บทที่ 5

สรุปผลการศึกษา อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

ลักษณะทั่วไป

ลักษณะทั่วไปของผู้ให้สัมภาษณ์เป็นเพศหญิง การศึกษาระดับประถมศึกษา มีความสัมพันธ์กับเด็กโดยเป็นมารดาหรือเครือญาติเป็นส่วนใหญ่

ผู้ดูแลเด็กกำพร้าส่วนใหญ่ จะเป็นมารดา รองลงมาเป็นปู่ ย่า ตา ยาย และเป็น ลุง ป้า น้า อา ส่วนเด็กอีก 2 กลุ่ม ผู้ดูแลเป็นบิดาและมารดา ส่วนใหญ่มีอาชีพนอกระบบราชการ รายได้ของผู้ดูแลในกลุ่มเด็กกำพร้าน้อยกว่าเด็กกลุ่มอื่น

ลักษณะทั่วไปของเด็ก ไม่มีความแตกต่างระหว่างเพศ อายุของเด็กกำพร้ามากกว่าเด็กที่บิดามารดาติดเชื้อและเด็กปกติ จำนวนสมาชิกในครัวเรือนของเด็กกำพร้ามีมากกว่าเด็กกลุ่มอื่นเช่นกัน ผลการตรวจหาเชื้อ HIV ในเด็กหลังอายุ 18 เดือนพบว่าในกลุ่มเด็กกำพร้ากับกลุ่มเด็กที่บิดามารดาติดเชื้อส่วนใหญ่มีผลเลือดเป็นลบ เด็กกำพร้าได้รับการสงเคราะห์เป็นเงินและทุนการศึกษา เด็กที่บิดามารดาติดเชื้อ ได้รับเงินและทุนการศึกษา อาหารกลางวันและ นม

ภาวะโภชนาการและสุขภาพอนามัย

เด็กที่กำพร้าและเด็กที่บิดามารดาติดเชื้อไม่ได้กินนมมารดาแต่กินนมผงที่มีส่วนคล้ายนมมารดา ส่วนเด็กไม่กำพร้าบิดามารดาไม่ติดเชื้อเอดส์จะกินนมมารดา

ในการกินอาหารทั้ง 3 มื้อไม่มีความแตกต่างโดยสารอาหารที่เด็กได้รับมากที่สุดคือโปรตีนและน้อยที่สุดของทุกกลุ่มคือสารอาหารประเภทวิตามินและเกลือแร่ เมื่อพิจารณาการได้รับสารอาหารครบทั้ง 5 หมู่ ซึ่งรวมข้าวที่เป็นอาหารหลักนั้นพบว่าเด็กกำพร้า ได้รับสารอาหารครบ 5 หมู่มากกว่าเด็กปกติแต่น้อยกว่าเด็กที่บิดามารดาติดเชื้อเอดส์

น้ำหนักแรกคลอดของเด็กทั้ง 3 กลุ่มมีค่าเฉลี่ยไม่ผ่านเกณฑ์มาตรฐานคือต่ำกว่า 3,000 กรัม ส่วนน้ำหนักปัจจุบัน ส่วนสูง และเส้นรอบวงต้นแขน พบว่าเด็กกำพร้ามีน้ำหนักและขนาดที่มากกว่าทุกกลุ่ม (เกิดจากมีอายุเฉลี่ยที่มากกว่า) เมื่อพิจารณาน้ำหนักและส่วนสูงตามเกณฑ์อายุ พบว่ากลุ่มเด็กกำพร้ามีภาวะโภชนาการปกติใกล้เคียงกับเด็กปกติ แต่มากกว่าเด็กที่บิดามารดาติดเชื้อและเมื่อเทียบ น้ำหนัก เส้นรอบวงต้นแขน จาก percent median for age เด็กกำพร้ามีน้ำหนักเฉลี่ยมากที่สุด ส่วนเส้นรอบวงต้นแขน เด็กกำพร้ามีค่าเฉลี่ยน้อยกว่าเด็กปกติแต่มากกว่าเด็กที่บิดามารดาติดเชื้อเอดส์และมีชีวิตอยู่

กลุ่มเด็กกำพร้ามีการดูแลความสะอาดร่างกายด้วยการอาบน้ำน้อยที่สุด และเป็นกลุ่มเด็กที่มีการเจ็บป่วยด้วยโรคประจำตัวมากกว่าเด็กทั้ง 2 กลุ่ม ส่วนการปฏิบัติเมื่อเด็กมีอาการไข้ของทั้ง 3 กลุ่มมีความแตกต่างกัน เด็กกำพร้าจะได้รับการรักษากับแพทย์และผู้ดูแลที่ไม่ใช่แพทย์ สำหรับการตรวจร่างกายเบื้องต้นตามแบบงานอนามัยโรงเรียน กลุ่มเด็กกำพร้าจะมีความผิดปกติของ มือ คอ หู ฟัน เท้า มากกว่า 2 กลุ่ม ส่วนความผิดปกติของศีรษะและขา พบมากในกลุ่มเด็กไม่กำพร้าบิดามารดาติดเชื้อเอดส์ เมื่อพิจารณาคะแนนรวมของการตรวจร่างกายเบื้องต้นในกลุ่มเด็กกำพร้ามีคะแนนน้อยกว่าคะแนนรวมเฉลี่ยของทุกกลุ่ม

มาตรฐานที่อยู่อาศัย 7 ด้านของเด็กทั้ง 3 กลุ่มมีความแตกต่างกัน เด็กกำพร้ามีคะแนนเฉลี่ยน้อยกว่าเด็กกลุ่มอื่น นอกจากนั้นยังพบว่าแหล่งมลพิษใกล้บ้านของเด็กกำพร้าก็มีมากกว่าเด็กกลุ่มอื่นด้วย

การศึกษาครั้งนี้ในเรื่องเกี่ยวกับภาวะโภชนาการสรุปได้ว่าเด็กทั้ง 3 กลุ่มได้รับสารอาหาร 5 หมู่ที่ไม่แตกต่างกัน แต่สิ่งที่แตกต่างกันคือสภาวะโภชนาการของ น้ำหนักส่วนสูง อายุ ที่ไม่เป็นไปตามเกณฑ์ชี้วัดของเด็กที่บิดามารดาติดเชื้อ ส่วนด้านสุขภาพอนามัยของเด็กนั้น พบว่าเด็กกำพร้าที่บิดาหรือมารดาเสียชีวิตด้วยโรคเอดส์ มีสภาวะสุขภาพอนามัยที่ไม่สมบูรณ์เมื่อเทียบกับเด็กอีก 2 กลุ่ม

ความแข็งแรงของร่างกาย

เด็กกำพร้า มีพัฒนาการด้านการทรงตัว การเคลื่อนไหวร่างกายใกล้เคียงกับเด็กปกติ และส่วนด้านการแสดงออกทางกายจะดีกว่ากว่าเด็กที่บิดามารดาติดเชื้อ แต่ด้อยกว่าเด็กปกติ เมื่อพิจารณาปัญหาพัฒนาการจากการเลี้ยงดู พบว่าเด็กกำพร้ามีปัญหามากกว่าเด็กปกติ แต่น้อยกว่าเด็กที่บิดาหรือมารดาติดเชื้อเอดส์ เด็กทั้ง 3 กลุ่ม ส่วนใหญ่มีปัญหาพัฒนาการที่ช้า

เด็กทั้ง 3 กลุ่มมีชั่วโมงเล่นและออกกำลังกายไม่แตกต่างกัน เด็กกำพร้าพักผ่อนโดยมีชั่วโมงการนอนหลับที่ผ่านเกณฑ์มากกว่าเด็กที่บิดามารดาติดเชื้อแต่น้อยกว่าเด็กปกติ

ดังนั้นด้านความแข็งแรงของร่างกาย กลุ่มที่มีปัญหาได้แก่เด็กที่บิดามารดาติดเชื้อ รองลงมาคือเด็กกำพร้า ส่วนใหญ่จะเป็นปัญหาพัฒนาการด้านการทรงตัวการเคลื่อนไหว การแสดงออกทางกาย และการพักผ่อนนอนหลับ

การพัฒนาด้านสติปัญญา จิตใจ อารมณ์และสังคม

เด็กกำพร้ามีระยะเวลาการเลี้ยงดูจากมารดาที่มากกว่าเด็กทั้ง 2 กลุ่ม ความรู้สึกของผู้เลี้ยงดูเด็กต่อการเป็นโรคร้ายแรงของเด็ก ในกลุ่มเด็กกำพร้ามีการยอมรับน้อยกว่าเด็กกลุ่มอื่น

เด็กกำพร้ามีบุคลิกภาพด้านไม่ดีสูงกว่าเด็กปกติ แต่น้อยกว่าเด็กที่บิดาและมารดาติดเชื้อเอดส์ ในกลุ่มเด็กกำพร้าได้รับการยอมรับจากบุคคลอื่นน้อยกว่าเด็กทั้ง 2 กลุ่ม ส่วนเด็กที่บิดามารดาติดเชื้อนั้นจะได้รับการยอมรับแต่ไม่ได้รับความสนิทสนมจากบุคคลอื่น

เด็กกำพร้าชอบช่วยเหลือผู้อื่น ช่วยเหลือสังคมและเด็กอีก 2 กลุ่ม มีความประพฤติดี ส่วนประเด็นการทำความผิดของเด็ก การปฏิบัติต่อเด็กเมื่อเด็กทำความดี การปฏิบัติต่อเด็กเมื่อเด็กทำความผิดนั้น ทั้ง 3 กลุ่มไม่แตกต่างกัน

เด็กทั้ง 3 กลุ่มมีอาการ ซึม เศร้า เหงามีเรื่องทุกข์ใจ ไม่สบายใจ ไม่แตกต่างกัน แต่เมื่อพิจารณาสาเหตุของการผิดปกตินั้น พบว่ากลุ่มเด็กกำพร้ามีปัญหาทางด้านจิตใจมากที่สุด ส่วนเด็กที่บิดามารดาติดเชื้อและเด็กปกติ มีปัญหามาจากทางด้านร่างกายมากที่สุด การปฏิบัติเมื่อเด็กมีอาการด้านจิตใจคือ ซึม เศร้าฯ ในกลุ่มเด็กกำพร้าจะมีการพูดคุย อธิบาย ร้องเพลงให้ฟัง ส่วนเด็กอีก 2 กลุ่มได้รับการพาไปหาหมอหรือเอายาให้กิน

เด็กกำพร้าและเด็กที่บิดามารดาติดเชื้อนั้น มีปัญหาทางด้านสติปัญญา จิตใจ อารมณ์และสังคมมากกว่าเด็กปกติ ถึงแม้ว่าเด็กได้รับการเลี้ยงดูด้วยระยะเวลาที่นานกว่า แต่สภาวะที่บีบคั้นภายในครอบครัวและสังคมทำให้เด็กมีบุคลิกภาพที่ไม่ดี มีการแสดงออกที่ก้าวร้าวมากกว่า

การศึกษา

กลุ่มเด็กกำพร้าได้เข้าโรงเรียนมากกว่าเด็กทั้ง 2 กลุ่ม ปัญหาที่พบในการนำเด็กไปสถาบันการศึกษา ทั้ง 3 กลุ่มไม่แตกต่างกัน ความคาดหวังด้านการศึกษาในอนาคตของผู้ดูแลเด็กนั้น พบว่าอยากให้เด็กกำพร้าจบการศึกษามากกว่าเด็กทั้ง 2 กลุ่มและความคาดหวังส่วนใหญ่อยากให้เด็กได้จบสูงกว่าชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 ส่วนความคาดหวังด้านอาชีพของเด็กในอนาคต พบว่าทั้ง 3 กลุ่มได้รับคาดหวังให้เด็กมีอาชีพรับราชการ ซึ่งมีมากที่สุดในกลุ่มเด็กปกติ เมื่อพิจารณาโดยรวมแล้วความคาดหวังในด้านการศึกษาและอาชีพ มีความแตกต่างกัน

ประเด็นในด้านการศึกษา เด็กทุกกลุ่มไม่มีปัญหาในการที่ได้รับการศึกษาเมื่อเด็กมีอายุครบตามเกณฑ์ มีเด็กกำพร้าเพียง 2 รายเท่านั้นที่ไม่ได้เข้าโรงเรียนตามเกณฑ์ปฐมวัย เนื่องจากมารดาไม่ยอมเอาเด็กไปเข้าโรงเรียน และเด็กไม่มีชื่อในทะเบียนบ้าน แต่เมื่อพิจารณาตามเป้าหมายของกระทรวงศึกษาธิการแล้วถือว่าเด็กจะเข้าโรงเรียนตามเกณฑ์ เมื่อ

อายุ 6 ปีก็ได้ ส่วนความคาดหวังด้านการศึกษาและอาชีพในอนาคตของเด็ก ทั้ง 3 กลุ่มมีความคาดหวังที่ดีอันที่จะส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของเด็กในอนาคตต

คุณภาพชีวิต

กลุ่มเด็กกำพร้ามีคะแนนคุณภาพชีวิตจากการประเมินโดยผู้ดูแลเด็กที่ดีกว่าเด็กที่บิดามารดาติดเชื้อแต่น้อยกว่ากลุ่มเด็กปกติ และเมื่อผู้ประเมินคุณภาพชีวิตคือเพื่อนบ้าน กลุ่มเด็กกำพร้ามีคะแนนคุณภาพชีวิตที่ต่ำกว่าเด็กทั้ง 2 กลุ่ม

ทดสอบความแตกต่างของคุณภาพชีวิตโดยรวม ในเด็กทั้ง 3 กลุ่ม มีคะแนนคุณภาพชีวิต แตกต่างกัน เด็กกำพร้ามีคะแนนคุณภาพชีวิตที่ต่ำกว่าเด็กปกติ และมากกว่าเด็กที่บิดามารดาติดเชื้อ

เมื่อควบคุมตัวแปร อายุ เพศและการติดเชื้อในเด็กทั้ง 3 กลุ่ม

คุณภาพชีวิตแต่ละด้าน ในเด็กกำพร้า คุณภาพชีวิตด้านโภชนาการและสุขภาพอนามัย และด้านความแข็งแรงของร่างกาย ไม่แตกต่างกับเด็กปกติ แต่มีแนวโน้มต่ำกว่าเด็กปกติ (เมื่อพิจารณาผลการติดเชื้อในเด็ก คุณภาพชีวิตด้านโภชนาการและสุขภาพอนามัย และด้านความแข็งแรงของร่างกาย ต่ำกว่าเด็กปกติ ร้อยละ 22.41 ร้อยละ 22.16 ตามลำดับ) และคุณภาพชีวิตด้านพัฒนาสติปัญญา จิตใจ อารมณ์ สังคมและด้านการศึกษา พบว่าเด็กกำพร้า ต่ำกว่าเด็กปกติ (เมื่อพิจารณาผลการติดเชื้อในเด็ก คุณภาพชีวิตด้านพัฒนาสติปัญญา จิตใจ อารมณ์และสังคม ต่ำกว่าเด็กปกติ ร้อยละ 15.45 ส่วนคุณภาพชีวิตด้านการศึกษา ไม่มีความแตกต่างกันระหว่างเด็กที่ติดเชื้อหรือไม่ติดเชื้อ)

สำหรับคุณภาพชีวิตโดยรวม เด็กกำพร้ามีคุณภาพชีวิตต่ำกว่าเด็กปกติ (เมื่อพิจารณาผลการติดเชื้อในเด็ก คุณภาพชีวิตโดยรวมก็ต่ำกว่าเด็กปกติ ร้อยละ 17.23 เช่นกัน)

อภิปรายผลการศึกษา

โภชนาการ เด็กทั้ง 3 กลุ่มมีภาวะโภชนาการที่ไม่แตกต่างกันแต่มีแนวโน้มของเด็กกำพร้าและเด็กที่บิดามารดาติดเชื้อมีคุณภาพชีวิตด้านโภชนาการต่ำกว่าเด็กปกติ ซึ่งอาจเกิดจากเด็กกำพร้าขาดคนดูแลเอาใจใส่อย่างใกล้ชิด ต้องกินอาหารเหมือนคนอื่นที่ผู้ดูแลเด็กไม่ได้จัดเตรียมไว้ให้พิเศษ เด็กที่บิดามารดามีสภาพจิตใจที่กดดัน เครียด จากภาวะการติดเชื้อและดำเนินของโรคเอดส์ ไม่มีเวลาคำนึงถึงคุณค่าอาหาร ประกอบกับฐานะทางเศรษฐกิจที่ยากจนและต้องใช้จ่ายเงินส่วนใหญ่หมดไปกับค่ารักษาพยาบาล จึงไม่มีเงินซื้ออาหารที่

มีประโยชน์ทำให้กินอาหารตามที่มีอยู่ในท้องถิ่น ซึ่งสารอาหารที่ได้ไม่ครบ หรืออาจเป็นผลมาจากการติดเชื้อโรคเอดส์ในเด็กทำให้เด็กมีความบกพร่องในด้านสุขภาพ ส่งผลต่อภาวะโภชนาการ สอดคล้องกับการศึกษาของ อภิรดี ธรรมาธิกุล (2541) ซึ่งพบว่าเด็กกำพร้าที่ติดเชื้อเอดส์ เด็กกำพร้าที่ไม่ติดเชื้อเอดส์และเด็กที่ยังไม่ทราบผลแน่นอนว่าติดเชื้อเอดส์หรือไม่ ครอบครัวไม่ได้ให้ความเอาใจใส่ ในเรื่องโภชนาการของเด็กเท่าที่ควร เด็กรับประทานอาหารที่ไม่มีประโยชน์ต่อร่างกาย ได้รับสารอาหาร ไม่ครบถ้วน รับประทานอาหารที่ไม่ถูกสุขลักษณะ

สุขภาพอนามัย

เด็กทั้ง 3 กลุ่ม มีภาวะสุขภาพอนามัยไม่แตกต่างกัน แต่มีแนวโน้มในเด็กกำพร้าและเด็กที่บิดามารดาติดเชื้อมีภาวะสุขภาพต่ำกว่าเด็กปกติ เด็กกำพร้ามีการรักษาความสะอาดของร่างกายโดยการอาบน้ำ น้อยกว่าเด็กอีก 2 กลุ่ม จากการตรวจร่างกายเบื้องต้นตามแบบงานอนามัยโรงเรียนพบว่าเด็กกำพร้า มีความผิดปกติของร่างกาย มากกว่า เมื่อพิจารณาผลการติดเชื้อในเด็ก พบว่าเด็กกำพร้ามีสุขภาพอนามัยที่ต่ำกว่าเด็กปกติ อาจเกิดเนื่องมาจากการเจ็บป่วย ซึ่งเห็นได้คือ เด็กมีการเจ็บป่วยด้วยโรคประจำตัวต่างๆ ที่กระจายมากกว่า สอดคล้องกับการศึกษาของ อภิรดี ธรรมาธิกุล (2541) ที่ว่าเด็กกำพร้าที่เกิดจากมารดาที่ติดเชื้อเอดส์ เด็กอาจมีเชื้อหรือไม่มีเชื้อเอดส์จะมีปัญหาด้านสุขภาพอนามัยเป็นอย่างมาก เด็กเจ็บป่วยไม่สบายบ่อย และมีตุ่ม มีแผลพุพองตามร่างกาย เมื่อเด็กคันและเกาจะมีเลือดไหลออกมา เด็กไม่ได้รับการดูแล ในเรื่องความสะอาดของบาดแผลเท่าที่ควร เสื้อผ้าที่เด็กใส่ สกปรก เปรอะเปื้อนจากการเล่น ทำให้เชื้อโรคต่างๆ สามารถเข้าสู่บาดแผลได้ง่าย เด็กที่ติดเชื้อเอดส์ มีความต้องการ การรักษาพยาบาลและดูแลใกล้ชิดจากแพทย์ซึ่งจากการศึกษาครั้งนี้ก็พบว่าเด็กทั้ง 2 กลุ่มส่วนใหญ่ได้รับการปฏิบัติเมื่อเด็กมีอาการป่วยโดยการพาไปหาแพทย์มากกว่าอย่างอื่น ส่วนเด็กปกติได้รับการรักษาโดยผู้ที่ไม่ใช่แพทย์เป็นส่วนใหญ่ ส่วนปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม พบว่าเด็กกำพร้าอยู่ใกล้สภาพสิ่งแวดล้อมที่เป็นมลพิษทั้งจากโรงงานอุตสาหกรรมและโรงเลี้ยงสัตว์ มากกว่า ซึ่งอาจเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้สุขภาพของเด็กรวมไปถึงสุขภาพบิดามารดาที่เสียชีวิตไปแล้วหรือมีชีวิตอยู่ได้รับผลกระทบ มีผลต่อการดำเนินของโรคเอดส์เป็นไปอย่างรวดเร็ว

ความแข็งแรงของร่างกาย

เด็กทั้ง 3 กลุ่มไม่มีความแตกต่างกันในด้านความแข็งแรงของร่างกาย แต่มีแนวโน้มในเด็กกำพร้าและเด็กที่บิดามารดาติดเชื้อ มีคุณภาพชีวิตด้านนี้ต่ำกว่าเด็กปกติ ซึ่งผู้ศึกษาพบว่าเด็กทั้ง 3 กลุ่มมีสุขภาพแข็งแรง มีพัฒนาการในด้านต่างๆ การเล่นและการพักผ่อนนอนหลับส่วนใหญ่เป็นปกติ แต่เมื่อพิจารณาการติดเชื้อในเด็ก คุณภาพชีวิตด้านความแข็งแรงของร่างกายจะต่ำกว่าเด็กปกติ ใกล้เคียงกับผลการศึกษาของ สุธีระ วัชรคุปต์ (2535)

พบว่า เด็กที่คลอดจากมารดาที่ติดเชื้อเอดส์และเด็กอาจติดเชื้อ ป่วยเป็นโรคเอดส์ มีน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์ จะมีพัฒนาการช้ากว่าเด็กกำพร้าที่ถูกมารดาทิ้งซึ่งผลเลือดเป็นลบ นอกจากนั้นการที่มารดาพยามปิดปังไม่ให้ญาติพี่น้องรู้และหลบซ่อนเจ้าหน้าที่สาธารณสุขทำให้เด็กไม่ได้รับภูมิคุ้มกัน และร่างกายอ่อนแอ ประกอบกับเด็กขาดอาหารและขาดการกระตุ้นจากสังคมรอบข้าง เป็นผลให้เด็กมีการพัฒนาทางร่างกายน้อยกว่าปกติ และพัฒนาการด้านอื่นๆ ก็ช้าลงด้วย

การพัฒนาสติปัญญา จิตใจ อารมณ์และสังคม

เด็กกำพร้ามีคุณภาพชีวิตด้านพัฒนาสติปัญญา จิตใจ อารมณ์และสังคม ที่ต่ำกว่าเด็กปกติ ถึงแม้ว่าเด็กได้รับการเลี้ยงดูจากบิดามารดาในระยะเวลาที่มากกว่าเด็กอีก 2 กลุ่ม แต่เด็กก็ได้รับความเครียดจากภายในครอบครัว และการไม่ยอมรับจากเพื่อนบ้าน ชุมชน การยอมรับในตัวเด็กจากบุคคลอื่นพบว่าเด็กกำพร้าจะไม่ได้รับการยอมรับมากกว่า ส่วนเด็กที่บิดามารดาติดเชื้อได้รับการยอมรับแต่ไม่แสดงความสนิทสนมจากบุคคลอื่น สาเหตุของอาการซึม เศร้า ไม่สบายใจ พบมากในเด็กกำพร้าโดยมีปัญหาทางด้านจิตใจ ปัญหาด้านปฏิสัมพันธ์ทางสังคม เมื่อพิจารณาผลการติดเชื้อร่วมด้วย พบว่าเด็กที่มีผลเลือดเป็น บวก คุณภาพชีวิตด้านนี้ต่ำกว่าเด็กปกติเช่นกัน ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ สุธีระ วัชรคุปต์ (2535) พบว่าเด็กที่เกิดจากมารดาที่ติดเชื้อเอดส์ ขาดการสัมผัส โอบกอด เด็กจะมีอาการ คือ ซึม หงอย ไม่ร่าเริง ไม่สนใจสิ่งแวดล้อม ดูดนมได้น้อย น้ำหนักลดลง เซลประสาท ขาดการกระตุ้น เส้นประสาท พัฒนาไม่ดี เด็กจึงมีพัฒนาการช้ากว่าเด็กปกติ อาการเหล่านี้มักพบในเด็กที่ถูกทอดทิ้ง หรือเด็กที่นอนป่วยในโรงพยาบาลเป็นเวลานาน นอกจากนี้ปฏิกิริยาจากบุคคลรอบข้างที่ดูแลเด็กจะเป็นแรงเสริมให้เกิดปัญหาทางอารมณ์จิตใจของเด็ก เช่น เจ้าหน้าที่ หรือญาติพี่น้อง ที่รู้สึกวิตกกังวลอย่างมากจนทำอะไรไม่ถูก มีอารมณ์ซึมเศร้า ทำให้เด็กถูกเลี้ยงดูและขาดการกระตุ้น เด็กจึงมีปัญหา ทางด้านอารมณ์ และสอดคล้องกับ อภิรดี ธรรมาธิกุล (2541) ที่พบว่าเด็กที่บิดามารดาเสียชีวิตด้วยโรคเอดส์ โดยเฉพาะเด็กที่ติดเชื้อเอดส์และเด็กที่โตพอ ที่จะรับทราบถึงเหตุการณ์ในขณะที่บิดามารดากำลังป่วย จนกระทั่งเสียชีวิต จะมีปัญหาทางด้านอารมณ์ จิตใจมากกว่าปกติ เด็กจะซึมเศร้า เสียใจ เมื่อคิดถึงบิดามารดาหรือเมื่อมีเรื่องใดเรื่องหนึ่งมากระทบต่อจิตใจ ส่วนการศึกษาเปรียบเทียบความต้องการทางอารมณ์และปัญหาพฤติกรรมของเด็กที่ได้รับผลกระทบจากเอดส์กับเด็กที่บิดา มารดาไม่ติดเชื้อ ที่มีสภาพทางเศรษฐกิจและสังคมเหมือนกัน อุษา ดวงสา, (2540) สรุปว่าเด็กที่บิดามารดาติดเชื้อ มีอารมณ์ซึมเศร้า และมีความวิตกกังวลสูงกว่า ทั้งยังมีปัญหาด้านความใส่ใจ และมีพฤติกรรมก้าวร้าว และเกเรมากกว่าถึงแม้ว่าบิดามารดายังมีชีวิตอยู่ก็ตาม แสดงว่าเด็กมีปฏิกิริยาตอบสนองสูงต่อสภาพแวดล้อมที่มีความเครียด

ด้านการศึกษา

เมื่อเปรียบเทียบกับเด็กปกติ เด็กกำพร้ามีคุณภาพชีวิตด้านการศึกษาต่ำกว่า ซึ่งมี 2 ราย ที่ประสบปัญหาอยู่กล่าวคือ เด็กไม่ได้เข้าโรงเรียนก่อนปฐมวัย เนื่องจากการรังเกียจของชุมชนสาเหตุของปัญหาเกิดจากฐานะเศรษฐกิจ และเด็กไม่มีชื่อในทะเบียนบ้าน ผู้ปกครองไม่ได้ใส่ใจเท่าที่ควร ส่วนปัญหาที่พบในการนำเด็กไปสถาบันการศึกษา ไม่มีความแตกต่างกัน แต่เมื่อพิจารณากรณีปัญหาในการนำเด็กไปสถาบันการศึกษา พบว่าเด็กกำพร้าและเด็กที่บิดามารดาติดเชื้อยังคงพบกับการถูกรังเกียจ ถูกเพื่อนล้อเลียนมากกว่าเด็กอีกกลุ่มอื่น สอดคล้องกับผลการศึกษาของ อภิรดี ธรรมาธิกุล (2541) พบว่าเด็กที่บิดามารดาเสียชีวิตด้วย โรคเอดส์โดยเฉพาะเด็กที่ติดเชื้อเอดส์จะมีปัญหาเรื่องถูกปฏิเสธจากทางโรงเรียนหรือศูนย์เด็กเล็ก ทำให้เด็กขาดโอกาสทางการศึกษา ขาดโอกาสเรียนรู้ในชีวิต ไม่ได้ร่วมกิจกรรมกับเพื่อนวัยเดียวกันตามปกติ สอดคล้องกับ .วีรสิทธ์ สิทธิไตรย์ และBrown T (2539) ที่พบว่า เมื่อปี พ.ศ.2537 ผลกระทบที่เกิดกับเด็ก ร้อยละ 20 ของครัวเรือน ถูกรังเกียจจากชุมชนโดยห้ามเด็กอื่นๆ มาเล่นกับเด็กในครอบครัวที่ติดเชื้อ และมี 2 ครัวเรือนที่เด็กถูกบังคับให้ออกจากโรงเรียน และ Bendri A. (1995) พบว่า เด็กที่ได้รับผลกระทบจากโรคเอดส์ ร้อยละ 14.1 ต้องออกจากโรงเรียน ส่วน Chantcharas P. and other (1997) พบว่าเด็กส่วนใหญ่ ร้อยละ 59.5 มีปัญหาด้านการศึกษาซึ่งในกลุ่มบิดาหรือมารดาเสียชีวิตเด็กจะมีปัญหามากที่สุด หากพิจารณาอายุกับการศึกษา พบว่า กลุ่มเด็ก 6 ถึง 10 ปี, 11 ถึง 15 ปี ประสบปัญหาด้านการศึกษา มากกว่ากลุ่มเด็ก 2 ถึง 5 ปี และเด็กที่อายุมากกว่า 16 ปี นอกจากนี้ยังมีงานวิจัยของ Mok J. and Cooper S. (1997) Kamali A. and Secley JA. (1996) สรุปว่า เด็กเหล่านี้มีปัญหาในเรื่องข้อจำกัดทางด้านการศึกษาเช่นกัน

คุณภาพชีวิตรายด้านเด็กอายุ 0 ถึง 6 ปี

เด็กกำพร้าเมื่อเปรียบเทียบกับเด็กปกติมีคุณภาพชีวิตด้านโภชนาการ สุขภาพอนามัยและด้านความแข็งแรงของร่างกายไม่แตกต่างกัน ส่วนในด้านพัฒนาสติปัญญา จิตใจ อารมณ์ สังคมและด้านการศึกษานั้นเด็กกำพร้าจะมีคุณภาพชีวิตที่ต่ำกว่าเด็กปกติ

เมื่อพิจารณาผลการติดเชื้อเอดส์ในเด็กร่วมด้วย เด็กที่มีผลเลือดบวก จะมีคุณภาพชีวิตด้านโภชนาการและสุขภาพอนามัย ด้านความแข็งแรงของร่างกายและด้านพัฒนาสติปัญญา จิตใจ อารมณ์ สังคม ที่ต่ำกว่าเด็กปกติ ส่วนในด้านการศึกษานั้น ไม่มีความแตกต่างกับเด็กกลุ่มอื่น

คุณภาพชีวิตโดยรวมเด็กอายุ 0 ถึง 6 ปี

เด็กกำพร้า มีคุณภาพชีวิตโดยรวมต่ำกว่าเด็กปกติ ส่วนเด็กที่บิดามารดาติดเชื้อก็มีแนวโน้มของคุณภาพชีวิตต่ำกว่าเด็กปกติเช่นกัน เมื่อพิจารณาผลของการติดเชื้อเอดส์ ในเด็กพบว่าเด็กที่มีผลเลือดบวก จะมีคุณภาพชีวิตโดยรวมต่ำกว่าเด็กปกติ สาเหตุเกิดจากคุณภาพชีวิตด้านต่างๆ ที่เด็กกำพร้าประสบปัญหาอยู่

การศึกษาครั้งนี้เมื่อสรุปภาพโดยรวม คุณภาพชีวิตของเด็ก 3 กลุ่มที่ได้รับผลกระทบจากโรคเอดส์ ได้แก่เด็กกำพร้าที่บิดาหรือมารดาหรือทั้งคู่เสียชีวิตด้วยโรคเอดส์ เด็กที่บิดาหรือมารดาติดเชื้อเอดส์และเด็กที่บิดาและมารดาไม่ติดเชื้อเอดส์ยังมีชีวิตอยู่ พบว่าเด็กที่มีคุณภาพชีวิตต่ำสุด คือกลุ่มเด็กที่กำพร้า รองลงมาคือเด็กที่บิดาหรือมารดาติดเชื้อ โดยพิจารณาจาก ปัจจัยด้านโภชนาการและสุขภาพอนามัย ด้านความแข็งแรงของร่างกาย ด้านพัฒนาสติปัญญา จิตใจ อารมณ์และสังคม และด้านการศึกษา ที่มีทั้งต่ำกว่าและมีแนวโน้มต่ำกว่าทุกด้าน ตามสภาวะความต้องการพื้นฐานและบริการสำหรับเด็ก (สพด.) ซึ่งเป็นเกณฑ์สำหรับวัดความจำเป็นพื้นฐานของเด็กโดยเฉพาะ

การนำผลการศึกษาไปประยุกต์ใช้

1. ควรให้ความช่วยเหลือเด็กที่ได้รับผลกระทบจากโรคเอดส์ทั้งที่เป็นเด็กกำพร้า และเด็กที่บิดามารดาติดเชื้อ โดยรูปแบบการช่วยเหลือควรให้มีความเหมาะสมกับความต้องการพื้นฐานของคุณภาพชีวิตในเด็กแต่ละด้าน
2. ปัญหาที่เด็กกำพร้าและเด็กที่บิดามารดาติดเชื้อเอดส์ประสบอยู่ ควรได้รับการพิจารณาความสำคัญของปัญหาและหาทางแก้ไขโดยผู้เกี่ยวข้อง
3. ควรเน้น บิดา มารดา ผู้เลี้ยงดูเด็ก ชุมชน ครู ให้ยอมรับเอาใจใส่ในเรื่อง การพัฒนา สภาพจิตใจ อารมณ์ สังคมและด้านการให้การศึกษาแก่เด็กกำพร้าและเด็กที่บิดามารดาติดเชื้อเอดส์ให้มากขึ้นโดยไม่เน้นการแก้ไขปัญหาจุดใดจุดหนึ่ง
4. เด็กที่มีผลการตรวจเลือดเป็นบวก จะมีคุณภาพชีวิตที่ต่ำกว่าเด็กปกติ ดังนั้น ครอบครัว ชุมชน และผู้ที่เกี่ยวข้องต้องให้ความรักและความอบอุ่นในการดูแลเด็กเพื่อให้เด็กมีชีวิตยืนยาวและได้รับสิทธิตามพื้นฐานให้มากที่สุด

ข้อจำกัดในการศึกษา

1. การศึกษาครั้งนี้คัดลอกประวัติการได้รับวัคซีนสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค ของเด็กจากสมุดบันทึกสุขภาพเด็ก (สีชมพู) เด็กที่อายุมากกว่า 2 ปี สมุดการได้รับวัคซีนสูญหายหรือค้นไม่พบเนื่องจากผู้ให้สัมภาษณ์เป็นบุคคลอื่นในครอบครัวที่ไม่ได้ดูแลเด็กโดยตรงและเก็บสมุดไว้ หรือเป็นเด็กที่ย้ายมาจากต่างจังหวัด ดังนั้นประวัติการได้รับวัคซีนจึงขาดหายไป

2. การศึกษาเรื่องคุณภาพชีวิตของเด็ก 0 ถึง 6 ปีที่บิดาหรือมารดาติดเชื้อเอดส์นั้นยังมีการศึกษาน้อยดังนั้นการหาข้อมูลมาสนับสนุนในแต่ละประเด็นจึงไม่มีรายละเอียดมากพอ บางครั้งต้องอาศัยเกณฑ์จากนโยบายที่ถือปฏิบัติโดยรัฐ

3. การศึกษาครั้งนี้เก็บข้อมูลส่วนใหญ่ในเวลาหลังเลิกเรียนถึงเวลา 20.00 น. ความคลาดเคลื่อนในเรื่องการตรวจสุขภาพอนามัยร่างกายตามแบบงานอนามัยโรงเรียนอาจไม่สะท้อนให้เห็นถึงความสะอาดของร่างกายในภาวะปกติ

ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตเด็กที่ได้รับผลกระทบจากโรคเอดส์ที่มีอายุมากกว่า 6 ปีขึ้นไป เพื่อให้ครอบคลุมตามเกณฑ์ความต้องการพื้นฐานและบริการสำหรับเด็ก (สพด.) 7 ข้อ ซึ่งเป็นเกณฑ์สำหรับวัดความจำเป็นพื้นฐานของเด็กโดยเฉพาะ

2. ควรศึกษาในเชิงลึกของลักษณะแต่ละด้านที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตเด็กที่ได้รับผลกระทบจากโรคเอดส์

3. ควรศึกษาแนวทางแก้ไขปัญหาเด็กที่ได้รับผลกระทบจากโรคเอดส์ควบคู่ไปกับการปรับปรุงคุณภาพชีวิตสำหรับเด็ก

4. ควรศึกษาผลของระยะเวลาการเป็นกำพร้า กับการเปลี่ยนแปลงของคุณภาพชีวิตในเด็ก