

ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อ
การปฏิบัติตนที่สอดคล้องกับแผนการรักษาพยาบาลและความรุนแรงของโรค
ในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์



วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลมารดาและทารกแรกเกิด)
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล
พ.ศ. 2552

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยมหิดล

Copyright by Mahidol University

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อ
การปฏิบัติตนที่สอดคล้องกับแผนการรักษาพยาบาลและความรุนแรงของโรค
ในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์

พิจิต ทิวทอง

นางสาวพิจิตา ทิวทอง
ผู้วิจัย



ผู้ช่วยศาสตราจารย์ จีรสรี ชีระกุลชัย,
Ph. D. (Nursing)
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก



ผู้ช่วยศาสตราจารย์ จันทิมา ขนบดี,
D.S.N. (Maternal and Child Nursing)
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม



ผู้ช่วยศาสตราจารย์ เอี่ยมพร มัชฌิมวงศ์
Ph.D.
รักษาการแทนคณบดี
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล



รองศาสตราจารย์ อรสา พันธุ์ภักดี,
พย.ค.
ประธานคณะกรรมการบริหารหลักสูตร
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี
มหาวิทยาลัยมหิดล

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อ
การปฏิบัติตนที่สอดคล้องกับแผนการรักษาพยาบาลและความรุนแรงของโรค
ในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์

ได้รับการพิจารณาอนุมัติให้นับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาด้านหลักสูตร
ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลมารดาและทารกแรกเกิด)

วันที่ 14 พฤษภาคม พ.ศ. 2552

พิธีท้าวทอง

นางสาวพิธี ท้าวทอง

ผู้วิจัย

รองศาสตราจารย์ พูลสุข หิงคานนท์,

ก.ค. (บริหารการศึกษา)

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

รองศาสตราจารย์ อรสา พันธุ์ภักดี,

พย.ค.

ประธานคณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ จันทิมา ขนบดี,

D.S.N. (Maternal and Child Nursing)

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ จรัสศรี ชีระกุลชัย,

Ph.D. (Nursing)

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ เอี่ยมพร มัชฌิมวงศ์

Ph.D.

รักษาการแทนคณบดี

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

ศาสตราจารย์ รัชตะ รัชตะนาวิน,

M.D., F.A.C.E.

คณบดี

คณะแพทยศาสตร์

โรงพยาบาลรามาธิบดี

มหาวิทยาลัยมหิดล

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงด้วยความช่วยเหลืออย่างดีจาก ผศ. จรัสศรี ชีระกุลชัย ประธานคณะกรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ผศ. จันทิมา ขนบดี กรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ที่ให้คำแนะนำที่มีคุณค่าและคำสอนที่ช่วยเสริมสร้างกำลังใจจนกระทั่งวิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยดี ผู้วิจัยขอขอบคุณกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ในครั้งนี้ รศ. พูลสุข หิงคานนท์ และรศ. อรสา พันธภักดี ที่ให้คำแนะนำในการปรับปรุงข้อบกพร่องต่าง ๆ เพื่อให้วิทยานิพนธ์มีความสมบูรณ์ที่สุด

ผู้วิจัยขอขอบคุณผู้อำนวยการ หัวหน้างานและเจ้าหน้าที่ของหน่วยฝากครรภ์ โรงพยาบาลสุรินทร์และโรงพยาบาลบุรีรัมย์ ที่ให้การสนับสนุนและช่วยเหลือผู้วิจัย ขอขอบคุณเป็นพิเศษสำหรับความเอื้ออารีของคุณรุ่งนภา นุห์ ผู้ช่วยวิจัย และที่สำคัญขอขอบคุณกลุ่มตัวอย่างทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการให้ข้อมูลร่วมกับการตอบแบบสอบถาม เพื่อให้การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้บรรลุวัตถุประสงค์และเกิดประโยชน์สูงสุดต่อมารดาหญิงตั้งครรภ์ทุกคน ขอขอบคุณมิตรไมตรีจิตของเพื่อนร่วมรุ่นหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดีทุกท่าน โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ศิริรัตน์ จิตรสดา รัชดา เฉลิมศรี นารีรัตน์และพูลทรัพย์ สำหรับมิตรภาพที่แน่นแฟ้นและกำลังใจที่ให้ตลอดระยะเวลาที่ผ่านมา

ผู้วิจัยไม่อาจลืมมิตรผู้ารีที่ให้ความช่วยเหลืออย่างไม่รู้จักเหน็ดเหนื่อย คุณสุภาวดี นางแบบกิตติมศักดิ์ และขอขอบคุณสำหรับการแบ่งปันภูมิปัญญา ความรัก และความดีงามอย่างเอื้อเฟื้อเป็นพิเศษสำหรับคุณจันทร์ทรา เจียรนัย คุณจุฬารัตน์ ห้าวหาญและครอบครัว

สุดท้ายนี้ผู้วิจัยขอขอบคุณครอบครัวตลอดจนญาติพี่น้องที่ลำค่า ที่มอบความรักและกำลังใจรวมทั้งให้การสนับสนุนในการศึกษาค้นคว้า และสุดท้ายขออุทิศการศึกษาค้นคว้าให้กับคุณพ่อและคุณแม่ผู้เป็นแบบอย่างที่ดีในการศึกษาด้วยตนเอง

พริยา ทิวทอง

ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการปฏิบัติตนที่สอดคล้องกับแผนการรักษาพยาบาลและความรุนแรงของโรคในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์

EFFECTS OF SELF-EFFICACY ENHANCING PROGRAM ON ADHERENCE TO REGIMEN OF TREATMENT AND SEVERITY OF ILLNESS IN PREGNANT WOMEN WITH PREGNANCY INDUCED HYPERTENSION

พริษา ทิวทอง 4736722 RAMN/M

พย.ม. (การพยาบาลมารดาและทารกแรกเกิด)

คณะกรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์: จรัสศรี ชีระกุลชัย, Ph. D., จันทิมา ขนบดี, D. S. N.

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์การวิจัยที่ทดลองครั้งนี้ เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการปฏิบัติตนที่สอดคล้องกับแผนการรักษาพยาบาลและความรุนแรงของโรคในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์ โดยใช้ทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของแบนดูราเป็นกรอบแนวคิด กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 60 ราย แบ่งกลุ่มละ 30 ราย กลุ่มควบคุมจะได้รับการพยาบาลตามปกติ กลุ่มทดลองจะได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนโดยผู้วิจัย เก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่เดือน ส.ค. 49 ถึงเดือน มิ.ย. 50 คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล และข้อมูลการตั้งครรภ์ แบบบันทึกความรุนแรงของภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์ แบบสอบถามการปฏิบัติตนที่สอดคล้องกับแผนการรักษาพยาบาล และโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ สถิติเชิงบรรยาย Chi-square test Fisher's exact test Independent t-test และ ANCOVA

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนการปฏิบัติตนที่สอดคล้องกับแผนการรักษาพยาบาลสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ในด้านความรุนแรงของโรค พบว่ากลุ่มทดลองมีค่าความดันโลหิตไดแอสโตลิกต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ขณะที่ค่าความดันโลหิตซิสโตลิกไม่แตกต่างกันระหว่างกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มที่ระดับ .05 นอกจากนี้จำนวนของหญิงตั้งครรภ์ที่มีอาการบวมในกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 อย่างไรก็ตามจำนวนหญิงตั้งครรภ์ที่มีโปรตีนในปัสสาวะไม่แตกต่างกันระหว่างกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มที่ระดับ .05

ผลการศึกษาครั้งนี้แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสามารถนำไปใช้เพื่อส่งเสริมให้หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์มีการปฏิบัติตนที่สอดคล้องกับแผนการรักษาพยาบาลซึ่งจะช่วยลดความรุนแรงของโรคได้

คำสำคัญ: ความดันโลหิตสูงระหว่างตั้งครรภ์/ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน

EFFECTS OF SELF-EFFICACY ENHANCING PROGRAM ON ADHERENCE TO REGIMEN OF TREATMENT AND SEVERITY OF ILLNESS IN PREGNANT WOMEN WITH PREGNANCY INDUCED HYPERTENSION

PHIRIYA THIOTHONG 4736722 RAMN/M

M.N.S (MATERNITY AND NEWBORN NURSING)

THESIS ADVISORY COMMITTEE: JARATSRI THEERAKULCHAI, Ph. D.,
CHANTIMA KHANOBDEE, D. S. N.

ABSTRACT

The aim of this quasi - experimental research was to determine the effects of self - efficacy enhancing programs concerning patients' capacity to adhere to regimens of treatment. The subjects were in pregnant women with pregnancy induced hypertension (PIH). The conceptual framework of this study was derived from Bandura's self-efficacy theory. Participants consisted of 60 pregnant women who were equally assigned to a control and an experimental group (thirty in each group). The experimental group received a self-efficacy enhancement program, while the control group received the usual care. Data were collected during August, 2006 – June, 2007. Instruments used in the study were the following - the Demographic Data Form and Pregnancy and Severity of illness Recording Form, Adherence to regimens of treatment Questionnaires and the self-efficacy enhancing program. Descriptive statistics, Chi-square, Independent t-test and ANCOVA were used to analyze the data.

Results of the study revealed that the experimental group had higher scores of adherence to regimen of treatment than the control group at the a significance level of .001. As for severity of illness, the experimental group showed a lower diastolic blood pressure level than those in the control group, but systolic blood pressure level was not different between the two groups at the significance level .05. In addition, the number of pregnant women in the experimental group who had edema was less than those in the control group. And the number of participants having positive urine albumin test was not different between both groups at the significance level .05.

Based on the findings, the self-efficacy enhancing program should be used to promote self adherence to regimens of treatment in women with pregnancy induced hypertension in order to reduce the severity of the illness.

KEY WORDS: PREGNANCY INDUCED HYPERTENSION/ SELF - EFFICACY

145 pages

สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ	ค
บทคัดย่อภาษาไทย	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	จ
สารบัญตาราง	ช
สารบัญแผนภาพ	ณ
บทที่ 1 บทนำ	
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
กรอบแนวคิด	6
คำถามในการวิจัย	10
วัตถุประสงค์ของการวิจัย	10
สมมติฐานการวิจัย	10
ขอบเขตการวิจัย	10
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	11
นิยามตัวแปร	11
บทที่ 2 การทบทวนวรรณกรรม	
ภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์	13
การปฏิบัติตนที่สอดคล้องกับแผนการรักษาพยาบาล	24
แนวคิดเกี่ยวกับการรับรู้สมรรถนะแห่งตน	31
รายงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้สมรรถนะแห่งตน	41
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย	
ลักษณะประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	45
สถานที่ศึกษา	47
เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย	48
การเก็บรวบรวมข้อมูล	52

สารบัญ(ต่อ)

	หน้า
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย	
การดำเนินการทดลอง	53
การวิเคราะห์ข้อมูล	58
บทที่ 4 ผลการวิจัย	
ลักษณะส่วนบุคคลและข้อมูลเกี่ยวกับการตั้งครรภ์	59
การปฏิบัติตนที่สอดคล้องกับแผนการรักษาพยาบาล	61
ความรุนแรงของภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์	63
บทที่ 5 อภิปรายผลการวิจัย	66
บทที่ 6 สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ	
สรุปผลการวิจัย	77
ข้อจำกัดในการวิจัย	80
ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป	80
บทสรุปแบบสมบูรณ์ภาษาไทย	81
บทสรุปแบบสมบูรณ์ภาษาอังกฤษ	94
บรรณานุกรม	108
ภาคผนวก	118
ประวัติผู้วิจัย	145

สารบัญตาราง

ตาราง		หน้า
1	เปรียบเทียบความแตกต่างของลักษณะส่วนบุคคลและข้อมูลเกี่ยวกับการตั้งครุฑก่อนการทดลองระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง	60
2	เปรียบเทียบความแตกต่างของลักษณะส่วนบุคคลก่อนการทดลองระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง	61
3	ค่าเฉลี่ยของคะแนนการปฏิบัติตนที่สอดคล้องกับแผนการรักษาพยาบาลก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง	62
4	เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติตนที่สอดคล้องกับแผนการรักษาพยาบาลหลังการทดลองระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง	62
5	เปรียบเทียบความรุนแรงของโรคก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม	64
6	เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความดันโลหิตก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม	65

สารบัญแผนภาพ

แผนภาพ	หน้า
1 กรอบแนวคิดในการวิจัย	9
2 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อในสมรรถนะแห่งตนและความคาดหวังในผลลัพธ์กับพฤติกรรม	33
3 ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและความคาดหวังในผลลัพธ์ที่มีต่อพฤติกรรมและสภาวะอารมณ์	34
4 แสดงขั้นตอนการวิจัย	57

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์ เป็นปัญหาสำคัญหนึ่งในสามของปัญหาสาธารณสุขของทุกประเทศทั่วโลก เนื่องจากเป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบได้บ่อยที่สุด และเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดทุพพลภาพและอัตราการตายสูงทั้งมารดาและทารก(ดวงสิทธิ์ วัฒนการา, 2550: 101) ในแต่ละภูมิภาคทั่วโลกรายงานอุบัติการณ์ที่แตกต่างกัน โดยพบว่าประมาณร้อยละ 10 ของหญิงตั้งครรภ์ทั่วโลกตรวจพบความดันโลหิตสูงในขณะตั้งครรภ์ ในประเทศที่พัฒนาแล้วอย่างสหรัฐอเมริกาพบภาวะนี้ถึงร้อยละ 6-8 ของหญิงตั้งครรภ์ทั้งหมด (Report of the National High Blood Pressure Education Program Working Group on High Blood Pressure in Pregnancy, 2000: 183, S1-22) สำหรับประเทศไทยพบภาวะดังกล่าวประมาณร้อยละ 8.8 (วิบูลย์พรรณ ฐิตะดิลก และ มนศักดิ์ ชูโชติรส, 2551: 74) ซึ่งอุบัติการณ์ในประเทศไทยนั้นก็แตกต่างกันในแต่ละภูมิภาค อย่างเช่น โรงพยาบาลรามาริบัติพบร้อยละ 4.21 โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่รายงานในปี พ.ศ. 2544 ร้อยละ 3.02 (สุพัตรา ศิริโชติยะกุล และ ชีระ ทองสง, 2548) ในโรงพยาบาลศิริราชระหว่างปี พ.ศ. 2541- 2546 พบผู้ป่วยทั้งหมดร้อยละ 4.34 (ดวงสิทธิ์ วัฒนการา, 2550: 101) ส่วนภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนล่างนั้น พบภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์ใกล้เคียงกับภูมิภาคอื่นในประเทศไทย อย่างเช่นในโรงพยาบาลศรีสะเกษพบร้อยละ 8 (หน่วยงานห้องคลอดโรงพยาบาลศรีสะเกษ, 2551) โรงพยาบาลบุรีรัมย์พบร้อยละ 6.56 (หน่วยงานห้องคลอดโรงพยาบาลบุรีรัมย์, 2551) ส่วนโรงพยาบาลสุรินทร์พบผู้ป่วยที่ต้องเข้ารับการรักษาด้วยภาวะนี้ถึงร้อยละ 6 ในปี พ.ศ. 2545 และเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 8 ในปี พ.ศ. 2547 ในจำนวนนี้มีถึงร้อยละ 3 ที่ต้องได้รับการรักษาด้วยยาป้องกันชักจากภาวะความดันโลหิตสูงชนิดรุนแรง (หน่วยงานห้องคลอดโรงพยาบาลสุรินทร์, 2550)

ภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์ ส่งผลกระทบเป็นอย่างมากต่อมารดาและทารกในครรภ์ เพราะอาจทำให้เกิดความรุนแรงที่ก่อให้เกิดภาวะทุพพลภาพและเพิ่มอัตราการตายทั้งมารดาและทารก ซึ่งในแต่ละประเทศมีรายงานอัตราการตายแตกต่างกันไป ประเทศตะวันตกที่พัฒนาแล้วอย่างประเทศอังกฤษรายงานอัตราการตายของมารดาเพียงร้อยละ 1.8 แต่กลับพบว่าเป็น

สาเหตุหลักของการตายของมารดา(Neilson, 2008) ในประเทศไนจีเรีย ทวีปอาฟริกันนั้นมีรายงานอัตราการตายของมารดาที่เกิดจากสาเหตุนี้สูงมากถึงร้อยละ 15.6 (Ozumbia & Ibe, 1993: 176) ประเทศสหรัฐอเมริกา รายงานอัตราการตายของมารดาจากภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์ในช่วงปี ค.ศ. 1991 - 1998 ถึง 15.7 ต่อแสนคนของการเกิดมีชีวิต (Chang, Elam-Evans, Berg, Herndon, Flowers, & Seed, 2003) และในเอเชียตะวันออกเฉียงใต้อย่างประเทศมาเลเซีย พบว่าภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์เป็นสาเหตุการตายอันดับสองรองจากภาวะตกเลือดหลังคลอด และเสนอรายงานรวมในช่วงปี ค.ศ.1995-1996 ว่ามากกว่าครึ่งหนึ่งของอัตราการตายมารดา คือร้อยละ 55.8 มีสาเหตุที่สัมพันธ์กับภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์ (Noraihan, Sharda & Jammal, 2005) สำหรับประเทศไทยนั้นภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์ เป็นสาเหตุการตายอันดับสองรองจากภาวะตกเลือดหลังคลอด (วิบูลย์พรรณ จิตะติติก และ มนศักดิ์ ชูโชติรส, 2551: 74) ซึ่งคิดเป็นอัตรา 17 ต่อแสนคนของการเกิดมีชีวิต และในโรงพยาบาลสุรินทร์ปี พ.ศ.2549 มีรายงานการตายของมารดาเนื่องจากภาวะนี้ในอัตรา 17.9 ต่อแสนคนของการเกิดมีชีวิต(หน่วยงานห้องคลอดโรงพยาบาลสุรินทร์, 2550)

การป้องกันและควบคุมความรุนแรงของภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์เป็นสิ่งกระทำได้ยากมาก เนื่องจากความรู้ทางระบาดวิทยาคลินิกในปัจจุบันนี้ยังไม่สามารถหาสาเหตุที่แท้จริงของภาวะนี้ได้ ถึงแม้จะมีการศึกษามากมายในสองทศวรรษที่ผ่านมา เพื่อหาวิธีป้องกันและลดอุบัติการณ์การเกิด แต่ก็ไม่ได้มีข้อสรุปที่ชัดเจนว่าวิธีการใดที่ได้ผลมากที่สุด (Cunningham, Leveno, Bloom, Hauth, Gilstrap, & Wenstrom, 2005: 778) ถึงแม้ว่าจะเป็นภาวะที่ไม่สามารถป้องกันได้ (Gilbert & Harmon, 1993: 410; Silverman, Dicson & Schult, 1993: 147) แต่เมื่อเกิดขึ้นแล้วสามารถดูแลป้องกันเพื่อควบคุมความรุนแรงของโรคไม่ให้อยู่ในระดับที่เป็นอันตราย หากหญิงตั้งครรภ์ได้รับการตรวจวินิจฉัยและการดูแลอย่างถูกต้องตั้งแต่ระยะเริ่มแรก (Knupple & Drukker, 1993: 478) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้การตั้งครรภ์ดำเนินต่อไปจนครบกำหนดคลอดโดยปลอดภัยทั้งมารดาและทารก ถ้าภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์ไม่ได้รับการดูแลรักษาตั้งแต่ระยะเริ่มต้น จะส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนซึ่งเป็นอันตรายอย่างมากต่อหญิงตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ โดยภาวะแทรกซ้อนจะเพิ่มขึ้นตามความรุนแรงของโรค เช่น ภาวะรกหลุดตัวก่อนกำหนด ภาวะเลือดออกในสมอง นอกจากนี้ยังพบกลไกการแข็งตัวของเลือดผิดปกติ ตับและไตวาย เกิดอาการชักและเสียชีวิตได้ (Pillitteri, 2007: 428)

สำหรับทารกมีการศึกษาเปรียบเทียบอย่างเป็นระบบ พบว่าทารกในครรภ์ของหญิงตั้งครรภ์กลุ่มนี้ จะมีการเจริญเติบโตช้าในครรภ์ และมีน้ำหนักตัวน้อยเมื่อเปรียบเทียบกับมารดาที่ตั้งครรภ์ปกติ และอาจทำให้เกิดการคลอดก่อนกำหนด นอกจากนี้ยังพบว่าหญิงตั้งครรภ์ที่มีการ

ดำเนินโรคในขั้นรุนแรง ทารกอาจมีความพิการแต่กำเนิดและตายในครรภ์ได้ (Tze, Pang, Sahota & Leung, 2005)

ปัจจุบันพบว่าทำให้สิ้นสุดการตั้งครรภ์เป็นวิธีการที่ดีที่สุดที่จะบรรเทาอาการหรือรักษาภาวะนี้ให้หายได้ โดยเฉพาะหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นภาวะความดันโลหิตสูงระดับรุนแรง (อุณใจ กอนันตกุล, 2549: 155; เจศญา ถิ่นคำพและภิกเสก ลุมพิกานนท์, 2550: 57) แต่ในรายที่มีอาการไม่รุนแรง ก็ยังคงจำเป็นที่ต้องประทับประคองให้การตั้งครรภ์นั้นดำเนินต่อไป โดยต้องติดตามอาการอย่างใกล้ชิด เพื่อให้ทารกเจริญเติบโตในครรภ์ ซึ่งจะส่งผลให้มีโอกาสรอดชีวิตหลังคลอด ดังนั้นควรรับหญิงตั้งครรภ์ทุกรายไว้ในโรงพยาบาลเพื่อประเมินสถานะของมารดาและประเมินสุขภาพทารกในครรภ์อย่างต่อเนื่อง (Sibai, Barton, Akl, Saringlu & Mercer, 1992) อย่างไรก็ตาม ถึงแม้ว่าการรับผู้ป่วยที่มีอาการไม่รุนแรงเข้ารับรักษาในโรงพยาบาลทุกรายจะช่วยลดอุบัติการณ์การเกิดภาวะความดันโลหิตสูงที่รุนแรงและการคลอดก่อนกำหนดลงได้ประมาณครึ่งหนึ่งของผู้ป่วยทั้งหมด แต่กลับพบว่าอัตราการตายและการเกิดทุพพลภาพของมารดาและทารกกลุ่มนี้ไม่ลดลงแต่อย่างใด (วิบูลย์พรรณ จิตะฉิลกและมนศักดิ์ ชูโชติรส, 2551: 85) ดังนั้นจึงมีแนวคิดที่จะใช้การดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้แบบผู้ป่วยนอกตั้งแต่เริ่มวินิจฉัยโรคได้ โดยผู้ป่วยที่เหมาะสมจะรักษาแบบนี้ได้แก่ หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงที่ไม่รุนแรง และตรวจสุขภาพของทารกแล้วอยู่ในเกณฑ์ปกติ ซึ่งนับเป็นหลักการที่เหมาะสมในสถานการณ์ของประเทศไทย ที่พบอัตราการเกิดภาวะนี้ค่อนข้างมาก และยังมีปัญหาเรื่องจำนวนเตียงไม่เพียงพอต่อการรับผู้ป่วย ด้วยหลักการเช่นนี้ ผู้ป่วยจึงเป็นหลักสำคัญ ที่จะต้องเอาใจใส่ดูแลสุขภาพของตนเอง และปรับปรุงกิจวัตรประจำวันหรือสิ่งแวดล้อมของตนให้สอดคล้องกับสภาพของโรคที่เป็นอยู่และแผนการรักษาของแพทย์ โดยเชื่อว่าถ้าผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตามกิจกรรมต่าง ๆ ตามแผนการรักษาพยาบาลด้วยตนเองอย่างสม่ำเสมอแล้ว ก็จะสามารถควบคุมไม่ให้ภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์มีการดำเนินโรคที่รุนแรงมากขึ้น (Porapukkham, 1979: 30) ซึ่งจะมีผลช่วยลดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ทั้งต่อมารดาและทารกลงได้เป็นอย่างมาก

สาโรจน์ ปรปักษ์ขาม กล่าวว่าหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์ที่มีอาการรุนแรงถึงภาวะชักนั้น สาเหตุสำคัญส่วนหนึ่งเนื่องจากการละเลยในการดูแลตนเองที่ดี นั่นคือการไม่ปฏิบัติตามแผนการรักษาพยาบาล (Porapukkham, 1979: 29) ซึ่งเป็นแนวคิดที่สอดคล้องกับการศึกษาในโรงพยาบาลศิริราชและโรงพยาบาลราชวิถี ที่พบว่าหญิงตั้งครรภ์ที่มีปัญหาเหล่านี้ไม่สามารถปฏิบัติตามแผนการรักษาพยาบาลได้เนื่องจากไม่ได้รับการแนะนำหรือได้รับการแนะนำแต่ก็ไม่เข้าใจ (กนกวรรณ ตั้งวุฒิก, 2530: 56)

การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยหรือผู้รับบริการนับเป็นยุทธวิธีที่สำคัญอย่างยิ่งในกิจกรรมการพยาบาล ที่มีจุดมุ่งหมายเพื่อให้ผู้ป่วยหรือผู้รับบริการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อให้สอดคล้องกับภาวะสุขภาพของตนเอง เพื่อเสริมสร้างให้เกิดสุขภาพที่ดี ในประเทศสหรัฐอเมริกาพบว่า การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยหรือผู้รับบริการหลาย ๆ โครงการไม่ประสบความสำเร็จเท่าที่ควร ซึ่งร้อยละ 57.6 ของแพทย์และพยาบาลมีความเห็นตรงกันว่า บ่อยครั้งที่โปรแกรมการสอนเพื่อให้ความรู้ไม่ประสบความสำเร็จ ทั้ง ๆ ที่ผู้ป่วยหรือผู้รับบริการเหล่านี้สามารถที่จะเรียนรู้และเข้าใจในเรื่องที่สอนสาเหตุที่เป็นเช่นนี้เนื่องจากผู้ป่วยหรือผู้รับบริการขาดความสนใจที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเพื่อให้เกิดสุขภาพที่ดีขึ้น ในทางจิตวิทยาสุขภาพ (health psychology) เชื่อว่าความรู้ในเรื่องโรคอย่างเดียวยังไม่สามารถเป็นหลักประกันได้ว่าผู้ป่วยหรือผู้รับบริการจะมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีได้ ปัจจัยสำคัญที่เป็นตัวเชื่อมระหว่างความรู้และการกระทำคือ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน (Bandura, 1997) โดยแบนดูรา นักจิตวิทยาชาวแคนาดาอธิบายว่า การที่บุคคลจะปฏิบัติพฤติกรรมใด หรือจัดการกับสถานการณ์ให้สำเร็จตามเป้าหมายที่ตนเองกำหนดไว้ บุคคลจะต้องมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (self-efficacy) ก่อน โดยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของบุคคล 3 ประการด้วยกัน ประการแรกคือการเลือกกิจกรรม ประการต่อมาคือการใช้ความพยายามในการทำกิจกรรมนั้น ๆ และประการสุดท้ายคือความคงทนของความพยายามนั้น ซึ่งสามารถอธิบายเพิ่มเติมได้ว่า บุคคลจะหลีกเลี่ยงการปฏิบัติพฤติกรรมที่เชื่อว่าเกินความสามารถของตน แต่จะเลือกปฏิบัติกิจกรรมที่พิจารณาแล้วว่าตนเองมีความสามารถที่จะปฏิบัติได้ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนจะเป็นตัวกำหนดความมากน้อยและความคงทนของการใช้ความพยายามของบุคคล บุคคลใดที่ไม่ค่อยแน่ใจในความสามารถของตนเอง มักไม่ค่อยใช้ความพยายามอย่างเต็มที่ หรือเลิกปฏิบัติพฤติกรรมได้ง่ายเมื่อเผชิญกับปัญหาหรืออุปสรรค บุคคลที่มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสูงจะใช้ความพยายามอย่างมากเพื่อเอาชนะอุปสรรคต่าง ๆ และบุคคลที่มีความพยายามสูงมักปฏิบัติพฤติกรรมได้สำเร็จ แต่ถึงแม้ว่าการรับรู้สมรรถนะแห่งตนจะมีอิทธิพลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมของบุคคล ก็ไม่ได้หมายความว่า การรับรู้ดังกล่าวจะเป็นตัวกำหนดพฤติกรรมเพียงอย่างเดียว ความสามารถส่วนตัวของบุคคล การเสริมแรงที่เพียงพอก็เป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยส่งเสริมให้บุคคลเกิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนมากยิ่งขึ้น

มีรายงานวิจัยจำนวนมากที่สนับสนุนถึงอิทธิพลของการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อกระบวนการตัดสินใจปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของบุคคล โดยพบว่าการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเป็นตัวบ่งชี้ที่มีอำนาจการทำนายที่ดีในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของบุคคล ในประเทศไทยได้มีผู้นำแนวคิดเรื่องดังกล่าวมาศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังต่าง ๆ ที่ต้องดูแลรักษาระยะยาว ทำให้มีปัญหาในการดูแลสุขภาพและไม่สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้เหมาะสม เช่น โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคภูมิคุ้มกันบกพร่อง หรือในกลุ่มคนอ้วน คนสูงอายุ ซึ่งนักวิจัยที่หลากหลายทั้งหมดล้วนสรุปตรงกันว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีความสัมพันธ์ในระดับสูงกับพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มที่ทำการศึกษาและยิ่งกว่านั้นยังพบว่าความส่งเสริมให้เกิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนจะเป็นการช่วยให้บุคคลเกิดความเชื่อมั่นและปฏิบัติพฤติกรรมได้อย่างต่อเนื่องซึ่งจะมีผลอย่างยิ่งต่อการควบคุมและลดความรุนแรงของโรค (กุลธิดา เปรมจิตร, 2547; นัยนา อินทร์ประสิทธิ์, 2544; สุวิมล ตันติเวช, 2545; สุหรี หนุ่งอาลี, 2548; อรุณฯ เขียวสะอาด, 2544) ทางด้านพฤติกรรมกรรณำแนวคิดเรื่องการรับรู้สมรรถนะแห่งตน มาใช้จัดการกับภาวะสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ยังมีอยู่จำนวนน้อย โดยเฉพาะในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงสูงพบเพียงหนึ่งรายงานคือในปี พ.ศ. 2544 พบการศึกษาของสุมาลี จุมทองที่ศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงซึ่งสรุปว่าโปรแกรดังกล่าวทำให้หญิงตั้งครรภ์มีพฤติกรรมดูแลตนเองดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากการทบทวนวรรณกรรมจะเห็นได้ว่าการนำแนวคิดเรื่องการรับรู้สมรรถนะแห่งตนมาใช้จัดการกับภาวะสุขภาพของประชากรกลุ่มต่าง ๆ รวมทั้งในหญิงตั้งครรภ์ แต่ยังไม่พบการศึกษาที่จะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการปฏิบัติตนที่สอดคล้องกับแผนการรักษาพยาบาล เพื่อลดความรุนแรงของโรคในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงสูงระหว่างตั้งครรภ์ โดยเฉพาะอย่างยิ่งหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์ ซึ่งในทัศนะของผู้วิจัยคิดว่าหญิงตั้งครรภ์กลุ่มนี้เป็นกลุ่มที่ควรจะได้รับ ความสนใจและดูแลเอาใจใส่เป็นพิเศษ ดังนั้นผู้วิจัยจึงเห็นประโยชน์ของการรับรู้สมรรถนะแห่งตน และสนใจที่จะช่วยเหลือหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์ให้สามารถปฏิบัติตนที่สอดคล้องกับแผนการรักษาพยาบาลเพื่อป้องกันความรุนแรงของโรค จึงพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนตามแนวคิดของเบนดูราขึ้นเพื่อสนับสนุนให้หญิงตั้งครรภ์เพิ่มการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและตระหนักถึงผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นหากปฏิบัติตนไม่เหมาะสม ซึ่งจุดเด่นของโปรแกรมนี้อือ ช่วยให้หญิงตั้งครรภ์มีความตื่นตัวมองเห็นคุณค่าและศักยภาพของตนเอง มีความพร้อมที่จะให้ความร่วมมือในการเพิ่มการรับรู้สมรรถนะแห่งตน นำไปสู่การตัดสินใจที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อให้สอดคล้องกับการรักษาพยาบาล ซึ่งแตกต่างจากการให้คำแนะนำตามปกติที่มักให้ข้อมูลเฉพาะข้อปฏิบัติเท่านั้นโดยมิได้ตรวจสอบความเข้าใจในข้อมูลที่ได้รับและไม่มีการประเมินสมรรถนะแห่งตนของหญิงตั้งครรภ์ร่วมด้วย ซึ่งทำให้หญิงตั้งครรภ์นำข้อมูลที่ได้จากคำแนะนำเข้าสู่การปฏิบัติจริงได้ยาก

จากความสำคัญข้างต้น ผู้วิจัยจึงต้องการนำโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนที่สร้างขึ้น ไปทดลองใช้กับหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์

เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์มีการดูแลตนเองให้สอดคล้องกับแผนการรักษาพยาบาล เป็นการช่วยควบคุมความรุนแรงของโรคและประคับประคองให้การตั้งครรภ์นั้นดำเนินไปอย่างปลอดภัย รวมทั้งยังนำผลที่ได้จากการวิจัยมาวางแผนพัฒนากลยุทธ์ในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ เพื่อให้การปฏิบัติการรักษาพยาบาลเกิดประสิทธิภาพสูงสุดและคุ้มค่าใช้จ่าย รวมทั้งสร้างโอกาสที่จะพัฒนาขยายผลการศึกษาไปยังประชากรหญิงตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยงอื่น ๆ ต่อไปอีกด้วย

กรอบแนวคิดและทฤษฎีที่ใช้ในการวิจัย

ผู้วิจัยใช้ทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของแบนดูรา(Bandura, 1997) เป็นกรอบแนวคิดในการศึกษาครั้งนี้ แบนดูราได้ให้ความหมายของการรับรู้สมรรถนะแห่งตนว่า เป็นการที่บุคคลตัดสินใจความสามารถของตนเอง ในการประกอบกิจกรรมภายใต้สถานการณ์ที่จำเพาะ โดยอธิบายว่าพฤติกรรมของบุคคลนั้นเกิดจากการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างปัจจัย 3 ประการ ได้แก่ ประการแรกคือ ปัจจัยส่วนบุคคล (internal personal factor) เช่น ความคิด ความรู้สึก การรับรู้ เป้าหมาย ประการที่สองเป็นปัจจัยด้านพฤติกรรม (behavioral factor) และประการสุดท้ายปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม (environmental factor) ซึ่งทั้งหมดเป็นปฏิสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นในลักษณะที่กำหนดกันและกัน (reciprocal determinism)

แม้ปัจจัยทั้ง 3 จะทำหน้าที่ในลักษณะกำหนดซึ่งกันและกัน แต่ไม่ได้หมายความว่าทั้งหมดมีอิทธิพลกำหนดซึ่งกันและกันอย่างเท่าเทียมกัน และไม่ได้เกิดขึ้นพร้อม ๆ กัน หากแต่ต้องอาศัยเวลาในการที่ปัจจัยหนึ่งจะมีผลต่อการกำหนดปัจจัยอื่น ๆ ซึ่งกล่าวโดยสรุปก็คือ เมื่อบุคคลจะแสดงพฤติกรรมใดพฤติกรรมหนึ่งออกมา บุคคลจะต้องมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและเรียนรู้ถึงผลลัพธ์ของการแสดงพฤติกรรมนั้น ๆ ผลจากการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและผลลัพธ์ของการแสดงพฤติกรรมนี้จะส่งผลกลับไปมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมอื่น ๆ ของบุคคลอีก โดยสมรรถนะแห่งตนจะมีอิทธิพลต่อความคิดและการกระทำของบุคคล 4 ประการคือ การเลือกกระทำพฤติกรรม การใช้ความพยายามและอดทนในการทำงาน รูปแบบความคิดและปฏิกิริยาทางอารมณ์และเป็นผู้กำหนดพฤติกรรมมากกว่าเป็นผู้ทำนายพฤติกรรม(Bandura, 1997)

การที่บุคคลจะแสดงพฤติกรรมหรือไม่ ขึ้นอยู่กับตนเองรับรู้ว่ามีความสามารถมากพอที่จะกระทำพฤติกรรมหรือไม่ และเมื่อทำพฤติกรรมนั้นแล้วจะได้ผลลัพธ์ตามที่ตนเองต้องการหรือไม่ ซึ่งจากแนวคิดของแบนดูราสามารถอธิบายได้ว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์เป็นความเชื่อของหญิงตั้งครรภ์ถึงความสามารถของตนเองที่จะปฏิบัติพฤติกรรมที่สอดคล้องกับแผนการรักษาพยาบาล(สุมาลี จุมทอง, 2544) ซึ่ง

ประกอบด้วย การพักผ่อนและการทำกิจกรรม การรับประทานอาหาร การสังเกตอาการผิดปกติ และการมาตรวจตามนัด ซึ่งการพัฒนาการรับรู้สมรรถนะแห่งตนนั้น สามารถทำได้จากการเรียนรู้ 4 วิธีคือ การใช้คำพูดโน้มน้าวหรือชักจูง การได้เห็นตัวแบบหรือประสบการณ์ของผู้อื่น การมีประสบการณ์ของความสำเร็จจากการลงมือกระทำ และสภาวะด้านร่างกายและอารมณ์

จากแนวคิดดังกล่าวข้างต้นการพัฒนาทักษะด้วยกิจกรรมการส่งเสริมให้หญิงตั้งครรภ์เกิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเกี่ยวกับการปฏิบัติตนที่สอดคล้องกับแผนการรักษาพยาบาล ตามแนวคิดทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนจึงเป็นสิ่งที่สำคัญ ที่เชื่อว่าน่าจะช่วยป้องกันการดำเนินโรคที่รุนแรงได้ ผู้วิจัยจึงจัดกิจกรรมเพื่อให้สอดคล้องกับแนวคิดดังกล่าวดังนี้

1. การใช้คำพูดโน้มน้าวหรือชักจูง โดยการพูดย้ำแรง อธิบายให้ความรู้คำแนะนำ และกระตุ้นชักชวนให้หญิงตั้งครรภ์เชื่อว่าตนเองสามารถที่จะปฏิบัติตนให้สอดคล้องกับแผนการรักษาพยาบาล

1.1 การให้ความรู้โดยการสอนและแนะนำเป็นรายบุคคล

1.2 การกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมที่เหมาะสม โดยการกล่าวสนับสนุนให้กำลังใจ กระตุ้นให้หญิงตั้งครรภ์มั่นใจในความสามารถของตนเอง และเสริมแรงจิตใจ กล่าวชื่นชมเมื่อหญิงตั้งครรภ์เข้าใจถูกต้อง กระตุ้นเตือนในเรื่องการปฏิบัติตัว ชักถามปัญหา และหาข้อจำกัดของการปฏิบัติกิจกรรมและหาแนวทางแก้ปัญหาร่วมกัน

2. การได้เห็นตัวแบบหรือประสบการณ์ของผู้อื่น โดยให้หญิงตั้งครรภ์สังเกตตัวแบบเชิงสัญลักษณ์ผ่านสื่อประกอบการสอน ซึ่งเป็นตัวแบบภาพนิ่ง โดยการคัดเลือกตัวแบบหญิงตั้งครรภ์ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง และเป็นตัวแบบที่ประสบผลสำเร็จในการปฏิบัติพฤติกรรมที่สอดคล้องกับแผนการรักษาพยาบาล สามารถควบคุมความรุนแรงของโรคให้อยู่ในระดับที่น่าพอใจ ซึ่งการนำเสนอผ่านตัวแบบนี้ เป็นการทำให้หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์เกิดความคิดคล้อยตามว่า ตนเองก็มีความสามารถที่จะปฏิบัติตนให้สอดคล้องกับแผนการรักษาพยาบาลได้เช่นเดียวกับตัวแบบ

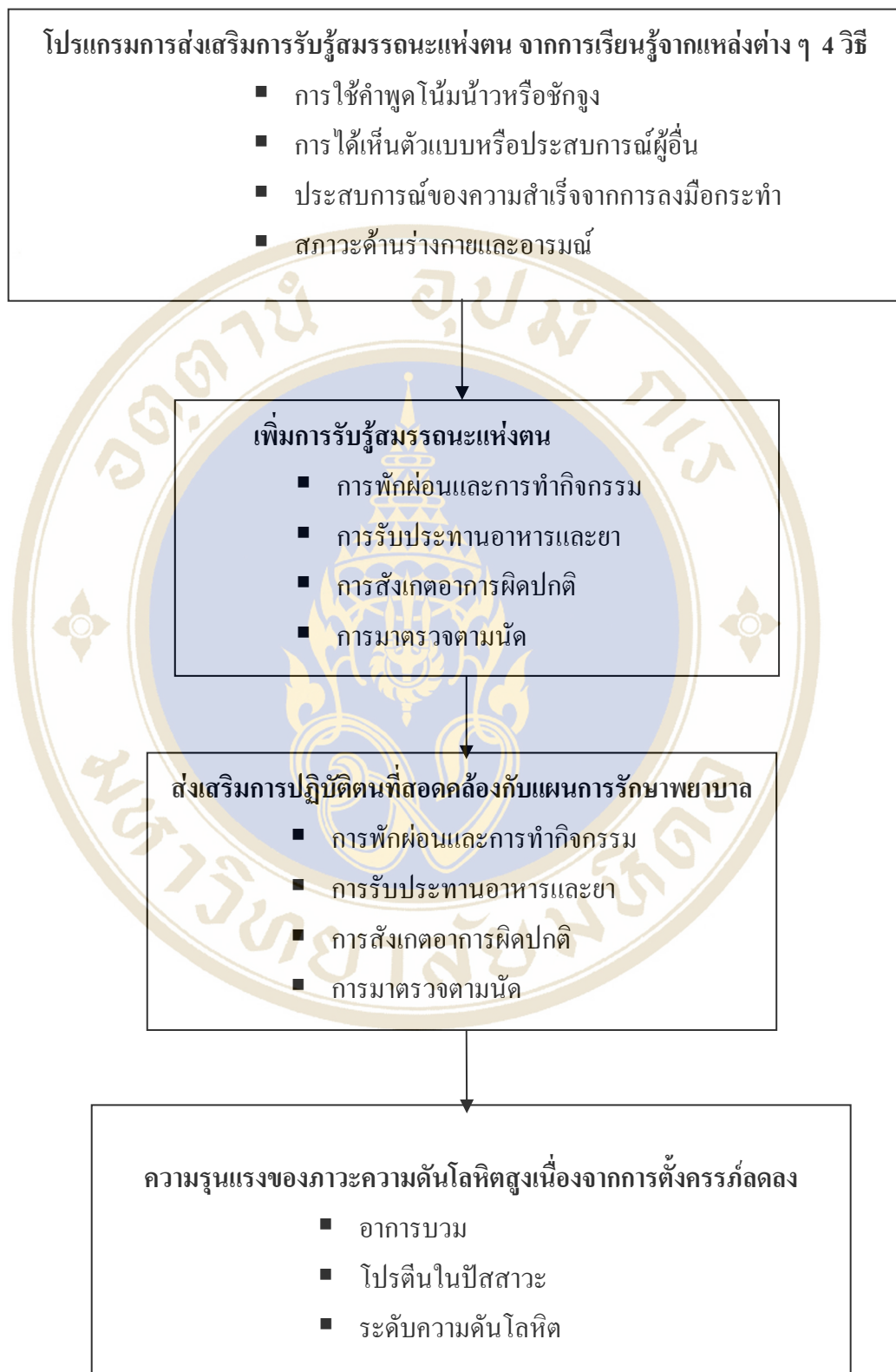
3. การมีประสบการณ์ของความสำเร็จจากการลงมือกระทำ การที่หญิงตั้งครรภ์ได้มีความสำเร็จจากการลงมือกระทำด้วยตนเอง เป็นอีกวิธีหนึ่งในการสร้างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนแบบดูราเชื่อว่าส่วนนี้เป็นส่วนที่สำคัญที่สุด ที่ทำให้บุคคลเชื่อมั่นว่า เขาสามารถที่จะปฏิบัติพฤติกรรมต่างๆ ได้ โดยจะมีการจัดให้หญิงตั้งครรภ์ได้ฝึกตรวจโปรตีนในปัสสาวะด้วยแผ่นตรวจเทียบสี (urine dipstick) ด้วยตนเอง การฝึกสังเกตอาการบวม รวมทั้งการฝึกลงบันทึกพฤติกรรม การปฏิบัติตนและอาการของโรคในสมุดบันทึกสุขภาพที่ผู้วิจัยแจกให้

4. สภาวะด้านร่างกายและอารมณ์ สภาวะด้านร่างกายและอารมณ์มีผลอย่างยิ่งต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ในภาวะเครียดร่างกายเหนื่อยล้า ทำให้บุคคลมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่ำ ดังนั้นจึงจัดกิจกรรมดังนี้

4.1 การสนับสนุนด้านร่างกาย โดยการซักถามอาการและประเมินสภาพทั่วไป

4.2 สนับสนุนด้านอารมณ์ มีการเตรียมความพร้อมด้านอารมณ์และจิตใจ เพื่อลดความเครียดและความวิตกกังวล โดยจัดให้หญิงตั้งครรภ์อยู่ในห้องที่เป็นส่วนตัวเงียบสงบ มีบรรยากาศผ่อนคลาย เน้นการสร้างสัมพันธ์ภาพที่ดี เปิดโอกาสให้หญิงตั้งครรภ์ระบายความรู้สึก มีการพูดคุยแลกเปลี่ยนความรู้ รวมทั้งประเมินปัญหาและหาข้อจำกัดในการทำกิจกรรม หาแนวทางแก้ปัญหาร่วมกัน รวมทั้งมีการแจกคู่มือการปฏิบัติตนที่เหมาะสมแก่หญิงตั้งครรภ์ เพื่อให้มีความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและวิธีการปฏิบัติตน และติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ เพื่อประเมินอาการ และพฤติกรรมการปฏิบัติตนที่สอดคล้องกับแผนการรักษาพยาบาลสัปดาห์ละ 1 ครั้ง

เนื่องจากการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเป็นตัวเชื่อมระหว่างความรู้ที่ได้รับและการกระทำของบุคคลดังที่กล่าวมาข้างต้น ดังนั้นโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น จึงเป็นสิ่งที่จะทำให้หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์ เกิดความเชื่อมั่นในความสามารถที่ตนมีอยู่ เกิดการรับรู้ว่าตนเองก็สามารถที่จะปฏิบัติพฤติกรรมที่สอดคล้องกับแผนการรักษาพยาบาล ซึ่งจะช่วยให้ควบคุมและป้องกันการดำเนินของโรคที่รุนแรงได้



ภาพที่ 1 : แสดงกรอบแนวคิดที่ใช้ในการศึกษา

คำถามวิจัย

1. หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีการปฏิบัติตนที่สอดคล้องกับแผนการรักษาพยาบาลหรือไม่
2. หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีความรุนแรงของโรคลดลงหรือไม่

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการปฏิบัติตนที่สอดคล้องกับแผนการรักษาพยาบาลและความรุนแรงของโรคในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์

สมมติฐานการวิจัย

1. หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีคะแนนเฉลี่ยโดยรวมของการปฏิบัติตนที่สอดคล้องกับแผนการรักษาพยาบาลสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ
2. หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน มีความรุนแรงของโรคน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ขอบเขตการวิจัย

เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi experimental research) แบบสองกลุ่ม วัดผลก่อนและหลังการทดลอง (two groups pre-post test design) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการปฏิบัติตนที่สอดคล้องกับแผนการรักษาพยาบาลและความรุนแรงของโรคในหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์ชนิดไม่รุนแรง ณ. หน่วยบริการฝากครรภ์ โรงพยาบาลสุรินทร์และโรงพยาบาลบุรีรัมย์ ในช่วงเดือน สิงหาคม พ.ศ. 2549 ถึงเดือน มิถุนายน พ.ศ. 2550

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ผลการวิจัยสามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในวางแผนการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์ให้มีประสิทธิภาพดีขึ้น
2. ด้านบริหารการพยาบาล ผลการวิจัยจะเป็นข้อมูลเบื้องต้นในการเสนอต่อผู้บริหารในการพิจารณาวางแผนนโยบายด้านการให้บริการในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์ เป็นแนวทางในการสร้างมาตรฐานทางการพยาบาลต่อไป
3. ด้านการศึกษาพยาบาล ใช้เป็นข้อมูลในการสอดแทรกเนื้อหาเกี่ยวกับทฤษฎีการเรียนรู้สมรรถนะแห่งตนของแบนดูราและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทางสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงระหว่างตั้งครรภ์ในหลักสูตรการเรียนการสอนของนักศึกษาพยาบาล
4. ด้านการวิจัย นำมาใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการทำวิจัยในประเด็นอื่นที่เกี่ยวกับช่องการเรียนรู้สมรรถนะแห่งตนกับพฤติกรรมด้านสุขภาพในมิติอื่น ๆ รวมทั้งในประชากรหญิงตั้งครรภ์หรือผู้ป่วยกลุ่มอื่นๆ

นิยามตัวแปร

โปรแกรมส่งเสริมการเรียนรู้สมรรถนะแห่งตน หมายถึง รูปแบบของกิจกรรมที่ผู้วิจัยจัดทำแก่หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์อย่างมีแบบแผนตามกรอบแนวคิดทฤษฎีการเรียนรู้สมรรถนะแห่งตนของ อัลเบิร์ต แบนดูรา(Bandura, 1997) เพื่อส่งเสริมให้หญิงตั้งครรภ์มีการเรียนรู้สมรรถนะแห่งตนสูงขึ้น และสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการปฏิบัติตนที่สอดคล้องกับแผนการรักษายาบาลทั้ง 4 ด้านประกอบด้วย การพักผ่อนและการทำกิจกรรม การรับประทานอาหารและยา การสังเกตอาการผิดปกติ และการตรวจตามนัด โดยโปรแกรมดังกล่าวผู้วิจัยจัดกิจกรรมการเรียนรู้จากแหล่งต่าง ๆ 4 วิธีคือ การใช้คำพูดโน้มน้าวหรือชักจูง การได้เห็นตัวแบบหรือประสบการณ์ของผู้อื่น การมีประสบการณ์ของความสำเร็จจากการลงมือกระทำ และสภาวะด้านร่างกายและอารมณ์

การปฏิบัติตนที่สอดคล้องกับแผนการรักษายาบาล หมายถึง การกระทำหรือการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์เพื่อควบคุมอาการไม่ให้เกิดการดำเนินของโรครุนแรงเพิ่มขึ้น ป้องกันภาวะแทรกซ้อน และเพื่อให้มีสุขภาพอนามัยดีทั้งร่างกายและจิตใจ ประกอบด้วย การปฏิบัติตน 4 ด้านคือ การพักผ่อนและการทำกิจกรรม การรับประทานอาหารและยา การสังเกตอาการผิดปกติ และการตรวจตามนัด ประเมินโดยใช้แบบสอบถามการปฏิบัติตนที่สอดคล้องกับแผนการรักษายาบาลของหญิงตั้งครรภ์

มีภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์ที่สร้างขึ้นโดย ปริมาตรของ วัณธยว่งศ์ ในปี พ.ศ. 2543 คะแนนรวมทั้งฉบับของแบบสอบถามอยู่ระหว่าง 28- 112 คะแนน โดยคะแนนมากหมายถึง หญิงตั้งครรภ์มีการปฏิบัติตนที่สอดคล้องกับแผนการรักษาพยาบาลดี คะแนนน้อยหมายถึงหญิงตั้งครรภ์มีการปฏิบัติตนที่ไม่สอดคล้องกับแผนการรักษาพยาบาล

ความรุนแรงของโรค หมายถึง ความรุนแรงของภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์ที่เกิดขึ้นในหญิงตั้งครรภ์ภายหลังสิ้นสุดโปรแกรม โดยความรุนแรงสามารถประเมินจาก อาการและอาการแสดงดังต่อไปนี้

1. ระดับค่าความดันโลหิตเมื่อสิ้นสุดโปรแกรมสูงกว่าระดับค่าความดันโลหิตเมื่อเริ่ม เข้าโปรแกรม วัดโดยเครื่องวัดความดันโลหิตอัตโนมัติ โดยใช้เกณฑ์การพิจารณาระดับความดัน โลหิตซิสโตลิกระหว่าง 140-160 มม.ปรอท และ / หรือ ระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิกระหว่าง 90-110 มม.

2. ระดับอาการบวมกดบวมเมื่อสิ้นสุดโปรแกรมมากกว่าระดับอาการบวมกดบวมเมื่อเริ่ม เข้าโปรแกรม ประเมินโดยการใช้นิ้วหัวแม่มือกดผิวหนังบริเวณขาส่วนล่างของผู้ป่วย 10-30 วินาที โดยเกณฑ์การพิจารณาอาการบวมมีดังนี้(Corbett, 2006:723)

- 1 บวก หมายถึง กดบวมประมาณ 2 มิลลิเมตร
- 2 บวก หมายถึง กดบวมประมาณ 4 มิลลิเมตร
- 3 บวก หมายถึง กดบวมประมาณ 6 มิลลิเมตร
- 4 บวก หมายถึง กดบวมประมาณ 8 มิลลิเมตร

3. ระดับโปรตีนในปัสสาวะเมื่อสิ้นสุดโปรแกรมมากกว่าระดับโปรตีนในปัสสาวะ เมื่อเริ่มเข้าโปรแกรม ประเมินโดยใช้แผ่นตรวจเทียบสี ในปัสสาวะของผู้ป่วยที่สุ่มเก็บแบบ midstream urine เกณฑ์การพิจารณาค่าโปรตีนในปัสสาวะมีดังนี้(Corbett, 2006:725)

- 0 หมายถึง ไม่มีโปรตีนในปัสสาวะ
- Trace หมายถึง มีโปรตีนในปัสสาวะปริมาณน้อยมาก
- 1 บวก หมายถึง มีโปรตีนในปัสสาวะ 30 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร
- 2 บวก หมายถึง มีโปรตีนในปัสสาวะ 100 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร
- 3 บวก หมายถึง มีโปรตีนในปัสสาวะ 300 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร
- 4 บวก หมายถึง มีโปรตีนในปัสสาวะ 1,000 มิลลิกรัม/1กรัมต่อเดซิลิตร

บทที่ 2

การทบทวนวรรณกรรม

งานวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการปฏิบัติตนที่สอดคล้องกับแผนการรักษาพยาบาลและความรุนแรงของโรคในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์ ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาเอกสารและรายงานวิจัยที่เกี่ยวข้องครอบคลุมประเด็นต่าง ๆ ดังนี้

1. ภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์
2. แนวคิดเรื่องการปฏิบัติตนที่สอดคล้องกับแผนการรักษาพยาบาลของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์
3. แนวคิดเรื่องการรับรู้สมรรถนะแห่งตน
4. รายงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์

ภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์(pregnancy induced hypertension: PIH) เป็นกลุ่มอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นระหว่างตั้งครรภ์ โดยมีความดันโลหิตสูงเป็นอาการสำคัญและ/หรือ มีโปรตีนในปัสสาวะ และ/หรือ อาการบวมหรือทั้งหมดรวมกัน มักเกิดขึ้นเมื่ออายุครรภ์มากกว่า 20 สัปดาห์ขึ้นไป เป็นภาวะแทรกซ้อนที่จัดอยู่ในกลุ่มของความดันโลหิตสูงระหว่างตั้งครรภ์ (hypertensive disorders in pregnancy) ซึ่งพบได้บ่อยประมาณร้อยละ 5-10 ของการตั้งครรภ์ ภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์ก่อให้เกิดภาวะทุพพลภาพและเพิ่มอัตราการตายสูงทั้งมารดาและทารก(Gracia, 2009: 90) จากการศึกษาพบว่าเชื้อชาติมีความสัมพันธ์อย่างยิ่งกับการเกิดภาวะนี้ โดยพบมากที่สุดในประเทศจีนคือ 49.7 : 1,000 เชื้อชาติแอฟริกันอเมริกัน 40.2 : 1,000 และพบน้อยที่สุดในเชื้อชาติเอเชียและหมู่เกาะแปซิฟิกคือ 19.6 : 1,000 อุบัติการณ์พบได้แตกต่างกันไปในแต่ละประเทศ ในประเทศไทยภาวะดังกล่าวมีความสำคัญมาก เพราะพบภาวะพรีอีคลัมปีเซีย (pre-eclampsia) มากถึงร้อยละ 7.5 และพบภาวะชักอีคลัมปีเซีย(eclampsia) ร้อยละ 0.9 (วัจมั

สุขวนวัฒน์, 2551: 109) รวมทั้งเป็นสาเหตุการตายของมารดาอันดับสองรองจากภาวะตกเลือดหลังคลอด (วิบูลย์พรรณ จิตะติลก และ มนศักดิ์ ชูโชติรส, 2551: 74)

ประเภทของภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์

การแบ่งประเภทของภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์ (PIH) มีหลายรูปแบบ แต่ที่นิยมในปัจจุบันแบ่งออกออกเป็น 4 กลุ่ม คือ (Pillitteri, 2007: 428) คือ

1. ภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์ชนิดไม่มีโปรตีนในปัสสาวะ (hypertension without proteinuria or gestational hypertension) คือภาวะที่มีระดับความดันโลหิตซิสโตลิกตั้งแต่ 140 มม.ปรอท และ/หรือมีระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิกตั้งแต่ 90 มม.ปรอท โดยไม่มีโปรตีนในปัสสาวะหรืออาการบวม เป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบได้บ่อยที่สุดในกลุ่มความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์ อุบัติการณ์อยู่ที่ร้อยละ 6 -18 ในสตรีครรภ์แรก และพบร้อยละ 6-8 ในสตรีครรภ์หลัง อาการของโรคมักพบเมื่ออายุครรภ์มากกว่า 37 สัปดาห์ สตรีที่มีภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ตั้งแต่อายุครรภ์น้อย ๆ ประมาณร้อยละ 46 จะเป็นภาวะความดันโลหิตสูงชนิดไม่รุนแรงและประมาณร้อยละ 10 จะกลายเป็นภาวะความดันโลหิตสูงชนิดรุนแรง

2. ภาวะพรีอีคลัมปีเซียระดับไม่รุนแรง(mild pre-eclampsia) มีระดับความดันโลหิตซิสโตลิกน้อยกว่า 160 มม.ปรอท และ/หรือมีระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิกระหว่าง 90-110 มม.ปรอท ในผู้ป่วยที่มีภาวะความดันโลหิตสูงระดับไม่รุนแรงอาจมีอาการปวดศีรษะ ตาพร่ามัว เล็กน้อยจนถึงปานกลาง ตรวจพบโปรตีนในปัสสาวะเล็กน้อยถึง 1 บวกหรือ 1 กรัมต่อลิตร ในปัสสาวะที่สุ่มเก็บอย่างน้อย 2 ครั้งห่างกัน 6 ชั่วโมง มีอาการบวมที่หน้า แขน และมือแบบกดบุ๋มไม่เกิน 1 บวก และตรวจพบระดับกรดยูริกในเลือดสูงกว่าค่าปกติเล็กน้อย แต่ไม่พบทุกราย

3. ภาวะพรีอีคลัมปีเซียระดับรุนแรง(severe pre-eclampsia) ตรวจพบระดับความดันโลหิตซิสโตลิกมากกว่าหรือเท่ากับ 160 มม.ปรอท และมีระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิกมากกว่าหรือเท่ากับ 110 มม.ปรอท กรดยูริกในเลือดสูงถึงร้อยละ 6 มิลลิกรัม พบโปรตีนในปัสสาวะตั้งแต่ 2 บวกขึ้นไป หรือในปัสสาวะ 24 ชั่วโมงตั้งแต่ 5 กรัมขึ้นไป มีอาการบวมที่หน้า แขน และมือแบบกดบุ๋ม 2 บวกขึ้นไป ผู้ป่วยอาจมีอาการแสดงอย่างใดอย่างหนึ่งหรือร่วมกันคือ ปวดศีรษะมาก อาการปวดอาจปวดแบบตื้อ ๆ ปวดเป็นระยะ ๆ บริเวณหน้าผากหรือท้ายทอยและมักคือต่ออย่างรวดเร็ว ตาพร่ามัว การมองเห็นภาพเปลี่ยนแปลงไป เห็นภาพเป็นสีขาวหรือดำเป็นจุด ๆ (scotomus) เจ็บปวดบริเวณลิ้นปี่ ปฏิกริยาตอบสนองของรีเฟล็กซ์ไวมากขึ้น(hyperreflexia) ถ้าในรายที่มีอาการรุนแรง จะพบอาการสั่น (clonus) ของนิ้วมือนิ้วเท้าร่วมด้วย ปัสสาวะออกน้อยกว่า 500 ซี.ซี ต่อวัน

มีอาการของภาวะน้ำคั่งในปอด (pulmonary edema) เช่น เหนื่อยหอบ หายใจไม่สะดวก หรือปลายมือปลายเท้าเขียวคล้ำ

4. ภาวะชักอีคลัมปีเซีย (eclampsia) เป็นการดำเนินของโรคต่อจากภาวะโรคที่รุนแรง (severe pre-eclampsia) ผู้ป่วยจะมีอาการชักและหมดสติ อาการชักที่เกิดขึ้นจะมีสองระยะ ระยะแรกเรียกว่า ระยะเกร็ง (tonic contraction) เป็นอาการชักที่เริ่มจากการกระตุกที่บริเวณใบหน้าริมฝีปากบิดเบี้ยว ตัวแข็งเกร็ง แขนและมือกำแน่น ขางอพับบริเวณเข่า ระยะนี้จะกินเวลาประมาณ 15-20 นาที ระยะที่สองเรียกว่าระยะกระตุก (clonic stage) เป็นการชักกระตุกทั่วร่างกายอย่างแรง ระยะนี้กินเวลาประมาณ 60 วินาที หลังจากนั้นผู้ป่วยจะนอนนิ่งและเริ่มรู้สึกตัว ถ้าหากมีอาการถึงระยะนี้และยังไม่ได้รับการรักษา ผู้ป่วยจะชักซ้ำในช่วงเวลาที่สั้นเข้า ภาวะนี้สามารถป้องกันได้ โดยเฉพาะในกลุ่มที่ได้รับการดูแลจากแพทย์และปฏิบัติตามแผนการรักษาอย่างเหมาะสม

ปัจจุบันการจำแนกภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์เป็นพรีอีคลัมปีเซียระดับไม่รุนแรง (mild pre-eclampsia) หรือ พรีอีคลัมปีเซียระดับรุนแรง (severe pre-eclampsia) อาจขึ้นจากการดูแลรักษาที่ไม่เหมาะสม เนื่องจากภาวะพรีอีคลัมปีเซียระดับไม่รุนแรงจะกลายเป็นภาวะพรีอีคลัมปีเซียระดับรุนแรงได้อย่างรวดเร็ว จึงได้มีการนำเสนอแนวทางการจำแนกโรคใหม่ โดยพิจารณาจากระดับความรุนแรงของโรค (Cunningham et al., 2005: 762; Report of the National High Blood Pressure Education Program Working Group on High Blood Pressure in Pregnancy, 2000: 183) คือ

1. Minimum criteria หมายถึง การตรวจพบภาวะที่มีระดับความดันโลหิตซิสโตลิกตั้งแต่ 140 มม.ปรอท และ/หรือมีระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิกตั้งแต่ 90 มม.ปรอท ขึ้นไป และ/หรือพบโปรตีนในปัสสาวะ 24 ชั่วโมงมากกว่าหรือเท่ากับ 300 มิลลิกรัม หรือการตรวจพบโปรตีนในปัสสาวะด้วยแผ่นทดสอบเทียบสีน้อยกว่าหรือเท่ากับ 1 บวก

2. Increase certainty of pre-eclampsia คือ การวินิจฉัยภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์ โดยพบอาการและอาการแสดงอย่างใดอย่างหนึ่งหรือหลายอย่างร่วมกันดังนี้

2.1 ภาวะที่มีระดับความดันโลหิตซิสโตลิกมากกว่าหรือเท่ากับ 160 มม.ปรอท หรือมีระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิกมากกว่าหรือเท่ากับ 110 มม.ปรอท

2.2 ตรวจพบโปรตีนในปัสสาวะมากกว่าหรือเท่ากับ 2 กรัมในปัสสาวะ 24 ชั่วโมงหรือแผ่นทดสอบเทียบสีมากกว่าหรือเท่ากับ 2 บวก

2.3 ตรวจพบระดับซีรั่มครีเอตินินมากกว่า 1.2 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร

2.4 Microangiopathic hemolysis (increase LDH)

2.5 จำนวนเกล็ดเลือดต่ำกว่า 100,000 ต่อไมโครลิตร

2.6 เอ็นไซม์ ALT หรือ AST ที่สร้างจากตับเพิ่มขึ้น

2.7 มีอาการปวดศีรษะ ตาพร่ามัวหรือจุกแน่นยอดอก ที่เป็นอยู่คงที่ และลักษณะอื่น ๆ ทางคลินิกที่บ่งชี้ความรุนแรงคือปัสสาวะออกน้อย ทารกโตช้าในครรภ์และภาวะปอดบวม

สาเหตุและพยาธิสรีรวิทยาของการเกิดภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์

ปัจจุบันยังไม่ทราบสาเหตุที่แท้จริงของการเกิดภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์ แต่สมมติฐานที่เชื่อกันว่าเป็นสาเหตุของภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์ คือ การขาดความสมดุลระหว่างสารพรอสตาแกลนดินและ thromboxane (prostaglandin I_2 : PGI_2 & thromboxane) หรือความพร่องในการสังเคราะห์สารพรอสตาแกลนดิน (PGI_2) โดยปกติในระยะตั้งครรภ์ ร่างกายมารดาจะมีการสังเคราะห์สารพรอสตาแกลนดิน (PGI_2) เพิ่มขึ้นประมาณ 5 เท่า สารตัวนี้มีฤทธิ์ในการขยายหลอดเลือดต่อต้านการรวมตัวของเกล็ดเลือด (platelets aggregation) ทำให้ความดันหลอดเลือดส่วนปลายลดลง ดังนั้นแม้จะมีอัตราสูบฉีดเลือดจากหัวใจ (cardiac output) เพิ่มขึ้นในระหว่างตั้งครรภ์ แต่ก็ไม่ได้ทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้นแต่อย่างใด นอกจากนี้การเพิ่มขึ้นของสารพรอสตาแกลนดิน (PGI_2) ทำให้เกิดการต่อต้านฤทธิ์ของ แองจิโอเทนซินทู (angiotensin $_2$) ซึ่งมีฤทธิ์ทำให้หลอดเลือดหดตัว ในผู้หญิงที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์ ภาวะที่ต่อต้านแองจิโอเทนซินทู (angiotensin $_2$) จะหายไปตั้งแต่อายุครรภ์ 10 สัปดาห์ และจะเพิ่มความไวต่อสารนี้มากขึ้นเมื่ออายุครรภ์ 18 สัปดาห์ การเสียสมดุลนี้ทำให้เกิดภาวะการรวมตัวของเกล็ดเลือด (platelets aggregation) รวมทั้งทำให้หลอดเลือดขนาดเล็ก (arteriole) และหลอดเลือดทั่วร่างกายเกิดการหดเกร็งตัว ทำให้ระดับความดันโลหิตสูงขึ้น (Pillitteri, 2007: 426)

ภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์ มักไม่มีอาการผิดปกติใด ๆ นำมาก่อน (วิบูลย์พรรณ จิตะดิกลงและมนศักดิ์ ชูโชติรส, 2551: 78) แต่ในบางรายอาจพบมีอาการบวมของร่างกายเกิดขึ้น ซึ่งสันนิษฐานว่าเนื่องจากมดลูกซึ่งขยายใหญ่และมีน้ำหนักเพิ่มขึ้นในขณะตั้งครรภ์ ทำให้โน้มไปด้านหลังมาก จึงกดทับหลอดเลือดดำอินฟีเรียวีนาคาวา (inferior vena cava) ซึ่งนำเลือดไหลเวียนกลับจากส่วนปลายเข้าสู่หัวใจ ทำให้การไหลเวียนกลับจากอวัยวะส่วนปลายเช่น ขา อุ้งเชิงกรานเป็นไปได้น้อยลง ส่งผลให้ปริมาณเลือดไหลกลับสู่หัวใจน้อยลง ส่งผลเป็นวงจรต่อเนื่องให้ปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจเพื่อไปเลี้ยงอวัยวะต่าง ๆ ลดลงตามมา โดยเฉพาะอย่างยิ่งปริมาณเลือดไหลผ่านไตจะลดน้อยลง อัตราการกรองผ่านไตจะลดลงด้วย ส่งผลให้การดูดกลับโซเดียมมากขึ้นเพื่อรักษาสมดุลน้ำ ทำให้เกิดอาการบวมขึ้นที่บริเวณ ขา นิ้วมือ ใบหน้าหรือบวมทั้งตัว ในขณะเดียวกันไตจะมีการหลั่งสารเรนิน (rennin) เพื่อเปลี่ยนแองจิโอเทนซินโนเจน

(angiotensinogen) ให้เป็นแองจิโอเทนซินวัน(angiotensin_I) และแองจิโอเทนซินทู(angiotensin_{II}) ตามลำดับ ซึ่งสารแองจิโอเทนซินทูจะทำให้หลอดเลือดทั่วร่างกายหดเกร็งตัว มีผลให้ความดันโลหิตสูงเพิ่มสูงขึ้นด้วย แต่ในหญิงตั้งครรภ์ปกติจะมีการสร้างสารพรอสตาแกลนดิน(PGI₂)ในระดับหนึ่ง เพื่อให้ร่างกายเกิดการต่อต้านแองจิโอเทนซินทู ดังนั้นหญิงตั้งครรภ์ปกติจึงไม่เกิดภาวะความดันโลหิตสูง ซึ่งต่างจากหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์ ซึ่งมีข้อสันนิษฐานว่ามีการสร้างสารพรอสตาแกลนดิน(PGI₂) น้อยลงกว่าหญิงตั้งครรภ์ปกติทั่วไป ทำให้ร่างกายหญิงตั้งครรภ์เหล่านี้ มีความไวต่อสารแองจิโอเทนซินทู(angiotensin_{II}) ในร่างกายมากกว่าปกติ จึงเกิดภาวะความดันโลหิตสูงขึ้นได้ในขณะตั้งครรภ์ (August, 2004: 43; Pillitteri, 2007: 426) โดยพยาธิวิทยาแล้วภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์จะมีการหดเกร็งของหลอดเลือดทั่วร่างกาย ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงการทำงานของอวัยวะสำคัญดังนี้(August, 2004: 43- 67; Cunningham et al., 2005: 766-778)

1. มดลูกและรก ภาวะความดันโลหิตสูงจะทำให้เลือดไหลเวียนไปสู่มดลูกและรก ลดลง ซึ่งจะทำให้มดลูกมีการบีบรัดตัวมากกว่าปกติ อาจมีผลให้ทารกคลอดก่อนกำหนดหรือทำให้เนื้องอกบางส่วนตายหรือแก่ตัวเร็วกว่าปกติ เมื่อตรวจดูที่เนื้องอกจะเห็นเนื้อตายเป็นหย่อม ๆ(villous fibrosis & villous fibinoid necrosis) ผลที่ตามมาคือการไหลเวียนของเลือดไปสู่รกจะยิ่งน้อยลง ทารกจะขาดอาหารและได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอ ทำให้การเจริญเติบโตช้าหรือชะงัก ทารกจะมีน้ำหนักน้อยกว่าอายุครรภ์ หรือเสียชีวิตตั้งแต่อยู่ในครรภ์ เกิดการเสื่อมของเนื้องอกที่เร็วกว่าปกติอาจทำให้ทารกเสียชีวิตจากภาวะรกหลุดตัวก่อนกำหนดได้เช่นกัน จากการศึกษาของแมคเคย์ (McKay, 1972: 399) พบว่าการที่รกขาดเลือดไปเลี้ยง จะมีผลกระทบถึงพยาธิสภาพด้านปฏิกิริยาของเลือดร่วมด้วย คือเมื่อรกทำหน้าที่ได้น้อยลงนั้น จะทำให้มีการกระจายของสารท롬โบพลาสติน (tromboplastin) ทำให้ไฟบริน(fibrin) จับในหลอดเลือดฝอย และหลอดเลือดขนาดเล็กทั่วร่างกาย ส่งผลให้เกิดการอุดตันของการไหลเวียนเลือด และเกิดความผิดปกติในการแข็งตัวของเลือดตามมา

2. ไต การหดตัวผิดปกติของหลอดเลือดทั่วร่างกาย จะทำให้การไหลเวียนเลือดไปสู่ไตลดลง ปริมาณของพลาสมาที่ไปสู่ไตก็จะลดลงตามด้วย โดยอาจลดลงถึงร้อยละ 62-84 อัตราการกรองของเสียผ่านไตก็จะลดลงในระดับเดียวกัน ทำให้การขับครีเอตินิน(creatinine) ยูเรีย(urea) และกรดยูริก(uric acid) ลดลงด้วย ดังนั้นจึงพบปริมาณของกรดยูริก(uric acid) และครีเอตินิน(creatinine)ในเลือดสูง นอกจากนี้ยังพบปริมาณโซเดียมในร่างกายสูงขึ้นเนื่องจากอัตราการกรองผ่านลดลง ที่กรวยไตจะมีการบวมอย่างมากของเซลล์เยื่อผนังหลอดเลือดชั้นใน ทำให้รูหลอดเลือดในไตตีบ เนื้อเยื่อไตขาดเลือดมาเลี้ยงและเสื่อมสภาพลง และมีการรั่วของโปรตีนในรูปของอัลบูมินออกมากับปัสสาวะมากขึ้น ถ้าการขาดเลือดไปเลี้ยงไตยังคงดำเนินอยู่โดยไม่ได้รับการ

แก้ไขหรือผู้ป่วยมีความดันโลหิตสูงเพิ่มสูงขึ้นเรื่อย ๆ จะทำให้เกิดภาวะไตวายเฉียบพลัน ซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอันตรายอย่างยิ่งแก่มารดา การเสียหน้าที่การทำงานของไต ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของปริมาณน้ำและโซเดียมในร่างกายตามมาด้วย กล่าวคือ เมื่อไตสูญเสียอัลบูมินไปทางปัสสาวะ ทำให้ระดับอัลบูมินในเลือดลดลง แรงดันที่รักษาสมดุลของน้ำภายนอกเซลล์และน้ำภายในเซลล์ของร่างกายก็จะลดลง (plasma oncotic pressure & plasma colloid osmotic pressure) ทำให้น้ำซึมผ่านผนังหลอดเลือดออกไปสะสมในช่องว่างระหว่างเซลล์มากยิ่งขึ้น ผู้ป่วยจะมีการบวมตามร่างกาย เช่น บริเวณมือ เท้า ขา ใบหน้า ความเข้มข้นของเลือดจะสูงขึ้นเนื่องจากน้ำในหลอดเลือดลดลง การซึมผ่านของน้ำออกไปคั่งในช่องว่างระหว่างเซลล์นี้เป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้มีภาวะน้ำคั่งในปอด (Gilbert & Harmon, 1993)

3. ดับ ปริมาณเลือดที่ไปสู่ตับก็ลดลง ทำให้เนื้อตับถูกทำลายตั้งแต่ระดับน้อย ๆ จนกระทั่งเนื้อตับถูกทำลายทั้งหมด ขึ้นอยู่กับความรุนแรงของการขาดเลือด สองในสามของหญิงตั้งครรภ์ที่เสียชีวิตจากภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์ระดับรุนแรง และภาวะชักจากความดันโลหิตสูงมักจะมีตับโต เนื้อตับมีลักษณะบวมแดงและมีเนื้อตายได้เยื่อหุ้มตับ การตายของเนื้อตับจากการขาดเลือดไปเลี้ยง มีผลให้องค์ประกอบของเลือดลดลง และอาจมีภาวะเกล็ดเลือดต่ำ (thrombocytopenia) ร่วมด้วย ซึ่งจะส่งเสริมให้มีกลไกการแข็งตัวของเลือดผิดปกติ (disseminated intravascular coagulation) ถ้ามีการลอกตัวของรกก่อนคลอด เลือดจะไม่แข็งตัวเป็นลิ่มเลือด ทำให้มีเลือดออกจากตำแหน่งที่รูกเกาะต่อไปเรื่อย ๆ จนทารกคลอดหรือมารดาเสียชีวิต นอกจากนี้อาจมีเลือดออกใต้เยื่อหุ้มตับ ซึ่งมีการเฉพาะที่บ่งบอกคือ อาการที่เจ็บบริเวณลิ้นปี่หรือชายโครงขวา บางรายอาจมีอาการอาเจียนร่วมด้วย การมีเลือดออกใต้เยื่อหุ้มตับนี้อาจทำให้ผู้ป่วยช็อคหรือเสียชีวิตเมื่อเยื่อหุ้มตับแตก แต่พบได้ไม่บ่อยนัก (Cunningham, et al., 2005: 775-776)

4. สมอและระบบประสาทส่วนกลาง การเปลี่ยนแปลงที่สมองของผู้ป่วยที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์ ทำให้เกิดจากการไหลเวียนเลือดลดลงในร่างกาย ซึ่งเป็นการกระตุ้นสมอง ทำให้เกิดปฏิกิริยาตอบสนองของรีเฟล็กซ์ไวกว่าปกติ (hyperreflexia) อาจมองเห็นภาพซ้อนหรือมองเห็นภาพเป็นสีขาวหรือดำเป็นจุด ๆ เนื่องจากเส้นประสาทสมองคู่ที่ 6 มีการเสื่อมชั่วคราว ผู้ป่วยอาจมีอาการตาพร่ามัวหรือตาบอดชั่วคราวร่วมด้วย เนื่องจากมีจุดเลือดออก (microhemorrhage) ที่สมองส่วนออกซิพิทอล คอร์เทกซ์ (occipital cortex) ในผู้ป่วยที่มีภาวะชัก (eclampsia) จะมีการหดตัวของหลอดเลือดในสมองอย่างรุนแรงและเกิดทันทีทันใด ทำให้เซลล์ที่เชื่อมภายในหลอดเลือดของสมองฉีกขาดออกจากกัน เป็นผลให้มีเลือดไหลซึมออกไปคั่งอยู่ในเนื้อสมอง ซึ่งอาจทำให้ผู้ป่วยชักและเสียชีวิตได้ โดยพบว่าร้อยละ 60 ในผู้ป่วยที่มีภาวะชักจะมีภาวะเลือดออกในสมอง และเป็นสาเหตุการเสียชีวิตของมารดามากที่สุดถึงร้อยละ 20 นอกจากนี้ผู้ป่วย

บางรายอาจเสียชีวิตจากสมองบวมน้ำ(cerebral edema) เนื่องจากการซึมของน้ำในหลอดเลือดของสมองออกมาสู่เนื้อสมอง อันเป็นผลจากการลดลงของแรงดันพลาสมา(plasma oncotic pressure) เมื่อมีการสูญเสียอัลบูมินไปในปัสสาวะ แต่พบได้ไม่บ่อยนัก

อาการและอาการแสดงทางคลินิก

อาการและอาการแสดงของภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์มักมีลำดับการเกิดคือเริ่มแรกมีอาการบวม ตามมาด้วยการเพิ่มขึ้นของความดันโลหิตและการตรวจพบโปรตีนในปัสสาวะ(proteinuria) หรืออาจมีอาการใดอาการหนึ่งนำมาก่อนก็ได้ (อุ้นใจ กอนันตกุล, 2546: 78)

1. อาการบวม(pitting edema) เป็นอาการบวมที่มีรอยกดหรือรอยบุ๋มคงอยู่หลังจากใช้นิ้วกด โดยปกติรอยบุ๋มนี้อาจหายไปใน 10-30 วินาที อาการบวมเกิดจากการที่มีน้ำคั่งในช่องว่างระหว่างเซลล์(interstitial space) ผู้ป่วยมักมีน้ำหนักตัวที่เพิ่มเร็วก่อนอาการบวม โดยถ้าน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นมากกว่า 5 ปอนด์ (2 กิโลกรัม) ภายใน 1 สัปดาห์ ถือว่าเป็นอาการเตือนของการเกิดภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์ อย่างไรก็ตามน้ำหนักตัวที่เพิ่มขึ้นอย่างมากของมารดาอาจไม่สัมพันธ์กับการเกิดภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์เลยก็ได้ อาการบวมที่มือและหน้าเป็นตัวชี้วัดที่เชื่อถือได้ในภาวะแทรกซ้อนนี้มากกว่าอาการบวมที่ส่วนอื่น ๆ ซึ่งส่วนใหญ่เป็นการคั่งของน้ำ(hydrostatic) (Pillitteri, 2007: 426) อย่างไรก็ตามร้อยละ 10-15 ของมารดาตั้งครรภ์ที่บวมที่มือและหน้าอาจเป็นการตั้งครรภ์ปกติ

ในอดีตอาการบวมของร่างกายเป็นเกณฑ์ร่วมที่สำคัญในการวินิจฉัยภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์ แต่จากการศึกษาในปัจจุบันพบว่า อาการบวมไม่ใช่อาการแสดงที่สำคัญที่จะนำมาวินิจฉัยภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์ (ACOG, 2002; WHO, 2000: S-39) เนื่องจากไม่สามารถแยกได้ว่าการบวมแบบไหนที่มีนัยสำคัญ อย่างไรก็ตามอาการบวมก็ยังเป็นเกณฑ์หนึ่งที่ต้องพิจารณาไปด้วย เนื่องจากหญิงตั้งครรภ์ที่มีอาการบวมของร่างกายมาก โดยเฉพาะการบวมที่มือและใบหน้ามักจะสะท้อนถึงความรุนแรงที่มากขึ้นของภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์ โดยเกณฑ์การพิจารณาอาการบวมของร่างกายมีดังนี้ (Corbett, 2006: 723)

- 1 บวก หมายถึงมีการบวมของร่างกายและกดบุ๋มประมาณ 2 มิลลิเมตร
- 2 บวก หมายถึงมีการบวมของร่างกายและกดบุ๋มประมาณ 4 มิลลิเมตร
- 3 บวก หมายถึงมีการบวมของร่างกายและกดบุ๋มประมาณ 6 มิลลิเมตร
- 4 บวก หมายถึงมีการบวมของร่างกายและกดบุ๋มประมาณ 8 มิลลิเมตร

2. การเปลี่ยนแปลงทางความดันโลหิต ใช้การเปลี่ยนแปลงความดันโลหิตที่เพิ่มขึ้น

ในการวินิจฉัยที่ได้กล่าวมา ปัจจุบันองค์การอนามัยโลกใช้ค่าความดันโลหิตไดแอสโตลิกเป็นค่าสำคัญในการวินิจฉัยภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์ เหตุผลเนื่องจากค่าความดันโลหิตไดแอสโตลิกเป็นตัวพยากรณ์โรคที่ดีและมีความแม่นยำมากกว่าความดันโลหิตซิสโตลิก เพราะเป็นการวัดแรงต้านของหลอดเลือดส่วนปลาย(peripheral resistance) รวมทั้งเป็นค่าความดันโลหิตที่ไม่แปรผันตามการเปลี่ยนแปลงของสภาวะอารมณ์ของผู้ป่วย(Shennan & Halligan, 2000: 16; WHO, 2000: 36-37)

3. การตรวจพบโปรตีนในปัสสาวะ(proteinuria) การมีโปรตีนในปัสสาวะถือเป็นตัวชี้วัดที่สำคัญในการวินิจฉัย และเป็นสัญญาณเตือนการดำเนินของโรค ซึ่งถ้าพิจารณาร่วมกับความดันโลหิตสูง ปริมาณโปรตีนที่ถูกขับทิ้งในปัสสาวะจะเป็นตัวบ่งชี้ถึงภาวะที่ทารกอยู่ในอันตรายได้ ปริมาณของโปรตีนในปัสสาวะจะสัมพันธ์กับการเพิ่มขึ้นของอัตราตายปริกำเนิดและภาวะการเจริญเติบโตช้าของทารกในครรภ์(Diego et al., 2009) โปรตีนในปัสสาวะเป็นอาการทางคลินิกที่พบได้ช้าที่สุด โดยส่วนใหญ่มักพบหลังอายุครรภ์ 34 สัปดาห์ การตรวจระดับโปรตีนในปัสสาวะส่วนใหญ่นิยมใช้วิธีการใช้แผ่นทดสอบเทียบสี(urine dipstick) ซึ่งมีเกณฑ์การพิจารณาค่าโปรตีนในปัสสาวะดังนี้(Corbett, 2006:725)

- 0 หมายถึง ไม่มีโปรตีนในปัสสาวะ
- Trace หมายถึง มีโปรตีนในปัสสาวะปริมาณน้อยมาก
- 1 บวก หมายถึง มีโปรตีนในปัสสาวะ 30 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร
- 2 บวก หมายถึง มีโปรตีนในปัสสาวะ 100 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร
- 3 บวก หมายถึง มีโปรตีนในปัสสาวะ 300 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร
- 4 บวก หมายถึง มีโปรตีนในปัสสาวะ 1,000 มิลลิกรัม/1 กรัมต่อเดซิลิตร

4. การเปลี่ยนแปลงของหลอดเลือดที่มัลติเพิลจอตา(retina) ร้อยละ 50 ของมารดาที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์ จะมีการเปลี่ยนแปลงของเส้นเลือดที่จอตา การเปลี่ยนแปลงอาจพบเป็นหย่อม ๆ หรือทั่ว ๆ ไปของเส้นเลือดที่จอตา ทำให้เนื้อเยื่อบริเวณจอตามีเลือดมาเลี้ยงน้อยลง

5. ความไวในการตอบสนองของรีเฟล็กซ์เพิ่มขึ้น(hyper-reflexia) รีเฟล็กซ์จะมีการตอบสนองไวขึ้น โดยเฉพาะก่อนจะมีอาการชัก ซึ่งการตรวจทำได้โดยใช้ไม้เคาะเข้าเคาะบริเวณแขนด้านใน(biceps reflex) หรือหัวเข่า(patella reflex) อาจให้หญิงตั้งครรภ์อยู่ในท่านั่งหรือท่านอนหงาย ความไวในการตอบสนองของรีเฟล็กซ์ สามารถแปลผลดังนี้(Corbett, 2006:730)

- 0 หมายถึง ไม่มีการตอบสนองเลย
- 1 บวก หมายถึง มีความไวในการตอบสนองเล็กน้อย

2 บวก หมายถึง มีความไวในการตอบสนองปกติ

3 บวก หมายถึง มีความไวในการตอบสนองมากกว่าปกติ

4 บวก หมายถึง มีความไวในการตอบสนองยับยั้ง

6. อาการอื่น ๆ อาจมีอาการเจ็บใต้ชายโครงขวา ตรวจร่างกายพบตับโตและกดเจ็บ ตรวจพบจุดจ้ำเลือด หรือมีเลือดออกตามอวัยวะต่าง ๆ

ผลกระทบต่อมารดา

ภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์อาจส่งผลกระทบต่อมาราดังต่อไปนี้ (วัจมีย สุชวนวัฒนา, 2551:115)

1. ภาวะเลือดออกในสมอง พบมากในภาวะฮีโมโกลบินซี และเป็นสาเหตุการตายได้
2. ภาวะไตวายเฉียบพลัน เกิดจากการตายของเนื้อเยื่อบริเวณหลอดไต(tubular) และเปลือกไต(cortical) พบได้ร้อยละ 23 ในภาวะฮีโมโกลบินซี ส่วนใหญ่มักพบร่วมกับการลอกตัวของรกก่อนกำหนด
3. ภาวะน้ำคั่งในปอด พบมากในภาวะฮีโมโกลบินซีมากถึงร้อยละ 70 และพบในภาวะพรีอีคลัมปีเซียชนิดรุนแรงร้อยละ 30 เนื่องจากการไหลย้อนกลับของน้ำและอาหารจากกระเพาะอาหารเข้าสู่หลอดลมขณะเกิดอาการชัก ทำให้เกิดภาวะปอดอักเสบจากการสูดสำลัก ซึ่งส่วนมากจะรักษาได้ทัน มีอันตรายไม่มากนัก และอาจมีภาวะน้ำคั่งในปอดได้เนื่องจากการได้รับสารน้ำมากเกินไป
4. ความผิดปกติของการแข็งตัวของเลือด ซึ่งพบได้ในภาวะฮีโมโกลบินซี ที่มีการทำลายเยื่อหลอดเลือดอย่างมาก มีการใช้ไฟบรินมากผิดปกติทำให้เกิดไฟบรินในเลือดต่ำ ร่วมกับการเสียองค์ประกอบการแข็งตัวของเลือดอื่น ๆ เช่น เกล็ดเลือด ทำให้เกิดภาวะกลไกการแข็งตัวของเลือดผิดปกติได้
5. ความผิดปกติของการมองเห็น พบภาวะตาบอดชั่วคราว ร้อยละ 1-3 รายที่มีอาการรุนแรงอาจมีการหลุดของจอตา แต่อาการเหล่านี้จะดีขึ้นภายใน 10-14 วันหลังคลอด
6. ภาวะแทรกซ้อนที่ตับ มักเป็นภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง ได้แก่ ตับแตกจากภาวะ subcapsular hematoma และ HELLP syndrome พบได้ร้อยละ 20 ของภาวะพรีอีคลัมปีเซียชนิดรุนแรงและความผิดปกตินี้จะคงอยู่จนถึงหลังคลอด
7. ภาวะหัวใจล้มเหลว มีโอกาสเกิดสูงโดยเฉพาะในระยะหลังคลอด เนื่องจากการไหลกลับของเลือดดำ(venous return) เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วภายหลังรกคลอด ทำให้หัวใจต้องทำงานหนักเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวได้ง่าย

8. การบาดเจ็บจากการชัก ได้แก่ ตกเตียง อวัยวะของร่างกายฟาดถูกของแข็งหรือกัด
 ลื่นตนเอง

9. การคลอดก่อนกำหนด

10. รกลอดตัวก่อนกำหนด ถ้ามีภาวะความดันโลหิตสูงชนิดรุนแรง มีโอกาสเกิด
 ภาวะรกลอดตัวก่อนกำหนด และพบมากในรายที่มีภาวะชักอีแคลมปีเซีย

11. การแท้งบุตร โดยเฉพาะก่อนอายุครรภ์ 28 สัปดาห์ และมีภาวะความดันโลหิต
 สูงชนิดรุนแรง ซึ่งอาจจำเป็นต้องยุติการตั้งครรภ์หรือจากความรุนแรงของโรค ทำให้เกิดการแท้ง
 บุตร

12. ความเครียดหรือความวิตกกังวล ภาวะแทรกซ้อนระหว่างตั้งครรภ์เป็นสาเหตุ
 ที่สำคัญอย่างยิ่งที่ทำให้เกิดภาวะเครียดและความรู้สึกไม่แน่นอนทั้งในสตรีที่ตั้งครรภ์และครอบครัว
 (Gupton, Heaman & Ashcroft, 1997) ซึ่งเป็นปัจจัยที่สำคัญที่ทำให้การปรับบทบาทการเป็นมารดา
 ไม่ประสบความสำเร็จ เกิดปัญหาสายสัมพันธ์ของมารดาและทารกในครรภ์ ทำให้มีการปฏิบัติ
 พัฒนากิจการเป็นมารดาไม่เหมาะสม (Johnson, 2001; Mackay, William, & Tiller, 2000) ส่งผลให้
 เกิดผลลัพธ์ของการคลอดไม่ดี ซึ่งพบว่าหญิงตั้งครรภ์มีระดับความวิตกกังวลสูงจะทำให้ร่างกายมี
 การหลั่งฮอร์โมนคอร์ติซอลมากขึ้น ซึ่งจะส่งผลต่อการเจริญเติบโตของสมองและพัฒนาการ
 ทางด้านสติปัญญาของทารกในครรภ์รวมทั้งพัฒนาการของทารกหลังคลอดและปัญหาพฤติกรรมใน
 วัยรุ่นตอนต้น (Bitran et al., 1991; Field et al., 2006; Robinson et al., 2009) คลอดก่อนกำหนด
 (Wadhwa et al., 1993) และมีภาวะเสี่ยงที่จะมีปัญหาโรคหัวใจและหลอดเลือดในอนาคต (Anderson,
 2006: 277)

ผลกระทบต่อทารกในครรภ์

ภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์ส่งผลกระทบต่อทารกดังต่อไปนี้ (Gilbert
 & Harmon, 2003; วัจมีย สุขวนวัฒน์, 2551: 115)

1. มีการเจริญเติบโตช้าในครรภ์ เป็นผลสืบเนื่องจากพยาธิสภาพของหลอดเลือดที่มา
 เลี้ยงบริเวณรก ทำให้ทารกในครรภ์ได้รับอาหารไม่เพียงพอ

2. เกิดก่อนกำหนด โดยพยาธิสภาพของความดันโลหิตสูง ทำให้เกิดการลอกตัวของ
 รกก่อนกำหนด หรือต้องยุติการตั้งครรภ์เพื่อทำการรักษา ทำให้มีการคลอดทารกที่มีอายุครรภ์น้อย
 กว่า 37 สัปดาห์ เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนในระบบทางเดินหายใจและการตายของทารก
 แรกเกิด

3. ตายในระยะแรกเกิด เนื่องจากภาวะของทารกในครรภ์ที่ได้รับออกซิเจนและอาหารไม่เพียงพอ มักทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนและความผิดปกติเช่น การไหลของเลือดในหัวใจล้มเหลว (patent ductus arteriosus) เกิดภาวะพร่องออกซิเจน(hypoxia) ระบบการหายใจล้มเหลว(respiratory distress syndrome) และมีภาวะเลือดออกในสมอง(intraventricular hemorrhage) โดยเฉพาะทารกที่มีอายุครรภ์น้อยมาก ๆ

4. ทารกตายในครรภ์เฉียบพลัน มักพบในหญิงตั้งครรภ์ที่ควบคุมอาการของโรคไม่ได้ โดยเฉพาะรายที่มีภาวะชักหรือความดันโลหิตสูงเรื้อรัง

ปัจจุบันการทำให้สิ้นสุดการตั้งครรภ์เป็นวิธีการที่ดีที่สุด ที่จะบรรเทาหรือรักษาภาวะนี้ให้หายได้(เจสฎา ถิ่นคำรพและภิสก ลุมพิกานนท์, 2550: 57) แต่ในบางครั้งอาจยังจำเป็นที่จะต้องประคับประคองการตั้งครรภ์นั้นไว้ เพื่อให้โอกาสแก่ทารกในครรภ์ ที่อาจจะมีชีวิตอยู่ได้หลังคลอด เพราะถึงแม้ภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์ไม่สามารถที่จะป้องกันได้ แต่เมื่อเกิดขึ้นแล้วเราสามารถที่จะดูแลควบคุมไม่ให้เกิดการดำเนินของโรครุนแรงมากขึ้น โดยการรักษาและป้องกันที่ดีที่สุดก็คือ การเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล เพื่อควบคุมอาการของโรคและให้การดูแลรักษาที่เหมาะสม แต่ปัจจุบันมีรายงานวิจัยที่บอกชัดเจนว่า การดูแลหญิงตั้งครรภ์กลุ่มนี้แบบผู้ป่วยนอกก็ได้ผลลัพธ์ที่ไม่แตกต่างกัน (Sibai, Gonzalez, Mabie, & Moretti, 1987; Sibai, Barton, Akl, Saringlu & Mercer, 1992) แต่ต้องอยู่ในข้อแม้ที่ว่า ต้องอยู่ภายใต้การดูแลของบุคลากรทางการแพทย์และการดูแลเอาใจใส่ตนเองอย่างเคร่งครัดของหญิงตั้งครรภ์ หลายฝ่ายจึงเชื่อว่าการดูแลเอาใจใส่ตนเอง การมาฝากครรภ์ตั้งแต่เมื่อเริ่มรู้ว่าตั้งครรภ์ เป็นสิ่งที่สำคัญที่สุดที่สนับสนุนแนวความคิดนี้ เพราะจะช่วยให้แพทย์วินิจฉัยโรคได้เร็วขึ้น และสามารถวางแผนให้การดูแลรักษาได้อย่างเหมาะสม ดังนั้นหญิงตั้งครรภ์จึงเป็นบุคคลที่สำคัญที่สุด ที่จะต้องตระหนักที่จะทำการปรับปรุงกิจวัตรประจำวันหรือจัดสิ่งแวดล้อมของตนให้สอดคล้องกับสภาพของโรคและแผนการรักษา ซึ่งเชื่อว่าถ้าสามารถปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ตามคำแนะนำของบุคลากรทางการแพทย์ด้วยตนเองอย่างสม่ำเสมอแล้ว ก็สามารถที่จะควบคุมไม่ให้ภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์มีอาการรุนแรงมากขึ้น และส่งผลช่วยลดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ทั้งต่อมารดาและทารกได้เป็นอย่างมาก

จากการศึกษาพบว่า ผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์และมีอาการรุนแรงถึงขั้นภาวะชักนั้น มักเป็นบุคคลที่ขาดการดูแลเอาใจใส่ตนเอง (กนกวรรณ ตั้งวุฒิกกร, 2530: 56; Porapukkham, 1979: 27;) ซึ่งการดูแลเอาใจใส่ตนเองเป็นพฤติกรรมที่บุคคลต้องปฏิบัติด้วยตนเอง ไม่มีใครสามารถคิดแทนปฏิบัติแทนกันได้ เพราะถ้าบุคคลใดต้องการคุณภาพชีวิตที่ดี หนีห่างจากโรคภัยไข้เจ็บ ก็จำเป็นต้องรู้คิดที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมบางอย่างที่ตนเองเคยปฏิบัติอยู่

ให้เป็นพฤติกรรมที่เอื้อต่อการดูแลสุขภาพพยาบาล แต่เราก็คงทราบว่าการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมใด พฤติกรรมหนึ่งนั้นเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นค่อนข้างยาก เนื่องจากเป็นพฤติกรรมความเคยชิน ที่สั่งสมมาจนเป็นนิสัย การปรับตัวจึงต้องเป็นการปรับในระดับจิตสำนึก คือมีการวางจิตและกำหนดการรับรู้ให้สอดคล้องกับความเป็นจริงที่เกิดขึ้น ดังนั้นจึงต้องอาศัยปัจจัยหลาย ๆ อย่างร่วมกัน เพื่อกระตุ้นให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในส่วนบุคคล และช่วยให้พฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงนั้นคงอยู่อย่างต่อเนื่องจนเป็นวิถีชีวิต บุคลิกภาพ และอุปนิสัย การศึกษาแนวความคิดในเรื่องการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมจึงเป็นสิ่งจำเป็นที่จะช่วยให้เข้าใจพฤติกรรมของบุคคล และนำหลักดังกล่าวมาช่วยในการวางแผนส่งเสริมให้บุคคลเกิดการเปลี่ยนแปลงจากพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ ไปเป็นพฤติกรรมที่มีผลดีต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตของทั้งตนเองและบุคคลอื่นในสังคม

แนวคิดเกี่ยวกับการปฏิบัติตนที่สอดคล้องกับแผนการรักษาพยาบาล

การปฏิบัติตนที่สอดคล้องกับแผนการรักษาของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์ เป็นพฤติกรรมทางสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ทั้งพฤติกรรมภายนอก(overt behavior) และพฤติกรรมภายใน(covert behavior) ซึ่งพฤติกรรมภายนอกได้แก่ การปฏิบัติที่สามารถสังเกตและมองเห็นได้ ส่วนพฤติกรรมภายใน ได้แก่องค์ประกอบทางจิตวิทยา (psychological factors) ซึ่งมีความคิด ความเชื่อ การรับรู้ แรงจูงใจ ค่านิยม ทัศนคติ และความคาดหวัง โดยทางพฤติกรรมศาสตร์เชื่อว่า องค์ประกอบเหล่านี้มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล

การปฏิบัติตนที่สอดคล้องกับแผนการรักษาพยาบาลมีความสำคัญเป็นอย่างมากในแง่ของการติดตามกระบวนการดูแลสุขภาพและช่วยในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอันตราย จากการศึกษาอย่างกว้างขวางในผู้ที่เสียชีวิตจากสาเหตุที่เกี่ยวข้องกับภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์ พบว่าสาเหตุการตายหรือทุพพลภาพของมารดาและทารกเกี่ยวข้องโดยตรงกับความรุนแรงของโรคในระยะต่าง ๆ ดังนั้นการป้องกันไม่ให้ความรุนแรงของโรคมารู้นั้น จึงน่าจะช่วยลดอัตราการตายของมารดาและทารกได้ ซึ่งการป้องกันความรุนแรงของโรคนั้น อาจทำได้โดยการแก้ไขความผิดปกติทางพยาธิวิทยา ความไม่สมดุลทางชีวเคมีและการปรับสารอาหารที่ขาดหรือเกิน ซึ่งในการกระทำเช่นนี้สามารถทำได้ทั้งในโรงพยาบาลและการดูแลด้วยตนเองที่บ้าน แต่เนื่องจากในสถานการณ์ในประเทศไทยที่มีผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมากและผู้ป่วยที่เป็นความดันโลหิตสูงส่วนใหญ่มีอัตราการครองเตียงนาน ทำให้การดูแลในโรงพยาบาลนั้นไม่เหมาะสมในบริบทของสถานพยาบาลในเมืองไทย ในปัจจุบันแพทย์จึงมักแนะนำให้หญิงตั้งครรภ์ดูแลตนเองที่บ้าน เพราะเชื่อว่าผลลัพธ์ของการดูแลสุขภาพไม่ต่างกันมากนัก แต่แพทย์จะต้องทำการ

ตรวจวินิจฉัยและเลือกผู้ป่วยอย่างรอบคอบ ผู้ป่วยที่เหมาะสมจะรักษาแบบนี้ได้แก่ผู้ที่ไม่มีอาการและอาการแสดงว่าโรคจะรุนแรงมากขึ้น และตรวจสุขภาพของทารกในครรภ์อยู่ในเกณฑ์ปกติ ดังนั้นจึงจำเป็นที่หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์จะต้องมีการปฏิบัติตัวเพื่อให้สอดคล้องกับแนวทางการรักษาพยาบาลเพื่อป้องกันควบคุมไม่ให้เกิดการดำเนินโรครุนแรงมากขึ้น ซึ่งพฤติกรรมที่หญิงตั้งครรภ์จะต้องปฏิบัติมีดังนี้

1. การพักผ่อนและการทำกิจกรรม บุคคลที่ทำกิจกรรมหรือการเคลื่อนไหวของร่างกายจะมีความดันโลหิตซิสโตลิกสูงกว่าคนที่พักผ่อน(เจสฎา ถิ่นคำรพและภิเศก ลุมพิกานนท์, 2550: 60) การพักผ่อนจึงเป็นวิธีที่ได้ผลดีที่สุดในการควบคุมความดันโลหิต แต่อย่างไรก็ตามจากการศึกษาระหว่างการให้นอนพักอย่างสมบูรณ์กับการมีกิจกรรมตามปกติ พบว่าการให้พักผ่อนอย่างเข้มงวดไม่ช่วยในการลดภาวะความดันโลหิตสูง แต่การให้พักผ่อนและมีกิจกรรมบ้าง กลับมีผลควบคุมความดันโลหิตดีกว่า(Meher, Abalos & Carroli, 2005; Pillitteri, 2007: 426) เพราะช่วยให้การไหลเวียนของเลือดมาเลี้ยงมดลูกและรกเพิ่มขึ้น มีผลทำให้ความดันโลหิตลดลง (Gilbert & Harmon, 2003: 389) การพักผ่อนที่ดีที่สุดคือ การนอนในท่านอนตะแคงซ้าย (Corbett, 2006: 726; Pillitteri, 2007: 427) หญิงตั้งครรภ์ควรใช้เวลาส่วนใหญ่ในการนอนพัก (Mc Laren, 1994: 83) โดยกลางคืนควรนอนอย่างน้อยที่สุด 8 ชั่วโมง ส่วนในเวลากลางวันควรมีเวลานั่งหรือนอนพักวันละ 1-2 ชั่วโมง (Pillitteri, 2007: 427) และควรเป็นช่วงเวลาตอนบ่าย 1 ชั่วโมง ถ้าผล roll over test positive การนอนพักควรนานขึ้น แม้ว่าจะไม่มีอาการก็ตาม(เทียมสร ทองสวัสดิ์, 2548: 41) การนอนตะแคงซ้ายจะทำให้มดลูกไม่ไปกดเส้นเลือดดำใหญ่และเส้นเลือดที่ไปเลี้ยงไต มีผลทำให้เลือดไหลเวียนกลับเข้าสู่หัวใจดีขึ้น การสูบน้ำนมไปเลี้ยงอวัยวะต่าง ๆ เช่น มดลูก ไต ได้มากขึ้น ซึ่งทำให้ระดับความดันโลหิตลดลงได้ โดยพบว่าปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจในแต่ละนาทีนั้นจะมีค่าสูงสุดในท่านอนตะแคง ส่วนท่านอนหงายจะทำให้เลือดออกจากหัวใจน้อยที่สุด เพราะการนอนหงายจะทำให้มดลูกที่มีน้ำหนักมากไปกดเส้นเลือดดำใหญ่ ทำให้การไหลเวียนเลือดไปเลี้ยงอวัยวะต่าง ๆ โดยเฉพาะไตลดลง อัตราการกรองผ่านกรวยไตก็จะลดลงด้วย ส่งผลให้เกิดปฏิกิริยาของเรนินสูงขึ้น ความดันโลหิตในท่านอนหงายจึงสูงกว่าท่านอนตะแคง ดังนั้นควรทำกิจกรรมต่าง ๆ ลดลงเพื่อให้พักผ่อนได้มากขึ้น หรืออาจการหาความเพลิดเพลิน เช่น ดูโทรทัศน์ อ่านหนังสือ ทำกิจกรรมที่ชอบและสามารถนอนทำได้โดยไม่ต้องออกแรงมาก การบริหารร่างกายง่าย ๆ อย่างเช่น การเดิน การยกแขนยกขา จะช่วยให้กล้ามเนื้อมีความตึงตัวดี เลือดไหลเวียนดีขึ้น ส่งเสริมการขับถ่ายให้เป็นปกติและช่วยให้รู้สึกสดชื่นแจ่มใสขึ้น(เทียมสร ทองสวัสดิ์, 2548: 42; Corbett, 2006: 726-727) ส่วนในเรื่องการพักผ่อนหรือการจำกัดกิจกรรมบางอย่าง สิ่งที่พยาบาลควรคำนึงถึงคือ การจัดสิ่งแวดล้อมที่บ้านให้เหมาะสมสำหรับการพักผ่อน ความเข้าใจของสามีและ

ญาติพี่น้องที่พักอาศัยอยู่ในบ้านเดียวกัน หญิงมีครรภ์หลายคนมีครอบครัวเป็นครอบครัวขยาย อาจอาศัยอยู่กับบิดามารดาครอบครัวตนเอง หรืออาจอาศัยอยู่กับบิดามารดาของครอบครัวสามี เมื่อได้รับคำแนะนำแล้วอาจไม่กล้าปฏิบัติตาม เพราะเกรงว่าจะถูกตำหนิจากสามีและครอบครัวของสามีว่าเกียจคร้าน พยาบาลจำเป็นต้องอธิบายให้สามีและญาติที่มากับหญิงตั้งครรภ์เข้าใจ เพื่อช่วยสนับสนุนให้หญิงตั้งครรภ์สามารถปฏิบัติตามคำแนะนำได้(เทียมสร ทองสวัสดิ์, 2548: 41; Corbett, 2006: 726; Pillitteri, 2007: 427) เพราะการพักผ่อนมีความสัมพันธ์กับความเครียดอย่างมาก มีผลต่อการเพิ่มขึ้นของความดันโลหิต และก่อให้เกิดอาการชักในผู้ที่มีภาวะพรีอีคลัมปีเซียชนิดรุนแรง(Pillitteri, 2007: 430)

2. การรับประทานอาหารและยา อาหารมีความสำคัญอย่างยิ่งในระยะตั้งครรภ์ ในรายที่มีความผิดปกติ อาหารจะมีบทบาทสำคัญมากขึ้น หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง เนื่องจากการตั้งครรภ์ ควรเน้นความสมดุลของอาหารประเภทโปรตีนและแคลเซียม และควรได้รับอาหารที่มีคุณภาพครบหมู่ในปริมาณที่เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย เพื่อช่วยบำรุงร่างกายเพิ่มปริมาณเลือดในหลอดเลือด เพิ่มขนาดของมดลูก เต้านมและรก ช่วยสังเคราะห์โปรตีนในทารกเพื่อช่วยในการเจริญเติบโตและช่วยป้องกันและลดอันตรายจากภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ อาหารที่หญิงตั้งครรภ์ควรได้รับอย่างเพียงพอทั้งปริมาณและคุณภาพมีดังนี้

2.1 โปรตีน ควรได้รับเพิ่มมากกว่าหญิงตั้งครรภ์ปกติ เนื่องจากการสูญเสียโปรตีนออกทางปัสสาวะ อาหารโปรตีนเช่น เนื้อสัตว์ต่างๆ ไข่ นม ถั่ว จะช่วยเพิ่มพลาสมาโปรตีนในเลือด และเพิ่มแรงดันของสมมูลน้ำในร่างกาย ทำให้ปริมาณน้ำในระบบไหลเวียนอยู่ในระดับปกติและป้องกันอาการบวม (Gilbert & Harmon, 1993: 377; Pillitteri, 2007: 430) หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะนี้ควรได้รับโปรตีนในปริมาณมากกว่า 60-70 กรัม(Pillitteri, 2007: 430) ขึ้นไปในแต่ละวัน อย่างเช่น เนื้ออกไก่ 1 ข้างหนักประมาณ 120 กรัม จะให้โปรตีน 26.8 กรัม นอกจากเนื้อสัตว์แล้วยังมีอาหารที่ให้คุณค่าทางโปรตีน เช่น ถั่วเหลือง 100 กรัมจะให้โปรตีน 40 กรัม ถั่วชนิดอื่นๆ ให้โปรตีนใกล้เคียงกับปลาและไก่ หญิงตั้งครรภ์ควรรับประทานไข่ 1 ฟองทุกวัน โดยอาจปรุงเป็นกับข้าวหรือขนมหวาน ไข่ 1 ฟองให้โปรตีน 6 กรัม ควรดื่มนมวันละ 1-2 แก้ว (นมสด 1 แก้วมีปริมาณ 240 มิลลิลิตร) ให้โปรตีน 9 กรัม นำนมถั่วเหลือง 1 แก้ว (ปริมาณ 240 มิลลิลิตร) จะให้โปรตีน 6 กรัม ซึ่งใกล้เคียงกับนมสด

จากการศึกษาในประเทศอินเดีย แม้จะพบว่า การขาดโปรตีนหรือแคลอรีไม่สัมพันธ์กับภาวะนี้ (Chaudhuri, 1970: 33-37) อย่างไรก็ตามยังมีข้อมูลที่เชื่อถือได้ว่าหากหญิงตั้งครรภ์ได้รับโปรตีนอย่างเพียงพอ จะไม่เกิดภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์ โดยมีรายงานอุบัติการณ์การเกิดภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์ต่ำในกลุ่มประชากรที่มีเศรษฐกิจดี

ซึ่งจะสัมพันธ์กับการได้รับสารอาหารโปรตีนด้วย ดังนั้นโปรตีนจึงน่าจะเป็นสารอาหารที่สำคัญที่มีผลต่อการเกิดโรคดังกล่าวด้วย จากการศึกษาของบริวเวอร์ (Brewer, 1974 cited in Newman & Fullerton, 1990: 283) พบว่าหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับสารอาหารประเภทโปรตีนไม่เพียงพอจะเกิดภาวะความดันโลหิตสูง ตรงข้ามกับผู้ที่ได้รับโปรตีนสูงมักจะไม่มีเกิดภาวะนี้

2.2 คาร์โบไฮเดรต ได้แก่ อาหารประเภท ข้าว ถั่วเขียว ขนุนจีน น้ำตาล เผือก มัน หรือ อาหารที่ทำมาจากแป้งทุกชนิด อาหารประเภทนี้เป็นอาหารที่เพิ่มน้ำหนักมาก ไม่จำเป็นต้องรับประทานอาหารประเภทนี้เพิ่มขึ้นจากปกติ (Corbett, 2006: 733) จึงควรรับประทานไม่เกิน 1 ถ้วยหรือ 1 จานต่อมื้อ

2.3 ไขมัน ซึ่งได้แก่ น้ำมันพืช น้ำมันสัตว์ เป็นอาหารที่ไม่จำเป็นต้องรับประทานเพิ่ม และไม่ควรรับประทานอาหารจากไขมันสัตว์ เพราะมีโคเลสเตอรอลสูง แต่ควรรับประทานไขมันที่ได้จากพืช เพราะมีกรดไขมันไม่อิ่มตัว ซึ่งมีผลช่วยลดประสิทธิภาพของสารทรอมบอเจน และมีส่วนในการสร้างและเสริมประสิทธิภาพของสารพอสตาแกแลนดิน ซึ่งมีฤทธิ์ขยายหลอดเลือดและช่วยป้องกันการแข็งตัวของเลือด และยังจะช่วยลดไตรกลีเซอไรด์ (triglyceride) โคเลสเตอรอล (cholesterol) และสารจับตัวของเกล็ดเลือด มีการศึกษาของแวนและคณะ ที่อธิบายความสัมพันธ์ระหว่างระดับของกรดไขมันไม่อิ่มตัวในพลาสมากับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้หญิง ว่าไม่พบความแตกต่างของระดับกรดไขมันไม่อิ่มตัวในกลุ่มผู้หญิงที่ไม่ได้ตั้งครรภ์และหญิงตั้งครรภ์ปกติ แต่ในผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงจากการตั้งครรภ์ มีระดับกรดไขมันไม่อิ่มตัวลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Wang, Kay & Killam, 1991) ดังนั้นจึงมีการทดลองนำน้ำมันตับปลา ซึ่งเชื่อว่ามีระดับกรดไขมันไม่อิ่มตัวชนิดเอนสาม (n-3 fatty acid) มาใช้ในหญิงตั้งครรภ์เพื่อป้องกันภาวะความดันโลหิตสูงในหญิงตั้งครรภ์เป็นครั้งแรกที่ประเทศอังกฤษ ซึ่งพบว่าสามารถป้องกันการเกิดภาวะนี้ได้ในกลุ่มมารดาที่มีความเสี่ยงสูง และมีการศึกษาย้อนหลังในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะนี้ที่ประเทศแคนาดา พบความสัมพันธ์ทางลบระหว่างภาวะความดันโลหิตสูงระหว่างตั้งครรภ์กับการได้รับสารอาหารประเภทไขมันสูง (Morris, 2000: 36-37) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของนิวแมนและฟูลตัน ที่ได้แนะนำว่าหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงควรรับประทานไขมันที่มีกรดไขมันไม่อิ่มตัววันละ 2.5-3 ช้อนโต๊ะ (Newman & Fullerton, 1990)

2.4 วิตามินและแร่ธาตุ ควรรับประทานรับประทานผักเพิ่มขึ้นกว่าปกติอย่างน้อย 1 เท่า ผักและผลไม้มีวิตามินที่มีบทบาทเป็นสารต่อต้านอนุมูลอิสระ และเชื่อว่าสารอนุมูลอิสระนั้นมีผลต่อการทำลายเซลล์ผนังหลอดเลือด ซึ่งเป็นเหตุหนึ่งของการเกิดความดันโลหิตสูง โดยมีการศึกษาพบว่าผู้ที่เกิดความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์ชนิดไม่รุนแรงมีกรดวิตามินซีในระดับต่ำ และผู้หญิงที่เป็นภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์ชนิดรุนแรงจะ

มีสารเบต้า-แคโรทีน(β -carotene)และแอลฟาโทเฟอรอล(α -tocopherol)ในระดับต่ำ(Mikhail, Anyaegbunam, GarfinKel, Palan, Basu, & Romney, 1994: 155) ในผักใบเขียว เช่น ผักคะน้า ผักตำลึง ผักบุ้ง และผักสีเหลืองส้ม เช่น ฟักทอง มะเขือเทศ ผักต่าง ๆ เหล่านี้จะมีวิตามิน เอ อี บี2 ธาตุเหล็ก แคลเซียม และกรดโฟลิก ซึ่งเป็นสารต่อต้านอนุมูลอิสระ จำเป็นสำหรับสร้างเม็ดเลือดแดงและการเจริญเติบโตของกระดูก (Pillitteri, 2007: 430) จึงควรรับประทานผักหลาย ๆ ชนิดทุกมื้อ ไม่น้อยกว่าวันละ 2-3 ถ้วย นอกจากนี้ควรรับประทานผลไม้ ที่เป็นแหล่งของวิตามินและแร่ธาตุที่ร่างกายต้องการ เช่น ส้มอย่างน้อยวันละ 1 ผล และผลไม้อื่น ๆ อาจเป็นสับปะรด มะละกอ กัลย ในปริมาณเล็กน้อย การให้แคลเซียมเสริมระหว่างตั้งครรภ์ ช่วยลดความเสี่ยงต่อการเกิดความดันโลหิตสูงทั้งในสตรีตั้งครรภ์ทั่วไปและสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงสูง มีข้อมูลบ่งชี้ว่าสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง มีระดับสารต่อต้านอนุมูลอิสระลดลงทั้งในมารดาและทารก ซึ่งอาจเกิดจากการไหลเวียนของเลือดที่ยังไม่ดีพอ ทำให้มีการปล่อยโมเลกุลของออกซิเจนและอนุมูลอิสระมากขึ้น ร่วมกับมีขบวนการอักเสบแล้วทำให้มีการทำลายเซลล์ผนังหลอดเลือดชั้นใน ทำให้เกิดภาวะความดันโลหิตสูงตามมา(Rumbold, Duley, Crowther & Haslam, 2005)

ถึงแม้จะยังไม่มีหลักฐานอ้างอิงที่มากพอที่จะยืนยันถึงความจำเป็นในการรับประทานเกลือแร่ต่าง ๆ ว่ามีผลในการป้องกันภาวะความดันโลหิตสูงได้จริงหรือไม่(Morris, 2000: 38-39) แต่หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์ก็ควรได้รับเกลือแร่ต่าง ๆ ตามความต้องการปกติของร่างกาย โดยเฉพาะประเภทั่ว เต้าหู้ เมล็ดทานตะวัน ผักสีเขียวจัด ขนบปิ้ง เป็นต้น ซึ่งมีบทบาทสำคัญทำให้กล้ามเนื้อเรียบของหัวใจ เส้นเลือด มดลูกคลายตัว ซึ่งเชื่อว่าจะป้องกันการเกิดภาวะความดันโลหิตสูงได้ (Gilbert & Harmon, 1993: 377)โดยหญิงตั้งครรภ์ต้องการเกลือแร่อย่างต่ำวันละ 300 มิลลิกรัมและควรได้รับแคลเซียมวันละ 1,200 มิลลิกรัม ซึ่งมีมากในนม และผลิตภัณฑ์จากนม เช่นโยเกิร์ต ชีส คัสตาร์ด หรืออาหารประเภทั่ว เต้าหู้ ปลาเล็กปลาน้อย ผักสีเขียว ซึ่งสารอาหารเหล่านี้มีบทบาทในการเสริมสร้างกระดูก ลดการหดตัวของหลอดเลือด (Atallah, Hofmey & Duley: 2002; Gilbert & Harmon, 1993: 377) โซเดียมมีความสำคัญ เพราะช่วยรักษาสมดุลของปริมาณเลือด และเพื่อการแลกเปลี่ยนสารอาหารและออกซิเจนที่รอกให้เป็นไปอย่างปกติและป้องกันเลือดข้น จึงไม่จำเป็นต้องจำกัดโซเดียม(Corbett, 2006: 727) เพราะจากการศึกษาเปรียบเทียบกลุ่มที่แนะนำให้ลดเกลือในอาหารกับกลุ่มควบคุม พบว่าการเกิดภาวะความดันโลหิตสูงไม่มีความแตกต่างกัน(Duley, Henderson-Smart & Meher, 2005) ควรได้รับในปริมาณปกติคือวันละ 2-4 กรัม ถ้าได้รับไม่เพียงพอจะทำให้ปริมาณพลาสมาลดลง ทำให้เลือดข้นขึ้น มีผลให้อัตราการแลกเปลี่ยนออกซิเจนของมารดาและทารกลดลง

2.5 น้ำ ไม่จำเป็นต้องจำกัดน้ำดื่ม ควรดื่มน้ำอย่างเพียงพออย่างน้อย 6-8 แก้วต่อวัน (Corbett, 2006: 728; Pillitteri, 2007: 428) เพื่อชดเชยความต้องการน้ำที่เพิ่มขึ้น เช่น การสร้างน้ำคร่ำ และความต้องการของทารก รวมทั้งช่วยลดภาวะเลือดข้นจากการดื่มน้ำออกสู่เนื้อเยื่อบริเวณรอบ ๆ เส้นเลือด

2.6 การรับประทานยา หญิงตั้งครรภ์จะได้รับยาบำรุงโลหิตและวิตามินตามปกติเพื่อช่วยให้ทารกแข็งแรงสมบูรณ์ ตลอดจนบำรุงเลี้ยงร่างกายของมารดา และในบางรายอาจได้รับยานอนหลับร่วมด้วย เพื่อช่วยให้หญิงตั้งครรภ์ได้รับการพักผ่อนอย่างเต็มที่ ซึ่งการพักผ่อนจะมีผลต่อการลดความดันโลหิตลงได้ การรับประทานยาควรรับประทานให้ตรงตามชนิดจำนวน และเวลาที่กำหนดอย่างสม่ำเสมอทุกวัน เมื่อเกิดอาการผิดปกติใด ๆ แม้เพียงเล็กน้อย เช่น เป็นไข้ ท้องเสีย ไม่ควรซื้อยารับประทานเอง เพราะยาบางชนิดอาจมีผลข้างเคียงที่เป็นอันตรายต่อทารกในครรภ์ได้เช่นอาจเกิดความพิการหรือเสียชีวิตได้ ควรรับประทานเฉพาะยาที่แพทย์สั่งเท่านั้น เมื่อยาหมดควรแจ้งให้แพทย์ที่ทำการรักษาทราบ เพื่อจะได้พิจารณาสั่งการรักษาเพิ่มเติมหรือปรับลดหรือหยุดการรักษาได้อย่างถูกต้อง

3. การสังเกตอาการผิดปกติ การหมั่นเฝ้าระวังอาการผิดปกติต่าง ๆ เป็นสิ่งที่จำเป็นมาก เพราะช่วยในการวินิจฉัยภาวะความดันโลหิตสูงได้เร็วขึ้น และสามารถป้องกันความรุนแรงที่อาจเกิดขึ้นกับหญิงตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ได้ หญิงตั้งครรภ์จะต้องทราบอาการผิดปกติและรีบมาพบแพทย์เพื่อรายงานอาการของตน เช่น อาการบวม แม้ได้นอนพักแล้วอาการก็ไม่ทุเลา (Fenwick, 1995: 42) อาการบวมที่มีมือและหน้าเป็นข้อบ่งชี้สำคัญถึงภาวะพรีอีคลัมปีเซียระดับรุนแรง(Corbett, 2006: 718) อาการบวมสามารถสังเกตได้โดยการใช้นิ้วมือกดบริเวณดังกล่าว จะพบว่ามียารอยบุ๋มยุบลงไปหรือสังเกตการบวมหลังตื่นนอนตอนเช้า หรือจากความรู้สึกว่าแหวนคับ รองเท้าคับ หรือมีน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว คือเพิ่มมากกว่า 1 กิโลกรัมต่อสัปดาห์ อาการที่จะบ่งชี้ความรุนแรงคือโปรตีนในปัสสาวะและระดับความดันโลหิต ซึ่งเป็นการตรวจที่เฉพาะทางคลินิก แต่ในปัจจุบันการสอนให้หญิงตั้งครรภ์ตรวจโปรตีนในปัสสาวะด้วยแผ่นทดสอบเทียบส์ และวัดความดันโลหิตเองที่บ้าน (วิบูลย์พรรณ จิตะฉิลก และ มนศักดิ์ ชูโชติรส, 2551: 85) กำลังได้รับความสนใจ ในหญิงตั้งครรภ์ปกติอาจตรวจพบโปรตีนในปัสสาวะได้ แต่ต้องไม่เกิน 1 บวก รวมทั้งความดันโลหิตที่เพิ่มมากขึ้น ร่วมกับอาการปวดศีรษะ ตาพร่ามัว จุกแน่นลิ้นปี่ เป็นอาการสำคัญที่หญิงตั้งครรภ์ต้องรีบมาพบแพทย์ นอกจากนี้ควรเอาใจใส่การเดินของทารกในครรภ์ด้วย โดยปกติทารกในครรภ์ไม่ควรเดินน้อยกว่า 3-4 ครั้งใน 1 ชั่วโมง หรือไม่น้อยกว่า 10-12 ครั้งใน 12 ชั่วโมง ควรสังเกตในช่วงหลังการรับประทานอาหารแต่ละมื้อ ถ้าทารกเดินน้อยแสดงว่าทารกอยู่ในภาวะอันตราย ซึ่งควรมาพบแพทย์ทันที การสังเกตอาการผิดปกติอื่น ๆ เช่น มีเลือดออกทาง

ช่องคลอด ซึ่งอาจจะบ่งบอกว่ามีภาวะรกลอกตัวก่อนกำหนด การเจ็บครรภ์ มดลูกมีการหดตัว ในอายุครรภ์ที่ยังไม่ครบกำหนดคลอด การมีน้ำไหลออกจากช่องทางคลอด แสดงว่ามีการรั่วหรือแตกของถุงน้ำคร่ำ ซึ่งอาจทำให้ทารกคลอดก่อนกำหนด หรือติดเชื้อในโพรงมดลูก อาการเหล่านี้ล้วนเป็นอาการที่หญิงตั้งครรภ์ต้องรีบมาพบแพทย์ก่อนกำหนดนัด เพราะการรักษาตั้งแต่เริ่มอาการ และการรักษาที่ถูกต้อง จะสามารถป้องกันความรุนแรงของโรค สามารถติดตามผลความก้าวหน้าของโรคและการรักษาได้ และช่วยทำให้อัตราตายของมารดาและทารกอยู่ในเกณฑ์ต่ำ (Gilbert & Harmon, 1993: 393)

4. การมาตรวจตามนัด นับเป็นสิ่งที่สำคัญอย่างยิ่ง เนื่องจากการมาตรวจตามนัด แพทย์จะสามารถค้นพบอาการระยะแรกของภาวะความดันโลหิตสูง ทำให้ง่ายต่อการดูแลรักษา ผู้ที่มาฝากครรภ์อย่างสม่ำเสมอตามแพทย์นัด จะเกิดภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์น้อยกว่า ซึ่งจะเห็นว่าสอดคล้องกับการศึกษาของสาโรจน์ ปรปักษ์ขาม (Porapakham, 1979: 27) ที่พบว่าร้อยละ 90 ของหญิงตั้งครรภ์ที่เกิดภาวะชักเป็นผลมาจากการไม่มาฝากครรภ์ การมาฝากครรภ์ตามนัดนั้นสามารถช่วยลดความรุนแรงของโรคได้ และสามารถติดตามภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น รวมทั้งการปรับเปลี่ยนการรักษาได้ทันตามสภาวะโรค นอกจากนี้หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์ยังมีโอกาสชักถามปัญหาเกี่ยวกับตนเอง และรับคำแนะนำที่เป็นประโยชน์กับสภาวะโรคและการปฏิบัติตนจากแพทย์และพยาบาล

การปฏิบัติตนดังกล่าวข้างต้นเป็นสิ่งที่จำเป็นอย่างมากที่จะช่วยควบคุมและป้องกันโรคไม่ให้มีระดับความรุนแรงเพิ่มขึ้น การให้การรักษาจากแพทย์และพยาบาลเพียงอย่างเดียว ไม่อาจที่จะบรรลุเป้าหมายที่ดีของการรักษาได้ ดังนั้นในฐานะบุคลากรทางด้านสุขภาพ การตระหนักถึงความสำคัญและส่งเสริมให้หญิงตั้งครรภ์สามารถปฏิบัติพฤติกรรมดูแลตนเองให้สอดคล้องกับแผนการรักษาพยาบาลและคงพฤติกรรมไว้อย่างต่อเนื่องเป็นสิ่งสำคัญ ปัจจุบันเชื่อว่าการปรับเปลี่ยนกลยุทธ์การให้คำแนะนำ และให้ความรู้โดยใช้การกระตุ้นให้หญิงตั้งครรภ์เชื่อว่าตนเองมีความสามารถที่จะปฏิบัติตามกิจกรรมเพื่อป้องกันความรุนแรงของโรคเหล่านั้นได้เป็นสิ่งที่เป็น ในงานด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพจึงมีการนำแนวคิดเรื่องการรับรู้สมรรถนะแห่งตนมาใช้ในการส่งเสริมสุขภาพอย่างแพร่หลายในผู้ป่วยหลาย ๆ กลุ่มโรค เพราะมีความเชื่อมั่นว่าปัจจัยทางด้านจิตวิทยานี้จะเป็นตัวเชื่อมที่สำคัญระหว่างความรู้หรือคำแนะนำที่ได้รับจากบุคลากรทางการแพทย์และการปฏิบัติตามกิจกรรมการดูแลตนเองเพื่อให้สอดคล้องกับคำแนะนำเหล่านั้น

ถึงแม้จะมีการนำแนวคิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนมาใช้อย่างแพร่หลายในทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ แต่จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่า มีการศึกษาจำนวนน้อยมากที่นำแนวคิดดังกล่าวมาใช้กับหญิงตั้งครรภ์ โดยส่วนใหญ่เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย อย่างเช่น โลวี

กล่าวว่าในหญิงตั้งครรภ์ ที่สามารถเผชิญความเจ็บปวดในการคลอดได้ดีนั้น จะต้องมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในระดับสูง(Lowe, 1991) ซึ่งสอดคล้องกับ บุญทรัพย์ โสโสม (2537) ที่พบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีความสัมพันธ์ระดับสูงกับการคลอดเองทางช่องคลอด และพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอด และฉันทิชา คำปาละ(2546) ที่ศึกษาพบว่า การเตรียมการคลอดตามรูปแบบที่กำหนด มีประสิทธิภาพในการเพิ่มสมรรถนะแห่งตนในการเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอด ช่วยลดการรับรู้ความเจ็บปวดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

การศึกษาเกี่ยวกับการปฏิบัติตนหรือพฤติกรรมของหญิงตั้งครรภ์ที่สอดคล้องกับแผนการรักษายาบาล พบการศึกษาเพียงหนึ่งรายงานของสุมาลี จุมทองในปี พ.ศ. 2544 ที่ได้นำแนวคิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนมาบูรณาการร่วมกับทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเรม เพื่อพัฒนาโปรแกรมช่วยส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์ ผลการศึกษาพบว่าโปรแกรมดังกล่าวมีส่วนช่วยในการทำให้หญิงตั้งครรภ์มีพฤติกรรมดูแลตนเองดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แต่การศึกษาดังกล่าวมีข้อจำกัดคือทำการศึกษาในโรงพยาบาลขนาดเล็ก กลุ่มตัวอย่างมีจำนวนน้อยเพียงกลุ่มละ 15 ราย ทำให้อาจมีความคลาดเคลื่อนในการทดลองได้มากเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างอาจไม่เป็นตัวแทนที่ดีของประชากร ซึ่งทำให้เกิดความคลาดเคลื่อนประเภทที่ 1 มากขึ้น รวมทั้งตัวโปรแกรมที่พัฒนานั้นนั้นไม่ได้บูรณาการแหล่งของการสร้างสมรรถนะแห่งตนครบทั้ง 4 มิติ โดยขาดมิติที่สำคัญที่สุดคือการมีประสบการณ์ของความสำเร็จจากการลงมือกระทำ(enactive mastery experience) ซึ่งจะมีผลมากที่สุดในการที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคล และที่สำคัญการศึกษาดังกล่าวยังขาดการศึกษาผลลัพธ์ของโปรแกรมที่ช่วยในการควบคุมหรือป้องกันความรุนแรงของโรค ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะนำแนวคิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนมาใช้เป็นกรอบในการศึกษาในครั้งนี้ โดยเชื่อว่าโปรแกรมดังกล่าวนอกจากจะช่วยให้หญิงตั้งครรภ์ตระหนักถึงความสำคัญในการปฏิบัติตนที่สอดคล้องกับแผนการรักษายาบาลแล้ว ยังมีส่วนในการควบคุมและป้องกันความรุนแรงของโรคได้อีกด้วย ดังนั้นการศึกษาเกี่ยวกับแนวคิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของเบนดูรา จึงเป็นสิ่งที่จำเป็นที่จะต้องเรียนรู้และทำความเข้าใจ เพื่อนำไปพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนให้มีความสมบูรณ์แบบมากยิ่งขึ้น

แนวคิดเกี่ยวกับการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (self - efficacy)

แนวคิดเรื่องการรับรู้สมรรถนะแห่งตนนั้นได้รับการพัฒนาตามแนวคิดพื้นฐานของทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม (Social cognitive theory) ของอัลเบิร์ต แบนดูรา นักจิตวิทยาชาว

แคนาดา แบนคูราเชื่อว่าพฤติกรรมของคนเรานั้น ไม่ได้เกิดขึ้นและเปลี่ยนแปลงไปเนื่องจากปัจจัยของสภาพแวดล้อม (environmental factor) เพียงอย่างเดียว หากแต่ต้องมีปัจจัยส่วนบุคคล (internal personal factor) ด้วย ซึ่งทั้งหมดล้วนเป็นปฏิสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นในลักษณะที่กำหนดกันและกัน (reciprocal determinism) ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่าความคิด ความรู้สึกและการกระทำ ความคาดหวัง การรับรู้ เป้าหมายและความตั้งใจ เป็นการกำหนดทิศทางของพฤติกรรม ในขณะที่เดียวกันผลจากการกระทำของบุคคลก็จะเป็นส่วนหนึ่งในการพิจารณาถึงลักษณะการคิดและการสนองตอบทางอารมณ์ของเขา และความคิด ความเชื่อ การรับรู้ อารมณ์ ความสามารถทางปัญญาของบุคคลนั้นจะถูกพัฒนาและเปลี่ยนแปลงโดยอิทธิพลทางสังคม ที่ให้ข้อมูลและกระตุ้นการตอบสนองทางอารมณ์ด้วยการผ่านตัวแบบ การสอน การชักจูงด้วยวิธีการต่าง ๆ ทางสังคม ขณะเดียวกันบุคคลก็จะมีกระตุ้นปฏิกิริยาสนองตอบที่แตกต่างจากสภาพสังคมที่ตนอาศัยอยู่ จากลักษณะทางกายของตนเช่น อายุ ขนาดร่างกาย เชื้อชาติ สถิติปัญญาเป็นต้น พฤติกรรมของบุคคลสามารถเปลี่ยนแปลงในสภาพแวดล้อม ในขณะที่สภาพแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไป ก็จะทำให้พฤติกรรมถูกเปลี่ยนไปด้วยเช่นกัน ซึ่งแบนคูราสรุปว่า เมื่อบุคคลแสดงพฤติกรรมใดพฤติกรรมหนึ่งออกมา บุคคลจะต้องรับรู้ในสมรรถนะแห่งตน (self-efficacy) และเรียนรู้ถึงผลลัพธ์ของการแสดงพฤติกรรมนั้น ๆ ผลจากการรับรู้และผลลัพธ์ของการแสดงพฤติกรรมจะส่งผลสะท้อนกลับไปมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมอื่น ๆ ของบุคคลอีก ดังนั้นการรับรู้สมรรถนะแห่งตนจึงมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของมนุษย์ การมีความรู้และความสามารถจะไม่ช่วยให้คนเราประสบผลสำเร็จได้ ถ้าบุคคลนั้นขาดความเชื่อมั่นในตนเองที่จะใช้ความรู้และความสามารถนั้น แบนคูราอธิบายว่าการที่บุคคลจะรับเอาพฤติกรรมใดไว้ขึ้นอยู่กับปัจจัย 2 ประการ คือ

1. ความเชื่อในสมรรถนะ (efficacy beliefs) หมายถึง บุคคลมีความเชื่อว่าตนเองสามารถที่จะมีพฤติกรรมหรือประกอบกิจกรรมที่กำหนดได้ แบนคูราเชื่อว่าเป็นปัจจัยที่สำคัญมากที่จะนำไปสู่การปฏิบัติจริงเพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่คาดหวัง

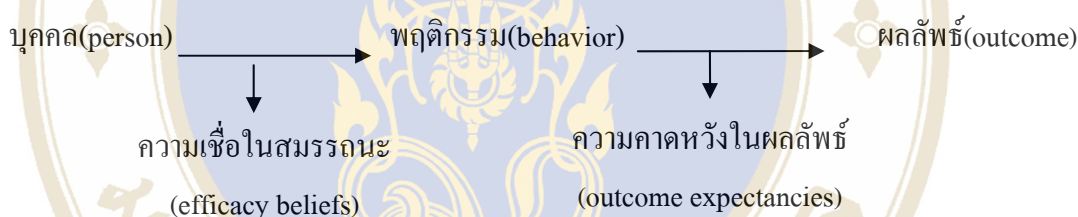
2. ความคาดหวังผลลัพธ์ (outcome expectancies) หมายถึง ความคาดหวังของบุคคลเกี่ยวกับผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นถ้าหากรับเอาพฤติกรรมนั้น ๆ มาปฏิบัติ ซึ่งผลลัพธ์ที่คาดหวังสามารถเกิดได้ 3 รูปแบบ คือ

- 2.1 ผลลัพธ์ด้านร่างกาย (physical effect) ทั้งผลลัพธ์ในเชิงบวก เช่น ความสุขสบาย และในเชิงลบ เช่น ความเจ็บปวดและความไม่สุขสบาย

- 2.2 ผลลัพธ์ด้านสังคม (social effect) ในเชิงบวก เช่น การเป็นที่ยอมรับหรือสนใจจากสังคม การได้รับชื่อเสียง อำนาจหรือเงินตอบแทน และในเชิงลบเช่น การไม่เป็นที่ยอมรับหรือไม่เป็นที่สนใจของสังคม การถูกลดโทษ

2.3 ผลลัพธ์ที่เกิดจากการประเมินตนเองต่อพฤติกรรมที่ปฏิบัติ (self evaluative reactions to one's own behavior) เช่น ความรู้สึกพึงพอใจ ความภาคภูมิใจ และการเห็นคุณค่าในตนเอง หรือในทางตรงกันข้าม เช่น ความรู้สึกไม่พอใจในตนเอง ความรู้สึกไม่มีคุณค่า

โดยทั่วไปแล้วการที่คนเราจะตัดสินใจจะทำสิ่งใด ย่อมที่จะคิดก่อนว่าทำไปแล้วจะได้รับประโยชน์อะไรบ้าง ถ้าหากทำแล้วเกิดประโยชน์ที่ตนเองปรารถนา ก็ย่อมเกิดความสนใจที่จะประกอบกิจกรรมนั้น แทนที่คิดว่าผลลัพธ์ไม่ใช่ตัวพฤติกรรมที่เกิดขึ้น แต่พฤติกรรมเป็นการประสบความสำเร็จของบุคคลนั้นที่ได้ลงมือกระทำจริง ๆ แต่ผลลัพธ์จะเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นตามมาเนื่องจากพฤติกรรมนั้น ๆ เช่น การเลิกสูบบุหรี่เป็นพฤติกรรมที่ประสบผลสำเร็จ แต่การมีสุขภาพที่ดี การได้รับความชื่นชมจากคนรอบข้าง ความภาคภูมิใจในตนเอง คือผลลัพธ์จากพฤติกรรม ซึ่งสรุปได้ดังภาพที่ 2



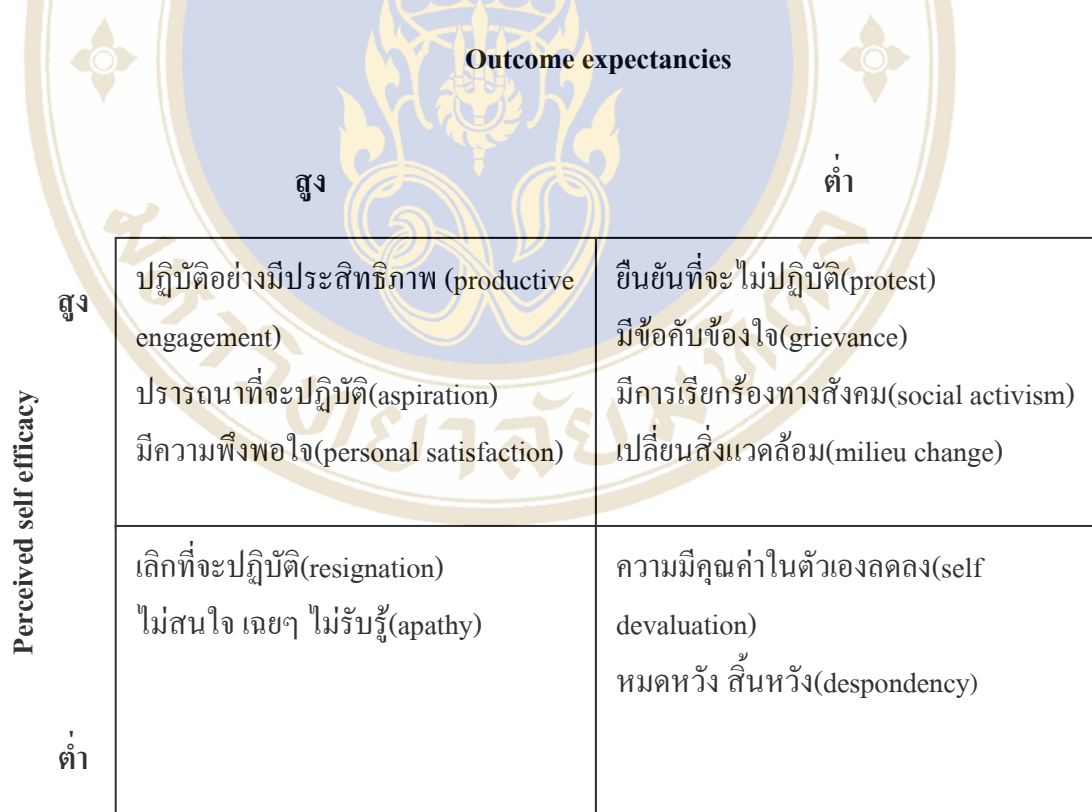
ภาพที่ 2 : แสดงความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อในสมรรถนะแห่งตนและความคาดหวังในผลลัพธ์กับพฤติกรรม (ดัดแปลงจาก Bandura, 1997: 22)

การรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีความเป็นพลวัต(dynamic) สามารถผันแปรได้ตลอดเวลา ตามลักษณะของกิจกรรมหรืองานที่ทำและสถานการณ์ที่กำลังเผชิญอยู่ ปัจจัยที่มีผลต่อการผันแปรการรับรู้สมรรถนะแห่งตนได้แก่

1. ระดับความยากง่ายของพฤติกรรมหรือกิจกรรมที่ต้องทำ (level)
2. พลังความเชื่อในความสามารถของตนเองต่อกิจกรรมที่จะกระทำ(strength) ผู้ที่มีความเชื่ออย่างแรงกล้าในความสามารถของตนเองจะไม่เลิกล้มความตั้งใจได้ง่าย แม้กิจกรรมนั้นจะมีความยากลำบาก
3. ความครอบคลุมของการรับรู้สมรรถนะแห่งตนภายใต้สถานการณ์หนึ่งไปยังอีกสถานการณ์หนึ่ง(generality) เช่น ในขณะที่อยู่โรงพยาบาล มารดาของผู้ป่วยเด็กอาจมีความเชื่อใน

ความสามารถของตนเองในการดูแลแผลผ่าตัด(colostomy care)ให้กับบุตร แต่เมื่อกลับบ้านมารดาอาจมีความเชื่อในความสามารถลดลงเมื่อต้องให้การดูแลโดยไม่มีพยาบาล

แบนดูราเชื่อว่าการรับรู้สมรรถนะแห่งตนนั้น มีผลต่อการกระทำของบุคคล บุคคลสองคนอาจมีความสามารถไม่แตกต่างกัน แต่อาจแสดงออกซึ่งคุณภาพที่แตกต่างกันได้ ถ้าพบว่าสองคนมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนที่แตกต่างกัน และในคน ๆ เดียวกัน ถ้ามีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในแต่ละสภาพการณ์แตกต่างกัน ก็อาจแสดงพฤติกรรมออกมาแตกต่างกัน แบนดูราให้ทัศนะว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนนั้นไม่คงที่ หากแต่ยืดหยุ่นตามสภาพการณ์ ดังนั้นตัวที่กำหนดประสิทธิภาพของการแสดงออก จึงขึ้นอยู่กับ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในสภาพการณ์นั้น ๆ กล่าวคือ ถ้าเรารับรู้ว่ามีความสามารถ เราก็จะแสดงออกซึ่งความสามารถนั้นออกมา คนที่รับรู้ว่าคุณมีความสามารถนั้นจะมีความอดทน อดสาเห ไม่ท้อถอยและประสบผลสำเร็จในที่สุดดังสรุปในรูปที่ 3



ภาพที่ 3: ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและความคาดหวังในผลลัพธ์ที่มีต่อพฤติกรรมและสภาวะอารมณ์ (Bandura, 1997: 20)

ปัจจัยที่ทำให้เกิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตน

แบนดูรา(Bandura, 1997: 71-81) ได้กล่าวถึงปัจจัยที่ทำให้บุคคลเกิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนว่าประกอบไปด้วยปัจจัยดังต่อไปนี้

1. แหล่งความเชื่อในสมรรถนะแห่งตน (source of self-efficacy beliefs)
2. กระบวนการกระตุ้นความสามารถ (efficacy activated process)
3. ผลประโยชน์ในแง่ดี ที่มีต่อความเชื่อในสมรรถนะแห่งตน(adaptive benefits of optimistic self beliefs of efficacy)
4. กระบวนการพัฒนาและการฝึกหัดการมีสมรรถนะแห่งตนตลอดชีวิต (development of self-efficacy over the lifespan)

แหล่งความเชื่อในสมรรถนะแห่งตน (source of self-efficacy beliefs)

จากแนวคิดของแบนดูรา การพัฒนาการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเกิดได้จากการส่งเสริมจากแหล่งสนับสนุนด้านข้อมูล 4 วิธีคือ

1. การใช้คำพูดโน้มน้าวหรือชักจูง(verbal persuasion) เป็นวิธีการสนับสนุนโดยการพูดให้บุคคลเกิดความเชื่อมั่นว่า ตนเองมีความสามารถที่จะกระทำพฤติกรรมให้ประสบความสำเร็จได้ โดยเฉพาะพฤติกรรมที่ยาก ถ้าบุคคลที่ตนเชื่อถือคอยให้คำแนะนำ ให้กำลังใจ กล่าวชมเชย จะทำให้บุคคลเกิดความพยายามและมั่นใจมากขึ้น การพูดชักจูงด้วยการพูดเป็นวิธีที่ง่าย แต่การใช้คำพูดอย่างเดียวอาจ不会有ผลต่อการเกิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนได้มากนัก ถ้าจะให้ได้ผลดีควรใช้ร่วมกับแหล่งสนับสนุนอื่นด้วย

2. การได้เห็นตัวแบบหรือประสบการณ์ผู้อื่น(vicarious experience) เป็นการประเมินค่าในสมรรถนะแห่งตน ส่วนหนึ่งแล้วบุคคลก็ยังได้รับอิทธิพลจากการได้เห็นตัวแบบหรือประสบการณ์ของผู้อื่น ในการลงมือกระทำกิจกรรมใด ๆ หากบุคคลประเมินว่าตนมีความสามารถพอ บุคคลจะตัดสินใจที่จะลงมือกระทำกิจกรรมนั้น ๆ แต่เนื่องด้วยข้อจำกัดที่ว่าบุคคลไม่สามารถที่จะประเมินว่าตนมีความสามารถเพียงพอในทุกกิจกรรม จึงประเมินค่าความสามารถของตนโดยการเปรียบเทียบกับความสำเร็จของบุคคลอื่นซึ่งมีลักษณะคล้ายคลึงกับตน ถ้าบุคคลนั้นสามารถทำกิจกรรมแล้วสำเร็จจะเป็นแรงจูงใจให้เกิดความเชื่อว่าตนก็มีความสามารถพอที่จะทำกิจกรรมนั้นสำเร็จได้เช่นเดียวกัน ตัวแบบในการส่งเสริมให้เกิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนมี 2 ประเภทคือ

- 2.1 ตัวแบบที่มีชีวิต (live modeling) คือ ตัวแบบที่บุคคลได้มีโอกาสสังเกตและมีปฏิสัมพันธ์โดยตรง ซึ่งแบนดูราได้เสนอตัวแบบไว้ดังนี้

2.1.1 มีลักษณะคล้ายคลึงกับผู้สังเกตทั้งอายุ เพศ เชื้อชาติ ทัศนคติ ฐานะทางสังคมและเศรษฐกิจ จะทำให้ผู้สังเกตมั่นใจได้ว่าพฤติกรรมที่ตัวแบบแสดงออกนั้นมีความเหมาะสมและตนสามารถทำได้ เนื่องจากมีความคล้ายคลึงกับตน

2.1.2 เป็นบุคคลที่มีชื่อเสียงในสายตาของผู้สังเกต แต่ถ้าหากมีชื่อเสียงมากเกินไป จะทำให้ผู้สังเกตคิดว่าพฤติกรรมนั้นไม่น่าจะเป็นจริงได้สำหรับตนเอง

2.1.3 มีระดับความสามารถใกล้เคียงกับผู้สังเกต หรือมีความสามารถสูงกว่าเล็กน้อย

2.1.4 มีทักษะที่ดีในการแก้ไขปัญา

2.2 ตัวแบบสัญลักษณ์ (symbolic modeling) เป็นตัวแบบที่เสนอผ่านทางสื่อ เช่น โทรทัศน์ หรือสื่อต่าง ๆ ที่ประกอบด้วยภาพและเสียง ได้แก่ ภาพยนตร์ สไลด์ วิดีทัศน์ การ์ตูน สถานการณ์จำลอง เป็นต้น ซึ่งการเสนอตัวแบบสัญลักษณ์มีผลคือ สามารถเน้นจุดสำคัญของพฤติกรรม สามารถเตรียมเรื่องราวของตัวแบบไว้ล่วงหน้าได้ และสามารถควบคุมสถานการณ์ได้อย่างที่ต้องการ นอกจากนี้นำไปใช้ได้กับกลุ่มคนจำนวนมากและสามารถเก็บไว้ใช้ในการเสนอตัวแบบครั้งต่อไปได้ด้วย

แบนดูราเชื่อว่าการสังเกตจากตัวแบบเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลเป็นอย่างมากต่อการทำให้เกิดสมรรถนะแห่งตน ซึ่งการสังเกตจากตัวแบบนี้ประกอบด้วย 4 กระบวนการคือ

1. กระบวนการสนใจ (attentional processes) บุคคลไม่สามารถเรียนรู้ได้มากจากการสังเกตถ้าเขาไม่มีความตั้งใจและการรับรู้ได้อย่างแม่นยำถึงพฤติกรรมที่ตัวแบบแสดงออก กระบวนการตั้งใจจะเป็นตัวกำหนดว่าบุคคลจะสังเกตอะไรจากตัวแบบนั้น องค์ประกอบที่มีผลต่อกระบวนการตั้งใจแบ่งออกได้เป็น 2 องค์ประกอบคือ

1.1 ตัวแบบ พบว่าตัวแบบที่ทำให้บุคคลมีความตั้งใจจะสังเกตนั้นต้องเป็นตัวแบบที่มีลักษณะเด่นชัด ทำให้ผู้สังเกตเกิดความพึงพอใจ พฤติกรรมที่แสดงออกไม่ซับซ้อนมากนักและมีคุณค่าในการใช้ประโยชน์ด้วย

1.2 ผู้สังเกต ได้แก่ ความสามารถในการรับรู้ การมองเห็น การได้ยิน การรับรู้รส กลิ่น สัมผัส ความสามารถทางปัญญา ระดับการตื่นตัวและความชอบที่เคยเรียนรู้มาก่อน ในการเรียนรู้ ความตั้งใจ ความใส่ใจของผู้เรียนเป็นสิ่งสำคัญ ซึ่งถ้าผู้เรียนไม่มีสิ่งนี้ การเรียนรู้จากการสังเกตหรือเลียนแบบจะไม่เกิดขึ้น วัยของผู้เรียน ความสามารถทางสติปัญญา ทักษะทางร่างกายต่าง ๆ รวมทั้งตัวแปรทางบุคลิกภาพ เช่น ความรู้สึกมีคุณค่า ความต้องการ ทัศนคติของผู้เรียน มีความสัมพันธ์กับความตั้งใจ และมักเป็นข้อจำกัดในการเรียนรู้โดยการสังเกตจากตัวแบบ

2. กระบวนการเก็บจำ (retention processes) เป็นกระบวนการที่บุคคลจะแปลงข้อมูลที่ตัวแบบได้แสดงออกไปเป็นรูปแบบของสัญลักษณ์ เพื่อจะนำข้อมูลสัญลักษณ์เหล่านั้นไว้ในรูปของความจำถาวรในรูปของหลักการ และแนวความคิดโดยการจัดระบบโครงสร้างทางปัญญาที่ง่ายต่อการจดจำ เพื่อชี้แนะการแสดงพฤติกรรมในอนาคตต่อไป ซึ่งแน่นอนปัจจัยที่มีผลต่อกระบวนการนี้ก็คือ การเก็บรหัสสัญลักษณ์ การจัดระบบโครงสร้างทางปัญญา การชักซ้อมลักษณะของตัวแบบที่สังเกตได้จากความคิดของตนเอง และจะชักซ้อมด้วยการกระทำ แบบดรูรา อธิบายว่า การที่ผู้เรียนหรือผู้สังเกตสามารถเลียนแบบหรือแสดงพฤติกรรมให้เหมือนตัวแบบไว้เป็นความจำระยะยาวนั้น ผู้ที่สามารถอธิบายพฤติกรรมหรือการกระทำของตัวแบบได้ด้วยคำพูด หรือสามารถมีภาพจนถึงสิ่งที่ตนสังเกตไว้ในใจ(visual imagery) จะเป็นผู้ที่สามารถจดจำสิ่งที่เรียนรู้โดยการสังเกตได้ดีกว่าผู้ที่เพียงดูเฉย ๆ หรือทำงานอื่นในขณะที่ดูตัวแบบไปด้วย และสามารถเข้ารหัสด้วยคำพูดหรือถ้อยคำ (verbal coding) จะเป็นผู้ที่สามารถแสดงพฤติกรรมเลียนแบบจากตัวแบบได้ แม้เวลาจะผ่านไปนาน และนอกจากนี้ ถ้าผู้สังเกตหรือผู้เรียนมีโอกาสได้เห็นตัวแบบแสดงสิ่งที่ต้องเรียนรู้ซ้ำ ก็จะเป็นการช่วยจำให้ดียิ่งขึ้น

3. กระบวนการกระทำ (production processes) เป็นกระบวนการที่ผู้สังเกตแปลงสัญลักษณ์ที่เก็บไว้ในรูปของความจำออกมาเป็นการกระทำ ซึ่งจะกระทำได้ดีหรือไม่ขึ้นอยู่กับขั้นตอนอยู่กับสิ่งที่เราจำได้ ในการสังเกตการกระทำของตนเอง การได้ข้อมูลย้อนกลับจากการกระทำของตนเองและการได้เทียบเคียงการกระทำกับภาพที่จำได้ นอกจากนี้ ยังขึ้นอยู่กับลักษณะของผู้สังเกตอีกด้วยเช่น ความสามารถทางร่างกาย และทักษะในพฤติกรรมย่อยต่าง ๆ ที่จะทำให้สามารถแสดงพฤติกรรมที่ลอกเลียนแบบอย่างตรงไปตรงมา การเรียนรู้โดยการสังเกตประกอบด้วยกระบวนการทางสติปัญญา(cognitive processes) และความพร้อมทางด้านร่างกายของผู้เรียน ฉะนั้นในขั้นการแสดงพฤติกรรมเหมือนตัวแบบ(reproduction) ของแต่ละบุคคลจึงแตกต่างกันออกไป ผู้เรียนบางคนทำได้ดีกว่าตัวแบบที่ตนสังเกต บางคนสามารถเลียนแบบได้เหมือนมาก บางคนอาจทำได้เพียงคล้ายหรือบางคนไม่สามารถแสดงพฤติกรรมเหมือนตัวแบบได้เลย ดังนั้นแบบดรูราจึงแนะนำว่า ผู้ที่ทำหน้าที่เป็นตัวแบบ ควรใช้ผลย้อนกลับที่ต้องตรวจสอบแก้ไข (correcting feedback) เพราะจะเป็นการช่วยเหลือให้ผู้เรียนได้มีโอกาสทบทวนในใจว่าการแสดงพฤติกรรมของตัวแบบมีอะไรบ้างและพยายามแก้ไขให้ถูกต้อง

4. กระบวนการจูงใจ (motivation processes) เป็นกระบวนการเสริมแรงที่จะช่วยให้บุคคลกระทำพฤติกรรม กระบวนการจูงใจขึ้นอยู่กับองค์ประกอบของสิ่งล่อใจภายนอก สิ่งนั้นต้องกระตุ้นการรับรู้ เป็นสิ่งที่จับต้องได้ เป็นที่ยอมรับของสังคม และพฤติกรรมที่กระทำตามตัวแบบนั้นสามารถควบคุมเหตุการณ์ต่าง ๆ ได้ นอกจากนี้ยังขึ้นอยู่กับสิ่งล่อใจที่ผู้อื่นได้รับ ตลอดจนสิ่งล่อ

ใจของตนเอง ที่อาจเป็นวัตถุ สิ่งของ เงินทอง และการประเมินตนเองของผู้สังเกตนั้นยังขึ้นอยู่กับความพึงพอใจในสิ่งล่อใจ ความลำเอียงจากการเปรียบเทียบทางสังคมและมาตรฐานของตนเอง แบบครูอาจอธิบายว่า แรงจูงใจของผู้เรียนที่จะแสดงพฤติกรรมเหมือนตัวแบบที่ตนสังเกตนั้น เนื่องมาจากความคาดหวังว่า การเลียนแบบจะนำประโยชน์มาให้ เช่น การได้รับแรงเสริม หรือรางวัล อาจนำประโยชน์บางสิ่งบางอย่าง รวมทั้งการคิดว่าการแสดงพฤติกรรมเหมือนตัวแบบ จะทำให้ตนหลีกเลี่ยงปัญหาได้ เช่นในห้องเรียน เวลาครูให้รางวัลหรือลงโทษพฤติกรรมนักเรียนคนใดคนหนึ่ง นักเรียนทั้งห้องก็จะเรียนรู้โดยการสังเกต และเป็นแรงจูงใจให้นักเรียนแสดงพฤติกรรมหรือไม่แสดงพฤติกรรม นักเรียนที่มีความประพฤติดี ทำการบ้านเรียบร้อยถูกต้อง จะได้รับคำชมเชยจากครูผู้สอนหรือให้สิทธิพิเศษ ก็จะเป็นตัวแบบให้นักเรียนคนอื่น ๆ พยายามส่งการบ้านให้เรียบร้อย เพราะมีความคาดหวังว่าจะได้รับแรงเสริมหรือรางวัล

3. ประสบการณ์ของความสำเร็จจากการลงมือกระทำ (enactive mastery experience) เป็นวิธีการที่มีประสิทธิภาพมากที่สุดในพัฒนาการรับรู้สมรรถนะแห่งตน เนื่องจากบุคคลได้รับประสบการณ์ที่เกิดขึ้นกับตนเองโดยตรงว่าตนกระทำสำเร็จ ความสำเร็จที่เกิดขึ้นบ่อย ๆ ครั้ง จะทำให้บุคคลมีความเชื่อมั่นและรับรู้ว่าคุณมีความสามารถ ที่จะเผชิญกับสถานการณ์เดียวกับที่เคยประสบมาก่อน และคาดหวังว่าตนจะทำสำเร็จ ถึงแม้สถานการณ์นั้นจะเกิดความล้มเหลวบ้างก็ตาม แต่จะไม่มีผลกระทบมากนัก เพราะบุคคลจะประเมินว่าตนยังมีความสามารถอยู่ แต่ความล้มเหลวนั้นอาจเป็นผลมาจากปัจจัยอื่นๆ เช่นความพยายามไม่พอหรือใช้วิธีการทำงานที่ไม่เหมาะสมมากกว่าที่บุคคลจะรับรู้ว่าคุณมีความสามารถ และบุคคลจะพยายามใช้ทักษะในการปรับเปลี่ยนสถานการณ์นั้น ๆ แต่หากบุคคลประสบความล้มเหลวอยู่เสมอ ๆ จะส่งผลให้บุคคลประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในระดับต่ำลง ดังนั้นจึงจำเป็นต้องพัฒนาทักษะต่าง ๆ ให้เพียงพอ เพื่อที่จะทำให้บุคคลกระทำแล้วประสบผลสำเร็จ ส่งผลให้การรับรู้สมรรถนะแห่งตนสูงขึ้น

4. สถานะด้านร่างกายและอารมณ์ (physiological and affective states) บุคคลจะมีการตัดสินใจถึงความสามารถของตนเอง โดยพิจารณาผ่านทางสถานะด้านร่างกายและอารมณ์ สถานะด้านร่างกาย หมายถึง การตอบสนองของร่างกายที่แสดงออกเมื่อมีภาวะถูกคุกคามและการเผชิญความเครียด ในสถานะที่ร่างกายแข็งแรง มีภาวะสุขภาพที่ดี จะทำให้บุคคลมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสูงขึ้น แต่ถ้าในสถานะที่ร่างกายผิดปกติหรือเจ็บป่วย เช่น ความเจ็บปวด ความเหนื่อยล้า ภาวะที่ไม่สุขสบาย จะส่งผลให้บุคคลมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนลดต่ำลง สถานะอารมณ์ก็เช่นเดียวกัน เป็นปฏิกิริยาตอบสนองต่อสิ่งเร้าทางอารมณ์ การแสดงออกถึงอารมณ์ทางบวก ความพึงพอใจ ความรู้สึกมีความสุข ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองจะมีผลทำให้บุคคลรับรู้ถึงสมรรถนะแห่งตนสูงขึ้น แต่อารมณ์ทางลบ เช่นความเครียด ความวิตกกังวล ความกลัวและความทุกข์ทรมาน

จะส่งผลให้บุคคลรับรู้สมรรถนะลดลง และมักจะหลีกเลี่ยงการกระทำพฤติกรรมนั้นๆ ดังนั้นการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสูงขึ้นได้ก็ต่อเมื่อบุคคลมีภาวะสุขภาพที่ปกติและมีการลดหรือควบคุมสิ่งกระตุ้นทางอารมณ์

กระบวนการกระตุ้นความสามารถ (efficacy activated process)

จากผลการศึกษาเกี่ยวกับกระบวนการทางจิตวิทยาพบว่า มีปัจจัยสำคัญ 4 กระบวนการที่เกี่ยวข้องกับสมรรถนะแห่งตน ที่มีผลต่อพฤติกรรมของมนุษย์ คือ

1. กระบวนการรู้คิด(cognitive process) บุคคลที่มีการประเมินความเชื่อในการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสูง จะมองเห็นความสำเร็จเป็นแนวทางและจะช่วยสนับสนุนการกระทำกิจกรรมต่าง ๆ ให้ประสบผลสำเร็จ แต่บุคคลที่ไม่มั่นใจในการรับรู้สมรรถนะแห่งตน มักจะมองภาพความล้มเหลวก่อนสิ่งอื่น ซึ่งทำให้เขาประสบความสำเร็จได้ยาก โดยเฉพาะในขณะที่เขายังต่อสู้กับความสงสัยในตัวเองอยู่

หน้าที่สำคัญของความคิดคือ ช่วยให้บุคคลคาดเดาเหตุการณ์ และพัฒนาหนทางที่จะควบคุมสิ่งที่มีผลต่อวิถีชีวิต ทักษะดังกล่าวต้องผ่านกระบวนการทางความคิดที่มีประสิทธิภาพ ที่สามารถจัดการกับข้อมูลข่าวสารที่กำกวมและไม่แน่นอน ซึ่งในการเรียนรู้บทบาท การคาดเดาและการควบคุมพฤติกรรมตนเองนั้น บุคคลจะต้องดึงความรู้ของตนเองเพื่อสร้างวิถีทาง เพื่อชั่งน้ำหนักและประยุกต์ปัจจัยที่ใช้คาดเดา เพื่อทดสอบและทบทวนข้อพิจารณาถึงผลที่เกิดขึ้นทันทีทันใดหรือที่เกิดขึ้นหลังจากการกระทำของตน เพื่อที่จะจดจำว่าปัจจัยใดที่เหมาะสมที่สุดและมีผลอย่างไรบ้าง

2. กระบวนการจูงใจ (motivational processes) การจูงใจมนุษย์นั้น เกิดจากการรู้คิด และมีความคาดหวังในกิจกรรมที่ตนเองกระทำลงไป โดยการฝึกความคิดล่วงหน้า บุคคลจะสร้างความเชื่อเกี่ยวกับความสามารถว่าจะทำอะไรได้ และมักคาดหวังผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นในกิจกรรมนั้น ๆ สร้างเป้าประสงค์เพื่อตนเองและวางแผนที่จะกระทำให้สำเร็จตามเป้าหมายที่ได้ตั้งไว้

แรงจูงใจจะขึ้นอยู่กับเป้าประสงค์หรือมาตรฐานส่วนบุคคล ซึ่งจะถูกรับควบคุมโดยอิทธิพลภายในตนเอง 3 แบบ คือ ความพอใจ ความไม่พอใจตนเองในปฏิกิริยาที่มีต่อพฤติกรรมของบุคคลอื่น และการรับรู้สมรรถนะแห่งตน เพื่อให้บรรลุเป้าประสงค์และจัดการกับเป้าประสงค์ใหม่ ความเชื่อในสมรรถนะแห่งตนจะมีผลต่อแรงจูงใจในหลาย ๆ ทาง เช่นการคาดเดาเป้าประสงค์ของผู้อื่นที่มีผลต่อพฤติกรรมของเขา เขาจะต้องใช้ความพยายาม จึงจะผจญความยากลำบากได้ และปรับตัวได้กับความล้มเหลวเมื่อเผชิญกับอุปสรรค บุคคลใดที่มีความไม่แน่ใจในความสามารถของตนเองจะมีความพยายามน้อย และยกเลิกกิจกรรมในเวลาไม่ช้า แต่บุคคลที่เชื่อมั่นในความสามารถ

ของตนเองจะมีความพยายามมากขึ้นเมื่อล้มเหลว และเป็นตัวทำนายความท้าทาย ทำให้เกิดความมุ่งมั่นที่จะกระทำการให้บรรลุความสำเร็จ

3. กระบวนการความรู้สึก(affective processes) บุคคลที่เชื่อในความอดทนของตนเอง ต่อความเครียดและความรู้สึกต่ำต้อย เมื่อเขาอยู่ในสถานการณ์ที่ยากลำบากหรือเป็นอันตราย เขาจะเชื่อว่าตัวเขาสามารถควบคุมอันตรายได้ อันตรายนั่น ๆ ก็ไม่สามารถทำให้แบบแผนความคิดของเขาเปลี่ยนแปลง แต่ถ้าบุคคลที่คิดว่าตนเองไม่สามารถควบคุมอันตรายได้ ก็จะมี ความวิตกกังวลสูง เขาจะมองสิ่งแวดล้อมรอบตัวเขาว่าเต็มไปด้วยอันตราย มองเหตุการณ์ที่ประสปรายแรงเกินความเป็นจริง ความวิตกกังวลจะไม่ใช่มิผลเพียงการรับรู้ความสามารถในการอดทน แต่จะทำให้เกิดการรับรู้ว่าจะควบคุมความคิดฟุ้งซ่านได้อย่างไร การรับรู้ความสามารถในการควบคุมความคิดเป็นกุญแจสำคัญในการกำกับความคิดที่ทำให้เกิดความเครียดและอารมณ์เศร้าหมอง แหล่งสำคัญของความยากลำบากนั้นขึ้นอยู่กับ การรับรู้ว่าไม่สามารถกำจัดมันออกไปได้ ไม่ใช่ความถี่ของความยากลำบากนั้น การรับรู้ในความสามารถในการอดทนและความสามารถในการควบคุมสิ่งต่างจะผสมผสานกัน เพื่อลดความวิตกกังวลและพฤติกรรมการหลีกเลี่ยงได้

4. กระบวนการเลือกสรร(selection processes) ความเชื่อในสมรรถนะแห่งตนสามารถปรับแต่งให้เกิดขึ้นได้ โดยอิทธิพลของกิจกรรมและสิ่งแวดล้อมที่บุคคลเลือก บุคคลจะหลีกเลี่ยงกิจกรรมและสถานการณ์ที่เขาเชื่อว่าเกินขีดความสามารถของตน แต่พร้อมที่จะทำกิจกรรมที่ท้าทาย และเลือกที่จะพิจารณาด้วยตัวเองว่าเขาจะจัดการกับการเลือกของเขา บุคคลจะก่อให้เกิดการแข่งขันต่าง ๆ กัน ความสนใจและเครือข่ายทางสังคม ซึ่งปัจจัยต่าง ๆ ที่มีผลต่อพฤติกรรม จะมีผลต่อทิศทางการพัฒนาบุคลิกภาพ ทั้งนี้เพราะสังคมมีอิทธิพลในการเลือกสิ่งแวดล้อม

ผลประโยชน์ในแง่ดีที่มีต่อความเชื่อในสมรรถนะแห่งตน (adaptive benefits of optimistic self beliefs of efficacy)

สิ่งที่แสดงถึงความสุขและความสำเร็จของบุคคล คือการต้องการความรู้สึกที่ดีต่อความสำเร็จของตนเอง บุคคลที่ประสบความสำเร็จในด้านต่าง ๆ มักมองเห็นความสามารถของตนในด้านดี เพื่อเป็นการควบคุมเหตุการณ์ที่มีผลต่อชีวิตเขา และเชื่อว่าความสามารถของตนเองจะทำให้เกิดความผาสุกและความสำเร็จ สิ่งท้าทายต่าง ๆ นั้นเป็นปัญหาที่ต้องการความพยายามที่จะทำให้ เกิดการเปลี่ยนแปลงเพื่อให้กลุ่มองค์กรหรือชาติเข้มแข็งขึ้น และมีส่วนช่วยให้บุคคลรู้สึกถึงความสามารถของตนเองในการที่จะแก้ปัญหาที่เผชิญอยู่ และปรับปรุงชีวิตโดยการใช้ความพยายามให้มากขึ้น

การพัฒนาและการฝึกหัดการมีสมรรถนะแห่งตนตลอดชีวิต(development of self -efficacy over the lifespan)

ในช่วงเวลาที่ต่างกันในชีวิต บุคคลต้องการความสามารถในการทำงานให้สำเร็จแตกต่างกัน วิธีการพัฒนาความสามารถก็จะแตกต่างกันไปตามช่วงอายุ เริ่มตั้งแต่วัยทารก ซึ่งเป็นวัยที่เด็กจะได้รับประสบการณ์จากการตอบสนองของสิ่งแวดล้อมรอบตัว การพัฒนาความสามารถในวัยเด็ก จะมีครอบครัวเป็นแหล่งให้ประสบการณ์ โดยที่เด็กจะได้รับการพัฒนาความสามารถด้านร่างกาย ความสามารถด้านสังคม ทักษะทางภาษาและการรู้คิด เมื่อเด็กเติบโตขึ้นไปอยู่ในสังคม เพื่อนก็จะเป็นส่วนสำคัญในการสร้างความสามารถ การคิดและการกระทำ การเรียนรู้ในสังคมจะเกิดขึ้นในระหว่างกลุ่มเพื่อน เมื่อเข้าโรงเรียนเด็กจะได้รับการพัฒนาความสามารถทางด้านรู้คิดและทักษะการแก้ปัญหาที่จำเป็น

รายงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้สมรรถนะแห่งตน

ในช่วงสองถึงสามทศวรรษที่ผ่านมา แนวคิดการให้การดูแลผู้ป่วยหรือผู้รับบริการ ได้มีการเปลี่ยนแปลงไปเป็นอย่างมาก เป็นการเปลี่ยนกระบวนทัศน์ของการดูแลสุขภาพชีวิตของมนุษย์จากแนวทางการรักษาพยาบาลแบบเข้าไปจัดการแทรกแซงกับโรคหรือพยาธิสภาพที่เกิดขึ้นแล้ว ไปเป็นแนวทางการดูแลสุขภาพองค์รวมที่เน้นการบูรณาการอย่างมีดุลยภาพของส่วนต่าง ๆ เพื่อให้เกิดความสมดุลพอดี แนวคิดสุขภาวะทางจิตวิญญาณที่ชี้ให้เห็นถึงสุขภาวะที่เชื่อมโยงกับมิติทางปัญญาหรือจินตนาการระบบบริการสุขภาพใหม่ที่มีหัวใจของความเป็นมนุษย์ ซึ่งเน้นการสร้างคุณละเอียดอ่อนต่อมิตินของความเป็นมนุษย์ สิ่งเหล่านี้ล้วนแล้วแต่มีผลทำให้วิธีการดำเนินงานด้านสุขภาพต้องก้าวไปให้พ้นจากกรอบจำกัดเดิม ๆ เพื่อให้สามารถตอบสนองต่อความต้องการด้านสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงไป

ในปัจจุบันได้มีการนำแนวคิดทฤษฎีต่าง ๆ เช่น ทฤษฎีความเชื่อด้านสุขภาพ ทฤษฎีส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ แนวคิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ซึ่งเป็นแนวคิดที่พัฒนามาจากทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคมของแบนดูรา มาใช้เป็นกรอบหรืออธิบายพฤติกรรมต่าง ๆ รวมทั้งใช้เป็นแนวในการวางกลยุทธ์การบริการเพื่อที่จะส่งเสริมให้ประชาชนเกิดความตระหนักถึงการดูแลสุขภาพด้วยตนเอง ซึ่งแนวคิดนี้เชื่อว่าในระยะยาว จะช่วยลดอัตราการเจ็บป่วยและทุพพลภาพประชาชนให้มีช่วงชีวิตที่มีสุขภาพและคุณภาพชีวิตยาวนานและดีขึ้น รวมทั้งทำให้ประชาชนเกิดความภาคภูมิใจในตนเองที่สามารถพึ่งตนเองด้านสุขภาพได้

มีนักวิจัยหลายท่านได้ลงความเห็นว่าการรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีความสัมพันธ์กับความรู้สึกนึกคิดของบุคคล ก่อให้เกิดการแสดงหรือเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม โดยมีความเชื่อตรงกันว่าเป็นตัวทำนายที่มีประสิทธิภาพของการปฏิบัติพฤติกรรม เป็นสิ่งที่ช่วยย้าให้บุคคลเกิดความเชื่อมั่นและมั่นใจที่จะกระทำพฤติกรรมหรือมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง โดยหลักฐานอ้างอิงที่มีอยู่ จากการศึกษามากมายในประชากรที่หลากหลายในผู้ป่วยโรคเรื้อรังต่าง ๆ เช่น ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ โรคเบาหวาน โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง หรือในประชากรที่เป็นเด็กหรือวัยรุ่น รวมทั้งในกลุ่มประชากรที่มีปัญหาเรื่องพฤติกรรมเช่น ผู้ป่วยจิตเวช ผู้ที่ติดยาเสพติดหรือติดยาเสพติด ซึ่งหลักฐานเหล่านี้เน้นย้ำที่จะช่วยยืนยันแนวความคิดนี้ (จันทนา วังกะออม, 2540; นันทนา นุ่นงาม, 2544; สร้อยจันทร์ พานทอง, 2545; สุวิมล สันติเวส, 2545; อรุณ เขียวสะอาด, 2544; Froman & Owen, 1990; Gortner & Jerkins, 1990; Jirojwong & MacLennan, 2002; Mecland, Macland & Laerum, 1993; Scherer & Shimme, 1996; Zebracki & Drotar, 2004) ในประเทศไทยมีความตื่นตัวในแนวคิดเรื่องการดูแลสุขภาพไม่แตกต่างจากที่อื่นเช่นกัน มีการนำแนวคิดนี้มาใช้ในการศึกษาอย่างเช่นงานของ

แสงสุริย์ ทศนพูนชัย (2540) ทำการศึกษาประสิทธิผลของการอบรมเพื่อพัฒนาการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการป้องกันโรคเอดส์ในหญิงตั้งครรภ์ โดยใช้แนวคิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเป็นกรอบแนวคิด ในกลุ่มตัวอย่าง 122 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 61 ราย ผลการวิจัยพบว่าหลังการเข้าอบรม 1 และ 4 สัปดาห์ กลุ่มทดลองมีคะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .001

นุชนารถ สะกะมณี (2541) ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อความสามารถในการดำรงบทบาทมารดาครั้งแรกของมารดาหลังคลอด กลุ่มตัวอย่างเป็นมารดาครรภ์แรกอายุระหว่าง 20-35 ปี จำนวน 40 ราย โดยแบ่งเป็นกลุ่มละ 20 ราย ผลการศึกษาพบว่าความสามารถในการดำรงบทบาทครั้งแรกของมารดาหลังคลอดที่ได้รับโปรแกรมอยู่ในระดับสูงกว่ามารดาที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05

สมทรง แก้วฝ่าย (2541) ศึกษาผลของการเตรียมมารดาต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนดและพฤติกรรมการดูแลทารก โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นมารดาที่คลอดทารกก่อนกำหนดจำนวน 20 ราย สุ่มเข้ากลุ่ม ๆ ละ 10 ราย ผลการศึกษาพบว่ามารดาที่ได้รับการเตรียมมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลทารกสูงกว่ามารดาที่ไม่ได้รับการเตรียมรวมทั้งมีพฤติกรรมดูแลทารกถูกต้องมากกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

ภาวดี ทองเผือก (2547) ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนที่เน้นการสนับสนุนจากสามีต่อการปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่การเป็นมารดาในหญิงวัยรุ่นครรภ์แรก

เป็นการวิจัยกึ่งทดลองในกลุ่มตัวอย่าง 30 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 15 ราย กลุ่มควบคุม 15 ราย โดยใช้กรอบแนวคิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของเบนคูราพร้อมกับแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของ House กลุ่มทดลองจะได้รับโปรแกรมที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวคิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของเบนคูรา สรุปว่าการเพิ่มการรับรู้ความสามารถการเป็นมารดาทำให้หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นครั้งแรกมีการปรับบทบาทดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ สุนิดา ชูแสง ใน พ.ศ.2546 ที่ทำการศึกษาในลักษณะเดียวกัน

จารุวรรณ รังสิยานนท์ (2545) ทำการวัดรับรู้ความสามารถตนเองและความคาดหวังผลลัพธ์ในการเผชิญกับภาวะเจ็บครรภ์ของหญิงครรภ์แรก ซึ่งเป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียว วัดผลก่อนและหลังการทดลอง ใช้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 20 ราย จัดให้หญิงตั้งครรภ์ได้รับโปรแกรมที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ผลการทดลองพบว่าหญิงตั้งครรภ์มีการรับรู้ความสามารถตนเองในการเผชิญกับภาวะเจ็บครรภ์เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 รวมทั้งมีคะแนนความคาดหวังในผลลัพธ์ในการเผชิญกับภาวะเจ็บครรภ์สูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .005

ศรีนคร มังคะมณี (2547) ศึกษาผลของการใช้โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเองต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นครรภ์แรก ซึ่งจัดรูปแบบการศึกษาลำดับคลีกับงานของ สุนิดา ชูแสง ในปี พ.ศ. 2546 ศึกษาในกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 40 รายแบ่งเป็นสองกลุ่มเพื่อเปรียบเทียบกัน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น และผลที่ได้จากการทดลองก็ไม่แตกต่างจากผู้วิจัยคนอื่นๆ นั่นคือพฤติกรรมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์แรกวัยรุ่นหลังได้รับโปรแกรมดีขึ้นมากกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

สุมาลี จุมทอง (2544) ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถตนเองต่อพฤติกรรมดูแลตนเองในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง ที่ได้นำแนวคิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนมาบูรณาการร่วมกับทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเรม เพื่อพัฒนาโปรแกรมช่วยส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์ ในกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 30 รายแบ่งเป็นสองกลุ่มเพื่อเปรียบเทียบกัน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ผลการศึกษาพบว่าโปรแกรมห่วงมีส่วนช่วยในการทำให้หญิงตั้งครรภ์มีการพฤติกรรมดูแลตนเองดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากการทบทวนวรรณกรรมและรายงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ถึงแม้ว่าจะมีการนำแนวคิดเรื่องการรับรู้สมรรถนะแห่งตนมาใช้ในการวิจัยทางสุขภาพมากก็จริง แต่มักจะเน้นหนักไปในประชากรที่มีปัญหาสุขภาพที่เรื้อรัง ที่ต้องการการดูแลในระยะยาว แต่ทางด้านสูติกรรมมีการนำแนวคิดเรื่องดังกล่าวมาใช้ยังไม่หลากหลายมากนัก พบว่ามีรายงานวิจัยที่กล่าวถึงการรับรู้สมรรถนะ

แห่งตนต่อพฤติกรรมสุขภาพในหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นกลุ่มเสี่ยงสูงมีจำนวนน้อยมาก โดยเฉพาะประเด็นเรื่องการส่งเสริมการปฏิบัติตนที่สอดคล้องกับแผนการรักษาพยาบาลในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์ ซึ่งพบเพียงหนึ่งรายงานของสุมาลี จุมทอง แต่การศึกษาดังกล่าวมีข้อจำกัดคือสถานที่ทำการทดลองเป็นโรงพยาบาลขนาดเล็กและมีจำนวนกลุ่มตัวอย่างน้อย ทำให้ไม่สามารถเป็นตัวแทนของประชากรของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์ทั้งหมดได้ รวมทั้งไม่ได้ทำการศึกษาถึงผลของการปฏิบัติตัวเพื่อลดหรือป้องกันความรุนแรงของภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์

ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะนำแนวคิดการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนมาศึกษาในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์ เพราะจากการศึกษาและจากประสบการณ์การปฏิบัติงานในคลินิกของผู้วิจัย ส่วนใหญ่แล้วหญิงตั้งครรภ์กลุ่มนี้มักละเลยต่อการปฏิบัติตัวหรือการใส่ใจดูแลตนเอง จึงทำให้ยากต่อการควบคุมและป้องกันความรุนแรงโรค ทำให้การดำเนินโรครุนแรงถึงขั้นชัก เพิ่มความยุ่งยากซับซ้อนในการดูแลรักษา มีค่าใช้จ่ายมากขึ้นหลายเท่าตัว และด้วยเหตุผลข้างต้นทั้งหมด ทำให้ผู้วิจัยเชื่อว่าถ้ามีการส่งเสริมให้หญิงตั้งครรภ์มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเพิ่มขึ้นแล้ว น่าจะมีผลทำให้หญิงตั้งครรภ์เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เปลี่ยนแปลงวิถีความเป็นอยู่ให้สอดคล้องต่อแผนการรักษาพยาบาล เพื่อควบคุมไม่ให้เกิดการดำเนินโรครุนแรงขึ้น และสิ่งที่สำคัญที่สุดคือ เกิดผลลัพธ์ที่ดีจากการปฏิบัติพฤติกรรมดังกล่าว ทำให้การตั้งครรภ์และการคลอดนั้นดำเนินไปอย่างปลอดภัยทั้งมารดาและทารก

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi experimental research) แบบสองกลุ่มวัดก่อนทดลองและหลังทดลอง (two groups pre-post test design) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการปฏิบัติตนที่สอดคล้องกับแผนการรักษาพยาบาลและความรุนแรงของภาวะความดันโลหิตสูงของหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์ชนิดไม่รุนแรง โดยจะนำเสนอในเรื่องประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่างและขั้นตอนดำเนินการวิจัยดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษานี้เป็นหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์ชนิดไม่รุนแรง

กลุ่มตัวอย่างเป็นหญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการ ณ หน่วยบริการฝากครรภ์ งานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสุรินทร์และโรงพยาบาลบุรีรัมย์ จำนวนทั้งสิ้น 60 ราย จับฉลากเลือกโรงพยาบาลเพื่อเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 รายจากโรงพยาบาลบุรีรัมย์เป็นกลุ่มควบคุมจะได้รับการพยาบาลตามปกติ ส่วนกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 รายจากโรงพยาบาลสุรินทร์เป็นกลุ่มทดลองจะได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่เดือน สิงหาคม พ.ศ. 2549 ถึงเดือน มิถุนายน พ.ศ. 2550

ขนาดกลุ่มตัวอย่าง

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยนำค่าขนาดอิทธิพล(effect size) มาหาขนาดตัวอย่างจากตารางสำเร็จรูป(power tables) ซึ่งเป็นการประมาณค่าขนาดอิทธิพลจากค่าเฉลี่ย 2 กลุ่ม คำนวณจากสูตรของกล๊าส (Glass,1976 อ้างถึงใน บุญใจ ศรีสถิตนรากร, 2546)

$$d = \frac{\bar{X}_E - \bar{X}_C}{SD_C}$$

d คือ ขนาดอิทธิพล

X_E คือ ค่าเฉลี่ยของกลุ่มทดลอง

X_C คือ ค่าเฉลี่ยของกลุ่มควบคุม

SD_C คือ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานกลุ่มควบคุม

ผู้วิจัยได้นำผลการวิจัยเรื่อง ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงของสุมาลี จุมทอง ในปี พ.ศ. 2544 ซึ่งเป็นรายงานวิจัยที่มีลักษณะคล้ายคลึงกันมากำหนดกลุ่มตัวอย่าง แทนค่าในสูตรการคำนวณดังนี้

$$d = \frac{107.67 - 93.33}{12.55} = 1.14$$

การแปลผลการประมาณค่าขนาดอิทธิพลจากค่าเฉลี่ย 2 กลุ่ม (Cohen, 1988: 54) เมื่อนำขนาดอิทธิพลที่คำนวณได้คือ 1.14 ไปเปิดตารางสำเร็จรูปที่ Power .80 ทดสอบระดับนัยสำคัญทางเดียวที่ระดับ .05 ค่าขนาดอิทธิพลระหว่าง 1.00 - 1.20 ได้ขนาดตัวอย่างกลุ่มละ 13 ราย อย่างไรก็ตามเพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง จากการที่ผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์ มักจะมีความรุนแรงของโรคเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วตามอายุครรภ์ (วิบูลย์พรรณ จิตะติลก และ มนศักดิ์ ชูโชติรส, 2551: 78; Cunningham et al., 2005: 762) ทำให้ต้องคัดกลุ่มตัวอย่างที่มีภาวะความดันโลหิตสูงระดับรุนแรงออกจากการศึกษา นอกจากนี้ในการศึกษาครั้งนี้มีการติดตามกลุ่มตัวอย่างเพื่อประเมินพฤติกรรมการปฏิบัติตนที่สอดคล้องกับแผนการรักษาพยาบาล และประเมินความรุนแรงของโรคหลังให้โปรแกรมนาน 4 สัปดาห์ ซึ่งอาจทำให้กลุ่มตัวอย่างบางรายไม่สามารถอยู่ร่วมจนสิ้นสุดโปรแกรมได้ ดังนั้นผู้วิจัยจึงกำหนดกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ทั้งสิ้น 60 ราย โดยแบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 30 รายและกลุ่มทดลอง 30 ราย

การเลือกกลุ่มตัวอย่าง

เป็นการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) ตามเกณฑ์คุณสมบัติที่กำหนดดังนี้

1. เป็นหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์ชนิดไม่รุนแรง คือ ตรวจพบระดับความดันโลหิตซิสโตลิกระหว่าง 140-160 มม.ปรอท และ/ หรือ มีระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิกระหว่าง 90-110 มม.ปรอท และ/ หรือการตรวจพบ

โปรตีนในปัสสาวะด้วยแผ่นทดสอบเทียบสีมากกว่าหรือเท่ากับ 1 บวก และ/ หรือ ตรวจพบอาการบวมของร่างกายมากกว่าหรือเท่ากับ 1 บวก

2. อายุครรภ์ไม่เกิน 34 สัปดาห์
3. ไม่เคยมีประวัติเป็นภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์ในครรภ์ครั้งก่อน
4. สามารถอ่านและเข้าใจภาษาไทย
5. มีโทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้
6. ยินดีเข้าร่วมในการวิจัย

เกณฑ์การคัดกลุ่มตัวอย่างออก

1. หญิงตั้งครรภ์ที่ความรุนแรงของโรคเพิ่มขึ้นเป็นระดับรุนแรง(severe pre-eclampsia)
2. หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์ที่ต้องนอนพักในโรงพยาบาลเพื่อรับการรักษา
3. ไม่สามารถเข้าร่วมการวิจัยได้ครบทุกขั้นตอนที่กำหนด

สถานที่ศึกษา

ผู้วิจัยเลือกสถานที่ทำการศึกษาแบบเฉพาะเจาะจง โดยเลือกโรงพยาบาลสุรินทร์และโรงพยาบาลบุรีรัมย์เนื่องจากมีลักษณะพื้นฐานทางกายภาพคล้ายคลึงกันคือ เป็นโรงพยาบาลศูนย์ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนล่าง เป็นสถาบันร่วมผลิตแพทย์กับสำนักวิชาแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี จังหวัดนครราชสีมา มีจำนวนเตียงผู้ป่วยเท่า ๆ กัน คุณลักษณะของประชากร วิถีชีวิตของประชากร ภาษาท้องถิ่นคล้ายคลึงกัน จำนวนบุคลากรแพทย์ พยาบาลที่ทำหน้าที่ในการดูแลหญิงตั้งครรภ์มีจำนวนเท่า ๆ กัน มีมาตรฐานหรือรูปแบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์ ในหน่วยบริการฝากครรภ์คล้ายคลึงกัน ก็ยังไม่มีคลินิกหญิงครรภ์เสี่ยง พยาบาลในหน่วยฝากครรภ์เป็นผู้ทำหน้าที่ในการคัดกรองหญิงตั้งครรภ์ โดยหญิงตั้งครรภ์ทุกคนต้องได้พบแพทย์อย่างน้อย 1 ครั้ง พยาบาลวิชาชีพเป็นผู้ดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงต่ำ ผู้หญิงที่เป็นครรภ์เสี่ยงสูงจะถูกส่งพบแพทย์เพื่อทำการตรวจรักษา มีแนวปฏิบัติการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์ ที่สัมพันธ์กับแนวปฏิบัติการรักษาหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์(clinical practice guideline)โดยมีแนวปฏิบัติดังนี้

1. ให้คำแนะนำเรื่องการปฏิบัติตัวเป็นรายบุคคลในขณะที่ทำการตรวจครรภ์เรื่อง การพักผ่อนและการทำกิจกรรม การรับประทานอาหาร การสังเกตอาการผิดปกติต่าง ๆ และการพบแพทย์ตามนัด จำนวน 1 ครั้ง เมื่อตรวจพบว่าเป็นภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์

2. นัดฝากครรภ์ทุก 2 - 4 สัปดาห์ เพื่อติดตามประเมินความรุนแรงของโรคและเฝ้าระวังการเจริญเติบโตของทารกในครรภ์

3. การตรวจประเมินความพร้อมของปากมดลูกเมื่ออายุครรภ์ครบ 37 สัปดาห์

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

1. เครื่องวัดความดันโลหิตอัตโนมัติ (digital sphygmomanometer) ตรา Dinamat ที่ผ่านการตรวจสอบคุณภาพโดยช่างเครื่องมือทางการแพทย์ของโรงพยาบาลก่อนทำการทดลองและทุก 3 เดือน ตรวจสอบความพร้อมของเครื่องก่อนใช้งาน ใช้ท่านอนตะแคงซ้ายทุกครั้ง พันผ้าที่บริเวณแขนด้านขวาให้ถูกตำแหน่งที่เครื่องกำหนด

2. แผ่นทดสอบเทียบสี(urine dipstick) ตรา Bili - labstix ที่ผ่านมาตรฐานการตรวจสอบคุณภาพจากบริษัทผู้ผลิต ตรวจสอบวันหมดอายุก่อนใช้งาน ใช้แผ่นทดสอบเทียบสีจุ่มในปัสสาวะที่สุ่มเก็บแบบ midstream urine ประมาณ 2 วินาที แล้วนำมาเปรียบเทียบกับแถบเทียบสีบริเวณข้างขวด เกณฑ์การพิจารณาค่าโปรตีนในปัสสาวะมีดังนี้(Corbett, 2006:725)

0 หมายถึง ไม่มีโปรตีนในปัสสาวะ

trace หมายถึง โปรตีนในปัสสาวะปริมาณน้อยมาก

1 บวก หมายถึง โปรตีนในปัสสาวะ 30 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร

2 บวก หมายถึง โปรตีนในปัสสาวะ 100 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร

3 บวก หมายถึง โปรตีนในปัสสาวะ 300 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร

4 บวก หมายถึง โปรตีนในปัสสาวะ 1,000 มิลลิกรัม/1 กรัมต่อเดซิลิตร

3. อาการบวมของร่างกาย ตรวจโดยผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัย โดยการใช้นิ้วหัวแม่มือกดผิวหนัง บริเวณกระดูกหน้าแข้งนาน 10-30 วินาที เมื่อปล่อยมือแล้วผิวหนังกลับคืนสู่ภาวะปกติทันทีแสดงว่าไม่มีอาการบวม แต่ถ้ามีรอยบุ๋มแปลผลว่ามีอาการบวม โดยเกณฑ์การพิจารณาอาการบวมมีดังนี้(Corbett, 2006:723)

1 บวก หมายถึง กดบุ๋มประมาณ 2 มิลลิเมตร

2 บวก หมายถึง กดบุ๋มประมาณ 4 มิลลิเมตร

3 บวก หมายถึง กดบุ๋มประมาณ 6 มิลลิเมตร

4 บวก หมายถึง กดบุ๋มประมาณ 8 มิลลิเมตร

4. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลการตั้งครรภ์ของหญิงตั้งครรภ์ ได้แก่ อายุ การศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ จำนวนชั่วโมงทำงานต่อวัน ลักษณะครอบครัว รายได้

ครอบครัวต่อเนื่องกัน จำนวนครั้งการตั้งครรภ์ อายุครรภ์เมื่อได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์

5. แบบบันทึกความรุนแรงของภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์ ได้แก่ อาการบวม ระดับโปรตีนในปัสสาวะ ระดับความดันโลหิต และอาการอื่นๆ

6. แบบสอบถามการปฏิบัติตนที่สอดคล้องกับแผนการรักษาของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์ โดยใช้แบบสอบถามการปฏิบัติตนที่สอดคล้องกับแผนการรักษาพยาบาลของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์ซึ่ง ปรียารรณ วิบูลย์วงศ์ สร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและจากรายงานวิจัยที่เกี่ยวข้องในปี พ.ศ.2543 โดยแบบสอบถามนี้มีข้อคำถามจำนวน 28 ข้อ ประกอบด้วย การปฏิบัติตนที่สอดคล้องกับแผนการรักษาพยาบาล 4 ด้าน คือ การพักผ่อนและการทำกิจกรรม 12 ข้อ การรับประทานอาหารและยา 9 ข้อ การมาตรวจตามนัด 3 ข้อ และการสังเกตอาการผิดปกติ 4 ข้อ

ลักษณะข้อคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (rating scales) แบ่งได้ 4 ระดับ ลักษณะของตัวเลือกคือ

ปฏิบัติเป็นประจำ หมายถึง หญิงตั้งครรภ์ปฏิบัติพฤติกรรมนั้นทุกครั้งหรือทุกวันหรือปฏิบัติ 7 วันในหนึ่งสัปดาห์ ให้ระดับคะแนน 4

ปฏิบัติบ่อยครั้ง หมายถึง หญิงตั้งครรภ์ปฏิบัติพฤติกรรมนั้นเป็นส่วนมากแต่ไม่ทุกครั้งหรือเกือบทุกวัน หรือปฏิบัติ 5-6 วันใน 1 สัปดาห์ ให้ระดับคะแนน 3

ปฏิบัติเป็นบางครั้ง หมายถึง หญิงตั้งครรภ์ปฏิบัติพฤติกรรมนั้นน้อยครั้งหรือเป็นบางครั้งหรือเป็นบางวัน หรือปฏิบัติ 3-4 วันใน 1 สัปดาห์ ให้ระดับคะแนน 2

ไม่ปฏิบัติเลย หมายถึง หญิงตั้งครรภ์ไม่ปฏิบัติพฤติกรรมนั้นเลยหรือปฏิบัติเพียง 1-2 ครั้งใน 1 สัปดาห์ ให้ระดับคะแนน 1

คะแนนรวมของแบบสอบถามการปฏิบัติตนที่สอดคล้องกับแผนการรักษาพยาบาลของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์ เป็นคะแนนรวมของแบบสอบถามทั้งฉบับ ที่มีค่าคะแนนต่ำสุดคือ 28 คะแนนและคะแนนสูงสุด 112 คะแนน โดยหญิงตั้งครรภ์ที่ได้คะแนนมากหมายถึงมีการปฏิบัติตนที่สอดคล้องกับแผนการรักษาพยาบาลดี

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ปรียารรณ วิบูลย์วงศ์ (พ.ศ.2543) ได้นำแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลการตั้งครรภ์ แบบบันทึกความรุนแรงของภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์ แบบสอบถามการปฏิบัติตนที่สอดคล้องกับแผนการรักษาของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจาก

การตั้งครรภ์ ให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านสูติกรรม 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลด้านมารดาและทารกแรกเกิด 3 ท่าน และหัวหน้าพยาบาลคลินิกฝากครรภ์ 1 ท่าน ตรวจสอบความเที่ยงตรงของเนื้อหา ความเหมาะสมในการใช้ภาษา และการจัดลำดับเนื้อหา และหาความเชื่อมั่น (reliability) ด้วยวิธีสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค(Coefficient alpha or Cronbach's alpha) ในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์จำนวน 15 คน ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามทั้งฉบับเท่ากับ 0.84 และในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามทั้งฉบับไปหาค่าความเชื่อมั่นใหม่ โดยการนำไปทดลองใช้กับหญิงตั้งครรภ์ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 20 ราย แล้วนำข้อมูลที่ได้ทั้งหมดมาคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค(Coefficient alpha or Cronbach's alpha) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.77

เครื่องมือที่ใช้ดำเนินการวิจัย

โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน

เป็นโปรแกรมที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามกรอบแนวคิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของอัลเบิร์ต แบนดูรา ซึ่งกล่าวถึงแหล่งสนับสนุนที่จะส่งเสริมให้เกิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ซึ่งประกอบด้วย 1) การใช้คำพูดโน้มน้าวหรือชักจูง 2) การได้เห็นตัวแบบหรือประสบการณ์ของผู้อื่น 3) การมีประสบการณ์ของความสำเร็จจากการลงมือกระทำ และ 4) สภาวะด้านร่างกายและอารมณ์ เนื้อหาของโปรแกรมจะครอบคลุมพฤติกรรม การปฏิบัติตนที่เหมาะสม และสอดคล้องกับแผนการรักษาพยาบาลของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์ 4 ด้าน คือ การพักผ่อนและการทำกิจกรรม การรับประทานอาหารและยา การมาตรวจตามนัดและการสังเกตอาการผิดปกติ โดยมีขั้นตอนดังนี้

1. การใช้คำพูดโน้มน้าวหรือชักจูง โดยการจัดกิจกรรมดังนี้

1.1. การให้ความรู้โดยการสอนเป็นรายบุคคลผ่านสื่อประกอบการสอน power point เรื่อง ความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์ : คุณดูแลได้

1.2. การกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมที่เหมาะสม โดยการกล่าวสนับสนุนให้กำลังใจ กระตุ้นให้หญิงตั้งครรภ์มั่นใจในความสามารถของตนเอง เสริมแรงจูงใจกล่าวชื่นชมเมื่อหญิงตั้งครรภ์เข้าใจถูกต้อง กระตุ้นเตือนในเรื่องการปฏิบัติตัว โดยการใช้โทรศัพท์สอบถามทุกสัปดาห์ ชักถามปัญหาและหาข้อจำกัดของการปฏิบัติกิจกรรมและหาแนวทางแก้ปัญหาาร่วมกัน

2. การได้เห็นตัวแบบหรือประสบการณ์ของผู้อื่น โดยจัดให้หญิงตั้งครรภ์สังเกตตัวแบบเชิงสัญลักษณ์ผ่านสื่อประกอบการสอน power point เรื่อง ความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์: คุณดูแลได้

3. การมีประสบการณ์ของความสำเร็จจากการลงมือกระทำ โดยจัดให้หญิงตั้งครรภ์ได้ฝึกตรวจโปรตีนในปัสสาวะด้วยใช้แผ่นทดสอบเทียบสี(urine dipstick)ด้วยตนเอง การฝึกสังเกตอาการบวม รวมทั้งการฝึกลงบันทึกพฤติกรรมและอาการของโรคทุกวันในสมุดคู่มือการปฏิบัติตัวที่ผู้วิจัยแจกให้

4. สภาวะด้านร่างกายและอารมณ์ โดยจัดกิจกรรมดังนี้

4.1. การสนับสนุนด้านร่างกาย โดยการซักถามอาการและประเมินสภาพทั่วไป

4.2. สนับสนุนด้านอารมณ์ มีการเตรียมความพร้อมด้านอารมณ์และจิตใจเพื่อลดความเครียดและความวิตกกังวล จัดให้หญิงตั้งครรภ์อยู่ในห้องที่เป็นส่วนตัวเงียบสงบ มีบรรยากาศผ่อนคลาย เน้นการสร้างสัมพันธภาพที่ดี เปิดโอกาสให้หญิงตั้งครรภ์ระบายความรู้สึก มีการพูดคุยแลกเปลี่ยนความรู้ รวมทั้งประเมินปัญหาและหาข้อจำกัดในการทำกิจกรรม หาแนวทางแก้ปัญหาาร่วมกัน รวมทั้งมีการแจกคู่มือการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมแก่หญิงตั้งครรภ์ เพื่อให้มีความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและวิธีการปฏิบัติตน และติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ เพื่อประเมินอาการและพฤติกรรมการปฏิบัติตนที่สอดคล้องกับแผนการรักษาพยาบาลสัปดาห์ละ 1 ครั้ง รวมตลอดโปรแกรม 2 ครั้ง โดยในการโทรศัพท์ผู้วิจัยจะสอบถามกลุ่มตัวอย่างว่าสะดวกที่จะให้โทรศัพท์ไปหาช่วงเวลาใด และใช้คำถามครอบคลุมประเด็นต่อไปนี้ “อาการในขณะนี้” “คำแนะนำข้อปฏิบัติตนที่เป็นปัญหายังยาก ปฏิบัติไม่ได้” “การให้ความช่วยเหลือแนะนำในข้อที่ยังเป็นปัญหา” “การให้คำชมเชยในข้อที่กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติได้ดี” “เรื่องการดูแลตัวเองอย่างสม่ำเสมอ และตรวจตามกำหนดนัด” ซึ่งใช้เวลาในการติดตามทางโทรศัพท์ไม่เกิน 15 นาที

การตรวจสอบคุณภาพของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน

ผู้วิจัยได้นำโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนที่สร้างขึ้นไปให้อาจารย์ที่ปรึกษาพิจารณาเนื้อหาและความเหมาะสมของขั้นตอนการนำเสนอโปรแกรม แล้วนำไปตรวจสอบความตรงของเนื้อหา ความเหมาะสมของขั้นตอนการนำเสนอโปรแกรม ความเหมาะสมของสื่อประกอบโปรแกรม โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวนทั้งหมด 5 ท่าน ประกอบด้วย สติแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านสูตินรีเวชกรรม 1 ท่าน อาจารย์ผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลมารดาและทารกแรกเกิด 1 ท่าน หัวหน้าพยาบาลหน่วยฝากครรภ์ 1 ท่าน หัวหน้าพยาบาลหน่วยเวชศาสตร์ฟื้นฟู 1 ท่าน และผู้เชี่ยวชาญการพยาบาลสูตินรีเวชกรรม 1 ท่าน หลังจากนั้นนำข้อเสนอแนะที่ได้ไปปรับปรุง แล้วจึงนำโปรแกรมไปทดลองใช้กับหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์ที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 ราย เพื่อทดสอบความสนใจ ความเข้าใจในเนื้อหา

และความเหมาะสมของระยะเวลา แล้วนำข้อเสนอแนะทั้งหมดมาปรับปรุงจนสมบูรณ์ก่อนนำมาใช้ในการทดลอง

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยแนะนำตัวและขอความร่วมมือจากกลุ่มตัวอย่างเป็นลายลักษณ์อักษร ทำการชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการดำเนินการเก็บข้อมูลในการวิจัย สิทธิของผู้ป่วย ให้อิสระแก่ผู้ป่วยในการซักถามและตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยตามความสมัครใจ เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยให้ลงนามยินดียินยอมเข้าร่วมในการวิจัย และเมื่อเข้าร่วมโครงการแล้วถ้าผู้ป่วยต้องการออกจากโครงการก็สามารถทำได้โดยจะไม่มีผลกระทบใดๆต่อการรักษาพยาบาล ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างจะถูกเก็บเป็นความลับ ซึ่งจะใช้เฉพาะในการศึกษาครั้งนี้เท่านั้น

ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังจากได้รับอนุมัติการทำวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมและวิจัยในมนุษย์ของบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดลแล้ว ก่อนดำเนินการรวบรวมข้อมูลผู้วิจัยดำเนินการดังนี้

1. ขออนุญาตแนะนำตัวจากบัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยมหิดล ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลสุรินทร์ และโรงพยาบาลบุรีรัมย์เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการทำวิจัยและขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลตามวันและเวลาคือ ในวันจันทร์ถึงวันศุกร์ เวลา 08.00-12.00 น.
2. ภายหลังได้รับอนุมัติแล้ว ผู้วิจัยเข้าพบพยาบาลหัวหน้าหน่วยบริการฝากครรภ์ทั้งสองโรงพยาบาลเพื่อชี้แจงรายละเอียดและขอความร่วมมือในการรวบรวมข้อมูล
3. ผู้วิจัยจับฉลากเพื่อเลือกโรงพยาบาลเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม
4. ผู้วิจัยเลือกผู้ช่วยวิจัย 1 คนซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพ หน่วยบริการฝากครรภ์โรงพยาบาลบุรีรัมย์ เพื่อดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มควบคุม
5. ส่งโครงร่างวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลและเครื่องมือกำกับการทดลองเพื่อให้ผู้ช่วยวิจัยศึกษาทำความเข้าใจ
6. ผู้วิจัยทำการฝึกปฏิบัติเพื่อเพิ่มทักษะผู้ช่วยวิจัยในเรื่องวิธีการใช้แบบสอบถามแต่ละฉบับ การขอความร่วมมือและการใช้คำถามกับกลุ่มตัวอย่าง ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล การฝึกวัดความดันโลหิตโดยใช้เครื่องอัตโนมัติ การตรวจปัสสาวะด้วยแผ่นตรวจเทียบสี การตรวจอาการบวมโดยการใช้นิ้วมือกด เพื่อให้การดำเนินการเก็บข้อมูลเป็นมาตรฐานเดียวกัน
7. ทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนดจากเวชระเบียนผู้ป่วย

8. ผู้วิจัยติดตามเพื่อสอบถามปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการทดลองในกลุ่มควบคุมกับผู้ช่วยวิจัยสัปดาห์ละครั้ง

การดำเนินการทดลอง

กลุ่มควบคุม : ผู้ช่วยวิจัยเป็นผู้ดำเนินการทดลอง ดังนี้

การพบครั้งที่ 1

เมื่อเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนดเข้ากลุ่มควบคุมแล้ว ผู้ช่วยวิจัยแนะนำตัว สร้างสัมพันธภาพ บอกวัตถุประสงค์ของการศึกษา ขอความร่วมมือในการเข้าร่วมการวิจัย จำนวน 3 ครั้ง ครั้งแรกประมาณ 30 นาที ครั้งที่ 2 และ 3 ประมาณ 15-20 นาที โดยพบครั้งแรกให้กลุ่มตัวอย่างอ่านเอกสารพิกัดภัยสิทธิ์และลงนามในเอกสาร ผู้ช่วยวิจัยสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล ให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามการปฏิบัติตนที่สอดคล้องกับแผนการรักษาพยาบาลของหญิงตั้งครรภ์ (pretest) จากนั้นจึงนำหญิงตั้งครรภ์เข้ารับบริการตามปกติของหน่วยบริการฝากครรภ์ คือ การชั่งน้ำหนัก ตรวจปัสสาวะ วัดความดันโลหิต ตรวจสอบอาการบวม อาการอื่น ๆ พร้อมลงบันทึกในแบบประเมินความรุนแรงของภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์และสมุดฝากครรภ์ ส่งหญิงตั้งครรภ์เพื่อพบแพทย์ นัดหญิงตั้งครรภ์ครั้งต่อไปอีก 2 สัปดาห์หรือ 14 วัน

การพบครั้งที่ 2

ผู้ช่วยวิจัยทักทายสร้างสัมพันธภาพ นำหญิงตั้งครรภ์เข้ารับบริการตามปกติของหน่วยบริการฝากครรภ์คือ การชั่งน้ำหนัก ตรวจปัสสาวะ วัดความดันโลหิต ตรวจสอบอาการบวม พร้อมลงบันทึกในสมุดฝากครรภ์ การพบครั้งนี้ใช้เวลาประมาณ 15-20 นาที หลังจากนั้นให้หญิงตั้งครรภ์พบแพทย์ และนัดหญิงตั้งครรภ์ครั้งต่อไปอีก 2 สัปดาห์หรือ 14 วัน

การพบครั้งที่ 3

ผู้ช่วยวิจัยทักทายสร้างสัมพันธภาพ นำหญิงตั้งครรภ์เข้ารับบริการตามปกติของหน่วยบริการฝากครรภ์คือ การชั่งน้ำหนัก ตรวจปัสสาวะ วัดความดันโลหิต ตรวจสอบอาการบวม อาการอื่น ๆ พร้อมลงบันทึกในแบบประเมินความรุนแรงของภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์และสมุดฝากครรภ์ แล้วให้ตอบแบบสอบถามการปฏิบัติตนที่สอดคล้องกับแผนการรักษาพยาบาลของหญิงตั้งครรภ์ (post-test) และเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างซักถามข้อสงสัยพร้อมตอบคำถาม กล่าวขอบคุณกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมการศึกษาและให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี

กลุ่มทดลอง : ผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินการทดลอง ดังนี้

การพบครั้งที่ 1

1. เมื่อเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนดเข้ากลุ่มทดลองแล้ว จัดให้หญิงตั้งครรภ์อยู่ในห้องที่เป็นส่วนตัวเงียบสงบ มีบรรยากาศผ่อนคลาย ผู้วิจัยแนะนำตัว สร้างสัมพันธภาพ บอกวัตถุประสงค์ของการศึกษา และขั้นตอนการวิจัย ผู้วิจัยจะพบกลุ่มตัวอย่างจำนวน 3 ครั้ง ครั้งแรกประมาณ 60 นาที ครั้งที่ 2 และ 3 ประมาณ 45 นาที โดยให้กลุ่มตัวอย่างอ่านเอกสารพิทักษ์สิทธิ์และลงนามในเอกสาร ผู้วิจัยสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล และให้ตอบแบบสอบถามการปฏิบัติตนที่สอดคล้องกับแผนการรักษาพยาบาลของหญิงตั้งครรภ์ (pretest) จากนั้นจึงนำหญิงตั้งครรภ์เข้ารับการตรวจครรภ์ ชั่งน้ำหนัก ตรวจปัสสาวะ วัดความดันโลหิต ตรวจสอบอาการบวม พร้อมลงบันทึกในแบบประเมินความรุนแรงของภาวะความดันโลหิตสูง เนื่องจากการตั้งครรภ์และสมุคฝากครรภ์ เป็นข้อมูลพื้นฐานก่อนทำการทดลอง

2. ผู้วิจัยกล่าวถึงขั้นตอนในการนำเสนอโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนรวมทั้งส่วนประกอบของโปรแกรมทั้งหมด แล้วให้คำแนะนำเป็นรายบุคคลและให้สังเกตตัวแบบจากสื่อประกอบการสอนเรื่อง ความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์: คุณดูแลได้

3. การประเมินและสนับสนุนทางด้านร่างกายและอารมณ์เป็นรายบุคคล ประเมินความรู้เกี่ยวกับโรค รับฟังหญิงตั้งครรภ์ระบายความรู้สึกกลัวหรือความวิตกกังวลเกี่ยวกับตนเอง และทารกในครรภ์ ให้ความมั่นใจว่าผู้วิจัยพร้อมที่จะช่วยเหลือ กล่าวชมเชยและให้กำลังใจเมื่อหญิงตั้งครรภ์ปฏิบัติตนที่ผ่านมามีถูกต้อง ซึ่งจะเป็นการชักจูงและเป็นการเสริมความมั่นใจให้ปฏิบัติต่อไป

4. ประเมินข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ร่วมกับหญิงตั้งครรภ์โดยการพูดคุย แลกเปลี่ยนความคิดเห็น ความรู้และประสบการณ์แบบการสื่อสาร 2 ทาง(two way communication) ร่วมกันวางแผนแก้ปัญหา และอุปสรรคที่อาจขัดขวางการปฏิบัติตัวโดยให้หญิงตั้งครรภ์ใช้ความสามารถของตนเอง เช่นการปรับเปลี่ยนเวลาการทำงานหรือจัดระบบงานเพื่อให้มีเวลาพักผ่อนมากขึ้น การขอความช่วยเหลือจากบุคคลในครอบครัว เป็นต้น

5. สนับสนุนให้หญิงตั้งครรภ์ทดลองปฏิบัติในการตรวจโปรตีนในปัสสาวะด้วยแผ่นทดสอบเทียปสี ด้วยตนเอง การสังเกตอาการบวม รวมทั้งการฝึกลงบันทึกพฤติกรรมการปฏิบัติตนและอาการของโรคในสมุดคู่มือการดูแลรักษาผู้หญิงที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์

6. เปิดโอกาสให้หญิงตั้งครรภ์ซักถามข้อสงสัยต่าง ๆ และตอบคำถามด้วยความเต็มใจ

7. แจกชุดตรวจโปรตีนในปัสสาวะ คู่มือการดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์ ซึ่งมีแบบบันทึกพฤติกรรมการณ์ปฏิบัติตนและผลการตรวจอาการผิดปกติด้วยตนเอง

8. ส่งหญิงตั้งครรภ์พบแพทย์

9. นัดหมายหญิงตั้งครรภ์ในอีก 2 สัปดาห์หรือ 14 วัน วันที่ 7 หลังจากได้รับโปรแกรม ผู้วิจัยได้โทรศัพท์สอบถามอาการ เพื่อประเมินความก้าวหน้าและความต่อเนื่องในการปฏิบัติกิจกรรม

การพบครั้งที่ 2

1. ผู้วิจัยกล่าวทักทาย สร้างสัมพันธภาพ จากนั้นจึงนำหญิงตั้งครรภ์เข้ารับบริการตรวจครรภ์ การชั่งน้ำหนัก ตรวจปัสสาวะ วัดความดันโลหิต ตรวจสอบอาการบวม พร้อมลงบันทึกในสมุดฝากครรภ์และคู่มือการดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์

2. ชักถามการปฏิบัติตนที่ผ่านมาตลอด 2 สัปดาห์ ร่วมกับติดตามผลการบันทึกพฤติกรรมการณ์ปฏิบัติตนที่สอดคล้องกับแผนการรักษาพยาบาล และผลการตรวจโปรตีนในปัสสาวะและอาการผิดปกติต่าง ๆ ด้วยตนเองของกลุ่มตัวอย่าง ในสมุดคู่มือที่ผู้วิจัยแจกให้ กล่าวชมเชยให้กำลังใจ สนับสนุนพฤติกรรมการณ์ปฏิบัติตนที่ถูกต้องและแก้ปัญหาได้ตรงเป้าหมาย

3. ถ้าวรรณเป้าหมาย ผู้วิจัยส่งเสริมให้หญิงตั้งครรภ์คงพฤติกรรมที่ดีไว้ และเพิ่มเป้าหมายการปฏิบัติตนที่สูงขึ้นและวางแผนแก้ไขปัญหาลักษณะต่าง ๆ เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์สามารถปฏิบัติตนได้สอดคล้องกับแผนการรักษาพยาบาล พร้อมทั้งให้ความมั่นใจในการนำไปปฏิบัติจริง

4. หากไม่บรรลุเป้าหมายหรือไม่สามารถปฏิบัติตนตามแผนการรักษาพยาบาลร่วมกัน ค้นหาปัญหาหรืออุปสรรคที่ขัดขวางการปฏิบัติตนที่ผ่านมา เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์นำแผนไปปฏิบัติ พร้อมให้กำลังใจในการแก้ไขปัญหที่เกิดขึ้นด้วยตนเองต่อไป

5. ส่งหญิงตั้งครรภ์พบแพทย์

6. นัดหมายหญิงตั้งครรภ์ในอีก 2 สัปดาห์หรือ 14 วัน ในวันที่ 7 หลังพบกับกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยโทรศัพท์ไปสอบถามอาการ เพื่อประเมินความก้าวหน้าและความต่อเนื่องในการปฏิบัติกิจกรรม

การพบครั้งที่ 3

1. ผู้วิจัยกล่าวทักทาย สร้างสัมพันธภาพกับหญิงตั้งครรภ์และตอบแบบสอบถามการปฏิบัติตนที่สอดคล้องกับแผนการรักษาพยาบาลของหญิงตั้งครรภ์ (post-test) จากนั้นจึงนำหญิง

ตั้งครรภ์เข้ารับบริการตรวจครรภ์ การชั่งน้ำหนัก ตรวจปัสสาวะ วัดความดันโลหิต ตรวจสอบอาการบวม พร้อมลงบันทึกในแบบประเมินความรุนแรงของภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์ สมุดฝากครรภ์ และคู่มือการดูแลรักษาผู้หญิงที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์

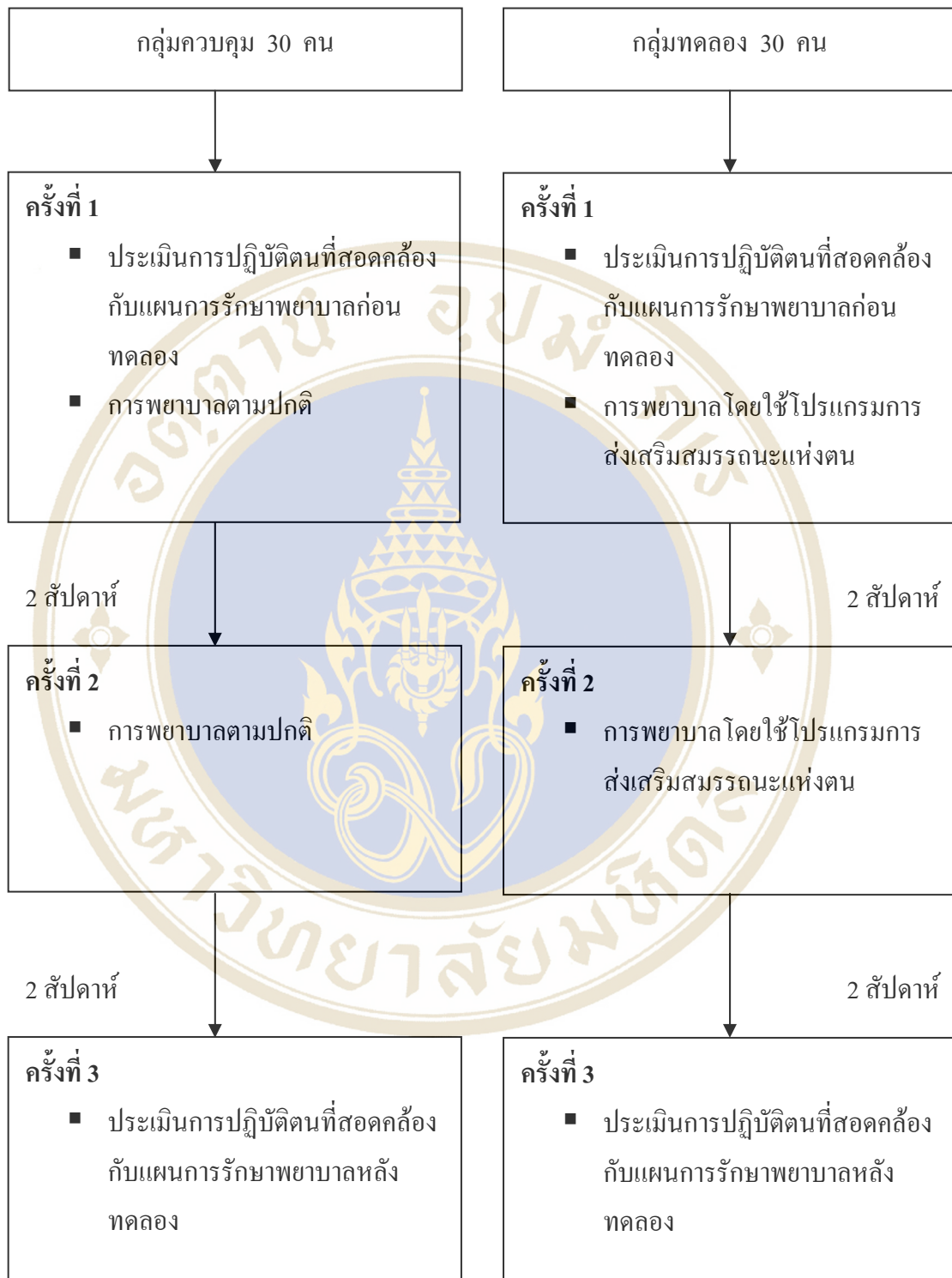
2. ชักถามการปฏิบัติตนที่ผ่านมามาตลอด 2 สัปดาห์ ร่วมกับติดตามผลการบันทึกพฤติกรรม การปฏิบัติตนที่สอดคล้องกับแผนการรักษาพยาบาล และผลการตรวจโปรตีนในปัสสาวะและอาการผิดปกติต่าง ๆ ด้วยตนเองของกลุ่มตัวอย่าง ในสมุดคู่มือที่ผู้วิจัยแจกให้ กล่าวชมเชยให้กำลังใจ สนับสนุนพฤติกรรม การปฏิบัติตนที่ถูกต้องและแก้ปัญหาได้ตรงเป้าหมาย

3. เปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างซักถามข้อสงสัยพร้อมตอบคำถาม และทบทวนการปฏิบัติตัวตามแผนการรักษาพยาบาล พร้อมยุติการเก็บข้อมูล

4. แนะนำบุคลากรทางการแพทย์ที่หญิงตั้งครรภ์สามารถขอความช่วยเหลือได้ เช่น แพทย์ พยาบาลในคลินิกฝากครรภ์

5. กล่าวขอบคุณกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมการศึกษาและให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี

6. ส่งหญิงตั้งครรภ์พบแพทย์



ภาพที่ 4 : แสดงขั้นตอนการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปตั้งค่าระดับนัยสำคัญที่ .05 ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

1. เปรียบเทียบลักษณะข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ก่อนการทดลองระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองด้วยการวิเคราะห์ Chi-square test หรือ Fisher's exact test และ Independent t-test
2. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติตนที่สอดคล้องกับแผนการรักษาพยาบาลหลังการทดลองระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองด้วยการวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วม (ANCOVA) โดยใช้คะแนนการปฏิบัติตนที่สอดคล้องกับแผนการรักษาพยาบาลก่อนการทดลองเป็นตัวแปรร่วม
3. เปรียบเทียบอาการบวมของร่างกายและระดับโปรตีนในปัสสาวะหลังการทดลองระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองด้วยการวิเคราะห์ Chi-square test หรือ Fisher's exact test
4. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความดันโลหิตซิสโตลิกและความดันโลหิตไดแอสโตลิกหลังทดลองระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองด้วยการวิเคราะห์ Independent t-test

บทที่ 4

ผลการวิจัย

การศึกษาในครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi experimental research) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการปฏิบัติตนที่สอดคล้องกับแผนการรักษาพยาบาลและความรุนแรงของโรค ในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์ โดยจะเสนอผลการวิจัยตามลำดับดังนี้คือ ลักษณะข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ข้อมูลเกี่ยวกับการตั้งครรภ์และการคลอด การปฏิบัติตนที่สอดคล้องกับแผนการรักษาพยาบาลและความรุนแรงของภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์

ลักษณะส่วนบุคคลและข้อมูลเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ของกลุ่มตัวอย่าง

จากการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 70 ในกลุ่มทดลองและร้อยละ 73.3 ในกลุ่มควบคุม ซึ่งเกือบทั้งหมดของทั้งสองกลุ่มมีสถานภาพสมรสคู่ ส่วนใหญ่ของทั้งสองกลุ่มทำงานมีรายได้เป็นของตนเอง โดยพบร้อยละ 90 ในกลุ่มควบคุม และพบร้อยละ 86.7 ในกลุ่มทดลอง และร้อยละ 53.3 ของกลุ่มควบคุมเป็นครอบครัวเดี่ยว ส่วนกลุ่มทดลองร้อยละ 63.3 เป็นครอบครัวขยาย เมื่อพิจารณาจำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ พบส่วนใหญ่เป็นครรภ์หลังคือร้อยละ 70 ในกลุ่มควบคุมและร้อยละ 66.7 ในกลุ่มทดลอง และอายุครรภ์เมื่อได้รับการวินิจฉัยโรคครั้งแรกมากกว่าหรือเท่ากับ 27 สัปดาห์เท่ากับร้อยละ 70

หญิงตั้งครรภ์กลุ่มควบคุมมีอายุเฉลี่ย 29.37 ปี(S.D.=6.08) และกลุ่มทดลองมีอายุเฉลี่ย 27.77 ปี(S.D.=6.12) โดยกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยการทำงานเท่ากับ 9.35 ชั่วโมงต่อวัน(S.D.=.96) ในกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยการทำงานเท่ากับ 9 ชั่วโมงต่อวัน(S.D.=1.11) รายได้ครอบครัวเฉลี่ยในกลุ่มควบคุมเท่ากับ 7,300 บาท(S.D.=3,239.31) กลุ่มทดลองเฉลี่ยเท่ากับ 8,233.33 บาท(S.D.=3,664.21)

เมื่อทำการเปรียบเทียบข้อมูลดังกล่าวระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ด้วยการวิเคราะห์ Chi-square test, Fisher's exact test ดังตารางที่ 1 และ Independent t-test ดังตารางที่ 2 พบว่าไม่มีความแตกต่างกันของทั้งสองกลุ่มที่ระดับนัยสำคัญ .05

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบความแตกต่างของลักษณะส่วนบุคคลและข้อมูลเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ก่อนการทดลองระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง (N= 60)

ลักษณะส่วนบุคคล	กลุ่มควบคุม(n=30) จำนวน(%)	กลุ่มทดลอง(n=30) จำนวน(%)	รวม(n=60) จำนวน(%)	χ^2
ระดับการศึกษา ^A				
ประถมศึกษา	22(73.3)	21(70.0)	43(71.7)	1.00 ^{ns}
มัธยมศึกษา/ปวช.	8(26.7)	9(30.0)	17(28.3)	
สถานภาพสมรส ^B				
คู่	30(100.0)	29(96.7)	59(98.3)	1.00 ^{ns}
หย่า	0 (.0)	1 (3.3)	1 (1.7)	
อาชีพ ^B				
ไม่ได้ทำงาน	3(10.0)	4(13.3)	7(11.7)	.25 ^{ns}
ทำงานมีรายได้	27(90.0)	26(86.7)	53(88.3)	
ลักษณะครอบครัว ^A				
เดี่ยว	16(53.3)	11(36.7)	27(45.0)	.29 ^{ns}
ขยาย	14(46.7)	19(63.3)	33(55.0)	
จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ ^A				
ตั้งครรภ์แรก	9(30.0)	10(33.3)	19(31.7)	1.00 ^{ns}
ตั้งครรภ์หลัง	21(70.0)	20(66.7)	41(68.3)	
อายุครรภ์เมื่อได้รับการวินิจฉัยโรคครั้งแรก(สัปดาห์) ^A				
21-26 สัปดาห์	9(30.0)	9(30.0)	18(30.0)	1.00 ^{ns}
≥ 27 สัปดาห์	21(70.0)	21(70.0)	54(70.0)	

** $p < .01$, ^{ns} $p > .05$

^A Chi-square test, ^B Fisher's exact test

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความแตกต่างของลักษณะส่วนบุคคลก่อนการทดลองระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง (N= 60)

ลักษณะส่วนบุคคล	กลุ่มควบคุม(n=30)		กลุ่มทดลอง(n=30)		t
	mean	S.D.	mean	S.D.	
อายุ	29.37	6.08	27.77	6.12	.98 ^{ns}
รายได้	7,300	3,239.31	8,233.33	3,664.21	-1.29 ^{ns}
ชั่วโมงการทำงานต่อวัน	9.35	.96	9.00	1.11	1.31 ^{ns}

^{ns} $p > .05$

การปฏิบัติตนที่สอดคล้องกับแผนการรักษาพยาบาล

ผลการวิจัยพบว่าก่อนการทดลองคะแนนเฉลี่ยโดยรวมของการปฏิบัติตนที่สอดคล้องกับแผนการรักษาพยาบาลในกลุ่มทดลองเท่ากับ 85.03 คะแนน(S.D.=10.08) ส่วนในกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยโดยรวมเท่ากับ 79.93 คะแนน(S.D.=5.74) เมื่อเปรียบเทียบคะแนนดังกล่าวของกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มพบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($t = -2.62$) ผู้วิจัยจึงใช้คะแนนเฉลี่ยก่อนการทดลองเป็นตัวแปรร่วมในการเปรียบเทียบความแตกต่างค่าคะแนนเฉลี่ยโดยรวมของการปฏิบัติตนที่สอดคล้องกับแผนการรักษาพยาบาลหลังการทดลองโดยใช้สถิติ ANCOVA

หลังการทดลองคะแนนเฉลี่ยโดยรวมของการปฏิบัติตนที่สอดคล้องกับแผนการรักษาพยาบาลในกลุ่มทดลองเท่ากับ 105.30 คะแนน(S.D.=4.22) ส่วนในกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยโดยรวมเท่ากับ 85.23 คะแนน(S.D.=3.94) เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยโดยรวมของการปฏิบัติตนที่สอดคล้องกับแผนการรักษาพยาบาลของกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มด้วยสถิติ ANCOVA พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ยของคะแนนการปฏิบัติตนที่สอดคล้องกับแผนการรักษาพยาบาลของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองช่วงก่อนและหลังทำการทดลอง(N = 60)

การปฏิบัติตนที่ สอดคล้องกับแผนการ รักษาพยาบาล	กลุ่มควบคุม(n=30)				กลุ่มทดลอง(n=30)			
	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		ก่อนทดลอง		หลังทดลอง	
	mean	S.D.	mean	S.D.	mean	S.D.	mean	S.D.
การพักผ่อนและการทำ กิจกรรม	32.63	2.58	34.80	1.75	37.27	5.39	43.47	2.70
การรับประทานอาหาร และยา	28.53	2.43	29.83	1.46	27.53	3.97	34.33	1.30
การมาตรวจ ตามนัด	6.77	1.01	7.03	.81	6.83	1.29	7.60	.62
การสังเกตอาการ ผิดปกติ	12.00	2.23	13.50	1.68	13.60	3.51	19.87	.35
คะแนนเฉลี่ยรวม	79.93	5.74	85.23	3.94	85.03	10.08	105.30	4.22

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติตนที่สอดคล้องกับแผนการรักษาพยาบาลระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองภายหลังการทดลอง(N = 60)

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F	p
คะแนนเฉลี่ยระหว่างกลุ่ม	1	5077.183	5077.183	330.205	.000***
ตัวแปรร่วม	1	89.242	89.242	5.804	.019*
คะแนนเฉลี่ยภายในกลุ่ม	57	876.425	15.376		
รวม	59	7005.733			

*** $p < .001$, * $p < .05$

ความรุนแรงของภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์ของกลุ่มตัวอย่าง

ก่อนทำการศึกษาพบว่าหญิงครรภ์ในกลุ่มทดลองส่วนใหญ่คือร้อยละ 43.3 มีอาการบวมระดับเล็กน้อย ส่วนกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่ร้อยละ 36.7 มีอาการบวมที่ระดับ 1 บวก แต่เมื่อทำการเปรียบเทียบอาการบวมระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองด้วยการวิเคราะห์ Chi-square test พบว่าไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติที่ระดับนัยสำคัญ .05

เมื่อพิจารณาระดับโปรตีนในปัสสาวะทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมพบว่าส่วนใหญ่ตรวจไม่พบโปรตีนในปัสสาวะคือร้อยละ 83.3 และร้อยละ 70 ตามลำดับ และเมื่อทำการเปรียบเทียบระดับโปรตีนในปัสสาวะระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองด้วยการวิเคราะห์ Fisher's exact test พบว่าไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติที่ระดับนัยสำคัญ .05

หลังทำการศึกษา 4 สัปดาห์พบว่า หญิงตั้งครรภ์ในกลุ่มทดลองส่วนใหญ่ร้อยละ 46.7 ตรวจไม่พบอาการบวมของร่างกาย ส่วนในกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่ร้อยละ 40 ตรวจพบอาการบวมระดับ 1 บวก และเมื่อทำการเปรียบเทียบอาการบวมระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองด้วยการวิเคราะห์ Chi-square test พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

เมื่อศึกษาระดับโปรตีนในปัสสาวะของกลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังทำการศึกษาลงส่วนใหญ่คือร้อยละ 90 ตรวจไม่พบโปรตีนในปัสสาวะ เมื่อทำการเปรียบเทียบระดับโปรตีนในปัสสาวะระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองด้วยการวิเคราะห์ Fisher's exact test พบว่าไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติที่ระดับนัยสำคัญ .05 ดังตารางที่ 5 อย่างไรก็ตามในกลุ่มควบคุมมีจำนวนหญิงตั้งครรภ์ที่มีระดับโปรตีนในปัสสาวะเพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มทดลอง โดยพบว่ามีจำนวนหญิงตั้งครรภ์ที่มีระดับโปรตีนในปัสสาวะเพิ่มขึ้นเป็น 1 บวก จำนวน 2 ราย คิดเป็น ร้อยละ 6.7 ในขณะที่กลุ่มทดลองไม่พบหญิงตั้งครรภ์ที่มีระดับโปรตีนในปัสสาวะเพิ่มขึ้นเลย (ภาคผนวก จ)

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบความรุนแรงของภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังทำการทดลอง(N = 60)

อาการและอาการแสดง	กลุ่มควบคุม(n=30)	กลุ่มทดลอง(n=30)	รวม(n=60)	χ^2
	จำนวน(%)	จำนวน(%)	จำนวน(%)	
ก่อนทดลอง				
Edema ^A				
no edema	6(20.0)	6(20.0)	12(20.0)	.317 ^{ns}
slight	8(26.7)	13(43.3)	21(35.0)	
+1	11(36.7)	5(16.7)	16(26.7)	
+2	5(16.6)	6(20.0)	11(18.3)	
Urine albumin ^A				
no	21(70.0)	25(83.3)	46(76.6)	.018 ^{ns}
yes	9(30.0)	5(16.7)	14(23.4)	
หลังทดลอง				
Edema ^A				
no edema	4(13.4)	14(46.7)	18(30.0)	.030*
slight	7(23.3)	3(10.0)	10(16.7)	
+1	12(40.0)	10(33.3)	22(36.6)	
+2	7(23.3)	3(10.0)	10(16.7)	
Urine albumin ^B				
no	27(90.0)	27(90.0)	54(90.0)	.665 ^{ns}
yes	3(10.0)	3(10.0)	6(10.0)	

* $p < .05$, ^{ns} $p > .05$

^A Chi-square test, ^B Fisher's exact test

เมื่อพิจารณาค่าเฉลี่ยความดันโลหิตซิสโตลิกเฉลี่ยก่อนทำการทดลอง พบว่าทั้งสองกลุ่มมีค่าเฉลี่ยความดันโลหิตซิสโตลิกเท่า ๆ กันคือ กลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 146.00 มม.ปรอท (S.D.=6.21) ในกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 146.67 มม.ปรอท (S.D.=6.06) ค่าเฉลี่ยของความดันโลหิตไดแอสโตลิกก่อนทำการทดลองในกลุ่มควบคุมเท่ากับ 92.67 มม.ปรอท (S.D.=4.50) ในกลุ่มทดลองเท่ากับ 93.67 มม.ปรอท (S.D.=4.90) แต่เมื่อสิ้นสุดการทดลองพบว่าค่าความดันโลหิตซิสโตลิกเฉลี่ยในกลุ่มควบคุมลดลงเหลือ 142.00 มม.ปรอท (S.D.=6.64) ในกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยลดลงเหลือ 140.67 มม.ปรอท (S.D.=6.39) และค่าความดันโลหิตไดแอสโตลิกเฉลี่ยหลังการทดลองในกลุ่มควบคุมเท่ากับ 90.67 มม.ปรอท (S.D.=9.07) ส่วนในกลุ่มทดลองพบค่าเฉลี่ยน้อยกว่าคือ 85.67 มม.ปรอท (S.D.=7.74)

เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความดันโลหิตก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มตัวอย่างด้วยสถิติ Independent t-test พบค่าความดันโลหิตซิสโตลิกและความดันโลหิตไดแอสโตลิกเฉลี่ยของทั้งสองกลุ่มก่อนการทดลองไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติที่ระดับนัยสำคัญ .05 แต่หลังทำการทดลองพบว่าความดันโลหิตไดแอสโตลิกเฉลี่ยของกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 ในขณะที่ความดันโลหิตซิสโตลิกไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติที่ระดับนัยสำคัญ .05 ดังตารางที่ 6

ตารางที่ 6 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความดันโลหิตซิสโตลิกและความดันโลหิตไดแอสโตลิกก่อนและหลังทดลองระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง (N = 60)

ความดันโลหิต (มม.ปรอท)	กลุ่มควบคุม(n = 30)		กลุ่มทดลอง(n = 30)		t
	mean	S.D.	mean	S.D.	
ก่อนทดลอง					
ความดันโลหิตซิสโตลิก	146.00	6.21	146.67	6.06	- .421 ^{ns}
ความดันโลหิตไดแอสโตลิก	92.67	4.50	93.67	4.90	- .823 ^{ns}
หลังทดลอง					
ความดันโลหิตซิสโตลิก	142.00	6.64	140.67	6.39	.792 ^{ns}
ความดันโลหิตไดแอสโตลิก	90.67	9.07	85.67	7.74	2.295*

* $p < .05$, ^{ns} $p > .05$

บทที่ 5

การอภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อการปฏิบัติหน้าที่สอดคล้องกับแผนการรักษาพยาบาลและความรุนแรงของโรคในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์ ซึ่งผลการวิจัยนั้นประเด็นที่นำมาอภิปรายผลได้แก่ ข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลเกี่ยวกับการตั้งครรภ์และการคลอด การปฏิบัติหน้าที่สอดคล้องกับแผนการรักษาพยาบาลและความรุนแรงของภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์

ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลเกี่ยวกับการตั้งครรภ์

จากการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ยเท่า ๆ กัน คือในกลุ่มควบคุมมีอายุเฉลี่ย 29.37 ปี และกลุ่มทดลองมีอายุเฉลี่ย 27.77 ปี ช่วงอายุดังกล่าวเป็นวัยผู้ใหญ่ที่มีความพร้อมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และมีวุฒิภาวะสมบูรณ์เหมาะสมต่อการปฏิบัติหน้าที่สอดคล้องกับภาวะสุขภาพ (ศรีธรรม ธนะภูมิ, 2535: 84 อ้างใน จันทกานต์ อังคนวฒนนานนท์, 2540: 58) ส่วนใหญ่จบระดับประถมศึกษาคือร้อยละ 70 ในกลุ่มทดลอง และร้อยละ 73.3 ในกลุ่มควบคุม ซึ่งเป็นระดับการศึกษาค่อนข้างต่ำ เพราะการศึกษาเป็นปัจจัยหนึ่งที่สำคัญที่จะช่วยให้หญิงตั้งครรภ์พัฒนาความรู้ความสามารถ นำสิ่งที่เรียนรู้นำมาใช้ในการวิเคราะห์และปรับตัวต่อปัญหาอย่างมีประสิทธิภาพ (เกษศิณี ปัจฉิมานนท์, 2549) ทำให้มีมั่นใจที่จะปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ตามคำแนะนำของแพทย์และพยาบาลได้ เกือบทั้งหมดของทั้งสองกลุ่มมีสถานภาพสมรสคู่ การที่หญิงตั้งครรภ์มีสถานภาพสมรสคู่และมีสามีอยู่ใกล้ชิดให้ความช่วยเหลือสนับสนุน เป็นสิ่งส่งเสริมให้หญิงตั้งครรภ์มีกำลังใจและสามารถปฏิบัติตนในขณะตั้งครรภ์ได้อย่างเหมาะสมตามแผนการรักษาพยาบาล (Harley & Eskenazi, 2006)

อาชีพเป็นสิ่งที่บ่งบอกถึงลักษณะการทำงานว่ามีกิจกรรมอะไรบ้างในแต่ละวัน เช่น ต้องทำงานใช้แรงงานหรือต้องใช้ความคิดวิเคราะห์ ซึ่งจะมีผลต่อการปฏิบัติตนในขณะตั้งครรภ์ด้วย จากการศึกษาค้นคว้าพบว่าหญิงตั้งครรภ์ทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่ทำงานประจำมีรายได้เป็นของตนเองโดยในกลุ่มควบคุมพบมากถึงร้อยละ 90 และร้อยละ 86.7 ในกลุ่มทดลอง ในขณะที่มีเพียงส่วนน้อยที่ไม่ได้ทำงาน ในกลุ่มควบคุมทำงานเฉลี่ย 9.35 ชั่วโมงต่อวัน และกลุ่มทดลองทำงาน

เฉลี่ย 9 ชั่วโมงต่อวัน จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าการทำงานที่ใช้แรงงานมากหรือใช้ระยะเวลา ยาวนาน มักจะทำให้เกิดความเหนื่อยล้าและเพิ่มความเครียดแก่ร่างกาย(oxidative stress) ซึ่งจะมี ผลต่อระบบหัวใจและหลอดเลือด(อุจน์ใจ กอนันต์กุล, 2549) และมีความสัมพันธ์อย่างมากกับ การเพิ่มอาการแสดงของภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์เช่น อาการบวมของร่างกาย การปวดศีรษะ ตาพร่ามัว จุกแน่นลิ้นปี่(Black, 2007) การศึกษาครั้งนี้พบว่ากลุ่มควบคุมและกลุ่ม ทดลองมีลักษณะครอบครัวไม่แตกต่างกัน ถึงแม้หญิงตั้งครรภ์ที่อาศัยอยู่ในครอบครัวขยาย อาจ ได้รับคำแนะนำจากญาติในเรื่องการปฏิบัติตัวขณะตั้งครรภ์ แต่สามีเป็นบุคคลสำคัญที่สุดของหญิง ตั้งครรภ์ ที่มีส่วนอย่างมากในการช่วยส่งเสริมให้หญิงตั้งครรภ์มีกำลังใจในการดูแลตนเองและ ทารกในครรภ์ เพราะการที่สมาชิกในครอบครัวมีความรู้สึกรับผิดชอบร่วมกันก่อให้เกิดความ อ่อนนุทาใจ ช่วยให้หญิงตั้งครรภ์ประสบความสำเร็จในการปฏิบัติตนที่สอดคล้องกับแผนการ รักษาพยาบาลมากยิ่งขึ้น (Jensen, 1991) และในสภาพเศรษฐกิจสังคมปัจจุบัน อีกปัจจัยหนึ่งที่มีผล ต่อความเครียดและเป็นข้อจำกัดที่สำคัญในการปฏิบัติตนคือรายได้ จากการศึกษาของสำนัก พัฒนาฐานข้อมูลและตัวชี้วัดภาวะสังคม พบว่ารายได้เฉลี่ยของคนไทยในภาพรวมคือ 5,143 บาท ต่อคนต่อเดือน(สำนักพัฒนาฐานข้อมูลและตัวชี้วัดภาวะสังคม สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการ เศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2551) ในการศึกษาครั้งนี้กลุ่มควบคุมมีรายได้เฉลี่ยเท่ากับ 7,300 บาทต่อเดือน กลุ่มทดลองเฉลี่ยเท่ากับ 8,233.33 บาทต่อเดือน ซึ่งเปรียบเทียบแล้วรายได้เฉลี่ยของ ทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกัน รายได้ดังกล่าวหญิงตั้งครรภ์ให้ข้อมูลว่าเพียงพอที่จะใช้จ่ายใน การดูแลตนเองในขณะตั้งครรภ์ เพราะความพร้อมทางด้านเศรษฐกิจเป็นปัจจัยที่สำคัญที่มี ผลกระทบต่อจิตใจ อารมณ์ของหญิงตั้งครรภ์ ทั้งนี้อาจเป็นเนื่องจากการมีบุตรเป็นการเพิ่มภาระ ค่าใช้จ่ายของครอบครัว ซึ่งเริ่มตั้งแต่ตั้งครรภ์ ถ้าครอบครัวมีปัญหาทางเศรษฐกิจ การตั้งครรภ์ ดังกล่าวก็จะเป็นการเพิ่มระดับความวิตกกังวลส่งผลให้ร่างกายมีภาวะเครียดเพิ่มขึ้น มีผลต่อการ เพิ่มขึ้นของระดับความดันโลหิต และก่อให้เกิดอาการชักในผู้ที่เป็ภาวะพรีอีคลัมปีเซียชนิด รุนแรง(Pillitteri, 2007: 430) รวมทั้งยังเป็นอุปสรรคต่อการปฏิบัติตนที่สอดคล้องกับภาวะสุขภาพ ของหญิงตั้งครรภ์อีกด้วย

สำหรับปัจจัยเกี่ยวกับการตั้งครรภ์และการคลอดนั้นพบว่า ส่วนใหญ่ของทั้งสองกลุ่ม เป็นครรภ์หลัง โดยพบร้อยละ 66.7 ในกลุ่มทดลองและร้อยละ 70 ในกลุ่มควบคุม ซึ่งหญิง ตั้งครรภ์กลุ่มนี้มักมีความรู้และประสบการณ์การดูแลตนเองในครรภ์ครั้งก่อนมาระดับหนึ่ง ทำให้ มีความมั่นใจและสามารถจัดสรรเวลาในการพักผ่อนหรือการทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้เหมาะสม อย่างไรก็ตามหญิงตั้งครรภ์ทั้งหมดไม่เคยมีประวัติการเป็นความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์ ในครรภ์ก่อน ดังนั้นประสบการณ์ในการดูแลตนเองหรือแม้แต่การได้รับความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติ

คนที่สอดคล้องกับแผนการรักษาพยาบาลที่เกี่ยวข้องกับภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์ของทั้งสองกลุ่มจึงไม่มีความแตกต่างกัน ภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์มักพบได้หลังอายุครรภ์ 20 สัปดาห์ โดยส่วนใหญ่มักจะพบในไตรมาสที่ 3 ของการตั้งครรภ์และจะรุนแรงมากขึ้นตามอายุครรภ์ โดยพบว่าหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะนี้ตั้งแต่อายุครรภ์น้อย ๆ นั้นมักเกิดความเสี่ยงของโรคมามากกว่าหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการวินิจฉัยในช่วงไตรมาสหลัง เพราะความรุนแรงของภาวะความดันโลหิตสูงมักเกิดหลังอายุครรภ์ 32 สัปดาห์ (วิบูลย์พรรณ จิตะดิลก และ มนศักดิ์ ชูโชติรส, 2551) ในการศึกษาครั้งนี้พบว่าทั้งสองกลุ่มได้รับการวินิจฉัยเมื่ออายุครรภ์มากกว่าหรือเท่ากับ 27 สัปดาห์เท่ากันคือร้อยละ 70

อย่างไรก็ตามจากการทดสอบความแตกต่างของข้อมูลดังกล่าวข้างต้นของกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มพบว่าข้อมูลทั้งหมดของทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติที่ระดับนัยสำคัญ .05 จึงแสดงให้เห็นว่าคุณสมบัติของหญิงตั้งครรภ์ทั้งสองกลุ่มก่อนทำการทดลองมีความเท่าเทียมกัน

การปฏิบัติตนที่สอดคล้องกับแผนการรักษาพยาบาล

การปฏิบัติตนที่สอดคล้องกับแผนการรักษาพยาบาลและความรุนแรงของภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์ สามารถอภิปรายผลตามสมมติฐานการวิจัยได้ดังนี้

สมมติฐานการวิจัยข้อที่ 1 หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนมีการปฏิบัติตนที่สอดคล้องกับแผนการรักษาพยาบาลดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ผลการทดสอบสมมติฐาน พบว่าหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนมีการปฏิบัติตนที่สอดคล้องกับแผนการรักษาพยาบาลดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับนัยสำคัญ .001 ซึ่งผลการทดสอบดังกล่าวสนับสนุนสมมติฐานข้อที่ 1

จากผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่าหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีการปฏิบัติตนที่สอดคล้องกับแผนการรักษาพยาบาลดีกว่ากลุ่มควบคุม ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่าโปรแกรมที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นนั้นมีส่วนช่วยให้กลุ่มทดลองรับรู้และเชื่อมั่นในศักยภาพของตนเองและสามารถปฏิบัติตนให้สอดคล้องกับภาวะความเจ็บป่วยของตน ซึ่งเบนดูราเรียกว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตน โดยโปรแกรมดังกล่าวมีกิจกรรมที่ช่วยส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน และทำให้กลุ่มตัวอย่างมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้สอดคล้องกับแผนการรักษาพยาบาลในเรื่องของการพักผ่อนอย่างเพียงพอ

การจำกัดกิจกรรมด้านร่างกาย การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ การสังเกตอาการที่ผิดปกติของตนเอง และการมาตรวจตามนัด ซึ่งสามารถอภิปรายผลการวิจัยได้ดังนี้

การให้คำแนะนำหรือการใช้คำพูดโน้มน้าวชักจูง เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างตระหนักถึงความสำคัญของการปฏิบัติตนที่สอดคล้องกับแผนการรักษาพยาบาลทั้ง 4 ด้าน โดยผู้วิจัยจะใช้ตลอดระยะที่หญิงตั้งครรภ์เข้าโปรแกรม ซึ่งจะใช้วิธีการพูดชักจูงทั้ง 4 วิธีคือ การแนะนำ การกระตุ้นชักชวน การชี้แจงและการอธิบาย การใช้คำพูดชักจูงจะดำเนินการไปพร้อม ๆ กับการสังเกตหรือการเรียนรู้ผ่านตัวแบบ โดยผู้วิจัยจะทำการสอนหญิงตั้งครรภ์เป็นรายบุคคลโดยมีสื่อประกอบการสอน power point เรื่อง ความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์: คุณดูแลได้ เป็นการถ่ายทอดความรู้โดยตรงตัวต่อตัว(face to face) ซึ่งมีข้อดีเป็นอย่างมากคือ สามารถให้ความรู้ให้ผู้เรียนให้เข้าใจโดยเนื้อหาโดยละเอียด มีโอกาสซักถามเพื่อความเข้าใจที่ดียิ่งขึ้น สามารถแก้ปัญหาเป็นรายบุคคล โดยมีเนื้อหาหลักเกี่ยวกับภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์ ซึ่งจะเน้นในเรื่องการวิธีการปฏิบัติตัวที่จะป้องกันความรุนแรงของโรคในเรื่องของการพักผ่อนและการทำกิจกรรมต่าง ๆ ที่เหมาะสมในแต่ละวัน การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ การรับประทานยาบำรุงหรือการรับประทานยาเมื่อมีอาการเจ็บป่วย การให้ความสำคัญของการมาตรวจตามนัดและการสังเกตอาการผิดปกติเช่น บวมมากขึ้นโดยเฉพาะที่มือ ใบหน้า อาการปวดศีรษะตาพร่ามัว เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้เกี่ยวกับโรคได้อย่างถูกต้อง เนื่องจากปัญหาความจำกัดในด้านความเข้าใจเกี่ยวกับโรคของแต่ละบุคคลนั้นแตกต่างกัน หญิงตั้งครรภ์จะได้รับรู้เกี่ยวกับพยาธิสรีรวิทยาของโรค ความรุนแรงของโรค โอกาสเสี่ยงที่จะเกิดความเสี่ยงและอันตรายที่จะเกิดกับตนเองและทารกในครรภ์ รวมทั้งประโยชน์ของการรักษาพยาบาล โดยใช้วิธีการสื่อสารแบบสองทาง (two way communication) เพื่อเน้นให้ตรงความต้องการของแต่ละราย หญิงตั้งครรภ์จึงมีโอกาสได้ซักถามทบทวนเพื่อให้เกิดความเข้าใจเกี่ยวกับโรคมายิ่งขึ้น เมื่อมีการรับรู้ต่อภาวะที่เป็นอยู่อย่างถูกต้อง รวมทั้งเห็นประโยชน์ของการปฏิบัติตนที่สอดคล้องกับแผนการรักษาพยาบาล ทำให้สามารถแก้ไขความเชื่อผิด ๆ หรือปรับเปลี่ยนการรับรู้ที่ไม่ถูกต้องให้ดีขึ้น รวมทั้งในขณะที่พูดคุยกัน ผู้วิจัยพูดชมเชยและให้กำลังใจในสิ่งที่หญิงตั้งครรภ์เข้าใจแล้วและปฏิบัติได้ถูกต้อง ซึ่งจะเป็นแรงจูงใจที่สำคัญที่ทำให้มีกำลังใจและมั่นใจในการที่จะปฏิบัติตามพฤติกรรมที่สอดคล้องกับแผนการรักษาพยาบาลต่อไป หรือมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อให้สอดคล้องกับแผนการรักษาพยาบาล ดังนั้นความรู้จึงเป็นอีกแนวทางหนึ่งของการให้คำแนะนำ เป็นองค์ประกอบที่สำคัญในการสร้างหรือก่อให้เกิดทักษะในการปฏิบัติขึ้นต่อไป โดยเฉพาะเป็นความรู้ที่ได้จากบุคคลที่หญิงตั้งครรภ์ให้ความเชื่อถือหรือเป็นคนที่สำคัญของหญิงตั้งครรภ์

การสังเกตผ่านตัวแบบนั้น หูยงตั้งครรภจะไดสังเกตตัวแบบภาพนึ่งผ่านสื่อการสอน เรื่อง ความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ: คุณดูแลได้ ซึ่งเป็นสื่อ power point ที่มีหูยงตั้งครรภที่มีประสภการณเป็นความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภเป็นตัวแบบที่มีลักษณะและระดับความสามารถที่คล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง ไม่ว่าจะเป็นอายุ ภาวะสุขภาพ ตลอดจนเป็นพฤติกรรมที่ไม่ซบซน เป็นพฤติกรรมที่สามารถนำมาใช้ในชีวิตประจำวัน เช่นการพักผ่อน การปฏิบัติกิจกรรม การรับประทานอาหาร การสังเกตเด็กด้น สื่อการสอนดังกล่าวมีสีสันสวยงาม และมีข้อความสั้น ๆ เข้าใจง่าย สอดคล้องกับเนื้อหาการสอน ซึ่งมีส่วให้หูยงตั้งครรภเกิดความสนใจและเข้าใจขึ้นตอนต่าง ๆ มากยิ่งขึ้น และนอกจากนี้ผู้วิจัยได้แจกคู่มือการดูแลรักษาผู้หูยงที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ เพื่อให้หูยงตั้งครรภได้นำกลับไปทบทวนในเรื่องของเนื้อหาต่าง ๆ ซึ่งเป็นการกระตุ้นเตือนและให้หูยงตั้งครรภรู้สึกระหนักถึงความสำคัญของการปฏิบัติตนที่สอดคล้องกับแผนการรักษาพยาบาลและสามารถจดจำเนื้อหา สามารถปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ได้ถูกต้อง เพราะสื่อการสอนที่เป็นคู่มือนั้น จัดเป็นสิ่งเร้าที่กระตุ้นให้บุคคลเกิดการเรียนรู้ได้ดียิ่งขึ้น (Clayon, 1963: 43, อ้างถึงใน นิชา ว่องไว, 2541: 58) เป็นการสะสมความรู้ที่สามารถเรียกออกมาใช้ได้ และสามารถให้ความหมายที่มีคุณค่าต่อประสภการณการเรียนรู้แก่หูยงตั้งครรภได้ (กิดานันท์ มลิทอง, 2543: 43)

หูยงตั้งครรภยังไดสังเกตและเรียนรู้ผ่านการสาธิตจากผู้วิจัยในเรื่องของวิธีการดูแลตนเอง การสังเกตอาการผิดปกติต่าง ๆ โดยเฉพาะอาการสำคัญที่จะบ่งชี้ถึงภาวะความรุนแรงของโรค เช่น การตรวจโปรตีนในปัสสาวะ อาการบวมบริเวณต่าง ๆ ซึ่งการสาธิตช่วยให้หูยงตั้งครรภมองเห็นวิธีการตามลำดับขั้นตอนชัดเจน ทำให้เกิดความเข้าใจอย่างแจ่มแจ้งและทำให้เกิดการเลียนแบบได้ง่าย ซึ่งกิจกรรมเหล่านี้เป็นกิจกรรมที่ทำให้หูยงตั้งครรภเกิดความคิดคล้อยตามว่าผู้อื่นทำได้ตนก็น่าจะทำได้(นที เกื้อกูลกิจการ, 2541) ที่สำคัญผู้วิจัยยังได้จัดกิจกรรมที่ให้หูยงตั้งครรภได้ฝึกทักษะที่จำเป็นในการดูแลตนเอง เช่น การสังเกตอาการบวม การตรวจโปรตีนในปัสสาวะ หลังจากผ่านการสาธิตจากผู้วิจัยแล้ว กิจกรรมส่วนนี้ทำให้หูยงตั้งครรภเกิดประสภการณตรงด้วยตนเอง ซึ่งจะช่วยเพิ่มความมั่นใจที่จะทำให้หูยงตั้งครรภประสภการณสำเร็จในการปฏิบัติกิจกรรม ถือว่าเป็นกิจกรรมที่ให้ผลที่ดีที่สุดที่ก่อให้เกิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (วาสนา ชาวหา, 2533)

นอกจากนี้ผู้วิจัยยังคำนึงถึงปัจจัยที่ช่วยส่งเสริมการเรียนรู้ของหูยงตั้งครรภ เพื่อกระตุ้นสภาวะทางร่างกายและด้านอารมณ์ เพื่อความพร้อมในการเรียนรู้ โดยการประเมินสภาพร่างกายและจิตใจของหูยงตั้งครรภทุกคนก่อนเข้าโปรแกรม สร้างสัมพันธภาพที่ดี มีการซักถามพูดคุยอย่างเป็นกันเอง ให้เกียรติในความเป็นบุคคล แสดงความจริงใจ ห่วงใย รับฟังปัญหา ให้เวลา

ในการตอบข้อซักถามและยินดีให้ความช่วยเหลือ รวมทั้งมีการจัดสถานที่ให้เป็นส่วนตัว มีการรบกวนจากสิ่งรอบข้างน้อยที่สุด สิ่งเหล่านี้จะทำให้หญิงตั้งครรภ์ไว้วางใจและเชื่อใจที่จะให้ข้อมูลกล่าวพูด กล่าวเปิดเผยความรู้สึกนึกคิดของตนเอง ซึ่งจะทำให้ผู้วิจัยสามารถที่จะประเมินความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค รวมทั้งศักยภาพความสามารถ สิ่งเกื้อหนุนหรือว่าอุปสรรคในการปฏิบัติตนที่สอดคล้องกับแผนการรักษายาบาลของหญิงตั้งครรภ์แต่ละราย ซึ่งข้อมูลเหล่านี้เป็นข้อมูลสำคัญที่ผู้วิจัยจะนำมาใช้ในการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนเพื่อให้หญิงตั้งครรภ์มีการปฏิบัติตนที่สอดคล้องกับแผนการรักษายาบาลที่ถูกต้องเหมาะสม การมีปฏิสัมพันธ์เป็นรายบุคคลเช่นนี้ ช่วยให้ทราบข้อเท็จจริงเกี่ยวกับความต้องการของหญิงตั้งครรภ์แต่ละราย และช่วยให้หญิงตั้งครรภ์สามารถมองเห็นปัญหาของตนเอง อีกทั้งเป็นการสร้างสัมพันธ์ภาพอันดีต่อกัน ทำให้หญิงตั้งครรภ์กล้าปรึกษาปัญหาต่าง ๆ ที่เป็นอุปสรรคในการดูแลตนเอง เพราะจากการศึกษาพบว่า ผู้รับบริการส่วนใหญ่ที่ใช้ระบบบริการสุขภาพไม่ถูกต้องเนื่องจากไม่กล้าซักถาม (มยุรี นิรัตธราคร, 2539) ดังนั้นข้อมูลและความรู้ที่ได้รับจะช่วยให้หญิงตั้งครรภ์สามารถตัดสินใจของตนเองว่ามีเพียงพอที่จะรับมือหรือจัดการกับภาวะสุขภาพที่ตนเองประสบอยู่หรือไม่

เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์เหล่านี้เกิดความรู้สึกว่า ผู้ให้บริการไม่ได้ถูกทอดทิ้ง ยังอยู่ในความสนใจ ผู้วิจัยจึงมีการโทรศัพท์กระตุ้นเตือนเพื่อให้หญิงตั้งครรภ์ปฏิบัติกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง พร้อมพูดคุยชมเชยผู้ที่ปฏิบัติดีแล้ว และให้กำลังใจผู้ที่ยังมีปัญหาการปฏิบัติกิจกรรม เป็นการกระตุ้นสภาวะทางร่างกายและอารมณ์อย่างต่อเนื่อง ซึ่งเป็นวิธีการที่เชื่อว่ามีผลอย่างยิ่งที่จะช่วยให้หญิงตั้งครรภ์เกิดพลังและมั่นใจที่จะปฏิบัติตนที่สอดคล้องกับแผนการรักษายาบาลอย่างต่อเนื่อง จากประเด็นคำถามซึ่งครอบคลุมในเรื่อง อาการในขณะปัจจุบัน คำแนะนำการปฏิบัติตนที่ยังเป็นปัญหายุ่งยาก ปฏิบัติไม่ได้ การให้ความช่วยเหลือแนะนำในข้อที่ยังเป็นปัญหา การให้คำชมเชยในข้อที่กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติได้ดี ย้ำเรื่องดูแลตัวเองอย่างสม่ำเสมอ และตรวจตามกำหนดนัด เช่น เมื่อผู้วิจัยถามว่ามีปัญหาอะไรที่ยุ่งยาก และทำให้ปฏิบัติกิจกรรมไม่ประสบความสำเร็จเท่าที่ควร กลุ่มตัวอย่างรายหนึ่งบอกว่ารายได้ไม่พอใช้ ต้องทำงานทุกวัน รู้สึกว่ามีภาระมาก หรือบางคนบอกว่าครอบครัวสามีไม่ค่อยเข้าใจ มองด้วยสายตาแปลก ๆ หรือทำงานรับจ้างเป็นเสมียนอยู่รด ต้องยืนและเดินตลอดทั้งวัน ไม่กล้านอนพัก กลัวโดนตำหนิ หรือบางคนอาจมีรายได้น้อย กำลังจะมีลูกต้องเตรียมเงินไว้สำหรับคลอด ต้องทำงานล่วงเวลา ซึ่งปัญหาต่าง ๆ เหล่านี้ หลังจากที่ถูกกลุ่มตัวอย่างได้พูดคุย ระบายความอัดอั้นกับข้อข้องใจกับผู้วิจัย รวมทั้งได้รับคำแนะนำหรือเสนอทางเลือกในการจัดการปัญหา รวมทั้งชี้แหล่งประโยชน์และแหล่งสนับสนุนทางสังคม ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความวิตกกังวลลดลง สามารถจัดสรรเวลาในการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ได้อย่างเหมาะสม ลดความยุ่งยากในชีวิตได้

เมื่อหญิงตั้งครรภ์ได้รับการส่งเสริมการรับรู้แห่งตนครบทุกแหล่งแล้ว ทำให้หญิงตั้งครรภ์มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสูงขึ้นและสามารถปฏิบัติตนที่สอดคล้องกับแผนการรักษาพยาบาลมากยิ่งขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สมทรง เค้าฝาย(2541) ที่ศึกษาผลการเตรียมมารดาต่อการรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนดและพฤติกรรมการดูแลทารก ผลการศึกษาพบว่ามารดาที่ได้รับการเตรียมมีการรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนดดีกว่ามารดาที่ไม่ได้รับการเตรียมและมีพฤติกรรมการดูแลทารกที่ถูกต้องมากกว่ามารดาที่ไม่ได้รับการเตรียมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 จากการศึกษาของนุชนาถ สะกะมณี (2541) ซึ่งศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองต่อความสามารถในการดำรงบทบาทมารดาครั้งแรกของมารดาหลังคลอด ผลการศึกษาพบว่าความสามารถในการดำรงบทบาทมารดาครั้งแรกของมารดาหลังคลอดที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองสูงกว่ามารดาที่ได้รับการพยาบาลแบบปกติ และที่สำคัญจากการศึกษาของ สุมาลี จูมทอง (2544) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงที่ค้นพบว่าโปรแกรมห่วงการตั้งครรภ์ทำให้หญิงตั้งครรภ์มีพฤติกรรมการดูแลตนเองดีกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ดังนั้นจึงสรุปได้ว่าโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนทำให้หญิงตั้งครรภ์มีความตื่นตัว มองเห็นคุณค่าและเกิดความเชื่อมั่นในศักยภาพของตนเอง เกิดการรับรู้ว่าตนเองก็มี ความสามารถที่จะปฏิบัติพฤติกรรมที่สอดคล้องกับแผนการรักษาพยาบาล โดยมีการปรับตัวทั้ง ทางด้านร่างกาย สิ่งแวดล้อมและพฤติกรรมเช่นการเลือกรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ การ จัดการกับตนเองเช่นการนอนหลับพักผ่อน การออกกำลังกายที่เหมาะสม การเพิ่มพูนสมรรถนะ ของตนเองให้สามารถเผชิญกับแรงกดดันต่าง ๆ จากสิ่งแวดล้อมได้อย่างราบรื่น และการปรับตัวใน ระดับจิตสำนึก ซึ่งการปรับตัวระดับนี้หากเป็นไปอย่างต่อเนื่อง จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงใน ตัวหญิงตั้งครรภ์ และป้องกันความรุนแรงของโรคที่อาจจะเกิดขึ้นได้ ซึ่งแตกต่างจากการให้ คำแนะนำตามปกติที่มักให้ข้อมูลเฉพาะข้อปฏิบัติเท่านั้น โดยมีได้ตรวจสอบความเข้าใจในข้อมูลที่ ได้รับและไม่มีการประเมินสมรรถนะแห่งตนของหญิงตั้งครรภ์ และติดตามประเมินการปฏิบัติ กิจกรรมอย่างต่อเนื่อง ซึ่งทำให้หญิงตั้งครรภ์นำข้อมูลที่ได้จากคำแนะนำเข้าสู่การปฏิบัติจริงได้ ยาก

ความรุนแรงของภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์

สมมติฐานการวิจัยข้อที่ 2 หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนมีความรุนแรงของโรคน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ผลการทดสอบสมมติฐาน เมื่อเปรียบเทียบอาการและการแสดงทางคลินิกที่ใช้ในการวินิจฉัยความรุนแรงของภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์หลังการทดลองพบว่าจำนวนหญิงตั้งครรภ์ที่มีอาการบวมของร่างกายกลุ่มที่ได้รับการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนน้อยกว่าจำนวนหญิงตั้งครรภ์กลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 พบว่าระดับโปรตีนในปัสสาวะของทั้งสองกลุ่มหลังการทดลองไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติที่ระดับ .05 ระดับความดันโลหิตซิสโตลิกของทั้งสองกลุ่มหลังการทดลองพบว่าไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติที่ระดับ .05 แต่ค่าเฉลี่ยความดันโลหิตไดแอสโตลิกในกลุ่มที่ได้รับการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งจากผลการทดลองดังกล่าวอภิปรายได้ว่าการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเป็นปัจจัยที่มีความสำคัญต่อความตั้งใจของบุคคลที่จะกระทำหรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอันนำไปสู่ผลลัพธ์ที่ต้องการและสามารถพัฒนาการรับรู้สมรรถนะแห่งตนให้เพิ่มขึ้นได้ การที่ได้รับการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนอย่างครบถ้วน จะทำให้หญิงตั้งครรภ์ในกลุ่มทดลองเกิดพลังและเชื่อมั่นว่าตนเองมีความสามารถที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำได้ ส่งผลให้สามารถปฏิบัติตนที่สอดคล้องกับแผนการรักษาพยาบาลและมีความต่อเนื่องในการปฏิบัติกิจกรรมที่มีความสำคัญต่อการป้องกันหรือลดความรุนแรงของโรค ซึ่งมีผลทำให้จำนวนหญิงตั้งครรภ์ที่มีอาการบวมของร่างกายและระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิกในกลุ่มที่ได้รับการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ผู้วิจัยเชื่อว่าส่วนหนึ่งน่าจะเกิดจากหญิงตั้งครรภ์ในกลุ่มทดลองที่ได้รับการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเหล่านั้น สามารถปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ที่สอดคล้องกับแผนการรักษาพยาบาลตามคำแนะนำของแพทย์และพยาบาล

แม้ว่าหลังทำการทดลองจะพบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการปฏิบัติตนที่สอดคล้องกับแผนการรักษาพยาบาลรายด้านของทั้งสองกลุ่มมีค่าเฉลี่ยสูงขึ้นทุกด้าน แต่พบว่าในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยรายด้านสูงกว่ากลุ่มควบคุมทุกด้าน(ภาคผนวก จ) โดยเฉพาะในเรื่องการพักผ่อนและการทำกิจกรรมมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 43.50 (S.D.=5.37) การรับประทานอาหารและยามีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 34.33 (S.D.=1.30) และการสังเกตอาการผิดปกติมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 19.87 (S.D.=.35) ส่วนในกลุ่มควบคุมนั้นมีคะแนนเฉลี่ยรายด้านในเรื่องการพักผ่อนและการทำกิจกรรมเท่ากับ 34.80 (S.D.=1.75) การรับประทานอาหารและยามีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 29.83 (S.D.=1.46) และการสังเกตอาการ

ผิปกดมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 13.50 (S.D.=1.68) การพักผ่อนและการทำกิจกรรมในแต่ละวันมีผลเป็นอย่างมากต่อการเพิ่มขึ้นของระดับความดันโลหิต เพราะบุคคลที่พักผ่อน ทำกิจกรรมหรือการเคลื่อนไหวของร่างกายที่เหมาะสมจะช่วยให้การไหลเวียนของเลือดมาเลี้ยงมดลูกและรกเพิ่มขึ้น มีผลทำให้ความดันโลหิตลดลงได้ (Gilbert & Harmon, 2003: 389) การพักผ่อนจึงเป็นวิธีที่ได้ผลดีที่สุดในการควบคุมความดันโลหิต อย่างไรก็ตามการให้นอนพักอย่างสมบูรณ์ไม่ช่วยในการลดภาวะความดันโลหิตสูง แต่การให้พักผ่อนอย่างเพียงพอและมีกิจกรรมบ้าง กลับมีผลช่วยลดอาการบวมตามร่างกายและควบคุมความดันโลหิตได้ดีกว่า (Meher, Abalos & Carroli, 2005) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า การมีกิจกรรมหรือการทำงานหนักมีความสัมพันธ์กับความเหนื่อยล้าของร่างกาย ทำให้ร่างกายอยู่ในภาวะเครียด ซึ่งมีผลทำลายเซลล์ผนังหลอดเลือด ส่งผลให้มีการเพิ่มอาการและอาการแสดงของภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์เช่นอาการบวม อาการปวดศีรษะตาพร่ามัว จุกแน่นลิ้นปี่ (Black, 2007)

สำหรับเรื่องการรับประทานอาหารนั้น อธิบายได้ว่าหญิงตั้งครรภ์กลุ่มทดลองเมื่อได้รับการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนแล้ว ทำให้มีความใส่ใจและให้ความสำคัญกับการรับประทานอาหารตามคำแนะนำของแพทย์และพยาบาลมากยิ่งขึ้น โดยเฉพาะการปฏิบัติตนรายชื่อในเรื่องการรับประทานอาหารโปรตีนและผักผลไม้ (ภาคผนวก จ) พบว่าในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยรายชื่อมากกว่ากลุ่มควบคุม โดยเฉพาะการรับประทานอาหารโปรตีนในกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.80 (S.D.=.41) แต่ในกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยเพียง 2.97 (S.D.=.41) ซึ่งอาหารโปรตีนสูงมีผลช่วยเพิ่มพลาสมาโปรตีนในเลือด และเพิ่มแรงดันของสมมูลน้ำในร่างกาย ทำให้ปริมาณน้ำในระบบไหลเวียนอยู่ในระดับปกติและป้องกันอาการบวม (Gilbert & Harmon, 1993: 377; Pillitteri, 2007: 430) นอกจากนี้หญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับสารอาหารประเภทโปรตีนไม่เพียงพอจะเกิดภาวะความดันโลหิตสูง ตรงข้ามกับผู้ที่ได้รับโปรตีนสูงมักจะไม่มีเกิดภาวะนี้ (Brewer, 1974 cited in Newman & Fullerton, 1990: 283) ส่วนการรับประทานอาหารประเภทผลไม้ ในกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.37 (S.D.=.49) ในขณะที่กลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยเพียง 2.25 (S.D.=.63) ผักผลไม้จะมีวิตามินและแร่ธาตุจำนวนมากที่มีบทบาทเป็นสารต่อต้านอนุมูลอิสระ และเชื่อว่าสารอนุมูลอิสระนั้นมีผลต่อการทำลายเซลล์ผนังหลอดเลือด ซึ่งเป็นเหตุหนึ่งของการเกิดความดันโลหิตสูง ดังนั้นการที่หญิงตั้งครรภ์รับประทานผักผลไม้อย่างสม่ำเสมอ น่าจะช่วยลดความเสี่ยงต่อการเกิดความดันโลหิตสูงได้ มีข้อมูลบ่งชี้ว่าหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงจะมีระดับสารต่อต้านอนุมูลอิสระลดลงทั้งในมารดาและทารก ซึ่งอาจเกิดจากการไหลเวียนของเลือดที่มายังรกไม่ดีพอ ทำให้มีการปล่อยโมเลกุลของออกซิเจนและอนุมูลอิสระมากขึ้น ร่วมกับมีขบวนการอักเสบแล้วทำให้มีการ

ทำลายของเซลล์ผนังหลอดเลือด ทำให้เกิดภาวะความดันโลหิตสูงตามมา(Rumbold, Duley, Crowther & Haslam, 2005)

การจำกัดโซเดียมหรือการไม่รับประทานอาหารเค็มจัดก็น่าจะมีผลช่วยป้องกันหรือลดอาการบวมของร่างกายได้ เนื่องจากปริมาณโซเดียมในร่างกายสูงทำให้มีการดูดซึมกลับของน้ำในร่างกายเพิ่มขึ้นและมีการหดตัวอย่างผิดปกติของหลอดเลือดทั่วร่างกาย ทำให้อัตราการกรองผ่านไตลดลง เมื่อเป็นระยะเวลานาน จะทำให้การทำงานของไตเสื่อมสภาพลง จึงมีการรั่วของโปรตีนในรูปของอัลบูมินออกมากับปัสสาวะมากขึ้น ทำให้ระดับอัลบูมินในเลือดลดลง แรงดันที่รักษาสมดุลของน้ำนอกเซลล์และในเซลล์ของร่างกายก็จะลดลง ทำให้น้ำซึมผ่านผนังหลอดเลือดออกไปสะสมในช่องว่างระหว่างเซลล์มากยิ่งขึ้น ผู้ป่วยจึงมีอาการบวมตามร่างกาย เช่น บริเวณมือ เท้า ขา ใบหน้า(Pillitteri, 2007: 427-428) อย่างไรก็ตามในประเด็นนี้ยังต้องการการศึกษาเพิ่มเติม เนื่องจากยังมีนักวิจัยหลายท่านให้ความเห็นที่แตกต่างว่าไม่จำเป็นต้องจำกัดโซเดียมสำหรับหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง (Cunningham et al., 2005: 780; Duley, 1992; Pillitteri, 2007: 429) รวมทั้งมีข้อเสนอแนะว่าการจำกัดแคลอรี น้ำและเกลือ อาจทำให้เกิดผลเสียต่อทารกในครรภ์ได้(WHO, 2000: S41)

จากการที่หญิงตั้งครรภ์กลุ่มที่ได้รับ โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน สามารถปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ที่สอดคล้องกับแผนการพยาบาลข้างต้นดีกว่ากลุ่มควบคุม และจากผลดังกล่าวช่วยควบคุมและป้องกันความรุนแรงของภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์ในด้านของระดับค่าความดันโลหิตไดแอสโตลิกและอาการบวมดังได้กล่าวมาแล้ว อย่างไรก็ตามผลการศึกษาพบว่า จำนวนหญิงตั้งครรภ์ที่มีระดับโปรตีนในปัสสาวะและค่าเฉลี่ยความดันโลหิตซิสโตลิกของทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกันทางสถิติที่ระดับ .05 ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากความดันโลหิตซิสโตลิกเป็นสิ่งที่ควบคุมได้ยาก เพราะเป็นความดันโลหิตที่ถูกกระตุ้นให้สูงขึ้นได้ง่ายจากการเคลื่อนไหวและการกระตุ้นด้วยสภาวะทางอารมณ์ ปัจจุบันนี้ถือว่าค่าความดันโลหิตไดแอสโตลิกเป็นค่าที่สำคัญในการวินิจฉัยภาวะความดันโลหิตสูงระหว่างตั้งครรภ์ (Brown, 2003:2) เพราะค่าความดันโลหิตไดแอสโตลิกมีความคงที่ ไม่แปรผันตามการเปลี่ยนแปลงของสภาวะอารมณ์ของผู้ป่วย(Shennan & Halligan, 2000: 16; WHO, 2000: 36-37) รวมทั้งเป็นตัวพยากรณ์โรคที่ดีและมีความแม่นยำมากกว่าความดันโลหิตซิสโตลิกมาก ดังนั้นองค์การอนามัยโลกจึงใช้ค่าความดันโลหิตไดแอสโตลิกเพียงเป็นค่าสำคัญในการวินิจฉัยภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์ (WHO, 2000: 36-37) อย่างไรก็ตามระดับความดันโลหิตซิสโตลิกก็มีความสำคัญ เนื่องจากค่าความดันซิสโตลิกที่สูงนาน ๆ จะมีผลกระทบอย่างมากต่อการตั้งครรภ์ (Shennan & Halligan, 2000: 16)

ระดับโปรตีนในปัสสาวะนั้นเป็นอาการร่วมที่แสดงถึงความรุนแรงของความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์ เพราะการมีโปรตีนรั่วออกมากับปัสสาวะมากแสดงถึงการทำหน้าที่ในการกรองของไตบกพร่อง และเป็นตัวบ่งชี้ความรุนแรงของโรคของการตั้งครรภ์ที่สำคัญที่สุด แต่ความรุนแรงของโรคมักเกิดในไตรมาสหลัง ๆ หรือไตรมาสที่ 3 ภายหลังอายุครรภ์ 32 สัปดาห์ (วิบูลย์พรรณ, ฐิตะดิฏก และ มนศักดิ์ ชูโชติรส, 2551) โดยระดับโปรตีนในปัสสาวะเป็นอาการแสดงที่พบช้าที่สุด ซึ่งมักเกิดภายหลังอายุครรภ์ 34 สัปดาห์ (วิบูลย์พรรณ, ฐิตะดิฏก และ มนศักดิ์ ชูโชติรส, 2551: 78) จากข้อจำกัดของอายุครรภ์เมื่อเข้าโครงการที่กำหนดไว้ไม่เกิน 34 สัปดาห์ และระยะเวลาการดำเนินการทดลองเพียง 4 สัปดาห์ การดำเนินโรคอาจไม่มีการเปลี่ยนแปลงมากพอที่จะแยกความแตกต่าง ผู้วิจัยเชื่อว่าหากขยายเวลาในการศึกษาให้ยาวนานขึ้น จนกระทั่งคลอด อาจพบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญได้

จากการศึกษาสรุปได้ว่าการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเป็นปัจจัยที่มีความสำคัญต่อความตั้งใจของบุคคลที่จะกระทำหรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอันนำไปสู่ผลลัพธ์ที่ต้องการ เพราะถึงแม้การป้องกันและควบคุมความรุนแรงของภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์เป็นสิ่งกระทำได้อยาก แต่เมื่อหญิงตั้งครรภ์ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนแล้ว จะทำให้หญิงตั้งครรภ์มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเพิ่มขึ้น ซึ่งจะช่วยให้หญิงตั้งครรภ์มีการปฏิบัติตนที่สอดคล้องกับแผนการรักษาพยาบาลและส่งผลให้ความรุนแรงของโรคลดลง อย่างไรก็ตามอาจต้องทำการศึกษาวิจัยเพิ่มเติมเป็นสหสาขาวิชาชีพ เพื่อหาวิธีการลดอุบัติการณ์และป้องกันความรุนแรงของโรค เพื่อให้ได้ข้อสรุปที่ชัดเจนว่าวิธีการใดที่ได้ผลดีที่สุดที่จะช่วยลดอุบัติการณ์ของภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์ ซึ่งจะช่วยลดอัตราการเกิดทุพพลภาพและการตายทั้งมารดาและทารกลงได้

บทที่ 6

สรุปผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง(quasi experimental research) แบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังทดลอง(two groups pre-post test design) แบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่มคือ กลุ่มทดลองเป็นหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์ที่มารับบริการที่หน่วยบริการฝากครรภ์ แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลสุรินทร์จำนวน 30 ราย และกลุ่มควบคุมเป็นหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์ที่มารับบริการ ณ. หน่วยบริการฝากครรภ์ งานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลบุรีรัมย์จำนวน 30 ราย ในกลุ่มควบคุมจะได้รับการพยาบาลแบบปกติ ซึ่งปฏิบัติเป็นประจำอยู่แล้ว ณ. หน่วยฝากครรภ์ ส่วนในกลุ่มทดลองจะได้รับโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนจากผู้วิจัย โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการปฏิบัติตนที่สอดคล้องกับแผนการรักษาพยาบาลระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบไปด้วย เครื่องวัดความดันโลหิตอัตโนมัติตรา Dinamat แผ่นทดสอบเทียบสีตรา Bili - labstix แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลการตั้งครรภ์ แบบบันทึกความรุนแรงของภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์ และแบบสอบถามการปฏิบัติตนที่สอดคล้องกับแผนการรักษาพยาบาลของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์ที่สร้างขึ้นโดยปริยวรรณ วิบูลย์วงศ์ ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 28 ข้อ คือ การพักผ่อนและการทำกิจกรรม 12 ข้อ การรับประทานอาหารและยา 9 ข้อ การมาตรวจตามนัด 3 ข้อ และการสังเกตอาการผิดปกติ 4 ข้อ ลักษณะของข้อคำถามมีทั้งด้านบวกและด้านลบ ลักษณะของข้อคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า(rating scales) แบ่งเป็น 4 ระดับ ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามทั้งฉบับไปหาค่าความเชื่อมั่นในหญิงตั้งครรภ์ที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 20 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.77

เครื่องมือที่ใช้ดำเนินการทดลองคือโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามกรอบแนวคิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของแบนดูรา ซึ่งกล่าวถึงแหล่งสนับสนุนที่จะส่งเสริมให้เกิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตน 4 แหล่ง ประกอบด้วย การใช้คำพูดโน้มน้าวหรือชักจูง การได้เห็นตัวแบบหรือประสบการณ์ของผู้อื่น การมีประสบการณ์ของความสำเร็จจากการลงมือ

กระทำ และสภาวะด้านร่างกายและอารมณ์ เนื้อหาของโปรแกรมจะครอบคลุมพฤติกรรม การปฏิบัติตนที่เหมาะสมและสอดคล้องกับแผนการรักษาพยาบาลของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์ 4 ด้าน คือ การพักผ่อนและการทำกิจกรรม การรับประทานอาหาร และยา การมาตรวจตามนัด และการสังเกตอาการผิดปกติ

ผู้วิจัยได้นำโปรแกรมที่สร้างขึ้น ไปให้อาจารย์ที่ปรึกษาพิจารณาเนื้อหาและความเหมาะสมของขั้นตอนการนำเสนอโปรแกรม แล้วนำไปตรวจสอบความตรงของเนื้อหา ความเหมาะสมของขั้นตอนการนำเสนอโปรแกรม ความเหมาะสมของสื่อประกอบโปรแกรม จากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน หลังจากนั้นนำข้อเสนอแนะที่ได้ไปปรับปรุง แล้วจึงนำโปรแกรมไปทดลองใช้กับหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์ที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 ราย เพื่อทดสอบความสนใจ ความเข้าใจในเนื้อหา และความเหมาะสมของระยะเวลา แล้วนำข้อเสนอแนะทั้งหมดมาปรับปรุงจนสมบูรณ์ก่อนนำมาใช้ในการทดลอง

การเก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มทดลองผู้วิจัยเป็นคนเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง ส่วนในกลุ่มควบคุมมีผู้ช่วยผู้วิจัย ซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพในหน่วยบริการฝากครรภ์โรงพยาบาลบุรีรัมย์เป็นผู้เก็บรวบรวมข้อมูล ก่อนที่จะดำเนินการเก็บข้อมูลนั้นผู้วิจัยได้อธิบายและนำเสนอโครงร่างวิจัยให้ผู้ช่วยวิจัยเข้าใจแนวคิดและวิธีการต่าง ๆ ที่ผู้วิจัยออกแบบขึ้น ฝึกปฏิบัติเพื่อเพิ่มทักษะในการเก็บรวบรวมข้อมูลและมีการติดตามประสานงานและประเมินปัญหา อุปสรรคระหว่างผู้วิจัยหลักและผู้ช่วยวิจัยสัปดาห์ละครั้ง โดยเริ่มดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลเมื่อเดือนสิงหาคม 2549 ถึงเดือนมิถุนายน 2550

วิธีดำเนินการทดลอง ในกลุ่มควบคุมผู้ช่วยวิจัยให้การดูแลตามมาตรฐานการดูแลหญิงตั้งครรภ์เสี่ยง งานบริการฝากครรภ์ โรงพยาบาลบุรีรัมย์ กลุ่มทดลองผู้วิจัยให้โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ซึ่งประกอบด้วยการสอนเป็นรายบุคคลด้วยสื่อประกอบการสอน power point เรื่อง ความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์: คุณดูแลได้ การสาธิตและสาธิตย้อนกลับในเรื่องการสังเกตและการประเมินตนเอง การแจกสมุดคู่มือการดูแลรักษาผู้หญิงที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์ และการติดตามเยี่ยมและประเมินอาการอย่างต่อเนื่องทางโทรศัพท์ทุกสัปดาห์

ผู้วิจัยประเมินการปฏิบัติตนที่สอดคล้องกับแผนการรักษาพยาบาลของกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่ม คือ ก่อนทดลองและหลังทดลอง 4 สัปดาห์ นำข้อมูลที่ได้อาวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ของกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลองเปรียบเทียบด้วยการวิเคราะห์ Chi-square test หรือ Fisher's exact test และ Independent t-test แสดงข้อมูลเกี่ยวกับคะแนนพฤติกรรม การปฏิบัติตนที่สอดคล้องกับแผนการ

รักษาพยาบาลของกลุ่มโดยใช้ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติหน้าที่สอดคล้องกับแผนการรักษาพยาบาลระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองด้วยการวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วม (ANCOVA) โดยใช้คะแนนการปฏิบัติหน้าที่สอดคล้องกับแผนการรักษาพยาบาลก่อนการทดลองเป็นตัวแปรร่วม เปรียบเทียบอาการบวมและระดับโปรตีนในปัสสาวะก่อนและหลังทดลองระหว่างกลุ่มด้วยการวิเคราะห์ Chi-square test หรือ Fisher's exact test และเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตก่อนและหลังทดลองระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองด้วยการวิเคราะห์ Independent t-test

ภายหลังทำการทดลอง 4 สัปดาห์ เมื่อนำคะแนนการปฏิบัติหน้าที่สอดคล้องกับแผนการรักษาพยาบาลของกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมาเปรียบเทียบ โดยการวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วมพบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 แสดงว่าภายหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน กลุ่มทดลองมีการปฏิบัติหน้าที่สอดคล้องกับแผนการรักษาพยาบาลดีกว่ากลุ่มควบคุม

เมื่อทำการเปรียบเทียบความรุนแรงของภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์ ทั้งก่อนและภายหลังทำการทดลอง 4 สัปดาห์ ในประเด็นเรื่องอาการบวมของร่างกาย ระดับโปรตีนในปัสสาวะของทั้งสองกลุ่ม ด้วยการวิเคราะห์ Chi-square test หรือ Fisher's exact test พบว่าอาการบวมของร่างกายมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แต่เมื่อเปรียบเทียบระดับโปรตีนในปัสสาวะของทั้งสองกลุ่มพบว่าทั้งก่อนและหลังทดลองไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความดันโลหิตก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มตัวอย่างด้วยสถิติ Independent t-test พบค่าความดันโลหิตซิสโตลิกและความดันโลหิตไดแอสโตลิกเฉลี่ยของทั้งสองกลุ่มก่อนการทดลองไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติที่ระดับนัยสำคัญ .05 แต่หลังทำการทดลองพบว่าความดันโลหิตไดแอสโตลิกเฉลี่ยของกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับนัยสำคัญ .05 ในขณะที่ความดันโลหิตซิสโตลิกไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติที่ระดับนัยสำคัญ .05

ข้อจำกัดของการวิจัย

1. การวิจัยครั้งนี้มีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง ซึ่งอาจมีข้อจำกัดในการอ้างอิงไปยังประชากรหญิงตั้งครรภ์ที่ภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์ทั้งหมด
2. การวิจัยครั้งนี้ศึกษาเฉพาะกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์ที่มารับบริการที่หน่วยฝากครรภ์โรงพยาบาลสุรินทร์และโรงพยาบาลบุรีรัมย์เท่านั้น จึงอาจมีข้อจำกัดในการนำผลการวิจัยไปใช้ในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์กลุ่มอื่นๆ ที่มีบริบทแตกต่างจากสองโรงพยาบาลนี้

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

จากการศึกษาในครั้งนี้ผู้วิจัยจึงมีข้อเสนอแนะที่ค้นพบจากการวิจัยในครั้งนี้คือ

1. ควรปรับปรุงแบบโปรแกรมให้เป็นรายกลุ่ม เนื่องจากผู้ป่วยจะได้พูดคุยปัญหา ร่วมกันระหว่างผู้ที่มีปัญหาลักษณะคล้ายคลึงกัน ซึ่งจะสามารถส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตนได้ สอดคล้องกับแผนการรักษาพยาบาลได้ดีมากขึ้น โดยให้ผู้ป่วยในกลุ่มเป็นตัวแทนที่มีชีวิตในการ เรียนรู้วิธีการปฏิบัติตนที่ถูกต้อง
2. ควรศึกษาข้อมูลทางชีวเคมีที่มีความสำคัญต่อการบ่งชี้ถึงความรุนแรงของภาวะ ความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์ เช่น โปรตีนในปัสสาวะ 24 ชั่วโมง การทำงานของตับ (liver function test) การทำงานของไต(blood urea nitrogen, creatinine)
3. ควรมีการศึกษาต่อเนื่องโดยติดตามอาการของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิต สูงเนื่องจากการตั้งครรภ์จนกระทั่งคลอด
4. การวิจัยครั้งนี้เก็บข้อมูลเมื่อสิ้นสุดการทดลองเท่านั้น ดังนั้นควรมีการเก็บข้อมูล ระหว่างดำเนินการทดลอง เช่นข้อมูลจากการบันทึกพฤติกรรม การปฏิบัติตนที่สอดคล้องกับ แผนการรักษาพยาบาลของกลุ่มตัวอย่าง ข้อมูลจากการติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ เพื่อเป็นข้อมูลใน การอภิปรายผลให้สมบูรณ์มากยิ่งขึ้น

ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการปฏิบัติตนที่สอดคล้องกับแผนการรักษาพยาบาลและความรุนแรงของโรคในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์

EFFECTS OF SELF EFFICACY ENHANCING PROGRAM ON ADHERENCE TO REGIMEN OF TREATMENT AND SEVERITY OF ILLNESS IN PREGNANT WOMEN WITH PREGNANCY INDUCED HYPERTENSION

พริยา ทิวทอง 4736722 RAMN / M

พย.ม. (การพยาบาลมารดาและทารกแรกเกิด)

คณะกรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์: จรัสศรี ชีระกุลชัย Ph. D. (Nursing).,

จันทิมา ขนบดี D.S.N. (Maternal and Child Nursing)

บทสรุปแบบสมบูรณ์

บทนำ

ภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์ เป็นภาวะแทรกซ้อนที่เป็นสาเหตุหลักของความเจ็บป่วยและการตายทั้งมารดาและทารก (วิบูลย์พรรณ จิตะดิลก และมนศักดิ์ ชูโชติรส, 2551: 74; Gracia, 2009: 90) พบได้บ่อยประมาณร้อยละ 5-10 ของการตั้งครรภ์(Gracia, 2009: 90) ในปัจจุบันยังไม่สามารถหาสาเหตุที่แท้จริงของภาวะดังกล่าวได้(Cunningham et al, 2005: 776) ดังนั้นการตรวจวินิจฉัยและดูแลอย่างถูกต้องตั้งแต่ระยะเริ่มแรกจึงเป็นสิ่งสำคัญอย่างมาก นอกจากนี้ยังพบว่าความรุนแรงของภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์จะลดลง ถ้าหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงต่อภาวะดังกล่าวมีพฤติกรรมดูแลตนเองที่เหมาะสม(Porapukkham, 1979: 30)

ปัจจุบันมีแนวคิดที่จะใช้การดูแลแบบผู้ป่วยนอกในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์ชนิดไม่รุนแรงและสุขภาพของทารกในครรภ์อยู่ในเกณฑ์ดี อย่างไรก็ตามเพื่อป้องกันความรุนแรงของโรค หญิงตั้งครรภ์จะต้องเอาใจใส่ดูแลสุขภาพของตนเองให้สอดคล้องกับแผนการรักษาพยาบาล(Sibai, 1987) จากการศึกษาที่ผ่านมาแสดงให้เห็นชัดเจนว่าการ

รับรู้สมรรถนะแห่งตนเป็นปัจจัยที่มีความสำคัญอย่างยิ่งต่อบุคคลผู้ที่มีปัญหาปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และการปฏิบัติตนที่สอดคล้องกับแผนการรักษาพยาบาล (กุลลดา เปรมจิตร, 2547; นัยนา อินทร์ประสิทธิ์, 2544; สุวิมล ตันติเวช, 2545; สุหรี หน่งอาลี, 2548; อรุณฯ เขียวสะอาด, 2544)

แม้ว่าสมรรถนะแห่งตนเป็นปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสำคัญดังกล่าวข้างต้น แต่พบว่ามีการนำแนวคิดเรื่องการรับรู้สมรรถนะแห่งตนมาใช้จัดการกับภาวะสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์น้อยมาก ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนขึ้นเพื่อใช้ในหญิงตั้งครรภ์กลุ่มดังกล่าว ซึ่งโปรแกรมที่พัฒนาขึ้นสามารถช่วยสนับสนุนให้หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์ตระหนักถึงคุณค่าของการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและสามารถปฏิบัติตนให้สอดคล้องกับแผนการรักษาพยาบาล ซึ่งส่งผลให้สามารถควบคุมความรุนแรงของโรคได้

กรอบแนวคิดและทฤษฎีที่ใช้ในการวิจัย

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ใช้ทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของแบนดูรา(Bandura, 1997) ซึ่งได้ให้ความหมายของการรับรู้สมรรถนะแห่งตนว่า เป็นการที่บุคคลตัดสินใจความสามารถของตนเองในการประกอบกิจกรรมภายใต้สถานการณ์ที่จำเพาะ โดยอธิบายว่าพฤติกรรมของบุคคลนั้นเกิดจากการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างปัจจัย 3 ประการคือ ปัจจัยส่วนบุคคล (internal personal factor) ประการที่สองเป็นปัจจัยด้านพฤติกรรม (behavioral factor) และประการสุดท้ายปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม (environmental factor) แบนดูราเชื่อว่าการรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีผลอย่างยิ่งต่อความมั่นใจในการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ของบุคคล ซึ่งการพัฒนาการรับรู้สมรรถนะแห่งตนนั้น สามารถทำได้จากการเรียนรู้ 4 วิธีคือ การใช้คำพูดโน้มน้าวหรือชักจูง การได้เห็นตัวแบบหรือประสบการณ์ของผู้อื่น การมีประสบการณ์ของความสำเร็จจากการลงมือกระทำ และสภาวะด้านร่างกายและอารมณ์ ผู้วิจัยจึงจัดกิจกรรมเพื่อให้สอดคล้องกับแนวคิดดังกล่าวดังนี้

การใช้คำพูดโน้มน้าวหรือชักจูง โดยการพูดชี้แจง อธิบายให้ความรู้คำแนะนำ และกระตุ้นชักชวนให้หญิงตั้งครรภ์เชื่อว่าตนเองสามารถที่จะปฏิบัติตนให้สอดคล้องกับแผนการรักษาพยาบาลได้

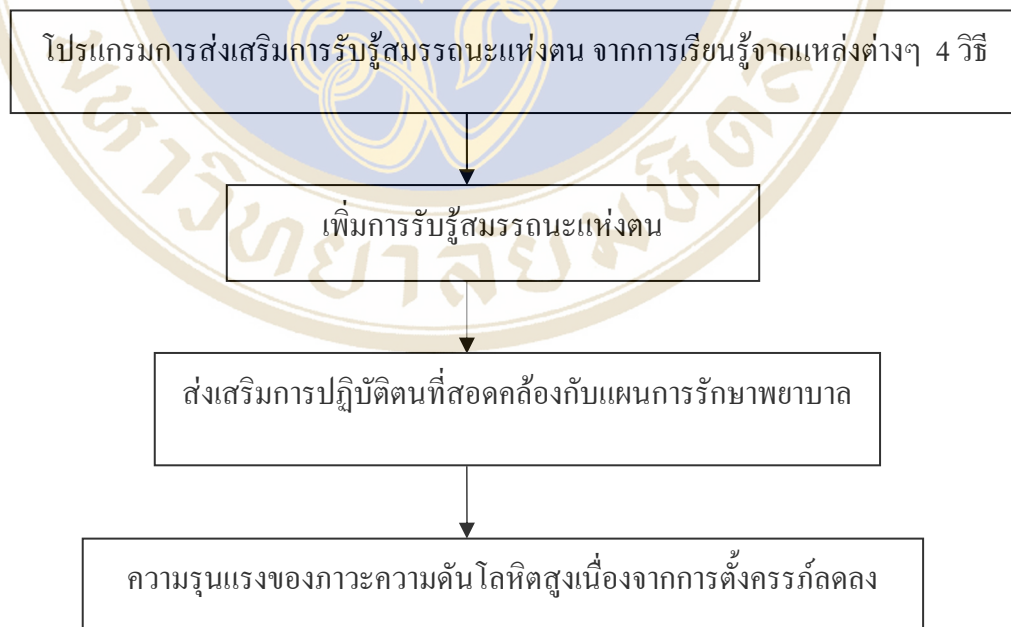
การได้เห็นตัวแบบหรือประสบการณ์ของผู้อื่น โดยจัดให้หญิงตั้งครรภ์สังเกตตัวแบบเชิงสัญลักษณ์ผ่านสื่อประกอบการสอนเรื่อง ความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์: คุณดูแลได้

การมีประสบการณ์ของความสำเร็จจากการลงมือกระทำ โดยมีการจัดให้หญิงตั้งครรภ์ได้ฝึกตรวจโปรตีนในปัสสาวะด้วยแผ่นตรวจเทียบสี (urine dipstick) ด้วยตนเอง การฝึกสังเกต

อาการบวม รวมทั้งการฝึกลงบันทึกพฤติกรรมการปฏิบัติตนและอาการของโรคในสมุดบันทึกสุขภาพที่ผู้วิจัยแจกให้

สภาวะด้านร่างกายและอารมณ์ ผู้วิจัยสนับสนุนด้านร่างกายโดยการซักถามอาการและประเมินสภาพทั่วไป สนับสนุนด้านอารมณ์ โดยการเตรียมความพร้อมด้านอารมณ์และจิตใจ เพื่อลดความเครียดและความวิตกกังวล การแจกสมุดคู่มือการปฏิบัติตัวของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์เพื่อความสะดวกในการทบทวนเนื้อหาและกิจกรรมการปฏิบัติตัวต่าง ๆ การติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์เพื่อประเมินอาการและพฤติกรรมการปฏิบัติตน สัปดาห์ละ 1 ครั้ง

เมื่อหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์ได้รับการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนจากกิจกรรมการเรียนรู้ 4 วิธีดังกล่าว จะทำให้หญิงตั้งครรภ์มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเพิ่มขึ้น ซึ่งจะช่วยให้หญิงตั้งครรภ์มีการปฏิบัติตนที่สอดคล้องกับแผนการรักษาพยาบาลและส่งผลให้ความรุนแรงของโรคลดลง ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1: กรอบแนวคิดที่ใช้ในการศึกษา

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการปฏิบัติตนที่สอดคล้องกับแผนการรักษาพยาบาลและความรุนแรงของโรคในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์

คำถามการวิจัย

1. หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์ กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีการปฏิบัติตนที่สอดคล้องกับแผนการรักษาพยาบาลหรือไม่
2. หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์ กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีความรุนแรงของโรคลดลงหรือไม่

สมมติฐานการวิจัย

1. หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีการปฏิบัติตนที่สอดคล้องกับแผนการรักษาพยาบาลดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ
2. หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีความรุนแรงของโรคน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยทั้งหมดนี้ศึกษาในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์ ณ. หน่วยบริการฝากครรภ์ โรงพยาบาลสุรินทร์และโรงพยาบาลบุรีรัมย์ ในช่วงเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2549 ถึงเดือน มิถุนายน พ.ศ. 2550

คำจำกัดความ

โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน หมายถึง รูปแบบของกิจกรรมที่ผู้วิจัยจัดกระทำแก่หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์อย่างมีแบบแผน ตามกรอบแนวคิดทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของแบนดูรา(Bandura, 1997) เพื่อส่งเสริมให้หญิงตั้งครรภ์มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสูงขึ้น และสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการปฏิบัติตนที่

สอดคล้องกับแผนการรักษาพยาบาลทั้ง 4 ด้านประกอบด้วย การพักผ่อนและการทำกิจกรรม การรับประทานอาหารและยา การสังเกตอาการผิดปกติ และการมาตรวจตามนัด โดยโปรแกรมดังกล่าวผู้วิจัยจัดรูปแบบกิจกรรมเพื่อการเรียนรู้จากแหล่งต่าง ๆ 4 วิธีคือ การใช้คำพูดโน้มน้าวหรือชักจูง การได้เห็นตัวแบบหรือประสบการณ์ของผู้อื่น การมีประสบการณ์ของความสำเร็จาก การลงมือกระทำ และสภาวะด้านร่างกายและอารมณ์

การปฏิบัติตนที่สอดคล้องกับแผนการรักษาพยาบาล หมายถึง การกระทำหรือการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์ เพื่อควบคุมอาการไม่ให้เกิดการดำเนินของโรครุนแรงเพิ่มขึ้น ป้องกันภาวะแทรกซ้อน และเพื่อให้มีสุขภาพอนามัยดีทั้งร่างกายและจิตใจ ประกอบด้วยการปฏิบัติตน 4 ด้านคือ การพักผ่อนและการทำกิจกรรม การรับประทานอาหารและยา การสังเกตอาการผิดปกติและการมาตรวจตามนัด ประเมินโดยใช้แบบสอบถามการปฏิบัติตนที่สอดคล้องกับแผนการรักษาพยาบาลของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์ที่ ปรียาพรรณ วิบูลย์วงศ์ สร้างขึ้นในปี พ.ศ. 2543 คะแนนรวมของแบบสอบถามอยู่ระหว่าง 28 - 112 คะแนน โดยคะแนนมากหมายถึงหญิงตั้งครรภ์มีการปฏิบัติตนที่สอดคล้องกับแผนการรักษาพยาบาลดี คะแนนน้อยหมายถึงหญิงตั้งครรภ์มีการปฏิบัติตนที่ไม่สอดคล้องกับแผนการรักษาพยาบาล

ความรุนแรงของโรค หมายถึง ความรุนแรงของภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์ที่เกิดขึ้นในหญิงตั้งครรภ์ภายหลังสิ้นสุดโปรแกรม โดยความรุนแรงสามารถประเมินจากอาการและอาการแสดงดังต่อไปนี้

1. ระดับค่าความดันโลหิตเมื่อสิ้นสุดโปรแกรมสูงกว่าระดับค่าความดันโลหิตเมื่อเริ่มเข้าโปรแกรม วัดโดยเครื่องวัดความดันโลหิตอัตโนมัติ โดยใช้เกณฑ์การพิจารณาระดับความดันโลหิตซิสโตลิกระหว่าง 140-160 มม.ปรอท และ / หรือ ระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิกระหว่าง 90-110 มม.

2. ระดับอาการบวมกดปุ่มเมื่อสิ้นสุดโปรแกรมมากกว่าระดับอาการบวมกดปุ่มเมื่อเริ่มเข้าโปรแกรม ประเมินโดยใช้นิ้วหัวแม่มือกดผิวหนังบริเวณขาส่วนล่างของผู้ป่วย 10-30 วินาที โดยเกณฑ์การพิจารณาอาการบวมมีดังนี้(Corbett, 2006:723)

- 1 บวก หมายถึง กดปุ่มประมาณ 2 มิลลิเมตร
- 2 บวก หมายถึง กดปุ่มประมาณ 4 มิลลิเมตร
- 3 บวก หมายถึง กดปุ่มประมาณ 6 มิลลิเมตร

4 บวก หมายถึง กดบ่มประมาณ 8 มิลลิเมตร

3. ระดับโปรตีนในปัสสาวะเมื่อสิ้นสุดโปรแกรมมากกว่าระดับโปรตีนในปัสสาวะเมื่อเริ่มเข้าโปรแกรม ประเมินโดยใช้แผ่นตรวจเทียบสี ในปัสสาวะของผู้ป่วยที่สุ่มเก็บแบบ midstream urine เกณฑ์การพิจารณาค่าโปรตีนในปัสสาวะมีดังนี้(Corbett, 2006:725)

0 หมายถึง ไม่มีโปรตีนในปัสสาวะ

Trace หมายถึง มีโปรตีนในปัสสาวะปริมาณน้อยมาก

1 บวก หมายถึง มีโปรตีนในปัสสาวะ 30 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร

2 บวก หมายถึง มีโปรตีนในปัสสาวะ 100 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร

3 บวก หมายถึง มีโปรตีนในปัสสาวะ 300 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร

4 บวก หมายถึง มีโปรตีนในปัสสาวะ 1,000 มิลลิกรัม/1กรัมต่อเดซิลิตร

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษารั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการปฏิบัติตนที่สอดคล้องกับแผนการรักษาพยาบาลและความรุนแรงของโรคในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างเป็นหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์ที่มาใช้บริการ ณ. หน่วยบริการฝากครรภ์ โรงพยาบาลสุรินทร์และโรงพยาบาลบุรีรัมย์ จำนวน 60 ราย โดยแบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองกลุ่มละ 30 ราย คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด ประกอบด้วย ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์ มีอายุครรภ์ต่ำกว่า 34 สัปดาห์ ไม่เคยมีประวัติเป็นความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์ในครรภ์ก่อนสามารถอ่านและเขียนภาษาไทยได้ มีโทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้ และยินดีเข้าร่วมในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลเกี่ยวกับการตั้งครรภ์และแบบบันทึกความรุนแรงของภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์ แบบบันทึกข้อมูลนี้ผู้วิจัยสร้างขึ้นด้วยตนเอง ได้แก่ อายุ การศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ จำนวนชั่วโมงทำงานต่อวัน ลักษณะครอบครัว รายได้ครอบครัวต่อเดือน จำนวนครั้งการตั้งครรภ์ อายุครรภ์เมื่อได้รับการวินิจฉัย

แบบสอบถามการปฏิบัติตนที่สอดคล้องกับแผนการรักษาพยาบาล แบบสอบถามนี้สร้างขึ้นโดย ปรียวรรณ วิบูลย์วงศ์ (พ.ศ.2543) เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับจำนวน 28

ข้อ ในการวิจัยครั้งนี้หาความเชื่อมั่นของแบบสอบถามทั้งฉบับได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค เท่ากับ .77

โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน เป็นโปรแกรมที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเพื่อส่งเสริมให้หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์สามารถปฏิบัติตนที่สอดคล้องกับแผนการรักษาพยาบาล โปรแกรมดังกล่าวสร้างตามกรอบแนวคิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของอัลเบิร์ต แบนดูรา ซึ่งกล่าวถึงแหล่งสนับสนุน 4 แหล่งคือ การใช้คำพูดโน้มน้าวชักจูง การสังเกตจากประสบการณ์ความสำเร็จของผู้อื่นจากตัวแบบสัญลักษณ์ ประสบการณ์ของความสำเร็จจากการลงมือกระทำ และสภาวะด้านร่างกายและอารมณ์ เริ่มให้โปรแกรมเมื่อหญิงตั้งครรภ์ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์ (การศึกษานี้เริ่มที่อายุครรภ์ 27 สัปดาห์) และสิ้นสุดโปรแกรมหลังจากนั้น 4 สัปดาห์ เครื่องมือประกอบโปรแกรมประกอบด้วย แผนการสอน สื่อการสอน power point เรื่อง ความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์: คุณดูแลได้ สมุดคู่มือ และ ชุดตรวจปัสสาวะด้วยแผ่นเทียบสี

การเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังจากได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมและวิจัยในมนุษย์ของมหาวิทยาลัยมหิดลแล้ว ผู้วิจัยขอหนังสือแนะนำตัวจากบัณฑิตวิทยาลัยถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลสุรินทร์และโรงพยาบาลบุรีรัมย์เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์และขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยมีผู้ช่วยวิจัย 1 คนดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในโรงพยาบาลบุรีรัมย์ ทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด โดยมีวิธีการดำเนินการดังนี้

กลุ่มควบคุม

ครั้งที่ 1 กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามการปฏิบัติตนที่สอดคล้องกับแผนการรักษาพยาบาลของหญิงตั้งครรภ์ อาการและอาการแสดงของภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์ ก่อนดำเนินการทดลอง

ครั้งที่ 2 กลุ่มตัวอย่างเข้ารับบริการ ณ. หน่วยบริการฝากครรภ์ เพื่อประเมินภาวะสุขภาพเมื่อครบกำหนดนัด 2 สัปดาห์

ครั้งที่ 3 กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามการปฏิบัติตนที่สอดคล้องกับแผนการรักษาพยาบาลของหญิงตั้งครรภ์ อาการและอาการแสดงที่สัมพันธ์กับความรุนแรงของภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์ เช่น การเพิ่มขึ้นของค่าความดันโลหิต โปรตีนในปัสสาวะและการบวมของร่างกาย ภายหลังจากสิ้นสุดการทดลอง 4 สัปดาห์

กลุ่มทดลอง

ครั้งที่ 1 กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามการปฏิบัติตนที่สอดคล้องกับแผนการรักษาพยาบาลของหญิงตั้งครรภ์ อาการและอาการแสดงของภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์ก่อนทำการทดลอง หลังจากนั้นให้การพยาบาลโดยใช้โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน นัดครั้งต่อไปอีก 2 สัปดาห์

ผู้วิจัยติดตามเยี่ยมกลุ่มตัวอย่างทางโทรศัพท์เพื่อประเมินความเป็นไปได้ ปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติตนที่สอดคล้องกับแผนการรักษาพยาบาล

ครั้งที่ 2 เมื่อครบกำหนดนัด 2 สัปดาห์ ผู้วิจัยซักถามการปฏิบัติตนที่ผ่านมาติดตามผลการบันทึกพฤติกรรมการปฏิบัติตนที่สอดคล้องกับแผนการรักษาพยาบาล และผลการตรวจโปรตีนในปัสสาวะและอาการผิดปกติต่าง ๆ ชมเชยให้กำลังใจ สนับสนุนพฤติกรรมที่ถูกต้องและแก้ปัญหาได้ตรงเป้าหมาย

ครั้งที่ 3 กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามการปฏิบัติตนที่สอดคล้องกับแผนการรักษาพยาบาลของหญิงตั้งครรภ์ อาการและอาการแสดงที่สัมพันธ์กับความรุนแรงของภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์ เช่น การเพิ่มขึ้นของค่าความดันโลหิต โปรตีนในปัสสาวะและการบวมของร่างกาย ภายหลังการทดลอง 4 สัปดาห์

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ซึ่งมีรายละเอียด ดังนี้

1. เปรียบเทียบลักษณะข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ก่อนการทดลองระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองด้วยการวิเคราะห์ Chi-square test หรือ Fisher's exact test และ Independent t-test
2. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติตนที่สอดคล้องกับแผนการรักษาพยาบาล ภายหลังการทดลองระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองด้วยการวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วม (ANCOVA) โดยใช้คะแนนการปฏิบัติตนที่สอดคล้องกับแผนการรักษาพยาบาลก่อนการทดลองเป็นตัวแปรร่วม
3. เปรียบเทียบอาการบวมของร่างกายและระดับโปรตีนในปัสสาวะหลังการทดลองระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองด้วยการวิเคราะห์ Chi-square test หรือ Fisher's exact test
4. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความดันโลหิตซิสโตลิกและความดันโลหิตไดแอสโตลิกก่อนและหลังทดลองระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองด้วยการวิเคราะห์ Independent t-test

ผลการวิจัย

ผลการศึกษาพบว่าส่วนใหญ่ของกลุ่มตัวอย่างจบการศึกษาระดับประถมศึกษา โดยพบร้อยละ 70 ในกลุ่มทดลองและร้อยละ 73.3 ในกลุ่มควบคุม เกือบทั้งหมดของทั้งสองกลุ่มมีสถานภาพสมรสคู่ ส่วนใหญ่ของทั้งสองกลุ่มทำงานมีรายได้เป็นของตนเอง โดยพบร้อยละ 90 ในกลุ่มควบคุม และพบร้อยละ 86.7 ในกลุ่มทดลอง มากกว่าครึ่งคือร้อยละ 53.3 ในกลุ่มควบคุมเป็นครอบครัวเดี่ยว ขณะที่กลุ่มทดลองร้อยละ 63.3 เป็นครอบครัวขยาย ประมาณหนึ่งในสามคือร้อยละ 30 ในกลุ่มควบคุมและร้อยละ 33.3 ในกลุ่มทดลอง ไม่เคยมีประสบการณ์ในการตั้งครรภ์ และทั้งสองกลุ่มได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์ขณะอายุครรภ์มากกว่าหรือเท่ากับ 27 สัปดาห์เท่ากับร้อยละ 70

เมื่อพิจารณาอายุของกลุ่มตัวอย่าง พบว่ากลุ่มควบคุมมีอายุเฉลี่ย 29.37 ปี(S.D.=6.08) ในขณะที่กลุ่มทดลองมีอายุเฉลี่ย 27.77 ปี(S.D.=6.12) เมื่อพิจารณาถึงชั่วโมงการทำงาน พบว่ากลุ่มควบคุมทำงานเฉลี่ย 9.35 ชั่วโมงต่อวัน(S.D.=.96) ขณะที่กลุ่มทดลองทำงาน 9 ชั่วโมงต่อวัน(S.D.=1.11) รายได้ครอบครัวเฉลี่ยในกลุ่มควบคุม 7,300 บาท(S.D.=3,239.31)และกลุ่มทดลองเฉลี่ย 8,233.33 บาท (S.D.=3,664.21) เมื่อทำการเปรียบเทียบข้อมูลดังกล่าวระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองพบว่าไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

เมื่อพิจารณาค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติตนที่สอดคล้องกับแผนการรักษาพยาบาลภายหลังทำการทดลอง พบว่าในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติตนที่สอดคล้องกับแผนการรักษาพยาบาลระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองภายหลังทดลอง (N = 60)

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F	p
คะแนนเฉลี่ยระหว่างกลุ่ม	1	5077.183	5077.183	330.205	.000***
ตัวแปรร่วม	1	89.242	89.242	5.804	.019*
คะแนนเฉลี่ยภายในกลุ่ม	57	876.425	15.376		
รวม	59	7005.733			

*** $p < .001$, * $p < .05$

ก่อนทำการทดลองความรุนแรงของภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์ในประเด็นเรื่องอาการบวมของร่างกาย ระดับโปรตีนในปัสสาวะของทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกันที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05 อย่างไรก็ตามหลังสิ้นสุดการทดลองพบว่าในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีอาการบวมของร่างกายแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความรุนแรงของภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังการทดลอง(N = 60)

อาการและอาการแสดง	กลุ่มควบคุม(n=30) จำนวน(%)	กลุ่มทดลอง(n=30) จำนวน(%)	รวม(n=60) จำนวน(%)	χ^2
ก่อนทดลอง				
Edema ^A				
no edema	6(20.0)	6(20.0)	12(20.0)	
slight	8(26.7)	13(43.3)	21(35.0)	
+1	11(36.7)	5(16.7)	16(26.7)	
+2	5(16.6)	6(20.0)	11(18.3)	.317 ^{ns}
Urine albumin ^A				
no	21(70.0)	25(83.3)	46(76.6)	
yes	9(30.0)	5(16.7)	14(23.4)	.018 ^{ns}
หลังทดลอง				
Edema ^A				
no edema	4(13.4)	14(46.7)	18(30.0)	
slight	7(23.3)	3(10.0)	10(16.7)	
+1	12(40.0)	10(33.3)	22(36.6)	
+2	7(23.3)	3(10.0)	10(16.7)	.030*
Urine albumin ^B				
no	27(90.0)	27(90.0)	54(90.0)	
yes	3(10.0)	3(10.0)	6(10.0)	.665 ^{ns}

* $p < .05$, ^{ns} $p > .05$, ^A Chi-square test, ^B Fisher's exact test

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความดันโลหิตซิสโตลิกและความดันโลหิตไดแอสโตลิกหลังทดลองระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง(N = 60)

ความดันโลหิต (มม.ปรอท)	กลุ่มควบคุม(n = 30)		กลุ่มทดลอง(n = 30)		t
	mean	S.D.	mean	S.D.	
ก่อนทดลอง					
ความดันโลหิตซิสโตลิก	146.00	6.21	146.67	6.06	-.421 ^{ns}
ความดันโลหิตไดแอสโตลิก	92.67	4.50	93.67	4.90	-.823 ^{ns}
หลังทดลอง					
ความดันโลหิตซิสโตลิก	142.00	6.64	140.67	6.39	.792 ^{ns}
ความดันโลหิตไดแอสโตลิก	90.67	9.07	85.67	7.74	2.295*

* $p < .05$, ^{ns} $p > .05$

อภิปรายผล

ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่าหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีการปฏิบัติตนที่สอดคล้องกับแผนการรักษาพยาบาลดีกว่ากลุ่มควบคุม ยิ่งไปกว่านั้นความรุนแรงของโรคหลังการทดลองของกลุ่มทดลองยังน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอีกด้วย โดยเฉพาะค่าเฉลี่ยความดันโลหิตไดแอสโตลิกที่ต่ำกว่า ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่าโปรแกรมที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นนั้น มีส่วนช่วยให้กลุ่มทดลองรับรู้และเชื่อมั่นในศักยภาพของตนเองและสามารถปฏิบัติตนให้สอดคล้องกับภาวะความเจ็บป่วยของตนเอง ซึ่งแบบคูราเรียกว่า สมรรถนะแห่งตน โดยโปรแกรมหากล่าวถึงกิจกรรมที่ช่วยส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน และทำให้กลุ่มตัวอย่างมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้สอดคล้องกับแผนการรักษาพยาบาลในเรื่องของการพักผ่อนอย่างเพียงพอ การจำกัดกิจกรรมด้านร่างกาย การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ การสังเกตอาการที่ผิดปกติของตนเอง และการมาตรวจตามนัด

การใช้คำพูดโน้มน้าวชักจูง ผู้วิจัยจะใช้ตลอดโปรแกรม เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างตระหนักถึงความสำคัญของการปฏิบัติตนที่สอดคล้องกับแผนการรักษาพยาบาล โดยกลุ่มตัวอย่างจะได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการพักผ่อนที่เพียงพอและการมีกิจกรรมในแต่ละวันเพื่อลดปริมาณการใช้ออกซิเจนของร่างกาย การคำแนะนำให้รับประทานอาหาร โดยเฉพาะอาหารประเภทโปรตีน เพราะอาหารโปรตีนสูงมีผลช่วยเพิ่มพลาสมาโปรตีนในเลือด และเพิ่มแรงดันของสมมูลน้ำใน

ร่างกาย ทำให้ปริมาณน้ำในระบบไหลเวียนอยู่ในระดับปกติและป้องกันอาการบวม (Gilbert & Harmon, 1993: 377; Pillitteri, 2007: 430) ส่วนการรับประทานอาหารประเภทผักผลไม้จะเพิ่มวิตามินและแร่ธาตุที่มีบทบาทเป็นสารต่อต้านอนุมูลอิสระแก่ร่างกาย สารอนุมูลอิสระมีผลต่อการทำลายเซลล์ผนังหลอดเลือด(Rumbold, Duley, Crowther & Haslam, 2005) ซึ่งเป็นสาเหตุหนึ่งของการเกิดความดันโลหิตสูง ดังนั้นการที่หญิงตั้งครรภ์รับประทานผักผลไม้อย่างสม่ำเสมอ น่าจะช่วยลดความเสี่ยงต่อการเกิดความดันโลหิตสูงได้ การจำกัดโซเดียมหรือการไม่รับประทานอาหารเค็มจัดก็จะมีผลช่วยป้องกันหรือลดอาการบวมของร่างกายได้ อย่างไรก็ตามในประเด็นนี้ยังต้องการการศึกษาเพิ่มเติม เนื่องจากยังมีนักวิจัยให้ความเห็นที่แตกต่างว่าไม่จำเป็นต้องจำกัดโซเดียมสำหรับหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง (Cunningham et al., 2005: 780; Duley, 1992: 550; Pillitteri, 2007: 430)

การสังเกตผ่านตัวแบบจากสื่อการสอนเรื่อง ความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์ : คุณดูแลได้ มีส่วนให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความสนใจและเข้าใจขั้นตอนต่าง ๆ มากยิ่งขึ้น ซึ่งสื่อการสอนดังกล่าวมีสีสันสวยงาม และมีข้อความสั้น ๆ ทำให้ง่ายต่อการเรียนรู้ของกลุ่มตัวอย่าง (Clayon, 1963: 43, อ้างถึงใน ฌิชา ว่องไว, 2541: 58)

การมีประสบการณ์หรือความสำเร็จจากการลงมือกระทำ มีกิจกรรมให้กลุ่มตัวอย่างฝึกทักษะที่จำเป็นในการดูแลตนเอง เช่น การสังเกตอาการบวม การตรวจโปรตีนในปัสสาวะ กิจกรรมส่วนนี้ทำให้กลุ่มตัวอย่างเกิดประสบการณ์ตรงด้วยตนเอง ถือว่าเป็นกิจกรรมที่ให้ผลที่ดีที่สุดที่ก่อให้เกิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (วาสนา ชาวหา, 2533)

ยิ่งไปกว่าการโทรศัพท์กระตุ้นเตือนโดยผู้วิจัย ทำให้กลุ่มตัวอย่างรู้สึกว่ายังมีผู้ที่ห่วงใยเป็นการติดตามประเมินความต่อเนื่องของการปฏิบัติพฤติกรรม รวมทั้งค้นหาปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติตนที่สอดคล้องกับแผนการรักษาพยาบาล ซึ่งแบนดูรา (Bandura, 1997) เรียกว่าการกระตุ้นสถานะด้านร่างกายและอารมณ์

จากผลการศึกษา แม้ว่าจำนวนหญิงตั้งครรภ์ที่มีระดับโปรตีนในปัสสาวะและค่าเฉลี่ยความดันโลหิตซิสโตลิกไม่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญของทั้งสองกลุ่ม แต่ผู้วิจัยเชื่อว่าหากขยายเวลาในการศึกษาให้ยาวนานขึ้นจนกระทั่งคลอด อาจพบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญได้ เพราะระดับโปรตีนในปัสสาวะเป็นอาการแสดงที่พบช้าที่สุด โดยมักเกิดในไตรมาสที่สามภายหลังอายุครรภ์ 34 สัปดาห์(วิบูลย์พรรณ จิตะดิลก และ มนศักดิ์ ชูโชติรส, 2551: 78)

สรุป

ผลการทดลองครั้งนี้แสดงให้เห็นว่า โปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน ทำให้หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์ มีการปฏิบัติตนที่สอดคล้องกับแผนการรักษาพยาบาลและช่วยลดความรุนแรงของโรคได้ ดังนั้นผู้ให้บริการทางสุขภาพควรมีการนำโปรแกรมดังกล่าวไปใช้ในหญิงตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยง เพื่อช่วยลดอัตราการเจ็บป่วยและอัตราการตายของมารดาและทารก

ข้อจำกัดของการวิจัย

1. การวิจัยครั้งนี้มีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง ซึ่งอาจมีข้อจำกัดในการอ้างอิงไปยังประชากรหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์ทั้งหมด
2. การวิจัยครั้งนี้ศึกษาเฉพาะกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์ที่มารับบริการที่หน่วยฝากครรภ์โรงพยาบาลสุรินทร์และโรงพยาบาลบุรีรัมย์เท่านั้น จึงอาจมีข้อจำกัดในการนำผลการวิจัยไปใช้ในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์กลุ่มอื่นๆ ที่มีบริบทแตกต่างจากสองโรงพยาบาลนี้

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

จากการศึกษาในครั้งนี้ผู้วิจัยจึงมีข้อเสนอแนะที่ค้นพบจากการวิจัยในครั้งนี้คือ

1. ควรปรับรูปแบบโปรแกรมให้เป็นรายกลุ่ม เนื่องจากผู้ป่วยจะได้พูดคุย ปัญหา ร่วมกันระหว่างผู้ที่มีปัญหาคล้ายคลึงกัน ซึ่งจะสามารถส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตนได้ สอดคล้องกับแผนการรักษาพยาบาลได้ดีมากขึ้น โดยให้ผู้ป่วยในกลุ่มเป็นตัวแทนที่มีชีวิตในการ เรียนรู้วิธีการปฏิบัติตนที่ถูกต้อง
2. ควรศึกษาข้อมูลทางชีวเคมีที่มีความสำคัญต่อการบ่งชี้ถึงความรุนแรงของภาวะ ความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์ เช่น โปรตีนในปัสสาวะ 24 ชั่วโมง การทำงานของตับ (liver function test) การทำงานของไต(blood urea nitrogen, creatinine)
3. ควรมีการศึกษาต่อเนื่องโดยติดตามอาการของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิต สูงเนื่องจากการตั้งครรภ์จนกระทั่งคลอด
4. การวิจัยครั้งนี้เก็บข้อมูลเมื่อสิ้นสุดการทดลองเท่านั้น ดังนั้นควรมีการเก็บข้อมูล ระหว่างดำเนินการทดลอง เช่น ข้อมูลจากการบันทึกพฤติกรรมการปฏิบัติตนที่สอดคล้องกับ แผนการรักษาพยาบาลของกลุ่มตัวอย่าง ข้อมูลจากการติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ เพื่อเป็นข้อมูลใน การอภิปรายผลให้สมบูรณ์มากยิ่งขึ้น

EFFECTS OF SELF EFFICACY ENHANCING PROGRAM ON ADHERENCE TO
REGIMEN OF TREATMENT AND SEVERITY OF ILLNESS IN PREGNANT
WOMEN WITH PREGNANCY INDUCED HYPERTENSION

PHIRIYA THIOTHONG 4736722 RAMN/M

M.N.S (MATERNITY AND NEWBORN NURSING)

THESIS ADVISORY COMMITTEE: JARATSRI THEERAKULCHAI, Ph. D.,
CHANTIMA KHANOBDEE, D. S. N.

EXTENDED SUMMARY

Introduction

Pregnancy-induced hypertension (PIH) is a leading cause of maternal and neonatal morbidity and mortality(Gracia, 2009: 90; Titadilok & Choochowtirod, 2007: 74). The incidence of PIH is about 5-10 percents of all pregnancies(Gracia, 2009: 90). Currently, the cause of PIH is still unknown; therefore, early detection and prompt management of this complication is important (Cunningham et al, 2005: 776). Moreover, severity of PIH will be minimized if a pregnant woman who is at risk for this complication has appropriate self-care behaviors(Porapukkham, 1979: 30).

Nowadays, pregnant women with mild PIH and whose fetuses are in good condition are treated as outpatient cases. In order to prevent severity of illness, the pregnant women with PIH have to strictly follow the regimen of treatment and have good self-care behaviors (Sibai, 1987). Previous studies had obviously shown that self-efficacy is an important factor for an individual who had health problem to engage in health behaviors and adhere to the regimen of treatment(Indraprasit, 2001; Keiawsaart, 2001; Noongarlee, 2005; Pramjit, 2004; Tuntiviej, 2002).

Although self-efficacy is an important personal factor as mentioned above, few studies regarding care of pregnant women with PIH had included this concept in the studies. Therefore, the researcher was interested to develop a self-efficacy enhancing program to use in pregnant women with PIH. The program developed would help the pregnant women with PIH realize of their self-efficacy and adhere to the regimen of treatment. Ultimately, severity of disease could be under controlled.

Conceptual Framework

Bandura's self-efficacy theory (Bandura, 1997: 79) was used as a conceptual framework of the study. According to the theory, self-efficacy was defined as a belief of an individual about his or her capability to organize or execute the courses of action in a prospective situation (Bandura, 1997: 79). Bandura stated that self-efficacy plays important role for an individual to feel capable and confidently act in a prospective situation. The individual's behaviors are results of interaction between the three factors, including personal factor, behavioral factor and environmental factor. Based on Bandura's self-efficacy theory, there are four sources of self-efficacy. Those include verbal persuasion, vicarious experience, enactive attainment or performance accomplishment, and psychological state or emotional state.

The researcher included certain nursing interventions in the self-efficacy enhancing program for a pregnant women with PIH as follows:

Verbal persuasion, by giving advice about the advantages of adherence to the regimen of treatment, persuading a pregnant woman that she was capable to practice good self-care behaviors, and follow the plan of care; including got enough rest and limited activity, maintained good nutrition and strictly took medicine, observed danger signs, and followed-up.

Vicarious experience, by allowing a pregnant woman with PIH saw a symbolic model through an instruction VCD entitled "Pregnancy-induced hypertension: You are able".

Enactive attainment or performance accomplishment, by allowing a pregnant woman with PIH practiced checking albumin in urine, observing symptom of edema, including recording the findings in the health recording form.

Psychological state or emotional state, by assessing general condition and woman's readiness to participate in self-care activities. Moreover, the researcher gave emotional support by making a telephone call once a week until the program was ended. In addition, a pamphlet regarding self-care of a woman with PIH was given to allow a woman revise necessary contents of self-care.

Based on the sources of self-efficacy encountered in the program, the pregnant woman with PIH would better perceived about self-efficacy and strictly followed the regimen of treatment, resulted in decreasing severity of illness. The conceptual framework of this study was illustrated in figure 1.

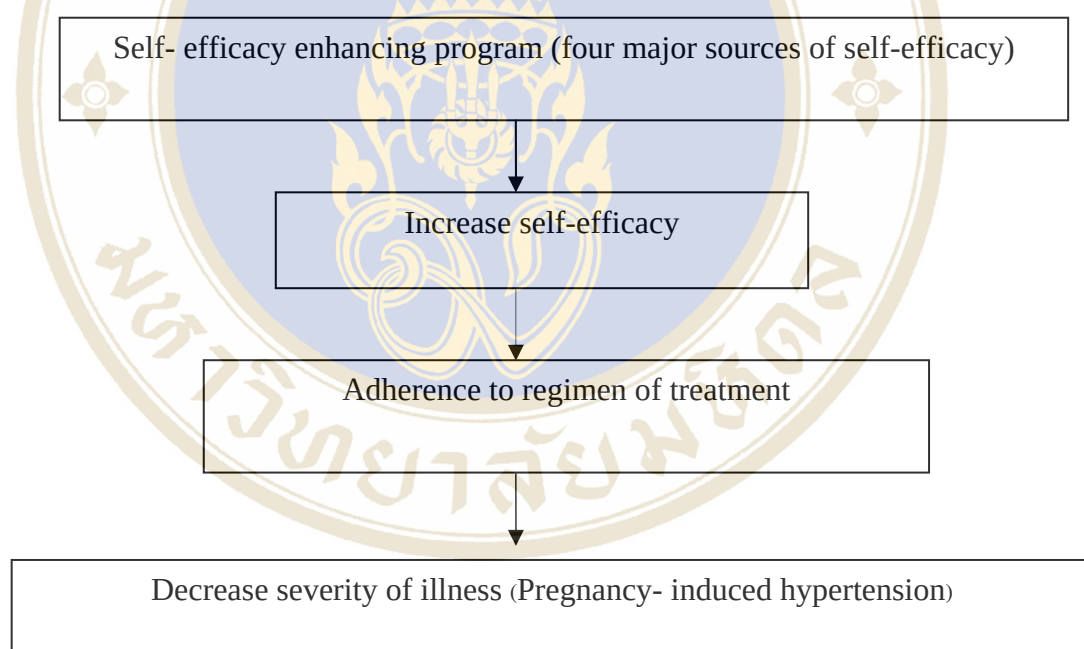


Figure 1 Conceptual framework of the study

Purpose of the Study

The purpose of this study was to examine the effects of self-efficacy enhancing program on adherence to regimen of treatment and severity of illness in pregnant women with pregnancy-induced hypertension (PIH).

Research questions

1. Could the self-efficacy enhancing program make pregnant women with pregnancy-induced hypertension adhere to regimen of treatment?
2. Could the self-efficacy enhancing program reduce severity of illness in pregnant women with pregnancy-induced hypertension?

Hypothesis

1. Pregnant women with pregnancy-induced hypertension who received self-efficacy enhancing program could adhere to regimen of treatment better than those received usual care.
2. Pregnant women with pregnancy-induced hypertension who received self-efficacy enhancing program had less severity of illness than those received usual care.

Scope of Study

This quasi-experimental research was conducted in pregnant women with PIH. These women came to prenatal clinics at Surin hospital and Burirum hospital during August, 2006 to June, 2007.

Definition of Terms

Self-efficacy enhancing program is a collection of nursing interventions designed by researcher based on Bandura's self-efficacy theory to help a pregnant women with PIH felt capable to follow regimen of treatment in order to control the symptoms of PIH. Four sources of self-efficacy were verbal persuasion, vicarious

experience, enactive attainment or performance accomplishment, and psychological state or emotional state.

Adherence to regimen of treatment was defined as daily activities of pregnant women with PIH adjusting to regimen of treatment in order to control severity of illness and prevent complication. A pregnant women would adhere to regimen of treatment if she got enough rest and limited physical activities, maintained good nutrition and regularly took medicine, was capable to observed undersired symptoms, and followed-up. The adherence to regimen of treatment was assessed by a questionnaire developed by Preeyawan Viboonwong(2000). High score meant a women could well adhere to regimen of treatment.

Severity of illness was defined as severity of pregnancy induced hypertension at the ended of the program. The increased severity of PIH included:

1. Level of blood pressure at the end of the program was higher than the level of blood pressure when starting the program. The blood pressure was assessed by digital sphygmomanometer. The range of blood pressure defined of having PIH was: Systolic blood pressure 140-160 mm.Hg and/or diastolic blood pressure 90-110 mm.Hg.

2. Degree of pitting edema at the end of the program was higher than the degree of pitting edema when starting the program. The degree of pitting edema was assessed by applying finger pressure at patient's lower legs for 10-30 seconds. The degree of pitting edema were classified as follows: (Corbett, 2006:723)

1 +	2 mm.
2 +	4 mm.
3 +	6 mm.
4 +	8 mm.

3. Level of proteinuria at the end of the program was higher than the level of proteinuria when starting the program. The level of proteinuria was assessed by using urine dipstick test for protein in patient's midstream urine. The level of proteinuria were classified as follows: (Corbett, 2006:723)

0	Negative
Trace	Trace
1 +	30 mg./dl (equivalent to 0.3 g/L)
2 +	100 mg./dl.
3 +	300 mg./dl.
4 +	1000 mg./dl. (1 g/L)

Material and Methods

This study was a quasi-experimental research aimed to examine effects of self-efficacy enhancing program on adherence to regimen of treatment and severity of illness in pregnant women with pregnancy-induced hypertension (PIH).

Sample

The sample in this study consisted of 60 pregnant women with PIH. These women attended prenatal clinics at Surin hospital and Burirum hospital during August, 2006 to June, 2007. Purposive sampling was used in the study. The sample was equally divided into a control group and an experimental group. Each group consisted of 30 pregnant women. The sample was recruited based on the following criteria: experienced mild PIH, had gestational age less than 34 weeks, had never experienced PIH in previous pregnancy, could read and write Thai language, were able to contact a researcher by telephone, and were willing to participate in the study.

Instruments

Instruments used in the study were:

1. Demographic Data Form and Pregnancy and Severity of illness Recording Form, was developed by researcher to collect data regarding age, educational level, marital status, employment, number of working hour, family type, family monthly income, number of pregnancy, and gestation age at first diagnosis of PIH.
2. Adherence to regimen of treatment Questionnaire, was developed by Preeyawan Viboonwong(2000). It was a 28-items 4-pointed Likert's scale. The form was tested reliability before using in the sample. The cronbach's alpha coefficient obtained was 0.77

3. Self-efficacy enhancing program, was developed by researcher to help pregnant women with PIH felt capable to follow and adhere to regimen of treatment. The program was developed based on Bandura's self-efficacy theory which encountered 4 sources of self-efficacy: verbal persuasion, vicarious experience, enactive attainment or performance accomplishment, and psychological state or emotional state. The program was initially used in pregnant women with mild PIH when the diagnosis of PIH was granted (in this study at 27 weeks of gestation). Evaluation of the program was done after the program was started for 4 weeks. The materials used in the program were lesson plan, instruction VCD entitled "Pregnancy-induced hypertension: You are able" pamphlet, and self-checked urine dipsticks.

Data Collection

The committee of Institution Review Board on Human Right Related to Human Experimentation Research of Mahidol University approved research proposal. Permission to collect data was also obtained from Director of Surin and Burirum hospital. One research assistance was used in the study to help collecting data at Burirum hospital. The eligible sample was recruited based on the inclusion criteria.

Data collection in the control group and the experimental group followed these steps:

Control group

Step 1. The research assistance assessed self-care behaviors related to the regimen of treatment of PIH of the sample prior to study.

Step 2. Two weeks after, the sample came to prenatal clinic due to appointment for follow-up.

Step 3. Self-care behaviors related to the regimen of treatment of PIH and symptoms related to severity of illness such as increase blood pressure, protein urea, and edema were assessed again after the research assistance first met with the sample.

Experimental group

Step 1. The researcher assessed self-care behaviors related to the regimen of treatment of PIH of sample prior to study, and then the self-efficacy enhancing program was started. Two weeks appointment was done.

One week after the program was initiated, the researcher made a telephone call to the sample in order to assess the possibility or obstacle to practice self-care behaviors related to the regimen of treatment.

Step 2. Two weeks after the program was started, the sample came to prenatal clinic for follow-up. The researcher met with the sample and asked about general conditions and looked at the recording book how well the sample could do urine self-checking protein. The researcher gave reinforcement to the sample in the activities they correctly performed.

Step 3. Self-care behaviors related to the regimen of treatment of PIH and symptoms related to severity of illness such as increase blood pressure, protein urea, and edema were assessed again after the program was initiated for 4 weeks.

Data Analysis

The data gathered were checked for completeness and analyzed by a computer program. A significance level of .05 was set.

1. Comparison of sample characteristics and data regarding pregnancy before the study of the sample in the two groups was tested using Chi-square test or Fisher's exact test and independent t-test.

2. ANCOVA was used to compare the scores of self-care behaviors related to adherence to regimen of treatment after the study between the control group and the experimental group while using scores of self-care behaviors before the study as a covariate.

3. Comparison of severity of illness (protein urea and edema) after the study of the sample in the two groups was tested using Chi-square test or Fisher's exact test.

4. Independent t-test was used to compare mean of systolic and diastolic blood pressure before and after the study of the sample in the two groups.

Results

Majority of the sample, 70% in the experimental group and 73.3% in the control group completed primary school. Almost the entire sample in this study lived with spouse. Both groups were employed (86.7.7% in the experimental group and 90% in the control group respectively). More than half (53.3%) of the control group lived in nuclear family whereas 63.3% of the experimental group lived in extended family. Approximately one-third of the sample (30% in the control group and 33.3% in the experimental group) had not experienced pregnancy before. The first diagnosis of PIH in the two groups was similar, which was 27 weeks of gestation.

The mean age of the control group was 29.37 years (S.D.=6.08) while the experimental group was 27.77 years (S.D.=6.12). The control group worked average 9.35 hours (S.D.=.96) a day while the experimental group worked 9 hours (S.D.=1.11) a day. The average family monthly income of the control group was 7,300 bath (S.D.=3,239.31) and 8,233.33 bath (S.D.=3,664.21) in experimental group. The personal characteristics and pregnancy data of the control group were not different from the experimental group at the significance level .05.

Considering the scores of self-care behaviors related to adherence to regimen of treatment after the study, it was found that the experimental group had higher scores than the control group at the significance level .001 as shown in table 1.

Table 1. Comparison of self-care behaviors related to adherence to regimen of treatment score after the study between the control group and the experimental group (N = 60).

Source of variation	df	SS	MS	F	p
Between group	1	5077.183	5077.183	330.205	.000***
Covariate	1	89.242	89.242	5.804	.019*
Within group	57	876.425	15.376		
Total	59	7005.733			

*** $p < .001$, * $p < .05$

Before the study, severity of illness in term of protein urea, and edema was examined. It was found that these determinants of the sample in control group were not different from the experimental group at the significance level .05. However, the degree of edema was different when the program was ended as shown in table 2.

Considering systolic blood pressure and diastolic blood pressure of the sample after the study, it was found the mean systolic blood pressure of the control group was not different from the experimental group at the significance level .05. However, the mean diastolic blood pressure was different at the significance level .05. Data regarding blood pressure after the study was shown in table 3.

Table 2. Comparison of severity of illness before and after the study between the control group and the experimental group (N = 60)

	Control group		Experimental group		Total(n=60)	χ^2
Signs and Symptoms	(n=30)	n(%)	(n=30)	n (%)	n (%)	
Before intervention						
Edema ^A						
no edema	6	(20.0)	6	(20.0)	12(20.0)	.317 ^{ns}
slight	8	(26.7)	13	(43.3)	21(35.0)	
+1	11	(36.7)	5	(16.7)	16(26.7)	
+2	5	(16.6)	6	(20.0)	11(18.3)	
Urine albumin ^A						
no	21	(70.0)	25	(83.3)	46(76.6)	.018 ^{ns}
yes	9	(30.0)	5	(16.7)	14(23.4)	
After intervention						
Edema ^A						
no edema	4	(13.4)	14	(46.7)	18(30.0)	.030*
slight	7	(23.3)	3	(10.0)	10(16.7)	
+1	12	(40.0)	10	(33.3)	22(36.6)	
+2	7	(23.3)	3	(10.0)	10(16.7)	
Urine albumin ^B						
no	27	(90.0)	27	(90.0)	54(90.0)	.665 ^{ns}
yes	3	(10.0)	3	(10.0)	6(10.0)	

* $p < .05$, ^{ns} $p > .05$ ^A Chi-square test, ^B Fisher's exact test

Table 3. Comparison of mean blood pressure before and after the study between the control group and the experimental group (N = 60)

Blood pressure (mm.Hg)	Control group (n=30)		Experimental group (n=30)		t
	Mean	S.D.	mean	S.D.	
Before intervention					
Systolic blood pressure	146.00	6.21	146.67	6.06	-.421 ^{ns}
Diastolic blood pressure	92.67	4.50	93.67	4.90	-.823 ^{ns}
After intervention					
Systolic blood pressure	142.00	6.64	140.67	6.39	.792 ^{ns}
Diastolic blood pressure	90.67	9.07	85.67	7.74	2.295*

* $p < .05$, ^{ns} $p > .05$

Discussion

The findings of this study revealed that pregnant women with PIH who received self-efficacy enhancing program could adhere to regimen of treatment better than those who received usual care. Furthermore, severity of illness after the study in the experimental group was less than the control group as evidence by lower diastolic blood pressure. It could explain that the program developed helped the samples perceived about their own potential and felt capable to follow the regimen during their illness; Bandura (1997) call this perception or feeling as “self-efficacy”. Variety of activities in the program enhance self-efficacy of the sample by helping them modify their behaviors congruent with the regimen of treatment of PIH; which were adequate rest and limited physical activities, maintained good nutrition, ability to observe undesired symptoms, and strictly followed-up.

Verbal persuasion by the researcher about advantages of adherence to regimen of treatment made the sample realized the benefits and thought that following the advice was not difficult for them. The sample was advised to have adequate rest and limit daily activities in order to minimize oxygen consumption. The sample also was advised to consume high-protein diet because albumin would help to maintain

oncotic pressure and prevent leakage of vascular fluid, which cause edema in pregnant women with PIH (Gilbert & Harmon, 1993: 377; Pillitteri, 2007: 430). Increase amount of fruits and vegetables was also recommended for the pregnant women with PIH, since vitamins and minerals are enriched with antioxidants and could help restoration of vascular damage (Rumbold, Duley, Crowther & Haslam, 2005). However, limitation of sodium intake in pregnant women with PIH is still controversial among investigators, it needs further exploration (Cunningham et al., 2005: 780; Duley, 1992: 550; Pillitteri, 2007: 430).

Vicarious experiences through instruction VCD entitled “Prgnancy-induced hypertension: You are able” urged the sample to act like the symbolic model in the VCD. Colorful pictures and readable materials given enhanced learning of the sample (Clayon, 1963: 43, cited in Wongwai, 1998: 58).

Enactive attainment or performance accomplishment by allowing the sample to self-checked protein urea, leg swollen and recorded the results in the pamphlet given could make the sample felt able and gained motivation repeat the activities. The result was agreed with Wasana Chawha (1990) who said that performance accomplishment would enhance individuals’ self-efficacy.

Besides, telephone calls made by the researcher could make the sample felt that someone cared for them. Assessment about readiness to continuously engage in behaviors congruent with regimen of treatment and asked about obstacles to do so was a source of self-efficacy mentioned by Bandura (1997) as psychological or emotional state.

Findings of this study indicated that the number of sample who had protein urea in the experimental group was not different from the control group. It could explain that protein urea was the last symptom of PIH and usually found in the last trimester (after 34 weeks of gestation) (Titadilok & Choochowtirod, 2007: 74). Therefore the number of pregnant women with proteinurea in both groups was not different in this study. If data collection was expanded, evidence of protein urea in the sample in both groups might be different.

Conclusion

Results of this study indicated that self-efficacy enhancing program could make pregnant women with PIH adhere to regimen of treatment and reduced severity of illness. Health care providers should continue to use this program in pregnant women with this complication; therefore, maternal and neonatal morbidity and mortality will decrease.

Limitations

1. Purposive sampling was used in this study, generalizability of the findings is limited.
2. Data collection in this study took place only at two hospitals in the Northeast of Thailand; therefore, generalizability of the findings may be limited to the entire population of pregnant women with PIH.

Implications and Recommendations

Based on findings of this study, the researcher would give suggestions and recommendations as the following:

1. The self-efficacy enhancing program should be modified and implement in the group of pregnant women with PIH rather than using in the individual. In doing so, each individual could share experience and concerns to each other.
2. Other determinants of PIH such as biochemical data: 24-hours urine protein, liver function test, and renal function test (blood urea nitrogen, creatinine), should be monitored to classify severity of illness.
3. Longitudinal study should be conducted to examine effects of the self-efficacy enhancing program on adherence to regimen of treatment and severity of illness in pregnant women with PIH throughout pregnancy until postpartum period.
4. Data collection during period of the program should be conducted to gained more information how to examine effects of the self-efficacy enhancing program on adherence to regimen of treatment and severity of illness in pregnant women with PIH.

บรรณานุกรม

- กระทรวงสาธารณสุข. (2550). *แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติฉบับที่ 10 พ.ศ. 2550- 2554*. สำนักนโยบายและแผนยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร.
- กนกวรรณ ตั้งวุฒิกุล. (2530). *การเปรียบเทียบการปฏิบัติตัวของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงที่ควบคุมอาการได้และที่ควบคุมอาการไม่ได้*. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- เกษศิณี ปัจฉิมานนท์. (2549). *ความสัมพันธ์ระหว่างความวิตกกังวล การสนับสนุนทางสังคมกับการปรับบทบาทการเป็นมารดาของหญิงครรภ์แรกในโรงพยาบาลตำรวจ*. แบบเสนอผลงานบริการทางวิชาการและวิชาชีพ เพื่อดำรงตำแหน่ง พยาบาล (สบ 3). กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลตำรวจ สำนักงานตำรวจแห่งชาติ.
- กุลลดา เปรมจิตร. (2547). *ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถในการดูแลทารกร่วมกับการดูแลแบบแคงการดูแลพฤติกรรมดูแลบุตรของมารดา และการเพิ่มน้ำหนักตัวของทารกคลอดก่อนกำหนด*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัยจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- กิดานันท์ มลิทอง. (2543). *เทคโนโลยีทางการศึกษาร่วมสมัย*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- จารุวรรณ รังสิยานนท์. (2540). *ผลของการเตรียมหญิงครรภ์แรกเพื่อการคลอดต่อการรับรู้ความสามารถของตนเองและความคาดหวังผลลัพธ์ในการเผชิญกับภาวะเจ็บครรภ์*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลแม่และเด็ก มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- จันทกานต์ อังควัฒนานนท์. (2540). *การสนับสนุนจากคู่สมรส ปัจจัยบางประการ กับความเครียดในบทบาทของหญิงหลังคลอด*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลมารดาและทารกแรกเกิด บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- เจศญา ถิ่นคำรพ และ ภิเสก ลุมพิกานนท์. (2550). *สูติศาสตร์เชิงประจักษ์*. พิมพ์ครั้งที่ 1. ขอนแก่น: คลังนานาวิทยา.

ณิชา ว่องไว. (2541). ผลการเตรียมความพร้อมต่อพฤติกรรมการเล่นทารกด้วยนมมารดาและสัมผัสภาพระหว่างมารดาและทารก ในมารดาที่ได้รับการผ่าตัดเอาทารกออกจากหน้าท้อง. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลมารดาและทารกแรกเกิด บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

ณัฐนิชา คำปาละ. (2546). ผลของการเตรียมสตรีตั้งครรภ์เพื่อการคลอดต่อสมรรถนะแห่งตนในการคลอดด้วยตนเอง. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสตรี มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

ดวงสิทธิ์ วัฒนการา. (2550). ความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์. ใน ชาญชัย วันทนาศิริ วิทยาธิฐานพันธ์ ปราโมทย์ ไพรสุวรรณา และ สุนทร อ้อเผ่าพันธุ์. (บก.). *เวชศาสตร์ปริกำเนิด*. พิมพ์ครั้งที่ 1. สมาคมเวชศาสตร์ปริกำเนิดแห่งประเทศไทย. กรุงเทพฯ: บริษัทยูเนี่ยนครีเอชั่น.

เทียมสร ทองสวัสดิ์. (2548). *การพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะแทรกซ้อน*. พิมพ์ครั้งที่ 2. โครงการตำราคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

นที เกื้อกูลกิจการ. (2541). *การสอนผู้ป่วยในโรงพยาบาล*. พิมพ์ครั้งที่ 1. สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์.

นันทนา นุ่นงาม. (2544). ผลของการเสนอตัวแบบต่อความรู้และการปฏิบัติของพยาบาลในการป้องกันปอดอักเสบจากการติดเชื้อในโรงพยาบาลในผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

นุชนาถ สะกะมะณี. (2541). ผลของการใช้โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองต่อความสามารถในการดำรงบทบาทมารดาครั้งแรกของมารดาหลังคลอด. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

นัยนา อินทร์ประสิทธิ์. (2544). ผลของโปรแกรมการพัฒนาสมรรถนะในตนเองต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

บุญทรัพย์ โสโสม. (2539). ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะในการเผชิญความเจ็บปวดกับระดับความเจ็บปวดในระยะคลอด. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลแม่และเด็ก มหาวิทยาลัยมหิดล.

บุญใจ ศรีสถิตนรากร. (2546). *ระเบียบวิธีการวิจัยทางพยาบาลศาสตร์*. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- ปรีชาวรรณ วิบูลย์วงศ์. (2543). ผลของการพยาบาลแบบสนับสนุนช่วยเหลือต่อการปฏิบัติหน้าที่สอดคล้องกับแผนการรักษาพยาบาลของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง เนื่องจากการตั้งครรภ์. พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลแม่และเด็ก บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยมหิดล.
- ภาวดี ทองเผือก. (2547). ผลของการใช้โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองที่เน้นการสนับสนุนจากสามีต่อการปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่การเป็นมารดาในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นครั้งแรก. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัยจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- มยุรี นริศธราดร. (2539). การศึกษาการรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรคของการส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลมารดาและทารกแรกเกิด บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วาสนา ชาวหา. (2533). สื่อการเรียนการสอน. พิมพ์ครั้งที่ 1 กรุงเทพฯ: โอเดียนสโตร์.
- วัจมี สุชวนวัฒนา. (2551). การพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง. ใน มณีภรณ์ โสมานุสรณ์. (บก.). การพยาบาลสูติศาสตร์: ที่มีภาวะแทรกซ้อนจากการตั้งครรภ์. พิมพ์ครั้งที่ 1. โครงการสวัสดิการวิชาการ สถาบันพระบรมราชชนก. นนทบุรี: บริษัท ยุทธรินทร์การพิมพ์จำกัด.
- วิบูลพรรณ จิตะดิลกและมนศักดิ์ ชูโชติรส. (2551). ความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์. ใน เยื่อน ดันนินันดร และวรงค์ ภู่งศ์. (บก.). เวชศาสตร์มารดาและทารกในครรภ์. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย.
- ศรินธร มังคะมณี. (2547). ของการใช้โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเองต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นครั้งแรก. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สมทรง แก้วฝ่าย. (2541). ผลการเตรียมมารดาต่อการรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนด และพฤติกรรมการดูแลทารก. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลเด็ก บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สร้อยจันทร์ พานทอง. (2545). ผลของการเพิ่มการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการผ่อนคลายกล้ามเนื้อต่อความดันโลหิตในผู้ที่มีความดันโลหิตสูง. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สิทธิชัย ใจตุ้ม. (2537). ออสซิลโลเมตรี ทฤษฎีสำหรับความดันซิสโตลิกและไดแอสโตลิก. จุลสารชมรมอุปกรณ์การแพทย์ปีที่ 5, 14-16.

- สุวรรณี ศรีจันทร์อาภา. (2527). *ความพร้อมในการเป็นบิดามารดาของบิดามารดาในภาคเหนือของประเทศไทย*. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุวิมล สันติเวส. (2545). *ผลของการเพิ่มสมรรถนะแห่งตนร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สุมาลี จูมทอง. (2545). *ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลครอบครัว บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- สุพัตรา ศิริโชคยะกุล. (2534). *ความดันโลหิตสูงในหญิงตั้งครรภ์*. ใน สุรีย์ สิมารักษ์ และ ชีระ ทองสง. (บก.). *ความดันโลหิตสูงในสตรีตั้งครรภ์*. พิมพ์ครั้งที่ 2: ภาควิชาสูติเวชคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สุหรี หนองอาหลี. (2547). *ผลของการใช้โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองต่อพฤติกรรมการเลี้ยงดูบุตรของมารดาวัยรุ่นหลังคลอดครั้งแรก*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- แสงสุรีย์ ทักสนพูนชัย. (2540). *ประสิทธิผลของการอบรมเพื่อการพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคเอดส์ของหญิงตั้งครรภ์*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิตสาขาการพยาบาลแม่และเด็ก บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สำนักพัฒนาฐานข้อมูลและตัวชี้วัดภาวะสังคม สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2551). *รายงานการประเมินความยากจนปี 2550*. ค้นเมื่อวันที่ 27 เมษายน 2552, จาก <http://www.nesdb.go.th>.
- หน่วยงานห้องคลอด โรงพยาบาลสุรินทร์. (2550). *เอกสารรายงานสถิติตัวชี้วัด*. ฝ่ายสถิติข้อมูลงานห้องคลอด โรงพยาบาลสุรินทร์.
- หน่วยงานห้องคลอด โรงพยาบาลศรีสะเกษ. (2551). *เอกสารรายงานสถิติตัวชี้วัด*. ฝ่ายสถิติข้อมูลงานห้องคลอด โรงพยาบาลศรีสะเกษ.
- หน่วยงานห้องคลอด โรงพยาบาลบุรีรัมย์. (2551). *เอกสารรายงานสถิติตัวชี้วัด*. ฝ่ายสถิติข้อมูลงานห้องคลอด โรงพยาบาลบุรีรัมย์.

- อรนุช เขียวสะอาด. (2544). ผลของการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาล อายุรศาสตร์และสัลยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- อุ๋นใจ กอนันตกุล. (2546). ภาวะความดันโลหิตสูงระหว่างตั้งครรภ์. ใน เทพัญย ฉันทรา และ ฐิติมา สุนทรสัง. (บก.). *สูติศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 1* สงขลา: บริษัทลิมบราเธอร์การพิมพ์ จำกัด.
- อุ๋นใจ กอนันตกุล. (2549). ความดันโลหิตสูงระหว่างตั้งครรภ์ ใน อุ๋นใจ กอนันตกุล. (บก.). *การตั้งครรภ์ความเสี่ยงสูง. พิมพ์ครั้งที่ 1* สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์.
- Abi-Said, D., Annegers, J.F., Combs-Cantrell, D., Frankowski, R.F., & Willmore, L.J. (1995). Case control study of the risk factors for eclampsia. *American Journal of Epidemiology*, 142, 437-441.
- American College of Obstetric and Gynecology Committee on Practice Bulletin- Obstetrics. (2002). Diagnosis and management of preeclampsia. *Obstetrics and Gynecology*, 99, 159-167.
- Anderson, C.M. (2007). Preeclampsia: Exposing future cardiovascular risk in mothers and their children. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, 3, 274-279.
- Atallah, A.N., Hofmeyr, G.J., & Duley, L. (2002). Calcium supplementation during pregnancy for preventing hypertensive disorders and related problems. *Cochrane Database Systematic Review*, 1, CD001059.
- August, P. (2004). Hypertensive disorder in pregnancy. In Barrow, G.N., et al. (Eds.). *Medical complications during pregnancy*. (6th ed.). Philadelphia.
- Bandura, A. (1977). *Self - efficacy: the exercise of control*. New York: W.H. Freeman and Company.
- Barton, J.R., O'brien, J.M., Bergauer, N.K., Jacques, D.L., & Sibai, B.M. (2001). Mild gestational hypertension remote from term: Progression and out come. *American Journal of Obstetric and Gynecology*, 184, 979-983.
- Bitran, D., Hilvess, R. J., & Kellogg, C.K. (1991). Ovarian endocrine status modulated the anxiolytic potency of diazepam and the efficacy of γ - amino – butyric acid - benzodiazepine receptor-mediated chloride ion transport. *Behavior Neuroscience*, 105, 653-662.

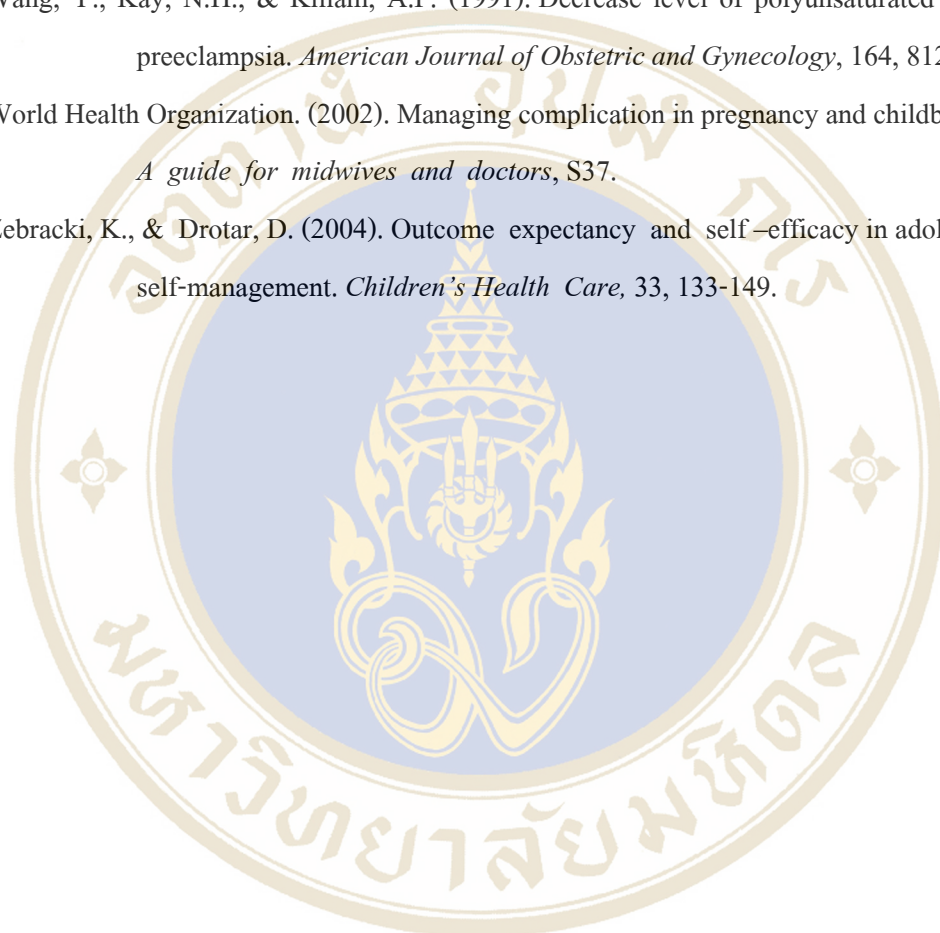
- Black, K.D. (2007). Stress, symptoms, self-monitoring confidence, well-being, and social support in the progression of preeclampsia/gestational hypertension. *Journal of Obstetric and Gynecology Nursing*, 36, 420-429.
- Brown, M.A. (2003). Diagnosis and classification of preeclampsia and other hypertension disorder of pregnancy. In Belfort, M.A., et al. (Eds.). *Hypertension in Pregnancy*. New York: Marcel Dekker.
- Chang, J., Elam-Evans, L.D., Berg, C.J., Herndon, J., Flowers, L., Seed, K.A., et al. (2003). Pregnancy related mortality surveillance – United State, 1991-1999. *Surveillance Summaries*, 52, 1-9.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. (2nd ed.). Hillsdale: Lawrence Erlbaum.
- Corbett, R.B. (2006). Pregnancy at risk: Gestational conditions. in Lowdermilk, D.L., Perry, S.E., Alden, K.R., Cashion, K., & Robin, W.C. (Eds.). *Maternity nursing*. St. Louis: Mosby Elsevier.
- Cunningham, F.G., Leveno, K.J., Bloom, S.L, Hauth, J.C., Gilstrap, L.C., & Wenstrom, K.D. (2005). *Williams obstetrics*. (22th ed.). Connecticut: Appleton & Launge.
- Chaudhuri, S.K. (1970). Relationship of protein – caloric malnutrition with toxemia in pregnancy. *American Journal of Obstetric and Gynecology*, 107, 33 – 37.
- Diego, M.A., Field, T., Hernandez - Reif, M., Schanberg, S., Kuhn, C., & Gonzalez – Quintero, V.H. (2009). Prenatal depression restricts fetal growth. *Early Human Development*, 85, 65-70.
- Duley, L. (1992). Maternal mortality association with hypertensive disorders of pregnancy in Africa, Asia, Latin America and the Caribbean. *British Journal of Obstetric Gynaecology*, 99, 547-553.
- Duley, L., Henderson-Smart, D., & Meher, S. (2005). Altered dietary salt for preventing pre-eclampsia, and its complications. *Cochrane Database Systematic Review*, 4, CD005548.
- Fenwick, E. (1995). *The complete book of mother & baby care*. London: Dorling Kindersley.

- Field, T., Hernandez-Reif, M., Diego, M., Schanberg, S., & Kuhn, C. (2006). Stability of mood states and biochemistry across pregnancy. *Infant Behavior and Development*, 29, 262- 267.
- Froman, R.D., & Owen, S.D. (1990). Mother's and nurses perception of infant care skill. *Research in Nursing and Health*, 13, 247-253.
- Gilbert, E.S., & Harmon, J.S. (2003). *Manual of high risk pregnancy and delivery*. (3rd ed). St.Louis: Mosby.
- Gilbert, E.S. & Harmon, J.S. (1993). *High risk pregnancy delivery*. St. Louis: Mosby – year book.
- Gortner, S.R., & Jenkin, L.S. (1990). Self – efficacy and activity level following cardiac surgery. *Journal of Advanced Nursing*, 15, 1132-1138.
- Gracia, P.V. (2009). Maternal death due to eclampsia and HELLP syndrome. *International Journal of Gynecology and Obstetric*, 104, 90-93.
- Gupton, A., Heaman, M., & Ashcroft, T. (1997). Bed rest from the perspective of the high-risk pregnant woman. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, 26, 423-430.
- Harley, K., & Eskenazi, B. (2006). Time in the United States, social support and health behaviors during pregnancy among women of Mexican descent. *Social Science & Medicine, In Press, Corrected Proof*, Retrieved July 23, 2007 from <http://www.Fuberlin De/gesund/ publicat/conner 9.htm>.
- Jhonson, K. (2001). Bonding and spirituality. *Midwifery Today*, 58, 18.
- Jirojwong, S., & MacLennan, R. (2002). Health belief, perceived self – efficacy, and breast self – examination among Thai migrants in Brisbane. *Journal of Nursing Practice*, 6, 113-120.
- Knuppel, R.A. & Drakker, J.E. (1993). *High risk pregnancy: A team approach*. Philadelphia: W.B. Saunders.
- Lowe, N.K. (1993). Maternal Confidence for labor: Development of childbirth self – efficacy inventory. *Research in Nursing and Health*, 16, 141-149.
- Mckay, L.G. (1972). Hematologic evidence of disseminated intravascular coagulation in eclampsia. *Obstetric & Gynecological Survey*, 398-399.

- Mackey, M., Williams, C., & Tiller, C. (2000). Stress, pre-term labour and birth outcome. *Journal of Advanced Nursing*, 32, 666-674.
- McCool, W.F., Dorn, L.D., & Susman, E.J. (1994). The relation of cortisol reactivity and anxiety to perinatal outcome in primiparous adolescents. *Research in Nursing and Health*, 17: 411-420.
- Mc Laren, A. (1994). *Maternal-Neonatal nursing*. Springhouse: Springhouse Corporation.
- Meher, S., Abalos, E., & Carroli, G. (2005). Bed rest with or without hospitalization for Hypertension during pregnancy. *Cochrane Database Systematic Review*, 4, CD003514.
- Meland, E., Macland, J.G., & Laerom, E. (1995). *The importance of self – efficacy in cardiovascular risk factors change*. Retrieved December 23, 2007 from <http://www.Fuberlin De/gesund/publicat/conner 9.htm>.
- Mikhail, M.S., Anyaegbunam, A., GarfinKel, D., Palan, P.R., Basu, J., & Romney, S.L. (1994). Preeclampsia and antioxidant nutrients : decreased plasma level of reduced ascorbic acid, alpha- tocopherol and beta- carotene in woman with preclampsia. *American Journal of Obstetric and Gynecology*, 165, 1701 – 1704.
- Morris, C.D. (2000). Is there a role of nutrition in the prevention of pre-eclampsia? *American Journal of Obstetric Gynecology*, 21, 32-45.
- National High Blood Pressure Education Program Working Group on High Blood Pressure in Pregnancy. (2000). Hypertension in pregnancy. *American Journal Obstetric Gynecology*, 7, 183.
- Neilson, J.P. (2008). Maternal mortality. *Obstetric, Gynecology and Reproductive Medicine*, 19, 35.
- Newman, U., & Fullerton, J. (1990). Role of nutrition in the prevention preeclampsia. *Journal of Nurse –Midwifery*, 35, 283-290.
- Noraihan, M.N., Sharda, P., & Jammal, A.B.E. (2005). Report of 50 case of preeclampsia. *Journal of Obstetric and Gynecology*, 4, 302-309.
- Osumbia, B.C., & Ibe, A.I. (1993). Eclampsia in Enugu Eastern Nigeria . *Acta Obstetric Gynecology Scandinevia*, 63, 1049-1054.

- Pillitteri, A. (2007). *Maternal & child health nursing : Care of the childbearing & childrearing family* Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Porapakkhom, S. (1979). An epidimiologic study of eclampsia. *Obstetric and Gynecology*, 54, 26-33.
- Report of the National High Blood Pressure Education Program Working Group on High Blood Pressure in Pregnancy. (2000). *American Journal of Gynecology*, 6, 183.
- Robinson, M., Mattes, P.E., Oddy, W.H., De Clerk, N.H., Li, J., Mclean, N.J., et al. (2009). Hypertensive disease of pregnancy and the development of behavioral problem in childhood and adolescent: The Western Australian pregnancy cohort study. *The Journal of Pediatrics*, 8, 219-224.
- Rumbold, A., Duley, L., Crowther, C., & Haslam, R. (2005). Antioxidants for preventing pre-eclampsia. *Cochrane Database Systematic Review*, 4, CD004227.
- Shennan, A.H., & Halligan, A.W.F. (2000). Measurement of blood pressure in pregnancy. *America Journal Obstetric Gynecology*, 21, 16.
- Sibai, B.M., Gonzalez, A.R., Mabie, W.C., & Moretti, M.A. (1987). A comparison of labetalol plus hospitalization versus hospitalization alone in the management of preeclampsia remote from term. *Obstetric and Gynecology*, 70, 323-327.
- Sibai, B.M., Barton, J.R., Akl, S., Saringlu, C., & Mercer, B.M. (1992). A randomized prospective comparison of nifedipine and bed rest versus bed rest alone in the management of preeclampsia remote from term. *American Journal of Gynecology*, 167, 879-884.
- Scherer, Y.K., & Shimmel. (1996). Using Self – Efficacy theory to educate patient with chronic obstructive pulmonary disease. *Rehabilitation Nursing*, 21, 262-266.
- Silverman, B.L., Dicson, E.J., & Schult, M.O. (1993). *Maternal – Infant Nursing Care*. St.Louis: Mossy.
- Tze, K.L., Pang, M.W., Sahota, D.S., & Leung, T.N. (2005). Impact of hypertensive disorders of pregnancy at term on infant birth weight. *Acta Obstetric Gynecology Scandinevia*, 84, 875-877.

- Wadhwa, P.D., Sandman, C.A., Porto, M., Dunkel-Schetter, C., & Garite, T.J. (1993). The association between prenatal stress and infant birth weight and gestational age at birth: A prospective investigation. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 69, 858-865.
- Wang, Y., Kay, N.H., & Killam, A.P. (1991). Decrease level of polyunsaturated fatty acid in preeclampsia. *American Journal of Obstetric and Gynecology*, 164, 812 – 818.
- World Health Organization. (2002). Managing complication in pregnancy and childbirth. *A guide for midwives and doctors*, S37.
- Zebracki, K., & Drotar, D. (2004). Outcome expectancy and self-efficacy in adolescent asthma self-management. *Children's Health Care*, 33, 133-149.





ภาคผนวก ก

การคำนวณค่าขนาดอิทธิพล (effect size)

การวิจัยเรื่อง ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง

ชื่อผู้วิจัย สุมาลี จุ่มทอง

ค่าสถิติ	กลุ่มควบคุม	กลุ่มทดลอง
mean	93.33	107.67
S.D.	12.55	13.54

คำนวณจากสูตรของกลาส (Glass, 1976 อ้างถึงใน บุญใจ ศรีสถิตนรากร, 2546)

$$d = \frac{\bar{X}_E - \bar{X}_C}{SD_C}$$

เมื่อ

d คือ ขนาดอิทธิพล

X_E คือ ค่าเฉลี่ยของกลุ่มทดลอง

X_C คือ ค่าเฉลี่ยของกลุ่มควบคุม

SD_C คือ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานกลุ่มควบคุม

แทนค่าในสูตร

$$d = \frac{107.67 - 93.33}{12.55}$$

$$= 1.14$$

ภาคผนวก ข

คำชี้แจงการพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัย

คำชี้แจงการพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัยประกอบด้วย

1. หนังสือยินยอมโดยได้รับการบอกกล่าวและเต็มใจ
2. คำชี้แจงและการพิทักษ์สิทธิ/ข้อมูลสำหรับประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมใน
การวิจัย
3. เอกสารรับรองโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์



หนังสือยินยอมโดยได้รับการบอกกล่าวและเต็มใจ (Informed Consent Form)

ชื่อโครงการ ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการปฏิบัติตนที่สอดคล้องกับแผนการ
รักษาพยาบาลและความรุนแรงของโรคในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์

ชื่อผู้วิจัย นางสาวพริษา ทิวทอง นักศึกษาปริญญาโท สาขาการพยาบาลมารดาและทารกแรกเกิด
ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

*ชื่อผู้เข้าร่วมการวิจัย
อายุ เลขที่เวชระเบียน

คำยินยอมของผู้เข้าร่วมการวิจัย

ข้าพเจ้า นาง/นางสาว ได้ทราบรายละเอียด
ของโครงการวิจัยตลอดจนประโยชน์ และข้อเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นต่อข้าพเจ้าจากผู้วิจัยแล้วอย่างชัดเจน ไม่มีสิ่งใด
ปิดบังซ่อนเร้นและยินยอมให้ทำการวิจัยในโครงการที่มีชื่อข้างต้น และข้าพเจ้ารู้ว่าถ้ามีปัญหาหรือข้อสงสัยเกิดขึ้น
ข้าพเจ้าสามารถสอบถามผู้วิจัยได้ และข้าพเจ้าสามารถไม่เข้าร่วมโครงการวิจัยนี้เมื่อใดก็ได้ โดยไม่มีผลกระทบต่อ
การรักษาที่ข้าพเจ้าพึงได้รับ นอกจากนี้ผู้วิจัยจะเก็บข้อมูลเฉพาะเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าเป็นความลับและจะเปิดเผยได้
เฉพาะในรูปแบบที่เป็นสรุปผลการวิจัย การเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าต่อหน่วยงานต่างๆที่เกี่ยวข้อง กระทำได้
เฉพาะกรณีจำเป็นด้วยเหตุผลทางวิชาการเท่านั้น

ลงชื่อ.....(ผู้เข้าร่วมการวิจัย)

.....(พยาน)

.....(พยาน)

วันที่

คำอธิบายของแพทย์หรือผู้วิจัย

ข้าพเจ้าได้อธิบายรายละเอียดของโครงการ ตลอดจนประโยชน์ของการวิจัย รวมทั้งข้อเสี่ยงที่อาจจะ
เกิดขึ้นแก่ผู้เข้าร่วมการวิจัยทราบแล้วอย่างชัดเจน โดยไม่มีสิ่งใดปิดบังซ่อนเร้น

ลงชื่อ.....(แพทย์หรือผู้วิจัย)

วันที่.....

หมายเหตุ: กรณีผู้เข้าร่วมการวิจัยไม่สามารถอ่านหนังสือได้ ให้ผู้วิจัยอ่านข้อความในหนังสือยินยอมฯ นี้ให้แก่
ผู้เข้าร่วมการวิจัยฟังจนเข้าใจดีแล้ว และให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยลงนามหรือพิมพ์ลายนิ้วหัวแม่มือรับทราบในการให้
ความยินยอมดังกล่าวข้างต้นไว้ด้วย

*ผู้เข้าร่วมการวิจัย หมายถึง ผู้ยินยอมตนให้ทำวิจัย



**หนังสือยินยอมโดยได้รับการบอกกล่าวและเต็มใจ
สำหรับผู้เข้าร่วมการวิจัยที่ไม่สามารถแสดงความยินยอมได้ด้วยตนเอง**

ชื่อโครงการ ผลของ โปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการปฏิบัติตนที่สอดคล้องกับแผนการ
รักษาพยาบาลและความรุนแรงของโรคในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์

ชื่อผู้วิจัย นางสาวพริษา ทิวทอง นักศึกษาปริญญาโท สาขาการพยาบาลมารดาและทารกแรกเกิด

ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

*ชื่อผู้เข้าร่วมการวิจัย

อายุ เลขที่เวชระเบียน

คำยินยอมของผู้มีอำนาจกระทำการแทนผู้เข้าร่วมการวิจัย

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว ซึ่งเป็นผู้มีอำนาจกระทำการแทน

นาง/นางสาว ในฐานะ ได้ทราบรายละเอียดของโครงการการวิจัย
ตลอดจนประโยชน์ และข้อเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นต่อผู้เข้าร่วมการวิจัยจากผู้วิจัยแล้วอย่างชัดเจน ไม่สิ่งใดปิดบังซ่อนเร้น
และยินยอมให้ทำการวิจัยในโครงการที่มีข้อข้างต้น และข้าพเจ้ารู้ว่าถ้ามีปัญหาหรือข้อสงสัยเกิดขึ้นข้าพเจ้า
สามารถสอบถามผู้วิจัยได้ และข้าพเจ้าสามารถไม่ให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้เมื่อใดก็ได้ โดยไม่มี
ผลกระทบต่อการรักษาที่ผู้เข้าร่วมการวิจัยได้รับ นอกจากนี้ผู้วิจัยจะเก็บข้อมูลเฉพาะเกี่ยวกับตัวผู้เข้าร่วมการวิจัย
เป็นความลับและจะเปิดเผยได้เฉพาะในรูปที่เป็นสรุปผลการวิจัย การเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับตัวผู้เข้าร่วมการวิจัยต่อ
หน่วยงานต่างๆที่เกี่ยวข้องกระทำได้เฉพาะกรณีจำเป็นด้วยเหตุผลทางวิชาการเท่านั้น

ลงชื่อ.....(ผู้มีอำนาจกระทำการแทน)

.....(พยาน)

.....(พยาน)

วันที่

คำอธิบายของแพทย์หรือผู้ทำวิจัย

ข้าพเจ้าได้อธิบายรายละเอียดของโครงการ ตลอดจนประโยชน์ของการวิจัย รวมทั้งข้อเสี่ยงที่อาจจะ
เกิดขึ้นแก่ผู้เข้าร่วมการวิจัยให้ผู้มีอำนาจกระทำการแทนทราบแล้วอย่างชัดเจน โดยไม่มีสิ่งใดปิดบังซ่อนเร้น

ลงชื่อ.....(แพทย์หรือผู้วิจัย)

วันที่.....

* ผู้เข้าร่วมการวิจัย หมายถึง ผู้ยินยอมตนให้ทำวิจัย



คำชี้แจงและการพิทักษ์สิทธิ์

ข้อมูลสำหรับประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย (Patient/Participant Information Sheet)

1. ชื่อโครงการวิจัย ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการปฏิบัติตนที่สอดคล้องกับแผนการรักษาพยาบาลและความรุนแรงของโรคในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์
2. ชื่อผู้วิจัย นางสาวพิริยา ทิวทอง นักศึกษาปริญญาโท สาขาการพยาบาลมารดาและทารกแรกเกิด คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี
3. สถานที่ทำงาน หน่วยงานห้องคลอด แผนกสูติ-นรีเวชกรรม โรงพยาบาลสุรินทร์
โทรศัพท์ที่ทำงาน 044-514105 โทรศัพท์เคลื่อนที่ 081-7180603
E-mail address: phiriya_tt@yahoo.com
4. ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการให้คำยินยอมในการวิจัยประกอบด้วยคำอธิบายดังต่อไปนี้
 - 4.1 โครงการนี้เกี่ยวข้องกับการศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการปฏิบัติตนที่สอดคล้องกับแผนการรักษาพยาบาลและความรุนแรงของโรคในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์
 - 4.2 วัตถุประสงค์ของการศึกษาในครั้งนี้เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการปฏิบัติตนที่สอดคล้องกับแผนการรักษาพยาบาลและความรุนแรงของโรคในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์
 - 4.3 การวิจัยเป็นการวิจัยกึ่งทดลอง ที่ผู้วิจัยคาดว่าอาจมีผลกระทบต่อจิตใจของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์ที่เข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้ แต่ข้อมูลซึ่งอาจจะไปถึงผู้ที่เข้าร่วมวิจัยจะถูกถอดเป็นรหัสและจะไม่มีชื่อของผู้เข้าร่วมวิจัยปรากฏในรายงานผลการวิจัย
 - 4.4 เหตุผลที่ได้รับเลือกเป็นกลุ่มตัวอย่าง มีคุณสมบัติดังนี้ 1) เป็นหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์ชนิดไม่รุนแรงและได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยนอก 2) สามารถอ่านและเข้าใจภาษาไทย 3) มีโทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้ 4) เป็นผู้ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัยครั้งนี้
 - 4.5 รายละเอียดและขั้นตอนที่ผู้เข้าร่วมวิจัยจะได้รับการปฏิบัติในงานวิจัย จะแบ่งหญิงตั้งครรภ์ออกเป็นสองกลุ่ม

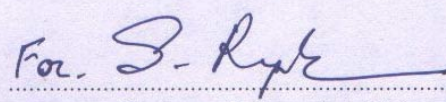
กลุ่มที่ 1 จะได้รับการดูแลตามปกติ โดยหน่วยบริการฝากครรภ์ โรงพยาบาลสุรินทร์ได้จัดให้ซึ่งประกอบด้วย การให้ความรู้และคำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวรายบุคคล และการประเมินติดตามในการมาฝาก

ครรภ์ทุกครั้ง สำหรับระยะเวลาที่คาดว่าผู้ที่เข้าร่วมวิจัยจะต้องเกี่ยวข้องกับการวิจัย โดยการตอบแบบสัมภาษณ์ 2 ครั้งครั้งละไม่เกิน 30 นาทีคือในขณะที่ยินยอมเข้าร่วมวิจัยครั้งแรกและอีก 6 สัปดาห์คือสิ้นสุดการวิจัย

กลุ่มที่ 2 จะได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน โดยจัดกิจกรรมรวมทั้งหมด 3 ครั้งคือ ครั้งแรกใช้เวลาประมาณ 60 นาที ครั้งที่ 2 และ 3 ประมาณ 30-45 นาที และมีการติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ทุกสัปดาห์โดยมีกิจกรรมดังนี้

1. การให้ความรู้โดยการสอนเป็นรายบุคคล ผ่านสื่อประกอบการสอนเรื่อง ความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์ : คุณดูแลได้
2. การเรียนรู้ผ่านตัวแบบหรือประสบการณ์ของผู้อื่น โดยจัดให้หญิงตั้งครรภ์สังเกตตัวแบบเชิงสัญลักษณ์ผ่านสื่อประกอบการสอนเรื่อง ความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์ : คุณดูแลได้
3. การมีประสบการณ์หรือความสำเร็จจากการลงมือกระทำ โดยจะมีการจัดให้หญิงตั้งครรภ์ได้ฝึกตรวจโปรตีนในปัสสาวะและการฝึกสังเกตอาการบวมด้วยตนเอง รวมทั้งการฝึกลงบันทึกพฤติกรรมและอาการของโรคในสมุดบันทึกสุขภาพ
4. การสนับสนุนด้านร่างกาย โดยการประเมินสภาพทั่วไปจากการติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ และตรวจสุขภาพมารดาและทารกในครรภ์เมื่อมาตรวจตามนัด มีการสนับสนุนด้านอารมณ์ จัดให้มีการพูดคุยแลกเปลี่ยนความรู้ เปิดโอกาสให้หญิงตั้งครรภ์ระบายความรู้สึกที่คับข้องใจ ประเมินปัญหาและหาข้อจำกัดในการทำกิจกรรม และหาแนวทางที่จะแก้ปัญหาาร่วมกัน แจกคู่มือการปฏิบัติตัวและติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ 1 ครั้ง
6. ประโยชน์ในการวิจัยครั้งนี้ เพื่อส่งเสริมให้ผู้ที่มีส่วนร่วมในการวิจัยเกิดการรับรู้ในสมรรถนะแห่งตนและมีการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องและสอดคล้องกับแผนการรักษาพยาบาล เพื่อป้องกันไม่ให้โรครุนแรงขึ้น ช่วยให้การตั้งครรภ์ปลอดภัยทั้งมารดาและทารก และยังเป็นประโยชน์ต่อการบริการพยาบาล ด้านการศึกษาวิจัย ทำให้หญิงตั้งครรภ์ที่มีปัญหาลดลงคลึงกับกลุ่มตัวอย่างได้รับการจัดบริการพยาบาลที่เหมาะสม
7. การติดต่อกับผู้วิจัยในกรณีที่มีปัญหา สามารถติดต่อกับผู้วิจัยได้ 24 ชั่วโมง เบอร์โทรศัพท์ 01-7180603
8. หากมีข้อมูลเพิ่มเติมทั้งทางด้านประโยชน์และโทษที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยจะแจ้งให้ผู้เข้าร่วมวิจัยทราบอย่างรวดเร็ว
9. ผู้เข้าร่วมวิจัยมีสิทธิ์ที่จะปฏิเสธที่จะเข้าร่วมโครงการ หรือสามารถถอนตัวจากโครงการวิจัยได้ตลอดเวลา โดยที่การปฏิเสธในครั้งนี้ ไม่มีผลต่อการได้รับบริการหรือการรักษาแต่ประการใด
10. การวิจัยครั้งนี้ ไม่มีการจ่ายค่าตอบแทนให้แก่ผู้เข้าร่วมการวิจัย
11. ผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวม ส่วนชื่อและที่อยู่ของผู้เข้าร่วมวิจัยจะได้รับการปกปิด
12. จำนวนผู้เข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ 60 คน

เอกสารรับรองโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

	
No. <u>MU 2006-143</u>	
Documentary Proof of Ethical Clearance The Committee on Human Rights Related to Human Experimentation Mahidol University, Bangkok	
Title of Project.	Effects of Self Efficacy Enhancing Program on Adherence to Regimen of Treatment and Severity of Illness in Pregnant Women with Pregnancy Induced Hypertension (Thesis for Master Degree)
Principle Investigator.	Miss Phiriya Thiothong
Name of Institution.	Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital
Approved by the Committee on Human Rights Related to Human Experimentation	
Signature of Chairman.	 (Professor Dr.Srisin Khusmith)
Signature of Head of the Institute.	 (Professor Dr.Pornchai Matangkasombut)
Date of Approval.	- 9 AUG 2006
Date of Expiration.	- 8 AUG 2007

ภาคผนวก ค เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย

1. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลเกี่ยวกับการตั้งครรภ์
2. แบบบันทึกอาการและอาการแสดงของภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์
3. แบบสอบถามการปฏิบัติตนที่สอดคล้องกับแผนการรักษาของผู้หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์
4. โปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน
5. แผนการสอนเรื่อง ความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์ : คุณดูแลได้
6. คู่มือการดูแลรักษาผู้หญิงที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์
7. สื่อการสอนเรื่อง ความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์: คุณดูแลได้

ส่วนที่ 1: แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลเกี่ยวกับการตั้งครรภ์

1. อายุ.....ปี
2. G.....P.....A.....L.....
3. อายุครรภ์.....สัปดาห์
4. ท่านจบการศึกษา.....
5. สถานภาพสมรสของท่าน.....
7. ท่านมีอาชีพ.....
8. จำนวนชั่วโมงทำงานต่อวัน.....ชม.
9. ลักษณะครอบครัวของท่าน () ครอบครัวเดี่ยว () ครอบครัวขยาย
10. รายได้ครอบครัวต่อเดือน.....บาท
11. ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์เมื่ออายุครรภ์.....สัปดาห์

ส่วนที่ 2 : แบบบันทึกอาการและอาการแสดงของภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์

1. อาการบวม.....
2. ระดับโปรตีนในปัสสาวะ.....
3. ความดันโลหิต (มิลลิเมตรปรอท).....
4. อาการอื่นๆ.....

ส่วนที่ 3: แบบสอบถามการปฏิบัติตนที่สอดคล้องกับแผนการรักษาของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์

คำชี้แจง : แบบสัมภาษณ์นี้มีวัตถุประสงค์เพื่อต้องการทราบถึงการปฏิบัติตนที่สอดคล้องกับแผนการรักษาของท่านในระยะ 1 เดือนที่ผ่านมา คำตอบของท่านไม่มีผิดหรือถูก และไม่มีผลต่อการรักษาของท่านอย่างไร แต่จะเป็นประโยชน์ต่อการปรับปรุงงานด้านการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์ โปรดอ่านข้อความแต่ละข้ออย่างรอบคอบและทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับความเป็นจริงที่ท่านปฏิบัติเพียงข้อเดียว

ปฏิบัติเป็นประจำ หมายถึงหญิงตั้งครรภ์ปฏิบัติพฤติกรรมนั้นทุกครั้งหรือทุกวัน หรือปฏิบัติ 7 วันในหนึ่งสัปดาห์ ให้ระดับคะแนน 4

ปฏิบัติบ่อยครั้ง หมายถึงหญิงตั้งครรภ์ปฏิบัติพฤติกรรมนั้นเป็นส่วนมากแต่ไม่
 ทุกครั้งหรือเกือบทุกวัน หรือปฏิบัติ 5-6 วันใน 1 สัปดาห์
 ให้ระดับคะแนน 3

ปฏิบัติเป็นบางครั้ง หมายถึงหญิงตั้งครรภ์ปฏิบัติพฤติกรรมนั้นน้อยครั้งหรือเป็น
 บางครั้งหรือเป็นบางวัน หรือปฏิบัติ 3-4 วันใน 1 สัปดาห์
 ให้ระดับคะแนน 2

ไม่ปฏิบัติเลย หมายถึงหญิงตั้งครรภ์ไม่ปฏิบัติพฤติกรรมนั้นเลยหรือปฏิบัติเพียง
 1-2 ครั้งใน 1 สัปดาห์ ให้ระดับคะแนน 1

การปฏิบัติที่สอดคล้องกับแผนการ รักษาพยาบาล	ปฏิบัติ เป็นประจำ	ปฏิบัติ บ่อยครั้ง	ปฏิบัติ เป็น บางครั้ง	ไม่ ปฏิบัติ เลย
การพักผ่อนและการทำกิจกรรม				
1. ท่านนอนหลับในตอนกลางคืนอย่างน้อยคืนละ 8 ชั่วโมง				
2. ท่านนอนในท่าตะแคงซ้ายหรือตะแคงขวา สลับกัน				
3. ท่านนั่งพักหรือนอนพักหลังรับประทานอาหาร กลางวันวันละอย่างน้อยครึ่งชั่วโมง				
4. ในแต่ละวันระหว่างช่วงเวลาทำงานท่านมีเวลา ว่างได้นั่งหรือนอนพักผ่อน				
5. ท่านงดออกนอกบ้านเพื่อพักผ่อนตาม คำแนะนำของแพทย์				
6. ท่านมีเวลาพักผ่อนมากกว่าที่ต้องทำงานหรือ ดูแลคนในครอบครัว				
.....				
.....				
28. ท่านสังเกตสิ่งขับหลังทางช่องคลอด เช่น น้ำ ใส หรือเลือดสด				

ส่วนที่ 4 : โปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน

โปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน สร้างขึ้นตามแนวคิดทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของแบนดูรา (Bandura,1997) ซึ่งได้กล่าวถึงแหล่งสนับสนุนที่จะทำให้เกิดสมรรถนะแห่งตน 4 แหล่ง ซึ่งประกอบด้วย การใช้คำพูดโน้มน้าวหรือชักจูง การได้เห็นตัวแบบหรือประสบการณ์ของผู้อื่น การมีประสบการณ์ของความสำเร็จจากการลงมือกระทำ และสถานะด้านร่างกายและอารมณ์ เนื้อหาของโปรแกรมจะครอบคลุมพฤติกรรมที่เหมาะสมของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์ 4 ด้าน ได้แก่ การพักผ่อนและการทำกิจกรรม การรับประทานอาหารและยา การสังเกตอาการผิดปกติและการมาตรวจตามนัด โดยมีวัตถุประสงค์และวิธีการตามลำดับขั้นตอนดังนี้

วัตถุประสงค์หลัก

เพื่อส่งเสริมให้หญิงตั้งครรภ์มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสูงขึ้นและสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการปฏิบัติตนเพื่อให้สอดคล้องกับแผนการรักษาพยาบาลที่เหมาะสมทั้ง 4 ด้านประกอบด้วย การพักผ่อนและการทำกิจกรรม การรับประทานอาหารและยา การสังเกตอาการผิดปกติและการมาตรวจตามนัด

วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อช่วยให้หญิงตั้งครรภ์เชื่อว่าตนมีความสามารถที่จะประสบความสำเร็จจากการปฏิบัติตนตามแผนการรักษาพยาบาลได้
2. เพื่อช่วยให้หญิงตั้งครรภ์เกิดการเรียนรู้ทางอ้อมจากการสังเกตการณ์กระทำของตัวแบบ และเกิดความคิดคล้อยตามว่าตนเองน่าจะทำได้ถ้าตั้งใจและพยายามและช่วยให้เกิดการรับรู้ของตนเองก็สามารถที่จะกระทำพฤติกรรมนั้นได้เช่นเดียวกัน
3. เพื่อช่วยให้หญิงตั้งครรภ์ได้มีประสบการณ์โดยตรงจากการได้รับผลสำเร็จจากการลงมือกระทำในกิจกรรมการสังเกตอาการบวม การตรวจปัสสาวะด้วยแผ่นทดสอบเทียบสี การฝึกหายใจแบบผ่อนคลาย การฝึกการลงบันทึกการปฏิบัติกิจกรรมที่สอดคล้องกับแผนการรักษา การลงบันทึกอาการผิดปกติของตนเองได้ ทำให้หญิงตั้งครรภ์เกิดความเชื่อมั่นว่าตนเองมีความสามารถรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและมีความมั่นใจในการกระทำกิจกรรม

กลุ่มเป้าหมาย : หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์ที่มาตรวจที่หน่วยบริการฝากครรภ์ โรงพยาบาลสุรินทร์ การสร้างกิจกรรมมีดังนี้

1. การพักผ่อนและการทำกิจกรรม มีการใช้แหล่งสนับสนุน 4 แหล่งดังนี้

1.1 การพูดคุยถึงน้ำหนักตัวด้วยคำพูด

1.2 การสังเกตจากประสบการณ์ความสำเร็จของผู้อื่นผ่านสื่อประกอบการสอนเรื่อง ความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์: คุณดูแลได้

1.3 การประสบความสำเร็จจากการลงมือกระทำโดยการฝึกหายใจแบบผ่อนคลาย

1.4 สนับสนุนด้านร่างกายและอารมณ์ โดยมีการพูดคุยซักถามถึงปัญหาและอุปสรรคของการปฏิบัติ หาแนวทางแก้ปัญหาร่วมกัน การให้กำลังใจ การติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์สัปดาห์ละครั้ง

2. การรับประทานอาหารและยา มีการใช้แหล่งสนับสนุน 3 แหล่งดังนี้

2.1 การพูดคุยถึงน้ำหนักตัวด้วยคำพูด

2.2 การสังเกตจากประสบการณ์ความสำเร็จของผู้อื่นผ่านสื่อประกอบการสอนเรื่อง ความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์: คุณดูแลได้

2.3 สนับสนุนด้านร่างกายและอารมณ์ โดยมีการพูดคุยซักถามถึงปัญหาและอุปสรรคของการปฏิบัติ หาแนวทางแก้ปัญหาร่วมกัน การให้กำลังใจ การติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์สัปดาห์ละครั้ง

3. การสังเกตอาการผิดปกติมีการใช้แหล่งสนับสนุนทั้ง 4 แหล่งดังนี้

3.1 การพูดคุยถึงน้ำหนักตัวด้วยคำพูด

3.2 การสังเกตจากประสบการณ์ความสำเร็จของผู้อื่นผ่านสื่อประกอบการสอนเรื่อง ความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์: คุณดูแลได้

3.3 การประสบความสำเร็จจากการลงมือกระทำโดยการฝึกสังเกตอาการบวมด้วยตนเอง การตรวจปัสสาวะด้วยแผ่นตรวจเทียบสี การลงบันทึกผลการตรวจลงในสมุดบันทึก

3.4 สนับสนุนด้านร่างกายและอารมณ์ โดยมีการพูดคุยซักถามถึงปัญหาและอุปสรรคของการปฏิบัติ หาแนวทางแก้ปัญหาร่วมกัน การให้กำลังใจ การติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์สัปดาห์ละครั้ง

4. การมาตรวจตามนัดมีการใช้แหล่งสนับสนุน 3 แหล่งดังนี้

4.1 การพูดคุยถึงน้ำหนักตัวด้วยคำพูด

4.2 การสังเกตจากประสบการณ์ความสำเร็จของผู้อื่นผ่านสื่อประกอบการสอนเรื่อง ความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์: คุณดูแลได้

4.3 สนับสนุนด้านร่างกายและอารมณ์ โดยมีการพูดคุยซักถามถึงปัญหาและอุปสรรคของการปฏิบัติ หาแนวทางแก้ปัญหาร่วมกัน การให้กำลังใจ การติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์สัปดาห์ละครั้ง

รายละเอียดของกิจกรรม

การนำเสนอข้อมูลตามแนวคิดของเบนคูรา	สื่อ	วิธีการ	รายละเอียดของกิจกรรม
1.การได้รับคำแนะนำหรือการใช้คำพูดชักจูง การได้รับการแนะนำหรือการใช้คำพูดชักจูง เป็นการใช้คำพูดชี้แจง อธิบายให้ความรู้ คำแนะนำและกระตุ้นชักชวนเพื่อให้หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเชื่อว่าตนมีความสามารถที่จะปฏิบัติพฤติกรรมที่สอดคล้องกับแผนการรักษายาบาลเพื่อป้องกันความรุนแรงของโรคได้ ทำให้เกิดกำลังใจ เลิกสงสัยในความสามารถของตนเอง.....	ซีดี	ผู้วิจัยสอนและให้คำแนะนำเพื่อชักจูงโน้มน้าวให้หญิงตั้งครรภ์ปฏิบัติกิจกรรมการปฏิบัติตนที่สอดคล้องกับแผนการรักษาพยาบาล	1. ให้ความรู้เป็นรายบุคคล โดยสอนเรื่องความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์: คุณดูแลได้ โดยเนื้อหาจะเกี่ยวกับความรู้ในเรื่องความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์ วิธีการดูแลตนเองเพื่อป้องกันความรุนแรงของโรค 2. ให้คำแนะนำเพิ่มเติมเกี่ยวกับภาวะความดันโลหิตสูงเนื่อง จากการตั้งครรภ์ ในวิธีการปฏิบัติตนที่หญิงตั้งครรภ์ไม่เข้าใจหรือสงสัย 3. กระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมที่เหมาะสมโดยการกล่าวสนับสนุน ให้กำลังใจ เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์เกิดความมั่นใจในความสามารถที่จะปฏิบัติพฤติกรรมและเสริมแรงใจโดยการกล่าวชื่นชมในพฤติกรรมที่หญิงตั้งครรภ์ปฏิบัติได้เหมาะสม 4.....

ส่วนที่ 5: แผนการสอนเรื่อง ความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์ : คุณดูแลได้

เรื่อง	ความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์ : คุณดูแลได้
ผู้สอน	นางสาวพริษา ทิวทอง
ผู้เรียน	หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์
เวลาที่สอน	55-60 นาที
สถานที่สอน	ห้องสอนสุขศึกษา หน่วยบริการฝากครรภ์ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสุรินทร์

แนวคิด

1. ภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์เป็นภาวะแทรกซ้อนที่ก่อให้เกิด

อันตรายต่อมารดาและทารก

2. ภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์ ยังไม่ทราบสาเหตุ แต่เมื่อเป็นแล้วสามารถดูแลรักษาเพื่อป้องกันความรุนแรงได้
3. ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์ เป็นการช่วยให้หญิงตั้งครรภ์เกิดความมั่นใจในความสามารถที่จะปฏิบัติตามกิจกรรมการดูแลตนเองให้สอดคล้องกับแผนการรักษาพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์ เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์

1. บอกความสำคัญ ความหมาย ชนิด ผลกระทบ อาการและอาการแสดงของภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์ได้อย่างถูกต้อง
2. สามารถอธิบายเกี่ยวกับการปฏิบัติตนที่สอดคล้องกับแผนการรักษาพยาบาลภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์ได้ถูกต้อง
3. สามารถนำความรู้ที่ได้รับไปประยุกต์ใช้เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้สอดคล้องกับแผนการรักษาพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรม	สื่อ	เวลา	ประเมินผล
	บทนำ การตั้งครรภ์เป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นตามพัฒนาการของชีวิต กระบวนการตามธรรมชาติซึ่งเกิดขึ้นในระยะตั้งครรภ์ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และทางสังคมเพื่อคงความสมดุลของร่างกายและชีวิตของทารกในครรภ์ มารดา อย่างไรก็ตาม ถ้าการปรับเปลี่ยนนั้นเกิดภาวะไม่สมดุล อาจก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพและภาวะแทรกซ้อนของหญิงตั้งครรภ์ ซึ่งปัญหาสุขภาพบางอย่างเกิดขึ้นกระทันหันรวดเร็วและรุนแรง บางครั้งผลกระทบจากการเปลี่ยนแปลงดัง.... 	ขั้นนำ ทักทายหญิงตั้งครรภ์ แนะนำตนเอง นำเข้าสู่บทเรียนโดยการถามถึงความเจ็บป่วยที่หญิงตั้งครรภ์เป็นอยู่ โดยให้เล่าอาการแบบคร่าวๆ ผู้วิจัยถามหญิงตั้งครรภ์ภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์สำคัญอย่างไร		3 นาที	จากความสนใจและความพร้อมของหญิงตั้งครรภ์

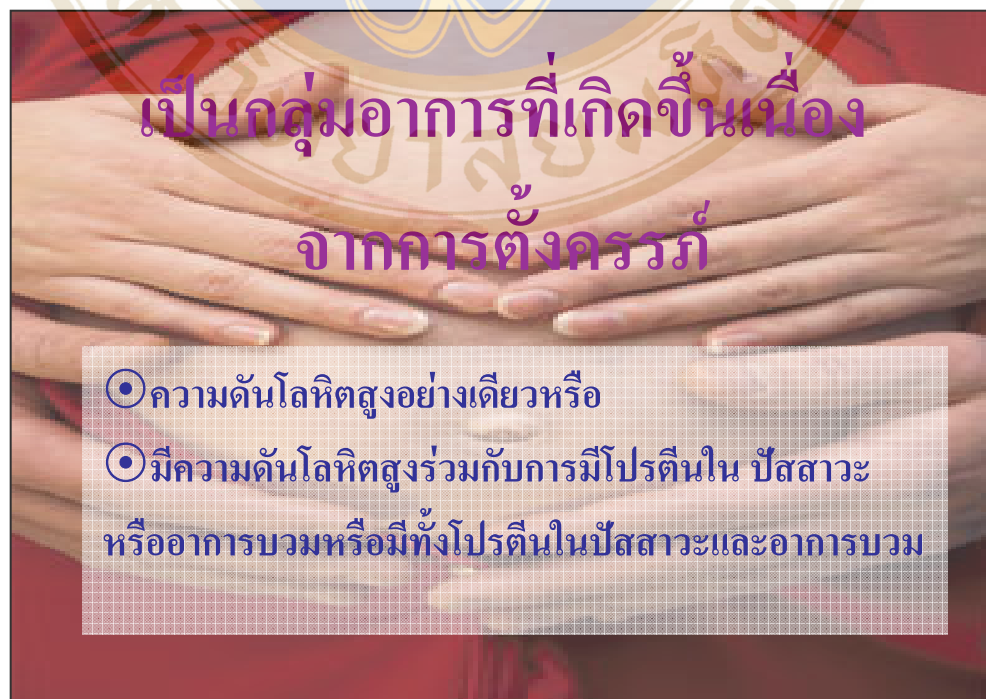
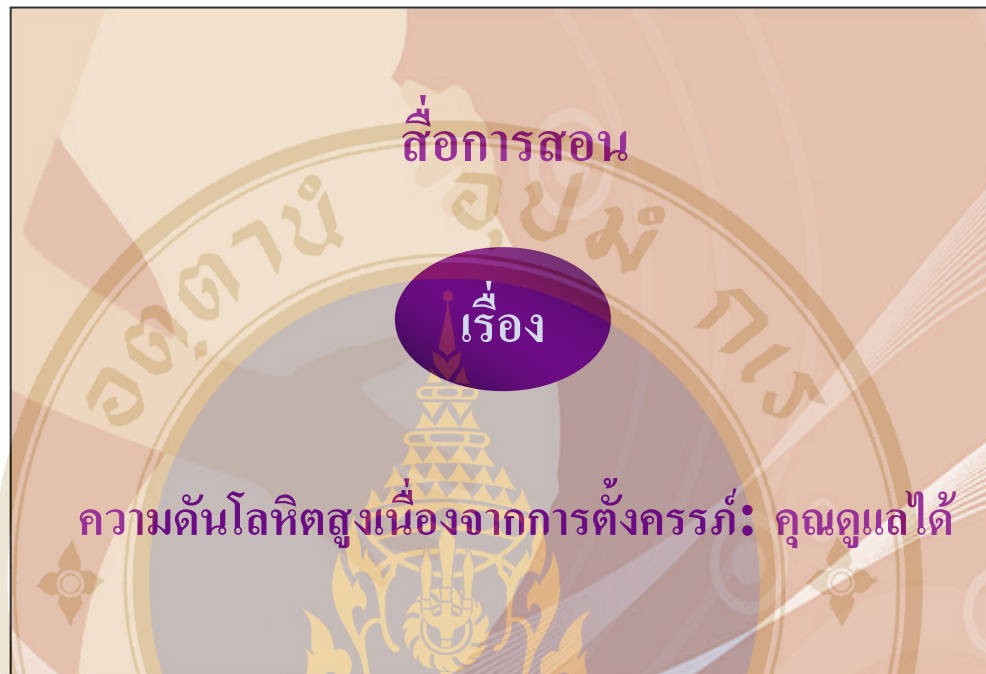
ส่วนที่ 6 : คู่มือการดูแลรักษาผู้หญิงที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์



รายการประเมิน	วันที่							หมายเหตุ
1. การพักผ่อนและการทำกิจกรรม								
• นอนพักผ่อนกลางวันอย่างน้อย 8 ชั่วโมง								
• นั้ง/นอนพักในช่วงกลางวัน อย่างน้อย 30 นาที								
2. การรับประทานอาหารตามคำแนะนำ								
3. การออกกำลังกาย								
4. การรับประทานยาตามแผนการรักษา								
5. การสังเกตอาการผิดปกติ								
• การสังเกตอาการบวม ปวดศีรษะ ตาพร่ามัว								
• การตรวจโปรตีนในปัสสาวะ								
• การสังเกตเด็กคื่น								
• การสังเกตอาการผิดปกติอื่นๆ								



ส่วนที่ 7 : สื่อการสอนเรื่อง ความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์: คุณดูแลได้



ภาคผนวก ง
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

1. พันโทหญิง ศิริวรรณ มั่นสุข พยาบาลวิชาชีพ หัวหน้าพยาบาลหน่วยฝากครรภ์
แผนกสูติรีเวช โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า
2. พันโทหญิง เลิศลักษณ์ จิระพันธุ์ พยาบาลวิชาชีพ หัวหน้าพยาบาลหน่วยเวชศาสตร์ฟื้นฟู
โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า
3. นางกนกวรรณ เวสสธาดา ผู้เชี่ยวชาญการพยาบาลสูติรีเวชกรรม
ภาควิชาพยาบาลศาสตร์
คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี
4. นางศรีตรา มยุขโชติ พยาบาลวิชาชีพ 8 อาจารย์ผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาล
มารดาและทารกแรกเกิด วิทยาลัยพยาบาล
บรมราชชนนีสุนทร
5. นายแพทย์ เฉลียว สัตตมัย นายแพทย์ 8 นายแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านสูติรีเวชกรรม
แผนกสูติรีเวชกรรม โรงพยาบาลสุนทร

ภาคผนวก จ
รายละเอียดผลการวิเคราะห์ข้อมูล

คะแนนการปฏิบัติตนที่สอดคล้องกับแผนการรักษาพยาบาลรายข้อของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ก่อนการทดลอง(N=60)

การปฏิบัติตนที่สอดคล้องกับแผนการรักษาพยาบาล	กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง	
	mean	S.D.	mean	S.D.
การพักผ่อนและการทำงาน				
1. ท่านนอนหลับในตอนกลางคืนอย่างน้อยคืนละ 8 ชั่วโมง	3.23	.57	3.87	.35
2. ท่านนอนในท่าตะแคงซ้ายหรือตะแคงขวา สลับกัน	3.00	.37	3.70	.47
3. ท่านนั่งพักหรือนอนพักหลังรับประทานอาหาร กลางวันวันละอย่างน้อยครึ่งชั่วโมง	2.87	.51	3.63	.56
4. ในแต่ละวันระหว่างช่วงเวลาทำงานท่านมีเวลาว่างได้นั่งหรือนอนพักผ่อน	2.70	.47	3.13	.90
5. ท่านงดออกนอกบ้านเพื่อพักผ่อนตามคำแนะนำของแพทย์	2.73	.45	2.93	1.02
6. ท่านมีเวลาพักผ่อนมากกว่าที่ต้องทำงานหรือดูแลคนในครอบครัว	2.63	.49	2.97	.89
7. ในแต่ละวันท่านต้องทำกิจกรรมและงานต่างๆจนรู้สึกเหนื่อย	2.47	.57	2.73	.98
8. เมื่อท่านรู้สึกอ่อนเพลียหรือเมื่อยล้าท่านจะนั่งหรือนอนพัก	2.97	.41	3.27	.94
9. ในการทำงานต่างๆท่านพยายามนั่งทำงานแทนการยืนทำงาน	2.83	.53	2.97	.85

การปฏิบัติหน้าที่สอดคล้องกับแผนการรักษาพยาบาล	กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง	
	mean	S.D.	mean	S.D.
10. ท่านเลือกทำงานบ้านเฉพาะงานที่ไม่ต้องใช้ แรงงานมาก เช่น กวาดบ้าน รีดผ้า ถ้างาม	2.97	.49	3.47	.73
11. ท่านลดการทำงานบ้านบางอย่างลงเพื่อให้มีเวลา พักผ่อนมากขึ้น	2.97	.57	3.07	.94
12. ท่านออกกำลังกายเล็กน้อย เช่น ยกแขนขา เดิน เล่น เช้า เย็น	1.90	.61	3.13	.97
การรับประทานอาหารและยา				
13. ท่านรับประทานอาหารประเภทแป้ง เช่น ข้าว ก๋วยเตี๋ยว บะหมี่หรือขนมจีน มื้อละไม่เกิน 1 จาน หรือ 1 ถ้วย	2.83	.46	2.80	.85
14. ท่านรับประทานอาหารอย่างน้อยวันละ 1 ฟอง อาจ ปรุงในรูปของอาหารคาว หรืออาหารหวาน	2.67	.61	2.57	.86
15. ท่านรับประทานเนื้อสัตว์ เช่น ไก่ ปลา หมู เนื้อ วัวอย่างน้อยวันละ 2 ชีด (1 ชีด เท่ากับเนื้อบริเวณ อกไก่ 1 ข้าง)	2.67	.48	2.77	.86
16. ท่านรับประทานอาหารประเภทผักใบเขียว เช่น ผักบุ้ง ผักตำลึง ผักคะน้าอย่างน้อยวันละ 2 ถ้วย (ถ้วยน้ำดื่มหรือถ้วยแกชขนาดกลาง)	3.10	.40	2.97	.81
17. ท่านรับประทานผลไม้จำพวกส้มอย่างน้อยวัน ละ 2 ผล หรือรับประทานผลไม้อื่น เช่น แก้ว มะละกอ สับปะรด อย่างน้อยวันละ 4-5 ชิ้น (หรือ คำ)	2.80	.41	2.70	.79
18. ท่านดื่มนมสดหรือนมถั่วเหลือง อย่างน้อยวัน ละ 1 แก้ว(หรือกล่อง หรือถุง)	3.33	.61	3.20	.96
19. ท่านดื่มน้ำสะอาดอย่างน้อยวันละ 8 แก้ว	3.80	.41	3.50	.63
20. ท่านรับประทานยาตามจำนวนและเวลาตามที่ แพทย์หรือพยาบาลแนะนำ	3.77	.43	3.50	.73

การปฏิบัติตนที่สอดคล้องกับแผนการรักษาพยาบาล	กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง	
	mean	S.D.	mean	S.D.
21. เมื่อยาหมดท่านจะมาตรวจและรับประทานยา ต่อตามที่แพทย์แนะนำ ไม่ซื้อยามารับประทานเอง	3.57	.50	3.47	.90
การมาตรวจตามนัด				
22. แม้มีธุระท่านก็ต้องมาตรวจตามที่แพทย์หรือ พยาบาลนัด	3.37	.49	3.83	.38
23. ท่านสามารถขอความช่วยเหลือจากบุคคลรอบ ข้างเพื่อให้มาตรวจตามนัด	3.40	.56	3.03	1.23
การสังเกตอาการผิดปกติ				
24. ถ้าท่านพบอาการผิดปกติ ท่านจะรีบมาพบ แพทย์ก่อนเวลานัด	3.73	.45	3.07	.98
25. ท่านสังเกตอาการบวมที่ใบหน้าหรือใช้นิ้วกด บริเวณหน้าหรือหลังเท้า	1.47	.51	2.50	.97
26. ท่านสังเกตอาการปวดศีรษะ ตาพร่ามัว หรือ อาการจุกแน่นหน้าอก	1.90	.76	2.43	.94
27. ท่านสังเกตและบันทึกจำนวนการคืนของทารก ในครรภ์	2.70	.88	2.87	1.04
28. ท่านสังเกตสิ่งขับหลังทางช่องคลอด เช่นน้ำใส หรือเลือดสด	2.20	.89	2.73	.98
รวมทั้งหมด	79.93	5.74	85.03	10.08

คะแนนการปฏิบัติตนที่สอดคล้องกับแผนการรักษาพยาบาลรายชื่อของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง
ภายหลังการทดลอง(N=60)

การปฏิบัติตนที่สอดคล้องกับแผนการรักษาพยาบาล	กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง	
	mean	S.D.	mean	S.D.
การพักผ่อนและการทำกิจกรรม				
1. ท่านนอนหลับในตอนกลางคืนอย่างน้อยคืนละ 8 ชั่วโมง	3.23	.57	3.87	.35
2. ท่านนอนในท่าตะแคงซ้ายหรือตะแคงขวา สลับกัน	3.00	.37	3.70	.47
3. ท่านนั่งพักหรือนอนพักหลังรับประทานอาหาร กลางวันวันละอย่างน้อยครึ่งชั่วโมง	2.87	.51	3.63	.56
4. ในแต่ละวันระหว่างช่วงเวลาทำงานท่านมีเวลาว่างได้นั่งหรือนอนพักผ่อน	2.93	.25	3.87	.35
5. ท่านงดออกนอกบ้านเพื่อพักผ่อนตามคำแนะนำของแพทย์	3.03	.41	3.83	.38
6. ท่านมีเวลาพักผ่อนมากกว่าที่ต้องทำงานหรือดูแลคนในครอบครัว	2.53	.57	3.20	.89
7. ในแต่ละวันท่านต้องทำกิจกรรมและงานต่างๆจนรู้สึกเหนื่อย	2.43	.57	3.37	.67
8. เมื่อท่านรู้สึกอ่อนเพลียหรือเมื่อยล้าท่านจะนั่งหรือนอนพัก	3.03	.41	3.50	.57
9. ในการทำงานต่างๆท่านพยายามนั่งทำงานแทนการยืนทำงาน	3.10	.40	3.63	.49
10. ท่านเลือกทำงานบ้านเฉพาะงานที่ไม่ต้องใช้แรงงานมาก เช่น กวาดบ้าน รีดผ้า ถ้างาม	3.33	.48	3.73	.52
11. ท่านลดการทำงานบ้านบางอย่างลงเพื่อให้มีเวลาพักผ่อนมากขึ้น	3.07	.52	3.67	.48
12. ท่านออกกำลังกายเล็กน้อย เช่น ยกแขนขา เดิน เล่น เช้า เย็น	2.23	.68	3.47	.51

การปฏิบัติตนที่สอดคล้องกับแผนการรักษาพยาบาล	กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง	
	mean	S.D.	mean	S.D.
การรับประทานอาหารและยา				
13. ท่านรับประทานอาหารประเภทแป้ง เช่น ข้าว ก๋วยเตี๋ยว บะหมี่หรือขนมจีน มื้อละไม่เกิน 1 จาน หรือ 1 ถ้วย	3.03	.32	3.80	.41
14. ท่านรับประทานอาหารอย่างน้อยวันละ 1 ฟอง อาจปรุงในรูปของอาหารคาว หรืออาหารหวาน	2.97	.41	3.80	.41
15. ท่านรับประทานอาหารเนื้อสัตว์ เช่น ไก่ ปลา หมู เนื้อวัวอย่างน้อยวันละ 2 จีด (1 จีด เท่ากับเนื้อบริเวณอกไก่ 1 ข้าง)	2.97	.41	3.83	.38
16. ท่านรับประทานอาหารประเภทผักใบเขียว เช่น ผักบุ้ง ผักตำลึง ผักคะน้าอย่างน้อยวันละ 2 ถ้วย (ถ้วยนี้คั้นหรือถ้วยแ่งขนาดกลาง)	3.07	.45	3.60	.49
17. ท่านรับประทานผลไม้จำพวกส้มอย่างน้อยวันละ 2 ผล หรือรับประทานผลไม้อื่น เช่น กล้วย มะละกอ สับปะรด อย่างน้อยวันละ 4-5 ชิ้น (หรือคำ)	2.25	.63	3.37	.49
18. ท่านดื่มนมสดหรือนมถั่วเหลือง อย่างน้อยวันละ 1 แก้ว(หรือกล่อง หรือถุง)	3.87	.35	3.93	.25
19. ท่านดื่มน้ำสะอาดอย่างน้อยวันละ 8 แก้ว	4.00	.00	4.00	.00
20. ท่านรับประทานยาตามจำนวนและเวลาตามที่แพทย์หรือพยาบาลแนะนำ	3.77	.43	4.00	.00
21. เมื่อยาหมดท่านจะมาตรวจและรับประทานยาต่อตามที่แพทย์แนะนำ ไม่ซื้อยามารับประทานเอง	3.67	.48	4.00	.00
การมาตรวจตามนัด				
22. แม้มีธุระท่านก็ต้องมาตรวจตามที่แพทย์หรือพยาบาลนัด	3.63	.49	3.87	.35
23. ท่านสามารถขอความช่วยเหลือจากบุคคลรอบข้างเพื่อให้มาตรวจตามนัด	3.40	.49	3.73	.45

การปฏิบัติตนที่สอดคล้องกับแผนการรักษาพยาบาล	กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง	
	mean	S.D.	mean	S.D.
การสังเกตอาการผิดปกติ				
24. ถ้าท่านพบอาการผิดปกติ ท่านจะรีบมาพบแพทย์ก่อนเวลานัด	3.77	.50	3.87	.35
25. ท่านสังเกตอาการบวมที่ใบหน้าหรือใช้นิ้วกดบริเวณหน้าหรือหลังเท้า	1.73	.58	4.00	.00
26. ท่านสังเกตอาการปวดศีรษะ ตาพร่ามัว หรืออาการจุกแน่นหน้าอก	1.93	.45	4.00	.00
27. ท่านสังเกตและบันทึกจำนวนการคืนของทารกในครรภ์	3.40	.86	4.00	.00
28. ท่านสังเกตสิ่งขับหลังทางช่องคลอด เช่น น้ำใสหรือเลือดสด	2.67	.88	4.00	.00
รวมทั้งหมด	85.23	3.94	105.30	4.22

เปรียบเทียบความแตกต่างของความรุนแรงของโรคก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม(N=60)

อาการและอาการแสดง	กลุ่มควบคุม(n=30) จำนวน(%)	กลุ่มทดลอง(n=30) จำนวน(%)	รวม(n=60) จำนวน(%)
ก่อนทดลอง			
Edema			
no edema	6(20.0)	6(20.0)	12(20.0)
slight	8(26.7)	13(43.3)	21(35.0)
+1	11(36.7)	5(16.7)	16(26.7)
+2	5(16.6)	6(20.0)	11(18.3)
Urine albumin			
no	21(70.0)	25(83.3)	46(76.6)
trace	9(30.0)	4(13.3)	13(21.7)
+1	0 (.0)	1 (3.3)	1 (1.7)
หลังทดลอง			
Edema			
no edema	4(13.4)	14(46.7)	18(30.0)
slight	7(23.3)	3(10.0)	10(16.7)
+1	12(40.0)	10(33.3)	22(36.6)
+2	7(23.3)	3(10.0)	10(16.7)
Urine albumin			
no	27(90.0)	27(90.0)	54(90.0)
trace	1 (3.3)	3(10.0)	4(13.3)
+1	2 (6.7)	0 (.0)	2 (6.7)

ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ นางสาวพริยา ทิวทอง
วัน เดือน ปีเกิด 1 พฤศจิกายน 2512
สถานที่เกิด สุรินทร์
ประวัติการศึกษา วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสุรินทร์ ปี พ.ศ. 2535
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาการพยาบาลมารดาและทารกแรกเกิด
คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี
ตำแหน่งและสถานที่ทำงาน พ.ศ. 2535 – ปัจจุบัน
พยาบาลประจำการงานห้องคลอด โรงพยาบาลสุรินทร์
ตำแหน่ง: พยาบาลวิชาชีพ 7
ที่อยู่ 232/3 ซ. ถมเกลิงอุทิศ ถ. สุรินทร์ภักดี ต. ในเมือง อ. เมือง
จ. สุรินทร์ 32000
โทรศัพท์ 081-7180603 044-511006, 044-512482 ต่อ 343
E-mail address phiriya_tt@yahoo.com