

ปัจจัยคัดสรรที่ทำนายความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัส ของเด็กวัยเรียนติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์

Selected Factors Predicting Antiretroviral Drug Adherence in School-Age Children With HIV-Infection/Aids

บทความวิจัย

มนิดา บัวสาย* วิณา จิระแพทย์**

Manida Buasai R.N., M.S.N.* Veena Jirapaet R.N., M.S.N., Ph.D.**

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสของเด็กวัยเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ กลุ่มตัวอย่างเป็นเด็กอายุ 7 - 12 ปี ที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ และได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ และผู้ดูแลจำนวน 130 คู่ คัดเลือกแบบเจาะจงจากโรงพยาบาลของรัฐ 3 แห่ง เครื่องมือวิจัยประกอบด้วย แบบประเมินความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัส แบบสัมภาษณ์เด็กเกี่ยวกับความเชื่อด้านสุขภาพของเด็ก ความเชื่ออำนาจในการควบคุมสุขภาพของเด็ก แบบสัมภาษณ์ผู้ดูแลเกี่ยวกับความเชื่อด้านสุขภาพของเด็กและความคาดหวังในการใช้ยาของเด็ก ซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา มีความเที่ยงสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .72, .73, .74, .79 และ .81 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยการหาค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน และค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน

ผลการวิจัยพบว่า เด็กวัยเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ มีความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสอยู่ในระดับปานกลาง โดยปัจจัยการรับรู้ด้านสุขภาพของเด็ก ความเชื่อด้านสุขภาพของเด็กในผู้ดูแล อายุเมื่อเด็กทราบอาการป่วยของตนเองและความคาดหวังในการใช้ยาของเด็กในผู้ดูแล สามารถร่วมกันพยากรณ์ความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสของเด็กวัยเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ได้ร้อยละ 77.3 ($R^2 = .773$)

คำสำคัญ : ปัจจัยทำนาย ความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัส ยาต้านไวรัส เด็กวัยเรียน

Abstract

The purpose of this research was to examine the predictors of antiretroviral drug adherence in school-age children with HIV-infection/AIDS. Subjects were 130 children aged 7 to 12 years with HIV positive/AIDS and caregivers. They were purposively selected from 3 government hospitals. Research instruments included the antiretroviral drug adherence appraisal; the interview questionnaires of child's health belief, health locus of control and caregiver's belief of child health and expectation of child's medication uses. The instruments were tested for content validity and had Cronbach's alpha

*พยาบาลวิชาชีพ หอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลตากสิน, E-mail: bua_mani@hotmail.com

**ศาสตราจารย์ ดร. คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

reliability of .72, .73, .74, .79 and .81, respectively. Data were analyzed by mean, standard deviation, Pearson's product moment correlation and stepwise multiple regression analysis.

The study results revealed that school-aged children with HIV positive/AIDS had moderate adherence to the retroviral drug behavior. The child's health belief, caregiver's belief of child's health, disclosure age and caregiver expectation of child's medication uses were significant predictors of antiretroviral drug adherence in school-age children with HIV positive/AIDS. These predictors accounted for 77.3 percent of the variance ($R^2 = .773$)

Keywords: Selected Factors, Adherence, Antiretroviral Drug, School-Aged Children

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

เอดส์ยังเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ แม้ว่าจะประสบความสำเร็จระดับหนึ่งในการป้องกัน แต่ยังมีผู้ติดเชื้อรายใหม่ 3,000 รายต่อเนื่องกันในแต่ละปี (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2553) แม้ว่าเอดส์จะรักษาไม่หายขาด แต่ยาต้านไวรัสถือเป็นทางเลือกที่ดีในการรักษาที่ช่วยลดปริมาณเชื้อเอชไอวี และทำให้ระบบภูมิคุ้มกันกลับสู่ระดับใกล้เคียงปกติ Martino (2000) cite in Steele and Greauer, 2003 ซึ่งผู้ป่วยต้องมียีนในการรับประทานยา คือต้องรับประทานอย่างสม่ำเสมอ ครบถ้วน และตรงเวลา (รวีวรรณ หาญสุทธิเวชกุล, 2547) เพื่อให้ระดับยาในกระแสเลือดสูงพอที่จะยับยั้งการแบ่งตัวของเชื้อเอชไอวี และควบคุมปริมาณเชื้อในกระแสเลือดให้อยู่ในระดับต่ำ ซึ่งสามารถช่วยยืดอายุของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ และลดโอกาสป่วยจากการติดเชื้อฉวยโอกาส ทั้งนี้ยังป้องกันการเกิดเชื้อดื้อยาด้วย (Resino, Maria Bellón, Micheloud, Gutiérrez, de José, Ramos, Fontelos, Ciria, Muñoz-Fernández, 2006) จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าปัญหาการรับประทานยาของเด็กที่สำคัญ ได้แก่ เด็กขาดการรับรู้ถึงโรคที่เป็นจากการปกปิดของผู้ดูแล ทำให้ไม่ตระหนักในเหตุผลที่ต้องรับประทานยา ไม่รับรู้ประโยชน์ในการรับประทานยา และไม่รับรู้ความรุนแรงของโรค จึงเกิดปัญหาการรับประทานยาของเด็ก (เอี่ยมพร โอเบอร์ดอร์เฟอร์, 2547; Paranthaman, Kumarasamy, Bella & Webster, 2009) รวมทั้งความทรมานที่เกิดจากอาการข้างเคียงจากยา เด็กวัยเรียนที่ติดเชื้อและผู้ดูแลเกิดความท้อแท้ ทำให้

รับประทานยาไม่สม่ำเสมอ (นันทกา สวัสดิพานิช, 2547)

เด็กวัยเรียนมีพัฒนาการด้านกระบวนการรู้คิดและสติปัญญา จึงมีความพร้อมที่จะเรียนรู้สิ่งต่าง ๆ ได้ดี (Wong, 2001) ทั้งนี้ยังต้องการการช่วยเหลือสนับสนุนจากผู้ใหญ่ ในการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อการดูแลตนเองให้เหมาะสมกับภาวะเปราะบางทางสุขภาพ ดังนั้น การส่งเสริมให้เด็กวัยเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวีสามารถดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม โดยเฉพาะการรับประทานยาต้านไวรัสอย่างสม่ำเสมอ เพื่อควบคุมปริมาณไวรัส ป้องกันการดื้อยา จะทำให้เด็กสามารถควบคุมภาวะสุขภาพได้ด้วยตนเอง ลดความรุนแรงของโรค การพยากรณ์ของโรคดีขึ้น (Reddington, Cohen & Baldillo, 2000) ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาปัจจัยทำนายโดยเฉพาะปัจจัยภายในบุคคล ที่ส่งผลให้เกิดความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสของเด็กวัยเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ เพื่อเป็นหลักฐานข้อมูลเชิงประจักษ์ที่สำคัญ ในการออกแบบการพยาบาลเพื่อการส่งเสริมเด็กวัยเรียนให้มีศักยภาพในการดูแลสุขภาพด้วยตนเองและมีวินัยในการรับประทานยาอย่างมีประสิทธิภาพ

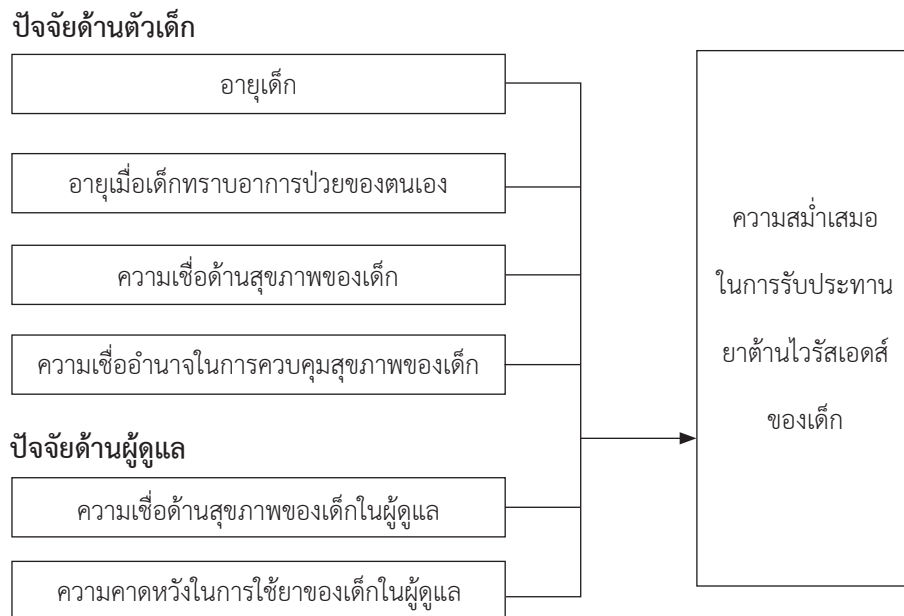
วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ ได้แก่ การรับประทานยาถูกต้องตามชนิด จำนวน ตรงตามเวลา ของเด็กวัยเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์
2. เพื่อศึกษาอำนาจในการทำนายของปัจจัยคัดสรร ประกอบด้วย อายุของเด็ก อายุเมื่อทราบอาการป่วย

ของเด็ก ความเชื่อด้านสุขภาพของเด็ก ความเชื่ออำนาจในการควบคุมสุขภาพของเด็ก ความเชื่อด้านสุขภาพของเด็กในผู้ดูแล และความคาดหวังในการใช้ยาของเด็กในผู้ดูแล ต่อความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ของเด็กวัยเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยนี้ประยุกต์ Children's health belief model (CHBM) (Bush and Iannotti, 1990) เป็นกรอบการวิจัยดังนี้



วิธีดำเนินการวิจัย

เป็นการวิจัยเชิงทำนาย (predictive research) ศึกษาในกลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ดูแลและเด็กวัยเรียนที่แพทย์วินิจฉัยว่าติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่ได้รับการแจ้งผลเลือดแล้ว มีอายุ 7 - 12 ปี ทั้งเพศหญิงและชาย ที่มารับการตรวจและได้รับยาต้านไวรัสเอดส์ที่คลินิกยาต้านไวรัสเอดส์ที่โรงพยาบาลของรัฐ ในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล ที่คัดเลือกจากการสุ่มโรงพยาบาลแบบไม่แทนที่ (sampling without replacement) แบบ 1 : 2 ได้ตัวแทนโรงพยาบาล 3 แห่ง คือ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล สถาบันบำราศนราดูร จากนั้นเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (purposive sampling) เป็นรายคู่ คือ เด็กวัยเรียน 1 คน กับผู้ดูแล 1 คน ถือเป็น 1 ตัวอย่าง โดยกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างตามวิธีของ Thorndike (1978) จนครบ 130 คู่ หรือเท่ากับ 260 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและคุณภาพของเครื่องมือ

เครื่องมือวิจัยประกอบด้วยแบบสัมภาษณ์ 4 ชุด เครื่องมือที่ใช้เก็บข้อมูลในเด็กคือ ชุดที่ 1) แบบประเมินความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ของเด็กวัยเรียน แบบ visual analog scale ปรับจากวันทนามณีสรีวงศ์ ที่สร้างตามแนวคิดของ Walsh et al. (2002, อ้างถึงใน วันทนา มณีสรีวงศ์, 2546) โดยผู้วิจัยปรับเป็น 3 ข้อ ตามมิติของความสม่ำเสมอ และใช้ตัวเลือก visual analog scale จาก 1 - 100 เป็น 1 - 10 เพื่อให้เหมาะกับการประเมินในเด็กวัยเรียน ชุดที่ 2) แบบสัมภาษณ์เด็กเกี่ยวกับความเชื่อด้านสุขภาพ จำนวน 15 ข้อ สร้างขึ้นตามแนวคิด Children's Health Belief Model (CHBM) ของ Bush and Iannotti (1990) แบ่งเป็น 3 ด้าน ด้านละ 5 ข้อ คือ การรับรู้ภาวะเจ็บป่วยของตนเอง การรับรู้ภาวะคุกคามจากการเจ็บป่วยของตนเอง และการรับรู้ประโยชน์

ของการรับประทานยาต้านไวรัส คำตอบเป็นมาตรวัดประมาณค่า 3 ระดับ ชุดที่ 3) แบบสัมภาษณ์ความเชื่ออำนาจในการควบคุมสุขภาพของเด็ก 12 ข้อ ผู้วิจัยดัดแปลงมาจาก Children's Health Locus of Control Scale ของ O'Brien, Bush & Parcel (1989) คำตอบเป็นมาตรวัดประมาณค่า 3 ระดับ และเครื่องมือที่ใช้เก็บข้อมูลจากผู้ดูแลคือ ชุดที่ 4) มี 2 ตอน คือ ความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพของเด็กในผู้ดูแล จำนวน 12 ข้อ และความคาดหวังในการใช้ยาของเด็กในผู้ดูแล จำนวน 4 ข้อ ผู้วิจัยสร้างจากแนวคิด CHBM คำตอบเป็นมาตรวัดประมาณค่า 5 ระดับ

แบบสัมภาษณ์ทั้ง 4 ชุด ผ่านการตรวจสอบด้านความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิด้านการพยาบาลเด็กติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่ได้ยาด้านไวรัสจำนวน 5 ท่าน และหาความเที่ยงของเครื่องมือ (reliability) โดยการทดสอบในเด็กวัยเรียนและผู้ดูแลที่มีคุณลักษณะเหมือนกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คู่ ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ของแบบสัมภาษณ์ความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสของเด็กวัยเรียน แบบสัมภาษณ์ความเชื่อด้านสุขภาพเด็ก แบบสัมภาษณ์ความเชื่ออำนาจในการควบคุมสุขภาพเด็ก แบบสัมภาษณ์ความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพเด็กในผู้ดูแล และแบบสัมภาษณ์ความคาดหวังในการใช้ยาของเด็กในผู้ดูแล เท่ากับ .72, .73, .74, .80 และ .81 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูลและการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยเสนอโครงร่างงานวิจัยและเครื่องมือ

วิจัยทั้งหมดต่อคณะกรรมการพิจารณาการศึกษาวิจัยในมนุษย์ของแต่ละโรงพยาบาล เมื่อได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการฯ ทั้ง 3 แห่ง ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างผ่านการแนะนำจากพยาบาลประจำคลินิก เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์และประโยชน์ของการวิจัย แจ้งสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธที่จะเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ โดยไม่มีผลใด ๆ ในการรักษาทั้งสิ้น ข้อมูลและคำตอบของกลุ่มตัวอย่างจะเป็นความลับ ผลการวิจัยถูกนำเสนอโดยภาพรวมและมีการใช้รหัสแทนชื่อจริงของกลุ่มตัวอย่าง รวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์อย่างมีโครงสร้างตามข้อคำถามของแบบสัมภาษณ์ ในห้องที่เป็นส่วนตัวบริเวณของคลินิกที่ให้บริการ ใช้เวลาในการตอบ 30 นาทีต่อราย โดยแยกสัมภาษณ์เด็กและผู้ดูแลคนละครั้ง

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยผู้ดูแลและเด็กวัยเรียนที่ได้รับยาต้านไวรัสเอดส์จำนวน 130 คู่ เด็กวัยเรียนเป็นเพศหญิงร้อยละ 56.9 เพศชายร้อยละ 43.1 มีอายุระหว่าง 7 - 12 ปี ($\bar{X} = 11.08$) ส่วนใหญ่มีอายุ 12 ปี คิดเป็นร้อยละ 49.2 ทราบอาการป่วยของตนเองเมื่ออายุ 10 ปี คิดเป็นร้อยละ 40 ผู้ดูแลในการรับประทานยาของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นญาติ รองลงมาเป็นบิดาหรือมารดา คิดเป็นร้อยละ 56.8 และ 25.4 ตามลำดับ รายละเอียดข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 จำนวน และร้อยละของเด็กวัยเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ จำแนกตามเพศ อายุของเด็ก อายุเมื่อทราบอาการป่วยของเด็ก ผู้ดูแลในการรับประทานยาต้านไวรัสของเด็ก (n = 130 คู่)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศเด็ก		
ชาย	56	43.1
หญิง	74	56.9
อายุเด็ก		
8 ปี	2	1.5
9 ปี	14	10.8
10 ปี	20	15.4
11 ปี	30	23.1
12 ปี	64	49.2
อายุเมื่อทราบอาการป่วยของเด็ก		
7 ปี	1	0.8
8 ปี	7	5.4
9 ปี	33	25.4
10 ปี	52	40.0
11 ปี	28	21.5
12 ปี	9	6.9
ผู้ดูแลในการรับประทานยาต้านไวรัสของเด็ก		
รับประทานยาด้วยตนเอง	19	13.0
บิดา/มารดา	37	25.4
ญาติ	83	56.8
ผู้อื่น	7	4.8

ส่วนที่ 2 ความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสของเด็กวัยเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ กลุ่มตัวอย่างเด็กวัยเรียนติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ มีความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 87.38$ SD = 13.51) พิจารณาตามลักษณะของความสม่ำเสมอ พบว่ารับประทานยาถูกต้องตามชนิด และถูกต้องตามจำนวนอยู่ในระดับดี ($\bar{X} = 98.80$, SD = 6.361 และ $\bar{X} = 98.62$, SD = 4.618 ตามลำดับ) แต่รับประทานยาตรงเวลาอยู่ในระดับปานกลาง (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย ร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสและลักษณะของความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสของเด็กวัยเรียนติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์

ความสม่ำเสมอ	min	max	mean	SD	ระดับ
ความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัส			87.38	13.51	ปานกลาง
ลักษณะของความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัส					
- ตรงตามเวลา	40	100	87.77	13.27	ปานกลาง
- ถูกต้องตามชนิด	60	100	98.08	6.36	ดี
- ถูกต้องตามจำนวน	70	100	98.62	4.62	ดี

ส่วนที่ 3 อำนาจในการทำนายของปัจจัยคัดสรร
ต่อความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ของ
เด็กวัยเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์

ขั้นที่ 1 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง
ปัจจัยทั้งหมดที่ศึกษา ไม่พบปัจจัยทำนายซึ่งเป็นตัวแปร
อิสระมีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกันในระดับสูง (high
multicollinearity, $r \geq .80$) (The Pennsylvania State
University, 2004) โดยปัจจัยทำนายคือ ความเชื่อด้าน
สุขภาพของเด็กในผู้ดูแล ความเชื่อด้านสุขภาพของเด็ก
ความคาดหวังในการใช้ยาของเด็กในผู้ดูแล และความเชื่อ
อำนาจในการควบคุมสุขภาพของเด็ก มีความสัมพันธ์ทาง
บวกกับความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสของ
เด็กวัยเรียนติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ
ที่ระดับ .05 ($r = .576, .844, .317, .532$ ตามลำดับ)
(ตารางที่ 3)

ขั้นที่ 2 การวิเคราะห์สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์
ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน พบว่า ความเชื่อด้านสุขภาพ
ของเด็ก ความเชื่อด้านสุขภาพของเด็กในผู้ดูแล อายุที่ทราบ
อาการป่วยของเด็ก ความคาดหวังในการใช้ยาของเด็กใน

ผู้ดูแลสามารถร่วมกันอธิบายความสม่ำเสมอในการ
รับประทานยาต้านไวรัสของเด็กวัยเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวี/
เอดส์ได้ร้อยละ 77.4 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ
.05 ผลการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยในรูปคะแนน
มาตรฐาน (Beta) พบว่า ตัวพยากรณ์ที่มีค่า Beta สูงสุดคือ
ความเชื่อด้านสุขภาพของเด็ก (Beta = 0.754) แสดงว่า
ความเชื่อด้านสุขภาพของเด็กมีน้ำหนักสูงสุดในการ
พยากรณ์ความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสของ
เด็กวัยเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ รองลงมาคือ ความเชื่อ
ด้านสุขภาพของเด็กในผู้ดูแล (Beta = 0.306) อายุที่ทราบ
อาการป่วยของเด็ก (Beta = 0.132) และความคาดหวังใน
การใช้ยาของเด็กในผู้ดูแล (Beta = -0.180) โดย t-test
ทุกค่ามีนัยสำคัญที่ระดับร้อยละ 95 และสูงกว่า หมายถึง
ตัวพยากรณ์ทั้ง 4 ตัวมีนัยสำคัญทางสถิติ (Beta > 0) และ
มีประสิทธิภาพที่จะทำการร่วมกันพยากรณ์ความสม่ำเสมอ
ในการรับประทานยาต้านไวรัสของเด็กวัยเรียนที่ติดเชื้อ
เอชไอวี/เอดส์ (ตารางที่ 4) โดยสามารถสร้างสมการพยากรณ์
ความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสของเด็กวัย
เรียนที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ในรูปคะแนนมาตรฐานดังนี้

$$\hat{Z} \text{ ความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสของเด็กวัยเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์} \\ = .754 Z \text{ ความเชื่อด้านสุขภาพของเด็ก} + .306 Z \text{ ความเชื่อด้านสุขภาพของเด็กในผู้ดูแล} + .132 Z \text{ อายุเมื่อทราบอาการป่วย} \\ - .180 Z \text{ ความคาดหวังในการใช้ยาของเด็กในผู้ดูแล}$$

ตารางที่ 3 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ศึกษากับความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสของเด็ก
วัยเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ (n = 130 คู่) ในรูปของเมตริกสหสัมพันธ์

ลักษณะข้อมูล	ความเชื่อ ด้าน สุขภาพ ของเด็ก ในผู้ดูแล	ความเชื่อ ด้าน สุขภาพ ของเด็ก	ความ คาดหวัง การใช้ยา ของเด็ก ในผู้ดูแล	อายุ เด็ก	อายุเมื่อ ทราบ อาการ ป่วยของ เด็ก	ความเชื่อ อำนาจ ในการ ควบคุม สุขภาพ ของเด็ก	ความ สม่ำเสมอ ในการ รับประทาน ยาต้าน ไวรัส
ความเชื่อด้านสุขภาพของเด็กในผู้ดูแล	1.000						
ความเชื่อด้านสุขภาพของเด็ก	.512*	1.000					
ความคาดหวังการใช้ยาของเด็กในผู้ดูแล	.682*	.372**	1.000				
อายุเด็ก	-.021	-.085	.042	1.000			
อายุเมื่อทราบอาการป่วยของเด็ก	.045	-.003	.052	.629*	1.000		
ความเชื่ออำนาจในการควบคุมสุขภาพของเด็ก	.331*	.506*	.170	-.015	.124	1.000	
ความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัส	.576*	.844*	.317*	.003	.135	.532*	1.000

*p < .05

ตารางที่ 4 ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยของตัวพยากรณ์ในรูปแบบคะแนนดิบ (b) คะแนนมาตรฐาน (Beta) ทดสอบความมีนัยสำคัญของ b และแสดงสมการถดถอยพหุคูณที่ใช้พยากรณ์ความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสของเด็กวัยเรียน (n = 130)

ปัจจัยทำนาย	b	S.Eb	Beta	t	p-value
1. ความเชื่อด้านสุขภาพของเด็ก	2.366	.156	.754	15.205	.000
2. ความเชื่อด้านสุขภาพของเด็กในผู้ดูแล	.716	.147	.306	4.868	.000
3. อายุที่ทราบอาการป่วยของเด็ก	1.755	.566	.132	3.103	.002
4. ความคาดหวังในการใช้ยาของเด็กในผู้ดูแล	-1.059	.343	-.180	-3.084	.003
Constant		-41.197	8.175	-5.039	.000
R = 0.880		Constant = -41.197			
R ² = 0.774		Overall F = 316.31			

*p < .05

สรุปและอภิปรายผล

วัตถุประสงค์ที่ 1 ความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสของเด็กวัยเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง โดยสามารถรับประทานยาถูกต้องตามชนิดและจำนวนอยู่ในระดับดี แต่การรับประทานยาตรงเวลาอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งมีผลต่อการลดประสิทธิภาพของยาในการออกฤทธิ์ในกระแสเลือด เพราะความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสทั้ง 3 มิติ ต้องเกิดควบคู่กันไปตามแผนการรักษาเพื่อให้ได้ผลทางการรักษาที่ดี (Puthanakit, Oberdorfer, Akarathum, Kanjanavanit, Wannarit, Sirisanthana, 2005; Resino et al., 2006) การเพิ่มความสม่ำเสมอในการรับประทานยาในเด็กวัยเรียนจึงจำเป็นต้องมีผู้ดูแลช่วยกำกับ เพราะทั้งวุฒิภาวะของเด็กวัยเรียน 7 - 12 ปี และการรู้สถานะการติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ เป็นปัจจัยอุปสรรคต่อความเข้าใจในการรับประทานยาต้านไวรัสที่ต้องสม่ำเสมอ ต่อเนื่องเป็นเวลายาวนาน และต้องประสบกับการเกิดอาการข้างเคียง (Paranthaman et al., 2009; Muller, Bode, Myer, Stahl & Steinbuechel, 2011)

วัตถุประสงค์ที่ 2 อำนาจในการทำนายของปัจจัยคัดสรร พบว่าอายุของเด็ก อายุเมื่อทราบอาการป่วยของเด็ก ความเชื่อด้านสุขภาพของเด็ก ความเชื่ออำนาจในการควบคุมสุขภาพของเด็ก ความเชื่อด้านสุขภาพของเด็กในผู้ดูแล และความคาดหวังในการใช้ยาของเด็กในผู้ดูแล

มีอำนาจในการร่วมกันทำนายความแปรปรวนของความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ของเด็กวัยเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ได้ถึงร้อยละ 77.3 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ มีรายละเอียดของการอภิปรายตามลำดับความสำคัญของตัวพยากรณ์ ดังนี้

2.1 ความเชื่อด้านสุขภาพของเด็ก เป็นตัวแปรตัวแรกที่สามารถเข้าสมการพยากรณ์ความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสของเด็กวัยเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ สามารถอธิบายความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสของเด็กวัยเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 อธิบายความแปรปรวนของความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสได้ร้อยละ 71.2 ($R^2 = .712$) มีความสัมพันธ์ทางบวก และมีน้ำหนักมากที่สุด (Beta = .754) แสดงว่าเด็กที่มีความเชื่อด้านสุขภาพอยู่ในระดับดี จะมีความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสดีด้วย อธิบายได้ว่าความเชื่อด้านสุขภาพเป็นปัจจัยสำคัญที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมด้านสุขภาพอนามัยของบุคคล

2.2 เมื่อเพิ่มตัวแปรพยากรณ์ความเชื่อด้านสุขภาพของเด็กในผู้ดูแล เข้ามาในสมการพยากรณ์เป็นอันดับที่ 2 ค่าสัมประสิทธิ์การพยากรณ์เพิ่มเป็น .740 ($R^2 = .740$) สามารถเพิ่มประสิทธิภาพของการพยากรณ์ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 นั่นคือ ความเชื่อด้านสุขภาพของเด็ก และความเชื่อด้านสุขภาพของเด็กใน

ผู้ดูแล ร่วมกันอธิบายความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสของเด็กวัยเรียนได้เพิ่มขึ้นอีกเป็นร้อยละ 2.8 (R^2 change = .028) เมื่อพิจารณาน้ำหนักและทิศทางพบว่ามีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัส ($Beta = .306$) แสดงว่าผู้ดูแลเด็กที่มีความเชื่อด้านสุขภาพเด็กที่ดีจะสามารถดูแลให้ผู้ป่วยเด็กรับประทานยาต้านไวรัสได้สม่ำเสมอด้วย

2.3 เพิ่มตัวแปรพยากรณ์อายุเมื่อทราบอาการป่วยของเด็กเข้ามาในสมการพยากรณ์เป็นอันดับที่ 3 ค่าสัมประสิทธิ์การพยากรณ์เพิ่มเป็น 0.756 ($R^2 = 0.756$) สามารถเพิ่มประสิทธิภาพของการพยากรณ์ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 นั่นคือ ความเชื่อด้านสุขภาพของเด็ก ความเชื่อด้านสุขภาพของเด็กในผู้ดูแล และอายุเมื่อทราบอาการป่วยของเด็ก ร่วมกันอธิบายความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสของเด็กวัยเรียนได้เพิ่มขึ้นอีกเป็น 1.6 (R^2 change = .016) เมื่อพิจารณาน้ำหนักและทิศทางพบว่ามีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสของเด็กวัยเรียน แสดงว่าเด็กวัยเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่ทราบอาการป่วยเมื่ออายุที่มากขึ้นจะเห็นความสำคัญ และให้ความร่วมมือในการรับประทานยาที่สม่ำเสมอเพิ่มขึ้น

2.4 เมื่อเพิ่มตัวแปรพยากรณ์ความคาดหวังในการใช้ยาของเด็กในผู้ดูแล เข้ามาในสมการพยากรณ์เป็นอันดับที่ 4 ค่าสัมประสิทธิ์การพยากรณ์เพิ่มเป็น 0.773 ($R^2 = 0.773$) สามารถเพิ่มประสิทธิภาพของการพยากรณ์ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 นั่นคือ ความเชื่อด้านสุขภาพของเด็ก ความเชื่อด้านสุขภาพของเด็กในผู้ดูแล อายุเมื่อทราบอาการป่วยของเด็ก และความคาดหวังในการใช้ยาของเด็กในผู้ดูแล ร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสของเด็กวัยเรียนได้เพิ่มขึ้นอีกเป็นร้อยละ 1.7 แต่พบว่ามีความสัมพันธ์ทางลบ ($Beta = -.180$) แสดงว่าหากผู้ดูแลมีความคาดหวังในการรับประทานยาของเด็กน้อย จะคอยดูแลให้เด็กรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอเคร่งครัด ส่งผลให้เด็กมีความสม่ำเสมอในการรับประทานยาที่ดีขึ้น

สรุปได้ว่าความเชื่อด้านสุขภาพของเด็กเป็นตัวทำนายที่ดีที่สุด มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมความสม่ำเสมอ

ในการรับประทานยาต้านไวรัสของเด็กวัยเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ สามารถอธิบายความแปรปรวนของความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสในเด็กได้สูงถึงร้อยละ 71.2 ในขณะที่ตัวทำนายอื่น ๆ คือ ความเชื่อด้านสุขภาพของเด็กในผู้ดูแล อายุเมื่อทราบอาการป่วยของเด็ก และความคาดหวังในการใช้ยาของเด็กในผู้ดูแล สามารถอธิบายความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสของเด็กเพิ่มขึ้นได้อีกเพียงร้อยละ 6.2 เท่านั้น ซึ่งกลุ่มตัวแปรพยากรณ์พฤติกรรมความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสทั้ง 4 สอดคล้องกับผลงานวิจัยของ (Wiener, Mellins, Marhefka & Battles, 2007; Muller et al., 2011; Paranthaman et al., 2009; Vreeman, Nyandiko, Ayaya, Walumbe, Marrero & Inui, 2009) ดังนั้นพยาบาลผู้รับผิดชอบในการดูแลเด็กที่ได้รับยาต้านไวรัส ควรออกแบบแผนการพยาบาล ที่เน้นการส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพของเด็ก เนื่องจากเป็นตัวทำนายที่ดีที่สุดที่จะก่อให้เกิดความร่วมมือในการรักษาด้วยการรับประทานยาต้านไวรัส ส่งผลให้ประสบผลสำเร็จในการรักษามากยิ่งขึ้น

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

การปฏิบัติการพยาบาล ควรออกแบบแผนการพยาบาลที่เน้นเรื่องความเชื่อด้านสุขภาพของเด็ก โดยให้ความสำคัญต่อการส่งเสริมให้เด็กรับรู้และเข้าใจภาวะเจ็บป่วยของตนเอง ภาวะคุกคามจากการเจ็บป่วย และประโยชน์ของการรับประทานยาต้านไวรัสอย่างสม่ำเสมอ ความเชื่อของผู้ดูแลเกี่ยวกับสุขภาพของเด็ก อายุที่เหมาะสมของเด็กที่จะได้รับทราบอาการป่วยของตนเอง และความคาดหวังที่ถูกต้องของผู้ดูแลในการใช้ยาต้านไวรัสของเด็ก เพื่อพัฒนาความเชื่อด้านสุขภาพและความเข้าใจของเด็ก ซึ่งจะนำไปสู่ความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสอย่างมีประสิทธิภาพ

การวิจัย ควรมีการศึกษาวัยเชิงทดลอง โดยนำปัจจัยทำนายที่มีอิทธิพลไปออกแบบกิจกรรมการพยาบาล เพื่อส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพที่ครอบคลุมประเด็นของการรับประทานยาต้านไวรัส การรับรู้การเกิดภาวะคุกคามของโรค และประโยชน์ที่จะได้รับต่อความสม่ำเสมอในการ

รับประทานยาต้านไวรัส ในเด็กและผู้ดูแลเด็กที่ได้รับการ
แจ้งผลเลือดแล้ว เพื่อสร้างความตระหนักในการดูแลรักษา
สุขภาพและวินัยในการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง และ
ศึกษาวิจัยพฤติกรรมการรับประทานยาต้านไวรัสในผู้ป่วย
เด็กที่ยังไม่ทราบผลการเจ็บป่วยของตนเอง ตลอดจนการ
แจ้งผลการเจ็บป่วยแก่เด็กวัยเรียน (disclosure) เพื่อให้
คำปรึกษาแก่ผู้ดูแล ที่เหมาะสมทั้งด้านระยะพัฒนาการ
ด้านสติปัญญาตามความรู้ความเข้าใจที่เป็นนามธรรม
(concrete operational) และศักยภาพในการดูแลตนเอง
ของเด็ก ที่ทำให้ผู้ป่วยเด็กสามารถดูแลสุขภาพตนเองและ
รักษาความลับได้อย่างเหมาะสม มีอิทธิพลต่อการเพิ่มความ
สม่ำเสมอในการรับประทานยาของเด็ก เพื่อประโยชน์ในการ
ให้คำปรึกษาทางพยาบาลต่อผู้ดูแล และการออกแบบ
แผนการพยาบาลที่เหมาะสมต่อไป

เอกสารอ้างอิง

- กรมควบคุมโรคกระทรวงสาธารณสุข (2553). *วิเคราะห์
สถานการณ์โรคเอดส์ในประเทศไทย*. กลุ่มโรค
เอดส์. นนทบุรี : สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรค
ติดต่อทางเพศสัมพันธ์.
- นันทกา สวัสดิพานิช. (2547). *ความเชื่อด้านสุขภาพและ
พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ดูแลเด็กติดเชื้อ
เอชไอวี*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ การ
พยาบาลกุมารเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- รวิวรรณ หาญสุทธิเวชกุล. (2547). *การทำงานเป็นทีมใน
การให้ยาต้านไวรัสเอดส์*. ใน พิรมน นิงสานนท์,
สัญชัย ชาสมบัติ, ธิดาพร จิรวัฒน์ไพศาล และ
สุนีย์ ใหม่สุวรรณ. (บรรณาธิการ). *สรุปบทเรียน
การส่งเสริมการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์
อย่างสม่ำเสมอสำหรับผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์*,
หน้า 91-93. กรุงเทพฯ : ชุมชนสหกรณ์การเกษตร
แห่งประเทศไทย จำกัด.
- วันทนา มณีศรีวงศ์กุล, สมจิตร ตุลาทอง, เยาวเรศ ดีคง
และแอน วิลเลียม (2546). *การพัฒนาและ
ทดสอบเครื่องมือวัดความสม่ำเสมอในการ
รับประทานยา ความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ และแรง*
- สนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยที่รักษาด้วยยาต้าน
ไวรัสและผู้ดูแล*. ม.ป.ท.
- เอี่ยมพร โอเบอร์ตอร์เฟอร์. (2547). *จะช่วยให้เด็กอย่างไรให้
กินยาต้านไวรัส*. ใน พิรมน นิงสานนท์, สัญชัย
ชาสมบัติ, ธิดาพร จิรวัฒน์ไพศาล และสุนีย์
ใหม่สุวรรณ. (บรรณาธิการ). *สรุปบทเรียนการ
ส่งเสริมการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์อย่าง
สม่ำเสมอสำหรับผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์*, หน้า
43-63.
- องค์อร ประจันเขตต์. (2551). *ผลของการให้การปรึกษา
โดยการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจต่อ
ความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้าน
ไวรัสเอดส์* วารสารพยาบาลทหารบก ปีที่ 9 ฉบับ
ที่ 2; 56-68.
- อรรธรณ จุลวงษ์. (2552). *ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง
ปัจจัยคัดสรรการสนับสนุนครอบครัวกับ
พฤติกรรมการเผชิญความเครียดในผู้ป่วยหญิง
ไทยที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์*. วารสารพยาบาล
ทหารบก ปีที่ 10 ฉบับที่ 2; 72-79.
- Bush, P. and Iannotti, R.J. (1990). A Children's
Health Belief Model. *Medical Care*,
28 (1) : 69-83.
- Muller, A. D., Bode, S., Myer, L., Stahl. & von
Steinbuchel, N. (2011). Predictors of
adherence to antiretroviral treatment and
therapeutic success among children in
South Africa. *AIDS Care*, 23 (2) : 129-38.
- O'Brien, R. W., Bush, P. J., Parecel, G.S. (1989).
Stability in a Measure of Children's Health
Locus of Control. *Journal of Health*,
59 (4) : 161-164.
- Paranthaman K, Kumarasamy N, Bella D. & Webster
P. (2009). Factors influencing adherence
to anti-retroviral treatment in children
with human immunodeficiency virus in
South India qualitative study. *AIDS Care*,
21 (8) : 1025-31.

- Puthanakit T, Oberdorfer A, Akarakhum N, Kanjanavanit S, Wannarit P, Sirisanthana T, Sirisanthana V. (2005). Efficacy of highly active antiretroviral therapy in HIV-infected children participating in Thailand's National Access to Antiretroviral Program. *Clin Infect Dis*, 41 (1) : 100-7.
- Reddington, C., Cohen, J., Baldillo, A. (2000). Adherence to medication regimens among children with human immunodeficiency virus infection. *Pediatric Infectious Disease Journal*, 19 (12) : 1148-53.
- Resino S, Resino R, Maria Bellón J, Micheloud D, Gutiérrez MD, de José MI, Ramos JT, Fontelos PM, Ciria L, Muñoz-Fernández MA; Spanish Group of Pediatric HIV Infection. (2006). Clinical outcomes improve with highly active antiretroviral therapy in vertically HIV type-1-infected children. *Clin Infect Dis*, 43 (2) : 243-52.
- Steele, R.G., and Grauer, D. (2003). Adherence to Antiretroviral Therapy for Pediatric HIV Infection: Review of the Literature and Recommendation for research. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 6 (1) : 17-30.
- Thorndike, R.M. (1978). *Correlation procedures for research*. New York: Gardner press Inc.
- Vreeman, R. C., Nyandiko, W. M., Ayaya, S. O., Walumbe, E. G., Marreo, D. G., & Inui, T. S. (2009). *Factors Sustaining Pediatric Adherence to Antiretroviral Therapy in Western Kenya. Qualitative Health Research*, 19 (12) : 1716-1729.
- Wiener, L., Mellins, C. A., Maehefka, S. & Battles, H. B. (2007). Disclosure of an HIV diagnosis to children: history, current research, and future directions. *Dev Behav Pediatr*, 28 (2) : 155-166.
- Wong, D., Heckenberry, M., Wilson, D., Winkelstein, M. & Schwartz, P. (2000). Wong's essentials of pediatric nursing. 6th ed. St. Louis: West Publishing Company action. 95-106.