

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลและอภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคม ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย และการปรับทางจิตสังคมของหญิงมีครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี ผลการศึกษาได้เสนอในรูปตารางประกอบคำบรรยาย โดยแบ่งเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับแรงสนับสนุนทางสังคม ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย และการปรับทางจิตสังคม ของหญิงมีครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี

ส่วนที่ 3 ข้อมูลเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคม ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย และการปรับทางจิตสังคมของหญิงมีครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปโดยใช้ความถี่และร้อยละ ได้ผลดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1

จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามอายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ลำดับที่ของการตั้งครรภ์ อายุครรภ์ ระยะเวลาที่ทราบว่าจะติดเชื้อเอชไอวี และบุคคลที่ให้ความช่วยเหลือตลอดระยะเวลาที่ทราบว่าจะติดเชื้อเอชไอวี

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (N = 60)	ร้อยละ
อายุ (ปี)		
≤ 20	9	15.0
21 - 25	24	40.0
26 - 30	14	23.3
31 - 35	10	16.7
36 - 40	3	5.0
สถานภาพสมรส		
อยู่ร่วมกับสามีที่สมรส	37	61.7
อยู่ร่วมกับสามีไม่ได้สมรส	17	28.3
แยกกันอยู่และสมรส	3	5.0
แยกกันอยู่ไม่ได้สมรส	3	5.0
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียน	1	1.6
ประถมศึกษาตอนต้น	10	16.7
ประถมศึกษาตอนปลาย	28	46.7
มัธยมศึกษาตอนต้น	13	21.7
มัธยมศึกษาตอนปลาย	4	6.7
ประกาศนียบัตรหรืออนุปริญญา	2	3.3
ปริญญาตรี	2	3.3

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (N = 60)	ร้อยละ
อาชีพ		
แม่บ้าน	30	50.0
เกษตรกร	8	13.3
ค้าขาย	6	10.0
รับจ้าง	16	26.7
รายได้ครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน (บาท)		
1,001 - 3,000	23	38.4
3,001 - 5,000	17	28.4
5,001 - 7,000	8	13.3
7,001 - 9,000	5	8.3
9,001 - 11,000	2	3.3
มากกว่า 11,000	5	8.3
ลำดับที่ของการตั้งครรภ์		
ลำดับที่ 1	32	53.4
ลำดับที่ 2	23	38.3
ลำดับที่ 3	5	8.3
อายุครรภ์ (สัปดาห์)		
4 - 12	3	5.0
13 - 20	25	41.7
21 - 28	19	31.6
29 - 36	12	20.0
37 - 40	1	1.7
ระยะเวลาที่ทราบว่าจะตั้งครรภ์ (สัปดาห์)		
1 - 3	7	11.6
4 - 6	21	35.0
7 - 9	12	20.0
10 - 12	20	33.4

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (N = 60)	ร้อยละ
บุคคลที่ให้ความช่วยเหลือตลอดระยะเวลาที่ทราบว่าติดเชื้อ		
สามี	50	83.33
บุคคลในครอบครัวหรือญาติพี่น้อง	31	51.67
เพื่อน ๆ	3	5.00
อื่น ๆ (เจ้าหน้าที่โรงพยาบาล)	9	15.00

จากตารางที่ 1 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 21-25 ปี คิดเป็นร้อยละ 40 รองลงมาเป็นช่วงอายุระหว่าง 26-30 ปี ร้อยละ 23.3 สมรสและอยู่ร่วมกับสามีร้อยละ 61.7 จบการศึกษาในระดับประถมศึกษาตอนปลายร้อยละ 46.7 รองลงมาคือมัธยมศึกษาตอนต้นร้อยละ 21.7 เป็นแม่บ้านร้อยละ 50 รองลงมามีอาชีพรับจ้างร้อยละ 26.7 รายได้ของ ครอบครัวไม่เกิน 5,000 บาท ร้อยละ 66.8 เป็นกรรมกรร้อยละ 53.4 อายุกรรมกรไม่เกิน 28 สัปดาห์ร้อยละ 78.3 มีระยะเวลาที่ทราบว่าติดเชื้อเอชไอวีระหว่าง 4-6 สัปดาห์ ร้อยละ 35 รองลงมาคือระหว่าง 10-12 สัปดาห์ ร้อยละ 33.4 สามีเป็นผู้ให้ความช่วยเหลือตลอดระยะเวลาที่ทราบว่าติดเชื้อเอชไอวีร้อยละ 83.33

ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับแรงสนับสนุนทางสังคม ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย และการปรับทางจิตสังคมของหญิงมีครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี

ผู้วิจัยประเมินคะแนนแรงสนับสนุนทางสังคม ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย และการปรับทางจิตสังคมของหญิงมีครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี โดยนำคะแนนมาวิเคราะห์หาค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ดังแสดงในตารางที่ 2 ตารางที่ 3 ตารางที่ 5 และเนื่องจากจำนวนข้อของคะแนนความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยและคะแนนการปรับทางจิตสังคมในแต่ละด้านไม่เท่ากัน เพื่อเป็นการเปรียบเทียบคะแนนในแต่ละด้านจึงเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยที่ได้จากคะแนนรวมของแต่ละด้านหารด้วยจำนวนข้อของแต่ละด้าน ดังแสดงในตารางที่ 4 และตารางที่ 6 ตามลำดับ ดังนี้

ตารางที่ 2

ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนแรงสนับสนุนทางสังคม จำแนกตามโดยรวมและรายด้าน (N = 60)

แรงสนับสนุนทางสังคม	ช่วงคะแนน ของแบบวัด	คะแนนของกลุ่มตัวอย่าง \bar{X}	SD
แรงสนับสนุนทางสังคม โดยรวม	25 - 175	141.75	17.13
ด้านความรักใคร่ผูกพัน	5 - 35	29.76	4.48
ด้านความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง	5 - 35	28.15	3.04
ด้านการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม	5 - 35	27.33	4.57
ด้านการให้ความช่วยเหลือแก่บุคคลอื่น	5 - 35	27.63	4.37
ด้านการได้รับความช่วยเหลือด้านต่างๆ	5 - 35	24.05	3.68

จากตารางที่ 2 กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยของแรงสนับสนุนทางสังคมโดยรวมเท่ากับ 141.75 คะแนน (SD = 17.13) จากคะแนนเต็ม 175 คะแนน เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านแล้วพบว่าด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุดคือ ด้านความรักใคร่ผูกพัน ($\bar{X} = 29.76$ SD = 4.48) รองลงมาคือด้านความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ($\bar{X} = 28.15$ SD = 3.04) ส่วนด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุดคือ ด้านการได้รับความช่วยเหลือด้านต่างๆ ($\bar{X} = 24.05$ SD = 3.68)

ตารางที่ 3

ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยโดยรวม
(N = 60)

ความรู้สึกไม่แน่นอนใน ความเจ็บป่วย	ช่วงคะแนน ของแบบวัด	คะแนนของกลุ่มตัวอย่าง \bar{X}	SD
ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยโดยรวม	32 - 160	77.95	17.42
ความคลุมเครือเกี่ยวกับสถานะความเจ็บป่วย	13 - 65	32.60	7.19
ความซับซ้อนของการรักษาและระบบ บริการสุขภาพ	7 - 35	16.21	4.79
ความไม่สม่ำเสมอในเรื่องข้อมูลเกี่ยวกับ การวินิจฉัยและความเจ็บป่วย	7 - 35	16.20	4.52
ความไม่สามารถทำนายการดำเนินของโรคและ การพยากรณ์โรค	5 - 25	12.93	2.85

จากตารางที่ 3 แสดงว่า กลุ่มตัวอย่างมี คะแนนเฉลี่ยความรู้สึกไม่แน่นอนในความ
เจ็บป่วยโดยรวมเท่ากับ 77.95 คะแนน (SD = 17.42) จากคะแนนเต็ม 160 คะแนน

ตารางที่ 4

ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยจำแนกตามรายด้าน (N = 60)

ความรู้สึกไม่แน่นอนใน ความเจ็บป่วย	คะแนนของกลุ่มตัวอย่าง \bar{X}	SD
ความคลุมเครือเกี่ยวกับสถานะความ เจ็บป่วย	2.50	0.55
ความซับซ้อนของการรักษาและระบบ บริการสุขภาพ	2.32	0.68
ความไม่สม่ำเสมอในเรื่องข้อมูลเกี่ยวกับ การวินิจฉัยและความเจ็บป่วย	2.31	0.64
ความไม่สามารถทำนายการดำเนินของโรค และการพยากรณ์โรค	2.58	0.57

จากตารางที่ 4 เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านแล้วพบว่า ด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุดคือ ด้านความไม่สามารถทำนายการดำเนินของโรคและการพยากรณ์โรค ($\bar{X} = 2.58$, $SD = 0.57$) รองลงมาคือด้านความคลุมเครือเกี่ยวกับสถานะความเจ็บป่วย ($\bar{X} = 2.50$, $SD = 0.55$) และด้านความซับซ้อนของการรักษาและระบบบริการสุขภาพ ($\bar{X} = 2.32$, $SD = 0.68$) ส่วนด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุดคือด้านความไม่สม่ำเสมอในเรื่องของข้อมูลเกี่ยวกับการวินิจฉัยและความเจ็บป่วย ($\bar{X} = 2.31$, $SD = 0.64$)

ตารางที่ 5

ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนการปรับทางจิตสังคมโดยรวม (N = 60)

การปรับทางจิตสังคม	ช่วงคะแนน ของแบบวัด	คะแนนของกลุ่มตัวอย่าง \bar{X}	SD
การปรับทางจิตสังคมโดยรวม	0 - 135	36.65	16.45
ด้านการดูแลสุขภาพ	0 - 24	7.58	3.56
ด้านสภาพแวดล้อมเกี่ยวกับอาชีพ	0 - 18	4.05	3.24
ด้านสภาพแวดล้อมภายในบ้าน	0 - 24	5.33	4.01
ด้านสัมพันธภาพทางเพศ	0 - 18	4.85	4.39
ด้านสัมพันธภาพกับครอบครัวขยาย	0 - 12	3.52	2.03
ด้านสภาพแวดล้อมทางสังคม	0 - 18	3.13	3.35
ด้านความไม่สุขสบายทางจิตใจ	0 - 21	8.18	4.94

จากตารางที่ 5 กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยการปรับทางจิตสังคมโดยรวมเท่ากับ 36.65 (SD = 16.45) จากคะแนนเต็ม 135 คะแนน

ตารางที่ 6

ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนการปรับทางจิตสังคมโดยจำแนกตามรายด้าน
(N = 60)

การปรับทางจิตสังคม	คะแนนของกลุ่มตัวอย่าง	
	\bar{X}	SD
ด้านการดูแลสุขภาพ	0.95	0.44
ด้านสภาพแวดล้อมเกี่ยวกับอาชีพ	0.67	0.54
ด้านสภาพแวดล้อมภายในบ้าน	0.66	0.50
ด้านสัมพันธภาพทางเพศ	0.80	0.73
ด้านสัมพันธภาพกับครอบครัวขยาย	0.87	0.51
ด้านสภาพแวดล้อมทางสังคม	0.52	0.55
ด้านความไม่สุขสบายทางจิตใจ	1.16	0.70

จากตารางที่ 6 เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านแล้วพบว่า ด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุดคือด้านความไม่สุขสบายทางจิตใจ ($\bar{X} = 1.16$, SD = 0.70) รองลงมาคือด้านการดูแลสุขภาพ ($\bar{X} = 0.95$, SD = 0.44) ส่วนด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุดคือด้านสภาพแวดล้อมทางสังคม ($\bar{X} = 0.52$, SD = 0.55)

ส่วนที่ 3 ข้อมูลเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคม ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย และการปรับทางจิตสังคมของหญิงมีครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี

ผู้วิจัยทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคม ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย และการปรับทางจิตสังคมของหญิงมีครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี วิเคราะห์โดยหาค่าสัมประสิทธิ์ สหสัมพันธ์แบบแยกส่วน (partial correlation coefficient) ผลการวิเคราะห์ข้อมูลแสดงในตารางที่ 7 ดังนี้

ตารางที่ 7

ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบแยกส่วน ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคม ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย และการปรับทางจิตสังคมของหญิงมีครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี (N = 60)

	แรงสนับสนุนทางสังคม	การปรับทางจิตสังคม
การปรับทางจิตสังคม	- .4353**	
ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย	- .1916	.1548

หมายเหตุ คะแนนการปรับทางจิตสังคม ถ้าคะแนนต่ำแสดงถึงการปรับทางจิตสังคมที่ดี

** $p < .01$

จากตารางที่ 7 พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมไม่มีความสัมพันธ์กับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยไม่มีความสัมพันธ์กับการปรับทางจิตสังคม และแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปรับทางจิตสังคม ในระดับปานกลาง

การอภิปรายผล

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคม ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย และการปรับทางจิตสังคมของหญิงมีครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นหญิงมีครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี ที่มารับบริการฝากครรภ์ในแผนกฝากครรภ์ โรงพยาบาลนครพิงค์ โรงพยาบาลดอยสะเก็ด โรงพยาบาลสันป่าตอง โรงพยาบาลลำปาง โรงพยาบาลพะเยา และโรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ ผลการศึกษาแยกอภิปรายตามวัตถุประสงค์ และสมมติฐานการวิจัยดังนี้

1. วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาแรงสนับสนุนทางสังคม ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย และการปรับทางจิตสังคมของหญิงมีครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี

แรงสนับสนุนทางสังคม

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยแรงสนับสนุนทางสังคมเท่ากับ 141.75 คะแนน (SD = 17.13) โดยมีช่วงคะแนนระหว่าง 25-175 คะแนน (ตารางที่ 2) ซึ่งสูงกว่าการศึกษาของจิราภา หงษ์ตระกูล (2532) ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ (\bar{X} = 139.53, SD = 16.66, N = 100) เปรมฤทัย น้อยหมื่นไวย (2536) ในผู้ติดเชื้อเอชไอวี (\bar{X} = 139.53, SD = 16.66, N = 120) และใกล้เคียงกับการศึกษาของมารยาท วงษาบุตร (2539) ในผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่เข้ารับการบำบัด ณ วัดพระบาทน้ำพุ จังหวัดลพบุรี (\bar{X} = 142.78, SD = 11.81, N = 70) ซึ่งการศึกษาทั้งหมดนี้วัดการรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคมโดยใช้แบบสอบถามแหล่งประโยชน์ส่วนบุคคลของแบรนด์ต์ และไวเนอร์ท (Brandt & Weinert, 1985 cited in Weinert, 1987)

เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านแล้วพบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมที่กลุ่มตัวอย่างได้รับมากที่สุดคือ ด้านความรักใคร่ผูกพัน รองลงมาคือ ด้านความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ด้านการให้ความช่วยเหลือแก่บุคคลอื่น และด้านการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ตามลำดับ ส่วนด้านที่กลุ่มตัวอย่างได้รับน้อยที่สุดคือ ด้านการได้รับความช่วยเหลือในด้านต่าง ๆ (ตารางที่ 2) การที่กลุ่มตัวอย่างได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมด้านความรักใคร่ผูกพันมากที่สุดอาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างทั้งที่สมรสและไม่ได้สมรสส่วนใหญ่ร้อยละ 90 จะอยู่ร่วมกับสามี (ตารางที่ 1) โดยสามีจะมีความเข้าใจถึงความรู้สึกของกลุ่มตัวอย่าง เกิดความรักใคร่ผูกพัน ความเห็นอกเห็นใจ ปลอดภัยและให้กำลังใจ ซึ่งศิริวรรณ ไกรสุรพงศ์ และอรุณรัตน์ วัฒนผลิน (2540) กล่าวว่า บุคคลที่ใกล้ชิดที่สุด

ของหญิงมีครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีคือสามี โดยการสื่อสารและทำความเข้าใจกันระหว่างคู่สมรสเป็นองค์ประกอบสำคัญในการให้แรงสนับสนุนซึ่งกันและกัน นอกจากนี้จะได้รับการสนับสนุนจากสามีแล้ว ยังได้รับการสนับสนุนจากคนอื่น ๆ เช่น จากสมาชิกในครอบครัว เพื่อน ๆ หรือเจ้าหน้าที่พยาบาล ทำให้เกิดความรู้สึกรักใคร่ผูกพัน ซึ่งจะเห็นได้จากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุดในข้อที่มีคนใกล้ชิดที่ทำให้รู้สึกอบอุ่นและปลอดภัย โดยมีผู้เห็นด้วยอย่างยิ่งร้อยละ 53.3 และรายข้อที่มีคนที่รักและเอาใจใส่ โดยมีผู้เห็นด้วยอย่างยิ่งร้อยละ 48.3 (ตารางที่ ง-1 ภาคผนวก ง)

แรงสนับสนุนทางสังคมที่กลุ่มตัวอย่างได้รับรองลงมาได้แก่ ความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเอง ซึ่งการรับรู้ถึงความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเกิดจากการได้รับความเชื่อถือไว้วางใจและการได้รับการยอมรับบทบาทในสังคม (Weiss, 1974 cited in Weinert, 1987) โดยทั่วไปหญิงที่ติดเชื้อเอชไอวีที่ไม่ได้ตั้งครรภ์จะมีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง เพราะเป็นโรคที่สังคมรังเกียจทำให้แยกตัวจากสังคม (ราชินี โชติมงคล, 2537) แต่จากการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างยังคงได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมด้านความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างยังได้รับความเชื่อถือไว้วางใจจากเพื่อนร่วมงานอยู่ ดังจะเห็นจากมีคะแนนเฉลี่ยรายข้อที่คนส่วนมากบอกว่าคุณทำงานดี ซึ่งเห็นด้วยปานกลางร้อยละ 53.3 นอกจากนี้ยังได้รับการยอมรับบทบาทในสังคมและคนในกลุ่ม ดังจะเห็นได้จากมีคะแนนเฉลี่ยรายข้อที่หญิงมีครรภ์รู้สึกว่าคุณมีความสำคัญต่อครอบครัวและคนในกลุ่มสูงสุด ($\bar{X} = 6.13$) (ตารางที่ ง-1 ภาคผนวก ง)

ส่วนแรงสนับสนุนทางสังคมที่กลุ่มตัวอย่างได้รับน้อยที่สุดคือ ด้านการได้รับความช่วยเหลือในด้านต่าง ๆ ทั้งนี้อาจเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างมีรายได้ของครอบครัวส่วนใหญ่ประมาณเดือนละไม่เกิน 5,000 บาท ถึงร้อยละ 66.8 (ตารางที่ 1) ซึ่งจากการศึกษาของอรพิน เกตุแก้วมณี (2541) ที่พบว่า หญิงมีครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีส่วนใหญ่มีรายได้ 3,000-6,000 และพบว่ารายได้ไม่เพียงพอกับรายจ่าย และจากการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างทราบว่าสามีต้องไปทำงานพิเศษเพิ่มขึ้นในวันหยุดเพื่อเก็บเงินไว้เป็นค่ารักษาพยาบาลและใช้จ่ายในครอบครัว การที่ค่าใช้จ่ายไม่เพียงพอกับรายได้จึงอาจทำให้กลุ่มตัวอย่างรู้สึกว่าได้ได้รับการสนับสนุนในด้านต่าง ๆ ไม่เพียงพอ ดังจะเห็นได้จากกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนด้านการได้รับความช่วยเหลือในด้านต่าง ๆ ในรายข้อที่ไม่สามารถ พึ่งพาญาติพี่น้องและเพื่อนฝูงได้เมื่อมีปัญหา โดยระบุว่าเห็นด้วยปานกลางร้อยละ 48.3 (ตารางที่ ง-1 ภาคผนวก ง)

ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยโดยรวมเท่ากับ 77.95 (SD = 17.42) โดยมีช่วงคะแนนอยู่ระหว่าง 32-160 คะแนน (ตารางที่ 3) ซึ่งสูงกว่าการศึกษาของจันทร์ทิพย์ วงศ์วิวัฒน์ (2536) ในผู้ป่วยภายหลังการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตาย ($\bar{X} = 73.75$, SD = 10.69, N = 100) แต่ต่ำกว่าการศึกษาของจุฬารักษ์ กวีวิรัชชัย (2536) ในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัด ($\bar{X} = 81.98$, SD = 12.26, N = 130) ซึ่งต่างก็ใช้เครื่องมือวัดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของมิเชล (Mishel, 1990) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านแล้วพบว่า ด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุดคือด้านการไม่สามารถทำนายการดำเนินของโรคและการพยากรณ์โรค (ตารางที่ 4) ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากลักษณะของการติดเชื้อเอชไอวีที่หญิงมีครรภ์ไม่เคยประสบมาก่อน ไม่สามารถคาดการณ์ล่วงหน้าเกี่ยวกับการติดเชื้อ จึงรู้สึกไม่คุ้นเคย ไม่สามารถรับรู้และให้ความหมายต่อการติดเชื้อเอชไอวีที่เกิดขึ้นได้ ไม่สามารถสร้างความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับรูปแบบของอาการแสดง ไม่สามารถคาดการณ์ได้ว่าตนจะหายจากการติดเชื้อหรือไม่ เนื่องจากความรู้เกี่ยวกับการติดเชื้อเอชไอวียังต้องมีการศึกษาต่อไป และยังมีสิ่งที่ไม่แน่นอนอีกหลายประการ เช่น ระยะเวลาของการติดเชื้อเอชไอวีที่แน่นอน การตอบสนองต่อวิธีการรักษาในแต่ละคน ตลอดจนการรักษาใหม่ ๆ ที่มีประสิทธิภาพในการที่จะช่วยชะลอการเกิดโรค (Regan-Kubinski & Sharts-Engel, 1992) จึงทำให้หญิงมีครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีมีคะแนนด้านการไม่สามารถทำนายการดำเนินของโรคและการพยากรณ์โรคสูงกว่าด้านอื่น ๆ

ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยรองลงมาคือด้านความคลุมเครือเกี่ยวกับสถานะความเจ็บป่วย (ตารางที่ 4) ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างทุกรายไม่มีอาการแสดงของการติดเชื้อเอชไอวี จึงไม่สามารถทราบเกี่ยวกับแบบแผนของอาการแสดงที่ชัดเจน และจากลักษณะของการติดเชื้อเอชไอวีที่กลุ่มตัวอย่างไม่สามารถทราบได้ว่าตนจะต้องติดเชื้อนี้เป็นเวลานานเท่าใดจึงจะปรากฏอาการ และเมื่อถึงเวลานั้นอาการเจ็บป่วยของตนเองจะรุนแรงอย่างไร จะมีโรคแทรกซ้อนอย่างไรบ้าง ตลอดจนการดูแลจากแพทย์และพยาบาลไม่สามารถรับรองว่าจะได้ผลหรือไม่ จึงทำให้เกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยด้านความคลุมเครือเกี่ยวกับสถานะความเจ็บป่วย

ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุดคือความไม่สม่ำเสมอในเรื่องของข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการวินิจฉัยและความเจ็บป่วย (ตารางที่ 4) ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างทุกรายได้ผ่านการให้คำปรึกษาโดยทั้งก่อนและหลังการเจาะเลือดเพื่อหาเชื้อเอชไอวี และทุกรายได้อยู่ในโครงการศึกษาถึงประสิทธิภาพของยา AZT ของศูนย์ส่งเสริมสุขภาพเขต 10 โดยมีพยาบาลดูแลรับผิดชอบคอยให้ความรู้ความเข้าใจแก่กลุ่มตัวอย่างโดยตรง และเปิด

โอกาสให้กลุ่มตัวอย่างได้พูดคุย หรือปรึกษาปัญหา นอกเหนือจากวันที่นัดมารับบริการ ประกอบกับกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับทราบผลการวินิจฉัยที่แน่นอนว่าตนติดเชื้อเอชไอวี จึงส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความรู้สึกไม่แน่นอนด้านความไม่สม่ำเสมอในเรื่องของข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการวินิจฉัยและความเจ็บป่วยต่ำกว่าด้านอื่น ๆ

การศึกษาความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยครั้งนี้คล้ายคลึงกับการศึกษาของอรพิน เกตุแก้วฉนิ (2541) ที่ศึกษาความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของหญิงมีครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี ที่มารับบริการตรวจครรภ์ที่หน่วยกามโรค โรงพยาบาลราชวิถี และแผนกฝากครรภ์ โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี จำนวน 100 ราย ซึ่งพบว่าด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยของความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยสูงสุดคือด้านการไม่สามารถทำนายการดำเนินของโรคและการพยากรณ์โรครองลงมาได้แก่ด้านความคลุมเครือเกี่ยวกับสภาวะความเจ็บป่วยและด้านความซับซ้อนของการรักษาและระบบบริการสุขภาพ และด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุดคือด้านความไม่สม่ำเสมอในเรื่องของข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการวินิจฉัยและความเจ็บป่วย

การปรับทางจิตสังคม

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยการปรับทางจิตสังคมโดยรวมเท่ากับ 36.65 คะแนน (SD = 16.45) โดยมีช่วงคะแนนอยู่ระหว่าง 0-135 คะแนน (ตารางที่ 5) ซึ่งต่ำกว่าการศึกษาของจุฬารักษ์ กวีวิรัช (2536) ในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัด (\bar{X} = 79.41, SD = 15.40, N = 90) และการศึกษาของจันทร์ทิพย์ วงศ์วิวัฒน์ (2536) ในผู้ป่วยภายหลังการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตาย (\bar{X} = 68.36, SD = 14.30, N = 80) ซึ่งวัดการปรับทางจิตสังคม โดยใช้เครื่องมือวัดการปรับทางจิตสังคมต่อภาวะเจ็บป่วยของเดอโรเกติส (Derogatis, 1986) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านแล้วพบว่า ด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุดคือด้านความไม่สุขสบายทางจิตใจ (ตารางที่ 6) ทั้งนี้อาจเป็นเพราะการติดเชื้อเอชไอวีก่อให้เกิดความเครียด ความกังวล ทุกข์ใจ ซึ่งเรียด (Reid, 1993) กล่าวว่า เมื่อหญิงมีครรภ์ทราบว่าตนติดเชื้อเอชไอวีขณะตั้งครรภ์จะเกิดแรงกดดันต่าง ๆ ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม มีความรู้สึกโกรธต่อผู้ที่ทำให้ติดเชื้อ และรู้สึกผิดที่อาจเป็นผู้ทำให้ทารกในครรภ์ต้องติดเชื้อไปด้วย จากการศึกษาของศิริวรรณ ไกรสุรพงษ์ และ อรุณรัตน์ วัฒนผลิน (2540) ซึ่งศึกษาสภาวะทางจิตใจและสังคมของหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีและการให้คำปรึกษา พบว่าหญิงมีครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีมีภาวะซึมเศร้าสูง มีความกังวลในเรื่องสุขภาพของตนเองและสุขภาพของบุตร กลัวบุตรจะเป็นกำพร้าหรือไม่มีใครดูแล และตนเองจะกลายเป็นภาระหรือมีปัญหากับสามี กลัวตนเองถูกรังเกียจหรือถูกปฏิเสธ ต้องเผชิญกับความเครียดและความไม่

สุขสบายทางจิตใจ ดังนั้นจึงทำให้กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนด้านความไม่สุขสบายทางจิตใจสูงกว่าด้านอื่น ๆ

การปรับทางจิตสังคมที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุดคือด้านสภาพแวดล้อมทางสังคม (ตารางที่ 6) ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างไม่ต้องการที่จะหลบหน้า หรือหนีจากสังคม เพราะอาจทำให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความรู้สึกโดดเดี่ยว ขาดผู้ช่วยเหลือประคับประคอง และไม่สามารถระบายความรู้สึกต่าง ๆ และปัญหาที่เกิดขึ้นได้ ซึ่งจากการศึกษาของอรพิน เกตุแก้วมณี (2541) พบว่าหญิงมีครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีส่วนใหญ่ไม่คิดที่จะหลีกเลี่ยงการพบปะผู้คน ดังนั้นจึงทำให้กลุ่มตัวอย่างยังคงทำกิจกรรมต่าง ๆ ทางสังคม การใช้เวลาว่างให้เกิดประโยชน์ การทำงานอดิเรก และความสนใจในการใช้เวลาว่างร่วมกับคนอื่นเหมือนกับช่วงก่อนการติดเชื้อ ดังจะเห็นได้จากกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนด้านสภาพแวดล้อมทางสังคมในรายชื่อเกี่ยวกับความสนใจการมีกิจกรรมในสังคมเหมือนช่วงก่อนเจ็บป่วย เช่น ไปร่วมกิจกรรมชมรม ไปชมภาพยนตร์ และไปวัด เป็นต้น โดยเลือกระดับคะแนน 0 ซึ่งหมายถึงการปรับทางจิตสังคมที่ดี เป็นส่วนใหญ่ถึงร้อยละ 47.1 (ตารางที่ ง-3 ภาคผนวก ง)

2. ทดสอบสมมติฐาน

สมมติฐานที่ 1 ความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคมและความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของหญิงมีครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี

จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมไม่มีความสัมพันธ์กับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของหญิงมีครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี (ตารางที่ 7) ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ ผลการศึกษาครั้งนี้ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของมิเชลและบราเดน (Mishel & Braden, 1987) สมจิตร์ หนูเจริญกุล บุญจันทร์ วงศ์สุนพรัตน์ และทิพาพร วงศ์หงษ์กุล (2534) และจุฬารักษ์ กวีวิรัชชัย (2536) ที่ต่างก็พบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมมีอิทธิพลต่อความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย กล่าวคือ ผู้ป่วยที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจะช่วยให้ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยลดลง ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากลักษณะของโรคเอดส์ซึ่งเป็นโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้อีกทั้งยังไม่มีวัคซีนป้องกัน จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความเครียดเป็นอย่างมาก ทำให้การรับรู้หรือความรู้สึกนึกคิดเกี่ยวกับสถานการณ์ความเจ็บป่วยมีความคลุมเครือไม่ชัดเจน ไม่สามารถทำนายผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นได้ เนื่องจากโรคเอดส์เป็นโรคที่มีความคลุมเครือ ซึ่งยังมีข้อมูลต่าง ๆ เกี่ยวกับโรคเอดส์ที่ยังไม่พบอีกมาก เป็นต้นว่า ระยะเวลาที่แน่นอนของการติดเชื้อ การดำเนินของการเจ็บป่วย

ตลอดจนผลของการรักษา ถึงแม้ว่ากลุ่มตัวอย่างจะได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากสามี ครอบครัว เพื่อน ๆ ตลอดจนจากเจ้าหน้าที่ซึ่งให้การดูแลเอาใจใส่อย่างใกล้ชิดในด้านของการให้คำปรึกษาก็ตาม ก็ไม่อาจทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความรู้สึกไม่แน่นอนในระดับที่ต่ำ จึงทำให้แรงสนับสนุนทางสังคม ไม่มีความสัมพันธ์กับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของหญิงมีครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี ซึ่งใกล้เคียงกับการศึกษาที่ผ่านมาของเฮเวอร์ลี ลินคอร์น เรแกน-คูบินสกี และชาตส์-ฮอปโค (Heverly, Lincoln, Regan-Kubinski & Sharts-Hopko, 1996) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความมีประสิทธิภาพแห่งตน ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย แรงสนับสนุนทางสังคม ภาวะเครียดทางจิตใจ และการเผชิญภาวะเครียดในมารดาที่ติดเชื้อเอชไอวี จำนวน 41 ราย พบว่า ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ไม่มีความสัมพันธ์กับแรงสนับสนุนทางสังคมในมารดาที่ติดเชื้อเอชไอวี

สมมติฐานที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยและการปรับทางจิตสังคมของหญิงมีครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี

จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยไม่มีความสัมพันธ์กับการปรับทางจิตสังคมของหญิงมีครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี (ตารางที่ 7) ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ ผลการศึกษาครั้งนี้ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของคริสแมน (Christman, 1990) ที่ศึกษาอิทธิพลของความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ต่อการปรับทางจิตสังคมในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรังสีรักษา และการศึกษาของจันทร์ทิพย์ วงศ์วิวัฒน์ (2536) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคม ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยและการปรับทางจิตสังคมในผู้ป่วยภายหลังการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตาย ซึ่งต่างก็พบว่าผู้ป่วยที่มีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยในระดับต่ำจะมีการปรับทางจิตสังคมที่ดี แต่จากการศึกษาครั้งนี้ไม่เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ ทั้งนี้อาจเนื่องจากการติดเชื้อเอชไอวีเป็นสิ่งที่มีความกระทบต่อจิตใจ อารมณ์ และแบบแผนการดำเนินชีวิตในสังคมแก่หญิงมีครรภ์เป็นอย่างมาก ทำให้ต้องเผชิญกับปัญหา มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการติดเชื้อไปยังทารกในครรภ์ การรักษาและผลของการรักษา ซึ่งเป็นสิ่งที่หญิงมีครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีต้องปรับตัวอย่างมากทั้งทางร่างกายและจิตสังคม เนื่องจากการเป็นโรคซึ่งไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้จึงทำให้เกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย และส่งผลกระทบต่อการปรับทางจิตสังคมของหญิงมีครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี นอกจากนั้นคะแนนของความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ในด้านการไม่สามารถทำนายการดำเนินของโรคและการพยากรณ์โรค พบว่าไม่มีความแตกต่างของคะแนนรายข้อ ดังจะเห็นได้จากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เลือกตอบ

ว่าไม่แน่ใจเป็นส่วนใหญ่ (ตารางที่ ง-2 ภาคผนวก ง) จึงทำให้ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยไม่มีความสัมพันธ์กับการปรับทางจิตสังคมของหญิงมีครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี

สมมติฐานที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคมและการปรับทางจิตสังคมของหญิงมีครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี

จากการศึกษาครั้งนี้พบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปรับทางจิตสังคมของหญิงมีครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) (ตารางที่ 7) ซึ่งสนับสนุนสมมติฐานของการศึกษาครั้งนี้แสดงว่าถ้าหญิงมีครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม จะมีการปรับทางจิตสังคมที่ดี ซึ่งอธิบายได้ว่า แรงสนับสนุนทางสังคมเปรียบเสมือนเบาะรองรับความเครียดและความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นในชีวิต (Cassel & Cobb, 1976 cited in Norbeck, 1981) บุคคลที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมอย่างเพียงพอจะทำให้มีกำลังใจ อารมณ์มั่นคง มีการปรับตัวที่ถูกต้องเหมาะสม (Cohen & Wills, 1985; Gore, 1981; Wortman, 1984) ทั้งนี้เพราะการติดเชื้อเอชไอวีก่อให้เกิดความเครียด ความวิตกกังวล และเกิดความกลัวแก่มารดาเป็นอย่างมาก ทั้งจากสภาพการติดเชื้อของตนเองและโอกาสที่ทารกในครรภ์จะติดเชื้อไปด้วย ทำให้รู้สึกท้อแท้สิ้นหวังหมดกำลังใจ จึงต้องการความรัก ความห่วงใย และกำลังใจจากคนใกล้ชิดหรือจากสังคม เพื่อให้ตนเองมีการปรับทางจิตสังคมที่ดี และสามารถปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ เพื่อเตรียมสำหรับการทำหน้าที่ของมารดาซึ่งเป็นบทบาทใหม่อย่างเต็มที่ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของเมอร์เซอร์ (Mercer, 1985) และซาร์ (Zahr, 1991) ที่พบว่า มารดาที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมอย่างเพียงพอจะช่วยลดความเครียด สามารถควบคุมตนเองได้ และมีการปรับตัวได้เหมาะสม

ดังนั้นถ้าหญิงมีครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม ทั้งด้านความรักใคร่ผูกพัน ด้านความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ด้านการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ด้านมีโอกาสให้ความช่วยเหลือบุคคลอื่น และด้านการได้รับความช่วยเหลือในด้านต่าง ๆ อย่างเพียงพอ จะช่วยให้หญิงมีครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีมีความเครียดลดลง เกิดความมั่นคงในอารมณ์ รู้สึกว่าตนเองยังมีคุณค่า ช่วยส่งเสริมให้มีความพยายามในการแก้ปัญหา ยอมรับตามสภาพการณ์ของปัญหาที่เกิดขึ้น และสามารถเผชิญปัญหานั้นได้โดยตรง

ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของแอนดรู วิลเลียมและเนล (Andrews, Williams & Neil, 1993) ที่พบว่า การที่มารดาที่ติดเชื้อเอชไอวีได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากสามี บิดามารดา ญาติพี่น้อง และเพื่อน ๆ ทำให้มารดา รู้สึกอบอุ่น ไม่โดดเดี่ยว มีความหวังที่จะดำรงชีวิตต่อไป ช่วยให้มารดาเหล่านี้เผชิญความเครียดได้ เป็นการส่งเสริมให้มีการปรับทางจิต

สังคมที่ดีต่อไป นอกจากนี้ ฟลอเรนซ์ ลูทเซน และอเล็กเซียส (Florence, Lutzen & Alexies, 1994) พบว่าผู้หญิงที่ติดเชื่อเอชไอวีที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวสามารถเผชิญปัญหาได้ และมีการปรับตัวที่ดี และจากการศึกษาของเรแกน คูบินสกี และชาตส์ เอนเจล (Regan-Kubinski & Sharts-Engel, 1992) ยังพบแหล่งสนับสนุนทางสังคมสำคัญที่จะช่วยให้หญิงมีครรภ์ที่ติดเชื่อเอชไอวีมีกำลังใจที่จะต่อสู้กับปัญหาต่างๆ ได้คือครอบครัวและเพื่อนมากเป็นอันดับหนึ่ง แพทย์พยาบาล และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นอันดับสอง นอกจากนี้ ปิยะนันท์ ลิ้มเรืองรอง (2540) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคม กับการปรับตัวต่อบทบาทการเป็นมารดาใน ระยะคลอดของมารดาที่ติดเชื่อเอชไอวี และพบว่ามารดาที่ติดเชื่อเอชไอวีที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัวหรือบุคคลใกล้ชิด ช่วยให้มารดามีสภาพจิตใจและอารมณ์ที่มั่นคง ช่วยส่งเสริมการปรับตัวต่อบทบาทการเป็นมารดาได้อย่างเหมาะสม และจากการศึกษาของ พัชรินทร์ กิตติขงโสภณ (2541) พบว่ามารดาที่ติดเชื่อเอชไอวีที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมสูงจะมีพฤติกรรมการดูแลบุตรวัยเตาะแตะได้ดีและสามารถปรับตัวได้อย่างเหมาะสม

จากผลการศึกษาระดับความสัมพันธ์ของตัวแปรพบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปรับทางจิตสังคมของหญิงมีครรภ์ที่ติดเชื่อเอชไอวีในระดับปานกลาง ($r = .4353$) (ตารางที่ 6) ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากปัจจัยอื่นที่มาเกี่ยวข้องได้แก่ การให้คำปรึกษา (counselling) โดยวิธีการให้คำปรึกษาของโรงพยาบาลแต่ละแห่ง อาจมีความแตกต่างกันในเรื่องระยะเวลาที่ใช้ในการให้คำปรึกษา เนื้อหาของการให้ความรู้ ผู้ให้คำปรึกษา ตลอดจนสถานที่ที่ให้คำปรึกษา ซึ่งอาจจะส่งผลต่อการปรับทางจิตสังคมของกลุ่มตัวอย่าง

ปัจจัยอีกประการหนึ่งที่อาจเข้ามามีส่วนเกี่ยวข้องด้วยคือระดับการศึกษา มูเลนแคมป์ และเซเลส (Mulenkamp & Sayles, 1986) กล่าวว่า บุคคลที่มีระดับการศึกษาสูงจะมีทักษะในการแสวงหาข้อมูล ทำความเข้าใจกับสิ่งต่าง ๆ มากกว่าผู้ที่มีระดับการศึกษาต่ำ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของรูทส์ (Ruth, 1973 อ้างใน ทิตย์ทยา หอมทรัพย์, 2538) ที่พบว่า บุคคลที่มีการศึกษาต่ำส่วนใหญ่จะประสบกับปัญหาที่จะทำความเข้าใจการดำเนินโรคและวิธีปฏิบัติตน และการศึกษาของสิริลักษณ์ วรรณะพงษ์ (2539) ที่พบว่า ผู้ติดเชื่อเอชไอวีที่มีระดับการศึกษาต่ำจะมีปัญหาในการปรับทางจิตสังคมในด้านการดูแลภาวะสุขภาพของตนเอง และเช่นเดียวกับการศึกษาของพรณี ภาณุวัฒน์สุข (2541) ในหญิงมีครรภ์ที่ติดเชื่อเอชไอวี และพัชรินทร์ กิตติขงโสภณ (2541) ในมารดาที่ติดเชื่อเอชไอวีที่กำลังดูแลบุตรวัยเตาะแตะ ซึ่งต่างก็พบว่าระดับการศึกษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง และทำให้เกิดปัญหาการปรับทางจิตสังคมตามมา ในการศึกษานี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างจบการศึกษาระดับประถมศึกษาตอนปลายร้อยละ 46.7 และจบการ

ศึกษาระดับประถมศึกษาตอนต้นร้อยละ 16.7 (ตารางที่ 1) จึงอาจมีปัญหาในการรับรู้และทำความเข้าใจเรื่องโรค ที่ได้รับจากการให้คำปรึกษาโดยพยาบาล ซึ่งอาจมีผลทำให้การปรับทางจิตสังคมของกลุ่มตัวอย่างไม่ดีเท่าที่ควร จึงทำให้ตัวแปรทั้งสองมีความสัมพันธ์กันในระดับปานกลาง

มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Chiang Mai University