



รายงาน

การเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา WESR Weekly Epidemiological Surveillance Report

ประจำสัปดาห์

สำนักโรคติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข / Bureau of Epidemiology, Department of Disease Control, Ministry of Public Health

ISSN 0859-547X http://epid.moph.go.th/weekly/w_2551/menu_wesr51.html

ปีที่ ๓๙ ฉบับที่ ๔๒ : ๒๔ ตุลาคม ๒๕๕๑ Volume 39 Number 42 : October 24, 2008

สัปดาห์ที่	๑	๒	๓	๔	๕	๖	๗	๘	๙	๑๐	๑๑	๑๒	๑๓	๑๔	๑๕	๑๖	๑๗	๑๘	๑๙	๒๐	๒๑	๒๒	๒๓	๒๔	๒๕	๒๖
จำนวนจังหวัดที่ส่ง	๖๐	๕๘	๖๗	๖๘	๖๖	๖๗	๗๐	๖๗	๗๒	๖๖	๖๗	๖๘	๖๖	๖๕	๖๑	๗๐	๖๘	๖๘	๖๙	๗๑	๗๒	๖๗	๖๙	๖๖	๖๘	๖๙
สัปดาห์ที่	๒๗	๒๘	๒๙	๓๐	๓๑	๓๒	๓๓	๓๔	๓๕	๓๖	๓๗	๓๘	๓๙	๔๐	๔๑	๔๒	๔๓	๔๔	๔๕	๔๖	๔๗	๔๘	๔๙	๕๐	๕๑	๕๒
จำนวนจังหวัดที่ส่ง	๗๑	๖๖	๖๙	๖๖	๗๐	๖๔	๖๖	๖๕	๗๐	๗๐	๖๖	๖๙	๖๔	๖๕	๖๓	๖๙										

สัปดาห์ที่ ๔๒ ระหว่างวันที่ ๑๒ ตุลาคม - ๑๘ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๕๑

จังหวัดส่งข้อมูลรายงานโรคเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาเร่งด่วนทันตามกำหนดเวลา ๖๕ จังหวัด ร้อยละ ๙๐.๓๕

โครงการศึกษา “การให้จิตศึกษาเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของเด็กที่อยู่ในครอบครัวผู้ติดเชื้อเอชไอวีในประเทศไทย” ข้อมูลพื้นฐานของอาสาสมัครเด็กอายุ 12-17 ปี

บทความทางระบาดวิทยา

Family-to-Family: Psychoeducation to Improving

Children's Outcomes in HIV+ Families in Thailand: Child assessment baseline data

ศิวพร ขุมทอง* Siwaporn Khumtong* ชูลีพร จิระพงษ์* Chuleeporn Jiraphongsa* โสภณ เอี่ยมศิริถาวร* Sophon Aiamsirithavorn*
สาวรินทร์ สิ้นสมบุญทอง** Sawarin Sinsombuntong** บุญช่วย นาสองนรินทร์*** Bunchoay Nasoongnorn***

* สำนักโรคติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข / Bureau of Epidemiology, Department of Disease Control

** สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย **Chiangrai Provincial Health Office

*** สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา ***Nakorn Rachasima Provincial Health Office

✉ siwapornnui@gmail.com

บทนำ

การติดเชื้อเอชไอวีถูกมองว่าเป็นปัญหาในระดับบุคคล แต่ที่จริงแล้วมันมีผลกระทบกับสมาชิกในครอบครัวด้วย¹⁻⁵ โดยเฉพาะในประเทศไทย ซึ่งเป็นสังคมที่ครอบครัวมีบทบาทเกี่ยวข้องกับคนภายในครอบครัวตลอดชีวิตแม้ว่าจะแต่งงานไปแล้วก็ตาม⁶⁻⁸

ครอบครัวที่มีผู้ติดเชื้อเอชไอวีจะมีปัญหาที่ต้องเผชิญ รวมทั้งความต้องการหรือความจำเป็นต่างๆ และจะเกิดผลเสียในหลายๆ ด้านหากไม่สามารถปรับตัวหรือจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นได้ การปรับตัวและการจัดการกับการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ในชีวิตและพฤติกรรมของพ่อแม่และผู้ดูแลในครอบครัวที่ติดเชื้อเอชไอวีนั้นมีความสำคัญต่อการพัฒนาและการปรับตัวของเด็กในวัยเรียน เช่น ถ้าพ่อแม่มีสายใยที่ใกล้ชิดกับลูกมาก การปรับตัวของลูกก็จะดี⁹⁻¹⁰ ซึ่งผลเช่นนี้พบเหมือนกันทั้งในกลุ่มพ่อแม่ที่ติดเชื้อเอชไอวีและในครอบครัวที่พ่อแม่ไม่ติดเชื้อเอชไอวี¹¹⁻¹⁴ อย่างไรก็ตามมีพ่อแม่ในประเทศไทยไม่มากนักที่เปิดเผยสถานการณ์ติดเชื้อเอชไอวีกับลูก²⁰ และในครอบครัวที่พ่อแม่ไม่เปิดเผยให้ลูกทราบว่าตนเองติดเชื้อเอชไอวีนั้นพบว่าลูกมีปัญหาในด้านพฤติกรรมเพิ่มขึ้น^{1,16}



สารบัญ

◆ โครงการศึกษา “การให้จิตศึกษาเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของเด็กที่อยู่ในครอบครัวผู้ติดเชื้อเอชไอวีในประเทศไทย” ข้อมูลพื้นฐานของอาสาสมัครเด็กอายุ 12-17 ปี	741
◆ สรุปการตรวจข่าวของโรคในรอบสัปดาห์ สัปดาห์ที่ 42 ระหว่างวันที่ 12 ตุลาคม - 18 ตุลาคม 2551	747
◆ สรุปสถานการณ์เฝ้าระวังใช้หัตถ์ในกปรประจำสัปดาห์ สัปดาห์ที่ 42 ระหว่างวันที่ 12 ตุลาคม - 18 ตุลาคม 2551	748
◆ ข้อมูลรายงานโรคเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาเร่งด่วนประจำสัปดาห์ สัปดาห์ที่ 42 ระหว่างวันที่ 12 ตุลาคม - 18 ตุลาคม 2551	749

มหาวิทยาลัยแคลิฟอร์เนีย ลอสแอนเจลิส ประเทศสหรัฐอเมริกา โดย UCLA's Center for Community Health (CCH) ได้พัฒนากิจกรรมที่ให้พ่อแม่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ดูแลในครอบครัวมาเข้ากลุ่มที่เน้นการใช้ทักษะด้านอารมณ์ ความรู้สึก ความคิด และการกระทำมาใช้ในการดำเนินชีวิตโดยผ่านกระบวนการกลุ่ม เพื่อเพิ่มทักษะในการปรับตัวและการจัดการกับการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวี และส่งผลให้เกิดผลดีทางด้านสังคม พฤติกรรมและสุขภาพจิตของเด็กในครอบครัว กิจกรรมนี้ได้ดำเนินการในหลายๆ ประเทศ และมีผลการวิเคราะห์ออกมาชัดเจนว่าเป็นกิจกรรมที่ทำให้คุณภาพชีวิตของคนที่เกี่ยวข้องกิจกรรมรวมถึงเด็กในครอบครัวนั้นดีขึ้นอย่างชัดเจน¹⁷⁻¹⁸

ในปี พ.ศ. 2548 สำนักบรรดาวิชา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ประเทศไทยร่วมกับมหาวิทยาลัย ลอสแอนเจลิส แคลิฟอร์เนีย ประเทศสหรัฐอเมริกาได้นำกิจกรรมดังกล่าวมาปรับให้เหมาะสมกับบริบทของคนไทย ภายใต้ชื่อโครงการ “การให้จิตศึกษาเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของเด็กที่อยู่ในครอบครัวผู้ติดเชื้อเอชไอวีในประเทศไทย” โดยมีวัตถุประสงค์ในการช่วยเหลือครอบครัวผู้ติดเชื้อเอชไอวีเพื่อให้ลูกที่อาศัยอยู่ในครอบครัวนั้นมีชีวิตความเป็นอยู่ที่ดีขึ้น

โครงการนี้ทำการศึกษาในครอบครัวผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มารับบริการในโรงพยาบาลอำเภอ จำนวน 9 โรงพยาบาล ในจังหวัดเชียงราย และ จังหวัดนครราชสีมา ใช้เวลาในการศึกษา 5 ปี โดยแบ่งการศึกษาก่อเป็น 2 ระยะ ซึ่งระยะที่ 1 เป็นการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพเพื่อประเมินรูปแบบการทำกิจกรรมที่เหมาะสมกับประชากรกลุ่มเป้าหมายในพื้นที่ และเพื่อการประเมินเครื่องมือที่จะใช้ในการศึกษา ระยะที่ 2 ซึ่งเป็นระยะที่มีการดำเนินกิจกรรมกับครอบครัวผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีลูกอายุ 6 ถึง 17 ปี จำนวน 400 ครอบครัว โดยแบ่งครอบครัวผู้ติดเชื้อเอชไอวีออกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มที่ได้เข้าร่วมกิจกรรมที่ได้ปรับแล้วจากการศึกษาระยะที่ 1 และกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามมาตรฐานปกติ (การดูแลที่โรงพยาบาลทุกแห่งจัดให้กับผู้ติดเชื้อเอชไอวีและครอบครัวตามมาตรฐานของรัฐ)

การทำ randomization เพื่อแยกครอบครัวที่จะได้หรือไม่ได้เข้าร่วมกิจกรรม เริ่มจากการแบ่งตำบลต่างๆ ในแต่ละอำเภอที่ทำการศึกษาก่อเป็น 2 กลุ่มที่มีจำนวนครอบครัวผู้ติดเชื้อเอชไอวีเท่าๆกัน และทำการสุ่มอย่างง่าย (simple random sampling) เพื่อเลือกกลุ่มตำบลที่จะได้เข้าร่วมกิจกรรมที่มี

เฉพาะพ่อหรือแม่ที่ติดเชื้อเอชไอวีและสมาชิกในครอบครัวที่ทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลผู้ติดเชื้อ เอชไอวีเท่านั้นที่จะได้เข้ามาพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ รวมทั้งฝึกทักษะต่างๆ อาทิ คณิตศาสตร์ 13 ครั้ง

การประเมินผลของการทำกิจกรรมจะวัดในอาสาสมัคร 3 กลุ่ม ได้แก่ผู้ติดเชื้อเอชไอวี สมาชิกในครอบครัวที่ทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลผู้ติดเชื้อ เอชไอวี และลูกในครอบครัวผู้ติดเชื้อเอชไอวี ที่มีทั้งกลุ่มเด็กเล็ก (อายุ 6 - 11 ปี) และเด็กโต (อายุ 12 - 17 ปี) โดยการสัมภาษณ์ตามแบบสอบถามก่อนที่จะเริ่มให้แต่ละครอบครัวเข้าร่วมกิจกรรมเพื่อเก็บเป็นข้อมูลพื้นฐาน และหลังจากนั้นทุก 6 เดือน เป็นระยะเวลา 2 ปี ตัวแปรที่สนใจหลัก ได้แก่ ภาวะทางสังคม พฤติกรรม และสุขภาพจิต ของเด็ก ตัวแปรที่สนใจรองได้แก่ ภาวะสุขภาพกาย สุขภาพจิตของพ่อแม่ที่ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ดูแลในครอบครัว รวมทั้งทักษะ การเลี้ยงดูลูก และความสัมพันธ์ในครอบครัว

วิธีการศึกษา

การศึกษาเชิงพรรณนา ข้อมูลพื้นฐานเด็กอายุ 12-17 ปี ที่อยู่ในครอบครัวผู้ติดเชื้อเอชไอวีทั้งหมดที่เข้าร่วมโครงการ “การให้จิตศึกษาเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของเด็กที่อยู่ในครอบครัวผู้ติดเชื้อเอชไอวีในประเทศไทย” ทั้งที่ได้เข้าร่วมและไม่ได้เข้าร่วมกิจกรรมรูปแบบใหม่ตามโครงการ ฯ ในประเด็น 5 ประเด็น ได้แก่ ความเครียดในชีวิตประจำวัน ความมั่นใจในตัวเอง ความฉลาดทางอารมณ์ ความรู้สึกเกี่ยวกับสิ่งที่เลี้ยงดูใกล้ชิดมากที่สุด และการสนับสนุนทางสังคม

ครอบครัวที่จะเข้าร่วมโครงการได้ จะต้องมีพ่อหรือแม่อย่างน้อย 1 คนที่ติดเชื้อเอชไอวี และมีผู้ดูแลอย่างน้อย 1 คน รวมทั้งเด็กอายุ 6 - 12 ปี อย่างน้อย 1 คน อาศัยอยู่ในครอบครัวเดียวกันและทราบผลการติดเชื้อของผู้เป็นพ่อหรือแม่ด้วย

ก่อนการเก็บข้อมูล อาสาสมัครทุกคนจะได้รับการอธิบายถึงรายละเอียดของการเข้าร่วมโครงการ ตลอดจนข้อดี และข้อเสียที่อาจจะเกิดขึ้น จนอาสาสมัครเข้าใจแล้วจึงจะมีการเซ็นใบยินยอมเข้าร่วมโครงการแล้วจึงสัมภาษณ์เก็บข้อมูลพื้นฐานเพื่อประเมินในหัวข้อต่างๆ โดยมีรายละเอียดของประเด็นที่จะศึกษา ดังนี้

ข้อมูลทั่วไปของอาสาสมัคร ได้แก่ เพศ อายุ การนอนหลับ ความชอบในสถานที่อยู่อาศัย การเรียนหนังสือ ความชอบโรงเรียน การมองตัวเองขณะอยู่ที่โรงเรียน ความสัมพันธ์กับครู และเพื่อนร่วมชั้นเรียน

ความเครียดในชีวิตประจำวัน มีค่าถ้อยย่อ 26 ข้อ ถ้อยย่อเกี่ยวกับปัญหาในชีวิตประจำวันที่สามารถทำให้เกิดความเครียดได้ แต่ละข้อมีคะแนนตั้งแต่ 0 - 3 โดยคะแนนรวมมาก หมายถึง มีความเครียดสูงในการใช้ชีวิตประจำวัน

ความมั่นใจในตัวเอง มีค่าถ้อยย่อ 10 ข้อ แต่ละข้อมีคะแนน ตั้งแต่ 0 - 3 โดยคะแนนรวมมาก หมายถึง มีความมั่นใจในตัวเองสูง

ความฉลาดทางอารมณ์ ใช้แบบประเมินความฉลาดทางอารมณ์สำหรับวัยรุ่นอายุ 12 ถึง 17 ปี ที่พัฒนาโดยกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข จำนวน 52 ข้อ แต่ละข้อมีคะแนน ตั้งแต่ 1 - 4 โดยคะแนนรวมด้านใดต่ำ หมายความว่า ต้องการแนวทางในการพัฒนาความฉลาดด้านอารมณ์ในด้านนั้นให้มากยิ่งขึ้น

ความรู้สึกเกี่ยวกับผู้ที่เลี้ยงดูใกล้ชิดมากที่สุด ซึ่งอาจจะเป็นพ่อหรือแม่ หรือบุคคลอื่นที่เลี้ยงดูเด็กมาตั้งแต่เล็กจนโต มีค่าถ้อยย่อ 25 ข้อ แต่ละข้อมีคะแนนตั้งแต่ 0 - 3 โดยคะแนนรวมมาก หมายถึงมีความรู้สึกที่ดีต่อผู้ที่เลี้ยงดูใกล้ชิดมากที่สุด

การสนับสนุนทางสังคม เป็นการถามเกี่ยวกับเพื่อนที่ใกล้ชิดหรือญาติสนิทที่สามารถพูดคุยได้ทุกเรื่องที่มีในใจ และการทำกิจกรรมนอกบ้านกับคนที่สนิท

ผลการศึกษา

เด็กอายุ 12 - 17 ปี ที่เป็นอาสาสมัครในโครงการฯ มีจำนวน 206 คน โดยอยู่ในครอบครัวที่ได้เข้าร่วมกิจกรรมจำนวน 115 คน (ร้อยละ 55.8) และอยู่ในครอบครัวที่ไม่ได้เข้าร่วมกิจกรรมจำนวน 91 คน (ร้อยละ 44.2) เป็นเพศชาย 92 คน (ร้อยละ 44.7) และเพศหญิง 114 คน (ร้อยละ 55.3) มีอายุเฉลี่ยประมาณ 13 ปี (ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.5) เด็กแทบทั้งสิ้น (ร้อยละ 93.7) กำลังเรียนหนังสืออยู่ในโรงเรียน (ตารางที่ 1)

ในเวลาที่อยู่บ้าน เด็กจะมีจำนวนชั่วโมงการนอนหลับพักผ่อนโดยเฉลี่ย 8 ชั่วโมง (ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.4) มีเด็กส่วนน้อยมาก (ร้อยละ 1.9) ที่ไม่ชอบบ้านหรือสถานที่ที่ตนเองพักอาศัยอยู่ปัจจุบัน (ตารางที่ 1)

ขณะอยู่ที่โรงเรียน มีเด็กไม่เกินร้อยละ 3 ที่มีความรู้สึกไม่ชอบโรงเรียนที่ตนเองเรียนอยู่หรือเคยเรียน และมองว่าตัวเองแย่งขณะที่อยู่ที่โรงเรียน รวมทั้งมีความสัมพันธ์ที่แย่งกับครูและเพื่อนที่โรงเรียน (ตารางที่ 1)

จากการประเมินภาวะสุขภาพจิตและอารมณ์ พบว่าเด็กมีคะแนนเฉลี่ยของความเครียดในชีวิตประจำวัน 11.3 (SD 7.1)

จากคะแนนเต็ม 78 มีคะแนนเฉลี่ยของความมั่นใจในตนเอง 17.4 (SD 2.3) จากคะแนนเต็ม 30 มีคะแนนเฉลี่ยของความฉลาดทางอารมณ์ในทุก ๆ ด้านอยู่ในช่วงคะแนนปกติ และมีคะแนนเฉลี่ยของความรู้สึกเกี่ยวกับผู้ที่เลี้ยงดูใกล้ชิดมากที่สุด 51.0 (SD 8.5) จากคะแนนเต็ม 75 คะแนน (ตารางที่ 2)

ด้านการสนับสนุนทางสังคม เด็กร้อยละ 94.7 มีคนที่ถือเป็นเพื่อนที่ดีที่สุดในขณะนี้อย่างน้อย 1 คน ซึ่งโดยเฉลี่ย เด็กจะมีเพื่อนที่ใกล้ชิดหรือญาติสนิทที่สามารถพูดคุยได้ทุกเรื่องประมาณ 4 คน (SD 5.1) ในสัปดาห์ที่ผ่านมา เด็กได้ทำกิจกรรมนอกบ้านกับเพื่อนที่ใกล้ชิดหรือญาติสนิท โดยเฉลี่ย 3 ครั้ง (SD 2.7) และได้ไปเยี่ยมเพื่อนที่บ้านหรือมีเพื่อนมาเยี่ยมที่บ้าน โดยเฉลี่ยประมาณ 3 ครั้ง (SD 2.4) (ตารางที่ 3)

เมื่อเปรียบเทียบผลการศึกษาที่ได้ในกลุ่มเด็กที่อยู่ในครอบครัวที่ได้เข้าร่วมกิจกรรม และกลุ่มเด็กที่อยู่ในครอบครัวที่ไม่ได้เข้าร่วมกิจกรรมในประเด็นต่างๆข้างต้น พบว่าไม่มีความแตกต่างกันในสัดส่วนคำตอบ ยกเว้นอายุเฉลี่ย ซึ่งเด็กที่อยู่ในครอบครัวที่ได้เข้าร่วมกิจกรรมมีอายุเฉลี่ยเกือบ 14 ปี ในขณะที่เด็กที่อยู่ในครอบครัวที่ไม่ได้เข้าร่วมกิจกรรมมีอายุเฉลี่ย 13 ปีครึ่ง (p-value 0.04)

อภิปรายผลการศึกษา

เด็กที่มีอายุอยู่ระหว่าง 12-17 ปีเป็นเด็กที่อยู่ในวัยศึกษาเล่าเรียน แม้ว่าจะเป็นเด็กที่ได้รับผลกระทบจากการติดเชื้อของ คนในครอบครัว แต่ก็ยังคงเรียนหนังสือโดยที่มีเพียงส่วนน้อยมากที่มีความรู้สึกไม่ชอบโรงเรียนที่ตนเองเรียนอยู่หรือเคยเรียน และมองว่าตัวเองแย่งขณะที่อยู่ที่โรงเรียน รวมทั้งมีความสัมพันธ์ที่แย่งกับครูและเพื่อนที่โรงเรียน มีปัจจัยที่ทำให้เด็กยังคงมีความคิดและความรู้สึกที่ดีกับโรงเรียนและคนในโรงเรียน เช่น ความเข้าใจของครูรวมทั้งสังคมในโรงเรียนเกี่ยวกับตัวเด็กและผลกระทบที่เด็กกลุ่มนี้ได้รับ ไม่มีการรังเกียจจากเพื่อน ซึ่งไม่สามารถตอบได้จากการศึกษานี้

เด็กๆ ได้พักผ่อนนอนหลับในจำนวนชั่วโมงที่เหมาะสม และแทบทั้งสิ้นไม่ได้มีความเกลียดชังหรือไม่ชอบในบ้านที่ตนเองอาศัยอยู่ เป็นสิ่งที่สะท้อนได้ว่าเด็กมีความเครียดไม่มากนัก รวมทั้งไม่มีความสัมพันธ์แย่งภายในครอบครัว โดยพิศุจน์ได้ จากเด็กมีคะแนนเฉลี่ยของความเครียดในชีวิตประจำวันเพียงประมาณ 1 ใน 4 ของความเครียดทั้งหมดที่เด็กจะต้องเผชิญ และแม้ว่าเด็กจะมีความเครียด แต่เด็กแทบทั้งหมดจะมีเพื่อนหรือคนที่ไว้ใจได้ และสามารถพูดคุยกันได้ทุกเรื่องอย่างน้อย

1 คน รวมทั้งมีการติดต่อสื่อสาร ไปมาหาสู่กับเพื่อนๆ ได้อย่างปกติ หมายความว่า อย่างน้อยเมื่อเด็กมีความเครียด เด็กก็สามารถที่จะระบายความเครียดนั้นให้กับคนที่ไว้ใจได้

ด้านความสัมพันธ์ในครอบครัวโดยรวมยังคงมีความสัมพันธ์ที่ดี โดยจะเห็นได้ว่าเด็กมีคะแนนเฉลี่ยของความรู้สึกเกี่ยวกับผู้ที่เลี้ยงดูใกล้ชิดมากที่สุด อยู่ในเกณฑ์ที่สูง และเด็กมีคะแนนเฉลี่ยของความฉลาดทางอารมณ์ในทุกๆ ด้าน อยู่ในช่วงคะแนนปกติ แม้ว่าจะอยู่ในครอบครัวที่มีผู้ติดเชื้อเอชไอวี และตัวเด็กเองก็ได้ทราบแล้วว่าคนในครอบครัวของตนเองติดเชื้อ

อย่างไรก็ตาม คะแนนเฉลี่ยความมั่นใจในตนเองของเด็กอยู่ประมาณครึ่งหนึ่งของคะแนนเต็ม ซึ่งโดยบริบทของเด็กไทย โดยเฉพาะเด็กที่ไม่ได้อยู่ในเมืองใหญ่นั้นมักจะเป็นเด็กที่ขี้อาย ไม่กล้าแสดงออก รวมทั้งเด็กกลุ่มนี้อยู่ในครอบครัวที่แตกต่างจากเด็กอื่นๆ จึงอาจจะทำให้ความมั่นใจในตนเองมีไม่มากนัก

โดยรวมผลการประเมินภาวะสุขภาพจิตและอารมณ์ของเด็กในกลุ่มนี้อยู่ในเกณฑ์ปกติ แสดงให้เห็นว่าเด็กมีการจัดการกับผลกระทบต่างๆ ได้ค่อนข้างดี อาจจะเป็นไปได้ว่าจังหวัดที่เลือกมาทำการศึกษา โดยเฉพาะจังหวัดเชียงรายนั้น มีการให้ความช่วยเหลือกับกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวี รวมทั้งสังคมที่ผู้ติดเชื้อฯ จะต้องอาศัยมาเป็นเวลานาน ทำให้ความเครียดต่างๆ ลดน้อยลง และการจัดการกับชีวิตเป็นไปได้ดีขึ้นแล้วจากช่วงแรกที่มีการระบาดของ การติดเชื้อเอชไอวีในชุมชนนั้นๆ

จากการเปรียบเทียบสัดส่วนคำตอบที่ได้ในกลุ่มเด็กที่อยู่ในครอบครัวที่ได้เข้าร่วมกิจกรรม และกลุ่มเด็กที่อยู่ในครอบครัวที่ไม่ได้เข้าร่วมกิจกรรมในประเด็นต่างๆ ข้างต้นพบว่า ไม่มีความแตกต่างกัน แสดงให้เห็นว่านอกเหนือจาก randomization แบบรายบุคคลตามปกติทั่วไปแล้วยังสามารถใช้วิธี randomization ในระดับตำบลเช่นที่ทำการศึกษานี้ได้ อย่างไรก็ตามวิธีการนี้อาจจะไม่เหมาะสมสำหรับการศึกษาที่มีขนาดตัวอย่างน้อย

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปและประวัติการเรียนรู้ของอาสาสมัครเด็กอายุ 12-17 ปี : ข้อมูลพื้นฐานก่อนเริ่มกิจกรรม

	รวม (N=206)	ครอบครัวที่ได้เข้าร่วมกิจกรรม (N=115)	ครอบครัวที่ไม่ได้เข้าร่วมกิจกรรม (N=91)	
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	p-value
เพศ				
ชาย	92 (44.7)	54 (47.0)	38 (41.8)	
หญิง	114 (55.3)	61 (53.0)	53 (58.2)	0.46
อายุเฉลี่ย (ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน)	13.7 (1.5)	13.9 (1.5)	13.5 (1.5)	0.04
ชั่วโมงการนอนหลับเฉลี่ย (SD)	8.6 (1.4)	8.6 (1.4)	8.7 (1.4)	0.6
ความชอบบ้านที่อยู่ปัจจุบัน				
ไม่ชอบ	4 (1.9)	4 (3.5)	0 (0.0)	
ชอบหรือเฉยๆ	202 (98.1)	111 (96.5)	91 (100.0)	0.95
กำลังเรียนหนังสือ				
ใช่	193 (93.7)	107 (93.0)	86 (94.5)	
ไม่ใช่	13 (6.3)	8 (7.0)	5 (5.5)	0.67
ความรู้สึกชอบโรงเรียน				
ไม่ชอบ	6 (3.0)	4 (3.6)	2 (2.2)	
ชอบหรือเฉยๆ	195 (97.0)	107 (96.4)	88 (97.8)	0.44
การประเมินตัวเองที่โรงเรียน				
แย่	6 (3.0)	5 (4.5)	1 (1.1)	
ดีหรือพอใช้	195 (97.0)	106 (95.5)	89 (98.9)	0.16
ความสัมพันธ์กับครู				
แย่	1 (0.5)	0 (0.0)	1 (1.1)	
ดีหรือพอใช้	199 (99.5)	111 (100.0)	88 (98.9)	0.45
ความสัมพันธ์กับเพื่อนร่วมชั้นเรียน				
แย่	5 (2.5)	3 (2.8)	2 (2.2)	
ดีหรือพอใช้	194 (97.5)	106 (97.2)	88 (97.8)	0.59

ตารางที่ 2 การประเมินภาวะสุขภาพจิต อารมณ์ และความสัมพันธ์ในครอบครัวของอาสาสมัครเด็กอายุ 12-17 ปี : ข้อมูลพื้นฐานก่อนเริ่มกิจกรรม

	รวม (N=206)	ครอบครัวที่ได้เข้าร่วมกิจกรรม (N=115)	ครอบครัวที่ไม่ได้เข้าร่วมกิจกรรม (N=91)	
	MEANS (SD)	MEANS (SD)	MEANS (SD)	p-value
ความเครียดในชีวิตประจำวัน	11.3 (7.1)	11.4 (7.0)	11.1 (7.0)	0.71
ความมั่นใจในตนเอง	17.4 (2.3)	17.2 (2.2)	17.5 (2.5)	0.69
ความฉลาดทางอารมณ์ด้านดี				
ควบคุมตนเอง (ปกติ 13-18)	16.8 (2.5)	16.7 (2.6)	16.8 (2.5)	0.84
เห็นใจผู้อื่น (ปกติ 16-21)	17.2 (2.2)	17.3 (2.2)	17.2 (2.2)	0.88
รับผิดชอบ (ปกติ 17-22)	19.1 (2.6)	19.1 (2.7)	19.2 (2.4)	0.88
ความฉลาดทางอารมณ์ด้านแง่				
มีแรงจูงใจ (ปกติ 15-20)	17.3 (2.9)	17.6 (2.6)	17.0 (3.1)	0.20
ตัดสินใจและแก้ปัญหา (ปกติ 14-19)	16.2 (2.7)	16.2 (2.9)	16.1 (2.5)	0.95
สัมพันธ์ภาพ (ปกติ 15-20)	17.2 (2.6)	17.5 (2.8)	16.8 (2.4)	0.06
ความฉลาดทางอารมณ์ด้านสุข				
ภูมิใจตนเอง (ปกติ 9-13)	11.5 (2.0)	11.6 (2.1)	11.4 (1.9)	0.65
พอใจชีวิต (ปกติ 16-22)	18.5 (3.1)	18.6 (3.3)	18.2 (2.9)	0.29
สุขสงบทางใจ (ปกติ 15-21)	17.7 (2.7)	17.8 (2.8)	17.6 (2.6)	0.44
ความรู้สึกลึกเกี่ยวกับผู้ที่เลี้ยงดูใกล้ชิดมากที่สุด	51.0 (8.5)	50.6 (8.6)	51.5 (8.3)	0.52

ตารางที่ 3 การมีเพื่อนที่ใกล้ชิดหรือญาติสนิทและการทำกิจกรรมด้วยกันของอาสาสมัครเด็กอายุ 12-17 ปี: ข้อมูลพื้นฐานก่อนเริ่มกิจกรรม

	รวม (N=206)	ครอบครัวที่ได้เข้าร่วมกิจกรรม (N=115)	ครอบครัวที่ไม่ได้เข้าร่วมกิจกรรม (N=91)	
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	p-value
มีเพื่อนที่ดีที่สุดอย่างน้อย 1 คน				
ไม่มี	11 (5.3)	8 (7.0)	3 (3.3)	0.20
มี	195 (94.7)	107 (93.0)	88 (96.7)	
จำนวนเฉลี่ยเพื่อน/ญาติสนิทที่สามารถพูดคุยได้ทุกเรื่อง (SD)	4.3 (5.1)	4.1 (3.4)	4.4 (6.7)	0.28
จำนวนครั้งเฉลี่ยที่ได้ทำกิจกรรมนอกบ้านกับเพื่อน/ญาติสนิท ในสัปดาห์ก่อน (SD)	3.0 (2.7)	3.0 (2.4)	3.0 (3.0)	0.46
จำนวนครั้งเฉลี่ยที่ได้ไปเยี่ยมหรือมีเพื่อนมาเยี่ยมที่บ้านในสัปดาห์ก่อน (SD)	2.8 (2.4)	3.0 (2.5)	2.5 (2.2)	0.07

จากการศึกษา มีจำนวนเด็กในครอบครัวที่ได้เข้าร่วมกิจกรรมมากกว่าจำนวนเด็กในครอบครัวที่ไม่ได้เข้าร่วมกิจกรรมเพียงเล็กน้อย ซึ่งไม่ถือว่าแตกต่างกัน แต่ประเด็นสำคัญของการศึกษาลักษณะที่ติดตามไปข้างหน้า คือการพยายามให้อาสาสมัครคงอยู่กับโครงการไปตลอดระยะการ

ศึกษา แม้ว่าอาจจะหลีกเลี่ยงไม่ได้ที่จะมีอาสาสมัครออกจากการศึกษา (ด้วยเหตุผลใดๆ) ก่อนที่จะครบกำหนดการติดตาม แต่ไม่ควรจะมีจำนวนมากเกินไปและไม่ควรที่จะให้จำนวนเด็กที่อยู่ในครอบครัว 2 กลุ่มที่ต้องเปรียบเทียบกันนั้นมีความแตกต่างกัน จนส่งผลต่อการวิเคราะห์ข้อมูลในรอบหลังได้

Reference

1. Rotheram-Borus, M. J., Draimin, B. H., Reid, H. M., & Murphy, D. A. (1997). The impact of illness disclosure and custody plans on adolescents whose parents live with AIDS. *AIDS*, 11(9), 1159-64.
2. Rotheram-Borus, M. J., Weiss, R., Alber, S., & Lester P. (2004). Adolescent adjustment before and after HIV-related parental death. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73(2), 221-228.
3. Rotheram-Borus, M. J., Flannery, D., Rice, E., Lester, P. (In press). Families living with HIV. *AIDS Care*.
4. Knodel J, Chayovan N, Graiurapong S, Suraratdecha C. (2000). Ageing in Thailand: An overview of formal and informal support. In D. Phillips (Ed.), *Aging in the Asia Pacific regions: Issues and policies* (pp. 243-266). London: Routledge.
5. VanLandingham, M., Knodel, J., Im-em, W., & Saengtienchai, C. (2000). The impacts of HIV on older populations in developing countries: Some observations based upon the Thai case. *Journal of Family Issues*, 21(6), 777-806.
6. Knodel, J., & Im-em W. (2004). The economic consequences for parents of losing an adult child to AIDS: Evidence from Thailand. *Social Science and Medicine*, 59, 987-1001.
7. Knodel, J., & VanLandingham, M. (2002). The impact of the AIDS epidemic on older persons. *AIDS*, 16(suppl 3), S77-S83.
8. Knodel, J., VanLandingham, M., Saengtienchai, C., & Im-em, W. (2001). Older people and AIDS: quantitative evidence of impact in Thailand. *Social Science and Medicine*, 52, 1313-1327.
9. Lester, P., Stein, J. A., & Bursch B. (2003). Developmental predictors of somatic symptoms in adolescents of parents with HIV: a 12-month follow-up. *Journal of Developmental Behavior and Pediatrics*, 24(4), 242-50.
10. Lester, P., Stein, J. A., & Bursch B. (2003). Developmental predictors of somatic symptoms in adolescents of parents with HIV: a 12-month follow-up. *Journal of Developmental Behavior and Pediatrics*, 24(4), 242-50.
11. McGarvey, E. L., Clavet, G. J., Mason, W., & Waite, D. (1999). Adolescent inhalant abuse: environments of use. *American Journal of Drug Alcohol Abuse*, 25, 731-741
12. Canetti, L., Bachar, E., Galili-Weisstub, E., De-Nour, A. K., Shalev, A. Y. (1997). Parental bonding and mental health in adolescence. *Adolescence*, 32(126), 381-94.
13. Helgeland, M. I., & Torgersen, S. (1997). Maternal representations of patients with schizophrenia as measured by the Parental Bonding Instrument. *Scandinavian Journal of Psychology*, 38(1), 39-43.
14. Stein, D., Brent, D. A., Bridge, J., Kolko, D., Birmaher, B., & Baugher, M. (2000). Predictors of parent-rated credibility in a clinical psychotherapy trial for adolescent depression. *Journal Psychotherapy Practice & Research*, 10(1), 1-7
15. Sato, T., Uehara, T., Narita, T., Sakado, K., & Fujii, Y. (2000). Parental bonding and personality in relation to a lifetime history of depression. *Psychiatry Clinical Neuroscience*, 54(2), 121-30.
16. Knodel, J., Im-em, W., Saengtienchai, C., VanLandingham, M., and Kespichayawattana, J. (2002). *The impact of an adult child's death due to AIDS on older-aged parents: Results from a direct interview survey*. (Research Report 02-498). University of Michigan, Ann Arbor, MO: Population Studies Center.
17. Lee, M., Rotheram-Borus, M. J., & O'Hara P. (1999). Disclosure of serostatus among youth living with HIV. *AIDS & Behavior*, 3(1), 33-40.
18. Rotheram-Borus, M. J., Lee, M., Leonard, N., Lin, Y. Y., Franzke, L., Turner, E., et al. (2003). Four-year behavioral outcomes of an intervention for parents living with HIV and their adolescent children. *AIDS*, 17(8), 1217-1225.
19. Rotheram-Borus, M.J., Lester, P., Song, J., Lin, Y.Y., Leonard, N.R., Beckwith, L., Ward, M.J., & Sigman, M. (in submission). Intergenerational benefits of family-based HIV interventions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*.