

## บทที่ 2

### เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้กำหนดหัวข้อตามลำดับดังนี้

การติดเชื้อเอชไอวีขณะตั้งครรภ์

ความรู้สึกล้มเหลวในความปลอดภัยของหญิงมีครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี

การปรับทางจิตสังคมของหญิงมีครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี

แรงสนับสนุนทางสังคมของหญิงมีครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี

ความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคม ความรู้สึกล้มเหลวในความปลอดภัย และการปรับทางจิตสังคมของหญิงมีครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี

การติดเชื้อเอชไอวีขณะตั้งครรภ์

โรคเอดส์ (AIDS) หรือ Acquired Immune Deficiency Syndrome เป็นกลุ่มอาการของโรคที่เกิดจากภูมิคุ้มกันของร่างกายเสื่อมหรือบกพร่อง สาเหตุเกิดจากเชื้อเอชไอวี (HIV หรือ Human Immuno-deficiency Virus) เดิมรู้จักในชื่อว่า ฮิวแมน ที-ลิมโฟโทรปิก ไวรัส ไทป์ ตรี (Human T-lymphotropic Virus Type III หรือ HTLV III) หรือ ลิมฟาดีโนพาตี แอสโซซิเอตไวรัส (Lymphadenopathy Associated Virus หรือ LAV) (ประทักษ์ โอประเสริฐสวัสดิ์, 2537) เอชไอวีอยู่ในกลุ่มดีโทรไวรัส (Detrovirus) มีมากกว่า 1 สายพันธุ์ ปัจจุบันพบเชื้อเอชไอวี 2 สายพันธุ์ คือ เอชไอวีชนิดที่ 1 (HIV 1) และเอชไอวีชนิดที่ 2 (HIV 2) ซึ่งทำให้เกิดโรคเอดส์ที่มีอาการและอาการแสดงคล้ายคลึงกัน เอชไอวีชนิดที่ 1 ถูกพบครั้งแรกจากผู้ป่วยเอดส์ในอเมริกาเหนือ ส่วนเอชไอวีชนิดที่ 2 ถูกพบครั้งแรกในอาฟริกาตะวันตกและยุโรปตอนใต้ (พรรณี ศิริวรรณภา, 2536) สำหรับในประเทศไทยมีรายงานผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีรายแรกเมื่อเดือนกันยายน พ.ศ. 2527 (กองโรคเอดส์ กรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข, 2541)

### การแพร่เชื้อ

การแพร่กระจายเชื้อของเอชไอวีในประเทศไทยตั้งแต่ปี พ.ศ. 2527 เริ่มจากกลุ่มชายรักร่วมเพศ (homosexual) ต่อมาเป็นการระบาดเข้าสู่กลุ่มผู้เสพยาเสพติด หลังจากนั้นเป็นการแพร่ระบาดในกลุ่มผู้ชายบริการทางเพศไปยังกลุ่มลูกค้าได้แก่ชายนักเที่ยว และแพร่ต่อไปสู่ภรรยาของชายนักเที่ยว จากการศึกษาพบว่าเพศหญิงจะติดเชื้อเอชไอวีได้ง่ายกว่าเพศชายเนื่องจากการตกเป็นแผลของผิวหนังช่องคลอดที่เป็นผลจากการร่วมเพศพบได้บ่อยกว่าแผลที่ตัวอวัยวะเพศชาย (จุฬพล ภิรมบุญ, อภิชาติ โอพารัตนชัย และชเนนทร์ วนาภิรักษ์, 2538)

ผลของการแพร่กระจายเชื้อมาสู่ระบบครอบครัว ทำให้อัตราการติดเชื้อเอชไอวีในหญิงมีครรภ์เพิ่มขึ้น เมื่อหญิงมีครรภ์ได้รับเชื้อเอชไอวี เชื้อจะผ่านเข้าสู่ร่างกายทางกระแสเลือด และจะเกาะติดบนผิวของ lymphocyte ที่เรียกว่า T helper cell หรือ T4 cell หรือ CD4 ซึ่งมีหน้าที่ควบคุมระบบสร้างภูมิคุ้มกันของร่างกายเกี่ยวกับการทำลายเซลล์ผิดปกติหรือเชื้อโรคต่าง ๆ แบบพึ่งเซลล์ (Cell mediated immunity) หลังจากนั้นเชื้อเอชไอวีจะแทรกตัวเข้าสู่ภายในเซลล์ และมีการแบ่งตัวอย่างรวดเร็ว T helper cell จะถูกทำลายภายใน 2-3 วัน กระบวนการเช่นนี้จะเกิดขึ้นแล้วซ้ำอีก จนในที่สุด T helper cell จะลดลงอย่างมาก ทำให้สัดส่วนของ T helper cell ต่อ T suppressor cell (T4/T8) ลดลงด้วย ประมาณ 3-5 ปี จำนวน T helper cell จะเหลือน้อยกว่า 400 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร จึงเกิดความบกพร่องของภูมิคุ้มกันแบบพึ่งเซลล์ขึ้น เพราะการสร้างภูมิคุ้มกันของร่างกาย โดย B lymphocyte จำเป็นต้องอาศัยข้อมูลเกี่ยวกับเชื้อโรค (antigen message) จาก T helper cell จึงเกิดการติดเชื้อฉวยโอกาสได้ง่าย (Bendell & Potter, 1992; Reeder, Martin & Koniak, 1992 อ้างใน เจริญชัย โพธิ์ไทรย์, 2538)

การติดเชื้อในมารดาจะส่งผลให้มีการแพร่เชื้อจากมารดาสู่ทารก ซึ่งอาจเกิดขึ้นได้ 3 ทางคือ

1. การแพร่เชื้อผ่านทางรกและสายสะดือ (intrauterine infection) มีรายงานการตรวจพบเชื้อเอชไอวีจากเนื้อเยื่อของทารกที่แห้งออกมาเมื่ออายุครรภ์ได้ 9 และ 20 สัปดาห์ (Warren & John, 1991 อ้างใน สุภาวี เผือกเทศ, 2541) แสดงว่าทารกติดเชื้อนี้ได้ตั้งแต่อยู่ในครรภ์มารดา

2. การสัมผัสเลือดและสารคัดหลั่งของมารดาขณะทารกคลอด (intrapartum transmission) จากการศึกษาของเมนเชและคณะ (Menez, et al., 1986) พบว่าในทารกแฝดที่เกิดจากมารดาที่ติดเชื้อเอชไอวีไม่ว่าจะเป็นทารกแฝดแบบไข่ใบเดียวหรือแฝดแบบไข่คนละใบ จะเกิดการติดเชื้อเฉพาะทารกคนแรกคนเดียว ซึ่งอธิบายว่าช่วงเวลาของการสัมผัสเชื้อที่ช่องคลอดและปากมดลูกมีผลต่อโอกาสในการติดเชื้อ นอกจากนี้วารนและจอห์น (Warren & John, 1991 อ้างใน สุภาวี

เผือกเทศ, 2541) สามารถแยกเชื้อเอชไอวีได้จากสิ่งกีดหลังในช่องคลอดและปากมดลูกถึงร้อยละ 50 ของสตรีที่ติดเชื้อเอชไอวี

3. การแพร่เชื้อผ่านทางน้ำนมมารดา ซึ่งเกิดขึ้นภายหลังคลอด (postpartum transmission) จากการศึกษาของเวียนเบรค ลูสจิวค เดนิส ไวคัล มูเนียร์ และเดอ ลุมเลย์ (Weinbreck, Loustaud, Denis, Vidal, Mounier & De Lumley, 1988) พบว่าการแพร่เชื้อเอชไอวีสู่ทารกแรกเกิด นั้นเกิดขึ้นได้จากการเลียขูดทารกด้วยนมมารดาจากมารดาที่ติดเชื้อเอชไอวี นอกจากนี้เธอร์รี่และคณะ (Thiry et al., 1985) ยังสามารถแยกเชื้อเอชไอวีจากน้ำนมมารดาได้ด้วย

การที่ความเสี่ยงต่อการติดเชื้อของทารกในครรภ์ไม่มีความสัมพันธ์กับอายุครรภ์ขณะได้รับเชื้อ และในระยะที่มารดาไม่ปรากฏอาการไม่ได้หมายความว่าความเสี่ยงต่อการติดเชื้อของทารก จะลดลง จากการศึกษาพบว่า ทารกที่คลอดจากมารดาที่มีอาการก่อนคลอดจะปรากฏอาการของโรค เอคส์ได้เร็วกว่า นอกจากนี้ความรุนแรงของอาการในทารกที่ติดเชื้อจะมีความสัมพันธ์กับอายุครรภ์ ขณะวินิจฉัยโรคได้ด้วย (Reeder, Martin, & Koniak, 1992)

#### ผลของการตั้งครรภ์ต่อการติดเชื้อเอชไอวี

ในระยะแรก ๆ เชื่อกันว่า การตั้งครรภ์จะมีผลทำให้โรคเลวลง โดยมีการพัฒนาของโรค ไปสู่ระยะต่าง ๆ เร็วขึ้น แต่ข้อมูลยังไม่เพียงพอที่จะสรุปว่า การตั้งครรภ์อาจเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้โรคมีความรุนแรงขึ้น อย่างไรก็ตามนักวิจัยก็พยายามหาข้อสรุป ดังเช่นการศึกษาของ คาสติลล่า และคณะ (Castilla et al., 1989 cited in Johnstone, Kilpatrick & Burns, 1992) ที่พบว่า การตั้งครรภ์ในหญิงที่มีภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่องอาจก่อให้เกิดการลดต่ำลงของ CD4 ทำให้มีโอกาสติดเชื้อ ร้ายแรงต่าง ๆ ได้ หรือภาวะทุพโภชนาการ การเสพสารเสพติดหรือแอลกอฮอล์ทำให้เกิดการติด เชื้อฉวยโอกาสขณะตั้งครรภ์ได้ นอกจากนี้มีการศึกษาพบว่าการติดเชื้อเอชไอวีขณะตั้งครรภ์ทำให้ ช่วงชีวิตสั้นลง (CDC, 1985, Biggar et al., 1989 cited in Smeltzer & Whipple, 1991) แต่มีนคอฟ (Minkoff, 1989) มีความคิดเห็นว่า อาการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในระยะตั้งครรภ์ที่เกิดรุนแรง เช่น ความไม่สุขสบาย อ่อนเพลีย น้ำหนักลด เบื่ออาหาร เป็นต้น อาจจะทำให้การวินิจฉัยเป็นไปได้ยาก ว่าการตั้งครรภ์ทำให้อาการของโรคเลวลง

#### ผลของการติดเชื้อเอชไอวีต่อการตั้งครรภ์

ผลของการติดเชื้อเอชไอวีในระยะตั้งครรภ์ยังเป็นที่ถกเถียงกันอยู่ โดยไรเดอร์และคณะ (Ryder et al., 1989) ได้ศึกษาผลลัพธ์การตั้งครรภ์ในประเทศซาอี (Zaire) ซึ่งอยู่ตอนกลางของทวีปแอฟริกา พบว่า การติดเชื้อเอชไอวีมีความสัมพันธ์กับน้ำหนักทารกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอก

จากนั้นคูนิน เอลเลอร์บรูค และแอตลาซ (Koonin, Ellerbrook & Atrash, 1989) ได้ศึกษาย้อนหลังในหญิงมีครรภ์ 20 ราย พบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดมีภาวะแทรกซ้อนทางสูติกรรมคือการคลอดก่อนกำหนด แต่ขัดแย้งกับการศึกษาของจอห์นสโตน แมคแคลลัม อิงลิส และพูเทอโร (Johnstone, Maccallum, Inglis & Peutherer, 1988) ที่ศึกษาในกลุ่มผู้เข้าในเมื่องเอดินเบิร์ก (Edinburgh) ประเทศอังกฤษ แล้วพบว่า การติดเชื้อเอชไอวีไม่มีผลต่อการคลอดก่อนกำหนดและน้ำหนักของทารก ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของเซลวิน คาร์เตอร์ โซเนนาอัม โรเบิร์ตสัน คลิน และโรเจอร์ (Selwyn, Carter, Schoenbaum, Robertson, Klein & Rogers, 1989) ในกลุ่มตัวอย่างใช้สารเสพติดในประเทศสหรัฐอเมริกาที่พบว่า การติดเชื้อไม่มีผลต่อการตั้งครรภ์ นอกจากนี้มินคอฟและคณะ (Minkoff et al., 1990) ได้ติดตามศึกษาหญิงมีครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีเป็นเวลา 4 ปี โดยได้ทำการควบคุมตัวแปรด้านการใช้สารเสพติด การสูบบุหรี่ และอายุของมารดา พบว่า การติดเชื้อเอชไอวีไม่มีผลต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางสูติกรรม อายุครรภ์ น้ำหนักทารก คะแนนเอพการ์ (Apgar score) และความยาวของเส้นรอบศีรษะ แต่มินคอฟได้อธิบายเพิ่มเติมว่า การติดเชื้อที่รุนแรงอาจมีกลไกที่ทำให้เกิดการก่น้ำหนักน้อย การแท้ง การตายคลอด เช่น ในกรณีที่มารดาได้รับความทุกข์ทรมานจากโรคทำให้ละเลยการดูแลตนเองและทารกในครรภ์ เป็นต้น ดังนั้นการติดเชื้อเอชไอวีที่มีต่อผลลัพธ์การตั้งครรภ์จึงยังสรุปได้ไม่แน่นอน คงจะต้องมีการศึกษาเพิ่มเติมต่อไป (วินิต พัวประดิษฐ์, 2537)

#### อาการและอาการแสดง

ศูนย์ควบคุมโรคติดต่อประเทศสหรัฐอเมริกา (The Center for Disease Control : CDC, 1987) ได้แบ่งลักษณะอาการของผู้ติดเชื้อเอชไอวีออกเป็น 3 ระยะดังนี้

1. ระยะติดเชื้อเอชไอวีโดยไม่มีอาการ (HIV) ตรวจพบการติดเชื้อเอชไอวีโดยผู้ที่ติดเชื้อไม่มีอาการสัมพันธ์กับโรคเอดส์ หรือไม่มีอาการของโรคเอดส์เลย
2. ระยะสัมพันธ์กับเอดส์ (AID-related complex หรือ ARC) ตรวจพบการติดเชื้อเอชไอวี และมีอาการอย่างใดอย่างหนึ่งดังต่อไปนี้ไม่ต่ำกว่า 3 เดือน
  - 1) น้ำหนักลดเกินกว่าร้อยละ 10 ของน้ำหนักตัว
  - 2) มีไข้เกิน 37.8 องศาเซลเซียส เป็นพัก ๆ หรือติดต่อกัน
  - 3) อูจาระร่วงเรื้อรัง
  - 4) พบเชื้อราในปาก
  - 5) มีต่อมน้ำเหลืองโตมากกว่า 1 แห่ง ในบริเวณที่ไม่ติดต่อกัน
  - 6) เป็นโรคงูสวัด (Herpes zoster)

7) เป็น Hairy leukoplakia

3. ระยะป่วยเป็นเอดส์ (AIDS) เป็นระยะที่ตรวจพบการติดเชื้อเอชไอวี และมีโรคซึ่งแสดงถึงภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่องอย่างชัดเจนอย่างใดอย่างหนึ่ง ได้แก่

- 1) Kaposi's sarcoma
- 2) Candidiasis ของหลอดอาหาร หลอดลม และปอด
- 3) Coccidioidomycosis ชนิดแพร่กระจายอวัยวะต่าง ๆ
- 4) Isosporiasis และมีอุจจาระร่วงนานกว่า 1 เดือน
- 5) Cryptosporidiosis และมีอุจจาระร่วงนานกว่า 1 เดือน
- 6) Cryptococcosis นอกบริเวณปอด
- 7) โรคติดเชื้อ Cytomegalovirus ยกเว้นตับ ม้าม และต่อมน้ำเหลือง ในเด็กอายุมากกว่า 1 เดือน
- 8) ติดเชื้อ Mycobacterium อื่น ๆ ที่ไม่ใช่ M. Tuberculosis โดยเป็นชนิดแพร่กระจายตามอวัยวะต่าง ๆ ยกเว้นปอด ผิวหนัง และต่อมน้ำเหลืองที่คอ
- 9) ติดเชื้อ Penicillium Marneffeii ชนิดแพร่กระจาย ยกเว้นปอด ขั้วปอด หรือต่อมน้ำเหลืองที่คอ
- 10) ติดเชื้อเริม (Herpes simplex) ที่ทำให้เกิดแผลเย็บหรือเรื้อรังเกิน 1 เดือน
- 11) Primary Lymphoma ในสมอง
- 12) Non-Hodgkin's Lymphoma of B-cell หรือไม่ทราบชนิด
- 13) Histoplasmosis ชนิดแพร่กระจายอวัยวะต่าง ๆ ยกเว้นปอด ขั้วปอด หรือต่อมน้ำเหลืองที่คอ
- 14) HIV wasting syndrome (Emaciation, slim disease)
- 15) HIV encephalopathy (dementia, subacute encephalitis)
- 16) Progressive multifocal leukoencephalopathy
- 17) วันโรคปอดนอกบริเวณปอดอย่างน้อย 1 แห่ง
- 18) เป็น Salmonella septicemia ซ้ำ ๆ
- 19) โรคปอดบวมจากเชื้อ Pneumocystic carinii
- 20) Toxoplasmosis ในสมอง ในเด็กอายุเกิน 1 เดือน
- 21) Lymphoid Interstitial Pneumonia และ/หรือ Pulmonary lymphoid hyperplasia ในเด็กอายุน้อยกว่า 13 ปี

22) เป็นโรคปอดบวม เยื่อหุ้มสมองอักเสบ ติดเชื้อในกระดูกหรือข้อ ติดเชื้อในกระแสเลือด และฝีของอวัยวะภายใน (ยกเว้นผิวหนัง เยื่อบุผิวหรือภายในช่องหู) จากเชื้อแบคทีเรียในเด็กอายุน้อยกว่า 13 ปี หลายชนิด หรือเป็นซ้ำ ๆ อย่างน้อย 2 ครั้ง ใน 2 ปี

### การวินิจฉัยโรค

หญิงมีครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีควรได้รับการคัดกรองในระยะเริ่มแรกของการตั้งครรภ์ โดยเฉพาะในรายที่มีภาวะเสี่ยงสูงควรคัดกรองซ้ำอีกครั้งในไตรมาสที่ 3 (Reeder, Martin & Koniak, 1992) สถานบริการฝากครรภ์บางแห่งคัดกรองภาวะติดเชื้อเอชไอวีในหญิงมีครรภ์ทุกราย หญิงมีครรภ์มีสิทธิที่จะยินยอมหรือปฏิเสธการตรวจเพื่อคัดกรองภาวะติดเชื้อเอชไอวี เพราะการวินิจฉัยโรคอาจมีผลกระทบต่อร่างกาย จิตใจ

การตรวจหาระดับภูมิคุ้มกันต่อเชื้อเอชไอวี (Anti-HIV antibody) โดยวิธีอีไลซา (ELISA) ให้ผลค่อนข้างดี คือความไวมากกว่า 95% หากพบว่าผลตรวจโดยวิธีอีไลซาให้ผลบวก (ELISA positive) ครั้งแรก ควรยืนยันผลการตรวจด้วยวิธีอีไลซาครั้งที่ 2

หญิงมีครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีควรได้รับการตรวจหาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (sexually transmitted disease) อย่างอื่นร่วมด้วย รวมทั้งเฝ้าระวังอาการของการติดเชื้ออโอกาสอย่างอื่น โดยควรตรวจทางน้ำเหลือง (serologic study) สำหรับเชื้อไซโตเมกะโลไวรัส (cytomegalo virus) และเชื้อทอกโซพลาสมา (toxoplasma) การทดสอบวันโรคทางผิวหนัง (skin testing) และถ่ายภาพรังสีปอด เป็นต้น (จตุพล ศรีสมบูรณ์, อภิชาติ โอพารัตนชัย และชนินทร์ วนาภิรักษ์, 2538)

### การรักษาหญิงมีครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี

ปัจจุบันยังไม่มียาที่รักษาโรคนี้อให้หายขาด มีเพียงแต่จะช่วยชะลอการดำเนินของโรคให้ช้าลง โดยมีแนวทางดังนี้

1. ใช้อย่างยาด้านเชื้อเอชไอวี คือ ไซโดวูดีน (Zidovudine หรือ AZT) ยาจะทำหน้าที่ขัดขวางกระบวนการสังเคราะห์ตัวของเชื้อเอชไอวีเอง และแม้ว่ายานี้จะไม่ช่วยให้หายขาดจากโรค แต่สามารถช่วยชะลอความก้าวหน้าในอาการของโรคในช่วงเวลาสั้น ๆ ได้ (Fischl, 1990) แต่การได้รับยาในระยะยาวทำให้เกิดการดื้อยาและไม่ได้ผลในการรักษา มียาอีก 2 ชนิดคือ ไดดาโนซีน (Didanosine หรือ DDI) และซัลซิทาบิน (Zalcitabine หรือ DDC) แต่ผลไม่เป็นที่น่าพอใจ นอกจากจะมีราคาแพงแล้วยังพบผลข้างเคียงมากมาย (ประจักษ์ โอประเสริฐสวัสดิ์, 2537) ดังนั้น AZT จึงเป็นยาที่นิยมใช้ และจำเป็นที่จะต้องมีการค้นหาขนาดของยาที่เหมาะสม เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด ในสหรัฐอเมริกาได้มีการศึกษาเกี่ยวกับการให้ยารักษากลุ่มหญิงมีครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีเมื่อ

เดือนเมษายน 2534 โดยแบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ใช้ยา AZT ขนาด 100 มิลลิกรัม วันละ 5 ครั้ง ตั้งแต่อายุครรภ์ได้ 14-34 สัปดาห์จนตลอดระยะตั้งครรภ์ กับกลุ่มที่ได้ยาหลอก (placebo) โดยใน ระยะคลอดให้ยา AZT เข้าเส้นเลือดดำขนาด 2 มิลลิกรัมต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม ในเวลา 1 ชั่วโมง แล้วตามด้วยขนาด 1 มิลลิกรัมต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัมต่อชั่วโมงไปจนกว่าจะคลอดเสร็จ และในระยะหลังคลอด ทารกแรกเกิดจะได้รับยา AZT syrup ขนาด 2 มิลลิกรัมต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัมทุก 6 ชั่วโมง ไปเป็นเวลา 6 สัปดาห์ โดยเริ่มตั้งแต่อายุ 8-12 ชั่วโมงหลังคลอด ในกลุ่ม ควบคุมให้ใช้ยาหลอกแทน จากการศึกษาถึงเดือนธันวาคม 2536 พบว่า กลุ่มควบคุม 184 ราย มีอัตราการติดเชื้อในทารกร้อยละ 25.5 ส่วนในกลุ่มที่ได้รับยา AZT มีอัตราการติดเชื้อในทารก ร้อยละ 8.3 (U.S Centers for Disease Control, 1994 cited in Jane & Catherine, 1995) แต่การใช้ ยา AZT ในระยะยาวอาจพบอาการข้างเคียงของยาได้ จากการศึกษาพบว่าการใช้ยาขนาด 400 มิลลิกรัมต่อวันอาจเกิดภาวะโลหิตจางร้อยละ 20 และถ้าใช้ขนาด 1200 มิลลิกรัมต่อวัน จะเกิด ภาวะโลหิตจางถึงร้อยละ 34 โดยจะตรวจพบฮีโมโกลบินน้อยกว่า 8 กรัมต่อเดซิลิตร และพบ แกรนูโลไซโตพีเนีย (granulocytopenia) น้อยกว่า 750 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร นอกจากนี้อาจมี ผลข้างเคียงต่อการทำงานของตับ ทำให้ตับไม่สามารถเผาผลาญไขมันได้ (Pamela, 1994)

การศึกษาการใช้ยา AZT ในประเทศไทยที่สำนักงานสาธารณสุขเขต 10 จะเริ่มให้ AZT เมื่ออายุครรภ์ 34-36 สัปดาห์ ภายหลังตรวจ CBC และ Platelet แล้ว ในขนาดสำหรับ รับประทาน 300 มิลลิกรัม วันละ 2 ครั้ง จนตลอดการตั้งครรภ์ และเมื่อเริ่มเจ็บครรภ์คลอดให้ รับประทาน 300 มิลลิกรัม ทุก 3 ชั่วโมงจนกว่าจะคลอด ส่วนในทารกจะเริ่มให้ยา AZT ชนิด น้ำเชื่อม ขนาด 2 มิลลิกรัมต่อกิโลกรัม ภายใน 12 ชั่วโมงหลังคลอด และให้ต่อทุก 6 ชั่วโมง เป็น ระยะเวลา 1 สัปดาห์จึงหยุดยา หลังจากนั้นให้นำทารกมาตรวจเลือดหา Anti-HIV เมื่ออายุได้ 18 เดือน (สำนักงานสาธารณสุขเขต 10, 2540)

2. การให้เฮชไอวี อิมมูโนโกลบูลิน (HIV immunoglobulin) ซึ่งเป็นการให้ภูมิคุ้มกันทาน โรค (passive immunization) ต้องใช้แอนติบอดีของคนติดเชื้อนี้สายพันธุ์เดียวกัน และต้องใช้กลุ่ม ตัวอย่างจำนวนมากและมีค่าใช้จ่ายสูงมาก (ศุภาวี เผือกเทศ, 2541)

3. การให้วัคซีนเฮชไอวี (HIV vaccine) ให้ขณะตั้งครรภ์เพื่อให้ภูมิคุ้มกันผ่านรกไปยัง ทารกในครรภ์ (ศุภาวี เผือกเทศ, 2541)

4. การสวนล้างช่องคลอดหรือปัสสาวะในช่องคลอดโดยใช้น้ำยาเบนซาโคเนียมคลอไรด์ (benzalkonium chloride) เพื่อป้องกันการติดเชื้อในระหว่างคลอด แต่ขณะนี้ยังไม่ทราบผลชัดเจน (ศุภาวี เผือกเทศ, 2541)

การที่หญิงมีครรภ์ได้รับการวินิจฉัยว่าติดเชื้อเอชไอวี ย่อมส่งผลกระทบต่อภาวะจิตสังคม ทำให้หญิงมีครรภ์รู้สึกผิด กลัว รู้สึกว่าตนเองไม่มีค่า ท้อแท้ และเป็นทุกข์ เนื่องจากโรคเอดส์เป็นโรคที่ไม่มียารักษาให้หายขาด อีกทั้งยังไม่มีวัคซีนป้องกันที่ได้ผลแน่นอน จึงทำให้เกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยตามมาในที่สุด (Heverly, Lincoln, Regan-Kubinski, & Sharts-Hopko, 1996)

### ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของหญิงมีครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี

ความหมายของความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย

ความรู้สึกไม่แน่นอนเป็นความรู้สึกตามธรรมชาติที่มีอยู่ในมนุษย์ทุกคน (Selder, 1989) ซึ่งเป็นผลจากการที่บุคคลประสบปัญหาเกี่ยวกับเหตุการณ์ที่แปลกใหม่ ไม่คุ้นเคย และไม่สามารถทำนายเหตุการณ์ที่จะเกิดขึ้นในอนาคตได้ (Lazarus & Folkman, 1984) มีผู้ให้ความหมายของความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยไว้ดังนี้

มิเชล (Mishel, 1988) ให้ความหมายของความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยว่า หมายถึงการที่บุคคลไม่สามารถให้ความหมายเกี่ยวกับปรากฏการณ์ความเจ็บป่วยที่ตนประสบ ไม่สามารถที่จะทำนายผลลัพธ์ของความเจ็บป่วยได้ถูกต้อง เนื่องจากขาดคำแนะนำและข้อมูลเกี่ยวกับการวินิจฉัยและความรุนแรงของความเจ็บป่วย

ฮิลตัน (Hilton, 1988) ให้ความหมายของความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยว่า หมายถึง การที่บุคคลไม่สามารถแยกแยะสภาพความเจ็บป่วยได้ชัดเจน ถ้ามีมากจะทำให้มองความเจ็บป่วยและทำนายผลลัพธ์ความเจ็บป่วยไปในทางร้าย

คริสตแมน (Christman, 1990) ให้ความหมายของความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยว่า หมายถึง การที่บุคคลไม่สามารถตัดสินใจความหมายของความเจ็บป่วยและทำนายผลลัพธ์ที่เกิดจากความเจ็บป่วยนั้น ๆ ได้ เนื่องจากได้รับคำแนะนำไม่เพียงพอ ทำให้เกิดความขัดแย้งในใจ

สมจิต หนูเจริญกุล บุญจันทร์ วงศ์สุนพรัตน์ และทิพาพร วงศ์หงษ์กุล (2534) ให้ความหมายของความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยว่า หมายถึง การที่บุคคลไม่สามารถกำหนดรูปแบบความหมายของความเจ็บป่วยนั้น ซึ่งอาจเกิดเมื่อผู้ป่วยไม่สามารถสร้างกรอบแบบแผนความรู้ความเข้าใจ ในการแปลความเจ็บป่วยที่ ตนเองประสบ

โดยสรุป ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยหมายถึง การที่บุคคลไม่สามารถกำหนดความหมายของเหตุการณ์ที่เกี่ยวข้องกับความเจ็บป่วย หรือไม่สามารถทำนายผลลัพธ์ของความเจ็บป่วยได้ถูกต้อง



มิเชล (Mishel, 1990) ได้แบ่งความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยเป็น 4 รูปแบบ ดังนี้

1. ความคลุมเครือเกี่ยวกับสถานะความเจ็บป่วย หมายถึง การที่หญิงมีครรภ์ไม่เข้าใจ สภาพความเจ็บป่วย อาจเนื่องมาจากขาดประสบการณ์ ไม่ทราบว่าตนเองป่วยเป็นโรคอะไร การดำเนินของโรคจะเป็นไปในทางใด การที่ในอนาคตจะต้องเพิ่มภาระเลี้ยงดูทารกที่คลอดออกมาและติดเชื้อเอชไอวีจากมารดา และตนเองอาจจะต้องเสียชีวิตโดยที่ทารกจะต้องกลายเป็นเด็กกำพร้าในเวลา ต่อมา นอกจากนั้นคนส่วนใหญ่ในสังคมยังมองว่าเป็นโรคน่ารังเกียจ จึงทำให้เกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยด้านความคลุมเครือเพิ่มขึ้น

2. ความซับซ้อนของการรักษาและระบบการดูแล หมายถึง การที่หญิงมีครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีมีความรู้สึกว่ายากขั้นตอนของการรักษามีความยุ่งยากซับซ้อน รวมถึงวิธีการรักษาเฉพาะโดยการให้ยา AZT ที่ต้องตรวจเลือดเพื่อหา CBC ก่อนให้ การรักษา รวมทั้งระเบียบขั้นตอนในการเข้ารับการรักษาในสถานบริการสุขภาพ ทำให้เกิดความไม่คุ้นเคย ไม่กล้า หือแท้ไม่อยากจะมารับบริการตลอดจนไม่แน่ใจว่าวิธีการรักษาจะช่วยให้ตนเองหายจากโรค และทารกจะรอดพ้นจากการติดเชื้อหรือไม่

3. ความไม่สม่ำเสมอในเรื่องของข้อมูลเกี่ยวกับการวินิจฉัยและความเจ็บป่วย หมายถึง การที่บุคคลได้รับข้อมูลที่มีการเปลี่ยนแปลงบ่อย ๆ หรือบางครั้งข้อมูลที่ได้รับมีน้อย ทำให้หญิงมีครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีไม่สามารถประเมินเหตุการณ์หรือทำนายเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นได้ เกิดความวิตกกังวลหลังการรักษา ไม่สามารถปฏิบัติตัวได้เหมาะสม การได้รับข้อมูลที่เป็นจริงจะช่วยลดความรู้สึกไม่แน่นอนในสถานการณ์ และมักจะประเมินสถานการณ์ว่าเป็นสิ่งที่ควบคุมได้ หรือเป็นโอกาส ในทางตรงข้ามถ้าความรู้สึกไม่แน่นอนยังคงดำเนินต่อไปและเพิ่มขึ้นตามระยะเวลา จะทำให้บุคคลรู้สึกไม่มั่นคงปลอดภัย และนำไปสู่การหยิ่งรู้ประเมินสถานการณ์ อาจเกิดความสับสนและการไม่รับรู้ต่อเหตุการณ์ต่าง ๆ นอกจากนั้นการได้รับข้อมูลและความรู้ในเรื่องความเจ็บป่วยแผนการรักษา ตลอดจนวิธีการดูแลตนเองจากแพทย์ พยาบาล สามารถลดความรู้สึกไม่แน่นอนได้โดยตรง

4. การไม่สามารถทำนายการดำเนินของโรคและการพยากรณ์โรค ซึ่งเป็นผลเนื่องจากความคลุมเครือเกี่ยวกับสถานะความเจ็บป่วย ความซับซ้อนของระบบการรักษาและบริการสุขภาพ รวมทั้งความไม่สม่ำเสมอในข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการรักษาที่ได้รับ ทำให้ประเมินสถานการณ์ไม่ได้ จึงเกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย

## ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยได้แก่ (Mishel, 1988; Mishel & Braden, 1988)

1. กรอบของตัวกระตุ้น (stimuli frame) หมายถึง สิ่งเร้าที่บุคคลรับรู้ ซึ่งประกอบด้วย 3 ส่วน คือ รูปแบบของอาการแสดง ความคุ้นเคยต่อสถานการณ์และความสอดคล้องของสถานการณ์ที่คาดหวังกับสถานการณ์จริง ส่วนประกอบทั้ง 3 นี้จะช่วยให้บุคคลสามารถสร้างแบบแผนความรู้ความเข้าใจต่อเหตุการณ์ ซึ่งมีส่วนช่วยลดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย

1.1 รูปแบบของอาการแสดง (symptom pattern) หมายถึง ระดับของความต่อเนื่องและความรุนแรงของอาการที่ปรากฏ ซึ่งก่อให้เกิดการรับรู้และให้ความหมาย ถ้าเป็นรูปแบบที่ชัดเจนจะมีผลทำให้ความคลุมเครือเกี่ยวกับความเจ็บป่วยลดลง แต่ถ้ารูปแบบของอาการแสดงไม่ชัดเจนหรือมีการเปลี่ยนแปลงจะทำให้บุคคลไม่สามารถคาดเดาอาการได้ ทำให้เกิดความคลุมเครือและความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยเพิ่มขึ้น

1.2 ความคุ้นเคยต่อเหตุการณ์ (event familiarity) หมายถึง เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นซ้ำ ๆ จนเกิดความเคยชิน เมื่อบุคคลรู้สึกคุ้นเคยกับเหตุการณ์ เช่น สิ่งแวดล้อมของโรงพยาบาล บุคคลจะเกิดการรับรู้และให้ความหมาย คาดเดาเหตุการณ์ได้ ทำให้ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยลดลง ตรงกันข้ามในกรณีที่เป็นความเจ็บป่วยครั้งแรกมักไม่คุ้นเคยต่อโรคและการรักษา รวมถึงสิ่งแวดล้อมของโรงพยาบาล ตลอดจนทำให้ไม่สามารถคาดเดาเหตุการณ์ได้ จึงทำให้เกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยสูง

1.3 ความสอดคล้องของเหตุการณ์ (event congruence) หมายถึง ความสอดคล้องระหว่างเหตุการณ์ที่คาดหวังและเหตุการณ์จริงที่บุคคลประสบในการเจ็บป่วย ซึ่งจะช่วยให้บุคคลเข้าใจในเหตุการณ์มากขึ้น แต่ถ้าเหตุการณ์ที่คาดหวังไม่สอดคล้องกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นจริง ก็จะทำให้เกิดความคลุมเครือไม่สามารถทำนายเหตุการณ์ได้

2. ความสามารถในการรู้คิด (cognitive capacity) หมายถึง ระดับความสามารถของบุคคลต่อขบวนการจัดการกับข้อมูล เพื่อพิจารณาตัดสินสถานการณ์นั้น ๆ ระดับความสามารถนี้จะลดลงเมื่อมีความผิดปกติทางด้านสรีรภาพ ภาวะทุพโภชนาการ หรือภาวะแทรกซ้อนจากยาที่ได้รับ ซึ่งส่งผลต่อการรับรู้และเข้าใจ นอกจากนี้สิ่งเร้าภายใน เช่น ความรู้สึกที่เป็นอันตราย หรือการทำงานของระบบประสาทอัตโนมัติ เป็นต้น สามารถส่งผลกระทบต่อความสามารถในการรับรู้และเข้าใจ และมีผลกระทบต่อความสามารถในการเผชิญปัญหา ไม่สามารถประเมินสถานการณ์ที่ถูกต้อง ทำให้บุคคลรับรู้สถานการณ์ว่าเป็นสิ่งที่ไม่แน่นอน ในทางตรงกันข้ามบุคคลที่มีความ

สามารถในการรับรู้และเข้าใจสูงจะสามารถรับรู้รูปแบบของอาการแสดงได้ถูกต้อง จะสามารถคาดเหตุการณ์ที่จะเกิดขึ้นได้ตรงกับความเป็นจริง จึงส่งผลระดับความรู้สึกไม่แน่นอนลดลงได้

3. โครงสร้างของแหล่งประโยชน์ที่ให้การช่วยเหลือ (structure provider) หมายถึงความพร้อมของแหล่งประโยชน์ที่บุคคลมีอยู่ ช่วยบุคคลในการแปลและให้ความหมายต่อองค์ประกอบของสิ่งเร้านั้น ๆ ซึ่งแหล่งประโยชน์ดังกล่าวจะช่วยลดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยทั้งทางตรงและทางอ้อม โดยทางตรงนั้นแหล่งประโยชน์จะช่วยให้บุคคลแปลความหมายของสถานการณ์ได้ ส่วนทางอ้อมแหล่งประโยชน์จะช่วยให้บุคคลให้ความหมายของรูปแบบอาการแสดง เกิดความคุ้นเคยในเหตุการณ์และสามารถคาดเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นได้ ซึ่งแหล่งประโยชน์ที่สำคัญมีดังนี้

3.1 การศึกษา (education) มีความสัมพันธ์กับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นทั้งทางตรงและทางอ้อม ผู้ที่มีการศึกษาสูงมักจะเข้าใจข้อมูลและรับรู้เกี่ยวกับโรคและการรักษาที่ได้รับจากเจ้าหน้าที่ที่มีสุขภาพและจากสื่อต่าง ๆ ได้ดีกว่าผู้ที่มีการศึกษาน้อย ทำให้สามารถให้ความหมายแก่สิ่งต่าง ๆ ที่ต้องเผชิญจึงมีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยลดลง

3.2 แรงสนับสนุนทางสังคม (social support) สามารถป้องกันการเกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย โดยการช่วยสนับสนุนในแง่การให้ความหมายของเหตุการณ์ด้วยการพูดคุยปรึกษาแลกเปลี่ยนประสบการณ์กับบุคคลอื่น ทำให้ความคลุมเครือหรือความซับซ้อนของสถานการณ์นั้นมีความชัดเจนขึ้น และสามารถทำนายสถานการณ์ที่เกิดขึ้นจากการเจ็บป่วยและการรักษาได้ ซึ่งบุคคลที่มีแรงสนับสนุนทางสังคมดีจะทำให้เกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยลดลง

3.3 อำนาจที่เชื่อถือได้ (credible authority) เป็นระดับความเชื่อถือ ไว้วางใจของบุคคลที่มีต่อบุคลากรผู้ให้บริการ โดยเฉพาะแพทย์และพยาบาลซึ่งจะสามารถช่วยเพิ่มความชัดเจนของรูปแบบสิ่งเร้าด้วยการให้ข้อมูลเกี่ยวกับสาเหตุของโรค และอาการที่จะเกิดตามมาแก่ผู้ป่วย หรือข้อมูลเกี่ยวกับกฎระเบียบ วิธีการรับบริการจะช่วยลดความคลุมเครือ และช่วยให้มองสถานการณ์ได้ชัดเจนขึ้น ทำให้ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยลดลง

ความรู้สึกไม่แน่นอนของหญิงมีครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีจะเกิดขึ้นเมื่อหญิงมีครรภ์ได้รับการวินิจฉัยว่าติดเชื้อเอชไอวี โดยหญิงมีครรภ์จะมีความรู้สึกคลุมเครือเกี่ยวกับการติดเชื้อและกระบวนการเกิดโรค ไม่สามารถตัดสินใจในการประเมินความหมายของสถานการณ์ เกิดความรู้สึกซับซ้อนต่อการรักษาและระบบการดูแลที่แตกต่างจากหญิงมีครรภ์คนอื่น ๆ ตลอดจนเกิดความรู้สึกไม่แน่นอนต่อการได้รับข้อมูลที่ไมเพียงพอหรือข้อมูลที่มีการเปลี่ยนแปลงบ่อย ๆ หรือแตกต่างไปจากข้อมูลเดิม และการไม่สามารถทำนายเหตุการณ์เจ็บป่วย การรักษาและผลของการรักษาได้อย่าง

แน่นอน เนื่องจากความรู้หรือข้อมูลเกี่ยวกับการติดเชื้อเอชไอวีนั้นยังไม่ครบถ้วนสมบูรณ์ ยังมีสิ่งต่าง ๆ ที่ยังไม่ทราบ เช่น ระยะเวลาการได้รับเชื้อ การตอบสนองต่อการรักษาด้วยยาของแต่ละบุคคล และโอกาสที่จะแพร่กระจายเชื้อสู่สมาชิกในครอบครัวและในครรภ์ จึงทำให้เกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย (Regan-Kubinski & Sharts-Engel, 1992)

### การประเมินความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย

มิเชล ได้เริ่มพัฒนาเครื่องมือที่ใช้วัดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยขึ้นในปี ค.ศ. 1980 โดยนำเครื่องมือชุดแรกจำนวน 54 ข้อ ไปหาความตรงเชิงโครงสร้าง พบว่าข้อคำถามบางข้อมีความหมายซ้ำซ้อนกันจึงลดข้อคำถามลงเหลือ 30 ข้อ แล้วนำไปหาความเที่ยงได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .91 แต่ปัจจัยด้านการทำนายมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .64 จึงสร้างข้อคำถามเพิ่มขึ้นอีก 4 ข้อ รวมเป็น 34 ข้อ แล้วนำไปวิเคราะห์ซ้ำโดยนำไปศึกษากับผู้ป่วย อายุกรรมจำนวน 100 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .72 ต่อมาในปี ค.ศ. 1983 มิเชลได้นำเครื่องมือชุดเดิมนี้อันประกอบด้วยองค์ประกอบ 4 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านความคลุมเครือเกี่ยวกับภาวะการเจ็บป่วย 2) ด้านความซับซ้อนเกี่ยวกับการรักษาและระบบการดูแลสุขภาพ 3) ด้านการขาดข้อมูลหรือได้รับข้อมูลที่ไม่เพียงพอเกี่ยวกับการวินิจฉัยโรค และ 4) ด้านการไม่สามารถทำนายการดำเนินของโรคและพยากรณ์โรค นำไปศึกษากับผู้ป่วยที่วินิจฉัยโรคแตกต่างกันจำนวน 268 ราย ได้ค่าความเชื่อมั่นขององค์ประกอบทั้ง 4 ด้าน อยู่ในช่วงระหว่าง .70 ถึง .91

สำหรับการหาความตรงเชิงโครงสร้าง (Construct validity) มิเชล (Mishel, 1981) ได้ทำการทดสอบ 2 วิธีคือ

1. วิธีทราบกลุ่มตัวอย่าง (Known groups technique) โดยศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยอายุกรรม ผู้ป่วยศัลยกรรม และผู้ป่วยที่อยู่ระหว่างดำเนินการเพื่อการวินิจฉัย จำนวน 253 คน พบว่า ผู้ป่วยที่อยู่ระหว่างดำเนินการเพื่อการวินิจฉัยโรคมักจะแสดงความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยสูงสุด รองลงมาคือผู้ป่วยอายุกรรม และผู้ป่วยศัลยกรรม ตามลำดับ หลังจากนั้นนำไปทดสอบในผู้ป่วยที่ได้รับการสวนหัวใจที่ยังไม่ได้รับการวินิจฉัยแน่นอนกับผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกเลือด ผลพบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการสวนหัวใจมีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยสูงกว่า จากผลการศึกษาทั้งสองเป็นไปตามโครงสร้างของทฤษฎี

2. การหาความตรงตามความสอดคล้อง (Convergent validity) โดยการหาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยและระดับความเครียดของผู้ป่วย

ขณะอยู่ในโรงพยาบาล โดยใช้แบบวัดภาวะเครียดขณะอยู่ในโรงพยาบาลของโวลลิเชอร์และคณะ (Volicer, et al.) ผลการศึกษาพบว่า ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับระดับความเครียดของผู้ป่วยขณะอยู่โรงพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งเป็นไปตามการคาดคะเนของทฤษฎี

มิเชล (Mishel, 1986 cited in Mishel, 1990) ได้ทำการวิเคราะห์ห้องค์ประกอบใหม่ โดยนำไปศึกษากับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 616 คน ยังคงพบว่ามีองค์ประกอบ 4 ด้าน เช่นเดิม แต่ค่าความเที่ยงของเครื่องมือในด้านที่ 3 และด้านที่ 4 ไม่คงที่ ต่อมาในปี ค.ศ. 1989 มิเชลได้นำเครื่องมือชุดเดิมที่มีองค์ประกอบ 4 ด้าน มาศึกษาในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 1,199 ราย ได้แก่ กลุ่มผู้ป่วยโรคมะเร็ง โรคหัวใจ และโรคเรื้อรัง หลังจากการวิเคราะห์ห้องค์ประกอบแล้วพบว่า มีองค์ประกอบ 4 ด้าน ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 32 ข้อ ซึ่งด้านที่ 1 และ 2 มีความหมายคงเดิมคือ 1) ความคลุมเครือเกี่ยวกับภาวะการเจ็บป่วย ประกอบด้วยข้อคำถาม 13 ข้อ 2) ความซับซ้อนเกี่ยวกับการรักษา และระบบการดูแลสุขภาพ ประกอบด้วยข้อคำถาม 7 ข้อ ส่วนด้านที่ 3 และ 4 พบว่ามีความหมายเปลี่ยนไปคือ ด้านที่ 3 จากการขาดข้อมูลเปลี่ยนเป็นความไม่สม่ำเสมอในเรื่องของข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการวินิจฉัยและความเจ็บป่วย ประกอบด้วยข้อคำถาม 7 ข้อ และด้านที่ 4 จากการไม่สามารถทำนายและพยากรณ์โรคได้เปลี่ยนเป็นการไม่สามารถทำนายการเจ็บป่วย การรักษาและผลของการเจ็บป่วย ประกอบด้วยข้อคำถาม 5 ข้อ และคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคของแบบสอบถามทั้งหมด ได้ค่าเท่ากับ 0.91, 0.86 และ 0.83 ในกลุ่มผู้ป่วยโรคมะเร็ง โรคหัวใจ และโรคเรื้อรัง ตามลำดับ

ในประเทศไทย ทิพาพร วงศ์หษ์กุล (2533) ได้นำเครื่องมือของมิเชลซึ่งประกอบด้วยข้อคำถาม 28 ข้อ มาใช้ในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษาจำนวน 74 ราย โดยติดตามสนับสนุนและให้ความรู้ในผู้ป่วยกลุ่มทดลอง และพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และได้ค่าความเที่ยงของเครื่องมือทั้งหมดโดยมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคตามลำดับดังนี้ ก่อนได้รับการรักษา ระหว่างรับรังสีรักษา และก่อนสิ้นสุดการรักษา เท่ากับ 0.83, 0.88 และ 0.88

มณฑา ลิ้มทองกุล (2535) ได้นำเครื่องมือของมิเชลซึ่งประกอบด้วยข้อคำถาม 32 ข้อ (Mishel, 1990) มาแปลและดัดแปลงให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่าง เหลือข้อคำถาม 24 ข้อ นำไปศึกษากับผู้ป่วยที่มีก่อนบริเวณเต้านมขณะรอฟังผลการตรวจชิ้นเนื้อจำนวน 20 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.84 และเมื่อนำไปใช้ในกลุ่มตัวอย่าง 80 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.76

อรพิน เกตุแก้วมณี (2541) ได้นำเครื่องมือของมิเชล (Mishel, 1981) มาดัดแปลง ประกอบด้วยข้อคำถาม 30 ข้อ และนำมาใช้กับหญิงมีครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีจำนวน 10 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.71

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงวัดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของหญิงมีครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี โดยใช้แบบวัดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของมิเชลซึ่งได้ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงโครงสร้าง และการหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือมาแล้วเป็นที่น่าเชื่อถือได้

#### การปรับทางจิตสังคมของหญิงมีครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี

การปรับตัวเป็นภาวะที่บุคคลตอบสนองต่อภาวะเจ็บป่วย ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และการทำหน้าที่ในสังคม รวมถึงการเปลี่ยนแปลงในภาวะสุขภาพ (Pollock, 1986) และเป็นคุณลักษณะที่จำเป็นของบุคคลที่จะช่วยให้บุคคลตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงของสิ่งแวดล้อมที่จะก่อให้เกิดอันตรายได้อย่างเหมาะสม (Luckman & Sorensen, 1993)

การปรับทางจิตสังคม (psychosocial adjustment) เป็นปัจจัยหนึ่งในการพิจารณาผลลัพธ์ที่ตามมาของกระบวนการปรับตัว โดยประเมินสิ่งที่แสดงถึงความสามารถในการปรับทางจิตสังคมด้านต่าง ๆ ต่อความเครียด เป็นความนึกคิด พฤติกรรมที่บุคคลแสดงออกทั้งทางด้านสุขภาพกาย สภาพจิตใจ และการทำหน้าที่ในสังคม โดยเฉพาะในหญิงมีครรภ์นั้นเมื่อมีการติดเชื้อเอชไอวีจะส่งผลกระทบต่อภาวะจิตสังคมและการปรับทางจิตสังคมของหญิงมีครรภ์เป็นอย่างมาก ทำให้รู้สึกขาดที่พึ่ง ขาดผู้ดูแล (Cassens, 1985; Wolcott, 1986) นอกจากนี้จะต้องปรับตัวต่อความเจ็บป่วยทางด้านร่างกายที่นับวันจะทรุดหนักลงตามระยะเวลาของการได้รับเชื้อแล้ว ยังจะต้องปรับตัวต่อภาวะเครียดตลอดระยะเวลาของการเผชิญต่อโรคร้าย ทำให้ต้องแยกตัวออกจากสังคม การทำหน้าที่ในสังคมลดลง รู้สึกว่าตนเองแตกต่างจากบุคคลอื่น ไม่ได้เป็นส่วนหนึ่งของสังคม มีการประเมินคุณค่าในตนเองต่ำ ขวัญและกำลังใจลดลง เกิดปัญหาจิตใจตามมา ทำให้มีผลกระทบต่อสุขภาพกาย (somatic health) อีกทั้งต้องเผชิญต่อความรังเกียจของสังคม และจะต้องดำเนินชีวิตอยู่อย่างบุคคลที่มีความเสี่ยงตลอดเวลา (Denise, 1990)

เดอโรเกติส (Derogatis, 1986) ได้ให้ความหมายของการปรับทางจิตสังคมว่าหมายถึง ความคิดเห็น ความรู้สึก หรือพฤติกรรมที่บุคคลแสดงออกทั้งทางด้านสุขภาพกาย จิตใจ และการทำหน้าที่ในสังคม เดอโรเกติสมีแนวคิดว่ามนุษย์ทุกคนต้องมีการปรับตัวด้วยกันทั้งสิ้น ซึ่งแต่ละคนจะมีแบบแผนในการปรับตัวแตกต่างกันออกไป เพื่อสนองความต้องการทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม โดยด้านร่างกายพิจารณาจากการดูแลสุขภาพของตนเองด้านจิตใจพิจารณารวมถึงเจตคติ

ความรู้สึก อารมณ์ ความไม่สุขสบายทางจิตใจ สำหรับทางด้านสังคมพิจารณารวมถึงแรงผลักดันทางสังคม และสัมพันธภาพของบุคคลและสังคมที่มีผลต่อพฤติกรรมปรับตัว ได้แก่ สภาพแวดล้อมเกี่ยวกับอาชีพ สภาพแวดล้อมภายในบ้าน สภาพแวดล้อมทางสังคม สัมพันธภาพทางเพศ สัมพันธภาพกับญาติที่อยู่ห่างกัน จากแนวคิดนี้เดอโรเกติจึงได้สร้างแบบวัดการปรับทางจิตสังคมโดยประเมินจาก 7 ด้าน ดังต่อไปนี้

1. ด้านการดูแลสุขภาพ (health care orientation) เป็นการประเมินความคิด ความต้องการต่อการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น เช่น การดูแลสุขภาพของตนเอง ความต้องการการดูแลเอาใจใส่ และความคิดเห็นเกี่ยวกับคุณภาพของการรักษา เป็นต้น

2. ด้านสภาพแวดล้อมเกี่ยวกับอาชีพ (vocational environment) เป็นการประเมินความรู้สึกนึกคิดที่เป็นผลกระทบของการเจ็บป่วยต่อการปฏิบัติงาน เช่น ขาดงาน และไม่สามารถทำงานได้เช่นเดิม เป็นต้น

3. ด้านสภาพแวดล้อมภายในบ้าน (domestic environment) เป็นการประเมินความคิดเกี่ยวกับคุณภาพของสัมพันธภาพระหว่างสมาชิกในครอบครัว การสื่อสารภายในครอบครัว งานบ้านที่รับผิดชอบ ความต้องการความช่วยเหลือจากญาติพี่น้อง และผลกระทบต่อสภาพเศรษฐกิจในครอบครัว

4. ด้านสัมพันธภาพทางเพศ (sexual relationships) เป็นการประเมินความรู้สึกเกี่ยวกับคุณภาพของสัมพันธภาพทางเพศระหว่างสามีและภรรยาในระหว่างที่มีภาวะเจ็บป่วย เช่น ความถี่ของการมีเพศสัมพันธ์ ความสนใจในเรื่องเพศสัมพันธ์ ความผิดปกติทางด้านเพศสัมพันธ์ และการเกิดปัญหาระหว่างสามีและภรรยาที่เกิดจากเพศสัมพันธ์ เป็นต้น

5. ด้านสัมพันธภาพกับครอบครัวขยาย (extended family relationship) เป็นการประเมินสัมพันธภาพกับญาติ ความสนใจที่จะพบปะกับญาติที่ไม่ได้อยู่ร่วมกันในขณะที่เจ็บป่วย และความต้องการความช่วยเหลือจากญาติที่อยู่ห่างกัน

6. ด้านสภาพแวดล้อมทางสังคม (social environment) เป็นการประเมินการใช้เวลาว่างให้เกิดประโยชน์ การทำงานอดิเรก การเข้าร่วมกิจกรรมในสังคม และความสนใจในการให้เวลาร่วมกับคนอื่น

7. ด้านความไม่สุขสบายทางจิตใจ (psychological distress) เป็นการประเมินความไม่สบายใจ เช่น ความวิตกกังวล ความเศร้า ความรู้สึกผิด การตำหนิตนเอง ความกลัว ความรู้สึกที่ตัวเองไม่มีคุณค่า และการสูญเสียภาพลักษณ์จากการเจ็บป่วย เป็นต้น

โดยสรุป การปรับทางจิตสังคมหมายถึง ความคิดเห็น ความรู้สึก หรือพฤติกรรมของบุคคลที่แสดงออกทั้งทางด้านร่างกาย สภาพจิตใจ และการทำหน้าที่ในสังคม เพื่อเผชิญต่อความเครียด และสามารถดำรงชีวิตอย่างปกติสุข

### การประเมินการปรับทางจิตสังคม

เดอโรเกติส (Derogatis, 1986) ได้สร้างและพัฒนาเครื่องมือสำหรับประเมินเรียกว่า แบบวัดการปรับทางจิตสังคมต่อความเจ็บป่วย (Psychosocial Adjustment to Illness Scale : PAIS) มีข้อคำถามทั้งทางบวกและทางลบ จำนวน 45 ข้อ โดยประเมินการปรับทางจิตสังคม 7 ด้าน คือ ด้านการดูแลสุขภาพ ด้านสภาพแวดล้อมเกี่ยวกับอาชีพ ด้านสภาพแวดล้อมภายในบ้าน ด้านสัมพันธภาพทางเพศ ด้านสัมพันธภาพกับครอบครัวขยาย ด้านสภาพแวดล้อมทางสังคม และด้านความไม่สุขสบายทางจิตใจ

มอโร ชีแยเรลโล และเดอโรเกติส (Morro, Chiarello & Derogatis, 1978) ได้ตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ โดยหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยใช้วิธีการสังเกตระหว่างผู้ประเมิน (interrater reliability) ในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นโรคฮอดคินส์ (Hodgkin's disease) จำนวน 37 ราย โดยใช้ผู้ร่วมสังเกตทั้งหมด 5 คน ประกอบด้วย แพทย์ 1 คน เทคนิคการแพทย์ 2 คน นักสังคมสงเคราะห์ 1 คน และนักจิตวิทยา 1 คน หลังจากนั้นให้สมาชิกผู้ร่วมสังเกต 1 ใน 6 คน เป็นผู้สัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างโดยใช้แบบสอบถามการปรับทางจิตสังคม (PAIS) และสมาชิกที่เหลือ 5 คนจะเป็นผู้ร่วมสังเกตและให้คะแนนโดยใช้แบบวัดชุดเดียวกัน เมื่อครบ 37 รายแล้วจึงนำคะแนนที่ได้ไปหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์โดยรวมได้เท่ากับ 0.83 และรายด้านมีค่าอยู่ระหว่าง 0.33-0.82 ส่วนการตรวจสอบความตรงของเครื่องมือ ใช้วิธีหาความตรงตามโครงสร้างและความตรงตามเกณฑ์ในตัวอย่งกลุ่มเดียวกัน และญาติที่ดูแลผู้ป่วยโรคฮอดคินส์อีก 38 ราย รวมเป็น 75 ราย ในการหาความตรงตามโครงสร้างนั้นมอโรและคณะได้นำคะแนนที่ได้มาหาความสัมพันธ์ในแต่ละด้าน และพบว่าเนื้อหาในแต่ละด้านไม่มีความสัมพันธ์กัน นอกจากนี้ยังพบว่าในแต่ละด้านคือ ด้านการดูแลสุขภาพ ด้านสภาพแวดล้อมภายในบ้าน ด้านสัมพันธภาพทางเพศ ด้านสภาพแวดล้อมทางสังคม และด้านความไม่สุขสบายทางจิตใจ มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับคะแนนรวม ( $r = 0.46, 0.43, 0.47, 0.34$  และ  $0.44$  ตามลำดับ) ยกเว้นด้านสภาพแวดล้อมเกี่ยวกับอาชีพและด้านสัมพันธภาพกับครอบครัวขยาย พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับคะแนนรวม ส่วนความตรงตามเกณฑ์นั้นมอโรและคณะนำคะแนนที่ได้ของแต่ละด้านไปหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์กับเครื่องมืออื่นๆ เช่น ด้านการดูแลสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการวัดระดับ



ความพึงพอใจ  $r = 0.47$  ( $p < 0.05$ ) และความคาดหวังต่อคุณภาพการดูแลรักษา  $r = 0.47$  ( $p < 0.001$ ) นอกจากนี้ด้านความไม่สุขสบายทางจิตใจพบว่า มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าด้วย

มุกดา คุณาวุฒินันท์ (2535) ได้นำเครื่องมือของเดอโรเกติสมาแปลเป็นภาษาไทย และเสนอให้ผู้ทรงคุณวุฒิทางการแพทย์ และนักพฤกษศาสตร์ จำนวน 5 ท่าน ตรวจสอบความถูกต้องและความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ ยกเว้นด้านความสัมพันธ์ทางเพศ เหลือข้อคำถามทั้งหมด 39 ข้อ แล้วนำไปตรวจสอบความเชื่อมั่นในกลุ่มผู้ป่วยโรคจอประสาทตาออก ที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลรามารินทร์ จำนวน 20 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคโดยรวมเท่ากับ 0.90 และเมื่อนำเครื่องมือนี้ไปตรวจสอบความเชื่อมั่นในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 42 ราย ก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล และเมื่อติดตามผลการรักษาได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.86 และ 0.93 ตามลำดับ ต่อมาจันทร์ทิพย์ วงศ์วิวัฒน์ (2536) ได้นำเครื่องมือนี้มาตรวจสอบความเชื่อมั่นในกลุ่มผู้ป่วยภายหลังการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตาย จำนวน 15 ราย โดยตัดข้อคำถามด้านสัมพันธ์ภาพกับครอบครัวขยายและด้านสภาพแวดล้อมภายในบ้านออก เหลือข้อคำถาม 33 ข้อ ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.89 และนำไปใช้ในงานวิจัยกับกลุ่มตัวอย่างอีก 80 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.87 นอกจากนี้ สิริลักษณ์ วรรณระพงษ์ (2539) ได้นำเครื่องมือนี้มาใช้กับผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มาตรวจรักษาในแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลนครพิงค์ จำนวน 20 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.85

ในการศึกษารุ่นนี้ได้เลือกใช้เครื่องมือการปรับทางจิตสังคมต่อภาวะเจ็บป่วยของเดอโรเกติส (Derogatis, 1986) ทั้ง 7 ด้าน รวมข้อคำถามทั้งหมด 45 ข้อ เป็นเกณฑ์ในการพิจารณาการปรับทางจิตสังคม ซึ่งแสดงออกในหลายด้าน โดยครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม

#### แรงสนับสนุนทางสังคมของหญิงมีครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี

แรงสนับสนุนทางสังคม (social support) เป็นตัวแปรทางจิตสังคมซึ่งมีผลต่อภาวะสุขภาพของบุคคล (Collaghan & Morrissey, 1993; Kong, Perrucci, C. C. & Perrucci, R. C., 1993) โดยมีผลกระทบต่อภาวะสุขภาพทั้งทางตรงและทางอ้อม โดยเป็นกันชนหรือเบาะรองรับความเครียด (Cohen & Wills, 1985) มีผู้ให้ความหมายของแรงสนับสนุนทางสังคมดังนี้

ไวสส์ (Weiss, 1974 cited in Wilson & Kneise, 1989) กล่าวว่า แรงสนับสนุนทางสังคม หมายถึง ความสัมพันธ์ของบุคคลทางสังคม ที่จะดำรงรักษาไว้ซึ่งความผาสุกด้านจิตใจ

คอบบ์ (Cobb, 1976) กล่าวว่า แรงสนับสนุนทางสังคมเป็นการให้ข้อมูลที่ทำให้บุคคลเชื่อว่ามีคนรักและสนใจ ยกย่อง มองเห็นคุณค่า รู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของสังคมและมีความผูกพัน

คาห์น (Kahn, 1979) กล่าวว่า แรงสนับสนุนทางสังคมเป็นปฏิสัมพันธ์อย่างมีจุดมุ่งหมายระหว่างบุคคลหนึ่งไปยังอีกบุคคลหนึ่ง ประกอบด้วย การถ่ายทอดความรู้สึกที่ดี ความรักใคร่ผูกพัน การช่วยเหลือซึ่งกันและกัน การยอมรับและเห็นด้วยกับพฤติกรรมของอีกบุคคลหนึ่ง ซึ่งอาจเกิดขึ้นเพียงอย่างใดอย่างหนึ่งหรือมากกว่า

เฮาส์ (House, 1981 cited in Brown, 1986) กล่าวว่า แรงสนับสนุนทางสังคมเป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ประกอบด้วย ความรัก ความห่วงใย ความไว้วางใจ ความช่วยเหลือด้านการเงิน วัตถุ สิ่งของ แรงงาน เวลา และข้อมูลข่าวสาร ตลอดจนการให้ข้อมูลป้อนกลับ และข้อมูลเพื่อเปรียบเทียบและประเมินตนเอง

ฮับบาร์ด มุลเลนแคมป์ และบราวน์ (Hubbard, Muhlenkamp & Brown, 1984) กล่าวว่า แรงสนับสนุนทางสังคมเป็นโครงสร้างหลายมิติ ซึ่งประกอบด้วยการติดต่อสื่อสารในด้านดี ทำให้มีความรู้สึกผูกพัน เป็นส่วนหนึ่งของสังคม และมีการแลกเปลี่ยนซึ่งกันและกัน โดยคำนึงถึงแหล่งที่มาของการสนับสนุนด้วย

เฮลเลอร์และสวินเดิล (Heller & Swindle cited in Creasia & Parker, 1991) กล่าวว่า แรงสนับสนุนทางสังคมเป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างสิ่งแวดล้อมของบุคคลในช่วงเวลาหนึ่ง โดยที่บุคคลมีบทบาทในการเลือกและดำรงไว้ซึ่งความสัมพันธ์ของการสนับสนุน

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกใช้แนวคิดแรงสนับสนุนทางสังคมของไวสต์ โดยสรุปว่า แรงสนับสนุนทางสังคมเป็นการรับรู้ถึงความรักใคร่ผูกพัน ความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นในสังคม การให้ความช่วยเหลือแก่บุคคลอื่น ที่ทำให้บุคคลนั้นรู้สึกว่าตนเป็นส่วนหนึ่งของสังคม และรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (Weiss, 1974 cited in Wilson & Kneise, 1989)

#### แหล่งและชนิดของแรงสนับสนุนทางสังคม

แหล่งของแรงสนับสนุนทางสังคม มีความสำคัญต่อชนิดและปริมาณของการสนับสนุนทางสังคมที่ได้รับ เนื่องจากชนิดของแรงสนับสนุนทางสังคมจะเปลี่ยนแปลงไปตามแหล่งที่ให้แรงสนับสนุนทางสังคม นอกจากนั้นแหล่งของแรงสนับสนุนทางสังคมยังสามารถบอกถึงขนาดของเครือข่าย (net work size) ทางสังคม ซึ่งเป็นตัวกำหนดปริมาณการสนับสนุนทางสังคมที่บุคคลได้รับด้วย

นักวิจัยได้แบ่งชนิดของแรงสนับสนุนทางสังคมตามแนวคิดของแต่ละบุคคลที่มีลักษณะคล้ายคลึงกันดังนี้

คอบบ์ (Cobb, 1976) ได้แบ่งแรงสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 3 ชนิด คือ

1. การสนับสนุนด้านอารมณ์ (emotional support) เป็นข้อมูลที่บุคคลเชื่อว่าเขาได้รับความรัก การดูแลเอาใจใส่ ซึ่งมักจะได้จากความสัมพันธ์ที่ใกล้ชิด และมีความผูกพันลึกซึ้งต่อกัน
2. การสนับสนุนด้านการยอมรับ ยกย่อง และเห็นคุณค่า (esteem support) เป็นข้อมูลที่จะบอกว่าบุคคลนั้นมีคุณค่า มีผู้ให้การยอมรับ เกิดความภูมิใจ และมั่นใจในตนเอง
3. การสนับสนุนด้านการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม (social support or network support) เป็นข้อมูลที่บอกให้ทราบว่าบุคคลนั้นเป็นสมาชิกหรือส่วนหนึ่งของเครือข่ายทางสังคม และมีความผูกพันซึ่งกันและกัน

ทอยส์ (Thoits, 1982) ได้แบ่งชนิดของแรงสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 3 ชนิด คือ

1. การสนับสนุนด้านเครื่องมือ (instrument aid) หมายถึง การได้รับความช่วยเหลือด้านแรงงาน เงิน วัสดุอุปกรณ์ สิ่งของ ที่จะทำให้บุคคลที่ได้รับนั้นสามารถดำรงบทบาทหรือหน้าที่รับผิดชอบได้ปกติ
2. การสนับสนุนด้านอารมณ์และสังคม (socioemotional aid) หมายถึง การได้รับความรัก การดูแลเอาใจใส่ การยอมรับ การเห็นคุณค่า และความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของสังคม
3. การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (information aid) หมายถึง การได้รับข้อมูลข่าวสาร รวมทั้งคำแนะนำและการป้อนกลับ

คาห์น (Kahn, 1979) แบ่งแรงสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 3 ชนิด คือ

1. ความผูกพันทางอารมณ์และความคิด (affect) เป็นการแสดงออกถึงอารมณ์ในทางบวกของบุคคลหนึ่งที่มีต่อบุคคลหนึ่ง ในรูปของความรักใคร่ผูกพัน การเคารพยกย่อง การยอมรับ
2. การยืนยันหรือการรับรองพฤติกรรมของกันและกัน (affirmation) เป็นการแสดงออกถึงการเห็นด้วย การยอมรับในความถูกต้องเหมาะสมทั้งความคิดและการกระทำของผู้อื่น
3. การให้ความช่วยเหลือ (aid) เป็นการให้วัตถุ สิ่งของ เงิน ข้อมูลข่าวสาร และเวลา ซึ่งเป็นความช่วยเหลือโดยตรง

เฮาส์ (House, 1981 cited in Cronenwett, 1985; cited in Tilden, 1985; cited in Brown, 1986) แบ่งแรงสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 4 ชนิด คือ

1. การสนับสนุนทางอารมณ์ (emotional support) หมายถึง การได้รับความรัก ความเอาใจใส่ ความเห็นอกเห็นใจ การยอมรับนับถือ
2. การสนับสนุนทางด้านการประเมินเปรียบเทียบ (appraisal support) หมายถึง การให้ข้อมูล เพื่อนำไปใช้ในการประเมินตนเอง หรือเรียนรู้ตัวเอง ได้แก่ การเห็นพ้อง การรับรอง และการให้ข้อมูลป้อนกลับ เป็นต้น ซึ่งจะทำให้เกิดความมั่นใจ

3. การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (information support) หมายถึง การให้คำแนะนำข้อเท็จจริง แนวทางปฏิบัติ หรือแนวทางเลือกที่สามารถนำไปใช้ในการแก้ปัญหาที่กำลังเผชิญอยู่ได้

4. การสนับสนุนด้านวัตถุสิ่งของ การเงิน และแรงงาน (instrumental support) หมายถึง การช่วยเหลือโดยตรงต่อความจำเป็นของคน เช่น เงิน แรงงาน และเวลา เป็นต้น

ไวสส์ (Weiss, 1974 cited in Wilson & Kneise, 1989) แบ่งแรงสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 6 ชนิด คือ

1. ความใกล้ชิดผูกพันซึ่งทำให้บุคคลเกิดความรู้สึกมั่นคง
2. การรับรู้ว่าคุณเป็นส่วนหนึ่งของสังคม จากการแลกเปลี่ยนความคิด ข้อมูล และห่วงใยซึ่งกันและกัน
3. การได้มีโอกาสยอมรับเล็งดูหรือช่วยเหลือผู้อื่น
4. การรับรู้ถึงการมีคุณค่าในตนเอง
5. การรับรู้ถึงความเชื่อใจไว้วางใจบุคคลอื่นทำให้บุคคลเกิดความแน่ใจที่จะได้รับความช่วยเหลืออย่างต่อเนื่อง
6. การได้รับการชี้แนะ เพราะการได้รับข้อมูลจะทำให้บุคคลเชื่อว่าตนได้รับความดูแลเอาใจใส่

#### กลไกของแรงสนับสนุนทางสังคม

โคเฮนและวิลล์ (Cohen & Will, 1985) ได้ศึกษาผลของแรงสนับสนุนทางสังคมต่อภาวะสุขภาพและภาวะเครียด และพบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะสุขภาพและการปรับตัวต่อภาวะเครียด โดยเสนอสมมติฐานเกี่ยวกับกลไกของแรงสนับสนุนทางสังคมที่มีผลต่อภาวะสุขภาพไว้ 2 ลักษณะ คือ

1. แรงสนับสนุนทางสังคมมีผลโดยตรงต่อภาวะสุขภาพ (direct effect) การได้รับความช่วยเหลือโดยตรงจะทำให้บุคคลเกิดอารมณ์ที่มั่นคงกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น และตระหนักถึงการมีคุณค่าในตนเอง มีผลต่อพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพให้ไปในทางดีและถูกต้อง จึงมีผลต่อภาวะสุขภาพโดยตรง นอกจากนี้การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมยังมีผลต่อการทำหน้าที่ของระบบภูมิคุ้มกันและระบบฮอร์โมนในร่างกาย ด้วยเหตุนี้บุคคลที่มีแรงสนับสนุนทางสังคมมาก จึงมีภาวะสุขภาพและมีความสุขดีกว่าผู้ที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมน้อยกว่า

2. แรงสนับสนุนทางสังคมเป็นเบาะรองรับความเครียด หรือบรรเทาผลกระทบที่เกิดจากภาวะเครียด (buffering effect) โดยจะป้องกันไม่ให้เกิดความเจ็บป่วยทั้งด้านร่างกายและจิตใจ เนื่องจากความเครียดเกิดจากความรู้สึกว่าตนเองไร้คุณค่า หดหนทางแก้ไขปัญหา สูญเสีย

ความภาคภูมิใจในตนเอง และไม่สามารถเผชิญกับเหตุการณ์นั้นได้ การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมที่เพียงพอจะช่วยปกป้องบุคคลจากภาวะเครียดได้โดย 1) ช่วยให้บุคคลได้ประเมินเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นนั้นว่าไม่รุนแรงหรือรุนแรงน้อยลง เพราะการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจะทำให้บุคคลเกิดความรู้สึกว่าไม่ว่าจะมีเหตุการณ์ใดเกิดขึ้นจะมีผู้ที่สามารถให้ความช่วยเหลือหรือบรรเทาความเครียดให้น้อยลงได้ 2) ช่วยลดหรือกำจัดปฏิกิริยาที่เกิดจากความเครียด หรือผลของความเครียดที่มีต่อร่างกายโดยตรง โดยช่วยให้บุคคลได้มีการแก้ไขปัญหา ลดการรับรู้ถึงความสำคัญของปัญหาซึ่งมีผลต่อการทำงานของระบบฮอร์โมน ทำให้บุคคลมีการรับรู้ต่อภาวะเครียดน้อยลง นอกจากนี้ยังมีผลต่อการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพ การได้ข้อมูลจะทำให้บุคคลมีการรับรู้เกี่ยวกับตนเองและสิ่งแวดล้อมมากขึ้น เข้าใจในเหตุการณ์ได้ดียิ่งขึ้นโดยมีการประเมินเหตุการณ์นั้นซ้ำ ซึ่งจะช่วยให้บุคคลสามารถควบคุมสถานการณ์ได้ ทั้งยังเพิ่มแรงจูงใจในการปรับตัว และสนับสนุนให้บุคคลมีความพยายามที่จะเผชิญปัญหาทางด้านการรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพ โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่เจ็บป่วยรุนแรง

แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสำคัญต่อหญิงมีครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี เนื่องจากแรงสนับสนุนจาก ครอบครัว ชุมชน และสังคม จะช่วยให้ผู้ติดเชื้อสามารถดำรงชีวิตที่เป็นปกติสุขในสังคมได้ต่อไป (จิราลักษณ์ จงสถิตย์มัน, 2538) ช่วยลดภาวะการแยกตัวจากความรู้สึกที่เป็นตราบาป และความไม่สนใจตัวเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี (Ribble, 1989) ช่วยให้ผู้ติดเชื้อเผชิญกับภาวะเครียดอย่างมีประสิทธิภาพ (Cassel, 1976 cited in Mc Gough, 1990; Leserman, Perkin & Evans, 1992) นอกจากนี้แรงสนับสนุนทางสังคมยังมีความสัมพันธ์กับการทำหน้าที่ของระบบภูมิคุ้มกัน โดยทำให้ที-เซลล์ (T-cell) มีจำนวนมากขึ้น และทำให้มีระดับภูมิคุ้มกันเพิ่มขึ้น (Jemmott & Locke, 1984 cited in Mc Gough, 1990; Lovejoy & Session, 1989; Pilisuk & Froland, 1978) ดังเช่นการศึกษาของโซโลมอน (Solomon, 1987 cited in Mc Gough, 1990) ที่พบว่าความเครียดและองค์ประกอบด้านจิตสังคมมี อิทธิพลต่อระบบภูมิคุ้มกันของผู้ที่ติดเชื้อเอชไอวี กล่าวคือ ถ้าผู้ป่วยได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจะทำให้ความเครียดลดลง มีผลทำให้ระดับภูมิคุ้มกันในร่างกายเพิ่มขึ้น และมีชีวิตยืนยาว นอกจากนี้ในกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจะมีชีวิตหลังจากได้รับการวินิจฉัยว่าติดเชื้อยาวนานกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมเฉลี่ยแล้ว 3-5 ปี หลังจากนั้น นูนส์ เรมอนย์ นิโคลาส ลูเนอร์ และเวบสเตอร์ (Nunes, Raymond, Nicholas, Leuner, & Webster, 1995) พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น และแอนดรู (Andrews, 1995) พบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมจะช่วยให้หญิงมีครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีเกิดกำลังใจที่ต้องดำรงชีวิตอยู่ให้ได้นานที่สุดเพื่อเลี้ยงดูบุตร

### การประเมินแรงสนับสนุนทางสังคม

การสร้างเครื่องมือเพื่อประเมิน หรือวัดการรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคมนั้นมีความแตกต่างกันไปตามแนวคิดของแต่ละบุคคล โดยทั่วไปบุคคลจะได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมมากน้อยเพียงไรขึ้นอยู่กับเครื่องมือช่วยทางสังคมหรือแหล่งสนับสนุนที่เพียงพอ แคปแลนและนอร์เบค (Kaplan, 1977; Norbeck, 1981 cited in Heitzman & Kaplan, 1988) ได้ประเมินแหล่งของแรงสนับสนุนทางสังคมอย่างเดี่ยว ในขณะที่แบรนต์และไวเนิร์ต (Brandt & Weinert, 1985 cited in Weinert, 1987) ได้ประเมินทั้งแหล่งของแรงสนับสนุนทางสังคมที่ได้รับและความพึงพอใจของบุคคล นอกจากนั้นยังมีรูปแบบการประเมินต่าง ๆ ได้แก่ แบบวัดแรงสนับสนุนทางสังคมของบราวน์ (Brown, 1986) ซึ่งรูปแบบประเมินการสนับสนุนทางด้านอารมณ์ ข้อมูลข่าวสาร วัตถุประสงค์ของ การเงินหรือแรงงาน หรือแบบประเมินแรงสนับสนุนด้านความช่วยเหลือ ของเซฟเฟอร์คอยเน่และลาซารัส (Chaefer, Coyne & Lazarus, 1981 cited in Heitzman & Kaplan, 1988) ได้แก่ สิ่งของ ข้อมูลข่าวสาร แต่ในการประเมินแรงสนับสนุนทางสังคมที่บุคคลได้รับนั้น นอกจากจะขึ้นอยู่กับจำนวนเครือข่ายของแหล่งสนับสนุนทางสังคมแล้วยังขึ้นอยู่กับเพียงพอของการได้รับด้วย ซึ่งจะประเมินได้โดยการรับรู้ของบุคคล เช่น แบบประเมินแหล่งประโยชน์ส่วนบุคคล ส่วนที่ 2 ของแบรนต์และไวเนิร์ต (Personal Resource Questionnaires Part 2) (Brandt & Weinert, 1985 cited in Weinert, 1987)

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้แบบประเมินแหล่งประโยชน์ส่วนบุคคลส่วนที่ 2 ของแบรนต์และไวเนิร์ต เนื่องจากเป็นแรงสนับสนุนทางสังคมที่บุคคลจะได้รับทั้งทางด้านร่างกาย ได้แก่ การได้รับความช่วยเหลือจากครอบครัวและสังคม ด้านจิตใจ ได้แก่ ความรักใคร่ผูกพัน การรับรู้ถึงความมีคุณค่าในตนเอง ด้านสังคม ได้แก่ การเป็นส่วนหนึ่งของสังคม รวมทั้งเป็นแรงสนับสนุนทางสังคมที่บุคคลจะให้แก่อื่น ๆ ได้แก่ การให้ความช่วยเหลือผู้อื่น โดยจะประเมินการรับรู้ถึงความเพียงพอของแรงสนับสนุนทางสังคม และใช้แนวคิดจากแรงสนับสนุนทางสังคมของไวส์ ที่ได้รวมประเด็นหลักของแรงสนับสนุนทางสังคมได้อย่างครบถ้วน ซึ่งประกอบด้วยการประเมินด้านการได้รับความช่วยเหลือด้านความรักใคร่ผูกพัน การรับรู้ว่าเป็นส่วนหนึ่งของสังคม การมีคุณค่าในตนเอง การได้รับความช่วยเหลือในด้านต่าง ๆ และการได้มีโอกาสช่วยเหลือผู้อื่น

การประเมินแบบประเมินแหล่งประโยชน์ส่วนบุคคลส่วนที่ 2 ของแบรนต์และไวเนิร์ต นั้น ไวเนิร์ต (Weinert, 1987) ได้หาความตรงตามโครงสร้าง (Construct validity) โดยวิเคราะห์องค์ประกอบของแบบวัด (Factor analysis) พบว่า แบ่งออกเป็น 3 องค์ประกอบคือ 1) ความใกล้ชิดผูกพันและการได้รับความช่วยเหลือในด้านต่าง ๆ 2) การแลกเปลี่ยนผลประโยชน์ซึ่งกันและกัน

3) การรับรู้ว่าเป็นส่วนหนึ่งของสังคม และหาความสัมพันธ์ของ 3 องค์ประกอบนี้พบว่ามีความสัมพันธ์กันในระดับต่ำ และสามารถแยกออกจากกันได้ แสดงถึงแบบประเมินนี้เป็นโครงสร้างหลายมิติ (Multidimensionality) และนำแบบประเมินนี้ไปใช้กับผู้ป่วยวัยกลางคนจำนวน 132 คน ได้หาความเที่ยงโดยการหาความสอดคล้องภายใน (Internal consistency) ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.89

จิราภา หงษ์ตระกูล (2532) ได้แปลแบบประเมินนี้และปรับให้เหมาะสมกับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ และนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่านตรวจสอบความตรงทางเนื้อหา (content validity) โดยผู้เชี่ยวชาญการพยาบาล 3 ท่าน ผู้เชี่ยวชาญในเรื่องแรงสนับสนุนทางสังคม 1 ท่าน และแพทย์ผู้เชี่ยวชาญโรคความดันโลหิตสูง 1 ท่าน ก่อนนำไปใช้กับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุจำนวน 100 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.90

เปรมฤทัย น้อยหมื่นไวย (2536) ได้นำแบบประเมินที่แปลแล้วนี้มาดัดแปลงและปรับข้อความให้เหมาะสมกับผู้ติดเชื้อเอชไอวี ก่อนนำแบบประเมินนี้ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ตรวจสอบความตรงทางเนื้อหา (content validity) โดยเป็นพยาบาลผู้เชี่ยวชาญทางด้านการใช้ทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม 3 ท่าน พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้ติดเชื้อเอชไอวี 1 ท่าน และแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคเอดส์ 1 ท่าน แล้วนำไปทดสอบหาค่าความเที่ยงตรงของแบบประเมินในผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีลักษณะเหมือนกลุ่มตัวอย่างทั้งใน 3 ระยะของโรค คือ ผู้ติดเชื้อเอชไอวีโดยไม่มีอาการ ผู้ที่มีอาการสัมพันธ์กับโรคเอดส์ และผู้ป่วยเอดส์เต็มขั้น กลุ่มละ 10 คน รวม 30 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค 0.87 และเมื่อนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างจริงจำนวน 120 คน ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.88

**ความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคม ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย และการปรับทางจิตสังคมของหญิงมีครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี**

การติดเชื้อเอชไอวีทำให้เกิดผลกระทบต่อหญิงมีครรภ์ ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม เป็นอย่างมาก จึงอาจก่อให้เกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ส่งผลให้หญิงมีครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีอาจมีการปรับทางจิตสังคมไม่เหมาะสม ซึ่งมิเชล (Mishel, 1988) กล่าวว่า เมื่อบุคคลมีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยในระดับสูง อาจก่อให้เกิดพฤติกรรมหลีกเลี่ยงปัญหา ไม่สามารถจัดการกับปัญหาที่ก่อให้เกิดความเครียด จึงส่งผลกระทบต่อ การปรับทางจิตสังคม นอกจากนี้ บุคคลที่มีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยระดับต่ำจะมีการปรับตัวดีกว่าบุคคลที่มีความรู้สึกไม่แน่นอนในระดับสูง (Mishel & Braden, 1987) ดังนั้นเมื่อหญิงมีครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีมีวิธี

การเผชิญกับปัญหาที่ใช้กับสถานการณ์ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยที่มีประสิทธิภาพเพียงพอ ก็อาจส่งผลให้หญิงมีครรภ์มีการปรับทางจิตสังคมได้อย่างเหมาะสม

แรงสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลทั้งทางตรงและทางอ้อมต่อการปรับทางจิตสังคมของบุคคล โดยทางตรงนั้นแรงสนับสนุนทางสังคมจะช่วยลดความเครียด ทำให้บุคคลเผชิญกับปัญหาได้ดี (Lazarus & Folkman, 1984 cited in Heverly, Lincoln, Regan-Kubinski & Sharts-Hopko, 1996) สอดคล้องกับการศึกษาของเมอร์เซอร์ (Mercer, 1985) และซาร์ (Zahr, 1991) ที่พบว่า มารดาที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมอย่างเพียงพอจะช่วยให้มารดาลดความเครียด สามารถควบคุมตนเอง แก้ปัญหาได้ตรงจุด เกิดความมั่นใจในการดูแลบุตร และส่งเสริมให้มารดามีการปรับตัวได้อย่างเหมาะสม ซึ่งการศึกษาวิจัยที่กล่าวถึงแรงสนับสนุนทางสังคมที่มีผลต่อความเครียดและการปรับทางจิตสังคมในหญิงมีครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีมีดังต่อไปนี้

แอนดรู วิลเลียม และเนล (Andrews, Williams & Neil, 1993) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างมารดาและทารกในมารดาที่ติดเชื้อเอชไอวี จำนวน 125 ราย พบว่า มารดาที่ติดเชื้อเอชไอวีได้รับความช่วยเหลือจากบิดาและมารดามากเป็นอันดับที่หนึ่ง อันดับที่สองจากสามี อันดับสามจากญาติ และอันดับที่สี่จากเพื่อน ๆ ทำให้มารดา รู้สึกอบอุ่น ไม่โดดเดี่ยว มีความหวังที่จะดำรงชีวิตต่อไป ช่วยเหลือมารดาเผชิญความเครียดได้ และส่งเสริมให้มีการปรับทางจิตสังคมที่ดี

ฟลอเรนซ์ ลูทเซน และอเล็กเซียส (Florence, Lutzen & Alexius, 1994) ได้ศึกษาในสตรีที่ติดเชื้อเอชไอวี จำนวน 8 ราย พบว่า สตรีที่ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวและสังคมสามารถเผชิญปัญหาได้ดีและมีการปรับตัวที่ดีกว่าสตรีที่ไม่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม

แอนดรู (Andrews, 1995) ได้ศึกษาเชิงคุณภาพถึงวิธีเผชิญภาวะเครียดในมารดาที่ติดเชื้อเอชไอวี จำนวน 3 ราย โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นมารดาที่ติดเชื้อเอชไอวีและอาศัยอยู่กับสามีและบุตรที่ติดเชื้อเช่นกัน ใช้วิธีสัมภาษณ์แบบลึก พบผลกระทบของการติดเชื้อที่มีต่อกลุ่มตัวอย่างมีลักษณะ 3 รูปแบบ คือ 1) การติดเชื้อเอชไอวีเป็นสิ่งรบกวนชีวิต (stressor) 2) การติดเชื้อเป็นสิ่งที่สังคมรังเกียจ (stigma) และ 3) การติดเชื้อเป็นสิ่งทำให้แต่ละบุคคลมีการเผชิญภาวะเครียด แอนดรู (Andrews, 1995) พบว่า ถึงแม้มารดาที่ติดเชื้อเอชไอวีต้องเผชิญต่อภาวะเครียดและทุกข์ทรมานทางจิตใจ แต่ก็จะต้องดำรงชีวิตอยู่ได้ให้นานที่สุดเพื่ออุปการะเลี้ยงดูบุตร บางครั้งอาจจะต้องดูแลสามีที่กำลังป่วยด้วยโรคเอดส์ และดูแลบิดามารดาที่อยู่ในวัยชรา สิ่งหนึ่งที่จะช่วยให้มารดาปรับตัวให้อยู่กับเหตุการณ์ดังกล่าวข้างต้นคือ แรงสนับสนุนทางสังคม โดยแรงสนับสนุนทางสังคมช่วยให้กลุ่มตัวอย่างสามารถเผชิญกับความเครียด ทำให้ปรับตัวอยู่กับภาวะติดเชื้อได้ โดยแรงสนับสนุนทาง



สังคมที่พบมาจากแหล่งต่าง ๆ คือ จากสามีและบุคคลในครอบครัว ครอบครัวขยาย เพื่อนบ้าน แพทย์ผู้รักษา ครูของบุตร เครือข่ายทางสังคม (social network) และจากชุมชน เป็นต้น

เรแกน กูบินสกี และชาตส์ เอนเจล (Regan-Kubinski & Sharts-Engel, 1992) ได้ศึกษาเรื่องการรับรู้เกี่ยวกับโรคของมารดาที่ติดเชื้อเอชไอวีจำนวน 38 ราย พบว่ามารดาได้รับความช่วยเหลือและได้รับกำลังใจในการต่อสู้กับปัญหาต่าง ๆ จากครอบครัวและเพื่อนมากเป็นอันดับหนึ่ง แพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมากเป็นอันดับสอง มีผลให้มารดาที่ติดเชื้อเอชไอวีได้รับความรัก ความเอาใจใส่ และมีกำลังใจที่จะต่อสู้กับภาวะเครียด และสามารถเผชิญกับปัญหาต่าง ๆ ได้ดี

ปิยะนันท์ ลิ้มเรืองรอง (2540) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคมกับการปรับตัวต่อบทบาทการเป็นมารดาในระยะคลอดของมารดาที่ติดเชื้อเอชไอวี จำนวน 80 ราย พบว่ามารดาที่ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัวและบุคคลใกล้ชิด ช่วยให้มารดามีสภาพจิตใจและอารมณ์ที่มั่นคง ช่วยส่งเสริมการปรับตัวต่อบทบาทการเป็นมารดาได้อย่างเหมาะสม

พัชรินทร์ กิติขงโสภณ (2541) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคมและพฤติกรรมการดูแลบุตรวัยเตาะแตะของมารดาที่ติดเชื้อเอชไอวี จำนวน 80 ราย พบว่า มารดาที่ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลต่าง ๆ ได้แก่ สามี บิดา มารดา ญาติพี่น้อง และเจ้าหน้าที่ที่มสุขภาพ จะช่วยให้มีพฤติกรรมดูแลบุตรวัยเตาะแตะได้ดี และสามารถปรับตัวได้อย่างเหมาะสม

นอกจากแรงสนับสนุนทางสังคมจะมีผลต่อการลดความเครียดโดยตรงดังเช่นการศึกษาวิจัยที่กล่าวมาแล้วนั้น ยังมีผลทางอ้อมต่อการปรับทางจิตสังคมของบุคคลด้วยคือ แรงสนับสนุนทางสังคมอาจจะช่วยลดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย สามารถป้องกันการเกิดภาวะวิกฤติของชีวิตโดยช่วยแปลความหมายของเหตุการณ์ (Wortman & Dunkel, 1979) นอกจากนี้นักวิจัยส่วนใหญ่พบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมมีอิทธิพลทั้งทางตรงและทางอ้อมต่อความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย โดยทางตรงนั้นแรงสนับสนุนทางสังคมจะช่วยเปลี่ยนแปลงรูปแบบของความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย 3 รูปแบบ คือ 1) ความคลุมเครือเกี่ยวกับสภาวะความเจ็บป่วย 2) ความซับซ้อนของการรักษาและระบบบริการสุขภาพ และ 3) การไม่สามารถทำนายการดำเนินของโรคและพยากรณ์โรค (Hilton, 1986 cited in Mishel, 1988; Mishel & Braden, 1987; Wortman, 1984) ส่วนโดยทางอ้อมนั้นแรงสนับสนุนทางสังคมจะช่วยให้รูปแบบของอาการแสดงชัดเจนยิ่งขึ้น (Mishel & Braden, 1988) นอกจากนั้นการให้แรงสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลข่าวสารระหว่างผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพจะช่วยทำให้ระดับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยลดลง

และแรงสนับสนุนทางสังคมที่เป็นวัตถุประสงค์ของจะช่วยลดความรู้สึกไม่แน่นอน โดยจะเป็นตัวประกันความแน่นอนของสิ่งแวดล้อม (King, 1983 cited in Mishel, 1988) และเมื่อความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยลดลง จึงส่งผลให้บุคคลมีการปรับทางจิตสังคมได้ดี ซึ่งแพทเทอสัน ฟริช และโกเดนเบิร์ก (Patterson, Fresse & Godenberg, 1986) พบว่า การที่หญิงมีครรภ์ได้มีโอกาสปรึกษาเครือข่ายทางสังคมและบุคคลที่สำคัญของพวกเขาจะช่วยป้องกันการเกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย และเป็นข้อบ่งชี้ถึงผลลัพธ์ของการตั้งครรภ์ว่าจะเป็นไปได้ในทางที่ดี ดังนั้นกรณีหญิงมีครรภ์ที่คิดเชื่อเอชไอวีเกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย และมีการปรับทางจิตสังคมไม่เหมาะสม ถ้าได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมอาจจะช่วยลดความเครียดและลดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ส่งผลให้หญิงมีครรภ์ที่คิดเชื่อเอชไอวีมีการปรับทางจิตสังคมที่เหมาะสมตามมา

ผลการวิจัยที่สนับสนุนแนวคิดของมิเชลที่ว่า ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยและแรงสนับสนุนทางสังคม มีผลต่อการปรับทางจิตสังคม ผู้วิจัยจำกัดขอบเขตทบทวนงานวิจัยเฉพาะที่เกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่าง 3 ตัวแปร ทั้งในประเทศและต่างประเทศ โดยรวมถึงการศึกษาในผู้ป่วยโรคมะเร็ง โรคเรื้อรัง และโรคเอดส์ในกลุ่มอื่น ๆ ด้วย เพราะผู้ป่วยกลุ่มนี้ต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงในชีวิต มีผลกระทบต่อความผาสุกและสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น ซึ่งคล้ายคลึงกับหญิงมีครรภ์ที่คิดเชื่อเอชไอวีดังนี้

มิเชลและบราเดน (Mishel & Braden, 1987) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคม ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย และการปรับทางจิตสังคมในผู้ป่วยมะเร็ง ระบบอวัยวะสืบพันธุ์สตรีจำนวน 44 ราย โดยติดตามระยะยาวตั้งแต่ได้รับการวินิจฉัยโรคขณะทำการรักษา และหลังรักษาที่มีอาการคงที่ โดยใช้เครื่องมือวัดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของมิเชล เครื่องมือวัดแรงสนับสนุนทางสังคมของนอร์เบค (Norbeck) และเครื่องมือวัดการปรับทางจิตสังคมของมอโร ชิเยเรลโล และเดอโรเกติส (Morrow, Chiarello & Derogatis, 1978) ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมสูงจะมีความรู้สึกไม่แน่นอนต่ำ นอกจากนี้ยังพบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมและรูปแบบความรู้สึกไม่แน่นอนจะเปลี่ยนแปลงไปตามระยะเวลาการรักษา โดยในระยะที่ได้รับการวินิจฉัยโรคจะมีความคลุมเครือต่อภาวะเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น และในช่วงของการรักษา แรงสนับสนุนทางสังคมจะช่วยลดความรู้สึกที่ไม่สามารถควบคุมเหตุการณ์ที่เกิดจากความซับซ้อนของการรักษาและระบบการให้บริการ และในระยะอาการคงที่ผู้ป่วยจะเริ่มรู้สึกไม่แน่ใจในอนาคตเกี่ยวกับโอกาสการเกิดซ้ำของโรค นั่นคือ การศึกษานี้สนับสนุนแนวคิดของมิเชลที่ว่าแรงสนับสนุนทางสังคมมีอิทธิพลต่อความรู้สึกไม่แน่นอนในทุกระยะ

เว็บสเตอร์ และคริสต์แมน (Webster & Christman, 1988) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย กับการเผชิญปัญหาในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย จำนวน 20 ราย โดยใช้เครื่องมือวัดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของมิเชล และเครื่องมือวัดวิธีการเผชิญปัญหาของจาโลวิก (Jalowiec coping scales) ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยของความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยสูง และการเผชิญปัญหาที่ผู้ป่วยส่วนใหญ่ใช้เมื่อมีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยสูง ได้แก่ การเผชิญปัญหาด้านจัดการกับอารมณ์ ส่วนผู้ป่วยที่มีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยต่ำ จะใช้การเผชิญปัญหาด้านการมุ่งแก้ปัญหามากกว่า

เฮเวอร์ลี ลินคอล์น เรแกน-คูบินสกี และชาตส์-ฮอปโค (Heverly, Lincoln, Regan-Kubinski & Sharts-Hopko, 1996) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความมีประสิทธิภาพแห่งตน ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย แรงสนับสนุนทางสังคม ภาวะเครียดทางจิตใจ และการเผชิญภาวะเครียดในมารดาที่ติดเชื้อเอชไอวี จำนวน 41 ราย โดยใช้เครื่องมือวัดการรับรู้ความมีประสิทธิภาพแห่งตนของแบนดูรา (Bandura) เครื่องมือวัดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของมิเชล (Mishel) เครื่องมือวัดแรงสนับสนุนทางสังคมของทิลเดน (The Tilden interpersonal relationship inventory) เครื่องมือวัดภาวะเครียดทางจิตใจของเดอโรเกติสและสเปนเซอร์ (Derogatis & Spencer) และเครื่องมือวัดการเผชิญปัญหาของฟอล์กแมนและลาซารุส (Folkman & Lazarus) กลุ่มตัวอย่างเป็นสตรีที่กำลังตั้งครรภ์จำนวน 28 ราย และทราบผลการวินิจฉัยตั้งแต่ในระยะตั้งครรภ์ เป็นมารดาที่ติดเชื้อเอชไอวีและได้เลี้ยงดูบุตร 13 ราย กลุ่มตัวอย่าง 3 ราย ตัดสินใจทำแท้ง ส่วนกลุ่มที่ดำเนินการตั้งครรภ์ได้คลอดทารกซึ่งติดเชื้อเอชไอวี 3 ราย และกลุ่มตัวอย่างได้เสียชีวิตระหว่างการศึกษาร้อยละ 10 ผลการศึกษาพบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะเครียดทางด้านจิตใจ กล่าวคือ กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจะมีระดับของความเครียดลดลง ซึ่งจะนำไปสู่การปรับตัวที่ดี นอกจากนี้ยังพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีการรับรู้ความมีประสิทธิภาพแห่งตนในระดับสูง จะมีวิธีการเผชิญปัญหาด้านการมุ่งแก้ปัญหาสูง และมีภาวะเครียดในจิตใจในระดับต่ำ ส่วนความสัมพันธ์ของความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยกับตัวแปรต่าง ๆ ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ เฮเวอร์ลีและคณะอธิบายว่าอาจเนื่องจากขนาดของกลุ่มตัวอย่างเล็กเกินไป

ในประเทศไทย มณฑา ลิ้มทองกุล (2535) ได้ศึกษาความวิตกกังวล ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย และวิธีเผชิญปัญหาขณะรอฟังผลการตรวจชิ้นเนื้อ ในผู้ป่วยที่มีก้อนบริเวณเต้านม ที่หน่วยผู้ป่วยนอกศัลยกรรม โรงพยาบาลรามาราชินี จำนวน 80 ราย ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยมีคะแนนเฉลี่ยของความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย 77.7 คะแนน และวิธีการแก้ปัญหาที่ใช้มากที่สุดคือ การเผชิญหน้ากับปัญหาใช้มากกว่าการจัดการกับอารมณ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในด้านความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยกับวิธีการเผชิญปัญหา พบว่า มี

เพียงความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยด้านความคลุมเครือเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการรักษา เท่านั้นที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับวิธีการเผชิญปัญหาด้านการจัดการกับอารมณ์ และด้านการแก้ปัญหาทางอ้อม กล่าวคือผู้ป่วยที่มีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยสูงจะใช้วิธีการเผชิญปัญหาด้านการจัดการกับอารมณ์และด้านการแก้ปัญหาทางอ้อมสูง

ในปีต่อมา จูพาร์กีย์ กวีวิรัชชัย (2536) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย แรงสนับสนุนทางสังคม กับการปรับตัวของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัดที่รักษาในแผนกผู้ป่วยนอกศัลยกรรม โรงพยาบาลรามารับดีและสถาบันมะเร็งแห่งชาติ จำนวน 130 ราย ใช้แบบสอบถามความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของมิเชล เครื่องมือวัดแรงสนับสนุนทางสังคมของสมจิต หนูเจริญกุล ซึ่งได้ดัดแปลงมาจากเครื่องมือวัดแรงสนับสนุนทางสังคมส่วนที่ 2 (social support questionnaire part II) ของเชฟเฟอร์ คอยน์ และลาซารัส (Schaefer, Coyne & Lazarus) กับเครื่องมือวัดแรงสนับสนุนทางสังคมของนอร์เบค (Norbeck) เครื่องมือวัดการปรับทางจิตสังคมต่อภาวะเจ็บป่วยของเดอโรเกติส (Derogatis) และเครื่องมือวัดภาวะไม่สุขสบายของไวส์แมน วอร์ดเคน และโซเบล (Weisman, Wordent & Sobel) ผลการศึกษาพบว่า ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ทางลบกับการปรับทางจิตสังคมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กล่าวคือ ผู้ป่วยที่มีความรู้สึกไม่แน่นอนในระดับต่ำจะมีการปรับทางจิตสังคมที่ดี และแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย และมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปรับทางจิตสังคม กล่าวคือ ผู้ป่วยที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจะทำให้ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยลดลงและมีการปรับตัวที่ดี

ในปีเดียวกัน จันท์ทิพย์ วงศ์วิวัฒน์ (2536) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคม ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย และการปรับตัวในผู้ป่วยภายหลังการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตาย จำนวน 100 ราย โดยใช้เครื่องมือวัดการปรับทางจิตสังคมต่อภาวะเจ็บป่วยซึ่งดัดแปลงมาจากเครื่องมือวัดของเดอโรเกติสและคณะ เครื่องมือวัดความรุนแรงของโรคของเพลและคณะ (Pell et al.) แบบวัดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของมิเชล และเครื่องมือวัดแรงสนับสนุนทางสังคมของสมจิต หนูเจริญกุล ผลการศึกษาพบว่า ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์กับการปรับทางจิตสังคม กล่าวคือ ผู้ป่วยที่มีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยต่ำจะสามารถปรับทางจิตสังคมได้ดี นอกจากนี้ยังพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีระดับการศึกษาต่ำจะมีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยในระดับสูง ทำให้มีการปรับทางจิตสังคมไม่ดี

นอกจากนั้น นิตยา โรจน์ทินกร (2536) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยและพฤติกรรมปรับตัวในผู้ป่วยมะเร็งที่เข้ารับรังสีรักษา จำนวน 70 ราย ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยอยู่ในระดับสูงในวันแรก

ก่อนได้รับรังสีรักษา และลดลงอยู่ในระดับปานกลางในวันที่ 15 และวันที่ 30 หลังได้รับรังสีรักษาครั้งแรก และมีพฤติกรรมกำกับการปรับตัวด้านการมุ่งแก้ปัญหาในระดับสูง ทั้งในวันแรกก่อนได้รับรังสีรักษา วันที่ 15 และ 30 หลังได้รับรังสีรักษาครั้งแรก มีพฤติกรรมกำกับการปรับตัวด้านจัดการกับอารมณ์ระดับปานกลาง ในวันแรกก่อนได้รับรังสีรักษา นอกจากนั้นยังพบว่าความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมกำกับการปรับตัวด้านการมุ่งแก้ปัญหา และมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมกำกับการปรับตัวด้านการจัดการกับอารมณ์ในวันแรกก่อนได้รับรังสีรักษา คือ กลุ่มตัวอย่างที่มีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยสูงจะมีพฤติกรรมกำกับการปรับตัวด้านการจัดการกับอารมณ์สูง และมีพฤติกรรมกำกับการปรับตัวด้านการมุ่งแก้ปัญหาค่ำ

ผลการศึกษาทั้งหมดได้แสดงให้เห็นว่า แรงสนับสนุนทางสังคมมีผลทางบวกกับการปรับทางจิตสังคมและมีผลทางลบกับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย สำหรับในหญิงมีครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีผู้วิจัยยังไม่พบว่ามีการศึกษาที่กล่าวถึงความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคม ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย และการปรับทางจิตสังคมของหญิงมีครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี แต่มองเห็นแนวโน้มว่าแรงสนับสนุนทางสังคมและความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยมีอิทธิพลต่อการปรับทางจิตสังคมในประชากรกลุ่มนี้ ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคม ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย และการปรับทางจิตสังคมในหญิงมีครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี โดยใช้แนวคิดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของมิเชลเป็นแนวทางในการศึกษา เพื่อส่งเสริมให้หญิงมีครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีมีการปรับทางจิตสังคมที่ดีต่อไป

#### กรอบแนวคิดในการวิจัย

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องพบว่า การติดเชื้อเอชไอวีมีผลกระทบต่อหญิงมีครรภ์เป็นอย่างมากทั้งในด้านร่างกาย จิตใจ ตลอดจนผลกระทบต่อบุตร สามี ครอบครัว การงาน เศรษฐกิจ และสังคม ทำให้เกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย โดยไม่สามารถตัดสินใจในการประเมินความหมายของสถานการณ์ หรือไม่สามารถทำนายผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น โดยเฉพาะลักษณะของโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาด การไม่สามารถทำนายระยะเวลาการได้รับเชื้อ การตอบสนองต่อการรักษาด้วยยาของแต่ละบุคคล และโอกาสที่จะแพร่กระจายเชื้อสู่ทารกในครรภ์และสมาชิกในครอบครัว ซึ่งความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยนั้น ผู้วิจัยใช้แนวทางการประเมินของมิเชล (Mishel, 1990) ประกอบด้วยความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย 4 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านความคลุมเครือเกี่ยวกับสถานะความเจ็บป่วย 2) ด้านความซับซ้อนของการรักษาและระบบ

บริการสุขภาพ 3) ด้านความไม่สม่ำเสมอในเรื่องข้อมูลเกี่ยวกับการวินิจฉัยและความเจ็บป่วย และ 4) ด้านการไม่สามารถทำนายการดำเนินของโรคและการพยากรณ์โรค

จากการที่หญิงมีครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีเกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยอาจทำให้หญิงมีครรภ์ มีพฤติกรรมหลีกเลี่ยงปัญหา ทำให้เกิดความเครียดและมีการปรับทางจิตสังคมไม่เหมาะสม โดยแสดงออกทั้งทางด้านสุขภาพกาย สภาพจิตใจ และการทำหน้าที่ในสังคม ซึ่งการปรับทางจิตสังคมนั้น เดอโรเกติส (Derogatis, 1986) มีแนวคิดว่าคุณคนจะมีแบบแผนในการปรับตัวที่แตกต่างกันออกไป เพื่อสนองความต้องการทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม โดยทางด้านร่างกายพิจารณาจากการดูแลสุขภาพตนเอง ด้านจิตใจพิจารณาถึงเจตคติ ความรู้สึก อารมณ์ ความไม่สุขสบายทางจิตใจ สำหรับด้านสังคมพิจารณารวมถึงแรงผลักดันทางสังคม ตลอดจนสัมพันธภาพของบุคคลและสังคม ซึ่งเมื่อหญิงมีครรภ์ทราบว่าตนติดเชื้อเอชไอวีหญิงมีครรภ์จะต้องมีการปรับทางจิตสังคมในด้านต่าง ๆ ได้แก่ การดูแลสุขภาพ สภาพแวดล้อมเกี่ยวกับอาชีพ สภาพแวดล้อมภายในบ้าน สัมพันธภาพทางเพศ สัมพันธภาพกับครอบครัวขยาย สภาพแวดล้อมทางสังคม และความไม่สุขสบายทางจิตใจ

แรงสนับสนุนทางสังคมเป็นแหล่งประโยชน์ที่มีอิทธิพล เปรียบเสมือนเบาะรองรับความเครียดที่จะช่วยบรรเทาความเครียดที่เกิดขึ้น อาจมีส่วนช่วยส่งเสริมให้หญิงมีครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีรับรู้ถึงความรักใคร่ผูกพัน ความมีคุณค่าในตนเอง การเป็นส่วนหนึ่งของสังคม การให้ความช่วยเหลือผู้อื่น และการได้รับความช่วยเหลือในด้านต่าง ๆ อาจช่วยให้ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยลดลง และส่งผลให้หญิงมีครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีมีการปรับทางจิตสังคมที่ดี