

3๒2. 196๗๗๔

๗ ๒๖๗ ๒

๕.๓

ปัจจัยบางประการ ที่สัมพันธ์กับการปรับตัวต่อบทบาทการเป็นมารดา ของมารดาที่ติดเชื้อ
เอช ไอ วี ซึ่งได้นำบุตรมารับบริการสุขภาพที่โรงพยาบาลเด็ก

19 S.A. 2539

ปริญญานิพนธ์
ของ
สมพันธ์ กลั่นดีมา

เสนอต่อมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
ตามหลักสูตรการศึกษามหาบัณฑิต วิชาเอกจิตวิทยาพัฒนาการ

พฤษภาคม ๒๕๓๙

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

๒๐๒๓

คณะกรรมการควบคุมและคณะกรรมการสอบได้พิจารณาปริญญานิพนธ์ฉบับนี้แล้ว
เห็นสมควรรับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร ปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต
วิชาเอกจิตวิทยาพัฒนาการ ของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒได้

คณะกรรมการควบคุม

..... ประธาน
(รองศาสตราจารย์ ดร. ดวงเดือน ศาสตราภรณ์)
..... กรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ มยุรี กุลแพทย์)

คณะกรรมการสอบ

..... ประธาน
(รองศาสตราจารย์ ดร. ดวงเดือน ศาสตราภรณ์)
..... กรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ มยุรี กุลแพทย์)
..... กรรมการที่แต่งตั้งเพิ่มเติม
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ วัฒนา ศรีสัตย์วาจา)

บัณฑิตวิทยาลัยอนุมัติให้รับปริญญานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต วิชาเอกจิตวิทยาพัฒนาการ ของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

..... คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย
(ดร. ศิริยุภา พูลสุวรรณ)

วันที่ 16 เดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2539

ประกาศคุณูปการ

วิทยานิพนธ์ เรื่องนี้สำเร็จลงได้ด้วยความอนุเคราะห์ และความช่วยเหลือจากบุคคลหลายท่านด้วยกันนับตั้งแต่ รองศาสตราจารย์ ดร. ดวงเดือน ศาสตราภักดิ์ซึ่งเป็นอาจารย์ที่ปรึกษา ได้กรุณาเป็นประธานกรรมการวิทยานิพนธ์ อุทิศเวลาให้คำแนะนำ ชี้แนวทางในการศึกษาและให้คำปรึกษาตลอดมา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ มยุรี กุลแพทย์ กรรมการวิทยานิพนธ์ ได้กรุณาให้กำลังใจให้คำปรึกษาแนะนำตลอดมา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ วัฒนา ศรีสัตย์วาจา กรรมการวิทยานิพนธ์แต่งตั้งเพิ่มเติม

ในด้านการเก็บข้อมูลนั้น ผู้ศึกษาได้รับความกรุณาจาก นายแพทย์ ทวี โชติพิทยสุนนท์ ผู้รับผิดชอบดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเอดส์ ของโรงพยาบาลเด็ก ได้กรุณาให้คำแนะนำเกี่ยวกับ แนววิธีในการเก็บข้อมูลผู้ป่วย คุณณงลักษณ์ ศรีวัฒนา หัวหน้าฝ่ายเวชกรรมสังคมได้อำนวยความสะดวกในระหว่างเก็บข้อมูล และบุคคลสำคัญที่ได้กรุณาชี้แนะและให้กำลังใจ ในการทำวิทยานิพนธ์ ตั้งแต่ต้นจนจบ คือ คุณพิมพ์ศิริ ณ เชียงใหม่ พยาบาล งานเฝ้าระวัง และควบคุมโรค ติดตาม ดูแล และให้การปรึกษาผู้ปกครองและผู้ป่วยโรคเอดส์ของโรงพยาบาลเด็ก

ในช่วงที่เก็บข้อมูล ผู้ศึกษาได้รับความร่วมมือเป็นอย่างดีจากเจ้าหน้าที่แผนกเวชกรรมสังคม และเจ้าหน้าที่จากศูนย์ควบคุม ป้องกันโรคเอดส์ และต้องขอกราบขอพระคุณนายแพทย์อนันต์ สุวัฒนวิโรฒ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเด็ก ที่อนุญาตให้เก็บข้อมูล ผู้ป่วยในโรงพยาบาลได้

และท้ายที่สุด วิทยานิพนธ์เรื่องนี้ คงมีอาจสำเร็จ ลงได้หากปราศจากความร่วมมือจากกลุ่มตัวอย่างทุกท่านที่ กรุณาสละเวลา ให้ผู้ศึกษามีโอกาสได้สัมภาษณ์

สมพันธ์ กลั่นดีมา

พฤษภาคม 2539

สารบัญ

บทที่		หน้า
1	บทนำ	1
	ความเป็นมา และความสำคัญของปัญหา	1
	วัตถุประสงค์ของการวิจัย	6
	ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับการวิจัย	6
	ขอบเขตของการศึกษาค้นคว้า	7
	นิยาม ศัพท์เฉพาะ	8
	นิยามปฏิบัติการ	9
2	เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	14
	ข้อมูลเกี่ยวกับโรคเอดส์	15
	ระบาดวิทยาของโรคเอดส์ในเด็ก	16
	แนวคิดเกี่ยวกับการปรับตัวต่อบทบาทการเป็นมารดา	21
	ทฤษฎีเกี่ยวกับการปรับตัว	22
	ความหมายของบทบาท	25
	ความหมายของบทบาทการเป็นมารดา	26
	การปรับตัวต่อบทบาทการเป็นมารดา	27
	ลักษณะทางจิตสังคมกับการปรับตัวต่อบทบาทการเป็นมารดาและงานวิจัย ที่เกี่ยวข้อง	30
	แนวคิดเกี่ยวกับ ความวิตกกังวล	33
	ความหมายของความวิตกกังวล	33
	ทฤษฎีเกี่ยวกับความวิตกกังวล	33
	งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความวิตกกังวลกับการปรับตัวต่อบทบาทการ เป็นมารดา	38
	แนวคิดเกี่ยวกับความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเอดส์	38
	ความหมายของความรู้ความเข้าใจ	38
	กระบวนการเกิดการรับรู้	39
	องค์ประกอบของการรับรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์	40

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเอดส์กับการ ปรับตัวต่อบทบาทการเป็นมารดา	42
แนวคิดเกี่ยวกับ ความหวัง	43
ความหมายของความหวัง	44
งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความหวังกับการปรับตัวต่อบทบาทการ เป็นมารดา	46
แนวคิดเกี่ยวกับ การสนับสนุนทางสังคม	46
ทฤษฎีเกี่ยวกับ การสนับสนุนทางสังคม	48
งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการสนับสนุนทางสังคมกับการปรับตัวต่อ บทบาทการเป็นมารดา	50
กรอบแนวคิดในการทำวิจัย	51
สมมติฐานการวิจัย	52
3 วิธีดำเนินการวิจัย	54
ลักษณะของประชากร และการเลือกกลุ่มตัวอย่าง	54
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	55
การหาความเที่ยงตรง และความเชื่อมั่นของเครื่องมือ	62
การเก็บรวบรวมข้อมูล	65
การวิเคราะห์ข้อมูล	66
4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล	69
สัญลักษณ์และอักษรย่อที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล	69
การเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล	70
การวิเคราะห์ข้อมูล	70
ตอนที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่าง	70
ตอนที่ 2 ค่าสถิติพื้นฐานของตัวแปร	72
ตอนที่ 3 การวิเคราะห์ข้อมูลตามสมมติฐาน	72

บทที่	หน้า
5 สรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	85
จุดมุ่งหมายของการวิจัย	85
สมมุติฐานของการวิจัย	85
วิธีดำเนินการวิจัย	86
การวิเคราะห์ข้อมูล	88
สรุปผลการวิเคราะห์ข้อมูล	88
อภิปรายผล	90
ข้อเสนอแนะสำหรับการปฏิบัติ	95
ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป	95
บรรณานุกรม	97
ภาคผนวก	100
ประวัติผู้วิจัย	110

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมา และความสำคัญของปัญหา

ธรรมชาติของบิดามารดาย่อมปรารถนาจะได้เห็นบุตรของตนเจริญเติบโตแข็งแรงด้วยพัฒนาการที่สมบูรณ์ อาการเจ็บป่วยของสมาชิกในครอบครัว ถือได้ว่าเป็นสถานการณ์ที่สร้างความตึงเครียดให้กับครอบครัวมากที่สุดสถานการณ์หนึ่ง (Rambo.1984:378) โดยเฉพาะอาการเจ็บป่วยเรื้อรังที่เกิดขึ้นกับบุตรอันเป็นที่รัก ซึ่งจะต้องพบกับความทุกข์ทรมานด้วยโรคที่คุกคามต่อชีวิตเป็นระยะเวลายาวนาน และไม่สามารถรักษาให้หายกลับเป็นปกติได้ดังเช่นเด็กธรรมดาทั่วไป ปัญหาดังกล่าวจึงเป็นสิ่งที่กระทบกระเทือนต่อภาวะจิตใจของบิดามารดาโดยตรง (ชุดิมา เทศศิริ.2537:1) ยิ่งถ้าสภาพของความเจ็บป่วยนั้น มีสาเหตุมาจากการติดเชื้อ ซึ่งอาจเกิดขึ้นเนื่องจากถูกถ่ายทอดระหว่างมารดากับบุตรในขณะช่วงตั้งครรภ์จนถึงคลอดด้วยแล้ว ผู้ที่จะต้องแบกรับความรู้สึกทุกข์ทรมานใจมากที่สุดคงเป็นมารดา กล่าวคือ ความรักของมารดาจะแตกต่างจากรักของบิดามารดามักเป็นผู้ให้ความรักอย่างไม่มีเงื่อนไข ไม่ว่าบุตรจะติดเชื้อจากมารดาหรือไม่ก็ยังรักและมีได้แสดงท่าทีรังเกียจ ส่วนความรักของบิดามักเป็นความรักอย่างมีเงื่อนไขคือจะให้ความรักเมื่อเด็กเป็นในสิ่งที่บิดาต้องการ (Lugo & Hurshey. 1976:194-150) ดังนั้นยิ่งรักมากเท่าไรก็ยิ่งเพิ่มความอาทรมากขึ้นตามนั้น จึงพบว่ามารดามักจะมีความเครียดสูงเนื่องจากเป็นผู้ใกล้ชิดกับบุตรมากที่สุดรวมทั้ง ต้องรับภาระในการดูแลบุตรที่เจ็บป่วยต้องเผชิญกับปัญหาอันเนื่องมาจากธรรมชาติ และความรู้สึกรุนแรงของอาการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นกับบุตรเป็นระยะ ๆ (เจียงคำ อินทรวิชัย. 2533:2) ลักษณะการเผชิญความเครียดของมารดาอาจมีทั้งที่เหมาะสม และไม่เหมาะสมแตกต่างกันไปเช่น มีความรู้สึกรังเกียจ กลัว โกรธ กล่าวโทษตนเองหรือผู้อื่น (Cairn & Lansky.1980:29) สภาพความรู้สึกละเลยพฤติกรรมที่กล่าวมาทั้งหมดนี้น่าจะพบได้ในมารดาที่ติดเชื้อโรคเอดส์ (AIDS :Acquire Immune Deficiency Syndrome) ซึ่งเป็นกลุ่มอาการที่มีผลเนื่องมาจากภูมิคุ้มกันบกพร่องส่งผลให้กลไกต่อต้านเชื้อโรคของร่างกายถูกทำลาย ร่างกายจึงติดเชื้อโรคชนิดต่าง ๆ ได้ง่ายแม้กระทั่งเชื้อโรคที่พบทั่วไปในธรรมชาติและไม่ทำอันตรายต่อคนปกติ (ชนวนทอง ธนสุกาญจน์. 2532:1) ภูมิคุ้มกันที่ลดน้อยลงนี้เนื่องจากถูกทำลายโดยเชื้อไวรัสชนิดหนึ่งซึ่งอยู่ในตระกูล Retrovirus มีชื่อว่า"เชช ไอวี" (HIV : Human Immunodeficiency Virus)

โรคเอดส์ เป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญ ความรุนแรงของปัญหาได้กระจายไปทุกประเทศ ทุกเพศ ทุกวัย และทุกชนชั้น สำหรับในประเทศไทย ผู้ป่วยเอดส์รายแรกพบในชายรัก

ร่วมเพศ เมื่อปี พ.ศ.2527 และได้แพร่ไปในกลุ่มผู้ติดยาเสพติดชนิดฉีด หญิงบริการทางเพศ ชายที่ชอบเที่ยวหญิงบริการทางเพศ แม่บ้านของชายเหล่านั้น และระบาดสู่เด็กในที่สุด (ทวี โชติพิทยสุนนท์. 2537:11) ปัจจุบันยังพบอีกว่าจำนวนตัวเลขของผู้ที่ติดเชื้อเอช ไอ วี จากมารดา ได้เพิ่มสูงขึ้นอย่างน่าตกใจ จากสถิติของกองระบาดวิทยา กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งแต่เดิมเคยพบรายงานผู้ติดเชื้อเอช ไอ วี จากมารดาเมื่อปี พ.ศ. 2532 เพียง 2 คน ได้เพิ่มมากขึ้นเป็น 411 คนในปี พ.ศ.2537 รวมเป็นจำนวนผู้ป่วยโรคเอดส์ในเด็กทั้งสิ้น 1064 คน ในจำนวนนี้เสียชีวิตไปแล้ว 365 คน (รายงานการเฝ้าระวังโรคประจำสัปดาห์, กองระบาดวิทยา. 2538:3) จำนวนนี้เกือบทั้งหมดเป็นการติดเชื้อจากมารดาสู่ทารก ซึ่งอาจจะต่ำกว่าความเป็นจริงเพราะการวินิจฉัยภาวะการติดเชื้อเอช ไอ วี ที่ไม่มีอาการหรือเริ่มมีอาการอีกเป็นจำนวนมากที่ยังมิได้รับการวินิจฉัยที่ถูกต้อง (ทวี โชติพิทยสุนนท์. 2537:11) ทารกที่เกิดจากมารดาที่ติดเชื้อ เอช ไอ วี จะมีโอกาสติดเชื้อเอช ไอ วี สูงถึงร้อยละ 20-35 และมักจะเสียชีวิตเมื่อเป็นโรค เอดส์เต็มขั้นแล้วภายใน 1-2 ปี ส่วนทารกที่ไม่ติดเชื้อเอช ไอ วี จากมารดาก็จะต้องเฝ้าติดตาม ผลเลือดต่อไปอีกอย่างน้อย 18 เดือน เพื่อดูว่าทารกจะมีการติดเชื้อเอช ไอ วี หรือไม่ ดังนั้น ในระหว่างที่รอคอย หากทารกมีอาการใดๆ จะเป็นอาการแสดงออกของโรคที่ติดเชื้อเอช ไอ วี หรือไม่ก็ตามอาการดังกล่าวนี้ทั้งบิดามารดา จะต้องเผชิญกับภาวะที่เป็นทุกข์ อันเนื่องมา จากความรู้สึกกังวล เครียด และซึมเศร้าต่อปัญหาที่เกิดขึ้นกับบุตรของตน หรือถูกซ้ำซ้อนด้วย ปัญหาการติดเชื้อเอช ไอ วี ที่เกิดขึ้นกับตัวมารดาหรือบิดาด้วยแล้ว ความเครียดจะเพิ่มมากขึ้น (สมจิตต์ ธีรมโนภาพ.2537:2) เมื่อติดตามผลเลือดจนครบ 18 เดือนแล้ว แม้จะพบว่าทารก คนนั้นไม่ติดเชื้อเอช ไอ วี ก็ไม่ได้หมายความว่าปัญหาทุกอย่างจะสิ้นสุดอยู่เพียงเท่านั้นเพราะในอนาคตบิดาหรือมารดาที่ติดเชื้อเอช ไอ วี ก็จะต้องเสียชีวิตหลังจากที่เป็นโรคเอดส์เต็มขั้นแล้วปัญหาก็คือ เด็กที่รอดพ้นจากการเป็นโรคเอดส์คนนั้น จะเป็นอย่างไรต่อไป สังคมจะยอมรับเด็กกำพร้ากลุ่มนี้หรือไม่ ซึ่งเป็นปัญหาที่ย้อนกลับมาบั่นทอนความรู้สึกของผู้เป็นมารดาอย่างที่สุดทำให้เกิดความวิตกกังวลเกี่ยวกับอนาคตที่ไม่แน่นอนของบุตร และกลายมาเป็นความเครียด ซึ่งจะก่อให้เกิดปัญหาอย่างมากมายทั้งกับตัวมารดาเอง รวมทั้งบุตรที่สงสัยว่าจะติดเชื้อเอช ไอ วี ตลอด จนสมาชิกของครอบครัว ก็ต้องพลอยมารับภาระกับปัญหาที่เกิดขึ้นในด้านตัวมารดาเอง ความเครียดจะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งทางร่างกายและจิตใจ ปฏิกริยาต่างๆ ของมารดาที่เกิดขึ้น อาจจะมีผลทำให้บุตรไม่ได้รับการดูแลเท่าที่ควร ทั้งนี้เพราะมารดาอาจจะมีกรปฏิเสธเด็กป่วย ทอดทิ้งตามใจ หรือในทางตรงกันข้ามอาจปกป้องบุตรมากจนเกินไป (Prugh. 1983:441) มารดาจึงมีความจำเป็นที่จะต้องพัฒนาความสามารถในการเผชิญกับความเครียดที่เกิดจากบุตรเพราะมารดาเป็นบุคคลสำคัญที่ช่วยให้สมาชิกทุกคนในครอบครัวปรับตัวได้ (Findlay. 1969:67) แต่ตัวมารดาเองก็สมควรที่จะปรับตัวให้ได้เสียก่อน โดยเฉพาะการปรับตัวตอบสนองบทบาทการ

เป็นมารดา ขั้นตอนการปรับตัวของมารดาที่ติดเชื่อเอช ไอ วี นั้นจะต้องผ่านกระบวนการปรับความคิด ความรู้สึก และพฤติกรรมในเรื่องของการยอมรับความจริงว่า บุตรของตนเป็นบุคคลหนึ่งที่ต้องการการดูแลเป็นพิเศษ แต่เนื่องจากมารดามีความวิตกกังวลเกี่ยวกับบุตรสูง จึงมีผลต่อความรู้สึกนึกคิดและพฤติกรรม ทางจิตของมารดาซึ่งพบว่า ระดับความวิตกกังวลที่สูงขึ้น ทำให้ความสามารถทางวิจารณ์ญาณลดลง (Nyamathi & Kashiwabara. 1988:164-169) ความวิตกกังวลนี้จึงกลายเป็นปัจจัยสำคัญที่คอยขัดขวางการปฏิบัติกิจกรรมเกี่ยวกับการปรับตัวต่อบทบาทการเป็นมารดา ซึ่งอาจมีการรับรู้แต่สิ่งที่เกิดขึ้นในทางลบหรือแคบลง (ศรีโสภา แท่งทองคำ. 2533:6) และจากการศึกษาของไซมอนตันและคณะ (Simonton, et al. 1978:87) พบว่าการรับรู้เกี่ยวกับโรคที่ถูกต้องจะนำไปสู่ความหมาย ในทางบวก ทำให้ผู้ป่วยมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดูแลตนเองไปในทางที่ดี ในทางตรงข้ามผู้ที่มีการรับรู้เกี่ยวกับโรคในทางลบ จะมีภาวะซึมเศร้า สิ้นหวังหมดอาลัยในชีวิต เนื่องจาก ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเอดส์เป็นปัจจัยสำคัญในการแปรสภาพการณ์หรือความต้องการด้านสังคมให้สัมพันธ์กับความต้อง การส่วนบุคคลของแต่ละบุคคล ส่งผลต่อการแสดงพฤติกรรมที่เหมาะสม (วิไลลักษณ์ จันทรวง. 2534: 2) ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเอดส์จึงเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อความรู้สึกนึกคิดของมารดาที่ติดเชื่อเอช ไอ วี การรับรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์แต่เพียงด้านลบหรือความเข้าใจผิดอาจทำให้ผู้ติดเชื่อรับรู้ถึงการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นกับตนไปในทางที่รุนแรงเกินความจริงทั้งนี้เป็นเพราะความไม่รู้หรือได้รับข้อมูลที่ไม่สมบูรณ์ซึ่งเป็นค่านิยมเชิงลบต่อการเจ็บป่วย (Febrega. 1973: 470-480) แต่ถ้าบุคคลได้รับรู้ถึงความก้าวหน้าในการดูแลรักษาที่เป็นประโยชน์ เช่นความพยายามทุ่มเทเทคโนโลยีต่าง ๆ ของสังคมในทุกมุมโลกเพื่อการวิจัยค้นคว้าหาวิธีป้องกันและรักษาโรคเอดส์ หรือการได้ทราบว่าเด็กที่คลอดจากมารดาที่ติดเชื่อเอช ไอ วี ใช่ว่าจะต้องติดเชื่อเอช ไอ วี จากมารดาเสมอไป มีมากกว่าร้อยละ 70 ที่รอดพ้นจากการติดเชื่อเอช ไอ วี การรับรู้ข้อมูลต่าง ๆ ในแง่บวกจะทำให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญกับเหตุการณ์ต่างๆ ด้วยเหตุผล และ เกิดความหวังที่จะหายจากโรค (Dodd & Ahmend. 1987:244-245) ความหวังนับได้ว่าเป็น ปัจจัยที่สำคัญอย่างหนึ่งต่อการปรับตัวของผู้ที่ทราบว่าตนติดเชื่อเอช ไอ วี เพราะความหวังเปรียบเสมือนอำนาจที่แฝงอยู่ในตัวบุคคลในอันที่จะเผชิญกับปัญหา หรือการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ของสถานการณ์แวดล้อม และเป็นพื้นฐานของการปรับตัวที่มีประสิทธิภาพทำให้บุคคลเริ่มมีความรู้สึกปลอดภัยในชีวิตแม้จะต้องประสบกับปัญหาการเจ็บป่วยเรื้อรัง และทำให้เห็นว่าปัญหาต่าง ๆ เหล่านั้น พอมี ทางแก้ไขได้ (Robert. 1978:174) ทั้งยังเป็นมิติแห่งความนึกคิดเกี่ยวกับชีวิตที่จะส่งเสริมให้ชีวิต ที่ยังคงอยู่ดำเนินต่อไป แม้ว่าความตายจะใกล้มาถึงก็สามารถเผชิญกับความตายได้ง่ายขึ้น (Hickey. 1986:133,134)ความหวังจึงเป็นแหล่งพลังสำคัญของคนป่วย ในการปรับตัวต่อความเจ็บป่วยที่ ถูกคามชีวิต หากผลการดูแลรักษาทำให้อาการต่างๆ

ของโรคดีขึ้น จะทำให้เขาประเมินสุขภาพ ของคนในทางที่ดี รับรู้ว่าร่างกายของ他还แข็งแรงพอที่จะต่อสู้กับโรค มีพลังในการปรับตัวต่อความเครียดต่างๆ มากขึ้น (Stepleton. 1978: unpagged; citing Miller. 1973:19) การปรับตัวจนเกิดความสุขเช่นนี้ จะทำให้ผู้ป่วยมีความพึงพอใจในการดำเนินชีวิต (Vigotsky. et al.1961:151) อย่างไรก็ตามผู้เป็นมารดาจะปรับตัวได้หรือไม่นอกจากจะขึ้นอยู่กับความวิตกกังวล การรับรู้เกี่ยวกับโรค และความหวังของผู้เป็นมารดาเองแล้ว การสนับสนุนทางสังคมก็เป็นปัจจัยสำคัญอีกประการหนึ่ง ที่ส่งผลต่อความสามารถในการปรับตัวของมารดา เพราะการสนับสนุนทางสังคมจะทำให้มารดาารู้สึกว่ามีคนรัก มีคนสนใจ มีคนเห็นคุณค่า รู้สึกว่าตนเป็นส่วนหนึ่งของสังคมมีความผูกพันซึ่งกันและกัน (Cobb. 1976:300) นอกจากนี้ มารดาที่คิดเชื่อเอช ไอ วี ควรจะได้รับความช่วยเหลือด้านข่าวสารข้อมูล วัสดุสิ่งของจากผู้ให้การสนับสนุน ซึ่งอาจจะเป็นบุคคลหรือกลุ่มบุคคลเพราะการสนับสนุนทางสังคมเปรียบเสมือนขุมพลังที่มีอยู่ในสังคมทำหน้าที่ช่วยเหลือในการเผชิญกับความเครียดต่างๆ ได้เป็นอย่างดี (Thoits. 1986:417) ช่วยลดโอกาสการเกิดภาวะวิกฤตและส่งเสริมให้บุคคลมีการปรับตัวที่ถูกต้องเหมาะสม (Cohen & Wills. 1985:310) ในทางตรงกันข้ามถ้ามารดาขาดการสนับสนุนทางสังคมจะทำให้มารดาต้องเผชิญกับความเครียดต่างๆตามลำพังเกิดความรู้สึกซึมเศร้าทำร้ายตนเองและมีแนวโน้มการฆ่าตัวตายอีกทั้งยังก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย และมีโอกาสเกิดโรคอื่นๆตามมาได้ด้วย (Wortman. 1984:2354) ดังนั้นการปรับตัวต่อบทบาทการเป็นมารดาของมารดาที่คิดเชื่อ เอช ไอ วี จึงขึ้นอยู่กับปัจจัยสำคัญ 4 อย่าง คือ ความวิตกกังวล การรับรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ ความหวัง และการสนับสนุนทางสังคมนอกจากนี้ยังมีปัจจัยย่อยอื่นๆ เกี่ยวกับลักษณะทางชีวสังคมของมารดา เช่น อายุ ระดับการศึกษารายได้ของครอบครัว สถานภาพการสมรส และลำดับที่ของการมีบุตรในมารดาที่คิดเชื่อเอช ไอ วี ก็น่าจะมีผลต่อการปรับตัวต่อบทบาทการเป็นมารดา ของมารดาที่คิดเชื่อเอช ไอ วี ด้วยเช่นกันเนื่องจากสังคมยอมรับว่าบทบาทการเป็นมารดาเป็นบทบาทของผู้ใหญ่ และอายุก็เป็นปัจจัยพื้นฐานของมารดา ที่แสดงถึงวุฒิภาวะดังที่เมอร์เซอร์ (Merser. 1981:74-75) ได้สรุปว่า อายุเป็นปัจจัยหนึ่ง ที่มีผลต่อความสำเร็จในการปรับตัวต่อบทบาทการเป็นมารดาซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของอุดมวรรณ ภาระเวช (2532), วันเพ็ญ กุลนริศ (2536), โจนส์และคณะ (Jones. et al 1980:597-584) ที่พบว่า มารดาวัยรุ่นมักขาดความพร้อมสำหรับบทบาทการเป็นมารดา จึงพอสรุปได้ว่า อายุเป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อการปรับตัวต่อบทบาทการเป็นมารดาของมารดาที่คิดเชื่อ เอช ไอ วี นอกจากนี้งานวิจัยของ วินเคอร์ (Winokor. 1973), รัสเซล (Russel. 1974) และ ราล์ฟ (Ralph. 1977) ยังพบสอดคล้องกันอีกว่า ตัวแปรระดับการศึกษา เป็นอีกตัวแปรหนึ่ง ที่ทำให้การปรับตัวต่อบทบาทการเป็นมารดาแตกต่างกันโดยพบว่ามารดาที่มีระดับการศึกษาสูงมีพฤติกรรมการปรับตัวดีกว่ามารดาที่มีระดับการศึกษาต่ำดังนั้นมารดาที่คิดเชื่อเอช ไอ วี ที่มีระดับการ

ศึกษาสูงจึงน่าจะปรับตัวต่อบทบาทการเป็นมารดาได้ดีกว่า มารดาติดเชื้อมี เอช ไอ วี ที่มีระดับการศึกษาต่ำนอกจากอายุและระดับการศึกษาที่ส่งผลต่อการการปรับตัวต่อบทบาทการเป็นมารดา ของมารดาที่ติดเชื้อมี เอช ไอ วี แล้ว มารดาที่มีฐานะทางเศรษฐกิจไม่ดี จะส่งผลต่อความคิดของมารดาว่าการดูแลรักษานบุตรเป็นสิ่งที่ยากลำบาก อาจทำให้ไม่อยากดูแลบุตร (Jensen. 1981:705) และจากการศึกษาของ ศรีโสภณ แห่งทองคำพบว่าตัวทำนายที่สามารถทำนายการปรับตัวต่อบทบาทการเป็นมารดา คือ ระดับรายได้ หรือฐานะทางเศรษฐกิจ เนื่องจากค่ายาและค่ารักษาโรคเอดส์ในปัจจุบัน ยังเป็นตัวเลขค่าใช้จ่ายที่สูงมากซึ่งจะส่งผลกระทบต่ออัตราค่าครองชีพในครอบครัว ดังนั้นระดับฐานะทางเศรษฐกิจ จึงเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่มีความสำคัญต่อการปรับตัวต่อบทบาทการเป็นมารดา ของมารดาที่ติดเชื้อมี เอช ไอ วี ปัจจัยอีกตัวหนึ่ง ที่พบว่ามีผลสำคัญไม่น้อยไปกว่าปัจจัยต่างๆ ที่กล่าวมาข้างต้น คือสถานภาพการ สมรส เนื่องจากสังคมไทยส่วนใหญ่ยังมีความรังเกียจบุคคลที่เป็นโรคเอดส์อยู่มาก มารดาที่ติด เชื้อ เอช ไอ วี มักจะถูกสังคมทอดทิ้งสังคมของมารดาที่ติดเชื้อมี เอช ไอ วี จึงมักถูกจำกัดอยู่แต่ในวงเครือญาติและครอบครัว จะมีแต่เพียงสามี หรือบิดามารดาเท่านั้นที่เป็นบุคคลใกล้ชิดและจากการศึกษาของ เจียงคำ อินทรวิชัย (2533) พบว่าสถานภาพการสมรสมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการปรับตัวเพื่อเผชิญความเครียดของมารดาเด็กป่วยด้วยโรคเอดส์ ดังนั้นมารดาติดเชื้อมี เอช ไอ วี ที่มีสถานภาพการสมรสแบบคู่ จึงน่าจะมีการปรับตัวต่อบทบาทการเป็นมารดาได้ดีกว่ามารดาติดเชื้อมี เอช ไอ วี ที่มีสถานภาพการสมรสแบบหย่าร้างหรือเป็นหม้ายขณะเดียวกันมารดาติดเชื้อมี เอช ไอ วี ที่มีบุตรมากกว่า 1 คน ก็น่าจะมีการปรับตัวต่อบทบาทการเป็นมารดาได้ดีกว่ามารดาติดเชื้อมี เอช ไอ วี ที่มีบุตร เพียงคนเดียว ดังเช่นผลการศึกษาของ เลมาสเตอร์ (Lemaster. 1959:352-355) และเคอร์รี่ (Curry. 1983) พบว่ามารดาที่มีบุตรคนแรกจะประสบภาวะวิกฤตอย่างรุนแรงในการปรับตัวดังนั้นมารดาติดเชื้อมี เอช ไอ วี ที่มีบุตรเป็นลำดับที่ 2 หรือมากกว่า 1 คน จึงน่าจะปรับตัวต่อบทบาทการเป็นมารดาได้ดีกว่าด้วยเหตุผลดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาปัจจัยต่าง ๆ ได้แก่ ความวิตกกังวล ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเอดส์ความหวังการสนับสนุนทางสังคม และลักษณะทางชีวสังคมของมารดา ว่าปัจจัยใดบ้างที่ส่งผลต่อการปรับตัวต่อบทบาทการเป็นมารดาของมารดาที่ติดเชื้อมี เอช ไอ วี ซึ่งคาดว่าผลการศึกษาครั้งนี้ จะสามารถนำไปประยุกต์เพื่อพัฒนาสังคมใช้เป็นแนวทางในการให้ความช่วยเหลือหรือให้คำแนะนำแก่มารดาที่ติดเชื้อมี เอช ไอ วี ให้สามารถปรับตัวต่อบทบาทการเป็นมารดาได้อย่างมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น และน่าจะเป็นสิ่งบอกเหตุเตือนใจให้สังคมหันกลับมาสนใจดูแลกลุ่มบุคคลผู้น่าสงสารเหล่านี้ให้มากกว่าที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความวิตกกังวล การรับรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ ความหวัง และการสนับสนุนทางสังคม กับการปรับตัวต่อบทบาทการเป็นมารดาของมารดาที่ติดเชื้อ เอช ไอ วี
2. เพื่อเปรียบเทียบการปรับตัวต่อบทบาทการเป็นมารดา ของมารดาที่ติดเชื้อเอช ไอ วี ที่มีลักษณะทางชีวสังคม ความวิตกกังวล ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเอดส์ ความหวัง และการสนับสนุนทางสังคมที่แตกต่างกัน
3. เพื่อค้นหาตัวพยากรณ์ที่สำคัญในการทำนาย การปรับตัวต่อบทบาทการเป็นมารดา ของมารดาที่ติดเชื้อเอช ไอ วี ซึ่งนำบุตรมารับบริการสุขภาพที่โรงพยาบาลเด็ก

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับการวิจัย

1. ทำให้ทราบถึง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับ การปรับตัวต่อบทบาทการเป็นมารดา ของมารดาที่ติดเชื้อ เอช ไอ วี เพื่อให้สังคม บุคคลที่เกี่ยวข้องรวมทั้งมารดาที่ติดเชื้อ เอช ไอ วี ได้ตระหนักถึงความสำคัญของปัจจัยดังกล่าว และหาทางส่งเสริมความสามารถ ในการปรับตัวต่อบทบาทการเป็นมารดาของมารดาที่ติดเชื้อ เอช ไอ วี ให้เหมาะสมยิ่งขึ้น
2. เพื่อให้ทราบถึงความสำคัญของลักษณะทางชีวสังคมของมารดาที่ติดเชื้อเอช ไอ วี ที่แตกต่างกันว่าจะส่งผลต่อความสามารถในการปรับตัวต่อบทบาทการเป็นมารดาอย่างไรบ้าง
3. เพื่อเป็นแนวทางในการปรับลด ส่งเสริม หรือเพิ่มเติมปัจจัยที่มีผลกับการปรับตัวต่อ บทบาทการเป็นมารดา ของมารดาที่ติดเชื้อเอช ไอ วี ในแต่ละคน ให้เหมาะสมตาม สภาพของบุคคลนั้น ๆ เช่น ถ้าพบว่าการรับรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ สามารถทำนายการ ปรับตัวต่อบทบาทการเป็นมารดาของมารดาที่ติดเชื้อ เอช ไอ วี ได้ การเพิ่มระดับการ ปรับตัวต่อบทบาทการเป็นมารดาก็สามารถทำได้ โดยให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ที่ถูกต้องแก่มารดาที่ติดเชื้อ เอช ไอ วี เพื่อให้เห็นความสำคัญของการดูแลรักษาบุตรและการ ปรับตัวต่อบทบาทการเป็นมารดาที่เหมาะสม
4. เพื่อนำผลการวิจัยที่ได้ ไปเป็นแนวทางในการศึกษาวิจัยในประเด็นอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับมารดาที่ติดเชื้อ เอช ไอ วี

ขอบเขตของการศึกษาค้นคว้า

1. ประชากร คือมารดาที่ติดเชื้อเอช ไอ วี ซึ่งได้นำบุตรมารับบริการตรวจสุขภาพ หรือฉีดวัคซีนที่โรงพยาบาลเด็ก โดยคิดจากสถิติของงานโรคเอดส์ ฝ่ายเวชกรรมสังคมโรงพยาบาลเด็ก เป็นจำนวนทั้งสิ้น 1443 คน (สถิติปีงบประมาณ 2536 ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2536 ถึงวันที่ 30 กันยายน 2537)
2. กลุ่มตัวอย่าง คือมารดาที่ติดเชื้อเอช ไอ วี ซึ่งนำบุตรมารับบริการตรวจหรือฉีดวัคซีนตามการนัดของแพทย์ที่โรงพยาบาลเด็กตั้งแต่วันที่ 1 ธันวาคม 2538 ถึงวันที่ 28 กุมภาพันธ์ 2539 จนได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างครบ 100 คน ด้วยวิธีการสุ่มแบบสุ่มเวลาจากใบนัดของแพทย์
3. ตัวแปรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้
 - 3.1. ตัวแปรอิสระ ประกอบด้วย
 - 3.1.1. ลักษณะทางชีวสังคม ได้แก่
 - 3.1.1.1. ระดับอายุของมารดา แบ่งเป็น
 - อายุ ต่ำกว่า 18 ปี
 - อายุ 18-23 ปี
 - อายุ 20 - 29 ปี
 - อายุ มากกว่า 29 ปี
 - 3.1.1.2. ระดับการศึกษาของมารดา แบ่งเป็น
 - ระดับต่ำ
 - ระดับกลาง
 - ระดับสูง
 - 3.1.1.3. ระดับรายได้ของครอบครัว แบ่งเป็น
 - ระดับต่ำ
 - ระดับกลาง
 - ระดับสูง
 - 3.1.1.4. สถานภาพการสมรสของมารดา แบ่งเป็น
 - คู่
 - หม้าย หรือ หย่าร้าง
 - 3.1.1.5. ลำดับที่ของการมีบุตร แบ่งเป็น
 - มีบุตรเป็นคนแรก

- มีบุตรเป็นลำดับที่ 2 หรือมากกว่า

3.1.2 ความวิตกกังวล แบ่งเป็น

- วิตกกังวลมาก
- วิตกกังวลน้อย

3.1.3 ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเอดส์ แบ่งเป็น

- มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเอดส์มาก
- มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเอดส์น้อย

3.1.4 ความหวัง แบ่งเป็น

- มีความหวังมาก
- มีความหวังน้อย

3.1.5 การสนับสนุนทางสังคม แบ่งเป็น

- ได้รับการสนับสนุนทางสังคมมาก
- ได้รับการสนับสนุนทางสังคมน้อย

3.2.ตัวแปรตาม คือ การปรับตัวต่อบทบาทการเป็นมารดา

นิยามศัพท์เฉพาะ

1. มารดาที่ติดเชื้อเอช ไอ วี หมายถึง มารดาที่ได้รับการตรวจเลือดแล้ว และได้รับผลยืนยันจากแพทย์ว่า มีผลเลือดเป็นบวกต่อเชื้อโรคเอดส์ (Positive HIV)
2. ลักษณะทางชีวสังคม หมายถึง ปัจจัยพื้นฐานทางด้านสถานะ และ ลักษณะภูมิหลังของมารดาที่ติดเชื้อเอช ไอ วี ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัว สถานภาพการสมรสและจำนวนบุตร

2.1) อายุ หมายถึงจำนวนเต็มปีของอายุมารดาที่ติดเชื้อเอช ไอ วี นับตั้งแต่เกิดจนถึงวันที่ทำการศึกษา แบ่งเป็น 4 ระดับ คือ

- อายุ ต่ำกว่า 18 ปี
- อายุ 18-23 ปี
- อายุ 24-29 ปี
- อายุ มากกว่า 29 ปี

2.2) ระดับการศึกษา หมายถึงระดับการศึกษาสูงสุดของมารดาที่ติดเชื้อเอช ไอ วี แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ

- ระดับต่ำ หมายถึงไม่ได้รับการศึกษา จนถึงระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 4

- ระดับกลาง หมายถึง ได้รับการศึกษาในระดับมัธยมศึกษาตอนต้นจนถึงระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย
 - ระดับสูง หมายถึง ได้รับการศึกษาระดับอุดมศึกษา
- 2.3) ฐานะทางเศรษฐกิจ หมายถึง การรับรู้สภาพทางการเงิน ของมารดาที่ติด เชื้อ เอช ไอ วี แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ
- ระดับต่ำ หมายถึงสภาพทางการเงินของมารดาที่ติดเชื้อ เอช ไอ วี รายงานว่า มีรายได้ไม่เพียงพอกับรายจ่าย และมีความกังวลเกี่ยวกับค่ารักษาพยาบาล
 - ระดับกลาง หมายถึงสภาพทางการเงินของมารดาที่ติดเชื้อเอช ไอ วี ที่ รายงานว่า มีรายได้เพียงพอกับรายจ่าย สามารถแบกรับภาระทางด้านการเงินและค่ารักษาพยาบาลได้บางส่วนแต่อาจจะไม่มีเงินเหลือมากเพียงพอสำหรับการเก็บสะสม
 - ระดับสูง หมายถึงระดับรายได้ของมารดาที่ติดเชื้อเอช ไอ วี ที่รายงานว่ามีรายได้เพียงพอกับรายจ่าย และแน่ใจว่าไม่มีปัญหาทางด้านการเงิน สามารถรับภาระค่าใช้จ่ายทางด้านการเงิน และค่ารักษาพยาบาลได้เป็น ส่วนมาก
- 2.4) สถานภาพการสมรส หมายถึง สถานภาพการสมรสของมารดาที่ติดเชื้อ เอช ไอ วี แบ่งออกเป็น 2 ประเภท คือ
- คู่ คือ มีคู่สมรส และอยู่ด้วยกันมาจนถึงปัจจุบัน
 - หม้าย คือ มีคู่สมรสแล้ว แต่สามีเสียชีวิต หรือ หย่าร้างกันไป
- 2.5) ลำดับที่ของการมีบุตร หมายถึงลำดับที่การเกิดของบุตรคนล่าสุดของมารดาที่ติดเชื้อเอช ไอ วี ซึ่งกลอดก่อนที่มารดาจะทราบผลการตรวจเลือดว่าติดเชื้อ เอช ไอ วี แบ่งออกเป็น 2 ระดับ คือ
- มีบุตรเป็นคนแรก
 - มีบุตรเป็นลำดับที่ 2 หรือมากกว่า

นิยามปฏิบัติการ

1. การปรับตัวต่อบทบาทการเป็นมารดา หมายถึงการปรับตัวทางด้านความรู้สึก ความคิด หรือพฤติกรรมบางอย่างของมารดาที่ติดเชื้อเอช ไอ วี ที่มีต่อบุตรในเรื่องความรับผิดชอบต่อบทบาทต่าง ๆ เป็นการยอมรับลักษณะของบุตรตามสภาพความเป็นจริง ในฐานะบุคคลคนหนึ่งที่ต้องการการดูแลเป็นพิเศษ และควรมีสัมพันธภาพแบบเสมอ

ต้นเสมอปลาย ผู้เป็นมารดาจะต้องมีการปรับตัวและเตรียมใจมากเป็นพิเศษ สามารถประเมินได้จากแบบวัดการปรับตัวต่อบทบาทการเป็นมารดาของมารดาที่ติดเชื้ เอช ไอ วี ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการศึกษาวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ร่วมกับแนวความคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมการปรับตัวต่อบทบาทการเป็นมารดาของแกรนท์ (Neeson & May. 1986: 1091; citing Grant. 1973:169) ประกอบด้วย

- 1.1 การยอมรับต่อสภาพของบุตร (Anticipatory Grief) หมายถึง ได้เตรียมใจสำหรับอันตรายที่จะเกิดขึ้นกับทารกซึ่งอาจจะตายหรือรอดชีวิตจากการติดเชื้ โรคเอดส์
 - 1.2 การมีปฏิสัมพันธ์กับบุตร (Process of Relating to The Infant) หมายถึง การที่มารดาซึ่งติดเชื้เอช ไอ วี แสดงความรัก ความผูกพันกับบุตรด้วยปฏิสัมพันธ์ต่าง ๆ เช่น มองหน้า หยอกล้อ และดูแลบุตรอย่างใกล้ชิด
 - 1.3 ความสามารถในการเลี้ยงดูบุตร (Nurturing) หมายถึง ความคิด หรือ พฤติกรรมที่แสดงถึงความสามารถในการเลี้ยงดูบุตร ของมารดาที่ติดเชื้เอช ไอ วี เช่น การสนับสนุนทางด้านปัจจัยสี่
 - 1.4 ความสามารถในการรับผิดชอบต่ออนาคตของบุตร (Providing) หมายถึง ความคิดหรือพฤติกรรมที่แสดงถึง ความเชื่อมั่นของมารดาที่ติดเชื้เอช ไอ วี ต่อการรับผิดชอบบุตรทั้งในปัจจุบัน และในอนาคต ในฐานะเป็นบุคคลที่ต้องการ การปกป้องดูแลเป็นพิเศษ
 - 1.5 ต้องการอยู่ใกล้ชิดกับบุตร (Take Care) หมายถึง ความรู้สึกหรือความคิดที่แสดงออกถึงความผูกพัน อยากรอยู่ใกล้ชิดกับบุตรตลอดเวลา หรืออยากดูแลเลี้ยงดูบุตรด้วยตนเอง แบบวัดการปรับตัวต่อบทบาทการเป็นมารดา เป็นแบบทดสอบประเมินค่า 4 ระดับ มีจำนวน 30 ข้อ ข้อความจะมีทั้งทางบวกและทางลบคะแนนรวมจากแบบสอบถามทั้งฉบับ มีค่าระหว่าง 30-120 คะแนน
2. ความวิตกกังวล หมายถึง ความวิตกกังวลของมารดาที่ติดเชื้ เอช ไอ วี คือความรู้สึกหวาดหวั่น ตึงเครียด ไม่มั่นคง ไม่สบายใจ กลัวในสิ่งที่ไม่รู้ สามารถประเมินได้โดยแบบวัดความวิตกกังวล ซึ่งผู้วิจัยดัดแปลงมาจาก แบบวัดความวิตกกังวล ของสปิลเบอร์เกอร์ (Spilberger) ที่แปลเป็นภาษาไทย โดย นิทยา ทรายักดี, สายฤดี วรกิจ โภคาร และมาลี นิสสัยสุข แบบวัดความวิตกกังวลนี้ เป็นแบบทดสอบประเมิน ค่า 4 ระดับ มีจำนวน 20 ข้อ ข้อความจะมีทั้งทางบวกและทางลบ คะแนนรวมจากแบบสอบถามทั้งฉบับมีค่าระหว่าง 20 - 80 คะแนน นำมาแบ่งระดับความวิตกกังวลออกเป็น 2 ระดับ ตามเกณฑ์ดังนี้

- มีความวิตกกังวลมาก หมายถึงมีคะแนนความวิตกกังวลสูงกว่าค่าเฉลี่ย เกิน 1 ช่วง 1 ช่วงของส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
- มีความวิตกกังวลน้อย หมายถึงมีคะแนนความวิตกกังวลต่ำกว่าค่าเฉลี่ย เกิน 1 ช่วง ของ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3. การรับรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ หมายถึงการแปลความหรือตีความของมารดาที่ติดเชื้อ เอช ไอ วี ในด้านความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเอดส์ เป็นกระบวนการทางด้าน ความคิด และสามัญสำนึก ซึ่งสมองจะต้องแปลความหมายจากสิ่งเร้าที่มาสัมผัสกับบุคคล ใน ขณะนั้น เรียกว่า สิ่งเร้าตรง (Focal Stimuli) ร่วมกับ แรงผลักดันจากอดีต และความรู้ เดิมรวมเรียกว่าสิ่งเร้าแฝง (Residual Stimuli) กลายเป็นสิ่งเร้า ที่ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางด้านพฤติกรรมของมนุษย์ ซึ่งสามารถประเมินได้โดย ใช้แบบสอบถามการ รับรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น จากการศึกษาวรรณกรรม ที่เกี่ยวข้อง และ แนวความคิดจากแบบแผนการรับรู้ หรือ ความเชื่อด้านสุขภาพของ โรเซนสตอค (Rosenstock. 1974) ประกอบด้วยการรับรู้ 4 ด้าน คือ

3.1 การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคเอดส์ (Perceived Susceptibility) หมายถึง การแปลความหรือตีความจากการได้รับรู้ ของมารดาที่ติดเชื้อเอช ไอ วี ถึง โอกาสที่ บุตรจะเกิดการติดเชื้อเอช ไอ วี จากผู้ให้กำเนิด

3.2 การรับรู้ความรุนแรงของโรคเอดส์ (Perceived Severity) หมายถึงการแปลความ หรือตีความจากการรับรู้ของมารดาที่ติดเชื้อเอช ไอ วี ต่อความ รุนแรงของผู้มี อาการเป็นโรคเอดส์ ซึ่งแบ่งเป็น 3 ระดับ คือ

- ยังไม่ปรากฏอาการ
- มีอาการสัมพันธ์กับการเป็นโรคเอดส์
- มีอาการเป็นโรคเอดส์เต็มขั้น

3.3 การรับรู้ถึงผลดีของการดูแลรักษาบุตร (Perceived Benefit) หมายถึงการ แปล ความหรือตีความจากการรับรู้ของมารดาที่ติดเชื้อ เอช ไอ วี ถึงความ จำเป็นและ ประโยชน์ที่ได้รับจากการดูแลรักษาบุตร ที่คาดว่าจะติดเชื้อ เอช ไอ วี จากผู้ ให้กำเนิด

แบบวัดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเอดส์ เป็นแบบทดสอบประเมินค่า ในลักษณะถามว่าใช่หรือไม่ใช่ มีจำนวนข้อคำถามทั้งหมด 30 ข้อคะแนนรวม จากแบบสอบถามทั้งฉบับ มีค่าระหว่าง 0-30 คะแนนนำมาแบ่งระดับความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเอดส์ออกเป็น 2 ระดับตามเกณฑ์ดังนี้

- มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเอดส์มาก หมายถึง มีคะแนนความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเอดส์ สูงกว่าค่าเฉลี่ย เกิน 1 ช่วงของส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
 - มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเอดส์น้อย หมายถึง มีคะแนนความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเอดส์ ต่ำกว่าค่าเฉลี่ย เกิน 1 ช่วงของส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
4. ความหวัง หมายถึง เงื่อนไขหรือภาวะที่มารดาที่ติดเชื้อเอช ไอ วี ต้องการ กระทำ ต้องการประสบกับตนเอง หรือประสบกับบุคคลอื่น และสังคมทั่วไป โดย วัดได้จากการให้ผู้ป่วยตอบแบบวัดความหวังที่ผู้วิจัยดัดแปลงมาจากแบบวัดความหวังของ สโตนเนอร์ (The Stoner Hope Scale) แบบวัดความหวัง เป็นแบบทดสอบประเมินค่า 5 ระดับ มีจำนวน 20 ข้อ ข้อความจะมีทั้งทางบวกและทางลบ คะแนนรวมจากแบบสอบถามทั้งฉบับ จะมีค่า ระหว่าง 20-100 คะแนน นำมาแบ่งระดับความหวังออกเป็น
- มีความหวังมาก หมายถึง มีคะแนนความหวัง สูงกว่าค่าเฉลี่ยเกิน 1 ช่วง ของส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
 - มีความหวังน้อย หมายถึง มีคะแนนความหวัง ต่ำกว่าค่าเฉลี่ยเกิน 1 ช่วง ของส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
5. การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การได้รับความรักความเห็นใจและความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นในสังคม ซึ่งทำให้มารดาที่ติดเชื้อเอช ไอ วี รับรู้ ว่า ตนยังเป็นส่วนหนึ่งของสังคม และรู้สึกว่าตนยังเป็นคนที่มียุทธค่าต่อเพื่อนมนุษย์ สามารถประเมินได้จากแบบวัดการสนับสนุนทางสังคม ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวคิดของคอบบี้ (Cobb, 1976) ร่วมกับเชฟเฟอร์และคณะ (Schaefer, et al. 1981) ประกอบด้วย การช่วยเหลือและ สนับสนุนทางสังคมในด้านต่างๆ 5 ด้านคือ
- 5.1 การได้รับการตอบสนองความต้องการด้านอารมณ์ (Emotional Support) หมายถึง ความรู้สึกที่ทำให้มารดาที่ติดเชื้อเอช ไอ วี เชื่อว่าเขาได้รับความรัก ความเห็นใจ และการเอาใจใส่อย่างจริงใจจากบุคคลใกล้ชิดและบุคคลทั่วไป
- 5.2 การได้รับการยอมรับและเห็นคุณค่า (Esteem Support) หมายถึง ความรู้สึกที่ทำให้มารดาที่ติดเชื้อเอช ไอ วี เกิดความมั่นใจในตนเอง และคิดว่าตนยังมีคุณค่าเป็นที่ต้องการทั้งจากนายจ้างและผู้ร่วมงาน

5.3 การมีส่วนร่วม และ เป็นส่วนหนึ่งของสังคม (Socially Support or Network) หมายถึง พฤติกรรมการแสดงออกจากบุคคลต่างๆ ที่ทำให้มารดาที่ ดิดเชื้อเอช ไอ วี มีความรู้สึกว่า คนยังเป็นส่วนหนึ่งของสังคม และสามารถ ปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ได้ตามปกติ

5.4 การได้รับการสนับสนุนทางด้านรูปธรรม (Tangible Support) หมายถึง ปฏิสัมพันธ์จากบุคคลต่างๆ ที่มีต่อมารดาที่ดิดเชื้อ เอช ไอ วี ด้วยการให้ความช่วยเหลือทางการเงิน สิ่งของ และบริการต่างๆ ในลักษณะของความช่วยเหลือโดยตรง

5.5 การได้รับความช่วยเหลือด้านข้อมูล ข่าวสาร (Information Support) หมายถึง การที่มารดาที่ดิดเชื้อเอช ไอ วี ได้รับคำแนะนำในการแก้ปัญหาต่าง ๆ เช่น ความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ การดูแลรักษา และ การแก้ปัญหาชีวิต จาก บุคคลทั่วไปในสังคม แบบจัดการสนับสนุนทางสังคม เป็นแบบทดสอบประเมินค่า 5 ระดับ มีจำนวน 25 ข้อ ข้อความจะมีทั้งทางบวกและทางลบ คะแนนรวมจากแบบสอบ ตาม ทั้งฉบับ มีค่าระหว่าง 25-125 คะแนน นำมาแบ่งระดับการสนับสนุนทางสังคม ออกเป็น 2 ระดับ ตามเกณฑ์ ดังนี้

- มีการสนับสนุนทางสังคมมาก หมายถึงมีคะแนนการสนับสนุนทางสังคมสูงกว่าค่าเฉลี่ยเกิน 1 ช่วงของส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
- มีการสนับสนุนทางสังคมน้อย หมายถึงมีคะแนนการสนับสนุนทางสังคมต่ำกว่าค่าเฉลี่ยเกิน 1 ช่วงของส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่าง ความวิตกกังวล การรับรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ ความหวัง และการสนับสนุนทางสังคม กับการปรับตัวต่อบทบาทการเป็นมารดาของมารดาที่ติดเชื้อ เอชไอวี ผู้วิจัยได้กำหนดขอบเขตของการศึกษาตามลำดับดังนี้

1. ข้อมูลเกี่ยวกับโรคเอดส์
 - ระบาดวิทยาของโรคเอดส์ในเด็ก
2. แนวคิดเกี่ยวกับ การปรับตัวต่อบทบาทการเป็นมารดา
 - ทฤษฎีเกี่ยวกับการปรับตัว
 - ความหมายของบทบาท
 - ความหมายของบทบาทการเป็นมารดา
 - การปรับตัวต่อบทบาทการเป็นมารดา
3. ลักษณะทางชีวสังคมกับการปรับตัวต่อบทบาทการเป็นมารดา และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
 - อายุ
 - ระดับการศึกษา
 - ฐานะทางเศรษฐกิจ
 - สถานภาพการสมรส
 - จำนวนบุตร
4. แนวคิดเกี่ยวกับ ความวิตกกังวล
 - ความหมายของความวิตกกังวล
 - ทฤษฎีเกี่ยวกับความวิตกกังวล
 - งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับ ความวิตกกังวลกับการปรับตัวต่อบทบาทการเป็นมารดา
5. แนวคิดเกี่ยวกับ การรับรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์
 - ความหมายของการรับรู้
 - กระบวนการเกิดการรับรู้
 - องค์ประกอบของการรับรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์

- งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับ การรับรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์กับการปรับตัวต่อบทบาทการเป็นมารดา
- 6. แนวคิดเกี่ยวกับ ความหวัง
 - ความหมายของความหวัง
 - งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับ ความหวังกับการปรับตัวต่อบทบาทการเป็นมารดา
- 7. แนวคิดเกี่ยวกับ การสนับสนุนทางสังคม
 - ทฤษฎีเกี่ยวกับ การสนับสนุนทางสังคม
 - งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการสนับสนุนทางสังคมกับการปรับตัวต่อบทบาทการเป็นมารดา

1. ข้อมูลเกี่ยวกับโรคเอดส์

โรคเอดส์ (AIDS) หรือโรคมุ้มนกพร่องย้อมมาจาก Acquired Immune Deficiency Syndrome) เป็นโรคติดเชื้อชนิดหนึ่ง มีรายงานการตรวจพบครั้งแรกที่สหรัฐอเมริกาในปี พ.ศ.2524 หลังจากนั้นมีการศึกษาเกี่ยวกับโรคเอดส์อย่างกว้างขวาง และทราบว่าโรคเอดส์เกิดจากเชื้อไวรัสประเภท Retro Virus ที่มีชื่อว่า Human Immunodeficiency Virus (HIV) ซึ่งมีคุณสมบัติในการทำลายเซลล์เม็ดเลือดขาวชนิด T4 Lymphocytes เป็นเหตุให้ภูมิคุ้มกันของร่างกายเสื่อมลงทำให้ผู้ป่วยเกิดโรคติดเชื้อฉวยโอกาส (Opportunistic Infection) ที่รุนแรงหรือป่วยเป็นโรคมะเร็งบางชนิดได้ง่าย เช่น มะเร็งของผนังหลอดเลือด (Kaposi's Sarcoma) เป็นต้น นอกจากนี้ผู้ที่ติดเชื้อโรคเอดส์แล้ว อาจจะมีสุขภาพแข็งแรงอยู่หลายปีกว่าจะเริ่มปรากฏอาการ แต่ในขณะเดียวกันก็สามารถถ่ายทอดเชื้อเอช ไอ วี ให้ผู้อื่นได้ 3 ทางคือ

1. ทางเพศสัมพันธ์ทั้งแบบรักร่วมเพศ (Homosexual) และรักต่างเพศ (Heterosexual) พบว่าอัตราการติดเชื้อจากเพศชายสู่หญิง และชายสู่ชาย จะสูงกว่าอัตราการติดเชื้อจากเพศหญิงสู่ชาย (Healy & Coleman. 1988:5 ; Rosenberg. 1988:421) นอกจากนี้การร่วมเพศทาง ทวารหนัก จะเพิ่มความเสี่ยงต่อการติดเชื้อมากขึ้น (Rosenberg. 1988:405)

2. ทางกระแสเลือด พบได้ 3 กรณีคือ

2.1 การได้รับเลือดหรือส่วนประกอบของเลือด เช่น พลาสมาจากผู้บริจาคเลือดที่มีเชื้อเอช ไอ วี

2.2 การใช้เข็มฉีดยาหรือกระบอกฉีดยาร่วมกับผู้ติดเชื้อเอช ไอ วี

2.3 การปลูกถ่ายอวัยวะที่บริจาคจากผู้ติดเชื้อเอช ไอ วี เช่นไต กระเจกตา ผิวหนัง ตลอดจนการผสมเทียมโดยได้รับอสุจิจากผู้ติดเชื้อเอช ไอ วี

3. การติดต่อจากมารดาสู่ทารก (Perinatal Transmission) พบได้ระหว่างการตั้งครรภ์ ขณะคลอด และหลังคลอด นอกจากนี้ยังพบว่ามารดาที่ติดเชื้อเอช ไอ วี ขณะตั้งครรภ์ได้ 15 อาทิตย์ เชื้อเอช ไอ วี สามารถผ่านรกไปสู่ทารกได้ และมารดาที่ติดเชื้อเอช ไอ วี หลังคลอด จะสามารถถ่ายทอดเชื้อเอช ไอ วี สู่บุตรทางน้ำนมได้ (Healy & Coleman. 1989:6)

จากการศึกษาในประเทศต่างๆ ที่ผ่านมายังไม่ปรากฏว่าเชื้อโรคเอดส์ หรือเอช ไอ วี มีการติดต่อทางอื่นๆ นอกเหนือจากที่กล่าวมาแล้ว การจับมือ การจับต้องของใช้ของผู้ติดเชื้อ การใช้ห้องน้ำ ห้องส้วมร่วมกัน การว่ายน้ำสระเดียวกันไม่ทำให้ติดเชื้อเอช ไอ วี นอกจากนี้ยังไม่มีรายงานการติดเชื้อเอช ไอ วี จากขุขหรือแมลง

ระบาดวิทยาของโรคเอดส์ในเด็ก

พบผู้ป่วยเอดส์รายแรกในประเทศไทยซึ่งมีอายุการมาจากสหรัฐอเมริกาและกลับมารักษาตัวในประเทศไทย ที่โรงพยาบาลรามาธิบดีในปี พ.ศ.2527 ต่อมาในปี พ.ศ.2530 ได้เริ่ม ตรวจพบ AntiHIV ในกลุ่มผู้ติดยาเสพติด และในปี พ.ศ.2532 ได้มีการระบาดอย่างน่าตกใจใน กลุ่มโสเภณีและหญิงบริการทางเพศทางภาคเหนือ จนในปี พ.ศ.2533 ได้เริ่มมีการระบาดมากขึ้น ในกลุ่มชายหนุ่มที่ชอบเที่ยวสถานบริการทางเพศ แล้วนำเชื้อมาแพร่สู่แม่บ้าน ปัญหาโรคเอดส์จึงได้ตกทอดมายังเด็ก จากรายงานของกระทรวงสาธารณสุข วันที่ 30 มิถุนายน 2537 มีเด็กป่วยเป็น โรคเอดส์ที่ติดเชื้อจากมารดา 648 คน ผู้ป่วยเด็กรายแรกที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นเอดส์เมื่อ เดือนพฤศจิกายน พ.ศ.2531 ที่โรงพยาบาลรามาธิบดี

เอดส์ในเด็กที่ติดจากมารดาแตกต่างจากเอดส์ในผู้ใหญ่คือ

1. ระยะฟักตัวในเด็กสั้น ประมาณร้อยละ 50 มีอาการภายใน 1 ปี และร้อยละ 80 มีอาการภายใน 2 ปี
2. เด็กมีปัญหาเรื่องการพัฒนาการช้า เลี้ยงไม่โต
3. เนื่องจากเด็กที่ติดเชื้อ เอช ไอ วี T-cell จะถูกทำลายจึงสร้างแอนติบอดีไม่ได้ อีกทั้งเด็กยังไม่มีภูมิคุ้มกันต่อเชื้อเหล่านี้ เด็กจึงมักมีปัญหาเรื่องการติดเชื้อแบคทีเรีย
4. เด็กมักเป็นโรค Lymphoid Interstitial Pneumonitis แต่ผู้ใหญ่ไม่เป็นโรคนี้
5. เด็กบางรายมีการอักเสบของต่อมน้ำลายพาโรติด Parotid Gland ซึ่งไม่พบโรคนี้ในผู้ใหญ่
6. ผู้ใหญ่ที่เป็นเอดส์มีอัตราการเกิดมะเร็งสูงกว่าเด็ก

7. โรคติดเชื้อฉวยโอกาส ผู้ใหญ่จะเป็นมากกว่าเด็ก เพราะโรคเหล่านี้ผู้ใหญ่มักจะเคยได้รับเชื้อมาก่อน

การวินิจฉัยโรคเอดส์ในเด็กอายุน้อยกว่า 15 เดือนทำได้ยุ่งยาก เนื่องจาก แอนติบอดี (AntiHIV) ของแม่ผ่านมายังลูก ทำให้บอกได้ยากว่า AntiHIV ในลูกนั้นเป็นของใคร อย่างไรก็ตามมีรายงานว่า หลังจากเด็กคลอด 18 เดือนไปแล้วเด็กที่ AntiHIV หายไป และ ผลเลือดเป็นลบไปแล้ว บางรายหลังติดตามผลเป็นระยะๆ พบว่าผลเลือดอาจกลับมาเป็นบวกได้ ในภายหลัง (สมศักดิ์ โล่ห์เลขา. 2537 : 3)

บุตรสามารถติดเชื้อจากมารดาได้ 3 ระยะคือ

1. ตั้งแต่ออยู่ในครรภ์ (Intrauterine Transmission) พบเชื้อ เอชไอวี ในเด็กที่เกิด ก่อนกำหนด เด็กบางคนมีอาการตั้งแต่อายุไม่กี่เดือนหลังคลอด
2. ติดเชื้อระหว่างคลอด (Intrapartum Transmission) ในระหว่างที่กำลังคลอด มดลูกบีบ ตัวแรงมีโอกาสบีบเลือดจากมารดาผ่านรกไปยังบุตรได้ มีรายงานว่าลูกแฝดที่คลอดจากมารดาที่ติด เชื้อเอช ไอ วี หลายคู่ที่พบว่า ทั้งคู่ไม่ได้ติดเชื้อเหมือนกันทั้งสองคน เด็กที่ติดเชื้อประมาณร้อยละ 40-70 ตรวจพบเชื้อหลังจากอายุ 3 เดือนแล้ว แสดงว่าเกิดการติดเชื้อช่วงตอนคลอด
3. ติดเชื้อหลังคลอด (Postpartum Transmission) พบเชื้อเอช ไอ วี ในน้ำนมมารดา และมีรายงานการติดเชื้อจากการดูดนมมารดา

ปัจจัยที่พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับอัตราการติดเชื้อเอช ไอ วี ได้แก่

1. เชื้อชาติ ผิวขาว ผิวดำ หรือผิวเหลือง ไม่แตกต่างกัน
2. ลักษณะการติดเชื้อของมารดาจากเพศสัมพันธ์ หรือยาเสพติด ไม่แตกต่างกัน
3. มารดาที่มีท้องแรก หรือท้องหลัง ไม่แตกต่างกัน
4. อายุของมารดา การดื่มเหล้า สูบบุหรี่ ไม่แตกต่างกัน

✕ ปัจจัยที่พบว่ามีความสัมพันธ์กับอัตราการติดเชื้อเอช ไอ วี ได้แก่

1. มารดาที่มีอาการเอดส์เต็มขั้นจะมีอัตราเสี่ยงสูงกว่า มารดาที่ยังไม่มีอาการหรือมีอาการน้อย
2. เด็กที่คลอดก่อนกำหนด ถ้าคลอดก่อน 33 สัปดาห์จะมีอัตราเสี่ยงสูงกว่าผู้ที่คลอดครบกำหนด
3. เด็กที่ดูดนมจากมารดา มีอัตราการติดเชื้อสูงกว่าเด็กที่ดูดนมผสมที่ชั่งจากนมผง

4. ลักษณะของไวรัส ถ้าเป็นชนิดที่มีระยะฟักตัวสั้น โอกาสติดเด็กจะมากกว่า (สมศักดิ์ โล่ห์เลขา. 2537 : 7)

อาการของโรคเอดส์

ผู้ติดเชื้อเอช ไอ วี จะแสดงอาการตามระยะของโรคเอดส์ได้ 3 ระยะ ดังนี้ (สมจิตต์ ธีรมโนภาพ. 2537:4)

ระยะที่ 1 ระยะไม่ปรากฏอาการ (Asymptomatic Stage)

ผู้ป่วยไม่แสดงอาการผิดปกติใดๆเลย สุขภาพแข็งแรงเหมือนคนปกติ บางราย อาจมีอาการคล้ายเป็นหวัด มีไข้ต่ำ ปวดศีรษะ อาจหายไปเองหลังการติดเชื้อ 3-12 สัปดาห์ ตรวจเลือดจะให้ผลบวกหลังจากที่ได้รับเชื้อประมาณ 6 สัปดาห์ขึ้นไป แม้จะไม่ปรากฏอาการ แต่ เป็นระยะที่สามารถแพร่เชื้อเอช ไอ วี ไปสู่ผู้อื่นได้

ระยะที่ 2 อาการสัมพันธ์กับโรคเอดส์ หรือ ARC (AIDS Related Complex)

ผู้ป่วยจะเริ่มปรากฏอาการอย่างใดอย่างหนึ่ง หรือหลายอย่างพร้อมกัน ซึ่งเป็นอาการเรื้อรังไม่ทราบสาเหตุนานเกินกว่า 3 เดือน ได้แก่ ต่อม้ำน้ำเหลืองโต เรื้อรังบริเวณคอ รักแร้ ขาหนีบทั้ง 2 ข้าง น้ำหนักลด 10% ของน้ำหนักตัว (ประมาณ 4-5 กิโลกรัม) ภายใน 3 เดือนมีอุจจาระร่วงเรื้อรังนานเกิน 3 เดือน มีฝ้าขาวที่ลิ้นและในลำคอ เนื่องจากการติดเชื้อรา ในช่องปาก มีอาการของโรคเริม (Herpes Simplex) ลูกกลมเรื้อรัง มีก้อนหรือผื่นสีแดงปนม่วงแก่เกิดขึ้นตามตัว มีอาการแขนขาชาตึงใดข้างหนึ่งไม่มีแรง แขนขาทำงานไม่ประสานกัน ชัก หรือ มีไข้เกิน 37.8 องศาเซลเซียส มีเหงื่อออกเวลากลางคืน เบื่ออาหาร และเหนื่อยง่ายติดต่อกัน เกินกว่า 3 เดือน มีอาการไอแห้งๆ หายใจถี่ เกินกว่า 3 เดือน บางครั้งมีไข้หายใจลำบาก

ระยะที่ 3 ระยะโรคเอดส์ (AIDS)

ระยะนี้มีอาการเหมือนในระยะที่ 2 และมักติดเชื้อฉวยโอกาส เช่น แบคทีเรีย โปรโตซัว ไวรัส รา พยาธิ ทำให้เกิดความผิดปกติในระบบต่างๆ ได้ง่ายขึ้น เช่น

1. การติดเชื้อระบบทางเดินหายใจทำให้เกิดอาการปอดบวม ปอดอักเสบ วัณโรค
2. การติดเชื้อในระบบประสาทมีอาการสมองอักเสบความจำเสื่อมอัมพาต เป็นต้น
3. การติดเชื้อระบบทางเดินอาหาร ทำให้มีอาการท้องเดินเรื้อรัง

หลังจากพบผู้ป่วยเอดส์รายแรกในประเทศไทยเมื่อเดือนกันยายน 2527 กระทรวงสาธารณสุขได้ศึกษาสถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อเอช ไอ วี โดยการสำรวจอัตราการติดเชื้อในประชาชนกลุ่มต่างๆ มีการจัดรายงานผู้ป่วยและสรุปสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคเอดส์ พบว่าผู้ติดเชื้อเอช ไอ วี มีปัจจัยเสี่ยงจากเพศสัมพันธ์เพิ่มมากขึ้นเกือบ 6 เท่า (จากปี พ.ศ.2531-พ.ศ.

2533) การระบาดไปสู่เพศหญิงมีจำนวนมากขึ้น โดยเฉพาะประชากรในภาคเหนือ ซึ่งส่วนใหญ่เกิดจากการติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ระหว่างชายกับหญิงบริการ และชายกลุ่มนี้ก็ได้นำเชื้อไปแพร่สู่ภรรยา พบการแพร่ระบาดของเชื้อเอช ไอ วี จากมารดาสู่ทารกครั้งแรกเมื่อ พ.ศ.2531 ต่อมาก็มีรายงานทารกที่เกิดจากมารดาที่ติดเชื้อเอช ไอ วี เพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ (อาภากรณ์ ชินบุตร 2536:3-4) และล่าสุด เมื่อวันที่ 31 กรกฎาคม 2537 มีจำนวนผู้ป่วยเอดส์ ที่ติดเชื้อ เอช ไอ วี จากมารดาถึง 722 คน และเสียชีวิตไปแล้ว 258 คน ทั้งนี้นับตั้งแต่เดือนกันยายน 2527 เป็นต้นมา (สรุปสถานการณ์โรค เอดส์ กองระบาดวิทยา กระทรวงสาธารณสุข 2537)

การตรวจผู้ติดเชื้อ HIV ในห้องปฏิบัติการ

การตรวจในห้องปฏิบัติการสำหรับผู้ที่มีการติดเชื้อ HIV อาจแบ่งออกได้เป็น 3 ลักษณะ ได้แก่

ก. การตรวจวินิจฉัยภาวะการติดเชื้อ HIV

1.การตรวจหาแอนติบอดี(Antibody)ต่อเชื้อ HIV

การตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อการวินิจฉัยภาวะการติดเชื้อ HIV โดยทั่วไปเป็นการตรวจหา antibody ต่อเชื้อ HIV ซึ่งจะเป็นประโยชน์สำหรับการวินิจฉัยภาวะการติดเชื้อใน ผู้ใหญ่ หรือในเด็กที่การติดเชื้อ HIV ไม่ได้เกิดจากการรับเชื้อจากมารดา แต่อาจจะเป็นการได้รับเลือด หรือผลิตภัณฑ์ของเลือดที่ปนเปื้อนด้วยเชื้อ HIV หรือสำหรับวินิจัยการติดเชื้อ HIV ในเด็กที่ อายุเกิน 18 เดือนที่ได้รับเชื้อจากมารดา

วิธีการตรวจมีหลายวิธี การตรวจเบื้องต้นที่นิยมใช้กัน ได้แก่ วิธี Enzyme Linked Immuno Sorbant Assay (ELISA), Immunofluorescence Assay (IFA) , Radioimmuno-Precipitin Assay (RIPA)

เนื่องจาก HIV Antibody นี้สามารถผ่านจากมารดามาสู่ทารกในครรภ์ และจะ อยู่ในทารกได้นานหลายเดือน บางรายอาจอยู่นานถึง 18 เดือน ดังนั้นการทดสอบโดยวิธี ELISA จะต้องรอตรวจซ้ำเมื่อเด็กอายุเกิน 18เดือนไปแล้ว เพื่อบอกให้แอนติบอดีจากมารดาหมดไปเสียก่อนในระหว่างที่ติดตามดูอาการทางคลินิก การตรวจ Western Blot ซ้ำ เพื่อดูความแตกต่างของ Band Pattern ในมารดาและเด็ก ถ้าปรากฏว่า Band Pattern ของเด็กแตกต่างจากมารดา ก็สามารถบอกได้ว่าแอนติบอดีที่สร้างใหม่นี้สร้างโดยตัวเด็กเอง แสดงว่า ได้มีการติดเชื้อเกิดขึ้นในตัวเด็ก

2. ตรวจหาแอนติเจนหรือเชื้อ HIV

2.1 การตรวจหา P24 Antigen ในเลือดมีประโยชน์สำหรับการวินิจฉัยการติดเชื้อในระยะเริ่มแรก ในระยะหลังได้มีการพัฒนาทดสอบโดย Acidification เรียกว่า Immune Complex Dissociation P24 Antigen Assay

2.2 การเพาะเลี้ยงไวรัส HIV นับเป็นวิธีการทดสอบที่มีความไวมากที่สุดแต่ต้องทำในห้องปฏิบัติการที่มีเครื่องมือและผู้ชำนาญการพร้อม

2.3 การตรวจเชื้อโดยวิธี Polymerase Chain Reaction (PCR) เป็นการทดสอบที่มีความไวมากที่สุดวิธีหนึ่งกล่าวคือ ใช้เลือดปริมาณน้อย และใช้ระยะเวลาสั้นกว่าการเพาะเชื้อโดยใช้เวลาเพียง 1-2 วัน

ข. การตรวจสถานะภูมิคุ้มกันของผู้ป่วย

เป็นการทดสอบเพื่อแสดงถึงสถานะภูมิคุ้มกันที่บกพร่องได้แก่ จำนวน Total Lymphocyte Count ต่ำกว่าเกณฑ์อายุ จำนวน T-Helper Lymphocyte (CD4+) ต่ำกว่าเกณฑ์อายุ และ จำนวน T-Suppressor Lymphocyte (CD8+) ต่ำกว่าเกณฑ์อายุ เป็นต้น

ค. การตรวจวินิจฉัยภาวะแทรกซ้อนของโรค

ต้องมีการตรวจทางห้องปฏิบัติการบางชนิดเป็นระยะๆ เพื่อเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน ที่อาจเกิดขึ้นได้ เช่น การตรวจ Complete Blood Count เพื่อดูภาวะซีด ภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำ หรือเกล็ดเลือดซึ่งอาจต่ำได้ การตรวจปัสสาวะ และการทำงานของไต การตรวจการทำงานของตับ การตรวจเอ็กซเรย์ปอด การตรวจคลื่นหัวใจ เป็นต้น (ศศิธร มงคลเทพ. 2537 : 19-24)

สำหรับในประเทศไทยการตรวจหาเชื้อไวรัส HIV ในกระแสเลือด หรือ HIV Antigen นิยมทำเป็น 2 ขั้นตอน คือ (ชนวนทอง ธนสุกาญจน์. และคณะ. 2532:10)

1. การตรวจขั้นต้นเรียกว่า อิไลซ่า (ELISA Test) กรณีที่ผลการตรวจขั้นต้นนี้เป็นบวกจะต้องทำการตรวจ ELISA ซ้ำอีกครั้งทันที หากผลการตรวจครั้งที่ 2 ยังคงเป็นบวกอยู่อีก จะต้องทำการตรวจในขั้นที่ 2 ต่อไป

2. การตรวจยืนยัน นิยมใช้วิธีเวสเทิร์นบล็อต (Western Blot) ถ้าผลการตรวจยังเป็นบวกอยู่ก็แสดงว่ามีการติดเชื้อเอช ไอ วี ในร่างกาย

หลักการวินิจฉัยอาการโรคเอดส์ในเด็กขององค์การอนามัยโลก มีดังต่อไปนี้ (สมจิตต์ ธีรมโนภาพ. 2537:5)

เกณฑ์ส่วนใหญ่ (Major Criteria)

1. เลี้ยงไม่โต หรือน้ำหนักลดอย่างมาก (Failure to Thrive)
2. มีไข้เรื้อรัง มากกว่า 1 เดือน

3. อุจจาระเรื้อรังมากกว่า 1 เดือน

4. ติดเชื้อระบบทางเดินหายใจส่วนล่างอย่างรุนแรง หรือเป็นซ้ำหลายครั้ง

เกณฑ์ช่วยย่อย (Minór Criteria)

1. ต่อมาน้ำเหลืองโตทั่วตัว อาจรวมถึงม้ามโตด้วย

2. มีเชื้อราในปาก

3. เป็นโรคติดเชื้อบ่อยๆ เช่น หวัด หนาวหวก

4. ไอ เรื้อรัง เป็นโรคผิวหนังทั้งตัว

5. มารดาติดเชื้อเอช ไอ วี อย่างแน่นอน

การวินิจฉัย อย่างน้อยต้องเข้าเกณฑ์ส่วนใหญ่ 2 ข้อ และเข้าเกณฑ์ส่วนย่อย 2 ข้อ

2. แนวคิดเกี่ยวกับการปรับตัวต่อบทบาทการเป็นมารดา

โดยธรรมชาติ มนุษย์ถูกบังคับให้ต้องดิ้นรนต่อสู้เพื่อการมีชีวิตอยู่รอด การเปลี่ยนแปลงของสิ่งแวดล้อม ไม่ว่าจะเป็นเรื่องที่เกิดขึ้นจากสภาพของธรรมชาติที่อยู่รอบตัวมนุษย์ หรือการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นภายในตัวมนุษย์ก็ตาม ล้วนเป็นสิ่งรบกวนทำให้สภาพความสมดุลที่เคยเป็นอยู่ เสียไปบางครั้งอาจเกิดสภาวะของความเครียดทางร่างกายหรือจิตใจ จึงต้องมีการต่อสู้เพื่อความอยู่รอดของมนุษย์เรียกว่า "การปรับตัว" (Adaptation) (อุบล นิวัติชัย. 2527:103) และ กมลรัตน์ หล้าสุวรรณ (2524:180) ได้ให้ความหมายของการปรับตัวว่า หมายถึงกระบวนการที่บุคคลพยายามปรับสภาพปัญหาที่เกิดขึ้นแก่ตนเอง ไม่ว่าจะเป็น ปัญหาทางด้านอารมณ์ ปัญหาด้านบุคลิกภาพ และปัญหาด้านความต้องการให้เหมาะสมกับสภาพแวดล้อมจนเป็นสภาพการณ์ที่ตนสามารถอยู่ได้ในสังคมหรือสภาพแวดล้อมนั้นๆ ซึ่ง สุชา จันทรเฒ และสุรางค์ จันทรเฒ (2527:84) ได้กล่าวถึงการปรับตัวในความหมายคล้ายคลึงกันว่า เป็นการที่บุคคลแสดงพฤติกรรมต่างๆ ให้บรรลุเป้าหมายปลายทางในสิ่งแวดล้อมของตน มนุษย์ทุกคนจะต้องมีการปรับตัวโดยที่แต่ละคนจะมีแบบแผนในการปรับตัวแตกต่างกันออกไปเพื่อตอบสนองความต้องการของตนเอง ซึ่งนอกจากตอบสนองความต้องการทางด้านร่างกายแล้วยังตอบสนองความต้องการทางสังคมและอารมณ์ด้วย เมื่อได้รับในสิ่งที่ตนต้องการแล้ว ความตึงเครียดต่างๆ ย่อมเปลี่ยนไป ในขณะที่ แรมโบ (Rambo. 1984:3) ได้ให้ความหมาย ของการปรับตัวว่า หมายถึงการตอบสนองทางด้านบวก ที่จะเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อมภายในตัวของบุคคล หรือสิ่งแวดล้อมภายนอก เพื่อที่จะคงไว้ซึ่งบูรณาการของชีวิต และ ผ่องพรรณ เกิดพิทักษ์ (2530:69) ได้ให้ความหมายของการปรับตัวไว้ว่า หมายถึงผลของความพยายามของบุคคลที่จะพยายามปรับสภาพปัญหาที่เกิดขึ้นแก่ตนเอง ไม่ว่าปัญหานั้นจะเป็นปัญหาด้านบุคลิก

ภาพ ด้านความต้องการหรือด้านอารมณ์ ให้เหมาะสมกับสภาพแวดล้อม จนเป็นสภาพการณ์ที่บุคคลนั้นสามารถอยู่ได้ในสภาพแวดล้อมนั้น

จากความหมายของการปรับตัวที่กล่าวมาข้างต้น จะพบว่า กระบวนการปรับตัวเป็นกระบวนการที่ไม่อยู่นิ่ง มีขีดจำกัดได้ตามความสามารถที่มีอยู่ของร่างกายและจิตใจ วิธีการปรับตัวทางด้านร่างกาย มีแบบแผนเฉพาะเรื่องไม่แตกต่างกันในแต่ละบุคคล ส่วนการปรับตัวด้านจิตใจและสังคมมีวิธีการได้มากชนิดกว้างขวางและแตกต่างกันได้มากในแต่ละบุคคล บุคคลมีความสามารถในการปรับตัวได้ต่างกัน การปรับตัวมีความสัมพันธ์เกี่ยวข้องกับระยะเวลา ปฏิกริยาของการปรับตัวอาจมีเพียงพอต่อการรับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นและคงสภาพสมดุลไว้ การปรับตัวจึงช่วยให้บุคคลคืนสู่สภาพสมดุลได้ (กรณีการ สุวรรณ โคต. 2527:439-440)

การปรับตัวของบุคคลโดยทั่วไป จำแนกได้ 2 ประการ (ลออ หุตางกูร. 2522:58, 60) ได้แก่

1. การปรับตัวทางสรีระ (Physiological or Biological Adaptation) เป็นการปรับตัวต่อสิ่งเร้าโดยการเปลี่ยนแปลงการทำงาน ส่วนประกอบ และโครงสร้างเพื่อรักษาความสมดุลของสิ่งมีชีวิต

2.การปรับตัวทางจิตใจ (Psychological or Mental Adaptation) เป็นปฏิสัมพันธ์ของบุคคลกับสิ่งเร้า โดยการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม บุคลิกภาพ ความเชื่อ และความคิด เพื่อจัดการความตึงเครียดและให้มีดุลยภาพหรือความสงบสุขของจิตใจ

องค์ประกอบสำคัญที่จะช่วยให้บุคคลปรับตัวได้ (ทัศนา บุญทอง. 2528:4) ได้แก่

- 1.โครงสร้างของบุคลิกภาพของบุคคล
- 2.การรับรู้และเข้าใจต่อสถานการณ์
- 3.ประสบการณ์แต่หนหลัง
- 4.ระยะเวลาและความซับซ้อนของตัวปัญหา หรือความรุนแรงของความเครียด
- 5.การได้รับความช่วยเหลือสนับสนุนเมื่อเกิดภาวะเครียดหรือมีปัญหาเกิดขึ้น

2.1 ทฤษฎีเกี่ยวกับการปรับตัว

แนวความคิดเกี่ยวกับการปรับตัวตามทฤษฎีของรอย (Roy's Adaptation Model)

ทฤษฎีการปรับตัวของรอยได้มีการพัฒนาไปอย่างกว้างขวางเมื่อเทียบกับทฤษฎีอื่นๆ ที่เกิดขึ้นในช่วงเวลาเดียวกัน ตามแนวความคิดเกี่ยวกับการปรับตัวตามแนวทฤษฎีของรอย อธิบายการปรับตัวว่า หมายถึง พฤติกรรมการตอบสนองของบุคคล เมื่อเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับตนเองหรือสิ่งแวดล้อมของตนเอง เพื่อปรับให้คงภาวะสมดุลทั้งทางร่างกายและจิตใจ

รอยเชื่อว่าระบบชีวิตเป็นระบบเปิด จึงเกี่ยวข้องกับสิ่งแวดล้อมที่เกิดขึ้นภายในตัวตนเองและจากสิ่งแวดล้อมภายนอก เมื่อมีการปะทะสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมคนเราจึงต้องมีการเปลี่ยนแปลงทั้งส่วนที่อยู่ภายในและภายนอก คือมีการปรับตัวเพื่อจะดำรงความเป็นคนอยู่ได้นั่นเอง สิ่งแวดล้อมตามแนวคิดของรอยคือ ทุกสภาพการณ์หรือเหตุการณ์ที่อยู่รอบตัวบุคคล (Roy. 1984 : 22) รอยใช้แนวคิดเฮลสัน (Helsom. 1964) จัดแบ่งสิ่งแวดล้อมซึ่งเปรียบเสมือนสิ่งเร้าที่กระตุ้นให้บุคคลปรับตัวออกเป็น 3 ชนิดคือ

1. สิ่งเร้าตรง (Focal Stimuli) หมายถึงสิ่งเร้าที่บุคคลเผชิญโดยตรงและมีความสำคัญมากที่สุด ทำให้บุคคลต้องปรับตัว เช่น การรับรู้เกี่ยวกับโรค หรือการสนับสนุนทางด้านสังคม
2. สิ่งเร้าร่วม (Contextual Stimuli) หมายถึงสิ่งเร้าอื่นๆ ทั้งภายในสิ่งแวดล้อมนอกเหนือจากสิ่งเร้าโดยตรง และมีความเกี่ยวข้องกับปรับตัวของบุคคลนั้น เช่น อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส รายได้ครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือนและจำนวนบุตร
3. สิ่งเร้าแฝง (Residual Stimuli) หมายถึงสิ่งเร้าที่เป็นอิทธิพลจากประสบการณ์ในอดีต เช่น ความเชื่อ ความหวัง อุปนิสัยและบุคลิกภาพเดิมซึ่งมีอิทธิพลต่อการปรับตัว

ภายใต้การเปลี่ยนแปลงของสิ่งแวดล้อมหรือสิ่งเร้าดังกล่าวแล้ว บุคคลจำเป็นต้องมีการปรับตัวโดยกลไกที่บุคคลใช้ในการปรับตัวให้เข้ากับสิ่งแวดล้อมนั้นแบ่งออกเป็น 2 ชนิดคือ (Roy. 1984 : 28)

1. กลไกการควบคุม (Regulator Mechanism) เป็นกระบวนการทางด้านสรีรวิทยาเกิดขึ้นโดยอัตโนมัติ ได้แก่ ปฏิกริยาตอบสนองของร่างกายผ่านระบบประสาท
2. กลไกการรับรู้ (Cognitor Mechanism) เป็นกระบวนการทางจิตสังคมประกอบด้วยการรับรู้และการเรียนรู้

การทำงานของกลไกการควบคุม และกลไกการรับรู้จะทำให้บุคคลมีการแสดงออกที่เรียกว่าการปรับตัวซึ่งมีทั้งหมด 4 ด้าน

1. การปรับตัวด้านสรีรวิทยา (Physiological Need) มีพื้นฐานมาจากความต้องการความมั่นคงทางด้านร่างกาย
2. การปรับตัวด้านอัตมโนทัศน์ (Self-Concept) เป็นการปรับตัวเพื่อให้ได้มาซึ่งความมั่นคงทางจิตใจ
 - 2.1 อัตมโนทัศน์ด้านร่างกาย (Physical Self) หมายถึง รูปร่าง หน้าตา และสมรรถภาพในการทำหน้าที่ของอวัยวะต่างๆ
 - 2.2 อัตมโนทัศน์ด้านส่วนบุคคล (Personal Self) เป็นมโนคติส่วนบุคคลที่เกี่ยวกับความเชื่อ ค่านิยม อุดมคติ ความคาดหวัง

ทฤษฎีจิตสังคมของอีริกสัน (Psychosocial Theory)

อีริกสัน (Craig. 1980 : 149-161 ; citing Erikson. 1950)

ทฤษฎีการปรับตัวของอีริกสัน กล่าวว่า สิ่งที่มีความสำคัญในการปรับตัวคือความสัมพันธ์กับผู้ที่เกี่ยวข้องแวดล้อมตนในช่วงนั้นๆ ครอบครัวจึงมีส่วนเกี่ยวข้องกับความสามารถในการปรับตัวของเด็กมากครอบครัวมีความสำคัญในการวางพื้นฐานทางจิตใจให้แก่บุคคลตั้งแต่วัยทารกเป็นต้นมาความจำเป็นที่จะต้องปรับตัวของบุคคล เนื่องมาจากการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย ทางความรู้ ความสามารถ และความสามารถเปลี่ยนแปลงสภาพทางสังคม การที่บุคคลจะปรับตัวได้ดีเพียงใดขึ้นอยู่กับความสัมพันธ์ของบุคคลนั้นที่มีต่อผู้แวดล้อมรอบตน อีกทั้งความสามารถในการปรับตัวได้ดีในขั้นก่อนจะมีอิทธิพลต่อความสามารถปรับตัวในขั้นต่อไปด้วยนอกจากนี้ เกร็ง (Craig. 1980:149 - 161; citing Erikson. 1950) กล่าวว่า เด็กต้องปรับตัวเนื่องจากการเปลี่ยนแปลงทางสรีระและสังคม การเปลี่ยนแปลงทางสรีระประกอบกับการอบรมเลี้ยงดูของครอบครัว และพื้นฐานทางจิตใจแต่เดิมของเด็ก ซึ่งจะส่งผลร่วมกันต่อความสามารถในการปรับตัวของบุคคลในแต่ละช่วงอายุ ระยะเวลาวัยรุ่น บุคคลยังต้องการความอบอุ่นและความเข้าใจจากครอบครัว ฉะนั้นความสัมพันธ์ภายในครอบครัว จึงมีความสำคัญมากต่อสุขภาพจิตของบุคคล

จะเห็นได้ว่า ตามทฤษฎีการปรับตัวของอีริกสันนี้ ครอบครัวมีความสำคัญกับการปรับตัวของบุคคลเป็นอย่างมาก บุคคลยังต้องการความรักและความเข้าใจจากครอบครัวมาก บุคคลจะปรับตัวได้ดีเพียงใดขึ้นอยู่กับความสัมพันธ์กับบุคคลที่อยู่แวดล้อม ซึ่งจะมีผลถึงการปรับตัวในขั้นต่อไปด้วย

ทฤษฎีสัมพันธภาพระหว่างบุคคล (The Interpersonal Theory)

ฮัลลิเวน เชื่อว่า บุคลิกภาพของบุคคลเป็นผลมาจากสังคม และได้ชี้ให้เห็นถึงความสัมพันธ์ของบุคคลกับสังคมในระยะต่างๆของชีวิต ซึ่งมีอิทธิพลต่อบุคลิกภาพ และการปรับตัว (สุชา จันทรเฒ. 2527 : 37-38)

นอกจากนี้ ฮัลลิเวนยังกล่าวอีกว่า บุคลิกภาพจะยังไม่คงที่ตั้งแต่อายุน้อยๆ แต่การเปลี่ยนแปลงของบุคลิกภาพจะเกิดขึ้นเมื่อใดก็ได้ ถ้ามีสถานการณ์ระหว่างบุคคลเกิดขึ้นใหม่ เขาเชื่อว่ามนุษย์มีการปรับตัวได้ เช่น มีการยืดหยุ่น เปลี่ยนแปลง และปรับปรุงให้ดีขึ้นได้ การเรียนรู้ทำให้บุคคลได้พัฒนาบุคลิกภาพอยู่เสมอ อย่างไรก็ตาม บุคลิกภาพที่พัฒนามานี้ อาจหยุดชะงักหรือเกิดความเสียหายขึ้นได้ถ้าบุคคลประสบกับสถานการณ์ที่ทำให้เกิดความวิตกกังวลอย่างรุนแรงและไม่สามารถปรับตัวได้

จากทฤษฎีของชัลลิแวนจะเห็นได้ว่า บุคลิกภาพของบุคคลจะพัฒนาและเปลี่ยนแปลงไปตามวัยและประสบการณ์ที่บุคคลได้สัมผัสกับบุคคลอื่น ซึ่งแวดล้อมอยู่รอบตัว การพัฒนาบุคลิกภาพของบุคคลจะต่อเนื่องกันไปตามสถานการณ์การปรับตัวต่อสังคม นับตั้งแต่บุคคลเกิดมาก็จะต้องสัมผัสกับผู้อื่นเพื่อการเลี้ยงดู และขยายวงกว้างออกไปยังบุคคลอื่นๆ ซึ่งจะเป็นรากฐานสำคัญของบุคลิกภาพอันมีผลต่อพฤติกรรมของบุคคลนั้น

จากแนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวกับการปรับตัวที่กล่าวมาแล้วนั้น อาจสรุปได้ว่าการปรับตัวหมายถึง กระบวนการที่บุคคลมีการปรับเปลี่ยนสภาวะปรับกลไก ปรับองค์ประกอบต่างๆ อย่างสร้างสรรค์ เพื่อเผชิญกับสภาพการณ์ที่รบกวนตามปกติ ทั้งที่อยู่ในตัวบุคคล และอยู่ภายนอกตัวบุคคลเพื่อให้ความต้องการที่จำเป็นแก่ชีวิตได้รับการตอบสนอง การปรับตัวจึงนับได้ว่าเป็นความสามารถของสิ่งมีชีวิต ในอันที่จะรักษาความสมดุลระหว่างภายในตัวเองกับสิ่งแวดล้อม การปรับตัวของบุคคลจะเป็นไปด้วยดี หรือล้มเหลว ขึ้นอยู่กับสถานการณ์รบกวนและศักยภาพที่บุคคลมีอยู่ ประกอบกับสิ่งแวดล้อมที่เกี่ยวข้องกับบุคคลนั้นด้วย

2.2 ความหมายของบทบาท

บทบาท (Role) เป็นสิ่งที่เกิดขึ้นคู่กับมนุษย์ทุกคนตั้งแต่เกิด บุคคลจะมีบทบาทต่างกัน และมีหลายบทบาทขึ้นอยู่กับตำแหน่งหรือสถานภาพของบุคคลนั้น มีผู้ให้นิยามของคำว่าบทบาท ไว้หลายลักษณะ เช่น สติชัย นิยมญาติ (2524:128) ได้ให้ความหมายของคำว่าบทบาท คือพฤติกรรมของบุคคลที่สังคมคาดหวังไว้เป็นสิ่งที่ควบคู่กับสถานภาพ ส่วน ชัยพร วิชาวุธ (2521:96) ได้กล่าวว่า บทบาทเป็นสิทธิหน้าที่ในการประพฤติของบุคคลหนึ่งๆ ที่มีต่อบุคคลอื่นในสังคมตามสถานภาพของตนเอง ซึ่งบุคคลอาจมีสถานภาพและบทบาทหลายอย่างในเวลาหรือสถานการณ์ที่ต่างกัน แต่อาจแสดงบทบาทแตกต่างกันได้ แม้จะอยู่ในสถานภาพเดียวกัน ถ้าบุคคลนั้นอยู่ในสังคมและวัฒนธรรมที่แตกต่างกันสถานภาพของบุคคลจะเปลี่ยนแปลงไปตามกาลเวลา จึงทำให้บทบาทเปลี่ยนตามไปด้วย และ สุชา จันทรเอน (2524:28-29) ได้กล่าวไว้ว่าการที่บุคคลจะแสดงบทบาทได้อย่างมีประสิทธิภาพเพียงใดนั้น ขึ้นอยู่กับองค์ประกอบหลายๆ อย่าง เช่น บุคลิกภาพที่เหมาะสมการอบรมที่ได้รับมา ความพอใจในหน้าที่ที่ได้รับมอบหมาย สถานภาพทางจิตใจและแรงจูงใจ

ดังนั้น บทบาทจึงเป็นหน้าที่ที่บุคคลหนึ่งพึงกระทำ เมื่อเข้าครอบครองตำแหน่งใดตำแหน่งหนึ่งรวมทั้งหน้าที่ตามตำแหน่งและตามความคาดหวังโดยเกี่ยวข้องกับบุคคลและสังคม การกระทำนั้นขึ้นอยู่กับเกณฑ์ (Norm) ของสังคม (Lum. 1979:47) และเป็นสิ่งที่ควบคู่ไปกับสถานภาพ (สติชัย นิยมญาติ. 2524:128) นอกจากนี้ พันธุ์ทิพย์ รามสูต ได้อ้างถึง ออลพอร์ต (Allport)

ที่กล่าวถึงแนวคิดเกี่ยวกับการที่บุคคลจะแสดงบทบาทใหม่นั้น ขึ้นอยู่กับปัจจัย 4 อย่าง (พันธุ์ทิพย์ งามสุต. 2523:140-141) คือ

1. บทบาทที่สังคมคาดหวังให้บุคคลปฏิบัติ (Role Expectation)
2. การรับรู้ต่อบทบาท (Role Conception) คือการที่บุคคลจะมองเห็นบทบาทตามการรับรู้ และตามความต้องการของเขาเอง ซึ่งขึ้นอยู่กับเป้าหมายของชีวิต ค่านิยมพื้นฐาน และสอดคล้องกับบทบาทอื่นที่ถูกคาดหวังให้แสดง
3. การยอมรับบทบาท (Role Acceptance) จะเกิดขึ้นเมื่อมีความสอดคล้องในความคาดหวังของสังคมและการรับรู้ต่อบทบาท และได้รับการสื่อสาร สอดคล้องกับอัตมโนทัศน์ของบุคคลเป็นอย่างดี (Self Role Congruence)
4. การปฏิบัติตามบทบาท (Role Performance) ขึ้นอยู่กับความคาดหวังของสังคม การรับรู้ต่อบทบาท และการยอมรับบทบาท

2.3 ความหมายของบทบาทการเป็นมารดา

บทบาทการเป็นมารดา เป็นบทบาทที่เริ่มตั้งแต่มีการตั้งครรภ์ และการเกิดของบุตรคนแรกต่อเนื่องกับการเปลี่ยนแปลงจากบทบาทการเป็นภรรยาอย่างเดียว ไปสู่บทบาทการเป็นมารดาที่ต้องรับผิดชอบในการอบรมเลี้ยงดูบุตรเพิ่มขึ้น (Kimmel. 1980:204) ซึ่ง เมอร์เซอร์ (Mercer. 1985:198) ได้ให้ความหมายของบทบาทการเป็นมารดาไว้ว่าเป็นการปฏิบัติในการมีสัมพันธภาพกับบุตร และการตอบสนองความต้องการของบุตรได้อย่างเหมาะสมตามสถานะของบุตรในแต่ละขณะ เช่น ขณะที่หิว หรือร้องไห้ ในขณะที่ นิสันและเมย์ (Neeson & May. 1986:894) กล่าวว่า บทบาทการเป็นมารดา เป็นการยอมรับบุตรที่เกิดขึ้นมา และสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลในครอบครัวเพื่อให้บุคคลในครอบครัวยอมรับสมาชิกใหม่ คือบุตรได้ ซึ่ง รีคเดอร์และคณะ (Reeder et al. 1983:619) ได้ให้ความหมายคล้ายคลึงกันว่า คือพฤติกรรมของมารดาที่ประกอบด้วย การมีสัมพันธภาพระหว่างบุคคล การสร้างทักษะในการเลี้ยงดูบุตร การตอบสนองอารมณ์ และการส่งเสริมพัฒนาการของบุตร ซึ่งมารดาจะต้องมีความตั้งใจในการสร้างสัมพันธภาพกับบุตรและแนะนำบุตรในการเป็นสมาชิกคนหนึ่งของครอบครัว

จะเห็นได้ว่าความหมายของบทบาทการเป็นมารดาโดยทั่วไป หมายถึงการแสดงบทบาทของมารดาที่เกี่ยวข้องกับการยอมรับบุตร การมีปฏิสัมพันธ์กับบุตร การตอบสนองความต้องการของบุตรอย่างเหมาะสม การสร้างทักษะในการเลี้ยงดูบุตร รวมทั้งการสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลในครอบครัว เพื่อให้ยอมรับบุตรที่เป็นสมาชิกใหม่ (Perdue, Horowitz & Horz. 1977:494) กล่าวว่าบุคคลจะสามารถแสดงบทบาทของความเป็นมารดาได้อย่างเหมาะสม จะต้องเป็นคนที่ทำงานหนัก ใช้ทั้งกำลังสติปัญญา การแสดงออกทางพฤติกรรม อารมณ์ให้เหมาะสม เพื่อที่จะสามารถ

ประสานและแลกเปลี่ยนกับบุคคลในครอบครัวได้ดังนั้น ความเป็นมารดาที่แสดงออกทางด้านอารมณ์ กับการปฏิบัติการดูแลตนเองและทารก บทบาทมารดาจะรวมถึงทัศนคติ ความเชื่อ ความรับผิดชอบ และสัมพันธภาพที่เกี่ยวข้องกับบุตร มีความรับผิดชอบ และสัมพันธภาพที่เกี่ยวข้องกับบุตร มีความรู้สึกพิเศษว่า บุตรเป็นส่วนหนึ่งของชีวิต มีความรัก ความอาวุ่น การปกป้องคุ้มครอง และเป็นสุขที่ได้สัมผัสทารก (Ludington-Hoe. 1977:1171)

2.4 การปรับตัวต่อบทบาทการเป็นมารดา

หลังการคลอดบุตร บทบาทของมารดาจะเปลี่ยนไปเพราะต้องมีการปรับตัวทั้งด้านร่างกายเพื่อให้ตนเองมีสุขภาพแข็งแรง รวมทั้งการปรับตัวต่อบทบาทของการดูแลบุตรที่เป็นสมาชิกใหม่ ซึ่งมีพัฒนาการ (Developmental Task) เกี่ยวกับความรับผิดชอบต่อความเป็นมารดาเป็นความรับผิดชอบต่อบทบาทต่างๆ รวมทั้งการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่มีอยู่เดิม พัฒนาการของมารดาดังกล่าว ประกอบด้วยขั้นตอนต่างๆ ดังนี้ (Bobak & Jensen. 1987:645-646)

1. มารดาจะต้องปรับตัวในการยอมรับบุตรของตนเองโดยการปรับความคิดเกี่ยวกับบุตรตามความนึกฝันของตนเอง เช่น ความคิดฝันเกี่ยวกับลักษณะทั่วไป เพศ นิสัย และสภาพร่างกายของบุตร ถ้าบุตรที่เกิดมามีความแตกต่างจากบุตรที่เคยนึกฝันไว้อย่างมาก มารดาอาจยอมรับบุตรของตนล่าช้าได้

2. มีความตระหนักว่าบุตรของตนเป็นบุคคลหนึ่ง ซึ่งแยกจากตนเอง และเป็นบุคคลที่ต้องการการพึ่งพาดูแลเป็นอย่างมาก

3. มีการปรับตัวในการดูแลบุตร ซึ่งประกอบด้วย

- 3.1 กิจกรรมการดูแลบุตร ได้แก่ การให้นม การดูแลเรื่องความสะอาด การขับถ่าย ตลอดจนการอุ้มชู กอดรัด ให้ความอบอุ่นแก่ทารก

- 3.2 การตอบสนองความต้องการของบุตรอย่างเหมาะสม

4. มีการสร้างเกณฑ์ประเมินที่จะใช้ประเมินความสำเร็จหรือความล้มเหลว ในการดูแลบุตรได้แก่

- 4.1 การตอบสนองของบุตร ว่าเป็นสิ่งที่แสดงถึงคุณภาพในการเลี้ยงดูบุตรของตนเอง ได้แก่ การร้องไห้ น้ำหนักตัวหรือการนอนหลับ เป็นต้น

- 4.2 ความสามารถในการดูแลบุตร ความเชื่อมั่นในตนเองของมารดา จะช่วยพัฒนาความสามารถในการดูแลบุตร

- 4.3 ความคิดเห็นของบุคคลใกล้ชิด คือการนำเอาความคิดเห็นหรือคำแนะนำจากสามี มารดาของตนเองหรือบุคคลอื่นๆ ในครอบครัว มาร่วมประเมินความสามารถของตนด้วย

5. มีการกำหนดตำแหน่งหรือฐานะให้บุตรของตนในการเป็นสมาชิกใหม่ของครอบครัว มีการสร้างสัมพันธภาพกับสมาชิกในครอบครัว เพื่อให้ทุกคนยอมรับกับการมีสมาชิกใหม่

6. มีการสร้างความสัมพันธ์ที่ดีกับสามี เพื่อดำรงไว้ซึ่งการเป็นครอบครัว เพราะการให้กำเนิดบุตรนั้น ทำให้สามีและภรรยา ต้องเปลี่ยนแปลงบทบาทใหม่หลายอย่างร่วมกัน

พัฒนาการที่กล่าวมาข้างต้นนั้น เป็นงานความรับผิดชอบของมารดาทุกๆ ไป ในมารดาที่ติดเชื่อ เอช ไอ วี นั้นอาจมีความรู้สึกที่ตนเองไม่สามารถทำหน้าที่มารดาที่ดีได้ โดยมีความห่วงใยบุตรที่เกิดมาจะมีสุขภาพไม่แข็งแรง มารดามักไม่มีโอกาสเห็นทารกในช่วงที่อยู่ในห้องคลอด ซึ่งเป็นกระบวนการทั่วไปในระหว่างรอหลังคลอด ทำให้มารดาอาจนึกภาพทารกไปต่างๆ นานา หรือเมื่อคลอดออกมาแล้ว ได้เห็นทารกแล้วตัวมารดาเองก็ยังสงสัยอยู่อีกว่า ทารกจะปลอดภัยเอช ไอ วี หรือไม่ ซึ่งการที่จะทำให้มารดาเหล่านี้สามารถปรับตัวได้หรือไม่ นั้น จะต้องผ่านขั้นตอนพัฒนาการทางด้านจิตใจ (Psychological Tasks) ตามที่ แคปแลนและเมสัน (Kaplan & Mason, 1960) กล่าวไว้มี 4 ขั้นตอนดังนี้ (Bidder, Crowe & Gray, 1974:766-767 ; Jensen & Bobak, 1985:1112)

1. การเตรียมใจสำหรับการสูญเสียทารก (Anticipatory Grief) มารดาจะถอยห่างจากการมีสัมพันธภาพกับทารกที่สร้างไว้ ตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์ และเตรียมใจสำหรับอันตรายที่จะเกิดขึ้นกับทารก ซึ่งอาจจะตายหรือรอดชีวิต ในระยะนี้มารดาอาจอยู่ในภาวะเครียดกับการที่ต้องเผชิญกับความจริงที่เจ็บปวด

2. การเผชิญและยอมรับความล้มเหลวในการที่ไม่สามารถให้กำเนิดทารก ที่คลอดสมบูรณ์ ได้ (Confrontation and Acknowledgement of Her Failure to Deliver a Normal Full-term Infant) มารดาจะแสดงความรู้สึกที่ตนเองล้มเหลว และรู้สึกผิดที่ไม่สามารถคลอดบุตรที่สมบูรณ์แข็งแรงได้อีก หรืออาจได้รับคำแนะนำจากบุคคลใกล้ชิดว่าให้ทำหมันดีกว่า ส่งผลให้มารดาเกิดความซึมเศร้า (Depression)

3. การเริ่มกระบวนการสร้างสัมพันธภาพกับทารก (Resumption of The Process of Relating to The Infant) เมื่อทารกมีอาการดีขึ้น เช่น น้ำหนักเพิ่มขึ้น คุณนมได้เองและมีอาการอยู่ในเกณฑ์ปกติ มารดาอาจมีการสร้างสัมพันธภาพกับทารกด้วยการอุ้มหยอกล้อ พูดคุย

4. การเรียนรู้ความแตกต่างเกี่ยวกับความต้องการเป็นพิเศษ และรูปแบบการเจริญเติบโตของทารก (Learning How This Baby Differs in Special Needs and Growth Patterns) ระยะนี้มารดาที่ติดเชื่อเอช ไอ วี จะเตรียมตัวสำหรับการเรียนรู้ ความเข้าใจและการยอมรับที่จะดูแลทารก รวมทั้งความคาดหวังเกี่ยวกับการเจริญเติบโต และพัฒนาการซึ่งอาจจะแตกต่างกับเฉพาะทารกที่เริ่มปรากฏอาการของโรคเอดส์แล้วเท่านั้น หากทารกที่ไม่ได้ติดเชื่อเอช ไอ วี จากมารดา ก็ยังคงมีพัฒนาการตามปกติเหมือนเด็กทั่วไป

การปรับตัวต่อบทบาทการเป็นมารดาของมารดาที่ติดเชื้อเอช ไอ วี จะได้ผลหรือไม่
อย่างไรนั้น แกรนท์ (Grant) ได้เสนอลักษณะพฤติกรรมของมารดาในการปรับตัวต่อการคลอดบุตร
ที่อยู่ในภาวะเสี่ยงแยกเป็น 2 กลุ่มคือกลุ่มที่ปรับตัวไม่ได้กับ กลุ่มที่ปรับตัวได้ (Neeson & May,
1986: 1091)

1. กลุ่มที่ปรับตัวไม่ได้ จะแสดงพฤติกรรมดังต่อไปนี้ คือ
 - 1 ปฏิเสธการไปเยี่ยมหรือสอบถามอาการของบุตร
 - 2 ไม่พยายามนึกถึงบุตร หากต้องรักษาในโรงพยาบาล
 - 3 รู้สึกว่าการมีปฏิสัมพันธ์กับบุตรขณะอยู่โรงพยาบาลเป็นเรื่องยุ่งยาก
 - 4 ปฏิเสธที่จะให้การดูแลบุตรขณะอยู่โรงพยาบาล
 - 5 รู้สึกว่าตนเองไม่มีความสามารถในการเป็นมารดา
 - 6 ไม่สามารถสร้างสัมพันธภาพกับบุตร
 - 7 บิดเบือนการรับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาของบุตร
 - 8 ไม่เข้าใจเกี่ยวกับสาเหตุของการเกิดโรค
 - 9 คำนิสภาพของบุตร (รังเกียจ)
 - 10 กลัวการนำบุตรกลับบ้าน (อาย)
 - 11 ไม่สามารถพูดเกี่ยวกับความต้องการและความวิตกกังวลของตนเองกับเจ้าหน้าที่
และสมาชิกในครอบครัว
 - 12 แสดงอาการไม่เป็นมิตร และไม่ไว้วางใจเจ้าหน้าที่
2. กลุ่มที่ปรับตัวได้ จะแสดงพฤติกรรมดังต่อไปนี้ คือ
 - 1 มาเยี่ยมบุตรหรือสอบถามอาการของบุตรบ่อยครั้ง
 - 2 คิดถึงบุตรเสมอ
 - 3 พยายามพัฒนาตนเองในการมีปฏิสัมพันธ์กับบุตรขณะอยู่ในโรงพยาบาล
 - 4 สนใจที่จะมีส่วนร่วมในการดูแลบุตรขณะอยู่โรงพยาบาล
 - 5 รู้สึกว่าตนเองพอที่จะมีความสามารถในการเป็นมารดา
 - 6 สร้างสัมพันธภาพกับบุตรมากขึ้นตามวันเวลา
 - 7 ยอมรับต่อสภาพของบุตร
 - 8 เข้าใจเกี่ยวกับสาเหตุการเกิดโรค
 - 9 มีความเชื่อมั่นในการรับผิดชอบต่อบุตร
 - 10 ต้องการนำบุตรกลับไปดูแลเองที่บ้าน

11 สามารถบอกถึงความต้องการและความวิตกกังวลของตนเองกับเจ้าหน้าที่และสมาชิกในครอบครัว

12 แสดงออกเกี่ยวกับความคาดหวังตามความเป็นจริงของเจ้าหน้าที่

จากแนวคิดเกี่ยวกับลักษณะพฤติกรรมของมารดาในการปรับตัวต่อบุตรที่อยู่ในภาวะเสี่ยงของ แกรนท์ (Grant) ผู้วิจัยได้นำมาปรับเป็นกรอบแนวคิดของการปรับตัวต่อบทบาทการเป็นมารดาของมารดาที่ติดเชื้อเอช ไอ วี ซึ่งประกอบด้วยพฤติกรรมของมารดาในเรื่องต่างๆ ต่อไปนี้ คือ

1. การยอมรับต่อสภาพของบุตร
 2. พยายามพัฒนาตนเองในการมีปฏิสัมพันธ์กับบุตร
 3. คิดว่าตนเองมีความสามารถเพียงพอที่จะเป็นมารดาได้
 4. มีความเชื่อมั่นในการรับผิดชอบบุตร
 5. ต้องการมีส่วนร่วมในการดูแลบุตร คิดถึงบุตรหรืออยากอยู่ใกล้ชิดกับบุตรตลอดเวลา
- ลักษณะของแบบสอบถาม ประกอบด้วยข้อความที่แสดงความรู้สึก ความคิด และพฤติกรรมของมารดา ซึ่งผู้วิจัยคิดว่า น่าจะครอบคลุมกรอบแนวคิดของการปรับตัวต่อบทบาทการเป็นมารดาของมารดาที่ติดเชื้อเอช ไอ วี ที่มีต่อบุตรได้

3. ลักษณะทางชีวสังคมกับการปรับตัวต่อบทบาทการเป็นมารดาและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

จะเห็นได้ว่าการที่มารดาที่ติดเชื้อ เอช ไอ วี ต้องเผชิญกับความเครียดและต้องมีการปรับตัวในเรื่องต่างๆมารดาจะสามารถปรับบทบาทของตนเองได้ดีหรือไม่เพียงไรนั้น อาจแตกต่างกันขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายประการ ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา ฐานะทางเศรษฐกิจ สถานภาพการสมรส และจำนวนบุตร ดังต่อไปนี้

1. อายุ สังคมยอมรับว่าบทบาทการเป็นมารดา เป็นบทบาทของผู้ใหญ่จากการศึกษาของเมอร์เซอร์(Merccer, 1981:74-75) ตามแนวทฤษฎีเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จในบทบาทการเป็นมารดา สรุปได้ว่า อายุเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อความสำเร็จในบทบาทของการเป็นมารดา และจากการศึกษาของราล์ฟ (Ralph) พบว่ามารดาที่มีอายุมากกว่า 29 ปี จะมีพฤติกรรมการปรับตัวดีกว่ามารดาในกลุ่มอื่นๆ นอกจากนี้ โจนส์และคณะ (Jones, et al 1980:597-584) ยังพบอีกว่า มารดาวัยรุ่นมักขาดความพร้อมสำหรับบทบาทการเป็นมารดา

สำหรับงานวิจัยในประเทศไทย จากการศึกษาของ วันเพ็ญ กุลเนริศ (2536) พบว่าการปรับตัวต่อบทบาทการเป็นมารดาของมารดาวัยรุ่น มักจะขาดความพร้อม ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัย

ของ อุดมวรรณ ภาระเวช (2532) ที่พบว่ามารดาวัยรุ่นจะต้องพึ่งพาการสนับสนุนจากมารดาถึงจะสามารถปรับตัวตอบสนองบทบาทการเป็นมารดาได้ดี จึงพอจะสรุปได้ว่า อายุเป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อความสามารถในการปรับตัวตอบสนองบทบาทการเป็นมารดา

2. ระดับการศึกษา การศึกษาเป็นสิ่งที่ช่วยให้บุคคลมีการพัฒนาทางสติปัญญา ซึ่งสติปัญญาเป็นสิ่งสำคัญในการปรับตัว (Winokur, et al 1973:29) ดังนั้นมารดาที่มีระดับการศึกษาต่ำมักขาดความรู้ ในด้านสุขภาพอนามัย และไม่ทราบสาเหตุของการเจ็บป่วยที่แท้จริง จากการศึกษาของรัสเซล (Russel, 1974:294-302) พบว่ามารดาที่มีระดับการศึกษาสูง มีความรู้เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงบทบาทการเป็นมารดาเป็นภาวะวิกฤตน้อยกว่ามารดาที่มีระดับการศึกษาต่ำ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของราล์ฟ (Ralph 1977) พบว่ามารดาที่มีระดับการศึกษาสูงมีพฤติกรรมการปรับตัวดีกว่ามารดาที่มีระดับการศึกษาต่ำ (Mercer, 1981:75)

สำหรับงานวิจัยในประเทศไทย ยังไม่พบว่ามีการวิจัยเกี่ยวกับการปรับตัวตอบสนองบทบาทการเป็นมารดา ของมารดาที่ติดเชื้อ เอช ไอ วี ที่มีระดับการศึกษาต่างกัน ว่ามีผลต่อพฤติกรรมอย่างไร แต่จากการศึกษาของเจียงคำ อินทวิชัย (2533) พบว่าระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการปรับตัวเพื่อเผชิญกับความเครียดของมารดาเด็กที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของศิริยุพา สนั่นเรืองศักดิ์(2536) พบว่าระดับการศึกษาของมารดามีผลต่อพฤติกรรมการดูแลบุตรที่ป่วยด้วยโรคเฉียบพลัน ดังนั้นจึงน่าจะสรุปได้ว่ามารดาติดเชื้อ เอช ไอ วี ที่มีระดับการศึกษาสูงย่อมมีแนวโน้มการปรับตัวตอบสนองบทบาทการเป็นมารดาได้ดีกว่ามารดาติดเชื้อ เอช ไอ วี ที่มีระดับการศึกษาต่ำ

3. ฐานะทางเศรษฐกิจ หมายถึงระดับรายได้ของครอบครัวในแต่ละเดือน ซึ่งพบว่ามีผลต่อการปรับตัวตอบสนองบทบาทการเป็นมารดา (Mercer, 1981:76) มารดาที่มีฐานะทางเศรษฐกิจไม่ดีภายหลังคลอดบุตร ส่งผลต่อความวิตกกังวลของมารดาว่าการดูแลรักษาบุตรเป็นสิ่งลำบาก อาจทำให้ไม่อดทนดูแลบุตรได้ (Jensen, 1981:705) จากการศึกษาของ เจียงคำ อินทวิชัย (2533) พบว่ารายได้ของครอบครัว มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการปรับตัวเพื่อเผชิญความเครียด ของมารดาเด็กป่วยด้วยโรคเรื้อรัง และจากผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณของ ศรีโสภะ แท่งทองคำ (2533) พบว่าตัวทำนายที่สามารถทำนายการปรับตัวตอบสนองบทบาทการเป็นมารดาของมารดาที่คลอดบุตรก่อนกำหนดได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือระดับรายได้ของครอบครัวต่อเดือน ซึ่งสามารถอธิบายความผันแปรของการปรับตัวตอบสนองบทบาทการเป็นมารดาได้ร้อยละ 9.2 ดังนั้น แม้ว่าจะงานวิจัยจะยังไม่พบตัวแปร ฐานะทางเศรษฐกิจกับการปรับตัวตอบสนองบทบาทการเป็นมารดาของมารดาที่ติดเชื้อเอช ไอ วี ก็

ตาม แต่ก็น่าจะสรุปได้ว่าระดับฐานะทางเศรษฐกิจหรือรายได้ของครอบครัว เป็นอีกตัวแปรหนึ่งที่มีความสำคัญต่อการปรับตัวต่อบทบาทการเป็นมารดา ของมารดาที่ติดเชื้อ เอช ไอ วี

4. สถานภาพการสมรส เนื่องจากมารดาที่ติดเชื้อเอช ไอ วี ส่วนใหญ่จะต้องทนรับสภาพโดดเดี่ยวจากสังคม จำเป็นจะต้องมีผู้ที่เป็นที่ปรึกษา กอยให้คำแนะนำ หรือช่วยเหลือทางด้านการเงิน และค่าใช้จ่ายในครอบครัว มารดาที่ติดเชื้อเอช ไอ วี ที่มีสถานภาพการสมรสแบบคู่จึงน่าจะมีความสามารถในการปรับตัวต่อบทบาทการเป็นมารดา ได้ดีกว่ามารดาที่มีสถานภาพการสมรสแบบหย่าร้างหรือเป็นหม้าย จากการศึกษาของเจียงก่า อินทรวิชัย (2533) พบว่าสถานภาพการสมรสมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการปรับตัวเพื่อเผชิญความเครียด ของมารดาเด็กป่วยด้วยโรคเรื้อรัง และ วิไลลักษณ์ จันทร์พวง (2534) พบว่าการสนับสนุนจากคู่สมรส มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการปรับตัวของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของกาญจนาศิริวราสัย (2536) การสนับสนุนจากคู่สมรส มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปรับตัวของผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ ดังนั้นแม้จะไม่ปรากฏงานวิจัยเกี่ยวกับการปรับตัวต่อบทบาทการเป็นมารดา ของมารดาที่ติดเชื้อ เอช ไอ วี กับสถานภาพการสมรสก็ตาม แต่ก็อาจจะสรุปได้ว่ามารดาที่ติดเชื้อ เอช ไอ วี ที่มีสถานภาพการสมรสแบบคู่ น่าจะมีการปรับตัวต่อบทบาทการเป็นมารดาได้ดีกว่ามารดาที่ติดเชื้อ เอช ไอ วี ที่มีสถานภาพการสมรสแบบหย่าร้าง หรือเป็นหม้าย

5. ลำดับที่ของการมีบุตร การเป็นมารดาเป็นภาวะวิกฤตอย่างหนึ่งของชีวิต โดยเฉพาะในมารดาที่มีบุตรคนแรก ดังเช่นผลการศึกษาของ เลมาสเตอร์ (Lemaster. 1959: 352-355) พบว่าร้อยละ 83 ของมารดาที่มีบุตรคนแรก จะประสบภาวะวิกฤตอย่างรุนแรงในการปรับตัวต่อบุตรของตนเอง และจากการศึกษาของเคอร์รี่ (Curry. 1983:115) โดยศึกษาในมารดาที่มีบุตรคนแรกพบว่าร้อยละ 25 ของกลุ่มตัวอย่างประสบความยุ่งยากในการปรับตัวต่อการเป็นมารดา เนื่องจากขาดรูปแบบและประสบการณ์ ยิ่งถ้าหากบุตรคนแรกหรือบุตรคนเดียวคนนั้นมีภาวะเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอช ไอ วี จากมารดา ก็จะยิ่งส่งผลกระทบต่อความสามารถในการปรับตัวต่อบทบาทของการเป็นมารดา มากขึ้นตามนั้น มารดาที่มีบุตรมากกว่า 1 คน จึงน่าจะปรับตัวต่อบทบาทการเป็นมารดาได้ดีกว่า ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ กัญญณี พัตติยะ (2530) พบว่ามารดาที่มีบุตรครั้งแรก ที่ผ่าตัดทางหน้าท้องจะมีความสามารถในการปรับตัวต่อบทบาทการเป็นมารดาได้น้อยกว่ามารดาที่มีบุตรครั้งแรก หลังๆ ดังนั้น แม้จะยังไม่มียานวิจัยเกี่ยวกับจำนวนบุตรกับการปรับตัวต่อบทบาทการเป็นมารดาของมารดาที่ติดเชื้อเอช ไอ วี แต่ก็อาจสรุปได้ว่ามารดาที่ติดเชื้อเอช ไอ วี ที่มีบุตรลำดับ 2 ขึ้นไป จะมีการปรับตัวต่อบทบาทการเป็นมารดาได้ดีกว่ามารดาที่ติดเชื้อ เอช ไอ วี ที่มีบุตรเป็นคนแรก

4. แนวคิดเกี่ยวกับ ความวิตกกังวล

ความวิตกกังวลเป็นภาวะทางอารมณ์อย่างหนึ่ง ที่มีความคู่มาอยู่กับมนุษย์ตั้งแต่เกิด ซึ่งได้มีการกล่าวถึงกันอย่างกว้างขวางในศตวรรษที่ 19-20 จึงเรียกว่าเป็นยุคของความวิตกกังวล (The Age of Anxiety) เพราะเป็นช่วงที่มีการศึกษาถึงเรื่องนี้กันมาก สำหรับทฤษฎีและมโนทัศน์ของความวิตกกังวลที่จะกล่าวต่อไปนี้ จะเป็นเรื่องของความหมายของความวิตกกังวล แนวคิดทฤษฎีความวิตกกังวล สาเหตุของความวิตกกังวล การประเมินความวิตกกังวล และความวิตกกังวลในมารดาทารกคลอดก่อนกำหนด

ความหมายของความวิตกกังวล

อาร์คอฟ (Arcoff. 1968 : 110) ได้ให้ความหมายของความวิตกกังวลว่า เป็นสถานการณ์ที่ถูกกระตุ้นโดยการคุกคามความเป็นอยู่ที่ดี (State of Arousal Caused by Threat to Well Being) ซึ่ง ฟรอยด์ (Freud) ได้กล่าวถึงความวิตกกังวลในทฤษฎีของจิตพลวัตว่าเกิดจากความขัดแย้งระหว่าง ความต้องการทางสัญชาตญาณกับความต้องการทางสังคม (ไพบรุษ บุษยหลง. 2529 :2) และสวift (Swift. 1969 :344) ให้ความหมายของความวิตกกังวลว่าคือความกลัวทั่วไปโดยไม่ทราบสาเหตุแน่ชัด หรืออารมณ์ที่คนปกติมักจะมีเหมือนกัน ในขณะที่ จำลอง ดิษยวิช (2522 : 44) กล่าวว่า ความวิตกกังวล คือความไม่สบายใจ ความกระวนกระวายใจ ความหวาดหวั่น หรือความพรั่นพรีง มีลักษณะคล้ายความกลัว แต่ต่างกันที่ความวิตกกังวลมีต้นตอมาจากภายในจิตใจ (Intrapsychic) ส่วนความกลัวนั้นเกิดจากการมีอันตรายจากภายนอก (Extra Danger)

จากที่กล่าวมาทั้งหมด ความหมายโดยสรุปของความวิตกกังวลคือ ความรู้สึกหวาดหวั่น พรั่นพรีง ไม่สบายใจ จากการที่ถูกคุกคามความสมดุลของจิตใจ

ทฤษฎีเกี่ยวกับความวิตกกังวล

นักจิตวิทยาอธิบายการเกิดความวิตกกังวลในลักษณะต่างๆ กัน สรุปได้เป็น 2 ทฤษฎีด้วยกัน คือ (จิตวิทยาทั่วไป, มปป. : 566-567)

1. ทฤษฎีที่เชื่อว่า ความวิตกกังวล เกิดจากความขัดแย้งภายในจิตใจสำนึก ได้แก่

ทฤษฎีเกี่ยวกับแรงขับ (Dynamic Theory) ตามแนวคิดของฟรอยด์ (Freud)

ฟรอยด์ (Freud) เชื่อว่า ความวิตกกังวลเป็นผลของความขัดแย้งระหว่างแรงขับของโครงสร้างทางบุคลิกภาพที่เป็นอิด (Id) โดยเฉพาะแรงขับทางเพศและแรงขับก้าวร้าว กับการหักห้ามของอีโก้ (Ego) และซูเปอร์อีโก้ (Superego) ในจิตไร้สำนึก และได้แบ่งความวิตกกังวลออกเป็น 2 ชนิดคือ ความวิตกกังวลที่มีเป้าหมาย (Objective Anxiety) ซึ่งหมายถึง ความวิตกกังวลที่

เกิดขึ้นเมื่อบุคคลเห็นเหตุการณ์ที่จะเป็นอันตรายกับตน ซึ่งคล้ายกับความกลัวและความวิตกกังวลแบบประสาท (Neurotic Anxiety) ซึ่งหมายถึงความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นเพราะความขัดแย้งภายในจิตไร้สำนึกของบุคคล บุคคลจึงไม่สามารถบอกได้ว่ามีสาเหตุจากอะไร

2. ทฤษฎีที่เชื่อว่า ความวิตกกังวลเป็นการตอบสนองการเรียนรู้ เป็นการอธิบายตามทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคมที่เห็นว่า ความวิตกกังวลเกิดขึ้นเพราะถูกนำไปสัมพันธ์กับสถานการณ์บางอย่าง ได้แก่

ทฤษฎีว่าด้วยความต้องการทางสังคมของบุคคล (Individual's Social Needs Theory)

ฮอร์นีย์ (Horney. 1885 - 1952) นักจิตวิทยาสตรีชาวเยอรมันกล่าวว่า บุคลิกภาพของบุคคลมีรากฐานมาจากความวิตกกังวล และบุคคลจะพยายามหาช่องทางที่จะช่วยขจัดหรือลดความวิตกกังวลด้วยวิธีต่าง ๆ ทุกครั้งที่มีความวิตกกังวลกระทบกระเทือนความปลอดภัยของเด็ก โดยเฉพาะอย่างยิ่งที่เป็นความสัมพันธ์ระหว่างเด็กกับพ่อแม่ ผลที่ได้รับก็คือเกิดความวิตกกังวลพื้นฐาน (Basic Anxiety) ซึ่งจะพัฒนามาเป็นความต้องการเชิงประสาท (Neurotic Needs) ในที่สุดก็จะกลายเป็นส่วนหนึ่งในบุคลิกภาพของบุคคล (บึงอร ภูภิรมย์ขวัญ. 2526:36)

จากแนวคิดทฤษฎีที่ต่างกัน ทำให้มีการแบ่งรูปแบบของความวิตกกังวลต่างกันไป คาร์เตอร์ (Carter) ได้จำแนกความวิตกกังวลออกเป็น 4 รูปแบบ ตามแนวคิดทฤษฎีของฟรอยด์ ได้แก่ (ปาหนัน บุญหลง. 2529 : 9-10)

1. Separation anxiety เป็นภาวะการสูญเสีย หรือหวาดหวั่นว่าจะมีการสูญเสียสิ่งของหรือบุคคลที่มีความรักความผูกพันภายนอกร่างกาย (External Object) เป็นความวิตกกังวลที่มีอยู่ตลอดชีวิต เช่น ในเด็กแรกเกิดจะมีภาวะ Separation anxiety เมื่อแยกออกจากท้องแม่

2. Castration Anxiety หมายถึง การหวาดกลัวบาดเจ็บหรือสูญเสียอวัยวะของร่างกาย ซึ่งฟรอยด์เน้นถึงการสูญเสียอวัยวะสืบพันธุ์

3. Id Anxiety หมายถึง ความรู้สึกหวาดหวั่นอย่างรุนแรง จนถึงขั้นควบคุมตนเองไม่ได้ พบได้บ่อยในภาวะที่นำไปสู่อาการทางจิต

4. Superego Anxiety หมายถึง ความรู้สึกผิดที่เกิดขึ้นจากบุคคลกระทำตาม Id ในสิ่งที่ Superego ไม่เห็นด้วย ทำให้ระแวงว่าคนอื่นจะทราบ

การแบ่งรูปแบบความวิตกกังวลโดยวิธีอื่น ได้แก่ การแบ่งตามลักษณะของผู้มีความวิตกกังวลซึ่งแบ่งได้เป็น 2 ลักษณะ คือ (อุบล นิวัติชัย. 2529 : 1113 ; ชมชื่น สมประเสริฐ. 2525 :37)

1.ภาวะวิตกกังวล (State Anxiety) คือความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นในคาบเวลาที่มีเหตุการณ์กระตุ้นให้บุคคลเกิดความไม่พึงพอใจ หรืออยู่ในภาวะอันตราย พฤติกรรมการตอบสนองต่อเหตุ

การณ์ที่เรียกว่า อยู่ในภาวะวิตกกังวล คือ ความไม่สุขสบาย หวั่นวิตกกระวนกระวาย ระบบประสาทอัตโนมัติถูกกระตุ้นให้ทำงานผิดปกติไปจากเดิม ความรุนแรงและความยาวนานของภาวะวิตกกังวลที่เกิดขึ้นแต่ละครั้ง จะแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล และขึ้นอยู่กับความเข้มของสิ่งเร้าหรือเหตุการณ์ที่มากระตุ้นนั้นด้วย เรียกอีกอย่างหนึ่งได้ว่าความวิตกกังวลขณะเผชิญ

2. อุปนิสัยวิตกกังวล (Trait Anxiety) คือ ความวิตกกังวลระดับหนึ่งในบุคคลทั่วไป เป็นลักษณะคงที่ในตัวบุคคลเป็นพื้นฐานทางอารมณ์ความวิตกกังวลในลักษณะนี้จะไม่ปรากฏพฤติกรรมแสดงออกมาแต่จะเป็นตัวเสริมหรือเพิ่มความรุนแรงของภาวะวิตกกังวลที่เกิดขึ้นแต่ละครั้ง ถือว่าเป็นส่วนหนึ่งของบุคลิกภาพ (Personal Trait) เปรียบได้กับลักษณะนิสัยอื่น ๆ ที่ถูกเพาะขึ้นมาจากการฝึกหัดอบรมเลี้ยงดูของครอบครัวเป็นสำคัญ โดยทั่วไปบุคคลจะมีภาวะความวิตกกังวลประเภทนี้โดยที่ไม่รู้ตัว

สาเหตุของความวิตกกังวล

แม้ว่าจะไม่สามารถบ่งบอกถึงสาเหตุที่แน่ชัดของความวิตกกังวลได้ก็ตาม แต่อาจกล่าวได้ว่าภาวะที่ทำให้มนุษย์เกิดความวิตกกังวลนั้นก็คือ การที่มนุษย์ไม่สามารถบรรลุถึงเป้าหมายที่มุ่งหวังไว้ได้ ซึ่งภาวะดังกล่าวที่สำคัญ ได้แก่

1. ความคับข้องใจ (Frustrations) เป็นภาวะที่มีการขัดขวางต่อพฤติกรรมที่กำลังดำเนินไปสู่เป้าหมาย จึงเรียกได้อีกอย่างหนึ่งว่า ความไม่สมหวัง

2. ความขัดแย้ง (Conflicts) เป็นภาวะที่บุคคลต้องเลือกแสดงพฤติกรรมอย่างใดอย่างหนึ่งจากหลายอย่าง แบ่งได้เป็น 4 แบบ คือ

2.1 ความขัดแย้งแบบเข้าหา-เข้าหา (Approach - Approach conflicts) เกิดขึ้นเมื่อบุคคลต้องเลือกพฤติกรรมอย่างหนึ่งจาก 2 อย่างที่พึงพอใจ (Two Positive Goals)

2.2 ความขัดแย้งแบบหลีกเลี่ยง-หลีกเลี่ยง (Avoidance - Avoidance conflicts) เกิดขึ้นเมื่อบุคคลต้องเลือกเป้าหมายประสงค์ที่ไม่น่าพึงพอใจ 2 อย่าง (Two Negative Goals) อย่างใดอย่างหนึ่ง

2.3 ความขัดแย้งแบบเข้าหา-หลีกเลี่ยง (Approach - Avoidance Conflicts) เป็นความขัดแย้งที่เกิดขึ้นเมื่อตัวบุคคล อยู่ในสถานการณ์ที่ต้องเผชิญกับเป้าหมายประสงค์ที่มีลักษณะที่พึงพอใจและไม่พึงพอใจในเวลาเดียวกัน

2.4 ความขัดแย้งแบบเข้าหา-หลีกเลี่ยงหนีซ้อน (Double Approach - Avoidance Conflicts) เป็นความขัดแย้งที่เกิดขึ้นเมื่อบุคคลเผชิญกับการเลือกระหว่างเป้าหมายประสงค์สองอันซึ่งแต่ละอันก็มีส่วนที่น่าพึงพอใจและไม่น่าพึงพอใจ

3. ความตึงเครียด (Tentions) เป็นความรู้สึกกระสับกระส่ายไม่แน่นอน เป็นความรู้สึกสืบเนื่องมาจากความขัดแย้งในจิตใจที่ยังแก้ไขไม่ได้

ภาวะดังกล่าวข้างต้นแล้ว เป็นสาเหตุที่สำคัญของการเกิดความวิตกกังวล และในบางครั้งอาจเกิดภาวะดังกล่าวขึ้นมากกว่าหนึ่งอย่างในเวลาเดียวกันก็ได้

ความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นในบุคคลแต่ละคนนั้นไม่เท่ากัน แม้จะเป็นสิ่งเร้าเดียวกันก็ตาม ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับความหมายของสิ่งเร้าต่อบุคคลนั้น โดยทั่วไปสามารถแบ่งระดับความวิตกกังวลออกได้เป็น 4 ระดับ ได้แก่ (ปาหนัน บุญหลง, 2529 : 12-13; อ้างอิงมาจาก Grave and Thompson. 1978 : 95-97)

1. ความวิตกกังวลระดับเล็กน้อย (Mild Anxiety) สมองการรับรู้จะกว้าง มีสติสัมปชัญญะมากขึ้น สามารถใช้กลไกการปรับตัวได้อย่างเหมาะสม เริ่มมีการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย เช่น หายใจเร็วขึ้น ปากแห้ง

2. ความวิตกกังวลระดับปานกลาง (Moderate Anxiety) สมองการรับรู้ของประสาทสัมผัสสับสน การเปลี่ยนแปลงทางร่างกายเพิ่มขึ้น

3. ความวิตกกังวลระดับสูง (Severe Anxiety) สติสัมปชัญญะและสมองการรับรู้แคบลง มีการเคลื่อนไหวมากขึ้นอย่างไร้จุดหมาย เกิดความกลัวต่อบุคคล สถานที่ หรือสิ่งของ มีอาการย่ำคิดซ้ำทำ

4. ความวิตกกังวลระดับสูงสุด (Panic) เป็นภาวะที่บุคคลเกิดความวิตกกังวลมากขึ้นโดยไม่ได้รับการแก้ไขให้ลดลงจนกระทั่งถึงจุดที่บุคคลไม่สามารถทนได้ ทำให้เกิดความผิดปกติทั้งความคิด อารมณ์ และพฤติกรรมที่แสดงออก สมองการรับรู้แคบมาก สติสัมปชัญญะมีน้อยหรือไม่เลย

จะเห็นว่า ความวิตกกังวลในระดับเล็กน้อยหรือปานกลาง จะก่อให้เกิดผลในทางบวก เพราะทำให้มีการตื่นตัวในการรับรู้ ความวิตกกังวลในชีวิตประจำวันโดยทั่วไปก็จะอยู่ในระดับนี้ บุคคลสามารถปรับตัวเพื่อจัดการความวิตกกังวลออกไปได้ แต่ถ้ามีความวิตกกังวลในระดับสูงมาก ๆ หากเกิดขึ้นเป็นเวลานาน ๆ จะทำให้มีความผิดปกติด้านจิตใจ กลายเป็นโรคประสาทวิตกกังวลได้ ดังนั้น เมื่อเกิดมีความวิตกกังวลขึ้นจึงต้องจัดการออกไปโดยเร็ว

เมื่อเกิดความวิตกกังวลขึ้น ร่างกายจะมีการตอบสนอง 2 ทาง คือ

1. การตอบสนองทางด้านร่างกาย เป็นการเปลี่ยนแปลงทางด้านสรีรวิทยา แบ่งตามระบบได้ดังนี้

1.1 ระบบโครงสร้างและกล้ามเนื้อ กล้ามเนื้อหดตัว จะมีอาการเกร็ง สั่น กระตุก อ่อนเพลียไม่มีแรง ปวดเมื่อยทั่ว ๆ ไป การเคลื่อนไหวผิดปกติ

1.2 ระบบไหลเวียนของโลหิต หัวใจเต้นเร็วและแรง มีอาการใจสั่น เจ็บหน้าอก เส้นโลหิตบริเวณส่วนปลายหดตัว ทำให้มือเท้าซีดและเย็น หน้าแดงหรือหน้าซีด ความดันโลหิต สูงขึ้น

1.3 ระบบทางเดินหายใจ มีอาการหายใจลำบากไม่สม่ำเสมอ แน่นหน้าอก หายใจไม่ออก เวียนศีรษะ เป็นลม

1.4 ระบบทางเดินอาหาร ปากแห้ง เบื่ออาหาร ท้องอืดเพื่อ อาเจียน คลื่นไส้ ท้องเดินหรือท้องผูก

1.5 ระบบประสาท ขาดสมาธิ การรับรู้เปลี่ยนไป ขึ้นกับระดับของความวิตกกังวลนอนไม่หลับ ม่านตาขยาย กระสับกระส่าย

1.6 ระบบทางเดินปัสสาวะ ถ่ายปัสสาวะบ่อย กลั้นไม่อยู่

1.7 ระบบอวัยวะสืบพันธุ์ รอบเดือนผิดปกติ สมรรถภาพทางเพศลดลง

1.8 ระบบผิวหนัง เหงื่อออกมากตามฝ่ามือฝ่าเท้า ผิวหนังเย็น

2. การตอบสนองทางด้านจิตใจ เป็นการเปลี่ยนแปลงด้านอารมณ์ จิตใจ มีอาการกระวนกระวายสับสน ไม่เป็นสุข ตื่นเต้นมาก หวาดกลัวโดยไม่มีเหตุผล มีความตึงเครียด จิตใจไม่สงบ ขาดสมาธิ

การจัดความวิตกกังวลในระดับต่าง ๆ จะมีความแตกต่างกัน พอจะแยกได้ ดังนี้

1. ความวิตกกังวลระดับเล็กน้อย จะถูกจัดโดยการร้องไห้ นอนหลับ การกิน การหัวเราะ การออกกำลังกาย ฝืนกลางวัน การถามคำถาม การคิดให้รอบคอบ การทำกิจกรรมที่ไม่มีจุดมุ่งหมาย เช่น การเคาะนิ้วมือ การเขย่าตัว การใช้สัมผัสเพื่อก่อให้เกิดความมั่นใจ การใช้เหล้าและยาเสพติด การแสวงหาข้อมูลใหม่และนำมาใช้

2. ความวิตกกังวลระดับปานกลางและสูงสุด ร่างกายจะต้องใช้กลไกเพิ่มขึ้นในการรับมือกับปัญหา ซึ่งได้แก่

2.1 การแก้ปัญหาตามสภาพความเป็นจริงโดยสติปัญญา ซึ่งในกรณีที่มีความวิตกกังวลสูงและสูงสุดอาจทำไม่ได้ เนื่องจากขาดสมาธิ สนามการรับรู้แคบลง การตัดสินใจผิดพลาด

2.2 การใช้กลไกวิธาน (Defence Mechanisms) ในการปรับสภาพจิตใจให้เข้าสู่สม

ดุลย์โดยจิตไร้สำนึก ซึ่งถ้าใช้แล้วไม่ประสบความสำเร็จบ่อยครั้ง ก็จะเป็นภาวะเรื้อรังก่อให้เกิดโรคจิต(Psychosis)ได้ กลไกป้องกันตนเอง เช่น การปฏิเสธ การทดแทน การเก็บกดการหาเหตุผลให้ตนเอง การกล่าวโทษผู้อื่น เป็นต้น

ความวิตกกังวลจะถูกขจัดไปได้ นั่น จำเป็นต้องขจัดที่สาเหตุหรือแก้ไขสภาวะการณ์ที่ทำให้เกิดความวิตกกังวล โดยการปรับพฤติกรรมของบุคคล

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับ ความวิตกกังวลกับการปรับตัวต่อบทบาทการเป็นมารดา

จากการที่ต้องเผชิญกับภาวะคุกคามจิตใจด้านต่างๆ ทำให้มารดาที่ติดเชื้ เอช ไอ วิ เกิดความวิตกกังวลมากกว่า ทารกจะติดเชื้เอช ไอ วี หรือไม่ ทำให้เกิดความรู้สึกผิด (Guilt) นึกทบทวนสาเหตุ และ ตำหนิตนเอง ขณะเดียวกันจะมีความรู้สึกกลัว (Fear) กลัวว่าทารกจะเสียชีวิต กลัวว่าจะดูแล หรือเลี้ยงดูทารกไม่ถูกต้อง เป็นต้น และจากการศึกษาของ ศรีโสภา แห่งทองคำ (2533) ซึ่งศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง ความวิตกกังวล กับการปรับตัวต่อบทบาทการเป็นมารดา ในมารดาที่มีบุตรคลอดก่อนกำหนด พบว่า ความวิตกกังวลมีความสัมพันธ์ทางลบกับการปรับตัวต่อบทบาทการเป็นมารดา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ศิริรัช ศิริตัน คิวตัน (2535) พบว่าผลของการลดความวิตกกังวล กับการปรับตัวต่อบทบาทการเป็น มารดา ในมารดาที่ได้รับการสนับสนุนการลดความวิตกกังวลอย่างมีแบบแผน มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปรับตัวต่อบทบาทการเป็นมารดาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ดังนั้น ถึงแม้ว่าจะยังไม่มีงานวิจัยเกี่ยวกับความวิตกกังวลกับการปรับตัวต่อบทบาทการเป็นมารดาของมารดาที่ติดเชื้ เอช ไอ วี ก็ตาม แต่จากงานวิจัยที่กล่าวมาในเบื้องต้น อาจสรุปได้ว่ามารดาติดเชื้ เอช ไอ วี ที่มี ระดับความวิตกกังวลต่ำ จะมีการปรับตัวต่อบทบาทการเป็นมารดาได้ดีกว่า มารดาติดเชื้ เอช ไอ วี ที่มีระดับความวิตกกังวลสูง

5. แนวคิดเกี่ยวกับความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเอดส์

ความหมายของความรู้ความเข้าใจ

ในทฤษฎีเกี่ยวกับการรับรู้ นั้น ถือว่าการรับรู้เป็นสภาพทางจิตวิทยา และมีผู้ให้ความหมายเกี่ยวกับการรับรู้ไว้ดังต่อไปนี้

- ตามพจนานุกรมของเว็บสเตอร์ (New Webster's Dictionary. 1975:1100) ให้ความหมายไว้ว่า การรับรู้หมายถึงการแสดงออกถึงความรู้ ความเข้าใจ ตามความเข้าใจ ตามความรู้สึกที่เกิดขึ้นในจิตใจของคน ซึ่งแกรริสันและมากูน (Garrison and Magoon. 1972 :637) ได้ให้ความ

หมายของการรับรู้ว่าเป็นกระบวนการซึ่งสมองตีความ หรือแปลความหมาย ของข้อมูลที่ได้จากการสัมผัสของร่างกายกับสิ่งแวดล้อม ซึ่งเป็นสิ่งเร้า ทำให้เราทราบว่าสิ่งเร้า หรือสิ่งแวดล้อมที่เราสัมผัสนั้นเป็นอย่างไร มีความหมายอย่างไร มีลักษณะอย่างไร และเคนด์เลอร์ (Kendler. 1974:124) ได้ให้ความหมายไว้ว่า การรับรู้เป็นขบวนการตีความจาก สิ่งที่ได้สัมผัสกับเป็นการเตรียมการเพื่อการตอบสนอง ในขณะที่ จรินทร์ ธานีรัตน์ (2528:116) ได้ให้ความหมายไว้ว่า การรับรู้คือ อาการที่จิตใจรับเอาผลการสัมผัสต่างๆ กลูกเคล้าปะปนตาม ความรู้สึกเก่า แล้วทำให้เกิดการรับรู้ว่าจะไร เป็นอะไร และ สุชา จันทรโณม (2529:177) ได้ให้ความหมายไว้ว่า การรับรู้หมายถึงการที่คนเรามีประสบการณ์กับวัตถุ หรือเหตุการณ์ต่างๆ โดยอาศัยอวัยวะรับสัมผัส

กระบวนการเกิดการรับรู้ (Perception Process)

การรับรู้เป็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในตัวบุคคล ซึ่งไม่สามารถสังเกตได้โดยตรง ทางจิตวิทยาเห็นว่าเป็นความสัมพันธ์ระหว่างการกระตุ้น กับพฤติกรรมที่แสดงออกมา แต่การแสดงออกซึ่งเราจะอ้างอิงไปถึงการรับรู้ภายในนั้น จะเป็นผลขององค์ประกอบนานาประการ เช่น การเรียนรู้ ความจำ แรงกระตุ้น อารมณ์ และอื่นๆ การรับรู้เป็นกระบวนการที่ประกอบด้วยขั้นตอนต่างๆ ดังที่นักจิตวิทยาและนักการศึกษาได้อธิบายไว้ เช่น ฮูลซ์และโบว์ดITCH (Huse and Bowditch. 1977:127) กล่าวว่า บุคคลแต่ละคนเป็นเสมือนระบบชนิดหนึ่งที่สามารถรับข้อมูล ข่าวสารต่างๆ ซึ่งเข้ามาสู่ตนโดยผ่านประสาทสัมผัส ได้แก่ การเห็น การได้ยิน การสัมผัส การชิม และการดม จากนั้นข้อมูลที่เข้ามาจะได้รับการจัดระบบและกลายมาเป็นสิ่งที่รับรู้ โดยสามารถตอบสนองออกมาเป็นการกระทำ ความนึกคิด และแนวคิด ซึ่ง สิทธิโชค วรรณสันติกุล (2524:59-65) ก็ได้กล่าวว่า การรับรู้เป็นกระบวนการที่ซับซ้อน ต้องประกอบด้วยขั้นตอน 3 ขั้น ได้แก่

- 1) การเลือก (Selection) เป็นกระบวนการเลือกเพื่อที่จะรับรู้สิ่งเร้าบางอย่างจากบรรดาสสิ่งเร้าทั้งหลาย
- 2) การจัดระบบ (Organization) เราจะจัดระบบสิ่งเร้าภายนอก 2 วิธี คือ
 - ก. ภาพและพื้น (Figure and Ground) คนเรานั้นเมื่อเลือกที่จะรับรู้สิ่งเร้าแล้ว ยังแยกสิ่งเร้าที่เลือกออกมาเป็นส่วนที่สนใจเป็นพิเศษ เรียกว่า ภาพ (Figure) ส่วนอื่นๆที่ไม่สนใจ เป็นพื้น (Ground)
 - ข. การทำให้ง่าย (Simplification) เป็นแนวโน้มของคนเราที่จะจัดระบบสิ่งเร้านั้นให้อยู่ในรูปที่ง่ายขึ้น โดยตัดสิ่งที่เป็นรายละเอียดซับซ้อนและสับสนทิ้งไป
- 3) การแปลความ (Interpretation) เป็นขั้นตอนสุดท้ายในกระบวนการรับรู้ในขั้นนี้คนเราจะอาศัยคุณสมบัติที่อยู่ภายในตัวเอง เช่น ทัศนคติ ประสบการณ์ความต้องการ คำ

นิยม ฯลฯ เพื่อช่วยในการพิจารณาสิ่งเร้าภายนอก เพื่อผสมผสานสิ่งเร้าภายนอกให้เข้ากับคุณสมบัติภายใน ดังนั้นการแปลความจึงเป็นเรื่องที่ขึ้นอยู่กับอัตวิสัย (Subjective) ของผู้รับสิ่งเร้าอย่างเดียวกันที่เสนอต่อบุคคลต่างๆ กัน บุคคลเหล่านั้นจะแปลความหมายแตกต่างกันนอกจากนี้ เชอร์เมอร์ฮอร์น ฮันท์ และออสบอร์น (Schermerhorn, Hunt and Osborn. 1982: 409-410) ได้กล่าวว่า การรับรู้เป็นกระบวนการทางจิตวิทยาเบื้องต้น ในการตีความสิ่งเร้าที่ได้สัมผัสต่างๆ เพื่อสร้างประสบการณ์ที่มีความสำคัญสำหรับผู้รับรู้บุคคลแต่ละคนจะมีการรับรู้แตกต่างกันไปขึ้นอยู่กับประสบการณ์ที่มีความหมายเฉพาะของแต่ละบุคคล ในขณะที่ โยธิน สันสนบุทท และ จุมพล พูลภัทร ชีวิน (2524:29) กล่าวว่า การรับรู้ คือกระบวนการซึ่งสมองแปลความหมายจากสิ่งเร้าที่มาสัมผัสกับร่างกาย ผ่านประสาทสัมผัสทางใดทางหนึ่งของร่างกายแล้วมีการตอบสนองต่อสิ่งเร้า นั้น โดยอาศัยความรู้และประสบการณ์เดิมเป็นสิ่งที่ช่วยเสริม

องค์ประกอบของการรับรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์

การรับรู้เป็นองค์ประกอบทางจิตวิทยา ที่มีบทบาทสำคัญในการประเมิน และแปลความหมาย เกี่ยวกับโรค เกี่ยวกับภาวะสุขภาพและกำหนดการตัดสินใจที่จะกระทำหรือไม่กระทำอย่างใดอย่างหนึ่งต่อภาวะสุขภาพ หรือโรคภัยไข้เจ็บที่บุคคลนั้นเผชิญอยู่ (พันธุ์ทิพย์ รามสูต. 2531:79-82) การรับรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์เปรียบเสมือน บุคคลมีความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ ทราบถึงความรุนแรง ของโรคเอดส์ว่าเป็นโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ ทำให้บุคคลคิดพิจารณาไตร่ตรองก่อนที่จะแสดงพฤติกรรม การปฏิบัติ การดูแลตนเอง เพื่อป้องกันการติดเชื้อโรคเอดส์ การรับรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ที่ถูกต้อง ส่งผลให้บุคคลมีจุดมุ่งหมายที่จะใช้ความสามารถในการดูแลตนเอง การป้องกันการติดเชื้อ เอช ไอ วี จัดเป็นแรงจูงใจอย่างหนึ่ง ที่จะให้บุคคลปฏิบัติตัวในสิ่งที่ถูกต้องเหมาะสมสามารถดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ (มัลลิกา ตั้งเจริญ. 2534:17) ในปัจจุบันมีการใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Rosenstock. 1974:329-355) ซึ่งมีการรับรู้ของบุคคลเป็นองค์ประกอบที่สำคัญของแบบแผน โดยใช้ทฤษฎีเลวินเนียน (Lewinian) ของเคิร์ต เลวิน (Kurt Lewin) เป็นรากฐาน ซึ่งกล่าวถึงวิธีการดำเนินชีวิตของมนุษย์ว่ามีทั้งดีและเลว มนุษย์พยายามจะแสวงหาสิ่งที่ดี เพื่อนำมาประยุกต์ใช้กับปัญหาในเรื่องสุขภาพ หนทางที่บุคคลจะปฏิบัติหรือกระทำสิ่งใดเพื่อหลีกเลี่ยงจากโรคภัยไข้เจ็บนั้น จะขึ้นอยู่กับ การรับรู้ 4 ประการคือ

1. การรับรู้ถึงโอกาสหรือความเสี่ยงต่อการเป็นโรค (Perceived Susceptibility)
2. การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค (Perceived Severity)
3. การรับรู้ประโยชน์ของการรักษา (Perceived Benefits)

4. การรับรู้ถึงอุปสรรคต่างๆ (Perceived Barriers)

การรับรู้ถึงโอกาสหรือความเสี่ยงต่อการเป็นโรค

บุคคลแต่ละคนมีการรับรู้ถึงโอกาสที่จะเป็นโรค หรือความเสี่ยงต่อการเป็นโรคแตกต่างกัน เช่นบางคนอาจปฏิเสธไม่เชื่อเลย หรือบางคนก็เชื่อว่าเขามีโอกาสเจ็บป่วยอย่างเดิม หรือโรคกลับเป็นซ้ำได้อีกอย่างแน่นอน หรือมีโอกาสดังขึ้นเหมือนกันแต่ไม่มากเป็นต้น ฉะนั้นการที่บุคคลจะมีพฤติกรรมปรับตัวเพื่อหลีกเลี่ยงโรคร้ายไข้เจ็บต่างๆ จึงขึ้นอยู่กับระดับของการรับรู้ของเขาถึงโอกาส หรือความเสี่ยงต่อการเป็นโรคนั้นเอง

จากรายงานการวิจัยต่างๆ พบว่าการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการปฏิบัติตามคำแนะนำ เช่น เทอร์เรลและฮาร์ท (Terrell & Hart, 1980:490) พบว่าการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนมีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการออกกำลังกาย และจากการศึกษาของ กอชแมน (Gochman, 1972:285-293) ให้ทัศนะว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคมีผลต่อการปฏิบัติตนของบุคคล ในการดูแลสุขภาพอนามัยที่แตกต่างกัน บุคคลใดมีความเชื่อว่าตนเองมีโอกาเสี่ยงต่อการเป็นโรค หรือป่วยเป็นโรคได้ง่ายจะมีความต้องการได้รับการรักษามากกว่าบุคคลที่มีการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงที่ต่ำกว่า

การรับรู้เกี่ยวกับความรุนแรงของโรค

แม้บุคคลจะตระหนักถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค หรือการเจ็บป่วยแล้วก็ตาม ก็ยังไม่เป็นการเพียงพอที่จะกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมขึ้น บุคคลจะต้องมีความเชื่อหรือมีการรับรู้ถึงโรคที่เกิดขึ้นมีผลกระทบรุนแรงต่อร่างกาย จิตใจ สัมพันธภาพในครอบครัว ความสามารถในการทำงาน และบทบาททางสังคมของเขาด้วย จึงจะเป็นแรงสนับสนุนให้มีพฤติกรรมเกิดขึ้น ซึ่งจากการศึกษารวบรวมผลงาน การวิจัยของนักวิจัยหลายๆ ท่าน เช่น มิคฮาอิล (Mikhail, 1981:69) พบว่าการรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพ (Health Related Behavior) นอกจากนี้ เนลสันและคณะ (Nelson, et al 1978:903) ได้เสนอผลการศึกษาว่า ผู้ป่วยที่มีการรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค จะให้ความร่วมมือในการควบคุมโรคได้ดีกว่าผู้ป่วยที่ไม่รับรู้ถึงความรุนแรงของโรค

การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษา

การรับรู้ของบุคคลต่อโอกาสหรือความเสี่ยงต่อการเป็นโรค (Susceptibility) และการรับรู้ถึงความรุนแรงหรืออาการของโรค (Severity) เป็นสภาวะทางจิตใจ และความพร้อมที่จะกระทำหรือปฏิบัติสิ่งหนึ่งสิ่งใดต่อไป ไม่ได้เป็นสิ่งที่กำหนดว่า พฤติกรรมที่จะปฏิบัตินั้นจะเป็นอย่างไร

การที่บุคคลจะเลือกที่จะปฏิบัติอย่างไรขึ้นอยู่กับความพร้อมทางด้านจิตใจ และการได้รับรู้ถึงประโยชน์ (Benefits) ที่เขาจะได้รับ

การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษาเป็นสิ่งสำคัญอย่างหนึ่ง ที่มีผลต่อความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วย การศึกษาวิจัยที่ผ่านมาแสดงให้เห็นว่า ประชาชนจะให้ความร่วมมือในการปฏิบัติตามคำแนะนำ ถ้าเขามีความเชื่อหรือการรับรู้ว่า การปฏิบัตินั้นจะมีประสิทธิภาพในการป้องกัน การสับสน หรือการรักษาโรค ดังนั้น การรับรู้ถึงประโยชน์หรือประสิทธิภาพของการรักษา จึงนำไปสู่พฤติกรรมที่จะช่วยลดภาวะคุกคามจากโรค (Mikhail. 1981:81) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของโรเซนสตอค (Rosenstock. 1974:345) พบว่าบุคคลจะปฏิบัติตามคำแนะนำอย่างเคร่งครัดเนื่องจากมีความเชื่อว่าการปฏิบัตินั้นๆ สามารถป้องกันการเกิดโรคหรือการกลับเป็นซ้ำได้ หรือลดภาวะเจ็บป่วยที่กำลังคุกคามต่อสุขภาพอยู่ นอกจากนี้จากการศึกษาของ นิตยา อังกานูรณ์ (2527:83) พบว่า ผู้ป่วยที่มีการรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษามาก จะสามารถปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพได้ดีกว่าผู้ป่วยที่มีการรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษาน้อย

การรับรู้ถึงอุปสรรคต่างๆ

การรับรู้เกี่ยวกับอุปสรรคเป็นการคาดการณ์ล่วงหน้าของบุคคลที่จะมีผลต่อการปรับตัวด้านสุขภาพของบุคคลในทางลบ ได้แก่ ค่าใช้จ่าย เวลาในการมารับบริการสุขภาพ ความพึงพอใจในบริการที่ได้รับ ความไม่สะดวกหรือไม่มีสิ่งอำนวยความสะดวกมากมายในการปฏิบัติตามการปฏิบัติตัวที่ต้องใช้เวลานาน หรือขัดต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน สิ่งต่างๆ เหล่านี้ ถ้ามีมากจะทำให้เกิดความขัดแย้ง และหลีกเลี่ยงในการมีพฤติกรรมที่ถูกต้องเหมาะสม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ คลิงเกอร์ (Klinger. 1984:32-38) พบว่าการปฏิบัติตัวที่ต้องใช้เวลานานความไม่สะดวกที่จะปฏิบัติ ความไม่สุขสบายจากโรคหรือความเจ็บป่วย การหลงลืมหรือการได้รับคำแนะนำที่ไม่ชัดเจนเพียงพอ เป็นอุปสรรคในการปฏิบัติตนตามแผนการรักษา และทำให้เกิดความเบื่อหน่ายในการรักษา นอกจากนี้ คาลด์เวลล์และคณะ (Caldwell. et al.1970:579-592) ได้ศึกษาพบว่าผู้ป่วยที่มีรายได้น้อย ให้ความร่วมมือในการรักษาน้อย เช่น การไม่ยอมมาตรวจตามนัด ไม่มารับการรักษาและไม่มารับยา โดยให้เหตุผลว่าอาการหายแล้ว เสียเวลาในการทำงานหรือไม่อยากรอแพทย์นาน เหล่านี้เป็นปัจจัยที่มีผลต่อการปรับพฤติกรรม

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความรู้อาจเกี่ยวข้องเกี่ยวกับโรคเอดส์กับการปรับตัวต่อบทบาทการเป็นมารดา

จากการศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ยังไม่พบบางงานวิจัยการรับรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ที่มีความสัมพันธ์กับการปรับตัวต่อบทบาทการเป็นมารดา ของมารดาที่ติดเชื้อ เอช ไอ วี โดยตรงพาดแต่

งานวิจัยที่มีลักษณะใกล้เคียงกัน ได้แก่ งานวิจัยของ วิลเลียมส์ จักรพรรดิ (2534) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง การรับรู้เกี่ยวกับโรค กับ การปรับตัวของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม พบว่า การรับรู้เกี่ยวกับโรค มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปรับตัวของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และ จูฮาทิพย์ ชือสตัย (2537) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้เกี่ยวกับโรค กับ ความร่วมมือในการปฏิบัติตามแผนการรักษา ของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงพบว่า การรับรู้เกี่ยวกับโรค มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการปฏิบัติตามแผนการรักษา ของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 ในขณะที่ มัลลิกา ตั้งเจริญ (2534) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง การรับรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์กับความสามารถในการดูแลตนเองของหญิงอาชีพพิเศษ พบว่ามีความสัมพันธ์ทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01 ($r=.202$) และ เสมอจันทร์ อะนะเทพ ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง การรับรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์กับ พฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์ พบว่ามีความสัมพันธ์กันทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01 ($r=.2091$)

จากลักษณะงานวิจัยที่ใกล้เคียงกัน พอจะอนุมานได้ว่า มารดาติดเชื้อ เอช ไอ วี ที่มีการรับรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์สูง จะมีการปรับตัวต่อบทบาทการเป็นมารดาได้มากกว่ามารดาติดเชื้อเอช ไอ วี ที่มีการรับรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ต่ำ

6. แนวคิดเกี่ยวกับความหวัง

ในอดีตความหวังถือเป็นสิ่งชั่วช้า นักปรัชญาชาวกรีก กล่าวว่า ความหวังเป็นสิ่งที่ลวงตา (Illusion) เป็นสิ่งที่เลวร้ายกว่าความสิ้นหวัง ขมขื่นยิ่งกว่าความตาย แต่ต่อมาทัศนคติเกี่ยวกับความหวังได้เปลี่ยนไป เซนต์พอล (St. Paul) ชาวคริสต์เคยเป็นผู้ริเริ่มแนวคิดเกี่ยวกับความหวังในทางที่ดี เขากล่าวกับเพื่อนชาวกรีกของเขาว่า ความหวังจะยืนหยัดได้ด้วยความรัก และทุกสิ่งทุกอย่างที่เกิดขึ้นในโลกนี้มาจากความหวังทั้งสิ้น (Rawlins. 1984 : 500)

การศึกษาเกี่ยวกับความหวัง ได้เริ่มต้นขึ้นในนักศาสนศาสตร์และนักปรัชญา โดยแนวคิดจะเป็นลักษณะของความจริงที่เป็นอยู่ เช่น กล่าวถึงความหวังว่าเป็นสิ่งสะท้อนถึงความไม่มีที่สิ้นสุดของมนุษย์ การศึกษาในยุคแรกนั้น จึงเป็นการศึกษาถึงความหวังในเชิงปรัชญาธรรมชาติ ต่อมา ได้มีการศึกษาเกี่ยวกับความหวังกันมากขึ้น โดยการใช้หลักปรัชญาในทฤษฎีพื้นฐานร่วมกับการใช้การสังเกตแบบวิทยาศาสตร์ เพื่อพัฒนาทฤษฎีให้สามารถอธิบายพฤติกรรมของมนุษย์ได้กว้างขวางขึ้นขณะนี้ได้มีการเผยแพร่โน้ตส์เกี่ยวกับความหวังและหาแนวทางป้องกันและความสิ้นหวังโดยเฉพาะอย่างยิ่ง หน่วยงานทางสุขภาพมีความสนใจในเรื่องนี้มาก หน่วยงานแรกที่สนใจศึกษาและ

นำไปใช้กับผู้ป่วยคือ หน่วยงานจิตเวช (Schneider, 1980 : 13) ต่อมาจึงเผยแพร่ไปสู่หน่วยงานที่มีผู้ป่วยเสียชีวิตอย่างกะทันหัน และหน่วยงานอื่น ๆ ต่อไป

ความหมายของความหวัง

ความหวัง (Hope) เป็นคำที่อธิบายให้เกินชัดเจนได้ยาก ทั้งนี้เนื่องจากเป็นเรื่องของอารมณ์ และความรู้สึกนึกคิดส่วนบุคคลที่อยู่ลึก ๆ เป็นศูนย์กลางของความเชื่อ ความศรัทธา ว่ามีหนทางทำให้ความต้องการที่สำคัญต่อชีวิตได้รับการสนองตอบ (อุบล นิวัติชัย, 2528:1091) เมื่อกล่าวถึงความหวัง มักจะพบคำที่มีความหมายคล้อยคลึงกันเช่น ความประสงค์ (Wish) ความปรารถนา (Desire) ความคาดหมาย (Expectation) เป็นต้น หากเมื่อพิจารณาโดยละเอียดแล้วจะพบว่ามีความแตกต่างกันดังนี้

ความประสงค์ (Wish) หมายถึง ความต้องการบางสิ่งบางอย่าง แต่สิ่งที่ต้องการนั้นมักไม่จำเป็นสำหรับชีวิตนัก และมีโอกาสที่จะสมหวังน้อยมากหรือเลือนลอย เช่น อยากถูกลีศคนเดียวรางวัลที่หนึ่ง ความคิดเช่นนี้พบได้เสมอแต่มักเกิดขึ้นชั่วครู่ชั่วยามแล้วก็ผ่านไป ผู้คิดเองก็มีได้กระตือรือร้นที่จะกระทำให้สมหวัง (ประมุข สรรกามีเกิด, 2525 : 73)

ความปรารถนา (Desire) หมายถึง ความต้องการในสิ่งที่ไม่จำเป็นมากนัก แต่มีโอกาสเป็นไปได้มากพอควร เช่น อยากเป็นเจ้าของรถคันใหม่นั้นเหลือเกิน เพราะถูกใจจริง ๆ (อุบล นิวัติชัย, 2528 : 1091)

ความคาดหมาย (Expectation) หมายถึง ความต้องการบางสิ่งบางอย่าง ซึ่งมีระดับการคาดคะเนว่าจะเกิดขึ้นสูงมากทั้งเรื่องในทางบวกและทางลบ เช่น คาดหมายว่าจะได้รับจดหมาย แต่การคาดหมายมีความเกี่ยวข้องกับอารมณ์และความรู้สึกน้อยกว่าเมื่อเทียบกับความหวัง (อุบล นิวัติชัย, 2528: 1091)

ความหวังจึงเป็นความรู้สึกนึกคิด ที่มีลักษณะเฉพาะตัวยากในการให้คำจำกัดความ (Higns, 1984 : 359) แต่ก็ได้มีการพยายามให้ความหมายไว้ต่าง ๆ กัน เช่น ลินช์ (Lynch, 1965:32) ได้ให้ความหมายของความคาดหวังว่า เป็นความรู้สึกว่ามีหนทางจะหลุดจากความยากลำบาก บ่งชี้ไปถึงการแก้ปัญหาทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ อันเป็นทางหลุดพ้นจากความเจ็บป่วย ความหวังให้ความรู้สึกที่ปลอดภัยแก่ผู้ที่ประสบปัญหาในชีวิต แม้ว่าปัญหานั้นจะเป็นปัญหาที่ยาวนาน แต่ผู้ใดที่มีความหวังจะรู้สึกว่ายานนั้นแก้ไขได้ ซึ่งสอดคล้องกับ แมคกี (Mc Gee, 1984 : 35) ที่กล่าวว่าความหวังเป็นความสามารถในการคาดหมายเช่น ขณะนี้บุคคลอาจมีความรู้สึกไม่สุขสบาย แต่ก็คาดว่าในอนาคตจะมีความรู้สึกสบายขึ้น และไวส์แมน (Weisman, 1979 :12) ก็ได้กล่าวว่า ความหวังเป็นสิ่งที่สัมผัสไม่ได้ วัดไม่ได้ แต่เป็นความรู้สึกของจิตใจที่แท้จริง ความหวังเกิดจากการ

มองเห็นในแง่ดี หรือเป็นความคาดหวังถึงความสำเร็จ ซึ่งชไนเดอร์ (Schneider, 1980 : 12) ให้ความเห็นว่า ความหวังเป็นลักษณะตรงข้ามกับความสิ้นหวัง มีผลต่อการฟื้นฟูสภาพร่างกายและการอยู่รอด บุคคลที่มีความหวังจะไม่ขัดข้องต่อการเผชิญปัญหาที่รับผิดชอบ อย่างไรก็ตามเขารู้สึกว่ายังมีทางออก และมีความเป็นไปได้ ส่วน สก็อตแลนด์ (Stotland, 1969 : 2) ได้ให้ความหมายของความหวังไว้ว่า เป็นความคาดหวังที่มีเป้าประสงค์เชื่อถือได้มากกว่าศูนย์ ความหมายในลักษณะนี้เปรียบเสมือนโอกาสของความเป็นไปได้ อันเป็นผลมาจากความคาดหวังของแต่ละบุคคล ดังนั้น ความหวังจึงอาจเป็นหลักการที่ตั้งอยู่บนความเป็นไปได้หรือเป็นไปได้หรือไม่ได้ ซึ่งในความเห็นของมิลเลอร์ (Miller, 1983:287) ความหวังเป็นความสำเร็จที่คาดหวังไว้ล่วงหน้าแต่อาจมีความรู้สึกไม่แน่ใจอยู่บ้าง และความหวังยังเป็นการปฏิเสธต่อเป้าหมายที่ไม่ดี ในขณะที่ รอร์ลินส์ (Rawlins, 1985:501) ให้ความหมายของความหวังว่า เป็นสภาวะทางจิตใจที่มีความปรารถนาจะประสบความสำเร็จในอันปลายตามเป้าหมาย ความหวังจึงเป็นความรู้สึกที่เฝ้ารอได้ บุคคลที่มีความหวังจะเชื่อว่า เขาจะได้รับในสิ่งที่ปรารถนา ซึ่งจะทำให้ชีวิตมีการเปลี่ยนแปลงในทางที่ดีขึ้น เช่น ชีวิตจะสะดวกสบายขึ้น มีความหมาย และมีความสุขมากขึ้น สำหรับ โพลเวลล์ (Powell, 1983: 432) ได้อ้างถึงความเห็นของอิริคสัน (Erickson) ว่า ความหวังเป็นพื้นฐานที่จะนำไปสู่การปฏิบัติ เป็นบ่อเกิดแห่งความเชื่อถือ และทำหน้าที่ในการรักษา ความหวังในทางบวกทำให้เกิดความรู้สึกที่ดีมีความรู้สึกฟื้นคืนจากสภาพผิดปกติทางกายและใจ ในภาวะเครียด ความหวังจะทำให้มองเห็นปัญหาความยุ่งยากได้และสามารถอดทนต่อความรู้สึกเครียดหรือพยายามอยู่อย่างปราศจากความเครียด ทั้งนี้เพราะความหวังมีลักษณะเช่นเดียวกับความเชื่อ ในศาสนา กล่าวคือจะคอยปกป้องจิตใจและวิญญาณของคนเรา ให้เข้มแข็งต่อการเผชิญกับปัญหาต่างๆ ซึ่งโดโนแวน (Donovan, 1976:8) ได้เปรียบเทียบความหวังว่าเป็นเสมือนกุญแจดอกสำคัญของการดำรงชีวิตอยู่ เพราะความหวังมีลักษณะของบทบาทหน้าที่เช่นเดียวกับแรงจูงใจ ในขณะที่แรงจูงใจ (Motivation) หมายถึงเงื่อนไขหรือสภาวะในอินทรีย์ที่กระตุ้นให้อินทรีย์เกิดพฤติกรรมหรือทำให้พฤติกรรมที่เกิดขึ้นคงอยู่อย่างมีเป้าประสงค์ ดังจะเห็นว่าบางขณะบุคคลบางคนจะสามารถกระทำสิ่งหนึ่งสิ่งใดได้เป็นเวลานานติดต่อกัน โดยปราศจากการเหน็ดเหนื่อย ทั้งนี้เพราะบุคคลนั้นมีเป้าประสงค์ที่คอยกระตุ้นให้เกิดความมุ่งมั่นไม่ลดละการกระทำ (Persistence of Action) หรือกล่าวอีกนัยหนึ่งว่า บุคคลนั้นมี "ความหวัง" การศึกษาเกี่ยวกับทิศทางของการกระทำ และ ความมุ่งมั่นไม่ลดลงของการกระทำส่วนเงื่อนไขใด ๆ ของอินทรีย์ที่มีผลต่อความพร้อมที่จะก่อให้เกิดพฤติกรรม หรือทำให้พฤติกรรมดำเนินต่อไปนั้นเรียกว่า "แรงจูงใจ" (motives) แรงจูงใจแบ่งแยกออกเป็น 2 ประเภทคือ

1. แรงจูงใจทางสรีระ เช่น แรงจูงใจที่ทำให้บุคคลกินและดื่ม เป็นต้น
2. แรงจูงใจทางจิตวิทยา เช่น แรงจูงใจที่จะรักและถูกรัก แรงจูงใจที่จะสำรวจและแรงจูงใจที่จะกระทำใหสำเร็จ เป็นต้น (โยธิน ศันสนยุทธ. 2525: 33)

กล่าวโดยสรุปแล้ว ความหวัง หมายถึง แรงจูงใจที่เป็นสิ่งกระตุ้นแห่งการกระทำ (Stimuli) ที่ตอบสนองต่อปัญหา ความรู้สึก ความคิด ความคาดหวังหรือภาวะการณ์ที่ปรารถนาจะพบแต่ยังไม่พบ ซึ่งสิ่งกระตุ้นนี้มีพลังอยู่ในตัวของมันเอง (Mc Gee. 1984: 36) เปรียบได้กับกระแสประสาทที่ส่งเข้าไปในร่างกาย (Sensory Input) ซึ่งจะเข้าสู่ระบบประสาทลิมบิก (limbic System) ผ่านเข้าสู่สมองไฮโปทาลามัส (Hypothalamus) ต่อมพิทูอิทารี (Pituitary Gland) ระบบภูมิคุ้มกัน (Immune System) ระบบต่อมไร้ท่อ (Endocrine System) ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางสรีรภาพ เกิดความกระตือรือร้นและเตรียมพร้อมต่อการเผชิญปัญหาต่าง ๆ (Simonton. 1979: 91)

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับ ความหวังกับการปรับตัวต่อบทบาทการเป็นมารดา

เนื่องจากยังไม่พบบางงานวิจัยที่เป็นความสัมพันธ์ระหว่าง ความหวังกับการปรับตัวต่อบทบาทการเป็นมารดาโดยตรง แต่มีงานวิจัยที่มีลักษณะใกล้เคียงกัน ได้แก่การศึกษาของ หัตถนา ขววรรณะปรกรณ์ (2531) ที่พบว่า ความหวังกับการปรับตัว ของผู้ป่วยมะเร็งระบบโลหิต มีความสัมพันธ์กันทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($r=.3647$) ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ สายสมphanุมาสมณะเทล (2534) ที่พบว่าความหวังกับการปรับตัว ในผู้ป่วยมะเร็งเม็ดโลหิตขาว มีความสัมพันธ์กันทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($r=.5534$) จากงานวิจัยที่มีลักษณะใกล้เคียงกันดังกล่าว ก็พอจะอนุมานได้ว่ามารดาติดเชื้อ เอช ไอ วี ที่มีระดับความ หวังมาก น่าจะมีการปรับตัวต่อบทบาทการเป็นมารดาได้สูงกว่ามารดาติดเชื้อเอช ไอ วี ที่มีระดับ ความหวังน้อย

7. แนวคิดเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคม

การสนับสนุนทางสังคม (Social Support) เป็นปัจจัยแวดล้อมหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพ และความผาสุกของบุคคล ทั้งโดยทางตรงและทางอ้อม (Clken & Wills. 1985:310-357) ได้มีผู้ศึกษาและให้แนวคิดเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคมไว้อย่างมากมาย ได้แก่ ไวส์ (Brandt & Weinert. 1987:273; citing Weiss. 1974) ได้กล่าวไว้ว่า แรงสนับสนุนทางสังคมเป็นความพึงพอใจต่อความต้องการทางสังคม ทำให้ได้รับ

- 1) ความใกล้ชิดผูกพัน ทำให้บุคคลรับรู้ถึงความอบอุ่นปลอดภัย

- 2) การรับรู้ว่าคุณเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ทำให้บุคคลได้เข้าร่วมมีกิจกรรมกับบุคคลต่างๆ ในสังคมมีการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารถ่ายทอดประสบการณ์ และความคิด
- 3) การมีโอกาสได้อบรมเลี้ยงดู หรือช่วยเหลือบุคคลอื่น ทำให้เกิดความรู้สึกว่าคุณเป็นที่ต้องการของผู้อื่น และผู้อื่นพึ่งพาได้
- 4) การรับรู้ถึงคุณค่าในตนเอง เป็นการได้รับความเชื่อถือไว้วางใจ และ ยอมรับในบทบาทของสังคม
- 5) การได้รับความช่วยเหลือในด้านต่าง ๆ ได้แก่ คำแนะนำข่าวสารข้อมูลการสนับสนุนทางอารมณ์ และการสนับสนุนทางด้านวัตถุสิ่งของ

ในขณะที่ คอบบ์ (Cobb. 1976:300) ได้ให้ความหมายของแรงสนับสนุนทางสังคมไว้ว่าเป็นการที่บุคคลได้รับข้อมูล ซึ่งทำให้มีความรู้สึกว่าคุณยังมีบุคคลที่ให้ความรัก ความเอาใจใส่ หรือเห็นคุณค่า ยกย่องและยอมรับว่าคุณเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ซึ่งคอบบ์ ได้แบ่งการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 3 ชนิด (Cobb. 1979:93) คือ

- 1) การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ (Emotional Support) เป็นข้อมูลที่ทำให้บุคคลเชื่อว่าเขาได้รับความรัก และการดูแลเอาใจใส่ ซึ่งมักจะได้รับความสัมพันธ์ที่ใกล้ชิด และมีความผูกพันลึกซึ้งต่อกัน
- 2) การสนับสนุนทางด้านการยอมรับและเห็นคุณค่า (Esteem Support) เป็นความรู้สึกที่บอกให้ทราบว่า บุคคลนั้นมีคุณค่า บุคคลอื่นยอมรับและเห็นคุณค่าในตัว
- 3) การสนับสนุนด้านการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม (Social Support or Network) เป็นการแสดงที่บอกให้ทราบว่าบุคคลนั้นเป็นสมาชิกหรือส่วนหนึ่งของเครือข่ายทางสังคม และมีความผูกพันซึ่งกันและกัน

สำหรับ เทฟเฟอร์ (Tilden. 1985:201; citing Schaefer, et al. 1981) ได้แบ่งการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 3 ชนิดคือ

- 1) การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ หมายถึง ความผูกพัน ความอบอุ่นใจ และความรู้สึกเชื่อมั่นและไว้วางใจ
- 2) การสนับสนุนทางด้านข้อมูลข่าวสาร (Information Support) เป็นการให้คำแนะนำในการแก้ไขปัญหาหรือการให้ข้อมูลป้อนกลับเกี่ยวกับพฤติกรรมและการกระทำของบุคคล
- 3) การสนับสนุนด้านสิ่งของ (Tangible Support) เป็นการให้ความช่วยเหลือ ในด้านสิ่งของ เงินทอง หรือบริการ

และ โครแนนเวลท์ (Cronenwell. 1984:9) ; ทิลเดน (Tilden. 1985:199-206) บราวน์ (Brown. 1986:4-9) มีความเห็นสอดคล้องกัน โดยอ้างถึง เฮาส์ (House. 1981) ว่าชนิดของการสนับสนุนทางสังคมมี 4 ชนิดคือ

- 1) การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ (Emotional Support) หมายถึงการให้การยกย่องความไว้วางใจ ความรัก ความจริงใจ ความเอาใจใส่ และความรู้สึกเห็นใจ
- 2) การสนับสนุนทางด้านการประเมิน (Appraisal Support) คือ การให้ข้อมูลเกี่ยวกับการเรียนรู้ตัวเองหรือข้อมูลที่นำไปใช้ประเมินตนเองในการรับรองทำให้เกิดความมั่นใจ และนำไปเปรียบเทียบตนเองกับผู้ร่วมในสังคมตลอดจนเปิดโอกาสให้แสดงความคิดเห็น
- 3) การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Information Support) หมายถึง การได้รับคำแนะนำ ข้อเสนอแนะ ทิศทางและเป็นข้อมูลข่าวสารที่สามารถนำไปใช้ในการแก้ปัญหาที่เผชิญอยู่ได้
- 4) การสนับสนุนด้านวัสดุสิ่งของ การเงินและแรงงาน (Instrument Support) หมายถึง การช่วยเหลือโดยตรงต่อความจำเป็นของคนในเรื่องวัสดุสิ่งของ เงินและแรงงาน

สำหรับ สมจิต หนูเจริญกุล (1988:13) ได้แบ่งชนิดของการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 3 ชนิดคือ

- 1) การช่วยเหลือโดยการให้ข้อมูลข่าวสาร และความรู้เกี่ยวกับโรคและการรักษาให้คำแนะนำในการแก้ปัญหา และให้ข้อมูลย้อนกลับเกี่ยวกับ ความประพฤติและปฏิบัติของบุคคล (Information support)
- 2) การให้ความช่วยเหลือด้านอารมณ์ (Emotional Support) ได้แก่ การให้ความสำคัญ การให้ความมั่นใจ ความรู้สึกที่สามารถจะพึ่งพาและไว้วางใจผู้อื่น ซึ่งทำให้เขารู้สึกว่าได้รับความเอาใจใส่ หรือความรัก
- 3) การให้ความช่วยเหลือที่เป็นรูปธรรม คือการให้ความช่วยเหลือโดยตรง หรือการให้สิ่งของหรือการให้บริการ

ทฤษฎีเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคม

ทฤษฎีว่าด้วยความต้องการทางสังคมของบุคคล (Individual's Social Needs Theory)

ฮอร์นีย์ (Karen Horney. : 1885 - 1952) นักจิตวิทยาสตรีชาวเยอรมันกล่าวว่าบุคลิกภาพของบุคคลมีรากฐานมาจากความวิตกกังวล และบุคคลจะพยายามหาหนทางที่จะช่วยขจัดหรือลดความวิตกกังวลด้วยวิธีต่าง ๆ นอกจากนี้ ฮอร์นีย์ ยังกล่าวอีกว่า ทุกคนต่างก็มีความต้องการด้านต่าง ๆ เช่น ต้องการความรัก ต้องการให้ผู้อื่นยอมรับตน ต้องการพลังความสามารถ ต้องการความปลอดภัยเพียงเฉพาะตน (Self - Sufficiency) เป็นต้น ความต้องการเช่นนี้จะมีอยู่ในบุคคลทั่วไป แล้วแต่สภาพของสังคม โดยมีได้มีความต้องการแบบใดแบบหนึ่งเป็นพิเศษ (บังอร ภูวภิรมย์ขวัญ. 2526:36-37)

ความต้องการทางสังคมของบุคคล ของฮอร์นีย์ แบ่งออกเป็น 10 ประเภท คือ

1. ความต้องการความรัก และเป็นที่ยอมรับ
2. ความต้องการมีเพื่อนที่จะอยู่กับตนเองได้ตลอดเวลา
3. ความต้องการที่จะมีชีวิตอย่างสันโดษ
4. ความต้องการการมีอำนาจ
5. ความต้องการที่จะทำลายผู้อื่น
6. ความต้องการเกียรติยศ และชื่อเสียง
7. ความต้องการให้ผู้อื่นยกย่องสรรเสริญ
8. ความต้องการการประสบผลสำเร็จในชีวิต
9. ความต้องการให้ตนเองได้รับสิ่งต่างๆอย่างเพียงพอ
10. ความต้องการที่จะเป็นบุคคลสมบูรณ์แบบ และปราศจากการถูกทำร้าย

สำหรับการวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยได้แบ่งชนิดของการสนับสนุนทางสังคมของมารดาที่ติดเชื้อเอช ไอ วี ตามแนวคิดของคอบบ์ (Cobb. 1979) ร่วมกับ เซฟเฟอร์และคณะ (Schaefer. et al. 1981) ซึ่งครอบคลุมการตอบสนองความจำเป็นพื้นฐานและเป็นการสรุปรวมแนวคิดของนักวิชาการหลายๆ ท่านที่ผู้วิจัยได้ทำการศึกษารวบรวมไว้แล้วข้างต้น คือ

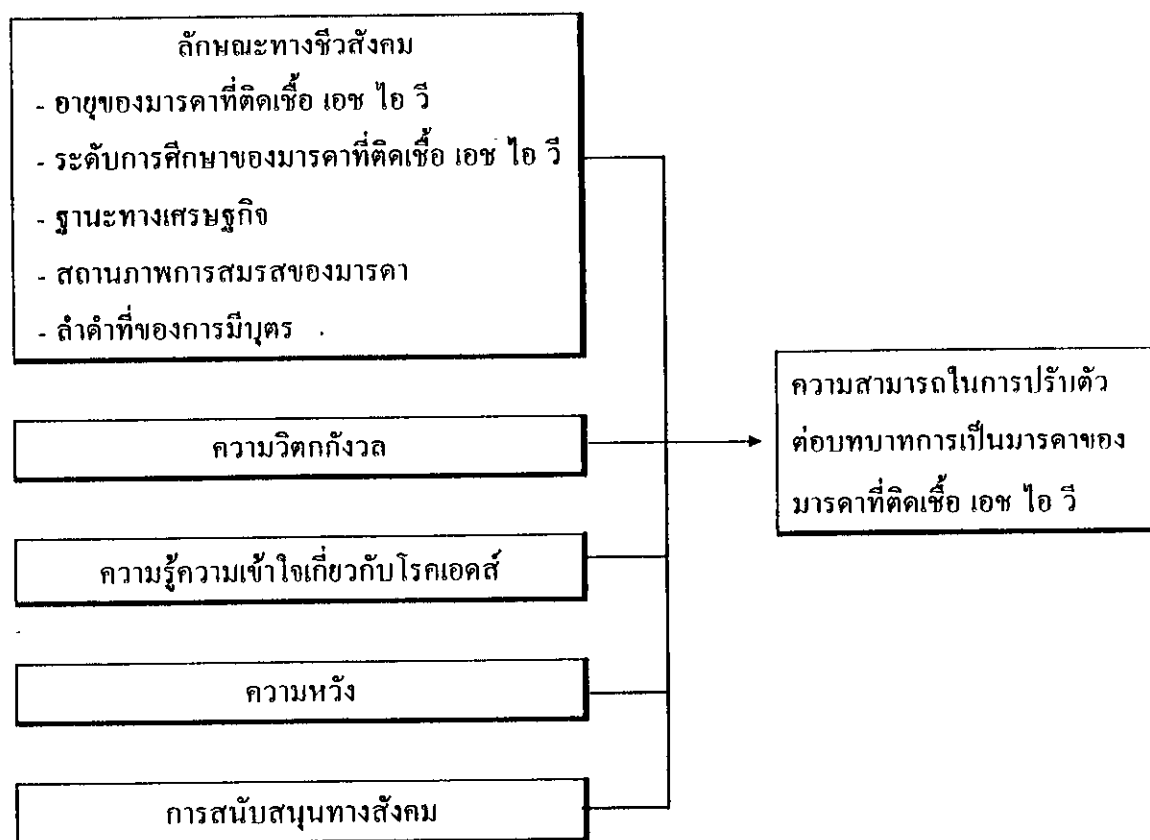
1. การให้ความช่วยเหลือด้านอารมณ์และสังคม (Socio-emotional need) ได้แก่
 - การตอบสนองความต้องการทางอารมณ์
 - การยอมรับและเห็นคุณค่า
 - การตอบสนองในฐานะเป็นส่วนหนึ่งของสังคม
2. การช่วยเหลือทางกาย หรือเครื่องมือเครื่องใช้ (Instrument Aid) ได้แก่
 - การช่วยเหลือด้านข่าวสาร
 - การช่วยเหลือด้านเงินทอง เครื่องใช้สอย

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการสนับสนุนทางสังคมกับการปรับตัวต่อบทบาทการเป็นมารดา

เนื่องจากยังไม่พบงานวิจัยเกี่ยวกับ การสนับสนุนทางสังคมกับการปรับตัวต่อบทบาทการเป็นมารดาของมารดาที่ติดเชื้อเอช ไอ วี โดยตรง แต่มีงานวิจัยที่มีลักษณะใกล้เคียงกัน เช่นงานวิจัยของ เปรมฤทัย น้อยหมื่นไวย (2536) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง แรงสนับสนุนทางสังคมกับความบกพร่องในการดูแลตนเองของกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวี พบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับความบกพร่องในการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และเนตรนภา คู่พันธ์วี (2534) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง การสนับสนุนทางสังคมกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเรื้อน พบว่า การสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเรื้อนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ในขณะที่ เอี่ยมพร กาญจนรังสัช (2532) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง การสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมอนามัยเกี่ยวกับการป้องกันโรค เอชไอวี ของผู้เสพยาเสพติดทางเส้นเลือด พบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ในทางบวกกับพฤติกรรมอนามัยเกี่ยวกับการป้องกันโรคเอชไอวีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และเสาวภาวิชิตวาทิ (2534) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคม กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่สูญเสียแขนขา พบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแล ตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 นอกจากนี้ อัจฉริยา ทุมวัน (2534) ศึกษาแรง สนับสนุนทางสังคม และความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลเด็กป่วยด้วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว เภยพลันชนิดลิ้มพีโฟบลาส พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถ ของผู้ดูแลในการดูแลเด็ก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และ ลัดดาวัลย์ สิงห์คำฟู (2532) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง ความสามารถในการดูแลตนเองกับการสนับสนุนทางสังคมพบว่า การสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

จากงานวิจัยที่มีลักษณะใกล้เคียงกันดังกล่าว จึงพอจะอนุมานได้ว่า มารดาติดเชื้อเอช ไอ วี ที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมมากน่าจะมีการปรับตัวต่อบทบาทการเป็นมารดาได้สูงกว่ามารดาติดเชื้อ เอช ไอ วี ที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมน้อย

กรอบแนวคิดในการทำวิจัย



สมมุติฐานการวิจัย

- ✓ 1. ความวิตกกังวล มีความสัมพันธ์ทางลบกับการปรับตัวต่อบทบาทการเป็นมารดาของมารดาที่ติดเชื้อ เอช ไอ วี
- ✓ 2. ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเอดส์ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปรับตัวต่อบทบาทการเป็นมารดาของมารดาที่ติดเชื้อ เอช ไอ วี
- ✓ 3. ความหวัง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปรับตัวต่อบทบาทการเป็นมารดา ของมารดาที่ติดเชื้อ เอช ไอ วี
- ✓ 4. การสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปรับตัวต่อบทบาทการเป็นมารดาของมารดาที่ติดเชื้อ เอช ไอ วี
5. มารดาติดเชื้อเอช ไอ วี ที่มีลักษณะทางชีวสังคมแตกต่างกันได้แก่ อายุ ระดับ การศึกษาฐานะทางเศรษฐกิจ สถานภาพการสมรส และลำดับที่ของการมีบุตรที่แตกต่างกันมีการปรับตัวต่อบทบาทการเป็นมารดาแตกต่างกัน ดังนี้
 - 5.1 มารดาติดเชื้อ เอช ไอ วี ที่มีอายุมากกว่า 29 ปี มีการปรับตัวต่อบทบาทการเป็นมารดา สูงกว่ามารดาติดเชื้อ เอช ไอ วี ที่มีอายุระหว่าง 20 - 29 ปี และอายุน้อยกว่า 20 ปี
 - 5.2 มารดาติดเชื้อ เอช ไอ วี ที่มีการศึกษาระดับสูง มีการปรับตัวต่อบทบาทการเป็นมารดา สูงกว่ามารดาติดเชื้อ เอช ไอ วี ที่มีการศึกษาระดับปานกลางและระดับต่ำ
 - 5.3 มารดาติดเชื้อ เอช ไอ วี ที่มีฐานะทางเศรษฐกิจระดับสูง มีการปรับตัวต่อบทบาทการเป็นมารดาสูงกว่ามารดาติดเชื้อเอช ไอ วี ที่มีฐานะทางเศรษฐกิจระดับปานกลาง และระดับต่ำ
 - 5.4 มารดาติดเชื้อเอช ไอ วี ที่มีสถานภาพการสมรสคู่ มีการปรับตัวต่อบทบาทการเป็นมารดา สูงกว่ามารดาติดเชื้อ เอช ไอ วี ที่มีสถานภาพการสมรสเป็นหม้าย
 - 5.5 มารดาติดเชื้อ เอช ไอ วี ที่มีบุตรเป็นลำดับที่ 2 หรือมากกว่า มีการปรับตัวต่อบทบาทการเป็นมารดาสูงกว่ามารดาติดเชื้อเอช ไอ วี ที่มีบุตรเป็นคนแรก
6. มารดาติดเชื้อ เอช ไอ วี ที่มีความวิตกกังวลน้อย มีการปรับตัวต่อบทบาทการเป็นมารดาสูงกว่ามารดาติดเชื้อ เอช ไอ วี ที่มีความวิตกกังวลมาก

7. มารดาติดเชื้อ เอช ไอ วี ที่มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเอดส์มาก มีการปรับตัว
 ต่อบทบาทการ เป็นมารดา สูงกว่ามารดาติดเชื้อ เอช ไอ วี ที่มีความรู้ความเข้าใจ
 เกี่ยวกับโรคเอดส์น้อย
8. มารดาติดเชื้อ เอช ไอ วี ที่มีความหวังมาก มีการปรับตัวต่อบทบาทการเป็นมารดา
 สูงกว่ามารดาติดเชื้อ เอช ไอ วี ที่มีความหวังน้อย
9. มารดาติดเชื้อ เอช ไอ วี ที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมมาก มีการปรับตัวต่อบท
 บาทการเป็นมารดา สูงกว่ามารดาติดเชื้อ เอช ไอ วี ที่ได้รับการสนับสนุนทาง
 สังคมน้อย
10. มารดาติดเชื้อ เอช ไอ วี ที่มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเอดส์มาก มีความหวัง
 มาก และ ได้รับการสนับสนุนทางสังคมมาก มีการปรับตัวต่อบทบาทการเป็น
 มารดาสูงกว่ามารดาติดเชื้อ เอช ไอ วี ที่มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเอดส์ที่
 น้อย มีความหวังน้อย และได้รับการสนับสนุนทางสังคมน้อย
11. ลักษณะทางชีวสังคม ความวิตกกังวล ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเอดส์ ความ
 หวัง และการสนับสนุนทางสังคม สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรม การปรับตัว
 ต่อบทบาทการเป็นมารดา ของมารดาที่ติดเชื้อเอช ไอ วี ได้

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive Research) เพื่อศึกษาปัจจัยทางประการที่สัมพันธ์กับความสามารถในการปรับตัวต่อบทบาทการเป็นมารดาของมารดาที่ติดเชื้อ เอช ไอ วี ซึ่งได้นำบุตรมารับบริการสุขภาพที่โรงพยาบาลเด็ก และผู้วิจัยได้ดำเนินการศึกษาค้นคว้าตามขั้นตอนต่อไปนี้

1. ลักษณะของประชากร และการเลือกกลุ่มตัวอย่าง
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย
3. การหาความเที่ยงตรง และความเชื่อมั่นของเครื่องมือ
4. วิธีดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล
5. การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ลักษณะของประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ เป็นมารดาที่ติดเชื้อเอช ไอ วี ซึ่งได้นำบุตรมารับบริการตรวจสุขภาพที่แผนกเวชกรรมสังคมของโรงพยาบาลเด็ก ตามใบนัดที่ทางโรงพยาบาลเด็กออกให้ โดยไม่จำกัด อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพการสมรส รายได้ของครอบครัว และจำนวนบุตรที่เกิดจากมารดาที่ติดเชื้อเอช ไอ วี ในปีงบประมาณ 2538 จำนวน 1321 คน

กลุ่มตัวอย่างได้แก่มารดาที่ติดเชื้อเอช ไอ วี ซึ่งได้นำบุตรมารับบริการสุขภาพที่โรงพยาบาลเด็กในวันอังคารและวันพุธตามที่แพทย์นัดจำนวน 100 คน ตั้งแต่ 1 ธันวาคม พ.ศ. 2538 ถึง วันที่ 28 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2539 และมีข้อกำหนดดังนี้

1. เป็นมารดาที่ทราบผลตรวจเลือดของตนเองแน่นอนแล้ว ว่าติดเชื้อเอช ไอ วี
2. ยังไม่ทราบผลการตรวจเลือดของบุตรที่เกิดจากมารดาติดเชื้อเอช ไอ วี หรือยังไม่ทราบว่าบุตรจะติดเชื้อ เอช ไอ วี จากมารดาหรือไม่
3. กลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นมารดาที่ติดเชื้อเอช ไอ วี ยินดีให้ความร่วมมือในการศึกษาค้นคว้า การเลือกกลุ่มตัวอย่าง ใช้วิธีสุ่มแบบสุ่มเวลาสำหรับผู้ที่มีนัดมาตรวจ วันอังคาร และวันพุธ

2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย

2.1. แบบบันทึกข้อมูลส่วนตัวของผู้ตอบแบบสอบถาม

ประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับลักษณะทางชีวสังคมของมารดาที่ติดเชื้อ เอช ไอ วี ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา ฐานะทางเศรษฐกิจ สถานภาพการสมรส และลำดับที่ของการมีบุตรในมารดาที่ติดเชื้อ เอช ไอ วี

2.2 แบบวัดความวิตกกังวล

เป็นแบบวัดความวิตกกังวลที่ผู้วิจัยดัดแปลงมาจาก The State-Trait Anxiety Inventory ของสปิลเบอร์เกอร์ ซึ่ง นิตยา กษภักดี และคณะ ได้แปลเป็นภาษาไทยเป็นแบบวัดความวิตกกังวลที่มีลักษณะข้อความบรรยายระดับความรู้สึก ที่เกิดขึ้นขณะทำแบบทดสอบมีจำนวนทั้งหมด 20 ข้อ คำถามจะมีลักษณะทั้งทางบวกและทางลบ แต่ละข้อจะมีคำตอบให้เลือก 4 คำตอบดังนี้

ไม่จริงเลย	หมายถึง	ผู้ตอบรู้สึกว่าคุณความนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกของผู้ตอบเลย
จริงแต่น้อย	หมายถึง	ผู้ตอบรู้สึกว่าคุณความนั้นตรงกับความรู้สึกของผู้ตอบบ้างเล็กน้อย
จริง	หมายถึง	ผู้ตอบรู้สึกว่าคุณความนั้นตรงกับความรู้สึกของผู้ตอบมากพอสมควร
จริงที่สุด	หมายถึง	ผู้ตอบรู้สึกว่าคุณความนั้นตรงกับความรู้สึกของผู้ตอบมากที่สุด

การกำหนดคะแนน

ถ้าเลือกตอบ	ข้อความทางบวก	ข้อความทางลบ
ไม่จริงเลย	4	1
จริงแต่น้อย	3	2
จริง	2	3
จริงที่สุด	1	4

นำคะแนนที่ได้ทั้ง 20 ข้อ มารวมกัน ผู้ที่มีคะแนนสูงถือว่ามีความวิตกกังวลสูงกว่าผู้มีคะแนนต่ำ

ตัวอย่างแบบวัดความวิตกกังวล

ข้อความ	ไม่จริงเลย	จริงแต่น้อย	จริง	จริงที่สุด
(0) ท่านรู้สึกไม่สบายใจ				
(00) ท่านรู้สึกกังวลกับเคราะห์ร้ายต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้นกับบุตร				
(000) ท่านเป็นคนที่ไม่เชื่อมั่นในตัวเอง				

คะแนนของแบบวัดความวิตกกังวล จะกระจายอยู่ระหว่าง 20-80 คะแนน

คะแนนต่ำ แสดงว่า มีความวิตกกังวลน้อย

คือ มีคะแนนความวิตกกังวลต่ำกว่าค่าเฉลี่ยเกิน 1 ช่วง ของส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

คะแนนสูง แสดงว่า มีความวิตกกังวลมาก

คือ มีคะแนนความวิตกกังวลสูงกว่าค่าเฉลี่ยเกิน 1 ช่วง ของส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2.3. แบบสอบถามความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเอดส์

เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากแนวความคิดของ โรเซนสต็อก (Rosenstock, 1974) ร่วมกับการศึกษาค้นคว้าจากตำรา เอกสารและวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับโรคเอดส์ ซึ่งครอบคลุมถึง ความรู้ความเข้าใจโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคเอดส์ ความรู้ความเข้าใจความรุนแรงของโรคเอดส์ ความรู้ความเข้าใจถึงผลดีของการดูแลรักษาบุตร ในการดูแลรักษาบุตรมีจำนวนข้อคำถามทั้งหมด 30 ข้อ แบ่งออกเป็น 3 ด้านคือ

1. ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคเอดส์ จำนวน 10 ข้อ
2. ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับความรุนแรงของโรคเอดส์ จำนวน 10 ข้อ
3. ความรู้ถึงความรู้ความเข้าใจถึงผลดีของการดูแลรักษาบุตร จำนวน 10 ข้อ

ลักษณะข้อคำถามเป็นการถามให้ตอบว่า ใช่ หรือ ไม่ใช่

ตัวอย่างแบบวัดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเอดส์

ข้อความ	ใช่	ไม่ใช่
(๑) โรคเอดส์ เป็นโรคติดต่อทางกรรมพันธุ์		
(๑๐) เด็กที่คลอดจากมารดาที่มีเชื้อเอช ไอ วี(เลือดบวก) จะต้องเป็นโรคเอดส์ทุกราย		
(๑๐๐) โรคเอดส์ติดต่อกันได้โดยการสัมผัสทางผิวหนัง		

คะแนนการรับรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ เป็นคะแนนรวมจากแบบสอบถามทั้งหมดมีค่าคะแนนอยู่ระหว่าง 0 - 30 คะแนน

คะแนนสูง	หมายถึง	มารดาที่ติดเชื้อเอช ไอ วี มีความเชื่อ หรือมีการรับรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์มาก
	คือ	มีคะแนนการรับรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์สูงกว่าค่าเฉลี่ยเกิน 1 ช่วงของส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
คะแนนต่ำ	แสดงว่า	มารดาที่ติดเชื้อเอช ไอ วี มีความเชื่อหรือมีการรับรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ น้อย
	คือ	มีคะแนนการรับรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ต่ำกว่าค่าเฉลี่ยเกิน 1 ช่วงของส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2.4 แบบวัดความหวัง

เป็นแบบวัดที่ผู้วิจัยดัดแปลงมาจากแบบวัดความหวังของสโตนเนอร์ (The Stoner Hope Scale) ประกอบด้วยจำนวนข้อคำถามทั้งหมด 20 ข้อ คำถามมีลักษณะทั้งทางบวกและทางลบแต่ละข้อประกอบด้วยมาตราส่วนประเมินค่าให้เลือก 5 คำตอบ ดังนี้

จริงมากที่สุด	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึก หรือความเป็นจริงที่เกิดขึ้นมากที่สุด
จริงมาก	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึก หรือความเป็นจริงที่เกิดขึ้นเป็นส่วนมาก
จริงปานกลาง	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึก หรือความเป็นจริงปานกลาง
จริงแต่น้อย	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึก หรือความเป็นจริงเล็กน้อย

ไม่จริงเลย หมายถึง ข้อความนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกหรือความเป็นจริงที่เกิดขึ้น

เกณฑ์การให้คะแนน

ถ้าเลือก	จริงมากที่สุด	ให้คะแนน	5	คะแนน
	จริงมาก	ให้คะแนน	4	คะแนน
	จริงปานกลาง	ให้คะแนน	3	คะแนน
	จริงเล็กน้อย	ให้คะแนน	2	คะแนน
	ไม่จริง	ให้คะแนน	1	คะแนน

ตัวอย่างแบบวัดความหวัง

ข้อความ	จริงมากที่สุด	จริงมาก	จริงปานกลาง	จริงแต่น้อย	ไม่จริงเลย
(๑) ท่านคิดว่าลูกของท่านคงจะไม่ติดเชื้อโรคเอดส์					
(๑๑) ท่านเชื่อว่าจะมีวัคซีนป้องกันโรคเอดส์ได้ในเร็วๆ นี้					
(๑๑๑) ผู้ติดเชื้อโรคเอดส์ รักษาสุขภาพดี ๆ ก็สามารมีชีวิตเหมือนคนทั่วไป					

คะแนนของแบบวัดความหวัง จะกระจายอยู่ระหว่าง 20-100 คะแนน

คะแนนต่ำ	แสดงว่า	มีความหวังน้อย
	คือ	มีคะแนนความหวังต่ำกว่าค่าเฉลี่ยเกิน 1 ช่วงของส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
คะแนนสูง	แสดงว่า	มีความหวังมาก
	คือ	มีคะแนนความหวังสูงกว่าค่าเฉลี่ยเกิน 1 ช่วงของส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2.5. แบบวัดการสนับสนุนทางสังคม

เป็นแบบวัดที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากแนวความคิดของคอบบ์ (Cobb 1976) ร่วมกับ เซฟเฟอร์และคณะ (Schaefer, et al. 1981) ประกอบด้วยข้อคำถาม 25 ข้อ เพื่อประเมินความคิดเห็น ความรู้สึกและปฏิสัมพันธ์ที่มีต่อสังคมในด้านต่างๆ ได้แก่

- การตอบสนองความต้องการด้านอารมณ์ ประกอบด้วยข้อคำถาม 5 ข้อ
- การได้รับการยอมรับและเห็นคุณค่า ประกอบด้วยข้อคำถาม 5 ข้อ
- การมีส่วนร่วมและเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ประกอบด้วยข้อคำถาม 5 ข้อ
- การได้รับการสนับสนุนทางด้านรูปธรรม ประกอบด้วยข้อคำถาม 5 ข้อ
- การได้รับความช่วยเหลือด้านข้อมูลข่าวสาร ประกอบด้วยข้อคำถาม 5 ข้อ

ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประเมินค่า 5 ระดับคือ

จริงมากที่สุด	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึก หรือความเป็นจริงที่เกิดขึ้นมากที่สุด
จริงมาก	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึก หรือความเป็นจริงที่เกิดขึ้นเป็นส่วนมาก
จริงปานกลาง	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึก หรือความเป็นจริงปานกลาง
จริงแต่น้อย	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึก หรือความเป็นจริงเล็กน้อย
ไม่จริงเลย	หมายถึง	ข้อความนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกหรือความเป็นจริงที่เกิดขึ้น

เกณฑ์การให้คะแนน

ถ้าเลือก	จริงมากที่สุด	ให้คะแนน	5	คะแนน
	จริงมาก	ให้คะแนน	4	คะแนน
	จริงปานกลาง	ให้คะแนน	3	คะแนน
	จริงเล็กน้อย	ให้คะแนน	2	คะแนน
	ไม่จริง	ให้คะแนน	1	คะแนน

ตัวอย่างแบบวัดการสนับสนุนทางสังคม

ข้อความ	จริงมากที่สุด	จริงมาก	จริงปานกลาง	จริงแต่น้อย	ไม่จริงเลย
(๑) ท่านมีเพื่อนสนิท ที่คอยให้ความช่วยเหลือในด้านสิ่งของเครื่องใช้อยู่หลายคน					
(๑๑) สมาชิกในครอบครัวไม่เคยแสดงท่าทางรังเกียจต่อตัวท่าน					
(๑๐๐) เพื่อนบ้านคอยให้คำแนะนำแนวทางการดำเนินชีวิตที่เป็นประโยชน์เสมอ					

คะแนนของแบบวัดการสนับสนุนทางสังคมจะกระจายอยู่ระหว่าง 25-125 คะแนน

คะแนนต่ำ แสดงว่า ได้รับการสนับสนุนทางสังคมน้อย
 คือ มีคะแนนการสนับสนุนทางสังคมต่ำกว่าค่าเฉลี่ยเกิน 1 ช่วงของส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

คะแนนสูง แสดงว่า ได้รับการสนับสนุนทางสังคมมาก
 คือ มีคะแนนการสนับสนุนทางสังคมสูงกว่าค่าเฉลี่ยเกิน 1 ช่วงของส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2.6. แบบวัดการปรับตัวต่อบทบาทการเป็นมารดาของมารดาที่ติดเชื้อ เอช ไอ วี

เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการศึกษาดำรง และเอกสารต่างๆ โดยดัดแปลง จากแนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมการปรับตัวต่อบทบาทการเป็นมารดาของแกรนท์ (Grant, cited in Neeson & May 1986:1091) ลักษณะของแบบสอบถามประกอบด้วยข้อความที่แสดงความรู้สึกความคิดหรือพฤติกรรมของมารดาที่ติดเชื้อเอช ไอ วี ที่มีบุตร จำนวน 30 ข้อ ข้อความในแบบสอบถามแบ่งออกเป็น 5 หมวด ดังนี้

- หมวดที่ 1 เป็นความรู้สึก ความคิด หรือพฤติกรรมที่แสดงถึงการยอมรับบุตรเกี่ยวกับรูปร่าง หน้าตา เพศ และสถานะที่อาจจะต้องติดเชื้อเอช ไอ วี จากมารดา หรือภาวะเสี่ยงต่อการเสียชีวิต จำนวน 10 ข้อ
- หมวดที่ 2 เป็นความรู้สึก ความคิด หรือพฤติกรรมที่แสดงถึงการมีปฏิสัมพันธ์กับบุตรการมีสัมพันธภาพกับบุตร จำนวน 5 ข้อ

- หมวดที่ 3 เป็นความรู้สึก ความคิด หรือพฤติกรรมที่แสดงถึงความสามารถในการ
เลียงดูบุตร การตอบสนองความต้องการทางกายให้แก่บุตร จำนวน 5 ข้อ
- หมวดที่ 4 เป็นความรู้สึก ความคิด หรือพฤติกรรมที่แสดงถึงความเชื่อมั่นของมารดา
ที่ติดเชื่อเอช ไอ วี ต่อการรับผิของบุตรทั้งในปัจจุบันหรือในอนาคต ใน
ฐานะบุคคลหนึ่งที่ต้องการการดูแล จำนวน 5 ข้อ
- หมวดที่ 5 เป็นความรู้สึก ความคิด หรือพฤติกรรมที่แสดงถึงความอยากอยู่ใกล้ชิดกับ
บุตรอยากมีส่วนร่วมในการดูแลบุตรอยู่ตลอดเวลา จำนวน 5 ข้อ

คำตอบของแบบสอบถามนี้ เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ช่วง คือ

- ไม่จริงเลย หมายถึง เมื่อมารดาที่ติดเชื่อเอช ไอ วี เห็นว่าข้อความนั้นไม่ตรงกับความรู้สึก
ความคิด หรือพฤติกรรมของตนเองเลย
- จริงแต่น้อย หมายถึง มารดาที่ติดเชื่อเอช ไอ วี เห็นว่าข้อความนั้นตรงกับความรู้สึก ความ
คิด หรือพฤติกรรมของตนเองบ้างเล็กน้อย
- จริง หมายถึง มารดาที่ติดเชื่อเอช ไอ วี เห็นว่าข้อความนั้นตรงกับความรู้สึก ความ
คิด หรือพฤติกรรมของตนเองเป็นส่วนมาก
- จริงที่สุด หมายถึง มารดาที่ติดเชื่อเอช ไอ วี เห็นว่าข้อความนั้นตรงกับความรู้สึก ความ
คิด หรือพฤติกรรมของตนเองมากที่สุด

การให้คะแนนขึ้นอยู่กับ ลักษณะของข้อความคือ

1. ข้อความที่มีลักษณะด้านบวก

ถ้าเลือกตอบ	ไม่จริงเลย	ได้คะแนน 1 คะแนน
	จริงแต่น้อย	ได้คะแนน 2 คะแนน
	จริง	ได้คะแนน 3 คะแนน
	จริงที่สุด	ได้คะแนน 4 คะแนน

2. ข้อความที่มีลักษณะด้านลบ

ถ้าเลือกตอบ	ไม่จริงเลย	ได้คะแนน 4 คะแนน
	จริงแต่น้อย	ได้คะแนน 3 คะแนน
	จริง	ได้คะแนน 2 คะแนน
	จริงที่สุด	ได้คะแนน 1 คะแนน

ผู้ตอบแบบสอบถามต้องเลือกตอบเพียง 1 คำตอบในแต่ละข้อ โดยเขียนเครื่องหมาย / ลง
ในช่องที่ตรงกับความรู้ ความคิด หรือพฤติกรรม

ตัวอย่างแบบวัดการปรับตัวต่อบทบาทการเป็นมารดาของมารดาที่ติดเชื้อ เอช ไอ วี

ข้อความ	ไม่จริง เลย	จริงแต่ น้อย	จริง	จริงที่สุด
(๑) ไม่สมควรที่จะห่มเทเงินทอง เพื่อรักษาเด็กที่ทราบ แล้วว่าเป็นเอดส์แน่นอน				
(๑๑) ถึงงานจะยุ่ง ก็ขอให้ได้เห็นหน้าลูก				

คะแนนการปรับตัวต่อบทบาทการเป็นมารดาของมารดาที่ติดเชื้อเอช ไอ วี เป็นคะแนนรวม
จากแบบสอบถามทั้งฉบับ มีค่าระหว่าง 30-120 คะแนน

คะแนนต่ำ แสดงว่า ผู้ตอบมีการปรับตัวต่อบทบาทการเป็นมารดาได้น้อย

คะแนนสูง แสดงว่า ผู้ตอบมีการปรับตัวต่อบทบาทการเป็นมารดาได้มาก

8. การหาความเที่ยงตรงและความเชื่อมั่นของเครื่องมือ

3.1. การหาความเที่ยงตรง

3.1.1. ผู้วิจัยนำแบบสอบถามด้านต่างๆ ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความเที่ยงตรง
เชิงประจักษ์ (face validity) จำนวน 7 ท่าน ได้แก่

จิตแพทย์	1 ท่าน
นักจิตวิทยา	1 ท่าน
นักสังคมสงเคราะห์	1 ท่าน
พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านเวชกรรมสังคม	2 ท่าน
พยาบาลผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์	2 ท่าน
อาจารย์ที่ปรึกษา	2 ท่าน

หลังจากที่ผ่านการพิจารณาตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามนั้น
มาปรับปรุงแก้ไขตามความคิดเห็นและข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ ให้มีความชัดเจนของข้อความ
ความเหมาะสมด้านภาษา และการเรียงลำดับข้อความ
การวิเคราะห์หาค่าดัชนีของความสอดคล้อง

$$IC = \frac{\sum R}{N}$$

เมื่อ IC = แทน ดัชนีของความสอดคล้อง

$\sum R$ = แทน คะแนนความเห็นของผู้เชี่ยวชาญ

N = แทน จะนวนผู้เชี่ยวชาญ

3.1.2. นำไปทดลองใช้กับมารดาที่ติดเชื้อ เอช ไอ วี ที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่ม ตัวอย่างจำนวน 30 คน มี รพ. ดำรงและนำผลมาวิเคราะห์ เพื่อหาความเที่ยงตรงตามโครงสร้าง (Construct Validity) เพื่อที่จะได้รู้ว่าแบบวัดต่างๆ ที่สร้างขึ้น สามารถวัดได้สอดคล้อง กับโครงสร้างหรือคุณลักษณะของตัวแปรที่ต้องการศึกษาหรือไม่ โดยพิจารณา จากค่าสัมประสิทธิ์ ระหว่างคะแนนรวมทั้งฉบับกับคะแนนเฉพาะข้อนั้นๆ โดยใช้สูตรของ เพียร์สัน (Pearson Product Moment Correlation) ซึ่งมีสูตรดังนี้ (กานดา พุนลาภทวี. 2530 : 391)

$$r_{xy} = \frac{n \sum XY - (\sum X)(\sum Y)}{\sqrt{[n \sum x^2 - (\sum x)^2][n \sum y^2 - (\sum y)^2]}}$$

r_{xy} = ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยแต่ละตัว กับการปรับตัวต่อบทบาทการเป็นมารดา

x = คะแนนของปัจจัยแต่ละตัว

y = คะแนนของการปรับตัวต่อบทบาทการเป็นมารดา

$\sum xy$ = ผลรวมของคะแนนแต่ละข้อ คูณกับคะแนนรวมทั้งฉบับ

$\sum x$ = ผลรวมของคะแนนแต่ละข้อ

$\sum y$ = ผลรวมของคะแนนรวมทั้งฉบับ

$\sum x^2$ = ผลรวมของคะแนนแต่ละข้อยกกำลังสอง

$\sum y^2$ = ผลรวมของคะแนนรวมทั้งฉบับ

$(\sum x)^2$ = กำลังสองของคะแนนแต่ละข้อ

$(\sum y)^2$ = กำลังสองของคะแนนรวมทั้งฉบับ

3.2. การหาค่าอำนาจจำแนก (Discrimination Power)

หาค่าอำนาจของแบบสัมภาษณ์วัดความวิตกกังวลถึงความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเอดส์ ความหวัง การสนับสนุนทางสังคม และ การปรับตัวต่อบทบาทการเป็นมารดาโดยนำแบบสัมภาษณ์ที่ปรับปรุงแล้วไปทดลองใช้ (Tryout) กับประชากรที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คนนำมาวิเคราะห์หาค่าอำนาจจำแนกเป็นรายข้อ (i-test) ข้อใดที่มีค่า ที่ (i) เท่ากันหรือมากกว่า

1.75 ขึ้นไปถึงว่ามีอำนาจจำแนกสูง จึงนำมาใช้ในการทำแบบทดสอบ แล้วนำแบบทดสอบไปหาค่าความเชื่อมั่นต่อไป

การวิเคราะห์หาค่าอำนาจจำแนก (Distrimination Power) เป็นรายชื่อ โดย ทดสอบด้วยสถิติค่าที (t-test)

$$t = \frac{\bar{X}_H - \bar{X}_L}{\sqrt{\frac{S_H^2}{n_H} + \frac{S_L^2}{n_L}}}$$

$\bar{X}_H$	แทน	คะแนนเฉลี่ยของคะแนนในกลุ่มสูง
$\bar{X}_L$	แทน	คะแนนเฉลี่ยของคะแนนในกลุ่มต่ำ
S_H	แทน	คะแนนความแปรปรวนของการกระจายของคะแนนในกลุ่มสูง
S_L	แทน	คะแนนความแปรปรวนของการกระจายของคะแนนในกลุ่มต่ำ
n_H	แทน	จำนวนคนที่เลือกมาจากกลุ่มคะแนนสูง
n_L	แทน	จำนวนคนที่เลือกมาจากกลุ่มคะแนนต่ำ

3.3. การหาความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม

3.3.1 หาหาความเชื่อมั่นของแบบสอบถามความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเอดส์ ใช้

วิธี คู เทอร์-ริชาร์ดสัน (Kuder-Richardson) ดังสูตร (พวงรัตน์ ทวีรัตน์. 2531:130)

$$K. R. 20 : r_{tt} = \frac{n}{n - 1} \left(\frac{1 - \sum p q}{S_t^2} \right)$$

เมื่อ	n	แทน	จำนวนข้อ
	p	แทน	สัดส่วนของคนที่ทำถูกในแต่ละข้อ
	q	แทน	สัดส่วนของคนที่ทำผิดในแต่ละข้อ = 1-p

S_i^2 แทน ความแปรปรวนของคะแนนทั้งฉบับ

ได้ค่าของความเชื่อมั่น (KR 20.) = .9082

3.3.2. การหาความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม วัดความวิตกกังวล

ความหวังการสนับสนุนทางด้านสังคม และการปรับตัวต่อบทบาทการเป็นมารดาที่คิดเชื่อ เอช ไอ วี ทำโดยนำแบบวัดไปทดลองใช้กับมารดาที่คิดเชื่อเอช ไอ วี ที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกับ กลุ่มตัวอย่างที่ต้องการศึกษา จำนวน 30 ราย และคำนวณหาค่าความเชื่อมั่นของแบบวัดโดยใช้ สัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach alpha Coefficient) (ยูวดี ฤาชา. และคณะ 2532:127)

$$\alpha = \frac{n}{n-1} \left\{ 1 - \frac{\sum S_i^2}{S^2} \right\}$$

โดย α = ค่าสัมประสิทธิ์ของความเชื่อมั่น

n = จำนวนข้อของแบบวัด

S_i^2 = ผลรวมของคะแนนความแปรปรวนของข้อคำถามแต่ละข้อ

S^2 = คะแนนความแปรปรวนของแบบสอบถามทั้งฉบับ

ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามต่าง ๆ ดังนี้ (ALPHA)

ความวิตกกังวล = .79

ความหวัง = .68

การสนับสนุนทางด้านสังคม = .95

การปรับตัวต่อบทบาทการเป็นมารดา = .65

4. วิธีดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล

ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยเป็นผู้เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองโดยนำหนังสือแนะนำตัวจากบัณฑิตวิทยาลัย ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลเด็ก เพื่อขออนุญาตในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ตามวันและเวลาที่กำหนดไว้ ภายหลังได้รับการอนุมัติแล้วผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าฝ่ายเวชกรรมสังคม เพื่อแนะนำตัวและชี้แจงรายละเอียดในการเก็บรวบรวมข้อมูล จากนั้นผู้วิจัยจึงดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง ตามขั้นตอนดังนี้

4.1. ผู้วิจัยขอรายชื่อและศึกษารายงานประวัติของเด็กที่มีมารดาติดเชื้อเอช ไอ วี ซึ่งจะพาเด็กมาตรวจในช่วงเวลาที่ศึกษาคือวันจันทร์ ถึงวันศุกร์เวลา 13.00-16.00 น. จากนั้นคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจากใบนัดที่มีคุณลักษณะตรงตามที่กำหนด และบันทึกรายชื่อไว้

4.2. เมื่อผู้เป็นมารดาที่ติดเชื้อเอช ไอ วี พาเด็กมารับบริการตรวจรักษาตามนัด ผู้วิจัยเข้าไปแนะนำตัวกับผู้เป็นมารดา เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย และขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม

4.3. หากมารดาที่ติดเชื้อเอช ไอ วี ยินดีให้ความร่วมมือ ผู้วิจัยเริ่มสัมภาษณ์ผู้เป็นมารดาตามแบบบันทึกข้อมูลส่วนตัว หลังจากการสัมภาษณ์ และบันทึกข้อมูลเรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยแจกแบบสอบถามที่เหลืออีก 5 ชุดตามลำดับคือแบบสอบถามการรับรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ แบบสอบถามความวิตกกังวล แบบสอบถามความหวัง แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม และแบบสอบถามการปรับตัวต่อบทบาทการเป็นมารดา พร้อมทั้งอธิบายวิธีการตอบแบบสอบถามให้กับมารดาที่ติดเชื้อ เอช ไอ วี ทราบโดยละเอียด และเมื่อมีปัญหาหรือข้อสงสัยเกี่ยวกับข้อความในแบบสอบถามนั้น ให้ผู้ เป็นมารดาซักถามจากผู้วิจัยได้ทันที

4.4. สำหรับผู้ที่มีปัญหาในการอ่านแบบสอบถาม เนื่องจากสายตาไม่ดี อ่านหนังสือไม่ค่อยออก ผู้วิจัยเป็นผู้อ่านแบบสอบถามให้ฟังและให้ตอบทีละข้อๆ ไปจนจบแบบสอบถาม โดยผู้วิจัยเป็นผู้เขียนเครื่องหมายลงในแบบสอบถามให้ด้วย

4.5. หลังจากมารดาที่ติดเชื้อเอช ไอ วี ตอบแบบสอบถามเสร็จแล้ว ซึ่งจะใช้เวลาประมาณ 30-35 นาที ผู้วิจัยทำการตรวจสอบคำถามทุกข้อ หากพบว่ามีข้อคำถามบางข้อลืมตอบ ผู้วิจัยจะซักถามมารดาที่ติดเชื้อเอช ไอ วี รายนั้นเพื่อให้ได้คำตอบที่ครบถ้วน

4.6. ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากการตอบแบบสอบถามทั้งหมดมาคิดคะแนนตามเกณฑ์ ที่กำหนดไว้ในแต่ละฉบับ และนำคะแนนไปวิเคราะห์ตามวิธีการทางสถิติที่ได้วางแผนไว้ต่อไป

5. การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำคะแนนที่ได้มาวิเคราะห์ โดยใช้เครื่องคอมพิวเตอร์โปรแกรมสำเร็จรูป เอสพีเอส เอสเอ็กซ์ (SPSS[®] = Statistical Package for The Social Science) โดยกำหนด ความมีนัยสำคัญที่ระดับ = .05 มีขั้นตอนการวิเคราะห์ตามลำดับดังนี้

5.1. แจกแจงความถี่ และคิดอัตราร้อยละของลักษณะข้อมูลส่วนตัว

5.2. หาค่าเฉลี่ย (Mean) และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation) ของคะแนนความวิตกกังวล การรับรู้เกี่ยวกับโรค ความหวัง การสนับสนุนทางสังคมและการปรับตัวต่อบทบาทการเป็นมารดา

5.3. คำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient) ระหว่างปัจจัยแต่ละประการคือ ความวิตกกังวลการรับรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ ความหวัง การสนับสนุนทางสังคม และการปรับตัวต่อบทบาทการเป็นมารดา โดยมีสูตรดังนี้ (มัลลิกา บุญนาค. 2532 : 12-33) เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อที่ 1, ข้อที่ 2, ข้อที่ 3 และข้อที่ 4

และทดสอบความมีนัยสำคัญของสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ที่คำนวณได้ โดยการทดสอบค่าที (t-test) ซึ่งมีสูตรดังนี้ (มัลลิกา บุญนาค. 2532 : 12-33)

$$t = \frac{r \sqrt{N-2}}{\sqrt{1-r^2}}$$

N = ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

r = สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยแต่ละตัวกับการปรับตัวต่อบทบาทการเป็นมารดา

5.4. คำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณ (Multiple Correlation Coefficient) ระหว่างตัวทำนายทั้งหมด ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา ฐานะทางเศรษฐกิจ สถานภาพการสมรส ลำดับที่ของการมีบุตร ความวิตกกังวล การรับรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ ความหวัง การสนับสนุนทางสังคมและการปรับตัวต่อบทบาทการเป็นมารดา โดยใช้วิธีวิเคราะห์ความถดถอยแบบพหุคูณ (Stepwise Multiple Regression) ซึ่งมีการเลือกตัวทำนายเข้าไปในการวิเคราะห์ ในแต่ละขั้นเริ่มจากขั้นที่ 1 จนถึงขั้นสุดท้าย จากตัวทำนายที่มีความสัมพันธ์กับตัวเกณฑ์น้อยที่สุดตามลำดับ เพื่อทดสอบ สมมติฐานข้อที่ 11

การสร้างสมการถดถอยเพื่อใช้ในการทำนาย การปรับตัวต่อบทบาทการเป็นมารดา มีสูตรดังนี้ (มัลลิกา บุญนาค. 2532 : 12-13)

$$y = a + b_1x_1 + b_2x_2 + \dots + b_kx_k$$

เมื่อ

a = ค่าคงที่

b = ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอย

x = เป็นตัวทำนาย

k = ลำดับขั้นที่ตัวทำนายถูกนำเข้ามาวิเคราะห์ในสมการถดถอย

5.5. เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนการปรับตัวต่อบทบาทการเป็นมารดาของมารดา ดิเคเซียเอช ไอ วี ที่มีสถานภาพการสมรส และ ลำดับที่ของการมีบุตร ที่แตกต่างกันและเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนการปรับตัวต่อบทบาทการเป็นมารดา ของมารดาดิเคเซียเอช ไอ วี ที่มีระดับความวิตกกังวล การรับรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ ความหวัง และการสนับสนุนทางสังคม ที่แตกต่างกันใช้สถิติค่า t (t-test) เพื่อทดสอบสมมติฐาน ข้อที่ 5.4, 5.5, 6, 7, 8 และ 9

5.6. วิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียว (One-Way Analysis of Variance) เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อที่ 5.1, 5.2 และ 5.3 หากพบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติจะทำการทดสอบค่าเฉลี่ยเป็นรายคู่ด้วยวิธีเชฟเฟ (Scheffe's Method)

5.7. วิเคราะห์ความแปรปรวนแบบสามทาง (Three-Way Analysis of Variance) เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อที่ 10 หากพบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จะใช้การทดสอบค่าเฉลี่ยเป็นรายคู่ด้วยวิธีเชฟเฟ (Scheffe's Method)

B	แทน สัมประสิทธิ์ ถดถอยของตัวทำนายในรูป กระแนนดิส
β	แทน สัมประสิทธิ์ ถดถอยของตัวทำนายในรูปมาตรฐาน
a	แทน ค่าคงที่ของการทำนาย
P	แทน ค่าระดับการมีนัย สำคัญทางสถิติ
*	แทน ค่าความมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .00
**	แทน ค่าความมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .01
***	แทน ค่าความมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .001

การเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล

จะได้นำเสนอตามลำดับดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่าง

ตอนที่ 2 ค่าสถิติพื้นฐานของตัวแปร

ตอนที่ 3 การวิเคราะห์ข้อมูลตามสมมุติฐาน

การวิเคราะห์ข้อมูล

ตอนที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาในครั้งนี้ เป็นมารดาที่ติดเชื้อโรคเอดส์ (HIV) จำนวนทั้งสิ้น 100 คน จากการเก็บข้อมูลในโรงพยาบาลเด็ก โดยมีเกณฑ์กำหนดว่า มารดาที่ติดเชื้อเอช ไอ วี แต่ละคน นั้น จะต้องยังไม่ทราบผลการตรวจเลือดของบุตร ว่าติดเชื้อ เอช ไอ วี จากมารดาหรือไม่ ซึ่งปกติจะทราบผลตรวจที่แน่นอน หลังจากการตรวจเลือด เมื่อเด็กมีอายุเกิน 18 เดือนไปแล้ว และมีข้อกำหนดจากโรงพยาบาลว่าการสัมภาษณ์ มารดาที่ติดเชื้อเอช ไอ วี ทุกข้อคำถามจะต้องเป็นไปด้วยความสมัครใจและเป็นความลับจึงพบว่า มีข้อคำถามบางข้อ ที่คนไข้ปฏิเสธการตอบ ทำให้มีชุดแบบสอบถามที่ ไม่สามารถนำมาวิเคราะห์ได้ถึง 12 ชุด ซึ่งควรจะได้ทำการเก็บข้อมูลเพิ่มเติมให้ครบ แต่เนื่องจากผู้วิจัยมีปัญหาด้านเงินงบประมาณ จึงยี้ดกลุ่มตัวอย่างเพียง 88 คนเท่านั้น ซึ่งคาดว่าจะเพียงพอสำหรับการวิเคราะห์แล้วดังตารางต่อไปนี้

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

สัญลักษณ์ และอักษรย่อที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

เพื่อให้เกิดความเข้าใจตรงกัน ในการแปลความหมายและเพื่อสะดวกในการ เสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยได้กำหนด สัญลักษณ์และอักษรย่อ ที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ดังต่อไปนี้

$\bar{X}$	แทน ค่าคะแนนเฉลี่ย
N	แทน จำนวนกลุ่มตัวอย่าง
SD	แทน ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน
S^2	แทน ค่าความแปรปรวน
MS	แทน ค่าเฉลี่ยของผลรวมกำลังสอง
F	แทน ค่าสถิติที่ใช้พิจารณาใน F-distribution
t	แทน ค่าสถิติที่ใช้ในการพิจารณา t - distribution
df	แทน ชั้นแห่งความเป็น อิสระ
r	แทน สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน
R	แทน สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณ
R^2	แทน สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แห่งการทำนายพหุคูณ
SS	แทน ผลบวกกำลังสองของคะแนน (Sum of square)
MS	แทน ค่าเฉลี่ย ของผลบวกกำลังสองของคะแนน (Mean of square)
X_1	แทน อายุ
X_2	แทน ระดับการศึกษา
X_3	แทน ฐานะทางเศรษฐกิจ
X_4	แทน สถานภาพการสมรส
X_5	แทน ลำดับที่ของการมีบุตร
X_6	แทน ความวิตกกังวล
X_7	แทน ความเข้าใจ เกี่ยวกับโรคเอดส์
X_8	แทน ความหวัง
X_9	แทน การสนับสนุนทางด้านสังคม
Y	แทน การปรับตัวต่อบทบาทการเป็นมารดา
Y'	แทน การปรับตัวต่อบทบาทการเป็นมารดา ในรูปคะแนนดิบ

ตาราง 1 ข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามลักษณะทางชีวสังคม

ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
1. อายุ (ปี)		
ต่ำกว่า 18 ปี	16	18.18
อายุ 18-23 ปี	27	30.68
อายุ 24-29 ปี	25	28.41
อายุ 29 ปี	20	22.73
2. ระดับการศึกษา		
ต่ำ (ประถมศึกษาหรือต่ำกว่า)	49	55.68
กลาง (มัธยมต้น ถึงมัธยมปลาย)	27	30.68
สูง (อุดมศึกษา)	12	13.64
3. ฐานะทางเศรษฐกิจ		
ต่ำ (ไม่เพียงพอใช้จ่ายและค่ารักษา)	58	65.91
กลาง (เพียงพอค่าใช้จ่าย-ค่ารักษาบางส่วน)	22	25.00
สูง (ไม่มีปัญหาทางการเงิน)	8	9.09
4. สถานภาพการสมรส		
คู่ (มีคู่สมรสอยู่ด้วยกัน)	61	69.32
หม้าย (สามีเสียชีวิตหรือหย่าร้าง)	27	30.68
5. ลำดับที่ของการมีบุตร		
มีบุตรคนแรก	52	59.09
มีบุตรเป็นลำดับที่ 2 หรือมากกว่า	36	40.91

จากตาราง 1 แสดงว่ามารดาที่ติดเชื้อ เอช ไอ วี ส่วนใหญ่ อายุ 18-29 ปี จบการศึกษา ระดับประถมศึกษา มีฐานะทางเศรษฐกิจค่อนข้างต่ำ ส่วนมากจะยังชีวิตคู่ และมีบุตรเป็นคนแรก

ตอนที่ 2 ค่าสถิติพื้นฐานของตัวแปร ปรากฏในตาราง 2 ดังนี้

ตาราง 2 ค่าสถิติพื้นฐานของตัวแปร

ตัวแปร	ค่าพิสัยของคะแนน ในแบบทดสอบ	ค่าพิสัยของคะแนน ในกลุ่มตัวอย่าง	$\bar{X}$	SD
1. ความวิตกกังวล	20-80	27-63	42.60	9.68
2. ความรู้ความเข้าใจ - เกี่ยวกับโรคเอดส์	0-30	16-30	25.24	4.35
3. ความหวัง	20-100	32-67	48.06	9.27
4. การสนับสนุน - ทางด้านสังคม	25-125	52-118	87.74	18.33
5. การปรับตัวเกี่ยวกับ บทบาทการเป็นมารดา	30-120	71-106	89.42	9.89

จากตาราง 2 แสดงว่า แต่ละตัวแปร มีค่าเฉลี่ย ของคะแนนอยู่ในระดับปานกลางค่อนข้างสูง ยกเว้นคะแนนความหวังซึ่งค่อนข้างต่ำ ซึ่งตรงกันข้ามกับคะแนน ความรู้ความเข้าใจ ที่ส่วนใหญ่จะได้คะแนนสูงถึงสูงมาก ส่วนตัวแปรที่มีการกระจายของข้อมูลน้อยที่สุดคือความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเอดส์ และตัวแปรที่มีการกระจายของข้อมูลมากที่สุด คือการสนับสนุนทางด้านสังคม

ตารางที่ 3 การวิเคราะห์ข้อมูลตามสมมุติฐาน

3.1 การหาค่าสัมประสิทธิ์ สหสัมพันธ์

สมมุติฐานข้อที่ 1 ความวิตกกังวล มีความสัมพันธ์ทางลบกับการปรับตัวต่อบทบาทการเป็นมารดา ของมารดาที่ติดเชื้อ เอช ไอ วี

สมมุติฐานข้อที่ 2 ความรู้ความเข้าใจ เกี่ยวกับโรคเอดส์ มีความสัมพันธ์ ทางบวกกับการปรับตัวต่อบทบาทการเป็นมารดาของมารดาที่ติดเชื้อ เอช ไอ วี

สมมุติฐานข้อที่ 3 ความหวัง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปรับตัวต่อบทบาทการเป็นมารดาของมารดาที่ติดเชื้อ เอช ไอ วี

สมมุติฐานข้อที่ 4 การสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปรับตัวต่อบทบาทการเป็นมารดาของมารดาที่ติดเชื้อ เอช ไอ วี

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล ปรากฏผลดังตาราง 3 ดังนี้

ตาราง 3 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างการปรับตัวต่อบทบาทการเป็นมารดาของมารดาที่ติดเชื้อ เอช ไอ วี กับความวิตกกังวลความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเอดส์ ความหวัง และการสนับสนุนทางด้านสังคม ตามลำดับ

ตัวแปร	การปรับตัวต่อบทบาทการเป็นมารดาของมารดาที่ติดเชื้อ เอช ไอ วี
ความวิตกกังวล	-.8374 **
ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเอดส์	.8168 **
ความหวัง	.6203 **
การสนับสนุนทางด้านสังคม	.8627 **

** $P < .001$

จากตาราง 13 ได้ผลการวิเคราะห์ที่สำคัญ คือ

การปรับตัวต่อบทบาทการเป็นมารดาของมารดาที่ติดเชื้อเอช ไอ วี มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเอดส์ ($r = .8168$) ความหวัง ($r = .6203$) และ การสนับสนุนทางด้านสังคม ($r = .8627$) แต่มีความสัมพันธ์ ทางลบกับความวิตกกังวล ($r = -.8374$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .001

เนื่องจากความวิตกกังวล ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเอดส์และการสนับสนุนทางด้านสังคม มีค่า สหสัมพันธ์สูงกว่า .7 ขึ้นไปถือว่ามีความสัมพันธ์ในระดับสูง และ ความหวังมีค่า สหสัมพันธ์อยู่ระหว่าง .30 - .70 จึงถือว่ามีความสัมพันธ์ในระดับปานกลาง (ชูศรี วงศ์รัตนะ. 2530 : 324)

3.2 การวิเคราะห์ข้อมูลตามสมมุติฐานข้อที่ 5 มารดาติดเชื้อ เอช ไอ วี ที่มีลักษณะทางชีวสังคมแตกต่างกันมีการปรับตัวต่อบทบาทการเป็นมารดาแตกต่างกัน ดังนี้

สมมุติฐานข้อที่ 5.1 มารดาติดเชื้อเอช ไอ วี ที่มีอายุมากกว่า 29 ปี มีการปรับตัวต่อบทบาทการเป็นมารดา สูงเท่ามารดาติดเชื้อ เอช ไอ วี ที่มีอายุระหว่าง 24-29 ปี และ อายุระหว่าง 18-23 ปี

สมมุติฐานข้อที่ 5.2 มารดา ติดเชื้อ เอช ไอ วี ที่มีระดับการศึกษาสูง มีการปรับตัวต่อบทบาทการเป็นมารดาสูงกว่ามารดาติดเชื้อเอช ไอ วี ที่มีการศึกษาระดับปานกลางและระดับต่ำ

สมมุติฐานข้อที่ 5.3 มารดาติดเชื้อ เอช ไอ วี ที่มีฐานะทางเศรษฐกิจสูง มีการปรับตัวต่อบทบาทการเป็นมารดาสูงกว่า มารดาติดเชื้อ เอช ไอ วี ที่มีฐานะ ทางเศรษฐกิจระดับปานกลางและระดับต่ำ

สมมุติฐานข้อที่ 5.3 มารดาติดเชื้อ เอช ไอ วี ที่มีฐานะทางเศรษฐกิจสูง มีการปรับตัวต่อ
บทบาทการเป็นมารดาสูงกว่า มารดาติดเชื้อ เอช ไอ วี ที่มีฐานะทางเศรษฐกิจระดับปานกลางและ
ระดับต่ำ

ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนการปรับตัวต่อบทบาทการเป็นมารดา ของ
มารดาที่ติดเชื้อ เอช ไอ วี ที่มีระดับอายุ ระดับการศึกษาและ ระดับฐานะทางเศรษฐกิจต่างกัน ผล
ปรากฏดังตาราง

ตาราง 4 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวน

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F	ระดับนัยสำคัญ
อายุมารดาที่ติดเชื้อ HIV (Y1)					
ระหว่างกลุ่ม	2	852.4954	426.2477	5.2904	.0073
ภายในกลุ่ม	69	5559.3796	80.5707		
รวม	71	6411.8750			
ระดับการศึกษาของมารดาที่ติดเชื้อ HIV (Y2)					
ระหว่างกลุ่ม	2	274.8785	137.4893	1.4182	.2478
ภายในกลุ่ม	85	8240.4647	96.9466		
รวม	87	8515.4432			
ระดับฐานะทางเศรษฐกิจของมารดาที่ติดเชื้อ HIV (Y3)					
ระหว่างกลุ่ม	2	726.5713	363.2857	3.9645	.0226
ภายในกลุ่ม	85	7788.8719	91.6338		
รวม	87	8515.4432			

จากตาราง 4 พบว่า คะแนนการปรับตัวต่อบทบาทการเป็นมารดาในมิติของระดับการ
ศึกษาของมารดาที่ติดเชื้อ เอช ไอ วี ที่ระดับต่าง ๆ ในภาพรวม ไม่แตกต่างกันนั่นคือ มารดาติดเชื้อ
เอช ไอ วี ที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกันมีการปรับตัวต่อบทบาทการเป็นมารดา ไม่แตกต่างกัน
อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

เมื่อพิจารณา ความแปรปรวนของคะแนน การปรับตัวต่อบทบาทการเป็นมารดา ของ
มารดาที่ติดเชื้อ เอช ไอ วี ในมิติของระดับอายุ ต่าง ๆ ในภาพรวม พบว่า แตกต่างกัน มีการปรับตัว
ต่อบทบาทการเป็นมารดา ที่ต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตาราง 5 เปรียบเทียบคะแนน ลักษณะทางชีวสังคม ของมารดาที่ติดเชื้อ เอช ไอ วี เป็นรายคู่ ในมิติ
ของระดับอายุต่างกัน

	$\bar{X}$	อายุ		
		18 - 23 ปี	24 - 29 ปี	มากกว่า 29 ปี
		86.70	93.40	94.25
18 - 23 ปี	86.70			
24 - 29 ปี	93.40	6.6963 *		
มากกว่า 29 ปี	94.25	7.5463*	6.6963 *	

ค่า S = 4.9007

จากตาราง 5 พบว่า มารดาติดเชื้อ เอช ไอ วี ที่มีอายุ 18 - 23 ปี มีการปรับตัวต่อบทบาท
การเป็นมารดา สูงกว่ามารดาติดเชื้อ เอช ไอ วี ที่มีอายุระหว่าง 18 - 23 และมีอายุระหว่าง 24- 29
ปีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมุติฐานการวิจัย

เมื่อนำค่าเฉลี่ยลักษณะทางชีวสังคม ของมารดาที่ติดเชื้อเอช ไอ วี ในมิติของระดับฐานะ
ทางเศรษฐกิจที่ต่างกัน มาทำการทดสอบความแตกต่างระหว่างกลุ่มเป็นรายคู่ ผลปรากฏดังตาราง
ต่อไปนี้

ตาราง 6 เปรียบเทียบ คะแนน ลักษณะทางชีวสังคม ของมารดาที่ ติดเชื้อ เอช ไอ วี เป็นรายคู่ในมิติ
ของระดับ ฐานะทางเศรษฐกิจที่ต่างกัน

	$\bar{X}$	ฐานะทางเศรษฐกิจ		
		ระดับต่ำ	ระดับกลาง	ระดับสูง
		87.57	91.69	96.63
ระดับต่ำ	87.57			
ระดับกลาง	91.69	1.3889		
ระดับสูง	96.63	9.056*	1.3889	

ค่า S = 4.0929

จากตาราง 6 พบว่า มารดาติดเชื้อ เอช ไอ วี ที่มีระดับฐานะทางเศรษฐกิจระดับสูง มีการ
ปรับตัวต่อบทบาทการเป็นมารดาสูงกว่า มารดาติดเชื้อเอช ไอ วี ที่มีฐานะทางเศรษฐกิจระดับต่ำ
อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แต่มารดาติดเชื้อ เอช ไอ วี ที่มีฐานะทางเศรษฐกิจระดับ สูง มี
การปรับตัวต่อบทบาทการเป็นมารดา สูงกว่า มารดาติดเชื้อ เอช ไอ วี ที่มี ฐานะทางเศรษฐกิจระดับ
ปานกลางอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

3.3 การวิเคราะห์ข้อมูล ตามสมมุติฐานข้อที่ 5.4 มารดาติดเชื้อ เอช ไอ วี ที่มีสถานภาพการสมรส แบบคู่ มีการปรับตัวต่อบทบาทการเป็นมารดา สูงกว่ามารดาติดเชื้อ เอช ไอ วี ที่มีสถานภาพการสมรส แบบ เป็นหม้าย ผลปรากฏดังตารางต่อไปนี้

ตาราง 7 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ของคะแนนการปรับตัวต่อบทบาทการเป็นมารดาของมารดาติดเชื้อ เอช ไอ วี ที่มีสถานภาพการสมรสแบบคู่ กับมารดาติดเชื้อ เอช ไอ วี ที่มีสถานภาพการสมรสแบบหม้าย

ประเภทของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน	$\bar{X}$	SD	t-value
สถานภาพสมรส คู่	61	93.1148	7.627	5.84 ***
สถานภาพสมรส หม้าย	27	81.0741	9.430	

*** มีนัยสำคัญ ระดับ .001

df = 86 N = 88

ผลการวิเคราะห์ตามตาราง 7 ปรากฏว่าคะแนนการปรับตัวต่อบทบาทการเป็นมารดา ของมารดาติดเชื้อเอช ไอ วี ที่มีสถานภาพการสมรสแบบคู่ มีค่าสูงกว่าคะแนนการปรับตัวต่อบทบาทการเป็นมารดาของมารดาติดเชื้อ เอช ไอ วีที่มีสถานภาพการสมรสแบบหม้ายอย่างมีนัยสำคัญ ณ ระดับ .001 เมื่อ พิจารณาค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของคะแนนทั้ง 2 กลุ่ม พบว่ามารดาติดเชื้อ เอช ไอ วี ที่มีสถานภาพการสมรสคู่มีการปรับตัวต่อบทบาทการเป็นมารดา สูงกว่ามารดาติดเชื้อ เอช ไอ วี ที่มีสถานภาพการสมรสหม้าย

สำหรับสมมุติฐานข้อ 5.5 มารดาติดเชื้อ เอช ไอ วี ที่มีบุตรเป็นลำดับที่สองหรือมากกว่า มีการปรับตัวต่อบทบาทการเป็นมารดา สูงกว่ามารดาติดเชื้อเอช ไอ วี ที่มีบุตรเป็นคนแรก ผลปรากฏดังตารางต่อไปนี้

ตาราง 8 ที่มีบุตรคนแรกกับมารดาติดเชื้อ เอช ไอ วี เปรียบเทียบ ค่าเฉลี่ยของคะแนนการปรับตัวต่อบทบาทการเป็นมารดาของมารดาติดเชื้อ เอช ไอ วี ที่มีบุตรลำดับที่สองหรือมากกว่า

ประเภทของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน	$\bar{X}$	SD	t-value
มีบุตรเป็นคนแรก	52	85.5962	9.641	5.14
มีบุตรเป็นลำดับที่สองหรือมากกว่า	36	94.9444	7.399	

*** มีนัยสำคัญ ระดับ .001

$$df = 86 \quad N = 88$$

ผลการวิเคราะห์ตามตาราง 8 ปรากฏว่าคะแนนการปรับตัวต่อบทบาทการเป็นมารดาของมารดาติดเชื้อ เอช ไอ วี ที่มีบุตรคนแรก มีความแตกต่างกับคะแนนการปรับตัวต่อบทบาทการเป็นมารดาของมารดาติดเชื้อเอช ไอ วี ที่มีบุตรเป็นคนที่สองหรือมากกว่ามีนัยสำคัญ ที่ ระดับ .001 เมื่อพิจารณาจากค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนทั้งสองกลุ่ม จะเห็นว่า มารดาติดเชื้อ เอช ไอ วี ที่มีบุตรเป็นลำดับที่สองหรือมากกว่า จะมีการปรับตัวต่อบทบาทการเป็นมารดาสูงกว่ามารดาติดเชื้อเอช ไอ วีที่มีบุตรเป็นคนแรก

3.4 การวิเคราะห์ข้อมูลตามสมมติฐานข้อที่ 8 ว่ามารดาติดเชื้อ เอช ไอ วี ที่มีความวิตกกังวลน้อยมีการปรับตัวต่อบทบาทการเป็นมารดาสูงกว่ามารดาติดเชื้อเอช ไอ วี ที่มีความวิตกกังวลมาก ผลปรากฏดังตาราง

ตาราง 9 เปรียบเทียบ ค่าเฉลี่ยของคะแนนการปรับตัวต่อบทบาทการเป็นมารดาของมารดาติดเชื้อ เอช ไอ วี ที่มีความวิตกกังวลน้อยกับค่าเฉลี่ยของคะแนนการปรับตัวต่อบทบาทการเป็นมารดาของมารดาติดเชื้อ เอช ไอ วี ที่มีความวิตกกังวลมาก

ประเภทของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน	$\bar{X}$	SD	t-value
มีความวิตกกังวลน้อย	21	98.5714	4.081	19.88 ***
มีความวิตกกังวลมาก	20	75.4000	3.362	

*** มีนัยสำคัญ ที่ ระดับ .001

$$df = 39 \quad N = 41$$

ผลการวิเคราะห์ตามตาราง 9 ปรากฏว่าคะแนนการปรับตัวต่อบทบาทการเป็นมารดาของมารดาติดเชื้อเอช ไอ วี ที่มีความวิตกกังวลน้อย มีค่าสูงกว่าคะแนนการปรับตัวต่อบทบาทการเป็นมารดาของมารดาติดเชื้อ เอช ไอ วี ที่มีความวิตกกังวลมาก อย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ ระดับ .001 เมื่อพิจารณาค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนทั้ง 2 กลุ่มจะพบว่ามารดาติดเชื้อ เอช ไอ วี ที่มีความวิตกกังวลน้อย มีการปรับตัวต่อบทบาทการเป็นมารดาสูงกว่ามารดาติดเชื้อเอชไอวีที่มีความวิตกกังวลมาก

3.5 การวิเคราะห์ข้อมูลตามสมมุติฐานข้อที่ 7 มารดาติดเชื้อ เอช ไอ วี ที่มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเอดส์มาก มีการปรับตัวต่อบทบาทการเป็นมารดาสูงกว่ามารดาติดเชื้อ เอช ไอ วี ที่มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเอดส์น้อย ผลปรากฏดังตาราง

ตาราง 10 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนการปรับตัวต่อบทบาทการเป็นมารดา ของมารดาติดเชื้อ เอช ไอ วี ที่มีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเอดส์มาก กับค่าเฉลี่ยของคะแนนการปรับตัวต่อบทบาทการเป็นมารดาของมารดาติดเชื้อเอช ไอ วี ที่มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเอดส์น้อย

ประเภทของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน	$\bar{X}$	SD	t-value
มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเอดส์มาก	28	96.6071	6.321	5.84 ***
มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเอดส์น้อย	24	77.1667	5.654	

*** มีนัยสำคัญ ที่ ระดับ .001 df = 50 N = 52

ผลการวิเคราะห์ ตามตาราง 10 ปรากฏว่าคะแนนการปรับตัวต่อบทบาทการเป็นมารดา ของมารดาติดเชื้อ เอช ไอ วี ที่มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเอดส์มาก มีค่าสูงกว่าคะแนนการปรับตัวต่อบทบาทการเป็นมารดา ของมารดาติดเชื้อ เอช ไอ วี ที่มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเอดส์น้อยอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติที่ ระดับ .001 เมื่อพิจารณาค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนทั้ง 2 กลุ่ม พบว่ามารดาติดเชื้อ เอช ไอ วี ที่มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเอดส์มากมีการปรับตัวต่อบทบาทการเป็นมารดาสูงกว่ามารดาติดเชื้อเอช ไอ วี ที่มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเอดส์น้อย

3.6 การวิเคราะห์ข้อมูลตามสมมุติฐานข้อ 8 มารดาติดเชื้อ เอช ไอ วี ที่มีความหวังมาก มีการปรับตัวต่อบทบาทการเป็นมารดาสูงกว่ามารดาติดเชื้อ เอช ไอ วี ที่มีความหวังน้อย ผลปรากฏดังตาราง

ตาราง 11 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนการปรับตัวต่อบทบาทการเป็นมารดาของมารดาติดเชื้อ เอช ไอ วี ที่มีความหวังมาก กับค่าเฉลี่ยของคะแนนการปรับตัวต่อบทบาทการเป็นมารดาของมารดาติดเชื้อ เอช ไอ วี ที่มีความหวังน้อย

ประเภทของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน	$\bar{X}$	SD	t-value
มีความหวังมาก	15	94.8000	4.427	5.84 ***
มีความหวังน้อย	16	78.2500	8.103	

*** มีนัยสำคัญ ที่ ระดับ .001 $df = 29$ $N = 31$

ผลการวิเคราะห์ ตามตาราง 11 ปรากฏว่า คะแนนการปรับตัวต่อบทบาท การเป็นมารดาของมารดาติดเชื้อ เอช ไอ วี ที่มีความหวังมาก มีความแตกต่างกับคะแนนการปรับตัวต่อบทบาทการเป็นมารดาของมารดาติดเชื้อเอช ไอ วี ที่มีความหวังน้อย อย่างมีนัยสำคัญ ที่ ระดับ .001 เมื่อพิจารณาจากค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของคะแนนทั้ง 2 กลุ่ม พบว่ามารดาติดเชื้อ เอช ไอ วี ที่มีความหวังมาก มีการปรับตัว ต่อบทบาทการเป็นมารดา สูงกว่า มารดาติดเชื้อ เอช ไอ วี ที่มีความหวังน้อย

3.7 การวิเคราะห์ข้อมูล ตามสมมติฐาน ข้อ 9 มารดาติดเชื้อ เอช ไอ วี ที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมมาก มีการปรับตัวต่อบทบาทการเป็นมารดาสูงกว่ามารดาติดเชื้อ เอช ไอ วี ที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมน้อย ผลปรากฏดังตาราง

ตาราง 12 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ของคะแนนการปรับตัวต่อบทบาทการเป็นมารดา ของมารดาติดเชื้อเอช ไอ วี ที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมมาก กับค่าเฉลี่ยของคะแนนการปรับตัวต่อบทบาทการเป็น มารดาของมารดาติดเชื้อเอช ไอ วี ที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมน้อย

ประเภทของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน	$\bar{X}$	SD	T-value
ได้รับการสนับสนุนทางสังคมมาก	19	97.5263	5.5514	16.64
ได้รับการสนับสนุนทางสังคมน้อย	18	74.8889	2.026	

*** มีนัยสำคัญ ที่ ระดับ .001 $df = 35$ $N = 37$

ผลการวิเคราะห์ ตามตาราง 12 ปรากฏว่าคะแนนการปรับตัวต่อบทบาทการเป็นมารดาของมารดาติดเชื้อ เอช ไอ วี ที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมมาก มีค่ามากกว่าคะแนนการปรับตัว

ต่อพบาพการเป็นมารดาของมารดาติดเชื้อเอชไอ วี ที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมน้อย อย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ ระดับ .001 เมื่อพิจารณาค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนทั้ง 2 กลุ่ม พบว่าว่า มารดาติดเชื้อ เอช ไอ วี ที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมมาก มีการปรับตัวต่อพบาพการเป็นมารดาสูงกว่ามารดาติดเชื้อเอช ไอ วี ที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมน้อย

3.8 การวิเคราะห์ข้อมูลตามสมมุติฐานที่ 10 มารดาติดเชื้อ เอช ไอ วี ที่มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเอดส์มากมีความหวังมาก และได้รับการสนับสนุนทางสังคมมาก มีการปรับตัวต่อพบาพการเป็นมารดาสูงกว่ามารดา ติดเชื้อ เอช ไอ วี ที่มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเอดส์น้อย มีความหวังน้อย และได้รับการสนับสนุนทางสังคมน้อย

ผลการวิเคราะห์ ไม่สามารถหาความแปรปรวนร่วมของคะแนนการปรับตัวต่อพบาพการเป็นมารดา ของมารดาที่ติดเชื้อ เอช ไอ วี ในมิติที่สำคัญ ๆ ได้ครบ เนื่องจาก เกิดปัญหาการขาดหายไป ของ กลุ่มตัวอย่าง ในบางมิติ ดังตารางที่แจกแจง ตามตาราง 13

ตาราง 13 แจกแจงจำนวนกลุ่มตัวอย่าง ตามลักษณะที่มีมิติร่วมกัน (Grosstabulation)

ความหวังต่ำ ≤ 39	ความรู้เรื่องโรคเอดส์ต่ำ ≤ 21	สังคมต่ำ ≤ 69	0
		สังคมปานกลาง 70 - 102	13
		สังคมสูง ≥ 102	5
	ความรู้เรื่องโรคเอดส์ปานกลาง 22 - 28	สังคมต่ำ ≤ 69	0
		สังคมปานกลาง 70 - 101	0
		สังคมสูง ≤ 69	0
	ความรู้เรื่องโรคเอดส์สูง ≥ 29	สังคมต่ำ	0
		สังคมปานกลาง	0
		สังคมสูง	0
ความหวังปานกลาง 40 - 56	ความรู้เรื่องโรคเอดส์ต่ำ	สังคมต่ำ ≤ 69	0
		สังคมปานกลาง 70 - 101	5
		สังคมสูง ≥ 102	0
	ความรู้เรื่องโรคเอดส์ปานกลาง	สังคมต่ำ ≤ 69	1
		สังคมปานกลาง 70 - 101	23
		สังคมสูง ≥ 102	9
	ความรู้เรื่องโรคเอดส์สูง	สังคมต่ำ	0
		สังคมกลาง	13
		สังคมสูง ≥ 102	3
ความหวังสูง ≥ 57	ความรู้เรื่องโรคเอดส์ต่ำ	สังคมต่ำ ≤ 69	1
		สังคมปานกลาง 70 - 101	1
		สังคมสูง ≥ 102	0
	ความรู้เรื่องโรคเอดส์ปานกลาง	สังคมต่ำ ≤ 69	2
		สังคมปานกลาง	2
		สังคมสูง ≥ 102	2
	ความรู้เรื่องโรคเอดส์สูง	สังคมต่ำ ≤ 69	0
		สังคมปานกลาง	7
		สังคมสูง ≥ 102	5
รวมทั้งสิ้น			88 คน

จากตาราง 13 พบว่ากลุ่มตัวอย่าง ในมิติเกี่ยวกับความหวังของมารดาที่ติดเชื้อ เอช ไอ วี ที่มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับ โรคเอดส์ ปานกลาง และมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเอดส์สูง เมื่อแจกแจงตามการสนับสนุนทางสังคมในทุกระดับ พบว่าไม่มีกลุ่มตัวอย่างอยู่เลย โดยเฉพาะไม่สามารถหาจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่สำคัญ ในมารดาติดเชื้อ เอช ไอ วี ที่มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเอดส์น้อย มีความหวังน้อย และได้รับการสนับสนุนทางสังคมน้อย เพื่อนำไปเปรียบเทียบกับจำนวนกลุ่มตัวอย่างของมารดาที่มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเอดส์มาก มีความหวังมาก และได้รับการสนับสนุนทางสังคมมาก ดังนั้นจึงไม่สามารถพิสูจน์สมมติฐานในข้อ 10 ได้ว่ามารดาติดเชื้อ เอช ไอ วี ที่มีความรู้ความเข้าใจ เกี่ยวกับ โรคเอดส์มาก มีความหวังมากและได้รับการสนับสนุนทางสังคมมาก จะมีการปรับตัวต่อบทบาทการเป็นมารดา สูงกว่า มารดาติดเชื้อเอช ไอ วี ที่มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเอดส์น้อย มีความหวังน้อยและได้รับการสนับสนุนทางสังคมน้อยได้

3.9 การวิเคราะห์ข้อมูล ตามสมมติฐานที่ 11 ที่ว่าร่วมกันทำนายพฤติกรรม ลักษณะทางชีวสังคม ความวิตกกังวล ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับ โรคเอดส์ ความหวัง และการสนับสนุนทางสังคมสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการปรับตัวต่อบทบาทการเป็นมารดาของมารดาติดเชื้อ เอช ไอ วี ได้

จากการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ โดยใช้ตัวพยากรณ์ 9 ตัว ซึ่งเป็นตัวแปรใน ลักษณะทางชีวสังคม 5 ตัว และปัจจัยอื่น ๆ อีก 4 ตัว ได้แก่ ความวิตกกังวล ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเอดส์ ความหวัง และการสนับสนุนทางสังคม ปรากฏผลดังตารางต่อไปนี้

ตาราง 14 ค่าสถิติของตัวพยากรณ์ 9 ตัว ที่ใช้ทำนายการปรับตัวต่อบทบาท การเป็นมารดาของมารดาที่ติดเชื้อเอช ไอ วี

Multiple (R)	=	.90713
R Square (R^2)	=	.82288
F	=	39.74921
Significant F	=	.0000

ตัวพยากรณ์	B	SED	Beta	T	SigT
อายุ (X_1)	-.95800	.60507	-.10017	-1.583	.1175
ระดับการศึกษา (X_2)	.77718	.83424	.05593	.932	.3545
ฐานะทางเศรษฐกิจ (X_3)	.32780	.96696	.02122	.339	.7355
สถานภาพการสมรส (X_4)	.26787	1.33342	.012263	.201	.8413
ลำดับที่ของการมีบุตร (X_5)	2.05619	1.19315	.10274	1.723	.0888
ความวิตกกังวล (X_6)	-.21737	.109023	-.21233	-1.994	.0497
ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเอดส์ (X_7)	.72089	.20966	.31876	3.438	.0009
ความหวัง (X_8)	-.04338	.07789	-.04049	-.557	.5794
การสนับสนุนทางด้านสังคม (X_9)	.24861	.05630	.46242	4.416	.0000

ค่าคงที่ (a) = 58.22942

จากตาราง 14 พบว่ามีตัว พยากรณ์ เพียง 3 ตัว เท่านั้นที่สามารถอธิบายการแปรปรวนของคะแนนความสามารถการปรับตัวต่อบทบาทการเป็นมารดาของมารดาที่ติดเชื้อ เอช ไอ วี เชื่อมั่น ได้ร้อยละ 82.288 หรือมีอำนาจการทำนายได้ร้อยละ 82.288 ตัวพยากรณ์ ทั้ง 3 ตัว นั้นได้แก่

- การสนับสนุนทางด้านสังคม
- ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเอดส์
- ความวิตกกังวล

ทั้ง 3 ตัวนี้มีค่าสหสัมพันธ์รวมเท่ากับ 0.90713

ในการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแต่ละขั้นตอน (Step - wise Multiple Regression Analysis) เพื่อหาตัวทำนายที่ดีที่สุดจากตัวพยากรณ์ทั้ง 9 ตัว โดยวิเคราะห์ในภาพรวมของการปรับตัวต่อบทบาทของการเป็นมารดาในมารดาที่ติดเชื้อเอช ไอ วี และในรายมิติปรากฏผลดังตาราง ต่อไปนี้

ตาราง 15 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ พหุคูณ (r) ระหว่างตัวทำนาย ค่าสัมประสิทธิ์การทำนาย (R^2) และค่า F ของตัวแปรที่สามารถทำนายการปรับตัวต่อบทบาทการเป็นมารดาของมารดาที่ติดเชื้อเอช ไอ วี จากทั้งหมด 9 ตัวแปร

ตัวทำนาย	R	R^2	F	ลำดับที่ของตัวทำนาย
อายุ (X_1)	-	-	-	-
ระดับการศึกษา (X_2)	-	-	-	-
ฐานะทางเศรษฐกิจ (X_3)	-	-	-	-
สถานภาพการสมรส (X_4)	-	-	-	-
ลำดับที่ของการมีบุตร (X_5)	-	-	-	-
ความวิตกกังวล (X_6)	.90018	.81033	118.20179 ***	3
ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเอดส์ (X_7)	.89375	.79878	166.73069 ***	2
ความหวัง (X_8)	-	-	-	-
การสนับสนุนทางด้านสังคม (X_9)	.86016	.73987	241.75730 ***	1

*** $< .001$ รวมแล้วทำนายได้ 81.033 %

จากตาราง 15 พบว่า ตัวแปรที่สามารถทำนายการปรับตัวต่อบทบาทการเป็นมารดา ของมารดาที่ติดเชื้อ เอช ไอ วี เรียงตามลำดับ คือ

- 1) การสนับสนุนทางด้านสังคม ($r = .86016$)
- 2) ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเอดส์ ($r = .89375$)
- 3) ความวิตกกังวล ($r = .90018$)

โดยทั้ง 3 ตัวแปรนี้ สามารถร่วมกันทำนายการปรับตัวต่อบทบาทการเป็นมารดาได้ (R^2) เท่ากับ 82.288 % อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 จึงจัดว่าผลการทำนาย อยู่ในเกณฑ์สูง โดยค่าความคลาดเคลื่อนมาตรฐาน การทำนายเท่ากับ 9.75 และ ได้สมการการทำนายในรูปคะแนนดิบดังนี้

$$y' = 58.22942 + 0.24861 X_9 + 0.72089 X_7 - 0.21737X_6$$

บทที่ 5

สรุปผล อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความวิตกกังวล ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเอดส์ ความหวังและการสนับสนุนทางสังคมกับการปรับตัวต่อบทบาทการเป็นมารดา ของมารดาที่ติด เชื้อ เอช ไอ วี
2. เพื่อเปรียบเทียบการปรับตัวต่อบทบาทการเป็นมารดา ของมารดาที่ติดเชื้อ เอช ไอ วี ที่มีลักษณะทางชีวสังคม ความวิตกกังวล ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเอดส์ ความหวัง และการสนับสนุนทางสังคมที่แตกต่างกัน
3. เพื่อค้นหาตัวพยากรณ์ที่สำคัญในการทำนาย การปรับตัวต่อบทบาทการเป็นมารดา ของมารดาที่ติดเชื้อ เอช ไอ วี ซึ่งนำบุตรมารับบริการสุขภาพที่โรงพยาบาล เด็ก

สมมุติฐานการวิจัย

1. ความวิตกกังวล มีความสัมพันธ์ทางลบ กับการปรับตัวต่อบทบาทการเป็นมารดา ของมารดาที่ติดเชื้อ เอช ไอ วี
2. ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเอดส์ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปรับตัวต่อบทบาทการเป็นมารดาของมารดาที่ติดเชื้อ เอช ไอ วี
3. ความหวัง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปรับตัวต่อบทบาทการเป็นมารดา ของมารดาที่ติดเชื้อ เอช ไอ วี
4. การสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปรับตัว ต่อบทบาทการเป็นมารดาของมารดาที่ติดเชื้อ เอช ไอ วี
5. มารดาติดเชื้อ เอช ไอ วี ที่มีลักษณะทางชีวสังคมแตกต่างกัน ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษาฐานะทางเศรษฐกิจ สถานภาพการสมรสและลำดับที่ของการมีบุตร มีการปรับตัวต่อบทบาท การเป็นมารดาแตกต่างกัน ดังนี้
 - 5.1 มารดาติดเชื้อ เอช ไอ วี ที่มีอายุมากกว่า 29 ปี มีการปรับตัวต่อบทบาทการเป็นมารดาสูงกว่ามารดาติดเชื้อ เอช ไอ วีที่มีอายุน้อยกว่า 24-29 ปี และอายุระหว่าง 18-23 ปี
 - 5.2 มารดาติดเชื้อ เอช ไอ วี ที่มีการศึกษาระดับสูง มีการปรับตัวต่อบทบาทการเป็นมารดาสูงกว่ามารดาติดเชื้อ เอช ไอ วี ที่มีการศึกษาระดับปานกลาง และระดับต่ำ

- 5.3 มารดาติดเชื้อ เอช ไอ วี ที่มีฐานะทางเศรษฐกิจระดับสูง มีการปรับตัวต่อบทบาทการเป็นมารดาสูงกว่า มารดาติดเชื้อ เอช ไอ วี ที่มีฐานะทางเศรษฐกิจระดับปานกลางและระดับต่ำ
- 5.4 มารดาติดเชื้อ เอช ไอ วี ที่มีสถานะภาพการสมรสคู่ มีการปรับตัวต่อบทบาทการเป็นมารดา สูงกว่ามารดาติดเชื้อ เอช ไอ วี ที่มีสถานะภาพการสมรสหย่า
- 5.5 มารดาติดเชื้อ เอช ไอ วี ที่มีบุตรเป็นลำดับที่ 2 หรือ มากกว่ามีการปรับตัวต่อบทบาทการเป็นมารดาสูงกว่ามารดาติดเชื้อ เอช ไอ วี ที่มีบุตรเป็นคนแรก
6. มารดาติดเชื้อ เอช ไอ วี ที่มีความวิตกกังวลน้อย มีการปรับตัวต่อบทบาทการเป็นมารดาสูงกว่ามารดาติดเชื้อ เอช ไอ วี ที่มีความวิตกกังวลมาก
7. มารดาติดเชื้อ เอช ไอ วี ที่มีความรู้ความเข้าใจ เกี่ยวกับโรคเอดส์มากมีการปรับตัวต่อบทบาทการเป็นมารดาสูงกว่ามารดาติดเชื้อ เอช ไอ วี ที่มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเอดส์น้อย
8. มารดาติดเชื้อ เอช ไอ วี ที่มีความหวังมาก มีการปรับตัวต่อบทบาทการเป็นมารดา สูงกว่ามารดาติดเชื้อ เอช ไอ วี ที่มีความหวังน้อย
9. มารดาติดเชื้อ เอช ไอ วี ที่ได้รับการสนับสนุน ทางสังคมมากมีการปรับตัวต่อบทบาทการเป็นมารดา สูงกว่ามารดาติดเชื้อ เอช ไอ วี ที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมน้อย
10. มารดาติดเชื้อ เอช ไอ วี ที่มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเอดส์มากมีความหวังมาก และได้รับการสนับสนุนทางสังคมมาก มีการปรับตัวต่อบทบาทการเป็นมารดาสูงกว่ามารดาติดเชื้อ เอช ไอ วี ที่มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเอดส์น้อย มีความหวังน้อย และได้รับการสนับสนุนทางสังคมน้อย
11. ลักษณะทางชีวสังคม ความวิตกกังวล ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเอดส์ ความหวัง และการสนับสนุนทางสังคม สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรม การปรับตัวต่อบทบาทการเป็นมารดา ของมารดาที่ติดเชื้อ เอช ไอ วี ได้

วิธีดำเนินการวิจัย

ประชากร

เป็นมารดาที่ติดเชื้อ เอช ไอ วี ที่นำบุตรมารับบริการตรวจสุขภาพที่แผนกเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลเด็ก ตามใบนัดของแพทย์ โดยไม่จำกัดอายุ ระดับการศึกษา ฐานะทางเศรษฐกิจ สถานภาพการสมรสและจำนวนบุตร ในปีงบประมาณ 2538 รวมจำนวน 1321 คน

กลุ่มตัวอย่าง

ได้แก่มารดาติดเชื้อ เอช ไอ วี ซึ่งได้นำเด็กมารับบริการตรวจสุขภาพที่โรงพยาบาลเด็ก ในวันอังคารและวันพุธ ตั้งแต่วันที่ 1 ธันวาคม 2538 ถึงวันที่ 28 กุมภาพันธ์ 2539 ตามไหนด จำนวน 100 คน โดยวิธีการสุ่มแบบสุ่มเวลา และมีข้อกำหนดดังนี้

1. เป็นมารดาที่ทราบผลตรวจเลือดของตนเองแล้วว่าติดเชื้อ เอช ไอ วี
2. ยังไม่ทราบผลการตรวจเลือด ของบุตรที่เกิดจากมารดาติดเชื้อ เอช ไอ วี ว่าจะติดเชื้อ เอช ไอ วี จาก มารดาหรือไม่
3. กลุ่มตัวอย่างเป็นมารดาติดเชื้อ เอช ไอ วี ที่ยินดี ให้ความร่วมมือ ในการศึกษาครั้งนี้

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยอาศัยแนวคิดเกี่ยวกับทฤษฎีการปรับตัวของรอย (Roy's Adaptation Model. 1984:22) แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของโรเซนสต็อก (Rosenstock. 1974:329-335) ทฤษฎีว่าด้วยความต้องการทางสังคมของบุคคล (Individual's Social Needs Theory) และข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคเอดส์ ประกอบด้วยแบบสอบถามเกี่ยวกับ ปัจจัยพื้นฐานทางด้านสถานะและลักษณะภูมิหลังของมารดาที่ติดเชื้อ เอช ไอ วี แบบสอบถามเกี่ยวกับ ความวิตกกังวลแบบสอบถามวัดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเอดส์ แบบสอบถามเกี่ยวกับความหวัง แบบสอบถามเกี่ยวกับการสนับสนุนทางด้านสังคมและแบบสอบถามเกี่ยวกับการปรับตัวต่อ บทบาทการเป็นมารดาของมารดาที่ติดเชื้อ เอช ไอ วี ซึ่งแบบสอบถามเหล่านี้ ผู้วิจัยได้นำไป ทดสอบกับมารดาติดเชื้อ เอช ไอ วี ที่นำเด็กมารับการตรวจที่โรงพยาบาลตำรวจจำนวน 30 คน หลังจาก ผ่านการตรวจสอบ ความถูกต้อง ความเชื่อมั่นและความตรงเชิงโครงสร้างภายในโดย หาสหสัมพันธ์ระหว่างรายข้อ กับคะแนนรวม แล้วนำไปหาค่าอำนาจจำแนก เมื่อได้แล้วจึงนำไปใช้ ทดสอบกับกลุ่มตัวอย่าง ต่อไป

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ได้ผ่านการดำเนินการอย่างมีขั้นตอนโดยผู้วิจัย และผู้ที่ให้คำปรึกษาแก่มารดาที่ติดเชื้อ เอช ไอ วี เป็นผู้สัมภาษณ์โดยตรงด้วยแบบสอบถามทั้ง 6 ชุด ได้แก่ ลักษณะทางชีวสังคม ความ วิตกกังวล ความรู้ความเข้าใจ เกี่ยวกับโรคเอดส์ ความหวัง การสนับสนุนทางด้านสังคม และการ ปรับตัวต่อบทบาทการเป็นมารดา ในมารดาที่ติดเชื้อเอช ไอ วี ตามลำดับ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ในการวิเคราะห์ปัจจัยทางด้านลักษณะทางชีวสังคมโดยใช้วิธีแจกแจง ความถี่เป็นร้อยละ และ นำเสนอเป็นตาราง เพื่อให้ได้ทราบคุณลักษณะทั่วไปของประชากร จำนวนหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient) เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อที่ 1, 2, 3 และ 4 ตามลำดับวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียว (One-way Analysis of Variance) เพื่อทดสอบ สมมติฐานข้อที่ 5.1 , 5.2 และ 5.3 ตามลำดับและเปรียบเทียบรายคู่ ด้วยวิธีการของเชฟเฟ (Scheffe') ใช้สถิติค่า t (t -test) เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อที่ 5.4, 5.5, 6, 7, 8 และ 9 ตามลำดับ วิเคราะห์ความแปรปรวนแบบสามทาง (Three way Analysis of Variance) เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อที่ 10 และเปรียบเทียบรายคู่ด้วยวิธีการของ เชฟเฟ (Scheffe') สุดท้ายเป็นการวิเคราะห์ถดถอย พหุคูณแบบเป็น ขั้นตอน (Stepwised Multiple Regression Analysis) เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อที่ 11

สรุปผลการวิจัย

1. ความวิตกกังวล มีความสัมพันธ์ทางลบกับการปรับตัวต่อบทบาทการเป็นมารดาของมารดาที่ติดเชื้อเอช ไอ วี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .001 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์ สหสัมพันธ์ (r) = -.8374 ซึ่งเป็นความสัมพันธ์ในทิศทางตรงกันข้าม กล่าวคือ มารดาติดเชื้อ เอช ไอ วี ที่มีความวิตกกังวล จะมีการปรับตัวต่อบทบาทการเป็นมารดาน้อย ซึ่งตรงกับสมมติฐาน การวิจัยในข้อ 1
2. ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเอดส์ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปรับตัวต่อบทบาทการเป็นมารดา ของมารดาที่ติดเชื้อ เอช ไอ วี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .001 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) = .8168 ซึ่งเป็นความสัมพันธ์เชิงบวกหรือเป็นไปในทิศทางเดียวกัน กล่าวคือ ถ้ามีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเอดส์สูง ก็จะมีการปรับตัวต่อบทบาทการเป็นมารดาสูงด้วย ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยในข้อ 2
3. ความหวังมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปรับตัวต่อบทบาทการเป็นมารดาของมารดาที่ติดเชื้อเอช ไอ วี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) = .6203 ซึ่งเป็น ความสัมพันธ์เชิงบวก หรือ เป็นไปในทิศทางเดียวกันกล่าวคือ ถ้ามารดาที่ติดเชื้อเอช ไอ วี มีความหวังมาก ก็จะมีการปรับตัวต่อบทบาทการเป็นมารดาสูงด้วย ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยในข้อ 3
4. การสนับสนุนทางด้านสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปรับตัวต่อบทบาทการเป็นมารดาของมารดาที่ติดเชื้อ เอช ไอ วี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) = .8627 ซึ่งเป็นความสัมพันธ์เชิงบวกหรือ เป็นไปในทิศทางเดียวกัน กล่าวคือ

มารดาติดเชื้อ เอช ไอ วี ที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมมาก จะมีการปรับตัวต่อบทบาทการเป็นมารดาสูงด้วยซึ่งเป็นไปตามสมมุติฐานการวิจัย ข้อ 4

5. มารดาติดเชื้อเอช ไอ วี ที่มีลักษณะทางชีวสังคมแตกต่างกันมีการปรับตัวต่อบทบาท การเป็นมารดาแตกต่างกันดังนี้

5.1 มารดาติดเชื้อ เอช ไอ วี ที่มีอายุมากกว่า 29 ปี มีการปรับตัวต่อบทบาทการเป็นมารดาสูงกว่ามารดาติดเชื้อ เอช ไอ วี ที่มีอายุต่อบทบาทการเป็นมารดาสูงกว่ามารดาติดเชื้อ เอช ไอ วี ที่มีอายุระหว่าง 24-29 ปี และอายุระหว่าง 18-23 ปี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 ไม่ว่าจะเปรียบเทียบในระดับใดก็ตามซึ่งสอดคล้องกับสมมุติฐานในข้อ 5.1

5.2 มารดาติดเชื้อ เอช ไอ วี ที่มีระดับการศึกษาสูง มีการปรับตัวต่อบทบาทการเป็นมารดา สูงกว่ามารดาติดเชื้อ เอช ไอ วี ที่มีการศึกษาระดับปานกลางและต่ำ อย่างไม่มีนัยสำคัญ ทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมุติฐานในข้อ 5.2

5.3 มารดาติดเชื้อ เอช ไอ วี ที่มีฐานะทางเศรษฐกิจสูง มีการปรับตัวต่อบทบาทการเป็นมารดา สูงกว่ามารดาติดเชื้อ เอช ไอ วี ที่มีฐานะทางเศรษฐกิจระดับต่ำ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แต่ไม่มีผลแตกต่างกับมารดาติดเชื้อ เอช ไอ วี ที่มีฐานะทางเศรษฐกิจระดับปานกลาง ซึ่งสอดคล้องกับสมมุติฐานการวิจัยในข้อ 5.3 บางส่วนเท่านั้น

5.4 มารดาที่ติดเชื้อ เอช ไอ วี ที่มีสถานะภาพการสมรสแบบคู่ มีการปรับตัวต่อบทบาทการเป็นมารดาสูงกว่า มารดาติดเชื้อ เอช ไอ วี ที่มีสถานะภาพการสมรสหม้าย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ซึ่งสอดคล้อง กับสมมุติฐานการวิจัย ในข้อ 5.4

5.5 มารดาติดเชื้อเอช ไอ วี ที่มีบุตรเป็นลำดับที่ 2 หรือมากกว่ามีการปรับตัวต่อบทบาทการเป็นมารดา สูงกว่ามารดาติดเชื้อ เอช ไอ วี ที่ เพิ่งมีบุตรเป็นคนแรก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ซึ่งสอดคล้องกับสมมุติฐานการวิจัยในข้อ 5.5

6. มารดาติดเชื้อ เอช ไอ วี ที่มีความวิตกกังวลน้อย มีการปรับตัวต่อบทบาทการเป็นมารดาสูงกว่า มารดาติดเชื้อเอช ไอ วี ที่มีความวิตกกังวลมาก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ซึ่งสอดคล้องกับสมมุติฐานการวิจัยในข้อ 6

7. มารดาติดเชื้อ เอช ไอ วี ที่มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเอดส์มากมีการปรับตัวต่อบทบาทการเป็นมารดาสูงกว่า มารดาติดเชื้อ เอช ไอ วี ที่มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเอดส์น้อย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ซึ่งสอดคล้องกับสมมุติฐานการวิจัยในข้อ 7

8. มารดาที่ติดเชื้อ เอช ไอ วี ที่มีความหวังมาก มีการปรับตัวต่อบทบาทการเป็นมารดา สูงกว่า มารดาติดเชื้อ เอช ไอ วี ที่มีความหวังน้อย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ซึ่งสอดคล้องกับสมมุติฐานการวิจัยในข้อ 8

9. มารดาที่คิดเชื้อ เอช ไอ วี ที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมมาก มีการปรับตัวต่อบทบาทการเป็นมารดา สูงกว่ามารดาที่คิดเชื้อ เอช ไอ วี ที่ได้รับการปรับตัวต่อบทบาทการเป็นมารดาสูงกว่ามารดาที่คิดเชื้อ เอช ไอ วี ที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมน้อย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .001 ซึ่งสอดคล้องกับสมมุติฐานการวิจัยในข้อ 9
10. ในการศึกษาปฏิสัมพันธ์ระหว่าง ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเอดส์ ความหวัง และการสนับสนุนทางสังคม ที่มีผลต่อการปรับตัวต่อบทบาทการเป็นมารดา ของมารดาที่คิดเชื้อ เอช ไอ วี ไม่สามารถวิเคราะห์ได้ เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างในบางกลุ่ม ขาดลักษณะร่วมจากตัวแปรทั้ง 3 มิติ จึงไม่สามารถวิเคราะห์ หากค่าความแปรปรวนร่วมได้ อันเนื่องมาจาก Crosstabulation Problem
11. ตัวแปรที่สามารถทำนายการปรับตัวต่อบทบาทการเป็นมารดา ของ มารดา ที่คิดเชื้อ เอช ไอ วี ในสมมุติฐานข้อ 11 พบว่ามีเพียง 3 ตัวแปรเรียงตามลำดับ คือ
- อันดับที่ 1 การสนับสนุนทางด้านสังคม ($R^2 = .73987$)
 - อันดับที่ 2 ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเอดส์ ($R^2 = .79878$)
 - อันดับที่ 3 ความวิตกกังวล ($R^2 = .81033$)
- ทั้ง 3 ตัวนี้มีค่าสหสัมพันธ์ ร่วมเท่ากับ 0.90713 และ สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรม การปรับตัวต่อบทบาทการเป็นมารดาของมารดาที่คิดเชื้อเอช ไอ วี เชื่อมกันได้ ร้อยละ 82.288 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 เขียนสมการทำนายได้ เป็น

$$y' = 58.22942 + 0.24861X_9 + 0.72089X_7 - 0.21737X_6$$

อภิปรายผล

ในการศึกษาและเปรียบเทียบการปรับตัวต่อบทบาทการเป็นมารดา ของมารดาที่คิดเชื้อ เอช ไอ วี ที่มีลักษณะทางชีวสังคมต่างกัน พบว่า มารดาที่คิดเชื้อ เอช ไอ วี ส่วนมาก จะมีอายุอยู่ในช่วง 18-29 ปี กล่าวคือ เป็นมารดาที่คิดเชื้อ เอช ไอ วี อายุ 18-23 ปี ถึง ร้อยละ 30.68 และเป็นมารดาที่คิดเชื้อเอช ไอ วี อายุ 24-29 ปี ถึง ร้อยละ 28.41 แสดงว่ามารดาที่คิดเชื้อ เอช ไอ วี ส่วนมากจะอยู่ในช่วงเริ่มต้นชีวิตครอบครัว ซึ่งพร้อมที่จะประกอบอาชีพการงาน และน่าจะมีหลักฐานและชีวิตที่มั่นคงกว่านี้และยังพบอีกว่า ส่วนใหญ่ของกลุ่มตัวอย่างจะมีการศึกษาอยู่ในเกณฑ์ต่ำกว่ามีฐานะทางเศรษฐกิจไม่เพียงพอกับค่าใช้จ่าย กล่าวคือ เป็นมารดาที่คิดเชื้อ เอช ไอ วี ที่มีการศึกษา ระดับประถมศึกษาหรือต่ำกว่าถึง ร้อยละ 55.68 และมีฐานะทางเศรษฐกิจต่ำ คือมีรายได้น้อยไม่เพียงพอกับค่าใช้จ่าย และค่ารักษาถึงร้อยละ 65.91 ทั้งนี้เนื่องจาก โรงพยาบาลเด็กเป็นสถานบริการของรัฐบาลที่คิดค่าบริการรักษาในเกณฑ์ต่ำหรือไม่คิดค่ารักษาเลย จึงเป็นที่พึ่งของ กลุ่มผู้ป่วยที่มีฐานะทางเศรษฐกิจ

ต่ำ มาโดยตลอด ในกลุ่มตัวอย่างยังพบอีกว่า หลังจากทราบผลเลือดแล้ว มารดาที่ติดเชื้อ เอช ไอ วี ส่วนมาก ยังคงสภาพการสมรสแบบคู่ คือมีสัดส่วนถึงร้อยละ 69.32 เนื่องด้วยกลุ่มตัวอย่างส่วนมาก จะได้รับเชื้อ เอช ไอ วี จากคู่สมรสและทราบปัญหาของกันและกันเป็นอย่างดี อีกทั้งไม่ต้องการเปิดเผยให้บุคคลอื่นรับทราบ นอกจากคู่สมรสของตนเอง จึงยังคงสภาพการสมรสของตนเองเอาไว้ เพื่อมิให้เกิดสังเกตุจากสังคมภายนอก และที่สำคัญ กลุ่มตัวอย่างที่เลือกมานั้น ทุกคนจะมีบุตรเป็น เครื่องยึดเหนี่ยวทำให้ฝ่ายชายส่วนใหญ่ไม่กล้าปฏิเสธ ความรับผิดชอบที่มีต่อบุตรซึ่งหลังจากมีบุตร คนแรกแล้วไม่กล้าจะมีบุตรคนที่สอง หรือมากกว่านี้เนื่องจากกลัวว่าบุตรจะรับเชื้อ เอช ไอ วี จาก มารดาอีกด้วย จึงพบว่ากลุ่มตัวอย่างมักเป็นมารดาติดเชื้อ เอช ไอ วี ที่เพิ่งมีบุตรเป็นคนแรก ถึง ร้อย ละ 59.09 สำหรับมารดาติดเชื้อ เอช ไอ วี ที่มีบุตรเป็นลำดับที่ 2 หรือ มากกว่านี้ ส่วนมากจะได้รับ เชื้อ ภายหลังที่มีบุตรแล้วไม่ได้ป้องกันหรือคุมกำเนิด

การสนับสนุนทางด้านสังคม ถือเป็นปัจจัยสำคัญหรือจะเรียกว่าสำคัญที่สุดในการศึกษา ครั้งนี้เนื่องจากพบว่าการสนับสนุนทางด้านสังคม มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์กับการปรับตัวต่อ บทบาทการเป็นมารดาสูงที่สุด ($r = .8627$) และเชื่อมั่นได้ว่าการสนับสนุนทางด้านสังคมมีผลต่อ การปรับตัวต่อบทบาทการเป็นมารดาได้ถูกต้องถึงร้อยละ 81.03 ($R^2 = .81033$) และยังพบอีกว่า มารดาติดเชื้อ เอช ไอ วี ที่ได้รับการสนับสนุนทางด้านสังคมมาก มีการปรับตัวต่อบทบาทการเป็น มารดาสูงกว่ามารดาติดเชื้อ เอช ไอ วี ที่ได้รับการสนับสนุนทางด้านสังคมน้อย ซึ่งสอดคล้องกับ งานวิจัยของ อังค์ ปทุมวัน (2534:94) ที่พบว่าการสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับ การปรับตัวต่อบทบาทการเป็นมารดา ทั้งนี้เนื่องจากรดาที่ติดเชื้อ เอช ไอ วี ส่วนมาก จะอยู่ใน สภาพสิ้นหวัง ท้อถอย ปรับตัวยากจำเป็นจะต้องอาศัยกำลังใจจากคนข้างเคียง หรือจากสังคมโดย รอบซึ่งเปรียบเสมือน น้ำหล่อเลี้ยงชีวิต ให้สามารถปฏิบัติภาระกิจประจำวันหรือทำหน้าที่ตามบทบาทของการเป็นมารดาได้อย่างสมบูรณ์แต่ ปัญหาที่ประสบกับกลุ่มตัวอย่างมากที่สุดคือ สังคมไทย ยังตั้งข้อรังเกียจคนไข้ หรือมารดาที่ติดเชื้อ เอช ไอ วี อยู่มาก ทำให้มารดาที่ทราบว่าตนติดเชื้อ เอช ไอ วี ไม่กล้า พยที่จะบอกความจริง หรือ เผยหน้ากับสังคมได้อย่างเปิดเผย กระแสนของการ สนับสนุน ทางด้านสังคมที่กลุ่มตัวอย่างได้รับ ถึงแม้จะอยู่ในเกณฑ์ปานกลาง แต่ส่วนมากจะได้รับ การสนับสนุนจากบุคคลใกล้ชิด เพียงไม่กี่คน เช่นสามี หรือพ่อ แม่สำหรับเพื่อนบ้านโดยทั่วไปแล้ว มารดาที่ติดเชื้อ เอช ไอ วี มักจะปกปิดเนื่องจากเกรงบุตรจะมีปมด้อย จึงควรให้ความรู้แก่บุคคล โดยทั่วไปให้สังคมได้รู้และเข้าใจถึงความทุกข์ทรมานใจที่มารดาติดเชื้อ เอช ไอ วี ได้รับและรับรู้ถึง การติดต่อของโรคเอดส์ ว่าไม่ได้ติดต่อกันง่ายๆ เหมือน เช่นโรคผิวหนังหรือ โรคติดต่ออื่น ๆ

ในด้านความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเอดส์ พบว่า คะแนนความรู้ความเข้าใจ เกี่ยวกับโรค เอดส์ของกลุ่มตัวอย่าง ในมารดาที่ติดเชื้อ เอช ไอ วี มีค่าอยู่ในเกณฑ์สูงถึง สูงมาก ทั้งนี้อาจเนื่องมา

จากก่อนที่กลุ่มตัวอย่างจะนำบุตรมารับบริการสุขภาพที่โรงพยาบาลเด็ก ตามการนัดของแพทย์ หรือผู้เชี่ยวชาญมาแล้วจึงทำให้ค่าเฉลี่ยของคะแนนอยู่ในเกณฑ์สูง ($X = 25$ คะแนนจากคะแนนเต็ม 30 คะแนน) นอกจากนี้ยังพบว่าความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเอดส์ ยังมีค่าอำนาจในการทำนายการปรับตัวต่อบทบาทการเป็นมารดาสูงเป็นอันดับ 2 หรือมีความเชื่อได้ว่าถูกต้องร้อยละ 79.88 ($R^2 = .79278$) และมีค่าสัมประสิทธิ์ สหสัมพันธ์ ($r = .8168$) ซึ่งอยู่ในเกณฑ์สูงมากผลที่พบนี้ สอดคล้องกับการวิจัย ของ สายสม ภาณุมาศมณฑล (2534:74) ที่พบว่า ความรู้ความเข้าใจ เกี่ยวกับการปรับตัวในผู้ป่วยหนัก มีความสัมพันธ์กันในทางบวก ที่เป็นเช่นนี้ เนื่องจาก มารดาติดเชื้อ เอช ไอ วีที่มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเอดส์ จะเข้าใจว่าการอุ้มเด็ก การจับต้องเด็ก การกอดรัด หรือการหอมแก้มเด็กอันเป็นพฤติกรรมพื้นฐาน ในการแสดงความรักของมารดาที่มีต่อบุตรไม่ได้เป็นสาเหตุของการติดต่อของโรคเอดส์ ความรู้ความเข้าใจ เกี่ยวกับโรคเอดส์จึงเป็นปัจจัยสำคัญในการทำนายพฤติกรรมการปรับตัวต่อบทบาทการเป็นมารดา ของมารดาที่ติดเชื้อ เอช ไอ วี และยังพบว่า มารดาที่มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเอดส์สูงจะมีการปรับตัวต่อบทบาทการเป็นมารดาสูงกว่ามารดาติดเชื้อ เอช ไอ วี ที่มีความรู้ความเข้าใจ เกี่ยวกับโรคเอดส์ ต่ำ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

สำหรับมารดาติดเชื้อ เอช ไอ วี ที่มีความวิตกกังวลน้อย จะมีการปรับตัวต่อบทบาทการเป็นมารดาสูงกว่ามารดาติดเชื้อ เอช ไอ วี ที่มีความวิตกกังวลมากอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .001 และมีค่าสหสัมพันธ์ ($r = -.8374$) คือ จะเป็นในทิศทางตรงกันข้ามกัน ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ ศิริรัช ศิริตันดิวัฒน์ (2534:65) ที่พบว่า การลดความวิตกกังวล มีผลทางบวกกับการปรับตัวต่อบทบาทการเป็นมารดา เนื่องจาก มารดาที่มีความวิตกกังวลมาก มักจะคิดว่า การอยู่ใกล้ชิดกับบุตรมากเกินไป อาจทำให้บุตรติดเชื้อ เอช ไอ วี ได้ ทำให้บุคคล โดยทั่วไป คิดว่า บุตรคงจะติดเชื้อ เอช ไอ วี จากมารดาถ้ามารดาเป็นผู้เสี่ยงดู บุตรให้นมบุตรด้วยตนเอง เนื่องจาก เชื้อเอช ไอ วี อาจติดต่อกันได้ จากความวิตกกังวล ต่าง ๆ นา ๆ อาจทำให้มารดาปฏิเสธบุตรหรือไม่กล้าแสดงความรัก การเลี้ยงดูบุตรด้วยตนเองจึงกล่าวได้ว่า ความวิตกกังวล เป็นตัวแปรสำคัญในการทำนายพฤติกรรมการปรับตัวต่อบทบาทของการเป็นมารดา ได้เป็นอันดับ 3 หรือเชื่อได้ว่ามีความถูกต้องร้อยละ 73.99 ($R^2 = .73987$)

ในความเป็นจริงปัจจุบัน บุคคลที่เป็นโรคเอดส์นั้นแทบจะไม่มีใครมีความหวังว่าจะหายจากโรคหรือเป็นปกติได้ แต่จากการวิจัย พบว่า ความหวังมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปรับตัวต่อบทบาทการเป็นมารดา ด้วยค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) ถึง .6203 แต่ไม่มีค่าอำนาจในการทำนายพฤติกรรมการปรับตัวต่อบทบาทการเป็นมารดา ของมารดาที่ติดเชื้อ เอช ไอ วีเนื่องจาก การสนับสนุนทางสังคม ความรู้ความเข้าใจ เกี่ยวกับโรคเอดส์ และ ความวิตกกังวลทั้ง 3 ตัวแปรรวมกัน ให้อำนาจการทำนายสูงถึงร้อยละ 82.288 จึงทำให้ปัจจัยเกี่ยวกับความหวังขาดอำนาจในการทำนาย

การปรับตัวต่อบทบาทการเป็นมารดาของมารดาที่ติดเชื้อ เอช ไอ วี และพบว่าคะแนนเฉลี่ยของความหวัง ในมารดาที่ติดเชื้อ เอช ไอ วี มีค่า ต่ำกว่าตัวแปรอื่น ๆ คือ $X = 48.06$ จากคะแนนเต็ม 100 คะแนนและพบว่า มารดาติดเชื้อ เอช ไอ วี ที่มีความหวังมาก มีคะแนนการปรับตัวต่อบทบาทการเป็นมารดาสูงกว่า มารดาติดเชื้อ เอช ไอ วี ที่มีความหวังน้อย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 มีค่าสัมประสิทธิ์ สหสัมพันธ์ $r = .6203$ ซึ่งสอดคล้องกับการปรับตัวในผู้ป่วยหนักมีความสัมพันธ์กันในทางบวก มีข่าวเกี่ยวกับการค้นพบยารักษาโรคเอดส์ออกมาเป็นระยะ ๆ ซึ่งหลังจากตรวจสอบแล้ว ส่วนใหญ่จะอยู่ในขั้นของการทดลอง ก็สามารถจุประกายความหวังของมารดาที่ติดเชื้อ เอช ไอ วี ได้เป็นพักๆ และที่สำคัญ ทารกที่คลอดจากมารดาที่ติดเชื้อ เอช ไอ วี จะมีโอกาสที่สำคัญคือ ทารกที่คลอดจากมารดาที่ติดเชื้อ เอช ไอ วี จะมีโอกาสติดเชื้อ เอช ไอ วี จากมารดาได้เพียงร้อยละ 20-30 เท่านั้น ทำให้มารดาที่ติดเชื้อ เอช ไอ วี มีความหวังกับบุตร และเป็นกำลังใจ ให้สามารถปฏิบัติหน้าที่ตามบทบาทของการเป็นมารดา ได้ต่อไป

สำหรับลักษณะทางชีวสังคมที่ส่งผลต่อการปรับตัวต่อบทบาทการเป็นมารดา ของมารดาที่ติดเชื้อ เอช ไอ วี พบว่าปัจจัยทั้ง 5 ตัวแปรได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา ฐานะทางเศรษฐกิจ สถานภาพการสมรสและลำดับที่ของการมีบุตร ในมารดาที่ติดเชื้อ เอช ไอ วี ไม่มีผลต่ออำนาจการทำการปรับตัวต่อบทบาทการเป็นมารดา เนื่องจากค่าอำนาจในการทำนาย การปรับตัวต่อบทบาทการเป็นมารดา เนื่องจากค่าอำนาจในการทำนายทั้งหมด ไปตกอยู่กับตัวแปร ทางด้านการสนับสนุนทางสังคม ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเอดส์ และความวิตกกังวลตามลำดับดังกล่าวมาแล้วข้างต้น และจากการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนการปรับตัวต่อบทบาทการเป็นมารดาของมารดาที่ติดเชื้อเอช ไอ วี ในแต่ละมิติ พบว่า ในมิติของระดับการศึกษาของมารดาที่ติดเชื้อเอช ไอ วี มีการปรับตัวต่อบทบาทการเป็นมารดา ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ซึ่งไม่สอดคล้องกับ สมมุติฐานในข้อ 5.4 และมีผลขัดแย้งกับการศึกษาของ รัสเซล (Russell, 1974:294-302) และ ราล์ฟ (Ralph, 1977) ที่พบว่ามารดาที่มีการศึกษาสูง จะมีการปรับตัวต่อพฤติกรรมต่าง ๆ ได้ดีกว่ามารดาที่มีระดับการศึกษาค่ำ ผลการวิจัยของรัสเซลและราล์ฟ เป็นการวิจัยระดับการศึกษาของมารดาที่เป็นการปรับตัวต่อพฤติกรรมทั่วไป แต่สำหรับงานวิจัยครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างเป็นมารดาที่ติดเชื้อ เอช ไอ วี ซึ่งทุกคนได้รับความรู้คำแนะนำจากแพทย์และเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลมีระดับความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเอดส์มากถึง 25 จาก 30 คะแนน ดังนั้นจึงส่งผลให้การปรับตัวของมารดาสูงไปด้วย เพราะเป็นการปรับตัวต่อบทบาทการเป็นมารดา ไม่ใช่เป็นการปรับตัวทั่วไป สำหรับผลการวิจัยในด้านอื่นๆ ของปัจจัยทางชีวสังคมพบว่า มารดาติดเชื้อ เอช ไอ วี ที่มีอายุมากกว่า 29 ปี ขึ้น ไปจะมีการปรับตัวต่อบทบาทการเป็นมารดาสูงกว่ามารดาติดเชื้อเอช ไอ วี ที่มีระดับอายุที่ต่ำกว่า เนื่องจาก มารดาที่มีอายุมากกว่า 29 ปี นั้นอยู่ในวัยผู้ใหญ่ที่มีความพร้อมและวุฒิภาวะ

ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของวันเพ็ญ ฤณริศ (2536:90) ที่พบว่า การปรับตัวต่อบทบาทการเป็น มารดา ของมารดาวัยรุ่น มักขาดความพร้อม ในที่นี้จึงถือว่าประสบการณ์ที่ได้พบเห็นของมารดาที่มี อายุมากกว่า 29 ปี ขึ้นไป ช่วยให้สามารถปรับตัวต่อบทบาทการเป็นมารดา ของมารดาที่ติดเชื้ เอช ไอ วี ได้ดี กว่า มารดาในกลุ่มอื่น ๆ

นอกจากนี้พบว่า มารดาติดเชื้ เอช ไอ วี ที่มีฐานะทางเศรษฐกิจสูง จะมีการปรับตัวต่อบทบาทการเป็นมารดาได้ดีกว่ามารดาติดเชื้ เอช ไอ วี ที่มีฐานะทางเศรษฐกิจต่ำกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เนื่องจากมารดาที่มีฐานะทางเศรษฐกิจสูง ย่อมมีความสามารถดูแลรักษาบุตร เมื่อขามเจ็บป่วย ได้ดีกว่า และค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษานุทกลที่เป็นโรคเอดส์ มีราคาสูงมากทำให้ มารดาติดเชื้ เอช ไอ วี ที่มีฐานะทางเศรษฐกิจต่ำคิดไปเองว่าไม่อาจสู้ค่าใช้จ่าย จึงท้อใจไม่กล้า นำ บุตรไปรักษาแท้จริงแล้วทางโรงพยาบาลของรัฐมีสวัสดิการให้สำหรับคนไข้ทุกคน ซึ่งสอดคล้องกับการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณของ ศรีโสภา แท่งทองคำ (2535:78) พบว่าฐานะทางเศรษฐกิจ เป็น ตัวทำนาย การปรับตัวต่อบทบาทการเป็นมารดาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05

ในด้านสถานภาพการสมรส มารดาติดเชื้ เอช ไอ วี ที่มีชีวิตคู่ จะมีการปรับตัวต่อบทบาทการเป็นมารดาสูงกว่ามารดาติดเชื้ เอช ไอ วี ที่มีชีวิตหม้าย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 เนื่องจาก ชีวิตคู่ คือเป็นการสนับสนุนทางสังคมในเบื้องต้นบุคคลแรกที่มีภรรยาผลตรวจเลือด เอช ไอ วี ต่อจากตัวเองคือ คู่สมรส ผู้ที่จะช่วยเหลือบุตรได้ดีที่สุดก็คือ คู่สมรสผู้ที่รับฟังคำปรึกษา ได้นานที่สุด และเข้าใจดีที่สุด ก็คือ คู่สมรสดังนั้น มารดาติดเชื้ เอช ไอ วี ที่มีชีวิตคู่ จึงสามารถ รับผิดชอบบทบาทการเป็นมารดาได้ดีกว่ามารดาติดเชื้เอช ไอ วี ที่มีชีวิตหย่าร้าง ซึ่งสอดคล้องกับ การศึกษาของ วิไลลักษณ์ จันทรพวง (2534:85) ที่พบว่า การสนับสนุนจากคู่สมรสมีสัมพันธ์ภาพ ทางบวกกับความสามารถในการปรับตัวของผู้ป่วยเรื้อรัง และจากการศึกษาลำดับที่การเกิดของบุตร พบว่ามารดาติดเชื้ เอช ไอ วี ที่มีบุตร ลำดับที่ 2 หรือมากกว่า จะมีการปรับตัวต่อบทบาทการเป็น มารดาสูงกว่ามารดาติดเชื้ เอช ไอ วี ที่มีบุตรคนแรกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 เนื่อง จากประสบการณ์ที่ได้รับจากบุตรคนแรก ทำให้มารดาที่ติดเชื้ เอช ไอ วี สามารถตัดสินใจได้ง่ายขึ้น กับ ปัญหาต่าง ๆ อันเนื่องมาจากความยุ่งยากในการดูแลบุตรซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ เกลอร์รี่ (Curry, 1983:113) ที่พบว่ามารดาที่มีบุตรคนแรกจะประสบความยุ่งยากในการปรับตัวต่อบทบาทการเป็นมารดา

ข้อเสนอแนะสำหรับการปฏิบัติ

1. จากผลการวิจัยที่พบว่า การสนับสนุนทางด้านสังคมสามารถทำนายนการปรับตัวต่อบทบาทการเป็นมารดาของมารดาที่ติดเชื้อ เอช ไอ วี ได้สูงสุด ดังนั้นจึงควรแนะนำให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องและบุคคลทั่วไป ให้ความรักความความเห็นใจอย่า ปฏิบัติต่อกลุ่มบุคคลดังกล่าวเหมือนเป็นบุคคลอันตราย
2. ควรเน้นการเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ในภาพลักษณ์ที่ไม่ก่อให้เกิดความหวาดกลัวเกินเหตุ ใช้สื่อการเผยแพร่ความรู้ที่เหมาะสมและกว้างขวางทั้งนี้เพื่อลดความวิตกกังวลของผู้ที่ติดเชื้อเอช ไอ วี และเพิ่มพูนความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเอดส์ให้ถูกต้องแก่บุคคลและสังคมทั่วไป
3. ในมารดาติดเชื้อเอช ไอ วี ที่เกิดความท้อแท้สิ้นหวังหรือขาดกำลังใจในการปรับตัวต่อบทบาทการเป็นมารดา ควรได้มีการหาทางส่งเสริมในด้านสวัสดิการหรือเพิ่มความหวังและลดความวิตกกังวลด้วยวิธีต่างๆ เช่น การให้คำแนะนำที่ถูกต้องการให้บริการรักษาฟรีหรือการให้นมฟรีแก่มารดา เป็นต้น

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยต่อไป

1. การศึกษาอิทธิพลของลักษณะทางชีวสังคมที่ส่งผลต่อความวิตกกังวล ความหวังและความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเอดส์ของมารดาที่ติดเชื้อเอช ไอ วี ซึ่งเป็นปัจจัยภายในตัวมารดาที่ติดเชื้อ เอช ไอ วี และจะเป็นตัวแปรเชื่อมโยงแทรกให้เข้าใจถึงขบวนการของการปรับตัวที่เหมาะสมของมารดาที่ติดเชื้อ เอช ไอ วี เช่น ศึกษาว่ามารดาติดเชื้อ เอช ไอ วี ที่มีลักษณะทางชีวสังคมต่างกัน มีความหวัง หรือ ความวิตกกังวล ต่างกันอย่างไร เป็นต้น
2. จากการศึกษาวิจัยในครั้งนี้พบว่าตัวแปรที่สามารถทำนายการปรับตัวต่อบทบาทการเป็นมารดาของมารดาที่ติดเชื้อ เอช ไอ วี ทั้ง 3 ตัวแปร สามารถทำนายได้ 82.772 % และยังมีส่วนที่ยังทำนายไม่ได้อีก 17.772 % ดังนั้นจึงควรมีการศึกษานวแปรอื่น ๆ ที่อาจเกี่ยวข้อง ซึ่งมีทั้งปัจจัยในส่วนของมารดาที่ติดเชื้อเอช ไอ วี และของบุตร เช่น บุคลิกภาพความกล้าหรือความกลัวของมารดาที่ติดเชื้อ เอช ไอ วี หรือความขัดแย้งในการเลี้ยงดูบุตรระหว่างบิดาและมารดา เป็นต้น
3. การวิจัยครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างมีขนาดจำกัด เนื่องจากปัจจุบันมารดาที่ติดเชื้อ เอช ไอ วี จะสามารถทราบผลเลือดของบุตร ภายในระยะเวลา ไม่กี่เดือนภายหลังจากที่คลอดบุตรแล้ว ดังนั้น ด้วยตัวแปร ในลักษณะเดียวกันจึงควรใช้กลุ่ม ตัวอย่างที่เป็นมารดาติดเชื้อ เอช ไอ วี ที่ทราบผลเลือดของบุตรแล้ว ในเงื่อนไขต่าง ๆ กันไป

4. ด้วยเงื่อนไขจากข้อ 3 ทำให้การเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างมีจำกัดและ ไม่สามารถวิเคราะห์สมมุติฐานข้อ 10 ได้ เนื่องจากเงื่อนไขแห่งเวลาดังนั้น หากจะทำการวิจัยโดยใช้กลุ่มตัวอย่างดังเช่นการวิจัยในครั้งนี้ ควรจะได้ เก็บข้อมูลสำรองหรือเก็บข้อมูลเพิ่มเติม เป็นจำนวนมากกว่านี้เพื่อ จะได้หาค่า ความแปรปรวนร่วมได้

บรรณานุกรม

บรรณานุกรม

- กรมควบคุมโรคติดต่อ. คู่มือการให้คำปรึกษาแนะแนวเกี่ยวกับโรคเอดส์. พิมพ์ครั้งที่ 2 กระทรวงสาธารณสุข : โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย, 2533.
- กรมบัญชีกลาง. รู้ทันเอดส์. วารสารกรมบัญชีกลาง 3:43; พค-มิย 2536.
- จิน แบรี่. คู่มือการให้การปรึกษาแก่ผู้ที่ติดเชื้อเอดส์. เอกสารการฝึกอบรม โครงการโรคเอดส์ สภาอากาศไทย, 2532.
- จุฑาทิพย์ ชื้อสัตย์. ความสัมพันธ์ระหว่าง การรับรู้เกี่ยวกับโรค การสนับสนุนจากคู่สมรสกับความร่วมมือในการปฏิบัติตน ตามแผนการรักษาของหญิงตั้งครรภ์ ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล, 2537. อัดสำเนา.
- ทัศนากุญชร วรรณระพี. ความสัมพันธ์ระหว่างความหวังและการปรับตัวของผู้ป่วยมะเร็งโลหิต. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2531. อัดสำเนา.
- นิภา นิธยาชน. การปรับตัวและบุคลิกภาพจิตวิทยา เพื่อการศึกษาและชีวิต. กรุงเทพมหานคร : โอ.เอส.พรินติ้ง เฮาส์, 2530.
- ปณินันท์ สกุลทอง. สัมพันธภาพในครอบครัวและสุขภาพจิตของวัยรุ่นที่บิดาเป็นโรคพิษสุราเรื้อรัง : ศึกษาเฉพาะกรณีบุตรทหาร ในเขตกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2531. อัดสำเนา.
- ประทอง กรรณสูตร. สถิติเพื่อการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์. กรุงเทพมหานคร โรงพิมพ์และทำปกเจริญผล, 2525.
- เปรมฤทัย น้อยหมื่นไวย. แรงสนับสนุนทางสังคม ความพร้อมในการดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอดส์. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2536.
- พงษ์สุดา รัตนมาสมงคล. ทักษะการปรับตัวของบิดาคู่สมรสที่เป็นโรคพิษสุราเรื้อรังและความสัมพันธ์กับบุคลิกภาพด้านการปรับตัวของบุตรวัยรุ่น. วิทยานิพนธ์ กศ.ม. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยศรีนครินทร วิโรฒ ประสานมิตร, 2533. อัดสำเนา
- พรศิริ ไรจน์รัตนเกียรติ. การศึกษาความตึงเครียดในบทบาท และกลวิธีเผชิญภาวะเครียดในสตรีที่มีหลายบทบาท. วิทยานิพนธ์ กศ.ม. กรุงเทพมหานคร : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร , 2535. อัดสำเนา.

พวงเพชร เกษรสมุทร. ผลของการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบกลุ่มตามแนวรอเจอร์ต่อการลดความวิตกกังวลในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยง. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารจิต กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2536. อัดสำเนา.

มาลี เกื้อนพคุณ. ความสัมพันธ์ระหว่างสามภรรยา ความเชื่อเกี่ยวกับโรคเอดส์กับการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคเอดส์ของสามี. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารจิต กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยมหิดล, 2535. อัดสำเนา.

รัตนา ศิริพานิช. หลักการสร้างแบบสอวัดทางจิตวิทยาและทางการศึกษา. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2533.

วริวรรณ อังคนุรักษ์พันธุ์. "การวัดทัศนคติเบื้องต้น", เอกสารคำสอนวิชา วพ 306. กรุงเทพมหานคร : มหาวิทยาลัยบูรพา, 2533.

วิไลลักษณ์ จันท์พวง. ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้เกี่ยวกับโรคการสนับสนุนจากคู่สมรสกับการปรับตัวของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารจิต กรุงเทพมหานคร : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2534. อัดสำเนา.

ศรีโสภา แท่งทองคำ. ความสัมพันธ์ระหว่างความวิตกกังวล กับการปรับตัวต่อบทบาทการเป็นมารดาที่มีบุตรคลอดก่อนกำหนด. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารจิต กรุงเทพมหานคร : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2533. อัดสำเนา.

ศิริรัช ศิริตันดิวัฒน์. ผลการให้การสนับสนุนอย่างมีแบบแผนต่อการลดความวิตกกังวลและเพิ่มการปรับตัวต่อการเป็นมารดาในมารดาทารกคลอดก่อนกำหนด. วิทยานิพนธ์ ปริญญาโทบริหารจิต กรุงเทพมหานคร : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2537. อัดสำเนา.

ศูนย์ป้องกันและควบคุมโรคเอดส์. ความรู้เกี่ยวกับเอดส์. เอกสารเผยแพร่ความรู้เรื่องเอดส์. สภาวิชาชีพไทย, 2532.

สมศักดิ์ โล่ห์เลขา. โรคเอดส์ในเด็ก. กรุงเทพมหานคร : พิมพ์ชัยเจริญ, 2537.

สุพร เกิดสว่าง. เอกสารการอบรมการให้คำปรึกษาโรคเอดส์. กรุงเทพมหานคร : 2532.

เสาวณีย์ พัฒนอมร. การอบรมเลี้ยงดูกับพฤติกรรมช่วยเหลือตนเองของเด็กวัย 2-3 ปี. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารจิต กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2535. อัดสำเนา

แอน อนาคตาชี. การตรวจสอบเชิงจิตวิทยา. กรุงเทพมหานคร : ไทยวัฒนาพานิช, 2519.

อรอนงค์ อินทรจิตร. เทคนิคการให้คำปรึกษา แนะนำ เอชไอวี/เอดส์ เล่ม 2.

กรุงเทพมหานคร : สักดิ์โสภณาการพิมพ์, 2535.

Coopersmith, Stanly. The Antecedents of Self-Esteem. San Francisco: WH Truman and Company, 1967.

- Hoffman A. Mary "Counseling the HIV-Infected Client: A Psychosocial Model for Assessment and Intervention," *The Counseling Psychologist*. 19 (4) : 467-542 ; October 1991.
- Lazarus, R.S. The Concept of Stress and Disease. In L. Levi (ed) *Society, Stress and Disease*, Vol 1, London : Oxford University Press. 1971.
- Murray, R.B. and Huelskoetter, M.M.W. *Psychiatric Mental Health Nursing. Giving Emotional Care*. 2 nd ed. Norwalk Connecticut Los Altos, California : Appleton and Lange, 1987.
- Powell Trevor J. and Simon J. Enright. *Anxiety and Stress Management*. London : Routledge, 1990.
- Robert, Carl R. *Client - Centered Therapy : Its Current Practice implications and Theory*. New York : Houghton Mifflin ; 1951.
- Roger Carl R. *Client - Centered Therapy : Its Current Practice implications and Theory*. New York : 1951.
- Selye, H. *The Stress of Life*. Rev. ed. New York : Mc Graw-Hill book Company, 1976.

ကဏ္ဍ

การพิทักษ์สิทธิ ของกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมงานวิจัย

ในการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมงานวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยจะแนะนำตัวเอง ตลอดจนวัตถุประสงค์ของการทำวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทราบ ดังนี้

“สวัสดีครับ ผม นายสมพันธ์ กลั่นดีมา เป็นนิสิตปริญญาโท บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัย ศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร สาขาจิตวิทยาพัฒนาการ ขณะนี้ผมสนใจที่จะศึกษาปัจจัยทาง ประการที่สัมพันธ์ กับการปรับตัวต่อทาบาทการเป็นมารดาของมารดาที่ติดเชื้อ เอช ไอ วี ซึ่งได้นำ บุตรมารับบริการสุขภาพที่โรงพยาบาลเด็ก ทั้งนี้เพื่อนำไปเป็นแนวทางในการให้คำปรึกษาแก่ผู้ติด เชื้อโรคนี ซึ่งข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถามของแต่ละท่าน ผมจะเก็บรักษาไว้เป็นความลับ จะนำ เสนอก็แต่เพียงผลการวิจัยเท่านั้น และการปฏิเสธของท่านจะไม่มีผลใด ๆ ต่อการรักษาทั้งของตัว ท่านและตัวบุตร หากมีข้อสงสัยเกี่ยวกับการศึกษาและแบบสอบถามใด ๆ ผมยินดีที่จะตอบและ อธิบายจนกว่าท่านจะเข้าใจ”

แบบสอบถาม

เรื่อง

ปัจจัยบางประการที่สัมพันธ์กับการปรับตัวต่อบทบาทการเป็นมารดา ของมารดาที่ติดเชื้อ
เอช ไอ วี ซึ่งได้นำบุตรมารับบริการสุขภาพที่โรงพยาบาลเด็ก

คำชี้แจง แบบสอบถามมี 6 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับ ปัจจัยพื้นฐานทางด้านสถานะและลักษณะภูมิหลังของมารดาที่
ติดเชื้อ เอช ไอ วี

* โปรดกาเครื่องหมาย ลงใน () ที่ตรงกับความเป็นจริง

1. อายุ

- () ต่ำกว่า 18 ปี () 18 - 23 ปี
() 24 - 29 ปี () 29 ปี ขึ้นไป

2. ระดับการศึกษา

- () ระดับประถมศึกษา
() ระดับมัธยมศึกษา
() ระดับอุดมศึกษา

3. ฐานะทางเศรษฐกิจ

- () มีรายได้ไม่เพียงพอกับรายจ่าย และค่าดูแลรักษา
() มีรายได้เพียงพอกับรายจ่าย และค่าดูแลรักษาบางส่วน
() ไม่มีปัญหาทางการเงิน

4. สถานภาพการสมรส

- () คู่ () หม้าย

5. ลำดับที่ของบุตรที่มารับบริการสุขภาพที่โรงพยาบาล (คนล่าสุด)

- () เป็นบุตรคนแรก () เป็นบุตรลำดับที่ 2 หรือมากกว่า

ชุดที่ 2 เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับความวิตกกังวล

ความรู้สึกต่างๆ ไป	ค่า t
1. ท่านรู้สึกเหนื่อยหน่ายกับชีวิต	3.94
2. ท่านรู้สึกไม่สบายใจกับสุขภาพของบุตร	4.18
3. ท่านรู้สึกอยากร้องไห้	2.95
4. ท่านรู้สึกเกรียด	3.70
5. ท่านรู้สึกว่า กำลังพลาดโอกาสที่สำคัญๆ ในชีวิต	5.12
6. ท่านรู้สึกกังวลกับเคราะห์ร้ายต่างๆ ที่จะเกิดขึ้นกับบุตร	4.59
7. ท่านควบคุมอารมณ์ไม่ได้	4.40
8. ท่านรู้สึกท้อแท้กับงานหรือกิจวัตรประจำวัน	9.17
9. ท่านรู้สึกว่า มีอุปสรรคมากมายในชีวิต	4.29
10. ท่านเป็นคนเชื่อมั่นในตนเอง	3.36
11. ท่านอยากหนีทุกคนไปให้ไกล	5.31
12. หลังจากได้พูดคุยกับหลายๆคน ท่านรู้สึกผ่อนคลายความเครียดลงได้	6.97
13. ระยะเวลาๆ นานี้ท่านมักจะมีเหงื่อออกตามฝ่ามือหรือลำตัวมาก	8.01
14. ช่วงนี้ท่านรู้สึกเบื่ออาหาร (กินไม่ได้นอนไม่หลับ)	5.02
15. ท่านรู้สึกสับสนกับการงาน	4.18
16. ท่านรู้สึกว่าถูกวิพากษ์วิจารณ์จากคนรอบข้าง	2.70
17. ท่านเชื่อว่าทุกอย่างจะดีขึ้น	3.85
18. ตัวท่านกำลังมีเคราะห์กรรม	4.57
19. มีคนว่าท่านเป็นคนหงุดหงิดง่าย	3.70
20. ขณะนี้ท่านมีความรู้สึกกระสับกระส่าย	4.22

ALPHA = .79

ชุดที่ 8 เป็นแบบสอบถามวัดความรู้ความเข้าใจ เกี่ยวกับโรคเอดส์

ข้อความ	ค่า r
1. โรคเอดส์ เป็นโรคติดต่อทางกรรมพันธุ์	.672
2. เด็กที่คลอดจากมารดาที่ติดเชื้อเอช ไอ วี (เลือดบวก) จะต้องเป็นโรคเอดส์ทุกราย	.6349
3. โรคเอดส์ติดต่อได้โดยการสัมผัสที่ผิวหนัง	.3744
4. โรคเอดส์สามารถถ่ายทอดเชื้อจากมารดาสู่ทารกได้ขณะตั้งครรภ์	.5175
5. การให้ทารกดื่มนมจากมารดาโดยตรงอาจทำให้ทารกติดเชื้อโรคเอดส์ จาก มารดา ได้ ใช่ หรือ ไม่	.5498
6. การหอมแก้มบุตรอาจทำให้บุตรติดเชื้อโรคเอดส์ จากมารดา	.4225
7. โรคเอดส์สามารถติดต่อกันได้โดยการสัมผัสเลือดและเพศสัมพันธ์	.7282
8. การชักผ้าร่วมกันอาจทำให้โรคเอดส์ติดต่อกันได้	.6339
9. การใช้ภาชนะอาหารร่วมกัน อาจเป็นสาเหตุทำให้โรคเอดส์ติดต่อกันได้	.8253
10. ผู้มีเชื้อโรคเอดส์อยู่ในร่างกาย สามารถแพร่เชื้อ ไปสู่ผู้อื่นได้แม้ไม่ปรากฏอาการภายนอกให้เห็น	.4330
11. โรคเอดส์ สามารถติดต่อกันได้ทางระบบหายใจ	.574
12. มารดาที่ติดเชื้อ เอช ไอ วี ไม่ควรอยู่ใกล้กับบุตร	.6199
13. ในน้ำนมมารดา เชื้อ เอช ไอ วี อยู่ด้วย	.4816
14. ขูดเป็นพานะ นำเชื้อโรคเอดส์ได้	.4384
15. ไม่ควรใช้ห้องน้ำ ร่วมกับคนเป็นโรคเอดส์	.4854
16. บุคคลที่ติดเชื้อ เอช ไอ วี ไม่ควรมีเพศสัมพันธ์ ไม่ว่า กรณีใดๆ	.5818
17. โรคเอดส์ สามารถติดต่อกันได้ทางน้ำลาย	.7396
18. โรคเอดส์ เกิดจากเชื้อ แบคทีเรีย บางชนิด	.6663
19. โรคเอดส์สามารถติดต่อกันได้ โดยการใช้เข็มหรือกระบอกฉีดยาาร่วมกัน	.6084
20. การเปลี่ยนอวัยวะจากผู้ติดเชื้อเอช ไอ วี ทำให้เกิดโรคเอดส์	.5911
21. การพูดคุยกัน ทำให้โรคเอดส์ แพร่กระจาย	.6619
22. ภรรยามีโอกาสติดเชื้อเอช ไอ วี จากสามีที่ไปเที่ยวหญิงบริการ	.6084
23. การมีเพศสัมพันธ์กับผู้ติดเชื้อโรคเอดส์ เพียงครั้งเดียวอาจทำให้เชื้อเอช ไอ วี ได้	.4384

ข้อความ	ค่า r
24. ผู้ที่มีแผลหรือ รอยถลอกบริเวณอวัยวะเพศ หากร่วมเพศจะทำให้ติดเชื้อ เอช ไอ วี ได้ง่ายขึ้น	.7282
25. ผู้ที่เป็นกามโรคอยู่แล้ว จะทำให้ติดเชื้อ เอช ไอ วี ได้ง่ายขึ้น	.5175
26. การใช้ถุงยางอนามัย สามารถป้องกันโรคเอดส์ ได้ร้อยละแปดสิบ	.6337
ข้อความ	ค่า r
27. การเล่นน้ำในสระเดียวกันกับผู้ติดเชื้อ เอช ไอ วี มีโอกาสติดเชื้อโรคเอดส์ ได้	.4330
28. เมื่อเป็นโรคเอดส์ ควรร่วมเพศบ่อยๆ จะทำให้เชื้อลดลง	.5818
29. การพูดโทรศัพท์สาธารณะนานๆ มีโอกาสติดเชื้อโรคเอดส์ได้	.6199
30. การตรวจเลือดก่อนตั้งครรภ์ จะช่วยให้บุตรปลอดภัยจากการติดเชื้อโรคเอดส์	.4225

$$KR20 = .9082$$

ชุดที่ 4 เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับความหวัง

ข้อความ	ค่า
1. ท่านเชื่อว่าอนาคตย่อมดีกว่าปัจจุบัน	3.18
2. การมีความหวังทำให้สามารถต่อสู้อุปสรรคต่างๆ ในชีวิตได้	2.43
3. มารดาคิดเชื่อเอช ไอ วี แต่บุตรที่คลอดไม่จำเป็นต้องติดเชื้อมาโดยอัตโนมัติ	2.57
4. ท่านเชื่อว่า บุตรของท่านคงจะไม่ติดเชื้อโรคเอดส์	3.65
5. ท่านเชื่อว่าจะต้องมีวัคซีนป้องกันโรคเอดส์ได้ในเร็วๆ นี้	2.30
6. ผู้ติดเชื้อโรคเอดส์ รักษาสุขภาพให้ดี ก็สามารถใช้ชีวิตเหมือนกับคนปกติทั่วไป	2.58
7. ปัจจุบัน ค้นพบยารักษาโรคเอดส์ได้แล้ว	3.33
8. เมื่อปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์เชื่อว่าจะต้องเกิดผลดี	2.45
9. เชื่อว่าจะมีวิธีการรักษาอื่นๆ ที่ได้ผลดีกว่าปัจจุบัน	3.54
10. หากท่านมีอาการทรุดหนักลง เชื่อว่าจะมีบุคคลช่วยเหลือเป็นอย่างดี	3.12
11. การรับประทานยาที่มีคุณค่าสูงเชื่อว่าจะได้ผลดีต่อการรักษา	5.46
12. ท่านเชื่อว่า สิ่งศักดิ์สิทธิ์ มีจริง	2.38
13. ท่านพร้อมที่จะเผชิญทุกสิ่ง	3.99
14. ท่านหวังว่าจะมีบุคคลมาดูแลบุตรของท่านได้	5.17
15. หากวางแผนชีวิตให้ถูกต้องอนาคตคงจะไม่เลวร้ายไปกว่านี้	3.18
16. หลังจากทราบว่าตนเป็นโรคเอดส์ ท่านคิดว่ายังคงปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ณ ที่ทำงาน ได้ ตามปกติ	2.43
17. ท่านมีกำลังใจ ที่เข้มแข็ง	2.30
18. ปัจจุบัน สังคมยอมรับบุคคลที่เป็นโรคเอดส์มากขึ้น	2.58
19. ท่านพอใจกับสภาพที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน	3.54
20. ท่านเชื่อว่า ทุกอย่างจะค่อยๆ ดีขึ้น	3.99

ALPHA = .68

ชุดที่ 5 แบบสอบถามเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคม

ข้อความ	ค่า
1. คนใกล้ชิดเห็นใจท่านที่ติดเชื้อ เอช ไอ วี	3.42
2. คนใกล้ชิด ปลอดภัยกับท่านเมื่อท่านมีความวิตกกังวลเรื่องบุตร	3.97
3. เมื่อท่านต้องการปรับทุกข์ หรือระบายความคับข้องใจ จะมีคนรับฟัง	3.99
4. ท่านได้รับการดูแลเอาใจใส่จากคนใกล้ชิด	5.19
5. คนใกล้ชิด ทำให้ท่านรู้สึกอบอุ่น และปลอดภัย	7.67
6. คนใกล้ชิด ให้เกียรติ และยอมรับตัวท่าน	3.19
7. คนใกล้ชิด แสดงให้ท่านรู้ว่าท่านมีประโยชน์ และเป็นที่ต้องการของเขา	4.58
8. คนใกล้ชิด ชมเชยการดูแลบุตรของท่าน	3.27
9. สังคมยังให้โอกาสทำร่วมงานในประเพณีต่างๆ และแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกับท่าน	3.97
10. คนใกล้ชิด มักชมเชย การปฏิบัติตัวของท่านว่าเหมาะสมแล้ว	4.70
11. เมื่อท่านทราบว่าติดเชื้อเอช ไอ วี ยังคงมีญาติ หรือเพื่อน ไกลมาหาสวัสดีอยู่เสมอ	6.05
12. คนใกล้ชิด ร่วมมือกับท่าน ทำกิจกรรมงานประเพณีต่างๆ	6.86
13. คนใกล้ชิด พอใจที่ทำงานร่วมกับท่าน	7.73
14. ท่านมีส่วนออกความคิดเห็นในกิจกรรมต่างๆ กับผู้ร่วมงาน	4.82
15. สมาชิกในครอบครัว ไม่ได้แสดงท่าทางรังเกียจตัวท่าน	4.66
16. เพื่อนบ้าน คอยให้ความช่วยเหลือสิ่งของเครื่องใช้ที่จำเป็นแก่ท่าน	3.92
17. ถ้ามีปัญหาเรื่องการเงิน เพื่อนบ้านยินดีให้กู้ยืมเงิน	2.50
18. คนใกล้ชิด ช่วยเหลือท่านทั้งๆ ที่ท่านไม่เคยช่วยเหลือเขามาก่อน	3.69
19. เพื่อนบ้าน คอยช่วยเหลือ นม เสื้อผ้า และอาหาร กับบุตรของท่าน	2.63
20. มีคนช่วยค่ารักษาพยาบาลแก่ท่านและบุตรของท่าน	3.69
21. แพทย์หรือพยาบาล แนะนำวิธีการดูแลบุตรแก่ท่าน	2.63
22. คนใกล้ชิด แนะนำข้อมูลและข่าวสารที่เป็นประโยชน์ต่อตัวท่าน	3.92
23. เพื่อนบ้าน คอยให้คำแนะนำแนวทางดำเนิน ชีวิตแก่ที่เหมาะสมแก่ท่าน	3.50
24. บุคคลในครอบครัว คอยกระตุ้นให้ท่านนำบุตรมารับบริการที่โรงพยาบาล	2.83
25. คนใกล้ชิด อำนวยความสะดวกหรือเป็นเพื่อนท่านในการพาท่านและบุตร ไปพบแพทย์	4.25

ชุดที่ 6 แบบสอบถามเกี่ยวกับการปรับตัวต่อบทบาทการเป็นมารดาของมารดาที่ติดเชื้อ เอช ไอ วี

ข้อความ	ค่า
1. บุตรของท่านเป็นเด็กน่ารัก	4.44
2. ไม่ว่าบุตรคนนี้จะหญิงหรือชายท่านก็พอใจ	2.85
3. การมีบุตรคนนี้ ทำให้ท่านเกิดความยุ่งยาก	3.42
4. เด็กที่เป็นโรคเอดส์ ไม่ควรรักษาเพราะไม่เกิดประโยชน์อะไร	2.92
5. ท่านคิดอยากจะฝากบุตรของท่านไว้กับโรงพยาบาลตลอดไป	3.33
6. ท่านไม่มีความสุขกับการเป็นมารดาเลย	3.92
7. ท่านไม่มีวันทอดทิ้งบุตร ถึงแม้ว่าจะเป็นโรคเอดส์หรือไม่ก็ตาม	2.69
8. ท่านมีความสมหวังที่ได้บุตรคนนี้	2.33
9. การเป็นมารดาเป็นเหตุการณ์ที่มีความหมายมากสำหรับท่าน	3.33
10. ท่านรู้สึกรำคาญง่าย ต่อการเลี้ยงบุตร	3.79
11. การเลี้ยงดูบุตร ทำให้ท่านเพลิดเพลิน สิ้นความทุกข์	2.16
12. การเลี้ยงดูบุตร เป็นงานที่น่าเบื่อ	6.77
13. ทุกครั้งที่ได้อุ้มบุตร ท่านจะมีความสุขอย่างประหลาด	6.62
14. ท่านชอบหยอกล้อกับบุตร	2.39
15. ท่านชอบให้มารดาหรือบิดาของท่าน ช่วยเลี้ยงดูบุตรของท่านเนื่องจากมี ประสบการณ์มากกว่า	3.79
16. ท่านสามารถปฏิบัติกิจวัตรต่างๆ ได้ แม้ว่าต้องดูแลบุตร	3.06
17. ท่านยังมีเวลาพักผ่อนได้บ้างแม้ว่าต้องดูแลบุตร	4.08
18. ท่านสนใจหาข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพบุตร	5.15
19. ท่านได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลในครอบครัวในการดูแลบุตรเมื่อจำเป็น	2.50
20. ท่านไม่ค่อยมีเวลาว่างสำหรับเล่นหรือพูดคุยกับบุตร	4.97
21. ท่านรู้สึกขาดกำลังใจในการเลี้ยงดูบุตร	2.55
22. บุตรของท่านจะต้องมีอนาคตที่สดใส	4.29
23. หากท่านไม่สามารถเลี้ยงดูบุตรได้ท่านสามารถหาคนมาดูแลแทนได้เป็นบางโอกาส	4.48
24. ท่านรู้สึกว่าการมีบุตรของท่าน ทำให้ท่าน ต้องเปลี่ยนแปลงการ ดำเนินชีวิต และกิจ กรรมที่เกยชอบ	2.30

ข้อความ	ค่า t
25. เมื่อท่านอ่อนเพลีย ทำอะไรไม่ค่อยจะไหว แต่ท่านคิดว่ายังจะดูแลบุตรได้ด้วยตนเอง	2.83
26. แม้งานจะยุ่งท่านก็ยังอยากจะปลีกตัวมาดูแลสุขภาพ	3.13
27. ในเวลานี้ท่านคิดว่า ท่านควรจะดูแลบุตรไม่ได้	3.60
ข้อความ	ค่า t
28. แม้บุตรจะร้องไห้โยเย ท่านก็ไม่เคยนึกเบื่อหน่าย	2.52
29. ท่านคิดว่าท่านเลี้ยงดูบุตรได้ดีที่สุด	2.52
30. การอาบน้ำหรือป้อนนมบุตรถือเป็นกิจกรรมที่เพลิดเพลิน	2.69

ALPHA = .65

ประวัติย่อ ของผู้ทำวิจัย

ชื่อ นายสมพันธ์ ชื้อสกุล กลั่นดีมา

สถานที่อยู่ปัจจุบัน 41 ถนนสุขุมวิท ซอย 69 ต. พระโขนง อ.พระโขนง กรุงเทพมหานคร

ตำแหน่งหน้าที่การงานปัจจุบัน เจ้าหน้าที่รังสีการแพทย์ 5

สถานที่ทำงานปัจจุบัน ฝ่ายรังสีวิทยา โรงพยาบาลเด็ก

ประวัติการศึกษา

- | | |
|----------|---|
| พศ. 2522 | มัธยมศึกษาตอนปลายแผนกวิทยาศาสตร์
โรงเรียนปทุมคงคา |
| พศ. 2524 | อนุปริญญา รังสีเทคนิค
โรงพยาบาล รามาริบดี มหาวิทยาลัยมหิดล |
| พศ. 2527 | บริหารธุรกิจบัณฑิต (บร.บ) มหาวิทยาลัย รามคำแหง |
| พศ. 2539 | กศ.ม. (จิตวิทยาพัฒนาการ)
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร |

ปัจจัยบางประการที่สัมพันธ์กับการปรับตัวต่อบทบาทการเป็นมารดาของมารดาที่ติดเชื้อ
เอช ไอ วี ซึ่งได้นำบุตรมารับบริการสุขภาพที่โรงพยาบาลเด็ก

บทคัดย่อ
ของ
สมพันธ์ กลั่นดีมา

เสนอต่อมหาวิทยาลัย ศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
ตามหลักสูตรปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต วิชาเอก จิตวิทยาพัฒนาการ
พฤษภาคม 2539

การวิจัยครั้งนี้ มีจุดมุ่งหมายเพื่อศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการปรับตัวต่อบทบาทการเป็นมารดาของมารดาที่ติดเชื้อ เอช ไอ วี ซึ่งได้นำบุตรมารับบริการสุขภาพที่โรงพยาบาลเด็ก รวมทั้งหาตัวแปรที่สามารถทำนาย การปรับตัวต่อบทบาทการเป็นมารดาได้มากที่สุดจากปัจจัยลักษณะทางชีวสังคม ความวิตกกังวล ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเอดส์ ความหวังและการสนับสนุนทางด้านสังคม

กลุ่มตัวอย่างเป็นมารดาที่ติดเชื้อเอช ไอ วี ซึ่งได้นำบุตรมารับบริการสุขภาพ ที่โรงพยาบาลเด็กในระหว่างเดือนธันวาคม 2538 ถึง เดือน กุมภาพันธ์ 2539 จำนวน 100 คน เครื่องมือในการวิจัยประกอบด้วยแบบสอบถามลักษณะทางชีวสังคม แบบสอบถามเกี่ยวกับความวิตกกังวล แบบสอบถามเกี่ยวกับความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเอดส์ แบบสอบถามเกี่ยวกับความหวัง แบบสอบถามเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคม และ แบบสอบถามเกี่ยวกับการปรับตัวต่อบทบาทการเป็นมารดา สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์คือ การหาค่า χ^2 การวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว การวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบสามทาง การวิเคราะห์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สันและ การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบเป็นขั้น

ผลการวิจัยสรุป ได้ดังนี้

1. การปรับตัวต่อบทบาท การเป็นมารดาของมารดาที่ติดเชื้อ เอช ไอ วี มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเอดส์ ความหวังและการสนับสนุนทางด้านสังคม แต่มีความสัมพันธ์ทางลบกับความวิตกกังวล อย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติที่ระดับ .001
2. มารดาติดเชื้อ เอช ไอ วี ที่มีอายุมากกว่า 29 ปี มีการปรับตัวต่อ บทบาทการเป็นมารดาสูงกว่า มารดาติดเชื้อ เอช ไอ วี ที่มีอายุระหว่าง 24 - 29 ปี และอายุระหว่าง 18 - 23 ปี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
3. มารดาที่ติดเชื้อ เอช ไอ วี ที่มีการศึกษาระดับสูงมีการปรับตัวต่อบทบาทการเป็นมารดาสูงกว่ามารดาติดเชื้อ เอช ไอ วี ที่มีระดับการศึกษาระดับต่ำลงอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ
4. มารดาติดเชื้อ เอช ไอ วี ที่มีฐานะทางเศรษฐกิจสูงมีการปรับตัวต่อบทบาทการเป็นมารดาสูงกว่ามารดา ติดเชื้อ เอช ไอ วี ที่มีฐานะทางเศรษฐกิจ ระดับต่ำ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
5. มารดาติดเชื้อ เอช ไอ วี ที่มีสถานภาพการสมรสสูงมีการปรับตัวต่อบทบาทการเป็นมารดาสูงกว่า มารดาติดเชื้อ เอช ไอ วี ที่มีสถานภาพการสมรสหม้าย
6. มารดาติดเชื้อ เอช ไอ วี ที่มีบุตรเป็นลำดับที่ 2 หรือมากกว่า มีการปรับตัวต่อบทบาทการเป็นมารดาสูงกว่ามารดาติดเชื้อ เอช ไอ วี ที่มีบุตรเป็นคนแรกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

7. มารดาติดเชื้อเอช ไอ วี ที่มีความวิตกกังวลน้อยมีการปรับตัวต่อบทบาทการเป็นมารดาสูงกว่ามารดาติดเชื้อเอช ไอ วี ที่มีความวิตกกังวลมาก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .001

8. มารดาติดเชื้อ เอช ไอ วี ที่มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเอดส์มาก มีการปรับตัวต่อบทบาทการเป็นมารดาสูงกว่ามารดาติดเชื้อ เอช ไอ วี ที่มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเอดส์ น้อย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

9. มารดาติดเชื้อ เอช ไอ วี ที่มีความหวังมากมีการปรับตัวต่อบทบาทการเป็นมารดาสูงกว่ามารดาติดเชื้อเอช ไอ วี ที่มีความหวังน้อยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ .001

10. มารดาติดเชื้อ เอช ไอ วี ที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมมาก มีการปรับตัวต่อบทบาทการเป็นมารดาสูงกว่ามารดาติดเชื้อ เอช ไอ วี ที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมน้อย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

11. ตัวแปรที่สามารถทำนายการปรับตัวต่อบทบาทการเป็นมารดาของมารดาที่ติดเชื้อเอช ไอ วี เรียงตามลำดับคือ การสนับสนุนทางด้านสังคม ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเอดส์ และความวิตกกังวลรวมทำนายได้ 82.288 % อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

**SOME FACTOR RELATED TO MATERNAL ROLE ADAPTATION IN HIV
POSITIVE MOTHERS
UTILIZING HEALTH SERVICES FOR THEIR BABIES AT CHILDREN HOSPITAL**

**AN ABSTRACT
BY
SOMPUN KLUNDEEMA**

Presented in partial fulfillment of the requirements for the
Master of Education Degree in Developmental Psychology
at Srinakharinwirot University

May 1996

The purposes of this study were to find the related factors and the best predictors to maternal role adaptation in HIV positive mothers utilizing health services for their babies at Children Hospital. The variable factors were divided into HIV positive mothers characteristics related to the anxiety about her knowledge and perception concerning AIDS, the hope and the social support

The sample consisted of 100 HIV positive mothers who attended for follow-up at out-patient clinics of Children Hospital during December, 1995 to February, 1996. The instruments were the bio-social characteristics questionnaire, the anxiety questionnaire, the knowledge and perception concerning AIDS questionnaire, and the hope questionnaire. The statistic used for data analysing were the t-test, the One-way Analysis of variance, The three-way Analysis of variance, the Pearson Product Moment-Correlation Coefficients and the Stepwise Multiple Regression Analysis.

The results were as follows.

1. The Maternal role adaptation in HIV Positive mother had positive relationship with the knowledge and perception concerning AIDS, the hope had the social support but had negative relationship about her anxiety with statistical significant at the .001 level.

2. An age > 29 Yrs. HIV Positive mother had more maternal role adaptation mark than there age 24 - 29 yrs. and age 18 - 23 yrs. HIV positive mothers at the 0.5 level.

3. Educated HIV positive mothers had more maternal role adaptation mark than those uneducated HIV positive mothers at the 0.5 level.

4. The HIV positive mothers was had high socioeconomic status had more maternal role adaptation mark than those poor HIV positive mothers who had low socioeconomic status at the 0.5 level.

5. Couple HIV positive mothers had more maternal role adaptation mark than lonely HIV positive mother at the 0.001 level.

6. The more than one child HIV positive mother had more maternal role adaptation mark than the only one child HIV positive mother at the 0.001 level.

7. The low anxiety HIV positive mother had more maternal role adaptation mark than these high anxiety HIV positive mother.

8. The HIV positive mothers who had more mark in Knowledge had perception concerning AIDS had more maternal role adaptation mark than there HIV positive mothers who had less mark in knowledge and perception concerning AIDS.

9. The hope HIV positive mother had more maternal role adaptation mark than the hopeless HIV positive mother

10. The HIV positive mothers who had more mark in social support had more maternal role adaptation mark than those HIV positive mothers who had less mark in social support.

11. The predictor that could significantly predicted the maternal role adaptation were social support, Knowledge and perception concerning AIDS and Anxiety. The multiple correlation was 0.90713. The determination power was 82.288 % which statistically significant at the .001 level. The predictive equation was

$$y' = 58.22942 + 0.24861X_9 + 0.72089X_7 - 0.21737X_6$$