

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ผู้ศึกษามุ่งหวังที่จะเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของเด็ก 0 ถึง 6 ปีที่บิดาหรือมารดาเสียชีวิตด้วยโรคเอดส์ กับเด็กที่บิดาและมารดา ยังคงมีชีวิตอยู่ทั้งที่ติดเชื้อโรคเอดส์และไม่ติดเชื้อโรคเอดส์ว่ามีลักษณะแตกต่างกันหรือไม่ มีลักษณะใดที่เป็นตัวกำหนดคุณภาพชีวิต ดังนั้นการศึกษาค้นคว้านี้จึงต้องอาศัยความรู้ทางด้านวิชาการ เพื่อให้เข้าใจในเรื่องที่ทำการศึกษา สำหรับเป็นพื้นฐานและแนวทางในการวิจัย ผู้วิจัยได้ทำการศึกษา แนวคิด ทฤษฎี งานวิจัย และเอกสารที่เกี่ยวข้องดังนี้

1. สถานการณ์และผลกระทบของโรคเอดส์ที่เกิดขึ้นกับเด็ก
2. คุณภาพชีวิตของเด็ก
3. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

สถานการณ์และผลกระทบของโรคเอดส์ที่เกิดขึ้นกับเด็ก

กองระบาดวิทยา ได้รายงานตัวเลข สถานการณ์โรคเอดส์จากสถานบริการทั้งภาครัฐและเอกชน ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2527 ถึงวันที่ 31 ตุลาคม 2541 พบว่ามีผู้ป่วยเอดส์จำนวน 99,555 ราย และมีผู้เสียชีวิต 27,279 ราย สำหรับในปีพ.ศ. 2541 ได้รับรายงานผู้ป่วยเอดส์ 10,144 ราย มีผู้เสียชีวิต 2,172 ราย (<http://www.moph.go.th/ops/epi/aidshtm/indexaids.htm>, 2541) จำนวนเด็กที่ได้รับผลกระทบ สรุปได้คือ หากไม่มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมทางเพศ และภาวะการตั้งครรภ์ที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อโรคเอดส์ เช่นที่เป็นอยู่ในสังคมไทยปัจจุบัน จำนวนเด็กและทารก ที่เสียชีวิตหลายหมื่นคนในปี พ.ศ. 2533 จะเพิ่มขึ้นกว่าแสนคนในปี พ.ศ. 2543 ถ้าไม่มีโรคเอดส์ คาดว่าภาวะการเสียชีวิตของทารกในช่วงทศวรรษนี้จะลดลงถึงร้อยละ 30 แต่หากยังคงมีการแพร่ระบาดของโรคเอดส์ตามที่คาดการณ์ อัตราการเสียชีวิตของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี จะกลับเพิ่มสูงขึ้น โดยอัตราการเสียชีวิตของทารกในปี พ.ศ. 2543 จะเท่ากับระดับการเสียชีวิตเมื่อปี พ.ศ. 2534 จำนวนเด็กที่ต้องกลายเป็นเด็กกำพร้าเพราะบิดามารดาเสียชีวิตด้วยโรคเอดส์จะเพิ่มสูงขึ้น เด็กเหล่านี้ส่วนใหญ่จะมีอายุต่ำกว่า 5 ปี การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมทางเพศอย่างจริงจังภายในสิ้นปี พ.ศ. 2537 จะส่งผลให้จำนวนเด็กกำพร้าอายุต่ำกว่า 5 ปี ที่มารดาเสียชีวิตด้วยโรคเอดส์ลดลงจากเดิม ถึงประมาณร้อยละ 40 (วาทีณี บุญชะลัทธิ และ Phillip G., 2537) จากการสำรวจข้อมูลของ

17 จังหวัดในภาคเหนือ พบว่าเด็กที่มีบิดา มารดาเสียชีวิตด้วยโรคเอดส์แล้ว 2,296 คน และเด็กที่มีบิดามารดามีชีวิตอยู่ 4,951 คน โดยจังหวัดที่มีเด็กกำพร้ามากที่สุดคือจังหวัด เชียงราย เชียงใหม่ พะเยา ตามลำดับ (มยุรี ยกตรี, 2540)

เด็กที่ได้รับผลกระทบจากเอดส์ เป็นกลุ่มเป้าหมายที่จะต้องเร่งดำเนินการช่วยเหลือ ให้ทันเหตุการณ์ มิใช่เพียงแต่เด็กที่ติดเชื้อโรคเอดส์เท่านั้น หากแต่เด็กทุกๆ ไปที่อยู่ในชุมชน ในสังคมปัจจุบันย่อมได้รับผลกระทบโดยทั่วกัน

จำแนกประเภทของเด็กที่ได้รับผลกระทบจากเอดส์ได้ดังนี้ (วิจิต มั่นตาภรณ์, 2537)

1.เด็กที่ไม่มีเชื้อโรคเอดส์

หมายถึงเด็กทุกๆ ไปที่ต้องอยู่รวมสังคมนับกับผู้ติดเชื้อโรคเอดส์หรือบุตรผู้ติดเชื้อโรคเอดส์ซึ่งมีภาวะในการเสี่ยงต่อการติดเชื้อ (กรณีมีเพศสัมพันธ์) และแม้ในกรณีการทำกิจกรรมสังคมนับร่วมกัน ซึ่งไม่ทำให้ติดเชื้อโรคเอดส์ เด็กที่จะต้องเรียนรู้ถึงการอยู่ร่วมกันอย่างปกติ

2.เด็กที่มีเชื้อโรคเอดส์

3.เด็กที่อาจจะมีเชื้อโรคเอดส์

กลุ่มนี้หมายถึงเด็กที่เกิดจากมารดาที่มีเชื้อโรคเอดส์ แต่เป็นเด็กเล็กที่ได้รับภูมิคุ้มกันจากมารดา โดยมีผลเลือดบวก ซึ่งเด็กอาจจะไม่ติดเชื้อโรคเอดส์

4.เด็กกำพร้า เนื่องจากบิดา มารดาเสียชีวิต จากการติดเชื้อโรคเอดส์

5.เด็กถูกทอดทิ้ง เนื่องจากบิดา มารดามีเชื้อโรคเอดส์

6.เด็กที่อยู่กับครอบครัวที่มีคนติดเชื้อโรคเอดส์ แต่เด็กไม่ติดเชื้อโรคเอดส์ เด็กเหล่านี้จะต้องเรียนรู้การอยู่ร่วมครอบครัวกับผู้ติดเชื้อโรคเอดส์ อาจต้องดูแลรักษาพยาบาลผู้ติดเชื้อโรคเอดส์ด้วย

สภาวะการณ์และข้อมูลที่มีอยู่ จึงเป็นเรื่องที่น่าวิตกอย่างยิ่งสำหรับอนาคตของสังคมไทย ซึ่งนอกจากจะประสบปัญหาด้านเศรษฐกิจและสังคมในภาพรวมแล้วยังจะต้องประสบกับปัญหาและรับภาระ จากผลกระทบของโรคเอดส์ที่เกิดขึ้นกับเด็กด้วย

ผลกระทบของโรคเอดส์ที่มีต่อเด็ก 4 ลักษณะ คือ (วีรสิทธิ์ สิทธิไธรย์ และ

Brown T., 2539)

1.การถูกรังเกียจกีดกันเด็กที่ติดเชื้อโรคเอดส์หรือบิดา มารดาติดเชื้อโรคเอดส์

2.เด็กกำพร้าบิดา มารดา ที่เสียชีวิตด้วยโรคเอดส์

3.การทอดทิ้งเด็กทารกที่เกิดจากมารดาติดเชื้อโรคเอดส์

4.ผลกระทบที่เกิดขึ้นกับระบบการศึกษา

สภาพปัญหาของเด็กที่ได้รับผลกระทบจากโรคเอดส์ (กองโรคเอดส์ กรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข, 2542) จำแนกตามสถานภาพการติดเชื้อโรคเอดส์ของเด็ก

เด็กติดเชื้อโรคเอดส์

1.ปัญหาด้านสุขภาพ

การเจ็บป่วย เด็กที่ติดเชื้อโรคเอดส์มักจะเป็นเด็กที่มาจากครอบครัวที่ยากจน มีน้ำหนักน้อยและไม่แข็งแรง ปัญหาดังกล่าวจะรุนแรงมากขึ้นจากภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่อง เด็กมักจะเจ็บป่วยบ่อย

การสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค เด็กที่ติดเชื้อโรคเอดส์มักจะถูกละเลยไม่มีใครพาเด็กไปตรวจสุขภาพและรับวัคซีนป้องกันโรค เนื่องจากขาดบิดาและมารดาถึงแม้จะมีญาติพี่น้อง

โภชนาการ เด็กติดเชื้อจะมีปัญหาทางด้านพัฒนาการ และการเจริญเติบโตของร่างกาย รวมทั้งสุขภาพไม่ดี ทำให้รับประทานอาหารได้น้อย ประกอบกับฐานะเศรษฐกิจของ ครอบครัวยากจนจึงทำให้เด็กถูกละเลยในเรื่องคุณภาพของอาหารประจำวัน

2.ปัญหาทางอารมณ์ จิตใจ

การขาดความรักความเอาใจใส่ เด็กมักจะได้รับ การปฏิเสธ และการดูแลอย่างรังเกียจ จากบุคคลรอบข้าง เนื่องจากกลัวการติดเชื้อโรคเอดส์ ทำให้เด็กขาดการกระตุ้น ขาดการสัมผัส โอบกอด ทำให้เด็กมีอาการซึม หงอย ไม่ร่าเริง ไม่สนใจสิ่งแวดล้อม

อารมณ์แปรวนแปรง่าย เนื่องจากเด็กมีสุขภาพไม่แข็งแรง เจ็บป่วยบ่อย เด็กจึงมีอาการหงุดหงิด ร้องไห้ งอแง เกิดอารมณ์แปรวนแปร ไม่คงที่ได้ง่าย

3.ปัญหาการศึกษาและการเรียนรู้

ขาดโอกาสในการศึกษา ในกลุ่มเด็กที่ยังเล็กไม่ได้รับการยอมรับให้เข้าเรียนร่วมกับเด็กทั่วไป ทำให้เด็กไม่ได้รับการเตรียมความพร้อมเพื่อให้เกิดพัฒนาการด้านต่าง ๆ

ขาดโอกาสในการเรียนรู้ชีวิต เด็กไม่สามารถเล่นกับเพื่อนวัยเดียวกัน ไม่ได้พบปะกับบุคคลอื่น ทำให้เด็กขาดการเรียนรู้การใช้ชีวิตร่วมกับผู้อื่น เด็กจึงกลายเป็นคนพูดน้อย กลัวคนแปลกหน้า ขี้อาย ไม่กล้าแสดงออก

4.ปัญหาการละเมิดสิทธิ

การไม่ได้รับบริการต่าง ๆ เช่น การบริการทางการแพทย์ บริการด้านการศึกษา ฯลฯ เนื่องจากความกังวล กลัวการติดเชื้อและด้วยความไม่พร้อมของหน่วยบริการ

การถูกแบ่งแยกและเลือกปฏิบัติ เนื่องจากเด็กจะเจ็บป่วยบ่อย การรับบริการที่ไม่เหมือนเด็กปกติ การไม่ยอมรับจากชุมชน เด็กจึงต้องเก็บตัว และเล่นอยู่คนเดียวที่บ้าน

การตรวจเลือด เมื่อถึงเกณฑ์เข้าเรียนเด็กจะถูกแนะนำให้ไปตรวจเลือด ทำให้เด็กหลายคนเมื่อผลเลือดออกมาเป็นบวก ไม่ได้รับการยอมรับให้เข้าเรียน

เด็กไม่ติดเชื่อโรคเอดส์

1.ปัญหาสุขภาพ

เด็กที่ไม่ติดเชื่อโรคเอดส์ส่วนใหญ่ไม่ค่อยมีปัญหาเรื่องสุขภาพ ปัญหาที่พบคือ เด็กขาดบิดามารดาที่จะให้การดูแลเอาใจใส่ในเรื่องสุขภาพอนามัย เด็กบางคนจึงเจ็บป่วยเรื้อรัง

2.ปัญหาทางอารมณ์ จิตใจ

การรับรู้เรื่องการติดเชื่อโรคเอดส์ ในระยะที่บิดาหรือมารดาป่วย เด็กจะมีความรู้สึกสูญเสีย ว่าเหว่ เศร้า ทุกข์ทรมาน เครียด ทำให้มีผลต่ออารมณ์ จิตใจ

การรับรู้เรื่องการเสียชีวิตของบิดามารดา กรณีเป็นเด็กเล็ก เด็กยังไม่สามารถรับรู้และเข้าใจความหมาย ส่วนเด็กโตนั้น เด็กอาจจะแสดงอาการซึมเศร้า แยกตัว เก็บกด หรือก้าวร้าว

ภาวะที่ไม่สามารถสื่อสารแสดงความรู้สึก จากภาวะการไม่ยอมรับของสังคม สภาพการติดเชื่อ ความเครียดในเรื่องเศรษฐกิจ ปัญหาความตึงเครียด ซึมเศร้า ภาวะอารมณ์แปรวนแปร ของบิดามารดา กรณีต่างๆ เหล่านี้เด็กเล็กๆ ไม่สามารถสื่อสารและผ่อนคลายปัญหาข้อข้องใจของตัวเองได้

การถูกล้อเลียนจากเพื่อน จากคนรอบข้าง เด็กที่บิดามารดาติดเชื่อหรือเสียชีวิตด้วยโรคเอดส์ เมื่อเพื่อนบ้านทราบ เด็กมักจะถูกเพื่อนบ้านล้อเลียนหรือไม่ยอมคบค้าสมาคมด้วย

3.ปัญหาทางการศึกษาและการเรียนรู้

ขาดโอกาสได้ศึกษาเล่าเรียน เนื่องจากบิดามารดาเจ็บป่วยไม่สามารถทำงานได้ ทำให้รายได้ลดลง เด็กโตต้องออกจากโรงเรียนมาดูแล และทำงานแทน ส่วนเด็กเล็กต้องออกจากโรงเรียน เนื่องจากครอบครัวไม่มีเงินพอที่จะเสียค่าใช้จ่ายด้านต่างๆ

ขาดการเตรียมพร้อมด้านสติปัญญา เด็กที่อยู่ในครอบครัวที่มี ผู้สูงอายุดูแล ส่วนใหญ่จะไม่ได้รับการเตรียมพร้อมเพื่อพัฒนาทางสติปัญญา เนื่องจาก ปู่ ย่า ตา ยาย ไม่มีความรู้ทางด้านการศึกษา ทำให้ไม่สามารถถ่ายทอดความรู้หรือส่งเสริมและเตรียมความพร้อมทางพัฒนาการเด็กได้ตามวัย

4.ปัญหาการปรับตัวและการดำรงชีวิต

การทำหน้าที่แทนบิดา และการต้องทำงานหารายได้ เด็กโตต้องปรับตัวทำหน้าที่เป็นหัวหน้าครอบครัว ต้องดูแลน้องและเรื่องต่างๆ ซึ่งเป็นภาระหนักที่ยังไม่มีความพร้อม

การปรับตัว ต่อสถานภาพของตัวเอง และสภาพทางเศรษฐกิจและสังคมของครอบครัว เนื่องจากฐานะเศรษฐกิจของครอบครัวที่เปลี่ยนไป

การดูแลช่วยเหลือตัวเอง เด็กต้องรับภาระแบ่งเบาหน้าที่ในครอบครัว ซึ่งเป็นภาระหนัก สำหรับเด็กที่กำลังอยู่ในวัยต้องการเล่นสนุกสนาน

ขาดผู้ให้คำแนะนำปรึกษา ผู้ดูแลเด็กโตต้องตัดสินใจด้วยตัวเองทำให้ปัญหาที่แก้ไขอาจไม่ถูกทิศทาง

ปัญหาการถูกละเมิดสิทธิ

มรดกและทรัพย์สินของบิดามารดา เมื่อบิดาและมารดาเสียชีวิตแล้ว เด็กมักถูกละเมิดทรัพย์สินจากญาติพี่น้อง เนื่องจากเด็กยังเล็ก ยังไม่อยู่ในภาวะที่จะจัดการทรัพย์สินต่างๆ ได้

การถูกละเมิดทางเพศ จากภาวะที่ขาดบิดามารดาให้การดูแลคุ้มครอง เด็กผู้หญิงจึงตกอยู่ในภาวะที่เสี่ยงต่อการละเมิดทางเพศจากญาติ เพื่อนบ้านหรือคนอื่น

คุณภาพชีวิตของเด็ก

คุณภาพชีวิต เป็นสิ่งสำคัญในการดำรงชีวิตที่มนุษย์ทุกคนต้องการ คุณภาพชีวิตเป็นความคิดรวบยอดที่ซับซ้อน และยากที่จะให้ความหมายที่แน่นอนได้ เพราะเป็นคำที่ใช้ในเชิงเปรียบเทียบ ซึ่งเปลี่ยนแปลงไปตามเวลา สถานที่และการรับรู้ของแต่ละบุคคล คุณภาพชีวิต ประกอบด้วยคำ 2 คำ คุณภาพหมายถึง ลักษณะความดี ลักษณะประจำบุคคลหรือสิ่งของ ชีวิต หมายถึง ความเป็นอยู่ (พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน, 2525) ดังนั้น คุณภาพชีวิต หมายถึง ลักษณะความเป็นอยู่ที่ดีของบุคคล กระทรวงมหาดไทย ให้ความสำคัญหมายคุณภาพชีวิตว่า เป็นการดำรงชีวิตของมนุษย์ในระดับที่เหมาะสมตามความจำเป็นพื้นฐานในสังคมหนึ่งๆ ในช่วงเวลาหนึ่ง ซึ่งคุณภาพชีวิตของประชาชนจะดีเมื่อครอบครัวหรือชุมชนได้พัฒนาไปจนบรรลุเป้าหมาย ตามเกณฑ์ความจำเป็นพื้นฐานของช่วงเวลานั้นๆ (กระทรวงมหาดไทย, 2539) คุณภาพชีวิตคือการรับรู้ถึงภาวะที่ปรากฏอยู่ของตนเอง ซึ่งแสดงออกโดยความพึงพอใจ ความยินดี และการมีความสุขหรือแสดงออกโดยประสบการณ์ด้านจิตวิญญาณในการบรรลุอุดมคติของตนเอง และการดำรงไว้ซึ่งความเป็นบุคคล คุณภาพชีวิตนั้นเกี่ยวข้องกับสุขภาพ ความสำเร็จในการใช้ความพยายามของบุคคลและการมีแหล่งประโยชน์ต่างๆ อย่างเพียงพอ บุคคลจะสามารถมีคุณภาพชีวิตที่ดีได้ แม้จะมีความผิดปกติของโครงสร้างและการทำงานของร่างกาย (Orem DE., 1995) จากความหมายของคุณภาพชีวิต ที่กล่าวมาแล้ว พอจะสรุปได้ว่า คุณภาพชีวิตของเด็กหมายถึง ความผาสุก ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมของเด็กตามสภาวะเกณฑ์ที่เหมาะสม ของความต้องการพื้นฐานและบริการสำหรับเด็ก 0 ถึง 6 ปี ซึ่งแบ่งออกเป็น 7 ด้าน (สำนักปลัดสำนักนายกรัฐมนตรี, 2533) สำหรับการศึกษาครั้งนี้ได้เลือกมาเพียง 4 ด้านคือ

1.ด้านโภชนาการและสุขภาพอนามัย ซึ่งประกอบไปด้วย

1.1 ความต้องการด้านโภชนาการ โภชนาการที่ดีเป็นรากฐานของสุขภาพอนามัยที่สมบูรณ์ แข็งแรง ความต้องการด้านโภชนาการนั้นมีความแตกต่างกันตามขนาดและสภาวะของร่างกาย เพศ และวัย การกำหนดปริมาณของสารอาหารต่างๆ ที่จำเป็นต้องได้รับ จากอาหารบริโภคประจำวันอย่างเพียงพอ จึงต้องกำหนดให้เพียงพอกับความต้องการทางสรีรวิทยาของร่างกาย ภาวะของร่างกาย และวัยต่างๆ ได้แก่

1.1.1 เด็กอายุ 0 ถึง 1 ปี

เด็กตั้งแต่แรกเกิดจน ถึง 1 ปี อาหารที่ดีที่สุดและเหมาะสมที่สุดในระยะตั้งแต่แรกเกิดถึง 3 เดือน คือ น้ำนมแม่เพราะประกอบด้วยสารอาหารคาร์โบไฮเดรต โปรตีน ไขมัน เกลือแร่และวิตามินต่างๆ ในปริมาณที่พอเหมาะแก่ความต้องการของทารก ทั้งยังมีความต้านทานโรค มีความสะอาด ปลอดภัยและประหยัด นอกจากนี้ ยังมีผลดีทางด้านจิตใจอีกด้วย หลังจาก 3 เดือนแล้ว จึงค่อยเริ่มให้กินอาหารอื่น แต่นมแม่ต้องเป็นอาหารหลักจนกระทั่งอายุครบ 6 เดือน หลังจากนั้นข้าวและกับจึงค่อยเปลี่ยนมาเป็นอาหารหลักแทนและนมแม่จะค่อยๆ เปลี่ยนเป็นอาหารเสริม ซึ่งควรให้ลูกกินต่อไปนานเท่าที่จะทำได้ หากจะให้ดีควรให้ต่อจนเด็กอายุประมาณ 18 เดือน

1.1.2 เด็กอายุ 1 ถึง 3 ปี

เด็กในวัยนี้นับเป็นวัยที่กำลังเจริญเติบโตและเป็นวัยที่เสี่ยงต่อโรคขาดสารอาหารมาก เพราะเด็กหย่านมแม่แล้ว ถ้าเด็กได้รับอาหารไม่เพียงพอ โดยเฉพาะอย่างยิ่งอาหารที่ให้โปรตีน เช่น นม ไข่ เนื้อสัตว์ ต่างๆ เด็กอาจเจ็บป่วยด้วยโรคขาดโปรตีน อาการที่สังเกตได้ว่าเด็กนั้นได้รับอาหารไม่เพียงพอ คือ น้ำหนักตัวไม่เพิ่มขึ้น หรือน้ำหนักตัวลดลง มีผลต่อการเจริญเติบโตทั้งทางร่างกายและสมอง การสร้างนิสัยการกินที่ดีจึงเป็นการช่วยให้เด็กกินอาหารได้มาก และได้อาหารที่มีประโยชน์ต่อร่างกายอย่างเพียงพอ

1.1.3 เด็กอายุ 4 ถึง 6 ปี

ผู้ดูแลเด็ก ต้องคำนึงถึงคุณภาพของอาหาร ซึ่งเด็กในวัยนี้สามารถกินอาหารที่ได้หลายชนิด ดังนั้นควรสร้างบริบทนิสัยในการกินอาหาร และควรชั่งน้ำหนักเด็ก เพื่อดูผลของการเจริญเติบโตทุก 3 เดือน

1.2 เกณฑ์มาตรฐานน้ำหนักและส่วนสูง

การวัดภาวะโภชนาการของร่างกายทำได้ด้วยการ ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง และวัดเส้นรอบวงต้นแขนเพื่อเปรียบเทียบกับเกณฑ์มาตรฐาน น้ำหนัก ส่วนสูงและเส้นรอบวงต้นแขนของเด็กตามอายุ (สมใจ วิชัยดิษฐ, 2533)

1.3 ความต้องการด้านสุขภาพอนามัย

ความต้องการพื้นฐานของเด็กเกี่ยวกับสุขภาพอนามัย เพื่อให้มีสุขภาพสมบูรณ์ นอกเหนือไปจากการได้สารอาหารที่เหมาะสมแล้ว คือ การส่งเสริมสุขภาพ การปราศจากโรคภัยไข้เจ็บ โดยการป้องกันด้วยวิธีการต่างๆ และการได้รับบริการรักษาพยาบาลเมื่อมีความเจ็บป่วย ความต้องการด้านสุขภาพอนามัยที่จำเป็นในแต่ละช่วงวัยที่มีความเกี่ยวข้องกับเด็ก แบ่งออกได้ดังนี้

1.3.1 ทารกหลังคลอด ในระยะต้นของชีวิต เด็กช่วยเหลือตัวเองไม่ได้เลย ดังนั้น บิดาและมารดาจึงเป็นบุคคลสำคัญในการตอบสนองความต้องการต่างๆ ของเด็กดังนี้

- ได้อยู่กับแม่โดยเร็วที่สุดหลังคลอดอย่างช้าไม่เกิน 6 ชั่วโมง
- ได้รับนมแม่ตั้งแต่ต้นและอย่างต่อเนื่อง

- ได้รับการตรวจร่างกายทั่วไป ซึ่งน้ำหนัก วัตถุประสงค์ วัดส่วนสูง วัดรอบ
ศีรษะ และค้นหาสิ่งผิดปกติ

- ได้รับการดูแลเกี่ยวกับความสะอาด ความอบอุ่น ของร่างกาย และการดูแลสะดืออย่างถูกต้อง

- ได้รับการโอบอุ้มดูแลและแสดงความรักอย่างใกล้ชิด

1.3.2 ทารกและเด็ก มีความต้องการด้านสุขภาพอนามัยดังนี้

- การเฝ้าระวังติดตามการเติบโตและแก้ไขเมื่อเริ่มผิดปกติ

- การเฝ้าระวังติดตามระดับพัฒนาการ และการส่งเสริม

พัฒนาการ ตลอดจนการแก้ไขความผิดปกติตั้งแต่เริ่ม

- การรับวัคซีนป้องกันและเสริมสร้างภูมิคุ้มกันโรคจนครบชุด

- การดูแลรักษาที่มีประสิทธิภาพและทันการ เมื่อเจ็บป่วย

ทั้งในระดับครอบครัว สถานบริการสาธารณสุข โดยเฉพาะ โรคอุจจาระร่วง โรคทางเดิน
หายใจอักเสบ ไข้ และลมชัก

- การบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพ เมื่อพบว่า มีพัฒนา

การ ช้าผิดปกติหรือมีความพิการ

- ในช่วงวัยทารกและวัยก่อนประถมศึกษา เด็กต้องการผู้ดูแล

เอาใจใส่ความเป็นอยู่อย่างใกล้ชิด เพื่อให้หาอาหารที่เหมาะสม ได้รับการดูแลรักษาความสะอาด
ปกป้องจากภัยอันตรายและอุบัติเหตุ

1.3.3 บทบาทของบิดา มีความสำคัญในการส่งเสริมสุขภาพแม่

และเด็ก ทั้งทางร่างกายและจิตใจ ดังนั้นบิดาควรมีบทบาทดังนี้

- ร่วมรับผิดชอบ ในการวางแผนครอบครัว เพื่อความมั่นคง

ของครอบครัว

- เอาใจใส่ดูแลให้กำลังใจภรรยาอย่างใกล้ชิด และมีความรู้

ความเข้าใจในการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย อารมณ์ของภรรยา

- นำภรรยามาฝากครรภ์ทันทีที่ทราบที่ตั้งครรภ์ และนำมา

ตรวจครรภ์ตามนัดทุกครั้ง

- ปฏิบัติตนให้เหมาะสม เพื่อส่งเสริมสุขภาพแม่ที่ตั้งครรภ์

และทารกในครรภ์

- มีความรู้เรื่องครอบครัวศึกษา อาการผิดปกติขณะตั้งครรภ์

และหลังคลอด ตลอดจนการเลี้ยงดูเด็ก

- ให้ภรรยาได้รับอาหารที่มีประโยชน์ ขณะตั้งครรภ์ และหลัง

คลอดนำภรรยาไปคลอดกับผู้ที่มีความรู้ความชำนาญด้านการคลอด

- มีส่วนร่วมและแบ่งเบาภาระในการเลี้ยงดูบุตร

1.4 การสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค

โรคติดเชื้อในเด็กหลายชนิด สามารถป้องกันไม่ให้เกิดโรคและลดความ
เสี่ยงต่อความพิการจากโรคได้ โดยให้เด็กได้รับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค

1.5 มาตรฐานที่อยู่อาศัยและสิ่งแวดล้อมตามมาตรฐานความจำเป็นพื้นฐาน (จปฐ.)

- ลักษณะสภาพบ้าน ต้องมีโครงสร้างมั่นคงแข็งแรงเกิน 5 ปี มีห้องนอน ห้องพักผ่อน ห้องครัว มีความสะอาด มีการจัดสิ่งของอย่างเป็นระเบียบเรียบร้อย พื้นและบริเวณบ้านต้องได้รับการเก็บกวาด

- ความสว่างและการระบายอากาศภายในบ้าน ต้องมีความพอเพียง มีการระบายอากาศได้หลังคา ช่องหน้าต่างห้องนอน ช่องหน้าต่างห้องเอนกประสงค์ ช่องหน้าต่างห้องครัว ช่องหน้าต่างห้องน้ำ

- การมีและการใช้ส้วมต้องมีส้วมหลุมหรือส้วมซึมที่ถูกหลักสุขาภิบาล มีตัวเรือนภายในมีแสงสว่าง และการระบายอากาศตามธรรมชาติ ตั้งอยู่ห่างจากแหล่งน้ำ เช่น บ่อ สระ แม่น้ำ ไม่ต่ำกว่า 30 เมตร เพื่อป้องกันการซึมของอุจจาระลงในแหล่งน้ำ

- ความพอเพียงในการใช้น้ำดื่ม น้ำใช้ จะต้องพอเพียง น้ำใช้ 10 ลิตรต่อคนต่อวัน ส่วนน้ำดื่ม 2 ลิตรต่อคนต่อวัน

- แหล่งมลพิษใกล้บ้าน จะต้องไม่มีกลิ่นจากน้ำทิ้ง น้ำโสโครก ตลอดจนกลิ่น ฝุ่น คิวบ์ เสียหรือมลภาวะจากโรงงานอุตสาหกรรมหรือโรงเลี้ยงสัตว์

2.ด้านความแข็งแรงของร่างกาย

2.1 ความต้องการด้านสมรรถภาพทางกาย ได้แก่ พัฒนาการ ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ การเคลื่อนไหวของร่างกาย สมรรถภาพการทำงานของอวัยวะต่างๆ การสื่อความหมายและการพัฒนาการต่อสังคม การแสดงออกทางกาย (ผนวก ง)

2.2 การเล่นและออกกำลังกายในแต่ละวัย เด็กในวัย 0 ถึง 6 ปี ต้องการการออกกำลังกายและการเคลื่อนไหวอย่างน้อยวันละ 4 ชั่วโมง

2.3 ระยะเวลาโดยเฉลี่ยในการพักผ่อนนอนหลับของเด็ก การพักผ่อนเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับการดำรงชีวิต ในวันหนึ่งเด็กจะต้องการพักผ่อนนอนหลับเป็นเวลานานกว่าผู้ใหญ่ ในระหว่างการนอนหลับ ร่างกายส่วนใหญ่จะได้พักกล้ามเนื้อ ได้ผ่อนคลาย และลดการทำงานอวัยวะต่างๆ ซึ่งในส่วนของสมองจะมีการทำงานถ่ายถอดข้อมูลและมีการหลั่งฮอร์โมนเพิ่มการเติบโตและเด็กที่นอนหลับพักผ่อนไม่เพียงพอ จะเติบโตช้า มีปัญหาด้านการเรียนรู้และอารมณ์ ต่างกับเด็กที่ได้พักผ่อนตามความต้องการ

3.การพัฒนาด้านสติปัญญา จิตใจ อารมณ์และสังคม

เด็กต้องได้รับการอบรมเลี้ยงดูจากบิดา มารดาหรือผู้ดูแล นอกเหนือจากด้านโภชนาการและสุขภาพอนามัยแล้ว เด็กยังต้องการที่จะพัฒนาสติปัญญา จิตใจ อารมณ์ และสังคม ดังนั้นในการอบรมเลี้ยงดู บิดา มารดาหรือผู้ดูแลเด็กต้องมีความเข้าใจหรือตอบสนองความต้องการด้านต่างๆ ซึ่งมีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน จะจำแนกจากกันโดยเด็ดขาดไม่ได้ นอกจากนั้น ความต้องการบางอย่างต่อเนื่องระหว่างระดับอายุต่างๆ หรือในบางกรณีมีส่วนเพิ่มเติมซึ่งเป็นทั้งด้านกว้างและด้านลึกของลักษณะต่อเนื่อง ถ้าบิดา มารดาหรือผู้ดูแล

เด็ก เข้าใจความต้องการด้านต่างๆ เหล่านี้และการอบรมเลี้ยงดูให้ประสานสอดคล้องกันแล้ว เด็กจะมีพัฒนาการรอบด้าน และจะสามารถพัฒนาตนเองตามศักยภาพได้ในที่สุด (ภาคผนวก จ)

4. ความต้องการด้านการศึกษา

การจัดการศึกษาให้เด็กก่อนประถมศึกษา เด็กอายุ 0 ถึง 6 ปีนั้น เด็กที่มีอายุระหว่าง 0 ถึง 2.9 ปี ควรได้รับการเลี้ยงดู อบรม จากครอบครัวอย่างใกล้ชิด เพราะเป็นช่วงที่เด็กมีพัฒนาการอย่างรวดเร็วทุกด้าน ส่วนเด็กที่มีอายุ 3 ถึง 6 ปี จะต้องได้รับการเลี้ยงดูจากศูนย์พัฒนาการเด็กเล็กหรือโรงเรียนเพื่อให้เด็กมีความพร้อมทางด้านร่างกาย จิตใจ สติปัญญา อารมณ์ บุคลิกภาพและสังคม เพื่อรับการศึกษาต่อไป (กระทรวงศึกษาธิการ, 2536)

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาในเรื่องเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของเด็กที่มีบิดามารดาเสียชีวิตด้วยโรคเอดส์นั้นยังไม่มีผู้ทำการศึกษาเพื่อเผยแพร่ผลงานในภาพรวม มีเพียงการศึกษาในส่วนของปัญหาและผลกระทบที่เกิดขึ้น ดังนั้นผู้ศึกษาจึงรวบรวมประเด็นที่เกี่ยวข้องดังนี้

ด้านโภชนาการและสุขภาพอนามัย

เด็กกำพร้าที่ติดเชื้อโรคเอดส์ เด็กกำพร้าที่ไม่ติดเชื้อโรคเอดส์และเด็กที่ยังไม่ทราบผลแน่นอนว่าติดเชื้อโรคเอดส์ ครอบครัวไม่ได้ให้ความเอาใจใส่ในเรื่องโภชนาการ ของเด็กเท่าที่ควร เด็กได้รับประทานอาหารที่ไม่มีประโยชน์ต่อร่างกาย ได้รับสารอาหารไม่ครบถ้วน รับประทานอาหารที่ไม่ถูกสุขลักษณะ ส่วนด้านสุขภาพอนามัยเด็กกำพร้าที่ ติดเชื้อโรคเอดส์จะมีปัญหาเป็นอย่างมาก เนื่องจากภาวะการเจ็บป่วย มีตุ่มพองตามร่างกาย เด็กไม่ได้รับการดูแลเรื่องความสะอาด เสื้อผ้าที่ใส่จะสกปรก เปราะเปื้อนจากการเล่น ทำให้เชื้อโรคต่างๆ สามารถเข้าสู่บาดแผลได้ง่าย เด็กที่ติดเชื้อโรคเอดส์ มีความต้องการ การรักษาพยาบาลและการดูแลอย่างใกล้ชิดจากแพทย์ ในส่วนของเด็กกำพร้าที่ไม่ติดเชื้อหรือยังไม่ทราบผลแน่นอน เด็กอาจมีการเจ็บป่วยเล็กๆ น้อยๆ การรักษาส่วนใหญ่ก็ไปที่สถานอนามัย โดยที่ผู้ปกครองไม่ได้ให้ความดูแลใส่ใจเท่าที่ควร เนื่องจากเห็นว่าเด็กยังมีสุขภาพสมบูรณ์ แข็งแรงดี (อภิรดี ธรรมาทิกุล, 2541) สำหรับอาการป่วยที่พบบ่อยในเด็กติดเชื้อโรคเอดส์ คือ ตับและม้ามโต รองลงมาเช่น อาการต่อมน้ำเหลืองโต อุจจาระร่วงเรื้อรังหรือเป็นๆ หายๆ ติดเชื้อซ้ำบ่อยๆ พัฒนาการช้าหรือเจริญเติบโตช้า มีผื่นตามผิวหนัง เป็นไขเรื้อรัง (กุลกัญญา โชคไพบูลย์, 2541) นอกจากนี้เด็กที่ได้รับผลกระทบจากโรคเอดส์ ร้อยละ 10.57 มีปัญหาด้านสุขภาพและไม่ได้รับการดูแลจากแพทย์เมื่อเวลาเจ็บป่วย (Bendri A., 1995)

ด้านความแข็งแรงของร่างกาย

เด็กที่คลอดจากมารดาที่ติดเชื้อโรคเอดส์ และมีน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์ จะมีพัฒนาการช้ากว่าเด็กกำพร้าที่ถูกมารดาทิ้งซึ่งผลเลือดเป็นลบ นอกจากนั้นการที่มารดาพยายามปิดบังไม่ให้อาติพี่น้องรู้ และหลบซ่อนเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ทำให้เด็กไม่ได้รับ

ภูมิคุ้มกัน และร่างกายอ่อนแอ ประกอบกับเด็กขาดสารอาหารและขาดการกระตุ้นจากสังคมรอบข้าง เป็นผลให้เด็กมีการพัฒนาทางร่างกายน้อยกว่าปกติและพัฒนาการด้านอื่นๆ ก็ช้าลงด้วย (สุธีระ วัชรคุปต์, 2535)

ด้านพัฒนาสติปัญญา จิตใจ อารมณ์และสังคม

เด็กที่เกิดจากมารดาที่ติดเชื้อโรคเอดส์ขาดการสัมผัส โอบกอด เด็กจะมีอาการซึม หงอย เหงา ไม่ร่าเริง ไม่สนใจสิ่งแวดล้อม ดูดนมได้น้อย น้ำหนักลดลง เซลประสาทที่ขาดการกระตุ้น เส้นประสาทพัฒนาไม่ดี เด็กจึงมีพัฒนาการช้ากว่าเด็กปกติ อาการเหล่านี้มักพบในเด็กที่ถูกทอดทิ้ง หรือเด็กที่นอนป่วยในโรงพยาบาลเป็นเวลานาน นอกจากนี้ปฏิกิริยาจากบุคคลรอบข้างที่ดูแลเด็ก จะเป็นแรงเสริมให้เกิดปัญหาทางอารมณ์จิตใจของเด็ก เช่น เจ้าหน้าที่ หรือญาติพี่น้อง ที่รู้สึกวิตกกังวลอย่างมากจนทำอะไรไม่ถูก มีอารมณ์ซึมเศร้า ทำให้เด็กขาดการกระตุ้นในการเลี้ยงดู เด็กจึงมีปัญหาทางด้านอารมณ์ (emotion deprivation) (สุธีระ วัชรคุปต์, 2535) และ เด็กที่บิดามารดาเสียชีวิตด้วยโรคเอดส์ โดยเฉพาะเด็กที่ติดเชื้อโรคเอดส์ และเด็กที่โตพอที่จะรับทราบถึงเหตุการณ์ในขณะที่บิดามารดากำลังป่วย จนกระทั่งเสียชีวิต จะมีปัญหาทางด้านอารมณ์ จิตใจมากกว่าปกติ เด็กจะซึมเศร้า เสียใจ เมื่อคิดถึงบิดามารดาหรือเมื่อมีเรื่องใดเรื่องหนึ่งมากระทบต่อจิตใจ (อภิรดี ธรรมาธิกุล, 2541) ส่วนการศึกษาเปรียบเทียบความต้องการทางอารมณ์และปัญหาพฤติกรรมของเด็กที่ได้รับผลกระทบจากเอดส์กับเด็กที่บิดามารดาไม่ติดเชื้อซึ่งมีสภาพทางเศรษฐกิจและสังคมเหมือนกัน พบว่าเด็กที่บิดามารดาติดเชื้อมีอารมณ์ซึมเศร้าและมีความวิตกกังวลสูงกว่า ทั้งยังมีปัญหาด้านความใส่ใจ และมีพฤติกรรมก้าวร้าว และเกเรมากกว่าถึงแม้ว่าพ่อแม่ยังมีชีวิตอยู่ก็ตาม แสดงว่าเด็กมีปฏิกิริยาตอบสนองสูงต่อสภาพแวดล้อมที่มีความเครียดสูง (อุษาดวงสา, 2540)

ด้านการศึกษา

เด็กที่บิดามารดาเสียชีวิตด้วยโรคเอดส์โดยเฉพาะเด็กที่ติดเชื้อโรคเอดส์ จะมีปัญหาเรื่องถูกปฏิเสธจากทางโรงเรียนหรือศูนย์เด็กเล็ก ทำให้เด็กขาดโอกาสทางการศึกษา ขาดโอกาสเรียนรู้อะไร ไม่ได้ร่วมกิจกรรมกับเพื่อนๆ ในวัยเดียวกันตามปกติ (อภิรดี ธรรมาธิกุล, 2541) ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยเมื่อปี พ.ศ. 2537 ที่ครัวเรือนในภาคเหนือ มีผู้เสียชีวิตด้วยโรคเอดส์ จำนวน 116 ครัวเรือน พบว่า ผลกระทบที่เกิดกับเด็กนั้น ร้อยละ 20 ของครัวเรือน เด็กอื่นๆ ในชุมชนได้ถูกห้ามไม่ให้มาเล่นกับเด็ก ในครอบครัวที่ติดเชื้อ และมี 2 ครัวเรือนที่เด็กถูกบังคับให้ออกจากโรงเรียน (สุมาลี ปิตยานนท์ และคณะอ้างใน วีรสิทธิ์ สิทธิไตรย์ และ Brown T., 2539) เด็กซึ่งเกี่ยวข้องกับผลกระทบของโรคเอดส์ ร้อยละ 14.1 ต้องออกจากโรงเรียน (Bendri A., 1995) เด็กส่วนใหญ่ ร้อยละ 59.51 มีปัญหาด้านการศึกษา ซึ่งเด็กในกลุ่มบิดาหรือมารดาเสียชีวิต มีปัญหาหนักที่สุด เมื่อพิจารณาอายุกับการศึกษา พบว่า กลุ่มเด็ก 6 ถึง 10 ปี, 11 ถึง 15 ปี ประสบปัญหาด้านการศึกษามากกว่ากลุ่มเด็ก 2 ถึง 5 ปี และเด็กที่อายุมากกว่า 16 ปี (Parichart C. and other, 1997) นอกจากนี้ยังมีงานวิจัย

ของ Mok J. and Cooper S. (1997), Kamali A. and Secley JA. (1996) ที่เห็นว่าเด็กเหล่านี้มีปัญหาในเรื่องข้อจำกัดทางด้านการศึกษาเช่นกัน

กล่าวโดยสรุปผลที่เกิดขึ้นกับเด็ก จะพบว่ามีอาการรังเกียจกีดกันเด็กที่ติดเชื้อโรคเอดส์ หรือเด็กที่เกิดจากมารดาที่ติดเชื้อโรคเอดส์ มีเด็กกำพร้าเกิดจากบิดามารดาที่เสียชีวิตด้วยโรคเอดส์ มีการทอดทิ้งเด็กทารกที่ติดเชื้อโรคเอดส์ (Pakwimon P. and other, 1995) เกิดผลกระทบขึ้นในตัวเด็กและในระบบการศึกษาของชาติ (วีรสิทธิ์ สิทธิไตรย์ และ Brown T., 2539) สิทธิเด็กถูกละเมิด (วิจิต มันทาภรณ์, 2537) ซึ่งสอดคล้องกับองค์การอนามัยโลก (อ้างใน สกล บุญคำ, 2540) ที่พบว่าปัญหาผลกระทบต่อเด็กที่มารดาติดเชื้อโรคเอดส์ คือการไม่ได้รับการดูแลจากบิดาหรือมารดาที่มีชีวิตอยู่หรือแม้กระทั่งญาติ พี่ น้อง ในกรณีที่ต้องสูญเสียทั้งบิดาและมารดาและกลายเป็นเด็กกำพร้า มีเด็กถูกทอดทิ้งจำนวนมากขึ้น ปู่ ย่า ตา ยาย ไม่สามารถดูแลได้เนื่องจากความชราและไม่มีรายได้เพียงพอ นอกจากนี้ เด็กยังมีความต้องการด้านอาหาร เสื้อผ้า เครื่องนุ่งห่ม ที่อยู่อาศัย ต้องการอยู่ในครอบครัว ที่อบอุ่น ได้รับการศึกษา มีกิจกรรมเพื่อสร้างรายได้ อีสรระจากการไม่ถูกรังเกียจ การคุ้มครองกฎหมาย การรักษาพยาบาลเบื้องต้น การพัฒนาด้านสติปัญญา อารมณ์ จิตใจและสังคมที่ดี ดังนั้นเด็กจึงต้องการความช่วยเหลือ เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของเขาต่อไป