

สำนักหอสมุด มหาวิทยาลัยบูรพา
ต.แสนสุข อ.เมือง จ.ชลบุรี ๒๐๑๓๑

รายงานการวิจัย

เรื่อง

การศึกษาสถานการณ์เด็กกำพร้าและเด็กที่ได้รับผลกระทบจาก
เอชไอวี / เอดส์ ในประเทศไทยและรูปแบบความช่วยเหลือ :
กรณีศึกษาในภาคตะวันออก จังหวัดชลบุรี

**HIV / AIDS Orphans and Vulnerable Children and Supporting System
in Thailand: Situation Analysis:
A Case Study in the Eastern Region, Chon Buri Province Thailand**



นุจรี

ไชยมงคล

A๑ ๐๐๓๕๘๒๙

ยุพิน

ชินสงวนเกียรติ

๑๔ ส.ย. ๒๕๔๙

มานพ

เชื่อมทอง

208964

๐๙๐๐๙๕๓๕๓

งานวิจัยนี้ได้รับทุนสนับสนุนจากสำนักงานคณะกรรมการอุดมศึกษา

กระทรวงศึกษาธิการ

ISBN 974-966-392-2

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยครั้งนี้สำเร็จลงได้ด้วยการสนับสนุนและช่วยเหลือจากหลายฝ่าย คณะผู้วิจัยขอขอบคุณไว้ ณ โอกาสนี้ ดังนี้ คือ ขอขอบคุณสำนักงานคณะกรรมการอุดมศึกษา กระทรวงศึกษาธิการที่ให้ทุนสนับสนุนการวิจัย ขอขอบคุณผู้อำนวยการสถาบันพัฒนาการสาธารณสุขอาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดล รองศาสตราจารย์ พญ. ศิริกุล อิศรานุรักษ์ หัวหน้าโครงการวิจัยชุดซึ่งการวิจัยนี้เป็นส่วนหนึ่งของโครงการวิจัยชุดนี้ ที่ได้ประสานงาน ติดต่อสื่อสารและช่วยเหลือการทำงานของนักวิจัยภาคต่างๆ ให้สำเร็จลุล่วงด้วยดี ขอขอบคุณคณะพยาบาลศาสตร์ ม.บูรพา ที่ได้ให้เวลาแก่หัวหน้าโครงการวิจัยภาคตะวันออกได้ทำงานวิจัยนี้จนสำเร็จลุล่วง ขอขอบคุณรองศาสตราจารย์ ดร. ตรีภูมิ รุ่งกรกานต์ที่เป็นผู้ชักชวนให้หัวหน้าโครงการวิจัยภาคตะวันออกได้มีส่วนร่วมในงานวิจัยชุดที่มีสำคัญระดับชาตินี้ ขอขอบคุณกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุขที่อนุญาตให้ใช้เครื่องมือวิจัย ขอขอบคุณสำนักงานควบคุมและป้องกันโรค เขต 3 จังหวัดชลบุรีที่ให้ข้อมูลทฤษฎีซึ่งเป็นประโยชน์อย่างมาก ขอขอบคุณ Camillion Social Center Rayong ที่อนุญาตให้เก็บข้อมูลเด็กและเจ้าหน้าที่ในศูนย์ และได้ให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์อย่างยิ่ง ขอขอบคุณเครือข่ายผู้ติดเชื้อเอชไอวีภาคตะวันออก ที่ช่วยเหลืออำนวยความสะดวกในการติดต่อประสานงานกับเด็กและครอบครัว รวมทั้งเป็นกำลังสำคัญในการรวบรวมข้อมูล โดยเฉพาะเจ้าหน้าที่ศูนย์ร่วมพัฒนา ชมรมแสงส่องใจ กลุ่มเพื่อนศรีราชา และองค์กรเฟิร์ล เฮส บัค อินเทอร์เน็ตเนชั่นแนล (ประเทศไทย) และสุดท้ายนี้ คณะผู้วิจัยขอขอบคุณกลุ่มตัวอย่างทุกท่านซึ่งเป็นกลุ่มบุคคลที่สำคัญที่สุด ที่ได้ให้ความร่วมมือในโครงการวิจัยนี้เป็นอย่างดี

คณะผู้วิจัย

พฤษภาคม 2549

๒๒.๑๕๑๒

๒๕๒๒ ก

๓๐

ชื่อเรื่อง:	การศึกษาสถานการณ์เด็กกำพร้าและเด็กที่ได้รับผลกระทบจากเอชไอวี / เอดส์ ในประเทศไทยและรูปแบบความช่วยเหลือ : กรณีศึกษาในภาคตะวันออกเฉียง จังหวัดชลบุรี
ผู้วิจัย:	นุจรี ไชยมงคล ชุพิน ชินสงวนเกียรติ และ มานพ เชื่อมทอง
แหล่งทุน:	สำนักงานคณะกรรมการอุดมศึกษา กระทรวงศึกษาธิการ
ปี:	พฤษภาคม 2549

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบพรรณนาเชิงสำรวจเพื่อศึกษาสถานการณ์ จำนวน สภาพความเป็นอยู่ การเจริญเติบโต และการสนับสนุนด้านต่างๆ รวมทั้งคุณภาพชีวิตและคุณภาพการดูแลเด็กกำพร้าจากเอชไอวี/เอดส์ ในเขตภาคตะวันออกเฉียง จังหวัดชลบุรี เก็บข้อมูลเพื่อสำรวจสถานการณ์ จำนวนเด็กกำพร้าและเด็กที่ได้รับผลกระทบจากบิดามารดาติดเชื้อเอชไอวี โดยการส่งแบบสำรวจทางไปรษณีย์ สอบถามข้อมูลจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดต่างๆ ในภาคตะวันออกเฉียง ข้อมูลคุณภาพโดยการสัมภาษณ์เชิงลึกเด็ก และประชุมกลุ่มย่อยผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย และข้อมูลปริมาณจากการสังเกต สัมภาษณ์ และสอบถาม ผู้ดูแลและตัวเด็กเอง จำนวน 210 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วยแบบสำรวจที่ส่งทางไปรษณีย์ แนวคำถามเพื่อการสัมภาษณ์เชิงลึกและประชุมกลุ่มย่อย แบบวัดคุณภาพชีวิตและคุณภาพการดูแล แบบประเมินความฉลาดทางอารมณ์ สำหรับเด็กอายุ 3-5 ปี 6-11 ปี และ 12-18 ปี และแบบวัดภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น การวิเคราะห์ข้อมูลคุณภาพใช้การวิเคราะห์ Content analysis ข้อมูลปริมาณใช้การวิเคราะห์ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และพิสัย ผลการศึกษาพบว่าจังหวัดชลบุรีมีจำนวนเด็กกำพร้าและเด็กที่ได้รับผลกระทบมากเป็นอันดับหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียง รองลงไปที่คือจังหวัดระยอง ซึ่งเป็นข้อมูลสะสมจนถึงสิ้นปี พ. ศ. 2546 ซึ่งมีแนวโน้มลดลงเล็กน้อยในแต่ละปี ปัญหาและความต้องการของเด็กกำพร้าพบว่า เด็กกำพร้ามีความต้องการจำแนกเป็น 4 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านเศรษฐกิจ 2) ด้านการศึกษา 3) ด้านการยอมรับจากชุมชน และ 4) ด้านสุขภาพ ผู้ดูแลเด็กมีอายุเฉลี่ย 42.7 ปี ส่วนใหญ่เป็นมารดา รองลงไปที่คือยาย และย่า สุขภาพทั่วไปแข็งแรงดี รายได้ครอบครัวเฉลี่ย 4,700 บาทต่อเดือนซึ่งไม่เพียงพอต่อการใช้จ่าย เด็กมีอายุเฉลี่ย 10.3 ปี เป็นเด็กชายและเด็กหญิงเท่ากัน ร้อยละ 90 กำลังศึกษาอยู่ ร้อยละ 96 มีสุขภาพปกติ การเจริญเติบโตทั้งด้านน้ำหนักและความสูงเป็นปกติประมาณร้อยละ 70 ในเด็กที่อายุต่ำกว่า 5 ปีมีเพียงร้อยละ 67 ที่ได้รับวัคซีนครบถ้วน เด็กมีคุณภาพชีวิตอยู่ในเกณฑ์สูง ยกเว้นด้านเศรษฐกิจที่อยู่ในเกณฑ์ปานกลาง คุณภาพการดูแลเด็กอยู่ในเกณฑ์ปานกลางค่อนข้างต่ำทั้งโดยรวมทั้งรายด้าน และเด็กกำพร้าที่เป็นวัยรุ่นประมาณร้อยละ 17-50 มีภาวะซึมเศร้า ผลการวิจัยนี้ชี้ให้เห็นว่าเด็กกำพร้าจากโรคเอดส์ยังคงมีความต้องการความช่วยเหลือในด้านเศรษฐกิจ การศึกษา การดูแลสุขภาพ การเข้าใจและการยอมรับจากชุมชนและสังคม การมีผู้อุปการะ รวมทั้งผู้ดูแลเด็กต้องการความช่วยเหลือด้านเศรษฐกิจและข้อมูลข่าวสาร

Title: HIV / AIDS Orphans and Vulnerable Children and Supporting System in Thailand: Situation Analysis: A Case Study in the Eastern Region, Chon Buri Province Thailand

Researchers: Nujjaree N. Chaimongkol
Yupin Chinsanguankeit
Manop Cheomthong

Funding: Commission on Higher Education, Ministry of Education

Year: May 2006

Abstract

This descriptive research was to survey situations and numbers, and to examine lifestyles, growth, supports, quality of life and quality of care for orphans affected by HIV/AIDS and vulnerable children in the eastern region, Chon Buri province, Thailand. Postal survey was used to collect data about situations and numbers of the children by mailing to Bureau of Provincial Public Health. Sample included 210 dyads of orphans affected by HIV/AIDS and their primary caregivers. In-depth interview and focus group discussion were used to collect qualitative data of the children and the stakeholders. Instruments for quantitative data included the Quality of Life's and the Quality of Care's Scales, the Emotional Quotient's Scale for Children age of 3-5 years, 6-11 years and 12-18 years, and the Depression Scale for Adolescents. Content analysis was used to analyze qualitative data. For quantitative data, frequencies, percents, means, standard deviations, and ranges were used. Results of the study revealed that for the data accumulated until the end of the year 2003, the most orphans and vulnerable children in the eastern region was Chon Buri, and the next was Rayong. However, numbers of the children was declining each year. Needs and problems of the children included 1) financial support, 2) education, 3) recognition and understanding from community and society, and 4) health care. Mean age of caregivers was 42.7 years. Most of the caregivers were mothers, and some were grandmothers. They were healthy, in general. Monthly family income was approximately 4,700 Baht, which was inadequate for their living expenses. Mean age of the children was 10.3 years. There was equal percentage between boys and girls. 90% of them were studying, and 96% were normal health. Approximately 70% of the children had appropriated growth for both weight for age and height for age, as well as weight for height. Only 67% of children under 5 years old were completed immunization. Quality of life of the children was high, except the finance that was moderate. Quality of child care was moderate-high. The orphans and vulnerable children of all age groups were low for their emotional intelligence. 17-50% of adolescents affected by AIDS were depressed. These findings indicated that financial support, education, health care, recognition and understanding from community and society, and adoptive parents would need to be strengthened for orphans and vulnerable children affected by HIV/AIDS. In addition, their caregivers would need to be supported for their finance and information.

สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ	ก
บทคัดย่อภาษาไทย	ข
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	ค
สารบัญ	ง
สารบัญตาราง	ฉ
สารบัญแผนภูมิ	ณ
บทที่ 1 บทนำ	
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย	11
คำถามในการวิจัย	11
นิยามศัพท์	11
ขอบเขตของการศึกษา	11
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	12
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	
โรคเอดส์และการติดเชื้อเอช ไอ วี	13
ผลกระทบ/ปัญหาของเด็กที่ติดเชื้อเอช ไอ วี/เอดส์	18
การดูแลเด็กกำพร้าและเด็กที่ได้รับผลกระทบจากเอดส์	22
แนวทางป้องกันและแก้ไขปัญหาผลกระทบ ของโรคเอดส์ที่เกิดขึ้นกับเด็ก	25
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย	
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	31
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	32
การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง	36
การเก็บรวบรวมข้อมูล	36
การวิเคราะห์ข้อมูล	37

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
บทที่ 4 ผลการวิจัย	39
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	82
บรรณานุกรม	91
ภาคผนวก	
ก. เอกสารชี้แจงข้อมูลแก่ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย	101
หนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย และ หนังสือแสดงความเห็นด้วยในการเข้าร่วมการวิจัย (อายุ 7-18 ปี)	
ข. แบบสำรวจชุดที่ 1 และ ชุดที่ 2	108
ค. แบบวัดคุณภาพชีวิตและคุณภาพการดูแล	112
ง. แบบประเมินความฉลาดทางอารมณ์เด็กอายุ 3-5 ปี	119
แบบประเมินความฉลาดทางอารมณ์เด็กอายุ 6-11 ปี	
แบบประเมินความฉลาดทางอารมณ์เด็กอายุ 12-18 ปี	
จ. แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น (CES-D)	127
ฉ. แนวคำถาม Focus Group / Indepth Interview	129
ช. ประวัติผู้วิจัย	132

สารบัญตาราง

ตาราง	หน้า
1 แสดงจำนวนและร้อยละของเด็กที่ติดเชื้อเอชไอวีสะสมถึง 31 ธันวาคม 2546 แยกตามกลุ่มอายุ ในภาคตะวันออกเฉียง	39
2 แสดงจำนวนและร้อยละของเด็กกำพร้าที่บิดาหรือมารดาเสียชีวิตด้วยโรคเอดส์ จำแนกตามการติดเชื้อของเด็กทั้งหมดในภาคตะวันออกเฉียง ตั้งแต่ พ.ศ. 2544-2547	40
3 แสดงจำนวนมารดาที่คลอดบุตรทั้งหมดในภาคตะวันออกเฉียง 2544 – 2547 แยกรายจังหวัด	40
4 แสดงจำนวนมารดาที่คลอดบุตรทั้งหมด และจำนวนมารดาคลอดบุตรที่ได้รับ การตรวจหาเชื้อเอชไอวี และค่าร้อยละของการตรวจหาเชื้อเอชไอวี ในภาคตะวันออกเฉียง ตั้งแต่ พ.ศ. 2544-2547	41
5 แสดงจำนวนมารดาที่คลอดบุตรและได้รับการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี และจำนวนมารดาคลอดบุตรที่ตรวจพบการติดเชื้อเอช ไอ วี และค่าร้อยละของ การติดเชื้อเอชไอวี ในมารดาแรกคลอดในภาคตะวันออกเฉียง ตั้งแต่ พ.ศ. 2544-2547	42
6 แสดงจำนวนมารดาที่ติดเชื้อและได้รับยาต้านไวรัสเอชไอวี ในระยะก่อนและ ขณะคลอดในภาคตะวันออกเฉียง ตั้งแต่ พ.ศ. 2544-2547	43
7 แสดงจำนวนการคลอดทั้งหมดและจำนวนและร้อยละของเด็กเกิดมีชีพจาก มารดาติดเชื้อเอชไอวี ในภาคตะวันออกเฉียง ตั้งแต่ พ.ศ. 2544-2547	43
8 แสดงจำนวนและร้อยละของทารกเกิดมีชีพจากมารดาติดเชื้อเอชไอวี และทารกได้รับยาต้านไวรัสหลังคลอด และได้รับนมผงทดแทนทั้งหมด ในภาคตะวันออกเฉียง ตั้งแต่ พ.ศ. 2544-2547	44
9 จำนวน และ ร้อยละของลักษณะทั่วไปของผู้ดูแลเด็กแยกตาม เพศ ภาวะสุขภาพ ศาสนา สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ ความเพียงพอของรายได้ครอบครัว การได้รับเงินสงเคราะห์ และความสัมพันธ์กับเด็ก	64
10 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าต่ำสุด-สูงสุดของอายุ ระยะเวลาที่ อาศัยอยู่ในชุมชน จำนวนสมาชิกในครอบครัว รายได้ครอบครัวต่อเดือน และระยะเวลาที่ดูแลเด็กของผู้ดูแลเด็ก (N = 210)	66
11 จำนวนและร้อยละของลักษณะทั่วไปของเด็กกำพร้าจากโรคเอดส์ แยกตามการติดเชื้อเอช ไอ วี เพศ และกลุ่มอายุ	67

สารบัญตาราง (ต่อ)

ตาราง	หน้า
12	ความถี่ และร้อยละของการติดเชื้อเอช ไอ วีของเด็กกำพร้าจากโรคเอดส์ แยกตามกลุ่มอายุ 68
13	ความถี่ และร้อยละของเพศของเด็กกำพร้าจากโรคเอดส์ แยกตามกลุ่มอายุ 69
14	ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของอายุ น้ำหนัก และส่วนสูงของ เด็กกำพร้าจาก โรคเอดส์ แยกตามกลุ่มอายุ 69
15	ความถี่และร้อยละของการเจริญเติบโตด้านน้ำหนักของเด็กกำพร้าจาก โรคเอดส์ โดยวัดน้ำหนักตามเกณฑ์อายุ แยกตามกลุ่มอายุ 71
16	ความถี่และร้อยละของการเจริญเติบโตด้านความสูงของเด็กกำพร้าจาก โรคเอดส์ โดยวัดส่วนสูงตามเกณฑ์อายุ แยกตามกลุ่มอายุ 71
17	ความถี่และร้อยละของการเจริญเติบโตด้านความอ้วน-ผอมของเด็กกำพร้า จาก โรคเอดส์ โดยวัดน้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูง แยกตามกลุ่มอายุ 71
18	ความถี่และร้อยละของระดับการศึกษาของเด็กกำพร้าจาก โรคเอดส์ แยกตามกลุ่มอายุ 73
19	ความถี่และร้อยละของภาวะสุขภาพของเด็กกำพร้าจากโรคเอดส์ แยกตามกลุ่มอายุ 73
20	การได้รับวัคซีนของเด็กกำพร้าจาก โรคเอดส์อายุ 0-5 ปี (n = 30) 74
21	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และคะแนนต่ำสุด-สูงสุดของคะแนน ความพึงพอใจต่อคุณภาพชีวิตของเด็กกำพร้าจาก โรคเอดส์ โดยรวมทุกด้าน และแยกเป็นรายด้าน 75
22	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และคะแนนต่ำสุด-สูงสุดของคะแนน คุณภาพการดูแลเด็กกำพร้าจากโรคเอดส์ โดยรวมทุกด้าน และแยกเป็นรายด้าน 75
23	ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนมาตรฐาน (T-Score) ของคะแนนความฉลาดทางอารมณ์ของเด็กกำพร้าจาก โรคเอดส์ ในกลุ่มอายุ 3 - < 6 ปี 77
24	ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนมาตรฐาน (T-Score) ของคะแนนความฉลาดทางอารมณ์ของเด็กกำพร้าจากโรคเอดส์ ในกลุ่มอายุ 6 - < 12 ปี 78

สารบัญตาราง (ต่อ)

ตาราง		หน้า
25	ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความฉลาดทางอารมณ์ ของเด็กกำพร้าจากโรคเอดส์ ในกลุ่มอายุ 12 – 18 ปี 80
26	ภาวะซึมเศร้าของวัยรุ่นที่กำพร้าจากโรคเอดส์ ($n = 86$) 81

สารบัญแผนภูมิและภาพ

แผนภูมิ

หน้า

1	แสดงการขยายขอบเขตและความสัมพันธ์ 9
2	กรอบแนวคิด 10

ภาพ

1	การสัมภาษณ์เชิงลึกเด็กกำพร้าและเด็กที่ได้รับผลกระทบจากโรคเอดส์ 50
2	Focus Group Discussion กลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย กับเด็กกำพร้าและเด็กที่ได้รับผลกระทบจาก โรคเอดส์ 62

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การติดเชื้อเอชไอวีและโรคเอดส์ยังคงเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ จากการรายงานสถานการณ์เอดส์ทั่วโลก เมื่อเดือนธันวาคม 2003 โดย UNAIDS/WHO พบว่ามีจำนวนผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ทั่วโลกประมาณ 34-46 ล้านคน จำแนกเป็นผู้ใหญ่ประมาณ 31-43 ล้านคน เป็นเด็กที่อายุต่ำกว่า 15 ปี ประมาณ 2.1-2.9 ล้านคน และพบว่ามีผู้ติดเชื้อรายใหม่ ในปี 2003 ประมาณ 4.2-5.8 ล้านคน และมีผู้ป่วยเอดส์ที่เสียชีวิตในปี 2003 จำนวน 2.5-3.5 ล้านคน (กลุ่มโรคเอดส์ สำนักโรคเอดส์ วัณโรคและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรคติดต่อ, 2547ก) แม้ว่าจะมีการรณรงค์ให้ความรู้ในเรื่องการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีและการรักษา ไม่ให้มีการแพร่เชื้อจากการค้าสุบุดร แต่ในประเทศต่าง ๆ ก็ยังคงพบผู้ติดเชื้อรายใหม่ สำหรับประเทศไทยการติดเชื้อเอชไอวีและโรคเอดส์ก็ยังคงเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญ เช่นเดียวกัน สำนักกระบวนวิชา กรมควบคุมโรค ได้รับรายงานผู้ป่วยเอดส์และผู้ติดเชื้อที่มีอาการจากสถานบริการทั้งภาครัฐและเอกชน ตั้งแต่ พ.ศ.2527 ถึงวันที่ 31 มกราคม พ.ศ. 2547 รวมทั้งสิ้น 317,065 รายและผู้เสียชีวิต 72,965 ราย โดยจำแนกเป็นผู้ป่วยเอดส์จำนวน 231,712 ราย และเสียชีวิตจากโรคนี้อีก 63,899 ราย ผู้ติดเชื้อที่มีอาการจำนวน 85,353 ราย และเสียชีวิตจากการติดเชื้อเอชไอวี จำนวน 9,066 ราย กลุ่มอายุระหว่าง 20-39 ปี เป็นกลุ่มที่พบมาก และคาดประมาณตัวเลขผู้ติดเชื้อเอดส์และผู้ป่วยเอดส์ในปี พ.ศ. 2549 จะมีจำนวนผู้ติดเชื้อเอดส์สะสมประมาณ 1,190,000 ราย ในจำนวนนี้เป็นเด็กที่ติดเชื้อเอดส์ ประมาณ 53,400 ราย คาดว่าจะมีผู้เสียชีวิตประมาณ 600,600 ราย โดยเป็นผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ที่ต้องเข้ารับการรักษาพยาบาลประมาณ 508,300 ราย และเป็นผู้ป่วยรายใหม่ จำนวน 17,000 ราย (กลุ่มโรคเอดส์ สำนักโรคเอดส์ วัณโรคและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค, 2547ข) ซึ่งจากการคาดประมาณจำนวนเด็กที่ได้รับผลกระทบจากปัญหาเอดส์ โดยคาดว่าจะมีเด็กที่ได้รับผลกระทบจากปัญหาเอดส์ โดยรวมประมาณ 512,152 ราย ในจำนวนนี้เป็นเด็กกำพร้าที่แม่เสียชีวิตจากเอดส์ จำนวน 34,372 ราย (6.7%) และจำนวนรวมของเด็กที่แม่เจ็บป่วยด้วยโรคเอดส์และเข้ารับการรักษาอยู่ ประมาณ 57,049 ราย (11.1%) ที่เหลือเป็นเด็กที่แม่ติดเชื้อไวรัสเอชไอวี ประมาณ 420,731 ราย (82.2%) (กลุ่มโรคเอดส์ สำนักโรคเอดส์ วัณโรคและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค, 2547ก) การติดเชื้อเอชไอวีหรือโรคเอดส์ของบิดามารดา นอกจากจะมีผลกระทบต่อด้านร่างกายและจิตใจของบิดามารดาแล้ว ยังส่งผลกระทบต่อครอบครัว โดยเฉพาะถ้ามารดาติดเชื้อเอชไอวีหรือเป็นโรคเอดส์จะมีผลกระทบต่อเด็กอย่างมาก

เด็กอาจจะได้รับเชื้อเอชไอวีจากมารดา หรือได้รับผลกระทบจากการเจ็บป่วยของบิดาหรือมารดาหรือทั้งบิดาและมารดา

นับแต่โรคเอชไอวี/เอดส์ ได้มีการระบาดแพร่หลายทั่วโลก เป็นเวลาร่วม 2 ทศวรรษ เป็นผลให้มีผู้ติดเชื้อ 49.7 ล้านรายทั่วโลก และเป็นสาเหตุการตายที่สำคัญในประชากรอายุ 15-49 ปี ในปี พ.ศ.2546 มีผู้เสียชีวิตจากโรคนี้นี้ 2.9 ล้านรายและติดเชื้อ 4.8 ล้านราย และส่วนใหญ่ของผู้ติดเชื้อที่ยังมีชีวิตประมาณ 37.8 ล้านรายทั่วโลกเป็นผู้ใหญ่ การระบาดของเชื้อเอชไอวีอย่างกว้างขวางทั่วโลกนี้มีผลกระทบอย่างรุนแรงต่อครอบครัวและชุมชน ผู้ที่ได้รับผลกระทบมากที่สุดคือเด็ก ทั่วโลกมีเด็กกำพร้าเด็กที่อยู่ในภาวะลำบากยากเข็ญจากการสูญเสียและการเจ็บป่วยของบิดามารดานับล้าน โดยมีสัดส่วนสูงที่สุดใน Sub-Saharan Africa แต่จำนวนจริงของเด็กกำพร้าทั้งหมดสูงสุดในทวีปเอเชีย เนื่องจากเป็นทวีปที่มีประชากรหนาแน่นที่สุด จำนวนเด็กกำพร้าและเด็กในภาวะลำบากจะยังคงมีจำนวนเพิ่มขึ้นในทศวรรษหน้าเมื่อผู้ติดเชื้อมีอาการและเสียชีวิตถึงแม้จะมียาต้านไวรัสใช้อย่างแพร่หลายมากขึ้นก็ตาม

การติดเชื้อเอชไอวีหรือโรคเอดส์เป็นภาวะที่คุกคามสุขภาพ จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจของผู้ติดเชื้อและครอบครัว ทั้งนี้เนื่องจากในปัจจุบันยังไม่มียารักษาโรคเอดส์ และยังไม่มียาป้องกันโรคเอดส์ ผู้ที่ติดเชื้อเอชไอวีจะมีอาการแตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับระดับภูมิคุ้มกันของร่างกาย ปริมาณของเชื้อไวรัสเอชไอวีในร่างกาย การปฏิบัติตัว และกำลังใจที่ผู้ติดเชื้อได้รับจากบุคคลรอบข้าง (พิมพัลย์ บุญมงคล เพ็ญจันทร์ ประดับมุข และคันสนีย์ เรืองสอน, 2541) แม้ว่าปัจจุบันการประชาสัมพันธ์หรือการเผยแพร่ความรู้เกี่ยวกับการติดเชื้อเอชไอวีเพิ่มขึ้น ประชาชนส่วนใหญ่ก็ยังคงหวาดกลัวที่จะอยู่ร่วมกับผู้ติดเชื้อเอชไอวีหรือผู้ป่วยเอดส์ (อดิรัตน์ วัฒนไพลิน, 2539 ; วรรณ คงสุริยะนาวิณ, 2540) ส่วนใหญ่เด็กในชุมชนที่มีผู้ติดเชื้อเอชไอวีจึงได้รับการสื่อสารให้เข้าใจการติดเชื้อเอชไอวีในด้านลบ ได้แก่ โรคเอดส์เป็นโรคร้ายไม่ควรใกล้ ผู้ป่วยโรคเอดส์เป็นแล้วจะตาย ดังนั้นผู้ติดเชื้อเอชไอวี โดยเฉพาะบิดามารดามักจะปิดบังและไม่บอกความจริงเกี่ยวกับความเจ็บป่วยที่ตนเองและเด็กกำลังเผชิญอยู่ เนื่องจากกลัวว่าสังคมจะรังเกียจ อาจทำให้เด็กเกิดความกลัว มีความรู้สึกไม่ดีต่อความเจ็บป่วยของบิดามารดาหรือมีความเข้าใจไม่ถูกต้องเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของบิดามารดาหรือของตนเอง ดังการศึกษาของพวงเพ็ญ ชุณหปราณ สุริพร ธนศิลป์ และสัจจา ทาโต (2541) ได้ศึกษาความต้องการสนับสนุนของผู้ดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีในเขตกรุงเทพมหานคร พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยเอดส์ส่วนใหญ่ต้องการปกปิดไม่ให้คนอื่น ๆ รู้ว่าสมาชิกในครอบครัวเจ็บป่วยด้วยโรคเอดส์แม้กระทั่งคนในครอบครัว และจากการศึกษาของ ไพรินทร์ กันทนะ (2543) ได้ศึกษาภาระของผู้ดูแลเด็กที่

ติดเชื้อเอชไอวี พบว่าผู้ดูแลเด็กที่ติดเชื้อเอชไอวีพยายามที่จะไม่ให้บุคคลอื่น ๆ ในสังคมรู้ว่าตนเป็นผู้ดูแลเด็กที่ติดเชื้อเอชไอวี คอยปกปิดความลับ เก็บตัวและเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม น้อยลง เช่นเดียวกับการศึกษาของ สุธิศา ล่ามช้าง รัตนาวดี ขอนตะวัน และ อัญชญา โตศิลากุล (2546) ได้ศึกษาการรับรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วยของเด็กที่ติดเชื้อเอชไอวีภายหลังการ เล่านิทานประกอบภาพการ์ตูน พบว่าผู้ปกครองของเด็กส่วนใหญ่ ร้อยละ 95.0 (จำนวน 19 ราย) ไม่ได้เปิดเผยให้เด็กทราบว่าเด็กติดเชื้อเอชไอวี ทั้งนี้เพื่อหลีกเลี่ยงการถูกรังเกียจ จากเพื่อนบ้าน โรงเรียนและกลัวเด็กทุกข์ใจเศร้าใจ

คณะกรรมการป้องกันและควบคุมโรคเอดส์แห่งชาติได้วางนโยบายและแนวทางในการป้องกันและควบคุมโรคเอดส์ โดยมีกระทรวงสาธารณสุขทำหน้าที่เป็นผู้ประสานนโยบาย และแผนงานการดำเนินงานของหน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง เพื่อการสนับสนุนทางด้านสังคม และจิตใจแก่เด็ก ตลอดจนการหาครอบครัวทดแทนหรือการสนับสนุนให้ญาติหรือชุมชน สามารถดูแลเด็กที่บิดามารดาเสียชีวิต (รายงานผลการศึกษาวิจัยเรื่อง แนวทางและมาตรการในการจัดการศึกษาของเด็กคือย โอกาส, ดร.กมลสินทร์ พินิจภูวนล, สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาแห่งชาติ, 2541) และจากการวิเคราะห์สถานการณ์การดูแลเด็กที่ได้รับผลกระทบจากเอดส์ในประเทศไทย ได้มีการจัดกลุ่มการดูแลและช่วยเหลือเด็กที่ได้รับผลกระทบเป็น 7 ลักษณะด้วยกันคือ 1) การดูแลจากปู่ย่าตายายและญาติพี่น้อง 2) การดูแลในสถานสงเคราะห์ของรัฐ 3) การดูแลในสถานสงเคราะห์ของเอกชน 4) การดูแลโดยชุมชน 5) การดูแลในโรงเรียน 6) การดูแลในสถานเลี้ยงเด็กกลางวัน 7) การได้รับยาด้านไวรัส แต่การดูแลขาดการ เชื่อมโยงประสานงานกัน จึงทำให้การดูแลยังเป็นไปได้ไม่ต่อเนื่องและไม่มีประสิทธิภาพที่จะ ส่งผลถึงคุณภาพชีวิตของเด็กที่ได้รับผลกระทบจากโรคเอดส์ (ดรุณี รุจกรกานต์และคณะ, 2546)

ระบาควิทยา

การศึกษาลักษณะทางระบาควิทยาของเด็กที่ได้รับผลกระทบจากเอชไอวี/เอดส์ กลไก การเผชิญปัญหาองค์ความรู้ที่ทันยุคถึงผลกระทบของเอชไอวี/เอดส์ ที่มีต่อเด็กในประเทศไทย มีน้อย การศึกษาจำนวนเด็กกำพร้าทั้งระดับโลกและระดับชาติยังได้รับความสนใจไม่มากนัก การศึกษาสถานการณ์ของเด็กกำพร้าเพื่อช่วยเหลือและสนับสนุนจะมีความชัดเจนมากขึ้น เมื่อมีการสำรวจหรือคาดการณ์จำนวนเด็กกำพร้าและเด็กที่ได้รับผลกระทบอย่างแม่นยำและ สม่ำเสมอ

ภาพรวมของสถานการณ์และการแก้ไขปัญหา

การที่มีผู้ติดเชื้อเอดส์ในประเทศไทยจำนวนมากทำให้มีการป่วยและการเสียชีวิต ซึ่งจะ
เป็นอันตรายต่อการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมในอนาคตต่อไปอีกยาวนาน

ผลกระทบของการติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ เห็นได้อย่างชัดเจนในชีวิตของเด็กผู้ซึ่งมีความ
เสี่ยงอย่างยิ่งในการรอดและพัฒนาการ เด็กจำนวนไม่ต่ำกว่าสามแสนรายที่อายุต่ำกว่า
15 ปี มีชีวิตอยู่กับเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ในภาคต่าง ๆ ของประเทศไทย ข้อมูลที่แสดงถึงภาพรวม
ของปัญหาและการแก้ไขปัญหาในระดับประเทศและชุมชนยังมีน้อย

คำนิยาม (Children on the Brink, 2004, a Joint Report of New Orphan Estimates
and a Frame work for Action. UNAIDS, UNICEF, USAID, July 2004)

เด็กกำพร้ามารดา (Maternal orphans) ได้แก่เด็กที่อายุต่ำกว่า 18 ปีที่มารดาเสียชีวิต
แล้วและบางครั้งบิดาเสียชีวิตด้วย (รวมถึงเด็กกำพร้าซ้ำซ้อน)

เด็กกำพร้าบิดา (Paternal orphans) ได้แก่เด็กที่อายุต่ำกว่า 18 ปีที่บิดาเสียชีวิตแล้ว
บางครั้งมารดาเสียชีวิตด้วย (รวมถึงเด็กที่กำพร้าซ้ำซ้อน)

เด็กกำพร้าซ้ำซ้อน (Double orphans) ได้แก่เด็กที่อายุต่ำกว่า 18 ปีที่บิดาและมารดา
เสียชีวิตทั้งคู่

รวมเด็กกำพร้า (Total orphans) ได้แก่เด็กอายุต่ำกว่า 18 ปีที่มารดาหรือบิดา หรือทั้ง
บิดามารดาเสียชีวิต จำนวนรวมเด็กกำพร้าจะเท่ากับเด็กกำพร้ามารดาบวกกับเด็กกำพร้าบิดา ลบ
ด้วยจำนวนเด็กกำพร้าซ้ำซ้อน

เด็กกำพร้ารายใหม่ (New orphans) ได้แก่เด็กอายุต่ำกว่า 18 ปีที่บิดาหรือมารดา
เสียชีวิตในปีที่ผ่านมา

เด็กที่อยู่ในภาวะไม่มั่นคง (Vulnerable children) ได้แก่เด็กที่การดำรงชีพ สุขภาวะ
หรือพัฒนาการอยู่ภายใต้การคุกคามของภัยเอดส์

ขณะที่สถิติที่มีอยู่ในปัจจุบันเป็นสถิติเด็กกำพร้าอายุต่ำกว่า 15 ปี แต่เอกสารเรื่อง
Children on the Brink, 2004 จะรายงานการประมาณการณ์จำนวนเด็กกำพร้าที่อายุต่ำกว่า
18 ปี ซึ่งเป็นไปตามคำนิยามของเด็กที่กำหนดขึ้น โดยอนุสัญญาแห่งสหประชาชาติว่าด้วยสิทธิ
เด็กบางครั้งการประมาณการณ์เด็กกำพร้าจะรวมเฉพาะกำพร้าจากเอชไอวี/เอดส์ บางครั้งรวม
กำพร้าจากทุกสาเหตุ

ในทางสังคม การใช้คำ “กำพร้า” โดยไม่ระบุสาเหตุโรคเอชไอวี มีประ โยชน์กว่าใน
การสร้างโปรแกรม เพราะจะเป็นการไม่เหมาะสมที่ชุมชนจะให้การช่วยเหลือโดยยึดถือสาเหตุ
การตายของพ่อแม่เป็นหลัก การประมาณการณ์และรูปแบบส่วนใหญ่ ให้คำนิยามเด็กกำพร้า
หมายถึงเด็กที่มารดาเสียชีวิต ข้อมูลของมารดามักสามารถหาได้ง่ายและแม่นักมีความ ใกล้เคียง

ผูกพันกับเด็กมากกว่าพ่อ ข้อมูลเป็นทางการบางแห่งนับเด็กกำพร้าบิดาแต่ส่วนใหญ่ไม่มีข้อมูลระดับชาติของเด็กที่กำพร้าบิดา ผลกระทบที่มีต่อเด็กกำพร้ามีความแตกต่างกันระหว่างผู้เสียชีวิตที่เป็นบิดาหรือมารดา ในปัจจุบันการเสียชีวิตของมารดาเป็นที่ยอมรับว่ามีนัยสำคัญอย่างยิ่งต่อชีวิตของเด็กเนื่องจากมารดาเป็นผู้เลี้ยงดูที่สำคัญ ข้อมูลในประเทศที่พัฒนาแล้วพบว่า การที่บิดาเสียชีวิตอาจทำให้มีการพลาดโอกาสของเด็กที่จะได้รับมรดกตกทอด ในประเทศที่กำลังพัฒนา การที่บิดาเสียชีวิตอาจมีผลกระทบต่อเศรษฐกิจและสังคมมากกว่าเด็กที่สูญเสียมารดา ประเทศไทยยังขาดข้อมูลผลกระทบต่อเด็กที่เกิดจากมารดาหรือบิดาเสียชีวิตในภูมิภาคต่าง ๆ

การสูญเสียบิดาหรือมารดามีปัจจัยที่มีความสำคัญต่อเด็กกำพร้า คือ พิสัยของอายุเด็กที่รวมไว้ในการศึกษา การคาดการณ์เด็กกำพร้าส่วนใหญ่ ให้คำจำกัดความเด็กกำพร้า คือ เด็กที่อายุต่ำกว่า 15 ปี ลงมา ข้อมูลจากการสำรวจสุขภาพเด็กโดยทั่วไปมักถือเอาอายุต่ำกว่า 15 ปี ลงมา ข้อมูลเด็กอายุ 15-17 ปี จะรวมอยู่ในข้อมูลของผู้ใหญ่อายุ 15-49 ปี จากมุมมองด้าน “สิทธิ” เด็ก หมายถึง ผู้มีอายุต่ำกว่า 18 ในมุมมองของผู้ปฏิบัติการ โครงการชุมชนที่มีเป้าหมายที่เด็กในสถานการณ์ยากลำบากจะครอบคลุมเด็กกำพร้ามารดาและเด็กกำพร้าบิดาอายุต่ำกว่า 18 ปี ยังไม่มีการประมาณตัวเลขเด็กกำพร้าอายุต่ำกว่า 18 ปี ในประเทศต่าง ๆ ส่วนใหญ่ที่มีปัญหาเอชไอวี/เอดส์ระบาด จากรายงานใน Sub-Saharan Africa พบว่าถ้าใช้คำจำกัดความที่ไม่รวมกำพร้าบิดา จะประมาณการณ์เด็กกำพร้าต่ำกว่าเด็กกำพร้าทั้งหมดประมาณร้อยละ 45-70 ถ้าใช้คำจำกัดความที่ไม่รวมกลุ่มอายุ 15-17 ปี จะประมาณการณ์เด็กกำพร้าต่ำกว่าความเป็นจริงร้อยละ 25-35 หากใช้คำจำกัดความที่กว้างขวางขึ้นจะทำให้เห็นขนาดของเด็กกำพร้าจากเอชไอวี/เอดส์ได้น่าสนใจขึ้น แต่ก็ยังเป็นประมาณตัวเลขที่ต่ำกว่าจริง

แม้ว่าเด็กได้รับผลกระทบโดยตรงจากเอชไอวี/เอดส์ คือเด็กที่เป็นกำพร้าแต่ก็ยังมีเด็กอีกจำนวนมากที่ได้รับผลกระทบทางอ้อมจากการที่มีสมาชิกในครอบครัวหรือสมาชิกในชุมชนหรือโครงสร้างบริการที่จะให้ประโยชน์แก่เด็กอยู่ภายใต้ความกดดันจากการระบาดของเอชไอวี/เอดส์ในชุมชนนั้น

ในประเทศส่วนใหญ่รวมทั้งประเทศไทยไม่มีการคาดประมาณจำนวนเด็กที่มีชีวิตอยู่กับบิดามารดาที่ติดเชื้อเอชไอวีที่มีการและยังไม่แสดงอาการ การศึกษาในประเทศไทยโดย Brown T. และ Sittitrai W. พบว่าในเด็กที่เป็นกำพร้ามารดาจากเอดส์ 1 คน จะมีเด็กอีก 12 คน ที่มีชีวิตอยู่กับมารดาติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ การให้ความสนใจกับเด็กที่อยู่กับมารดาหรือบิดาที่ติดเชื้อเอชไอวี จะสะท้อนถึงอนาคตเด็กกำพร้าและปัญหาทางสังคม พัฒนาการ และปัญหาสุขภาพที่จะตามมาซึ่งจะเกิดขึ้นตั้งแต่ก่อนที่บิดามารดาจะเสียชีวิต

การเป็นกำพร้ามีส่วนเกี่ยวข้องกับสำคัญต่อพัฒนาการของเด็ก อายุของเด็กในขณะที่เป็นกำพร้ามีผลต่อเด็กอย่างมีนัยสำคัญ การที่เด็กต้องสูญเสียพ่อแม่ในช่วงอายุเด็กเล็ก เด็กวัยเรียน เด็กวัยรุ่นตอนต้นและวัยรุ่นตอนปลายมีผลกระทบต่อเด็กแตกต่างกัน ทั้งทางด้านจิตวิทยาและพัฒนาการ การให้คำจำกัดความเด็กกำพร้าที่อายุ 15 ปีลงมา ทำให้มองข้ามความต้องการของวัยรุ่นที่โตแล้ว รวมทั้งเรื่องการถูกเอาเปรียบทางเพศและทางเศรษฐกิจ มีความต้องการวิจัยผลที่อาจเกิดขึ้นจากการสูญเสียบิดามารดาในช่วงอายุต่าง ๆ ในด้านการรับสถานการณ์ การจัดการทรัพยากร การเลือกโครงการและทรัพยากรไปสนับสนุนเด็กที่ได้รับผลกระทบ

ตัวเลขของเด็กกำพร้า

ในหลายประเทศจะมีข้อมูลอย่างเป็นทางการ (Census) ของประชากรที่เป็นเด็กกำพร้าและมีการขึ้นทะเบียนเด็กกำพร้า (Orphan enumeration) ทำให้สามารถประมาณจำนวนเด็กกำพร้าได้ แม้จะมีความยากลำบากในการรวบรวมจำนวนที่แน่นอนของเด็กกำพร้าจากข้อมูลที่เป็นทางการ การตอบคำถามเกี่ยวกับเด็กกำพร้าในท้องถิ่นขึ้นกับภาษาที่ใช้ ในบางท้องถิ่นคำว่าเด็กกำพร้าไม่รวมถึงเด็กที่อยู่กับญาติผู้ใหญ่ ดังนั้นการรายงานความชุกของเด็กกำพร้าหรือการขึ้นทะเบียนเด็กกำพร้าในท้องถิ่นเดียวกันในขณะเดียวกันอาจมีความแตกต่างกัน การแตกต่างในวิธีการรวบรวมจำนวนเด็กกำพร้าทำให้เกิดความแตกต่างในตัวเลขที่ได้ ตัวเลขเด็กกำพร้าที่ได้มักต่ำกว่าความเป็นจริงเพราะความไม่ยอมรับของสังคม (Stigma) เด็กกำพร้าจำนวนมากถูกนำไปเลี้ยงไกลจากถิ่นกำเนิดมาก ตัวเลขของเด็กกำพร้าที่ต่ำกว่าความเป็นจริง (Under-enumerate) นี้ ความรู้จากการศึกษาทะเบียนเด็กกำพร้าทำให้มีความสงสัยในความแม่นยำของการประมาณการณ์เด็กกำพร้าจากตัวเลขที่เป็นทางการหรือในทางตรงข้าม สถานภาพกำพร้าของเด็กอายุต่ำกว่า 18 ปี ที่มีบุตรแล้วยังไม่ได้รับการสำรวจ อาจมีตัวเลขสูงกว่าความเป็นจริง เนื่องจากอาจมีความมุ่งหวังในประโยชน์หรือความช่วยเหลือที่จะได้ในการตอบคำถาม

เด็กที่มีแม่เป็นผู้ปกครองเดี่ยวอาจจะมีเป็นจำนวนมากแต่ถ้านับว่าเป็นกำพร้าบิดาอาจมีจำนวนน้อยกว่าความเป็นจริง ถ้าไม่ทราบว่ามีบิดายังมีชีวิตอยู่หรือไม่

การศึกษาทะเบียนเด็กกำพร้าเป็นการวัดความชุกมากกว่าอุบัติการณ์ ความชุกของเด็กกำพร้าอาจเกิดจากการย้ายถิ่นมากกว่าการเสียชีวิตของบิดามารดา

องค์ความรู้เกี่ยวกับการอพยพเนื่องจาก การป่วย การตาย มีผลอย่างไรต่อเด็กยังมีน้อย มีความต้องการในการปรับมาตรฐาน วิธีการขึ้นทะเบียนเด็กกำพร้า (Enumeration methodology)

การเปรียบเทียบ โดยการสุ่มครอบครัวกับการดูตัวเลขในประชากร (Community-based enumeration และ serial enumeration)

การศึกษาอุบัติการณ์ของเด็กกำพร้า โดยมีกรอบการศึกษาต่อเนื่องหรือทำแผนการติดตามต่อเนื่อง เพื่อให้เข้าใจการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับองค์ประกอบของครอบครัว เป็นสิ่งจำเป็นในการแก้ไขปัญหาอันเกิดจากการระบอบของโรคเอดส์

แบบจำลองทางคณิตศาสตร์

การระบอบอย่างกว้างขวางของโรคเอดส์เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง เป็นที่ขยายวงออกไปเรื่อย ๆ ผลกระทบของการระบอบอย่างกว้างขวางจะเปลี่ยนไปตามระยะเวลา รูปแบบทางคณิตศาสตร์ จะชักนำความสนใจ ช่วยให้ผู้อ่านนโยบายตัดสินใจบนรากฐานของแนวโน้มที่จะเกิดขึ้นในอนาคต หากไม่มีรูปแบบจะไม่สามารถคาดการณ์ล่วงหน้าได้

การประมาณการจะแตกต่างกันออกไป ขึ้นกับความชุกของเอชไอวีในขณะนั้น ๆ ความรุนแรงของการระบอบในอนาคต ระยะฟักตัว และระยะที่ยังมีชีวิตอยู่ได้ อัตราการตายของทารกแรกเกิด การถ่ายทอดจากแม่สู่ลูก และภาวะการเจริญพันธุ์ จากการที่มีการศึกษาเรื่องนี้ น้อย จึงไม่มีข้อมูลเปรียบเทียบตัวเลขที่ได้จาก แบบจำลองทางคณิตศาสตร์ กับข้อมูลจากการสำรวจตัวเลข ข้อมูลจากการสำรวจขึ้นทะเบียนจะสามารถนำไปใช้ในแบบจำลองทางคณิตศาสตร์ เพื่อทำนายประมาณการณ์ในระดับท้องถิ่นที่สามารถวางแผนได้เหมาะสม

เครือข่ายปลอดภัยของครอบครัวขยาย และบทบาทของชุมชนในการรับสถานการณ์

ในชุมชนที่ได้รับผลกระทบจากเอชไอวี/เอดส์ กลไกที่รักษาความเป็นครอบครัวและบ้าน ได้แก่ การเอื้อเฟื้อจุนเจือทั้งด้านสิ่งของเครื่องใช้ แรงงาน และการประทับประคองทางอารมณ์จากสมาชิกในชุมชน เช่น การช่วยงานกัน มีอาสาสมัครดูแลเด็กกำพร้า

ครอบครัวขยายยังคงเป็นหน่วยหลักในการดูแลเด็กกำพร้าจากเอชไอวี/เอดส์ ในท้องถิ่นที่มีการระบอบ ครอบครัวขยายเป็นเครือข่ายขนาดใหญ่เกี่ยวข้องผู้คนตามความสัมพันธ์เกี่ยวข้องระหว่างรุ่นต่าง ๆ และเอื้อประโยชน์เด็กและญาติที่เลี้ยงดูเด็ก

กลไกการเผชิญสภาวะ

กลไกการปรับตัวของการเป็นกำพร้ามีความสลับซับซ้อนในสังคม ในประเทศบางประเทศ เรื่องการรับเด็กเป็นบุตรบุญธรรมไม่เป็นที่นิยมเหมือนในชาติตะวันตก เด็กจะได้รับการเลี้ยงดูจากคนอื่นที่ไม่ใช่พ่อแม่ การศึกษาเรื่องการรับเด็กไปเลี้ยงในประเทศไทยยังมีไม่มาก

บทบาทของครอบครัวขยายในการเลี้ยงดูเด็กกำพร้าในชุมชนเมืองและชุมชนชนบทมีความแตกต่างกัน ครอบครัวขยาย ในชนบทมักเข้มแข็งกว่าในเมือง เด็กที่อยู่กับครอบครัวขยายที่มีปู่ย่าตายายเป็นผู้ดูแลเด็ก ยังถือว่าอยู่ในข่ายที่ปลอดภัย เด็กที่หลุดออกจากข่ายที่ปลอดภัยออกไปเป็นเด็กที่อยู่ในสถานการณณ์ล่อแหลม เช่น เด็กเร่ร่อน เด็กที่ถูกใช้แรงงาน เด็กที่เป็น

หัวหน้าครอบครัว การศึกษาบทบาทและความต้องการของครอบครัวขยายในประเทศไทยเป็นสิ่งจำเป็นในการสนับสนุนและส่งเสริมศักยภาพเพื่อประคับประคองเด็ก

การจับตามุมมองของเด็ก สามารถเป็นแหล่งข้อมูลสำคัญเกี่ยวกับครอบครัว ที่มีความยากลำบากในการเลี้ยงดูเด็กและเป็นจุดที่เป็นเป้าหมายในการส่งเสริมศักยภาพ บางครั้งการพบว่ามี ความกดดันในครอบครัวขยายที่เลี้ยงดูเด็ก ทำให้เกิดสมมติฐานของการตอบสนองในรูปแบบอื่น เช่นสถานรับเลี้ยงเด็ก หมู่บ้านเด็ก และการรับเป็นบุตรบุญธรรม การตอบสนองในรูปแบบสถานรับเลี้ยงเด็กมัก ไม่ยั่งยืน และอาจ ไม่ได้รับการยอมรับจากชุมชน การวางแผนบูรณาการ ต้องเข้าใจภาวะปกติที่เป็นอยู่และมองหาโอกาสส่งเสริมครอบครัวและศักยภาพของชุมชน ที่จะคุ้มครอง ปกป้อง ดูแลเด็กในสภาวะล่อแหลมเหล่านี้

ผลกระทบของ เอชไอวี/เอดส์ ต่อครอบครัวและชุมชน

ในชุมชนที่มีปัญหา เอชไอวี/เอดส์ จะมีผลกระทบถึงเด็ก ครอบครัว และชุมชน ซึ่งปัญหาจะสะสมมากขึ้น การเสียชีวิตของผู้ติดเชื้อซึ่งเป็นผู้ใหญ่ในวัยเจริญวัย ทำให้เกิดปัญหาสังคมและเศรษฐกิจ ซึ่งจะสูงขึ้นตามความรุนแรงและระยะเวลาของการระบาด

ผลกระทบของ เอชไอวี/เอดส์ ต่อเด็กและครอบครัวมีความสลับซับซ้อน บนความเป็นมาที่ว่าครอบครัวในชุมชนมีความลำบากมากจากความยากจน การมีโครงสร้างพื้นฐานที่ยากจน และการเข้าไม่ถึงบริการพื้นฐาน กลยุทธ์การปรับตัวของครอบครัวขยายมีผลกระทบทั้งทางตรงและทางอ้อมต่อเด็กและครอบครัวในวงกว้าง เช่น เด็กในชุมชนที่แม่อาสาไปดูแลเด็กที่ได้รับผลกระทบต่อ เอชไอวี/เอดส์ จะมีคุณภาพชีวิตต่ำลง หรือมีการแบ่งเงินของครอบครัวไปช่วยเหลือครอบครัวญาติที่ติดเชื้อเอชไอวี บางกรณีเด็กอาจมีมาตรฐานความเป็นอยู่ที่เลวลงเมื่อมีญาติเข้ามาอยู่ด้วย หลังจากการตายของลุงป้าหน้าอา

ผลกระทบจากการป่วยของบิดามารดา

การป่วยของบิดามารดาต่อครอบครัวทำให้เด็กได้รับผลกระทบ โดยตรง เด็กต้องมีการดูแลพยาบาลผู้ใหญ่ที่ป่วยหนักเป็นเวลานานจนเสียชีวิต ปัญหาเศรษฐกิจ ภาวะเศร้าหมองขาดที่พึ่ง มีผลกระทบต่อการพัฒนา จิตใจและอารมณ์ของเด็กอย่างมาก

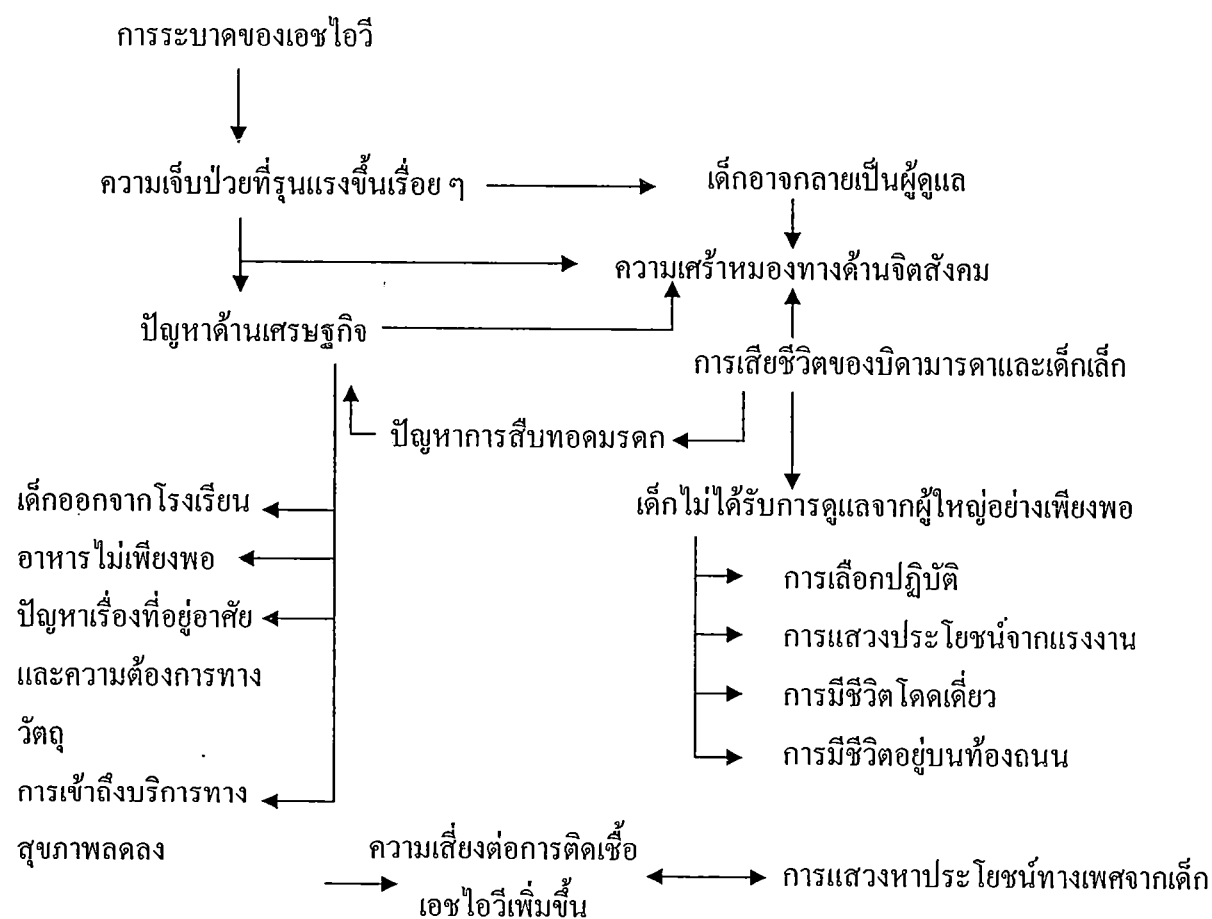
การสืบทอดมรดก

สิทธิในการสืบทอดมรดกของเด็กมีโอกาสน้อยลง ในกรณีบิดามารดาเสียชีวิตและไม่ได้ทำพินัยกรรม

การเปลี่ยนแปลงผู้ดูแลเด็ก

เนื่องจากผลกระทบของเศรษฐกิจ การย้ายถิ่น การศึกษา สุขภาพอนามัย ของผู้ดูแลเด็ก ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงผู้ดูแลเด็กซึ่งจะมีผลกระทบทางสังคม จิตวิทยาต่อเด็ก อาจมีความ ล่อแหลมทางด้านการใช้แรงงาน มีความล่อแหลมทางเพศต่อการติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ล้วนมี การศึกษาเพื่อที่จะได้มุ่งเป้าบูรณาการ เพื่อป้องกันประชาชนรุ่นต่อไป

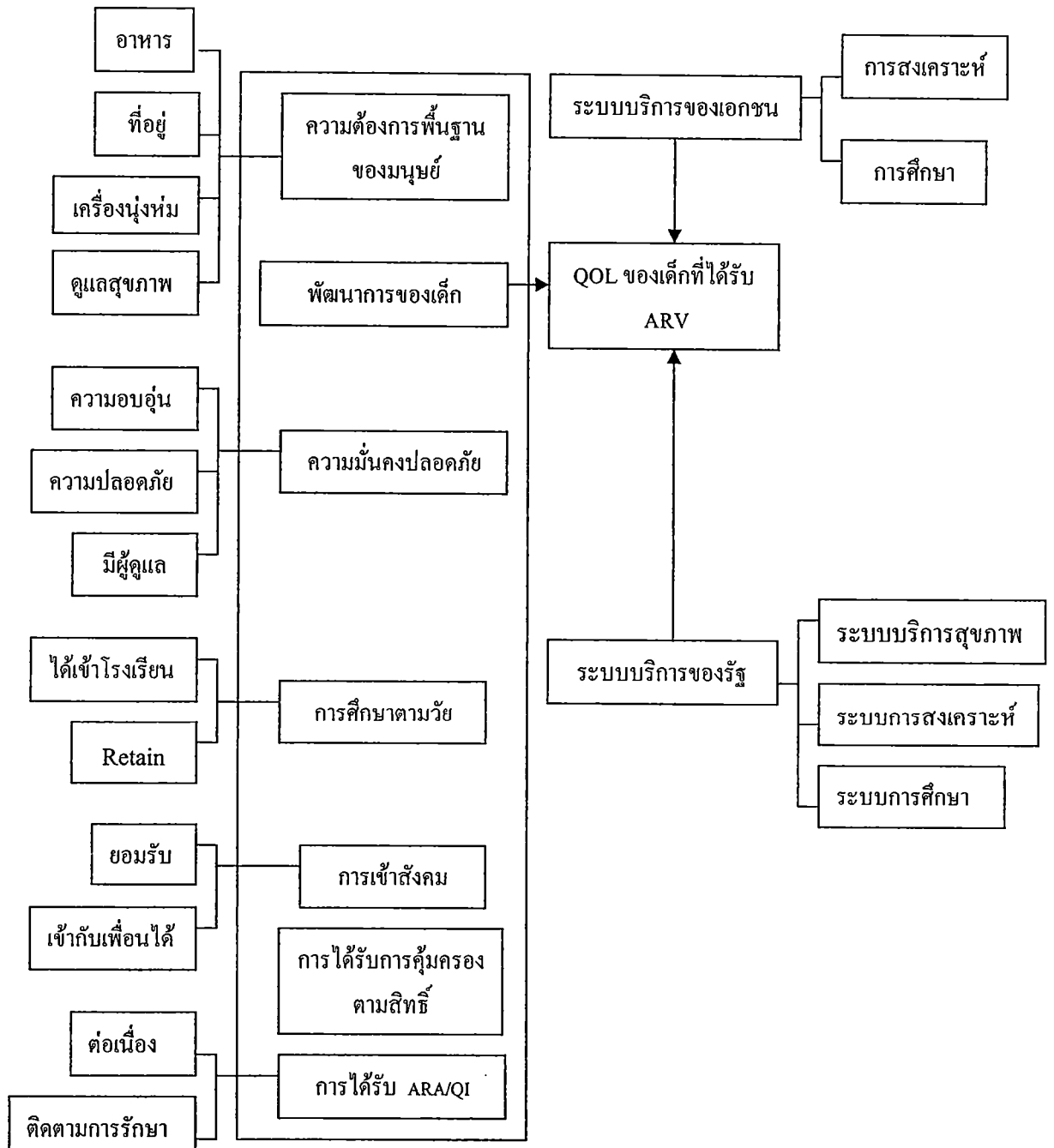
ปัญหาในเด็กกำพร้าและครอบครัวที่ได้รับผลกระทบโดยตรงจากเอชไอวี/เอดส์



แผนภูมิที่ 1 แสดงการขยายขอบเขตและความสัมพันธ์

ดังนั้นการดำเนินการวางแผนให้การดูแลช่วยเหลือเด็กกำพร้าและเด็กที่ได้รับผลกระทบจากโรคเอดส์ที่มีประสิทธิภาพนั้นควรได้ทราบถึงสถานการณ์ทั้งในลักษณะของ

จำนวน สภาพความเป็นอยู่ การดูแลที่ได้รับทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ
 ทั้งนี้ เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนารูปแบบการดูแลเด็กกำพร้าและเด็กที่ได้รับผลกระทบ
 จากโรคเอดส์ที่เหมาะสมในแต่ละบริบทของสังคมไทยต่อไป ซึ่งการศึกษาครั้งนี้มีกรอบ
 แนวคิดดังนี้



แผนภูมิที่ 2 กรอบแนวคิด

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์และสภาพความเป็นอยู่ของเด็กกำพร้าและเด็กที่ได้รับผลกระทบจากโรคเอดส์ ตามบริบทของสังคมไทยในภาคตะวันออก
2. เพื่อศึกษาศักยภาพของบริการสุขภาพ การสนับสนุนทางด้านสังคม จิตใจและจิตวิญญาณ ที่มีอยู่สำหรับเด็กกำพร้าจากโรคเอดส์
3. เพื่อเสนอแนะรูปแบบการดูแลและระบบการสนับสนุนที่เหมาะสมสำหรับเด็กกำพร้าจากโรคเอดส์

คำถามในการวิจัย

1. เด็กเด็กกำพร้าจากโรคเอดส์ในภาคตะวันออกเป็นจำนวนเท่าไร
2. สภาพความเป็นอยู่ของเด็กกำพร้าและเด็กที่ได้รับผลกระทบจากโรคเอดส์เป็นอย่างไร
3. การเจริญเติบโต พัฒนาการของเด็กกำพร้าจากโรคเอดส์เป็นอย่างไร
4. การสนับสนุนทางด้านสังคม จิตใจและจิตวิญญาณที่ได้รับเป็นอย่างไรบ้าง
5. การบริการด้านสุขภาพสำหรับเด็กกำพร้าจากโรคเอดส์มีอะไรบ้าง

นิยามศัพท์

เด็กผู้ได้รับผลกระทบ หมายถึง เด็กอายุระหว่าง 0-18 ปี ที่มีบิดา หรือ มารดา หรือ ทั้งบิดาและมารดา ติดเชื้อเอช ไอวี โดยมีชีวิตอยู่หรือเสียชีวิตแล้ว

ขอบเขตของการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาสถานการณ์และรูปแบบการดูแลเด็กกำพร้าที่บิดาหรือมารดา หรือทั้งบิดาและมารดาเสียชีวิตด้วยโรคเอดส์ และ เด็กที่ได้รับผลกระทบจากเอชไอวี / เอดส์ โดยศึกษาจากตัวเด็กและผู้ดูแลหลักของเด็ก ที่อยู่ในเขตภาคตะวันออก จังหวัดชลบุรี สํารวจทั้งสถานการณ์ด้านจำนวน และลักษณะบริการการดูแลที่มีอยู่ เป็นการวิจัยเชิงบูรณาการที่มีเป้าหมายส่งเสริมศักยภาพขององค์กรที่มีอยู่ทั้งภาครัฐและเอกชน ชุมชนและครอบครัว

ตลอดจนคุ้มครอง และส่งเสริมการพัฒนาแบบองค์รวมของเด็กกำพร้าและเด็กที่ได้รับผลกระทบจากการระบาดของ เอชไอวี / เอดส์ ในภาคตะวันออก โดยมีกรอบการวิจัยตามยุทธศาสตร์แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 9 และยุทธศาสตร์ที่แนะนำโดย United Nation Millenium Declaration โดยเป้าหมาย Millenium Development Goals ที่มีผลกระทบของเด็กๆที่เป็นเป้าหมายหนึ่งในการต่อสู้กับ เอชไอวี / เอดส์ ของ UNAIDS และ UNICEF

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

การศึกษาวิจัยครั้งนี้จะทำให้ทราบสถานการณ์ของเด็กกำพร้าและเด็กที่ได้รับผลกระทบของเอชไอวี/เอดส์ในจังหวัดชลบุรี ซึ่งถือได้ว่าเป็นตัวแทนของเด็กกำพร้าจากโรคเอดส์ที่อยู่ในบริบทของชุมชนภาคตะวันออกของประเทศไทย ทราบลำดับความเร่งด่วนของปัญหาเด็กกำพร้าและเด็กที่อยู่ในความเสี่ยงและครอบครัวเพื่อไปกำหนดนโยบายและแผนพัฒนาของชาติ รวมทั้งเสริมสร้างพัฒนาการในการคุ้มครองสนับสนุนเด็กและเยาวชน การติดตามและประเมินผล โครงการจะทำให้สามารถใช้ทรัพยากรที่มีอยู่อย่างจำกัดเกิดผล ประโยชน์อย่างสูงสุดต่อเด็กกำพร้าและเด็กที่อยู่ในความเสี่ยงเพื่อปรับปรุงชีวิตความเป็นอยู่ และอนาคตของเด็กเหล่านี้ในสังคมไทย อีกทั้งข้อมูลจากการวิจัยนี้จะเพิ่มประสิทธิภาพของรัฐบาล หน่วยงานราชการส่วนท้องถิ่น องค์กรเอกชน และชุมชนในการคุ้มครองชีวิตความเป็นอยู่ที่ดีของเด็กและเยาวชนที่ได้รับผลกระทบจากโรคเอชไอวี/เอดส์ และเป็นข้อมูลในการกำหนดนโยบายและการพัฒนาระบบการสงเคราะห์ที่เหมาะสมกับบริบทสังคมไทยในท้องถิ่นต่าง ๆ ทั้งในระยะเฉพาะหน้าและในระยะยาวของประเทศ องค์กรที่ทำงานร่วมกันจะมีความเข้าใจสอดคล้องกันเกี่ยวกับปัจจัยที่เป็นความเสี่ยงและจะทำให้ผู้มีส่วนร่วมตระหนักถึงผลกระทบของการแพร่ระบาดของเอชไอวี/เอดส์ ที่มีต่อเด็กในสังคมไทย

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการศึกษาสถานการณ์และรูปแบบการดูแลเด็กที่ได้รับผลกระทบจากเอชไอวี/เอดส์ ในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จังหวัดชลบุรี ในครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ศึกษาเอกสาร งานวิจัย และบททวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องตามลำดับดังนี้

1. โรคเอดส์และการติดเชื้อเอช ไอ วี
2. ผลกระทบ/ปัญหาของเด็กที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์
3. การดูแลเด็กกำพร้าและเด็กที่ได้รับผลกระทบจากเอดส์
4. แนวทางป้องกันและแก้ไขปัญหาผลกระทบของโรคเอดส์ที่เกิดขึ้นกับเด็ก

โรคเอดส์และการติดเชื้อ เอช ไอ วี

โรคเอดส์เป็นภาวะที่ร่างกายได้รับเชื้อไวรัส เอชไอวี (Human Immunodeficiency Virus หรือ HIV) เมื่อร่างกายได้รับเชื้อไวรัสนี้เข้าสู่ร่างกาย ร่างกายไม่สามารถกำจัดเชื้อได้หมด แม้ว่าปริมาณไวรัสในเซลล์จะลดต่ำลงแต่ก็ยังมีการติดเชื้อในเซลล์ ทำให้ระบบภูมิคุ้มกันโรคบกพร่อง เกิดการติดเชื้อฉวยโอกาสและมะเร็ง (จันทพงษ์ วัชสี, 2541) ซึ่งอาการและอาการแสดงของผู้ติดเชื้อเอชไอวีจะสัมพันธ์กับระดับ ซีดี 4 ของทีเฮลเปอร์ลิมโฟไซต์ และระดับภูมิคุ้มกันโรค บางรายอาจจะไม่แสดงอาการเรียกว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวี และรายที่แสดงอาการของโรคเรียกว่า ผู้ป่วยเอดส์ ซึ่งผู้ติดเชื้อเอชไอวี แบ่งตามลักษณะการดำเนินโรคเป็น 3 กลุ่มคือ (วรรณิ กัญฐกมลากล, 2541)

1. ผู้ติดเชื้อเอชไอวีส่วนใหญ่ (Typical progressors) แบ่งการติดเชื้อเป็น ระยะติดเชื้อครั้งแรก ระยะไม่แสดงอาการ และระยะแสดงอาการ โดยผู้ติดเชื้ออาจมีอาการเริ่มแรกคล้ายไข้หวัด คือ มีไข้ อ่อนเพลีย เจ็บคอ มีผื่นขึ้น ต่อมน้ำเหลืองโต ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ ปวดศีรษะ ต่อมาเข้าสู่ระยะไม่แสดงอาการนานเป็นปี เฉลี่ยประมาณ 8-10 ปี ซึ่งเป็นระยะที่เชื้อไวรัสเอชไอวีเพิ่มจำนวนทำลายระบบภูมิคุ้มกันอย่างต่อเนื่องและมากขึ้น เมื่อจำนวน CD4 ต่ำกว่า 200 cell/cu.mm. ร่วมกับมีการติดเชื้อฉวยโอกาสบ่อย ๆ เป็นสัญญาณบ่งบอกว่าผู้ติดเชื้อเข้าสู่ระยะแสดงอาการเอดส์ ผู้ป่วยแสดงอาการ โรคติดเชื้อฉวยโอกาสซ้ำบ่อย ๆ เป็นเนื้องอก ต่อมน้ำเหลืองโตหลายตำแหน่ง (generalized lymphadenopathy) มะเร็งผิวหนัง มีอาการทางระบบประสาท ซึ่งเป็นอาการนำก่อนเข้าสู่ระยะสุดท้าย

2. ผู้ติดเชื้อแสดงอาการ โรคอย่างรวดเร็ว (Rapid progressors) มีอาการ โรคเอดส์ ภายหลังจากตรวจพบแอนติบอดีภายใน 2-3 ปี ผู้ติดเชื้อมีการสูญเสียการตอบสนองของระบบภูมิคุ้มกันระดับแอนติบอดีต่อไวรัสต่าง ๆ ของเชื้อเอชไอวี มีอาการของโรคเอดส์ระยะท้าย

3. ผู้ติดเชื้อที่ไม่แสดงอาการโรคเป็นเวลานาน (Long-term nonprogressors) ผู้ติดเชื้อกลุ่มนี้ติดเชื้อ เอชไอวีนานกว่า 10 ปี และไม่แสดงอาการโรค ทั้ง ๆ ที่ ไม่ได้รับการรักษา มีสุขภาพแข็งแรง ระบบภูมิคุ้มกันสามารถตอบสนองต่อสิ่งแปลกปลอมปกติ จำนวน CD4 และ T-lymphocyte อยู่ในระดับสูงและปริมาณไวรัสในกระแสเลือดอยู่ในระดับต่ำ

บางการศึกษา มีการจำแนกระยะของการติดเชื้อ โรคเอดส์แตกต่างกัน คือ

ระยะเวลาตั้งแต่บุคคลได้รับเชื้อจนกระทั่งมีอาการ โรคเอดส์เพิ่มขึ้น อาจตั้งแต่ 1-14 ปี (Kelly & Lawrence, 1989) ซึ่งบุคคลที่ติดเชื้อแต่ละคนจะมีระยะเวลาในการฟักตัวของเชื้อแตกต่างกัน ขึ้นกับสายพันธุ์ของ ไวรัสเอดส์ที่มีความรุนแรงแตกต่างกัน จำนวนไวรัสเอดส์ที่เข้าสู่ร่างกาย และความอ่อนแอทางพันธุกรรมของแต่ละบุคคล รวมทั้งปัจจัยดังกล่าวอาจเกิดร่วมกัน โดยทั่วไปแบ่งเป็นระยะต่าง ๆ ได้ดังนี้ (Pratt, 1991: 37-59)

1. ระยะติดเชื้อเฉียบพลัน (Acute seroconversion illness) ภายหลังได้รับเชื้อ 2-6 สัปดาห์ บางคนจะมีต่อมน้ำเหลืองโต และมีอาการคล้ายไข้หวัดใหญ่ คือ มีไข้ ปวดตามข้อและกล้ามเนื้อ มีผื่นขึ้นตามตัว ท้องเสีย บางคนมีอาการทางสมองและประสาท เช่น เชื้อหุ้มสมองอักเสบ ซึ่งเป็นปฏิกิริยาที่ร่างกายได้ตอบสนองต่อการติดเชื้อ ไวรัสเอดส์อย่างเฉียบพลัน และจะหายไป ใน 2-3 สัปดาห์ ระยะนี้ร่างกายของผู้ติดเชื้อจะเริ่มสร้างแอนติบอดีต่อเชื้อเอดส์ การตรวจเลือดหาแอนติบอดีจะให้ผลลบ ถ้าตรวจเลือดหาแอนติเจนอาจให้ผลบวกหรือลบก็ได้

2. ระยะการตรวจเลือดให้ผลบวก (Antibody positive phase) แบ่งออกเป็น 2 ระยะคือ

2.1 ระยะติดเชื้อแต่ไม่แสดงอาการ (Asymptomatic HIV infection) บุคคลส่วนใหญ่ที่ติดเชื้อไวรัสเอดส์จะไม่มีอาการทางคลินิก แต่การตรวจเลือดจะพบความผิดปกติ เช่น จำนวนเม็ดเลือดขาวหลายชนิดลดลง บุคคลเหล่านี้ถึงแม้จะไม่มีอาการแต่สามารถเป็นพาหะของเชื้อได้ตลอดชีวิต

2.2 ระยะต่อมน้ำเหลืองโต (Persistent generalized lymphadenopathy หรือ PGL) ผู้ติดเชื้อจะมีอาการต่อมน้ำเหลืองโตมากกว่า 1 เซนติเมตร นานกว่า 3 เดือน โดยไม่มีอาการอื่น พบว่า 1 ใน 3 ของผู้ที่มีอาการต่อมน้ำเหลืองโตจะแสดงอาการ โรคเอดส์ภายในเวลา 5 ปี

3. ระยะมีอาการสัมพันธ์กับเอดส์ (The AIDS-related complex หรือ ARC) ผู้ติดเชื้อจะมีอาการเนื่องจากการติดเชื้อเอดส์โดยไม่มีอาการติดเชื้อฉวย โอกาสหรือมะเร็งขั้นที่สอง

โดยมีอาการตามเกณฑ์ที่กำหนด เป็นเวลานานกว่า 3 เดือน เช่น มีไข้สูงกว่า 38 องศาเซลเซียส น้ำหนักลดมากกว่าร้อยละ 10 ของน้ำหนักตัวปกติ เหงื่อออกมากในเวลากลางคืน เป็นต้น

4. ภาวะป่วยเป็นโรคเอดส์ (Major opportunistic infection (s) or Secondary cancers หรือ AIDS) มีระยะเวลาประมาณ 11 ปี หรือมากกว่านับตั้งแต่วินิจฉัยไวรัสเอดส์เข้าสู่ร่างกาย ภาวะนี้ผู้ป่วยจะติดเชื้อและมีอาการของการติดเชื้อฉวยโอกาส และ/หรือมะเร็งบางชนิดของหลอดเลือด และ/หรือ มีกลุ่มอาการทางจิตประสาท

5. ภาวะคงที่ (Periods of remission) ผู้ป่วยที่มีอาการโรคเอดส์เมื่อได้รับการรักษา จะมีอาการคงที่และคล้ายกับมีสุขภาพดีอยู่ระยะหนึ่ง และเข้าสู่ภาวะป่วยเป็นโรคเอดส์อีกครั้ง

6. ภาวะสุดท้าย (Terminal phase of illness) เมื่อผู้ป่วย ป่วยด้วยโรคติดเชื้อฉวยโอกาสถึงระยะสุดท้ายจะถึงแก่ความตาย ซึ่งระยะเวลาตั้งแต่เริ่มป่วยมีอาการโรคเอดส์เพิ่มขึ้นจนถึงระยะสุดท้ายมีเวลาประมาณ 2-3 ปี

เด็กติดเชื้อเอชไอวีที่มีอาการป่วยหรืออาการแสดงซึ่งบ่งถึงความบกพร่องของระบบภูมิคุ้มกัน มีระดับเม็ดเลือดขาว CD4 ต่ำกว่า 200 cell/cu.mm. แม้ว่าจะไม่มีอาการเจ็บป่วยหรือเด็กที่เกิดจากมารดาติดเชื้อเอชไอวี และแพทย์ตรวจพบอาการแสดงหลัก (Major signs) และอาการแสดงรอง (Minor signs) อย่างละ 2 อาการ (กุลกัญญา โชคไพบูลย์กิจ, 2541) แสดงว่าเด็กเป็นโรคเอดส์ แต่ถ้าเด็กเสียชีวิตก่อนอายุ 15 เดือน และมีอาการแสดงหลักและอาการแสดงรอง อย่างละ 1 อาการ ก็แสดงว่าเด็กเป็นโรคเอดส์เช่นเดียวกัน (วิรัตน์ ศิริสัมพันธ์, 2537)

อาการแสดงหลัก (Major signs) คือ น้ำหนักลด การเจริญเติบโตช้าหรือเลี้ยงไม่โต อูจากระหว่างเรื้อรังนานกว่า 1 เดือน ไข้เรื้อรังนานกว่า 1 เดือน และมีการติดเชื้อเรื้อรังหรือการติดเชื้อรุนแรงของระบบทางเดินหายใจส่วนล่าง

อาการแสดงรอง (Minor signs) คือ ต่อม้ำเหลืองโตมากกว่า 3 ตำแหน่ง ติดเชื้อราในปากและคอ ไอเรื้อรังนานกว่า 1 เดือน มีผื่นที่ผิวหนังลำตัว และติดเชื้อตั้งแต่ 3 ครั้ง ภายในระยะเวลา 6 เดือน

เด็กที่ติดเชื้อเอชไอวีจะมีอาการโรคเอดส์เร็วกว่าผู้ใหญ่และเด็กที่ได้รับเชื้อจากมารดา จะมีอาการโรคเอดส์เร็วกว่าเด็กที่ได้รับเชื้อจากการได้รับเลือด อาการโรคเอดส์ของเด็กมี 2 ลักษณะ คือ (ทวี โชติพิทยสุนนท์ 2542; กุลกัญญา โชคไพบูลย์กิจ, 2541)

1. กลุ่มที่มีอาการแสดงของโรคเอดส์เร็ว (Rapid progressors) มักตรวจพบไวรัสเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิด ส่วนใหญ่ทารกมักเกิดจากมารดาที่เป็นโรคเอดส์ระยะท้าย ๆ เด็กจะมีอาการและอาการแสดงของโรคเอดส์ ตั้งแต่อายุ 2-3 เดือน เช่น น้ำหนักไม่ขึ้น มีเชื้อราในปาก อูจากระหว่าง มักเสียชีวิตเมื่ออายุ 1-2 ปี

2. กลุ่มที่มีอาการแสดงของโรคเอดส์ช้า (Slow progressors) เด็กจะมีอาการของโรคเอดส์น้อย มีชีวิตยาวนานโดยเฉลี่ย 8 ปี ส่วนใหญ่เด็กจะมีอาการ ตับ ม้ามและต่อมน้ำเหลืองโต ต่อมน้ำลายพาโรติดอักเสบและปอดอักเสบ

โรคเอดส์สามารถติดต่อได้ทางเพศสัมพันธ์ การได้รับเลือดหรือผลิตภัณฑ์ของเลือดที่มีเชื้อเอชไอวี การใช้เข็มและกระบอกฉีดร่วมกับผู้ติดเชื้อ และการติดต่อจากมารดาที่ติดเชื้อสู่ทารก ส่วนใหญ่ทารกและเด็กเล็กจะได้รับเชื้อเอชไอวีจากมารดา โดยอาจได้รับเชื้อขณะอยู่ในครรภ์มารดา ระหว่างมารดาคลอดและจากการดูดนมมารดา

การรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี ส่วนใหญ่เป็นแบบประคับประคอง รักษาภาวะแทรกซ้อน และป้องกันการติดเชื้อฉวยโอกาส โดย

1. การให้ยาด้านไวรัส โดยการให้ยาสูตรที่เรียกว่า การรักษาด้วยยาด้านไวรัสที่มีฤทธิ์แรง (Highly Active Antiretroviral Therapy : HAART) ประกอบด้วยยาขับยั้งเอนไซม์รีเวอร์ส ทรานสคริปเตส ซึ่งเป็นเอนไซม์ที่ไวรัสเอชไอวีต้องการใช้ในการเพิ่มจำนวนในระยะแรกที่ต้องเข้าสู่เซลล์ (Nucleoside Reverse Transcriptase Inhibitor : NRTI) 2 ชนิด ร่วมกับยาขับยั้งเอนไซม์โปรตีเอส (Protease) ซึ่งเป็นเอนไซม์ที่ไวรัสเอชไอวีใช้ในการสร้างโปรตีนเปลือกหุ้มของไวรัส อีก 1 ชนิด ยาสูตรที่นิยมมากที่สุดคือ AZT+3TC+Indinavir (IDV) (วิชัย โชควิวัฒน์, 2543)

การให้ยาด้านไวรัสที่มีฤทธิ์แรง ตั้งแต่ระยะแรกที่มีการติดเชื้อเอชไอวี จะเป็นวิธีที่ดีที่สุดเนื่องจากเชื้อเอชไอวีในระยะนี้มีชนิดเดียว โอกาสที่เชื้อเอชไอวีจะคือต่อยาที่รักษาและกลายพันธุ์มีน้อย ซึ่งอาจจะต้องให้ยาวนาน 1 ½ ปี ถึง 3 ปี (วรรณิ กัญจกมาลากุล, 2541) การเริ่มยาด้านไวรัสในเด็กติดเชื้อเอชไอวี ควรเริ่มเมื่อเด็กป่วยมีอาการแสดงของโรคเอดส์และมีระดับ CD4 ต่ำมากหรือมีปริมาณไวรัสสูง โดยเลือกให้ยาดังแต่ 3 ตัวขึ้นไป (จินตนาถ อนันต์วรรณิชย์, 2545) การให้ยาด้านไวรัสอย่างเดียว อาจทำให้การรักษาได้ผลน้อยและทำให้เชื้อคือต่อยามากขึ้น แต่อย่างไรก็ตามผลจากการรักษาพบว่า ผู้ป่วยโรคเอดส์มีการติดเชื้อฉวยโอกาสลดลง สามารถรักษาได้แบบผู้ป่วยนอก มีอัตราการตายลดลง ผู้ป่วยแข็งแรงขึ้นและมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น รวมทั้งมาตรฐานการรักษาแบบใหม่สามารถลดการแพร่เชื้อจากแม่สู่ลูกและบุคคลข้างเคียง (วิชัย โชควิวัฒน์, 2543)

เนื่องจากการรักษาด้วยยาด้านไวรัสเป็นการรักษาตลอดชีวิต ผู้ป่วยต้องกินยาสม่ำเสมอ และตรงตามกำหนดเวลาทุกวัน เพื่อลดปริมาณไวรัสให้ต่ำสุดและลดโอกาสของภาวะคือยา (จรัล ตฤณวุฒิพงษ์, 2546) ดังนั้นสิ่งที่สำคัญของการรักษาคือ ความร่วมมือของผู้ดูแลและ

ผู้ป่วย ซึ่งผู้ป่วยจะต้องรับประทานยาให้ตรงเวลาและรับประทานวันละ 2 ครั้ง โดยต้องรับประทานห่างกัน 12 ชั่วโมง ถ้ารับประทานไม่ตรงเวลาจะต้องผิเวลาไม่เกิน 1 ชั่วโมงก่อน และหลังเวลาที่แพทย์กำหนด (จินตนาถ อนันวรณิษฐ์, 2545)

2. การรักษาโรคติดเชื้อฉวยโอกาส ขึ้นกับชนิดของเชื้อฉวยโอกาส เช่น ปอดอักเสบจาก *Pneumocystis Carinii Pneumonia (PCP)* ให้ยา Trimethoprim-Sulfamethoxazole ขนาด 20 มก./ก.ก./วัน ของ Trimethoprim (TMP) หรือ 100 มก/ก.ก./วัน ของ Sulfamethoxazole (SMX) ทางเส้นเลือดดำหรือรับประทาน โดยแบ่งให้ทุก 6-8 ชั่วโมง นาน 3 สัปดาห์ ถ้าผู้ป่วยมีอาการข้างเคียง เช่น ผื่น ไข้ เม็ดเลือดขาวต่ำ หยุดให้ยาและเปลี่ยนเป็นยา Pentamidine ขนาด 4 มก/ก.ก./วัน เข้าทางเส้นเลือดดำ วันละครั้ง

3. การป้องกันการติดเชื้อฉวยโอกาส ที่สำคัญ คือ ปอดอักเสบจาก *Pneumocystic Carinii Pneumonia (PCP)* โดยให้ยาป้องกันที่นิยมให้ คือ ยา Trimethoprim-Sulfamethoxazole (TMP-SMX) ขนาด 5 มก./ก.ก./วัน ของ Trimethoprim (TMP) รับประทานวันละ 1-2 ครั้ง สัปดาห์ละ 3 วัน กรณีที่แพทย์นี้ แพทย์จะให้ยา Dapsone หรือ Pentamidine ในเด็กที่ติดเชื้อเอชไอวีจากมารดา เมื่อเด็กอายุ 4-6 สัปดาห์ ถึง 1 ปี สำหรับเด็กอายุมากกว่า 1 ปี พิจารณาให้ยาป้องกันโดยพิจารณาจากความพร่องของระดับภูมิคุ้มกัน กล่าวคือ เด็กป่วยอายุ 1-5 ปีให้ยาป้องกันเมื่อระดับเม็ดเลือดขาว CD4 น้อยกว่า 500 เซลล์/ลบ.มม. (15%) เด็กป่วยอายุมากกว่า 6 ปีให้ยาป้องกันเมื่อระดับเม็ดเลือดขาว CD4 น้อยกว่า 200 เซลล์/ลบ.มม. (15%)

ปัจจุบันยังไม่มีวัคซีนที่ใช้ป้องกันการติดเชื้อ หรือยาที่รักษาโรคเอดส์ให้หายขาด มีเพียงยาด้านไวรัสเอดส์โดยการออกฤทธิ์ที่ขั้นตอนต่างๆ ของวงจรชีวิตไวรัสเอดส์ได้แก่ AZT (Zidovudine) ddI (Didanosine) และ ddC (Zalcitabine) เพื่อชะลออาการโรคเอดส์ออกไป ซึ่งมีอาการข้างเคียงมาก ได้แก่ คลื่นไส้ อาเจียน ปวดศีรษะ กล้ามเนื้ออ่อนแรง กดไข กระดูกทำให้ซีด อ่อนเพลีย นอนไม่หลับ ท้องเดิน ตับอ่อนอักเสบ สำหรับยาที่เสริมสร้างกระตุ้นภูมิคุ้มกัน เช่น Interferon alpha และ Interleukin 2 กำลังอยู่ระหว่างการศึกษานอกจากนั้นคือการป้องกันและรักษาการติดเชื้อฉวยโอกาสหรืออาการแทรกซ้อนต่างๆ ที่เกิดขึ้น ตลอดจนการรักษาสภาพทางจิตใจของผู้ป่วยและผลกระทบจากสังคมที่มีผู้ป่วย และครอบครัว ด้วยแนวคิดและวิธีการที่เหมาะสม ซึ่งปัจจุบันได้พัฒนาจนกระทั่งมีการดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์และผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่บ้าน (กองโรคเอดส์, 2539) การป้องกันโรคเอดส์สามารถป้องกันได้โดย การมีเพศสัมพันธ์กับสามีหรือภรรยาเพียงคนเดียว ใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งที่มีเพศสัมพันธ์กับผู้อื่น หลีกเลี่ยงการมีเพศสัมพันธ์กับกลุ่มเสี่ยง ห่างไกลจากยาเสพติด ไม่ใช้เข็มฉีดยาและกระบอกฉีดยาร่วมกับผู้อื่น รวมทั้งควรดูแลสุขภาพร่างกายและจิตใจให้สมบูรณ์

ผลกระทบ/ปัญหาของเด็กที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์

ผลกระทบของโรคเอดส์ นอกจากจะเกิดโดยตรงทั้งด้านร่างกายและจิตใจของผู้ติดเชื้อเองแล้ว ยังมีผลกระทบต่อครอบครัว สังคม เศรษฐกิจและการพัฒนาประเทศ รวมทั้งผลกระทบต่อรัฐบาลและการเมือง กล่าวโดยสรุปบุคคลเมื่อได้รับไวรัสเอดส์เข้าสู่ร่างกายในภาวะที่ภูมิคุ้มกันของร่างกายลดลง ผู้ติดเชื้อจะเริ่มมีอาการเจ็บป่วย มีอาการแสดงของโรคเด่นชัด ได้แก่ อ่อนเพลีย น้ำหนักตัวลดลง ท้องเสียเรื้อรัง หรือมีเชื้อราในปาก และอาจเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังต่าง ๆ เช่น วัณโรคในระบบต่าง ๆ ของร่างกาย เมื่อเข้าสู่ระยะเอดส์เต็มขั้น ผู้ติดเชื้อจะต้องเผชิญกับการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่เกิดจากจุลินทรีย์ เช่น เชื้อรา ไวรัส แบคทีเรียและโปรโตซัว หรือเกิดโรคมะเร็งของผิวหนัง มะเร็งของหลอดเลือด โรคปอดบวมจากเชื้อโปรโตซัว ซึ่งอาจรุนแรงทำให้เกิดการหายใจล้มเหลวและเสียชีวิต นอกจากนี้เอดส์ยังสามารถทำอันตรายต่อเซลล์สมองโดยตรง ทำให้เกิดภาวะสมองเสื่อม การรับรู้ลดลง การมองเห็นผิดปกติ กล้ามเนื้อ แขนขาอ่อนแรง ภาวะจิตใจของผู้ติดเชื้อนั้นขึ้นอยู่กับระยะของโรค ระยะแรกที่ได้รับการวินิจฉัยว่าติดเชื้อเป็นระยะวิกฤต การตอบสนองทางอารมณ์มีตั้งแต่รู้สึกซา จนถึงการแสดงออกต่าง ๆ หลายคนมีอาการซึมเศร้า ปฏิเสธและไม่สามารถรับรู้ข้อมูลใด ๆ ได้ หวาดกลัว วิตกกังวลอย่างมาก ควบคุมตนเองไม่ได้ รู้สึกว่าชีวิตถูกคุกคาม ความตายกำลังรออยู่ข้างหน้า ท้อแท้ สิ้นหวัง ซึ่งพบว่า ระยะนี้ผู้ติดเชื้อมักมีความคิดอยากตายบ่อยๆ และมักมีพฤติกรรมแยกตัวจากสังคม (Dunchy, 1991) ซึมเศร้า โกรธ สูญเสียบทบาทการเป็นสมาชิกในสังคม สูญเสียสัมพันธ์ภาพกลายเป็นคนหมกมุ่นกับตนเอง มักห่างเหินจากครอบครัวเพื่อหลีกเลี่ยงการประณาม และรังเกียจของสังคม เกิดความไม่มั่นคงในชีวิตอนาคต เมื่อถึงระยะไม่สามารถทำงานได้ทำให้ตนเองและครอบครัวขาดรายได้ ประกอบกับค่ายาที่แพงและต้องรับประทานอย่างต่อเนื่อง ทำให้ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลและเครียดมากขึ้น ยิ่งอาการของโรครุนแรงแสดงออกชัดเจน ความทุกข์ทรมานจะเพิ่มขึ้น จะเพิ่มความกดดันทางอารมณ์ เช่น เกิดความกลัว โดยกลัวว่าผู้อื่นจะรู้ ผู้คนจะรังเกียจ และกลัวตาย

ผลกระทบ/ปัญหาด้านร่างกาย

เด็กที่ติดเชื้อเอชไอวีส่วนใหญ่จะมีความบกพร่องของระบบภูมิคุ้มกัน จึงเป็นผลทำให้เกิดภาวะติดเชื้อได้ง่าย อาการและอาการแสดงของโรคแตกต่างกันไปตามอายุ และสถานะภูมิคุ้มกันโรค ผู้ป่วยเด็กเล็กมักปรากฏอาการใน 2 ปีแรก เด็กจะมีอาการเลี้ยงไม่โต พัฒนาการช้า ตับ ม้ามโต ต่อมน้ำเหลืองโต มีเชื้อราในปาก ปอดบวม ไข้ และท้องเสีย เด็กส่วนหนึ่งจะ

ไม่มีอาการใด ๆ หรือมีอาการเพียงเล็กน้อยและมีอาการชัดเจนขึ้นเมื่อเริ่มเด็กโต คล้ายอาการของโรคเอดส์ในผู้ใหญ่ (ชัชฌา พันธุ์เจริญ, 2545) จากการสัมภาษณ์รองศาสตราจารย์นายแพทย์ภพ โกศลารักษ์ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญในการรักษาเด็กที่ติดเชื้อเอชไอวี พบว่า ปัญหาที่พบในเด็กส่วนใหญ่ได้แก่การติดเชื้อฉวยโอกาส เด็กที่ติดเชื้อเอชไอวีที่เข้ารับการรักษาที่คลินิกเด็กของโรงพยาบาลศรีนครินทร์ส่วนใหญ่ติดเชื้อวัณโรค และติดเชื้อฉวยโอกาสอื่น ๆ และเมื่อทำการรักษาและให้ยาต้านไวรัสมักพบว่าเชื้อคือยาเป็นส่วนใหญ่

ผลกระทบ/ปัญหาด้านการเจริญเติบโตและพัฒนาการ

เด็กที่ติดเชื้อเอชไอวี มักจะได้รับสารอาหารไม่เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย เนื่องจากเบื่ออาหาร บางรายมีเชื้อราในปาก มีแผลในปาก ทำให้มีความเจ็บปวดเมื่อเคี้ยวอาหาร นอกจากนี้เด็กที่ติดเชื้อเอชไอวีส่วนใหญ่ จะมีอาการท้องร่วงเรื้อรัง มีการติดเชื้อซ้ำ ๆ มีไข้เรื้อรังทำให้สูญเสียพลังงานและมีการเผาผลาญเพิ่มขึ้น ทำให้เด็กเจริญเติบโตช้า มีรูปร่างผอม ตัวเล็ก น้ำหนักต่ำกว่ามาตรฐาน (สุริสา ล่ามช้างและคณะ, 2546) เด็กเหล่านี้จะมีพัฒนาการล่าช้ากว่าปกติ เนื่องจากมีการติดเชื้อฉวยโอกาส การเป็นมะเร็งและการลุกลามของเชื้อเอชไอวีต่อสมอง เป็นผลทำให้เด็กสมองพิการหรือสมองเสื่อม ส่งผลให้มีความบกพร่องในทักษะต่าง ๆ เช่น การเคลื่อนไหว ภาษา และความสามารถทางปัญญา (นิลาวรรณ ฉันทะปรีดา, 2536)

ผลกระทบ/ปัญหาด้านจิตใจและอารมณ์

เด็กทุกคนยังคงต้องการความรัก ความเอาใจใส่ ความเข้าใจจากผู้ดูแล บุคคลรอบข้าง ด้วยพยาธิสภาพและลักษณะของโรคที่เด็กและครอบครัวเผชิญอยู่ เด็กที่ติดเชื้อเอชไอวี ส่วนใหญ่ยังหวาดกลัวและมักไม่อยากสัมผัสหรือเกี่ยวข้องกับผู้ที่ติดเชื้อ แม้ว่าในปัจจุบันมีการประชาสัมพันธ์ เผยแพร่ ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์มากขึ้นทั้งในด้านการติดต่อ การป้องกันมากขึ้น แต่ก็ยังมีการหวาดกลัว กังวลของคนในสังคมทั่วไป เด็กเหล่านี้ต้องเผชิญกับภาวะการเปลี่ยนแปลงของครอบครัว ความเจ็บป่วยของบิดามารดาหรือตนเอง รวมไปถึงความไม่เข้าใจ ปฏิกริยาของคนรอบข้าง การได้รับการรังเกียจจากญาติพี่น้องและคนในชุมชน การขาดโอกาสในการสื่อสารและแลกเปลี่ยนกับเด็กคนอื่น ๆ ทำให้เด็กเกิดการสะสมความเครียด ส่งผลต่อพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ เช่น เก็บตัว ไม่พูด ไม่กล้าแสดงออก ก้าวร้าว รุนแรงหรือหาความสุขทดแทนโดยการใช้สารเสพติด (มูลนิธิเครือข่ายเอดส์ สำนักงานภาคอีสาน, 2546) สอดคล้องกับการศึกษาของสุดสงวน คำคุณ (2546) ที่พบว่า เด็กที่ได้รับผลกระทบจากเอดส์มีอาการซึมเศร้า เก็บตัวและขาดความอบอุ่นจากครอบครัว และจากการ

วิเคราะห์สถานการณ์เด็กและเยาวชนภาคอีสาน เด็กติดเชื้อเอชไอวี ในกรณีศึกษาบางราย ในช่วงที่มีชีวิตอยู่ ไม่เคยยิ้ม ยิ้มไม่เป็น และพบว่าเด็กจำนวนมากที่มีปัญหาคล้าย ๆ กัน

ผลกระทบ/ปัญหาด้านครอบครัว

โรคเอดส์มีผลกระทบต่อผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยโรคเอดส์ทั้งด้านร่างกายและจิตใจ และมีผลกระทบต่อครอบครัวและสังคม การติดเชื้อเอชไอวีหรือโรคเอดส์เป็นการติดเชื้อหรือโรคที่บุคคลส่วนใหญ่หวาดกลัวและไม่อยากสัมผัสกับบุคคลที่เกี่ยวข้องกับผู้ติดเชื้อ ถึงแม้ว่าปัจจุบันการประชาสัมพันธ์หรือการเผยแพร่เกี่ยวกับการติดเชื้อเอชไอวีและการป้องกันจะมีมากขึ้น ทำให้ประชาชนเข้าใจโรคเอดส์ ผู้ป่วยโรคเอดส์และญาติของผู้ติดเชื้อเอชไอวี แต่ความหวาดกลัวเกี่ยวกับการติดเชื้อเอชไอวีและโรคเอดส์ก็คาดว่าจะหมดไป เนื่องจากโรคนี้อยู่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ และการรักษาในปัจจุบันเป็นเพียงการระงับหรือยับยั้งการเพิ่มจำนวนของเชื้อเอชไอวีเท่านั้น จึงมีเพื่อนบ้านหรือญาติของผู้ติดเชื้อเอชไอวีบางรายไม่คบค้าสมาคมหรืออนุญาตให้บุตรหลานของตนเล่นกับเด็กที่ติดเชื้อเอชไอวีหรือเด็กจากครอบครัวของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ดังนั้น โรคเอดส์เป็นโรคที่มีตราบาปสูงมาก ผู้ป่วยจะได้รับการปฏิเสธจากสังคม ดังการศึกษาของ Phengiard, Brown, Swansen, and Schepp (2002) ได้ศึกษาการดูแลโดยครอบครัวของบุคคลที่ติดเชื้อเอชไอวีที่บ้าน พบว่าครอบครัวที่ให้การดูแลบุคคลที่ติดเชื้อเอชไอวีก็ถูกรังเกียจจากบุคคลหรือสังคมนอกรอบข้างเช่นเดียวกัน เป็นผลให้ครอบครัวต้องการอยู่เงียบ ๆ เพื่อเก็บความลับและหลีกเลี่ยงการถูกรังเกียจ วิธีการที่ครอบครัวใช้คือการลดการติดต่อกับสังคมและบุคคลอื่น การบิดเบือนความจริงเมื่อกล่าวถึงการเจ็บป่วยของสมาชิกในครอบครัว ปกปิดการดูแลสมาชิกครอบครัวที่เจ็บป่วยและการป้องกันไม่ให้เกิดข้อสงสัย และจากการทบทวนงานวิจัย ของ เสาวภา พรศิริพงษ์ (2541) พบว่าปฏิกิริยาของสังคมต่อผู้ติดเชื้อ ผู้ป่วยเอดส์ และครอบครัว แบ่งเป็น 2 ระดับ คือ ปฏิกิริยาเชิงลบ ซึ่งเป็นการกระทำที่ต่อต้าน รังเกียจ ไม่อยากคบหาสมาคมด้วย การหลีกเลี่ยงการเผชิญหน้า การปฏิเสธ ไม่ยอมรับ การขับไล่ออกจากกลุ่ม การทอดทิ้งไม่ให้ความช่วยเหลือ และการเป็นศัตรู ทำให้ผู้ติดเชื้อหรือผู้ป่วยโรคเอดส์ไม่ยอมเปิดเผยตัวให้ผู้อื่นทราบ ส่วนปฏิกิริยาเชิงบวก ซึ่งเป็นการกระทำที่แสดงอาการเห็นอกเห็นใจ อยากช่วยเหลือ ยินดีให้การดูแลรักษาพยาบาลอย่างไม่รังเกียจ ให้ความรักความเมตตา ยินดีคบหาสมาคมด้วย ทำให้ผู้ติดเชื้อ หรือผู้ป่วยโรคเอดส์เกิดกำลังใจที่จะมีชีวิตรูปแบบปกติ ซึ่งปฏิกิริยาของสังคมต่อผู้ติดเชื้อ ผู้ป่วยเอดส์และครอบครัว มากน้อยเพียงใด อาจขึ้นกับปัจจัยการรับรู้เกี่ยวกับโรคและความรุนแรงของโรค ประสบการณ์ที่ได้รับจากการสัมผัสผู้ป่วย (พิมพ์วัลย์ บุญมงคล เพ็ญจันทร์ ประดับมุข และศันสนีย์

เรื่องสอน, 2541) สำหรับเด็กที่ติดเชื้อเอชไอวีอาจจะมีความเจ็บป่วยเรื้อรัง มีการติดเชื้อซ้ำ ๆ บางครั้งมีอาการรุนแรงและคุณภาพชีวิตต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ซึ่งเป็นสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดต่อเด็กเป็นอย่างมาก เด็กต้องได้รับกิจกรรมที่ก่อให้เกิดความเจ็บปวด ต้องได้รับการดูแลจากบุคคลอื่น หรือได้รับกิจกรรมที่แตกต่างจากกิจกรรมที่บ้าน รวมทั้งต้องพักอาศัยกับเด็กป่วยอื่น บางครั้งพยาบาลผู้ให้การพยาบาลสวมเครื่องป้องกัน เช่น เสื้อกาวน์ ผ้าปิดจมูก และถุงมือ ทำให้เด็กรู้สึกว่าคุณแตกต่างจากเด็กอื่น ๆ เด็กอาจจะรู้สึกโดดเดี่ยว ว่าเหว่ กลัว และไม่มีเพื่อน ดังการศึกษาของ Instone (2002) ซึ่งศึกษาการรับรู้เกี่ยวกับการติดเชื้อเอชไอวีของเด็กและการบอกเด็กให้ทราบเกี่ยวกับการวินิจฉัยการติดเชื้อเอชไอวีของเด็ก (Diagnosis disclosure) โดยศึกษาในเด็กที่ติดเชื้อเอชไอวี อายุ 6-12 ปี พบว่า เด็กรู้สึกโดดเดี่ยวแยกจากสังคม มีภาพลักษณ์ต่อตนเองต่ำ ด้วยเหตุที่เชื้อเอชไอวีสามารถอยู่ในร่างกายเป็นระยะเวลานานและการรักษาส่วนใหญ่เป็นการรักษาตามอาการและให้ยาควบคุมการเจริญเติบโตของเชื้อเอชไอวี โดยให้ยาด้านเชื้อเอชไอวีและยาปฏิชีวนะรวมทั้งการป้องกันการติดเชื้อฉวยโอกาส เด็กที่ติดเชื้อเอชไอวีจึงต้องเผชิญกับความเจ็บป่วยอย่างเรื้อรังและเป็นระยะเวลายาวนาน อาจะตลอดชีวิตของเด็ก ครอบครัว สมาชิกต้องเผชิญกับภาวะเครียดหลายอย่าง โดยเฉพาะการปิดบังมิให้ผู้อื่นทราบว่าสมาชิกในครอบครัวป่วย และสุดท้ายคือการเผชิญกับความตายของผู้ป่วย (Kelly & Lawrence, 1998) นอกจากนี้อาจได้รับการถูกตราหน้าว่าสมาชิกของครอบครัวติดเชื้อเอชไอวี และยังวิตกกังวล กลัวว่าสมาชิกในครอบครัวจะติดเชื้อจากผู้ป่วยด้วย (McGorath, 1993) เมื่อผู้ป่วยไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ภาระทั้งหมดจะตกอยู่กับครอบครัว รวมทั้งภาระด้านค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลด้วย ดังนั้น ผู้ดูแลในครอบครัวบางคนอาจกลายเป็น Hidden patient โดยไม่รู้ตัว

ผลกระทบ/ปัญหาด้านสังคมและเศรษฐกิจ

ผลกระทบต่อสังคมในระยะแรกที่มีการระบาดของโรคเอดส์ แต่ข้อมูลข่าวสารไม่ชัดเจนไม่ถูกต้อง ทำให้ประชาชนเกิดความตื่นตระหนก กลัวว่าจะติดโรค มีการแสดงความรังเกียจ ต่อต้าน ถูกเหยียดหยาม และประณามผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์อย่างเด่นชัด จนกลายเป็นตราบาป และทำลายอนาคตของผู้ป่วยและครอบครัว ทำให้ไม่สามารถดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมที่เคยอยู่ได้อย่างปกติสุข (Kelly & Lawrence, 1998: 88-130) เช่น ต้องออกจากงาน ถูกแยกครอบครัว ไม่มีเพื่อน ผู้คนหลีกเลี่ยง ต้องแสวงหาวิธีการรักษาด้วยตนเอง เป็นต้น เมื่อสังคมบางส่วนเปิดรับการเจ็บป่วยด้วยโรคเอดส์เพิ่มมากขึ้น ประชาชนมีความรู้ที่ถูกต้องยิ่งขึ้น มีการรักษาและช่วยเหลือผู้ป่วย ผู้ติดเชื้อและครอบครัวเพิ่มขึ้นอย่างเปิดเผย ทำให้พฤติกรรมของสังคมเปลี่ยนไป การใช้ถุงยางอนามัยเป็นเรื่องธรรมดา การสำส่อนทางเพศของ

ชายชอบเที่ยวหญิงบริการอาจเปลี่ยนเป็นการมีภรรยาบ่อย บุคคลจะแต่งงานกันอาจต้องขอให้ตรวจเลือดก่อน (สถาพร มานัสสถิตย์, 2534) เป็นต้น ด้านเศรษฐกิจ และการพัฒนาประเทศนั้น ถูกกระทบอย่างมาก เนื่องจากโรคเอดส์ส่วนใหญ่เป็นในคนวัยหนุ่มสาว หรือผู้ใหญ่ตอนต้น ซึ่งเป็นวัยแรงงานที่สำคัญ รัฐต้องจัดสรรงบประมาณเพื่อการป้องกัน ควบคุม ศึกษาวิจัย และเป็นค่าใช้จ่ายในการรักษาดูแล และช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัว ตลอดจนทดลองค้นคว้าเพื่อการหาวัคซีนและยา นอกจากนี้ยังมีผลกระทบต่ออุตสาหกรรมการท่องเที่ยว และแรงงานไทยที่จะไปทำงานต่างประเทศด้วย

โดยทั่วไปเด็กต้องการการยอมรับจากสังคมและกลุ่มเพื่อน เป็นคนสำคัญคนหนึ่ง ในกลุ่ม แต่เด็กที่ติดเชื้อเอชไอวีมีสภาพปัญหาครอบครัว เป็นกำพร้า ไม่มีคนดูแลที่มีศักยภาพเพียงพอ ทำให้เกิดความขัดสน ทั้งในการดำเนินชีวิต ไม่มีทุนในการยังชีพ เด็กส่วนใหญ่จึงถูกนำส่งสถานสงเคราะห์ทั้งในภาครัฐและเอกชน เด็กบางคนถูกกีดกันในการเข้าโรงเรียน เช่นว่าที่ร้อยตรีเกรียงศักดิ์ คุณวิเศษ ประชาสงเคราะห์จังหวัดอุดรธานี ได้เปิดเผยกับหนังสือพิมพ์คมชัดลึกว่า สถานสงเคราะห์เด็กหญิงภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จ.อุดรธานี ได้นำเด็กติดเชื้อเอชไอวี 5 คน ที่ครบเกณฑ์ไปเข้าโรงเรียนที่โรงเรียนบ้านข้าวสาร ต.โนนสูง อ.เมือง จ.อุดรธานี ซึ่งเป็นโรงเรียนใกล้สถานสงเคราะห์ โรงเรียนได้รับเด็กเข้าเรียนแล้วพร้อมกับแจ้งคณะกรรมการสถานศึกษาขั้นพื้นฐานทราบ ชาวบ้านได้มีการต่อต้านถึงแม้ว่าจะได้รับการชี้แจงจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร่วมกับสถานีอนามัยประจำตำบลแล้วก็ตาม ในที่สุดได้แก้ปัญหาโดยให้ครูจากโรงเรียนมาสอนเด็กทั้ง 5 คน ในสถานสงเคราะห์เพื่อรอสร้างความเข้าใจกับชาวบ้านและต่อไปอาจจะหาโรงเรียนใหม่ที่พร้อม ทั้ง ๆ ที่รัฐบาลมีนโยบายชัดเจนที่จะให้เด็กที่ติดเชื้อเอชไอวีที่ยังไม่ปรากฏอาการ ได้มีโอกาสเรียนร่วมกับเด็กทั่วไป แต่ปัญหาที่ประสบอยู่คือคนในชุมชนยังขาดความเข้าใจ ยังหวาดกลัวทำให้เด็กเหล่านี้ขาดโอกาส (<http://www.Udonthani.com/udnews/00325.html> 10/5/2547) สอดคล้องกับการศึกษาของ William (2002) ในแอฟริกาใต้ซึ่งเด็กที่กำพร้าจากพ่อแม่ที่ติดเชื้อเอชไอวี จะอาศัยอยู่กันเองพี่น้อง อาหารที่เด็กเหล่านี้ได้รับ จะได้จากที่ชาวบ้านนำไปใส่ถุงพลาสติกแล้วนำไปแขวนไว้ที่ประตู เนื่องจากชาวบ้านกลัวจะติดเชื้อจากเด็กเหล่านี้ถ้ามีการสัมผัส และมีเด็กบางคนที่ยพยายามจะเข้าเรียนแต่ถูกเพื่อนต่อว่าด้วยคำพูดที่หยาบคาย ความห่างเหินและการถูกกีดกันในการเข้าร่วมกิจกรรม

การดูแลเด็กกำพร้าและเด็กที่ได้รับผลกระทบจากเอดส์

เด็กกำพร้าและเด็กที่ได้รับผลกระทบจากเอดส์ส่วนใหญ่มีอายุต่ำกว่า 15 ปี สถานภาพการมีชีวิตอยู่ของบิดามารดา จะมีทั้งที่บิดามารดายังมีชีวิตอยู่ บิดาเสียชีวิตแล้วแต่มารดายังมี

ชีวิตอยู่ และทั้งบิดามารดาเสียชีวิตแล้ว ถ้าบิดามารดาเสียชีวิตแล้ว เด็กส่วนใหญ่จะอาศัยอยู่กับผู้ดูแลซึ่งเป็นผู้สูงอายุ ได้แก่ ตายาย หรือป้าย่า เด็กบางคนถูกส่งไปอยู่ในสถานสงเคราะห์ โดยที่ญาติไม่ต้องการหรือไม่สามารถจะดูแลได้ โดยเฉพาะเด็กที่ติดเชื้อเอชไอวี (มูลนิธิพัฒนาเครือข่ายเอดส์ สำนักงานภาคอีสาน, 2546) เด็กบางกลุ่มได้รับการดูแลในสถานสงเคราะห์ เด็กกำพร้าทั้งภาครัฐและสถานรับเลี้ยงเด็กที่ติดเชื้อเอชไอวีโดยเฉพาะของเอกชน (ครุณี รุจกรกานต์ และคณะ, 2547) จริยาวัตร คมพยัคฆ์และคณะ (2545) ได้ทำการศึกษาชะตาชีวิตเด็กที่มีมารดาติดเชื้อเอชไอวี โดยการสัมภาษณ์เจาะลึกผู้เลี้ยงดูเด็กอายุ 0-5 ปี ที่มีมารดาติดเชื้อเอชไอวีที่อาศัยอยู่ในชุมชนแออัด กรุงเทพมหานคร จำนวน 20 คน พบว่าเด็กมีการติดเชื้อเอชไอวีแน่นอน 4 คน ไม่ติดเชื้อจำนวน 8 คน ไม่ทราบว่าติดเชื้อหรือไม่ 8 คน มีเด็กเพียง 1 คน เท่านั้นที่บิดาและมารดาช่วยกันเลี้ยงดู นอกนั้นมีมารดาเลี้ยงดูคนเดียว หรือมารดาเลี้ยงดูร่วมกับยายหรือย่า บิดาเลี้ยงดูคนเดียว และส่วนหนึ่งได้รับการเลี้ยงดูจากองค์กรช่วยเหลือเด็กในชุมชน เนื่องจากบิดามารดาเสียชีวิต หรือมีปัญหา เด็กได้รับการเลี้ยงดูในสภาพครอบครัวที่มีค่าใช้จ่ายไม่เพียงพอ มีอาชีพไม่แน่นอนหรือไม่อาชีพ บิดามารดาติดสารเสพติด บิดาติดคุก ติดสูรา มารดาไม่เอาใจใส่ และมีเด็กมากกว่า 1 คน ในครอบครัว พบว่าเด็กจำนวนหนึ่งขาดสารอาหาร พัฒนาการช้า ได้รับภูมิคุ้มกันไม่ครบ ร่างกายไม่สะอาด มีปัญหาสุขภาพจิต หงุดหงิด โมโหง่าย หวาดกลัว เงียบ การช่วยเหลือที่ได้รับจากองค์กรในชุมชน คือ นมผง ข้าวสาร อาหารแห้ง ของใช้ต่าง ๆ การซ่อมแซมที่พักอาศัย และพาไปโรงพยาบาลเมื่อเจ็บป่วย จากผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่า เด็กที่มีมารดาติดเชื้อเอชไอวีมีปัญหามากกว่าการที่บิดาติดเชื้อ โดยเฉพาะเด็กที่ยังไม่ทราบว่าติดเชื้อหรือไม่ มีความยากลำบากในความเป็นอยู่ เศรษฐกิจและสุขภาพ รวมทั้งมีโอกาสเป็นเด็กกำพร้าในโอกาสต่อไป จึงจำเป็นที่ทุกฝ่ายในชุมชนต้องช่วยกันดูแลเด็กกลุ่มนี้

สุรัตน์ ศิรินนทกานต์ (2546) ได้ทำการวิจัยเรื่อง การติดตามดูแลทารกที่คลอดจากมารดาที่ติดเชื้อเอชไอวี ที่มาคลอดในโรงพยาบาลแม่และเด็กกรุงเทพฯ และได้รับยา AZT ที่ป้องกันการถ่ายทอดเชื้อจากแม่ไปสู่ลูก พบว่าทารกแรกเกิดส่วนใหญ่มีภาวะซีดสูงถึงร้อยละ 42.11 เมื่อติดตามทารกต่อไปพบว่าทารกที่ไม่ติดเชื้อจากมารดามีการเจริญเติบโต พัฒนาการ และการเจ็บป่วยไม่แตกต่างจากทารกทั่วไป แต่ทารกที่มีการติดเชื้อเอชไอวี จะมีการเจริญเติบโตไม่เป็นไปตามเกณฑ์ และเริ่มมีอาการแสดงของการติดเชื้อ ตั้งแต่อายุ 4 เดือน จากการศึกษาไม่พบภาวะแทรกซ้อนรุนแรงจากการใช้ยา AZT เมื่อประเมินความเป็นไปได้ของรูปแบบการดูแลพบว่า การให้บริการ โดยสหสาขาวิชาชีพ สามารถทำได้ทุกครั้งที่ทารกมารับการตรวจ ติดตามและการนัดหมายการตรวจสุขภาพ เป็นที่ยอมรับของผู้ดูแลเด็ก และทารกมารับการตรวจตามนัดทุกครั้งจนอายุ 18 เดือนร้อยละ 81.58 เด็กที่ได้รับผลกระทบจากเอดส์ยังคง

20 89 6 4

616.9792

๒๗๒๒ ก

๓๑

เป็นปัญหาในระดับชาติที่เพิ่มความรุนแรงมากพบว่ามีเด็กที่พ่อแม่ตายจากโรคเอดส์และสังคม ทอดทิ้งมากขึ้น รังเกียจเพราะไม่มีความรู้ ไม่มีที่เรียน ขาดผู้ดูแลซึ่งนำไปสู่การมีพฤติกรรมที่ ก้าวร้าวต่อต้านสังคมและมีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมต่าง ๆ ทำให้เกิดปัญหาสังคมตามมา (สุดสงวน คำคุณ <http://www.krungtheptoday.com/aboardtest/Question.asp?GID=1643> 10/5/2547)

จากผลการศึกษาของโครงการวิจัยเรื่อง การค้นหารูปแบบกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพจิต เด็กที่ได้รับผลกระทบจากเอดส์ โดยครอบครัวและชุมชน ที่อำเภอคลองสะแกก่ด กรณีตำบล ตลาดใหญ่ พบว่าเด็กกำพร้าที่พ่อแม่ป่วยและตายด้วยโรคเอดส์กำลังประสบปัญหาขาดการ ยอมรับจากสังคมรอบข้าง ไม่มีเพื่อนเล่นและกลายเป็นเด็กก้าวร้าว เด็กมีปัญหาด้านเศรษฐกิจ และการถูกทอดทิ้งจากครอบครัว เด็กหลายคนไร้โอกาสทางการศึกษา แม้สังคมปัจจุบันจะ สนใจเกี่ยวกับเด็กเหล่านี้ ด้วยพฤติกรรมของกลุ่มเด็กเหล่านี้มักมีอาการซึมเศร้า เก็บตัว เพราะ ขาดความอบอุ่นจากครอบครัว ขาดความเชื่อมั่นในตนเองเวลาเล่นกับกลุ่มเพื่อน บางราย ร้องไห้ไม่อยากไปโรงเรียนเนื่องจากกลัวเพื่อนล้อ จุดเริ่มต้นของปัญหาเกิดจากครอบครัวของ เด็กส่วนใหญ่ไม่มีศักยภาพในการดูแลตนเอง มีความเครียดในเรื่องของค่าใช้จ่าย หลายคนทน อับอายไม่ได้ต้องทิ้งลูกให้อยู่กับคนอื่นที่ไม่มีศักยภาพในการเลี้ยงดูเช่นเดียวกัน นอกจากนี้ ยังพบว่าเด็กมีความต้องการการยอมรับจากเพื่อนบ้าน ต้องการมีชีวิตอยู่ร่วมกับเพื่อนบ้าน อย่างปกติ ต้องการได้รับการส่งเสริมด้านอาชีพเพื่อเพิ่มรายได้ให้กับครอบครัว ต้องการทุน สนับสนุนการศึกษา รวมถึงต้องการให้ภาครัฐจัดผู้เชี่ยวชาญ หรือวิทยากรที่ชำนาญให้ความรู้ เรื่องโรคเอดส์เพิ่มเติม สำหรับการแก้ปัญหาเด็กที่ได้รับผลกระทบจากเอดส์ยังไม่มีหน่วยงานที่ เข้าไปแก้ปัญหาอย่างเป็นรูปธรรม

การดูแลเด็กที่ได้รับผลกระทบจากเอดส์ในปัจจุบัน มีการกระจายความรับผิดชอบใน การดูแลแต่ละด้านอยู่ในหลายหน่วยงาน เช่น การดูแลด้านการรักษาพยาบาลและการได้รับยา ด้านไวรัส เป็นความรับผิดชอบของกระทรวงสาธารณสุข สำนักงานควบคุมโรคเขต สำนักงาน สาธารณสุขจังหวัด โรงพยาบาลที่มีศักยภาพในการดูแลโดยเฉพาะ โรงพยาบาลที่มีกุมารแพทย์ การดูแลด้านการช่วยเหลือทุนยังชีพและทุนสงเคราะห์ครอบครัวที่ติดเชื้อเอชไอวีจากสำนักงาน พัฒนาสังคมและสวัสดิการจังหวัดและศูนย์เอดส์เฉลิมพระเกียรติ การช่วยเหลือด้านการศึกษา สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาให้การดูแล นอกจากนี้ ยังมีเครือข่ายการดูแลเด็กของเอกชนที่ ตั้งขึ้นในชุมชนเพื่อช่วยเหลือกันเอง แต่ยังคงขาดการดูแลเพื่อนำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่เป็น องค์กรรวมของเด็ก และยังคงขาดความต่อเนื่อง (ดร.ณิ รุจกรกานต์ และคณะ, 2547) นอกจากนี้ ศิริลักษณ์ ศิริดำรงและคณะ (2545) ได้ทำการศึกษา การดูแลเด็กก่อนวัยเรียนที่ได้รับผลกระทบ จากเอดส์ของผู้ดูแลเด็กที่บ้านในจังหวัดนครพนม จำนวน 62 คน พบว่า ผู้ดูแลประมาณ ครึ่งหนึ่งมีความรู้ในการดูแลเด็กที่ได้รับผลกระทบจากเอดส์อยู่ในระดับดี คุณลักษณะส่วน

บุคคลของผู้ดูแล เช่น เพศ สถานภาพสมรส ภาวะสุขภาพ ภาวะการติดเชื้อของผู้ดูแล ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัว จำนวนเด็กที่ได้รับการดูแล และความรู้ในการดูแลเด็กไม่มีความสัมพันธ์กับการดูแลเด็กที่ได้รับผลกระทบจากเอดส์ และมีข้อเสนอแนะจากการวิจัยว่าในการดูแลเด็กที่ได้รับผลกระทบจากเอดส์ ควรฝึกทักษะปฏิบัติในการดูแลเด็ก การส่งเสริมพัฒนาการ เตรียมความพร้อมของครอบครัว ชุมชนและสถานศึกษาให้ตระหนักถึงสิทธิเด็กด้านต่าง ๆ เพื่อให้สามารถดูแลเด็กได้อย่างมีประสิทธิภาพ

แนวทางป้องกันและแก้ไขปัญหาผลกระทบของโรคเอดส์ที่เกิดขึ้นกับเด็ก

การป้องกันปัญหาที่จะไม่ให้เกิดผลร้ายของโรคเอดส์ต่อบุคคลต่าง ๆ ก็คือการป้องกันการติดเชื้อ ซึ่งต้องป้องกันที่สาเหตุของการแพร่ระบาด เนื่องจาก เมื่อติดเชื้อแล้วยังไม่มีวิธีการใด ๆ ที่จะสามารถรักษาให้หายขาดได้ สำหรับการติดต่อของเชื้อเอดส์นั้น จะเป็นไปได้ 2 ทาง คือ 1) ทางเพศสัมพันธ์ และ 2) ทางเลือด (คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2536) ซึ่งการป้องกันที่สาเหตุของการแพร่ระบาดดังกล่าวนี้เป็นการป้องกันที่สาเหตุจริง ๆ ของปัญหาผลกระทบที่จะติดตามมา แต่ในกรณีของสถานการณ์ปัจจุบันที่เกิดการแพร่ระบาดอย่างรุนแรงไปแล้วนั้น ควรจะต้องพิจารณาหาแนวทางในการป้องกันและแก้ไขปัญหาผลกระทบต่าง ๆ ที่จะเกิดขึ้นไม่ว่าจะในแง่ของเศรษฐกิจ สังคม หรือในแง่อื่น ๆ สำหรับผลกระทบต่าง ๆ ของโรคเอดส์ที่จะเกิดขึ้นกับเด็กตามที่กล่าวไว้ข้างต้นนั้น ได้มีการศึกษาวิจัยและการประชุมสัมมนา รวมทั้งการดำเนินการของทั้งภาครัฐ เอกชนและประชาชนเป็นจำนวนมากเกี่ยวกับแนวทางในการป้องกันและแก้ไขปัญหา ทิม บราวน์ (Tim Brown) และ วีรสิทธิ์ สิทธิไตรย์ (2539, หน้า 39-47) ได้เสนอให้มีการดำเนินการ 6 โครงการที่จะลดผลกระทบจากโรคเอดส์ในเด็กคือ

1. ผลผสมผสานการให้บริการปรึกษาและแนะนำเรื่องโรคเอดส์

เป็นการให้คำปรึกษาและการให้บริการเกี่ยวกับสุขภาพทางเพศและการเจริญพันธุ์แก่ประชาชน หน่วยงานของรัฐ องค์กรพัฒนาเอกชนและองค์กรพัฒนาส่วนท้องถิ่น ต้องร่วมมือกันในการให้บริการรักษาทางแพทย์ การวางแผนครอบครัว การบริการเกี่ยวกับเรื่อง โรคเอดส์ ส่วนที่สำคัญของโครงการก็คือ การช่วยเหลือเพื่อที่จะพัฒนาและประเมินผล คู่มือและข้อเสนอแนะในการให้การปรึกษา การทดลอง การตรวจและให้คำปรึกษาด้านสุขภาพ การเจริญพันธุ์ทั้งในชุมชนเมืองและชนบท และการศึกษาเกี่ยวกับการตัดสินใจทางด้านสุขภาพ การเจริญพันธุ์ของหญิงที่ติดเชื้อเอดส์

2. การช่วยเหลือเด็กกำพร้าที่พ่อแม่เสียชีวิตด้วยโรคเอดส์

จะต้องดำเนินงานในหลาย ๆ ส่วนเพื่อช่วยเหลือเด็กกำพร้าที่พ่อแม่เสียชีวิตด้วยโรคเอดส์ ซึ่งควรจะเน้นเรื่องการจัดหาที่อยู่ ซึ่งมีข้อเสนอแนะ 4 วิธีการคือ

2.1 การให้คำปรึกษาเพื่อสนับสนุนการรับเลี้ยงเด็กกำพร้า เนื่องจากความกลัวและการรังเกียจผู้ติดเชื้อเอดส์ที่ทำให้สมาชิกในครอบครัวปฏิเสธการเลี้ยงดูอุปการะเด็กที่พ่อแม่เสียชีวิตด้วยโรคเอดส์ ดังนั้นควรมีการเผยแพร่ความรู้เพื่อแก้ไขปัญหายาวสารข้อมูลที่ผิดเกี่ยวกับโรคเอดส์ และการไม่ติดต่อกัน โดยการสัมผัสธรรมดา การให้คำปรึกษานี้ควรจัดให้ผู้ปกครองที่มีเชื้อเอดส์ในขณะที่เขายังมีชีวิตอยู่และแข็งแรงอยู่เพื่อให้เกิดความเข้าใจแก่เด็กและญาติคนอื่น ๆ รวมทั้งจะต้องมีการณรงค์ที่ต่อเนื่องในสังคมและชุมชนเพื่อให้มีความเห็นใจและเข้าใจต่อเด็กกำพร้าเหล่านี้ด้วย ในขณะเดียวกันรัฐก็สามารถช่วยได้อีกทางหนึ่งคือ การจัดหาเงิน และสิ่งของสนับสนุนแก่ครอบครัวที่ยากจน เพื่อให้เครือข่ายของครอบครัวรับเลี้ยงเด็กกำพร้ามากขึ้น

2.2 การช่วยเหลือดูแลในชุมชน สำหรับในกรณีเด็กกำพร้าที่ญาติพี่น้องไม่รับอุปการะแต่ยังคงอยู่และเกี่ยวข้องกับชุมชนและเพื่อน ๆ อาจพิจารณาช่วยเหลือในอีก 2 แนวทางคือ ระบบการช่วยเหลือจากวัด และศูนย์การช่วยเหลือดูแลในชุมชน สำหรับการเลี้ยงดูจากทางวัดในพระพุทธศาสนานั้นจะช่วยเหลือได้เฉพาะเด็กผู้ชาย แต่การจัดสร้างศูนย์เลี้ยงดูเด็กทั้งกลางวันและกลางคืนก็จะช่วยได้ทั้งเด็กชายและเด็กหญิงซึ่งสมาชิกในชุมชน ต้องเสียสละและสนับสนุนกิจกรรมนี้

2.3 การจัดหาผู้อุปการะเลี้ยงดู การจัดหาพ่อแม่บุญธรรม เป็นอีกทางเลือกหนึ่ง ซึ่งรวมถึงพ่อแม่บุญธรรมต่างชาติด้วย ซึ่งจะช่วยให้เด็กมีพัฒนาการได้ด้วยระบบในสถาบันครอบครัว

2.4 การอยู่ในสถานรับเลี้ยงเด็ก เป็นข้อเสนอที่เป็นทางออกสุดท้าย ถ้า 3 วิธีการดังกล่าวข้างต้นไม่ประสบผลสำเร็จ เนื่องจากค่านึงว่าเด็กที่ถูกทอดทิ้งจากครอบครัวและชุมชนเมื่อต้องไปอยู่ในสถานรับเลี้ยงเด็ก จะได้รับความกดดันและมีบาดแผลทางจิตใจมีความหวาดผวาทิ้งอยู่ตลอดไป ทำให้ขาดความเชื่อมั่นนับถือในตัวเอง ดังนั้น การเข้าสู่สถานสงเคราะห์เพื่อรับเลี้ยงดูนั้นจึงควรจะทำเมื่อจำเป็นจริง ๆ ซึ่งทางออกนี้จะต้องใช้งบประมาณมากและไม่ค่อยประสบผลสำเร็จถ้ามีจำนวนเด็กมากเกินไป อย่างไรก็ตามถ้ามีเงินทุนและบุคลากรเพียงพอโครงการหลาย ๆ โครงการก็อาจจะช่วยในการปรับปรุงการยอมรับและเลี้ยงดูเด็กในสถานรับเลี้ยงเด็กได้ จากประสบการณ์บอกได้ว่าถ้าได้รับการสนับสนุนอย่างจริงจังจากนโยบายของหน่วยงานสวัสดิการสังคมและชุมชนที่ล้อมรอบสถาบันนั้น ๆ ทางออกนี้ก็จะเป็นความสำเร็จได้

ข้อเสนอทั้ง 4 ประการนี้ควรต้องคำนึงว่า สิ่งที่สำคัญคือการช่วยให้เด็กกำพร้าได้อยู่

ในเครือข่ายของครอบครัวให้มากที่สุด ซึ่งผู้รับผิดชอบในเรื่องนี้ได้แก่ หน่วยงานของรัฐบาล ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลเด็ก องค์กรพัฒนาเอกชนและองค์กรพัฒนาส่วนท้องถิ่น รวมทั้งชุมชน และครอบครัวด้วย

3. การติดเชื่อเอดส์ในสถานการณ์ที่ยากลำบาก

กลุ่มเด็กที่มีความเสี่ยงต่อการติดเชื่อเอดส์ นอกจากภายในครอบครัวแล้วยังมีในกรณีของการใช้แรงงานเด็ก โสเภณีเด็กและเด็กเร่รอน ซึ่งหน่วยงานต่าง ๆ ทั้งภาครัฐและเอกชนที่ดำเนินการแก้ไขปัญหาเหล่านี้จะต้องคำนึงถึงปัญหาการติดเชื่อเอดส์ในเด็กด้วย

4. ความไม่เสมอภาคทางเพศ การติดเชื่อเอดส์และความสัมพันธ์ต่อเด็ก

จะต้องเน้นเกี่ยวกับปัจจัยที่ทำให้ผู้หญิงที่มีความเสี่ยงในการติดเชื่อและติด ไปถึงลูก ซึ่งควรจะต้องให้มีบริการทางสุขภาพการเจริญพันธุ์ การให้คำแนะนำปรึกษาและตรวจหาเชื้อเอดส์ก่อนสมรสและนอกสมรส การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมค่านิยมทางเพศของชายโสดและแต่งงานแล้ว การฝึกอบรมทักษะชีวิตในผู้หญิงทั้งในและนอกระบบ โรงเรียน การลดจำนวนผู้หญิงและเด็กเข้าสู่อาชีพขายบริการทางเพศ และการรณรงค์ทางสื่อมวลชนเพื่อที่จะสนับสนุน ยกฐานะและให้ความเคารพในความเป็นผู้หญิง

5. การรังเกียจกีดกันผู้ติดเชื่อเอดส์ซึ่งมีผลกระทบต่อเด็ก

จะต้องเป็นความร่วมมือจากหลายฝ่ายในการแก้ไขปัญหา การรังเกียจกีดกันทางสังคมที่เกิดขึ้นกับผู้ติดเชื่อ ซึ่งมีผลกระทบต่อเด็กด้วย หน่วยงานที่เกี่ยวข้องเช่น กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงยุติธรรม กระทรวงศึกษาธิการ องค์กรภาคเอกชน ชุมชน รวมทั้งกลุ่มผู้ติดเชื่อเอดส์ จะต้องมีกรรณรงค์ให้เกิดความเห็นอกเห็นใจ และช่วยเหลือดูแลผู้ติดเชื่อและเด็กที่ได้รับการกีดกันทางสังคม ตลอดจนการให้การศึกษาและข้อเท็จจริงที่เกี่ยวกับโรคเอดส์แก่ประชาชน เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่เกี่ยวเนื่องมาจากการกีดกันทางสังคม

6. การดูแลเด็กที่ติดเชื่อเอดส์

เด็กที่ติดเชื่อเอดส์แล้วควรให้การรักษาดูแลที่ดี ซึ่งผู้เกี่ยวข้องในเรื่องนี้คือกุมารแพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่ภาครัฐบาล อาสาสมัคร องค์กรภาคเอกชนและชุมชนที่จะต้องตั้งมาตรฐานการรักษาพยาบาลและจัดให้มีบริการทางด้านสุขภาพ รวมถึงการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการติดเชื่อ ฉวยโอกาสและการดูแลรักษา กลยุทธ์ในการดูแลรักษาที่ดีแก่ผู้ป่วยเอดส์ในเด็ก การอบรมให้

ความรู้แก่พ่อแม่เกี่ยวกับพื้นฐานในการดูแลเด็กที่ติดเชื้อเอชไอวี รวมทั้งการช่วยเหลือทางเศรษฐกิจและสังคมแก่เด็กและครอบครัว

อย่างไรก็ดีจะเห็นได้ว่าข้อเสนอต่างๆ ที่ได้กล่าวมาแล้วนั้นอาจแบ่งแยกได้เป็น 2 ลักษณะ คือ ประการแรกเป็นการป้องกันปัญหาการติดเชื้อเอชไอวีไม่ว่าจะโดยทางเพศสัมพันธ์หรือโดยทางเลือด ซึ่งถ้าประสบผลสำเร็จแล้วปัญหาที่จะเกิดผลกระทบต่อเด็กก็จะไม่เกิดขึ้นซึ่งข้อเสนอได้แก่ การผสมผสานการให้บริการปรึกษาแนะนำเรื่องเอชไอวี การติดเชื้อเอชไอวีของเด็กในสถานการณ์ที่ยากลำบากและความไม่เสมอภาคทางเพศ ประการที่สองคือ การป้องกันและแก้ไขปัญหาเมื่อเด็กติดเชื้อเอชไอวีหรือเมื่อกลายเป็นเด็กกำพร้าหรืออยู่ในครอบครัวของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ซึ่งก่อให้เกิดผลกระทบโดยตรงต่อเด็ก ซึ่งข้อเสนออีกได้แก่ การช่วยเหลือเด็กกำพร้า การดูแลเด็กที่ติดเชื้อ การป้องกันการรังเกียจกีดกันทางสังคม

คำแนะนำขององค์การอนามัยโลก

องค์การอนามัยโลกได้วิเคราะห์สถานการณ์ผลกระทบของโรคเอชไอวีที่มีต่อเด็กในทวีปแอฟริกา และได้ให้คำแนะนำสำหรับการดูแลและช่วยเหลือเด็กที่พ่อแม่ติดเชื้อเอชไอวีดังนี้คือ

1. การช่วยเหลือในชุมชน (Community-based support) : ภายได้หลักการที่จะให้เด็กมีโอกาสอยู่ในชุมชนเดิมมากที่สุดเมื่อพ่อแม่ติดเชื้อเอชไอวี จะมีความช่วยเหลือจากภายนอกเข้าไปเป็นจำนวนมาก ทั้งจากทางภาครัฐและองค์กรภาคเอกชน เพื่อสนับสนุนครอบครัวหรือผู้รับเลี้ยงดูเด็กเหล่านั้น สิ่งสำคัญที่จะต้องคำนึงก็คือศักยภาพของชุมชนในการบริหารงานในการจัดการกับทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพ ทั้งนี้เพื่อให้กิจกรรมต่าง ๆ บรรลุผล ครอบครัวเด็กและชุมชนจำเป็นต้องได้รับคำแนะนำจากหน่วยงานบริการทางสังคม เกี่ยวกับความรู้พื้นฐานที่เป็นกรณีพิเศษ รวมทั้งอาสาสมัครต่าง ๆ ภายในชุมชนจะต้องได้รับการฝึกอบรมเป็นอย่างดี และในกรณีที่จำเป็นต้องมีสถานเลี้ยงเด็กกำพร้าก็ควรคำนึงว่าจะต้องตั้งอยู่ในชุมชนของตนเอง รวมทั้งการหาครอบครัวบุญธรรมให้เด็กด้วย สำหรับเด็กกำพร้าที่โตแล้วควรมีโอกาสในการฝึกฝนด้านอาชีพ ซึ่งจะเป็นการแบ่งเบาภาระของครอบครัวบุญธรรมหรือผู้รับเลี้ยงดูได้บางส่วน

2. ภายวิจัยเพิ่มเติม (Further research) : มีความต้องการข้อมูลเพิ่มเติมในเรื่องผลกระทบที่มีต่อเด็กที่บิดามารดาติดเชื้อเอชไอวี จำนวนเด็กที่ได้รับผลกระทบ สถานการณ์ทางด้านเศรษฐกิจ สังคมของพื้นที่และครอบครัวที่เกี่ยวข้องและวิธีการแก้ไขปัญหาในปัจจุบัน นอกจากนี้ยังมีความต้องการงานวิจัยเชิงปฏิบัติการเกี่ยวกับวิธีการช่วยเหลือชุมชนและครอบครัวอย่างมีประสิทธิภาพ การศึกษาเพิ่มเติมเกี่ยวกับบทบาทการเคลื่อนไหวขององค์กรต่าง ๆ ที่เข้าไปในชุมชน ไม่ว่าจะเป็นภาครัฐ หรือเอกชน โครงการเกี่ยวกับเอชไอวีแห่งชาติ ควร

จะต้องได้รับการกระตุ้นให้มีการศึกษาว่ามีผลกระทบอะไรเกิดขึ้นกับเด็กบ้าง ตลอดถึงการสำรวจเกี่ยวกับการดูแลเลี้ยงดูเด็กกำพร้า และการศึกษาที่เกี่ยวข้อง โดยเฉพาะในประเทศที่อัตราการติดเชื้อมีแนวโน้มสูงขึ้นนั้น จำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องให้ความสนใจที่จะศึกษาในเรื่องผลกระทบต่อเด็ก นอกจากนี้ยังมีความต้องการด้านข้อมูลเป็นการเฉพาะเกี่ยวกับสภาพปัญหาในแถบลาตินอเมริกา แถบทะเลแคริบเบียนและบางส่วนของทวีปเอเชีย ซึ่งควรจะรวมทั้งการศึกษาศถานการณ์ในเขตเมืองด้วย เนื่องจากข้อมูลที่ศึกษาในเชิงลึกที่มีอยู่ปัจจุบันส่วนใหญ่ได้มาจากชนบทของทวีปอฟริกา

3. บทบาทขององค์กรเอกชน (Role of NGOs) : ในกรณีที่ภาครัฐบาลมีทรัพยากรอันจำกัด แนะนำว่า องค์กรภาคเอกชนควรจะมีบทบาทสำคัญในการให้ความช่วยเหลือชุมชนในระดับท้องถิ่น โดยภาครัฐเป็นผู้ให้การสนับสนุนอำนวยความสะดวก กระตุ้นและประสานงานในความพยายามของภาคเอกชนไม่ว่าจะเป็นในระดับชาติหรือระดับท้องถิ่น โดยเฉพาะอย่างยิ่งกลุ่มสตรีต่าง ๆ น่าจะมีศักยภาพที่ดีในการมีบทบาทที่สำคัญในชุมชน ซึ่งไม่ได้หมายความว่าระบบการบริการทางสังคมต่าง ๆ ของรัฐที่มีอยู่นั้นถูกเพิกเฉย แต่ในกรณีนี้จำเป็นต้องมีกลุ่มอาสาสมัครของชุมชนที่จะสามารถดำเนินงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยหน่วยงานทางบริการสังคมควรจะมีบทบาทสำคัญในด้านกระตุ้นสนับสนุนและให้คำแนะนำภาคเอกชน

4. การสนับสนุนในระดับสูง (Advocacy) : มีความจำเป็นที่จะต้องเน้นย้ำปัญหาผลกระทบของโรคเอดส์ต่อภาวะเศรษฐกิจและสังคม ทั้งในระดับชาติและระดับนานาชาติ โดยต้องมีการสนับสนุนให้เกิดการรับรู้ในระดับผู้วางนโยบาย ผู้วางแผนและผู้ให้การสนับสนุนค่าใช้จ่ายระดับนานาชาติ เกี่ยวกับผลกระทบที่เกิดขึ้นต่อเด็ก ความจำเป็นและความต้องการของเด็กกำพร้า รวมทั้งพ่อแม่ของเด็กที่ไม่อาจดูแลลูกได้อย่างเต็มที่แล้ว นอกจากนั้นยังต้องสนับสนุนเรื่องการศึกษาแยกแยะสภาพปัญหา การสร้างนโยบายและแนวทางวิธีการที่จะดำเนินการแก้ไขปัญหาต่าง ๆ ด้วย

5. การจัดตั้งคณะกรรมการระดับชาติ (The Establishment of National Committees) : เป็นคำแนะนำให้มีการจัดตั้งคณะกรรมการในระดับชาติเพื่อดูแลป้องกันและแก้ไขปัญหาเกี่ยวกับโรคเอดส์ซึ่งควรมีในทุกประเทศ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในประเทศที่เกิดผลกระทบต่อเด็กมาก ซึ่งคณะกรรมการดังกล่าวควรต้องเร่งร่วมมือกันระหว่างภาครัฐ เอกชน และองค์กรอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง และด้วยความช่วยเหลือจากองค์กรยูนิเซฟ กระทรวงที่เกี่ยวข้องด้านสวัสดิการสังคมควรมีบทบาทเป็นเลขานุการของคณะกรรมการดังกล่าว

6. การแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารและการประสานงาน (Information sharing and coordination) : ถ้ามีหลายหน่วยงานมาร่วมในโครงการป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคเอดส์

ก็มีความจำเป็นที่จะต้องมีการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารทั้งในระดับชาติและระดับท้องถิ่น ควรมีการแลกเปลี่ยนข้อมูลในการประสานงานในระดับท้องถิ่น มีการจัดประชุมสัมมนาทั้งในระดับท้องถิ่น ระดับชาติ และระดับนานาชาติ รวมทั้งการเยี่ยมชม การทำจดหมายข่าวและการจัดทำเอกสาร เพื่อให้มีการแลกเปลี่ยนข้อมูลอย่างมีประสิทธิภาพและกระตุ้นการมีส่วนร่วม ซึ่ง คณะกรรมการระดับชาติควรจะมีบทบาทที่สำคัญในกรณีนี้

7. การฝึกอบรมและการช่วยเหลือเพื่อการวิเคราะห์สถานการณ์และการติดตาม (Training and support for enumeration and monitoring) : หน่วยงานของรัฐทั้งในระดับท้องถิ่นและระดับชาติ ร่วมมือกันในการฝึกอบรมและสนับสนุนเพื่อที่จะสำรวจสถานการณ์เกี่ยวกับเด็กกำพร้าและเด็กที่ต้องการความช่วยเหลือเป็นพิเศษ มีการจัดทำทะเบียนและติดตามสถานการณ์ องค์การชุมชนควรมีบทบาทนี้ แต่ก็ต้องได้รับคำแนะนำช่วยเหลือด้วยเช่นกัน

8. การระดมทรัพยากร (Mobilizing resources) : ควรมีการแยกแยะและระบุทรัพยากรที่ต้องการเพิ่มเติมทั้งในระดับชาติและระดับนานาชาติ คำนี้ถึงความเหมาะสมของศักยภาพองค์กรที่จะสามารถจัดการในทรัพยากรเหล่านั้นด้วย โดยเฉพาะอย่างยิ่งการดำเนินงานในระดับท้องถิ่น

9. การติดตามผลในระดับนานาชาติ (International monitoring) : เป็นคำแนะนำที่ให้มีการทบทวนและติดตามสถานการณ์ในระดับนานาชาติ ของปัญหา ผลกระทบต่อเด็กที่มีบิดามารดาติดเชื้อเอชไอวี โดยการเก็บข้อมูลจากประเทศต่าง ๆ เพื่อที่จะทราบสถานการณ์ของโลก รวมทั้งผลงานวิจัยเชิงปฏิบัติต่าง ๆ ควรจะมีการทบทวนด้วย ประเทศต่าง ๆ ที่ต้องการมีโครงการดำเนินงานในพื้นที่ที่มีปัญหาควรได้รับข้อมูลข่าวสาร เอกสารแนวความคิด รวมทั้งทรัพยากรด้านวิชาการ ซึ่งอาจจะมีความช่วยเหลือจากองค์กรยูนิเซฟ องค์การอนามัยโลก หรือองค์กรเอกชนที่มีประสบการณ์และความเชี่ยวชาญเข้าไปร่วมด้วย

จากข้อมูลและแนวความคิดต่าง ๆ ที่กล่าวมาข้างต้นนั้น จะเห็นว่าในระดับชาติหรือระดับนานาชาติ ได้มีความพยายามที่จะชี้แนะให้ตระหนักในปัญหาและแนวทางในการป้องกันและแก้ไขผลกระทบของโรคเอดส์ที่มีต่อเด็กเป็นอย่างมาก ซึ่งประเด็นที่สำคัญก็คือ เมื่อเด็กได้รับผลกระทบเกิดขึ้นแล้ว ได้แนะนำให้พยายามช่วยเหลือเด็กให้สามารถอยู่ร่วมกับสังคมเดิมได้ตามปกติ นั่นคือให้เด็กได้อยู่ในเครือข่ายของครอบครัวและชุมชนเดิมมากที่สุด โดยที่ความช่วยเหลือต่าง ๆ ทั้งจากของภาครัฐหรือองค์กรเอกชน ก็จะมุ่งเข้าไปสู่ชุมชนและให้องค์กรชุมชนมีบทบาทในการบริหารงาน ทั้งนี้การศึกษาสถานการณ์และปัญหาของเด็กที่ได้รับผลกระทบจากโรคเอดส์ทั้งในเชิงกว้างและเชิงลึกเป็นข้อมูลสำคัญที่จะทำให้มีการวางแผนจัดโครงการให้การช่วยเหลือเด็กและครอบครัวเหล่านั้น ได้อย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาสถานการณ์และรูปแบบการดูแลเด็กกำพร้าและเด็กที่ได้รับผลกระทบจากเอชไอวี/เอดส์ ในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จังหวัดชลบุรี ที่ใช้วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นเด็กกำพร้าและเด็กที่ได้รับผลกระทบจากเอชไอวีและผู้ดูแลเด็กที่อยู่ในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จังหวัดชลบุรี ซึ่งเป็นจังหวัดที่เลือกให้เป็นตัวแทนของบริบทภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย ระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่เดือนมกราคม ถึง เดือนกันยายน 2548

กลุ่มตัวอย่างสำหรับข้อมูลเชิงคุณภาพ

ใช้วิธีประชุมปรึกษากลุ่มย่อย (Focus group discussion) และ/หรือ สัมภาษณ์เชิงลึก (Indepth interview) แบ่งออกดังนี้

1. กลุ่มเด็กกำพร้าและเด็กที่ได้รับผลกระทบ แบ่งเป็น 2 ส่วนคือ เด็กที่อาศัยอยู่ที่บ้านสงเคราะห์/ชุมชน และ เด็กที่อยู่ในสถานเลี้ยงเด็ก ในการเก็บข้อมูลคุณภาพเด็กกลุ่มนี้ศึกษาในเด็กที่อยู่ในบ้านสงเคราะห์ ศูนย์คามิลเลียน เซ็นเตอร์ จังหวัดระยอง (Camillian Child Care Center Rayong) เนื่องจาก ในจังหวัดชลบุรี ไม่มีศูนย์/สถานเลี้ยงเด็กแบบให้พักค้างอยู่ที่ศูนย์

2. กลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย

2.1 กลุ่มเครือข่ายผู้ติดเชื้อ

2.2 กลุ่มผู้ให้บริการภาครัฐ/เอกชน

2.3 กลุ่มผู้ให้บริการในวัฒนธรรมท้องถิ่นและชุมชน

กลุ่มตัวอย่างสำหรับข้อมูลเชิงปริมาณ

การเลือกกลุ่มตัวอย่างเป็นแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) โดยกำหนดคุณสมบัติดังนี้

1. เด็กกำพร้า เป็นเด็กที่อยู่ที่บ้าน/ชุมชนมีผลเลือดปกติ จำนวน 175 คน และมีผลเลือดเป็นบวกต่อการติดเชื้อเอชไอวี จำนวน 35 คน เด็กทุกคนมีอายุไม่มากกว่า 18 ปีบริบูรณ์ และสมัครใจให้ความร่วมมือในการวิจัย

2. ผู้ดูแลเด็ก จำนวน 210 คน เป็นผู้ดูแลเด็กหลักที่ทราบว่าเด็กนั้นเป็นกำพร้าเนื่องจากการที่บิดาหรือมารดาหรือทั้งบิดามารดาเสียชีวิตด้วยโรคเอดส์ และสมัครใจให้ความร่วมมือในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย 3 ชุด ได้แก่

1. แบบสำรวจสถานการณ์การติดเชื้อ เอชไอวี ในมารดาและทารกแรกเกิด การติดเชื้อเอชไอวี ในเด็กอายุต่ำกว่า 18 ปี และสถานการณ์เด็กกำพร้าที่บิดาหรือมารดาหรือทั้งบิดามารดาเสียชีวิตด้วยโรคเอดส์ โดยการ Postal survey จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทั้ง 8 จังหวัดในภาคตะวันออกเฉียง (ชุดที่ 1) และศูนย์สุขภาพชุมชนทั้งหมดในภาคตะวันออกเฉียง (ภาคผนวก ข.)

2. แนวคำถามเพื่อการรวบรวมข้อมูลคุณภาพ (ภาคผนวก ฉ.)

3. แบบสอบถามและแบบสัมภาษณ์เพื่อการรวบรวมข้อมูลปริมาณ (ชุดที่ 3) ได้แก่

3.1 แบบวัดคุณภาพชีวิตและคุณภาพการดูแลเด็กกำพร้า (ภาคผนวก ค.)

แบบวัดนี้เป็นแบบวัดที่คณะผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและเอกสารที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย

3.1.1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษาสูงสุด อาชีพ และรายได้ครอบครัว และความสัมพันธ์กับเด็ก

3.1.2 ข้อมูลทั่วไปของเด็ก ได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา การติดเชื้อ การได้รับวัคซีน และภาวะสุขภาพ

3.1.3 คุณภาพชีวิตของเด็ก แบ่งเป็น ด้านร่างกาย ด้านจิตสังคม ด้านเศรษฐกิจ และด้านการศึกษา รวมทั้งรวมทั้งหมด 20 ข้อ สอบถามความพึงพอใจต่อคุณภาพชีวิตแต่ละด้านของเด็กในความดูแลของผู้ดูแล มีคำตอบให้เลือกเป็นมาตราประมาณค่า 4 ระดับ คือ

มากที่สุด	หมายถึง	ผู้ดูแลเห็นว่าเด็กมีคุณภาพชีวิตในด้านนั้นดีมาก และมีความพึงพอใจต่อคุณภาพชีวิตในด้านนั้นๆ ของเด็กสูงมาก
มาก	หมายถึง	ผู้ดูแลเห็นว่าเด็กมีคุณภาพชีวิตในด้านนั้นดีและมี

น้อย	หมายถึง	ความพึงพอใจต่อคุณภาพชีวิตในด้านนั้นมาก ผู้ดูแลเห็นว่าเด็กมีคุณภาพชีวิตในด้านนั้นไม่ค่อยดี และมีความพึงพอใจน้อย
น้อยที่สุด	หมายถึง	ผู้ดูแลเห็นว่าเด็กมีคุณภาพชีวิตในด้านนั้นไม่ดีเลย และไม่พอใจต่อคุณภาพชีวิตในด้านนั้นของเด็ก

ผู้ตอบแบบสอบถามนี้จะต้องเลือกคำตอบเพียง 1 คำตอบ โดยใส่เครื่องหมาย \surd ลงในช่องที่กำหนดให้ และการให้คะแนน ขึ้นอยู่กับข้อความดังนี้คือ

มากที่สุด	ได้	4	คะแนน
มาก	ได้	3	คะแนน
น้อย	ได้	2	คะแนน
น้อยที่สุด	ได้	1	คะแนน

คะแนนรวมของคุณภาพชีวิตเด็กจากแบบสอบถามทั้งหมดจะหมายถึง ระดับความพึงพอใจและคุณภาพชีวิตของเด็กกำพร้าโดยรวม คะแนนรวมทั้งชุดยิ่งมากจะหมายถึงมีความพึงพอใจและคุณภาพชีวิตของเด็กกำพร้าอยู่ในระดับสูง และเมื่อแยกเป็นรายด้าน คะแนนรวมแต่ละด้านยิ่งมาก จะหมายถึงมีระดับความพึงพอใจและคุณภาพชีวิตของเด็กกำพร้าในด้านนั้นๆ สูง ค่าความเชื่อมั่นของแบบประเมินทั้งหมดในการศึกษาครั้งนี้มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ .89

3.1.4 คุณภาพการดูแลเด็ก แบ่งเป็น ด้านร่างกาย ด้านจิตสังคม ด้านการศึกษา และด้านการดูแลสุขภาพเด็กติดเชื่อ รวมทั้งหมด 20 ข้อ เป็นแบบสังเกตและสัมภาษณ์ โดยผู้วิจัย เพื่อประเมินคุณภาพการดูแลที่เด็กได้รับในแต่ละด้านของเด็ก มีคำตอบให้เลือกเป็นมาตราประมาณค่า 4 ระดับ คือ

4	หมายถึง	ดีมาก : ปกติเด็กได้รับการดูแลในด้านนั้นอย่างดีและสม่ำเสมอ
3	หมายถึง	ดี : เด็กได้รับการดูแลในด้านนี้ดี มีบางครั้งและบางเรื่องเท่านั้นที่ไม่ได้รับการดูแล
2	หมายถึง	พอใช้ : เด็กได้รับการดูแลในเรื่องนั้นบ้างเป็นบางครั้งแต่ไม่สม่ำเสมอ

1 หมายถึง ไม่ดี : เด็กไม่ได้รับการดูแลในด้านนั้นๆ เลย หรือ ดูแลบ้างนานๆ ครั้ง

ผู้ตอบแบบสอบถามนี้จะต้องเลือกคำตอบเพียง 1 คำตอบ โดยใส่เครื่องหมาย ✓ ลงใน ช่องคะแนนที่กำหนดให้

คะแนนรวมของแบบวัดคุณภาพการดูแลเด็กทั้งหมดจะหมายถึง คุณภาพการดูแลเด็ก กำพร้าโดยรวม คะแนนรวมทั้งชุดยิ่งมากจะหมายถึงมีคุณภาพการดูแลเด็กอยู่ในระดับสูง และ เมื่อแยกเป็นรายด้าน คะแนนรวมแต่ละด้านยิ่งมาก จะหมายถึงมีคุณภาพการดูแลเด็กในด้าน นั้นๆ สูง ค่าความเชื่อมั่นของแบบประเมินทั้งชุดในการศึกษาครั้งนี้มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา ของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ .91

3.2 แบบประเมินความฉลาดทางอารมณ์ ในเด็กอายุ 3-5 ปี อายุ 6-11 ปี และ อายุ 12-18 ปี (กรมสุขภาพจิต, 2548ก) (ภาคผนวก ง.)

แบบประเมินนี้เป็นแบบประเมินความฉลาดทางอารมณ์สำหรับเด็กไทยที่กรม สุขภาพจิตสร้างขึ้น สำหรับเด็กเล็กที่ยังไม่สามารถตอบเองได้ ให้ผู้วิจัยสังเกตหรือสัมภาษณ์ จากผู้ดูแลเด็ก ส่วนเด็กโตให้กลุ่มตัวอย่างอ่านข้อความและเลือกคำตอบที่คิดว่าตรงกับตัวเอง มากที่สุด (Self-report) ประกอบไปด้วย ข้อคำถามจำนวน 55 ข้อในชุดสำหรับเด็กอายุ 3-5 ปี จำนวน 60 ข้อในชุดสำหรับเด็กอายุ 6-11 ปี และจำนวน 52 ข้อ ในชุดสำหรับเด็กอายุ 12-18 ปี โดยประเมินคุณลักษณะ 3 ด้าน คือ

ด้านที่ 1 ความฉลาดทางอารมณ์ด้านดี เป็นความพร้อมทางอารมณ์ที่จะอยู่ร่วมกับผู้อื่น
ด้านที่ 2 ความฉลาดทางอารมณ์ด้านเก่ง คือความพร้อมที่จะพัฒนาตนไปสู่ความสำเร็จ
ด้านที่ 3 ได้แก่ความฉลาดทางอารมณ์ด้านสุข คือความพร้อมทางอารมณ์ที่ทำให้เกิด ความสุข

แบบประเมินนี้ประกอบด้วยข้อความทางบวกและทางลบ ซึ่งข้อที่เป็นข้อความในทาง ลบต้องใช้คะแนนกลับกับข้อความในทางบวก (reverse score) ก่อนที่จะรวมคะแนน แบบ ประเมินความฉลาดทางอารมณ์แบ่งมาตราประมาณค่าเป็น 4 ระดับคือ

เป็นประจำ	หมายถึง	ทำทุกครั้งเมื่อเกิดสถานการณ์นั้น
เป็นบ่อยครั้ง	หมายถึง	ทำบ่อยๆหรือเกือบทุกครั้ง
เป็นบางครั้ง	หมายถึง	นานๆครั้ง หรือทำบ้างไม่ทำบ้าง
ไม่เป็นเลย	หมายถึง	ไม่เคยปรากฏ

ผู้ตอบแบบประเมินนี้จะต้องเลือกคำตอบเพียง 1 คำตอบ โดยใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่กำหนดให้

การให้คะแนน เนื่องจากแบบประเมินนี้เป็นแบบประเมินที่มีข้อความทั้งทางบวกและทางลบ ดังนั้นการให้คะแนนจึงขึ้นอยู่กับข้อความดังนี้คือ

ข้อความที่แสดงถึงความฉลาดทางอารมณ์ด้านบวก

ถ้าเลือกช่องเป็นประจำ	ได้	4	คะแนน
ถ้าเลือกช่องเป็นบ่อยครั้ง	ได้	3	คะแนน
ถ้าเลือกช่องเป็นบางครั้ง	ได้	2	คะแนน
ถ้าเลือกช่องไม่เป็นเลย	ได้	1	คะแนน

ข้อความที่แสดงถึงความฉลาดทางอารมณ์ด้านลบ

ถ้าเลือกช่องเป็นประจำ	ได้	1	คะแนน
ถ้าเลือกช่องเป็นบ่อยครั้ง	ได้	2	คะแนน
ถ้าเลือกช่องเป็นบางครั้ง	ได้	3	คะแนน
ถ้าเลือกช่องไม่เป็นเลย	ได้	4	คะแนน

คะแนนรวมของความฉลาดทางอารมณ์จากแบบประเมินทั้งชุดจะหมายถึง ระดับความฉลาดทางอารมณ์โดยรวม คะแนนรวมทั้งชุดยิ่งมากจะหมายถึงมีระดับความฉลาดทางอารมณ์สูง และเมื่อแยกเป็นรายด้าน คะแนนรวมแต่ละด้านยิ่งมาก จะหมายถึงมีระดับความฉลาดทางอารมณ์ในด้านนั้นๆสูง ค่าความเชื่อมั่นของแบบประเมินในการศึกษาครั้งนี้ ชุดสำหรับเด็กอายุ 3-5 ปี มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ .77 ชุดสำหรับเด็กอายุ 6-11 ปี มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .91 และชุดสำหรับเด็กอายุ 12-18 ปี มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .88

3.3 แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น (กรมสุขภาพจิต, 2548ข) (ภาคผนวก จ.)

เครื่องมือนี้กรมสุขภาพจิตสร้างขึ้นเพื่อใช้ในการคัดกรองภาวะซึมเศร้า เพื่อแยกวัยรุ่นที่ซึมเศร้าออกจากวัยรุ่นที่ไม่ซึมเศร้าได้อย่างมีประสิทธิภาพ ประกอบด้วยข้อความ 20 ข้อ ที่เกี่ยวกับอาการซึมเศร้าในระยะเวลา 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา โดยผู้ตอบจะต้องเลือกคำตอบ

เพียง 1 คำตอบ โดยใส่เครื่องหมาย \surd ลงในช่องที่กำหนดให้ ตัวเล็อกเกี่ยวกับความรุนแรงหรือความถี่ของอาการซึมเศร้ามี 4 ระดับ คือ

ไม่เคย (< 1 วัน)	ได้	0	คะแนน
บางครั้ง (1 - 2 วัน)	ได้	1	คะแนน
บ่อยๆ (3 - 4 วัน)	ได้	2	คะแนน
ตลอดเวลา (5 - 7 วัน)	ได้	3	คะแนน

คะแนนรวมมีได้ตั้งแต่ 0 – 60 คะแนนผู้ที่ได้คะแนนรวมตั้งแต่ 22 ขึ้นไป ถือว่าอยู่ในข่ายมีภาวะซึมเศร้า ในการวิจัยครั้งนี้นอกจากใช้ Cut-off score ที่ ≥ 22 แล้ว ยังใช้ Cut-off score ที่ ≥ 16 ด้วย ซึ่งเป็นค่าคะแนนที่ผู้สร้างเครื่องมือแนะนำให้ใช้ในประชากรทั่วไป (Radloff, 1977; อุมาพร ตรังคสมบัติ วชิระ ลาภบุญทรัพย์ และปิยฉัตร หะวานนท์, 2540) ค่าความเชื่อมั่นของแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นในการศึกษานี้มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ .84

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้พิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างคือ เคารพในความเป็นบุคคลและการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง โดยให้ข้อมูลเกี่ยวกับการวิจัยตามแบบฟอร์มการให้ข้อมูล (ภาคผนวก ก.) และขอความยินยอมในการเป็นกลุ่มตัวอย่างจากเด็กและผู้ดูแลเด็ก รวมทั้งแจ้งให้ทราบว่า การตอบรับหรือการปฏิเสธที่จะเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้ จะไม่มีผลต่อเด็กและผู้ดูแลเด็ก เด็กและผู้ดูแลเด็ก สามารถถอนตัวออกจากการศึกษาได้ตลอดเวลาของการวิจัย เด็กและผู้ดูแลเด็กมีสิทธิที่จะไม่ตอบคำถามบางคำถามที่เป็นเรื่องส่วนตัวหรือเรื่องที่ไม่ต้องการเปิดเผยและข้อมูลที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้นำเสนอโดยภาพรวม ไม่ระบุชื่อของเด็กและผู้ดูแลเด็ก นอกจากนี้การสัมภาษณ์จะไม่รบกวนการดำเนินกิจกรรมประจำวันของเด็กและผู้ดูแลเด็ก ผู้วิจัยจะดำเนินการตามการนัดหมายกับเด็กและผู้ดูแลเด็ก ถ้าเด็กและผู้ดูแลเด็กมีปัญหา ข้อซักถาม ผู้วิจัยจะเป็นผู้ฟังที่ดีและให้ความสนใจ ตั้งใจรับฟังปัญหา และให้ความช่วยเหลือ สนับสนุนทางด้านอารมณ์ รวมทั้งส่งต่อบุคคลที่มีหน้าที่เกี่ยวข้องต่อไป

การเก็บรวบรวมข้อมูล

เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างเป็นเด็กกำพร้าและเด็กที่ได้รับผลกระทบเนื่องจากบิดา / มารดา เสียชีวิตด้วยโรคเอดส์ซึ่งเด็กและผู้ดูแลเด็กอาจไม่ต้องการเปิดเผยตนเอง และต้องการความไว้วางใจจากผู้ที่คุ้นเคยหรือกลุ่มองค์กรที่เคยให้ความช่วยเหลือ ผู้วิจัยจึงขอความร่วมมือจากองค์กรเครือข่ายผู้ติดเชื้อ จังหวัดชลบุรี เป็นผู้ช่วยวิจัยในการเก็บรวบรวมข้อมูลปริมาณ ส่วนการเก็บรวบรวมข้อมูลคุณภาพ ผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินการเอง การเก็บรวบรวมข้อมูลมีขั้นตอนดังนี้

1. ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูลเด็กและผู้ดูแลเด็กในศูนย์ Camillion Child Care Center Rayong จังหวัดระยอง และขอความร่วมมือจากผู้นำชุมชนและผู้นำเครือข่ายในชุมชนเพื่อการเก็บข้อมูลที่บ้านและในชุมชน

2. จัดอบรมผู้ช่วยวิจัยในการเก็บรวบรวมข้อมูลปริมาณ เพื่อให้มีความเข้าใจตรงกันในเรื่องของ วัตถุประสงค์การวิจัย การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง ขั้นตอนการเก็บข้อมูล การใช้แบบสอบถาม แบบประเมิน แบบวัด และเครื่องมือต่างๆ จากนั้นให้ผู้ช่วยวิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลจากเด็กและผู้ดูแลเด็กที่บ้าน / ชุมชน

3. ในการเก็บข้อมูลที่บ้าน / ชุมชน ถ้าในละแวกบ้านใกล้เคียงมีเด็กกำพร้าที่เป็นกลุ่มเป้าหมายและเด็กกำพร้าจากสาเหตุอื่นอยู่ด้วย ให้ผู้เก็บข้อมูลเยี่ยมบ้านที่มีเด็กกำพร้าอยู่ในบ้านทุกบ้านโดยไม่จำกัดเฉพาะกำพร้าจากบิดามารดาเสียชีวิตด้วยโรคเอดส์เท่านั้น ทั้งนี้เพื่อไม่ให้เป็นที่สังเกตได้ว่าบ้านที่มีการเก็บข้อมูลคือบ้านที่มีเด็กกำพร้าจากโรคเอดส์ ซึ่งจะเป็นการป้องกันการถูกรังเกียจจากคนอื่นในหมู่บ้านของกลุ่มตัวอย่าง

4. ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย และขั้นตอนการเก็บข้อมูล โดยสังเขปให้กลุ่มตัวอย่างเข้าใจ เมื่อเด็กและผู้ดูแลเด็กยินดีเข้าร่วมการวิจัย ให้เซ็นชื่อในหนังสือแสดงความจำนงเข้าร่วมการวิจัย จากนั้นจึงเริ่มดำเนินการขั้นต่อไป

5. ผู้วิจัยนัดหมายผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย เพื่อทำ Focus Group Discussion จำนวน 3 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มกลุ่มเครือข่ายผู้ติดเชื้อ (7 คน) กลุ่มผู้ให้บริการภาครัฐ/เอกชน (8 คน) และกลุ่มผู้ให้บริการในวัฒนธรรมท้องถิ่นและชุมชน (5 คน) แต่ละกลุ่มดำเนินการแยกกัน ใช้เวลาประมาณกลุ่มละ 3-4 ชั่วโมง โดยใช้แนวคำถามเพื่อการเก็บรวบรวมข้อมูลคุณภาพ

6. ผู้วิจัยนัดหมายเด็กที่ได้รับผลกระทบ เพื่อทำ Indepth Interview มีเด็กที่เป็นกลุ่มตัวอย่างนี้ จำนวน 6 คน โดยใช้แนวคำถามเพื่อการเก็บรวบรวมข้อมูลคุณภาพ

7. เมื่อได้รับแบบสอบถาม แบบประเมิน และแบบวัดต่างๆ กลับคืน ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาตรวจสอบความสมบูรณ์และความครบถ้วนของข้อมูล

8. นำข้อมูลที่ได้ไปวิเคราะห์ตามวิธีการทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลคุณภาพทั้งหมดที่ได้จากการสัมภาษณ์เชิงลึก (Indepth Interview) และ การประชุมกลุ่มย่อย (Focus Group Discussion) นำมาวิเคราะห์โดยใช้วิธี Content analysis ข้อมูลปริมาณที่รวบรวมได้วิเคราะห์ด้วยคอมพิวเตอร์ โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS for MS Windows (Statistical Package for Social Science) เพื่อทดสอบ สมมติฐานการวิจัย โดยกำหนดระดับความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 การวิเคราะห์ข้อมูล มีขั้นตอนดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลเด็ก เด็ก และครอบครัว โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และพิสัย
2. การติดเชื้อ เอชไอวี เพศ อายุ น้ำหนัก และส่วนสูง การเจริญเติบโตด้านน้ำหนัก ส่วนสูง และ ความอ้วนพอม ระดับการศึกษา และภาวะสุขภาพของเด็กที่ได้รับผลกระทบ แยกตามกลุ่มอายุ โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และพิสัย
3. การได้รับวัคซีนของเด็กกำพร้าจากโรคเอดส์ที่มีอายุ 5 ปีลงมา โดยการแจกแจง ความถี่ และร้อยละ
4. คำนวณค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความพึงพอใจต่อ คุณภาพชีวิต และคุณภาพการดูแลเด็กกำพร้าจากโรคเอดส์ที่ได้รับผลกระทบ โดยรวมทุกด้าน และแยกเป็นรายด้าน
5. คำนวณค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของของคะแนนความฉลาดทาง อารมณ์ของเด็กกำพร้าจากโรคเอดส์ที่ได้รับผลกระทบ โดยรวม และแยกเป็นรายด้านในกลุ่ม อายุ 3-5 ปี 6-11 ปี และ 12 – 18 ปี
6. คำนวณค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนซึมเศร้าในวัยรุ่น และ จำนวนและร้อยละของกลุ่มที่มีภาวะซึมเศร้าและไม่มีภาวะซึมเศร้า โดยใช้จุดตัดคะแนนที่ ≥ 16 และ ≥ 22

บทที่ 4

ผลการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาสถานการณ์และรูปแบบการดูแลเด็กกำพร้าและเด็กที่ได้รับผลกระทบจากเอชไอวี/เอดส์ ในเขตภาคตะวันออกเฉียงใต้ จังหวัดชลบุรี เริ่มขั้นตอนแรกด้วยการสำรวจสถานการณ์การติดเชื้อ เอชไอวี ในมารดาและทารกแรกเกิด การติดเชื้อเอชไอวี ในเด็กอายุต่ำกว่า 18 ปี และสถานการณ์เด็กกำพร้าที่บิดาหรือมารดาหรือทั้งบิดามารดาเสียชีวิตด้วยโรคเอดส์ โดยการ Postal survey จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทั้ง 8 จังหวัดในภาคตะวันออกเฉียงใต้ โดยใช้แบบสอบถามชุดที่ 1 (ภาคผนวก ข.) ไม่ได้ทำการสำรวจข้อมูลจากศูนย์สุขภาพชุมชน (แบบสอบถามชุดที่ 2; ภาคผนวก ข.) เนื่องจากได้สอบถามจากบุคลากรที่ทำงานในศูนย์สุขภาพชุมชนแล้ว ข้อมูลที่มีส่วนมากไม่สมบูรณ์ และบางแห่งที่มีข้อมูลก็เป็นข้อมูลที่ซ้ำซ้อนกับข้อมูลที่ได้จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ผลการสำรวจมีดังนี้

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนและร้อยละของเด็กที่ติดเชื้อเอชไอวีสะสมถึง 31 ธันวาคม 2546 แยกตามกลุ่มอายุ ในภาคตะวันออกเฉียงใต้*

กลุ่มอายุ	จำนวน	ร้อยละ
0 – 18 เดือน	119	27.2
18 เดือน - < 3 ปี	175	40.0
3 ปี - < 6 ปี	49	11.2
6 – 10 ปี	65	14.8
> 10 ปี	29	6.6
รวม	437	100

* ข้อมูลได้เพียง 5 จังหวัด คือ จันทบุรี ตราด ปราจีนบุรี สระแก้ว และนครนายก

จำนวนสะสมของเด็กติดเชื้อเอชไอวี ที่มีชีวิตอยู่ทั้งหมด กลุ่มอายุ 18 เดือน – ต่ำกว่า 3 ปี เป็นกลุ่มที่มีเด็กติดเชื้อเอชไอวี มากที่สุดในภาคตะวันออกเฉียงใต้ คิดเป็นร้อยละ 40.0 รองลงไปที่กลุ่มอายุแรกเกิด – 18 เดือน ร้อยละ 27.2 และน้อยที่สุดคือกลุ่มอายุ มากกว่า 10 ปี ร้อยละ 6.6 (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 2 แสดงจำนวนและร้อยละของเด็กกำพร้าที่บิดาหรือมารดาเสียชีวิตด้วยโรคเอดส์ จำแนกตามการติดเชื้อของเด็กทั้งหมดในภาคตะวันออกเฉียงใต้ ตั้งแต่ พ.ศ. 2544-2547

เด็กกำพร้า	จำนวน	ร้อยละ
ติดเชื้อ	224	22.3
ไม่ติดเชื้อ	782	77.7
รวม	1,006	100.0

เด็กกำพร้าที่บิดามารดาเสียชีวิตจากโรคเอดส์ในภาคตะวันออกเฉียงใต้ จำแนกตามการติดเชื้อเอชไอวี มีจำนวนทั้งหมด 1,006 ราย ตั้งแต่ พ.ศ. 2544-2547 ร้อยละ 77.7 เป็นเด็กกำพร้าที่ไม่ติดเชื้อ และร้อยละ 22.3 เป็นเด็กกำพร้าที่ติดเชื้อ (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 3 แสดงจำนวนมารดาที่คลอดบุตรทั้งหมดในภาคตะวันออกเฉียงใต้ 2544 – 2547 แยกรายจังหวัด

จังหวัด	2544	2545	2546	2547
ชลบุรี	25,752	22,468	22,265	21,585
ระยอง	8,482	5,871	8,521	6,888
จันทบุรี	6,526	6,578	6,477	6,706
ตราด	2,270	2,438	2,418	1,837
ฉะเชิงเทรา	7,733	7,723	7,893	7,152
ปราจีนบุรี	4,778	5,259	5,176	4,236
สระแก้ว	6,247	6,284	6,099	4,376
นครนายก	2,532	2,302	2,927	3,149
รวม	64,320	58,923	61,776	55,929
รวมทั้งสิ้น	240,948			

มารดาที่คลอดบุตรทั้งหมดในภาคตะวันออก ตั้งแต่ปี 2544- 2547 มีจำนวนทั้งสิ้น 240,948 ราย จังหวัดชลบุรีมีจำนวนมารดาคลอดบุตรมากที่สุดในแต่ละปี รองลงไปคือ ระยอง ฉะเชิงเทรา และจันทบุรี ซึ่งมีจำนวนใกล้เคียงกัน และจังหวัดนครนายกมีจำนวนมารดาคลอดบุตรน้อยที่สุด (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 4 แสดงจำนวนมารดาที่คลอดบุตรทั้งหมด และจำนวนมารดาคลอดบุตรที่ได้รับการตรวจหาเชื้อเอชไอวี และค่าร้อยละของการตรวจหาเชื้อเอชไอวี ในภาคตะวันออก ตั้งแต่ พ.ศ. 2544-2547

ปี	จำนวนมารดาคลอดทั้งหมด	จำนวนมารดาที่ได้รับการตรวจหาเชื้อเอชไอวี	ร้อยละ
2544	64,320	63,477	98.7
2545	58,923	57,922	98.3
2546	61,776	61,562	99.7
2547	55,929	55,584	99.4
รวม	240,948	238,545	99.0

จำนวนมารดาที่คลอดบุตรในภาคตะวันออกที่ได้รับการตรวจหาเชื้อเอชไอวี ตั้งแต่ปี 2544- 2547 มีจำนวนทั้งหมด 238,545 ราย ทุกปีที่สำคัญมารดาที่มาคลอดได้รับการตรวจหาเชื้อเอชไอวีอยู่ในเกณฑ์สูง ประมาณร้อยละ 99 และมีแนวโน้มสูงขึ้นเรื่อยๆ (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 5 แสดงจำนวนมารดาที่คลอดบุตรและได้รับการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี และจำนวนมารดาคลอดบุตรที่ตรวจพบการติดเชื้อเอชไอวี และค่าร้อยละของการติดเชื้อเอชไอวี ในมารดาแรกคลอดในภาคตะวันออกเฉียงใต้ ตั้งแต่ พ.ศ. 2544-2547

ปี	จำนวนมารดาที่คลอดบุตรและได้รับการตรวจหาเชื้อเอชไอวี	จำนวนมารดาที่คลอดบุตรและตรวจพบเชื้อเอชไอวี	ร้อยละ
2544	63,477	1,088	1.7
2545	57,922	1,122	1.9
2546	61,562	887	1.4
2547	55,584	912	1.6
รวม	238,545	4,009	1.7

จำนวนมารดาที่คลอดบุตรและได้รับการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี และจำนวนมารดาคลอดบุตรที่ตรวจพบการติดเชื้อเอชไอวีในภาคตะวันออกเฉียงใต้ตั้งแต่ปี 2544-2547 มีมารดาคลอดและได้รับการตรวจหาเชื้อเอชไอวี จำนวน 238,545 ราย และพบมีผู้ติดเชื้อ 4,099 ราย คิดเป็นร้อยละ 1.7 เมื่อแยกอัตราการติดเชื้อในมารดาแรกคลอดเป็นรายปี พบว่าปี 2545 มีอัตราการติดเชื้อสูงสุด คิดเป็นร้อยละ 1.9 ปี 2546 มีอัตราการติดเชื้อต่ำที่สุด คิดเป็นร้อยละ 1.4 (ตารางที่ 5)

ตารางที่ 6 แสดงจำนวนมารดาที่ติดเชื้อและได้รับยาต้านไวรัสเอชไอวี ในระยะก่อนและขณะคลอดในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ตั้งแต่ พ.ศ. 2544-2547

ปี	จำนวนมารดาที่คลอดบุตรและตรวจพบเชื้อเอชไอวี	มารดาได้รับยาต้านไวรัสในระยะก่อนและขณะคลอด	
		จำนวน	ร้อยละ
2544	1,088	990	91.0
2545	1,122	964	85.9
2546	887	765	86.3
2547	912	773	84.8
รวม	4,009	3,492	87.1

จำนวนมารดาที่ติดเชื้อและได้รับยาต้านไวรัสเอชไอวี ในระยะก่อนและขณะคลอดในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ตั้งแต่ พ.ศ. 2544-2547 จำนวนทั้งหมดที่ได้รับยาต้านไวรัสก่อนและขณะคลอด 3,492 ราย คิดเป็นร้อยละ 87.1 มากที่สุดคือปี 2544 ร้อยละ 91.0 รองลงไปคือปี 2546 ร้อยละ 86.3 และน้อยที่สุดคือปี 2547 ร้อยละ 84.8 (ตารางที่ 6)

ตารางที่ 7 แสดงจำนวนการคลอดทั้งหมดและจำนวนและร้อยละของเด็กเกิดมีชีพจากมารดาติดเชื้อเอชไอวี ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ตั้งแต่ พ.ศ. 2544-2547

ปี	จำนวนการคลอดทั้งหมด	จำนวนเด็กเกิดมีชีพจากมารดาติดเชื้อเอชไอวี	ร้อยละ
2544	64,320	1,104	1.7
2545	58,923	1,011	1.7
2546	61,776	895	1.5
2547	55,929	785	1.4
รวม	240,948	3,795	1.6

จำนวนการคลอดทั้งหมดและจำนวนและร้อยละของเด็กเกิดมีชีพจากมารดาติดเชื้อเอชไอวี ในภาคตะวันออกเฉียงใต้ ตั้งแต่ พ.ศ. 2544-2547 เด็กเกิดมีชีพจากมารดาติดเชื้อเอชไอวี ทั้งหมดมีจำนวน 3,795 ราย จากการคลอดทั้งหมด 240,948 ราย คิดเป็นร้อยละ 1.6 และมีเด็กเกิดมีชีพจากมารดาติดเชื้อเอชไอวี มากที่สุดในปี 2544 และ 2545 คิดเป็นร้อยละ 1.7 เท่ากันทั้ง 2 ปี และน้อยที่สุดคือปี 2547 ร้อยละ 1.4 ของจำนวนการคลอดในแต่ละปีนั้นๆ (ตารางที่ 7)

ตารางที่ 8 แสดงจำนวนและร้อยละของทารกเกิดมีชีพจากมารดาติดเชื้อเอชไอวีและทารกได้รับยาต้านไวรัสหลังคลอด และได้รับนมผงทดแทน ทั้งหมดในภาคตะวันออกเฉียงใต้ ตั้งแต่ พ.ศ. 2544-2547

ปี	ทารกแรกเกิดจากมารดาติดเชื้อเอชไอวี				
	ทั้งหมด	ได้รับยาต้านไวรัสหลังคลอด		ได้รับนมผงทดแทน	
2544	1,104	1,043	94.48 %	773	70.02 %
2545	1,011	981	97.03 %	778	76.95 %
2546	895	871	97.32 %	657	73.41 %
2547	785	773	98.47 %	629	80.13 %
รวม	3,795	3,668	96.65 %	2,837	74.76 %

จำนวนทารกแรกเกิดจากมารดาติดเชื้อเอชไอวีและได้รับยาต้านไวรัสหลังคลอด และได้รับนมผงทดแทน ทั้งหมดในภาคตะวันออกเฉียงใต้ ตั้งแต่ พ.ศ. 2544-2547 มีจำนวนทั้งหมด 3,797 ราย เป็นทารกแรกเกิดจากมารดาติดเชื้อเอชไอวีและได้รับยาต้านไวรัสหลังคลอด ทั้งหมด 3,668 ราย (ร้อยละ 96.65) และทารกแรกเกิดจากมารดาติดเชื้อเอชไอวีและได้รับนมผงทดแทนทั้งหมด 2,837 ราย (ร้อยละ 74.76) (ตารางที่ 8)

ผลการวิจัยในลำดับต่อไปเป็นการศึกษาสถานการณ์และปัญหาเด็กกำพร้าที่ได้รับผลกระทบจาก เอช ไอ วี / เอดส์ ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ: กรณีศึกษาในเขตจังหวัดชลบุรี โดยมีการเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งทางคุณภาพและปริมาณจากเด็กกำพร้าที่ได้รับผลกระทบจาก เอช ไอ วี / เอดส์ และผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสีย โดยได้ดำเนินการเก็บข้อมูลตั้งแต่เดือนมกราคม 2548 ถึง เดือนกันยายน 2548 ผลการวิจัยมีดังต่อไปนี้

1. ข้อมูลคุณภาพ

การศึกษาโดยรวบรวมข้อมูลคุณภาพด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึกกลุ่มตัวอย่างที่เป็นเด็กกำพร้าจากโรคเอดส์ที่ได้รับผลกระทบจำนวน 6 คน และ Focus Group Discussion ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ซึ่งแบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มเครือข่ายผู้ติดเชื้อ กลุ่มผู้ให้บริการภาครัฐ/เอกชน และกลุ่มผู้ให้บริการในวัฒนธรรมท้องถิ่นและชุมชน

1.1 การสัมภาษณ์เชิงลึกเด็กกำพร้าและเด็กที่ได้รับผลกระทบจาก เอช ไอ วี / เอดส์

จำนวน 6 คน

1.1.1 ผู้ถูกคุกคาม โดยครอบครัวผู้ติดเชื้อเอดส์ เด็กชายเจมส์ อายุ 11 ปี คุณแม่เสียชีวิตตอนอายุได้ 3 ขวบ เนื่องจากติดเชื้อ HIV และพออายุได้ 6 ขวบคุณแม่จึงบอกว่าตนเองติดเชื้อ HIV จากคุณแม่ แล้วคุณแม่ก็พามาอยู่ที่ศูนย์แห่งนี้ จริงๆ แล้วคนที่ออกความคิดที่จะให้ตนเองมาอยู่ที่ศูนย์แห่งนี้ก็คือ คุณอา เขาบอกกับตนเองว่า ที่นี้มีสระว่ายน้ำตนเองจึงมาเพราะตนเองเป็นคนชอบเล่นน้ำเป็นอย่างมาก ตอนที่อยู่ที่บ้าน ตนเองอาศัยอยู่กับคุณปู่ คุณย่าและพี่ชายที่บ้านหลังใหญ่ ส่วนน้องไปอยู่กับยายเพราะน้องไม่ได้ติดเชื้อ พอทุกคนรู้ว่าตนเองติดเชื้อ HIV ทุกคนก็เกลียดชัง ไม่เคยดูค่าหรือทำท่ารังเกียจ เพียงแต่ว่าตนเองจะไม่ค่อยได้เล่นกับลูกของเขาเพราะเขาไม่ให้เล่นด้วย แต่ตนเองก็ไม่รู้สึกน้อยใจอะไร ก็เล่นคนเดียว ปกติก็ไม่ได้ชอบเล่นคนเดียวหรอก แต่พอเขาห้ามไม่ให้เล่นกับคนอื่น ก็เลยเล่นคนเดียวจนชินแล้ว บางทีก็พุดอยู่คนเดียว ส่วนตัวแล้วก็ไม่รู้สึกอะไร เลยๆ ไม่น้อยใจอะไร ตนเองเคยย้ายโรงเรียนมา 4 โรงเรียนแล้ว เพื่อนๆ ที่โรงเรียนบางคนก็รู้ว่าตนเองติดเชื้อ เขาก็ไม่มีปฏิกิริยาอะไร ก็เล่นด้วยเหมือนเดิม บางวันหยุดเรียนก็ปั่นจักรยานไปหา ไปเล่นเกมบ้าง ไปซื้อขนมบ้าง ส่วนเพื่อนๆ ที่โรงเรียนปัจจุบัน เพื่อนก็ดีกับตนเอง ปกติที่ศูนย์นี้เขาให้เยี่ยมอย่างน้อยปีละครั้ง แต่ยายมาเยี่ยมปีละ 2 ครั้ง แล้วก็ไม่มีมาอีกเลย ตนเองเคยโทรศัพท์ไปหายาย ยายบอกว่าไม่มีเงินค่ารถมาบ่อยๆ คิดถึงตนและอยากให้กลับไปหา ส่วนตัวแล้วก็อยากกลับไปเยี่ยมบ้าน ทางศูนย์เขาก็อนุญาตให้ไป เพียงแต่เราต้องกินยาให้ตรงเวลา ต้องดูแลตัวเอง แต่เรื่องนี้ตนเองก็ไม่รู้สึกน้อยใจอะไร เพราะก็รู้ว่าคุณแม่ไม่ค่อยมีเงิน และอีกอย่างหนึ่งอยู่ที่นี้ก็สบายดี ไม่เหงา

เพื่อนเยอะ มีกิจกรรมให้ทำมากมาย เช่น ทำการ์ดอวยพร ช่วยกันทำความสะอาดบ้าน วันเสาร์ ก็จะมีการทำ Big Cleaning Day วันอาทิตย์ก็จัดไปเที่ยว ส่วนใหญ่ก็จะพาไปเที่ยวทะเล บางทีฝรั่งก็พาไปเที่ยวพญา บางครั้งที่ศูนย์ก็จัดเข้าค่ายเอง ไปกรุงเทพฯ อย่างเมื่อ 2-3 ปีที่แล้วก็พาไปที่กรุงเทพฯ ที่อิมแพค ร้องเพลงต่อหน้าท่านนายกฯ และสหประชาชาติ ได้เงินด้วย จากท่านนายกทักษิณคนละ 1,000 บาท ตนเองก็รู้สึกชอบและสนุกดีกับกิจกรรมแบบนี้ มีเพื่อนเยอะจากหลายๆ โรงเรียน ส่วนเรื่องของความฝันของตนเองที่อยากเป็นในอนาคต เมื่อโตขึ้นทีแรกก็อยากเป็นนักวิทยาศาสตร์ แต่ตอนนี้ไม่อยากเป็นแล้วเพราะมันยาก ต้องเรียนหนังสือเก่งๆ ตอนนี้ก็อยากเป็นหลายอย่าง มันก็เปลี่ยนไปเรื่อยๆ

1.1.2 ผู้ถูกคุมคาม โดยครอบครัวผู้ติดเชื้อเอดส์ เด็กชายสนุกอายุ 11 ปี อยู่โรงเรียนเทศบาลวัดกำแพง แม่ป่วยเป็นเอชไอวี หลังจากที่รู้ว่าแม่ป่วยเป็นเอชไอวีรู้สึกไม่ภาคภูมิใจเท่าไร ไม่มีการเปลี่ยนแปลงจากผู้คนรอบข้างเท่าไรเพราะไม่รู้ว่าแม่ป่วยเป็นเอชไอวี คอยดูแลแม่ให้กินยาตามเวลา เคยเข็ดตัวให้แม่เวลาที่ป่วยในบางครั้ง และญาติคอยดูแลดี และเคยว่าแม่บ้างในบางครั้ง เพื่อนและครูที่โรงเรียนไม่รู้ ฝันอยากเป็นวิศวกร อยากให้แม่อยู่นาน ๆ ช่วยให้แม่กินยาและไปหาหมอบ่อย ๆ อยากฝากให้สังคมให้โอกาสกับผู้ป่วยเอชไอวี ตอนที่แม่ป่วยเป็นเอชไอวี แม่โดนปลดออกจากที่ทำงานตอนนั้นลำบากมาก เพราะต้องเลี้ยงหนู และอยากให้แม่อยู่กับหนูนานๆ มียารักษาและไม่ต้องเจ็บป่วยอีก ถ้าถึงตอนที่แม่จากไปแล้วอยากให้หน่วยงานมาช่วยในด้านการศึกษา เพื่อจะได้ไม่เป็นภาระกับสังคมและช่วยเหลือตนเองได้

1.1.3 ผู้ถูกคุกคาม โดยครอบครัวผู้ติดเชื้อเอดส์ เด็กหญิงเจนนิเฟอร์ อายุ 13 ปี เรียนอยู่ระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 โรงเรียนแห่งหนึ่งในจังหวัดชลบุรี ตอนที่รู้ว่าคุณแม่ป่วยเป็นโรคเอดส์ ก็ไม่ได้กลัวอะไรเกี่ยวกับโรคนี้ เพราะเคยเรียนมาก่อน แต่สิ่งที่กลัวก็คือ กลัวแม่จะอยู่กับตนไม่นาน แต่ทุกอย่างก็เหมือนเดิมและรักคุณแม่มากขึ้น ในใจลึกๆ ก็กลัวเพื่อน ๆ จะรู้ ถ้าเพื่อน ๆ รู้ไม่แน่ใจว่าจะรับได้หรือเปล่า ทุกวันจะคอยดูแลแม่ให้กินยาตรงตามเวลา เวลาไม่สบายก็จะคอยดูแลไม่ห่าง ทำให้แม่สบายใจมากที่สุด ตนเองเคยเห็นพ่อแม่คนอื่นที่ติดเชื้อแล้วเสียชีวิต ลูก ๆ เขาก็ต้องไปอยู่กับญาติพี่น้อง หรือบางทีก็ต้องไปอยู่วัด เห็นแล้วสงสารมาก ตอนอยู่โรงเรียนเคยไปร่วมกิจกรรมกลุ่มกับเพื่อนนักเรียนคนอื่น ๆ ประมาณปีละครั้ง เพื่อน ๆ เขาก็เล่นด้วยเหมือนเดิม ความฝันของตนเองคือ จะเอาปริญญามาให้แม่ ที่เรียนอยู่ปัจจุบันก็ได้รับทุนการศึกษาจากราชประชาสมาสัย เป็นทุนต่อเนื่อง ซึ่งก็เพิ่งได้รับเป็นปีแรก และตนเองก็มีเรียนพิเศษด้วย เรียนคอมพิวเตอร์ เรียนภาษา ส่วนเรื่องค่าใช้จ่ายญาติพี่น้องก็ช่วยเหลือเรื่องค่าใช้จ่าย ตนเองเคยเขียนเรียงความฉบับหนึ่งเพื่อให้คุณแม่ มีใจความดังนี้ “เรื่องที่แม่เคยบอกกับหนู คือแม่ป่วยและต้องกินยาด้านไวรัส หนูสงสัยมากในเวลานั้น มาถึง

เวลานี้ หนูหมดสงสัยแล้ว หนูรู้เพียงอย่างเดียว แม่ต้องอยู่กับหนูตลอดไป หนูจะทำทุกอย่างให้แม่สบายใจและมีสุขภาพที่แข็งแรง และถึงเวลานั้น แม่ต้องมาถ่ายรูปกับหนูในวันนั้น รับปริญญา” ซึ่งตนเองเขียนให้แม่ และก็อยากฝากให้ทุกคนเชื่อฟังพ่อแม่ รักพ่อแม่มาก ๆ เรียนหนังสือมาก ๆ ไม่เที่ยวกลางคืนที่สำคัญต้องรักตัวเองมาก ๆ

1.1.4 ผู้ถูกคุกคาม โดยครอบครัวผู้ติดเชื้อเอดส์ เด็กชายอาร์ท อายุ 16 ปี เรียนอยู่ระดับชั้น ปวช.1 โรงเรียนแห่งหนึ่งในจังหวัดชลบุรี อาศัยอยู่กับคุณพ่อ คุณแม่ และตนเอง คุณพ่อ ไม่ได้บอกว่าติดเชื้อ แต่ตนเองเคยถามว่าคุณพ่อกินยาอะไร ทำไมเยอะจัง แล้วตนเองก็ไปค้นดูเพิ่มประวัติของคุณพ่อก็เลยรู้ว่าคุณพ่อติดเชื้อ ก็รู้สึกเฉยๆ รู้สึกเป็นห่วงพ่อกว่าหลังจากนั้นชีวิตก็ไม่มีอะไรเปลี่ยนแปลงเหมือนเดิม เพียงแต่ว่าต้องคอยดูแลคุณพ่อให้กินยาให้ตรงเวลา ตอนกลางวันก็ไปเรียนหนังสือ พอตอนกลางคืนก็ไปทำงาน โดยการไปเป็นเด็กปั๊มทำงานตั้งแต่เวลา 19.30 -24.00 น. ส่วนใหญ่แล้วเพื่อน ๆ ที่โรงเรียนจะไม่รู้ว่าคุณพ่อติดเชื้อ แต่ถ้าเพื่อน ๆ รู้แล้วเขาไม่คบด้วยหรือเขาแบ่งพรรคแบ่งพวก ตนเองก็คงเสียใจที่เขาไม่คบเรา เพราะสาเหตุนี้ ความฝันของตนเองอยากเป็นเจ้าของอู่ต่อรถ และเก็บเงินซื้อบ้านเพราะบ้านที่อาศัยอยู่ปัจจุบันนี้เป็นบ้านเช่า อยากทำงานช่วยเหลือพ่อแม่ อยากเรียนต่อ ก็อยากจะฝากถึงเพื่อน ๆ หรือบุคคลทั่วไป เวลาเที่ยวให้พอสมควร อย่าทำให้พ่อแม่ต้องหนักใจ ก็กินไว้ดีกว่าแก้ไขทีหลัง

1.1.5 ผู้ถูกคุกคาม โดยครอบครัวผู้ติดเชื้อ น.ส. ศิเสื่อ อายุ 18 ปี ย้ายมาอยู่ที่ศูนย์นี้ตั้งแต่อายุ 10 ขวบ รู้ว่าตนเองติดเชื้อ HIV ตอนอายุ 7 ขวบ โรงพยาบาลโทรศัพทมาแจ้งที่บ้านหลังจากที่แม่เสียชีวิตแล้ว หลังจากนั้นก็รู้ว่าตนเองก็ติดเชื้อจากแม่ ก็กลายเป็นคนเงียบๆ ไม่ค่อยพูดค่อยจาเหมือนเด็กปกติทั่วไป ไม่ค่อยเล่น แล้วก็ส่วนมากไม่ค่อยมีเพื่อน ส่วนคนอื่น ๆ คนที่อยู่รอบๆ บริเวณบ้านก็จะไม่เข้ามายุ่งด้วยเลย แม่แต่จับเนื้อต้องตัวเขาก็ยังไม่จับเลย แม่แต่พูดคุยเขาก็ยังไม่พูด เพราะว่าเขากลัว ซึ่งก่อนหน้านี้ตอนที่แม่ยังไม่เสียชีวิต ทุกคนก็จะยังไม่รู้ แต่พ่อแม่เสียชีวิต ทุกคนก็เริ่มรู้แล้วว่าตนเองติดเชื้อจากแม่ แล้วทุกคนก็เริ่มหนีห่าง แม้กระทั่งพี่ชายซึ่งแม่เดียวกันแต่คนละพ่อ แล้วก็ญาติๆ ป้าๆ ส่วนคุณพ่อเองก็ติดเชื้อเหมือนกัน แต่ปัจจุบันเสียชีวิตไปแล้ว ซึ่งตนเองก็ไม่ทราบประวัติแน่นอน เพราะไม่เคยเห็นหน้าพ่อเลย ตั้งแต่เกิดก็อยู่กับแม่ กับพี่ชาย กับป้าและยายมาตลอด มีพี่ชาย 4 คน อายุมากกว่าหลายปีประมาณ 7-10 ปี ตอนนั้นพี่ชายคนที่ 4 กำลังเรียนหนังสืออยู่ชั้นม.ปลาย ส่วนอีกสามคนก็แยกครอบครัวไปแล้ว และครอบครัวนี้เองที่ยุงและพูดไม่ให้พี่ๆ ของตนมายุ่งเกี่ยวกับตนเอง ทำให้ขาดความอบอุ่น ที่บ้านก็ยากจน ทำให้ต้องไปอาศัยบ้านของป้าอยู่เพียงลำพัง

บ้านของป้าจะมี 2 หลัง คุณป้ากับยายอยู่หลังหนึ่ง ตัวเองก็อยู่อีกหลังหนึ่ง ซึ่งก็ห่างกันไม่มากนัก ส่วนการดูแลตนเอง อยู่คนเดียวก็ทำอะไรเองหมดทุกอย่าง เวลากินข้าว ก็ไปอาศัย

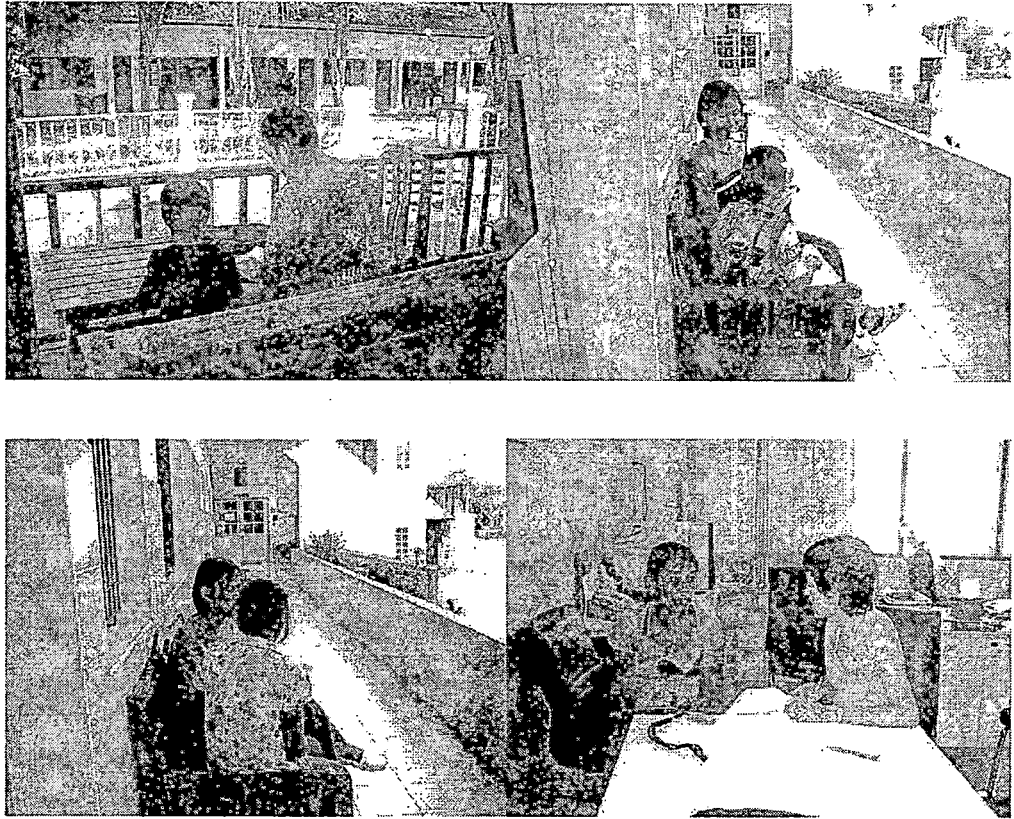
ข้าวที่วัดซึ่งเป็นวัดพุทธ มันเหมือนกับเด็กเร่ร่อน ส่วนพี่ชายทั้งสี่คนก็จะมาเยี่ยมบ้าง เดือนละครึ่ง พออยู่ไปสักพักหนึ่งก็มีประชาสงเคราะห์ของจังหวัดจันทบุรีเข้ามาให้การช่วยเหลือ ทำให้ได้เข้าไปอยู่กับป้า คืออยู่บ้านเดียวกัน แต่ป้าเขาก็ยังแยกงาน ชาม ข้าวของคนต่างหาก ป้าจะเตรียมอาหาร เอามาเทให้ แล้วก็ให้ไปกินไกลๆ ต่างหากคนเดียว ไม่ให้กินร่วมกับคนอื่นในบ้าน บางทีก็ให้เงินครั้งละ 3 บาท 5 บาท บ้าง แล้วแต่ ตอนนั้นทำให้ตนเองรู้สึกโดดเดี่ยว ตอนนั้นตนเองไม่มีเพื่อนเลย เด็กแถวนั้นส่วนใหญ่ก็จะจะเป็นเด็กผู้ชายส่วนมาก แล้วเวลาที่รวมญาติกัน พวกญาติๆ เขาก็จะทำทำรังเกียจ ทุกครั้งที่กลับบ้าน ญาติๆ และเพื่อนบ้านก็จะทักว่า “เอ๊ะ กลับมาแล้วหรือ ยัง ไม่ตายอีกหรือ ตั่งนานแล้วนะ” มันทำให้รู้สึกท้อแท้ กลับบ้านไปทีไรก็จะรู้สึกตลอดว่าที่นั่นไม่ใช่สังคมของเรา แต่ที่ศูนย์นี่คือสังคมของเรา แต่ปัจจุบันนี้เวลากลับบ้าน เพื่อนบ้านก็ไม่รังเกียจ ไปเล่นกับน้องๆ หลานๆ หรือพูดคุยกับเพื่อนๆ เขาก็ไม่รังเกียจแล้ว เพราะเมื่อก่อนจะเป็นแผลทั้งตัว ผิวขรุขระเหมือนกางคก ไม่น่ามองเลย แต่ตอนนี้ผิวดีขึ้นมากเลยเหมือนคนปกติทั่วไป ชุมชนเป็นชุมชนเล็กๆ ชนบทห่างไกลจากตัวเมือง ยังไม่มีความรู้เรื่องโรคนี้นัก เขาประเมินจากสภาพร่างกายมากกว่า เห็นว่าผิวพรรณดีแบบนี้ ก็คิดว่าหายแล้ว เขาก็ปฏิบัติกับเราดีขึ้น แต่ในความจริงอยากให้คนในสังคมมีความรู้เรื่องโรคนี้นักขึ้น มีความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคนี้ ผู้ติดเชื้อก็จะสามารถอยู่ร่วมกับคนอื่นๆ ในสังคมได้

ในด้านการศึกษา ตอนที่รู้ว่าตัวเองติดเชื้อ HIV ก็เข้าโรงเรียนแล้ว แต่เข้าได้ไม่ถึงเดือน ผอ.คนใหม่ที่ย้ายมาอยู่ที่ไล่ออก เขาให้เหตุผลว่า ถ้าไม่ออก ผู้ปกครองคนอื่นๆ ก็จะเอาเด็กของเขาออก ซึ่งจะทำให้โรงเรียนของเขาไม่มีคนเรียน ก็เลยออกจากโรงเรียนและไม่ได้เรียนหนังสืออีกเลยจนอายุ 10 ขวบ ก็ย้ายมาอยู่ที่ศูนย์นี้ ก็ได้เรียนที่ กศน. จนจบป.6 หลังจากนั้นก็ได้ไปศึกษาต่อระดับมัธยมศึกษาที่ โรงเรียนแห่งหนึ่งในอำเภอบ้านฉาง จนจบชั้นม.3 ปัจจุบันกำลังศึกษาอยู่ชั้นปวช. ชั้นปีที่ 1 ส่วนใหญ่เพื่อนหรือครูก็จะรู้ว่าตนเองอยู่ที่ศูนย์นี้เพราะเป็นเด็กกำพร้า ไม่รู้ว่าติดเชื้อ แต่มีเพื่อนคนหนึ่งซึ่งกล้าบอกความจริง ก็เริ่มบอกกับเขาว่า “เรามีเรื่องสำคัญจะบอกเธอนะ เราติดเชื้อเอดส์” เพื่อนบอกว่า “ถึงเธอจะติดเชื้อเราก็ยังเป็นเพื่อนกันได้ ไม่เห็นเป็นไรเลย คนที่ติดเชื้อก็อยู่ร่วมกับคนอื่นได้” ซาบซึ่งมากเลยที่ได้ยินเพื่อนพูดแบบนี้กับเพื่อนคนนี้ปัจจุบันก็ยังติดต่อกันอยู่ ส่วนมากจะโทรศัพท์ไปคุย บางทีก็มาเยี่ยม

เรื่องความฝันหรือความต้องการในอนาคตข้างหน้า แດ่อยากให้ทางบ้านยอมรับและเข้าใจให้ถูกต้องว่า เอดส์หรือ HIV ไม่ได้ติดต่อกันได้ง่ายๆ เพียงแค่การสัมผัส หรือทางน้ำลายหรือหายใจร่วมกันก็ติดแล้ว อยากให้เขาเข้าใจมากกว่านี้ แล่ก็อยากให้สังคมภายนอกเข้าใจเรา เข้าใจผู้ติดเชื้อมากขึ้นกว่านี้ เพื่อที่ผู้ติดเชื้อจะได้มีกำลังใจที่จะอยู่ในโลกนี้ต่อไป เพราะถ้าเขาไม่ได้รับกำลังใจจากทุกคนในศูนย์นี้ เป็นกำลังใจซึ่งกันและกัน ทำให้เรารู้สึกขึ้นสู่วิถีชีวิตเราต้องสู้ไปอีกนาน ไม่ใช่หยุดอยู่แค่นี้ ตายไปก็ไม่อะไรดีขึ้น คนที่รู้จักเราอาจจะร้องไห้อยู่

2-3 วัน แล้วเขาก็ลืม แต่ถ้าเราอยู่ เราจะทำให้เขาเห็นเลยว่าเรามีสุขภาพดี อ้วนท้วนสมบูรณ์ มีชีวิตอยู่ได้ยืนยาว

1.1.6 ผู้ถูกคุกคาม โดยครอบครัวผู้ติดเชื้อเอชไอวี ค.ช. อู๋ อายุ 14 ปี ในระยะแยกไม่ทราบ จนกระทั่งแม่และพ่อเสียชีวิตหมด จึงต้องมาอยู่ในศูนย์นี้ ถึงทราบว่าพ่อ แม่ รวมทั้งตนเองติดเชื้อ HIV สำหรับเหตุการณ์หลังการติดเชื้อ เริ่มจากพ่อแม่มีอาชีพขายทอง ต่อมาพ่อป่วยโดยแม่บอกว่าพ่อเป็นโรคหัวใจ หลังจากนั้นพ่อได้ไปบวชเป็นพระและเสียชีวิตขณะบวชด้วยโรคหัวใจ ตามแม่บอก เมื่อพ่อเสียชีวิตแล้วแม่ไปมีสามีใหม่ ทำอาชีพสกรีนเสื้อผ้า และแยกทางกันในที่สุด คงเหลือตนเองกับแม่สองคน ซึ่งต้องเดินทางไปหลายจังหวัดตามแม่ แต่แม่ไม่อยากให้ไปด้วย อยากให้อยู่กับยายแต่ตนเองไม่เชื่อ จนกระทั่งแม่ป่วยทำงานไม่ได้ก็ย้ายมาอยู่กับยายที่บ้านยาย และก็ต้องออกจากโรงเรียนเมื่ออายุได้ 9 ปี เพื่อมาคอยดูแลแม่ เมื่อแม่เสียชีวิตได้อยู่กับยายมาระยะหนึ่งแต่รู้สึกไม่ชอบเพราะยายดุ และชอบห้ามทำในสิ่งที่ตนเองชอบ เช่น ห้ามกินของแสดง พวกไก่ย่าง ตับย่าง ลูกชิ้นเนื้อ ยายบอกว่าจะทำให้ตนโอบามากขึ้นในระยะแรกก็ไม่ทราบว่ายายห้ามของแสดงเพราะหวังดีกับตน และก็รู้สึกเสียใจที่ต้องเสียพ่อ กับแม่ไป บางครั้งก็รู้สึกโกรธพ่อและแม่ที่ทำไมให้ตนเองต้องเป็นอย่างนี้ เริ่มรู้สึกว่าสังคมภายนอกไม่ปลอดภัยและมีคนรังเกียจคนติดเชื้อ ดังนั้นจึงขอมาอยู่กับลุงซึ่งเป็นพี่ชายของพ่อ วันหนึ่งๆ ก็ไม่ได้ทำอะไร รอพวกน้องๆ ซึ่งเป็นลูกของลุงกลับบ้านจะได้เล่นด้วยกัน ลุงกับป้า น้ำก็ดูแลอย่างดี ไม่มีใครแสดงอาการรังเกียจ ต่อมาน้ำและลุงได้แนะนำให้มาอยู่ศูนย์นี้เพราะจะได้เรียนหนังสือ มียาให้รับประทานเพื่อรักษาโรคปอด จึงมาอยู่จนถึงปัจจุบันนี้ โรงเรียนที่เรียนอยู่ให้ความรักและการดูแลเอาใจใส่เป็นอย่างดี ไม่แยกเด็กปกติกับเด็กติดเชื้อ เพียงแต่แนะนำในการป้องกันการติดเชื้อ คือ ถ้ามีแผลอย่าไปสัมผัสเพื่อนที่เป็นแผลด้วยกันเพราะเชื้อจะเข้าทางบาดแผลได้ ส่วนเพื่อนๆ ในโรงเรียนเล่นกันได้อย่างสนุกสนาน ส่วนเรื่องของความฝันและความต้องการในอนาคต ตนเองอยากเป็นครูสอนศาสนาเพราะได้บุญ



ภาพที่ 1 การสัมภาษณ์เชิงลึกเด็กกำพร้าและเด็กที่ได้รับผลกระทบจากโรคเอดส์

1.2 Focus Group Discussion และ การสัมภาษณ์เชิงลึกผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย จำนวน 3 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มเครือข่ายผู้ติดเชื้อ กลุ่มผู้ให้บริการภาครัฐและเอกชน และกลุ่มผู้ให้บริการในวัฒนธรรมท้องถิ่นและชุมชน

1.2.1 กลุ่มเครือข่ายผู้ติดเชื้อภาคตะวันออก (ผู้นำเครือข่ายฯ จำนวน 7 คน)
 เครือข่ายผู้ติดเชื้อในเขตภาคตะวันออก เริ่มต้นมาจากการที่เป็นผู้ติดเชื้อเอง และไปรับยา ได้พบกับผู้มารับยาคนอื่นๆ และได้รับการชักชวนให้มาทำงานอาสาสมัครเพื่อช่วยเหลือผู้ติดเชื้อคนอื่นๆ ให้ได้รับยาและได้รับการตรวจตามที่ควรจะได้ จึงได้มาทำงานในศูนย์ช่วยเหลือผู้ติดเชื้อและทำงานประสานกัน ซึ่งศูนย์ต่างๆ กระจายตัวอยู่ตามชุมชนที่มีผู้ติดเชื้ออยู่มาก

การจัดบริการด้านสุขภาพให้แก่เด็ก

- มีการจัดกิจกรรมให้กับเด็กกำพร้าจากเอดส์ และเด็กกำพร้าจากสาเหตุอื่นๆ โดยจัดกิจกรรมการเข้าค่ายให้แก่เด็กในช่วงปิดเทอม ทำเป็นประจำ
ค่ายธรรมะ ค่ายยาเสพติด จัดกิจกรรมศิลปะ เช่น การเพนท์ผ้า ดอกไม้ หรือตุ๊กตา ประดิษฐ์ กิจกรรมจักสาน เป็นต้น
- เป็นตัวกลางในการประสานงานกับโรงพยาบาลต่างๆ เรื่องการรักษาโรค การส่งต่อ และการติดตามเยี่ยมบ้าน
- ประสานงานเรื่องการขอทุนการศึกษาสำหรับเด็ก ตามแหล่งทุนต่างๆ ซึ่งส่วนมากจะติดต่อผ่านมาที่สำนักควบคุมโรค (สคร.) เขต 3
- รับบริจาคเสื้อผ้า อุปกรณ์เครื่องใช้ต่างๆ ซึ่งรับบริจาคมาจากมูลนิธิ สคร. เจ้าหน้าที่ศูนย์ รับบริจาคจากโรงเรียน
- ประสานงานขอทุนช่วยเหลือพ่อแม่เด็ก เช่น จากศูนย์เฉลิมพระเกียรติ ทุนเพื่อการประกอบอาชีพ (รายละเอียด 5,000 บาท) ทุนจากอบต. มูลนิธิศุภนิมิตฯ โดยมีเกณฑ์ในการพิจารณา ได้แก่ ฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัว การเข้าร่วมกิจกรรมของกลุ่ม โดยประสานงานรวบรวมรายชื่อส่งให้นายอำเภอเป็นผู้พิจารณา
- ขอนมผงสำหรับเด็กเล็กให้แก่ครอบครัวผู้ติดเชื้อที่ยากจน โดยขอจาก สสจ. ศูนย์วิจัยโรคเอดส์ ศูนย์อนามัยแม่และเด็ก แต่อาจจะไม่เพียงพอ ซึ่งพ่อแม่ต้องรับผิดชอบเองต่อไป
- การหาอาชีพเสริมให้แก่พ่อแม่เด็ก เช่น ทำการบูร เทียนหอม ดอกไม้แห้ง นวดสอน เป็นกลุ่ม กลุ่มละ 10 - 20 คน โดยได้รับความอนุเคราะห์วิทยากรจากศูนย์ศุภนิมิตฯ กรมพัฒนาฝีมือแรงงาน
- ประสานงานขอทุนช่วยเหลือในการประกอบอาชีพเดิม จากองค์กรและมูลนิธิต่างๆ อบต. ให้เงินลงทุนเพิ่ม หรือช่วยเหลือหาอาชีพใหม่
- การให้บริการหญิงตั้งครรภ์ ได้แก่ การเป็นที่ปรึกษาเรื่องดูแลสุขภาพ แนะนำฝากครรภ์ และแนะนำเรื่องการรับยา AZT เมื่ออายุครรภ์ครบ 28 สัปดาห์ เป็นต้น

ปัญหาของเด็กที่พบ

- ป่วยและเสียชีวิตจากการติดเชื้อ HIV ผู้ปกครองบางรายปฏิเสธไม่ให้ลูกเข้ารับการรักษา
- ปัญหาด้านจิตใจ ได้แก่ ถูกเพื่อนล้อเลียน ตั้งข้อรังเกียจ ครมึทำที่รังเกียจ
- มีปัญหาเรื่องผู้ดูแลเด็ก เนื่องจากไม่มีการจัดอบรมให้ความรู้แก่อาสาสมัครและแกนนำ ทำให้อาสาสมัครขาดข้อมูลเกี่ยวกับเด็ก ทำให้ดูแลได้ไม่เต็มที่ ไม่ถูกต้อง ขาดความ

ต่อเนื่อง และส่งผลให้เด็กกินยาไม่ต่อเนื่อง

- ครอบครัวของเด็กถูกรังเกียจจากเพื่อนบ้าน และชุมชน พ่อแม่ไม่กล้าบอกลูกว่าตัวเองติดเชื้อ หรือลูกติดเชื้อ
- ปัญหาเรื่องการมีเพศสัมพันธ์ของเด็กโต ช่วงอายุ 12-14 ปี ซึ่งเป็นเด็กที่ติดเชื้อส่วนมากจะพบในเด็กที่ไม่ได้เรียนหนังสือ ตัวเด็กเองจะรู้วิธีป้องกันการติดเชื้อมีความรู้เรื่อง โรคเอดส์กันพอสมควร แต่ยังไม่มีความเข้าใจหรือเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องรับผิดชอบดูแลในเรื่องนี้อย่างจริงจัง
- ปัญหาในการให้ทุนเด็ก เช่น ข้อกำหนดของทุนต้องให้ครูเป็นผู้เปิดบัญชีเงินฝากให้กับเด็กที่จะได้รับทุน บางครั้งครูไม่เข้าใจปัญหาเด็ก รังเกียจ และเอาไปพูดต่อทำให้เด็กถูกรังเกียจจากเพื่อน ทำให้เด็กไม่ยอมต้องเปิดเผยตัวว่าเป็นเด็กกำพร้าจากการที่พ่อหรือแม่เสียชีวิตจากโรคเอดส์ จึงสละสิทธิ์ทุนกันหลายคน อาสาสมัครให้การช่วยเหลือโดยช่วยแก้ไขปัญหาลูกเบื้องต้น โดยเป็นผู้ส่งรายชื่อเด็กให้เจ้าของทุน ส่วนรายชื่อครูที่จะเปิดบัญชีเงินฝาก อาสาสมัครดำเนินการให้ภายหลัง
- องค์กรที่เกี่ยวข้องให้ความช่วยเหลือแก่เด็ก ได้แก่ มูลนิธิราชประชาฯ สคร. มูลนิธิศุภนิมิตร อบต. เทศบาล ส่วนใหญ่ถ้าขอความช่วยเหลือ หรือขอความร่วมมือต่างๆ ทุกหน่วยงานจะยินดีให้ความช่วยเหลือ ส่วนใหญ่จะช่วยเหลือในเรื่องเงิน และอุปกรณ์ แต่เรื่องของบุคลากรยังไม่มี
- ปัญหาเรื่องการให้ข้อมูลแก่ผู้ดูแลเด็กในการเยี่ยมบ้าน เริ่มจากการทำกิจกรรมกลุ่มในโรงพยาบาล จากนั้นจึงติดตามเยี่ยม โดยขออนุญาตจากผู้ติดเชื้อเพื่อติดตามเยี่ยมและให้ความช่วยเหลือต่อที่บ้าน การเยี่ยมโดยไปเป็นกลุ่มไม่ดี เนื่องจากเป็นจุดเด่นให้คนอื่นในชุมชนสังเกตได้ง่าย และสงสัยว่าบ้านนี้มีความผิดปกติอะไร ซึ่งผู้ติดเชื้อจะถูกรังเกียจจากเพื่อนบ้านและชุมชน และผู้ติดเชื้ออาจจะปฏิเสธการรักษา การรับความช่วยเหลือในรูปแบบอื่นๆ เช่น นมผง อาสาสมัครช่วยแก้ไขปัญหา โดยการโทรศัพท์นัดล่วงหน้า บอกวันเวลาให้ชัดเจน ให้การช่วยเหลือในรูปแบบของสิ่งของต่างๆ เป็นต้น

การพิทักษ์สิทธิเด็ก

- อาสาสมัครและหน่วยงานจะเก็บข้อมูลเด็ก ไว้เป็นความลับ ไม่เปิดเผยกับผู้อื่น โดยเด็ดขาด เนื่องจากเกรงว่าจะกระทบกระเทือนจิตใจเด็ก จะเปิดเผยในกรณีที่เด็กยินยอม และเป็นประโยชน์แก่ตัวเด็กเท่านั้น

ปัญหาและอุปสรรคในการทำงาน

- ระยะเวลาในการเยี่ยมบ้านบางครั้งไกล เป็นทางลำบาก และมีสุนัขมาก อาสาสมัครไม่มีรถส่วนตัว การเดินทางลำบาก และไม่สามารถเบิกค่าเดินทางได้

- การติดต่อประสานงานกับหน่วยราชการและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องมีความล่าช้า เพราะต้องขออนุญาตผู้ปกครองก่อนทุกครั้ง บางครั้งหนังสือจากทางราชการมาช้า หรือเป็นเรื่องเร่งด่วน ทำให้ส่งเรื่องกลับไปไม่ทัน เด็กไม่ได้รับความช่วยเหลือ หรือได้รับค่าเช่า
- ปัญหาเรื่องทัศนคติของเพื่อนบ้านและชุมชนต่อครอบครัวผู้ติดเชื้อและตัวเด็กเอง ทำให้อาสาสมัครติดต่อประสานงาน และให้ความช่วยเหลือลำบาก
- ปัญหาเรื่องการเยี่ยมบ้าน อาสาสมัครไม่ใช่คนพื้นที่ ไม่รู้ที่ตั้งบ้าน เสียเวลาเดินทาง บางครั้งโดนสุนัขกัด ที่อยู่ไม่ชัดเจน และผู้ติดเชื้อปกปิดข้อมูลเพราะไม่ยอมให้เยี่ยม
- การรับยาสามารถใช้สิทธิ์ 30 บาทได้ แต่ขอรับบริจาคเงินแทน บางครั้งขอให้บริจาคสูงมากถึง 3,000 บาท ต่อคน ทำให้ผู้ติดเชื้อไม่ได้รับยา หรือได้รับยาล่าช้าและต้องรอคิวนาน
- ห้องบริการสำหรับผู้ที่มารับยาของโรงพยาบาลค่อนข้างคับแคบ อากาศถ่ายเทไม่สะดวกเจ้าหน้าที่พูดจาไม่ดี
- อาสาสมัครทำงานร่วมกับเจ้าหน้าที่ เมื่อผู้ติดเชื้ออาการดีขึ้นจะให้บริการไม่ดี ไม่อำนวยความสะดวกให้ผู้ติดเชื้อ
- ทางโรงพยาบาลมีการปรับเปลี่ยนแพทย์ผู้ดูแลผู้ป่วยบ่อย ทำให้ขาดความต่อเนื่อง อาสาสมัครจะรู้สึกท้อใจที่ทำให้ผู้ติดเชื้ออาการแย่ลง หรือเสียชีวิตก่อนเวลาอันควร

การพัฒนาบุคลากร

- มีการให้ความรู้แก่บุคลากรและอาสาสมัครซึ่งกันและกัน เพื่อจะได้ให้การดูแลเด็กได้อย่างถูกต้องเหมาะสมและต่อเนื่อง
- มีการพัฒนาความรู้ของตนเอง เช่น ศึกษาศัพท์ทางแพทย์ ภาษาอังกฤษ เพื่อสื่อสารกับเจ้าหน้าที่ได้เข้าใจมากขึ้น

1.2.2 กลุ่มผู้ให้บริการภาครัฐและเอกชน (พยาบาล 2 คน นักสังคม

สงเคราะห์ 3 คน ผู้บริหารบ้านสงเคราะห์ 1 คน เจ้าหน้าที่บ้านสงเคราะห์ 1 คน และเจ้าหน้าที่ NGO 1 คน)

กลุ่มผู้ให้บริการภาครัฐ ได้แก่ พยาบาล 1 คน ทำงานในหน่วยดูแลสุขภาพและให้คำปรึกษาผู้ติดเชื้อในโรงพยาบาลศูนย์ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ นักสังคมสงเคราะห์ 3 คน ทำงานที่โรงพยาบาลศูนย์ฯ สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ จังหวัดชลบุรี และสำนักงานควบคุมโรคที่ 3 กลุ่มผู้ให้บริการภาคเอกชน ได้แก่ พยาบาล ผู้บริหารบ้านสงเคราะห์ และเจ้าหน้าที่บ้านสงเคราะห์ ทำงานในศูนย์คามิลเลียน โซเชียล เซ็นเตอร์ จังหวัดระยอง (Camillian Child Care Center Rayong) และเจ้าหน้าที่ NGO ทำงานเป็นประธานชมรม

ทานตะวันบ้านบึง รับผิดชอบประสานงานระหว่างส่วนกลางกับหน่วยงานต่างๆ ที่ให้ความช่วยเหลือผู้ติดเชื้อและครอบครัว จากการประชุมแลกเปลี่ยนประสบการณ์ได้ข้อสรุปดังนี้

การจัดบริการด้านสุขภาพให้แก่เด็ก

- ในส่วนของแนวทางการรักษาของโรงพยาบาลศูนย์ฯ ซึ่งเด็กที่เข้ามาับการรักษานี้ จะแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ติดเชื้อแล้ว แล้วเข้ามารับยาต้านไวรัส และอีกกลุ่มที่ได้รับเชื้อจากการถ่ายทอดจากแม่สู่ลูก ซึ่งแม่ก็ติดเชื้อ HIV ทางเราจะติดตามว่าเด็กคนนั้นติดเชื้อหรือไม่ โดยการที่เราจะติดตามทุกๆ 2 เดือนเพื่อดูพัฒนาการของเด็กและดูแลให้วัคซีน และก็จะมีการเจาะเลือดโดยการเจาะเลือดตรวจหาเชื้อไวรัสด้วยวิธี PCR ซึ่งได้รับเงินสนับสนุนจากทางโรงพยาบาล ตรงนี้คนไข้จะไม่เสียค่าใช้จ่ายใดๆ ทั้งสิ้น
- เด็กทุกคนที่เกิดจากพ่อแม่ที่มีผลเลือด positive แล้วเด็กเจ็บป่วย ก็จะเจาะเลือดเลยตั้งแต่อายุ 2 เดือน โดยการเจาะเลือดตรวจหาเชื้อไวรัสด้วยวิธี PCR และอายุ 4 เดือน และก็จะติดตามไปเรื่อยๆ จนกระทั่งเด็กอายุ 1 ขวบ ถ้าผลเลือดเป็น negative จึงจะ discharge ออกจากคลินิก
- มีทีมเวชปฏิบัติ มีการเยี่ยมบ้านทุกเดือน มีการประเมินเป็นทีม และมีประวัติแต่ละครอบครัว ทำงานเป็นระบบ และทางด้านแพทย์จะดูแลด้านสุขภาพไป ทางทีมเจ้าหน้าที่ก็จะดูแลเรื่องจิตสังคม
- เด็กทุกคนในศูนย์คามิเลียน ได้รับยาเพื่อป้องกันโรคติดเชื้อฉวยโอกาส เมื่อภูมิคุ้มกันตกลง จะมีการเจาะเลือดติดตามทุก 6 เดือน มีการฉีดไวรัสโหลด โดยได้รับทุนสนับสนุนจากศูนย์ร่วมมือไทยสหรัฐ ครั้งละ 20 คน ปีละ 2 ครั้ง สามารถตรวจสอบได้ว่าไวรัสโหลดจากกระแสเลือดของเด็กมีมากขึ้นเท่าไร และมาเทียบกับ CD4 ถ้าไวรัสขึ้น CD4 ลดลงแสดงว่าเด็กคือยาต้านไวรัส ก็จะแจ้งแพทย์ให้มาดูแลและปรับยาต่อไป
- ศูนย์คามิเลียน และหน่วยดูแลผู้ติดเชื้อของโรงพยาบาลศูนย์ฯ ให้บริการ และงานสังคมสงเคราะห์ให้คำปรึกษาพ่อแม่ เรื่องการดูแลเด็กและสงเคราะห์เฉพาะหน้า เป็นเครือข่ายช่วยเหลือพ่อแม่เด็ก รวมทั้งให้การดูแลตั้งแต่สุขภาพอนามัยพื้นฐาน ทั้งเด็กและผู้ใหญ่ให้การดูแลเหมือนกัน เด็กก็ได้รับยาต้านไวรัส ถ้าเจ็บป่วยก็รักษาตามอาการ
- มีตารางเวลาในการปฏิบัติตัว และการกินอาหาร มีการให้เด็กออกกำลังกายมีฟิตเนส วิ่ง และปั่นจักรยาน มีการใช้ชีวิตโดยการเข้าโบสถ์เพราะที่นี่เป็นศาสนาคริสต์ เด็กที่เข้ามาต้องมีการล้างบาป มีการเข้าวัดสวดภาวนาตอนเช้า ก่อนกินข้าว
- ในส่วนของ NGO ประสานกับเครือข่ายที่ให้นมผง อาหารเสริม และประชาสัมพันธ์ สวัสดิการสังคม สวัสดิการแรงงาน ค่าครองชีพ ทำค่ายให้กับเด็ก ให้

เด็กพบปะกับเพื่อนให้ลิ้มเรื่องที่เป็นปัญหาของตนเอง และประสานงานกับกรมควบคุมโรค ขยายโอกาสทางการศึกษาของเด็ก

ปัญหาของเด็กที่พบ

- ในศูนย์คามิลเลียนที่ให้การดูแลเด็ก เด็กมักจะมีปัญหาเรื่องการปรับตัว คือเด็กที่มาใหม่ ตัวโตกว่า หรือบางคนมาจากต่างจังหวัดก็ต้องปรับตัวเข้ากับเพื่อนๆ ก็ต้องใช้การพูดคุย การให้ข้อมูล สร้างความคุ้นเคย จัดกิจกรรมกลุ่มให้เด็กได้พบปะพูดคุยกัน
- ส่วนใหญ่เด็กที่มาอยู่ที่ศูนย์ฯนี้เพราะถูกญาติพี่น้องรังเกียจ จึงต้องมาอยู่ที่นี่
- นักสังคมสงเคราะห์พบปัญหาส่วนนี้เหมือนกันคือ ถ้ายังเล็กๆ อยู่ก็จะเป็นปัญหาการดูแลเด็กไม่ดี ไม่มีคุณภาพ พ่อแม่ไม่มีเวลาดูแลไปให้ป่วยตายายเลี้ยงดูซึ่งแก่แล้ว บางทีฐานะยากจน เด็กไปโรงเรียนบ้างไม่ไปบ้าง อาหารการกินไม่ดี การเจริญเติบโตช้า มีปัญหาทางด้านพัฒนาการ หรือพัฒนาการไม่สมวัย ปัญหาของเด็กโต จะเริ่มรับรู้ปัญหาของครอบครัว เริ่มรู้ว่าพ่อแม่คิดเชื่อ รู้ว่าตัวเองเป็นเด็กกำพร้าทางโรงเรียนก็เริ่มรู้แล้ว ทำให้กระทบต่อจิตใจ ไม่มีความสุขเท่าที่ควร จะเป็นเด็กซึมเศร้าบ้าง และก็เป็นเด็กเก็บกด บางครั้งก็จะไม่ไปโรงเรียน ซึม ไม่สนุกสนานร่าเริง ไม่อยากร่วมกิจกรรมที่โรงเรียนกับเพื่อนๆ ไป รู้สึกตัวเองมีปมด้อย บางรายมีอาการท้อแท้
- ปัญหาด้านสังคม เด็กก็จะไม่รับการศึกษาเท่าเทียมกับเด็กอื่นเนื่องจากยากจน และไม่อยากมีสังคมกับเพื่อนคนอื่นๆ ถ้าเป็นเด็กที่คิดเชื่อด้วยก็จะมีปัญหาด้านสุขภาพด้วย ก็จะมีเพื่อน หรือแม้แต่ครูบางคน แสดงท่าทางรังเกียจ พอมีปัญหาด้านสุขภาพ ไม่อยากเรียนหนังสือแล้ว และตามตัวเป็นแผล ก็ต้องเริ่มกินยาพอกินยาไปเรื่อยๆ จนอายุ 16-17 ปี ก็หมดยาที่จะรักษาก็ต้องเสียชีวิตไป
- เด็กหลายคนที่คุณพ่อหรือแม่คิดเชื่อ และตัวเองคิดเชื่อหรือไม่คิดเชื่อมักพบว่ามีปัญหาด้านจิตใจ เป็นคนที่อ่อนแอ และคิดฆ่าตัวตาย ต้องคอยตามหมอมจิตเวชจากโรงพยาบาล ชลบุรีมาดูแล เช่นเวลาเด็กไปโรงเรียนแล้วเพื่อนไม่เล่นด้วยเด็กก็จะเครียดเวลากลับมาก็ไม่ค่อยพูดกับใครและจะไม่ไปเรียนเลย เราก็จะต้องร่วมกันแก้ไขคอยถามเด็กอยู่ตลอดเพื่อให้เด็กหายเครียดและบอกให้เข้าใจถึงลักษณะที่เป็นอยู่และหาวิธีการแก้ปัญหาให้เด็ก
- ปัญหาเด็กเข้าเรียนชั้นอนุบาล ครูก็จะแจ้งว่าพ่อแม่ผู้ปกครองคนอื่นไม่ให้เด็กเข้า ไม่ให้เด็กมาเรียน กรณีนี้พาเด็กไปเข้าที่ไหนก็จะลำบาก โรงเรียนไม่ยอมรับเด็กไว้ ตอนนี้ก็จะไปให้ความรู้และประชุมปรึกษากับทางโรงเรียนว่าในกรณีนี้ควรทำอย่างไร ทั้งสังคมสงเคราะห์ NGO และเจ้าหน้าที่บ้านสงเคราะห์เด็กก็จะคอยประสานงานกันตลอด ในชั้นอื่นสามารถเรียนได้ เฉพาะอนุบาลเท่านั้นที่ไม่สามารถเรียนได้

- ปัญหาที่เจออยู่ในกลุ่มวัยรุ่น เป็นปัญหาที่เด็กเริ่มโต เริ่มรู้ข่าวสารข้างนอกแล้วเด็กเริ่มมีคำถามว่า เขาเป็นอะไร กินยาทำไม เมื่อไรจะหาย บางทีอายุเริ่ม 7-8 ขวบก็จะถามแล้วที่นี้ก็ต้องเตรียมความพร้อมของพ่อแม่และผู้ดูแลทั้งหมด คุยกับคุณหมอ เพื่อความพร้อมว่าต้องรักษาและทำตัวอย่างไร
- ยาที่เด็กติดเชื่อต้องรับประทานต่อเนื่องเป็นประจำเม็ดใหญ่ และยาขม เป็นปัญหามากก็จะแก้ไขเป็นรายๆ ไป ยาบางตัวขมกินแล้วอาเจียน ก็ต้องผสมน้ำหวาน
- ปัญหาเกี่ยวกับเรื่องเพื่อน ไม่ยอมรับหรือสังคม ไม่ยอมรับยังมีอยู่และพบเห็นได้เป็นประจำ ชุมชนผู้คนที่แวดล้อม ไม่ยอมรับ ทำให้เด็กเด็กบางทีเขาขาดความมั่นใจที่จะอยู่ในสังคมหรือชุมชนนั้น

การพิทักษ์สิทธิเด็ก

- การพิทักษ์สิทธิเด็ก เกี่ยวข้องกับเรื่อง พ.ร.บ.คุ้มครองเด็ก ใน พ.ร.บ. จะมีเรื่องของมาตรฐานในการเลี้ยงดูเด็ก ในเรื่องคุ้มครองเด็กไม่ให้มีการถูกทอดทิ้ง ทารุณกรรมเด็ก
- เครื่องข่ายจะเป็นผู้เน้น มีการอบรมแกนนำและฝากทางเครือข่าย ให้ปรึกษาเกี่ยวกับการร้องเรียน ปรึกษาปัญหาต่างๆ เด็กถูกทำร้าย ถูกทำทารุณกรรม ไม่ได้รับการดูแลจากพ่อแม่ พ่อแม่ก็จะมีความผิด ก็จะให้ความรู้กับแกนนำ และเคยให้แกนนำไปทวงถามสิทธิตรงนี้เพราะบางครอบครัวซึ่งไม่ยอมทำหน้าที่ตรงนี้ ก็ได้ผลดีขึ้น พ่อแม่ก็ดูแลลูกมากขึ้น
- มีการประชาสัมพันธ์หน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งหมด โดยเฉพาะเน้นที่โรงเรียนและชุมชน ไม่ว่าจะ เป็น อบต. เทศบาล ก็จะบอกเขา เพราะว่ามีหน้าที่รับผิดชอบโดยตรง เกี่ยวกับเรื่องพิทักษ์สิทธิเด็กทุกกลุ่มเป้าหมาย และเด็กที่ได้รับผลกระทบจากเอดส์เป็นเด็กที่อยู่ในกลุ่มที่ต้องได้รับคุ้มครองตาม พ.ร.บ.
- มีการห้ามไม่ให้ถ่ายรูป หรือถ่ายรูปไม่ให้เห็นใบหน้าในการสัมภาษณ์ผู้ติดเชื้อ เพราะไม่รู้ว่าจะรูปภาพที่ถ่ายแล้วจะออกไปเผยแพร่ที่ใด อย่างไร เพราะอาจทำให้คนจำหน้าเด็กได้ และถ้าบังเอิญไปเจอเด็กในที่สาธารณะก็จะพูดได้ว่าเคยเห็นหน้าเด็กคนนี้เป็นเด็กติดเชื้อ ตรงนี้ก็จะทำให้เสียหายกับเด็กได้ จึงใช้วิธีการนี้เพื่อปกป้องสิทธิส่วนบุคคลของเด็ก

ปัญหาและอุปสรรคในการทำงาน

- ปัญหาจากครู ทัศนคติของครู คือเขารู้ว่าเด็กที่มาจากศูนย์ฯนี้เป็นเด็กติดเชื้อ หลังจากที่คุยกันแล้วเขาก็เข้าใจ แต่พอหลายปีเข้าก็มีการเปลี่ยนครูชุดใหม่ ก็ต้องมาคุยกันใหม่อีกไม่ต่อเนื่อง

- การจัดทำฐานข้อมูลของเด็กในหน่วยงานต่างๆ ยังไม่ค่อยเป็นรูปแบบเดียวกันทำให้ข้อมูลที่ได้คลาดเคลื่อนไม่ตรงกัน ไม่ครอบคลุม และไม่ทั่วถึง
- ปัญหาพ่อแม่เด็กจะไม่ต้องการเปิดเผยตัว เพราะว่าพ่อแม่เด็กเป็นผู้ติดเชื้อ บางครั้งจะต้องใช้ชื่อจริงนามสกุลจริงในการมารับบริการต่างๆ จากทางภาครัฐ กลัวว่าเปิดเผยไปแล้วสังคมจะรังเกียจ จึงไม่ยอมมารับสวัสดิการ ไม่ยอมส่งลูกมาโรงเรียน ไม่ให้ลูกขอรับทุนการศึกษา ไม่ยอมส่งลูกมารักษา ทำให้การให้บริการต่างๆ ไม่เกิดประสิทธิผลเท่าที่ควร
- พยาบาลที่ให้บริการด้านนี้มีน้อย ไม่เพียงพอ ซึ่งงานบริการของโรงพยาบาลเองก็มากมาย ฉะนั้นเวลาที่จะมาช่วยเหลือเด็กตรงนี้ก็ไม่มีมากมายนักทำให้การให้บริการส่วนนี้อาจยังไม่ได้ดีเท่าที่ควร ก็ต้องอาศัยเครือข่ายผู้ติดเชื้อ เครือข่ายผู้ติดเชื้อก็จะช่วยในเรื่องความเป็นอยู่ ในเรื่องของทุนการศึกษาสำหรับเด็ก สวัสดิการต่างๆ ที่ให้กับครอบครัวทั้งพ่อแม่และเด็ก
- ปัญหาในส่วนของระบบ โรงพยาบาลที่จะประสานงานจะให้เด็กได้รับยาอ่อนข้างยาก เพราะในส่วนที่ต้องคุยกับหมอคุยยากมาก เพราะฉะนั้นต้องไปบ่อยเพื่อให้คุ้นเคยกับแพทย์ พยาบาล เพื่อรับยาแทนให้เด็กได้ โดยที่เด็กไม่ต้องไปเอง
- ครูยังไม่มีความรู้ในเรื่องยา เพราะบางครั้งเด็กเล็กต้องให้ครูช่วยดูแลให้เด็กกินยา ก็ต้องคอยสอนเพื่อให้ครูได้รู้จักว่าตัวไหนรักษาอาการอะไร ต้องกินครบถ้วนตามเวลาอย่างไรบ้าง เป็นต้น
- ในการให้ข้อมูลเด็กส่วนใหญ่จะให้กับญาติที่พาเด็กมาที่โรงพยาบาล บางคนพ่อแม่เสียชีวิตแล้วก็อยู่กับยายและรู้ว่าเด็กเป็นอะไร ถ้าญาติคนไหนอยู่นานเราก็สามารถให้ข้อมูลได้มาก บางคนก็มาแล้วกลับเลยเราไม่เห็นก็ไม่สามารให้ข้อมูลได้ ในการให้บริการส่วนนี้ยังไม่ดีเท่าที่ควร
- ปัญหาการประสานงานกับโรงพยาบาล เพราะมีการเปลี่ยนบุคลากรบ่อยมาก ทำให้งานไม่ต่อเนื่อง ถ้าช้าและแต่ละโรงพยาบาลจะมีการส่งต่อว่าคนไข้รายนี้เป็นอย่างไรควรรักษาอย่างไร แต่ตอนนี้ไม่มี เพราะทีมได้เปลี่ยนไปตลอด หรือถ้าเปลี่ยนทีมใหม่ควรจะทำอย่างไร อยากให้มีทีมติดตามดูแลและประเมินผลในส่วนนี้ ตอนนี้ส่วนใหญ่ก็จะมิโครงการไปดูงานนอกสถานที่แต่ว่าการดูงานเหมือนการไปเที่ยวมากกว่า และปัญหาจะแก้ได้อย่างไร
- ความรู้ของบุคลากรของโรงพยาบาลที่ไม่ได้ทำงานเกี่ยวกับผู้ติดเชื้อในเรื่องนี้ยังไม่เพียงพอ ทำให้มีทัศนคติที่ไม่ดีต่อผู้ป่วยโรคนี้ ทำให้ผู้ป่วยไม่กล้าที่จะเปิดเผยข้อมูล

ทีมหมอหรือบุคลากรทางการแพทย์ต้องมีการเทรนข้อมูลใหม่ ๆ เพราะตอนนี้ไม่มีเลย พอเปลี่ยนหมอใหม่ก็ต้องเริ่มต้นกันใหม่ ไม่ส่งต่อกันให้ดี

- มีผู้ติดเชื้อที่ตกหล่นการรักษาเพราะแต่ละโรงพยาบาลจะมีความจำกัดของโครงการอยู่ ว่าโรงพยาบาลสามารถรับได้กี่คน และอีกส่วนหนึ่งคือคนที่กินยามาก่อนที่ไม่ใช่สูตรของกระทรวงก็จะตกหล่นไป ได้รับความไม่ทั่วถึง
- ขาดการติดต่อ เนื่องจากบางทีพ่อแม่ไม่ได้เป็นคนไข้ในพื้นที่ พอคลอกก์เอาลูกไปเลี้ยงต่างจังหวัด แล้วเอาลูกมาหาเราตอนอายุ 2 เดือน แล้วหลังจากนั้นก็หายไปเลย
- เกิดความเชื่อหน่ายของผู้ปกครองในการให้เด็กกินยาเป็นเวลา ผู้ปกครองต้องทำงาน ไม่มีเวลา ก็ต้องมาเช็กกันทุกครั้งที่มา
- ปัญหาการเยี่ยมบ้านดูแล เนื่องจากว่าในส่วนของสังคมสงเคราะห์ในส่วนของภาครัฐมีจำนวนน้อย เป็นงานที่เป็นเชิงรับมากกว่าในเชิงรุก ในการที่จะลงไปเยี่ยมบ้าน เฉพาะตัวงาน งานอย่างเดียวยาวงทีก็จะทำไม่ค่อยทัน ในกลุ่มของผู้ติดเชื้อ การเยี่ยมบ้านค่อนข้างจะยากมาก เพราะถ้าจะเอาเราโรงพยาบาลลงไปเยี่ยม ในเรื่องของชุมชนก็ยังไม่อยากเปิดเผยข้อมูลกับคนในชุมชน
- การดูแลสุขภาพเด็กในเรื่องของการให้วัคซีน หรือเรื่องพัฒนาการเด็ก จริง ๆ แล้วเป็นลักษณะของทีมสหวิชาชีพควรจะเข้ามาช่วยเหลือในเด็กกลุ่มนี้ แต่เนื่องจากว่าในส่วนของภาระงานในแต่ละคนไม่ทำแต่เฉพาะในเรื่องของเด็กติดเชื้อเอคส์อย่างเดียว เพราะฉะนั้นตรงนี้ถ้าทำได้ในระดับหนึ่งเท่านั้น

การพัฒนาบุคลากร

- มีการอบรมเป็นทีมสหวิชาชีพ ไม่ใช่แบบนักสังคมก็ไปอบรมในเรื่องของบทบาท เดิมเลยเมื่อปีที่เอดส์เข้ามาใหม่ ๆ ใน พ.ศ. 2527 หรือ 2528 แล้วก็มี การอบรม การให้คำปรึกษาแนะนำก็จะมีเฉพาะผู้ที่ให้คำปรึกษาแนะนำ แต่ในเรื่องการดูแลแบบองค์รวมส่วนใหญ่เวลาที่อบรมที่จะคัด ไปเป็นทีมในผู้ที่ทำงานเกี่ยวข้องกับการช่วยเหลือเด็กที่ติดเชื้อ
- มีการไปอบรมเป็นระยะๆ จะเป็นของกระทรวงที่จะจัดหรือว่าทางงานวิจัยของเชียงใหม่ก็จะจัดอยู่แล้ว เวลาทำงานวิจัย พอถึงสักระยะหนึ่งก็ประชุมเพื่อ ไปบอกถึงความก้าวหน้าของงานวิจัยและบอกถึงความก้าวหน้าของข่าวสารที่เกี่ยวกับงานเอดส์
- ในหน่วยงานมีการอบรม สัมมนา ให้ความรู้กับทุกคนในหน่วยงานให้เข้าใจเหมือนกันว่าปรับทัศนคติให้ตรงกัน ไปในทิศทางเดียวกัน ซึ่งแต่ก่อนจะมีปัญหา คนที่ไม่ได้รับผิดชอบ โดยตรง อาจจะไม่ใช่ใจ เกิดการแบ่งแยก

- มีการอบรมผู้ดูแลเด็กที่คิดเชื่อโดยตรง ส่งเจ้าหน้าที่ไปประชุม คล้ายๆ กับ workshop ทั้งของเด็กค้อย โอกาสและที่คิดเชื่อ ไม่คิดเชื่อ เด็กกำพร้า
- อยากให้มีการอบรมอย่างนี้ต่อเนื่องไปเรื่อยๆ อาจจะเป็นทุกปี และให้ความรู้ใหม่ๆ อย่างสม่ำเสมอ จะทำให้ผู้ปฏิบัติงานการให้บริการได้ให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยและญาติได้ดีและทันสมัยอยู่เสมอ

1.2.3 กลุ่มผู้ให้บริการในวัฒนธรรมท้องถิ่นและชุมชน (คุณครู 2 คน

พระ 1 รูป เจ้าหน้าที่อบต. 1 คน และ อสม. 1 คน)

กลุ่มนี้ข้อมูลที่รวบรวมได้ มาจากการสัมภาษณ์เชิงลึก เนื่องจากแต่ละคนว่างไม่ตรงกันจึงมาสามารถนัดมาประชุมพร้อมกันได้ คุณครูเป็นครูสอนระดับมัธยม และอีกคนดูแลเด็กเล็กในระดับอนุบาล พระเป็นเจ้าอาวาสที่วัดอ่างศิลา อบต. ทำงานให้กับอบต. ห้วยกะปิ และเป็นหัวหน้าสาธารณสุขตำบลห้วยกะปิด้วย ส่วนอสม. เป็นแม่บ้าน และเป็นอสม. ของหมู่บ้าน ไช้ ซึ่งได้รับการอบรมความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพทั่วไปและความรู้เรื่อง โรคเอดส์ จากทางศูนย์สุขภาพชุมชนเป็นประจำทุกเดือน

การจัดบริการด้านสุขภาพให้แก่เด็ก

- อบต. ช่วยประสานงานกับทางศูนย์สุขภาพชุมชน โดยจัดให้มีหมอทางสาธารณสุข และหน่วยงานของเทศบาลมาให้ความรู้แก่ชาวบ้านในชุมชนเกี่ยวกับสุขอนามัยต่างๆ การดูแลสุขภาพ เป็นประจำเดือนละครั้ง และถ้าเด็กมีบาดแผลจะทำแผลให้และมีพยาบาลคอยดูแลด้วย จะมีการตรวจสุขภาพทุกอาทิตย์ ในวันเสาร์มีयरักษาให้ทุกคนที่มีอาการเจ็บป่วย
- ในโรงเรียนอนุบาลที่ดูแลเด็กเล็กให้การดูแลสุขภาพแก่เด็ก โดยมีสมุดตารางกิจกรรมประจำวันกินข้าว กินยา เข้าวัด สวดมนต์ บันทึกรประวัติไม่สบายเจ็บป่วยต่างๆ และมีครูคอยตรวจทุกวัน เช้า 1 โย เย็น 1 โย
- โรงเรียนมีโครงการอาหารกลางวัน โดยเป็นทุนของโรงเรียนเอง ในที่นี้หมายถึงว่า เช่น เด็กรับประทานอาหารกลางวันโดยที่ไม่ต้องเสียค่าใช้จ่าย อันนี้เด็กได้อาหารครบก็จะทำให้แข็งแรงและไม่เจ็บป่วยบ่อย นอกจากนี้บางครั้งก็มีเงินทุนเป็นค่าอาหารกลางวัน และก็ให้เงินทุนช่วยเหลือในการศึกษาเป็นบางส่วน ซึ่งเด็กก็จะมีเงินใช้จ่ายเพิ่มขึ้น
- มีการตรวจเยี่ยมบ้านผู้ที่อยู่ในหมู่บ้านทั้งหมด โดย อสม. โดยเยี่ยมทั้งเด็กและผู้ใหญ่เป็นประจำทุกเดือน และถ้าเจ็บป่วยไม่สบายก็ส่งต่อให้ไปรักษาที่อนามัย และดูแลติดตามเยี่ยมเป็นระยะๆ ไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายทั้งหมด

- โรงเรียนมีการตรวจสุขภาพเด็กปีละครั้ง และเวลาเด็กป่วยประสานงานกับทางอนามัย ให้ไปเยี่ยมที่บ้าน บางครั้งก็ฉีดตัวให้เด็ก สอนญาติด้วยให้ดูแลเด็กในทำไหนดเวลา นอน สอนให้รู้จักดูแลตนเอง แนะนำการกินยา
- ประสานงานกับทางอำเภอเพราะที่อำเภอจะมีศูนย์เฉลิมพระเกียรติ ว่าเด็กที่ได้รับผลกระทบเขาจะมีทุนการศึกษาให้
- อบต.ให้ความช่วยเหลือเป็นเบี้ยยังชีพให้แก่บางรายที่มาขอความช่วยเหลือเดือนละ 500 บาท
- ประสานงานกับ โรงพยาบาลในการรักษาในกรณีที่เด็กเจ็บป่วยหนัก สาธารณสุขจะเดินเรื่องให้ตลอด เฉพาะคนที่อยู่ในเครือข่ายก็จะดูแลดีมาก เพราะสาธารณสุขกับ โรงพยาบาลเป็นเครือข่ายกันอยู่

ปัญหาของเด็กที่พบ

- เด็กไม่ยอมทานยา เพราะอายุและรู้สึกแตกต่างกับเด็กคนอื่น ๆ
- เด็กเครียดจากโรงเรียนที่เพื่อนล้อ ไม่ค่อยกล้าเข้าใกล้ เพราะกลัวติดทางการสัมผัส
- เด็กจะไม่ค่อยมีความสุข และจะค่อนข้างเศร้า ไม่เหมือนเด็กทั่วไป เด็กโตบางคนก็พูดว่าเกลียดพ่อแม่
- มีปัญหาด้านจิตใจจะหนักกว่าด้านสุขภาพ การดำเนินการแก้ไขในทางด้านปัญหาด้านจิตใจ พยายามที่จะจัดกิจกรรมกลุ่มในช่วงวันหยุด ปิดเทอมบ้าง มีการเข้าค่ายต่างๆ แต่ก็ไม่ได้อาเฉพาะที่ได้รับผลกระทบมาเข้าค่าย เพื่อให้กลมกลืนกันไป ก็มีโครงการต่างๆ ประสานงานกับทางโรงเรียน แล้วก็ใช้งบประมาณจากอสม. ้วยกะปีที่จัดตั้งขึ้น
- มีเด็กส่วนมากที่ยังไม่เปิดเผยตัวเท่าไร ก็ต้องมีการตัดแปลงวิธีเข้าไปเยี่ยมได้หลายรูปแบบ ทั้งเข้าไปตรวจสุขภาพนักเรียนต่างๆ มันก็กลมกลืน
- การที่ภาครัฐและเอกชนเข้ามาจัดกิจกรรมในโรงเรียนให้ความรู้ต่างๆเกี่ยวกับโรคเอดส์ การติดเชื้อต่างๆ ซึ่งในโรงเรียนมีเด็กที่ได้รับผลกระทบกับเด็กที่ปกติแล้วมีการล้อเลียนกัน จนเด็กที่ได้รับผลกระทบร้องไห้เสียใจ และไม่ยอมมาโรงเรียนอีก

การพิทักษ์สิทธิเด็ก

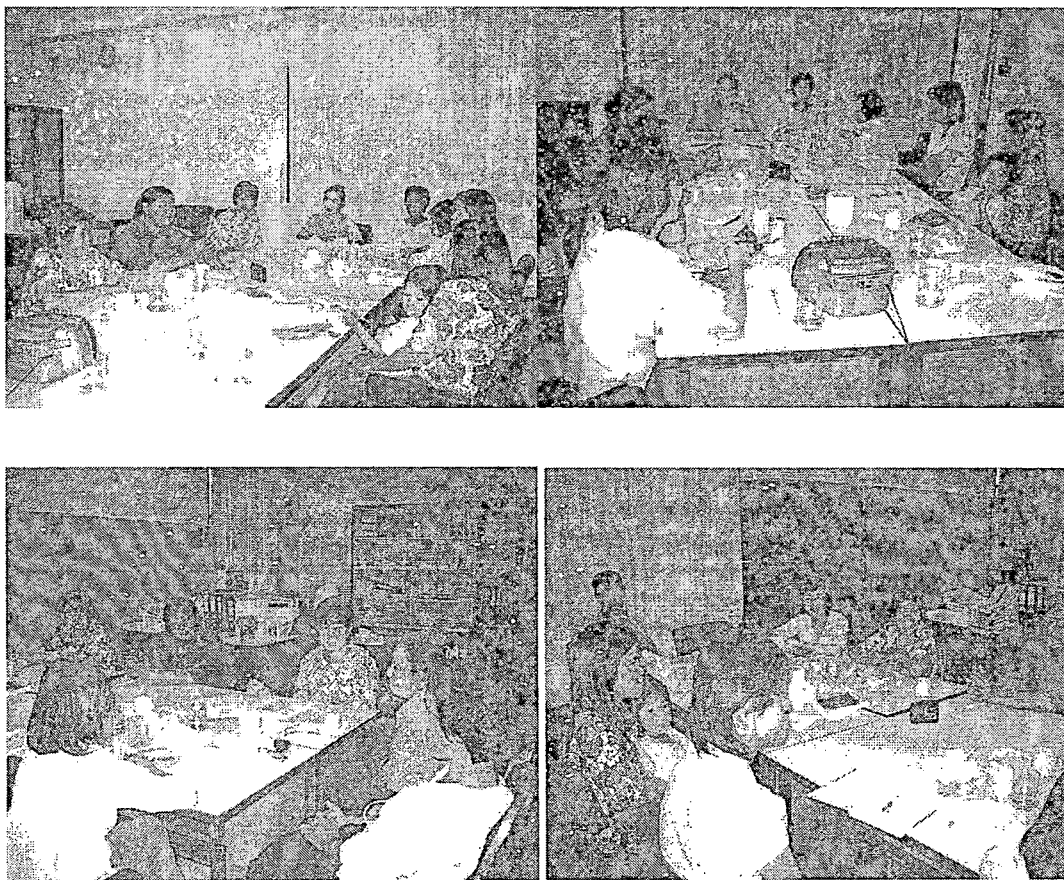
- มีการให้เด็กออกไปเที่ยวข้างนอกในวันหยุด เหมือนเด็กทั่วไป
- ก่อนที่จะทำกิจกรรมกับทางโรงเรียน มีการพูดคุยกันจนเข้าใจกันเป็นอย่างดี จึงจะทำกิจกรรม ถึงแม้โรงเรียนจะเป็นเครือข่ายกับเราอยู่ก็ตาม
- ทางอสม. จะไม่บอกเด็กว่าพ่อแม่เขาเสียชีวิตจากการติดเชื้อ นอกจากญาติจะเป็นคนบอกเอง

ปัญหาและอุปสรรคในการทำงาน

- ชุมชนและชาวบ้านยังไม่ยอมรับ ผู้ติดเชื้อเองจึงไม่กล้าเปิดเผยจึงขาดการประสานงาน และการช่วยเหลือล่าช้า
- ปัญหาเรื่องงบประมาณที่จะใช้เป็นค่าใช้จ่าย หน่วยงานราชการก็มีขั้นตอนต่างๆ มากมาย ก็เลยต้องจัดในรูปของกองทุนเสียมากกว่า รัฐบาลบ้าง
- ส่วนของราชการเอง ขาดบุคลากรที่จะทำงานตรงนี้ เพราะมีภาระหน้าที่อยู่แล้ว เราก็เลยต้องคัดเลือกจากอาสาสมัคร มาทำงานแทนซึ่งก็ยังคงขาดความรู้และประสบการณ์

การพัฒนาบุคลากร

- มีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและครูอนามัย คอยไปอบรมและเอาความรู้มาใช้ในโรงเรียนอยู่เป็นประจำทุกเดือน ซึ่งเป็นสิ่งที่ดีมาก
- ทางอนามัยจะมาจัดอบรมให้ อสม. เดือนละ 1 ครั้งในหมู่บ้าน เรื่องการดูแลสุขภาพ ทั่วๆ ไปและความรู้เรื่องโรคเอดส์ ทำให้มีความรู้กันมากขึ้นและตัวผู้ติดเชื้อเองก็ดูแลตัวเองมากขึ้น และอสม.ก็จะถ่ายทอดกันไปแต่ละที่ ทั้งตำบลก็มีความรู้เรื่องโรคเอดส์กันมากขึ้น
- มีการได้เรียนรู้ถึงขั้นให้สามารถผ่านวิกฤตการณ์มาด้วย เทคนิคการสอน การพูดคุยกับผู้ติดเชื้อ จากมูลนิธิเฟิร์ล เฮส บัค



ภาพที่ 2 Focus Group Discussion กลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียกับเด็กกำพร้าและเด็กที่ได้รับผลกระทบจากโรคเอดส์

2. ข้อมูลปริมาณ

การศึกษาโดยรวบรวมข้อมูลปริมาณ โดยการให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสัมภาษณ์และแบบสอบถาม กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลเด็กและเด็กกำพร้าจากโรคเอดส์ จำนวน 210 คู่ ที่อยู่ในเขตจังหวัดชลบุรี โดยศึกษาข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลเด็ก ข้อมูลทั่วไปของเด็ก คุณภาพชีวิตของเด็ก โดยการประเมินของผู้ดูแล คุณภาพการดูแลเด็กโดยการประเมินของผู้วิจัย ความฉลาดทางอารมณ์ของเด็กแยกตามวัย และภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น ผลการวิจัยมีดังนี้

2.1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแล

ผู้ดูแลเด็กกำพร้าจากโรคเอดส์ในการศึกษานี้ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงประมาณร้อยละ 80 สุขภาพโดยทั่วไปแข็งแรง มีเพียงร้อยละ 21 ที่เจ็บป่วยเล็กน้อยหรือมีโรคประจำตัว เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ปวดข้อเข่า ต้อกระจก เป็นต้น และมีผู้ดูแลร้อยละ 16.2 ที่ติดเชื้อ เอช ไอ วี แต่ไม่แสดงอาการ เกือบทั้งหมดของผู้ดูแลนับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 96.2) ประมาณร้อยละ 77 มีสถานภาพสมรสฝ่าย หย่า หรือแยกกันอยู่ การศึกษาสูงสุดของผู้ดูแลส่วนใหญ่จบชั้นประถม (ร้อยละ 62.4) รองลงไปจบชั้นมัธยมต้น และไม่ได้เรียนหนังสือ (ร้อยละ 15.2 และ 10.0 ตามลำดับ) อาชีพหลักส่วนใหญ่รับจ้างรายวัน (ร้อยละ 43.1) รองลงไปมีอาชีพค้าขายหรือกิจการส่วนตัว (ร้อยละ 12.4) และลูกจ้าง (ร้อยละ 12.4) มากกว่าร้อยละ 75 มีรายได้ของครอบครัวไม่เพียงพอเมื่อเทียบกับรายจ่าย มีเพียงส่วนน้อยที่รายได้เพียงพอ แต่ไม่เหลือเก็บ (ร้อยละ 21.9) และเพียงพอ มีเหลือเก็บ (ร้อยละ 2.4) มีประมาณร้อยละ 60 เท่านั้นที่ได้รับเงินสงเคราะห์ในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา ความสัมพันธ์กับเด็กของผู้ดูแลที่ศึกษาครั้งนี้ส่วนใหญ่เป็นมารดา (ร้อยละ 48.1) รองลงไปคือตายาย และบิดา (ร้อยละ 14.8 เท่ากัน) และปู่ย่า และญาติทางมารดาเด็ก (ร้อยละ 8.1 เท่ากัน) ดังแสดงในตารางที่ 9

ตารางที่ 9 จำนวน และ ร้อยละของลักษณะทั่วไปของผู้ดูแลเด็กแยกตาม เพศ ภาวะสุขภาพ ศาสนา สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ ความเพียงพอของรายได้ครอบครัว การได้รับเงินสงเคราะห์ และความสัมพันธ์กับเด็ก

ลักษณะ	จำนวน	ร้อยละ
1. เพศ - ชาย	43	20.5
- หญิง	167	79.5
2. ภาวะสุขภาพในปัจจุบัน - แข็งแรง	131	62.4
เจ็บป่วย - HIV+	34	16.2
- DM and/or HT	7	3.5
- ปวดข้อเข่า	3	1.4
- Others (aging, weakness, cataracts, headache, etc.)	35	16.5
3. ศาสนา - พุทธ	202	96.2
- คริสต์	7	3.3
- อิสลาม	1	0.5
4. สถานภาพสมรส - โสด	8	4.5
- สมรส	39	19.4
- ม่าย / หย่า / แยก	154	76.6
5. จบการศึกษาสูงสุด - ไม่ได้เรียนหนังสือ	21	10.0
- ประถม	131	62.4
- มัธยมต้น	32	15.2
- มัธยมปลาย	13	6.2
- ปวช. / ปวส.	4	1.9
- อุดมศึกษา	1	0.5
- อื่นๆ	8	3.8
6. ปัจจุบันมีอาชีพหลัก - เกษตรกร	3	1.4
- รับจ้าง (รายวัน)	90	43.1
- ค้าขาย / ธุรกิจส่วนตัว	26	12.4
- ลูกจ้าง	26	12.4
- รับราชการ / รัฐวิสาหกิจ	2	1.0
- อื่นๆ	62	29.7

ตารางที่ 9 (ต่อ)

ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
7. รายได้ของครอบครัวเมื่อเทียบกับรายจ่าย		
- เพียงพอ เหลือเก็บ	5	2.4
- เพียงพอ ไม่เหลือเก็บ	46	21.9
- ไม่เพียงพอ	159	75.7
8. การได้รับเงินสงเคราะห์ในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา		
- ไม่ได้	116	55.8
- ได้	92	44.2
9. ความสัมพันธ์กับเด็ก		
- ปู่/ย่า	17	8.1
- ตา/ยาย	31	14.8
- ญาติทางมารดาเด็ก	17	8.1
- ญาติทางบิดาเด็ก	8	3.8
- มารดา	101	48.1
- บิดา	31	14.8
- อื่นๆ (คนข้างบ้าน ครู แม่เลี้ยง พี่สาว)	5	2.3

ตารางที่ 10 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าต่ำสุด-สูงสุดของอายุ ระยะเวลาที่อาศัยอยู่ในชุมชน จำนวนสมาชิกในครอบครัว รายได้ครอบครัวต่อเดือน และระยะเวลาที่ดูแลเด็กของผู้ดูแลเด็ก (N = 210)

ลักษณะ	X	SD	range
1. อายุ (ปี)	42.7	13.8	16 – 79
2. ระยะเวลาที่อาศัยอยู่ในชุมชน (ปี)	23.0	18.1	.3 – 75.0
3. จำนวนสมาชิกในครอบครัว	4.2	2.1	1 – 13
4. รายได้ครอบครัวต่อเดือน (บาท)	4698.2	2470.2	0 – 17450
5. ระยะเวลาที่ดูแลเด็ก (ปี)	9.1	4.2	.5 – 18.0

ผู้ดูแลเด็กมีอายุอยู่ระหว่าง 16 – 79 ปี โดยมีอายุเฉลี่ย 42.7 ปี (S.D. = 13.8) ระยะเวลาที่อาศัยอยู่ในชุมชนมีตั้งแต่ 4 เดือน จนถึง 75 ปี (X = 23.0, S.D. = 18.1) จำนวนสมาชิกในครอบครัวอยู่ระหว่าง 1-13 คน (X = 4.2, S.D. = 2.1) รายได้ครอบครัวมีตั้งแต่ไม่มีรายได้เลย จนถึงรายได้ประมาณ 17000 บาทต่อเดือน (X = 4698.2, S.D. = 2470.2) และมีระยะเวลาที่ให้การดูแลเด็กตั้งแต่ 6 เดือนจนถึง 18 ปี (X = 9.1, S.D. = 4.2) ดังแสดงในตารางที่ 10

2.2 ข้อมูลทั่วไปของเด็ก

เด็กกำพร้าเนื่องจากโรคเอดส์ที่ได้รับผลกระทบที่ศึกษาในครั้งนี้มีจำนวน 210 คน โดยมีอายุตั้งแต่ 1 – 18 ปี (X = 10.31, S.D. = 4.0) ร้อยละ 80.5 เป็นเด็กที่ไม่ติดเชื้อ เอช ไอ วี ร้อยละ 16.7 มีการติดเชื้อ และร้อยละ 2.9 ไม่ทราบผลเลือด เป็นเพศชายและเพศหญิงเท่ากันคือ ร้อยละ 50 การเจริญเติบโตของเด็กแบ่งเป็น 1) น้ำหนักตามเกณฑ์อายุ พบว่าประมาณร้อยละ 72 มีน้ำหนักตามเกณฑ์ ร้อยละ 13 มีน้ำหนักมาก และร้อยละ 15 มีน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์ 2) ส่วนสูงตามเกณฑ์อายุพบว่าประมาณร้อยละ 67 มีส่วนสูงตามเกณฑ์ ร้อยละ 10 สูงมากกว่าเกณฑ์ และร้อยละ 23 สูงน้อยกว่าเกณฑ์ และ 3) น้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูง พบว่าประมาณร้อยละ 67 เด็กมีน้ำหนัก และส่วนสูงสมส่วน ร้อยละ 20 ท้วมถึงอ้วน และร้อยละ 13 ค่อนข้างผอมถึงผอม จำแนกเด็กตามกลุ่มอายุได้เป็น 4 กลุ่ม กลุ่มที่ 1) ตั้งแต่แรกเกิดจนถึงก่อนอายุ 3 ปีเต็ม มีจำนวน 6 คน (ร้อยละ 2.9) กลุ่มที่ 2) ตั้งแต่อายุ 3 ปีจนถึงก่อนอายุ 6 ปีเต็ม มีจำนวน 30 คน (ร้อยละ 14.3) กลุ่มที่ 3) ตั้งแต่อายุ 6 ปีจนถึงก่อนอายุ 12 ปีเต็ม มีจำนวน 88 คน (ร้อยละ 41.9) และ กลุ่มที่ 4) ตั้งแต่อายุ 12 ปีจนถึงอายุ 18 ปีเต็ม มีจำนวน 86 คน (ร้อยละ 41.0) ดังแสดงในตารางที่ 11

ตารางที่ 11 จำนวนและร้อยละของลักษณะทั่วไปของเด็กกำพร้าจากโรคเอดส์ แยกตาม การติดเชื้อเอช ไอ วี เพศ และกลุ่มอายุ

ลักษณะ	จำนวน	ร้อยละ
1. การติดเชื้อเอช ไอ วี		
- ไม่ติดเชื้อ	169	80.5
- ติดเชื้อ	35	16.7
- ไม่ทราบ	6	2.9
2. เพศ		
- ชาย	105	50.0
- หญิง	105	50.0
3. การเจริญเติบโต		
- น้ำหนักตามเกณฑ์อายุ (WFA)		
- ตามเกณฑ์	152	72.4
- ค่อนข้างมาก	10	4.8
- มากเกินเกณฑ์	16	7.6
- ค่อนข้างน้อย	15	7.1
- น้อยกว่าเกณฑ์	17	8.1
- ส่วนสูงตามเกณฑ์อายุ (HFA)		
- ตามเกณฑ์	140	66.7
- ค่อนข้างสูง	3	1.4
- สูง	18	8.6
- ค่อนข้างเตี้ย	14	6.7
- เตี้ย	35	16.7
- น้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูง (WFH)		
- สมส่วน	141	67.1
- ท้วม	2	1.0
- เริ่มอ้วน	21	10.0
- อ้วน	16	9.0
- ค่อนข้างผอม	12	5.7
- ผอม	15	7.1
4. กลุ่มอายุ		
- 0 - <3 ปี	6	2.9
- 3 - <6 ปี	30	14.3
- 6 - <12 ปี	88	41.9
- 12 - 18 ปี	86	41.0

เมื่อพิจารณาการติดเชื้อ เอช ไอ วี กระจายของเพศ ค่าเฉลี่ยของอายุ น้ำหนักและ ส่วนสูง การเจริญเติบโตด้านน้ำหนัก การเจริญเติบโตด้านความสูง การเจริญเติบโตด้าน ความอ้วน-พอม ระดับการศึกษา และภาวะสุขภาพของเด็กกำพร้าจากโรคเอดส์ที่ได้รับ ผลกระทบแยกตามกลุ่มอายุ พบว่าเด็กในกลุ่มอายุ 3 - < 6 ปี มีอัตราการติดเชื้อสูงกว่าเด็กกลุ่ม อายุอื่นๆ รองลงไปคือกลุ่มอายุ 6 - < 12 ปี และ กลุ่มอายุ 12 - 18 ปี ส่วนกลุ่มอายุ 0 - < 3 ปี ไม่พบเด็กที่ติดเชื้อ (ตารางที่ 12) การกระจายของเพศในเด็กที่ศึกษา พบว่าเด็กที่อายุต่ำกว่า 6 ปี เป็นเด็กชายมากกว่าเด็กหญิง และเด็กที่อายุ 6 ปีขึ้นไปเป็นเด็กหญิงมากกว่าเด็กชาย (ตารางที่ 13)

ค่าเฉลี่ยของอายุ น้ำหนัก และส่วนสูงของเด็กเมื่อแยกตามกลุ่มอายุ พบว่าเด็กในกลุ่ม อายุ 0 - < 3 ปีมีอายุเฉลี่ย 2.11 ปี (SD = .68) น้ำหนักเฉลี่ย 12.33 กิโลกรัม (SD = 3.27) และ ส่วนสูงเฉลี่ย 89.33 เซนติเมตร (SD = 11.69) กลุ่มอายุ 3 - < 6 ปีมีอายุเฉลี่ย 4.63 ปี (SD = .79) น้ำหนักเฉลี่ย 19.97 กิโลกรัม (SD = 4.82) และส่วนสูงเฉลี่ย 108.47 เซนติเมตร (SD = 11.96) กลุ่มอายุ 6 - < 12 ปีมีอายุเฉลี่ย 9.0 ปี (SD = 1.64) น้ำหนักเฉลี่ย 26.19 กิโลกรัม (SD = 8.02) และส่วนสูงเฉลี่ย 123.76 เซนติเมตร (SD = 15.62) และกลุ่มอายุ 12 - 18 ปีมีอายุเฉลี่ย 14.20 ปี (SD = 1.77) น้ำหนักเฉลี่ย 45.88 กิโลกรัม (SD = 8.20) และส่วนสูงเฉลี่ย 152.47 เซนติเมตร (SD = 11.61) (ตารางที่ 14)

ตารางที่ 12 ความถี่ และร้อยละของการติดเชื้อเอช ไอ วีของเด็กกำพร้าจากโรคเอดส์ แยกตามกลุ่มอายุ

กลุ่มอายุ	จำนวน	การติดเชื้อเอช ไอ วี		
		ติด	ไม่ติด	ไม่ทราบ
0 - <3 ปี	6	0	5	1
3 - <6 ปี	30	15	14	1
6 - <12 ปี	88	18	66	4
12 - 18 ปี	86	2	84	0
รวม	210	30 (16.674 %)	169 (80.48 %)	6 (2.86 %)

ตารางที่ 13 ความถี่ และร้อยละของเพศของเด็กกำพร้าจากโรคเอดส์ แยกตามกลุ่มอายุ

กลุ่มอายุ	จำนวน	เพศ	
		ชาย	หญิง
0 - <3 ปี	6	5	1
3 - <6 ปี	30	21	9
6 - <12 ปี	88	36	52
12 - 18 ปี	86	43	43
รวม	210	105 (50.00 %)	105 (50.00 %)

ตารางที่ 14 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของอายุ น้ำหนัก และส่วนสูงของเด็กกำพร้าจากโรคเอดส์ แยกตามกลุ่มอายุ

กลุ่มอายุ	จำนวน	อายุ (ปี)		น้ำหนัก (กก.)		ส่วนสูง (ซม.)	
		X	SD	X	SD	X	SD
0 - <3 ปี	6	2.11	.68	12.33	3.27	89.33	11.69
3 - <6 ปี	30	4.63	.79	19.97	4.82	108.47	11.96
6 - <12 ปี	88	9.00	1.64	26.19	8.02	123.76	15.62
12 - 18 ปี	86	14.20	1.77	45.88	8.20	152.47	11.61

การเจริญเติบโตของเด็กโดยใช้กราฟแสดงเกณฑ์อ้างอิงการเจริญเติบโตน้ำหนักตามเกณฑ์อายุ (weight for age) ส่วนสูงตามเกณฑ์อายุ (height for age) และน้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูง (weight for height) เพื่อศึกษาการเจริญเติบโตด้านน้ำหนัก ด้านความสูง และด้านความอ้วน-ผอม พบว่าการเจริญเติบโตด้านน้ำหนัก ซึ่งบ่งชี้ถึงภาวะโภชนาการในปัจจุบันของเด็กในทุกกลุ่มอายุส่วนใหญ่เป็นไปตามเกณฑ์ เด็กในกลุ่มอายุ 0 - < 3 ปี มีทั้งหมด 6 คน น้ำหนักตามเกณฑ์ 4 คน ไม่พบว่ามีเด็กที่น้ำหนักเกินแต่พบ 2 คนที่มีน้ำหนักค่อนข้างน้อย กลุ่มอายุ 3 - < 6 ปี ทั้งหมด 30 คน พบว่ามีเด็กที่น้ำหนักตามเกณฑ์ 15 คน น้ำหนักเกินเกณฑ์ 11 คน และ 4 คนมีน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์ กลุ่มอายุ 6 - < 12 ปี ทั้งหมด 88 คน พบว่ามีเด็กที่น้ำหนักตามเกณฑ์ 61 คน น้ำหนักเกินเกณฑ์ 6 คน และ 21 คนมีน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์ และกลุ่มอายุ 12 - 18 ปี ทั้งหมด 86 คน พบว่ามีเด็กที่น้ำหนักตามเกณฑ์ 72 คน น้ำหนักเกินเกณฑ์ 9 คน และ 5 คน มีน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์ (ตารางที่ 15)

การเจริญเติบโตด้านความสูงซึ่งบ่งชี้ถึงภาวะโภชนาการระยะยาวที่ผ่านมาของเด็กในทุกกลุ่มอายุส่วนใหญ่เป็นไปตามเกณฑ์ เด็กในกลุ่มอายุ 0 - < 3 ปี มีทั้งหมด 6 คน เด็กที่มีส่วนสูงตามเกณฑ์ 3 คน 2 คน สูงกว่าเกณฑ์ และ 1 คนเตี้ยกว่าเกณฑ์ กลุ่มอายุ 3 - < 6 ปี ทั้งหมด 30 คน พบว่ามีเด็กส่วนสูงตามเกณฑ์ 15 คน สูงกว่าเกณฑ์ 9 คน และ 6 คนเตี้ยกว่าเกณฑ์ กลุ่มอายุ 6 - < 12 ปี ทั้งหมด 88 คน พบว่ามีเด็กส่วนสูงตามเกณฑ์ 52 คน สูงกว่าเกณฑ์ 6 คน และ 30 คนที่เตี้ยกว่าเกณฑ์ และกลุ่มอายุ 12 - 18 ปี ทั้งหมด 86 คน พบว่ามีเด็กที่ส่วนสูงตามเกณฑ์ 70 คน สูงกว่าเกณฑ์ 4 คน และ 12 คนเตี้ยกว่าเกณฑ์ (ตารางที่ 16)

การเจริญเติบโตด้านความอ้วน-ผอมซึ่งบ่งชี้ว่าน้ำหนักกับส่วนสูงเหมาะสมกันหรือไม่ พบว่าเด็กในทุกกลุ่มอายุส่วนใหญ่มีรูปร่างสมส่วน เด็กในกลุ่มอายุ 0 - < 3 ปี มีทั้งหมด 6 คน มีเด็กรูปร่างสมส่วน 5 คน และผอม 1 คน กลุ่มอายุ 3 - < 6 ปี ทั้งหมด 30 คน มีเด็ก 17 คนที่รูปร่างสมส่วน เริ่มอ้วน 2 คน อ้วน 5 คน ค่อนข้างผอม และผอมอย่างละ 3 คน กลุ่มอายุ 6 - < 12 ปี ทั้งหมด 88 คน มีเด็ก 54 คนที่รูปร่างสมส่วน 6 คน เริ่มอ้วน และเด็กอ้วน 11 คน ค่อนข้างผอม 6 คน และผอม 11 คน และกลุ่มอายุ 12 - 18 ปี ทั้งหมด 86 คน มีเด็กรูปร่างสมส่วน 65 คน ท้วม 2 คน เริ่มอ้วน 13 คน อ้วน 3 คน ค่อนข้างผอม 3 คน และไม่มีเด็กผอม (ตารางที่ 17)

ตารางที่ 15 ความถี่และร้อยละของการเจริญเติบโตด้านน้ำหนักของเด็กกำพร้าจากโรคเอดส์ โดยวัดน้ำหนักตามเกณฑ์อายุ แยกตามกลุ่มอายุ

กลุ่มอายุ	จำนวน	น้ำหนักตามเกณฑ์อายุ (Weight for Age)				
		ตามเกณฑ์	ค่อนข้างมาก	มาก	ค่อนข้างน้อย	น้อย
0 - <3 ปี	6	4	0	0	2	0
3 - <6 ปี	30	15	3	8	0	4
6 - <12 ปี	88	61	2	4	11	10
12 - 18 ปี	86	72	5	4	2	3
รวม	210	152 (72.4 %)	10 (4.8 %)	16 (7.6 %)	15 (7.1 %)	17 (8.1 %)

ตารางที่ 16 ความถี่และร้อยละของการเจริญเติบโตด้านความสูงของเด็กกำพร้าจากโรคเอดส์ โดยวัดส่วนสูงตามเกณฑ์อายุ แยกตามกลุ่มอายุ

กลุ่มอายุ	จำนวน	ส่วนสูงตามเกณฑ์อายุ (Height for Age)				
		ตามเกณฑ์	ค่อนข้างสูง	สูง	ค่อนข้างเตี้ย	เตี้ย
0 - <3 ปี	6	3	0	2	0	1
3 - <6 ปี	30	15	0	9	1	5
6 - <12 ปี	88	52	1	5	8	22
12 - 18 ปี	86	70	2	2	5	7
รวม	210	140 (66.7 %)	3 (1.4 %)	18 (8.6 %)	14 (6.7 %)	35 (16.7 %)

ตารางที่ 17 ความถี่และร้อยละของการเจริญเติบโตด้านความอ้วน-ผอมของเด็กกำพร้าจากโรคเอดส์ โดยวัดน้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูงแยกตามกลุ่มอายุ

กลุ่มอายุ	จำนวน	น้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูง (Weight for Height)					
		สมส่วน	ท้วม	เริ่มอ้วน	อ้วน	ค่อนข้างผอม	ผอม
0 - <3 ปี	6	5	0	0	0	0	1
3 - <6 ปี	30	17	0	2	5	3	3
6 - <12 ปี	88	54	0	6	11	6	11
12 - 18 ปี	86	65	2	13	3	3	0
รวม	210	141 (67.1 %)	2 (1.0 %)	21 (10.0 %)	19 (9.0 %)	12 (5.7 %)	15 (7.1 %)

ระดับการศึกษาของเด็กแยกตามกลุ่มอายุ พบว่าเด็กในกลุ่มอายุที่ต่ำกว่า 3 ปี ทุกคน ยังไม่ได้เข้าเรียน (6 คน) อายุ 3 - < 6 ปี ทั้งหมด 30 คน ยังไม่ได้เข้าเรียน 3 คน อยู่ศูนย์เด็กเล็ก 5 คน และกำลังเรียนอยู่ 22 คน อายุ 6 - < 12 ปี ทั้งหมด 88 คน ไม่ได้เรียน 1 คน อยู่ศูนย์เด็กเล็ก 1 คน และกำลังเรียนอยู่ 86 คน อายุ 12-18 ปี ทั้งหมด 86 คน ไม่ได้เรียน 2 คน กำลังเรียนอยู่ 75 คน เรียนจบแล้ว 8 คน และทำงานแล้ว 1 คน ดังแสดง ในตารางที่ 18

ภาวะสุขภาพของเด็กแยกตามกลุ่มอายุ พบว่าเด็กในกลุ่มอายุที่ต่ำกว่า 3 ปี จากทั้งหมด 6 คน มีเด็ก 3 คนที่แข็งแรงดีไม่เจ็บป่วย ไม่มีเด็กที่เจ็บป่วยต้องนอนพักรักษาในโรงพยาบาล เจ็บป่วยเล็กน้อยรักษาเองไม่ไปสถานพยาบาล 2 คน และเจ็บป่วยต้องรับการรักษาแต่ไม่ต้องนอนโรงพยาบาล 3 คน เด็กในกลุ่มอายุอายุ 3 - < 6 ปีจากทั้งหมด 30 คน มีเด็ก 22 คนที่แข็งแรงดีไม่เจ็บป่วย เจ็บป่วยเล็กน้อยรักษาเองไม่ไปสถานพยาบาล 3 คน และเจ็บป่วยต้องรับการรักษาแต่ไม่ต้องนอนโรงพยาบาล 2 คน และเจ็บป่วยต้องนอนพักรักษาในโรงพยาบาล 3 คน อายุ 6 - < 12 ปีจากทั้งหมด 88 คน มีเด็ก 51 คนที่แข็งแรงดีไม่เจ็บป่วย เจ็บป่วยเล็กน้อยรักษาเองไม่ไปสถานพยาบาล 19 คน และเจ็บป่วยต้องรับการรักษาแต่ไม่ต้องนอนโรงพยาบาล 15 คน และเจ็บป่วยต้องนอนพักรักษาในโรงพยาบาล 3 คน และเด็กอายุ 12 - 18 ปีจากทั้งหมด 86 คน มีเด็ก 67 คนที่แข็งแรงดีไม่เจ็บป่วย เจ็บป่วยเล็กน้อยรักษาเองไม่ไปสถานพยาบาล 12 คน และเจ็บป่วยต้องรับการรักษาแต่ไม่ต้องนอนโรงพยาบาล 5 คน และเจ็บป่วยต้องนอนพักรักษาในโรงพยาบาล 2 คน ดังแสดงในตารางที่ 19

ตารางที่ 18 ความถี่ และร้อยละของระดับการศึกษาของเด็กกำพร้าจากโรคเอดส์
แยกตามกลุ่มอายุ

กลุ่มอายุ	จำนวน	ระดับการศึกษา				
		ไม่ได้เรียน / ยังไม่เข้าเรียน	อยู่ศูนย์พัฒนา เด็กเล็ก	กำลังเรียน อยู่	เรียนจบ แล้ว	ทำงาน แล้ว
0 - <3 ปี	6	6	0	0	0	0
3 - <6 ปี	30	3	5	22	0	0
6 - <12 ปี	88	1	1	86	0	0
12 - 18 ปี	86	2	0	75	8	1
รวม	210	12 (5.7 %)	6 (2.9 %)	183 (87.1 %)	8 (3.8 %)	1 (0.5 %)

ตารางที่ 19 ความถี่ และร้อยละของภาวะสุขภาพของเด็กกำพร้าจากโรคเอดส์
แยกตามกลุ่มอายุ

กลุ่มอายุ	จำนวน	ภาวะสุขภาพ			
		แข็งแรงดี ไม่เจ็บป่วย	เจ็บป่วยเล็กน้อย รักษาเองไม่ไป สถานพยาบาล	เจ็บป่วยต้องรับ การรักษาแต่ไม่ ต้องนอน โรงพยาบาล	เจ็บป่วยต้อง นอนพักรักษา ในโรงพยาบาล
0 - <3 ปี	6	3	2	1	0
3 - <6 ปี	30	22	3	2	3
6 - <12 ปี	88	51	19	15	3
12 - 18 ปี	86	67	12	5	2
รวม	210	143 (68.10 %)	36 (17.14 %)	23 (10.95 %)	8 (3.81 %)

การได้รับวัคซีนของเด็กกำพร้าจากโรคเอดส์ที่ศึกษา อายุระหว่าง 0 – 5 ปี มีจำนวนทั้งหมด 30 คน พบว่ามีเด็กได้รับวัคซีนครบถ้วน 20 คน (ร้อยละ 66.6) ได้รับวัคซีนไม่ครบ 8 คน (ร้อยละ 26.7) และไม่ทราบประวัติการได้รับวัคซีน 2 คน (ร้อยละ 6.7) ไม่ได้สัมภาษณ์ผู้ดูแลเรื่องการได้รับวัคซีนในเด็กที่อายุมากกว่า 5 ปี (180 คน) ดังแสดงในตารางที่ 20

ตารางที่ 20 การได้รับวัคซีนของเด็กกำพร้าจากโรคเอดส์ อายุ 0-5 ปี (n = 30)

เด็กที่ได้รับผลกระทบ	จำนวน	ร้อยละ
อายุ 0- 5 ปี		
- ได้รับวัคซีนครบ	20	66.6
- ได้รับวัคซีนไม่ครบ	8	26.7
- ไม่ทราบ	2	6.7
- อายุมากกว่า 5 ปี	180	-

2.3 คุณภาพชีวิตของเด็ก

ความพึงพอใจต่อคุณภาพชีวิตของเด็กกำพร้าจากโรคเอดส์ที่ศึกษา โดยการประเมินของผู้ดูแลมีความพึงพอใจโดยรวมทุกด้าน และแยกเป็นรายด้านมีคะแนนค่อนข้างสูง ยกเว้นด้านเศรษฐกิจที่มีคะแนนปานกลาง โดยมีคะแนนรวมทุกด้านเฉลี่ย 56.07 (SD = 8.97, range = 34 – 80) ด้านร่างกายมีคะแนนเฉลี่ย 18.90 (SD = 3.58, range = 9 – 28) ด้านจิตสังคมมีคะแนนเฉลี่ย 21.05 (SD = 3.74, range = 10 – 28) ด้านเศรษฐกิจมีคะแนนเฉลี่ย 4.09 (SD = 1.54, range = 2 – 8) และด้านการศึกษามีคะแนนเฉลี่ย 12.15 (SD = 2.44, range = 4 – 16) (ตารางที่ 21)

ตารางที่ 21 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และคะแนนต่ำสุด-สูงสุดของคะแนนความพึงพอใจต่อคุณภาพชีวิตของเด็กกำพร้าจาก โรคเอดส์ โดยรวมทุกด้านและแยกเป็นรายด้าน

ความพึงพอใจต่อคุณภาพชีวิตของเด็ก	X	SD	Range
1. โดยรวมทุกด้าน	56.07	8.97	34 – 80
2. ด้านร่างกาย	18.90	3.58	9 – 28
3. ด้านจิตสังคม	21.05	3.74	10 – 28
4. ด้านเศรษฐกิจ	4.09	1.54	2 – 8
5. ด้านการศึกษา	12.15	2.44	4 – 16

2.4 คุณภาพการดูแลเด็ก

คุณภาพการดูแลเด็กกำพร้าจากโรคเอดส์ จากการประเมินของผู้วิจัย พบว่าคะแนนคุณภาพการดูแลเด็ก โดยรวมทุกด้านและแยกเป็นรายด้าน มีคะแนนปานกลางค่อนข้างสูง คะแนนคุณภาพการดูแลเด็กโดยรวมมีคะแนนเฉลี่ย 49.56 (SD = 8.59, range = 28 – 72) ด้านร่างกายคะแนนเฉลี่ย 15.86 (SD = 4.40, range = 7 – 28) ด้านจิตสังคมคะแนนเฉลี่ย 19.66 (SD = 3.12, range = 10 – 24) ด้านการศึกษาคะแนนเฉลี่ย 12.33 (SD = 2.49, range = 4 – 16) และการดูแลสุขภาพเด็กที่ติดเชื้อมีคะแนนเฉลี่ย 10.67 (SD = 2.11, range = 2 – 12) (ตารางที่ 22)

ตารางที่ 22 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และคะแนนต่ำสุด-สูงสุดของคะแนนคุณภาพการดูแลเด็กกำพร้าจากโรคเอดส์ โดยรวมทุกด้าน และแยกเป็นรายด้าน

คุณภาพการดูแลเด็ก	X	SD	Range
1. โดยรวมทุกด้าน	49.56	8.59	28 – 72
2. ด้านร่างกาย	15.86	4.40	7 – 28
3. ด้านจิตสังคม	19.66	3.12	10 – 24
4. ด้านการศึกษา	12.33	2.49	4 – 16
5. ด้านการดูแลสุขภาพเด็กที่ติดเชื้อ	10.67	2.11	2 – 12

2.5 ความฉลาดทางอารมณ์

ความฉลาดทางอารมณ์เด็กอายุ 3 - < 6 ปี และอายุ 6 - < 12 ปี ใช้เกณฑ์คะแนนที่ (T-Score) เป็นเกณฑ์ประเมินระดับความฉลาดทางอารมณ์โดยรวมและแต่ละด้าน คะแนนที่ ตั้งแต่ 50 ขึ้นไปถือว่าอยู่ในเกณฑ์ดี คะแนนที่ 40-49 แสดงว่าเด็กควรได้รับการพัฒนาความฉลาดทางอารมณ์ในด้านนั้นๆ คะแนนที่ ต่ำกว่า 40 หมายถึงเด็กจำเป็นต้องได้รับการพัฒนาความฉลาดทางอารมณ์ในด้านนั้นๆ เกณฑ์นี้ใช้สำหรับคะแนนความฉลาดทางอารมณ์โดยรวมด้วย

เด็กกำพร้าจากโรคเอดส์ กลุ่มอายุ 3 - < 6 ปี ที่ศึกษาครั้งนี้มีคะแนนที่ของความฉลาดทางอารมณ์โดยรวมเฉลี่ย 32.41 (SD = 5.38) ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ต่ำ และเมื่อจำแนกเป็นรายด้านในแต่ละองค์ประกอบ คะแนนที่เฉลี่ยของความฉลาดทางอารมณ์ทุกด้านอยู่ในเกณฑ์ต่ำทั้งหมด ยกเว้นด้านกล้าพูดกล้าบอกในองค์ประกอบด้านเก่งที่มีคะแนนที่เฉลี่ยอยู่ในเกณฑ์ปานกลาง (X = 40.30, SD = 10.46) คะแนนด้านอื่นๆ อยู่ในเกณฑ์ต่ำทั้งหมด ได้แก่ องค์ประกอบด้านดีด้านรู้จักอารมณ์ (X = 32.67, SD = 13.02) ด้านมีน้ำใจ (X = 31.90, SD = 9.05) และด้านรู้ว่าอะไรถูกอะไรผิด (X = 35.03, SD = 9.75) องค์ประกอบด้านเก่ง ด้านกระตือรือร้น/สนใจใฝ่รู้ (X = 31.13, SD = 13.44) และด้านปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลง (X = 34.20, SD = 8.23) องค์ประกอบด้านสุข ด้านมีความพอใจ (X = 28.83, SD = 13.06) ด้านอบอุ่นใจ (X = 34.87, SD = 11.97) และด้านสนุกสนานร่าเริง (X = 22.73, SD = 8.23) ดังแสดงในตารางที่ 23

เด็กกำพร้าจากโรคเอดส์ กลุ่มอายุ 6 - < 12 ปี มีคะแนนที่ของความฉลาดทางอารมณ์โดยรวมเฉลี่ยอยู่ในเกณฑ์ต่ำ (X = 39.83, SD = 7.06) และเมื่อจำแนกเป็นรายด้านในแต่ละองค์ประกอบ มีคะแนนความฉลาดทางอารมณ์เพียงด้านเดียวที่อยู่ในเกณฑ์ดีคือ ปรับตัวต่อปัญหา (X = 50.42, SD = 7.99) ซึ่งอยู่ในองค์ประกอบด้านเก่ง ส่วนอีก 2 ด้านที่อยู่ในองค์ประกอบเดียวกันคือ ด้านกล้าแสดงออก มีคะแนนอยู่ในเกณฑ์ปานกลาง (X = 40.25, SD = 9.30) และด้านมุ่งมั่นพยายามมีคะแนนอยู่ในเกณฑ์ต่ำ (X = 38.19, SD = 8.26) องค์ประกอบด้านดี มี 2 ด้านที่มีคะแนนอยู่ในเกณฑ์ปานกลาง ได้แก่ ด้านควบคุมอารมณ์ และด้านใส่ใจและเข้าใจอารมณ์ผู้อื่น (X = 46.48, SD = 9.84 และ X = 42.08, SD = 9.63, ตามลำดับ) ส่วนด้านยอมรับถูกผิดมีคะแนนอยู่ในเกณฑ์ต่ำ (X = 39.55, SD = 9.54) องค์ประกอบด้านสุข ทั้ง 3 ด้าน มีคะแนนอยู่ในเกณฑ์ต่ำทั้งหมด ได้แก่ ด้านพอใจในตนเอง (X = 38.87, SD = 10.92) ด้านรู้จักปรับใจ (X = 39.79, SD = 11.94) และด้านร่าเริงเบิกบาน (X = 26.20, SD = 12.64) ดังแสดงในตารางที่ 24

ตารางที่ 23 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนมาตรฐาน (T-Score) ของคะแนนความฉลาดทางอารมณ์ของเด็กกำพร้าจากโรคเอดส์ ในกลุ่มอายุ 3 – < 6 ปี

ความฉลาดทางอารมณ์	คะแนน (T-Score)	
	X	SD
โดยรวม	32.41	5.38
องค์ประกอบด้านดี		
1. รู้จักอารมณ์	32.67	13.02
2. มีน้ำใจ	31.90	9.05
3. รู้ว่าอะไรถูกอะไรผิด	35.03	9.75
องค์ประกอบด้านเก่ง		
1. กระตือรือร้น/สนใจใฝ่รู้	31.13	13.44
2. ปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลง	34.20	8.23
3. กล้าพูดกล้าบอก	40.30	10.46
องค์ประกอบด้านสุข		
1. มีความพอใจ	28.83	13.06
2. อบอุ่นใจ	34.87	11.97
3. สนุกสนานร่าเริง	22.73	8.23

ตารางที่ 24 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนมาตรฐาน (T-Score) ของคะแนนความฉลาดทางอารมณ์ของเด็กกำพร้าจากโรคเอดส์ในกลุ่มอายุ 6 - < 12 ปี

ความฉลาดทางอารมณ์	คะแนน (T-Score)	
	X	SD
โดยรวม	39.83	7.06
องค์ประกอบด้านดี		
1. ควบคุมอารมณ์	46.48	9.84
2. ใส่ใจและเข้าใจอารมณ์ผู้อื่น	42.08	9.63
3. ยอมรับถูกผิด	39.55	9.54
องค์ประกอบด้านเก่ง		
1. มุ่งมั่นพยายาม	38.19	8.26
2. ปรับตัวต่อปัญหา	50.42	7.99
3. กล้าแสดงออก	40.25	9.30
องค์ประกอบด้านสุข		
1. พอใจในตนเอง	38.87	10.92
2. รู้จักปรับใจ	39.79	11.94
3. ร่าเริงเบิกบาน	26.20	12.64

ความฉลาดทางอารมณ์ของเด็กกำพร้าจากโรคเอดส์ที่มีอายุระหว่าง 12 – 18 ปี มีคะแนน โดยรวมเฉลี่ยเท่ากับ 134.17 (SD = 17.36) ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ที่ค่อนข้างต่ำ และเมื่อจำแนกเป็นรายด้านในองค์ประกอบด้านดี ด้านควบคุมตนเอง และด้านเห็นใจผู้อื่น มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในเกณฑ์มาตรฐาน ($X = 17.19$, $SD = 2.82$ และ $X = 16.45$, $SD = 2.88$ ตามลำดับ) ส่วนด้านความรับผิดชอบมีคะแนนเฉลี่ยต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐาน ($X = 15.93$, $SD = 2.59$) องค์ประกอบด้านเก่ง ด้านมีแรงจูงใจ และด้านตัดสินใจและแก้ปัญหา มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในเกณฑ์มาตรฐาน ($X = 16.11$, $SD = 2.90$ และ $X = 16.41$, $SD = 3.58$ ตามลำดับ) ส่วนด้านสัมพันธ์ภาพมีคะแนนเฉลี่ยต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐาน ($X = 14.35$, $SD = 2.89$) และองค์ประกอบด้านสุข ด้านสุขสงบทางใจมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในเกณฑ์มาตรฐาน ($X = 15.64$, $SD = 3.15$) ส่วนด้านภูมิใจตนเอง และด้านพอใจชีวิตมีคะแนนเฉลี่ยต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐาน ($X = 8.45$, $SD = 2.24$ และ $X = 13.64$, $SD = 2.79$, ตามลำดับ) ดังตารางที่ 25

ตารางที่ 25 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความฉลาดทางอารมณ์ของเด็กกำพร้าจากโรคเอดส์ในกลุ่มอายุ 12 – 18 ปี

ความฉลาดทางอารมณ์	เกณฑ์มาตรฐาน	คะแนน	
		X	SD
โดยรวม		134.17	17.36
องค์ประกอบด้านดี		49.57	6.45
1. ควบคุมตนเอง	13 – 18	17.19	2.82
2. เห็นใจผู้อื่น	16 – 21	16.45	2.88
3. รับผิดชอบ	17 – 22	15.93	2.59
องค์ประกอบด้านเก่ง		46.86	7.74
1. มีแรงจูงใจ	15 – 20	16.11	2.90
2. ตัดสินใจและแก้ปัญหา	14 – 19	16.41	3.58
3. สัมพันธภาพ	15 – 20	14.35	2.89
องค์ประกอบด้านสุข		37.74	6.47
1. ภูมิใจตนเอง	9 – 13	8.45	2.24
2. พอใจชีวิต	16 – 22	13.64	2.79
3. สุขสงบทางใจ	15 – 21	15.64	3.15

2.6 ภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น

เด็กเด็กกำพร้าจากโรคเอดส์ ในกลุ่มอายุ 12 – 18 ปี มีจำนวน 86 คน มีคะแนนภาวะซึมเศร้าเฉลี่ยเท่ากับ 16.73 (SD = 5.03) เมื่อใช้ cut-off score ที่คะแนน 16 เพื่อแยกผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า (≥ 16) กับผู้ที่มีภาวะปกติ (< 16) ตามเกณฑ์สากลทั่วไป พบว่ามีกลุ่มตัวอย่าง 43 คน (ร้อยละ 50) ที่มีภาวะซึมเศร้า และ 43 คน (ร้อยละ 50) ที่เป็นปกติ แต่เมื่อใช้ cut-off score ที่คะแนน 22 เพื่อแยกผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า (≥ 22) กับผู้ที่มีภาวะปกติ (< 22) ตามเกณฑ์ของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข พบว่า มีกลุ่มตัวอย่างที่มีภาวะซึมเศร้าเพียง 15 คน (ร้อยละ 17.4) และ เป็นปกติ 71 คน (ร้อยละ 82.6) (ตารางที่ 26)

ตารางที่ 26 ภาวะซึมเศร้าของวัยรุ่นที่กำพร้าจากโรคเอดส์ (n = 86)

Cut-off score	ซึมเศร้า (%)	ปกติ (%)	รวม
≥ 16	43 (50.0 %)	43 (50.0 %)	86
≥ 22	15 (17.4 %)	71 (82.6 %)	86

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาด้านการณธ์ จำนวน สภาพความเป็นอยู่ การเจริญเติบโต และการสนับสนุนด้านต่างๆ รวมทั้งคุณภาพชีวิตและคุณภาพการดูแลเด็กกำพร้าจากเอชไอวี/เอดส์ ในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จังหวัดชลบุรี ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

1. ผลการสำรวจข้อมูลทุติยภูมิจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดในภาคตะวันออกเฉียงเหนือพบว่าจำนวนเด็กติดเชื้อเอชไอวีที่มีชีวิตอยู่ที่อยู่ในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือทั้งหมด 437 คน จำนวนนี้สะสมถึงเดือนธันวาคม 2546 โดยมีอายุอยู่ในช่วง 18 เดือน-3 ปีมากที่สุด และมีเด็กกำพร้าที่บิดามารดาเสียชีวิตด้วยโรคเอดส์ 1,006 ราย ตั้งแต่ พ.ศ. 2544-2547 เป็นเด็กที่ไม่ติดเชื้อมีร้อยละ 78 จังหวัดชลบุรีเป็นจังหวัดที่มีจำนวนมารดาคลอดบุตรมากที่สุดในแต่ละปี รองลงไปคือ หนองคาย และจันทบุรี และนครนายกมีจำนวนมารดาคลอดบุตรน้อยที่สุด และมารดาที่มารดาคลอดบุตรมีอัตราการติดเชื้อเอชไอวี ร้อยละ 1.7 และร้อยละ 87.1 ของมารดาที่ติดเชื้อ ได้รับยาต้านไวรัสก่อนและขณะคลอด ในช่วงปี 2544-2547 นั้น พบว่ามีเด็กเกิดจากมารดาที่ติดเชื้อเอชไอวี ในอัตราร้อยละ 1.6 ต่อจำนวนการคลอดทั้งหมดประมาณ 240,000 ราย เด็กเหล่านี้ เกือบร้อยละ 100 ได้รับยาต้านไวรัสหลังคลอด และ ร้อยละ 77.4 ได้รับนมผงทดแทน

2. การสัมภาษณ์เชิงลึกเด็กกำพร้าและเด็กที่ได้รับผลกระทบจากโรคเอดส์ แต่ละคนมีการดำเนินชีวิต ความเป็นอยู่ และความต้องการแตกต่างกัน แต่โดยรวมแล้วประเด็นของการถูกรังเกียจจากคนในสังคมก็ยังคงมีอยู่ ถึงแม้ว่าบางรายบอกว่าครูและเพื่อนๆ เข้าใจดี แต่ก่อนที่ จะยอมรับเด็กเหล่านี้ได้ ต่างก็ได้ผ่านความรู้สึกการถูกรังเกียจกันมาบ้างแล้ว เด็กเหล่านี้ก็ยัง คงร้องขอให้สังคมเข้าใจพวกเขามากขึ้น ทั้งนี้พวกเขาเป็นเด็กกำพร้าที่ขาดพ่อแม่ และเมื่อ เป็นกำพร้าจากการที่บิดามารดาเสียชีวิตด้วยเอดส์ก็ยิ่งต้องให้ความเข้าใจและเห็นใจมากขึ้น เด็กต้องการการส่งเสริมและสนับสนุนด้านกำลังใจ ความสนใจ การเอาใจใส่ ด้านสังคม อารมณ์ และจิตวิญญาณสูงมาก ต้องการมีเพื่อน มีคนที่เข้าใจและไว้วางใจได้ ต้องการการ ยอมรับในสังคม ส่วนการสนับสนุนทางด้านกายภาพ ไม่ว่าจะเป็นเรื่องเสื้อผ้า การเรียน หนังสือ ทูททรีพี เด็กกำพร้าก็มีความต้องการที่ไม่แตกต่างมากนักกับเด็กทั่วไป แต่เพิ่มเติม ในเรื่องของการดูแลสุขภาพ โดยเฉพาะในเด็กที่ติดเชื้อ เด็กกำพร้าและเด็กที่ได้รับผลกระทบนี้ มีความหวังในอนาคตที่ดี คาดหวังว่าจะเป็นและจะทำในสิ่งที่เป็ประโยชน์ให้กับสังคม ในอนาคต

3. การประชุมกลุ่มย่อยกลุ่มเครือข่ายผู้ติดเชื้อ กลุ่มนี้ได้ทำงานในลักษณะเป็น

อาสาสมัครช่วยผู้ติดเชื้อมีด้วยกันรวมทั้งช่วยเหลือเด็กที่เกิดจากผู้ติดเชื้อมันไม่ว่าจะเป็นเด็กที่ติดเชื้อหรือไม่ก็ตาม เครือข่ายผู้ติดเชื้อต้องการได้รับการอบรมความรู้เกี่ยวกับการดูแลเด็ก โดยเฉพาะเด็กที่ติดเชื้อเพื่อจะได้ไปเยี่ยมบ้านและให้คำแนะนำบ้านที่มีเด็กติดเชื้อได้อย่างถูกต้อง งานหลักอีกอย่างที่สำคัญสำหรับเครือข่ายผู้ติดเชื้อคือการหาทุนการศึกษาให้กับเด็กกำพร้า ซึ่งนับว่าเป็นประโยชน์อย่างยิ่งกับเด็ก อย่างไรก็ตาม ยังมีทุนไม่เพียงพอ และมีปัญหาคือครอบครัวของเด็กไม่ต้องการเปิดเผยว่าเป็นเด็กกำพร้าจากบิดามารดาเสียชีวิตด้วยเอดส์ แต่การรับทุนนั้นแหล่งทุนบางแห่งแจ้งว่าให้จัดสรรทุนให้กับเด็กกำพร้าจากเอดส์เท่านั้น ดังนั้นเด็กกลุ่มที่ไม่เปิดเผยจึงไม่ได้รับทุน ซึ่งมีเป็นจำนวนมากไม่น้อย การทำงานของเครือข่ายผู้ติดเชื้อมีปัญหาที่สำคัญอีกอย่างคือเป็นงานอาสาสมัครจึงมีค่าตอบแทนน้อย การเยี่ยมบ้านบางครั้งทางไกล เดินทางลำบาก ไม่สามารถเบิกค่าเดินทางได้ และมีปัญหาที่มีสุนัขจรจัดมากในชุมชนสุนัขเห่าเสียงดัง และหลายครั้งโดนสุนัขกัดด้วย การที่ผู้ติดเชื้อในชุมชนไม่กล้าไปรับยาเอง อาสาสมัครเหล่านี้ก็จะไปรับยาที่โรงพยาบาลและนำยามาให้กับผู้ติดเชื้อ การรับยาที่โรงพยาบาลมีขั้นตอนที่ล่าช้ามาก โดยเฉพาะการใช้สิทธิ์ 30 บาท และที่โรงพยาบาลเปลี่ยนเจ้าหน้าที่บ่อยทำให้ต้องสร้างความคุ้นเคยกับเจ้าหน้าที่ใหม่ๆ อยู่ตลอดเวลา อีกทั้งมีการจัดการที่ไม่เป็นการปกปิดให้กับผู้ติดเชื้อที่จะต้องไปรับยา เนื่องจากที่โรงพยาบาลจัดเป็นห้องรับยาหรือให้คำปรึกษาเฉพาะ ดังนั้นใครที่เข้าไปใช้บริการในห้องนั้นก็สงสัยได้เลยว่าน่าจะเป็นผู้ติดเชื้อ ซึ่งอยากให้ทางโรงพยาบาลปรับในส่วนนี้ด้วย

4. การประชุมกลุ่มย่อยกลุ่มผู้ให้บริการภาครัฐและเอกชน ส่วนใหญ่ก็ยังพบว่าเด็กที่ได้รับผลกระทบยังคงมีปัญหาเรื่องการถูกรังเกียจจากคนในชุมชน ทั้งๆ ที่หน่วยงานทั้งภาครัฐและเอกชนร่วมกันรณรงค์สร้างความเข้าใจการติดเชื้อเอชไอวี การติดต่อ การปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อ และการอยู่ร่วมกันในสังคมในชุมชนทั่วไปกัน เป็นระยะเวลาพอสมควรแล้ว และที่เลวร้ายไปกว่านั้น บางโรงเรียนไม่อนุญาตให้เด็กกำพร้าและเด็กที่ได้รับผลกระทบเข้าเรียนในโรงเรียนนั้นๆ และยังมีครูอีกจำนวนไม่น้อยที่ยังไม่เข้าใจเด็กกลุ่มนี้ด้วย พยาบาลที่ให้บริการด้านนี้มีน้อย ไม่เพียงพอ ซึ่งงานบริการของโรงพยาบาลเองมีมาก ฉะนั้นเวลาที่จะมาช่วยเหลือเด็กตรงนี้ก็ไม่น่ามากนักทำให้การให้บริการส่วนนี้อาจยังไม่ได้ดีเท่าที่ควร การปกป้องสิทธิส่วนบุคคลมีการห้ามไม่ให้ถ่ายรูป หรือถ่ายรูปไม่ให้เห็นใบหน้าในการสัมภาษณ์เด็ก เพราะถ้าบังเอิญไปเจอเด็กในที่สาธารณะก็จะพูดได้ว่าเคยเห็นหน้าเด็กคนนี้เป็นเด็กติดเชื้อ และมีปัญหาที่สำคัญอีกอย่างคือเด็กขาดการติดต่อ เนื่องจากบางทีพ่อแม่ไม่ได้เป็นคนใช้ในพื้นที่ พอคอดกั้เอาลูกไปเลี้ยงต่างจังหวัด แล้วเอาลูกมาหาตอนอายุ 2 เดือน แล้วหลังจากนั้นก็หายไปเลย ทางกลุ่มนี้เสนอแนะว่าอยากให้มีกรอบรมเจ้าหน้าที่และบุคลากรเป็นระยะๆ เพื่อให้มีข้อมูลที่ทันสมัยอยู่เสมอ และให้เป็นการอบรมแบบทีมสหสาขาวิชาชีพ

5. การสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ให้บริการในวัฒนธรรมท้องถิ่นและชุมชน ปัญหาที่สำคัญ เช่นเดียวกันคือยังคงพบว่าชุมชนและชาวบ้านยังไม่ยอมรับ ผู้ติดเชื้อจึงไม่กล้าเปิดเผย จึงขาดการประสานงาน และการช่วยเหลือล่าช้า ปัญหาเรื่องงบประมาณที่จะใช้เป็นค่าใช้จ่าย หน่วยงานราชการก็มีขั้นตอนต่างๆ มาก ส่วนของราชการเอง ขาดบุคลากรที่จะทำงานตรงนี้ เพราะมีภาระหน้าที่อยู่แล้ว ต้องใช้อาสาสมัคร มาทำงานแทนซึ่งก็ยังคงขาดความรู้และประสบการณ์ ปัญหาด้านตัวเด็ก พบว่าเด็กจะไม่ค่อยมีความสุข และจะค่อนข้างเศร้า ไม่เหมือนเด็กทั่วไป เด็กโตบางคนก็พูดว่าเกลียดพ่อแม่ ปัญหาด้านจิตใจจะหนักกว่าด้านสุขภาพ การดำเนินการแก้ไขในทางด้านปัญหาด้านจิตใจ พยายามที่จะจัดกิจกรรมกลุ่มในช่วงวันหยุด ปิดเทอมบ้าง จัดเด็กให้เข้าค่ายต่างๆ แต่ก็ไม่ได้เอาเฉพาะเด็กกำพร้าจากโรคเอดส์เท่านั้นที่มาเข้าค่าย แต่มีเด็กกำพร้าจากสาเหตุอื่นๆ ด้วย เพื่อให้กลมกลืนกันไป มีเด็กส่วนมากที่ยังไม่เปิดเผยตัวเท่าไร ต้องมีการตัดแปลงวิธีเข้าไปเยี่ยมหลายรูปแบบ ทั้งเข้าไปตรวจสอบสุขภาพนักเรียนต่างๆ จัดกิจกรรมวันสำคัญต่างๆ ของชาติ เป็นต้น

6. ข้อมูลปริมาณรวบรวมจากผู้ดูแลเด็กกำพร้าจากโรคเอดส์ ทั้งหมดจำนวน 210 คู่ ผู้ดูแลเด็กส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง เป็นแม่มากที่สุด รองลงมาเป็นยาย มีอายุเฉลี่ย 42.7 ปี โดยทั่วไปสุขภาพแข็งแรง ร้อยละ 16.2 ของผู้ดูแลเด็กเป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ยังไม่มีอาการ มากกว่าร้อยละ 60 ของผู้ดูแลมีการศึกษาสูงสุดระดับประถมศึกษาเท่านั้น และประมาณครึ่งของผู้ดูแลมีอาชีพรับจ้างทั่วไป หรือค้าขายเล็กๆ น้อยๆ ผู้ดูแลเด็กอาศัยอยู่ในชุมชนตั้งแต่ 4 เดือน - 75 ปี เฉลี่ย 23 ปี ระยะเวลาที่เป็นผู้ดูแลเด็กเป็นหลักเฉลี่ยประมาณ 9 ปี ในแต่ละครอบครัวมีจำนวนสมาชิกเฉลี่ยครอบครัวละ 4-5 คน รายได้ครอบครัวเฉลี่ยประมาณ 4700 บาทต่อเดือน ร้อยละ 75 มีรายได้ครอบครัวไม่เพียงพอต่อการใช้จ่าย และมีเพียงร้อยละ 60 เท่านั้นที่ได้รับเงินสงเคราะห์ในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา

7. เด็กกำพร้าที่ศึกษาในครั้งนี้มีอายุเฉลี่ย 10.31 ปี ร้อยละ 81 ไม่ติดเชื้อ ร้อยละ 17 ติดเชื้อ และร้อยละ 2.9 ไม่ทราบผลเลือดเอชไอวี เป็นเด็กชายและเด็กหญิงในสัดส่วนที่เท่ากัน

8. เด็กมีการเจริญเติบโตด้านน้ำหนักตามเกณฑ์อายุเป็นปกติร้อยละ 72 ร้อยละ 13 มีน้ำหนักมาก และร้อยละ 15 มีน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์ การเจริญเติบโตด้านส่วนสูงตามเกณฑ์อายุ ร้อยละ 67 มีส่วนสูงปกติ ร้อยละ 10 สูงมากกว่าเกณฑ์ และร้อยละ 23 สูงน้อยกว่าเกณฑ์ การเจริญเติบโตด้านน้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูง พบว่าร้อยละ 67 เด็กมีน้ำหนัก และส่วนสูงสมส่วน ร้อยละ 20 ท้วมถึงอ้วน และร้อยละ 13 ค่อนข้างพอมถึงพอม

9. จำแนกเด็กตามอายุและระดับพัฒนาการเป็น 4 กลุ่ม 1) 0-3 ปี 6 คน (ร้อยละ 2.9) 2) 3-6 ปี 30 คน (ร้อยละ 14.3) 3) 6-12 ปี 88 คน (ร้อยละ 41.9) และ 4) 12-18 ปี 86 คน (ร้อยละ 41.0)

10. ด้านการศึกษาของเด็กพบว่าร้อยละ 90 กำลังศึกษาอยู่ ร้อยละ 4 เรียนจบแล้ว และบางคนทำงาน และร้อยละ 6 ยังไม่ได้เรียน (ครึ่งของเด็กที่ไม่ได้เรียนมีอายุมากกว่า 6 ปี)
11. โดยทั่วไปเด็กร้อยละ 96 มีสุขภาพปกติและมีการเจ็บป่วยบ้างเล็กน้อยไม่ต้องนอนในโรงพยาบาล มีเพียงร้อยละ 4 เท่านั้นที่มีการเจ็บป่วยและต้องรักษาในโรงพยาบาล
12. เด็กที่อายุต่ำกว่า 5 ปี ทั้งหมด 30 คนได้รับวัคซีนครบ 20 คน (ร้อยละ 67) ที่เหลือได้รับไม่ครบ และ/หรือไม่ทราบ
13. คุณภาพชีวิตของเด็กกำพร้าจากเอดส์โดยการประเมินของผู้ดูแล มีคุณภาพชีวิตสูง ทั้งโดยภาพรวมและแยกเป็นรายด้าน (ด้านร่างกาย จิตสังคม และการศึกษา) ยกเว้นด้านเศรษฐกิจที่มีคะแนนปานกลาง
14. คุณภาพการดูแลเด็กทั้งโดยรวมและแยกเป็นรายด้านมีคะแนนปานกลางค่อนข้างไปทางสูง (ด้านร่างกาย จิตสังคม การศึกษา และการดูแลสุขภาพเด็ก)
15. คะแนนความฉลาดทางอารมณ์ของเด็กกำพร้าทุกกลุ่มอายุพบว่า อยู่ในเกณฑ์ที่ค่อนข้างต่ำทั้งหมดทั้งโดยรวมและรายด้าน อายุยิ่งน้อยยิ่งมีความฉลาดทางอารมณ์ต่ำ กลุ่มอายุ 3-6 ปี มีความฉลาดทางอารมณ์ด้านการกล้าพูดกล้าบอกเพียงด้านเดียวเท่านั้นที่อยู่ในเกณฑ์ปานกลาง อายุ 6-12 ปี มีความฉลาดทางอารมณ์ด้านเพียงด้านเดียวที่อยู่ในเกณฑ์ดีคือปรับตัวต่อปัญหา และมีคะแนนปานกลาง 3 ด้านคือ ควบคุมอารมณ์ การใส่ใจและเข้าใจอารมณ์ผู้อื่น และกล้าแสดงออก และอายุ 12-18 ปี มีความฉลาดทางอารมณ์ 5 ด้านเท่านั้นที่อยู่ในเกณฑ์มาตรฐาน ได้แก่ ควบคุมตนเอง เห็นใจผู้อื่น มีแรงจูงใจ ตัดสินใจและแก้ปัญหา และสุขสงบทางใจ
16. เด็กกำพร้าจากโรคเอดส์ ที่อยู่ในวัยรุ่น (12-18 ปี) มีทั้งหมด 86 คน มีคะแนนภาวะซึมเศร้าเฉลี่ย 16.73 ซึ่งจัดอยู่ในเกณฑ์ที่มีภาวะซึมเศร้าเมื่อใช้จุดตัดคะแนนตามเกณฑ์สากลทั่วไป (≥ 16) แต่อยู่ในเกณฑ์ปกติเมื่อใช้จุดตัดคะแนนตามเกณฑ์ของกรมสุขภาพจิต (≥ 22) และเมื่อใช้จุดตัดคะแนนที่ 16 ตามเกณฑ์สากลทั่วไป พบว่าเด็กมีภาวะซึมเศร้าเป็นสัดส่วนเท่ากับเด็กที่เป็นปกติ (ร้อยละ 50) แต่เมื่อใช้จุดตัดคะแนนที่ 22 ตามเกณฑ์ของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข พบว่าร้อยละ 83 เป็นปกติ และร้อยละ 17 เป็นเด็กวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้า

การอภิปรายผล

การอภิปรายผลการวิจัยจะเป็นการอภิปรายเพื่อตอบตามคำถามการวิจัยของการศึกษานี้ครั้งนี้ที่ได้กำหนดไว้ ดังต่อไปนี้

1. เด็กกำพร้าจากโรคเอดส์ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือเป็นจำนวนเท่าใด

ผลการสำรวจข้อมูลทุติยภูมิในภาคตะวันออกเฉียงเหนือตัวเลขจำนวนเด็กกำพร้าจากบิดามารดาเสียชีวิตด้วยโรคเอดส์จนถึงปี 2547 มีประมาณ 1,006 คน ทั้งนี้จำนวนเด็กที่ได้รับผลกระทบที่ยังไม่เป็นกำพร้ายังไม่ทราบแน่นอน แต่คาดว่าจำนวนที่สำรวจได้น่าจะค่อนข้างต่ำกว่าความเป็นจริง ซึ่งการคาดประมาณให้ได้จำนวนที่แน่นอนนั้นทำได้ยากมาก ด้วยข้อจำกัดที่ว่าครอบครัวที่มีการติดเชื้อเอดส์ไม่ต้องการเปิดเผยเพราะยังคงเป็น Stigma หรือตราบาปสำหรับครอบครัวและผู้ที่มีการติดเชื้อ ทั้งที่สังคมพยายามจะบอกว่าเปิดกว้างและยอมรับได้เหมือนกับเป็นบุคคลทั่วไปในชุมชนสังคม แต่ในความเป็นจริงแล้วยังมีเป็นจำนวนไม่น้อยที่รังเกียจและยอมรับไม่ได้กับการอยู่ร่วมกันในชุมชน จังหวัดชลบุรีมีจำนวนมารดามาลอดมากที่สุด ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือเนื่องจากมีประชากรมากที่สุดและมีโรงพยาบาลศูนย์ภาคตะวันออกเฉียงเหนือตั้งอยู่ ดังนั้นจำนวนเด็กเกิดใหม่จึงมากกว่าจังหวัดอื่นด้วย อย่างไรก็ตามอัตราการศึกษาจากแม่สู่ลูกในแต่ละจังหวัดอยู่ในเกณฑ์ที่ใกล้เคียงกันคือ ประมาณร้อยละ 1.6 ถึงแม่เด็กที่เกิดใหม่ในจังหวัดชลบุรีจะมีจำนวนมาก แต่เด็กที่เกิดใหม่จากมารดาติดเชื้อเอชไอวี ในจังหวัดระยอง ร่วมกับในจังหวัดระยองมีศูนย์ดูแลเด็กที่ได้รับผลกระทบและเด็กกำพร้าที่ให้บริการอย่างเป็นทางการ ุรูปธรรมและเปิดเผยมากกว่า และประชาชนในจังหวัดระยองมีการยอมรับครอบครัวที่มีการติดเชื้อเอชไอวีอยู่ในสังคมได้ จึงอาจทำให้มีการย้ายถิ่นฐานครอบครัวไปอยู่ที่ระยองเพิ่มขึ้น ทำให้เป็นไปได้ว่าเมื่อสำรวจจำนวนเด็กกำพร้าและเด็กที่ได้รับผลกระทบในจังหวัดระยองมีจำนวนใกล้เคียงกับจังหวัดชลบุรี

เด็กที่ได้รับผลกระทบนั้นเกือบทั้งหมดได้รับยาต้านไวรัสแรกเกิด แต่มีเพียงร้อยละ 77.4 เท่านั้นที่ได้รับนมผงทดแทน ซึ่งอธิบายได้ด้วยเหตุผลหลักเดียวกันคือเรื่องการกลัวสังคม ุกลัวการถูกกีดกันและรังเกียจในสังคม ทำให้มารดาไม่ไปรับนมผงทดแทนสำหรับทารกแรกเกิดจากมารดาติดเชื้อ เอชไอวี อีกประการหนึ่งผลการสำรวจพบว่าเกือบร้อยละ 100 ที่ทารกได้รับยาต้านไวรัส ทั้งนี้เป็นข้อมูลที่สำรวจเมื่อแรกเกิดเท่านั้น ในระยะต่อจากนั้นเมื่อขาดนม ทารกอายุมากขึ้น 2 เดือน 3 เดือน หรือมากกว่านั้นก็อาจจะมีอัตราทารกได้รับยาต้านไวรัสลดลง อันเนื่องมาจากเหตุผลเดียวกัน หรือเป็นไปได้ว่ามีรายได้น้อย ไม่มีค่ารถมาโรงพยาบาล เพราะมีการจ่ายยาต้านไวรัสในบางโรงพยาบาลเท่านั้น หรือครอบครัวอาจจะต้องใช้เวลากับการทำงานมากกว่าที่จะเสียเวลามาโรงพยาบาลและขาดรายได้ ซึ่งเมื่อเด็กได้รับยาต้านไวรัสไม่ครบถ้วน หรือเด็กคุณนมแม่ที่ติดเชื้อเอชไอวี ก็จำทำให้เด็กมีโอกาสติดเชื้อ และส่งผลให้มีอัตราเด็กติดเชื้อสูงเพิ่มขึ้นได้

อีกประการหนึ่งเนื่องจากภาคตะวันออกเฉียงเหนือเป็นเขตโรงงานอุตสาหกรรม และนิคม

อุตสาหกรรมหลายแห่ง จึงมีแรงงานย้ายถิ่นมาทำงานกันมาก กลุ่มนี้จำนวนหนึ่งมีการติดเชื่อ
 เชนไอวีและมีบุตรด้วย แต่เด็กส่วนมากจะถูกส่งกลับไปที่บ้านตามต่างจังหวัด เพื่อให้ญาติ เช่น
 ยาย หรือ ย่า ช่วยดูแลให้ ดังนั้นจำนวนเด็กส่วนหนึ่งจึงไปเพิ่มอยู่ในภาคอื่น เช่น ภาคเหนือ และ
 ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และ ถ้าเป็นกำพร้าเด็กจะถูกส่งไปอยู่ในสถานที่ให้การดูแลเด็ก
 กำพร้าในภาคเหนือหรือภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ซึ่งมีหลายแห่ง รวมทั้งมีหน่วยงาน NGO
 ที่ให้การช่วยเหลือ และดูแลเด็กกลุ่มนี้อยู่หลายแห่งมาก

2. สภาพความเป็นอยู่ของเด็กกำพร้า และเด็กที่ได้รับผลกระทบจากโรคเอดส์เป็นอย่างไร

เด็กกำพร้าและเด็กที่ได้รับผลกระทบในการศึกษาครั้งนี้ประเมินสภาพความเป็นอยู่
 จากคุณภาพชีวิต และคุณภาพการดูแลเด็ก โดยการสังเกตและสอบถามจากผู้ดูแลเด็ก พบว่า
 คุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในเกณฑ์พึงพอใจมาก เมื่อแยกเป็นรายด้านพบว่าคุณภาพชีวิตด้าน
 ร่างกาย จิตสังคม และการศึกษา อยู่ในเกณฑ์พอใจมาก แต่ด้านเศรษฐกิจอยู่ในเกณฑ์พอใ
 ป่านกลาง ทั้งนี้อธิบายได้ว่าผู้ดูแลเป็นผู้ตอบความพึงพอใจคุณภาพชีวิตของเด็กที่ตนเองให้การ
 ดูแล น่าจะเป็นไปได้ว่าผู้ดูแลคิดว่าตนเองดูแลให้เด็กได้มีคุณภาพชีวิตดีแล้ว ตามสมควรแก่
 ทัศนภาพ ได้ให้มื้ออาหารกิน มีที่อยู่อาศัย และมีเสื้อผ้าเครื่องนุ่งห่มให้แล้ว แต่ในความเป็นจริง
 การประเมินคุณภาพชีวิตเป็นเรื่องที่ประเมินได้ยาก ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับว่าจะใช้มาตรฐานคุณภาพ
 ชีวิตของใครเป็นตัวเปรียบเทียบ ดังกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาผู้ดูแลอาจเปรียบเทียบคุณภาพชีวิต
 กับตนเองหรือกับชุมชนสังคมที่อยู่และพบเห็นในชีวิตประจำวันทั่วไป แต่ละคนแต่ละแห่ง
 แต่ละวัฒนธรรมมีมาตรฐานคุณภาพชีวิตแตกต่างกัน ในสังคมผู้มีรายได้และการศึกษาสูง ย่อม
 มีมาตรฐานคุณภาพชีวิตด้านร่างกายมากกว่าเคมีเสื้อผ้าใส่เท่านั้น อาจจะมีเพิ่มในเรื่องต้องมี
 เสื้อผ้าใหม่ๆบ้าง ทันสมัย หรือต้องมีของใช้ที่มียี่ห้อบ้าง เป็นต้น ต้องให้ลูกได้เรียนใน โรงเรียน
 ที่เป็นเด็กเก่ง อยู่ในสังคมระดับเดียวกัน มีการดูแลด้านจิตใจโดยพาครอบครัวไปพักผ่อนช่วง
 วันหยุด ส่งเสริมกิจกรรมพิเศษ เช่น ดนตรี กีฬา ศิลปะ เป็นต้น ซึ่งเหล่านี้คงไม่ใช่มาตรฐาน
 คุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา อีกทั้งกลุ่มตัวอย่างยังเป็นผู้ที่มีปัญหาด้านเศรษฐกิจ
 มีรายได้น้อย จึงมีคะแนนด้านคุณภาพชีวิตด้านเศรษฐกิจในระดับปานกลาง ซึ่งอาจเป็นไปได้ว่า
 เป็นความรู้สึกนึกคิดของผู้ดูแลเอง เพราะตัวเด็กเองคงยังไม่น่าจะกังวลในเรื่องเศรษฐกิจมากนัก
 เพราะเป็นผู้ที่ยังไม่มีรายได้ แต่ได้รับค่าใช้จ่ายจากผู้ดูแล และก็มีมักจะบอกกับเด็กๆว่าไม่มีเงิน
 พอที่จะใช้จ่าย ต้องเป็นหนี้ เป็นต้น ดังนั้นคุณภาพชีวิตที่พอใจมากเป็นความพอใจของกลุ่ม
 ตัวอย่างซึ่งมองว่าตัวเองพอใจและเพียงพอแล้วกับคุณภาพชีวิตที่เป็นอยู่ เพียงแต่น่าจะมีรายได้
 เพิ่มมากขึ้นกว่าที่เป็นอยู่เท่านั้น

คุณภาพการดูแลเด็กส่วนใหญ่มีคุณภาพอยู่ในเกณฑ์ปานกลางก่อนไปทางสูง ซึ่งอธิบายได้ในทำนองเดียวกันกับคุณภาพชีวิตของเด็ก โดยที่ต้องใช้มาตรฐานการดูแลในกลุ่ม / สังคมเดียวกับกลุ่มตัวอย่างคือกลุ่มที่มีรายได้น้อย การศึกษาไม่มาก กินอยู่และใช้อย่างพอเพียง ส่วนในด้านการดูแลสุขภาพเด็กเมื่อเจ็บป่วย ผู้ดูแลได้ใช้สวัสดิการของรัฐในการดูแลสุขภาพเด็ก ซึ่งช่วยได้มากเพียงแต่มีปัญหาเล็กน้อยในเรื่องของความล่าช้า ค่าใช้จ่ายในการเดินทาง และการไม่ต้องการเปิดเผยเรื่องการติดเชื้อ

3. การเจริญเติบโต พัฒนาการของเด็กกำพร้าจากโรคเอดส์เป็นอย่างไรบ้าง

ผลการศึกษาพบว่า การเจริญเติบโตด้านน้ำหนักตามเกณฑ์อายุ (weight for age) ส่วนสูงตามเกณฑ์อายุ (height for age) และน้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูง (weight for height) เป็นปกติประมาณร้อยละ 70 ที่เหลือร้อยละ 30 อยู่นอกเกณฑ์ปกติ อาจจะมากไปหรือน้อยไป เมื่อแยกตามกลุ่มอายุ พบว่ากลุ่มอายุตั้งแต่ 12 ปีขึ้นไปมีแนวโน้มน้ำหนักเกินปกติมากกว่ากลุ่มอายุน้อยกว่า 12 ปี และกลุ่มอายุมากกว่า 12 ปีมีความสูงน้อยกว่าเกณฑ์ มากกว่ากลุ่มอายุ 12 ปีลงมา ทั้งนี้อธิบายได้ว่าการเจริญเติบโตและพัฒนาร่างกายของเด็กกำพร้าและเด็กที่ได้รับผลกระทบไม่น่าจะแตกต่างจากเด็กทั่วไป ดังนั้นความเป็นกำพร้าหรือการที่มีบิดามารดาติดเชื้อเอชไอวี ไม่เกี่ยวข้องกับการเจริญเติบโตด้านร่างกายของเด็ก

ความฉลาดทางอารมณ์ของเด็กกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาลครั้งนี้พบว่าเด็กทุกกลุ่มอายุ มีความฉลาดทางอารมณ์ค่อนข้างต่ำ ซึ่งเป็นสิ่งที่น่าสนใจว่าการเป็นกำพร้าหรือมีบิดามารดาติดเชื้อเอชไอวี น่าจะมีอิทธิพลต่อความฉลาดทางอารมณ์ของเด็ก ซึ่งความฉลาดทางอารมณ์เป็นการปรับตัว ความสามารถในการอยู่ร่วมในสังคม และการใช้ชีวิตอย่างมีความสุข มีสภาพจิตใจปกติและมีความสุข เด็กที่ยังเล็กจะมีความฉลาดทางอารมณ์น้อยกว่าเด็กโต ซึ่งในส่วนนี้น่าจะเกี่ยวข้องกับบุคลิกภาพของบุคคลด้วย นอกจากส่วนที่เป็นเด็กกำพร้าหรือเด็กที่ได้รับผลกระทบ

4. การสนับสนุนทางด้านสังคม จิตใจ และจิตวิญญาณที่ได้รับเป็นอย่างไรบ้าง

โดยรวมจากผลการศึกษาคูณภาพชีวิตและคุณภาพการดูแลเด็กพบว่าอยู่ในเกณฑ์สูง แต่อย่างไรก็ดีส่วนหนึ่งได้ข้อมูลจากการซักถามผู้ดูแล ซึ่งเป็นไปได้ว่าอาจให้คำตอบที่เป็นประโยชน์ต่อผู้ดูแลเด็กเองมากกว่า เพราะผลของคะแนนภาวะซึมเศร้าในเด็กวัยรุ่นพบว่ามีคะแนนเฉลี่ย 16.73 ซึ่งเป็นไปได้ว่าเด็กวัยรุ่นที่ได้รับผลกระทบจากการที่บิดามารดาติดเชื้อเอชไอวีเป็นเด็กที่มีภาวะซึมเศร้า ซึ่งมีเหตุผลสนับสนุนผลการวิจัยนี้ค่อนข้างมาก นอกจากการที่เด็กอยู่ในวัยรุ่นทั่วไปที่ไม่ได้รับการตอบสนองทางด้านจิตใจและสังคมอย่างเหมาะสม

จะมีภาวะซึมเศร้าได้แล้ว เด็กวัยรุ่นในกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาในครั้งนี้ส่วนใหญ่ น่าจะเป็นเด็กวัยรุ่นที่มีความรู้สึกว่าครอบครัวตนเองและรวมทั้งตนเองอาจถูกรังเกียจ ถูกกีดกันจากคนอื่นในสังคม ในชุมชน มีความน้อยเนื้อต่ำใจ มีความรู้สึกไม่เท่าเทียมกับคนอื่น ซึ่งล้วนแล้วแต่เป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้เด็กมีความซึมเศร้าได้ ส่วนในเด็กที่อายุน้อยกว่า 12 ปี ยังไม่สามารถวัดภาวะซึมเศร้าได้เนื่องจากยังไม่มีการพัฒนาเครื่องมือที่ใช้วัดหรือคัดกรองภาวะซึมเศร้าของเด็กที่อายุน้อยกว่า 12 ปี ดังนั้นจึงนับได้ว่าเป็นข้อจำกัดหนึ่งในการศึกษาครั้งนี้ และเป็นสิ่งที่ท้าทายในอนาคตต่อไปในการวิจัยเพื่อพัฒนาเครื่องมือวัดภาวะซึมเศร้าในเด็กที่ยังไม่เข้าสู่วัยรุ่น

5. การบริการด้านสุขภาพสำหรับเด็กกำพร้าจากโรคเอดส์ มีอะไรบ้าง

ผลจากการประชุมกลุ่มย่อยและสัมภาษณ์เชิงลึกผู้มีส่วนได้ส่วนเสียกับเด็กที่ติดเชื้อพบว่ายังคงมีปัญหาในด้านการให้บริการสุขภาพอยู่ โรงพยาบาลมีการดำเนินงานที่ค่อนข้างล่าช้า โดยเฉพาะการให้บริการกับผู้ที่ใช้สิทธิ 30 บาท เจ้าหน้าที่ที่ให้บริการเกี่ยวกับการดูแลผู้ติดเชื้อมีการเปลี่ยนแปลง ทำให้ขาดความต่อเนื่องในการดูแล และมีเจ้าหน้าที่น้อย ไม่พอเพียง รวมทั้งยังมีการจัดการในเรื่องการพิทักษ์สิทธิหรือการไม่เปิดเผยการเป็นผู้ติดเชื้อต่อบุคคลอื่น ยังคงต้องการการปรับปรุง ทั้งนี้ เหตุผลในการให้บริการล่าช้าที่สำคัญส่วนหนึ่งน่าจะเป็นเนื่องจากมีบุคลากรน้อย ซึ่งปัญหานี้ควรจะได้รับการส่งต่อไปยังผู้มีหน้าที่กำหนดนโยบาย ในการเพิ่มอัตรากำลังเจ้าหน้าที่ในส่วนนี้ ส่วนเรื่องการไม่เปิดเผยข้อมูลนั้นทางหน่วยงานคงจะได้มีการอบรมให้แก่เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องไปแล้ว แต่อาจจะขาดการเน้นย้ำ หรือละเลยการให้ความสำคัญในส่วนนี้ไป

สำหรับสุขภาพของเด็กที่ได้รับผลกระทบ พบว่ามากกว่าร้อยละ 95 มีสุขภาพโดยทั่วไปเป็นปกติ มีการเจ็บป่วยเล็กๆ น้อยๆ และเด็กได้รับการดูแลด้านสุขภาพที่มีคุณภาพ ในระดับปานกลางค่อนข้างสูง นับได้ว่าเด็กได้รับการดูแลสุขภาพอยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้ แต่อย่างไรก็ดีผลการศึกษารับวัคซีนในเด็กที่อายุต่ำกว่า 5 ปี มีเพียงร้อยละ 67 เท่านั้นที่ได้รับครบถ้วน ที่เหลือได้รับไม่ครบ หรือไม่ทราบ ทั้งนี้แสดงให้เห็นว่าเมื่อยังเป็นเด็กเล็ก การดูแลสุขภาพเด็กส่วนใหญ่นั้นน่าจะมาจากผู้ดูแล ซึ่งอาจจะไม่ได้สนใจและไม่ค่อยมีเวลาดูแลเด็กได้เต็มที่จึงทำให้ผลการได้รับวัคซีนในเด็กนั้นค่อนข้างต่ำ แต่คุณภาพการดูแลโดยรวมนั้นเป็นส่วนที่ผู้ดูแลเป็นผู้ดูแลเด็ก และ เด็กได้ดูแลตัวเองด้วยส่วนหนึ่งเพราะได้สังเกตและสัมภาษณ์ทั้งในเด็กเล็กและเด็กโต

ข้อเสนอแนะ

จากผลการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะดังนี้

1. เด็กที่ได้รับผลกระทบและเด็กกำพร้าจากการที่บิดามารดาเสียชีวิตด้วยโรคเอดส์ ควรได้รับการดูแลใกล้ชิด โดยเฉพาะในเรื่องของจิตใจ ให้เด็กได้มีเพื่อน มีการรวมกลุ่ม ได้เรียนในโรงเรียน และสามารถอยู่ในสังคมได้เหมือนเด็กทั่วไป ทั้งนี้ผู้เกี่ยวข้อง ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ไม่ว่าจะเป็นเจ้าหน้าที่ภาครัฐ เอกชน NGO องค์กรต่างๆ ในชุมชน องค์กรอิสระ และองค์กรระดับชาติ ต้องทำงานร่วมกันและประสานงานกันให้การทำงานเพื่อเด็กกลุ่มนี้ ได้รับการดูแลตามที่ควรได้รับ ไม่เกิดการทำงานซ้ำซ้อน รวมทั้งการดูแลด้านสุขภาพกายในเด็กเล็กด้วย ต้องมีการติดตามความครอบคลุมของการได้รับวัคซีน การได้รับยาต้านไวรัสและนมผงทดแทนในเด็กทารกที่เกิดจากมารดาติดเชื้อเอชไอวี รวมทั้งการมาพบแพทย์ตามนัดอย่างสม่ำเสมอ การร่วมมือกันเพื่อแก้ปัญหาการรังเกียจ กีดกันทางสังคม ซึ่งส่วนนี้องค์กรภาครัฐ ไม่ว่าจะเป็นกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงยุติธรรม กระทรวงวัฒนธรรม และกระทรวงศึกษาธิการจำเป็นต้องร่วมมือกันกำหนดนโยบายเพื่อเร่งให้การช่วยเหลือ
2. จัดการหาผู้อุปการะเลี้ยงดู จัดหาบิดามารดาบุญธรรมให้กับเด็กที่เป็นกำพร้า ซึ่งจะช่วยให้เด็กได้มีพัฒนาการในระบบครอบครัว
3. จัดหาแหล่งทุนการศึกษาสำหรับเด็ก เพื่อให้เด็กได้เรียนจนถึงระดับการศึกษาสูงสุด ภาคบังคับตามนโยบายหลักของประเทศ
4. ในเด็กโตควรมีการให้คำปรึกษาและการให้บริการเกี่ยวกับสุขภาพทางเพศและการเจริญพันธุ์ หน่วยงานของรัฐ องค์กรพัฒนาเอกชนและองค์กรพัฒนาส่วนท้องถิ่น ต้องร่วมมือกันในการให้บริการรักษาทางแพทย์ การวางแผนครอบครัว การบริการเกี่ยวกับเรื่องโรคเอดส์ ส่วนที่สำคัญของโครงการก็คือ การช่วยเหลือเพื่อที่จะพัฒนาและประเมินผลคู่มือ และข้อเสนอแนะในการให้การปรึกษา การทดลอง การตรวจและให้คำปรึกษาด้านสุขภาพ การเจริญพันธุ์ทั้งในชุมชนเมืองและชนบท และการศึกษาเกี่ยวกับการตัดสินใจทางด้านสุขภาพ การเจริญพันธุ์ และการป้องกัน โรคเอดส์ในวัยรุ่น
5. ให้ความรู้ในการดูแลเด็กแก่ผู้ดูแล โดยเน้นในเรื่องของจิตใจ รวมทั้งจัดหาหรือจัดการฝึกอาชีพเสริมให้ผู้ดูแล เพื่อช่วยส่งเสริมและสนับสนุนให้ครอบครัวมีรายได้เพิ่ม และเพื่อให้เด็กได้มีคุณภาพชีวิตด้านเศรษฐกิจดีขึ้น

บรรณานุกรม

- กรมสุขภาพจิต. (2548ก). คู่มือความฉลาดทางอารมณ์: สืบค้นและนำมาใช้เมื่อ มกราคม 2548, จาก <http://www.dmh.go.th/ebook/dl.asp?id=10>
- กรมสุขภาพจิต. (2548ข). แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น. สืบค้นและนำมาใช้เมื่อ มกราคม 2548, จาก <http://www.dmh.moph.go.th/test/cesd/cesd/>
- กลุ่มโรคเอดส์ สำนักโรคเอดส์ วัณโรคและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค. (2547ก) *สถานการณ์โรคเอดส์*. Retrived October, 2004, from <http://www.ddc.moph.go.th/AidsTBtd/fram1.htm>
- กลุ่มโรคเอดส์ สำนักโรคเอดส์ วัณโรคและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค. (2547ข) *สถานการณ์โรคเอดส์*. Retrived October, 2004, from <http://www.aidsthai.org/sathana.html>
- กลุ่มโรคเอดส์ สำนักโรคเอดส์ วัณโรคและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค. (2548) *สถานการณ์โรคเอดส์*. (2005). Retrived January, 2005, from <http://www.aidsthai.org/sathana.html>
- กุลกัญญา โชคไพบูลย์กิจ. (2541). โรคติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ในผู้ป่วยเด็ก. ใน พิไลพันธ์ พุชวิฒนะ (บรรณาธิการ), *เอชไอวีและจุลชีพพลวยโอกาส*. (หน้า 17.1-17.50). กรุงเทพฯ : อักษรสมัย.
- กองระบาดวิทยา สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2544). *รายงานการเฝ้าระวังโรคประจำเดือนมีนาคม*, 32 (3).
- กองโรคเอดส์ กรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข. (2535). *มาตรฐานในการให้บริการดูแลผู้ป่วย/ผู้ติดเชื้อ โดยครอบครัวและชุมชน*. เอกสารประกอบการประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อกำหนด มาตรฐานการให้บริการดูแลผู้ป่วย/ผู้ติดเชื้อ HIV โดยครอบครัวและชุมชน. พัทยา. ชลบุรี.
- กองโรคเอดส์ กรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข. ร่วมกับกรมประชาสัมพันธ์ กระทรวงมหาดไทย สำนักงานควบคุมโรคติดต่อเขตและโรงพยาบาลศูนย์/

โรงพยาบาลทั่วไป. (2537). รายงานผลโครงการพัฒนาบริการทางสังคมสำหรับผู้ป่วยโรคเอดส์. ผู้ติดเชื้อเอดส์และครอบครัว.

กองโรคเอดส์ กรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข. (2539). สรุปสถานการณ์โรคเอดส์ (HIV/AIDS update) ในประเทศไทย ตั้งแต่ พ.ศ.2525 จนถึง 31 มกราคม 2539. February 8, 1996, 1-6.

เกศินี สราญฤทธิชัย อธิฐาน ชินสุวรรณ วรรณภา ศรีชัยรัตน์ และ จินตนา ตั้งวรพงษ์ชัย. (2543). การอยู่ร่วมกันของครอบครัวผู้ป่วยที่เป็นโรคเอดส์. วารสารวิจัยทางการแพทย์, 4 (2), 183-199.

คมชัดลึก. (2547). 5 เด็กเอดส์แยกเรียน สปจ. เครียด หาคำตอบสังคมไม่ได้. <http://www.udonthani.com/udnews00325.html>. 10/05/2547.

คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. (2536). คู่มือการบรรยายเรื่องเอดส์. เชียงใหม่ : หน่วยภูมิคุ้มกันวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

จริยวัตร คมพัยคณ อุษาพร ขวลิตนธิกุล ชุติมา อัตถากรโกวิท ราตรี โอภาส และ อรชร ณ ระนอง. (2541). รายงานการวิจัย. การรับรู้ความต้องการ และการปฏิบัติด้านสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี และครอบครัว. กรุงเทพฯ : สำนักงานนโยบายและแผนอุดมศึกษา สำนักงานปลัดทบวงมหาวิทยาลัย.

จริยวัตร คมพัยคณ และคณะ. (2545). ชะตาชีวิตเด็กที่มารดาติดเชื้อ เอชไอวี. วารสารสภาการพยาบาล, 17(3), 1-18.

จิตรพร อุดมก้านตรง จารุกัญญา เรือนคำ และ ทศนัย ชันตยาภรณ์. (2544). เด็กที่ได้รับผลกระทบจากเอดส์: ทางออกมีแค่สงเคราะห์เฉพาะหน้า? ใน เอกสารประกอบการสัมมนา ระดับชาติเรื่องโรคเอดส์. ครั้งที่ 8 อิมแพค เมืองทองธานี นนทบุรี : กระทรวงสาธารณสุข.

จันทพงษ์ วะสี. (2537). ไวรัสก่อโรคภูมิคุ้มกันเสื่อม. เอกสารประกอบการบรรยายพิเศษ เรื่อง ผลกระทบของโรคเอดส์ต่อการพัฒนาประเทศและนโยบายของประเทศไทย

เกี่ยวกับการแก้ปัญหาและป้องกัน ณ อาคารเรียนรวมบัณฑิตศึกษา มหาวิทยาลัยมหิดล.
(อัครดำเนนา).

จันทพงษ์ วะสี. (2541). บทนำ. ใน จันทพงษ์ วะสี. (บรรณาธิการ). *การประมวลและ
สังเคราะห์องค์ความรู้จากงานวิจัยการติดเชื้อเอชไอวี และ โรคเอดส์*. (หน้า 1-8).
กรุงเทพฯ : อักษรสมัย.

จินตนาถ อนันต์วรณิษฐ์. (2545). การใช้ยาด้านไวรัสเอดส์ในผู้ป่วยเด็กที่ติดเชื้อ เอชไอวี. ใน
ชัชฎ พันธ์เจริญ ทวี โชติพิทยสุนนท์ และ อุษา ทิสยากร. (บรรณาธิการ). *โรค
เอดส์ในเด็ก*. (หน้า 265-279). กรุงเทพฯ : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ชัยยศ คุณานูนสนธิ. (2543). *เอดส์ : ปัญหาผลกระทบ และการตอบสนองของประเทศไทย*.
กรุงเทพฯ : เจเอสการพิมพ์.

ดรุณี รุจกรกานต์ และคณะ. (2538). รูปแบบใหม่ในการให้ความรู้เรื่องโรคเอดส์แก่นักเรียน
ระดับประถมศึกษาปีที่ 6 ชนบท. *รายงานผลการวิจัย*. ขอนแก่น : คณะพยาบาล
ศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

ดรุณี รุจกรกานต์ และคณะ. (2547). *วิเคราะห์สถานการณ์การดูแลเด็กที่ได้รับผลกระทบจาก
เอดส์ในประเทศไทย*. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.

ทิพย์ทยา หอมทรัพย์. (2538). *ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ต่อภาวะสุขภาพปัจจัยพื้นฐานกับ
ความพร้อมในการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อโรคเอดส์*. วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาล
ศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

ทวี โชติพิทยสุนนท์. (2542). *โรคติดเชื้อ HIV/เอดส์ในเด็ก : ระบาดวิทยา ลักษณะทางคลินิก
และการวินิจฉัยโรค. (Epidemiology Clinical Manifestations and Diagnosis)*
ใน นลินี สวโกตี, สุรณี เทียนกริม, ศศิธร ลิขิตนุกูล, และอัญญา วิกากุล.
(บรรณาธิการ). *ประสบการณ์ด้านโรคติดเชื้อในประเทศไทย*. (หน้า 177-202).
กรุงเทพฯ : โอลิสติกพับลิชชิง.

ทิม บราวน์ (Tim Brown) และวีรสิทธิ์ ลิขิตไทรย์. (2539). *ผลกระทบของโรคเอดส์ในเด็ก
ในประเทศไทย*. กรุงเทพฯ : สถานทูตสหราชอาณาจักรแห่งประเทศไทย.

นิภา ส. สมุทรสุนทร. (2536). รายงานวิจัย ทักษะของนักสังคมสงเคราะห์ในการป้องกันการติดเชื้อโรคเอดส์ในระดับครอบครัว โรงเรียน และชุมชน.

เพ็ญพักตร์ อุทิศ และคณะ. (2543). ผลการศึกษาผลกระทบต่อผู้บริการภายใต้โครงการพัฒนาระบบบริการ ดูแลผู้ติดเชื้อ ผู้ป่วยโรคเอดส์ อย่างครบถ้วนและต่อเนื่อง ประจำปีงบประมาณ 2540-2542 ในพื้นที่เขตภาคกลาง และภาคตะวันออก.

พวงเพ็ญ ชูณหปราณ สุริพร ธนศิลป์ และ สัจจา ทาโต (2541). ศึกษาความต้องการการสนับสนุนของผู้ดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีในเขตกรุงเทพมหานคร. รายงานการวิจัย. กรุงเทพฯ : สำนักนโยบายและแผนอุดมศึกษา สำนักงานปลัดทบวงมหาวิทยาลัย.

พิมพ์วัลย์ บุญมงคล เพ็ญจันทร์ ประดับมุข และ ศันสนีย์ เรื่องสอน. (2541). องค์ความรู้ของงานวิจัยเอดส์ด้านสังคมศาสตร์และพฤติกรรมศาสตร์. กรุงเทพฯ : รุ่งแสง.

ไพรินทร์ กันทะนะ. (2543). ภาระของผู้ดูแลเด็กที่ติดเชื้อ เอชไอวี. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิตสาขาการพยาบาลกุมารเวชศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

พีรสิทธิ์ คำนวนศิลป์ และ ศุภวัฒน์กร วงศ์รวสุ. (2544). การคาดประมาณจำนวนและวิเคราะห์ปัญหาและความต้องการของเด็กกำพร้าที่บิดาหรือมารดาเสียชีวิตด้วยโรคเอดส์. *มนุษยศาสตร์ สังคมศาสตร์*, 19(2), 15-25.

ปารีชาติ จันทร์จรัส. (2542). สรุปรายงานการสัมมนาระดับชาติเรื่องการดูแลเด็กที่ได้รับผลกระทบจากโรคเอดส์. เอกสารสรุปการสัมมนาระดับชาติเรื่องโรคเอดส์. ครั้งที่ 7 วันที่ 21-25 เมษายน 2543. กรุงเทพฯ : โรงแรมแอมบาสเดอร์.

มยุรี ยกตรี. (2540). เอดส์...ผลกระทบต่อเด็กในประเทศไทย. เชียงใหม่ : สถานสงเคราะห์เด็กบ้านเวียงพิงค์.

รัตนาวดี ขอนตะวัน ศรีพรรณ กันธวัง และ โปรงงภา อัครชินโรส. (2542). รายงานวิจัย. ความต้องการตามการรับรู้ของบิดามารดาผู้ป่วยเด็กที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์. เชียงใหม่ : คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

- วัลยา ธรรมพนิชวัฒน์. (2543). การใช้ชีวิตอยู่กับการปกปิดตัวเองของมารดาไทยที่ติดเชื้อ เอชไอวี. *วารสารสภาพยาบาล*, 15 (2), 52-65.
- วรรณมา คงสุริยะนาวิน. (2540). *ประสบการณ์การดำเนินชีวิตของกลุ่มสตรีที่ภรรยาติดเชื้อ เอชไอวี*. วิทยานิพนธ์ปริญญาศึกษาศาสตรดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาประชากรศึกษา, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วรรณณี กัณทมาลากุล. (2541). พยาธิกำเนิดของการติดเชื้อ เอชไอวี (Pathogenesis of HIV infection). ใน จันทพงษ์ วะสี. (บรรณาธิการ). *การประมวลและสังเคราะห์องค์ความรู้จากงานวิจัยการติดเชื้อเอชไอวี และโรคเอดส์*. (หน้า 77-113). กรุงเทพฯ : อักษรสมัย.
- วิชัย โชควิวัฒน์. (2543). *เอดส์ปริทัศน์*. กรุงเทพฯ : อูษาการพิมพ์.
- วิรัตน์ สิริสันชนะ. (2545). การติดเชื้อราในผู้ป่วยเด็กที่ติดเชื้อเอชไอวี. ใน ชัยณู พันธุ์เจริญ ทวี โชติพิทยสุนนท์ และ อูษา ทิสยากร. (บรรณาธิการ). *โรคเอดส์ในเด็ก*. (หน้า 91-98). กรุงเทพฯ : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วิรัตน์ สิริสันชนะ และ ดลยา เหมธัญ. (2537). การติดเชื้อเอชไอวีจากมารดาสู่ทารกที่ เชียงใหม่. *วารสารกุมารเวชศาสตร์*, 33, 193-200.
- วันทนีย์ วาติกะสิน และคณะ. (2539). รายงานวิจัย. *การพัฒนารูปแบบการทำงานกับเด็กติดเชื้อ เด็กป่วยเป็นเอดส์และครอบครัว*.
- สกล บุญคำ. (มปป.). รายงานวิจัย. *บทบาทของชุมชนกับการดูแลเด็กผลกระทบจากเอดส์: ศึกษาเฉพาะกรณีการดำเนินงานของสถานสงเคราะห์เด็กบ้านเวียงพิงค์ จังหวัด เชียงใหม่*. กรมประชาสงเคราะห์ กระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม.
- สถาพร มานัสสถิตย์. (2534). *ถามตอบปัญหาโรคเอดส์*. พิมพ์ครั้งที่ 2 กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์อักษรสมัย.
- สุริศา ถ้าม้าง นิสาชล อุ่นจิตร โปร่งนภา อัครชิโนเรศ และ นันทา เลียววิริยะกิจ. (2547). รายงานการวิจัย. *ผลของหนังสือนิทานประกอบภาพการ์ตูนต่อความรู้และ*

ทัศนคติเกี่ยวกับโรคเอดส์ในเด็กที่บิดามารดาติดเชื้อเอชไอวี. เชียงใหม่ : คณะ
พยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

สุริศา ล่ามช้าง รัตนาวดี ชอนตะวัน และอัญชญา โตศิลากุล. (2546). รายงานการวิจัย.
การรับรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วยของเด็กที่ติดเชื้อเอชไอวี ภายหลังการเล่านิทานประกอบ
ภาพการ์ตูน. เชียงใหม่ : คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

สุรัตน์ สิริกานนท์. (2546). การติดตามการดูแลทารกที่คลอดจากมารดาที่ติดเชื้อเอชไอวี.
<http://www.bmaidscenter.or.th/new-aids/follow.htm> 16/10/46.

เสาวภา พรสิริพงษ์. (2541). ปฏิกริยาของสังคมต่อผู้ติดเชื้อ ผู้ป่วยเอดส์และครอบครัว ใน
พิมพ์วัลย์ บุญมงคล เพ็ญจันทร์ ประดับมุข และ ศันสนีย์ เรืองสอน. องค์ความรู้
ของงานวิจัยเอดส์ด้านสังคมศาสตร์และพฤติกรรมศาสตร์ (หน้า 111-144). กรุงเทพฯ
: รุ่งแสง.

ศิริลักษณ์ ศิริดำรง ภาวิณี โสมณวัฒน์ และอรทัย พรมนุช. (2545). การดูแลเด็กก่อนวัย
เรียนที่ได้รับผลกระทบจากเอดส์ของผู้ดูแลเด็กที่บ้านในจังหวัดนครพนม. งาน
ควบคุมโรคเอดส์และกามโรค สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม.

อรทัย โสมนรินทร์, เเพ็ญ ถนอมพงษ์ชาติ, และศศิมา กุสุมา ณ อยุรยา. (2540). รายงาน
วิจัย. ความต้องการของญาติผู้ป่วยโรคเอดส์.

อรทัย หรุเจริญพรพานิช. (2546). การศึกษาผลของโรคเอดส์ที่มีต่อประชากรของ
กรุงเทพมหานคร. <http://www.bmaidscenter.or.th/new-aids/reactive2.htm>
16/10/46.

อดิรัตน์ วัฒนไพลิน. (2539). อิทธิพลของการสนับสนุนทางสังคมต่อกระบวนการปรับตัว
ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ไม่แสดงอาการ : การศึกษาพื้นฐานเพื่อการพัฒนาหลักสูตร.
วิทยานิพนธ์ศึกษาศาสตร์ดุสิตบัณฑิต สาขาการวิจัยและพัฒนาหลักสูตร, บัณฑิต
วิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร.

อากร แสนชัย. (2542). พัฒนาการและวุฒิภาวะทางสังคมของเด็กกำพร้าในสถานสงเคราะห์

เด็กบ้านเวียงพิงค์ จังหวัดเชียงใหม่. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย*, 7(3), 169-175.

อุมาพร ตรังคสมบัติ, วชิระ ลาภบุญทรัพย์, และ ปิยลัมพร หะวานนท์. (2540). การใช้ CES-D ในการคัดกรองภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 42(1), 2-13.

Aidsalliance. (2005). *HIV/AIDS NGO/CBO Support Toolkit version 1.0*. Retrived January 22, 2005, from <http://www.aidsalliance.org>

Ashwill, J. W., & Droske, S. C. (1997). *Nursing care of children : Principles and practice*. Philadelphia : W.B. saunders.

AVERT. (2005). *HIV and AIDS in Thailand*. Retrived January 20, 2005, from <http://www.avert.org/aidsthai.htm>

Beedham, H. M., & Wilson-Barnet, J. (1995). HIV and AIDS Care : Consumers's Views on Needs and Sevice. *Journal of Advanced Nursing*, 22, 677-686.

Caldwell, M. B., Mascola, L., Smith, W., Thomas, P., Hsu, H. W., Maldonado, Y., Parrott, R., Byer, R., & Oxtoby, M. (1992). Biologic, foster, and adoptive parents: care givers of children exposed perinatally to human immunodeficiency virus in the United Staes. *Pediatrics*, 90(4), 603-607.

Cameron, T. (2000). Proposed initiatives for healthy children orphaned by AIDS. *J Health Soc Policy*, 11(4), 15-39.

Children on the Brink. (2004). *The joint of the UNAIDS, the UNICEF, and the USAID collaboration* (4th edition). www.unaids.org

Davis. (1989). Double Stigma. *Nursing Time*, 85 (45) : 70-71.

Drew, R. S., Makufa, C., & Foster, G. (1998). Strategies for providing care and support to childre orphaned by AIDS. *AIDS Care*, 10, Suppl 1, S9-15.

Dunchy, C. A. (1991). Mental health needs of clients along the continuum of Human Immunodeficiency Virus infection. In G. K. McFarland & M. D. Thomas, *Psychiatric mental health nursing*. Philadelphia : T. B. Lippincott.

Forehand, R., Steele, R., Armistead, L., Morse, E., Simon, P., & Clark, L. (1998). The family health project: psychosocial adjustment of children whose mothers are HIV infected. *J Consult Clin Psychol*, 66(3), 513-520.

Foster, G. (1998). Children affected by HIV. *Child Health Dialogue*, 12, 3.

- Foster, G., Makufa, C., Drew, R., Mashumba, S., & Kambeu, S. (1997). Perceptions of children and community members concerning the circumstances of orphans in rural Zimbabwe. *AIDS Care*, 9(4), 391-405.
- Funck-Brentano, I., Costagliola, D., Seibel, N., Straub, E., Tardieu, M., & Blanche, S. (1997). Patterns of disclosure and perceptions of the human immunodeficiency virus in infected elementary school-age children. *Arch Pediatr Adolesc Med*, 151, October, 278-285.
- Goldenberg, D. A. (1996). All children in developing countries will be affected by AIDS, not just orphans. *AIDS Anal Afr*, 6(3), 8-9.
- Instome, S. L. (2000). Perceptions of children with HIV infection, When Not Told for So Long : Implications for diagnosis disclosure. *Journal of Pediatric Health Care*, 14, 5, 235-243.
- Kamali, A., Seeley, J. A., Nunn, A. J., Kengeya-kayondo, J. F., Ruberantwari, A., & Mulder, D. W. (1996). The orphan problem: experience of sub-Saharan Africa rural population in the AIDS epidemic. *AIDS Care*, 8(5), 509-515.
- Kelly, J. A., & Lawrence, J. S. (1988). *The AIDS health crisis: psychological and social intervention*. 2nd Ed. New York : Plenum Press.
- Laryea & Gien. (1993). The impact of HIV-positive diagnosis on the individual, Parti. *Clinical Nursing Research*, 2 (3) : 245-266.
- Lippmann, S. B. James, W.A. & Frierson, R. L. (1993). AIDS and the family : implications for counselling. *AIDS-Care*, 1, 71-78.
- Masmas, T. N., Jensen, H., da Silva, D., Hoj, L., Sandstrom, A., & Aaby, P. (2004). The social situation of motherless children in rural and urban areas of Guinea-Bissau. *Social Science & Medicine*, 59, 1231-1239.
- McGorath, J. W. et al. (1993). AIDS and the urban family: its impact in Kampala, Uganda. *AIDS Care* 1, 55-70.
- Mieke, J. C. (1995). Child abandonment and HIV/AIDS in Northern Thailand: implication for relocation of abandoned children into family and community networks. (Doctoral dissertation, University of Hawaii, 1996). *Dissertation Abstract International*, B 56/10, p. 5444, Apr.
- Miller, R. A., Ndhlovu, L., Fisher, A., & Searle, C. M. (2002). The evolution of situation analysis methodology toward emerging HIV/AIDS issues: a compendium of African experiences. *Int Conf AIDS, Jul 7-12, 14* (abstract no. C11022).
- Morgan, S. (2000). Response for all AIDS affected children, not AIDS orphans alone. *AIDS Anal Afr*, 10(6), 3.

- Mutikani, J. F. K. (2003). The lived experience of family caregivers of AIDS orphans and other orphans in rural Zimbabwe. (Doctoral dissertation, Case Western Reserve University, 2003). *Dissertation Abstract International, B 64/04*, p.1678, Oct.
- Niebuhr, V. N., Hughes, J. R., & Pollard, R. B. (1994). Parents with human immunodeficiency virus infection : Perception of their children's emotional needs. *Pediatrics, 93*, 421-426.
- Ntozi, J. P. (1997). Effect of AIDS on children: the problem of orphans in Uganda. *Health Transit Rev, 7 Suppl*, 23-40.
- Nyambedha, E. O., Wandibba, S., & Aagaard-Hansen, J. (2003). Changing patterns of orphan care due to the HIV epidemic in western Kenya. *Soc Sci Med, 57(2)* 301-311.
- Oleske. (1994). The many needs of the HIV infected child. *Hospital Practice, 15*, 81-87.
- Palloni, A., & Lee, Y. J. (1992). Some aspects of the social context of HIV and its effects on women, children and families. *Popul Bull UN, 33*, 64-87.
- Pinch, W. J., et al. (1995). Ethics in nursing practice: confidentiality for women and their children with HIV/AIDS. *MedSurg Nursing. 4 (6)*, 452-457.
- Phengjard, J., Brown, M. A., Swansen, K.M., & Schepp, K.G. (2002). Family caregiving of persons living with HIV/AIDS in Urban Thailand. *Thai Journal of Nursing Research, 6, (3)*, 87-100.
- Radloff, L. S. (1977). The CES-D scale: A self report depression scale for research in the general population. *Applied Psychological Measures, 1*, 385-394.
- Rehm, R. S., & Franck, L. S. (2000). Long-term goals and normalization strategies of children and families affected by HIV/AIDS. *Adv Nurs Sci, 23, 1*, 69-82.
- Rotheram-Borus, M. J., Lee, M. B., Gwadz, M., & Draimin, B. (2001). An intervention for parents with AIDS and their adolescent children. *American Journal of Public Health, 91 (8)*, 1294-1302.
- Seltzer, M. M., & Hoyert, D. L. (1992). Factor related to the well-being and life activities of family caregivers. *Family Relation, 41*, 74-71.
- Siminoff et al. (1991). Stigma, AIDS and quality of nursing care : state of science. *Journal of Advanced Nursing, 6 (3)* : 262-269.
- Shetty, A. K., & Powell, G. (2003). Children orphaned by AIDS: a global perspective. *Seminars in Pediatric Infectious Diseases, 14(1)*, 25-31.

- Taylor-Brown, S., Teeter, J. A., Blackburn, E., Oinen, L., & Wedderburn, L. (1998). Parental loss due to HIV: caring for children as a community issue—the Rochester, New York experience. *Child Welfare, 77*(2), 137-160.
- Unicef. (2005). *Unicef-SOWC05*. Retrived January 10, 2005, from <http://www.unicef.org/sowc05/english/hiv aids.html>
- Whiteside, A., & Stover, J. (1997). The demographic and economic impact of AIDS in Africa. *AIDS, 11 Suppl B*, S55-61.
- WHO. (2003). *HIV / Status and trends in the Asia Pacific Region*. World Health Organization Western Pacific – Southeast Asia.
- Williamson, J., Cox, A., & Johnston, B. (2004). A framework and resource guide: conducting a situation analysis of orphans and vulnerable children affected by HIV/AIDS. U.S. Agency for International Development (USAID), Bureau for Africa, Office of Sustainable Development (AFR/SD). Retrieved January 22, 2005, from <http://www.eldis.org/static/DOC15005.htm>
- Wong, D. L., Hockenberry-Eaton, M., Wilson, D., Winkelsteir, M.L., & Schwartz, P. (2001). *Wong's essentials of pediatric nursing*. (6th eds). St. Louis : Mosby.

ภาคผนวก ก.
เอกสารชี้แจงข้อมูลแก่ผู้เข้าร่วม โครงการวิจัย
หนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย
และ หนังสือแสดงความเห็นด้วยในการเข้าร่วมการวิจัย (อายุ 7-18 ปี)

เอกสารชี้แจงข้อมูลแก่ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย (Information sheet)

ชื่อโครงการวิจัย : การศึกษาสถานการณ์เด็กกำพร้าในประเทศไทย และรูปแบบความช่วยเหลือ

วันที่ชี้แจง : วันที่ 10 มกราคม 2548

ชื่อและสถานที่ทำงานของหัวหน้าโครงการวิจัย :

พันเอกหญิงอุดีวิไล สามโกเศศ

หน่วยโรคติดเชื้อ กองกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

ชื่อผู้วิจัยร่วม :

รศ.ศิริกุล อิศรานุรักษ์

สถาบันพัฒนาการสาธารณสุขอาเซียน
มหาวิทยาลัยมหิดล

รศ. ดร.ณิ รุจกรกานต์

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

รศ. ชมนาด พจนามาตร์

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

รศ. วิลาวัณย์ เสนารัตน์

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

ดร. กิติกร นิลมานันต์

คณะพยาบาลศาสตร์

มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

ผศ. ดร. นุจรี ไชยมงคล

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

ผศ.ดร. เสาวมาศ เกื้ออนาดี

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

พันโทนายแพทย์ราม รังสินธุ์

ภาควิชาเวชศาสตร์ทหารและชุมชน

วิทยาลัยแพทยศาสตร์พระมงกุฎเกล้า

ผศ. สมศักดิ์ วงสาวาส

สถาบันพัฒนาการสาธารณสุขอาเซียน

มหาวิทยาลัยมหิดล

ผู้ให้ทุนวิจัย : สำนักงานการอุดมศึกษาแห่งชาติ

ท่านได้รับการเชิญชวนให้เข้าร่วมการวิจัยเรื่องนี้ แต่ก่อนที่ท่านจะตกลงใจเข้าร่วมโครงการวิจัยหรือไม่ โปรดอ่านข้อความในเอกสารนี้ทั้งหมด เพื่อให้ทราบว่า เหตุใดท่านจึงได้รับเชิญให้เข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ โครงการวิจัยนี้ทำเพื่ออะไร หากท่านเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ท่านจะต้องทำอะไรบ้าง รวมทั้งข้อดีและข้อเสียที่อาจจะเกิดขึ้นในระหว่างร่วมโครงการวิจัยนี้

ในเอกสารนี้อาจมีข้อความที่ท่านอ่านแล้วยังไม่เข้าใจ โปรดสอบถามหัวหน้าโครงการหรือผู้ช่วยที่ทำโครงการวิจัยนี้ ให้ช่วยอธิบายจนกว่าจะเข้าใจตลอด ท่านอาจขอเอกสารนี้กลับไปอ่านที่บ้านเพื่อปรึกษาหารือกับญาติพี่น้อง เพื่อน หรือแพทย์ที่ท่านรู้จัก ให้ช่วยคิดว่าควรจะเข้าร่วม

โครงการวิจัยครั้งนี้หรือไม่ การเข้าร่วมโครงการวิจัยครั้งนี้จะต้องเป็นความสมัครใจของท่าน ไม่มี การบังคับหรือชักจูง ถึงแม้ท่านจะไม่เข้าร่วมโครงการวิจัยท่านก็จะได้รับการรักษาพยาบาล ตามปกติ การไม่เข้าร่วมหรือถอนตัวจากโครงการวิจัยนี้จะไม่มีผลกระทบต่อ การได้รับบริการ การ รักษาพยาบาลหรือผลประโยชน์ที่พึงจะได้รับของท่านแต่อย่างใด

โปรดอย่าลงลายมือชื่อของท่านในเอกสารนี้ จนกว่าท่านจะแน่ใจว่ามีความประสงค์จะเข้า ร่วมโครงการวิจัยนี้จริง คำว่า “ท่าน” ในเอกสารนี้ หมายถึง ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยในฐานะเป็น อาสาสมัครในโครงการวิจัยนี้ หากท่านเป็นผู้แทนโดยชอบธรรมตามกฎหมายของผู้ที่จะเข้าร่วม โครงการวิจัย และจะลงนามแทนในเอกสารนี้ โปรดเข้าใจว่า “ท่าน” ในเอกสารนี้หมายถึงผู้เข้าร่วม โครงการวิจัยเท่านั้น

ทั้งนี้ท่านจะได้รับเอกสารชี้แจงข้อมูลผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยและหนังสือแสดงเจตนา ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ไว้เป็นหลักฐานจำนวน 1 ชุด

โครงการวิจัยนี้มีที่มาอย่างไร

โรคเอชไอวี/เอดส์ ได้มีการระบาดแพร่หลายทั่วโลก เป็นเวลาร่วม 2 ทศวรรษ เป็นผลให้มี ผู้ติดเชื้อ 49.7 ล้านรายทั่วโลก และเป็นสาเหตุการตายที่สำคัญในประชากรอายุ 15-49 ปี ในปี พ.ศ. 2546 มีผู้เสียชีวิตจากโรคนี้นี้ 2.9 ล้านรายและติดเชื้อ 4.8 ล้านราย ส่วนใหญ่ของผู้ติดเชื้อที่ยังมีชีวิต ประมาณ 37.8 ล้านรายทั่วโลกเป็นผู้ใหญ่และผู้ที่ได้รับผลกระทบมากที่สุดคือเด็ก โดยเฉพาะเด็ก กัมพูชา ซึ่งมีจำนวนมากที่สุดในทวีปเอเชีย เนื่องจากเป็นทวีปที่มีประชากรหนาแน่นที่สุด

ในประเทศไทยมีรายงานผู้เสียชีวิตและผู้ติดเชื้อเอดส์ครั้งแรก ปี พ.ศ. 2527 โดยมีการแพร่ เชื้อทางเพศสัมพันธ์เป็นปัจจัยเสี่ยงหลัก ทำให้มีการติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ในชายและหญิงวัยเจริญ พันธุ์ พบว่ามีผู้ติดเชื้อทั้งเด็กและผู้ใหญ่เป็นจำนวน 984,000 ราย ส่วนใหญ่เป็นผู้ใหญ่ซึ่งเป็นกลุ่มวัย แรงงาน เมื่อผู้ติดเชื้อเหล่านี้ป่วยหรือเสียชีวิตจะส่งผลกระทบต่อสถาบันครอบครัว และ เด็กเป็นผู้ได้รับผลกระทบจากสถานการณ์เอดส์อย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ สถาบันวิจัยประชากรและ สังคม มหาวิทยาลัยมหิดลประมาณการว่า เด็กที่อายุต่ำกว่า 14 ปี ที่ได้รับผลกระทบจากโรคเอดส์ ในประเทศไทย ระหว่างปี พ.ศ.2539-2542 มีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น คือ 5,598 115,474 และ 330,000 คนตามลำดับ จึงจำเป็นต้องมีการวางแผนแก้ไขปัญหาในระยะยาว เพื่อสนับสนุนทางด้านสังคมและ จิตใจแก่เด็ก ตลอดจนการหาครอบครัวทดแทนหรือการสนับสนุนให้ญาติหรือชุมชนสามารถดูแล เด็กที่บิดามารดาเสียชีวิตได้

วัตถุประสงค์ของโครงการ

1. เพื่ออธิบายลักษณะทางระบาดวิทยาของเด็กกำพร้าและเด็กที่ได้รับผลกระทบจากเอชไอวี/เอดส์ ในภาคต่างๆ ของประเทศไทย

2. เพื่อศึกษาสถานการณ์และปัญหาของเด็กกำพร้าและเด็กที่ได้รับผลกระทบจากเอชไอวี/เอดส์ ทางด้านการเจริญเติบโต พัฒนาการ ด้านสังคมจิตวิทยา ภาวะเศรษฐกิจ และความต้องการความช่วยเหลือ

3. เพื่อทราบโครงสร้างทางสังคม, องค์กร และทรัพยากร ในการตอบสนองต่อปัญหาผลกระทบของเอชไอวี/เอดส์ ต่อเด็กในระดับชาติและระดับท้องถิ่น และการร่วมประสานขององค์กรต่างๆ และชุมชน ในการคุ้มครองและสนับสนุนเด็กกำพร้าและเด็กที่ได้รับผลกระทบจากการระบาดของเอชไอวี/เอดส์ ในประเทศไทย และทราบวัฒนธรรมการดูแลเกื้อหนุนเด็กกำพร้าและเด็กที่อยู่ในภาวะไม่มั่นคงในท้องถิ่น ในแต่ละภูมิภาคของประเทศไทย

คุณสมบัติของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย

1. เด็กที่อายุน้อยกว่า 18 ปี ที่อยู่ในภาวะกำพร้า (มารดาเสียชีวิต, บิดาเสียชีวิต หรือทั้งบิดาและมารดาเสียชีวิต) และเด็กที่ได้รับผลกระทบจากเชื้อเอชไอวี/เอดส์ โดยอยู่ในสถานสงเคราะห์และบริการ หรือในชุมชน ในพื้นที่เป้าหมาย

2. ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ได้แก่ ผู้ให้บริการภาครัฐ, ผู้ให้บริการภาคเอกชน, ผู้ให้บริการในวัฒนธรรมท้องถิ่น เช่น พระ ผู้ให้บริการภาคการศึกษา อบต./อสม. เจ้าหน้าที่ภาครัฐและเอกชนที่เกี่ยวข้อง เครือข่ายผู้ติดเชื้อ ประชาชนทั่วไป เช่น ผู้ปกครอง เพื่อนบ้าน

3. ยินยอมเข้าร่วมในโครงการ

จะมีการทำโครงการวิจัยนี้ที่ใด และมีจำนวนผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยทั้งสิ้นเท่าไร

ในประเทศไทย (ภาคเหนือ, ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ, ภาคใต้, ภาคตะวันออก และภาคกลาง) จำนวนผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย ไม่ต่ำกว่า 400 คน

ระยะเวลาที่ท่านจะต้องร่วมโครงการวิจัย

มกราคม 2548 ถึง ธันวาคม 2548

หากท่านเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ท่านจะต้องปฏิบัติตามขั้นตอน หรือได้รับการปฏิบัติอย่างไรบ้าง

ตอบแบบสอบถาม แบบสำรวจจำนวนเด็กที่ได้รับผลกระทบ แบบวัดคุณภาพชีวิต
วัดการเจริญเติบโต

ประโยชน์ที่ได้รับจากโครงการวิจัย

ชุดโครงการนี้จะทำให้ทราบสถานการณ์ของเด็กกำพร้าและเด็กที่ได้รับผลกระทบจากเอชไอวี / เอดส์ ทราบลำดับความเร่งด่วนของปัญหาเด็กกำพร้าและเด็กที่อยู่ในความเสี่ยงและครอบครัวเพื่อไปกำหนดนโยบายและแผนพัฒนาของชาติ รวมทั้งเสริมสร้างพัฒนาการในการคุ้มครองสนับสนุนเด็กและเยาวชน การติดตามและประเมินผลโครงการจะทำให้สามารถใช้ทรัพยากรที่มีอยู่อย่างจำกัดเกิดผลประโยชน์อย่างสูงสุดต่อเด็กกำพร้าและเด็กที่ได้รับผลกระทบจากเอชไอวี เพื่อปรับปรุงชีวิตความเป็นอยู่และอนาคตของเด็กเหล่านี้ในสังคมไทย

ข้อมูลจากการวิจัยนี้จะเพิ่มประสิทธิภาพของรัฐบาล หน่วยงานราชการส่วนท้องถิ่น องค์กรเอกชน และชุมชนในการคุ้มครองชีวิตความเป็นอยู่ที่ดีของเด็กและเยาวชนที่ได้รับผลกระทบจากโรคเอชไอวี / เอดส์ และเป็นข้อมูลในการกำหนดนโยบายและการพัฒนาระบบการสงเคราะห์ที่เหมาะสมกับบริบทสังคมไทยในท้องถิ่นต่างๆ ทั้งในระยะเฉพาหน้าและในระยะยาวของประเทศ องค์กรที่ทำงานร่วมกันจะมีความเข้าใจสอดคล้องกันเกี่ยวกับปัจจัยที่เป็นความเสี่ยงและจะทำให้ผู้มีส่วนร่วมตระหนักถึงผลกระทบของการแพร่ระบาดของเอชไอวี / เอดส์ ที่มีต่อเด็กในสังคมไทย

หากท่านมีคำถามที่เกี่ยวข้องกับโครงการวิจัย จะถามใคร ระบุชื่อหัวหน้าโครงการวิจัยหรือผู้แทน

แพทย์หญิงอุติวิไล สามโกเศศ หน่วยโรคติดเชื้อ กองกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า เบอร์โทรศัพท์ 0-2644-8971 โทรศัพท์เคลื่อนที่ 0-1312-5087 หรือ นายแพทย์รามรังสินธุ์ ภาควิชาเวชศาสตร์ทหารและชุมชน วิทยาลัยแพทยศาสตร์ พระมงกุฎเกล้า เบอร์โทรศัพท์ 0-2354-7733 โทรศัพท์เคลื่อนที่ 0-1399-9700

หากท่านรู้สึกว่าการปฏิบัติอย่างไม่เป็นธรรมในระหว่างโครงการวิจัยนี้ท่านอาจแจ้งเรื่องได้ที่

สำนักงานพิจารณาโครงการวิจัย วิทยาลัยแพทยศาสตร์ พระมงกุฎเกล้า หมายเลขโทรศัพท์ 0-23547660 ต่อ 93681

ข้อมูลส่วนตัวของท่านที่ได้จากโครงการวิจัยครั้งนี้จะถูกนำไปใช้ดังต่อไปนี้

การนำเสนอข้อมูลจากโครงการวิจัยนี้เป็นส่วนรวมเพื่อประโยชน์ทางวิชาการ โดยไม่เปิดเผยชื่อ นามสกุล ที่อยู่ ของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยเป็นรายบุคคล และมีมาตรการในการเก็บรักษาข้อมูลทั้งส่วนตัวและข้อมูลที่ได้จากโครงการ

ท่านจะถอนตัวออกจากโครงการวิจัยหลังจากได้ลงนามเข้าร่วมโครงการวิจัยแล้วได้หรือไม่

ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย สามารถถอนตัวออกจากโครงการวิจัยได้ตลอดเวลา โดยจะไม่มีผลเสียใดๆ เกิดขึ้น

หนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย (Consent Form)

ชื่อโครงการวิจัย : การศึกษาสถานการณ์เด็กกำพร้าในประเทศไทย และรูปแบบความ
ช่วยเหลือ

วันที่ลงนาม.....

ก่อนที่จะลงนามในใบยินยอมให้ทำการวิจัยนี้ ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายจากผู้วิจัยถึงจุดประสงค์ของการ
วิจัย วิธีการวิจัย รวมทั้งประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัยอย่างละเอียด และมีความเข้าใจดีแล้ว

ผู้วิจัยรับรองว่าจะตอบคำถามต่างๆ ที่ข้าพเจ้าสงสัยด้วยความเต็มใจ ไม่ปิดบังซ่อนเร้นจนข้าพเจ้าพอใจ
ข้าพเจ้ามีสิทธิที่จะบอกเลิกเข้าร่วมในโครงการวิจัยเมื่อใดก็ได้ และเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ โดยสมัครใจ
และการบอกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยนี้ จะไม่มีผลต่อการรักษาโรคที่ข้าพเจ้าจะพึงได้รับต่อไป

ผู้วิจัยรับรองว่าจะเก็บข้อมูลเฉพาะเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าเป็นความลับ และจะเปิดเผยได้เฉพาะในรูปที่เป็น
สรุปผลการวิจัย การเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าต่อหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกระทำได้เฉพาะกรณีจำเป็น
ด้วยเหตุผลทางการวิชาการเท่านั้น

ข้าพเจ้าจะได้รับเอกสารชี้แจงและหนังสือยินยอมที่มีข้อความเดียวกับที่นักวิจัยเก็บไว้ เป็นส่วนตัว
ข้าพเจ้าเอง 1 ชุด

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นแล้ว มีความเข้าใจดีทุกประการ และลงนามในใบยินยอมด้วยความเต็มใจ
ในกรณีที่ผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยยังไม่บรรลุนิติภาวะ (อายุน้อยกว่า 18 ปี) / ไม่สามารถตัดสินใจได้
ด้วยตนเอง (โรคจิต/หอบคต) และไม่สามารถลงลายมือชื่อด้วยตนเอง

ข้าพเจ้า.....ในฐานะเป็น.....(ผู้แทนโดยชอบธรรม /
ผู้ปกครอง / บิดา-มารดา) ของ.....อนุญาตให้.....
เข้าร่วมในโครงการวิจัยในครั้งนี้

ลงนาม.....(ผู้แทนโดยชอบธรรม / ผู้ปกครอง / บิดา-มารดา)

(.....ชื่อ-นามสกุล ตัวบรรจง)

ลงนาม.....(ผู้ดำเนินการวิจัย)

(.....ชื่อ-นามสกุล ตัวบรรจง)

ลงนาม.....(พยาน)

(.....ชื่อ-นามสกุล ตัวบรรจง)

ลงนาม.....(พยาน)

(.....ชื่อ-นามสกุล ตัวบรรจง)

หนังสือแสดงความเห็นด้วยในการเข้าร่วมการวิจัย (อายุ 7-18 ปี)

ชื่อโครงการวิจัย : การศึกษาสถานการณ์เด็กกำพร้าในประเทศไทย และรูปแบบความช่วยเหลือ

ข้าพเจ้า _____ ได้รับการเชิญชวนให้เข้าร่วมการศึกษานี้โดย
ได้รับคำอธิบายจาก _____

ทำไมต้องทำการศึกษานี้

ข้าพเจ้าได้รับการบอกกล่าวว่า การศึกษานี้ทำเพื่ออธิบายลักษณะทางระบาดวิทยา และศึกษาปัญหาของเด็กกำพร้า ทางด้านการเจริญเติบโต , พัฒนาการ , ด้านสังคมจิตวิทยา , ภาวะเศรษฐกิจ และความต้องการความช่วยเหลือ ในภาคต่างๆ ของประเทศไทย เพื่อที่จะประสานงานกับองค์กรต่างๆ ในการให้ความคุ้มครองช่วยเหลือ และสนับสนุนกำพร้าในประเทศไทย ให้มีชีวิตความเป็นอยู่ที่ดีขึ้น

สิ่งที่ข้าพเจ้าจะถูกขอให้ทำหรือได้รับมีอะไรบ้าง

ข้าพเจ้าจะต้องตอบแบบสอบถาม แบบวัดคุณภาพการดูแลเด็กกำพร้า แบบวัดการเจริญเติบโต แบบคัดกรองความซึมเศร้า แบบประเมินความฉลาดทางอารมณ์

ในการเข้าร่วมการศึกษานี้จะเกิดผลเสียอะไรบ้างต่อข้าพเจ้า

ข้าพเจ้าจะต้องทำแบบสอบถาม ซึ่งคำถามบางข้ออาจจะยากสำหรับข้าพเจ้าที่จะตอบและข้าพเจ้าอาจไม่เห็นด้วยที่จะตอบ

ข้าพเจ้าจะได้รับผลประโยชน์อะไรบ้าง

ข้อมูลจากการวิจัยนี้จะเพิ่มประสิทธิภาพของรัฐบาล หน่วยงานราชการส่วนท้องถิ่น องค์กรเอกชน และชุมชนในการคุ้มครองชีวิตความเป็นอยู่ที่ดีของเด็กและเยาวชนกำพร้า

ข้าพเจ้าสามารถปฏิเสธการเข้าร่วมการศึกษารั้งนี้ได้หรือไม่

ข้าพเจ้าไม่จำเป็นต้องเข้าร่วมการศึกษานี้ ถ้าข้าพเจ้าไม่พึงประสงค์ ข้าพเจ้าสามารถถอนตัวจากการศึกษานี้ได้ตลอดเวลาและจะไม่มีใครโกรธเคืองข้าพเจ้า ข้าพเจ้าสามารถถามคำถามเกี่ยวกับการศึกษานี้ได้ตลอดเวลา

ข้าพเจ้าเห็นด้วยที่จะเข้าร่วมการศึกษานี้

ชื่อเด็ก (ตัวบรรจง)	ลายมือชื่อเด็ก	วันที่
ชื่อผู้วิจัย (ตัวบรรจง)	ลายมือชื่อผู้วิจัย	วันที่
ชื่อพยาน (ตัวบรรจง)	ลายมือชื่อพยาน	วันที่

ภาคผนวก ข.
แบบสำรวจชุดที่ 1 และ ชุดที่ 2

แบบสำรวจชุดที่ 1

โครงการวิจัย สถานการณ์เด็กกำพร้าและเด็กที่ได้รับผลกระทบจาก HIV/AIDS ในประเทศไทย
และรูปแบบความช่วยเหลือ

แบบสำรวจข้อมูลจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด _____

ผู้ให้ข้อมูล :

2.1 ชื่อ _____ นามสกุล _____

2.2 ตำแหน่ง _____

2.3 หมายเลขโทรศัพท์ _____

2.4 หมายเลขโทรสาร _____

2.5 E- mail address _____

จำนวนสะสม ของเด็กติดเชื้อเอชไอวีที่มีชีวิตอยู่จนถึง 31 ธันวาคม 2546 แยกตามกลุ่มอายุ

กลุ่มอายุ	จำนวน(คน)
ต่ำกว่า 18 เดือน	
18 เดือน - ต่ำกว่า 3 ปี	
3 ปี - ต่ำกว่า 6 ปี	
6 ปี - ต่ำกว่า 12 ปี	
12 ปีขึ้นไป	

4. จำนวนเด็กกำพร้าที่บิดา มารดาเสียชีวิตจากการเป็นโรคเอดส์ (เสียชีวิตทั้งคู่ หรือคนใดคนหนึ่ง)

4.1 จำนวนทั้งหมดในปัจจุบัน _____ คน

4.2 ในจำนวนนี้มีเด็กที่ติดเชื้อ เอชไอวี _____ คน

5. ในจังหวัดของท่านมีหน่วยงานหรือองค์กรใดบ้างที่ให้การดูแลเด็กที่ได้รับผลกระทบจากเอดส์
(ตอบได้หลายข้อ)

⊖ หน่วยงานของรัฐ

⊖ หน่วยงานเอกชน

⊖ องค์กรผู้ติดเชื้อ

⊖ อื่นๆ ระบุ _____

6. ข้อมูลการคลอดบุตรในจังหวัดย้อนหลัง 5 ปี (ระหว่าง 2543-2547 ของแต่ละปี)

รายการ	ม.ค. – ธ.ค. 2543	ม.ค. – ธ.ค. 2544	ม.ค. – ธ.ค. 2545	ม.ค. – ธ.ค. 2546	ม.ค. – ต.ค. 2547
6.1 จำนวนมารดาที่คลอดบุตรทั้งหมด					
6.2 จำนวนมารดาที่คลอดบุตรและได้รับการตรวจเลือดหาเชื้อ HIV					
6.3 จำนวนมารดาที่คลอดบุตรและตรวจเลือดพบเชื้อ HIV					
6.4 จำนวนมารดาที่ติดเชื้อและได้รับยาต้านไวรัส HIV <ul style="list-style-type: none"> - ในระยะก่อนคลอด - ในขณะที่คลอด 					
6.5 จำนวนเด็กเกิดมีชีวิตทั้งหมด					
6.6 จำนวนเด็กเกิดมีชีวิตทั้งหมดที่เกิดจากมารดาที่ติดเชื้อ HIV					
6.7 จำนวนทารกแรกเกิดจากมารดาที่ติดเชื้อ HIV <ul style="list-style-type: none"> - ทารกนั้นได้รับยาต้านไวรัสหลังคลอด - ทารกนั้นได้รับนมผงทดแทน 					

แบบสำรวจชุดที่ 2

โครงการวิจัย สถานการณ์เด็กกำพร้าและเด็กที่ได้รับผลกระทบจาก HIV/AIDS ในประเทศไทย
และรูปแบบความช่วยเหลือ

แบบสำรวจข้อมูลจากศูนย์สุขภาพชุมชน

ชื่อศูนย์สุขภาพชุมชน _____

ตำบล _____ อำเภอ _____ จังหวัด _____

จำนวนหมู่บ้านที่ทางศูนย์สุขภาพชุมชนให้ความดูแล _____ หมู่บ้าน

รวมจำนวนประชากรทั้งหมด _____ คน

3.1 มีเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี จำนวนคน _____ คน

3.2 จำนวนเด็กอายุ 15 ปี - 18 ปี คน _____ คน

สถานการณ์เด็กกำพร้า (อายุ 0-18 ปี) ที่พ่อหรือแม่คนใดคนหนึ่ง หรือทั้งคู่เสียชีวิตจากโรคเอดส์

ในตำบลที่อยู่ในความรับผิดชอบของศูนย์สุขภาพชุมชน (ถึงวันที่ 30 ก.ย. 2547)

4.1 จำนวนเด็กกำพร้าทั้งหมด _____ คน

4.2 ในจำนวนนี้เป็นเด็กที่ติดเชื้อเอชไอวี _____ คน

4.3 ในจำนวนนี้เป็นเด็กที่ไม่ติดเชื้อเอชไอวี _____ คน

4.4 จำนวนเด็กติดเชื้อเอชไอวีที่ยังมีชีวิตอยู่ แยกตามกลุ่มอายุ

กลุ่มอายุ	จำนวน(คน)
ต่ำกว่า 18 เดือน	
18 เดือน - ต่ำกว่า 3 ปี	
3 ปี - ต่ำกว่า 6 ปี	
6 ปี - ต่ำกว่า 12 ปี	
12 ปีขึ้นไป	

5. ผู้ดูแลหลัก ที่กลุ่มเด็กทั้งติดเชื้อและไม่ติดเชื้อ อาศัยอยู่ด้วยคือใครบ้าง

Ø อาศัยอยู่กับปู่หรือย่า จำนวน _____ คน

Ø อาศัยอยู่กับตาหรือยาย จำนวน _____ คน

Ø อาศัยอยู่กับญาติอื่นๆ (ลุง ป้า น้า อา) จำนวน _____ คน

Ø อาศัยอยู่กับสถานสงเคราะห์ จำนวน _____ คน

Ø อาศัยอยู่กับอื่นๆ ระบุ _____ จำนวน _____ คน

ภาคผนวก ก.
แบบวัดคุณภาพชีวิตและคุณภาพการดูแล

สำรวจข้อมูลจากผู้ให้การดูแล

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแล ที่อยู่ตำบลอำเภอ.....จังหวัด.....

คำถาม	คำตอบ
1. เพศ	1 ชาย 2 หญิง
2. ท่านมีอายุ เต็มกี่ปี	อายุปี
3. ท่านอาศัยอยู่ในชุมชน/หมู่บ้านนี้กี่ปีแล้ว	จำนวนปี
4. สุขภาพของท่านในปัจจุบัน เป็นอย่างไรบ้าง	1 แข็งแรง 2 เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังหรือพิการ อื่นๆ โปรดระบุ.....
5. ท่านนับถือศาสนาอะไร	1 พุทธ 2 คริสต์ 3 อิสลาม
6. ปัจจุบันท่านมีสถานภาพสมรสอะไร	1 โสด 2 สมรส 3 ม่าย / หย่า / แยก
7. ท่านจบการศึกษาสูงสุดชั้นใด	1 ไม่ได้เรียนหนังสือ 2 ประถม 3 มัธยมต้น 4 มัธยมปลาย 5 ปวช./ปวส. 6 อุดมศึกษา 7 อื่นๆ ระบุ
8. ปัจจุบันท่านทำงานอะไรเป็นหลัก	1 เกษตรกร 2 รับจ้าง (รายวัน) 3 ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว 4 ลูกจ้าง 5 รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ 6 อื่นๆ ระบุ
9. สมาชิกในครอบครัวที่อาศัยอยู่ประจำ มีจำนวนกี่คน ประกอบด้วยใครบ้าง	จำนวน.....คน ประกอบด้วย.....
10. รายได้ของครอบครัวต่อเดือน	จำนวน..... บาท
11. รายได้ของครอบครัวเมื่อเทียบกับรายจ่ายเป็นอย่างไรบ้าง	1 เพียงพอ เหลือเก็บ 2 เพียงพอ ไม่เหลือเก็บ 3 ไม่เพียงพอ
12. ในรอบ 1 ปีที่ผ่านมาท่านได้รับเงินสงเคราะห์หรือไม่ และได้จากใคร	1 ไม่ได้ 2 ได้ โปรดระบุรายละเอียด.....
13. ท่านดูแลเด็กเป็นหลักมานานกี่ปีแล้ว	จำนวน.....ปี..... เดือน
14. ท่านมีความสัมพันธ์อย่างไรกับตัวเด็ก	1 ปู่/ย่า 2 ตา/ยาย 3 ญาติทางมารดาเด็ก 4 ญาติทางบิดาเด็ก 5 มารดา 6 อื่น ๆ ระบุ

2. ข้อมูลทั่วไปของเด็ก

คำถาม	คำตอบ
15. เพศของเด็ก	1 ชาย 2 หญิง
15. เด็กคนนี้มีอายุเต็มกี่ปี หรือกี่เดือน	อายุ..... ปี.....เดือน
17. เด็กมีน้ำหนักและส่วนสูงเท่าใด	น้ำหนัก..... ก.ก. ส่วนสูง.....ซ.ม.
18. เด็กกำลังเรียนอยู่ชั้นอะไร	1 ไม่ได้เรียนหนังสือ / ยังไม่เข้าเรียน 2 อยู่ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก 3 (กรณีกำลังเรียน)กำลังเรียนอยู่ชั้น
	4 (กรณีเรียนจบแล้ว)เรียนจบชั้น
	5 ทำงานแล้ว
19. เด็กคนนี้คิดเชื่อหรือไม่	1 คิดเชื่อ 2 ไม่คิดเชื่อ 9 ไม่ทราบ
20. บิดา / มารดาของเด็กคิดเชื่อหรือไม่	1 คิดเชื่อ 2 ไม่คิดเชื่อ 9 ไม่ทราบ
21. เด็กได้รับวัคซีนตามวัยหรือไม่ (ถามเฉพาะเด็กอายุไม่เกิน 5 ปี) (ขอดูสมุดสีชมพู ถ้ามี)	1 ไม่ได้ครบตามวัย 2 ได้ครบตามวัย 3 ไม่ทราบ / ประเมินไม่ได้ (สมุดหาย) 9 อายุมากกว่า 5 ปี ขึ้นไป
22. ภาวะสุขภาพของเด็กใน 6 เดือน ที่ผ่านมาเป็นอย่างไรบ้าง	1 แข็งแรงดีไม่เจ็บป่วย 2 เจ็บป่วยเล็กน้อยรักษาเองไม่ไปสถานพยาบาล 3 เจ็บป่วยต้องรับการรักษาแต่ไม่ต้องนอนโรงพยาบาล 4 เจ็บป่วยต้องนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล
23. กรณีเจ็บป่วยต้องนอนโรงพยาบาล ในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมา เด็กต้อง นอนพักรักษาตัวทั้งหมดกี่ครั้ง	จำนวน..... ครั้ง 99 ไม่เข้าข่าย/ไม่เจ็บป่วย
24. นอนพักรักษาตัวด้วยโรคอะไร	โรค ระบุ..... 99 ไม่เข้าข่าย/ไม่ต้องนอนโรงพยาบาล

ข้ามไป
หน้า 3

เครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตของเด็ก โดยการประเมินของผู้ดูแล

คำถาม : ปัจจุบัน ท่านมีความพึงพอใจต่อคุณภาพชีวิตแต่ละด้านของเด็กในความดูแลของท่านมากน้อยเพียงใด

รายการ	ระดับความพึงพอใจ			
	มากที่สุด 4	มาก 3	น้อย 2	น้อยที่สุด 1
ด้านร่างกาย				
1 เด็กมีสุขภาพร่างกายที่ดี				
2 เด็กได้รับการดูแลสุขภาพเมื่อยามเจ็บป่วย				
3 เด็กมีที่อยู่อาศัยที่เหมาะสมกับเด็ก (มีความปลอดภัย ไม่แออัด ถูกสุขอนามัย)				
4 เด็กมีเสื้อผ้า/เครื่องนุ่งห่มที่เหมาะสมและพอเพียง				
5 เด็กได้รับอาหารอย่างพอเพียง และมีคุณภาพเหมาะสมตามวัย				
6 เด็กได้รับการติดตามซั้่งน้ำหนัก วัคซีนสูง				
7 เด็กได้รับการตรวจ และการส่งเสริมพัฒนาการตามวัย (ถามเฉพาะเด็กอายุ < 5 ปี).				
ด้านจิตสังคม				
8 เด็กได้รับการยอมรับจากสังคม(ไม่ถูกกีดกัน/รังเกียจ)				
9 เด็กอยู่ได้อย่างปกติเหมือนเด็กทั่วไปในชุมชน ตนเอง				
10 เด็กมีครอบครัวที่อบอุ่น				
11 เด็กช่วยเหลือตนเองได้ตามวัย				
12 เด็กมีความรู้สึกที่ดีกับตนเอง				
13 เด็กได้รับคำปรึกษาหารือ หรือช่วยเหลือทางจิตสังคมทั้งใน โรงเรียนและ/ หรือนอกโรงเรียน				
14 เด็กมีผู้ที่เข้าใจและให้การช่วยเหลือประคับประคองใจได้				
ด้านเศรษฐกิจ				
15 เด็กได้รับการสนับสนุนการเงินหรือได้รับทุนให้ศึกษาเล่าเรียน และมีอุปกรณ์ การเรียนตามความจำเป็น				
16 ครอบครัวมีรายได้พอเพียง หรือได้รับการสงเคราะห์ช่วยเหลือ จากญาติ/ รัฐ/เอกชน/ชุมชน				
ด้านการศึกษา				
17 เด็กได้เข้าโรงเรียนตามวัย				
18 เด็กคงอยู่ในโรงเรียน ได้เช่นเดียวกับเด็กปกติ				
19 เด็กมีโอกาส/ทางเลือกในการศึกษา				
20 โดยภาพรวมแล้วท่านมีความพึงพอใจกับคุณภาพชีวิตของเด็กในระดับใด				

เครื่องมือวัดคุณภาพการดูแลเด็ก จากการประเมินของผู้วิจัย

ด้านร่างกาย

คำถาม : โดยปกติผู้ดูแลได้เอาใจใส่ ให้การดูแล สภาพความเป็นอยู่และสุขภาพร่างกายในแต่ละด้านของเด็กอย่างไรบ้าง ?

ข้อ		คะแนน				
		4	3	2	1	
1	ให้การดูแลและรักษาสุขภาพยามเจ็บป่วย	4	3	2	1	
2	ให้อาหารเพียงพอและมีคุณค่าตามโภชนาการทุกมื้อ	4	3	2	1	
3	จัดหาเสื้อผ้าและเครื่องนุ่งห่มได้เหมาะสมและพอเพียง	4	3	2	1	
4	ที่อยู่อาศัยเหมาะสมกับเด็ก (มีความปลอดภัย ไม่แออัดถูกสุขอนามัย)	4	3	2	1	
5	มีการติดตามการชั่งน้ำหนักวัดส่วนสูง (วัดการเจริญเติบโต)	4	3	2	1	
6	มีการจัดหาและให้วัคซีนเหมาะสมตามวัย (ถามเฉพาะเด็กที่อายุ < 5 ปี)	9	4	3	2	1
7	มีการตรวจ และส่งเสริมพัฒนาการตามวัย(ถามเฉพาะเด็กที่อายุ < 5 ปี)	9	4	3	2	1

การให้คะแนน

- 4 ผู้ดูแลได้เอาใจใส่ ให้การดูแลและสามารถจัดหาสิ่งที่เอื้อต่อการมีสุขภาพร่างกายที่แข็งแรงของเด็กอย่างเพียงพอ ดีมาก/ทุกครั้ง/สม่ำเสมอ
- 3 ผู้ดูแลได้เอาใจใส่ ให้การดูแลรักษาและสามารถจัดหาสิ่งที่เอื้อต่อการมีสุขภาพร่างกายที่แข็งแรงของเด็กอย่างเพียงพอดี บ่อยๆ/เป็นส่วนใหญ่
- 2 ผู้ดูแลได้เอาใจใส่ ให้การดูแลรักษาและสามารถจัดหาสิ่งที่เอื้อต่อการมีสุขภาพร่างกายที่แข็งแรงของเด็กอย่างพอใช้/เป็นบางครั้ง
- 1 ผู้ดูแลไม่เอาใจใส่ในการดูแลและ/หรือไม่สามารถจัดหาสิ่งที่เอื้อต่อการมีสุขภาพร่างกายที่แข็งแรงของเด็กเลย
- 9 เด็กที่อายุมากกว่า 5 ปี

ด้านจิตสังคม

คำถาม : ผู้ดูแลได้เอาใจใส่ดูแล ส่งเสริมเด็กทางด้านจิตใจและสังคมอย่างไรบ้าง ?

ข้อ		คะแนน			
		4	3	2	1
8	ให้ความอบอุ่นและความรักใคร่ผูกพัน	4	3	2	1
9	ให้คำปรึกษา หรือประคับประคองทางจิตใจ	4	3	2	1
10	ส่งเสริมให้มีเพื่อนเล่น	4	3	2	1
11	ส่งเสริมหรือสร้างความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง	4	3	2	1
12	ส่งเสริมหรือกระตุ้นให้เด็กเห็นคุณค่าในตนเอง และยอมรับตนเองได้	4	3	2	1
13	ส่งเสริมการเข้าสังคม เช่น การพูดคุยกับเพื่อนบ้าน และร่วมกิจกรรมของโรงเรียน	4	3	2	1

การให้คะแนน

- 4 ผู้ดูแลเอาใจใส่ ให้เวลา ส่งเสริมทางด้านจิตใจและสังคมแก่เด็กอย่างเหมาะสม
ดีมาก ทุกครั้ง/ เป็นประจำ
- 3 ผู้ดูแลให้การดูแลเอาใจใส่ ให้เวลา ส่งเสริมทางด้านจิตใจและสังคมแก่เด็กได้อย่าง
เหมาะสมดี บ่อยๆ /ส่วนใหญ่
- 2 ผู้ดูแลเอาใจใส่ ให้เวลา ส่งเสริมทางด้านจิตใจและสังคมแก่เด็กเพียงบางครั้ง
- 1 ผู้ดูแลไม่สนใจหรือไม่สามารถส่งเสริมทางด้านจิตใจสังคมแก่เด็กได้เลย

ด้านการศึกษา

คำถาม : เด็ก ได้รับการดูแลช่วยเหลือ ส่งเสริมในด้านการเรียนอย่างไรบ้าง

ข้อ		คะแนน			
		4	3	2	1
14	ส่งเสริมให้เด็กได้เข้าโรงเรียนตามปกติและตามวัย	4	3	2	1
15	ส่งเสริมให้เด็กอยู่ในโรงเรียนได้เช่นเดียวกับเด็กปกติ	4	3	2	1
16	สนับสนุนทางการเงินหรือจัดหาทุนให้เด็กได้ศึกษาเล่าเรียน และมีอุปกรณ์การเรียนตามความจำเป็น	4	3	2	1
17	ให้โอกาส / ทางเลือกในการศึกษาแก่เด็ก	4	3	2	1

การให้คะแนน

- 4 ผู้ดูแลสามารถจัดหาที่เรียน/ให้โอกาสให้เด็กได้เข้าเรียนอย่างปกติตามต้องการเป็นประจำ/ทุกครั้ง
- 3 ผู้ดูแลสามารถจัดหาที่เรียนและส่งเสริมให้เด็กสามารถเข้าเรียนได้อย่างปกติตามต้องการได้เป็นส่วนใหญ่
- 2 ผู้ดูแลสามารถจัดหาที่เรียนและความช่วยเหลือในเรื่องการเรียนแก่เด็กได้ แต่เด็กไม่สามารถไปโรงเรียนได้อย่างปกติหรือไม่แน่ใจเรื่องโอกาสในการเรียนต่อ
- 1 ผู้ดูแลไม่สนใจ ไม่เห็นความสำคัญเกี่ยวกับเรื่องการเรียนของเด็กเลย

ด้านการดูแลสุขภาพเด็กติดเชื้อ

คำถาม : หลังจากที่เด็กติดเชื้อแล้ว เด็กได้รับการดูแลรักษาสุขภาพอย่างไรบ้าง ?

ข้อ		ไม่เข้าข่าย/ ไม่ติดเชื้อ	คะแนน			
			9	4	3	2
18	ให้การดูแล / รักษา เพื่อลดอาการเจ็บป่วย	9	4	3	2	1
19	ให้ยาด้านไวรัสพร้อมกับการติดตามดูแลอย่างต่อเนื่อง	9	4	3	2	1
20	ให้การดูแลรักษาโรคชวยโอกาส	9	4	3	2	1

การให้คะแนน

- 4 ผู้ดูแลเอาใจใส่ มีความเข้าใจและสามารถระวังรักษาสุขภาพของเด็กอย่างเหมาะสมทุกครั้ง / เสมอ
- 3 ผู้ดูแลเอาใจใส่ มีความเข้าใจและสามารถระวังรักษาสุขภาพของเด็กอย่างเหมาะสมบ่อย / เป็นส่วนใหญ่
- 2 ผู้ดูแลเอาใจใส่ มีความเข้าใจและสามารถระวังรักษาสุขภาพของเด็กอย่างเหมาะสมบางครั้ง
- 1 ผู้ดูแลไม่สนใจและไม่สามารถระวังรักษาสุขภาพของเด็กได้
- 9 ไม่เข้าข่าย / ไม่ติดเชื้อ / ยังไม่ต้องรับยา

ภาคผนวก ง.

แบบประเมินความฉลาดทางอารมณ์เด็กอายุ 3-5 ปี

แบบประเมินความฉลาดทางอารมณ์เด็กอายุ 6-11 ปี

แบบประเมินความฉลาดทางอารมณ์เด็กอายุ 12-18 ปี

แบบประเมินความฉลาดทางอารมณ์ เด็กอายุ 3-5 ปี
(ถามผู้ดูแล)

	ไม่เป็น เลย	เป็น บางครั้ง	เป็น บ่อยครั้ง	เป็น ประจำ
1. บอกความรู้สึกของตนเองได้เมื่อถูกถาม เช่น รู้สึกดีใจ เสียใจ โกรธ ไม่ชอบ ไม่พอใจ				
2. มักโอบกอดหรือคลอเคลียคนที่ตนรัก				
3. ยิ้มแย้มเมื่อเล่นกับเพื่อน				
4. แสดงความเห็นใจเมื่อเห็นเพื่อนหรือผู้อื่นทุกข์ร้อน เช่น บอกว่าสงสาร เข้าไปปลอบหรือเข้าไปช่วย				
5. หยุดการกระทำที่ไม่ดีเมื่อเห็นสีหน้าไม่พอใจของผู้ใหญ่				
6. ร้องไห้งอแงเวลาไปโรงเรียนหรือสถานที่ที่ไม่อยากไป				
7. กลัวสิ่งที่อยู่ในจินตนาการ เช่น ผี สัตว์ประหลาด				
8. เอาแต่ใจตนเอง				
9. กลัวคนแปลกหน้า				
10. เต็มใจแบ่งปันสิ่งของให้คนอื่น ๆ เช่น ขนม ของเล่น				
11. ขวนคนอื่นให้เล่นด้วยกัน				
12. สงสาร ไม่ทำร้ายสัตว์				
13. บอกผู้ใหญ่เมื่อเพื่อนหรือคนในครอบครัวไม่สบาย				
14. ใจดีกับเด็กที่เล็กกว่า				
15. อาสาช่วยผู้อื่น เช่น งานบ้าน เก็บของที่เกะกะ				
16. ไม่ช่วยเหลือเมื่อได้รับการขอร้อง				
17. เชื่อฟังและทำตามที่คุณใหญ่ต้องการ				
18. บอกขอโทษหรือเข้ามาประจบเมื่อทำผิด				
19. ไม่เล่นของที่เป็นอันตราย เช่น ไม้ขีดไฟ ปลั๊กไฟ มีด หลังจากได้รับการห้ามปรามจากผู้ใหญ่				
20. ไหว้ขอบคุณเมื่อผู้อื่นให้ของ โดยผู้ใหญ่ไม่ต้องบอก				
21. ไหว้หรือสวัสดีเมื่อพบผู้ใหญ่				
22. บอกให้คอยก็ไม่งอแง				
23. อดทนได้ รอคอยได้ ไม่ลงมือลงเท้า				
24. เรียกร้องเอาแต่ใจตนเอง				
25. ช่างสังเกตและตั้งคำถามผู้ใหญ่ถึงสิ่งต่างๆ ที่ได้พบเห็น				
26. มักอยากรู้อยากเห็นกับของเล่นหรือสิ่งแปลกใหม่				
27. กล้าซักถามหรือแสดงท่าที่สนใจเมื่อมีข้อสงสัย				

	ไม่เป็น เลย	เป็น บางครั้ง	เป็น บ่อยครั้ง	เป็น ประจำ
28. สนใจ รู้สึกสนุกกับงานหรือกิจกรรมการเรียนรู้ใหม่ๆ				
29. ขอนเดินสำรวจเมื่ออยู่ในสถานที่ใหม่ๆ				
30. ตั้งใจฟังเมื่อผู้ใหญ่ตอบเรื่องที่ยากรู้				
31. ร้องไห้เมื่อไปโรงเรียน				
32. เมื่อไม่ได้ खेलที่อยากได้ก็สามารถเล่นของอื่นแทน				
33. ยอมรับคำอธิบายเมื่อไม่ได้สิ่งที่ต้องการ				
34. เข้ากับเด็กคนอื่นๆ ได้ง่ายเมื่อเริ่มรู้จักกัน				
35. หงุดหงิดเมื่อต้องเปลี่ยนแปลงจากสิ่งที่คุ้นเคย				
36. ไม่ชอบไปในสถานที่ที่ไม่คุ้นเคย เช่น บ้านญาติ บ้านเพื่อนของพ่อแม่				
37. กล่าวบอกรื่องที่ตนเองทำผิดพลาดให้ผู้ใหญ่ฟัง				
38. บอกผู้ใหญ่เมื่อทำของเสียหาย				
39. กล่าวปฏิเสธเมื่อผู้ใหญ่จะช่วยเหลือเพราะเด็กอยากทำด้วยตนเอง				
40. บอกความต้องการของตนเองให้ผู้อื่นรู้				
41. บอกปฏิเสธเมื่อมีผู้ชวนเล่นสิ่งที่ไม่ชอบ				
42. กล่าวพูด กล่าวคุย ทักทายตอบกลับผู้อื่น				
43. เมื่อได้รับคำชมเชย มักบอกเล่าให้คนอื่นรู้				
44. ช่วยเหลือตนเองมากขึ้นเมื่อได้รับคำชม				
45. ชอบเอาผลงานที่ทำเสร็จมาให้ผู้ใหญ่ดู				
46. พอใจที่ผู้ใหญ่ชมว่าเป็นเด็กดี				
47. ช่วยเหลือตัวเองได้ดีเมื่อผู้ใหญ่ให้กำลังใจ				
48. ไม่หวาดกลัวเมื่อต้องอยู่กับคนที่ไม่คุ้นเคย				
49. รู้จักแผ่แผ่ความรักให้คนอื่น เช่น กอด ปลอบน้อมหรือเด็กที่เล็กกว่า				
50. ร่วมเล่นสนุกสนานกับคนอื่นๆ ได้				
51. รู้จักค้นหาของมาเล่นเพื่อสร้างความสนุกสนานเพลิดเพลิน				
52. ถึงแม้ไม่ได้เล่นก็สนุกกับการดูคนอื่นเล่นได้				
53. เมื่อเห็นคนอื่นเล่นสนุกก็อยากเข้าไปเล่นสนุกด้วย				
54. แสดงอารมณ์สนุกร่วมตามไปกับสิ่งที่เห็น เช่น ร้องเพลง กระโดดโลดเต้น หัวเราะเฮฮา				
55. เก็บตัว ไม่เล่นสนุกสนานกับเด็กคนอื่นๆ				

แบบประเมินความฉลาดทางอารมณ์ เด็กอายุ 6-11 ปี
(ถามผู้ดูแล)

	ไม่เป็น เลย	เป็น บางครั้ง	เป็น บ่อยครั้ง	เป็น ประจำ
1. ไม่ใช้กำลังเวลาโกรธหรือไม่พอใจ				
2. รู้จักรอคอยเมื่อยังไม่ถึงคราวหรือเวลาของตน				
3. ยับยั้งที่จะทำอะไรตามอำเภอใจตนเอง				
4. ต้องการอะไรต้องได้ทันที				
5. เมื่อมีอารมณ์โกรธ ต้องใช้เวลานานกว่าจะหายโกรธ				
6. หมกมุ่นกับการเล่นมากเกินไป				
7. ชี้แจงเหตุผลแทนการใช้กำลัง				
8. ช่วยปกป้อง ดูแล และช่วยเหลือเด็กที่เล็กกว่า				
9. เห็นอกเห็นใจเมื่อผู้อื่นเดือดร้อน				
10. ใส่ใจหรือรู้ว่าใครชอบอะไร ไม่ชอบอะไร				
11. เป็นที่พึ่งได้เมื่อเพื่อนต้องการความช่วยเหลือ				
12. ระมัดระวังที่จะไม่ทำให้ผู้อื่นเดือดร้อนหรือเสียใจ				
13. ไม่ช่วยเหลือหรือไม่ให้ความร่วมมือกับผู้อื่น				
14. รู้จักให้กำลังใจผู้อื่น				
15. รู้จักรับฟังผู้อื่น				
16. รู้จักแสดงความห่วงใยผู้อื่น				
17. มักสารภาพเมื่อทำผิด				
18. ไม่ชอบแกล้งเพื่อน				
19. ขอมรับว่าผิดเมื่อถูกถาม				
20. เมื่อทำผิด มักแก้ตัวว่าไม่ได้ตั้งใจ				
21. ขอมรับกฎเกณฑ์ เช่น ขอมรับการลงโทษเมื่อทำผิด				
22. รู้จักขอโทษ				
23. ขอมรับคำตำหนิหรือตักเตือนเมื่อทำผิด				
24. มีความตั้งใจเมื่อทำสิ่งต่างๆ ที่สนใจ				
25. มีสมาธิในการทำงาน เช่น อ่านหนังสือได้นานๆ				
26. พยายามทำงานที่ยากให้สำเร็จได้ด้วยตนเอง เช่น การบ้าน การฝีมือ				
27. สนุกกับการแก้ปัญหายากๆ หรือท้าทาย เช่น ปัญหาการบ้าน ของเล่นที่แปลกๆ ใหม่ๆ				
28. เฉื่อยชา ไม่สนใจที่จะทำงานให้เสร็จ				
29. บ่นหรือต่อรองว่างานต่างๆ ยากเกินกว่าที่จะทำได้ทั้งๆ ที่ยังไม่ได้ลงมือทำ				

	ไม่เป็น เลย	เป็น บางครั้ง	เป็น บ่อยครั้ง	เป็น ประจำ
30. ทำงานต่อไปจนเสร็จแม้ว่าเพื่อนๆ ไปเล่นแล้วก็ตาม				
31. ไม่ท้อใจเมื่อประสบกับความผิดหวัง				
32. หาทางตกลงกับเพื่อนหรือเด็กคนอื่นเมื่อเกิดขัดแย้ง				
33. ไม่เอะอะโวยวายเมื่อพบปัญหาหรือความยุ่งยาก				
34. รู้จักรอจังหวะหรือรอกอยเวลาที่เหมาะสมในการ แก้ปัญหา				
35. เมื่อมีปัญหา จะคิดหาวิธีแก้หลายๆ ทาง				
36. ร่วมกิจกรรมที่ตนไม่ชอบ หรือไม่ถนัดกับผู้อื่น ได้				
37. ทักทายหรือทำความรู้จักกับเพื่อนใหม่				
38. กล้าแสดงความสามารถที่มีอยู่ต่อหน้าคนหมู่มาก				
39. กล้าซักถามข้อสงสัย				
40. เมื่อถูกถาม ใช้วิธีนิ่งเฉย แทนการตอบว่าไม่รู้				
41. มักจะใช้ข้ออ้างเมื่อไม่กล้าทำอะไร				
42. ไม่กล้าออกความเห็นเมื่ออยู่กับผู้อื่น				
43. เล่าถึงความสำเร็จของตนเองให้ผู้ใหญ่ฟัง				
44. ไม่อายในสิ่งที่ตนมีอยู่ เช่น ฐานะบ้าน อาชีพของ พ่อแม่ รูปร่างหน้าตา ความสามารถของตนเอง ฯลฯ				
45. ภูมิใจที่ตนเองมีจุดดีหรือความสามารถพิเศษบางอย่าง เช่น เรียนเก่ง เล่นกีฬาเก่ง เล่นดนตรีได้				
46. ภูมิใจที่ได้รับความไว้วางใจจากผู้ใหญ่ เช่น ดูแลน้อง ดูแลสัตว์เลี้ยง ช่วยเหลืองานผู้ใหญ่				
47. น้อยใจง่าย				
48. รู้สึกน้อยเนื้อต่ำใจที่ผู้อื่นไม่ได้				
49. พอใจกับผลการเรียนที่ได้ แม้จะไม่ดีเด่นมากนัก				
50. เมื่อไม่ได้สิ่งที่ต้องการก็รู้จักยอมรับสิ่งทดแทนอย่าง อื่นได้				
51. แม้เกมหรือกีฬาแพ้ก็ไม่เสียใจนาน				
52. แม้เป็นสิ่งที่ไม่จำเป็นก็เรียกร้องที่จะเอาให้ได้ตามที่ ต้องการ				
53. หงุดหงิดอยู่นานเมื่อไม่ได้ตั้งใจ				
54. เมื่อทำอะไรไม่ได้ตามต้องการจะผิดหวังมาก เช่น บ่น คร่ำครวญ หรือซึม				
55. มีอารมณ์ขัน				
56. เล่นสนุกสนานหรือล้อกันเล่นสนุกๆ ได้				

	ไม่เป็น เลย	เป็น บางครั้ง	เป็น บ่อยครั้ง	เป็น ประจำ
57. เมื่ออยู่คนเดียวก็รู้จักหาสิ่งมาทำให้ตัวเองเพลิดเพลินได้				
58. รู้จักผ่อนคลายอารมณ์ด้วยการดูหนังฟังเพลง เล่นสนุก วาดรูป พูดคุยกับเพื่อน				
59. เป็นคนแจ่มใส ยิ้มง่าย หัวเราะง่าย				
60. สนุกกับการแข่งขันแม้จะรู้ว่าไม่ชนะ				

แบบประเมินความฉลาดทางอารมณ์ วัยรุ่น (อายุ 12-18 ปี)
(เด็กตอบเอง)

	ไม่จริง	จริง บางครั้ง	ค่อนข้าง จริง	จริง มาก
1. เวลาโกรธหรือไม่สบายใจ ฉันรับรู้ได้ว่าอะไรเกิดขึ้นกับฉัน				
2. ฉันบอกไม่ได้ว่าอะไรทำให้ฉันรู้สึกโกรธ				
3. เมื่อถูกขัดใจ ฉันมักรู้สึกหงุดหงิดจนควบคุมอารมณ์ไม่ได้				
4. ฉันสามารถคอยเพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่พอใจ				
5. ฉันมักมีปฏิกิริยาโต้ตอบที่รุนแรงต่อปัญหาเพียงเล็กน้อย				
6. เมื่อถูกบังคับให้ทำในสิ่งที่ไม่ชอบ ฉันจะอธิบายเหตุผลจนผู้อื่นยอมรับได้				
7. ฉันสังเกตได้เมื่อคนใกล้ชิดมีอารมณ์เปลี่ยนแปลง				
8. ฉันไม่สนใจกับความทุกข์ของผู้อื่นที่ฉันไม่รู้จัก				
9. ฉันไม่ยอมรับในสิ่งที่ผู้อื่นทำต่างจากที่ฉันคิด				
10. ฉันยอมรับได้ว่าผู้อื่นก็อาจมีเหตุผลที่จะไม่พอใจการกระทำของฉัน				
11. ฉันรู้สึกว่าผู้อื่นชอบเรียกร้องความสนใจมากเกินไป				
12. แม้จะมีภาระที่ต้องทำ ฉันก็ยินดีรับฟังความทุกข์ของผู้อื่นที่ต้องการความช่วยเหลือ				
13. เป็นเรื่องธรรมดาที่จะเอาเปรียบผู้อื่นเมื่อมีโอกาส				
14. ฉันเห็นคุณค่าในน้ำใจที่ผู้อื่นมีต่อฉัน				
15. เมื่อทำผิด ฉันสามารถกล่าวคำ “ขอโทษ” ผู้อื่นได้				
16. ฉันยอมรับข้อผิดพลาดของผู้อื่น ได้ยาก				
17. ถึงแม้จะต้องเสียประโยชน์ส่วนตัวไปบ้าง ฉันก็ยินดีที่จะทำเพื่อส่วนรวม				
18. ฉันรู้สึกลำบากใจในการทำสิ่งใดสิ่งหนึ่งเพื่อผู้อื่น				
19. ฉันไม่รู้ว่าฉันเก่งเรื่องอะไร				
20. แม้จะเป็นงานยาก ฉันก็มั่นใจว่าสามารถทำได้				
21. เมื่อทำสิ่งใดไม่สำเร็จ ฉันรู้สึกหมดกำลังใจ				
22. ฉันรู้สึกมีคุณค่าเมื่อได้ทำสิ่งต่างๆอย่างเต็มความสามารถ				
23. เมื่อต้องเผชิญกับอุปสรรคและความผิดหวัง ฉันก็จะไม่ยอมแพ้				
24. เมื่อเริ่มทำสิ่งหนึ่งสิ่งใด ฉันมักทำต่อไปไม่สำเร็จ				
25. ฉันพยายามหาสาเหตุที่แท้จริงของปัญหาโดยไม่คิดเอาเองตามใจชอบ				
26. บ่อยครั้งที่ฉันไม่รู้ว่าอะไรทำให้ฉันไม่มีความสุข				
27. ฉันรู้ว่าการตัดสินใจแก้ปัญหาเป็นเรื่องยากสำหรับฉัน				

	ไม่จริง	จริง บางครั้ง	ค่อนข้าง จริง	จริง มาก
28. เมื่อต้องทำอะไรหลายอย่างในเวลาเดียวกัน ฉันตัดสินใจได้ว่าจะทำ อะไรก่อนหลัง				
29. ฉันลำบากใจเมื่อต้องอยู่กับคนแปลกหน้าหรือคนที่ไม่คุ้นเคย				
30. ฉันทนไม่ได้เมื่อต้องอยู่ในสังคมที่มีกฎระเบียบขัดกับความเคยชิน ของฉัน				
31. ฉันทำความรู้จักผู้อื่นได้ง่าย				
32. ฉันมีเพื่อนสนิทหลายคนที่คบกันมานาน				
33. ฉันไม่กล้าบอกความต้องการของฉันให้ผู้อื่นรู้				
34. ฉันทำในสิ่งที่ต้องการ โดยไม่ทำให้ผู้อื่นเดือดร้อน				
35. เป็นการยากสำหรับฉันที่จะโต้แย้งกับผู้อื่น แม้จะมีเหตุผลเพียงพอ				
36. เมื่อไม่เห็นด้วยกับผู้อื่น ฉันสามารถอธิบายเหตุผลที่เขายอมรับได้				
37. ฉันทำความรู้จักผู้อื่นได้ง่าย				
38. ฉันมีเพื่อนสนิทหลายคนที่คบกันมานาน				
39. ฉันไม่กล้าบอกความต้องการของฉันให้ผู้อื่นรู้				
40. ฉันทำในสิ่งที่ต้องการ โดยไม่ทำให้ผู้อื่นเดือดร้อน				
41. แม้สถานการณ์จะเลวร้าย ฉันก็มีความหวังว่าจะดีขึ้น				
42. ทุกปัญหามักมีทางออกเสมอ				
43. เมื่อมีเรื่องที่ทำให้เครียด ฉันมักปรับเปลี่ยนให้เป็นเรื่องผ่อนคลาย หรือสนุกสนานได้				
44. ฉันสนุกสนานทุกครั้งกับกิจกรรมในวันสุดสัปดาห์และวันหยุด พักผ่อน				
45. ฉันรู้สึกไม่พอใจที่ผู้อื่นได้รับสิ่งดี ๆ มากกว่าฉัน				
46. ฉันพอใจกับสิ่งที่ฉันเป็นอยู่				
47. ฉันไม่รู้จะหาอะไรทำเมื่อรู้สึกเบื่อหน่าย				
48. เมื่อว่างเว้นจากภาระหน้าที่ ฉันจะทำในสิ่งที่ฉันชอบ				
49. เมื่อรู้สึกไม่สบายใจ ฉันมีวิธีผ่อนคลายอารมณ์ได้				
50. ฉันสามารถผ่อนคลายตนเองได้แม้จะเหน็ดเหนื่อยจากภาระหน้าที่				
51. ฉันไม่สามารถทำใจให้มีความสุขได้จนกว่าจะได้ทุกสิ่งที่ต้องการ				
52. ฉันมักทุกข์ร้อนกับเรื่องเล็กน้อยที่เกิดขึ้นเสมอ				

ภาคผนวก จ.
แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น (CES-D)

แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น (CES-D) ฉบับภาษาไทย

ชื่อ _____ นามสกุล _____

ท่านมีความรู้สึกต่อไปนี้บ่อยเพียงใดใน 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา

กรุณาทำ X ลงในช่วงที่ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด

ในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา	ไม่เคย (<1 วัน)	นานๆครั้ง (1-2 วัน)	บ่อยๆ (3-4 วัน)	ตลอดเวลา (5-7 วัน)
1. ฉันรู้สึกหงุดหงิดง่าย				
2. ฉันรู้สึกเบื่ออาหาร				
3. ฉันไม่สามารถจัดความเศร้าออกจากใจได้แม้จะมีคนคอยช่วยเหลือก็ตาม				
4. ฉันรู้สึกว่าตนเองตีพ้อๆ กับคนอื่น				
5. ฉันไม่มีสมาธิ				
6. ฉันรู้สึกหดหู่				
7. ทุกๆ สิ่งๆ ที่ฉันกระทำจะต้องฝืนใจ				
8. ฉันมีความหวังเกี่ยวกับอนาคต				
9. ฉันรู้สึกว่าชีวิตมีแต่สิ่งล้มเหลว				
10. ฉันรู้สึกหวาดกลัว				
11. ฉันนอนไม่ค่อยหลับ				
12. ฉันมีความสุข				
13. ฉันไม่ค่อยอยากคุยกับใคร				
14. ฉันรู้สึกเหงา				
15. ผู้คนทั่วไปไม่ค่อยเป็นมิตรกับฉัน				
16. ฉันรู้สึกว่าชีวิตนี้สนุกสนาน				
17. ฉันร้องไห้				
18. ฉันรู้สึกเศร้า				
19. ผู้คนรอบข้างไม่ชอบฉัน				
20. ฉันรู้สึกท้อถอยในชีวิต				

รวม

ภาคผนวก จ.

แนวคำถาม Focus Group / Indepth Interview

Focus Group Discussion / Indepth Interview

- เครือข่ายผู้ติดเชื้อ
- ผู้ให้บริการภาครัฐ / เอกชน
- ผู้ให้บริการในวัฒนธรรมท้องถิ่น / ชุมชน (อบต. อสม. วัด ประชาชน)

1. ความเป็นมาของหน่วยงาน
2. ท่านหรือหน่วยงานของท่านมีบริการด้านสุขภาพอะไรบ้างที่จัดให้แก่เด็กที่ได้รับผลกระทบจากโรคเอดส์
3. ปัญหา อุปสรรค ในการให้การบริการดูแลสุขภาพเด็กที่ได้รับผลกระทบจากโรคเอดส์มีอะไรบ้าง ท่านได้ดำเนินการแก้ไขอย่างไร
4. วิธีการให้ข้อมูลแก่ผู้ดูแลและครอบครัวเพื่อการดูแลเด็กที่ได้รับผลกระทบจากโรคเอดส์ทำอย่างไร ใครเป็นผู้ดำเนินการ
5. องค์กรอื่น / ชุมชน มีส่วนร่วมในบริการที่ท่าน / หน่วยงานท่านจัดขึ้นบ้างหรือไม่ อย่างไร
6. ปัญหาองค์กรรวม (ด้านกาย จิต สังคม จิตวิญญาณ) ของเด็กที่ได้รับผลกระทบจากโรคเอดส์มีอะไรบ้าง ท่านได้ดำเนินการแก้ไขอย่างไร
7. ให้การติดตามผลการดูแลสุขภาพ (แบบองค์กรรวม) ที่เด็กได้รับอย่างไรบ้าง
8. มีการดำเนินการอย่างไรเกี่ยวกับการพิทักษ์สิทธิเด็ก
9. การพัฒนาบุคลากรในหน่วยงานเพื่อรองรับการให้บริการควรทำอย่างไร

Indepth Interview

- ผู้ถูกคุกคาม (5 คนขึ้นไป) เป็นเด็กที่บิดาหรือมารดาติคเชื่อแต่ไม่กำพรว้า
1. เกิดอะไรขึ้นกับชีวิต หลังจากรู้ว่าครอบครัวมีเชื้อ เอช ไอ วี
 2. ปัญหาความคับข้องใจ
 3. การดูแลสมาชิกในครอบครัว
 4. เพื่อน ครู โรงเรียน มีการปฏิบัติต่อเด็กอย่างไรบ้าง
 5. ความฝัน ความต้องการ ****
-
- ใช้กิจกรรมเรียงความ การวาดรูป
 - วัตถุประสงค์ชี้มเศร้า
 - เด็กรู้หรือไม่ว่า บิดา/ มารดาติคเชื่อเอดส์
 - การถูกรังเกียจจากสังคม เพื่อนบ้าน เพื่อนที่โรงเรียน ชุมชน ถูกล้อ หรือการได้รับความเห็นใจ