

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความเชื่อเกี่ยวกับการตั้งครรภ์
การรับรู้ต่อการส่งเสริมสุขภาพ กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ
ของหญิงตั้งครรภ์ชาวไทยมุสลิม



ศิริพงษ์ ชัมเจริญ

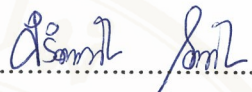
วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน)
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล
พ. ศ. 2554

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยมหิดล

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความเชื่อเกี่ยวกับการตั้งครรภ์
การรับรู้ต่อการส่งเสริมสุขภาพ กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ
ของหญิงตั้งครรภ์ชาวไทยมุสลิม



นางสาวศิริหงษ์ ชุ่มเจริญ
ผู้วิจัย



ผู้ช่วยศาสตราจารย์วันทนา มณีศรีวงศ์กุล,
D.N.Sc. (Primary care)
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก



ผู้ช่วยศาสตราจารย์แสงทอง ชีระทองคำ,
Ph.D. (Nursing)
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม



ศาสตราจารย์บรรจง มไหสวริยะ,
พ.บ., ว.ว. ออร์โธปิดิกส์
คณบดี
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล



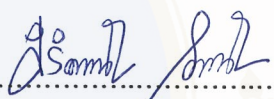
รองศาสตราจารย์อรสา พันธุ์ศักดิ์,
พย. ค.
ประธานคณะกรรมการบริหารหลักสูตร
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี
มหาวิทยาลัยมหิดล

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความเชื่อเกี่ยวกับการตั้งครรภ์
การรับรู้ต่อการส่งเสริมสุขภาพ กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ
ของหญิงตั้งครรภ์ชาวไทยมุสลิม

ได้รับการพิจารณาให้นับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน)
วันที่ 10 พฤษภาคม พ.ศ. 2554



นางสาวศิริหงษ์ ชุ่มเจริญ
ผู้วิจัย



รองศาสตราจารย์ออร์พันธ์ เจริญผล,
ค.ม. (การบริหารการพยาบาล)
กรรมการสอบวิทยานิพนธ์



ผู้ช่วยศาสตราจารย์ศรีสมร ภูมนสกุล,
พย. ค.
ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์



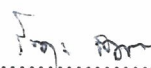
ผู้ช่วยศาสตราจารย์แสงทอง ธีระทองคำ,
Ph.D. (Nursing)
กรรมการสอบวิทยานิพนธ์



ผู้ช่วยศาสตราจารย์วันทนา มณีศรีวงศ์กุล,
D.N.Sc. (Primary care)
กรรมการสอบวิทยานิพนธ์



ศาสตราจารย์บรรจง มไหสวริยะ,
พ.บ., ว.ว. ออร์โทปิดิกส์
คณบดี
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล



ศาสตราจารย์รัชตะ รัชตะนาวิน, พ.บ.
คณบดี
คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี
มหาวิทยาลัยมหิดล

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้ สำเร็จลงได้ด้วยความกรุณาและความช่วยเหลืออย่างดียิ่งจากผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วันทนา มณีศรีวงศ์กุล อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.แสงทอง ชีระทองคำ อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ศรีสมร ภูมณสกุล ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ และรองศาสตราจารย์อรพินธ์ เจริญผล กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่ได้ให้ความกรุณาอุทิศเวลา ให้คำแนะนำ ตรวจสอบ ปรับปรุงและแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ ด้วยความเอาใจใส่

ขอกราบขอบพระคุณ ดร.สุภารัตน์ ชีระวรรณ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ ประจำศูนย์อนามัยที่ 12 อาจารย์มารีสา หะสามะ อาจารย์พยาบาลประจำวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ยะลา และคุณชไมพร สีนทุทัย พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ หัวหน้าแผนกฝากครรภ์ โรงพยาบาลปัตตานี ผู้ทรงคุณวุฒิที่ได้กรุณาตรวจสอบความถูกต้องเหมาะสมของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ที่เป็นประโยชน์ต่อการวิจัยในครั้งนี้

ขอกราบขอบพระคุณ คณาจารย์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดลทุกท่าน ที่ช่วยประสิทธิ์ประสาทความรู้ และชี้แนะแนวทางการเรียนรู้ ตลอดระยะเวลาที่ศึกษา

ขอขอบพระคุณเจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำสถานีอนามัยทุกแห่งของอำเภอปะนาเระ และเจ้าหน้าที่ประจำคลินิกฝากครรภ์ โรงพยาบาลปะนาเระ จังหวัดปัตตานี ที่ให้ความอนุเคราะห์ในการเก็บรวบรวมข้อมูลที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ และที่สำคัญขอกราบขอบพระคุณหญิงตั้งครรภ์ชาวไทยมุสลิมทุกท่านที่เสียสละเวลา และให้ความร่วมมือในการเก็บข้อมูลเป็นอย่างดี

ขอขอบคุณพี่ๆ น้องๆ โรงพยาบาลปะนาเระ ทุกท่าน ที่คอยช่วยเหลือและเป็นกำลังใจให้ผู้วิจัยมีความอดทน ขอขอบพระคุณคุณศักดิ์นรินทร์ หลิมเจริญ ที่คอยให้คำปรึกษาชี้แนะในการทำวิจัยครั้งนี้ และขอขอบคุณ พี่ๆ น้องๆ หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต รหัส 51 ทุกท่านที่ช่วยเหลือและเป็นกำลังใจมาโดยตลอด

ขอกราบระลึกถึงพระคุณบุพการีผู้ให้กำเนิดและอบรมสั่งสอนให้ผู้วิจัยเป็นคนมีความเพียรพยายาม ขอขอบพระคุณสมาชิกทุกคนในครอบครัว และขอขอบคุณร้อยเอกวิทยา อินนาคุณ ที่คอยห่วงใยและให้กำลังใจ อันเป็นสิ่งสำคัญที่ทำให้ผู้วิจัยมีความมุ่งมั่นในการศึกษาตลอดมา จนทำให้การศึกษานี้สำเร็จ

ศิริหงษ์ ชุ่มเจริญ

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความเชื่อเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ การรับรู้ต่อการส่งเสริมสุขภาพ กับ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ชาวไทยมุสลิม

RELATIONSHIPS BETWEEN PERSONAL FACTORS, BELIEFS IN PREGNANCY, PERCEPTION OF HEALTH PROMOTION AND HEALTH PROMOTING BEHAVIORS AMONG THAI-MUSLIM PREGNANT WOMEN

ศิริหงษ์ ชิมเจริญ 5136687 RACN/M

พย.ม. (การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน)

คณะกรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์: วันทนา มณีศรีวงศ์กุล, D.N.Sc. (PRIMARY CARE), แสงทอง ชีระทองคำ, Ph.D. (NURSING)

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความเชื่อเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ และการรับรู้ต่อการส่งเสริมสุขภาพ (ได้แก่ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน การรับรู้อุปสรรค การรับรู้ประโยชน์ ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ) กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ชาวไทยมุสลิม กลุ่มตัวอย่างเป็นหญิงตั้งครรภ์ชาวไทยมุสลิม จำนวน 100 คน ที่ฝากครรภ์ที่สถานีนอนามัยในเขต อำเภอบ้านนาเร จังหวัดปัตตานี คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงตามเกณฑ์กำหนด เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้ แบบสอบถาม

ผลการวิจัยพบว่า อายุ การศึกษาสายสามัญ รายได้ครอบครัว การรับรู้สมรรถนะแห่งตน การรับรู้ประโยชน์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .223$, $p < .05$; $r_s = .202$, $p < .05$; $r = .258$, $p < .05$; $r = .630$, $p < .001$; $r = .529$, $p < .001$) ส่วนความเชื่อเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ และการรับรู้อุปสรรคมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ชาวไทยมุสลิมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.331$, $p < .01$; $r = -.359$, $p < .001$) แต่การศึกษาสายศาสนาอิสลาม และอาชีพไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

การวิจัยครั้งนี้มีข้อเสนอแนะว่า ผู้ปฏิบัติการพยาบาลควรประเมินความเชื่อเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ การรับรู้ต่อการส่งเสริมสุขภาพ เพื่อค้นหาหญิงตั้งครรภ์ที่เสี่ยงต่อการมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม และวางแผนในการส่งเสริมสุขภาพที่เฉพาะเจาะจงกับหญิงตั้งครรภ์กลุ่มนี้ อีกทั้งควรจัดบริการสุขภาพให้สะดวกต่อผู้รับบริการ เพื่อลดอุปสรรคในการเข้าร่วมกิจกรรม

คำสำคัญ: ปัจจัยส่วนบุคคล / ความเชื่อเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ / การรับรู้ต่อการส่งเสริมสุขภาพ / พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ / หญิงตั้งครรภ์ชาวไทยมุสลิม

RELATIONSHIPS BETWEEN PERSONAL FACTORS, BELIEFS IN PREGNANCY, PERCEPTION OF HEALTH PROMOTION, AND HEALTH PROMOTING BEHAVIORS AMONG THAI-MUSLIM PREGNANT WOMEN

SIRIHONG CHIMCHAROEN 5136687 RACN/M

M.N.S. (COMMUNITY HEALTH NURSE PRACTITIONER)

THESIS ADVISORY COMMITTEE: WANTANA MANEESRIWONGUL, D.N.Sc. (PRIMARY CARE), SANGTHONG TERATHONGKUM, Ph.D. (NURSING)

ABSTRACT

The purpose of this descriptive research was to examine the relationships between personal factors, beliefs in pregnancy, perception of health promotion (perceived self-efficacy, perceived barriers to action, and perceived benefits), and health promoting behaviors among Thai-Muslim pregnant women. A purposive sample consisted of 100 Thai-Muslim pregnant women who attended the prenatal clinics at primary care unit in Panarae district, Pattanee province. A questionnaire was used to collect data.

The findings revealed that age, education, family income, perceived self-efficacy, and perceived benefits of action were positively correlated with health promoting behaviors ($r = .223, p < .05$; $r_s = .202, p < .05$; $r = .258, p < .05$; $r = .630, p < .001$, and $r = .529, p < .001$). Beliefs in pregnancy and perceived barriers to action were negatively correlated with health promoting behaviors ($r = -.331, p < .01$; and $r = -.359, p < .001$), while Muslim education and occupation were not significantly correlated with health promoting behaviors.

The findings suggest that health care professionals should assess pregnant Thai-Muslims' beliefs in pregnancy and perception of health promotion in order to identify women at risk for having poor health promoting behaviors, and to plan a more specific health promoting program for them. Moreover, a more accessible service schedule can help reduce barriers in order to access health promoting services and activities.

KEY WORDS: PERSONAL FACTORS / BELIEFS IN PREGNANCY /
PERCEPTION OF HEALTH PROMOTION / HEALTH PROMOTING
BEHAVIORS / THAI-MUSLIM PREGNANT WOMEN

159 pages

สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ	ค
บทคัดย่อ (ภาษาไทย)	ง
บทคัดย่อ (ภาษาอังกฤษ)	จ
สารบัญตาราง	ซ
สารบัญแผนภูมิ	ฅ
บทที่ 1 บทนำ	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
กรอบแนวคิดในการวิจัย	5
คำถามในการวิจัย	9
วัตถุประสงค์ของการวิจัย	9
สมมุติฐานการวิจัย	9
ขอบเขตของการวิจัย	10
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	10
นิยามตัวแปร	10
บทที่ 2 การทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง	13
1. พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์	13
2. ความเชื่อเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ของชาวไทยมุสลิม	28
2.1 แนวคิดและหลักสำคัญของศาสนาอิสลาม	28
2.2 ความเชื่อและการปฏิบัติตนของหญิงตั้งครรภ์ชาวไทยมุสลิม	31
3. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์	38
ตามแนวคิด Pender's Health Promotion Model	

สารบัญ (ต่อ)

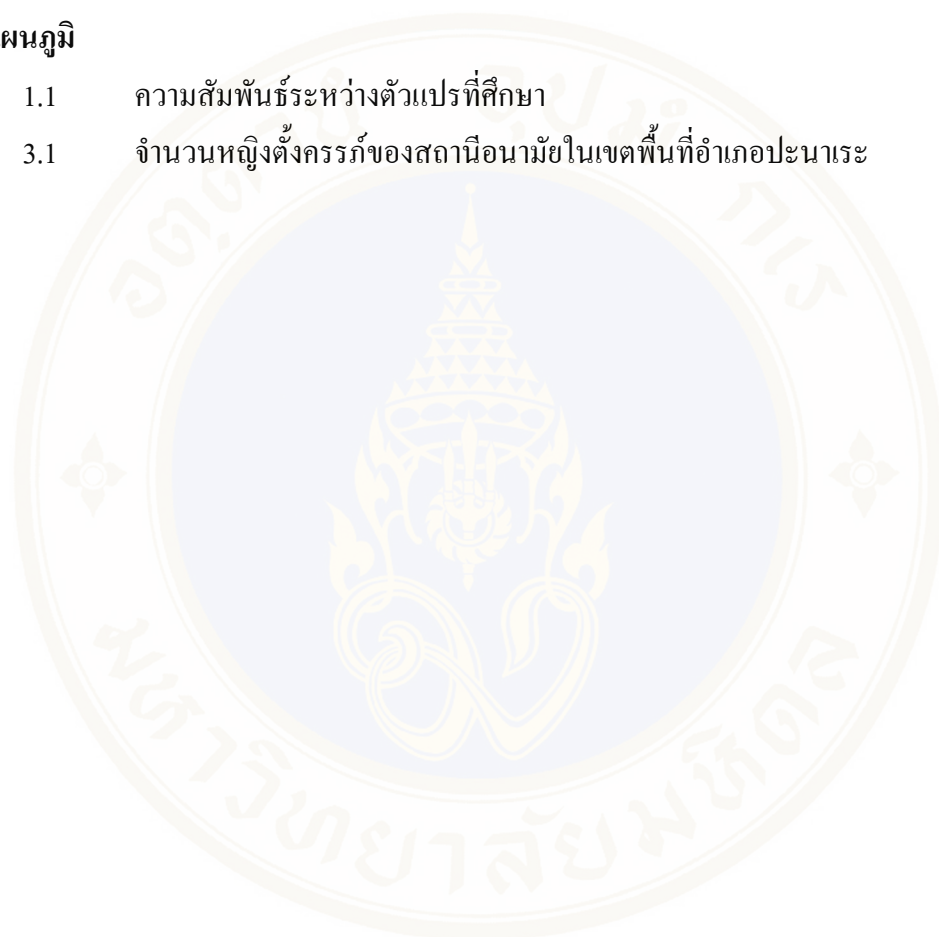
	หน้า
บทที่ 3 วิธีการดำเนินการวิจัย	48
รูปแบบการวิจัย	48
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	48
สถานที่ศึกษา	50
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	51
การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง	56
การเก็บรวบรวมข้อมูล	56
การวิเคราะห์ข้อมูล	57
บทที่ 4 ผลการวิจัย	59
บทที่ 5 การอภิปรายผล	65
บทที่ 6 สรุปผลการวิจัย	76
บทสรุปแบบสมบูรณภาษาไทย	80
บทสรุปแบบสมบูรณภาษาอังกฤษ	97
รายการอ้างอิง	116
ภาคผนวก	125
ประวัติผู้วิจัย	159

สารบัญตาราง

ตาราง		หน้า
4.1	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน พิสัย ความถี่ และร้อยละของข้อมูลส่วนบุคคลของหญิงตั้งครรภ์ชาวไทยมุสลิม	60
4.2	คะแนนที่เป็นไปได้ คะแนนที่ได้จริง คะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน จำแนกตามความเชื่อเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ และการรับรู้ต่อการส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ชาวไทยมุสลิม	62
4.3	คะแนนที่เป็นไปได้ คะแนนที่ได้จริง คะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน จำแนกตามพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ชาวไทยมุสลิมโดยรวม และรายด้าน	63
4.4	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความเชื่อเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน การรับรู้อุปสรรค และการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ชาวไทยมุสลิม	64

สารบัญแผนภูมิ

แผนภูมิ		หน้า
1.1	ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ศึกษา	8
3.1	จำนวนหญิงตั้งครรภ์ของสถานีนามัยในเขตพื้นที่อำเภอปะนาเระ	49



บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

สถานการณ์อัตราป่วยและอัตราการมารดาและทารก เป็นดัชนีชี้วัดภาวะสุขภาพของประชาชนและการพัฒนาประเทศที่สำคัญและเป็นสากล ดังจะเห็นได้จากการประกาศนโยบายที่สำคัญขององค์การสหประชาชาติ และภาคีเครือข่ายที่เรียกว่า Millennium Gold ซึ่งมีสาระสำคัญประการหนึ่งว่า ภายในปี 2015 อัตราตายของมารดาต้องลดลง 3 ใน 4 โดยหลักการดำเนินงานมุ่งเน้นให้หญิงตั้งครรภ์มีความปลอดภัยทั้งในระยะตั้งครรภ์และระยะคลอด (Safe motherhood) (United Nations Department of Economic and Social Affairs: DESA, 2008) ประเทศไทยโดยกระทรวงสาธารณสุขให้ความสำคัญในการดูแลสุขภาพมารดาและทารก จึงตั้งเป้าลดอัตราการมารดาไม่เกิน 18 ต่อแสนการเกิดมีชีพ และอัตราการตายทารกปรกติไม่เกิน 9 ต่อการเกิดมีชีพพันคน (คณะกรรมการอำนวยการจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติฉบับที่ 10, 2550)

จากสถิติการตายของมารดาทั่วโลกพบว่า ประเทศกำลังพัฒนามีหญิงตั้งครรภ์เสียชีวิตมากกว่า 500,000 คน ในระหว่างการตั้งครรภ์หรือการคลอดทุกปี (DESA, 2008: 24) ประเทศไทยในแถบเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ซึ่งรวมประเทศไทยไว้ด้วยนั้น มีแนวโน้มของอัตราการตายของมารดาลดลง โดยปี 2533 มีอัตราการตายของมารดาเท่ากับ 450 ต่อแสนการเกิดมีชีพ ต่อมาลดเหลือ 300 ต่อแสนการเกิดมีชีพในปี 2548 (DESA, 2008: 25) อย่างไรก็ตามยังคงต้องลดอัตราการตายของมารดาลงให้เหลือเพียง 1 ใน 4 ส่วนของอัตราตายในปี 2533 ภายในปี 2558 เพื่อให้เป็นไปตามเป้าหมายที่ได้กำหนดไว้ สำหรับประเทศไทยช่วงปี 2549-2551 พบว่า อัตราตายมารดาเท่ากับ 11.7, 12.2 และ 11.3 ต่อแสนการเกิดมีชีพ ทั้งนี้ในช่วงปีเดียวกันภาคใต้พบอัตราการตายมารดาสูงกว่าระดับประเทศ คือ 18.7, 21.8 และ 13.1 ต่อแสนการเกิดมีชีพ โดยพบอัตราการตายมารดาที่สูงสามอันดับแรกของภาคใต้ ได้แก่ จังหวัดปัตตานี ยะลา และนราธิวาส โดยอัตราการตายมารดาของสามจังหวัดชายแดนภาคใต้อยู่ในช่วง 49.2-51, 22.9-39 และ 48.9 ต่อแสนการเกิดมีชีพ (กระทรวงสาธารณสุข, 2552) ซึ่งมากกว่าเกณฑ์ที่กำหนด ดังนั้นกระทรวงสาธารณสุขจึงกำหนดให้ อัตราตายมารดาในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้ต้องไม่เกิน 36 ราย ต่อแสนการเกิดมีชีพ เมื่อสิ้นสุดปี 2554 (กองแผนงาน กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2551)

องค์การอนามัยโลกพบว่า สาเหตุการเสียชีวิตของมารดา คือ การตกเลือดระหว่างการตั้งครรภ์และการคลอดเป็นสาเหตุอันดับแรกของการตายของมารดาทั่วโลก (ร้อยละ 24) รองลงมา คือ สาเหตุทางอ้อม (ร้อยละ 20) การติดเชื้อ (ร้อยละ 15) ภาวะพิษแห่งครรภ์ (ร้อยละ 12) (WHO, 2004) ส่วนในประเทศไทยพบว่า สาเหตุการตายของมารดา คือ การตกเลือดเนื่องจากการตั้งครรภ์และการคลอดสูงเป็นอันดับหนึ่ง (ร้อยละ 42.11) รองลงมาได้แก่ พิษแห่งครรภ์ (ร้อยละ 15.04) สาเหตุทางอ้อม (ร้อยละ 12.78) น้ำคร่ำอุดตันในเส้นเลือด (ร้อยละ 10.53) และการติดเชื้อ (ร้อยละ 9.77) (วิชัย เติมรุ่งเรืองเลิศ, 2548: 614) สอดคล้องกับการศึกษาของ สุภารัตน์ ชีระวร (2547) และศรีกัญญา เงามแก้ว และอารีย์ อ่องสว่าง (2547) ที่พบว่า การตายของมารดาที่คลอดในจังหวัดชายแดนภาคใต้มีสาเหตุโดยตรงคือ ภาวะตกเลือดหลังคลอด และโรคพิษแห่งครรภ์

เมื่อศึกษาพฤติกรรมการฝากครรภ์ของหญิงตั้งครรภ์มุสลิมในจังหวัดชายแดนภาคใต้จากการศึกษาของ บุญแสง บุญอำนวยกิจ (2542) และวันเต็ม สังข์ขาว (2544) พบว่า หญิงตั้งครรภ์บางคนฝากครรภ์กับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเพื่อทราบภาวะสุขภาพ และต้องการการรับรองการเกิดเนื่องจากเป็นเงื่อนไขของทางราชการในการออกไปสูติบัตร แต่หญิงตั้งครรภ์บางรายแม้ตั้งใจจะไม่คลอดกับผดุงครรภ์โบราณ แต่ก็ต้องฝากครรภ์กับผดุงครรภ์โบราณด้วย เพราะถือเป็นธรรมเนียมปฏิบัติกันมา เช่นเดียวกับ จินตนา หาญวัฒนกุล (2547) ศึกษาการใช้ภูมิปัญญาพื้นบ้านเพื่อสร้างเสริมสุขภาพในหญิงตั้งครรภ์ไทยมุสลิมในภาคใต้ พบว่า นิยมรับบริการดูแลครรภ์จากสถานพยาบาลใกล้บ้าน ร่วมกับผดุงครรภ์โดยใช้วิธีพื้นบ้านที่ปฏิบัติสืบทอดกันมาจากผดุงครรภ์โบราณ ซึ่งจากการศึกษาของ สุธน พรบัณฑิตปัทมา (2548) พบว่า ผดุงครรภ์โบราณส่วนใหญ่มีการสืบทอดการเป็นผดุงครรภ์โบราณมาจากบรรพบุรุษ และเคยผ่านการอบรมผดุงครรภ์จากสถานบริการสาธารณสุข สามารถตรวจความก้าวหน้าของการตั้งครรภ์ ตรวจและจัดทำของทารกในครรภ์ ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร แต่ไม่สามารถประเมินภาวะเสี่ยง หรือภาวะแทรกซ้อน จึงอาจส่งผลกระทบต่อความปลอดภัยและอาจเป็นสาเหตุนำไปสู่การมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม ส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนแก่หญิงตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ ทั้งในระยะตั้งครรภ์และระยะคลอดได้

ทั้งนี้อัตราการตายของมารดาจะลดลงได้ หากหญิงตั้งครรภ์มีภาวะสุขภาพที่ดีทั้งทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม โดยสุขภาพที่ดีสามารถเกิดจากการที่บุคคลมีการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งเป็นกิจกรรมที่บุคคลกระทำเพื่อเพิ่มความสุข และการบรรลุเป้าหมายในชีวิต โดยเน้นความพยายามในการกระทำเพื่อให้มีสุขภาพที่ดีขึ้น (Pender, Murdaugh, & Parsons, 2006: 7) การมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดีตามทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender's Health Promoting Model) ขึ้นกับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งประกอบด้วย 3

มโนทัศน์หลัก คือ ลักษณะส่วนบุคคลและประสบการณ์ ความคิดและการรับรู้ที่เฉพาะเจาะจงต่อการแสดงพฤติกรรม และพฤติกรรมผลลัพธ์ (Pender et al., 2006: 50)

มโนทัศน์ด้านลักษณะส่วนบุคคลและประสบการณ์ เป็นปัจจัยที่มีผลโดยตรงต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ และมีผลโดยอ้อมผ่านมโนทัศน์ด้านความคิดและการรับรู้ที่เฉพาะเจาะจงต่อการแสดงพฤติกรรม (Behavior-Specific Cognitions and Affect) (Pender et al., 2006) จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ปัจจัยทางด้านอายุ (ปลื้มจิต โชติเกะ, 2544; Thanomroop, 2000) ระดับการศึกษา (จิราวรรณ นิรมิตภาย, 2551; ชนิสร่า แจ่มวงศ์, 2544; ปุณณิสิต พรหมมา, 2551; สุปราณี ชัยเชื่อนจันทร์, 2546) รายได้ครอบครัว (ปุณณิสิต พรหมมา, 2551; วรารัตน์ ทองศิริมา, 2547) และอาชีพ (วัชรวิ แก้วสา, 2544; อรุณี พึ่งแพง, 2544) เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์

ส่วนมโนทัศน์ด้านความคิดและการรับรู้ที่เฉพาะเจาะจงต่อการแสดงพฤติกรรม (Behavior-Specific Cognitions and Affect) ถือเป็นปัจจัยสำคัญในการสร้างแรงจูงใจให้บุคคลมีการพัฒนา หรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเอง และปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ โดยปัจจัยด้านการรับรู้สมรรถนะแห่งตน การรับรู้อุปสรรค และการรับรู้ประโยชน์ เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ร้อยละ 86, 79 และ 61 ตามลำดับ (Pender et al., 2006: 56) ซึ่งปัจจัยด้านการรับรู้สมรรถนะแห่งตน เป็นการรับรู้ว่าตนเองมีทักษะ และมีความสามารถ จึงเป็นแรงจูงใจให้บุคคลปฏิบัติพฤติกรรม จากการศึกษาพบว่า หญิงตั้งครรภ์ที่มีการรับรู้สมรรถนะของตนเองสูง ส่งผลให้มีการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับสูง (คาริณี สุภาพ, 2542; ตรีพร ชุมศรี, 2548) ส่วนปัจจัยด้านการรับรู้อุปสรรคเป็นสิ่งที่ขัดขวางไม่ให้เกิดพฤติกรรม ดังนั้นถ้าหญิงตั้งครรภ์มีความพร้อมในการปฏิบัติพฤติกรรมน้อย และมีอุปสรรคมาก จะไม่ปฏิบัติพฤติกรรมนั้น แต่ถ้ามีความพร้อมในการปฏิบัติมาก และมีอุปสรรคน้อย จะปฏิบัติพฤติกรรมเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาที่ว่า การรับรู้อุปสรรคมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (คาริณี สุภาพ, 2542; ตรีพร ชุมศรี, 2548; Thanomroop, 2000; Wiriawattana, 2002) สำหรับปัจจัยด้านการรับรู้ประโยชน์ เป็นการมองเห็นประโยชน์จากการปฏิบัติพฤติกรรม และส่งผลให้เกิดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพขึ้น จากการศึกษาพบว่า การรับรู้ประโยชน์ของหญิงตั้งครรภ์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ตรีพร ชุมศรี, 2548; ศิริวรรณ ทุมเชื้อ วันเพ็ญ กุลนริศ และภักญา ธงศิลา, 2548; Thanomroop, 2000; Wiriawattana, 2002)

จังหวัดปัตตานีเป็นหนึ่งในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้ ประกอบด้วยประชากรที่นับถือศาสนาอิสลามสูงถึงร้อยละ 87.75 (สำนักงานวัฒนธรรมจังหวัดปัตตานี, 2553) โดยประชาชนใน

พื้นที่ยังคงยึดถือศรัทธา และดำเนินชีวิตตามวิถีแห่งศาสนาอิสลามอย่างเคร่งครัด มีเอกลักษณ์เฉพาะ ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของประชากรในชุมชน จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า จุดมุ่งหมายหนึ่งในชีวิตสมรสของชาวไทยมุสลิม คือ การมีบุตร คู่สมรสตามหลักอิสลามจึงมีความพร้อมจะมีบุตร โดยไม่หวังว่าอายุจะน้อยเกินไป (ต่ำกว่า 17 ปี) หรือมากเกินไป (เกินกว่า 35-40 ปี) และไม่มี การวางแผนครอบครัว เนื่องจากเชื่อว่าการคุมกำเนิดขัดต่อหลักของศาสนา (อาหมินะห์ ดำรงผล, 2544) สอดคล้องกับการศึกษาหลายงานวิจัยที่พบว่า สตรีมุสลิมส่วนใหญ่แต่งงานตั้งแต่อายุยังน้อย เพราะวัฒนธรรมของชาวไทยมุสลิมสนับสนุนการแต่งงานและการมีบุตร ซึ่งส่วนใหญ่จะแต่งงาน หลังจากเรียนจบการศึกษาภาคบังคับ คือ ชั้นประถมศึกษา (จินตนา หาญวัฒนกุล, 2545; บุญแสง บุญอำนวยกิจ, 2542; พันธิ ชันติกาโร, 2542; วรรณ บัวขาว, 2545) และมีการรับรู้ข่าวสารการ ส่งเสริมสุขภาพต่ำ ส่งผลให้มีพฤติกรรมอนามัยแม่และเด็กที่ไม่เหมาะสม (บุญแสง บุญอำนวยกิจ, 2542) นอกจากนั้น พันธิ ชันติกาโร (2542) ก็พบว่า หญิงตั้งครรภ์ชาวไทยมุสลิมที่ไม่ฝากครรภ์กับ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข สาเหตุหนึ่งเกิดจากกลัวการผิดหลักศาสนา หากผู้ให้บริการตรวจครรภ์เป็น ผู้ชาย เนื่องจากถ้ามีผู้ชายที่ไม่ใช่สามีหรือบุคคลที่ศาสนายกเว้น เห็นหน้าหรือผิวหนังส่วนที่ควร ปกปิด ผู้หญิงคนนั้นจะเป็นบาป เช่นเดียวกับการถือศีลอด หญิงตั้งครรภ์ชาวไทยมุสลิมที่มีความ ยึดมั่นในศาสนา ไม่ต้องการให้เสียศีลอดในเดือนรอมฎอนโดยไม่จำเป็น เพราะเชื่อว่าจะได้บุญ มากกว่าช่วงอื่น และไม่เชื่อว่าการถือศีลอดในช่วงตั้งครรภ์มีผลต่อทารกในครรภ์ ทำให้น้ำหนักตัว น้อย (สุภารัตน์ ชีระวร, 2549)

จากการศึกษาถึงสถานการณ์งานอนามัยแม่และเด็กของจังหวัดปัตตานี พบว่ายังคงเป็น ปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของจังหวัด เนื่องจากมีรายงานอัตราการตายของมารดาและทารกสูงกว่า ระดับประเทศ และเกณฑ์ที่กำหนด โดยในปี 2551-2552 พบอัตราการตายของมารดาเท่ากับ 49.98 และ 48.69 ต่อแสนการเกิดมีชีพ ตามลำดับ ซึ่งเกิดจากการมีภาวะแทรกซ้อนทั้งในระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และหลังคลอด เช่น ภาวะตกเลือด ภาวะโลหิตจางและภาวะพิษแห่งครรภ์ เป็นต้น เช่นเดียวกับอัตราการตายของทารกปริกำเนิดที่ยังสูงกว่าเกณฑ์กำหนด โดยพบ 55 และ 36 ต่อพันการ เกิดมีชีพตามลำดับ สาเหตุการตายของทารกส่วนใหญ่พบว่าทารกตายตั้งแต่อยู่ในครรภ์มารดา มีภาวะตายเบื้อยอยู่ บางรายพบมีความผิดปกติหรือความพิการแต่กำเนิด (สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดปัตตานี, 2552)

สอดคล้องกับผลการดำเนินงานด้านอนามัยแม่และเด็กของอำเภอปะนาเระ ซึ่งเป็น อำเภอที่ตั้งอยู่ทางทิศตะวันออกเฉียงเหนือของจังหวัดปัตตานี ห่างจากตัวเมืองจังหวัดปัตตานี ประมาณ 37 กิโลเมตร ประชากรส่วนใหญ่นับถือศาสนาอิสลาม คิดเป็นร้อยละ 75.42 (โรงพยาบาล ปะนาเระ, 2552) โดยพบว่าในปีพ.ศ.2552 ตัวชี้วัดด้านสุขภาพของมารดาและทารกยังไม่เป็นไปตาม

เป้าหมายที่กำหนด คือ ทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม ร้อยละ 7.33 (เกณฑ์ไม่เกินร้อยละ 7) หญิงตั้งครรภ์มีภาวะซีด ร้อยละ 14 (เกณฑ์ไม่เกินร้อยละ 10) หญิงตั้งครรภ์ฝากครรภ์ก่อน 12 สัปดาห์ ร้อยละ 60 (เกณฑ์มากกว่า ร้อยละ 75) หญิงตั้งครรภ์ได้รับการดูแลก่อนคลอดครบ 4 ครั้ง ร้อยละ 69.08 (เกณฑ์มากกว่า ร้อยละ 90) และอัตราการตายของทารกปริกำเนิด คิดเป็น 6.95 ต่อพันการเกิดมีชีพ (โรงพยาบาลปะนาเระ, 2552)

จากข้อมูลดังกล่าวสะท้อนให้เห็นถึงสถานการณ์สุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ชาวไทยมุสลิม ดังนั้นผู้วิจัยในฐานะพยาบาลเวชปฏิบัติเห็นความจำเป็นของการศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ชาวไทยมุสลิม ภายใต้เงื่อนไขบริบทของชุมชน และความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความเชื่อเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ และการรับรู้ต่อการส่งเสริมสุขภาพ กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ชาวไทยมุสลิมในชุมชนเขตอำเภอปะนาเระ จังหวัดปัตตานี ซึ่งจะ เป็นประโยชน์ต่อการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ที่สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ต่อไป

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เลือกศึกษาตามกรอบแนวคิดรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender's Health Promoting Behavior Model) โดย Pender (2006) ได้อธิบายว่า พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเป็นพฤติกรรมที่บุคคลกระทำอย่างต่อเนื่อง หรือเป็นแบบแผนในการดำเนินชีวิต เพื่อมุ่งหวังให้มีสุขภาพดี และพฤติกรรมสุขภาพเป็นผลลัพธ์สุดท้ายที่เกิดจากกระบวนการรับรู้ คิดวิเคราะห์ และตัดสินใจกระทำตามสถานการณ์หรือแรงจูงใจต่างๆ ซึ่งมีอิทธิพลมาจากมโนทัศน์หลัก 3 ประการ คือ

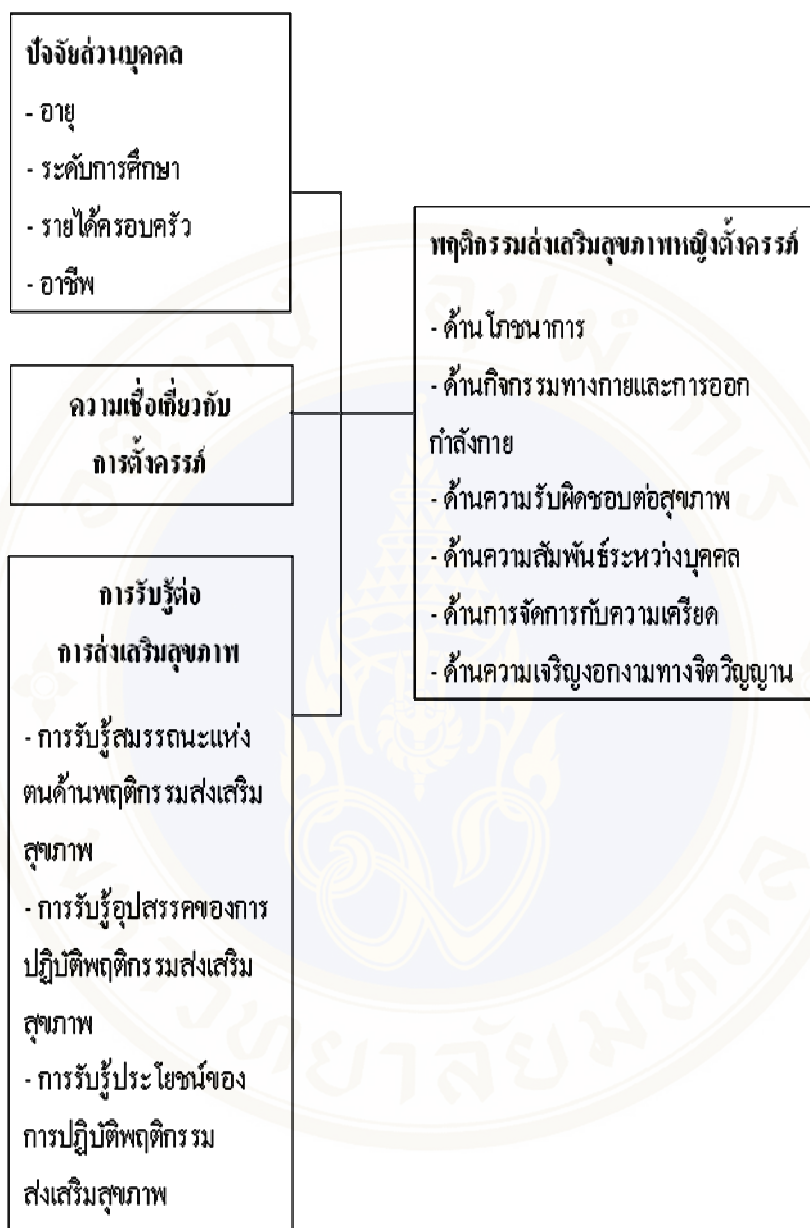
มโนทัศน์ด้านลักษณะส่วนบุคคลและประสบการณ์ (Individual Characteristics and Experiences) ที่มีผลโดยตรงต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและมีผลโดยอ้อมผ่านมโนทัศน์ด้านความคิดและการรับรู้ที่เฉพาะเจาะจงต่อการแสดงพฤติกรรม (Pender et al., 2006) ประกอบด้วย 2 ปัจจัยย่อย คือ พฤติกรรมดั้งเดิมในอดีต (Prior related behavior) เป็นพฤติกรรมที่เคยปฏิบัติในอดีตที่มีความเหมือนหรือคล้ายกับพฤติกรรมที่มุ่งหวัง และปัจจัยส่วนบุคคล (Personal factor) ได้แก่ ปัจจัยทางชีววิทยา (Biologic) เช่น อายุ เพศ น้ำหนัก เป็นต้น ปัจจัยทางจิตวิทยา (Psychological) ได้แก่ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (self-esteem) แรงจูงใจตนเอง (self-motivation) การรับรู้ภาวะสุขภาพ (perceived health status) และปัจจัยทางสังคมวัฒนธรรม (Sociocultural) เช่น เชื้อชาติ การศึกษา เศรษฐกิจ ประเพณีและความเชื่อ เป็นต้น

มโนทัศน์ด้านความคิดและการรับรู้ที่เฉพาะเจาะจงต่อการแสดงพฤติกรรม (Behavior-Specific Cognitions and Affect) เป็นมโนทัศน์หลักในการสร้างแรงจูงใจให้บุคคลมีการพัฒนาหรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเอง มีผลโดยตรงต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและมีผลโดยอ้อมผ่านความมุ่งมั่นที่จะปฏิบัติพฤติกรรม (Pender et al., 2006) ประกอบด้วย 6 ปัจจัยย่อย ได้แก่ 1) การรับรู้ประโยชน์ (Perceived Benefits of Action) คือ ความคิดเห็นของบุคคลเกี่ยวกับผลดี หรือประโยชน์ที่จะได้รับจากการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เป็นแรงเสริมให้บุคคลเกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรม 2) การรับรู้อุปสรรค (Perceived Barriers to Action) เป็นสิ่งขัดขวางต่อการกระทำและสนับสนุนให้หลีกเลี่ยงการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ หากบุคคลรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมต่ำ จะมีแนวโน้มในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ 3) การรับรู้สมรรถนะแห่งตน (Perceived Self-Efficacy) คือการประเมินความสามารถของบุคคลที่จะปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพให้สำเร็จ เป็นแรงจูงใจให้บุคคลปฏิบัติพฤติกรรมที่ตนเองมีความเชื่อมั่น 4) ความรู้สึกนึกคิดที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมที่ปฏิบัติ (Activity-Related Affect) เป็นความรู้สึกในทางบวกหรือลบที่เกิดขึ้นก่อน ระหว่าง และหลังการปฏิบัติพฤติกรรมความรู้สึกที่ดีหรือความรู้สึกทางบวกมีผลต่อแรงจูงใจของบุคคลในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ แต่ความรู้สึกทางลบมีผลให้บุคคลหลีกเลี่ยงในการปฏิบัติพฤติกรรม ซึ่งขึ้นกับ 3 องค์ประกอบ ได้แก่ ความน่าสนใจของกิจกรรมหรือพฤติกรรม (activity-related) ความรู้สึกต่อตนเองเมื่อปฏิบัติพฤติกรรม (self-related) หรือสภาพแวดล้อมหรือบริบทที่เกี่ยวข้องกับการทำกิจกรรม (context-related) 5) อิทธิพลระหว่างบุคคล (Interpersonal Influences) คือ พฤติกรรม ความเชื่อ หรือทัศนคติของคนอื่นที่มีอิทธิพลต่อความคิดของบุคคล และ 6) อิทธิพลด้านสถานการณ์ (Situational Influences) คือ การรับรู้และความคิดของบุคคลเกี่ยวกับสถานการณ์หรือบริบท ที่สามารถเอื้อหรือขัดขวางการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ โดยบุคคลจะเลือกทำกิจกรรมที่สอดคล้องกับวิถีชีวิต และสภาพแวดล้อมของตนเอง

มโนทัศน์ด้านพฤติกรรมผลลัพธ์ (Behavior outcome) ประกอบด้วย 3 ปัจจัยย่อย คือ ความมุ่งมั่นที่จะปฏิบัติพฤติกรรม (Commitment to a Plan of Action) เป็นความตั้งใจที่จะกระทำ รวมถึงมีกลยุทธ์ที่ชัดเจนในการปฏิบัติพฤติกรรม ความต้องการและความพึงพอใจที่จะปฏิบัติพฤติกรรม (Immediate Competing Demands and Preferences) คือ การตัดสินใจว่าพฤติกรรมใดจำเป็นต้องปฏิบัติ หรือพึงพอใจที่จะปฏิบัติ เป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นภายใต้จิตสำนึกของบุคคลแบบทันทีทันใด ก่อนเกิดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพตามที่วางแผนไว้ และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (Health Promoting Behavior) เป็นจุดสุดท้ายที่บ่งชี้โดยตรงต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ประสบผลสำเร็จของบุคคล ส่งผลให้มีภาวะสุขภาพที่ดี เพิ่มความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย และการมีคุณภาพชีวิตที่ดีในทุกช่วงพัฒนาการของมนุษย์ (Pender et al., 2006)

ทั้งนี้พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพประเมินได้จากแบบวัดแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพ (Health Promotion Lifestyles Profile) ของ วอล์คเกอร์ และคณะ (Walker, Sechrist, and Pender, 1987: 76) โดยประเมินจากพฤติกรรม 6 ด้าน ได้แก่ ด้านโภชนาการ ด้านกิจกรรมทางกาย และการออกกำลังกาย ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ด้านการจัดการกับความเครียด และด้านความเจริญงอกงามทางจิตวิญญาณ

ในการศึกษาครั้งนี้ได้เลือกศึกษาปัจจัยที่มีความสำคัญ และมีอิทธิพลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ คือ มโนทัศน์ด้านลักษณะส่วนบุคคล และประสบการณ์ ในด้านปัจจัยส่วนบุคคลได้พิจารณาเลือก อายุ เนื่องจากเป็นปัจจัยทางชีววิทยา ที่มีอิทธิพลโดยตรงต่อการรับรู้และความรู้สึกลึกซึ้งที่สัมพันธ์กับการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ อายุยังมีส่วนสัมพันธ์กับพัฒนาการด้านอารมณ์ เมื่ออายุมากขึ้นจะมีวุฒิภาวะเพิ่มขึ้น ทำให้ปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ได้ดี มีความรับผิดชอบต่อสุขภาพของตนเองได้มากขึ้น ระดับการศึกษาเป็นสิ่งสำคัญต่อการพัฒนาความรู้ ทักษะ และเจตคติที่ดีต่อการดูแลตนเอง ทำให้เข้าใจภาวะสุขภาพได้ดี เอื้อต่อการปฏิบัติกิจกรรมในการดูแลตนเอง (Orem, 1985: 86) ซึ่ง วอล์คเกอร์และคณะ (1987) พบว่า ระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ รายได้ครอบครัวเป็นสิ่งสำคัญต่อการได้มาซึ่งปัจจัยอื่นๆ ที่จำเป็นต่อการดำรงชีพ ครอบครัวที่มีรายได้สูงจะมีโอกาสเข้าถึงแหล่งประโยชน์ในสังคมและจัดหาทรัพยากรที่จำเป็น เพื่อการดูแลและส่งเสริมสุขภาพของตนและทารกในครรภ์ อาชีพเกี่ยวข้องกับลักษณะงาน การพักผ่อน และการจัดสรรเวลาเพื่อที่จะปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ ความเชื่อเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ของชาวไทยมุสลิมเป็นปัจจัยทางสังคมวัฒนธรรม ที่สืบเนื่องจากบริบทของชุมชน ซึ่งมีผลโดยตรงต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและมีผลโดยอ้อมผ่านมโนทัศน์ด้านความคิดและการรับรู้ที่เฉพาะเจาะจงต่อการแสดงพฤติกรรม (Pender et al., 2006: 52) ส่วนมโนทัศน์ด้านความคิดและการรับรู้ที่เฉพาะเจาะจงต่อการแสดงพฤติกรรม ผู้ศึกษาเลือกปัจจัยด้านการรับรู้สมรรถนะแห่งตน การรับรู้อุปสรรค และการรับรู้ประโยชน์ เพราะนอกจากเป็นปัจจัยที่ได้รับอิทธิพลโดยอ้อมมาจากปัจจัยส่วนบุคคลแล้ว ยังเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพถึงร้อยละ 86, 79 และ 61 ตามลำดับ (Pender et al., 2006: 51) โดยปัจจัยด้านการรับรู้ประโยชน์เป็นการมองเห็นประโยชน์จากการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและส่งผลให้เกิดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพขึ้น ส่วนปัจจัยด้านการรับรู้อุปสรรคเป็นสิ่งขัดขวางไม่ให้เกิดพฤติกรรม ดังนั้นถ้าหญิงตั้งครรภ์ชาวไทยมุสลิมมีการรับรู้อุปสรรคอยู่ในระดับต่ำ จะมีการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดีได้ สำหรับปัจจัยด้านการรับรู้สมรรถนะของตนเอง ถ้าหญิงตั้งครรภ์ชาวไทยมุสลิมรับรู้ถึงความสามารถของตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับสูง จะเป็นสิ่งสนับสนุนให้เกิดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาถึงความสัมพันธ์ดังแสดงในแผนภูมิที่ 1.1



แผนภูมิที่ 1.1 ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ศึกษา

คำถามในการวิจัย

1. ความเชื่อเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ การรับรู้ต่อการส่งเสริมสุขภาพ (ได้แก่ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน การรับรู้อุปสรรค การรับรู้ประโยชน์ ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ) และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ชาวไทยมุสลิมในชุมชนเขตอำเภอปะนาเระ จังหวัดปัตตานี เป็นอย่างไร

2. ปัจจัยส่วนบุคคล (ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ครอบครัว อาชีพ) ความเชื่อเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ และการรับรู้ต่อการส่งเสริมสุขภาพ (ได้แก่ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน การรับรู้อุปสรรค การรับรู้ประโยชน์ ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ) มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ชาวไทยมุสลิมในชุมชนเขตอำเภอปะนาเระ จังหวัดปัตตานีหรือไม่ อย่างไร

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาความเชื่อเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ การรับรู้ต่อการส่งเสริมสุขภาพ (ได้แก่ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน การรับรู้อุปสรรค การรับรู้ประโยชน์ ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ) และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ชาวไทยมุสลิมในชุมชนเขตอำเภอปะนาเระ จังหวัดปัตตานี

2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล (ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ครอบครัว อาชีพ) ความเชื่อเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ และการรับรู้ต่อการส่งเสริมสุขภาพ (ได้แก่ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน การรับรู้อุปสรรค การรับรู้ประโยชน์ ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ) กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ชาวไทยมุสลิมในชุมชนเขตอำเภอปะนาเระ จังหวัดปัตตานี

สมมติฐานการวิจัย

1. ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ครอบครัว อาชีพ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ชาวไทยมุสลิมในชุมชนเขตอำเภอปะนาเระ จังหวัดปัตตานี

2. ความเชื่อเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ชาวไทยมุสลิมในชุมชนเขตอำเภอปะนาเระ จังหวัดปัตตานี

3. การรับรู้ต่อการส่งเสริมสุขภาพ ได้แก่ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน การรับรู้อุปสรรค การรับรู้ประโยชน์ ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ชาวไทยมุสลิมในชุมชนเขตอำเภอปะนาเระ จังหวัดปัตตานี

ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบ Correlational research เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ครอบครัว อาชีพ ความเชื่อเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ และการรับรู้ต่อการส่งเสริมสุขภาพ ได้แก่ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน การรับรู้อุปสรรค การรับรู้ประโยชน์ ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ชาวไทยมุสลิม โดยศึกษาหญิงตั้งครรภ์ชาวไทยมุสลิมที่มาฝากครรภ์ที่สถานอนามัยในเขตอำเภอปะนาเระ จังหวัดปัตตานี ระหว่างเดือน ตุลาคม ถึง พฤศจิกายน 2553

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

นำผลการวิจัยไปเป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนางานอนามัยแม่และเด็ก ให้สอดคล้องกับบริบทและวัฒนธรรมของพื้นที่ เพื่อส่งเสริมสุขภาพหญิงตั้งครรภ์ในชุมชน

นิยามตัวแปร

1. ปัจจัยส่วนบุคคล หมายถึง คุณลักษณะของหญิงตั้งครรภ์ชาวไทยมุสลิม การศึกษาครั้งนี้ ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ครอบครัว และอาชีพ โดยมีนิยามดังนี้
 - อายุ หมายถึง อายุของหญิงตั้งครรภ์ตั้งแต่เกิดจนถึงวันที่เก็บรวบรวมข้อมูล มีจำนวนเต็มเป็นปี
 - ระดับการศึกษา ได้แก่
 - การศึกษาสายสามัญ หมายถึง การศึกษาสายสามัญขั้นสูงสุดที่หญิงตั้งครรภ์ได้รับ
 - การศึกษาสายศาสนา หมายถึง การศึกษาสายศาสนาอิสลามขั้นสูงสุดที่หญิงตั้งครรภ์ได้รับ

- รายได้ครอบครัว หมายถึง รายได้ของหญิงตั้งครรภ์และคู่สมรสที่ได้จากการประกอบอาชีพและรับจากแหล่งต่างๆ นับหรือประมาณค่าเป็นจำนวนเงินบาทต่อเดือน

- อาชีพ หมายถึง ลักษณะของการประกอบอาชีพของหญิงตั้งครรภ์

2. ความเชื่อเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ หมายถึง ความเห็นตามด้วยของหญิงตั้งครรภ์เกี่ยวกับการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในระหว่างการตั้งครรภ์ตามวัฒนธรรมของชุมชนของชาวไทยมุสลิม วัดโดยแบบสอบถามความเชื่อเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ของชาวไทยมุสลิม ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองจากการทบทวนวรรณกรรม มีจำนวน 11 ข้อแบบวัดเป็น Likert scale มี 5 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 11-55 คะแนน คะแนนรวมมาก หมายถึง มีความเชื่อเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ของชาวไทยมุสลิมมาก

3. การรับรู้ต่อการส่งเสริมสุขภาพ หมายถึง การรับรู้ที่เฉพาะเจาะจงต่อการแสดงพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ชาวไทยมุสลิม ประเมินได้จากการรับรู้ใน 3 ด้าน คือ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนด้านพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ โดยมีนิยามดังนี้

- การรับรู้สมรรถนะแห่งตนด้านพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ หมายถึง ความเชื่อมั่นของหญิงตั้งครรภ์ชาวไทยมุสลิม ที่จะปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ วัดโดยแบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนด้านพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ชาวไทยมุสลิม ดัดแปลงจากแบบวัดการรับรู้ความสามารถของตนเองของ คาริณี สุวภาพ (2542) มีจำนวน 14 ข้อ แบบวัดเป็น Likert scale มี 4 ระดับ คือ ไม่มั่นใจ มั่นใจน้อย มั่นใจมาก และมั่นใจมากที่สุด คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 14-56 คะแนน คะแนนรวมมาก หมายถึง หญิงตั้งครรภ์มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนด้านพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพสูง

- การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ หมายถึง การรับรู้ถึงสิ่งขัดขวางหรือไม่เอื้ออำนวยต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในระหว่างการตั้งครรภ์ของหญิงตั้งครรภ์ชาวไทยมุสลิม วัดโดยแบบสอบถามการรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ชาวไทยมุสลิม ดัดแปลงจากแบบวัดการรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของ คาริณี สุวภาพ (2542) มีจำนวน 14 ข้อ แบบวัดเป็น Likert scale มี 4 ระดับ คือ ไม่เห็นด้วย เห็นด้วย น้อย เห็นด้วยมาก และเห็นด้วยมากที่สุด คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 14-56 คะแนน คะแนนรวมมาก หมายถึง หญิงตั้งครรภ์มีการรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพสูง

- การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ หมายถึง การรับรู้ถึงผลดีหรือผลทางด้านบวกจากการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ชาวไทยมุสลิม ในระหว่างการตั้งครรภ์ที่จะส่งผลต่อตนเองและทารกในครรภ์ ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม วัดโดย

แบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ชาวไทยมุสลิม ที่ดัดแปลงมาจาก แบบวัดการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่สร้างขึ้นโดย คาริณี สุภาพ (2542) มีจำนวน 13 ข้อ แบบวัดเป็น Likert scale มี 4 ระดับ คือ ไม่เห็นด้วย เห็นด้วย น้อย เห็นด้วยมาก และเห็นด้วยมากที่สุด คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 13-52 คะแนน คะแนนรวมมาก หมายถึง หญิงตั้งครรภ์มีการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพสูง

4. พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ หมายถึง การปฏิบัติตนของหญิงตั้งครรภ์ชาวไทยมุสลิม เพื่อส่งเสริมให้เกิดภาวะสุขภาพดีในระยะตั้งครรภ์ ในด้านโภชนาการ ด้านกิจกรรมทางกายและการออกกำลังกาย ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ด้านการจัดการกับความเครียด และด้านความเจริญงอกงามทางจิตวิญญาณ วัดโดยแบบสอบถาม พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในระยะตั้งครรภ์ของหญิงตั้งครรภ์ชาวไทยมุสลิม ที่ดัดแปลงมาจาก แบบสอบถามพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ ที่สร้างขึ้นโดย ศิริวรรณ ทุมเชื้อ และคณะ (2548) ตามกรอบของแบบวัดแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพ (Health Promotion Lifestyles Profile) ของวอร์คเกอร์ และคณะ มีจำนวน 37 ข้อ แบบวัดเป็น Likert scale มี 4 ระดับ คือปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติเป็นส่วนมาก ปฏิบัติเป็นบางครั้ง และไม่เคยปฏิบัติเลย คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 37-148 คะแนน คะแนนรวมมาก หมายถึง หญิงตั้งครรภ์มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพดี

บทที่ 2

การทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบ Correlational research เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความเชื่อเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ และการรับรู้ต่อการส่งเสริมสุขภาพกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ชาวไทยมุสลิมในชุมชน อำเภอปะนาเระ จังหวัดปัตตานี ซึ่งผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรม และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยมีเนื้อหาครอบคลุมหัวข้อต่างๆ ตามลำดับต่อไปนี้

1. พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์
2. ความเชื่อเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ของชาวไทยมุสลิม
 - 2.1 แนวคิดและหลักสำคัญของศาสนาอิสลาม
 - 2.2 ความเชื่อและการปฏิบัติตนของหญิงตั้งครรภ์ชาวไทยมุสลิม
3. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ตามแนวคิด Pender's Health Promotion Model

1. พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์

การตั้งครรภ์ส่งผลให้มีการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย ซึ่งเป็นการปรับตัวเพื่อให้การทำงานภายใน ร่างกายเป็นปกติ และเพื่อการเจริญเติบโตของทารกในครรภ์ นอกจากนั้นการตั้งครรภ์ยังเป็นปรากฏการณ์ทางจิตสังคม เมื่อมีการตั้งครรภ์เกิดขึ้นนอกจากจะมีการเปลี่ยนแปลงทางกายวิภาคและสรีระของร่างกายแล้ว ภาวะจิตสังคมก็มีการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นเช่นกัน ดังนั้นหญิงตั้งครรภ์จำเป็นต้องมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้เหมาะสมกับภาวะทางสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงไป ซึ่งพฤติกรรมการปฏิบัติตนเพื่อให้เกิดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ได้แก่

1.1 ด้านโภชนาการ

เพนเดอร์ (1996) อธิบายว่า การปฏิบัติพฤติกรรมในเรื่องการรับประทานอาหารที่ถูกต้องเหมาะสม และการได้รับสารอาหารที่จำเป็นครบถ้วนและปริมาณเพียงพอ ช่วยก่อให้เกิดภูมิคุ้มกันต้านทานโรค ชุ่มชื้นส่วนที่สึกหรอ และเกิดพลังงานที่จะนำไปสู่การทำงานที่มีประสิทธิภาพ

เช่นเดียวกับหญิงตั้งครรภ์ที่ต้องการพลังงานเพิ่มขึ้น เพื่อใช้ในการเจริญเติบโตของทารกและรก การเพิ่มขนาดของอวัยวะต่างๆ เช่น มดลูก เต้านม เลือด และน้ำ โดยหญิงตั้งครรภ์ควรได้รับพลังงานอาหารวันละ 2,500 กิโลแคลอรี (พวงน้อย สาครรัตนกุล และจันทิมา ขนบดี, 2550: 139) หากหญิงตั้งครรภ์รับประทานอาหารไม่เหมาะสมหรือได้รับสารอาหารไม่เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย พบว่ามีความสัมพันธ์กับการคลอดก่อนกำหนด การคลอดทารกน้ำหนักน้อย และทารกอาจมีความพิการแต่กำเนิด (Ricci, 2007: 288) ในทางตรงกันข้ามหากหญิงตั้งครรภ์มีพฤติกรรมด้านโภชนาการที่เหมาะสม จะให้กำเนิดทารกที่มีน้ำหนักมากกว่า 2,500 กรัม (Kittishotpanich, 2001: 155-159)

หญิงตั้งครรภ์ ควรมีการเพิ่มของน้ำหนัก 10-12 กิโลกรัม ไม่ควรเกิน 15 กิโลกรัม โดยในไตรมาสแรกอาจไม่มีการเพิ่มของน้ำหนักตัว และอาจมีน้ำหนักลดลงได้ แต่ควรเพิ่มกลับมาเท่าเดิมก่อนอายุครรภ์ 13 สัปดาห์ ทั้งนี้ไตรมาสที่หนึ่งจะมีน้ำหนักเพิ่ม 1-2 กิโลกรัม ไตรมาสที่สอง 5-6 กิโลกรัม และไตรมาสที่สามอีก 5-6 กิโลกรัม โดยเฉลี่ยการเพิ่มของน้ำหนักตัวในไตรมาสที่สามไม่ควรเกิน 0.5 กิโลกรัมต่อสัปดาห์ (Olds, London & Ladewig, 1984 อ้างใน พวงน้อย สาครรัตนกุล และจันทิมา ขนบดี, 2550: 29) สารอาหารที่หญิงตั้งครรภ์ควรได้รับในขณะตั้งครรภ์ ได้แก่

- **โปรตีน** หญิงตั้งครรภ์ควรได้รับโปรตีนเพิ่มขึ้นเป็นวันละ 60 กรัม อาหารประเภทเนื้อสัตว์เป็นแหล่งโปรตีนที่ดี และให้สารอาหารอื่นๆ เช่น ธาตุเหล็ก วิตามิน B₁₂ แคลเซียม และฟอสฟอรัส แหล่งอาหารประเภทโปรตีนที่ดี ได้แก่ เนื้อสัตว์ เป็ดไก่ ปลา โยเกิร์ต ไข่ และนม (Pilliteri, 2007: 304)

- **ไขมัน** กรดไขมันโอเลอิกเป็นไขมันที่จำเป็นของหญิงตั้งครรภ์ เพราะต้องใช้ในการสร้างเซลล์ใหม่ ร่างกายไม่สามารถสร้างได้เอง จึงจำเป็นต้องรับประทานอาหารประเภท น้ำมันพืช เช่น น้ำมันรำข้าว น้ำมันข้าวโพด น้ำมันมะกอก และน้ำมันถั่ว เป็นต้น (Pilliteri, 2007: 304)

- **วิตามิน** ที่หญิงตั้งครรภ์ควรได้รับเป็นประจำทุกวัน ได้แก่ วิตามินซี วิตามินบี₁₂ วิตามินบี₆ thiamine riboflavin niacin และ folic acid วิตามินเหล่านี้มีในผักและผลไม้สดทุกชนิด folic acid เป็นวิตามินชนิดหนึ่งที่มีความสำคัญต่อการสร้างเม็ดเลือด หญิงตั้งครรภ์จึงควรได้รับในปริมาณที่เพียงพอ วันละ 0.4 - 1.0 มก. การขาดวิตามินชนิดนี้ทำให้เกิดภาวะ megaloblastic anemia ความพิการของทารกในครรภ์ (NTD) การแท้งบุตร และการลอกตัวของรกก่อนกำหนด จึงมักนิยมให้หญิงตั้งครรภ์รับประทานในรูปของยา วันละ 1 มก. โดยเฉพาะในไตรมาสแรก และไตรมาสที่สองของการตั้งครรภ์ (พวงน้อย สาครรัตนกุล และจันทิมา ขนบดี, 2550: 140)

- **เกลือแร่** มีความจำเป็นในกระบวนการสร้างเซลล์ใหม่ของทารก ในระหว่างการตั้งครรภ์ร่างกายจะมีการดูดซึมสารอาหารประเภทเกลือแร่เพิ่มขึ้น การขาดเกลือแร่จึงพบได้น้อย เนื่องจากสารอาหารประเภทนี้มีอยู่ในอาหารที่รับประทานในแต่ละวัน (Pilliteri, 2007: 305)

- แคลเซียม และฟอสฟอรัส เป็นส่วนสำคัญในการสร้างกระดูกและฟันของทารก หญิงตั้งครรภ์จำเป็นต้องรับประทานอาหารที่มีแคลเซียมและวิตามินดีสูง หรือวันละ 1,200-1,500 มิลลิกรัม ถ้าหญิงตั้งครรภ์ไม่สามารถดื่มนมหรือรับประทานอาหารที่เป็นผลิตภัณฑ์จากนม สามารถรับประทานอาหารเสริมประเภทแคลเซียมทดแทนได้ในแต่ละวัน ส่วนสารอาหารประเภท ฟอสฟอรัสจะพบมากในอาหารที่มีโปรตีนสูง ดังนั้นเมื่อหญิงตั้งครรภ์รับประทานอาหารที่มีโปรตีนสูง จะได้รับฟอสฟอรัสอย่างเพียงพอ (Pilliteri, 2007: 305)

- ไอโอดีน หญิงตั้งครรภ์ต้องการไอโอดีน เพื่อการสร้างฮอร์โมน thyroxine ในขณะตั้งครรภ์ ต่อมา thyroxine จะทำหน้าที่เพิ่มขึ้น แต่ความต้องการสารไอโอดีนเพิ่มไม่มาก การขาดไอโอดีนจะทำให้เกิดภาวะ hypothyroidism ของทารกในครรภ์ร่วมด้วย แหล่งอาหารของไอโอดีน ได้แก่ อาหารทะเลทุกชนิด เกล็ดผสมไอโอดีน น้ำมันตับปลา (พวงน้อย สาครรัตนกุล และจันทิมา ขนบดี, 2550: 142)

- เหล็ก แร่ธาตุเหล็กเป็นส่วนประกอบสำคัญของเม็ดเลือด พบในเครื่องในสัตว์ ไข่แดง ผักใบเขียว ธัญพืช และผลไม้อบแห้ง ทารกในครรภ์จะมีการสร้างฮีโมโกลบินถึง 17-18 กรัมต่อเลือด 100 มิลลิลิตร และสะสมแร่ธาตุเหล็กไว้ใช้ตั้งแต่อายุครรภ์ 20 สัปดาห์ขึ้นไป การสะสมนี้เพื่อใช้งานในระยะหลังคลอด 3 เดือนแรกซึ่งทารกได้รับอาหารที่มีธาตุเหล็กไม่เพียงพอ นอกจากนี้หญิงตั้งครรภ์ยังต้องการธาตุเหล็กในการสร้างเม็ดเลือดแดงเพิ่มขึ้นเท่ากับ 30 มิลลิกรัมต่อวัน ทั้งนี้ในการรับประทานอาหารปกติที่ให้พลังงาน 2,500 หน่วยพลังงาน ร่างกายจะได้รับธาตุเหล็ก 6 มิลลิกรัมต่อ 1,000 หน่วยพลังงาน และสามารถดูดซึมไว้ใช้เพียงร้อยละ 10-20 ดังนั้นร่างกายจะได้รับธาตุเหล็กเพียง 1.5-3.0 มิลลิกรัมต่อวัน ทำให้หญิงตั้งครรภ์มีโอกาสเสี่ยงต่อการได้รับธาตุเหล็กไม่เพียงพอ จึงควรเสริมธาตุเหล็กให้แก่หญิงตั้งครรภ์ทุกคน (พวงน้อย สาครรัตนกุล และจันทิมา ขนบดี, 2550: 141-142)

- โซเดียม เป็นสารอาหารที่ควบคุมสมดุลของน้ำ ความเป็นกรด-ด่างในระบบไหลเวียนของเลือด การทำงานของกล้ามเนื้อ และการปล่อยผ่านของเยื่อหุ้มเซลล์ (cell permeability) การเพิ่มปริมาณของเลือดขณะตั้งครรภ์ ทำให้ร่างกายของหญิงตั้งครรภ์ต้องการโซเดียมเพิ่มขึ้น แหล่งอาหารที่ให้เกลือโซเดียม ได้แก่ อาหารทะเลทุกชนิด การปรุงรสอาหารทำให้อาหารตามปกติมีโซเดียมที่มากพอสำหรับความต้องการของร่างกายขณะตั้งครรภ์ การลดเกลือโซเดียมขณะตั้งครรภ์ จะทำให้มีการลดปริมาณเลือดในกระแสเลือด ซึ่งอาจเป็นอันตรายต่อการตั้งครรภ์ได้ (พวงน้อย สาครรัตนกุล และจันทิมา ขนบดี, 2550: 142)

- สังกะสี เป็นแร่ธาตุที่จำเป็นสำหรับการสังเคราะห์สาร DNA และ RNA การขาดธาตุ สังกะสีอาจก่อให้เกิดการคลอดก่อนกำหนดได้ ปริมาณความต้องการแร่ธาตุสังกะสีระหว่างการ

ตั้งครรภ์คือ 15 มิลลิกรัมต่อวัน หญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับสารอาหารประเภทโปรตีนอย่างเพียงพอ จะได้รับปริมาณสังกะสีเพียงพอเช่นกัน เนื่องจากแร่ธาตุสังกะสีจะอยู่ในแหล่งอาหารประเภท เนื้อสัตว์ ตับ ไข่ และอาหารทะเล (Pilliteri, 2007: 306)

- น้ำ ระหว่างการตั้งครรภ์น้ำจะมีความสำคัญต่อระบบการทำงานของไต เนื่องจากหญิงตั้งครรภ์ต้องมีการขับของเสียของตนเองและทารกในครรภ์ออกจากร่างกาย หญิงตั้งครรภ์ควรดื่มน้ำหรือนมในปริมาณไม่น้อยกว่า 6-8 แก้วต่อวัน (Pilliteri, 2007: 306)

- อาหารที่ควรหลีกเลี่ยงในระหว่างการตั้งครรภ์ (พวงน้อย สาครรัตนกุล และจันทิมา ขนบดี, 2550: 142; Pilliteri, 2007: 305) ได้แก่ เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ การบริโภคแอลกอฮอล์ในระหว่างการตั้งครรภ์ ส่งผลต่อการเกิดภาวะ Fetal alcohol syndrome (FAS) ทำให้ทารกมีการเจริญเติบโตช้าในครรภ์ และมีพัฒนาการล่าช้า (Geradine, Ray, & Colette, 1995: 214) เครื่องดื่มและอาหารที่มีคาเฟอีน เช่น ชา กาแฟ น้ำอัดลม และชีสโกแลต เป็นต้น เพราะคาเฟอีนกระตุ้นระบบประสาทส่วนกลาง ทำให้มีการเพิ่มของอัตราการเต้นของหัวใจ เพิ่มการหลั่งกรดในกระเพาะอาหาร และมีการขับออกทางปัสสาวะเพิ่มขึ้น สารปรุงแต่งอาหาร อาหารที่ผ่านการปรุงแต่งรส หรือกระบวนการเก็บรักษาต่างๆ เช่น ไข่กรอก กุนเชียง ปลาแห้ง ทั้งปริมาณและชนิดของสารที่ใช้ เช่น การใช้สารแซคคาริน (saccharin) ซึ่งเป็นสารปรุงรสหวาน หรือสารแอสปาแตม (aspartame) ที่จัดเป็นสารให้รสหวาน ที่ห้ามหญิงตั้งครรภ์บริโภค

จากการศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการในหญิงตั้งครรภ์กลุ่มต่างๆ พบว่า ส่วนใหญ่หญิงตั้งครรภ์มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการอยู่ในระดับดี (คาริณี สุภาพ, 2542: 100; ปุญญาพรพรมมา, 2551: 61; ยุคลธร แจ่มฤทธิ์ และกนกภรณ์ อ่วมพราหมณ์, 2551: 62; วิไลลักษณ์ วงศ์อาษา และปิยะพร ศิษย์กลอนันต์, 2551: 226; Thitasan, 2002: 61) ส่วนหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นพาหะของโรคไวรัสตับอักเสบบี (จารุณี ลิ้ธีระกุล, 2541) หญิงตั้งครรภ์ที่เบาหวานขณะตั้งครรภ์ (ชนพร วงษ์จันทร์, 2543) และหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นพาหะของโรคธาลัสซีเมีย (Wiriyatana, 2002) มีภาวะโภชนาการอยู่ในระดับค่อนข้างดี โดยพบว่า พฤติกรรมที่หญิงตั้งครรภ์ส่วนใหญ่ปฏิบัติได้อย่างเหมาะสม คือ การไม่ดื่มแอลกอฮอล์ ไม่ดื่มชา กาแฟ ไม่ดื่มเครื่องดื่มชูกำลัง (จารุณี ลิ้ธีระกุล, 2541: 62; คาริณี สุภาพ, 2542: 101; ศิริวรรณ ทุมเชื้อ และคณะ, 2548: 68; อุณจิตต์ บุญสม, 2540: 49) มีการรับประทานอาหารครบทั้ง 3 มื้อ (คาริณี สุภาพ, 2542: 101; ปุญญาพรพรมมา, 2551: 61; ศิริวรรณ ทุมเชื้อ และคณะ, 2548: 68; Wiriyatana, 2002: 94) พฤติกรรมที่ไม่สูบบุหรี่ (ยุคลธร แจ่มฤทธิ์ และกนกภรณ์ อ่วมพราหมณ์, 2551: 62) ส่วนพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมของหญิงตั้งครรภ์ได้แก่ ไม่หลีกเลี่ยงอาหารที่มีไขมัน (จารุณี ลิ้ธีระกุล, 2541: 62; คาริณี สุภาพ, 2542: 101; Wiriyatana, 2002: 95) และรับประทานอาหารหมักดองโดยเฉพาะใน

ไทรมาสแรก เพราะเชื่อว่าช่วยบรรเทาอาการคลื่นไส้ขณะตั้งครรภ์ได้ (ศิริวรรณ ทุมเชื้อ และคณะ, 2548: 68; อุ๋นจิตต์ บุญสม, 2540: 49)

1.2 ด้านกิจกรรมทางกายและการออกกำลังกาย

กิจกรรมทางกายและการออกกำลังกายส่งผลให้เกิดการเผาผลาญพลังงานในร่างกาย ช่วยให้อัตราการไหลเวียนของโลหิตดีขึ้น ระบบการทำงานของอวัยวะต่างๆ ได้รับโลหิตมาเลี้ยงมากขึ้น เพิ่มความยืดหยุ่น ความแข็งแรงของกระดูกและกล้ามเนื้อ สมรรถภาพการทำงานดีขึ้น ส่งเสริมการขับถ่ายอย่างปกติ และยังช่วยลดอัตราเสี่ยงต่อการเกิดโรคอ้วน โรคหัวใจ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และโรคหลอดเลือดสมอง (Pender et al., 2006: 149) สอดคล้องกับการศึกษาของ Marcuset และคณะที่พบว่า การออกกำลังกายแบบปกติจะช่วยลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจ ป้องกันความเสี่ยงต่อโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน โรคอ้วน และโรคมะเร็ง (Marcuset, et al, 1999 cited in Penny & Harriet, 2004: 134) นอกจากนี้การออกกำลังกายในระยะตั้งครรภ์ ยังช่วยลดภาวะซึมเศร้า การพัฒนาความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเอง และมุมมองที่มีต่อภาพลักษณ์ของตนเอง รวมทั้งช่วยควบคุมน้ำหนักที่เพิ่มขึ้นในระหว่างการตั้งครรภ์ (Bungum, Peaslee, Jacson, & Perez, 2000: 258-264; Dewey & Mccrory, 2000 cited in Penny & Harriet, 2004: 134) ดังนั้นในระยะตั้งครรภ์หญิงตั้งครรภ์จึงจำเป็นต้องมีกิจกรรมทางกายและการออกกำลังกายอย่างเหมาะสม

การออกกำลังกายขณะตั้งครรภ์เป็นสิ่งสำคัญที่จะทำให้ระบบการไหลเวียนของโลหิตในร่างกายทำงานได้ดี ช่วยป้องกันภาวะไหลเวียนโลหิตไม่สะดวกไปยังอวัยวะส่วนล่างของร่างกาย ในระยะตั้งครรภ์หญิงตั้งครรภ์สามารถออกกำลังกายได้ในท่าทางและระยะเวลาที่เหมาะสม โดยควรออกกำลังกายที่ไม่ใช้แรงมาก หลีกเลี่ยงการออกกำลังกายประเภทที่มีความเสี่ยงในการพลัดหกล้ม การบาดเจ็บที่หน้าท้อง และการขาดออกซิเจน เช่น การดำน้ำ และที่สำคัญหญิงตั้งครรภ์ที่มีปัจจัยเสี่ยงควรได้รับการประเมินและขอคำแนะนำจากแพทย์ก่อนเสมอ (American college of Sport Medicine, 2000: 230-233) โปรแกรมการออกกำลังกายควรเริ่มจากการอบอุ่นร่างกายประมาณ 5 นาที แล้วต่อด้วยระยะกระตุ้นการออกกำลังกายต่อเนื่องประมาณ 20 นาที จากนั้นจึงทำการผ่อนคลายร่างกายอีกประมาณ 5 นาที การเดินถือว่าการออกกำลังกายที่ดีในระหว่างการตั้งครรภ์ ส่วนการว่ายน้ำก็เป็นกิจกรรมที่ดีอีกอย่างหนึ่งที่หญิงตั้งครรภ์สามารถทำได้จนกว่าจะมีข้อห้ามเมื่อมีภาวะถุงน้ำคร่ำผิดปกติ หากพบว่ามีภาวะแทรกซ้อนระหว่างการตั้งครรภ์ เช่น มีเลือดออกผิดปกติทางช่องคลอด หรือภาวะความดันโลหิตสูงจากการตั้งครรภ์ ควรหลีกเลี่ยงการออกกำลังกาย (Pilliteri, 2007: 276)

นอกจากจะมีรายงานถึงประโยชน์ของออกกำลังกายแล้ว ยังมีรายงานการศึกษาถึงความเชื่อเกี่ยวกับประโยชน์ที่ได้รับจากการออกกำลังกายของหญิงตั้งครรภ์ว่า หญิงตั้งครรภ์ร้อยละ 33.8 เชื่อว่าการออกกำลังกายในขณะตั้งครรภ์จะช่วยพัฒนาด้านอารมณ์ ร้อยละ 29.7 เชื่อว่าช่วยเพิ่มพลังงาน/ความอดทนให้กับ หญิงตั้งครรภ์ และอีกร้อยละ 21.6 เชื่อว่าการออกกำลังกายจะทำให้ควบคุมน้ำหนักได้ (Danielle & Heather, 2004: 138-144) เช่นเดียวกับผลการวิจัยของ Kelly และคณะ ที่พบว่าหญิงตั้งครรภ์ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 94) เชื่อว่า การออกกำลังกายจะเป็นการเพิ่มพลังให้กับร่างกายและจะช่วยให้คลอดง่ายขึ้น และร้อยละ 75 เชื่อว่าจะช่วยพัฒนาสุขภาพของทารกในครรภ์ (Kelly, Chyrisse, & Bradley, 2010: 124-129) จากข้อมูลดังกล่าวแสดงให้เห็นว่า หญิงตั้งครรภ์ในปัจจุบันเชื่อว่าการออกกำลังกายในระยะตั้งครรภ์จะส่งผลดีต่อสุขภาพของตนเองและทารกในครรภ์ ดังนั้นบุคลากรทางการแพทย์จึงควรแนะนำและให้ข้อมูลถึงประโยชน์ที่จะได้รับจากการออกกำลังกายให้แก่หญิงตั้งครรภ์เพื่อสร้างแรงจูงใจและสร้างความมั่นใจให้กับหญิงตั้งครรภ์ว่าการออกกำลังกายที่เหมาะสมจะไม่ก่อให้เกิดอันตรายแก่หญิงตั้งครรภ์และทารกในครรภ์

จากการศึกษาถึงพฤติกรรมการออกกำลังกายของหญิงตั้งครรภ์ของ ดาริณี สุภาพ (2542) และ ปุญญิสรา พรหมมา (2551) พบว่า หญิงตั้งครรภ์มีพฤติกรรมการออกกำลังกายในระดับไม่ดี เนื่องจากการออกกำลังกายในระหว่างการตั้งครรภ์จะมีข้อจำกัดเกี่ยวกับท่าเฉพาะที่ต้องฝึกฝน ปฏิบัติจึงจะเกิดทักษะ ดังนั้นจึงทำให้หญิงตั้งครรภ์ขาดความมั่นใจจึงเลือกที่จะไม่ปฏิบัติ อีกทั้งหญิงตั้งครรภ์ที่ทำงาน จะรู้สึกเหนื่อยล้าจากการทำงาน และคิดว่าการทำงานก็เหมือนออกกำลังกายอยู่แล้ว สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า หญิงตั้งครรภ์ส่วนใหญ่มีการออกกำลังกายน้อยกว่า 3 ครั้งต่อสัปดาห์ และออกกำลังกายไม่ถึง 20-30 นาทีต่อครั้ง (ยุคลธร แจ่มฤทธิ์ และกนกภรณ์ อ่วมพราหมณ์, 2551: 62; Wiriyatana, 2002: 93) ส่งผลให้พฤติกรรมด้านการออกกำลังกายอยู่ในระดับไม่ดี

การปรับอิริยาบถในชีวิตประจำวันของหญิงตั้งครรภ์ สามารถทำได้หลายวิธี มีรายละเอียด ดังนี้ (พวงน้อย สาครรัตนกุล และจันทิมา ขนบดี, 2550: 144-146)

- ท่ายืน การยืนของหญิงตั้งครรภ์ควรยืนให้น้ำหนักตัวอยู่ตรงกลาง ในอายุครรภ์ที่มากขึ้นมดลูกที่ขยายใหญ่จะถ่วงน้ำหนักมาทางด้านหน้า หญิงตั้งครรภ์จะแอ่นหลังเพื่อถ่วงดุลน้ำหนัก ทำให้กล้ามเนื้อหลังเกิดการดึงรั้งมากกว่าปกติ และเป็นสาเหตุของการปวดหลัง ดังนั้นหญิงตั้งครรภ์จึงต้องปรับการยืนโดยการยืดหลังให้ตรง เกร็งกล้ามเนื้อส่วนสะโพกขึ้น ไม่ย่อไหล่พยายามให้ไหล่ แอ่น ขา และส้นเท้า อยู่ในแนวเส้นตรง

- ท่านั่ง การนั่งกับพื้นควรนั่งในท่าเหยียดเท้าตรง หรือท่าพับขาเข้าหาตัว (tailor position) การนั่งบนเก้าอี้ทำงาน ควรปรับระดับความสูงของเก้าอี้ให้เหมาะสมโดยสามารถวางเท้าทั้งสองข้างกับพื้นได้ เก้าอี้ควรเป็นชนิดที่มีพนักพิงหลัง เบาะนั่งไม่ยุบตัวมาก ใช้ผ้าเตี้ยๆรองเท้าให้

สูงเล็กน้อย เพื่อไม่ให้เกิดข้อหักพับที่เข่า นั่งหลังตรงเอนพิงพนัก ในกรณีที่พนักเก้าอี้เป็นมุมฉาก ไม่ควรนั่งชิดขอบในของเก้าอี้ เว้นระยะห่าง 1-2 นิ้วพุด เพื่อลดการเกิดข้อหักพับที่เข่า ปรับระดับความสูงของโต๊ะทำงานให้พอเหมาะ เพื่อที่จะไม่ต้องก้มหรือยืดไหล่มากเกินไป การนั่งพักผ่อนในบ้าน ควรนั่งยกเท้าให้อยู่ในระดับเดียวกับกัน โดยการนั่งเหยียดเท้าตรงบนเก้าอี้ยาวหรือบนพื้น จะช่วยให้การไหลเวียนโลหิตบริเวณปลายเท้ากลับสู่ส่วนบนได้ดี ลดการคั่งของน้ำบริเวณปลายเท้า โดยเฉพาะในไตรมาสที่สามของการตั้งครรภ์

- ท่านอนไม่ควรนอนในท่านอนหงายราบ เนื่องจากจะทำให้เพิ่มแรงกดทับของหลอดเลือดบริเวณกลางลำตัว ท่านอนที่ทำให้การไหลเวียนโลหิตดีที่สุด คือท่านอนตะแคงซ้าย ที่นอนไม่ควรอ่อนตัวมาก ควรใช้หมอนหลายใบในการช่วยรองรับน้ำหนักของร่างกายบริเวณต่างๆ ดังนี้ ได้รวม รองรับน้ำหนักของเต้านม, หน้าท้อง รองรับน้ำหนักของมดลูกและทารกในครรภ์, เข่าบนรองรับน้ำหนักขาส่วนบน, ข้อเท้าทั้งสองข้าง (ใช้หมอนใบเล็กๆ รองรับที่บริเวณตาตุ่ม) และนอนในลักษณะกึ่งคว่ำตัวกับที่นอน

- การลุกจากที่นอน เพื่อป้องกันภาวะ supine hypotension ในเวลาตื่นนอนตอนเช้า หรือเมื่อลุกจากท่านอน หญิงตั้งครรภ์ควรปรับอิริยาบถของร่างกาย เพื่อกระตุ้นให้การไหลเวียนโลหิตคงที่ โดยไม่ลุกขึ้นในท่านอนหงายราบ เพราะจะต้องใช้กล้ามเนื้อส่วนหลังมากเกินไป ปรับท่านอนตะแคงให้อยู่อริบที่นอน เหยียดเท้าทั้งสองข้างลงจากเตียงพร้อมๆ กัน และใช้มือดันบนกดลงบนที่นอนเพื่อรองรับน้ำหนักตัว ยกลำตัวส่วนบนขึ้นจากที่นอน นิ่งอยู่ริบที่นอนสักครู่ (1-2 นาที) ก่อนลุกขึ้นยืน ยืนนิ่งๆ ประมาณ 1 นาที ก่อนจะก้าวเดินไปทำกิจกรรมอย่างอื่น

- การขึ้นบันได ต้องใช้ความระมัดระวังเพิ่มขึ้น เพื่อป้องกันการพลัดตกหรือหกล้ม เป็นลมในระหว่างการขึ้นหรือลงบันได ควรเคลื่อนไหวช้าๆ ไม่เร่งรีบจนเกินไป ถ้ารู้สึกเหนื่อยควรหยุดพักระหว่างทาง โดยเฉพาะการขึ้นลงบันไดที่สูงมาก ใช้มือจับราวบันไดเพื่อช่วยพยุงตัวและรับน้ำหนัก พยายามให้ลำตัวส่วนหลังตั้งตรง น้ำหนักตัวจะอยู่ตรงกลางลำตัว ก้าวเท้าขึ้นบันไดทีละข้าง โดยการยกเท้าขึ้นตรงๆ ไม่ใช้ปลายเท้า วางเท้าแรกบนขั้นบันไดให้เต็มฝ่าเท้า แล้วจึงยกเท้าหลังตามขึ้นมาวางในขั้นบันไดเดียวกัน ก่อนที่จะยกเท้าก้าวขึ้นบันไดขั้นต่อไป พยายามสูดหายใจเข้าลึกๆ ใช้การขึ้นบันไดเป็นการบริหารการหายใจด้วย

- การเก็บของจากพื้น หรือการอุ้มเด็ก หญิงตั้งครรภ์ไตรมาสที่สองและไตรมาสที่สาม มีปัญหาในการทรงตัวและถ่วงดุลน้ำหนักตัวการก้มลงเก็บของจากพื้น ถ้าใช้การก้มตัวตามปกติจะทำให้เสียสมดุลในการทรงตัวและล้มลงได้ง่าย การก้มตัวเช่นนี้ทำให้กล้ามเนื้อหลังและไหล่ต้องทำงานมากเกินไป เกิดการบาดเจ็บได้ ควรแก้ไขโดยการไม่ใช้วิธีก้มตัวทางด้านหน้าลงหีบของหรืออุ้มเด็กจากพื้น ยืนหันหน้าเข้าสู่ของหรือเด็ก ในระยะห่างช่วงแขนของหญิงตั้งครรภ์ ก้าวเท้า

ข้างหนึ่งไปข้างหน้า ย่อเข้าหลังและลดระดับตัวลง โดยลำตัวอยู่ในลักษณะหลังตรง เอื้อมมือไปที่เด็ก ใช้มือทั้งสองข้างสอดใต้รักแร้เด็กจับให้กระชับมือ ยกเด็กขึ้นจากพื้นพร้อมกับยกตัวขึ้นช้าๆ

นอกจากนี้หญิงตั้งครรภ์ควรปรับเวลาในการทำงานให้เหมาะสมกับอายุครรภ์ เช่น งดทำงานในเวลากลางคืน หลีกเลี่ยงการทำงานที่ต้องใช้แรงมากกว่าปกติ เวลาทำงานไม่ควรเกิน 8 ชั่วโมงต่อวัน ควรหลีกเลี่ยงการทำงานที่เกี่ยวข้องกับการสัมผัสสารพิษ และสารก่อวิรูป (teratogen) เช่น สีทาบ้านที่มีสารตะกั่ว โรงงานสารเคมี เป็นต้น (พวงน้อย สาครรัตนกุล และจันทิมา ขนบดี, 2547: 134)

ในด้านการพักผ่อน หญิงตั้งครรภ์ควรพักผ่อนให้มากกว่าปกติโดยการจัดแบ่งเวลาให้ตนเองมากขึ้น หาผู้ช่วยทำงานบ้าน และดูแลบุตรคนอื่นๆ โดยทั่วไปควรนอนพักผ่อนในเวลากลางวันอย่างน้อยวันละ 1-2 ชั่วโมง การนอนพักหรือนอนหลับ หญิงตั้งครรภ์ไม่ควรนอนในท่านอนหงายราบ เนื่องจากจะทำให้เพิ่มแรงกดทับของหลอดเลือดบริเวณกลางลำตัว ควรนอนตะแคงซ้ายเพื่อช่วยให้การไหลเวียนโลหิตดีขึ้น การลุกจากที่นอน เพื่อป้องกันภาวะ supine hypotension ไม่ควรลุกขึ้นในท่านอนหงายราบ ควรปรับท่านอนตะแคงให้อยู่มิที่นอน เหยียงเท้าทั้งสองข้างลงจากเตียงพร้อมๆ กัน และใช้มือดันบนกดลงบนที่นอนเพื่อรองรับน้ำหนักตัว ยกลำตัวส่วนบนขึ้นจากที่นอน นั้งสัก 1-2 นาทีก่อนลุกขึ้น ยืนนิ่งๆ ประมาณ 1 นาที ก่อนจะก้าวไปทำกิจกรรมอย่างอื่น หญิงตั้งครรภ์ที่ไม่สามารถนอนกลางวันได้เนื่องจากต้องทำงาน ควรนั่งพักหลีกเลี่ยงการยืนนานๆ (Pillitteri, 2007: 276, พวงน้อย สาครรัตนกุล และจันทิมา ขนบดี, 2550: 145-146)

มีรายงานการศึกษาถึงพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านกิจกรรมทางกายและการออกกำลังกายในหญิงตั้งครรภ์กลุ่มต่างๆ ที่พบว่ามียกระดับของพฤติกรรมที่แตกต่างกันไป โดยส่วนใหญ่พบว่าอยู่ในระดับค่อนข้างดี (จารุณี ลิขิระกุล, 2541: 62; ธนพร วงษ์จันทร์, 2543: 95; Thitasan, 2002: 58; Wiriyatana, 2002: 93) เมื่อพิจารณาถึงการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านกิจกรรมทางกาย และการออกกำลังกายของหญิงตั้งครรภ์พบว่า พฤติกรรมที่หญิงตั้งครรภ์ส่วนใหญ่ปฏิบัติได้อย่างเหมาะสม คือ การออกกำลังกายเบาๆ โดยการเดิน ทำงานบ้านที่ไม่ใช้แรงมาก หยุดพักเมื่อรู้สึกเหนื่อย มีการเคลื่อนไหวร่างกายอย่างสม่ำเสมอ (จารุณี ลิขิระกุล, 2541: 62; ธนพร วงษ์จันทร์, 2543: 95; Thitasan, 2002: 58; Wiriyatana, 2002: 93) มีการเปลี่ยนท่านอนเป็นนั่ง โดยตะแคงตัวก่อนแล้วค่อยลุกขึ้นช้าๆ (ยุคลธร แจ่มฤทธิ์ และกนกภรณ์ อ่วมพราหมณ์, 2551: 62) การนอนหลับในเวลากลางคืนอย่างน้อย 8 ชั่วโมง (ธนพร วงษ์จันทร์, 2543: 95)

จากข้อมูลข้างต้นสะท้อนให้เห็นว่า หญิงตั้งครรภ์มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการทำกิจกรรมทางกายและการออกกำลังกายที่แตกต่างกันไป ปัจจัยด้านความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับประโยชน์ ข้อจำกัด รูปแบบในการออกกำลังกาย และการฝึกทักษะเพื่อให้หญิงตั้งครรภ์เกิดความ

เชื่อมั่นในศักยภาพของตน และมั่นใจว่า กิจกรรมเหล่านี้จะไม่ก่อให้เกิดอันตรายทั้งแก่ตนเองและทารกในครรภ์ อีกทั้งยังเป็นสิ่งที่จะช่วยให้หญิงตั้งครรภ์และทารกในครรภ์มีสุขภาพและพัฒนาการทั้งทางร่างกายและจิตสังคมที่ดีตามมาด้วย ดังนั้นจึงมีความสำคัญที่จะศึกษาว่าหญิงตั้งครรภ์ในชุมชน มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการกิจกรรมทางกายและการออกกำลังกายอย่างไร เพื่อนำข้อมูลจากผลการศึกษามาเป็นพื้นฐานในการจัดทำโปรแกรมส่งเสริมและสนับสนุนให้เกิดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างเหมาะสม นำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดี มารดาและทารกในครรภ์มีความปลอดภัย และส่งเสริมการตั้งครรภ์ที่มีคุณภาพต่อไป

1.3 ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ

ความรับผิดชอบต่อสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ เป็นพฤติกรรมที่แสดงออกถึงการปฏิบัติเกี่ยวกับสุขวิทยาส่วนบุคคล การสนใจแสวงหาความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ การตรวจสุขภาพอย่างสม่ำเสมอ การปฏิบัติตามคำแนะนำของบุคลากรด้านสุขภาพ และการขอคำแนะนำจากบุคลากรทางด้านสุขภาพ (Pender, 1996) หญิงตั้งครรภ์ต้องมีความรับผิดชอบต่อสุขภาพของตนเอง ดังนี้

1.3.1 การฝากครรภ์

การฝากครรภ์กับบุคลากรทางการแพทย์ที่มีความรู้ความชำนาญ และมีการรับบริการตรวจครรภ์ตามนัดอย่างสม่ำเสมอเป็นสิ่งสำคัญสำหรับหญิงตั้งครรภ์ กิจกรรมที่หญิงตั้งครรภ์จะได้รับเมื่อมารับบริการการฝากครรภ์ ประกอบด้วย การวินิจฉัยการตั้งครรภ์ การค้นหาความผิดปกติทางด้านร่างกายและจิตสังคม การค้นหาความเสี่ยงระดับปัญหาสุขภาพ การกำหนดการช่วยเหลือที่เหมาะสม การดูแลตามปัญหาและภาวะเสี่ยง การตรวจรักษาดูแลภาวะแทรกซ้อนระหว่างการตั้งครรภ์ การส่งเสริมสุขภาพหญิงตั้งครรภ์และครอบครัว การประเมินพัฒนาการและสุขภาพทารกในครรภ์ การดูแล แก้ไขปัญหาสุขภาพทารกในครรภ์ และการส่งเสริมสุขภาพของทารกในครรภ์ ตลอดจนบริการการให้คำปรึกษาด้านสุขภาพ (พวงน้อย สาครรัตนกุล และจันทิมา ขนบดี, 2547: 53-57)

1.3.2 การดูแลสูดนม

- หญิงตั้งครรภ์ควรอาบน้ำบ่อยครั้งเนื่องจากขณะตั้งครรภ์มีเหงื่อออกมากกว่าปกติ ทำความสะอาดอวัยวะเพศภายนอกอย่างถูกวิธีทุกครั้งหลังขับถ่าย ควรแปรงฟันอย่างสม่ำเสมอ ในภาวะ epulis ใช้แปรงที่มีขนนุ่มและแปรงเบาๆ ถ้ามีฟันผุควรรีบพบทันตแพทย์เพื่อทำการรักษา (พวงน้อย สาครรัตนกุล และจันทิมา ขนบดี, 2547: 134)

- การดูแลเต้านม ใส่เสื้อพยุงทรงที่เหมาะสม และปรับเปลี่ยนตามขนาดที่เพิ่มขึ้น ถ้ามีปัญหาหัวนมผิดปกติ เช่น หัวนมบอด บวมควรปรึกษานักวิชาการทางการแพทย์เพื่อแก้ไข

และเตรียมความพร้อมสำหรับการเลี้ยงดูบุตรด้วยนมมารดา (พวงน้อย สาครรัตนกุล และจันทิมา ขนบดี, 2547: 134) ในกรณีที่มิสะเก็ดติดอยู่บริเวณหัวนม ขณะอาบน้ำควรวี้น้ำนมหรือนิ้วมือถูหัวนมเบาๆ ไม่ควรวี้น้ำนมเพราะจะทำให้บริเวณหัวนมแห้ง (Pilliteri, 2007: 274)

- การแต่งกาย ไม่ใส่เสื้อผ้ารัดคับ เพราะทำให้การไหลเวียนโลหิตไม่สะดวก เลือกใช้ผ้าที่โปร่ง ระบายอากาศได้ดี ไม่ใส่เครื่องรัดพยุง (stay) หลีกเลี่ยงการใส่รองเท้าส้นสูง ทำให้ปวดหลังมากขึ้น และเสียการทรงตัวได้ง่าย (พวงน้อย สาครรัตนกุล และจันทิมา ขนบดี, 2547: 134)

1.3.3 การมีเพศสัมพันธ์ระหว่างการตั้งครรภ์

ไม่มีข้อห้ามในการมีเพศสัมพันธ์ตลอดการตั้งครรภ์ แต่ควรมีการปรับเปลี่ยนท่าของการมีเพศสัมพันธ์ในระยะท้ายของการตั้งครรภ์เพื่อหลีกเลี่ยงการกระทบหน้าท้องและมดลูก ยกเว้นในกรณีที่มิข้อห้าม ได้แก่ ประวัติมีบุตรยาก หรือการแท้งเป็นอาจิม และเลือดออกทางช่องคลอดขณะตั้งครรภ์ ควรงดการมีเพศสัมพันธ์ (Pilliteri, 2007: 275; พวงน้อย สาครรัตนกุล และจันทิมา ขนบดี, 2547: 134)

1.3.4 การใช้ยาและสารเสพติด

การใช้ยาและสารเสพติดในระหว่างการตั้งครรภ์จะส่งผลกระทบต่อสุขภาพของมารดาและทารกโดยตรง เนื่องจากสารเหล่านี้จะผ่านจากหญิงตั้งครรภ์เข้าสู่ทารกในครรภ์ได้ การใช้ยาเพื่อการรักษาหรือบรรเทาอาการเมื่อเจ็บป่วยควรได้รับคำปรึกษาและตรวจรักษาจากแพทย์ เนื่องจากยาบางชนิดผ่านรกเข้าสู่ทารก ส่งผลให้เกิดความพิการหรือถึงแก่ชีวิตได้ ส่วนสารเสพติดทุกประเภทเป็นอันตรายต่อสุขภาพ เช่น เหล้า เบียร์ ไวน์ สารเอทานอล (ethanol) จะส่งผลให้เสี่ยงต่อการแท้ง ทารกพิการแต่กำเนิด ปัญญาอ่อน ทารกน้ำหนักตัวน้อยกว่าปกติ (Auvenshine & Enriquez, 1990: 886; Geraldine, Ray, & Colette, 1995: 214) ชา กาแฟ เครื่องดื่มชูกำลัง มีสารเสพติดกระตุ้นการไหลเวียนเลือด เพิ่มอัตราการเต้นของหัวใจ กระตุ้นการทำงานของไตในการขับปัสสาวะ และเพิ่มการหลั่งกรดในกระเพาะอาหาร (Pilliteri, 2007: 306) และจากการศึกษาพบว่า การดื่มเครื่องดื่มที่มีคาเฟอีนมากกว่าวันละ 8 แก้วอาจเสี่ยงต่อการเพิ่มอัตราการตายของทารกแรกเกิด (Wisborg et al., 2003: 420) บุหรี่มีนิโคติน ซึ่งทำให้เส้นเลือดหดตัวมีผลให้การไหลเวียนเลือดไปสู่ทารกน้อยลง หญิงตั้งครรภ์ที่สูบบุหรี่เป็นประจำตลอดการตั้งครรภ์ ทารกในครรภ์จะขาดออกซิเจนเรื้อรังทำให้เจริญเติบโตช้า และมีน้ำหนักตัวน้อย มีโอกาสคลอดก่อนกำหนด มีความผิดปกติของสมองพิการแต่กำเนิด และมีความสัมพันธ์กับการเกิดสมาธิสั้นในเด็ก (สุรพล อริยเดช, 2544; Linnet, & et al., 2003; Schuetz & Eiden, 2006) สอดคล้องกับรายงานการศึกษาถึงผลลัพธ์การตั้งครรภ์ของหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการบำบัดการใช้สารเสพติดในประเทศสหรัฐอเมริกา จำนวน 84 ราย พบว่า

หญิงตั้งครรภ์กลุ่มนี้มีอัตราการคลอดก่อนกำหนดสูงถึงร้อยละ 39 และอีกร้อยละ 27.5 ให้กำเนิดทารกที่มีน้ำหนักแรกเกิดน้อยกว่า 2,500 กรัม (Benita, Linda, Jessica, & Erika, 2009: 167) ดังนั้น หญิงตั้งครรภ์จึงควรหลีกเลี่ยงสิ่งเสพติดทุกประเภทเพื่อป้องกันการเกิดผลกระทบและภาวะแทรกซ้อนดังกล่าว

จากรายงานการศึกษาถึงพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพในหญิงตั้งครรภ์กลุ่มต่างๆ ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมอยู่ในระดับดี เช่น หญิงตั้งครรภ์ที่ทำงานในโรงงานอุตสาหกรรม (คาริณี สุภาพ, 2542: 121) หญิงตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวาน (ชนพร วงษ์จันทร์, 2543: 110) หญิงตั้งครรภ์ชาวไทยภูเขา (บุญญาพร พรหมมา, 2551: 64) หญิงตั้งครรภ์ครั้งแรก (ศิริวรรณ ทุมเชื้อ และคณะ, 2548: 69-70) และหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางขณะตั้งครรภ์ (ยุคลธร แจ่มฤทธิ์ และกนกภรณ์ อ่วมพราหมณ์, 2551: 62) เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้ที่มีอายุมากกว่า 20 ปี จึงเป็นผู้ที่มีวุฒิภาวะ เป็นผู้ที่มีเอาใจใส่ดูแลตนเอง นอกจากนั้นยังพบพฤติกรรมของหญิงตั้งครรภ์บางกลุ่มที่อยู่ในระดับค่อนข้างดี คือ หญิงตั้งครรภ์ที่เป็นพาหะของโรคไวรัสตับอักเสบบี (จารุณี ลิขิตระกุล, 2541: 62) หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจาง (Thitasan, 2002: 58) และหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นพาหะของโรคธาลัสซีเมีย (Wiriyatana, 2002: 93)

โดยพบว่าพฤติกรรมส่วนใหญ่ที่หญิงตั้งครรภ์ทุกกลุ่มปฏิบัติได้ดี คือ การไปตรวจครรภ์ตามนัด การสังเกตอาการผิดปกติต่างๆ และการหลีกเลี่ยงการใช้ยาและสารเสพติด (จารุณี ลิขิตระกุล, 2541: 62; คาริณี สุภาพ, 2542: 122; ชนพร วงษ์จันทร์, 2543: 95; ยุคลธร แจ่มฤทธิ์ และกนกภรณ์ อ่วมพราหมณ์, 2551: 62; ศิริวรรณ ทุมเชื้อ และคณะ, 2548: 69; Thitasan, 2002: 58; Wiriyatana, 2002: 93) เป็นต้น ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างเหล่านี้เป็นกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ที่คลินิกฝากครรภ์ แสดงให้เห็นถึงความรับผิดชอบต่อสุขภาพ โดยขณะที่มาฝากครรภ์หญิงตั้งครรภ์ก็จะได้รับคำแนะนำจากบุคลากรสุขภาพ ได้รับการแจกเอกสารความรู้ การชมวิดิทัศน์เกี่ยวกับการดูแลตนเองในระยะตั้งครรภ์ ส่งผลให้หญิงตั้งครรภ์มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสม แต่ก็มีรายงานถึงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ส่วนใหญ่ คือ ไม่กล้าซักถาม หรือขอคำแนะนำจากแพทย์ พยาบาล เมื่อมีข้อสงสัย และไม่มีการหาความรู้เพิ่มเติมจากสื่อต่างๆ (จารุณี ลิขิตระกุล, 2541: 63; ชนพร วงษ์จันทร์, 2543: 110; ยุคลธร แจ่มฤทธิ์ และกนกภรณ์ อ่วมพราหมณ์, 2551: 62; Thitasan, 2002: 60; Wiriyatana, 2002: 92) และไม่ตรวจสุขภาพทันตกรรมในระหว่างการตั้งครรภ์ (Wiriyatana, 2002: 92) อาจเนื่องมาจากหญิงตั้งครรภ์เชื่อว่าการไปฝากครรภ์ตามนัดทุกครั้งก็จะได้รับข้อมูล คำแนะนำ จากแพทย์ พยาบาล และสื่อต่างๆ อยู่แล้วก็น่าจะเพียงพอ และยังพบว่าสถานบริการบางแห่งมีหญิงตั้งครรภ์มาใช้บริการเป็นจำนวนมาก จึงทำให้หญิงตั้งครรภ์รู้สึกเกรงใจที่จะซักถาม และแพทย์มีเวลาให้แก่ผู้รับบริการแต่

ละรายค่อนข้างจำกัด ดังนั้นจึงมีความสำคัญที่จะศึกษาว่าหญิงตั้งครรภ์ชาวไทยมุสลิมในชุมชน มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพเป็นอย่างไร เพื่อนำข้อมูลจากผลการศึกษา มาเป็นพื้นฐานในการจัดทำโปรแกรมส่งเสริมและสนับสนุนให้เกิดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างเหมาะสม นำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดี มารดาและทารกในครรภ์มีความปลอดภัย และส่งเสริมการตั้งครรภ์ที่มีคุณภาพต่อไป

1.4 ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล

ปฏิสัมพันธ์ของมนุษย์ ไม่ว่าจะเป็นความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล หรือกลุ่มบุคคลจะช่วยให้บุคคลได้รับการสนับสนุนทางสังคม กระบวนการแลกเปลี่ยนประโยชน์ซึ่งกันและกัน ช่วยให้บุคคลได้รับความสะดวกสบาย ความช่วยเหลืออนุเคราะห์ การสนับสนุนและช่วยให้ได้รับข้อมูลข่าวสารต่างๆ ช่วยลดความตึงเครียด (Pender et al., 2006: 224) ความสัมพันธ์ระหว่างหญิงตั้งครรภ์กับบุคคลรอบข้าง โดยเฉพาะสามีและบุคคลในครอบครัว จะมีอิทธิพลต่อการเกิดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ จากการศึกษาของ ศศิธร ชัยวิเศษ (2541) พบว่าหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นครรภ์แรกที่อยู่ร่วมกับบิดา มารดาหรือญาติของตนเองและสามี ทำให้หญิงตั้งครรภ์ได้รับความช่วยเหลือสนับสนุนจากบิดา มารดา สามีและญาติพี่น้อง สิ่งเหล่านี้เป็นแรงสนับสนุนอย่างหนึ่ง ทำให้หญิงตั้งครรภ์เกิดความมั่นคงทางอารมณ์ ตระหนักถึงคุณค่าในตนเอง ช่วยบรรเทาความเครียดอันจะนำไปสู่ภาวะวิกฤต ส่งผลให้มีการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ดี สอดคล้องกับการศึกษาของ วิไลลักษณ์ วงศ์อาษา และปิยะพร ศิษย์กุลอนันต์ (2551) ที่พบว่าสตรีวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ที่อยู่ร่วมกับสามี หรือบิดา มารดาจะได้รับการสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัว ก่อให้เกิดภาพลักษณ์เชิงบวก ส่งผลให้มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพขณะตั้งครรภ์ นอกจากนั้นจากการศึกษาของ อรุณี พึ่งแพง (2544) ยังพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการฝากครรภ์ครบหรือไม่ครบตามเกณฑ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) คือการที่หญิงตั้งครรภ์ได้รับการสนับสนุนจากสามีและญาติในระดับดี จะมีการฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์ สอดคล้องกับ มะลิวรรณ หมั่นแก้วกล้าวิจิต (2551) ที่พบว่าหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่มาฝากครรภ์อย่างต่อเนื่อง ร้อยละ 75 กลุ่มตัวอย่างและสามี อาศัยอยู่ร่วมกับบิดา มารดาของตน หรือบิดา มารดาของสามี จึงทำให้เกิดความสนิทสนมใกล้ชิดกันระหว่างสมาชิกในครอบครัว คอยดูแลเอาใจใส่ซึ่งกันและกันมากขึ้น ทำให้ได้รับคำแนะนำ และคำปรึกษาที่ดีเกี่ยวกับการปฏิบัติตนอย่างถูกต้องในระหว่างการตั้งครรภ์ จากข้อมูลดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างสมาชิกในครอบครัวจะช่วยให้สมาชิกในครอบครัวสามารถแสดงบทบาทหน้าที่ของตนเองได้อย่างเหมาะสม ช่วยให้หญิงตั้งครรภ์ได้รับการสนับสนุนให้มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสม

1.5 ด้านการจัดการกับความเครียด

การจัดการกับความเครียดเป็นการกระทำกิจกรรมที่ช่วยทำให้ผ่อนคลาย ลดความตึงเครียด และมีการแสดงออกทางอารมณ์ที่เหมาะสมในแต่ละสถานการณ์ เพื่อรักษาสมดุลของร่างกายและจิตใจในการผ่อนคลาย (Pender, 1996) เนื่องจากการตั้งครรภ์ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในชีวิต ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม รวมทั้งภาพลักษณ์ของหญิงตั้งครรภ์ ทำให้หญิงตั้งครรภ์เกิดความเครียด หากหญิงตั้งครรภ์ไม่สามารถจัดการกับความเครียดและปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น มักประสบความยุ่งยากและความเครียดจะเพิ่มสูงขึ้น ทรงพร จันทรพัฒน์ (2543) อธิบายว่า ความวิตกกังวลและความเครียดจะส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายของหญิงตั้งครรภ์ ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงอัตราการเต้นของหัวใจ มีการหดตัวของหลอดเลือดโดยทั่วไป และมีการขยายตัวของหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงหัวใจ ตลอดจนลดการเคลื่อนไหวของกระเพาะอาหารและลำไส้ นอกจากนี้ความวิตกกังวลยังมีผลกระทบต่อการพัฒนาการของทารกในครรภ์ กล่าวคือ หญิงตั้งครรภ์ที่มีอาการกระสับกระส่าย อยู่ไม่เป็นสุข หญิงตั้งครรภ์ที่มีความวิตกกังวลสูง หรือมีลักษณะเหนื่อยง่ายและกรดโทรมจะมีผลให้ทารกในครรภ์มีกรดแลคติก (Lactic acid) และก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์เพิ่มขึ้นในกระแสเลือด ซึ่งเป็นผลให้ทารกในครรภ์มีการเคลื่อนไหวมากขึ้น และหัวใจเต้นเร็วกว่าปกติ การสะสมความวิตกกังวลในระดับสูง จะทำให้มีการหลั่งแอดรีนาลีน ซึ่งมีผลต่อการเพิ่มการทำงานของหัวใจทารก และถ้าสภาวะนี้ดำรงอยู่นานประสาทอัตโนมัติจะเกิดความไม่สมดุลจะเป็นผลทำให้ทารกที่คลอดออกมามีลักษณะอยู่ไม่เป็นสุข กระสับกระส่ายและมีอารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย (Hostetter & Andolsek, 1990 อ้างในทรงพร, 2543: 50) สอดคล้องกับผลการศึกษาที่พบว่า ความเครียดจะส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงระดับฮอร์โมนในร่างกายของหญิงตั้งครรภ์ คือ จะมีการหลั่ง ฮอร์โมนคอร์ติซอล และนอร์ออดินาลีนเพิ่มขึ้น และยังทำให้ระบบการไหลเวียนเลือดจากมารดาสู่ทารกลดลง ส่งผลต่อการพัฒนาการทางด้านสมองของทารกในครรภ์ (Van den Bergh et al, 1988 cited in Glover & O'Connor, 2006) จากการศึกษาของ Glover & O'Connor (2006) พบผลกระทบที่เกิดจากการตั้งครรภ์ที่มีความเครียดมีอยู่มากมาย เช่น ทารกน้ำหนักตัวน้อย คลอดก่อนกำหนด เส้นรอบวงของศีรษะมีขนาดเล็กกว่าปกติ ความผิดปกติทางร่างกาย เช่น เพดานโหว่ (cleft palate) สมานิสัน พัฒนาการทางด้านภาษาช้ากว่าปกติ และออทิสติก เป็นต้นนอกจากผลของความวิตกกังวลจะส่งผลกระทบถึงหญิงตั้งครรภ์และทารกในครรภ์แล้ว จากการศึกษา Dallay, Marcesche, Dallay & Verdoux (2004) ยังพบว่าความเครียด จะส่งผลให้มีโอกาสเพิ่มความเสี่ยงต่อการมีภาวะซึมเศร้าในระยะหลังคลอดได้อีกด้วย ดังนั้นหญิงตั้งครรภ์จึงต้องมีการจัดการกับความเครียดที่เหมาะสมเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนดังกล่าว

เพนเดอร์ ได้อธิบายวิธีการจัดการกับความเครียดไว้ 3 วิธี ได้แก่ (Pender, 2006: 208-218)

1) การลดความถี่ของสถานการณ์ที่กระตุ้นให้เกิดความเครียด (minimizing the frequency of stress-inducing situations) ประกอบด้วย การเปลี่ยนสิ่งแวดล้อม (Changing the Environment) การหลีกเลี่ยงการเปลี่ยนแปลงที่เพิ่มมากเกินไป (Avoiding Excessive Change) และการจัดการเวลา (Time Management)

2) การเพิ่มความต้านทานต่อความเครียด (increased resistance to stress) สามารถกระทำได้ทั้งทางร่างกายและจิตใจ ด้านร่างกายมุ่งที่การออกกำลังกาย ส่วนทางด้านจิตใจ สามารถกระทำได้โดยการปรับเปลี่ยนบุคลิกภาพ และการส่งเสริมความรู้สึกมีคุณค่าของตนเอง การเพิ่มการรับรู้ในความสามารถของตนเอง มีการพัฒนาวิธีการแก้ปัญหา และค้นหาแหล่งประโยชน์ในการเผชิญปัญหา

3) การสร้างเงื่อนไขตรงกันข้าม เพื่อยับยั้งการตอบสนองของร่างกายจากความเครียด (countercondition to avoid physiologic arousal) โดยการใช้เทคนิคการผ่อนคลายต่างๆ เช่น การทำสมาธิ ซึ่งการฝึกการผ่อนคลายจะช่วยให้สบายขึ้น ลดความตึงตัวของกล้ามเนื้อ ลดการทำงานของระบบประสาทซิมพาเทติก และเพิ่มการทำงานของระบบประสาทพาราซิมพาเทติก

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า หญิงตั้งครรภ์มีวิธีการในการจัดการความเครียดหลายวิธี เช่น การแบ่งเวลาส่วนตัวเพื่อพักผ่อนหย่อนใจ โดยการทำสมาธิ ฟังเพลง ดูโทรทัศน์ เมื่อไม่สบายใจทำให้สงบโดยการนั่งสมาธิ ฟังธรรม หรือพูดคุยกับบุคคลใกล้ชิด (ศิริวรรณ ทุมเชื้อ และคณะ, 2548: 71) การระบายความรู้สึกเมื่อเกิดความเครียด เช่น มีการเล่าปัญหา หรือบอกสิ่งที่ทำให้เกิดความเครียดแก่เพื่อน มารดา และสามี (บุญญาพร พรหมมา, 2551: 64)

นอกจากนี้ยังพบว่าหญิงตั้งครรภ์กลุ่มต่างๆมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการจัดการความเครียดที่แตกต่างกันไป จากการศึกษาของ ดาริณี สุภาพ (2542) ที่ทำการศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในกลุ่มคนงานสตรีตั้งครรภ์ที่ทำงานในโรงงานอุตสาหกรรม พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการจัดการความเครียดอยู่ในระดับดี เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างเกือบครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 45.7) เป็นหญิงตั้งครรภ์ที่ตั้งครรภ์มากกว่า 1 ครั้ง จึงเป็นผู้ที่มีประสบการณ์มาก่อน สามารถเลือกวิธีการจัดการกับความเครียดได้อย่างเหมาะสม และจากการศึกษาของ ศศิธร ชัยวิเศษ (2541) พบว่าพฤติกรรมสุขภาพด้านการจัดการกับความเครียดของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นครรภ์แรกอยู่ในระดับต่ำสุด เนื่องจากหญิงตั้งครรภ์อยู่ในช่วงวัยรุ่น พัฒนาการทางด้านจิตใจและอารมณ์ยังไม่ดีพอ เมื่อมีความเครียด จึงไม่สามารถหาสาเหตุของความเครียดได้ และไม่สามารถหาวิธีที่จะจัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสม ต่างจากการศึกษาของ วิไลลักษณ์ วงศ์อาษา และปิยะพร ศิษย์กุลอนันต์ (2551) ที่ได้ทำการศึกษาในกลุ่มตัวอย่าง

หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นเช่นกันและเป็นการตั้งครรภ์ที่ไม่พึงประสงค์กลับพบว่า หญิงตั้งครรภ์กลุ่มนี้มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการจัดการกับความเครียดอยู่ในระดับปานกลาง อาจเป็นเพราะว่า กลุ่มตัวอย่างกลุ่มนี้ส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับสามีและอยู่กับบิดามารดา จึงได้รับการสนับสนุนทางด้านจิตใจที่ดี ส่งผลให้มีการจัดการความเครียดที่เหมาะสมในระดับหนึ่ง และจากการศึกษาของ ศิริวรรณ ทুমเชื้อ และคณะ (2548) ถึงพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ครั้งแรกที่มีอายุเฉลี่ยที่ 20-24 ปี แม้จะเป็นวัยที่มีพัฒนาการทางอารมณ์ที่มากกว่าวัยรุ่น แต่ก็พบว่ามีความเครียดของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการจัดการความเครียด อยู่ในระดับที่ควรปรับปรุงเช่นกัน เนื่องจากหญิงตั้งครรภ์ ครรภ์แรกยังไม่มีประสบการณ์เกี่ยวกับการตั้งครรภ์และการคลอดบุตร ดังนั้นจึงทำให้คะแนนของพฤติกรรมสุขภาพด้านการจัดการความเครียดไม่แตกต่างกัน

ดังนั้นหญิงตั้งครรภ์ทุกราย จึงควรได้รับคำแนะนำในเรื่องความเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตสังคมและการปรับตัวเพื่อให้หญิงตั้งครรภ์มีความรู้ความเข้าใจในการดูแลตนเองมากยิ่งขึ้น และสามารถจัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้นในระยะตั้งครรภ์ได้อย่างเหมาะสมเพื่อป้องกันผลกระทบที่เกิดจากความเครียดในระยะตั้งครรภ์ทั้งต่อมารดาและทารกในครรภ์

1.6 ด้านความเจริญงอกงามทางจิตวิญญาณ

การพัฒนาทางจิตวิญญาณเป็นความสามารถของบุคคล ในการพัฒนาจิตวิญญาณของตนเองให้มีศักยภาพสูงสุด ใช้ความสามารถของตนเองอย่างเต็มที่ รู้จักและเข้าใจตนเองอย่างถ่องแท้ ในเป้าหมายของชีวิตทั้งในระยะสั้นและระยะยาว ตระหนักในการให้ความสำคัญกับชีวิต รวมถึงการเรียนรู้เกี่ยวกับความรัก ความปิติสุข ความสงบสุข และความพึงพอใจ ความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเอง ตลอดจนวิธีการช่วยเหลือตนเองและบุคคลอื่นให้บรรลุเป้าหมาย หรือความปรารถนาในชีวิต (Pender, 1996) จากการศึกษาของ ศิริวรรณ ทুমเชื้อ และคณะ (2548) ในหญิงตั้งครรภ์ครั้งแรก อายุครรภ์ 36 สัปดาห์ขึ้นไป จำนวน 150 ราย พบว่าพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านความเจริญงอกงามทางจิตวิญญาณอยู่ในระดับดี หญิงตั้งครรภ์หวังว่าบุตรในครรภ์จะมีสุขภาพสมบูรณ์ แข็งแรง รู้สึกภาคภูมิใจที่ได้เป็นแม่ แม้การตั้งครรภ์อาจเกิดภาวะเสี่ยงก็พร้อมเผชิญกับปัญหาที่อาจเกิดขึ้น มีความพึงพอใจในชีวิต จากผลการวิจัยนี้แสดงให้เห็นว่า เมื่อหญิงตั้งครรภ์มีความสุข รู้สึกภาคภูมิใจที่ได้เป็นแม่ มีความพึงพอใจในตนเองตลอดจนมองโลกในแง่ดีมีแนวโน้มที่จะส่งผลให้พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านความเจริญงอกงามทางจิตวิญญาณดีตามไปด้วย แต่ถ้าหญิงตั้งครรภ์ไม่มีความพร้อม หรือไม่มีความพึงพอใจต่อการตั้งครรภ์ จะทำให้เกิดทัศนคติต่อการตั้งครรภ์ที่ไม่ดี อาจส่งผลต่อการมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านความเจริญงอกงามทางจิตวิญญาณที่ไม่ดีได้ สอดคล้องกับการศึกษาของวิลัดักษณ์ วงศ์อาษา และปิยะพร ศิษย์กุลอนันต์

(2551) ที่พบว่าพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านความเจริญงอกงามทางจิตวิญญาณของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่ตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์อยู่ในระดับปานกลาง

การปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ทั้งในด้านโภชนาการ ด้านกิจกรรมทางกายและการออกกำลังกาย ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ด้านการจัดการกับความเครียด และด้านความเจริญงอกงามทางจิตวิญญาณล้วนส่งเสริมให้หญิงตั้งครรภ์ และทารกในครรภ์ มีสุขภาพแข็งแรงทั้งร่างกายและจิตใจ อย่างไรก็ตามหญิงตั้งครรภ์ชาวไทยบางกลุ่ม โดยเฉพาะชาวไทยมุสลิมอาจมีความเชื่อในการปฏิบัติตนที่แตกต่างจากหลักทั่วไป จึงจำเป็นต้องเรียนรู้และเข้าใจข้อมูลดังกล่าว เพื่อเป็นแนวทางในการช่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ที่อาจก่อให้เกิดผลกระทบต่อหญิงตั้งครรภ์และทารกในครรภ์

2. ความเชื่อเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ของชาวไทยมุสลิม

ความเชื่อเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ของชาวไทยมุสลิม มีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการดูแลหญิงตั้งครรภ์ เพราะความเชื่อของบุคคลในแต่ละวัฒนธรรมย่อมมีความแตกต่าง โดยเฉพาะชาวไทยมุสลิม การศึกษา แนวคิดหลักสำคัญของศาสนาอิสลาม และความเชื่อเกี่ยวกับการปฏิบัติตนของหญิงตั้งครรภ์ชาวไทยมุสลิม จะช่วยให้เข้าใจพฤติกรรมที่แสดงออกของหญิงตั้งครรภ์

2.1 แนวคิดและหลักสำคัญของศาสนาอิสลาม

หลักการสำคัญของศาสนาอิสลาม ซึ่งมุสลิมต้องยึดมั่นและปฏิบัติ มี 2 ประการ (มยุรา วงษ์สันต์, 2546; มานี ชูไทย, 2544; สมชัย อนุมานราชชน, 2551) ได้แก่

1) หลักการศรัทธา (รูกนอิมาน) คือ หลักการหรือบัพตัญญูที่มุสลิมทุกคนต้องศรัทธายึดมั่น มี 6 ประการ (จะละเว้นข้อใดมิได้อย่างเด็ดขาด) (มยุรา วงษ์สันต์, 2546; มานี ชูไทย, 2544: 7) มีดังนี้

1.1) ศรัทธาในอัลเลาะห์ คือ ศรัทธาว่า อัลเลาะห์เป็นพระเจ้าองค์เดียว ผู้ทรงอำนาจ ผู้สร้าง ผู้ทรงบันดาล ผู้ทรงบริหาร ไม่มีผู้ใดหรือสิ่งใดเสมอหรือเท่าเทียมพระองค์

1.2) ศรัทธาในบรรดามลาอิกะฮ์ของอัลเลาะห์ คือ ศรัทธาว่า มลาอิกะฮ์เป็นบ่าวที่ซื่อสัตย์ของอัลเลาะห์ มีหน้าที่รับใช้พระองค์โดยไม่ขัดขึ้นหรือคัดค้าน และยังมีหน้าที่บันทึกความดีความชั่วของมนุษย์ มีหน้าที่ลงโทษผู้กระทำความชั่ว มีหน้าที่เฝ้ารก และเฝ้าสวรรค์

1.3) ศรัทธาในคัมภีร์ทั้งหลายของอัลเลาะห์ คือ มุสลิมมีความเชื่อในต้นฉบับเดิมของคัมภีร์และปฏิบัติตามเฉพาะคัมภีร์อัลกุรอาน คัมภีร์ที่ถูกประทานแก่ท่านนบีมุฮัมมัด ศาสดาท่านสุดท้าย

1.4) ศรัทธาในบรรดาสุล (ศาสดา) คือ มุสลิมทุกคนต้องยอมรับนับถือ ให้เกียรติ ยกย่องศาสดาที่มาก่อนท่านนบีมุฮัมมัด แต่จะเชื่อและปฏิบัติตามคำสอนของท่านนบีมุฮัมมัด ที่มาชักชวนให้มนุษย์รู้จักพระเจ้า และดำเนินชีวิตตามคำสอนของพระองค์เท่านั้น

1.5) ศรัทธาในวันปรโลกหรือวันแห่งการฟื้นคืนชีพ (วันกิยามะฮฺ) คือ ศรัทธาว่าโลกที่เราอาศัยนี้ เป็นวัตถุธาตุ ย่อมมีการแตกสลายเช่นเดียวกับวัตถุอื่น ตามกฎแห่งการกำหนดสภาวะของอัลเลาะห์ เมื่อโลกดับสิ้นทุกสิ่งในโลกก็ต้องดับสิ้น ยกเว้นผู้ที่อัลเลาะห์ทรงประสงค์ แล้วอัลเลาะห์จะทรงทำให้มนุษย์ทุกคนฟื้นคืนชีพ มารับผลของการกระทำขณะที่อยู่ในโลกนี้ในวันกิยามะฮฺ

1.6) ศรัทธาในกฎแห่งการกำหนดสภาวะของอัลเลาะห์ คือ ศรัทธาว่าสิ่งต่างๆในสากลจักรวาล เกิดขึ้นมาและดำเนินไปตามกฎเกณฑ์ของอัลเลาะห์ทั้งสิ้น กฎบางอย่างเราเลือกไม่ได้ เช่น อัลเลาะห์ทรงตั้งกฎไว้ว่า เกิดมาแล้วทุกคนต้องตาย เราเลือกว่าจะไม่ตายไม่ได้ เราต้องตาย เป็นต้น

2) หลักการปฏิบัติ (รูกนอิสลาม) คือ หลักการหรือบทบัญญัติที่มุสลิมทุกคนจะต้องปฏิบัติตามเหมือนกันทุกคน บทบัญญัติของศาสนาอิสลาม (อركانอิสลาม) มี 5 ประการ คือ (มยุรา วงษ์สันต์, 2546: 54-66; สมชัย อนุมานราชชน, 2551: 123-184)

2.1) กาลิมะชาฮาดะห์ (คำปฏิญาณตน) คนมุสลิมต้องปฏิญาณตนเป็นอันดับแรก โดยกล่าวว่า “ลาอิลาฮะอิลลัลลอฮ์ มุฮัมมัดร่อซูลุลลอฮ์” แปลว่า ข้าพเจ้าขอปฏิญาณตนว่าไม่มีพระเจ้าที่สักการะโดยเที่ยงแท้ นอกจากอัลเลาะห์เท่านั้น และมุฮัมมัดเป็นศาสนทูตของอัลเลาะห์

2.2) อัสซอล่าห์ (การนมัสการ) การนมัสการเป็นการเคารพสักการะพระผู้เป็นเจ้าที่สำคัญยิ่งเพราะเป็นการปฏิบัติที่ชำระจิตใจให้บริสุทธิ์ และเป็นทางที่จะได้มาซึ่งความเกรงกลัวต่อพระผู้เป็นเจ้าเป็นพลังที่จะควบคุมจิตใจของผู้ปฏิบัติให้อยู่ในกรอบคำสั่งสอนของศาสนา ในประเทศไทยใช้คำว่า “ละหมาด” โดยกำหนดให้คนมุสลิมทำการนมัสการ (ละหมาด) วันละ 5 ครั้ง คือ เวลาเช้ามืด (ซุโษะฮะ) เวลาเที่ยงวัน (ซุฮร) เวลาบ่าย (อัสร) เวลาพระอาทิตย์ตก (มักริบ) และเวลาค่ำ (อิชา)

2.3) อัสซากาห์ (การบริจาคทาน) เมื่อคนมุสลิมได้ทำการนมัสการ (ละหมาด) แล้ว จะต้องบริจาคทาน ซึ่งหมายถึง เงิน ทรัพย์สินสมบัติ สติปัญญา กำลังกาย และความช่วยเหลือ ตลอดจนความกรุณาปรานี เพื่อความดีงามและประโยชน์แก่ผู้อื่นหรือแก่ส่วนรวมด้วย

2.4) อัสโสม (การถือศีลอด) คือ การละเว้นจากการกิน การดื่ม การเสพย์ การร่วมเพศในเวลากลางวัน การพูดจาเหลวไหล และการประพฤติชั่วทุกรูปแบบ ตั้งแต่ก่อนแสงอรุณขึ้นจนตะวันตกดิน ชาวบ้านเรียกว่า “ถือบวช” (มานี ชูไทย, 2544: 10) ในอัลกุรอาน

มีบัญญัติเกี่ยวกับการถือศีลอด ฉะนั้นคนมุสลิมทุกคนที่มีร่างกายและสุขภาพปกติสมบูรณ์จะต้องถือศีลอด วัตถุประสงค์ของการให้คนอดอาหารชั่วคราวระยะเวลาหนึ่ง เพื่อฝึกหัดร่างกายและจิตใจให้มีความอดทนอดกลั้น ให้ระลึกถึงความอดอยากของผู้ที่ยากจนขัดสนไม่มีจะกิน การถือศีลอดจะกระทำเป็นเวลาหนึ่งเดือน คือ เดือน 9 ตามปฏิทินทางจันทรคติของอิสลาม เรียกว่าเดือน “รอมาฎอน” และให้เลิกถือศีลอดเมื่อเห็นพระจันทร์อีกครั้งหนึ่งในเดือนเซาวาล หากวันสิ้นสุดของเดือนคือ 29 วันยังมองไม่เห็นพระจันทร์ก็ให้อดต่ออีกวันให้เป็น 30 วัน คนมุสลิมต้องถือศีลอดเป็นจำนวนวันของวันที่กำหนดไว้ ผู้ที่เจ็บป่วยหรืออยู่ในระหว่างการเดินทาง ก็ให้ถือศีลอดชดเชยจำนวนวันที่ขาดไป

2.5) อัล-ฮัจญ์ (การประกอบพิธีฮัจญ์) ทุกปีในเดือนซุลหิจญะห์ อันเป็นเดือนที่ 12 ของอิสลามตามปฏิทินทางจันทรคติ มีการประกอบพิธีฮัจญ์ที่นครมักกะฮ์ในประเทศซาอุดีอาระเบีย คนมุสลิมจากประเทศต่างๆ ทั่วโลกจำนวนเป็นแสนไปร่วมประกอบพิธีนี้

3) ชีวิตความเป็นอยู่ประจำวันของมุสลิม (ประยูรศักดิ์ ชลาชนเดช, 2539: 251-253)

- การบำเพ็ญตนตามวินัยบัญญัติของอิสลาม โดยเฉพาะการบำเพ็ญนมัศการเป็นประจำ วันละ 5 ครั้ง เท่ากับเป็นการรักษาสุขภาพอนามัยอยู่ในตัวด้วย เพราะก่อนที่จะบำเพ็ญนมัศการ จะต้องชำระสิ่งที่ขัดถ่ายที่อาจเปื้อนออกเสียก่อน และจะต้องชำระล้างอวัยวะต่างๆ ตามข้อกำหนดก่อนบำเพ็ญนมัศการ

- หลีกเลี่ยงจากสุรา นารี และการพนันอย่างเคร่งครัด เพราะถือเป็นข้อห้าม ความสัมพันธ์กับเพศตรงข้ามจะมีได้ก็เมื่อการสมรสเป็นสามีภรรยาอันโดยถูกต้องเท่านั้น และฝ่ายชายต้องมีหน้าที่หาเลี้ยงดูภรรยาของตนเสมอ

- ระมัดระวังเรื่องอาหารการกิน โดยหลีกเลี่ยงอาหารที่ต้องห้าม เช่น สัตว์ที่ตายเอง เนื้อสุกร เนื้อสุนัข เนื้อสัตว์ที่ดุร้าย เนื้อสัตว์ที่ถูกสัตว์มีพิษกัด เนื้อสัตว์ที่ฆ่าเพื่อสังเวตต่ออื่นใด นอกจากเพื่อพระอัลเลาะห์ และอาหารที่ได้มาโดยมิชอบ

- ไม่กราบไหว้สิ่งใดเสมอด้วยพระอัลเลาะห์ ฉะนั้นมุสลิมจะเลี่ยงจากสถานที่ประกอบพิธีกรรมของศาสนาอื่น เพื่อป้องกันความพลั้งเผลอหรือยุ่งยากใจ ส่วนการเผาศพนั้นมุสลิมไม่ประสงค์จะทำ เพราะได้รับการอบรมมาว่า “ไฟ” เป็นสัญลักษณ์ของไฟนรก ประกอบกับมุสลิมมีความเชื่อว่าจะต้องเกิดใหม่ในร่างกายเดิม จึงไม่ทำลายศพ

- ไม่กราบไหว้บูชาบุคคล เพราะเชื่อว่าจะนำความร้ายหรืออัปมงคลมาสู่ผู้นั้น และขัดกับศรัทธาในพระผู้เป็นเจ้า ซึ่งควรแก่การกราบไหว้บูชาอันเป็นการคารวะอย่างสูงสุดแต่เพียงพระองค์เดียวเท่านั้น

- การยอมให้ชาวมุสลิมมีภรรยาได้คราวเดียวกันไม่เกิน 4 คนนั้น ไม่ใช่เรื่องวินัยกำหนดให้ถือปฏิบัติ หากเป็นเพียงข้อยกเว้นที่อนุโลมให้ตามแต่กรณีและความเหมาะสมของแต่ละบุคคล ทั้งนี้เพื่อขจัดปัญหาโศกณี และการสำส่อนในสังคม ข้อสำคัญสามีจะต้องให้ความเป็นธรรมแก่ภรรยาทุกคนเท่าเทียมกัน ซึ่งในทางปฏิบัติก็เท่ากับต้องได้รับความเต็มใจจากภรรยาทุกคน ต้องยกย่องและให้สิทธิเท่าเทียมกัน ไม่มีการเรียภรรยาว่าภรรยาหลวงภรรยาน้อย แต่เรียกว่าภรรยาแต่ละครั้งแรก ครั้งที่สอง อนึ่งการสมรสจะต้องเป็นไปด้วยความสมัครใจของทั้งสองฝ่าย มิฉะนั้นถือเป็นโมฆียะ

- ลักษณะพิเศษในอิสลามข้อหนึ่งคือ ไม่มีการแยกระหว่างชีวิตทางโลกและทางธรรม เพราะถือว่าตลอดชีวิตของทุกคนต้องเป็นชีวิตที่ครองธรรม อิสลามไม่มีการแบ่งชั้นวรรณะ พระคัมภีร์อัลกุรอานจึงมิได้จำกัดสาระแต่บทคำสวด ยังรวมทั้งเรื่องการทำงาน อาชีพ หน้าที่ต่อสังคม ฯลฯ

2.2 ความเชื่อและการปฏิบัติตนของหญิงตั้งครรภ์ชาวไทยมุสลิม

ในทัศนะของอิสลามจุดมุ่งหมายหนึ่งของการแต่งงานคือ การตั้งครรภ์และมีบุตร ฉะนั้นคู่สมรสจึงพร้อมที่จะมีบุตร โดยไม่ต้องตระหนักว่าอายุจะน้อยกว่า 17 ปี หรือมากกว่า 35-40 ปี หรือต้องเว้นระยะห่างการมีบุตรด้วยการคุมกำเนิด โดยเชื่อว่า อัลลอฮ์ชูบฮานะฮฺจะอาลา ให้ผู้หญิงมีประจำเดือนหมายถึง ร่างกายพร้อมที่จะมีบุตร และผู้หญิงที่หมดประจำเดือนแล้วจะมีบุตรไม่ได้ (อามีนะห์ ดำรงผล, 2544: 44) ซึ่งความเชื่อดังกล่าวอาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่อหญิงตั้งครรภ์ และส่งผลกระทบต่อทารกในครรภ์ จากการศึกษาในสตรีมุสลิม พบว่า สตรีส่วนใหญ่แต่งงานตั้งแต่อายุยังน้อย เพราะวัฒนธรรมของชาวไทยมุสลิมสนับสนุนการแต่งงานและการมีบุตร โดยส่วนใหญ่แต่งงานหลังสำเร็จการศึกษาภาคบังคับคือประถมศึกษา (จินตนา หาญวัฒนกุล, 2547: 113; บุญแสง บุญอำนวยกิจ, 2542: 166; พันธ์ิ ขันติกาโร, 2542: 88; วรรณ บัวขาว, 2545: 55; วันเต็ม สังข์ขาว, 2544)

สตรีมุสลิมที่ศรัทธาในข้อกำหนดของอัลลอฮ์ชูบฮานะฮฺจะอาลาอย่างแท้จริง จะไม่วางแผนในการกำหนดเพศของบุตร หรือวางแผนในการมีบุตรโดยการคุมกำเนิด ยกเว้นในกรณีที่เกรงว่าการตั้งครรภ์และการคลอดจะเป็นอันตรายต่อชีวิตตนเองและทารก ทั้งนี้อยู่ในดุลยพินิจของแพทย์มุสลิมที่มีศรัทธา (อามีนะห์ ดำรงผล, 2544: 44-53) ดังนั้นความเชื่อตามหลักคำสอนทางศาสนาอิสลาม จึงมีบทบาทต่อการคุมกำเนิดของชาวไทยมุสลิม (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2541) ทั้งนี้หญิงตั้งครรภ์ชาวไทยมุสลิมมีข้อต้องปฏิบัติเพิ่มขึ้นจากชาวมุสลิมทั่วไปดังนี้ (สุदारตน์ ธีระวร, 2549: 8-49)

1) เพศผู้ให้บริการในการฝากครรภ์ หญิงตั้งครรภ์ชาวไทยมุสลิมส่วนใหญ่ต้องการให้ผู้ตรวจครรภ์เป็นผู้หญิง เพราะรู้สึกไม่ลำบากใจที่จะซักถามหรือขอคำปรึกษา บางคนมีความเชื่อว่า ผู้หญิงมุสลิมจะพูดหรือทำอะไรกับผู้ชายอื่นไม่ได้ การที่หญิงตั้งครรภ์มุสลิมมารับบริการจากเจ้าหน้าที่เพศชายถือว่าบาป เนื่องจากหลักศาสนาอิสลามห้ามสตรีมุสลิมอวดโชว์ความงาม พูดจาเข้ายวน หรือมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ชายอื่นที่ไม่ใช่สามี พ่อ พี่ชาย น้องชาย หรือญาติใกล้ชิด ในขณะที่เดียวกันผู้ชายอื่นห้ามมองผิวกายของสตรีอื่นที่มีใช้กรรยา เพื่อป้องกันปัญหาการล่วงละเมิดทางเพศ ทั้งนี้สตรีอิสลามสามารถมีปฏิสัมพันธ์กับชายอื่นในกรณีที่เป็น เช่น เพื่อการรักษา การตรวจครรภ์ หรือทำคลอด ภายใต้เงื่อนไขว่า ต้องเป็นเพศหญิงที่นับถือศาสนาอิสลามเป็นลำดับแรก ศาสนาอนุญาตให้มองดูวัยะต่างๆ ที่มีขอบเขตที่กว้างกว่าต่างประเทศ และการนับถือศาสนาอิสลามเหมือนกันย่อมมีความเข้าใจหลักเกณฑ์ต่างๆ เกี่ยวกับการปฏิบัติต่อผู้ป่วยตามหลักอิสลามได้ดีกว่า ศาสนิกชนอื่น รองลงมาอนุญาตให้เป็นเพศหญิงที่นับถือศาสนาอื่น ในกรณีที่ไม่มีเพศหญิงที่นับถือศาสนาอิสลาม แต่ในกรณีที่ไม่มีผู้ให้บริการเพศหญิง อนุญาตให้เป็นเพศชายที่นับถือศาสนาอิสลาม และลำดับสุดท้ายคือ ผู้ให้บริการเพศชายที่นับถือศาสนาอื่น (สุดารัตน์ ชีระวร, 2549: 9) จากการศึกษาของ พันธิ ชันติกาโร (2542) ที่ศึกษาปัจจัยเกี่ยวกับการไม่ฝากครรภ์ของหญิงตั้งครรภ์มุสลิมที่อาศัยอยู่ในหมู่บ้านแห่งหนึ่งของจังหวัดภาคใต้ตอนล่าง พบว่า หญิงตั้งครรภ์มุสลิมเชื่อว่าการไปฝากครรภ์ที่สถานบริการสาธารณสุขมีโอกาสทำผิดหลักศาสนาในระดับมาก โดยเฉพาะหากผู้ให้บริการฝากครรภ์และทำคลอดเป็นผู้ชาย จึงเป็นเหตุของการไม่ไปฝากครรภ์ที่สถานบริการสาธารณสุข อย่างไรก็ตามจากการศึกษาของ วันเต็ม สังข์ขาว (2544) พบว่า มารดาวัยรุ่นมุสลิมในจังหวัดนราธิวาสเห็นความจำเป็นและความปลอดภัยของแม่และลูกเพิ่มขึ้น จึงไม่เห็นด้วยกับความเชื่อที่ว่า การไปใช้บริการที่สถานบริการสาธารณสุขมีโอกาสผิดหลักศาสนา เนื่องจากอาจต้องคลอດกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่เป็นผู้ชาย

2) การถือศีลอดขณะตั้งครรภ์ การถือศีลอดเป็นระยะเวลา 1 เดือนในช่วงเดือนรอมฎอนเป็นศาสนกิจภาคบังคับเหนือมุสลิมทั้งชายและหญิง ไม่ว่าตั้งครรภ์อยู่หรือไม่ก็ตาม การตั้งครรภ์โดยทั่วไปจึงมิใช่ข้อห้ามหรือข้อผ่อนผันให้ละเว้นการถือศีลอด หญิงตั้งครรภ์มุสลิมส่วนใหญ่จึงถือศีลอด เพราะมีความยึดมั่นในศาสนา ไม่ต้องการให้เสียศีลอดในเดือนรอมฎอน ในขณะที่บางคนไม่ต้องการถือศีลอดชัดเจนหลังจากคลอด และเชื่อว่าการถือศีลอดในช่วงเดือนรอมฎอนจะได้บุญมากกว่าช่วงอื่นๆ รวมทั้งหญิงตั้งครรภ์ไม่เชื่อว่าการถือศีลอดในช่วงตั้งครรภ์อาจจะมีผลต่อทารกในครรภ์ ทำให้มีน้ำหนักตัวน้อยกว่าปกติ ดังนั้นหญิงตั้งครรภ์จึงปฏิเสธการรับบริการบางอย่างที่คิดว่าจะต้องทำให้เสียศีลอด เช่น การตรวจภายใน การฉีดวัคซีน หรือยาอื่นๆ อย่างไรก็ตามถ้าหากหญิงตั้งครรภ์กลัวว่าจะเกิดอันตรายกับตัวเองหรือทารกในครรภ์ หากถือ

ศีลอด โดยมีเหตุผลอันควรเชื่อถือ เช่น ข้อมูลทางการแพทย์ หรือคำแนะนำจากแพทย์ ในกรณีนี้ อนุโลมให้หญิงตั้งครรภ์ละเว้นการถือศีลอดในเดือนรอมฎอนได้ และหากมั่นใจว่าการถือศีลอดทำให้ทารกในครรภ์ถึงแก่ความตาย ห้ามมิให้หญิงตั้งครรภ์ถือศีลอดเพราะเท่ากับฆ่าลูกในครรภ์ หรือนำตัวเองไปสู่อันตรายซึ่งเป็นสิ่งต้องห้ามในศาสนาอิสลาม แต่จะต้องมีการถือศีลอดในเดือนอื่นชดเชย เมื่อมีความสามารถ หรือมีการบริจาทานแก่คนยากจนทุกๆ วันแทน โดยไม่ต้องถือศีลอดทดแทน(มยุรา วงษ์สันต์, 2546: 56) จากการศึกษาของ พันธิ์ ขันติการโร (2542) พบว่า หญิงตั้งครรภ์มุสลิมไม่ยอมเสียศีลอด เนื่องจากเชื่อว่า การถือศีลอดในขณะตั้งครรภ์จะไดบุญเป็น 2 เท่า เพราะจะต้องลำบากและอดทนมากกว่าคนปกติ ประกอบกับการเสียศีลอดทำให้ต้องบริจาทานให้กับคนยากจนแทน เช่น บริจาคข้าวสาร วันละ 1 ลิตร หากบริจาคน้อย จะไม่ได้รับการไถ่บาป ทำให้หญิงตั้งครรภ์ซึ่งมีฐานะยากจน ไม่ยินยอมที่จะเสียศีลอด

3) การฝากครรภ์กับโต๊ะบีแด (ผดุงครรภ์โบราณ)

โต๊ะบีแด หรือผดุงครรภ์โบราณ เป็นบุคคลที่ชาวบ้านให้ความนับถือ และให้ความไว้วางใจในการไปฝากครรภ์และทำคลอด แม้ปัจจุบันหญิงตั้งครรภ์มุสลิมจะฝากครรภ์กับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมากขึ้น แต่ก็ยังฝากครรภ์กับผดุงครรภ์โบราณควบคู่กันไป ด้วยเหตุผลที่เมื่อไปคลอดที่โรงพยาบาลไม่ทันจะได้ตามผดุงครรภ์โบราณมาทำคลอด และในบางรายต้องการคลอดกับผดุงครรภ์โบราณ แต่ฝากครรภ์กับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเพื่อขอสูติบัตร และสะดวกในการส่งต่อเนื่องจากมีประวัติที่สถานบริการแล้ว การไปฝากครรภ์กับโต๊ะบีแดจึงเปรียบเสมือนการไปพบผู้เชี่ยวชาญ ดังนั้นจึงไม่ขัดต่อหลักศาสนาอิสลาม เพียงแต่อิสลามไม่ได้กำหนดว่าทุกคนต้องไปฝากครรภ์กับโต๊ะบีแดเสมอไป การฝากครรภ์กับแพทย์ หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข หรือผู้ที่มีความเชี่ยวชาญในสาขานั้นก็กระทำได้ หรือจะไม่ฝากครรภ์เลยก็ไม่ถือเป็นเรื่องผิดหลักศาสนาอิสลาม หากไม่มีอะไรผิดปกติในขณะตั้งครรภ์ อย่างไรก็ตาม โต๊ะบีแด ต้องมีความรู้ความสามารถในการตรวจหรือทำคลอดได้ มิฉะนั้นต้องรับผิดชอบในความเสียหายที่เกิดขึ้นจากความไม่รู้จริงของตนตามที่ท่านนบีมุฮัมมัด กล่าวว่า “ผู้ใดปฏิบัติทางการแพทย์โดยไม่มีความรู้ทางแพทยมาก่อน ผู้นั้นจะต้องรับผิดชอบค่าเสียหาย” (สุคาร์ตัน ธีระวร, 2549) จากการศึกษาถึงภูมิปัญญาของผดุงครรภ์โบราณในการดูแลสุขภาพอนามัยกลุ่มหญิงตั้งครรภ์และทารกชาวไทยมุสลิมใน 5 จังหวัดชายแดนภาคใต้ พบว่าส่วนใหญ่มีการสืบทอดการเป็นผดุงครรภ์โบราณมาจากบรรพบุรุษ และร้อยละ 80 เคยผ่านการอบรมผดุงครรภ์จากสถานบริการสาธารณสุข ในระยะตั้งครรภ์สามารถตรวจความก้าวหน้าของการตั้งครรภ์ ตรวจดูการกลับหัวของทารกในครรภ์ทุกเดือน หากพบทารกอยู่ในท่าผิดปกติจะทำการจัดทำของทารกในครรภ์ ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการรับประทานอาหารแสง ในระยะคลอดโต๊ะบีแดสามารถทำคลอดโดยดึงเฉพาะหัวเด็ก จะไม่กดฝีเย็บ จนกระทั่งทารกคลอดออกมาทั้งตัว เมื่อรกคลอดจึงจะตัดสายสะดือ (สุธน พรบัณฑิตปัทมา, 2548)

จากข้อมูลข้างต้นแสดงให้เห็นถึงบทบาทของโตะปีแดบางอย่างยังไม่เหมาะสม เช่น การจัดทำทารกในครรภ์ เนื่องจากการหมุนเปลี่ยนท่าทารกในครรภ์อาจเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆได้ เช่น หัวใจทารกเดินช้า ซึ่งเป็นภาวะที่พบบ่อยเชื่อว่าเกิดจากการที่ทารกขาดออกซิเจนชั่วคราว เนื่องจากมีความดันในมดลูกเพิ่มขึ้นระหว่างท่าหักถากนี้ นอกจากนั้นยังอาจพบรกลอกตัวก่อนกำหนด มดลูกแตก สายสะดือพันกัน (ปิยะรัตน์ สัมฤทธิ์ประดิษฐ์, 2548: 259) ซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนที่โตะปีแดไม่สามารถประเมน และให้ความช่วยเหลือได้ ดังนั้นจึงจำเป็นต้องส่งเสริมให้หญิงตั้งครรภ์ชาวไทยมุสลิมมีความเข้าใจในบทบาทและความสามารถของผดุงครรภ์โบราณ เพื่อเป็นข้อมูลในการตัดสินใจเลือกใช้บริการที่ไม่ก่อให้เกิดอันตรายแก่หญิงตั้งครรภ์และทารกในครรภ์

จากการศึกษาของ จินตนา หาญวัฒนกุล (2547) พบว่าหญิงตั้งครรภ์ไทยมุสลิมในชุมชน นิยมรับบริการดูแลครรภ์จากสถานพยาบาลใกล้บ้าน ร่วมกับดูแลครรภ์โดยใช้วิธีการแบบพื้นบ้านที่ปฏิบัติสืบต่อกันมา โดยรับรู้ว่าการดูแลครรภ์จากสถานพยาบาลและแบบพื้นบ้านต่างก็ช่วยสร้างเสริมสุขภาพเช่นกัน การใช้ภูมิปัญญาพื้นบ้านได้แก่ การกินและหรือทาน้ำและหรือน้ำมันที่ผ่านการทำพิธีสวดขอพร ฝากท้องและยกท้องกับผดุงครรภ์โบราณ การทำพิธีแนแน การกินอาหารและสมุนไพร ได้แก่ กินผักผลไม้ กินน้ำแช่ดอกไม้จากเมกกะ กินรากไม้ และปฏิบัติตามความเชื่อเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ ได้แก่ ปฏิบัติตามความเชื่อทางศาสนา ปฏิบัติตามความเชื่อในการดำเนินชีวิตประจำวัน เช่น เกี่ยวกับการศึกษาของ บุญแสง บุญอำนวยกิจ (2542) และวันเต็ม สังข์ขาว (2544) ที่พบว่าหญิงตั้งครรภ์บางคนฝากครรภ์กับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเพื่อทราบภาวะสุขภาพ และต้องการการรับรองการเกิด เพราะเป็นเงื่อนไขของทางราชการในการออกใบสูติบัตร แต่หญิงตั้งครรภ์บางรายถึงแม้ตั้งใจจะไม่คลอติดกับผดุงครรภ์โบราณ แต่ก็ต้องฝากครรภ์กับผดุงครรภ์โบราณด้วยเพราะถือเป็นธรรมเนียมปฏิบัติกันมา โดยเฉพาะหญิงตั้งครรภ์ที่มีผู้อาวุโส เช่น มารดา ย่า ยาย

4) การทำพิธีแนแนในหญิงตั้งครรภ์แรก

การทำพิธีแนแน เป็นการทำพิธีลูบไล้ครรภ์ และทำลายอาถรรพ์เพื่อความ เป็นสิริมงคลกับมารดาและทารก วิธีการทำพิธีแนแนจะแตกต่างกันไปแล้วแต่ความเชื่อของแต่ละบุคคล โดยจะทำเมื่อตั้งครรภ์ครบ 7 เดือน ทำเฉพาะหญิงตั้งครรภ์ครั้งแรก วิธีการทำ เช่น ทำในวันข้างแรม ไข่มะพร้าว 3 ลูก นำมาปลอกเปลือก 1 ลูก (ทาน้ำมันลูบนครรภ์) อีก 2 ลูก เาะเอาเปลือก ผูกติดกัน (วางไว้ปลายเท้าหญิงตั้งครรภ์) นึ่งข้าวเหนียว อย่างปลาเค็ม เชิญโตะปีแด และโตะลิอบา (ผู้ทรงคุณวุฒิทางศาสนา เช่น โตะอิหม่าม) มาร่วมทำพิธีขอพรต่อพระผู้เป็นเจ้า (ประทุม ชุมเพ็งพันธุ์, 2541 อ้างใน สุภารัตน์ ธีระวร, 2549: 24)

การทำพิธีเนแก่มิถือเป็นพิธีทางศาสนาอิสลาม เป็นเพียงการปฏิบัติสืบต่อกันมา ไม่เกี่ยวข้องกับหลักศาสนาแต่อย่างใด ในการปฏิบัติถ้าหากเป็นการถูปลี้ตามปกติที่ประกอบด้วยการขอพรต่ออัลเลาะห์ หรือมีคำอ่านที่เป็นอัลกุรอานก็สามารถปฏิบัติได้ มิถือว่าผิดหลักศาสนาอิสลาม แต่ถ้าถูปลี้โดยใช้สิ่งของ หรือถ้อยคำอื่นที่ไม่ใช่คำขอพรต่ออัลเลาะห์ หรือไม่ใช่อัลกุรอาน อาจเข้าข่ายการตั้งภาคีต่ออัลเลาะห์ ถือว่าเป็นความผิดอย่างใหญ่หลวงในอิสลาม (สุदारัตน์ ชีระวร, 2549: 26) จากการศึกษาของ จินตนา หาญวัฒนกุล (2547) พันณี ชันติกาโร (2542) วันเต็ม สังข์ขาว (2544) และยุพดี มณีนวล (2548) พบว่า หญิงตั้งครรภ์ชาวไทยมุสลิมที่ตั้งครรภ์แรกนิยมทำพิธีเนแกเมื่ออายุครรภ์ได้ 7 เดือน เพราะเชื่อว่าจะช่วยป้องกันอันตรายจากการตั้งครรภ์และการคลอด ดังนั้นประโยชน์และคุณค่าของการทำพิธีเนแกคือการช่วยสร้างความมั่นใจในการคลอด และบรรเทาความกลัวผลอันไม่พึงปรารถนาจากการตั้งครรภ์ และการคลอด เช่น กลัวเจ็บ กลัวคลอดยาก กลัวเสียชีวิต ให้กับหญิงตั้งครรภ์แรกที่ไม่เคยมีประสบการณ์ในการตั้งครรภ์และการคลอดมาก่อนได้ (จินตนา หาญวัฒนกุล, 2547: 76) ดังนั้นหากหญิงตั้งครรภ์มุสลิมมีความเชื่อและปฏิบัติตามพิธีกรรมดังกล่าว จะช่วยให้หญิงตั้งครรภ์เกิดความเชื่อมั่น บรรเทาความกลัว เกิดประโยชน์ทางด้านจิตใจ ไม่เป็นอันตรายต่อสุขภาพของมารดาและทารกในครรภ์

5) อาหารสำหรับหญิงตั้งครรภ์

หญิงตั้งครรภ์มุสลิมมีความเชื่อว่า การรับประทานอาหารมากๆ รวมทั้งรับประทานยาบำรุง เช่น ยาเสริมธาตุเหล็กจะทำให้ทารกในครรภ์ตัวโตคลอดยาก และมีกรงดอาหารบางอย่างในระหว่างการตั้งครรภ์ เช่น ห้ามรับประทานผลไม้ที่สัต์วักิน (เช่น มะละกอ สับปะรด) เพราะอาจทำให้เด็กนิสยไม่ดี ห้ามดื่มน้ำร้อน เพราะจะทำให้เด็กไม่แข็งแรง อาจคลอดก่อนกำหนด ห้ามดื่มน้ำใน กละมะะพริ้ว เพราะกลัวทารกปากกว้าง เป็นต้น ปัจจุบันการค้นคว้าวิจัยทางวิทยาศาสตร์ทำให้พบรายละเอียดเกี่ยวกับอาหารที่มีประโยชน์ หากหญิงตั้งครรภ์ได้ทราบและเข้าใจเกี่ยวกับข้อมูลทางโภชนาการจะทำให้หญิงตั้งครรภ์ชาวไทยมุสลิมได้รับประโยชน์จากการรับประทานอาหาร และได้ปฏิบัติตามเจตนารมณ์แห่งโองการอัลกุรอาน (สุदारัตน์ ชีระวร, 2549: 28)

จากการศึกษาของสุมาลีกา เปี่ยมมงคล และคณะ (2542) พบว่าหญิงตั้งครรภ์ชาวไทยมุสลิมในชนบทของจังหวัดปัตตานี มีพฤติกรรมการไม่รับประทานยาเสริมธาตุเหล็ก หรือรับประทานไม่สม่ำเสมอ (ร้อยละ 14 ไม่รับประทานยาที่รับไป และร้อยละ 59 มีการรับประทานยาเป็นบางครั้ง โดยรับประทาน 1 ครั้งต่อ 3 เดือน ถึง 2 ครั้งต่อสัปดาห์) และมีการบริโภคอาหารที่ให้พลังงานน้อยกว่าความต้องการ รวมไปถึงการรับประทานอาหารที่มีสารยับยั้งการดูดซึมธาตุเหล็ก ซึ่งเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะโลหิตจางของหญิงตั้งครรภ์ชาวไทยมุสลิมในชนบทของจังหวัดปัตตานี สอดคล้องกับผลการดำเนินงานด้านอนามัยแม่และเด็กของอำเภอ

ปะนาละ ปิงบประมาณ 2552 พบว่าหญิงตั้งครรภ์มีภาวะซีด ร้อยละ 14 (เกณฑ์ไม่เกินร้อยละ 10) (โรงพยาบาลปะนาละ, 2552) ดังนั้นจึงจำเป็นต้องส่งเสริมให้หญิงตั้งครรภ์ชาวไทยมุสลิมมีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับการบริโภคอาหารที่เหมาะสม เพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่อาจจะเกิดขึ้นกับตนเองและทารกในครรภ์

6) พฤติกรรมที่ห้ามปฏิบัติในขณะตั้งครรภ์

ในขณะตั้งครรภ์หญิงตั้งครรภ์มุสลิมมีข้อห้ามที่ปฏิบัติสืบต่อกันมา บางรายยังถือปฏิบัติอยู่ เนื่องจากทำให้รู้สึกสบายใจ ได้แก่

- ห้ามไม่ให้หญิงตั้งครรภ์ทำการใดๆ อันจะเป็นการทำร้ายสัตว์ หรือต้นไม้ เช่น หักขาปู ผูกต้นไม้ เพราะจะทำให้ลูกที่คลอดออกมาพิการ
- ไม่ดื่มน้ำมาก หรืออาบน้ำกลางคืน เพราะจะทำให้เด็กโต หรือได้ลูกเป็นแผล และการรับประทานกล้วยเผดจะทำให้คลอดลูกแผล
- ไม่เตรียมของใช้ก่อนคลอด เพราะกลัวทารกจะคลอดยาก ทารกตาย
- ห้ามเดินตอนเย็น หรือตอนตะวันตกดิน เพราะกลัวอุ้งน้ำเป็นเลือดเวลาคลอดจะเจ็บมาก
- ห้ามอาบน้ำในตอนพระอาทิตย์ตกดิน โดยเฉพาะช่วงที่ท้องฟ้าเป็นสีแดง เพราะจะทำให้ตกเลือด
- ให้หญิงตั้งครรภ์ใช้เชือกผูกหน้าท้อง เพราะกลัวลูกจะลอยขึ้น โดยปกติในระยะตั้งครรภ์พบว่าระบบทางเดินหายใจของหญิงตั้งครรภ์มีการเปลี่ยนแปลง ปอดถูกกดเบียด กระบังลมถูกกดดันให้สูงขึ้นประมาณ 4 เซนติเมตร ปอดจึงขยายออกด้านข้าง ทำให้เส้นรอบวงของทรวงอกเพิ่มขึ้น หญิงตั้งครรภ์ส่วนใหญ่จะหายใจตื้น หายใจลำบาก (วัฒนา ศรีพจนารถ, 2545: 35; Pillteri, 2010: 234) ดังนั้นหากหญิงตั้งครรภ์ใช้เชือกผูกหน้าท้องจะส่งผลให้ประสิทธิภาพในการทำงานของระบบทางเดินหายใจลดลง เสี่ยงต่อการเกิดการได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอ หากหญิงตั้งครรภ์ปฏิบัติตามความเชื่อนี้ อาจก่อให้เกิดอันตรายทั้งแก่มารดาและทารกในครรภ์ได้

7) การมีเพศสัมพันธ์ในขณะตั้งครรภ์ ศาสนาอิสลามมีบทบัญญัติ สามีภรรยาสามารถมีเพศสัมพันธ์รูปแบบหรือท่าใดก็ได้ แต่ต้องไม่ใช่ขณะที่ภรรยามีประจำเดือน และมีไข้ทางทวารหนัก แต่ไม่ปรากฏหลักฐานห้ามระหว่างตั้งครรภ์ ทั้งในช่วงแรกเริ่มตั้งครรภ์หรือขณะอายุครรภ์มาก นอกจากกรณีที่ทำให้เกิดอันตรายแก่ฝ่ายใดฝ่ายหนึ่งรวมถึงทารกในครรภ์ โดยเฉพาะถ้ามีข้อมูลทางการแพทย์ยืนยันว่าการร่วมเพศในช่วงเวลาดังกล่าว จะส่งผลกระทบที่เป็นอันตรายต่อมารดาและทารกในครรภ์ จะถือว่าเป็นสิ่งต้องห้ามในอิสลาม ทั้งนี้หญิงตั้งครรภ์มุสลิมเชื่อว่า การร่วมเพศเมื่ออายุครรภ์ 32 สัปดาห์ขึ้นไป จะทำให้ทารกมีไข้เต็มตัว จากการศึกษาของ สุชน

พรบัณฑิตปีทมา (2548) เกี่ยวกับการให้คำแนะนำเกี่ยวกับการมีเพศสัมพันธ์ในระหว่างการตั้งครรภ์ของผดุงครรภ์โบราณ ส่วนมากไม่ห้ามการมีเพศสัมพันธ์ในระหว่างการตั้งครรภ์ แต่ให้เว้นในช่วงท้องอ่อน 1-2 เดือน และห้ามตั้งแต่อายุครรภ์ 5-7 เดือนขึ้นไป สอดคล้องกับคำแนะนำในการมีเพศสัมพันธ์ระหว่างตั้งครรภ์ ที่ไม่มีข้อห้ามในการมีเพศสัมพันธ์ตลอดการตั้งครรภ์ ยกเว้นในรายที่มีภาวะแทรกซ้อน เช่น การแท้งบุตร เจ็บครรภ์ก่อนกำหนด เป็นต้น และควรมีการปรับเปลี่ยนท่าของการมีเพศสัมพันธ์ในไตรมาสสุดท้ายของการตั้งครรภ์ เพื่อหลีกเลี่ยงการกระทบกระเทือนต่อการตั้งครรภ์ (Pilliteri, 2007: 275; พวงน้อย สาครรัตนกุล และจันทิมา ขนบดี, 2547: 134)

จากข้อมูลข้างต้นแสดงให้เห็นว่า ถึงแม้ปัจจุบันความเจริญทางด้านเทคโนโลยี การเข้าถึงบริการทางสุขภาพ และความเปลี่ยนแปลงทางสังคมจะเพิ่มโอกาสในการเรียนรู้ให้แก่สตรีไทยมุสลิม แต่หญิงตั้งครรภ์ชาวไทยมุสลิมโดยเฉพาะในเขตชุมชนของจังหวัดชายแดนภาคใต้ ยังคงได้รับอิทธิพลจากความเชื่อทางศาสนา วัฒนธรรม และประเพณีปฏิบัติของท้องถิ่น โดยถ่ายทอดผ่านทาง การปฏิบัติพฤติกรรมต่างๆ ที่เป็นเอกลักษณ์เฉพาะกลุ่ม แสดงให้เห็นถึงความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อตามวัฒนธรรมและรูปแบบของพฤติกรรม จากการศึกษาของ วันเต็ม สังข์ขาว (2544) เกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการใช้บริการการคลอดของมารดาวัยรุ่นมุสลิม จังหวัดนราธิวาส จำนวน 140 คน โดยแบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มศึกษาเป็นมารดาวัยรุ่นมุสลิมที่คลอดที่บ้าน และกลุ่มควบคุมเป็นมารดาวัยรุ่นที่คลอดที่สถานบริการทางการแพทย์ พบว่า ความเชื่อตามวัฒนธรรมอิสลามมีความสัมพันธ์กับการใช้บริการการคลอดของกลุ่มตัวอย่าง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) โดยกลุ่มตัวอย่างที่มีความเชื่อตามวัฒนธรรมอิสลามสูงกว่าจะเลือกคลอดที่บ้านมากกว่าเป็น 13.5 เท่า (95% CI = 4.0 – 44.8) ของกลุ่มตัวอย่างที่มีความเชื่อตามวัฒนธรรมอิสลามต่ำกว่า และยังพบว่ามารดาวัยรุ่นมุสลิมที่คลอดที่บ้านมีความเชื่อเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ การคลอด และการดูแลหลังคลอดทั้งทางวัฒนธรรมอิสลาม และทางหลักศาสนาสูงกว่ากลุ่มมารดาวัยรุ่นที่คลอดที่สถานบริการทางการแพทย์ นอกจากนี้ สมศรี บุญจันทร์ (2548) พบว่าความเชื่อ ศาสนา และวัฒนธรรมต่อการดูแลสุขภาพตนเองขณะตั้งครรภ์ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ชาวไทยมุสลิม

แนวคิดเกี่ยวกับความเชื่อถือ ศรัทธาและความยึดมั่นในการปฏิบัติตามหลักการของศาสนาตั้งแต่การดำเนินชีวิตประจำวันของคนปกติ ชีวิตสมรส ตลอดจนการตั้งครรภ์และการคลอด แสดงให้เห็นถึงความแตกต่างของรูปแบบพฤติกรรมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ชาวไทยมุสลิม ดังนั้น การทำความเข้าใจเกี่ยวกับข้อมูลข้างต้นจะเป็นพื้นฐานสำคัญที่จะทำให้การวิจัยครั้งนี้เข้าถึงข้อมูลที่แท้จริงอันเกิดจากบริบทของชุมชนที่ทำการศึกษา เพื่อนำไปสู่การพัฒนาบริการด้านสาธารณสุขที่

สอดคล้องกับวัฒนธรรมของพื้นที่ ส่งผลให้ผู้รับบริการสามารถเข้าถึงบริการโดยไม่รู้สึกรัดกับความรู้สึก เกิดความพึงพอใจในบริการ และเป็นการลดช่องว่างระหว่างผู้ให้บริการกับผู้รับบริการได้

3. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ ตามแนวคิด

Pender's Health Promotion Model

1. ปัจจัยส่วนบุคคล

ปัจจัยส่วนบุคคล (Personal factor) เป็นปัจจัยเฉพาะของแต่ละบุคคล ประกอบด้วย ปัจจัยด้านชีววิทยา (Biologic) ปัจจัยด้านจิตวิทยา (Psychological) ปัจจัยด้านสังคมวัฒนธรรม (Sociocultural) (Pender, 2006: 52) เพนเดอร์ได้อธิบายว่า ปัจจัยส่วนบุคคลเป็นลักษณะภายในของบุคคล ทำให้บุคคลมีความรู้สึกนึกคิด และการแสดงพฤติกรรมที่ต่างกัน ซึ่งปัจจัยส่วนบุคคลจะมีอิทธิพลทั้งทางตรงและทางอ้อมต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพจากการทบทวนวรรณกรรมพบรายงานการศึกษาที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยส่วนบุคคลและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพดังนี้

อายุ

เพนเดอร์ (2006) กล่าวว่า อายุเป็นปัจจัยทางชีววิทยา (biological factor) ที่มีอิทธิพลโดยตรงต่อโน้ตทัศน์ด้านความคิดและการรับรู้ที่เฉพาะเจาะจงต่อการแสดงพฤติกรรม นอกจากนั้นยังพบว่า อายุมีส่วนสัมพันธ์กับพัฒนาการด้านอารมณ์ กล่าวคือ เมื่อหญิงตั้งครรภ์อายุมากขึ้นจะมีวุฒิภาวะเพิ่มขึ้น ทำให้สามารถปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ได้ดี มีความรับผิดชอบต่อสุขภาพอนามัยของตนเองได้มากขึ้น โดยพบว่าหญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุน้อยกว่าจะมีพฤติกรรมป้องกันโรคและการส่งเสริมสุขภาพที่ต่ำกว่าหญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุน้อยกว่า (Lowenstein & Rinehart, 1981: อ้างใน ปุญญาสา พรหมมา, 2551: 31) สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า อายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของ หญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลศิริราช โรงพยาบาลราชวิถี และวิทยาลัยแพทยศาสตร์และเวชพยาบาล ($r = .207, p < .01$) (Thanomroop, 2000) หญิงหลังคลอดที่มีประวัติการฝากครรภ์หลังอายุครรภ์ 12 สัปดาห์ หรือไม่เคยฝากครรภ์ ($r = .143, p < .05$) (Arethiwetch, 2003) และหญิงตั้งครรภ์แรก ($r = .24, p < .05$) (ศิริวรรณ ทุมเชื้อ และคณะ, 2548)

ในทางตรงกันข้ามบางรายงานพบว่า อายุไม่มีความสัมพันธ์กับการมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ วัชร แก้วสา (2544: 115) ได้ทำการศึกษากลุ่มหญิงตั้งครรภ์ในอำเภอวังสะพุง จังหวัดเลย จำนวน 222 คน พบว่า ปัจจัยด้านอายุไม่มีความสัมพันธ์กับการมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ โดยได้อธิบายว่ากลุ่มตัวอย่างเป็นหญิงตั้งครรภ์ที่อาศัยอยู่ในชนบท ส่วนใหญ่ยังคงมีอาชีพเกษตรกรรมต้องทำงานหนักในขณะตั้งครรภ์ และมีความเชื่อว่าการตั้งครรภ์เป็นเรื่องธรรมดา

โดยเฉพาะอย่างยิ่งหญิงตั้งครรภ์ในครรภ์หลัง ๆ จึงทำให้หญิงตั้งครรภ์ในแต่ละช่วงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่แตกต่างกัน เช่นเดียวกับ ปุณยธิดา พรหมมา (2551) ที่ทำการศึกษากิจกรรมสุขภาพปัจจัยส่วนบุคคล และผลลัพธ์ของการตั้งครรภ์ของหญิงตั้งครรภ์ชาวไทยภูเขาในอำเภอแม่สะเรียง จังหวัดแม่ฮ่องสอน ก็พบว่า หญิงตั้งครรภ์ชาวไทยภูเขาที่มีอายุแตกต่างกัน มีพฤติกรรมสุขภาพไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ชาวไทยภูเขามีความเชื่อและวิถีชีวิตที่เฉพาะเจาะจงสำหรับชนเผ่า พฤติกรรมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ในช่วงวัยที่ต่างจึงไม่มีความแตกต่างกัน ในทำนองเดียวกัน อรุณี พึ่งแพง ศึกษาถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมาฝากครรภ์ครบหรือไม่ครบตามเกณฑ์ในหญิงตั้งครรภ์ที่มาคลอดบุตรในโรงพยาบาลศิริราช ซึ่งจัดว่าเป็นกลุ่มตัวอย่างที่อยู่ในสังคมเมืองและมีความหลากหลาย พบว่า อายุเป็นปัจจัยที่ไม่มีความสัมพันธ์กับการมาฝากครรภ์ครบหรือไม่ครบตามเกณฑ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อาจเนื่องมาจากการขาดความรู้ความเข้าใจในเรื่องการปฏิบัติตนในระหว่างการตั้งครรภ์ การไม่ตระหนักถึงความสำคัญและประโยชน์ของการมาฝากครรภ์ และการให้คำแนะนำต่างๆของเจ้าหน้าที่ยังไม่ทั่วถึงและไม่ต่อเนื่อง (อรุณี พึ่งแพง, 2544: 117-118)

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาเกี่ยวกับปัจจัยด้านอายุของหญิงตั้งครรภ์ชาวไทยมุสลิมพบว่า สตรีชาวไทยมุสลิมส่วนใหญ่แต่งงานตั้งแต่อายุยังน้อย โดยส่วนใหญ่แต่งงานหลังสำเร็จการการศึกษาภาคบังคับคือประถมศึกษา (จินตนา หาญวัฒนกุล, 2547: 113; บุญแสง บุญอำนวยกิจ, 2542: 166; พัฒน์ ชันติกาโร, 2542: 88; วรรณ บัวขาว, 2545: 55; วันเต็ม สังข์ขาว, 2544) เช่นเดียวกับการศึกษาของ ทวีสุข ฌ ระนอง และปารมี ทองสุกใส (2543) ที่พบว่าหญิงมุสลิมมักแต่งงานและมีบุตรก่อนอายุ 20 ปี จึงมีความจำเป็นที่จะต้องศึกษาถึงอายุของหญิงตั้งครรภ์ชาวไทยมุสลิมในอำเภอปะนาเระ จังหวัดปัตตานี เพื่อนำมาเป็นข้อมูลพื้นฐานให้การพัฒนากิจกรรมการพยาบาลที่เหมาะสมกับช่วงวัยที่อาจส่งผลต่อความรับผิดชอบด้านสุขภาพอนามัยต่อไป

ระดับการศึกษา

การศึกษาเป็นสิ่งสำคัญต่อการพัฒนาความรู้ ทักษะ และเจตคติที่ดีต่อการดูแลตนเอง ทำให้สามารถเข้าใจภาวะสุขภาพได้ดี ซึ่งจะเอื้อต่อการปฏิบัติกิจกรรมในการดูแลตนเอง (Orem, 1985: 86) วอลท์เกอร์และคณะ (1987) พบว่าระดับการศึกษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และเป็นตัวแปรที่อธิบายความผันแปรของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้ โดยผู้ที่มีการศึกษาสูงจะมีการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้มากกว่าผู้ที่มีการศึกษาน้อย สอดคล้องกับรายงานการศึกษาในประเทศไทยของ จารุณี ลิ้มระกุล (2541) ที่พบว่าระดับการศึกษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นพาหะโรคไวรัสตับอักเสบบี ($r = .237, p < .01$) เช่นเดียวกับ วชิรี แก้วสา (2544) พชรินทร์ ธรรมกร

บัญญัติ (2545) ที่พบว่าระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) เช่นเดียวกับ Kentaro และคณะ (2009) ได้ทำการศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างสถานะทางเศรษฐกิจสังคมกับการได้รับสารอาหารของหญิงตั้งครรภ์ชาวญี่ปุ่น จำนวน 1,002 รายในระหว่างการตั้งครรภ์ พบว่า ปัจจัยด้านการศึกษาที่มีความสัมพันธ์ทางบวกต่อรูปแบบการเลือกรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ในหญิงตั้งครรภ์ชาวญี่ปุ่น

อย่างไรก็ตามการศึกษาของ ดาริณี สุภาพ พบว่า ระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับการมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ที่ทำงานในโรงงานอุตสาหกรรม เนื่องจากทำการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่มีอาชีพเดียวกันระดับการศึกษาจึงไม่แตกต่างกันมากนัก กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จบชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 มีการรับบริการฝากครรภ์ที่คลินิกฝากครรภ์ ได้รับคำแนะนำหรือการให้สุขศึกษาเกี่ยวกับประโยชน์ของการกระทำพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และผลเสียของการกระทำพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในระดับที่ใกล้เคียงกัน (ดาริณี สุภาพ, 2542: 130) เช่นเดียวกับ ศิริวรรณ ทุมเชื้อ และคณะ ที่ศึกษาพบว่าระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์ทางสถิติกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ โดยอธิบายว่ากลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาส่วนใหญ่ (ร้อยละ 74) จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา หรืออาชีวศึกษา เมื่อกลุ่มตัวอย่างมาฝากครรภ์และได้รับคำแนะนำจากทีมสุขภาพทำให้มีความรู้ในการส่งเสริมสุขภาพ แต่ความรู้ที่ได้รับนั้นยังไม่นำไปสู่การปฏิบัติที่แท้จริง จึงทำให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่ยังไม่เหมาะสม

จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า หญิงตั้งครรภ์ชาวไทยมุสลิมส่วนใหญ่จบการศึกษาเพียงชั้นประถมศึกษา (จินตนา หาญวัฒนกุล, 2547; บุญแสง บุญอำนวยกิจ, 2542; พันธุ์ ชันติกาโร, 2542; วรรณ บัวขาว, 2545; วันเต็ม สังข์ขาว, 2544) อีกทั้งมีการศึกษาสายศาสนาควบคู่ไปด้วย จึงมีความจำเป็นที่จะต้องศึกษาถึงปัจจัยด้านระดับการศึกษาของหญิงตั้งครรภ์ชาวไทยมุสลิมเพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐาน และเป็นแนวทางในการวางแผนพัฒนารูปแบบกิจกรรมการพยาบาลที่เหมาะสมและสอดคล้องกับระดับความรู้ และรูปแบบการศึกษาของหญิงตั้งครรภ์ในชุมชน เพื่อให้เอื้อต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพต่อไป

รายได้ครอบครัว

รายได้ครอบครัวเป็นสิ่งที่แสดงถึงสถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคม ซึ่งนับเป็นปัจจัยทางสังคมวัฒนธรรม (sociocultural factors) ที่มีอิทธิพลโดยตรงต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและมีอิทธิพลโดยอ้อมผ่านมโนทัศน์ด้านความคิดและการรับรู้ที่เฉพาะเจาะจงต่อการแสดงพฤติกรรม (Pender et al., 2006) รายได้ครอบครัวเป็นสิ่งสำคัญต่อการได้มาซึ่งปัจจัยอื่นๆที่จำเป็นต่อการดำรงชีพ ครอบครัวที่มีรายได้สูงมีโอกาสเข้าถึงแหล่งประโยชน์ในสังคมและจัดหาทรัพยากรที่จำเป็นเพื่อการดูแลและส่งเสริมสุขภาพของตนและทารกในครรภ์ จากการทบทวนวรรณกรรมพบการศึกษาจำนวน

มากที่สุดสนับสนุนข้อมูลดังกล่าว โดยพบว่ารายได้ครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์กลุ่มต่างๆดังนี้ หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น ($r = .259, p < .001$) (มยุรี นิธิธรารดร, 2539) หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางขณะตั้งครรภ์ ($r = .25, p < .05$) (ยุคลธร แจ่มฤทธิ์ และคณะ, 2551) และหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง ($r = .269, p < .01$) (Thitasan, 2002)

ทั้งนี้ ปญญิสา พรหมมา ยังศึกษาพบว่า หญิงตั้งครรภ์ชาวไทยภูเขาในอำเภอแม่สะเรียง จังหวัดแม่ฮ่องสอน ที่มีรายได้ครอบครัวต่างกัน มีพฤติกรรมสุขภาพที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ($p < .001$) โดยกลุ่มที่มีรายได้ครอบครัวสูงจะมีโอกาสในการเข้าถึงแหล่งประโยชน์ และจัดหาทรัพยากรที่จำเป็นได้มากกว่ากลุ่มที่มีรายได้ครอบครัวต่ำ (ปญญิสา พรหมมา, 2551: 67) เช่นเดียวกับ อรุณี พึ่งแพง รายงานว่า รายได้ครอบครัวเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการฝากครรภ์ครบหรือไม่ครบตามเกณฑ์ของหญิงตั้งครรภ์ที่มาคลอดบุตรในโรงพยาบาลศิริราช อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ทั้งนี้เนื่องมาจากการที่หญิงตั้งครรภ์ที่มีรายได้ครอบครัวที่สูงกว่า จะมีเงินออมหรือการจัดแบ่งรายได้เพื่อใช้จ่ายในการไปรับบริการฝากครรภ์ได้ตามนัดอย่างสม่ำเสมอ ส่วนหญิงตั้งครรภ์ที่มีรายได้ครอบครัวต่ำไม่สามารถไปรับบริการฝากครรภ์ตามนัดได้อย่างสม่ำเสมอ เนื่องจากมีภาระในด้านอื่นๆ เช่น การประกอบอาชีพเพื่อหารายได้มาใช้จ่ายในครอบครัว ภาระในการดูแลครอบครัวและบุตร จึงทำให้มีจำนวนครั้งของการไปฝากครรภ์น้อย (อรุณี พึ่งแพง, 2544)

แตกต่างจากการศึกษาของ ดาริณี สุภาพ (2542) ที่พบว่า รายได้ไม่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ที่ทำงานในโรงงานอุตสาหกรรม อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษามีอาชีพรับจ้างเป็นพนักงานในโรงงานอุตสาหกรรม ระดับของรายได้จึงไม่มีความแตกต่างกัน แต่กลุ่มตัวอย่างมีความเอาใจใส่ในสุขภาพ เมื่อมารับบริการฝากครรภ์ก็จะได้รับความรู้และคำแนะนำในการปฏิบัติตนในระหว่าง การตั้งครรภ์ ส่งผลให้หญิงตั้งครรภ์กลุ่มพนักงานในโรงงานอุตสาหกรรมมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับดี

จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าหญิงตั้งครรภ์ชาวไทยมุสลิมส่วนใหญ่มีรายได้ครอบครัวน้อยกว่า 10,000 บาทต่อเดือน (วันเต็ม สังข์ขาว, 2544; ภาวิณี โภคสินจำรูญ, 2538) ซึ่งอาจเป็นข้อจำกัดในการเข้าถึงแหล่งประโยชน์ในสังคมและจัดหาทรัพยากรที่จำเป็นเพื่อการดูแลและส่งเสริมสุขภาพของตนและทารกในครรภ์ ดังนั้นจึงจำเป็นที่จะต้องศึกษาถึงรายได้ครอบครัวของหญิงตั้งครรภ์ชาวไทยมุสลิมในอำเภอปะนาเระ จังหวัดปัตตานี เพื่อทราบถึงสถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคมซึ่งเป็นปัจจัยที่อาจมีผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพต่อไป

อาชีพ

อาชีพเกี่ยวข้องกับลักษณะงาน การพักผ่อน และการจัดสรรเวลา เพื่อที่จะปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ หญิงตั้งครรภ์ที่เป็นแม่บ้านหรือมีอาชีพที่ต้องทำงานในบ้านอาจมีบุคคลในครอบครัวคอยช่วยเหลือ เพื่อให้สามารถปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ เช่น การพักผ่อน การออกกำลังกาย การผ่อนคลาย รวมถึงการดูแลสุขภาพด้านอื่นได้ตามเวลาที่ต้องการ แต่กลุ่มหญิงตั้งครรภ์ที่ต้องทำงานนอกบ้าน อาจมีลักษณะงานที่ต้องปฏิบัติด้วยตนเอง และต้องทำงานอย่างต่อเนื่อง ไม่เอื้ออำนวยต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้ตามเวลาที่ต้องการ นอกจากนี้ลักษณะงานที่ต้องใช้แรงงาน เช่น เกษตรกร หรืออาชีพรับจ้างใช้แรงงาน อาจทำให้หญิงตั้งครรภ์เหนื่อยล้าจากการทำงาน ส่งผลให้เป็นอุปสรรคต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ วัชร แก้วสา (2544) ที่พบว่า อาชีพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) จากการศึกษาพบว่าอาชีพรับราชการ และรัฐวิสาหกิจมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับดี ทั้งนี้เนื่องจากอาชีพมีความสัมพันธ์กับลักษณะส่วนบุคคลด้านอื่น เช่น การศึกษา รายได้ ดังนั้นอาชีพรับราชการ รัฐวิสาหกิจจึงเป็นผู้ที่มีรายได้ดีกว่าอาชีพรับจ้างทำให้มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดีกว่า ในทำนองเดียวกันพบรายงานว่า อาชีพมีความสัมพันธ์กับการมาฝากครรภ์ครบหรือไม่ครบตามเกณฑ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.01$) ซึ่งอาชีพพนักงานบริษัทส่วนใหญ่จะฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์มากที่สุด เนื่องจากมีระดับการศึกษาและมีฐานะทางเศรษฐกิจที่ดี สถานภาพของอาชีพเอื้ออำนวยให้มาฝากครรภ์ได้อย่างสม่ำเสมอ ตรงข้ามกับอาชีพค้าขายหรือประกอบอาชีพส่วนตัว ซึ่งเป็นอาชีพที่มีเวลาไม่แน่นอน คล้ายคลึงกับแม่บ้านที่มีภาระดูแลงานบ้านและครอบครัวค่อนข้างมากทำให้มาฝากครรภ์น้อยลง (อรุณี พึ่งแพง, 2544: 65) แต่จากการศึกษาของ กาญจนา นิ่มนุช (2548) พบว่า อาชีพไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เนื่องจากพบว่าปัจจุบันภาวะเศรษฐกิจและค่าครองชีพที่สูงขึ้น ส่งผลให้หญิงตั้งครรภ์ต้องช่วยครอบครัวประกอบอาชีพเพื่อหารายได้ ทำให้เกิดความเหนื่อยล้าจากการทำงานซึ่งเป็นอุปสรรคต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้

ดังนั้นจึงมีความจำเป็นที่จะต้องศึกษาถึงการประกอบอาชีพของหญิงตั้งครรภ์ชาวไทยมุสลิม เพราะจะทำให้ทราบถึงลักษณะงาน การพักผ่อน และการจัดสรรเวลา ซึ่งส่งผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และนำผลการศึกษามาเป็นแนวทางในการให้ความรู้เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์มีการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสมกับสภาพการทำงาน สอดคล้องกับการดำเนินชีวิตประจำวันต่อไป

2. การรับรู้สมรรถนะแห่งตนด้านพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

แบนดูรา (Bandura, 1997) ได้ให้ความหมายของการรับรู้สมรรถนะของตนเอง ว่าเป็นความเชื่อมั่นหรือความคิดเห็นของบุคคลต่อความสามารถในการปฏิบัติพฤติกรรมอย่างใดอย่างหนึ่งให้สำเร็จ โดยไม่ได้คำนึงถึงเฉพาะทักษะที่มีอยู่เท่านั้น แต่เป็นการประเมินว่าบุคคลจะใช้ทักษะที่ตนมีอยู่ได้อย่างไร การประเมินความสามารถของตนเองแตกต่างจากความคาดหวังในผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้น โดยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเองเป็นการประเมินถึงความสามารถของบุคคลที่จะสามารถทำกิจกรรมอย่างใดอย่างหนึ่งได้สำเร็จ ในขณะที่การคาดหวังต่อผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นเป็นการประเมินหรือคาดถึงผลที่จะเกิดขึ้นตามมา เช่น ประโยชน์และค่าใช้จ่าย เป็นต้น จากการปฏิบัติพฤติกรรมเฉพาะอย่าง การรับรู้ว่าตนเองมีทักษะและมีความสามารถจะเป็นแรงจูงใจให้บุคคลปฏิบัติพฤติกรรมที่ตนเองมีความถนัด ความเชื่อมั่นว่าจะสามารถปฏิบัติพฤติกรรมนั้นได้สำเร็จหรือมีทักษะในการปฏิบัติพฤติกรรมนั้น เป็นสิ่งกระตุ้นให้บุคคลปฏิบัติพฤติกรรมเป้าหมายได้มากกว่าการรับรู้ที่ตนเองไม่มีทักษะหรือไม่มีความสามารถ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนจะมีอิทธิพลต่อการรับรู้อุปสรรค โดยบุคคลที่มีการรับรู้สมรรถนะในตนเองสูงจะมีการรับรู้อุปสรรคต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพน้อยลง นอกจากนั้นยังพบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีอิทธิพลโดยตรงต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และมีอิทธิพลโดยอ้อมต่อการรับรู้อุปสรรค ความมุ่งมั่นที่จะปฏิบัติพฤติกรรม และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนยังมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมากที่สุดถึงร้อยละ 86 (Pender et al., 2006: 53-54)

จากการศึกษาพบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตน อยู่ในระดับปานกลางถึงสูง เช่น หญิงตั้งครรภ์ที่ทำงานในโรงงานอุตสาหกรรมมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนอยู่ในระดับปานกลาง (Patanavanichanun, 2000) ขณะที่ ดาริณี สุภาพ (2542) ศึกษาพบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนของหญิงตั้งครรภ์ที่ทำงานในโรงงานอุตสาหกรรมอยู่ในระดับสูง เช่นเดียวกับ ตรีพร ชุมศรี (2548) ที่ศึกษาพบว่าหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นในภาคใต้มีระดับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนอยู่ในระดับสูงเช่นกัน โดยอธิบายว่า หญิงตั้งครรภ์ที่เคยมีประสบการณ์ในการตั้งครรภ์มาก่อน จะมีความเชื่อมั่นในความสามารถที่จะกระทำพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในระยะตั้งครรภ์ ทั้งนี้เพราะเคยกระทำได้สำเร็จมาแล้วในครรภ์ก่อน ส่วนหญิงตั้งครรภ์ที่ตั้งครรภ์ครั้งแรก เมื่อมีความพร้อมทางด้านร่างกายและอารมณ์ จะมีความพร้อมที่จะกระทำพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในระยะตั้งครรภ์ได้ นอกจากนั้น การได้รับข้อมูลและคำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตนในระหว่างการตั้งครรภ์จากการไปรับบริการฝากครรภ์ และจากสื่อต่างๆ เกิดการเรียนรู้จากแบบอย่าง ทำให้เกิดความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง ส่งผลให้มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับสูง อีกทั้งยังพบรายงานการศึกษาที่พบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับ

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์กลุ่มต่างๆอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติดังนี้ หญิงตั้งครรภ์ที่ทำงานในโรงงานอุตสาหกรรม ($r = .524, p < .001$) (Patanavanichnun, 2000) ($r = .266, p < .05$) (คาริณี สุภาพ, 2542) หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ ($r = .702, p < .05$) (นฤมล ภาณุเตชู, 2548) และ ($r = .537, p < .001$) (ภัทรจิต เจริญศักดิ์ และสุรี ชันชรักยวงศ์, 2549) ตามลำดับ และหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นภาคใต้ ($r = .64, p < .01$) (ตรีพร ชุมศรี, 2548)

ดังนั้นจึงมีความสำคัญที่ต้องศึกษาว่าการรับรู้สมรรถนะแห่งตนด้านพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ในชุมชนเขตอำเภอปะนาเระ เป็นอย่างไร และมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพหรือไม่ เพื่อทราบถึงระดับความเชื่อมั่นในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ให้สำเร็จ และนำผลการศึกษาที่ได้มาใช้ในการสร้างความเชื่อมั่นในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ในชุมชนเขตอำเภอปะนาเระให้ถูกต้องเหมาะสมต่อไป

3. การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

เพนเดอร์ (Pender, 1996) อธิบายความหมายของการรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพว่าเป็น การรับรู้ ความรู้สึก หรือความคิดเห็นของบุคคลเกี่ยวกับสิ่งที่ขัดขวางการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ อุปสรรคอาจเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นหรือคาดว่าจะเกิดขึ้น อุปสรรคประกอบด้วย การไม่สามารถเข้าถึงบริการ ความไม่สะดวก ค่าใช้จ่าย ความยากลำบาก และการไม่มีเวลาที่จะปฏิบัติกิจกรรมนั้นๆ อุปสรรคเป็นสิ่งที่ขัดขวางและมีส่วนกระตุ้นให้หลีกเลี่ยงการปฏิบัติพฤติกรรม เมื่อมีความพร้อมในการปฏิบัติพฤติกรรมน้อยและมีอุปสรรคมาก บุคคลจะไม่ปฏิบัติพฤติกรรมนั้น แต่ถ้ามีความพร้อมในการปฏิบัติมากและมีอุปสรรคน้อย โอกาสที่จะปฏิบัติพฤติกรรมก็มีมากกว่า และเพนเดอร์ยังเสนอว่า การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมีอิทธิพลโดยตรง และเป็นสิ่งขัดขวางการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและมีอิทธิพลโดยอ้อมผ่านความมุ่งมั่นที่จะปฏิบัติพฤติกรรม โดยที่การรับรู้อุปสรรคจะมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพร้อยละ 79 (Pender et al., 2006: 53)

จากการศึกษาที่พบว่า การรับรู้อุปสรรค ส่วนใหญ่อยู่ในระดับต่ำ เช่น การรับรู้ของมารดาหลังคลอดที่มีต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการออกกำลังกาย (Teeintong, 2002) การรับรู้ของหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นพาหะของโรคธาลัสซีเมียต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (Wiriyawattana, 2002) และการรับรู้ของมารดาที่มีประวัติการคลอดก่อนกำหนด (Panyapisit, 2001) และพบว่า การรับรู้อุปสรรคมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เช่น หญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลศิริราช โรงพยาบาลราชวิถี

และโรงพยาบาลวิระพยาบาล ($r = -.253, p < .01$) (Thanomroop, 2000) หญิงตั้งครรภ์ที่เป็นพาหะของโรคธาลัสซีเมีย ($r = -.254, p < .01$) (Wiriyawattana, 2002) หญิงหลังคลอดที่มีประวัติการฝากครรภ์หลังอายุครรภ์ 12 สัปดาห์หรือไม่เคยมีประวัติการฝากครรภ์เลย ($r = -.56, p < .01$) (Arethiwetch, 2003) หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นภาคใต้ ($r = -.30, p < .01$) (ตรีพร ชุมศรี, 2548) และหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะ ความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ ($r = -.393, p < .05$) (นฤมล ภาณุเตชะ, 2548) ซึ่งความสัมพันธ์ ทางลบระหว่างการรับรู้อุปสรรคของตนเองกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เกิดเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างขาดความรู้ระดับการศึกษาต่ำ ไม่มีเวลา (ดาริณี สุภาพ, 2542: 127)

ดังนั้นจึงมีความจำเป็นที่ต้องศึกษาว่าการรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ชาวไทยมุสลิมในชุมชนเขตอำเภอปะนาเระ เป็นอย่างไร และมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพหรือไม่ เพื่อทราบถึงข้อจำกัด หรืออุปสรรคซึ่งเป็นสิ่งขัดขวางต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ และนำผลการศึกษาที่ได้มาใช้ในการแก้ไขอุปสรรคและพัฒนากิจกรรมการพยาบาลให้เหมาะสมต่อการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ในชุมชนเขตอำเภอปะนาเระต่อไป

4. การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

เพนเดอร์ (Pender, 1996) อธิบายว่า การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ หมายถึง ความรู้สึก หรือความคิดเห็นของบุคคลเกี่ยวกับผลดี หรือประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ บุคคลจะคำนึงถึงประโยชน์ที่จะได้รับจากการปฏิบัติพฤติกรรมนั้น ซึ่งประโยชน์เกิดขึ้นได้ทั้งภายในและภายนอก ประโยชน์ภายใน เช่น ความเพลิดเพลิน ความพึงพอใจในตนเอง ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง เป็นต้น ส่วนประโยชน์ภายนอก เช่น คำชม รางวัล เป็นต้น โดยการรับรู้ประโยชน์ภายนอกอาจเป็นแรงจูงใจให้บุคคลปฏิบัติพฤติกรรม ขณะที่การรับรู้ประโยชน์ภายในอาจเป็นแรงจูงใจให้มีการปฏิบัติพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง ตามแนวคิดของทฤษฎีความคาดหวังในคุณค่า (Expectancy Value Theory) ที่อธิบายว่า แรงจูงใจที่สำคัญจากการคาดหวังต่อประโยชน์ที่จะเกิดขึ้น ขึ้นอยู่กับประสบการณ์ของบุคคล การประสบความสำเร็จจากการปฏิบัติพฤติกรรมในอดีตของผู้อื่น หรือเรียนรู้จากการสังเกตพฤติกรรมของผู้อื่น จากการทดสอบรูปแบบ Health-Promoting Model พบว่า การรับรู้ประโยชน์ของกิจกรรมเป็นแรงจูงใจสำคัญของบุคคลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ กล่าวคือถ้าบุคคลรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมากจะมีอิทธิพลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมมากด้วย นอกจากนั้นการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมีอิทธิพลโดยตรงต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและมีผลโดยอ้อมผ่านความมุ่งมั่นที่จะปฏิบัติพฤติกรรม โดยที่การรับรู้ประโยชน์จะมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริม

สุขภาพร้อยละ 61 ทั้งนี้เพนเดอร์ ยังได้อธิบายว่าการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ทำให้บุคคลมีแนวโน้มที่จะปฏิบัติหรือไม่ปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ อีกทั้งยังเป็นปัจจัยที่มีผลทำให้บุคคลตัดสินใจที่จะปฏิบัติพฤติกรรม รวมทั้งแสวงหาความรู้เกี่ยวกับการป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้น โดยบุคคลจะมีการศึกษาถึงประโยชน์ของการส่งเสริมสุขภาพ จากความรู้สึกรู้สึกนึกคิด หรือความเชื่อของตนเองก่อน แล้วจึงตัดสินใจที่จะปฏิบัติหรือไม่ปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพนั้น (Pender et al., 2006: 52-53)

จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างกลุ่มต่างๆ อยู่ในระดับปานกลางถึงสูง เช่น มารดาหลังคลอดมีการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการออกกำลังกายอยู่ในระดับปานกลาง (Teeintong, 2002) มารดาที่มีประวัติการคลอดก่อนกำหนดมีการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับค่อนข้างสูง (Panyapisit, 2001) ส่วนหญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลศิริราช โรงพยาบาลราชวิถี และโรงพยาบาลวชิระพยาบาล (Thanomroop, 2000) และหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นพาหะของโรคธาลัสซีเมีย (Wiriyawattana, 2002) มีการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับสูง และพบว่าการรับรู้ประโยชน์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์กลุ่มต่างๆ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนี้ หญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลศิริราช โรงพยาบาลราชวิถี และวิทยาลัยแพทยศาสตร์และวชิรพยาบาล ($r = .388, p < .01$) (Thanomroop, 2000) หญิงหลังคลอดที่มีประวัติการฝากครรภ์หลังอายุครรภ์ 12 สัปดาห์ หรือไม่เคยมีประวัติการฝากครรภ์มาก่อนเลย ($r = .53, p < .01$) (Arethiwetch, 2003) หญิงตั้งครรภ์แรก ($r = .348, p < .05$) (ศิริวรรณ ทุมเชื้อ และคณะ, 2548) หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นภาคใต้ ($r = .58, p < .01$) (ตรีพร ชุมศรี, 2548) และหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ ($r = .489, p < .05$) (นฤมล ภาณุเตชะ, 2548)

จากการศึกษาที่ผ่านมาแสดงให้เห็นว่าการรับรู้ประโยชน์ที่แตกต่างกันจะส่งผลถึงระดับความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่แตกต่างกัน ดังนั้นจึงมีความสำคัญที่ต้องศึกษาว่าการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ชาวไทยมุสลิมในเขตอำเภอปะนาเระ จังหวัดปัตตานีเป็นอย่างไร และมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพหรือไม่ เพื่อนำผลการศึกษาที่ได้มาใช้ในการสนับสนุนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ในชุมชนต่อไป

การตั้งครรภ์ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม หญิงตั้งครรภ์จำเป็นต้องมีการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพให้เหมาะสมกับสภาพที่เปลี่ยนแปลงไป เพื่อคงไว้ซึ่งการมีสุขภาพที่ดี จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การที่บุคคลจะ

ประสบความสำเร็จ สามารถบูรณาการพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพให้เข้าชีวิตประจำวัน จนบรรลุถึงการมีสุขภาพที่ดีได้นั้น อาจได้รับอิทธิพลจากปัจจัยหลายประการ ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาถึงความสัมพันธ์ของปัจจัยส่วนบุคคล ความเชื่อเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ การรับรู้ต่อการส่งเสริมสุขภาพ (การรับรู้สมรรถนะแห่งตน การรับรู้อุปสรรค การรับรู้ประโยชน์) และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ ชาวไทยมุสลิม โดยได้เลือกศึกษาปัจจัยบางประการจากมโนทัศน์ต่างๆดังนี้ มโนทัศน์ด้านลักษณะส่วนบุคคลและประสบการณ์ ในด้านปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษารายได้ครอบครัว อาชีพ และความเชื่อเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ของชาวไทยมุสลิม เนื่องจากเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลโดยตรงต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของบุคคล ส่วนมโนทัศน์ด้านความคิดและการรับรู้ที่เฉพาะเจาะจงต่อการแสดงพฤติกรรม ผู้วิจัยเลือกปัจจัยด้านการรับรู้สมรรถนะแห่งตน การรับรู้อุปสรรค และการรับรู้ประโยชน์ เพราะนอกจากเป็นปัจจัยที่ได้รับอิทธิพลโดยอ้อมมาจากปัจจัยส่วนบุคคลแล้ว ยังเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพถึงร้อยละ 86, 79 และ 61 ตามลำดับ (Pender et al., 2006) โดยปัจจัยด้านการรับรู้ประโยชน์เป็นการมองเห็นประโยชน์จากการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและส่งผลให้เกิดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพขึ้น ส่วนปัจจัยด้านการรับรู้อุปสรรคเป็นสิ่งที่ขัดขวางไม่ให้เกิดพฤติกรรม ดังนั้นถ้าหญิงตั้งครรภ์ชาวไทยมุสลิมมีการรับรู้อุปสรรคอยู่ในระดับต่ำ จะมีโอกาสเกิดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้ สำหรับปัจจัยด้านการรับรู้สมรรถนะของตนเอง ถ้าหญิงตั้งครรภ์ชาวไทยมุสลิมรับรู้ถึงความสามารถของตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับสูง ย่อมเป็นสิ่งสนับสนุนให้เกิดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งผลการศึกษครั้งนี้จะเป็นแนวทางในการส่งเสริมสุขภาพหญิงตั้งครรภ์ชาวไทยมุสลิมที่สอดคล้องกับบริบทของชุมชนต่อไป

บทที่ 3

วิธีการดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบ Correlational research เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ครอบครัว และอาชีพ ความเชื่อเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ และการรับรู้ต่อการส่งเสริมสุขภาพ ได้แก่ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน การรับรู้อุปสรรค และการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ชาวไทยมุสลิมในชุมชนจังหวัดปัตตานี โดยมีวิธีการดำเนินการวิจัยดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

ประชากรในการศึกษานี้ เป็นหญิงตั้งครรภ์ชาวไทยมุสลิมที่ตั้งครรภ์ปกติ และฝากครรภ์ที่สถานีอนามัยในเขตอำเภอปะนาเระ จังหวัดปัตตานี ในระหว่างเดือนตุลาคม ถึง เดือนพฤศจิกายน 2553

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างได้แก่ หญิงตั้งครรภ์ชาวไทยมุสลิมที่ฝากครรภ์ที่สถานีอนามัยในเขตอำเภอปะนาเระ เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) โดยกำหนดเกณฑ์คัดเข้า (Inclusion criteria) ดังนี้

1. อายุครรภ์ตั้งแต่ไตรมาสที่สองขึ้นไป
2. ประวัติการตั้งครรภ์ปัจจุบันเป็นการตั้งครรภ์ปกติ ไม่มีประวัติโรคประจำตัวที่มีผลต่อการตั้งครรภ์ อาทิ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหัวใจ โรคไต โรคเลือด โรคหอบหืด โรคลมชัก และโรคทางจิต เป็นต้น
3. สามารถพูดภาษาไทยได้
4. สม่ครใจเข้าร่วมมือในการวิจัยโดยการลงนาม

ขนาดกลุ่มตัวอย่าง

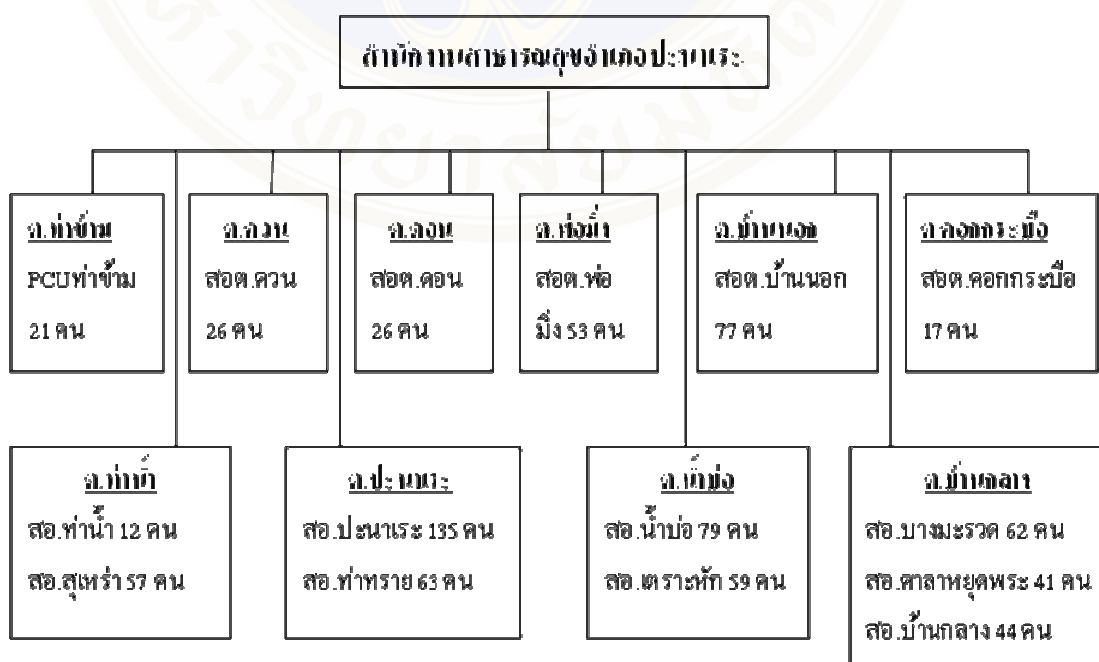
การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างทำโดยใช้ตารางสำเร็จรูปอำนาจการทดสอบ (power analysis) ในการประเมินขนาดกลุ่มตัวอย่างสำหรับการทดสอบสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ที่ระดับนัยสำคัญ $= .05$ ให้ระดับอำนาจการทดสอบ (power of the test) $= .80$ และค่า $r = .36$ (มยุรี นิรัทธราธร, 2539: 85) ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 88 คน (Polit, 2008: 605) เพื่อป้องกันข้อมูลสูญหายจึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างอีก 10% ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 97 คน ผู้วิจัยจึงปรับกลุ่มตัวอย่างเป็นจำนวน 100 คน

การเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยสุ่มตัวอย่าง ด้วยวิธีแบบสัดส่วน (Quota sampling) โดยแบ่งกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ออกเป็นกลุ่มตามตำบลที่อาศัย จากนั้นทำการสุ่มอย่างง่ายโดยวิธีการจับสลากเพื่อคัดเลือกสถานีนอนามัยที่เป็นตัวแทน จำนวน 5 แห่ง และคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามสัดส่วนของหญิงตั้งครรภ์ที่คำนวณได้ในแต่ละตำบล ดังนี้ สถานีอนามัยตำบลปะนาละ 36 คน สถานีอนามัยตำบลบางมะรวด 16 คน สถานีอนามัยตำบลคอน 7 คน สถานีอนามัยตำบลน้ำบ่อ 21 คน และสถานีอนามัยตำบลบ้านนอก 20 คน

สูตรในการคำนวณจำนวนตัวอย่าง (ยูดี ภาฯ, 2540: 79)

$$\text{จำนวนตัวอย่างแต่ละกลุ่ม} = \frac{\text{จำนวนตัวอย่างที่ต้องการ} \times \text{จำนวนหญิงตั้งครรภ์แต่ละกลุ่ม}}{\text{จำนวนหญิงตั้งครรภ์ทั้งหมดที่เป็นตัวแทนกลุ่ม}}$$



แผนภูมิที่ 3.1 จำนวนหญิงตั้งครรภ์ของสถานีอนามัยในเขตพื้นที่อำเภอปะนาละ

สถานที่ศึกษา

อำเภอปะนาเระ อยู่ทิศตะวันออกเฉียงเหนือของจังหวัดปัตตานี ซึ่งอยู่ติดกับชายฝั่งทะเล อ่าวไทย อำเภอยะหริ่ง อำเภอมายอ และอำเภอสาวยะบุรี ห่างจากตัวเมืองจังหวัดปัตตานี ประมาณ 37 กิโลเมตร สภาพภูมิอากาศเป็นแบบมรสุมเขตร้อนฝนตกชุกอยู่เสมอ ลักษณะการปกครองของอำเภอปะนาเระ ประกอบด้วย 10 ตำบล 53 หมู่บ้าน มีเทศบาลตำบล จำนวน 1 แห่ง และองค์การบริหารส่วนตำบล จำนวน 9 แห่ง มีประชากร ณ 30 มิถุนายน 2552 จำนวน 43,907 คน ส่วนใหญ่นับถือศาสนาอิสลาม (ร้อยละ 75.42) โดยดำเนินชีวิตตามวิถีแห่งศาสนาอิสลามอย่างเคร่งครัด ประชากรส่วนใหญ่ ร้อยละ 57.91 จบการศึกษาในระดับประถมศึกษา และประมาณร้อยละ 80 ศึกษาต่อในโรงเรียนสอนศาสนาอิสลามที่เปิดสอนสายสามัญร่วมด้วย ใช้ภาษามลายูท้องถิ่นในการสื่อสาร มีการประกอบอาชีพเกษตรกรรมเป็นหลัก และใช้ช่วงว่างจากการประกอบอาชีพหลักออกไปประกอบอาชีพรับจ้างในต่างพื้นที่ (จังหวัดใกล้เคียง และประเทศเพื่อนบ้าน) เช่น คำนากรีดขาง ประมง พนักงานให้บริการ ล้างจาน เป็นต้น รายได้เฉลี่ยต่อหัวต่อปีของประชากรในพื้นที่เท่ากับ 37,000 บาท/คน/ปี (สำนักงานพัฒนาชุมชนจังหวัดปัตตานี, 2552) ส่วนใหญ่ประชาชนชอบรับประทานอาหารที่มีรสชาติเค็ม หวาน และอาหารที่ปรุงจากกะทิ ส่งผลให้ประชากรในพื้นที่มีการเจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวาน ซึ่งจัดเป็นโรคที่มีความสำคัญใน 5 อันดับโรคแรกของอัตราการเจ็บป่วยของประชากรในพื้นที่

สถานบริการสาธารณสุข อำเภอปะนาเระ ประกอบไปด้วย โรงพยาบาล 30 เตียง จำนวน 1 แห่ง สถานบริการปฐมภูมิ (PCU) ในโรงพยาบาล 1 แห่ง สถานีอนามัยเครือข่าย จำนวน 14 แห่ง (แผนภูมิที่ 3.1) ซึ่งสถานที่ศึกษาครั้งนี้ ได้แก่ สถานีอนามัยในอำเภอปะนาเระ จังหวัดปัตตานี โดยทุกสถานีอนามัย เปิดให้บริการคลินิกฝากครรภ์ทุกวันอังคาร ตั้งแต่เวลา 08.30–16.00 น. นโยบายสำคัญของการดำเนินงานอนามัยแม่และเด็กคือ การส่งเสริมการฝากครรภ์และการคลอดในสถานพยาบาล เนื่องจากหญิงตั้งครรภ์ในพื้นที่นิยมฝากครรภ์กับผดุงครรภ์โบราณตามธรรมเนียมที่ปฏิบัติสืบต่อกันมา อีกทั้งยังจัดให้มีบริการสำหรับหญิงตั้งครรภ์ทุกรายที่ฝากครรภ์ที่สถานีอนามัย ตลอดจนการตั้งครรภ์ต้องมาพบแพทย์ที่โรงพยาบาลปะนาเระอย่างน้อย 2 ครั้ง โดยครั้งที่ 1 เมื่ออายุครรภ์ประมาณ 18-24 สัปดาห์ เพื่อประเมินอายุครรภ์ที่แน่นอน และครั้งที่ 2 เมื่ออายุครรภ์ 36 สัปดาห์ขึ้นไปเพื่อประเมินท่าของทารกในครรภ์ นอกจากนั้นยังมีโครงการให้ความรู้ตามหลักสูตรโรงเรียนพ่อแม่และบริการทัวร์ห้องคลอดเพื่อเตรียมความพร้อมในการมาคลอดบุตรที่โรงพยาบาลทุกวันจันทร์แรกของเดือน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลมีจำนวน 6 ส่วน (ภาคผนวก ก.) ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล สร้างโดยผู้วิจัย ประกอบด้วย ข้อมูลเกี่ยวกับ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ครอบครัว อาชีพ และ ข้อมูลเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ ได้แก่ ลำดับที่ของการตั้งครรภ์ อายุครรภ์ อายุครรภ์ที่มาฝากครรภ์ครั้งแรก

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความเชื่อเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ของชาวไทยมุสลิม ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นเองจากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการปฏิบัติตนในระยะตั้งครรภ์ตามความเชื่อของชาวไทยมุสลิม มีข้อคำถามจำนวน 11 ข้อ แบบวัดเป็นแบบ Likert scale มี 5 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง โดยมีเกณฑ์ในการให้คะแนนดังนี้

เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง ข้อความในประโยคนั้นตรงกับความคิดเห็นหรือความเชื่อของท่านมากที่สุด ให้ 5 คะแนน
เห็นด้วย	หมายถึง ข้อความในประโยคนั้นส่วนใหญ่ตรงกับความคิดเห็นหรือความเชื่อของท่าน ให้ 4 คะแนน
ไม่แน่ใจ	หมายถึง ท่านไม่แน่ใจว่าความคิดเห็น และความเชื่อตรงกับข้อความนั้นและไม่สามารถตัดสินใจได้ว่าเห็นด้วยหรือไม่ ให้ 3 คะแนน
ไม่เห็นด้วย	หมายถึง ข้อความในประโยคนั้นส่วนใหญ่ไม่ตรงกับความคิดเห็นหรือความเชื่อของท่าน ให้ 2 คะแนน
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง ข้อความในประโยคไม่ตรงกับความคิดเห็นหรือความเชื่อของท่านเลย ให้ 1 คะแนน

การแปลผลคะแนนของแบบสอบถามความเชื่อเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ของชาวไทยมุสลิม คะแนนที่เป็นไปได้ของแบบสอบถามอยู่ในช่วง 11-55 คะแนน คะแนนรวมมาก หมายถึง มีความเชื่อเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ของชาวไทยมุสลิมมาก

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การหาความตรงตามเนื้อหา (Content validity) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน คือ อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญเรื่องศาสนาอิสลาม 1 ท่าน ผู้เชี่ยวชาญเรื่องสุตกรรมในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้ 2 ท่าน แล้วนำมาคำนวณหาค่า CVI ได้เท่ากับ 0.90 และได้ปรับแก้ภาษาตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ได้รับการปรับปรุงแก้ไขจากผู้ทรงคุณวุฒิไปทดลองใช้กับหญิงตั้งครรภ์ที่มีลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย แล้วนำมาหาค่า Cronbach's coefficient alpha ได้เท่ากับ .74

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนด้านพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ชาวไทยมุสลิม ซึ่งผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของ คาริณี สุภาพ (2542) ที่ได้ดัดแปลงมาจากแบบวัด Self-efficacy ของเชียร์เรอร์และคณะ (Sherer et al, 1982 อ้างใน คาริณี สุภาพ, 2542: 65) เดิมมีข้อคำถามจำนวน 15 ข้อ มาดัดแปลงโดยคงข้อคำถามเดิมไว้จำนวน 9 ข้อ เนื่องจากแบบสอบถามของ คาริณี สุภาพ (2544) บางข้อคำถามเฉพาะเจาะจงกับหญิงตั้งครรภ์ที่ทำงานในโรงงานอุตสาหกรรม ผู้วิจัยจึงเพิ่มเติมข้อคำถามที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมเพื่อให้สอดคล้องกับวิถีชีวิตของชาวไทยมุสลิมอีก 5 ข้อ รวมทั้งหมดมีข้อคำถาม 14 ข้อ ครอบคลุมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ 6 ด้าน คือ ด้านโภชนาการ 5 ข้อ ด้านกิจกรรมทางกายและการออกกำลังกาย 1 ข้อ ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ 5 ข้อ ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล 1 ข้อ ด้านการจัดการกับความเครียด 1 ข้อ และด้านความเจริญงอกงามทางจิตวิญญาณ 1 ข้อ แบบวัดเป็นแบบ Likert scale มี 4 ระดับ คือ ไม่มั่นใจ มั่นใจน้อย มั่นใจมาก และมั่นใจมากที่สุด ซึ่งแต่ละข้อมีความหมายและเกณฑ์ในการให้คะแนนดังนี้

ไม่มั่นใจ หมายถึง ท่านไม่มั่นใจว่าจะสามารถกระทำได้ ให้ 1 คะแนน

มั่นใจน้อย หมายถึง ท่านมั่นใจเล็กน้อยว่าจะสามารถกระทำได้ ให้ 2 คะแนน

มั่นใจมาก หมายถึง ท่านมั่นใจมากกว่าจะสามารถกระทำได้ ให้ 3 คะแนน

มั่นใจมากที่สุด หมายถึง ท่านมั่นใจมากที่สุดว่าจะสามารถกระทำได้ ให้ 4 คะแนน

การแปลผลคะแนนของแบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนด้านพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ คะแนนที่เป็นไปได้ของแบบสอบถามอยู่ในช่วง 14-56 คะแนน คะแนนรวมมาก หมายถึง หญิงตั้งครรภ์มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนด้านพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพสูง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา และความเหมาะสมของภาษาก่อนนำไปใช้จริงโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน คือ อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญเรื่องศาสนาอิสลาม 1 ท่าน ผู้เชี่ยวชาญเรื่องสุตกรรมในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้ 2 ท่าน แล้วนำมาคำนวณหาค่า CVI ได้เท่ากับ 0.86 และได้ปรับแก้ภาษาตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ได้รับการปรับปรุงแก้ไขจากผู้ทรงคุณวุฒิไปทดลองใช้กับหญิงตั้งครรภ์ที่มีลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย แล้วนำมาหาค่า Cronbach's coefficient alpha ได้เท่ากับ .86

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ชาวไทยมุสลิม ซึ่งผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามการรับรู้อุปสรรคของ คาริณี สุภาพ (2542) ที่ได้ดัดแปลงมาจากแบบวัด Perceived Barriers to Health-Promoting Activities for Disabled Person Scale ของสไตเฟเบอร์เกน เบกเกอร์ และเซนค์ (Stuifbergen, Becker & Sand, 1990 อ้างใน คาริณี สุภาพ, 2542: 66) เดิมมีข้อคำถามจำนวน 16 ข้อ มาดัดแปลงโดยคงข้อคำถามเดิมไว้จำนวน 9 ข้อ เนื่องจากบางข้อคำถามเฉพาะเจาะจงกับหญิงตั้งครรภ์ที่ทำงานในโรงงานอุตสาหกรรม และผู้วิจัยได้ปรับเพิ่มข้อคำถามที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมเพื่อให้สอดคล้องกับวิถีชีวิตของชาวไทยมุสลิมอีก 5 ข้อ รวมมีข้อคำถามทั้งหมด 14 ข้อ ครอบคลุมการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ 6 ด้าน คือ ด้านการขาดความรู้ 4 ข้อ ด้านการสื่อสาร 1 ข้อ ด้านความเหนื่อยล้า 2 ข้อ ด้านการขาดความรับผิดชอบต่อสุขภาพ 2 ข้อ ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล 1 ข้อ ด้านรายได้ 1 ข้อ ด้านความไม่สะดวกในการรับบริการ 2 ข้อ และด้านการขาดผู้สนับสนุน 1 ข้อ แบบวัดเป็นแบบ Likert scale มี 4 ระดับ คือ ไม่เห็นด้วย เห็นด้วยน้อย เห็นด้วยมาก และเห็นด้วยมากที่สุด

ไม่เห็นด้วย	หมายถึง ท่านไม่เห็นด้วยกับข้อความนั้นเลย ให้ 1 คะแนน
เห็นด้วยน้อย	หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นหรือความรู้สึกตรงกับข้อนั้นน้อย ให้ 2 คะแนน
เห็นด้วยมาก	หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นหรือความรู้สึกตรงกับข้อนั้นเป็น ส่วนมาก ให้ 3 คะแนน
เห็นด้วยมากที่สุด	หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นหรือความรู้สึกตรงกับข้อนั้นมากที่สุด ให้ 4 คะแนน

การแปลผลคะแนนของแบบสอบถามการรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ชาวไทยมุสลิม คะแนนที่เป็นไปได้ของแบบสอบถามอยู่ในช่วง 14-56 คะแนน คะแนนรวมมาก หมายถึง หญิงตั้งครรภ์มีการรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพสูง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา และความเหมาะสมของภาษาก่อนนำไปใช้จริงโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน คือ อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญเรื่องศาสนาอิสลาม 1 ท่านผู้เชี่ยวชาญเรื่องสถิติในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้ 2 ท่าน แล้วนำมาคำนวณหาค่า CVI ได้เท่ากับ 0.93 และได้ปรับแก้ภาษาตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ได้รับการปรับปรุงแก้ไขจากผู้ทรงคุณวุฒิไปทดลองใช้กับหญิงตั้งครรภ์ที่มีลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย แล้วนำมาหาค่า Cronbach's coefficient alpha ได้เท่ากับ .73

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ชาวไทยมุสลิม ซึ่งผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ของ คาริณี สุภาพ (2542) ที่สร้างขึ้นตามกรอบแนวคิดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ เดิมมีข้อคำถามจำนวน 16 ข้อ มาดัดแปลงจำนวน 10 ข้อ เนื่องจากบางคำถามเฉพาะเจาะจงกับหญิงตั้งครรภ์ที่ทำงานในโรงงานอุตสาหกรรม และไม่สอดคล้องกับวิถีชีวิตของชาวไทยมุสลิม ผู้วิจัยจึงได้รับเพิ่มข้อคำถามที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมเพื่อให้สอดคล้องกับวิถีชีวิตของชาวไทยมุสลิมอีก 3 ข้อ รวมมีข้อคำถามทั้งหมด 13 ข้อ ครอบคลุมการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ 6 ด้าน คือ ด้านโภชนาการ 4 ข้อ ด้านกิจกรรมทางกายและการออกกำลังกาย 1 ข้อ ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ 3 ข้อ ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล 1 ข้อ ด้านการจัดการกับความเครียด 2 ข้อ และด้านความเจริญงอกงามทางจิตวิญญาณ 2 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็น Likert scale มี 4 ระดับ คือ ไม่เห็นด้วย เห็นด้วยน้อย เห็นด้วยมาก และเห็นด้วยมากที่สุด โดยมีเกณฑ์ในการให้คะแนนดังนี้

ไม่เห็นด้วย	หมายถึง	ท่านไม่เห็นด้วยกับข้อความนั้นเลย ให้ 1 คะแนน
เห็นด้วยน้อย	หมายถึง	ท่านมีความคิดเห็นหรือความรู้สึกตรงกับข้อนั้นน้อย ให้ 2 คะแนน
เห็นด้วยมาก	หมายถึง	ท่านมีความคิดเห็นหรือความรู้สึกตรงกับข้อนั้นเป็น ส่วนมาก ให้ 3 คะแนน
เห็นด้วยมากที่สุด	หมายถึง	ท่านมีความคิดเห็นหรือความรู้สึกตรงกับข้อนั้นมากที่สุด ให้ 4 คะแนน

การแปลผลคะแนนของแบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ คะแนนที่เป็นไปได้ของแบบสอบถามอยู่ในช่วง 13-52 คะแนน คะแนนรวมมาก หมายถึง หญิงตั้งครรภ์มีการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพสูง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา และความเหมาะสมของภาษาก่อนนำไปใช้จริงโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน คือ อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญเรื่องศาสนาอิสลาม 1 ท่าน ผู้เชี่ยวชาญเรื่องสถิติกรรมในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้ 2 ท่าน แล้วนำมาคำนวณหาค่า CVI ได้เท่ากับ 0.92 และได้ปรับแก้ภาษาตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ได้รับการปรับปรุงแก้ไขจากผู้ทรงคุณวุฒิไปทดลองใช้กับหญิงตั้งครรภ์ที่มีลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย แล้วนำมาหาค่า Cronbach's coefficient alpha ได้เท่ากับ .87

ส่วนที่ 6 แบบสอบถามพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ชาวไทยมุสลิม ซึ่งผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพหญิงตั้งครรภ์ของ ศิริวรรณ ทุมเชื้อและคณะ (2548: 49-54) ที่สร้างขึ้นตามกรอบของแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพ (Health-Promotion Lifestyles Profile) ของ วอร์คเกอร์ ซีคริสต และเพนเดอร์ (Walker, Sechrist and Pender 1987: 76) เดิมมีข้อคำถามจำนวน 45 ข้อ นำมาดัดแปลงจำนวน 35 ข้อ เนื่องจากบางข้อคำถามไม่สอดคล้องกับวิถีชีวิตของชาวไทยมุสลิม ผู้วิจัยจึงได้ปรับเพิ่มข้อคำถามที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมเพื่อให้สอดคล้องกับวิถีชีวิตของชาวไทยมุสลิมอีก 2 ข้อ รวมมีข้อคำถามทั้งหมด 37 ข้อ ครอบคลุมการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพทั้ง 6 ด้าน คือ ด้านโภชนาการ 11 ข้อ ด้านกิจกรรมทางกายและการออกกำลังกาย 6 ข้อ ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ 9 ข้อ ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล 4 ข้อ ด้านการจัดการกับความเครียด 4 ข้อ และด้านความเจริญงอกงามทางจิตวิญญาณ 3 ข้อ ลักษณะของแบบวัดเป็น Likert scale มี 4 ระดับ คือ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติเป็นส่วนมาก ปฏิบัติเป็นบางครั้ง และไม่เคยปฏิบัติเลย ซึ่งแต่ละข้อมีความหมายและเกณฑ์ในการให้คะแนนดังนี้

ปฏิบัติเป็นประจำ หมายถึง ผู้ตอบปฏิบัติพฤติกรรมในเรื่องนั้นๆเป็นประจำอย่างสม่ำเสมอหรือเกือบทุกวัน

ปฏิบัติบ่อยครั้ง หมายถึง ผู้ตอบปฏิบัติพฤติกรรมในเรื่องนั้นๆ บ่อยครั้ง ประมาณ 3-5 ครั้งต่อสัปดาห์

ปฏิบัติบางครั้ง หมายถึง ผู้ตอบปฏิบัติพฤติกรรมในเรื่องนั้นๆ บางครั้ง ประมาณ 1-2 ครั้งต่อสัปดาห์

ไม่เคยปฏิบัติ หมายถึง ผู้ตอบไม่เคยปฏิบัติพฤติกรรมในเรื่องนั้นๆ

การให้คะแนนแบบสอบถามพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ชาวไทยมุสลิม ซึ่งมีข้อคำถามด้านบวกจำนวน 34 ข้อ และคำถามด้านลบจำนวน 3 ข้อ (ข้อ 6, 7, 9) กำหนดเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

เกณฑ์การให้คะแนน

	ข้อความทางด้านบวก	ข้อความทางด้านลบ
ปฏิบัติสม่ำเสมอ	4 คะแนน	1 คะแนน
ปฏิบัติบ่อยครั้ง	3 คะแนน	2 คะแนน
ปฏิบัติบางครั้ง	2 คะแนน	3 คะแนน
ไม่เคยปฏิบัติ	1 คะแนน	4 คะแนน

การแปลผลคะแนนของแบบสอบถามพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ คะแนนที่เป็นไปได้ของแบบสอบถามอยู่ในช่วง 37-148 คะแนน คะแนนรวมมาก หมายถึง หญิงตั้งครรภ์มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพดี

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา และความเหมาะสมของภาษาก่อนนำไปใช้จริงโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน คือ อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญเรื่องศาสนาอิสลาม 1 ท่านผู้เชี่ยวชาญเรื่องสถิติกรรมในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้ 2 ท่าน แล้วนำมาคำนวณหาค่า CVI ได้เท่ากับ 1 และได้ปรับแก้ภาษาตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ได้รับการปรับปรุงแก้ไขจากผู้ทรงคุณวุฒิไปทดลองใช้กับหญิงตั้งครรภ์ที่มีลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย แล้วนำมาหาค่า Cronbach's coefficient alpha ได้เท่ากับ .87

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ภายหลังได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี ผู้วิจัยจะดำเนินเก็บข้อมูลโดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด พร้อมอธิบายวัตถุประสงค์การวิจัย และรายละเอียดที่จะปฏิบัติต่อกลุ่มตัวอย่าง ตลอดจนสิทธิต่างๆ ทั้งนี้กลุ่มตัวอย่างสามารถขอลถอนตัว หรือไม่เข้าร่วมในการวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่ต้องอธิบายเหตุผล และจะไม่มีผลต่อบริการที่จะได้รับ ข้อมูลทั้งหมดของกลุ่มตัวอย่างผู้วิจัยจะเก็บเป็นความลับ และมีการใช้รหัสแทนชื่อจริงของกลุ่มตัวอย่างแต่ละราย การนำข้อมูลไปอภิปราย หรือพิมพ์เผยแพร่จะทำในภาพรวมของผลการวิจัยเท่านั้น เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมการวิจัยให้เซ็นใบยินยอมโดยได้รับการบอกกล่าวและเต็มใจ (informed consent form)

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ภายหลังได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลตามขั้นตอน ดังนี้

1. ขออนุญาตแนะนำตัวจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล เสนอต่อสาธารณสุขอำเภอปะนาเระ จังหวัดปัตตานี และหัวหน้าสถานีอนามัย เพื่อขออนุมัติเก็บรวบรวมข้อมูล พร้อมชี้แจงรายละเอียดในการทำวิจัย
2. ผู้วิจัยแนะนำตัวกับกลุ่มตัวอย่าง เพื่อสร้างสัมพันธภาพ ชี้แจงวัตถุประสงค์ และขอความร่วมมือในการวิจัย เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมโดยสมัครใจ จึงให้กลุ่มตัวอย่างเซ็นยินยอมในการเข้าร่วมการวิจัย

3. ผู้วิจัยอธิบายวิธีการตอบแบบสอบถาม และให้ตอบแบบสอบถามตามลำดับดังนี้
แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามความเชื่อเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ของชาวไทยมุสลิม
แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนด้านพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ แบบสอบถามการรับรู้
อุปสรรคของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ แบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริม
สุขภาพ และแบบสอบถามพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ชาวไทยมุสลิม (ตามลำดับ
ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ) ระหว่างที่รอรับบริการการตรวจครรภ์จากเจ้าหน้าที่
สาธารณสุขโดยใช้เวลาตอบคนละประมาณ 30-45 นาที ในรายที่อ่านเขียนไม่ได้ผู้วิจัยจะใช้วิธีการ
อ่านแบบสอบถามให้กลุ่มตัวอย่างฟัง และตอบแบบสอบถามตามความเห็นของกลุ่มตัวอย่าง
4. หลังจากเก็บข้อมูลในแต่ละรายเสร็จ ผู้วิจัยรวบรวมแบบสอบถาม และตรวจสอบ
ความถูกต้องครบถ้วนของข้อมูล ก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างมาวิเคราะห์ตามระเบียบวิธีทางสถิติด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป กำหนดความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ครอบครัว อาชีพ และ ข้อมูลเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ ได้แก่ ลำดับที่ของการตั้งครรภ์ อายุครรภ์ อายุครรภ์ที่มาฝากครรภ์ครั้งแรก วิเคราะห์ด้วยสถิติการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย พิสัย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. ความเชื่อเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ของชาวไทยมุสลิม การรับรู้ต่อการส่งเสริมสุขภาพ ได้แก่ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน การรับรู้อุปสรรค การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์รายด้านและโดยรวม วิเคราะห์ด้วยสถิติ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และพิสัย
3. ทดสอบการกระจายแบบปกติของของตัวแปรที่มีข้อมูลแบบ Interval scale โดยใช้สถิติ Kolmogorov-Smirnov test พบว่า ข้อมูลของ อายุ รายได้ครอบครัว ความเชื่อเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ของชาวไทยมุสลิม การรับรู้ต่อการส่งเสริมสุขภาพ (ได้แก่ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน การรับรู้อุปสรรค การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ) และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ มีการกระจายตัวแบบปกติ ส่วนการศึกษาสาขาสถิติศาสตร์และการแจกแจงแบบไม่ปกติ ซึ่งไม่เป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน จึงทำการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของระดับการศึกษาสาขาสถิติศาสตร์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ โดยใช้สถิติสหสัมพันธ์ของสเปียร์แมน

4. วิเคราะห์หาค่าความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ รายได้ ครอบครัว ความเชื่อเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ของชาวไทยมุสลิม การรับรู้ต่อการส่งเสริมสุขภาพ ได้แก่ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน การรับรู้อุปสรรค การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ โดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation coefficient) ซึ่งระดับความสัมพันธ์ของตัวแปรเป็นดังนี้ (ยูดี ภาษาและคณะ, 2540)

$r = 0.1-0.3$ หมายถึง ตัวแปรทั้งสองมีความสัมพันธ์กันน้อย

$r = 0.4-0.7$ หมายถึง ตัวแปรทั้งสองมีความสัมพันธ์กันปานกลาง

$r = 0.8-0.9$ หมายถึง ตัวแปรทั้งสองมีความสัมพันธ์กันมาก

5. วิเคราะห์หาค่าความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร ระดับการศึกษา และอาชีพ กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ โดยใช้สถิติสเปียร์แมน (Spearman rank correlation)

เนื่องจากการคำนวณค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน กำหนดไว้ว่าตัวแปรที่นำมาคำนวณต้องเป็นตัวแปรที่วัดได้ในระดับเรียงอันดับ (Ordinal scale) ขึ้นไป ดังนั้นในการคำนวณจะต้องปรับตัวแปรที่วัดได้ในระดับนามบัญญัติ (nominal scale) ให้เป็นตัวแปรที่วัดได้ในระดับเรียงอันดับ โดยปรับเป็นตัวแปรหุ่น (dummy variable) ดังนี้

อาชีพ แบ่งเป็น

- | | | |
|------------|---------------|---|
| - แม่บ้าน | ให้ค่าเท่ากับ | 0 |
| - งานอื่นๆ | ให้ค่าเท่ากับ | 1 |

บทที่ 4

ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบ Correlational research เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความเชื่อเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ และการรับรู้ต่อการส่งเสริมสุขภาพ กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ชาวไทยมุสลิม ผลการวิจัยนำเสนอ ตามลำดับดังนี้

ส่วนที่ 1 ปัจจัยส่วนบุคคล ความเชื่อเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ การรับรู้ต่อการส่งเสริมสุขภาพ และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ชาวไทยมุสลิม

ส่วนที่ 2 การทดสอบสมมติฐาน

2.1 ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ครอบครัว อาชีพ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ชาวไทยมุสลิม

2.2 ความเชื่อเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ชาวไทยมุสลิม

2.3 การรับรู้ต่อการส่งเสริมสุขภาพ ได้แก่ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน การรับรู้อุปสรรค การรับรู้ประโยชน์ ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ชาวไทยมุสลิม

ส่วนที่ 1 ปัจจัยส่วนบุคคล ความเชื่อเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ การรับรู้ต่อการส่งเสริมสุขภาพ และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ชาวไทยมุสลิม

กลุ่มตัวอย่างคือ หญิงตั้งครรภ์ชาวไทยมุสลิม ที่ฝากครรภ์ที่สถานอนามัยในเขต อำเภอ ปะนาเระ จังหวัดปัตตานี จำนวน 100 คน ตอบแบบสอบถามสมบูรณ์ทุกราย มีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 26.97 ปี (S.D. = 6.49) ส่วนใหญ่มีการศึกษาสายสามัญในระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 41 ส่วนการศึกษาสายศาสนาส่วนใหญ่ได้รับการศึกษาอยู่ในช่วง 1-4 ปี คิดเป็นร้อยละ 42 มีรายได้ครอบครัวอยู่ในช่วง 5,001 - 10,000 บาท ถึงร้อยละ 52 โดยมีรายได้เฉลี่ยเดือนละ 8,721 บาท (median = 7,000) ประกอบอาชีพแม่บ้านเป็นส่วนใหญ่ คิดเป็นร้อยละ 59 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ตั้งครรภ์แรก คิดเป็นร้อยละ 33 มีอายุครรภ์อยู่ในไตรมาสที่สามหรือ 27 สัปดาห์ขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 69 และมาฝากครรภ์ครั้งแรกในไตรมาสที่หนึ่ง ร้อยละ 59 ดังตารางที่ 4.1

ตารางที่ 4.1 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน พิสัย ความถี่ และร้อยละของข้อมูลส่วนบุคคลของหญิงตั้งครรภ์ชาวไทยมุสลิม (n = 100)

ข้อมูลส่วนบุคคล	Mean (S.D.)	Range	จำนวน	ร้อยละ
อายุ (ปี)	26.97 (6.49)	15 - 43		
≤ 20			16	16.0
21 - 25			34	34.0
26 - 30			17	17.0
31 - 35			22	22.0
≥ 36			11	11.0
ระดับการศึกษาสายสามัญ				
ไม่ได้เรียนหนังสือ			4	4.0
ประถมศึกษา			41	41.0
มัธยมศึกษาตอนต้น			22	22.0
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ ปวช.			21	21.0
อนุปริญญา/ ปวส.			5	5
ปริญญาตรีขึ้นไป			7	7
ระดับการศึกษาสายศาสนา	3.00 (2.51)	0 - 9		
ไม่ได้เรียน			31	31.0
1 - 4 ปี			42	42.0
5 - 7 ปี			25	25.0
8 ปีขึ้นไป			2	2.0
รายได้ครอบครัว (บาท / เดือน)	8,721 (6,158)	3,000-40,000		
น้อยกว่า 5,000			30	30.0
5,001 - 10,000			52	52.0
มากกว่า 10,000			18	18.0
** Median = 7000				

ตารางที่ 4.1 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน พิสัย ความถี่ และร้อยละของข้อมูลส่วนบุคคลของหญิงตั้งครรภ์ชาวไทยมุสลิม (n = 100) (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	Mean (SD)	Range	จำนวน	ร้อยละ
อาชีพ				
แม่บ้าน			59	59.0
เกษตรกร			3	3.0
รับจ้าง			22	22.0
ค้าขาย / ธุรกิจส่วนตัว			10	10.0
รับราชการ/ รัฐวิสาหกิจ/ พนักงานบริษัท			6	6.0
จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์				
1			33	33.0
2			22	22.0
3			20	20.0
≥ 4			25	25.0
อายุครรภ์ปัจจุบัน (สัปดาห์)				
ไตรมาสที่สอง (14-26 สัปดาห์)			31	31.0
ไตรมาสที่สาม (27-40 สัปดาห์)			69	69.0
อายุครรภ์เมื่อฝากครรภ์ครั้งแรก				
ไตรมาสที่หนึ่ง (1 - 13 สัปดาห์)			59	59.0
ไตรมาสที่สอง (14 - 26 สัปดาห์)			39	39.0
ไตรมาสที่สาม (27 - ≥ 40 สัปดาห์)			2	2.0

คะแนนความเชื่อเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ของชาวไทยมุสลิม อยู่ในช่วง 17 – 44 คะแนน และมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 32.21 คะแนน (S.D. = 5.04) เมื่อแจกแจงคะแนนการรับรู้ต่อการส่งเสริมสุขภาพออกเป็นรายด้าน พบว่า คะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตน อยู่ในช่วง 21 – 53 คะแนน มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 38.38 คะแนน (S.D. = 7.49) คะแนนการรับรู้อุปสรรค อยู่ในช่วง 14 – 39 คะแนน มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 23.88 คะแนน (S.D. = 5.64) และคะแนนการรับรู้ประโยชน์ อยู่ในช่วง 31 – 52 คะแนน มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 44.63 คะแนน (S.D. = 5.49) ดังตารางที่ 4.2

ตารางที่ 4.2 คะแนนที่เป็นไปได้ คะแนนที่ได้จริง คะแนนเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน จำแนกตามความเชื่อเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ การรับรู้ต่อการส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ชาวไทยมุสลิม (n = 100)

ตัวแปร	Possible range	Actual range	Mean	S.D.
ความเชื่อเกี่ยวกับการตั้งครรภ์	11 - 55	17 - 44	32.21	5.04
การรับรู้สมรรถนะแห่งตน	14 - 56	21 - 53	38.38	7.49
การรับรู้อุปสรรค	14 - 56	14 - 39	23.88	5.64
การรับรู้ประโยชน์	13 - 52	31 - 52	44.63	5.49

สำหรับคะแนนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมของหญิงตั้งครรภ์ชาวไทยมุสลิม อยู่ในช่วง 85 – 145 คะแนน และมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 120.79 คะแนน (S.D. = 12.24) เมื่อแจกแจงคะแนนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพออกเป็นรายด้าน พบว่า ด้านโภชนาการ อยู่ในช่วง 27 – 43 คะแนน และมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 34.63 คะแนน (S.D. = 3.78) ด้านกิจกรรมทางกายและการออกกำลังกาย อยู่ในช่วง 10 – 24 คะแนน และมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 18.24 คะแนน (S.D. = 2.95) ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ อยู่ในช่วง 14 – 36 คะแนน และมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 29.27 คะแนน (S.D. = 4.26) ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล อยู่ในช่วง 7 – 16 คะแนน และมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 14.05 คะแนน (S.D. = 1.94) ด้านการจัดการกับความเครียด อยู่ในช่วง 7 – 16 คะแนน และมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 12.92 คะแนน (S.D. = 2.30) และด้านความเจริญงอกงามทางจิตวิญญาณ อยู่ในช่วง 8 – 12 คะแนน และมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 11.50 คะแนน (S.D. = 0.96) ดังตารางที่ 4.3

ตารางที่ 4.3 คะแนนที่เป็นไปได้ คะแนนที่ได้จริง คะแนนเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานจำแนกตามพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ชาวไทยมุสลิมโดยรวม และรายด้าน (n = 100)

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ	Possible range	Actual range	Mean	S.D.
โดยรวม	37 - 148	85 - 145	120.79	12.24
รายด้าน				
ด้านโภชนาการ	11 - 44	27 - 43	34.63	3.78
ด้านกิจกรรมทางกายและการออกกำลังกาย	6 - 24	10 - 24	18.24	2.95
ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ	9 - 36	14 - 36	29.27	4.26
ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล	4 - 16	7 - 16	14.05	1.94
ด้านการจัดการกับความเครียด	4 - 16	7 - 16	12.92	2.30
ด้านความเจริญงอกงามทางจิตวิญญาณ	3 - 12	8 - 12	11.50	0.96

ส่วนที่ 2 การทดสอบสมมติฐาน

กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยของ อายุ รายได้ครอบครัว ความเชื่อเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ การรับรู้ต่อการส่งเสริมสุขภาพ ได้แก่ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน การรับรู้อุปสรรค การรับรู้ประโยชน์ และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ มีการแจกแจงปกติ ส่วนการศึกษาสาขาสาสนามีการแจกแจงแบบไม่ปกติ ซึ่งไม่เป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน จึงทำการ วิเคราะห์ความสัมพันธ์ของระดับการศึกษาสาขาสาสนาอิสลามกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ โดยใช้สถิติสหสัมพันธ์ของสเปียร์แมน

2.1 ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ครอบครัว อาชีพ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ชาวไทยมุสลิม

ปัจจัยส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษาสาขาสามัญ รายได้ครอบครัว มีความสัมพันธ์ทางบวก กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ชาวไทยมุสลิม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .223, p < .05$; $r_s = .202, p < .05$; $r = .258, p < .05$ ตามลำดับ) อย่างไรก็ตามอาชีพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ชาวไทยมุสลิม อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($r_s = .143, p > .05$) และระดับการศึกษาสาขาสาสนามีความสัมพันธ์ทาง

ลบกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ชาวไทยมุสลิม อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($r_s = -.173, p > .05$) ดังตารางที่ 4.4

2.2 ความเชื่อเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ชาวไทยมุสลิม

ความเชื่อเกี่ยวกับการตั้งครรภ์มีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ชาวไทยมุสลิม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.331, p < .01$) ดังตารางที่ 4.4

2.3 การรับรู้ต่อการส่งเสริมสุขภาพ ได้แก่ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน การรับรู้อุปสรรค การรับรู้ประโยชน์ ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ชาวไทยมุสลิม

การรับรู้ต่อการส่งเสริมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และการรับรู้ประโยชน์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ชาวไทยมุสลิมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .630, p < .001$; $r = .529, p < .001$ ตามลำดับ) ส่วนการรับรู้อุปสรรคมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ชาวไทยมุสลิมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.359, p < .001$) ดังตารางที่ 4.4

ตารางที่ 4.4 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความเชื่อเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน การรับรู้อุปสรรค และการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ชาวไทยมุสลิม ($n = 100$)

ตัวแปร	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์	
อายุ	r	.223*
การศึกษาสายสามัญ	r_s	.202*
การศึกษาสายศาสนา	r_s	-.173
รายได้ครอบครัว	r	.258*
อาชีพ	r_s	.143
ความเชื่อเกี่ยวกับการตั้งครรภ์	r	-.331**
การรับรู้สมรรถนะแห่งตน	r	.630***
การรับรู้อุปสรรค	r	-.359***
การรับรู้ประโยชน์	r	.529***

r = Pearson, r_s = Spearman, * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

อาชีพ (แม่บ้าน = 0, งานอื่นๆ = 1)

บทที่ 5

การอภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบ Correlational research เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ครอบครัว อาชีพ ความเชื่อเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ และการรับรู้ต่อการส่งเสริมสุขภาพ ได้แก่ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน การรับรู้อุปสรรค การรับรู้ประโยชน์ ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ชาวไทยมุสลิมในชุมชนเขตอำเภอปะนาเระ จังหวัดปัตตานี รายละเอียดของการอภิปรายผลการวิจัย มีดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้คือ หญิงตั้งครรภ์ชาวไทยมุสลิมที่ฝากครรภ์ ณ สถานีอนามัยในเขตอำเภอปะนาเระ จังหวัดปัตตานี จำนวน 100 คน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 26.97 ปี ส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 21-25 ปี (ร้อยละ 39) และพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่อายุน้อยที่สุด คือ 15 ปี และมากที่สุดคือ 43 ปี (ตารางที่ 1) จากข้อมูลดังกล่าวสามารถอธิบายได้ว่า ตามวัฒนธรรมของอิสลามจุดมุ่งหมายหนึ่งของการแต่งงานของชาวมุสลิม คือ การตั้งครรภ์และการมีบุตร คู่สมรสจึงพร้อมที่จะมีบุตร โดยไม่ต้องตระหนักว่าอายุจะน้อยกว่า 17 ปี หรือมากกว่า 35-40 ปี (อาเหมะห์ ดำรงผล, 2544: 47) ซึ่งจากการศึกษาค้นคว้าก็พบหญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุน้อยกว่า 20 ปี ร้อยละ 16 สอดคล้องกับการศึกษาของ ทวีสุข ณ ระนองและปารมี ทองสุกใส (2543) ที่พบว่าหญิงมุสลิมมักแต่งงานและมีบุตรก่อนอายุ 20 ปี นอกจากนั้นผลการศึกษายังพบ หญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุมากกว่า 35 ปี ถึงร้อยละ 11 (ตารางที่ 1) เช่นเดียวกับ ภาวินี โภคสินจำรูญ (2538) ที่ทำการศึกษพบว่าหญิงตั้งครรภ์ชาวไทยมุสลิมที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์ มีอายุมากกว่า 35 ปีขึ้นไปถึง ร้อยละ 20 เช่นกัน

ส่วนด้านการศึกษา มีทั้งสายสามัญและสายศาสนา โดยพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จบการศึกษาสายสามัญระดับชั้นประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 41 (ตารางที่ 1) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมามีจำนวนมากที่พบว่าหญิงตั้งครรภ์ชาวไทยมุสลิมส่วนใหญ่จบการศึกษาเพียงชั้นประถมศึกษา (จินตนา หาญวัฒนกุล, 2547; บุญแสง บุญอำนวยกิจ, 2542; พันธิ์ ชันดีกาโร, 2542;

วรรณ บัวขาว, 2545; วันเต็ม สังข์ขาว, 2544) ส่วนการศึกษาศาสนาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ จบการศึกษาชั้นปีที่ 1-4 (ร้อยละ 42) แต่พบว่ามีผู้ที่ไม่ได้ศึกษาด้านศาสนาเลย ร้อยละ 32 (ตารางที่ 1) เนื่องมาจากปัจจุบันระบบการศึกษาของสามจังหวัดชายแดนภาคใต้มีการพัฒนาให้มีโรงเรียนสาธิตจำนวนเพิ่มมากกว่าอดีต ส่งผลให้ประชาชนในพื้นที่ที่มีการเข้าถึงการศึกษาสาธิตเพิ่มมากขึ้น เมื่อเข้าเรียนในระบบการศึกษาสาธิตแล้วส่งผลให้ประชาชนบางส่วนจึงไม่ได้รับการศึกษาศาสนาควบคู่ไปด้วย อย่างไรก็ตามกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ก็ได้รับเพียงการศึกษาขั้นพื้นฐาน เนื่องจากวัฒนธรรมของชาวไทยมุสลิมสนับสนุนให้สตรีมุสลิมแต่งงานและมีบุตรตลอดจนรับผิดชอบกิจการภายในบ้าน (อามีนะห์ คำรงผล, 2544: 47) ดังนั้นจึงเห็นได้ว่ากลุ่มตัวอย่างที่เป็นหญิงตั้งครรภ์ชาวไทยมุสลิมส่วนใหญ่ จะจบเพียงการศึกษาขั้นพื้นฐานเท่านั้น

ด้านการประกอบอาชีพของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 59) เป็นแม่บ้าน (ตารางที่ 1) ทั้งนี้เนื่องจากหน้าที่ของภรรยาชาวไทยมุสลิมตามแนวทางของศาสนาอิสลาม ผู้เป็นภรรยาจะต้องมีหน้าที่หลักในการดูแลบ้าน ดูแลสามี และดูแลอบรมลูก (อามีนะห์ คำรงผล, 2544: 48) ส่งผลให้หญิงตั้งครรภ์ชาวไทยมุสลิมส่วนใหญ่ไม่ประกอบอาชีพนอกบ้าน จะเป็นเพียงแม่บ้านเท่านั้น สอดคล้องกับการศึกษาของ จินตนา หาญวัฒนกุล (2547) และ พณณิ ชันติกาโร (2542) ที่พบว่าหญิงตั้งครรภ์ชาวไทยมุสลิมส่วนใหญ่ประกอบอาชีพแม่บ้าน

ด้านรายได้ครอบครัว พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีรายได้ครอบครัวต่ำ อยู่ในช่วง 5,001 - 10,000 บาทต่อเดือน สูงถึงร้อยละ 52 (ตารางที่ 1) ซึ่งเมื่อเปรียบเทียบกับผลการสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมครัวเรือนปี 2552 ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ (2553) ในพื้นที่ภาคใต้พบว่า ประชากรในภาคใต้มีรายได้ครัวเรือน เฉลี่ยเดือนละ 22,926 บาทต่อเดือน ในขณะที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีรายได้ครอบครัวต่ำกว่าครึ่งหนึ่ง (43.62%) ของรายได้ครัวเรือนประชากรภาคใต้ ซึ่งผลการศึกษารังนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ วันเต็ม สังข์ขาว (2544) และภาวิณี โภคสินจำรูญ (2538) ที่พบว่าหญิงตั้งครรภ์ชาวไทยมุสลิมส่วนใหญ่มีรายได้น้อยกว่า 10,000 บาทต่อเดือน ทั้งนี้สามารถอธิบายได้ว่า เนื่องจากชาวไทยมุสลิมส่วนใหญ่เมื่อสมรส ผู้เป็นสามีมีหน้าที่รับผิดชอบเลี้ยงดู ภาระโดยรายได้ของเขา (กิตติมา อมรทัต, 2545: 122) ดังนั้นหน้าที่ในการประกอบอาชีพเลี้ยงดูครอบครัวจึงเป็นของสามี ส่งผลให้รายได้ครอบครัวส่วนใหญ่จึงได้มาจากการประกอบอาชีพของสามีเพียงผู้เดียว

ส่วนที่ 2 พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ชาวไทยมุสลิม

กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมของหญิงตั้งครรภ์ชาวไทยมุสลิม อยู่ในช่วง 85 – 145 คะแนน มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 120.79 คะแนน สำหรับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ชาวไทยมุสลิมรายด้าน พบว่า พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่กลุ่มตัวอย่างยังปฏิบัติได้ไม่เหมาะสมมีดังนี้

พฤติกรรมด้านโภชนาการ ผลการศึกษาพบว่า มีเพียงร้อยละ 50 ของกลุ่มตัวอย่างที่รับประทานวิตามินและยาบำรุงตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขได้เป็นประจำทุกวัน และกลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการดื่มน้ำชา กาแฟ น้ำอัดลม เป็นประจำทุกวันร้อยละ 31 และดื่ม 3-5 ครั้งต่อสัปดาห์ ถึงร้อยละ 55 (ภาคผนวก ข) ทั้งนี้จากผลการศึกษาสามารถอธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 41) จบการศึกษาระดับประถมศึกษา (ตารางที่ 1) จึงมีข้อจำกัดในด้านความรู้ที่จะเลือกรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ เหมาะสม และเพียงพอต่อภาวะโภชนาการของหญิงตั้งครรภ์ อีกทั้งพฤติกรรมการดื่มน้ำชา กาแฟ เป็นกิจวัตรประจำวันของประชาชนมุสลิมในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้ ประกอบกับหญิงตั้งครรภ์ส่วนใหญ่ให้เหตุผลว่าไม่ทราบถึงผลข้างเคียงของการบริโภคเครื่องดื่มที่มีคาเฟอีน จึงยังคงบริโภคเครื่องดื่มเหล่านี้อยู่ ส่วนพฤติกรรมการรับประทานวิตามินและยาบำรุงนั้น กลุ่มตัวอย่างให้เหตุผลว่าทราบถึงประโยชน์ของยา แต่บางครั้งรู้สึกว่ามีกลิ่นเหม็น เวลารับประทานแล้วรู้สึกคลื่นไส้ อาเจียน จึงทำให้รับประทานยาบำรุงได้ไม่สม่ำเสมอ สอดคล้องกับรายงานของ ของ สุมาลี กา เปี่ยมมงคล และคณะ (2542) ที่ศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมการรับประทานยาเม็ดเสริมธาตุเหล็กของหญิงตั้งครรภ์ในจังหวัดปัตตานี พบว่า มีพฤติกรรมการไม่รับประทานยาเม็ดเสริมธาตุเหล็ก หรือรับประทานไม่สม่ำเสมอ

ด้านกิจกรรมทางกายและการออกกำลังกาย พบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 48 ไม่เคยปฏิบัติพฤติกรรมการออกกำลังกายโดยการบริหารกล้ามเนื้อแขน ขา อย่างน้อยครั้งละ 30 นาที สัปดาห์ละ 3 ครั้ง มีเพียงร้อยละ 6 ที่สามารถปฏิบัติได้เป็นประจำทุกวัน (ภาคผนวก ข) ทั้งนี้กลุ่มตัวอย่างให้เหตุผลว่า ปกติต้องทำงานบ้านทุกวันเปรียบเสมือนการออกกำลังกายอยู่แล้ว ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 48) ไม่เคยปฏิบัติกิจกรรมการออกกำลังกายดังกล่าวเลย (ภาคผนวก ข) อีกทั้งส่วนใหญ่มีอาชีพแม่บ้านที่ต้องรับผิดชอบดูแลงานบ้าน ส่งผลให้เกิดความรู้สึกเหนื่อยล้า ไม่อยากออกกำลังกาย สอดคล้องกับการศึกษาของ คาริณี สุวภาพ (2542) และ ปญญิสรา พรหมมา (2551) พบว่า หญิงตั้งครรภ์มีพฤติกรรมการออกกำลังกายในระดับไม่ดี เนื่องจากหญิงตั้งครรภ์ที่ต้องทำงาน จะรู้สึกเหนื่อยล้าจากการทำงาน และคิดว่าการทำงานก็เหมือนเป็นการออกกำลังกายอยู่แล้ว เช่นเดียวกับหญิงตั้งครรภ์ที่ไม่ทราบข้อจำกัด หรือรูปแบบของการออกกำลังกายที่เหมาะสม ส่งผลให้ขาดความมั่นใจจึงเลือกที่จะไม่ปฏิบัติกิจกรรมการออกกำลังกายเช่นกัน

ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ พบว่าพฤติกรรมที่ยังปฏิบัติได้ไม่เหมาะสมของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ คือ การหาความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตนในขณะตั้งครรภ์ จากการอ่านหนังสือ ฟังวิทยุ ดูโทรทัศน์ หรือสอบถามจากแพทย์ พยาบาล หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข โดยพบกลุ่มตัวอย่างที่สามารถปฏิบัติได้เป็นประจำเพียงร้อยละ 11 (ภาคผนวก ข) สอดคล้องกับผลการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่า หญิงตั้งครรภ์ส่วนใหญ่ ไม่กล้าซักถาม หรือขอคำแนะนำจากแพทย์ พยาบาล เมื่อมีข้อสงสัย และไม่มีการหาความรู้เพิ่มเติมจากสื่อต่างๆ (จารุณี ลิขิระกุล, 2541: 63; ธนพร วงษ์จันทร์, 2543: 110; ยุคลธร แจ่มฤทธิ์ และกนกกรณ์ อ่วมพราหมณ์, 2551: 62; Thitasan, 2002: 60; Wiriyatana, 2002: 92) เนื่องจากหญิงตั้งครรภ์เชื่อว่าการไปฝากครรภ์ตามนัดทุกครั้งก็จะได้รับข้อมูลคำแนะนำ จากแพทย์ พยาบาล และสื่อต่างๆ อยู่แล้วก็น่าจะเพียงพอ และยังพบว่าสถานบริการบางแห่งมีหญิงตั้งครรภ์มาใช้บริการเป็นจำนวนมาก จึงทำให้หญิงตั้งครรภ์รู้สึกเกรงใจที่จะซักถาม และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีเวลาให้แก่ผู้รับบริการแต่ละรายค่อนข้างจำกัด

ด้านการจัดการความเครียด พบว่ามีกลุ่มตัวอย่างเพียงร้อยละ 33 ที่ทำใจยอมรับเมื่อมีปัญหาหรืออุปสรรคที่ไม่สามารถแก้ไขได้เป็นประจำ (ภาคผนวก ข) ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการจัดการความเครียด อยู่ในระดับปานกลาง ทั้งนี้อาจเนื่องจากการตั้งครรภ์เป็นภาวะที่ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านร่างกายและจิตสังคม อีกทั้งเป็นภาวะที่เพิ่มความเครียดให้แก่หญิงตั้งครรภ์และครอบครัวอย่างมาก ซึ่งเกิดขึ้นทั้งในหญิงตั้งครรภ์ครั้งแรกและครรภ์หลัง ครรภ์แรกความเครียดเกิดจากการขาดประสบการณ์ ต้องเผชิญความเปลี่ยนแปลงอย่างมาก ครรภ์หลังเกิดจากภาระหน้าที่ของครอบครัวเพิ่มมากขึ้น ทั้งด้านบทบาทและภาวะเศรษฐกิจ (วัฒนา ศรีพจนารถ, 2545: 36) ดังนั้นเมื่อมีปัญหาหรืออุปสรรคในระยะตั้งครรภ์กลุ่มตัวอย่างจึงไม่สามารถทำใจยอมรับกับปัญหาและอุปสรรคนั้นได้เป็นประจำ

ส่วนที่ 3 การทดสอบสมมติฐาน

1. ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ครอบครัว อาชีพ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ชาวไทยมุสลิมในชุมชนเขตอำเภอปะนาเระ จังหวัดปัตตานี

อายุกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

ผลการศึกษารั้งนี้ พบว่า อายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .223, p < .05$) (ตารางที่ 4) แสดงให้เห็นว่า หญิงตั้งครรภ์ชาวไทย

มุสลิมที่มีอายุเพิ่มขึ้น จะมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดีขึ้นด้วย ทั้งนี้ เพนเดอร์ (2006) ได้อธิบายว่า อายุเป็นปัจจัยทางชีววิทยา (biological factor) ที่มีอิทธิพลโดยตรงต่อการรับรู้และความรู้สึกรู้สึกนึกคิดที่สัมพันธ์กับการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ อีกทั้งอายุยังมีส่วนสัมพันธ์กับพัฒนาการด้านอารมณ์ กล่าวคือ เมื่อหญิงตั้งครรภ์อายุมากขึ้นจะมีวุฒิภาวะเพิ่มขึ้น ทำให้สามารถปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ได้ดี มีความรับผิดชอบต่อสุขภาพอนามัยของตนเองได้มากขึ้น อาจเนื่องมาจากบุคคลที่มีอายุมากขึ้นได้ผ่านภาวะวิกฤตมีประสบการณ์ และพัฒนาการ ทำให้มีวุฒิภาวะสูงขึ้น มีความสามารถในการคิด การวินิจฉัยได้ตรง และตัดสินใจเลือกวิธีการในการเผชิญปัญหามากขึ้น จึงมีการดูแลสุขภาพที่ดีกว่าวัยเด็ก (Orem, 1980: 154) ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาหลายการวิจัยที่พบว่า อายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ศิริวรรณ ทุมเชื้อ และคณะ, 2548; Arethiwetch, 2003, Thanomroop, 2000) ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของ จารุณี ลิ้มระกุล (2541) และวัชร แก้วสา (2544) ที่พบว่าอายุไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์

ระดับการศึกษากับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

ระดับการศึกษาสายสามัญมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r_s = .202, p < .05$) (ตารางที่ 4) แสดงให้เห็นว่า หญิงตั้งครรภ์ชาวไทยมุสลิมที่มีระดับการศึกษาสายสามัญที่สูง จะมีการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้ดีด้วย เนื่องจากการศึกษาเป็นสิ่งสำคัญต่อการพัฒนา ความรู้ ทักษะ และเจตคติที่ดีต่อการดูแลตนเอง ทำให้สามารถเข้าใจภาวะสุขภาพได้ดี ซึ่งจะเอื้อต่อการปฏิบัติกิจกรรมในการดูแลตนเอง (Orem, 1985: 86) อีกทั้งการศึกษายังเป็นปัจจัยทางด้านสังคมวัฒนธรรม (Sociocultural) ที่มีผลโดยตรงต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและมีผลโดยอ้อมผ่านมโนทัศน์ด้านความคิดและการรับรู้ที่เฉพาะเจาะจงต่อการแสดงพฤติกรรม (Pender et al., 2006: 52) ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้เป็นไปในแนวทางเดียวกันกับ วอล์กเกอร์ และคณะ (1987) ที่พบว่าระดับการศึกษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และเป็นตัวแปรที่อธิบายความผันแปรของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้ โดยผู้ที่มีการศึกษาสูงจะมีการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้มากกว่าผู้ที่มีการศึกษาน้อย สอดคล้องกับรายงานการศึกษาที่ผ่านมาของ จารุณี ลิ้มระกุล (2541) ที่พบว่าระดับการศึกษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นพาหะของโรคไวรัสตับอักเสบบีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งแตกต่างจากบางรายงานที่พบว่า ระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (Arethiwetch, 2003; Patanavanichnun, 2000; Thanomroop, 2000)

ส่วนการศึกษายาศาสนา พบว่า มีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($r_s = -.173, p > .05$) (ตารางที่ 4) สามารถอธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีจำนวนปีการศึกษาสาขาน้อยกว่า อาจจะมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดีกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีจำนวนปีการศึกษามากกว่า แต่ในความเป็นจริงที่เกิดขึ้นพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีจำนวนปีการศึกษาแตกต่างกันมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ไม่แตกต่างกัน ทั้งนี้อาจเนื่องมาจาก การศึกษาสาขาศาสนาตามแนวทางอิสลามมีจุดมุ่งหมายให้ผู้ศีกษารู้จักอัลลอฮ์ซุบฮานะฮฺวะตะอาลา รู้และเข้าใจคำสั่งสอนของพระองค์ รวมทั้งแนวทางของนบีมุฮัมมัดศ็อลลัลลอฮุอะลัยฮิวะซัลลัม เพื่อนำไปปฏิบัติได้ถูกต้อง (อามีนะห์ คำรงผล, 2544: 103) ดังนั้นไม่ว่ากลุ่มตัวอย่างจะมีจำนวนปีการศึกษาสาขาศาสนามากหรือน้อย กลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นชาวไทยมุสลิมทุกคนย่อมมีรูปแบบการดำเนินชีวิตตามวัฒนธรรมของศาสนา แสดงให้เห็นว่าการศึกษายาศาสนาไม่ได้มีความสัมพันธ์โดยตรงกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

รายได้ครอบครัวยกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

ผลการศึกษาครั้งนี้ พบว่า รายได้ครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .258, p < .05$) (ตารางที่ 4) อธิบายได้ว่าหญิงตั้งครรภ์ชาวไทยมุสลิมที่มีรายได้ครอบครัวสูง จะมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดีกว่าหญิงตั้งครรภ์ที่มีรายได้ครอบครัวน้อย เนื่องจากรายได้ครอบครัวเป็นสิ่งที่แสดงถึงสถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคม ซึ่งนับเป็นปัจจัยทางสังคมวัฒนธรรม (sociocultural factors) ที่มีอิทธิพลโดยตรงต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและมีอิทธิพลโดยอ้อมผ่านมโนทัศน์ด้านความคิดและอารมณ์ต่อพฤติกรรม (Pender et al., 2006: 51-52) ดังนั้นครอบครัวที่มีรายได้สูงจึงมีโอกาสเข้าถึงแหล่งประโยชน์ในสังคมและจัดหาทรัพยากรที่จำเป็นเพื่อการดูแลและส่งเสริมสุขภาพของตนและทารกในครรภ์ ส่งผลให้มีการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้ดีกว่าครอบครัวที่มีรายได้ต่ำ ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา ซึ่งพบว่ารายได้ครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (มยุรี นิรัทธิธราดร, 2539; ยุคลธร แจ่มฤทธิ์ และคณะ, 2551; Thitasan, 2002) เช่นเดียวกับการศึกษาของ ปุญญิสา พรหมมา ที่พบว่า หญิงตั้งครรภ์ชาวไทยภูเขาที่มีรายได้ครอบครัวต่างกัน มีพฤติกรรมสุขภาพที่แตกต่างกัน โดยอธิบายว่า กลุ่มที่มีรายได้ครอบครัวสูงจะมีโอกาสในการเข้าถึงแหล่งประโยชน์และจัดหาทรัพยากรที่จำเป็นได้มากกว่ากลุ่มที่มีรายได้ครอบครัวต่ำ (ปุญญิสา พรหมมา, 2551: 67) เป็นไปในแนวทางเดียวกับ วรรัตน์ ทองศิริมา ที่รายงานว่ารายได้ครอบครัวมีผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในหญิงตั้งครรภ์ โดยพบว่า รายได้ครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการใช้เส้นทางลูกรักซึ่งเป็นคู่มือในการปฏิบัติ

พฤติกรรมสุขภาพในระยะตั้งครรภ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Thongsirima, 2003: 41) ซึ่งแตกต่างจากหลายการศึกษาที่พบว่า รายได้ครอบครัวไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (จารุณี ลิขิระกุล, 2541; Arethiwetch, 2003; Patanavanichnun, 2000; Thanomroop, 2000)

อาชีพกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

ผลการศึกษาครั้งนี้ พบว่า อาชีพไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r_s = .143$, $p > .05$) (ตารางที่ 4) ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีอาชีพแตกต่างกันมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ไม่แตกต่างกัน ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 59) มีอาชีพเป็นแม่บ้าน (ตารางที่ 1) และอีกกลุ่มหนึ่งประกอบอาชีพเกษตรกรรม รับจ้าง ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว ส่วนใหญ่ก็จะประกอบอาชีพเหล่านี้ที่บ้านตัวเอง จึงไม่ต้องทำงานเป็นเวลา ส่งผลให้มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่มีลักษณะไม่แตกต่างกันมากนัก สอดคล้องกับผลการศึกษาของ กาญจนา นิมนุช (2548) และ อัญชลี (Thitasan, 2002) ที่พบว่าอาชีพไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์

2. ความเชื่อเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ของชาวไทยมุสลิมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ชาวไทยมุสลิมในชุมชนเขตอำเภอปะนาเระ จังหวัดปัตตานี

กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความเชื่อเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ของชาวไทยมุสลิม อยู่ในช่วง 17 – 44 คะแนน มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 32.21 คะแนน จากการศึกษาพบว่า ความเชื่อที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ยังคงยึดถือศรัทธา มักเป็นความเชื่อที่เป็นไปตามหลักปฏิบัติของศาสนา โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 37) มีความคิดเห็นด้วยอย่างยิ่งมากที่สุดกับความเชื่อที่เกี่ยวกับ ความต้องการถือศีลอดในช่วงรอมฎอน แม้ว่ากลุ่มตัวอย่างกำลังตั้งครรภ์ เพราะจะเป็นช่วงที่ได้บุญมากกว่าช่วงอื่น รองลงมาคือ กลุ่มตัวอย่างเชื่อว่าการถือศีลอดในทุกช่วงอายุของการตั้งครรภ์จะไม่ส่งผลกระทบต่อทารกในครรภ์ คิดเป็นร้อยละ 27 (ภาคผนวก ข) ทั้งนี้จะเห็นได้ว่าความเชื่อดังกล่าวมีความสอดคล้องกัน เนื่องจากการถือศีลอดจัดเป็นหลักการปฏิบัติ (รูกนอิสลาม) ซึ่งเป็นหลักการที่มุสลิมทุกคนต้องปฏิบัติเหมือนกันทุกคน (มยุรา วงษ์สันต์, 2546: 54; สมชัย อนุมานราชชน, 2551: 123) ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างจึงมีความเชื่อถือศรัทธา และปฏิบัติตามอย่างเคร่งครัด ส่งผลให้มีความเชื่อว่า เมื่อปฏิบัติตามบทบัญญัติของศาสนา จะไม่เกิดผลกระทบใดๆ นอกจากนั้นยังพบว่า กลุ่มตัวอย่างถึง ร้อยละ 25 ตอบว่าเห็นด้วยอย่างยิ่งกับ ความเชื่อที่ว่า การฝากครรภ์กับผดุงครรภ์โบราณ จะได้รับการตรวจทำของทารกในครรภ์ และมีการแต่งท้องให้ทารกในครรภ์กลับหัวจะช่วยให้คลอดง่าย (ภาคผนวก ข) ทั้งนี้เนื่องมาจากในอดีต หญิงตั้งครรภ์ชาวไทยมุสลิมส่วนใหญ่นิยมฝากครรภ์และคลอดที่บ้านกับ

ผดุงครรภ์โบราณ เนื่องจากการบริการของผดุงครรภ์โบราณมีความสอดคล้องตามวัฒนธรรมท้องถิ่น ชาวไทยมุสลิมจึงมีความเชื่อมั่นในบริการของผดุงครรภ์โบราณ จึงเป็นข้อปฏิบัติที่สืบทอดมาตั้งแต่สมัยบรรพบุรุษ สอดคล้องกับรายงานที่พบว่าหญิงตั้งครรภ์บางรายถึงแม้ตั้งใจจะไม่คลอดกับผดุงครรภ์โบราณ แต่ก็ต้องฝากครรภ์กับผดุงครรภ์โบราณด้วยเพราะถือเป็นธรรมเนียมปฏิบัติกันมา (จินตนา หาญวัฒนกุล, 2547; บุญแสง บุญอำนวยกิจ, 2542; วันเต็ม สังข์ขาว, 2544) ซึ่งการจัดทำทารกในครรภ์ของผดุงครรภ์โบราณ อาจส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ได้ เช่น หัวใจทารกเต้นช้า ซึ่งเป็นภาวะที่พบบ่อยเชื่อว่าเกิดจากการที่ทารกขาดออกซิเจนชั่วคราวเนื่องจากมีความดันในมดลูกเพิ่มขึ้นระหว่างทำหัตถการนี้ และยังอาจพบ รกลอกตัวก่อนกำหนด มดลูกแตก สายสะดือพันกัน (ปิยะรัตน์ สัมฤทธิ์ประดิษฐ์, 2548: 259) ซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนที่ผดุงครรภ์โบราณไม่สามารถประเมิน และให้ความช่วยเหลือได้ ดังนั้นจึงจำเป็นต้องส่งเสริมให้หญิงตั้งครรภ์ชาวไทยมุสลิมมีความเข้าใจในบทบาทและความสามารถของผดุงครรภ์โบราณ เพื่อเป็นข้อมูลในการตัดสินใจเลือกใช้บริการที่ไม่ก่อให้เกิดอันตรายแก่หญิงตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ อีกทั้งควรจัดกิจกรรมเสริมสร้างความรู้และทักษะเกี่ยวกับการดูแลและส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ ให้แก่ผดุงครรภ์โบราณ เนื่องจากเป็นบุคคลที่มีอิทธิพลต่อความเชื่อเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ของหญิงตั้งครรภ์ชาวไทยมุสลิม ซึ่งส่งผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ถูกต้องและเหมาะสม

นอกจากนั้นผลการศึกษานี้ยังพบว่า ความเชื่อเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ของชาวไทยมุสลิมมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.331, p < .01$) (ตารางที่ 4) แสดงให้เห็นว่า หญิงตั้งครรภ์ชาวไทยมุสลิมที่มีความเชื่อเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ของชาวไทยมุสลิมในระดับต่ำ จะมีการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้ดีกว่าหญิงตั้งครรภ์ชาวไทยมุสลิมที่มีความเชื่อเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ของชาวไทยมุสลิมสูง ทั้งนี้ เพนเดอร์ (2006) ได้อธิบายว่าความเชื่อตามศาสนาและวัฒนธรรมของชุมชน เป็นปัจจัยทางด้านสังคมวัฒนธรรม (Sociocultural) ซึ่งเป็นซึ่งมีโน้ตทัศน์ด้านลักษณะเฉพาะและประสบการณ์ของบุคคล มีผลโดยตรงต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและมีผลโดยอ้อมผ่านมโนทัศน์ด้านความคิดและการรับรู้ที่เฉพาะเจาะจงต่อการแสดงพฤติกรรม ดังนั้นหากบุคคลมีความยึดมั่น เชื่อถือ ศรัทธา ต่อวัฒนธรรม และศาสนาอย่างมากก็จะมีพลังแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมที่สอดคล้องตามวัฒนธรรมและศาสนานั้นๆ แต่ทั้งนี้เนื่องจากความเชื่อเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ของชาวไทยมุสลิมบางประการ มีผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ถูกต้อง เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ดังที่ได้กล่าวมาแล้วข้างต้นจึงอาจส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสมได้ เช่น เกี่ยวกับการศึกษาของ วันเต็ม สังข์ขาว (2543) ที่พบว่า ความเชื่อตามวัฒนธรรมอิสลามมีความสัมพันธ์กับการใช้บริการคลอดของมารดาวัยรุ่นมุสลิม จังหวัดนราธิวาสอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยกลุ่มตัวอย่างที่มีความเชื่อตามวัฒนธรรมอิสลามสูงกว่าจะเลือกคลอดที่บ้านมากเป็น 13.5 เท่า

3. การรับรู้ต่อการส่งเสริมสุขภาพ ได้แก่ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน การรับรู้อุปสรรค การรับรู้ประโยชน์ ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ของหญิงตั้งครรภ์ชาวไทยมุสลิมในชุมชนเขตอำเภอปะนาเระ จังหวัดปัตตานี

การรับรู้สมรรถนะแห่งตนกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ อยู่ในช่วง 21 - 53 คะแนน มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 38.38 คะแนน เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า พฤติกรรมที่กลุ่มตัวอย่างมีความไม่มั่นใจเลยว่าจะปฏิบัติได้มากที่สุด (ร้อยละ 44) คือ การออกกำลังกาย โดยการบริหารกล้ามเนื้อแขน ขา ได้สัปดาห์ละ 3 ครั้ง ครั้งละ 30 นาที ทั้งนี้กลุ่มตัวอย่างให้เหตุผลว่า ปกติต้องทำงานบ้านทุกวันเปรียบเสมือนการออกกำลังกายอยู่แล้ว ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 48) ไม่เคยปฏิบัติกิจกรรมการออกกำลังกายดังกล่าวเลย (ภาคผนวก ข) อีกทั้ง ส่วนใหญ่มีอาชีพแม่บ้านที่ต้องรับผิดชอบดูแลงานบ้าน ส่งผลให้เกิดความรู้สึกเหนื่อยล้าไม่อยาก ออกกำลังกาย สอดคล้องกับการศึกษาของ ดาริณี สุวภาพ (2542) และ ปญญิสรา พรหมมา (2551) พบว่า หญิงตั้งครรภ์มีพฤติกรรมการออกกำลังกายในระดับไม่ดี เนื่องจากหญิงตั้งครรภ์ที่ต้องทำงาน จะรู้สึกเหนื่อยล้าจากการทำงาน และคิดว่าการทำงานก็เหมือนเป็นการออกกำลังกายอยู่แล้ว ส่งผล ให้หญิงตั้งครรภ์ขาดความเชื่อมั่นในการทำกิจกรรมการออกกำลังกายที่เหมาะสมได้สำเร็จ นอกจากนี้ยังพบว่า ร้อยละ 36 ของกลุ่มตัวอย่างรู้สึกไม่มั่นใจเลยว่าจะสามารถดัดเครื่องดัดที่มี คาเฟอีน เช่น ชา กาแฟ น้ำอัดลม ในขณะที่ตั้งครรภ์ได้ ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างถึงร้อยละ 55 มีพฤติกรรม ดัดน้ำชา กาแฟ น้ำอัดลม บ่อยครั้ง หรือประมาณ 3 – 5 ครั้ง ต่อสัปดาห์ (ภาคผนวก ข)

ผลการศึกษาครั้งนี้ พบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .630, p < .001$) (ตารางที่ 4) อธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนหรือมีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองสูงจะ สามารถจัดการหรือปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพให้สำเร็จได้สูงด้วย ทั้งนี้เนื่องมาจากการรับรู้ สมรรถนะแห่งตนเป็นแรงจูงใจที่ทำให้บุคคลสามารถปฏิบัติพฤติกรรมได้อย่างต่อเนื่อง หากบุคคลมี การรับรู้สมรรถนะแห่งตนสูงจะส่งผลให้การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ลดลง (Pender et al., 2006) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาจำนวนมากที่ศึกษาในหญิงตั้งครรภ์ พบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนของหญิงตั้งครรภ์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ดาริณี สุวภาพ, 2542; ตริพร ชุมศรี, 2548; นฤมล ภาณุเตชะ, 2548; ภัทรจิต เจริญศักดิ์ และสุรี ชันธรักขวงส์, 2549; Patanavanichnun, 2000)

การรับรู้อุปสรรคกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนการรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ อยู่ในช่วง 14 – 39 คะแนน มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 23.88 คะแนน เมื่อพิจารณารายชื่อ พบว่า สิ่งที่กลุ่มตัวอย่างเห็นด้วยมากที่สุดว่าเป็นสิ่งขัดขวางต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพคือ ความเหนื่อยล้าจากการทำงาน ทำให้ไม่อยากจะออกกำลังกาย ทั้งนี้สามารถอธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 59) มีอาชีพเป็นแม่บ้าน และกลุ่มตัวอย่างเกือบครึ่ง (ร้อยละ 45) มีประวัติการตั้งครรภ์ตั้งแต่ครั้งที่สามขึ้นไป (ตารางที่ 1) ซึ่งโดยบทบาทของภรรยาชาวไทยมุสลิมนั้น มีหน้าที่ต้องรับผิดชอบดูแลบ้าน ดูแลสามี และดูแลบุตรเป็นหลัก (อาหมินะห์ ดำรงผล, 2544: 48) ดังนั้นหน้าที่ในการทำงานบ้านและดูแลบุตรหลายคน อาจส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความเหนื่อยล้าจากการทำงาน จึงทำให้ไม่อยากจะออกกำลังกาย ส่วนอุปสรรครองลงมา ได้แก่ กลุ่มตัวอย่างไม่รู้วิธีการเตรียมตัวก่อนคลอด เพราะไม่สะดวกในการเข้าร่วมกิจกรรมการให้ความรู้เพื่อเตรียมตัวก่อนคลอด คิดเป็นร้อยละ 12 (ภาคผนวก ข) ทั้งนี้เนื่องจากรูปแบบการจัดกิจกรรมการให้ความรู้ในการเตรียมตัวก่อนคลอด ซึ่งเป็นกิจกรรมตามนโยบายของโครงการโรงเรียนพ่อแม่ ที่จัดสำหรับหญิงตั้งครรภ์อายุครรภ์ไตรมาสที่สาม โดยจัดเดือนละหนึ่งครั้ง ทุกวันจันทร์แรกของเดือนที่โรงพยาบาลปะนาเระ เพื่อให้ความรู้คำแนะนำในการเตรียมตัวก่อนคลอด และการพักรักษาตัวก่อนคลอด

ผลการศึกษานี้ยังพบว่า การรับรู้อุปสรรคมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.359, p < .001$) (ตารางที่ 4) สามารถอธิบายได้ว่า หญิงตั้งครรภ์ชาวไทยมุสลิมที่มีการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพต่ำ จะมีการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้ดีกว่าหญิงตั้งครรภ์ชาวไทยมุสลิมที่มีการรับรู้อุปสรรคสูง ทั้งนี้เนื่องจาก การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรม (Perceived Barriers to Action) เป็นความรู้สึกรับรู้ของบุคคลเกี่ยวกับสิ่งขัดขวางต่อการกระทำ ซึ่งมีส่วนสนับสนุนให้หลีกเลี่ยงการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ถ้าบุคคลรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมต่ำ จะมีแนวโน้มในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้สูง ดังนั้นหากบุคคลมีความพร้อมในการปฏิบัติมากและมีอุปสรรคน้อย โอกาสที่จะปฏิบัติพฤติกรรมก็มีมากกว่า (Pender et al., 2006: 53) เช่นเดียวกับการศึกษาในหญิงตั้งครรภ์ที่ผ่านมาซึ่งพบว่า การรับรู้อุปสรรคมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ตรีพร ชุมศรี, 2548; นฤมล ภาณุเดชะ, 2548; Arethiwetch, 2003; Thanomroop, 2000)

การรับรู้ประโยชน์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ อยู่ในช่วง 31 – 52 คะแนน มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 44.63 คะแนน เมื่อพิจารณาจากการตอบแบบสอบถาม พบว่า พฤติกรรมที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 85) เห็นด้วยมากที่สุดว่าเป็นผลดีหากปฏิบัติพฤติกรรม นั้น คือ การละหมาดขอพรจากพระอัลเลาะห์ (ช.บ.) ทำให้มีจิตใจที่สุขสงบ ส่งผลดีต่อทารกในครรภ์ (ภาคผนวก ข) จากข้อมูลดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่า ชาวไทยมุสลิมมีความยึดมั่นศรัทธาใน องค์อัลเลาะห์ ซึ่งเป็นพระเจ้าองค์เดียวตามหลักการของศาสนาอิสลามอย่างเคร่งครัด (มานี ชูไทย, 2544: 7; มยุรา วงษ์สันต์, 2546: 53) จึงส่งผลให้เกิดความเชื่อมั่นต่อประโยชน์ที่จะได้รับจากการ ละหมาดขอพรว่าพระเจ้าจะสร้างและบันดาลสิ่งดีๆ ให้แก่ทารกในครรภ์ ร่องลงมาคือ ร้อยละ 66 เห็นด้วยมากที่สุดว่าการซื้อยามากินเองหรือกินสมุนไพร โดยไม่ปรึกษาเจ้าหน้าที่สาธารณสุข อาจทำ ให้เกิดอันตรายกับทารกในครรภ์ได้ และ ร้อยละ 65 เห็นด้วยว่า การฝากครรภ์ทันทีเมื่อรู้ว่าตั้งครรภ์ และการฝากครรภ์ตามนัดทุกครั้ง จะช่วยตรวจพบ/ป้องกันความผิดปกติที่อาจเกิดขึ้นกับตนเองและ ทารกในครรภ์ได้ ซึ่งสะท้อนให้เห็นได้จากการที่กลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 67) มี พฤติกรรมไปฝากครรภ์ตามนัดทุกครั้ง (ภาคผนวก ข)

ผลการศึกษครั้งนี้ พบว่า การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .529, p < .001$) (ตารางที่ 4.4) ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่า หญิงตั้งครรภ์ชาวไทยมุสลิมที่มีการรับรู้ประโยชน์ของ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในระดับสูง จะมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดีด้วย เนื่องจากการรับรู้ ประโยชน์ของกิจกรรมเป็นแรงจูงใจสำคัญของบุคคลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ กล่าวคือถ้าบุคคลรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมาก จะมีผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรม มากด้วย นั่นเป็นเพราะการรับรู้ประโยชน์เป็นความรู้สึก หรือความคิดเห็นของบุคคลเกี่ยวกับผลดี หรือประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ บุคคลจะคำนึงถึงประโยชน์ที่จะได้รับจาก การปฏิบัติพฤติกรรมนั้น การรับรู้ประโยชน์จึงเป็นปัจจัยที่มีผลทำให้บุคคลตัดสินใจที่จะปฏิบัติ หรือไม่ปฏิบัติพฤติกรรม รวมทั้งแสวงหาความรู้เกี่ยวกับการป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ที่อาจ เกิดขึ้น โดยบุคคลจะมีการศึกษาถึงประโยชน์ของการส่งเสริมสุขภาพจากความรู้สึกนึกคิด หรือ ความเชื่อของตนเองก่อน แล้วจึงตัดสินใจที่จะปฏิบัติหรือไม่ปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพนั้น (Pender et al., 2006) ซึ่งผลการศึกษานี้มีความสอดคล้องกับผลการวิจัยจำนวนมากที่ศึกษาใน หญิงตั้งครรภ์ และพบว่า การรับรู้ประโยชน์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ตรีพร ชุมศรี, 2548; นฤมล ภาณุเดชะ, 2548; ศิริวรรณ ทุมเชื้อ และคณะ, 2548; Arethiwetch, 2003; Thanomroop, 2000)

บทที่ 6

สรุปผลการวิจัย

สรุปผลการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ครอบครัว อาชีพ ความเชื่อเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ของชาวไทยมุสลิม และการรับรู้ต่อการส่งเสริมสุขภาพ ได้แก่ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน การรับรู้อุปสรรค การรับรู้ประโยชน์ ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ชาวไทยมุสลิมในชุมชน โดยใช้ทฤษฎีรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender's Health Promoting Model) (Pender et al., 2006) เป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย กลุ่มตัวอย่างเป็นหญิงตั้งครรภ์ชาวไทยมุสลิม ซึ่งมารับบริการฝากครรภ์ที่สถานอนามัยในเขตอำเภอปะนาเระ และคลินิกฝากครรภ์ของโรงพยาบาลปะนาเระ จังหวัดปัตตานี อายุครรภ์ตั้งแต่ไตรมาสที่สองขึ้นไป และมีประวัติการตั้งครรภ์ปกติ จำนวน 100 คน เก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่เดือน ตุลาคม ถึงเดือนพฤศจิกายน 2553 โดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามความเชื่อเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ของชาวไทยมุสลิม แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนด้านพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ชาวไทยมุสลิม แบบสอบถามการรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ชาวไทยมุสลิม แบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ชาวไทยมุสลิม และแบบสอบถามพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ชาวไทยมุสลิมวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติบรรยาย ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation coefficient) และค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของสเปียร์แมน (Spearman rank correlation coefficient)

ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 26.97 ปี (S.D. = 6.49) ส่วนใหญ่จบการศึกษาสายสามัญในระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 41 ได้รับการศึกษาสายศาสนาในช่วง 1-4 ปี คิดเป็นร้อยละ 42 และประกอบอาชีพแม่บ้านเป็นส่วนใหญ่ คิดเป็นร้อยละ 59 มีรายได้ของครอบครัวอยู่ในช่วง 5,001 - 10,000 บาทต่อเดือน คิดเป็นร้อยละ 52 (Mean = 8,721, Median = 7,000) ส่วนใหญ่ตั้งครรภ์ครั้งแรก คิดเป็นร้อยละ 33 โดยมีอายุครรภ์อยู่ในช่วงไตรมาสที่สามหรือ 27 สัปดาห์ขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 69 และมีประวัติการมาฝากครรภ์ครั้งแรกในช่วงไตรมาสที่หนึ่ง

คิดเป็นร้อยละ 59 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมด้านโภชนาการ ด้านกิจกรรมทางกายและการออกกำลังกาย ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ และด้านการจัดการกับความเครียด อยู่ในระดับปานกลาง ส่วนด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง และระดับดีเท่ากัน ยกเว้นด้านความเจริญงอกงามทางจิตวิญญาณซึ่งพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในระดับดี ส่วนข้อมูลเกี่ยวกับความเชื่อเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ของชาวไทยมุสลิม และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนด้านการส่งเสริมสุขภาพ พบว่าส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง และพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการรับรู้อุปสรรคของการส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับต่ำ แต่การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ชาวไทยมุสลิมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ อายุ ($r = .223, p = .026$) การศึกษาสายสามัญ ($r_s = .202, p = .043$) รายได้ครอบครัว ($r = .258, p = .010$) การรับรู้สมรรถนะแห่งตนด้านพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ($r = .630, p = <.001$) และการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ($r = .529, p = <.001$) ส่วนปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ชาวไทยมุสลิมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ความเชื่อเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ของชาวไทยมุสลิม ($r = -.331, p = .001$) และการรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ($r = -.359, p = <.001$) อย่างไรก็ตามปัจจัยด้านการศึกษาสายศาสนา และอาชีพไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ชาวไทยมุสลิม

ข้อจำกัดในการวิจัย

1. ช่วงเวลาที่ทำการศึกษามีเหตุการณ์ความไม่สงบในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้ ทำให้ไม่สามารถเข้าพื้นที่ในการเก็บข้อมูลได้ตามแผนที่กำหนดไว้ จึงต้องเปลี่ยนสถานที่ในการเก็บข้อมูลมาเป็นที่แผนกฝากครรภ์ของโรงพยาบาลปะนาเระ โดยยังคงเลือกกลุ่มตัวอย่างที่ทำการฝากครรภ์จากสถานีนามัย แต่มาพบแพทย์ที่โรงพยาบาลตามนโยบายสายใยรักของครอบครัวที่กำหนดไว้ให้หญิงตั้งครรภ์ต้องมาพบแพทย์อย่างน้อย 2 ครั้ง (โดยครั้งที่ 1 มาพบแพทย์ในช่วงไตรมาสที่ 1 และครั้งที่ 2 เมื่ออายุครรภ์ 36 สัปดาห์ขึ้นไป เพื่อตรวจยืนยันท่าของทารกในครรภ์ก่อนคลอด) ส่งผลให้ข้อมูลส่วนใหญ่ที่ทำการสำรวจได้เป็นหญิงตั้งครรภ์ในช่วงไตรมาสที่สาม

2. กลุ่มตัวอย่างบางรายมีความสามารถในการสื่อสารด้วยภาษาไทยได้น้อย ผู้วิจัยจึงต้องมีการอธิบายเพิ่มเติมหรือยกตัวอย่างประกอบ เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างเข้าใจ ซึ่งอาจเป็นการชี้นำการตอบคำถามของกลุ่มตัวอย่างบางราย

3. ในการอ้างอิงถึงประชากรที่เป็นหญิงตั้งครรภ์ชาวไทยมุสลิมอาจมีข้อจำกัดเนื่องจากการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง และเลือกศึกษาเพียงในพื้นที่ของอำเภอปะนาเระ จังหวัดปัตตานีเท่านั้น

ข้อเสนอแนะ

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

1.1 นำผลการศึกษาไปเป็นแนวทางในการส่งเสริมให้ผู้ปฏิบัติการพยาบาลได้มีการจัดประเมินทั้งด้านความรู้ ความเชื่อเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ และการส่งเสริมสุขภาพสำหรับหญิงตั้งครรภ์ทุกรายเพื่อระบุปัญหา และจัดกิจกรรมเสริมสร้างทักษะความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ถูกต้องเหมาะสมให้แก่หญิงตั้งครรภ์ชาวไทยมุสลิม โดยเฉพาะกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุน้อยเนื่องจากขาดทักษะ และประสบการณ์ในระยะตั้งครรภ์

1.2 นำผลการศึกษาไปเป็นแนวทางในการปรับรูปแบบบริการให้สะดวกต่อการมารับบริการของหญิงตั้งครรภ์ เพื่อลดอุปสรรคในการเข้าร่วมกิจกรรม

1.3 จากการตอบแบบสอบถามความเชื่อเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ของชาวไทยมุสลิม พบว่าหญิงตั้งครรภ์ชาวไทยมุสลิมยังคงเชื่อถือและใช้บริการดูแลครรภ์จากผดุงครรภ์โบราณ จึงควรจัดกิจกรรมเสริมสร้างความรู้และทักษะเกี่ยวกับการดูแลและส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ ให้แก่ผดุงครรภ์โบราณ เนื่องจากเป็นบุคคลที่มีอิทธิพลทางด้านความเชื่อเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ของหญิงตั้งครรภ์ชาวไทยมุสลิม ซึ่งส่งผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ถูกต้องและเหมาะสม

2. ด้านการศึกษาพยาบาล

เป็นแนวทางในการจัดการเรียนการสอนแก่นักศึกษาพยาบาลในจังหวัดชายแดนภาคใต้ เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ โดยให้เข้าใจเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ได้แก่ ความเชื่อเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ เนื่องจากพบว่ายังมีความเชื่อบางประการที่อาจส่งผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม อีกทั้งส่งเสริมให้มีการประเมินปัจจัยดังกล่าว และวิธีการสนับสนุนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ที่สอดคล้องกับบริบทของชุมชน

3. ด้านการวิจัย

3.1 ควรมีการศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ชาวไทยมุสลิม โดยเน้นในช่วงเทศกาลถือศีลอด เนื่องจากเป็นช่วงเวลาที่มียุทธศาสตร์ในการดำเนินกิจกรรมประจำวันที่เปลี่ยนไป และมีการติดตามถึงผลลัพธ์ของพฤติกรรมสุขภาพในระยะตั้งครรภ์ เพื่อที่จะส่งเสริมการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพให้ถูกต้อง และเหมาะสมกับวิถีชีวิตของชุมชนต่อไป

3.2 ควรมีการศึกษาปัจจัยอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ชาวไทยมุสลิม เช่น การเข้าถึงบริการสุขภาพ อิทธิพลจากสถานการณ์ความไม่สงบในพื้นที่ชายแดนภาคใต้ ที่มีผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ เป็นต้น

3.3 ควรมีการศึกษาวิจัยและพัฒนาโปรแกรมการให้ความรู้ และคำปรึกษาในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในระยะตั้งครรภ์ ที่เหมาะสมกับหญิงตั้งครรภ์ชาวไทยมุสลิม และสอดคล้องกับบริบทของชุมชน

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความเชื่อเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ การรับรู้ต่อการส่งเสริมสุขภาพ กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ชาวไทยมุสลิม

RELATIONSHIPS BETWEEN PERSONAL FACTORS, BELIEFS IN PREGNANCY, PERCEPTION OF HEALTH PROMOTION AND HEALTH PROMOTING BEHAVIORS AMONG THAI-MUSLIM PREGNANT WOMEN

ศิริพงษ์ ชิมเจริญ 5136687 RACN/M

พย.ม. (การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน)

คณะกรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์: วันทนา มณีศรีวงศ์กุล, D.N.Sc. (PRIMARY CARE),
แสงทอง ชีระทองคำ, Ph.D. (NURSING)

บทสรุปแบบสมบูรณ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

สถานการณ์อัตราป่วยและอัตราตายมารดาและทารก เป็นดัชนีชี้วัดภาวะสุขภาพของประชาชนและการพัฒนาประเทศที่สำคัญและเป็นสากล ดังจะเห็นได้จากการประกาศนโยบายที่สำคัญขององค์การสหประชาชาติ และภาคีเครือข่ายที่เรียกว่า Millennium Gold ซึ่งมีสาระสำคัญประการหนึ่งว่า ภายในปี 2015 อัตราตายของมารดาต้องลดลง 3 ใน 4 หลักการดำเนินงานมุ่งเน้นให้หญิงตั้งครรภ์มีความปลอดภัยทั้งในระยะตั้งครรภ์และระยะคลอด (Safe motherhood) (United Nations Department of Economic and Social Affairs: DESA, 2008) ประเทศไทยโดยกระทรวงสาธารณสุข จึงตั้งเป้าลดอัตราตายมารดาไม่เกิน 18 ต่อแสนการเกิดมีชีพ และอัตราตายทารกปริกำเนิดไม่เกิน 9 ต่อการเกิดมีชีพพันคน (คณะกรรมการอำนวยการจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติฉบับที่ 10, 2550)

จากสถิติการตายของมารดาทั่วโลกพบว่า ประเทศกำลังพัฒนามีหญิงตั้งครรภ์เสียชีวิตมากกว่า 500,000 คนในระหว่างการตั้งครรภ์หรือการคลอดทุกปี (DESA, 2008: 24) ประเทศในแถบเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ซึ่งรวมประเทศไทยไว้ด้วยนั้น มีแนวโน้มของอัตราการตายของมารดาลดลง

โดยปี 2533 มีอัตราการตายของมารดาเท่ากับ 450 ต่อแสนการเกิดมีชีวิต ต่อมาลดเหลือ 300 ต่อแสนการเกิดมีชีวิตในปี 2548 (DESA, 2008: 25) อย่างไรก็ตามยังคงต้องลดอัตราการตายของมารดาลงให้เหลือเพียง 1 ใน 4 ส่วนของอัตราการตายในปี 2533 ภายในปี 2558 เพื่อให้เป็นไปตามเป้าหมายที่ได้กำหนดไว้ เมื่อพิจารณาอัตราการตายของมารดาในประเทศไทยช่วงปี 2549-2551 พบว่า อัตราตายมารดาเท่ากับ 11.7, 12.2 และ 11.3 ต่อแสนการเกิดมีชีวิต ทั้งนี้ในช่วงปีเดียวกันภาคใต้พบอัตราการตายมารดาสูงกว่าระดับประเทศ โดยจังหวัดที่มีอัตราการตายสูงสามอันดับแรกของภาคใต้ ได้แก่ จังหวัดปัตตานี ยะลา และนราธิวาส โดยอัตราการตายของสามจังหวัดชายแดนภาคใต้อยู่ในช่วง 49.2-51, 22.9-39 และ 48.9 ต่อแสนการเกิดมีชีวิต (กระทรวงสาธารณสุข, 2552) ซึ่งมากกว่าเกณฑ์ที่กำหนด

องค์การอนามัยโลกพบว่า สาเหตุการเสียชีวิตของมารดา คือ การตกเลือดระหว่างการตั้งครรภ์และการคลอดเป็นสาเหตุอันดับแรกของการตายทั่วโลก (ร้อยละ 24) รองลงมาคือ สาเหตุทางอ้อม (ร้อยละ 20) การติดเชื้อ (ร้อยละ 15) ภาวะพิษแห่งครรภ์ (ร้อยละ 12) (WHO, 2004) ส่วนในประเทศไทยพบว่า สาเหตุการตายอันดับหนึ่ง (ร้อยละ 42.11) คือการตกเลือดเนื่องจากการตั้งครรภ์และการคลอด รองลงมาได้แก่ พิษแห่งครรภ์ (ร้อยละ 15.04) (วิชัย เดิมรุ่งเรืองเลิศ, 2548: 614) สอดคล้องกับการศึกษาของ สุดารัตน์ ชีระวร (2547) และศรีกัญญา เงามแก้ว และอารีย์ อ่องสว่าง (2547) ที่พบว่าการตายของมารดาที่คลอดในจังหวัดชายแดนภาคใต้มีสาเหตุโดยตรงคือ ภาวะตกเลือดหลังคลอด และโรคพิษแห่งครรภ์

เมื่อศึกษาถึงพฤติกรรมการฝากครรภ์ของหญิงตั้งครรภ์มุสลิมในจังหวัดชายแดนภาคใต้ พบว่าหญิงตั้งครรภ์บางคนฝากครรภ์กับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเพื่อทราบภาวะสุขภาพ และเป็นเงื่อนไขของทางราชการในการออกใบสูติบัตร (บุญแสง บุญอานวยกิจ, 2542; วันเต็ม สังข์ขาว, 2544) ในทำนองเดียวกัน จินตนา หาญวัฒนกุล (2547) ศึกษาการใช้ภูมิปัญญาพื้นบ้านเพื่อส่งเสริมสุขภาพในหญิงตั้งครรภ์ไทยมุสลิมในภาคใต้ พบว่า นิยมรับบริการดูแลครรภ์จากสถานพยาบาลใกล้บ้าน ร่วมกับดูแลครรภ์โดยผดุงครรภ์โบราณ ซึ่ง สุชน พรบัณฑิตปีทมา (2548) ศึกษาพบว่า ผดุงครรภ์โบราณส่วนใหญ่สืบทอดการเป็นผดุงครรภ์จากบรรพบุรุษ และเคยผ่านการอบรมจากสถานบริการสาธารณสุข สามารถตรวจความก้าวหน้าของการตั้งครรภ์ ตรวจและจัดทำทารกในครรภ์ แต่ไม่สามารถประเมินภาวะเสี่ยง หรือภาวะแทรกซ้อนได้

ทั้งนี้อัตราการตายของมารดาจะลดลงได้ หากหญิงตั้งครรภ์มีภาวะสุขภาพที่ดีทั้งทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม โดยสุขภาพที่ดีสามารถเกิดจากการที่บุคคลมีการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (Pender, Murdaugh, & Parsons, 2006: 7) การมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดีตามทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender's Health Promoting Model) ขึ้นกับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งประกอบไปด้วย 3 มโนทัศน์หลัก คือ ลักษณะส่วนบุคคล

และประสบการณ์ ความคิดและการรับรู้ที่เฉพาะเจาะจงต่อการแสดงพฤติกรรม และพฤติกรรม
ผลลัพธ์ (Pender et al., 2006: 50)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มโนทัศน์ด้านลักษณะส่วนบุคคลและประสบการณ์
ได้แก่ อายุ (ปลื้มจิต โชติกะ, 2544; Thanomroop, 2000) ระดับการศึกษา (จิราวรรณ นิรมิตภาย,
2551; ปุญญาสา พรหมมา, 2551; สุปราณี ชัยเชื่อนจันทร์, 2546) รายได้ครอบครัว (ปุญญาสา พรหมมา,
2551; วรารัตน์ ทองศิริมา, 2547) และอาชีพ (วัชรวิ แก้วสา, 2544; อรุณี พึ่งแพง, 2544) เป็นปัจจัยที่มี
ความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์

ส่วนมโนทัศน์ด้านความคิดและการรับรู้ที่เฉพาะเจาะจงต่อการแสดงพฤติกรรม พบว่า
ปัจจัยด้านการรับรู้สมรรถนะแห่งตน การรับรู้อุปสรรค การรับรู้ประโยชน์ มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติ
พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ร้อยละ 86, 79 และ 61 ตามลำดับ (Pender et al., 2006: 56) สอดคล้องกับ
การศึกษาที่รายงานว่าหญิงตั้งครรภ์ที่มีการรับรู้สมรรถนะของตนเองสูง ส่งผลให้มีการปฏิบัติ
พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับสูง (ดาริณี สุภาพ, 2542; ศรีพร ชุมศรี, 2548) ส่วนการรับรู้
อุปสรรค พบว่ามีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ
(ดาริณี สุภาพ, 2542; ศรีพร ชุมศรี, 2548; Wiriyawattana, 2002) สำหรับการศึกษาการรับรู้
ประโยชน์ของหญิงตั้งครรภ์ พบว่า มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ
(ศรีพร ชุมศรี, 2548; ศิริวรรณ ทุมเชื้อ วันเพ็ญ กุลนริศ และภัชญา ธงศิลา, 2548)

จังหวัดปัตตานีเป็นหนึ่งในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้ ประกอบด้วยประชากรที่นับถือ
ศาสนาอิสลามสูงถึงร้อยละ 87.75 (สำนักงานวัฒนธรรมจังหวัดปัตตานี, 2553) ประชาชนในพื้นที่
ยึดถือศรัทธาและดำเนินชีวิตตามวิถีแห่งศาสนาอิสลามอย่างเคร่งครัด หญิงตั้งครรภ์นิยมใช้บริการ
ด้านสุขภาพขณะตั้งครรภ์และหลังคลอดกับผดุงครรภ์โบราณ จากการศึกษาถึงสถานการณ์งาน
อนามัยแม่และเด็กของจังหวัดปัตตานี พบว่าเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของจังหวัด เนื่องจากมี
รายงานอัตราการตายของมารดาและทารกสูงกว่าระดับประเทศ และเกณฑ์ที่กำหนด โดยในปี
2551-2552 พบอัตราการตายของมารดาเท่ากับ 49.98 และ 48.69 ต่อแสนการเกิดมีชีวิต ตามลำดับ ซึ่ง
เกิดจากการมีภาวะแทรกซ้อนทั้งในระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และหลังคลอด เช่น ภาวะตกเลือด
ภาวะโลหิตจางและภาวะพิษแห่งครรภ์เป็นต้น เช่นเดียวกับอัตราการตายของทารกปริกำเนิดที่ยังสูงกว่า
เกณฑ์กำหนด โดยพบ 55 และ 36 ต่อพันการเกิดมีชีวิตตามลำดับ โดยส่วนใหญ่พบว่าทารกตายตั้งแต่
อยู่ในครรภ์มารดา มีภาวะตายเฝืออยู่ บางรายพบมีความผิดปกติหรือความพิการแต่กำเนิด
(สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปัตตานี, 2552)

สอดคล้องกับผลการดำเนินงานด้านอนามัยแม่และเด็กของอำเภอปะนาเระ โดยพบว่า
ในปีพ.ศ.2552 ตัวชี้วัดด้านสุขภาพของมารดาและทารกยังไม่เป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนด คือ

ทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม (ร้อยละ 7.33) หญิงตั้งครรภ์มีภาวะซีด (ร้อยละ 14) หญิงตั้งครรภ์ฝากครรภ์ก่อน 12 สัปดาห์ (ร้อยละ 60) หญิงตั้งครรภ์ได้รับการดูแลก่อนคลอดครบ 4 ครั้ง ตามเกณฑ์ (ร้อยละ 69.08) และอัตราตายของทารกปริกำเนิด คิดเป็น 6.95 ต่อพันการเกิดมีชีวิต (โรงพยาบาลปะนาละ, 2552)

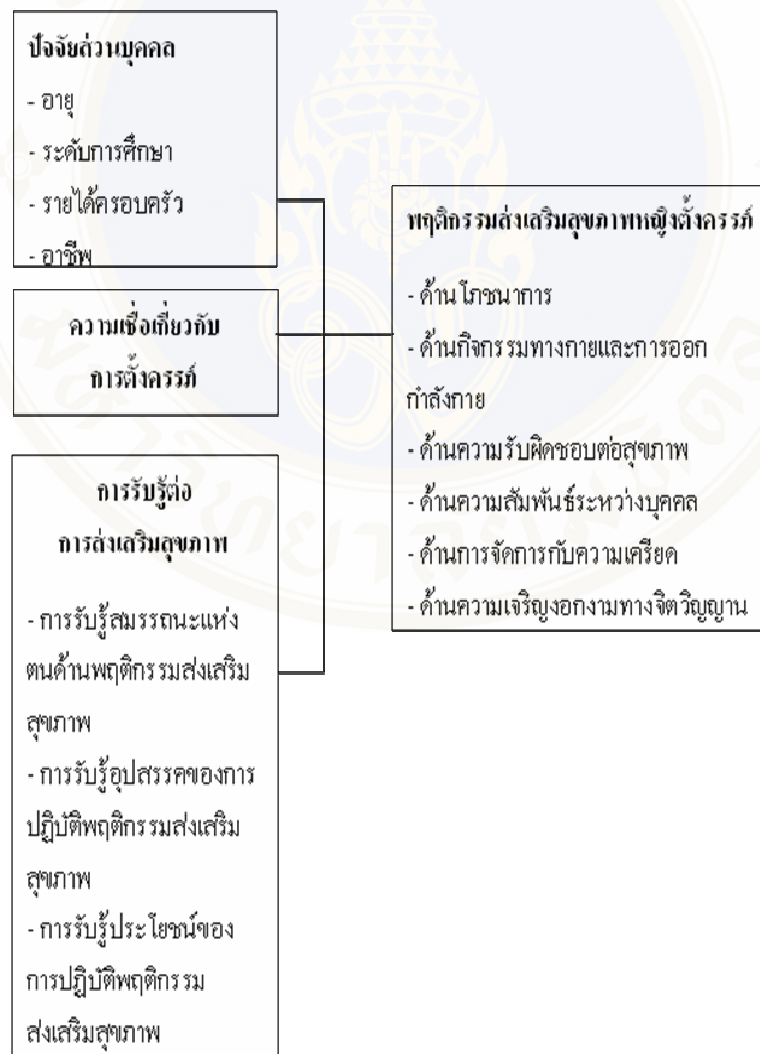
จากข้อมูลดังกล่าวสะท้อนให้เห็นถึงสถานการณ์สุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ชาวไทยมุสลิม ดังนั้นผู้วิจัยในฐานะพยาบาลเวชปฏิบัติเห็นความจำเป็นของการศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ชาวไทยมุสลิม ภายใต้เงื่อนไขบริบทของชุมชน และความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความเชื่อเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ และการรับรู้ต่อการส่งเสริมสุขภาพ กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ชาวไทยมุสลิมในชุมชนเขตอำเภอปะนาละ จังหวัดปัตตานี ซึ่งจะ เป็นประโยชน์ต่อการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ที่สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ต่อไป

กรอบแนวคิดของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เลือกศึกษาตามกรอบแนวคิดรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender, 2006) (Pender's Health Promoting Behavior Model) ซึ่งมีอิทธิพลมาจากมโนทัศน์หลัก 3 ประการ ได้แก่ 1) มโนทัศน์ด้านลักษณะส่วนบุคคลและประสบการณ์ ประกอบด้วย 2 ปัจจัยย่อย คือ พฤติกรรมดั้งเดิมในอดีต และปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ ปัจจัยทางชีววิทยา, ปัจจัยทางจิตวิทยา และปัจจัยทางสังคมวัฒนธรรม 2) มโนทัศน์ด้านความคิดและการรับรู้ที่เฉพาะเจาะจงต่อการแสดงพฤติกรรม ประกอบด้วย 6 ปัจจัยย่อย คือ การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ความรู้ตึกนิกคิดที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมที่ปฏิบัติ อิทธิพลระหว่างบุคคล และอิทธิพลด้านสถานการณ์ 3) ปัจจัยด้านพฤติกรรมผลลัพธ์ ประกอบด้วย 3 ปัจจัยย่อย คือ ความมุ่งมั่นที่จะปฏิบัติพฤติกรรม ความต้องการและความพึงพอใจที่จะปฏิบัติพฤติกรรม และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (Pender, 2006) ทั้งนี้พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพประเมินได้จากแบบวัดแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพ (Health Promotion Lifestyles Profile) ของ วอร์คเกอร์ และคณะ (Walker, Sechrist, and Pender, 1987) โดยประเมินจากพฤติกรรม 6 ด้าน ได้แก่ ด้านโภชนาการ ด้านกิจกรรมทางกายและการออกกำลังกาย ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ด้านการจัดการกับความเครียด และด้านความเจริญงอกงามทางจิตวิญญาณ

โดยผู้วิจัยได้เลือกศึกษาปัจจัยบางประการดังนี้ มโนทัศน์ด้านลักษณะส่วนบุคคล และประสบการณ์ ในด้านปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ เนื่องจากเป็นปัจจัยทางชีววิทยาที่มีอิทธิพล

โดยตรงต่อมโนทัศน์ด้านความคิดและการรับรู้ที่เฉพาะเจาะจงต่อการแสดงพฤติกรรม รายได้ ครอบครัวซึ่งเป็นสิ่งสำคัญต่อการได้มาซึ่งปัจจัยอื่นๆ ที่จำเป็นต่อการดำรงชีพ อาชีพเกี่ยวข้องกับลักษณะงาน การพักผ่อน และการจัดสรรเวลาเพื่อที่จะปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ความเชื่อเกี่ยวกับการตั้งครรภ์เป็นปัจจัยทางสังคมวัฒนธรรม ซึ่งมีผลโดยตรงต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และมีผลโดยอ้อมผ่านมโนทัศน์ด้านความคิดและการรับรู้ที่เฉพาะเจาะจงต่อการแสดงพฤติกรรม ส่วนมโนทัศน์ด้านความคิดและการรับรู้ที่เฉพาะเจาะจงต่อการแสดงพฤติกรรม ได้แก่ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน การรับรู้อุปสรรค และการรับรู้ประโยชน์ เพราะเป็นปัจจัยที่ได้รับอิทธิพลโดยอ้อมจากปัจจัยส่วนบุคคล และเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพถึงร้อยละ 86, 79 และ 61 ตามลำดับ (Pender et al., 2006) ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาถึงความสัมพันธ์ดังแสดงในแผนภูมิที่ 1



แผนภูมิที่ 1 ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ศึกษา

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาความเชื่อเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ การรับรู้ต่อการส่งเสริมสุขภาพ (ได้แก่ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน การรับรู้อุปสรรค การรับรู้ประโยชน์ ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ) และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ชาวไทยมุสลิมในชุมชนเขตอำเภอปะนาเระ จังหวัดปัตตานี
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล (ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ครอบครัว อาชีพ) ความเชื่อเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ และการรับรู้ต่อการส่งเสริมสุขภาพ (ได้แก่ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน การรับรู้อุปสรรค การรับรู้ประโยชน์ ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ) กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ชาวไทยมุสลิมในชุมชนเขตอำเภอปะนาเระ จังหวัดปัตตานี

สมมติฐานการวิจัย

1. ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ครอบครัว อาชีพ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ชาวไทยมุสลิมในชุมชนเขตอำเภอปะนาเระ จังหวัดปัตตานี
2. ความเชื่อเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ชาวไทยมุสลิมในชุมชนเขตอำเภอปะนาเระ จังหวัดปัตตานี
3. การรับรู้ต่อการส่งเสริมสุขภาพ ได้แก่ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน การรับรู้อุปสรรค การรับรู้ประโยชน์ ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ชาวไทยมุสลิมในชุมชนเขตอำเภอปะนาเระ จังหวัดปัตตานี

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบ Correlational research เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ครอบครัว และอาชีพ ความเชื่อเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ และการรับรู้ต่อการส่งเสริมสุขภาพ ได้แก่ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน การรับรู้อุปสรรค และการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ชาวไทยมุสลิมในชุมชนจังหวัดปัตตานี กลุ่มตัวอย่างได้แก่ หญิงตั้งครรภ์ชาวไทยมุสลิมที่ฝากครรภ์ที่สถานอนามัยในเขตอำเภอปะนาเระ จังหวัดปัตตานี เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบ

เฉพาะเจาะจง กำหนดเกณฑ์ดังนี้ อายุครรภ์ตั้งแต่ไตรมาสที่สองขึ้นไป ประวัติการตั้งครรภ์ปัจจุบัน เป็นการตั้งครรภ์ปกติ ไม่มีประวัติโรคประจำตัวที่มีผลต่อการตั้งครรภ์ สามารถพูดภาษาไทยได้ สมัครใจเข้าร่วมมือในการวิจัยโดยการลงนาม

ขนาดกลุ่มตัวอย่าง

การกำหนดขนาดโดยใช้ตารางสำเร็จรูปอำนาจการทดสอบ (power analysis) ในการประเมินขนาดกลุ่มตัวอย่างสำหรับการทดสอบสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ที่ระดับนัยสำคัญ = .05 ให้ระดับอำนาจการทดสอบ (power of the test) = .80 และค่า $r = .36$ (มยุรี นิธิธรานร, 2539: 85) ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 88 คน (Polit, 2008: 605) เพื่อป้องกันข้อมูลสูญหายจึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างอีก 10% ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 97 คน ผู้วิจัยจึงปรับกลุ่มตัวอย่างเป็นจำนวน 100 คน ผู้วิจัยเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีสุ่มแบบสัดส่วน (Quota sampling) โดยแบ่งกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ออกเป็นกลุ่มตามตำบลที่อาศัย จากนั้นทำการสุ่มอย่างง่ายโดยวิธีการจับสลากเพื่อคัดเลือกสถานีนามัยที่เป็นตัวแทน จำนวน 5 แห่ง และคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามสัดส่วนของหญิงตั้งครรภ์ที่คำนวณได้ในแต่ละตำบล ดังนี้ สถานีอนามัยตำบลปะนาละ 36 คน สถานีอนามัยตำบลบางมะรวด 16 คน สถานีอนามัยตำบลคอน 7 คน สถานีอนามัยตำบลน้ำบ่อ 21 คน และสถานีอนามัยตำบลบ้านนอก 20 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย มี 6 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล สร้างโดยผู้วิจัย ประกอบด้วย ข้อมูลเกี่ยวกับ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ครอบครัว อาชีพ และ ข้อมูลเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ ได้แก่ ลำดับที่ของการตั้งครรภ์ อายุครรภ์ อายุครรภ์ที่มาฝากครรภ์ครั้งแรก

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความเชื่อเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ของชาวไทยมุสลิม ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม มีคำถามทั้งหมด 11 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบ Likert scale มี 5 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 11-55 คะแนน คะแนนรวมมาก หมายถึง มีความเชื่อเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ของชาวไทยมุสลิมมาก $CVI = 0.90$ Cronbach's coefficient alpha = .74

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนด้านพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ชาวไทยมุสลิม ซึ่งผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของ คาริณี สุภาพ (2542) ที่ได้ดัดแปลงมาจากแบบวัด Self-efficacy ของเชียร์เรอร์และคณะ (Sherer et al, 1982 อ้างใน คาริณี สุภาพ, 2542: 65) เดิมมีข้อคำถาม 15 ข้อ มาดัดแปลงโดยคงข้อคำถามเดิมไว้ 9 ข้อ เนื่องจากแบบสอบถามบางข้อเฉพาะเจาะจงกับหญิงตั้งครรภ์ที่ทำงานในโรงงานอุตสาหกรรม

ผู้วิจัยจึงเพิ่มข้อคำถามเพื่อให้สอดคล้องกับวิถีชีวิตของชาวไทยมุสลิมอีก 5 ข้อ รวมมีคำถาม 14 ข้อ ลักษณะเป็น Likert scale มี 4 ระดับ คือ ไม่นั่นใจ มั่นใจน้อย มั่นใจมาก และมั่นใจมากที่สุด คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 14-56 คะแนน คะแนนรวมมาก หมายถึง หญิงตั้งครรภ์มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ด้านพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพสูง $CVI = 0.86$ Cronbach's coefficient alpha = .86

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ชาวไทยมุสลิม ซึ่งผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามการรับรู้อุปสรรคของ คารินี สุภาพ (2542) ที่ได้ดัดแปลงมาจากแบบวัด Perceived Barriers to Health-Promoting Activities for Disabled Person Scale ของสไตเฟเบอร์เกน เบกเกอร์ และเซนด์ (Stuifbergen, Becker & Sand, 1990 อ้างใน คารินี สุภาพ, 2542) มาดัดแปลงโดยคงข้อคำถามเดิมไว้ 9 ข้อ และผู้วิจัยได้เพิ่มข้อคำถามเพื่อให้สอดคล้องกับวิถีชีวิตของชาวไทยมุสลิมอีก 5 ข้อ รวมมีคำถาม 14 ข้อ ลักษณะเป็น Likert scale มี 4 ระดับ คือ ไม่เห็นด้วย เห็นด้วยน้อย เห็นด้วยมาก และเห็นด้วยมากที่สุด คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 14-56 คะแนน คะแนนรวมมาก หมายถึง หญิงตั้งครรภ์มีการรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพสูง $CVI = 0.93$ Cronbach's coefficient alpha = .73

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ชาวไทยมุสลิม ซึ่งผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ของ คารินี สุภาพ (2542) ที่สร้างขึ้นตามกรอบแนวคิดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ เดิมมี 16 ข้อ นำมาดัดแปลง 10 ข้อ และผู้วิจัยได้เพิ่มข้อคำถามเพื่อให้สอดคล้องกับวิถีชีวิตของชาวไทยมุสลิมอีก 3 ข้อ รวมมีคำถาม 13 ข้อ ลักษณะเป็น Likert scale มี 4 ระดับ คือ ไม่เห็นด้วย เห็นด้วยน้อย เห็นด้วยมาก และเห็นด้วยมากที่สุด คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 13-52 คะแนน คะแนนรวมมาก หมายถึง หญิงตั้งครรภ์มีการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพสูง $CVI = 0.92$ Cronbach's coefficient alpha เท่ากับ .87

ส่วนที่ 6 แบบสอบถามพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ชาวไทยมุสลิม ซึ่งผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพหญิงตั้งครรภ์ของ ศิริวรรณ ทุมเชื้อและคณะ (2548) ที่สร้างขึ้นตามกรอบของแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพ (Health-Promotion Lifestyles Profile) ของ วอร์คเกอร์ และคณะ เดิมมี 45 ข้อ นำมาดัดแปลง 35 ข้อ และปรับเพิ่มข้อคำถามเพื่อให้สอดคล้องกับวิถีชีวิตของชาวไทยมุสลิม 2 ข้อ รวมมีคำถาม 37 ข้อ ลักษณะเป็น Likert scale มี 4 ระดับ คือ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติเป็นส่วนมาก ปฏิบัติเป็นบางครั้ง และไม่เคยปฏิบัติเลย มีคำถามด้านบวก 34 ข้อ และคำถามด้านลบ 3 ข้อ (ข้อ 6, 7, 9) คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 37-148 คะแนน คะแนนรวมมาก หมายถึง หญิงตั้งครรภ์มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพดี $CVI = 1$ Cronbach's coefficient alpha เท่ากับ .87

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ภายหลังได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลตามขั้นตอน ดังนี้

1. ขออนุญาตแนะนำตัวจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล เสนอต่อสาธารณสุขอำเภอปะนาเระ และหัวหน้าสถานีอนามัย เพื่อขออนุมัติเก็บรวบรวมข้อมูล ซึ่งแจ้งรายละเอียดในการทำวิจัย
2. ผู้วิจัยแนะนำตัวกับกลุ่มตัวอย่าง สร้างสัมพันธภาพ ซึ่งแจ้งวัตถุประสงค์ ขอความร่วมมือในการวิจัย เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมโดยสมัครใจ จึงให้กลุ่มตัวอย่างเซ็นยินยอมในการเข้าร่วมการวิจัย
3. ผู้วิจัยอธิบายวิธีการตอบแบบสอบถาม และให้ตอบแบบสอบถามระหว่างช่วงเวลาที่ได้รับบริการการตรวจครรภ์โดยใช้เวลาคนละ 30-45 นาที ในรายที่อ่านเขียนไม่ได้ผู้วิจัยจะใช้วิธีการอ่านแบบสอบถามให้กลุ่มตัวอย่างฟัง และตอบแบบสอบถามตามความเห็นของกลุ่มตัวอย่าง
4. หลังจากเก็บข้อมูลในแต่ละรายเสร็จ ผู้วิจัยรวบรวมแบบสอบถาม และตรวจสอบความถูกต้องครบถ้วนของข้อมูล ก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ครอบครัว อาชีพ และ ข้อมูลเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ ได้แก่ ลำดับที่ของการตั้งครรภ์ อายุครรภ์ อายุครรภ์ที่มาฝากครรภ์ครั้งแรก วิเคราะห์ด้วยสถิติการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย พิสัย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. ความเชื่อเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ การรับรู้ต่อการส่งเสริมสุขภาพ ได้แก่ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน การรับรู้อุปสรรค การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์รายด้านและโดยรวม วิเคราะห์ด้วยสถิติค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และพิสัย
3. ทดสอบการกระจายแบบปกติของของตัวแปรที่มีข้อมูลแบบ Interval scale โดยใช้สถิติ Kolmogorov-Smirnov test พบว่า ข้อมูลของ อายุ รายได้ครอบครัว ความเชื่อเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ การรับรู้ต่อการส่งเสริมสุขภาพ (ได้แก่ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน การรับรู้อุปสรรค การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ) และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ มีการกระจายตัวแบบปกติ ส่วนการศึกษาสาขาสถิติศาสตร์มีการแจกแจงแบบไม่ปกติ

4. วิเคราะห์หาค่าความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ รายได้ครอบครัว ความเชื่อเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ การรับรู้ต่อการส่งเสริมสุขภาพ ได้แก่ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน การรับรู้อุปสรรค การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ โดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

5. วิเคราะห์หาค่าความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร ระดับการศึกษา และอาชีพ กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ โดยใช้สถิติสเปียร์แมน

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ปัจจัยส่วนบุคคล ความเชื่อเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ การรับรู้ต่อการส่งเสริมสุขภาพ และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ชาวไทยมุสลิม

กลุ่มตัวอย่างคือ หญิงตั้งครรภ์ชาวไทยมุสลิมฝากครรภ์ที่สถานีอนามัยในอำเภอปะนาเระ จังหวัดปัตตานี จำนวน 100 คน อายุเฉลี่ยเท่ากับ 26.97 ปี (S.D. = 6.49) ส่วนใหญ่มีการศึกษาสายสามัญในระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 41 ส่วนการศึกษาสายศาสนาส่วนใหญ่ได้รับการศึกษาในช่วง 1-4 ปี คิดเป็นร้อยละ 42 มีรายได้ครอบครัวอยู่ในช่วง 5,001 - 10,000 บาท ร้อยละ 52 มีรายได้เฉลี่ยเดือนละ 8,721 บาท (median = 7,000) ประกอบอาชีพแม่บ้านเป็นส่วนใหญ่ (ร้อยละ 59) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ตั้งครรภ์แรก (ร้อยละ 33) มีอายุครรภ์ 27 สัปดาห์ขึ้นไป ร้อยละ 69 และมาฝากครรภ์ครั้งแรกในไตรมาสที่หนึ่ง ร้อยละ 59

คะแนนความเชื่อเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ของชาวไทยมุสลิม อยู่ในช่วง 17 - 44 คะแนน และมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 32.21 คะแนน (S.D. = 5.04) เมื่อจำแนกคะแนนการรับรู้ต่อการส่งเสริมสุขภาพออกเป็นรายด้าน พบว่า คะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตน อยู่ในช่วง 21 - 53 คะแนน และมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 38.38 คะแนน (S.D. = 7.49) คะแนนการรับรู้อุปสรรค อยู่ในช่วง 14 - 39 คะแนน มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 23.88 คะแนน (S.D. = 5.64) และคะแนนการรับรู้ประโยชน์ อยู่ในช่วง 31 - 52 คะแนน มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 44.63 คะแนน (S.D. = 5.49)

คะแนนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมของหญิงตั้งครรภ์ชาวไทยมุสลิม อยู่ในช่วง 85 - 145 คะแนน และมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 120.79 คะแนน (S.D. = 12.24) เมื่อจำแนกคะแนนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพรายด้านออกเป็นรายด้าน พบว่า ด้านโภชนาการ อยู่ในช่วง 27 - 43 คะแนน มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 34.63 คะแนน (S.D. = 3.78) ด้านกิจกรรมทางกายและการออกกำลังกาย อยู่ในช่วง 10 - 24 คะแนน มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 18.24 คะแนน (S.D. = 2.95) ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ อยู่ในช่วง 14 - 36 คะแนน และมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 29.27 คะแนน (S.D. = 4.26)

ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล อยู่ในช่วง 7 – 16 คะแนน มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 14.05 คะแนน (S.D. = 1.94) ด้านการจัดการกับความเครียด อยู่ในช่วง 7 – 16 คะแนน และมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 12.92 คะแนน (S.D. = 2.30) และด้านความเจริญงอกงามทางจิตวิญญาณ อยู่ในช่วง 8 – 12 คะแนน มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 11.50 คะแนน (S.D. = 0.96)

ส่วนที่ 2 การทดสอบสมมติฐาน

2.1 ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ครอบครัว อาชีพ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ชาวไทยมุสลิม

อายุ ระดับการศึกษาสายสามัญ รายได้ครอบครัว มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ชาวไทยมุสลิม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .223$, $p < .05$; $r_s = .202$, $p < .05$; $r = .258$, $p < .05$ ตามลำดับ) ส่วนอาชีพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ชาวไทยมุสลิม อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($r_s = .143$, $p > .05$) และระดับการศึกษาสายศาสนามีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ชาวไทยมุสลิม อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($r_s = -.173$, $p > .05$) ดังตารางที่ 1

2.2 ความเชื่อเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ชาวไทยมุสลิม

ความเชื่อเกี่ยวกับการตั้งครรภ์มีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ชาวไทยมุสลิม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.331$, $p < .01$) ดังตารางที่ 1

2.3 การรับรู้ต่อการส่งเสริมสุขภาพ ได้แก่ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน การรับรู้อุปสรรค การรับรู้ประโยชน์ ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ชาวไทยมุสลิม

การรับรู้ต่อการส่งเสริมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และการรับรู้ประโยชน์ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ชาวไทยมุสลิมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .630$, $p < .001$; $r = .529$, $p < .001$ ตามลำดับ) ส่วนการรับรู้อุปสรรคมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ชาวไทยมุสลิม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.359$, $p < .001$) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความเชื่อเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน การรับรู้อุปสรรค และการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ชาวไทยมุสลิม (n = 100)

ตัวแปร	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์
อายุ	r .223*
การศึกษาสายสามัญ	r_s .202*
การศึกษาสายศาสนา	r_s -.173
รายได้ครอบครัว	r .258*
อาชีพ	r_s .143
ความเชื่อเกี่ยวกับการตั้งครรภ์	r -.331**
การรับรู้สมรรถนะแห่งตน	r .630***
การรับรู้อุปสรรค	r -.359***
การรับรู้ประโยชน์	r .529***

r = Pearson, r_s = Spearman, * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

อาชีพ (แม่บ้าน = 0, งานอื่นๆ = 1)

การอภิปรายผล

การทดสอบสมมติฐาน

1. ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ครอบครัว อาชีพ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ชาวไทยมุสลิมในชุมชนเขตอำเภอปะนาเระ จังหวัดปัตตานี

อายุ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .223, p < .05$) แสดงว่า หญิงตั้งครรภ์ชาวไทยมุสลิมที่มีอายุเพิ่มขึ้น จะมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดีขึ้นด้วย ทั้งนี้ เพนเดอร์ (2006) ได้อธิบายว่า อายุเป็นปัจจัยทางชีววิทยาที่มีอิทธิพลโดยตรงต่อมโนทัศน์ด้านความคิดและการรับรู้ที่เฉพาะเจาะจงต่อการแสดงพฤติกรรม อีกทั้งอายุยังมีส่วนสัมพันธ์กับพัฒนาการด้านอารมณ์ กล่าวคือ เมื่อหญิงตั้งครรภ์อายุมากขึ้นจะมีวุฒิภาวะเพิ่มขึ้น ทำให้สามารถปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ได้ดี มีความรับผิดชอบต่อสุขภาพอนามัยของตนเองมากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า อายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ศิริวรรณ ทุมเชื้อ และคณะ, 2548; Arethiwetch,

ในครรภ์ ส่งผลให้มีการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้ดีกว่าครอบครัวที่มีรายได้น้อย สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่ารายได้ครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (มยุรี นิธิธีราคร, 2539; ยุคลธร แจ่มฤทธิ์ และ คณะ, 2551) แตกต่างหลายจากการศึกษาที่พบว่า รายได้ครอบครัวไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (Arethiwetch, 2003; Patanavanichnun, 2000; Thanomroop, 2000)

อาชีพ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ($r_s = .143$, $p > .05$) แสดงให้เห็นว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีอาชีพแตกต่างกันมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ไม่แตกต่างกัน ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 59) มีอาชีพเป็นแม่บ้าน และอีกกลุ่มหนึ่งประกอบอาชีพเกษตรกรรม รับจ้าง ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว ส่วนใหญ่ก็จะประกอบอาชีพเหล่านี้ที่บ้านตัวเอง จึงไม่ต้องทำงานเป็น เวลา ส่งผลให้มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่มีลักษณะไม่แตกต่างกันมากนัก สอดคล้องกับผล การศึกษาของ กาญจนา นิมนุช (2548) และ อัญชลี (Thitasan, 2002) ที่พบว่าอาชีพไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์

2. ความเชื่อเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ของชาวไทยมุสลิมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ชาวไทยมุสลิมในชุมชนเขตอำเภอปะนาเระ จังหวัดปัตตานี

ผลการวิจัยพบว่า ความเชื่อเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ของชาวไทยมุสลิมมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.331$, $p < .01$) แสดงว่า หญิงตั้งครรภ์ชาวไทยมุสลิมที่มีความเชื่อเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ของชาวไทยมุสลิมในระดับต่ำ จะมีการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้ดีกว่าหญิงตั้งครรภ์ชาวไทยมุสลิมที่มีความเชื่อเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ของชาวไทยมุสลิมสูง ทั้งนี้ เพนเดอร์ (Pender, 2006) ได้อธิบายว่า ความเชื่อตามศาสนาและวัฒนธรรมของชุมชน เป็นปัจจัยทางด้านสังคมวัฒนธรรม ซึ่งเป็นสิ่งมีโนทัศน์ด้านลักษณะส่วนบุคคลและประสบการณ์ มีผลโดยตรงต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและมีผลโดยอ้อมผ่านมโนทัศน์ด้านความคิดและการรับรู้ที่เฉพาะเจาะจงต่อการแสดงพฤติกรรม ดังนั้นหากบุคคลมีความเชื่อถือศรัทธา ต่อวัฒนธรรม และศาสนาอย่างมากก็จะมีความเคร่งครัดในการปฏิบัติพฤติกรรมที่สอดคล้องตามวัฒนธรรมและศาสนานั้นๆ แต่ทั้งนี้เนื่องจากความเชื่อเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ของชาวไทยมุสลิมบางประการ มีผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ถูกต้อง อาจส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสมได้ เช่นเดียวกับการศึกษาของ วันเต็ม สังข์ขาว (2543) ที่พบว่า ความเชื่อตามวัฒนธรรมอิสลามมีความสัมพันธ์กับการใช้บริการคลอดของมารดาวัยรุ่นมุสลิม จังหวัดนราธิวาสอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยกลุ่มตัวอย่างที่มีความเชื่อตามวัฒนธรรมอิสลามสูงกว่าจะเลือกคลอดที่บ้านมากเป็น 13.5 เท่า

3. การรับรู้ต่อการส่งเสริมสุขภาพ ได้แก่ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน การรับรู้อุปสรรค การรับรู้ประโยชน์ ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ของหญิงตั้งครรภ์ชาวไทยมุสลิมในชุมชนเขตอำเภอปะนาเระ จังหวัดปัตตานี

การรับรู้สมรรถนะแห่งตนกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ผลการวิจัยพบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .630, p < .001$) อธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนหรือมีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองสูงจะสามารถจัดการหรือปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพให้สำเร็จได้สูงด้วย ทั้งนี้เนื่องจากการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเป็นแรงจูงใจที่ทำให้บุคคลสามารถปฏิบัติพฤติกรรมได้อย่างต่อเนื่อง หากบุคคลมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสูงจะส่งผลให้การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพลดลง (Pender et al., 2006) สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนของหญิงตั้งครรภ์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ดารีณี สุภาพ, 2542; ตริพร ชุมศรี, 2548; นฤมล ภาณุเดช, 2548)

การรับรู้อุปสรรคกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้อุปสรรคมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.359, p < .001$) อธิบายได้ว่า หญิงตั้งครรภ์ชาวไทยมุสลิมที่มีการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพต่ำ จะมีการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้ดีกว่าหญิงตั้งครรภ์ที่มีการรับรู้อุปสรรคสูง เนื่องจากการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรม เป็นความรู้สึกรู้สึกของบุคคลเกี่ยวกับสิ่งขัดขวางต่อการกระทำ มีส่วนสนับสนุนให้หลีกเลี่ยงการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ หากบุคคลมีความพร้อมในการปฏิบัติมากและมีอุปสรรคน้อย โอกาสที่จะปฏิบัติพฤติกรรมก็มีมาก (Pender et al., 2006) สอดคล้องกับการศึกษาในหญิงตั้งครรภ์ที่พบว่า การรับรู้อุปสรรคมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ตริพร ชุมศรี, 2548; นฤมล ภาณุเดช, 2548; Arethiwetch, 2003)

การรับรู้ประโยชน์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .529, p < .001$) แสดงให้เห็นว่า หญิงตั้งครรภ์ชาวไทยมุสลิมที่มีการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในระดับสูง จะมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดีด้วย เนื่องจากการรับรู้ประโยชน์ของกิจกรรมเป็นแรงจูงใจสำคัญของบุคคลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (Pender et al., 2006) ผลการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้สอดคล้องกับงานวิจัยจำนวนมากที่ศึกษาในหญิงตั้งครรภ์พบว่า การรับรู้ประโยชน์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ตริพร ชุมศรี, 2548; นฤมล ภาณุเดช, 2548; ศิริวรรณ ทุมเชื้อ และคณะ, 2548)

ข้อจำกัดในการวิจัย

1. ช่วงเวลาที่ทำการศึกษามีเหตุการณ์ความไม่สงบในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้ ทำให้ไม่สามารถเข้าพื้นที่ในการเก็บข้อมูลได้ตามแผนที่กำหนดไว้ จึงต้องเปลี่ยนสถานที่ในการเก็บข้อมูลมาเป็นที่แผนกฝากครรภ์ของโรงพยาบาลปะนาเระ โดยคงเลือกกลุ่มตัวอย่างที่ทำการฝากครรภ์จากสถานีอนามัย แต่มาพบแพทย์ที่โรงพยาบาลตามนโยบายสายใยรักของครอบครัวที่กำหนดให้หญิงตั้งครรภ์ต้องมาพบแพทย์อย่างน้อย 2 ครั้ง (โดยครั้งที่ 1 มาพบแพทย์ในช่วงไตรมาสที่ 1 และครั้งที่ 2 เมื่ออายุครรภ์ 36 สัปดาห์ขึ้นไป เพื่อตรวจท่าของทารกในครรภ์ก่อนคลอด) ส่งผลให้ข้อมูลส่วนใหญ่ที่สำรวจได้เป็นหญิงตั้งครรภ์ไตรมาสที่สาม
2. กลุ่มตัวอย่างบางรายมีความสามารถในการสื่อสารด้วยภาษาไทยได้น้อย ผู้วิจัยจึงต้องมีการอธิบายเพิ่มเติมหรือยกตัวอย่างประกอบ เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างเข้าใจ ซึ่งอาจเป็นการชี้นำการตอบคำถามได้
3. ในการอ้างอิงถึงประชากรที่เป็นหญิงตั้งครรภ์ชาวไทยมุสลิมอาจมีข้อจำกัดเนื่องจากการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง และเลือกศึกษาเพียงในพื้นที่ของอำเภอปะนาเระ จังหวัดปัตตานีเท่านั้น

ข้อเสนอแนะ

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล
 - 1.1 นำผลการศึกษาไปเป็นแนวทางในการส่งเสริมให้ผู้ปฏิบัติการพยาบาลมีการจัดประเมินทั้งด้านความรู้ ความเชื่อเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ และการส่งเสริมสุขภาพสำหรับหญิงตั้งครรภ์ทุกรายเพื่อระบุปัญหา และจัดกิจกรรมเสริมสร้างทักษะความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ถูกต้องเหมาะสมให้แก่หญิงตั้งครรภ์ชาวไทยมุสลิม โดยเฉพาะกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุน้อยเนื่องจากขาดทักษะ และประสบการณ์ในระยะตั้งครรภ์
 - 1.2 นำผลการศึกษาไปเป็นแนวทางในการปรับเปลี่ยนแบบบริการให้สะดวกต่อการมารับบริการของหญิงตั้งครรภ์เพื่อลดอุปสรรคในการเข้าร่วมกิจกรรม
 - 1.3 จากการตอบแบบสอบถามความเชื่อเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ของชาวไทยมุสลิม พบหญิงตั้งครรภ์ชาวไทยมุสลิมยังคงเชื่อถือและใช้บริการดูแลครรภ์จากผดุงครรภ์โบราณ จึงควรจัดกิจกรรมเสริมสร้างความรู้และทักษะเกี่ยวกับการดูแลและส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ ให้แก่ผดุงครรภ์โบราณ เนื่องจากเป็นบุคคลที่มีอิทธิพลทางด้านความเชื่อเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ของหญิงตั้งครรภ์ชาวไทยมุสลิม ซึ่งส่งผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ถูกต้องและเหมาะสม

2. ด้านการศึกษาพยาบาล เป็นแนวทางในการจัดการเรียนการสอนแก่นักศึกษาพยาบาลในจังหวัดชายแดนภาคใต้ เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพหญิงตั้งครรภ์ โดยให้เข้าใจเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ได้แก่ ความเชื่อเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ เนื่องจากพบว่ายังมีความเชื่อบางประการที่อาจส่งผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม อีกทั้งส่งเสริมให้มีการประเมินปัจจัยดังกล่าว และวิธีการสนับสนุนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ที่สอดคล้องกับบริบทของชุมชน

3. ด้านการวิจัย

3.1 ควรมีการศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ชาวไทยมุสลิม โดยเน้นในช่วงเทศกาลถือศีลอด เนื่องจากเป็นช่วงเวลาที่มียุทธศาสตร์ในการดำเนินกิจกรรมประจำวันที่เปลี่ยนไป และมีการติดตามถึงผลลัพธ์ของพฤติกรรมสุขภาพในระยะตั้งครรภ์ เพื่อที่จะส่งเสริมการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพให้ถูกต้อง และเหมาะสมกับวิถีชีวิตของชุมชนต่อไป

3.2 ควรมีการศึกษาปัจจัยอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ชาวไทยมุสลิม เช่น การเข้าถึงบริการสุขภาพ อิทธิพลจากสถานการณ์ความไม่สงบในพื้นที่ชายแดนภาคใต้ ที่มีผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ เป็นต้น

3.3 ควรมีการศึกษาวิจัยและพัฒนาโปรแกรมการให้ความรู้ และคำปรึกษาในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในระยะตั้งครรภ์ ที่เหมาะสมกับหญิงตั้งครรภ์ชาวไทยมุสลิม และสอดคล้องกับบริบทของชุมชน

RELATIONSHIPS BETWEEN PEERSONAL FACTORS, BELIEFS IN PREGNANCY,
PERCEPTION OF HEALTH PROMOTION, AND HEALTH PROMOTING
BEHAVIORS AMONG THAI-MUSLIM PREGNANT WOMEN

SIRIHONG CHIMCHAROEN 5136687 RACN/M

(COMMUNITY HEALTH NURSE PRACTITIONER)

THESIS ADVISORY COMMITTEE: WANTANA MANEESRIWONGKUL
D.N.SC. (PRIMARY CARE), SANGTHONG TERATHONGKUM, Ph.D.
(NURSING)

EXTENDED SUMMARY

Background and Significance of the Study

Morbidity and mortality in mothers and infants is one important and universal indicator of health status of the population and national development, as evidenced by the policy of the United Nations and the allied network called the “Millennium Gold” which signifies that within the year 2015 the mortality rate in mothers has to be reduced by three fourths. The emphasis is on safe motherhood which stresses the safety of pregnant women both during pregnancy and during delivery (United Nations Department of Economics and Social Affairs: DESA, 2008). In Thailand, the Ministry of Public Health has set the goal of mortality in mothers at no more than 18 per 100,000 live births. Also, the rate of perinatal mortality is set at no more than nine per 1,000 live births (Directing Committee on the Tenth National Health Development Plan, B.E. 2550).

According to the statistics of mortality in mothers all over the world, the rate of mortality in pregnant women in developing countries is higher than 500,000 during pregnancy or delivery annually (DESA, 2008: 24). In Southeast Asian countries including Thailand, the rates of mortality in mothers tend to decrease. In

1990, the rate of mortality in mothers was equal to 450 per 100,000 live births, which was reduced to 300 per 100,000 live births in 2005 (DESA, 2008: 25). However, the mortality rates in mothers should be reduced to one fourth of the mortality rate in 1990 within 2015 to accomplish the goal previously specified. When considering the mortality rates in mothers in Thailand between 2006 and 2008, it can be seen that the mortality rates in mothers were equal to 11.7, 12.2, and 11.3 per 100,000 live births, respectively. At the same period, the mortality rates of mothers in the southern region were higher than the national rates. The three provinces with the highest mortality rates in mothers in the south were Pattanee, Yala, and Narathiwat, which were equal to 49.2-51, 22.9-39, and 48.9 per 100,000 live births, respectively (Ministry of Public Health, B.E. 2552), which were higher than the specified criteria.

According to WHO, the most important cause of mortality in mothers is bleeding/hemorrhage during pregnancy and delivery, accounting for 24% of the mortality all over the world. This is followed by indirect causes (20%), infection (15%), and eclampsia (12%) (WHO, 2004). As for Thailand, the most important cause of mortality in mothers is bleeding/hemorrhage during pregnancy and delivery, making up 42.11%. Second was eclampsia at 15.04% (Wichai Termrungruanglert, B.E. 2548: 614). Likewise, studies conducted by Sudarat Theeraworn (B.E. 2547) and Srikanya Ngaokaew and Aree Ongsawang (B.E. 2547) showed that the direct causes of mortality in mothers in the three bordering provinces in the south were postpartum hemorrhage and eclampsia.

When considering the behaviors in seeking prenatal care of Thai-Muslim pregnant women in the three bordering provinces in the south, it is found that some pregnant women seek prenatal care with public health officials because they want to know their health status and because it is a requirement of the government for issuance of a birth certificate (Boonsang Boonamnuyakit, B.E. 2542; Wantem Sungkhao, B.E. 2544). Similarly, Jintana Harnwattanakul (B.E. 2547) studied use of local intellects to promote health in pregnant Thai-Muslim women in the southern region and found that they preferred to seek prenatal care from a healthcare setting nearby their house together with use of traditional midwifery services. In another study, Suthon Pornbanditpattama (B.E. 2548) reported that most traditional midwives learned the science of midwifery from their ancestors and had undergone training at public health

service settings, so they were able to examine the progress of pregnancy and fetal version, but they were unable to assess risk conditions or complications.

The rate of mortality in mothers can be reduced if pregnant women have good physical, mental, emotional, and social health. Good health results from individuals' health promoting behaviors (Pender, Murdaugh, & Parsons, 2006: 7). Good health promoting behaviors as specified in Pender's Health Promoting Model depends on factors that influence health promoting behaviors consisting of three major concepts: Individual characteristics and experience, Behavior-specific cognition and affects, and Behavioral outcome (Pender et al., 2006: 50).

A review of literature has revealed that the individual characteristics and experience factors includes age (Pluemjit Chotika, B.E. 2544; Thanomroop, 2000), education (Jirawan Niramitpas, B.E. 2551; Poonyisa Promma, B.E. 2551; Supranee Chaikhuenkhan, B.E. 2546), family income (Poonyisa Promma, B.E. 2551; Wararat Thongsirima, B.E. 2547), and occupation (Watcharee Kaewsra, B.E. 2544; Arunee Puengpang, B.E. 2544) are factors associated with health promoting behaviors of pregnant women.

As regards the Behavior-specific cognition and affects, perceived self-efficacy, perceived barriers to action, and perceived benefits of action have influence on health promoting behaviors by 86%, 79%, and 61%, respectively (Pender et al., 2006: 56). Previous studies have reported that pregnant women who have a high level of perceived self-efficacy have a high level of health promoting behaviors (Darinee Suwaparp, B.E. 2542; Treeporn Choomsri, B.E. 2548). In addition, perceived barriers to action are negatively related to health promoting behaviors with statistical significance (Darinee Suwaparp, B.E. 2542; Treeporn Choomsri, B.E. 2548; Wiriawattana, 2002). As for studies on perceived benefits of action, studies have found that perceived benefits of action are positively related to health promoting behaviors of pregnant women (Treeporn Choomsri, B.E. 2548; Siriwan Toomchuer, Wanpen Kulnaris, and Patchaya Thongsila, B.E. 2548).

Pattanee is one of the three bordering provinces in the south with the Muslim population as high as 87.75% (Pattanee Cultural Office, B.E. 2553). The people who live in the province strictly adhere to the Islamic rules and regulations. Pregnant women prefer to have prenatal care and postpartum care with traditional

midwives. A study on health situation with mothers and children in Pattanee Province has shown that mortality in mothers is considered a major public health problem of the province as the rate of mortality is higher than the national rate and the specified criterion. In 2008-2009, the rates of mortality in mothers were equal to 49.98 and 48.69 per 100,000 live births, respectively, due to complications during pregnancy, during delivery, and after delivery such as bleeding/hemorrhage, anemia, and eclampsia, etc. Furthermore, the rates of perinatal mortality were also higher than the specified criterion, equal to 55 and 36 per 1,000 live births, respectively. Mostly, it is found that the fetus died while still in the mother's womb. Postmortem softening could be found, and some died from innate abnormalities or disabilities (Pattanee Public Health Office, B.E. 2552).

In Panarae District, in 2009 the indicator of mother and infant health did not reach the specified goal. The newborn infants whose birth weight was lower than 2,500 grams accounted for 7.33%, pregnant women with anemia accounted for 14%, pregnant women who sought prenatal care before the 12th gestational weeks accounted for 60%, pregnant women who received all four prenatal care services before delivery accounted for 68.08%, and the perinatal mortality was equal to 6.95 per 1,000 live births (Panarae Hospital, B.E. 2552).

Such information clearly reflects the health situation of Thai-Muslim pregnant women in the south of Thailand. Therefore, the researcher who is a nurse practitioner has realized the significance of investigating the health promoting behaviors of Thai-Muslim pregnant women within the contexts of the community and the relationships between personal factors, beliefs in pregnancy, and perception of health promotion and health promoting behaviors of Thai-Muslim pregnant women in Panarae District, Pattanee Province. The findings of the study could be used to promote health behaviors of Thai-Muslim pregnant women with more appropriateness to the local contexts.

Conceptual Framework of the Study

In the present study, Pender's Health Promoting Behavior Model (Pender, 2006) was used as the conceptual framework. According to the model, there are three

main concepts of health promotion: 1) Individual characteristics and experiences consisting of two sub-factors of past experiences and individual factors of biological factors, psychological factors, and sociocultural factors, 2) Behavior-specific cognition and affects composed of six sub-factors of perceived benefits of action, perceived barriers to action, perceived self-efficacy, activity-related affects, interpersonal influences, and situational influences, and 3) Behavioral outcome comprising commitment to a plan of action, immediate competing demands and preferences, and health promoting behaviors (Pender, 2006). Health promoting behaviors can be assessed with the Health Promotion Lifestyles Profile of Walker, Sechrist, & Pender (1987) which assesses six aspects of behaviors including nutrition, physical activity and exercise, health responsibility, interpersonal relationship, stress management, and spiritual growth.

In the present study, some of the factors were selected. As for the Individual characteristics and experiences, the personal factors of age was selected because it is a biological factor that directly influences behavior-specific cognitive and affects; education because it helps to develop knowledge and skill for self care; family income because it is an important factor that leads to acquisition of other factors necessary for living; occupation because it is related to work, rest and relaxation, and time allocation for health promoting behaviors; and belief in pregnancy because it is a sociocultural factor that has a direct effect on health promoting behavior and an indirect effect on behavior-specific cognition and affects. With regard to Behavior-specific cognition and affects, the factors that were selected were perceived self-efficacy, perceived barriers to action, and perceived benefits of action because they are factors that are indirectly influenced by individual factors and they have an influence on health promoting behaviors at 86%, 79%, and 61%, respectively (Pender et al., 2006). The conceptual framework of the study is illustrated in Figure 1 below.

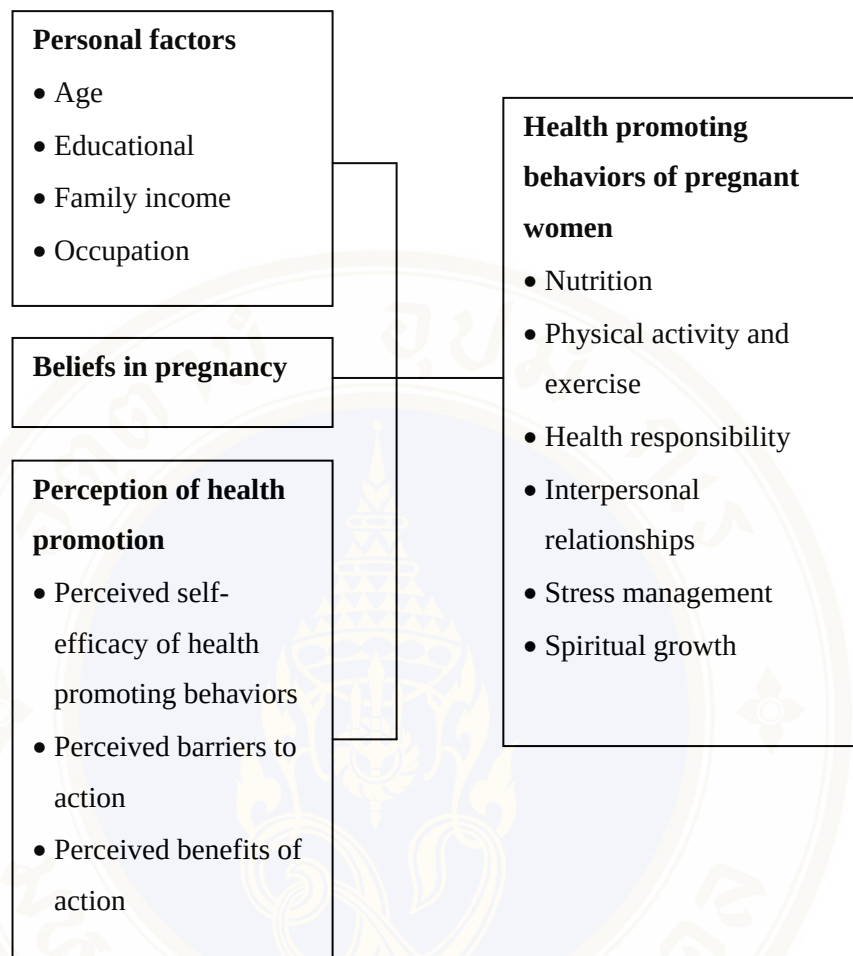


Figure 1 Correlation between variable of the Study

Study Objectives

1. To investigate beliefs in pregnancy, perception of health promotion (perceived self-efficacy, perceived barriers to action, and perceived benefits of action) and health promoting behaviors of Thai-Muslim pregnant women in Panarae District, Pattanee Province.

2. To examine the relationships between personal factors (age, educational, family income, and occupation), beliefs in pregnancy, and perception of health promotion (perceived self-efficacy, perceived barriers to action, and perceived benefits of action) and health promoting behaviors of Thai-Muslim pregnant women in Panarae District, Pattanee Province.

Research Hypotheses

1. Personal factors of age, educational, family income, and occupation are related to health promoting behaviors of Thai-Muslim pregnant women in Panarae District, Pattanee Province.
2. Beliefs in pregnancy are related to health promoting behaviors of Thai-Muslim pregnant women in Panarae District, Pattanee Province.
3. Perception of health promotion (perceived self-efficacy, perceived barriers to action, and perceived benefits of action) are related to health promoting behaviors of Thai-Muslim pregnant women in Panarae District, Pattanee Province.

Research Methodology

The present study was correlational research which aimed at investigating the relationships between personal factors of age, educational, family income, and occupation; beliefs in pregnancy; and perception of health promotion of perceived self-efficacy, perceived barriers to action, and perceived benefits of action and health promoting behaviors of Thai-Muslim pregnant women in Panarae District, Pattanee Province. The study sample consisted of Thai-Muslim pregnant women who sought prenatal healthcare services at the health station in Panarae District, Pattanee Province. The sample was recruited by means of purposive sampling. The inclusion criteria were as follows: gestational age in the second trimester, normal pregnancy, no chronic diseases affecting pregnancy, ability to speak verbally in Thai, and willingness to participate in the study as shown in the signed informed consent form.

Sample size

The ready-made table of power analysis was used to determine the sample size. The significance level was set at .05 for the correlation coefficient, with the power of the test at .80 and r value at .36 (Mayuree Nirattharadorn, B.E. 2539: 85). The number of subjects was 88 (Polit, 2008: 65). However, to prevent loss of subjects, an additional 10% was added into the sample size, equal 97 subjects. Thus, the researcher adjusted the sample size to 100. Quota sampling was then employed to select the study subjects by dividing Thai-Muslim pregnant women in accordance with the Tambon they were residing in. After that, simple random sampling was used to

select five representative health stations. The number of pregnant Muslim women selected from each Tambon was as follows: 36 from Tambon Panarae Health Station, 16 from Tambon Bang Maruad Health Station, seven from Tambon Don Health Station, 21 from Tambon Nam Bor Health Station, and 20 from Tambon Baan Nok Health Station.

Research Instruments

The instruments used in this research could be divided into the following six parts:

Part I: Personal factors questionnaire: This instrument was developed by the researcher to elicit data regarding personal factors of the subjects including age, educational, family income, occupation, and data regarding pregnancy including gravidarum, gestational age, and gestational age at first prenatal care.

Part II: Beliefs in pregnancy of Thai-Muslim pregnant women questionnaire: This questionnaire was developed by the researcher. There were 11 items arranged in a five-point Likert scale ranging from strongly agree to strongly disagree. The total scores were between 11 and 55 points. Higher total scores reflected more beliefs in pregnancy of Thai-Muslim pregnant women. As for validation of the instrument, CVI was equal to 0.90 and Cronbach's alpha correlation coefficient was equal to 0.74.

Part III: Perceived self-efficacy of health promoting behaviors of Thai-Muslim pregnant women questionnaire: This questionnaire was taken from the perceived self-efficacy questionnaire of Darinee Suwaparb (B.E. 2542) which was adapted from the self-efficacy scale of Sherer et al. (1982 cited in Darinee Suwaparb, B.E. 2542: 65). There were 15 items in the original version, but only nine were kept because the other items were specific for pregnant women working in an industrial factory. The researcher added five items into the questionnaire to suit the lifestyle of Thai-Muslim people in Thailand. Therefore, there were 14 items in the questionnaire which were arranged in a four-point Likert scale of not confident, slightly confident, very confident, and extremely confident. The total scores ranged from 14 to 56 points, with higher scores reflecting a higher level of perceived self-efficacy of health

promotion. As for validation of the instrument, CVI was equal to 0.86 and Cronbach's alpha correlation coefficient was equal to 0.86.

Part IV: Perceived barriers to action of health promoting behavior of Thai-Muslim pregnant women questionnaire: This questionnaire was taken from the perceived barriers to action questionnaire of Darinee Suwaparb (B.E. 2542) which was adapted from the Perceived Barriers to Health-Promoting Activities for Disabled Person Scale of Stuifbergen, Becker, and Sand (1990 cited in Darinee Suwaparb, B.E. 2542: 65). There were nine original items, and the researcher added five items into the questionnaire to suit the lifestyle of Thai-Muslim people in Thailand. Therefore, there were 14 items in the questionnaire which were arranged in a four-point Likert scale of disagree, slightly agree, somewhat agree, and agree. The total scores ranged from 14 to 56 points, with higher scores reflecting a higher level of perceived barriers to action of health promoting behavior. As for validation of the instrument, CVI was equal to 0.93 and Cronbach's alpha correlation coefficient was equal to 0.73.

Part V: Perceived benefits of action of health promoting behaviors of Thai-Muslim pregnant women questionnaire: This questionnaire was taken from the perceived benefits of action questionnaire of Darinee Suwaparb (B.E. 2542) developed based on Pender's concept of health promotion. There were 16 items in the original version, but only ten were kept and then the researcher added three items into the questionnaire to suit the lifestyle of Thai-Muslim people in Thailand. Therefore, there were 13 items in the questionnaire which were arranged in a four-point Likert scale of not disagree, slightly agree, somewhat agree, and agree. The total scores ranged from 13 to 52 points, with higher scores reflecting a higher level of perceived benefits of action of health promoting behavior. As for validation of the instrument, CVI was equal to 0.92 and Cronbach's alpha correlation coefficient was equal to 0.87.

Part VI: Health promoting behaviors of Thai-Muslim pregnant women questionnaire: This questionnaire was adapted from the questionnaire of Siriwan Tumchuer et al. (B.E. 2548) which was developed based on the health promotion lifestyles profile of Walker et al. (19XX). There were 45 items in the original version, but only 35 were kept for adaptation and then the researcher added two items into the questionnaire to suit the lifestyle of Thai-Muslim people in Thailand. Therefore, there were 37 items in the questionnaire which were arranged in

a four-point Likert scale of all the time, most of the time, sometimes, and never. There were 34 positive items and three negative items (items 6, 7, and 9). The total scores ranged from 37 to 148 points, with higher scores reflecting better health promoting behaviors. As for validation of the instrument, CVI was equal to 1.0 and Cronbach's alpha correlation coefficient was equal to 0.87.

Data Collection

After approval was granted by the Institutional Review Board on Research Involving Human Subjects of the Faculty of Medicine, Ramathibodi Hospital, data collection took place in the following steps:

1. The introductory letter was sent from the Graduate School of Mahidol University to the head of the public health office in Panarae District and heads of selected health stations to give explanation about the research study and to ask for permission to collect data.
2. The researcher introduced herself to the sample, established relationships, explained the study objectives, and asked for cooperation in data collection. Once the subjects agreed to participate in the study, they were asked to sign the informed consent form.
3. The researcher explained how to fill out the questionnaires to the subjects and asked them to respond to the questionnaires while they were waiting to receive the prenatal services. It took about 30 to 45 minutes to fill out the questionnaires. For the subjects who were unable to read or write, the researcher would read aloud the questionnaire items to the subjects and let the subjects respond verbally.
4. After data were collected from the subjects, the researcher examined the questionnaires to ensure completion before conducting data analysis.

Data Analysis

1. Data regarding personal factors of the subjects including age, educational, family income, occupation, and data regarding pregnancy including

garvidarum, gestational age, and gestational age at first prenatal care were analyzed in terms of frequency, percentage, mean, range, and standard deviation.

2. Data regarding beliefs in pregnancy; perception of health promotion including perceived self-efficacy, perceived barriers to action, and perceived benefits of action; and health promoting behaviors, both overall and in each aspect, were analyzed in terms of mean, standard deviation, and range.

3. The normal distribution of the study variables in the interval scale was tested using the Kolmogorov-Smirnov test, and it was found that data regarding age, family income, beliefs in pregnancy, perception of health promotion (perceived self-efficacy, perceived barriers to action, and perceived benefits of action), and health promoting behaviors had a normal distribution. On the other hand, data regarding Muslim educational did not have a normal distribution.

4. Pearson's moment correlation coefficient was employed to determine the relationships between personal factors of age, family income, beliefs in pregnancy, and perception of health promotion (perceived self-efficacy, perceived barriers to action, and perceived benefits of action) and health promoting behaviors of Thai-Muslim pregnant women.

5. Spearman's rank was used to analyze the relationships between educational and occupation and health promoting behaviors of Thai-Muslim pregnant women.

Findings

Part I: Personal factors, beliefs in pregnancy, perception of health promotion, and health promoting behaviors of Thai-Muslim pregnant women

The subjects of the study were 100 pregnant Thai-Muslim women who sought prenatal care at a health station in Panarae District, Pattanee Province. Their mean age was 26.97 years (SD = 6.49). The largest group, or 41%, completed elementary education, and 42% of them received Muslim study for one to four years. In terms of family income, more than half of the subjects, or 52%, had family income ranging from 5,001 to 10,000 Baht, and their mean income was equal to 8,721 Baht (median = 7,000). In addition, more than half, or 59%, were housewives, about one-third,

or 33%, were primigravidarum, and 69% had their gestational age more than 27 weeks. Finally, 59% had first prenatal care during the first trimester.

With regard to scores of beliefs in pregnancy of Thai-Muslim pregnant women, their scores ranged from 17 to 44 points, and their mean score was equal to 32.21 points (SD = 5.04). When considering each aspect of perception of health promotion, it was found that the scores of perceived self-efficacy ranged from 21 to 53 points, and their mean score was equal to 38.38 points (SD = 7.49). Moreover, the scores of perceived barriers to action ranged from 14 to 39 points, and their mean score was equal to 23.88 points (SD = 5.64). Finally, the scores of perceived benefits of action ranged from 31 to 52 points, and their mean score was equal to 44.63 points (SD = 5.49).

The scores of overall health promoting behaviors of Thai-Muslim pregnant women ranged between 85 and 145 points, with the mean score of 120.79 points (SD = 12.24). When considering each aspect of health promoting behaviors, it was found that the scores of nutrition ranged from 27 to 43 points, and their mean score was equal to 34.63 points (SD = 3.78). Furthermore, the scores of physical activity and exercise ranged from 10 to 24 points, with the mean score equal to 18.24 points (SD = 2.95); the scores of health responsibility ranged from 14 to 36 points, with the mean score equal to 29.27 points (SD = 4.26); the scores of interpersonal relationships ranged from 7 to 16 points, with the mean score equal to 14.05 points (SD = 1.94); the scores of stress management ranged from 7 to 16 points, with the mean score equal to 12.92 points (SD = 2.30); and the scores of spiritual growth ranged from 8 to 12 points, with the mean score equal to 11.50 points (SD = 0.96).

Part II: Hypothesis testing

2.1 Personal factors of age, educational, family income, and occupation are related to health promoting behaviors of Thai-Muslim pregnant women.

According to the study findings, age, educational, and family income were positively related to health promoting behaviors of Thai-Muslim pregnant women with statistical significance ($r = .223$, $p < .05$; $r = .202$, $p < .05$, and $r = .258$, $p < .05$, respectively). Moreover, occupation was positively related to health promoting

behaviors of Thai-Muslim pregnant women with no statistical significance ($r = .143$, $p > .05$), and Muslim education was negatively related to health promoting behaviors of Thai-Muslim pregnant women with no statistical significance ($r = -.173$, $p > .05$), as shown in Table 1.

2.2 Beliefs in pregnancy are related to health promoting behaviors of Thai-Muslim pregnant women

It was found that beliefs in pregnancy were negatively related to health promoting behaviors of Thai-Muslim pregnant women with statistical significance ($r = -.331$, $p < .01$), as shown in Table 1.

2.3 Perception of health promotion (perceived self-efficacy, perceived barriers to action, and perceived benefits of action) are related to health promoting behaviors of Thai-Muslim pregnant women.

The study findings revealed that perceived self-efficacy and perceived benefits of action were positively related to health promoting behaviors of Thai-Muslim pregnant women with statistical significance ($r = .630$, $p < .001$ and $r = .529$, $p < .001$, respectively). However, perceived barriers to action were negatively related to health promoting behaviors of Thai-Muslim pregnant women with statistical significance ($r = -.359$, $p < .001$), as shown in Table 1.

Table 1 Correlation coefficient between personal factors, beliefs in pregnancy, perceived self-efficacy, perceived barriers to action, and perceived benefits of action and health promoting behaviors of Thai-Muslim pregnant women ($n = 100$)

Variables	Correlation coefficient	
Age	r	.223*
General education	r_s	.202*
Muslim education	r_s	-.173
Family income	r	.258*
Occupation	r_s	.143
Beliefs in pregnancy	r	-.331**
Perceived self-efficacy	r	.630***
Perceived barriers to action	r	-.359***
Perceived benefits of action	r	.529***

r = Pearson, r_s = Spearman, * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

Occupation (Housewives = 0, Others = 1)

Discussion

Hypothesis testing

1. Personal factors of age, educational, family income, and occupation are related to health promoting behaviors of Thai-Muslim pregnant women.

Age: Age was found to have a positive relationship with health promoting behaviors with statistical significance ($r = .223, p < .05$). Thus, it meant that older Thai-Muslim pregnant women had better health promoting behaviors. According to Pender (2006), age is a biological factor which has a direct influence on behavior-specific cognition and affects. In addition, age is associated with emotional development; that is, when pregnant women are older, they are better able to adjust themselves to changes and have more responsibility for their own health. Likewise, previous studies have reported that age is positively related to health promoting behaviors of pregnant women with statistical significance (Siriwan Tumcheur et al., B.E. 2548; Arethiwetch, 2003). However, Jarunee Leetheerakul (B.E. 2541) and Watcharee Kaewsra (B.E. 2544) found that age is not related to health promoting behaviors of pregnant women.

Educational: It was found that education was positively related to health promoting behaviors of Thai-Muslim pregnant women with statistical significance ($r = .202, p < .05$). This meant that Thai-Muslim pregnant women who were highly educated had better health promoting behaviors. This is because education is important for development of knowledge, skills, and positively attitudes toward self-care and enables individuals to better understand their health, which facilitates self-care activities (Orem, 1985: 86). Moreover, education is a sociocultural factor which has a direct influence on health promoting behavior and an indirect effect on behavior-specific cognition and affects (Pender et al., 2006). The finding of the present study is consistent with the findings of Jarunee Leetheerakul (B.E. 2541) who found that education was positively related to pregnant women who were carriers of hepatitis B viruses with statistical significance. However, such finding was incongruent with the findings of Arethiwetch (2003) and Patanavanichnun (2000) that there is no relationship between education and health promoting behaviors.

Muslim education: Muslim education was negatively related to health promoting behaviors of Thai-Muslim pregnant women with no statistical significance ($r = -.173$, $p > .05$). It was anticipated that the subjects who had fewer years of Muslim studies may have had better health promoting behaviors than those who had more years of Muslim studies. However, it was found that the subjects had similar health promoting behaviors regardless of number of years of Muslim studies. This could be explained that Islamic studies emphasize the knowledge and understanding of the teachings of Allah as well as guidelines of Muhammad for correct practices (Ahmeenah Damrongphol, B.E. 2544). Therefore, all Muslim people lead their lives in accordance with their religious beliefs regardless of the number of years they have been studying the religion. In other words, there is no direct relationship between Muslim educational and health promoting behaviors.

Family income: The findings revealed that family income was positively related to health promoting behaviors of Thai-Muslim pregnant women with statistical significance ($r = .258$, $p < .05$). Therefore, Thai-Muslim pregnant women with higher family income had better health promoting behaviors than those who had lower family income. One plausible explanation is that family income reflects socioeconomic status which is a sociocultural factor which has a direct influence on health promoting behavior and an indirect effect on behavior-specific cognition and affects (Pender et al., 2006). In other words, family with a high income is more likely to gain access to resources available in society and to acquire necessary resources to promote health of oneself and the fetus, hence better health promoting behaviors than family with a low income. Similar findings have been reported by previous studies that there is a positive relationship between family income and health promoting behaviors of pregnant women with statistical significance (Mayuree Nirattaradorn, B.E. 2539; Yukolthorn Jamrit et al., B.E. 2551). However, there are also some studies which have found that there is no relationship between family income and health promoting behaviors (Arethiwetch, 2003; Patanavanichnun, 2000; Thanomroop, 2000).

Occupation: occupation was positively related to health promoting behaviors of Thai-Muslim pregnant women with no statistical significance ($r = .143$, $p > .05$). This meant that the subjects who had different occupations did not have different health promoting behaviors. This may be because more than half of the

subjects (59%) were housewives, while the rest were agriculturists, wage earners, and traders/business owners who also had to work at home, so they did not have a fixed work schedule. As a result, their health promoting behaviors did not differ much. Likewise, Kanchana Nimnuch (B.E. 2548) and Anchalee Thitasan (2002) found that there is no relationship between occupation and health promoting behaviors of pregnant women.

2. Beliefs in pregnancy are related to health promoting behaviors of Thai-Muslim pregnant women

The findings showed that beliefs about pregnancy of Thai-Muslim pregnant women were negatively related to health promoting behaviors with statistical significance ($r = -.331, p < .01$). This meant that Thai-Muslim pregnant women who had a low level of beliefs in pregnancy had better health promoting behaviors than those who had a high level of beliefs in pregnancy. Pender (2006) explains that beliefs in religion and community cultures are a sociocultural factor which is an individual characteristics and experiences concept, which has a direct influence on health promoting behavior and an indirect effect on behavior-specific cognition and affects. Therefore, if individuals have strong beliefs in cultures and religion, they will have strict adherence to behaviors accepted and highly regarded in the cultures or by the religion. However, it is worth noting that some beliefs in pregnancy of Thai-Muslim people lead to inappropriate health promoting behaviors of the subjects. A study of Wantem Sungkhao (B.E. 2543) has reported that Islamic beliefs are associated with use of delivery services of teenage Thai-Muslim mothers in Narathiwat Province with statistical significance as the subjects who had a high level of Islamic beliefs were 1.35 times more likely to choose to give birth at home.

3. Perception of health promotion (perceived self-efficacy, perceived barriers to action, and perceived benefits of action) are related to health promoting behaviors of Thai-Muslim pregnant women.

Perceived self-efficacy: The findings showed that there was a positive relationship between perceived self-efficacy and health promoting behaviors with statistical significance ($r = .630, p < .001$). Thus, the subjects who had a high level of

perceived self-efficacy or confidence in their own ability were better able to successfully practice health promoting behavior. This is because perceived self-efficacy is a motivational force that enables individuals to continuously carry out their behaviors. If individuals have a high level of perceived self-efficacy, their perceived barriers to action will be lower (Pender et al., 2006). Similarly, previous studies have reported that there is a statistically significant positive relationship between perceived self-efficacy and health promoting behavior (Darinee Suwapab, B.E. 2542; Treeporn Chumsri, B.E. 2548; Naruemol Phanutechu, B.E. 2548).

Perceived barriers to action: The findings showed that there was a negative relationship between perceived barriers to action and health promoting behaviors with statistical significance ($r = -.359$, $p < .001$). Therefore, the subjects who had a low level of perceived barriers to action were better able to successfully practice health promoting behavior than those who had a high level of perceived barriers to action. It could be explained that perceived barriers to action are individuals' feelings about what hinders their action and they make them avoid health promoting behaviors. If individuals have a high level of readiness to practice health promoting behaviors and a low level of barriers, they are more likely to carry out health promoting behaviors (Pender et al., 2006). The findings of this study were consistent with the findings of previous studies that there is a statistically significant negative relationship between perceived barriers to action and health promoting behavior (Treeporn Chumsri, B.E. 2548; Naruemol Phanutechu, B.E. 2548; Arethiwetch, 2003).

Perceived benefits of action: The findings showed that there was a positive relationship between perceived benefits of action and health promoting behaviors with statistical significance ($r = .529$, $p < .001$). Therefore, the subjects who had a high level of perceived benefits of action were better able to successfully practice health promoting behavior than those who had a low level of perceived benefits of action. This is because perceived benefits of action are important motivations for individuals to carry out health promoting behaviors (Pender et al., 2006). The findings of this study were in congruence with the findings of previous studies that there is a statistically significant positive relationship between perceived

benefits of action and health promoting behavior (Treeporn Chumsri, B.E. 2548; Naruemol Phanutechu, B.E. 2548; Siriwan Tumchuer et al., B.E. 2548).

Limitations of the Study

1. During the period during which data were collected, there were unrest situations in the southern bordering provinces. Therefore, the researcher was unable to go to the desired research sites as originally planned and had to change the setting to the prenatal clinic of Panarae Hospital. However, the subjects were still Thai-Muslim pregnant women who sought prenatal care at health stations but came to see the doctors at the hospital in accordance with the Baby-Friendly Hospital Policy that required pregnant women to see a obstetrician-gynecologist at least twice during their pregnancy (the first visit was during the first trimester, and the second visit was after the gestational age reached 36 weeks to examine the position of the fetus). As a result, the data collected in this study were mostly gathered from pregnant women who were in their third trimester.

2. Some of the study subjects were not fluent in Thai, the researcher had to give more explanations or examples to make sure they understood the questions, which could be leading questions.

3. The generalization to Thai-Muslim pregnant women in general may be limited because the study sample was recruited by means of purposive sampling, and the data were collected only in Panarae District, Pattanee Province.

Recommendations

For nursing practices

1. The study findings can be used to devise a guideline for nurses to assess knowledge, beliefs in pregnancy, and health promoting behaviors of all pregnant women so as to determine their problems and organize activities to promote their knowledge of correct health promoting behaviors, particularly first-time Thai-Muslim pregnant women who are young because they lack skills and experience with pregnancy.

2. The study findings could be used as a guideline for improvement of service provision to increase convenience in seeking prenatal care services and reduce their barriers to access to health promoting service and activities.

3. According to the questionnaires, a large number of Thai-Muslim pregnant women still have trust in traditional midwifery. Therefore, activities should be organized to promote knowledge and skills in health promoting behaviors of pregnant women for traditional midwives who have a great influence on Thai-Muslim pregnant women to ensure correct and appropriate health promoting behaviors.

For nursing education

The findings of the present study could be implemented as a guideline to design nursing curriculum and instruction for nursing students in the three bordering provinces in the south. This is to ensure that nursing students have understanding of factors related to health promoting behaviors including beliefs in pregnancy as the findings showed that Thai-Muslim pregnant women still have some beliefs which may affect health promoting behaviors. Moreover, assessments of those hindering factors should be conducted, and health promoting behaviors should be promoted in ways that are suitable for the contexts of the Thai-Muslim community in the south.

For nursing research

1. Studies should be conducted to investigate health promoting behaviors of Thai-Muslim pregnant women during the Ramadan as this is the time when their daily living activities change from normal practices. The pregnancy outcomes should also be monitored to correctly and appropriately enhance health promoting behaviors to suit the local contexts.

2. Other factors that are related to health promoting behaviors of Thai-Muslim pregnant women should be examined including access to health, influence of the unrest situations in the province to determine their effects on health promoting behaviors of these pregnant women.

3. Research should be carried out to develop an educational and counseling program to enhance health promoting behaviors during pregnancy particularly for Thai-Muslim pregnant women.

รายการอ้างอิง

- กระทรวงสาธารณสุข. (2552). ข้อมูลสถิติสำคัญของกระทรวงสาธารณสุข. เข้าถึงเมื่อ 25 ธันวาคม พ.ศ. 2552 จาก <http://bps.ops.moph.go.th/index.php?mod=bps&d=oc=5>.
- กองแผนงาน กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2551). แผนปฏิบัติการกรมอนามัย. (เอกสารอัดสำเนา).
- กาญจนา นิมนุช. (2548). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ที่คลอดในโรงพยาบาลทั่วไป จังหวัดกาญจนบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- คณะกรรมการอำนวยการจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติฉบับที่ 10. (2550). แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติฉบับที่ 10. (เอกสารอัดสำเนา).
- จิตวัต รุ่งเจดฟ้า. (2549). รายงานวิจัยเรื่องการสร้างกลยุทธ์และการใช้กลยุทธ์ในการลดโรคโลหิตจางเนื่องจากการขาดธาตุเหล็ก ในหญิงตั้งครรภ์ชาวไทยมุสลิมในจังหวัดปัตตานี. ภาควิชาพยาบาลวิทยา, มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- จินตนา หาญวัฒนกุล. (2547). การใช้ภูมิปัญญาพื้นบ้านเพื่อสร้างเสริมสุขภาพในระยะตั้งครรภ์: กรณีศึกษาสตรีไทยมุสลิมในภาคใต้. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- จิราวรรณ นิรมิตเกษ. (2551). ปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง แรงสนับสนุนทางสังคม และการปรับตัวด้านจิตสังคมของสตรีตั้งครรภ์ที่อายุมาก. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลมารดาและทารกแรกเกิด บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- จารุณี ลิ้มธีระกุล. (2541). การรับรู้ภาวะสุขภาพและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นพาหะของโรคไวรัสตับอักเสบบี. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลมารดาและทารกแรกเกิด บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ชนิสรา แจ่มวงศ์. (2544). พฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการใช้ยาของหญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการที่แผนกฝากครรภ์โรงพยาบาลราชวิถี. วิทยานิพนธ์ปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต วิชาเอกสุขศึกษา, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.

- คาริณี สุวภาพ. (2542). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของคณงานสตรีตั้งครรภ์ที่ทำงานในโรงงานอุตสาหกรรมที่มารับบริการฝากครรภ์ที่หน่วยฝากครรภ์. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรดุษฎีบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล
- ตรีพร ชุมศรี. (2548). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้ความสามารถของตนเอง และอิทธิพลระหว่างบุคคล กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นภาคใต้. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ธนพร วงษ์จันทร์. (2544). ความรู้สีกมีคุณค่าในตนเองการรับรู้ประโยชน์ของการส่งเสริมสุขภาพและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวาน. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลแม่และเด็ก, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- นันทา กาเลียง. (2540). การสนับสนุนทางสังคมจากแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่แตกต่างกันของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นครั้งแรก. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- บุญแสง บุญอำนวยกิจ. (2542). พฤติกรรมอนามัยแม่และเด็กของมารดาไทยมุสลิม: ศึกษากรณีอำเภอบาง จังหวัดยะลา. ใน อิศรา ศานติศาสน์, ศศากร ศรีณยพงศ์ และอรนัทร นิยมสุข (บก.), องค์ความรู้มุสลิมศึกษาในประเทศไทย พ.ศ. 2518-2550 (หน้า 166-168). กรุงเทพฯ: มาร์ค เอ็ม พรินดิง.
- บุญญาพร พรหมมา. (2551). พฤติกรรมสุขภาพ ปัจจัยส่วนบุคคล และผลลัพธ์ของการตั้งครรภ์ของหญิงตั้งครรภ์ชาวไทยภูเขาในอำเภอแม่สะเรียง จังหวัดแม่ฮ่องสอน. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลมารดาและทารกแรกเกิด, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ประยูรศักดิ์ ชลาชนเดชะ. (2539). มุสลิมในประเทศไทย (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: โครงการหอสมุดกลางอิสลามสายสกุลสุลต่านสุลัยมาน.
- ปลื้มจิต โชติกะ. (2544). การศึกษาการรับรู้ภาวะสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นพาหะของโรคธาลัสซีเมีย. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลมารดาและทารกแรกเกิด, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ปิยะรัตน์ สัมฤทธิ์ประดิษฐ์. (2548). การจัดทำทารกในครรภ์. ใน ชีระพงศ์ เจริญวิทย์ (บก.), สูติศาสตร์. (พิมพ์ครั้งที่ 3) (หน้า 252-260). กรุงเทพฯ: โอ.เอส.พรินดิง เฮ้าส์.

- พัชรินทร์ ธรรมกรณ์บัญญัติ. (2545). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของหญิงก่อนตั้งครรภ์ ศึกษาเฉพาะกรณี หญิงที่มารับบริการฝากครรภ์ ณ โรงพยาบาลชลบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญาสังคมสงเคราะห์ศาสตรมหาบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- พันธุ์ ชันติกาโร. (2541). ประสบการณ์การดูแลตนเองของหญิงมีครรภ์มุสลิมที่ไม่ฝากครรภ์. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- พรทิพย์ อารีย์กุล. (2543). การพยาบาลมารดาในระยะตั้งครรภ์. สงขลา: ภาควิชาการพยาบาล สูติ-นรีเวช และการผดุงครรภ์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
- พวงน้อย สาครรัตนกุล และจันทิมา ขนบดี. (2547). การพยาบาลสตรีตั้งครรภ์. กรุงเทพฯ: ป.สัมพันธ์พาณิชย์.
- _____. (2550). การพยาบาลสตรีตั้งครรภ์. (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: ป.สัมพันธ์พาณิชย์.
- ภาวณิ โภคสินจำรูญ. (2538). ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ชาวไทยมุสลิมที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลมารดาและทารกแรกเกิด, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ภิญญา หนูภักดี และจิตราดา ศรีสารคาม. (2545). พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของนักศึกษาพยาบาลวิทยาลัยพยาบาลในเขตกรุงเทพมหานคร และนนทบุรี สังกัดกระทรวงสาธารณสุข. สถาบันพระบรมราชชนก วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีกทม. กระทรวงสาธารณสุข.
- มยุรา วงษ์สันต์. (2546). รู้จักอิสลาม. กรุงเทพฯ: สภายูมุสลิมโลก สำนักงานประเทศไทย.
- มยุรี นิธิธรรมา. (2539). การศึกษาการรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรคของการส่งเสริมสุขภาพ และพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลแม่และเด็ก, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- มะลิวรรณ หมั่นแก้วกล้าวิจิต. (2551). ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคม เจตคติต่อการตั้งครรภ์และการฝากครรภ์ของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลมารดาและทารกแรกเกิด, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

- มานี ชูไทย. (2544). *หลักการอิสลามที่สัมพันธ์กับการปฏิบัติตนทางด้านสุขภาพและการสาธารณสุข* (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: ภาควิชาสุขศึกษา คณะพลศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- ยุคลธร แจ่มฤทธิ์ และกนกภรณ์ อ่วมพราหมณ์. (2551). *ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การรับรู้เกี่ยวกับโรค การสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของ หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางขณะตั้งครรภ์*. วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัด เพชรบุรี, สถาบันพระบรมราชชนก สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.
- ยุพดี มณีवल. (2548). *พฤติกรรมดูแลสุขภาพของหญิงมุสลิมที่ตั้งครรภ์*. ภาคนิพนธ์ปริญญา ศิลปะศาสตรมหาบัณฑิต, สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์.
- ยุวดี ภาษา. (2540). *วิจัยทางการแพทย์* (พิมพ์ครั้งที่ 6). กรุงเทพฯ: สยามศิลปะ.
- โรงพยาบาลปะนาเระ. (2552). *ข้อมูลสุขภาพอำเภอปะนาเระ*. (เอกสารอัดสำเนา).
- โรงพยาบาลปะนาเระ. (2552). *สถานการณ์งานอนามัยแม่และเด็กอำเภอปะนาเระ*. (เอกสารอัด สำเนา).
- วิชัย เตมรุ่งเรืองเลิศ. (2548). *สูติศาสตร์* (พิมพ์ครั้งที่ 3) (หน้า 612-620). ใน ชีระพงศ์ เจริญวิทย์ (บก.), กรุงเทพฯ: โอ.เอส.พรินติ้ง เฮาส์.
- วัชรี้ แก้วสา. (2544). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของหญิงมีครรภ์: กรณีศึกษาหญิง มีครรภ์ในอำเภอวังสะพุง จังหวัดเลย*. วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสังคมศาสตร์เพื่อการพัฒนา, สำนักงานบัณฑิตศึกษา, สถาบันราชภัฏเลย.
- วัฒนา ศรีพจนารถ. (2545). *การพยาบาลหญิงตั้งครรภ์: แบบแผนสุขภาพ* (พิมพ์ครั้งที่ 4). สงขลา: ชานเมือง.
- วิไลลักษณ์ วงศ์อาษา และปิยะพร ศิษย์กุลอนันต์. (2551). *ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริม สุขภาพของสตรีวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์*. *วารสารสาธารณสุขศาสตร์*, 38(2), 221-232.
- วันเต็ม สังข์ขาว. (2544). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการใช้บริการการคลอดของมารดาวัยรุ่นมุสลิม จังหวัดนราธิวาส*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- วรรณ บัวขาว. (2545). *ประสบการณ์การได้รับการดูแลในระยะคลอดของหญิงมุสลิมที่คลอดกับ ผดุงครรภ์โบราณ*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- วรรัตน์ ทองศิริมา. (2546). *ความรู้เจตคติ และการใช้เส้นทางถูกรักของสตรีตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ โรงพยาบาลสมุทรสาคร*. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการเจริญพันธุ์ และการวางแผนประชากร, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.

- ศรีกัญญา เภาแก้ว และอารีย์ อ่องสว่าง. (2547). การตายของมารดาในจังหวัดนครราชสีมา. การประชุมวิชาการอนามัยแม่และเด็กใน 7 จังหวัดภาคใต้ตอนล่าง. วันที่ 17-21 มีนาคม พ.ศ. 2547 ณ โรงแรมเจบี. ยะลา: ยะลา.
- ศรินารี แก้วฤดี. (2542). การเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาระหว่างการตั้งครรภ์. ใน กนก สีจร และคณะ (บก.), *สูติศาสตร์*. (พิมพ์ครั้งที่ 2) (หน้า 121-49). ขอนแก่น: คลังนาโนวิทยา.
- ศิริวรรณ ทุ่มเชื้อ, วันเพ็ญ กลุนริศ และภัญญา ธงศิลา. (2548). *ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ประโยชน์ของการส่งเสริมสุขภาพ กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในหญิงตั้งครรภ์*. วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สระบุรี, สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข.
- ศศิธร ชัยวิเศษ. (2541). *ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสามารถของตนเอง การรับรู้ภาวะสุขภาพ กับพฤติกรรมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นครั้งแรก*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- สุดารัตน์ ชีระวร. (2547). บทบาทของครรภ์โบราณใน 5 จังหวัดชายแดนภาคใต้. การประชุมวิชาการอนามัยแม่และเด็กใน 7 จังหวัดภาคใต้ตอนล่าง. วันที่ 17-21 มีนาคม พ.ศ. 2547 ณ โรงแรมเจบี. ยะลา: ยะลา.
- สุดารัตน์ ชีระวร. (2549). *หลักศาสนาอิสลามกับการดูแลมารดาทางสูติกรรม* (พิมพ์ครั้งที่ 3). ยะลา: เอสพีรินทร์.
- สุชน พรบัณฑิตปัทมา. (2548). *ภูมิปัญญาได้ะบีเคในการดูแลสุขภาพอนามัยกลุ่มหญิงตั้งครรภ์และทารกชาวไทยมุสลิมใน 5 จังหวัดชายแดนภาคใต้*. นนทบุรี: กลุ่มงานการแพทย์พื้นบ้านไทย กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข.
- สุปราณี ชัยเชื่อนจันทร์. (2546). *ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงครรภ์แรกในระยะตั้งครรภ์*. วิทยานิพนธ์ปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต สาขาจิตวิทยาการศึกษา, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- สมชัย อนุมานราชชน. (2551). *อัล อิสลาม*. กรุงเทพฯ: เจียฮั่ว.
- สมศรี บุญจันทร์. (2548). *พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของหญิงตั้งครรภ์มุสลิม: ศึกษาเฉพาะกรณีอำเภอเรือเสาะ จังหวัดนครราชสีมา*. ภาคนิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต, สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์.
- สำนักงานพัฒนาชุมชนจังหวัดปัตตานี. (2552). *รายงานรายได้เฉลี่ยต่อหัวต่อปี*. เข้าถึงเมื่อ 5 พฤษภาคม พ.ศ. 2553 จาก http://poc.pattani.go.th/report.php?report_id=66&year_b=2551&exp=2:5.

- สำนักงานวัฒนธรรมจังหวัดปัตตานี. (2553). รายงานการนับถือศาสนา. เข้าถึงเมื่อ 5 มิถุนายน พ.ศ. 2553 จาก http://poc.pattani.go.th/report.php?report_id=10.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2541). การศึกษาแบบการสนทนากลุ่มเรื่องทัศนคติและพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับภาวะเจริญพันธุ์ของชาวไทยมุสลิม. กรุงเทพฯ: กองคลังข้อมูลและสนเทศสถิติ.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2553). ผลการสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมครัวเรือนปี 2552: ภาคใต้. เข้าถึงเมื่อวันที่ 15 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2554. จาก <http://service.nso.go.th/nso/nsopublish/themes/population.html>.
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปัตตานี. (2552). โครงการเฝ้าระวังและส่งเสริมสุขภาพแม่และเด็กจังหวัดปัตตานี. (เอกสารอัดสำเนา).
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปัตตานี. (2552). สถานการณ์อนามัยแม่และเด็กจังหวัดปัตตานี. (เอกสารอัดสำเนา).
- หทัย ถิ่นธราและจิตติมา สุนทรสัง. (2546). สูติศาสตร์. สงขลา: คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
- อิมรอน บินยูซุฟ และอิลียิบิน อิบรอฮีม. (2546). คู่มือพื้นฐานอิสลาม. (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: อัล-อิหม่าน
- อุจน์จิตต์ บุญสม. (2540). การศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลแม่และเด็ก, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัย มหิดล.
- อรุณี พึ่งแพง. (2544). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมาฝากครรภ์ครบหรือไม่ครบตามเกณฑ์ในหญิงตั้งครรภ์ที่มาคลอดบุตรในโรงพยาบาลศิริราช. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- อาหมินะห์ ดำรงผล. (2544). สาระนั้นรู้เกี่ยวกับชีวิตมุสลิม. กรุงเทพฯ: นัทนา พับลิชชิง.

American College of Sports Medicine. (2002). *ACSM's guideline for exercise testing and prescription*. (6th ed). Philadelphia: Lippincott.

Auenshine, M.A., & Enriquez, M.G. (1990). *Comprehensive maternity nursing: perinatal and women's health*. Boston: Jones and Bartlett Publisher.

Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 54 (2), 191-215.

- Benita, J., Linda, C. M., Jessica, C., & Erika, K. (2009). Health status and birth outcomes among pregnant women in substance abuse treatment. *Women's Health Issue, 19*, 167-175.
- Bungum, T. J., Peaslee, D. L., Jackson, A. W., & Perez, M. A. (2000). Exercise during pregnancy and type of delivery in nulliparae. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs, 29*, 258-264
- Danielle, S.D., & Heather, A. H. (2004). Women's exercise beliefs and behavior during pregnancy and postpartum. *The American College of Nurse-Midwives, 49*(2), 138-144.
- Geradine, Ray, & Colette. (1995). Nutritional risk factors among low-income pregnant US women, the centers for disease control and prevention (CDC) pregnancy nutrition surveillance system, 1979 Through 1993. *Seminar in Perinatology, 19*(3), 211-221.
- Johnson, S.B. (1997). *Psychiatric mental health nursing adaption and growth*. (4th ed.). Philadelphia: J.B.Lippincott Company.
- Kelly, R.E., & Chyrise, B.B. (2010). Beliefs about exercise and physical activity among pregnant women. *Patient Education and Counselling, 79*, 124-129.
- Kentaro, M., Yoshihiro, M., Satoshi, S., Keiko, T., Yukihiro, O., & Yoshio, H. (2009). Education, but not occupation or household income, is positively related to favorable dietary intake patterns in pregnant Japanese women: The Osaka Maternal and Child Health Study. *Nutrition Research, 29*, 164-172.
- Kittichotpanich, B. (2001). *Casual relationship between nutrition promoting behaviors and pregnancy outcome in low income pregnant women*. Doctoral dissertation of Public Health. Faculty of Graduate Study, Mahidol University.
- Linnet, K. M., Dalsgard, S. C., Wisborg, K., Henriksen, T. B., Rodriguez, A., & et al. (2003). Maternal lifestyle factors in pregnancy risk of attention deficit hyperactivity disorder and associated behaviors: review of the current evidence. *Am J Psychiatry, 160*, 1028-1040.
- Mckinney, E. S., James, S. R., Murray, S. S., & Ashwill, J. W. (2009). *Maternal-child nursing*. (3rd Ed.). St. Louis Missouri: Westline Industrial Drive.
- Orem, D. E. (1985). *Nursing concepts of practice*. (3rd ed.). New York: McGraw-Hill.
- Panyapisit, R. (2002). *Perceived benefits of action, perceived barriers to action, and health promoting behaviors during pregnancy of mothers experiencing preterm delivery*. Master's thesis of Nursing Science, Maternal and Child Nursing, Faculty of Graduate Study, Mahidol University.

- Patanavanichanun, N. (1999). *Perceived Self-Efficacy and Health Promoting Behaviors Among Pregnancy industrial workers*. Master's thesis, Nursing Science, Maternal and Child Nursing, Faculty of Graduate Study, Mahidol University.
- Pender, N.J. (1996). *Health Promotion in Nursing Practice* (3rd ed.). Norwalk: Appleton & Lange.
- Pender, N.J. (2002). *Health Promotion in Nursing Practice* (4th ed.). New Jersey: Pearson Education.
- Pender, N.J., Murdaugh, C.L., & Parsons, M.A. (2006). *Health Promotion in Nursing Practice*. (5th ed.). New Jersey: Pearson Education.
- Penny, E. C., & Harriet, G. (2004). Women's behavior, beliefs and information sources about physical exercise in pregnancy. *Midwifery*, 2, 133-141.
- Pilliteri, A. (2007). *Maternal & child health nursing: Care of the childbearing & childrearing family*. (5th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wikins.
- Pilliteri, A. (2010). *Maternal & child health nursing: Care of the childbearing & childrearing family*. (6th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wikins.
- Polit, D. F. & Beck, C. T. (2008). *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice*. (8th ed.). Philadelphia: Wolters Kluwer/Lippincott Williams & Wikins.
- Ricci, S.S. (2007). *Essential of maternity newborn and women's health nursing*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wikins.
- Schuetze, P., & Eiden, E. D. (2006). The association between maternal smoking and secondhand exposure and autonomic functioning at 2-4 weeks of age. *Infant Behavior & Development*, 29, 32-43.
- Teeintong, K. (2002). *Personal factors, perceived benefits and perceived barriers to exercise and the exercise behavior of postpartum women*. Master's thesis, Nursing Science, Maternity and Newborn Nursing, Faculty of Graduate Study, Mahidol University.
- Tetsuo, T., Yoshitaka, K., Takashi, O., Satoru, H., Eise, Y., Yoneatsu, O., & et al. (2008). Alcohol consumption behavior of pregnant women in Japan. *Preventive Medicine*, 47, 544-549.

- Thanomroop, W. (2000). *Health promoting behaviors in pregnant women: A study of perceived benefits and barriers to Action*. Master's thesis, Nursing Science, Maternal and Child Nursing, Faculty of Graduate Study, Mahidol University.
- Thitasan, A. (2002). *Illness perception and health promoting behaviors of pregnant women with anemia*. Master's thesis, nursing science, Maternal and child nursing, Faculty of Graduate Study, Mahidol University.
- United Nations Department of Economic and Social Affairs (DESA). (2008). *Millennium Development Goals Report 2008*. Retrieved January 15, 2010 from <http://huwu.org/en/development/desa/news/statistics/mdg-2008.shtml>
- Wiriyawattana, P. (2002). *Health promoting behavior of pregnant thalassemia carriers: a study of perceived benefits, perceived barriers, and spouse support*. Master's thesis, nursing science, Maternal and child nursing, Faculty of Graduate Study, Mahidol University.
- Wisborg, K., & et al. (2003). Maternal consumption of coffee during pregnancy and stillbirth and infant death in first year of life. *British Medical Journal*, 326(7386), 420-427.
- World Health Organization. (2004). *Department of reproductive health and research. Maternal mortality in 2000: Estimates developed by WHO, UNICEF, and UNFPA*. Geneva: WHO.



ภาคผนวก ก



เอกสารชี้แจงข้อมูล/คำแนะนำแก่ผู้เข้าร่วมการวิจัย
(Patient/ Participant Information Sheet)

ชื่อโครงการ ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความเชื่อเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ การรับรู้ต่อการส่งเสริมสุขภาพ กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ชาวไทยมุสลิม

ชื่อผู้วิจัย นางสาวศิริหงษ์ ชิมเจริญ นักศึกษาปริญญาโท หลักสูตรพยาบาลศาสตร-
มหาบัณฑิต ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

สถานที่วิจัย คลินิกฝากครรภ์ สถานีอนามัยในเขตอำเภอปะนาเระ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ
ปะนาเระ จังหวัดปัตตานี

บุคคลและวิธีการติดต่อเมื่อมีเหตุฉุกเฉินหรือความผิดปกติที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย
นางสาวศิริหงษ์ ชิมเจริญ ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี
หมายเลขโทรศัพท์ 08 1959 1704
ผศ.ดร. วันทนา มณีศรีวงศ์กุล ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาล
รามาธิบดี หมายเลขโทรศัพท์ 02-201-2012, 086-346-4989
ผศ.ดร. แสงทอง ชีระทองคำ ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาล
รามาธิบดี หมายเลขโทรศัพท์ 02-201-1600

ผู้สนับสนุนการวิจัย -

ความเป็นมาของโครงการ

ในปัจจุบัน อัตราการตายของมารดาและทารก เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ เนื่องจากทั่วโลก พบอัตราการเสียชีวิตในระหว่างตั้งครรภ์และการคลอด มากกว่า 500,000 รายต่อปี ในประเทศไทยโดยเฉพาะสามจังหวัดชายแดนภาคใต้ พบอัตราตายมารดาสูงกว่าเกณฑ์ที่ประเทศกำหนดไว้ในแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ โดยพบสถิติการเสียชีวิตส่วนใหญ่เป็นสตรีที่นับถือศาสนา

อิสลาม ซึ่งมีวัฒนธรรม ประเพณี ความเชื่อที่แตกต่างจากพื้นที่อื่นๆ และยังคงปฏิบัติตนตามครรลองของวัฒนธรรมอิสลามที่เป็นเอกลักษณ์เฉพาะตัวอย่างเคร่งครัด ส่งผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ชาวไทยมุสลิม

จังหวัดปัตตานีเป็นหนึ่งในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้ ประกอบด้วยประชากรที่นับถือศาสนาอิสลามเป็นส่วนใหญ่ สถานการณ์งานอนามัยแม่และเด็กนับเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของจังหวัด โดยในปี 2551-2552 พบสถิติการตายของมารดาสูงเป็นอันดับต้นๆ ของประเทศ สอดคล้องกับข้อมูลอนามัยแม่และเด็กของอำเภอปะนาเระ ซึ่งเป็นอำเภอหนึ่งของจังหวัดปัตตานี โดยพบว่าสถานะทางด้านสุขภาพของมารดาและทารกยังไม่เป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนด อาทิเช่น ทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม หญิงตั้งครรภ์มีภาวะซีด หญิงตั้งครรภ์ฝากครรภ์ก่อน 12 สัปดาห์และหญิงตั้งครรภ์ได้รับการดูแลก่อนคลอดครบ 4 ครั้งตามเกณฑ์ต่ำกว่าเกณฑ์ที่กำหนด

ดังนั้นผู้วิจัยในฐานะพยาบาลเวชปฏิบัติเห็นความจำเป็นของการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ชาวไทยมุสลิม ภายใต้งานบริบทของชุมชน จึงมีความสนใจที่จะศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความเชื่อเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ของชาวไทยมุสลิม และการรับรู้ต่อการส่งเสริมสุขภาพ กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ชาวไทยมุสลิมในชุมชนเขตอำเภอปะนาเระ จังหวัดปัตตานี เนื่องจากเป็นข้อมูลที่ยังไม่พบถึงรายงานการศึกษา ซึ่งจะประโยชน์ต่อการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ และส่งเสริมการดูแลสุขภาพของมารดาและทารกที่สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ เพื่อพัฒนาสถานะทางสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ชาวไทยมุสลิมให้ดีขึ้นต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความเชื่อเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ การรับรู้ต่อการส่งเสริมสุขภาพ กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ชาวไทยมุสลิม

รายละเอียดที่จะปฏิบัติต่อผู้เข้าร่วมการวิจัย

1. ท่านจะได้รับคำอธิบายรายละเอียดข้อมูลของโครงการเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล และรายละเอียดที่เกี่ยวข้องกับท่านเพื่อขอการยินยอมเป็นผู้ยินยอมตนในการเข้าร่วมโครงการวิจัย ท่านสามารถซักถามข้อมูลเพิ่มเติมเพื่อประกอบการตัดสินใจเข้าร่วมโครงการหรือซักถามข้อมูลเพิ่มเติมได้เมื่อต้องการภายหลังเข้าร่วมโครงการ

2. ท่านจะได้รับการชี้แจงว่าการตัดสินใจเข้าร่วมโครงการ หรือไม่เข้าร่วมโครงการจะไม่มีผลต่อแผนการรักษาหรือการให้บริการ และการตัดสินใจเป็นไปโดยอิสระและหากตัดสินใจเข้าร่วมโครงการแล้ว ท่านสามารถถอนตัวออกจากโครงการตามต้องการโดยไม่จำเป็นต้องอธิบายเหตุผล และไม่ต้องรอให้สิ้นสุดโครงการ

3. ภายหลังจากที่ท่านยินยอมแล้ว ผู้วิจัยจะดำเนินการบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของท่านจากสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก และได้รับแบบสอบถามจำนวนทั้งหมด 85 ข้อ ซึ่งเป็นข้อคำถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคล ความเชื่อตามบริบทของชุมชนเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ของชาวไทยมุสลิม การรับรู้สมรรถนะแห่งตนด้านพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ชาวไทยมุสลิม การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ชาวไทยมุสลิม การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ชาวไทยมุสลิม และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ชาวไทยมุสลิม โดยคาดว่าจะใช้เวลาประมาณ 30-45 นาที การตอบแบบสอบถามจะดำเนินการในสถานที่เป็นส่วนตัว ในกรณีที่ท่านไม่สามารถอ่านหรือเขียนหนังสือได้ ผู้วิจัยจะอ่านแบบสอบถามให้ท่านฟังทีละข้อ และให้ท่านตอบ ท่านอาจจะเลือกไม่ตอบคำถามบางคำถาม หรือขอถอนตัวจากการวิจัยเมื่อใดก็ได้

ประโยชน์และผลข้างเคียงที่จะเกิดแก่ผู้เข้าร่วมการวิจัย

ท่านจะไม่สูญเสียสิทธิประโยชน์ต่างๆ ซึ่งจะได้รับจากโรงพยาบาล ถ้าท่านไม่เข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้ ในการวิจัยนี้ไม่มีเงินหรือค่าตอบแทนสำหรับความร่วมมือของท่าน การเข้าร่วมโครงการนี้ท่านอาจไม่ได้รับผลประโยชน์โดยตรงจากการวิจัยเรื่องนี้แต่มีส่วนร่วมในงานวิชาการที่จะนำผลการวิจัยไปใช้ต่อส่วนรวม และท่านจะได้มีโอกาสให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์แก่ผู้วิจัยซึ่งเป็นบุคลากรทางการแพทย์ โดยผู้วิจัยสามารถติดตามประเมินหรือช่วยเหลือประสานงานกับหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้องกับปัญหาสุขภาพของท่าน โครงการนี้เป็นเพียงการตอบแบบสอบถามไม่มีการปฏิบัติใดๆ ต่อตัวของท่าน แต่ในระหว่างการตอบแบบสอบถาม คำถามบางคำถามอาจจะทำให้ท่านรู้สึกอึดอัด ไม่สบายใจ ลำบากใจ หรือเสียเวลา ซึ่งท่านสามารถยุติการตอบแบบสอบถามได้ตลอดเวลา หรืออาจไม่ตอบข้อใดก็ได้ และเพื่อลดความรู้สึกดังกล่าวผู้วิจัยได้จัดทำแบบสอบถามให้ท่านมีความสะดวกต่อการอ่านและตอบแบบสอบถามมากที่สุดเท่าที่จะสามารถทำได้

การเก็บข้อมูลเป็นความลับ

ข้อมูลทั้งหมดจากการวิจัยจะถูกรักษาไว้เป็นความลับในที่ที่ปลอดภัย ชื่อของท่านจะไม่ปรากฏบนแบบฟอร์มใดๆ ของแบบสอบถาม ตัวเลขจะถูกใช้แทนชื่อของผู้เข้าร่วมการวิจัยแต่ละคน ผู้วิจัย ทีมผู้วิจัย และบุคลากรทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้องเท่านั้นที่จะทราบข้อมูลถึงตัวบุคคล และผลการวิจัยจะถูกนำเสนอโดยสรุปในภาพรวมเพื่อการศึกษาหรือในการประชุมวิชาการเท่านั้น

หากท่านได้รับการปฏิบัติไม่ตรงตามที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงนี้ หรือมีปัญหาข้อสงสัย หรือรู้สึกกังวลเกี่ยวกับการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ ท่านสามารถติดต่อกับประธานกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี โทร 02-201-1541 ในเวลาราชการ



หนังสือยินยอมโดยได้รับการบอกกล่าวและเต็มใจ (Informed Consent Form)

ชื่อโครงการ ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความเชื่อเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ การรับรู้ต่อการส่งเสริมสุขภาพ กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ชาวไทยมุสลิม

ชื่อผู้วิจัย นางสาวศิริหงษ์ ชุ่มเจริญ นักศึกษาปริญญาโท หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

*ชื่อผู้เข้าร่วมการวิจัย
อายุ เลขที่เวชระเบียน

คำยินยอมของผู้เข้าร่วมการวิจัย

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว ได้ทราบรายละเอียดของโครงการวิจัยตลอดจนประโยชน์ และข้อเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นต่อข้าพเจ้าจากผู้วิจัยแล้วอย่างชัดเจน ไม่มีสิ่งใดปิดบังซ่อนเร้นและยินยอมให้ทำการวิจัยในโครงการที่มีชื่อข้างต้น และข้าพเจ้ารู้ว่าถ้ามีปัญหาหรือข้อสงสัยเกิดขึ้น ข้าพเจ้าสามารถสอบถามผู้วิจัยได้ และข้าพเจ้าสามารถไม่เข้าร่วมโครงการวิจัยเมื่อใดก็ได้ โดยไม่มีผลกระทบต่อการรักษาที่ข้าพเจ้าพึงได้รับ นอกจากนี้ผู้วิจัยจะเก็บข้อมูลเฉพาะเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าเป็นความลับและจะเปิดเผยได้เฉพาะในรูปที่เป็นสรุปผลการวิจัย การเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าต่อหน่วยงานต่างๆที่เกี่ยวข้อง กระทำได้เฉพาะกรณีจำเป็นด้วยเหตุผลทางวิชาการเท่านั้น

ลงชื่อ.....(ผู้เข้าร่วมการวิจัย)

.....(พยาน)

.....(พยาน)

วันที่

คำอธิบายของผู้วิจัย

ข้าพเจ้าได้อธิบายรายละเอียดของโครงการ ตลอดจนประโยชน์ของการวิจัย รวมทั้งข้อเสี่ยงที่อาจจะเกิดขึ้นแก่ผู้เข้าร่วมการวิจัยทราบแล้วอย่างชัดเจน โดยไม่มีสิ่งใดปิดบังซ่อนเร้น

ลงชื่อ.....(ผู้วิจัย)

วันที่.....

หมายเหตุ : กรณีผู้เข้าร่วมการวิจัยไม่สามารถอ่านหนังสือได้ ให้ผู้วิจัยอ่านข้อความในหนังสือยินยอมฯ นี้ให้แก่ผู้เข้าร่วมการวิจัยฟังจนเข้าใจดีแล้ว และให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยลงนามหรือพิมพ์ลายนิ้วหัวแม่มือรับทราบในการให้ความยินยอมดังกล่าวข้างต้นด้วย

* ผู้เข้าร่วมการวิจัย หมายถึง ผู้ยินยอมตนให้ทำวิจัย



คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

๒๗๐ ถนนพระราม ๖ แขวงทุ่งพญาไท เขตราชเทวี กทม. ๑๐๔๐๐

โทร. ๐-๒๓๕๔-๖๒๖๕, ๐-๒๒๐๑-๑๒๖๖ โทรสาร ๐-๒๓๕๔-๖๒๓๓

Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University

270 Rama VI Road, Ratchathewi, Bangkok 10400, Thailand

Tel. (+66) 2354-7275, (+66) 2201-1296 Fax (+66) 2354-7233

Documentary Proof of Ethical Clearance

Committee on Human Rights Related to Research Involving Human Subjects

Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University

MURA2010/423

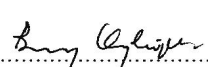
Title of Project	Relationships between Personal Factors, Beliefs in Pregnancy, Perception of Health Promotion and Health Promoting Behaviors among Thai-Muslim Pregnant Women
Protocol Number	ID 09-53-42
Principal Investigator	Miss. Sirihong Chimcharoen
Official Address	Department of Nursing Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital Mahidol University

The aforementioned project has been reviewed and approved by the Committee on Human Rights Related to Research Involving Human Subjects, based on the Declaration of Helsinki.

Signature of Secretary
Committee on Human Rights Related to
Research Involving Human Subjects


Prof. Duangrudee Wattanasirichaigoon, M.D.

Signature of Chairman
Committee on Human Rights Related to
Research Involving Human Subjects


Prof. Boonsong Ongphiphadhanakul, M.D.

Date of Approval

October 7, 2010



คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

ถนนพระราม 6 กทม. 10400

โทร. (662) 354-7275, 201-1296 โทรสาร (662) 354-7233

Faculty of Medicine, Ramathibodi Hospital, Mahidol University

Rama VI Road, Bangkok 10400, Thailand

Tel. (662) 354-7275, 201-1296 Fax (662) 354-7233

เอกสารรับรองโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน

คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามธิบดี

มหาวิทยาลัยมหิดล

เลขที่ ๒๕๕๓/๔๒๓

ชื่อโครงการ ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความเชื่อเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ การรับรู้ต่อการส่งเสริมสุขภาพ กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ชาวไทยมุสลิม

เลขที่โครงการ/รหัส ID ๐๕-๕๓-๔๒ บ

ชื่อหัวหน้าโครงการ นางสาวศิริหงษ์ จัมเจริญ

ที่ทำงาน ภาควิชาพยาบาลศาสตร์
คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามธิบดี
มหาวิทยาลัยมหิดล

ขอรับรองว่าโครงการดังกล่าวข้างต้นได้ผ่านการพิจารณาเห็นชอบโดยสอดคล้องกับแนวปฎิญญา เสดซึ่งก
จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามธิบดี

ลงนาม

กรรมการและเลขานุการจริยธรรมการวิจัยในคน

(ศาสตราจารย์ แพทย์หญิงดวงฤดี วัฒนศิริชัยกุล)

ลงนาม

ประธานกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน

(ศาสตราจารย์ นายแพทย์บุญส่ง องค์พิพัฒนกุล)

วันที่รับรอง

๗ ตุลาคม ๒๕๕๓

ภาคผนวก ข
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

- ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล
- ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความเชื่อเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ของชาวไทยมุสลิม
- ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนด้านพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ชาวไทยมุสลิม
- ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ชาวไทยมุสลิม
- ส่วนที่ 5 แบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ชาวไทยมุสลิม
- ส่วนที่ 6 แบบสอบถามพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ชาวไทยมุสลิม

ภาคผนวก ก
แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

เลขที่แบบสอบถาม.....

คำชี้แจง โปรดใส่เครื่องหมาย “✓” ลงในช่อง () และ/ หรือเติมคำลงในช่องว่างตามความเป็นจริง
ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

1. ปัจจุบันท่านมีอายุ.....ปี
2. ระดับการศึกษาของท่าน
☐ ไม่ได้เรียนหนังสือ
☐ ประถมศึกษา
☐ มัธยมศึกษาตอนต้น
☐ มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.
☐ อนุปริญญา/ปวส.
☐ ปริญญาตรีขึ้นไป
☐ การศึกษาด้านศาสนาชั้น.....
3. รายได้ครอบครัว.....บาทต่อเดือน
4. อาชีพ
☐ แม่บ้าน
☐ เกษตรกร
☐ รับจ้าง
☐ ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว
☐ รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ/พนักงานบริษัท
☐ อื่นๆ ระบุ.....

ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับการตั้งครรภ์

1. การตั้งครรภ์ครั้งที่.....
2. อายุครรภ์ปัจจุบัน.....สัปดาห์
3. มาฝากครรภ์ครั้งแรกเมื่ออายุครรภ์.....สัปดาห์

แบบสอบถามความเชื่อเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ของชาวไทยมุสลิม

เลขที่แบบสอบถาม.....

คำชี้แจง โปรดใส่เครื่องหมาย “✓” ลงในช่องว่างที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด โดยมีเกณฑ์ดังนี้

- เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง ข้อความในประโยคนั้นตรงกับความคิดเห็นหรือความเชื่อของท่านมากที่สุด
- เห็นด้วย หมายถึง ข้อความในประโยคนั้นส่วนใหญ่ตรงกับความคิดเห็นหรือความเชื่อของท่าน
- ไม่แน่ใจ หมายถึง ท่านไม่แน่ใจว่าความคิดเห็น และความเชื่อตรงกับข้อความนั้น และไม่สามารถตัดสินใจได้ว่าเห็นด้วยหรือไม่
- ไม่เห็นด้วย หมายถึง ข้อความในประโยคนั้นส่วนใหญ่ไม่ตรงกับความคิดเห็นหรือความเชื่อของท่าน
- ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง ข้อความในประโยคไม่ตรงกับความคิดเห็นหรือความเชื่อของท่านเลย

คำถาม	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่ แน่ใจ	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง
1. ท่านเชื่อว่าการทำพิธีอุปได้ครรรค์ (พิธีแนง) จะช่วยให้คลอดง่ายและปลอดภัย					
2. ท่านเชื่อว่าการกินยาบำรุงเลือดขณะตั้งท้องทำให้เด็กตัวโตคลอดยาก					
3. ท่านเชื่อว่ามีฝากท้องกับ โต๊ะบีแดแล้ว ก็ไม่จำเป็นต้องไปฝากท้องที่สถานบริการสาธารณสุข					
4. ท่านฝากท้องกับ โต๊ะบีแด เมื่อตั้งท้องได้ 7 เดือน เพราะเด็กในท้องจะมีอวัยวะครบสมบูรณ์แล้ว					

คำถาม	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่ แน่ใจ	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง
5. ท่านเชื่อว่าการฝากท้องกับไต่ะบี แคะ จะได้รับการตรวจทำเด็ก และ แต่งท้องให้เด็กกลับหัวจะช่วยให้ คลอดง่าย					
6. ท่านเชื่อว่าการได้รับการตรวจ ท้องกับเจ้าหน้าที่ผู้ชายในสถาน บริการสาธารณสุข เป็นเรื่องที่น่า อายและผิดต่อหลักศาสนา					
7. แม้ว่าท่านจะตั้งท้อง ก็ยังต้องการ ถือศีลอดในช่วงรอมฎอน เพราะจะ ได้บุญมากกว่าช่วงอื่น					
8. ท่านเชื่อว่าการถือศีลอดในทุก ช่วงอายุของการตั้งท้อง ไม่ส่งผล กระทบต่อเด็กในท้อง					
9. ท่านเชื่อว่าการใช้เชือกผูกหน้า ท้องขณะตั้งท้อง จะช่วยไม่ให้เด็ก ลอยตัวขึ้น					
10. ท่านเชื่อว่าการดื่มน้ำมากๆ จะ ทำให้ลูกตัวโตหรือได้ลูกเป็นแฝด					
11. ท่านเชื่อว่ การกิน ทาน้ำ หรือ น้ำมันที่ผ่านการทำพิธีสวดขอพร จะทำให้คลอดง่ายและปลอดภัย					

ความเชื่ออื่นๆ เกี่ยวกับการตั้งครรภ์

.....

.....

.....

**แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนด้านพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ
ของหญิงตั้งครรภ์ชาวไทยมุสลิม**

เลขที่แบบสอบถาม.....

คำชี้แจง โปรดใส่เครื่องหมาย “✓” ลงในช่องว่างที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด โดยมี
เกณฑ์ดังนี้

ไม่มั่นใจเลย หมายถึง ท่านไม่มั่นใจเลยว่าจะสามารถกระทำได้

มั่นใจน้อย หมายถึง ท่านมั่นใจเล็กน้อยว่าจะสามารถกระทำได้

มั่นใจมาก หมายถึง ท่านมั่นใจมากว่าจะสามารถกระทำได้

มั่นใจมากที่สุด หมายถึง ท่านมั่นใจมากที่สุดว่าจะสามารถกระทำได้

คำถาม	ไม่มั่นใจ เลย	มั่นใจ น้อย	มั่นใจ มาก	มั่นใจ มากที่สุด
1.ท่านสามารถสังเกตอาการผิดปกติ ระหว่าง การตั้งครรภ์ได้ (เช่น เด็กดิ้นน้อย ปวดศีรษะ ตา พร่ามัว เจ็บท้องก่อนกำหนด)				
2.ท่านสามารถไปพบแพทย์ พยาบาล หรือ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขทันที เมื่อมีอาการผิดปกติ ระหว่างตั้งครรภ์(เช่น เด็กดิ้นน้อย ปวดศีรษะ ตา พร่ามัว เจ็บท้องก่อนกำหนด)				
3.ท่านสามารถไปฝากท้องตามนัดได้ทุกครั้ง				
4.ท่านสามารถดื่มนมหรือน้ำเต้าหู้ได้อย่างน้อย วันละ 3 แก้ว				
5.ท่านสามารถกินผัก ผลไม้ได้ทุกมื้อ				
6.ท่านสามารถกินอาหารที่มีเนื้อสัตว์ให้ได้ วันละ 12 ช้อนกินข้าว				
7.ท่านสามารถงดเครื่องดื่มที่มีคาเฟอีน เช่น ชา กาแฟ น้ำอัดลม และเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ในช่วงตั้งครรภ์ได้				

คำถาม	ไม่มั่นใจ เลย	มั่นใจ น้อย	มั่นใจ มาก	มั่นใจ มากที่สุด
8.ท่านสามารถกินอาหารได้ครบ 3 มื้อ ทุกวัน				
9.ท่านสามารถงดสูบบุหรี่ ใบบาก ในช่วงตั้ง ท้องได้				
10.ท่านสามารถหาวิธีผ่อนคลายได้ เมื่อรู้สึกไม่ สบายใจ (เช่น อ่านหนังสือ พูดคุยกับคนรอบ ข้าง เป็นต้น)				
11.ท่านสามารถหลีกเลี่ยงการทะเลาะหรือมี ปัญหากับผู้อื่น				
12.ท่านสามารถสอบถามผู้รู้หรือหาความรู้ เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวขณะตั้งท้องและขณะ คลอด				
13.ท่านสามารถออกกำลังกายโดยการบริหาร กล้ามเนื้อแขนขา ได้สัปดาห์ละ 3 ครั้ง ครั้งละ 30 นาที				
14.ท่านสามารถระมัดขอพรจากพระอัลเลาะห์ (ซ.บ.) ได้ตลอดเวลาตามหลักศาสนา				

แบบสอบถามการรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ชาวไทยมุสลิม

เลขที่แบบสอบถาม.....

คำชี้แจง โปรดใส่เครื่องหมาย “✓” ลงในช่องว่างที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุดโดยมีเกณฑ์ดังนี้

ไม่เห็นด้วย หมายถึง ท่านไม่เห็นด้วยกับข้อความนั้นเลย
 เห็นด้วยน้อย หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นหรือความรู้สึกตรงกับข้อนั้นน้อย
 เห็นด้วยมาก หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นหรือความรู้สึกตรงกับข้อนั้นเป็นส่วนใหญ่
 เห็นด้วยมากที่สุด หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นหรือความรู้สึกตรงกับข้อนั้นมากที่สุด

คำถาม	ไม่เห็นด้วย	เห็นด้วยน้อย	เห็นด้วยมาก	เห็นด้วยมากที่สุด
1.ท่านไม่กินยาบำรุงเลือด เพราะกลัวว่าเด็กจะตัวโตคลอดยาก				
2.ท่านไม่ออกกำลังกาย เพราะกลัวว่าเด็กในท้องจะได้รับอันตราย				
3.ท่านไม่ออกกำลังกาย เพราะรู้สึกอึดอัดออกกำลังกายไม่สะดวก				
4.ท่านไม่รู้วิธีการเตรียมตัวก่อนคลอด เพราะไม่สะดวกในการเข้าร่วมกิจกรรมให้ความรู้				
5.ท่านไม่สังเกตอาการผิดปกติ เพราะขาดความรู้ในการดูแลตนเองในขณะตั้งครรภ์				
6.ท่านพูดภาษาไทยได้น้อยทำให้มีปัญหาเรื่องการสื่อสาร จึงเป็นอุปสรรคในการหาความรู้หรือขอคำปรึกษาจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข				
7.ความเหนื่อยล้าจากการทำงาน ทำให้ท่านไม่ออกกำลังกาย				
8.ความเหนื่อยล้าจากการทำงาน ทำให้ท่านหงุดหงิดโมโหง่ายกับคนในครอบครัวและคนรอบข้าง				

คำถาม	ไม่เห็นด้วย	เห็นด้วย น้อย	เห็นด้วย มาก	เห็นด้วย มากที่สุด
9. .ท่านไม่สามารถซื้ออาหารบำรุงร่างกาย เช่น นม ผัก ผลไม้ เนื่องจากมีรายได้น้อย				
10. ท่านไม่กินอาหารบำรุง เพราะกลัวเด็กตัวโต คลอดยาก				
11.ท่านขาดผู้ไว้วางใจให้คำปรึกษาทำให้ท่าน รู้สึกวิตกกังวลเกี่ยวกับการตั้งครรภ์				
12.ท่านไม่ไปฝากท้องตามนัดได้ในบางครั้ง เนื่องจากเดินทางไม่สะดวก				
13.ท่านมีการกิจที่ต้องปฏิบัติ ทำให้ไม่ได้พักผ่อนในช่วงกลางวัน				
14.ท่านไม่ตรวจท้องที่สถานบริการสาธารณสุข หากผู้ให้บริการเป็นเพศชาย				

แบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ชาวไทยมุสลิม

เลขที่แบบสอบถาม.....

คำชี้แจง โปรดใส่เครื่องหมาย “✓” ลงในช่องว่างที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด โดยมี
เกณฑ์ดังนี้

- ไม่เห็นด้วย หมายถึง ท่านไม่เห็นด้วยกับข้อความนั้นเลย
 เห็นด้วยน้อย หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นหรือความรู้สึกตรงกับข้อนั้นน้อย
 เห็นด้วยมาก หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นหรือความรู้สึกตรงกับข้อนั้นเป็นส่วนมาก
 เห็นด้วยมากที่สุด หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นหรือความรู้สึกตรงกับข้อนั้นมากที่สุด

คำถาม	ไม่เห็น ด้วย	เห็นด้วย น้อย	เห็นด้วย มาก	เห็นด้วย มากที่สุด
1.การฝากท้องทันทีเมื่อรู้ว่าตั้งครรภ์ (ภายใน 3 เดือนแรกของการตั้งครรภ์) ช่วยตรวจพบ/ป้องกันความผิดปกติที่อาจเกิดขึ้นกับท่านและเด็กในท้อง				
2.การฝากท้องตามนัดทุกครั้ง ช่วยตรวจพบ/ป้องกันความผิดปกติที่อาจเกิดขึ้นกับท่านและเด็กในท้อง				
3.การทำจิตใจให้สดชื่นแจ่มใสส่งผลดีต่อสุขภาพของเด็กในท้อง				
4.การกินอาหารครบทั้งแปด เนื้อสัตว์ ไขมัน ผัก และผลไม้ ทำให้ท่านและเด็กในท้องมีสุขภาพแข็งแรง				
5.การได้นอนหลับพักผ่อนอย่างเพียงพอ จะทำให้มีจิตใจสดชื่น คลายความเครียด และลดความเหนื่อยล้าได้				
6.การพูดคุยกับลูกในท้องหรือการอ่านกรูอ่าน ทำให้เกิดความผูกพันกับลูกในท้อง				
7.การดื่มนมอย่างน้อยวันละ 3 แก้ว ช่วยให้กระดูกและฟันของท่านแข็งแรง และเสริมสร้างกระดูกของลูกในท้อง				

คำถาม	ไม่เห็นด้วย	เห็นด้วย น้อย	เห็นด้วย มาก	เห็นด้วย มากที่สุด
8.การซื้อยามากินเองหรือกินสมุนไพรโดยไม่ปรึกษาเจ้าหน้าที่สาธารณสุข อาจทำให้เกิดอันตรายกับเด็กในท้องได้				
9.การกินอาหารครบทั้ง 3 มื้อ ทำให้ท่านไม่อ้วนเพลีย				
10.การเดินหรือบริหารร่างกายอย่างสม่ำเสมอ ช่วยให้เลือดไหลเวียนดี รู้สึกสดชื่น แข็งแรง และคล่องตัว				
11.การพบปะพูดคุยกับคนอื่น ๆ ทำให้เกิดความสบายใจ				
12.การงดบุหรี่ งด กาแฟ เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และอาหารหมักดอง ช่วยป้องกันเด็กน้ำหนักรับน้ำหนักตัวน้อย				
13.การละหมาดขอพรจากพระอัลเลาะห์ (ซ.บ.) ทำให้ท่านมีจิตใจที่สุขสงบ ส่งผลดีต่อเด็กในท้อง				

แบบสอบถามพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ชาวไทยมุสลิม

เลขที่แบบสอบถาม.....

คำชี้แจง โปรดใส่เครื่องหมาย “✓” ลงในช่องว่างที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุดโดยมีเกณฑ์ดังนี้

ปฏิบัติเป็นประจำ หมายถึง ผู้ตอบปฏิบัติพฤติกรรมในเรื่องนั้นๆเป็นประจำอย่างสม่ำเสมอ หรือเกือบทุกวัน

ปฏิบัติบ่อยครั้ง หมายถึง ผู้ตอบปฏิบัติพฤติกรรมในเรื่องนั้นๆ บ่อยครั้ง แต่ไม่ทุกครั้ง หรือ 3-5 ครั้งต่อสัปดาห์

ปฏิบัติเป็นบางครั้ง หมายถึง ผู้ตอบปฏิบัติพฤติกรรมในเรื่องนั้นๆบ้างเป็นบางครั้งหรือน้อยครั้ง หรือ 1-2 ครั้งต่อสัปดาห์

ไม่เคยปฏิบัติเลย หมายถึง ผู้ตอบไม่เคยปฏิบัติพฤติกรรมในเรื่องนั้นๆเลย

คำถาม	ปฏิบัติเป็นประจำ	ปฏิบัติบ่อยครั้ง	ปฏิบัติเป็นบางครั้ง	ไม่เคยปฏิบัติเลย
ด้านโภชนาการ				
1.ท่านกินอาหารอย่างน้อยวันละ 3 มื้อ				
2.ท่านกินอาหารประเภทโปรตีน เช่น เนื้อปลา อาหารทะเล เนื้อสัตว์ ทุกมื้อ				
3.ท่านกินวิตามินและยาบำรุงตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข				
4.ท่านกินไข่อย่างน้อยวันละ 1 ฟอง				
5.ท่านกินผักและผลไม้อย่างน้อยวันละ 1-2 มื้อ				
6.ท่านดื่มน้ำชา กาแฟ น้ำอัดลม หรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์				
7.ท่านสูบบุหรี่หรือใบจาก				
8.ท่านกินอาหารประเภทแป้ง เช่น ข้าวก๋วยเตี๋ยว ทุกมื้อ อย่างน้อยมื้อละ 1 ถ้วย				

คำถาม	ปฏิบัติ เป็นประจำ	ปฏิบัติ บ่อยครั้ง	ปฏิบัติ เป็น บางครั้ง	ไม่เคย ปฏิบัติเลย
9.ท่านกินอาหารหมักดองหรือรสจัดหรืออาหาร ที่สุกๆ ดิบๆ				
10.ท่านดื่มน้ำสะอาดวันละ 8-10 แก้ว				
11.ท่านดื่มนมหรือน้ำเต้าหู้อย่างน้อยวันละ 2-3 แก้ว				
<u>ด้านการทำกิจกรรมและการออกกำลังกาย</u>				
12.ท่านพักทันที เมื่อรู้สึกเหน็ดเหนื่อยจากการ ทำงานบ้าน หรือจากการทำงาน				
13.ท่านออกกำลังกายโดยบริหารกล้ามเนื้อ แขน ขา อย่างน้อยครั้งละ 30 นาที สัปดาห์ละ 3 ครั้ง				
14.เมื่อเปลี่ยนจากท่านอนเป็นท่านั่ง ท่านจะ ตะแคงตัวก่อนและลุกขึ้นอย่างช้าๆ				
15.ท่านนอนพักผ่อนกลางวัน วันละ 1 ชั่วโมง				
16.ท่านนอนหลับพักผ่อน อย่างน้อยคืนละ 6-8 ชั่วโมง				
17.ท่านทำงาน ที่ไม่ใช่แรงมากเกินไป				
<u>ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ</u>				
18.ท่านไปตรวจท้องตามนัดทุกครั้ง				
19.ท่านไปตรวจสุขภาพฟันตามนัดทุกครั้ง				
20.ท่านแต่งกายด้วยเสื้อผ้าที่หลวม ใส่สบาย และ สวมเสื้อยกทรงที่มีขนาดเหมาะสมกับเต้านม				
21.ท่านแปรงฟันหรือบ้วนปากหลังกินอาหาร ทุกครั้ง				
22.ท่านปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข				
23.ท่านสวมรองเท้าส้นเตี้ยเพื่อป้องกันการลื่น หกล้ม				

คำถาม	ปฏิบัติ เป็นประจำ	ปฏิบัติ บ่อยครั้ง	ปฏิบัติ เป็น บางครั้ง	ไม่เคย ปฏิบัติเลย
24. ท่านหาความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตนในขณะ ตั้งท้อง จากการอ่านหนังสือ ฟังวิทยุ ดูโทรทัศน์ หรือสอบถามจากแพทย์ พยาบาล หรือเจ้าหน้าที่ สาธารณสุข				
25. ท่านสังเกตอาการผิดปกติของการตั้งท้อง อย่างสม่ำเสมอ				
26. ท่านสังเกตการคืบคลานของลูกในท้องอย่าง สม่ำเสมอ				
<u>ด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล</u>				
27. เมื่อมีปัญหาหรือข้อขัดแย้งกับบุคคลรอบข้าง ท่านจะใช้วิธีการประนีประนอม				
28. ท่านมีความสัมพันธ์ที่ดีกับบุคคลใน ครอบครัว และญาติพี่น้อง				
29. ท่านมีความสัมพันธ์ที่ดีกับเพื่อนบ้าน				
30. ท่านพูดคุยปัญหาส่วนตัวกับสามีหรือบุคคล ที่ไว้วางใจ				
<u>ด้านการจัดการกับความเครียด</u>				
31. เมื่อท่านวิตกกังวลเกี่ยวกับการตั้งท้องและ การคลอด ท่านจะปรึกษาบุคคลใกล้ชิด แพทย์ พยาบาลหรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข				
32. ในแต่ละวัน ท่านมีเวลาเป็นส่วนตัว เพื่อ พักผ่อนหย่อนใจ เช่น การอ่านหนังสือ ฟังเพลง ดูโทรทัศน์				
33. เมื่อท่านไม่สบายใจ ท่านจะพยายามทำให้ สงบโดยละหมาดขอพร และระลึกถึงพระเจ้า หรือพูดคุยกับบุคคลใกล้ชิด				

คำถาม	ปฏิบัติ เป็นประจำ	ปฏิบัติ บ่อยครั้ง	ปฏิบัติ เป็น บางครั้ง	ไม่เคย ปฏิบัติเลย
34.เมื่อมีปัญหาหรืออุปสรรคที่ไม่สามารถแก้ไขได้ ท่านทำใจยอมรับได้				
<u>ด้านการเจริญงอกงามทางจิตวิญญาณ</u> 35.ท่านขอพรจากพระอัลเลาะห์ (ซ.บ.) ให้เด็กในท้องมีสุขภาพแข็งแรงสมบูรณ์				
36.ถึงแม้การตั้งท้องจะเป็นการตั้งท้องที่มีภาวะเสี่ยง ท่านก็พร้อมที่จะดูแลสุขภาพและรักษาอย่างเหมาะสม				
37.ท่านเต็มใจที่ได้เป็นแม่				

ภาคผนวก ง
แบบสอบถามความเชื่อเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ของชาวไทยมุสลิม

คำชี้แจง

เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง	ข้อความในประโยคนั้นตรงกับความคิดเห็นหรือความเชื่อของท่านมากที่สุด
เห็นด้วย	หมายถึง	ข้อความในประโยคนั้นส่วนใหญ่ตรงกับความคิดเห็นหรือความเชื่อของท่าน
ไม่แน่ใจ	หมายถึง	ท่านไม่แน่ใจว่าความคิดเห็น และความเชื่อตรงกับข้อความนั้น และไม่สามารถตัดสินใจได้ว่าเห็นด้วยหรือไม่
ไม่เห็นด้วย	หมายถึง	ข้อความในประโยคนั้นส่วนใหญ่ไม่ตรงกับความคิดเห็นหรือความเชื่อของท่าน
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง	ข้อความในประโยคไม่ตรงกับความคิดเห็นหรือความเชื่อของท่านเลย

คำถาม	จำนวนผู้เลือกตอบ (ร้อยละ)				
	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วย อย่างยิ่ง
1. ท่านเชื่อว่าการทำพิธีดูปไล่กรรม (พิธีแนง) จะช่วยให้คลอดง่ายและปลอดภัย	12	37	42	9	0
2. ท่านเชื่อว่าการกินยาบำรุงเลือด ขณะตั้งท้องทำให้เด็กตัวโตคลอดยาก	3	6	23	41	27
3. ท่านเชื่อว่เมื่อฝากท้องกับ โต๊ะบีแด แล้ว ก็ไม่จำเป็นต้องไปฝากท้องที่สถานบริการสาธารณสุข	2	4	3	38	53
4. ท่านฝากท้องกับ โต๊ะบีแด เมื่อตั้งท้องได้ 7 เดือน เพราะเด็กในท้องจะมีอวัยวะครบสมบูรณ์แล้ว	5	19	25	33	18

คำถาม	จำนวนผู้เลือกตอบ (ร้อยละ)				
	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วย อย่างยิ่ง
5. ท่านเชื่อว่าการฝากท้องกับโต๊ะบีแค จะได้รับการตรวจทำเด็ก และแต่งท้อง ให้เด็กกลับหัวจะช่วยให้ออกง่าย	25	40	24	5	6
6. ท่านเชื่อว่าการได้รับการตรวจท้อง กับเจ้าหน้าที่ผู้ชายในสถานบริการ สาธารณสุข เป็นเรื่องที่น่าอายและผิด ต่อหลักศาสนา	18	19	18	33	12
7. แม้ว่าท่านจะตั้งท้อง ก็ยังต้องการถือ ศีลอดในช่วงรอมฎอน เพราะจะได้บุญ มากกว่าช่วงอื่น	37	30	12	15	6
8. ท่านเชื่อว่าการถือศีลอดในทุกช่วง อายุของการตั้งท้อง ไม่ส่งผลกระทบต่อ ต่อเด็กในท้อง	27	28	25	12	8
9. ท่านเชื่อว่าการใช้เชือกผูกหน้าท้อง ขณะตั้งท้อง จะช่วยไม่ให้เด็กลอยตัวขึ้น	14	13	37	25	11
10. ท่านเชื่อว่าการดื่มน้ำมากๆ จะทำ ให้ลูกตัวโตหรือได้ลูกเป็นแฝด	0	3	22	46	29
11. ท่านเชื่อว่าการกิน ทาน้ำ หรือ น้ำมันที่ผ่านการทำพิธีสวดขอพร จะ ทำให้ออกง่ายและปลอดภัย	14	25	45	12	4

**แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนด้านพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของ
หญิงตั้งครรภ์ชาวไทยมุสลิม**

คำชี้แจง

ไม่มั่นใจเลย	หมายถึง	ท่านไม่มั่นใจเลยว่าจะสามารถกระทำได้
มั่นใจน้อย	หมายถึง	ท่านมั่นใจเล็กน้อยว่าจะสามารถกระทำได้
มั่นใจมาก	หมายถึง	ท่านมั่นใจมากว่าจะสามารถกระทำได้
มั่นใจมากที่สุด	หมายถึง	ท่านมั่นใจมากที่สุดว่าจะสามารถกระทำได้

คำถาม	จำนวนผู้เลือกตอบ (ร้อยละ)			
	ไม่มั่นใจ	มั่นใจ	มั่นใจ	มั่นใจ
	เลย	น้อย	มาก	มากที่สุด
1.ท่านสามารถสังเกตอาการผิดปกติ ระหว่างการตั้งครรภ์ได้ (เช่น เด็กดิ้นน้อย ปวดศีรษะ ตาพร่ามัว เจ็บท้องก่อนกำหนด)	25	32	37	6
2.ท่านสามารถไปพบแพทย์ พยาบาล หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขทันที เมื่อมีอาการผิดปกติระหว่างตั้งครรภ์(เช่น เด็กดิ้นน้อย ปวดศีรษะ ตาพร่ามัว เจ็บท้องก่อนกำหนด)	9	14	42	35
3.ท่านสามารถไปฝากท้องตามนัดได้ทุกครั้ง	10	9	38	43
4.ท่านสามารถดื่มนมหรือน้ำเต้าหู้ได้อย่างน้อยวันละ 3 แก้ว	33	33	20	14
5.ท่านสามารถกินผัก ผลไม้ได้ทุกมื้อ	21	16	31	32
6.ท่านสามารถกินอาหารที่มีเนื้อสัตว์ให้ได้วันละ 12 ช้อนกินข้าว	30	24	32	14
7.ท่านสามารถงดเครื่องดื่มที่มีคาเฟอีน เช่น ชา กาแฟ น้ำอัดลม และเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ในช่วงตั้งครรภ์ได้	36	21	17	26
8.ท่านสามารถกินอาหารได้ครบ 3 มื้อ ทุกวัน	21	14	30	35

คำถาม	จำนวนผู้เลือกตอบ (ร้อยละ)			
	ไม่มั่นใจ	มั่นใจ	มั่นใจ	มั่นใจ
	เลย	น้อย	มาก	มากที่สุด
9.ท่านสามารถงดสูบบุหรี่ ใบบาง ในช่วงตั้งท้องได้	0	0	2	97
10.ท่านสามารถหาวิธีผ่อนคลายได้ เมื่อรู้สึกไม่สบายใจ (เช่น อ่านหนังสือ พูดคุยกับคนรอบข้าง เป็นต้น)	2	27	46	25
11.ท่านสามารถหลีกเลี่ยงการทะเลาะหรือมีปัญหากับผู้อื่น	17	15	44	24
12.ท่านสามารถสอบถามผู้รู้หรือหาความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวขณะตั้งท้องและขณะคลอด	8	30	46	16
13.ท่านสามารถออกกำลังกายโดยการบริหารกล้ามเนื้อแขนขา ได้สัปดาห์ละ 3 ครั้ง ครั้งละ 30 นาที	44	37	16	3
14.ท่านสามารถระมัดระวังขอพรจากพระอัลเลาะห์ (ซ.บ.) ได้ทุกเวลาตามหลักศาสนา	4	8	18	70

แบบสอบถามการรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ชาวไทย

คำชี้แจง

ไม่เห็นด้วย	หมายถึง ท่านไม่เห็นด้วยกับข้อความนั้นเลย
เห็นด้วยน้อย	หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นหรือความรู้สึกตรงกับข้อนั้นน้อย
เห็นด้วยมาก	หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นหรือความรู้สึกตรงกับข้อนั้นเป็นส่วนมาก
เห็นด้วยมากที่สุด	หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นหรือความรู้สึกตรงกับข้อนั้นมากที่สุด

คำถาม	จำนวนผู้เลือกตอบ (ร้อยละ)			
	ไม่เห็นด้วย	เห็นด้วยน้อย	เห็นด้วยมาก	เห็นด้วยมากที่สุด
1.ท่านไม่กินยาบำรุงเลือด เพราะกลัวว่าเด็กจะตัวโตคลอดยาก	76	18	3	3
2.ท่านไม่ออกกำลังกาย เพราะกลัวว่าเด็กในท้องจะได้รับอันตราย	73	19	6	2
3.ท่านไม่อยากออกกำลังกาย เพราะรู้สึกอึดอัด ออกกำลังกายไม่สะดวก	36	43	14	7
4.ท่านไม่รู้วิธีการเตรียมตัวก่อนคลอด เพราะไม่สะดวกในการเข้าร่วมกิจกรรมให้ความรู้	46	33	9	12
5.ท่านไม่สังเกตอาการผิดปกติ เพราะขาดความรู้ในการดูแลตนเองในขณะตั้งครรภ์	44	30	15	11
6.ท่านพูดภาษาไทยได้น้อยทำให้มีปัญหาเรื่อง การสื่อสาร จึงเป็นอุปสรรคในการหาความรู้ หรือขอคำปรึกษาจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข	54	20	18	8
7.ความเหนื่อยล้าจากการทำงาน ทำให้ท่านไม่ อยากออกกำลังกาย	30	28	26	16
8.ความเหนื่อยล้าจากการทำงาน ทำให้ท่าน หงุดหงิดโมโหง่ายกับคนในครอบครัวและคนรอบข้าง	19	44	26	11

คำถาม	จำนวนผู้เลือกตอบ (ร้อยละ)			
	ไม่เห็นด้วย	เห็นด้วย น้อย	เห็นด้วย มาก	เห็นด้วย มากที่สุด
9. .ท่านไม่สามารถซื้ออาหารบำรุงร่างกาย เช่น นม ผัก ผลไม้ เนื่องจากมีรายได้น้อย	63	21	11	5
10. ท่านไม่กินอาหารบำรุง เพราะกลัวเด็กตัวโต กลอดยาก	82	13	4	1
11.ท่านขาดผู้ไว้วางใจให้คำปรึกษาทำให้ท่าน รู้สึกวิตกกังวลเกี่ยวกับการตั้งท้อง	62	26	8	4
12.ท่านไม่ไปฝากท้องตามนัดได้ในบางครั้ง เนื่องจากเดินทางไม่สะดวก	56	32	9	3
13.ท่านมีภารกิจที่ต้องปฏิบัติ ทำให้ไม่ได้พักผ่อนในช่วงกลางวัน	46	32	12	10
14.ท่านไม่ตรวจท้องที่สถานบริการสาธารณสุข หากผู้ให้บริการเป็นเพศชาย	79	16	3	2

แบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ชาวไทยมุสลิม

คำชี้แจง

ไม่เห็นด้วย	หมายถึง ท่านไม่เห็นด้วยกับข้อความนั้นเลย
เห็นด้วยน้อย	หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นหรือความรู้สึกตรงกับข้อนั้นน้อย
เห็นด้วยมาก	หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นหรือความรู้สึกตรงกับข้อนั้นเป็นส่วนใหญ่
เห็นด้วยมากที่สุด	หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นหรือความรู้สึกตรงกับข้อนั้นมากที่สุด

คำถาม	จำนวนผู้เลือกตอบ (ร้อยละ)			
	ไม่เห็นด้วย	เห็นด้วยน้อย	เห็นด้วยมาก	เห็นด้วยมากที่สุด
1.การฝากท้องทันทีเมื่อรู้ว่าตั้งครรภ์ (ภายใน 3 เดือนแรกของการตั้งครรภ์) ช่วยตรวจพบ/ป้องกันความผิดปกติที่อาจเกิดขึ้นกับท่านและเด็กในท้อง	0	5	30	65
2.การฝากท้องตามนัดทุกครั้ง ช่วยตรวจพบ/ป้องกันความผิดปกติที่อาจเกิดขึ้นกับท่านและเด็กในท้อง	0	2	33	65
3.การทำจิตใจให้สดชื่นแจ่มใสส่งผลดีต่อสุขภาพของเด็กในท้อง	1	5	36	58
4.การกินอาหารครบทั้งแปดเนื้อสัตว์ ไขมัน ผัก และผลไม้ ทำให้ท่านและเด็กในท้องมีสุขภาพแข็งแรง	1	7	42	50
5.การได้นอนหลับพักผ่อนอย่างเพียงพอ จะทำให้มีจิตใจสดชื่น คลายความเครียด และลดความเหนื่อยล้าได้	0	10	39	51
6.การพูดคุยกับลูกในท้องหรือการอ่านกรูอ่านทำให้เกิดความผูกพันกับลูกในท้อง	3	4	42	51
7.การดื่มนมอย่างน้อยวันละ 3 แก้ว ช่วยให้กระดูกและฟันของท่านแข็งแรง และเสริมสร้างกระดูกของลูกในท้อง	0	6	42	52

คำถาม	จำนวนผู้เลือกตอบ (ร้อยละ)			
	ไม่เห็นด้วย	เห็นด้วยน้อย	เห็นด้วยมาก	เห็นด้วยมากที่สุด
8.การซื้อยามากินเองหรือกินสมุนไพร โดยไม่ปรึกษาเจ้าหน้าที่สาธารณสุข อาจทำให้เกิดอันตรายกับเด็กในท้องได้	1	3	30	66
9.การกินอาหารครบทั้ง 3 มื้อทำให้ท่านไม่อ่อนเพลีย	3	16	44	37
10.การเดินหรือบริหารร่างกายอย่างสม่ำเสมอ ช่วยให้เลือดไหลเวียนดี รู้สึกสดชื่น แข็งแรง และคล่องตัว	2	10	44	44
11.การพบปะพูดคุยกับคนอื่นๆ ทำให้เกิดความสุขสบายใจ	1	13	49	37
12.การงนุหรี่ ชา กาแฟ เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และอาหารหมักดอง ช่วยป้องกันเด็กน้ำหนัลดน้อย	16	7	30	47
13.การละหมาดขอพรจากพระอัลเลาะห์ (ซ.บ.) ทำให้ท่านมีจิตใจที่สุขสงบ ส่งผลดีต่อเด็กในท้อง	0	1	14	85

แบบสอบถามพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ชาวไทยมุสลิม

คำชี้แจง

ปฏิบัติเป็นประจำ	หมายถึง ผู้ตอบปฏิบัติพฤติกรรมในเรื่องนั้นๆเป็นประจำอย่างสม่ำเสมอหรือเกือบทุกวัน
ปฏิบัติบ่อยครั้ง	หมายถึง ผู้ตอบปฏิบัติพฤติกรรมในเรื่องนั้นๆบ่อยครั้ง แต่ไม่ทุกครั้ง หรือ 3-5 ครั้งต่อสัปดาห์
ปฏิบัติเป็นบางครั้ง	หมายถึง ผู้ตอบปฏิบัติพฤติกรรมในเรื่องนั้นๆบ้างเป็นบางครั้งหรือน้อยครั้งหรือ 1-2 ครั้งต่อสัปดาห์
ไม่เคยปฏิบัติเลย	หมายถึง ผู้ตอบไม่เคยปฏิบัติพฤติกรรมในเรื่องนั้นๆเลย

คำถาม	จำนวนผู้เลือกตอบ (ร้อยละ)			
	ปฏิบัติเป็นประจำ	ปฏิบัติบ่อยครั้ง	ปฏิบัติเป็นบางครั้ง	ไม่เคยปฏิบัติเลย
ด้านโภชนาการ	60	20	20	0
1.ท่านกินอาหารอย่างน้อยวันละ 3 มื้อ				
2.ท่านกินอาหารประเภทโปรตีน เช่น เนื้อปลา	67	18	15	0
อาหารทะเล เนื้อสัตว์ ทุกมื้อ				
3.ท่านกินวิตามินและยาบำรุงตามคำแนะนำของ	50	28	21	1
เจ้าหน้าที่สาธารณสุข				
4.ท่านกินไข่อย่างน้อยวันละ 1 ฟอง	24	33	42	1
5.ท่านกินผักและผลไม้อย่างน้อยวันละ 1-2 มื้อ	41	34	24	1
6.ท่านดื่มน้ำชา กาแฟ น้ำอัดลม หรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์	31	55	7	7
7.ท่านสูบบุหรี่หรือใบจาก	0	0	0	100
8.ท่านกินอาหารประเภทแป้ง เช่น ข้าวก๋วยเตี๋ยว	47	21	31	1
ทุกมื้อ อย่างน้อยมื้อละ 1 ถ้วย				
9.ท่านกินอาหารหมักดองหรือรสจัดหรืออาหารที่สุกๆดิบๆ	44	43	12	1

คำถาม	จำนวนผู้เลือกตอบ (ร้อยละ)			
	ปฏิบัติ เป็นประจำ	ปฏิบัติ บ่อยครั้ง	ปฏิบัติ เป็น บางครั้ง	ไม่เคย ปฏิบัติเลย
10.ท่านดื่มน้ำสะอาดวันละ 8-10 แก้ว	29	21	25	25
11.ท่านดื่มนมหรือน้ำเต้าหู้อย่างน้อยวันละ 2-3 แก้ว	19	26	32	23
<u>ด้านการทำกิจกรรมและการออกกำลังกาย</u>				
12.ท่านพักทันที เมื่อรู้สึกเหน็ดเหนื่อยจากการทำงานบ้าน หรือจากการทำงาน	62	21	12	5
13.ท่านออกกำลังกายโดยบริหารกล้ามเนื้อ แขน ขา อย่างน้อยครั้งละ 30 นาที สัปดาห์ละ 3 ครั้ง	6	12	34	48
14.เมื่อเปลี่ยนจากท่านอนเป็นท่านั่ง ท่านจะตะแคงตัวก่อนและลุกขึ้นอย่างช้าๆ	56	24	13	7
15.ท่านนอนพักผ่อนกลางวัน วันละ 1 ชั่วโมง	43	27	22	8
16.ท่านนอนหลับพักผ่อน อย่างน้อยคืนละ 6-8 ชม.	68	18	12	2
17.ท่านทำงาน ที่ไม่ใช่แรงมากเกินไป	59	24	15	2
<u>ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ</u>				
18.ท่านไปตรวจท้องตามนัดทุกครั้ง	67	21	10	2
19.ท่านไปตรวจสุขภาพฟันตามนัดทุกครั้ง	33	22	28	17
20.ท่านแต่งกายด้วยเสื้อผ้าที่หลวม ใส่สบาย และสวมเสื้อยกทรงที่มีขนาดเหมาะสมกับเต้านม	66	18	10	6
21.ท่านแปรงฟันหรือบ้วนปากหลังกินอาหารทุกครั้ง	62	21	13	4
22.ท่านปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ พยาบาลและเจ้าหน้าที่สาธารณสุข	41	32	26	1
23.ท่านสวมรองเท้าส้นเตี้ยเพื่อป้องกันการลื่นหกล้ม	77	14	6	3

คำถาม	จำนวนผู้เลือกตอบ (ร้อยละ)			
	ปฏิบัติ เป็นประจำ	ปฏิบัติ บ่อยครั้ง	ปฏิบัติ เป็น บางครั้ง	ไม่เคย ปฏิบัติเลย
24. ท่านหาความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตนในขณะ ตั้งท้อง จากการอ่านหนังสือ ฟังวิทยุ ดูโทรทัศน์ หรือสอบถามจากแพทย์ พยาบาล หรือเจ้าหน้าที่ สาธารณสุข	11	31	48	10
25. ท่านสังเกตอาการผิดปกติของการตั้งท้อง อย่างสม่ำเสมอ	59	22	13	6
26. ท่านสังเกตการดิ้นของลูกในท้องอย่าง สม่ำเสมอ	74	17	7	2
<u>ด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล</u>				
27. เมื่อมีปัญหาหรือข้อขัดแย้งกับบุคคลรอบข้าง ท่านจะใช้วิธีการประนีประนอม	36	38	22	4
28. ท่านมีความสัมพันธ์ที่ดีกับบุคคลใน ครอบครัว และญาติพี่น้อง	72	25	3	0
29. ท่านมีความสัมพันธ์ที่ดีกับเพื่อนบ้าน	69	26	3	2
30. ท่านพูดคุยปัญหาส่วนตัวกับสามีหรือบุคคล ที่ไว้วางใจ	76	17	6	1
<u>ด้านการจัดการกับความเครียด</u>				
31. เมื่อท่านวิตกกังวลเกี่ยวกับการตั้งท้องและ การคลอด ท่านจะปรึกษาบุคคลใกล้ชิด แพทย์ พยาบาลหรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข	46	22	30	2
32. ในแต่ละวัน ท่านมีเวลาเป็นส่วนตัว เพื่อ พักผ่อนหย่อนใจ เช่น การอ่านหนังสือ ฟังเพลง ดูโทรทัศน์	59	18	18	5
33. เมื่อท่านไม่สบายใจ ท่านจะพยายามทำใจให้ สงบโดยละหมาดขอพร และระลึกถึงพระเจ้า หรือพูดคุยกับบุคคลใกล้ชิด	62	24	13	1

คำถาม	จำนวนผู้เลือกตอบ (ร้อยละ)			
	ปฏิบัติ เป็นประจำ	ปฏิบัติ บ่อยครั้ง	ปฏิบัติ เป็น บางครั้ง	ไม่เคย ปฏิบัติเลย
34.เมื่อมีปัญหาหรืออุปสรรคที่ไม่สามารถแก้ไขได้ ท่านทำใจยอมรับได้	33	39	25	3
<u>ด้านการเจริญงอกงามทางจิตวิญญาณ</u>				
35.ท่านขอพรจากพระอัลเลาะห์ (ซ.บ.) ให้เด็กในท้องมีสุขภาพแข็งแรงสมบูรณ์	81	13	6	0
36.ถึงแม้การตั้งครรภ์จะเป็นการตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยง ท่านก็พร้อมที่จะดูแลสุขภาพและรักษาอย่างเหมาะสม	83	14	3	0
37.ท่านเต็มใจที่ได้เป็นแม่	95	5	0	0

ภาคผนวก จ

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบความถูกต้อง เหมาะสมกับภาษา เนื้อหาของเครื่องมือวิจัย

1. ดร. สุดารัตน์ ชีระวร
นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ ประจำศูนย์อนามัยที่ 12
2. นางสาวมารีสา หะสาเมะ
อาจารย์พยาบาลงานการพยาบาลอนามัยชุมชน วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ยะลา
3. นางชไมพร สิ้นธุทัย
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ หัวหน้าแผนกฝากครรภ์ โรงพยาบาลปัตตานี

ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ – สกุล	นางสาวศิริหงษ์ ชัมเจริญ
วัน เดือน ปีเกิด	7 สิงหาคม 2519
สถานที่เกิด	จังหวัดปัตตานี
วุฒิการศึกษา	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครัง, 2541 ประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2553 พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน)
ตำแหน่งหน้าที่ปัจจุบันและสถานที่ทำงาน	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลปะนาเระ จังหวัดปัตตานี 94130 โทรศัพท์ 073-499-063
ที่อยู่ปัจจุบัน	บ้านเลขที่ 154/47 หมู่ 11 ถนนนาเกลือ ตำบลบานา อำเภอเมือง จังหวัดปัตตานี 94000 โทรศัพท์ 081-959-1704 E-mail : sirihong07@hotmail.com