

พฤติกรรมสุขภาพ ปัจจัยส่วนบุคคล และผลลัพธ์ของการตั้งครรภ์ของ
หญิงตั้งครรภ์ชาวไทยภูเขาในอำเภอแม่สะเรียง จังหวัดแม่ฮ่องสอน



วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลมารดาและทารกแรกเกิด
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล
พ.ศ. 2551

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยมหิดล

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

พฤติกรรมสุขภาพ ปัจจัยส่วนบุคคล และผลลัพธ์ของการตั้งครรภ์ของ
หญิงตั้งครรภ์ชาวไทยภูเขาในอำเภอแม่สะเรียง จังหวัดแม่ฮ่องสอน

.....
นางสาวปญญา พรหมมา

ผู้วิจัย

.....
นางสาวปญญา พรหมมา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ พวงน้อย สาครรัตนกุล
ค.ม. (บริหารการพยาบาล)

ประธานกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์

.....
ดร.จันทิมา ขนบดี

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

กรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์

.....
ศาสตราจารย์ นพ. บรรจง มไหสวริยะ

พ.บ.

คณบดี

บัณฑิตวิทยาลัย

.....
รองศาสตราจารย์ ดร. อรสา พันธุ์ศักดิ์

D.N.S.

ประธานคณะกรรมการบริหารหลักสูตร

พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

พฤติกรรมสุขภาพ ปัจจัยส่วนบุคคล และผลลัพธ์ของการตั้งครรภ์ของ
หญิงตั้งครรภ์ชาวไทยภูเขาในอำเภอแม่สะเรียง จังหวัดแม่ฮ่องสอน
ได้รับการพิจารณาอนุมัติให้นับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลมารดาและทารกแรกเกิด
วันที่ 7 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2551

นางสาวบุญยง ปรหมมา
ผู้วิจัย

รองศาสตราจารย์ ดร. พูลสุข หิงคานนท์
ค.ด. (บริหารการศึกษา)
กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. มณี อาภานันท์กุล
Ph. D. (Nursing)
ประธานคณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ พวงน้อย ศาครัตนกุล
ค.ม. (บริหารการพยาบาล)
กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

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

ศาสตราจารย์ นพ. บรรจง มไหสวริยะ
พ.บ.
คณบดี
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

ศาสตราจารย์ นพ. รัชตะ รัชตะนาวิน
พ.บ.
คณบดี
คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี
มหาวิทยาลัยมหิดล

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงลงได้ด้วยความช่วยเหลืออย่างดียิ่งจาก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ พวงน้อย ศาครรัตนกุล ประธานคณะกรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. จันทิมา ขนบดี กรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ที่ให้คำชี้แนะจนกระทั่งวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ สำเร็จได้ด้วยดี และผู้วิจัยขอขอบคุณกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ในครั้งนี้ รองศาสตราจารย์ ดร. พูลสุข หิงคานนท์ และ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. มณี อาภานันท์กุล ที่ให้คำแนะนำในการปรับปรุง ข้อบกพร่องต่างๆ เพื่อให้วิทยานิพนธ์มีความสมบูรณ์ที่สุด

ผู้วิจัยขอขอบคุณผู้อำนวยการ หัวหน้างานและเจ้าหน้าที่ของหอผู้ป่วยสูติ-นรีเวชกรรม โรงพยาบาลแม่สะเรียง ที่ให้การสนับสนุนและช่วยเหลือผู้วิจัย และที่สำคัญขอขอบคุณกลุ่ม ตัวอย่างหญิงชาวไทยภูเขาทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการให้ข้อมูลร่วมกับการตอบแบบสอบถาม เพื่อให้การศึกษาครั้งนี้บรรลุวัตถุประสงค์และเกิดประโยชน์สูงสุดต่อหญิงตั้งครรภ์ชาวไทยภูเขาทุกคน ขอขอบคุณมิตรไมตรีจิตของเพื่อนๆ ร่วมรุ่นหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดีทุกท่านที่ให้กำลังใจซึ่งกันและกันตลอด ระยะเวลาที่ผ่านมา

สุดท้ายนี้ผู้วิจัยขอขอบคุณคุณพ่อ คุณแม่ ญาติผู้ใหญ่ และผู้ร่วมงานทุกคนที่ให้การสนับสนุนในการศึกษาครั้งนี้ จนกระทั่งวิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

ปญญินิสา พรหมมา

พฤติกรรมสุขภาพ ปัจจัยส่วนบุคคล และผลลัพธ์ของการตั้งครรภ์ของหญิงตั้งครรภ์ชาวไทยภูเขาใน
อำเภอแม่สะเรียง จังหวัดแม่ฮ่องสอน (HEALTH BEHAVIORS, PERSONAL FACTORS,
AND PREGNANCY OUTCOMES OF HILL TRIBE PREGNANT WOMEN IN
MAESARIENG DISTRICT, MAEHONGSON PROVINCE)

ปญญิสรา พรหมมา 4736720 RAMN/M

พช.ม. (การพยาบาลมารดาและทารกแรกเกิด)

คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์: พวงน้อย สาครรัตนกุล, ก.ม. (บริหารการพยาบาล),
จันทิมา ขนบดี, D.S.N. (Maternal and Child Nursing)

บทคัดย่อ

การศึกษาเชิงบรรยายครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมสุขภาพ ปัจจัยส่วนบุคคล และ ผลลัพธ์ของการตั้งครรภ์ ของหญิงตั้งครรภ์ชาวไทยภูเขาในอำเภอแม่สะเรียง จังหวัดแม่ฮ่องสอน กลุ่มตัวอย่างจำนวน 164 ราย คัดเลือกแบบจำเพาะเจาะจงตามเกณฑ์กำหนด จากหญิงตั้งครรภ์ชาวไทยภูเขาที่มาคลอดในโรงพยาบาลแม่สะเรียง ระหว่างเดือนกันยายน ถึงเดือนธันวาคม 2549 เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ ตามแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล และแบบวัดพฤติกรรมสุขภาพ ข้อมูลเกี่ยวกับการตั้งครรภ์และการคลอด เก็บรวบรวมจากรายงานผู้คลอด

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 76.83) มีคะแนนพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับดี ร้อยละ 23.17 มีคะแนนพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง คะแนนพฤติกรรมสุขภาพด้านการใช้ยาและสารเสพติด ด้านการจัดการความเครียด ด้านโภชนาการ ด้านการทำงานและการพักผ่อน และด้านการแสวงหาความรู้และการฝากครรภ์อยู่ในระดับดี โดยมีคะแนนเฉลี่ย 3.53 3.47 3.39 3.32 และ 3.29 ตามลำดับ ส่วนคะแนนพฤติกรรมสุขภาพด้านการออกกำลังกายนั้นอยู่ในเกณฑ์ไม่ดี มีคะแนนเฉลี่ย 1.91

กลุ่มตัวอย่างที่มีระดับการศึกษา การทำงาน และรายได้ครอบครัวต่างกัน มีคะแนนพฤติกรรมสุขภาพแตกต่างกัน ($p < 0.001$) และกลุ่มตัวอย่างที่มีคะแนนพฤติกรรมสุขภาพต่างกัน มีผลลัพธ์ของการตั้งครรภ์ไม่ต่างกัน ($p > 0.05$)

ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่า พฤติกรรมสุขภาพที่ดีส่งผลให้หญิงตั้งครรภ์ชาวไทยภูเขามีผลลัพธ์ของการตั้งครรภ์ที่ดี การศึกษาแบบเจาะลึกถึงพฤติกรรมสุขภาพบางประการ ที่มีความเชื่อและขนบธรรมเนียมประเพณีเกี่ยวข้อง จะช่วยให้มีความรู้และความเข้าใจในพฤติกรรมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ชาวไทยภูเขาเพิ่มมากขึ้น และนำไปสู่การจัดบริการได้สอดคล้องต่อความต้องการอันแท้จริงของประชากรกลุ่มนี้

คำสำคัญ: พฤติกรรมสุขภาพ / ปัจจัยส่วนบุคคล / ผลลัพธ์ของการตั้งครรภ์

HEALTH BEHAVIORS, PERSONAL FACTORS, AND PREGNANCY OUTCOMES OF HILL TRIBE PREGNANT WOMEN IN MAESARIENG DISTRICT, MAEHONGSON PROVINCE

PUNYISA PROMMA 4736720 RAMN/M

M.N.S (MATERNITY AND NEWBORN NURSING)

THESIS ADVISORY COMMITTEE: PUANGNOI SAKONRATTANAGUL, M.Ed. (NURSING ADMINISTRATION), CHANTIMA KHANOBDEE, D.S.N. (MATERNAL AND CHILD HEALTH NURSING)

ABSTRACT

The purpose of this descriptive study was to describe health behaviors, personal factors, and pregnancy outcomes of hill tribe pregnant women in Maesarieng district, Maehongson province. A purposive sample consisted of 164 hill tribe pregnant women who delivered at Maesarieng Hospital from September to December 2006. Instruments used in this study were the Demographic Data Questionnaire, Health Behaviors Questionnaire, and Prenatal and Labour Records. Data were collected by structured interview. Descriptive statistics were used to analyze the data.

69.5% of the subjects were 20-34 years old, 33.54% were illiterate, 61.59% lived in extended families, 56.10% had family incomes of more than 15,000 baht per year, 84.15% had antenatal visits more than 4 times, 48.17% started antenatal care during the first trimester, 82.32% had term births, and 87.20% delivered babies with birth weight more than 2,500 grams. Only 3.66% of their baby had birth asphyxia, 18.29% had complication during pregnancy, and 12.80% had complication during labour.

Most of the subjects (76.83%) had overall scores of health behaviors at good level; whereas 23.17% had scores at fair level. Considering each aspect of health behavior, it was found that the sample had moderate scores in not smoking, not using illegal substances, stress management, nutrition, working and rest, and information seeking and adequacy of prenatal care (mean scores 3.53, 3.47, 3.39, 3.32, and 3.29 respectively). However, the subjects had low scores in exercise, with a mean score of 1.91. Different educational levels, employment status, and family income generated different scores of health behaviors ($p < 0.001$). Moreover, there was no difference in pregnancy outcomes between those who had good levels of health behavior and those who had a fair level of health behavior ($p > 0.05$).

Results of this study indicated that good health behaviors led to positive pregnancy outcomes in hill tribe pregnant women. Further study should be conducted to investigate specific health behaviors influenced by culture and beliefs in order to better understand health behaviors and to provide appropriate care for this group of people.

KEY WORDS: HEALTH BEHAVIOR / PERSONAL FACTORS / PREGNANCY
OUTCOMES

141 pp.

สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ	ก
บทคัดย่อภาษาไทย	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	จ
สารบัญตาราง	ช
สารบัญรูปภาพ	ณ
บทที่ 1 บทนำ	
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
กรอบแนวคิดในการวิจัย	4
คำถามการวิจัย	6
วัตถุประสงค์การวิจัย	7
สมมติฐานการวิจัย	7
ขอบเขตการวิจัย	7
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	7
นิยามตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย	8
บทที่ 2 การทบทวนวรรณกรรม	
แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ	10
พฤติกรรมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์	20
ปัจจัยส่วนบุคคลกับพฤติกรรมสุขภาพ	24
พฤติกรรมสุขภาพกับผลลัพธ์ของการตั้งครรภ์	33
กิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพหญิงตั้งครรภ์ในโรงพยาบาลแม่สะเรียง	42
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย	
ประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา	43
ขนาดตัวอย่าง	43
สถานเก็บข้อมูล	44
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	44

สารบัญ(ต่อ)

	หน้า
การเก็บรวบรวมข้อมูล	47
การวิเคราะห์ข้อมูล	48
บทที่ 4 ผลการวิจัย	49
บทที่ 5 อภิปรายผลการวิจัย	60
บทที่ 6 สรุปผลการวิจัย	
สรุปผลการวิจัย	71
ข้อจำกัดในการวิจัย	72
ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้	73
บทสรุปแบบสมบูรณภาษาไทย	76
บทสรุปแบบสมบูรณภาษาอังกฤษ	96
บรรณานุกรม	116
ภาคผนวก	124
ประวัติผู้วิจัย	141

สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
1.	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล	50
2.	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลการตั้งครรภ์และผลลัพธ์ของการตั้งครรภ์	51
3.	คะแนนพฤติกรรมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ชาวไทยภูเขาจำแนกตามกลุ่มตัวอย่างที่มีระดับพฤติกรรมสุขภาพในระดับต่างๆ	53
4.	จำนวนและร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ชาวไทยภูเขาจำแนกตามระดับพฤติกรรมสุขภาพ	53
5.	คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพรายด้านของหญิงตั้งครรภ์ชาวไทยภูเขา	54
6.	คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพรายข้อของหญิงตั้งครรภ์ชาวไทยภูเขา	55
7.	การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพจำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล	58
8.	การเปรียบเทียบความแตกต่างของผลลัพธ์ของการตั้งครรภ์จำแนกตามกลุ่มระดับพฤติกรรมสุขภาพ	59

สารบัญรูปภาพ

แผนภูมิที่

หน้า

1. กรอบแนวคิดในการวิจัย
2. Health Promotion Model

6

13



บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

สุขภาพมารดาและทารกนับเป็นปัจจัยพื้นฐานสำคัญของสุขภาพของบุคคล มารดาที่มีสุขภาพดีจะให้กำเนิดทารกที่มีสุขภาพดีและเป็นผู้ใหญ่ที่มีสุขภาพดีได้ ซึ่งหมายถึงคุณภาพของประชากรหรือบุคคลในสังคมนั้น ในศตวรรษที่ 19 องค์การสหประชาชาติและประเทศภาคี ได้ร่วมกันประกาศนโยบายการพัฒนาที่สำคัญ เรียกว่า Millennium Goal มีนโยบายประการหนึ่งระบุว่า เพื่อสุขภาพที่ดีของประชาชาติ จะต้องลดอัตราการตายของมารดา 3 ใน 4 ส่วน ภายในปี 2015 การดำเนินงานที่สำคัญคือ หญิงตั้งครรภ์จะต้องมีความปลอดภัยทั้งในระยะตั้งครรภ์และระยะคลอด (Safe motherhood) และองค์การอนามัยโลกได้กำหนดเป้าหมายไว้ว่าจะต้องลดอัตราการตายของมารดาในแต่ละประเทศลงจากเดิมร้อยละ 75 (WHO, 1990) ประเทศไทยโดยกระทรวงสาธารณสุขสนับสนุนนโยบายขององค์การอนามัยโลก กำหนดนโยบายสำคัญในงานอนามัยแม่และเด็ก ชื่อว่า “โครงการลูกเกิดรอด แม่ปลอดภัย” ดำเนินการมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2541 จนถึงปัจจุบัน โดยรณรงค์ให้บุคลากรและประชาชนเข้ารับบริการ สร้างมาตรฐานการปฏิบัติงาน และกำหนดเกณฑ์ชี้วัดคุณภาพสำหรับสถานบริการสาธารณสุขทุกระดับ และกำหนดเป้าหมายว่าโรงพยาบาลทุกแห่งของกระทรวงสาธารณสุขจะผ่านการประเมินเป็นโรงพยาบาลลูกเกิดรอดแม่ปลอดภัยภายในปี พ.ศ. 2548 (สมยศ เจริญศักดิ์, 2548: 3)

การตั้งครรภ์แม้มิใช่ภาวะเจ็บป่วย แต่นับเป็นภาวะวิกฤติระยะหนึ่งที่ส่งผลต่อสุขภาพมารดา และทารกแรกเกิด เป้าหมายสำคัญของการดูแลสุขภาพหญิงตั้งครรภ์คือ ผลลัพธ์ที่ดีของการตั้งครรภ์ ได้แก่ การคลอดเมื่ออายุครรภ์ครบกำหนด การคลอดทารกที่มีน้ำหนักตัวปกติตามเกณฑ์มาตรฐาน ทารกไม่เกิดภาวะขาดออกซิเจนแรกในระยะแรกเกิด และมารดาปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนในขณะตั้งครรภ์ และระยะคลอด (Novak & Broom, 1995: 119; Pillitteri, 1999: 252)

ผลลัพธ์ของการตั้งครรภ์เป็นดัชนีชี้วัดสุขภาพประการหนึ่งของงานอนามัยแม่และเด็ก ผลลัพธ์ของการตั้งครรภ์ขึ้นอยู่กับปัจจัยด้านสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์และการดูแลสุขภาพของหญิง

ตั้งครรภ์ เป็นที่ยอมรับกันอย่างกว้างขวางและทุกสังคมว่าพฤติกรรมสุขภาพที่ดีของหญิงตั้งครรภ์ จะก่อให้เกิดผลลัพธ์การตั้งครรภ์ที่ดี กล่าวคือ หญิงตั้งครรภ์ที่มีพฤติกรรมด้านโภชนาการที่เหมาะสมจะ ให้กำเนิดทารกที่มีน้ำหนักมากกว่า 2,500 กรัม (นงนุช บุญเกียรติ, 2529: 51-56; อรสา เปรมวีน, 2530: 68-79; Kittishotpanich, 2001: 155-159) หญิงตั้งครรภ์ที่ทำงานหนักมีโอกาสดูดก่อนกำหนดและทารกแรกเกิดมีน้ำหนักตัวน้อยกว่าปกติ (Mozurkewich, Luck, & Wolf, 2000: 623-635; Numan et. al, 2001: 438-446) นอกจากนั้น หญิงตั้งครรภ์ที่ทำงานในสภาวะแวดล้อมที่มีสารเคมีมีโอกาสดูดทารกแรกเกิดที่มีน้ำหนักน้อยเช่นกัน (อุษมา สุทธิพน ไทสกุล, 2539: 96)

ในด้านการฝากครรภ์กับผลลัพธ์ของการตั้งครรภ์ มีผู้ศึกษาพบว่า อุบัติการณ์ของการเกิดผลลัพธ์ที่ไม่พึงประสงค์ของการตั้งครรภ์ เช่น การดูดก่อนกำหนด ทารกแรกเกิดมีน้ำหนักตัวน้อยกว่าปกติ และทารกมีภาวะขาดออกซิเจนในระยะแรกเกิด จะพบสูงในกลุ่มหญิงที่ไม่ได้ฝากครรภ์ ฝากครรภ์ล่าช้า หรือฝากครรภ์ไม่ครบตามเกณฑ์ที่กำหนด (นงนุช บุญเกียรติ, 2529: 51-56; อำนวย ลอยกุลนันท์, 2529: 67; สุดารัตน์ สุวารี, 2531: 74; ดวงพร จินตโนทัยถาวร, 2536: 100-106; สุดารัตน์ วัฒนโยธิน, 2547: 1-9; อัจฉรา ตั้งสถาพรพงษ์, 2547: 629-639; Atterhog, 1994: 53; Amornprakas, 2005: 54-55) นอกจากนี้มารดาที่มีพฤติกรรมสุขภาพไม่เหมาะสมอื่นๆ เช่น สูบบุหรี่ ใช้สารเสพติด มีโอกาสดูดทารกที่มีภาวะแทรกซ้อนและสุขภาพไม่แข็งแรงเช่นเดียวกัน (สุรพล อริยเดช, 2544: 1-6; Kukko & Halmesmaki, 1999: 22-26; WHO, 1999: 8; Windham, Eaton and Hopkins, 1999: 35-57; Schuetz & Eiden: 2006; 32-43) จะเห็นได้ว่าพฤติกรรมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์มีความสัมพันธ์โดยตรงกับผลลัพธ์ของการตั้งครรภ์

ปัจจัยส่วนบุคคลเป็นปัจจัยหนึ่งที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล (Pender, 2002) การทบทวนวรรณกรรมพบว่า อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ครอบครัว และลักษณะครอบครัว เป็นปัจจัยส่วนบุคคลที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพในหญิงตั้งครรภ์

ปัจจัยด้านอายุ รายงานการศึกษาพบว่าหญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุมากจะมีการปฏิบัติตนในระหว่างตั้งครรภ์ดีกว่าหญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุน้อย (Lowenstein and Rinehart, 1981: 254; อรทัย ธรรมกันมา, 2540: 75; วิลาวลัย ธนอมรูป และคณะ, 2545: 3-16) ในขณะที่ ชวที เชี่ยวเอี่ยมวัฒนา รายงานการศึกษาในหญิงหลังคลอด พบว่า อายุไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพระหว่างตั้งครรภ์ (ชวที เชี่ยวเอี่ยมวัฒนา, 2534: 61)

ระดับการศึกษาเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่ส่งผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ หญิงตั้งครรภ์ที่มีระดับการศึกษาสูงจะดูแลตนเองได้ดีกว่าหญิงที่มีระดับการศึกษาต่ำ (ชนิสรา แจ่มวงศ์, 2544:

83-84; สุปราณี ชัยเชื่อนจันทร์, 2546: 75) แต่มีบางการศึกษาที่พบว่าระดับการศึกษาไม่ใช่ปัจจัยสำคัญของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ (ดาริณี สุวภาพ, 2542: 58-59)

อาชีพนับเป็นปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ แต่มีรายงานการศึกษาที่ไม่สอดคล้องกัน กล่าวคือ สุมิตตา สว่างทุกข์ ศึกษาในหญิงตั้งครรภ์ที่ฝากครรภ์ไม่ครบตามเกณฑ์ รายงานว่าหญิงตั้งครรภ์ที่มีอาชีพใช้แรงงานมีพฤติกรรมสุขภาพต่างจากหญิงตั้งครรภ์ที่มีอาชีพไม่ได้ใช้แรงงาน (สุมิตตา สว่างทุกข์, 2540: 50-54) ในขณะที่ มาลี เจริญเมือง รายงานว่าหญิงตั้งครรภ์ที่มีอาชีพต่างกัน มีพฤติกรรมฝากครรภ์ไม่แตกต่างกัน (Charoenmuang, 1990: 95)

ปัจจัยด้านรายได้ มีรายงานว่า รายได้สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมสุขภาพได้ (มยุรี นิรัตธราดร, 2539: 68) และมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติตนในระหว่างตั้งครรภ์ (Thongsirima, 2003: 41) แต่ วชิร วัชรมัย ศึกษาในหญิงตั้งครรภ์ในอำเภอนางรอง จังหวัดบุรีรัมย์พบว่า รายได้ไม่มี ความสัมพันธ์กับพฤติกรรมมารดาฝากครรภ์ (วชิร วัชรมัย, 2532: 67)

ส่วนปัจจัยด้านลักษณะครอบครัว มีรายงานว่าหญิงตั้งครรภ์ที่อยู่ในครอบครัวเดี่ยวและครอบครัวขยายมีพฤติกรรมสุขภาพไม่แตกต่างกัน (อุณจิตร บุญสม, 2541: 44; นันทิยา อำจิต, 2544: 110)

จากข้อมูลดังกล่าวข้างต้น จะเห็นได้ว่าพฤติกรรมสุขภาพมีอิทธิพลต่อผลลัพธ์ของการตั้งครรภ์ และปัจจัยส่วนบุคคลหลายประการ เช่น อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ครอบครัว และลักษณะครอบครัว มีผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์

รายงานการศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพของหญิงชาวไทยภูเขาในระยะตั้งครรภ์พบว่าหญิงตั้งครรภ์ชาวไทยภูเขายังคงปฏิบัติตามความเชื่อและวิถีพื้นบ้านเป็นส่วนมาก บางกลุ่มจะมีการผสมผสานและรับรู้ที่ดีเกี่ยวกับบริการสาธารณสุขและแบบแผนสุขภาพ แต่ยังมีได้ปฏิบัติตาม เนื่องจากปัจจัยทางเศรษฐกิจ พื้นที่อยู่อาศัย และประเพณีปฏิบัติ เช่น ชาวเขาเผ่าลีซอมีความเชื่อว่าการทำงานหนักของหญิงตั้งครรภ์จะช่วยให้คลอดง่าย หญิงตั้งครรภ์กลุ่มนี้ยังคงวิถีชีวิตประจำวันเหมือนไม่ได้ตั้งครรภ์ ได้แก่ การผ่าฟัน ต่ำข้าว และทำไร่ (วันดี หน่อคำศักดิ์, 2535: 37; ธงชัย สาระกุล, 2538: 148; วรณศรี ครุณสนทยา, 2541: 29) กลุ่มมารดาชาวไทยภูเขาเผ่ากะเหรี่ยงที่อำเภอแม่สะเรียง ส่วนใหญ่รับประทานผัก ผลไม้ทุกชนิด ไข่ นม และเนื้อสัตว์ทุกชนิด และนิยมฝากครรภ์ที่สถานอนามัย แต่มารับบริการไม่สม่ำเสมอ กลุ่มที่ไม่มารับบริการฝากครรภ์ ส่วนใหญ่ ไม่มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมใดๆ มีส่วนน้อยที่ทำพิธีเลี้ยงผีและผูกข้อมือเพื่อป้องกันความเจ็บป่วย (วรณศรี ครุณสนทยา, 2541: 29) การรับบริการฝากครรภ์ ชาวไทยภูเขาในภาคเหนือมีอัตราการฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์ต่ำกว่าร้อยละ 50 (วีรวรรณ เสงี่ยมกร, 2542: 97) เหตุผลที่ไม่มารับบริการฝากครรภ์คือ เดินทางลำบาก (ร้อยละ 33.2) กลัวและไม่คุ้นชินกับเจ้าหน้าที่ที่มสุขภาพ (ร้อยละ 29.2) ไม่เห็น

ความสำคัญ (ร้อยละ 29.2) ไม่ทราบเกี่ยวกับแหล่งที่ให้บริการสุขภาพ (ร้อยละ 4.2) ไม่มีเงินค่าพาหนะ หรือค่าอาหาร (ร้อยละ 4.2) (ทวิรัตน์ ศรีสุนันทา, 2541: 49)

โรงพยาบาลแม่สะเรียงเป็นโรงพยาบาลชุมชน ขนาด 90 เตียง สังกัดกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข รับผิดชอบดูแลสุขภาพประชาชนในเขตอำเภอแม่สะเรียง จังหวัดแม่ฮ่องสอน ซึ่งประกอบด้วย 7 ตำบล 74 หมู่บ้าน ซึ่งในส่วนนี้เป็นเขตพื้นที่สูงซึ่งมีชาวไทยภูเขาอาศัยอยู่จำนวน 37 หมู่บ้าน ข้อมูลของโรงพยาบาลแม่สะเรียงในปีงบประมาณ 2549 อัตราทารกแรกคลอดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม เท่ากับ 75 ต่อการเกิดมีชีวิต 1,000 ราย เป็นทารกที่คลอดจากมารดาชาวไทยภูเขาร้อยละ 68 ของทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยทั้งหมด ส่วนอัตราตายปริกำเนิดเท่ากับ 9.56 ต่อการเกิดมีชีวิต 1,000 ราย เป็นการตายของทารกชาวไทยภูเขา ร้อยละ 85.71 ของทารกตายปริกำเนิดทั้งหมด อัตราการตายของมารดาเท่ากับ 136.61 ต่อการเกิดมีชีวิต 100,000 ราย โดยมีมารดาชาวไทยภูเขาเสียชีวิต 1 ราย สาเหตุจากการตกเลือดหลังคลอด (โรงพยาบาลแม่สะเรียง, 2549:1-3) จะเห็นได้ว่าผลลัพธ์การตั้งครรภ์ของหญิงชาวไทยภูเขาในเขตอำเภอแม่สะเรียงเป็นโอกาสพัฒนาประการหนึ่งของงานอนามัยแม่และเด็ก ผู้วิจัยในฐานะที่เป็นพยาบาลวิชาชีพประจำโรงพยาบาลแม่สะเรียง จึงมีความสนใจที่จะศึกษาถึงพฤติกรรมสุขภาพและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง และผลลัพธ์ของการตั้งครรภ์ ในหญิงตั้งครรภ์ชาวไทยภูเขาในเขตอำเภอแม่สะเรียง โดยใช้รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพ (Health-Promoting Behavior Model) ของเพนเดอร์ (Pender, 2002) เป็นกรอบแนวคิดในการศึกษา

กรอบแนวคิดในการวิจัย

ตามแนวคิดรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender's Health Promoting Behavior Model) กล่าวว่า พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเป็นพฤติกรรมที่บุคคลปฏิบัติเพื่อมุ่งหวังให้มีสุขภาพดี (Pender, 2002) พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเป็นผลลัพธ์สุดท้ายที่เกิดจากกระบวนการรับรู้ คัดวิเคราะห์ และตัดสินใจเลือกกระทำตามสถานการณ์หรือแรงจูงใจต่างๆ ซึ่งรับอิทธิพลจากปัจจัย 4 ประการคือ 1) ปัจจัยด้านบุคลิกลักษณะและประสบการณ์ของบุคคล (individual characteristics and experiences) ได้แก่ ประสบการณ์ในอดีตที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมนั้นๆ 2) ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ ปัจจัยทางชีววิทยา ปัจจัยทางจิตวิทยา และปัจจัยทางสังคมวัฒนธรรม ได้แก่ อายุ เพศ เชื้อชาติ การศึกษา เศรษฐกิจ ประเพณี และความเชื่อ 3) ปัจจัยด้านความรู้และการรับรู้ (behavior-specific cognitions and affect) นับเป็นปัจจัยหลักที่บุคคลรู้สึกและนึกคิดอย่างเฉพาะเจาะจงต่อพฤติกรรมนั้นๆ เช่น การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค และการรับรู้สมรรถนะของตนเองในการปฏิบัติ

พฤติกรรม 4) ปัจจัยด้านความมุ่งมั่นที่จะกระทำเป็นกระบวนการตัดสินใจสืบต่อจากความต้องการและความพึงพอใจที่จะกระทำ นำไปสู่การกำหนดและวางแผน และกระทำตามแผนที่กำหนดก่อให้เกิดผลลัพธ์ด้านพฤติกรรม (behavior outcome)

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพประเมินได้จากแบบวัดแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพ (Health Promotion Lifestyles Profile) ของวอร์คเกอร์ ซีคริส และเพนเดอร์ (Walker, Sechrist, and Pender, 1987: 76) โดยประเมินจากพฤติกรรม 6 ด้าน ได้แก่ ด้านโภชนาการ ด้านการออกกำลังกาย ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ ด้านการจัดการกับความเครียด ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล และด้านความสำเร็จในชีวิต ผลลัพธ์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพตามแนวคิดของเพนเดอร์ (Pender, 2002) เป็นผลลัพธ์ด้านสุขภาพ (health outcome) ของบุคคล ครอบครัว หรือชุมชน อันเกิดจากกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพที่พยาบาลจัดให้แก่ผู้รับบริการ ซึ่งผลลัพธ์ด้านสุขภาพแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ ผลลัพธ์ของการวินิจฉัยลักษณะเฉพาะ (diagnostic-specific outcomes) ซึ่งเน้นไปที่ปัญหาเฉพาะของบุคคลซึ่งวัดในด้านกายภาพ เช่น ความดันโลหิตและระดับไขมันในเส้นเลือดที่ประเมินจากผู้รับบริการที่ได้รับการส่งเสริมสุขภาพในด้านโภชนาการ และผลลัพธ์แบบองค์รวม (holistic outcomes) เป็นผลลัพธ์ที่ขยายกว้างกว่าแบบแรก กล่าวคือ ได้จากการวัดโครงสร้างการทำงานตามบทบาทหน้าที่ทั้งหมดของบุคคล ครอบครัว หรือชุมชน ประกอบด้วยความรู้ การเปลี่ยนแปลงแผนในการดำเนินชีวิต สถานะการทำงานตามบทบาทหน้าที่ (functional status) การทำหน้าที่ของภาวะจิตสังคม การรับรู้ การดูแลตนเอง และภาวะสุขภาพที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต ผลลัพธ์แบบองค์รวม อาจสามารถบอกการเปลี่ยนแปลงได้ก่อนผลลัพธ์ของการวินิจฉัยลักษณะเฉพาะ แต่ผลลัพธ์ทั้งสองแบบก็มีความจำเป็นในการแสดงให้เห็นประจักษ์ในผลที่เกิดจากพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

ตามกรอบแนวคิดของเพนเดอร์ ผลลัพธ์ด้านสุขภาพที่ดีเกิดจากพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของบุคคล ในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ ผลลัพธ์ด้านสุขภาพที่ดีคือผลลัพธ์ด้านสุขภาพของมารดาและทารกเมื่อสิ้นสุดกระบวนการตั้งครรภ์ เพื่อเป็นข้อมูลในการวางแผนจัดกิจกรรมในการส่งเสริมสุขภาพหญิงตั้งครรภ์ที่เหมาะสม การศึกษาถึงพฤติกรรมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง และผลลัพธ์ของการตั้งครรภ์ เป็นข้อมูลพื้นฐานที่ดี ผู้วิจัยจึงกำหนดกรอบแนวคิดในการวิจัยครั้งนี้ ดังนี้



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

คำถามการวิจัย

1. พฤติกรรมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ชาวไทยภูเขในอำเภอแม่สะเรียงเป็นอย่างไร
2. หญิงตั้งครรภ์ชาวไทยภูเขที่มีปัจจัยส่วนบุคคลแตกต่างกัน มีพฤติกรรมสุขภาพแตกต่างกันหรือไม่
3. หญิงตั้งครรภ์ชาวไทยภูเขที่มีพฤติกรรมสุขภาพที่ต่างกันมีผลลัพธ์ของการตั้งครรภ์แตกต่างกันหรือไม่

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมสุขภาพในด้านต่างๆของหญิงตั้งครรภ์ชาวไทยภูเขาในอำเภอแม่สะเรียง
2. เพื่อศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ชาวไทยภูเขาที่มีปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา การทำงาน รายได้ครอบครัว และลักษณะครอบครัว ที่แตกต่างกัน
3. เพื่อศึกษาผลลัพธ์ของการตั้งครรภ์ของหญิงตั้งครรภ์ชาวไทยภูเขาที่มีพฤติกรรมสุขภาพแตกต่างกัน

สมมติฐานการวิจัย

1. หญิงตั้งครรภ์ชาวไทยภูเขาในอำเภอแม่สะเรียงที่มีปัจจัยส่วนบุคคลแตกต่างกันจะมีพฤติกรรมสุขภาพที่แตกต่างกัน
2. หญิงตั้งครรภ์ชาวไทยภูเขาในอำเภอแม่สะเรียงที่มีพฤติกรรมสุขภาพแตกต่างกันจะมีผลลัพธ์ของการตั้งครรภ์ที่แตกต่างกัน

ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ชาวไทยภูเขา ในอำเภอแม่สะเรียง ปัจจัยส่วนบุคคลที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ และผลลัพธ์ของการตั้งครรภ์ในหญิงชาวไทยภูเขาที่มีพฤติกรรมสุขภาพแตกต่างกัน โดยศึกษาเฉพาะหญิงชาวไทยภูเขาที่มาคลอดในโรงพยาบาลแม่สะเรียง ระหว่างวันที่ 1 กันยายน 2549 ถึง 20 ธันวาคม 2549

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ผลการวิจัยใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการจัดทำโครงการหรือรูปแบบบริการทางการแพทย์ ที่ช่วยให้หญิงตั้งครรภ์ชาวไทยภูเขามีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี ส่งผลต่อสุขภาพที่ดีของประชาชน และบริการงานอนามัยแม่และเด็กที่มีคุณภาพ
2. ผลการวิจัยใช้เป็นแนวทางในการศึกษา วิจัย เกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพของชาวไทยภูเขาในประเด็นอื่นๆ

3. ผลการวิจัยใช้เป็นข้อมูลสำหรับการศึกษาทางการแพทย์ เพื่อกระตุ้นให้เกิดการตระหนักและการเรียนรู้ในพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลที่มีวัฒนธรรมและความเชื่อเฉพาะกลุ่ม

นิยามตัวแปร

1. ปัจจัยส่วนบุคคล หมายถึงคุณลักษณะของหญิงตั้งครรภ์ชาวไทยภูเขา ในการศึกษาครั้งนี้ ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา การทำงาน รายได้ครอบครัว และลักษณะครอบครัว โดยมีนิยามของแต่ละปัจจัยดังนี้

อายุ หมายถึง อายุของหญิงชาวไทยภูเขาตั้งแต่เกิดจนถึงวันที่เก็บรวบรวมข้อมูล มีจำนวนเต็มเป็นปี

ระดับการศึกษา หมายถึง การศึกษาขั้นสูงสุดที่หญิงชาวไทยภูเขาได้รับ

การทำงาน หมายถึง การประกอบอาชีพหลักของหญิงชาวไทยภูเขา เพื่อให้ได้มาซึ่งรายได้ จำแนกเป็น ทำงานนอกบ้าน และไม่ได้ทำงานนอกบ้าน

รายได้ครอบครัว หมายถึง รายได้ของหญิงตั้งครรภ์และคู่สมรสที่ได้จากการประกอบอาชีพและรับจากแหล่งต่างๆ นับหรือประมาณค่าเป็นจำนวนเงินบาทต่อปี

ลักษณะครอบครัว หมายถึง การอยู่ร่วมกันของบุคคลในบ้านเดียวกันของหญิงตั้งครรภ์ชาวไทยภูเขา แบ่งเป็น 2 ลักษณะได้แก่

- ครอบครัวเดี่ยว หมายถึง ครอบครัวที่ประกอบด้วยหญิงตั้งครรภ์ชาวไทยภูเขา สามี และบุตรอยู่ร่วมกัน

- ครอบครัวขยาย หมายถึง ครอบครัวที่ประกอบด้วยหญิงตั้งครรภ์ชาวไทยภูเขา สามี บุตร และญาติพี่น้องฝ่ายใดฝ่ายหนึ่งหรือทั้งสองฝ่ายอยู่ร่วมกัน

2. พฤติกรรมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ หมายถึง พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ชาวไทยภูเขา ซึ่งเป็นการปฏิบัติตนที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพตนเองและทารกในครรภ์ระหว่างตั้งครรภ์ ในด้านโภชนาการ ด้านการทำงานและการพักผ่อน ด้านการออกกำลังกาย ด้านการจัดการกับความเครียด ด้านการแสวงหาข้อมูลและการฝากครรภ์ ด้านการใช้จ่ายและสารเสพติด โดยแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมสุขภาพในระยะตั้งครรภ์ของหญิงชาวไทยภูเขาที่ดัดแปลงมาจากแบบวัดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ที่สร้างขึ้น โดยคาริณี สุวภาพ (2542) ตามกรอบของแบบวัดแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพ (Health Promotion Lifestyles Profile) ของ

วอล์คเกอร์ ซีคริสต์ และเพนเดอร์ (Walker, Sechrist, and Pender, 1987: 76) คะแนนมากหมายถึงหญิงตั้งครรภ์มีพฤติกรรมสุขภาพดี

3. ผลลัพธ์ของการตั้งครรภ์ หมายถึง ผลลัพธ์ด้านสุขภาพของมารดาและทารกที่เกิดขึ้นเมื่อสิ้นสุดการตั้งครรภ์ ผลลัพธ์ของการตั้งครรภ์จำแนกเป็นผลลัพธ์ที่พึงประสงค์ของการตั้งครรภ์ และผลลัพธ์ที่ไม่พึงประสงค์ของการตั้งครรภ์

ผลลัพธ์ที่พึงประสงค์ของการตั้งครรภ์ ได้แก่ การคลอดครบกำหนด (อายุครรภ์ 37 สัปดาห์ขึ้นไป) ทารกมีน้ำหนักแรกเกิดมากกว่า 2,500 กรัม ทารกไม่มีภาวะขาดออกซิเจนในระยะแรกเกิดในนาทีแรก (มีคะแนนแอสการ์ด (APGAR score) 8 คะแนนขึ้นไป) และมารดาไม่มีภาวะแทรกซ้อนในระยะคลอด

ผลลัพธ์ที่ไม่พึงประสงค์ของการตั้งครรภ์ ได้แก่ การคลอดก่อนกำหนด ทารกมีน้ำหนักแรกเกิดน้อยกว่า 2,500 กรัม มีภาวะขาดออกซิเจนในระยะแรกเกิด และมารดามีภาวะแทรกซ้อนในระยะคลอด

บทที่ 2

ทบทวนวรรณกรรม

ในการศึกษาพฤติกรรมสุขภาพ ปัจจัยส่วนบุคคล กับผลลัพธ์ของการตั้งครรภ์ของหญิงตั้งครรภ์ชาวไทยภูเขา ผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องไว้ตามลำดับ ดังนี้

- แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ
- พฤติกรรมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์
- ปัจจัยส่วนบุคคลกับพฤติกรรมสุขภาพ
- พฤติกรรมสุขภาพกับผลลัพธ์ของการตั้งครรภ์
- กิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพหญิงตั้งครรภ์ในโรงพยาบาลแม่สะเรียง

แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ

พฤติกรรมสุขภาพ เป็นการกระทำของบุคคลในการที่จะคงไว้ซึ่งสุขภาพที่ดี ปราศจากโรคและความเจ็บป่วย หรือเพิ่มระดับสุขภาพของตนในภาวะที่เจ็บป่วยเพื่อให้หายหรือมีอาการดีขึ้น (Pender, 2002: 34)

กอกซ์แมน (กอกซ์แมน, 1981 อ้างใน มัลลิกา มัตติโก, 2534: 18 - 19) ให้คำจำกัดความของพฤติกรรมสุขภาพซึ่งนำมาใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลไว้ว่า พฤติกรรมสุขภาพได้แก่คุณสมบัติส่วนบุคคลต่างๆ เช่น ความเชื่อ ความคาดหวัง แรงจูงใจ ค่านิยม การรับรู้ และองค์ความรู้อื่นๆ นอกจากนี้ยังรวมทั้งลักษณะบุคลิกภาพ ความรู้สึก อารมณ์ ลักษณะอุปนิสัย รูปแบบพฤติกรรมที่ปรากฏเด่นชัด และการกระทำซึ่งเกี่ยวข้องสัมพันธ์กับการส่งเสริมสุขภาพ การฟื้นฟูสุขภาพ และการป้องกันสุขภาพ ดังนั้นคำจำกัดความของพฤติกรรมสุขภาพที่กำหนดนั้นจึงค่อนข้างกว้างขวางและครอบคลุมทั้งการกระทำที่แสดงออกอย่างเปิดเผย สามารถสังเกตเห็นได้โดยตรง และเหตุการณ์ด้านความรู้สึก สภาพทางจิตที่อาจสังเกตหรือวัดได้โดยอ้อม ขณะเดียวกันคำจำกัดความของพฤติกรรมสุขภาพดังกล่าวยังรวมถึงคุณสมบัติส่วนบุคคลต่างๆ ที่ได้รับอิทธิพลจากกลุ่มต่างๆ สถาบันทางสังคม และวัฒนธรรม ซึ่งสะท้อนถึงระบบวิถีคิด และพฤติกรรมต่างๆ กัน เมอร์เรย์

และเซนเนอร์ (Murray & Zentner, 1993: 656) ได้ให้ความหมายของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพว่าประกอบด้วยกิจกรรมซึ่งจะช่วยยกระดับสุขภาพของบุคคลให้สูงขึ้น และมีความผาสุก เกิดศักยภาพที่ถูกต้องหรือสูงสุดของบุคคล ครอบครัว กลุ่มชน ชุมชน และสังคม

กล่าวโดยสรุปพฤติกรรมสุขภาพเป็นการแสดงออกที่สะท้อนการรับรู้ ความคิด ของบุคคลที่มีต่อสุขภาพของตน มุ่งหวังให้เกิดผลลัพธ์ด้านสุขภาพที่ดี

แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพมีหลากหลายรูปแบบและมโนทัศน์ แนวคิดที่ยอมรับและนำมาใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลที่สำคัญได้แก่

1. รูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพ (health belief model) เป็นกรอบแนวคิดที่ใช้อธิบายพฤติกรรมบุคคลที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ ที่เบเกอร์พัฒนาขึ้นจากแนวคิดพฤติกรรมการป้องกันโรคของบุคคล (Becker, 1997 cited in Pender 2002: 38) โดยอธิบายว่าบุคคลจะมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพของตนเอง จากกระบวนการรับรู้ส่วนบุคคล (individual perception) คัดวิเคราะห์ด้วยกระบวนการภายในบุคคล ซึ่งมีปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ การศึกษา บุคลิกภาพ สังคม ความเชื่อ ร่วมกับการรับรู้ข้อมูลข่าวสารจากสังคมเกี่ยวกับเรื่องนั้นๆ เช่น ประสิทธิภาพการเจ็บป่วยของบุคคลใกล้ชิด ทำให้เกิดการรับรู้ประโยชน์หรืออุปสรรคต่อการปฏิบัติเพื่อให้เกิดการดูแลสุขภาพนำไปสู่การกระทำหรือไม่กระทำ รูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพนี้ใช้อธิบายพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลได้หลายประการ เช่น ทำไมบุคคลจึงไม่ใช้บริการสุขภาพที่จัดให้ ทำไมบุคคลจึงสูบบุหรี่ทั้งที่รู้และเข้าใจถึงโทษภัยของบุหรี่ ฯลฯ

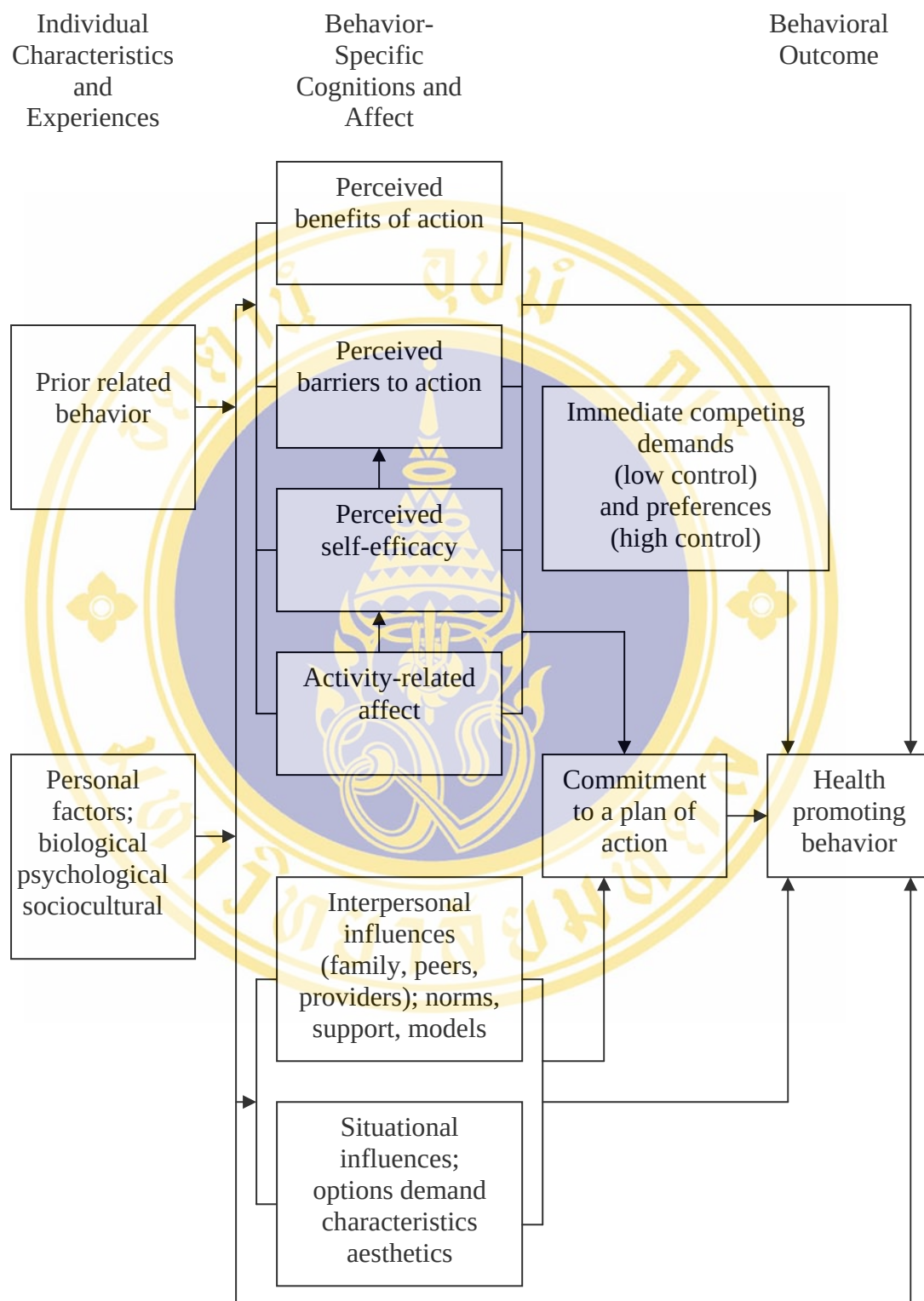
2. ทฤษฎีการกระทำอย่างมีเหตุผล (theory of reasoned action: TRA) และทฤษฎีพฤติกรรมตามแบบ (theory of planned behavior: TPB) ทฤษฎีนี้พัฒนาโดย อาซเซนและฟิชเบิร์ต (Ajzen & Fishbein, 1980, cited in Pender, 2002: 39) ทฤษฎีนี้อธิบายว่าพฤติกรรมเกิดจากความต้องการที่จะกระทำพฤติกรรมนั้นๆ และความตั้งใจเป็นผลที่เกิดจากเจตคติต่อพฤติกรรมร่วมกับบรรทัดฐานเชิงจิตวิสัย (subjective norms) ที่มีต่อพฤติกรรมนั้นๆ ผลงานวิจัยในระยะต่อมาพบว่าความตั้งใจที่จะกระทำและเจตคติต่อพฤติกรรมมีผลโดยตรงต่อการเกิดพฤติกรรม ในขณะที่บรรทัดฐานเชิงจิตวิสัยมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในระดับต่ำ อาซเซนและฟิชเบิร์ตขยายกรอบแนวคิดจากการกระทำอย่างมีเหตุผล (TBA) มาเป็นพฤติกรรมตามแบบแผน (TPB) โดยอธิบายเพิ่มเติมว่าการกระทำของบุคคลที่เกิดจากเจตคติและความตั้งใจนั้นจะนำไปสู่พฤติกรรมหรือการกระทำได้จริงก็ต่อเมื่อบุคคลมีการรับรู้ว่าตนเองสามารถปฏิบัติได้ (perceived behavioral control) ซึ่งเป็นปัจจัยที่เกิดจากสิ่งแวดล้อมภายนอก และความเชื่อในศักยภาพของตนเองที่สามารถปฏิบัติได้ จึงเรียกแนวคิดนี้ว่าพฤติกรรมตามแบบแผน (TPB) โดยอธิบายว่าเมื่อบุคคลตั้งใจจะปฏิบัติ จะกำหนดการปฏิบัติตามศักยภาพหรือความเป็นไปได้ของตนเองที่คิดหรือคาดว่าจะทำได้ หรือไม่ปฏิบัติเมื่อประเมินว่าไม่

สามารถทำได้ ทฤษฎีตามแบบแผนนี้มีการนำเสนอใหม่ในปี 1997 โดยมอนตาโนและคณะ (Montano, Kasprzyk and Taplin, 1997)

3. รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพ (health promotion model: HPM) เพนเดอร์และคณะได้พัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพขึ้นในปี 1980 เพื่อใช้อธิบายพฤติกรรมบุคคลในการเข้าร่วมกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพที่หน่วยงานทางสุขภาพจัดบริการให้ในระยะนั้น ได้แก่ การตรวจมะเร็งปากมดลูก การเลิกสูบบุหรี่ โดยใช้แนวคิดทางทฤษฎีการเรียนรู้ (learning theory) และทฤษฎีทางจิตวิทยาสังคม (social psychology) มาสร้างกรอบแนวคิด กำหนดความเชื่อพื้นฐาน 7 ประการ ได้แก่

1. บุคคลจะพยายามค้นหา สร้างความเป็นอยู่ของตน เพื่อก่อให้เกิดสภาวะสุขภาพที่ดีที่สุด
2. บุคคลมีความสามารถในการสะท้อนคิด ด้วยการตระหนักรู้ตนเอง และประเมินศักยภาพส่วนตน
3. บุคคลจะมีการพัฒนาตนในทางที่ดีเพื่อรักษาสุขภาพส่วนตนในระหว่างการเปลี่ยนแปลงและการอยู่คงที่
4. บุคคลมีความกระตือรือร้นในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตน
5. บุคคลในสภาวะองค์รวมของ กาย จิต สังคม จะมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อม โดยการปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อมหรือปรับตนเองให้เข้ากับสิ่งแวดล้อมอยู่ตลอดเวลา
6. บุคคลทางสุขภาพเป็นส่วนหนึ่งของปัจจัยด้านบุคคลในสิ่งแวดล้อมซึ่งมีอิทธิพลต่อบุคคลตลอดช่วงชีวิต
7. การคิดริเริ่มปรับรูปแบบปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและสิ่งแวดล้อมเป็นปัจจัยสำคัญที่ก่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

จากรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ในปี 1987 มีการนำไปศึกษาทดลองและทำนายพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลทั้งในภาพรวม และพฤติกรรมเฉพาะเรื่อง เช่น การออกกำลังกาย โภชนาการ และศึกษาในทุกกลุ่มอายุ ที่มีบริบททางสังคมแตกต่างกัน เพนเดอร์ได้นำผลการศึกษามาปรับปรุงรูปแบบแนวคิดหลายครั้ง รายงานล่าสุดปี ค.ศ.2002 เพนเดอร์เสนอรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพฉบับปรับปรุง (Revised Health Promotion Model) (Pender, 2002: 60) ดังภาพที่ 2



ภาพที่ 2 Health Promotion Model (Pender, 2002: 60)

องค์ประกอบของรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพฉบับปรับปรุงนี้เพิ่มปัจจัยใหม่ 3 ปัจจัย ได้แก่ ความรู้สึกที่สัมพันธ์กับพฤติกรรม (activity-related affect) ความมุ่งมั่นที่จะกระทำพฤติกรรม (commitment to a plan of action) และความความต้องการและความพึงพอใจที่จะกระทำพฤติกรรม (immediate competing demands and preferences) โดยคงรูปแบบของปัจจัยหลัก 3 ประการคือ คุณลักษณะและประสบการณ์ส่วนบุคคล (individual characteristics and experiences) ความรู้และความรู้สึกนึกคิดที่เฉพาะเจาะจงต่อพฤติกรรม (behavior-specific cognitions and affect) และพฤติกรรมที่เป็นผลลัพธ์ (behavioral outcome) ตามรายละเอียดดังนี้

ปัจจัยด้านคุณลักษณะและประสบการณ์ของบุคคล บุคคลแต่ละคนย่อมมีบุคลิกลักษณะและประสบการณ์เฉพาะตัว ซึ่งมีอิทธิพลต่อการกระทำพฤติกรรมในระยะต่อมา ความสำคัญของอิทธิพลจะมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับพฤติกรรมเฉพาะอย่าง ประสบการณ์ในอดีตและบุคลิกลักษณะของบุคคลจะเป็นตัวชี้นำการกระทำบางอย่างในระยะต่อมา และเป็นตัวบ่งชี้ที่มีความเฉพาะเจาะจงกับบางพฤติกรรม หรือในกลุ่มประชากรบางกลุ่มเท่านั้น ปัจจัยด้านบุคลิกลักษณะและประสบการณ์ของบุคคล ได้แก่

ประสบการณ์ในอดีตที่เกี่ยวข้อง (prior related behavior) เป็นปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ จากการวิจัยพบว่าความถี่ในการกระทำพฤติกรรมหรือการมีประสบการณ์ที่ผ่านมาในอดีตที่คล้ายคลึงกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในปัจจุบันจะเป็นตัวทำนายที่ดีที่สุด โดยเพนเดอร์ (2002) เสนอว่าประสบการณ์ที่ผ่านมาจะมีอิทธิพลทั้งโดยตรงและโดยอ้อมต่อการกระทำพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ โดยอิทธิพลโดยตรงของประสบการณ์ในอดีตที่มีต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในปัจจุบัน อาจเกิดจากประสบการณ์ในอดีตได้กลายเป็นอุปนิสัยหรือแบบแผนของพฤติกรรม ซึ่งทำให้เกิดการกระทำพฤติกรรมนั้นโดยอัตโนมัติ ความคงที่ของอุปนิสัยจะเพิ่มพูนขึ้นในแต่ละครั้งที่กระทำพฤติกรรม และความมุ่งมั่นหรือความตั้งใจมีส่วนสำคัญที่ทำให้เกิดการกระทำพฤติกรรมนั้นซ้ำๆอีก และสอดคล้องกับทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคมที่เสนอว่าประสบการณ์ในอดีตจะมีอิทธิพลโดยอ้อมต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยผ่านทาง การรับรู้สมรรถนะของตนเอง การรับรู้ประโยชน์ และการรับรู้อุปสรรคและความรู้สึกนึกคิดที่สัมพันธ์กับพฤติกรรม ตามแนวคิดของแบนดูรา (Bandura, 1997 อ้างใน Pender, 2002: 68) ประสบการณ์ที่เคยกระทำสำเร็จในอดีตจะเป็นข้อมูลป้อนกลับที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองหรือก่อให้เกิดทักษะในการกระทำพฤติกรรมนั้น การรับรู้ประโยชน์ของการกระทำพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเป็นการคาดหวังต่อผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น ถ้าบุคคลมองเห็นประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการกระทำพฤติกรรมในระยะเวลาอันสั้น บุคคลจะกระทำพฤติกรรมนั้นซ้ำอีก ส่วนอุปสรรคต่อการกระทำพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเป็นสิ่งที่ขัดขวางที่จะต้องเอาชนะให้ได้เพื่อที่จะสามารถกระทำพฤติกรรมส่งเสริม

สุขภาพได้ นอกจากนี้ทุกครั้งที่บุคคลกระทำพฤติกรรมอย่างใดอย่างหนึ่ง จะต้องมีความรู้สึกนึกคิดเข้ามาเกี่ยวข้องด้วยเสมอ ความรู้สึกทางบวกหรือทางลบที่เกิดขึ้นก่อน ระหว่างหรือภายหลังการกระทำพฤติกรรมอย่างใดอย่างหนึ่งจะถูกบันทึกเป็นความจำและจะถูกนำมาใช้พิจารณาไตร่ตรองเมื่อจะกระทำพฤติกรรมนั้นอีก เพนเดอร์จึงเสนอว่าประสบการณ์ในอดีต จะเป็นพื้นฐานของปัจจัยด้านความรู้และความรู้สึกนึกคิดที่เฉพาะเจาะจงต่อพฤติกรรม

ปัจจัยส่วนบุคคล (personal factors) ได้แก่ปัจจัยทางชีววิทยา ปัจจัยทางจิตวิทยา และปัจจัยทางสังคมวัฒนธรรม

- ปัจจัยทางชีววิทยา (biologic factors) ได้แก่ อายุ เพศ ดัชนีมวลกาย ฮอร์โมน วิตามิน ฮอร์โมนประจำเดือน สมรรถนะในการออกกำลังกาย ความแข็งแรงและความสมดุล

- ปัจจัยทางจิตวิทยา (psychologic factors) ได้แก่ การตระหนักในคุณค่าของตนเอง (self-esteem) แรงจูงใจในตนเอง ความสามารถของบุคคล การรับรู้ภาวะสุขภาพ

- ปัจจัยทางสังคมวัฒนธรรม (sociocultural factors) ได้แก่ เชื้อชาติ เผ่าพันธุ์ วัฒนธรรม การศึกษา และสถานภาพทางเศรษฐกิจสังคม

เพนเดอร์เสนอว่า ปัจจัยส่วนบุคคลจะมีอิทธิพลโดยตรงต่อปัจจัยด้านความรู้และความรู้สึกนึกคิดที่เฉพาะเจาะจงต่อพฤติกรรม และมีอิทธิพลโดยตรงต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ นอกจากนี้ยังมีกลุ่มปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้ของบุคคล ซึ่งมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพดังกล่าวไว้ในหัวข้อถัดไป

ปัจจัยด้านความรู้และความรู้สึกนึกคิดที่เฉพาะเจาะจงต่อพฤติกรรม (behavior specific cognition and affect) เป็นกลุ่มปัจจัยที่เป็นแรงจูงใจที่สำคัญต่อพฤติกรรม ตัวแปรเหล่านี้มีความสำคัญและเป็นแกนกลางที่นำไปสู่การกระทำพฤติกรรม ปัจจัยเหล่านี้ ได้แก่

การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรม (perceived benefits of action) บุคคลจะกระทำพฤติกรรม โดยคำนึงถึงประโยชน์ที่จะได้รับจากการกระทำพฤติกรรมนั้น การคาดหวังต่อประโยชน์ที่จะได้รับจึงเป็นผลทางบวกต่อจิตใจ และเป็นแรงเสริมที่จะก่อให้เกิดการกระทำพฤติกรรม การคาดหวังต่อประโยชน์ที่จะเกิดขึ้น ขึ้นอยู่กับประสบการณ์ของบุคคล การประสบความสำเร็จจากการกระทำพฤติกรรมในอดีตของผู้อื่น หรือเรียนรู้จากการสังเกตพฤติกรรมของผู้อื่น ความเชื่อในประโยชน์ที่จะได้รับหรือผลลัพธ์ทางบวกมีความสำคัญต่อการกระทำพฤติกรรมเฉพาะอย่าง แต่ไม่เพียงพอที่จะก่อให้เกิดการกระทำพฤติกรรมบางอย่าง บุคคลจะทุ่มเทเวลาและแหล่งประโยชน์ที่มีอยู่ต่อการกระทำที่คาดหวังว่าจะเกิดผลทางบวก จากการทดสอบรูปแบบ Health-Promoting Behaviors Model ส่วนใหญ่พบว่า การรับรู้ประโยชน์ของกิจกรรมเป็นแรงจูงใจที่สำคัญ

ต่อการกระทำพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ นั่นคือ ถ้าบุคคลรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมาก จะมีอิทธิพลต่อการกระทำพฤติกรรมมากด้วย เพนเดอร์เสนอว่า การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมมีอิทธิพลโดยตรงต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และมีอิทธิพลทางอ้อมโดยผ่านทางความมุ่งมั่นที่จะกระทำพฤติกรรม (Pender, 2002: 69)

การรับรู้อุปสรรคต่อการกระทำพฤติกรรม (perceived barriers to action) จากการวิจัยพบว่า การคาดว่าจะมีอุปสรรค จะมีผลกระทบต่อนความมุ่งมั่นที่จะกระทำพฤติกรรม และมีผลกระทบต่อการกระทำพฤติกรรมด้วย อุปสรรคอาจเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นจริงหรือคาดว่าจะเกิดขึ้น อุปสรรคประกอบด้วย การไม่สามารถเข้าถึงบริการ (unavailability) ความไม่สะดวก ค่าใช้จ่าย ความยากลำบากหรือเวลาที่ใช้ในการกระทำกิจกรรม อุปสรรคถือว่าเป็นสิ่งขัดขวางต่อการกระทำกิจกรรมและมีส่วนกระตุ้นให้เกิดการหลีกเลี่ยงที่จะกระทำพฤติกรรม เมื่อความพร้อมในการกระทำพฤติกรรมอย่างใดอย่างหนึ่งมีน้อย แต่มีอุปสรรคมาก บุคคลจะไม่กระทำพฤติกรรมนั้น แต่ถ้ามีความพร้อมในการที่จะกระทำพฤติกรรมมากและมีอุปสรรคน้อย จะมีโอกาสที่จะกระทำพฤติกรรมมากกว่า การรับรู้อุปสรรคพบว่ามีอิทธิพลโดยตรงและเป็นสิ่งที่ขัดขวางการกระทำพฤติกรรมและมีอิทธิพลโดยอ้อมต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยผ่านทางความมุ่งมั่นที่จะกระทำพฤติกรรม (Pender, 2002: 70)

การรับรู้สมรรถนะของตนเอง (perceived self efficacy) แบนดูรา (Bandura, 1997 อ้างใน Pender, 2002: 70) ได้ให้ความหมายไว้ว่าเป็นความเชื่อมั่นในความสามารถของบุคคลที่จะสามารถกระทำพฤติกรรมอย่างใดอย่างหนึ่งให้สำเร็จ โดยไม่ได้คำนึงถึงเฉพาะทักษะที่มีอยู่เท่านั้น แต่เป็นการประเมินว่าบุคคลจะใช้ทักษะที่ตนมีอยู่ได้อย่างไร การประเมินความสามารถของตนเองต่างจากการคาดหวังต่อผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้น โดยการรับรู้ความสามารถของตนเองเป็นการประเมินถึงความสามารถของบุคคลที่จะสามารถกระทำต่อกิจกรรมอย่างใดอย่างหนึ่งได้สำเร็จ ในขณะที่การคาดหวังต่อผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นเป็นการประเมินหรือคาดถึงผลที่จะเกิดขึ้นตามมา เช่น ประโยชน์หรือค่าใช้จ่ายจากการกระทำพฤติกรรมเฉพาะอย่าง การรับรู้ว่าคุณเองมีทักษะและมีความสามารถจะเป็นแรงจูงใจให้บุคคลกระทำพฤติกรรมที่ตนเองมีความถนัด มีความเชื่อมั่นว่าคุณเองมีความสามารถและมีทักษะความชำนาญในพฤติกรรมนั้น การรับรู้ความสามารถของตนเองจะมีอิทธิพลต่อการรับรู้อุปสรรค โดยบุคคลที่มีการรับรู้สมรรถนะในตนเองสูง จะมีการรับรู้อุปสรรคในการกระทำพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพน้อยลง การรับรู้สมรรถนะของตนเองมีอิทธิพลโดยตรงต่อการกระทำพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และมีอิทธิพลโดยอ้อมต่อการรับรู้อุปสรรค และความมุ่งมั่นที่จะกระทำพฤติกรรม (Pender, 2002: 70-71)

ความรู้สึกนึกคิดที่สัมพันธ์กับพฤติกรรม (activity-related affect) ก่อนที่บุคคลจะกระทำพฤติกรรม บุคคลจะเกิดความรู้สึกต่อพฤติกรรมนั้น ทั้งก่อน ระหว่าง และภายหลังการกระทำพฤติกรรม ซึ่งจะขึ้นอยู่กับลักษณะของพฤติกรรมเฉพาะอย่าง บางพฤติกรรมบุคคลจะเกิดความรู้สึกเพียงเล็กน้อย ปานกลาง หรือเกิดความรู้สึกที่รุนแรงและเป็นความรู้สึกซึ่งจะสะสมไว้ในความจำ และในขณะที่กระทำพฤติกรรม บุคคลจะมีความคิดเห็นต่อพฤติกรรมนั้นด้วย ความรู้สึกที่มีต่อพฤติกรรมประกอบด้วย 3 ส่วน คือ ความรู้สึกที่เกิดขึ้นเนื่องจากพฤติกรรมนั้น (activity-related) ความรู้สึกที่เกิดจากตัวบุคคล (self-related) และความรู้สึกต่อสิ่งแวดล้อมในขณะที่ทำพฤติกรรมนั้น (context-related) ผลของความรู้สึกต่อพฤติกรรม จะทำให้บุคคลกระทำพฤติกรรมนั้นซ้ำอีกหรือคงไว้ซึ่งพฤติกรรมนั้นต่อไปในระยะยาว ความรู้สึกที่เกิดขึ้นในขณะนั้นจะสะท้อนถึงปฏิกิริยาทางอารมณ์ที่มีต่อพฤติกรรมว่าเป็นทางบวกหรือทางลบ เช่นเป็นความรู้สึกชื่นชม หรือความรู้สึกไม่พึงพอใจ พฤติกรรมใดที่กระทำแล้วก่อให้เกิดความรู้สึกทางบวก พฤติกรรมนั้นจะเกิดขึ้นซ้ำอีก ในขณะที่พฤติกรรมใดที่ก่อให้เกิดความรู้สึกทางลบ บุคคลจะหลีกเลี่ยงที่จะไม่ทำพฤติกรรมนั้นซ้ำอีก แต่ในบางพฤติกรรมอาจก่อให้เกิดความรู้สึกทั้งทางลบและทางบวกในขณะเดียวกัน เพนเดอร์ จึงเสนอว่าความรู้สึกนึกคิดที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมจะมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพทั้งโดยตรงและโดยอ้อม โดยผ่านทาง การรับรู้สมรรถนะของตนเองและความมุ่งมั่นที่จะกระทำพฤติกรรม (Pender, 2002: 71)

อิทธิพลระหว่างบุคคล (interpersonal influences) ตามรูปแบบ Health-Promoting Behaviors Model อิทธิพลระหว่างบุคคลจะเป็นการรับรู้ที่เกี่ยวกับพฤติกรรม ความเชื่อและทัศนคติของบุคคล ซึ่งการรับรู้นี้อาจสอดคล้องกับความเป็นจริงหรือไม่ก็ได้ แหล่งปฐมนิคมของอิทธิพลระหว่างบุคคลที่มีต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ คือครอบครัว บิดามารดา บุตรหลาน หรือญาติ เพื่อน และเจ้าหน้าที่ที่มสุขภาพ คือครอบครัว บิดามารดา บุตรหลานหรือญาติ เพื่อน และเจ้าหน้าที่ที่มสุขภาพ อิทธิพลระหว่างบุคคล ได้แก่

- บรรทัดฐานทางสังคม (norms) ความคาดหวังจากบุคคลที่มีความสัมพันธ์เกี่ยวข้องกัน

- การสนับสนุนทางสังคม (social support) ทั้งทางด้านสิ่งของเครื่องใช้ และการช่วยเหลือประคับประคองด้านอารมณ์จิตใจ

- แบบอย่าง (modeling) การเรียนรู้จากการสังเกตพฤติกรรมของบุคคลอื่น

อิทธิพลระหว่างบุคคลทั้ง 3 แบบนี้ จากการวิจัยที่ผ่านมาพบว่า มีส่วนก่อให้เกิดการกระทำพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ โดยบรรทัดฐานทางสังคมจะเป็นตัวบ่งชี้ว่าบุคคลควรจะกระทำหรือไม่กระทำพฤติกรรมอย่างใดอย่างหนึ่ง การสนับสนุนทางสังคมทำให้ได้รับความช่วยเหลือ

ต่างๆ จะมีส่วนเอื้ออำนวยให้บุคคลกระทำพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้ ส่วนแบบอย่างจะแสดงถึงผลลัพธ์จากการกระทำพฤติกรรมอย่างใดอย่างหนึ่ง และเป็นแนวทางที่สำคัญที่จะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม เพนเดอร์เสนอว่าอิทธิพลระหว่างบุคคล มีอิทธิพลโดยตรงต่อพฤติกรรม การส่งเสริมสุขภาพ และมีอิทธิพลโดยอ้อมผ่านความมุ่งมั่นที่จะกระทำพฤติกรรม (Pender, 2002: 72)

ปัจจัยด้านสถานการณ์ (situational influences) การรับรู้ของบุคคลต่อสถานการณ์หรือบริบทที่เกี่ยวข้องจะเอื้ออำนวยให้บุคคลกระทำพฤติกรรม อิทธิพลของสถานการณ์ที่มีต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ได้แก่ ทางเลือกหรือการเข้าถึงบริการ (availability) ลักษณะที่พึงประสงค์ (demand characteristics) และสภาพแวดล้อมที่เอื้ออำนวยให้สามารถกระทำพฤติกรรมได้ บุคคลจะกระทำพฤติกรรมได้สำเร็จในสถานการณ์ที่เอื้ออำนวยมากกว่าในสถานการณ์ที่ไม่เอื้ออำนวย หรือในสถานการณ์ที่ปลอดภัยและให้ความรู้ที่อบอุ่นใจมากกว่าในสถานการณ์ที่ไม่ปลอดภัย และทำให้เกิดความรู้สึกคุกคาม เพนเดอร์จึงเสนอว่าปัจจัยสถานการณ์อาจมีอิทธิพลโดยตรงต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และโดยอ้อมผ่านความมุ่งมั่นที่จะกระทำพฤติกรรม ปัจจัยทางสถานการณ์ถือเป็นปัจจัยที่สำคัญที่จะนำไปสู่แนวทางที่มีประสิทธิภาพ และเอื้ออำนวยให้เกิดความคุ้นเคย และการคงไว้ซึ่งการกระทำพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (Pender, 2002: 72-73)

ความมุ่งมั่นที่จะกระทำพฤติกรรม (commitment to a plan of action) บุคคลมักจะกระทำพฤติกรรมที่ได้วางแผนไว้ล่วงหน้ามากกว่าจะกระทำพฤติกรรมที่ไม่ได้วางแผนไว้ ดังที่เอเชนและฟิชไบน์ (Ajzen & Fishbein, 1980) กล่าวว่า ความตั้งใจจะเป็นตัวกำหนดที่สำคัญต่อพฤติกรรมที่บุคคลตัดสินใจกระทำ ความมุ่งมั่นที่จะกระทำพฤติกรรมประกอบด้วยกระบวนการ (cognitive process) 2 อย่าง ดังนี้

1. ความมุ่งมั่นที่จะกระทำพฤติกรรมเฉพาะอย่างในเวลาและสถานที่ที่กำหนด หรือวางแผนไว้และอาจกระทำพฤติกรรมร่วมกับบุคคลอื่น หรือกระทำพฤติกรรมเพียงลำพัง โดยไม่ได้คำนึงถึงความพึงพอใจส่วนบุคคล
2. การกำหนดแนวปฏิบัติที่เป็นไปได้ วิธีดำเนินการและการคาดหวังทางบวกที่จะเกิดขึ้นภายหลังการกระทำพฤติกรรม

อย่างไรก็ตาม ความมุ่งมั่นที่จะกระทำพฤติกรรมเพียงอย่างเดียว โดยปราศจากแนวปฏิบัติที่เป็นไปได้ จะเป็นเพียงความตั้งใจที่ดีเท่านั้น แต่ไม่สามารถนำไปสู่การกระทำพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้ (Pender, 2002: 73)

ความต้องการและความพึงพอใจที่จะกระทำพฤติกรรม (immediate competing demands) การที่บุคคลตัดสินใจว่าพฤติกรรมใดเป็นพฤติกรรมที่จำเป็นต้องกระทำกับพฤติกรรมที่เกิดจากความพึงพอใจที่จะกระทำ เป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นในจิตสำนึกของบุคคลในทันทีทันใด ก่อนที่จะเกิดการวางแผนที่จะกระทำพฤติกรรม และนำไปสู่การกระทำพฤติกรรมที่วางแผนไว้

- ความจำเป็น (competing demands) เป็นความจำเป็นที่ต้องกระทำพฤติกรรมอื่นที่บุคคลไม่สามารถหลีกเลี่ยงหรือควบคุมได้ อาจเนื่องจากความจำเป็นทางครอบครัว หรือสิ่งแวดล้อมที่บีบบังคับให้ต้องกระทำพฤติกรรมนั้น การที่ไม่กระทำพฤติกรรมเนื่องจากความจำเป็นที่ต้องกระทำพฤติกรรมอื่น จะก่อให้เกิดผลเสียต่อตนเองและบุคคลที่เกี่ยวข้อง

- ความพึงพอใจที่จะกระทำ (competing preference) เป็นความรู้สึกทางบวกที่มีต่อการที่จะกระทำพฤติกรรมอย่างใดอย่างหนึ่ง ความพึงพอใจที่จะกระทำพฤติกรรมนั้นขึ้นอยู่กับความสามารถในการควบคุมตนเอง (self regulation) ดังนั้น ความสามารถในการควบคุมความรู้สึกพึงพอใจ หรือความรู้สึกไม่พึงพอใจจะเป็นแรงกระตุ้นตัวสุดท้ายที่จะทำให้บุคคลกระทำพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพตามที่ตั้งใจไว้ เพนเดอร์เสนอว่าความต้องการและความพึงพอใจที่จะกระทำพฤติกรรมจะมีอิทธิพลโดยตรงต่อการกระทำพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (Pender, 2002: 73-74)

พฤติกรรมที่เป็นผลลัพธ์ (Behavioral outcome)

พฤติกรรมที่เป็นผลลัพธ์นี้คือพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (health-promoting behaviors) ซึ่งเป็นผลลัพธ์สุดท้ายอันเป็นผลมาจากปัจจัยต่างๆดังกล่าวข้างต้น ก่อให้เกิดภาวะสุขภาพดี หากบุคคลกระทำพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเป็นประจำ จะเกิดเป็นแบบแผนการดำเนินชีวิตที่มีสุขภาพดี ส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีในทุกระยะของพัฒนาการของบุคคล (Pender, 2002: 74)

การประเมินพฤติกรรมสุขภาพ

เพนเดอร์ (Pender, 1992) กล่าวว่าพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (health-promoting behavior) อธิบายถึงความสามารถของบุคคลในการคงไว้ หรือยกระดับของภาวะสุขภาพเพื่อความสุข (well being) และความมีคุณค่าในตัวเอง โดยประเมินได้จากแบบวัดแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพ (Health Promotion Lifestyle Profile: HPLP) ของวอร์คเกอร์ ซีคริสต์ และเพนเดอร์ (Walker, Sechrist & Pender, 1987: 76) แบบวัดนี้ได้พัฒนาขึ้นจากการศึกษาทดลองในกลุ่มประชากรที่หลากหลาย และต่างวัฒนธรรม จนเป็นแบบวัดมาตรฐาน แบบวัดแบบแผนการดำเนินชีวิตประกอบด้วยข้อคำถาม 48 ข้อ ใช้มาตราส่วนประเมิน 4 ระดับ โดยมีองค์ประกอบ 6 ด้าน ดังนี้

1. ด้านโภชนาการ (nutrition) ประกอบด้วยข้อคำถามที่เกี่ยวกับรูปแบบการรับประทานอาหาร การเลือกรับประทานอาหารเพื่อให้สารอาหารครบทั้ง 5 หมู่ มีคุณค่าทางโภชนาการ ในปริมาณที่เพียงพอแก่ความต้องการของร่างกาย
2. ด้านการออกกำลังกาย (exercise and physical activity) เป็นการประเมินแบบแผนวิธีการ และความสม่ำเสมอของการออกกำลังกาย รวมไปถึงการคงไว้ซึ่งความสมดุลของร่างกาย หนึ่งหรือยี่สิบ และการปรับเปลี่ยนอิริยาบถต่างๆ
3. ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ (health responsibility) เป็นการรวบรวมกันของการประเมินเกี่ยวกับการดูแลตนเองทั่วไป และการใช้ระบบบริการสุขภาพ เช่น การประเมินเกี่ยวกับการเอาใจใส่ดูแล และรับผิดชอบต่อสุขภาพตนเอง การหาความรู้ด้านสุขภาพ และการแสวงหาความช่วยเหลือจากบุคลากรด้านสุขภาพเมื่อจำเป็น
4. ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (interpersonal relation or interpersonal support) เป็นการประเมินเกี่ยวกับการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น ซึ่งจะทำให้บุคคลได้รับประโยชน์ในด้านการสนับสนุนต่างๆ เช่น ช่วยให้ความตึงเครียดลดลง หรือช่วยในการแก้ปัญหาต่างๆ ได้
5. ด้านการจัดการกับความเครียด (stress management) เป็นการประเมินเกี่ยวกับกิจกรรมที่บุคคลกระทำเพื่อผ่อนคลายความตึงเครียด และการแสดงออกทางอารมณ์ที่เหมาะสมและแบบแผนการนอนหลับ
6. ด้านความสำเร็จในชีวิตแห่งตน (self actualization or spiritual growth) เป็นการประเมินเกี่ยวกับความกระตือรือร้นในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ความตระหนักในการให้ความสำคัญกับชีวิต การกำหนดจุดมุ่งหมายในชีวิตทั้งระยะสั้นและระยะยาว ความพึงพอใจในชีวิต และความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเอง

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์

การตั้งครรภ์ถือเป็นภาวะวิกฤติของชีวิตสตรี ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม ซึ่งการเปลี่ยนแปลงนี้จะเกิดขึ้นอย่างซับซ้อนและเป็นไปอย่างอัตโนมัติ หญิงตั้งครรภ์และทารกมีโอกาสเสี่ยงตายสูงขึ้น ทั้งในระยะครรภ์ ระยะคลอดและระยะหลังคลอด หญิงตั้งครรภ์จึงจำเป็นต้องมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้เหมาะสมเพื่อส่งเสริมให้เกิดผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดี พฤติกรรมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์เป็นพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อส่งเสริมสุขภาพ ประกอบด้วยพฤติกรรมต่างๆ ดังนี้

ด้านโภชนาการ การตั้งครรภ์ก็เป็นระยะที่มีการสร้างเซลล์และเนื้อเยื่อต่าง ๆ มากกว่าปกติ ความต้องการด้านโภชนาการในระยะตั้งครรภ์จึงเป็นผลมาจากความต้องการด้านร่างกายของหญิงตั้งครรภ์และทารก การเตรียมอาหารที่มีคุณค่าทางโภชนาการสูง ในปริมาณที่เพียงพอต่อความต้องการในระยะนี้ จะช่วยให้หญิงตั้งครรภ์และทารกมีสุขภาพที่สมบูรณ์ ในกรณีที่หญิงตั้งครรภ์รับประทานอาหารไม่ถูกต้องหรือได้รับอาหารไม่เพียงพอมีความสัมพันธ์กับการคลอดก่อนกำหนด การคลอดทารกน้ำหนักน้อย และความพิการแต่กำเนิดของทารก (Ricci, 2007: 288) หญิงตั้งครรภ์มีความต้องการพลังงานเพิ่มขึ้นวันละ 300 กิโลแคลอรี (Pillitteri, 2007: 303) น้ำหนักตัวควรเพิ่มขึ้น 10-12.5 กิโลกรัม หรือไม่เกินร้อยละ 25 ของน้ำหนักเดิมก่อนตั้งครรภ์โดยระยะแรกของการตั้งครรภ์น้ำหนักจะเพิ่มน้อยที่สุดประมาณ 1-1.5 กิโลกรัม และไตรมาสที่ 2 ของการตั้งครรภ์จะเพิ่มประมาณ 5-6 กิโลกรัม และไตรมาสที่ 3 ของการตั้งครรภ์จะเพิ่มประมาณ 4-5 กิโลกรัม อาหารที่หญิงตั้งครรภ์ควรได้รับ ได้แก่

- ประเภทโปรตีน จำเป็นต่อการเสริมสร้างการเจริญเติบโตของทารกและสร้างเนื้อเยื่อต่างๆของหญิงตั้งครรภ์ จึงควรได้รับโปรตีนในปริมาณประมาณ 60 กรัม แหล่งอาหารประเภทโปรตีนและปริมาณที่ควรได้รับ เช่น รับประทานไข่วันละ 1-2 ฟอง เนื้อสัตว์ ถั่ว และถั่มนมอย่างน้อยวันละ 4 แก้ว (Pillitteri, 2007: 304)

- อาหารประเภทคาร์โบไฮเดรต เช่น ข้าว ขนมันปัง เผือก มัน ควรรับประทานตามปกติคือไม่เกิน 6 ถ้วยต่อวัน

- อาหารประเภทไขมัน ควรรับประทานเท่ากับคนปกติ คือวันละ 2.5-3 ช้อนโต๊ะ

- วิตามิน เป็นสิ่งจำเป็นต่อขบวนการเผาผลาญในร่างกาย การเจริญเติบโตของอวัยวะต่างๆของหญิงตั้งครรภ์และทารก มีอยู่ในผัก ผลไม้ วิตามินที่มีความจำเป็นสูงสำหรับหญิงตั้งครรภ์คือวิตามินเอ หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะขาดวิตามินเอมีโอกาสคลอดก่อนกำหนด และมีปัญหาด้านการเจริญเติบโตของทารกในครรภ์ (Pillitteri, 2007: 304)

- แร่ธาตุมีความจำเป็นในกระบวนการสร้างเซลล์ของทารก มีหลายชนิด คนปกติทั่วไปสามารถรับได้จากอาหารที่รับประทานในแต่ละวัน แต่สำหรับการตั้งครรภ์ แร่ธาตุที่มีความจำเป็น ได้แก่ แคลเซียม เหล็ก ไอโอดีน

แคลเซียม ช่วยในการเจริญเติบโตของเซลล์ มีความจำเป็นมาก หญิงตั้งครรภ์ควรรับประทานเพิ่มมากขึ้นเป็นสองเท่าของปริมาณที่เคยรับประทานก่อนตั้งครรภ์ (1,200 มิลลิกรัมต่อวัน) (Bobak & Jensen, 1992: 220) อาหารที่ให้แคลเซียมสูง ได้แก่ นม ผักใบเขียว ปลาเล็กปลาน้อย

เหล็ก ช่วยในการสร้างเม็ดเลือดแดง การตั้งครรภ์ส่งผลให้ปริมาณพลาสมาสูงขึ้นอย่างรวดเร็ว ไม่สัมพันธ์กับการสร้างเม็ดเลือดแดง ส่งผลให้หญิงตั้งครรภ์เกิดภาวะซีด (Bobak & Jensen, 1992: 214) หญิงตั้งครรภ์ที่ขาดเหล็กมีโอกาสดูดทารกน้ำหนักน้อย และคลอดก่อนกำหนด (Queenan, 1994: 3) หญิงตั้งครรภ์ควรบริโภคอาหารที่มีเหล็กวันละ 30 มิลลิกรัม การรับประทานอาหารตามปกติจะได้รับเหล็กไม่เพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย หญิงตั้งครรภ์จึงต้องรับประทานยาบำรุงครรภ์ที่มีธาตุเหล็กเป็นส่วนประกอบ (Pillitteri, 2007: 305)

ไอโอดีน หญิงตั้งครรภ์ควรได้รับไอโอดีนสูงกว่าเดิมเล็กน้อยคือวันละ 175 ไมโครกรัม ถ้าขาดไอโอดีนอาจทำให้ทารกมีปัญหาด้านสติปัญญา หญิงตั้งครรภ์จึงควรรับประทานอาหารทะเลอย่างน้อย 1 ครั้งต่อสัปดาห์ และปรุงอาหารด้วยเกลือไอโอดีน (Pillitteri, 2007: 305)

ด้านการทำงานและการพักผ่อน การทำงานในระยะตั้งครรภ์ หญิงตั้งครรภ์ควรปรับเวลาในการทำงานให้เหมาะสมกับอายุครรภ์ เช่น งดการทำงานในเวลากลางคืน หลีกเลี่ยงการทำงานที่ต้องใช้แรงมากกว่าปกติ เวลาทำงานไม่ควรเกิน 8 ชั่วโมงต่อวัน ดื่มน้ำบ่อยๆ และควรตรวจสอบความปลอดภัยเกี่ยวกับการสัมผัสสารพิษ และสารก่อวิรูป (tetragogen) ในที่ทำงาน เช่น สีทาบ้านที่มีสารตะกั่ว โรงงานสารเคมี (พวงน้อย สาครรัตนกุล และ จันทิมา ขนบดี 2547:134) ส่วนในด้านการพักผ่อน หญิงตั้งครรภ์ควรพักผ่อนให้มากกว่าปกติโดยการแบ่งเวลาให้ตนเองมากขึ้น หาผู้ช่วยทำงานบ้าน และดูแลบุตรคนโต โดยทั่วไปควรได้นอนพักผ่อนในเวลากลางวันอย่างน้อยวันละ 1-2 ชั่วโมง การนอนพักหรือนอนหลับ ควรนอนตะแคงเพื่อช่วยให้การไหลเวียนดีขึ้น หญิงตั้งครรภ์ที่ไม่สามารถนอนตอนกลางวัน เนื่องจากการทำงาน ควรนั่งพัก หลีกเลี่ยงการยืนนานๆ

ด้านการออกกำลังกาย การออกกำลังกายไม่ได้เป็นข้อห้ามขณะตั้งครรภ์ การออกกำลังกายที่เหมาะสม จะทำให้ระบบการไหลเวียนของโลหิตในร่างกายทำงานได้ดี ในระยะตั้งครรภ์การเปลี่ยนแปลงด้านสรีระอาจรบกวนการปฏิบัติกิจกรรมด้านร่างกายในชีวิตประจำวัน แต่หญิงตั้งครรภ์ยังสามารถออกกำลังกายได้ในท่าทางและระยะเวลาที่เหมาะสม รูปแบบการออกกำลังกายควรใช้แรงไม่มาก ใช้ระยะเวลาอย่างน้อย 80 นาทีต่อวัน หลีกเลี่ยงการออกกำลังกายประเภทที่มีความเสี่ยงในการพลัดหกล้ม การบาดเจ็บที่หน้าท้อง และการขาดออกซิเจน เช่น ดำน้ำ และที่สำคัญคือ ผู้หญิงตั้งครรภ์ที่มีปัจจัยเสี่ยงควรได้รับการประเมินและคำแนะนำจากแพทย์ก่อนเสมอ (American college of Sport Medicine, 2000: 230-233)

ด้านการจัดการกับความเครียด การตั้งครรภ์เป็นเหตุการณ์สำคัญในชีวิตเกี่ยวพันกับบทบาททางสังคมของผู้หญิง การเปลี่ยนแปลงทางชีวภาพ และสรีระส่งผลกระทบต่อภาวะทางอารมณ์และจิตใจ การปรับเปลี่ยนบทบาทหน้าที่ทางสังคมก่อให้เกิดความเครียด ความกลัว และความวิตกกังวล หญิงตั้งครรภ์จะมีสภาพอารมณ์เปลี่ยนแปลงตลอดการตั้งครรภ์ (พวงน้อย

สาครรัตนกุล และ จันทิมา ขนบดี 2547: 40) หากมีความเครียดในระดับสูง และต่อเนื่อง ความเครียดทำให้มีการเปลี่ยนแปลงทางสรีระวิทยาของหญิงตั้งครรภ์ ทำให้หัวใจเต้นเร็วขึ้น หลอดเลือดหดตัวมีผลให้เลือดไปเลี้ยงมดลูกและทารกในครรภ์น้อยลง ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อพัฒนาการของทารกในครรภ์ (Pillitteri, 2007: 295) หญิงตั้งครรภ์จึงควรมีรูปแบบการจัดการกับความเครียดของแต่ละบุคคล เพื่อส่งผลให้เกิดผลลัพธ์การตั้งครรภ์ที่ดี

ด้านการแสวงหาข้อมูลและบริการเกี่ยวกับสุขภาพ ในระยะตั้งครรภ์หญิงตั้งครรภ์จำเป็นต้องได้รับข้อมูลและบริการเกี่ยวกับสุขภาพ ที่สำคัญคือการรับบริการฝากครรภ์กับบุคลากรทางการแพทย์ที่มีความรู้ความชำนาญ เมื่อไปรับบริการฝากครรภ์หญิงตั้งครรภ์จะได้รับการตรวจร่างกาย สอบถามประวัติการตั้งครรภ์ ประวัติการเจ็บป่วยของตนเองและบุคคลในครอบครัว เพื่อนำข้อมูลไปวิเคราะห์ ค้นหาปัญหาและให้การดูแลที่เหมาะสมรวมถึงได้รับคำแนะนำในการปฏิบัติตนที่ถูกต้อง เพื่อป้องกันอันตรายจากภาวะเสี่ยงที่จะเกิดต่อหญิงตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ รวมถึงแก้ไขภาวะต่างๆที่จะทำให้ผลการตั้งครรภ์ไม่ดี เช่น การคลอดก่อนกำหนด การเจริญเติบโตช้าในครรภ์ ทารกพิการ มารดามีความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน เป็นต้น (พิชัย เจริญพานิช, 2531: 9)

ด้านการใช้ยาและสารเสพติด การใช้ยาและสารเสพติดส่งผลกระทบต่อสุขภาพมารดาและทารกโดยตรง เนื่องจากสารเหล่านี้จะผ่านจากหญิงตั้งครรภ์เข้าสู่ทารกในครรภ์ ส่งผลให้เกิดปัญหาต่อสุขภาพหญิงตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ การใช้ยาเพื่อรักษาหรือบรรเทาอาการเมื่อเจ็บป่วยควรได้รับคำปรึกษาและตรวจรักษาจากแพทย์ เนื่องจากยาบางชนิดผ่านรกเข้าสู่ทารก ส่งผลให้เกิดความพิการหรือถึงแก่ชีวิตได้ ส่วนสารเสพติดทุกประเภทเป็นอันตราย เช่น เหล้า เบียร์ ไวน์ มีสารเอทานอล (ethanol) หญิงตั้งครรภ์ที่ดื่มสุรามากๆจะเสี่ยงต่อการแท้ง ทารกพิการแต่กำเนิด ปัญญาอ่อน ทารกน้ำหนักน้อย (Auvenshine and Enriquez 1990: 886) ชา กาแฟ และเครื่องดื่มประเภทชูกำลัง มีสารเสพติดกระตุ้นการไหลเวียนของเลือด ทำให้ใจสั่นนอนไม่หลับ การดื่มกาแฟวันละ 8 แก้วขึ้นไป มีความสัมพันธ์กับการเพิ่มอัตราการเสียชีวิตของทารกแรกคลอด (Wisborg et al., 2003 cited in Pillitteri, 2007: 306) บุหรี่มีนิโคติน ซึ่งทำให้เส้นเลือดหดตัวมีผลให้การไหลเวียนเลือดไปสู่ทารกน้อยลง หญิงตั้งครรภ์ที่สูบบุหรี่เป็นประจำตลอดการตั้งครรภ์ ทารกในครรภ์จะขาดออกซิเจนเรื้อรัง ทำให้เจริญเติบโตช้าและมีน้ำหนักตัวน้อย มีความผิดปกติของสมอง พิการแต่กำเนิด หญิงตั้งครรภ์จึงควรหลีกเลี่ยงสิ่งเสพติดทุกประเภท

สรุปได้ว่าพฤติกรรมสุขภาพเป็นสิ่งสำคัญที่หญิงตั้งครรภ์พึงปฏิบัติ เพื่อให้เกิดผลลัพธ์การตั้งครรภ์ที่ดี และจากรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender, 2002) นั้นบุคคลจะมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้ต้องอาศัยปัจจัยหลายๆด้าน ปัจจัยส่วนบุคคลเป็นปัจจัยหนึ่งที่ช่วยให้บุคคลมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดีได้

ปัจจัยส่วนบุคคลกับพฤติกรรมสุขภาพ

ปัจจัยส่วนบุคคล (personal factors) เป็นปัจจัยเฉพาะของแต่ละบุคคล ตามแนวคิดของ เพนเดอร์ (Pender, 2002: 69) แบ่งปัจจัยส่วนบุคคลเป็น 3 ด้าน ได้แก่ ปัจจัยทางชีววิทยา (biologic factors) ปัจจัยทางจิตวิทยา (psychologic factors) ปัจจัยทางสังคมวัฒนธรรม (sociocultural factors) ดังกล่าวรายละเอียดไว้ข้างต้น เพนเดอร์เสนอว่า ปัจจัยส่วนบุคคลจะมีอิทธิพลโดยตรงต่อปัจจัยด้านความรู้และความรู้สึกลึกซึ้งที่เฉพาะเจาะจงต่อพฤติกรรม และมีอิทธิพลโดยตรงต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และได้ทดสอบรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพ โดยรวบรวมงานวิจัยที่ต้นและคณะ ศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ของปัจจัยส่วนบุคคลกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ พบว่ามี 17 ใน 29 งานวิจัย (ร้อยละ 59) ที่ปัจจัยส่วนบุคคลมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพจึงยังคงปัจจัยส่วนบุคคลไว้ในรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพที่ปรับปรุงใหม่ (Pender, 2002: 67)

ในประเทศไทยมีรายงานการศึกษาที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยส่วนบุคคลและพฤติกรรมสุขภาพ ดังนี้

เพ็ญศรี พรวิริยะทรัพย์ (2540) ศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของผู้หญิงโรคเบาหวานในภาค ตะวันตก และความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง พฤติกรรมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับดี พฤติกรรมด้านการออกกำลังกายและการพักผ่อน ด้าน อารมณ์และสังคม และด้านการป้องกันภาวะแทรกซ้อนอยู่ในระดับที่ควรได้รับการส่งเสริม ระดับ การศึกษา รายได้ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ ($p < 0.01$) ส่วนอาชีพ ระยะเวลาที่เจ็บป่วย การรับรู้ภาวะสุขภาพ และจำนวนบทบาทที่ได้รับ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$)

สสุติ ภูห่องไสย (2541) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของนักเรียนชั้น มัธยมศึกษาตอนปลาย อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น พบว่านักเรียนส่วนใหญ่มีพฤติกรรมสุขภาพ ระดับพอใช้ เพศ ผลการเรียน ระดับการศึกษาของบิดามารดา ประสบการณ์เกี่ยวกับพฤติกรรม ส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรม ส่งเสริมสุขภาพ และการรับรู้ความสามารถของบุคคล มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของ นักเรียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

ไพรมายส์ บินทิจิตต์ (2544) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับพฤติกรรม ส่งเสริมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี พบว่า พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับดี ปัจจัย ส่วนบุคคลทุกปัจจัย ได้แก่ อายุ เพศ อาชีพ รายได้ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ระยะการ

ดำเนินโรค ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$)

ปริศนา นวบุญเรือง (2535) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างสถานภาพสมรส ฐานะทางเศรษฐกิจ ระดับการศึกษา ความเชื่อด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม กับพฤติกรรมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ในภาคเหนือ พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ตั้งครรภ์ปกติและมีภาวะแทรกซ้อนทางสูติศาสตร์มีพฤติกรรมสุขภาพไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$)

ศุภาวดี แฉวเพ็ญ (2540) ศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมสุขภาพอนามัยของหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นโรคซิฟิลิสและสามี พบว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพ และรายได้ของครอบครัวเป็นตัวทำนายที่ดีที่สุด สามารถร่วมกันอธิบายความผันแปรของพฤติกรรมสุขภาพอนามัยของหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นโรคซิฟิลิสได้ร้อยละ 16 ($p < 0.05$)

อรทัย ธรรมกันมา (2540) ศึกษาการสนับสนุนของกลุ่มสมรส และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยง จากกลุ่มตัวอย่าง 180 ราย พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่คือร้อยละ 78.3 มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับดี ร้อยละ 21.7 อยู่ในระดับปานกลาง และไม่มีกลุ่มตัวอย่างที่มีพฤติกรรมสุขภาพไม่ดี เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านที่มีผู้ปฏิบัติได้ดีจำนวนมากที่สุดคือ ด้านโภชนาการร้อยละ 79.4 และด้านความสำเร็จในชีวิตแห่งตน ร้อยละ 73.9 และด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพร้อยละ 73.3 ในขณะที่ด้านการจัดการกับความเครียด และด้านการออกกำลังกายมีผู้ปฏิบัติอยู่ในเกณฑ์ดีเพียงร้อยละ 41.7 และ 22.8 สำหรับการสนับสนุนจากกลุ่มสมรสโดยรวมอยู่ในเกณฑ์ดี และการสนับสนุนจากกลุ่มสมรสมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ($r = 0.4772$, $p < 0.001$) เมื่อวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอนพบว่า การสนับสนุนของกลุ่มสมรส และอายุ สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงได้ร้อยละ 27.8 ($p < 0.001$)

อุณจิตต์ บุญสม (2540) ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมอยู่ในเกณฑ์ดี โดยพบกลุ่มตัวอย่างมากกว่าร้อยละ 80 มีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีในเรื่องของการไม่สูบบุหรี่ อาบน้ำด้วยวิธีตักอาบ หรือใช้ฝักบัว สวมรองเท้า สั้นเตี้ย แต่งกายด้วยเสื้อผ้าที่สะอาด หลวม และใส่สบาย ชำระล้างอวัยวะสืบพันธุ์ภายนอกทุกครั้ง หลังขับถ่าย ไม่ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์หรือชา กาแฟ มาฝากครรภ์ตามนัด ปฏิบัติตนตามคำแนะนำของแพทย์ พยาบาล และสังเกตอาการผิดปกติที่ต้องไปพบแพทย์ทันที ส่วนพฤติกรรมสุขภาพไม่เหมาะสมซึ่งพบมากกว่าร้อยละ 50 ได้แก่ การไม่ไปตรวจสุขภาพฟันขณะตั้งครรภ์ ส่วนพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมกับปัจจัยส่วนบุคคล กลุ่มตัวอย่างที่อายุตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไปมีพฤติกรรมดีกว่ากลุ่มที่มีอายุต่ำกว่า 20 ปี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) และพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีความ

แตกต่างของปัจจัยด้านรายได้ ระดับการศึกษา อายุครรภ์ อาชีพ ภาวะแทรกซ้อนระหว่างตั้งครรภ์ ลักษณะครอบครัว การวางแผนการตั้งครรภ์ และลำดับที่ของการตั้งครรภ์ ปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ ไม่แตกต่างกัน ($p > 0.05$)

คาริณี สุภาพ (2542) ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของคณงานหญิงตั้งครรภ์ที่ทำงานในโรงงานอุตสาหกรรม พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับดี และรายด้านคือ ด้านโภชนาการ ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ ด้านการจัดการกับความเครียด ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล และด้านความสำเร็จในชีวิตอยู่ในระดับดี ด้านพัฒนาการในระยะตั้งครรภ์อยู่ในระดับพอใช้ ส่วนด้านการออกกำลังกายอยู่ในระดับไม่ดี ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ การรับรู้สมรรถนะของตนเอง การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรม ร่วมกันอธิบายความผันแปรของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้ร้อยละ 35 ($p < 0.001$) โดยการรับรู้สมรรถนะของตนเอง การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมีผลทางบวกต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้อุปสรรคต่อพฤติกรรมมีผลทางลบต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

จะเห็นได้ว่ามีปัจจัยส่วนบุคคลหลายปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของบุคคล ซึ่งเป็นลักษณะเฉพาะที่อาจต่างกันไปในแต่ละกลุ่มที่ศึกษา ปัจจัยด้านเชื้อชาติและเผ่าพันธุ์เป็นปัจจัยส่วนบุคคลปัจจัยหนึ่งที่ส่งผลให้เกิดความแตกต่างด้านวัฒนธรรมของบุคคล ซึ่งรวมถึงพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลด้วย พฤติกรรมสุขภาพของชาวไทยภูเขาจึงเป็นพฤติกรรมที่มีแบบแผนของตนเอง ซึ่งเป็นผลจากความเชื่อในเรื่องความเจ็บป่วย สภาพสังคม วัฒนธรรม และเศรษฐกิจในแต่ละเผ่า ซึ่งพฤติกรรมเหล่านี้อาจส่งผลถึงผลลัพธ์ทางสุขภาพที่พึงประสงค์และไม่พึงประสงค์ โดยมีผู้ศึกษาไว้ดังนี้

โยธิน บุญเฉลย (2534) ศึกษาพฤติกรรมการเลือกใช่วิธีการรักษาพยาบาลของชาวไทยภูเขาเผ่ากะเหรี่ยงในจังหวัดแม่ฮ่องสอน และวิเคราะห์วิธีการรักษาพยาบาลที่กลุ่มตัวอย่างเลือกใช้ พบว่า เมื่อเกิดการเจ็บป่วยชาวกะเหรี่ยงส่วนมากจะใช่วิธีการรักษาพยาบาลมากกว่า 1 วิธี อาจเป็นการผสมผสานระหว่าง 2 วิธี หรือทั้ง 3 วิธี (แผนปัจจุบัน การแพทย์พื้นบ้าน แบบสามัญชน) การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างวิธีการรักษาพยาบาลที่เลือกใช้กับปัจจัยทางเศรษฐกิจ สังคม และประชากรของกลุ่มตัวอย่างพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีระดับฐานะทางเศรษฐกิจสูง มีขนาดที่ดินจำนวนมาก หัวหน้าครัวเรือนมีความสามารถในการใช้ภาษาไทย หัวหน้าครัวเรือนนับถือศาสนาคริสต์ ครัวเรือนได้รับข่าวสารมาก มีเส้นทางรถยนต์เข้าถึงกลุ่มบ้าน มีสถานบริการอยู่ในหมู่บ้าน และมีขนาดครัวเรือนเล็ก มีแนวโน้มที่จะเลือกใช่วิธีการรักษาแผนปัจจุบันมากกว่าครัวเรือนที่มีลักษณะ

ตรงกันข้าม ซึ่งเมื่อวิเคราะห์จะเห็นว่าทุกปัจจัยล้วนมีลักษณะซึ่งบ่งถึงความทันสมัยของแต่ละครัวเรือน

ธงชัย สาระกุล (2536) ศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพเรื่องภูมิปัญญาในการดูแลสุขภาพของชาวไทยภูเขาเผ่ากะเหรี่ยงในจังหวัดตากพบว่า ชาวไทยภูเขาเผ่ากะเหรี่ยงเชื่อว่าความเจ็บป่วยเป็นการกระทำของผี หากมนุษย์ไปทำให้ผีไม่พอใจในเรื่องใดก็ตาม ผีก็จะมาทำร้ายโดยทำให้บุคคลผู้นั้นเจ็บป่วย การรักษาความเจ็บป่วยนั้นต้องหาสาเหตุโดยการให้หมอผีประจำหมู่บ้านเสี่ยงทายให้ว่าเป็นการกระทำของผีจริงหรือไม่ และผีไม่พอใจเรื่องใด ถ้าเป็นการกระทำของผีก็จะทำพิธีเลี้ยงผี แต่ถ้าไม่ใช่ หมอผีก็จะหาคำตอบต่อไปว่า หากรักษาด้วยการแพทย์แผนปัจจุบันจะหายหรือไม่ ถ้าหายก็จะพามาับการรักษา แต่ถ้าไม่หายก็จะปล่อยผู้ป่วยไว้ที่บ้าน เผาตุ๋นการเท่นั้น ในส่วนของการตั้งครรภ์ หญิงตั้งครรภ์ชาวไทยภูเขาเผ่ากะเหรี่ยงจะปฏิบัติตามปกติเหมือนคนธรรมดาทั่วไปที่ไม่ตั้งครรภ์ คือทำงานหนักจนกระทั่งทำไม่ไหวจึงจะหยุดพักอยู่ที่บ้าน ในด้านการรับประทานอาหารนั้น หญิงตั้งครรภ์ชาวไทยภูเขาเผ่ากะเหรี่ยงจะงดกินอาหารหลายชนิด เช่น ไม้กินไข่ เนื้องัว เนื้อหมู ไข่ไก่ น้ำมัน มะเขือ เป็นต้น การห้ามกินไข่นั้น ชาวไทยภูเขาเชื่อว่าหากกินไข่ในระหว่างตั้งครรภ์และให้นมลูกจะทำให้ลูกเจริญเติบโตช้า สุขภาพไม่สมบูรณ์ การห้ามกินเนื้องู เพราะเชื่อว่าลูกที่คลอดออกมาจะเดินช้า (พัฒนาการช้ากว่าเด็กปกติ) การห้ามรับประทานอาหารประเภทไขมัน เพราะเชื่อว่าจะทำให้ลูกที่คลอดออกมามีไขมันติดตัวมาก ทำให้คลอดยาก การห้ามกินเนื้อหมูเพราะจะทำให้ลูกพิการ หรือถ้าไม่พิการเด็กโตขึ้นจนรอยเท้าเท่าพ่อแล้ว พ่อเด็กจะต้องตาย

ไชยณรงค์ ปีตุรัตน์ (2538) ศึกษาแบบแผนการบริโภคของครอบครัวชาวไทยภูเขาเผ่ากะเหรี่ยงใน ต.แม่เหาะ อ. แม่สะเรียง จ. แม่ฮ่องสอน พบว่าในแต่ละวันครอบครัวชาวไทยภูเขาประกอบอาหารเพียงครั้งเดียว เป็นอาหารประเภทเดียวและรับประทานตลอดทั้ง 3 มื้อ โดยไม่มีอาหารเฉพาะสำหรับเด็ก ผู้ป่วยหรือหญิงตั้งครรภ์ อาหารส่วนใหญ่เป็นพืชผักที่หาได้ในท้องถิ่น ส่วนอาหารประเภทโปรตีนนั้นจะได้รับประทานเฉพาะในช่วงงานพิธีสำคัญ เช่น งานแต่งงาน งานเลี้ยงผีบรรพบุรุษ ซึ่งจะจัดขึ้นไม่บ่อยนัก สอดคล้องกับการศึกษาของปิ่นแก้ว ยานะจิต (2544) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการบริโภคอาหารของชาวไทยภูเขาเผ่ากะเหรี่ยง ในอำเภอสบเมย จังหวัดแม่ฮ่องสอน พบว่าอาหารที่นิยมรับประทานบ่อยๆ ได้แก่ น้ำพริก ปลากระป๋อง แกงผักต่างๆ ทั้งใส่เนื้อสัตว์และไม่ใส่ ขนมหวานที่นิยม ได้แก่ ขนมต้ม กล้วยบวชชี และข้าวเหนียวดำ อาหารที่นิยมใช้ในเทศกาล หรือประเพณีต่างๆ ได้แก่ แกงข้าวเบอะ แกงเนื้อสัตว์ และลาบ การรับรู้ข่าวสารด้านการบริโภค ได้จาก พ่อค้า ร้านค้าในหมู่บ้าน และ โทรทัศน์ การศึกษานี้ชี้ให้เห็นว่า ชาวไทยภูเขายังบริโภคอาหารประเภทโปรตีนน้อย และกลุ่มชาวไทยภูเขาที่ยากจนอาจไม่มีโอกาสรับรู้ข่าวสารด้านการบริโภคจากการดูโทรทัศน์ ซึ่งอาจส่งผลให้มีพฤติกรรมบริโภคที่ไม่เหมาะสม

ทัศนีย์ ฉิมสุต (2542) ศึกษาการดูแลสุขภาพตนเองด้วยวิธีแพทย์พื้นบ้านของชาวไทยภูเขาเผ่ากะเหรี่ยงในอำเภอพบพระ จังหวัดตาก พบว่า การดูแลสุขภาพของชาวบ้านมี 3 วิธี วิธีแรกคือการดูแลสุขภาพด้วยตนเอง หรือโดยสมาชิกในครอบครัว เป็นการดูแลสุขภาพทั่วไปที่ชาวบ้านมีความรู้ และใช้วิธีรักษาที่รู้จักกันเป็นส่วนใหญ่ เช่น สมุนไพร วิธีที่สองคือการดูแลรักษาสุขภาพโดยถือปฏิบัติในช่วงเฉพาะเวลา เช่นการตั้งครุฑ หลังคลอด และเมื่อเจ็บป่วยบางประเภท และวิธีที่สามคือการรักษากับหมอพื้นบ้าน ซึ่งจะรักษาตามความเชื่อของการเกิดโรค โดยความเชื่อนี้ได้มาจากการ “การดูมือ” หรือการนั่งทางในนั่นเอง

พฤติกรรมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ชาวเขานั้นขึ้นอยู่กับแบบแผนของเผ่า และความเชื่อในการเกิดโรค ซึ่งมีผู้ศึกษาไว้ดังนี้

ทวีพร อุณหัจกร (2533) ศึกษาแบบแผนการใช้บริการสาธารณสุขในชาวไทยภูเขาเผ่ากะเหรี่ยง โดยสำรวจข้อมูลในหมู่บ้านกะเหรี่ยงที่อยู่ห่างไกล ในจังหวัดเชียงใหม่ พบว่า ผู้ป่วยในหมู่บ้านร้อยละ 69.7 ใช้บริการบำบัดรักษาจากพนักงานสุขภาพชุมชน ส่วนการใช้บริการด้านอนามัยแม่และเด็กนั้นมีการใช้บริการฝากครรภ์ การคลอดบุตร การดูแลหลังคลอด การฉีดวัคซีนป้องกันบาดทะยัก การฉีดวัคซีนคุ้มกันโรคในเด็ก และการคุมกำเนิดเป็นร้อยละ 6.3, 21.1, 14.7, 6.3, 65.3, และ 47.8 ตามลำดับ และทำการวิเคราะห์หาค่าเฉลี่ยพบค่าเฉลี่ยของความเจ็บป่วยและความรุนแรงของอาการมีความสัมพันธ์กับการใช้บริการบำบัดรักษา จะเห็นได้ว่าชาวไทยภูเขาเข้าถึงบริการในสาธารณสุขในชุมชนได้น้อย โดยเฉพาะการฝากครรภ์ซึ่งชาวไทยภูเขานิยมมารับบริการน้อยที่สุดเมื่อเปรียบเทียบกับบริการด้านอนามัยแม่และเด็กด้านอื่นๆ ซึ่งปัญหาดังกล่าวเกิดเนื่องจากเหตุผลใดนั้น ต้องมีการศึกษาต่อไป

วันดี หน่อคำศักดิ์ (2535) ศึกษาความเชื่อของหญิงตั้งครรภ์ชาวไทยภูเขาเผ่าลีซอในอำเภอแม่แตง จังหวัดเชียงใหม่ พบว่าวิถีการดำรงชีวิตของลีซอจะเคารพผู้อาวุโส ยึดถือขนบธรรมเนียม ประเพณี ความเชื่อและข้อห้ามของเผ่าเป็นแนวปฏิบัติอย่างเคร่งครัด ซึ่งปัจจัยหลายอย่างมีผลกระทบต่อสุขภาพของมารดาและทารก โดยลีซอถือว่าการตั้งครรภ์เป็นเรื่องปกติตามธรรมชาติ ไม่จำเป็นต้องปฏิบัติตัวให้พิเศษแตกต่างจากคนปกติ ให้ปฏิบัติตามกิจประจำวันตามปกติ ในด้านการฝากครรภ์นั้น ไม่มีความจำเป็น เพราะบรรพบุรุษของลีซอก็สามารถคลอดได้โดยไม่มี การฝากครรภ์ นอกจากนี้ยังมีความเชื่อว่าการให้คนอื่นดูและจับต้องท้องที่โตในขณะตั้งครรภ์ โดยเฉพาะเจ้าหน้าที่ชายอาจเกิดการผิดผีได้ ถ้าหญิงตั้งครรภ์แล้ว หรือกังวลเกี่ยวกับสุขภาพตนเองและทารกในครรภ์ ผู้สูงอายุก็จะแนะนำให้ไปหาหมอผีเพื่อเรียกขวัญให้คลายความกลัว ในด้านการทำงาน ขณะตั้งครรภ์หญิงลีซอจะทำงานเหมือนกับเมื่อไม่ตั้งครรภ์ โดยเชื่อว่าการทำงานระหว่างตั้งครรภ์จะทำให้คลอดง่าย นอกจากนี้ตั้งคนลีซอที่ยกย่องชายมากกว่าหญิง ผู้หญิงจึงต้องทำงานหนัก

ทั้งงานบ้าน งานในไร่ และงานเย็บผ้ามุ่งห่มสำหรับบุคคลในครอบครัว สังคมลือซอจึงมองว่าหญิงลือซอที่ไม่ทำงานถือว่าเป็นคนไม่ดี ในด้านการพักผ่อนนั้น เค้าลือซอมีข้อห้ามหญิงมีครรภ์นอนในเวลากลางวัน เพราะเชื่อว่าจะทำให้เกิดการผิดปกติได้ง่าย และยังเชื่อว่าการนอนกลางวันจะทำให้รกเกาะติดแน่น ทำให้รกค้างหลังคลอด ในด้านโภชนาการ หญิงตั้งครรภ์รับประทานอาหารวันละ 3 มื้อ หากวันใดหยุดงานอยู่กับบ้านก็จะรับประทาน 2 มื้อเท่านั้น เพราะถือว่าไม่ได้ใช้แรงมาก และมีความเชื่อว่าหากรับประทานอาหารในปริมาณที่มากกว่าปกติจะทำให้ทารกในครรภ์ตัวโต คลอดยาก ส่วนประเภทของอาหารนั้นส่วนใหญ่จะรับประทานข้าวในปริมาณมากเพื่อให้อิ่ม กับข้าวส่วนใหญ่จะเป็นผักต้ม ส่วนอาหารจำพวกไข่ นม จะได้รับประทานนานๆ ครั้งตามกำลังทรัพย์ และเนื้อสัตว์ก็จะได้รับประทานเมื่อมีงานพิธีสำคัญเท่านั้น นอกจากนี้สภาพทางเศรษฐกิจของลือซอนั้นค่อนข้างยากจน จะใช้จ่ายเมื่อจำเป็นเท่านั้น เช่นเมื่อเจ็บป่วยหรือเมื่อมีประเพณีสำคัญ สังคมลือซอจึงไม่ค่อยใช้จ่ายเงิน จะรับประทานอาหารเท่าที่หามาได้เท่านั้น หากการไปรับบริการฝากครรภ์ต้องเสียค่าบริการ ค่าเดินทาง และค่าอาหาร ลือซอก็จะไม่ไปฝากครรภ์ซ้ำอีก ผลการวิเคราะห์จากแบบสอบถามเรื่องความเชื่อ พบว่าประชากรส่วนใหญ่มีความเชื่อในการปฏิบัติตนในระยะตั้งครรภ์โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง และพบว่าหญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุ ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ขนาดของครอบครัว ลำดับที่ของการตั้งครรภ์ที่แตกต่างกัน มีความเชื่อในการปฏิบัติตัวขณะตั้งครรภ์ไม่แตกต่างกัน ($p > 0.05$) หญิงตั้งครรภ์ที่ฝากครรภ์มีความเชื่อต่อการปฏิบัติตัวในระยะตั้งครรภ์ดีกว่ากลุ่มที่ไม่ฝากครรภ์ ($p < 0.05$)

วรรณศรี วรรณสนทยา (2541) ศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ชาวไทยภูเขาเผ่ากะเหรี่ยงในอำเภอแม่สะเรียง จังหวัดแม่ฮ่องสอน โดยพฤติกรรมหลักที่ศึกษาได้แก่ ด้านการรับประทานอาหาร ด้านการทำงาน และด้านการฝากครรภ์ ผลการศึกษาพบว่าในด้านการรับประทานอาหารนั้นหญิงตั้งครรภ์ส่วนใหญ่รับประทานผักและผลไม้ทุกชนิด ไข่ นมสด นมกล่อง เนื้อสัตว์ทุกชนิดเท่าที่สามารถหาได้ ไม่สูบบุหรี่และไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ในด้านการทำงาน กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ต้องทำงานหนักตลอดการตั้งครรภ์ โดยลักษณะงานเป็นงานที่ต้องใช้แรง เช่น ดำข้าว ผ่าฟัน ทำงานในไร่ ซึ่งมีเพียง 1 ใน 4 ของกลุ่มตัวอย่างเท่านั้นที่ไม่ได้ทำงานหนักในระยะตั้งครรภ์ ส่วนในด้านการฝากครรภ์นั้น ร้อยละ 83.6 ทราบว่าต้องไปฝากครรภ์ ร้อยละ 14.8 ไม่ทราบ และร้อยละ 1.6 ไม่แน่ใจ โดยกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 78.1 ไปฝากครรภ์ และร้อยละ 21.9 ไม่ไปฝากครรภ์แต่มีการดูแลตนเองที่บ้าน เช่น ขอคำแนะนำจากผู้อาวุโส และเลี้ยงผี

ทวีรัตน์ ศรีสุนันทา (2541) ศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของชาวไทยภูเขาเผ่ากะเหรี่ยง และเผ่ามั่ว พบว่ากลุ่มตัวอย่างร้อยละ 46.2 ไม่เคยฝากครรภ์ ร้อยละ 34.6 ฝากครรภ์ไม่ครบตามเกณฑ์ และร้อยละ 19.2 ฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์ โดยในกลุ่มที่มาฝากครรภ์นั้น ร้อยละ 32.1 มาฝากครรภ์

ในไตรมาสแรก ร้อยละ 67.9 มาฝากครรภ์ในไตรมาสที่สอง เมื่อสัมภาษณ์กลุ่มที่ไม่ไปฝากครรภ์ถึงเหตุผลที่ไม่ไปฝากครรภ์ กลุ่มตัวอย่างตอบว่า เดินทางลำบาก (ร้อยละ 33.2) ไม่อยากไป กลัวหมอ (ร้อยละ 29.2) ไม่ทราบประโยชน์ (ร้อยละ 29.2) ไม่มีเงินค่าพาหนะ/อาหาร (ร้อยละ 4.2) ไม่ทราบว่าจะไปฝากครรภ์ที่ไหน (ร้อยละ 4.2) และพบว่า พฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ที่พบสูงคือ พฤติกรรมการทำงานหนัก การพักผ่อนน้อย การไม่เข้าถึงสถานบริการด้านสาธารณสุข และการบริโภคอาหารไม่ถูกหลัก โดยหญิงตั้งครรภ์ที่ไม่ไปฝากครรภ์จะมีพฤติกรรมเสี่ยงสูงกว่าหญิงตั้งครรภ์ที่ไปรับบริการฝากครรภ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) กลุ่มตัวอย่างมีความเชื่อที่เสี่ยงต่อสุขภาพที่ต่างกัน แต่มีพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพไม่ต่างกัน ($p > 0.05$) งานวิจัยนี้แสดงให้เห็นว่าหญิงตั้งครรภ์อาจไม่ได้มีพฤติกรรมที่เป็นไปตามความเชื่อของตนเสมอไป การแสดงพฤติกรรมได้ออกมานั้นอาจขึ้นอยู่กับปัจจัยอื่นๆร่วมด้วย

วีรวรรณ เสถียรกาล (2542: 97-101) ศึกษาพฤติกรรมอนามัยของหญิงไทยบนพื้นที่สูงพบว่า สัดส่วนของหญิงไทยบนพื้นที่สูงที่มีการฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์มีร้อยละ 46.9 หญิงบนพื้นที่สูงได้รับการทำคลอดโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขหรือผดุงครรภ์โบราณที่อบรมแล้วมีร้อยละ 61.7 และมีผู้ที่มีการดูแลหลังคลอดครบตามเกณฑ์มีเพียงร้อยละ 28.4 ซึ่งพฤติกรรมทั้งหมดนี้ต่ำกว่าเป้าหมายของแผนพัฒนาการสาธารณสุข และผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมอนามัยของหญิงไทยบนพื้นที่สูง กับปัจจัยด้านประชากร เศรษฐกิจ สังคม และปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อการฝากครรภ์พบว่า ตัวแปรที่กำหนดความแตกต่างของพฤติกรรมการฝากครรภ์ของหญิงไทยบนพื้นที่สูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ได้แก่ ชาติพันธุ์ การศึกษา อาชีพ สวัสดิการด้านการรักษาพยาบาล และระยะทางจากครัวเรือนถึงสถานบริการสาธารณสุข โดยกลุ่มชาติพันธุ์ที่พูดภาษามอญ-เขมร (ลัวะ ถิ่น ขมุ) มีสัดส่วนของการฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์สูงกว่ากลุ่มชาติพันธุ์ที่พูดภาษาธิเบต-พม่า (กะเหรี่ยง มูเซอ อีเก้อ ลีซอ) กลุ่มที่ได้เรียนหนังสือมีสัดส่วนการฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์สูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้เรียนหนังสือ กลุ่มที่ประกอบอาชีพนอกภาคเกษตรกรรมและกลุ่มที่ว่างงานมีสัดส่วนของการฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์สูงกว่ากลุ่มที่ประกอบอาชีพนอกภาคเกษตรกรรม กลุ่มที่มีสวัสดิการด้านการรักษาพยาบาลมีสัดส่วนของการฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์สูงกว่ากลุ่มที่ไม่มีสวัสดิการด้านการรักษาพยาบาล และกลุ่มที่มีระยะทางจากครัวเรือนถึงสถานบริการไม่เกิน 2 กิโลเมตร มีสัดส่วนการฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์สูงกว่ากลุ่มที่อาศัยอยู่ห่างจากสถานบริการเป็นระยะทาง 3-5 กิโลเมตร และระยะทาง 6 กิโลเมตรขึ้นไป และในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้ตั้งข้อสังเกตจากข้อมูลที่วิเคราะห์ว่าสตรีที่อายุน้อยมีแนวโน้มของการฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์สูงกว่าสตรีที่มีอายุมาก

สรุปได้ว่าพฤติกรรมสุขภาพของชาวไทยภูเขาขึ้นอยู่กับปัจจัยด้านความเชื่อ และบริบททางสังคม เมื่อเจ็บป่วย ชาวไทยภูเขาส่วนใหญ่จะใช้วิธีดูแลสุขภาพด้วยตนเองตามความเชื่อ ซึ่งรวมถึงพฤติกรรมสุขภาพในระยะตั้งครรภ์ด้วย

ปัจจัยส่วนบุคคลอื่นๆที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล มีผู้ศึกษาไว้ดังนี้

1. อายุ

อายุมีส่วนสัมพันธ์กับพัฒนาการด้านอารมณ์ กล่าวคือ เมื่อหญิงตั้งครรภ์อายุมากขึ้นย่อมมีภูมิต้านทานเพิ่มขึ้น ทำให้สามารถปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงต่างๆได้ดี มีความรับผิดชอบต่อสุขภาพอนามัยของตนเองได้มากขึ้น โดยหญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุมากกว่าจะมีพฤติกรรมป้องกันการโรคและส่งเสริมสุขภาพดีกว่าหญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุน้อยกว่า (Lowenstein and Rinehart, 1981: 254) สำหรับในงานวิจัย มีผู้นำตัวแปรอายุมาศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ คือ วิลาลักษณ์ วัฒนธรรมา (2545: 3-16) พบว่า อายุ สามารถร่วมทำนายความแปรปรวนของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ได้ร้อยละ 22.0 ($p < 0.01$) สอดคล้องกับการศึกษาของ อรทัย ธรรมกันทา (2540: 75) ศึกษาพบว่าอายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพ ($r = 0.24$, $p < 0.001$) และสามารถร่วมกับการสนับสนุนจากคู่สมรสทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงได้ ร้อยละ 27.8 ($p < 0.001$) แต่มีการศึกษาที่ให้ผลต่างกัน กล่าวคือ ชวนี เชื้อวเอี่ยมวัฒนา (2534: 61) ศึกษาพบว่าอายุไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพระหว่างตั้งครรภ์ในกลุ่มตัวอย่างหญิงหลังคลอดที่มาคลอดในโรงพยาบาลสังกัดกรุงเทพมหานคร โดยกลุ่มที่มีอายุในช่วง 20-30 ปี 31-40 ปี และอายุ 40 ปีขึ้นไป มีพฤติกรรมสุขภาพไม่แตกต่างกัน ($p > 0.05$)

2. ระดับการศึกษา

การศึกษาส่งเสริมให้บุคคลมีทักษะในการแสวงหาข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวระหว่างตั้งครรภ์ มีความเข้าใจเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ การเจ็บป่วย และการรักษา สามารถซักถามข้อข้องใจตลอดจนมีการใช้แหล่งประโยชน์ต่างๆที่จะช่วยในการส่งเสริมสุขภาพตนเองและทารกในครรภ์ได้ดีกว่า ซึ่งมีผู้ศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมด้านนี้ไว้ คือ สุปราณี ชัยเชื่อนจันทร์ (2546: 75) ศึกษาพบว่าปัจจัยด้านระดับการศึกษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์แรกที่มาฝากครรภ์ในโรงพยาบาลราชวิถีอย่างมีนัยสำคัญ ($p < 0.05$) โดยผู้มีระดับการศึกษาสูงจะมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองอยู่ในระดับสูง สอดคล้องกับการศึกษาของ ชนิศรา แจ่มวงศ์ (2544: 83-84) ซึ่งศึกษาพบว่า หญิงตั้งครรภ์ที่ฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลราชวิถีที่มีระดับการศึกษาและอาชีพที่แตกต่างกัน มีพฤติกรรมการใช้ยาที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) โดยผู้ที่มีอาชีพ พนักงานรัฐวิสาหกิจ/รับราชการมีพฤติกรรมการใช้ยาที่ดีที่สุด รองลงมาได้แก่ อาชีพแม่บ้าน

รับจ้าง ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว และเกษตรกรรมตามลำดับ และผู้ที่มีการศึกษาในระดับอุดมศึกษามีพฤติกรรมการใช้จ่ายที่สูงสุด รองลงมาได้แก่ระดับมัธยมศึกษา ประถมศึกษา และต่ำกว่าประถมศึกษาตามลำดับ แต่มีการศึกษาที่ให้ผลต่างกับงานวิจัยข้างต้น กล่าวคือ ดาริณี สุวภาพ (2542: 58-59) ศึกษาพบว่าระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของพนักงานหญิงตั้งครรภ์ที่ทำงานในโรงงานอุตสาหกรรม

3. อาชีพ

อาชีพเกี่ยวข้องกับลักษณะงาน การพักผ่อน และการจัดสรรเวลาที่จะปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อส่งเสริมสุขภาพ หญิงตั้งครรภ์ที่เป็นแม่บ้านหรือมีอาชีพที่ต้องทำงานในบ้านอาจมีบุคคลในครอบครัวคอยดูแลช่วยเหลืองาน เพื่อให้สามารถปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ เช่น การนอนพัก การออกกำลังกาย การผ่อนคลาย รวมถึงการดูแลสุขภาพด้านอื่นๆ ได้ตามเวลาที่ต้องการ แต่ในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ที่ต้องออกไปทำงานนอกบ้านอาจมีลักษณะงานที่ต้องปฏิบัติด้วยตนเองและต้องทำงานอย่างต่อเนื่อง ไม่เอื้ออำนวยให้ปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพได้ตามที่ต้องการ นอกจากนี้ลักษณะงานที่ต้องใช้แรง เช่น เกษตรกรรม หรือกรรมกร อาจทำให้หญิงตั้งครรภ์เหนื่อยล้าจากการทำงาน ขาดความสนใจต่อการหาความรู้ หรือปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งมีผู้ศึกษาปัจจัยด้านอาชีพกับการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพคือ สุมิตตา สว่างทุกข์ (2540: 50 - 54) ศึกษาพบว่าหญิงตั้งครรภ์ที่ฝากครรภ์ไม่ครบตามเกณฑ์ ที่มีอาชีพใช้แรงงาน มีพฤติกรรมปฏิบัติตนเพื่อคงไว้ซึ่งสุขภาพต่างจากกลุ่มที่มีอาชีพไม่ใช้แรงงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ซึ่งต่างจากการศึกษาของ มาลี เจริญเมือง (Charoenmuang, 1990: 95) ที่พบว่าหญิงตั้งครรภ์ที่มีอาชีพต่างกัน คือ แม่บ้าน ธุรกิจส่วนตัว ผู้ใช้แรงงาน และเกษตรกร มีพฤติกรรมการมารับบริการฝากครรภ์ไม่แตกต่างกัน ($p > 0.05$)

4. รายได้ครอบครัว

รายได้ครอบครัวเป็นสิ่งสำคัญต่อการได้มาซึ่งปัจจัยอื่นๆ ที่จำเป็นต่อการดำรงชีพของบุคคลในครอบครัว หญิงตั้งครรภ์มีความจำเป็นต้องใช้รายได้ของครอบครัวบางส่วนในการดูแลและส่งเสริมสุขภาพของตนและทารกในครรภ์ ความเพียงพอของรายได้ครอบครัวจึงมีส่วนสำคัญต่อพฤติกรรมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ ดังมีผู้ศึกษาคือ มยุรี นิรัทธาคร (2539: 68) ศึกษาพบว่ารายได้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพ และสามารถร่วมทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นได้ร้อยละ 34.4 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) สอดคล้องกับการศึกษาของ วรารัตน์ ทองศิริมา (Thongsirima, 2003: 41) ที่พบว่ารายได้ครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการใช้เส้นทางถูกรักซึ่งเป็นคู่มือการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพในระยะ

ตั้งครรภ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) กล่าวคือ กลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้ครอบครัวสูงมี พฤติกรรมสุขภาพในระยะตั้งครรภ์ดี แต่ต่างจากการศึกษาที่ได้ผลต่างจากการศึกษาของวัชร วัชรมัย (2532: 67) ซึ่งพบว่าปัจจัย อายุ และ รายได้ ไม่มีความสัมพันธ์กับการมาฝากครรภ์ของหญิงตั้งครรภ์ ในอำเภอนางรอง จังหวัดบุรีรัมย์ ($p > 0.05$)

5. ลักษณะครอบครัว

หญิงตั้งครรภ์ที่อยู่ในครอบครัวเดี่ยวอาจต้องทำงานบ้านโดยไม่มีผู้ช่วยเหลือ อาจทำให้ เวลาไม่เอื้อต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ รวมถึงไม่มีบุคคลในครอบครัวที่มีประสบการณ์ เกี่ยวกับการตั้งครรภ์ เช่น แม่ และยาย มาคอยให้คำแนะนำในการปฏิบัติพฤติกรรมในระยะตั้งครรภ์ ส่วนสตรีที่อยู่ในครอบครัวขยายนั้นอาจมีบุคคลอื่นคอยช่วยเหลือเรื่องงานบ้าน และคอยให้ คำแนะนำเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ ลักษณะครอบครัวที่ต่างกันจึงอาจมีผลให้การปฏิบัติพฤติกรรม สุขภาพต่างกัน แต่ในด้านตรงกันข้ามลักษณะครอบครัวขยายที่มีสมาชิกจำนวนมาก อาจส่งผลให้ หญิงตั้งครรภ์ต้องรับบทบาทที่หลากหลายและรับภาระในการดูแลสมาชิกในครอบครัว ซึ่งทำให้มี เวลาส่วนตัวในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพน้อยลง ดังเช่นการศึกษาของนันทยา อัจจิต (2544: 110) ที่พบว่าหญิงตั้งครรภ์แรกที่มาฝากครรภ์ในโรงพยาบาลบางพลี จังหวัดสมุทรสาคร ที่อาศัยอยู่ใน ครอบครัวที่มีลักษณะต่างกัน คือ ครอบครัวเดี่ยวและครอบครัวขยายมีความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติ เกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพไม่แตกต่างกัน ($p > 0.05$) สอดคล้องกับการศึกษาของอุณจิตร บุญสม (2541: 44) ที่พบว่าหญิงตั้งครรภ์ที่อยู่ในครอบครัวเดี่ยว และครอบครัวขยายมีพฤติกรรมส่งเสริม สุขภาพที่ไม่แตกต่างกัน ($p > 0.05$)

จะเห็นได้ว่ามีงานวิจัยที่ศึกษาพบว่า ปัจจัยส่วนบุคคลหลายปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับ การปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ ซึ่งอาจมีความแตกต่างกันไปในแต่ละกลุ่มที่มีสังคม และวัฒนธรรม ที่แตกต่างกัน

พฤติกรรมสุขภาพกับผลลัพธ์ของการตั้งครรภ์

ผลลัพธ์ของการตั้งครรภ์เป็นดัชนีชี้วัดสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์และงานอนามัยแม่และ เด็ก ผลลัพธ์ของการตั้งครรภ์ขึ้นอยู่กับปัจจัยสุขภาพและการดูแลสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ ผลลัพธ์ ของการตั้งครรภ์ที่พึงประสงค์คือ มารดาและทารกปลอดภัยตลอดระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และ หลังคลอด ตัวชี้วัดที่บอกผลลัพธ์การตั้งครรภ์ด้านมารดา คือ อัตราตายของมารดา (maternal mortality rate) ซึ่งเป็นผลมาจากภาวะแทรกซ้อนในทุกระยะ ด้านทารกคือ อัตราตายปริกำเนิด

(perinatal mortality rate) ซึ่งเป็นผลมาจากภาวะสุขภาพของทารกตั้งแต่ในครรภ์จนถึงคลอด (Burrough, 1997: 3-4) ทารกที่มีสุขภาพดีควรมีการเจริญเติบโตปกติ อยู่ในครรภ์จนครบกำหนด มีสภาวะการทำงานของร่างกายสมบูรณ์เมื่อคลอด ผลลัพธ์การตั้งครรภ์มีผลเกี่ยวเนื่องกับพฤติกรรมสุขภาพของมารดาในระยะตั้งครรภ์ ดังมีรายละเอียดและรายงานการศึกษา ดังนี้

น้ำหนักทารกแรกเกิด

น้ำหนักทารกแรกเกิดบ่งบอกถึงความสมบูรณ์ของทารกในช่วงอยู่ในครรภ์ ทารกคลอดครบกำหนดควรมีน้ำหนัก 2,500 กรัมขึ้นไป แต่ถ้ามีภาวะใดที่มีผลต่อการเจริญเติบโตในครรภ์ ทารกก็มีน้ำหนักแรกเกิดน้อย (น้อยกว่า 2,500 กรัม) สาเหตุเกิดได้จากหลายปัจจัย เช่น โรคผิดปกติ มารดามีปัญหาเกี่ยวกับภาวะโภชนาการ เป็นต้น ทารกแรกเกิดจะมีปัญหาการขาดออกซิเจนแรกคลอด ภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำ เลือดหนืด ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ ในระยะยาวทารกจะมีพัฒนาการด้านร่างกายช้ากว่าทารกปกติ อาจมีปัญหาในการเรียน การพูดและการใช้ภาษา การป้องกัน ควรประเมินการเจริญเติบโตของทารกในครรภ์อย่างสม่ำเสมอ หากพบความผิดปกติต้องมีการติดตามตรวจหาสาเหตุ และแก้ไขปัญหามารดาควรได้รับการพักผ่อนเต็มที่ เพิ่มปริมาณสารอาหารในรายที่ขาด (พิมล ศรีสุภาพ ในวันดี วราวิทย์ และคณะบรรณารักษ์, 2540: 299) จะเห็นได้ว่าการป้องกันทารกน้ำหนักน้อยเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมของมารดาในระยะตั้งครรภ์ กล่าวคือ ต้องรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ เพียงพอกับความต้องการของทารก และฝากครรภ์อย่างสม่ำเสมอเพื่อประเมินการเจริญเติบโตและความผิดปกติของทารกในครรภ์

มีผู้ศึกษาปัจจัยเสี่ยงในการคลอดทารกน้ำหนักน้อย ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการคลอดทารกน้ำหนักน้อย และพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับการคลอดทารกน้ำหนักน้อย รายงานไว้ดังนี้ นงนุช บุญเกียรติ (2529: 51-56) ศึกษาย้อนหลังหาปัจจัยที่มีผลต่อการคลอดทารกน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม พบว่า หญิงตั้งครรภ์ที่ไม่ฝากครรภ์จะเสี่ยงต่อการคลอดทารกก่อนกำหนดและน้ำหนักน้อยมากกว่า หญิงตั้งครรภ์ที่ฝากครรภ์ หญิงตั้งครรภ์ที่ไม่มีการปรับพฤติกรรมการรับประทานอาหารโดยยังรับประทานอาหารเท่าเดิมหรือน้อยกว่าก่อนตั้งครรภ์ มีอัตราการเกิดทารกน้ำหนักน้อยสูงกว่ามารดาที่มีการปรับเปลี่ยนการรับประทานอาหารในปริมาณที่สูงขึ้น และพบว่าภาวะโภชนาการของมารดา มีความสัมพันธ์ทางบวกกับน้ำหนักของทารกที่คลอดครบกำหนด

ออร์ม เคอร์ทิส และเทย์เลอร์ (Orme, Curtiss and Taylor, 1993: 617-630) แห่งมหาวิทยาลัยชิคาโก ได้วิเคราะห์ปัจจัยที่ทำให้เกิดการคลอดทารกน้ำหนักน้อยพบว่า การฝากครรภ์ของหญิงตั้งครรภ์มีผลต่อการเกิดทารกน้ำหนักน้อย ซึ่งผลการวิจัยดังกล่าวสอดคล้องกับการศึกษาของคาบรอล ฟรุ ดิเวนสัน และซัคแมน (Cabral, Frud, Levenson and Zuckman, 1990) ที่ศึกษา

พบว่าหญิงตั้งครรภ์ที่มีจำนวนครั้งของการฝากครรภ์มากกว่าจะคลอดทารกที่มีน้ำหนักแรกคลอด ความยาวของลำตัว และเส้นรอบศีรษะมากกว่ามารดาที่มีจำนวนครั้งของการฝากครรภ์น้อยกว่า

อัจฉรา ตั้งสถาพรพงษ์ (2544: 629-636) ศึกษาเปรียบเทียบปัจจัยที่มีผลต่อการคลอดทารกน้ำหนักน้อยกลุ่มที่คลอดก่อนกำหนดและกลุ่มที่คลอดครบกำหนด ที่มาคลอดในโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ พบว่า ทารกน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัมที่คลอดก่อนกำหนด มารดามีจำนวนครั้งของการฝากครรภ์มากกว่า มารดาของทารกน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัมที่คลอดครบกำหนด ($p < 0.05$)

ปรีดา แด่อารักษ์ (2541: 39-46) ศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับน้ำหนักทารกแรกเกิดของมารดาที่คลอดในโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชนครไทยพบว่า การฝากครรภ์น้อยกว่า 8 ครั้ง มีความสัมพันธ์กับการคลอดทารกน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) และมีความเสี่ยงที่จะคลอดทารกน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม เป็น 6.7 เท่าของมารดาที่ฝากครรภ์ 8 ครั้งขึ้นไปอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) และการฝากครรภ์ครบ 4 ครั้งตามเกณฑ์ของกระทรวงสาธารณสุขไม่มีความสัมพันธ์กับน้ำหนักทารกแรกเกิด ($p < 0.05$)

ดวงพร จินตโนทัยถาวร (2536: 100 - 106) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างอายุครรภ์เมื่อฝากครรภ์ครั้งแรก และจำนวนครั้งของการฝากครรภ์ กับสุขภาพมารดาและทารก พบว่า หญิงที่มีจำนวนครั้งของการฝากครรภ์มากกว่า จะมีภาวะแทรกซ้อนในระยะคลอดน้อยกว่า และให้กำเนิดทารกที่มีน้ำหนักแรกเกิด 3,000 กรัมขึ้นไปมากกว่าหญิงที่มีจำนวนครั้งของการฝากครรภ์น้อย อายุครรภ์ที่ฝากครรภ์ครั้งแรกไม่มีความสัมพันธ์กับการให้กำเนิดทารกที่มีน้ำหนักแรกเกิด 3,000 กรัมขึ้นไป

อรสา เปรมนาวิน (2530: 68-79) ศึกษาในมารดาที่ตั้งครรภ์ครบกำหนด ซึ่งมาคลอดที่ศูนย์อนามัยเขต 4 จังหวัดขอนแก่น พบว่า การปฏิบัติตนด้านโภชนาการมีความสัมพันธ์ทางบวกกับน้ำหนักแรกเกิดของทารก ความยาวของทารก และน้ำหนักรกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$, 0.01 และ 0.05 ตามลำดับ) และคะแนนความรู้ และการปฏิบัติตนของหญิงตั้งครรภ์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะโภชนาการของมารดา ($p < 0.05$)

บุญศรี กิตติโชติพานิช (Kittichotpanich, 2001: 155-159) ศึกษาความสัมพันธ์เชิงเหตุผลระหว่างพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพทางโภชนาการและผลลัพธ์ของการตั้งครรภ์ในหญิงตั้งครรภ์ที่มีรายได้น้อยในกรุงเทพมหานคร พบว่า พฤติกรรมทางโภชนาการมีความสัมพันธ์โดยตรงกับภาวะโภชนาการของมารดา ($p < 0.01$) พฤติกรรมทางโภชนาการ และภาวะโภชนาการของหญิงตั้งครรภ์มีความสัมพันธ์โดยตรงกับน้ำหนักทารกแรกเกิด ($p < 0.01$)

โมซัวคิวิช ลัค และ วูล์ฟ (Mozurkewich, Luck and Wolf, 2000: 623-635) ทำการศึกษาลักษณะงานที่ทำกับผลลัพธ์ของการตั้งครุฑที่ไม่ดี พบว่า ผู้ที่ทำงานที่ต้องใช้แรงมาก (physically demanding work) มีโอกาสคลอดทารกน้ำหนักน้อยกว่าอายุครรภ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (OR 1.37, 95% CI 1.30, 1.96)

อุษมา สุทธิพนไพศาล (2539: 79 - 99) ศึกษาภาวะการทำงานและสภาวะแวดล้อมที่มีอิทธิพลต่อผลลัพธ์ของการตั้งครุฑของหญิงตั้งครุฑที่ทำงานในโรงงานอุตสาหกรรมเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑลพบว่า หญิงที่ทำงานในสภาวะแวดล้อมที่มีสารเคมี คลอดทารกน้ำหนักน้อยกว่าหญิงตั้งครุฑที่ไม่ได้ทำงานภายใต้สภาวะแวดล้อมเดียวกัน ($p < 0.05$)

ศิริพร กัญชนะและคณะ (2546: 87) ศึกษาผลของการออกกำลังกายต่อสุขภาพมารดาและทารกในประเทศไทย โดยเปรียบเทียบผลลัพธ์ของการตั้งครุฑในหญิงตั้งครุฑกลุ่มที่ออกกำลังกายตามโปรแกรมที่กำหนดกับกลุ่มที่ไม่ได้เข้าโปรแกรม พบว่าน้ำหนักแรกคลอดของทารกที่คลอดจากมารดาทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน ($p < 0.05$)

สุริรัตน์ ศุภวัฒน์ (2536: 59 - 64) ศึกษาพบว่ามารดาที่คลอดทารกน้ำหนักปกติ มีคะแนนแบบแผนชีวิตในระยะตั้งครุฑโดยรวม ซึ่งประกอบด้วย ด้านโภชนาการ ด้านการใช้ยาและสารอื่นๆ ด้านการทำงาน ด้านการดูแลสุขภาพขณะตั้งครุฑ และด้านสุขภาพจิตของ แตกต่างกับมารดาที่คลอดทารกน้ำหนักน้อยอย่างมีนัยสำคัญ ($p < 0.01$) โดยมารดาที่คลอดทารกน้ำหนักปกติมีคะแนนแบบแผนชีวิตในระยะตั้งครุฑสูงกว่ามารดาที่คลอดทารกน้ำหนักน้อย เมื่อพิจารณาพฤติกรรมรายด้านพบว่า มารดาที่คลอดทารกแรกเกิดน้ำหนักปกติ มีแบบแผนการดำเนินชีวิตในด้านโภชนาการ ด้านการใช้ยาและสารอื่นๆ ด้านการทำงาน และด้านการดูแลสุขภาพขณะตั้งครุฑเหมาะสมกว่ามารดาที่คลอดทารกน้ำหนักน้อยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01, 0.01, 0.05$, และ 0.001 ตามลำดับ) นอกจากนี้ยังพบว่าปัจจัยด้านลักษณะประชากรในเรื่องอายุ รายได้ เหลือของครอบครัว ระดับการศึกษา และอาชีพของมารดาที่คลอดทารกน้ำหนักปกติและมารดาที่คลอดทารกน้ำหนักน้อยนั้น ไม่แตกต่างกัน ($p > 0.05$)

ลัดดา อมรประกาศ (Amornprakas, 2005: 52 - 54) ศึกษาเปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพในระยะตั้งครุฑและผลลัพธ์ของการตั้งครุฑระหว่างกลุ่มที่ฝากครรภ์ครบและกลุ่มที่ฝากครรภ์ไม่ครบตามเกณฑ์ของกระทรวงสาธารณสุขพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์มีคะแนนพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมดีกว่ากลุ่มที่ฝากครรภ์ไม่ครบตามเกณฑ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) และเมื่อเปรียบเทียบผลลัพธ์ของการตั้งครุฑในกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มพบว่า อายุครรภ์เฉลี่ยขณะคลอดของกลุ่มตัวอย่างที่ฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์มากกว่ากลุ่มที่ฝากครรภ์ไม่ครบตามเกณฑ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)

นิตยา วรสัตยาภรณ์ (2534: 51 - 53) ศึกษาเปรียบเทียบความรู้ ทักษะ และ การปฏิบัติด้านสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการคลอดทารกน้ำหนักน้อยของ กลุ่มหญิงตั้งครรภ์ที่คลอดทารกน้ำหนักมากกว่า 2,500 กรัม กับกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ที่คลอดน้ำหนัก น้อยกว่าหรือเท่ากับ 2,500 กรัม ในอำเภอเมือง จังหวัดฉะเชิงเทรา พบว่ากลุ่มที่คลอดทารกน้ำหนัก มากกว่า 2,500 กรัม มีพฤติกรรมสุขภาพ ทั้งด้านความรู้ ทักษะ และการปฏิบัติด้านสุขภาพดีกว่า กลุ่มมารดาที่คลอดทารกน้ำหนักน้อยกว่าหรือเท่ากับ 2,500 กรัม ($p < 0.05$) และได้สรุปพฤติกรรม สุขภาพที่ไม่เหมาะสมในระยะตั้งครรภ์ ในกลุ่มมารดาที่คลอดทารกน้ำหนักน้อยไว้ดังนี้คือ ไม่ไป ฝากครรภ์ทันทีที่ทราบว่าตั้งครรภ์ ทำงานหนัก ไม่ไปพบแพทย์เมื่อเกิดความผิดปกติ ไม่ได้นอน พักผ่อนในเวลากลางวัน หรือนอนพักตอนกลางวันน้อยกว่า 2 ชั่วโมงต่อวัน

องค์การอนามัยโลกได้อ้างถึงงานวิจัยประมาณ 30 โครงการเกี่ยวกับภัยจากการได้รับ คำนวณหรือจากสิ่งแวดล้อมของหญิงตั้งครรภ์ต่อสุขภาพของทารกในครรภ์ และนำผลการศึกษา เหล่านี้มาทำการศึกษารูปแบบ meta-analysis พบว่า ทารกที่มารดาได้รับคำนวณหรือจากสิ่งแวดล้อมมี น้ำหนักลดลงต่ำกว่าค่าเฉลี่ยมาตรฐานของน้ำหนักเด็กทารกปกติ 25-40 กรัม และพบว่าอัตราเสี่ยงของ การคลอดทารกน้ำหนักน้อยหรือทารกเจริญเติบโตช้าในครรภ์มากกว่ามารดาที่ไม่สูบบุหรี่และ ไม่ได้รับคำนวณหรือจากสิ่งแวดล้อม 1.2-1.4 เท่า (WHO, 1999: 8) สอดคล้องกับการศึกษาของ วินด์ แฮม เอตตัน และฮอบกินส์ (Windham, Eaton and Hopkins, 1999: 35-57) ศึกษาแบบ meta-analysis เกี่ยวกับน้ำหนักแรกคลอดของทารกที่คลอดจากมารดาที่ได้รับคำนวณหรือจากสิ่งแวดล้อมพบว่าทารกที่ คลอดจาก หญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับคำนวณหรือจากสิ่งแวดล้อมอย่างต่อเนื่องมีค่าเฉลี่ยของน้ำหนักแรกคลอด ลดลง 25 - 30 กรัม และ มีความเสี่ยงเพิ่มขึ้นร้อยละ 10 - 20 ที่จะคลอดทารกน้ำหนักน้อย หรือ ทารก น้ำหนักน้อยกว่าอายุครรภ์ และ คัดโก และ ฮาลเมสมากี (Kukko & Halmesmaki, 1999: 22-26) ทำ การวิจัยเพื่อประเมินผลศึกษาของโปรแกรมการงดใช้สารเสพติดในหญิงตั้งครรภ์ และผลลัพธ์ ของการตั้งครรภ์ พบว่า หญิงตั้งครรภ์ที่สามารถเลิกหรือลดปริมาณการใช้สารเสพติดได้ มีค่าเฉลี่ย น้ำหนักแรกคลอดของทารกมากกว่ากลุ่มที่ยังไม่มีการเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้สารเสพติดอย่าง มีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้ยังมีส่วนต่อสุขภาพของทารกหลังคลอดดังเช่นการศึกษาของ สเควทซ์ และเอเดน (Schuetz & Eiden: 2006; 32-43) ที่ศึกษาอัตราการเต้นของหัวใจและ respiratory sinus arrhythmia ของทารกที่อายุ 2 - 4 สัปดาห์ โดยทารกดังกล่าวคลอดจากมารดา 3 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มที่สูบบุหรี่ในระยะตั้งครรภ์ กลุ่มที่ไม่สูบบุหรี่แต่รับคำนวณหรือจากสิ่งแวดล้อม และ กลุ่มที่ไม่สูบบุหรี่และไม่ได้รับคำนวณหรือจากสิ่งแวดล้อม พบว่า อัตราการเต้นของหัวใจ และ respiratory sinus arrhythmia ของทารกที่คลอดจากกลุ่มมารดาที่สูบบุหรี่ในระยะตั้งครรภ์ กลุ่มที่ไม่ สูบบุหรี่แต่รับคำนวณหรือจากสิ่งแวดล้อมสูงกว่ากลุ่มที่ไม่สูบบุหรี่และไม่ได้รับคำนวณหรือจาก

สิ่งแวดลอมอย่างมีนัยสำคัญ ($p < 0.001, 0.01$ ตามลำดับ) และยังพบว่า ค่าเฉลี่ยของอายุครรภ์แรกคลอด น้ำหนักแรกคลอดของทารก เส้นรอบศีรษะทารกแรกคลอด และน้ำหนักทารกเมื่ออายุ 1 เดือน ของทั้ง 3 กลุ่มแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) โดยค่าเฉลี่ยของตัวแปรทุกตัวมีค่าสูงสุดในกลุ่มที่ไม่สูบบุหรี่และไม่ได้รับควันบุหรี่จากสิ่งแวดลอม รองลงมาคือกลุ่มที่ไม่สูบบุหรี่แต่ได้รับควันบุหรี่จากสิ่งแวดลอม และกลุ่มที่สูบบุหรี่ในระยะตั้งครรภ์ ตามลำดับ

ภาวะขาดออกซิเจนในระยะแรกเกิด

ภาวะขาดออกซิเจนในระยะแรกเกิด (birth asphyxia) หมายถึง ภาวะที่ประกอบด้วยเลือดขาดออกซิเจน (hypoxemia) คาร์บอนไดออกไซด์ในเลือดสูง (hypercapnia) และเลือดเป็นกรด เนื่องจากการไม่มีการระบายอากาศที่ปอด (ventilation) และการแลกเปลี่ยนอากาศของเนื้อปอด (pulmonary perfusion) ไม่มีหรือมีไม่เพียงพอในทารกเกิดมีชีพ ส่งผลให้อวัยวะต่างๆภายในร่างกายมีเลือดและออกซิเจนไปหล่อเลี้ยงไม่เพียงพอ เป็นเหตุให้เซลล์และอวัยวะต่างๆสูญเสียหน้าที่หรือตาย การประเมินภาวะทารกขาดออกซิเจนในระยะแรกเกิด ใช้คะแนนแอฟการ์ (APGAR score) โดยประเมินลักษณะทางคลินิก 5 อย่าง ได้แก่ อัตราการเต้นของหัวใจ การหายใจ สีผิวกาย แรงกล้ามเนื้อ และการมีปฏิกิริยาสะท้อน ซึ่งมีคะแนนเต็ม ข้อละ 2 คะแนน และคะแนนเต็มรวม 10 คะแนน การประเมินจะประเมินทารกหลังเกิดในนาที่ที่ 1 และนาที่ที่ 5 ถ้าคะแนนน้อยกว่า 8 ถือว่ามีภาวะขาดออกซิเจนในระยะแรกเกิด ความรุนแรงของภาวะขาดออกซิเจนในระยะแรกเกิด แบ่งเป็น 3 ระดับ โดยความรุนแรงเล็กน้อย คะแนนแอฟการ์ 5-7 คะแนน ความรุนแรงปานกลาง คะแนนแอฟการ์ 3-4 คะแนน ความรุนแรงสูง คะแนนแอฟการ์ 0-2 คะแนน อุบัติการณ์ในประเทศที่พัฒนาแล้ว มีความแตกต่างกันคือ 2.9-9.0 ต่อทารก 1,000 คน ร้อยละ 90 ของภาวะขาดออกซิเจนในระยะแรกเกิด เกิดในระยะก่อนคลอดและระหว่างคลอด อีกร้อยละ 10 เกิดภายหลังคลอดเนื่องจากความผิดปกติของปอดหรือหัวใจของทารก (วันดี วราวิทย์ และคณะ, 2540: 247) ส่วนใหญ่ภาวะขาดออกซิเจนในระยะแรกเกิดสามารถประเมินได้ก่อนคลอด โดยทารกจะมีภาวะคับขัน (fetal distress) จากการพร่องออกซิเจน สาเหตุอาจเกิดจาก ภาวะแทรกซ้อนของมารดา เช่น รกลอกตัวก่อนกำหนด สายสะดือย้อย เป็นต้น (McMillan et. al., 1999: 235) ร้อยละ 10-60 ของทารกจะเสียชีวิตภายใน 1 เดือนแรกหลังคลอด การป้องกันการเกิดภาวะขาดออกซิเจนในระยะแรกเกิดทำได้โดยการประเมินภาวะเสี่ยง หากมีความเสี่ยงสูงต้องมีการติดตามทารกในครรภ์อย่างใกล้ชิด (วันดี วราวิทย์ และคณะ, 2540: 252) ในระยะตั้งครรภ์มารดาต้องเฝ้าสังเกตอาการผิดปกติของร่างกายตน การดิ้นของทารกในครรภ์ และเมื่อเกิดปัญหาต้องเข้ารับการดูแลติดตามอย่างใกล้ชิดและต่อเนื่องจากบุคลากรทางการแพทย์

ความสัมพันธ์ระหว่างการเกิดภาวะทารกขาดออกซิเจนในระยะแรกเกิดกับ พฤติกรรมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ ได้มีผู้ศึกษาไว้ คือ สุดารัตน์ วัฒนโยธิน (2547) ศึกษาย้อนหลัง เพื่อหาปัจจัยเสี่ยงในการเกิดภาวะทารกขาดออกซิเจนในระยะคลอดของโรงพยาบาลพระนั่งเกล้า จังหวัดนนทบุรี พบว่า หญิงตั้งครรภ์ที่ไม่มาฝากครรภ์ มีโอกาสคลอดบุตรแล้วเกิดภาวะขาดออกซิเจนในระยะคลอด 1.7 เท่า ของหญิงตั้งครรภ์ที่ฝากครรภ์ (OR = 1.7, CI = 0.93, 3.19) ส่วน การฝากครรภ์น้อยกว่า 4 ครั้ง ไม่เป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดภาวะขาดออกซิเจน ชัดแจ้งกับการศึกษาของ ดวงพร จินตโนทัยถาวร (2536: 100-106) ศึกษาพบว่า อายุครรภ์เมื่อฝากครรภ์ครั้งแรก และ จำนวนครั้งของการฝากครรภ์ ไม่มีความสัมพันธ์กับคะแนนสภาพทารกแรกเกิด และการศึกษาของ ลักณา อมรประกาศ (Amornprakas, 2005: 52-54) ที่ศึกษาเปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพใน ระยะตั้งครรภ์และผลลัพธ์ของการตั้งครรภ์ระหว่างกลุ่มที่ฝากครรภ์ครบและกลุ่มที่ฝากครรภ์ไม่ ครบตามเกณฑ์ของกระทรวงสาธารณสุข พบว่า คะแนนสภาพทารกแรกเกิดที่นาที่ 5 ของทั้งสอง กลุ่มไม่แตกต่างกัน ($p > 0.05$)

อายุครรภ์เมื่อคลอด

การเจริญเติบโตของทารก เป็นกระบวนการที่มีการเปลี่ยนแปลงทางโครงสร้างและการ ทำหน้าที่ของอวัยวะตลอดระยะเวลาที่อยู่ในครรภ์ ถ้าการตั้งครรภ์สิ้นสุดลงในระยะใดระยะหนึ่ง โดยที่ อายุครรภ์ยังไม่ครบกำหนด ทารกจะมีโอกาสเกิดปัญหาจากอวัยวะต่างๆยังพัฒนาไม่เต็มที่ อายุ ครรภ์จึงแสดงถึงพัฒนาการของทารกในแต่ละช่วงอายุ ผลลัพธ์ของการตั้งครรภ์ที่ดีคือ การคลอด เมื่ออายุครรภ์ 37 สัปดาห์ขึ้นไป (นับจากวันแรกของประจำเดือนครั้งสุดท้ายของมารดา) กล่าวคือ เป็นช่วงที่การทำหน้าที่ของอวัยวะต่างๆของทารกมีความสมบูรณ์ และพร้อมที่จะทำงานเมื่อทารก คลอดจากครรภ์มารดา ส่วนใหญ่ไม่ทราบสาเหตุการคลอดก่อนกำหนด ในสหรัฐอเมริกาศึกษา พบว่า ปัจจัยเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด ได้แก่ มารดาได้รับการดูแลก่อนคลอดไม่ดี มารดามี สถานะทางเศรษฐกิจและสังคมต่ำ เชื้อชาติอื่นที่ไม่ใช่คนผิวขาว มารดามีอายุน้อยกว่า 18 ปี หรือ มากกว่า 40 ปี ในระยะตั้งครรภ์มารดามีน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์ มีประวัติเคยคลอดก่อนกำหนดใน ครรภ์ก่อนๆ (McMillan et. al., 1999: 185) ปัญหาที่พบในทารกที่คลอดก่อนกำหนดเป็นปัญหาสืบ เนื่องมาจากการที่อวัยวะต่างๆยังเจริญไม่สมบูรณ์ ทำให้หน้าที่ต่างๆบกพร่องไปด้วย การพยากรณ์ โรค อัตราการรอดชีวิตขึ้นอยู่กับอายุครรภ์ ทารกที่คลอดเมื่ออายุครรภ์ 22 สัปดาห์ ไม่สามารถมีชีวิต รอดได้ จะพบอัตราการรอดชีวิตสูงขึ้น ในการคลอดที่อายุครรภ์มากขึ้น (ประอร ชวลิตธำรง อังในวันดี วราวิทย์ และคณะบรรณาธิการ, 2540: 280)

ความสัมพันธ์ระหว่างการคลอดก่อนกำหนดกับพฤติกรรมสุขภาพ นิวแมน และคณะ (Numan et.al, 2001: 438 - 446) ศึกษาการทำนายการคลอดก่อนกำหนดในแคลิฟอร์เนียโดยติดตามกลุ่มตัวอย่างตั้งแต่อายุครรภ์ระหว่าง 22 - 24 สัปดาห์ จนถึงระยะคลอดพบว่า การคลอดก่อนกำหนดจากถุงน้ำคร่ำแตก มีความสัมพันธ์กับความเหนียวล้าที่เกิดจากการประกอบอาชีพ ซึ่งความเหนียวล้าดังกล่าวนี้มีความสัมพันธ์กับการเพิ่มจำนวนชั่วโมงในการทำงานต่อสัปดาห์

สุรพล อริยเดช (2544: 1 - 6) ศึกษาแบบย้อนหลัง เพื่อหาปัจจัยเสี่ยงของการคลอดก่อนกำหนด ในโรงพยาบาลระยอง พบว่า กลุ่มมารดาที่สูบบุหรี่ มีอัตราการคลอดก่อนกำหนดร้อยละ 81.3 คลอดครบกำหนดร้อยละ 18.7 คิดเป็นอัตราเสี่ยง 7.9 เท่าของหญิงตั้งครรภ์ที่ไม่สูบบุหรี่ (95% CI 2.24 - 28.34) และในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ที่ดื่มสุรา มีอัตราการคลอดก่อนกำหนด ร้อยละ 95.2 คลอดครบกำหนดร้อยละ 4.8 คิดเป็นอัตราเสี่ยง 43.2 เท่าของหญิงตั้งครรภ์ที่ไม่ดื่มสุรา (95% CI 5.74 - 325.47) และการสูบบุหรี่สามารถพยากรณ์การเกิดการคลอดก่อนกำหนดของผู้คลอดในโรงพยาบาลระยองได้ มีความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรตามกับตัวแปรทำนาย เท่ากับ 0.38

คึกโก และ ฮาลเมสมากี (Kukko & Halmesmaki, 1999: 22 - 26) ทำการวิจัยเพื่อประเมินผลศึกษาของโปรแกรมการงดใช้สารเสพติดในหญิงตั้งครรภ์ และผลลัพธ์ของการตั้งครรภ์พบว่า หญิงตั้งครรภ์กลุ่มสามารถที่เลิกหรือลดปริมาณการใช้สารเสพติดมีอุบัติการณ์การคลอดก่อนกำหนดน้อยกว่ากลุ่มที่ยังไม่มีการเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้สารเสพติดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$)

ลักณา อมรประกาศ (Amornprakas, 2005: 52 - 54) ศึกษาเปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพในระยะตั้งครรภ์และผลลัพธ์ของการตั้งครรภ์ระหว่างกลุ่มที่ฝากครรภ์ครบและกลุ่มที่ฝากครรภ์ไม่ครบตามเกณฑ์ของกระทรวงสาธารณสุข พบว่า กลุ่มที่ฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์มีอายุครรภ์เฉลี่ยขณะคลอดมากกว่ากลุ่มที่ฝากครรภ์ไม่ครบตามเกณฑ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) แต่การคลอดก่อนกำหนดในทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกัน

ภาวะแทรกซ้อนของมารดาในระยะคลอด

เนื่องจากการตั้งครรภ์เป็นสภาวะที่ร่างกายของหญิงตั้งครรภ์มีการปรับเปลี่ยนตั้งแต่เริ่มตั้งครรภ์จนถึงระยะหลังคลอด จึงมีโอกาที่จะเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ในทุกระยะ และอาจเป็นสาเหตุของการเจ็บป่วยร้ายแรงและส่งผลถึงชีวิตมารดาและทารก ภาวะแทรกซ้อนของมารดาในระยะคลอดที่อาจส่งผลถึงผลลัพธ์การตั้งครรภ์ที่ไม่ดีมีหลายประเภท เช่น สายสะดือข้อยึด รกลอกตัวก่อนกำหนด การคลอดติดขัด การตกเลือดหลังคลอด ความดันโลหิตสูง เป็นต้น การคลอดติดขัดเป็นปัญหาที่พบบ่อย สาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากส่วนนำของทารกไม่สัมพันธ์กับช่องเชิงกราน และ

ทารกอยู่ในท่าผิดปกติ เมื่อหญิงตั้งครรภ์มีปัญหาการคลอดติดขัด ส่งผลให้เกิดความเหนื่อยล้า มีการคลอดระยะที่ 2 นาน มีโอกาสคลอดโดยการผ่าตัด (Queenan, 1994: 515) มารดามีโอกาสตกเลือดหลังคลอด และทารกมีโอกาสบาดเจ็บจากการคลอด การตรวจครรภ์ เพื่อระวังการเกิดภาวะแทรกซ้อนจะช่วยให้สามารถประเมินความผิดปกติที่เกิดขึ้นต่อมารดาและทารกและวางแผนให้การช่วยเหลือได้ตั้งแต่ในระยะตั้งครรภ์ หญิงตั้งครรภ์จึงควรได้รับการตรวจสุขภาพและการดูแลที่เหมาะสมจากบุคลากรที่มีความรู้ และมีการแสวงหาความรู้เพื่อดูแลตนเอง

ผลลัพธ์ของการตั้งครรภ์ที่เกิดจากภาวะแทรกซ้อนจึงมีความเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ ดังมีผู้ศึกษาไว้ ดังนี้

โมซุคกีวิช ลัค และ วูล์ฟ (Mozurkewich, Luck and Wolf, 2000: 623-635) ทำการศึกษาลักษณะงานที่ทำกับผลลัพธ์ของการตั้งครรภ์ที่ไม่ดี พบว่า หญิงตั้งครรภ์ที่มีลักษณะการทำงานที่ต้องยืนเป็นเวลานาน เข้าเวรในช่วงกลางคืน จะมีระดับความดันโลหิตสูงกว่าหญิงตั้งครรภ์ที่ไม่มีลักษณะงานดังกล่าวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (OR 1.24, 95% CI 1.06, 1.46)

ลัก อาร์นี มิน และ มิสซุนาส (Luck, Arni, Min and Misiunas, 1999: 1172-1179) ศึกษาในกลุ่มตัวอย่างหญิงตั้งครรภ์ที่มีอาชีพรับจ้าง ในช่วงที่มาฝากครรภ์ 3 ช่วงคือ เมื่ออายุครรภ์ 16, 24 และ 30 สัปดาห์ตามลำดับ โดยสัมภาษณ์เกี่ยวกับประวัติสุขภาพ การดำเนินชีวิตประจำวัน การทำงานบ้าน สภาพการทำงานบ้าน และการตรวจที่หน่วยฉุกเฉิน และการนอนพักในโรงพยาบาล พบว่าความเสี่ยงของการป่วยในช่วงตั้งครรภ์จะเกิดขึ้นสูงสุดในไตรมาสที่สองของการตั้งครรภ์ และเมื่อมีความเครียดที่สูงขึ้นจะเพิ่มความเสี่ยงของการป่วยในช่วงตั้งครรภ์

วอล์กเกอร์ เพอเมเซล เบรเนค ยูโกนิ และ ฮิกกิน (Walker, Permezel, Brennecke, Ugoni and Higgins, 2001: 361 - 365) ศึกษาระดับความดันโลหิตของหญิงตั้งครรภ์แรกและครรภ์หลังที่ทำงานนอกบ้านในระยะหลังของการตั้งครรภ์ โดยใช้เครื่องมือติดตามระดับความดันโลหิตตลอด 24 ชั่วโมง พบว่า การรับรู้ภาวะเครียดจากการทำงาน (perceived job stress) มีความสัมพันธ์กับการเพิ่มของระดับความดันโลหิตขณะทำงาน โดยในการศึกษานี้มีกลุ่มตัวอย่างจำนวน 12 คนที่พัฒนาขึ้นเป็นโรคความดันโลหิตสูงในระยะตั้งครรภ์

ดวงพร จินตโนทัยถาวร (2536: 100-106) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการฝากครรภ์ ได้แก่ อายุครรภ์เมื่อฝากครรภ์ครั้งแรก และจำนวนครั้งของการฝากครรภ์ กับสุขภาพมารดา พบว่า หญิงที่มีจำนวนครั้งของการฝากครรภ์มากกว่า จะมีภาวะแทรกซ้อนในระยะคลอดน้อยกว่า หญิงที่มีจำนวนครั้งของการฝากครรภ์น้อยกว่า ($p < 0.05$)

จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยจะเห็นได้ว่า พฤติกรรมสุขภาพในระยะตั้งครรภ์มีความเชื่อมโยงกับปัจจัยส่วนบุคคล และส่งผลถึงผลลัพธ์ของการตั้งครรภ์ ในขณะที่หญิงตั้งครรภ์

ชาวไทยภูเขา มีพฤติกรรมที่เป็นแบบแผนของชนเผ่า ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ อาชีพ และลักษณะครอบครัว พฤติกรรมสุขภาพ อันประกอบด้วยพฤติกรรมด้านโภชนาการ ด้านการทำงานและการพักผ่อน ด้านการจัดการกับความเครียด ด้านการออกกำลังกาย ด้านการแสวงหาข้อมูลและการฝากครรภ์ และด้านการใช้ยาและสารเสพติด และผลลัพธ์ของการตั้งครรภ์ ได้แก่ น้ำหนักทารกแรกเกิด คะแนนสภาพทารกแรกเกิดหนึ่งนาทีแรก อายุครรภ์เมื่อคลอด และภาวะแทรกซ้อนของมารดาในระยะคลอด

กิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพหญิงตั้งครรภ์ในโรงพยาบาลแม่สะเรียง

โรงพยาบาลแม่สะเรียง เป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 90 เตียง รับผิดชอบดูแลสุขภาพของประชาชนในพื้นที่อำเภอแม่สะเรียง ในด้านการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคติดต่อ รักษาโรค และฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย รวมถึงการรับส่งต่อผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อนจากโรงพยาบาลชุมชนใกล้เคียง ได้แก่ โรงพยาบาลแม่ลาน้อย และโรงพยาบาลสบเมย ในส่วนของการส่งเสริมสุขภาพหญิงตั้งครรภ์ โรงพยาบาลแม่สะเรียง มีคลินิกฝากครรภ์เปิดให้บริการ 2 วัน โดยวันจันทร์ ให้บริการฝากครรภ์ในรายที่ไม่มีความเสี่ยงสูง และวันอังคาร ให้บริการฝากครรภ์ในรายที่มีความเสี่ยงสูง และรับส่งต่อหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงสูงจากสถานีอนามัยเพื่อมารับการตรวจและวางแผนการดูแลรักษาจากแพทย์ เมื่อมารับบริการฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลแม่สะเรียง หญิงตั้งครรภ์จะได้รับบริการดังนี้

1. การให้คำปรึกษาและแนะนำให้ตรวจหาความเข้มข้นของเลือด เอช ไอ วี (HIV) ซิฟิลิส และตรวจคัดกรองพาหะของโรคธาลัสซีเมียแก่คู่สามี ภรรยา ที่มารับบริการฝากครรภ์ครั้งแรก รวมถึงการซักประวัติและตรวจร่างกาย เพื่อประเมินความเสี่ยงในการตั้งครรภ์
2. ประเมินความเสี่ยงของการตั้งครรภ์เมื่อมาฝากครรภ์ในแต่ละครั้ง โดย ซักประวัติ ตรวจร่างกาย ตรวจครรภ์ และส่งพบแพทย์เมื่อพบอาการผิดปกติ (ในรายที่ไม่มีความเสี่ยง จะได้พบแพทย์เพื่อตรวจประเมินความเสี่ยงของการตั้งครรภ์จากการซักประวัติ ตรวจร่างกาย และผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการเมื่อมาฝากครรภ์ครั้งที่สอง และก่อนคลอด)
3. การจัดกลุ่มให้ความรู้และคำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพในระยะตั้งครรภ์ ไตรมาสละ 1 ครั้ง โดยเนื้อหาสอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงของร่างกายและการปรับตัวในแต่ละไตรมาส รวมถึงการฝึกปฏิบัติเรื่องการออกกำลังกายในผู้ที่ไม่มีความเสี่ยง และฝึกกล้ามเนื้อต่างๆ ของร่างกายเพื่อเตรียมพร้อมก่อนคลอด
4. ประสานงานกับสถานีอนามัยในการติดตามดูแลสุขภาพหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงสูงอย่างต่อเนื่อง

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (descriptive research) เพื่อศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ชาวไทยภูเขา ได้แก่ ด้านโภชนาการ ด้านการทำงานและการพักผ่อน ด้านการจัดการกับความเครียด ด้านการออกกำลังกาย ด้านการใช้ยาและสารเสพติด และด้านการแสวงหาข้อมูลและการฝากครรภ์ โดยจำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา การทำงาน รายได้และลักษณะครอบครัว และผลลัพธ์ของการตั้งครรภ์ ได้แก่ น้ำหนักทารกแรกเกิด คะแนนสภาพทารกแรกเกิดหนึ่งนาทีแรก อายุครรภ์เมื่อคลอด และภาวะแทรกซ้อนของมารดาในระยะคลอด โดยมีวิธีดำเนินการวิจัยดังนี้

ลักษณะประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษาครั้งนี้ เป็นหญิงตั้งครรภ์ชาวไทยภูเขาในอำเภอแม่สะเรียง กลุ่มตัวอย่างได้แก่ หญิงตั้งครรภ์ชาวไทยภูเขาที่มาคลอดและพักฟื้นในหอผู้ป่วยหลังคลอดของโรงพยาบาลแม่สะเรียงในระหว่างเดือนกันยายน 2549 ถึงเดือนธันวาคม 2549 คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) ตามเกณฑ์คุณสมบัติดังนี้

1. เป็นชาวไทยภูเขาที่มาคลอดและพักฟื้นในหอผู้ป่วยหลังคลอดของโรงพยาบาลแม่สะเรียง
2. มีระยะเวลาพักฟื้นหลังคลอด 24 ชั่วโมงขึ้นไป
3. มีสภาวะร่างกายระยะหลังคลอดที่ไม่เป็นอุปสรรคในการให้สัมภาษณ์
4. ไม่มีความผิดปกติทางการได้ยินและการพูด
5. ยินดีเข้าร่วมการวิจัย

ขนาดกลุ่มตัวอย่าง

เนื่องจากการศึกษาครั้งนี้ เป็นการศึกษาครั้งแรกในกลุ่มประชากรดังกล่าว ผู้วิจัยจึงคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างตามข้อเสนอแนะในการทำวิจัยทางสังคมและงานวิจัยเชิงสำรวจ ขนาดของกลุ่มตัวอย่างอย่างน้อยควรเป็น 25% ของประชากร (ประคอง วรรณสุต 2524 อ้างใน รุจิเรศ

ธนุรักษ์ ใน ยุวดี ภาชา บรรณาธิการ 2540: 84) จากสถิติการคลอดในโรงพยาบาลแม่สะเรียงในปีงบประมาณ 2546 ถึง 2548 มีจำนวน 463 - 479 ราย จำนวนขนาดของกลุ่มตัวอย่างได้จำนวน 120 ราย เพื่อป้องกันการได้ข้อมูลที่ไม่สมบูรณ์ จึงเก็บเพิ่มอีก 40 ราย จำนวนกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้จึงเท่ากับ 164 ราย

สถานที่เก็บข้อมูล

หอผู้ป่วยหลังคลอด โรงพยาบาลแม่สะเรียง อำเภอแม่สะเรียง จังหวัดแม่ฮ่องสอน โดยปกติ มารดาหลังคลอดจะพักพื้นที่หอผู้ป่วยหลังคลอดประมาณ 2 วัน เมื่อมารดาและทารกมีสุขภาพแข็งแรง แพทย์จะจำหน่ายกลับบ้าน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นแบบบันทึก และแบบสัมภาษณ์ ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไป เป็นแบบสัมภาษณ์ปลายปิดที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ใช้เก็บรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยส่วนบุคคลของหญิงตั้งครรภ์ชาวไทยภูเขา ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ การทำงาน และลักษณะครอบครัว

ส่วนที่ 2 แบบบันทึกข้อมูลการตั้งครรภ์และการคลอด เป็นแบบบันทึกที่ใช้รวบรวมข้อมูลจากแฟ้มประวัติ และรายงานผู้ป่วย ประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับ ลำดับที่ของการตั้งครรภ์ จำนวนครั้งของการฝากครรภ์ อายุครรภ์เมื่อฝากครรภ์ครั้งแรก อายุครรภ์เมื่อคลอด น้ำหนักทารกแรกเกิด คะแนนสภาพทารกแรกเกิดหนึ่งนาทีแรก และภาวะแทรกซ้อนของมารดาในระยะตั้งครรภ์และในระยะคลอด

ส่วนที่ 3 แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ชาวไทยภูเขา เป็นแบบสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้างที่ผู้วิจัยดัดแปลงมาจากแบบวัดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ของ ดาริณี สุภาพ (2542) ที่สร้างขึ้นตามกรอบของแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพ (Health-Promotion Lifestyles Profile) ของวอร์คเกอร์ ซีคริส และเพนเดอร์ (Walker, Sechrist, and Pender, 1987: 76) และจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 20 ข้อ โดยมีข้อความที่มีความหมายในด้านบวก

จำนวน 15 ข้อ ได้แก่ข้อ 1, 2, 3, 4, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16 และ 19 และด้านลบจำนวน 5 ข้อ ได้แก่ข้อ 5, 6, 17, 18 และ 20 ใช้ประเมินพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งประกอบด้วยพฤติกรรม 6 ด้าน ดังนี้

1. ด้านโภชนาการ 4 ข้อ ได้แก่ข้อ 1-4
2. ด้านการทำงานและการพักผ่อน 5 ข้อ ได้แก่ข้อ 5, 6, 7, 8 และ 9
3. ด้านการออกกำลังกาย 2 ข้อ ได้แก่ข้อ 10 และ 11
4. ด้านการจัดการกับความเครียด 2 ข้อ ได้แก่ข้อ 12 และ 13
5. ด้านการแสวงหาข้อมูลและการฝากครรภ์ 3 ข้อ ได้แก่ข้อ 14, 15 และ 16
6. ด้านการใช้ยาและสารเสพติด 4 ข้อ ได้แก่ข้อ 17, 18, 19 และ 20

ลักษณะของคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 4 ระดับ คือ

ปฏิบัติเป็นประจำหมายถึง ผู้ตอบมีพฤติกรรมในเรื่องนั้นๆ เป็นประจำอย่างสม่ำเสมอ หรือเกือบทุกวัน

ปฏิบัติเป็นส่วนมาก หมายถึง ผู้ตอบมีพฤติกรรมในเรื่องนั้นๆ บ่อยครั้ง แต่ไม่ทุกครั้ง หรือ 3-5 ครั้งต่อสัปดาห์

ปฏิบัติเป็นบางครั้ง หมายถึง ผู้ตอบมีพฤติกรรมในเรื่องนั้นๆ บ้างเป็นบางครั้ง หรือน้อยครั้ง หรือ 1-2 ครั้งต่อสัปดาห์

ไม่เคยปฏิบัติเลย หมายถึง ผู้ตอบไม่เคยมีพฤติกรรมในเรื่องนั้นๆ เลย

เกณฑ์การให้คะแนน

ข้อความทางด้านบวก

ปฏิบัติเป็นประจำ ได้ 4 คะแนน

ปฏิบัติเป็นส่วนมาก ได้ 3 คะแนน

ปฏิบัติเป็นบางครั้ง ได้ 2 คะแนน

ไม่เคยปฏิบัติเลย ได้ 1 คะแนน

ข้อความทางด้านลบ

ปฏิบัติเป็นประจำ ได้ 1 คะแนน

ปฏิบัติเป็นส่วนมาก ได้ 2 คะแนน

ปฏิบัติเป็นบางครั้ง ได้ 3 คะแนน

ไม่เคยปฏิบัติเลย ได้ 4 คะแนน

การแปลผลคะแนนพฤติกรรมสุขภาพ

คะแนนพฤติกรรมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ชาวไทยภูเขา คิดจากคะแนนรวม โดยมีค่าต่ำสุดเท่ากับ 20 คะแนน และค่าสูงสุดเท่ากับ 80 คะแนน กำหนดเกณฑ์ระดับพฤติกรรมสุขภาพจากคะแนนรวม ดังนี้

คะแนน 61- 80 คะแนน หมายถึง พฤติกรรมสุขภาพดี

คะแนน 41- 60 คะแนน หมายถึง พฤติกรรมสุขภาพดีปานกลาง

คะแนน 20 - 40 คะแนน หมายถึง พฤติกรรมสุขภาพไม่ดี

ในการวิเคราะห์พฤติกรรมสุขภาพรายด้านและรายข้อ ผู้วิจัยใช้คะแนนเฉลี่ยรายด้านและรายข้อของกลุ่มตัวอย่างกำหนดเกณฑ์ระดับพฤติกรรมสุขภาพ ในกรณีที่คะแนนน้อยกว่า 2 จากคะแนนเต็ม 4 หมายถึงพฤติกรรมสุขภาพไม่ดี คะแนน 2-3 คะแนน หมายถึง พฤติกรรมสุขภาพดีปานกลาง และคะแนน 3-4 คะแนน หมายถึง พฤติกรรมสุขภาพดี

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การหาค่าความตรง (validity)

ผู้วิจัยนำแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมสุขภาพในระยะตั้งครรภ์ของหญิงชาวไทยภูเขาไปตรวจสอบความตรงของเนื้อหาและความเหมาะสมของภาษา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ประกอบด้วย สุนทิแพทย์ อาจารย์พยาบาลด้านการพยาบาลมารดาและทารกแรกเกิด พยาบาลหัวหน้าหน่วยตรวจโรคสูติ-นรีเวชกรรม พยาบาลผู้ชำนาญการทางการพยาบาลมารดาและทารก และ พยาบาลที่มีประสบการณ์การทำงานกับหญิงตั้งครรภ์ชาวเขา การตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิครั้งนี้ได้ค่าดัชนีความตรง (Content validity index) เท่ากับ 0.86 ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ

การหาค่าความเชื่อมั่น (reliability)

ผู้วิจัยนำแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมสุขภาพในระยะตั้งครรภ์ของหญิงชาวไทยภูเขาที่ผ่านการปรับปรุงแก้ไขแล้ว ไปทดลองใช้กับหญิงหลังคลอดชาวไทยภูเขาที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่างจำนวน 20 ราย แล้วนำมาหาความเชื่อมั่น โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาช (Cronbach's alpha coefficient) ดังสูตร (ยูวดี ภาษา และคณะ 2534: 127)

$$\infty = n/n-1 [1-S_i^2/S_t^2]$$

เมื่อ ∞ = ค่าสัมประสิทธิ์ของความเชื่อมั่น

N = จำนวนข้อของเครื่องมือ

Si^2 = ความแปรปรวนของคะแนนแต่ละข้อ

St^2 = ความแปรปรวนของคะแนนรวมทั้งฉบับ

ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมสุขภาพของหญิงชาวไทยภูเขาในระยะตั้งครรภ์เท่ากับ 0.71 และเมื่อนำมาใช้ในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 164 ราย ค่าความเชื่อมั่นได้เท่ากับ 0.70

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยขอหนังสือขอความอนุเคราะห์จากบัณฑิตวิทยาลัย เพื่อเสนอต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลแม่สะเรียง เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยและขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล
2. เมื่อได้รับหนังสือตอบรับ ผู้วิจัยเสนอโครงร่างวิทยานิพนธ์ต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของมหาวิทยาลัยมหิดลเพื่อพิจารณาความเหมาะสมเกี่ยวกับประเด็นด้านจริยธรรม
3. เมื่อได้รับอนุญาตจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของมหาวิทยาลัยมหิดล ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล และ พยาบาลหัวหน้างานห้องคลอด เพื่อขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลและใช้สถานที่ในการทำวิจัย
4. ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลทำการเก็บข้อมูล ตั้งแต่วันที่ 1 กันยายน 2549 ถึงวันที่ 30 ธันวาคม 2549 คัดเลือกหญิงชาวไทยภูเขาที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ เข้าพบหญิงชาวไทยภูเขาประเมินสภาพมารดาหลังคลอดว่าไม่เป็นอุปสรรคในการให้สัมภาษณ์ สร้างสัมพันธภาพ อธิบายวัตถุประสงค์ในการศึกษาและขออนุญาตในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยใช้ล่ามช่วยในการสื่อสารกับหญิงชาวไทยภูเขาที่พูดภาษาไทยไม่ได้
5. ผู้วิจัยชี้แจงให้หญิงชาวไทยภูเขาทราบถึงสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธในการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้หากยินดีเข้าร่วมในการศึกษา ในระหว่างตอบแบบสอบถามมีสิทธิที่จะยุติการตอบแบบสอบถามเมื่อใดก็ได้ การตอบรับหรือปฏิเสธไม่มีผลต่อการรักษาใดๆที่หญิงชาวไทยภูเขาพึงจะได้รับ คำตอบหรือข้อมูลทุกอย่างผู้วิจัยถือว่าเป็นความลับและนำมาใช้ในการศึกษาครั้งนี้เท่านั้น เมื่อหญิงชาวไทยภูเขายินยอมเข้าร่วมในการวิจัย ผู้วิจัยขอให้หญิงชาวไทยภูเขาลงนามในแบบฟอร์มการยินยอมในการเป็นกลุ่มตัวอย่างในงานวิจัย หรือพิมพ์ลายพิมพ์นิ้วมือในกรณีที่เขียนหนังสือไม่ได้
6. ผู้วิจัยดำเนินการสัมภาษณ์มารดาหลังคลอด โดยสัมภาษณ์ในช่วงที่มีญาติมาช่วยดูแลบุตร

7. ผู้วิจัยดำเนินการสัมภาษณ์ ตามแบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคลของหญิงชาวไทยภูเขา และแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมสุขภาพในระยะตั้งครรภ์ของหญิงชาวไทยภูเขา ณ ห้องสัมภาษณ์ใน ตึกหลังคลอดของโรงพยาบาลแม่สะเรียงที่ได้จัดเตรียมไว้ครั้งละ 1 ราย พร้อมทั้งอธิบายขั้นตอน และวิธีการตอบแบบสัมภาษณ์ ใช้เวลาสัมภาษณ์รายละ 20 นาที โดยเก็บรวบรวมข้อมูลจนได้หญิง ตั้งครรภ์ครบตามจำนวนที่กำหนด

8. ผู้วิจัยเก็บข้อมูลการตั้งครรภ์ การคลอด จากแฟ้มประวัติ และบันทึกรายงานการตรวจ รักษาพยาบาลของผู้คลอด ตามแบบบันทึกข้อมูลการตั้งครรภ์และการคลอด

9. ผู้วิจัยตรวจสอบความครบถ้วนของข้อมูลก่อนนำไปวิเคราะห์ทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป โดยกำหนดระดับความ เชื่อมั่นที่ 0.05 มีขั้นตอนการวิเคราะห์ดังนี้

1. แจกแจงความถี่ ร้อยละ ของข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล ข้อมูลการตั้งครรภ์และการคลอด และผลลัพธ์ของการตั้งครรภ์ของกลุ่มตัวอย่าง

2. แจกแจงความถี่ ร้อยละ พิสัย ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนน พฤติกรรมสุขภาพโดยรวม รายด้าน และรายข้อ ของหญิงตั้งครรภ์ชาวไทยภูเขา

3. วิเคราะห์ความแตกต่างของคะแนนพฤติกรรมสุขภาพระหว่างกลุ่มตัวอย่างที่มีปัจจัย ส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ และลักษณะครอบครัวแตกต่างกัน โดยการ ทดสอบค่าที (t-test)

4. วิเคราะห์ความแตกต่างของผลลัพธ์ของการตั้งครรภ์ระหว่างกลุ่มตัวอย่างที่มี พฤติกรรมสุขภาพแตกต่างกัน โดยการทดสอบค่าไคส์แควร์ (χ^2 test)

บทที่ 4

ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ชาวไทยภูเขา ปัจัยส่วนบุคคล และ ผลลัพธ์ของการตั้งครรภ์ กลุ่มตัวอย่างเป็นหญิงชาวไทยภูเขาที่คลอดในโรงพยาบาลแม่สะเรียงในระหว่างวันที่ 1 กันยายน 2549 ถึง 30 ธันวาคม 2549 จำนวน 164 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล และแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมสุขภาพในระยะตั้งครรภ์ของหญิงชาวไทยภูเขา นำข้อมูลมาวิเคราะห์ความถี่ ร้อยละ คำนวณค่าเฉลี่ย ทดสอบความแตกต่างของพฤติกรรมสุขภาพตามปัจัยส่วนบุคคลและทดสอบความแตกต่างของผลลัพธ์ของการตั้งครรภ์ตามระดับพฤติกรรมสุขภาพ ผลการวิเคราะห์ข้อมูลได้นำเสนอด้วยตารางประกอบคำบรรยายตามลำดับดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง
2. ข้อมูลการตั้งครรภ์และผลลัพธ์การคลอด
3. ข้อมูลคะแนนพฤติกรรมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ชาวไทยภูเขาโดยรวม รายด้าน และรายข้อ
4. ผลการทดสอบความแตกต่างของคะแนนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามปัจัยส่วนบุคคล โดยการทดสอบค่าที (t-test)
5. ผลการวิเคราะห์ความแตกต่างของผลลัพธ์ของการตั้งครรภ์ของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับพฤติกรรมสุขภาพ ด้วยค่าทดสอบไคส์แควร์ (χ^2)

ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล (n=164)

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน	ร้อยละ
อายุ (ปี)		
20-34	114	69.51
< 20 หรือ ≥ 35	50	30.49
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียนหนังสือ	55	33.54
เรียนหนังสือ	109	66.46
การทำงาน		
ทำงานในบ้าน	85	51.83
ทำงานนอกบ้าน	79	48.17
รายได้รอบครัวต่อปี (บาท)		
< 15,000	72	43.90
$\geq 15,000$	92	56.10
ลักษณะครอบครัว		
ครอบครัวเดี่ยว	63	38.41
ครอบครัวขยาย	101	61.59

จากตารางที่ 1 ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 69.51 มีอายุ 20-34 ปี มีเพียงร้อยละ 30.49 ที่อายุต่ำกว่า 20 ปี และมากกว่า 35 ปี การศึกษา ร้อยละ 66.46 ของกลุ่มตัวอย่างเรียนหนังสือ ร้อยละ 33.54 ไม่ได้เรียนหนังสือ ด้านการทำงาน กลุ่มตัวอย่างมีการทำงานในบ้านและนอกบ้านในสัดส่วนใกล้เคียงกัน (ร้อยละ 51.83 และร้อยละ 48.17) โดยกลุ่มที่ทำงานนอกบ้าน ร้อยละ 34.76 มีอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 12.19 มีอาชีพรับจ้าง และร้อยละ 1.22 รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ/พนักงานบริษัท (ภาคผนวก ง) ร้อยละ 43.90 ของกลุ่มตัวอย่างมีรายได้ครอบครัวต่อปี

น้อยกว่า 15,000 บาท ร้อยละ 56.10 มีรายได้ครบครัว 15,000 บาทต่อปีขึ้นไป ลักษณะครอบครัว เป็นครอบครัวเดี่ยว ร้อยละ 38.41 เป็นครอบครัวขยายร้อยละ 61.59

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลการตั้งครรภ์และผลลัพธ์ของ การตั้งครรภ์ (n=164)

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน (n=164)	ร้อยละ
ลำดับที่ของการตั้งครรภ์		
ครรภ์แรก	69	42.07
ครรภ์หลัง	95	57.93
จำนวนครั้งของการฝากครรภ์		
ไม่ฝากครรภ์	1	0.61
ฝากครรภ์		
< 4 ครั้ง	25	15.24
> 4 ครั้ง	138	84.15
อายุครรภ์เมื่อฝากครรภ์ครั้งแรก		
ไม่ฝากครรภ์	1	0.61
ไตรมาสที่ 1	79	48.17
ไตรมาสที่ 2	70	42.68
ไตรมาสที่ 3	14	8.54
อายุครรภ์เมื่อคลอด (สัปดาห์)		
< 37	29	17.68
≥ 37	135	82.32
น้ำหนักทารกแรกเกิด (กรัม)		
< 2,500	21	12.80
$\geq 2,500$	143	87.20
คะแนนสภาพทารกแรกเกิดใน 1 นาทีแรก		
< 8	6	3.66
≥ 8	158	96.34

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลการตั้งครรภ์และผลลัพธ์ของการตั้งครรภ์ (n=164) (ต่อ)

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน (n=164)	ร้อยละ
ภาวะแทรกซ้อนของมารดาในระยะตั้งครรภ์		
มี	30	18.29
ไม่มี	134	81.71
ภาวะแทรกซ้อนของมารดาในระยะคลอด		
มี	21	12.80
ไม่มี	143	87.20

จากตารางที่ 2 ข้อมูลการตั้งครรภ์และผลลัพธ์ของการตั้งครรภ์ กลุ่มตัวอย่าง 164 ราย มีเพียง 1 รายที่ไม่ฝากครรภ์ ร้อยละ 42.07 ตั้งครรภ์แรก ร้อยละ 57.93 ตั้งครรภ์หลัง ร้อยละ 15.24 มีการฝากครรภ์ไม่ครบตามเกณฑ์ และร้อยละ 84.15 ฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์ ร้อยละ 48.47 เริ่มฝากครรภ์ในไตรมาสที่ 1 ร้อยละ 82.32 มีการคลอดครบกำหนด มีเพียงร้อยละ 17.68 ที่คลอดก่อนกำหนด ร้อยละ 12.80 เป็นการคลอดที่น้ำหนักทารกแรกเกิดน้อยกว่า 2,500 กรัม ร้อยละ 87.20 น้ำหนักทารกแรกเกิด 2,500 กรัมขึ้นไป มีเพียงร้อยละ 3.66 คลอดทารกมีภาวะขาดออกซิเจนแรกเกิด ร้อยละ 96.34 คลอดทารกที่ไม่มีภาวะขาดออกซิเจนในระยะแรกเกิด กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 18.29 มีภาวะแทรกซ้อนในระยะตั้งครรภ์ โดยมีการเจ็บครรภ์ก่อนกำหนด 12 ราย ความดันโลหิตสูงจากการตั้งครรภ์ 4 ราย ติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ 5 ราย รกเกาะต่ำ และมาลาเรีย อย่างละ 3 ราย ภาวะซีด ไทฟอยด์ และแพ้ท้องอย่างรุนแรงอย่างละ 1 ราย (ภาคผนวก จ) กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 12.80 มีภาวะแทรกซ้อนในระยะคลอด โดยมีการคลอดระยะที่ 2 ยาวนาน 7 ราย ความดันโลหิตสูงจากการตั้งครรภ์ 4 ราย รกค้าง 2 ราย และตกเลือดหลังคลอด 5 ราย (ภาคผนวก ฉ)

ตารางที่ 3 คะแนนพฤติกรรมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ชาวไทยภูเขา จำแนกตามกลุ่มตัวอย่างที่มีระดับพฤติกรรมสุขภาพในระดับต่างๆ (n = 164)

กลุ่มตัวอย่าง	คะแนนสูงสุด – ต่ำสุด		ค่าเฉลี่ย	ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน
	คะแนนที่เป็นไปได้	คะแนนที่ได้จริง		
กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด (n = 164)	20-80	44-77	64.91	6.34
กลุ่มที่มีพฤติกรรมสุขภาพระดับดี (n = 126)	61-80	61-77	67.64	3.99
กลุ่มที่มีพฤติกรรมสุขภาพระดับปานกลาง (n = 38)	41-60	44-60	55.87	3.69

จากตารางที่ 3 คะแนนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด มีคะแนนต่ำสุด 44 คะแนน คะแนนสูงสุด 77 คะแนน คะแนนเฉลี่ย 64.91 คะแนน ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 6.34 เมื่อนำคะแนนที่ได้จริงจัดระดับพฤติกรรมสุขภาพตามเกณฑ์ที่กำหนดพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีพฤติกรรมสุขภาพระดับดีมีคะแนนต่ำสุด 61 คะแนน สูงสุด 77 คะแนน คะแนนเฉลี่ย 67.64 คะแนน ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 3.99 และกลุ่มตัวอย่างที่มีพฤติกรรมสุขภาพระดับปานกลางมีคะแนนต่ำสุด 44 คะแนน สูงสุด 60 คะแนน คะแนนเฉลี่ย 55.87 คะแนน ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 3.69

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ชาวไทยภูเขาจำแนกตามระดับพฤติกรรมสุขภาพ (n=164)

ระดับพฤติกรรมสุขภาพ	จำนวน	ร้อยละ
พฤติกรรมสุขภาพดี	126	76.83
พฤติกรรมสุขภาพปานกลาง	38	23.17

จากตารางที่ 4 กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 76.83 มีพฤติกรรมสุขภาพระดับดี และร้อยละ 23.17 มีพฤติกรรมสุขภาพระดับปานกลาง

ตารางที่ 5 คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพรายด้านของหญิงตั้งครรภ์ชาวไทยภูเขา (n=164)

พฤติกรรมสุขภาพรายด้าน	ระดับพฤติกรรมสุขภาพ					
	กลุ่มรวม		ดี		ปานกลาง	
	(n=164)		(n=126)		(n=38)	
	Mean	S.D.	Mean	S.D.	Mean	S.D.
1. ด้านโภชนาการ	3.39	0.57	3.62	0.38	2.65	0.46
2. ด้านการทำงานและการพักผ่อน	3.32	0.45	3.47	0.35	2.80	0.37
3. ด้านการออกกำลังกาย	1.91	0.64	2.03	0.63	1.49	0.49
4. ด้านการจัดการกับความเครียด	3.47	0.63	3.59	0.54	3.08	0.72
5. ด้านการแสวงหาข้อมูลและการฝากครรภ์	3.29	0.52	3.42	0.44	2.88	0.56
6. ด้านการใช้จ่ายและสารเสพติด	3.53	0.43	3.58	0.36	3.38	0.58

จากการวิเคราะห์พฤติกรรมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ชาวไทยภูเขารายด้าน พบว่า พฤติกรรมสุขภาพในด้านการใช้จ่ายและสารเสพติดมีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด คือ 3.53 คะแนน รองลงมา ได้แก่ ด้านการจัดการกับความเครียด ด้านโภชนาการ ด้านการทำงานและการพักผ่อน ด้านการแสวงหาข้อมูลและการฝากครรภ์ และด้านการออกกำลังกาย โดยมีคะแนนเฉลี่ย 3.47 3.39 3.32 3.29 และ 1.91 คะแนน ตามลำดับ

พฤติกรรมสุขภาพรายด้านของหญิงตั้งครรภ์ชาวไทยภูเขากลุ่มที่มีพฤติกรรมสุขภาพระดับดี มีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพสูงสุดในด้านโภชนาการ คือ 3.62 คะแนน รองลงมา ได้แก่ ด้านการจัดการกับความเครียด ด้านการใช้จ่ายและสารเสพติด ด้านการทำงานและการพักผ่อน ด้านการแสวงหาข้อมูลและการฝากครรภ์ และด้านการออกกำลังกาย โดยมีคะแนนเฉลี่ย 3.59 3.58 3.47 3.42 และ 2.03 คะแนน ตามลำดับ

พฤติกรรมสุขภาพรายด้านของหญิงตั้งครรภ์ชาวไทยภูเขากลุ่มที่มีพฤติกรรมสุขภาพระดับปานกลาง มีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพสูงสุดในด้านการใช้จ่ายและสารเสพติด คือ 3.38 คะแนน รองลงมา ได้แก่ ด้านการจัดการกับความเครียด ด้านการแสวงหาข้อมูลและการฝากครรภ์ ด้านการทำงานและการพักผ่อน ด้านโภชนาการ และด้านการออกกำลังกาย โดยมีคะแนนเฉลี่ย 3.08 2.88 2.80 2.65 และ 1.49 ตามลำดับ

ตารางที่ 6 คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพรายข้อของหญิงตั้งครรภ์ชาวไทยภูเขา (n=164)

พฤติกรรมสุขภาพ	ระดับพฤติกรรมสุขภาพ					
	กลุ่มรวม		ดี		ปานกลาง	
	(n=164)		(n=126)		(n=38)	
	Mean	S.D.	Mean	S.D.	Mean	S.D.
- การงดดื่มไวน์ เหล้า ...	3.93	0.32	3.98	0.13	3.74	0.60
- ไปพบแพทย์ เจ้าหน้าที่ที่ทีมสุขภาพเมื่อมีความผิดปกติเกิดขึ้น	3.88	1.09	3.94	0.03	3.68	0.66
- ในแต่ละวัน งดทำงานติดต่อกันมากกว่า 8 ชั่วโมง โดยไม่หยุดพัก ..	3.85	0.52	3.98	0.20	3.42	0.89
- ปฏิบัติเจ้าหน้าที่สาธารณสุขก่อนใช้ยา ...	3.85	0.49	3.87	0.46	3.82	0.56
- นอนหลับอย่างน้อยคืนละ 6-8 ชั่วโมง ...	3.78	0.47	3.85	0.38	3.55	0.65
- พยายามปล่อยวาง เมื่อรู้ว่าปัญหาบางอย่างไม่สามารถแก้ไขได้	3.74	0.56	3.87	0.38	3.32	0.81
- ไปรับการตรวจสุขภาพ	3.71	0.43	3.84	0.48	3.29	0.96
- รับประทานวิตามินบำรุงระหว่างตั้งครรภ์	3.66	0.85	3.87	0.53	2.97	1.26
- รับประทานอาหารครบ 3 มื้อ	3.65	0.72	3.78	0.56	3.24	0.10
- ไม่รับประทานเมี่ยง ชา กาแฟ ...	3.62	0.70	3.69	0.57	3.39	0.79
- นอนหลับได้ แม้จะมีเรื่องที่ต้องคิดกังวลตลอดวัน	3.41	0.81	3.57	0.72	2.89	0.83
- รับประทานอาหารประเภท ข้าว แป้ง ...	3.35	0.80	3.53	0.70	2.74	0.80
- มีวิธีการระบายความรู้สึกของตนเอง ...	3.20	0.98	3.31	0.92	2.84	1.05
- มีการปรับเปลี่ยนชนิดของอาหาร...	2.91	1.19	3.29	1.02	1.66	0.78
- นอนหลับพักผ่อนในเวลากลางวัน ...	2.84	1.05	3.07	0.97	2.08	0.91
- หลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่..	2.72	1.22	2.77	1.19	2.55	1.31
- หลีกเลี่ยงการทำงานหนัก	2.71	1.13	2.90	1.08	2.05	1.04
- ออกกำลังกายเบาๆ วันละประมาณ 30 นาที	2.62	1.06	2.83	1.03	1.95	0.96
- ดูโทรทัศน์ อ่านหนังสือ ฟังวิทยุ	2.29	1.09	2.48	1.12	1.66	0.67
- ฝึกการหายใจเพื่อเตรียมพร้อมในการคลอด	1.19	0.55	1.24	0.61	1.03	0.16

จากการวิเคราะห์พฤติกรรมสุขภาพรายข้อของหญิงตั้งครรภ์ชาวไทยภูเขา พบว่าค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพที่มีคะแนนสูงสุด 5 อันดับแรก ได้แก่ การงดดื่มเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ มีคะแนนเฉลี่ย 3.93 รองลงมาได้แก่ การไปพบเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

พยาบาล และแพทย์ทันทีเมื่อมีอาการผิดปกติ มีคะแนนเฉลี่ย 3.88 การงดทำงานติดต่อกันมากกว่า 8 ชั่วโมงโดยไม่หยุดพัก และการปรึกษาเจ้าหน้าที่สาธารณสุข พยาบาล หรือแพทย์ก่อนใช้ยาทุกประเภท มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ คือ 3.85 การนอนหลับติดต่อกันอย่างน้อยคืนละ 6-8 ชั่วโมง และการปล่อยวางและพักหลับได้ เมื่อรู้ว่าไม่สามารถแก้ปัญหาบางปัญหาได้มีคะแนนเฉลี่ย 3.78 และ 3.74 ตามลำดับ

พฤติกรรมสุขภาพรายชื่อที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด ได้แก่ การฝึกหายใจเพื่อเตรียมพร้อมในการคลอด ซึ่งเป็นกิจกรรมด้านการออกกำลังกาย มีคะแนนเฉลี่ย 1.19 รองลงมาได้แก่ การดูโทรทัศน์ อ่านหนังสือ ฟังวิทยุ หรือสอบถามข้อมูลจากบุคคลที่รู้จักเกี่ยวกับการตั้งครรภ์และการตกในครรภ์ การออกกำลังกายเบาๆ อย่างน้อยวันละ 30 นาที การงดทำงานหนัก การงดสูบบุหรี่ หรือหลีกเลี่ยงการอยู่ในสถานที่ที่มีคนสูบบุหรี่ โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.29 2.62 2.72 และ 2.71 ตามลำดับ

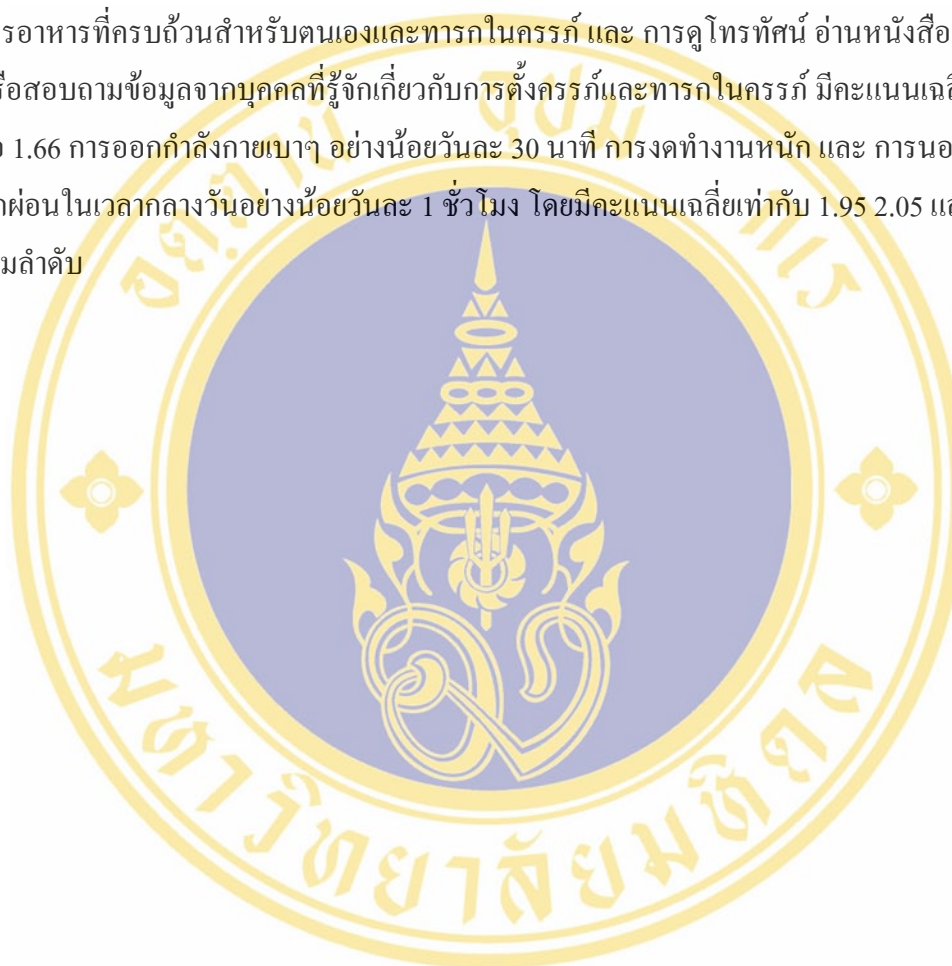
เมื่อวิเคราะห์พฤติกรรมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ชาวไทยภูเขากลุ่มที่มีพฤติกรรมสุขภาพระดับดี พฤติกรรมรายชื่อที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด ได้แก่ การงดทำงานติดต่อกันมากกว่า 8 ชั่วโมงโดยไม่หยุดพัก และการงดดื่มเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ คือ 3.98 รองลงมาได้แก่ การไปพบเจ้าหน้าที่สาธารณสุข พยาบาล และแพทย์ทันทีเมื่อมีอาการผิดปกติ มีคะแนนเฉลี่ย 3.94 การรับประทานวิตามินบำรุงอย่างสม่ำเสมอ และการปล่อยวางและพักหลับได้ เมื่อรู้ว่าไม่สามารถแก้ปัญหาบางปัญหาได้ และการปรึกษาเจ้าหน้าที่สาธารณสุข พยาบาล หรือแพทย์ก่อนใช้ยาทุกประเภท มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ คือ 3.87 และการนอนหลับติดต่อกันอย่างน้อยคืนละ 6-8 ชั่วโมง และการไปตรวจสุขภาพตนเองและการตกในครรภ์ตามนัด มีคะแนนเฉลี่ย 3.85 และ 3.84 ตามลำดับ

พฤติกรรมสุขภาพรายชื่อที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด ได้แก่ การฝึกหายใจเพื่อเตรียมพร้อมในการคลอด มีคะแนนเฉลี่ย 1.03 รองลงมาได้แก่ การดูโทรทัศน์ อ่านหนังสือ ฟังวิทยุ หรือสอบถามข้อมูลจากบุคคลที่รู้จักเกี่ยวกับการตั้งครรภ์และการตกในครรภ์ การงดสูบบุหรี่ หรือหลีกเลี่ยงการอยู่ในสถานที่ที่มีคนสูบบุหรี่ การออกกำลังกายเบาๆ อย่างน้อยวันละ 30 นาที และการงดทำงานหนัก มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.48 2.77 2.83 และ 2.90 ตามลำดับ

เมื่อวิเคราะห์พฤติกรรมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ชาวไทยภูเขากลุ่มที่มีระดับพฤติกรรมปานกลาง พฤติกรรมรายชื่อที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด ได้แก่ การปรึกษาเจ้าหน้าที่สาธารณสุข พยาบาล หรือแพทย์ก่อนใช้ยาทุกประเภท มีคะแนนเฉลี่ย 3.82 รองลงมาได้แก่ การงดดื่มเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ การไปพบเจ้าหน้าที่สาธารณสุข พยาบาล และแพทย์ทันทีเมื่อมีอาการ

ผิดปกติ การนอนหลับติดต่อกันอย่างน้อยวันละ 6-8 ชั่วโมง และการจดทำงานติดต่อกันมากกว่า 8 ชั่วโมงโดยไม่หยุดพัก โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.74 3.68 3.55 และ 3.42 ตามลำดับ

พฤติกรรมสุขภาพรายข้อที่มีคะแนนต่ำสุด ได้แก่ การฝึกหายใจเพื่อเตรียมพร้อมในการคลอด มีคะแนนเฉลี่ย 1.03 รองลงมาได้แก่ การปรับเปลี่ยนชนิดของอาหารที่รับประทานเพื่อให้ได้สารอาหารที่ครบถ้วนสำหรับตนเองและทารกในครรภ์ และ การดูแลทารก อ่านหนังสือ ฟังวิทยุ หรือสอบถามข้อมูลจากบุคคลที่รู้จักเกี่ยวกับการตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากัน คือ 1.66 การออกกำลังกายเบาๆ อย่างน้อยวันละ 30 นาที การจดทำงานหนัก และการนอนหลับพักผ่อนในเวลากลางวันอย่างน้อยวันละ 1 ชั่วโมง โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 1.95 2.05 และ 2.08 ตามลำดับ



ตารางที่ 7 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพจำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล (n=164)

ปัจจัยส่วนบุคคล	ค่าเฉลี่ยคะแนน พฤติกรรมสุขภาพ	ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน	t-test
อายุ			0.741 ^{NS}
20-34	3.22	0.34	
< 20 หรือ ≥ 35	3.26	0.31	
ระดับการศึกษา			5.046*
ไม่ได้เรียนหนังสือ	3.08	0.27	
ได้เรียนหนังสือ	3.33	0.31	
การทำงาน			3.887*
ทำงานในบ้าน	3.33	0.30	
ทำงานนอกบ้าน	3.15	0.31	
รายได้ครอบครัวต่อปี (บาท)			4.395*
< 15,000	3.13	0.27	
≥ 15,000	3.34	0.32	
ลักษณะครอบครัว			1.853 ^{NS}
ครอบครัวเดี่ยว	3.19	0.34	
ครอบครัวขยาย	3.28	0.30	

*p < 0.001, NS = not-significant (p > 0.05)

จากตารางที่ 7 ผลการศึกษาเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ชาวไทยภูเขาตามปัจจัยส่วนบุคคล ด้วยค่าทดสอบ Independent t-test พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีอายุและ ลักษณะครอบครัวต่างกัน มีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($t = 0.741$ และ $t = 1.853$ ตามลำดับ) กลุ่มตัวอย่างที่มีระดับการศึกษา รายได้ และการทำงานต่างกัน มีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 ($t = 5.046$, $t = 4.395$ และ $t = 3.887$ ตามลำดับ)

ตารางที่ 8 การเปรียบเทียบความแตกต่างของผลลัพธ์ของการตั้งครรภ์จำแนกตามกลุ่มระดับ
พฤติกรรมสุขภาพ (n=164)

ผลลัพธ์ของการตั้งครรภ์	ระดับพฤติกรรมสุขภาพ		χ^2
	ปานกลาง (n=38)	ดี (n=126)	
ทารกแรกเกิดมีน้ำหนักน้อย^a			0.006 ^{NS}
มี	5	16	
ไม่มี	33	110	
ทารกมีภาวะขาดออกซิเจนในระยะแรกเกิด^b			0.148 ^{NS}
มี	1	5	
ไม่มี	37	121	
การคลอดก่อนกำหนด^a			0.746 ^{NS}
มี	9	20	
ไม่มี	29	106	
ภาวะแทรกซ้อนของมารดาในระยะคลอด^a			3.013 ^{NS}
มี	8	13	
ไม่มี	30	113	

*p < 0.05, NS = not-significant (p > 0.05)

(a) Chi square (b) Fisher's Exact test

จากตารางที่ 8 ผลการศึกษาความแตกต่างของผลลัพธ์ของการตั้งครรภ์ตามระดับพฤติกรรมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ชาวไทยภูเขา ด้วยค่าทดสอบไคส์แควร์ (χ^2) พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีระดับพฤติกรรมสุขภาพต่างกัน มีการเกิดทารกที่มีน้ำหนักน้อยกว่าเกณฑ์ ทารกมีภาวะขาดออกซิเจนในระยะแรกเกิด การคลอดก่อนกำหนด และภาวะแทรกซ้อนของมารดาในระยะคลอด ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($\chi^2 = 0.006, 0.148, 0.746$ และ 3.013 ตามลำดับ)

บทที่ 5

การอภิปรายผล

การวิจัยเชิงบรรยายครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมสุขภาพและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของหญิงตั้งครรภ์ชาวไทยภูเขา ซึ่งผลการวิจัยที่จะนำมาอภิปรายได้แก่ ข้อมูลส่วนบุคคล พฤติกรรมสุขภาพ และผลการทดสอบสมมติฐาน

ข้อมูลส่วนบุคคลของหญิงตั้งครรภ์ชาวไทยภูเขา

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 69.51) มีอายุอยู่ระหว่าง 20-34 ปี ซึ่งเป็นช่วงอายุที่เหมาะสมสำหรับการตั้งครรภ์และการคลอดบุตร เพราะมีความเสี่ยงต่อสุขภาพมารดาและทารกต่ำ (กระทรวงสาธารณสุข, 2547: 3) ร้อยละ 66.46 ของกลุ่มตัวอย่างได้เรียนหนังสือ จึงมีโอกาสนในการแสวงหาความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพระหว่างตั้งครรภ์ผ่านสื่อต่างๆ

ประมาณครึ่งหนึ่งของกลุ่มตัวอย่าง (ร้อยละ 51.83) ไม่ได้ทำงานนอกบ้าน จึงมีโอกาสดูแลสุขภาพตนเองได้ดีกว่าผู้ที่ทำงานนอกบ้าน และร้อยละ 43.9 มีรายได้ครอบครัวต่อปีน้อยกว่า 15,000 บาท ซึ่งจัดเป็นรายได้ต่ำ การที่กลุ่มตัวอย่างมีรายได้ต่ำจะส่งผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมในระหว่างตั้งครรภ์ในบางเรื่อง เช่น การมาตรวจตามนัดอย่างสม่ำเสมอ และการรับประทานอาหารที่พอเพียงกับความต้องการในระหว่างตั้งครรภ์ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 61.59) อาศัยอยู่ในครอบครัวขยาย หญิงตั้งครรภ์ที่อยู่ในครอบครัวขยายจะมีแหล่งประโยชน์ที่เกื้อหนุนต่อการปรับตัวดีกว่าหญิงตั้งครรภ์ที่อยู่ในครอบครัวเดี่ยว (พวงน้อย สาครรัตนกุล และ จันทิมา ขนบดี, 2547: 118)

กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 57.93 เป็นหญิงตั้งครรภ์หลัง ซึ่งจะมีประสบการณ์ในการดูแลตนเองมากกว่าหญิงตั้งครรภ์แรก และร้อยละ 48.17 มาฝากครรภ์ตั้งแต่ไตรมาสแรก ทำให้ได้รับความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตนระหว่างตั้งครรภ์ตั้งแต่แรกเริ่ม การปฏิบัติตนที่เหมาะสมในระหว่างตั้งครรภ์จะส่งผลดีต่อผลลัพธ์ของการตั้งครรภ์ ซึ่งพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนในระยะตั้งครรภ์ (ร้อยละ 81.71) และระยะคลอด (ร้อยละ 87.20)

ในเรื่องการมาฝากครรภ์ พบว่า ร้อยละ 84.15 ของกลุ่มตัวอย่างหญิงตั้งครรภ์ชาวไทยภูเขา มีการฝากครรภ์มากกว่า 4 ครั้ง (เกณฑ์ร้อยละ 90) และคลอดเมื่ออายุครรภ์มากกว่า 37 สัปดาห์

คิดเป็นร้อยละ 83.32 อย่างไรก็ตาม ร้อยละ 12.8 ของกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้มีการคลอดทารกแรกเกิดที่มีน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม และร้อยละ 3.66 ที่ทารกมีคะแนนสภาพแรกเกิดในหนึ่งนาที่แรกน้อยกว่า 8 คะแนน ซึ่งสูงกว่าเกณฑ์ของกรมอนามัยที่กำหนดไว้ให้มีทารกน้ำหนักแรกเกิดน้อยกว่า 2,500 กรัม ไม่เกินร้อยละ 7 และทารกที่มีคะแนนสภาพแรกเกิดในนาที่แรกน้อยกว่า 8 คะแนน ไม่เกิน 30: การเกิดมีชีพ 1,000 ราย (กรมอนามัย, 2550)

พฤติกรรมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ชาวไทยภูเขา

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 76.83) มีพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมอยู่ในเกณฑ์ดี และร้อยละ 23.17 มีพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมในระดับปานกลาง ซึ่งแสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตนระหว่างตั้งครรภ์ที่เหมาะสม ทั้งนี้สามารถอธิบายรายละเอียดได้ดังนี้

1. ด้านโภชนาการ

กลุ่มตัวอย่างโดยรวมมีพฤติกรรมสุขภาพด้านโภชนาการอยู่ในเกณฑ์ดี ผลการวิเคราะห์รายข้อพบว่าในแต่ละวันหญิงตั้งครรภ์ชาวไทยภูเขาส่วนใหญ่รับประทานอาหารครบทั้ง 3 มื้อ และครบ 5 หมู่ มีการรับประทานวิตามินบำรุงในระยะตั้งครรภ์อย่างสม่ำเสมอ ที่เป็นเช่นนี้เพราะกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 66.46) ได้เรียนหนังสือ จึงมีโอกาสดูหาข้อมูลและเข้าถึงแหล่งประโยชน์ด้านความรู้เกี่ยวกับภาวะโภชนาการกับการตั้งครรภ์ นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างมีการฝากครรภ์ (ร้อยละ 84.15) และมาตรวจครรภ์ตามนัดอย่างสม่ำเสมอ ทำให้ได้รับความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตนระหว่างตั้งครรภ์ รวมถึงการรับประทานอาหารที่มีประโยชน์และเพียงพอกับความต้องการของร่างกาย

ผลการวิจัยครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมในระดับดีมีการปฏิบัติตนเหมาะสมในด้านโภชนาการเกือบทุกข้อ ยกเว้นในเรื่องการปรับเปลี่ยนชนิดอาหารเมื่อตั้งครรภ์ ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่มีพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมในระดับปานกลางจะมีการปฏิบัติตนด้านโภชนาการไม่เหมาะสม เช่น รับประทานยาบำรุงไม่สม่ำเสมอ รับประทานอาหารในปริมาณที่ไม่เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย และไม่มีการปรับเปลี่ยนชนิดของอาหารเมื่อตั้งครรภ์

ในเรื่องการปรับเปลี่ยนชนิดของอาหารในขณะตั้งครรภ์ พบว่า หญิงตั้งครรภ์ชาวไทยภูเขาไม่ว่าจะเป็นกลุ่มที่มีพฤติกรรมสุขภาพในระดับดีหรือปานกลางยังมีการปรับเปลี่ยนในเรื่องนี้อยู่น้อย โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มที่มีพฤติกรรมสุขภาพในระดับปานกลาง ทั้งนี้การรับประทานอาหารเสริมที่มีคุณค่าทางโภชนาการ เช่น การรับประทานเนื้อสัตว์ ไข่ นม จะปฏิบัติได้เฉพาะกลุ่ม

ที่มีรายได้เพียงพอ เพราะอาหารกลุ่มนี้มีราคาแพง โดยทั่วไปแล้ววิถีชีวิตของชาวไทยภูเขาจะรับประทานข้าวในปริมาณที่มากเพื่อให้อิ่ม กับข้าวส่วนใหญ่จะเป็นน้ำพริก ปลากระป๋อง ผักต้ม แกงผักกาด และแกงผักต่างๆที่หาได้ในท้องถิ่น อาหารประเภทนมและเนื้อสัตว์นั้นหายาก เพราะนมต้องซื้อในเมืองซึ่งอยู่ไกล และราคาแพง ส่วนเนื้อสัตว์จะได้รับประทานเดือนละ 1-2 ครั้ง เมื่อมีงานพิธีในหมู่บ้าน หรือเมื่อมีโอกาสเข้ามาซื้อของในเมือง หรือบางเดือนแทบไม่ได้รับประทานเลย สอดคล้องกับการศึกษาของ วันดี นน่อคำศักดิ์ (2535) ที่ศึกษาในหญิงตั้งครรภ์ชาวเขาเผ่าลีซอ ไชยณรงค์ ปิตุรัตน์ (2538) วรรณศรี ธรรมสนธยา (2541) และปิ่นแก้ว ยานะจิตร (2544) ที่ศึกษาแบบแผนการบริโภคของชาวไทยภูเขาเผ่ากะเหรี่ยง พบว่าในแต่ละวันครอบครัวของชาวไทยภูเขาจะประกอบอาหารเพียงครั้งเดียว เป็นอาหารประเภทเดียว รับประทานตลอดทั้ง 3 มื้อ โดยไม่มีอาหารเฉพาะสำหรับเด็ก ผู้ป่วย หรือหญิงตั้งครรภ์ อาหารส่วนใหญ่เป็นพืชผัก และผลไม้ที่มีแหล่งมาจากในท้องถิ่นที่อยู่อาศัย อาหารประเภทโปรตีนจะได้รับประทานเฉพาะในช่วงงานพิธีสำคัญ เช่น งานแต่งงาน งานเลี้ยงฝังศพบุรุษ ซึ่งจะจัดขึ้นไม่บ่อยนัก อาหารที่นิยมใช้ในเทศกาลต่างๆ ได้แก่ แกงข้าวเบอะ แกงเนื้อสัตว์ และลาบ ส่วนขนมที่นิยม ได้แก่ ขนมต้ม กล้วยบวชชี และข้าวเหนียวดำ

นอกจากนี้ในการศึกษาครั้งนี้พบข้อมูลจากการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างเพิ่มเติมว่ามีแหล่งโปรตีนจากพืชในชุมชน เช่น ถั่วปลิ ถั่วฝักยาว ถั่วเหลือง ถั่วลิสง แต่มีกลุ่มตัวอย่างเพียงจำนวนน้อยที่ทราบคุณค่าทางอาหารของพืชผักเหล่านี้ โดยปกติแล้วหญิงชาวไทยภูเขาจะรับประทานถั่วเหลืองต้ม ถั่วลิสงต้มเป็นอาหารว่างตามฤดูเก็บเกี่ยวพืชผลเท่านั้น ซึ่งการได้รับสารอาหารประเภทโปรตีนจำนวนน้อยอาจส่งผลต่อการเจริญเติบโตของทารกในครรภ์ได้ จึงควรมีการศึกษาหาแหล่งอาหารในชุมชน การแปรรูปอาหาร และเผยแพร่ให้หญิงชาวไทยภูเขามีความรู้ในเรื่องดังกล่าว

2. ด้านการทำงานและการพักผ่อน

กลุ่มตัวอย่างโดยรวมมีพฤติกรรมสุขภาพด้านการทำงานและการพักผ่อนอยู่ในเกณฑ์ดี ผลการวิเคราะห์รายข้อพบว่าหญิงตั้งครรภ์ชาวไทยภูเขาทำงานติดต่อกันไม่เกินวันละ 8 ชั่วโมง มีการพักผ่อนในตอนกลางคืนอย่างน้อย 6-8 ชั่วโมง และนอนหลับได้ดีแม้มีเรื่องกังวล แต่การพักผ่อนในเวลากลางวันยังมีน้อย และโดยทั่วไปกลุ่มตัวอย่างยังทำงานหนักแม้ว่าจะตั้งครรภ์

จากการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่าง พบว่าหญิงตั้งครรภ์ชาวไทยภูเขายังยึดถือความเชื่อที่บอกต่อกันมาว่าการนอนหลับในช่วงกลางวันหรือการนอนพักนานๆในตอนกลางวันจะทำให้คลอดยากและมีรกค้าง สอดคล้องกับการศึกษาของวันดี นน่อคำศักดิ์ (2535) ที่พบว่า ชาวไทยภูเขามีข้อห้ามในเรื่องการนอนกลางวัน เพราะเชื่อว่าจะทำให้ผิผิว รกเกาะแน่นและรกค้างภายหลังคลอด

ในเรื่องการหลีกเลี่ยงการทำงานหนัก พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่สามารถปฏิบัติได้ ทั้งนี้เพราะชาวไทยภูเขาจะทำงานตลอดระยะเวลาที่ตั้งครรภ์ ลักษณะงานที่ทำคือ ถางหญ้าในไร่ ปลุกข้าว เกี่ยวข้าว เกี่ยวถั่วเหลือง ให้อาหารสัตว์ ทอผ้า ตำข้าว ตักน้ำ ทำความสะอาดบ้าน และเลี้ยงเด็ก ผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ วันดี หน่อคำศักดิ์ (2535) ชงชัย สาระกุล (2538) และ วรณศรี ครุณสนธยา (2541) ที่พบว่า หญิงตั้งครรภ์ชาวไทยภูเขาจะทำงานหนักจนกระทั่งคลอด และมีความเชื่อว่าการทำงานหนักจะทำให้คลอดง่าย จะเห็นได้ว่าวิถีชีวิตในด้านการทำงานของหญิงตั้งครรภ์ชาวไทยภูเขาในปัจจุบันยังเหมือนในอดีต จึงควรมีการศึกษาถึงซึ่งเกี่ยวกับวิถีชีวิตในด้านนี้ เพื่อหาแนวทางในการส่งเสริมสุขภาพหญิงในระยะตั้งครรภ์ต่อไป

3. ด้านการออกกำลังกาย

กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้มีการออกกำลังกายในระหว่างตั้งครรภ์เป็นส่วนน้อย โดยให้เหตุผลว่าได้รับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่ที่มสุขภาพถึงประโยชน์ของการออกกำลังกาย แต่ไม่ทราบข้อจำกัด หรือรูปแบบการออกกำลังกายที่เหมาะสม ส่วนใหญ่ออกกำลังกายโดยการเดินเล่นรอบๆหมู่บ้านในช่วงเวลาเย็น แต่ปฏิบัติไม่สม่ำเสมอ และหญิงตั้งครรภ์ส่วนมากเข้าใจว่าการทำงานตลอดทั้งวันนั้นเป็นการออกกำลังกายอยู่แล้ว ผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ มยุรี นิรัทธาคร (2538) อุณจิตต์ บุญสม (2540) และอรัญญ์ ธรรมกันมา (2540) ที่พบว่า หญิงตั้งครรภ์ส่วนมากไม่ออกกำลังกาย ด้วยเหตุผลที่ว่าไม่มีเวลา ต้องทำงาน ไม่ทราบวิธีที่ถูกต้อง กลัวเป็นอันตรายต่อทารกในครรภ์ และเข้าใจว่าการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเป็นการออกกำลังกายอยู่แล้ว

ผลการวิจัยครั้งนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างหญิงตั้งครรภ์ชาวไทยภูเขาส่วนมากไม่เคยฝึกหายใจเพื่อเตรียมพร้อมในการคลอด อาจเนื่องมาจากสถานบริการสาธารณสุขแต่ละแห่งจัดบริการส่งเสริมสุขภาพหญิงตั้งครรภ์ในเรื่องดังกล่าวน้อย และหญิงตั้งครรภ์ไม่ได้รับการกระตุ้นให้ปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพในข้อนี้ สอดคล้องกับการศึกษาของสุเมตตา สว่างทุกข์ (2539) ที่พบว่ามีเพียงส่วนน้อยของหญิงตั้งครรภ์ที่มีการฝึกกลัมนื้อและฝึกหายใจในการเตรียมความพร้อมสำหรับการคลอด โดยปกติแล้วการให้คำแนะนำในเรื่องการเตรียมตัวเพื่อคลอดเป็นกิจกรรมการพยาบาลที่จัดไว้ในคลินิกฝากครรภ์สำหรับหญิงตั้งครรภ์ในระยะใกล้คลอด และการฝึกหายใจเป็นส่วนหนึ่งของคำแนะนำที่ให้กับหญิงตั้งครรภ์ อย่างไรก็ตามการปฏิบัติตามคำแนะนำในข้อนี้ หญิงตั้งครรภ์ควรรับรู้ประโยชน์ มีความมุ่งมั่น และมีแรงจูงใจที่จะปฏิบัติ

จะเห็นได้ว่าพฤติกรรมการออกกำลังกายมีความคล้ายคลึงกันในหญิงตั้งครรภ์ทุกสังคม ดังนั้นควรมีการศึกษาแบบแผนชีวิตประจำวัน และรูปแบบของการออกกำลังกายที่สอดคล้องกับ

การดำเนินชีวิตประจำวัน และมีการให้ความรู้ในเรื่องการออกกำลังกายและการเตรียมร่างกายให้พร้อมเพื่อการคลออย่างเป็นรูปธรรม

4. ด้านการจัดการกับความเครียด

กลุ่มตัวอย่างโดยรวมมีการจัดการกับความเครียดได้ในระดับปานกลาง ในเรื่องการระบายความรู้สึกเมื่อเกิดความเครียดพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมในระดับดี มีการปฏิบัติพฤติกรรมข้อนี้เหมาะสม มีการเล่าปัญหา หรือบอกสิ่งที่ทำให้เกิดความเครียดแก่เพื่อน มารดา และสามี โดยความเครียดส่วนใหญ่มาจากเรื่องความขัดแย้งภายในครอบครัวในการใช้ชีวิตประจำวัน ซึ่งกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่คิดว่าสิ่งเหล่านี้เป็นเรื่องปกติที่เกิดขึ้นได้ อย่างไรก็ตาม ผลการวิจัยพบว่าในกลุ่มตัวอย่างที่มีพฤติกรรมสุขภาพในระดับปานกลางยังมีการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพในข้อนี้อยู่น้อย

ในเรื่องการปล่อยวางเมื่อไม่สามารถแก้ปัญหาได้ พบว่าในข้อนี้กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยทั้งหมดทำได้ดี ซึ่งขัดแย้งกับการศึกษาของ อรรถ ธรรมกันมา (2540) ที่พบว่า หญิงตั้งครรภ์ส่วนมากยังคิดหม่นอยู่กับปัญหาที่เกิดขึ้น มีส่วนน้อยที่ยอมรับปัญหาหรืออุปสรรคที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวัน และมีวิธีการจัดการกับความเครียดที่ไม่เหมาะสม ผลการศึกษาที่แตกต่างกันอาจเนื่องมาจากบริบทของกลุ่มตัวอย่าง ในการวิจัยครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างเป็นหญิงตั้งครรภ์ชาวไทยภูเขาที่อาศัยอยู่ในครอบครัวขยายเป็นส่วนใหญ่ (ร้อยละ 61.59) ซึ่งวัฒนธรรมของชาวไทยภูเขาจะมีการไปมาหาสู่และเกื้อกูลกันในหมู่บ้านพื้นเมือง มีแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่ดี เมื่อเกิดปัญหาหรือความเครียดจึงมีบุคคลในครอบครัวให้คำปรึกษาหรือให้คำแนะนำในการแก้ปัญหา

5. ด้านการแสวงหาข้อมูลและการฝากครรภ์

กลุ่มตัวอย่างโดยรวมมีพฤติกรรมสุขภาพด้านนี้อยู่ในระดับดี ไปตรวจสุขภาพมารดาและทารกในครรภ์อย่างสม่ำเสมอ รวมถึงไปพบแพทย์เมื่อมีอาการผิดปกติเกิดขึ้น

ในเรื่องการแสวงหาข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพในระหว่างตั้งครรภ์ พบว่า หญิงตั้งครรภ์ชาวไทยภูเขาส่วนใหญ่กลุ่มที่มีพฤติกรรมสุขภาพดีจะมีการหาแหล่งประโยชน์และความรู้สำหรับการดูแลตนเองที่เหมาะสม ซึ่งความรู้ดังกล่าวส่วนใหญ่ได้รับจากเจ้าหน้าที่ที่มสุขภาพเมื่อมาฝากครรภ์ และจากการซักถามเพื่อนที่มีประสบการณ์การตั้งครรภ์ ผลการศึกษาในครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของมยุรี นิรติธราดร (2539: 68) ที่พบว่า เจ้าหน้าที่ที่มสุขภาพเป็นบุคคลสำคัญในการให้คำแนะนำในการปฏิบัติตนที่เหมาะสมแก่หญิงตั้งครรภ์

กลุ่มตัวอย่างที่มีพฤติกรรมสุขภาพในระดับปานกลางมีการแสวงหาข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ ในระหว่างตั้งครรภ์น้อย และการรับข้อมูลผ่านสื่อ เช่น โทรศัพท์และวิทยุ พบว่ามีน้อยเช่นกัน หญิงตั้งครรภ์ชาวไทยภูเขาในกลุ่มนี้ส่วนใหญ่ทำงานตลอดทั้งวัน และรายการวิทยุท้องถิ่นที่รับได้จะไม่มีสาระความรู้เกี่ยวกับการตั้งครรภ์และการคลอด นอกจากนี้ประมาณหนึ่งในสามของกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ไม่ได้เรียนหนังสือ ทำให้ขาดโอกาสในการเข้าถึงสื่อด้านหนังสือและคู่มือ ส่งผลให้ขาดข้อมูลที่เพียงพอต่อการดูแลสุขภาพตนเองและทารกในครรภ์ จึงควรมีการพัฒนาสื่อและข้อมูลที่เหมาะสมสำหรับหญิงตั้งครรภ์ชาวไทยภูเขา

6. ด้านการใช้ยาและสารเสพติด

กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดมีพฤติกรรมสุขภาพในด้านนี้อยู่ในระดับดี ยกเว้นการหลีกเลี่ยงการสัมผัสควันบุหรี่ จะเห็นได้ว่า กลุ่มตัวอย่างหญิงตั้งครรภ์ชาวไทยภูเขามีการรับรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับข้อเสียของการดื่มสุรา การรับประทานอาหารที่มีส่วนผสมของคาเฟอีน และการซื้อยารับประทานเองในระหว่างตั้งครรภ์

ผลการวิจัยพบว่า ร้อยละ 37.19 ของกลุ่มตัวอย่างไม่สูบบุหรี่หรือหลีกเลี่ยงการสัมผัสควันบุหรี่ในขณะตั้งครรภ์ และมีถึงร้อยละ 60.98 ที่สัมผัสควันบุหรี่จากการสูบบุหรี่ของสมาชิกในครอบครัว และร้อยละ 1.83 ยังคงสูบบุหรี่เมื่อมีการตั้งครรภ์เกิดขึ้น (ภาคผนวก ซ) ข้อมูลดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าในสังคมของชาวไทยภูเขายังมีการสูบบุหรี่กันอยู่มาก แม้ว่าหญิงตั้งครรภ์จะไม่ได้เป็นผู้สูบเอง แต่การสัมผัสควันบุหรี่นานๆในระหว่างตั้งครรภ์อาจส่งผลต่อการเจริญเติบโตของทารกในครรภ์ได้ ผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ อรทัย ธรรมกันมา (2540: 75) ที่พบว่าหญิงตั้งครรภ์ส่วนใหญ่ไม่สูบบุหรี่ แต่จะได้รับสารพิษจากควันบุหรี่จากการสูบบุหรี่ของสมาชิกในครอบครัว จึงควรมีการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพให้แก่ผู้นำชุมชนและบุคคลในชุมชนโดยเน้นให้ทราบถึงโทษของบุหรี่ที่เกิดกับตนเองและบุคคลรอบข้าง

ผลการทดสอบสมมติฐาน

สมมติฐานข้อที่ 1 หญิงตั้งครรภ์ชาวไทยภูเขาในอำเภอแม่สะเรียงที่มีปัจจัยส่วนบุคคลแตกต่างกัน จะมีพฤติกรรมสุขภาพต่างกัน

1.1 หญิงตั้งครรภ์ชาวไทยภูเขาในอำเภอแม่สะเรียงที่มีอายุแตกต่างกัน มีพฤติกรรมสุขภาพไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$) ผลการทดสอบสมมติฐานในข้อนี้แสดง

ให้เห็นว่าอายุไม่ได้เป็นปัจจัยสำคัญของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างหญิงตั้งครรภ์ชาวไทยภูเขา

ตามกรอบแนวคิดของเพนเดอร์ (2002) อายุเป็นปัจจัยทางชีววิทยา (biological factor) ที่มีอิทธิพลโดยตรงต่อการรับรู้และความรู้สึนึกคิดที่เฉพาะเจาะจงต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ แต่การศึกษาครั้งนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีอายุต่างกันมีพฤติกรรมสุขภาพไม่ต่างกัน ($p > 0.05$) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ชวที เชื้อวเอี่ยมวัฒนา (2534: 61) ที่พบว่าอายุไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพระหว่างตั้งครรภ์ แต่ขัดแย้งกับการศึกษาของ วิลาวัลย์ ถนอมรูป (2002: 3-16) และอรัญ ธรรมกันมา (2540: 75) ที่พบว่าอายุเป็นปัจจัยสำคัญในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ จะเห็นได้ว่ากลุ่มหญิงตั้งครรภ์ชาวไทยภูเขามีความเชื่อและวิถีชีวิตที่เฉพาะเจาะจงสำหรับชนเผ่า การศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยด้านอายุกับพฤติกรรมสุขภาพ ควรมีการนำปัจจัยอื่นๆเข้ามาในการศึกษาครั้งนี้ด้วย

1.2 หญิงตั้งครรภ์ชาวไทยภูเขาในอำเภอแม่สะเรียงที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกัน มีพฤติกรรมสุขภาพแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)

ระดับการศึกษาเป็นปัจจัยทางด้านสังคมวัฒนธรรมที่มีอิทธิพลโดยตรงต่อการรับรู้และความรู้สึนึกคิดที่เฉพาะเจาะจงกับพฤติกรรมสุขภาพ หญิงตั้งครรภ์ที่มีระดับการศึกษาสูงจะรับรู้ถึงประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพต่างๆ ได้ดีกว่าผู้ที่มีระดับการศึกษาน้อย ผลการวิจัยครั้งนี้พบว่าระดับการศึกษามีความสำคัญต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง สอดคล้องกับการศึกษาของ สุปราณี ชัยเชื่อนันท์ (2546: 75) ที่พบว่า ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์แรกที่มาฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลราชวิถี ($p < 0.05$) แต่ขัดแย้งกับผลการศึกษาของ ดารณี สุภาพ (2542: 58-59) ที่พบว่าหญิงตั้งครรภ์ที่ทำงานในโรงงานที่มีระดับการศึกษาต่างกันมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพไม่ต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$)

1.3 หญิงตั้งครรภ์ชาวไทยภูเขาในอำเภอแม่สะเรียงที่มีอาชีพต่างกัน มีพฤติกรรมสุขภาพแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)

ผลการศึกษานี้สนับสนุนแนวคิดของเพนเดอร์ (Pender, 2002) ที่กล่าวว่าอาชีพและลักษณะการทำงานเป็นปัจจัยทางสังคมวัฒนธรรม (sociocultural factor) ที่มีอิทธิพลโดยตรงต่อความรู้สึนึกคิดที่เฉพาะเจาะจงต่อพฤติกรรม และมีผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ และสอดคล้องกับผลการศึกษาของสุมิตตา สว่างทุกข์ (2540: 50-54) ที่พบว่า หญิงตั้งครรภ์ที่ทำงานนอกบ้านและมีลักษณะงานเป็นงานหนัก มีการฝากครรภ์ไม่ครบตามเกณฑ์มากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่ทำงานไม่หนัก ($p < 0.05$) แต่แตกต่างจากผลการศึกษาของมาลี เจริญเมือง (Charoenmuang, 1990: 95) ที่พบว่าอาชีพและลักษณะการทำงานไม่มีผลต่อการมาฝากครรภ์ของหญิงตั้งครรภ์ ($p > 0.05$)

1.4 หญิงตั้งครรภ์ชาวไทยภูเขาในอำเภอแม่สะเรียงที่มีรายได้ครอบครัวต่างกัน มีพฤติกรรมสุขภาพแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)

รายได้ครอบครัวเป็นปัจจัยทางด้านสังคมวัฒนธรรมที่ส่งผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้ครอบครัวสูงจะมีโอกาสเข้าถึงแหล่งประโยชน์ในสังคมและจัดหาทรัพยากรที่จำเป็น เช่น ซื้ออาหารประเภทเนื้อสัตว์ ไข่ นม รับประทานขณะตั้งครรภ์ และมาตรวจครรภ์ตามนัดอย่างสม่ำเสมอ ได้ดีกว่ากลุ่มที่มีรายได้ครอบครัวต่ำ ซึ่งการปฏิบัติพฤติกรรมเหล่านี้จะทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อการตั้งครรภ์ ผลการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ มยุรี นิธิธรรมา (2539: 68) และ วรรัตน์ ทองศิริมา (2547: 41) ที่พบว่ารายได้ครอบครัวมีผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในหญิงตั้งครรภ์ ($p < 0.001$) แต่แตกต่างจากการศึกษาของ วชิร วัชรมัย (2532: 67) ที่พบว่ารายได้ครอบครัวไม่ได้มีผลต่อการมาฝากครรภ์ของหญิงตั้งครรภ์ ($p > 0.05$)

1.5 หญิงตั้งครรภ์ชาวไทยภูเขาในอำเภอแม่สะเรียงที่มีลักษณะครอบครัวแตกต่างกันมีพฤติกรรมสุขภาพไม่ต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$)

ครอบครัวเป็นสังคมแรกของบุคคล ชาวไทยภูเขามีการถ่ายทอดวัฒนธรรม ความเชื่อของชนเผ่าจากบุคคลในครอบครัว รวมถึงความเชื่อด้านการเจ็บป่วยและการตั้งครรภ์ ตามกรอบแนวคิดของเพนเดอร์ (Pender, 2002) ลักษณะครอบครัวเป็นปัจจัยทางด้านสังคมวัฒนธรรม (sociocultural factor) ที่มีผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งตามสมมติฐานบุคคลที่อยู่ในครอบครัวเดี่ยวและครอบครัวขยายจะมีการถ่ายทอดความเชื่อเกี่ยวกับการปฏิบัติตนระหว่างตั้งครรภ์ต่างกัน ซึ่งส่งผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่แตกต่างกัน แต่ผลการวิจัยครั้งนี้ไม่สอดคล้องกับสมมติฐานดังกล่าว แต่สอดคล้องกับการศึกษาของอุณจิตร บุญสม (2541: 44) และนันทิยา อ่ำจิต (2544: 110) ที่พบว่า หญิงตั้งครรภ์ที่อาศัยอยู่ในครอบครัวเดี่ยวและครอบครัวขยายมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพไม่ต่างกัน ($p > 0.05$)

สมมติฐานข้อที่ 2 หญิงตั้งครรภ์ชาวไทยภูเขาในอำเภอแม่สะเรียงที่มีพฤติกรรมสุขภาพแตกต่างกันจะมีผลลัพธ์ของการตั้งครรภ์ต่างกัน

2.1 หญิงตั้งครรภ์ชาวไทยภูเขาในอำเภอแม่สะเรียงที่มีพฤติกรรมสุขภาพแตกต่างกันมีการคลอดทารกที่มีน้ำหนักแรกเกิดน้อยกว่าเกณฑ์ปกติ (2,500 กรัม) ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$)

น้ำหนักทารกแรกเกิดบ่งบอกถึงความสมบูรณ์ของทารกในขณะตั้งครรภ์ การเกิดทารกที่มีน้ำหนักตัวแรกเกิดน้อยกว่าปกติเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมของมารดาในระยะตั้งครรภ์ กล่าวคือหญิง

ตั้งครรภ์ต้องรับประทานอาหารที่มีประโยชน์เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย และฝากครรภ์อย่างสม่ำเสมอเพื่อประเมินการเจริญเติบโตและความผิดปกติของทารกในครรภ์

ในการศึกษาครั้งนี้ได้ผลที่ขัดแย้งกับสมมติฐาน อธิบายได้ว่าผู้วิจัยไม่ได้ศึกษาความสัมพันธ์ของการเกิดทารกแรกเกิดที่มีน้ำหนักตัวน้อยกับพฤติกรรมเฉพาะ เช่น การรับประทานอาหาร การทำงาน การสูบบุหรี่และการสัมผัสควันบุหรี่จากคนในครอบครัว ซึ่งพฤติกรรมสุขภาพเฉพาะด้านเหล่านี้อาจมีผลต่อน้ำหนักตัวทารกแรกเกิด

2.2 หญิงตั้งครรภ์ชาวไทยภูเขาในอำเภอแม่สะเรียงที่มีพฤติกรรมสุขภาพแตกต่างกันมีการคลอดก่อนกำหนดไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$)

พฤติกรรมสุขภาพของมารดาในระยะตั้งครรภ์มีความสัมพันธ์กับการคลอดก่อนกำหนด แต่ในการศึกษานี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีพฤติกรรมสุขภาพต่างกันมีอุบัติการณ์การคลอดก่อนกำหนดไม่ต่างกัน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ลัคนา อมรประกาศ (Amornprakas, 2005: 52-54) ที่ศึกษาเปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพในระยะตั้งครรภ์และผลลัพธ์การตั้งครรภ์ระหว่างกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ที่ฝากครรภ์ครบและไม่ครบตามเกณฑ์ของกระทรวงสาธารณสุข พบว่า อุบัติการณ์ของการคลอดก่อนกำหนดทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน แต่ขัดแย้งกับการศึกษาของนิวแมนและคณะ (Numan et al., 2001: 438-446) ที่พบว่า หญิงตั้งครรภ์ที่ทำงานหนัก มีความเหนื่อยล้าสูงจากการประกอบอาชีพ จะมีการคลอดก่อนกำหนดสูง และการศึกษาของ สุรพล อริยเดช (2544: 1-6) ที่พบว่า หญิงตั้งครรภ์ที่สูบบุหรี่มีอัตราเสี่ยงในการคลอดก่อนกำหนดเป็น 7.9 เท่าของหญิงตั้งครรภ์ที่ไม่สูบบุหรี่ (95% CI 2.24-28.34) และในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ที่ดื่มสุรามีอัตราเสี่ยงของการคลอดก่อนกำหนดเป็น 43.2 เท่าของหญิงตั้งครรภ์ที่ไม่ดื่มสุรา (95% CI 5.74-325.47) และขัดแย้งกับการศึกษาของคักโกและ ฮาลเมสกี (Kukko & Halmesmaki, 1999: 22-26) ที่พบว่า หญิงตั้งครรภ์ที่เลิกหรือลดปริมาณการใช้สารเสพติดมีอุบัติการณ์ของการคลอดก่อนกำหนดน้อยกว่ากลุ่มที่ยังไม่มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเหล่านี้

2.3 หญิงตั้งครรภ์ชาวไทยภูเขาในอำเภอแม่สะเรียงที่มีพฤติกรรมสุขภาพแตกต่างกันมีการคลอดทารกแรกเกิดที่มีภาวะการขาดออกซิเจนในระยะแรกเกิดไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$)

พฤติกรรมสุขภาพของมารดาในระยะตั้งครรภ์มีความสัมพันธ์กับภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิด การศึกษาของ สุดารัตน์ วัฒนโยธิน (2547: 1-9) พบว่า หญิงที่ไม่ฝากครรภ์มีโอกาสคลอดบุตรที่มีภาวะขาดออกซิเจนเมื่อแรกคลอดเป็น 1.7 เท่าของหญิงที่ฝากครรภ์ (OR= 1.7, CI= 0.93, 3.19) แต่การศึกษาในกลุ่มหญิงชาวไทยภูเขาในครั้งนี้ให้ผลที่แตกต่างจากการทบทวนวรรณกรรม โดยพบว่า หญิงที่มีพฤติกรรมสุขภาพแตกต่างกันมีการคลอดทารกที่มีภาวะขาด

ออกซิเจนเมื่อแรกคลอดไม่ต่างกัน ($p > 0.05$) สอดคล้องกับการศึกษาของ ดวงพร จินตโนทัยถาวร (2536: 100-106) ที่พบ ว่าอายุครรภ์เมื่อฝากครรภ์ครั้งแรก และจำนวนครั้งของการฝากครรภ์ ไม่มี ความสัมพันธ์กับคะแนนสภาพทารกแรกเกิด และการศึกษาของ ลัคนา อมรประกาศ (Amornprakas, 2005: 52-54) ที่พบว่าคะแนนสภาพทารกแรกเกิดในนาที่ที่ 5 ของหญิงกลุ่มที่ฝาก ครรภ์ครบและไม่ครบตามเกณฑ์ของกระทรวงสาธารณสุขไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$) ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะว่าควรมีการศึกษาเพิ่มเติมเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพเฉพาะ เช่น การ ฝากครรภ์อย่างต่อเนื่อง การทำงานหนัก การสูบบุหรี่หรือการสัมผัสควันบุหรี่ในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ ชาวไทยภูเขาเกี่ยวกับคะแนนสภาพทารกแรกเกิดในนาที่ที่ 1 และนาที่ที่ 5

2.4 หญิงตั้งครรภ์ชาวไทยภูเขาในอำเภอแม่สะเรียงที่มีพฤติกรรมสุขภาพแตกต่างกันมี ภาวะแทรกซ้อนในระยะคลอดไม่ต่างกัน ($p > 0.05$)

ภาวะแทรกซ้อนของมารดาคือผลลัพธ์ที่ไม่พึงประสงค์ของการตั้งครรภ์ พฤติกรรม สุขภาพของหญิงตั้งครรภ์มีความสัมพันธ์กับการเกิดผลลัพธ์ที่ไม่พึงประสงค์นี้ การตรวจครรภ์และ การเฝ้าระวังการเกิดภาวะแทรกซ้อนจะช่วยให้ผู้ให้การดูแลหญิงตั้งครรภ์สามารถประเมินความ ผิดปกติที่เกิดขึ้น และวางแผนให้การช่วยเหลือได้ตั้งแต่แรกเริ่ม แต่ในการศึกษากลุ่มหญิงตั้งครรภ์ ชาวไทยภูเขาครั้งนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีพฤติกรรมสุขภาพแตกต่างกันมีการเกิดภาวะแทรกซ้อนใน ระยะคลอดไม่ต่างกัน ซึ่งขัดแย้งกับการศึกษาของ ดวงพร จินตโนทัยถาวร (2536: 100-106) ที่ศึกษา ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการฝากครรภ์ ได้แก่ อายุครรภ์เมื่อฝากครรภ์ครั้งแรก จำนวนครั้ง ของการฝากครรภ์กับสุขภาพมารดา พบว่า หญิงที่มาฝากครรภ์อย่างสม่ำเสมอจะมีภาวะแทรกซ้อน ในระยะคลอดน้อยกว่าหญิงที่มาฝากครรภ์ไม่สม่ำเสมอ

จะเห็นได้ว่างานวิจัยที่เกี่ยวข้องมีเพียงการศึกษาพฤติกรรมการฝากครรภ์กับ ภาวะแทรกซ้อนของมารดาในระยะคลอด และในการศึกษานี้ก็เป็นการศึกษาพฤติกรรมสุขภาพ โดยรวมกับการเกิดภาวะแทรกซ้อนของมารดาในระยะคลอด ผู้วิจัยมีความคิดเห็นว่า ควรมี การศึกษาเพิ่มเติมเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพเฉพาะ เช่น พฤติกรรมการฝากครรภ์อย่างต่อเนื่องกับ การเกิดภาวะแทรกซ้อนในระยะคลอดของมารดาในกลุ่มหญิงชาวไทยภูเขา และควรมีการศึกษา ความสัมพันธ์ของพฤติกรรมสุขภาพในระยะตั้งครรภ์กับผลลัพธ์ด้านสุขภาพของมารดาต่อจนถึง ระยะ 6 สัปดาห์หลังคลอด

ในภาพรวมของการศึกษานี้ แม้ว่าการทดสอบความสัมพันธ์ของตัวแปรในกลุ่มของ ผลลัพธ์ของการตั้งครรภ์จะไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ แต่จะพบว่าพฤติกรรมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ ชาวไทยภูเขามีแนวโน้มที่ดีกว่าในอดีต กล่าวคือเมื่อบริบทของหญิงตั้งครรภ์ชาวไทยภูเขาเปลี่ยนไป จากในอดีต ได้แก่ มีผู้เรียนหนังสือมากขึ้น มีรายได้ครอบคลุมอยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสม อาจช่วย

ส่งเสริมให้หญิงตั้งครรภ์ชาวไทยภูเขาส่วนใหญ่มีพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับดี เช่น มีการฝากครรภ์สูงกว่าในอดีต ไปพบแพทย์เมื่อเกิดอาการผิดปกติขึ้นกับตนและทารกในครรภ์ สิ่งเหล่านี้อาจส่งผลให้คลอดทารกเมื่ออายุครรภ์ครบกำหนด ทารกแรกเกิดมีน้ำหนักตัวอยู่ในเกณฑ์ปกติ มีคะแนนสภาพทารกแรกเกิดในระดับปกติ และมีมารดาเพียงส่วนน้อยที่มีภาวะแทรกซ้อนในระยะตั้งครรภ์และระยะคลอด



บทที่ 6

สรุปผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (descriptive research) เพื่อศึกษาพฤติกรรมสุขภาพ ปัจจัยส่วนบุคคล และผลลัพธ์ของการตั้งครรภ์ของหญิงตั้งครรภ์ชาวไทยภูเขาในอำเภอแม่สะเรียง จังหวัดแม่ฮ่องสอน โดยศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ ซึ่งประกอบด้วยพฤติกรรม 6 ด้าน ได้แก่ ด้านโภชนาการ ด้านการทำงานและการพักผ่อน ด้านการออกกำลังกาย ด้านการจัดการกับความเครียด ด้านการแสวงหาข้อมูลและการฝากครรภ์ และด้านการใช้ยาและสารเสพติด

กลุ่มตัวอย่างเป็นหญิงตั้งครรภ์ชาวไทยภูเขาที่มาคลอดที่โรงพยาบาลแม่สะเรียงระหว่างเดือนกันยายน ถึงเดือนธันวาคม 2549 จำนวนทั้งสิ้น 164 ราย โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) ตามคุณสมบัติที่กำหนด ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไป แบบบันทึกข้อมูลการตั้งครรภ์และการคลอด และแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ชาวไทยภูเขา และนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

1. กลุ่มตัวอย่างโดยรวมมีการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในเกณฑ์ดีในด้านการใช้ยาและสารเสพติด ด้านการจัดการกับความเครียด ด้านโภชนาการ ด้านการทำงานและการพักผ่อน ด้านการแสวงหาข้อมูลและการฝากครรภ์ โดยมีคะแนนเฉลี่ย 3.53 3.47 3.39 3.32 และ 3.29 ตามลำดับ และมีการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในเกณฑ์ไม่ดีในด้านการออกกำลังกาย โดยมีคะแนนเฉลี่ย 1.91

กลุ่มตัวอย่างที่มีพฤติกรรมสุขภาพในระดับดี มีการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพดีในด้านโภชนาการ ด้านการจัดการกับความเครียด ด้านการใช้ยาและสารเสพติด ด้านการทำงานและการพักผ่อน และด้านการแสวงหาข้อมูลและการฝากครรภ์ โดยมีคะแนนเฉลี่ย 3.62 3.59 3.58 3.47 และ 3.42 ตามลำดับ และมีการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพในระดับปานกลางทางด้านการออกกำลังกาย โดยมีคะแนนเฉลี่ย 2.03

กลุ่มตัวอย่างที่มีพฤติกรรมสุขภาพในระดับปานกลาง มีการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพดีในด้านการใช้ยาและสารเสพติด ด้านการจัดการกับความเครียด โดยมีคะแนนเฉลี่ย 3.38 และ 3.08 ตามลำดับ พฤติกรรมสุขภาพด้านการแสวงหาข้อมูลและการฝากครรภ์ ด้านการทำงานและการ

พักผ่อน และด้านโภชนาการ กลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติไม่สม่ำเสมอ โดยมีคะแนนเฉลี่ย 2.88 2.80 และ 2.65 ตามลำดับ ส่วนด้านการออกกำลังกาย กลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติน้อย โดยมีคะแนนเฉลี่ย 1.49

พฤติกรรมสุขภาพรายข้อ กลุ่มตัวอย่างที่มีพฤติกรรมสุขภาพระดับดี มีการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพรายข้อดีในเรื่องการทำงานติดต่อกันมากกว่า 8 ชั่วโมงโดยไม่หยุดพัก และงดดื่มเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ รองลงมาได้แก่ การไปพบเจ้าหน้าที่สาธารณสุข พยาบาล และแพทย์ทันทีที่มีอาการผิดปกติ ส่วนพฤติกรรมที่ปฏิบัติได้ไม่ดี และมีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด ได้แก่ การฝึกหายใจเพื่อเตรียมพร้อมในการคลอด รองลงมาได้แก่ การดูโทรทัศน์ อ่านหนังสือ ฟังวิทยุ หรือสอบถามข้อมูลจากบุคคลที่รู้จักเกี่ยวกับการตั้งครรภ์และทารกในครรภ์

เมื่อพิจารณาพฤติกรรมสุขภาพรายข้อของกลุ่มตัวอย่างที่มีพฤติกรรมสุขภาพระดับปานกลาง พบว่าพฤติกรรมสุขภาพที่กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติอยู่ในเกณฑ์ดี มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุดคือ การปรึกษาเจ้าหน้าที่สาธารณสุข พยาบาล หรือแพทย์ก่อนใช้ยาทุกประเภท รองลงมาได้แก่ การงดดื่มเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ ส่วนพฤติกรรมที่ปฏิบัติได้ในเกณฑ์ไม่ดี และมีคะแนนเฉลี่ยต่ำที่สุด ได้แก่ การฝึกหายใจเพื่อเตรียมพร้อมในการคลอด รองลงมาได้แก่ การปรับเปลี่ยนชนิดของอาหารที่รับประทานเพื่อให้ได้สารอาหารที่ครบถ้วนสำหรับตนเองและทารกในครรภ์ และการดูโทรทัศน์ อ่านหนังสือ ฟังวิทยุ หรือสอบถามข้อมูลจากบุคคลที่รู้จักเกี่ยวกับการตั้งครรภ์และทารกในครรภ์

2. ระดับการศึกษา การทำงาน และรายได้ครอบครัวต่อปีมีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 ($t = 5.046$, $t = 3.887$ และ $t = 4.395$ ตามลำดับ) อย่างไรก็ตามอายุ และลักษณะครอบครัวไม่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($t = 0.741$ และ $t = 1.853$ ตามลำดับ)

3. กลุ่มตัวอย่างที่มีระดับพฤติกรรมสุขภาพต่างกันมีผลลัพธ์ของการตั้งครรภ์ ได้แก่ น้ำหนักทารกแรกเกิด คะแนนสภาพทารกแรกเกิดหนึ่งนาที่แรก อายุครรภ์เมื่อคลอด และภาวะแทรกซ้อนของมารดาในระยะคลอด ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($\chi^2 = 0.006$, 0.148, 0.746 และ 3.013 ตามลำดับ)

ข้อจำกัดของการวิจัย

1. ในการศึกษาเป็นการศึกษาเฉพาะผู้ที่คลอดในโรงพยาบาลแม่สะเรียงเท่านั้น ซึ่งเป็นชาวไทยภูเขาที่สามารถเข้าถึงบริการสุขภาพที่รัฐจัดให้ จึงไม่ครอบคลุมประชากรทั้งหมด ซึ่งยังมี

หญิงตั้งครรภ์ชาวไทยภูเขาอีกจำนวนหนึ่งที่ไม่มารับบริการสุขภาพที่โรงพยาบาล เช่น คลอดที่บ้าน หรือสถานีนอนมัย

2. ผลการศึกษาครั้งนี้ไม่สามารถอ้างอิงถึงหญิงตั้งครรภ์ชาวไทยภูเขาทั้งหมดได้ เนื่องจากการเลือกตัวอย่างเป็นแบบเฉพาะเจาะจง

3. การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ชาวไทยภูเขา โดยไม่ได้ศึกษาเกี่ยวกับความเชื่อ ขนบธรรมเนียม ประเพณีที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพจึงควรมีการศึกษาเพิ่มเติม

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

1. พยาบาลในหน่วยฝากครรภ์ควรมีการประเมินพฤติกรรมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์และให้ความสนใจและเอาใจใส่เป็นพิเศษต่อหญิงตั้งครรภ์ชาวไทยภูเขากลุ่มที่ไม่ได้เรียนหนังสือ กลุ่มที่ทำงานนอกบ้าน และกลุ่มที่มีรายได้ต่ำ

2. พยาบาลในหน่วยฝากครรภ์ควรจัดกลุ่มให้ความรู้และคำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพแก่หญิงตั้งครรภ์ชาวไทยภูเขาโดยพัฒนาสื่อการสอนที่หลากหลาย เช่น แผ่นพับ การจัดบอร์ดในหมู่บ้าน การส่งกระจายเสียงตามสายในหมู่บ้าน การมีแม่ตัวอย่างในหมู่บ้าน ส่วนเนื้อหาของสื่อควรมีการปรับให้เป็นภาษาประจำเผ่า มีรูปภาพที่เข้าใจง่าย และสอดคล้องกับการดำเนินชีวิตของชาวไทยภูเขา โดยเน้นการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพในแต่ละเรื่องดังต่อไปนี้

2.1 ด้านโภชนาการ เนื่องจากพบว่าหญิงตั้งครรภ์ส่วนใหญ่รับประทานอาหารครบ 5 หมู่ แต่มีบางส่วนรับประทานเหมือนขณะที่ยังไม่ตั้งครรภ์ ไม่มีการปรับเปลี่ยนชนิดของอาหารให้เหมาะสมกับภาวะตั้งครรภ์ โดยเฉพาะการเพิ่มอาหารประเภทโปรตีนซึ่งจำเป็นต่อการตั้งครรภ์ จึงควรให้ความรู้เกี่ยวกับความจำเป็นของอาหารประเภทต่างๆต่อการตั้งครรภ์ และการรับประทานอาหารในท้องถิ่นตามคำแนะนำในเมนูทดแทนของกระทรวงสาธารณสุข

2.2 ด้านการทำงานและการพักผ่อน หญิงตั้งครรภ์ชาวไทยภูเขายังทำงานหนักตลอดระยะตั้งครรภ์ เนื่องจากเชื่อว่าจะช่วยให้คลอดง่าย ไม่เกิดภาวะรกค้าง จึงควรให้ความรู้เกี่ยวกับผลของการทำงานหนักต่อการตั้งครรภ์ และแนะนำประเภทงานที่เหมาะสมแก่หญิงตั้งครรภ์ และให้ความรู้เกี่ยวกับสาเหตุของการคลอดยากและรกค้าง

2.3 ด้านการออกกำลังกาย เนื่องจากหญิงตั้งครรภ์ส่วนใหญ่ไม่ทราบวิธีออกกำลังกายที่เหมาะสมกับการตั้งครรภ์ กลัวเกิดอันตรายต่อบุตรในครรภ์ จึงไม่ค่อยออกกำลังกายหรือ

บริหารร่างกายเพื่อเตรียมคลอด จึงควรสอนการฝึกปฏิบัติการออกกำลังกายที่เหมาะสมในผู้ที่ไม่มีข้อห้ามในการออกกำลังกาย

2.4 ด้านการแสวงหาความรู้และการฝากครรภ์ จากข้อมูลในงานวิจัยครั้งนี้พบว่า หญิงตั้งครรภ์ส่วนใหญ่ทราบข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพในระยะตั้งครรภ์จากเจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพเมื่อมารับบริการที่หน่วยฝากครรภ์ แต่ไม่ได้มีการติดตามการรับรู้ที่ถูกต้องและการนำไปปฏิบัติ โดยเฉพาะหญิงชาวไทยภูเขาที่พูดภาษาไทยไม่ได้ หรือไม่ได้เรียนหนังสือ เจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพในหน่วยฝากครรภ์จึงควรเน้นการให้ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพในเชิงรุก ใช้สื่อที่หลากหลาย และเน้นเรื่องการสื่อสารด้วยภาษาท้องถิ่น มีเนื้อหาและรูปภาพที่สอดคล้องกับการดำเนินชีวิตของชาวไทยภูเขา

2.5 ด้านการเข้าใจและสารเสพติด เนื่องจากครอบครัวชาวไทยภูเขาส่วนใหญ่จะมีบุคคลในครอบครัวสูบบุหรี่ ควรมีการให้ความรู้เรื่องผลของบุหรี่ที่มีต่อผู้สูบบุหรี่ บุคคลในครอบครัว และทารกในครรภ์

ด้านการศึกษา

1. ควรเน้นเนื้อหาความแตกต่างทางขนบธรรมเนียมประเพณี วัฒนธรรม ความเชื่อ และวิถีชีวิตของประชากรผู้รับบริการในหลักสูตรการศึกษาพยาบาลทุกระดับ
2. ควรจัดอบรมบุคลากรสาธารณสุขที่รับผิดชอบให้บริการสุขภาพแก่ชาวไทยภูเขาเกี่ยวกับความสำคัญของขนบธรรมเนียม ประเพณี ความเชื่อ และวิถีชีวิตที่ส่งผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของชาวไทยภูเขา

ด้านการวิจัย

1. ควรมีการศึกษาความสัมพันธ์ของพฤติกรรมสุขภาพเฉพาะเรื่อง เช่น ด้านโภชนาการ การทำงานหนัก การสัมผัสควันบุหรี่ กับผลลัพธ์ของการตั้งครรภ์
2. ควรมีการศึกษาถึงปัจจัยอื่นๆ ที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ชาวไทยภูเขาตามกรอบแนวคิดของเพนเดอร์ที่ไม่ได้ศึกษาในครั้งนี้ เช่น ปัจจัยด้านความรู้ ความเข้าใจ และความรู้สึกรู้สึกผิดที่เฉพาะเจาะจงต่อการแสดงพฤติกรรม ซึ่งได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ และการสนับสนุนทางสังคม เป็นต้น
3. ควรมีการศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ชาวไทยภูเขาในกลุ่มที่ไม่ได้มาฝากครรภ์ หรือกลุ่มที่คลอดที่บ้าน

4. ควรมีการศึกษาพัฒนาสื่อและรูปแบบการให้ความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพในระยะตั้งครรภ์ ที่เหมาะสมกับหญิงตั้งครรภ์ชาวไทยภูเขา
5. ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพที่เกิดจากปัจจัยด้านความเชื่อ วัฒนธรรม และประเพณีที่เฉพาะของหญิงตั้งครรภ์ชาวไทยภูเขา



พฤติกรรมสุขภาพ ปัจจัยส่วนบุคคล และผลลัพธ์ของการตั้งครรภ์ของหญิงตั้งครรภ์ชาวไทยภูเขา ในอำเภอแม่สะเรียง จังหวัดแม่ฮ่องสอน

ปญญาสา พรหมมา 4736720 RAMN/M

พย.ม. (การพยาบาลมารดาและทารกแรกเกิด)

คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์: พวงน้อย สาครรัตนกุล, ก.ม. (บริหารการพยาบาล),
จันทิมา ขนบดี, D.S.N. (Maternal and Child Nursing)

บทสรุปแบบสมบูรณ

บทนำ

พฤติกรรมสุขภาพของบุคคลคือปัจจัยสำคัญที่ทำให้บุคคลมีสุขภาพดี รายงานการศึกษาเกี่ยวกับหญิงตั้งครรภ์พบว่าหญิงตั้งครรภ์ที่มีการฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์และปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม จะมีผลลัพธ์ของการตั้งครรภ์ที่พึงประสงค์ เช่น ให้กำเนิดทารกที่มีอายุครรภ์ครบกำหนด ทารกมีน้ำหนักตัวแรกเกิดอยู่ในเกณฑ์ปกติ และไม่มีภาวะแทรกซ้อนในระยะแรกเกิด (นงนุช บุญเกียรติ, 2529: 51-56; อรสา เปรมาวิน, 2530: 68-79; WHO, 1999: 8; Windham, Eaton and Hopkins, 1999: 35-57; Kittishotpanich, 2001: 155-159; Amornprakas, 2005: 54-55) ส่วนหญิงตั้งครรภ์ที่ไม่ฝากครรภ์และปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพไม่เหมาะสม จะมีผลลัพธ์ที่ไม่พึงประสงค์ของการตั้งครรภ์ เช่น คลอดก่อนกำหนด ทารกมีน้ำหนักตัวแรกเกิดน้อยกว่าเกณฑ์ปกติ และมีภาวะขาดออกซิเจนในระยะแรกเกิด (อานวย ลอยกุลนันท์, 2529: 67; สุดารัตน์ สุวาริ, 2531: 74; สุดารัตน์ วัฒนโยธิน, 2547: 1-9; Atterhog, 1994: 53)

ชาวไทยภูเขาเป็นกลุ่มชนที่มีประเพณี ความเชื่อ และการดูแลสุขภาพที่มีลักษณะเฉพาะชนเผ่า แตกต่างจากประชากรทั่วไป ประกอบกับแหล่งที่อยู่อาศัยเป็นพื้นที่บนภูเขา ห่างไกลแหล่งบริการสุขภาพ ร่วมกับปัจจัยทางเศรษฐกิจ ทำให้หญิงตั้งครรภ์ชาวไทยภูเขาไม่มารับบริการฝากครรภ์ หรือมารับบริการไม่สม่ำเสมอ (วรรณศรี ดรณสนทยา, 2541: 29) รายงานการศึกษาพบว่าชาวไทยภูเขาในภาคเหนือมีอัตราการฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์ต่ำกว่าร้อยละ 50 (วิรวรรณ เสถียรกาล, 2542: 97) เหตุผลของการฝากครรภ์ ได้แก่ เดินทางลำบาก (ร้อยละ 33.2) กลัวและไม่คุ้นชินกับ

เจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพ (ร้อยละ 29.2) ไม่เห็นความสำคัญ (ร้อยละ 29.2) ไม่ทราบเกี่ยวกับแหล่งที่ให้บริการสุขภาพ (ร้อยละ 4.2) ไม่มีเงินค่าพาหนะ หรือค่าอาหาร (ร้อยละ 4.2) (ทวีรัตน์ ศรีสุนันทา, 2541: 49)

จากข้อมูลรายงานของโรงพยาบาลแม่สะเรียง อำเภอแม่สะเรียง จังหวัดแม่ฮ่องสอน ปีงบประมาณ 2549 อัตราการคลอดทารกน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม พบ 75 ต่อการเกิดมีชีพ 1,000 ราย ในจำนวนนี้ร้อยละ 68 เป็นทารกที่คลอดจากหญิงตั้งครรภ์ชาวไทยภูเขา และการตายของทารก ปริมาณ 9.56 ต่อการเกิดมีชีพ 1,000 ราย ร้อยละ 85.71 เป็นทารกที่เกิดจากหญิงตั้งครรภ์ชาวไทยภูเขา อัตราตายของมารดาเท่ากับ 136.61 ต่อการเกิดมีชีพ 100,000 ราย สาเหตุจากการตกเลือดหลังคลอด (โรงพยาบาลแม่สะเรียง, 2549:1-3)

ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลวิชาชีพประจำโรงพยาบาลแม่สะเรียงจึงมีความสนใจที่จะศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ชาวไทยภูเขา ปัจจัยส่วนบุคคลและผลลัพธ์ของการตั้งครรภ์ โดยใช้รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพ (Health Promotion Model) ของเพนเดอร์ (Pender, 2002) เป็นกรอบแนวคิดในการศึกษา

กรอบแนวคิดในการวิจัย

รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพ (Health Promotion Model) ของเพนเดอร์ (Pender, 2002) อธิบายว่า พฤติกรรมสุขภาพเป็นผลลัพธ์ของกระบวนการรับรู้ คัดวิเคราะห์ และตัดสินใจเลือกปฏิบัติ มีปัจจัยที่เกี่ยวข้องได้แก่ ปัจจัยด้านคุณลักษณะและประสบการณ์ของบุคคล (personal characteristics and experiences) ความรู้และความรู้สึกนึกคิดที่เฉพาะเจาะจงต่อพฤติกรรม (behavior-specific cognitions and affect) และความมุ่งมั่นที่จะกระทำ ซึ่งเป็นกระบวนการตัดสินใจ สืบต่อจากความต้องการและความพึงพอใจที่จะกระทำ นำไปสู่การกำหนด วางแผน และกระทำ ตามที่แผนกำหนด ก่อให้เกิดผลลัพธ์ด้านพฤติกรรม (behavior outcomes) พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพตามแนวคิดของเพนเดอร์ประกอบด้วยพฤติกรรม 6 ด้าน ได้แก่ ด้านโภชนาการ ด้านการออกกำลังกาย ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ ด้านการจัดการกับความเครียด ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล และด้านความสำเร็จในชีวิต เป็นผลลัพธ์ด้านสุขภาพ (health outcomes) ของบุคคล ครอบครัว หรือชุมชน อันเกิดจากกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพและงานบริการสุขภาพที่ได้รับ พฤติกรรมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์จึงเป็นผลลัพธ์ที่เกิดจากการรับรู้ของหญิงตั้งครรภ์ร่วมกับการเข้ารับบริการฝากครรภ์ ในการศึกษาครั้งนี้จึงมุ่งศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ชาวไทย

ภูเขา ปัจจัยส่วนบุคคล และผลลัพธ์ของการตั้งครรภ์ของหญิงตั้งครรภ์ชาวไทยภูเขาในอำเภอแม่สะเรียง จังหวัดแม่ฮ่องสอน



วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ชาวไทยภูเขาในอำเภอแม่สะเรียง
2. เพื่อศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ชาวไทยภูเขาที่มีปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา การทำงาน รายได้ครอบครัว และลักษณะครอบครัวที่แตกต่างกัน
3. เพื่อศึกษาผลลัพธ์ของการตั้งครรภ์ของหญิงตั้งครรภ์ชาวไทยภูเขาที่มีพฤติกรรมสุขภาพแตกต่างกัน

สมมติฐานการวิจัย

1. หญิงตั้งครรภ์ชาวไทยภูเขาในอำเภอแม่สะเรียงที่มีปัจจัยส่วนบุคคลแตกต่างกันจะมีพฤติกรรมสุขภาพที่แตกต่างกัน
2. หญิงตั้งครรภ์ชาวไทยภูเขาในอำเภอแม่สะเรียงที่มีพฤติกรรมสุขภาพแตกต่างกันจะมีผลลัพธ์ของการตั้งครรภ์ที่แตกต่างกัน

นิยามตัวแปร

1. ปัจจัยส่วนบุคคล หมายถึงคุณลักษณะของหญิงตั้งครรภ์ชาวไทยภูเขา ในการศึกษาครั้งนี้ ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา การทำงาน รายได้ครอบครัว และลักษณะครอบครัว โดยมีนิยามของแต่ละปัจจัยดังนี้

อายุ หมายถึง อายุของหญิงชาวไทยภูเขาตั้งแต่เกิดจนถึงวันที่เก็บรวบรวมข้อมูล มีจำนวนเต็มเป็นปี

ระดับการศึกษา หมายถึง การศึกษาขั้นสูงสุดที่หญิงชาวไทยภูเขาได้รับ

การทำงาน หมายถึง การประกอบอาชีพหลักของหญิงชาวไทยภูเขา เพื่อให้ได้มาซึ่งรายได้ จำแนกเป็นทำงานนอกบ้านและไม่ได้ทำงานนอกบ้าน

รายได้ครอบครัว หมายถึง รายได้ของหญิงตั้งครรภ์และคู่สมรสที่ได้จากการประกอบอาชีพและรับจากแหล่งต่างๆ นับหรือประมาณค่าเป็นจำนวนเงินบาทต่อปี

ลักษณะครอบครัว หมายถึง การอยู่ร่วมกันของบุคคลในบ้านเดียวกันของหญิงตั้งครรภ์ชาวไทยภูเขา แบ่งเป็น 2 ลักษณะ ได้แก่

- ครอบครัวเดี่ยว หมายถึง ครอบครัวที่ประกอบด้วยหญิงตั้งครรภ์ชาวไทยภูเขา สามี และบุตรอยู่ร่วมกัน

- ครอบครัวขยาย หมายถึง ครอบครัวที่ประกอบด้วยหญิงตั้งครรภ์ชาวไทยภูเขา สามี บุตร และญาติพี่น้องฝ่ายใดฝ่ายหนึ่งหรือทั้งสองฝ่ายอยู่ร่วมกัน

2. พฤติกรรมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ หมายถึง พฤติกรรมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ชาวไทยภูเขา ซึ่งเป็นการปฏิบัติตนที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพตนเองและทารกในครรภ์ ระหว่างตั้งครรภ์ ในด้านโภชนาการ ด้านการทำงานและการพักผ่อน ด้านการออกกำลังกาย ด้านการจัดการกับความเครียด ด้านการแสวงหาข้อมูลและการฝากครรภ์ ด้านการใช้ยาและสารเสพติด วัดโดยแบบ

สัมภาษณพหุติกรรมสุขภาพในระยะตั้งครรภของหญิงชาวไทยภูเขาที่ดัดแปลงมาจากแบบวัดพหุติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภที่สร้างขึ้นโดยคารินี สุวภาพ (2542) ตามกรอบของแบบวัดแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพ (Health Promotion Lifestyles Profile) ของวอร์คเกอร์ ซีคริส และเพนเดอร์ (Walker, Sechrist, and Pender, 1987: 76) คะแนนมากหมายถึงหญิงตั้งครรภมีพหุติกรรมสุขภาพดี

3. ผลลัพธของการตั้งครรภ หมายถึงผลลัพธดานสุขภาพของมารดาและทารกที่เกิดขึ้นเมื่อสิ้นสุดการตั้งครรภ ผลลัพธของการตั้งครรภจำแนกเป็นผลลัพธที่พึงประสงคของการตั้งครรภ และผลลัพธที่ไม่พึงประสงคของการตั้งครรภ

ผลลัพธที่พึงประสงคของการตั้งครรภ ได้แก่ การคลอดครบกำหนด (อายุครรภ์ 37 สัปดาห์ขึ้นไป) ทารกมีน้ำหนักแรกเกิดมากกว่า 2,500 กรัม ทารกไม่มีภาวะขาดออกซิเจนในระยะแรกเกิดในนาทีแรก (มีคะแนนแอฟการ์ (APGAR score) 8 คะแนนขึ้นไป) และมารดาไม่มีภาวะแทรกซอนในระยะคลอด

ผลลัพธที่ไม่พึงประสงคของการตั้งครรภ ได้แก่ การคลอดก่อนกำหนด ทารกมีน้ำหนักแรกเกิดน้อยกว่า 2,500 กรัม มีภาวะขาดออกซิเจนในระยะแรกเกิด และมารดามีภาวะแทรกซอนในระยะคลอด

วิธีดำเนินการวิจัย

ประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษาครั้งนี้ เป็นหญิงตั้งครรภชาวไทยภูเขาในอำเภอแม่สะเรียง กลุ่มตัวอย่างได้แก่ หญิงตั้งครรภชาวไทยภูเขาที่มาคลอดและพักฟื้นในหอผู้ป่วยหลังคลอดของโรงพยาบาลแม่สะเรียงในระหว่างเดือนกันยายน 2549 ถึงเดือนธันวาคม 2549 คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) ตามเกณฑ์คุณสมบัติดังนี้

1. เป็นชาวไทยภูเขาที่มาคลอดและพักฟื้นในหอผู้ป่วยหลังคลอดของโรงพยาบาลแม่สะเรียง
2. มีระยะเวลาพักฟื้นหลังคลอด 24 ชั่วโมงขึ้นไป
3. มีสภาวะร่างกายระยะหลังคลอดที่ไม่เป็นอุปสรรคในการให้สัมภาษณ์
4. ไม่มีความผิดปกติทางการได้ยินและการพูด
5. ยินดีเข้าร่วมการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไป ใช้เก็บรวบรวมข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา การทำงาน รายได้ครอบครัว และลักษณะครอบครัว

ส่วนที่ 2 แบบบันทึกข้อมูลการตั้งครรภ์และการคลอด ใช้เก็บรวบรวมข้อมูลการฝากครรภ์ อายุครรภ์เมื่อคลอด น้ำหนักทารกแรกเกิด คะแนนสภาพทารกแรกเกิดหนึ่งนาทีแรก และภาวะแทรกซ้อนของมารดาในระยะตั้งครรภ์และระยะคลอด

ส่วนที่ 3 แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ชาวไทยภูเขา เป็นแบบสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้างที่ผู้วิจัยดัดแปลงมาจากแบบวัดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ของ คาริณี สุภาพ (2542) ที่สร้างขึ้นตามกรอบของแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพ (Health Promotion Lifestyles Profile) ของวอร์คเกอร์ ซีคริสต และเพนเดอร์ (Walker, Sechrist, and Pender, 1987: 76) และจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 20 ข้อ ใช้ประเมินพฤติกรรมสุขภาพด้านโภชนาการ ด้านการทำงานและการพักผ่อน ด้านการออกกำลังกาย ด้านการจัดการกับความเครียด ด้านการแสวงหาข้อมูลและการฝากครรภ์ และด้านการใช้ยาและสารเสพติด ลักษณะของคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 4 ระดับ ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (content validity) และความเหมาะสมของภาษา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน และหาความเที่ยง (reliability) ของแบบสัมภาษณ์ที่ผ่านการปรับปรุงแก้ไขแล้ว โดยทดลองใช้กับหญิงหลังคลอดชาวไทยภูเขาที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่างจำนวน 20 ราย แล้วนำมาหาความเชื่อมั่น โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาช (Cronbach's alpha coefficient) (ยูวดี ภาษา และคณะ, 2540: 84) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.71 และเมื่อนำมาใช้ในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 164 ราย คำนวณค่าความเชื่อมั่นได้เท่ากับ 0.70

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยคัดเลือกหญิงชาวไทยภูเขาที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ และพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่างโดยดำเนินการเก็บข้อมูล ตามหลักจริยธรรมในการวิจัยอย่างเคร่งครัด เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมการวิจัย และเซ็นใบยินยอมแล้ว ผู้วิจัยทำการสัมภาษณ์ตามแบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไป แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ชาวไทยภูเขาจนครบทุกข้อคำถาม เก็บข้อมูลการตั้งครรภ์และการคลอดจากรายงานผู้ป่วยของโรงพยาบาล ดำเนินการเก็บข้อมูลจนครบ 164 ราย

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยโปรแกรมสำเร็จรูป โดยใช้สถิติเชิงบรรยายแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง คะแนนพฤติกรรม สุขภาพ และผลลัพธ์ของการตั้งครรภ์ และใช้สถิติอ้างอิงทดสอบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญของ คะแนนพฤติกรรมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ชาวไทยภูเขาคตามปัจจัยส่วนบุคคลและผลลัพธ์ของการตั้งครรภ์ โดยการทดสอบค่าที (t-test) กำหนดระดับนัยสำคัญที่ $p = 0.05$ และทดสอบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญของผลลัพธ์ของการตั้งครรภ์ตามระดับพฤติกรรมสุขภาพ ด้วยสถิติไคว์สแควร์ (χ^2) กำหนดระดับนัยสำคัญที่ $p = 0.05$

ผลการวิจัย

ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 69.51 มีอายุ 20-34 ปี มีเพียงร้อยละ 30.94 ที่อายุต่ำกว่า 20 ปี และมากกว่า 34 ปี การศึกษา ร้อยละ 66.46 ของกลุ่มตัวอย่างเรียนหนังสือ ร้อยละ 33.54 ไม่ได้เรียนหนังสือ ด้านการทำงาน กลุ่มตัวอย่างมีการทำงานในบ้านและนอกบ้านในสัดส่วนใกล้เคียงกัน (ร้อยละ 51.83 และร้อยละ 48.17) โดยกลุ่มตัวอย่างที่ทำงานนอกบ้าน ร้อยละ 34.76 มีอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 12.19 มีอาชีพรับจ้าง และร้อยละ 1.22 รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ/พนักงานบริษัท (ภาคผนวก ง) ร้อยละ 43.90 ของกลุ่มตัวอย่างมีรายได้ครอบครัวต่อปีน้อยกว่า 15,000 บาท ร้อยละ 56.10 มีรายได้ครอบครัว 15,000 บาทต่อปีขึ้นไป ลักษณะครอบครัว เป็นครอบครัวเดี่ยวร้อยละ 38.41 และเป็นครอบครัวขยายร้อยละ 61.59

ข้อมูลการตั้งครรภ์และผลลัพธ์ของการตั้งครรภ์ กลุ่มตัวอย่าง 164 ราย มีเพียง 1 รายที่ไม่ฝากครรภ์ ร้อยละ 42.07 ตั้งครรภ์แรก ร้อยละ 57.93 ตั้งครรภ์หลัง ร้อยละ 15.24 มีการฝากครรภ์ไม่ครบตามเกณฑ์ และร้อยละ 84.15 ฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์ ร้อยละ 48.47 เริ่มฝากครรภ์ในไตรมาสที่ 1 ร้อยละ 82.32 มีการคลอดครบกำหนด มีเพียงร้อยละ 17.68 ที่คลอดในอายุครรภ์ต่ำกว่า 37 สัปดาห์

กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 12.80 คลอดทารกที่มีน้ำหนักตัวแรกเกิดน้อยกว่าเกณฑ์ปกติ (น้อยกว่า 2,500 กรัม) ร้อยละ 87.20 ทารกมีน้ำหนักตัวแรกเกิดอยู่ในเกณฑ์ปกติ ร้อยละ 3.66 ทารกมีภาวะขาดออกซิเจนในระยะแรกเกิด ร้อยละ 96.34 ทารกไม่มีภาวะขาดออกซิเจนในระยะแรกเกิด ร้อยละ 18.29 ของกลุ่มตัวอย่างมีภาวะแทรกซ้อนในระยะตั้งครรภ์ โดยมีการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด 12 ราย ความดันโลหิตสูงจากการตั้งครรภ์ 4 ราย ดิซเซียในระบบทางเดินปัสสาวะ 5 ราย รก

เกาะด้า และมาลาเรีย อย่างละ 3 ราย ภาวะซีด ไทฟอยด์ และแพ้ท้องอย่างรุนแรง อย่างละ 1 ราย กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 12.80 มีภาวะแทรกซ้อนในระยะคลอด โดยมีการคลอดระยะที่ 2 ยาวนาน 7 ราย ความดันโลหิตสูงจากการตั้งครรภ์ 4 ราย รกค้าง 2 ราย และตกเลือดหลังคลอด 5 ราย

คะแนนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดมีคะแนนต่ำสุด 44 คะแนน คะแนนสูงสุด 77 คะแนน คะแนนเฉลี่ย 64.91 คะแนน ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 6.34 เมื่อนำคะแนนที่ได้จริง จัดระดับพฤติกรรมสุขภาพตามเกณฑ์ที่กำหนดพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีพฤติกรรมสุขภาพระดับดีมีคะแนนต่ำสุด 61 คะแนน สูงสุด 77 คะแนน คะแนนเฉลี่ย 67.64 คะแนน ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 3.99 และกลุ่มตัวอย่างที่มีพฤติกรรมสุขภาพระดับปานกลางมีคะแนนต่ำสุด 44 คะแนน คะแนนสูงสุด 60 คะแนน คะแนนเฉลี่ย 55.87 คะแนน ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 3.69 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 คะแนนพฤติกรรมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ชาวไทยภูเขาจำแนกตามกลุ่มตัวอย่างที่มีระดับพฤติกรรมสุขภาพในระดับต่างๆ (n = 164)

กลุ่มตัวอย่าง	คะแนนสูงสุด - ต่ำสุด		ค่าเฉลี่ย	ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน
	คะแนนที่เป็นไปได้	คะแนนที่ได้จริง		
กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด (n = 164)	20-80	44-77	64.91	6.34
กลุ่มที่มีพฤติกรรมสุขภาพระดับดี (n = 126)	61-80	61-77	67.64	3.99
กลุ่มที่มีพฤติกรรมสุขภาพระดับปานกลาง (n = 38)	41-60	44-60	55.87	3.69

กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 76.83 มีพฤติกรรมสุขภาพระดับดี และร้อยละ 23.17 มีพฤติกรรมสุขภาพระดับปานกลาง ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ชาวไทยภูเขาจำแนกตามระดับพฤติกรรมสุขภาพ (n=164)

ระดับพฤติกรรมสุขภาพ	จำนวน	ร้อยละ
พฤติกรรมสุขภาพดี	126	76.83
พฤติกรรมสุขภาพปานกลาง	38	23.17

การวิเคราะห์พฤติกรรมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ชาวไทยภูเขารายด้านพบว่าพฤติกรรมสุขภาพในด้านการใช้ยาและสารเสพติดมีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด คือ 3.53 คะแนน รองลงมาได้แก่ ด้านการจัดการกับความเครียด ด้านโภชนาการ ด้านการทำงานและการพักผ่อน ด้านการแสวงหาข้อมูล และการฝากครรภ์ และด้านการออกกำลังกาย โดยมีคะแนนเฉลี่ย 3.47 3.39 3.32 3.29 และ 1.91 คะแนน ตามลำดับ

พฤติกรรมสุขภาพรายด้านของหญิงตั้งครรภ์ชาวไทยภูเขากลุ่มที่มีพฤติกรรมสุขภาพระดับดี มีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพสูงสุดในด้านโภชนาการ คือ 3.62 คะแนน รองลงมาได้แก่ ด้านการจัดการกับความเครียด ด้านการใช้ยาและสารเสพติด ด้านการทำงานและการพักผ่อน ด้านการแสวงหาข้อมูลและการฝากครรภ์ และด้านการออกกำลังกาย โดยมีคะแนนเฉลี่ย 3.59 3.58 3.47 3.42 และ 2.03 คะแนน ตามลำดับ

พฤติกรรมสุขภาพรายด้านของหญิงตั้งครรภ์ชาวไทยภูเขากลุ่มที่มีพฤติกรรมสุขภาพระดับปานกลาง มีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพสูงสุดในด้านการใช้ยาและสารเสพติด คือ 3.38 คะแนน รองลงมาได้แก่ ด้านการจัดการกับความเครียด ด้านการแสวงหาข้อมูลและการฝากครรภ์ ด้านการทำงานและการพักผ่อน ด้านโภชนาการ และด้านการออกกำลังกาย โดยมีคะแนนเฉลี่ย 3.08 2.88 2.80 2.65 และ 1.49 คะแนน ตามลำดับ ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพรายด้านของหญิงตั้งครรภ์ชาวไทยภูเขา (n=164)

พฤติกรรมสุขภาพรายด้าน	ระดับพฤติกรรมสุขภาพ					
	กลุ่มรวม		ดี		ปานกลาง	
	(n=164)		(n=126)		(n=38)	
	Mean	S.D.	Mean	S.D.	Mean	S.D.
1. ด้านโภชนาการ	3.39	0.57	3.62	0.38	2.65	0.46
2. ด้านการทำงานและการพักผ่อน	3.32	0.45	3.47	0.35	2.80	0.37
3. ด้านการออกกำลังกาย	1.91	0.64	2.03	0.63	1.49	0.49
4. ด้านการจัดการกับความเครียด	3.47	0.63	3.59	0.54	3.08	0.72
5. ด้านการแสวงหาข้อมูลและการฝากครรภ์	3.29	0.52	3.42	0.44	2.88	0.56
6. ด้านการใช้ยาและสารเสพติด	3.53	0.43	3.58	0.36	3.38	0.58

จากการวิเคราะห์พฤติกรรมสุขภาพรายข้อของหญิงตั้งครรภ์ชาวไทยภูเขา พบว่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพที่มีคะแนนสูงสุด 5 อันดับแรก ได้แก่ การงดดื่มเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ มีคะแนนเฉลี่ย 3.93 รองลงมาได้แก่ การไปพบเจ้าหน้าที่สาธารณสุข พยาบาล และแพทย์ทันทีเมื่อมีอาการผิดปกติ มีคะแนนเฉลี่ย 3.88 การงดทำงานติดต่อกันมากกว่า 8 ชั่วโมงโดยไม่หยุดพัก และการปรึกษาเจ้าหน้าที่สาธารณสุข พยาบาล หรือแพทย์ก่อนใช้ยาทุกประเภท มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.85 การนอนหลับติดต่อกันอย่างน้อยคืนละ 6-8 ชั่วโมง และการปล่อยวางและพักผ่อนได้เมื่อรู้ว่าไม่สามารถแก้ปัญหาบางปัญหาได้มีคะแนนเฉลี่ย 3.78 และ 3.74 ตามลำดับ

พฤติกรรมสุขภาพรายข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด ได้แก่ การฝึกหายใจเพื่อเตรียมพร้อมในการคลอด ซึ่งเป็นกิจกรรมในด้านการออกกำลังกาย มีคะแนนเฉลี่ย 1.19 รองลงมาได้แก่ การดูโทรทัศน์ อ่านหนังสือ ฟังวิทยุ หรือสอบถามข้อมูลจากบุคคลที่รู้จักเกี่ยวกับการตั้งครรภ์และการคลอด การออกกำลังกายเบาๆ อย่างน้อยวันละ 30 นาที การงดทำงานหนัก การงดสูบบุหรี่หรือหลีกเลี่ยงการอยู่ในสถานที่ที่มีคนสูบบุหรี่ โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.29 2.62 2.72 และ 2.71 ตามลำดับ ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพรายข้อของหญิงตั้งครรภ์ชาวไทยภูเขา (n=164)

พฤติกรรมสุขภาพ	ระดับพฤติกรรมสุขภาพ					
	กลุ่มรวม		ดี		ปานกลาง	
	(n=164)		(n=126)		(n=38)	
	Mean	S.D.	Mean	S.D.	Mean	S.D.
- การงดดื่มไวน์ เหล้า ...	3.93	0.32	3.98	0.13	3.74	0.60
- ไปพบแพทย์ เจ้าหน้าที่ที่มสุขภาพเมื่อมีความผิดปกติเกิดขึ้น	3.88	1.09	3.94	0.03	3.68	0.66
- ในแต่ละวัน งดทำงานติดต่อกันมากกว่า 8 ชั่วโมงโดยไม่หยุดพัก ..	3.85	0.52	3.98	0.20	3.42	0.89
- ปรึกษาเจ้าหน้าที่สาธารณสุขก่อนใช้ยา ...	3.85	0.49	3.87	0.46	3.82	0.56
- นอนหลับอย่างน้อยคืนละ 6-8 ชั่วโมง ...	3.78	0.47	3.85	0.38	3.55	0.65
- พยายามปล่อยวาง เมื่อรู้ว่าปัญหาบางอย่างไม่สามารถแก้ไขได้	3.74	0.56	3.87	0.38	3.32	0.81
- ไปรับการตรวจสุขภาพ	3.71	0.43	3.84	0.48	3.29	0.96
- รับประทานวิตามินบำรุงระหว่างตั้งครรภ์	3.66	0.85	3.87	0.53	2.97	1.26
- รับประทานอาหารครบ 3 มื้อ	3.65	0.72	3.78	0.56	3.24	0.10
- ไม่รับประทานเมี่ยง ชา กาแฟ ...	3.62	0.70	3.69	0.57	3.39	0.79
- นอนหลับได้ แม้จะมีเรื่องที่ต้องคิดกังวลตลอดทั้งวัน	3.41	0.81	3.57	0.72	2.89	0.83
- รับประทานอาหารประเภท ข้าว แป้ง ...	3.35	0.80	3.53	0.70	2.74	0.80
- มีวิธีการระบายความรู้สึกของตนเอง ...	3.20	0.98	3.31	0.92	2.84	1.05
- มีการปรับเปลี่ยนชนิดของอาหาร...	2.91	1.19	3.29	1.02	1.66	0.78
- นอนหลับพักผ่อนในเวลากลางวัน ...	2.84	1.05	3.07	0.97	2.08	0.19
- หลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่..	2.72	1.22	2.77	1.19	2.55	1.31
- หลีกเลี่ยงการทำงานหนักทำงาน	2.71	1.13	2.90	1.08	2.05	1.04
- ออกกำลังกายเบาๆ วันละประมาณ 30 นาที	2.62	1.06	2.83	1.03	1.95	0.96
- ดูโทรทัศน์ อ่านหนังสือ ฟังวิทยุ	2.29	1.09	2.48	1.12	1.66	0.67
- ฝึกการหายใจเพื่อเตรียมพร้อมในการคลอด	1.19	0.55	1.24	0.61	1.03	0.16

ผลการศึกษาเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ชาวไทยภูเขาตามปัจจัยส่วนบุคคล ด้วยค่าทดสอบ Independent t-test พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีอายุ และ

ลักษณะครอบครัวต่างกัน มีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($t = 0.741$ และ $t = 1.853$ ตามลำดับ) กลุ่มตัวอย่างที่มีระดับการศึกษา การทำงาน และรายได้ครอบครัวต่อปีต่างกัน มีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 ($t = 5.046$, $t = 3.887$ และ $t = 4.395$ ตามลำดับ) ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 แสดงการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพจำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล
($n = 164$)

ปัจจัยส่วนบุคคล	ค่าเฉลี่ยคะแนน พฤติกรรมสุขภาพ	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	t-test
อายุ			0.741 ^{NS}
20-34	3.22	0.34	
< 20 หรือ ≥ 35	3.26	0.31	
ระดับการศึกษา			5.046*
ไม่ได้เรียนหนังสือ	3.08	0.27	
ได้เรียนหนังสือ	3.33	0.31	
การทำงาน			3.887*
ทำงานในบ้าน	3.33	0.30	
ทำงานนอกบ้าน	3.15	0.31	
รายได้ครอบครัวต่อปี (บาท)			4.395*
< 15,000	3.13	0.27	
$\geq 15,000$	3.34	0.32	
ลักษณะครอบครัว			1.853 ^{NS}
ครอบครัวเดี่ยว	3.19	0.34	
ครอบครัวขยาย	3.28	0.30	

* $p < 0.001$, NS = not-significant ($p > 0.05$)

ผลการศึกษาความแตกต่างของผลลัพธ์ของการตั้งครรภ์ตามระดับพฤติกรรมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ชาวไทยภูเขาค้นด้วยค่าทดสอบไคว์สแควร์ (χ^2) พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีระดับพฤติกรรมสุขภาพต่างกัน มีการเกิดทารกที่มีน้ำหนักน้อยกว่าเกณฑ์ ทารกมีภาวะขาดออกซิเจนในระยะแรก

เกิด การคลอดก่อนกำหนด และภาวะแทรกซ้อนของมารดาในระยะคลอด ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($\chi^2 = 0.006, 0.148, 0.746$ และ 3.013 ตามลำดับ) ดังตารางที่ 6

ตารางที่ 6 เปรียบเทียบความแตกต่างของผลลัพธ์ของการตั้งครรภ์จำแนกตามกลุ่มระดับพฤติกรรมสุขภาพ (n=164)

ผลลัพธ์ของการตั้งครรภ์	ระดับพฤติกรรมสุขภาพ		χ^2
	ปานกลาง (n=38)	ดี (n=126)	
ทารกแรกเกิดมีน้ำหนักน้อย ^a			0.006 ^{NS}
มี	5	16	
ไม่มี	33	110	
ทารกมีภาวะขาดออกซิเจนในระยะแรกเกิด ^b			0.148 ^{NS}
มี	1	5	
ไม่มี	37	121	
การคลอดก่อนกำหนด ^a			0.746 ^{NS}
มี	9	20	
ไม่มี	29	106	
ภาวะแทรกซ้อนของมารดาในระยะคลอด ^a			3.013 ^{NS}
มี	8	13	
ไม่มี	30	113	

*p < 0.05, NS = not-significant (p > 0.05)

(a) Chi square (b) Fisher's Exact test

อภิปรายผล

จากการศึกษาครั้งนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับดีร้อยละ 76.83 ระดับปานกลางร้อยละ 23.17 โดยกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมในระดับต่ำสุดเท่ากับ 44 คะแนน และคะแนนสูงสุด 77 คะแนน ซึ่งอาจเกิดเนื่องจากในปัจจุบันมี

จำนวนชาวไทยภูเขาได้เรียนหนังสือมากขึ้น มีการฝากครรภ์ในอัตราที่สูงขึ้นจึงส่งผลให้มีพฤติกรรมสุขภาพในระดับปานกลางถึงระดับดี

คะแนนพฤติกรรมสุขภาพรายด้านของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในเกณฑ์ดีในด้านการใช้ยาและสารเสพติด ด้านการจัดการความเครียด ด้านโภชนาการ ด้านการทำงานและการพักผ่อน และด้านการแสวงหาความรู้และการฝากครรภ์ ส่วนพฤติกรรมสุขภาพด้านการออกกำลังกายนั้นอยู่ในเกณฑ์ไม่ดี โดยอภิปรายพฤติกรรมแต่ละด้านได้ดังนี้

พฤติกรรมสุขภาพด้านโภชนาการ กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพด้านโภชนาการอยู่ในระดับดี ในเรื่องการรับประทานวิตามินบำรุง การรับประทานอาหารครบ 3 มื้อต่อวัน การรับประทานอาหารครบ 5 หมู่ ส่วนการปรับเปลี่ยนชนิดของอาหารเมื่อตั้งครรภ์นั้นมีน้อย กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ยังคงรับประทานอาหารเหมือนกับขณะที่ยังไม่ตั้งครรภ์ โดยให้เหตุผลว่าไม่มีเงินหรืออยู่ห่างไกลจากตลาด อาหารที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่รับประทานเป็นอาหารประเภทคาร์โบไฮเดรต ได้แก่ ข้าวสวย หัวมั่นต้ม น้ำพริก ผักต้ม แกงผักกาด และผลไม้ตามฤดูกาล ส่วนอาหารที่ได้รับประทานน้อยคืออาหารประเภทโปรตีนโดยเฉพาะนมและเนื้อสัตว์นั้นหายาก จะได้รับประทานเนื้อสัตว์เดือนละ 1-2 ครั้ง เมื่อมีงานพิธีในหมู่บ้าน สอดคล้องกับการศึกษาของ วันดี หน่อคำศักดิ์ (2535: 37) ไชยณรงค์ ปิตุรัตน์ (2538) วรรณศรี ดรุษสนทยา (2541: 29) และ ปิ่นแก้ว ยานะจิตร (2544) ที่พบว่า ในชีวิตประจำวันชาวเขาส่วนใหญ่บริโภคเนื้อสัตว์เป็นจำนวนน้อย

พฤติกรรมสุขภาพด้านการทำงานและการพักผ่อน กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพรายข้ออยู่ในระดับดีในเรื่องการทำงานติดต่อกันไม่เกินวันละ 8 ชั่วโมง การนอนหลับอย่างน้อยคืนละ 6-8 ชั่วโมง และการพักผ่อนได้แม้มีเรื่องกังวล ส่วนในเรื่องการนอนกลางวันอย่างน้อยวันละ 1 ชั่วโมง กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ปฏิบัติไม่ได้ เพราะมีความเชื่อว่าการนอนหลับในช่วงกลางวันจะทำให้คลอดยาก รกค้างภายหลังคลอด ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ วันดี หน่อคำศักดิ์ (2535: 37) ชงชัย สาระกุล (2538: 148) และวรรณศรี ดรุษสนทยา (2541: 29) ที่พบว่าหญิงตั้งครรภ์ชาวไทยภูเขาส่วนใหญ่จะไม่นอนพักในเวลากลางวัน

พฤติกรรมสุขภาพด้านการออกกำลังกายมีคะแนนต่ำสุด มีกลุ่มตัวอย่างเพียงส่วนน้อยที่มีการฝึกหายใจเพื่อเตรียมพร้อมในการคลอด และในแต่ละวันกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่ได้ออกกำลังกาย โดยให้ข้อมูลว่าเมื่อมาฝากครรภ์ได้รับคำแนะนำให้ออกกำลังกาย แต่ไม่ทราบถึงข้อจำกัดหรือวิธีการออกกำลังกายที่เหมาะสม จึงเลือกออกกำลังกายโดยการเดินเล่นรอบๆหมู่บ้านของตนในช่วงเวลาเย็น อีกเหตุผลหนึ่งที่กลุ่มตัวอย่างไม่ออกกำลังกายในช่วงตั้งครรภ์คือมีการรับรู้ว่าการทำงานตลอดทั้งวันนั้นเป็นการออกกำลังกาย และมีบางส่วนบอกว่าไม่ทราบวิธีที่เหมาะสม กลัวมีอันตราย สอดคล้องกับการศึกษาของมยุรี นิรัทธาธร (2538: 80) สุมิตตา สว่างทุกข์ (2539: 73)

อรรถ ธรรมกันมา (2540: 75) และ อุณฺจิตฺตํ บุญสม (2540: 49-50) ที่พบว่าหญิงตั้งครรภ์ส่วนใหญ่ไม่ค่อยออกกำลังกาย

พฤติกรรมด้านการแสวงหาความรู้และการฝากครรภ์ กลุ่มตัวอย่างมีการไปพบแพทย์หรือบุคลากรทางสาธารณสุขเมื่อมีอาการผิดปกติ และไปตรวจสุขภาพมารดาและทารกในครรภ์อย่างสม่ำเสมอ และมีการแสวงหาความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพในระยะตั้งครรภ์จากสื่อต่างๆอยู่ในระดับปานกลาง ทั้งนี้กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 43.90 มารับบริการฝากครรภ์มากกว่า 8 ครั้ง จากการสัมภาษณ์พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพในระยะตั้งครรภ์จากเจ้าหน้าที่ และเอกสารคู่มือที่ได้รับเมื่อไปฝากครรภ์ การซักถามเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และจากการถามจากเพื่อนที่มีประสบการณ์ สอดคล้องกับการศึกษาของมยุรี นิธิธราคร (2539: 80) ที่พบว่าเจ้าหน้าที่ที่มสุขภาพเป็นแหล่งประโยชน์ทางด้านความรู้ที่สำคัญสำหรับหญิงตั้งครรภ์ นอกจากนี้ยังพบว่า การรับข้อมูลด้านการดูแลสุขภาพจากสื่อโทรทัศน์ของกลุ่มตัวอย่างนั้นมีน้อยมากเพราะหญิงชาวไทยภูเขาส่วนใหญ่ทำงานตลอดทั้งวัน มีการรับข่าวสารภายนอกบ้างจากสถานีวิทยุท้องถิ่น แต่ไม่มีรายการสาระความรู้ที่เกี่ยวกับการตั้งครรภ์และการคลอด

พฤติกรรมสุขภาพด้านการใช้ยาและสารเสพติด กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่ดื่มเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ มีการปรึกษาแพทย์หรือบุคลากรทางสาธารณสุขก่อนใช้ยา และหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารที่มีส่วนผสมของคาเฟอีน ส่วนพฤติกรรมการสูบบุหรี่พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่สูบบุหรี่ มีเพียงร้อยละ 1.83 เท่านั้นที่สูบบุหรี่ระหว่างตั้งครรภ์ แม้ว่ากลุ่มตัวอย่างไม่สูบบุหรี่ แต่ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 60.98) ได้รับสารพิษจากควันบุหรี่จากการสูบบุหรี่ของสมาชิกในครอบครัว สอดคล้องกับการศึกษาของ วรณศรี ธรรมสนธิยา (2541: 68) ที่ศึกษาพบว่าหญิงตั้งครรภ์ชาวไทยภูเขาส่วนใหญ่ไม่สูบบุหรี่ และข้อมูลแหล่งของควันบุหรี่สอดคล้องกับการศึกษาของ อรรถ ธรรมกันมา (2540: 75) ที่พบว่าหญิงตั้งครรภ์ส่วนใหญ่ได้รับสารพิษจากควันบุหรี่จากการสูบบุหรี่ของสมาชิกในครอบครัว

จากการวิเคราะห์พฤติกรรมสุขภาพพบข้อพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพรายข้อสูงที่สุดในเรื่องการงดดื่มเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ การไปพบเจ้าหน้าที่สาธารณสุข พยาบาล และแพทย์ทันทีเมื่อมีอาการผิดปกติ การงดทำงานติดต่อกันมากกว่า 8 ชั่วโมงโดยไม่หยุดพัก การปรึกษาเจ้าหน้าที่สาธารณสุข พยาบาล หรือแพทย์ก่อนใช้ยาทุกประเภท การนอนหลับอย่างน้อยคืนละ 6-8 ชั่วโมง และการปล่อยวางเมื่อรู้ว่าไม่สามารถแก้ปัญหาได้ ตามลำดับจะเห็นได้ว่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพรายข้อ 5 อันดับแรกส่วนใหญ่เป็นพฤติกรรมในการใช้ยาและสารเสพติด และด้านการทำงานและการพักผ่อน

กลุ่มตัวอย่างมีการฝึกหายใจเพื่อเตรียมพร้อมในการคลอดเป็นจำนวนน้อย มีการดูโทรทัศน์ อ่านหนังสือ ฟังวิทยุ หรือสอบถามข้อมูลจากบุคคลที่รู้จักเกี่ยวกับการตั้งครรภ์และการตกในครรภ์เป็นบางครั้ง ไม่มีการออกกำลังกาย และส่วนใหญ่ยังคงทำงานหนัก นอกจากนั้นส่วนใหญ่ได้รับสารพิษจากควันบุหรี่จากการสูบบุหรี่ของสมาชิกในครอบครัว จะเห็นได้ว่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพรายข้อ 5 อันดับสุดท้าย ส่วนใหญ่เป็นพฤติกรรมในด้านการออกกำลังกาย การแสวงหาข้อมูลสุขภาพจากแหล่งภายนอก และการทำงานหนัก ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของมยุรี นิรัทธราคร (2538: 80) สุมิตตา สว่างทุกข์ (2539: 73) อรทัย ธรรมกันมา (2540) และ อุณัจิตต์ บุญสม (2540: 49-50) ที่พบว่าหญิงชาวเขาส่วนใหญ่ทำงานหนัก และทำงานจนกว่าจะคลอด ไม่มีการออกกำลังกาย และการเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพยังมีจำกัด โดยเฉพาะกลุ่มที่มีรายได้ต่ำ

พฤติกรรมสุขภาพรายข้อของการใช้ยาและสารเสพติด และด้านการทำงานและการพักผ่อนมีอยู่ทั้งในพฤติกรรมสุขภาพรายข้อ 5 อันดับแรก และ 5 อันดับสุดท้าย อธิบายได้ว่าหญิงตั้งครรภ์ชาวไทยภูเขามีความระมัดระวังในการใช้ยา การดื่มเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ และการงดสูบบุหรี่ซึ่งเป็นพฤติกรรมที่สามารถปฏิบัติได้ด้วยตนเอง ส่วนพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยอื่นซึ่งได้แก่การหลีกเลี่ยงการอยู่ในสถานที่ที่มีคนสูบบุหรี่ยังทำได้ยาก เนื่องจากบุคคลในครอบครัวของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่สูบบุหรี่ ในด้านการทำงานและการพักผ่อน อธิบายได้ว่าแม้ชาวไทยภูเขาจะมีความรู้ในการดูแลตนเองเรื่องการพักผ่อน แต่ฐานะเศรษฐกิจที่ยากจนทำให้หญิงชาวไทยภูเขาต้องทำงานเพื่อช่วยกันหาเลี้ยงครอบครัว นอกจากนั้นการยึดถือตามขนบธรรมเนียม ประเพณี และความเชื่อของชนเผ่า ยังเป็นสิ่งที่ถ่ายทอดกันมาและปฏิบัติอย่างเคร่งครัด

ผลการทดสอบสมมติฐาน หญิงตั้งครรภ์ชาวไทยภูเขาที่มีปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ รายได้ ครอบครัว การทำงาน และระดับการศึกษาแตกต่างกัน มีพฤติกรรมสุขภาพแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) สอดคล้องกับการศึกษาของ สุปราณี ชัยเชื่อนจันทร์ (2546: 75) ที่ศึกษาพบว่าหญิงตั้งครรภ์ที่มีระดับการศึกษาต่างกัน มีพฤติกรรมสุขภาพแตกต่างกัน การศึกษาของ สุมิตตา สว่างทุกข์ (2540: 50-54) ที่ศึกษาพบว่าหญิงตั้งครรภ์ที่มีอาชีพแตกต่างกัน มีพฤติกรรมสุขภาพแตกต่างกัน และการศึกษาของมยุรี นิรัทธราคร (2539: 68) และวรารัตน์ ทองศิริมา (2547: 41) ที่ศึกษาพบว่าหญิงตั้งครรภ์ที่มีรายได้แตกต่างกัน มีพฤติกรรมสุขภาพแตกต่างกัน ซึ่งต่างจากผลการศึกษาของ คาริณี สุภาพ (2542: 58-59) ที่พบว่าระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ การศึกษาของมาลี เจริญเมือง (Charoenmuang, 1990: 95) ที่พบว่าหญิงตั้งครรภ์ที่มีอาชีพต่างกัน มีพฤติกรรมมารับบริการการมารับบริการฝากครรภ์ไม่แตกต่างกัน และการศึกษาของวัชร วัชรมัย (2532: 67) ซึ่งพบว่าปัจจัยอายุ และรายได้ ไม่มีความสัมพันธ์กับการมาฝากครรภ์ของหญิงตั้งครรภ์ในอำเภอนางรอง จังหวัดบุรีรัมย์ ($p > 0.05$)

หญิงตั้งครรภ์ชาวไทยภูเขาที่มีอายุและลักษณะครอบครัวแตกต่างกันมีพฤติกรรมสุขภาพไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$) สอดคล้องกับการศึกษาของ ชวที เชี่ยวเยี่ยมวัฒนา (2534: 61) ที่ศึกษาพบว่าหญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุแตกต่างกัน มีพฤติกรรมสุขภาพไม่แตกต่างกัน และการศึกษาของอุณจิตร บุญสม (2541: 44) และนันทยา อัจจิต (2544: 110) ที่ศึกษาพบว่าหญิงตั้งครรภ์ที่มีลักษณะครอบครัวต่างกัน มีพฤติกรรมสุขภาพไม่แตกต่างกัน ต่างกับผลการศึกษาของ วิลาวัลย์ ถนอมรูปและคณะ (2545: 3-16) และอรัญ ธรรมกันมา (2540: 75) ที่พบว่าอายุมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ

หญิงตั้งครรภ์ชาวไทยภูเขาที่มีพฤติกรรมสุขภาพแตกต่างกัน มีผลลัพธ์ของการตั้งครรภ์ ได้แก่ น้ำหนักทารกแรกเกิด อายุครรภ์เมื่อคลอด คะแนนสภาพทารกแรกเกิดหนึ่งนาที่แรก และภาวะแทรกซ้อนของมารดาในระยะคลอดไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$) สอดคล้องกับการศึกษาของลัคนา อมรประกาศ (Amornprakas, 2005: 52-54) และ ดวงพร จินตโนทัยถาวร (2536: 100-106) ที่พบว่า หญิงตั้งครรภ์ที่มีพฤติกรรมฝากครรภ์แตกต่างกัน มีผลลัพธ์ที่ไม่พึงประสงค์ของการตั้งครรภ์ ได้แก่ การคลอดก่อนกำหนด และการเกิดภาวะทารกขาดออกซิเจนในระยะแรกเกิดไม่แตกต่างกัน ($p > 0.05$) แต่แตกต่างจากผลการศึกษาของ นิวแมนและคณะ (Numan et.al, 2001: 438-446) ที่พบว่า การคลอดก่อนกำหนดมีความสัมพันธ์กับความเหนื่อยล้าที่เกิดจากการประกอบอาชีพ การศึกษาของสุรพล อริยเดช (2544: 1-6) ที่ศึกษาพบว่ามารดาที่มีพฤติกรรมการสูบบุหรี่มีอัตราเสี่ยงในการคลอดก่อนกำหนดสูงกว่ามารดาที่ไม่สูบบุหรี่ และ สุดารัตน์ วัฒนโยธิน (2547) ที่พบว่า การเกิดภาวะทารกขาดออกซิเจนในระยะแรกคลอดในหญิงตั้งครรภ์ที่ไม่มาฝากครรภ์สูงเป็น 1.7 เท่าของหญิงตั้งครรภ์ที่ฝากครรภ์

สรุปผลการวิจัย

1. กลุ่มตัวอย่างโดยรวมมีการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในเกณฑ์ดีในด้านการใช้ยาและสารเสพติด ด้านการจัดการกับความเครียด ด้านโภชนาการ ด้านการทำงานและการพักผ่อน ด้านการแสวงหาข้อมูลและการฝากครรภ์ โดยมีคะแนนเฉลี่ย 3.53 3.47 3.39 3.32 และ 3.29 คะแนนตามลำดับ และมีการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในเกณฑ์ไม่ดีในด้านการออกกำลังกาย โดยมีคะแนนเฉลี่ย 1.91 คะแนน

กลุ่มตัวอย่างที่มีพฤติกรรมสุขภาพในระดับดี มีการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพดีในด้านโภชนาการ ด้านการจัดการกับความเครียด ด้านการใช้ยาและสารเสพติด ด้านการทำงานและการพักผ่อน และด้านการแสวงหาข้อมูลและการฝากครรภ์ โดยมีคะแนนเฉลี่ย 3.62 3.59 3.58 3.47 และ

3.42 คะแนน ตามลำดับ และมีการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพในระดับปานกลางทางด้านการออกกำลังกาย โดยมีคะแนนเฉลี่ย 2.03 คะแนน

กลุ่มตัวอย่างที่มีพฤติกรรมสุขภาพในระดับปานกลางมีการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพดีในด้านการใช้ยาและสารเสพติด ด้านการจัดการกับความเครียด โดยมีคะแนนเฉลี่ย 3.38 และ 3.08 คะแนน ตามลำดับ พฤติกรรมสุขภาพด้านการแสวงหาข้อมูลและการฝากครรภ์ ด้านการทำงานและการพักผ่อน และด้านโภชนาการ กลุ่มตัวอย่างกลุ่มนี้มีการปฏิบัติไม่สม่ำเสมอ โดยมีคะแนนเฉลี่ย 2.88 2.80 และ 2.65 คะแนน ตามลำดับ ส่วนด้านการออกกำลังกาย กลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติน้อย โดยมีคะแนนเฉลี่ย 1.49

พฤติกรรมสุขภาพรายข้อ กลุ่มตัวอย่างที่มีพฤติกรรมสุขภาพระดับดีมีการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพรายข้อดีในเรื่องงานติดต่อกันมากกว่า 8 ชั่วโมงโดยไม่หยุดพัก และงดดื่มเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ รองลงมาได้แก่ การไปพบเจ้าหน้าที่สาธารณสุข พยาบาล และแพทย์ทันทีเมื่อมีอาการผิดปกติ ส่วนพฤติกรรมที่ปฏิบัติได้ไม่ดี และมีคะแนนเฉลี่ยต่ำที่สุดได้แก่ การฝึกหายใจเพื่อเตรียมพร้อมในการคลอด รองลงมาได้แก่ การดูโทรทัศน์ อ่านหนังสือ ฟังวิทยุ หรือสอบถามข้อมูลจากบุคคลที่รู้จักเกี่ยวกับการตั้งครรภ์และทารกในครรภ์

เมื่อพิจารณาพฤติกรรมสุขภาพรายข้อของกลุ่มตัวอย่างที่มีพฤติกรรมสุขภาพระดับปานกลาง พบว่าพฤติกรรมสุขภาพที่กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติอยู่ในเกณฑ์ดี มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุดคือ การปรึกษาเจ้าหน้าที่สาธารณสุข พยาบาล หรือแพทย์ก่อนใช้ยาทุกประเภท รองลงมาได้แก่ การงดดื่มเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ ส่วนพฤติกรรมที่ปฏิบัติได้ในเกณฑ์ไม่ดี และมีคะแนนเฉลี่ยต่ำที่สุดได้แก่ การฝึกหายใจเพื่อเตรียมพร้อมในการคลอด รองลงมาได้แก่ การปรับเปลี่ยนชนิดของอาหารที่รับประทานเพื่อให้ได้สารอาหารที่ครบถ้วนสำหรับตนเองและทารกในครรภ์ และการดูโทรทัศน์ อ่านหนังสือ ฟังวิทยุ หรือสอบถามข้อมูลจากบุคคลที่รู้จักเกี่ยวกับการตั้งครรภ์และทารกในครรภ์

2. ระดับการศึกษาและการทำงานมีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างที่ระดับ $p < 0.05$ รายได้ครอบครัวต่อปีมีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพที่ระดับ $p < 0.01$ อย่างไรก็ตาม อายุและลักษณะครอบครัวไม่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p > 0.05$

3. กลุ่มตัวอย่างที่มีระดับพฤติกรรมสุขภาพต่างกันมีผลลัพธ์ของการตั้งครรภ์ ได้แก่ น้ำหนักทารกแรกเกิด คะแนนสภาพทารกแรกเกิดหนึ่งนาทีก่อน อายุครรภ์เมื่อคลอด และภาวะแทรกซ้อนของมารดาในระยะคลอด ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p > 0.05$

ข้อจำกัดของการวิจัย

1. การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเฉพาะผู้ที่คลอดในโรงพยาบาลแม่สะเรียงเท่านั้น ซึ่งเป็นชาวไทยภูเขาที่สามารถเข้าถึงบริการสุขภาพที่รัฐจัดให้ จึงไม่ครอบคลุมประชากรทั้งหมด ซึ่งยังมีหญิงตั้งครรภ์ชาวไทยภูเขาอีกจำนวนหนึ่งที่ไม่มีรับบริการสุขภาพที่โรงพยาบาล เช่น คลอดที่บ้าน หรือสถานอนามัย
2. ผลการศึกษานี้ไม่สามารถอ้างอิงถึงหญิงตั้งครรภ์ชาวไทยภูเขาทั้งหมดได้ เนื่องจากการเลือกตัวอย่างเป็นแบบเฉพาะเจาะจง
3. การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ชาวไทยภูเขา โดยไม่ได้ศึกษาเกี่ยวกับความเชื่อ ขนบธรรมเนียม ประเพณีที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพจึงควรมีการศึกษาเพิ่มเติม

ข้อเสนอแนะและการนำผลการวิจัยไปใช้

ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

1. พยาบาลในหน่วยฝากครรภ์ควรมีการประเมินพฤติกรรมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์และให้ความสนใจและเอาใจใส่เป็นพิเศษต่อหญิงตั้งครรภ์ชาวไทยภูเขาที่ไม่ได้เรียนหนังสือ กลุ่มที่ทำงานนอกบ้าน และกลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้น้อย
2. พยาบาลในหน่วยฝากครรภ์ควรจัดกลุ่มให้ความรู้และคำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพแก่หญิงตั้งครรภ์ชาวไทยภูเขา โดยพัฒนาสื่อการสอนที่หลากหลาย เช่น แผ่นพับ การจัดบอร์ดในหมู่บ้าน การส่งกระจายเสียงตามสายในหมู่บ้าน การมีแม่ตัวอย่างในหมู่บ้าน ส่วนเนื้อหาของสื่อควรมีการปรับให้เป็นภาษาประจำเผ่า มีรูปภาพที่เข้าใจง่ายและสอดคล้องกับการดำเนินชีวิตประจำวันของชาวไทยภูเขา โดยเน้นการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพในด้านโภชนาการ ด้านการทำงานและการพักผ่อน ด้านการออกกำลังกาย ด้านการแสวงหาความรู้และการฝากครรภ์ และด้านการใช้ยาและสารเสพติด

ด้านการศึกษา

1. ควรเน้นเนื้อหาความแตกต่างทางขนบธรรมเนียม ประเพณี วัฒนธรรม ความเชื่อ และวิถีชีวิตของประชากรผู้รับบริการในหลักสูตรการศึกษาพยาบาลทุกระดับ

2. ควรจัดอบรมบุคลากรสาธารณสุขที่รับผิดชอบให้บริการสุขภาพแก่ชาวไทยภูเขาเกี่ยวกับความสำคัญของชนบทธรรมเนียม ประเพณี วัฒนธรรม ความเชื่อ และวิถีชีวิต ที่ส่งผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของชาวไทยภูเขา

ด้านการวิจัย

1. ควรมีการศึกษาความสัมพันธ์ของพฤติกรรมสุขภาพเฉพาะเรื่อง เช่น ด้านโภชนาการ การทำงานหนัก การสัมผัสวันบหรี กับผลลัพธ์ของการตั้งครรภ์
2. ควรมีการศึกษาถึงปัจจัยอื่นๆ ที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ชาวไทยภูเขาตามกรอบแนวคิดของเพนเดอร์ที่ไม่ได้ศึกษาในครั้งนี้ เช่น ปัจจัยด้านความรู้ ความเข้าใจ และความรู้สึนึกคิดที่เฉพาะเจาะจงต่อการแสดงพฤติกรรม ซึ่งได้แก่ การรับรู้ ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ และการสนับสนุนทางสังคม เป็นต้น
3. ควรมีการศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ชาวไทยภูเขากลุ่มที่ไม่ได้มาฝากครรภ์ หรือกลุ่มที่คลอดที่บ้าน
4. ควรมีการศึกษาพัฒนาสื่อและรูปแบบการให้ความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพในระยะตั้งครรภ์ที่เหมาะสมกับหญิงตั้งครรภ์ชาวไทยภูเขา
5. ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพที่เกิดจากปัจจัยด้านความเชื่อ วัฒนธรรม และประเพณีที่เฉพาะของหญิงตั้งครรภ์ชาวไทยภูเขา

**HEALTH BEHAVIORS, PERSONAL FACTORS, AND PREGNANCY
OUTCOMES OF HILL TRIBE PREGNANT WOMEN IN MAESARIENG
DISTRICT, MAEHONGSON PROVINCE**

PUNYISA PROMMA 4736720 RAMN/M

M.N.S. (MATERNAL AND NEWBORN NURSING)

THESIS ADVISORY COMMITTEE: PAUNGNOI SAKONRATANAGUL, M.Ed.
(NURSING ADMINISTRATION), CHANTIMA KHANOBDEE, D.S.N.
(MATERNAL AND CHILD NURSING)

EXTENDED SUMMARY

Introduction

Health behavior is a key factor of personal health. The literature in maternal and child health revealed that health behaviors of pregnant women played an important role in birth outcomes for both mother and baby.

According to the literature reviewed, maternal health behaviors that have been identified as important to good pregnancy outcomes include obtaining adequate prenatal care; eating well and gaining the right amount of weight; exercising regularly; not smoking; and not using alcohol, illegal substances. The pregnant women who had positive health behaviors were more likely to have good pregnancy outcomes such as delivery a baby at gestational age ≥ 37 weeks, and having a baby with normal birth weight ($\geq 2,500$ grams). On the other hand, the pregnant women who do not have good health practices tend to have adverse pregnancy outcomes such as preterm birth (Surapol Ariyadej, 1991: 1-6; Amornprakas, 2005: 52-54), low birth weight (Nongnuch Bunyakiat, 1986: 51-56; Orasa Parunawin, 1987: 68-79; Cabral, Frud, Levenson and Zuckman, 1990; Surapol Ariyadej, 1991: 1-6; Numan et.al, 2001: 438-446; Cabral, Curtiss and Taylor, 1993: 617-630; Duangporn Jintanothaitavorn,

1993: 100-106; Preeda Taearak, 1998: 39-46; Kukko & Halmesmaki, 1999: 22-26; Windham, Eaton and Hopkin, 1999: 35-57; Mozukewich, Luck and Wolf, 2000: 623-635; Achara Tungstapornpong, 2001: 629-636; Kittishotpanich, 2001: 155-159; Numan et.al, 2001: 438-446), and high incidence of perinatal morbidity and mortality (Sudarat Suwaree, 1998: 74; WHO, 1999: 8; Windham, Eaton, & Hopkins, 1999: 35-57).

The hill tribes are groups of population who have their own culture, health beliefs, and lifestyles that are different from those of the Thai population. They live in remote area, which difficult to access health care facilities. Additionally, most of the hill tribes have low economic status. Studies had been reported that less than half of hill tribe pregnant women in the northern part of Thailand received adequate prenatal care (Weerawan Sathienkarl, 1999: 97). Some of them did not receive antenatal care at all (Wannasri Darunsonthaya, 1998: 29). The barriers of antenatal care attendance were lack of time, afraid and unfamiliar with health care personnel, inconvenience, did not know the benefit, and could not access to prenatal services (Taweerat Srisununta, 1998: 49).

The annual reports of Maesarieng Hospital in the year 2006 revealed that incidence of low birth weight was 75 per 1,000 live birth, which higher than the national target goal (70 per 1,000 live birth) (Department of Health, Ministry of Public Health, 2005). Of this number, 68% were the babies of hill tribe mothers. Likewise, the perinatal death rate was also high (9.56 per 1,000 live births), 85.71% were the babies delivered by hill tribe mothers (Maesarieng hospital, 2006: 1-3).

Pregnancy outcomes are major indices of maternal and child care. As mentioned earlier, maternal health behaviors were significant to pregnancy outcomes. Based on review of literature, the pregnancy outcomes of hill tribe mothers are not good. Therefore, the researcher as a nurse working with this group of population was interested to conduct a research aiming to investigate health behaviors and pregnancy outcomes of hill tribe pregnant women who lived in Maesarieng District, Maehongson province of Thailand.

Conceptual Framework

The Pender's Health Promotion model (Pender, 2002: 60) was used as a conceptual framework of the study. According to the model, health behavior is the outcome of perception, analysis, and decision-making about the behavior being considered. Each individual will engage in health behaviors, depending on his/ her characteristics and experiences and behavior-specific cognition and affect of the behaviors.

Individual characteristics and experiences are unique in each person. These include prior related behavior and personal factors. The prior related behavior may influence perception of self-efficacy, benefits, and barriers to perform health behavior. The personal factors include biological factors such as age, body mass index, and developmental stage; psychological factors such as self-esteem and self-motivation; and socio-cultural factors such as ethnicity, educational level, and socioeconomic status. These factors have both direct and indirect effects on the likelihood of an individual to engage in health behavior.

Behavior-specific cognition and affect is the significant motivational variable for an individual to engage in health behavior. It includes perceived benefits of action, perceived barriers of action, perceived self-efficacy of action, activity-related affect, interpersonal influences, and situational influences.

Based on the Pender's Health Promotion model, six health-promoting behaviors are described. These include health responsibility, behaviors related to physical activity or exercise, nutrition, interpersonal relations, and stress management (Pender, 2002). The health outcomes of individuals derive from the combination of health-promoting behaviors they engage and health services they receive.

In this study, health behaviors of hill tribe pregnant women being investigated are behaviors related to nutrition, working and rest, physical exercise, stress management, information seeking and adequacy of prenatal care, smoking and the use of illegal substances. Health behaviors of the pregnant women are seen as the outcomes of perception about the benefits and decision-making to engage in each behavior. According to the review of literature, there are many factors related to

maternal health behaviors such as age, educational level, economic level, working conditions, and type of the family; therefore, the researcher included these variables in this study. The pregnancy outcomes being considered in this study are the occurrence of low birth weight, birth asphyxia, preterm birth, and maternal complications during pregnancy and childbirth. These pregnancy outcomes were cited in the literature as influenced by maternal health behaviors.

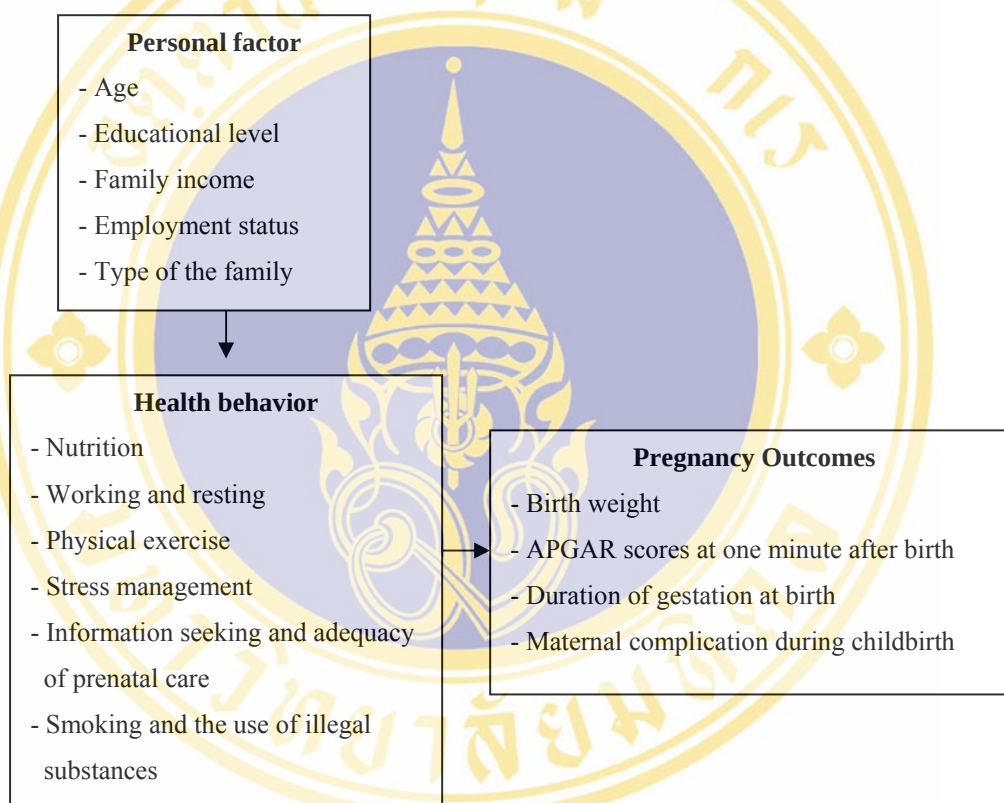


Figure 1: Conceptual framework

Research Objectives

The research objectives of this study were

1. To study health behaviors of hill tribe pregnant women in Maesarieng District.
2. To investigate health behaviors of hill tribe pregnant women who have different personal characteristics: Age, educational level, employment status, family income, and type of the family.
3. To explore pregnancy outcomes of hill tribe pregnant women who have different health behaviors.

Research Hypothesis

1. The hill tribe pregnant women in Maesarieng District who have different personal characteristics will have different health behaviors.
2. The hill tribe pregnant women in Maesarieng District who have different health behaviors will have different pregnancy outcomes.

Scope of the Study

The descriptive research was conducted to assess health behaviors and pregnancy outcomes of hill tribe pregnant women who lived in Maesarieng District, Maehaongson province during September to December 2006.

Definition of Term

The terms used in this study are defined as follows:

1. **Personal factors** mean hill tribe pregnant women's characteristics including age, educational level, employment status, family income, and type of the family.

- Age means the number of full years of the sample's age from birth until data collection.

- Educational level means the highest formal education the hill tribe pregnant women had. In this study the educational level was categorized into receive education and do not receive education.

- Employment status means regular job of the hill tribe pregnant women taking for income. In this study employment status is categorized into employed and unemployed.

- Family income refers to the amount of money in Thai Bahts, which the hill tribe pregnant women and their husbands earned each year.

- Type of the family means the family characteristic of hill tribe pregnant women. In this study type of the family was classified into nuclear family and extended family.

2. Health behaviors mean health-related activities that hill tribe pregnant women engage, in order to maintain the health of them and their babies, In this study, health behaviors were assessed by Health Behavior Questionnaire developed by Darinee Suwaparp (1999) based on Health-Promoting Lifestyle Profile of Walker, Sechirst, and Pender (1987) to assess health practice of a pregnant woman regarding nutrition, working and rest, physical exercise, stress management, information seeking and adequacy of prenatal care, smoking and the use of illegal substances. High scores indicated that a hill tribe pregnant woman had good health behaviors.

3. Pregnancy outcomes mean the health status of hill tribe pregnant women and their babies at the end of pregnancy. In this study pregnancy outcomes are divided into positive pregnancy outcomes and adverse pregnancy outcomes.

- Positive pregnancy outcomes are indicated by the delivery of a baby at the gestational age at least 37 weeks, the baby has normal birth weight (at least 2,500 grams), no evidence of birth asphyxia, and no maternal complication during childbirth.

- Adverse pregnancy outcomes are indicated by premature birth, low birth weight, birth asphyxia, and the mother has complication during childbirth.

Materials and Methods

Population and sample

A purposive sample consisted of 164 hill tribe pregnant women who delivered their babies and were admitted to the postpartum unit of Maesarieng Hospital during September to December 2006. The sample was selected based on the following inclusion criteria:

1. Delivered babies and were admitted to the postpartum unit of Maesarieng Hospital.
2. Stayed in the postpartum unit more than 24 hours after birth.
3. Resumed normal physical conditions and ready for data collection.
4. Could verbally communicate and had no hearing problem.
5. Were willing to participate in the study.

Instruments

The instrument used in the study was a questionnaire composed of 3 parts as the following:

Part 1: Demographic Data Form developed by the researcher to collect data regarding personal characteristics of the subjects including age, educational level, employment status, family income, and type of the family.

Part 2: The Pregnancy and Labor Record Form developed by the researcher to gather data regarding the adequacy of prenatal care, duration of gestation at birth, birth weight, APGAR scores at one minute after birth, and maternal complications during pregnancy and childbirth.

Part 3: The Health Behavior Questionnaire. The researcher used the tool developed by Darinee Suwaparp based on the Health-Promoting Lifestyle Profile of Walker, Sechrist, and Pender (1987) along with the concepts attained from extensive review of literature related to health behaviors of pregnant women. The tool consisted of 20 items of health behaviors regarding nutrition, working and rest, physical exercise, stress management, information seeking and adequacy of prenatal care, smoking and the use of illegal substances. The four-point rating scale was used to

elicit the subjects' responses. Content validity was established by a panel of four experts in maternity nursing. Reliability of the instrument was determined by trying out with 20 hill tribe pregnant women who had personal characteristics similar to the study sample. The Cronbach's alpha coefficient obtained was 0.71.

Data Collection

Following approval from the Faculty of Graduate Studies and the institutional and the committee on Human Right related to Researcher involving Human Subjects of Mahidol University, data were collected by the following procedures:

1. The formal letter from the Faculty of Graduate Studies, Mahidol University, was submitted to the Director of Maesarieng Hospital, in order to get permission to collect data.
2. The researcher met with the Director of Nursing and the head nurse of postpartum unit after the permission from the Director of the hospital was released, to inform them about the objectives of the study, the study procedures, and the data collection.
3. The sample was selected based on the inclusion criteria.
4. The Demographic Data Form and the Health Behavior Questionnaire were used to collected data. The method of data collection was the interview, conducted by the researcher. For the sample who could not communicate in Thai language, a translator was used to assist in data collection.
5. The data were checked for completeness before preparing for analysis.

Data analysis

The data obtained were analyzed by computer program. The significant level of 0.05 was set. The analyses were as follows:

1. Descriptive statistics: frequency, percentage, range, mean, and standard deviation were used to analyze personal characteristics of the sample.

2. Inferential statistics: t-test was used to test the difference of health behaviors of the sample based on their personal characteristics, and the Chi-square test was used to test the difference of pregnancy outcomes based on the level of health behaviors.

Results

Results of the study showed that the majority (69.51%) of the subjects were between 20 and 34 years old and only 30.49% were younger than 20 years old or older than 34 years old. About two-third of the sample received education, whereas 33.54 percents were illiterate. Regarding the employment status, 51.83% were employed and 48.17% were unemployed. Among those who were employed, 34.76% were agriculturists, 12.19% were laborers, and 1.22% worked for government, private sectors, or business companies. Almost half of the sample (43.9%) earned family income less than 15,000 Bahts per year, and 56.10% had annual family income 15,000 Bahts or higher. Finally, most of the subjects (61.59%) lived in an extended family, whereas 38.41% lived in a nuclear family.

Considering the experience of pregnancy, 42.07% were first-time mothers, while 57.93% experienced pregnancy before. For the adequacy of prenatal care, one pregnant woman did not seek prenatal care at all, 84.51% received adequate prenatal care. Among those who had adequate prenatal care, 48.47% started attending the prenatal clinic during the first trimester of pregnancy.

Most of the sample (82.32%) carried out their pregnancy until term; however, 17.68% had preterm birth. Majority of the sample (87.20%) delivered a baby with normal birth weight (more than 2,500 grams); whereas 12.80% had a baby with low birth weight (less than 2,500 grams). Regarding the occurrence of birth asphyxia, 3.66% of the sample delivered a baby with the APGAR scores less than 8 at the first minute after birth.

Results of the study revealed that 18.29% of the subjects had complication during pregnancy, among this number, twelve subjects had premature labor pain, four subjects had pregnancy-induced hypertension, five subjects had infection of the

urinary tract, three subjects had placenta previa and malaria, one subject had anemia, one had typhoid, and the other one experienced severe morning sickness. When considering complications during childbirth, it was found that seven subjects had prolonged second stage of labor, four subjects had pregnancy-induced hypertension, six had fetal distress, two had retained placenta in the third stage of labor, and five subjects had postpartum hemorrhage. In brief, 12.80% of the subjects experienced complications during childbirth.

The sample had scores of health behavior ranged from 44 to 77 (mean = 64.91, SD = 6.34). After categorized the subjects based on their scores of health behavior; 76.8% had the scores in “good” level, which the scores ranged from 61-77 (mean = 67.64, SD = 3.99); whereas 23.17% had the scores in the “fair” level, which the scores ranged from 44-66 (mean = 55.87, SD = 3.69) (Table 1, 2).

Table 1 Number and percentage of hill tribe pregnant women in each level of health behavior (n = 164).

Level of health behavior	Number	Percentage
Good	126	76.83
Fair	38	23.17

Table 2 Range, mean, and standard deviation of the scores of health behaviors of the sample (n = 164).

Level of health behavior	Min - Max		Mean	S.D.
	Possible scores	Actual scores		
Total subjects (n = 164)	20-80	44-77	64.91	6.34
Good level (n = 126)	61-80	61-77	67.64	3.99
Fair level (n = 38)	41-60	44-60	55.87	3.69

Considering each aspect of health behavior, the score of health behavior related to smoking and the use of illegal substances of the overall subjects was highest, with the mean items score 3.53; followed by health behavior related to stress management, nutrition, working and rest, information seeking and adequacy of prenatal care, and physical exercise respectively (mean items score = 3.47, 3.39, 3.32, 3.29, and 1.91 respectively) (Table 3).

However, the subjects who had good level of health behaviors, regularly engaged in the behaviors related to nutrition (mean items score = 3.62), followed by stress management, smoking and the use of illegal substances, working and rest, information seeking and adequacy of prenatal care, and physical exercise respectively (mean items score = 3.59, 3.58, 3.47, 3.42, and 2.03 respectively).

Moreover, the subjects who had fair level of health behaviors, regularly engaged in behaviors related to smoking and the use of illegal substances, but not good in physical exercise. For the behaviors related to stress management, information seeking and adequacy of prenatal care, working and rest, and nutrition, this group of subjects did not regularly engage in these behaviors.

Table 3 Item mean scores and standard deviations of each aspect of health behaviors (n = 164)

Aspect of health behaviors	Group of the subjects					
	Overall subjects (n = 164)		Having good health behaviors (n = 38)		Having fair health behaviors (n = 126)	
	Mean	S.D.	Mean	S.D.	Mean	S.D.
1. Nutrition	3.39	0.57	3.62	0.38	2.65	0.46
2. Working and rest	3.32	0.45	3.47	0.35	2.80	0.37
3. Physical exercise	1.91	0.64	2.03	0.63	1.49	0.49
4. Stress management	3.47	0.63	3.59	0.54	3.08	0.72
5. Information seeking and adequacy of prenatal care	3.29	0.52	3.42	0.44	2.88	0.56
6. Smoking and the use of illegal substances	3.53	0.43	3.58	0.36	3.38	0.58

Analysis of each item of health behaviors indicated that the five most health behaviors which the subjects mostly engaged in were the following items: “Not drinking alcoholic beverages” (mean = 3.93), “Going to see public health personnel, nurses, or physicians immediately when having danger signs” (mean = 3.88), “Not working continuously for longer than eight hours per day without any break” (mean = 3.85), “Consulting public health personnel, nurses, or, physicians before using medicines” (mean = 3.85), “Sleeping continuously at least six to eight hours a night” (mean = 3.78), and “Taking it easy when knowing that the problems can’t be solved” (mean = 3.74).

On the other hand, the five least health behaviors which the subjects did not regularly engage in were: “Practicing breathing exercises for childbirth” which was concerned as physical exercise (mean = 1.19), “Seeking information about pregnancy and well-being of the baby” (mean = 2.29), “Practicing physical exercise at least 30 minutes a day” (mean = 2.62), “Not working too hard” (mean = 2.71), and “Do not smoke or avoid to become second hand smoker” (mean = 2.72) (Table 4).

Table 4 Item analysis of health behaviors responded by the sample (n = 164)

Items	Group of the subjects					
	Overall subjects (n=164)		Have good health behavior (n=126)		Have fair Health behavior (n=38)	
	Mean	S.D.	Mean	S.D.	Mean	S.D.
- Not drinking wine, alcoholic beverages	3.93	0.32	3.98	0.13	3.74	0.60
- Going to see public health personnel, nurse, or ...	3.88	1.09	3.94	0.03	3.68	0.66
- Do not work continuously longer than eight hours a day	3.85	0.52	3.98	0.20	3.42	0.89
- Consult public health personnel before taking medicines	3.85	0.49	3.87	0.46	3.82	0.56
- Sleep at night for at least six to eight hours	3.78	0.47	3.85	0.38	3.55	0.65
- Take it easy when knowing that the problems ...	3.74	0.56	3.87	0.38	3.32	0.81
- Keeping all the appointment for prenatal care	3.71	0.43	3.84	0.48	3.29	0.96
- Taking vitamins supplement regularly	3.66	0.85	3.87	0.53	2.97	1.26
- Taking 3 meals a day	3.65	0.72	3.78	0.56	3.24	0.10
- Not drinking coffee or tea	3.62	0.70	3.69	0.57	3.39	0.79
- Can sleep even though having some things to worry about	3.41	0.18	3.57	0.72	2.89	0.83
- Increase the amount of rice in each serving	3.35	0.80	3.53	0.70	2.74	0.80
- Knowing how to release tension	3.20	0.98	3.31	0.92	2.84	1.05
- Changing pattern of dietary intake	2.91	1.19	3.29	1.02	1.66	0.78
- Taking a nap at least one hour per day	2.84	1.05	3.07	0.97	2.08	0.91
- Do not smoke or avoid to become second hand smoker	2.72	1.22	2.77	1.19	2.55	1.31
- Do not work hard	2.71	1.13	2.90	1.08	2.05	1.04
- Exercise at least 1 hour a day	2.62	1.06	2.83	1.03	1.95	0.96
- Watch TV, listen to radio about pregnancy and baby	2.29	1.09	2.48	1.12	1.66	0.67
- Practice breathing exercise for childbirth	1.19	0.55	1.24	0.61	1.03	0.16

Data analysis using independent t-test showed that age and type of the family did not play important roles for the sample to engage in positive health behaviors ($t = 0.741$, $p > 0.05$ and $t = 1.853$, $p > 0.05$ respectively). However, the study findings revealed that educational level, employment status, and family incomes were significant factors for the sample to engage in positive health behaviors ($t = 5.046$, 3.887 , 4.395 respectively at the significant level of 0.001) (Table 5).

Further analysis revealed that the sample who regularly engaged in positive health behaviors did not have adverse pregnancy outcomes: low birth weight, birth asphyxia, premature birth, and maternal complication during childbirth, different from the subjects who sometimes or seldom engaged in positive health behaviors ($\chi^2 = 0.006$, 0.148 , 0.746 , 3.013 and respectively at the significant level of 0.05) (Table 6).

Table 5 Comparison of health behavior scores in the sample with different personal characteristics (n = 164).

Personal characteristics	Health behavior mean scores	S.D.	t-test
Age (years)			
20-34	3.22	0.34	0.741 ^{NS}
<20 or ≥35	3.26	0.31	
Educational Level			
Illiterate	3.08	0.27	5.046 *
Attended school	3.33	0.31	
Employment status			
Unemployed	3.33	0.30	3.887*
Employed	3.15	0.31	
Annual family income (Bahts)			
< 15,000	3.13	0.27	4.395 *
≥ 15,000	3.34	0.32	
Type of the family			
Nuclear family	3.19	0.34	1.853 ^{NS}
Extended family	3.28	0.30	

* $p < 0.001$, NS = Not significant ($p > .05$)

Table 6 Comparison of pregnancy outcomes in the sample with different level of health behavior (n = 164).

Pregnancy Outcomes	Level of Health Behaviors		χ^2
	Fair (n=38)	Good (n=126)	
Low birth weight ^a			
Yes	5	16	0.006 ^{NS}
No	33	110	
Birth asphyxia ^b			
< 8	1	5	0.148 ^{NS}
≥ 8	37	121	
Premature birth (weeks) ^a			
Yes	9	20	0.746 ^{NS}
No	29	106	
Maternal complications during child birth ^a			
Yes	8	13	3.013 ^{NS}
No	30	113	

* p < .05, NS = Not-significance (p > .05)

(a) Chi Square (b) Fisher's Exact Test

Discussion

The majority of the subjects engaged in positive health behaviors. Regarding health behavior related to nutrition, the behaviors that the sample regularly practiced were taking vitamins supplement, eating 3 meals a day, and consuming balanced diet. However, most of the subjects seldom changed the pattern of dietary intake. This can be explained by two reasons; the first reason was that they did not perceive the benefits of this health behavior; the second reason was that they could not afford certain kinds of foods rich in protein such as meat, egg, and milk, because these foods are expensive. Moreover, the hill tribes live in remote area, far away from market; therefore, some kinds of fresh foods are difficult to find.

Rice is a staple food for hill tribe population. The main dishes usually consist of vegetables and spices. In their usual lifestyles, the hill tribes will eat meat once or twice a month when they celebrate ceremonies in the villages. The findings of this study are congruent with the study of Wandee Niekumsak (1992), Chainarong Piturat (1995), Wannasri Darunsonthaya (1998), and Pinkaew Yanajit (2001).

As regards to health behaviors related to working and rest, the sample perceived the benefits of this health behavior; as evidence by did not work continuously longer than eight hours a day, could sleep 6-8 hours a night, and could sleep even though they have some things to worry about. However, the hill tribe pregnant women usually work hard. They possess physically demanded jobs. They work all day long until delivery. Taking a nap is not practical among hill tribe pregnant women. Besides, the hill tribe pregnant women held on the traditional beliefs that taking a nap will cause difficult labor and placental retention. The findings are similar to the study of Wandee Niekumsak (1992), Thongchai Sarakul (1995), and Wannasri Darunsonthaya (1998).

Most of the hill tribe pregnant women in this study seldom engaged in physical exercise. They told that they knew the benefits of exercise from the class provided from staff nurse in antenatal clinic; but did not know the limitations and suitable postures of exercise for pregnant women, and adverse effects of exercise to fetuses. Therefore, they just walked in the village in the evening when they had time. The information mentioned indicated that the subjects perceived the benefits of exercise but could not overcome the barriers of this health-promoting behavior. Moreover, some of the subjects understood that working all day long was considered as an exercise, so they did not need extra exercise any more. The finding are congruent with the study of Orathai Thamkunma (1997), Mayuree Nirattharadorn (1995: 80), Oonjit Boonsom (1997: 49-50), and Sumitta Swangtook (1996: 73).

The item of health behavior related to exercise, which the subjects rarely practiced was breathing exercise preparing for childbirth. The content of breathing exercise commonly included in childbirth preparation class, however, the hill tribe pregnant women might not perceive the benefits or could not thoroughly follow the contents distributed.

The sample correctly perceived the benefits of prenatal care. Most of them attended prenatal clinic regularly and knew that they must come to see physician or other health personnel when danger signs occurred. According to the interview, the subjects mentioned that they received information regarding self-care during pregnancy from public health personnel, relatives, and friends. Likewise, Mayuree Nirattharadorn (1996: 68) found that health care personnel were the major source of information for the pregnant women.

In this study, the sample had little opportunities to access health information from public television or radio programs. They explained that they experienced fatigue from working all they long, and no time left to watch TV. In addition, the radio programs did not included the matters related to pregnancy or childbirth.

The health-promoting behaviors regarding the use of medicines and drugs, it was found that the subjects strictly followed the advice. They counseled public health personnel before taking any medicines and did not buy drugs over counter. The subjects perceived well about the negative effect of alcohol or illegal substances on health. They did not use illicit drugs. For smoking, only 1.83% of sampled pregnant women smoked, 37.19% were non-smokers. However, 60.98% of them were second-handed smokers. The findings revealed that smoking is still popular in hill tribes' society. The results of the study were congruent with the study of Orathai Thamkunma (1997), which reported that smoking was commonly found in hill tribe population and the pregnant women usually exposed to smoke from their family members.

Considering the effect of personal factors on health behaviors, it was found that family incomes, employment status, and education level were the significant factors for the hill tribe pregnant women to engage in health-promoting behaviors. The findings were similar to the study of Mayuree Nirattharadorn (1996: 68), Sumitta Sawangtook (1997: 50-54), Supranee Chaikhoenkhun (2003: 75), and Wararat Tongsirima (2004: 41) who found that personal factors affected the practice of health behaviors. In contrary, results of this study were incongruent with the study of Watcharee Watcharamai (1989: 67), Malee Charoenmuang (1990: 95), and Darinee Suwaparp (1999: 58-59).

However, maternal age and type of the family were not significant factors for the sample to practice health behaviors. It could explain that the sample was in the same age group, which was a reproductive age and most of them lived in similar type of family, which was an extended family. Therefore, the difference in health behaviors according to these variables was not found. The findings were consistent with the study of Chawatee Chiewiemwattana (1991: 61), Orathai Thamkunma (1997: 75), Ounjit Boonsom (1998: 44), Nantiya Umichit (2001: 110), and Wilawal Thanomroop (2002: 3-16).

Besides, it was found that maternal health behaviors were not related to pregnancy outcomes, including gestational age at birth, birth weight, APGAR score at one minute after birth, and maternal complication during childbirth ($p > 0.05$). These findings indicated that maternal health behavior was not the only significant factors for adverse pregnancy outcomes, but there are other related factors that did not included in this study. Therefore, further study should be conducted. Results of the study were congruent with the study of Duangporn Jintanothaithaworn (1993: 100-106) and Luckhana Amornprakas (2005: 52-54), but incongruent with the study of Numan et al. (2001: 435-446), Surapol Ariyadech (2001: 1-6), and Sudarat Wattanayothin (2004).

Conclusion

1. The hill tribe pregnant women were mostly engaged in positive health behaviors related to the use of drugs and illegal substances, stress management, nutrition, working and rest, information seeking and adequacy of prenatal care; with the mean score of 3.53, 3.47, 3.39, 3.32 and 3.29 respectively. The sample did not practice well in behaviors related to physical exercise, with the mean scores of 1.91.

The sample, who had high scores of health behaviors, practiced well in behaviors related to nutrition, stress management, the use of drugs and illegal substances, working and rest, and information seeking and adequacy of prenatal care, with the mean scores of 3.62, 3.59, 3.58, 3.47, and 3.42 respectively. The behaviors

related to physical exercise were less practiced among this group of the sample, with the mean score of 2.03.

The subjects, who had moderate scores of health behaviors, practiced well in behaviors related to the use of drugs and illegal substances, and stress management, with the mean scores of 3.38 and 3.08 respectively. The behaviors related to information seeking and adequacy of prenatal care, working and rest, and nutrition, were less practiced among this group of the subjects, with the mean scores of 2.88, 2.80, and 2.65 respectively. In addition, physical exercise was not commonly practiced in this group of the sample, with the mean score of 1.49.

2. Educational level, employment status, and family incomes were significant factors for the hill tribe pregnant women to engage in health-promoting behaviors. However, maternal age and type of the family are not significant factors for the sample to practice health behaviors.

3. The level of health behaviors scores did not have an effect on pregnancy outcomes; including birth weight, gestational age at birth, APGAR scores at one minute after birth, and maternal complication during childbirth in this study.

Limitations

1. This study was conducted specifically with the pregnant women who delivered their babies at Maesarieng Hospital. These pregnant women were able to access healthcare services provided by the Thai government. Therefore, the study sample did not represent all of the hill tribe women living in Thailand.

2. Generalizability of findings to all of the hill tribe pregnant women was limited due to the purposive sampling was used.

3. Health behaviors influenced by beliefs and culture were not considered in this study; therefore, further study should be conducted to investigate specific health behaviors related to beliefs, lifestyles and culture of hill tribe pregnant women.

Implications and Recommendations

Nursing Practice

1. A nurse who works in antenatal clinic should assess health behaviors of pregnant women and finds out about obstacles to engage in health-promoting behaviors. Special interests and attention should be paid to those who are illiterate, underprivileged, and low income.
2. A nurse who works with hill tribe pregnant women should develop programs to enhance self-care for this group of population by using variety of teaching materials appropriate for their culture, lifestyles. The program provided should focus on health behaviors related to nutrition, daily activity and rest, physical exercise, attending prenatal clinic, and the use of drugs and illegal substances.

Nursing Education

1. The important of cultural difference and lifestyles should be emphasized in the continuing education for health professionals who are responsible for giving care to hill tribe population.
2. Cultural diversity should be focused in the nursing curricular.

Nursing Research

1. Studies should be conducted to investigate the relationship between specific health behaviors such as nutrition, physical demanded work, exposure to smoke, and pregnancy outcomes.
2. Further studies should be carried out to determine factors affecting health-promoting behaviors of hill tribe pregnant women, which were not included in this study such as beliefs and culture.
3. Studies should be conducted to examine health behaviors of hill tribe pregnant women who do not seek antenatal care or who have home birth.
4. Studies about the effectiveness of educational program that appropriate for lifestyles of hill tribe pregnant women should be carried out.

บรรณานุกรม

- กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2547). *สมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก*. ม.ป.พ.
- กระทรวงสาธารณสุข. (2548). *ตัวชี้วัดและเป้าหมายงานส่งเสริมสุขภาพแม่และเด็กในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 9*. (พ.ศ.2545 - 2549). สืบค้นเมื่อ 10 ธ.ค. 2548, <http://203.157.216.5/Webkpo/pro/mch%20web/Index.htm>
- ชนิสรา แจ่มวงษ์. (2544). *พฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการใช้ยาของหญิงตั้งครรภ์ที่มาใช้บริการที่แผนกฝากครรภ์โรงพยาบาลราชวิถี*. วิทยานิพนธ์ปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต วิชาเอกสุขศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- ชวณี เชี่ยวเอี่ยมวัฒนา. (2534). *พฤติกรรมสุขภาพของสตรีขณะตั้งครรภ์ที่มาคลอดในโรงพยาบาลสังกัดสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร*. วิทยานิพนธ์ปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต วิชาเอกสุขศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- ไชยณรงค์ ปิตุรัตน์. (2538). *แบบแผนการบริโภคที่มีผลต่อน้ำหนักเด็กชาวเขาเผ่ากะเหรี่ยง 0-1 ปี ตำบลแม่เหาะ อำเภอแม่สะเรียง จังหวัดแม่ฮ่องสอน*. การค้นคว้าแบบอิสระ ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ดวงพร จินตโนทัยถาวร. (2536). *พฤติกรรมการฝากครรภ์กับสุขภาพมารดาและสุขภาพทารก*. วิทยานิพนธ์ปริญญาสังคมศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาระชากรและสังคม บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- คาริณี สุภาพ. (2542). *ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของคณงานสตรีตั้งครรภ์ที่ทำงานในโรงงานอุตสาหกรรมที่มาใช้บริการที่หน่วยฝากครรภ์*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรดุษฎีบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ทวีพร อุนจักร. (2533). *การศึกษาการใช้บริการสาธารณสุขในชาวเขาเผ่ากะเหรี่ยง*. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพัฒนาสุขภาพ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ทวีรัตน์ ศรีสุนันทา. (2541). *พฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์: การเปรียบเทียบระหว่างชาวเขาเผ่ากะเหรี่ยงสะกอกับเผ่าม้งในเขตอำเภอเมือง จังหวัดแม่ฮ่องสอน*. ภาคนิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.

- ทัศนีย์ นิมิตต์. (2542). แบบแผนการดูแลสุขภาพตนเองด้วยวิธีการแพทย์พื้นบ้านของชาวเขาเผ่ากะเหรี่ยง บ้านมอเกอรัยง อำเภอบพพระ จังหวัดตาก. การค้นคว้าแบบอิสระปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ธงชัย สาระกุล. (2540). รายงานผลการวิจัยภูมิปัญญาในการดูแลสุขภาพตนเองของชุมชนชาวเขา 6 เผ่า. นครสวรรค์: ศูนย์ฝึกอบรมและพัฒนาการสาธารณสุขมูลฐานภาคเหนือ.
- นงนุช บุญเกียรติ. (2524). ปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดทารกน้ำหนักน้อย. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขอนามัยแม่และเด็ก บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- นิตยา วรสัตยาภรณ์. (2534). การศึกษาความรู้ ทักษะ และการปฏิบัติด้านสุขภาพของมารดาและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการให้กำเนิดทารกน้ำหนักน้อยในเขตอำเภอเมือง จังหวัดฉะเชิงเทรา. ภาคนิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- นันทิยา อัจจิต. (2544). พฤติกรรมสุขภาพของสตรีตั้งครรภ์แรกที่มาใช้บริการในฝ่ายส่งเสริมสุขภาพโรงพยาบาลบางพลี จังหวัดสมุทรปราการ. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, วิชาเอกสุขศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- ประอร ชวลิตธารง. (2540). ในวันดี วราวิทย์, ประพุทธ ศิริบุญย์ และ สุรางค์ เข็มจรรยา (บรรณาธิการ), ตำรากุมารเวชศาสตร์. กรุงเทพมหานคร : ภาควิชากุมารเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ปิ่นแก้ว ยานะจิตร. (2544). ปัจจัยที่มีผลต่อการบริโภคอาหารของชาวเขาเผ่ากะเหรี่ยง อำเภอสบเมย จังหวัดแม่ฮ่องสอน. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาโภชนศาสตร์ศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ปริศนา นวลบุญเรือง. (2535). ความสัมพันธ์ระหว่างสถานภาพสมรส ฐานะทางเศรษฐกิจ ระดับการศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ในภาคเหนือ. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ปรีดา เต๋ออารักษ์. (2541). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับน้ำหนักทารกแรกเกิดโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชนครไทย จ.พิษณุโลก. วารสารวิชาการสาธารณสุข, 7(1), 39-46.
- ไพรมายณ์ บิณฑิตต์. (2544). การศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

- พวงน้อย สาครรัตนกุลและ จันทิมา ขนบดี. (2547). *การพยาบาลสตรีตั้งครรภ์*. กรุงเทพมหานคร: ห้างหุ้นส่วน ป. สัมพันธ์พาณิชย์.
- พิชัย เจริญพานิช. (2531). *แก่นแท้ของสูติศาสตร์ ปัญหา และแนวทางแก้ไข*. กรุงเทพมหานคร: พี.เอ. ลิฟวิ่ง.
- เพ็ญศรี พรวิริยะทรัพย์. (2540). *การศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของผู้หญิงโรคเบาหวานในภาคตะวันตก*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- พิมล ศรีสุภาพ. (2540). *ในวันดี วราวิทย์, ประพุทธ ศิริบุญและ สุรางค์ เข้มจรรยา (บรรณาธิการ). ตำรากุมารเวชศาสตร์*. กรุงเทพมหานคร : ภาควิชากุมารเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ไพบูรณ์ สุริยะวงศ์ไพศาล และ สมชาย พิระปกรณ์. (2534). *คู่มือวิจัยพฤติกรรมสุขภาพ: ชุดที่ 3 พฤติกรรมสุขภาพ: การศึกษาเชิงปริมาณ*. นครปฐม: สถาบันสาธารณสุขอาเซียน.
- มยุรี นีรัทธราดร. (2539). *การศึกษาการรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรคของการส่งเสริมสุขภาพ และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลแม่และเด็ก บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- มัลลิกา มดีโก. (2534). *คู่มือวิจัยสุขภาพ: ชุดที่ 1 แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ*. กรุงเทพมหานคร: โครงการขำงานวิจัยพฤติกรรมสุขภาพ ศูนย์ประสานงานทาง การแพทย์กระทรวงสาธารณสุข.
- โยชิน บุญเฉลย. (2534). *การใช้บริการสาธารณสุขของครัวเรือนชาวเขาเผ่ากะเหรี่ยงในจังหวัด สังกม บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล*.
- รุจิเรศ ธนุรักษ์. (2540). *ใน ยุวดี ภาษา และคณะ (บรรณาธิการ). วิจัยทางการพยาบาล*. กรุงเทพมหานคร: คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล.
- โรงพยาบาลแม่สะเรียง. (2549). *รายงานอนามัยแม่และเด็กประจำปี 2549*. (เอกสารอัดสำเนา).
- วรรณศรี ธรณสนทยา. (2541). *พฤติกรรมดูแลตนเองขณะตั้งครรภ์ของหญิงชาวเขาเผ่ากะเหรี่ยง สะกอ*. แม่ฮ่องสอน: สำนักงานสาธารณสุขอำเภอแม่สะเรียง จังหวัดแม่ฮ่องสอน.
- วรารัตน์ ทองศิริมา. (2546). *ความรู้เจตคติและการใช้เส้นทางอุกรักของสตรีตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ โรงพยาบาลสมุทรสาคร*. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการเจริญ พันธุ์และวางแผนประชากร บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

- วิลาวัลย์ ถนอมรูป ยุพิน จันทรคคะ สุปราณี อัทธเสรี และ นิตยา สีนสุกใส. (2545). การรับรู้ประโยชน์ อุปสรรคของการปฏิบัติกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์. *Thai Journal nursing research*, 6(1), 3-15.
- วีรวรรณ เถธิยธกาล. (2542). พฤติกรรมอนามัยของสตรีไทยบนพื้นที่สูง. วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาประชากรศาสตร์ วิทยาลัยประชากร จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วันดี หน่อคำศักดิ์. (2535). การศึกษาความเชื่อของสตรีชาวเขาเผ่าลีซอต่อการปฏิบัติตัวของหญิงขณะตั้งครรภ์ในเขตอำเภอแม่แตง จังหวัดเชียงใหม่. ภาคนิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วัชร วัชรมัย. (2532). ลักษณะการฝากครรภ์ผู้ทำคลอด และภาวะแทรกซ้อนหลังคลอดของสตรีในชนบท: ศึกษากรณีอำเภอนางรอง จังหวัดบุรีรัมย์. วิทยานิพนธ์ปริญญาสังคมศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาประชากรและสังคม บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ศิริพร กัญชนะ. (2546). รายงานการวิจัยเรื่องการออกกำลังกายในหญิงตั้งครรภ์ที่มีผลต่อสุขภาพมารดาและทารกประจําปีงบประมาณ 2543-2545. ม.ป.ท.: ม.ป.พ.
- ศุภาวดี แถวเพ็ญ. (2540). ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพอนามัยของหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นโรคซิฟิลิสและสามมี. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิตสาขาการพยาบาลแม่และเด็ก บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยมหิดล.
- สดุดี ภูห้อยไสย. (2541). ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาสาธารณสุขศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุดารัตน์ สุวารี. (2531). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเสี่ยงด้านชีวการแพทย์และจิตสังคมของมารดาในระยะตั้งครรภ์ที่มีต่อผลลัพธ์ของการตั้งครรภ์. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุข) สาขอนามัยครอบครัว บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุดารัตน์ วัฒนโยธิน. (2547). การวิเคราะห์หาปัจจัยที่ทำให้เกิดภาวะขาดออกซิเจน ระยะคลอด และภาวะแรกเกิดน้ำหนักน้อย ของโรงพยาบาลพระนั่งเกล้า. วารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม, 27(1), 1-9.
- สุปราณี ชัยเชื่อนจันทร์. (2546). ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมดูแลตนเองของหญิงครรภ์แรกในระยะตั้งครรภ์. วิทยานิพนธ์ปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต สาขาจิตวิทยาการศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.

- สุรพล อริยเดช. (2544). ปัจจัยที่มีอำนาจพยากรณ์การคลอดก่อนกำหนดในผู้คลอด โรงพยาบาล
ระยอง. วารสารการส่งเสริมสุขภาพและอามัยสิ่งแวดล้อม, 24(4), 1-6.
- สุริรัตน์ ศุภวัฒน์. (2537). การศึกษาปัจจัยบางประการและแบบแผนชีวิตในระยะตั้งครรภ์ของ
มารดาที่คลอดทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต
(พยาบาลศาสตร์) บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาการพยาบาลมารดาและทารกแรกเกิด บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุมิตตา สว่างทุกข์. (2540). การศึกษาพฤติกรรมการปฏิบัติตนเพื่อคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพของหญิง
ตั้งครรภ์ที่ฝากครรภ์ไม่ครบตามเกณฑ์. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
การพยาบาลแม่และเด็ก บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- อรทัย ธรรมกันมา. (2540). การสนับสนุนจากคู่สมรส และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในหญิง
ตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยง. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชา
การพยาบาลแม่และเด็ก บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- อรสา เปรมาวิน. (2530). ความสัมพันธ์ของภาวะโภชนาการ ความรู้ และการปฏิบัติตนของสตรีใน
ระยะที่สามของการตั้งครรภ์กับผลลัพธ์ของการตั้งครรภ์. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศา
สตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- อัจฉรา ตั้งสถาพรพงษ์. (2544). ทารกแรกเกิดน้ำหนักตัวน้อยในโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิม
พระเกียรติ. วารสารวิชาการสาธารณสุข, 10(4), 629-636.
- อุณจิตต์ บุญสม. (2540). การศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์. วิทยานิพนธ์
ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลแม่และเด็ก บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยมหิดล.
- อุษมา สุทธิพนไพศาล. (2539). สภาวะการทำงานและสภาวะแวดล้อมในการทำงานที่มีอิทธิพลต่อ
ผลลัพธ์ของการตั้งครรภ์ของสตรีที่ทำงานในโรงงานอุตสาหกรรมเขตกรุงเทพมหานคร
และปริมณฑล. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุข) สาขาวิชาเอก
การพยาบาลสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- อำนวย ลอยกุลนันท์. (2529). ปัจจัยเสี่ยงบางประการที่มีผลต่อผลลัพธ์ของการตั้งครรภ์เสี่ยงใน
มารดาอายุ 35 ปีขึ้นไป. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุข
ศาสตร์) สาขานามัยครอบครัว บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- American College of Sports Medicine. (2000). *ACSM's guide line for exercise testing
and prescription*. (6th ed). Philadelphia: Lippincott.

- Amornprakas, L. (2005). *The comparison of health practice during pregnancy and pregnancy outcomes between mother with adequate and inadequate prenatal visit: Case study at Taksin hospital*. Master's thesis, Nursing science, Maternity and Newborn Nursing, Faculty of Graduate Study, Mahidol University.
- Atterhog, W.K. (1994). *The effectiveness of antenatal care toward outcome at Ratchaburi Region Thailand*. Master's thesis, Primary health care management, Faculty of Graduate Study, Mahidol University.
- Auvenshine, M.A., & Enriquez, M.G. (1990). *Comprehensive maternity nursing: perinatal and women's health*. Boston: Jones and Bartlett Publisher.
- Bobak, I.M., & Jensen, M.D. (1992). *Maternity & Gynecologic care: the nurse and the family*. St. Louis: Mosby Year Book.
- Broom, B.L., & Novak, J.C. (1999). *Ingalls & Salerno's maternal and child health nursing*. St. Louis: Mosby.
- Burroughs, A. (1997). *Maternity nursing: an introductory text*. Philadelphia: WB Saunders.
- Cabral, H., Lasp, Frud, L.E., Lavenson, S., Amaro, H., & Zuckerman, B. (1990). Foreign-born and US-born black women: Differences in health behaviors and birth outcomes. *American Journal of Public Health*, 80(1), 70-72.
- Charoenmung, M. (2535). *Factor affecting antenatal care attendance among pregnant women at maternal and child hospital*. Master's thesis, Primary Health care management, Faculty of Graduate Study, Mahidol University.
- Cranley, M.S. (1984). *Obstetric nursing*. New York: Macmillan.
- Schuetze, P., & Eiden, R.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.
- Kittichotpanich, B. (2001). *Casual relationship between nutrition promoting behaviors and pregnancy outcome in low income pregnant women*. Doctoral dissertation, Doctor of Public Health, Faculty of Graduate Study, Mahidol University.

- Kukko, H., & Halmesmaki, E. (1999). Prenatal care and counseling of female drug-abusers: effects on drug abuse and perinatal outcome. *Acta Obstet Gynecol Scand*, 78, 22-26.
- Luck, B., Arni, M., Min, L., & Misiunas, R. (1999). Work and pregnancy: The role of fatigue and the second shift antenatal morbidity. *Am J Obstet Gynecol*, 181(5), 1172-1179.
- McMillan, J.A. (1999). *Oski's pediatrics : principles and practice*. Philadelphia : Lippincott Williams & Wilkins.
- Metwalli, A. G.A., Badary, A.M., Baghdadi, L.A., & Wehady, A. (2001). Occupational physical activity and pregnancy outcome. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 100, 41-45.
- Montaño, D.E., Kasprzyk, D., & Taplin, S.H. (1997). The theory of reasoned action and the theory of planned behavior. In Glanz, K., Lewis, F.M. and Rimer, B.K., (Eds.), *Health behavior and health education* (2nd ed.) (pp. 13–341). San Francisco: Jossey-Bass.
- Mozurkewich, E.L., Luke, B., & Wolf, F.M. (2000). Working condition and adverse pregnancy outcome: A meta-analysis. *The Health Sciences Research*, 95(4), 623-635.
- Murray, R.B., & Zentner, J.P. (1993). *Nursing assessment and health promotion : strategies through the life span*. Norwalk, Conn. : Appleton & Lange.
- Numan, R.B., et al. (2001). Occupational fatigue and preterm premature rupture of membranes *Am J Obstet Gynecol*, 184(3), 438-446.
- Orme, T.C., Curtiss, T.R., & Taylor, R. (1993). Predicting birth weight: relative importance of sociodemographic, medical, and prenatal Care variables. *Social Service Reviews*, December, 617-630.
- Pender, N.J.(2002). *Health promotion in Nursing practice*. (4th eds.). New Jersey: Pearson Education.
- Pillitteri, A. (1999). *Maternal & child health nursing: care of the childbearing & childrearing family*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Pillitteri, A. (2007). *Maternal & child health nursing: care of the childbearing & childrearing family*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

- Queenan, J.T. (1994). *Management of high risk pregnancy*. Boston: Blackwell Scientific.
- Ricci, S.S. (2007). *Essentials of maternity newborn and women's health nursing*. Philadelphia : Lippincott Williams & Wilkins.
- Schuetze, P., & Eiden, R.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.
- The American College of Obstetricians and Gynecologists. (2002). Exercise during pregnancy and the postpartum period. *International Journal of Gynecology Obstetrics*, 77, 79-81.
- Walker, S.N., Sechrist, K.R., & Pender, N.J. (1987). The Health-Promoting Lifestyle Profile: development and psychometric characteristics. *Nursing research*. 36(2): 76-81.
- Walker, S.P., Permezel, M., Brennecke, S.P., Ugoni, A.M., & Higgins, J.R. (2001). Blood pressure in late pregnancy and work outside the home. *Obstetrics & Gynecology*, 97(3), 361-365.
- Wararat Thongsirima. (2004). *Knowledge and attitude towards using pregnancy pathway during antenatal care among pregnant women at Samutsakhon hospital*. Faculty of Graduate study, Mahidol University.
- Winham, G.C., Eaton, A., & Hopkins, B. (1999). Evidence for an association between environmental tobacco smoke exposure and birth weight: a meta-analysis and new data. *Paediatr Perinat Epidemiol*, 13, 35-57.
- World Health Organization. (1990). *Millinium WHO Millennium Development Goals*. Retrived November 21, 2005, from www.who.int/entity/making_pregnancy_safer/mdg/en/.
- World Health Organization.(1999). *International Consultation on Environmental Tobacco Smoke (ETS) and Child Health*. Retrived November 21, 2005 from www.who.int/entity/tobacco/research/en/ets_report.pdf.



ภาคผนวก ก

คำชี้แจงการพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัย

คำชี้แจงการพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัย ประกอบด้วย

1. หนังสือยินยอมโดยได้รับการบอกกล่าวและเต็มใจ
2. เอกสารชี้แจงข้อมูล/ คำแนะนำแก่ผู้เข้าร่วมการวิจัย
3. เอกสารรับรองโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน



เอกสารยินยอมโดยได้รับการบอกกล่าว**(Informed Consent Form)**

การวิจัยเรื่อง “พฤติกรรมสุขภาพ ปัจจัยส่วนบุคคล และผลลัพธ์ของการตั้งครรภ์ของหญิงตั้งครรภ์ชาวไทยภูเขาในอำเภอแม่สะเรียง จังหวัดแม่ฮ่องสอน”

วันที่ให้คำยินยอม วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

ก่อนที่จะลงนามในใบยินยอมให้ทำการวิจัยนี้ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายจากผู้วิจัยถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัย หรืออาการที่อาจเกิดขึ้นจากการวิจัย รวมทั้งประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัยอย่างละเอียด และมีความเข้าใจดีแล้ว ผู้วิจัยรับรองว่าจะตอบคำถามต่าง ๆ ที่ข้าพเจ้าสงสัยด้วยความเต็มใจ ไม่ปิดบัง ซ่อนเร้น จนข้าพเจ้าพอใจ จะเก็บข้อมูลเฉพาะเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าเป็นความลับ และจะเปิดเผยได้เฉพาะในรูปที่เป็นสรุปผลการวิจัย การเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าต่อหน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง กระทำได้เฉพาะกรณีจำเป็นด้วยเหตุผลทางวิชาการเท่านั้น หากเกิดอันตรายใดอันเนื่องจากการวิจัย ข้าพเจ้าจะได้รับการช่วยเหลือทันที หากมีข้อมูลที่ส่งผลกระทบต่อการศึกษา ข้าพเจ้าจะได้รับการแจ้งให้ทราบโดยไม่ปิดบัง ซ่อนเร้น ข้าพเจ้ามีสิทธิที่จะบอกเลิกการเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้เมื่อใดก็ได้และเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้โดยสมัครใจ และการบอกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยนี้ จะไม่มีผลต่อการรักษาโรคที่ข้าพเจ้าจะพึงได้รับต่อไป

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นแล้ว และมีความเข้าใจดีทุกประการ และได้ลงนามในใบยินยอมนี้ด้วยความเต็มใจ

ข้าพเจ้าไม่สามารถอ่านหนังสือได้ แต่ผู้วิจัยได้อ่านข้อความในใบยินยอมนี้ให้แก่ข้าพเจ้าฟังจนเข้าใจดีแล้ว ข้าพเจ้าจึงลงนาม หรือประทับลายนิ้วหัวแม่มือขวาของข้าพเจ้าในใบยินยอมนี้ด้วยความเต็มใจ (กรณีที่ผู้ร่วมวิจัยอ่านหนังสือไม่ได้)

ลงนาม.....ผู้ยินยอม

ลงนาม ผู้ปกครอง/ผู้อุปการะโดยชอบด้วยกฎหมาย

ลงนาม.....พยาน

ลงนาม.....พยาน

หมายเหตุ ในกรณีที่ผู้ร่วมวิจัยยังไม่บรรลุนิติภาวะจะต้องได้รับการยินยอมจากผู้ปกครองหรือผู้อุปการะโดยชอบด้วยกฎหมาย

เอกสารชี้แจงข้อมูล/ คำแนะนำแก่ผู้เข้าร่วมการวิจัย

หัวข้อเรื่องการวิจัย พฤติกรรมสุขภาพ ปัจจัยส่วนบุคคล และผลลัพธ์ของการตั้งครรภ์ของหญิงตั้งครรภ์ชาวไทยภูเขาในอำเภอแม่สะเรียง จังหวัดแม่ฮ่องสอน

ผู้วิจัย นางสาวสาวิตรี พรหมมา

วัตถุประสงค์และวิธีการวิจัย การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาพฤติกรรมสุขภาพ ปัจจัยส่วนบุคคล และผลลัพธ์การตั้งครรภ์ ของหญิงตั้งครรภ์ชาวไทยภูเขาที่มาคลอดในโรงพยาบาลแม่สะเรียง อำเภอแม่สะเรียง จังหวัดแม่ฮ่องสอน โดยสัมภาษณ์ด้วยแบบสัมภาษณ์ข้อมูลสุขภาพของหญิงชาวไทยภูเขาในระยะตั้งครรภ์ ซึ่งแบ่งเป็น 3 ส่วน ได้แก่ แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไป แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมสุขภาพของหญิงชาวไทยภูเขาในระยะตั้งครรภ์ โดยใช้เวลาในการสัมภาษณ์ 30 นาที และขออนุญาตบันทึกข้อมูลการตั้งครรภ์และการคลอดจากแฟ้มประวัติและเวชระเบียนของกลุ่มตัวอย่าง

เหตุผลที่เชิญหญิงตั้งครรภ์ชาวไทยภูเขาที่มาคลอดในโรงพยาบาลแม่สะเรียงเข้าร่วมโครงการวิจัย เพราะเนื่องจากเป็นกลุ่มที่สามารถให้ข้อมูลได้โดยตรงเกี่ยวกับโครงการที่จะศึกษา

ระยะเวลาในการเข้าร่วมโครงการวิจัย หลังคลอด 1 วัน

ประโยชน์ที่คาดว่าจะเกิดกับผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยและผู้อื่น ถือเป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับพยาบาลในหน่วยฝากครรภ์ใน โรงพยาบาลและสถานอนามัยในอำเภอแม่สะเรียงในการวางแผนให้การพยาบาลหรือจัดทำโครงการต่างๆ ให้แก่หญิงตั้งครรภ์ชาวไทยภูเขาในเขตที่รับผิดชอบเพื่อกระตุ้นให้หญิงตั้งครรภ์ชาวเขาดูแลสุขภาพตนเองอย่างเหมาะสม เป็นการช่วยลดผลลัพธ์ที่ไม่ดีในการตั้งครรภ์ ยังผลให้มารดาและทารกมีสุขภาพที่ดี และเป็นแนวทางในการค้นคว้า วิจัย ในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ นอกจากนี้ในด้านการศึกษาพยาบาล งานวิจัยนี้อาจใช้เป็นข้อมูลของนักศึกษาพยาบาลในการศึกษา อภิปรายในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มชนที่มีความแตกต่างของวัฒนธรรม

ความเสี่ยงหรือความไม่สบายที่คาดว่าจะเกิดจากการเข้าร่วมโครงการวิจัย คาดว่าไม่มีเนื่องจากผู้วิจัยได้วางแผนการสัมภาษณ์โดยจะประเมินความพร้อมด้านร่างกายของผู้เข้าร่วมวิจัยก่อนทุกครั้ง และรอให้มีญาติที่ผู้เข้าร่วมวิจัยไว้วางใจมาดูแลบุตรให้ก่อนเข้ารับการสัมภาษณ์

การดูแลรักษาความลับของข้อมูลต่างๆของผู้เข้าร่วมโครงการ ผู้วิจัยจะเก็บข้อมูลของหญิงตั้งครรภ์ไว้เป็นความลับ และจะเปิดเผยได้เฉพาะในรูปที่เป็นผลสรุปการวิจัยในภาพรวม การเปิดเผยข้อมูลต่อหน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกระทำได้ในเฉพาะกรณีจำเป็นด้วยเหตุผลทางวิชาการ

เท่านั้น และในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยจะไม่ระบุชื่อผู้เข้าร่วมวิจัยลงในแบบบันทึกต่าง ๆ โดยจะใช้รหัสแทน ผู้เข้าร่วมวิจัยแต่ละราย

สิทธิของหญิงชาวไทยภูเขาในการถอนตัวจากโครงการวิจัย หญิงชาวไทยภูเขามีสิทธิที่จะบอกเลิกการเข้าร่วมงานวิจัยนี้เมื่อใดก็ได้ โดยจะไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อการดูแลรักษาที่พึงได้ตามปกติต่อไป

ชื่อ ที่อยู่ และเบอร์โทรศัพท์ของบุคคลที่ติดต่อได้ในกรณีที่มีเหตุฉุกเฉิน หญิงชาวไทยภูเขาสามารถติดต่อกับผู้วิจัยได้ที่เบอร์โทรศัพท์ 08-57253772 หรือ 05-368-1194





No. MU 2006-157

Documentary Proof of Ethical Clearance
The Committee on Human Rights Related to
Human Experimentation
Mahidol University, Bangkok

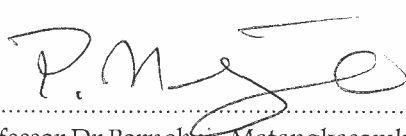
Title of Project: Health Behavior, Personal Factors and Pregnancy Outcomes of Hill Tribe
Pregnant Women in Maesarieng District, Maehongson Province
(Thesis for Master Degree)

Principle Investigator: Miss Sawithree Promma

Name of Institution: Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital

Approved by the Committee on Human Rights Related to Human Experimentation

Signature of Chairman: 
(Professor Dr. Srisin Khusmith)

Signature of Head of the Institute: 
(Professor Dr. Pornchai Matangkasombut)

Date of Approval: 25 AUG 2006

Date of Expiration: 25 AUG 2007

ภาคผนวก ข
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบสัมภาษณ์ข้อมูลสุขภาพของหญิงชาวไทยภูเขาในระยะตั้งครรภ์

ส่วนที่ 1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไป

1. ปัจจุบันท่านมีอายุ ปี
2. ระดับการศึกษาของท่าน
 - () ไม่ได้เรียนหนังสือ
 - () ประถมศึกษา
 - () มัธยมศึกษาตอนต้น
 - () มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.
 - () อนุปริญญา/ปวส.
 - () ปริญญาตรีขึ้นไป
3. รายได้ครอบครัวต่อเดือน
 - () น้อยกว่า 15,000 บาท
 - () 15,000 บาทขึ้นไป
4. อาชีพ
 - () แม่บ้าน
 - () เกษตรกร
 - () รับจ้างใช้แรงงาน
 - () รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ/พนักงานบริษัท
5. ลักษณะครอบครัว
 - () ครอบครัวเดี่ยว
 - () ครอบครัวขยาย

ส่วนที่ 2 แบบบันทึกข้อมูลการตั้งครรภ์และการคลอด

1. ลำดับที่ของการตั้งครรภ์
2. อายุครรภ์เมื่อฝากครรภ์ครั้งแรก สัปดาห์/เดือน
3. อายุครรภ์เมื่อคลอด สัปดาห์/เดือน
4. น้ำหนักแรกคลอดของทารก กรัม
5. สภาพทารกแรกเกิด
 - คะแนนสภาพทารกแรกเกิด คะแนน
 - สุขภาพทารกแรกเกิด
 - () อวัยวะครบ สมบูรณ์ แข็งแรง
 - () สภาพร่างกายมีความผิดปกติ (ระบุ)
6. ภาวะแทรกซ้อนในระยะตั้งครรภ์
 - () มี (ระบุ)
 - () ไม่มี
7. ภาวะแทรกซ้อนในระยะระยะคลอด
 - () มี (ระบุ)
 - () ไม่มี

ส่วนที่ 3 แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ชาวไทยภูเขา

คำชี้แจง แบบสัมภาษณ์ชุดนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อที่จะรับทราบถึงพฤติกรรมสุขภาพที่ท่านปฏิบัติในระยะตั้งครรภ์ กรุณาตอบตามความเป็นจริง โดยเลือกคำตอบที่ตรงกับความคิดเห็นของท่าน ซึ่งมีเกณฑ์ในการเลือกคำตอบดังนี้

- ปฏิบัติเป็นประจำหมายถึง ผู้ตอบมีพฤติกรรมในเรื่องนั้นๆ เป็นประจำอย่างสม่ำเสมอ หรือเกือบทุกวัน
- ปฏิบัติเป็นส่วนมาก หมายถึง ผู้ตอบมีพฤติกรรมในเรื่องนั้นๆ บ่อยครั้ง แต่ไม่ทุกครั้ง หรือ 3-5 ครั้งต่อสัปดาห์
- ปฏิบัติเป็นบางครั้ง หมายถึง ผู้ตอบมีพฤติกรรมในเรื่องนั้นๆ บ้างเป็นบางครั้ง หรือน้อยครั้ง หรือ 1-2 ครั้งต่อสัปดาห์
- ไม่เคยปฏิบัติเลย หมายถึง ผู้ตอบไม่เคยมีพฤติกรรมในเรื่องนั้นๆ เลย

ข้อ	ข้อความจำแนกตามรายด้าน	ปฏิบัติ เป็นประจำ	ปฏิบัติ เป็น ส่วนมาก	ปฏิบัติ เป็น บางครั้ง	ไม่เคย ปฏิบัติ เลย
1	ด้านโภชนาการ ท่านมีการปรับเปลี่ยนชนิดของอาหารที่ รับประทานในขณะตั้งครรภ์ เพื่อให้ได้ สารอาหารครบถ้วนสำหรับตนเองและทารก ในครรภ์				
2	ท่านรับประทานอาหารประเภท ข้าว แป้ง เนื้อสัตว์ ผักใบเขียว และผลไม้ ในระยะ ตั้งครรภ์				
.					
.					
.					
.					
.					
.					
.					
.					
.					
.					
.					
.					
.					
.					
.					
.					
20	ท่านรับประทานเมี่ยง ชา กาแฟ หรือน้ำอัดลม ที่มีส่วนผสมของคาเฟอีนในระยะตั้งครรภ์				

ภาคผนวก ค

จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับการศึกษา (n = 164)

อาชีพ	จำนวน (n=164)	ร้อยละ
ไม่ได้เรียนหนังสือ	55	33.54
ประถมศึกษา	58	35.37
มัธยมศึกษาตอนต้น	30	18.29
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ ประกาศนียบัตรวิชาชีพ	19	11.58
อนุปริญญา/ ประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง	1	0.61
ปริญญาตรี	1	0.61

ภาคผนวก ง

จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามอาชีพ (n = 164)

อาชีพ	จำนวน (n=164)	ร้อยละ
แม่บ้าน		51.83
เกษตรกร		34.76
รับจ้าง		12.19
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ/พนักงานบริษัท		1.22

ภาคผนวก จ

ภาวะแทรกซ้อนในระยะตั้งครรภ์ของหญิงตั้งครรภ์ชาวไทยภูเขาจำแนกตามระดับพฤติกรรมสุขภาพ (n=164)

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	พฤติกรรมสุขภาพ				จำนวน รวม
	ปานกลาง		ดี		
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
ภาวะแทรกซ้อนในระยะตั้งครรภ์ (ระบุ)					
ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนในระยะตั้งครรภ์	28	76.32	106	83.33	134
เกิดภาวะแทรกซ้อนในระยะตั้งครรภ์	10	23.68	20	16.67	30
- เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด	5	50	7	35	12
- ความดันโลหิตสูงจากการตั้งครรภ์	2	20	2	10	4
- ติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ	1	10	4	20	5
- รกเกาะต่ำ	1	10	2	10	3
- มาลาเรีย	-	-	3	15	3
- ภาวะซีด	1	10	-	-	1
- ไทฟอยด์	-	-	1	5	1
- แพ้ท้องอย่างรุนแรง	-	-	1	5	1

ภาคผนวก จ

ลักษณะการคลอดและภาวะแทรกซ้อนในระยะคลอดของหญิงตั้งครรภ์ชาวไทยภูเขาจำแนกตามระดับพฤติกรรมสุขภาพ (n=164)

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	พฤติกรรมสุขภาพ				จำนวนรวม
	ปานกลาง*		ดี**		
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
คลอดปกติ	20	52.63	84	66.67	104
คลอดผิดปกติ	18	47.37	42	33.33	60
คลอดก่อนกำหนด	9	50	20	47.62	29
ส่วนน้ำเด็กผิดปกติหรือไม่สัมพันธ์กับเชิงกราน	2	11.11	7	16.67	9
- ทำก้น		50	2	28.57	3
- ส่วนน้ำไม่สัมพันธ์กับเชิงกราน	1	50	5	71.43	6
เคยผ่าตัดคลอดในครรภ์ก่อน	1	5.56	4	9.52	5
มีภาวะแทรกซ้อนในระยะคลอด	8	44.44	13	30.95	21
- ระยะที่ 2 ของการคลอดเนิ่นนาน	1	12.5	6	46.15	7
- ความดันโลหิตสูงจากการตั้งครรภ์	2	25	2	15.38	4
- ทารกในครรภ์ขาดออกซิเจน	2	25	4	30.77	6
- รกค้าง	2	25	-	-	2
- ตกเลือดหลังคลอด	2	25	3	23.08	5

หมายเหตุ * กลุ่มพฤติกรรมปานกลาง

- มีกลุ่มตัวอย่างที่มีรกค้าง 1 รายที่ตกเลือดหลังคลอด
- มีกลุ่มตัวอย่างที่ตั้งครรภ์ไม่ครบกำหนด 1 รายที่มีภาวะความดันโลหิตสูงจากการตั้งครรภ์

** กลุ่มพฤติกรรมสุขภาพดี

- มีกลุ่มตัวอย่าง 1 ราย ที่มีภาวะแทรกซาดออกซิเจน และ ตกเลือดหลังคลอด
- มีกลุ่มตัวอย่าง 1 ราย ที่มีระยะที่ 2 ของการคลอดเนิ่นนาน และตกเลือดหลังคลอด
- มีกลุ่มตัวอย่าง 1 ราย ที่เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด และมีภาวะความดันโลหิตสูงจากการตั้งครรภ์



ภาคผนวก ข

แจกแจงจำนวนและร้อยละพฤติกรรมการสูบบุหรี่และการสัมผัสควันบุหรี่ของหญิงตั้งครรภ์ชาว
ไทยภูเขา (n=164)

พฤติกรรมการสูบบุหรี่ และการสัมผัสควันบุหรี่	จำนวน	ร้อยละ
ไม่สูบบุหรี่	61	1.83
สูบบุหรี่	3	37.19
มีบุคคลในครอบครัวสูบบุหรี่	100	60.98

ภาคผนวก ข
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ
ตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหาของ
แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ชาวไทยภูเขา

1. นายแพทย์ เดิมชัย เต็มยิ่งยง
ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลแม่สะเรียง อำเภอแม่สะเรียง จังหวัดแม่ฮ่องสอน
2. นางกนกวรรณ เวสสธาดา
พยาบาลวิชาชีพ 8 งานพยาบาลสูติ-นรีเวชกรรม ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์
โรงพยาบาลรามาริบัติ
3. อาจารย์วราพรรณ ผดุงโยธี
อาจารย์พยาบาล งานพยาบาลสูติ-นรีเวชกรรม ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์
โรงพยาบาลรามาริบัติ
4. พันโทหญิงศิริวรรณ มั่นสุข
หัวหน้าหอผู้ป่วย หน่วยตรวจโรคสูติ-นรีเวชกรรม โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า
5. นางสาวทัศนาวรรณ ตานะเศรษฐ
พยาบาลวิชาชีพ 7 ฝ่ายเวชกรรมชุมชน โรงพยาบาลแม่สะเรียง อำเภอแม่สะเรียง จังหวัด
แม่ฮ่องสอน

ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ	นางสาวปญญา พรหมมา
วัน เดือน ปี เกิด	20 กุมภาพันธ์ 2519
สถานที่เกิด	จังหวัดเชียงใหม่
ประวัติการศึกษา	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดพะเยา, พ.ศ. 2537-2541: ประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตร์ ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามารับดี มหาวิทยาลัยมหิดล, พ.ศ. 2547-2550 : พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลมารดาและทารกแรกเกิด)
ตำแหน่งและสถานที่ทำงาน	โรงพยาบาลศรีสังวาลย์ จังหวัดแม่ฮ่องสอน พ.ศ. 2541-2444 โรงพยาบาลแม่สะเรียง อำเภอแม่สะเรียง จังหวัดแม่ฮ่องสอน พ.ศ. 2545 - ปัจจุบัน ตำแหน่ง: พยาบาลวิชาชีพพระดับ 7 กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลแม่สะเรียง สถานที่ปฏิบัติงาน: ห้องคลอด
ที่อยู่	192/ 1 หมู่ 4 ตำบลแม่สะเรียง อำเภอแม่สะเรียง จังหวัดแม่ฮ่องสอน