใกล้ชิด และความรักใคร่ผูกพัน การให้ความมั่นใจ ความไว้วางใจ การยอมรับ ความห่วงใย เอาใจใส่ การกระตุ้นเตือน ซึ่งจะนำไปสู่ความรู้สึกว่าตนเป็นที่รักและห่วงใย เป็นส่วนหนึ่งของสังคม

2. การสนับสนุนด้านสิ่งของ (Tangible Support) ได้แก่ การให้ความช่วยเหลือโดยตรงด้านสิ่งของ เงินทอง เวลา แรงงาน เมื่อบุคคลต้องการ

3. การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Informational Support) ได้แก่ การให้ข้อมูลและคำแนะนำที่สามารถช่วยให้บุคคลแก้ปัญหา และให้ข้อมูลป้อนกลับเกี่ยวกับสิ่งที่กำลังปฏิบัติอยู่

Thoits (1986 : 147) แบ่งชนิดของการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 3 ชนิด คือ

1. การสนับสนุนทางสังคม อารมณ์ (Socioemotional aid) เป็นการที่บุคคลได้รับความรัก ความเอาใจใส่ ความเข้าใจ การยอมรับ เห็นถึงคุณค่า และรู้สึกว่าได้เป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม

2. การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Information aid) เป็นการที่บุคคลได้รับข้อมูลข่าวสารรวมทั้งได้รับคำแนะนำและข้อมูลย้อนกลับ

3. การสนับสนุนด้านทรัพยากร (Instrumental aid) เป็นการได้รับความช่วยเหลือ ด้านแรงงาน วัสดุอุปกรณ์ สิ่งของ เงินทอง ทำให้บุคคลที่ได้รับนั้นสามารถดำรงบทบาทหรือหน้าที่รับผิดชอบได้ตามปกติ

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

1. การสนับสนุนด้านอารมณ์ (Emotional Support) เป็นการแสดงออกถึงการยกย่อง เห็นคุณค่า ความรัก ความไว้วางใจ ความห่วงใย และการรับฟัง ความรู้สึกเห็นอกเห็นใจ
2. การสนับสนุนด้านการประเมินคุณค่า (Appraisal Support) เป็นการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการเรียนรู้ตัวเองหรือข้อมูลที่นำไปใช้ประเมินตนเอง ในการรับรองการให้ข้อมูลป้อนกลับ การเปรียบเทียบกับสังคม
3. การสนับสนุนด้านข้อมูล ข่าวสาร (Information Support) ได้แก่ การให้คำแนะนำ ข้อชี้แนะ ที่แนวทาง และการให้ข้อมูลที่สามารถนำไปใช้ในการแก้ปัญหาที่เผชิญอยู่ได้
4. การสนับสนุนด้านทรัพยากร (Instrumental Support) เป็นการช่วยเหลือในรูปแบบต่าง ๆ การให้เงิน การให้แรงงาน การให้เวลา การช่วยปรับปรุงสิ่งแวดล้อม รวมถึงการช่วยเหลือด้านสิ่งของ และการให้บริการด้วย

Weiss (1974 cited in Dimond and Jones, 1983: 235-236) แบ่งชนิดของการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 6 ชนิด คือ

1. ความผูกพันและรักใคร่สนิทสนม (Attachment) หมายถึง ความสัมพันธ์ซึ่งจะทำให้บุคคลเกิดความรู้สึกว่าตนเองมีคนรักและเอาใจใส่ เกิดความรู้สึกมั่นคงทางจิตใจ
2. การมีส่วนร่วมหรือการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม (social Integration) เกิดจากการที่บุคคลเข้ามีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมของกลุ่ม ทำให้เกิดการแบ่งปันแลกเปลี่ยน ในด้านความคิด กำลังทรัพย์ และกำลังบุคคล ตามโอกาสอันควร เกิดความห่วงใยและเข้าใจต่อกัน
3. โอกาสที่จะได้ช่วยเหลือผู้อื่น (Opportunity for Nurturance) หมายถึง การที่บุคคลมีความผูกพันกับบุคคลอื่นซึ่งด้อยกว่า จะเกิดความรู้สึกว่าตนเองเป็นที่ต้องการของบุคคลอื่น และผู้อื่นพึงพาได้ ถ้าหากไม่ได้ทำหน้าที่ จะทำให้เกิดความรู้สึกคับข้องใจ รู้สึกชีวิตไม่สมบูรณ์ ว่างเปล่า และไร้จุดหมายแห่งชีวิต
4. การส่งเสริมให้รู้ถึงคุณค่าแห่งตน (Reassurance of worth) เป็นการได้รับการยอมรับเมื่อบุคคลมีพฤติกรรมที่แสดงให้เห็นว่าตนเองมีความสามารถ (Social Role) เช่น ความสามารถในการทำงานร่วมกับเพื่อนร่วมงาน ความสามารถในการช่วยเหลือเรื่องต่าง ๆ ในครอบครัว ก็ย่อมทำให้ความเชื่อมั่นหรือความรู้สึกมีคุณค่า
5. ความรู้สึกพึ่งพาอาศัยกัน (A sense of Reliable Alliance) สัมพันธภาพในลักษณะเช่นนี้ มักเกิดในสัมพันธภาพของครอบครัวสายตรง โดยสมาชิกแต่ละคนต่างคาดหวังว่า จะได้รับการช่วยเหลือเกื้อกูลกันและกันอย่างต่อเนื่อง ถ้าขาดคุณสมบัติเช่นนี้ บุคคลจะรู้สึกว่าขาดแหล่งช่วยเหลือ โดยเฉพาะในภาวะที่เสี่ยงอันตราย

6. การได้รับคำแนะนำ การชี้แนะ (The obtaining of Guidance) เป็นความสัมพันธ์ในช่วงที่บุคคลตกอยู่ในภาวะตึงเครียด เกิดวิกฤติการณ์ทางอารมณ์ จิตใจ ทำให้บุคคลต้องการคำปลอบใจ กำลังใจ คำแนะนำ คำชี้แนะ หรือการแนะนำในการกระทำอย่างใดอย่างหนึ่ง เพื่อผ่อนคลายภาวะตึงเครียดที่บุคคลประสบอยู่ ความสัมพันธ์ชนิดนี้มักได้จากผู้ที่บุคคลรู้สึกว่าคุณมีความสามารถ เป็นที่ศรัทธาหรือมีอะไรเหนือกว่า

Khan (1979: 85) แบ่งการสนับสนุนทางสังคมเป็น 3 ชนิด คือ

1. ความผูกพันทางด้านอารมณ์และความคิด (Affection) เป็นการแสดงออกถึงอารมณ์ในทางบวกของบุคคลหนึ่งที่มีต่ออีกบุคคลหนึ่งซึ่งจะแสดงออกในรูปของความผูกพัน การยอมรับ การเคารพ หรือด้วยความรัก

2. การยืนยันและรับรองพฤติกรรมของกันและกัน (Affirmation) เป็นการแสดงออกถึงการเห็นด้วย การยอมรับในความถูกต้องเหมาะสม ทั้งในการกระทำและความคิดของบุคคล

3. การให้ความช่วยเหลือ (Aid) เป็นปฏิสัมพันธ์ที่มีต่อบุคคลอื่น โดยการให้สิ่งของหรือช่วยเหลือโดยตรง การช่วยเหลือเหล่านั้นอาจจะเป็นวัตถุ เงินทอง ข้อมูล ข่าวสาร หรือเวลา

Pender (1996: 257) ได้แบ่งชนิดของการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 4 ชนิด คือ

1. การสนับสนุนด้านอารมณ์ (Emotional Support) เป็นการให้ความช่วยเหลือสนับสนุนการมีส่วนร่วม ซึ่งอาจเป็นการช่วยเหลือในภาวะซึมเศร้า

2. การสนับสนุนด้านข้อมูล ข่าวสาร (Informational Support) เป็นการช่วยเหลือบุคคลให้เกิดความเข้าใจว่าควรทำอย่างไร ถึงจะมีประสิทธิภาพ และเกิดประโยชน์ต่อตนเอง

3. การช่วยเหลือด้านทรัพยากร (Instrumental aid) เป็นการให้ความช่วยเหลือในเรื่องงาน เช่น ช่วยเตรียมอาหาร หรือช่วยดูแลลูก เพื่อให้ผู้ดูแลได้มีเวลาทำกิจกรรมเพื่อการพักผ่อนหย่อนใจ

4. การยอมรับ (Affirmation) การยอมรับช่วยให้บุคคลแต่ละคนเข้าใจภาวะและศักยภาพที่เป็นจริงของตนเอง

สำหรับการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ให้ความหมายของการสนับสนุนทางสังคมคือ การที่ผู้ดูแลเด็กวัยก่อนเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวีรับรู้ว่า ได้รับความช่วยเหลือระดับประคองและสนับสนุนจากกลุ่มบุคคลในเครือข่ายทางสังคม ในระบบต่างๆ ได้แก่ การสนับสนุนจากครอบครัว การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน การสนับสนุนจากบุคคลที่เกี่ยวข้องและความเชื่อทางศาสนา การสนับสนุนจากบุคลากรทางโรงพยาบาล การสนับสนุนจากกลุ่มช่วยเหลือซึ่งกันและกัน โดยความช่วยเหลือที่ผู้ดูแลได้รับ ประกอบด้วย การสนับสนุนด้านอารมณ์สังคม การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร และการสนับสนุนด้านทรัพยากรได้รับการช่วยเหลือระดับประคองและสนับสนุนจากกลุ่มบุคคลในสังคม โดยแบ่งแหล่งการสนับสนุนทางสังคมตามแนวความคิดของ Pender (1996) และแบ่งชนิดการสนับสนุนทางสังคมตามแนวความคิดของ Thoits (1986) ได้แก่

การสนับสนุนจากครอบครัว หมายถึง ความช่วยเหลือที่ผู้ดูแลได้รับการติดต่อสัมพันธ์กับครอบครัว ได้แก่ บิดา มารดา คู่สมรส และญาติ ตามแนวความคิดของ Thoits (1986) ประกอบด้วยองค์ประกอบ 3 องค์ประกอบ ได้แก่ การสนับสนุนด้านอารมณ์สังคม การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร การสนับสนุนด้านทรัพยากร

การสนับสนุนด้านอารมณ์สังคม หมายถึง การที่ผู้ดูแลได้รับความช่วยเหลือจากครอบครัว โดยได้รับความรัก การดูแลเอาใจใส่ การยอมรับเห็นคุณค่าและรู้สึกว่าเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม

การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร หมายถึง การที่ผู้ดูแลได้รับความช่วยเหลือจากครอบครัว โดยได้รับข้อมูลข่าวสารที่จำเป็นและคำแนะนำในการแก้ปัญหา

การสนับสนุนด้านทรัพยากร หมายถึง การที่ผู้ดูแลได้รับความช่วยเหลือจากครอบครัว โดยได้รับความช่วยเหลือด้านแรงงาน วัสดุอุปกรณ์ สิ่งของ เงินทอง

การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน หมายถึง การที่ผู้ดูแลได้รับความช่วยเหลือจากการติดต่อสัมพันธ์กับเพื่อน ตามแนวความคิดของ Thoits (1986) ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ ได้แก่ การสนับสนุนด้านอารมณ์สังคม การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร การสนับสนุนด้านทรัพยากร

การสนับสนุนด้านอารมณ์สังคม หมายถึง การที่ผู้ดูแลได้รับความช่วยเหลือจากเพื่อน โดยได้รับความรัก การดูแลเอาใจใส่ การยอมรับเห็นคุณค่าและรู้สึกว่าเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม

การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร หมายถึง การที่ผู้ดูแลได้รับความช่วยเหลือจากเพื่อน โดยได้รับข้อมูลข่าวสารที่จำเป็นและคำแนะนำในการแก้ปัญหา

การสนับสนุนด้านทรัพยากร หมายถึง การที่ผู้ดูแลได้รับความช่วยเหลือจากเพื่อน โดยได้รับความช่วยเหลือด้านแรงงาน วัสดุอุปกรณ์ สิ่งของ เงินทอง

การสนับสนุนจากบุคคลที่เกี่ยวข้องและความเชื่อทางศาสนา หมายถึง ผู้ดูแลได้รับการช่วยเหลือจากบุคคลที่พบปะกันจากการเข้าศาสนา เช่น พระสงฆ์ แม่ชี ผู้มาปฏิบัติศาสนกิจ ตลอดจนความเชื่อทางด้านศาสนา ตามแนวความคิดของ Thoits (1986) ประกอบด้วยองค์ประกอบ 3 องค์ประกอบ ได้แก่ การสนับสนุนด้านอารมณ์สังคม การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร การสนับสนุนด้านทรัพยากร

การสนับสนุนด้านอารมณ์สังคม หมายถึง การที่ผู้ดูแลได้รับความช่วยเหลือ โดยได้รับความรัก การดูแลเอาใจใส่ ความรู้สึกเป็นที่พึ่งทางด้านจิตใจ เป็นที่ยึดเหนี่ยวจิตใจ การเป็นกำลังใจ การยอมรับเห็นคุณค่าและรู้สึกว่าเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม

การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร หมายถึง การที่ผู้ดูแลได้รับความช่วยเหลือโดยได้รับการชี้แนะในการแก้ปัญหา

การสนับสนุนด้านทรัพยากร หมายถึง การที่ผู้ดูแลได้รับความช่วยเหลือโดยได้รับความช่วยเหลือด้านแรงงาน วัสดุอุปกรณ์ สิ่งของ เงินทอง ความเชื่อในพลังของสิ่งศักดิ์สิทธิ์

การสนับสนุนจากบุคลากรทางโรงพยาบาล หมายถึง ความช่วยเหลือที่ผู้ดูแลได้รับจากการติดต่อสัมพันธ์กับบุคลากรจากโรงพยาบาล ได้แก่ แพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง ตามแนวความคิดของ Thoits (1986) ประกอบด้วยองค์ประกอบ 3 องค์ประกอบ ได้แก่ การสนับสนุนด้านอารมณ์สังคม การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร การสนับสนุนด้านทรัพยากร

การสนับสนุนด้านอารมณ์สังคม หมายถึง การที่ผู้ดูแลได้รับความช่วยเหลือจากทางโรงพยาบาล โดยได้รับความรัก การดูแลเอาใจใส่ การยอมรับเห็นคุณค่าและรู้สึกว่าเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม

การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร หมายถึง การที่ผู้ดูแลได้รับความช่วยเหลือจากทางโรงพยาบาล โดยได้รับข้อมูลข่าวสารที่จำเป็นและคำแนะนำในการแก้ปัญหา

การสนับสนุนด้านทรัพยากร หมายถึง การที่ผู้ดูแลได้รับความช่วยเหลือจากทางโรงพยาบาล โดยได้รับความช่วยเหลือด้านแรงงาน วัสดุอุปกรณ์ สิ่งของ เงินทอง

การสนับสนุนจากกลุ่มช่วยเหลือซึ่งกันและกัน หมายถึง ความช่วยเหลือที่ผู้ดูแลได้รับจากการติดต่อสัมพันธ์กับกลุ่มอาสาสมัคร เช่น ชมรมแสงเทียนเพื่อชีวิต กลุ่มผู้ดูแลด้วยกัน ฯลฯ ตามแนวความคิดของ Thoits(1986) ประกอบด้วยองค์ประกอบ 3 องค์ประกอบ ได้แก่ การสนับสนุนด้านอารมณ์สังคม การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร การสนับสนุนด้านทรัพยากร

การสนับสนุนด้านอารมณ์สังคม หมายถึง การที่ผู้ดูแลได้รับความช่วยเหลือจากกลุ่ม โดยได้รับความรัก การดูแลเอาใจใส่ การยอมรับเห็นคุณค่าและรู้สึกว่าเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม

การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร หมายถึง การที่ผู้ดูแลได้รับความช่วยเหลือจากกลุ่ม โดยได้รับข้อมูลข่าวสารที่จำเป็นและคำแนะนำในการแก้ปัญหา

การสนับสนุนด้านทรัพยากร หมายถึง การที่ผู้ดูแลได้รับความช่วยเหลือจากกลุ่ม โดยได้รับความช่วยเหลือด้านแรงงาน วัสดุอุปกรณ์ สิ่งของ เงินทอง

โดยประเมินจากเครื่องมือผู้วิจัยสร้างขึ้น ตามแนวคิดแหล่งสนับสนุนทางสังคมของของ Pender (1996: 257) และชนิดของการสนับสนุนทางสังคมของ Thoits (1986: 147) โดยสอบถามความคิดเห็น หรือความรู้สึกของผู้ดูแลต่อการได้รับการช่วยเหลือ ของกลุ่มบุคคลในเครือข่ายทางสังคม

ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลเด็ก

การสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยที่มีความสำคัญต่อความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลเด็ก เนื่องจากการสนับสนุนทางสังคมเป็นสิ่งที่เกิดจากการมีการติดต่อกันระหว่างบุคคล ทำให้บุคคลเกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเอง ทำให้บุคคลสามารถที่จะเผชิญความเครียดได้ เกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ (Wortman, 1984: 90) Pender (1996: 257) ได้อธิบายว่าการสนับสนุนทางสังคมเป็นสิ่งที่ทำให้บุคคลเกิดความรู้สึกเป็นเจ้าของ การได้รับการยอมรับ ความรัก และนับถือ รวมทั้งการมีคุณค่าเป็นที่ต้องการของบุคคลหนึ่ง แต่ไม่รวมถึงการที่บุคคลจะกระทำสิ่งใดสิ่งหนึ่งเพื่อบุคคลอื่น ซึ่ง Uphold (1991: 446) ได้อธิบายเพิ่มเติมว่า การสนับสนุนทางสังคมนี้จะช่วยให้บุคคลนั้นบรรเทาความเครียด สามารถปรับตัวได้อย่างถูกต้องเหมาะสม อันจะนำไปสู่พฤติกรรมด้านสุขภาพที่ดี ความต้องการการสนับสนุนทางสังคมของบุคคลว่าต้องการ การสนับสนุนชนิดใดและจากแหล่งใดจะมีมากน้อยต่างกัน ขึ้นอยู่กับภาวะสุขภาพและความต้องการของบุคคล (จริยาวัตร คมพยัคฆ์, 2531: 99) การที่ผู้ดูแลได้รับการสนับสนุนจากสังคม จะเป็นตัวช่วยให้ลดความเครียดหรือส่งเสริมให้ผู้ดูแลได้เผชิญความเครียดได้ดียิ่งขึ้น ช่วยลดภาวะวิกฤตในชีวิตได้ (Caplan, 1974: 7; Reece, 1993: 91; Jirapet, 2001: 31) ซึ่งสอดคล้องกับโอเร็ม ที่กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคมที่เกิดจากการมีปฏิสัมพันธ์ของบุคคลในสังคม จะทำให้บุคคลได้รับความรู้ที่เป็นประโยชน์ ช่วยให้เกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง มีความหวัง ปลอดภัย มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ขนบธรรมเนียมประเพณีซึ่งกันและกัน รวมถึงการได้รับความช่วยเหลือทางด้านวัตถุ หรือสิ่งของ ซึ่งถือว่าการสนับสนุนทางสังคมเป็นสิ่งอธิบายปัจจัยพื้นฐานด้านแหล่งประโยชน์อย่างหนึ่ง ที่มีอิทธิพลต่อความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลบุคคลที่ต้องการพึ่งพา (Orem, 2001: 245) สอดคล้องกับ การศึกษาของ Glasscock (2000: 401-407) ที่ศึกษาเกี่ยวกับประสบการณ์ของผู้ดูแลในการดูแลเด็กที่สมองพิการ จำนวน 15 คน พบว่า การสนับสนุนทางสังคมจะช่วยให้ผู้ดูแลมีความสามารถในการเผชิญความเครียดได้ดียิ่งขึ้น จากการศึกษาของ Hymovich และ Camperlin (1980: 88) กล่าวว่า การที่จะดูแลบุตรได้ผู้ดูแลต้องการข้อมูลเกี่ยวกับอาการของเด็กโดยการฟังคำอธิบายเกี่ยวกับธรรมชาติของความเจ็บป่วย การเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจและพฤติกรรม การเปลี่ยนแปลงรูปแบบการดำเนินชีวิต การได้ข้อมูลอย่างเพียงพอและถูกต้องจะทำให้ผู้ดูแลสามารถเผชิญกับระยะต่างๆของการเจ็บป่วยของเด็กได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งการศึกษาของ Callery (2000: 92) ที่ศึกษาครอบครัวที่มีเด็กที่ติดเชื้อเอชไอวี จำนวน 21 คน การที่บุคคลในครอบครัวมีความเชื่อ ทางด้านศาสนา ซึ่งเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมอย่างหนึ่ง เป็นสิ่งที่ทำให้พวกเขาสามารถเผชิญความเครียดได้ดี การที่มีบุคคลที่ให้คำปรึกษาทางด้านจิตใจ จะทำให้รู้สึกว่าได้รับการสนับสนุน ทางด้านจิตใจ ซึ่งจะต่างจากบุคคลากรทางด้านสุขภาพที่จะให้

การสนับสนุนทางด้านคำแนะนำอย่างเดียวนอกจากการศึกษาของ Jirapet (2001: 25) พบว่าการได้รับการสนับสนุนทางสังคมอย่าง มีคุณภาพจะเป็นสิ่งที่จะช่วยให้มารดาที่ติดเชื้อเอชไอวีปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่ของการเป็นมารดาได้ดีขึ้น ดังนั้นการที่ผู้ดูแลเด็กวัยก่อนเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวีได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่ดีทำให้รู้สึกว่าคุณค่าตนเองได้รับความรัก ความเอาใจใส่ จะรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง สามารถที่จะเผชิญกับความเครียดได้ และสามารถที่จะปรับตัวได้อย่างเหมาะสม ก็จะนำไปสู่พฤติกรรมดูแลเด็กที่ดี (Brown et al., 1995: 105) ดังนั้นการสนับสนุนทางสังคมซึ่งเป็นปัจจัยพื้นฐานด้านแหล่งประโยชน์อย่างหนึ่ง จะส่งเสริมให้ผู้ดูแลเกิดแรงจูงใจ ซึ่งแรงจูงใจเป็นส่วนหนึ่งของพลังความสามารถที่ก่อให้เกิดความสามารถในการดูแลบุตร และส่งเสริมให้ผู้ดูแลได้เห็นคุณค่าของตนเอง ซึ่งการเห็นคุณค่าของตนเองเป็นส่วนหนึ่งของความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐานที่จะทำให้ผู้ดูแลมีความสามารถในการดูแลบุตร (Orem, 2001: 284) โดยการศึกษาของ อัจฉริยา ปทุมวัน (2534) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐานแรงสนับสนุนทางสังคม กับความสามารถของผู้ดูแลเด็กป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวเฉียบพลันชนิดลิมโฟบลาส จำนวน 100 คน โดยใช้ทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็มเป็นกรอบแนวคิด ผลการศึกษาพบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลเด็ก และแรงสนับสนุนทางสังคมเป็นตัวทำนายความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลเด็กได้ดีที่สุด ต่อมา เฉลิม วงษ์จันทร์ (2539) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การสนับสนุนทางสังคม กับความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลเด็กสมองพิการ จำนวน 80 ราย โดยใช้ทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็มเป็นกรอบแนวคิดเช่นกันพบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลเด็กสมองพิการอย่างมีนัยสำคัญ และพบว่าการสนับสนุนทางสังคมสามารถทำนายความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลเด็กสมองพิการได้อย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ศิริกาญญา เอกสิริไตรรัตน์ (2543) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะส่วนบุคคล ความรู้เรื่องหอบหืด ความเชื่อมั่นในความสามารถของตน การสนับสนุนทางสังคมกับความสามารถของมารดาในการดูแลบุตรโรคหอบหืด จำนวน 101 คน โดยใช้ทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็มเป็นกรอบแนวคิด พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ กับความสามารถของมารดาในการดูแลบุตร และเป็นปัจจัยที่สามารถทำนายความสามารถของมารดาในการดูแลบุตรโรคหอบหืดได้ แต่ถึงแม้ว่าการวัดการสนับสนุนทางสังคมและการดูแลเด็กในแต่ละการศึกษาจะแตกต่างกัน แต่ผลสรุปได้แสดงให้เห็นว่าการสนับสนุนทางสังคมมีผลต่อความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลบุตร นอกจากนี้ยังมีการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคมกับความสามารถในการดูแลเด็กค่อนข้างจำกัด จึงควรมีการศึกษาเพิ่มเติม เพื่อเป็นประโยชน์ต่อการนำไปใช้ในการวางแผนการพยาบาลต่อไป

4.5 สัมพันธภาพแบบสนิทสนมระหว่างผู้ดูแลกับเด็ก

Kieffer (1977: 267) ได้ให้ความหมายของความสนิทสนมว่า เป็นประสบการณ์ด้านความรู้สึกที่แรงกล้าของบุคคลหนึ่งต่อด้านร่างกาย อารมณ์ และความรู้สึก ของอีกบุคคลหนึ่ง

Stuart และ Laraia (2001) ได้ให้ความหมายเพิ่มเติมว่าความรู้สึกที่มีความใกล้ชิดกับอีกบุคคลหนึ่งเรียกว่า ความสนิทสนม ซึ่งจะมีลักษณะที่แตกต่างกันไปตามความรู้สึกที่มีต่อคนนั้นๆ จะแสดงออกให้เห็นโดยการสื่อสารที่เปิดเผยความรู้สึก การยอมรับความมีคุณค่าและความ เป็นบุคคลของอีกฝ่ายหนึ่ง และ ความเข้าใจในอีกฝ่ายหนึ่ง

Walker และ Thompson (1983: 843) กล่าวว่าความสนิทสนม ก็คือสัมพันธภาพที่ใกล้ชิด เป็นความผูกพันระหว่างบุคคลหนึ่งกับอีกบุคคลหนึ่ง และมองว่าสัมพันธภาพมีความซับซ้อน ประกอบด้วยองค์ประกอบของความรัก ความไม่เห็นแก่ตัว ความพึงพอใจ ความรู้สึกว่าสัมพันธภาพเป็นสิ่งที่สำคัญ ความซื่อสัตย์และเปิดเผย การนับถือและการยอมรับความคิดและคำวิจารณ์ ต่าง ๆ ของกันและกัน ความกลมเกลียว ความผูกพัน ความรู้สึกที่มั่นคงในสัมพันธภาพ และ ความรู้สึกที่ใกล้ชิดกัน

จากที่กล่าวมาข้างต้น สรุปได้ว่า สัมพันธภาพแบบสนิทสนมระหว่างผู้ดูแลกับเด็ก เป็นความรู้สึกที่เกิดขึ้นระหว่างผู้ดูแลกับเด็กประกอบด้วยความรัก ความไม่เห็นแก่ตัว ความพึงพอใจ ความรู้สึกที่สัมพันธภาพเป็นสิ่งที่สำคัญ ความซื่อสัตย์และเปิดเผย การนับถือและการยอมรับความคิดและคำวิจารณ์ต่าง ๆ ของกันและกัน ความกลมเกลียว ความผูกพัน ความรู้สึกที่มั่นคงในสัมพันธภาพ และความรู้สึกที่ใกล้ชิดกัน

จากแนวคิดต่าง ๆ ดังกล่าวสรุปถึงสัมพันธภาพแบบสนิทสนมระหว่างผู้ดูแลกับเด็กไว้ ก่อนเรียนที่ติดเชื่อเอชไอวีว่า เป็นความรู้สึกใกล้ชิด ผูกพัน ระหว่างผู้ดูแลกับเด็กไว้ก่อนเรียนที่ ติดเชื่อเอชไอวี โดยวัดตามการรับรู้ของผู้ดูแล ประกอบด้วย ความรัก ความไม่เห็นแก่ตัว ความพึงพอใจ ความรู้สึกที่สัมพันธภาพเป็นสิ่งที่สำคัญ ความซื่อสัตย์และเปิดเผย การนับถือและการยอมรับความคิดและคำวิจารณ์ต่าง ๆ ของกันและกัน ความกลมเกลียว ความผูกพัน ความรู้สึกที่มั่นคงในสัมพันธภาพ และความรู้สึกที่ใกล้ชิดกัน

สัมพันธภาพมีมีนัยที่พื้นฐานคือ ความรัก ความเอาใจใส่ ความมีน้ำใจ ความเห็นใจ ความเชื่อถือให้เกียรติซึ่งกันและกัน (พีโลว์ตัน ทองอุไร, 2529: 119) สัมพันธภาพเป็นสิ่งสำคัญมีความซับซ้อน มีผลต่อการร่วมกันในการแก้ปัญหาความวิตกกังวล ความผิดพลาด การควบคุม การพึ่งพา และภาพลักษณ์ที่มีต่อตนเอง และพบว่าสัมพันธภาพที่ดีจะช่วยให้กระบวนการดูแล ประสบผลสำเร็จ หากสัมพันธภาพไม่ดีก็จะก่อให้เกิดความโกรธ ความรู้สึกไม่ดี รวมไปถึง พฤติกรรมการดูแลที่ไม่ดีด้วย (Welson, 1991: 45)

สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับเด็ก เป็นความสัมพันธ์ซึ่งมีพื้นฐานมาจากความรักความผูกพัน การดูแลและการให้ความช่วยเหลือ ความรู้สึกที่ใกล้ชิดกับบุคคลอื่น ทั้งความใกล้ชิดด้านร่างกาย อารมณ์ และความรู้สึก จึงเป็นความจำเป็นพื้นฐานของมนุษย์ทุกคน (Maslow, 1970) โดยที่ เด็กเองก็จะเรียนรู้ถึงลักษณะของความใกล้ชิดสนิทสนมจากบุคคลในครอบครัวและเพื่อน ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการเจริญเติบโต เด็กที่มาจากครอบครัวที่อบอุ่นและเปิดเผย ก็จะเป็นเด็กที่อบอุ่นและเปิดเผย เด็กที่มาจากครอบครัวที่มีความลับ และไม่เปิดเผยก็จะใช้สิ่งเหล่านั้นมาเป็นต้นแบบของพฤติกรรม (Derlega and Chikin, 1975: 15)

Videbeck (2001: 92) ได้กล่าวว่าสัมพันธภาพแบบสนิทสนมจะมีผลจากบุคคลสองคนที่มีความรู้สึกที่ผูกพันระหว่างกัน ซึ่งจะแสดงให้เห็นถึงความรู้สึกที่อยากพบกันและต้องการช่วยเหลือซึ่งกันและกัน สัมพันธภาพดังกล่าวอาจประกอบไปด้วยพฤติกรรมที่แสดงออกหรือเพียงแต่ความรู้สึกที่ใกล้ชิดกันก็ได้ขึ้นอยู่กับลักษณะของสัมพันธภาพ

Calderone (1982) ได้กล่าวว่า องค์ประกอบของสัมพันธภาพใกล้ชิดสนิทสนมประกอบด้วย การเลือก (Choice) ในการที่บุคคลสองคนจะมามีความสัมพันธ์ที่ใกล้ชิดกันกัน จะต้องผ่านขั้นตอนของการเลือก

ความไว้วางใจ (Mutuality) เมื่อผ่านการเลือกแล้ว ก็จะมีการพัฒนาความไว้วางใจซึ่งกันและกัน ซึ่งจะแสดงออกมาในด้านความเปิดเผยด้านความคิดและความรู้สึก จากค่อยเป็นค่อยไปจนกระทั่งมากขึ้นและมากขึ้น

ความเกื้อกูลกัน (Reciprocity) เมื่อแต่ละฝ่ายให้ความสัมพันธ์ซึ่งกันและกันก็จะมี การแลกเปลี่ยนความรู้สึกที่ผ่านมาทั้งอดีตและอนาคตต่อกัน

ความไว้วางใจที่มั่นคง (Trust) จากการที่ได้แลกเปลี่ยนความรู้สึกกัน จะทำให้เกิดความไว้วางใจที่มั่นคงซึ่งกันและกัน เป็นระดับของความรู้สึกว่าได้รับความไว้วางใจซึ่งกันและกันที่สูงขึ้นและนำไปสู่

ความพึงพอใจ (Delight) หมายถึงความพึงพอใจใจการได้รับรู้ถึงความสัมพันธ์ที่มีต่ออีกฝ่ายหนึ่ง และจะเกิดความรู้สึกที่ใกล้ชิดที่มีการแลกเปลี่ยนความรู้สึกกันตลอดเวลา

Biddle (1976) ได้ศึกษาค้นคว้าลักษณะสัมพันธภาพแบบสนิทสนม พบว่า ความสนิทสนมจะต้องมีลักษณะสำคัญ 3 ประการ คือ

1. ความใกล้ชิด (Breadth) หมายถึง อัตรากว้าง (range) ที่ได้ปฏิบัติร่วมกันระหว่างสองคน เป็นต้นว่า การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันบางอย่างร่วมกัน ใช้เวลาว่างด้วยกัน
2. ความเปิดเผย (Openness) หมายถึง ความรู้สึกที่จะเปิดเผยความเป็นตัวตนที่แท้จริงของตน (self-disclosures) และมีความไว้วางใจที่มั่นคงปลอดภัยในการที่ได้ใกล้ชิดที่จะรวมอารมณ์ ความรู้สึก และร่างกายด้วยกัน มีความรู้สึกเชื่อมั่นในอีกฝ่ายหนึ่ง
3. การตอบรับของอีกฝ่าย (Depth) หมายถึง อีกฝ่ายหนึ่งได้ให้ความรู้สึกที่แท้จริง

ความรู้สึกภายใน ความรู้สึกที่สำคัญ และมีความหมายของตนเอง ซึ่งการที่มีการเปิดเผยตัวตนอย่างแท้จริง จะเป็นหนทางนำไปสู่การมีปฏิสัมพันธ์ที่ลึกซึ้งขึ้น

Kieffer (1977) ได้เพิ่มมิติของความสนิทสนมจากแนวคิดของ Biddle (1976) ว่า จะต้องมีความใกล้ชิดกันทั้งทางด้านความคิด ร่างกาย และอารมณ์ในแต่ละกิจกรรมของความใกล้ชิด ความเปิดเผย และการตอบรับของอีกฝ่าย และอธิบายว่าความสนิทสนมนั้นเป็นกระบวนการอย่างหนึ่งมิใช่เป็นภาวะการณ์ (State of being)

Phillips และ Rempusheski (1986: 62-84) ได้อธิบายแนวคิดกลไกในระบบ การดูแล หรือผลของสัมพันธภาพของผู้ดูแลกับผู้ต้องการการดูแลว่า ความเชื่อเกี่ยวกับบทบาทในการดูแลเป็นมาตรฐาน ค่านิยมที่ผู้ดูแลยึดถือ และใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติกรดูแล หากสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ต้องการการดูแลดีจะเป็นผลให้เกิดความเชื่อเกี่ยวกับบทบาทการดูแลว่าเป็นพฤติกรรมช่วยเหลือ ปกป้อง และกระทำกิจกรรมต่างๆ แทนผู้ต้องการการดูแล หากสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ต้องการการดูแลไม่ดี ผู้ดูแลจะเกิดการรับรู้บทบาทว่าการดูแลนั้นเป็นการถูก ทำโทษ เป็นการกระทำกรดูแลเพียงเพื่อการยอมรับจากสังคมเท่านั้นและสะท้อนความเชื่อออกมาสู่การปฏิบัติ นั่นคือหากสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ต้องการการดูแลดีจะก่อให้เกิดพฤติกรรมกรดูแลที่ดี แต่หากสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ต้องการการดูแลไม่ดีจะก่อให้เกิดพฤติกรรมกรดูแลที่ไม่ดี

จะเห็นได้ว่าความสนิทสนม ประกอบด้วยโครงสร้างหลายมิติที่มีความเกี่ยวพันกัน โดยเกิดขึ้นจากการมีปฏิสัมพันธ์กันระหว่างบุคคลสองคน ซึ่งจะทำให้บุคคลมีความรู้สึกที่ดีต่อกัน ทำให้มีการช่วยเหลือกันในด้านต่างๆ ซึ่งจะนำไปสู่พฤติกรรมของผู้ดูแลในการดูแลบุตรที่ดี

ความสัมพันธ์ระหว่างสัมพันธภาพแบบสนิทสนมระหว่างผู้ดูแลกับเด็ก กับความสามารถในการดูแลเด็ก

Phillips และ Rempusheski (1986: 62-84) ได้อธิบายแนวคิดกลไกในระบบการดูแล หรือผลของสัมพันธภาพของผู้ดูแลกับผู้ต้องการการดูแลว่า ความเชื่อเกี่ยวกับบทบาทในการดูแลเป็นมาตรฐาน ค่านิยมที่ผู้ดูแลยึดถือ และใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติกรดูแล หากสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ต้องการการดูแลดี สัมพันธภาพนั้นก็จะไปในลักษณะของความสนิทสนมจะเป็นผลให้เกิดความเชื่อเกี่ยวกับบทบาทการดูแลว่าเป็นพฤติกรรมช่วยเหลือ ปกป้อง และกระทำกิจกรรมต่างๆ แทนผู้ต้องการการดูแล หากสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ต้องการการดูแลไม่ดี สัมพันธภาพนั้นก็จะไปในลักษณะที่ไม่สนิทสนม ผู้ดูแลจะเกิดการรับรู้บทบาทว่าการดูแลนั้นเป็นการถูกทำโทษ เป็นการกระทำกรดูแลเพียงเพื่อการยอมรับจากสังคมเท่านั้นและสะท้อนความเชื่อออกมาสู่การปฏิบัติ นั่นคือหากสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ต้องการการดูแลดี จะเป็น

สัมพันธภาพที่สนิทสนมก่อให้เกิดพฤติกรรมการดูแลที่ดี แต่หากสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ต้องการการดูแลไม่ดีลักษณะสัมพันธภาพจะไม่สนิทสนมจะก่อให้เกิดพฤติกรรมการดูแลที่ไม่ดี สอดคล้องกับมัวร์ ที่กล่าวว่า การที่ผู้ดูแลมีความคิดความรู้สึกต่อตนเอง หรืออัตมโนทัศน์นั้น จะมีผลต่อความเชื่อมั่นในตนเอง พบว่าหากผู้ดูแลมองว่าตนเองไม่เป็นที่รักของผู้อื่นหรือไม่สามารถที่จะแสดงบทบาทของการเป็นผู้ดูแลได้จะมีผลต่อสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลและบุตรอย่างรุนแรง ทำให้ผู้ดูแลมีการรับรู้ถึงสัมพันธภาพระหว่างตัวเองและบุตรไปในลักษณะของความไม่สนิทสนม ในทางตรงกันข้ามถ้าผู้ดูแลมีอัตมโนทัศน์ในด้านบวกก็จะมีแนวโน้มที่จะสร้างสัมพันธภาพที่แน่นแฟ้นกับบุตรได้ดี ซึ่งหมายถึงลักษณะของสัมพันธภาพเป็นไปแบบสัมพันธภาพแบบสนิทสนม (Moore, 1983: 935) Pratt, et al. (1993) ได้ศึกษาปัจจัยต่างๆที่มีผลต่อการตัดสินใจของ ผู้ดูแลในกลุ่มบุตรสาวผู้ดูแลกับผู้ดูแลสูงอายุจำนวน 64 คู่ พบว่าสัมพันธภาพระหว่างบุตรสาวกับผู้ดูแลมีความสัมพันธ์กับการรับรู้พฤติกรรมของผู้ดูแล โดยสัมพันธภาพทางลบ หรือลักษณะของสัมพันธภาพเป็นไปอย่างไม่สนิทสนม จะมีผลให้บุตรสาวรับรู้ถึงพฤติกรรมของผู้ดูแลออกมาทางลบ สำหรับ สัมพันธภาพระหว่างบุตรสาวกับผู้ดูแลที่เป็นไปในทางบวก ลักษณะของสัมพันธภาพจะเป็นไปแบบสนิทสนม บุตรก็จะมี การตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลความเป็นอยู่ของผู้ดูแลในทางบวก การศึกษาดังกล่าวชี้ให้เห็นว่าสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ต้องการดูแล ที่มีสัมพันธภาพต่อกันในทางที่ดี ลักษณะของสัมพันธภาพจะเป็นไปแบบสัมพันธภาพที่สนิทสนม มีความสำคัญมากต่อแนวทางในการตัดสินใจและพฤติกรรมของผู้ดูแล Glasscock (2000: 407) ได้ศึกษาเกี่ยวกับประสบการณ์ของผู้ดูแลในการดูแลเด็กที่ป่วยเป็นโรคสมองพิการ โดยศึกษาจากผู้ดูแล 15 คน พบว่าการที่ผู้ดูแลมีความคิดในทางบวกกับการเป็นผู้ดูแล และสนใจที่จะเรียนรู้เกี่ยวกับโรคของเด็ก จะทำให้เด็กมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ซึ่งการศึกษาของ Hart (1995) ที่ได้ศึกษาวิจัยเพื่อทดสอบทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม โดยศึกษากับหญิงตั้งครรภ์อายุครรภ์ 30 สัปดาห์ขึ้นไป จำนวน 127 คน พบว่าการดูแลตนเองของมารดาที่มีความสัมพันธ์โดยตรงกับการดูแลทารกในครรภ์ และเป็นรากฐานให้เกิดความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลบุตรซึ่งจะพบว่ามีความสัมพันธ์กับน้ำหนักของทารกแรกเกิดอย่างมีนัยสำคัญ

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องสะท้อนให้เห็นว่า สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับเด็กมีผลกระทบต่อความคิด ความเชื่อ ความเข้าใจในตนเองของผู้ดูแล เป็นสิ่งที่สำคัญก่อให้เกิดผู้ดูแลเกิดความพึงพอใจ ทำให้ผู้ดูแลเกิดความผูกพันกับเด็ก ทำให้ผู้ดูแลเกิดความรู้สึกที่ดีต่อการดูแลนั้นแสดงถึงว่าสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับเด็กเป็นไปในลักษณะแบบสนิทสนม เป็นสิ่งที่ช่วยให้ผู้ดูแลมีความสนใจและเอาใจใส่ในการที่จะดูแลเด็ก เกิดแรงจูงใจในการดูแลเด็กซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของพลังความสามารถที่จะทำให้เกิดความสามารถในการดูแล (Orem, 2001: 264) ผู้ดูแลก็จะแสดงออกเกี่ยวกับการสนใจที่จะให้การดูแลเด็ก ซึ่งหมายถึงว่าผู้ดูแลพยายามที่จะใช้ความสามารถ

ของผู้ดูแลมาตอบสนองความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็นของเด็กใน 3 ด้าน ในขณะเดียวกัน สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับเด็กที่ไม่ดีจะก่อให้เกิดความเชื่อ และการประเมินสถานการณ์การดูแลว่าเป็นความเครียดและคุกคาม ลักษณะของสัมพันธภาพจะเป็นไปแบบไม่สนิทสนม ก่อให้เกิดพฤติกรรมดูแลที่ไม่ดีเท่าที่ควร ซึ่งปัจจัยเหล่านี้จะส่งผลให้ผู้ดูแลมีความสามารถในการตอบสนองความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็นของเด็กลดน้อยลง จากที่โอเร็มได้กล่าวว่า สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับเด็กเป็นสิ่งอธิบาย ปัจจัยพื้นฐานด้านครอบครัวอย่างหนึ่ง เป็นสิ่งที่มีอิทธิพลต่อความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องการพึ่งพา (Orem, 2001: 326) จึงพอสรุปได้ว่าสัมพันธภาพที่สนิทสนมระหว่างผู้ดูแลกับเด็กน่าจะเป็นสิ่งสำคัญที่บ่งชี้ถึงความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลเด็กวัยก่อนเรียนที่ติดเชื่อเอชไอวี

5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องในเรื่องการวัดความสามารถของผู้ดูแลมีดังนี้

Filley (1986 cited in Hass, 1990) ได้ดัดแปลงเครื่องมือวัดความสามารถในการดูแลตนเองของเดนิส ปี 1982 โดยเปลี่ยนเป้าประสงค์จากการดูแลตนเองเป็นการดูแลบุคคลที่อยู่ในความรับผิดชอบ ซึ่งเครื่องมือนี้ วัดพลังความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพาตามการรับรู้ ประกอบด้วย ความรู้ ทักษะ และแรงจูงใจ แล้วนำไปศึกษาในผู้ปกครองเด็กทารกที่จำหน่าย จากหน่วยบำบัดพิเศษ จำนวน 30 คน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความสามารถในการดูแลเด็กค่อนข้างสูง และ ยังพบว่าความสามารถในการดูแลเด็กไม่มีความสัมพันธ์กับข้อมูลส่วนบุคคล ด้าน อายุ ระดับการศึกษา รายได้ วัฒนธรรมประเพณี ภาวะสุขภาพและจำนวนบุตร

Schuman (1987 cited in Hass, 1990) ได้ใช้เครื่องมือเดียวกัน ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา ความต้องการการดูแลทางการแพทย์ และจำนวนครั้งที่พยาบาลไปเยี่ยมบ้าน ในผู้ปกครองเด็ก 41 คน ผลการศึกษาพบว่าความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพาอยู่ในระดับสูง แต่ไม่มีความสัมพันธ์กับความต้องการการดูแลทางการแพทย์ และจำนวนครั้งที่พยาบาลไปเยี่ยมบ้าน ไม่มีความสัมพันธ์ระหว่างอายุผู้ปกครอง รายได้ และจำนวนบุตรกับความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา

Hass (1990) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนการเผชิญความเครียด และพลังความสามารถของความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา ของครอบครัวที่ดูแลเด็กที่มีความต้องการการดูแลสุขภาพเป็นพิเศษ โดยใช้เครื่องมือของเดนิสและฟิลเดย์ กลุ่มตัวอย่างจำนวน 230 คน ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยพื้นฐานในเรื่องจำนวนบุตร อายุของผู้ปกครอง เหตุการณ์เปลี่ยนแปลงในชีวิต สามารถทำนายพลังความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพาได้ แต่สถานภาพสมรส ระดับเศรษฐกิจฐานะ ไม่สามารถทำนายพลังความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพาได้

แบบแผนการเผชิญความเครียด ร่วมกับปัจจัยพื้นฐานที่ศึกษาทั้งหมดสามารถทำนายพลังความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพาได้

Moore (1993) ได้ศึกษาตัวชี้วัดการปฏิบัติกรรมการดูแลตนเองของเด็ก : ทดสอบทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม เป็นการหาความสัมพันธ์ระหว่างการปฏิบัติกรรมการดูแลตนเองของเด็ก ปัจจัยพื้นฐาน ความสามารถในการดูแลตนเองของเด็ก และความสามารถในการดูแลของมารดา โดยการวิจัยเชิงบรรยาย แบบการหาความสัมพันธ์ การสุ่มตัวอย่างโดยไม่ใช้หลักความน่าจะเป็น เป็นนักเรียนจำนวน 414 คน การศึกษาอย่างต่ำเกรดสี่ เป็นมารดาจำนวน 50 คน มีค่าอำนาจจำแนก .09 ปัจจัยพื้นฐาน ประกอบด้วย อายุเด็ก เพศ การศึกษา ปัจจัยครอบครัว แบบแผนการดำเนินชีวิต สถานะทางครอบครัว สถานะสมรส อาชีพ เชื้อชาติ ภาวะสุขภาพ สถานะทางสังคม สำหรับการวัดพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองของเด็กความสามารถในการดูแลของมารดา ใช้เครื่องมือ The Dependent Care Agent Questionnaire (DCA) ที่สร้างขึ้นโดย Moore และ Gaffney ในปี 1989 ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยพื้นฐานเป็นตัวชี้วัดพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองของเด็ก ได้ 19 % และปัจจัยแต่ละตัวไม่ได้เป็นตัวชี้ของพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองของเด็กยกเว้น อายุและภาวะสุขภาพ ความสามารถในการดูแลตนเองของเด็กมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการดูแลตนเองของเด็ก และเป็นตัวที่สามารถทำนายได้ ความสามารถของมารดาในการดูแลเด็กมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองของเด็ก

Moore และ Gaffney (1996) ได้ศึกษาเพื่อทดสอบทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม เรื่องความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลเด็ก เป็นการวิจัยเชิงบรรยายโดยการหาความสัมพันธ์ โดยศึกษาหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐานและความสามารถของมารดาในการปฏิบัติเพื่อดูแลเด็ก ใช้หลักการสุ่มตัวอย่างโดยไม่ใช้หลักความน่าจะเป็น แบบตามสะดวกหรือตามความสมัครใจ ศึกษาในมารดาของเด็ก จำนวน 380 คน ที่มีบุตรตั้งแต่ อายุระหว่าง 1-16 ปี ศึกษาในโรงเรียนอนุบาล 3 แห่ง โรงเรียนประถม 3 แห่ง และโรงเรียนมัธยม 1 แห่งในรัฐเวอร์จิเนีย เลือกร้อยปัจจัยพื้นฐานที่นำมาศึกษาคือ อายุมารดา เชื้อชาติ สถานภาพของมารดา สถานภาพทางสังคม จำนวน ชั่วโมงในการทำงานของมารดา อายุเด็ก เพศของเด็ก ลำดับการเกิดของเด็ก สถานภาพของเด็ก จำนวนพี่น้อง ปัญหาสุขภาพของเด็ก โดยใช้เครื่องมือ The Dependent Care Agent Questionnaire (DCA) ที่สร้างขึ้นโดย Moore และ Gaffney ในปี 1989 ผลการศึกษาพบว่าสมมติฐานเรื่องปัจจัยพื้นฐานมีอิทธิพลต่อความสามารถของผู้ดูแลในการปฏิบัติเพื่อดูแลเด็กได้รับการสนับสนุน 13% ที่ระดับนัยสำคัญ .0001 ปัจจัยพื้นฐานอันได้แก่ อายุมารดา จำนวนชั่วโมงในการประกอบอาชีพของมารดา และอายุเด็ก มีความสัมพันธ์กับความสามารถของมารดาในการปฏิบัติเพื่อดูแลเด็ก และพบว่า เชื้อชาติ และอายุเด็กสามารถเป็นตัวทำนายของความสามารถของผู้ดูแลในการปฏิบัติเพื่อดูแลเด็กได้

Moore และ Mosher (1997) ได้ศึกษาการตอบสนองของเด็กและมารดา ต่อโรคมะเร็ง : การดูแลตนเอง และ ความวิตกกังวล โดยมีวัตถุประสงค์ที่จะศึกษาการตอบสนองของเด็กและมารดาในเรื่องการดูแลตนเอง และความวิตกกังวลต่อโรคมะเร็ง เป็นการศึกษาเด็กอายุระหว่าง 9 – 18 ปีและมารดา จำนวน 74 คู่ ที่คลินิกเนื้องอก (Oncology Clinics) โดยสอบถามเด็กในการปฏิบัติการการดูแลตนเอง และระดับความวิตกกังวลของเด็ก และในมารดาสอบถามในการปฏิบัติเพื่อดูแลเด็ก ระดับความวิตกกังวลของมารดา และปัจจัยส่วนบุคคล ผลการศึกษาพบว่าในเด็กและมารดาที่ได้รับการรักษาโดยรังสีสิ้นสุดแล้วมีการตัดสินใจ (adjustment) ที่ดีกว่ากลุ่มเด็กและมารดาที่ยังได้รับการฉายรังสีอยู่ ปัจจัยพื้นฐานเป็นตัวชี้ในเรื่องการปฏิบัติการดูแลตนเองของเด็ก ระดับความวิตกกังวลของเด็กการปฏิบัติเพื่อดูแลเด็ก และระดับความวิตกกังวลของมารดา ซึ่งการรับรู้ของเด็กและการรับรู้ของมารดา มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญ สำหรับปัจจัยพื้นฐานที่ได้ศึกษาอันได้แก่ อายุ เพศ ภาวะสุขภาพ ปัจจัยทางด้านสังคมประเพณีวัฒนธรรม เป็นตัวชี้ในการปฏิบัติเพื่อดูแลเด็กของมารดาได้ 9.2 % ที่ระดับนัยสำคัญ 0.000

Mosher และ Moore (1998) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างอัตมโนทัศน์ และการดูแลตนเอง ในเด็กที่เป็นมะเร็ง โดยศึกษาหาความสัมพันธ์ระหว่าง การดูแลตนเอง การดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา ปัจจัยพื้นฐานของเด็กที่เป็นมะเร็ง โดยเปรียบเทียบระหว่างเด็กที่กำลังได้รับการรักษาและสิ้นสุดการรักษา โดยใช้ทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็มเป็นกรอบแนวคิด โดยใช้การวิจัยเชิงบรรยายและหาความสัมพันธ์ สุ่มตัวอย่างโดยไม่ใช้หลักความน่าจะเป็นกลุ่มตัวอย่างเป็นเด็กอายุ 9 – 18 ปี และมารดาจำนวน 74 คู่ ในคลินิกเนื้องอก 2 แห่งใน มิชิแกนและอินดีแอนา สหรัฐอเมริกา ซึ่งมีค่าอำนาจความจำแนก ที่ .80 โดยใช้ระดับความมีนัยสำคัญที่ .05 โดยศึกษาเรื่องอัตมโนทัศน์ของเด็ก การปฏิบัติเพื่อดูแลตนเองของเด็ก การปฏิบัติของมารดาในการดูแลเด็ก ปัจจัยพื้นฐาน อันได้แก่ อายุ เพศ ปัจจัยทางสังคม ภาวะสุขภาพ ผลการศึกษาพบว่ามีความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร เด็กที่มีอัตมโนทัศน์สูงจะมีการดูแลตนเองที่สูงกว่าและจะได้รับการปฏิบัติจากมารดามากกว่า สำหรับมีอัตมโนทัศน์ระหว่างเด็กที่กำลังได้รับการรักษาและสิ้นสุดการรักษาไม่มีความแตกต่างกัน สำหรับปัจจัยพื้นฐานที่ใช้ในการศึกษา ได้แก่ อายุเด็ก เพศ สถานะทางสังคม ภาวะสุขภาพ พบว่าอายุมีความสัมพันธ์กับอัตมโนทัศน์ของเด็ก สำหรับตัวแปรอื่นไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญ

งานวิจัยในประเทศไทย

อัจฉรียา ปทุมวัน (2534) ศึกษาแรงสนับสนุนทางสังคมกับความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลเด็กป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวเฉียบพลันชนิดลิมโฟโบลาส โดยหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐานด้านอายุ สถานภาพสมรส ระยะเวลาในการศึกษา รายได้ครอบครัว จำนวนบุตร ระยะเวลาในการดูแล และแรงสนับสนุนทางสังคมกับความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลเด็กกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลเด็กที่เลือกแบบเจาะจงจำนวน 100 ราย แบบสอบถามความสามารถ

ในการดูแลใช้แบบวัดความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพาของ เดนิสและฟิลเดย์ ผลการศึกษาพบว่า อายุ ระยะเวลาในการศึกษา ระยะเวลาในการดูแล และแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลเด็ก พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคม ระยะเวลาในการดูแล ระยะเวลาในการศึกษา และอายุ สามารถทำนายความสามารถในการดูแลเด็กได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และแรงสนับสนุนทางสังคมเป็นตัวทำนายที่ดีที่สุด ซึ่งตัวแปรทั้งหมดสามารถอธิบายความแปรปรวนความสามารถของผู้ดูแลได้ร้อยละ 42 ที่ระดับนัยสำคัญ.001

สกาวรัตน์ พวงจันทร์ (2538) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐานผลกระทบการเจ็บป่วยเรื้อรังของบุตรต่อครอบครัวกับความสามารถของมารดาในการดูแลบุตรที่เจ็บป่วยเรื้อรัง กลุ่มตัวอย่างเป็นมารดาเด็กที่เจ็บป่วยโรคเรื้อรังจำนวน 120 คน ความสามารถในการดูแลบุตรของมารดาใช้เครื่องมือของเอเวอร์ส ผลการศึกษาพบว่าระดับการศึกษาของมารดามีความสัมพันธ์กับความสามารถของมารดา และเป็นตัวทำนายได้ร้อยละ 8.38

เฉลิม วงษ์จันทร์ (2539) ศึกษาหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐาน การสนับสนุนทางสังคมและความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลเด็กสมองพิการ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลเด็กสมองพิการ จำนวน 80 ราย ความสามารถของผู้ดูแลใช้แบบวัดความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพาของ เดนิสและฟิลเดย์ ผลการศึกษาพบว่า การสนับสนุนทางสังคมระดับความรุนแรงของความพิการของเด็ก อายุของผู้ดูแล มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถของผู้ดูแล และพบว่าการสนับสนุนทางสังคมและระดับความรุนแรงของความพิการ สามารถร่วมทำนายความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลเด็กสมองพิการได้ร้อยละ 33.44 ที่ระดับนัยสำคัญ .001

สุทิดา ล่ามช้างและโปร่งนภา อัครชิโนเรศ (2541) ศึกษาบทบาทผู้ปกครองในการดูแลเด็กติดเชื้อเอชไอวี กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ปกครองเด็ก จำนวน 111 ราย แบบสัมภาษณ์บทบาทของผู้ปกครอง แบ่งเป็นพฤติกรรมดูแลสุขภาพเด็กทั่วไป และพฤติกรรมดูแลเมื่อเด็กเจ็บป่วย ผลการศึกษาพบว่า ระดับการศึกษา และรายได้ของครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับบทบาทของผู้ปกครอง

ศิริกาญจนา เอกสิริไตรรัตน์ (2543) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะส่วนบุคคล ความรู้เรื่องหอบหืด ความเชื่อมั่นในความสามารถ การสนับสนุนทางสังคม กับความสามารถของมารดาในการดูแลบุตรอายุ 0-6 ปี กลุ่มตัวอย่างเป็นมารดาเด็กป่วยโรคหอบหืดจำนวน 101 คน ผลการศึกษาพบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถของมารดาในการดูแลบุตร ได้แก่ รายได้ของครอบครัว ความรู้เรื่องโรคหอบหืด ความเชื่อมั่นในความสามารถของตน และการสนับสนุนทางสังคม ปัจจัยที่สามารถทำนายความสามารถของมารดาในการดูแลบุตรโรคหอบหืดคือความรู้เรื่องโรคหอบหืด และการสนับสนุนทางสังคม โดยสามารถร่วมอธิบายความสามารถของมารดาในการดูแลบุตรได้ร้อยละ 32.0

จากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องพบว่า การศึกษาแนวคิดการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพายังค่อนข้างจำกัด ตลอดจนผลของการศึกษายังไม่ค่อยแน่นอน จึงมีความจำเป็นที่จะต้องทำการศึกษาวิจัยเพิ่มเติมเพื่อพัฒนาองค์ความรู้ทางการพยาบาลต่อไป

จากกรอบแนวคิดดังกล่าวข้างต้นสามารถสรุปเป็นแผนภาพได้ดังนี้



บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive research) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง อายุของผู้ดูแล ระดับการศึกษา ประสบการณ์การเลี้ยงดูเด็ก การสนับสนุนทางสังคม และสัมพันธภาพแบบสนิทสนมระหว่างผู้ดูแลกับเด็ก กับความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลเด็ก วัยก่อนเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวี

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้ดูแลเด็กวัยก่อนเรียนอายุ 3-6 ปีที่ติดเชื้อเอชไอวี ที่มี คุณสมบัติดังต่อไปนี้

1. เป็นผู้ทำหน้าที่ให้การดูแลหลัก
2. รับรู้การวินิจฉัยโรคของเด็ก
3. ไม่มีปัญหาการพูด การฟัง ในการติดต่อสื่อสาร
4. ผู้ดูแลสามารถช่วยเหลือตัวเองได้ไม่มีอาการเจ็บป่วยที่รุนแรงที่ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

5. เป็นผู้ดูแลที่นำเด็กมารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาล โดยที่เด็กไม่มีอาการเจ็บป่วยที่รุนแรงที่ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลในฐานะผู้ป่วยใน

กลุ่มตัวอย่าง ที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ได้มาจากการสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งกลุ่ม (cluster sampling) โดยมีการดำเนินการดังนี้

1. แบ่งประชากรที่จะศึกษา โดยแบ่งตามโรงพยาบาลที่มีคลินิกสำหรับเด็กติดเชื้อเอชไอวี
2. ทำการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย โดยการจับสลากเพื่อเลือกโรงพยาบาลที่เป็นตัวแทน ซึ่งได้โรงพยาบาลบาราศนราดรุร จ. นนทบุรี เป็นตัวแทน การวิจัยครั้งนี้ศึกษาในผู้ป่วยที่มีลักษณะตามประชากรทั้งหมด

3. การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างตามสูตรของ Thorndike (Thorndike, 1978 cited in Prescott, 1987: 130)

สูตร $n > 10k+50$ n = จำนวนกลุ่มตัวอย่าง k = จำนวนตัวแปรอิสระ

ผลการคำนวณได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 101 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

1. แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแล ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วย

อายุของผู้ดูแล มีหน่วยเป็นปี

ระดับการศึกษา การศึกษาตามหลักสูตรของกระทรวงศึกษาที่ผู้ดูแลได้รับประเมิน โดยเครื่องมือที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยนับตามจำนวนปีของระดับการศึกษาที่ผู้ดูแลได้รับสูงสุด

ประสบการณ์ในการเลี้ยงดูเด็ก ประเมินโดยเครื่องมือที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยสัมภาษณ์ ประสบการณ์ในอดีตในการเลี้ยงดูเด็ก แบ่งเป็น 2 ชนิด คือ ผู้ดูแลที่เคยมีประสบการณ์การเลี้ยงดูเด็ก มาก่อน กับ ผู้ดูแลที่ไม่เคยมีประสบการณ์การเลี้ยงดูเด็กมาก่อน

2. แบบสัมภาษณ์ความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลเด็กวัยก่อนเรียนที่ติดเชื้อ เอชไอวี

แบบสัมภาษณ์ความสามารถของผู้ดูแลเด็กวัยก่อนเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวี เป็นแบบ สัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ตามแนวคิดของโอเรียม เกี่ยวกับความสามารถของผู้ดูแลที่สะท้อนออกมาให้เห็นจากการปฏิบัติในการตอบสนองความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็นของเด็ก ประกอบด้วยข้อความที่เกี่ยวกับการตอบสนองความต้องการการดูแลจำเป็นพื้นฐานของเด็ก 3 ด้าน ได้แก่ การตอบสนองความจำเป็นโดยทั่วไปของเด็ก, การตอบสนองตามระยะพัฒนาการของเด็ก และ การตอบสนองตามภาวะเป็ียงเบนด้านสุขภาพของเด็ก แบบสัมภาษณ์ความสามารถของผู้ดูแลเด็กวัยก่อนเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวีนี้ ประกอบด้วยคำถามจำนวน 55 ข้อ เป็นข้อคำถามลักษณะเชิงบวก 53 ข้อ ข้อคำถามลักษณะเชิงลบ 2 ข้อ (ข้อ 40, 41) ดังนี้

การตอบสนองความจำเป็นโดยทั่วไปของเด็ก (ข้อ 1,2,6,7,19,20,21,22,23,24,25)	จำนวน 11 ข้อ
--	--------------

การตอบสนองตามระยะพัฒนาการของเด็ก (ข้อ 4,5,11,12,13,15,16,27,29,30,31,33,34)	จำนวน 13 ข้อ
--	--------------

การตอบสนองตามภาวะเป็ียงเบนด้านสุขภาพของเด็ก (ข้อ 3,8,9,10,14,17,18,26,28,32,35,36 – 55)	จำนวน 31 ข้อ
---	--------------

ลักษณะของแบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ให้คะแนน ดังนี้

ทำเป็นประจำ หมายถึง มีการปฏิบัติกิจกรรมนั้นทุกครั้ง	ให้ 5 คะแนน
---	-------------

ทำบ่อย หมายถึง มีการปฏิบัติกิจกรรมนั้นแทบทุกครั้ง	ให้ 4 คะแนน
---	-------------

ทำบ้างไม่ทำบ้าง หมายถึง บางครั้งปฏิบัติกิจกรรมนั้น	
--	--

บางครั้งไม่ปฏิบัติกิจกรรมนั้นพอๆกัน	ให้ 3 คะแนน
-------------------------------------	-------------

นานๆทำครั้ง หมายถึง มีการปฏิบัติกิจกรรมนั้นเป็นบางครั้ง	ให้ 2 คะแนน
---	-------------

ไม่เคยทำเลย หมายถึง ไม่เคยมีการปฏิบัติกิจกรรมนั้นเลย	ให้ 1 คะแนน
--	-------------

แบบสัมภาษณ์ทั้งหมด กำหนดให้ผู้ตอบเลือกเพียงข้อละ 1 คำตอบ โดยทำเครื่องหมาย / ลงในช่องที่กำหนด สำหรับข้อคำถามที่มีลักษณะเชิงลบ มีการกลับคะแนนก่อนจะนำมาคิดคะแนนรวม

การคิดคะแนนความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลเด็กวัยก่อนเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวีคิดโดยรวม ซึ่งมีคะแนนรวมอยู่ระหว่าง 55 - 275 คะแนน ผู้ที่ได้คะแนนมากคือมีความสามารถในการดูแลเด็กวัยก่อนเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวีมาก ผู้ที่ได้คะแนนน้อยคือมีความสามารถในการดูแลเด็กวัยก่อนเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวีน้อย การตัดสินคะแนนกำหนดเกณฑ์โดยผู้ทรงคุณวุฒิทางด้านการพยาบาลเด็กที่ติดเชื้อเอชไอวี จำนวน 3 ท่าน ดังนี้

คะแนนต่ำกว่าร้อยละ 60 (น้อยกว่า 165 คะแนน) หมายถึง มีความสามารถในการดูแลเด็กวัยก่อนเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวีอยู่ในระดับต่ำ

คะแนนร้อยละ 60 – 79 (165 – 219 คะแนน) หมายถึง มีความสามารถในการดูแลเด็กวัยก่อนเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวีอยู่ในระดับปานกลาง

คะแนนร้อยละ 80 ขึ้นไป (มากกว่า 219 คะแนน) หมายถึง มีความสามารถในการดูแลเด็กวัยก่อนเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวีอยู่ในระดับสูง

3. แบบสัมภาษณ์การสนับสนุนทางสังคม

การประเมินการสนับสนุนทางสังคมเป็นแบบสัมภาษณ์การประเมินความคิดเห็นหรือความรู้สึกของผู้ดูแลต่อการได้รับการช่วยเหลือทางสังคม ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยผู้วิจัยศึกษาการสนับสนุนทางสังคมตามแนวคิดของ Thoits (1986) และ Pender (1996) การสนับสนุนทางสังคม ประกอบด้วย การสนับสนุนจาก 5 แหล่งคือ บุคคลในครอบครัว เพื่อน บุคลากรและความเชื่อทางศาสนา บุคลากรทางโรงพยาบาล และกลุ่มช่วยเหลือซึ่งกันและกัน แต่ละแหล่งให้การสนับสนุนใน 3 ด้านคือ ด้านอารมณ์สังคม ด้านข้อมูลข่าวสาร และด้านทรัพยากร

แบบสัมภาษณ์การสนับสนุนทางสังคมนี้ ลักษณะของแบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ประกอบด้วยคำถามจำนวน 37 ข้อ ดังนี้

มากที่สุด หมายถึง ข้อความนั้นเป็นจริงมากที่สุดหรือได้รับการสนับสนุนทางสังคมตาม ข้อความนั้นในระดับมากที่สุด ให้ 5 คะแนน

มาก หมายถึง ข้อความนั้นเป็นจริงมากหรือได้รับการสนับสนุนทางสังคมตาม ข้อความนั้นในระดับมาก ให้ 4 คะแนน

ปานกลาง หมายถึง ข้อความนั้นเป็นจริงปานกลางหรือได้รับการสนับสนุนทางสังคมตาม ข้อความนั้นในระดับปานกลาง ให้ 3 คะแนน

น้อย หมายถึง ข้อความนั้นเป็นจริงน้อยหรือได้รับการสนับสนุนทางสังคมตาม ข้อความนั้นในระดับน้อย ให้ 2 คะแนน

น้อยที่สุด หมายถึง ข้อความนั้นเป็นจริงน้อยที่สุดหรือได้รับการสนับสนุนทางสังคมตามข้อความนั้นในระดับน้อยที่สุด ให้ 1 คะแนน

การคิดคะแนนการสนับสนุนทางสังคม คิดโดยรวม ซึ่งมีคะแนนรวมอยู่ระหว่าง 37 - 185 คะแนน ผู้ที่ได้คะแนนมากคือผู้ที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมมาก ผู้ที่ได้รับคะแนนน้อยคือผู้ที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมน้อย

4. แบบสัมภาษณ์สัมพันธภาพแบบสนิสนระหว่างผู้ดูแลกับเด็ก

การประเมินความสัมพันธ์สนิสนระหว่างผู้ดูแลกับเด็กเป็นแบบสัมภาษณ์ เป็นการประเมินความคิดเห็นหรือความรู้สึกของผู้ดูแลที่มีต่อเด็ก โดยใช้เครื่องวัดความใกล้ชิดสนิสนของ Walker และ Thompson (1983) ซึ่งข้อคำถามมีจำนวน 17 ข้อ มีค่าอัลฟาระหว่าง 0.91-0.97 เมื่อเพียงใจ ตีรไพรวงส์ (2540) นำเครื่องมือมาแปลและพัฒนาให้เหมาะสมกับงานวิจัยสำหรับวัดสมาชิกครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง แล้วนำมาตรวจสอบความเที่ยงของ ความสอดคล้องภายใน หาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของเครื่องมือ กับสมาชิกครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีลักษณะเหมือนกลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟา 0.90 และเมื่อในไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 80 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟา 0.91 จากเหตุผลที่เครื่องมือดังกล่าวได้ปรับลักษณะข้อคำถามให้เหมาะสมกับบุตรซึ่งเป็นผู้ใหญ่และผู้ดูแลซึ่งเป็นผู้สูงอายุข้อคำถามบางข้อจึงไม่สามารถที่จะใช้ได้กับการวิจัยครั้งนี้ เนื่องจากเป็นลักษณะของสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลและเด็กวัยก่อนเรียน การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยนำเอาเครื่องมือของ Walker และ Thompson (1983) มาใช้โดย ผู้วิจัยได้นำมาแปลและปรับค่าในข้อคำถามใหม่ให้เหมาะสมกับผู้ดูแลเด็กที่ติดเชื้อเอชไอวีที่เป็นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย และปรับเกณฑ์ในการให้คะแนนเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ

ลักษณะของข้อคำถามให้คะแนนดังนี้

ตลอดเวลา หมายถึง ผู้ดูแลรู้สึกเช่นนี้ตลอดเวลา	ให้ 5 คะแนน
บ่อยครั้ง หมายถึง ผู้ดูแลรู้สึกเช่นนี้บ่อยครั้ง	ให้ 4 คะแนน
บางครั้ง หมายถึง ผู้ดูแลรู้สึกเช่นนี้บางครั้ง	ให้ 3 คะแนน
น้อยมาก หมายถึง ผู้ดูแลรู้สึกเช่นนี้น้อยมาก	ให้ 2 คะแนน
ไม่เคย หมายถึง ผู้ดูแลไม่เคยรู้สึกเช่นนี้เลย	ให้ 1 คะแนน

การคิดคะแนนคิดคะแนนโดยรวม มีระดับคะแนน 17 -85 คะแนน คะแนนสูงหมายถึงสัมพันธภาพแบบสนิสนระหว่างผู้ดูแลกับเด็กดี คะแนนต่ำหมายถึงสัมพันธภาพแบบสนิสนระหว่างผู้ดูแลกับเด็กไม่ดี

ผู้วิจัยนำเครื่องมือแบบสัมภาษณ์ที่สร้างขึ้นให้อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ตรวจแก้ไขขึ้นต้น ก่อนนำไปตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ในการศึกษาวิจัยนี้ ผู้วิจัยหาคุณภาพของเครื่องมือ โดยการหาความเที่ยงและความตรงดังนี้

1. แบบสัมภาษณ์ความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลเด็กวัยก่อนเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวี

1.1 การหาความตรงเชิงเนื้อหา ผู้วิจัยนำแบบสัมภาษณ์ที่สร้างขึ้นผ่านการแนะนำจากอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ แล้วดำเนินการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือโดย ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่สร้างขึ้นไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน พิจารณาความตรงตามเนื้อหา ความถูกต้องเหมาะสมของภาษา และผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน พิจารณาคุณภาพเครื่องมือในภาพรวมทุกด้าน โดยดำเนินการดังนี้

การคัดเลือกผู้ทรงคุณวุฒิ ในการพิจารณาแบบสัมภาษณ์ คัดเลือกผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ที่มีคุณวุฒิการศึกษาไม่ต่ำกว่าปริญญาโท และมีผลงานเผยแพร่ทางวิชาการ ได้แก่ หนังสือ ตำรา การสอน การวิจัย ที่เกี่ยวข้องกับ ทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม และการพยาบาลเด็กที่ติดเชื้อเอชไอวี

การพิจารณาความตรงตามเนื้อหา โดยกำหนดระดับของการให้ค่าคะแนนความตรงตามเนื้อหาของข้อคำถามแต่ละข้อ 4 ระดับ ดังนี้

- 1 หมายถึง คำถามไม่สอดคล้องกับคำนิยามเลย
- 2 หมายถึง คำถามจำเป็นต้องได้รับการพิจารณาทบทวน และปรับปรุงอย่างมากจึงจะสอดคล้องกับคำนิยาม
- 3 หมายถึง คำถามจำเป็นต้องได้รับการพิจารณาทบทวน และปรับปรุงเล็กน้อยจึงจะสอดคล้องกับคำนิยาม
- 4 หมายถึง คำถามมีความสอดคล้องกับคำนิยาม

หลังจากนั้นผู้วิจัยนำข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิมาพิจารณาปรับปรุงแก้ไขให้สมบูรณ์ร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา ตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ

การหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) ใช้เกณฑ์การตัดสินคุณภาพของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย โดยใช้เกณฑ์ $CVI = 0.8$ ขึ้นไป (Hambleton, 1975 อ้างถึงใน บุญใจ ศรีสถิตยัณราภรณ์, 2544: 224) ซึ่งค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาของแบบสัมภาษณ์มีค่าเท่ากับ 0.82

1.2 การหาความเที่ยง (Reliability) ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ผ่านการทดสอบความตรงด้านเนื้อหาไปทดลองใช้กับประชากรที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่จะศึกษา คือเป็นผู้ดูแลเด็กที่ติดเชื้อเอชไอวี ที่มาโรงพยาบาลบาราศนราดรุร จ. นนทบุรี จำนวน 30 ราย แล้วนำคำตอบที่ได้ มาคำนวณหาค่าความเที่ยงโดยใช้สูตร สัมประสิทธิ์แอลฟา ของครอนบาค

(Cronbrach Coefficient Alpha) ซึ่งผลการวิเคราะห์ได้ค่าความเที่ยงที่ได้จากการทดลองใช้เครื่องมือ เท่ากับ .94 จากนั้น นำมาพิจารณาค่าสหสัมพันธ์ระหว่างข้อกระทงแต่ละข้อ (Corrected Item Total Correlation) เพื่อดูว่าข้อใดควรปรับปรุงแก้ไข และได้ปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อทำการปรับปรุงแก้ไข ให้ข้อคำถามมีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น จากนั้นผู้วิจัยนำแบบสัมภาษณ์ที่ผ่านการหาความตรงตามเนื้อหาและความเที่ยงแล้ว ไปใช้เก็บข้อมูลจริงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 101 คน หาราค่าความเที่ยงซ้ำอีกครั้ง ได้ค่าความเที่ยง เท่ากับ .93

2. แบบสัมภาษณ์การสนับสนุนทางสังคม

2.1 การหาความตรงเชิงเนื้อหา ผู้วิจัยนำแบบสัมภาษณ์ที่สร้างขึ้นผ่านการแนะนำจากอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ แล้วดำเนินการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือโดย ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่สร้างขึ้นไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน พิจารณาความตรงตามเนื้อหา ความถูกต้องเหมาะสมของภาษา และผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน พิจารณาคุณภาพเครื่องมือในภาพรวมทุกด้าน โดยดำเนินการดังนี้

การคัดเลือกผู้ทรงคุณวุฒิ ในการพิจารณาแบบสัมภาษณ์ คัดเลือกผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ที่มีคุณวุฒิการศึกษาไม่ต่ำกว่าปริญญาโท และมีผลงานเผยแพร่ทางวิชาการ ได้แก่ หนังสือ ตำรา การสอน การวิจัย ที่เกี่ยวข้องกับ การสนับสนุนทางสังคม

การพิจารณาความตรงตามเนื้อหา โดยกำหนดระดับของการให้ค่าคะแนนความตรงตามเนื้อหาของข้อคำถามแต่ละข้อ 4 ระดับ ดังนี้

- 4 หมายถึง คำถามไม่สอดคล้องกับคำนิยามเลย
- 5 หมายถึง คำถามจำเป็นต้องได้รับการพิจารณาทบทวน และปรับปรุงอย่างมากจึงจะสอดคล้องกับคำนิยาม
- 6 หมายถึง คำถามจำเป็นต้องได้รับการพิจารณาทบทวน และปรับปรุงเล็กน้อยจึงจะสอดคล้องกับคำนิยาม
- 4 หมายถึง คำถามมีความสอดคล้องกับคำนิยาม

หลังจากนั้นผู้วิจัยนำข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิมาพิจารณาปรับปรุงแก้ไขให้สมบูรณ์ร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา ตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ

การหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) ใช้เกณฑ์การตัดสินคุณภาพของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย โดยใช้เกณฑ์ CVI = 0.8 ขึ้นไป (Hambleton, 1975 อ้างถึงใน บุญใจ ศรีสถิตยัณราภรณ์, 2544: 224) ซึ่งค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาของแบบสัมภาษณ์ มีค่าเท่ากับ 0.84

2.2 การหาความเที่ยง (Reliability) ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ผ่านการทดสอบความตรงด้านเนื้อหาไปทดลองใช้กับประชากรที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่จะศึกษา คือเป็นผู้ดูแลเด็กที่ติดเชื้อเอชไอวี ที่มาโรงพยาบาลบำราศนคราตุร จ. นนทบุรี จำนวน 30 ราย แล้วนำคำตอบที่ได้มาคำนวณหาค่าความเที่ยงโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟา ของครอนบาค (Cronbrach Coefficient Alpha) ซึ่งผลการวิเคราะห์ได้ค่าความเที่ยงที่ได้จากการทดลองใช้เครื่องมือ เท่ากับ .87 จากนั้นนำมาพิจารณาค่าสหสัมพันธ์ระหว่างข้อกระทงแต่ละข้อ (Corrected Item Total Correlation) เพื่อดูว่าข้อใดควรปรับปรุงแก้ไข และได้ปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อทำการปรับปรุงแก้ไข ให้ข้อคำถามมีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น จากนั้นผู้วิจัยนำแบบสัมภาษณ์ที่ผ่านการหาความตรงตามเนื้อหาและความเที่ยงแล้ว ไปใช้เก็บข้อมูลจริงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 101 คน หาค่าความเที่ยงซ้ำอีกครั้ง ได้ค่าความเที่ยง เท่ากับ .84

3. แบบสัมภาษณ์สัมพันธ์ภาพแบบสนทนาระหว่างผู้ดูแลกับเด็ก

3.1 การหาความตรงเชิงเนื้อหา ผู้วิจัยนำแบบสัมภาษณ์ที่สร้างขึ้นผ่านการแนะนำจากอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ แล้วดำเนินการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือโดย ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่สร้างขึ้นไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน พิจารณาความตรงตามเนื้อหา ความถูกต้องเหมาะสมของภาษา และผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน พิจารณาคุณภาพเครื่องมือในภาพรวมทุกด้าน โดยดำเนินการดังนี้

การคัดเลือกผู้ทรงคุณวุฒิ ในการพิจารณาแบบสัมภาษณ์ คัดเลือกผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ที่มีคุณวุฒิการศึกษาไม่ต่ำกว่าปริญญาโท และมีผลงานเผยแพร่ทางวิชาการ ได้แก่ หนังสือ ตำรา การสอน การวิจัย ที่เกี่ยวข้องกับด้านจิตวิทยา

การพิจารณาความตรงตามเนื้อหา โดยกำหนดระดับของการให้ค่าคะแนนความตรงตามเนื้อหาของข้อคำถามแต่ละข้อ 4 ระดับ ดังนี้

- 1 หมายถึง คำถามไม่สอดคล้องกับคำนิยามเลย
- 2 หมายถึง คำถามจำเป็นต้องได้รับการพิจารณาทบทวน และปรับปรุงอย่างมากจึงจะสอดคล้องกับคำนิยาม
- 3 หมายถึง คำถามจำเป็นต้องได้รับการพิจารณาทบทวน และปรับปรุงเล็กน้อยจึงจะสอดคล้องกับคำนิยาม
- 4 หมายถึง คำถามมีความสอดคล้องกับคำนิยาม

หลังจากนั้นผู้วิจัยนำข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิมาพิจารณาปรับปรุงแก้ไขให้สมบูรณ์ร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา ตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ

การหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) ใช้เกณฑ์การตัดสินคุณภาพของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย โดยใช้เกณฑ์ CVI = 0.8 ขึ้นไป (Hambleton, 1975 อ้างถึงใน บุญใจ ศรีสถิตยัณรากร, 2544: 224) ซึ่งค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาของแบบสัมภาษณ์มีค่าเท่ากับ 0.90

1.2 การหาความเที่ยง (Reliability) ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ผ่านการทดสอบความตรงด้านเนื้อหาไปทดลองใช้กับประชากรที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่จะศึกษา คือเป็นผู้ดูแลเด็กที่ติดเชื้อเอชไอวี ที่มาโรงพยาบาลบาราศนราดรุร จ. นนทบุรี จำนวน 30 ราย แล้วนำคำตอบที่ได้มาคำนวณหาค่าความเที่ยงโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟา ของครอนบาค (Cronbrach Coefficient Alpha) ซึ่งผลการวิเคราะห์ได้ค่าความเที่ยงที่ได้จากการทดลองใช้เครื่องมือ เท่ากับ .93 จากนั้นนำมาพิจารณาค่าสหสัมพันธ์ระหว่างข้อกระทงแต่ละข้อ (Corrected Item Total Correlation) เพื่อดูว่าข้อใดควรปรับปรุงแก้ไข และได้ปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อทำการปรับปรุงแก้ไข ให้ข้อคำถามมีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น จากนั้นผู้วิจัยนำแบบสัมภาษณ์ที่ผ่านการหาความตรงตามเนื้อหาและความเที่ยงแล้ว ไปใช้เก็บข้อมูลจริงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 101 คน หาค่าความเที่ยงซ้ำอีกครั้ง ได้ค่าความเที่ยง เท่ากับ .95

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยนำหนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูลวิจัยจากคณบดี คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ไปมอบแก่ผู้อำนวยการโรงพยาบาลบาราศนราดรุร เพื่อขออนุมัติเก็บข้อมูล ภายหลังได้รับอนุมัติแล้ว ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล, หัวหน้าแผนกผู้ป่วยนอกเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ในการวิจัยและขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูลตามวันและเวลา ดังต่อไปนี้คือ

ในวันจันทร์ เวลา 13.00 – 16.00 น. และในวันพุธ เวลา 08.00 – 12.00 น.

จากนั้นผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลตามขั้นตอน ดังนี้

1. ผู้วิจัยทำการคัดเลือกเด็กวัยก่อนเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวี โดยศึกษาจากเวชระเบียน
2. เมื่อได้กลุ่มวัยก่อนเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวีแล้ว ผู้วิจัยได้ขอความร่วมมือจากพยาบาล

ผู้ทำงานในคลินิก เป็นผู้แนะนำในการขอความร่วมมือจากผู้ดูแล เมื่อผู้ดูแลเด็กตกลงให้ความร่วมมือ พยาบาลจะแนะนำผู้วิจัยแก่ผู้ดูแล ผู้วิจัยจะพาผู้ดูแลไปนั่งสัมภาษณ์ในสถานที่ที่เป็น สัตว์ส่วน ไม่มีผู้คนพลุกพล่าน โดยใช้สถานที่ข้างห้องตรวจของแพทย์ หลังจากนั้นผู้วิจัย แนะนำตัว บอกวัตถุประสงค์การวิจัย และการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยในการวิจัย

3. เมื่อผู้ดูแลเด็กยินยอมในการให้สัมภาษณ์ หลังจากนั้นผู้วิจัยจะแนะนำผู้ดูแลเกี่ยวกับการดูแลเด็กขณะให้การสัมภาษณ์ว่า ผู้ดูแลสามารถนำมานั่งในห้องสัมภาษณ์ได้ หรือฝากญาติไว้ด้านนอกได้ โดยผู้วิจัยได้จัดสมุดรูปภาพและดินสอสำหรับระบายสีเตรียมไว้ให้เด็กได้เล่นขณะ รอดตรวจ

4. ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลตามขั้นตอน โดยผู้วิจัยดำเนินการสัมภาษณ์ผู้ดูแลเด็ก ในแบบสัมภาษณ์ ข้อมูลส่วนบุคคล, แบบสัมภาษณ์ความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลเด็กวัย ก่อนเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวี, แบบสัมภาษณ์การสนับสนุนทางสังคม และแบบสัมภาษณ์สัมพันธภาพแบบสนทนาระหว่างผู้ดูแล กับเด็กตามลำดับ จนได้ข้อมูลครบถ้วน ในขณะที่กำลังสัมภาษณ์หากผู้ดูแลมีความรู้สึกที่สะเทือนใจ ผู้วิจัยจะหยุดสัมภาษณ์ชั่วคราว เปิดโอกาสให้ผู้ดูแลได้ระบายความรู้สึกออกมา โดยผู้วิจัยได้รับฟังและให้คำแนะนำตามความเหมาะสม ทั้งนี้ใช้เวลาในการสัมภาษณ์โดยประมาณไม่เกิน 15 นาที

5. หลังจากตอบคำถามเสร็จแล้ว ผู้วิจัยตรวจสอบความถูกต้อง และความครบถ้วนของคำตอบ และซักถามเพิ่มเติมเมื่อพบคำตอบที่ไม่ครบถ้วน

6. ผู้วิจัยนำผู้ดูแลและเด็กไปรับการตรวจจากแพทย์ โดยใช้คิวการรอตรวจเดิม

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยทำการวิเคราะห์ข้อมูล โดยแยกวิเคราะห์ตามลำดับดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลเกี่ยวกับลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง แจกแจงลักษณะ ด้วยค่าร้อยละ

ตอนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับ ความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลเด็กวัยก่อนเรียนที่ ติดเชื้อเอชไอวี และปัจจัยคัดสรร

ข้อมูลเกี่ยวกับ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน จำแนกตาม อายุของผู้ดูแล ระดับการศึกษา ประสบการณ์ในการเลี้ยงดูเด็ก การสนับสนุนทางสังคม สัมพันธภาพแบบสนทนาระหว่างผู้ดูแลกับเด็ก และความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลเด็กติดเชื้อเอชไอวี

ตอนที่ 3 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์และการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ ระหว่าง ปัจจัยคัดสรร กับความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลเด็กติดเชื้อเอชไอวี

การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ แบบเพิ่มตัวแปรขั้นตอน (Stepwise multiple regression Analysis) มีลำดับในการคำนวณ ดังนี้

1. คำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวพยากรณ์กับตัวพยากรณ์ และตัวพยากรณ์กับตัวเกณฑ์ โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (r_{xy})

2. ทดสอบความมีนัยสำคัญของสัมประสิทธิ์ที่คำนวณได้โดยการทดสอบ
คะแนนที (t-test)
3. คำนวณค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณ (R^2) ระหว่างตัวพยากรณ์
กับตัวเกณฑ์
4. ทดสอบความมีนัยสำคัญของค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณ โดย
ทดสอบค่ารวมเอฟ (Overall F-test)
5. คำนวณค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยของตัวพยากรณ์ (b_j) ในรูปคะแนนดิบ
6. ทดสอบค่า t เพื่อทดสอบว่าค่า b ของตัวพยากรณ์แต่ละตัวจะส่งผล
กับตัวแปรเกณฑ์หรือไม่
7. หาค่าคงที่ของสมการพยากรณ์
8. สร้างสมการพยากรณ์ในรูปคะแนนดิบ และคะแนนมาตรฐาน

ค่าของตัวแปรปัจจัยพื้นฐาน

เนื่องด้วยข้อตกลงเบื้องต้นในการคำนวณค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน กำหนดไว้ว่า ตัวแปรที่นำมาคำนวณจะต้องเป็นตัวแปรที่วัดในระดับอัตราภาคชั้น (Interval scale) ขึ้นไป ดังนั้นการคำนวณจะต้องเป็นตัวแปรที่วัดได้ในระดับนามบัญญัติ (Nominal scale) จึงปรับให้เป็นตัวแปรหุ่น (Dummy Variable) ดังนี้

ประสบการณ์ในการเลี้ยงดูเด็ก	ไม่เคยมีประสบการณ์ในการเลี้ยงดูเด็ก	= 0
	เคยประสบการณ์ในการเลี้ยงดูเด็ก	= 1

การวิเคราะห์ข้อมูลทั้งหมดกระทำโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ SPSS กำหนดระดับความมีนัยสำคัญที่ 0.5

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลเด็กวัยก่อนเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวี ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐานคัดสรรกับความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลเด็กวัยก่อนเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวี และศึกษาตัวแปรที่สามารถร่วมกันพยากรณ์ความสามารถในการดูแลเด็กวัยก่อนเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวี

การเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยนำเสนอเป็นลำดับดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลเกี่ยวกับลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (ตารางที่ 6)

ตอนที่ 2 ความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลเด็กวัยก่อนเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวี และปัจจัยคัดสรร (ตารางที่ 7)

ตอนที่ 3 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์และการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ ระหว่างปัจจัยคัดสรร กับความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลเด็กวัยก่อนเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวี (ตารางที่ 8-13)

เพื่อให้การรายงานผลการวิจัยเป็นไปอย่างกระชับเรียบง่าย ในการนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลผู้วิจัยขอใช้สัญลักษณ์เพื่ออธิบายข้อมูลในตารางต่าง ๆ ดังต่อไปนี้

\bar{X}	หมายถึง	ค่าเฉลี่ย
S.D.	หมายถึง	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
R	หมายถึง	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณ
R^2	หมายถึง	สัมประสิทธิ์การพยากรณ์ (Coefficient of Determination)
F	หมายถึง	ค่าสถิติส่วนรวม F (Overall F-test)
B	หมายถึง	ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยของตัวพยากรณ์ในรูปคะแนนดิบ
Beta	หมายถึง	ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยของตัวพยากรณ์ในรูปคะแนนมาตรฐาน
p	หมายถึง	ระดับของความมีนัยสำคัญ

การแปลผล ความหมายของค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (ประคอง กรรณสูต, 2535)

ค่า r	ความสัมพันธ์
+/- .70 - .90	สูง
+/- .30 - .69	ปานกลาง
+/- .00 - .29	ต่ำ

ตอนที่ 1 ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ตารางที่ 6 จำนวน ร้อยละของผู้ดูแลของเด็กวัยก่อนเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวี จำแนกตาม อายุของผู้ดูแล ระดับการศึกษาสูงสุด ประสบการณ์ในการเลี้ยงดูเด็ก อาชีพ จำนวนสมาชิกในครอบครัว จำนวนรายได้ต่อเดือน อายุของเด็กวัยก่อนเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวี

ลักษณะทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
1. อายุผู้ดูแล (ปี)		
19-29	20	19.8
30-39	37	36.64
40-49	17	16.83
50-59	15	14.85
60-69	10	9.90
70ขึ้นไป	2	1.98
2. เพศของผู้ดูแล		
เพศหญิง	101	100
เพศชาย	0	0
3. ระดับการศึกษาสูงสุด		
ไม่ได้ศึกษา	16	15.84
ประถมศึกษาปีที่ 4	31	30.70
ประถมศึกษาปีที่ 6	15	14.85
มัธยมศึกษาปีที่ 3	8	7.92
มัธยมศึกษาปีที่ 6	15	14.85
อนุปริญญา	7	6.93
ปริญญาตรี	9	8.91
4. ประสบการณ์ในการเลี้ยงดูเด็ก		
เคยเลี้ยงดูเด็กมาก่อน	31	30.7
ไม่เคยเลี้ยงดูเด็กมาก่อน	70	69.3
5. อาชีพผู้ดูแล		
ไม่ได้ประกอบอาชีพหรือเป็นแม่บ้าน	35	34.65
รับราชการ	6	5.94
ค้าขาย	13	12.87
เกษตรกรรม	2	1.98
รับจ้าง	45	44.56

ตารางที่ 6 จำนวน ร้อยละของผู้ดูแลของเด็กวัยก่อนเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวี จำแนกตาม อายุของผู้ดูแล ระดับการศึกษาสูงสุด ประสบการณ์ในการเลี้ยงดูเด็ก อาชีพ จำนวนสมาชิกในครอบครัว จำนวนรายได้ต่อเดือน อายุของเด็กวัยก่อนเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวี

ลักษณะทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
6. จำนวนสมาชิกในครอบครัว		
2 – 5 คน	73	72.28
6 – 10 คน	26	25.74
10 คนขึ้นไป	2	1.98
7. จำนวนรายได้ผู้ดูแลต่อเดือน (บาท)		
ไม่มีรายได้	2	1.98
ไม่มีรายได้	2	1.98
< 5,000	63	62.38
5,000 – 10,000	22	21.78
> 10,000	14	13.86
8. อายุของเด็กวัยก่อนเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวี		
3 ปี	12	11.88
4 ปี	19	18.81
5 ปี	29	28.71
6 ปี	41	40.60

จากตารางที่ 6 แสดงว่าผู้ดูแลที่ดูแลเด็กวัยก่อนเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวีที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้ดูแลที่มีอายุระหว่าง 30-39 ปี มีจำนวนมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 36.64 ด้านระดับการศึกษาที่จบสูงสุด พบว่าผู้ดูแลที่จบการศึกษาชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 มีจำนวนมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 30.70 ด้านประสบการณ์การเลี้ยงดูเด็ก พบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่ไม่เคยมี ประสบการณ์ในการเลี้ยงดูเด็กมาก่อน คิดเป็นร้อยละ 69.3 ด้านการประกอบอาชีพ พบว่าผู้ดูแลที่ประกอบอาชีพรับจ้าง มีจำนวนมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 44.56 รองลงมาไม่ได้ประกอบอาชีพหรือเป็นแม่บ้าน คิดเป็นร้อยละ 34.65 ด้านจำนวนสมาชิกในครอบครัว พบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่มีสมาชิกในครอบครัว 2 – 5 คน คิดเป็นร้อยละ 72.28 ด้านรายได้ของครอบครัวต่อเดือน พบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่รายได้น้อยกว่า 5,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 62.38 และด้านอายุของเด็กวัยก่อนเรียนที่ ติดเชื้อเอชไอวี พบว่าผู้ดูแลที่เลี้ยงดูเด็กวัยก่อนเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวีอายุ 6 ปี มีจำนวนมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 40.60 รองลงมาอายุ 5 ปี คิดเป็นร้อยละ 28.71

ตอนที่ 2 ความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลเด็กก่อนวัยเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวี
ตารางที่ 7 จำนวนและร้อยละของผู้ดูแล จำแนกตามระดับความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลเด็กก่อนวัยเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวีโดยรวมและรายด้าน

ระดับ	ความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลเด็กก่อนวัยเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวี							
	ด้านความจำเป็น		ด้านระยะ		ด้านภาวะเป็ยงเบน		โดยรวม	
	โดยทั่วไปของเด็ก		พัฒนาการของเด็ก		สุขภาพของเด็ก			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
	(คน)		(คน)		(คน)		(คน)	
สูง	59	58.42	48	47.52	42	41.58	47	46.53
กลาง	38	37.62	49	48.52	53	52.47	49	48.52
ต่ำ	4	3.96	4	3.96	6	5.95	5	4.95

* $p < .05$

จากตารางที่ 7 แสดงว่า ผู้ดูแลเด็กก่อนวัยเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวี มีความสามารถในการดูแลเด็กก่อนวัยเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวีโดยรวมอยู่ในระดับปานกลางมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 48.52 รองลงไปที่ความสามารถในการดูแลเด็กก่อนวัยเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวีโดยรวม อยู่ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 46.53 และเมื่อพิจารณาความสามารถในการดูแลเด็กก่อนวัยเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวีเป็นรายด้าน 3 ด้าน พบว่า ผู้ดูแลมีความสามารถในการดูแลเด็กก่อนวัยเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวีด้านการตอบสนองของความจำเป็นโดยทั่วไปของเด็ก อยู่ในระดับสูงมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 58.42 ด้านการตอบสนองตามระยะพัฒนาการ อยู่ในระดับปานกลางมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 48.52 และด้านการตอบสนองตามภาวะเป็ยงเบนด้านสุขภาพ อยู่ในระดับปานกลางมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 52.47

ตารางที่ 8 คะแนนต่ำสุด คะแนนสูงสุด ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของปัจจัยคัดสรรความสามารถของผู้ดูแลเด็กวัยก่อนเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวี

ตัวแปร	คะแนนต่ำสุด	คะแนนสูงสุด	X	S.D.
อายุผู้ดูแล	19	74	40.56	13.26
ระดับการศึกษา	0	16	6.8	5.17
การสนับสนุนทางสังคม	76	154	104.50	14.21
สัมพันธภาพแบบสนิทสนมระหว่างผู้ดูแลกับเด็ก	43	85	71.76	9.89

* $p < .05$

จากตารางที่ 8 แสดงว่า ผู้ดูแลเด็กวัยก่อนเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวี มีค่าเฉลี่ยของ อายุ เท่ากับ 40.56 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 13.26 มีค่าเฉลี่ยของระดับการศึกษา เท่ากับ 6.8 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 5.17 มีค่าเฉลี่ยของการสนับสนุนทางสังคม เท่ากับ 104.50 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 14.21 และมีค่าเฉลี่ยของสัมพันธภาพแบบสนิทสนมระหว่างผู้ดูแลกับเด็กเท่ากับ 71.76 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 9.89

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตอนที่ 3 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ และการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ ระหว่างปัจจัย
คัดสรรกับความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลเด็กวัยก่อนเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวี

ตารางที่ 9 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างอายุ ระดับการศึกษา ประสบการณ์การเลี้ยงดูเด็ก
การสนับสนุนทางสังคม สัมพันธภาพแบบสนิทสนมระหว่างผู้ดูแลกับเด็กและความสามารถของ
ผู้ดูแลในการดูแลเด็กวัยก่อนเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวี

ตัวแปร	อายุผู้ดูแล	ระดับการศึกษา	ประสบการณ์การเลี้ยงดูเด็ก	การสนับสนุนทางสังคม	สัมพันธภาพแบบสนิทสนม	ความสามารถผู้ดูแล
อายุผู้ดูแล	1.00					
ระดับการศึกษา	-.451*	1.00				
ประสบการณ์การเลี้ยงดูเด็ก	.429*	-.355*	1.00			
การสนับสนุนทางสังคม	.032	.129	-.409	1.00		
สัมพันธภาพแบบสนิทสนม	.128	.403*	-.116	.169	1.00	
ความสามารถผู้ดูแล	.102	.524*	-.080	.168	.680*	1.00

* $p < .05$

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 10 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลเด็กวัยก่อนเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวี

ปัจจัยคัดสรร	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)
อายุ	.102
ระดับการศึกษา	.524*
ประสบการณ์ในการเลี้ยงดูเด็ก	-.080
การสนับสนุนทางสังคม	.168
สัมพันธภาพแบบสนิทสนมระหว่างผู้ดูแลกับเด็ก	.680*

*p < .05

จากตารางที่ 10 เมื่อพิจารณาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ พบว่าสัมพันธภาพแบบสนิทสนมระหว่างผู้ดูแลกับเด็ก และระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์ทางบวก ในระดับปานกลางกับความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลเด็กวัยก่อนเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (r = .68 และ r = .524) และพบว่าปัจจัยด้านอายุของผู้ดูแล ประสบการณ์เลี้ยงดูเด็ก และการสนับสนุนทางสังคม ไม่มีความสัมพันธ์กับความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลเด็กวัยก่อนเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 11 สรุปผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ ในการเลือกตัวแปรในการพยากรณ์ความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลเด็กวัยก่อนเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวี

ตัวแปร	B	S.E _{est}	Beta	t
สัมพันธภาพแบบสนิทสนมระหว่างผู้ดูแลกับเด็ก	1.559	.263	.472	5.938*
ระดับการศึกษา	2.823	.559	.446	5.047*
อายุผู้ดูแล	.557	.212	.226	2.633*
ประสบการณ์เลี้ยงดู	2.636	5.342	.037	.493
การสนับสนุนทางสังคม	.005	.156	.026	.376
(Constant)	53.96	21.874		2.467
R = .761		R ² = .556		F = 26.09*

*p < .05

จากตารางที่ 11 แสดงว่าเมื่อนำตัวพยากรณ์ทั้งหมด 5 ตัว มาพยากรณ์ความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลเด็กวัยก่อนเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวี พบว่า สามารถพยากรณ์ความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลเด็กวัยก่อนเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวีได้ โดยมีสัมประสิทธิ์การพยากรณ์ ร้อยละ 55.6 และเมื่อพิจารณาว่าสัมประสิทธิ์ถดถอยของตัวพยากรณ์ทั้งหมดในรูปคะแนนมาตรฐาน ปรากฏว่าตัวพยากรณ์ที่สามารถพยากรณ์ ความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลเด็กวัยก่อนเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวี ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ได้แก่ สัมพันธภาพแบบสนิทสนมระหว่างผู้ดูแลกับเด็ก ระดับการศึกษา และอายุผู้ดูแล ความสามารถพยากรณ์ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 12 แสดงค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณ (R) ระหว่างตัวแปรที่ได้รับการคัดเลือกเข้าสู่สมการถดถอย ค่าสัมประสิทธิ์การพยากรณ์ (R^2) และทดสอบความมีนัยสำคัญของสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ที่เพิ่มขึ้น (R^2 change) ในการพยากรณ์ความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลเด็กวัยก่อนเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวี เมื่อใช้วิธี Stepwise Solution

ลำดับขั้นตัวพยากรณ์	R	R^2	R^2 change	F
สัมพันธภาพ	.680	.463	.463	85.19*
สัมพันธภาพ , ระดับการศึกษา	.733	.537	.075	56.86*
สัมพันธภาพ , ระดับการศึกษา , อายุผู้ดูแล	.760	.577	.040	44.105*

* $p < .05$

จากตารางที่ 12 ผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน พบว่า สัมพันธภาพแบบสหสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแลกับเด็ก สามารถอธิบายความแปรปรวนของความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลเด็กวัยก่อนเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวีได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 มีค่าสัมประสิทธิ์การพยากรณ์เท่ากับ .463 แสดงว่า สัมพันธภาพแบบสหสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแลกับเด็กสามารถพยากรณ์ความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลเด็กวัยก่อนเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวีได้ร้อยละ 46.3

ขั้นที่สอง เมื่อเพิ่มตัวพยากรณ์ ระดับการศึกษาของผู้ดูแลเข้าไป พบว่า ค่าสัมประสิทธิ์การพยากรณ์เพิ่มเป็น .537 ($R^2 = .537$) สามารถเพิ่มประสิทธิภาพของการพยากรณ์ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 นั่นคือ สัมพันธภาพแบบสหสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแลกับเด็ก และระดับการศึกษาของผู้ดูแล สามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลเด็กวัยก่อนเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวีได้ร้อยละ 53.7 โดยที่ ระดับการศึกษาของผู้ดูแล สามารถอธิบายความแปรปรวนของความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลเด็กวัยก่อนเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวีได้เพิ่มขึ้นอีกร้อยละ 7.5 (R^2 change = .075)

ขั้นที่สาม เมื่อเพิ่มตัวพยากรณ์อายุของผู้ดูแลเข้าไป พบว่า สัมประสิทธิ์การพยากรณ์เพิ่มเป็น .577 ($R^2 = .577$) สามารถเพิ่มประสิทธิภาพของการพยากรณ์ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 นั่นคือ สัมพันธภาพแบบสหสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแลกับเด็ก ระดับการศึกษาของผู้ดูแล และอายุของผู้ดูแล สามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลเด็กวัยก่อนเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวีได้ร้อยละ 57.7 โดยที่อายุของผู้ดูแล สามารถอธิบายความแปรปรวนของความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลเด็กวัยก่อนเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวีได้เพิ่มขึ้นอีกร้อยละ 4.0 (R^2 change = .040)

นอกจากนี้พบว่า ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณระหว่างตัวพยากรณ์ทั้ง 3 ตัวกับตัวแปรเกณฑ์ มีค่าเท่ากับ .760 ซึ่งมีค่าสูงกว่าค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณ ระหว่างตัวพยากรณ์แต่ละตัวกับตัวแปรเกณฑ์ แสดงว่า ตัวพยากรณ์ทั้ง 3 ตัวร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลเด็กวัยก่อนเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวีได้ดีกว่าการใช้ตัวพยากรณ์ตัวเดียว โดยตัวพยากรณ์ทั้ง 3 ตัวสามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลเด็กวัยก่อนเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวี ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 13 แสดงค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยของตัวพยากรณ์ในรูปคะแนนดิบ (B) และคะแนนมาตรฐาน (Beta) ทดสอบความมีนัยสำคัญของ B และแสดงสมการถดถอยพหุคูณที่ใช้พยากรณ์ความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลเด็กวัยก่อนเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวี

ตัวแปร	B	S.E _{est}	Beta	t
สัมพันธภาพแบบสนิทสนมระหว่างผู้ดูแลกับเด็ก	1.556	.258	.470	6.034*
ระดับการศึกษา	2.808	.549	.444	5.119*
อายุผู้ดูแล	.596	.197	.242	3.023*
(Constant)	60.70	16.55		3.668
R = .760		S.E.sst = 21.60		
R ² = .577		Overall F = 44.105*		

*p < .05

จากตารางที่ 13 แสดงให้เห็นว่าตัวแปรพยากรณ์จำนวน 3 ตัวแปร มีความแปรปรวนร่วมกับความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลเด็กวัยก่อนเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวี โดยตัวแปรทั้ง 3 ตัว คือ สัมพันธภาพแบบสนิทสนมระหว่างผู้ดูแลกับเด็ก ระดับการศึกษาของผู้ดูแล และอายุของผู้ดูแล สามารถร่วมกันพยากรณ์ความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลเด็กวัยก่อนเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวี ได้ร้อยละ 57.7 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

เมื่อพิจารณาค่าสัมประสิทธิ์ถดถอย (Standardized Coefficient) ในรูปคะแนนมาตรฐาน (Beta) ซึ่งเป็นค่านำหนักความสำคัญของแต่ละตัวแปรพยากรณ์ที่มีต่อตัวแปรตาม พบว่า ตัวแปรพยากรณ์ที่มีค่า สูงสุดคือ สัมพันธภาพแบบสนิทสนมระหว่างผู้ดูแลกับเด็ก (Beta = .470) รองลงมาคือ ระดับการศึกษาของผู้ดูแล (Beta = .444) และอายุของผู้ดูแล (Beta = .242) ตามลำดับ

แสดงว่าสัมพันธภาพแบบสนิทสนมระหว่างผู้ดูแลกับเด็ก มีความสำคัญเป็นอันดับแรกในการพยากรณ์ความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลเด็กวัยก่อนเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวี รองลงมาคือ ระดับการศึกษาของผู้ดูแล และอันดับสุดท้ายคือ อายุของผู้ดูแล โดยสร้างสมการพยากรณ์ความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลเด็กวัยก่อนเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวีได้ดังนี้

สมการรูปคะแนนดิบ

$$Y = 60.700 + 1.556 \text{ สัมพันธภาพแบบสนิทสนมระหว่างผู้ดูแลและเด็ก} \\ + 2.808 \text{ ระดับการศึกษา} + .596 \text{ อายุผู้ดูแล}$$

สมการรูปคะแนนมาตรฐาน

$$Z_y = .470Z \text{ สัมพันธภาพแบบสนิทสนมระหว่างผู้ดูแลและเด็ก} \\ + .444Z \text{ ระดับการศึกษา} + .242Z \text{ อายุผู้ดูแล}$$

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลเด็กวัยก่อนเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวี เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐานคัดสรรกับความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลเด็กวัยก่อนเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวี และเพื่อศึกษาตัวแปรที่สามารถร่วมกันพยากรณ์ความสามารถในการดูแลเด็กวัยก่อนเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวี กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย เป็นผู้ดูแลเด็กวัยก่อนเรียนอายุ 3-6 ปีที่ติดเชื้อเอชไอวี ซึ่งได้จากการสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งกลุ่ม จำนวน 101 ราย ที่โรงพยาบาลบาราศนราดรุร จ.นนทบุรี

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เป็นแบบสัมภาษณ์ จำนวน 4 ชุด ประกอบด้วย

1. แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแล
2. แบบสัมภาษณ์ความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลเด็กวัยก่อนเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวี ซึ่งผู้วิจัยสร้างเครื่องมือขึ้น ตามแนวคิดของ Orem (2001)
3. แบบสัมภาษณ์การสนับสนุนทางสังคม ซึ่งผู้วิจัยสร้างเครื่องมือขึ้น ตามแนวความคิดของ Thoits (1986) และ Pender (1996)
4. แบบสัมภาษณ์สัมพันธภาพแบบสนิทสนมระหว่างผู้ดูแลกับเด็ก ซึ่งผู้วิจัยได้ปรับจากเครื่องมือวัดความใกล้ชิดสนิทสนมของ Walker และ Thompson (1983)

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยทำการวิเคราะห์ข้อมูล เกี่ยวกับการคำนวณค่า ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การวิเคราะห์ความสัมพันธ์และการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบเพิ่มตัวแปรขั้นตอน (Stepwise multiple regression analysis) และสร้างสมการพยากรณ์ความสามารถผู้ดูแลในการดูแลเด็กวัยก่อนเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวี การวิเคราะห์ข้อมูลทั้งหมดกระทำโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ SPSS กำหนดระดับความมีนัยสำคัญที่ 0.5

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สรุปผลการวิจัย

1. ผู้ดูแลที่ดูแลเด็กวัยก่อนเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวี ที่เป็นกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ เป็นเพศหญิงมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 100 ผู้ดูแลที่มีอายุระหว่าง 30-39 ปี มีจำนวนมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 36.64 ด้านระดับการศึกษาที่จบสูงสุด พบว่าผู้ดูแลที่จบการศึกษาระดับประถมศึกษาปีที่ 4 มีจำนวนมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 30.70 ด้านประสบการณ์การเลี้ยงดูเด็ก พบว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่ไม่เคยมีประสบการณ์ในการเลี้ยงดูเด็กมาก่อน คิดเป็นร้อยละ 69.3 ด้านการประกอบอาชีพ พบว่า ผู้ดูแลที่ประกอบอาชีพรับจ้าง มีจำนวนมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 44.56 รองลงมาไม่ได้ประกอบอาชีพหรือเป็นแม่บ้าน คิดเป็น ร้อยละ 34.65 ด้านจำนวนสมาชิกในครอบครัว พบว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่มีสมาชิกในครอบครัว 2 – 5 คน คิดเป็นร้อยละ 72.28 ด้านรายได้ของครอบครัวต่อเดือน พบว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่รายได้น้อยกว่า 5,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 62.38 และด้านอายุของเด็กวัยก่อนเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวี พบว่าผู้ดูแลที่เลี้ยงดูเด็กวัยก่อนเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวีอายุ 6 ปี มีจำนวนมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 40.60 รองลงมาอายุ 5 ปี คิดเป็นร้อยละ 28.71

2. จากผลการวิจัยพบว่า ผู้ดูแลเด็กวัยก่อนเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวี มีความสามารถในการดูแลเด็กวัยก่อนเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวีโดยรวมอยู่ในระดับปานกลางมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 48.52 รองลงไปมีความสามารถในการดูแลเด็กวัยก่อนเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวีโดยรวมอยู่ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 46.53 และเมื่อพิจารณาความสามารถในการดูแลเด็กวัยก่อนเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวี เป็นรายด้าน 3 ด้าน พบว่า มีความสามารถในการดูแลเด็กวัยก่อนเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวี อยู่ในระดับปานกลางมากที่สุดทั้ง 3 ด้าน และรองลงมาคือมีความสามารถในการดูแลเด็กวัยก่อนเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวีอยู่ในระดับสูง

3. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร กับความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลเด็กวัยก่อนเรียน ที่ติดเชื้อเอชไอวี ได้ข้อค้นพบ ดังนี้

3.1 อายุของผู้ดูแล ไม่มีความสัมพันธ์กับความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลเด็กวัยก่อนเรียน ที่ติดเชื้อเอชไอวีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมุติฐาน ข้อที่ 1 ว่า อายุของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์กับความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลเด็กวัยก่อนเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวี

3.2 ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลเด็กวัยก่อนเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .524$) ซึ่งเป็นไปตามสมมุติฐาน ข้อที่ 2 ว่า ระดับการศึกษาของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์กับความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลเด็กวัยก่อนเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวี

3.3 ประสิทธิภาพการเลี้ยงดูเด็ก ไม่มีความสัมพันธ์กับความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลเด็กวัยก่อนเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมุติฐาน ข้อที่ 3 ว่า ประสิทธิภาพการเลี้ยงดูเด็กของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์กับความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลเด็กวัยก่อนเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวี

3.4 การสนับสนุนทางสังคม ไม่มีความสัมพันธ์กับความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลเด็กวัยก่อนเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมุติฐาน ข้อที่ 4 ว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลเด็กวัยก่อนเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวี

3.5 สัมพันธภาพแบบสหสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแลกับเด็ก มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลเด็กวัยก่อนเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .68$) ซึ่งเป็นไปตามสมมุติฐาน ข้อที่ 5 ว่า สัมพันธภาพแบบสหสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแลกับเด็ก มีความสัมพันธ์กับความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลเด็กวัยก่อนเรียนที่ ติดเชื้อเอชไอวี

4. ผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณพบว่า กลุ่มตัวพยากรณ์ทั้งหมด ได้แก่ อายุของผู้ดูแล ระดับการศึกษา ประสิทธิภาพการเลี้ยงดูเด็ก การสนับสนุนทางสังคม และสัมพันธภาพแบบสหสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแลกับเด็ก ตัวพยากรณ์ดังกล่าวสามารถพยากรณ์ความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลเด็กวัยก่อนเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวีได้ โดยมีสัมประสิทธิ์การพยากรณ์ ร้อยละ 55.6 ($R^2 = .556$) และเมื่อพิจารณาตัวสัมประสิทธิ์ถดถอยของตัวพยากรณ์ทั้งหมดในรูปคะแนนมาตรฐาน ปรากฏว่าตัวพยากรณ์ที่สามารถพยากรณ์ความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลเด็กวัยก่อนเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวีได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ได้แก่ สัมพันธภาพแบบสหสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแลกับเด็ก ระดับการศึกษา และอายุผู้ดูแล สามารถพยากรณ์ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

เมื่อใช้เทคนิค Stepwise Solution มีข้อค้นพบคือ มีตัวพยากรณ์ที่สามารถพยากรณ์ความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลเด็กวัยก่อนเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติจำนวน 3 ตัว แสดงให้เห็นว่าตัวแปรพยากรณ์จำนวน 3 ตัวแปร มีค่าสัมประสิทธิ์การพยากรณ์ .577 ($R^2 = .577$) และเมื่อพิจารณาน้ำหนักและทิศทางของความสัมพันธ์ของตัวพยากรณ์ที่มีความสัมพันธ์ในการพยากรณ์ความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลเด็กวัยก่อนเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวีพบว่าตัวพยากรณ์ทุกตัวมีความสัมพันธ์ทางบวก และตัวพยากรณ์ที่มีน้ำหนักมากที่สุดคือ สัมพันธภาพแบบสหสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแลกับเด็ก ($Beta = .470$) รองลงมาคือ ระดับการศึกษาของผู้ดูแล ($Beta = .444$) และอายุของผู้ดูแล ($Beta = .242$) ตามลำดับ

ดังนั้น สมการการพยากรณ์ความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลเด็กวัยก่อนเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวี ได้ดังนี้

สมการรูปคะแนนดิบ

$$Y = 60.700 + 1.556 \text{ สัมพันธภาพแบบสหสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแลกับเด็ก} \\ + 2.808 \text{ ระดับการศึกษา} + .596 \text{ อายุผู้ดูแล}$$

สมการรูปคะแนนมาตรฐาน

$$Z_y = .470Z \text{ สัมพันธภาพแบบสหสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแลกับเด็ก} + .444Z \text{ ระดับการศึกษา} \\ + .242Z \text{ อายุผู้ดูแล}$$

อภิปรายผลการวิจัย

1. การศึกษาความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลเด็กวัยก่อนเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวี

จากการศึกษาความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลเด็กวัยก่อนเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวี โดยรวมพบว่า ความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลเด็กวัยก่อนเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวีโดยรวมอยู่ในระดับสูงและปานกลางใกล้เคียงกัน (ร้อยละ 46.53 และ 48.52) แต่มีความสามารถในระดับปานกลางมากที่สุด เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า ผู้ดูแลมีความสามารถในด้านการตอบสนองความจำเป็นโดยทั่วไปอยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 58.42) ในขณะที่ผู้ดูแลมีความสามารถในด้านการตอบสนองตามระยะพัฒนาการในระดับสูงกับปานกลางเกือบเท่ากัน (ร้อยละ 47.52 และ 48.52) แต่ด้านความสามารถในด้านการตอบสนองตามภาวะเบี่ยงเบนทางสุขภาพ ผู้ดูแลมีความสามารถอยู่ในระดับปานกลางมาก (ร้อยละ 52.47) ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการตอบสนองความต้องการด้านความจำเป็นโดยทั่วไปของเด็ก เป็นกิจกรรมของผู้ดูแล เพื่อตอบสนองความต้องการพื้นฐานในการดำรงชีวิต ส่วนใหญ่เป็นการดูแลในเรื่องกิจวัตรประจำวัน จากการวิเคราะห์เพิ่มเติม (ภาคผนวก ข) พบว่า การดูแลด้านความจำเป็นโดยทั่วไปของเด็กเป็นการดูแลที่ไม่ยุ่งยากซับซ้อน เช่น การดูแลให้เด็กได้อาบน้ำฟอกสบู่อย่างน้อยวันละ 1 ครั้ง การดูแลเด็กให้ทานอาหารอย่างน้อยวันละ 3 มื้อ และการดูแลให้เด็กได้สระผมอย่างน้อยสัปดาห์ละ 2 ครั้ง ผู้ดูแลจึงสามารถที่จะตอบสนองความต้องการของเด็กได้ดี พบว่าผู้ดูแลปฏิบัติเป็นประจำ (ร้อยละ 57.4, 56.4, 49.5) ส่วนความสามารถของผู้ดูแลในด้านการตอบสนองตามระยะพัฒนาการของเด็กในบางเรื่องก็เป็นสิ่งที่ผู้ดูแลสามารถกระทำได้ไม่ยาก เช่น การดูแลไม่让孩子เล่นของในบ้านที่เป็นอันตราย การสังเกตว่าเด็กทานอาหารมากน้อย และการทำกิจกรรม เช่น หยอกล้อ, โอบกอด เด็ก ผู้ดูแลจึงสามารถที่จะตอบสนองความต้องการของเด็กได้ดี พบว่า ผู้ดูแลปฏิบัติเป็นประจำ (ร้อยละ 52.5, 45.5, 45.5) แต่ความสามารถในการตอบสนองความต้องการของเด็กด้านความจำเป็นโดยทั่วไปของเด็กบางอย่าง เช่น การดูแลให้เด็กดื่มน้ำที่ผ่านการต้มหรือกรอง การพาเด็กเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม พบว่าผู้ดูแลไม่เคย

ปฏิบัติเลยมากที่สุด (ร้อยละ 5.9, 5) ความสามารถในการตอบสนองตามระยะพัฒนาการของเด็ก เช่น การสังเกตพัฒนาการตามสมรรถภาพ การฝึกให้เด็กขับถ่ายเป็นเวลา และการจัดอาหารเสริมระหว่างมื้อให้กับเด็ก พบว่าผู้ดูแลไม่เคยปฏิบัติเลยมากที่สุด (ร้อยละ 5, 5, 4) ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากผู้ดูแลส่วนใหญ่มีความจำเป็นที่จะต้องประกอบอาชีพเพื่อเลี้ยงดูครอบครัว (ร้อยละ 65.35) ประกอบกับผู้ดูแลส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาสูงสุดคือจบการศึกษา ไม่เกินชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 (ร้อยละ 61.39) ผู้ดูแลส่วนใหญ่มีรายได้น้อยกว่า 5,000 บาทต่อเดือน (ร้อยละ 62.38) เนื่องจากระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับรายได้ของผู้ดูแล (ภาคผนวก ฉ) ผู้ดูแลที่มีระดับการศึกษาไม่สูง จึงมักจะมีรายได้ที่ไม่สูง ทำให้ผู้ดูแลต้องใช้พยายามหารายได้มาให้เพียงพอ ผู้ดูแลจึงมีเวลาที่จะดูแลเด็กได้น้อยลง ดังนั้นผู้ดูแลจึงไม่สามารถที่จะตอบสนองความต้องการของเด็กได้อย่างเต็มที่ ส่วนความสามารถในด้านการตอบสนองตามภาวะเบี่ยงเบนทางสุขภาพ จากการวิเคราะห์เพิ่มเติม (ภาคผนวก ช) แม้ว่าการปฏิบัติบางอย่างเป็นสิ่งที่ไม่ยุ่งยากซับซ้อนจนเกินไป เช่น การให้เด็กทานยาลดไข้เวลาที่มีไข้ตามแพทย์สั่ง การไม่เพิ่มหรือลดขนาดยาด้วยตัวเอง และการให้เด็กได้ทานยาตามแพทย์สั่ง พบว่า ผู้ดูแลสามารถปฏิบัติเป็นประจำมากที่สุด (ร้อยละ 61.4, 61.4, 60.4) แต่การปฏิบัติบางอย่าง เช่น การทาโลชั่นให้เด็กเพื่อป้องกันผิวแตก การทำความสะอาดเสื้อผ้าเด็กที่เปื้อนเลือด, สิ่งคัดหลั่งด้วยน้ำยาฆ่าเชื้อ หรือต้มก่อนการซักล้าง และการทำความสะอาดของเล่นหรือบริเวณที่เด็กเล่น ผู้ดูแลไม่เคยปฏิบัติเลยมากที่สุด (ร้อยละ 48.5, 33.7, 8.9) ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากความสามารถด้านการตอบสนองตามภาวะเบี่ยงเบนทางสุขภาพ ผู้ดูแลต้องอาศัยความรู้ เพื่อที่จะได้เข้าใจถึงโรค และแผนการรักษา เพื่อให้ผู้ดูแลสามารถปฏิบัติกิจกรรมเพื่อตอบสนองตามภาวะเบี่ยงเบนทางสุขภาพได้ (ภาคผนวก ฉ) เนื่องจากผู้ดูแลส่วนใหญ่จบการศึกษาไม่เกินชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 (ร้อยละ 61.39) การมีระดับการศึกษาที่ไม่สูง อาจส่งผลให้ผู้ดูแลมีความรู้ความเข้าใจในการดูแลเมื่อเด็กมีภาวะเจ็บป่วยไม่ดีเท่าที่ควร (ภาคผนวก ฉ) สอดคล้องกับ Pender (1987: 66) ที่กล่าวว่าระดับของการศึกษาจะเป็นสิ่งที่ทำให้นบุคคลเกิดความสามารถในการเรียนรู้ เข้าใจถึงโรค และแผนการรักษา ความคิด การใช้เหตุผล ตลอดจนนำความรู้เหล่านั้นมาใช้ในการพิจารณาตัดสินใจที่จะริเริ่ม และกระทำกิจกรรมเพื่อการดูแลบุคคลอื่นได้อย่างต่อเนื่องกว่าบุคคลที่มีการศึกษาน้อย นอกจากนี้ในการตอบสนองความต้องการของเด็กในภาวะที่มีการเบี่ยงเบนทางสุขภาพ จากการติดเชื้อเอชไอวีเป็นการดูแลที่ต้องใช้ค่าใช้จ่ายสูง เมื่อเทียบกับรายได้ของผู้ดูแลแล้ว ผู้ดูแลส่วนใหญ่ (ร้อยละ 62.38) มีรายได้น้อยกว่า 5,000 บาท ต่อเดือน ในการพาเด็กมารับบริการตรวจรักษาในโรงพยาบาลของรัฐบาลนั้นโดยทั่วไปจะมีค่าใช้จ่ายไม่มาก บางรายที่มีปัญหาทางด้านการเงินยังสามารถที่จะขอรับบริการส่งคนส่งเคราะห์ได้ แต่ผู้ดูแลก็ยังมี ค่าใช้จ่ายในส่วนอื่นๆ ที่ผู้ดูแลไม่สามารถขอรับสวัสดิการจากที่ใดได้ เป็นต้นว่า ค่าเดินทาง ค่าอาหาร ค่าที่พัก และค่าใช้จ่ายเบ็ดเตล็ดต่างๆ เป็นสิ่งที่ทำให้ผู้ดูแลอาจต้องมีปัญหาเรื่องภาวะเศรษฐกิจ อาจทำให้ผู้ดูแลต้องใช้

พยายามหารายได้มาให้เพียงพอ จึงมีความสามารถในการตอบสนองตามภาวะเบี่ยงเบนทางสุขภาพของเด็กได้ไม่ดี ดังการศึกษาเพิ่มเติมพบว่า รายได้ของผู้ดูแล ก็มีความสัมพันธ์กับความสามารถในด้านการตอบสนองตามภาวะเบี่ยงเบนทางสุขภาพของเด็ก (ภาคผนวก ฉ)

เมื่อพิจารณาความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลเด็กวัยก่อนเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวีโดยรวมพบว่า ความสามารถในการตอบสนองด้านความจำเป็นโดยทั่วไปของเด็ก ผู้ดูแลมีความสามารถอยู่ในระดับสูงมากที่สุด (ร้อยละ 58.42) สำหรับด้านการตอบสนองตามระยะพัฒนาการของเด็ก อยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 48.52) ใกล้เคียงกับมีความสามารถอยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 47.52) ส่วนด้านการตอบสนองตามภาวะเบี่ยงเบนด้านสุขภาพ ผู้ดูแลมีความสามารถอยู่ในระดับปานกลางมากที่สุด (ร้อยละ 52.47) รองลงมามีความสามารถอยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 41.58) ซึ่งส่งผลให้คะแนนความสามารถโดยรวมของผู้ดูแลอยู่ในระดับปานกลาง เป็นไปได้ว่าความสามารถของผู้ดูแลในการตอบสนองตามภาวะเบี่ยงเบนด้านสุขภาพ เป็นความสามารถที่จำเพาะเจาะจงสำหรับผู้ดูแลเด็กวัยก่อนเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวี ดังนั้นความสามารถของผู้ดูแลในด้านการตอบสนองตามภาวะเบี่ยงเบนด้านสุขภาพของเด็ก จึงเป็นสิ่งที่พยาบาลควรให้ความสำคัญ ในการที่จะพัฒนาศักยภาพของผู้ดูแลในการดูแลเด็กวัยก่อนเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวี

2. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลเด็กวัยก่อนเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวี

2.1 อายุของผู้ดูแล

จากการศึกษา พบว่า อายุของผู้ดูแล ไม่มีความสัมพันธ์กับความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลเด็กวัยก่อนเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐาน ข้อที่ 1 การที่ผลการวิจัยไม่เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ อัจฉริยา ปทุมวัน (2534) ที่พบว่า อายุมีความสัมพันธ์กับความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลเด็กป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวเฉียบพลัน และเฉลิม วงษ์จันทร์ (2539) ที่พบว่า อายุของผู้ดูแลเด็กมีความสัมพันธ์กับความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลเด็กสมองพิการ อาจเนื่องมาจากความแตกต่างของกลุ่มอายุของผู้ดูแล จากงานวิจัยที่กล่าวมาผู้ดูแลส่วนใหญ่อยู่ในวัยผู้ใหญ่ตอนต้น (21-40 ปี) ซึ่งเป็นวัยที่มีความพร้อมในการปรับตัว และมีศักยภาพในการดูแลเด็กสูง สามารถพัฒนาความสามารถในการปฏิบัติการดูแลเด็กได้สมบูรณ์ (สุชา จันทน์เอม, 2536: 167) แต่จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า ผู้ดูแลเด็กวัยก่อนเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวีมีอายุตั้งแต่ 19 – 70 ปีขึ้นไป ซึ่งเป็นระดับของอายุที่คาบเกี่ยวกันหลายวัย เช่น วัยรุ่น วัยผู้ใหญ่ และวัยชรา ซึ่งสอดคล้องกับโอเรมที่กล่าวว่า ความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพาจะค่อยๆ เพิ่มขึ้นตามอายุ ซึ่งจะสูงสุดในวัย ผู้ใหญ่ และจะลดลงเมื่อเข้าสู่วัยชรา (Orem, 2001: 307) จึงทำให้ อายุของผู้ดูแลในการศึกษา

ครั้งนี้ ไม่สัมพันธ์กับความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลเด็กวัยก่อนเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

2.2 ระดับการศึกษา

จากการศึกษา พบว่า ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลเด็กวัยก่อนเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .524$) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐาน ข้อที่ 2 แสดงให้เห็นว่าระดับการศึกษามีส่วนสำคัญในการที่จะทำให้ผู้ดูแลเกิดความสามารถในการดูแลเด็กวัยก่อนเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวี เพราะระดับของการศึกษาจะเป็นสิ่งที่ทำให้บุคคลเกิดความสามารถในการเรียนรู้ เข้าใจถึงโรคและแผนการรักษา ความคิด การใช้เหตุผล ตลอดจน นำความรู้เหล่านั้นมาใช้ในการพิจารณาตัดสินใจที่จะริเริ่มและกระทำกิจกรรมเพื่อการดูแลบุคคลอื่นได้อย่างต่อเนื่องกว่าบุคคลที่มีการศึกษาน้อย ตลอดจนรู้จักใช้บริการทางด้านสุขภาพมากกว่า (Pender, 1987: 66) สอดคล้องกับแนวความคิดของโอเร็มซึ่งกล่าวว่า ระดับการศึกษาเป็นสิ่งที่ทำให้บุคคลได้พัฒนาทักษะ ความรู้และการมีทัศนคติต่อการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา (Orem, 2001: 372) ซึ่งการที่บุคคลได้มีโอกาสในการพัฒนาทักษะ ความรู้และทัศนคติต่างๆ เป็นสิ่งที่ช่วยให้บุคคลมีทักษะในการตัดสินใจและสามารถที่จะปฏิบัติตามสิ่งที่ตัดสินใจ สิ่งนี้เป็นส่วนหนึ่งของพลังความสามารถที่จะทำให้เกิดความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา (Orem, 2001: 264) ดังนั้นผู้ดูแลเด็กวัยก่อนเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวีที่มีระดับการศึกษาที่สูง ผู้ดูแลจะมีความสามารถในการเรียนรู้เข้าใจถึงโรคและแผนการรักษา ตลอดจนนำความรู้เหล่านั้นมาใช้ในการพิจารณาตัดสินใจที่จะริเริ่มและกระทำกิจกรรมเพื่อการตอบสนองความต้องการของเด็กวัยก่อนเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวีได้อย่างต่อเนื่องดีกว่าผู้ดูแลที่มีการศึกษาน้อย นอกจากนี้ผู้ดูแลที่มีการศึกษาสูงมักมีการประกอบอาชีพที่ดีและมีรายได้สูงด้วย จึงมีโอกาสในการแสวงหาความรู้และนำความรู้เหล่านั้นมาใช้ในการตอบสนองความต้องการของเด็กที่ติดเชื้อเอชไอวีได้ถูกต้องมากยิ่งขึ้น ดังนั้นผลการศึกษาคครั้งนี้สามารถบอกได้ว่าระดับการศึกษาเป็นปัจจัยตัวหนึ่งที่จะส่งผลให้ผู้ดูแลมีความสามารถในการดูแลเด็กวัยก่อนเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวี การประเมินปัจจัยด้านระดับการศึกษาจึงเป็นปัจจัยที่พยาบาลจะต้องคำนึงถึงในการประเมินผู้ดูแลที่ทำหน้าที่เลี้ยงดูเด็กวัยก่อนเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวี ซึ่งผลการศึกษาคครั้งนี้ สอดคล้องกับการศึกษาของ อัจฉริยา ปทุมวัน (2534) และสกาเวิร์ธน์ พวงจันทร์ (2538) ที่พบว่า ระยะเวลาในการศึกษาของผู้ดูแล มีความสัมพันธ์กับความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลเด็กอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

2.3 ประสบการณ์การเลี้ยงดูเด็ก

จากการศึกษาพบว่า ประสบการณ์การเลี้ยงดูเด็กไม่มีความสัมพันธ์กับความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลเด็กวัยก่อนเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมุติฐาน ข้อที่ 3 การที่ผลการวิจัยไม่เป็นไปตามสมมุติฐานที่ตั้งไว้ เมื่อทบทวนการศึกษาของ มณี คุประสิทธิ์ (2539) ที่ศึกษาจำนวนบุตรในครอบครัว เด็กปกติวัย 5 ขวบปีแรก พบว่ามีความสัมพันธ์กับความสามารถของบิดามารดาในการดูแลเด็ก แต่เนื่องมาจาก จำนวนบุตรในครอบครัวอาจยังไม่ครอบคลุมถึงประสบการณ์การเลี้ยงดูเด็ก เช่น มารดาไม่ได้เลี้ยงบุตรเอง หรือให้ผู้อื่นเลี้ยงให้ จึงทำให้ผลการศึกษาไม่เป็นไปในแนวทางเดียวกัน ตลอดจนผู้ดูแลที่มีประสบการณ์ในด้านการดูแลเด็กมาก่อน อาจเป็นการดูแลเด็กที่ปกติมิใช่เด็กที่เด็กที่มีปัญหาในการติดเชื้อเอชไอวี ผู้ดูแลจึงมีประสบการณ์แต่เพียงการดูแลเพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลตนเองทั่วไปและตามระยะพัฒนาการของเด็กปกติเท่านั้น แต่ไม่ครอบคลุมการดูแลเพื่อตอบสนองความต้องการที่เนื่องมาจากภาวะเป็ยงเบนทางสุขภาพของเด็กที่ติดเชื้อเอชไอวี ทั้งนี้เนื่องจากความต้องการอันเนื่องมาจากภาวะเป็ยงเบนทางสุขภาพจากการติดเชื้อเอชไอวีนั้น เป็นความต้องการการดูแลที่ซับซ้อน จำเป็นต้องใช้ทักษะหรือความสามารถพิเศษนอกเหนือไปจากการดูแลเด็กปกติ ผู้ดูแลจะต้องใช้เวลาและพลังงานเป็นอย่างมากในการดูแลอีกทั้งการดูแลจะต้องกระทำอย่างต่อเนื่องและเป็นเวลานาน (Leventhal, 1984: 80) ดังนั้นประสบการณ์ของผู้ดูแลที่น่าจะสัมพันธ์กับความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลเด็กวัยก่อนเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวี น่าจะเป็นประสบการณ์ในการดูแลเด็กที่ติดเชื้อเอชไอวี ในการศึกษาครั้งนี้ซึ่งวัดประสบการณ์จากการเลี้ยงดูเด็กซึ่งไม่ได้ระบุว่าติดเชื้อเอชไอวี จึงทำให้ผลการศึกษานี้ ประสบการณ์เลี้ยงดูเด็กจึงไม่มีความสัมพันธ์กับความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลเด็กวัยก่อนเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวี อย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ อัจฉริยา ปทุมวัน (2534) ที่พบว่า จำนวนบุตรในครอบครัวเด็กป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวเฉียบพลันชนิดลิมโฟบลาส ไม่มีความสัมพันธ์กับความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลเด็ก อย่างมีนัยสำคัญ

2.4 การสนับสนุนทางสังคม

จากการศึกษาพบว่า การสนับสนุนทางสังคมไม่มีความสัมพันธ์กับความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลเด็กวัยก่อนเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมุติฐาน ข้อที่ 4 การที่ผลการวิจัยไม่เป็นไปตามสมมุติฐานที่ตั้งไว้ ซึ่งผลการศึกษาของ อัจฉริยา ปทุมวัน (2534) เฉลิม วงษ์จันทร์ (2539) และศิริกาญจนา เอกสิทธิ์ไทรรัตน์ (2543) พบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับความสามารถของผู้ดูแล ทั้งนี้อาจเป็นไปได้ว่า งานวิจัยที่ผ่านมาวัดการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว ผู้ใกล้ชิด และบุคลากรทางการแพทย์โดยตรง สำหรับการศึกษานี้ ได้ศึกษาการสนับสนุนจากแหล่งต่างๆ ทางสังคม ทั้งหมด

5 แหล่ง จากการวิเคราะห์เพิ่มเติม พบว่าการสนับสนุนจากครอบครัว และการสนับสนุนจากบุคลากรทางโรงพยาบาล มีความสัมพันธ์กับความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลเด็กวัยก่อนเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนการสนับสนุนจากเพื่อน บุคลากรและความเชื่อทางศาสนา และกลุ่มช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ไม่มีความสัมพันธ์กับความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลเด็กวัยก่อนเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ภาคผนวก ช) พบว่า แม้ว่ากรณีที่ผู้ดูแลเด็กที่ติดเชื้อเอชไอวี ได้รับการสนับสนุนทางสังคม จากครอบครัว จากบุคลากรทางโรงพยาบาล ทำให้ผู้ดูแลเหล่านี้ได้รับความรัก ความเอาใจใส่ มีกำลังใจในการต่อสู้กับสิ่งต่างๆ รวมถึงพยายามที่จะปฏิบัติหน้าที่ในการดูแลสมาชิกในครอบครัวได้อย่างเต็มที่ (Regan-Kubinskin and Sharts-Hopko, 1995: 327-344) แต่การสนับสนุนจากแหล่งอื่นอีก 3 แหล่งที่ไม่มีความสัมพันธ์กับความสามารถของผู้ดูแลนั้น อาจเป็นเพราะว่า ผู้ดูแลไม่ต้องการเปิดเผยให้กับสังคมได้รับรู้ว่าเด็กของตนติดเชื้อเอชไอวี เนื่องจากเกรงว่าจะได้รับการรังเกียจเหยียดหยามจากคนในสังคม ถูกต่อต้านจากคนในสังคม ทำให้ไม่อาจดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข (Kelly and Lawrence, 1988: 100) ในขณะที่ครอบครัวและบุคลากรทางโรงพยาบาลเป็นแหล่งที่ผู้ดูแลเด็กที่ติดเชื้อเอชไอวีจะได้รับความช่วยเหลือมาก (Regan-Kubinskin and Sharts-Hopko, 1995: 327-344) เป็นไปได้ว่า หากผู้ดูแลได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวและบุคลากรทางโรงพยาบาลอย่างเพียงพอเหมาะสม จะช่วยผู้ดูแลรู้สึกที่ตนเองได้รับความรัก ความเอาใจใส่ รู้สึกมีคุณค่าในตัวเอง และรู้สึกว่าตนเองเป็นส่วนหนึ่งของครอบครัวและสังคม ช่วยลดความตึงเครียดลง สามารถที่จะปรับตัวเข้ากับปัญหาได้อย่างเหมาะสม ซึ่งนำไปสู่การปฏิบัติกรในการดูแลเด็กที่ติดเชื้อเอชไอวี (Brown, 1995: 105) สอดคล้องกับการศึกษาพบว่า การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว ทำให้มารดาเด็กที่เป็นโรคซีดีค็อกไฟโบรซิส สามารถที่จะเข้าใจและปฏิบัติบทบาทในการดูแลเด็กได้อย่างถูกต้องเหมาะสม (Tropour cited in Hymovich and Camberlin, 1980: 37) ดังนั้นการศึกษาคั้งนี้ถึงแม้จะไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคม กับความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลเด็กวัยก่อนเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวี แต่เมื่อศึกษาในแหล่งของการสนับสนุน พบว่า การสนับสนุนจากครอบครัวและบุคลากรทางโรงพยาบาล มีความสัมพันธ์กับความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลเด็กวัยก่อนเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวี จึงอาจกล่าวได้ว่า ครอบครัว และบุคลากรทางโรงพยาบาลเป็นแหล่งประโยชน์ ทำให้ผู้ดูแลได้รับความช่วยเหลือ ข้อมูลข่าวสาร ข้อมูลต่างๆ ความรู้และแรงจูงใจที่จะเฝ้าอำนวยการหรือ ส่งเสริมให้ในการดูแลเด็ก (Joseph, 1980: 137) ส่งผลให้ผู้ดูแลเกิดความสามารถในการดูแลเด็ก วัยก่อนเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวี ซึ่งผลการศึกษาในครั้งนี้สอดคล้องกับ อัจฉริยา ปทุมวัน (2534) เฉลิม วงษ์จันทร์ (2539) และศิริกาญจนา เอกสิทธิ์ไทรรัตน์ (2543) ที่พบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับความสามารถของผู้ดูแล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในส่วนของการสนับสนุนจากครอบครัว และบุคลากรทางโรงพยาบาล

2.5 สัมพันธภาพแบบสนิทสนมระหว่างผู้ดูแลกับเด็ก

จากการศึกษา พบว่า สัมพันธภาพแบบสนิทสนมระหว่างผู้ดูแลกับเด็ก มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลาง กับความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลเด็กวัยก่อนเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .68$) ซึ่งเป็นไปตามสมมุติฐาน ข้อที่ 5 กล่าวคือ หากผู้ดูแลมีสัมพันธภาพแบบสนิทสนมกับเด็กแล้ว จะมีความสามารถในการดูแลเด็กวัยก่อนเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวีที่ดีด้วย โดยอธิบายได้ดังนี้ การที่สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับเด็กดี ผู้ดูแลกับเด็กมีสัมพันธภาพกันแบบสนิทสนม ผู้ดูแลก็จะเกิดความรักใคร่เอ็นดู ทำให้ผู้ดูแลมีความรัก ความผูกพันต่อเด็ก เป็นสิ่งที่ทำให้ผู้ดูแลเกิดการรับรู้ที่ดีในการที่จะเลี้ยงดูเด็ก และให้การเลี้ยงดูเด็ก โดยผู้ดูแลจะพยายามในการตอบสนองของความต้องการในการดูแลของเด็กอย่างเต็มความสามารถ เป็นผลให้ผู้ดูแลรับรู้ว่าจะต้องช่วยเหลือ ปกป้องเด็ก และสะท้อนความเชื่อออกมาสู่การปฏิบัติ (Phillips and Rempusheski, 1986; Andrew, Williams and Neal, 1993) เพราะฉะนั้นไม่ว่าผู้ดูแลจะเป็นมารดาหรือไม่ก็ตาม หากมีความผูกพันกัน ก็จะมี ความสนใจและพยายามที่จะพัฒนาความสามารถในการดูแล ให้ตอบสนองของความต้องการของเด็ก ให้ครบถ้วนมากที่สุดเท่าที่จะทำได้ ดังนั้นการศึกษา ปัจจัยด้านสัมพันธภาพแบบสนิทสนมระหว่างผู้ดูแลกับเด็ก กับความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลเด็กวัยก่อนเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวี ซึ่งจากการทบทวนงานวิจัยที่ผ่านมา ยังไม่พบผู้ที่ศึกษาความสัมพันธ์ด้านสัมพันธภาพแบบสนิทสนมระหว่างผู้ดูแลกับเด็กกับความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลเด็กวัยก่อนเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวีมาก่อน จึงไม่สามารถเปรียบเทียบกับงานวิจัยก่อนๆ ได้

3. การศึกษาตัวแปรที่สามารถร่วมกันพยากรณ์ความสามารถในการดูแลเด็กวัยก่อนเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวี

ผลการศึกษาพบว่า ตัวแปรซึ่งเป็นกลุ่มตัวพยากรณ์ทั้งหมดสามารถร่วมกันพยากรณ์ความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลเด็กวัยก่อนเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวี ได้โดยมีความสามารถในการพยากรณ์ได้ร้อยละ 55.6 ($R^2 = .556$) และเมื่อพิจารณาคุณค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยของตัวพยากรณ์ทั้งหมดในรูปคะแนนมาตรฐาน ปรากฏว่า ตัวพยากรณ์ที่สามารถพยากรณ์ความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลเด็กวัยก่อนเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวี ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ สัมพันธภาพแบบสนิทสนมระหว่างผู้ดูแลกับเด็ก ระดับการศึกษา และอายุของผู้ดูแล

เมื่อใช้เทคนิค Stepwise Solution มีข้อค้นพบที่คล้ายกัน คือ มีตัวพยากรณ์ที่สามารถพยากรณ์ความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลเด็กวัยก่อนเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จำนวน 3 ตัว เหมือนกันแต่มีค่าสัมประสิทธิ์การพยากรณ์ (R^2) .577 และเมื่อพิจารณา น้ำหนักและทิศทาง ของความสัมพันธ์ของตัวพยากรณ์ที่มีความสัมพันธ์ในการพยากรณ์

ความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลเด็กวัยก่อนเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวี ตัวพยากรณ์ทุกตัวมีความสัมพันธ์ทางบวก และตัวพยากรณ์ที่มีความสำคัญหรือมีน้ำหนักมากที่สุดคือ สัมพันธภาพแบบสนิทสนมระหว่างผู้ดูแลกับเด็ก รองลงมาคือ ระดับการศึกษา และอายุของผู้ดูแล ตามลำดับ

จากข้อค้นพบว่าสัมพันธภาพแบบสนิทสนมระหว่างผู้ดูแลกับเด็ก สามารถอธิบายความแปรปรวนของความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลเด็กวัยก่อนเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวี ได้เป็นอันดับแรก ซึ่งอธิบายความแปรปรวนได้ร้อยละ 46.3 (R^2 change= .463) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 มีความสัมพันธ์ทางบวก เมื่อพิจารณาน้ำหนักทิศทาง (Beta= .470) แสดงว่าผู้ดูแลที่มีสัมพันธภาพแบบสนิทสนมระหว่างผู้ดูแลกับเด็กดี มีแนวโน้มที่จะมีความสามารถในการดูแลเด็กวัยก่อนเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวีในระดับดีถึง 46.3 เนื่องจากระดับการศึกษาที่ต่างกันมีผลต่อความสามารถของผู้ดูแล ดังนั้นเมื่อเพิ่มตัวพยากรณ์ระดับการศึกษาของผู้ดูแลเข้าไปในขั้นตอนที่สอง จึงสามารถเพิ่มอำนาจในการอธิบายความแปรปรวนของความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลเด็กวัยก่อนเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวีได้อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 ได้เป็นร้อยละ 53.7 (R^2 = .537) เมื่อพิจารณาน้ำหนักและทิศทาง (Beta= .444) พบว่ามีความสัมพันธ์ทางบวก แสดงว่าผู้ดูแลที่มีสัมพันธภาพแบบสนิทสนมระหว่างผู้ดูแลกับเด็กดี มีระดับการศึกษาสูง มีแนวโน้มที่จะมีความสามารถในการดูแลเด็กวัยก่อนเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวีในระดับดี ได้เพิ่มขึ้นอีกร้อยละ 7.5 (R^2 change= .075)

ตัวพยากรณ์ในขั้นตอนที่ 3 ที่สามารถอธิบายความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลเด็กวัยก่อนเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวี คือ อายุของผู้ดูแล ซึ่งสามารถร่วมพยากรณ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ได้เป็นร้อยละ 57.7 (R^2 = .577) มีค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยไปรูปคเวมนมาตรฐาน (Beta) เท่ากับ .242 แสดงว่า ผู้ดูแลที่มีอายุสูงขึ้นมีแนวโน้มที่จะมีความสามารถในการดูแลเด็กวัยก่อนเรียน ที่ติดเชื้อเอชไอวีในระดับดี ได้เพิ่มขึ้นอีกร้อยละ 4.0 (R^2 change= .040) ทั้งนี้อธิบายได้ว่าผู้ดูแลที่มีสัมพันธภาพแบบสนิทสนมระหว่างผู้ดูแลกับเด็กดีผู้ดูแลก็จะเกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อตอบสนองความต้องการของเด็กซึ่งเป็นสิ่งที่ทำให้เกิดความสามารถของผู้ดูแล และหากผู้ดูแลมีระดับการศึกษาที่สูงขึ้นด้วยแล้วผู้ดูแลก็จะมีความสามารถมีทักษะในการตัดสินใจในการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อตอบสนองความต้องการของเด็กทำให้ผู้ดูแลมีความสามารถของผู้ดูแลเพิ่มขึ้นอีก และหากผู้ดูแลมีอายุที่เพิ่มมากขึ้นด้วยแล้วผู้ดูแลก็จะสามารถปฏิบัติกิจกรรมเพื่อตอบสนองความต้องการของเด็กซึ่งหมายถึงผู้ดูแลจะมีความสามารถของผู้ดูแลเพิ่มยิ่งขึ้น และตัวพยากรณ์ทั้ง 3 ตัว สามารถร่วมกันพยากรณ์ความสามารถผู้ดูแลในการดูแลเด็กวัยก่อนเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวีได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ได้ร้อยละ 57.7 (R^2 = .577)

อย่างไรก็ดีจากการศึกษาพบว่า อายุของผู้ดูแลไม่มีความสัมพันธ์กับความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลเด็กวัยก่อนเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวี อาจเนื่องมาจากการคำนวณค่าสัมประสิทธิ์

สหสัมพันธ์ระหว่างอายุของผู้ดูแลกับความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลเด็กวัยก่อนเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวี เป็นค่าที่ได้จากการที่ไม่ได้ควบคุมอิทธิพลตัวแปรอิสระอื่นๆ (Zero-order Correlations = .102) แต่เมื่อควบคุมตัวแปรอิสระอื่นๆแล้ว ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างอายุของผู้ดูแลกับความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลเด็กวัยก่อนเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวี มีค่าเพิ่มขึ้น (Partial Correlations = .293) จึงพบว่าอายุของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์กับความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลเด็กวัยก่อนเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวีเป็นลำดับสาม รองลงมาจากสัมพันธภาพแบบสนิทสนมระหว่างผู้ดูแลกับเด็ก และระดับการศึกษาของผู้ดูแล

จากที่กล่าวมาพบว่า ตัวพยากรณ์ทั้ง 3 ตัว สามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลเด็กวัยก่อนเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวี ได้มากกว่าตัวพยากรณ์ตัวใดตัวหนึ่ง และจากผลการวิจัยครั้งนี้พบว่า ความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลเด็กวัยก่อนเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวี อยู่ในระดับปานกลาง เพื่อให้ผู้ดูแลมีความสามารถในการดูแลเด็กมากยิ่งขึ้น จึงควรคำนึงถึงปัจจัยเรื่อง สัมพันธภาพแบบสนิทสนมระหว่างผู้ดูแลกับเด็ก ระดับการศึกษาของผู้ดูแล และอายุผู้ดูแล นำมาใช้เข้ามามีส่วนร่วมในการพิจารณาการพยาบาลเพื่อส่งเสริมผู้ดูแลได้ มีการพัฒนาความสามารถในการดูแลเด็กวัยก่อนเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวีมากยิ่งขึ้น

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะทั่วไป

1. การวิจัยครั้งนี้พบว่า สัมพันธภาพแบบสนิทสนมระหว่างผู้ดูแลกับเด็ก ระดับการศึกษาของผู้ดูแล และอายุผู้ดูแล สามารถร่วมกันพยากรณ์ความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลเด็กวัยก่อนเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวีได้ถึงร้อยละ 57.7 ซึ่งแสดงให้เห็นว่าผู้ดูแลที่มีสัมพันธภาพแบบสนิทสนมระหว่างผู้ดูแลกับเด็กที่ดี มีระดับการศึกษาของผู้ดูแลที่สูงขึ้น และมีอายุผู้ดูแลที่สูงขึ้น จะมีความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลเด็กวัยก่อนเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวีได้มากขึ้น ดังนั้นในการปฏิบัติการพยาบาลการดูแลเด็กวัยก่อนเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวี พยาบาลควรคำนึงถึงปัจจัยเรื่อง สัมพันธภาพแบบสนิทสนมระหว่างผู้ดูแลกับเด็ก ระดับการศึกษาของผู้ดูแล และอายุผู้ดูแล นำมาใช้เข้ามามีส่วนร่วมในการพิจารณาการแก้ปัญหาและส่งเสริมผู้ดูแลให้มีการพัฒนาความสามารถในการดูแลเด็กวัยก่อนเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวีมากขึ้น

2. เนื่องจากสัมพันธภาพแบบสนิทสนมระหว่างผู้ดูแลกับเด็กเป็นตัวพยากรณ์ที่มีน้ำหนักมากในการพยากรณ์ความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลเด็กวัยก่อนเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวี ดังนั้นจึงควรให้ความสำคัญในการส่งเสริมสัมพันธภาพแบบสนิทสนมระหว่างผู้ดูแลกับเด็กให้เพิ่มมากขึ้น โดยการจัดระบบการพยาบาลต่างๆ ให้เอื้อต่อการเกิดสัมพันธภาพแบบสนิทสนมระหว่างผู้ดูแลกับเด็กที่ติดเชื้อเอชไอวี

3. ผู้บริหารทางการแพทย์พยาบาลอาจใช้ผลการวิจัยในครั้งนี้เป็นข้อมูล เพื่อกำหนดนโยบายในการพยาบาลเด็กที่ติดเชื้อเอชไอวี โดยกำหนดนโยบายให้มีการประเมินปัจจัยพื้นฐานของผู้ดูแลเด็กที่ติดเชื้อเอชไอวี ประเมินความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลเด็ก เพื่อที่จะให้การพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพที่สุดในการที่จะส่งเสริมให้ผู้ดูแลมีความสามารถที่จะดูแลเด็กวัยก่อนเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวี

4. ผู้ที่สนใจในการทำวิจัยในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี ควรมีประสบการณ์ด้านการให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยและญาติผู้ติดเชื้อเอชไอวี เนื่องจากในการเก็บข้อมูลบางครั้งมีความจำเป็นที่จะต้องพูดคุยเกี่ยวกับเรื่องทีนอกเหนือจากการสัมภาษณ์ บางครั้งเมื่อพบกับปัญหาบางประการผู้วิจัยต้องอาศัยประสบการณ์ในการที่จะให้คำปรึกษาและให้คำแนะนำ เช่น ความรู้สึกสิ้นหวังของผู้ดูแล เป็นต้น

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัย

1. ควรมีการศึกษาเชิงทดลองในเชิงรูปแบบการเพิ่มสัมพันธภาพแบบสนิทสนมระหว่างผู้ดูแลกับเด็กต่อความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลเด็กที่ติดเชื้อเอชไอวี

2. ควรมีการศึกษาวิจัยเพื่อหารูปแบบต่างๆ ในการส่งเสริมให้ผู้ดูแลมีความสามารถในการดูแลเด็กที่ติดเชื้อเอชไอวีให้เพิ่มขึ้น โดยเฉพาะความสามารถของผู้ดูแลในด้านการตอบสนองต่อภาวะเป็ียงเบนด้านสุขภาพของเด็ก เช่น ศึกษารูปแบบการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อการส่งเสริมความสามารถของผู้ดูแลเด็กที่ติดเชื้อเอชไอวี

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

รายการอ้างอิง

ภาษาไทย

- กมลวัน ดิษยบุตร. 2537. ความสัมพันธ์ระหว่างความพร้อมในการดูแลบุตรของมารดาและความ
ผาสุกในครอบครัวของเด็กวัยเรียนโรคหัดสี่เชื้อเมื่อย. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตร
มหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลแม่และเด็ก บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- กองโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. 2537. การดูแลสุขภาพเด็กแรกเกิด – 6 ปี
สำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- กองระบาดวิทยา กระทรวงสาธารณสุข. 2544. สถานการณ์โรคเอดส์ถึงวันที่ 28 กุมภาพันธ์ 2544.
รายงานการเฝ้าระวังโรคประจำสัปดาห์. นนทบุรี
- กุลกัญญา โชคไพบูลย์กิจ. 2541. โรคติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ในผู้ป่วยเด็ก. ใน พิไลพันธ์ พุทธิฉนะ
(บรรณาธิการ). เอชไอวีและจุดชีพจรวัยโอกาส. กรุงเทพฯ: อักษรสมัย.
- จริยาวัตร คมพยัคฆ์. 2531. แรงสนับสนุนทางสังคม: มโนทัศน์และการนำไปใช้. วารสาร
พยาบาลศาสตร์ 6(เมษายน – มิถุนายน): 96 – 105.
- จุไร อภัยจิริรัตน์. 2540. บทความวิชาการ : ความต้องการดูแลตนเองของเด็กติดเชื้อเอชไอวี
(Self care requisites of the HIV-infected child). วิทยาสารพยาบาล วิทยาลัย
พยาบาลสภากาชาดไทย 22(3): 186-192.
- ฉลองรัฐ อินทรีย์. 2528. อิทธิพลของสิ่งต่างๆที่มีต่อการเจริญเติบโตและพัฒนาการของเด็ก.
กรุงเทพฯ: อักษรพัฒนา.
- เฉลิม วงษ์จันทร์. 2539. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การสนับสนุนทางสังคมกับ
ความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลเด็กกลุ่มมองพิการ. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตร
มหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ชิษณุ พันธุ์เจริญ และ อุษษา ทิชยากร. 2545. ระบาดวิทยาของการติดเชื้อเอชไอวีและโรคเอดส์
ในเด็ก. ใน ชิษณุ พันธุ์เจริญ ทวี โชติพิทยสุนนท์ และอุษษา ทิชยากร (บรรณาธิการ).
โรคเอดส์ในเด็ก. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ชื่นฤดี แก้วบุตร. 2535. ความพร้อมของมารดาในการดูแลบุตรและความผาสุกในครอบครัวของ
เด็กป่วยกลุ่มอาการซีก. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ชัยยศ คุณานุสนธ์. 2543. เอดส์: ปัญหา ผลกระทบและการตอบสนองของประเทศไทย.
กรุงเทพฯ: เจ เอส การพิมพ์.

- ทิตยา หอมทรัพย์. 2538. ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพ ปัจจัยพื้นฐานกับความพร้อมในการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อโรคเอดส์. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- นิลาวรรณ ฉันทะปรีดา. 2536. เอดส์ในเด็ก: การดูแลที่บ้าน. วารสารพยาบาลศาสตร์ 16 (3 - 4).1 - 5.
- นิลาวรรณ ทวีกันท์. 2528. ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรคัดสรรด้านภูมิหลังกับระดับการดูแลตนเองของผู้ปกครองต่อเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด. วิทยานิพนธ์ปริญญาครุศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- บรรจง คำหอมกุล. 2535. คู่มือการพยาบาลผู้ป่วยโรคเอดส์. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์สถาบันพัฒนาการสาธารณสุขอาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดล.
- บุญใจ ศรีสถิตยัณรากร. 2544. ระเบียบวิธีการวิจัยทางพยาบาลศาสตร์. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ประคอง กรรณสูตร. 2535. สถิติเพื่อการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ประพันธ์ ภาณุภาค. 2536. ไวรัสวิทยาและพยาธิกำเนิดของกลุ่มอาการเอดส์. ใน สุรพล สุวรรณกุล และอมร ลีลารัตน์ (บรรณาธิการ), โรคติดเชื้อเอชไอวีและเอดส์, หน้า 74 - 86. กรุงเทพฯ: เมดิคัลมีเดีย.
- พรนิภา ชัยโกศล. 2536. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของมารดาในการดูแลบุตรป่วยโรคกลุ่มอาการเนฟโฟติก. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- พัชรี ตั้งตุลยางกูร. 2540. โภชนาการสำหรับผู้ติดเชื้อ HIV และผู้ป่วยเอดส์. นนทบุรี: กองโรคเอดส์.
- พิไลรัตน์ ทองอุไร. 2529. ความสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคลทางการพยาบาลจิตเวช. กรุงเทพฯ : ศูนย์สื่อเสริม.
- เพียงใจ ตีรไพรวงศ์. 2540. สัมพันธ์ภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วยและภาระการดูแลของสมาชิกครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลอนามัยชุมชน บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- มณี คูประสิทธิ์. 2539. ความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการดูแลเด็กของบิดามารดากับภาวะสุขภาพของเด็กวัย 5 ขวบปีแรก. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลเด็ก บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

- รสสุคนธ์ พิไชยแพทย์. 2543. การรับรู้บทบาทในการเป็นมารดาการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม ผลลัพธ์ในการตั้งครรถ์กับความสามารถในการดูแลตนเองหลังคลอดและดูแลบุตรของหญิงหลังคลอดที่ติดเชื้อเอชไอวี. ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต(สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกพยาบาลสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- รุจา ภูไพบูลย์. 2533. รายงานการวิจัยการศึกษาบทบาทในการดูแลบุตรผู้ป่วยโรคหัวใจหัวใจมาติกในครอบครัว. ขอนแก่น: คณะพยาบาลศาสตร์.
- รุจา ภูไพบูลย์. 2541. การพยาบาลครอบครัว: แนวคิดทฤษฎีและการนำไปใช้. กรุงเทพฯ: ห.จ.ก.วีเจ พรินติ้ง.
- รุ่งทิพย์ วีระกุล. 2539. ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้เกี่ยวกับโรค การสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการดูแลบุตรผู้ป่วยโรคธาลัสซีเมีย. วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วันดี วราวิทย์. 2541. ตำรากุมารเวชศาสตร์. กรุงเทพฯ: โฮลิสติก แพบลิชชิง.
- วิชาญ วิทยาศัย และประคอง วิทยาศัย. 2540. เวชปฏิบัติในผู้ติดเชื้อเอดส์. กรุงเทพฯ: โอ.เอส.พรินติ้งเฮาส์.
- วิรัตน์ ศิริสันธนะ. 2540. ระบาดวิทยาของโรคเอดส์ในเด็กที่ติดเชื้อจากมารดา, ลักษณะอาการของโรคติดเชื้อเอชไอวีในเด็กที่ติดเชื้อจากมารดา. ใน สมศักดิ์ โสฬ์เลขา และคณะ (บรรณาธิการ), วิทยาการทันยุคโรคติดเชื้อในเด็ก, พระนครฯ: ชัยเจริญ.
- วิรัตน์ ศิริสันธนะ. 2542. ลักษณะอาการของโรคติดเชื้อเอชไอวีในเด็ก. ใน นลินี อัครโกเศศ, สรณี เทียนกริม, ศศิธร ลิขิตนุกูล, และอัมภา วิชากุล (บรรณาธิการ), ประสบการณ์ด้านโรคติดเชื้อในประเทศไทย, (พิมพ์ครั้งที่ 2) กรุงเทพฯ: โฮลิสติก แพบลิชชิง.
- ศิริกาญจนา เอกสิริไตรรัตน์. 2543. ความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะส่วนบุคคล ความรู้เรื่องโรคหอบหืด ความเชื่อมั่นในความสามารถของตน การสนับสนุนทางสังคมกับความสามารถของมารดาในการดูแลบุตรโรคหอบหืดวัย 0-6 ปี. ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกพยาบาลสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ศรีเรือน แก้วกังวาล. 2538. จิตวิทยาพัฒนาการชีวิตทุกช่วงวัย. พิมพ์ครั้งที่ 6. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- สگارรัตน์ พวงจันทร์. 2538. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐาน ผลกระทบจากการเจ็บป่วยเรื้อรังของบุตรต่อครอบครัวกับความสามารถของมารดาในการดูแลบุตรที่เจ็บป่วยเรื้อรัง. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

- สมจิต หนูเจริญกุล. 2536. การดูแลตนเอง : ศาสตร์และศิลป์ทางการแพทย์พยาบาล. กรุงเทพมหานคร: ห้างหุ้นส่วนจำกัด วี.เจ. พรินติ้ง.
- สมศักดิ์ โฉ่โหลษา. 2537. ลักษณะทางคลินิกและการรักษาโรคแทรกซ้อนในผู้ป่วยโรคเอดส์ที่เป็นเด็ก. รวมบทบรรยาย การสัมมนาระดับชาติ เรื่องโรคเอดส์ ครั้งที่ 4, 27-29 กรกฎาคม 2537 ณ. โรงแรมดวงตะวัน จังหวัดเชียงใหม่.
- สมศักดิ์ โฉ่โหลษา. 2542. โรคเอดส์ในเด็ก. ใน สุวรรณา เรื่องกาญจนเศรษฐ อมรศรี ชุณหรัศมี, นิชรา เรื่องดารกานนท์ และอดิศักดิ์ ผลิตผลการพิมพ์ (บรรณาธิการ), Ambulatory Pediatrics 2, หน้า 643-647. กรุงเทพฯ: ไฮลิสดิก พับลิชชิง..
- สุวดี ศรีเลณวดี. 2530. จิตวิทยากับการพยาบาลผู้ป่วยเด็ก. กรุงเทพฯ: พิสิกส์เซนเตอร์การพิมพ์.
- สุธิตา ล่ามช้าง และโปรงงภา อัครชินเรศ. 2541. รายงานการวิจัยการศึกษานโยบายของผู้ปกครองในการดูแลเด็กที่ติดเชื้อเอชไอวี. เชียงใหม่: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สุปาณี วศินอมร. 2528. การพยาบาลพื้นฐาน แนวคิดและการปฏิบัติ. พิมพ์ครั้งที่ 7. กรุงเทพฯ: โครงการตำราภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
- สุรียพร ธนศิลป์. 2538. การพยาบาลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อรพรรณ ลีอนุชวัชชัย. 2534. การบริหารทารกและเด็กวัยก่อนเรียน. คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อัจฉรียา ปทุมวัน. 2534. แรงสนับสนุนทางสังคมและความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลเด็กป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวเฉียบพลันชนิดลิมโฟโบลาสต์. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- อัมพล สุอัมพันธ์. 2530. จิตเวชเด็กสำหรับกุมารแพทย์. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชวนพิมพ์.
- อำไพ ชนะกอก. 2538. การพยาบาลครอบครัว: การดูแลเด็กแรกเกิดถึง 6 ปี. ภาควิชาการพยาบาลสาธารณสุข คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่: ม.ป.ท.
- อารี ปุณณะตระกูล. 2528. พฤติกรรมสุขภาพของมารดาที่มีบุตรอายุต่ำกว่า 1 ปี ซึ่งเป็นโรคติดเชื้อทางเดินหายใจที่มารับการรักษาที่ตึกผู้ป่วยนอกเด็กโรงพยาบาลเด็ก. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาสุขศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร.
- อุษา ทิสยากร. 2539. Update on Pediatric Infection Diseases. กรุงเทพฯ: ชัยเจริญ .

- อุษา ทิสยากร. 2542. โรคติดเชื้อ HIV/เอดส์ในเด็ก : การดูแลรักษาและการป้องกัน. ใน นลินี อัครโกศล, สรณี เทียนกริม, ศศิธร ลิขิตบุญกุล และอัษฎา วิชากุล (บรรณาธิการ), ประสบการณ์ด้านโรคติดเชื้อในประเทศไทย, (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: โฮลิสติก พับลิชชิง.
- อุษา ทิสยากร. 2544. HIV in OB&GYN – from pediatric view-point. ใน สมชาย สุวจนกรณ, สุวิทย์ บุญยะเวชชีวิน และวิสันต์ เสรีภาพงศ์ (บรรณาธิการ). OB&GYN Practical & Update 2001. กรุงเทพฯ: ภาควิชาสูติศาสตร์สูติเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ภาษาอังกฤษ

- Anderson, L, Dibble, M.V., Mitchell, H.S. and Rynbergen, H.J. 1972. Nutrition in Nursing. Philadelphia: J. B. Lippincott Company.
- Andrew, S., Willams, A. B., and Neil, K. 1993. The mother-child relationship in the HIV-1 positive family. Nursing Research 25(3): 193-198.
- Bell, S.J. and Fores, R.A. 1996. Positive Nutrition for HIV infection and AIDS. USA: chronimed publishing.
- Bernstein, L.J. and Rubbinstein, A. 1986. Acquired immunodeficiency syndrome in infants and children. Prog Allergy 37: 194-206.
- Bibace, R. and Walsh, M.E. 1980. Development of children's concepts of illness. Pediatrics 66: 912-917.
- Biddle, B. J. 1976. Role theory : Expectations, identities, and behaviors. Chicago: Dryden Press.
- Boland, M.G. and Conviser, R. 1992. Nursing Care of the Child. In J.H. Flaskerud; And P.J. Ungvaski (eds), HIV/AIDS A guide to Nursing Care, New York: W.B. Saunders.
- Brown, T. 2001. Scenarios for Intervention and Recommendations from the Thai Projections. เอกสารประกอบการสัมมนาระดับชาติเรื่องโรคเอดส์ ครั้งที่ 8, หน้า 1-5 จัดโดย กระทรวงสาธารณสุข ณ อิมแพคเมืองทองธานี นนทบุรี ระหว่างวันที่ 11-13 กรกฎาคม 2544.
- Brown, T,et.al . 1994. Projection for HIV/AIDS in Thailand . The NESDB Working Group on HIV/AIDS Projection. 17: 1987-2020.
- Brown, T,et.al. 1995. The impact of HIV on children in Thailand. Bangkok: Thai Red Cross Society.

- Bull, M.J. 1990. Factors influencing family caregiving burden and health. Western Journal of Research 12: 758-776.
- Cadman, D.et al. 1987. "Chronic illness disability and Mental and Social well-being : Finding of the Ontario child health study". Pediatrics 79: 805-813.
- Calderone, M.S. 1982. Love, sex, intimacy and aging as a life style. In Sex, Love, and Intimacy – Whose life styles. New York: Siecus.
- Callery, P. 2001. Family with parents and children living with HIV described strategies To meet 3 common goals for normalisation. Evidence – Based Nursing 4(3): 92.
- Caplan, G. 1974. Support System and Community Mental Health. New York: J.B. Lippincott company.
- Centers for Disease Control and Prevention. 1994. Revised classification for human immunodeficiency virus infection in children less than 13 years of age. MMWR 43: 1-10.
- Centers for Disease Control and Prevention. 1996. Measles pneumonitis following measles-mump-rubella vaccination of patient with HIV infection, 1993. MMWR 45: 603-606.
- Cobb, S. 1979. Social support as a moderator of life stress. Psychosomatic Medicine 38(September-October): 300-314.
- Cohen, S. and Syme, S. L. 1980. Issues in the study and application of social support. Social support and health. Orlando: Academic Press. 3-20.
- Cox, F.D. 1981. Human Intimacy Marriage, the family and Its Meaning. New York: West Publishing.
- Dimond, M. and Jones, S. L. 1983. Social support : a review and theoretical integration. In P. L. Chin (Ed.), Advances in nursing theory development. Maryland: An Aspen Publication, 235-249.
- Division of Epidemiology, Ministry of Public Health. 1989. Weekly Epidemiological Surveillance Report 20(32): 400-401.
- Derlega, V and Chaikin, A. 1975. Sharing intimacy what we reveal to others and why. New York: A Spectrum book.

- Dodd, M.J. and Dibble, S. 1993. Predictors of self-care : A test of Orem's Model. Oncology Nursing Forum 20 (6): 895-901.
- Dwyer, L.M. 2000. Advanced practice nursing for children with HIV infection. Nursing Clinics of North America 35(1): 115-124.
- Erikson, E.H. 1963. Childhood and Society. New York: W.W Norton.
- Francis, B. 1994. The incidence of HIV / AIDS in children and their care need. Nursing Time 90(1): 47.
- Frank, D.C. 1981. Human intimacy Marriage, the Family and Its Meaning. New York: West Publishing.
- Futcher, J.A. 1988. Chronic Illness and Family Dynamics. Pediatric Nursing 14(4): 381-385.
- Glasscock, R. 2000. Practice applications of research A phenomenological study of the experience of being a mother of child with cerebral palsy. Pediatric Nursing 26(4): 407 – 416.
- Goedert, J.J. et al. 1989. Mother – to – infant transmission of human immunodeficiency virus type I. The Lancet 9: 1351-1354.
- Gottlieb, M.S., Jeffries, D.J., Mildvan, D., Pinching, A. J., Quinn, T.C., and Weiss, R. A. 1987. Current Topics in AIDS. New York: John Wiley & Sons.
- Greenberg, L.A. 1991. Teaching Children Who are Learning Disableds Illness and Hospitalization. MCN 16: 260-263.
- Gross, G.J and Howard, M. 2001. Mother's decision making processes regarding health care for children. Public Health Nursing 18(3): 157 – 168.
- Haas, D.L. 1990. The relationship between coping dispositions and power component of dependent-care agency in parents of children with special health care need. Doctoral Dissertation for the Degree of Doctor of Philosophy in Nursing. The Graduate School of Wayne State University.
- Haas, D.L. 1990. Application of Orem's self-care deficit theory to the pediatric chronically ill population. Issue in Comprehensive Pediatric Nursing 13: 253-264.
- Hart, M.A. 1995. Orem's Self- Care Deficit Theory: Research with Pregnant Woman. Nursing

- Science Quarterly 8 (3): 120-126.
- Hymovich, D.P. and Camberlin, R. W. 1980. Child and Family Development Implications for Primary Health Care. New York : Mc.Graw-Hill Book Company.
- Instone, S.L. 2000. Perceptions of Children With HIV Infection When Not Told for So Long: Implications for Diagnosis Disclosure. Journal of Pediatric Health care 14(15): 235-243.
- Jalowic,A and Power,M.J. 1981. Stress and Coping in Hypertension and Emergency room Patients. Nursing Research 10 (October): 10-15.
- Jirapet, V. 2001. Factors Affecting Maternal Role Attainment Among Low-Income, Thai, HIV-Positive Mothers. Journal of Transcultural Nursing 12(1): 25-33.
- Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. 2000. Report on the HIV/AIDS epidemic June 2000, UNAIDS. Geneva, Switzerland: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS.
- Joseph, L.S.1980 . Self-Care and Nursing Process. Nursing clinical of North America 15(3): 35.
- Kahn, R. L. 1979. Aging and social support. In M. W. Riley (Ed.), Aging from birth to Death : Interdisciplinary perspectives. Colorado Boulder: Westview Press.
- Kaplan, B. H., Cassel, L. C. and Gore, S. 1977. Social support and health. Medical care 15(May): 47-58.
- Kappy, M.S. 1987. Regulation of Growth in children with chronic Illness Therapeutic implication for the year 2000. American Journal Disease child 141: 489-493.
- Kelly, J.A and Lawrence, J.S. 1988. The AIDS health crisis : Psychological and Social Interaction. (2 ed.) USA: Plenum press.
- Kieffer, C. 1977. New depths in intimacy In Marriaaes and alternatives: Exploring intimate relationships. Edited by R. Libby and R. Whitehurst, 267-293. Glenview, IL: Scott, Foreman.
- Leventhal, J. M. 1984. Psychosocial assessment of children with chronic physical disease. Pediatric clinics of North America 31(1): 15-23.
- Long, B.C et al. 1993. Medical-Surgical Nursing : A Nursing Process approach. (3rd ed.). Philadelphia: Mosby Year Book.

- Lustig, J. R. 1993. Nutrition and HIV Infection. Asia Pacific Journal Clinical Nutrition 2: 3-14.
- Markland, R.E., and Durand, D.E. 1976. An investigation of socio-psychological factors affecting infant immunization. American Journal of Public Health 66(2): 168-169.
- Maslow, A. 1970. Motivation and Personality (2nd ed.). New York: Harper & Row.
- Mattson, A. 1972. Long-Term Physical Illness in Childhood : A challenge to Psychosocial Adaptation. Pediatrics 50: 801-819.
- Mendez, H. and Jule, J. E. 1990. Care of the infant born exposed to human Immunodeficiency virus. Obstertrics and Gynaecology Clinics of North America 17: 637-649.
- Mercer, R.T. 1981. A theoretical framework for studying factors that impact on the maternal role. Nursing Research 30: 74-75.
- Mobley, C.E. and Evashevski, J. 2000. Evaluating Health and Safety Knowledge of Preschooler : Assessing Their Early Start to Being Health Smart. Journal of Pediatric Health Care 14 (3): 160-165.
- Moore, J.B. 1983. Predictors of children's self-care performance : Testing the theory of self-care deficit. Scholarly inquiry for practice 7: 193-199.
- Moore, J.B. 1993. Predictors of Children's Self-Care Performance : Testing the Theory of Self-Care Deficit. Scholarly Inquiry for Nursing Practice : An International Journal 7(3) : 199-212.
- Moore, J.B., and Gaffney, K.F. 1989. Development of an instrument to measure mothers' performance of self-care activities for children. Advanced in Nursing Science 12(1): 76-84.
- Moore, J.B., and Gaffney, K.F. 1996. Testing Orem's Theory of Self-Care Deficit : Dependent Care Agent Performance of Children. Nursing Science Quarterly 9 (4): 160-164.
- Moore, J.B. and Mosher, R. 1997. Adjustment Response of Children and Their Mother to Cancer: Self care and Anxiety. Oncology Nursing Forum 24 (3): 519-525.
- Moore, J.B., and Mosher, R.B. 1998. The Relationship of Self-Concept and Self-Care in Children With Cancer. Nursing science Quarterly 11(3): 116-122.
- Moore, J.B. 2000. Measurement of Orem's Basic Conditioning Factors: A review of Published Research. Nursing science Quarterly 13(2): 137-142.

- Nelson, W.E. 1996. Textbook of Pediatrics. London: W.B.Sauders Company.
- Norbeck, J.S. 1982 . The Use of Social Support in Clinical Practice. Journal of Psychosocial Nursing and Mental health Service 20: 20-29.
- O'Hara, M. J., and D' Orlando, D. 1996. Ambulatory care of the HIV-infected child. Nursing Clinics of North America 31(1): 179-204.
- Orem, D.E. 1995. Nursing: Concepts of Practice. (5th ed.). St. Louis : Mosby Year Book.
- Orem, D.E. 2001. Nursing: Concepts of Practice. (6th ed.). St. Louis : Mosby Year Book.
- Pender, N. J. 1982. Health promotion in nursing practice. (2nd ed.). U.S.A.: Appleton & Lange.Philadelphia : J.B. Lippincott Company.
- Pender, N. J. 1996. Health promotion in nursing practice. (3rd ed.). U.S.A. : Appleton & Lange.Philadelphia : J.B. Lippincott Company.
- Phillips, L.R. and Rempusheski, V.F. 1986. Caring for the frail elderly at home : toward A theoretical explanation of the dynamics of poor quality family caring. Advance in Nursing Science 8(4): 62-84.
- Phipps,W.J. et al. 1991. Medical- Surgical Nursing Concept and Clinical Practice (4th ed.). U.S.A.: Mosby Year Book.
- Pratt , C.C., Jones-Augst, L. and Pennington,D. 1993. Decision-making influence strategies of care giving daughters and their elderly mothers. Family Relations 42 (10): 376-382.
- Prescott, P.A. 1987. Multiple Regression Analysis with Small Samples : Cautions and Suggestion. Nursing Research 36(2): 130-133.
- Quaggin, A. 1987. Get prepared for more cases of AIDS during pregnancy. Canada Medical Association Journal 136: 192-3.
- Ragdale, D and Morrow, J.R. 1990. Quality of Life as A Function of HIV Classification. Nursing Research 39 (November- December): 355-359.
- Reece, S.M. 1993. Social Support on the early maternal experience of primiparas over 35. Maternal - Child Nursing Journal 21(3): 91-98.
- Regan-Kunbinsky, M.J. and Sharts-Hopko, N. 1995. Illness Cognition of HIV-infected Mothers. Mental Health Nursing 16: 327-344.

- Rocenblum, E.H. et al. 1981. Daily Nutritional Care for Cancer Patient Nutrition and Cancer Etiology and Treatment. New York: Raven Press.
- Ruth, W.C. 1974. The self concept : A review of Methodological consideration and measuring instrument. London : University of New braska Press: 136 – 156.
- Schaefer, C., Coyne, J. C. and Lazarus, R. 1981. The health-related function of social support. Journal of Behavioral Medicine 4: 381-406.
- Simpson, B. J., Shapiro, E. D., and Andiman, W. A. 2000. Prospective cohort study of children born to human immunodeficiency virus-infected mothers, 1985 through 1997 : trends in the risk of vertical transmission, Mortality and acquired immunodeficiency syndrome indicator diseases before highly active antiretroviral therapy. The Pediatric infectious disease journal 19(7) : 618-620.
- Stuart, G.W. and Laraia, M.t. 2001. Principles and Practice of Psychiatric Nursing. St. Louis: Mosby Company.
- Thoits, P. A. 1982. Conceptual methodological and theoretical problem in studying Social support as a buffer against life stress. Journal Health Social Behavior 23:145–159.
- Thoits, P. A. 1986. Social support as coping assistance. Journal of Consulting and Clinical Psychology 54: 416-423.
- Tiden, V.P. 1985. Issues of conceptualization and measurement of social support in the construction of nursing theory. Research in Nursing and Health. 8 (June): 201-202.
- Uphold, R.C. 1991. Conceptual foundation of professional nursing practice. St.Louis : Mosby Year Book.
- Videbeck, S.L. 2001. Psychiatric Mental Health Nursing. U.S.A : Philadelphia: J.B. Lippincott Company.
- Walker, A.J. and Thompson, L. 1983. Intimacy and intergeneration aid and contact among mother and daughters. Journal of marriage and the family 45 (11): 841-849.
- Welson, J.S. 1991. Caregiving: a mixed bag of burdens and rewards. Home Health Nurse 9(5): 45-46.
- Whaley, L.F. and Wong, D.L. 1981. Clinical Handbook of Pediatric Nursing. St.Louis: The C.V. Mosby Company.

- Wilcox, C.M, Rabeneck, L and Reiedmon, S 1996. Malnutrition and Cachexia, Chronic Diarrhea, and Hepatobiliary Disease in Patients with Human Immunodeficiency Virus Infection. Gastroenterology 3: 1724-1752.
- William, D.A. 1989. Nursing management of the child with AIDS. Pediatric Nursing 15(3): 259-261.
- World Health Organization. 2000. Global AIDS Surveillance Part I&Part II. Wkly Epidem Rec 75: 379-392.
- Wortman, C.B. 1984. Social Support and the Cancer Patient Conceptual and Methodologic Issues. Cancer 53(May): 2339-2364.
- Zahr, L.K. 1991. The Relationship between Maternal Confidence and Mother-Infant Behaviors in Premature Infants. Research In Nursing & Health 14(August): 279-286.
- Ziegler, J.B., Johnson, R.O., Gold, J. and Cooper, D.A. 1985. Postnatal transmission Of AIDS – associated retrovirus from mother to infant. The Lancet 20: 896-897.



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก ก

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

อาจารย์ ดร. อารีย์วรรณ อ่วมตานี

อาจารย์ ดร. อัจฉริยา ปทุมวัน

ผศ. ดร. อรพวรรณ ลีอนุญวัชชัย

น.ท.หญิง เฉลิม วงษ์จันทร์

นางสาววิภาวี เผ่ากันทรากกร

อาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

อาจารย์ภาควิชาพยาบาลศาสตร์

คณะแพทยศาสตร์

โรงพยาบาลรามธิบดี

อาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

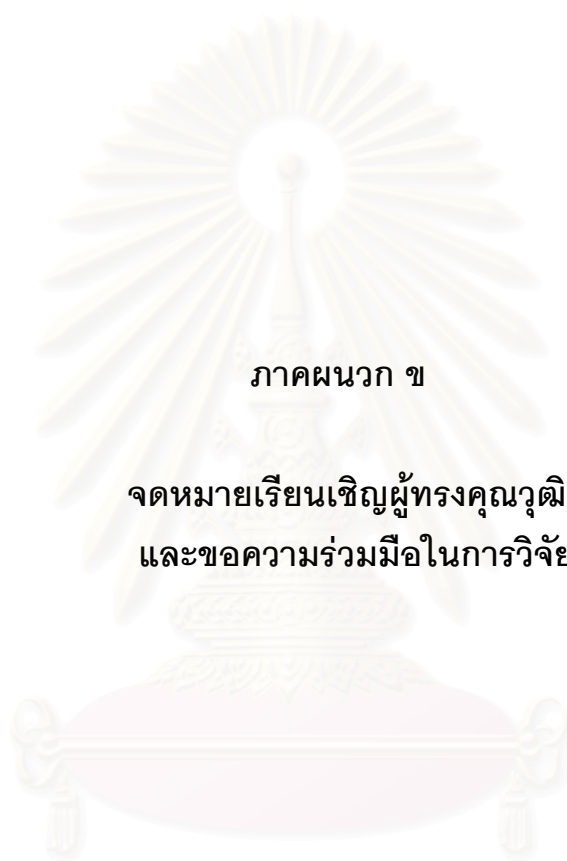
อาจารย์พยาบาล

วิทยาลัยพยาบาลทหารอากาศ

พยาบาลวิชาชีพ

โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าพระยา

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก ข

จดหมายเรียนเชิญผู้ทรงคุณวุฒิ
และขอความร่วมมือในการวิจัย

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ที่ ทม 0342/

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารวิทยกิตติ ชั้น 12 ถนนพญาไท
กรุงเทพฯ 10330

กุมภาพันธ์ 2545

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ
เรียน

เนื่องด้วย นางกนิษฐา ถนัดกิจ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์เรื่อง "ความสัมพันธ์ระหว่าง
ปัจจัยคัดสรรกับความสามารถของผู้ดูแลเด็กวัยก่อนเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวี "
โดยมี อาจารย์ ดร. วราภรณ์ ชัยวัฒน์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ
.....เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือที่นิสิตสร้างขึ้น
เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้น เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ
การวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์
จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ประนอม รอดคำดี)

รองคณบดีฝ่ายจัดการศึกษาและกิจการนิสิต
ปฏิบัติราชการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียนงานจัดการศึกษา

โทร. (02)2189825 โทรสาร (02)2189806

อาจารย์ที่ปรึกษา

อาจารย์ ดร. วราภรณ์ ชัยวัฒน์ โทร. (02)2189814

ที่นิสิต

นางกนิษฐา ถนัดกิจ โทร. (02)5252219

ที่ ทม 0342/

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารวิทยกิตติ ชั้น 12 ถนนพญาไท
กรุงเทพฯ 10330

กุ่มภาพันธุ์ 2545

เรื่อง ขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลบาราศนราดูล

เนื่องด้วย นางกนิษฐา ถนัดกิจ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์เรื่อง “ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลเด็กวัยก่อนเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวี” โดยมี อาจารย์ ดร.วรภรณ์ ชัยวัฒน์ เป็นอาจารย์ ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ซึ่งได้ผ่านการพิจารณาโครงร่างวิทยานิพนธ์และมีการปกป้องสิทธิผู้ป่วยทางจริยธรรมของการวิจัย ตามมติของคณะกรรมการเรียบร้อยแล้ว ในการนี้จึงขอความร่วมมือให้นิสิตดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย โดยใช้ แบบวัดความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลเด็กวัยก่อนเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวี แบบวัดการสนับสนุนทางสังคม และแบบวัดสัมพันธภาพแบบสนิทสนระหว่างผู้ดูแลและบุตร จากผู้ดูแลเด็กที่ติดเชื้อเอชไอวี ณ ดึกผู้ป่วยนอกแผนกกุมารเวชกรรม ระหว่างวันที่ 1 มีนาคม ถึง 30 เมษายน 2545 เพื่อเป็นประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อขอความร่วมมือให้ นางกนิษฐา ถนัดกิจ ได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ประนอม รอดคำดี)
รองคณบดีฝ่ายจัดการศึกษาและกิจการนิสิต
ปฏิบัติราชการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

งานจัดการศึกษา

อาจารย์ที่ปรึกษา

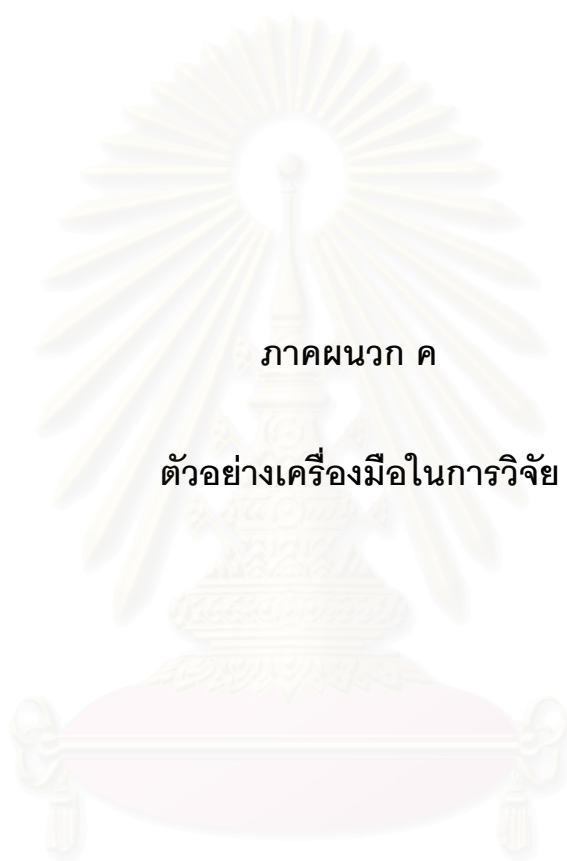
ที่อนิสิต

หัวหน้าแผนกผู้ป่วยนอก

โทร. (02)2189825 โทรสาร (02)2189806

อาจารย์ ดร. วรภรณ์ ชัยวัฒน์ โทร. (02)2189814

นางกนิษฐา ถนัดกิจ โทร. (02)5252219



ภาคผนวก ค

ตัวอย่างเครื่องมือในการวิจัย

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

แบบสัมภาษณ์เลขที่.....

วันที่...../...../.....

เรื่อง ขอความความอนุเคราะห์ในการตอบแบบสัมภาษณ์

เรียน ท่านผู้ตอบแบบสัมภาษณ์

ดิฉัน นางกนิษฐา ถนัดกิจ นิสิตปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาล
เด็ก คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง ความสัมพันธ์
ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลเด็กวัยก่อนเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวี ข้อมูล
ที่ได้จากการวิจัยจะเป็นแนวทางในการประเมินและปรับปรุงการพยาบาล เพื่อส่งเสริมให้มีการ
ดูแลเด็กที่ติดเชื้อเอชไอวีที่ดีต่อไป

จึงใคร่ขอความร่วมมือจากท่านในการตอบแบบสัมภาษณ์นี้ ข้อมูลที่ได้จากท่าน
ถือเป็นความลับ และท่านมีสิทธิปฏิเสธการเข้าร่วมงานวิจัยครั้งนี้ได้ตามต้องการ ซึ่งไม่มีผลต่อการ
รักษาพยาบาลที่ท่านได้รับอยู่ คำตอบของท่านจะนำเสนอเป็นข้อมูลโดยรวม และใช้เฉพาะในการ
วิจัยครั้งนี้เท่านั้น

ดิฉันหวังเป็นอย่างยิ่งว่า จะได้รับความร่วมมือจากท่านเป็นอย่างดี ขอขอบพระคุณ
เป็นอย่างสูง ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

สถาบันวิทยบริการ

(นางกนิษฐา ถนัดกิจ)

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ผู้วิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

คำชี้แจง

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลเด็กวัยก่อนเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวี เครื่องมือในการวิจัย แบ่งเป็น 4 ตอนคือ

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

ตอนที่ 2 แบบสัมภาษณ์ความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลเด็กวัยก่อนเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวี

ตอนที่ 3 แบบสัมภาษณ์การสนับสนุนทางสังคม

ตอนที่ 4 แบบสัมภาษณ์สัมพันธภาพแบบสนิทสนมระหว่างผู้ดูแลกับเด็ก

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

1. คุณอายุ.....ปี
2. ระดับการศึกษาที่จบสูงสุด.....
3. เคยมีประสบการณ์ในการเลี้ยงเด็กมาก่อนหรือไม่
 เคย ไม่เคย
4. คุณประกอบอาชีพ
 ไม่ได้ประกอบอาชีพหรือเป็นแม่บ้าน เกษตรกรรม
 รับราชการ รับจ้าง
 ค้าขาย อื่นๆ ระบุ.....
5. จำนวนสมาชิกในครอบครัว.....คน
6. รายได้ของคุณ.....บาท/เดือน
7. เด็กที่คุณดูแลอายุ.....ปี

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตอนที่ 2 แบบสัมภาษณ์ความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลเด็กวัยก่อนเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวี

คำชี้แจง

1. แบบสัมภาษณ์นี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อประเมินความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลเด็กวัยก่อนเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวี

2. แบบสัมภาษณ์ทั้งหมดมี 55 ข้อ

3. ในการตอบแบบสัมภาษณ์ตอนนี้ ผู้ดูแลฟังคำถามจากผู้สัมภาษณ์ และเลือกคำตอบที่ต้องการตอบ โดยผู้สัมภาษณ์ต้องใส่เครื่องหมาย / ลงในช่องที่ผู้ดูแลต้องการตอบเพียงข้อละ 1 ช่อง เท่านั้น และขอให้ผู้ดูแลตอบทุกข้อคำถาม ในข้อคำถามหนึ่งๆ จะมีคำตอบให้เลือกตอบดังนี้

ทำเป็นประจำ หมายถึง ปฏิบัติกิจกรรมนั้นทุกครั้ง ให้ 5 คะแนน

ทำบ่อย หมายถึง ปฏิบัติกิจกรรมนั้นแทบทุกครั้ง ให้ 4 คะแนน

ทำบ้างไม่ทำบ้าง หมายถึง บางครั้งปฏิบัติกิจกรรมนั้นบางครั้งไม่ปฏิบัติกิจกรรมนั้นนั้นพอๆกัน ให้ 3 คะแนน

นานๆทำครั้ง หมายถึง ปฏิบัติกิจกรรมนั้นเป็นบางครั้ง ให้ 2 คะแนน

ไม่เคยทำเลย หมายถึง ไม่เคยปฏิบัติกิจกรรมนั้นนั้นเลย ให้ 1 คะแนน

ตัวอย่างการตอบ

ข้อความ	ทำเป็นประจำ	ทำบ่อย	ทำบ้างไม่ทำบ้าง	นานๆทำครั้ง	ไม่เคยทำเลย
1. คุณดูแลให้ลูกได้รับประทานอาหารครบทั้ง 5 หมู่	/				

อธิบาย หมายความว่า ผู้ดูแลได้ดูแลเด็กวัยก่อนเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวีให้รับประทานอาหารครบทั้ง 5 หมู่ ทุกครั้งในการรับประทานอาหาร

ตัวอย่างแบบสัมภาษณ์ความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลเด็กวัยก่อนเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวี

ข้อ	ข้อความ	ทำเป็นประจำ	ทำบ่อย	ทำบ้าง ไม่ทำ บ้างพอๆ กัน	นานๆทำ ครั้ง	ไม่เคย ทำเลย
1	คุณดูแลให้เด็กได้ทานอาหารครบทั้ง 5 หมู่					
2	คุณดูแลให้เด็กทานอาหารอย่างน้อยวันละ 3 มื้อ					
3	คุณให้เด็กได้ทานอาหารที่สุกใหม่ๆ					
4	คุณจัดอาหารเสริมระหว่างมื้อแก่เด็ก เช่น ก่อนมื้อเย็น ให้ทานขนม					
5	คุณสังเกตว่าเด็กทานอาหารได้มาน้อยเพียงใด					
.						
.						
.						
.						
.						
.						
51	คุณสังเกตฟัน เหงือก ลิ้นของเด็กทุกครั้งที่แปรงฟัน					
52	เมื่อคุณพบฝ้าขาวในปาก ,แผลในปาก คุณจะพาเด็กไปพบ แพทย์ทันที					
53	คุณให้ความมั่นใจกับเด็กว่าเด็กเป็นที่รักของคุณ					
54	คุณมีการพูดคุยเพื่อปรับความรู้สึกของเด็กให้มองตัวเองใน ทางที่ดี					
55	คุณอธิบายกับเด็กในเหตุผลที่เด็กต้องมาหาหมอเป็นประจำ					

ตอนที่ 3 แบบสัมภาษณ์การสนับสนุนทางด้านสังคม

คำชี้แจง 1. แบบสัมภาษณ์นี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อประเมินการสนับสนุนทางด้านสังคมของผู้ดูแลเด็กวัยก่อนเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวี

2. แบบสัมภาษณ์นี้ทั้งหมดเป็นการการสนับสนุนทางสังคมที่ผู้ดูแลเด็กวัยก่อนเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวีได้รับจาก 5 แหล่ง คือ ครอบครัว เพื่อน บุคคลที่เกี่ยวข้องและความเชื่อทางศาสนา บุคคลากรทางโรงพยาบาล กลุ่มช่วยเหลือซึ่งกันและกัน โดยแต่ละแหล่งให้การสนับสนุนด้านอารมณ์สังคม ด้านข้อมูลข่าวสาร และด้านทรัพยากร โดยมีข้อคำถามจำนวน 37 ข้อ

3. ในการตอบแบบสัมภาษณ์ตอนนี้ ผู้ดูแลฟังคำถามจากผู้สัมภาษณ์ และเลือกคำตอบที่ต้องการตอบ โดยผู้สัมภาษณ์ต้องใส่เครื่องหมาย / ลงในช่องที่ผู้ดูแลต้องการตอบเพียงข้อละ 1 ช่องเท่านั้น และขอให้ผู้ดูแลตอบทุกข้อคำถาม ในข้อคำถามหนึ่งๆ จะมีคำตอบให้เลือกตอบดังนี้

แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมนี้ ลักษณะของแบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ดังนี้

มากที่สุด หมายถึง ข้อความนั้นเป็นจริงมากที่สุดหรือได้รับการสนับสนุนทางสังคมตามข้อความนั้นในระดับมากที่สุด ให้ 5 คะแนน

มาก หมายถึง ข้อความนั้นเป็นจริงมากหรือได้รับการสนับสนุนทางสังคมตามข้อความนั้นในระดับมาก ให้ 4 คะแนน

ปานกลาง หมายถึง ข้อความนั้นเป็นจริงปานกลางหรือได้รับการสนับสนุนทางสังคมตามข้อความนั้นในระดับปานกลาง ให้ 3 คะแนน

น้อย หมายถึง ข้อความนั้นเป็นจริงน้อยหรือได้รับการสนับสนุนทางสังคมตามข้อความนั้นในระดับน้อย ให้ 2 คะแนน

น้อยที่สุด หมายถึง ข้อความนั้นเป็นจริงน้อยที่สุดหรือได้รับการสนับสนุนทางสังคมตามข้อความนั้นในระดับน้อยที่สุด ให้ 1 คะแนน

ตัวอย่างการตอบ

ข้อความ	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
1. คนในครอบครัวของคุณ ให้ความรักและดูแลเอาใจใส่คุณ			/		

อธิบาย หมายความว่า ผู้ดูแลได้รับความช่วยเหลือ โดยรู้สึกได้รับความรัก การดูแลเอาใจใส่ จากบุคคลในครอบครัวในระดับปานกลาง

ตัวอย่างแบบสัมภาษณ์ด้านการสนับสนุนทางด้านสังคม

ข้อความ	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
การสนับสนุนจากครอบครัว					
1. ครอบครัวของคุณ ให้ความรักและเอาใจใส่คุณ					
2. ครอบครัวของคุณ ปลอดภัยในใจ เมื่อคุณมีความวิตกกังวลไม่สบายใจ					
3. ครอบครัวของคุณจะให้คำแนะนำคุณเมื่อคุณมีข้อสงสัยต่างๆ					
4. ครอบครัวของคุณ ได้ให้คำแนะนำถึงแหล่งที่ให้ความช่วยเหลือต่างๆ เช่นสถานศึกษา แหล่งข้อมูลความรู้ เป็นต้น					
5. ครอบครัวของคุณให้ความช่วยเหลือทำกิจกรรมที่คุณไม่สามารถทำได้ เช่น ดูแลลูกให้ , หุงหาอาหาร					
.					
.					
.					
.					
.					
.					
.					
.					
35. กลุ่ม ให้ความช่วยเหลือทำกิจกรรมที่คุณไม่สามารถทำได้ เช่น ดูแลลูกให้					
36. กลุ่ม ให้ความช่วยเหลือด้านการเงิน					
37. กลุ่ม ให้ความช่วยเหลือด้านสิ่งของแก่คุณ เช่น ให้เสื้อผ้าอาหาร					

ตอนที่ 4 แบบสัมภาษณ์สัมพันธภาพแบบสนิทสนมระหว่างผู้ดูแลกับเด็ก

คำชี้แจง 1. แบบสัมภาษณ์นี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อประเมินสัมพันธภาพแบบสนิทสนมระหว่างผู้ดูแลกับเด็ก

2. แบบสัมภาษณ์ทั้งหมดมีจำนวน 17 ข้อ

3. ในการตอบแบบสัมภาษณ์ตอนนี้ ผู้ดูแลฟังคำถามจากผู้สัมภาษณ์ และเลือกคำตอบที่ต้องการตอบ โดยผู้สัมภาษณ์ต้องใส่เครื่องหมาย / ลงในช่องที่ผู้ดูแลต้องการตอบเพียงข้อละ 1 ช่อง เท่านั้น และขอให้ผู้ดูแลตอบทุกข้อคำถาม ในข้อคำถามหนึ่งๆ จะมีคำตอบให้เลือกตอบ

ลักษณะของข้อคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ให้คะแนนดังนี้

ตลอดเวลา หมายถึง ผู้ดูแลรู้สึกเช่นนี้ตลอดเวลา ให้ 5 คะแนน

บ่อยครั้ง หมายถึง ผู้ดูแลรู้สึกเช่นนี้บ่อยครั้ง ให้ 4 คะแนน

บางครั้ง หมายถึง ผู้ดูแลรู้สึกเช่นนี้บางครั้ง ให้ 3 คะแนน

น้อยมาก หมายถึง ผู้ดูแลรู้สึกเช่นนี้น้อยมาก ให้ 2 คะแนน

ไม่เคย หมายถึง ผู้ดูแลไม่เคยรู้สึกเช่นนี้เลย ให้ 1 คะแนน

ตัวอย่างการตอบ

ข้อความ	ตลอดเวลา	บ่อยครั้ง	บางครั้ง	น้อยมาก	ไม่เคย
1. คุณและลูกต่างต้องการใช้เวลาอยู่ร่วมกัน				/	

อธิบาย หมายความว่า ผู้ดูแลรู้สึกว่าผู้ดูแลและลูกต้องการใช้เวลาอยู่ร่วมกันน้อยมาก

ตัวอย่างแบบสัมภาษณ์สัมพันธภาพแบบสนิทสนมระหว่างผู้ดูแลกับเด็ก

ข้อความ	ตลอดเวลา	บ่อยครั้ง	บางครั้ง	น้อยมาก	ไม่เคย
1. คุณและเด็กต่างต้องการใช้เวลาอยู่ด้วยกัน					
2. คุณรับรู้ได้ว่าเด็กรักคุณ					
.					
.					
17. คุณเชื่อมั่นในความสัมพันธ์ระหว่างคุณและเด็ก					



ภาคผนวก ง

สถิติที่ใช้ในการวิจัย

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สถิติที่ใช้ในการวิจัย

สูตรที่ใช้ในการหาค่าความเที่ยงของเครื่องมือ

ใช้สูตร ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach' s Alpha Coefficient)

(ประคอง กรรณสูตร, 2538)

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

α = สัมประสิทธิ์แห่งความเที่ยง

n = จำนวนข้อความ

S_i^2 = ความแปรปรวนของคะแนนแต่ละข้อ

S_t^2 = ความแปรปรวนของคะแนนรวมในแบบประเมินทั้งหมด

—

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

1. ค่าเฉลี่ย (Mean) (ประคอง กรรณสูตร, 2538)

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

เมื่อ \bar{X} = ค่าเฉลี่ยหรือมัชฌิมเลขคณิต

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

N = จำนวนข้อมูลทั้งหมด

2. ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) ใช้สูตร
(ประกอบ กรรณสูตร,2538)

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

- เมื่อ S.D. = ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
 $\sum X$ = ผลรวมทั้งหมดของคะแนนแต่ละตัว
 $\sum X^2$ = ผลรวมของคะแนนทั้งหมดแต่ละตัวยกกำลังสอง
 N = จำนวนข้อมูลในกลุ่มตัวอย่าง

3. ร้อยละ (Percentage) ใช้สูตร (ประกอบ กรรณสูตร,2538)

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

- เมื่อ P = ค่าร้อยละ
 f = แทนความถี่ที่ต้องการแปลงให้เป็นร้อยละ
 n = จำนวนรวมทั้งหมด

4. สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ใช้สูตร (ประกอบ กรรณสูตร,2538)

$$r_{xy} = \frac{N \sum xy - (\sum x)(\sum y)}{\sqrt{[N \sum x^2 - (\sum x)^2][N \sum y^2 - (\sum y)^2]}}$$

- เมื่อ r_{xy} = สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร x กับตัวแปร y
 $\sum x$ = ผลรวมของข้อมูลที่วัดได้จากตัวแปร x
 $\sum y$ = ผลรวมของข้อมูลที่วัดได้จากตัวแปร y
 $\sum xy$ = ผลรวมของผลคูณระหว่างค่าของตัวแปร x และ y
 $\sum x^2$ = ผลรวมของกำลังสองของข้อมูลจากตัวแปร x
 $\sum y^2$ = ผลรวมของกำลังสองของข้อมูลจากตัวแปร y
 N = จำนวนข้อมูลหรือจำนวนคนในกลุ่มตัวอย่าง

5. สัมประสิทธิ์การพยากรณ์ ใช้สูตร (ประคอง กรรณสูตร,2538)

$$R^2 = \sqrt{\frac{SS_{reg}}{SS_1}}$$

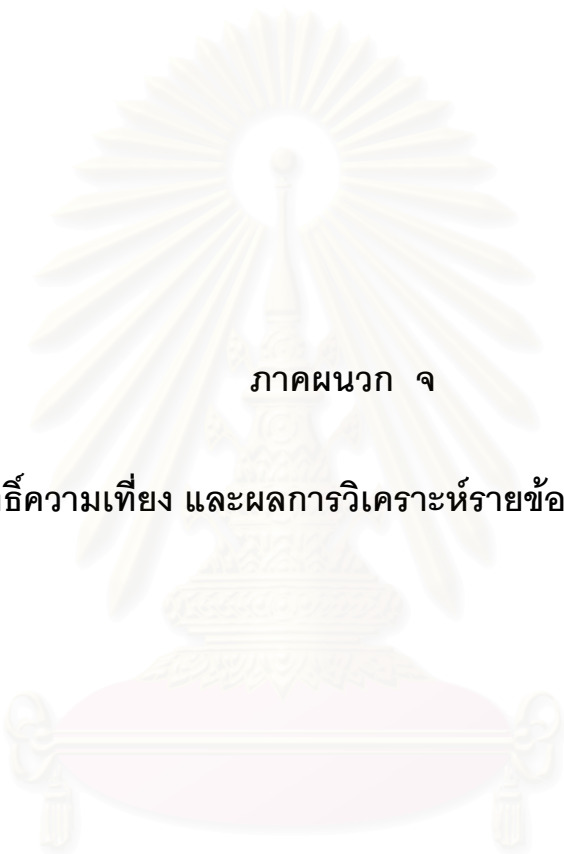
R^2 = ค่าสัมประสิทธิ์การพยากรณ์

SS_{reg} = ค่าความแปรปรวนของตัวแปรเกณฑ์ที่สามารถอธิบายได้ด้วยตัวแปรพยากรณ์

SS_1 = ความแปรปรวนทั้งหมดของตัวแปรเกณฑ์



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก จ

สัมประสิทธิ์ความเที่ยง และผลการวิเคราะห์รายข้อของแบบสัมภาษณ์

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตอนที่ 2 แบบสัมภาษณ์ความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลเด็กวัยก่อนเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวี

Item-total Statistics

		Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item- Total Correlation	Alpha if Item Deleted
DC1	211.7525	1034.2281	.6110	.9286	
DC2	211.2574	1049.3531	.3887	.9297	
DC3	211.4455	1034.4895	.6135	.9479	
DC4	211.8416	1045.9747	.3398	.9298	
DC5	211.5545	1035.3895	.5130	.9289	
DC6	211.7921	1022.3463	.5894	.9282	
DC7	211.7624	1032.8230	.5883	.9286	
DC8	211.3267	1040.8422	.5958	.9289	
DC9	211.4059	1034.7836	.6072	.9286	
DC10	211.5347	1042.4513	.4541	.9293	
DC11	211.7525	1034.2881	.5667	.9287	
DC12	211.8911	1038.4380	.4693	.9291	
DC13	211.1881	1044.4943	.5944	.9291	
DC14	212.1980	1017.7004	.6451	.9277	
DC15	211.3366	1045.7255	.4691	.9293	
DC16	211.4752	1046.2519	.3985	.9297	
DC17	212.0396	1018.6984	.6829	.9278	
DC18	211.8713	1026.1533	.5305	.9285	
DC19	211.7723	1039.4976	.4142	.9296	
DC20	211.1683	1046.6214	.4870	.9294	
DC21	211.5941	1030.3436	.5781	.9285	
DC22	211.6832	1028.3986	.6424	.9282	
DC23	211.3663	1035.1145	.6560	.9285	
DC24	211.3762	1037.2970	.5720	.9288	
DC25	211.3465	1040.2087	.5537	.9290	
DC26	211.3663	1032.5945	.7163	.9283	
DC27	212.0594	1027.4764	.6224	.9283	
DC28	211.6634	1025.1855	.6658	.9280	
DC29	211.9505	1020.6475	.6628	.9280	
DC30	211.8515	1012.7477	.8036	.9272	
DC31	212.0297	1015.1891	.7769	.9273	
DC32	211.7327	1019.1178	.7592	.9276	
DC33	211.4455	1032.6095	.6651	.9284	
DC34	211.8416	1027.6747	.6209	.9282	
DC35	212.2277	1021.4776	.6235	.9280	
DC36	212.1287	1018.3533	.6404	.9279	
DC37	211.7327	1032.6778	.5388	.9288	
DC38	211.3069	1039.5749	.5511	.9291	
DC39	211.2574	1037.9531	.5059	.9291	
DC40	211.3267	1048.3822	.2820	.9302	
DC41	211.6733	1035.6822	.4392	.9292	
DC42	213.2970	1035.0909	.3252	.9300	
DC43	211.3861	1034.0394	.5536	.9433	
DC44	211.7129	1035.8067	.5457	.9287	
DC45	211.1881	1043.5343	.4901	.9292	
DC46	211.7327	1034.5778	.5809	.9286	
DC47	211.6139	1033.6194	.5131	.9288	
DC48	211.8317	1028.3214	.6128	.9283	
DC49	211.8020	1020.1604	.7313	.9276	
DC50	212.1782	1014.3679	.7465	.9274	
DC51	212.1089	1022.6980	.5924	.9282	
DC52	213.1089	1025.8380	.4870	.9288	
DC53	211.5644	1037.9683	.5259	.9290	
DC54	211.9406	1031.7964	.5903	.9287	

DC55 211.9604 1027.4584 .5807 .9285

Reliability Coefficients 55 items

Alpha = .9304

ตอนที่ 3 แบบสัมภาษณ์การสนับสนุนทางสังคม

Item-total Statistics

		Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item- Total Correlation	Alpha if Item Deleted
SS1	100.7624	194.7430	.2448	.8453	
SS2	100.6733	194.2022	.2641	.8449	
SS3	100.8020	195.8004	.2045	.8463	
SS4	101.0396	195.2984	.2205	.8460	
SS5	100.9505	192.1275	.2872	.8445	
SS6	100.9604	191.0984	.3152	.8438	
SS7	101.0198	192.2396	.2772	.8449	
SS8	101.5743	191.4269	.3613	.8424	
SS9	101.5743	191.6069	.3897	.8419	
SS10	101.5644	191.9683	.3565	.8426	
SS11	101.8218	190.1279	.3679	.8422	
SS12	101.9010	191.3101	.3713	.8422	
SS13	102.3069	194.4949	.2530	.8451	
SS14	102.1089	194.1380	.2593	.8450	
SS15	102.5050	189.2325	.4582	.8400	
SS16	102.6040	190.0216	.4299	.8408	
SS17	102.5050	187.9125	.4648	.8396	
SS18	102.5644	187.5483	.5073	.8387	
SS19	102.7030	192.4509	.3916	.8420	
SS20	102.8416	194.4747	.3953	.8426	
SS21	102.7426	193.7731	.3319	.8433	
SS22	100.6139	198.4794	.0929	.8493	
SS23	100.6832	192.1386	.4030	.8418	
SS24	100.5248	193.3119	.3728	.8425	
SS25	100.6238	193.7370	.3385	.8432	
SS26	100.4059	193.7636	.3932	.8424	
SS27	100.6535	193.6487	.3304	.8433	
SS28	100.6733	196.1622	.2313	.8454	
SS29	101.0693	191.0251	.2791	.8452	
SS30	100.9703	192.1491	.2566	.8457	
SS31	102.5842	187.3053	.4501	.8398	
SS32	102.5149	189.3923	.3395	.8432	
SS33	102.4950	188.1525	.3781	.8420	
SS34	102.5842	189.1253	.3697	.8422	
SS35	102.7030	191.4109	.3338	.8432	

SS36	102.8317	192.5614	.3619	.8426
SS37	102.7228	190.4624	.3694	.8422

Reliability Coefficients 37 items

Alpha = .8468

ตอนที่ 4 แบบสัมภาษณ์สัมพันธ์ภาพแบบสนทนาระหว่างผู้ดูแลกับเด็ก

Item-total Statistics

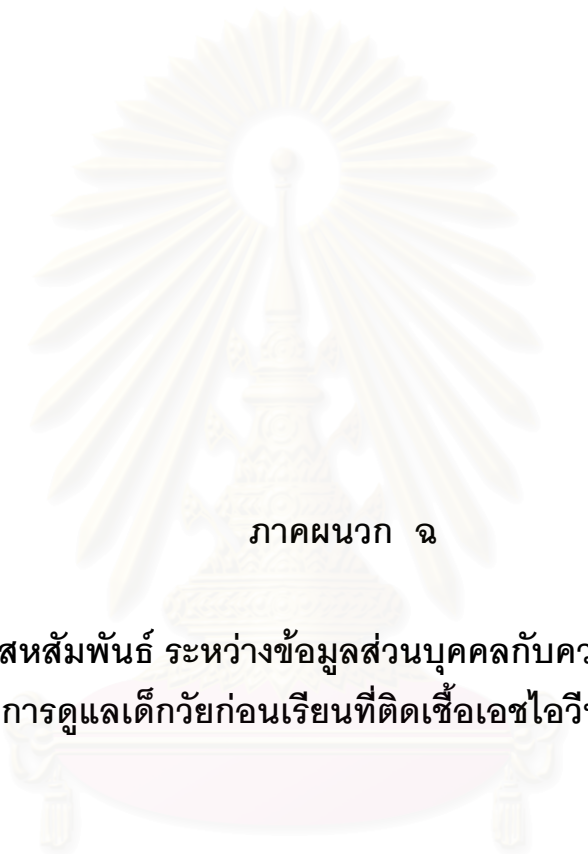
		Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item- Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Alpha if Item Deleted
IN1	67.5248	91.0319	.4571	.3069	.9541	
IN2	67.3564	88.7517	.6907	.5412	.9502	
IN3	67.6436	89.2717	.5232	.4837	.9533	
IN4	67.6040	87.4616	.6555	.7025	.9509	
IN5	67.3861	89.7794	.6104	.5162	.9515	
IN6	67.9208	85.0937	.7497	.7620	.9491	
IN7	67.5149	86.0123	.7918	.7338	.9483	
IN8	67.3762	87.2770	.7996	.7331	.9485	
IN9	67.9406	85.9564	.7295	.6197	.9495	
IN10	67.5347	84.2513	.8702	.8273	.9467	
IN11	67.6832	85.5186	.7954	.7147	.9482	
IN12	67.3861	87.2794	.7831	.7620	.9487	
IN13	67.5347	84.8713	.7628	.7141	.9489	
IN14	67.5347	88.0113	.6043	.4988	.9519	
IN15	67.4059	85.5236	.8107	.8552	.9479	
IN16	67.3564	86.4917	.8060	.8635	.9482	
IN17	67.4950	85.4925	.7944	.8088	.9482	

—

Reliability Coefficients 17 items

Alpha = .9525

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก ฉ

คำสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ระหว่างข้อมูลส่วนบุคคลกับความสามารถของผู้ดูแล
ในการดูแลเด็กวัยก่อนเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวีทั้ง 3 ด้าน

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 4 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ระหว่างข้อมูลส่วนบุคคลกับความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลเด็กวัยก่อนเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวี

1. ด้านการตอบสนองตามความจำเป็นโดยทั่วไปของเด็ก

ตัวแปร	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)
อายุผู้ดูแล	.121
ระดับการศึกษา	.435*
ประสบการณ์การเลี้ยงเด็ก	-.170
จำนวนสมาชิกในครอบครัว	-.122
รายได้ผู้ดูแล	.341*
อายุเด็ก	.225*
การสนับสนุนทางสังคม	.225*
สัมพันธภาพแบบสนิทสนม	.659*

*p < .05

จากตารางที่ 4 เมื่อพิจารณาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ พบว่าระดับการศึกษา รายได้ผู้ดูแล อายุเด็ก การสนับสนุนทางสังคม และสัมพันธภาพแบบสนิทสนมระหว่างผู้ดูแลกับเด็ก มีความสัมพันธ์ทางบวก กับ ความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลเด็กวัยก่อนเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวี ด้านการตอบสนองตามความจำเป็นโดยทั่วไปของเด็ก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .43$ $r = .34$ $r = .22$ $r = .22$ และ $r = .65$) และพบว่าปัจจัยด้านอายุของผู้ดูแล ประสบการณ์เลี้ยงดูเด็ก และจำนวนสมาชิกในครอบครัว ไม่มีความสัมพันธ์กับความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลเด็กวัยก่อนเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวี ด้านการตอบสนองตามความจำเป็นโดยทั่วไปของเด็ก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 5 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ระหว่างข้อมูลส่วนบุคคลกับความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลเด็กวัยก่อนเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวี

2. ด้านการตอบสนองตามระยะพัฒนาการของเด็ก

ตัวแปร	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)
อายุผู้ดูแล	.118
ระดับการศึกษา	.521*
ประสบการณ์การเลี้ยงเด็ก	-.098
จำนวนสมาชิกในครอบครัว	-.188
รายได้ผู้ดูแล	.429*
อายุเด็ก	.216*
การสนับสนุนทางสังคม	.139
สัมพันธภาพแบบสนิทสนม	.632*

*p < .05

จากตารางที่ 5 เมื่อพิจารณาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ พบว่าระดับการศึกษา รายได้ผู้ดูแล อายุเด็ก และสัมพันธภาพแบบสนิทสนมระหว่างผู้ดูแลกับเด็ก มีความสัมพันธ์ทางบวก กับความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลเด็กวัยก่อนเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวี ด้านการตอบสนองตามระยะพัฒนาการของเด็ก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .52$ $r = .49$ $r = .21$ และ $r = .63$) และพบว่าปัจจัยด้านอายุของผู้ดูแล ประสบการณ์เลี้ยงดูเด็ก จำนวนสมาชิกในครอบครัว และการสนับสนุนทางสังคม ไม่มีความสัมพันธ์กับความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลเด็กวัยก่อนเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวี ด้านการตอบสนองตามระยะพัฒนาการของเด็ก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สถาบันนวัตกรรมการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 6 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ระหว่างข้อมูลส่วนบุคคลกับความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลเด็กวัยก่อนเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวี

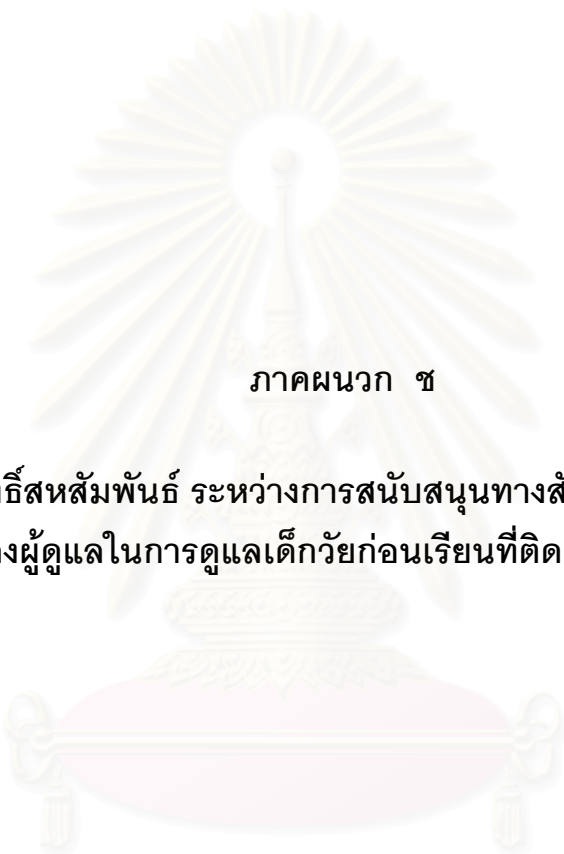
3. ด้านการตอบสนองตามภาวะเบี่ยงเบนทางสุขภาพของเด็ก

ตัวแปร	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)
อายุผู้ดูแล	.080
ระดับการศึกษา	.511*
ประสบการณ์การเลี้ยงเด็ก	-.036
จำนวนสมาชิกในครอบครัว	-.115
รายได้ผู้ดูแล	.438*
อายุเด็ก	.163
การสนับสนุนทางสังคม	.147
สัมพันธภาพแบบสนิทสนม	.649*

*p < .05

จากตารางที่ 6 เมื่อพิจารณาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ พบว่าระดับการศึกษา รายได้ผู้ดูแล อายุเด็ก และสัมพันธภาพแบบสนิทสนมระหว่างผู้ดูแลกับเด็ก มีความสัมพันธ์ทางบวก กับ ความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลเด็กวัยก่อนเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวี ด้านการตอบสนองตามภาวะเบี่ยงเบนด้านสุขภาพของเด็ก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .51$ $r = .43$ และ $r = .64$) และพบว่าปัจจัยด้านอายุของผู้ดูแล ประสบการณ์เลี้ยงดูเด็ก จำนวนสมาชิกในครอบครัว อายุของเด็ก และการสนับสนุนทางสังคม ไม่มีความสัมพันธ์กับความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลเด็กวัยก่อนเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวี ด้านการตอบสนองตามภาวะเบี่ยงเบนด้านสุขภาพของเด็ก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สถาบันนวัตกรรมการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก ช

คำสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับความสามารถ
ของผู้ดูแลในการดูแลเด็กวัยก่อนเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวี

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 7 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับความสามารถ
ของผู้ดูแลในการดูแลเด็กวัยก่อนเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวี

ตัวแปร	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)
จากครอบครัว	.469*
จากเพื่อน	.052
จากบุคลากรและความเชื่อทางศาสนา	.084
จากบุคลากรทางโรงพยาบาล	.292*
จากกลุ่มช่วยเหลือซึ่งกันและกัน	.182

*p < .05

จากตารางที่ 7 เมื่อพิจารณาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ พบว่าการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว และบุคลากรทางโรงพยาบาล มีความสัมพันธ์ กับ ความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลเด็กวัยก่อนเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .469$ และ $r = .292$) และพบว่าการสนับสนุนจากเพื่อน บุคลากรและความเชื่อทางศาสนา และกลุ่มช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ไม่มีความสัมพันธ์กับความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลเด็กวัยก่อนเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05



ภาคผนวก ซ

จำนวนและร้อยละ จำแนกตามความสามารถในการตอบสนองความต้องการ
ของเด็กวัยก่อนเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวี (จำแนกตามรายชื่อ)

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 8 จำนวนร้อยละของผู้ดูแล ด้านความสามารถในการตอบสนองความจำเป็นโดยทั่วไปของเด็ก จำแนกตามรายข้อ

ข้อ	ข้อความ	ทำเป็นประจำ		ทำบ่อย		ทำบ้างไม่ทำบ้าง		นานๆทำครั้ง		ไม่เคยทำเลย	
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
		คน		คน		คน		คน		คน	ละ
1	คุณดูแลให้เด็กได้ทานอาหารครบทั้ง 5 หมู่	30	29.7	35	34.7	31	30.7	5	4.9	0	0
2	คุณดูแลให้เด็กทานอาหารอย่างน้อยวันละ 3 มื้อ	57	56.4	28	27.7	14	13.9	2	2	0	0
6	คุณดูแลให้เด็กได้ดื่มน้ำที่ผ่านการต้มหรือกรองที่สะอาด	44	43.6	17	16.8	27	26.8	7	6.9	6	5.9
7	คุณดูแลให้เด็กได้รับน้ำอย่างน้อยวันละ 4-6 แก้ว	34	33.7	28	27.7	32	31.7	7	6.9	0	0
19	คุณพาเด็กเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆของสังคม เช่น ไปทำบุญ	31	30.7	45	44.6	11	10.8	9	8.9	5	5
20	คุณดูแลเด็กให้อาบน้ำฟอกสบู่อย่างน้อยวันละ 1 ครั้ง	58	57.4	36	35.6	5	5	1	1	1	1
21	คุณดูแลความสะอาดช่องปาก เหงือก และฟันอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง	44	43.6	29	28.7	19	18.8	7	6.9	2	2
22	คุณตัดเล็บมือและเท้าของเด็กให้สั้นและสะอาด	38	37.6	28	27.7	30	29.7	3	3	2	2
23	คุณดูแลเด็กให้ใส่เสื้อผ้าที่สะอาด	49	48.5	33	32.7	17	16.8	2	2	0	0
24	คุณดูแลให้เด็กได้สระผมอย่างน้อยสัปดาห์ละ 2 ครั้ง	50	49.5	32	31.7	16	15.8	2	2	1	1
25	คุณพาเด็กไปรับวัคซีนตามนัด	48	47.5	40	39.6	8	7.9	5	5	0	0

จากตารางที่ 8 พบว่า สิ่งที่คุณดูแลทำเป็นประจำมากที่สุดคือ การดูแลอาบน้ำฟอกสบู่ให้เด็ก คิดเป็นร้อยละ 57.4 รองลงมาคือ การดูแลให้เด็กได้รับประทานอาหาร คิดเป็นร้อยละ 56.4 และรองลงมาอีกคือ การดูแลให้เด็กสระผม คิดเป็นร้อยละ 49.5 และสิ่งที่คุณดูแลไม่เคยทำเลยมากที่สุดคือ การดูแลให้เด็กได้ดื่มน้ำที่ผ่านการต้มหรือกรอง คิดเป็นร้อยละ 5.9 รองลงมาคือ การพาเด็กเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆของสังคม คิดเป็นร้อยละ 5



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 9 จำนวนร้อยละของผู้ดูแล ด้านความสามารถในการตอบสนองตามระยะพัฒนาการของเด็ก จำแนกตามรายชื่อ

ข้อ	ข้อความ	ทำเป็นประจำ		ทำบ่อย		ทำบ้างไม่ทำบ้าง		นานๆทำครั้ง		ไม่เคยทำเลย	
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
		คน		คน		คน		คน		คน	ละ
4	คุณจัดอาหารเสริมระหว่างมื้อแก่เด็ก เช่น ก่อนมื้อเย็น ให้ทานขนม	29	28.7	37	36.6	25	24.8	6	5.9	4	4
5	คุณสังเกตว่าเด็กทานอาหารได้มากน้อยเพียงใด	46	45.5	27	26.7	21	20.8	5	5	2	2
11	คุณดูแลเด็กให้ได้รับการพักผ่อนวันละ 12-14 ชม.	31	30.7	37	36.6	25	24.8	7	6.9	1	1
12	คุณส่งเสริมให้เด็กได้ฝึก ระบายสี , เล่นบทบาทสมมุติ	26	25.7	38	37.6	25	24.8	10	9.9	2	2
13	คุณดูแลให้เด็กไม่เล่นของในบ้านที่เป็นอันตราย เช่น มีด ปลั๊กไฟ	53	52.5	43	42.5	3	3	2	2	0	0
15	คุณทำกิจกรรมเช่น เล่น, หยอกล้อ, โอบกอด เด็ก	46	45.5	44	43.6	8	7.9	2	2	1	1
16	คุณสนับสนุนให้เด็กได้เล่นกับเพื่อนๆ	42	41.6	40	39.5	15	14.9	2	2	2	2
27	คุณสังเกตพัฒนาการของเด็กว่าเป็นไปตามเกณฑ์ตามสมุดสุขภาพ	19	18.8	39	38.6	30	29.7	8	7.9	5	5
29	คุณฝึกให้เด็กขับถ่ายเป็นเวลา	32	31.7	23	22.7	34	33.7	7	6.9	5	5

ตารางที่ 9 จำนวนร้อยละของผู้ดูแล ด้านความสามารถในการตอบสนองตามระยะพัฒนาการของเด็ก จำแนกตามรายข้อ (ต่อ)

ข้อ	ข้อความ	ทำเป็นประจำ		ทำบ่อย		ทำบ้างไม่ทำบ้าง		นานๆทำครั้ง		ไม่เคยทำเลย	
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
		คน		คน		คน		คน		คน	ละ
30	คุณดูแลให้เด็กล้างมือภายหลังการเข้าห้องน้ำ/หลังการขับถ่าย	33	32.7	30	29.7	25	24.7	10	9.9	3	3
31	คุณดูแลให้เด็กล้างมือก่อนรับประทานอาหาร	29	28.7	21	20.7	35	34.7	15	14.9	1	1
33	คุณสอนให้เด็กได้ทักทายกับผู้ใหญ่ด้วยการไหว้	45	44.6	35	34.7	17	16.7	4	4	0	0
34	คุณหัดให้เด็กรับผิดชอบเก็บของเล่นเมื่อเล่นเสร็จ	30	29.7	35	34.7	24	23.6	10	9.9	2	2

จากตารางที่ 9 พบว่า สิ่งที่ผู้ดูแลทำเป็นมากที่สุดคือ การดูแลเด็กไม่ให้เล่นของในบ้านที่เป็นอันตราย คิดเป็นร้อยละ 52.5 รองลงมาคือ การสังเกตการรับประทานอาหารของเด็ก คิดเป็น ร้อยละ 45.5 และสิ่งที่คุณผู้ดูแลไม่เคยปฏิบัติมากที่สุดคือ การสังเกตพัฒนาการของเด็กตามเกณฑ์สมรรถภาพ คิดเป็นร้อยละ 5 เท่ากันกับการฝึกการขับถ่ายให้เด็ก คิดเป็นร้อยละ 5 รองลงมาคือการจัดอาหารเสริมระหว่างมื้อให้เด็ก คิดเป็นร้อยละ 4

ตารางที่ 10 จำนวนร้อยละของผู้ดูแล ด้านความสามารถในการตอบสนองตามภาวะเป็ยงเบนทางสุขภาพของเด็ก จำแนกตามรายชื่อ

ข้อ	ข้อความ	ทำเป็นประจำ		ทำบ่อย		ทำบ้างไม่ทำบ้าง		นานๆทำครั้ง		ไม่เคยทำเลย	
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
		คน		คน		คน		คน		คน	ละ
3	คุณให้เด็กได้ทานอาหารที่สุกใหม่ๆ	47	46.5	31	30.7	19	18.8	4	4	0	0
8	ถ้าอากาศหนาวเย็นคุณจะดูแลให้เด็กได้สวมเสื้อผ้าที่อบอุ่น	48	47.5	38	37.6	14	13.9	1	1	0	0
9	คุณจัดภายในบ้านให้มีอากาศถ่ายเทที่สะดวก	45	44.6	43	42.6	6	5.9	6	5.9	1	1
10	คุณหลีกเลี่ยงพาเด็กไปสถานที่แออัด	39	38.6	42	41.6	13	12.9	6	5.9	1	1
14	คุณทำความสะอาดของเล่นหรือบริเวณที่เด็กเล่น	24	23.8	28	27.7	27	26.7	13	12.9	9	8.9
17	คุณดูแลไม่ให้เด็กเล่นใกล้ชิดกับผู้ที่มีการเจ็บป่วยต่างๆ เช่น เป็นหวัด มีไข้ เจ็บคอ	28	27.7	26	25.7	31	30.7	11	10.9	5	5
18	คุณดูแลไม่ให้เด็กเล่นกับสัตว์เลี้ยงเช่น แมว สุนัข	38	37.7	26	25.7	20	19.8	10	9.9	7	6.9
26	คุณกวาดเช็ดถูบ้าน และจัดภายในห้องที่เด็กอยู่ให้สะอาด	45	44.6	43	42.5	10	9.9	2	2	1	1
28	คุณติดตามน้ำหนักส่วนสูงของเด็กเป็นระยะๆอย่างน้อยทุกครั้ง ที่มาตรวจตามนัด	38	37.6	35	34.7	18	17.8	8	7.9	2	2
32	คุณล้างมือก่อนการเตรียมอาหารให้เด็ก	36	35.6	32	31.7	22	21.8	10	9.9	1	1

ตารางที่ 10 จำนวนร้อยละของผู้ดูแล ด้านความสามารถในการตอบสนองตามภาวะเป็ยงเบนทางสุขภาพของเด็ก จำแนกตามรายข้อ (ต่อ)

ข้อ	ข้อความ	ทำเป็นประจำ		ทำบ่อย		ทำบ้างไม่ทำบ้าง		นานๆทำครั้ง		ไม่เคยทำเลย	
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
		คน		คน		คน		คน		คน	ละ
35	ค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของเด็ก	22	21.8	27	26.7	30	29.7	15	14.9	7	6.9
36	ค้นหาความรู้เกี่ยวกับความก้าวหน้าในการรักษาจากสื่อต่างๆ	28	27.7	25	24.8	25	24.8	17	16.8	6	5.9
37	เมื่อมีความสงสัยในการดูแลเด็ก คุณจะขอความช่วยเหลือหรือ สอบถามเกี่ยวกับการดูแลจาก แพทย์หรือ พยาบาล	35	34.7	35	34.7	21	20.7	7	6.9	3	3
38	คุณพาเด็กมาตรวจตามนัด	51	50.5	39	38.6	6	5.9	4	4	1	1
39	คุณให้เด็กได้ทานยาตามแพทย์สั่ง	61	60.4	28	27.7	4	4	6	5.9	2	2
40	คุณเพิ่มลดจำนวนยาที่ให้เด็กทานเอง	62	61.4	24	23.8	7	6.9	1	1	7	6.9
41	คุณซื้อยาให้เด็กรับประทานเอง	41	40.7	36	35.6	10	9.9	8	7.9	6	5.9
42	คุณทาโลชั่นให้เด็กเพื่อป้องกันผิวแห้งแตก	15	14.9	16	15.8	7	6.9	14	13.9	49	48.5
43	เมื่อเด็กมีไข้คุณเช็ดตัวลดไข้ให้	50	49.5	37	36.6	9	8.9	5	5	0	0
44	เมื่อเด็กมีไข้คุณกระตุ้นให้เด็กดื่มน้ำมากๆ	29	28.6	45	44.6	22	21.8	1	1	4	4
45	เมื่อเด็กมีไข้คุณให้เด็กทานยาลดไข้ตามแพทย์สั่ง	62	61.4	27	26.7	9	8.9	2	2	1	1

ตารางที่ 10 จำนวนร้อยละของผู้ดูแล ด้านความสามารถในการตอบสนองตามภาวะเบี่ยงเบนทางสุขภาพของเด็ก จำแนกตามรายข้อ (ต่อ)

ข้อ	ข้อความ	ทำเป็นประจำ		ทำบ่อย		ทำบ้างไม่ทำบ้าง		นานๆทำครั้ง		ไม่เคยทำเลย	
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
		คน		คน		คน		คน		คน	ละ
46	เมื่อเด็กเริ่มมีไข้ไอน้ำมูกใส คุณพาดูเด็กไปพบแพทย์ทันที	30	29.7	40	39.6	24	23.8	6	5.9	1	1
47	เมื่อเด็กท้องเสียคุณให้เด็กได้ดื่มสารละลายลายเกลือแร่	40	39.6	38	37.6	14	13.8	4	4	5	5
48	เมื่อเด็กท้องเสียคุณจะพาดูเด็กไปพบแพทย์ทันที	30	29.7	35	34.7	26	25.7	7	6.9	3	3
49	คุณดูแลบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์ของเด็กให้แห้งและไม่อับชื้น	33	32.7	32	31.7	25	24.7	9	8.9	2	2
50	คุณสังเกตฟัน เหงือก ลิ้นของเด็กทุกครั้งที่แปรงฟัน	22	21.8	28	27.7	32	31.7	13	12.9	6	5.9
51	เมื่อคุณพบฝ้าขาวในปาก ,แผลในปาก คุณจะพาดูเด็กไปพบแพทย์	27	26.7	27	26.7	27	26.7	13	12.8	7	6.9
52	คุณทำความสะอาดเสื้อผ้าของเด็กที่เปื้อนเลือด หรือน้ำหนองจากแผล โดยแช่ไฮเตอร์นาน 30 นาทีหรือต้มในน้ำเดือด 20 นาที ก่อนแล้วจึงซักล้างตามปกติ	10	9.9	16	15.8	26	25.7	15	14.9	34	33.7
53	คุณให้ความมั่นใจกับเด็กว่าเด็กเป็นที่รักของคุณ	41	40.6	32	31.7	24	23.7	3	3	1	1

ตารางที่ 10 จำนวนร้อยละของผู้ดูแล ด้านความสามารถในการตอบสนองตามภาวะเป็ยงเบนทางสุขภาพของเด็ก จำแนกตามรายข้อ (ต่อ)

ข้อ	ข้อความ	ทำเป็นประจำ		ทำบ่อย		ทำบ้างไม่ทำบ้าง		นานๆทำครั้ง		ไม่เคยทำเลย	
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
		คน		คน		คน		คน		คน	ละ
54	คุณมีการพูดคุยเพื่อปรับความรู้สึกของเด็กให้มองตัวเองในทางที่ดี	26	25.7	29	28.7	38	37.7	6	5.9	2	2
55	คุณอธิบายกับเด็กในเหตุผลที่เด็กต้องมาหาหมอเป็นประจำ	29	28.7	29	28.7	29	28.7	10	9.9	4	4

จากตารางที่ 10 พบว่า สิ่งที่คุณดูแลทำเป็นประจำมากที่สุดคือ เมื่อเด็กมีไข้ได้ดูแลให้เด็กทานยาลดไข้ตามแพทย์สั่ง คิดเป็นร้อยละ 61.4 เท่ากันกับ การไม่เพิ่มลดจำนวนยาเอง คิดเป็น ร้อยละ 61.4 รองลงมาคือ การดูแลให้เด็กทานยาตามแพทย์สั่ง คิดเป็นร้อยละ 60.4 ส่วนการปฏิบัติที่คุณดูแลไม่เคยปฏิบัติมากที่สุดคือ การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ โดยทำความสะอาดด้วยน้ำยาหรือการต้มก่อนการซักล้างตามปกติ คิดเป็นร้อยละ 33.7 รองลงมาคือการทำโลชั่นเพื่อป้องกันผิวแห้งแตก คิดเป็นร้อยละ 48.5

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางกนิษฐา ถนัดกิจ เกิดวันที่ 5 ตุลาคม พ.ศ. 2513 ที่จังหวัดนครพนม สำเร็จการศึกษาจากวิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม จังหวัดมหาสารคาม หลักสูตรพยาบาลศาสตร์ ปี พ.ศ. 2535 และเข้าศึกษาต่อในหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เมื่อ พ.ศ. 2545 ปัจจุบันรับราชการในตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ 6 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี บำราศนราดูล จังหวัดนนทบุรี



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย