



การศึกษาสัมพันธ์ภาพระหว่างมารดาและทารกในมารดาที่ได้รับเชื้อเอช ไอ วี



วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาการพยาบาลแม่และเด็ก

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

พ.ศ. 2540

ISBN 974-589-137-1

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยมหิดล

๐๗

๗๔๖๖๗

๒๕๔๐

Copyright by Mahidol University

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

การศึกษาลัทธิพหุเทพระหว่างมารดาและทารกในมารดาที่ได้รับเชื้อเอช ไอ วี



พวงทิพย์ สาทะยักานนท์

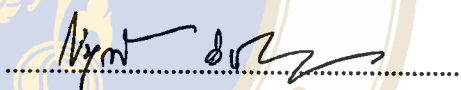
ผู้วิจัย



ยุพิน จันทรคตะ, วท.บ.(พยาบาล),

ค.ม.(วิจัยทางการศึกษา)

ประธานกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์

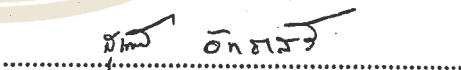


ไฉ่มกข์ วิเชิธรเจริญ,วท.บ.(พยาบาล),ค.ม.

(สถิติการศึกษา),กศ.ด.(การวิจัยและพัฒนา

หลักสูตร)

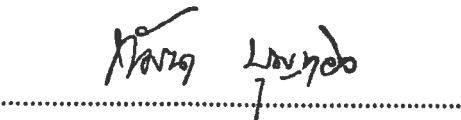
กรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์



สุปราณี อัทธเสรี, วท.บ.(พยาบาล),

ค.ม.(การวัดและประเมินผลการศึกษา)

กรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์

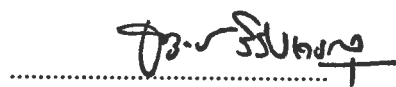


พิศนา บุญทอง, ค.บ.(พยาบาล),M.S.,Ed.D.

ประธานคณะกรรมการประจำหลักสูตร

พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

คณะพยาบาลศาสตร์



อดุลย์ วิริยเวชกุล ราชบัณฑิต,

พ.บ.,น.บ.,F.R.C.P.

คณบดี

บัณฑิตวิทยาลัย

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

การศึกษาลัมพนาพระหว่างมารดาและทารกในมารดาที่ได้รับเชื้อเอช ไอ วี
ได้รับการพิจารณาอนุมัติให้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลแม่และเด็ก

วันที่ 10 ตุลาคม 2540


.....

พวงทิพย์ สาเลยกานนท์
ผู้วิจัย


.....

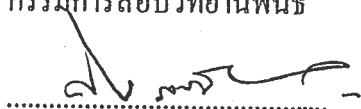
ยุพิน จันทรคคะ, วท.บ. (พยาบาล),
ค.ม. (วิจัยทางการศึกษา)
ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์


.....

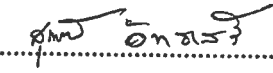
อติรัตน์ วัฒนไพลิน,ค.บ.(สุขภาพจิต
และการพยาบาลจิตเวชขั้นสูง),คส.ม.
(การแนะแนว), กศ.ค.(การวิจัยและ
พัฒนาหลักสูตร)
กรรมการสอบวิทยานิพนธ์


.....

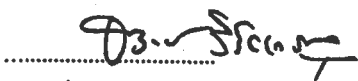
ไข่มุกข์ วิเชียรเจริญ, วท.บ.(พยาบาล),ค.ม.
(สถิติการศึกษา), กศ.ค.(การวิจัยและพัฒนาหลัก
สูตร)
กรรมการสอบวิทยานิพนธ์


.....

ศิริพงศ์ สวัสดิ์มงคล, พ.บ., ว.ว.,
F.I.C.S
กรรมการสอบวิทยานิพนธ์


.....

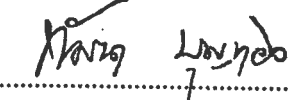
สุปราณี อัทธเสรี, วท.บ.(พยาบาล),
ค.ม.(การวัดและประเมินผลการศึกษา)
กรรมการสอบวิทยานิพนธ์


.....

อดุลย์ วิริยเวชกุล ราชบัณฑิต,
พ.บ., น.บ., F.R.C.P.

คณบดี

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล


.....

ทศนา บุญทอง, ค.บ. (พยาบาล), M.S., Ed. D.
คณบดี
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความรู้และความช่วยเหลืออย่างดียิ่งจากผู้ช่วยศาสตราจารย์ ยุพิน จันทรรคคะ รองศาสตราจารย์ สุปราณี อัครเสรี และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ไข่มุกข์ วิเชียรเจริญ อาจารย์ผู้ควบคุมวิทยานิพนธ์ ที่ได้กรุณาให้คำแนะนำและเสนอข้อคิดเห็นที่เป็นประโยชน์ ตลอดจนช่วยตรวจสอบแก้ไขข้อบกพร่องด้วยความเอาใจใส่และสนับสนุนให้กำลังใจแก่ผู้วิจัยมาโดยตลอด ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งและประทับใจในความกรุณาของท่านเป็นอย่างยิ่ง จึงขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณอาจารย์ ดร.อดิรัตน์ วัฒนไพลิน และรองศาสตราจารย์ นพ.ศิริพงศ์ สวัสดิ์มงคล ที่ได้กรุณาให้คำแนะนำและข้อเสนอแนะต่างๆ ที่เป็นประโยชน์ในการทำวิจัย ขอกราบขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่กรุณาให้ความอนุเคราะห์ในการตรวจสอบเครื่องมือสำหรับการวิจัย พร้อมกันนี้ขอกราบขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลศิริราช โรงพยาบาลราชวิถี โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี และโรงพยาบาลบาราศนราศูร ที่กรุณาอนุญาตให้ดำเนินการเก็บข้อมูลในการทำวิจัย และขอขอบคุณหัวหน้าพยาบาล พยาบาลและเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องทุกท่าน ที่ให้ความร่วมมือช่วยเหลือ ตลอดจนอำนวยความสะดวกในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นอย่างดี และขอขอบคุณมารดาที่ติดเชื้อเอช ไอ วี ซึ่งเป็นกลุ่มตัวอย่างทุกท่านที่มีส่วนช่วยให้การวิจัยสำเร็จลงได้ด้วยดี

ท้ายสุดนี้ ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณ คุณพ่อ คุณแม่ ที่ให้ความรัก ความห่วงใย และให้การช่วยเหลือสนับสนุนในการศึกษาแก่ผู้วิจัยเสมอมา ขอขอบคุณ คุณอนิรุทธ สาเลยกานนท์ และลูกๆ ที่ให้ความรัก ความห่วงใยและให้กำลังใจในการทำวิจัย ขอขอบคุณคณาจารย์มหาวิทยาลัยรังสิต และเพื่อนๆ ร่วมหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิตที่เป็นกำลังใจ และมีส่วนช่วยเหลือให้การวิจัยสำเร็จลงได้ รวมทั้ง China Medical Board of New York, Inc. ที่ได้กรุณาสนับสนุนเงินทุนบางส่วนในการทำวิจัยครั้งนี้

พวงทิพย์ สาเลยกานนท์

3536188 NSMC/M: การพยาบาลแม่และเด็ก : พย.ม. (การพยาบาลแม่และเด็ก)

ศัพท์สำคัญ : กลุ่มอาการภูมิคุ้มกันเสื่อม / ความสัมพันธ์ระหว่างมารดาและบุตร / มารดา /
เอดส์

พวงทิพย์ สาเลขกานนท์ : การศึกษาสัมพันธภาพระหว่างมารดาและทารกในมารดาที่ติดเชื้อเอช ไอ วี (MATERNAL - NEWBORN ATTACHMENT IN MOTHERS WITH HIV SEROLOGICAL POSITIVE). คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ : ยุพิน จันทร์คคะ , วท.บ. (พยาบาล) , ค.ม. (วิทยาการศึกษา) , ไช่มุกข์ วิเชียรเจริญ , ค.ม. (สถิติการศึกษา) , กศ.ค. (การวิจัยและพัฒนาหลักสูตร) , สุปราณี อัครเสรี , วท.บ. (พยาบาล) , ค.ม. (การวัดและประเมินผลการศึกษา) 87 หน้า. ISBN 974-589-137-1

การที่มารดามีการติดเชื้อ เอช ไอ วี มีผลกระทบทางร่างกายและจิตสังคมในมารดาเหล่านี้ มารดาที่มีความวิตกกังวลต่อภาวะสุขภาพของตนและบุตรในครรภ์ กลัวสังคมรังเกียจ ส่งผลต่อสัมพันธภาพระหว่างมารดาและทารก ผู้วิจัยต้องการศึกษาสัมพันธภาพระหว่างมารดาและทารก เปรียบเทียบว่ามารดาที่มีปัจจัยพื้นฐานและปัจจัยเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ และการคลอดที่แตกต่างกัน จะมีสัมพันธภาพระหว่างมารดาและทารกแตกต่างกันหรือไม่ กลุ่มตัวอย่างเป็นมารดาที่ผลการตรวจเลือดพบว่ามีเชื้อ เอช ไอ วี และมาคลอดในโรงพยาบาลศิริราช โรงพยาบาลราชวิถี โรงพยาบาลนพรัตนราชธานีและโรงพยาบาลบาราศนราดรุร จำนวน 120 คน ใช้แบบวัดสัมพันธภาพระหว่างมารดาและทารก และเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนสัมพันธภาพในมารดาที่มีปัจจัยแตกต่างกัน โดยการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One Way Analysis of Variance) และการทดสอบค่า t (t-test)

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีอายุระหว่าง 15-36 ปี มีอายุเฉลี่ย 25 ปี ร้อยละ 85.8 มีสถานภาพการสมรสอยู่ ร้อยละ 65.0 อยู่ในครอบครัวเดี่ยว ร้อยละ 60.0 มีบุตรคนแรก ร้อยละ 60.8 มีการศึกษาระดับประถมศึกษาหรือต่ำกว่า และมีรายได้เฉลี่ย 6,989 บาท กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนสัมพันธภาพโดยรวมเท่ากับ 4.1 อยู่ในระดับดี มารดาที่มีฐานะทางเศรษฐกิจ สถานภาพการสมรส ลำดับที่ของการคลอด และระดับการศึกษา แตกต่างกัน จะมีสัมพันธภาพกับทารกแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .01 .01 .01 .05 ตามลำดับ นอกจากนี้ยังพบว่า มารดาที่มีการศึกษาดำ หรือมีรายได้น้อย หรือไม่มีความรู้ หรือไม่มีความรู้มากกว่า 1 คน เป็นกลุ่มที่มีสัมพันธภาพต่อทารกต่ำกว่ามารดาในกลุ่มอื่น ดังนั้นผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะว่า พยาบาลควรประเมินปัจจัยเหล่านี้ เพื่อให้เป็นแนวทางในการวางแผนส่งเสริมสัมพันธภาพระหว่างมารดาและทารกในมารดาในกลุ่มต่อไป

3536188 NSMC/M: MAJOR : MATERNAL AND CHILD NURSING; M.N.S.(M.C.H.)

KEY WORD : ACQUIRED IMMUNE DEFICIENCY / RELATIONSHIP
BETWEEN MATERNAL AND CHILD / MOTHERS / AIDS

PUANGTIP SALAYAKANON: MATERNAL—NEWBORN ATTACHMENT IN
MOTHERS WITH HIV SEROLOGICAL POSITIVE. THESIS ADVISOR : YUPIN
CHANDARAGGA, M.Ed. KAIMOOK WICHIENTHAROEN, Ed.D SUPRANEE
ATHASERI, M.Ed. 87 P. ISBN 974-589-137-1

HIV infection in mothers impacts not only on their physical but also their psychosocial status. Anxiety related to their own health and their baby is reported by HIV infected mothers. Social stigma is also perceived. These psychosocial problems, in consequences, affect maternal-newborn attachment. The purposes of this study were to describe the maternal-newborn attachment, and to explore whether different factors : demographic and pregnancy-related affected maternal-newborn attachment in HIV infected mothers differently. Data from 120 samples were collected by using the Maternal-newborn Attachment Scale. Descriptive statistics, ANOVA and t-test were used to analyze data.

The age of subjects ranged from 15 to 36 years old, with average of 25. The majority (85.8%) were married, 65% lived in nuclear family, and 60% primiparas. Sixty percent were primary school graduate or lower with mean family income of 6,989 baht per month. Findings show that the subjects reported good maternal-newborn attachment ($x = 4.1$). Differences in economic status, marital status, order of pregnancy and education levels significantly affected maternal-newborn attachment differently at .01, .01, .01, .05 respectively. It is concluded that a group of mothers with lower income and level of education, not married and had more than one child reported lower scores of maternal-newborn attachment than other groups. Assessment of the related factors should be considered by nurses in promoting maternal-newborn attachment in HIV infected mothers.

สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ.....	ค
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
สารบัญ.....	ฉ
สารบัญตาราง.....	ช
สารบัญแผนภูมิ.....	ซ
บทที่	
1. บทนำ.....	1
2. วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง.....	12
3. วิธีดำเนินการวิจัย.....	35
4. ผลการวิจัยและอภิปรายผล.....	42
5. สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ.....	68
บรรณานุกรม.....	72
ภาคผนวก.....	80
ประวัติผู้วิจัย.....	87

สารบัญตาราง

ตารางที่	หน้า
1. จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามอายุ ระดับการศึกษา รายได้ครอบครัว เฉลี่ยต่อเดือน สถานภาพการสมรส ลักษณะครอบครัว การวางแผนการตั้งครรภ์ ลำดับที่ของการคลอด ความคาดหวังต่อเพศของบุตร ผลการตรวจเลือด และการมีชีวิตอยู่ของสามี	43
2. ค่าเฉลี่ยของความคิดเห็นของกลุ่มตัวอย่างและการแปลความหมายระดับสัมพันธภาพ โดยรวมและรายด้าน	45
3. ร้อยละ และค่าเฉลี่ยของความคิดเห็นของกลุ่มตัวอย่าง และการแปลความหมายระดับสัมพันธภาพจำแนกเป็นรายข้อ และรายด้าน	46
4. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนสัมพันธภาพระหว่างมารดาและทารกของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามอายุ ระดับการศึกษา และรายได้ครอบครัว โดยการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว	51
5. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนสัมพันธภาพระหว่างมารดาและทารกในกลุ่มตัวอย่างที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกัน เป็นรายคู่โดยวิธีเชฟเฟ (Scheffe)	52
6. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนสัมพันธภาพระหว่างมารดาและทารกในกลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้ครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือนแตกต่างกัน เป็นรายคู่โดยวิธีเชฟเฟ (Scheffe)	52
7. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนสัมพันธภาพระหว่างมารดาและทารกของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามสถานภาพการสมรส ลักษณะครอบครัว การวางแผนการตั้งครรภ์ ลำดับที่ของการคลอด และความคาดหวังต่อเพศของบุตร โดยการทดสอบค่า t (t -test)	53

สารบัญแผนภูมิ

ภาพที่

หน้า

1. กรอบแนวคิด การศึกษาสัมพันธภาพระหว่างมารดาและทารกในมารดาที่ได้รับ
เชื้อเอช ไอ วี

7



บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

เมื่อสามหรือกรรยาติดเชื้อเอช ไอ วี ผลกระทบต่อร่างกายนั้นมีได้ตั้งแต่ไม่ปรากฏอาการ จนกระทั่งมีอาการแสดงของโรค จากการศึกษาของประพันธ์ ภาณุภาคและคณะ (อ้างถึงในมัทนา หาญวิชัย, 2535 : 22 - 33) พบว่า “ผู้ติดเชื้อโดยไม่มีอาการจะเข้าสู่ระยะเอดส์เต็มขั้น หรือมีอาการสัมพันธ์กับเอดส์มีจำนวน 6.8% ต่อปี” “ถ้ามีอาการมะเร็งของผิวหนังแล้ว เวลาการมีอายุรอดเฉลี่ยเพียง 17 เดือน และถ้ามีการติดเชื้อที่ปอดพบว่า อายุเฉลี่ยของการอยู่รอดมีเพียง 9 เดือน หากติดเชื้อและมีอาการมะเร็งร่วมด้วยการอยู่รอดยิ่งสั้นลงประมาณ 6 เดือนเท่านั้น” (ปิยรัตน์ นิลอัยยา, 2537 : 215) สก๊อช และคณะ (อ้างถึงใน พงษ์ศักดิ์ ชัยศิลป์วัฒนา, 2536 : 7) พบว่า “หญิงมีครรภ์ที่มีผลเลือดบวกเมื่อติดตามผลหลังคลอดไป 28-30 เดือน หญิงหลังคลอดทารกเหล่านั้นจะมีการดำเนินโรคเป็นระยะมีอาการสัมพันธ์กับเอดส์ และเป็นโรคเอดส์เต็มขั้นสูงถึงร้อยละ 80” และหญิงมีครรภ์ที่ป่วยเป็นโรคเอดส์ในขณะที่ตั้งครรภ์บุตรคนแรก เมื่อคลอดบุตรคนที่สอง พบว่า บุตรคนที่สองจะป่วยเป็นโรคเอดส์ 65% ผลการติดเชื้อเอช ไอ วี ก่อให้เกิดผลกระทบต่อทารกในครรภ์ร่วมด้วย กล่าวคือ สามารถแพร่กระจายเชื้อจากแม่สู่ลูก โดยอาจผ่านไปทางเลือด รก สายสะดือ น้ำคร่ำ หรืออาจติดเชื้อจากการดูดนมแม่ ซึ่งยังไม่สามารถพิสูจน์ได้แน่ชัด ทารกที่คลอดจากมารดาที่ติดเชื้อเอช ไอ วี พบว่าทารกมีการติดเชื้อนี้ด้วยร้อยละ 25-50 (พงษ์ศักดิ์ ชัยศิลป์วัฒนา, 2536 : 5) มารดาที่เป็นโรคเอดส์นอกจากมีผลกระทบด้านร่างกายแล้วยังเกิดปัญหาด้านจิตสังคมอย่างมาก ได้แก่ อาการซึมเศร้า มีความรู้สึกผิดบาป มีความคิดฆ่าตัวตาย มีความโกรธ มีความวิตกกังวลอย่างรุนแรง กลัวการเจ็บป่วยในอนาคต มีความรู้สึกคุณค่าในตนเองต่ำ เกิดความรู้สึกโดดเดี่ยว สงสารตนเอง หמדกำลังใจและแยกตัวเองจากบุคคลอื่นๆ (สมมาตร ทROY และวิภาวี คงอินทร์, อ้างถึงใน จุฬารัตน์ สมรูป, 2535 : 135-136) จากการศึกษาของ อติศักดิ์ จินตนาดี (2538 : 218) พบว่า “หญิงตั้งครรภ์ที่ตรวจเลือดพบเชื้อเอช ไอ วี บวคนั้น ไม่กล้าบอกผลเลือดให้สามีทราบเพราะกลัวการไม่ยอมรับและการถูกทอดทิ้งจากสามี” ความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นมิได้เกิดเฉพาะต่อตนเองเท่านั้น จะมีความวิตกกังวลต่อทารกในครรภ์ด้วย โดยวิตกกังวลกลัวว่าทารกจะติดเชื้อเอช ไอ วี จากตน การหาผู้ดูแลทารกในเวลาที่ต้องการหรือเวลาจำเป็น การพาทารกไปรับการตรวจเลือด ตรวจสุขภาพ

และกล่าวว่าทารกจะเป็นเด็กกำพร้า เพราะตนเองและสามีมีอายุที่ไม่ยืนยาว (Andrews, et al., 1993 : 197)

จากผลกระทบทางด้านร่างกายและด้านจิตสังคม ในมารดาที่ติดเชืเอช ไอ วี ย่อมส่งผลต่อกระบวนการสร้างสัมพันธภาพระหว่างมารดาและทารก จากการศึกษาวิจัยของ แอนดริวและคณะ (Andrews, et al., 1993 : 197) พบว่า มารดาที่ติดเชืเอช ไอ วี นั้นมีความคิด ความรู้สึก และพฤติกรรมต่อทารกของตนเองทั้งในด้านบวกและด้านลบ กล่าวคือ มารดาที่ติดเชืเอช ไอ วี รับรู้ความสัมพันธ์ของตนเองกับทารกว่า ทารกเป็นทั้งแหล่งที่ประคับประคองตนเองเช่นเดียวกับเป็นแหล่งที่ทำให้ตนเองเกิดความเครียด เป็นภาระยุ่งยากมากในการดูแลทารก ไม่ว่าทารกจะติดเชืเอช ไอ วี หรือไม่ก็ตาม เอเวนท์ (Avant, 1981 : 416-419) กล่าวว่า “ปัจจัยที่สำคัญประการหนึ่งที่มีผลต่อกระบวนการสร้างสัมพันธภาพระหว่างมารดาและทารก ได้แก่ ความวิตกกังวล และความเครียด ในมารดาที่มีระดับความวิตกกังวลสูง จะมีคะแนนสัมพันธภาพระหว่างมารดาและทารกต่ำ ในขณะที่กลุ่มที่มีระดับความวิตกกังวลต่ำ จะมีคะแนนสัมพันธภาพระหว่างมารดาและทารกสูง” นอกจากนี้มารดาที่มีพยาธิสภาพต่างๆ คุกคามต่อชีวิตและความเป็นปกติ ไม่ว่าจะเป็นทั้งของตนเองหรือของทารกก็ตาม พยาธิสภาพเหล่านั้นจะมีผลกระทบและจะสามารถขัดขวางความก้าวหน้าในการสร้างสัมพันธภาพระหว่างมารดาและทารกได้ (Ziegel & Cranley, 1984 : 242) จากเหตุผลดังกล่าวมานี้สามารถสรุปได้ว่ามารดาที่ติดเชืเอช ไอ วี ซึ่งมีความเครียด ความวิตกกังวล จากการติดเชืเอช ไอ วี ซึ่งเป็นพยาธิสภาพคุกคามความเป็นปกติของมารดา ย่อมส่งผลกระทบต่อกระบวนการสร้างสัมพันธภาพระหว่างมารดาและทารก

ตามแนวคิดทฤษฎีสัมพันธภาพระหว่างมารดาและทารก (Maternal - Infant Bonding) ของคลอสและเคนเนล (Klaus & Kennell, 1970 : 1020) กล่าวว่า “สัมพันธภาพระหว่างมารดาและทารก เป็นความรู้สึก หรืออารมณ์ผูกพันที่มารดามีต่อทารกอย่างลึกซึ้ง เกิดขึ้นที่ละเล็กละน้อยก่อให้เกิดความรักใคร่ผูกพันเสียสละ ตั้งแต่มีการเริ่มตั้งครรภ์และมีพัฒนาการมาเรื่อยๆ ตลอดการตั้งครรภ์จนกระทั่งคลอดและภายหลังคลอด” หากมารดามีสัมพันธภาพที่ดีกับทารก มารดาจะมีการแสดงออกดังนี้คือ มีการยอมรับความเป็นบุคคลของตนเองและทารก ยอมรับว่าทารกเป็นบุคคลที่แยกจากตนเอง และเป็นบุคคลสำคัญคนหนึ่งของครอบครัว มีปฏิสัมพันธ์กับทารกโดยแสดงออกถึงความต้องการที่จะได้สัมผัส อุ้ม กอด พูดยุข และสบตาทารก มีการรับรู้ต่อหน้าตาและร่างกายของทารกว่าสวยงามน่ารัก ยอมเสียสละความสุขส่วนตัวในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ เพื่อลูก มีการยอมรับในบทบาทของมารดาและมีความมั่นใจในความสามารถของตนเองที่จะปฏิบัติตามบทบาทนั้นได้ และมีการเตรียมของใช้ สถานที่ เงิน และบุคคลสำหรับการเลี้ยงดูทารก (Cranley, 1981 : 281-284) ในทางตรงกันข้าม หากมารดามีสัมพันธภาพเป็นลบกับทารก มารดาจะมีความรู้สึกนึกคิดต่อตนเอง

และทารกในทางที่ไม่ดี ไม่มีความกระตือรือร้นที่จะอุ้ม สัมผัส พุดคุยหรือสบตากับทารก มีการรับรู้ต่อหน้าตาและร่างกายของทารกว่าน่าเกลียด ไม่น่ามอง มีความรู้สึกว่าการทำให้ตนเองต้องลำบาก ไม่มีเวลาเป็นของตนเอง ไม่มีความมั่นใจในการแสดงบทบาทมารดา ละเลยการดูแลเอาใจใส่ทารก ไม่มีการเตรียมสิ่งของ เครื่องใช้ เงินทองและบุคคลสำหรับการเลี้ยงดูทารก ดังนั้นย่อมมีผลกระทบต่อทารกทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ทำให้ทารกขาดการดูแลเอาใจใส่ ถูกทอดทิ้ง สุขภาพทรุดโทรม และการเจริญเติบโตช้า (Cropley, 1979 : 13) มีแนวโน้มที่จะเป็นบุคคลขาดความมั่นคงทางด้านจิตใจ มีความวิตกกังวลสูง ต้องพึ่งพาผู้อื่น (Dizon, 1984 : 28) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสุธีระ วัชรกุลป์ (2535 : 1-16) พบว่า “เด็กที่คลอดจากมารดาที่ติดเชืเอช ไอ วี ได้รับผลกระทบทางจิตใจและสังคมจากคนรอบข้างได้แก่ บิดา มารดา และผู้ดูแลทารก เป็นผลให้การเจริญเติบโตและการพัฒนาการของเด็กเหล่านี้ค่อนข้างช้ากว่าปกติ ” จากแนวคิดและข้อมูลข้างต้นสรุปได้ว่า ในมารดาหลังคลอดที่ติดเชืเอช ไอ วี หากมีสัมพันธภาพที่ดีต่อทารก มารดาจะมีการยอมรับทารก มีความสนใจ ต้องการมีปฏิสัมพันธ์กับทารก โดยการสัมผัสตัวทารก อุ้ม มองสบตา พุดคุยกับทารกบ่อยๆ มีความรู้สึกว่าคุณค่าของตนน่ารัก มีการสังเกตส่วนต่างๆ ของร่างกายทารก แต่ถ้ามารดาที่ติดเชืเอช ไอ วี มีสัมพันธภาพเป็นลบกับทารก มารดาจะไม่พยายามมีปฏิสัมพันธ์กับทารก สังเกตได้จาก มารดาจะนอนจ้องมองเพดาน ไม่มองทารก ไม่สัมผัสและร้องขอที่จะอุ้มทารก ถ้าวางทารกไว้ในวงแขน จะพบว่ามารดานอนนิ่งเฉย ไม่สัมผัสลูกได้ใบหน้า หรือแขนขาทารก ถ้าให้มารดาอุ้มทารกจะอุ้มทารกอยู่ห่างจากลำตัว บางครั้งจะพบว่ามารดาร์องให้ หรือ แสดงท่าทางไม่มีความสุข ไม่มีการวางแผนที่จะจัดหาของใช้ เงินทอง สถานที่ หรือบุคคลสำหรับการเลี้ยงดูทารก

การที่มารดามีสัมพันธภาพกับทารกแตกต่างกันขึ้นอยู่กับความแตกต่างของปัจจัยบางประการซึ่งได้แก่ ปัจจัยพื้นฐานของมารดาและปัจจัยเกี่ยวกับการตั้งครรภ์และการคลอด อันประกอบด้วย อายุ ระดับการศึกษา ฐานะทางเศรษฐกิจ สถานภาพการสมรส ลักษณะครอบครัว การวางแผนการตั้งครรภ์ ลำดับที่ของการคลอด และ ความคาดหวังต่อเพศของบุตร หากมารดาที่ติดเชืเอช ไอ วี มีปัจจัยดังกล่าวแตกต่างกัน ย่อมมีสัมพันธภาพระหว่างมารดาและทารกแตกต่างกันด้วย ซึ่งสามารถอธิบายได้ดังต่อไปนี้ อายุของมารดา มารดาที่มีอายุมากกว่าย่อมมีสัมพันธภาพกับทารกดีกว่ามารดาที่มีอายุน้อยกว่า เนื่องจากมารดาที่มีอายุน้อยยังไม่มีวุฒิภาวะทางอารมณ์เพียงพอที่จะทำหน้าที่การเป็นมารดา ไม่สามารถตอบสนองความต้องการของทารกได้อย่างเหมาะสม ทำให้ทารกแสดงพฤติกรรมที่ทำให้มารดาไม่พอใจมากยิ่งขึ้น ดังนั้นจึงมีผลให้สัมพันธภาพระหว่างมารดาและทารกเป็นลบ ไม่เกิดความรักใคร่พิงพอใจซึ่งกันและกัน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของโจนส์ และคณะ (Jones, et al., 1980 : 579-584) พบว่า “มารดาที่มีอายุน้อยกว่า 19 ปี จะมีการอุ้มและ มีปฏิสัมพันธ์กับทารกน้อยกว่ามารดาที่มีอายุมากกว่า 19 ปี” โดยเฉพาะมารดาอายุน้อยและติดเชื

เอช ไอ วี ซึ่งเป็นภาวะวิกฤตมีผลให้มารดาที่มีสัมพันธภาพไม่ดีกับทารก ส่วนมารดาที่มีอายุน้อยกว่าจะมีวุฒิภาวะทางอารมณ์สูงกว่า มีความพร้อมในด้านต่างๆมากกว่า ทั้งตำแหน่งหน้าที่การงาน ฐานะทางสังคม ครอบครัว และแหล่งสนับสนุนช่วยเหลือทางสังคม มีผลให้มารดาในกลุ่มนี้สามารถสร้างสัมพันธภาพกับทารกได้ดีกว่า ระดับการศึกษา มารดาที่มีการศึกษาสูงจะมีสัมพันธภาพกับทารกดีกว่ามารดาที่มีการศึกษาน้อยกว่า เนื่องจากมารดาที่มีการศึกษาสูงจะมีความสามารถในการเผชิญปัญหา และสามารถหาแนวทางในการแก้ปัญหาต่างๆได้อย่างเหมาะสม ทราบถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับปัญหาที่เกิดขึ้นได้ดีกว่า ทำให้แก้ปัญหาได้ดีกว่า (Jalowice & Power, 1981 : 10-15) ในมารดาหลังคลอดที่ติดเชื้อเอช ไอ วี ย่อมต้องเผชิญกับปัญหาต่างๆ มากมาย หากมารดาสามารถปรับตัวและหาวิธีแก้ปัญหาต่างๆ ได้ย่อมส่งผลให้มารดาสามารถปรับตนเองเข้าสู่บทบาทเป็นมารดา และสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับทารกได้ นอกจากนี้ มารดาที่มีการศึกษาสูงจะเปิดกว้างทางความคิดสามารถค้นหาความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตนและการดูแลทารกตั้งแต่ในระยะตั้งครรภ์จนถึงภายหลังคลอด ทำให้มารดาสามารถวิเคราะห์ได้ถึงผลประโยชน์และความจำเป็นที่จะต้องสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับทารก ซึ่งตรงข้ามกับมารดาที่มีการศึกษาน้อยกว่า มารดาในกลุ่มนี้จะขาดความรู้ ไม่เฝ้าหาความรู้และยากต่อการถ่ายทอดความรู้ เมื่อต้องดำรงบทบาทมารดาและมีภาวะติดเชื้อเอช ไอ วี จึงเป็นการยากที่มารดาจะสามารถใช้สติปัญญาและวิจารณญาณในการแก้ปัญหาต่างๆที่พบได้อย่างมีประสิทธิภาพทำให้มารดาที่มีสัมพันธภาพไม่ดีกับทารก

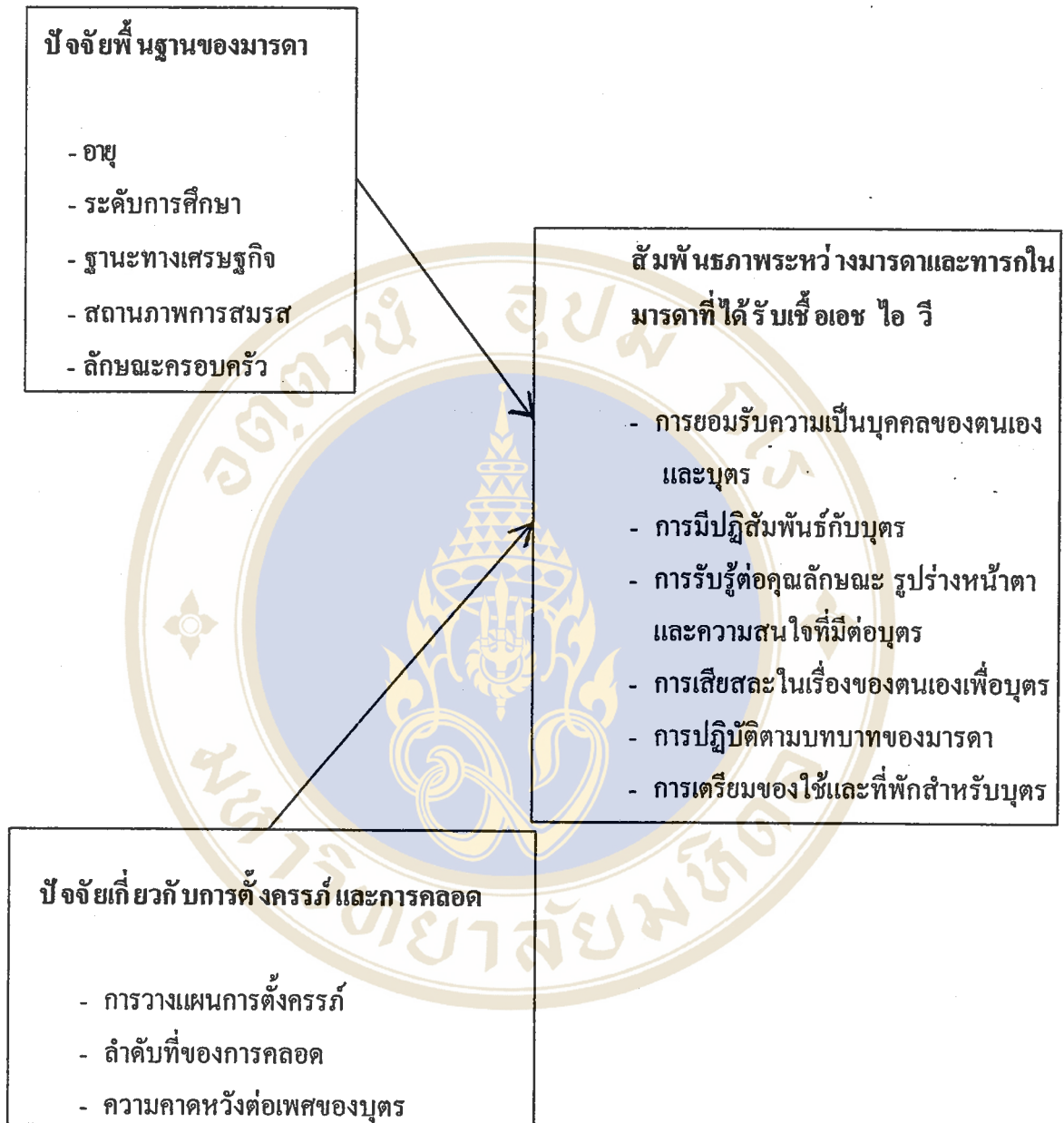
ฐานะทางเศรษฐกิจ มารดาที่มีฐานะทางเศรษฐกิจดีจะมีสัมพันธภาพกับทารกดีกว่ามารดาที่มีฐานะทางเศรษฐกิจไม่ดี เนื่องจากมารดาที่มีฐานะทางเศรษฐกิจดีไม่ต้องวิตกกังวลหรือมีความเครียดเกี่ยวกับเรื่องค่าใช้จ่ายต่างๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งมารดาที่ติดเชื้อเอช ไอ วี ต้องคำนึงถึงค่าใช้จ่ายที่ต้องดูแลรักษาทั้งตนเองและทารก ดังนั้นหากมารดาสามารถมีรายได้น้อยกว่าก่อนข้างสูงเพียงพอกับค่าใช้จ่ายย่อมส่งผลให้มารดาที่มีความเครียดลดลง และมีความสนใจเอาใจใส่ต่อทารกมากขึ้นสามารถหาสิ่งที่ดีและจำเป็นสำหรับทารกได้อย่างเหมาะสม สัมพันธภาพระหว่างมารดาและทารกย่อมดีตามไปด้วย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของศรีโสภณ แห่งทองคำ (2533:78) พบว่า “รายได้ต่อเดือนของครอบครัว มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการมีปฏิสัมพันธ์กับทารกของมารดา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ” ส่วนมารดาที่มีฐานะทางเศรษฐกิจไม่ดีจะต้องตรากตรำและวุ่นวายอยู่กับการประกอบอาชีพเพื่อหารายได้มาจุนเจือครอบครัว ทำให้มารดาไม่อดทนและไม่ค่อยคำนึงถึงทารก ทำให้มารดาในกลุ่มนี้มีสัมพันธภาพกับทารกไม่ดี สถานภาพการสมรส มารดาที่มีสามีย่อมมีสัมพันธภาพกับทารกดีกว่ามารดาที่ไร้สามี เนื่องจากสามีเป็นบุคคลใกล้ชิดที่คอยส่งเสริมสนับสนุนมารดา โดยการให้กำลังใจ เอาใจใส่ห่วงใยมารดา เป็นที่ปรึกษาช่วยหาแนวทางการแก้ปัญหา และเป็นหลักในเรื่องของการหารายได้มาจุนเจือครอบครัว ทำให้มารดารู้สึกอบอุ่น มีความมั่นใจในการดำเนินชีวิต และมีความเครียดลดลง ส่งผลให้มารดาสามารถกระทำบทบาท

การเป็นมารดาได้อย่างเหมาะสม และมีสัมพันธภาพที่ดีกับทารก (Mercer, 1981:75) ในมารดาที่ไร้คู่จะขาดแรงสนับสนุนจากสามี ขาดบุคคลที่คอยให้กำลังใจ ต้องรับภาระในการดูแลทารกแต่เพียงลำพัง และยังต้องรับภาระในการหารายได้มาจุนเจือเลี้ยงดูทารกซึ่งเป็นภาระที่ยากลำบากสำหรับมารดา มารดาเหล่านี้จะรู้สึกหว่าเหว้มีความเครียดและความวิตกกังวลสูง ส่งผลให้มีสัมพันธภาพกับทารกค่อนข้างไม่ดี ลักษณะครอบครัว มารดาที่อาศัยอยู่ในครอบครัวขยายจะมีสัมพันธภาพกับทารกดีกว่ามารดาที่อาศัยอยู่ในครอบครัวเดี่ยว เนื่องจากมารดาที่อยู่ตามลำพังกับสามีและบุตรเป็นครอบครัวเดี่ยว ทำให้ขาดระบบพึ่งพาในการช่วยเหลือ ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการเลี้ยงดูทารกจากญาติ จึงเป็นอุปสรรคขัดขวางการปรับตัวในการเป็นมารดา ส่วนหญิงตั้งครรภ์ที่อยู่ในครอบครัวขยายที่มีญาติพี่น้องให้ความช่วยเหลือ (วันเพ็ญ กุลนริศ, 2533:28) มีโอกาสได้รับการช่วยเหลือ ประคับประคองจากบุคคลในครอบครัว มีผลให้มารดาเกิดความเข้มแข็ง มีกำลังใจต่อสู้กับปัญหา และอุปสรรคที่มารดากำลังเผชิญอยู่ เกิดความมั่นใจในความสามารถของตนเองที่จะปฏิบัติบทบาทของมารดา ก่อให้เกิดสัมพันธภาพที่ดีกับทารก

ปัจจัยทางด้านการตั้งครรภ์และการคลอดได้แก่ การวางแผนการตั้งครรภ์ มารดาที่มีการวางแผนการตั้งครรภ์จะมีสัมพันธภาพกับทารกดีกว่ามารดาที่ไม่มีการวางแผนการตั้งครรภ์เพราะหญิงตั้งครรภ์ที่ไม่ได้วางแผนการตั้งครรภ์ จะมีความไม่พร้อมในการเป็นมารดา มีการรับรู้ต่อการตั้งครรภ์ไม่ดี มักเกิดความรู้สึกสับสนข้องใจต่อฐานะการเป็นมารดา เกิดความล้มเหลวในการปรับตัวตามบทบาทใหม่ ทำให้ไม่สามารถสร้างสัมพันธภาพกับทารกได้ (Cropley, 1974:14-15) ในมารดาที่ติดเชื่อเอช ไอ วี หากไม่ได้วางแผนการตั้งครรภ์มาก่อน แล้วมารับทราบของตนเองตั้งครรภ์พร้อมๆ กับรับทราบผลการตรวจเลือดว่าติดเชื่อเอช ไอ วี มารดาอาจกล่าวโทษทารกในครรภ์ว่าเป็นสาเหตุให้ต้องติดเชื่อ เกิดความเกลียดชังทารก ทำให้สัมพันธภาพระหว่างมารดาและทารกเป็นลบได้ ส่วนมารดาที่วางแผนการตั้งครรภ์จะมีความมั่นใจและมีความต้องการทารกมาก แม้ว่ามีภาวะการติดเชื่อเอช ไอ วี เกิดขึ้นมารดา ก็จะยอมรับและหาทางดูแลช่วยเหลือทารกให้ได้รับความปลอดภัยมากที่สุดเท่าที่มารดาจะทำได้ ลำดับที่ของการคลอด มารดาที่เคยมีบุตรมาแล้วจะมีสัมพันธภาพกับทารกดีกว่ามารดาที่คลอดครั้งแรกเนื่องจากมารดาที่คลอดบุตรครั้งแรกขาดประสบการณ์เกี่ยวกับการคลอด และการดูแลทารกทำให้มารดาไม่สามารถคาดเดาได้ถึงความต้องการของทารก ไม่กล้าจับต้องทารก (Barnett, et al., 1971 : 231-232) โดยเฉพาะอย่างยิ่งมารดาที่ติดเชื่อเอช ไอ วี และเป็นการคลอดครั้งแรกจะทำให้มารดามีความกังวลในการที่จะดูแลทารก มีความไม่แน่ใจในบทบาทการเป็นมารดาเป็นภาวะที่ก่อให้เกิดความทุกข์แก่มารดาที่จะต้องปรับตัวกับบทบาทใหม่ ในขณะที่ตนเองกำลังเผชิญกับโรคร้ายแรงอยู่ ทำให้มารดาไม่สามารถสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับทารกได้ แต่ทวิรัสมัธนาคม (2524 : 205) กล่าวว่า “ครอบครัวที่มีบุตรมากมารดาจะต้องเปลี่ยนบทบาท มีภาระความรับผิดชอบ

ผิดชอบเพิ่มมากขึ้นเพื่อดูแลบุตรอีกคนหนึ่ง ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อการศึกษาของมารดาได้” สอดคล้องกับการศึกษาของกนกทิพย์ คุธนะวนิชพงษ์ (2530 : 82) พบว่า “มารดาที่มีภาวะเสี่ยง ซึ่งมีลำดับที่ของการตั้งครรภ์เป็นครรภ์แรก มีสัมพันธภาพกับทารกดีกว่ามารดาที่มีลำดับที่ของการตั้งครรภ์เป็นครรภ์หลัง” ความคาดหวังต่อเพศของบุตร มารดาที่เพศของทารกตรงตามความคาดหวังย่อมมีสัมพันธภาพกับทารกดีกว่ามารดาที่เพศของทารกไม่ตรงตามความคาดหวัง เพราะในขณะที่ตั้งครรภ์มารดาจะมีความฝันเกี่ยวกับทารก ซึ่งรวมถึงความคาดหวังในเรื่องเพศด้วย ถ้าทารกคลอดออกมามีเพศตรงกับความคาดหวังแนวโน้มของสัมพันธภาพระหว่างมารดาและทารกจะดีด้วย ในมารดาที่มีความต้องการได้ลูกเพศหญิงเพราะคิดว่าลูกสาวจะช่วยดูแลน้อง และช่วยเหลืองานบ้านยามเมื่อเติบโตขึ้น ความต้องการมีลูกชายมารดาที่มีความคาดหวังว่าจะช่วยเหลือแบ่งเบาภาระเกี่ยวกับการหารายได้และการบวชพระเพื่อตอบแทนพระคุณเมื่อเติบโตขึ้น ดังนั้นหากมารดาได้บุตรตามที่คาดหวังไว้ แนวโน้มของสัมพันธภาพระหว่างมารดาและทารกจะดีตามไปด้วย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสุปราณี อัทธเสรี และคณะ (2535:27) พบว่า “มารดาที่คลอดทารกมีเพศตรงตามความคาดหวังมีคะแนนพฤติกรรมสัมพันธภาพกับทารกสูงกว่า มารดาที่เพศของทารกไม่ตรงกับความคาดหวังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ”

จากข้อมูลดังกล่าวข้างต้นสรุปได้ว่าภาวะการติดเชื้อเอช ไอ วี ของมารดาหลังคลอดก่อให้เกิดผลกระทบทางร่างกายและจิตสังคมของมารดาอย่างมาก และจากผลกระทบดังกล่าวจะส่งผลกระทบต่อสัมพันธภาพระหว่างมารดาและทารกโดยมีปัจจัยด้านพื้นฐานของมารดาและปัจจัยเกี่ยวกับการตั้งครรภ์และการคลอดเข้ามามีอิทธิพลต่อกระบวนการสร้างสัมพันธภาพระหว่างมารดาและทารกในมารดาที่ได้รับเชื้อเอช ไอ วี ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาถึงสัมพันธภาพระหว่างมารดาและทารกในมารดาที่ได้รับเชื้อเอช ไอ วี เพื่อต้องการทราบว่ามารดาที่ได้รับเชื้อเอช ไอ วี ซึ่งมีปัจจัยด้านพื้นฐานและปัจจัยเกี่ยวกับการตั้งครรภ์และการคลอดที่แตกต่างกันจะมีสัมพันธภาพต่อทารกมากน้อยแตกต่างกันหรือไม่ โดยใช้แนวคิดของแครนลีย์ (Cranley, 1981) ตามกรอบแนวคิดในการวิจัยดังแผนภูมิที่ 1 ผู้วิจัยคาดว่าผลการศึกษาครั้งนี้จะเกิดความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับเรื่องสัมพันธภาพระหว่างมารดาและทารกในมารดาที่ได้รับเชื้อเอช ไอ วี ซึ่งมีผลในการนำไปใช้ประโยชน์ต่อการที่จะเสริมสร้างให้เจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งพยาบาลในแผนกสูติกรรมได้ตระหนักถึงความสำคัญของการส่งเสริมการสร้างสัมพันธภาพระหว่างมารดาและทารก โดยคำนึงถึงการประเมินปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับมารดาแต่ละคน เพื่อช่วยให้มารดาที่ได้รับเชื้อเอช ไอ วี ได้มีปฏิสัมพันธ์ที่ดีต่อทารกในระยะต่อไป ซึ่งจะช่วยป้องกันไม่ให้เกิดความผิดปกติเกี่ยวกับพัฒนาการทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคมของทารกได้



แผนภูมิที่ 1 กรอบแนวคิด การศึกษาสัมพันธภาพระหว่างมารดาและทารกในมารดาที่ได้รับเชื้อเอช ไอ วี โดยใช้แนวคิดของแกรนเลย์ (Cranley, 1981)

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาสัมพันธภาพระหว่างมารดาและทารกในมารดาที่ได้รับเชื้อเอช ไอ วี
2. เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของสัมพันธภาพระหว่างมารดาและทารกในมารดาที่ได้รับเชื้อเอช ไอ วี ซึ่งมีปัจจัยพื้นฐาน ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา ฐานะทางเศรษฐกิจ สถานภาพการสมรส และลักษณะครอบครัวที่แตกต่างกัน
3. เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของสัมพันธภาพระหว่างมารดาและทารกในมารดาที่ได้รับเชื้อเอช ไอ วี ซึ่งมีปัจจัยเกี่ยวกับการตั้งครรภ์และการคลอด ได้แก่ การวางแผนการตั้งครรภ์ ลำดับที่ของการคลอด และความคาดหวังต่อเพศของบุตรที่แตกต่างกัน

สมมติฐานของการวิจัย

1. มารดาที่ได้รับเชื้อเอช ไอ วี ซึ่งมีปัจจัยพื้นฐาน ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา ฐานะทางเศรษฐกิจ สถานภาพการสมรส และลักษณะครอบครัวที่แตกต่างกัน จะมีสัมพันธภาพระหว่างมารดาและทารกแตกต่างกัน
2. มารดาที่ได้รับเชื้อเอช ไอ วี ซึ่งมีปัจจัยเกี่ยวกับการตั้งครรภ์และการคลอด ได้แก่ การวางแผนการตั้งครรภ์ ลำดับที่ของการคลอด และความคาดหวังต่อเพศของบุตรที่แตกต่างกัน จะมีสัมพันธภาพระหว่างมารดาและทารกแตกต่างกัน

ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาสัมพันธภาพระหว่างมารดาและทารกในมารดาที่ได้รับการตรวจยืนยันว่าในโลหิตมีการติดเชื้อเอช ไอ วี โดยไม่มีอาการและอาการแสดงของโรคเอดส์และมารดาทราบผลเลือด มาคลอดที่โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี โรงพยาบาลบำราศนราดูร โรงพยาบาลศิริราช และ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับการวิจัย

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล เพื่อให้พยาบาลใช้เป็นแนวทางในการวางแผน การพยาบาลมารดาและทารก ในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับสัมพันธภาพระหว่างมารดาและทารกในมารดาที่ได้รับเชื้อ เอช ไอ วี โดยคำนึงถึงปัจจัยต่างๆ ที่มีผลกระทบต่อสัมพันธภาพ ได้แก่ ปัจจัยพื้นฐานของมารดา ปัจจัยเกี่ยวกับการตั้งครรภ์และการคลอด เป็นต้น
2. ด้านการบริหารการพยาบาล เพื่อเป็นแนวทางให้ผู้บริหารทางการพยาบาลมองเห็นแนวทางที่จะพัฒนาและกระตุ้นบุคลากรของตนให้มีความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับเรื่องสัมพันธภาพระหว่างมารดาและทารกในมารดาหลังคลอดที่ติดเชื้อเอช ไอ วี
3. ด้านการศึกษาพยาบาล เพื่อเป็นแนวทางสำหรับอาจารย์พยาบาลในการจัดการเรียนการสอนแก่นักศึกษาพยาบาล โดยนำเอาทฤษฎีเกี่ยวกับสัมพันธภาพระหว่างมารดาและทารกสอดแทรกเข้าไปในการเรียนการสอน ทั้งนี้เพื่อให้นักศึกษาเข้าใจและตระหนักถึงปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อสัมพันธภาพระหว่างมารดาและทารก อันจะเป็นประโยชน์ในการวางแผนการพยาบาลเกี่ยวกับเรื่องสัมพันธภาพระหว่างมารดาและทารกในมารดาหลังคลอดที่ติดเชื้อเอช ไอ วี ต่อไป
4. ด้านการวิจัย เพื่อเป็นแนวทางด้านการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับสัมพันธภาพระหว่างมารดาและทารกในมารดากลุ่มอื่นๆ ต่อไป

นิยามตัวแปร

1. สัมพันธภาพระหว่างมารดาและทารก หมายถึง ความรู้สึก นึกคิด และรวมถึงความรู้สึกนึกคิดของมารดาในการปฏิบัติต่อบุตรทั้งในด้านบวกหรือลบ โดยประเมินจากการใช้แบบวัดสัมพันธภาพระหว่างมารดาและทารก ซึ่งผู้วิจัยได้ดัดแปลงมาจากแบบสอบถามสัมพันธภาพระหว่างมารดาและทารกของเขาวลิกซ์ สตรีเสถียร (2530) ซึ่งได้แนวคิดมาจากแครนลีย์ (Cranley, 1981: 281 - 284) และพรหมพิไล เลหาพิญแสง (2526) และศึกษาจากเอกสาร ตำรา และวารสารที่เกี่ยวข้องร่วมด้วย แบ่งออกเป็นหมวดๆ ได้ 6 หมวด ดังนี้ คือ

หมวดที่ 1 การยอมรับความเป็นบุคคลของตนเองและบุตร หมายถึง ความรู้สึกนึกคิดของมารดาต่อตนเองและทารก ยอมรับว่าทารกเป็นบุคคลที่แยกจากตนเอง รวมทั้งเป็นบุคคลที่สำคัญคนหนึ่งของคนรอบครัว

หมวดที่ 2 การมีปฏิสัมพันธ์กับทารก หมายถึง ความผูกพันซึ่งกันและกัน ระหว่างมารดาและทารก ความต้องการที่จะได้สัมผัส อุ้ม กอด พูดยุข และสบตาทารก ตลอดจนความรู้สึกของมารดาในขณะที่มีปฏิสัมพันธ์กับทารก

หมวดที่ 3 การรับรู้คุณลักษณะ รูปร่าง หน้าตา และความสนใจที่มีต่อทารก หมายถึง การรับรู้ต่อหน้าตา ร่างกายของทารกว่าสวย น่ารัก หรือน่าเกลียด การเปรียบเทียบส่วนต่างๆ ของทารกกับตนเองหรือบุคคลในครอบครัว

หมวดที่ 4 การเสียสละในเรื่องของตนเองเพื่อลูก หมายถึง การยอมเสียสละความสุขส่วนตัวในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ เพื่อลูก

หมวดที่ 5 การปฏิบัติตามบทบาทของมารดา หมายถึง การยอมรับในบทบาทของมารดาและความมั่นใจในความสามารถของตนเองที่จะปฏิบัติตามบทบาท

หมวดที่ 6 การเตรียมของใช้และที่พักสำหรับทารก หมายถึง ความตั้งใจในการเลี้ยงดูทารก การเตรียมสิ่งของเครื่องใช้ สถานที่และเงินสำหรับการเลี้ยงทารก

2. อายุ หมายถึง จำนวนเต็มเป็นปีของอายุมารดานับตั้งแต่เกิดจนถึงวันที่ทำการศึกษา
3. ระดับการศึกษา หมายถึง ระดับการศึกษาสูงสุดที่สำเร็จการศึกษาโดยแบ่งออกเป็น

4 กลุ่ม คือ

- ประถมศึกษา หรือต่ำกว่า
- มัธยมศึกษา
- ประกาศนียบัตร หรืออนุปริญญา
- อุดมศึกษา

4. ฐานะทางเศรษฐกิจ หมายถึง รายได้ของครอบครัว นับเป็นจำนวนบาทต่อเดือน โดยนำรายได้ของสามีและภรรยานับรวมกัน ในรายที่ไม่มีคู่สมรสเป็นรายได้ของกลุ่มตัวอย่างเพียงคนเดียว

5. สถานภาพการสมรส หมายถึง ฐานะหรือตำแหน่งทางสังคมเกี่ยวกับการแต่งงาน แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ

- 5.1 คู่ หมายถึง บุคคลที่ร่วมทุกข์ร่วมสุขเป็นสามีภรรยา
- 5.2 หม้าย / หย่า / แยกกันอยู่ หมายถึง บุคคลที่เคยผ่านชีวิตคู่มาแล้วโดยปัจจุบัน
ไว้คู่สามีโดยการเสียชีวิตของสามี /
เลิกเป็นสามีภรรยากันทางกฎหมาย/
ต่างแยกกันอยู่โดยมิได้เลิกเป็นสามีภรรยากัน

6. ลักษณะครอบครัว หมายถึง สภาพครอบครัวของมารดาหลังคลอดที่ติดเชื้อเอช ไอ วี แบ่งออกเป็น 2 ลักษณะ คือ

6.1 ครอบครัวเดี่ยว หมายถึง ครอบครัวที่ประกอบด้วย มารดา สามี และบุตรเท่านั้น

6.2 ครอบครัวขยาย หมายถึง ครอบครัวที่ประกอบด้วย มารดา สามี บุตร และมีครอบครัวของ บิดา มารดา หรือญาติพี่น้องของฝ่ายใดฝ่ายหนึ่งรวมอยู่ด้วย

7. การวางแผนการตั้งครรภ์ หมายถึง ความต้องการหรือความตั้งใจของมารดาที่จะตั้งครรภ์ครั้งนี้ โดยแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ วางแผนการตั้งครรภ์ และไม่ได้วางแผนการตั้งครรภ์

8. ลำดับที่ของการคลอด หมายถึง จำนวนครั้งของการคลอด แบ่งออกเป็น

การคลอดครั้งแรก หมายถึง ผ่านการคลอดเป็นครั้งแรก

การคลอดครั้งหลัง หมายถึง เคยผ่านการคลอดมาแล้วอย่างน้อย 1 ครั้ง

9. ความคาดหวังต่อเพศของบุตร หมายถึง ความต้องการบุตร เพศหญิง หรือ เพศชาย ของมารดาซึ่งตรงตามความคาดหวัง หรือไม่ตรงตามความคาดหวัง

บทที่ 2

วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาสัมพันธภาพระหว่างมารดาและทารกในมารดาที่ได้รับเชื้อเอช ไอ วี ซึ่งผู้วิจัยได้กำหนดหัวข้อในการศึกษาตามลำดับดังนี้ การติดเชื้อเอช ไอ วี ในมารดา สัมพันธภาพระหว่างมารดาและทารกในมารดาที่ได้รับเชื้อเอช ไอ วี ปัจจัยบางประการที่มีผลต่อกระบวนการสร้างสัมพันธภาพระหว่างมารดาและทารกในมารดาที่ได้รับเชื้อเอช ไอ วี ดังนี้

การติดเชื้อเอช ไอ วี ในมารดา

ภาวะการติดเชื้อเอช ไอ วี ของมารดา

โรคเอดส์หรือโรคภูมิคุ้มกันบกพร่องเป็นปัญหาสังคมและสาธารณสุขที่สำคัญทั้งในระดับประเทศและในระดับโลก เนื่องจากเป็นโรคติดต่อที่ร้ายแรงอย่างมาก เกิดจากการติดเชื้อไวรัสเอช ไอ วี เมื่อเชื้อเข้าสู่ร่างกายของมนุษย์แล้วไปทำลายเซลล์ภูมิคุ้มกันของร่างกายซึ่งทำหน้าที่ป้องกันเชื้อโรค มีผลให้ภูมิคุ้มกันโรคของบุคคลนั้นเสื่อมหรือบกพร่อง จนเป็นเหตุให้ร่างกายเกิดการเจ็บป่วยและอ่อนแอ (Flaskerud, 1989 : 1) บุคคลที่เป็นโรคนี้จะมีชีวิตที่ทรมาน และถึงแก่ความตายทุกคน ทั้งยังไม่มีวิธีการรักษาที่เฉพาะเจาะจงและได้ผล การรักษาในปัจจุบันทำได้เพียงการรักษาตามอาการของโรค หรือภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นเนื่องจากการเสื่อมของภูมิคุ้มกันเท่านั้น

แม้ว่าโรคเอดส์จะเป็นโรคที่ร้ายแรง แต่สถิติการเกิดโรคก็ยังคงเพิ่มมากขึ้น ดังจะเห็นได้จากรายงานสถิติการเกิดโรค จากรายงานต่างๆพบโรคเอดส์ครั้งแรกในประเทศสหรัฐอเมริกา เมื่อปี พ.ศ. 2524 หลังจากนั้นพบมีการระบาดเกิดขึ้นในทุกทวีปทั่วโลก สำหรับประเทศไทยมีรายงานการค้นพบผู้ติดเชื้อเอช ไอ วี รายแรกในเดือนกันยายน ปีพ.ศ. 2527 การระบาดของโรคในช่วงระหว่างปี พ.ศ. 2527-2530 พบในชายรักร่วมเพศเป็นส่วนใหญ่ ต่อมาระหว่างปีพ.ศ. 2530-2532 พบในกลุ่มติดยาเสพติดชนิดฉีด ระหว่างปีพ.ศ. 2532-2535 พบอัตราการติดเชื้อสูงมากในกลุ่มผู้มีอาชีพให้บริการทางเพศ โดยเฉพาะเพศหญิง รวมทั้งลูกค้าของคนกลุ่มนี้ซึ่งมีทั้งที่เป็นโสเภณีและสมรสแล้ว และระหว่างปีพ.ศ. 2535-ปัจจุบัน พบการระบาดของเชื้อเอช ไอ วี จากสามีและแพร่กระจายติดต่อไปสู่

ทารกในครรภ์ (ศิวาภรณ์ อุบลชลเขตต์, 2537 : 112) จะเห็นได้ว่าการระบาดของโรคเอดส์เริ่มจากกลุ่มที่มีพฤติกรรมเสี่ยงมากถึงผู้ที่ไม่มีความเสี่ยงและทารกในครรภ์ ซึ่งนับว่าเป็นการระบาดของโรคอย่างครบวงจร นับตั้งแต่มีการค้นพบผู้ติดเชื้อเอช ไอ วี รายแรกจนกระทั่งถึงวันที่ 31 สิงหาคม 2539 มีผู้ติดเชื้อเอช ไอ วี เพิ่มขึ้นถึง 44,471 ราย แยกเป็นเพศชาย 37,328 ราย เพศหญิง 7,143 ราย (กองระบาดวิทยา, 2539 : 1) และมีการคาดการณ์ว่าในช่วงระหว่างปีพ.ศ. 2530 ถึงปีพ.ศ. 2548 ประเทศไทยจะมีผู้ติดเชื้อเอช ไอ วี สูงถึง 1.8 ล้านคน (กองวางแผนทรัพยากรมนุษย์, 2538 : 2)

จากสถิติการเกิดโรคจะเห็นได้ว่าปัจจุบันภาวะของโรคเอดส์ได้กระจายเข้าสู่สถาบันครอบครัวมากขึ้น โดยเฉพาะกลุ่มแม่บ้านที่ติดเชื้อจากสามี นับว่าเป็นกลุ่มที่มีอัตราค่อนข้างสูงและมีแนวโน้มสูงเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ จากรายงานของกองระบาดวิทยา (2538 : 2) ที่ได้ทำการสำรวจในกลุ่มหญิงที่มาฝากครรภ์ครบทั้ง 76 จังหวัด รวมมีการสุ่มตรวจ 35,871 ราย ตรวจพบมีการติดเชื้อเอช ไอ วี 856 ราย โดยเฉลี่ยพบความชุกของการติดเชื้อ 2.29% จะเห็นชัดว่ามีอัตราเพิ่มขึ้นอย่างน่าเป็นห่วง จากรายงานความชุกและลักษณะเฉพาะของหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอช ไอ วี ในโรงพยาบาลบำราศนราดูร ระหว่างปี พ.ศ. 2532-2537 (อจธรา เชาวะวณิช, 2537 : 277) โดยรวบรวมรายงานจากหญิงที่มาฝากครรภ์ มาคลอดและแท้งในโรงพยาบาลบำราศนราดูรตั้งแต่พ.ศ. 2532-2537 พบว่า ความชุกของการติดเชื้อเอช ไอ วี เท่ากับร้อยละ 0.06, 0.41, 1.08, 2.13, 2.00 และ 1.99 ตามลำดับ ในกลุ่มที่ไม่ฝากครรภ์จะพบสูงกว่าในกลุ่มที่มาฝากครรภ์ ในกลุ่มแม่บ้านความชุกจะสูงขึ้นเรื่อยๆ ปัจจัยเสี่ยงจะพบมากในการติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ลักษณะเฉพาะของหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอช ไอ วี ส่วนใหญ่จะมีอายุในวัยเจริญพันธุ์ ตั้งครรภ์ท้องแรกๆ ร้อยละ 30 มีเพศสัมพันธ์กับชายมากกว่า 1 คน

การแพร่กระจายของเชื้อ เอช ไอ วี ผู้หญิงตั้งครรภ์ สามารถอธิบายได้ดังนี้ เชื้อเอช ไอ วี พบมากที่สุดในเลือด (ประพันธ์ ภาณุภาค, 2532 : 16) รองลงมาพบในน้ำอสุจิและน้ำเมือกในช่องคลอด นอกจากนี้ยังพบได้ในน้ำลาย น้ำมูก เสมหะ น้ำตา น้ำเหลือง ปัสสาวะ และน้ำนม ส่วนใหญ่การแพร่กระจายมักแพร่โดยทางเลือด น้ำอสุจิ และของเหลวในช่องคลอด การแพร่เชื้อทางน้ำตาและน้ำลายยังไม่มีรายงานสามารถพิสูจน์ได้ชัดเจน อาจเป็นเพราะความเข้มข้นของเชื้อเอช ไอ วี มีจำนวนน้อย หรือขาดสารที่เป็นปัจจัยเอื้อให้เกิดการแพร่เชื้อ จึงไม่สามารถเกิดการติดต่อได้ ซึ่งจะต้องศึกษาวิจัยต่อไป (พงษ์ศักดิ์ ชัยศิลป์วัฒนา, 2537 : 275) ดังนั้น จึงพอสรุปได้ว่า มารดาสามารถได้รับเชื้อ เอช ไอ วี โดยการแพร่เชื้อทางเพศสัมพันธ์ จากการรับเอาน้ำอสุจิหรือน้ำในช่องคลอดของผู้ติดเชื้อ เอช ไอ วี เข้าไปทางรอยแผลที่เกิดขึ้นขณะมีเพศสัมพันธ์ อาจจะเป็นการแพร่กระจายจากพวกกรักร่วมเพศ รักต่างเพศ หรือรักสองเพศ โดยขณะร่วมเพศมักจะเกิดรอยปริหรือถลอกที่

อวัยวะเพศหรือทวารหนัก ทำให้มีเลือดและน้ำเหลืองซึมออกมาและเข้าสู่แผลของอีกฝ่ายหนึ่ง จากการศึกษาพบว่า ผู้ชายที่ติดเชื้อเอช ไอ วี จากการรับการให้เลือดหรือผลิตภัณฑ์ของเลือดที่มีเชื้อเอช ไอ วี สามารถแพร่เชื้อเอช ไอ วี ไปสู่ภรรยา เป็นเหตุให้ภรรยาป่วยเป็นโรคติดเชื้อเอช ไอ วี ได้ 18% ส่วนผู้หญิงที่ติดเชื้อเอช ไอ วี ด้วยการรับการให้เลือด สามารถแพร่เชื้อเอช ไอ วี ไปสู่สามีเป็นเหตุให้สามีป่วยเป็นโรคติดเชื้อนี้ได้เพียง 8% (พงษ์ศักดิ์ ชัยศิลป์วัฒนา, 2537 : 275) นอกจากการแพร่เชื้อทางเพศสัมพันธ์แล้ว การแพร่เชื้อทางเลือด ก็สามารถพบได้โดยจากการรับเลือดหรือผลิตภัณฑ์จากเลือด การใช้เข็มหรือกระบอกฉีดยาเสพติดร่วมกับผู้ติดเชื้อ การถูกข้อมือคนที่ปนเปื้อนเลือดที่มีเชื้อเอช ไอ วี ตำหรือบาด การปลูกถ่ายอวัยวะ ตลอดจนการผสมเทียมโดยรับอสุจิจากผู้ติดเชื้อเป็นต้น เมื่อมารดาได้รับการแพร่เชื้อจากสามีหรือคู่ก่อนที่ติดเชื้อเอช ไอ วี จะสามารถแพร่สู่ทารกในครรภ์ได้โดยสามารถแพร่เชื้อจากมารดาสู่ทารกได้ตั้งแต่ระยะก่อนคลอด ขณะคลอดหรือภายหลังคลอด จากการศึกษาพบว่าทารกที่คลอดจากมารดาที่ติดเชื้อเอช ไอ วี มีประมาณร้อยละ 25-50 เท่านั้นที่จะป่วยเป็นโรคติดเชื้อเอช ไอ วี การติดเชื้อขณะอยู่ในครรภ์มารดา โดยเชื้อเอช ไอ วี ผ่านทางรกและสายสะดือ สามารถพิสูจน์ได้จากหลักฐานการตรวจพบเชื้อเอช ไอ วี ในถุงน้ำคร่ำ, ในเนื้อเยื่อของทารกอายุเพียง 15 สัปดาห์ที่แท้งออกมา และจากการตรวจพบเชื้อเอช ไอ วี ในทารกอายุ 20 สัปดาห์ที่แท้งออกมาจากครรภ์มารดาโดยที่ถุงน้ำคร่ำยังไม่ฉีกขาด และยังหุ้มทารกอยู่โดยรอบ นอกจากนี้ยังตรวจพบเชื้อเอช ไอ วี ในต่อมไทมัส ของทารกที่คลอดโดยการผ่าตัดเอาออกทางหน้าท้อง ทารกนี้เสียชีวิตเมื่อมีอายุเพียง 20 วัน ด้วยโรคเอดส์ที่ป่วยตั้งแต่อยู่ในครรภ์มารดา สำหรับวิธีการติดเชื้อมารดาสู่ทารกขณะคลอด หรือวิธีการติดเชื้อหลังคลอด สามารถพิสูจน์ได้แน่นอนน้อยกว่าการติดเชื้อขณะคลอดอาจเนื่องจากทารกสัมผัสกับมูกเลือดในช่องคลอด และน้ำคร่ำผ่านเข้าไปในตัวทารกทางผิวหนัง ปาก จมูก ตา และรอยตัดของสายสะดือ ส่วนการติดเชื้อหลังคลอดอาจเนื่องมาจากการติดเชื้อเอช ไอ วี ที่อยู่ในน้ำนมโดยตรง หรืออาจจะอยู่ในน้ำเหลืองหรือในเลือดของมารดาที่ซึมออกมาทางหัวนมที่มีรอยแตกเป็นแผล โดยไม่ได้ติดต่อกับน้ำนมโดยตรง อย่างไรก็ตามองค์การอนามัยโลกไม่แนะนำให้มารดาที่ติดเชื้อเอช ไอ วี เลี้ยงลูกด้วยนมแม่

ผลกระทบของการติดเชื้อเอช ไอ วี ต่อมารดา

1. ด้านร่างกาย

เมื่อเชื้อเข้าสู่ร่างกายแล้ว เชื้อจะทำให้ภูมิคุ้มกันชนิดอาศัยเซลล์เป็นสื่อ (CMI) เสื่อมไป (ประเสริฐ ทองเจริญ, 2531:29) โดยในระยะแรกจะเป็นระยะติดเชื้อเฉียบพลัน ผู้ติดเชื้อจะยังไม่มี

อาการใดๆ แต่มีการเพิ่มจำนวนของไวรัสขึ้น ต่อมาประมาณ 4-6 สัปดาห์ ผู้ติดเชื้อจึงมีอาการและอาการแสดง เช่น มีไข้ ปวดเมื่อยตัว ปวดหัว เจ็บคอ คลื่นไส้ อาเจียน ท้องเดิน ผื่นผิวหนัง ต่อมน้ำเหลืองโต เป็นต้น ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นและหายได้เองภายใน 1-2 สัปดาห์ หรือส่วนใหญ่อาจมีอาการไม่เด่นชัด จึงไม่ได้รับการวินิจฉัยโรคในระยะนี้ หรืออาจบอกได้เพียงว่าเป็นไข้ไวรัส การตรวจเลือดผู้ป่วยในระยะนี้โดยวิธีอีไลซ่า จะพบไวรัสแอนติเจน (P24 antigen) หรืออาจทำการเพาะเลี้ยงพบเชื้อเอช ไอ วี จากเซลล์เม็ดเลือดขาวชนิดที-เฮลเปอร์ ของมารดาได้ ต่อมาจะตรวจพบต่อมน้ำเหลืองโต การตรวจพบต่อมน้ำเหลืองโตทั่วไปนี้ เกิดหลังการติดเชื้อนานเท่าไรยังไม่ทราบแน่ชัด เชื่อว่าเป็นผลจากปฏิกิริยาของระบบภูมิคุ้มกันในการเพิ่มจำนวนเซลล์ลิมโฟซัยท์ เพื่อต่อสู้กับเชื้อเอช ไอ วี จึงทำให้ผู้ติดเชื้อมีภาวะต่อมน้ำเหลืองโตคล้ำได้ ภายหลังการตรวจพบต่อมน้ำเหลืองโตการดำเนินของโรคจะเข้าสู่ ระยะมีอาการสัมพันธ์กับเอดส์ โอกาสพบผู้ป่วยกลุ่มนี้มีประมาณ 20-40% ของผู้ติดเชื้อทั้งหมด การที่ผู้ติดเชื้อเอช ไอ วี จะได้รับการวินิจฉัยว่ามีอาการสัมพันธ์กับเอดส์ ต้องมีผลการตรวจเลือดเป็นบวก ร่วมกับมีอาการและอาการแสดง ผิดปกติ ได้แก่ มีไข้เรื้อรัง น้ำหนักตัวลดลง ท้องเสียเรื้อรัง พบการติดเชื้อราในช่องปาก และพบการติดเชื้อของผิวหนัง เป็นต้น

เมื่อมารดาป่วยเป็นโรคเอดส์ ระบบภูมิคุ้มกันเสื่อมลงมากทำให้เกิดโรคติดเชื้อฉวยโอกาส จากเชื้อโปรโตซัว ไวรัส เชื้อราต่างๆ และเชื้อแบคทีเรียบางชนิด ทำให้เกิดอาการผิดปกติของระบบทางเดินหายใจได้บ่อยที่สุด รองลงมาคือ ระบบทางเดินอาหาร และระบบประสาทส่วนกลาง และพบโรคมะเร็ง โรคมะเร็งที่พบบ่อยที่สุดคือ มะเร็งของเซลล์ที่ผนังเส้นเลือด รองลงมาคือ มะเร็งต่อมน้ำเหลืองชนิดนอน-ฮอดจ์กิน และมะเร็งต่อมน้ำเหลืองของสมอง (ศิริวรรณ สันทัด, 2531:45-49)

นอกจากนี้ผู้ป่วยโรคเอดส์ ยังมีความผิดปกติของระบบประสาท คือ สมองเสื่อม ส่วนใหญ่พบในระยะสุดท้ายของโรค อาการที่พบได้แก่ การเสื่อมของการรับรู้ทั่วไป ขาดความสนใจ ไม่มีสมาธิ หลงลืมเก่ง เสียการทรงตัว ขาไม่มีแรง บางครั้งมีอัมพาต การตรวจเอ็กซเรย์สมองจะพบมีสมองฝ่อ ผลกระทบของการติดเชื้อเอช ไอ วี ทางด้านร่างกาย นอกจากจะเกิดกับมารดาแล้ว ถ้าทารกที่คลอดออกมามีการติดเชื้อเอช ไอ วี จากมารดา ย่อมส่งผลกระทบต่อทารกโดยจะพบอาการและอาการแสดงในทารกที่ติดเชื้อเอช ไอ วี ดังนี้ คือ

1. อายุที่เริ่มแสดงอาการ เฉลี่ยประมาณ 9 เดือน (6 สัปดาห์ - 7 ปี) หลังจากได้รับเชื้อทารกส่วนใหญ่จะปรากฏอาการเมื่ออายุ 4-6 เดือนภายหลังเกิด
2. ถ้าทารกติดโรคจากมารดาตั้งแต่มารดาตั้งครรภ์ก่อนๆ เมื่อแรกเกิดประมาณ 1 ใน 3 จะเป็นทารกที่มีน้ำหนักตัวน้อยกว่าอายุครรภ์ และอาจพบความผิดปกติของใบหน้าและศีรษะ คือ

มีศีรษะเล็ก หน้าผากโหนก และเป็นเหลี่ยม จมูกสั้นและแบน คางห่างและเฉียงขึ้น ตาขาวสีฟ้า ร่องตรงแนวกลางของริมฝีปากบนเป็นรูปสามเหลี่ยม และปากกว้าง

3. ถ้าปรากฏอาการเร็ว ในเดือนแรกของชีวิตมักพบว่ามีอาการติดเชื้อราเรื้อรัง ต่อมาน้ำเหลืองโต และตับม้ามโต

4. ส่วนใหญ่อาการเริ่มปรากฏเมื่อทารกอายุ 3-6 เดือน คือ เลี้ยงไม่โต เป็นปอดบวมบ่อยๆ และท้องเสียเรื้อรัง ประมาณ 1 ใน 3 จะมีต่อมน้ำเหลืองและตับม้ามโต พบเชื้อราที่ผิวหนัง มีไข่ ปริมาณของเม็ดเลือดแดงในกระแสโลหิตลดลงดังนั้นจะพบภาวะซีด เซลล์เม็ดเลือดขาวและเกล็ดเลือดต่ำ

5. กลุ่มที่มีอาการสัมพันธ์กับเอดส์ ทารกจะมีไข่เรื้อรัง ต่อมาน้ำเหลืองโต และระบบภูมิคุ้มกันเริ่มเสียไป แต่ยังไม่มีการติดเชื้อจากกลุ่มเชื้อฉวยโอกาส

6. การติดเชื้อจากกลุ่มเชื้อฉวยโอกาส จะคล้ายคลึงกับผู้ใหญ่ที่เป็นโรคเอดส์ ยกเว้นแต่ไม่ค่อยมีลักษณะมะเร็งของเซลล์ที่ผนังเส้นเลือด เชื้อที่พบบ่อยมีทั้งเชื้อรา เชื้อไวรัส และเชื้อแบคทีเรียทั้งกรัมนบวกและกรัมนลบ

7. ทารกที่ติดเชื้อโรคเอดส์ ไอ วี จากมารดา จะมีชีวิตอยู่ได้นานตั้งแต่ 2.5 เดือน ถึง 10 ปี โดยเฉลี่ย 20 เดือน และ 47 เดือน

2. ด้านจิตสังคม

เนื่องจากโรคเอดส์เป็นโรคที่มีอาการรุนแรงเมื่อเกิดโรคนี้แล้วต้องถึงแก่ชีวิตในที่สุดทุกราย เพราะการแพทย์ในปัจจุบันนี้ยังไม่สามารถค้นพบวิธีการรักษาโรคเอดส์ได้ ดังนั้นหากผู้ใดติดเชื้อ เอช ไอ วี จะได้รับการต่อต้านจากสังคมอย่างรุนแรง เนื่องจากคนส่วนใหญ่ยังมีความเข้าใจที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคเอดส์ไม่ว่าจะเป็นสาเหตุของโรค การกำเนิดของโรค การแพร่กระจายเชื้อ การติดต่อและการป้องกันเมื่อบุคคลใดเป็นผู้ได้รับเชื้อโรคนี้จะด้วยวิธีใดก็ตาม ก็จะได้รับปฏิกิริยาตอบโต้จากสังคมอย่างรุนแรง สาเหตุประการสำคัญที่ทำให้สังคมรังเกียจ ไม่ยอมรับ และมีปฏิกิริยาโต้ตอบอย่างรุนแรงกับผู้ติดเชื้อเอช ไอ วี เพราะการแพร่กระจายเชื้อ หรือการได้รับเชื้อเอช ไอ วี ส่วนใหญ่เนื่องจากการมีสัมพันธ์ทางเพศที่ผิดไปจากบรรทัดฐานทางสังคม เช่น การร่วมเพศในหมู่ชายรักร่วมเพศ การร่วมเพศกับชายหรือหญิงที่มีอาชีพขายบริการ การสำส่อนทางเพศ เป็นต้น (จุฬารัตน์ สมรูป, 2535 : 137) ดังนั้นในมารดาที่ติดเชื้อเอช ไอ วี อาจถูกมองจากสังคมบุคคลรอบข้างว่ามีวิถีแนวทางการดำเนินชีวิตที่ไม่เหมาะสมไม่ดีงาม ถึงแม้ว่าจะติดมาจากสามีซึ่งมีพฤติกรรมสำส่อนทางเพศก็ตาม โดยเฉพาะเมื่อมีการตั้งครรภ์ และการคลอดก็ยังกลัวโทษมารดากลุ่มนี้ว่า

กระทำบาปต่อทารก ทำให้ทารกต้องติดเชื้อเอช ไอ วี ตามไปด้วย หรือต้องเป็นกำพร้าเนื่องจากขาด บิดา มารดา สิ่งต่างๆ เหล่านี้ล้วนมีผลกดดันต่อภาวะจิตใจของมารดาทั้งสิ้น

ดังนั้น เมื่อมารดาทราบว่าตนเองติดเชื้อเอช ไอ วี จะรู้สึกตกตะลึงไม่เชื่อว่าตนติดเชื้อ กลัวโทษผู้อื่น รู้สึกผิด กลัว โกรธ โศกเศร้าเสียใจ ซึมเศร้า ท้อแท้ หมดหวัง หมดกำลัง หมด หนทางช่วยเหลือ มีความคิดฆ่าตัวตาย มีความวิตกกังวลอย่างรุนแรง กลัวการเจ็บป่วยหลายๆ อย่าง รู้สึกคุณค่าในตนเองต่ำ เกิดความรู้สึกโดดเดี่ยว สงสารตนเอง และเหินห่างจากบุคคลอื่นๆ (Jones, 1991 : 448-449) เนื่องจากกลัวบุคคลอื่นจะทราบว่าตนติดเชื้อเอช ไอ วี และจะประสบปัญหา การถูกรังเกียจจากบุคคลอื่น เมื่อสภาวะของโรคเริ่มรุนแรงขึ้น ปรากฏให้ผู้อื่นเห็นจนไม่สามารถปกปิดได้อีกต่อไป ก็จะยิ่งกังวลกลัวที่จะต้องเผชิญกับภาพลักษณ์ของตนเองที่เปลี่ยนไป บางรายยอม รับประทานเองไม่ได้ เกิดความทุกข์ทางใจเพิ่มมากขึ้น นอกจากความวิตกกังวลที่มีต่อตนเองแล้ว หญิงตั้ง ครรภ์ที่ติดเชื้อเอช ไอ วี ยังมีความวิตกกังวลต่อทารกในครรภ์ด้วย จากการศึกษาของ แอนดริวและ คณะ (Andrews, et al., 1993 : 193-197) พบว่า “มารดาที่ติดเชื้อเอช ไอ วี นั้น มีความรู้สึก นึกคิด และพฤติกรรมของตนต่อทารกทั้งในด้านบวกและด้านลบ กล่าวคือมารดาที่ติดเชื้อเอช ไอ วี รับรู้ ความสัมพันธ์ของตนเองกับทารกว่า ทารกเป็นทั้งแหล่งที่ประคับประคองตนเองเช่นเดียวกับเป็น แหล่งที่ทำให้ตนเองเกิดความเครียด” มารดาที่ติดเชื้อเอช ไอ วี บรรยายว่า ตนมีความรู้สึกวิตกกังวล มากขึ้นในการดูแลทารกโดยเฉพาะในบทบาทการเป็นมารดาที่เป็นภาระยุ่งยากมาก ไม่ว่าทารกจะติด เชื้อเอช ไอ วี หรือไม่ก็ตาม โดยกังวลเกี่ยวกับสิ่งที่จะเกิดขึ้นเมื่อทารกยังมีชีวิตอยู่ มารดาต้องเผชิญ กับความเป็นจริงที่น่ากลัวว่า ตนเองอาจจะต้องเสียชีวิตก่อนที่จะทารกจะโต และถ้ามารดาอยู่ในครอบ ครัวขยายทารกอาจจะได้รับการอุปการะดูแลจากญาติ แม้จะช่วยให้มารดารู้สึกสบายใจขึ้นก็ตาม แต่ ก็ดูเหมือนว่าจะไม่ได้ช่วยให้ความรู้สึกผิดของมารดาที่ต้องละทิ้งทารกลดน้อยลงแต่อย่างใด ทั้งนี้ เนื่องจากตนต้องละทิ้งบทบาทของการเป็นมารดาที่เคยให้การดูแลทารก นอกจากนี้ยังกังวลกลัวว่า ทารกจะติดเชื้อเอช ไอ วี และต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเป็นเวลานาน จนกระทั่งเสียชีวิต ในที่สุด

โรคเอดส์ยังมีความหมายทางจิตวิทยาซ่อนอยู่ ซึ่งประยูคต์ เสรีเสถียร (2533 : 1) ได้ให้ ความหมายของโรคเอดส์ในทางจิตวิทยาดังนี้ โรคเอดส์ หมายถึง “ภาวะสิ้นหวัง สำหรับผู้ป่วย ญาติ บุคลากร จำนวนมาก เนื่องจากเป็นโรคที่ไม่มียารักษาทั้งยังก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานแก่ผู้ป่วยเมื่อ มีอาการของโรคเอดส์เต็มขั้น แพร่กระจายได้รวดเร็ว และวิธีการแพร่กระจายเกิดควบคู่กับพฤติ กรรมหาความสุขทางเพศ ทำให้การควบคุมทำได้ยาก” จากความหมายนี้ส่งผลกระทบทำให้โรค เอดส์น่ากลัวและน่ารังเกียจจนทำให้ไม่มีผู้ใดอยากติดต่อสัมพันธ์กับผู้ติดเชื้อโรคนี้ โรคเอดส์ยัง หมายถึง “ภาวะไม่มีผู้ให้ความช่วยเหลือ อันเนื่องมาจากความกลัวการติดเชื้อโรคเอดส์ ส่งผลให้ผู้ติด

เชื่อว่ารู้สึกสิ้นหวังยิ่งขึ้น และยังหมายถึง ภาวะหมดคุณค่า หมดความสำคัญ” เนื่องจากคนที่เคยรักใคร่สนิทสนมมักจะรังเกียจและห่างเหินไป เพื่อนที่คุ้นเคยเลิกไปมาหาสู่ อาจต้องตกงานเพราะนายจ้างรังเกียจ หรือประสิทธิภาพการทำงานลดลง ทำให้รู้สึกโดยตัว หมดคุณค่า นำไปสู่ความสิ้นหวังอย่างถึงที่สุด และหมดกำลังใจที่จะมีชีวิตอยู่ต่อไป จากความหมายในเชิงจิตวิทยาดังกล่าวข้างต้น จะเห็นได้ว่าผู้ติดเชื้อเอช ไอ วี ย่อมมีปัญหาทางด้านจิตใจอย่างมาก ในมารดาที่ตั้งครรภ์และทราบผลเลือดว่าตนเองติดเชื้อเอช ไอ วี สามีอาจไม่ไว้วางใจภรรยา หรือคิดว่าตนมิได้เป็นผู้ถ่ายทอดทางเพศ ก็จะไม่ยอมรับ อาจละทิ้งไปเพราะรังเกียจและเกรงว่าตนจะต้องเลี้ยงดูทารกตามลำพังเมื่อภรรยามีอาการของโรคเอดส์และเสียชีวิตลง ในทำนองเดียวกันภรรยาอาจรู้สึกโกรธ เคียดแค้น ที่ตนต้องมารับเคราะห์กรรมจากการถ่ายทอดของสามี แล้วนำเชื้อมาแพร่สู่ตน และถึงแม้ว่าทั้งคู่จะยอมรับความจริงและมีความรู้ในการดูแลตนเอง แต่พฤติกรรมต่างๆที่จะปฏิบัติต่อกันนั้นมักไม่เหมือนเดิม จึงส่งผลกระทบให้เกิดสัมพันธภาพที่ไม่ดีได้

นอกจากนี้ จี (Gee, 1988 : 369) ได้กล่าวถึงโรคเอดส์ว่า “เป็นการสูญเสียการทำหน้าที่ต่างๆ ของร่างกาย สูญเสียลักษณะภายนอกที่ปรากฏ สูญเสียการมีปฏิสัมพันธ์ในสังคม สูญเสียการมีเพศสัมพันธ์ตามปกติ ตลอดจนสูญเสียการควบคุมตนเองรวมทั้งสถานภาพ แบบแผนการดำเนินชีวิต และบทบาทของตนเอง” เนื่องจากผลของการวินิจฉัยโรคติดเชื้อ เอช ไอ วี ทำให้สูญเสียครอบครัว สังคม การงาน รายได้ เงินประกันสุขภาพ บทบาทหน้าที่ และรวมทั้งการสูญเสียชีวิตของตนเอง นอกจากความสูญเสียเนื่องจากการติดเชื้อเอช ไอ วี ดังกล่าวแล้ว หญิงตั้งครรภ์ อาจต้องสูญเสียทารกไป จากเชื้อเอช ไอ วีสามารถผ่านรกไปสู่ทารกในครรภ์ได้ ทำให้ทารกติดเชื้อเอช ไอ วี ได้ ดังนั้นการที่หญิงมีครรภ์จะตัดสินใจว่าจะตั้งครรภ์ต่อไป หรือยุติการตั้งครรภ์ เป็นสิทธิของมารดาที่จะเลือกวิธีการตัดสินใจ ทำให้หญิงตั้งครรภ์ต้องมีความรู้สึกสูญเสียเกิดขึ้นมากกว่าผู้ที่ติดเชื้อเอช ไอ วี โดยทั่วไป โดยรู้สึกว่าตนเองสูญเสียความภาคภูมิใจ ที่ไม่สามารถแสดงบทบาทของการเป็นมารดาได้ และในระหว่างที่มีการตั้งครรภ์เกิดขึ้น ก็จะเกิดความผูกพันระหว่างมารดากับทารกในครรภ์ขึ้นที่ละน้อยๆ จนมีความรู้สึกที่ทารกเป็นส่วนหนึ่งของตน ฉะนั้นก็ต้องมีการสูญเสียทารกเกิดขึ้น มีผลทำให้มารดาเกิดความเศร้าโศก ทุกข์ระทม ท้อแท้สิ้นหวัง มีความวิตกกังวลในระดับสูง จนเสียความสมดุลทางอารมณ์ วิธีการที่เคยใช้ปรับตัว ปรับใจ เมื่อเกิดปัญหาก็กลับใช้ไม่ได้ผล จากสถานการณ์ดังกล่าว พบว่าหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอช ไอ วี กำลังประสบกับภาวะวิกฤต ซึ่งจำเป็นต้องได้รับความช่วยเหลือ จากบุคคลใกล้ชิดและสังคม

จากผลกระทบดังกล่าวข้างต้น การติดเชื้อ เอช ไอ วี ยังส่งผลให้ครอบครัวขาดหรือสูญเสียรายได้ เนื่องจากผู้ติดเชื้อเอช ไอ วี ต้องออกจากงาน ส่งผลให้บทบาทของสมาชิกในครอบครัวเสียไป เช่น สามีเจ็บป่วยจากการติดเชื้อ เอช ไอ วี ทำให้ไม่สามารถประกอบอาชีพได้ บทบาทนี้จึง

ต้องตกเป็นของภรรยา ซึ่งจะต้องทำหน้าที่ทั้งแม่บ้าน และหาเลี้ยงครอบครัว และถ้ามีสมาชิกคนใดในครอบครัวเสียชีวิตลงจากการเจ็บป่วยด้วยโรคเอดส์ ก็จะทำให้สมาชิกของครอบครัวที่เหลืออยู่ ต้องมีการรับผิดชอบเพิ่มขึ้นอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ จึงเห็นได้ว่าบุคคลใดก็ตามในครอบครัวมีการติดเชื้อ เอช ไอ วี หรือป่วยเป็นโรคเอดส์ จะทำให้คุณภาพชีวิตของสมาชิกในครอบครัวทุกคน ได้รับผลกระทบตามไปด้วย

สัมพันธภาพระหว่างมารดาและทารกในมารดาที่ได้รับเชื้อเอช ไอ วี

มารดาที่ติดเชื้อเอช ไอ วี ย่อมส่งผลกระทบต่อร่างกาย สภาวะสุขภาพของมารดา เกิดการขาดสมดุลตามความรุนแรงของโรค มีความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ลดลง ทำให้ไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ตามบทบาทของตนได้ นั่นคือในขณะที่ตั้งครรภ์มารดาจะหมกหมุ่นและคิดคำนึงถึงแต่ความเจ็บป่วยของตนเอง ทำให้มีผลขัดขวางต่อกระบวนการสร้างสัมพันธภาพระหว่างมารดากับทารกในครรภ์ ต่อเนื่องมาจนถึงภายหลังคลอดทำให้สัมพันธภาพระหว่างมารดากับทารกมีแนวโน้มเป็นลบ (Cropley, 1979 : 17-20) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของเยาวัลักษณ์ เสรีเสถียร (2530 : 130-138) ที่ว่าจากความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นในระยะตั้งครรภ์ มีผลต่อความรู้สึกนึกคิดของมารดาที่มีต่อร่างกายของตนเอง ทำให้มารดาเกิดความรู้สึกไม่พึงพอใจ มีความวิตกกังวล เกิดความไม่มั่นใจในตนเองว่าจะทำหน้าที่ของการเป็นมารดาที่ดีได้ (Driever, 1976 : 233) ซึ่งทำให้มารดามีพฤติกรรมที่แสดงออกถึงการมีสัมพันธภาพที่ไม่ดีต่อทารก นอกจากนี้ทารกที่ได้รับเชื้อเอช ไอ วี จากมารดา มักจะอายุสั้น หากทารกไม่ติดเชื้อก็อาจกลายเป็นเด็กกำพร้า เนื่องจากบิดาหรือมารดาเสียชีวิตจากโรคเอดส์ หรือบุตรถูกแยกเลี้ยงดูในช่วงที่บิดามารดามีชีวิตอยู่ ซึ่งนับว่าปัญหาทางด้านสัมพันธภาพทั้งสิ้น (Klaus & Kennell, 1972 : 460-463)

นอกจากผลกระทบทางด้านร่างกายแล้ว ผลกระทบทางด้านจิตสังคมของมารดาที่ติดเชื้อเอช ไอ วี ถือเป็นประเด็นสำคัญยิ่งต่อกระบวนการสร้างสัมพันธภาพระหว่างมารดาและทารก ดังได้กล่าวมาแล้วข้างต้นว่า การป่วยเป็นโรคเอดส์ในเชิงจิตวิทยา หมายถึง “ภาวะไม่มีผู้ให้ความช่วยเหลือ” (ประยูรต์ เสรีเสถียร, 2533 : 1) ทำให้มารดาไม่ได้รับการสนับสนุนทั้งกำลังกายและกำลังใจ ซึ่งการที่มารดาได้รับขวัญและกำลังใจจากคนอื่น ๆ เป็นสิ่งสำคัญที่จะทำให้มารดาารู้สึกว่าตนเองและทารกมีความสำคัญเกิดความเชื่อมั่นในความสามารถของการเป็นมารดา แต่ในมารดาที่ติดเชื้อเอช ไอ วี จะได้รับการสนับสนุนและความช่วยเหลือจากสามี เพื่อนฝูง หรือบุคคลอื่นในครอบครัวได้น้อย ดังนั้นมารดาจึงมีพฤติกรรมสัมพันธภาพกับทารกได้น้อย จากการศึกษาของ อนิสเฟลด์ และลิปเปอร์ (Anisfeld & Lipper, 1983 : 79-83) พบว่า “มารดาที่ได้รับการช่วยเหลือทางสังคมที่ดี

จะมีสัมพันธภาพกับทารกของตนเองได้ดีกว่ามารดาที่ได้รับการช่วยเหลือทางสังคมน้อย” อีกทั้งในมารดาที่ติดเชื้อมีไอ วี จะมีความวิตกกังวล มีความกลัวค่อนข้างสูง และเป็นความวิตกกังวลในชีวิตที่รุนแรงมาก (Nichols, 1985 : 765) จากการศึกษาของแกฟเฟนีย์ (Gaffney, Cited by Barnest & Rich, 1986 : 97) พบว่า “ในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ไตรมาสที่ 3 ที่มีระดับความวิตกกังวลสูง จะมีคะแนนสัมพันธภาพระหว่างมารดาและทารกต่ำอย่างมีนัยสำคัญ” จึงสรุปได้ว่ามารดาที่ติดเชื้อมีไอ วี ซึ่งขาดการสนับสนุนจากสังคม (Regan - Kubinskin, 1992 : 12) และมีความวิตกกังวลสูง ย่อมมีผลกระทบต่อกระบวนการสร้างสัมพันธภาพระหว่างมารดาและทารกอย่างแน่นอน จากการศึกษาของแอนดริว และคณะ (Andrews, et al., 1993 : 197) ซึ่งศึกษามารดาหลังคลอดที่ติดเชื้อมีไอ วี จำนวน 80 คน โดยให้มารดาบรรยายความรู้สึกของตนเองต่อทารก ในข้อมูลส่วนหนึ่งพบว่า “มารดามีความรู้สึกต่อทารกว่าเป็นภาระยุ่งยากที่มารดาต้องให้การดูแล ทำให้ความเป็นส่วนตัวของมารดาลดลง ซึ่งการมีเวลาที่เป็นส่วนตัวบ้างอาจจะช่วยให้มารดาได้หันมามองตนเอง เพื่อที่จะพิจารณาไตร่ตรองถึงการติดเชื้อมีไอ วี และความหมายของการติดเชื้อมีไอ วี ในชีวิตของตนเอง” ซึ่งเป็นสิ่งจำเป็นที่ช่วยผ่อนคลายความตึงเครียดลงได้ นอกจากนี้การหาผู้ดูแลทารกในเวลาที่ต้องการหรือเวลาจำเป็น เช่น การไปพบแพทย์ตามนัด ก็นับว่าเป็นปัญหาและภาระสำหรับมารดาที่ติดเชื้อมีไอ วี โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อมีทารกที่ติดเชื้อมีไอ วี ร่วมด้วย ตลอดจนภาระที่มาจากลูกคนก่อนๆซึ่งอยู่ในระยะวัยรุ่น เมื่อบุตรทราบผลการติดเชื้อมีไอ วี ของมารดาอาจแสดงอารมณ์โกรธ และมีพฤติกรรมเป็นศัตรูกับมารดาได้ อย่างไรก็ตามมารดาที่ติดเชื้อมีไอ วี รับรู้ว่าบุตรมีความสัมพันธ์ที่ใกล้ชิดและสำคัญที่สุด บ่อยครั้งที่บุตรเท่านั้นที่จะเป็นบุคคลที่มีความสัมพันธ์แน่นแฟ้นและเป็นปัจจัยที่ทำให้มารดาต้องการมีชีวิตอยู่ ซึ่งมีผลให้มารดามีการดูแลเอาใจใส่สุขภาพของตนเองอย่างดี ส่วนความสัมพันธ์กับบุคคลอื่นนั้นค่อนข้างเป็นลบ เนื่องจากกลัวสังคมรังเกียจหรือกลัวว่าบุคคลอื่นจะทราบว่าตนเสพยาเสพติดหรือมีพฤติกรรมสำส่อนทางเพศ

จึงสรุปได้ว่าการติดเชื้อมีไอ วี ของหญิงตั้งครรภ์มีผลกระทบต่อกระบวนการแสดงบทบาทของการเป็นมารดา เพราะมารดาในกลุ่มนี้มีความเจ็บป่วยที่ร้ายแรงและได้รับความเครียดจากสังคม ซึ่งความรู้สึกนึกคิดของมารดาในระยะก่อนคลอดมีความสำคัญอย่างมากในการที่จะเป็นแรงผลักดันให้มารดาเกิดความหวัง ยอมรับตนเองตามฐานะใหม่ เป็นระยะเริ่มแรกของการพัฒนาความผูกพันระหว่างมารดาและทารก มารดาที่ติดเชื้อมีไอ วี ไม่สามารถรับรู้ต่อการตั้งครรภ์เพราะมีความวิตกกังวลต่อโรคที่เป็นค่อนข้างสูงดังกล่าว่าไว้ในข้างต้นทำให้มารดามีความรู้สึกคับข้องใจต่อฐานะที่ดำรงอยู่อาจเกิดความล้มเหลวในการปรับตัวต่อบทบาทการเป็นมารดาและมีสัมพันธภาพไม่ดีกับทารกในระยะหลังคลอดได้ (Cropley, 1979 : 14 - 15) ในมารดาที่ติดเชื้อมีไอ วี นั้น ถ้ามารดามีสัมพันธภาพที่ดีต่อทารก จะพบว่ามารดามีการยอมรับความเป็นบุคคลของทารกที่แยกจากตนเอง

มีความกระตือรือร้นที่จะอุ้มทารก สัมผัสทารก กอด พูดยุยและสบตากับทารก มีความตั้งใจที่จะดูแลทารกด้วยตนเอง เช่น พยายามที่จะอาบน้ำให้ทารกด้วยตนเอง เปลี่ยนผ้าอ้อมและทำความสะอาดให้ทารกทุกครั้งที่ย้ายอุจจาระปัสสาวะ มีการซักถามเกี่ยวกับการดูแลทารกว่ามีการดูแลอย่างไรที่จะทำให้ตนเองไม่แพร่กระจายเชื้อเอช ไอ วี สู่ทารก มีการตอบสนองต่อการร้องของทารก อีกทั้งมีการเตรียมของใช้ สิ่งแวดล้อม เงินสำหรับการเลี้ยงดูทารก มีการวางแผนเกี่ยวกับการดูแลเพื่อป้องกันการเจ็บป่วย พร้อมทั้งแสวงหาสถานรักษาพยาบาลหรือองค์กรต่างๆที่จะให้การช่วยเหลือสนับสนุนเมื่อประสบปัญหาจากภาวะโรคเอดส์ลูกคามตนหรือทารก ในทางตรงกันข้ามหากสัมพันธภาพระหว่างมารดาและทารกในมารดาที่ติดเชื้อเอช ไอ วี เป็นลบ มารดาจะไม่มีภาวะกระตือรือร้นที่จะสัมผัสหรือกอดทารกโดยอ้างว่ากลัวจะนำเชื้อเอช ไอ วี แพร่กระจายสู่ทารกได้ ไม่สบตาหรือพูดยุยกับทารก เมื่อทารกร้องมารดาก็จะไม่สนใจรู้สึกรำคาญและทนไม่ได้ต่อเสียงร้องของทารกมักจะปล่อยให้ทารกร้องอยู่นานโดยไม่คิดจะหาสาเหตุของการร้องนั้น เมื่อทารกถ่ายปัสสาวะหรืออุจจาระก็จะเพิกเฉยไม่ดูแลทำความสะอาดและเปลี่ยนผ้าอ้อมให้ทารก จึงพบว่าทารกมีพื้นบริเวณก้นและอวัยวะเพศ เนื่องจากการหมักหมมของอุจจาระปัสสาวะ นอกจากนี้มารดาไม่มีความกระตือรือร้นในการเตรียมของใช้ เงินทอง และสถานที่สิ่งแวดล้อม สำหรับทารกเมื่อกลับไปอยู่บ้าน ไม่มีการวางแผนหรือเสาะแสวงหาความรู้หรือนุคคลหรือสถานรักษาพยาบาลหรือองค์กรต่างๆไว้สำหรับเป็นที่พึ่งที่ปรึกษาเมื่อมารดาและทารกถูกคุกคามจากภาวะโรคเอดส์ในระยะต่อไป

ความหมายของสัมพันธภาพระหว่างมารดาและทารก

ก่อนปีค.ศ. 1952 นักวิทยาศาสตร์ได้ศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมของสัตว์เลี้ยงลูกด้วยนมต่างๆ เมื่อคลอดลูกออกมาจะมีสัญชาตญาณในการปกป้องลูกจากภัยอันตรายทั้งปวง ซึ่งถือเป็นความรักความผูกพันของแม่ที่มีต่อลูกตามธรรมชาติ ดังนั้นความรักใคร่ผูกพันหรือสัมพันธภาพระหว่างมารดาและทารกเป็นมโนทัศน์ที่เพิ่งเกิดขึ้นในช่วง ปีค.ศ. 1960 เป็นต้นมา ซึ่งมีผู้ให้นิยามความหมายของสัมพันธภาพระหว่างมารดาและทารกไว้ดังนี้

ครอฟท์ (Croft, 1982:333) กล่าวว่า “สัมพันธภาพระหว่างมารดาและทารกเป็นความรู้สึกที่มีลักษณะพิเศษเฉพาะเจาะจงระหว่างมารดาและทารก ซึ่งจะเกิดขึ้นที่ละน้อยจนกลายเป็นความรักที่คงทนถาวรตลอดกาล”

เกย์ (Gay, 1981:440) กล่าวว่า “สัมพันธภาพระหว่างมารดาและทารกเป็นกระบวนการของความรักความผูกพันที่เกิดขึ้นที่ละน้อยอย่างต่อเนื่องของมารดาที่มีต่อทารก โดยเริ่มจากกระบวนการความรู้สึกสนิทสนมคุ้นเคยซึ่งกันและกันจนกระทั่งกลายเป็นความรักความผูกพัน”

เอเวน (Avant, 1981:416) กล่าวว่า “สัมพันธภาพระหว่างมารดาและทารกนั้นเป็นกระบวนการเกิดจากปัจจัยที่สลับซับซ้อนและเป็นปรากฏการณ์ที่อ่อนไหว เมื่อความรู้สึกนี้เกิดขึ้นก็จะคงทนถาวรเป็นพื้นฐานที่จำเป็นสำหรับชีวิตของทารกต่อไป”

คลอสและเคนเนล (Klaus & Kennell, 1982:3) ให้ความหมายของสัมพันธภาพระหว่างมารดาและทารกว่า “เป็นความสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นเฉพาะ มีลักษณะเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน เป็นกระบวนการที่ค่อยๆเกิดขึ้นทีละน้อยตั้งแต่มารดามีการวางแผนการตั้งครรภ์ และพัฒนาการมาเรื่อยๆ ตลอดระยะเวลาของการตั้งครรภ์ การคลอดและในระยะหลังคลอด”

จากที่กล่าวมาทั้งหมดสรุปได้ว่า สัมพันธภาพระหว่างมารดาและทารก หมายถึง ความรักใคร่ผูกพันอันแน่นแฟ้นของมารดาที่มีต่อทารก เป็นความรู้สึกเฉพาะเจาะจง โดยกระบวนการสร้างสัมพันธภาพจะมีพัฒนาการไปที่ละเอียดละน้อยตั้งแต่เริ่มตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอด โดยการที่มารดาปฏิบัติสัมพันธ์กับบุตรของตนเป็นระยะอย่างต่อเนื่องเรื่อยมา ความรู้สึกรักใคร่ผูกพันที่เกิดขึ้นนี้จะคงทนถาวรตลอดกาล และมีผลต่อพัฒนาการของทารกในระยะต่อไป

พัฒนาการของสัมพันธภาพระหว่างมารดาและทารก

กระบวนการการสร้างสัมพันธภาพระหว่างมารดาและทารกเป็นกระบวนการที่ค่อยๆเกิดขึ้นทีละน้อยอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่ระยะก่อนตั้งครรภ์ โดยเริ่มจากคู่สามีภรรยาได้เริ่มต้นการวางแผนที่จะมีบุตรร่วมกัน ซึ่งนับเป็นเหตุการณ์บ่งชี้ประการแรกที่มีความสำคัญต่อความสำเร็จของพัฒนาการสัมพันธภาพระหว่างมารดาและทารกในขั้นต่อไป มารดาตั้งครรภ์ ในระยะแรกอาจยังไม่มีความมั่นใจเพียงแต่รับรู้ารอบประจำเดือนของตนเองไม่เป็นปกติเหมือนทุกๆเดือน ต่อเมื่อได้รับการตรวจสอบการตั้งครรภ์และทราบผลเป็นที่แน่นอนจริงจึงจะรับรู้ว่าตั้งครรภ์ ในมารดาที่ไม่ได้วางแผนการตั้งครรภ์มาก่อนจะรู้สึกวิตกกังวลและทุกข์ใจกับการรับทราบว่าตนมีการตั้งครรภ์เกิดขึ้น ส่วนมารดาที่วางแผนการตั้งครรภ์มาก่อนก็จะรู้สึกสมหวังและยินดีเตรียมพร้อมสำหรับการเป็นมารดา การยอมรับการตั้งครรภ์ ส่งผลให้แนวโน้มของสัมพันธภาพระหว่างมารดาและทารกเป็นบวก และเมื่อมีการคืนของทารกในครรภ์ครั้งแรก ความรู้สึกรักใคร่ผูกพันก็จะเพิ่มทวีมากขึ้น มีการยอมรับว่าทารกในครรภ์ไม่ใช่เป็นเพียงจินตนาการหรือความฝันแต่เป็นบุคคล หรือมีชีวิตอีกชีวิตที่อยู่ในครรภ์ ในระยะท้ายของการตั้งครรภ์ มารดาอาจจะมีการนึกฝันเกี่ยวกับบุคลิกลักษณะของบุตรในครรภ์ เช่น รูปลักษณะของทารก อารมณ์ ความแข็งแรง เพศ และขนาดของทารก พอถึงระยะคลอดความผูกพันระหว่างมารดาและทารกได้พัฒนาถึงขั้นสูงสุดของการตั้งครรภ์ มารดาจะมีความตื่นตันที่จะได้เห็นทารกเป็นครั้งแรก ระยะหลังคลอดช่วงเวลานี้ๆ ประมาณ 30-45 นาทีหลังคลอด

ทันที จะเป็นช่วงเวลาที่มารดามีความรู้สึกไวเกี่ยวกับบุตร ซึ่งคลอสและเคนเนลค้นพบว่าเป็นช่วงเวลาที่สำคัญจึงได้ส่งเสริมให้มารดาและทารกมีปฏิสัมพันธ์กันในช่วงเวลานี้มาก ภายหลังจากมารดาได้พักฟื้นจนสุขภาพแข็งแรงพอที่จะได้ดูแลทารก การได้สัมผัสจับต้องทารก และได้ให้การบริบาลเลี้ยงดูทารกด้วยตนเอง จะมีส่วนช่วยส่งเสริมให้มารดาและทารกมีปฏิสัมพันธ์ต่อกันและกัน มารดามีโอกาสเรียนรู้ความต้องการของทารกและสามารถตอบสนองความต้องการของทารกได้ถูกต้อง จะทำให้มารดามีความมั่นใจในบทบาทใหม่ของตนเอง มีการยอมรับว่าทารกเป็นบุคคลหนึ่งซึ่งแยกไปจากตนเอง และมีสัมพันธภาพที่ดีต่อทารกต่อไป (Klaus & Kennell, 1982:2)

การประเมินสัมพันธภาพระหว่างมารดาและทารกในมารดาที่ติดเชื้อ เอช ไอ วี

การประเมินสัมพันธภาพระหว่างมารดาและทารก สามารถประเมินได้จากการสังเกตพฤติกรรมและจากการสอบถามความรู้สึกนึกคิดของมารดาที่มีต่อบุตร ในการประเมินสัมพันธภาพระหว่างมารดาและทารกโดยการสังเกตพฤติกรรมของมารดานั้น คโรปเลย์ (Cropley, 1979 : 21 - 22) ได้เสนอแนวทางในการประเมินสัมพันธภาพของมารดาเพื่อช่วยให้สามารถสังเกตและประเมินพฤติกรรมของมารดาได้ ซึ่งพฤติกรรมต่างๆ ที่เสนอไว้นี้เป็นพฤติกรรมที่สามารถสังเกตพบได้มากที่สุดในการปฏิบัติในคลินิก และน่าที่จะนำมาใช้เป็นเครื่องชี้ถึงพฤติกรรมสัมพันธภาพของมารดาได้ถ้ามีพฤติกรรมเหล่านี้เกิดขึ้นอย่างสม่ำเสมอและในแนวทางการประเมินพฤติกรรมมารดาของคโรปเลย์นี้ พฤติกรรมที่สามารถปรับได้จะใช้เป็นเครื่องชี้ถึงการมีสัมพันธภาพระหว่างมารดาและทารก และทั้งมารดาและทารกได้รับการตอบสนองตามความต้องการของทั้งสองฝ่าย ส่วนพฤติกรรมที่ไม่สามารถปรับได้จะใช้เป็นเครื่องชี้ถึงการไม่มีสัมพันธภาพระหว่างมารดาและทารกซึ่งผลที่เกิดขึ้นจะทำให้ทั้งมารดาและทารกไม่ได้รับการตอบสนองของทั้งสองฝ่าย อย่างไรก็ตาม เพื่อให้การประเมินพฤติกรรมสัมพันธภาพระหว่างมารดาและทารก เป็นไปได้ง่ายและรวดเร็วขึ้นไรเซอร์ (Reiser, 1981 : 294 - 297) ได้เสนอเครื่องมือประเมินพฤติกรรมสัมพันธภาพระหว่างมารดาและทารก 4 ด้านด้วยกันคือ การสัมผัส การใช้สายตา การได้ยิน และการให้นม

คลอสและเคนเนล (Klaus & Kennell, 1982:71-83) ได้อธิบายถึงปฏิสัมพันธ์ระหว่างมารดาและทารกว่า “มารดาส่วนใหญ่จะมีรูปแบบของการมีพฤติกรรมปฏิสัมพันธ์เพื่อสร้างความสนิทสนมคุ้นเคยกับทารกที่คล้ายคลึงกัน โดยทั้งมารดาและทารกจะมีปฏิกิริยาที่ตอบสนองซึ่งกันและกัน สามารถเกิดขึ้นได้ในช่วงระยะเวลาตั้งแต่วันแรกของชีวิตทารก” โดยอธิบายพฤติกรรมการมีปฏิสัมพันธ์การตอบสนองระหว่างมารดาและทารกไว้ดังนี้ :-

1. การสัมผัส การที่มารดาได้สัมผัสทารกทำให้มารดาได้สัมผัสกับผิวเนื้อที่นุ่มของทารก มารดาจะเริ่มสัมผัสทารกโดยการใช้นิ้วมือสัมผัสบริเวณแขน ขา หลังจากนั้นจึงบีบหรือนวดเบาๆตามลำตัวทารก จะก่อให้เกิดความสุขและความพึงพอใจให้แก่มารดา การที่ทารกถูกแยกออกไปทันทีทำให้มารดาไม่มีโอกาสได้สัมผัสบุตรเป็นเหตุให้เกิดการล่าช้าของการมีสัมพันธภาพระหว่างมารดาและทารก ทางด้านทารกก็จะมีปฏิสัมพันธ์การสัมผัสมารดาเช่นกันโดยการกำและจับนิ้วมือมารดาหรือดึงผมมารดาเป็นการตอบสนอง จากผลการศึกษาของแนนซี (Nancy, 1993 : 161 - 166) โดยให้มารดาสุขภาพดี ตั้งครรภ์ครบกำหนดคลอดทางช่องคลอด ตอบแบบสอบถามความรู้สึกของมารดาพบว่า “ความรู้สึกรักใคร่ผูกพันของมารดาสัมพันธ์กับเวลาของการอุ้มทารกครั้งแรก ยิ่งอุ้มเร็วก็ยิ่งมีความรู้สึกรักใคร่ผูกพันเร็ว จึงสรุปว่าการสัมผัสระหว่างมารดาและทารกเป็นสิ่งที่สำคัญและจำเป็นต้องทำ”

2. การประสานสายตา ภายหลังคลอดปฏิสัมพันธ์ที่มารดาพยายามกระทำคือ การได้มีโอกาสมองสบตาทารก สังเกตได้จากการที่มารดาพยายามให้ทารกลืมตา โดยการพูดคุยกับทารก ปลุกกระตุ้นให้ทารกลืมตามองดูตน เมื่อทารกลืมตามารดาจะพยายามจัดทารกให้หันหน้ามาเผชิญกับตนในตำแหน่งที่สามารถมองสบตากับทารกได้อย่างชัดเจน การได้มีโอกาสมองสบตาซึ่งกันและกันจะทำให้เกิดการสื่อสารสัมพันธ์กันระหว่างมารดาและทารก มารดาเกิดความผูกพันและใกล้ชิดกับบุตรมากยิ่งขึ้น ทางฝ่ายทารกการมองสบตากับมารดาจะมีผลไปถึงผูกพันบนใบหน้าของมารดา เกิดการเรียนรู้ถึงการแสดงสีหน้าของมารดา ปฏิกริยาของทารกในการประสานสายตากับมารดาสามารถสังเกตได้จากระยะเวลาที่ทารกจ้องมองมารดา ความบ่อยในการยิ้มการส่งเสียงและอัตราการเต้นของหัวใจทารก (Jenkins & Westhus, 1981 : 115)

3. กลืน เมื่อมารดาอุ้มทารกจะเกิดการเรียนรู้และจำกลืนกายของกันและกัน ซึ่งมีลักษณะเฉพาะได้ จากการศึกษาของ แมคฟาร์เลน (MacFarlane, Cited by Klaus & Kennell, 1982:79) พบว่า “ทารกสามารถจำกลืนเนื้อชิ้นในของมารดาซึ่งเป็นกลืนน้ำมันได้ ภายในวันที่ 5 หลังคลอด ทางด้านมารดาก็จะสามารถจำและแยกกลืนกายของทารกของตนจากทารกอื่นได้เช่นกัน”

4. ความอบอุ่นของร่างกาย ทารกภายหลังคลอดควรได้รับการป้องกันการสูญเสียความร้อนของร่างกาย การที่มารดาอุ้มทารกไว้แนบอกจะเป็นการถ่ายเทความร้อนจากร่างกายของมารดาสู่ทารก นอกจากนี้ทารกยังได้รับความอบอุ่นและมั่นคงทางจิตใจอีกด้วยจากการสังเกตของสโชตเซอร์ (Schotzer, Cited by Klaus & Kennell, 1982:79) พบว่า “การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างมารดาและทารก จะมีระยะห่างระหว่างมารดาและทารกโดยเฉลี่ย 22.5 เซนติเมตร ซึ่งเป็นระยะที่รังสีความร้อนจะแผ่กระจายจากตัวมารดาสู่ทารกได้ ทำให้ทารกรู้สึกอบอุ่นและมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน”

5. เสียง มารดาและทารกจะใช้เสียงสื่อสารสัมพันธ์กัน ทารกจะชอบรับฟังเสียงของมารดา จากการสังเกตของคลอสและเคนเนลพบว่าเวลาที่มารดาพูดกับทารกจะใช้โทนเสียงที่ค่อนข้างสูง ในสถานการณ์เวลาเดียวกันขณะพูดกับทารกมารดาพูดเสียงที่สูงผิดปกติแต่เมื่อหันมาพูดกับบุคคลอื่นมารดาจะพูดด้วยระดับเสียงปกติสลับไปมาได้ สำหรับบิดาทารกจะมีความสนใจเสียงที่ห้วนของบิดาน้อยกว่าเสียงของมารดา แต่มีใช้ว่าเสียงของบิดาจะไม่มีประโยชน์ การให้บิดาพูดคุยกับทารกจะเป็นการสร้างสัมพันธ์ภาพที่ดีระหว่างบิดาและทารก และทารกสามารถเรียนรู้ความแตกต่างของโทนเสียงด้วย สำหรับทารกการมีปฏิสัมพันธ์กับมารดาโดยใช้เสียงนั้น ทารกจะใช้เสียงร้องใช้ในการสื่อสารกับมารดา จากการศึกษาของลินด์ และคณะ (Lind, et al., Cited by Klaus & Kennell, 1982:80) พบว่า “มารดา 54 รายจาก 63 ราย เมื่อได้ยินเสียงร้องที่แสดงความหิวของทารก จะพบการเปลี่ยนแปลงของการไหลเวียนของเลือดที่เพิ่มมากขึ้นบริเวณด้านมของมารดา นั้นแสดงว่าเสียงร้องของทารกมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงทางสรีระของมารดา นอกจากนี้ยังพบว่ามารดาสามารถแยกแยะและจำเสียงร้องของบุตรของตนเองจากทารกอื่นได้ด้วย”

6. การเคลื่อนไหวตามจังหวะ ขณะที่มารดามีปฏิสัมพันธ์กับทารกโดยการพูดนั้น มารดามีได้ใช้เพียงแต่เสียงพูดอย่างเดียว มารดายังมีการเคลื่อนไหวส่วนต่างๆ ของร่างกายและการหายใจเข้าออกขณะออกเสียง ซึ่งการเคลื่อนไหวของมารดานี้บางครั้งสามารถสังเกตเห็นได้ชัดเจน แต่บางครั้งก็แทบจะสังเกตไม่ได้ ขณะที่มารดามีการเคลื่อนไหวทารกก็จะมีเคลื่อนไหวส่วนของร่างกายด้วย เช่น เลิกตัว ขยับแขนขา และเท้า ตอบรับการสัมผัสและการเคลื่อนไหวของมารดา จากการศึกษาของคอนดอน และแซนเดอร์ (Condon & Sander, Cited by Klaus & Kennell, 1982:82) พบว่า “เมื่อมารดาพูดกับทารก มารดาจะมีการเคลื่อนไหวเป็นจังหวะและทารกจะมีการตอบสนองโดยการเคลื่อนไหวร่างกายซึ่งสัมพันธ์กับเสียงของมารดาและพบว่ามารดามีความพึงพอใจต่อการตอบสนองของทารก” ซึ่งสังเกตจากมารดาอุ่ม และพูดคุยกับทารกมากขึ้น ด้านทารกก็สามารถดูดนมได้มากและนอนหลับได้เป็นเวลานานภายหลังการมีปฏิสัมพันธ์กับมารดา การมีปฏิสัมพันธ์กันเช่นนี้ก่อให้เกิดสัมพันธ์ภาพที่ดีระหว่างมารดาและทารกมากยิ่งขึ้น

7. การให้ทารกได้รับภูมิต้านทานจากน้ำนมมารดา ปฏิสัมพันธ์ที่สำคัญระหว่างมารดาและทารก คือ การที่ทารกได้ดูดนมมารดา นอกจากทารกจะได้รับความอบอุ่นใกล้ชิดกับมารดาแล้ว ทารกยังได้รับภูมิต้านทานจากน้ำนมมารดา ซึ่งในระยะแรกระบบภูมิต้านทานของทารกยังไม่สามารถสร้างภูมิต้านทานเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ การได้รับภูมิต้านทานจากมารดาในระยะแรกเกิดจะทำให้ทารกปลอดภัยจากการเจ็บป่วย ส่วนปฏิสัมพันธ์ที่ทารกให้มารดาขณะดูดนม กล่าวคือ เมื่อทารกเลียหัวนมมารดาและดูดนม จะช่วยกระตุ้นให้เกิดการหลั่งฮอร์โมน ออกซิโทซินจากต่อม

ได้สมองของมารดาทำให้มีการหลั่งน้ำนมมากขึ้น และช่วยทำให้มดลูกของมารดาบีบรัดตัวเมื่อกลับคืนสู่สภาพปกติได้เร็วขึ้น

8. การให้เชื้อโรคประจำถิ่น การที่มารดาได้อุ้มทารก ทารกจะได้รับจุลินทรีย์จากทางเดินหายใจมารดา เช่น สแตปฟีโลค็อกคัส ซึ่งเชืื่อนี้จะมีประโยชน์แก่ทารกโดยไปเจริญอยู่ในทางเดินหายใจ และทางเดินอาหารของทารก ช่วยป้องกันทารกจากการติดเชื้อจากสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาล และสิ่งแวดล้อมรอบๆตัวทารก จะเห็นได้ว่าการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างมารดาและทารก นอกจากจะก่อให้เกิดสัมพันธภาพระหว่างมารดาและทารกแล้วยังมีผลต่อการอยู่รอดของชีวิตทารกอีกด้วย

9. การให้โอกาสในการเรียนรู้ ในขณะที่ทารกอยู่ในครรภ์มารดานั้น จะมีการเคลื่อนไหวและการดำรงชีวิตตามจังหวะชีวิตของมารดา ซึ่งจะขึ้นอยู่กับวงจรของการหลับหรือตื่น และระดับการเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมนในร่างกายมารดา ดังนั้น ภายหลังทารกเกิดมาสู่สิ่งแวดล้อมภายนอกจะทำให้ระบบต่างๆของทารกที่เคยดำรงอยู่นั้น อยู่ในภาวะที่ขาดสมดุล ทารกจึงต้องมีการปรับตัวและดำรงจังหวะทางชีวภาพและพฤติกรรมของตนให้เหมาะสมกับสภาพแวดล้อมภายนอก มารดาจะเป็นบุคคลสำคัญที่จะช่วยให้ทารกสร้างจังหวะชีวิตของตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยมารดาจะเป็นเสมือนผู้สอนให้ทารกเกิดการเรียนรู้ความแตกต่างระหว่างตัวมารดากับสิ่งแวดล้อมที่ละเล็กละน้อยค่อยเป็นค่อยไป เพื่อให้ทารกสามารถดำรงตนอยู่ในสิ่งแวดล้อมได้

การประเมินสัมพันธภาพระหว่างมารดาและทารกถ้าใช้การสังเกตอย่างแต่เพียงอย่างเดียว นั้น อาจจะไม่สามารถสรุปได้ว่าพฤติกรรมของมารดาเป็นไปในทางบวกหรือลบ เพราะในสถานการณ์ที่แตกต่างกันมารดาอาจจะมีพฤติกรรมที่แตกต่างกันได้ ดังนั้นการประเมินสัมพันธภาพระหว่างมารดาและทารกโดยการสอบถามความรู้สึกนึกคิดของมารดาที่มีต่อทารกร่วมด้วยจะช่วยให้ผู้ประเมินได้ทราบถึงความรู้สึกความคิดเห็นและการปฏิบัติตนของมารดาที่มีต่อทารกได้ครอบคลุมมากขึ้น ซึ่งโอลด์ และคณะ (Olds ,et al., 1980 :965) ได้สรุปแนวทางการประเมินสัมพันธภาพระหว่างมารดาและทารกโดยการสอบถามความรู้สึกของมารดาที่มีต่อทารกในกรณีต่างๆ ไว้ดังนี้คือ มารดามีความสนใจทารกหรือไม่ มีความกระตือรือร้นที่จะอุ้มทารกหรือไม่ ต้องการสัมผัสทารกหรือไม่ มารดามีแนวโน้มที่จะเลี้ยงดูทารกด้วยตนเองหรือไม่ถ้ามารดาพอจะเลี้ยงบุตรได้ มารดามีการปฏิบัติตนอย่างสม่ำเสมอเกี่ยวกับการดูแลบุตรหรือไม่ มารดามีแนวโน้มที่จะตอบสนองต่อสถานการณ์แบบเดียวกันด้วยวิธีการแบบเดิมในแต่ละวันหรือไม่ มารดามีการค้นหารายละเอียดเกี่ยวกับการเลี้ยงดูบุตรอย่างมีเป้าหมายหรือไม่ มีการเตรียมตัวตอบทบทวนการเป็นมารดาอย่างไร มีการประเมินผลการดูแลทารกและมีการปรับตัวอย่างไร มารดามีความไวต่อการตอบสนองความต้องการ

ของทารกเพียงใด สามารถเข้าใจพฤติกรรมของทารกหรือไม่ มีความพอใจต่อลักษณะภายนอกและเพศของทารกหรือไม่ มารดามีความพึงพอใจต่อการมีปฏิสัมพันธ์กับทารกหรือไม่ มารดาเรียกทารกด้วยชื่อที่ตั้งให้หรือไม่ มีการระบุลักษณะพิเศษของบุคคลในครอบครัวที่มีอยู่ในตัวทารกหรือไม่ จากการตอบแบบสอบถามตามความรู้สึกลึกซึ้งของมารดาจะสามารถสรุปได้ว่ามารดามีสัมพันธภาพที่ดีต่อทารกมากน้อยเพียงใด

นอกจากการสอบถามความรู้สึกดังกล่าวแล้ว แครนเลย์ (Cranley, 1981: 281 - 284) ได้เสนอเครื่องมือสำหรับวัดสัมพันธภาพระหว่างมารดาและทารกโดยการสอบถามความรู้สึกของหญิงตั้งครรภ์ที่มีต่อทารกในครรภ์ ซึ่งแครนเลย์ได้ทำการศึกษาในหญิงตั้งครรภ์จำนวน 71 ราย โดย 30 รายเป็นกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษาเกี่ยวกับภาวะความเครียด และอีก 41 รายเป็นอาสาสมัครจากกลุ่มมารดาที่เตรียมตัวสำหรับการคลอด จากนั้นนำข้อมูลที่ได้มาหาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามซึ่งได้ค่าเท่ากับ 0.85 หลังจากนั้นได้มีการพัฒนาแบบวัดเรื่อยมาและมีผู้วิจัยจำนวนมากนำแบบวัดนี้ไปใช้เช่น คิมพ์และเพจ (Kemp & Page, 1986 :179) ทำการวัดสัมพันธภาพระหว่างมารดาและทารกในมารดาที่มีภาวะปกติกับภาวะเสี่ยงสูง โดยใช้แบบสอบถามของแครนเลย์ ผลการศึกษาพบว่าคะแนนสัมพันธภาพของมารดาใน 2 กลุ่มไม่แตกต่างกัน และเมื่อเปรียบเทียบคะแนนสัมพันธภาพระหว่างมารดาและทารกในมารดาที่มี อายุ เชื้อชาติ และการวางแผนการตั้งครรภ์แตกต่างกัน พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ เดวิสและเอดริค (Davis & Akridge, cited by Muller & Ferketich 1993 : 144) ได้อธิบายถึงความสัมพันธ์ของสัมพันธภาพระหว่างมารดาและทารกในขณะตั้งครรภ์กับภายหลังคลอดโดยอาศัยแบบวัดของแครนเลย์ เป็นต้น แบบสอบถามสัมพันธภาพระหว่างมารดาและทารกของแครนเลย์นี้ได้ถูกนำมาหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือหลายครั้ง จากการทำศึกษาการวิจัยเกี่ยวกับสัมพันธภาพระหว่างมารดาและทารกของนักวิจัยหลายท่านต่างพบว่าค่าความเชื่อมั่นของแบบวัดมีค่ามากกว่า 0.80 ขึ้นไป สำหรับแนวทางในการสร้างแบบสอบถามของแครนเลย์นั้นได้เน้นถึงความรู้สึกนึกคิดของมารดาที่มีต่อทารกไว้ 6 ด้าน ด้วยกันคือ

1. การยอมรับความเป็นบุคคลของตนเองและของทารก มารดาที่มีความรู้สึกผูกพันกับทารกตั้งแต่ทารกอยู่ในครรภ์ จะเป็นเสมือนเลือดเนื้อเชื้อไขของตนเองเมื่อคลอดแล้วก็เปรียบเสมือนว่าร่างกายบางส่วนของตนขาดหายไป มารดาจึงพยายามเข้าใจและเกิดการเรียนรู้จากการด้นของทารกว่าทารกเป็นบุคคลที่แตกต่างไปจากตนเอง

2. การมีปฏิสัมพันธ์กับทารก มารดาบางคนจะรู้สึกผูกพันกับทารกอย่างใกล้ชิด รู้สึกเหมือนเป็นของกันและกันอยู่ใกล้ชิดกันตลอดเวลา ทารกจึงเหมือนเพื่อนในบางครั้ง พฤติกรรมการแสดงออกของการมีความผูกพันซึ่งกันและกัน คือความต้องการที่จะได้สัมผัส อุ้ม กอด พุดคุย และสบตาทารก ความรู้สึกของมารดาในขณะที่มีปฏิสัมพันธ์กับทารกจะมีความสุขอย่างมาก

3. การรับรู้คุณลักษณะ รูปร่าง หน้าตา และความสนใจที่มารดามีต่อทารก โดยมารดาที่ผูกพันกับทารกจะคิดฝันหรือตั้งความปรารถนาในใจว่าอยากให้ทารกออกมามีหน้าตาบุคคลิกลักษณะตรงตามที่ตนชื่นชอบ เช่นเหมือนพ่อบ้าง เหมือนแม่บ้าง หรือจะมีลักษณะดีกว่าพ่อแม่ เป็นต้น

4. การเสียสละในเรื่องของตนเองเพื่อทารก มารดาจะรู้สึกผูกพันกับทารกถึงขั้นยอมเสียสละความสุขส่วนตัวเพื่อทารก เช่น การยอมเสียสละเวลาหรืองดการกระทำกิจกรรมบางอย่างเพื่อมาดูแลทารกอย่างใกล้ชิด

5. การปฏิบัติตามบทบาทของมารดา มารดาที่ผูกพันกับทารกจะมีการวางแผนเกี่ยวกับการเลี้ยงดูทารก เช่นการให้นม การขับกล่อมบุตร และวางแผนการในอนาคตว่าจะเลี้ยงดูบุตรอย่างไร

6. การเตรียมของใช้และที่พักสำหรับทารกมารดาที่ผูกพันกับทารกจะมีการเตรียมของใช้ เช่น ผ้าอ้อม ที่นอน เสื้อผ้า เครื่องนุ่งห่มต่างๆ สำหรับทารก ตลอดจนการจัดเตรียมสถานที่เพื่อให้ทารกอยู่เป็นสัดส่วนในสภาพแวดล้อมที่สะอาด และปลอดภัย

เยาวัลักษณ์ เสรีเสถียร (2530) แปลและดัดแปลงแบบวัดสัมพันธภาพระหว่างมารดาและทารกของแครนเลย์ เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้เกี่ยวกับประสบการณ์การคลอด อึดมโนทัศน์ กับสัมพันธภาพระหว่างมารดาและทารกในมารดาที่มีภาวะเสี่ยง โดยนำเครื่องมือแบบสอบถามสัมพันธภาพระหว่างมารดาและทารกมาตรวจสอบความตรงโดยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 8 ท่าน และนำมาหาความเที่ยงจากกลุ่มตัวอย่างมารดาที่มีภาวะเสี่ยง จำนวน 10 ราย ได้ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามโดยวิธีคำนวณค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาชเท่ากับ 0.74 ผลการศึกษาพบว่าการรับรู้เกี่ยวกับประสบการณ์การคลอด มีความสัมพันธ์ทางบวกกับสัมพันธภาพระหว่างมารดาและทารกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และอึดมโนทัศน์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับสัมพันธภาพระหว่างมารดาและทารกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ใช้แบบสอบถามสัมพันธภาพระหว่างมารดาและทารกของเยาวัลักษณ์ เสรีเสถียร (2530) ซึ่งนำมาดัดแปลงและเรียบเรียงเพื่อให้สอดคล้องเหมาะสมและสามารถนำมาใช้กับกลุ่มมารดาหลังคลอดที่ติดเชื้อเอช ไอ วี โดยคำนึงความรู้สึกและผลกระทบที่มีต่อภาวะจิตใจของมารดาหลังคลอดที่ติดเชื้อเอช ไอ วีเป็นหลัก หากมารดามีคะแนนสัมพันธภาพกับทารกสูงแสดงว่ามารดามีสัมพันธภาพกับทารกเป็นบวก แต่ถ้ามีคะแนนสัมพันธภาพกับทารกต่ำแสดงว่ามารดามีสัมพันธภาพกับทารกเป็นลบ จากการศึกษาพบว่ามารดาที่มีปัจจัยพื้นฐาน ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพการสมรส ฐานะทางเศรษฐกิจ ลักษณะครอบครัว และปัจจัยเกี่ยวกับการตั้งครรภ์และการคลอด ได้แก่ การวางแผนการตั้งครรภ์ ลำดับที่ของการคลอด และความ

คาดหวังต่อเพศของทารก ที่แตกต่างกันย่อมมีสัมพันธภาพระหว่างมารดาและทารกแตกต่างกันด้วย ซึ่งจะกล่าวถึงปัจจัยบางประการที่มีผลต่อกระบวนการสร้างสัมพันธภาพระหว่างมารดาและทารกในมารดาที่ติดเชื้อเอช ไอ วี ต่อไป

ปัจจัยบางประการที่มีผลต่อกระบวนการสร้างสัมพันธภาพระหว่างมารดาและทารกในมารดาที่ติดเชื้อเอช ไอ วี

เนื่องจากสัมพันธภาพระหว่างมารดาและทารกเป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นตามธรรมชาติ โดยมารดาและทารกมีปฏิสัมพันธ์ต่อกันและกัน ดังนั้นจึงย่อมมีปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อกระบวนการสร้างสัมพันธภาพ ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้คัดเลือกปัจจัยบางประการซึ่งได้แก่ ปัจจัยพื้นฐาน และปัจจัยเกี่ยวกับการตั้งครรภ์และการคลอด ที่คาดว่าจะมีผลต่อการสร้างสัมพันธภาพระหว่างมารดาและทารกในมารดาหลังคลอดที่ได้รับเชื้อเอช ไอ วี โดยผู้วิจัยคาดว่าถ้ามารดามีปัจจัยพื้นฐาน ซึ่งได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา ฐานะทางเศรษฐกิจ สถานภาพการสมรส และลักษณะครอบครัว แตกต่างกัน ย่อมมีสัมพันธภาพระหว่างมารดาและทารกแตกต่างกัน และถ้ามีปัจจัยเกี่ยวกับการตั้งครรภ์และการคลอดซึ่งได้แก่ การวางแผนการตั้งครรภ์ ชนิดของการคลอด อายุครรภ์ ลำดับที่ของการคลอด และความคาดหวังต่อเพศของบุตร แตกต่างกันก็ย่อมมีสัมพันธภาพระหว่างมารดาและทารกแตกต่างกัน โดยสามารถอธิบายแยกแต่ละปัจจัยได้ดังนี้ คือ

1. ปัจจัยพื้นฐานของมารดา

อายุ มารดาที่มีอายุน้อยกว่า ย่อมมีสัมพันธภาพระหว่างมารดาและทารก แตกต่างจากมารดาที่มีอายุน้อยกว่า เนื่องจากมารดาที่มีอายุน้อยจะมีวุฒิภาวะทางอารมณ์ไม่ดีพอที่จะทำหน้าที่ของการเป็นมารดา ไม่สามารถตอบสนองความต้องการของทารกได้อย่างเหมาะสม มีผลทำให้ทารกแสดงพฤติกรรมที่ทำให้มารดาไม่พอใจมากยิ่งขึ้น มารดาจะรู้สึกว่าบุตรเป็นเด็กเลี้ยงยาก ทำให้เกิดความเบื่อหน่ายทารกและขาดความอดทนต่อพฤติกรรมการอแงของทารกได้ง่าย ดังนั้นสัมพันธภาพระหว่างมารดาและทารกในมารดาที่มีอายุน้อยจึงไม่ดี (Bobak & Jensen, 1987:953) การตั้งครรภ์ของมารดาอายุน้อยถือว่าเป็นภาวะที่วิกฤตมากพอแล้ว หากมีภาวะการติดเชื้อเอช ไอ วี ร่วมด้วย จะทำให้มารดาในกลุ่มนี้มีความเครียดสูงกว่ามารดาอายุมาก ทำให้ไม่สามารถดำรงบทบาทการเป็นมารดาที่ดีได้และไม่สามารถสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับทารกตั้งแต่วัยเริ่มตั้งครรภ์จนกระทั่งภายหลังคลอด ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ โจนส์ และคณะ (Jones, et al., 1980:579-584) พบว่า

“มารดาที่มีอายุน้อยกว่า 19 ปี จะมีการอุ้มและตอบสนองต่อทารกน้อยกว่ามารดาที่มีอายุมากกว่า 19 ปีขึ้นไป ซึ่งแสดงว่ามารดาที่อายุน้อยกว่า 19 ปี มีสัมพันธภาพต่อทารกไม่ดีเท่ามารดาที่มีอายุมากกว่า 19 ปีขึ้นไป” มารดาที่มีอายุมากจะมีวุฒิภาวะทางอารมณ์สูงกว่ามารดาที่มีอายุน้อย มีความพร้อมในด้านต่างๆมากกว่าโดยมีตำแหน่งหน้าที่การงานดี มีมั่นคงและมีอัตราเงินเดือนที่สูงกว่า มีฐานะทางสังคมดีกว่า มีความมั่นคงของครอบครัวมากกว่า และมีแหล่งสนับสนุนช่วยเหลือทางสังคมดีกว่า จึงส่งผลให้มารดาที่มีอายุมากสามารถสร้างสัมพันธภาพกับทารกได้ดีกว่ามารดาที่มีอายุน้อย

ระดับการศึกษา มารดาที่มีระดับการศึกษาสูงกว่าย่อมมีสัมพันธภาพระหว่างมารดาและทารกแตกต่างจากมารดาที่มีการศึกษาน้อยกว่า เพราะระดับการศึกษาเป็นปัจจัยที่กำหนดความสามารถในการเผชิญปัญหาเพราะการศึกษาที่ดีจะช่วยให้บุคคลทราบถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับปัญหาที่เกิดขึ้นได้ดีกว่า ทำให้ง่ายต่อการถ่ายทอดความรู้ (Jalowice & Power, 1981:10-15) การที่มารดาหลังคลอดมีภาวะติดเชื่อเอช ไอ วี เป็นภาวะที่มารดาต้องประสบกับปัญหาอย่างมากมายทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ หากมารดาที่มีการศึกษาที่ดีจะช่วยให้มารดาสามารถมองหาแนวทางการแก้ปัญหาได้ ทำให้ปัญหาต่างๆมีความรุนแรงน้อยลง ทำให้มารดามีความเครียดและวิตกกังวลน้อยลง ซึ่งมีผลทำให้มารดาละเลืกถึงทารกมากกว่าปัญหาที่ตนประสบอยู่ ดังนั้น กลุ่มมารดาหลังคลอดที่ติดเชื่อเอช ไอ วี และมีระดับการศึกษาที่ดีจะสามารถสร้างสัมพันธภาพกับทารกได้ดีกว่ามารดาหลังคลอดที่ติดเชื่อเอช ไอ วี และมีระดับการศึกษาที่ต่ำกว่า ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ราตรี เทียงจิตต์ (2534:82) พบว่า มารดาที่มีการศึกษาสูงกว่าจะมีพฤติกรรมความเป็นมารดาที่ดีกว่ามารดาที่มีระดับการศึกษาน้อยกว่า ซึ่งแสดงว่ามารดาสามารถมีสัมพันธภาพที่ดีกับทารกได้ด้นั้นเอง

ฐานะทางเศรษฐกิจ มารดาที่ฐานะทางเศรษฐกิจดีกว่าจะมีสัมพันธภาพระหว่างมารดาและทารกแตกต่างจากมารดาที่มีฐานะทางเศรษฐกิจต่ำกว่า เนื่องจากรายได้ของครอบครัวถือว่าเป็นตัวเสริมแรงที่จะทำให้มารดาหลังคลอดทารกมีความเครียดเพิ่มขึ้นหรือลดลงได้ ในมารดาหลังคลอดที่ติดเชื่อเอช ไอ วี หากมีฐานะทางเศรษฐกิจไม่ดี จะก่อให้เกิดความเครียดกับมารดาได้ เนื่องจากต้องมีการใช้จ่ายเพื่อเป็นค่ายา ค่ารักษาดูแลสุขภาพของทั้งมารดาและทารกเพื่อป้องกันความรุนแรงจากการคุกคามของโรคเอดส์ แต่ถ้ามีรายได้สูงย่อมมีโอกาสหรือแสวงหาสิ่งอำนวยความสะดวกหรือสิ่งจำเป็นต่อการรักษาตนเองระหว่างการเจ็บป่วยและสามารถดำรงชีวิตในขณะเจ็บป่วยได้ดีด้วย เนื่องจากไม่ต้องพะวงกับปัญหาเศรษฐกิจ จากการศึกษาของ พรณี ภู่นประดับ (2538 : 77) ทำการศึกษาในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงจำนวน 200 ราย พบว่าปัจจัยที่ร่วมทำนายพฤติกรรมในการเผชิญความเครียดในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงเหล่านี้คือ รายได้ของครอบครัวซึ่งมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมในการเผชิญความเครียดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ภาวะความเครียดมี

ผลกระทบต่อกระบวนการสร้างสัมพันธ์ภาพระหว่างมารดาและทารกตั้งนั้นฐานะทางเศรษฐกิจย่อมมีผลกระทบต่อสัมพันธ์ภาพของมารดาและทารก อย่างหลีกเลี่ยงมิได้ สอดคล้องกับที่ริชแมน (Richman, 1987:121-130) กล่าวว่า ครอบครัวที่มีฐานะทางเศรษฐกิจที่ดีมักพบว่ามีความพร้อมต่อการเลี้ยงดูบุตรและเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการสร้างความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารก

สถานภาพการสมรส มารดาที่มีสถานการสมรสคู่และมีสัมพันธ์ภาพที่ดีกับคู่สมรส จะมีสัมพันธ์ภาพระหว่างมารดาและทารกแตกต่างจากมารดาที่มีสถานการสมรสหย่า หย่า แยกกันอยู่ หรือมีสัมพันธ์ภาพที่ไม่ดีกับคู่สมรส เพราะการที่มารดามีสถานภาพคู่ และมีความสัมพันธ์ที่ดีกับคู่สมรส ย่อมส่งเสริมให้มารดากระทำการเป็นมารดาอย่างเหมาะสม จะทำให้มารดาลดความตึงเครียด สามารถสร้างสัมพันธ์ภาพที่ดีกับทารกได้ (Mercer, 1981:75) แต่มารดาที่ติดเชืเอช ไอ วี มักมีสัมพันธ์ภาพที่ไม่ดีกับสามี เพราะโรคเอดส์เป็นโรคที่ติดต่อกันทางเพศสัมพันธ์ ดังนั้นสามีภรรยาจึงมักกล่าวโทษกัน การขาดแรงสนับสนุนจากสามี ทำให้มารดาที่ติดเชืเอช ไอ วี ต้องรับภาระในการดูแลทารกแต่เพียงลำพัง แนวโน้มสัมพันธ์ภาพระหว่างมารดาและทารกจึงค่อนข้างเป็นลบ ในทางตรงกันข้ามถ้ามารดาหลังคลอดที่ติดเชืเอช ไอ วี มีสัมพันธ์ภาพที่ดีกับคู่สมรสจะก่อให้เกิดสัมพันธ์ภาพที่ดีกับทารกด้วย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของวันเพ็ญ กุลนริศ (2530:96) พบว่า “สัมพันธ์ภาพของคู่สมรส มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปรับตัวต่อการเป็นมารดาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 เมื่อปรับตัวต่อการเป็นมารดาได้ดีย่อมสร้างสัมพันธ์ต่อการทารกดีตามไปด้วย” จากการศึกษาของ พิสมัย เพิ่มกระโทก (2530 : 91 - 92) พบว่า “แรงสนับสนุนจากคู่สมรสที่ดีจะทำให้หญิงตั้งครรภ์ปฏิบัติตัวด้านสุขภาพได้ดี ทำให้ดูแลทารกในครรภ์ดีด้วย”

ลักษณะครอบครัว มารดาที่อาศัยอยู่ในครอบครัวเดี่ยว จะมีสัมพันธ์ภาพระหว่างมารดาและทารกแตกต่างจากมารดาที่อาศัยอยู่ในครอบครัวขยาย เพราะการที่มารดาแยกครอบครัวไปอยู่ตามลำพัง เป็นครอบครัวเดี่ยว ทำให้ขาดระบบพึ่งพาในการช่วยเหลือ แนะนำเกี่ยวกับการเลี้ยงดูบุตร จึงเป็นอุปสรรคต่อการปรับตัวที่จะเป็นมารดามากกว่าหญิงตั้งครรภ์ที่อยู่ในครอบครัวเดิม มีญาติที่น้องให้ความช่วยเหลือ (วันเพ็ญ กุลนริศ, 2533:28) ส่วนมารดาที่อยู่ในครอบครัวขยายจะมีบุคคลใกล้ชิดคอยให้ความรัก ให้คำชมเชยเมื่อมารดาปฏิบัติตัวเหมาะสมและให้คำแนะนำ ให้กำลังใจเมื่อมารดามีความคิดหรือการกระทำที่ไม่ถูกต้อง ซึ่งจะทำให้มารดา รู้สึกว่าตนเองมีความสามารถ มีคุณค่าเกิดความมั่นใจสามารถเผชิญกับภาวะเครียดต่างๆ ได้และสามารถดำรงบทบาทการเป็นมารดาได้อย่างเหมาะสม การช่วยเหลือจากบุคคลในครอบครัวถือเป็นการสนับสนุนทางสังคมอย่างหนึ่ง สอดคล้องกับ ริชาร์ดสัน (Richardson, 1981 : 157) และบราวน์ (Brown, 1986 : 72 - 76) ซึ่งศึกษาพบว่า “การได้รับการสนับสนุนจากสังคมและบุคคลใกล้ชิด จะช่วยให้หญิงตั้งครรภ์สามารถเผชิญ

ปัญหาและแก้ไขปัญหาดังกล่าวได้ดีกว่ามารดาที่ขาดการสนับสนุนทางสังคม” จากการศึกษาของ ดาราวรรณ กำเลียงใส (2539 : 59) พบว่า “มารดาที่ได้รับการสนับสนุน การดูแลเอาใจใส่ ได้รับการยกย่องชมเชยให้กำลังใจ และได้รับการยอมรับจากบุคคลในครอบครัว โดยได้รับความช่วยเหลือ ทำหน้าที่บางอย่างแทน หรือช่วยดูแลบุตรแทนในบางครั้งที่มิธุระ นั่นคือมารดาได้รับการสนับสนุน จากเครือข่ายในครอบครัวจะทำให้มารดาสามารถปรับตัวต่อบทบาทการเป็นมารดาได้ดีด้วย” ดังนั้นหากมารดาที่ติดเชืเอช ไอ วี ได้รับการช่วยเหลือประคับประคองจากบุคคลในครอบครัว มีผลให้มารดาเกิดความเข้มแข็ง และมีกำลังใจต่อสู้กับปัญหา และอุปสรรคที่มารดากำลังเผชิญอยู่ เกิดความมั่นใจในความสามารถของตนเองที่จะปฏิบัติบทบาทของมารดา ก่อให้เกิดสัมพันธภาพที่ดี กับทารก

2. ปัจจัยเกี่ยวกับการตั้งครรภ์และการคลอด

การวางแผนการตั้งครรภ์ มารดาที่มีการวางแผนการตั้งครรภ์ย่อมมีสัมพันธภาพระหว่าง มารดาและทารกแตกต่างจากมารดาที่ไม่ได้วางแผนการตั้งครรภ์ เนื่องจากหญิงตั้งครรภ์ที่ไม่ได้วางแผนการตั้งครรภ์จะมีการรับรู้ต่อการตั้งครรภ์ไม่ดี มักเกิดความรู้สึกกับข้อใจต่อฐานะการเป็น มารดา เกิดความล้มเหลวในการปรับตัวตามบทบาทใหม่ ทำให้ไม่สามารถสร้างสัมพันธภาพกับ ทารกได้ (Cropley, 1974:14-15) ในทางตรงกันข้ามหากมารดาที่มีการวางแผนการตั้งครรภ์มาก่อน จะสามารถสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับทารกได้ ดังที่พยอม อิงคตานุวัฒน์ (2524 : 63) กล่าวว่า “การ ที่ถูกเป็นที่ต้องการของมารดานั้นมักจะได้รับการเลี้ยงดูอย่างอบอุ่น ในทางตรงกันข้ามทารกที่เกิด จากการที่มารดาไม่ได้วางแผนการตั้งครรภ์มาก่อน มักจะไม่ได้เป็นเด็กที่มารดาต้องการอย่างแท้จริง มารดาอาจจะเลี้ยงดูด้วยความไม่เต็ม ขาดการมอบความรักความอบอุ่นอย่างแท้จริง” ซึ่งสอดคล้อง กับการศึกษาของ เขียวลักษณ์ เสรีเสถียร (2530:125) พบว่า “สัมพันธภาพระหว่างมารดาและ ทารกของมารดาที่มีภาวะเสี่ยงในกลุ่มที่มีการวางแผนการตั้งครรภ์ดีกว่ากลุ่มที่ไม่ได้วางแผนการ ตั้งครรภ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01” ในมารดาหลังคลอดที่ติดเชืเอช ไอ วี หากไม่ได้ วางแผนการตั้งครรภ์มาก่อน พร้อมทั้งมารับทราบว่ตนตั้งครรภ์พร้อมๆกับรับทราบผลการตรวจ เลือดว่าติดเชืเอช ไอ วี มารดาอาจกล่าวโทษทารกในครรภ์ว่าเป็นสาเหตุให้ต้องติดเชืเอช ไอ วี ก่อให้เกิดความเกลียดชังทารก ไม่สามารถสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับทารกได้

ลำดับที่ของการคลอด มารดาคลอดครั้งแรกจะมีสัมพันธภาพระหว่างมารดาและทารก แตกต่างจากมารดาคลอดครั้งหลัง เนื่องจากลำดับที่ของการคลอดเป็นปัจจัยที่แสดงถึงประสบการณ์



เกี่ยวกับการคลอดและการดูแลทารก มารดาที่คลอดครั้งแรกจะขาดประสบการณ์ในการดูแลทารก มาก่อน ทำให้มารดาไม่สามารถคาดเดาได้ถึงความต้องการของทารก ไม่กล้าจับต้องทารก (Barnett, et al., 1971:231-232) ทำให้กระบวนการสร้างสัมพันธภาพระหว่างมารดาและทารกในมารดาคลอด ครั้งแรกเกิดขึ้นล่าช้า โดยเฉพาะในมารดาหลังที่ติดเชื้อเอช ไอ วี และเป็นการคลอดครั้งแรก เป็น ภาวะที่ก่อให้เกิดความทุกข์ ความเครียดแก่มารดาที่จะต้องปรับตัวกับบทบาทการเป็นมารดาในขณะที่ ตนเองกำลังเผชิญกับโรคร้ายแรงอยู่ ทำให้กระบวนการสร้างสัมพันธภาพระหว่างมารดาและทารก เกิดขึ้นล่าช้าได้ จากการศึกษาของ เยาวลักษณ์ เสรีเสถียร (2530 : 134) พบว่า “มารดาครรภ์แรก มีอัตมโนทัศน์ด้านความเป็นเอกลักษณ์ต่ำกว่าเกณฑ์ อาจเป็นเพราะมารดาครรภ์แรกมีความวิตก กังวล เกิดความไม่มั่นใจในตนเองว่าจะทำหน้าที่ของการเป็นมารดาที่ได้” โดยเฉพาะเมื่อมีความเจ็บ ป่วยร่วมด้วย จึงอาจเกิดความสับสนในบทบาทของการเป็นมารดาหรือมีความไม่ชัดเจนเกี่ยวกับเอก ลักษณ์แห่งตนมากยิ่งขึ้น ซึ่งจะมีผลกระทบโดยตรงต่อการสร้างสัมพันธภาพกับทารกได้ แต่ขัดแย้ง กับข้อคิดเห็นของทวิริทธิ์ ธนาคม (2524 : 205) ที่กล่าวว่า “ครอบครัวที่มีบุตรมากมารดาจะต้อง เปลี่ยนบทบาท มีภาระความรับผิดชอบเพิ่มมากขึ้นเพื่อดูแลบุตรอีกคนหนึ่ง ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อก การแสดงบทบาทการเป็นมารดาได้” ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของกนกทิพย์ ฐธนะวิชพงษ์ (2530 : 82) พบว่า “มารดาที่มีภาวะเสี่ยง ซึ่งมีลำดับที่ของการตั้งครรภ์เป็นครรภ์แรก มีสัมพันธ ภาพกับทารกดีกว่ามารดาที่มีลำดับที่ของการตั้งครรภ์เป็นครรภ์หลัง”

ความคาดหวังต่อเพศของทารก มารดาที่เพศของบุตรตรงกับความคาดหวังจะมีสัมพันธ ภาพระหว่างมารดากับทารกแตกต่างจากมารดาที่เพศของบุตรไม่ตรงกับความคาดหวัง เพราะใน ขณะตั้งครรภ์มารดาจะมีความฝันเกี่ยวกับทารก ซึ่งรวมถึงความคาดหวังในเรื่องเพศด้วย ถ้าทารก คลอดออกมาเป็นเพศตรงกับความคาดหวังแนวโน้มของสัมพันธภาพระหว่างมารดาและทารกจะดีด้วย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสุปราณี อัทธเสรี และคณะ (2535:27) พบว่า “มารดาที่เพศของบุตร ตรงตามความคาดหวัง มีคะแนนพฤติกรรมสัมพันธภาพกับทารกสูงกว่า มารดาที่เพศของบุตรไม่ ตรงกับความคาดหวังอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05” สำหรับมารดาที่ติดเชื้อเอช ไอ วี ก็เช่นกัน หาก คลอดบุตรตรงกับความคาดหวังทำให้มีการรับรู้ต่อคุณลักษณะของทารกในทางที่ดี มีการยอมรับ ทารกและสามารถสร้างสัมพันธภาพที่ดีได้

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับสัมพันธภาพระหว่างมารดาและทารกในมารดาหลัง คลอดที่ติดเชื้อเอช ไอ วี ดังกล่าวข้างต้นแล้ว สรุปได้ว่ามารดาเหล่านี้ได้รับผลกระทบจากการติดเชื้อ เอช ไอ วี ทั้งทางด้านร่างกายและจิตสังคม ซึ่งก่อให้เกิดผลกระทบต่อสัมพันธภาพระหว่างมารดา และทารกตามมา โดยมีปัจจัยพื้นฐานของมารดา และปัจจัยเกี่ยวกับการตั้งครรภ์และการคลอดตามมี อิทธิพลต่อกระบวนการสร้างสัมพันธภาพระหว่างมารดาและทารก โดยผู้วิจัยเชื่อว่าหากมารดาหลัง

คลอดที่ติดเชื้อเอช ไอ วีมีปัจจัยดังกล่าวข้างต้นนี้แตกต่างกัน ย่อมมีสัมพันธภาพระหว่างมารดาและทารกแตกต่างกัน จากแนวคิดนี้ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาเปรียบเทียบสัมพันธภาพระหว่างมารดาและทารกในมารดาหลังคลอดที่ติดเชื้อเอช ไอ วี ซึ่งมีปัจจัยด้านพื้นฐานและปัจจัยเกี่ยวกับการตั้งครรภ์และการคลอดที่แตกต่างกัน โดยหวังว่าผลการศึกษาในครั้งนี้จะสามารถนำไปใช้ประโยชน์ในการวางแผนการพยาบาล เพื่อส่งเสริมให้มารดาหลังคลอดที่ติดเชื้อเอช ไอ วี มีสัมพันธภาพที่ดีต่อทารก อันจะส่งผลให้มารดาเลี้ยงดูทารกได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป



บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นระเบียบวิธีวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive Research) เพื่อศึกษาสัมพันธภาพระหว่างมารดาและทารกในมารดาที่ได้รับเชื้อ เอช ไอ วี มีวิธีการศึกษาดังต่อไปนี้

ลักษณะของประชากร และการเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ เป็นมารดาหลังคลอด ที่ได้รับการตรวจยืนยันว่าในโลหิตมีการติดเชื้อ เอช ไอ วี (Anti - HIV positive) โดยไม่มีอาการและอาการแสดงของภาวะโรคเอดส์ และมารดาทราบผลการตรวจเลือด มาคลอดที่โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี โรงพยาบาลบาราศนราดรุร โรงพยาบาลศิริราช และโรงพยาบาลราชวิถี โดยไม่จำกัด อายุ ระดับการศึกษา สถานะทางเศรษฐกิจ และ อายุครรภ์

การเลือกกลุ่มตัวอย่างเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) ในกลุ่มตัวอย่างที่ทารกมีชีวิตอยู่ภายหลังคลอด และมารดาต้องได้เลี้ยงดูทารกด้วยตนเองมาแล้วไม่ต่ำกว่า 12 ชั่วโมง โดยเลือกจากโรงพยาบาลนพรัตนราชธานี โรงพยาบาลบาราศนราดรุร โรงพยาบาลศิริราช และโรงพยาบาลราชวิถี เป็นจำนวน 20 30 30 และ 40 รายตามลำดับ รวมทั้งสิ้น 120 ราย ระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ ถึง เดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2540

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย

1. แบบสัมภาษณ์ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ปัจจัยพื้นฐานของมารดา ปัจจัยเกี่ยวกับการตั้งครรภ์และการคลอดของมารดา

ปัจจัยพื้นฐานของมารดา ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา สถานะทางเศรษฐกิจ สถานภาพการสมรส และลักษณะครอบครัว

ปัจจัยเกี่ยวกับการตั้งครรภ์และการคลอดของมารดา ได้แก่ การวางแผนการตั้งครรภ์ ลำดับที่ของการคลอด และความคาดหวังต่อเพศของบุตร

2. แบบวัดสัมพันธภาพระหว่างมารดาและทารก เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยได้ดัดแปลงมาจากแบบสอบถามสัมพันธภาพระหว่างมารดาและทารกของ เขาวลัทธิ เสรีเสรี (2530) ซึ่งได้ทำการศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้เกี่ยวกับประสบการณ์การคลอด อึดมโนทัศน์สัมพันธภาพระหว่างมารดาและทารกในมารดาที่มีภาวะเสี่ยง โดยเขาวลัทธิ เสรีเสรี ได้ดัดแปลงและเรียบเรียงมาจากแบบวัดสัมพันธภาพระหว่างมารดาและทารกในระยะตั้งครรภ์ของทารก (Cranley, 1981: 281-284) และแบบวัดสัมพันธภาพของมารดาและทารกของ พรหมพิไล เลหาพิณแสง (2526:147-151) แบบสอบถามนี้เป็นชนิดมาตราส่วนประมาณค่า 5 ช่วง ดังนี้ คือ

ไม่เป็นความจริงเลย	หมายถึง	เมื่อผู้ตอบเห็นว่าข้อความนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกหรือความคิดเห็นของผู้ตอบเลย
เป็นความจริงบ้างเล็กน้อย	หมายถึง	เมื่อผู้ตอบเห็นว่า ข้อความนั้นพอจะตรงกับความรู้สึก หรือ ความคิดเห็นของผู้ตอบเพียงเล็กน้อย
เป็นความจริงเพียงครึ่งเดียว	หมายถึง	เมื่อผู้ตอบเห็นว่า ข้อความนั้นพอจะตรงกับความรู้สึก หรือความคิดเห็นของผู้ตอบบางส่วน หรือตรงกับความรู้สึกเพียงครึ่งเดียว
เป็นความจริงส่วนมาก	หมายถึง	เมื่อผู้ตอบเห็นว่า ข้อความนั้นพอจะตรงกับความรู้สึก หรือ ความคิดเห็นของผู้ตอบค่อนข้างมากแต่ไม่ทั้งหมด
เป็นความจริงมากที่สุด	หมายถึง	เมื่อผู้ตอบเห็นว่า ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกหรือความคิดเห็นของผู้ตอบมากที่สุดหรือทั้งหมด

แบบสอบถามฉบับนี้ประกอบด้วยข้อความจำนวน 50 ข้อ เป็นข้อความที่แสดงสัมพันธภาพในทางด้านบวก 36 ข้อ (ได้แก่ ข้อ 1, 2, 3, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 17, 18, 19, 20, 21, 23, 25, 26, 27, 29, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 39, 41, 42, 44, 46, 48, 49, และ 50) เป็นข้อความที่แสดงสัมพันธภาพในทางด้านลบ จำนวน 14 ข้อ (ได้แก่ ข้อ 4, 5, 14, 15, 16, 22, 24, 28, 30, 31, 38, 40, 45 และ 47) แบ่งเป็น 6 หมวด ดังนี้

- หมวดที่ 1 การยอมรับความเป็นบุคคลของตนเองและทารก ประกอบด้วยข้อความจำนวน 8 ข้อ เป็นข้อความที่แสดงสัมพันธภาพในทางด้านบวกจำนวน 6 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1, 2, 3, 6, 7 และ 8 ข้อความที่แสดงสัมพันธภาพในทางด้านลบจำนวน 2 ข้อ ได้แก่ ข้อ 4 และ 5

- หมวดที่ 2 การมีปฏิสัมพันธ์กับทารก ประกอบด้วยข้อความจำนวน 9 ข้อ เป็นข้อความที่แสดงสัมพันธภาพในทางด้านบวกจำนวน 6 ข้อ ได้แก่ ข้อ 9, 10, 11, 12, 13 และ 17 เป็นข้อความที่แสดงสัมพันธภาพในทางด้านลบจำนวน 3 ข้อ ได้แก่ ข้อ 14, 15 และ 16
- หมวดที่ 3 การรับรู้คุณลักษณะ รูปร่าง หน้าตา และความสนใจที่มีต่อทารก ประกอบด้วยข้อความจำนวน 8 ข้อ เป็นข้อความที่แสดงสัมพันธภาพในทางด้านบวกจำนวน 6 ข้อ ได้แก่ ข้อ 18, 19, 20, 21, 23 และ 25 เป็นข้อความที่แสดงสัมพันธภาพในทางด้านลบจำนวน 2 ข้อ ได้แก่ ข้อ 22 และ 24
- หมวดที่ 4 การเสียดสีในเรื่องของตนเองเพื่อลูก ประกอบด้วยข้อความจำนวน 8 ข้อ เป็นข้อความที่แสดงสัมพันธภาพในทางด้านบวกจำนวน 5 ข้อ ได้แก่ ข้อ 26, 27, 29, 32, และ 33 เป็นข้อความที่แสดงสัมพันธภาพในทางด้านลบจำนวน 3 ข้อ ได้แก่ ข้อ 28, 30 และ 31
- หมวดที่ 5 การปฏิบัติตามบทบาทของมารดา ประกอบด้วยข้อความจำนวน 11 ข้อ เป็นข้อความที่แสดงสัมพันธภาพในทางด้านบวกจำนวน 9 ข้อ ได้แก่ ข้อ 34, 35, 36, 37, 39, 41, 42, 43 และ 44 เป็นข้อความที่แสดงสัมพันธภาพในทางด้านลบจำนวน 2 ข้อ ได้แก่ ข้อ 38 และ 40
- หมวดที่ 6 การเตรียมของใช้ และที่พักสำหรับทารก ประกอบด้วยข้อความจำนวน 6 ข้อ เป็นข้อความที่แสดงสัมพันธภาพในทางด้านบวกจำนวน 4 ข้อ ได้แก่ ข้อ 46, 48, 49 และ 50 เป็นข้อความที่แสดงสัมพันธภาพในทางด้านลบจำนวน 2 ข้อ ได้แก่ ข้อ 45 และ 47

การให้คะแนน เนื่องจากแบบสอบถามฉบับนี้ เป็นแบบสอบถามสัมพันธภาพทั้งในด้านบวกและด้านลบ ดังนั้นการให้คะแนนจึงขึ้นอยู่กับข้อความดังนี้ คือ

ข้อความที่แสดงสัมพันธภาพในด้านบวก

ถ้าเลือกไม่เป็นความจริงเลย	ให้คะแนน =	1	คะแนน
ถ้าเลือกเป็นความจริงบ้างเล็กน้อย	ให้คะแนน =	2	คะแนน
ถ้าเลือกเป็นความจริงเพียงครึ่งเดียว	ให้คะแนน =	3	คะแนน
ถ้าเลือกเป็นความจริงส่วนมาก	ให้คะแนน =	4	คะแนน
ถ้าเลือกเป็นความจริงมากที่สุด	ให้คะแนน =	5	คะแนน

ข้อความที่แสดงสัมพันธภาพในทางลบ

ถ้าเลือกไม่เป็นความจริงเลย	ให้คะแนน =	5	คะแนน
ถ้าเลือกเป็นความจริงบ้างเล็กน้อย	ให้คะแนน =	4	คะแนน
ถ้าเลือกเป็นความจริงเพียงครึ่งเดียว	ให้คะแนน =	3	คะแนน
ถ้าเลือกเป็นความจริงส่วนมาก	ให้คะแนน =	2	คะแนน
ถ้าเลือกเป็นความจริงมากที่สุด	ให้คะแนน =	1	คะแนน

คะแนนสัมพันธภาพระหว่างมารดาและทารกเป็นคะแนนรวมจากแบบสอบถาม ซึ่งมีค่าต่ำสุดเท่ากับ 50 คะแนน และค่าสูงสุดเท่ากับ 250 คะแนน คะแนนสูงแสดงว่ามารดามีสัมพันธภาพกับทารกดี คะแนนต่ำแสดงว่ามารดามีสัมพันธภาพกับทารกไม่ดี

การหาความเที่ยงตรงและความเชื่อมั่นของแบบสอบถามสัมพันธภาพ

การหาความเที่ยงตรงของแบบสอบถามสัมพันธภาพระหว่างมารดาและทารกผู้วิจัยได้ดัดแปลงและเรียบเรียงจากแบบสอบถามสัมพันธภาพระหว่างมารดาและทารกของ เยาวลักษณะ เสรีเสถียร (2530) ซึ่งดัดแปลงและเรียบเรียงมาจากแบบวัดสัมพันธภาพระหว่างมารดาและทารกในระยะตั้งครรภ์ ของทารก (Cranley , 1981 : 281-284) และของพรหมพิไล เลหาเพ็ญแสง (2526) โดยการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ซึ่งประกอบด้วยกุมารแพทย์ 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลสาขาการพยาบาลสูติศาสตร์ 2 ท่าน อาจารย์พยาบาลสาขาการพยาบาลสาธารณสุขศาสตร์ 1 ท่าน และอาจารย์พยาบาลสาขาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวชศาสตร์ 1 ท่าน ช่วยพิจารณาตรวจสอบความเที่ยงตรงของเนื้อหา เมื่อผ่านการพิจารณาจากผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว ผู้วิจัยนำแบบสอบถามมาปรับปรุงแก้ไขเพิ่มเติมข้อความ ให้มีความเหมาะสมทั้งในด้านภาษา และความชัดเจนของเนื้อหาตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ

การหาความเชื่อมั่นของแบบสอบถามสัมพันธภาพระหว่างมารดาและทารก ทำโดยนำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับมารดาหลังคลอดที่ได้รับเชื้อ เอช ไอ วี ที่มีลักษณะเช่นเดียวกับประชากรที่ศึกษา จำนวน 30 ราย หลังจากนั้นคำนวณหาความเชื่อมั่น โดยใช้สัมประสิทธิ์ แอลฟาของครอนบาช โดยใช้สูตร ดังนี้ (ประคอง กรรมสุต , 2525 : 52-53)

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

เมื่อ α = ความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม

n = จำนวนข้อมูลทั้งหมดในแบบสอบถาม

S_i^2 = ความแปรปรวนของแบบสอบถามแต่ละข้อ

S_t^2 = ความแปรปรวนของแบบสอบถามทั้งฉบับ

ค่าสัมประสิทธิ์ของความเชื่อมั่นของแบบสอบถามสัมพันธภาพระหว่างมารดาและทารก เท่ากับ 0.83

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยเป็นผู้เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง และมีผู้ช่วยวิจัย 1 ท่าน โดยผู้วิจัยอธิบายถึง เนื้อหา ระเบียบวิธีวิจัย และแบบสอบถามแก่ผู้ช่วยวิจัยเพื่อให้มีความเข้าใจ ที่ถูกต้องและตรงกัน สำหรับขั้นตอนในการเก็บรวบรวมข้อมูลมีดังต่อไปนี้

1. ขออนุญาตแนะนำตัวจากบัณฑิตวิทยาลัยถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลทั้ง 4 แห่ง เพื่อขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล
2. ผู้วิจัยแนะนำตัวและติดต่อประสานงานกับหัวหน้าหอผู้ป่วย ในแต่ละหน่วยงาน พร้อม กับขอความร่วมมือในการแจ้งข้อมูลให้ผู้วิจัยทราบ เมื่อผู้วิจัยโทรศัพท์มาตรวจสอบว่ามี มารดาที่ได้รับเชื้อ เอช ไอ วี มาคลอดหรือไม่
3. ผู้วิจัยเลือกกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งมีลักษณะตรงตามที่กำหนดไว้ โดยดูจากรายงานประวัติ ของมารดา โดยมารดาต้องได้เลี้ยงดู ทารกด้วยตนเองมาแล้วไม่ต่ำกว่า 12 ชั่วโมง
4. เมื่อมารดาเสร็จสิ้นจากภาระการดูแลทารกแล้ว ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพกับมารดา แนะนำตนเองและอธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัย และขอความร่วมมือจากกลุ่มตัวอย่าง โดยชี้แจง รายละเอียดของการพิทักษ์สิทธิ ให้มารดาได้รับทราบ ในรายที่ปฏิเสธการให้ข้อมูล ผู้วิจัยกล่าวขอบคุณ และนำออกจากการเป็นกลุ่มตัวอย่าง
5. กลุ่มตัวอย่างที่ยินยอมเข้าร่วมในการวิจัย ผู้วิจัยบันทึกเก็บรวบรวมข้อมูลพื้นฐานของ มารดา และข้อมูลเกี่ยวกับการตั้งครรภ์และการคลอดของมารดาไว้ โดยบันทึกจากรายงานประวัติ ของมารดาและจากการซักถามสัมภาษณ์มารดา ผู้วิจัยให้มารดาตอบแบบสอบถามวัดสัมพันธภาพ

ระหว่างมารดาและทารก โดยผู้วิจัยแจกแบบสอบถามพร้อมทั้งอธิบายวิธีการ การตอบแบบสอบถาม โดยละเอียดและเปิดโอกาส ให้มารดาซักถามสิ่งที่ไม่เข้าใจ จากนั้นให้มารดาตอบแบบสอบถามโดยไม่จำกัดเวลา หลังจากมารดาตอบแบบสอบถามเรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยทำการตรวจสอบคำตอบทุกข้อ ถ้าพบว่าคำตอบใดขาดหายไปผู้วิจัยขอให้มารดาตอบเพิ่มเติมจนครบ

6. เมื่อผู้วิจัยเก็บข้อมูลกลุ่มตัวอย่างจนครบตามที่กำหนดไว้ ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากคำตอบของมารดาแต่ละคนมาคิดเป็นคะแนน สัมพันธภาพระหว่างมารดาและทารก จากนั้นนำคะแนนทั้งหมดมาวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ จากรายงานผู้ป่วย และจากแบบสอบถาม ผู้วิจัยนำมาวิเคราะห์ โดยใช้โปรแกรม SPSS (Statistical Package for the Social Science) โดยกำหนดความมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 ซึ่งมีขั้นตอนการวิเคราะห์ตามลำดับดังนี้

1. ภายหลังการเก็บข้อมูลผู้วิจัยได้แบ่งมารดาตามอายุออกเป็น 4 กลุ่ม ดังนี้คือ

อายุต่ำกว่า 20 ปี

อายุ 21 - 24 ปี

อายุ 25-28 ปี

อายุ 29 ปีขึ้นไป

และแบ่งมารดาตามรายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือนออกเป็น 4 กลุ่ม ดังนี้คือ

$\leq$ 3,000 บาท

3,001 - 5,000 บาท

5,001 - 8,000 บาท

> 8,000 บาท

2. นำข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยพื้นฐานของมารดา ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา ฐานะทางเศรษฐกิจ สถานภาพการสมรส และลักษณะของครอบครัว ข้อมูลเกี่ยวกับการตั้งครรภ์และการคลอดของมารดา ได้แก่ การวางแผนการตั้งครรภ์ ลำดับที่ของการคลอด และความคาดหวังต่อเพศของทารก ตลอดจนผลการตรวจเลือดของสามี และการมีชีวิตอยู่ของสามี มาแจกแจงความถี่และคำนวณหาค่าร้อยละ สำหรับตัวแปรเฉพาะอายุ และฐานะทางเศรษฐกิจนำมาหาค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3. ข้อมูลเกี่ยวกับคะแนนสัมพันธภาพระหว่างมารดาและทารก นำมาแจกแจงความถี่แล้วคำนวณหาค่าร้อยละ และหาค่าเฉลี่ยโดยรวมโดยการนำเอาผลรวมของคะแนนทั้งหมดหารด้วยผลคูณของจำนวนข้อในแบบสอบถามกับจำนวนของกลุ่มตัวอย่าง หาค่าเฉลี่ยเป็นรายด้านโดยการนำเอาผลรวมของคะแนนในแต่ละด้านหารด้วยผลคูณของจำนวนข้อในด้านนั้นๆกับจำนวนของกลุ่มตัวอย่าง และหาค่าเฉลี่ยรายข้อโดยนำผลรวมของคะแนนในแต่ละข้อหารด้วยจำนวนของกลุ่มตัวอย่าง แล้วแปลความหมายดังนี้ ค่าเฉลี่ยคะแนนโดยรวม รายด้านและรายข้อเป็นระดับสัมพันธภาพ

ค่าเฉลี่ยคะแนนระหว่าง 1.0-2.0 หมายถึง สัมพันธภาพระดับไม่ดี

ค่าเฉลี่ยคะแนนระหว่าง 2.1-3.0 หมายถึง สัมพันธภาพระดับค่อนข้างไม่ดี

ค่าเฉลี่ยคะแนนระหว่าง 3.1-4.0 หมายถึง สัมพันธภาพระดับค่อนข้างดี

ค่าเฉลี่ยคะแนนระหว่าง 4.1-5.0 หมายถึง สัมพันธภาพระดับดี

4. เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของคะแนนสัมพันธภาพระหว่างมารดาและทารกโดยรวมตามกลุ่ม สถานภาพการสมรส ลักษณะครอบครัว การวางแผนการตั้งครรภ์ ลำดับที่ของการคลอด และ ความคาดหวังต่อเพศของทารก โดยใช้วิธีการทดสอบค่า t (t -test)

5. เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของคะแนนสัมพันธภาพระหว่างมารดา และทารกโดยรวมตามกลุ่ม อายุ ระดับการศึกษา และฐานะทางเศรษฐกิจ โดยใช้วิธีการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียว (One Way Analysis of Variance) และ ใช้วิธีการเปรียบเทียบพหุคูณ (Multiple Comparisons or Contrast) เมื่อการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียวนั้นสำคัญ เพื่อทราบว่าค่าเฉลี่ยคู่ใดที่แตกต่างกัน

ผลการวิจัยและอภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาสัมพันธภาพระหว่างมารดาและทารกในมารดาที่ได้รับเชื้อเอช ไอ วี และเปรียบเทียบสัมพันธภาพระหว่างมารดาและทารกในมารดาที่ได้รับเชื้อเอช ไอ วี ที่มีอายุ ระดับการศึกษา รายได้ ครอบครัว สถานภาพการสมรส ลักษณะครอบครัว การวางแผนการตั้งครรภ์ ลำดับที่ของการคลอดและความคาดหวังต่อเพศของบุตรที่แตกต่างกัน กลุ่มตัวอย่างเป็นมารดาที่ได้รับเชื้อเอช ไอ วี และมาคลอดทารกที่โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี โรงพยาบาลบำรุงราศนราดुर โรงพยาบาลศิริราช และโรงพยาบาลราชวิถี จำนวน 120 ราย โดยใช้แบบสัมภาษณ์ปัจจัยพื้นฐานปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการตั้งครรภ์และการคลอด และแบบวัดสัมพันธภาพระหว่างมารดาและทารก แล้วนำข้อมูลมาวิเคราะห์โดยหาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบความแตกต่างของสัมพันธภาพระหว่างมารดาและทารกโดยใช้ ANOVA และ t-test ผลการวิจัยนำเสนอด้วยตารางประกอบคำบรรยาย มีรายละเอียดดังนี้

1. ข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่าง นำเสนอโดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (ตารางที่ 1)
2. ข้อมูลสัมพันธภาพระหว่างมารดาและทารก นำเสนอโดยค่าร้อยละ และค่าเฉลี่ย โดยรวมและเป็นรายข้อตามรายด้าน (ตารางที่ 2 และตารางที่ 3)
3. เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของคะแนนสัมพันธภาพระหว่างมารดาและทารกของกลุ่มตัวอย่างที่มี อายุ ระดับการศึกษาและรายได้ครอบครัว ที่แตกต่างกันโดยการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One-Way analysis of variance) (ตารางที่ 4) และทดสอบความแตกต่างระหว่างคู่โดยวิธี Scheffe (ตารางที่ 5และตารางที่ 6)
4. เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของคะแนนสัมพันธภาพระหว่างมารดาและทารกของกลุ่มตัวอย่างที่มีสถานภาพการสมรส ลักษณะครอบครัว การวางแผนการตั้งครรภ์ ลำดับที่ของการคลอด และความคาดหวังต่อเพศของบุตร ที่แตกต่างกันโดยการทดสอบค่า t (t-test) (ตารางที่ 7)

1. ข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่าง

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามอายุ ระดับการศึกษา รายได้ ครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน สถานภาพการสมรส ลักษณะครอบครัว การวางแผนการตั้งครรภ์ ลำดับที่ของการคลอด ความคาดหวังต่อเพศของบุตร ผลการตรวจเลือด และการมีชีวิตรอยู่ของสามี

ข้อมูล	จำนวน (N=120)	ร้อยละ
อายุ		
ต่ำกว่า 20 ปี	22	18.3
21-24 ปี	47	39.2
25-28 ปี	32	26.7
29 ปีขึ้นไป	19	15.8
$\bar{x} = 24.5$ ปี	SD = 4.35	
Min = 15 ปี	Max = 36 ปี	
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษาหรือต่ำกว่า	73	60.8
มัธยมศึกษา	36	30.0
ประกาศนียบัตร หรือ อนุปริญญา	9	7.5
อุดมศึกษา	2	1.7
รายได้ครัวเรือนเฉลี่ยต่อเดือน		
$\leq 3,000$ บาท	24	20.0
3,001-5,000 บาท	29	24.2
5,001-8,000 บาท	36	30.0
$>8,000$ บาท	32	26.7
$\bar{x} = 6,989$ บาท	SD = 5,344.86	
Min = 1,000 บาท	Max = 40,000 บาท	(20000-40000บาท=6คน)
สถานภาพการสมรส		
คู่	103	85.8
หม้าย หย่า แยกกันอยู่	17	14.2

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ข้อมูล	จำนวน (N=120)	ร้อยละ
ลักษณะครอบครัว		
ครอบครัวเดี่ยว	78	65.0
ครอบครัวขยาย	42	35.0
การวางแผนการตั้งครรภ์		
มี	53	44.2
ไม่มี	67	55.8
ลำดับที่ของการคลอด		
การคลอดครั้งแรก	72	60.0
การคลอดครั้งหลัง	48	40.0
ความคาดหวังต่อเพศของบุตร		
ตรงความคาดหวัง	103	85.8
ไม่ตรงความคาดหวัง	17	14.2
ผลการตรวจเลือดของสามี		
เอช ไอ วี บวก	52	43.3
เอช ไอ วี ลบ	19	15.8
ไม่ได้รับการตรวจ	49	40.8
การมีชีวิตร่วมของสามี		
มีชีวิต	114	95.0
เสียชีวิต	6	5.0

จากตารางที่ 1 พบว่า มารดามีอายุระหว่าง 21-24 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 39.2 และ 25-28 ปี คิดเป็นร้อยละ 26.7 ตามลำดับ มีการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษาหรือต่ำกว่า คิดเป็นร้อยละ 60.8 รายได้ครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน 5,001-8,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 30 และต่ำกว่า 8,000 บาท ร้อยละ 26.7 ตามลำดับ มีสถานภาพการสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 85.8 เป็นครอบครัวเดี่ยวคิดเป็นร้อยละ 65.0 ไม่มีการวางแผนการตั้งครรภ์ คิดเป็นร้อยละ 55.8 เป็นการคลอดครั้งแรก เป็นร้อยละ 60.0 และเพศของบุตรตรงตามความคาดหวัง คิดเป็นร้อยละ 85.8 สำหรับสามีของมารดา

ส่วนมากมีผลการตรวจเลือดพบเชื้อ เอช ไอ วี บวก คิดเป็นร้อยละ 43.3 รองลงมาไม่ได้รับการตรวจเลือด คิดเป็นร้อยละ 40.8 และ สามีของมารดาส่วนใหญ่ยังมีชีวิตอยู่ คิดเป็นร้อยละ 95.0

2. คะแนนสัมพันธภาพระหว่างมารดาและทารก

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ยของความคิดเห็นของกลุ่มตัวอย่างและการแปลความหมายระดับ บสัมพันธภาพ โดยรวมและรายด้าน

	ค่าเฉลี่ย	ระดับ สัมพันธภาพ
สัมพันธภาพระหว่างมารดาและทารกโดยรวม	4.1	ดี
ด้านการรับรู้คุณลักษณะรูปร่างหน้าตา ความสนใจ ที่มีต่อบุตร	4.4	ดี
ด้านการเสียสละในเรื่องของตนเองเพื่อบุตร	4.2	ดี
ด้านการมีปฏิสัมพันธ์กับบุตร	4.2	ดี
ด้านการเตรียมของใช้และที่พักสำหรับบุตร	4.1	ดี
ด้านการปฏิบัติตนตามบทบาทของมารดา	4.1	ดี
ด้านการยอมรับความเป็นบุคคลของตนเองและบุตร	3.8	ค่อนข้างดี

ตารางที่ 3 ร้อยละ และค่าเฉลี่ยของความคิดเห็นของกลุ่มตัวอย่าง และการแปลความหมายระดับสัมพันธภาพจำแนกเป็นรายชื่อ และรายด้าน (n = 120)

ข้อมูล	เป็นความจริงทั้งหมด	เป็นความจริงส่วนมาก	เป็นความจริงครึ่งหนึ่ง	เป็นความจริงเล็กน้อย	ไม่เป็นความจริงจริง	ค่าเฉลี่ย (X̄)	ระดับสัมพันธภาพ
การยอมรับความเป็นบุคลิกของตนเองและบุตร						3.8	ค่อนข้างดี
. ฉันคิดว่าลูก.....	80.8	15.0	2.5	1.7	0.0	4.8	ดี
ฉันรู้สึกดีใจที่คลอด.....	79.2	14.1	5.0	0.0	1.7	4.7	ดี
ฉันยินดีที่จะพาลูก.....	37.5	35.8	20.0	5.0	1.7	4.0	ค่อนข้างดี
ฉันคิดว่าชื่อที่ตั้งให้ลูก.....	37.5	36.7	15.0	2.5	8.3	3.9	ค่อนข้างดี
ฉันคิดว่าลูกเป็น.....	37.5	30.8	19.2	8.3	4.2	3.9	ค่อนข้างดี
ฉันชอบที่จะพูดคุยถึงลูก...	25.8	23.3	23.3	18.4	9.2	3.9	ค่อนข้างดี
* ฉันคิดว่าคนอื่น ๆ คง.....	15.8	19.2	25.0	24.2	15.8	3.1	ค่อนข้างดี
* ฉันคิดว่าลูกคง.....	20.8	15.8	30.8	19.3	13.3	2.9	ค่อนข้างไม่ดี
การมีปฏิสัมพันธ์กับบุตร						4.2	ดี
* ทุกครั้งที่ฉันอุ้ม.....	2.5	4.2	3.3	5.0	85.0	4.7	ดี
ฉันคิดว่าทุกครั้งที่ถูก.....	60.0	30.0	7.5	1.7	0.8	4.5	ดี
* ฉันรู้สึกหงุดหงิด.....	3.3	4.2	10.0	19.2	63.3	4.4	ดี
* ฉันไม่กล้าแตะ.....	5.0	8.3	10.8	14.2	61.7	4.2	ดี
แม้ว่าใครๆ ไม่อยาก.....	49.2	31.7	8.3	8.3	2.5	4.2	ดี
ฉันคิดว่าลูกของฉัน.....	42.5	40.8	11.7	4.2	0.8	4.2	ดี
ฉันคิดว่าลูกเป็น.....	54.2	25.0	10.0	1.6	9.2	4.1	ดี
ฉันชอบนั่งมองหน้าลูก...	41.7	24.2	16.6	13.3	4.2	3.9	ค่อนข้างดี
ฉันพูดคุยกับลูก.....	37.5	25.8	17.5	15.0	4.2	3.8	ค่อนข้างดี

หมายเหตุ * ข้อความลบ

ตารางที่ 3 (ต่อ)

ข้อมูล	เป็นความ จริงทั้งหมด	เป็นความจริง ส่วนมาก	เป็นความจริง ครึ่งหนึ่ง	เป็นความ จริงเล็กน้อย	ไม่เป็นความ จริง	ค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$)	ระดับ สัมพันธภาพ
การรับรู้ต่อคุณลักษณะ รูปร่างหน้าตา และความสนใจที่มีต่อบุตร						4.4	ดี
*ฉันรู้สึกผิดหวังที่ลูก.....	2.5	0.8	3.3	4.2	89.2	4.8	ดี
ฉันรู้สึกดีใจที่ลูก.....	84.2	12.5	3.3	0.0	0.0	4.8	ดี
แม้ว่าในอนาคตลูก.....	82.5	15.0	1.7	0.0	0.8	4.8	ดี
*ลูกของฉันคนนี้.....	7.5	1.7	5.0	5.8	80.0	4.5	ดี
ลูกฉันมีลักษณะ.....	69.2	19.2	7.5	1.6	2.5	4.5	ดี
แม้ว่าฉันจะไม่ได้ลูก.....	73.4	15.0	0.8	2.5	8.3	4.4	ดี
ลูกของฉันมีหน้าตา.....	50.8	30.8	13.4	4.2	0.8	4.3	ดี
ฉันรู้สึกว่าการมีรูปร่าง.....	9.2	5.8	54.2	21.6	9.2	2.8	ค่อนข้าง ไม่ดี
การเสียสละในเรื่องของตนเองเพื่อบุตร						4.2	ดี
ฉันเตรียมใจพร้อมที่.....	77.5	17.5	4.2	0.0	0.8	4.7	ดี
ฉันยินดีที่จะตื่นขึ้น.....	67.5	23.3	5.8	1.7	1.7	4.5	ดี
ฉันตั้งใจว่าจะเลี้ยงลูก.....	60.0	30.8	4.2	5.0	0.0	4.5	ดี
*ฉันคิดว่าการดูแลลูก.....	3.4	3.3	8.3	20.0	65.0	4.4	ดี
*ฉันคิดว่าคงไม่สามารถ...	5.0	5.8	16.7	11.7	60.8	4.2	ดี
*ฉันคงดูแลลูกไม่ได้.....	3.3	5.8	22.5	25.0	43.4	4.0	ค่อนข้างดี
ฉันงดกิจกรรม.....	40.0	27.5	15.0	11.7	5.8	3.8	ค่อนข้างดี
ฉันวางแผน.....	30.0	22.5	30.0	12.5	5.0	3.6	ค่อนข้างดี
การปฏิบัติตนตามบทบาทของมารดา						4.1	ดี
ฉันวางแผนที่จะ.....	81.7	15.0	2.5	0.8	0.0	4.8	ดี
แม้ว่าต้องเสียเวลา.....	79.2	20.0	0.0	0.8	0.0	4.8	ดี
ฉันตั้งใจจะนำลูก.....	76.7	19.2	3.3	0.8	0.0	4.7	ดี
แม้ลูกจะไม่ได้ดีดึมนม.....	65.0	30.8	1.7	1.7	0.8	4.6	ดี
หมายเหตุ * ข้อความลบ							

ตารางที่ 3 (ต่อ)

ข้อมูล	เป็นความจริงทั้งหมด	เป็นความจริงส่วนมาก	เป็นความจริงครึ่งหนึ่ง	เป็นความจริงเล็กน้อย	ไม่เป็นความจริงจริง	ค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$)	ระดับสัมพันธภาพ
การปฏิบัติตนตามบทบาทของมารดา (ต่อ)						4.1	ดี
ฉันล้างมือทุกครั้ง.....	47.5	29.2	16.6	4.2	2.5	4.2	ค่อนข้างดี
ฉันหาความรู้เกี่ยวกับ.....	40.8	32.5	15.0	10.0	1.7	4.0	ค่อนข้างดี
ฉันมั่นใจว่า.....	35.0	31.6	24.2	9.2	0.0	3.9	ค่อนข้างดี
ฉันเตรียมหา.....	39.2	29.2	16.6	3.3	11.7	3.8	ค่อนข้างดี
ฉันคิดว่าฉันอาบน้ำ.....	30.8	30.0	30.0	5.8	3.4	3.8	ค่อนข้างดี
* ฉันไม่แน่ใจว่า.....	27.5	26.7	30.0	8.3	7.5	3.6	ค่อนข้างดี
* ฉันคิดว่าให้พยาบาล.....	14.2	15.0	41.7	16.6	12.5	3.0	ค่อนข้างไม่ดี
การเตรียมของใช้ และที่พักสำหรับบุตร						4.1	ดี
แม้ว่าจะต้องสิ้นเปลือง.....	60.0	29.2	10.0	0.8	0.0	4.5	ดี
ฉันเตรียมปรับเปลี่ยน.....	57.5	24.2	10.8	3.3	4.2	4.3	ดี
ฉันเตรียมทำความสะอาด....	56.7	23.4	13.3	5.8	0.8	4.3	ดี
* ฉันไม่ต้องการเลี้ยงลูก.....	5.0	5.0	20.0	8.3	61.7	4.2	ดี
ฉันเตรียมสถานที่.....	43.3	23.4	15.8	15.0	2.5	3.9	ค่อนข้างดี
* ฉันไม่ได้เตรียม.....	17.5	6.7	11.7	13.3	50.8	3.7	ค่อนข้างดี

หมายเหตุ * ข้อความลบ

จากตารางที่ 2 และ 3 ผลการวิจัยพบว่าค่าเฉลี่ยของคะแนนสัมพันธภาพโดยรวมมีค่าเท่ากับ 4.1 มีสัมพันธภาพอยู่ในระดับดี การยอมรับความเป็นบุคคลของตนเองและบุตร พบว่ามีสัมพันธภาพอยู่ในระดับค่อนข้างดี ($\bar{x} = 3.8$) โดยมารดาส่วนมากร้อยละ 80.8 คิดว่าลูกเป็นคนสำคัญคนหนึ่งในครอบครัว สัมพันธภาพอยู่ในระดับดี ($\bar{x} = 4.8$) ร้อยละ 79.2 รู้สึกดีใจที่คลอดลูกออกมาครบสมบูรณ์ ($\bar{x} = 4.7$) และร้อยละ 36.6 คิดว่าเป็นความจริงทั้งหมดและเป็นความจริงส่วนมากที่ถูกคงโกรธและโทษที่ทำให้เขาอาจติดโรคเอดส์ สัมพันธภาพอยู่ในระดับค่อนข้างไม่ดี ($\bar{x} = 2.9$) การมีปฏิสัมพันธ์กับบุตร พบว่ามีสัมพันธภาพอยู่ในระดับดี ($\bar{x} = 4.2$) มารดาส่วน

มากร้อยละ 85 คิดว่าลูกต้องการให้เขาอุ้มหรือสัมผัส ($\bar{x} = 4.7$) ร้อยละ 63.3 ไม่รู้สึกหงุดหงิด หรือทนไม่ได้ต่อเสียงร้องของลูก ($\bar{x} = 4.4$) ร้อยละ 61.7 กล้าที่จะแตะต้องตัวลูกแม้กลัวว่าลูกจะดิ้น เนื่องจากเขาก็ตาม ($\bar{x} = 4.2$) และร้อยละ 60 คิดว่าทุกครั้งที่ลูกร้องให้ ลูกต้องการให้ป้อนนม ($\bar{x} = 4.5$) การรับรู้ต่อคุณลักษณะ รูปร่างหน้าตาและความสนใจที่มีต่อบุตร พบว่ามี สัมพันธภาพอยู่ในระดับดี ($\bar{x} = 4.4$) มารดามากกว่าร้อยละ 80 พึงพอใจที่ลูกมีรูปร่างหน้าตาสวย และน่ารัก ดีใจที่ลูกเป็นเด็กสมบูรณ์แข็งแรง หรือแม้ว่าในอนาคตลูกจะมีรูปร่างลักษณะเช่นใด ก็ยังคงรักลูก ($\bar{x} = 4.5-4.8$) ร้อยละ 30.8 คิดว่าเป็นความจริงเล็กน้อยและไม่เป็นความจริงที่ลูกมีรูปร่าง หน้าตาถอดแบบทุกอย่างจากเขาไปหมด สัมพันธภาพอยู่ในระดับค่อนข้างไม่ดี ($\bar{x} = 2.8$) การเสียสละในเรื่องของตนเองเพื่อบุตร พบว่ามีสัมพันธภาพอยู่ในระดับดี ($\bar{x} = 4.2$) มารดา ร้อยละ 77.5 เตรียมใจพร้อมที่จะสละความสุขส่วนตัวเพื่อเลี้ยงลูกให้ดีที่สุด ($\bar{x} = 4.7$) ร้อยละ 67.5 ยินดีที่จะตื่นขึ้นตอนดึกเพื่อดูแลลูก ($\bar{x} = 4.5$) ร้อยละ 65.0 ไม่คิดว่าการดูแลลูกจะทำให้สุขภาพของ เขาเสื่อมโทรม ($\bar{x} = 4.4$) และร้อยละ 60.8 คิดว่าสามารถทุ่มเทเวลาในการดูแลลูกได้อย่างเต็มที่ ($\bar{x} = 4.2$) การปฏิบัติตนตามบทบาทของมารดา พบว่ามีสัมพันธภาพอยู่ในระดับดี ($\bar{x} = 4.1$) มารดาร้อยละ 81.7 วางแผนที่จะพาลูกมาตรวจสุขภาพและฉีดวัคซีนตามนัดเพื่อให้ลูกมีสุขภาพ แข็งแรง ($\bar{x} = 4.8$) ร้อยละ 79.2 คิดว่าจะนำลูกมาตรวจรักษาทุกครั้งที่ยามลูกเจ็บป่วย ($\bar{x} = 4.8$) ร้อยละ 76.7 ตั้งใจจะนำลูกมาตรวจเลือดตามนัดทุกครั้ง ($\bar{x} = 4.7$) และมารดาร้อยละ 65.0 คิดว่า แม้จะไม่ได้เลี้ยงลูกด้วยนมตนเองก็ยังสามารถดูแลลูกได้ ($\bar{x} = 4.6$) นอกจากนี้ผลการวิจัยยังพบว่า มารดาคิดว่าให้พยาบาลเลี้ยงลูกของเขาจะปลอดภัยกว่าเลี้ยงเอง มีสัมพันธภาพอยู่ในระดับค่อนข้าง ไม่ดี ($\bar{x} = 3.0$) การเตรียมของใช้และที่พักสำหรับบุตร พบว่ามีสัมพันธภาพอยู่ในระดับดี ($\bar{x} = 4.1$) มารดามากกว่าร้อยละ 60 คิดว่าแม้ว่าจะต้องสิ้นเปลืองเงินมากเท่าใด ก็จะยินดีจะใช้จ่ายเงินเพื่อดูแลลูก และคิดว่าต้องการเลี้ยงลูกด้วยตนเอง ($\bar{x} = 4.5$ และ 4.2 ตามลำดับ) ร้อยละ 57.5 เตรียมปรับค่าใช้จ่ายเพื่อเก็บสะสมเงินไว้ดูแลลูก ($\bar{x} = 4.3$) ร้อยละ 56.7 เตรียมทำความสะอาดบ้านและทำให้อากาศถ่ายเทได้สะดวกเพื่อลูก ($\bar{x} = 4.3$) และร้อยละ 24.2 คิดว่าเป็นความจริงทั้งหมดและเป็นความจริงส่วนมากที่ไม่ได้เตรียมผ้าอ้อม เสื้อผ้า และของใช้สำหรับลูก ($\bar{x} = 3.7$)

3.เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนสัมพันธภาพระหว่างมารดาและทารกของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามอายุ ระดับการศึกษา และรายได้ครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน โดยใช้วิธีวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One Way Analysis of Variance) ทดสอบความมีนัยสำคัญของคะแนนเฉลี่ยนั้น โดยทั่วไปแล้วในการวิเคราะห์ความแปรปรวน ถ้าเป็นไปได้ต้องพยายามให้ขนาดของตัวอย่างประชากรทั้งหมดที่นำมาทดลองไม่เล็กลงเกินไป ในแต่ละรายการ ไม่ควรจะมีขนาดต่ำกว่า 5 จำนวน (ประคอง กรรณสูตร, 2538 : 192) แต่จากการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยเก็บข้อมูลจากมารดาในกลุ่มที่มีระดับการศึกษาอุดมศึกษาได้ 2 ราย ดังนั้นในการวิเคราะห์ข้อมูล จึงขอรวมมารดาที่มีระดับการศึกษาอุดมศึกษาเข้ากับกลุ่มที่มีการศึกษาใกล้เคียงกัน คือ มารดากลุ่มที่มีระดับการศึกษาประกาศนียบัตรหรืออนุปริญญา และเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนสัมพันธภาพของมารดา จำแนกตามสถานภาพการสมรส ลักษณะครอบครัว การวางแผนการตั้งครรภ์ ลำดับที่ของการคลอด และความคาดหวังต่อเพศของบุตร โดยใช้การทดสอบค่าที (t-test) ทดสอบความมีนัยสำคัญของคะแนนเฉลี่ยนั้น ดังตารางที่ 4 ถึงตารางที่ 7

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนสัมพันธภาพระหว่างมารดาและทารกของกลุ่มตัวอย่าง
จำแนกตามอายุ ระดับการศึกษา และรายได้ครอบครัว โดยการวิเคราะห์ความแปรปรวน
ทางเดียว

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง	N	$\bar{X}$	SD	F
อายุ				
ต่ำกว่า 20 ปี	22	206.14	18.10	0.03 ^{NS}
21-24 ปี	47	207.13	13.84	
25-28 ปี	32	207.50	17.25	
29 ปีขึ้นไป	19	206.68	19.63	
ระดับการศึกษา				
ประถมศึกษา หรือต่ำกว่า	73	205.49	15.99	3.19*
มัธยมศึกษา	36	206.44	15.91	
ประกาศนียบัตร, อนุปริญญา หรืออุดมศึกษา	11	218.55	17.03	
รายได้ครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน				
≤ 3,000 บาท	24	197.63	16.05	4.35 ^{**}
3,001 - 5,000 บาท	29	206.93	13.88	
5,001 - ,8000 บาท	36	208.19	15.64	
> 8,000 บาท	32	212.84	17.04	

หมายเหตุ* P < .05 ;** P < .01 : NS = ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนสัมพันธภาพระหว่างมารดาและทารกใน
กลุ่มตัวอย่างที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกัน เป็นรายคู่โดยวิธีเชฟเฟ (Scheffe)

ระดับการศึกษา	ค่าเฉลี่ย	$\bar{X}_3$	$\bar{X}_2$	$\bar{X}_1$
		218.55	206.44	205.49
ประกาศนียบัตร อนุปริญญา หรือ อุดมศึกษา	218.55	-	12.11 ^{NS}	13.06*
มัธยมศึกษา	206.44	-	-	0.95 ^{NS}
ประถมศึกษาหรือต่ำกว่า	205.49	-	-	-

หมายเหตุ * $P < .05$; NS = ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

ตารางที่ 6 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนสัมพันธภาพระหว่างมารดาและทารกในกลุ่มตัวอย่าง
ที่มีรายได้ครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือนแตกต่างกัน เป็นรายคู่โดยวิธีเชฟเฟ (Scheffe)

รายได้ครอบครัว เฉลี่ยต่อเดือน	ค่าเฉลี่ย	$\bar{X}_4$	$\bar{X}_3$	$\bar{X}_2$	$\bar{X}_1$
		212.84	208.19	206.93	197.63
> 8,000 บาท	212.84	-	4.65 ^{NS}	5.91 ^{NS}	15.21*
5,001 - 8,000 บาท	208.19	-	-	1.26 ^{NS}	10.56 ^{NS}
3,001 - 5,000 บาท	206.93	-	-	-	9.3 ^{NS}
< 3,000 บาท	197.63	-	-	-	-

หมายเหตุ * $P < .05$; NS = ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

จากตารางที่ 4 5 และ 6 พบว่ามารดาที่มีระดับการศึกษาและรายได้ครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน ต่างกัน มีสัมพันธภาพระหว่างมารดาและทารกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .05$ และ $P < .01$ ตามลำดับ) โดยมารดาที่มีระดับการศึกษา ประกาศนียบัตร อนุปริญญาหรืออุดมศึกษา มีสัมพันธภาพกับทารกดีกว่ามารดาที่มีระดับการศึกษาประถมศึกษาหรือต่ำกว่า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .05$) และมารดาที่มีรายได้ครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือนมากกว่า 8,000 บาท มีสัมพันธภาพกับทารกดีกว่ามารดาที่มีรายได้ครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน ต่ำกว่าหรือเท่ากับ 3,000 บาท อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .05$) ส่วนมารดาที่มีอายุต่างกัน มีสัมพันธภาพกับทารกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($P > .05$)

ตารางที่ 7 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนสัมพันธภาพระหว่างมารดาและทารกของกลุ่มตัวอย่าง
จำแนกตามสถานภาพการสมรส ลักษณะครอบครัว การวางแผนการตั้งครรภ์ ลำดับที่
ของการคลอด และความคาดหวังต่อเพศของบุตร โดยการทดสอบค่า t (t-test)

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง	N	$\bar{X}$	SD	t
สถานภาพการสมรส				
คู่	103	208.61	15.61	2.77 **
หม้าย หย่า แยกกันอยู่	17	197.06	17.69	
ลักษณะครอบครัว				
ครอบครัวเดี่ยว	78	208.97	15.46	1.84 ^{NS}
ครอบครัวขยาย	42	203.26	17.48	
การวางแผนการตั้งครรภ์				
มี	53	210.02	16.31	1.83 ^{NS}
ไม่มี	67	204.57	16.10	
ลำดับที่ของการคลอด				
การคลอดครั้งแรก	72	210.14	15.58	2.66**
การคลอดครั้งหลัง	48	202.23	16.50	
ความคาดหวังต่อเพศของบุตร				
ตรงความคาดหวัง	103	207.90	16.49	1.52 ^{NS}
ไม่ตรงความคาดหวัง	17	201.41	14.69	

หมายเหตุ ** $P < .01$; NS = ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

จากตารางที่ 7 พบว่า มารดาที่มีสถานภาพการสมรส และลำดับที่ของการคลอดต่างกัน มีสัมพันธภาพกับทารกแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .01$) โดยมารดาที่มีสถานภาพการสมรส คู่ มีสัมพันธภาพกับทารกดีกว่ามารดาที่มีสถานภาพการสมรส หม้าย หย่า หรือแยกกันอยู่ และมารดาคลอดครั้งแรก มีสัมพันธภาพกับทารกดีกว่ามารดาที่เคยผ่านการคลอดมาแล้วอย่างน้อย 1 ครั้ง ส่วนมารดาที่มีลักษณะครอบครัว การวางแผนการตั้งครรภ์ และความคาดหวังต่อเพศของบุตรต่างกัน มีสัมพันธภาพระหว่างมารดาและทารก แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญ ($P > .05$)



การอภิปรายผล

ผลการศึกษาสัมพันธภาพระหว่างมารดาและทารกในมารดาที่ได้รับเชื้อ เอช ไอ วี ผู้วิจัยได้แยกอภิปรายผลตามวัตถุประสงค์และสมมติฐานของการวิจัย ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

วัตถุประสงค์ข้อที่ 1. สัมพันธภาพระหว่างมารดาและทารกในมารดาที่ได้รับเชื้อ เอช ไอ วี ผลการวิจัยพบว่า มารดามีค่าเฉลี่ยของคะแนนสัมพันธภาพโดยรวมเท่ากับ 4.1 มีสัมพันธภาพอยู่ในระดับดี (ตารางที่ 2) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า การรับรู้ต่อคุณลักษณะ รูปร่างหน้าตาและความสนใจที่มีต่อบุตร การเสียสละในเรื่องของตนเองเพื่อบุตร การมีปฏิสัมพันธ์กับบุตร การเตรียมของใช้และที่พักสำหรับบุตร การปฏิบัติตนตามบทบาทของมารดา มีค่าเฉลี่ยคะแนนเท่ากับ 4.4 , 4.2 , 4.2 , 4.1 และ 4.1 ตามลำดับ สัมพันธภาพอยู่ในระดับดี สำหรับด้านการยอมรับความเป็นบุคคลของตนเองและบุตร ค่าเฉลี่ยของคะแนนเท่ากับ 3.8 มีสัมพันธภาพอยู่ในระดับค่อนข้างดี (ตารางที่ 2)

ทั้งนี้สามารถอภิปรายได้ว่าเนื่องจากมารดาที่ติดเชื้อเอช ไอ วี เมื่อมาฝากครรภ์ที่แผนกฝากครรภ์ จะได้รับการดูแลเอาใจใส่จากบุคลากรทางการแพทย์เป็นอย่างดี โดยโรงพยาบาลที่เก็บข้อมูลทุกแห่งมีการบริการให้คำปรึกษาแก่มารดา ตั้งแต่ก่อนการเจาะเลือดตรวจและภายหลังการตรวจพบเชื้อ เอช ไอ วี มารดาจะได้รับการส่งต่อไปยังหน่วยที่ให้การดูแลผู้ติดเชื้อเอช ไอ วี โดยจะมีแพทย์และพยาบาลกลุ่มหนึ่งที่ได้รับมอบหมายให้ดูแลมารดาเหล่านี้โดยเฉพาะ ทำให้มารดาเหล่านี้ได้รับการดูแลทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ และสามารถพูดปรึกษาเกี่ยวกับปัญหาที่กำลังเผชิญอยู่กับบุคลากรเหล่านี้ได้ เมื่อภายหลังการได้รับคำแนะนำแล้วมารดาสามารถเลือกและตัดสินใจได้ว่าจะทำให้การตั้งครรภ์สิ้นสุดลงโดยการทำแท้งหรือให้การตั้งครรภ์ดำเนินต่อไปจนกระทั่งคลอด ในรายที่ตัดสินใจให้การตั้งครรภ์ดำเนินต่อไปแสดงว่ามารดาต้องการบุตร อยากให้ทารกเกิดมามีชีวิตพร้อมที่จะเผชิญปัญหา นั้นแสดงว่ามารดามีความรักมีสัมพันธภาพที่ดีกับทารก ส่วนในมารดาที่มาฝากครรภ์เมื่ออายุครรภ์มากแล้วแพทย์ไม่พิจารณาทำแท้งให้ มารดาก็จะได้รับการให้คำปรึกษาเพื่อผ่อนคลายความวิตกกังวลและความเครียด ตลอดจนการตั้งครรภ์ขณะที่มารดามาฝากครรภ์จะได้รับการสอนและการให้คำแนะนำถึงเรื่องการปฏิบัติตนขณะตั้งครรภ์ มีผลให้มารดาสามารถปฏิบัติตนในขณะตั้งครรภ์ได้ถูกต้องและมีความเครียดลดลง นอกจากนี้ตามกระบวนการการสร้างสัมพันธภาพจะมีการดำเนินมาตั้งแต่มารดาทราบว่าตนตั้งครรภ์และสัมพันธภาพระหว่างมารดาและทารกจะเพิ่มมากขึ้นเมื่อเริ่มรู้สึกรักว่าทารกเป็นครั้งแรก ต่อจากนั้นกระบวนการการสร้างสัมพันธภาพจะมีพัฒนาการและดำเนินเรื่อยไปจนถึงระยะคลอดทารก (Klaus & Kennell, 1982:2) ภายหลังการ

คลอดทารก เมื่อทารกที่คลอดออกมาทั้งหมดมีร่างกายสมบูรณ์แข็งแรง ย่อมทำให้มารดาเกิดความภาคภูมิใจในตนเองว่าสามารถกระทำบทบาทของการเป็นมารดาได้สำเร็จ โดยเฉพาะอย่างยิ่งมารดาได้รับการส่งเสริมสนับสนุนให้เลี้ยงลูกด้วยตนเองภายหลังคลอดโดยมีพยาบาลในแผนกหลังคลอดคอยดูแลให้ความช่วยเหลืออย่างใกล้ชิด ทำให้มารดามีโอกาสสัมผัส กอดรัด อุ้มชูและเลี้ยงดูทารกอย่างใกล้ชิด จึงเกิดความรักใคร่ผูกพันกับทารก ดังนั้นเมื่อผู้วิจัยไปเก็บข้อมูลภายหลังคลอดทารก 12 ชั่วโมง ผลการวิจัยจึงพบว่ามารดามีสัมพันธภาพกับทารกโดยรวมอยู่ในระดับดี ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ชนิตา คชะสูตร (2538 : 58-62) ผลการศึกษาพบว่า “มารดาที่ได้รับการส่งเสริมสัมพันธภาพทันทีภายหลังคลอด มีสัมพันธภาพกับทารกดีกว่ามารดาที่ไม่ได้รับการส่งเสริมสัมพันธภาพกับทารก ($P < .05$)”

เมื่อพิจารณาคำร้อยละ สัมพันธภาพอยู่ในระดับ และค่าเฉลี่ยของความคิดเห็นจำแนกเป็นรายด้านและรายข้อ (ตารางที่ 3) สามารถอภิปรายผลได้ดังนี้

1.1 การยอมรับความเป็นบุคคลของตนและบุตร ผลการวิจัยพบว่ามีค่าเฉลี่ยรายด้านเท่ากับ 3.8 สัมพันธภาพอยู่ในระดับค่อนข้างดี โดยมารดามากกว่าร้อยละ 70 รู้สึกดีใจที่คลอดลูกออกมาครบสมบูรณ์ ($\bar{x} = 4.7$) และคิดว่าลูกเป็นคนสำคัญคนหนึ่งในรอบครัว ($\bar{x} = 4.8$) ซึ่งมีสัมพันธภาพอยู่ในระดับดี ทั้งนี้สามารถอภิปรายได้ว่า ภายหลังการคลอดทารกเมื่อมารดาพบว่าทารกที่คลอดออกมามีสุขภาพร่างกายแข็งแรงครบสมบูรณ์ดี อีกทั้งมารดาที่ทำการศึกษาส่วนใหญ่คลอดทารกซึ่งมีเพศตรงตามความคาดหวัง คิดเป็นร้อยละ 85.8 (ตารางที่ 1) จึงทำให้รู้สึกดีใจที่คลอดลูกออกมาครบสมบูรณ์ และคิดว่าลูกเป็นคนสำคัญคนหนึ่งในรอบครัว แสดงให้เห็นว่ามารดามีการยอมรับความเป็นบุคคลของทารก ซึ่งส่งผลให้มารดามีสัมพันธภาพที่ดีกับทารก นอกจากนี้ผลการวิจัยยังพบว่ามีมารดาร้อยละ 15.8 ที่คิดว่าคนอื่นๆคงรังเกียจลูก มีสัมพันธภาพอยู่ในระดับค่อนข้างดี ($\bar{x} = 3.1$) และร้อยละ 20.8 คิดว่าลูกคงโกรธและโทษคนที่ทำให้เขาอาจติดโรคเอดส์ มีสัมพันธภาพอยู่ในระดับค่อนข้างไม่ดี ($\bar{x} = 2.9$) ทั้งนี้เนื่องจากมารดาเหล่านี้มีความรู้สึกผิดที่ไม่สามารถตั้งครรถ์ตามปกติได้เพราะมีภาวะการติดเชื้อเอช ไอ วี ร่วมด้วย โดยมารดาบางคนให้เหตุผลว่าลูกไม่ควรมารับเคราะห์กรรมตั้งแต่เกิดเช่นนี้ และอยากให้ลูกเกิดมาเป็นปกติไม่ติดเชื้อเอช ไอ วี ไปจากตน ดังนั้นจึงกลัวว่าคนอื่นๆคงรังเกียจลูกและ คิดว่าลูกคงโกรธและโทษคนที่ทำให้เขาอาจติดโรคเอดส์ เพราะฉะนั้นหากพยาบาลพบมารดาที่มีความคิดความรู้สึกเช่นนี้พยาบาลควรส่งเสริมสัมพันธภาพระหว่างมารดากับทารก

1.2 การมีปฏิสัมพันธ์กับบุตร ผลการวิจัยพบว่ามีค่าเฉลี่ยรายด้านเท่ากับ 4.2 สัมพันธภาพอยู่ในระดับดี โดยมารดาส่วนมากร้อยละ 85 คิดว่าลูกต้องการให้เขาอุ้มหรือสัมผัส ($\bar{x} = 4.7$) ร้อยละ 63.3 ไม่รู้สึกหงุดหงิดหรือทนไม่ได้ต่อเสียงร้องของลูก ($\bar{x} = 4.4$) ร้อยละ 61.7 กล้าที่จะแตะต้องตัวลูกแม้กลัวว่าลูกจะติดเชื้จากเขาก็ตาม ($\bar{x} = 4.2$) และร้อยละ 60 คิดว่าทุกครั้งที่ลูกร้องให้ลูกต้องการให้ปลอบโยน ($\bar{x} = 4.5$) การที่มารดาส่วนใหญ่มีความรู้สึกนึกคิดเช่นนี้ สามารถอธิบายได้ว่า ภายหลังการคลอดบุตรมารดาได้รับการส่งเสริมสนับสนุนให้เลี้ยงดูลูกด้วยตัวเองไม่มีนโยบายแยกทารกจากมารดา โดยโรงพยาบาลจัดมารดาและบุตรอยู่ในหน่วยเดียวกัน (rooming in) และมารดาได้เลี้ยงลูกเองมากกว่า 12 ชั่วโมง ก่อนการเก็บข้อมูล ทำให้มารดามีความรู้สึกลูกต้องการให้เขาอุ้มหรือสัมผัส ไม่รู้สึกหงุดหงิดหรือทนไม่ได้ต่อเสียงร้องของลูก กล้าที่จะแตะต้องตัวลูก และคิดว่าทุกครั้งที่ลูกร้องให้ลูกต้องการให้ปลอบโยน นั้นแสดงว่ามารดามีปฏิสัมพันธ์กับทารกซึ่งส่งผลให้มีสัมพันธภาพที่ดีกับทารก เนื่องจากกระบวนการสร้างสัมพันธภาพระหว่างมารดาและทารกขึ้นอยู่กับพฤติกรรมที่แสดงออกระหว่างมารดากับทารก เมื่อมารดามีการสัมผัส ประสานสายตา พุดคุย กอดรัดทารกแล้ว และทารกมีปฏิกิริยาโต้ตอบกลับมาทำให้มารดา เกิดความพึงพอใจ และต้องการมีปฏิสัมพันธ์กับทารกเพิ่มมากขึ้นบ่อยขึ้น มีผลให้เกิดความรักใคร่ผูกพันซึ่งกันและกัน เกิดสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน (Mercer, 1985 : 198) นอกจากนี้การที่มารดามีการรับรู้ถึงความต้องการของทารกและตั้งใจตอบสนองความต้องการของทารกส่งผลให้มารดามีสัมพันธภาพที่ดีกับทารกด้วย

1.3 การรับรู้ต่อคุณลักษณะ รูปร่างหน้าตาและความสนใจที่มีต่อบุตร ผลการวิจัยพบว่ามีค่าเฉลี่ยของคะแนนรายด้านเท่ากับ 4.4 สัมพันธภาพอยู่ในระดับดี โดยมารดามากกว่าร้อยละ 80 รู้สึกพึงพอใจที่ลูกมีรูปร่างหน้าตาสวยและน่ารักตามที่คาดคิดไว้ ดีใจที่ลูกเป็นเด็กสมบูรณ์แข็งแรง หรือแม้ว่าในอนาคตลูกจะมีรูปร่างลักษณะเช่นใดก็ยังคงรักลูก ($\bar{x} = 4.5-4.8$) การที่มารดามีการรับรู้ต่อคุณลักษณะ รูปร่างหน้าตาและความสนใจต่อบุตรดีย่อมส่งผลดีต่อสัมพันธภาพระหว่างมารดาและทารก ทั้งนี้สามารถอธิบายได้ว่าในขณะตั้งครรภ์มารดามีความกลัวว่าทารกในครรภ์จะมีความพิการแต่กำเนิดหรือเสียชีวิต แต่ภายหลังคลอดเมื่อทารกมีรูปร่างหน้าตาที่ปกติ และมีร่างกายแข็งแรงสมบูรณ์เหมือนทารกปกติทั่วไป มารดาจึงรู้สึกพึงพอใจที่ลูกมีรูปร่างหน้าตาสวยและน่ารักตามที่คาดคิดไว้ และดีใจที่ลูกเป็นเด็กสมบูรณ์แข็งแรง หรือแม้ว่าในอนาคตลูกจะมีรูปร่างลักษณะเช่นใดก็ยังคงรักลูก การที่มารดามีความพึงพอใจต่อบุตรเช่นนี้จึงส่งผลให้มีสัมพันธภาพที่ดีกับทารกด้วย สอดคล้องกับคำกล่าวของคลอสและเคนเนล (Klaus & Kennell, 1982 : 2) กล่าวว่า “พัฒนาการของการสร้างสัมพันธภาพระหว่างมารดาและทารกในระยะตั้งครรถ์นั้น มารดาจะมีจินตนาการและคิดฝันถึงคุณลักษณะและรูปร่างหน้าตาของทารกที่อยู่ในครรภ์ หากทารกที่คลอดออกมามีรูปร่างหน้าตาน่ารักและมีสุขภาพร่างกายสมบูรณ์จะมีผลให้มารดาเกิดความรักใคร่ผูกพันกับทารก”

1.4 การเสียสละในเรื่องของตนเองเพื่อบุตร ผลการวิจัยพบว่ามีค่าเฉลี่ยรายด้านเท่ากับ 4.2 สัมพันธภาพอยู่ในระดับดี โดยมารดาร้อยละ 77.5 เตรียมใจพร้อมที่จะสละความสุขส่วนตัวเพื่อเลี้ยงลูกให้ดีที่สุด ($\bar{x} = 4.7$) ร้อยละ 67.5 ยินดีที่จะตื่นขึ้นตอนดึกเพื่อดูลูก ($\bar{x} = 4.5$) ร้อยละ 65.0 ไม่คิดว่าการดูแลลูกจะทำให้สุขภาพของเขาเสื่อมโทรม ($\bar{x} = 4.4$) และร้อยละ 60.8 คิดว่าสามารถทุ่มเทเวลาในการดูแลลูกได้อย่างเต็มที่ ($\bar{x} = 4.2$) ทั้งนี้สามารถอธิบายได้ว่ามารดายอมให้การตั้งครรภ์ดำเนินมาจนกระทั่งคลอดไม่ทำแท้งหรือทำลายทารกตั้งแต่ในครรภ์ นั้นแสดงว่ามารดายอมรับลูกและมีความตั้งใจที่จะดำรงบทบาทการเป็นมารดา ดังนั้นมารดาส่วนใหญ่จึงคิดว่าจะสละความสุขส่วนตัวเพื่อเลี้ยงลูกให้ดีที่สุด ยินดีที่จะตื่นขึ้นตอนดึกเพื่อดูลูก ไม่คิดว่าการดูแลลูกจะทำให้สุขภาพของเขาเสื่อมโทรม และคิดว่าสามารถทุ่มเทเวลาในการดูแลลูกได้อย่างเต็มที่ แสดงให้เห็นว่ามารดามีความพร้อมและยินดีที่จะเสียสละเพื่อดูลูกซึ่งส่งผลให้มารดามีสัมพันธภาพที่ดีกับทารกด้วย ถึงแม้ว่ามารดาส่วนใหญ่จะเสียสละเพื่อทารกแต่จากผลการวิจัยพบว่ามีมารดาบางคนร้อยละ 17.5 คิดว่าเป็นความจริงเล็กน้อยและไม่เป็นความจริงที่จะงดกิจกรรมบางอย่างที่เขาชอบเพื่ออยู่ดูแลลูก ($\bar{x} = 3.8$) ทั้งนี้อธิบายได้ว่า จากข้อมูลพื้นฐานของมารดาพบว่ามารดาร้อยละ 18.3 มีอายุต่ำกว่า 20 ปี (ตารางที่ 1) เป็นมารดาที่อยู่ในระยะวัยรุ่นยังคงชอบความสนุก จึงไม่สามารถงดเว้นกิจกรรมที่ชอบเพื่อเสียสละเวลามาดูแลลูกได้

1.5 การปฏิบัติตนตามบทบาทของมารดา ผลการวิจัยพบว่ามีค่าเฉลี่ยรายด้านเท่ากับ 4.1 สัมพันธภาพอยู่ในระดับดี โดยมารดาร้อยละ 81.7 วางแผนที่จะพาลูกมาตรวจสุขภาพและฉีดวัคซีนตามนัดเพื่อให้ลูกมีสุขภาพแข็งแรง ($\bar{x} = 4.8$) ร้อยละ 79.2 คิดว่าจะนำลูกมาตรวจรักษาทุกครั้งยามลูกเจ็บป่วย ($\bar{x} = 4.8$) ร้อยละ 76.7 ตั้งใจจะนำลูกมาตรวจเลือดตามนัดทุกครั้ง ($\bar{x} = 4.7$) และมารดาร้อยละ 65.0 คิดว่าแม้จะไม่ได้เลี้ยงลูกด้วยนมตนเองก็ยังสามารถดูแลลูกได้ ($\bar{x} = 4.6$) ทั้งนี้สามารถอธิบายได้ว่า ในทำนองเดียวกันกับที่ได้อธิบายเรื่องการเสียสละในเรื่องของตนเองเพื่อบุตร มารดามีความพร้อมที่จะเป็นมารดา และทารกที่คลอดออกมามีร่างกายสมบูรณ์แข็งแรงดีจึงมีความภาคภูมิใจในการดำรงบทบาทมารดาเพิ่มมากขึ้น นอกจากนี้มารดาร้อยละ 85.8 มีคู่สมรส (ตารางที่ 1) ซึ่งทำให้มารดาได้รับกำลังใจและเป็นที่พักพิงในการหารายได้ทำให้มารดามีความเครียดลดลงจึงสามารถปฏิบัติบทบาทการเป็นมารดาที่ดีได้ และผลการวิจัยยังพบอีกว่ามารดาร้อยละ 44.2 มีการวางแผนการตั้งครรภ์ และร้อยละ 60.0 มีบุตรคนแรก (ตารางที่ 1) ความตั้งใจและความต้องการมีบุตรส่งผลให้มารดามีความตั้งใจที่จะดูแลทารกให้ดีและมีประสิทธิภาพ มารดาจึงวางแผนที่จะพาลูกมาตรวจสุขภาพ ตรวจเลือดและฉีดวัคซีนตามนัด ตลอดจนจะนำลูกมาตรวจรักษาทุกครั้งยามลูกเจ็บป่วย แสดงว่ามารดามีการปฏิบัติตามบทบาทการเป็นมารดาซึ่งส่งผลให้มีสัมพันธภาพที่ดีกับทารกด้วย แม้ว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จะปฏิบัติตนตามบทบาทของมารดาแต่ เมื่อพิจารณารายละเอียดพบ

ว่ามารดาร้อยละ 29 มีสัมพันธภาพกับทารกอยู่ในระดับค่อนข้างไม่ดี ($\bar{x}$ 3.0) โดยมารดาคิดว่าให้พยาบาลเลี้ยงลูกของตนจะปลอดภัยกว่าเลี้ยงเอง และร้อยละ 9.2 ไม่แน่ใจว่าจะดูแลลูกได้อย่างใกล้ชิดและไม่สามารถสังเกตอาการผิดปกติของลูกได้แต่แรกเริ่ม ($\bar{x}$ 3.9) ซึ่งมารดาให้เหตุผลว่าถ้าเปรียบเทียบระหว่างตนเองกับพยาบาล มารดามีความมั่นใจว่าลูกจะปลอดภัยหากให้พยาบาลเลี้ยง เพราะพยาบาลย่อมมีความรู้ความสามารถที่จะดูแลและสังเกตอาการผิดปกติต่างๆที่จะเกิดขึ้นกับบุตรได้ดีกว่าตน

1.6. การเตรียมของใช้และที่พักสำหรับบุตร ผลการวิจัยพบว่ามีค่าเฉลี่ยรายด้านเท่ากับ 4.1 สัมพันธภาพอยู่ในระดับดี โดยมารดาร้อยละ 60 คิดว่าการเลี้ยงลูกด้วยตนเอง และคิดว่าแม้ว่าจะต้องสิ้นเปลืองเงินมากเท่าใด ก็ยินดีจะใช้จ่ายเงินเพื่อดูแลลูก ($\bar{x}$ = 4.2 และ 4.5 ตามลำดับ) ร้อยละ 57.5 เตรียมปรับค่าใช้จ่ายเพื่อเก็บสะสมเงินไว้เลี้ยงลูก ($\bar{x}$ = 4.3) ทั้งนี้สามารถอธิบายได้ว่ามารดามีความตั้งใจและความพร้อมที่จะดำรงบทบาทมารดา จึงวางแผนที่จะเลี้ยงลูกด้วยตนเอง และจัดเตรียมเงินทองสำหรับเลี้ยงดูทารก มารดาจึงคิดว่าแม้ว่าจะต้องสิ้นเปลืองเงินมากเท่าใด ก็ยินดีจะใช้จ่ายเงินเพื่อดูแลลูก และเตรียมปรับค่าใช้จ่ายเพื่อเก็บสะสมเงินไว้เลี้ยงลูก การที่มารดามีความคิดเช่นนี้แสดงว่ามีสัมพันธภาพที่ดีกับทารก แม้ว่ามารดาส่วนมากจะเตรียมของใช้และที่พักสำหรับทารกแต่เมื่อพิจารณารายละเอียดอื่นพบว่ามารดาร้อยละ 24.2 ที่คิดว่าเป็นความจริงทั้งหมดและเป็นความจริงส่วนมากที่ไม่ได้เตรียมผ้าอ้อม เสื้อผ้า และของใช้สำหรับลูกเลย ($\bar{x}$ = 3.7) ทั้งนี้สามารถอธิบายได้ว่า มารดาบางคนให้เหตุผลว่าได้รับการทักท้วงจากผู้ใหญ่และบุคคลรอบข้างว่าไม่ควรเตรียมของใช้สำหรับเด็กไว้ล่วงหน้าเพราะมีความเชื่อว่าอาจเป็นลางร้ายกับทารก ทารกที่อยู่ในครรภ์หรือคลอดออกมาอาจเสียชีวิตได้ และมารดาบางคนบอกถึงสาเหตุที่ไม่เตรียมของเครื่องใช้สำหรับทารกทั้งที่อยากเตรียมและมีความรักลูกแต่เนื่องจากไม่มีเงินทองจึงไม่สามารถจัดซื้อของใช้ต่าง ๆ สำหรับทารกได้ ซึ่งมารดาที่ทำการศึกษาในครั้งนี้พบว่ามารดาร้อยละ 20.2 ที่มีรายได้ น้อยหรือเท่ากับ 3000 บาท (ตารางที่ 1) จึงทำให้มารดากลุ่มนี้มีความขัดสนเรื่องเงินทอง ไม่สามารถจัดซื้อของเครื่องใช้สำหรับทารกได้ทั้งที่รักลูกก็ตาม

สมมุติฐานข้อที่ 1 มารดาที่ได้รับเชื้อ เอช ไอ วี ซึ่งมีปัจจัยพื้นฐานได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา ฐานะทางเศรษฐกิจ สถานภาพการสมรส และ ลักษณะครอบครัวที่แตกต่างกัน จะมีสัมพันธภาพระหว่างมารดาและทารกแตกต่างกัน ผลการวิจัยพบว่ามีระดับการศึกษา ฐานะทางเศรษฐกิจ และสถานภาพการสมรส แตกต่างกันมีสัมพันธภาพกับทารกแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 .01 และ .01 ตามลำดับ (ตารางที่ 4 และ ตารางที่ 7) ส่วน

มารดาที่มีอายุและลักษณะครอบครัวแตกต่างกัน มีสัมพันธภาพกับทารกแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (ตารางที่ 4 และ ตารางที่ 7) สามารถแยกอภิปรายได้ดังนี้

1.1 มารดาที่มีระดับการศึกษาต่างกัน มีสัมพันธภาพระหว่างมารดาและทารกแตกต่างกัน โดยผลการวิจัยพบว่ามารดาที่มีการศึกษาระดับประกาศนียบัตร อนุปริญญา หรืออุดมศึกษามีสัมพันธภาพระหว่างมารดาและทารกดีกว่ามารดาที่มีการศึกษาระดับประถมศึกษาหรือต่ำกว่า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 (ตารางที่ 5)

ทั้งนี้สามารถอธิบายได้ว่า ระดับการศึกษาเป็นปัจจัยที่กำหนดถึงความสามารถในการเผชิญปัญหา การศึกษาที่ดีจะช่วยให้บุคคลทราบถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับปัญหาที่เกิดขึ้นได้ดีกว่า ทำให้ง่ายต่อการถ่ายทอดความรู้ (Jalowice & Power, 1981 : 10-15) โดยเฉพาะมารดาที่ศึกษาเป็นกลุ่มที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลขนาดใหญ่ และบางแห่งเป็นโรงเรียนแพทย์ ซึ่งมีความพร้อมในด้านบุคลากร เมื่อมารดามาฝากครรภ์ และจะต้องได้รับการตรวจเลือด มารดาจะได้รับคำปรึกษาและแนะนำจากบุคลากรทางการแพทย์ก่อนการเจาะเลือดตรวจหาเชื้อ เอช ไอ วี และเมื่อได้รับการตรวจยืนยันแน่นอนว่าในโลหิตมีการติดเชื้อ เอช ไอ วี อย่างแน่นอนก็จะได้รับการดูแลให้คำปรึกษาแนะนำอย่างใกล้ชิดจากแพทย์และพยาบาล ทำให้มารดาทราบถึงภาวะความรุนแรงของโรค ผลกระทบที่จะเกิดขึ้นกับตนเองและทารกในครรภ์ ตลอดจนการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง ในมารดาที่มีการศึกษาสูงจะเปิดกว้างทางความคิดสามารถรับฟังและเข้าใจความรู้ที่ได้รับการถ่ายทอดจากแพทย์และพยาบาลทำให้สามารถปฏิบัติตามและทารกตั้งแต่ในระยะตั้งครรภ์จนถึงภายหลังคลอดได้ถูกต้องก่อให้เกิดความภาคภูมิใจในการดำรงบทบาทการเป็นมารดา ส่งผลให้เกิดสัมพันธภาพที่ดีกับทารก นอกจากนี้มารดาที่มีการศึกษาสูงยังสามารถวิเคราะห์ได้ถึงผลประโยชน์และความจำเป็นที่จะต้องสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับทารก ซึ่งตรงข้ามกับมารดาที่มีการศึกษาดำกว่าจะยากต่อการถ่ายทอดความรู้จากแพทย์และพยาบาล จึงเป็นการยากที่มารดาเหล่านี้จะสามารถใช้สติปัญญาและวิจารณญาณในการแก้ปัญหาต่างๆที่พบได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทำให้มารดาดูแลตนเองและทารกมีประสิทธิภาพน้อยกว่ามารดาที่มีการศึกษาสูงกว่า ส่งผลให้มารดามีสัมพันธภาพกับทารกต่ำกว่า สอดคล้องกับการศึกษาของราตรี เทียงจิตต์ (2534 : 82) พบว่า “มารดาที่มีการศึกษาสูงกว่าจะมีพฤติกรรมการเป็นมารดาโดยการแสดงความรัก ความอบอุ่นและตอบสนองความต้องการของทารกได้ดีกว่ามารดาที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่า” แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ อำไพ จารุวัชรพณิชกุล (2528 : 135-136) ที่พบว่า “มารดาที่มีระดับการศึกษาต่างกันจะมีสัมพันธภาพกับทารกไม่ต่างกัน ($P > .05$)” และไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Griffin (1988 : 269-278) เช่นกันที่พบว่า “มารดาที่มีระดับการศึกษาต่างกัน มีสัมพันธภาพระหว่างมารดาและทารกไม่แตกต่างกัน ($P > .05$)”

1.2 มารดาที่มีฐานะทางเศรษฐกิจแตกต่างกันจะมีสัมพันธภาพระหว่างมารดาและทารกแตกต่างกัน โดยผลการวิจัยพบว่ามารดาที่มีรายได้ครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือนมากกว่า 8,000 บาท มีสัมพันธภาพกับทารกดีกว่ามารดาที่มีรายได้ครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือนต่ำกว่า หรือเท่ากับ 3,000 บาท อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (ตารางที่ 6)

ทั้งนี้สามารถอธิบายได้ว่า มารดาที่มีฐานะทางเศรษฐกิจดีไม่ต้องวิตกกังวลหรือมีความเครียดเกี่ยวกับเรื่องค่าใช้จ่ายต่างๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งภาวะการติดเชื้อเอช ไอ วี ทำให้มารดาต้องคำนึงถึงค่าใช้จ่ายที่ต้องดูแลรักษาทั้งตนเองและทารก ดังนั้นมารดาที่มีรายได้ครอบครัวค่อนข้างสูงเพียงพอกับค่าใช้จ่ายย่อมส่งผลให้มีความเครียดลดลง และมีความสนใจเอาใจใส่ต่อทารกมากขึ้น สามารถหาสิ่งที่ดีและจำเป็นสำหรับทารกได้อย่างเหมาะสม ดังนั้นสัมพันธภาพระหว่างมารดาและทารกย่อมดีตามไปด้วย ซึ่งสอดคล้องกับคำกล่าวของ ริชแมน (Richman, 1987 : 121-130) ที่กล่าวว่า “ครอบครัวที่มีฐานะทางเศรษฐกิจที่ดี มักพบว่ามีความพร้อมต่อการเลี้ยงดูบุตร และเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการสร้างความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารก” นอกจากนี้ ชาย โพธิ์สีดา (2535 : 35) ยังกล่าวว่า “ผู้ที่มีฐานะครอบครัวดีมักมีการศึกษาสูงเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มอื่นๆ ทำให้คนในกลุ่มที่มีฐานะเศรษฐกิจดีได้สัมผัสกับความเจริญสมัยใหม่ โดยผ่านสื่อต่างๆ ที่ตนมีอำนาจซื้อได้ ” ข้อนี้ทำให้มารดาในกลุ่มที่มีฐานะเศรษฐกิจดีสามารถแสวงหาความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองและทารกในขณะตั้งครรภ์และภายหลังคลอดจากสื่อต่างๆ ได้ไม่ว่าจะเป็นจากหนังสือ นิตยสาร ทีวี ฯลฯ ซึ่งเป็นสื่อที่หาบริโภคง่ายและมีมากมายในปัจจุบันนี้ ทำให้มารดาในกลุ่มนี้เป็นผู้ที่เปิดกว้างทางความรู้ความคิดและสามารถวิเคราะห์หาแนวทางในการแก้ปัญหาที่กำลังเผชิญได้อย่างมีประสิทธิภาพ ส่งผลให้มารดาที่มีฐานะเศรษฐกิจดีสามารถสร้างสัมพันธภาพกับทารกได้ดี ส่วนมารดาที่มีฐานะทางเศรษฐกิจต่ำกว่าจะต้องตรากตรำและวุ่นวายอยู่กับการประกอบอาชีพเพื่อหารายได้มาจุนเจือครอบครัว ทำให้มองข้ามและไม่ค่อยคำนึงถึงทารก จึงมีสัมพันธภาพกับทารกต่ำกว่า ประกอบกับผลการวิจัยพบว่ามารดาร้อยละ 14.2 ที่ไม่มีคู่สมรส และร้อยละ 5 สามีเสียชีวิต (ตารางที่ 1) ทำให้มารดาในกลุ่มนี้ ต้องรับภาระในการหารายได้มาเลี้ยงครอบครัวแต่เพียงลำพังผู้เดียว มารดาเหล่านี้จะเกิดความเครียดเนื่องจากมีรายได้ไม่เพียงพอกับรายจ่าย ส่งผลให้มีสัมพันธภาพกับทารกต่ำกว่า แต่ผลการวิจัยครั้งนี้ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ อำไพ จารุวัชรพานิษฐกุล (2528 : 136) ที่พบว่า “มารดาที่มีฐานะทางเศรษฐกิจต่างกัน จะมีสัมพันธภาพกับทารกไม่แตกต่างกัน ($P > .05$)”

1.3 มารดาที่มีสถานภาพสมรสต่างกัน มีสัมพันธภาพระหว่างมารดาและทารกแตกต่างกัน โดยผลการวิจัยพบว่ามารดาที่มีสถานภาพสมรสคู่มีสัมพันธภาพกับทารกดีกว่ามารดาที่มีสถานภาพการสมรสหย่า หย่า หรือแยกกันอยู่ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (ตารางที่ 7)

ทั้งนี้สามารถอธิบายได้ว่า มารดาที่มีสถานภาพสมรสคู่จะมีสามีคอยปลอบโยนให้กำลังใจ เอาใจใส่และห่วงใย เป็นที่ปรึกษาช่วยหาแนวทางการแก้ปัญหา และเป็นหลักในเรื่องของการหารายได้มาจุนเจือครอบครัว ทำให้มารดาในกลุ่มนี้รู้สึกอบอุ่น มีความมั่นใจในการดำเนินชีวิต และมีความเครียดลดลง เนื่องจากการติดเชื้อเอช ไอ วี ก่อให้เกิดความเครียดและความวิตกกังวลแก่ผู้ที่ติดเชื้อเป็นอย่างมาก จึงต้องการกำลังใจและที่ปรึกษาที่เข้าใจและเห็นใจ เพราะปัญหาที่เผชิญอยู่ไม่สามารถเปิดเผยหรือขอความช่วยเหลือจากผู้อื่นได้เนื่องจากกลัวการถูกรังเกียจและถูกต่อต้านจากผู้คนรอบข้าง สามีจึงเป็นบุคคลใกล้ชิดเพียงคนเดียวที่มารดาสามารถปรึกษาหารือปัญหาต่างๆ ได้ เมอร์เซอร์ (Mercer, 1981:75) กล่าวว่า “การที่มีสามีคอยดูแลให้กำลังใจจะส่งผลให้มารดาสามารถกระทำบทบาทการเป็นมารดาได้อย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ” สามารถสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับทารกได้ สำหรับมารดาที่ไร้คู่จะขาดแรงสนับสนุนจากสามี ขาดบุคคลที่คอยให้กำลังใจ ต้องรับภาระในการเลี้ยงดูทารกแต่เพียงลำพัง และยังต้องรับภาระในการหารายได้มาจุนเจือเลี้ยงดูทารกซึ่งเป็นภาระที่ยากลำบาก และมักมีปัญหาด้วยรายรับไม่เพียงพอกับรายจ่าย ซึ่งจากผลการวิจัยครั้งนี้พบว่ามารดาที่มีฐานะทางเศรษฐกิจสูงมีสัมพันธภาพกับมารดาดีกว่ามารดาที่มีฐานะทางเศรษฐกิจต่ำกว่า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (ตารางที่ 4) ดังนั้นมารดาที่ไร้คู่สามีจึงมีสัมพันธภาพกับทารกต่ำกว่ากลุ่มที่มีคู่สมรส ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ วันเพ็ญ ฤทธนิธ (2530 : 96) พบว่า “สัมพันธภาพของคู่สมรส มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปรับตัวต่อการเป็นมารดา” แสดงว่ามารดาที่มีสัมพันธภาพกับสามีดีจะให้การเลี้ยงดูทารกและมีสัมพันธภาพที่ดีกับทารกด้วย แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของเครนเลย์และไฮดริช (Cranley & Heidrich, 1989 : 82) ซึ่งศึกษาเกี่ยวกับผลการเดินของทารก การตรวจด้วยคลื่นเสียงความถี่สูง และการเจาะน้ำคร่ำทางหน้าท้อง ต่อสัมพันธภาพระหว่างมารดาและทารก พบว่า “มารดาที่มีสถานภาพการสมรสต่างกันมีสัมพันธภาพระหว่างมารดาและทารกไม่ต่างกัน ($P > .05$)”

1.4 มารดาที่มีอายุต่างกันมีสัมพันธภาพระหว่างมารดาและทารกแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แสดงว่ามารดาที่มีอายุต่างกันมีสัมพันธภาพระหว่างมารดาและทารกไม่แตกต่างกัน (ตารางที่ 4)

ทั้งนี้ อธิบายได้ว่ามารดาไม่ว่าจะมีอายุมากหรือน้อยเมื่อมีการติดเชื้อเอช ไอ วี ซึ่งเป็นโรคร้ายแรง มีความไม่แน่นอนในการพยากรณ์โรค ไม่มีวิธีการรักษาที่ได้ผล และมีผลทำให้เสียชีวิตในที่สุด



จากภาวะการติดเชื้อมีดังกล่าวยังทำให้มารดาเกิดความรู้สึกผิดบาปที่ตนสามารถถ่ายทอดเชื้อเอช ไอ วี ไปสู่ทารกในครรภ์ได้ มารดาจึงเกิดความรัก ความห่วงใย และความสงสารทารก อีกทั้งมารดาคิดว่า ตนคงไม่สามารถมีบุตรได้อีกต่อไปคิดว่าบุตรคนนี้เป็นคนเดียวหรือคนสุดท้ายที่จะมีได้ดังนั้นมารดา เหล่านี้จึงทุ่มเทความรักความห่วงใยให้แก่ทารก และมารดาส่วนใหญ่ยังได้รับการดูแลจากแพทย์ และพยาบาลอย่างใกล้ชิดตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์จนถึงภายหลังคลอด ทำให้มารดาเหล่านี้ได้รับการดูแลทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ และสามารถพูดปรึกษาปัญหาต่างๆได้ ทำให้มารดามีความเครียดลดลง มารดาจึงสามารถสร้างสัมพันธภาพกับทารกได้ และภายหลังการคลอดมารดาได้รับการส่งเสริมสนับสนุนให้เลี้ยงลูกด้วยตนเองโดยมีพยาบาลในแผนกหลังคลอดคอยดูแลให้ความช่วยเหลืออย่างใกล้ชิด ทำให้มารดามีโอกาสสัมผัส กอดรัด อุ้มชูและเลี้ยงดูทารกอย่างใกล้ชิด จึงเกิดความรักใคร่ผูกพันกับทารก ประกอบกับมารดาส่วนมากร้อยละ 85.5 ได้ลูกมีเพศตรงตามความคาดหวัง ทำให้เกิดความสุขความสมหวังและมีความพึงพอใจในตัวบุตรจึงเกิดความรักใคร่มีสัมพันธภาพที่ดีกับทารก นอกจากนี้ผลการวิจัยยังพบว่ามารดาร้อยละ 85.8 มีคู่สมรสเป็นแรงสนับสนุน คอยให้กำลังใจมารดาในการดูแลทารก จากเหตุผลดังที่กล่าวมามารดาเหล่านี้จึงมีความรักลูกเท่าๆกันไม่ว่าจะมีอายุระดับใดก็ตาม ผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ กนกทิพย์ กุณธะวนิชพงษ์ (2530 : 82) พบว่า “หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงที่มีอายุต่างกัน มีสัมพันธภาพระหว่างมารดากับทารกไม่แตกต่างกัน ($P > .05$)” และผลการศึกษาของเดวิสและอะคริด (Davis & Akridge, 1987 : 434) พบว่า “มารดาที่มีอายุต่างกันมีสัมพันธภาพระหว่างมารดาและทารกไม่ต่างกัน ($P > .05$)” จากการศึกษาของ อำไพ จารุวัชรพานิชกุล (2528 : 135-136) ซึ่งศึกษาเกี่ยวกับการเปรียบเทียบสัมพันธภาพระหว่างมารดาและทารก การปรับตัวต่อการเป็นมารดาภายหลังคลอดและภาวะซึมเศร้าของมารดาหลังคลอด ระหว่างมารดาที่มีทารกปกติกับมารดาที่ผ่าตัดเอาทารกออกทางหน้าท้อง พบว่า “มารดาที่มีอายุแตกต่างกันมีสัมพันธภาพกับทารกหลังจากอยู่กับมารดาครั้งแรกไม่แตกต่างกัน ($P > .05$)” สอดคล้องกับการศึกษาของกิฟฟิน (Griffin, 1988 : 269-278) ซึ่งศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคม ภาพลักษณ์ในตนเอง กับสัมพันธภาพระหว่างมารดาและทารก ผลการศึกษพบว่า “มารดาที่มีอายุต่างกันมีสัมพันธภาพกับทารกไม่แตกต่างกัน ($P > .05$)” และ คิมพ์และเพจ (Kemp & Page, 1986 : 181) ก็ศึกษาพบว่า “มารดาที่มีอายุต่างกันมีสัมพันธภาพกับทารกไม่แตกต่างกัน ($P > .05$)” แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของเอแวน (Avant, 1981 : 416-419) ที่พบว่า “มารดาที่มีอายุน้อยกว่ามีความวิตกกังวลต่อการเป็นมารดาสูงกว่ามารดาที่มีอายุมากกว่า และมารดาที่มีอายุน้อยกว่ามีคะแนนสัมพันธภาพกับทารกต่ำกว่ามารดาที่มีอายุมากกว่า”

1.5 มารดาที่มีลักษณะครอบครัวยุคต่างก็มีสัมพันธภาพระหว่างมารดาและทารกแตกต่างกัน อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยผลการวิจัยพบว่ามารดาที่มีลักษณะครอบครัวเดียวมีสัมพันธภาพกับทารกไม่แตกต่างกันกับมารดาที่มีลักษณะครอบครัวขยาย (ตารางที่ 7)

ทั้งนี้สามารถอธิบายได้ว่า เนื่องจากลักษณะครอบครัวเดี่ยวและครอบครัวขยายของไทย ไม่แยกกันชัดเจนเหมือนสังคมตะวันตก แม้ว่าจะแยกครอบครัวกัน แต่ก็ยังช่วยเหลือผูกพันกันอยู่ ดังนั้นความแตกต่างของครอบครัวเดี่ยวและครอบครัวขยายจึงมีน้อย (สุพัตรา สุภาพ, 2520 : 85-86) จึงพบว่ามารดาที่อาศัยอยู่ในครอบครัวเดี่ยวก็ยังคงได้รับความช่วยเหลือดูแลจากญาติพี่น้องของตนเสมือนกับอาศัยอยู่ในครอบครัวเดิม มารดาในครอบครัวเดี่ยวจึงมีแหล่งช่วยเหลือด้านการเงินให้คำแนะนำการเลี้ยงดูบุตร ปรึกษาปรึกษาจิตใจและส่งเสริมพฤติกรรมความเป็นมารดาเสมอเหมือนมารดาในครอบครัวขยายเช่นกัน นอกจากนี้ผลการวิจัยพบว่ามารดาร้อยละ 85.8 มีคู่สมรส มารดาเหล่านี้อาจได้รับแรงสนับสนุน กำลังใจและการช่วยเหลือทางการเงินจากสามีเป็นอย่างดี ทำให้มารดาสามารถดำรงบทบาทการเป็นมารดาและสร้างสัมพันธภาพกับทารกได้ดี และในทำนองเดียวกันมารดาเหล่านี้ส่วนใหญ่มีการฝากครรภ์ทำให้ได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดจากแพทย์และพยาบาล มารดาจะได้รับการช่วยเหลือ การให้คำปรึกษาและคำแนะนำต่างๆทั้งในเรื่องการปฏิบัติตนและการเลี้ยงดูทารกจากบุคลากรทางการแพทย์เหล่านี้ มารดาจึงสามารถให้การดูแลทารกและตอบสนองความต้องการของทารกได้อย่างถูกต้อง มีผลให้มารดาเกิดความเชื่อมั่นในการดำรงบทบาทการเป็นมารดาเช่นกัน ดังนั้นการวิจัยครั้งนี้จึงพบว่ามารดาที่อาศัยอยู่ในครอบครัวเดี่ยวมีความรักความผูกพันและมีสัมพันธภาพกับทารกดีพอๆกันไม่แตกต่างกันกับมารดาที่อาศัยอยู่ในครอบครัวขยาย สอดคล้องกับการศึกษาของ กนกทิพย์ ฐนระวีพงษ์ (2530 : 82) ซึ่งศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความวิตกกังวลเมื่อเข้าอยู่ในโรงพยาบาล เจตคติต่อการตั้งครรภ์ กับสัมพันธภาพระหว่างมารดาและทารกในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยง พบว่า “หญิงตั้งครรภ์ที่มีลักษณะครอบครัวต่างกัน มีสัมพันธภาพกับทารกไม่ต่างกัน ($P > .05$)” และสอดคล้องกับการศึกษาของ อำไพ จารุวัชรพาณิชย์กุล (2528 : 136) ผลการศึกษพบว่า “มารดาที่มีลักษณะครอบครัวต่างกัน มีสัมพันธภาพกับทารกไม่แตกต่างกัน ($P > .05$)”

สมมุติฐานข้อที่ 2 มารดาที่ได้รับเชื้อ เอช ไอ วี ซึ่งมีปัจจัยเกี่ยวกับการตั้งครรภ์และการคลอด ได้แก่ การวางแผนการตั้งครรภ์ ลำดับที่ของการคลอด และความคาดหวังต่อเพศของบุตรที่แตกต่างกันจะมี สัมพันธภาพระหว่างมารดาและทารกแตกต่างกัน ผลการวิจัยพบว่ามารดาที่ลำดับที่ของการคลอดแตกต่างกันมีสัมพันธภาพกับทารกแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (ตารางที่ 7) ส่วนมารดาที่มีการวางแผนการตั้งครรภ์ และความคาดหวังต่อเพศ

ของบุตรที่แตกต่างกัน มีสัมพันธภาพกับทารกแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (ตารางที่ 7) สามารถแยกอธิบายผลการวิจัยได้ดังต่อไปนี้

2.1 มารดาที่มีลำดับที่ของการคลอดต่างกันมีสัมพันธภาพระหว่างมารดาและทารกแตกต่างกัน โดยผลการวิจัยพบว่ามารดาคลอดครั้งแรก มีสัมพันธภาพระหว่างมารดาและทารกดีกว่ามารดาคลอดครั้งหลัง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (ตารางที่ 7)

ทั้งนี้สามารถอธิบายได้ว่า จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องพบว่ามารดาคลอดครั้งหลังมีสัมพันธภาพกับทารกดีกว่ามารดาคลอดครั้งแรกแต่จากการวิจัยพบว่ามารดาคลอดครั้งแรกมีสัมพันธภาพกับทารกดีกว่ามารดาคลอดครั้งหลังทั้งนี้เนื่องจากมารดาที่ติดเชื้อเอช ไอ วี ที่คลอดครั้งแรกเหล่านี้สามารถคลอดบุตรคนแรกได้สมบูรณ์แข็งแรงย่อมก่อให้เกิดความภาคภูมิใจกับความสำเร็จจากการคลอดบุตรครั้งแรก รู้สึกว่าตนสามารถกระทำบทบาทของเพศหญิงได้สมบูรณ์ ทำให้เกิดความรักใคร่ผูกพันกับทารกและมีความตั้งใจที่จะเลี้ยงดูทารก และผลจากการติดเชื้อเอช ไอ วี ทำให้มารดาเหล่านี้เกิดความรู้สึกผิดบาป เพราะอาจทำให้ทารกเกิดการติดเชื้อนี้ด้วยจึงขดเซยด้วยการมอบความรักความห่วงใยให้แก่ทารก อีกทั้งมารดาเหล่านี้ไม่คิดหวังว่าตนจะสามารถมีบุตรคนต่อไปได้อีกคงมีลูกคนนี้เพียงคนเดียวไม่ว่าจะเนื่องจากการเสียชีวิตของตนหรือการกลัวว่าจะทำให้บุตรคนต่อไปต้องติดเชื้อเอช ไอ วี จึงทำให้เขาต้องทำหมันป้องกันการมีบุตรก็ตาม มีผลให้มารดาเหล่านี้ทุ่มเทความรักแก่บุตรคนแรกคนนี้นัก ส่วนมารดาคลอดครั้งหลังนอกจากจะวิตกกังวลกับการติดเชื้อเอช ไอ วี แล้วยังต้องวิตกกังวลและคำนึงถึงบุตรคนก่อนๆ ดังนั้นการที่ต้องดูแลทารกที่เกิดใหม่อย่างใกล้ชิดจึงเป็นภาระความรับผิดชอบเพิ่มมากขึ้นของมารดา สอดคล้องกับที่ทวิรัสมัธนาคม (2524 : 205) กล่าวว่า “ในครอบครัวที่มีบุตรมากมารดาจะต้องเปลี่ยนบทบาท มีภาระความรับผิดชอบเพิ่มมากขึ้น เพื่อดูแลบุตรอีกคนหนึ่ง ซึ่งส่งผลกระทบต่อการแสดงบทบาทการเป็นมารดาได้” ด้วยเหตุผลดังกล่าวการวิจัยครั้งนี้จึงพบว่ามารดาคลอดครั้งแรกมีสัมพันธภาพกับทารกดีกว่ามารดาคลอดครั้งหลัง สอดคล้องกับการศึกษาของ กนกทิพย์ อุทธะวนิชพงษ์ (2530 : 82) พบว่า “มารดาที่มีภาวะเสี่ยง ซึ่งมีลำดับที่ของการตั้งครรภ์เป็นครรภ์แรก มีสัมพันธภาพระหว่างมารดา ดีกว่ามารดาที่มีลำดับที่ของการตั้งครรภ์เป็นครรภ์หลัง” แต่จากการศึกษาของคิมป์และเพจ (Kemp & Page, 1986 : 181) พบว่า “ลำดับที่ของการคลอดในมารดาที่มีความเสี่ยง กับมารดาที่ปกติ มีสัมพันธภาพกับทารกไม่แตกต่างกัน ($P > .05$)”

2.2 มารดาที่มีการวางแผนการตั้งครรภ์ต่างก็มีสัมพันธภาพระหว่างมารดาและทารกแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยผลการวิจัยพบว่ามารดาที่มีการวางแผนการ

ตั้งครรภ์ และมารดาที่ไม่มีการวางแผนการตั้งครรภ์ มีสัมพันธภาพระหว่างมารดาและทารกไม่ต่างกัน (ตารางที่ 7)

ทั้งนี้สามารถอธิบายได้ว่า แม้มารดาที่มีการวางแผนในการตั้งครรภ์ จะมีการเตรียมตัวเพื่อการตั้งครรภ์และการมีบุตร มีการเตรียมพร้อมทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ มีการรับรู้ต่อบทบาทการเป็นมารดาและมีการยอมรับในตัวบุตรตั้งแต่เริ่มทราบว่ามีการตั้งครรภ์จนกระทั่งคลอด จึงทำให้มารดาที่มีการวางแผนการตั้งครรภ์มีสัมพันธภาพกับทารกดีก็ตาม แต่เนื่องจากมารดาส่วนใหญ่ได้รับการให้คำปรึกษาแนะนำตั้งแต่ในระยะตั้งครรภ์ก่อนการเจาะเลือดตรวจและภายหลังรับทราบว่าติดเชื้อเอช ไอ วี การที่มารดาตัดสินใจให้การตั้งครรภ์ดำเนินต่อไปไม่ตัดสินใจทำแท้งเพื่อเอาทารกออกนั้นย่อมแสดงว่ามารดาเหล่านี้ มีการยอมรับการตั้งครรภ์แม้ว่าจะไม่ได้วางแผนการตั้งครรภ์มาก่อนก็ตาม อีกทั้งมารดาที่ทำการศึกษามีสถานภาพการสมรสคู่เป็นส่วนมาก คือร้อยละ 85.8 (ตารางที่ 1) อาจได้รับกำลังใจจากสามี ทำให้มีกำลังใจมีความมั่นใจในการเป็นมารดามาก (Brown, 1986 : 72-76) ดังนั้นมารดาทั้งที่ได้วางแผนและที่ไม่ได้วางแผนการตั้งครรภ์มาตั้งแต่แรกจึงมีความรักและมีสัมพันธภาพกับทารกดีพอๆกัน ไม่แตกต่างกัน สอดคล้องกับการศึกษาของ กนกทิพย์ ชูธนะวนิชพงษ์ (2530 : 88) ซึ่งศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความวิตกกังวลเมื่อเข้าอยู่ในโรงพยาบาล เจตคติต่อการตั้งครรภ์ กับสัมพันธภาพระหว่างมารดาและทารกในหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยง พบว่า “หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยง ที่มีการวางแผนการตั้งครรภ์ และไม่มีการวางแผนการตั้งครรภ์ มีคะแนนสัมพันธภาพระหว่างมารดาและทารกไม่ต่างกัน” ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ เอเวน (Avant, 1981 : 416-419) ผลการศึกษาพบว่า “มารดาที่วางแผนการตั้งครรภ์ กับมารดาที่ไม่ได้วางแผนการตั้งครรภ์ มีสัมพันธภาพระหว่างมารดาและทารกไม่แตกต่างกัน ($P > .05$)” และจากการศึกษาของ อำไพ จารุวัชรพาณิชย์กุล (2528 : 136) ผลการศึกษาพบว่า “สัมพันธภาพระหว่างมารดาและทารกในช่วง 1 เดือนภายหลังการคลอดของมารดาที่มีการวางแผนการตั้งครรภ์ และมารดาที่ไม่มีการวางแผนการตั้งครรภ์ มีความแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญ ($P > .05$)” สอดคล้องกับการศึกษาของคิมพ์และเพจ (Kemp & Page, 1986 : 181) ซึ่งศึกษาสัมพันธภาพระหว่างมารดาและทารกในมารดาที่มีภาวะเสี่ยงกับมารดาตั้งครรภ์ปกติ พบว่า “มารดาที่วางแผนการตั้งครรภ์กับมารดาที่ไม่ได้วางแผนการตั้งครรภ์ มีสัมพันธภาพระหว่างมารดาและทารกไม่ต่างกัน ($P > .05$)” เดวิสและอะคริด Davis & Akridge (1987 : 434) ก็ศึกษาพบว่า “มารดาที่วางแผนการตั้งครรภ์กับมารดาที่ไม่ได้วางแผนการตั้งครรภ์มีสัมพันธภาพกับทารกไม่ต่างกัน ($P > .05$) เช่นกัน”

2.3 มารดาที่เพศของบุตรตรงความคาดหวัง มีสัมพันธภาพระหว่างมารดาและทารกแตกต่างจากมารดาที่เพศของบุตรไม่ตรงความคาดหวัง อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แสดงว่า

มารดาที่เพศของบุตรตรงความคาดหวัง กับมารดาที่เพศของบุตรไม่ตรงตามความคาดหวัง มีสัมพันธภาพกับทารกไม่แตกต่างกัน (ตารางที่ 7)

ทั้งนี้สามารถอธิบายได้ว่า มารดานอกจากจะคำนึงถึงเพศของทารกแล้ว ยังคำนึงถึงความแข็งแรง ความปกติ และการมีชีวิตอยู่ของทารกด้วย โดยมารดาบางคนให้เหตุผลว่ามีความกลัว และวิตกกังวลว่าทารกในครรภ์จะได้รับผลกระทบจากการที่ตนติดเชื้อ เอช ไอ วี อาจทำให้ทารกมีความพิการ ผิดปกติแต่กำเนิด หรือเสียชีวิตตั้งแต่ในครรภ์ แต่เมื่อทารกที่คลอดออกมามีความแข็งแรง สมบูรณ์ ไม่พิการ จึงทำให้ มารดาเหล่านี้รู้สึกดีใจไม่ผิดหวัง แม้ว่าบุตรจะมีเพศไม่ตรงตามความหวังก็ตาม ซึ่งสอดคล้องกับ จรรยา สุวรรณทัต (2535 : 23) ที่กล่าวว่า “มารดาส่วนใหญ่คิดว่าลูกที่เกิดมาจะเป็นชายก็ได้หญิงก็ได้ ขอให้มีความสมบูรณ์ไม่พิการก็เพียงพอแล้ว” อีกทั้งมารดาส่วนใหญ่ร้อยละ 60.0 เป็นมารดาที่คลอดครั้งแรก (ตารางที่ 1) การคำนึงถึงเพศของทารกจึงไม่ค่อยสำคัญมากนัก ลูกจะเกิดมาเป็นหญิงหรือชายก็ได้เพราะพึ่งคลอดทารกเป็นคนแรก เพราะฉะนั้นผลการวิจัยจึงพบว่าไม่ว่าทารกจะมีเพศตรงตามความคาดหวังหรือไม่ก็ตามมารดาเหล่านี้ก็มีความรักลูกเหมือนกันไม่แตกต่างกันมีสัมพันธภาพกับทารกดีพอๆกัน สอดคล้องกับการศึกษาของเดวิสและอะคริด (Davis & Akridge, 1987 : 434) ซึ่งศึกษาถึงผลของการส่งเสริมสัมพันธภาพระหว่างมารดาและทารกในครรภ์ต่อสัมพันธภาพระหว่างมารดาและทารก พบว่า “มารดาที่มีเพศของบุตรตรงตามความคาดหวังกับมารดาที่มีเพศของบุตรไม่ตรงตามความคาดหวังมีสัมพันธภาพกับทารกไม่แตกต่างกัน ($P > .05$)” และจากการศึกษาของ อำไพ จารุวัชรพาณิชย์กุล (2528 :136) ก็พบว่า “มารดาที่เพศของบุตรตรงกับความคาดหวังกับมารดาที่เพศของบุตรไม่ตรงกับความคาดหวังมีสัมพันธภาพกับทารกไม่แตกต่างกัน” เช่นเดียวกันกับการศึกษาของเอเวน (Avant, 1981 : 416-419) แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ สุปราณี อัทธเสรี และคณะ (2535:27) พบว่า “มารดาที่เพศของทารกตรงตามความคาดหวัง จะมีคะแนนพฤติกรรมสัมพันธภาพกับทารกสูงกว่ามารดาที่เพศของบุตรไม่ตรงกับความคาดหวัง”

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ

สรุปผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive Research) เพื่อศึกษาสัมพันธภาพระหว่างมารดาและทารกในมารดาที่ได้รับเชื้อ เอช ไอ วี มารดาเป็นมารดาที่ได้รับเชื้อ เอช ไอ วี และมาคลอดทารกที่โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี โรงพยาบาลบาราศนราดรุร โรงพยาบาลศิริราช และโรงพยาบาลราชวิถี จำนวน 120 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย แบบสัมภาษณ์ปัจจัยพื้นฐานและปัจจัยเกี่ยวกับการตั้งครรภ์และการคลอดของมารดา และแบบวัดสัมพันธภาพระหว่างมารดาและทารก ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามไปหาความเที่ยงตรงด้านเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่านเป็นผู้ตรวจสอบ และทดลองใช้กับมารดาจำนวน 30 คน แล้วคำนวณหาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามด้วยสูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค ได้ค่าความเชื่อมั่น 0.83 ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลและนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรม SPSS หาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนสัมพันธภาพ ระหว่างมารดาและทารกจำแนกตามกลุ่มต่าง ๆ โดยการทดสอบค่า t (t-test) และวิธีการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียว (One Way Analysis of Variance) โดยใช้วิธี เชฟเฟ (Scheffe test) วิเคราะห์ข้อมูลระยะความแตกต่างระหว่างคู่

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้เป็นมารดาที่ติดเชื้อเอช ไอ วี มาคลอดทารกที่โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี โรงพยาบาลบาราศนราดรุร โรงพยาบาลศิริราช และโรงพยาบาลราชวิถี ระหว่างเดือน กุมภาพันธ์ ถึง เดือนพฤษภาคม 2540 กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาได้จากการเลือกแบบเจาะจง โดยเลือกเฉพาะมารดาที่สมัครใจจำนวน 120 คน กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 21-28 ปี มีการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษาหรือต่ำกว่า รายได้ครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน 5,001-8,000 บาท ส่วนใหญ่มีสถานภาพการสมรสคู่ ลักษณะครอบครัวส่วนใหญ่เป็นครอบครัวเดี่ยว ไม่มีการวางแผนการตั้งครรภ์ คิดเป็นร้อยละ 55.8 ลำดับที่ของการคลอดเป็นการคลอดครั้งแรกมากที่สุด และเพศของบุตรตรงตามความคาดหวังมากที่สุด สำหรับสามีของมารดาส่วนมากมีผลการตรวจเลือดพบ เอช ไอ วี บวก และ ยังมีชีวิตอยู่

ผลการวิจัยพบว่า

1. มารดามีสัมพันธภาพระหว่างมารดากับทารกอยู่ในระดับดี ค่าเฉลี่ยของคะแนนโดยรวมมีค่าเท่ากับ 4.1 (ตารางที่ 2) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า การรับรู้ต่อคุณลักษณะ รูปร่าง หน้าตาและความสนใจที่มีต่อบุตร การเสียสละในเรื่องของตนเองเพื่อบุตร การมีปฏิสัมพันธ์กับบุตร การเตรียมของใช้และที่พักสำหรับบุตร การปฏิบัติตนตามบทบาทของมารดา การยอมรับความเป็นบุคคลของตนเองและบุตร มีค่าเฉลี่ยคะแนนเท่ากับ 4.4 , 4.2 , 4.2 , 4.1 , 4.1 และ 3.8 ตามลำดับ สัมพันธภาพอยู่ในระดับค่อนข้างดีถึงดี (ตารางที่ 2)

2. มารดาที่ได้รับเชื้อ เอช ไอ วี ซึ่งมีปัจจัยพื้นฐานได้แก่ ฐานะทางเศรษฐกิจ สถานภาพการสมรสและระดับการศึกษา ที่แตกต่างกันมีสัมพันธภาพระหว่างมารดาและทารกแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 .01 และ .05 ตามลำดับ ส่วนมารดาที่ได้รับเชื้อ เอช ไอ วี ซึ่งมี อายุ และลักษณะครอบครัวแตกต่างกัน มีสัมพันธภาพระหว่างมารดาและทารกแตกต่างกัน อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (ตารางที่ 4 และ 7)

3. มารดาที่ได้รับเชื้อ เอช ไอ วี ซึ่งมีปัจจัยเกี่ยวกับการตั้งครรภ์และการคลอด ได้แก่ ลำดับที่ของการคลอดแตกต่างกัน มีสัมพันธภาพระหว่างมารดาและทารกแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ส่วนมารดาที่ได้รับเชื้อ เอช ไอ วี ซึ่งมี การวางแผนการตั้งครรภ์และความคาดหวังต่อเพศของบุตรที่แตกต่างกัน มีสัมพันธภาพระหว่างมารดาและทารกแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (ตารางที่ 7)

ข้อเสนอแนะ

จากผลการวิจัยครั้งนี้พบว่ามารดาที่มีระดับการศึกษา ฐานะทางเศรษฐกิจ สถานภาพการสมรส และลำดับที่ของการคลอดต่างกันจะมีสัมพันธภาพกับทารกต่างกัน โดยพบว่ามารดาที่มีการศึกษาระดับประถมศึกษาหรือต่ำกว่า หรือมีฐานะทางเศรษฐกิจไม่ดี มีรายได้ครอบครัวน้อยกว่า 3000 บาทต่อเดือน หรือมีสถานภาพการสมรส หม้าย หย่า แยกกันอยู่ หรือมีบุตรมากกว่า 1 คน มีสัมพันธภาพกับทารกต่ำกว่ากลุ่มอื่น (ตารางที่ 5 6 และ 7) ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีข้อเสนอแนะดังต่อไปนี้

ด้านการปฏิบัติ การพยาบาล

1. พยาบาลควรประเมินปัจจัยพื้นฐานและปัจจัยเกี่ยวกับการตั้งครรภ์และการคลอดของมารดา โดยเฉพาะมารดาที่มีลักษณะดังนี้คือ มีการศึกษาระดับประถมศึกษาหรือต่ำกว่า หรือมีฐานะทางเศรษฐกิจไม่ดี รายได้ครอบครัว 3000 บาทต่อเดือน หรือมีสถานภาพการสมรส หม้าย หย่า แยกกันอยู่ และ บุตรมากกว่า 1 คน มารดาเหล่านี้ควรได้รับการส่งเสริมสัมพันธ์ภาพกับทารกดังต่อไปนี้

1.1 พยาบาลในแผนกฝากครรภ์ควรส่งเสริมสัมพันธ์ภาพระหว่างมารดากับทารกโดยกระทำได้ดังนี้คือ

ก. พยาบาลควรใช้หลักการให้คำปรึกษาแนะนำและให้ความรู้แก่มารดา โดยกระทำในกรณีที่มารดาทราบว่าตนติดเชื้อเอช ไอ วีแล้ว เพื่อให้มารดาคลายความเครียดและสามารถปฏิบัติตนในขณะตั้งครรภ์ได้ถูกต้อง ซึ่งจะส่งผลให้มารดาสามารถสร้างสัมพันธ์ภาพที่ดีกับทารกได้

ข. พยาบาลควรจัดให้มีการให้คำปรึกษาเป็นรายกลุ่ม โดยจัดให้มารดาที่ติดเชื้อเอช ไอ วี มาประชุมปรึกษาหารือและแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกัน เพื่อช่วยให้มารดาได้มีโอกาสพูดคุยและระบายความเครียดความรู้สึกวิตกกังวลของตนกับกลุ่ม และร่วมกันมองหาแนวทางในการดูแลสุขภาพของตนและทารกในครรภ์

ค. พยาบาลควรให้คำปรึกษาแนะนำแก่สามีและครอบครัวของมารดาที่ติดเชื้อเอช ไอ วี เพื่อให้บุคคลเหล่านี้ช่วยเหลือและสนับสนุนมารดาให้สามารถกระทำบทบาทมารดาและมีสัมพันธ์ภาพที่ดีกับทารกในครรภ์ นอกจากนี้พยาบาลควรประเมินแหล่งช่วยเหลือสนับสนุนมารดาแหล่งอื่นๆเช่น เพื่อนสนิท หรือบุคคลที่มารดาเคารพและไว้วางใจ มาเป็นผู้ช่วยเหลือสนับสนุน และคอยให้กำลังใจแก่มารดาเหล่านี้

1.2 พยาบาลในแผนกหลังคลอดควรส่งเสริมสัมพันธ์ภาพระหว่างมารดากับทารกโดยกระทำได้ดังนี้คือ

ก. พยาบาลควรส่งเสริมให้มารดาภายหลังคลอดเลี้ยงดูทารกด้วยตนเองโดยเร็วที่สุด โดยจัดให้มารดาและทารกอยู่ในหน่วยเดียวกัน ซึ่งจะช่วยให้มารดาได้มีโอกาสดูแลทารก ตำรวจลักษณะรูปร่างหน้าตา อุ้มชู และสัมผัสกอดรัดทารกอย่างใกล้ชิด มีผลให้มารดามีสัมพันธ์ภาพกับทารก

ข. พยาบาลควรให้ความรู้แก่มารดาพร้อมทั้งสาธิตวิธีการดูแลทารก และคอยอยู่ใกล้ๆมารดาในขณะที่มารดาดูแลบุตรอยู่พร้อมทั้งให้กำลังใจและคำชมเชยเมื่อมารดาสามารถปฏิบัติได้ดี จะทำให้มารดามีความมั่นใจในบทบาทของตนและสามารถตอบสนองความต้องการของทารกได้

อย่างถูกต้อง มารดาเกิดความมั่นใจสามารถดูแลทารกด้วยตนเองไม่คิดว่าควรให้พยาบาลดูแลลูกมากกว่าตนเอง

ค. พยาบาลควรส่งเสริมและสนับสนุนให้สามีมีส่วนร่วมในการดูแลทารก โดยการให้ความรู้และสาธิตวิธีการดูแลทารก เพราะสามีสามารถแบ่งเบาภาระและคอยช่วยเหลือมารดาในเรื่องของการดูแลทารกได้

2. แม้ผลการวิจัยจะพบว่ามารดามีสัมพันธภาพกับทารกโดยรวมอยู่ในระดับค่อนข้างดีถึงดี แต่เมื่อพิจารณารายละเอียดเป็นรายข้อ พบบางประเด็นที่บ่งบอกว่ามารดามีสัมพันธภาพไม่ดีกับทารกโดยพบว่ามารดาไม่มีความรู้เกี่ยวกับลูกคงโกรธและโทษคนที่ทำให้เขาอาจติดโรคเอดส์ คิดว่าไม่สามารถดกกิจกรรมบางอย่างที่ชอบเพื่ออยู่ดูแลลูก ไม่แน่ใจว่าจะดูแลลูกและสังเกตอาการผิดปกติของลูกได้อย่างใกล้ชิด เป็นต้น มารดาเหล่านี้ควรได้รับการส่งเสริมสัมพันธภาพกับทารกดังต่อไปนี้

2.1 พยาบาลควรใช้หลักการให้คำปรึกษาแนะนำและให้ความรู้แก่มารดาตั้งแต่ในระยะตั้งครรภ์จนถึงภายหลังคลอด เพื่อให้มารดาคลายความเครียด ซึ่งจะส่งผลให้มารดาสามารถสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับทารกได้

2.2 พยาบาลควรส่งเสริมให้มารดาภายหลังคลอด เลี้ยงดูทารกด้วยตนเองโดยเร็วที่สุด และเมื่อนำทารกมาให้มารดาเลี้ยงเป็นครั้งแรก ควรอยู่เป็นเพื่อนคอยให้คำแนะนำอยู่ใกล้ๆ เพื่อให้มารดาเกิดความมั่นใจในการเลี้ยงดูลูกด้วยตนเอง ไม่มีความคิดว่าพยาบาลจะดูแลลูกได้ดีกว่าตน

2.3 พยาบาลควรจัดให้คำปรึกษาเป็นรายกลุ่มแก่มารดาหลังคลอด ก่อนการจำหน่ายมารดาจากโรงพยาบาล เพื่อให้มารดามีโอกาสได้แลกเปลี่ยนความคิด พูดคุยถึงแนวทางและวิธีการดูแลทารกเมื่อกลับไปอยู่บ้าน ซึ่งจะทำให้มารดาสามารถตอบสนองความต้องการของทารกได้อย่างถูกต้องมีผลให้มารดาเกิดความภาคภูมิใจในบทบาทมารดาและมีสัมพันธภาพที่ดีกับทารกต่อไป

ด้านวิจัย

1. ควรศึกษา การสนับสนุนจากคู่สมรส อัตมโนทัศน์ ความวิตกกังวล ปัจจัยเกี่ยวกับการตั้งครรภ์และการคลอดอื่น ๆ เช่น ชนิดของการคลอด ประสบการณ์จากการคลอดและระยะเวลาของการคลอด เป็นต้น ว่ามีความเกี่ยวข้องกับสัมพันธภาพระหว่างมารดาและทารกในมารดาที่ได้รับเชื้อ เอช ไอ วี หรือไม่

2. ควรมีการติดตามระยะยาว เกี่ยวกับสัมพันธภาพระหว่างมารดาและทารกในกลุ่มมารดาที่ได้รับเชื้อ เอช ไอ วี

บรรณานุกรม

- กนกทิพย์ อุทธะวนิชพงษ์. (2530) ความสัมพันธ์ระหว่างความวิตกกังวลเมื่อเข้าอยู่ในโรงพยาบาล เจตคติต่อการตั้งครรภ์กับสัมพันธภาพระหว่างมารดาและบุตรในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยง. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต., สาขาการพยาบาลแม่และเด็ก บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- กองวางแผนทรัพยากรมนุษย์. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (มีนาคม 2536) “ ผู้ติดเชื้อเอดส์ และผู้ป่วยเอดส์ในประเทศไทย พ. ศ. 2530 - 2548 “ ข่าวสารโรคเอดส์, 8, 1 - 3 .
- กองระบาดวิทยา. กระทรวงสาธารณสุข. (พฤศจิกายน 2538) ผลการสำรวจหาอัตราความชุกของการติดเชื้อเอดส์ในประเทศไทย รอบที่ 13. (มิถุนายน 2538) ข่าวสารโรคเอดส์, 8 , 1 - 8. _____ . กระทรวงสาธารณสุข. (สิงหาคม 2539) “สรุปสถานการณ์โรคเอดส์ถึงวันที่ 31 สิงหาคม 2539.” รายงานการเฝ้าระวังโรคประจำสัปดาห์, 1-8.
- กอบกุล พันธุ์เจริญวรกุล. (กรกฎาคม-กันยายน 2529) “สัมพันธภาพระหว่างมารดากับทารกใน ระยะตั้งครรภ์ และระยะหลังคลอด” วารสารพยาบาล, 35 , 265-282.
- กอบกุล พันธุ์เจริญวรกุล และคณะ. (2536) การรับรู้เกี่ยวกับโรค และปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความร่วมมือในการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันการติดต่อโรคของมารดาที่เป็นพาหะโรคไวรัสตับอักเสบ บี. รายงานการวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- จุฑาทิพย์ ชื้อสตัย. (2537) ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้เกี่ยวกับโรค การสนับสนุนจากคู่สมรส กับความร่วมมือในการปฏิบัติตามแผนการรักษาของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลแม่และเด็ก บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- จรรยา สุวรรณทัต. (2535) อิทธิพลของครอบครัวกับการพัฒนาบทบาททางเพศ : กรณีศึกษาครอบครัวรายได้น้อยที่อยู่ในตัวเมือง. รายงานการประชุมวิชาการเรื่อง กระบวนการเรียนรู้เชิงสังคมในครอบครัวด้านบทบาทหญิง-ชาย กรุงเทพมหานคร : Mild Graphic.
- จุฬารณย์ สมรูป และ รัชนี อยู่ศิริ. (2535.). การศึกษาอัตมโนทัศน์ในบุคคลที่ได้รับเชื้อโรคเอดส์. รายงานวิจัย วิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย.
- ชนิตา คชะสุด. (2538) ผลของการสัมผัสทารกทันทีหลังคลอดต่อความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารกในมารดาที่ได้รับการระงับปวดต่างกัน. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลมารดาและทารก บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

- ชาย โพธิ์สิตา. (2538) กระบวนการเรียนรู้เชิงสังคมในครอบครัวด้านบทบาทหญิง-ชาย : กลุ่ม
ฐานะเศรษฐกิจดีในเมือง. รายงานการประชุมวิชาการเรื่อง กระบวนการเรียนรู้เชิงสังคมใน
ครอบครัวด้านบทบาทหญิง-ชาย. กรุงเทพมหานคร : Mild Graphic.
- ดาราวรรณ กำแพงไส. (2539) ความสัมพันธ์ระหว่างระดับความเครียด การสนับสนุนทาง
สังคม กับการปรับตัวต่อบทบาทการเป็นมารดาในระยะหลังคลอดของมารดาที่มีภาวะ
แทรกซ้อนทางสูติศาสตร์. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลแม่และ
เด็ก บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ปิยรัตน์ นิลอัยยกา. (2537) “ผลกระทบของการติดเชื้อเอช ไอ วี และโรคเอดส์ต่อบุคคล ครอบครัว และชุมชน” ใน วิจิตร ศรีสุพรรณ, และคณะ. (บรรณาธิการ) การพยาบาลผู้ติดเชื้อ
เอช ไอ วี และผู้ป่วยเอดส์. (211-242) พิมพ์ครั้งที่ 1 เชียงใหม่: คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ประคอง กรณสุต. (2525) สถิติเพื่อการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์และทำ
ปกเจริญผล.
- ประยุตต์ เสรีเสถียร. (2533) “สังคมจิตวิทยาของผู้ติดเชื้อเอดส์ และแนวทางให้คำปรึกษา”
เอกสารประกอบการอบรมการให้บริการปรึกษาเรื่องเอดส์ ใน 5 จังหวัดภาคเหนือ.
1 - 28 (อัดสำเนา).
- ประเสริฐ ทองเจริญ. (2531) เอดส์: กลุ่มอาการภูมิคุ้มกันเสื่อม. พิมพ์ครั้งที่ 1 กรุงเทพมหานคร:
โรงพิมพ์อักษรสมัย .
- พงษ์ศักดิ์ ชัยศิลป์วัฒนา. (2537) “ HIV Infection in Pregnancy “ ใน การประชุมฟื้นฟูวิชาการ
การประจำปี ครั้งที่ 34 คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล วันจันทร์ที่
7 - ศุกร์ที่ 11 มีนาคม พ.ศ. 2537. (272 - 285) กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์ชวนพิมพ์.
- _____ . (2536) Human Immuno - deficiency Virus Infection. กรุงเทพมหานคร :
(อัดสำเนา).
- พงษ์ศักดิ์ ชัยศิลป์วัฒนา , มานี ปิยะอนันต์ ,ชัยพร ภัทราคม. (2525) “ Various Aspects of
HIV Infection in OB-GYN” ในการประชุมฟื้นฟูวิชาการประจำปี ครั้งที่ 34 คณะแพทย์
ศาสตร์ ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล วันจันทร์ที่ 7 - ศุกร์ที่ 11 มีนาคม พ.ศ. 2537.
(271-272) กรุงเทพฯ : ไพบูลการพิมพ์ .
- พยอม อิงคตานวัฒน์. (2524) จิตวิทยาพัฒนาการเด็ก. พิมพ์ครั้งที่ 3 กรุงเทพฯ : เจริญวิทย์การ
พิมพ์ .

- พรรณิ นุ่นประดับ. (2538) ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การสนับสนุนทางสังคม กับพฤติกรรมเผชิญความเครียดในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยง. วิทยานิพนธ์ วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลแม่และเด็ก บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- พรรณพิไล เลหาเพ็ญแสง. (2526) เปรียบเทียบพฤติกรรมการเผชิญความเครียดและความรักใคร่ผูกพันของมารดาต่อบุตรระหว่างมารดาที่คลอดบุตรครบกำหนดคนแรกกับมารดาที่คลอดบุตรก่อนกำหนดคนแรก. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต, สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ยุวดี ฤาชา และคณะ. (2534) วิจัยทางการพยาบาล. กรุงเทพมหานคร : สยามศิลป์การพิมพ์.
- พิสมัย เพิ่มกระโทก. (2529) ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการปฏิบัติตนด้านสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์. วิทยานิพนธ์ครุศาสตรมหาบัณฑิต, ภาควิชาพยาบาลศึกษา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- มัทนา หาญวนิชย์. (2535) “ การดูแลรักษาผู้ป่วยติดเชื้อเอดส์ ” ใน มัทนา หาญวนิชย์ และ อุษา ทิสยากร (บรรณาธิการ) เอดส์ : การดูแลรักษา . (22 - 33) พิมพ์ครั้งที่ 2 กรุงเทพมหานคร : บริษัทไชร์จำกัด.
- เยาวลักษณ์ เสรีเสถียร. (2530) ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้เกี่ยวกับประสบการณ์การคลอดอัตโนมัติกับสัมพันธภาพระหว่างมารดาและบุตรในมารดาที่มีภาวะเสี่ยง. วิทยานิพนธ์ วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลแม่และเด็ก บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ราตรี เทียงจิตต์. (2534) ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ ภาวะสุขภาพ การสนับสนุนจากคู่สมรสกับ การปรับตัวของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลแม่และเด็ก บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วันเพ็ญ กุลนริศ. (2530) ความสัมพันธ์ระหว่างเจตคติต่อการตั้งครรภ์ ภาพลักษณ์ สัมพันธภาพของคู่สมรสกับการปรับตัวต่อการเป็นมารดาของหญิงวัยรุ่นในระยะตั้งครรภ์. วิทยานิพนธ์ วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลแม่และเด็ก บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ศิริวรรณ สันทัด. (มกราคม-มีนาคม 2531) “โรคเอดส์ในหญิงตั้งครรภ์.” วารสารพยาบาล, 37, 45-54.

- ศรีโสภ แห่งประเทศไทย. (2533) ความสัมพันธ์ระหว่างความวิตกกังวล กับการปรับตัวต่อบทบาท
การเป็นมารดาที่มีบุตรคลอดก่อนกำหนด. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการ
พยาบาลแม่และเด็ก บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ศิวาภรณ์ อุบลชลเขตต์. (2537) “การติดเชื้อเอดส์ในครอบครัวที่ได้รับการรักษา ณ โรงพยาบาล
สงขลานครินทร์” วารสารโรคเอดส์, 6, 111-116.
- สุธีระ วัชรคุปต์. (มกราคม-มีนาคม 2535) การเจริญเติบโตและพัฒนาการของทารก ที่เกิดจาก
มารดาที่ติดเชื้อเอดส์ จังหวัดระนอง. วารสารวิชาการสาธารณสุข, 1, 1 - 16.
- สุปราณี อัทธเสรี , และคณะ. (2535) การศึกษากฎบัตรกรรมสัมพันธ์ระหว่างมารดาและทารก
ในระยะ 2 ชั่วโมงแรกหลังคลอด. รายงานวิจัย ภาควิชาการพยาบาลสูติศาสตร์นรีเวชวิทยา
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุพรรณิ สุ่มเล็ก. (2538) รูปแบบเชิงสาเหตุของความสามารถในการดำรงบทบาทมารดาเป็นครั้งแรก.
วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรคุณวุฒิบัณฑิต, สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยมหิดล.
- อัจฉรา เขาวะวณิช. (ตุลาคม-ธันวาคม 2537) รายงานความชุกและลักษณะเฉพาะของหญิงตั้งครรภ์
ที่ติดเชื้อ เอช ไอ วี ในโรงพยาบาลปาราศนราดรุ ระหว่างปี พ.ศ.2532-2537 , 3, 277.
- อดิศักดิ์ จินตนาดี. (กรกฎาคม-กันยายน 2538) ผู้ป่วยคลอดที่มีผลเลือด เอช ไอ วี บวก ในโรง
พยาบาลตากสิน . วารสารวิชาการสาธารณสุข, 4 , 213-219.
- อำไพ จารุวัชรพาณิชย์กุล. (2529) การปรับตัวต่อการเป็นมารดาภายหลังคลอดระหว่างมารดาที่มี
บุตรคนแรกคลอดปกติกับมารดาที่ผ่าตัดเอาทารกออกทางหน้าท้อง. วิทยานิพนธ์
วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลแม่และเด็ก บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัย
มหิดล.
- Andrew, S., Williams, A.B., & Neil, k. (Fall 1993) "The Mother-Child Relationship in the HIV-
1 Positive Family." Image , 25, 193-198.
- Avant, K.C. (November/December 1981) Anxiety as a Potential Factor Affecting Maternal
Attachment IOGNN, 416.
- Barnest, C.R., et al. (January 1971) “Effect on Neonatal Self-confidence.” Clinical
Research, 10, 231-232
- Bills, B . (September/October 1980) “Enhancement of paternal - newborn affectional bonds.”
Journal of Nurse Midwifery, 25, 21-26.

- Bobak , J.M. & T Jensen .(1987) Essentials of Maternity Nursing : the Nurse and the Childbearing Family 2nd edition St. Louis : C.V. Mosby Compang.
- Bowlby, J. (1969) Attachment and Loss. New York : Basic Book.
- Brown, M.A. (March-April 1986) "Social Support Stress and Health : A Comparison of Expectant Mother and Father" Nursing Research, 35, 72-76.
- Colletta,N.D. (August 1981) "Social Support and Risk of Maternal Rejection by Adolescent Mothers." The Journal of Psychology,109,191-197.
- Cranley, M.S. (September - October 1981) Development of a tool for the measurment of maternal attachment during pregnancy Nursing Research, 281 - 284.
- Cranley, M.S. & Heidrich S.M. (March-April 1989) Effect of Fetal Movement, Ultrasound Scans, and Amniocentesis on Maternal-Fetal Attachment Nursing Research, 82.
- Croft, C.A. (September /October 1982) "Lamaze Childbirth Eucation Implications for Maternal-Infant Attachment." IOGNN, 333-336.
- Cropley , C. (1974) "Assessment of Mathering Behavior" Family High Risk Parenting . (pp 14-15) Philadelphia : J.B. Lippincott .
- _____ . (1979) Assessment of mothering behaviors. In Johnson S.H.(Ed.), High-risk parenting : nursing assessment and strategies for the family at risk. Philadelphia : J.B. Lippincott. Company.
- Cropley, C. Lester, P. and Pennington, S. (1976) "Assessment tool for Measuring Maternal Attachment Behavior.In M. Galunar (Ed.), " Current practice in obstetric and Gynecologic Nursing. (pp.16-28.) St. Louis : The C.V. Mosby company.
- Davis, MS & Akridge, K.M. (1987) The Effect of Promoting Intrauterine Attachment in Primiparas on Postdelivery Attachment November IOGNN , 430-435.
- Dizon, M.A.B. (March 1984) Secure attachment, anxious attachment. Journal of Psychosocial Nursing, 27-30.
- Driever, M.J.(1976) Theory of self-concept.In Roy S.C. (Ed.), Introduction to nursing : an adaptation model.(pp. 169-189) New Jersey : Prentice-Hall Inc.
- Eyer, D.E. (1995) Mother-Infant Bonding New Haven : CT Yale University Press.

- Fahlberg, V. (1988) Fitting the pieces together : Attachment & seperation. child development, Helping children when they must move The child in placement .(pp.13-33) London : British Agencies for Adoption & Fostering.
- Flaskerrud, J.H. (1989) AID/HIV : A Reference Guide for Nursing Professionals Philadelphia : W.B. Sauders Company.
- Gay, J. (November/December 1981) "A Conceptual Framework of Bonding." Journal of Obsetric, Gynecologic and Neonatal Nursing .,10, 440-444.
- Gee, G. (1988) "Individual Psychosocial Responses to HIV Infection." In Gayling Gee & Theresa A Moran.(Ed.), In AIDS Concepts in Nursing Practice (pp. 361-378.) . Baltimore : Williams & Wilkins.
- Gottlieb, L . (January / February 1978) "Maternal attachment in Primiparas." Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing., 7, 40-45.
- Goldberg, S. (December 1983) "parent-Infant Bonding : Another Look." Child development., 54, 1355-1382
- Griffin, D.K. (1989) The Relationship Between Social Support, Self-Esteem, and Maternal-Fetal Attachment in Adolescents Research in Nursing & Health ,269-278.
- Herbert, M., Sluckin, W., and Sluckin, A. (April 1982) "Mother to infant Bonding. " Journal of child Psychology and Psychiatry., 23, 205-221.
- Jalowice, A. & Power, M.J. (October 1981) "Stress and Coping in Hypertension and Emergency Room Patients" Nursing Research ,10, 10-15.
- Jenkins, R.L., & Westhus, N.K. (March-April 1981) The nurse role in parent-infant bonding. Journal of Obstetric Gynecologic and Neonatal Nursing.,114-118.
- Jones, D.A. (November / December 1991) "HIV - Seropositive Childbearing Women : Nursing Managment" JOGNN.,20, 446-452.
- Jones, F.A. & et al (March 1980) "Maternal responsiveness of primiparous mothers during the postpartum period Age difference" Pediatrics, 65, 579-584.
- Katharyn, A.M. & Laura, R.M .(1994) Maternal & Neonatal Nursing Family-Centered Care. 3rd edition . Philadelphia : J.B . Lippincott Commpany.
- Kemp,V.H. & Page,C.K. (1987) Maternal prenatal attachment in normal and high-risk pregnancies. JOGNN,16, 179-184.

- Klaus, M.H. & Kennell, J.H. (1987) Maternal-Infant Bonding. St. Louis : The C.V. Mosby Company.
- _____. (March 2 1972) "Maternal Attachment Importance of the First Post Partum Days." The New England Journal of Medicine, 286, 460-463.
- _____. (November 1970) Mother separated from their newborn infant . Pediatric Clinics of North American, 1015-1037.
- _____. (1982) Parent-Infant Bonding. St .Louis : The C.V. Mosby Company, 22-109.
- Mercer, R.T. (July 1977) "Post Partum : illness and acquaintance attachment process." American Journal of Nursing ., 80, 1174-1178.
- _____. (March-April 1981) " A Theoretical Framework for Studying Factors that Impact on the Maternal Role" Nursing research, 30, 73-77.
- Mercer, R.T., Hackley, K.C. & Bostrom A.G. (July - August 1983) Relationship of psychosocial and perinatal variables to perception of childbirth. Nursing Research ., 202 - 207.
- Mercer, R.T. & Stainton, M.C. (1984) Perceptions of the birth experience : a cross-cultural comparison. Health care for women international. (pp 29 - 47) Hemisphere Publishing corporation.
- Moore, M.L. & Galloway, K.G. (1981) Newborn, family and nurse. 2nd ed. Philadelphia: W.B. Saunders Company.
- Muller, M.E & Ferketich S. (May/June 1993) "Factor Analysis of the Maternal Fetal Attachment Scale" Nursing Research , 42, 144-147.
- Nancy, W.T. (November 1993) "Early Contact and Maternal Attachment Among Woman Using Public Health Care Facilities." Applied Nursing Research., 4, 161-166.
- Nichols , S.E. (1985) "Psychosocial Reactions of Persons with The Acquired Immunodeficiency Syndrome." Annals of Internal Medicine., 103, 765-767.
- Olde, S.B., London, M.L. & Ladewig, P.A. (1980) Maternal-newborn nursing, a family centered approach 2nd edition. California : Addison-Wesley Publishing Company.
- Peterson, G.H. & Mehl, L.E. (October 1978) Some determinants of maternal attachment. American Journal of Psychiatry, 1168-1173.

- Pillitteri. (1981) A Maternal-Newborn Nursing : Care of Growing Family 2 nd edition
Boston : Little Brown and Company.
- Regan - Kubinskin , M.J. (1992) "HIV -Infected Woman: Illness Cognition Assessment."
Journal of Psychosocial Nursing.,30,11 - 15.
- Reiser, S.L. (July-August 1981) A tool to facilitate mother-infant attachment. Journal of
Obstetric Gynecologic and Neonatal Nursing., 294-297.
- Richardson, P. (Fall 1981) "Woman's Perception of their Important Dynamic Relationships
during Pregnancy." Maternal-Child Nursing ,10, 157-174.
- Richman, N. (1987) "Social Factors in the Establishment of Mother-Infant relationship. In
David Harvey (Ed.), Parent-Infant relationship Volume 4. (pp. 121-130.) Great
Britain : John Wiley & Sons Ltd.
- Sherr, L. (1991) HIV and AIDS in Mothers and Babies : A Guide to Counselling London :
Blackwell Scientific Publication.
- Tulman, Lorraine J. (July 1981) "Theories of Maternal Attachment." Advance in Nursing
Science., 3,7-14.
- Ziegel, E.E. & Cranley, M.S. (1984) Obstetric nursing. 8th edition New York : macmillan
Publishing.



ภาคผนวก ก.

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความเที่ยงตรงทางเนื้อหาของแบบสอบถามสัมพันธภาพระหว่างมารดาและทารกในมารดาที่ได้รับเชื้อเอช ไอ วี

1. ศาสตราจารย์ นพ. ประสงค์ ตูจันดา
คณบดี คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต
2. รองศาสตราจารย์ ดร. จริยาวัตร คมพยัคฆ์
ภาควิชาการพยาบาลสาธารณสุข คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
3. รองศาสตราจารย์ ดร. พยอม อยู่สวัสดิ์
ภาควิชาสูติศาสตร์ นรีเวชวิทยา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
4. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ยาใจ สิทธิมงคล
ภาควิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวชศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหิดล
5. อาจารย์ อรพรรณ อุทัยแสน
คณบดี คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต

ภาคผนวก ข.

ตัวอย่างใบพิทักษ์สิทธิ

เอกสารขอความร่วมมือและพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ดิฉันเป็นพยาบาลชื่อพวงทิพย์ สาเลษยกานนท์ กำลังทำวิจัยเกี่ยวกับการศึกษาสัมพันธภาพระหว่างมารดาและทารกในมารดาที่ได้รับเชื้อ เอช ไอ วี ดิฉันขอรบกวนเวลาของคุณเพียงเล็กน้อย เพื่ออธิบายรายละเอียดของการวิจัยเพื่อที่ว่าคุณอาจสนใจเข้าร่วมวิจัยดังนี้

การวิจัยครั้งนี้ ต้องการศึกษาสัมพันธภาพระหว่างมารดาและทารกในมารดาที่ได้รับเชื้อเอช ไอ วี ถ้าคุณยินดีเข้าร่วมวิจัย คุณจะได้รับการสัมภาษณ์ถึงสัมพันธภาพระหว่างมารดาและทารก รวมทั้งสิ้นเป็นเวลาประมาณ 20 นาที

ข้อมูลที่ได้จากคุณจะเป็นประโยชน์ในการปรับปรุงการบริการ การดูแลให้การพยาบาล มารดาที่ได้รับเชื้อ เอช ไอ วี รายอื่นต่อไป การเข้าร่วมวิจัยจะเป็นไปตามความสมัครใจของคุณไม่ว่าคุณจะเข้าร่วมวิจัยหรือไม่ก็ตาม จะไม่มีผลกระทบต่อคุณ และการรักษาพยาบาลของคุณแต่อย่างใด หากคุณยินดีเข้าร่วมวิจัย และภายหลังเกิดเปลี่ยนใจ คุณมีสิทธิจะขอถอนตัวได้โดยไม่มีข้อแม้ใดๆ ข้อมูลที่ได้จากคุณทั้งหมดจะนำมาเสนอเป็นกลุ่ม ไม่มีการระบุชื่อ

ในระหว่างการเข้าร่วมวิจัย ถ้ามีข้อสงสัยใดๆ ดิฉันยินดีตอบข้อสงสัยของคุณตลอดเวลา ขอขอบคุณที่ให้ความร่วมมือ

ภาคผนวก ค.

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบสอบถามสัมพันธภาพระหว่างมารดาและทารกในมารดาที่ได้รับเชื้อเอช ไอ วี

คำชี้แจง แบบสอบถามนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อต้องการทราบข้อมูลส่วนบุคคลของมารดา และสัมพันธภาพระหว่างมารดาและทารก ประกอบด้วยแบบสอบถาม 2 ตอนดังนี้

ตอนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของมารดา

ตอนที่ 2 แบบสอบถามสัมพันธภาพระหว่างมารดาและทารก

แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล

คำชี้แจง โปรดเติมข้อความลงในช่องว่าง และทำเครื่องหมาย / ลงใน () หน้าข้อความที่เป็นจริงตรงกับตัวท่าน

1. อายุ ปี
2. ระดับการศึกษา
☐ ประถมศึกษาหรือต่ำกว่า
☐ มัธยมศึกษา
☐ ประกาศนียบัตร อนุปริญญา
☐ อุดมศึกษา
3. รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน.....บาท
4. สถานภาพการสมรส
☐ คู่
☐ หม้าย หย่า แยกกันอยู่
5. การวางแผนการตั้งครรภ์ครั้งนี้ ☐ มี ☐ ไม่มี
6. ลักษณะครอบครัว ☐ ครอบครัวเดี่ยว ☐ ครอบครัวขยาย
7. ลำดับที่การตั้งครรภ์ ☐ คลอดครั้งแรก ☐ คลอดครั้งหลัง
8. เพศของบุตรตรงกับที่ท่านต้องการ ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่
9. ผลการตรวจเลือดของสามี
☐ เอช ไอ วี บวก
☐ เอช ไอ วี ลบ
☐ ไม่ได้รับการตรวจ
10. ปัจจุบันสามีของท่าน
☐ มีชีวิตอยู่
☐ เสียชีวิต

แบบสอบถามสัมพันธภาพระหว่างมารดาและทารก

คำชี้แจง โปรดอ่านข้อความแต่ละข้อความแล้วทำเครื่องหมาย / ในช่องตารางซึ่งตรงกับความเป็นจริงตามความรู้สึกของท่านมากที่สุด เพียงคำตอบเดียว กรุณาตอบทุกข้อ การเลือกตอบถือเกณฑ์ดังนี้

ไม่เป็นความจริงเลย หมายถึง เมื่อท่านเห็นว่า ข้อความนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกและความคิดเห็นของท่านเลย

เป็นความจริงบ้างเล็กน้อย หมายถึง เมื่อท่านเห็นว่า ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึก และความคิดเห็นของท่านบ้างเล็กน้อย

เป็นความจริงเพียงครึ่งหนึ่ง หมายถึง เมื่อท่านเห็นว่า ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึก และความคิดเห็นของท่านประมาณครึ่งหนึ่ง

เป็นความจริงเป็นส่วนมาก หมายถึง เมื่อท่านเห็นว่า ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึก และความคิดเห็นของท่านเป็นส่วนมาก แต่ไม่ทั้งหมด

เป็นความจริงมากที่สุด หมายถึง เมื่อท่านเห็นว่า ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึก และความคิดเห็นของท่านมากที่สุดหรือทั้งหมด

	ไม่เป็น ความจริง เลย	เป็นความ จริงบ้าง เล็กน้อย	เป็นความ จริงเพียง ครึ่งหนึ่ง	เป็นความ จริงเป็น ส่วนมาก	เป็นความ จริงมาก ทั้งหมด
การยอมรับความเป็นบุคลิกของตนเองและบุตร					
1. ฉันรู้สึกดีใจที่คลอด.....					
2. ฉันคิดว่าชื่อที่ตั้งให้ลูก.....					
3. ฉันคิดว่าลูกเป็น.....					
4. ฉันคิดว่าลูกคง.....					
.					
.					
.					
.					
.					
.					
.					
.					
.					
.					
.					
.					
.					
.					
48. ฉันเตรียมทำความสะอาด...					
49. แม้ว่าจะต้องสิ้นเปลือง.....					
50. ฉันเตรียมปรับเปลี่ยน.....					



ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ	นางพวงทิพย์ สาเลยกานนท์
วัน เดือน ปีเกิด	15 มิถุนายน 2506
สถานที่เกิด	จังหวัดนครสวรรค์
ประวัติการศึกษา	มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, พ.ศ. 2524-2528 วิทยาศาสตรบัณฑิต (พยาบาลและผดุงครรภ์) มหาวิทยาลัยมหิดล, พ.ศ. 2535-2540 พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลแม่และเด็ก
ทุนวิจัย	China Medical Board of New York, Inc. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
ตำแหน่งและสถานที่ทำงานปัจจุบัน	ภาควิชาการพยาบาลสูติศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต ตำแหน่ง : อาจารย์ประจำ