



610779 291

การสนับสนุนจากคู่สมรส และพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ
ในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยง



อธินันทนการ

จาก

มณฑลวิทยาดัชย ม. มณฑล

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญา
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลแม่และเด็ก
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

๗๗

พ.ศ. 2540

๑ 324๗

ISBN 974-589-248-3

๑54๐

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยมหิดล Mahidol University

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

การสนับสนุนจากคู่สมรส และพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ
ในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยง



.....

เรืออากาศเอกหญิง อรทัย ธรรมกันมา
ผู้วิจัย

.....

กอบกุล พันธุ์เจริญวรกุล, วท.บ. (พยาบาล),
M.S. (Parent-Child Nursing), Ph.D. (Nursing)
ประธานกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์

.....

พยอม อยู่สวัสดิ์, วท.บ. (พยาบาล),
วท.ม. (สรีรวิทยา), Ph.D. (Nursing)
กรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์

.....

ธิดิมา จำปรัตน์, วท.บ. (พยาบาล),
วท.ม. (พยาบาล)
กรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์

.....

ทัศนา บุญทอง, ค.บ. (พยาบาล), M.S., Ed.D.
ประธานคณะกรรมการประจำหลักสูตร
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
คณะพยาบาลศาสตร์

.....

อดุลย์ วิริยะเวชกุล ราชบัณฑิต,
พ.บ., น.บ., F.R.C.P.
คณบดี
บัณฑิตวิทยาลัย

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

การสนับสนุนจากคู่สมรส และพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ

ในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยง

ได้รับการพิจารณาให้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร

ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลแม่และเด็ก

วันที่ 28 พฤศจิกายน พ.ศ. 2540

.....
ไข่มุกข์ วิเชียรเจริญ, วท.บ. (พยาบาล),
ค.ม. (สถิติการศึกษา),
กศ.ด. (การวิจัยและพัฒนาหลักสูตร)
กรรมการสอบวิทยานิพนธ์
.....
จรรยา เศรษฐบุตร, อ.บ., M.A.,
กศ.ด. (พัฒนศึกษาศาสตร์)
กรรมการสอบวิทยานิพนธ์
.....
อดุลย์ วิริยเวชกุล ราชบัณฑิต,
พ.บ., น.บ., F.R.C.P.
คณบดี
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

.....
เรืออากาศเอกหญิง อรทัย ธรรมกันมา
ผู้วิจัย
.....
กอบกุล พันธุ์เจริญวรกุล, วท.บ. (พยาบาล),
M.S. (Parent-Child Nursing), Ph.D. (Nursing)
ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์
.....
พยอม อยู่สวัสดิ์, วท.บ. (พยาบาล),
วท.ม. (สรีรวิทยา), Ph.D. (Nursing)
กรรมการสอบวิทยานิพนธ์
.....
ธิติมา จำปรัตน์, วท.บ. (พยาบาล),
วท.ม. (พยาบาล)
กรรมการสอบวิทยานิพนธ์
.....
ทัศนา บุญทอง, ค.บ. (พยาบาล), M.S.,
Ed.D.
คณบดี
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความรู้และความช่วยเหลืออย่างดียิ่งจาก รองศาสตราจารย์ ดร. กอบกุล พันธุ์เจริญวรกุล รองศาสตราจารย์ ดร. พยอม อยู่สวัสดิ์ และ ผู้ช่วยศาสตราจารย์รัตติมา จำปรัตน์ อาจารย์ผู้ควบคุมวิทยานิพนธ์ที่ได้กรุณาให้คำปรึกษา แนะนำ และให้ข้อคิดที่เป็นประโยชน์ ตลอดจนตรวจสอบแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆด้วยความเอาใจใส่ติดตาม ความก้าวหน้าในการทำวิทยานิพนธ์ และสนับสนุนให้กำลังใจแก่ผู้วิจัยมาโดยตลอด ผู้วิจัยรู้สึก ซาบซึ้ง และประทับใจในความกรุณาของอาจารย์ทุกท่านเป็นอย่างยิ่ง จึงขอกราบขอบพระคุณ เป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้ พร้อมกันนี้ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร.ไข่มุกข์ วิเชียรเจริญ และ รองศาสตราจารย์ ดร.จรรยา เศรษฐบุตร ที่กรุณาให้คำแนะนำ เพิ่มเติม และสนับสนุนให้กำลังใจแก่ผู้วิจัยจนกระทั่งวิทยานิพนธ์นี้สำเร็จลงด้วยดี

ขอกราบขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่าน ที่ได้ให้ความอนุเคราะห์ในการตรวจสอบ ความเที่ยงตรงในเนื้อหาของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย พร้อมทั้งให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ ในการทำวิจัย พร้อมกันนี้ขอกราบขอบพระคุณผู้อำนวยการ โรงพยาบาลศิริราช โรงพยาบาล ภูมิพลอดุลยเดช โรงพยาบาลวชิรพยาบาล และโรงพยาบาลราชวิถี ที่กรุณาอนุญาตให้ดำเนินการ เก็บข้อมูลในการทำวิจัย ตลอดจนหัวหน้าพยาบาล หัวหน้าแผนผู้ป่วยนอก หัวหน้าคลินิกฝาก ครรภ์ หัวหน้าแผนกผู้ป่วยใน หัวหน้าหอผู้ป่วย หัวหน้าห้องคลอด พยาบาล และเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องทุกท่านในหน่วยสูติกรรม ที่ได้อนุเคราะห์และอำนวยความสะดวกในการเก็บรวบรวมข้อมูล ครั้งนี้เป็นอย่างยิ่ง ขอขอบคุณกลุ่มตัวอย่างทุกท่านที่ได้มีส่วนช่วยให้การวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วง ด้วยดี

ท้ายสุดนี้ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณ พ่อ และแม่ ที่ให้ความรัก ความห่วงใย และ กำลังใจมาโดยตลอด ขอกราบขอบพระคุณอาจารย์ทุกท่านที่กรุณาอบรมสั่งสอนวิชาความรู้ ขอบพระคุณนาวาอากาศโทหญิง รัศมี ณ นคร นาวาอากาศตรีหญิง โสพรรณ โพทะยะ พี่ๆ น้องๆ เพื่อนๆ และเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องทุกคนประจำห้องคลอด โรงพยาบาลจันทร์เมกษา ที่ให้ความช่วยเหลือ และเป็นกำลังใจมาตลอด ขอขอบคุณกองทัพอากาศ และ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ที่ได้สนับสนุนเอื้อเฟื้อเงินทุน China Medical Board of New York, Inc. ทุนบางส่วนในการทำวิทยานิพนธ์ครั้งนี้

เรืออากาศเอกหญิงอรทัย ธรรมกันมา

3836781 NSMC/M : สาขาวิชา : การพยาบาลแม่และเด็ก; พย.ม. (การพยาบาลแม่และเด็ก)

ศัพท์สำคัญ : พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ / การสนับสนุนจากคู่สมรส / หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยง

เรื่องอากาศเอกหญิง อรทัย ธรรมกันมา : การสนับสนุนจากคู่สมรส และพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยง(SPOUSE SUPPORT AND HEALTH-PROMOTING BEHAVIOR IN HIGH RISK PREGNANT WOMEN) คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ : กอบกุล พันธุ์เจริญวรกุล, Ph.D. (Nursing), พยอม อยู่สวัสดิ์, Ph.D. (Nursing), ธิติมา จำปรัตน์, วท.ม. (พยาบาล) 144 หน้า. ISBN 974-589-248-3

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา อำนาจการทำนายพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยง โดยตัวทำนายได้แก่ การสนับสนุนจากคู่สมรส และปัจจัยส่วนบุคคลได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ครอบครัว และลำดับที่ของการตั้งครรภ์ กลุ่มตัวอย่างเป็นหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยง ที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยในหรือที่คลินิกฝากครรภ์แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศิริราช โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช โรงพยาบาลวชิรพยาบาลและโรงพยาบาลราชวิถี จำนวน 180 ราย ผู้วิจัยเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล แบบวัดพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ และแบบวัดการสนับสนุนจากคู่สมรส ทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยค่าร้อยละและค่าเฉลี่ย หาความสัมพันธ์ของตัวแปรโดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และหาอำนาจการทำนายโดยการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ และการสนับสนุนจากคู่สมรสโดยรวมอยู่ในเกณฑ์ดี และการสนับสนุนจากคู่สมรสมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ ($r=.4772, p<.001$) เมื่อวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอนพบว่า การสนับสนุนจากคู่สมรส และอายุ สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงได้ร้อยละ 27.8 ($p<.001$)

จากผลการวิจัยครั้งนี้สรุปได้ว่า หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงที่ได้รับการสนับสนุนจากคู่สมรสอย่างเพียงพอ และมีอายุมาก จะมีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพที่ถูกต้องเหมาะสมผู้วิจัยจึงมีข้อเสนอแนะว่า พยาบาลควรส่งเสริมให้คู่สมรสเข้ามามีส่วนร่วมในการให้การช่วยเหลือสนับสนุน เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องเหมาะสม และพยาบาลควรให้ ความสนใจ และเอาใจใส่เป็นพิเศษในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงกลุ่มที่มีอายุน้อย

3836781 NSMC/M : MAJOR : MATERNAL AND CHILD NURSING ; M.Sc .

(MATERNAL AND CHILD NURSING)

KEY WORD : HEALTH - PROMOTING BEHAVIOR / SPOUSE SUPPORT / HIGH RISK PREGNANT WOMEN

FLIGHT LIEUTENANT ORATHAI TUMGUNMA: SPOUSE SUPPORT AND HEALTH - PROMOTING BEHAVIOR IN HIGH RISK PREGNANT WOMEN. THESIS ADVISOR: KOBKUL PHANCHAROENWORAKUL, Ph.D. (NURSING), PAYOM EUSWAS, Ph.D. (NURSING), THITIMA CHAMPEERAT, M.S. (NURSING) 144 p. ISBN 974-589-248-3

The purpose of this study was to explore the relationship between spouse support and health-promoting behavior and the prediction of health-promoting behavior by some select factors in high risk pregnant women. The sample was composed of 180 high risk pregnant women who were admitted to or attended high risk clinics at Siriraj Hospital, Bhumiboladulyadej Hospital, Vachira Hospital and Rajvithi Hospital. Three questionnaires; i.e, personal data, the Spouse Support and Health-Promoting Behavior were used for data collection. Data were analyzed by using means, standard deviations, Pearson's product moment correlation coefficient and the stepwise multiple regression.

The result of the study demonstrated that most high risk pregnant women showed high scores of over all health-promoting behavior and spouse support. It was also found that there was a significantly positive correlation between spouse support and health-promoting behavior ($r = .4772$, $p < .001$). The stepwise multiple regression revealed that 27.8 percent of variance of health-promoting behavior(HBRP) was accounted for by two significant factors; i.e., spouse support and age($p < .001$).

The result of this study indicated that high risk pregnant women who received good spouse support and were older of age demonstrated proper health-promoting behavior. Thus, it is recommended for nursing practice that nurses should promote health-promoting behavior in high risk pregnant women by encouraging their husbands to provide good support to their wives. Special attention should also be placed on younger high risk pregnant group.

สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ	
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
สารบัญตาราง.....	ช
สารบัญแผนภูมิ.....	ฉ
บทที่	
1. บทนำ.....	1
2. วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง.....	12
3. วิธีดำเนินการวิจัย.....	49
4. ผลการวิจัย และการอภิปรายผล.....	59
5. สรุปผลการวิจัย และข้อเสนอแนะ.....	101
บรรณานุกรม.....	107
ภาคผนวก	
ก. รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ.....	115
ข. คำชี้แจงและการพิทักษ์สิทธิ์ของผู้เข้าร่วมการวิจัย.....	117
ค. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	119
ง. ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่าง.....	125
จ. เกณฑ์เสี่ยงที่ใช้ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง และระดับความรุนแรง.....	132
ประวัติผู้วิจัย.....	134

สารบัญตาราง

ตารางที่	หน้า
1 แจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของ กลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามอายุ ระดับการศึกษา รายได้ครอบครัว และลำดับที่ของ การตั้งครรภ์	60
2 แจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของ กลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามภูมิถิ่นอาศัย ลักษณะครอบครัว อาชีพ การวางแผนการ ตั้งครรภ์ ลักษณะของภาวะเสี่ยง อายุครรภ์ จำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษาน โรงพยาบาล รายได้ของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยง	63
3 ช่วงคะแนน ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนพฤติกรรมการส่งเสริม สุขภาพรายด้าน และโดยรวมของกลุ่มตัวอย่าง	66
4 ร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง ของคะแนนพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพรายด้าน และ โดยรวม แบ่งตามเกณฑ์ดี ปานกลาง และไม่ดี	67
5 ค่าเฉลี่ย และ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ รายด้านและโดยรวมของกลุ่มตัวอย่าง	68
6 ช่วงคะแนน ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนการสนับสนุนจาก คู่สมรสรายด้าน และโดยรวม ของกลุ่มตัวอย่าง	69
7 ร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง ของคะแนนการสนับสนุนจากคู่สมรส รายด้านและโดยรวม แบ่งตามเกณฑ์ดี ปานกลาง และน้อย	70
8 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของคะแนนการสนับสนุนจากคู่สมรส รายด้าน และโดยรวม ของกลุ่มตัวอย่าง	71
9 ค่าสัมประสิทธิ์สหพันธ์ระหว่าง การสนับสนุนจากคู่สมรส รายด้าน และโดยรวม กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพโดยรวมของกลุ่มตัวอย่าง	72
10 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรทั้งหมด กับตัวเกณฑ์ โดยแสดงในรูป เมตริกสัมพันธ์ (Correlation matrix)	73
11 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณระหว่างตัวทำนายกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ โดยวิธีการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ แบบปกติ (Multiple regression analysis)	74
12 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณระหว่างตัวทำนายกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ โดยวิธีการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ แบบขั้นตอน (Stepwise multiple regression)	75

สารบัญตาราง (ต่อ)

ตารางที่		หน้า
13	แจกแจงร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของคะแนน พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพรายข้อของกลุ่มตัวอย่าง	126
14	แจกแจงร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของคะแนน การสนับสนุนจากคู่สมรสรายข้อของกลุ่มตัวอย่าง	129
15	ความสัมพันธ์ระหว่าง ลักษณะของภาวะเสี่ยง แบ่งตามความรุนแรงของภาวะ เสี่ยง กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพโดยรวม ของกลุ่มตัวอย่าง	130
16	ความสัมพันธ์ ระหว่าง จำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลกับ พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ โดยรวม ของกลุ่มตัวอย่าง	131
17	ความสัมพันธ์ระหว่างอายุครรภ์ กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ โดยรวม ของกลุ่มตัวอย่าง	131
18	เกณฑ์เสี่ยงที่ใช้ในการคัดเลือกรกลุ่มตัวอย่าง และระดับความรุนแรง	133

สารบัญแผนภูมิ

แผนภูมิที่		หน้า
1	แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การสนับสนุนจากคู่สมรส กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยง	8
2	รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของเพนเคอร์ ฉบับปรับปรุง (Pender's Health Promotion Model, 1996: 67)	18



บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมา และความสำคัญของปัญหา

การตั้งครรภ์ และการให้กำเนิดบุตรนับเป็นภาวะที่เกิดขึ้นตามธรรมชาติของสตรีที่มีครอบครัวแล้ว ซึ่งสตรีส่วนใหญ่เมื่อรับรู้ว่ามี การตั้งครรภ์เกิดขึ้นจะเป็นช่วงที่ก่อให้เกิดความสุขในครอบครัว โดยเฉพาะในสตรีที่มีความพร้อมในการตั้งครรภ์มักจะเกิดความปิติ ยินดี มีความสุข และพึงพอใจในบทบาทใหม่ที่จะเกิดตามมาคือ บทบาทการเป็นมารดา ซึ่งก่อให้เกิดความภาคภูมิใจ ในความเป็นหญิงอย่างเต็มที่ อย่างไรก็ตามการตั้งครรภ์ก็ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงอย่างมากในชีวิต ของหญิงตั้งครรภ์ ซึ่งอาจนับเป็นภาวะวิกฤตทางด้านวุฒิภาวะอย่างหนึ่งสำหรับสตรี(maturation crisis) ที่เกิดขึ้นทั้งทางร่างกายและจิตใจ (Bobak & Jensen, 1987 : 719) โดยเฉพาะอย่างยิ่งถ้าการตั้งครรภ์ที่เกิดขึ้นได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นการตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยง กล่าวคือ เป็นการตั้งครรภ์ที่มี ภาวะซึ่ง ทำให้มารดา และทารกในครรภ์เกิดภาวะแทรกซ้อน หรือมีโอกาสดี้อย่างน้อยการเกิดอันตราย จนอาจ คุกคามชีวิตของมารดา และทารกทั้งในระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอด ตลอดจนการคลอดที่ผิดปกติ และมีผลต่อสุขภาพ และความพิการของทารกในระยะต่อมาด้วย(วินิต พัวประดิษฐ์ และ สมพล พงศ์ไทย ในวินิต พัวประดิษฐ์, บรรณาธิการ, 2537: 1) ภาวะเสี่ยงที่เกิดขึ้นนี้อาจจะเกิดจากโรคทางอายุรกรรมที่เป็นตั้งแต่ก่อนตั้งครรภ์ที่พบได้บ่อยคือ โรคเบาหวาน โรค ความดันโลหิตสูงเรื้อรัง โรคหัวใจ โรคไต เป็นต้น หรืออาจเป็นภาวะเสี่ยงทางสูติกรรมซึ่งเกิดขึ้น ในขณะตั้งครรภ์ที่พบได้บ่อยคือ โรคความดันโลหิตสูงร่วมกับการตั้งครรภ์ โรคโลหิตจาง ภาวะรก เกาะต่ำ การตั้งครรภ์แฝด เป็นต้น ภาวะเสี่ยงเหล่านี้ล้วนเป็นภาวะวิกฤตตามสถานการณ์ (situational crisis) ที่เพิ่มขึ้นมา ดังนั้นการตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงจึงถือว่าเป็นภาวะวิกฤตซ้อนวิกฤต คือ วิกฤตทั้งจากภาวะการตั้งครรภ์เองและจากภาวะของโรคที่เสี่ยงต่ออันตรายร่วมด้วย

อุบัติการณ์ของการตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยง อาจพบว่ามี ความแตกต่างกันขึ้นอยู่กับเกณฑ์ ที่ใช้ในการวินิจฉัย และความถูกต้องของการรวบรวมข้อมูล อย่างไรก็ตามโดยทั่วไปประมาณ ร้อยละ 20 ของสตรีทั้งหมดในสหรัฐอเมริกาเป็นการตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยง และประมาณร้อยละ 5 มีความเสี่ยงสูงมาก (เบนสัน และเพอร์นอลล์, 2538: 153) สำหรับในประเทศไทย บุญสม ผาสุก (2531: 23) ได้ศึกษาผลของการตั้งครรภ์ของมารดาที่ได้รับการดูแลก่อนคลอด ในคลินิกตรวจครรภ์ ที่มีภาวะเสี่ยงสูงที่โรงพยาบาลรามารับดี พ.ศ. 2527-2528 จำนวนทั้งสิ้น 1029 รายพบว่าอุบัติการณ์ ของมารดาที่ตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงสูง คิดเป็นร้อยละ 2.87 ของการคลอดทั้งหมด

อาจกล่าวได้ว่าผลกระทบจากภาวะเสี่ยงดังกล่าวข้างต้น ทำให้หญิงตั้งครรภ์กลุ่มนี้มีความเสี่ยงต่อการเกิดอันตรายและตายสูงกว่าประชากรกลุ่มอื่นๆ สาเหตุนำไปสู่การเสียชีวิตของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงนั้นอาจจะแตกต่างกันในแต่ละประเทศ แต่โดยทั่วไปมีสาเหตุหลักอยู่ 3 ประการด้วยกันคือภาวะความดันโลหิตสูงร่วมกับการตั้งครรภ์ การติดเชื้อ และการตกเลือด (Bobak & Jensen, 1987: 719) ซึ่งสอดคล้องกับสาเหตุการตาย 4 ลำดับแรกของมารดาไทยคือ ภาวะตกเลือดหลังคลอด การแท้งบุตร ภาวะความดันโลหิตสูงร่วมกับการตั้งครรภ์ และการติดเชื้อหลังคลอด (สร้อยสวาง เศรษฐวานิช, 2532: 43) ส่วนผลกระทบของภาวะเสี่ยงต่อสุขภาพของทารกในครรภ์และทารกแรกเกิดคือ อัตราตายของทารกระหว่างการตั้งครรภ์ การคลอด และหลังคลอดเพิ่มขึ้น และจากการศึกษาในสหรัฐอเมริกา ปี ค.ศ. 1979 พบว่าสาเหตุการตายของทารกคือการหายใจและการแลกเปลี่ยนก๊าซไม่ดีจากการที่ปอดเจริญไม่เต็มที่ ความผิดปกติที่ตามมาอันเนื่องจากการคลอดก่อนกำหนดและการที่ทารกมีน้ำหนักตัวน้อย ภาวะขาดออกซิเจนในขณะที่อยู่ในครรภ์ มารดาและขณะคลอด ปอดบวมและไข้หวัด และจากการได้รับบาดเจ็บจากการคลอด (Bobak & Jensen, 1987: 719) ซึ่งสอดคล้องกับสาเหตุการตายของทารกไทยคือ ทารกน้ำหนักตัวน้อย การติดเชื้อในระบบหายใจ บาดทะยัก อูจจาระร่วง และภาวะขาดออกซิเจนจากการคลอด (สร้อยสวาง เศรษฐวานิช, 2532: 43 - 44)

นอกจากภาวะเสี่ยงจะมีผลกระทบโดยตรงต่อภาวะสุขภาพกายของทั้งหญิงตั้งครรภ์และทารกแล้ว ยังมีผลกระทบทางด้านจิตใจและอารมณ์ของหญิงตั้งครรภ์เป็นอย่างมาก หญิงตั้งครรภ์บางคนอาจรู้สึกผิด หรือตำหนิตนเองที่ทำให้เกิดภาวะเสี่ยงต่างๆขึ้นระหว่างการตั้งครรภ์ ซึ่งเป็นเหตุให้หญิงตั้งครรภ์กลุ่มนี้มีความทุกข์ทรมานและความไม่สบายใจ เกิดความรู้สึกกลัว และวิตกกังวลเกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอยู่ กลัวการคลอดที่ผิดปกติ กลัวตนเองจะเสียชีวิต กลัวสิ่งที่จะเกิดขึ้นกับทารกในครรภ์เช่น กลัวการตั้งครรภ์จะไม่ดำเนินไปจนครบกำหนดคลอด กลัวทารกมีสุขภาพที่ไม่สมบูรณ์แข็งแรง มีความพิการหรือเสียชีวิต และถ้าสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงนั้นอยู่ในอันตราย จนต้องเข้ารับการรักษาด่วนในโรงพยาบาลก่อนถึงกำหนดคลอดเป็นเวลานาน ซึ่งเป็นสถานการณ์ที่หญิงตั้งครรภ์ไม่ได้คาดการณ์ไว้ล่วงหน้า ทำให้หญิงตั้งครรภ์ถูกแยกจากครอบครัว และมีแบบแผนในการดำเนินชีวิตเปลี่ยนแปลงไป หญิงตั้งครรภ์ต้องปฏิบัติตามให้สอดคล้องกับโรคที่เป็นอยู่ ต้องปรับตัวจากสภาพการเปลี่ยนแปลงต่างๆที่เกิดขึ้น และจากการถูกจำกัดกิจกรรมต่างๆ ขณะอยู่ในโรงพยาบาล สิ่งเหล่านี้ล้วนเป็นสาเหตุที่ทำให้หญิงตั้งครรภ์เกิดความเครียดทางด้านจิตใจสูง จึงนับเป็นปัญหาทางด้านสุขภาพอนามัยของแม่และเด็กที่สำคัญยิ่งของประเทศ

แผนงานอนามัยแม่และเด็ก ได้วางเป้าหมายหลักในการแก้ปัญหาอนามัยแม่และเด็กของประเทศคือ การลดอัตราการตายของหญิงตั้งครรภ์จากการตั้งครรภ์และการคลอด และลดอัตราการตายของทารก (สร้อยสวาง เศรษฐวานิช ,2532 : 44) ซึ่งภาวะสุขภาพของทารกในครรภ์จะสมบูรณ์แข็งแรงได้นั้นขึ้นอยู่กับ ภาวะสุขภาพและการดูแลสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์เป็นสำคัญ เพนเดอร์ (Pender, 1987: 135) กล่าวว่า บุคคลมีความสามารถที่จะคงไว้ซึ่งการมีสุขภาพดี ยกระดับความมีสุขภาพดี และมีความสามารถที่จะป้องกันปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้นได้ตั้งแต่ในระยะเริ่มต้น และจากแนวคิดของเพนเดอร์ (Pender, 1982: 6, 42; 1987: 57, 59; 1996: 34) ซึ่งกล่าวถึง การส่งเสริมสุขภาพว่าเป็นกิจกรรมหรือแบบแผนการดำเนินชีวิต เพื่อคงไว้หรือยกระดับความเป็นอยู่ที่ดี และเป็นการกระทำเพื่อให้บุคคลหรือกลุ่มบุคคลมีความตระหนักในตนเอง มีการแสดงถึงสมรรถนะและความสามารถของตน แสดงออกถึงคุณลักษณะส่วนบุคคลที่เป็นแรงกระตุ้นในการทำกิจกรรมที่ส่งเสริมสุขภาพ จึงอาจกล่าวได้ว่าพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเป็นการแสดงออกถึงการพัฒนาในทุกๆ ด้านอย่างแท้จริง เพื่อคงไว้ซึ่งสุขภาพดีและยกระดับการมีสุขภาพดี ดังนั้นหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงจึงจำเป็นต้องมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดี ตั้งแต่ก่อนตั้งครรภ์ ขณะตั้งครรภ์ และภายหลังคลอด ถึงแม้ว่าภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นนั้นอาจเป็นภาวะแทรกซ้อนที่ไม่สามารถยับยั้งให้เกิดขึ้นได้ แต่การที่หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดี เพื่อเตรียมความพร้อมต่อเหตุการณ์ต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้นจากภาวะแทรกซ้อนนั้น ก็จะสามารถลดความรุนแรงที่อาจเกิดขึ้นจากภาวะเสี่ยงนั้นได้ ซึ่งจะส่งผลให้อัตราการตายของหญิงตั้งครรภ์และทารกลดลงได้

ดังนั้นการศึกษาดูพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยง จึงเป็นสิ่งสำคัญที่จะทำให้พยาบาลได้ข้อมูลพื้นฐาน ซึ่งจะนำไปสู่การส่งเสริมให้หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยง มีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสมกับภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอยู่ เพนเดอร์ (Pender, 1987: 59) กล่าวว่าพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพทั้งหมดเป็นกิจกรรมที่เป็นความต่อเนื่อง ซึ่งเป็นส่วนสำคัญของแบบแผนในการดำเนินชีวิตของบุคคล ดังนั้นการศึกษาดูพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยง จึงสามารถประเมินได้จากแบบแผนในการดำเนินชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ 6 ด้าน ได้แก่ ด้านโภชนาการ ด้านการออกกำลังกาย ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ด้านการจัดการกับความเครียด และด้านความสำเร็จในชีวิตแห่งตน (Pender, 1996: 134)

ตามรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์(Pender, 1996: 67) นั้นจะพบว่าการปฏิบัติพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของบุคคล ขึ้นอยู่กับปัจจัยหลักที่สำคัญ 2 ประการคือ ปัจจัยด้านลักษณะส่วนบุคคลและประสบการณ์ และปัจจัยด้านความรู้ความเข้าใจ ความรู้สึกลึกซึ้งที่เฉพาะเจาะจงต่อการแสดงพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคมนับเป็นปัจจัยหนึ่งด้าน

ความรู้ความเข้าใจ และความรู้สึกลึกซึ้งที่เฉพาะเจาะจงต่อการแสดงพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งน่าจะมีผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ โดยการสนับสนุนทางสังคมจะเป็นแรงเสริมที่สำคัญที่ทำให้บุคคลสามารถต่อสู้ปัญหาของแต่ละคนได้ดีขึ้น ทำให้เงื่อนไขของปัญหาลดลง จึงช่วยลดความเครียดอันจะนำไปสู่ภาวะวิกฤตได้ นอกจากนี้การสนับสนุนทางสังคมยังส่งเสริมให้บุคคลเกิดความพึงพอใจในชีวิต และดำรงชีวิตอยู่อย่างมีประสิทธิภาพ จากการศึกษาของ ซิมเมอร์แมน และคอนเนอร์ (Zimmerman & Connor, 1989: 423-438 cited by Pender, 1996: 269) พบว่าการได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเปลี่ยนแปลง พฤติกรรมสุขภาพมากกว่าการได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน หรือผู้ร่วมงาน และพบว่า หญิงตั้งครรภ์ที่มีการรับรู้ต่อการสนับสนุนทางสังคม และได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพจากผู้ที่มีอิทธิพลต่อหญิงตั้งครรภ์ จะทำให้หญิงตั้งครรภ์มีการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ดีได้

กลุ่มสมรสเป็นบุคคลสำคัญในครอบครัว ที่เป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยง โดยเฉพาะอย่างยิ่งสภาพสังคมไทยในปัจจุบันนี้มีแนวโน้มที่จะเป็น ครอบครัวเดี่ยวมากกว่าครอบครัวขยาย การได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากกลุ่มสมรสอย่างเพียงพอ น่าที่จะมีประ โยชน์ต่อการปฏิบัติพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ ของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยง เพนเดอร์ (Pender, 1982: 334) กล่าวว่า ความสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มสมรสเป็นสัมพันธ์ภาพที่สำคัญต่อการให้การสนับสนุนด้านอารมณ์ และเป็นสัมพันธ์ภาพที่มีการยึดเหนี่ยวกันอย่างเหนียวแน่น ซึ่ง ความสัมพันธ์ที่มีลักษณะเช่นนี้ จะมีประสิทธิภาพมากโดยเฉพาะผลทางด้านจิตใจ จากการศึกษา ผู้ป่วยกล้ำเนื้อหัวใจตายพบว่า ผู้ป่วยที่แต่งงานแล้วและมีสัมพันธ์ภาพที่ดีกับคู่สมรส มีความสัมพันธ์โดยตรงต่อการมีสุขภาพจิตดี และเป็นตัวทำนายที่สำคัญของการมีสุขภาพดี (Waltz, 1986; Waltz & Badura, 1988 cited by Yates, 1995: 194) ดังนั้นหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงซึ่งเป็นผู้มี ปัญหาสุขภาพ อันเนื่องมาจากภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นทำให้มีผลกระทบต่องทั้งร่างกาย และ จิตใจ จึงควรได้รับการดูแลเอาใจใส่ สนับสนุนช่วยเหลือจากคู่สมรสเป็นอย่างดี อันจะส่งผลให้ หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงมีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพที่ดีได้

นอกจากการสนับสนุนจากคู่สมรสที่เป็นปัจจัยซึ่งก่อให้เกิดพฤติกรรมการส่งเสริม สุขภาพแล้วนั้น ตามรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของ เพนเดอร์ (Pender, 1966: 67) ปัจจัยส่วนบุคคล ก็มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเช่นกัน ปัจจัยส่วนบุคคลที่ผู้วิจัยสนใจนำมาศึกษาได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ครอบครัว และลำดับที่ของการตั้งครรภ์ของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยง

อายุนับเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้หญิงตั้งครรภ์มีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพแตกต่างกัน กรรณิการ์ กันธรักษา (2527: 101) พบว่าหญิงมีครรภ์ที่อายุ 25 ปีขึ้นไป มีพฤติกรรมด้านการป้องกันโรคมากกว่าหญิงมีครรภ์ที่อายุต่ำกว่า 25 ปี

ระดับการศึกษาเป็นปัจจัยที่สำคัญอีกประการหนึ่ง ประภาเพ็ญ สุวรรณ (2526: 182) กล่าวว่า การศึกษาทำให้บุคคลมีสติปัญญา สามารถทำความเข้าใจกับข้อมูลข่าวสารและสามารถเรียนรู้ เรื่องโรคและแผนการรักษาได้ดี บุคคลที่มีการศึกษาสูงจึงน่าจะมีความรู้และการปฏิบัติทางด้านสุขอนามัยที่ถูกต้อง และดีกว่าคนที่มีระดับการศึกษาต่ำ

รายได้ครอบครัวนับเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดำเนินชีวิต ด้านการตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐานของบุคคล ทำให้ชีวิตความเป็นอยู่ของบุคคลดีขึ้น (Orem, 1985: 175) ดังนั้น บุคคลที่มีรายได้สูงฐานะทางเศรษฐกิจจะมั่นคง ทำให้มีโอกาสแสวงหาสิ่งเอื้ออำนวยความสะดวก และแหล่งบริการสุขภาพได้เป็นอย่างดี จึงน่าจะมีผลต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของบุคคล

ลำดับที่ของการตั้งครรภ์ การมีประสบการณ์จากการตั้งครรภ์ครั้งก่อน อาจทำให้หญิงตั้งครรภ์หลังมีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพที่ดีกว่าหญิงตั้งครรภ์แรก จากการศึกษาก่อนจิตต์ บุญสม(2540: 57)พบว่า หญิงตั้งครรภ์หลังมีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพด้านการดูแลตนเองโดยทั่วไป การควบคุมสิ่งแวดล้อมและการใช้ระบบบริการสุขภาพ ที่ดีกว่าหญิงตั้งครรภ์แรก

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องในประเทศไทย ยังไม่พบว่ามีผู้ศึกษาเกี่ยวกับการสนับสนุนจากคู่สมรส และพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ ในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงโดยตรง แต่พบว่ามีการศึกษาในเรื่องที่ใกล้เคียงกันอยู่บ้าง โดยเป็นการศึกษาพฤติกรรมสุขภาพในหญิงตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยงที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนของโรค อาทิการศึกษาของ มยุรี นิรัตธราคร (2539: 64-67) ซึ่งศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น พบว่าหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นมากกว่าร้อยละ 20 ไม่เคยปฏิบัติพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพในเรื่องของ การผ่อนคลายหรือการนั่งสมาธิ การตรวจสุขภาพฟัน การออกกำลังกายโดยการบริหารกล้ามเนื้อแขน ขาและลำตัว และการลุกยืน นั่งหรือเปลี่ยนท่าอย่างช้าๆ และการศึกษาของ สุมิตตา สว่างทุกข์(2539: 52, 54) ที่ศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมการปฏิบัติตนเพื่อคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพ ของหญิงตั้งครรภ์ที่ฝากครรภ์ไม่ครบตามเกณฑ์พบว่า หญิงตั้งครรภ์ที่ฝากครรภ์ไม่ครบตามเกณฑ์มีพฤติกรรมการปฏิบัติตนเพื่อคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพไม่ดีในเรื่องของ การสอบถามแพทย์ หรือพยาบาลถึงอาการที่ต้องมาโรงพยาบาลก่อนวันนัด การตรวจสุขภาพฟัน การฝึกผ่อนคลาย และการบริหารกล้ามเนื้อต่างๆ ที่ช่วยในการคลอดเป็นต้น

ส่วนการศึกษาถึงผลกระทบของภาวะเสี่ยงที่เกิดขึ้น กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ นั้นยังไม่พบว่ามีผู้ใดได้ทำการศึกษาไว้ อย่างไรก็ตามเป็นที่ประจักษ์ว่าการมีพฤติกรรมการส่งเสริม

สุขภาพที่ไม่เหมาะสมนั้นย่อมก่อให้เกิดผลเสียต่อสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ โดยเฉพาะอย่างยิ่งถ้าการตั้งครรภ์นั้นเป็นการตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยง ซึ่งหมายถึงเป็นบุคคลที่มีแนวโน้มในการที่จะเกิดอันตรายหรือถึงแก่ความตายได้ทั้งต่อตนเองและต่อทารกในครรภ์ ดังนั้นการมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม ย่อมเป็นการเพิ่มความเสี่ยงที่มีอยู่เดิมให้มีโอกาสเสี่ยงมากยิ่งขึ้นจนอาจก่อให้เกิดอันตรายแก่มารดาและทารกในครรภ์ได้

จากความสำคัญของการมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพดังกล่าวมาแล้วนั้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษา พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ และการสนับสนุนจากคู่สมรสในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยง และศึกษาปัจจัยส่วนบุคคลที่อาจมีผลกระทบร่วมด้วย ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ ครอบครัว และลำดับที่การตั้งครรภ์ ของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยง โดยใช้กรอบแนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของ เพนเดอร์ (Pender, 1996: 67) และแนวคิดการสนับสนุนจากคู่สมรสที่ดัดแปลงมาจากแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของ เฮาส์ (House, In Cohen & Syme, Eds., 1985: 101)

กรอบแนวคิดในการวิจัย

กรอบแนวคิดการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของ เพนเดอร์ (Pender, 1996: 66-72) ซึ่งกล่าวไว้ว่า พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพสามารถประเมินได้จากผลลัพธ์ด้านพฤติกรรม ซึ่งเป็นจุดสุดท้ายหรือเป็นผลลัพธ์ของการปฏิบัติพฤติกรรม โดยเมื่อผสมผสานพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพเข้าไปในแบบแผนการดำเนินชีวิตประจำวันในทุกๆด้านของบุคคล จะส่งผลให้บุคคลเกิดภาวะสุขภาพที่ดี ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยประเมินพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยง จากแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพ 6 ด้านคือ ด้านโภชนาการ ด้านการออกกำลังกาย ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ด้านการจัดการกับความเครียด และด้านความสำเร็จในชีวิตแห่งตน และการที่หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงจะมีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพที่ดีหรือไม่นั้น เพนเดอร์ กล่าวว่าขึ้นอยู่กับปัจจัย 2 ด้านคือ ปัจจัยด้านลักษณะส่วนบุคคลและประสบการณ์ กับปัจจัยด้านความรู้ ความเข้าใจ ความรู้สึนึกคิดที่เฉพาะเจาะจงต่อการแสดงพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

การสนับสนุนจากคู่สมรส นับว่าเป็นปัจจัยระหว่างบุคคลที่สำคัญปัจจัยหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งเพนเดอร์ได้สรุปหน้าที่ของการสนับสนุนทางสังคมที่มีผลต่อสุขภาพว่า การสนับสนุนทางสังคมช่วยสร้างสภาพแวดล้อมให้เอื้อต่อการปฏิบัติพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ ให้ข้อมูลป้อนกลับ หรือรับรองยืนยันพฤติกรรมที่บุคคลกระทำ ช่วยลดความเครียด และทำให้การแปลความหมายเหตุการณ์ต่างๆให้ตรงกับความเป็นจริง บุคคลจึง

มีแนวโน้มที่จะปฏิบัติพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพที่ดีได้ ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้แนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของเฮาส์ (House, In Cohen & Syme, Eds., 1985: 101) ซึ่งแบ่งชนิดของการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 4 ด้านดังนี้คือ การสนับสนุนด้านอารมณ์ การสนับสนุนด้านการประเมินคุณค่า การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร และการสนับสนุนด้านทรัพยากร มาเป็นแนวทางในการสร้างเครื่องมือการสนับสนุนจากคู่สมรส นอกจากการสนับสนุนจากคู่สมรสแล้วปัจจัยด้านลักษณะส่วนบุคคลและประสบการณ์ ที่คาดว่าจะมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพร่วมด้วย และผู้วิจัยได้นำมาศึกษาในครั้งนี้คือ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัว และลำดับที่ของการตั้งครรภ์

จากกรอบแนวคิดในการวิจัยข้างต้น สามารถแสดงความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต่าง ๆ ที่ผู้วิจัยต้องการที่จะศึกษาดังแสดงให้เห็นได้ในแผนภูมิที่ 1



ปัจจัยลักษณะส่วนบุคคลและ
ประสบการณ์

ปัจจัยด้านความรู้ความเข้าใจและ
ความรู้สึกนึกคิดที่เฉพาะเจาะจง
ต่อการแสดงพฤติกรรม

ผลลัพธ์ด้านพฤติกรรม



แผนภูมิที่ 1 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การสนับสนุนจากคู่สมรส
กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยง

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. ศึกษาพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ และการสนับสนุนจากคู่สมรสของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยง
2. ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนจากคู่สมรส กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยง
3. ศึกษาอำนาจการทำนาย พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ ในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงโดยตัวทำนายที่ศึกษาทั้งหมดประกอบด้วย การสนับสนุนจากคู่สมรส อายุ ระดับการศึกษา รายได้ครอบครัว และลำดับที่ของการตั้งครรภ์

สมมติฐานการวิจัย

1. การสนับสนุนจากคู่สมรสโดยรวม และรายด้าน มีความสัมพันธ์ทางบวกกับ พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพโดยรวม ในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยง
2. การสนับสนุนจากคู่สมรส และปัจจัยส่วนบุคคลได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ ครอบครัว และลำดับที่ของการตั้งครรภ์ สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพใน หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงได้

ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ และการสนับสนุนจากคู่สมรสของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยง ที่มีอายุครรภ์ตั้งแต่ 28 สัปดาห์ขึ้นไป ซึ่งมารับบริการที่แผนกผู้ป่วยใน หรือที่คลินิกฝากครรภ์ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศิริราช โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช โรงพยาบาลวชิรพยาบาล และ โรงพยาบาลราชวิถี ตั้งแต่วันที่ 30 มิถุนายน 2540 ถึงวันที่ 21 สิงหาคม 2540 จำนวนทั้งสิ้น 180 ราย

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับการวิจัย

1. ด้านการปฏิบัติกรรพยาบาล ผลการวิจัยจะเป็นข้อมูลพื้นฐานและเป็นแนวทางสำหรับพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยง แผนกผู้ป่วยใน และคลินิกฝากครรภ์ แผนกผู้ป่วยนอก ใช้ประเมินพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ และการสนับสนุนจากคู่สมรสของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยง โดยคำนึงปัจจัยส่วนบุคคลร่วมด้วย อันจะเป็นแนวทางในการวางแผน การให้การพยาบาล เพื่อช่วยส่งเสริมให้หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยง มีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสม

2. ด้านการศึกษาพยาบาลจะเป็นแนวทางสำหรับอาจารย์พยาบาลในการจัดการเรียนการสอนแก่นักศึกษาพยาบาล ให้ตระหนักถึงมโนทัศน์ด้านการสนับสนุนจากคู่สมรส และปัจจัยส่วนบุคคลที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยง อันจะเป็นประโยชน์ในการให้คำแนะนำ และแก้ไขปัญหาเกี่ยวกับสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงต่อไป

3. ด้านการวิจัย จะเป็นแนวทางในการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับปัจจัยส่วนบุคคล การสนับสนุนจากคู่สมรส และพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ ของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงในประเด็นอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องต่อไป

นิยามตัวแปร

พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมในระยะตั้งครรภ์เพื่อส่งเสริมให้เกิดภาวะสุขภาพดีทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม อันจะนำไปสู่ความปกติสุข ความมีศักยภาพสูงสุด โดยประเมินได้จากแบบวัดพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยง ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยดัดแปลงคำถามมาจากแบบวัดแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพ (Health-Promotion Lifestyle Profied I and II) ของวอร์คเกอร์ ซีคริสต และเพนเดอร์ (Walker, Sechrist & Pender, 1987: 79; Pender, 1996: 134) ซึ่งประกอบด้วยแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพ 6 ด้าน คือ

1. ด้านโภชนาการ(Nutrition) เป็นการประเมินลักษณะนิสัยในการดำเนินชีวิตประจำวันของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยง เกี่ยวกับรูปแบบของการรับประทานอาหาร และลักษณะนิสัยในการรับประทานอาหารเพื่อให้ได้สารอาหารครบทั้ง 5 หมู่

2. ด้านการออกกำลังกาย(Exercise or Physical activity) เป็นการประเมินลักษณะนิสัยในการดำเนินชีวิตประจำวันของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยง เกี่ยวกับรูปแบบของการออกกำลังกายที่ทำเป็นประจำ รวมไปถึงการคงไว้ซึ่งความสมดุลของร่างกาย และการปรับเปลี่ยนอิริยาบถต่างๆ

3. ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ(Health responsibility) เป็นการประเมินลักษณะนิสัยในการดำเนินชีวิตประจำวันของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยง เกี่ยวกับการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพต่างๆ ไป และการใช้แหล่งบริการทางสุขภาพ

4. ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล(Interpersonal relations) เป็นการประเมินลักษณะนิสัยในการดำเนินชีวิตประจำวันของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยง เกี่ยวกับความรู้สึกคุ้นเคย ความรู้สึกใกล้ชิด ความสามารถ และวิธีการสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคลอื่น

5. ด้านการจัดการกับความเครียด(Stress management) เป็นการประเมินลักษณะนิสัยในการดำเนินชีวิตประจำวันของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยง เกี่ยวกับการกระทำเพื่อผ่อนคลายความตึงเครียด และการแสดงออกทางอารมณ์ที่เหมาะสม ตลอดจนการนอนหลับพักผ่อนที่เพียงพอ

6. ด้านความสำเร็จในชีวิตแห่งตน(Self - actualization) เป็นการประเมินลักษณะนิสัยในการดำเนินชีวิตประจำวันของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยง เกี่ยวกับความกระตือรือร้นในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ความพึงพอใจในชีวิต ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การตระหนักในการให้ความสำคัญกับชีวิต การกำหนดจุดหมายหมายในชีวิต

การสนับสนุนจากคู่สมรส หมายถึง ความรู้สึกนึกคิดของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยง ที่ประเมินการได้รับการช่วยเหลือ ประคับประคอง และสนับสนุนด้านต่างๆ จากคู่สมรสในระยะตั้งครรภ์ ซึ่งประเมินโดยแบบสอบถามการสนับสนุนจากคู่สมรสที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยอาศัยกรอบแนวคิด การสนับสนุนทางสังคมของ เฮาส์ (House, 1981, in Cohen & Syme, ed. 1985: 101) แบ่งการสนับสนุนออกเป็น 4 ด้านได้แก่

1. การสนับสนุนด้านอารมณ์(Emotional) เป็นการประเมินการได้รับการสนับสนุนจากคู่สมรสเกี่ยวกับการยอมรับและเห็นคุณค่า ความรักความเอาใจใส่ ความเห็นอกเห็นใจ ความผูกพัน ความไว้วางใจ ความสนใจรับฟังปัญหา และความทุกข์

2. การสนับสนุนด้านการประเมิน(Appraisal) เป็นการประเมินการได้รับการสนับสนุนจากคู่สมรสเกี่ยวกับการเห็นพ้อง การรับรอง การให้ข้อมูลป้อนกลับ

3. การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Informational) เป็นการประเมินการได้รับการสนับสนุนจากคู่สมรสเกี่ยวกับการให้ข้อมูล ให้คำแนะนำ ข้อเท็จจริง การบอกแนวทางเลือก หรือแนวทางปฏิบัติ

4. การสนับสนุนด้านทรัพยากร (Instrumental) เป็นการประเมินการได้รับการสนับสนุนจากคู่สมรสเกี่ยวกับ การเงิน แรงงาน สิ่งของ เวลา และการปรับเปลี่ยนสภาพแวดล้อม

อายุ หมายถึง จำนวนเต็มเป็นปีของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยง นับตั้งแต่เกิดจนถึงวันที่ผู้วิจัยทำการศึกษา โดยไม่คิดเศษของจำนวนปี

ระดับการศึกษา หมายถึง การศึกษาขั้นสูงสุดที่หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงได้รับโดยคิดเป็นจำนวนปี นับตั้งแต่การศึกษาชั้นแรกถึงขั้นสูงสุด

รายได้ครอบครัว หมายถึง รายได้ครอบครัวต่อเดือน นับจำนวนเต็มเป็นบาทของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงรวมกับคู่สมรส

ลำดับที่ของการตั้งครรภ์ หมายถึง จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์โดยนับรวมครรภ์ปัจจุบัน และแท้งด้วย

บทที่ 2

วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ และการสนับสนุนจาก
คู่สมรสในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยง ซึ่งผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องตามลำดับดังนี้

ปัญหาสุขภาพในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยง

ปัญหาสุขภาพ และพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยง

การสนับสนุนจากคู่สมรส และพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะ
เสี่ยง

ปัจจัยส่วนบุคคล และพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยง

ปัญหาสุขภาพในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยง

นักวิชาการหลายท่านได้ให้ความหมายเกี่ยวกับ การตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยง และหญิง
ตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงไว้ดังนี้

มัวร์(Moore, 1983: 326) กล่าวว่า หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยง หมายถึง หญิงตั้งครรภ์ซึ่ง
มีปัญหา หรือสภาพทางด้านร่างกาย อารมณ์ หรือสังคม อยู่ในสภาพที่อาจจะมีผลหรือเป็นอุปสรรค
ต่อการที่จะให้กำเนิดทารกที่คลอดครบกำหนดหรือที่มีความสมบูรณ์ตามปกติ

กิลเบิร์ต และฮามอน(Gilbert & Harmon, 1986: 22) ให้ความหมายหญิงตั้งครรภ์ที่มี
ภาวะเสี่ยงว่าหมายถึง หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะแทรกซ้อนจากโรคภัยไข้เจ็บ หรือมีเงื่อนไขทางสุขภาพ
ที่เป็นสาเหตุให้หญิงตั้งครรภ์และบุตรอยู่ในสภาพที่เสี่ยงต่อการเจ็บป่วย และการตาย

วินิต พัวประดิษฐ์ และสมพล พงศ์ไทย (วินิต พัวประดิษฐ์ และสมพล พงศ์ไทย, ใน
วินิต พัวประดิษฐ์, บรรณาธิการ, 2537: 1) ให้ความหมาย การตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงสูงว่า หมายถึง
การตั้งครรภ์ซึ่งทำให้สตรีตั้งครรภ์ และทารกในครรภ์มีอันตรายและมีโอกาสเสี่ยงตายสูงขึ้น ทั้ง
ระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอด ตลอดจนการเสี่ยงต่อการคลอดที่ผิดปกติ และมีผล
ต่อสุขภาพและความพิการของทารกในระยะต่อมา

อุบัติการณ์ของการตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงสูง จะแตกต่างกันออกไปในแต่ละชุมชน ทั้งนี้
ขึ้นอยู่กับลักษณะของประชากร เศรษฐกิจ สังคม และที่สำคัญคือเกณฑ์เสี่ยงที่ใช้เลือก โดยทั่วไป
พบประมาณร้อยละ 10-30 ของการตั้งครรภ์ (จิรศักดิ์ มนัสสากร, ใน จิรศักดิ์ มนัสสากร และ

วิทยา ธิฐาพันธ์, บรรณาธิการ, 2539: 41) และพบว่าเกณฑ์ที่ใช้เป็นข้อบ่งชี้ของการตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงโดยทั่วไปแบ่งออกได้ดังนี้ (สร้อยสวาง เศรษฐวานิช, 2532: 44)

1. ลักษณะทางชีวภาพ

1.1 อายุของหญิงตั้งครรภ์ขณะตั้งครรภ์ ถ้าหญิงตั้งครรภ์มีอายุต่ำกว่า 15 ปี หรือสูงกว่า 35 ปี จะมีอัตราการตายของหญิงตั้งครรภ์ และทารกปริกำเนิดสูงกว่ากลุ่มหญิงที่ตั้งครรภ์ในช่วงอายุ 15-35 ปี และพบว่าหญิงที่ตั้งครรภ์ในช่วงอายุ 20-29 ปี มีอัตราการตายของหญิงตั้งครรภ์ต่ำที่สุด

1.2 จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์และการคลอด พบว่าหญิงที่ตั้งครรภ์และคลอดครั้งที่ 4 ขึ้นไปมีอัตราการตายสูงขึ้นมา

1.3 ส่วนสูงของหญิงตั้งครรภ์ หญิงตั้งครรภ์ที่มีส่วนสูงต่ำกว่า 144 เซนติเมตร จะมีอันตรายจากการคลอดยาก

1.4 หญิงตั้งครรภ์ที่มีน้ำหนักตัวก่อนการตั้งครรภ์น้อยกว่า 40 กิโลกรัม หรือมากกว่า 70 กิโลกรัม หรือน้ำหนักเพิ่มขึ้นระหว่างการตั้งครรภ์น้อยกว่า 7 กิโลกรัม จะมีผลทำให้ทารกแรกเกิดมีน้ำหนักตัวน้อย และมีอัตราการตายปริกำเนิดสูง

2. ลักษณะทางสังคม

ฐานะทางเศรษฐกิจ และสังคมมีความสำคัญอย่างมากในการกำหนดชีวิตความเป็นอยู่ และสิ่งแวดล้อม ของบุคคลและครอบครัว รวมทั้งภาวะโภชนาการ จึงทำให้หญิงตั้งครรภ์และทารกในครรภ์มีโอกาสเสี่ยงต่อการเจ็บป่วย และการตายสูง ระดับการศึกษาของหญิงตั้งครรภ์ถือเป็นลักษณะทางสังคมที่สำคัญ พบว่าถ้าหญิงตั้งครรภ์มีระดับการศึกษาต่ำ โดยเฉพาะอย่างยิ่งอยู่ในระดับอ่านไม่ออก เขียนไม่ได้ มักจะมีอัตราการตายสูงกว่ากลุ่มที่มีระดับการศึกษาสูง

3. ภาวะแทรกซ้อนและสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ ก่อนการตั้งครรภ์และขณะตั้งครรภ์

3.1 หญิงตั้งครรภ์ที่มีประวัติการตั้งครรภ์หรือคลอดผิดปกติมาก่อน เช่น เคยตกเลือดหลังคลอด เคยผ่าตัดคลอด คลอดก่อนกำหนด คลอดยาก ทารกตายในครรภ์ หรือตายแรกเกิดโดยไม่ทราบสาเหตุ จะมีอัตราการตายของหญิงตั้งครรภ์และหรือทารกปริกำเนิดสูงกว่ากลุ่มหญิงตั้งครรภ์ ที่ไม่มีประวัติความผิดปกติดังกล่าว

3.2 สุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ หญิงตั้งครรภ์ที่มีโรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน โรคหัวใจ โรคไตเรื้อรัง ภาวะเลือดจางก่อนหรือในขณะตั้งครรภ์ จะมีอัตราการตายของหญิงตั้งครรภ์ และหรือทารกปริกำเนิดสูงกว่ากลุ่มหญิงตั้งครรภ์ที่มีสุขภาพสมบูรณ์

3.3 หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะแทรกซ้อนระหว่างการตั้งครรภ์ คลอด หรือ

หลังคลอดเช่น ภาวะความดันเลือดสูง ตกเลือดก่อนคลอด ครรภ์แฝด ทารกมีก้นเป็นส่วนนำ จะมีอัตราการตายของหญิงตั้งครรภ์ และทารกปรกติกำเนิดสูงกว่ากลุ่มหญิงตั้งครรภ์ที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อน

ในทางปฏิบัติมักจะพบว่าเกณฑ์ที่ใช้ในการคัดเลือกหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงส่วนใหญ่ได้แก่ลักษณะทางชีวภาพ ภาวะแทรกซ้อน และภาวะสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ทั้งก่อนการตั้งครรภ์ และขณะตั้งครรภ์ และเมื่อพิจารณาตามเกณฑ์ที่ใช้เลือกแล้วจะพบว่าสามารถแบ่งลักษณะของภาวะเสี่ยงออกได้เป็น 2 ประเภทใหญ่ๆ คือ ภาวะเสี่ยงทางสุติกรรม และ ภาวะเสี่ยงทางอายุกรรม

ภาวะเสี่ยงที่เกิดขึ้นนั้นนอกจากจะส่งผลทางด้านร่างกายของทั้งหญิงตั้งครรภ์ และทารกในครรภ์แล้วนั้นยังส่งผลกระทบต่อทั้งทางด้านจิตใจ อารมณ์ และสังคมของหญิงตั้งครรภ์เป็นอย่างมาก เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ที่เกิดขึ้น เช่น การที่หญิงตั้งครรภ์ต้องไปฝากครรภ์บ่อยครั้งขึ้น และมีข้อจำกัดในการทำกิจวัตรประจำวันที่แตกต่างกันจากหญิงตั้งครรภ์ปกติทั่วไป ทำให้เกิดความรู้สึกกลัวปัญหาต่างๆที่ยังไม่เกิดขึ้นแต่อาจจะเกิดขึ้น เกิดความรู้สึกไม่สุขสบายจากภาวะการเจ็บป่วย หรือจากพยาธิสภาพของโรคที่เป็นอยู่ และถ้าอาการของโรครุนแรงมากขึ้นจนต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล จะทำให้หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงถูกแยกออกจากครอบครัว ซึ่งนับเป็นสาเหตุสำคัญอันหนึ่งที่ทำให้หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงเกิดความเครียด (White & Ritchie, 1984: 51) จากสภาพแวดล้อม และบทบาททางสังคมที่เปลี่ยนแปลงไปเป็นผู้ป่วยที่ต้องพึ่งพาผู้อื่น สภาพทางเศรษฐกิจที่ต้องมีค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น และความรู้สึกไม่ปลอดภัยโดยเฉพาะอย่างยิ่งในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงที่ไม่เคยสมหวังในการตั้งครรภ์ เช่น เคยแท้งบุตร เคยมีเด็กตายคลอด หรือ เคยคลอดบุตรที่มีความพิการจะยิ่งส่งผลให้เกิดความวิตกกังวล และความเครียดต่อหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงในที่สุด (ศิริพร นิตร์โพธิ์ทอง, 2536: 138)

จากที่กล่าวมาพอสรุปได้ว่า ภาวะเสี่ยงของหญิงตั้งครรภ์นั้นมีผลกระทบต่อทั้งสุขภาพร่างกาย จิตใจ และสังคม ของหญิงตั้งครรภ์รวมทั้งทารกในครรภ์ด้วย การที่จะลดอัตราการตายของหญิงตั้งครรภ์ และทารกในครรภ์อันเนื่องมาจากการตั้งครรภ์ และการคลอดนั้นเป็นสิ่งที่สามารถจะป้องกันไม่ให้เกิดขึ้นได้ ดังที่เบนสัน และเพอร์นอล (2538: 153) กล่าวว่า อย่างน้อย 3 ใน 4 ของการตายทางสุติศาสตร์(9/100,000 การคลอด) และอย่างน้อยครึ่งหนึ่งของทารกแรกคลอดที่ตาย (10/1,000การคลอด) ในประเทศสหรัฐอเมริกาเป็นการตายที่สามารถจะป้องกันได้ โดยโอบาค และเจนเสน (Bobak & Jensen, 1987: 719) ได้กล่าวไว้ว่ามีปัจจัยอยู่ 4 ปัจจัยที่สามารถลดอัตราการตายของหญิงตั้งครรภ์ได้ ซึ่งได้แก่

1. ความเจริญก้าวหน้าในเรื่องของการจัดการให้บริการทางการแพทย์
2. ความรู้ และความสามารถในการประยุกต์ใช้ความรู้ที่มีอยู่

3. การให้บริการด้านการดูแลหึงตั้งครรภ์ ที่ครอบคลุม และทั่วถึงกลุ่มประชากร เป้าหมาย ซึ่งต้องตระหนักและเห็นประโยชน์ของการให้หึงตั้งครรภ์มีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพ และเน้นให้การคลอดบุตรเป็นเหตุการณ์ที่ดีเหตุการณ์หนึ่ง โดยให้หึงตั้งครรภ์คลอดบุตรอย่างปลอดภัย และทารกมีสุขภาพสมบูรณ์แข็งแรง

4. การยอมรับการดูแลในระยะตั้งครรภ์ของหึงตั้งครรภ์

จะเห็นได้ว่าหึงตั้งครรภ์เป็นบุคคลที่สำคัญยิ่งบุคคลหนึ่งที่สามารถจะกำหนดภาวะสุขภาพของตนเอง ถึงแม้ว่าภาวะเสี่ยงบางอย่างจะไม่สามารถยับยั้งให้เกิดขึ้นได้ แต่การที่หึงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดี และมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพตนเอง เพื่อเตรียมความพร้อมสำหรับเหตุการณ์ต่างๆที่อาจจะเกิดขึ้น และพร้อมที่จะแก้ไขสถานการณ์ต่างๆอย่างเหมาะสม และทันทั่วทั้งที่ ก็อาจช่วยลดความรุนแรงหรือผลกระทบของภาวะเสี่ยงนั้นได้ ซึ่งจะส่งผลให้อัตราการตายของหึงตั้งครรภ์ และทารกลดลง

ปัญหาสุขภาพ และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในหึงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยง

พฤติกรรมสุขภาพ เป็นพฤติกรรมป้องกันโรคและการส่งเสริมสุขภาพเพื่อกองไว้ซึ่งภาวะสุขภาพที่ดี และเป็นการแสดงศักยภาพของมนุษย์ (Harris & Glute, 1979 cited by Pender, 1987: 38)

คาลล์ และคอบบี้(คาลล์ และคอบบี้, 1966 อ้างใน มัลลิกา มดีโก, 2534: 21-22) กล่าวถึงพฤติกรรมสุขภาพ(health behavior) ว่าเป็นการกระทำหรือการปฏิบัติของบุคคลที่มีสุขภาพดี และไม่มีอาการของความเจ็บป่วย โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อดูแลสุขภาพให้สมบูรณ์แข็งแรงอยู่เสมอ นอกจากนี้ยังรวมถึงพฤติกรรมเชิงป้องกันในชีวิตประจำวัน สำหรับพฤติกรรมสุขภาพอื่นๆเช่นการตรวจมะเร็งเต้านม การตรวจคลื่นหัวใจ หรือ การตรวจสุขภาพฟันเป็นระยะๆอาจจะไม่เป็นการป้องกันความเจ็บป่วย แต่จะช่วยให้บุคคลนั้นพบอาการเจ็บป่วยได้เร็วขึ้นและทำการรักษาเสียแต่เนิ่นๆ ผลกระทบจากความเจ็บป่วยก็จะลดน้อยลง นอกจากนี้พฤติกรรมสุขภาพอาจรวมไปถึงการสวมหน้ากาก การจัดสิ่งแวดล้อมภายในบ้านให้น่าอยู่ การรับประทานยาละลาย วิตามิน และการอาบน้ำอุ่น เป็นต้น

กอกแมน (กอกแมน, 1981 อ้างใน มัลลิกา มดีโก, 2534: 18-19) ได้กำหนดคำจำกัดความของพฤติกรรมสุขภาพซึ่งนำมาใช้ในการปฏิบัติไว้ว่า พฤติกรรมสุขภาพได้แก่ คุณสมบัติส่วนบุคคลต่างๆเช่น ความเชื่อ ความคาดหวัง แรงจูงใจ ค่านิยม การรับรู้ และองค์ความรู้อื่นๆ นอกจากนี้ยังรวมทั้งลักษณะบุคลิกภาพ ความรู้สึก อารมณ์ ลักษณะอุปนิสัย รูปแบบพฤติกรรมที่ปรากฏเด่นชัด และการกระทำซึ่งเกี่ยวข้องกับส่งเสริมสุขภาพ การฟื้นฟูสุขภาพ และ

การป้องกันสุขภาพ ดังนั้นคำจำกัดความของพฤติกรรมสุขภาพที่กำหนดนั้นจึงค่อนข้างกว้าง และครอบคลุมทั้งการกระทำที่แสดงเจตนาอย่างเปิดเผย สามารถสังเกตเห็นได้โดยตรง และเหตุการณ์ด้านความรู้สึก สภาพทางจิตที่อาจสังเกต หรือวัดโดยทางอ้อม ขณะเดียวกันคำจำกัดความของพฤติกรรมสุขภาพ ดังกล่าวยังรวมถึงคุณสมบัติส่วนบุคคลต่างๆที่ได้รับอิทธิพลจากกลุ่มต่างๆ สถาบันทางสังคม ตลอดจนปัจจัยทางสังคมและวัฒนธรรม ซึ่งสะท้อนถึงระบบวิถีคิด และพฤติกรรมต่างๆกัน

เพนเดอร์(Pender, 1987: 59-60) กล่าวว่า พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เป็นกิจกรรมที่บุคคลกระทำอย่างต่อเนื่องหรือเป็นแบบแผนการดำเนินชีวิต เพื่อยกระดับความเป็นอยู่ที่ดีและยกระดับการมีสุขภาพดี

เมอร์เรย์ และเซนเนอร์(Murray & Zentner, 1993: 659) ได้ให้ความหมายของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ว่าประกอบไปด้วย กิจกรรมซึ่งจะช่วยยกระดับสุขภาพของบุคคลให้สูงขึ้น และมีความผาสุก เกิดศักยภาพที่ถูกต้องหรือสูงสุดของบุคคล ครอบครัว กลุ่มชน ชุมชน และสังคม

สรุปได้ว่า พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ หมายถึง กิจกรรมที่บุคคลใดบุคคลหนึ่ง กระทำเพื่อส่งเสริมให้เกิดภาวะสุขภาพที่ดีทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม อันจะนำไปสู่ความปกติสุขและความมีศักยภาพสูงสุดของบุคคล ครอบครัว ชุมชน และสังคม โดยพฤติกรรมหรือการกระทำนั้นๆ มีทั้งที่สังเกตได้ และไม่ได้

การแก้ปัญหาสุขภาพอนามัยจะได้ผลดีหรือไม่นั้น จะต้องอาศัยการศึกษาพฤติกรรมของคนที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ และความเจ็บป่วย ดังนั้นจึงมีการพัฒนารูปแบบของการส่งเสริมสุขภาพ (Health Promoting Model) เพื่อใช้เป็นแนวทางในการอธิบายหรือคาดการณ์ถึงส่วนประกอบของพฤติกรรม และแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพของบุคคลที่เกิดขึ้น และรูปแบบที่ได้รับความสนใจอย่างแพร่หลายในปัจจุบัน คือ รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์(Pender's Health Promotion Model)

รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์

เพนเดอร์(Pender, 1987: 57, 60) ได้พัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจากทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม ภายใต้พื้นฐานของงานวิจัยเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพดี โดยมีจุดประสงค์ 3 ประการ คือ

1. เพื่อนำเสนอแนวคิดที่ใช้ในการอธิบายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของบุคคล
2. เพื่อทดสอบสมมติฐานอันเกิดจากการสังเกต
3. เพื่อการผสมผสานงานวิจัยอื่น ๆ ที่มีความเกี่ยวข้องกับรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพ

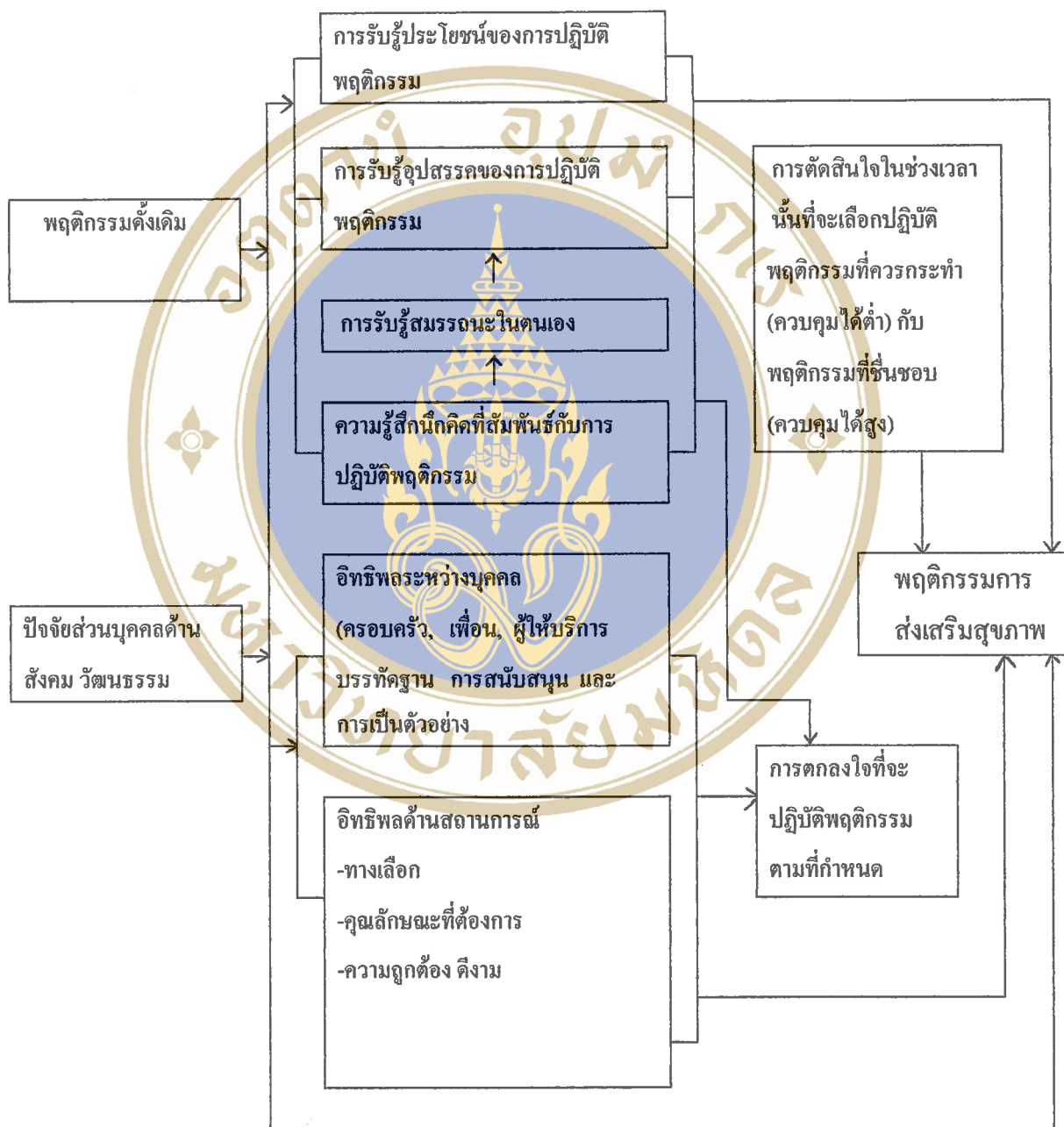
ในปี 1996 เพนเดอร์ ได้นำเสนอรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพที่มีการปรับปรุงแก้ไข (Pender, 1996: 66-73) โดยรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพใหม่นี้แสดงให้เห็นถึงปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งมี 2 ปัจจัยหลัก คือ ปัจจัยด้านลักษณะส่วนบุคคล และประสบการณ์ (Individual Characteristics and Experiences) ประกอบด้วยปัจจัยย่อย 2 ปัจจัยคือ ปัจจัยด้านพฤติกรรมดั้งเดิม (Prior Related Behavior) และปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยหลักอีกปัจจัยหนึ่งคือ ปัจจัยด้านความรู้ ความเข้าใจ และความรู้สึกลึกซึ้งที่เฉพาะเจาะจงต่อการแสดงพฤติกรรม (Behavior-Specific Cognitions and Affect) ประกอบด้วยปัจจัยย่อย 6 ปัจจัยคือ การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรม การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรม การรับรู้สมรรถนะในตนเอง ความรู้สึกลึกซึ้งที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมที่ปฏิบัติ อิทธิพลระหว่างบุคคล และอิทธิพลด้านสถานการณ์ ดังแสดงในแผนภูมิที่ 2 โดยมีรายละเอียดของแต่ละด้านดังต่อไปนี้



ลักษณะส่วนบุคคล
และประสบการณ์

ปัจจัยด้านความรู้-ความเข้าใจ และ
ความรู้สึกนึกคิดที่เฉพาะเจาะจง
ต่อการแสดงพฤติกรรม

ผลลัพธ์ด้านพฤติกรรม



แผนภูมิที่ 2 รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ ฉบับปรับปรุง

(Pender's Health Promotion Model, 1996: 67)

Copyright by Mahidol University

1.ปัจจัยด้านลักษณะส่วนบุคคลและประสบการณ์ (Individual Characteristics and Experiences)

บุคคลแต่ละคนจะมีคุณลักษณะส่วนบุคคล และประสบการณ์ที่แตกต่างกัน ซึ่งมีอิทธิพลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมครั้งต่อไป ความสำคัญของผลกระทบจากคุณลักษณะส่วนบุคคล และประสบการณ์ที่แตกต่างกันนี้จะขึ้นอยู่กับพฤติกรรมเป้าหมายที่นำมาพิจารณา และการเลือกปัจจัยด้านลักษณะส่วนบุคคลและประสบการณ์เพื่อวัดพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของบุคคลนั้น จำเป็นต้องเลือกให้เหมาะสม หรือมีความสัมพันธ์โดยตรงเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพที่เฉพาะเจาะจงหรือที่ต้องการจะศึกษา หรือเลือกให้เหมาะสมกับกลุ่มประชากรเป้าหมายที่ต้องการศึกษา

ปัจจัยด้านลักษณะส่วนบุคคลและประสบการณ์ ประกอบด้วยปัจจัยย่อย 2 ปัจจัย ดังนี้

1.1 พฤติกรรมดั้งเดิม(Prior Related Behavior) จากการศึกษาพบว่า ตัวทำนายที่ดีที่สุดของพฤติกรรม คือ ความถี่ของการปฏิบัติพฤติกรรมที่เหมือนกัน หรือพฤติกรรมที่คล้ายคลึงกับในอดีตที่ผ่านมา พฤติกรรมดั้งเดิมแสดงให้เห็นถึงผลกระทบโดยตรง และโดยอ้อม ที่นำไปสู่การปฏิบัติพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ ผลกระทบโดยตรงของพฤติกรรมดั้งเดิมต่อการปฏิบัติพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพในปัจจุบัน อาจเกี่ยวข้องกับการสร้างนิสัยจากการได้ปฏิบัติซ้ำๆกันซึ่งจะนำไปสู่การเกิดพฤติกรรมสุขภาพโดยอัตโนมัติ ส่วนผลกระทบโดยอ้อมของพฤติกรรมดั้งเดิมที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพนั้น จะมีผลผ่านทางกระบวนการรับรู้สมรรถนะในตนเอง การรับรู้อุปสรรค และ ความรู้สึนึกคิดที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมที่ปฏิบัติ ซึ่งแบนดูรา(Bandura, 1986 cited by N.J.Pender, 1996: 67) ได้กล่าวว่า การปฏิบัติพฤติกรรมใดๆก็ตาม และการได้รับข้อมูลป้อนกลับจากการได้ปฏิบัติพฤติกรรมนั้นๆ คือ ที่มาของสมรรถนะและทักษะของบุคคล

1.2 ปัจจัยส่วนบุคคล(Personal Factors) การเลือกปัจจัยส่วนบุคคลมาศึกษา เพื่อทำนายพฤติกรรมนั้นจะต้องเลือกปัจจัยส่วนบุคคลให้เหมาะสม หรือสัมพันธ์กับพฤติกรรมเป้าหมาย ซึ่งปัจจัยส่วนบุคคลในรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพนี้ประกอบไปด้วย

1.2.1 ลักษณะทางชีววิทยา(Personal biological factors) เช่น อายุ เพศ น้ำหนักตัว วัยรุ่น วัยหมดประจำเดือน ความสามารถในการออกกำลังกาย ความแข็งแรง หรือความสมดุลของร่างกาย เป็นต้น

1.2.2 ลักษณะทางด้านจิตใจ(Personal Psychological factors) ได้แก่ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง(Self-esteem) การจูงใจในตนเอง(Self-motivation) ความสามารถของบุคคล (Personal competence) การรับรู้ภาวะสุขภาพ (Perceived health status) และการให้คำจำกัดความของสุขภาพ (Definition of health).

1.2.3 ลักษณะทางสังคมวัฒนธรรม(Personal Sociocultural factors) ได้แก่ เชื้อชาติ สัญชาติ วัฒนธรรม การศึกษา และสถานะทางเศรษฐกิจ เป็นต้น

การนำเอาปัจจัยส่วนบุคคลที่มีอยู่มากมายมาศึกษานั้นควรจะต้องมีข้อจำกัด โดยศึกษาเพียงส่วนที่มีทฤษฎีที่สามารถอธิบาย หรือทำนายถึงพฤติกรรมเป้าหมายได้ ความแตกต่างของพฤติกรรมแต่ละพฤติกรรม จะแสดงให้เห็นถึงความสัมพันธ์กับปัจจัยส่วนบุคคลบางประการ เท่านั้นเช่น ความสามารถในการออกกำลังกายมีความสัมพันธ์กับการออกกำลังกาย แต่ไม่มีความสัมพันธ์กับการรับประทานอาหารตามโภชนาการ ถึงแม้ว่าปัจจัยส่วนบุคคลจะแสดงให้เห็นถึงอิทธิพลโดยตรงที่มีต่อความรู้ ความเข้าใจ และความรู้สึกลึกซึ้งที่เฉพาะเจาะจงต่อการแสดงพฤติกรรมและมีอิทธิพลโดยตรงต่อการปฏิบัติพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของบุคคล แต่ปัจจัยส่วนบุคคลบางปัจจัยก็ไม่สามารถที่จะเปลี่ยนแปลงได้ ดังนั้นจึงพบว่าไม่ค่อยมีการใช้ปัจจัยส่วนบุคคลเข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

2. ปัจจัยด้านความรู้ ความเข้าใจ และความรู้สึกลึกซึ้งที่เฉพาะเจาะจงต่อการแสดงพฤติกรรม(Behavior-Specific Cognitions and Affect)

ปัจจัยด้านนี้เป็นตัวแปรที่สำคัญในรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพด้านการสูงใจ นอกจากนี้ยังเป็นตัวแปรที่เป็นส่วนสำคัญของการเปลี่ยนแปลงกิจกรรมการพยาบาล ซึ่งประกอบด้วย

2.1 การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรม (Perceived Benefits of Action) บุคคลซึ่งวางแผนที่จะปฏิบัติพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพนั้นมักจะคาดการณ์ถึงประโยชน์ และผลที่จะได้รับจากการปฏิบัติพฤติกรรมนั้นๆก่อนเสมอ และการคาดหวังในประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมนี้เอง จะเป็นแรงเสริมหรือกระตุ้นให้บุคคลมีการปฏิบัติพฤติกรรมต่อไปในภายหลัง ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีความคาดหวังในคุณค่าที่กล่าวไว้ว่าการคาดการณ์ถึงประโยชน์เป็นสิ่งสำคัญในการสูงใจให้บุคคลปฏิบัติพฤติกรรม ความเชื่อมั่นในประโยชน์หรือความเชื่อที่ว่าผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจะเป็นไปในทางบวกนั้น แม้ว่าจะเป็นเงื่อนไขที่ไม่เพียงพอที่จะนำไปสู่การปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่เฉพาะเจาะจง แต่ก็เป็นสิ่งสำคัญซึ่งทำให้บุคคลมีแนวโน้มที่จะปฏิบัติพฤติกรรมได้ โดยความคาดหวังในคุณค่าจะมากหรือน้อยนั้นขึ้นอยู่กับประสบการณ์ที่ผ่านมาโดยตรงของบุคคล และขึ้นอยู่กับการเรียนรู้โดยการสังเกตจากประสบการณ์ที่เกี่ยวกับการปฏิบัติพฤติกรรมของผู้อื่น

ประโยชน์ในการปฏิบัติพฤติกรรมอาจเกิดได้ทั้งภายใน และภายนอก ตัวอย่างเช่น ประโยชน์ที่เกิดภายใน ประกอบด้วยความกระตือรือร้นที่เพิ่มมากขึ้น และความรู้สึกอ่อนล้าลดน้อยลง ประโยชน์ภายนอกที่ได้รับคือ รางวัล และการมีปฏิสัมพันธ์ที่ดีในสังคม เป็นต้น

ในเบื้องต้นนั้นประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากภายนอกภายหลังจากการปฏิบัติพฤติกรรมอาจมีความสำคัญต่อการจูงใจให้บุคคลปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ ในขณะที่ประโยชน์ที่เกิดขึ้นภายในอาจเป็นพลังงานในการจูงใจให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง ในรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพนั้น (HPM) การรับรู้ประโยชน์เป็นพฤติกรรมการจูงใจทั้งโดยตรง และโดยอ้อมของบุคคล ในการตกลงใจหรือตั้งใจที่จะวางแผนปฏิบัติพฤติกรรมที่คาดหวังว่าจะได้รับประโยชน์ภายหลังจากการปฏิบัติพฤติกรรมนั้น

2.2 การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรม (Perceived Barriers of Action) การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรม มีอิทธิพลต่อความตั้งใจที่จะปฏิบัติพฤติกรรม และมีอิทธิพลต่อการวางแผนเพื่อให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมนั้น อุปสรรคเป็นเพียงสิ่งที่บุคคลรับรู้หรือคาดคะเนเท่านั้น อาจเป็นความจริงหรือไม่เป็นความจริงก็ได้ การรับรู้อุปสรรคประกอบด้วย การรับรู้เกี่ยวกับความไร้ประโยชน์ ความไม่สะดวกสบาย ค่าใช้จ่าย ความยากลำบาก หรือความจำกัดของระยะเวลาที่ใช้ในการทำกิจกรรมนั้นๆ เป็นต้น อุปสรรคเปรียบเสมือนสิ่งขัดขวาง ไม่ให้บุคคลปฏิบัติพฤติกรรม หรือจูงใจให้บุคคลหลีกเลี่ยงที่จะปฏิบัติพฤติกรรมนั้น เมื่อบุคคลมีความพร้อมในการปฏิบัติพฤติกรรมน้อย ในขณะที่การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมมีมากพฤติกรรมหรือกิจกรรมนั้นก็ยากที่จะเกิดขึ้น ในทางกลับกันหากบุคคลมีความพร้อมในการปฏิบัติพฤติกรรมมาก และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมมีน้อยก็จะส่งผลให้บุคคลมีแนวโน้มที่จะปฏิบัติพฤติกรรมต่อไป

ดังนั้นการรับรู้อุปสรรค ตามรูปแบบพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ ของเพนเดอร์ที่ปรับปรุงขึ้นมาใหม่ (Pender, 1996: 67) จึงอธิบายได้ว่า มีอิทธิพลหรือผลกระทบโดยตรงต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ โดยขัดขวางการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพอนามัยที่ดีของบุคคล และมีอิทธิพลหรือผลกระทบทางอ้อมต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ โดยทำให้บุคคลขาดการวางแผนในการปฏิบัติพฤติกรรม

2.3 การรับรู้สมรรถนะในตนเอง (Perceived Self-Efficacy) การรับรู้สมรรถนะในตนเองตามความหมายของ แบนดูรา (Bandura, 1986 cited by N.J.Pender, 1996: 69) หมายถึง การตัดสินใจพิจารณาความสามารถของบุคคลในการจัดระบบและบริหารจัดการเกี่ยวกับกระทำหรือพฤติกรรมต่างๆ โดยไม่คำนึงถึงว่าบุคคลนั้นจะมีทักษะในการทำกิจกรรมนั้นหรือไม่ แต่เป็นการตัดสินใจพิจารณาว่า บุคคลนั้นสามารถที่จะทำอะไรได้บ้าง โดยมีทักษะหรือไม่มีทักษะก็ตาม การรับรู้สมรรถนะในตนเองของบุคคลแตกต่างจากความคาดหวังในผลลัพธ์ โดย การรับรู้สมรรถนะในตนเองเป็นการตัดสินใจพิจารณาเกี่ยวกับความสามารถของบุคคลในการกระทำพฤติกรรมนั้นให้สำเร็จ ในขณะที่ความคาดหวังในผลลัพธ์เป็นการตัดสินใจพิจารณาที่ผลลัพธ์ (เช่น

กำไร, ค่าใช้จ่าย) ซึ่งจะได้รับจากการปฏิบัติพฤติกรรมนั้น การรับรู้เกี่ยวกับทักษะ และความสามารถในตนเองนี้ เป็นสิ่งสำคัญในการจูงใจบุคคลให้มีการปฏิบัติพฤติกรรมที่ดี หรือถูกต้องเหมาะสม และยังส่งเสริมสนับสนุนให้บุคคลบรรลุถึงพฤติกรรมเป้าหมายมากกว่าความรู้สึกที่คิดว่าตนเองโง่เขลาและไม่มีทักษะ

การเรียนรู้ของบุคคลเกี่ยวกับการรับรู้ความสามารถในตน พัฒนามาจากปัจจัย 4 ปัจจัย คือ

1. การกระทำที่ได้บรรลุผลสำเร็จจากการปฏิบัติพฤติกรรมนั้น และการประเมินการกระทำตามมาตรฐานของตนเอง หรือจากการสะท้อนกลับที่ได้รับจากบุคคลอื่น(ได้รับการประเมินจากผู้อื่น)
2. โดยการสังเกตจากประสบการณ์จากการกระทำของผู้อื่น และนำมาประเมินเปรียบเทียบกับตนเอง
3. การชักจูงด้วยคำพูดของผู้อื่น ซึ่งทำให้บุคคลสามารถนำเอาความสามารถที่มีอยู่ในตนเองสร้างสรรค์กิจกรรมต่าง ๆ
4. สภาพร่างกาย (เช่น ความวิตกกังวล , ความกลัว , ความเจ็บ)

โดยปัจจัยทั้ง 4 นี้ บุคคลจะนำมาตัดสินใจพิจารณาความสามารถของตนเอง ในรูปแบบพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะในตนเอง เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลด้านความรู้สึกนึกคิดจากการเข้าไปเกี่ยวข้องกับกิจกรรม หรือจากการได้ปฏิบัติพฤติกรรม โดยผลกระทบในด้านบวกจะทำให้การรับรู้สมรรถนะในตนเองสูง ในทางกลับกันการรับรู้สมรรถนะภายในตนก็เปรียบเสมือนการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมได้ด้วย โดยบุคคลที่มีการรับรู้สมรรถนะในตนเองสูงจะมีผลทำให้มีการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมน้อย ดังนั้นการรับรู้สมรรถนะในตนเองจึงสูงทำให้เกิดพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพได้ ทั้งโดยตรงและโดยทางอ้อม

2.4 ความรู้สึกนึกคิดที่สัมพันธ์กับการปฏิบัติพฤติกรรม (Activity-Related Affect) ความรู้สึกนึกคิดของบุคคลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมนั้นเกิดขึ้นได้ทั้งก่อนที่จะปฏิบัติพฤติกรรม ระหว่างที่ปฏิบัติพฤติกรรม และเกิดขึ้นหลังจากปฏิบัติพฤติกรรมนั้นแล้ว ซึ่งขึ้นอยู่กับคุณสมบัติการเร้าของตัวพฤติกรรมเอง การตอบสนองด้านอารมณ์ และความรู้สึกเหล่านี้อาจอยู่ในระดับต่ำ ปานกลาง หรือรุนแรงก็ได้ ซึ่งทำให้บุคคลเกิดการเรียนรู้ และเก็บไว้ในความทรงจำ ทั้งยังก่อให้เกิดการสร้างพฤติกรรมในครั้งต่อไป การตอบสนองด้านอารมณ์ และความรู้สึกจากการที่บุคคลมีส่วนร่วมในพฤติกรรม ประกอบด้วยองค์ประกอบ 3 องค์ประกอบ คือ

1. การเร้าทางอารมณ์อันเกิดจากการปฏิบัติพฤติกรรม(activity-related)

2. การกระทำของบุคคลนั่นเอง(self-related)

3. สภาพแวดล้อมของสถานที่ซึ่งเป็นที่เกิดกิจกรรมหรือพฤติกรรม(context-related)

ผลของความรู้สึกที่เกิดขึ้นจะมีอิทธิพลต่อบุคคลในการที่จะเลือกปฏิบัติหรือไม่ปฏิบัติพฤติกรรมนั้นซ้ำอีกหรือคงพฤติกรรมนั้นให้ยาวนานต่อไป อารมณ์ และความรู้สึกนึกคิดที่เกิดร่วมกับพฤติกรรมนั้นเป็นผลสะท้อนด้านอารมณ์โดยตรงจากการปฏิบัติพฤติกรรมนั้น ซึ่งอาจเป็นความรู้สึกด้านบวกหรือด้านลบก็ได้ ได้แก่ ความรู้สึกสนุก ความรู้สึกลื้มปีติ หรือ เบิกบานใจ ความรู้สึกเพลิดเพลิน ความรู้สึกรังเกียจ หรือความรู้สึกไม่ชอบ พฤติกรรมที่เกิดขึ้นร่วมกับความรู้สึกด้านบวกจะส่งผลให้บุคคลปฏิบัติพฤติกรรมนั้นซ้ำอีก ในขณะที่พฤติกรรมที่เกิดขึ้นร่วมกับความรู้สึกด้านลบจะส่งผลให้บุคคลหลีกเลี่ยงที่จะทำพฤติกรรมนั้น แต่จะพบว่าพฤติกรรมบางพฤติกรรมนั้นถูกเหนี่ยวนำให้เกิดขึ้นได้โดยความรู้สึกทั้งในด้านบวกและลบ ดังนั้นความสัมพันธ์ที่สมดุลระหว่าง ความรู้สึกนึกคิดทั้งด้านบวกและด้านลบที่เกิดขึ้นก่อนมีพฤติกรรม ขณะมีพฤติกรรม และหลังจากมีพฤติกรรมจึงเป็นสิ่งสำคัญที่ควรได้มีการประเมิน หรือค้นหา

การประเมินความรู้สึกนึกคิดที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมนั้นแตกต่างจากการประเมินทัศนคติตามแนวคิดของฟิชเบิน และอเชน (Fishbein & Ajzen, 1975 cited by N.J.Pender, 1996: 70) การประเมินทัศนคติสะท้อนถึงการประเมินความรู้สึกนึกคิดที่มีต่อผลลัพธ์ของการปฏิบัติพฤติกรรม มากกว่าที่จะประเมินการตอบสนองต่อสิ่งเร้าที่ได้จากการปฏิบัติพฤติกรรม

ในทุกๆพฤติกรรมจำเป็นต้องมีการวัดระดับความรู้สึกนึกคิดทั้งด้านบวกและด้านลบที่เหมาะสม จึงมีเครื่องมือหลายอันที่ถูกเสนอให้นำมาใช้วัดความรู้สึก ความรู้สึกนึกคิดด้านลบนั้นมีการนำมาศึกษาอย่างกว้างขวางมากกว่าความรู้สึกนึกคิดด้านบวก จึงไม่ใช่เรื่องน่าแปลกที่ความวิตกกังวล ความกลัว และความกดดัน ถูกนำมาศึกษามากกว่าความเพลิดเพลิน ความปีติและความสงบ จากทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคมได้นำเสนอความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ทางสมรรถนะในตนเองและความรู้สึกนึกคิด จากการได้เข้าไปมีส่วนร่วมกับการกิจกรรมนั้น โดยแมคคอบเร และเคอเนยา (McAuley & Courneya, 1992 cited by N.J. Pender, 1996: 70) พบว่าการตอบสนองทางอารมณ์ด้านบวกตลอดระยะเวลาการออกกำลังกาย สามารถทำนายการรับรู้ความสามารถหลังออกกำลังกายได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของ แบนดูรา ที่พบว่า การตอบสนองทาง อารมณ์และสภาพร่างกายตลอดการมีพฤติกรรม เปรียบเสมือนแหล่งที่มาของข้อมูลหรือการรับรู้ถึงสมรรถนะในตนเอง ดังนั้นความรู้สึกนึกคิดจากการเข้าไปมีส่วนร่วมในการกิจกรรม จึงมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยตรง ขณะเดียวกันก็มีผลทางอ้อมต่อการรับรู้สมรรถนะในตนเอง และการตกลงใจที่จะปฏิบัติพฤติกรรมตามแผนที่กำหนดไว้

2.5 อิทธิพลระหว่างบุคคล (Interpersonal Influences) จากรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพ อิทธิพลระหว่างบุคคลเป็นการเรียนรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมความเชื่อหรือทัศนคติของผู้อื่น การเรียนรู้เหล่านี้อาจจะตรงกับความเป็นจริงหรือไม่ตรงกับความเป็นจริงก็ได้ แหล่งกำเนิดแรกของความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ คือ ครอบครัว (บิดา มารดา หรือพี่น้อง) เพื่อนและผู้ดูแลสุขภาพ อิทธิพลระหว่างบุคคลประกอบด้วย 1) บรรทัดฐาน (ความคาดหวังของผู้อื่น) 2) การสนับสนุนทางสังคม (ด้านเครื่องมือ และด้านอารมณ์) และ 3) แบบอย่าง (เรียนรู้โดยการสังเกตจากประสบการณ์ของผู้อื่น) กระบวนการปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลทั้ง 3 กระบวนการนี้แสดงให้เห็นถึงอารมณ์ และความรู้สึกนึกคิดของบุคคลอันจะนำไปสู่การมีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ โดยบรรทัดฐานของสังคมเป็นตัวกำหนดมาตรฐานการกระทำซึ่งบุคคลสามารถที่จะรับไว้หรือปฏิเสธก็ได้ ส่วนการสนับสนุนทางสังคมต่อการปฏิบัติพฤติกรรมเป็นแหล่งช่วยเหลือที่ได้รับจากผู้อื่น และแบบอย่างที่กระทำติดต่อกันมาประกอบขึ้นเป็นพฤติกรรมสุขภาพ และเป็นกลยุทธ์ที่สำคัญของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมตามทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม อิทธิพลของความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลมีผลกระทบต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ โดยตรงขณะเดียวกันก็มีผลทางอ้อมโดยเป็นแรงกดดันต่อสังคมหรือส่งเสริม และกระตุ้นให้บุคคลมีการกระทำวางแผนในการที่จะปฏิบัติพฤติกรรมนั้นๆ

บุคคลแต่ละคนมีความแตกต่างกันในด้านความไวต่อความรู้สึกถึง ความปรารถนา ตัวอย่างหรือแบบอย่างของการปฏิบัติพฤติกรรม และการสรรเสริญของผู้อื่น อย่างไรก็ตามให้แรงจูงใจอย่างพอเพียงตามแนวทางของอิทธิพลระหว่างบุคคลแล้วนั้น บุคคลก็จะกระทำพฤติกรรมซึ่งเขาได้รับคำชมหรือถูกผลักดันจากสังคม อิทธิพลระหว่างบุคคลจึงมีผลสะท้อนทำให้บุคคลต้องใส่ใจต่อพฤติกรรม และความปรารถนา หรือความต้องการของผู้อื่น ตลอดจนการเข้าถึงความต้องการของผู้อื่นให้ได้ด้วย

2.5 อิทธิพลด้านสถานการณ์ (Situational Influences) การรับรู้ของบุคคล และการเรียนรู้จากสถานการณ์หรือบริบทต่างๆสามารถเอื้ออำนวย หรือขัดขวางการเกิดพฤติกรรมได้ อิทธิพลของสถานการณ์ต่อการปฏิบัติพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ ประกอบด้วย การรับรู้ประโยชน์ของทางเลือก คุณลักษณะของความต้องการ และความสวยงามน่าชื่นชมของสภาพแวดล้อมที่ซึ่งจะให้พฤติกรรมนั้นๆ เกิดขึ้น โดยทั่วไปบุคคลมักจะถูกชักจูงให้สามารถปฏิบัติพฤติกรรมได้ดีในสถานการณ์ หรือสภาพแวดล้อมซึ่งบุคคลรู้สึกเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน รู้สึกผูกพัน ปลอดภัย และมั่นใจ มากกว่าความรู้สึกว่าไปด้วยกันไม่ได้ แยกแยก ไม่ปลอดภัย และถูกคุมคาม อาจกล่าวได้ว่าสภาพแวดล้อมที่ตรงใจและน่าสนใจนั้นเป็นสิ่งที่บุคคลปรารถนาหรือชอบในการที่ปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

ในรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพที่ปรับปรุงใหม่นี้ อิทธิพลของสถานการณ์เปรียบเสมือนอิทธิพลโดยตรงและโดยอ้อมต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ สถานการณ์อาจจะมีผลกระทบโดยตรงต่อการปฏิบัติพฤติกรรม โดยการบรรจุสัญลักษณ์ หรือสัญญาณของการแสดงในสิ่งที่ควรปฏิบัติ เช่น การติดป้าย “ห้ามสูบบุหรี่” แสดงให้เห็นคุณลักษณะที่เป็นที่ต้องการของสถานที่แห่งนั้น หรือบริเวณนั้นว่าต้องการให้ปฏิบัติพฤติกรรมการงดสูบบุหรี่ เป็นต้น ซึ่งสถานการณ์นี้เป็นการกระทำเพื่อให้มีสุขภาพดี ดังนั้นการศึกษอิทธิพลของสถานการณ์อาจเป็นกุญแจสำคัญที่จะนำไปสู่การพัฒนากลยุทธ์ใหม่ที่มีประสิทธิภาพ สำหรับเอื้ออำนวยต่อการปฏิบัติ และคงไว้ซึ่งการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีต่อไป

3. ผลลัพธ์ด้านพฤติกรรม(Behavior Outcomes)

การตกลงใจที่จะปฏิบัติพฤติกรรมตามแผนที่กำหนดไว้เป็นจุดเริ่มต้นของการเกิดพฤติกรรม โดยผลักดันให้บุคคลแสดงออกมาเป็นพฤติกรรม แต่การปฏิบัติพฤติกรรมตามที่ได้ตกลงใจหรือตั้งใจไว้แล้วนั้นอาจจะไม่เกิดขึ้น อันเนื่องมาจากการที่บุคคลนั้นต้องเลือก หรือมีความจำเป็นบางอย่างที่เข้ามาซึ่งบุคคลไม่สามารถที่จะหลีกเลี่ยงได้ หรือการที่บุคคลต้องต่อสู้กับความรู้สึกชั้นขอบที่มีอยู่ภายในตนเอง ในการที่จะเลือกกระทำพฤติกรรมที่ไม่ได้คาดหวังซึ่งเป็นพฤติกรรมที่ชื่นชอบ แทนการปฏิบัติพฤติกรรมตามที่ได้ตกลงใจหรือวางแผนไว้ โดยที่บุคคลไม่สามารถที่จะต่อต้านได้เช่นกัน

3.1 การตกลงใจที่จะปฏิบัติพฤติกรรมตามแผนที่กำหนดไว้(Commitment to a Plan of Action) พฤติกรรมของมนุษย์โดยทั่วไปจะมีความเป็นระบบมากกว่าไม่เป็นระบบตามที่อาเซน และฟิชเบิน(Ajzen & Fishbein, 1975 cited by N.J.Pender, 1996: 72) ได้กล่าวว่า ความตั้งใจนั้นเป็นตัวสำคัญที่กำหนดการแสดงพฤติกรรมนั้นด้วยความเต็มใจ ความตั้งใจที่จะปฏิบัติพฤติกรรมตามแผนที่กำหนดไว้ในรูปแบบใหม่ของแบบจำลองพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ อยู่ภายใต้กระบวนการทางด้านความรู้ความเข้าใจ ได้แก่

(1) การตกลงใจ หรือความตั้งใจที่จะกระทำพฤติกรรมนั้นต่อไปให้สำเร็จตามเวลาและสถานที่ที่กำหนด ไม่ว่าจะปฏิบัติโดยลำพัง หรือปฏิบัติร่วมกับบุคคลอื่นก็ตาม

(2) วิเคราะห์หาวิธีการ หรือกลยุทธ์ที่จะทำให้เกิดแรงเสริมในการปฏิบัติพฤติกรรมนั้นต่อไป

วิธีการเฉพาะที่จะนำมาใช้กับพฤติกรรมซึ่งมีความแตกต่างกัน เพื่อนำไปสู่ความตั้งใจที่จะวางแผนการปฏิบัติพฤติกรรมนั้นเป็นเรื่องที่ควรจะได้มีการศึกษากันต่อไปในอนาคต ซึ่งการวางแผนเพื่อให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมที่ประสบผลสำเร็จนั้น ได้มีการพัฒนาขึ้น

โดยพยาบาลร่วมกับผู้ป่วย ตัวอย่างเช่น วิธีการที่ใช้แบบมีข้อตกลงร่วมกันในการกระทำกิจกรรมอย่างหนึ่ง โดยฝ่ายหนึ่งเป็นผู้ตกลงกับอีกฝ่ายหนึ่งว่าจะให้ของรางวัล หรือให้การเสริมแรงอย่างอื่น ถ้าการตกลงใจที่จะกระทำนั้นจะยังคงอยู่ตลอดไป ซึ่งวิธีการนี้ผู้ป่วยสามารถที่จะเลือกปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพตามวิธีการที่พวกเขาต้องการ รวมทั้งสามารถเปลี่ยนแปลงกลยุทธ์ต่างๆ ได้ด้วย

3.2 การตัดสินใจในช่วงเวลานั้นที่จะเลือกปฏิบัติพฤติกรรมที่ควรกระทำ
กับพฤติกรรมที่ขึ้นชอบ (Immediate competing demands and preferences) พฤติกรรมที่ควรกระทำ กับพฤติกรรมที่ขึ้นชอบนี้ จะเกิดขึ้นในทันทีทันใด และเกิดขึ้นก่อนที่บุคคลจะมีการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพตามที่ได้ตั้งใจไว้ก่อนนั้นแล้ว ความต้องการหรือความจำเป็นที่จะต้องปฏิบัติพฤติกรรมที่ควรกระทำนั้นเป็นสิ่งที่บุคคลควบคุมได้ต่ำ เนื่องจากเป็นความต้องการหรือความจำเป็นที่เกิดจากสภาพแวดล้อมภายนอก เช่น ความรับผิดชอบที่มีต่องานและความรับผิดชอบในการดูแลครอบครัว ซึ่งความล้มเหลวที่จะตอบสนองต่อความต้องการหรือ ความจำเป็นที่จะต้องปฏิบัติพฤติกรรมที่ควรกระทำนี้ อาจมีผลอย่างร้ายแรงต่อตนเองหรือบุคคลสำคัญอื่นๆ ส่วนพฤติกรรมที่ขึ้นชอบนั้นเป็นสิ่งที่บุคคลสามารถควบคุมได้สูง เนื่องจากความรู้สึกขึ้นชอบเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นภายในตัวบุคคล ไม่ได้เกิดจากสภาพแวดล้อมภายนอก เช่น เลือกรับประทานอาหารที่มีไขมันสูงมากกว่าอาหารที่มีไขมันต่ำ เพราะความชอบ หรือการขับรถเข้าไปในศูนย์การค้าระหว่างทางที่จะไปออกกำลังกาย เพราะพอใจที่จะไปจับจ่ายซื้อของมากกว่าที่จะไปออกกำลังกาย เป็นต้น การยับยั้งการปฏิบัติพฤติกรรมที่ขึ้นชอบนั้น จะต้องใช้ความสามารถที่จะควบคุมตนเองของบุคคล และการตัดสินใจที่แน่วแน่ ในการที่จะปฏิบัติพฤติกรรมตามแผนการที่ได้กำหนดไว้แล้ว ซึ่งอาจจะสนับสนุนให้เกิดพฤติกรรมที่สมบูรณ์ได้ แต่อย่างไรก็ตามหากบุคคลไม่สามารถที่จะควบคุมความพึงพอใจ หรือความรู้สึกชอบซึ่งเกิดขึ้นภายในตนเองแล้วนั้นจะส่งผลให้บุคคลเกิดความล้มเหลวในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพตามที่ได้วางแผนไว้

ดังได้กล่าวมาแล้วจะเห็นได้ว่าทั้ง พฤติกรรมที่ควรกระทำ ซึ่งเป็นความต้องการที่เกิดจากสภาพแวดล้อมภายนอก กับพฤติกรรมที่ขึ้นชอบ ซึ่งเกิดจากความชอบที่เกิดขึ้นภายในตัวบุคคล ต่างก็มีผลทำให้บุคคลแสดงพฤติกรรมที่ไม่ได้คาดหวังออกมา และส่งผลให้บุคคลเกิดความล้มเหลวในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพตามที่ได้วางแผนไว้ เช่นเดียวกัน

พฤติกรรมที่ควรกระทำ แตกต่างจากอุปสรรคตรงที่บุคคลจะต้องแสดงพฤติกรรมที่ควรกระทำต่อไปให้สำเร็จ ส่วนพฤติกรรมที่ขึ้นชอบแตกต่างไปจากอุปสรรค เพราะความรู้สึกชอบที่เกิดขึ้นนั้นจะถูกกระตุ้นในช่วงเวลาที่สุกท้าย บุคคลจึงมีเวลาจำกัดในการที่จะต้องตัดสินใจเลือกกระทำระหว่างพฤติกรรมใดพฤติกรรมหนึ่ง ก็จะเลือกปฏิบัติพฤติกรรมตามที่ได้วางแผนไว้ หรือเลือกที่จะปฏิบัติพฤติกรรมที่ตนเองขึ้นชอบ

ในรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพนั้น พฤติกรรมที่ควรกระทำ กับพฤติกรรมที่
 ขัดขืน มีผลกระทบโดยตรงต่อความเป็นไปได้ของการเกิดพฤติกรรม และมีผลต่อความตั้งใจหรือ
 การตกลงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมของบุคคล

3.3 พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (Health-Promoting Behavior)

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเป็นจุดสุดท้ายหรือเป็นผลลัพธ์ของการปฏิบัติในแบบจำลองนี้ ซึ่งจะนำ
 ไปสู่ผลลัพธ์ด้านสุขภาพในทางบวกของผู้รับบริการ โดยเฉพาะเมื่อผสมผสานพฤติกรรมการ
 ส่งเสริมสุขภาพนี้เข้าไปในวิถีการดำเนินชีวิตด้านสุขภาพของบุคคล ก็จะส่งผลให้เกิดภาวะสุขภาพดี
 ตลอดช่วงชีวิตของบุคคลนั้นได้

แบบจำลองพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่มีการปรับปรุงแก้ไขใหม่นี้ ได้รวม
 ความคาดหวังในผลลัพธ์ของทฤษฎีการให้คุณค่า และความคาดหวังในสมรรถนะในตนเองที่ครอบ
 คลุมทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม ซึ่งนำไปปัจจัยด้านพฤติกรรม สถานการณ์ ความสัมพันธ์ระหว่าง
 บุคคล รวมทั้งสติปัญญา และปัจจัยด้านบุคคลอื่นๆจะถูกรวมอยู่ในแบบจำลองนี้ด้วย ดังนั้นปัจจัย
 ต่างๆจึงเป็นส่วนประกอบในกรอบแนวคิดนี้ ซึ่งแบบจำลองนี้จะเน้นไปที่ตัวบ่งชี้พฤติกรรม 10
 อย่าง ดังได้กล่าวแล้วข้างต้นเพื่อนำมาวิเคราะห์ ศึกษา และอธิบายพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล

การประเมินพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ

เพนเดอร์(Pender, 1982 cited by Walker, Sechrist & Pender, 1987: 76) กล่าวว่า
 พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ(Health-Promoting Behaviors) อธิบายถึงความสามารถของบุคคลใน
 การคงไว้ หรือยกระดับของภาวะสุขภาพเพื่อความผาสุก(well being) และควมมีคุณค่าในตนเอง
 โดยประเมินได้จากแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพ จากแบบวัดแบบแผนการดำเนินชีวิต
 และนิสัยสุขภาพ (The lifestyle and health habits assessment: LHHA) ซึ่งวอล์คเกอร์ ซีคริสต์ และ
 เพนเดอร์ (Walker, Sechrist & Pender, 1987: 76-81; Pender, 1996: 134) ได้พัฒนารูปแบบของ
 แบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพ (Health Promoting Lifestyle Profile) โดยมีพื้นฐานมาจาก
 แบบวัดแบบแผนการดำเนินชีวิตและนิสัยสุขภาพ 6 ด้าน ดังนี้ คือ

1. ด้านโภชนาการ (Nutrition) ประกอบด้วยข้อคำถามที่เกี่ยวกับรูปแบบการรับประทานอาหาร
 การเลือกรับประทานอาหารเพื่อให้ได้รับสารอาหารครบทั้ง 5 หมู่ มีคุณค่าทางโภชนาการ
 ในปริมาณที่เพียงพอแก่ความต้องการของร่างกาย

2. ด้านการออกกำลังกาย (Exercise and Physical activity) เป็นการประเมินแบบแผน
 วิธีการ และความสม่ำเสมอของการออกกำลังกาย รวมไปถึงการคงไว้ซึ่งความสมดุลของร่างกาย
 ขณะนั่งหรือยืน และการปรับเปลี่ยนอิริยาบถต่างๆ

3. ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ (Health responsibility) เป็นการรวมกันของการประเมินเกี่ยวกับการดูแลตนเองทั่วไป และการใช้ระบบบริการสุขภาพ เช่นการประเมินเกี่ยวกับการเอาใจใส่ดูแล และรับผิดชอบต่อสุขภาพตนเอง การหาความรู้ด้านสุขภาพ และแสวงหาความช่วยเหลือจากบุคลากรด้านสุขภาพเมื่อจำเป็น

4. ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (Interpersonal Relation or Interpersonal Support) เป็นการประเมินเกี่ยวกับการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น ซึ่งจะช่วยให้บุคคลได้รับประโยชน์ในด้านการสนับสนุนต่างๆ เช่น ช่วยให้ความตึงเครียดลดลง หรือช่วยในการแก้ปัญหาต่างๆ ได้

5. ด้านการจัดการกับความเครียด (Stress management) เป็นการประเมิน เกี่ยวกับกิจกรรมที่บุคคลกระทำเพื่อผ่อนคลายความตึงเครียด และการแสดงออกทางอารมณ์ที่เหมาะสมและแบบแผนการนอนหลับ

6. ด้านความสำเร็จในชีวิตแห่งตน (Self actualization or spiritual growth) เป็นการประเมินเกี่ยวกับความกระตือรือร้นในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ความตระหนักในการให้ความสำคัญกับชีวิต การกำหนดจุดมุ่งหมายในชีวิตทั้งระยะสั้นและระยะยาว ความพึงพอใจในชีวิตและความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยง

ดังได้กล่าวมาแล้วว่าการตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยง ถือเป็นภาวะวิกฤตอย่างหนึ่งของชีวิต เนื่องจากการตั้งครรภ์ที่ทำให้หญิงตั้งครรภ์และทารกในครรภ์มีอันตราย และมีโอกาสเสี่ยงตายสูงขึ้นทั้งในระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอด หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงจึงมีความจำเป็นที่จะต้องมีการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ถูกต้องเหมาะสม เพื่อเตรียมความพร้อมทั้งร่างกาย และจิตใจในการที่จะเผชิญกับภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้ และจากแบบ ประเมินพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ตามแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพ 6 ด้าน ของเพนเดอร์ (Pender, 1996: 134) หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงควรมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพดังนี้คือ

1. ด้านโภชนาการ (Nutrition)

การตั้งครรภ์เป็นระยะที่มีการสร้างเซลล์และเนื้อเยื่อต่างๆ เกิดขึ้นมากกว่าปกติเพราะอัตราการเติบโตของทารกในครรภ์สูงกว่าในระยะอื่นของชีวิต โดยเหตุนี้ความต้องการทางโภชนาการระหว่างตั้งครรภ์จึงเป็นผลมาจากความต้องการด้านร่างกายของหญิงตั้งครรภ์ ความต้องการของทารกในครรภ์ที่เติบโตรวดเร็วที่สุด การสร้างรก และการขยายตัวของมดลูก การเตรียมอาหารที่มีคุณค่าทางโภชนาการสูง ในปริมาณที่เพียงพอแก่ความต้องการในระยะนี้ จะช่วยให้หญิงตั้งครรภ์มีสุขภาพที่สมบูรณ์และให้กำเนิดทารกที่เติบโตแข็งแรงเต็มที่ แต่ถ้าหญิงตั้งครรภ์ได้

รับอาหารไม่ถูกต้อง หรือไม่เพียงพอ ทารกในครรภ์ก็จะดึงสารอาหารจากร่างกายมารดาไปใช้ ทำให้สุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ทรุดโทรม ความรุนแรงของภาวะเสี่ยงที่มีอยู่เดิมจะยิ่งเพิ่มมากขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งภาวะเสี่ยงจากโรคโลหิตจาง และถ้าหญิงตั้งครรภ์ได้รับสารอาหารน้อยลงไปอีก จนไม่เพียงพอต่อความต้องการของทารกในครรภ์ ทารกในครรภ์ก็จะขาดอาหารตามหญิงตั้งครรภ์ไปด้วย ส่งผลให้ทารกที่คลอดออกมามีน้ำหนักน้อย เชาวน์ปัญญาต่ำ ไม่แข็งแรง และอาจมีความพิการแต่กำเนิด และตายคลอดในอัตราที่สูง (Abel, In Ann. L. Clark, Dyanne D, Affonso & Thomas R. Harris, Eds., 1979: 177; Delgand et. al. cited by Moore, 1981: 47) เบลม กล่าวว่าการทำให้หญิงตั้งครรภ์เข้าใจถึงความสำคัญของสถานะ โภชนาการ และส่งเสริมให้หญิงตั้งครรภ์มีภาวะโภชนาการที่ดี จะทำให้อัตราป่วย(morbidity) และอัตราตาย (mortality) ของหญิงตั้งครรภ์และทารกลดลง (Abel, In Ann. L. Clark, Dyanne D, Affonso & Thomas R. Harris, Eds., 1979: 176) ทั้งยังช่วยขจัดหรือลดความยุ่งยาก และโรคแทรกซ้อนในระหว่างตั้งครรภ์และคลอดบุตรได้อีกด้วย ดังนั้นหญิงตั้งครรภ์จึงควรได้รับสารอาหารให้ครบถ้วนทั้งปริมาณและคุณภาพ โดยบริโภคอาหารที่ให้พลังงานเพิ่มขึ้นจากเดิมวันละ 200-300 แคลอรี (ควาน ขาวหนู, 2534: 271; Burroughs, 1992: 94-95) หรือพลังงานที่ควรได้รับทั้งหมดต่อวันเท่ากับ 2500 แคลอรี และน้ำหนักที่ควรเพิ่มในหญิงตั้งครรภ์ ประมาณ 10-12.5 กิโลกรัม หรือไม่เกินร้อยละ 25 ของน้ำหนักเดิมก่อนตั้งครรภ์ โดยระยะแรกของการตั้งครรภ์ น้ำหนักเพิ่มน้อยที่สุดประมาณ 1-1½ กิโลกรัม และในไตรมาสที่ 2 ของการตั้งครรภ์จะเพิ่มประมาณ 5-6 กิโลกรัม และไตรมาสที่ 3 ของการตั้งครรภ์จะเพิ่มประมาณ 4-5 กิโลกรัม (เทียมสร ทองสวัสดิ์, 2531: 178-180) และอาหารที่หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงควรได้รับมีดังต่อไปนี้

อาหารประเภทโปรตีน จำเป็นต่อการเสริมสร้างการเจริญเติบโตของทารกและการสร้างเนื้อเยื่อต่างๆของหญิงตั้งครรภ์ หญิงตั้งครรภ์โดยทั่วไปจึงควรได้รับโปรตีนเพิ่มจากปริมาณปกติที่ได้รับไม่น้อยกว่าร้อยละ 40 (ควาน ขาวหนู, 2534: 272) โดยรับประทานไข่วันละ 1 ฟองเป็นอย่างน้อย เนื้อสัตว์ มีอะซิด หรือ 100 กรัม ซึ่งเท่ากับปลาขนาดกลาง 1 ตัวเป็นอย่างน้อย ถั่วโดยเฉพาะ ถั่วเหลือง เครื่องในสัตว์ เช่น ตับ หัวใจ ปลาเล็กปลาน้อย หรือกุ้งฝอยที่ทอดกรอบ อาหารทะเลเช่น หอย ปูทะเล ควรรับประทานอย่างน้อยสัปดาห์ละ 2 ครั้ง และดื่มนมให้มากอย่างน้อยวันละ 3 แก้ว จากการศึกษาของ อรสา เปรมานิน (2530: 94) พบว่า หญิงตั้งครรภ์มีพฤติกรรมการปฏิบัติตนที่ไม่เหมาะสม โดยรับประทานอาหารจำพวกไข่ นม และเนื้อ และชอบรับประทานอาหารสุกๆ ดิบๆ ในระยะตั้งครรภ์ ซึ่งจะเป็สาเหตุให้หญิงตั้งครรภ์นั้นขาดโปรตีน มีผลกระทบต่อสุขภาพของมารดา และทารกในครรภ์

อาหารประเภทคาร์โบไฮเดรต ได้แก่ อาหารประเภทแป้ง เช่น ข้าว ขนมปัง น้ำตาล เผือก มัน เป็นต้น ควรรับประทานเท่ากับคนปกติคือ ไม่เกิน 6 ถ้วยต่อวัน

อาหารประเภทไขมัน ควรรับประทานเท่ากับคนปกติ คือ วันละ 2 1/2 - 3 ช้อนโต๊ะ และใช้น้ำมันพืชแทนไขมันจากสัตว์

วิตามิน เป็นสิ่งจำเป็นต่อขบวนการเผาผลาญในร่างกาย ทั้งวิตามินที่ละลายในไขมัน (เอ ดี อี เค) ซึ่งจำเป็นต่อการเจริญเติบโตของอวัยวะต่างๆ ของหญิงตั้งครรภ์ และทารกในครรภ์ และวิตามินที่ละลายในน้ำ ซึ่งจำเป็นต่อการแบ่งตัวของเซลล์ และช่วยในการเผาผลาญอาหารประเภทแป้ง ไขมัน โปรตีน และแร่ธาตุ ดังนั้นหญิงตั้งครรภ์จึงควรรับประทานผลไม้พวกส้ม หรือผลไม้ที่ให้วิตามินซีสูง อย่างน้อยวันละ 1 ผล และรับประทานผลไม้อื่นๆ ด้วย เช่น มะละกอสุก มะม่วงสุก กล้วยไข่ เพราะให้วิตามินเอสูง กล้วยน้ำว้า และกล้วยหักมุก มีวิตามินบี และเอสูง นอกจากนี้ควรดื่มน้ำผลไม้ให้มาก เพราะนอกจากจะได้รับสารอาหารที่มีประโยชน์แล้วยังช่วยป้องกันท้องผูกด้วย

เกลือแร่

- แคลเซียม ทารกในครรภ์ในระยะสามเดือนแรกจะมีการเจริญเติบโตของเซลล์มาก ในเดือนที่ 3 จะเกิดมีกระดูกขากรรไกร และฟัน กระดูกโครงร่างอื่นก็จะเพิ่มขนาด และใหญ่ขึ้นตามอายุ ซึ่งในการสร้างกระดูกและฟันนั้นต้องใช้แคลเซียม ยิ่งในเดือนสุดท้ายก่อนคลอดยิ่งต้องการแคลเซียมมากเป็นพิเศษ ด้วยเหตุนี้หญิงตั้งครรภ์จึงควรรับประทานอาหารที่ให้สารแคลเซียมนี้เพิ่มมากขึ้นเป็นสองเท่าของปริมาณที่เคยรับประทานก่อนตั้งครรภ์ คือประมาณวันละ 1.0-1.5 กรัม โดยการรับประทานผักใบเขียว ปลาเล็กปลาน้อยให้มากขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งควรดื่มนมให้มากขึ้นด้วย

- เหล็ก ในระยะตั้งครรภ์หญิงตั้งครรภ์ต้องการเหล็กสูงกว่าเดิมทั้งนี้ เพื่อสร้างโลหิตเตรียมไว้สำหรับการเสียโลหิตตอนคลอด และการสร้างโลหิต และกล้ามเนื้อของทารก ความต้องการเหล็กของหญิงตั้งครรภ์จะมีมากที่สุดในระยะ 3 เดือนก่อนคลอด คือ ต้องการมากกว่าเดิมประมาณร้อยละ 25 เพราะในระยะนี้ทารกต้องการเหล็กมากถึง 10 เท่า คือ ประมาณ 4.7 มิลลิกรัม และทารกยังต้องสำรองเหล็กสะสมไว้ในตับเพื่อสร้างโลหิตให้พอในระยะ 2-3 เดือนหลังจากคลอดด้วย ดังนั้นหญิงตั้งครรภ์ควรบริโภคอาหารที่มีเหล็กวันละ 26 มิลลิกรัม ซึ่งเหล็กปริมาณนี้ไม่อาจได้จากการรับประทานอาหารตามปกติ หญิงตั้งครรภ์จึงต้องรับประทานยาบำรุงครรภ์ที่มีธาตุเหล็กในปริมาณที่เพียงพอ เช่น เฟอร์รัส ซัลเฟต (Ferrous Sulphate) เฟอโร บิคอล (Fero-B-Call) และรับประทานอาหารที่มีเหล็กสูง เช่น ตับ หัวใจ เครื่องในสัตว์ ไข่แดง เนื้อสัตว์ ฯลฯ ให้มาก

- ไอโอดีน ในระยะตั้งครรภ์ หญิงตั้งครรภ์ต้องการไอโอดีนสูงกว่าเดิมเล็กน้อย คือต้องการวันละ 175 ไมโครกรัม (ก่อนตั้งครรภ์ต้องการวันละ 150 ไมโครกรัม) เนื่องจากมีความจำเป็นต่อ

การเจริญเติบโตของทารกในครรภ์ ถ้าขาดอาจทำให้เป็นโรคเอ๋อ หญิงตั้งครรภ์ควรได้รับประทานอาหารทะเล สัปดาห์ละ 2-3 ครั้ง และควรปรุงอาหารโดยใช้เกลืออนามัยที่มีสารไอโอดีน

น้ำ หญิงตั้งครรภ์ควรได้รับสารน้ำอย่างเพียงพอ ควรดื่มน้ำสะอาดอย่างน้อยวันละ 8-10 แก้ว เพื่อช่วยป้องกันอาการท้องผูก และช่วยขับของเสียออกทางปัสสาวะ และเหงื่อ

อาหารที่ควรรับประทานโดยเด็ดขาด ได้แก่

- อาหารรสจัดทุกชนิด คือ เผ็ดจัด เค็มจัด เปรี้ยวจัด และหวานจัด เพราะทำให้เกิดโรคกระเพาะอาหาร ท้องอืด บวม และน้ำหนักตัวมากเกินไป

- อาหารหมักดอง เช่น ผักดอง ผลไม้ดอง เพราะไม่มีสารอาหารที่มีประโยชน์ต่อร่างกาย

- อาหารสุกๆ ดิบๆ เช่น แหนม ปลาร้า ปลาซึ่ม เพราะไม่มีสารอาหารที่เป็นประโยชน์ต่อร่างกาย และยิ่งอาจทำให้เกิดโรคมะเร็งได้อีกด้วย

- ชาฝรั่ง ชาจีน และกาแฟเนื่องจากเป็นเครื่องดื่มที่มีสารเสพติดซึ่งกระตุ้นการไหลเวียนของเลือด ทำให้ใจสั่น นอนไม่หลับ

- น้ำหวาน น้ำอัดลม และ เครื่องดื่มประเภทชูกำลัง เนื่องจากเครื่องดื่มประเภทนี้มีน้ำตาลผสมทำให้น้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นได้ง่าย และโดยเฉพาะน้ำอัดลมประเภทโคล่า หรือเครื่องดื่มประเภทชูกำลังนั้นยังมีสารเสพติดซึ่งมีฤทธิ์กระตุ้นการไหลเวียนของเลือดทำให้ใจสั่น นอนไม่หลับ

- เครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ เนื่องจากเสี่ยงต่อการเกิดความพิการต่อทารกในครรภ์

2. ด้านการออกกำลังกาย (Exercise and Physical activity)

ด้านการออกกำลังกายเป็นการปฏิบัติในเรื่องการออกกำลังกาย ทั้งด้านวิธีการ และความสม่ำเสมอในการปฏิบัติ ความสนใจและการเข้าร่วมกิจกรรมที่ก่อให้เกิดการเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อเพื่อเพิ่มสมรรถภาพทางร่างกาย รวมไปถึงการคงไว้ซึ่งความสมดุลของร่างกายขณะนั่ง หรือยืน และการเปลี่ยนท่าทางหรืออิริยาบถต่างๆ วัตถุประสงค์ของการออกกำลังกายในระยะตั้งครรภ์ คือ ป้องกัน และรักษาความเจ็บปวด และความพิการของเอ็น กล้ามเนื้อ และข้อต่อ (พิชัย เจริญพานิช, 2539: 18; Burroughs, 1992: 104) นอกจากนี้การออกกำลังกายที่พอเหมาะจะทำให้ระบบการไหลเวียนของโลหิตในร่างกายทำงานได้ดี กล้ามเนื้อแข็งแรง บรรเทาความไม่สบาย และเป็นเตรียมร่างกายเพื่อการคลอด ระบบย่อยอาหาร และการขับถ่ายดี และช่วยให้นอนหลับได้ดีขึ้นทำให้ร่างกายได้รับการพักผ่อนอย่างเพียงพอ การออกกำลังกายที่เหมาะสมสำหรับหญิงตั้งครรภ์ คือ การเดินเล่นในที่ที่มีอากาศบริสุทธิ์ ประมาณวันละ 30 นาที (สุวัชัย อินทรประเสริฐ, 2530: 63) และในการออกกำลังกายนั้นต้องไม่ใช้กำลังหรือหักโหมมากเกินไป ถ้ารู้สึกเหนื่อยให้หยุดพักทันที โดยทั่วไปอัตราการเต้นของชีพจรต้องไม่เกิน 140 ครั้งต่อนาที

และควรระมัดระวังอุบัติเหตุที่อาจเกิดขึ้น เนื่องจากหญิงตั้งครรภ์มีการทรงตัวที่ไม่ดี และหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงควรปรึกษาแพทย์ หรือพยาบาลเพื่อรับคำแนะนำเกี่ยวกับวิธีการออกกำลังกายที่เหมาะสมสำหรับตนเอง เพื่อให้การออกกำลังกายนั้นก่อประโยชน์สูงสุด และไม่เป็นอันตรายต่อตนเองและทารกในครรภ์

การเปลี่ยนท่าทางเมื่อจะเปลี่ยนจากท่านอนเป็นท่านั่ง ไม่ควรเปลี่ยนทันที ให้นอนตะแคงงอเข่าค่อยๆ ขยับตัวเองขึ้นมาอยู่ในท่านั่ง และไม่ควรก้มลงหยิบของในท่าโก่งโค้งให้นั่งของๆ ลงไปก่อนแล้วจึงหยิบแล้วลุกขึ้นยืน ขณะนั่งพยายามให้ก้นเข้ามาชิดพนักให้มากที่สุด ขณะยืนพยายามอย่าให้หลังแอ่นพุ่งขึ้น ให้ยืนตรงหน้าเข่า และไม่ว่าจะทำอะไรหลีกเลี่ยงการก้มหลัง ให้ใช้การงอเข่าหรือนั่งตัวตรงจะดีกว่า

3. ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ (Health Responsibility)

เป็นพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติสุขภาพส่วนบุคคล รวมไปถึงความสนใจที่จะศึกษาหาความรู้ เกี่ยวกับการปฏิบัติพฤติกรรมที่ถูกต้อง และการสังเกตการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ที่เกิดขึ้นกับตนเองและทารกในครรภ์ ซึ่งได้แก่

การรักษาความสะอาด

- การอาบน้ำ ในระยะตั้งครรภ์ ต่อมเหงื่อและผิวหนังจะทำงานมากขึ้นจึงควรอาบน้ำอย่างน้อยวันละ 1 ครั้ง โดยไม่แช่ในอ่างอาบน้ำ หรือแม่น้ำลำคลอง เพราะจะเป็นการนำเชื้อโรคเข้าสู่ร่างกายทางช่องคลอด ควรใช้วิธีซักอาบหรืออาบฝักบัว

- การทำความสะอาดปาก และฟัน ควรบ้วนปากหลังอาหารทุกมื้อ นอกเหนือจากการแปรงฟันในตอนเช้า และเย็น และเนื่องจากหญิงตั้งครรภ์มักมีอาการคลื่นไส้อาเจียนบ่อย ทำให้น้ำย่อยในกระเพาะอาหารซึ่งมีฤทธิ์เป็นกรดไหลย้อนขึ้นมาในช่องปาก ทำให้น้ำลายออกมามาก ประกอบกับในระยะตั้งครรภ์บริโภคนิสัยของหญิงตั้งครรภ์ที่เปลี่ยนแปลงไป เช่น รับประทานอาหารบ่อยขึ้น จึงทำให้มีปัญหาเรื่องกลิ่นปาก หรือฟันผุได้ง่าย ดังนั้นนอกจากการแปรงฟันอย่างถูกวิธี การรักษาความสะอาดปากฟันโดยทั่วไปแล้ว หญิงตั้งครรภ์ควรได้รับการตรวจสุขภาพฟันจากทันตแพทย์ เมื่อเริ่มตั้งครรภ์ และเมื่อสงสัยว่ามีฟันผุ เพราะถ้ามีฟันผุ หรือเหงือกอักเสบเรื้อรังอยู่อาจเป็นสาเหตุของการอักเสบกระจายไปยังอวัยวะอื่น ๆ ทางกระแสโลหิตได้

- การดูแลเต้านม และหัวนม ควรทำความสะอาดด้วยสบู่ และน้ำสะอาดทุกวัน ภายหลังจากอายุครรภ์ 12 สัปดาห์ เต้านมจะขยายตัวมีขนาด และน้ำนมมากขึ้น เนื่องจากทั้งต่อมและท่อน้ำนมจะมีการเจริญเติบโตมากจากการกระตุ้นของฮอร์โมนเอสโตรเจน โปรเจสเตอโรน และโปรแลคติน (พิชัย เจริญพานิช, 2531: 96) อาจทำให้มีน้ำนมเหลืองไหลออกมาเมื่อแห้งจะเป็นสะเก็ดติดแน่นกับหัวนม ไม่ควรแกะออกเพราะอาจทำให้เป็นแผลเกิดการติดเชื้อ ควรใช้ผ้าสะอาดชุบน้ำวางบนสะเก็ด

เพื่อให้อ่อนตัว และหลุดออก แล้วซับให้แห้ง และควรใส่ยกดวงที่มีขนาดเหมาะสมช่วยพยุงเด้านมไว้ ถ้ามีหัวนมบอด นุ่ม หรือสั้น ควรปรึกษาบุคลากรทางการแพทย์เพื่อรับการแก้ไข

- การทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์ภายนอก หลังการขับถ่ายอุจจาระ และปัสสาวะ หญิงตั้งครรภ์ควรทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์ภายนอกด้วยสบู่ และน้ำสะอาดจากนั้นซับให้แห้งทุกครั้ง และห้ามใช้น้ำยาใดๆสวนล้างภายในช่องคลอด เพราะอาจทำให้เกิดการติดเชื้อ และถุงน้ำคร่ำแตกได้

การป้องกันการติดเชื้อ หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงควรหลีกเลี่ยงการเข้าใกล้บุคคลที่เป็นโรคที่สามารถติดต่อได้ เช่น หัด อีสุกอีใส หวัด หัดเยอรมัน เป็นต้น เพราะอาจทำให้ภาวะเสี่ยงที่เป็นอยู่เดิม มีความรุนแรงเพิ่มมากขึ้น

การสูบบุหรี่ ไม่ควรสูบบุหรี่ในระยะตั้งครรภ์ สารนิโคตินในบุหรี่ จะทำให้เส้นเลือดหดรัศมีผลให้เลือดจากหญิงตั้งครรภ์ไปสู่ทารกลดน้อยลง รวมทั้งระดับของคาร์บอนมอนอกไซด์ในเลือดที่เพิ่มขึ้นจากการสูบบุหรี่ จะทำให้ทารกได้รับออกซิเจนลดน้อยลง ถ้าหญิงตั้งครรภ์สูบบุหรี่เป็นประจำ ตลอดการตั้งครรภ์ ทารกในครรภ์จะขาดออกซิเจนเรื้อรัง มีผลทำให้ ทารกในครรภ์เติบโตช้า และมีน้ำหนักตัวน้อย เกิดความผิดปกติของสมอง มีความพิการแต่กำเนิด และอัตราการตายของทารกในครรภ์สูงขึ้น(Cranley, 1983: 15)โดยเฉพาะอย่างยิ่งหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงที่เป็นโรคหัวใจ โรคความดันโลหิตสูง และ โรคหอบหืด อาจทำให้อาการของโรครุนแรงมากขึ้น

การแต่งกาย ควรแต่งกาย ด้วยเสื้อผ้าที่สะอาด สวมสบาย เสื้อผ้าไม่หนาจนเกินไป สวมชุดชั้นในที่แห้งสะอาด ชักทำความสะอาด และตากในบริเวณที่แดดส่องถึง และเปลี่ยนขนาดตามการขยายของเต้านม

การควบคุมสิ่งแวดล้อม เป็นการปฏิบัติพฤติกรรมที่จะป้องกันไม่ให้เกิดอันตรายต่อสุขภาพอันเนื่องมาจากสิ่งแวดล้อมเช่น การหลีกเลี่ยงควันพิษ สารพิษ ฝุ่นละออง ควันบุหรี่ สถานที่มีแออัด อับทึบ และมีเสียงดังมากเกินไป ควรอยู่ในที่ที่มีอากาศปลอดโปร่ง สถานที่อยู่อาศัยเป็นระเบียบเรียบร้อย

การป้องกันการเกิดอุบัติเหตุ เนื่องจากน้ำหนักของมดลูกที่ถ่วงมาด้านหน้าขณะตั้งครรภ์จะทำให้หลังแอ่นมากกว่าปกติ หญิงตั้งครรภ์จึงต้องระมัดระวังเกี่ยวกับการทรงตัวจึงควรสวม รองเท้าส้นเตี้ย เพื่อป้องกันอุบัติเหตุจากการหกล้ม ไม่เดินในที่ลื่น หรือขึ้นบันไดที่สูงชัน เมื่อขึ้นลงบันไดควรจับราวบันไดทุกครั้ง และไม่ทำงานด้วยความรีบเร่ง

การทำงาน โดยทั่วไปหญิงตั้งครรภ์สามารถทำงานได้ตามปกติ ทั้งงานภายในบ้าน และงานนอกบ้าน ยกเว้นว่าการตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงนั้นมีภาวะบ่งชี้ว่าร่างกายต้องการการพักผ่อนมากขึ้น เช่น บวม น้ำหนักเพิ่มมากกว่าปกติ ความดันโลหิตสูง ปวดท้องบ่อยขึ้น เป็นต้น

(พิชัย เจริญพานิช, 2531: 140-142) ก็ควรจะงด หรือสับเปลี่ยนงาน และเมื่อทำงานแล้วเหนื่อย หรือ เพลีย ต้องรีบพักทันที

การเดินทาง หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยง ที่ไม่มีข้อห้ามสำหรับการเดินทางทั่วไป การเดินทางไกลควรได้หยุดพักระหว่างการเดินทางทุก 2 ชั่วโมง เพื่อเปลี่ยนอิริยาบถโดยการลุกเดินให้ การไหลเวียนของโลหิตดีขึ้นลดการบวมบริเวณขา และป้องกันการเหนื่อยล้าของร่างกาย (Clark, et al., 1979: 101) ควรหลีกเลี่ยงการเดินทางไกล หรือการเดินทางในถิ่นทุรกันดารใน ระยะ 3 เดือนแรกของการตั้งครรภ์ เพราะอาจกระทบกระเทือนและเกิดการแท้งได้ง่าย สำหรับในระยะท้ายของการตั้งครรภ์ก็อาจทำให้เกิดการคลอดก่อนกำหนดได้ โดยเฉพาะหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงที่เคยมี ประวัติการแท้ง หรือการคลอดก่อนกำหนด หรือมีความผิดปกติอื่น ควรงดการเดินทางไกล เพื่อ ความปลอดภัยของตนเอง และทารกในครรภ์ (Willson, 1987: 274)

เพศสัมพันธ์ หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงในรายที่มีประวัติการแท้งเป็นอาเจิม หรือแท้ง คุกคามต้องร่วมเพศอย่างระมัดระวังใน ระยะ 3-4 เดือนแรกของการตั้งครรภ์ เพราะเวลาที่ถึงจุด สูดยอดจะมีการหลั่งฮอร์โมนจากกليبหลังของต่อมพิทูอิทารี มีผลให้มดลูกมีการบีบรัดตัวมากขึ้น อาจทำให้เกิดการแท้งได้ง่าย และถ้าหากมีเลือดออกทางช่องคลอดมีอาการเจ็บครรภ์ก่อนกำหนด หรือมีภาวะรกเกาะต่ำ ควรงดการมีเพศสัมพันธ์ และมารับการรักษาโดยด่วน และเมื่ออายุครรภ์ใกล้ ครบกำหนดคลอด หรือ หนึ่งเดือนก่อนคลอด ควรงดการมีเพศสัมพันธ์เพราะอาจทำให้ถุงน้ำคร่ำ แตกก่อนกำหนด เกิดการติดเชื้อ หรือคลอดก่อนกำหนดได้

การใช้ยา การใช้ยาบางชนิด เช่น เตตราซัยคลิน ซัลโฟนาไมด์ คลอโรควิน ควินิน แอสไพริน สามารถผ่านรกไปยังทารกในครรภ์ได้ก่อให้เกิดความพิการ เช่น หูหนวก เกิดความผิดปกติเกี่ยวกับการแข็งตัวของเลือด และการเสียหน้าที่ของลิ้นเลือด ทำให้ทารกมีปัญหาเรื่องเลือด ออกไม่หยุด (Hymovich & Chamberlin, 1980: 123) หรือมีผลต่อการเจริญเติบโตของทารกได้ ดังนั้น หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงจึงไม่ควรซื้อยามารับประทานเอง และหากมีความจำเป็นต้องได้ รับการรักษาด้วยยา ควรอยู่ในความดูแลของแพทย์อย่างใกล้ชิด

การสังเกตอาการผิดปกติที่ต้องไปพบแพทย์ก่อนนัดหมาย หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยง ทุกคนควรทราบถึงอาการผิดปกติต่างๆที่ควรไปพบแพทย์โดยด่วน เนื่องจากอาการผิดปกติต่างๆ อาจก่อให้เกิดอันตรายรุนแรงต่อหญิงตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ อาการผิดปกติดังกล่าวได้แก่

- มีอาการคลื่นไส้อาเจียนมาก
- ปวดศีรษะ ตาพร่ามัว เสียดยอดอก
- บวมมาก มีบวมที่หน้าและมือ หรือน้ำหนักเพิ่มมากเกินไป สัปดาห์ละ 500 กรัม
- ปัสสาวะน้อยกว่าปกติ

- ทารกในครรภ์คืบน้อยลง
- มีไข้ หรือมีอาการติดเชื้อของระบบใดระบบหนึ่ง
- ตกขาวมากกว่าปกติ
- ปวดแสบขณะถ่ายปัสสาวะ
- มีเลือดออกทางช่องคลอดแม้เล็กน้อย หรือมีเลือดออกทางช่องคลอดแม้จะไม่เจ็บปวด
- อู้งน้ำแตกหรือรั่ว
- ปวดท้องรุนแรง
- เจ็บครรภ์คลอด

การนั่งพัก หรือนอนพัก ควรนั่งพัก หรือนอนพักโดยยกเท้าสูงในช่วงกลางวันอย่างน้อยวันละ 1/2 ชั่วโมง เพื่อให้ร่างกายได้พักผ่อน ลดความบริเวณขา

การใช้ระบบบริการสุขภาพ หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงควรมีความกระตือรือร้นในการหาข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ และควรตระหนักถึงการใช้บริการทางสุขภาพ โดยมาฝากครรภ์กับบุคลากรทีมสุขภาพเมื่อทราบที่ตั้งครรภ์ และมาตรวจครรภ์ตามนัดอย่างสม่ำเสมอ ซึ่งจะช่วยให้หญิงตั้งครรภ์ได้รับคำแนะนำในการปฏิบัติตนที่ถูกต้อง สามารถป้องกันอันตรายที่อาจเกิดขึ้นอันเนื่องมาจากภาวะเสี่ยงนั้นได้และได้รับการรักษา ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นตั้งแต่ในระยะต้น อันจะทำให้ความรุนแรงของความเสี่ยงนั้นลดลงได้ รวมทั้งการใช้ระบบบริการทางสุขภาพเพื่อตรวจหาความผิดปกติ โดยการตรวจสุขภาพร่างกายประจำปี หรือตรวจสุขภาพฟันอย่างน้อยปีละ 2 ครั้ง

4. ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (Interpersonal Relation)

เป็นการปฏิบัติเกี่ยวกับการคบค้าสมาคมกับผู้อื่น ที่ก่อให้เกิดประโยชน์ในแง่ของการได้รับการสนับสนุนในด้านต่างๆ เช่น การได้รับข้อมูลข่าวสาร การช่วยลดความตึงเครียด และการได้รับความช่วยเหลือในด้านต่างๆ เป็นต้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยง การที่มีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลในกลุ่มสังคม ได้แก่ สามี ญาติ เพื่อนบ้าน เพื่อน จะทำให้หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงได้รับความช่วยเหลือสนับสนุนในเรื่องต่างๆ ซึ่งช่วยให้สามารถต่อสู้กับปัญหาต่างๆที่เกิดขึ้นได้ เกิดความรู้สึกมั่นคงทางอารมณ์และความรู้สึกอบอุ่น นอกจากนี้การมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ที่เคยคลอดบุตรมาแล้ว หรือการมีปฏิสัมพันธ์กับหญิงมีครรภ์ที่มีลักษณะของภาวะเสี่ยงที่เหมือนกัน จะทำให้เกิดการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและประสบการณ์เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงหรือปัญหาที่เกิดขึ้นในระหว่างตั้งครรภ์

สิ่งเหล่านี้จะช่วยกระตุ้นให้หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงมีกำลังใจ และมีความต้องการที่จะปฏิบัติพฤติกรรมกรรมการส่งเสริมสุขภาพในระยะตั้งครรภ์ได้

5. ด้านการจัดการกับความเครียด (Stress Management)

เนื่องจากหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงมักประสบกับภาวะเครียดจากเหตุการณ์ต่างๆ อันเนื่องจากภาวะเสี่ยงที่เกิดขึ้น หากหญิงตั้งครรภ์กลุ่มนี้มีการจัดการกับความเครียดที่ไม่เหมาะสม อาจส่งผลให้ภาวะเสี่ยงนั้นรุนแรงยิ่งขึ้น มีผลกระทบต่อทั้งหญิงตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ ดังนั้น หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงจึงควรมีการจัดการกับความเครียดที่เหมาะสม โดยเพนเดอร์(Pender, 1996: 230) ได้เสนอวิธีการจัดการกับความเครียดในชีวิตประจำวันดังนี้

- การลดความถี่ของการเกิดสถานการณ์ ที่นำไปสู่ความเครียด โดยการเปลี่ยนแปลง สิ่งแวดล้อมหรือการดำเนินชีวิต การหลีกเลี่ยงเหตุการณ์ที่จะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงที่มากจนเกินไป การรู้จักหาทางออกเมื่อเผชิญกับปัญหาต่างๆ และการบริหารเวลาเพื่อใช้เวลาให้เกิดประโยชน์ สูงสุด โดยการ จัดตารางเวลาในการทำกิจกรรมต่างๆ ในแต่ละวัน โดยเฉพาะอย่างยิ่งการแบ่งเวลา ในการทำงานและการพักผ่อนในแต่ละวัน หญิงตั้งครรภ์ควรนอนหลับในตอนกลางคืนให้เพียงพอ ประมาณวันละ 8-10 ชั่วโมง เพื่อให้การนอนนั้นมีประสิทธิภาพคือ นอนหลับได้สนิท ซึ่งการ นอนหลับได้สนิทและตื่นขึ้นมาด้วยความสดชื่นนั้น อาจแสดงได้ว่าหญิงตั้งครรภ์นั้นมีการจัดการ กับความเครียดได้อย่างเหมาะสม

- การเพิ่มการป้องกัน หรือต่อต้านการเกิดความเครียดโดยการออกกำลังกาย การเพิ่ม ความรู้สึกความมีคุณค่าในตนเอง การเพิ่มความรู้ความสามารถของตน การยืนยันในความคิดที่ ถูกต้องของตน การให้โอกาสในการเลือกแก้แค้น และการสร้างแหล่งสนับสนุนในการเผชิญความ เครียดที่เกิดขึ้น ซึ่งอาจจะสร้างให้เกิดขึ้นได้ภายในตนเองหรือจากแหล่งสนับสนุนที่อยู่ภายนอกตน

6. ด้านความสำเร็จในชีวิตแห่งตน (Self Actualization)

ถ้าบุคคลได้บรรลุเป้าหมายที่ตนตั้งไว้ แสดงว่าบุคคลนั้นเป็นคนที่ยุติตนเองอย่าง แท้จริง เนื่องจากบุคคลที่ประสบความสำเร็จจะต้องใช้พลังงานอย่างเต็มที่ในสิ่งท้าทายความ สามารถและศักยภาพของตน และมีความปรารถนาที่จะปรับปรุงตนเอง ดังนั้นหญิงตั้งครรภ์ที่มี ภาวะเสี่ยงควรมีการปฏิบัติพฤติกรรมที่แสดงให้เห็นถึงการประสบความสำเร็จในชีวิตของตน โดย การตระหนักในคุณค่าของตนเอง การมีจุดมุ่งหมายในการดำเนินชีวิตเช่น มีความรู้สึกภาคภูมิใจที่ จะได้เป็นแม่ในเร็ววันนี้ การมองเหตุการณ์ต่างๆตามสภาพความเป็นจริง ยอมรับการเปลี่ยนแปลง ต่างๆ ที่เกิดขึ้น เช่น เมื่อรับรู้ว่าการตั้งครรภ์ครั้งนี้เป็นการตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงก็พยายามเตรียม ความพร้อมทั้งร่างกายและจิตใจ ในการทำงานที่จะเผชิญกับปัญหาต่างๆที่อาจจะเกิดขึ้น มีความพึงพอใจ ในตนเอง และพอใจในชีวิตที่เป็นอยู่ ตลอดจนการเป็นคนมองโลกในแง่ดี

สรุปได้ว่าพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเป็นสิ่งสำคัญที่หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงควร ได้ปฏิบัติ เพื่อส่งเสริมสุขภาพกาย สุขภาพจิตและสังคมของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยง ให้ดียิ่งขึ้น

และเตรียมความพร้อมในการที่จะเผชิญปัญหาต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้นอันเนื่องจากภาวะเสี่ยงนั้น โดยสามารถควบคุมความรุนแรงของภาวะเสี่ยงนั้นๆ ได้ และจากรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพ ของ เพนเดอร์(Pender, 1996: 67) นั้น การที่บุคคลจะมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้ ต้องอาศัยปัจจัย หลายๆ ด้านด้วยกัน ปัจจัยด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลที่เกี่ยวข้องกับการสนับสนุนทางสังคม เป็นปัจจัยหนึ่งที่ช่วยให้บุคคลมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดีได้

การสนับสนุนจากกลุ่มมิตร และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยง

แนวคิดการสนับสนุนจากกลุ่มมิตร

การสนับสนุนทางสังคม เป็นปัจจัยทางสังคมซึ่งเป็นที่ยอมรับกันมาเป็นเวลานานแล้วว่า มีบทบาทต่อพฤติกรรมอนามัยของคนทั้งด้านร่างกายและจิตใจ การป้องกันโรค การส่งเสริมสุขภาพ และการปฏิบัติตามคำแนะนำของบุคลากรทางการแพทย์ ซึ่งการสนับสนุนทางสังคมอาจได้รับจาก บุคคลภายในครอบครัว เช่น สามี ภรรยา ญาติ พี่น้อง หรือ เพื่อนบ้าน เพื่อนร่วมงาน และบุคลากร ทางการแพทย์ นอกจากนี้ยังพบว่า การสนับสนุนทางสังคม ช่วยให้บุคคลประสบความสำเร็จในการ เผชิญกับสิ่งต่างๆ และส่งเสริมให้เกิดความพึงพอใจและมีคุณภาพชีวิตที่ดี (Pender, 1996: 255) ทั้งนี้ เพราะการดำรงอยู่ของมนุษย์ในสังคม มีลักษณะเป็นเครือข่ายที่ต้องการการพึ่งพาอาศัยซึ่งกัน และกัน เพื่อให้บรรลุความต้องการของตนในด้านสรีรวิทยา และเกิดความรู้สึกมั่นคง รู้สึกว่าตน เป็นที่ยอมรับของบุคคลในสังคม อันจะทำให้ชีวิตอยู่อย่างมีความสุขและมีความหมายมากขึ้น (จริยาวัตร คมพยัคฆ์, 2531: 96) และจากแนวความคิดนี้ได้มีผู้ให้ความหมายของการสนับสนุนทาง สังคมไว้มากมายดังนี้

คอบบ์ (Cobb, 1976: 300-301) ให้ความหมายของการสนับสนุนทางสังคมว่า เป็นการที่ บุคคลได้รับข้อมูลที่ทำให้ตัวเองเชื่อว่ามีบุคคลให้ความรัก ความเอาใจใส่ เห็นคุณค่าและยกย่อง และรู้สึกว่าตนเป็นส่วนหนึ่งของสังคม มีความผูกพันซึ่งกันและกัน

แคปแลน คาสเซลและกอร์ (Kaplan, Cassel & Gore, 1977: 50-51) ให้ความหมายของ การสนับสนุนทางสังคมว่า เป็นความพอใจต่อความจำเป็นพื้นฐานทางสังคม ที่บุคคลได้รับจาก สิ่งแวดล้อมในสังคมของบุคคล โดยการติดต่อสัมพันธ์กับคนในกลุ่มสังคม หรืออาจหมายถึงความ สัมพันธ์ที่มีอยู่หรือหายไปของแหล่งที่ให้การสนับสนุนจากบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับบุคคลนั้น

เชฟเฟอร์ และคณะ (Schaefer, et.al., 1981: 381) ได้สรุปว่าการสนับสนุนทางสังคม เป็นสิ่งประทับประคองจิตใจของบุคคลในสังคม เมื่อบุคคลนั้นเผชิญความเครียดในชีวิต

ทอยส์ (Thoits, 1982: 147-148) ให้ความหมายของการสนับสนุนทางสังคมว่าเป็นการที่บุคคลในเครือข่ายของสังคมได้รับความช่วยเหลือทางด้านอารมณ์ สังคม สิ่งของหรือข้อมูล ซึ่งการสนับสนุนนี้จะช่วยให้บุคคลสามารถเผชิญ และตอบสนองต่อความเจ็บป่วยและความเครียดได้ในระยะเวลาที่รวดเร็วขึ้น

เฮาส์ (House, In Cohen & Syme, Eds., 1985: 85) ให้ความหมายของการสนับสนุนทางสังคมไว้ว่าเป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ซึ่งประกอบด้วยความรักใคร่ ห่วงใย ความไว้วางใจ ความรักความผูกพันต่อกัน ความช่วยเหลือด้านการเงิน สิ่งของ แรงงาน การให้ข้อมูลข่าวสาร ตลอดจนการให้ข้อมูลป้อนกลับและข้อมูลเพื่อการเรียนรู้และประเมินตนเอง

เพนเดอร์ (Pender, 1987: 396; 1996: 257) ให้ความหมายของการสนับสนุนทางสังคมว่า หมายถึง การที่บุคคลรู้สึกถึงความเป็นเจ้าของ การได้รับ การยอมรับ ได้รับการยกย่องนับถือ รู้สึกมีคุณค่าในตนเอง เป็นที่ต้องการของบุคคลอื่น โดยได้จากกลุ่มคนในระบบของสังคมนั่นเอง เป็นผู้ให้การสนับสนุนด้านจิตใจ อารมณ์ การช่วยเหลือด้านวัสดุอุปกรณ์ การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร และการสนับสนุนด้านการประเมิน การรับรองการกระทำ อันจะทำให้บุคคลนั้นสามารถดำรงอยู่ในสังคมได้อย่างเหมาะสม

บุญเยี่ยม ตระกูลวงษ์ (2528: 171) ให้ความหมายของการสนับสนุนทางสังคมไว้ในการใช้แรงสนับสนุนทางสังคมในการแก้ปัญหาสาธารณสุขว่า แรงสนับสนุนทางสังคม หมายถึง สิ่งที่ได้รับแรงสนับสนุนได้รับการช่วยเหลือ ด้านข้อมูลข่าวสาร วัตถุสิ่งของ หรือการสนับสนุนด้านจิตใจ จากผู้ให้การสนับสนุนซึ่งอาจเป็นบุคคลหรือกลุ่ม แล้วมีผลทำให้ผู้รับนำไปปฏิบัติในทิศทางที่ผู้รับต้องการซึ่งหมายถึงการมีสุขภาพอนามัยดี

ดังนั้นอาจกล่าวโดยสรุปได้ว่าการสนับสนุนทางสังคมต่อการส่งเสริมสุขภาพ หมายถึง การที่บุคคลได้รับความช่วยเหลือประคับประคองจากบุคคลใกล้ชิด หรือบุคคลในสังคมในด้านต่างๆ ซึ่งประกอบด้วยการได้รับการช่วยเหลือด้านจิตสังคม การได้รับการยอมรับว่ามีคุณค่า การได้รับการยอมรับด้านการประเมินการปฏิบัติต่างๆ การได้รับข้อมูลข่าวสาร และการช่วยเหลือทางด้านวัตถุ สิ่งของ การเงิน เวลาและแรงงาน เพื่อช่วยในการแก้ปัญหาและส่งเสริมให้บุคคลนั้นมีพฤติกรรมที่เหมาะสมในการรักษาสุขภาพอนามัย เพื่อให้มีสุขภาพดี

แหล่งที่มาของการสนับสนุนทางสังคม

โดยปกติกลุ่มสังคมแบ่งออกเป็น 2 ประเภทใหญ่ๆ คือ กลุ่มสังคมปฐมภูมิ ได้แก่ ครอบครัว ญาติพี่น้อง และเพื่อนบ้าน กลุ่มสังคมทุติยภูมิ ได้แก่ เพื่อนร่วมงาน กลุ่มวิชาชีพ และกลุ่มสังคมอื่นๆ (จริยาวัตร คมพยัคฆ์, 2531: 99)

เพนเดอร์ (Pender, 1996: 257-259) แบ่งแหล่งของการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น

1. กลุ่มที่มีความผูกพันกันตามธรรมชาติ (Natural support system) ได้แก่ครอบครัวซึ่งเป็นกลุ่มการสนับสนุนทางสังคมระดับปฐมภูมิ ครอบครัวที่มีการสนับสนุนทางสังคมที่เหมาะสมนั้น สมาชิกในครอบครัวต้องรับรู้ถึงความต้องการของกันและกัน มีการสื่อสารภายในครอบครัวที่มีประสิทธิภาพ มีความนับถือ หรือยอมรับความต้องการของส่วนรวม และมีการให้การช่วยเหลือซึ่งกันและกัน
2. กลุ่มเพื่อน (Peer support system) ประกอบด้วยกลุ่มบุคคลที่ทำหน้าที่อย่างไม่เป็นทางการ โดยคนกลุ่มนี้เคยได้รับประสบการณ์ที่มีผลกระทบอย่างรุนแรงในชีวิต และประสบความสำเร็จในการปรับตัวและมีพัฒนาการในทางที่ดีขึ้น ทำให้คนกลุ่มนี้มีความเข้าใจอย่างซาบซึ้งเกิดขึ้นในตนเอง จึงสามารถให้คำแนะนำในการแก้ปัญหาในส่วนที่คล้ายกับประสบการณ์ที่เขาได้เคยประสบมา
3. กลุ่มองค์กรทางศาสนา (Organized religious support system) เช่น กลุ่มบุคคลที่โบสถ์ หรือกลุ่มองค์กรศาสนาอื่นๆ ที่มีการพบปะกันในสถานที่ที่ทางกลุ่มศาสนานั้นๆ จัดไว้เพื่อให้การช่วยเหลือสนับสนุนบุคคลในศาสนานั้นๆ แบ่งปันความรู้สึกร่วมกัน ความเชื่อเกี่ยวกับจุดหมายในชีวิต ธรรมเนียมปฏิบัติเกี่ยวกับพิธีการสักการะบูชาทางศาสนา และแนวทางการดำเนินชีวิต และให้การช่วยเหลือสนับสนุนโดยตรง เพื่อให้บุคคลบรรลุถึงการมีสุขภาพกายและสุขภาพจิตดี
4. กลุ่มองค์กรที่ให้การสนับสนุนช่วยเหลือซึ่งเป็นกลุ่มผู้ให้การดูแล หรือผู้ช่วยเหลือในวิชาชีพ (Organized support system of care-giving or helping professionals) ได้แก่ กลุ่มผู้ดูแลสุขภาพ ผู้ช่วยเหลือที่มีทักษะเฉพาะด้าน และการบริการที่เสนอให้แก่ผู้ป่วย บุคคลจะแสวงหาการสนับสนุนทางสังคมจากคนกลุ่มนี้ ก็ต่อเมื่อได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว และเพื่อนไม่เพียงพอหรือการสนับสนุนนั้นไม่ได้ผล หรืออาจถูกใช้หมดไปแล้ว ซึ่งกลุ่มบุคคลในวิชาชีพด้านสุขภาพนี้จะเข้ามาช่วยเหลือสนับสนุนในส่วนที่ขาดหรือพร่องนี้ได้
5. กลุ่มองค์กรซึ่งไม่ได้จัดตั้งโดยกลุ่มวิชาชีพด้านสุขภาพ (Organized support groups not directed by health professionals) ประกอบด้วย กลุ่มอาสาสมัคร และกลุ่มที่ให้การช่วยเหลือซึ่งกันและกัน กลุ่มอาสาสมัครเป็นกลุ่มที่ให้การช่วยเหลือบุคคลผู้ซึ่งมีความต้องการบางอย่าง ซึ่งเขาไม่สามารถที่จะสนองตอบต่อความต้องการของตนเองได้ ส่วนกลุ่มที่ให้การช่วยเหลือซึ่งกันและกันเป็นกลุ่มบุคคลที่พยายามเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของสมาชิก หรือส่งเสริมการปรับตัวเพื่อเปลี่ยนแปลงชีวิต เช่น กลุ่มผู้ที่มีปัญหาสุขภาพเรื้อรัง กลุ่มบุคคลที่เจ็บป่วยในระยะสุดท้ายของโรค หรือกลุ่มที่มีสมาชิกภายในครอบครัวมีความพิการ

ชนิดของการสนับสนุนทางสังคม ชนิดของการสนับสนุนทางสังคมมีผู้แบ่งออกต่าง ๆ กัน เช่น

คอบบ์ (Cobb, 1976: 300-330) ได้แบ่งการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 3 ชนิด

1. การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ (Emotional support) คือ การให้ความรัก และการดูแลเอาใจใส่ ซึ่งมักจะได้จากความสัมพันธ์ที่ใกล้ชิด และความผูกพันธ์ที่ลึกซึ้งต่อกัน

2. การได้รับการยอมรับและเห็นคุณค่า (Esteem support) เป็นข้อมูลที่ช่วยให้บุคคลรู้ว่าเป็นคนมีคุณค่า เป็นที่ยอมรับของบุคคลอื่น

3. การได้มีส่วนร่วมและเป็นส่วนหนึ่งของสังคม (Socially support or Network) เป็นข้อมูลที่ช่วยให้บุคคลรู้ว่าเป็นส่วนหนึ่งของสังคม มีการช่วยเหลือซึ่งกันและกัน

คาห์น (Kahn, 1979: 85) แบ่งการสนับสนุนออกเป็น 3 ชนิด คือ

1. ความผูกพันธ์ทางอารมณ์และความคิด (Affection) เป็นการแสดงออกของอารมณ์ในทางบวกของบุคคลหนึ่งที่มีต่อบุคคลหนึ่ง ซึ่งจะแสดงออกในรูปของความผูกพันธ์ การยอมรับ การเคารพหรือด้วยความรัก

2. การยืนยันและรับรองพฤติกรรมของกันและกัน (Affirmation) เป็นการแสดงออกถึงการเห็นด้วย การยอมรับในความถูกต้องเหมาะสมทั้งในการกระทำและความคิดของบุคคลอื่น

3. การให้ความช่วยเหลือ (Aid) เป็นปฏิสัมพันธ์ที่มีต่อบุคคลอื่น โดยการให้สิ่งของหรือความช่วยเหลือโดยตรง ความช่วยเหลือเหล่านี้อาจจะเป็นวัตถุ เงินทอง ข้อมูล ข่าวสารหรือเวลา

ทอยส์ (Thoits, 1982: 147; Thoits, 1986: 417) ได้แบ่งชนิดของการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 3 ชนิด คือ

1. การสนับสนุนด้านเครื่องมือ (Instrument aid) หมายถึง การได้รับการช่วยเหลือด้านแรงงาน วัสดุอุปกรณ์ สิ่งของ เงินทอง ที่ทำให้บุคคลที่ได้รับนั้นสามารถดำรงบทบาทหรือหน้าที่รับผิดชอบได้ตามปกติ

2. การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Informational aid) หมายถึง การได้รับข้อมูลข่าวสาร รวมทั้งคำแนะนำและการป้อนกลับ

3. การได้รับการสนับสนุนด้านอารมณ์และสังคม (Socioemotional aid) หมายถึง การได้รับความรัก การดูแลเอาใจใส่ การได้รับการยอมรับ เห็นคุณค่า และรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของสังคม

เฮาส์ (House, In Cohen & Syme, Eds., 1985: 101) มีความเห็นสอดคล้องกันว่าชนิดของการสนับสนุนทางสังคมมี 4 ชนิด คือ

1. การสนับสนุนทางอารมณ์ (Emotional support) หมายถึง การสนับสนุนด้านการยกย่อง การให้ความรัก ความผูกพันธ์ ความจริงใจ ความเอาใจใส่ และความรู้สึกเห็นอกเห็นใจ

2. การสนับสนุนด้านการประเมิน (Appraisal support) หมายถึง การเห็นพ้องรับรอง และการให้ข้อมูลป้อนกลับเพื่อนำไปใช้ในการประเมินตนเอง และเปรียบเทียบกับผู้ที่อยู่ร่วมในสังคม ซึ่งจะช่วยให้บุคคลเกิดความมั่นใจ

3. การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Information support) หมายถึง การให้คำแนะนำ ข้อเสนอแนะ ทิศทาง และการให้ข้อมูลข่าวสาร ซึ่งสามารถนำไปใช้ในการแก้ปัญหาที่เผชิญอยู่ได้

4. การสนับสนุนด้านทรัพยากร (Instrumental support) หมายถึง การช่วยเหลือโดยตรง ต่อความจำเป็นของบุคคลในเรื่อง เงิน แรงงาน เวลา และการปรับสภาพแวดล้อม

ผลของการสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อภาวะสุขภาพของมนุษย์ และการเจ็บป่วย

โคเฮน และวิลส์ (Cohen & Wills, 1985: 310-357) ได้ทำการศึกษาเพื่ออธิบายกลไกการสนับสนุนทางสังคม และภาวะสุขภาพของมนุษย์ทั้งด้านร่างกาย และจิตใจ โดยสรุปผลการศึกษาไว้ 2 ประการ คือ

1. การสนับสนุนทางสังคมจะทำให้บุคคลมีประสบการณ์ที่ดี มีอารมณ์ที่มั่นคง ซึ่งจะส่งผลให้ระบบต่อมไร้ท่อในระบบประสาท และระบบภูมิคุ้มกันโรค (Neuroendocrine and Immune system) ทำงานดีขึ้น หรืออาจส่งผลให้คนมีพฤติกรรมทางสุขภาพดี ซึ่งเป็นการส่งผลโดยตรง นอก จากนั้นการสนับสนุนทางสังคมยังช่วยเสริมหน้าที่ในการต่อสู้ปัญหาของแต่ละคนได้ดีขึ้น ทำให้ปัญหาลดความรุนแรงลง

2. การสนับสนุนทางสังคมจะช่วยลดภาวะวิกฤตของชีวิต โดยการสนับสนุนทางสังคม นั้นจะช่วยลดความเครียดอันจะนำไปสู่ภาวะวิกฤต ซึ่งความเครียดจะเกิดขึ้นได้เมื่อคนเรารู้สึกว่า ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ รู้สึกว่าตนเองด้อยคุณค่า จึงทำให้บุคคลมีพฤติกรรมที่เสี่ยงและเกิด ความล้มเหลวในการดูแลสุขภาพของตนเองได้ ขณะเดียวกันภาวะเช่นนี้จะไปรบกวนสมดุลของ ระบบต่อมไร้ท่อในระบบประสาท และระบบภูมิคุ้มกันโรค ทำให้ง่ายต่อการเกิดโรค

เพนเดอร์ (Pender, 1996: 259) ได้กล่าวถึงบทบาทหน้าที่ของกลุ่มสนับสนุนทางสังคม ในการส่งเสริม และป้องกันสุขภาพว่าสามารถ กระทำได้ 4 แนวทาง โดย

1. การสนับสนุนทางสังคม สร้างสภาพแวดล้อมให้เอื้อต่อการส่งเสริมการเจริญเติบโต หรือพัฒนาการด้านต่างๆ ทำให้บุคคลเกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และพร้อมที่จะปฏิบัติ พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ เพื่อให้มีสุขภาพดี

2. การสนับสนุนทางสังคม ช่วยลดความเครียดที่อาจเกิดขึ้นได้จากเหตุการณ์ต่างๆ ใน ชีวิต

3. การสนับสนุนทางสังคม เป็นผลสะท้อนกลับของการกระทำ หรือการรับรอง ยืนยันพฤติกรรมที่บุคคลนั้นกระทำว่าเป็นที่ยอมรับของสังคม

4. การสนับสนุนทางสังคม ช่วยลดผลทางด้านลบของเหตุการณ์เครียดในชีวิต โดยส่งผ่านอิทธิพลนี้ไปยังการตีความ หรือแปลความหมายของเหตุการณ์ และการตอบสนองด้านอารมณ์ของบุคคล ดังนั้นจึงเป็นการช่วยลดการเกิดความเจ็บป่วยได้

จากที่นักวิชาการทั้งหลายได้พยายามศึกษา และอธิบายกลไกการทำงานหรือผลของการสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อภาวะสุขภาพและการเจ็บป่วยนั้น พอสรุปได้เป็น 2 ประเด็นใหญ่ๆ คือ

1. การมีผลโดยตรงต่อภาวะสุขภาพ (The Direct Effect on Health) เป็นผลที่เกิดขึ้นโดยตรงระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับสุขภาพด้านร่างกายและจิตใจ โดยการสนับสนุนทางสังคมนี้จะช่วยในการคงไว้ซึ่งความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และการที่บุคคลมีส่วนร่วมหรือมีความเกี่ยวข้องกับสังคมจะเป็นการกระตุ้นหรือการส่งเสริมภาวะปกติสุขได้ การได้รับคำแนะนำให้ปฏิบัติในสิ่งที่ถูกต้องหรือสิ่งที่มีประโยชน์ รวมทั้งการปฏิบัติตามบรรทัดฐานของสังคมด้วย เช่น การใช้เข็มฉีดยาจากที่มีแรงกระตุ้น หรือแรงผลักดันจากบุคคลอื่น เป็นต้น

2. การมีผลต่อสุขภาพโดยการปรับผลร้ายที่เกิดจากภาวะเครียด หรือการดูดซับผลกระทบที่เกิดจากภาวะเครียด (Modifying the Deleterious Effect of Stress or the Buffering Hypothesis) ซึ่งผลของการสนับสนุนทางสังคมนั้นอาจจะลดความเครียดด้วยตัวมันเอง หรือช่วยให้บุคคลสามารถเผชิญภาวะความเครียดได้อย่างเข้มแข็ง ซึ่งจะส่งผลบั่นปลายถึงภาวะสุขภาพ

ลักษณะครอบครัวไทยในปัจจุบัน มีลักษณะเป็นครอบครัวเดี่ยวมากขึ้นกว่าสมัยก่อน (รุจา ภูไพบูลย์, 2537: 3-4) สถาบันครอบครัวจึงถือเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมระดับปฐมภูมิ ที่มีอิทธิพลต่อหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงเป็นอย่างยิ่ง เพราะสมาชิกในครอบครัวมีความผูกพันกันอย่างแนบแน่น และใกล้ชิดกันมีความรักซึ่งกันและกัน เป็นสถาบันสังคมที่บุคคลได้ใช้ชีวิตอยู่อย่างยาวนานกว่าสถาบันสังคมอื่นๆ นอกจากนี้เมื่อเกิดปัญหาและอุปสรรค ครอบครัวยังเป็นแหล่งให้การช่วยเหลือ ทำให้สามารถฟันฝ่าอุปสรรคต่างๆ ได้ และยังมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพทั้งด้านร่างกาย และ จิตใจของสมาชิกในครอบครัว (Haynes & et al., 1979: 49-62; Pender, 1996: 260; รุจา ภูไพบูลย์, 2537: 8, 11)

จากสภาพสังคมไทยในยุคปัจจุบัน บุคคลภายในครอบครัวที่ใกล้ชิดและน่าที่จะมีอิทธิพลต่อหญิงตั้งครรภ์มากที่สุดก็คือ คู่สมรส ซึ่ง รุจา ภูไพบูลย์ (2537: 109) กล่าวว่า มารดาต้องการความเข้าใจ ความรัก กำลังใจ และความช่วยเหลือจากบุคคลรอบข้าง โดยเฉพาะสามีในช่วงของการตั้งครรภ์ คลอด หลังคลอด และในระยะเลี้ยงดูบุตร และจากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า การได้รับแรงสนับสนุนจากคู่สมรสจะมีอิทธิพลต่อสุขภาพกาย และสุขภาพจิตของอีกฝ่ายหนึ่งเป็น

อย่างดี การสนับสนุนจากคู่สมรสที่หญิงตั้งครรภ์ได้รับไม่เพียงแต่เป็นแรงสนับสนุนด้านอารมณ์เท่านั้น แต่คู่สมรสจะช่วยอย่างมากในเรื่องของการวางแผน เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์ปฏิบัติพฤติกรรมตามคำแนะนำของแพทย์อย่างสม่ำเสมอ

ไลเบอร์แมน (Lieberman, In Goldberg & Brenznitz, Eds., 1972: 771) ได้ทำการศึกษาถึงแหล่งของการช่วยเหลือ และประสิทธิภาพของการช่วยเหลือในกลุ่มมารดาที่สูญเสียบุตร จำนวน 663 ครอบครัว พบว่า คู่สมรสเป็นแหล่งของการช่วยเหลือแหล่งแรกที่มีประสิทธิภาพมากที่สุด โดยเฉพาะด้านจิตใจ

ครอนเนนเวท และคานส์-วิลสัน (Cronnenwett & Kunst-Wilson, 1981: 198) กล่าวว่า สัมพันธภาพของคู่สมรสนั้นเป็นสัมพันธภาพแห่งการสนับสนุนด้านอารมณ์ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเพศชาย และในการสนับสนุนทางสังคมนั้นเชื่อว่า การสนับสนุนทางสังคมที่ได้รับจากเครือข่ายทางสังคมที่มีความผูกพันกันอย่างเหนียวแน่น (strong tie) เช่น คู่สมรส เป็นการสนับสนุนที่มีประสิทธิภาพและมีความสำคัญมากโดยเฉพาะผลด้านจิตใจ จึงพบว่าบุคคลที่แต่งงานจะได้เปรียบทางด้านจิตใจ และสังคมมากกว่าผู้ที่ยังไม่แต่งงาน

บราวน์ และคณะ (Brown & et.al., cited by Geirzewski, 1983: 44) พบว่า ในกลุ่มหญิงที่มีสามีเข้าร่วมวางแผนและเฝ้าดูในโปรแกรมการลดน้ำหนัก สามารถลดน้ำหนักได้มากกว่ากลุ่มที่สามีร่วมวางแผนแต่ไม่ได้เฝ้าดู

และจากการศึกษาในประเทศไทยนั้น สุภภรณ์ คังแพง (2531: 95) ซึ่งศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ การสนับสนุนจากคู่สมรสกับการดูแลตนเองในผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยวิธีจัดของเสียทางเยื่อบุช่องท้องด้วยตนเอง ผลการศึกษาพบว่า การสนับสนุนจากคู่สมรสมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = 0.3584$)

จุฑาทิพย์ ชื้อสตัย (2537: 63) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้เกี่ยวกับโรค การสนับสนุนจากคู่สมรส กับการร่วมมือในการปฏิบัติตนตามแผนการรักษาของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์ ผลการศึกษาพบว่า การสนับสนุนจากคู่สมรสมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการร่วมมือในการปฏิบัติตนตามแผนการรักษา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = 0.4259$)

ดังนั้นจึงน่าจะยืนยันได้ว่าคู่สมรสนั้นเป็นแหล่งการสนับสนุนที่มีความสำคัญ ต่อหญิงตั้งครรภ์ โดยเฉพาะอย่างยิ่งหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยง ซึ่งเป็นผู้ที่ต้องการความช่วยเหลือในหลายๆ ด้านด้วยกัน การสนับสนุนช่วยเหลือที่ได้รับจากคู่สมรสจะทำให้หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงมีพฤติกรรมดูแลตนเอง และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้อย่างเหมาะสม

การสนับสนุนจากคู่สมรส และพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยง

จากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมสุขภาพที่ผ่านมา ผู้วิจัยพบว่าตามแนวคิดของ เฮาส์ ซึ่งให้ความหมายของการสนับสนุนทางสังคมว่า เป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลซึ่งประกอบด้วย ความรักใคร่ ห่วงใย ความไว้วางใจ ความรัก ความผูกพันต่อกัน ความช่วยเหลือด้านการเงิน สิ่งของ แรงงาน การให้ข้อมูลข่าวสาร ตลอดจนการให้ข้อมูลป้อนกลับ และข้อมูลเพื่อการเรียนรู้และประเมินตนเอง ช่วยให้หญิงตั้งครรภ์มีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพที่ดี สามารถควบคุมภาวะเสี่ยงในระยะตั้งครรภ์ได้ ส่งเสริมให้หญิงตั้งครรภ์มีสุขภาพดีทั้งร่างกาย และจิตใจ ซึ่งแนวคิดดังกล่าวนี้สามารถตอบสนองต่อการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยง ตามแนวคิดพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender, 1996: 67) ดังนั้นการวิจัยครั้งนี้จึงเลือกใช้การสนับสนุนจากคู่สมรสที่ดัดแปลงมาจากแนวความคิดของเฮาส์ (House, In Cohen & Syme, Eds., 1985: 101) ซึ่งแบ่งการสนับสนุนออกเป็น 4 ด้าน ได้แก่

1. การสนับสนุนด้านอารมณ์ (Emotional Support)

ได้แก่การได้รับความเห็นอกเห็นใจ การดูแลเอาใจใส่ การแสดงความรัก ความผูกพันของคู่สมรสต่อหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยง จากการที่หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงต้องเผชิญการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม เปลี่ยนแปลงบทบาท ประกอบกับการที่จะต้องดูแลสุขภาพตนเองเนื่องจากการมีภาวะเสี่ยงที่เข้ามาเกี่ยวข้อง จะทำให้หญิงตั้งครรภ์รู้สึกเครียด รู้สึกว่าไม่สามารถช่วยตนเองได้ ก่อให้เกิดความรู้สึกด้อยคุณค่า และไม่เห็นคุณค่าของตนเอง จึงเป็นอาจเป็นสาเหตุทำให้หญิงตั้งครรภ์มีพฤติกรรมทางสุขภาพที่เสี่ยง และเกิดความล้มเหลวในการดูแลสุขภาพ โดยเฉพาะเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย และจิตใจ (Cohen & Will, 1985: 310-357) การได้รับการสนับสนุนด้านอารมณ์จากคู่สมรสนั้น จะทำให้หญิงตั้งครรภ์เกิดความรู้สึกมั่นคงทางอารมณ์ รู้สึกอบอุ่น และมีกำลังใจที่จะส่งเสริมให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่ดีในระยะตั้งครรภ์ได้

2. การสนับสนุนด้านการประเมิน (Appraisal Support)

ได้แก่ การได้รับการประเมินพฤติกรรม และคุณค่าของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยง โดยให้ข้อมูลป้อนกลับด้วยคำพูด หรือการแสดงออกด้วยการกระทำของคู่สมรส เมื่อใดก็ตามที่หญิงตั้งครรภ์รู้สึกว่าคู่สมรสให้ความสนใจในพฤติกรรมของตน ยอมรับและเห็นด้วยในความคิด หรือเห็นด้วยในการกระทำที่ถูกต้อง จะทำให้หญิงตั้งครรภ์เกิดความรู้สึกว่าตนเองยังมีความสามารถในการควบคุมสถานการณ์และสิ่งแวดล้อมต่างๆ ได้ ทำให้เกิดความมั่นใจในการที่จะทำกิจกรรมต่างๆ เพื่อการส่งเสริมสุขภาพของตนเองให้ดีขึ้น

3. การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Information Support)

ได้แก่การได้รับข้อมูล ข้อเสนอแนะ คำเตือน ให้คำปรึกษา ให้หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยง มีการปฏิบัติตนในระยะตั้งครรภ์ในบทบาทหน้าที่ต่างๆ ได้อย่างเหมาะสม เช่น บทบาทของหญิงตั้งครรภ์ควบคู่ไปกับบทบาทของผู้ป่วยที่ควรปฏิบัติตนให้ถูกต้องตามแผนการรักษาของแพทย์ และพยาบาล ซึ่งในบางครั้งหญิงตั้งครรภ์อาจรู้สึกเบื่อหน่ายที่จะปฏิบัติตนตามคำแนะนำ อันเนื่องมาจากความท้อแท้จากภาวะการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น หรือมีความรู้สึกไม่ปลอดภัย ไม่แน่ใจในภาวะการเจ็บป่วยของตน อันเนื่องมาจากความไม่รู้ จึงเกิดความรู้สึกเครียด และอาจมีผลให้เกิดการเจ็บป่วยซ้ำ หรือภาวะเสี่ยงนั้นรุนแรงมากยิ่งขึ้น ในขณะเดียวกันก็มีผลกระทบต่องัมพพันธุภาพระหว่างมารดาและบุตรด้วย ถ้าหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงได้รับการสนับสนุนจากบุคคลใกล้ชิดในการกระตุ้นให้หญิงตั้งครรภ์ได้รับรู้ และปฏิบัติตนตามแผนการรักษาอย่างถูกต้องและสม่ำเสมอ โดยการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตนในระยะตั้งครรภ์โดยทั่วไป เช่น การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการพักผ่อน รวมไปถึงการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตนให้เหมาะสมกับภาวะเสี่ยง จะทำให้หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงเกิดความมั่นใจในการกระทำสิ่งต่างๆ เหล่านี้ และการให้คำแนะนำแนะแนวทางในการแก้ไขปัญหาต่างๆ จะส่งเสริมให้หญิงตั้งครรภ์ประสบความสำเร็จในการรักษา มีสุขภาพกาย สุขภาพจิตดียิ่งขึ้น

4. การสนับสนุนด้านทรัพยากร (Instrumental support)

ได้แก่ การได้รับความช่วยเหลือในด้านวัตถุ สิ่งของ แรงงาน เงิน และเวลา จากการที่หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยง มีโอกาสที่จะเกิดการเปลี่ยนแปลงในการกิจประจำวัน สภาพที่อยู่อาศัย รวมทั้งค่าใช้จ่ายต่างๆ ที่เพิ่มมากขึ้น จากผลกระทบของการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นทำให้ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ในขณะที่รายได้จากการประกอบอาชีพลดลง หรืออาจไม่มีเลย และต้องปฏิบัติตนตามแผนการรักษาเพื่อไม่ให้ภาวะของโรครุนแรงขึ้น ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อกิจกรรมหรือบทบาทต่างๆ ภายในครอบครัว ดังนั้นถ้าหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงได้รับการช่วยเหลือในการจัดหาสิ่งจำเป็นในการดำรงชีพ และให้ความสนใจโดยพาหญิงตั้งครรภ์มาตรวจสุขภาพตามนัดทุกครั้ง จะทำให้หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยง สามารถปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้ดี

จะเห็นได้ว่าการสนับสนุนจากคู่สมรสทั้ง 4 ด้าน ที่กล่าวมาแล้วนั้นเกื้อหนุน และเอื้ออำนวยให้หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดีได้ ซึ่งจะนำไปสู่การมีสุขภาพกาย สุขภาพจิต และสังคมที่ดีต่อไป

ปัจจัยส่วนบุคคล และพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยง

อายุ เหตุผลทางทฤษฎีกล่าวว่า บุคคลที่มีอายุมากจะมีประสบการณ์การเรียนรู้ในการเผชิญปัญหาได้มากกว่าคนอายุน้อย (Andreason, 1981: 519) เพราะเมื่ออายุมากขึ้นบุคคลได้ผ่านภาวะวิกฤต การวินิจฉัยโดยตรง และการตัดสินใจเลือกวิธีในการเผชิญปัญหามากขึ้น มีวุฒิภาวะเพิ่มขึ้น ดังนั้นจึงอาจกล่าวได้ว่าอายุมีส่วนสัมพันธ์กับวุฒิภาวะของหญิงตั้งครรภ์ เมื่อหญิงตั้งครรภ์มีอายุมากขึ้นจะมีวุฒิภาวะเพิ่มขึ้น ทำให้สามารถปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ได้ดี รับผิดชอบต่อสุขภาพอนามัยของตนเองได้มากขึ้น โดยพบว่าหญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุน้อยจะมีพฤติกรรมการป้องกันโรค และส่งเสริมสุขภาพไม่ดีเท่ากับหญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุมากกว่า (Lowenstein & Rinehart, 1981: 254) นอกจากนี้หญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุน้อยมักมีสุขภาพแข็งแรงจึงไม่สนใจที่จะดูแลสุขภาพอนามัยของตนเอง ในขณะที่หญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุมากขึ้นจะให้ความสนใจกับสุขภาพมากยิ่งขึ้น อาจเนื่องจากการมีอายุมากขึ้นในขณะตั้งครรภ์ทำให้มีโอกาสเสี่ยงต่ออันตรายหรือ ความผิดปกติขณะตั้งครรภ์ได้มากกว่า จึงทำให้มีความตื่นตัวสูง และมีแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ดี (อังคณา นวलय, 2535: 97-98) สอดคล้องกับการศึกษาของ สุรี โอภาสศิริวิทย์ (2531: ก) พบว่า อายุมีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองในทิศทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และจากการศึกษาของ อุ่นจิตต์ บุญสม (2540: 45) พบว่า หญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุต่างกัน มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยกลุ่มตัวอย่างมีอายุตั้งแต่ 35 ปี ขึ้นไป จะมีพฤติกรรมดีกว่ากลุ่มที่มีอายุต่ำกว่า 20 ปี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) แต่จากการศึกษาของ มูเลนแคมป์และโบรเออแมน (Muhlenkamp & Broerman, 1983: 543) พบว่า อาจมีผลทางอ้อมเพียงเล็กน้อย ต่อแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ ส่งเสริมสุขภาพ

ระดับการศึกษา เป็นปัจจัยที่มีผลกระทบต่อพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล โดยทั่วไป บุคคลที่มีการศึกษาสูง จะมีความรู้ ทักษะ และการปฏิบัติตนด้านสุขภาพอนามัยดีกว่าผู้ที่มีการศึกษาค่ำ (ประภาเพ็ญ สุวรรณ, 2526: 182) โดยผู้ที่มีการศึกษาสูงจะมีโอกาสแสวงหาสิ่งที่เป็นประโยชน์ หรือ เอื้ออำนวยต่อการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อสุขภาพ ซึ่งต่างจากผู้ที่มีการศึกษาน้อย จะมีข้อจำกัดในการเรียนรู้ ตลอดจนแสวงหาความรู้ และประสบการณ์การดูแลตนเอง (Pender, 1982: 161-162) จากการศึกษาของ รูธส์ (Ruth, 1973: 135-136) พบว่า ผู้ที่มีการศึกษาค่ำมักประสบปัญหาในการทำ ความเข้าใจเกี่ยวกับการเกิดโรค และวิธีการรักษา ตลอดจนการปฏิบัติตนเนื่องจากความรู้ดังกล่าวเป็นเรื่องเชิงวิทยาศาสตร์ ดังนั้นผู้ที่มีการศึกษาสูงจะสามารถรับรู้ และทำความเข้าใจ

เข้าใจในสิ่งที่ต้องเรียนรู้ได้มากกว่า และเข้าใจเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นกับตนได้ดีกว่าผู้ที่มีการศึกษต่ำ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ จุฑาทิพย์ ชื้อสตัย (2537: 58) ที่พบว่า ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการปฏิบัติตามแผนการรักษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สอดคล้องกับการศึกษาของ จันทนา พงษ์สมบุรณ์(2539: 77) ซึ่งพบว่า ปัจจัยที่มีผลกระทบต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ติดเชื้อ เอช ไอ วี คือ การรับรู้ต่อภาวะสุขภาพ และระดับการศึกษา โดยปัจจัยทั้งสองกลุ่มนี้เป็นกลุ่มตัวทำนายที่ดีที่สุด สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ติดเชื้อ เอช ไอ วี ได้ร้อยละ 13 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

รายได้ครอบครัว เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดำเนินชีวิต ด้านการตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐานของบุคคล ทำให้ชีวิตความเป็นอยู่ของบุคคลดีขึ้น (Orem, 1985: 175) ซึ่ง เพนเดอร์(Pender, 1982: 175) ยังได้กล่าวอีกว่า ผู้ที่มีสถานภาพทางเศรษฐกิจดีจะมีโอกาสในการแสวงหาสิ่งที่เป็นประโยชน์ต่อการดูแลสุขภาพของตน เอื้ออำนวยให้บุคคลช่วยเหลือตนเองให้ได้รับอาหารที่เพียงพอ เข้าถึงบริการได้อย่างเหมาะสม สามารถจัดหาเครื่องใช้ต่าง ๆ เพื่อการส่งเสริมสุขภาพของตนเองได้ ในขณะที่ผู้ที่มีรายได้น้อยจะมีข้อจำกัดในการหาสิ่งบริการเพื่อบำรุงรักษาสุขภาพ จากการศึกษาของ สมจิต ปทุมานนท์(2532: 137) พบว่า ฐานะทางเศรษฐกิจของมารดาครรภ์แรกมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลตนเอง ด้านอนามัยแม่ และเด็ก ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ มยุรี นิรัตธราดร(2539: 86) ที่พบว่า รายได้สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นได้ร้อยละ 34.4 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

ลำดับที่ของการตั้งครรภ์ หญิงตั้งครรภ์ที่เคยมีประสบการณ์การตั้งครรภ์มาแล้วจะสามารถควบคุมอารมณ์และสถานการณ์ต่างๆ ได้ดีกว่าหญิงตั้งครรภ์ครั้งแรกที่ไม่เคยมีประสบการณ์มาก่อน โดยเฉพาะอย่างยิ่งประสบการณ์การตั้งครรภ์ในอดีตที่มีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้น ซึ่งส่งผลให้บุตรคนก่อนๆ มีความผิดปกติแต่แรกเกิด จะมีผลต่อการปฏิบัติตนด้านสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ โดยอาจทำให้หญิงตั้งครรภ์มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมจากที่เคยปฏิบัติมาในอดีตเนื่องจากกลัวว่าถ้าปฏิบัติเหมือนเดิมจะเกิดความผิดปกติต่อทารกในครรภ์อีก และจากการศึกษาของ อุ่นจิตต์ บุญสม (2540: 57)พบว่า หญิงตั้งครรภ์หลังมีพฤติกรรมดูแลตนเองโดยทั่วไป ควบคุมสิ่งแวดล้อม และการใช้ระบบบริการสุขภาพดีกว่าหญิงตั้งครรภ์แรก

จากการศึกษาวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องทั้งหมดพอสรุปได้ว่า หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงจะมีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพที่ถูกต้องเหมาะสม ย่อมขึ้นอยู่กับ การสนับสนุนจากคู่สมรสและปัจจัยส่วนบุคคลบางประการ ได้แก่ การอายุ ระดับการศึกษา รายได้ครอบครัวและลำดับที่ของการตั้งครรภ์ ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ และการสนับสนุนจากคู่สมรส หาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนจากคู่สมรสกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ และหาอำนาจการทำนายพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยง โดยตัวทำนาย ได้แก่ การสนับสนุนจากคู่สมรส และปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ ครอบครัว และลำดับที่ของการตั้งครรภ์ ซึ่งผลการศึกษาครั้งนี้คาดว่าจะนำไปใช้ประโยชน์ในการวางแผนการพยาบาล เพื่อส่งเสริมให้หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงมีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสมโดยคำนึงถึงปัจจัยที่มีอิทธิพลดังกล่าว



บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive Research) เพื่อศึกษาพฤติกรรม การส่งเสริมสุขภาพ และการสนับสนุนจากคู่สมรสในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยง หาความสัมพันธ์ ระหว่างการสนับสนุนจากคู่สมรส กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยง และหาอำนาจการทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยง โดยตัวแปร การสนับสนุนจากคู่สมรส และปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ครอบครัว และ ลำดับที่ของการตั้งครรภ์

ลักษณะประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ประชากรที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยง ที่มารับ บริการที่แผนกผู้ป่วยใน หรือคลินิกฝากครรภ์ของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยง แผนกผู้ป่วยนอกของ โรงพยาบาลในเขตกรุงเทพมหานคร

การเลือกกลุ่มตัวอย่าง มีขั้นตอนดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 กลุ่มตัวอย่างสังกัดของโรงพยาบาล จากสังกัดของสถานบริการทางสุขภาพ ในกรุงเทพมหานครทั้งหมด 6 สังกัด คือ ทบวงมหาวิทยาลัย กระทรวงสาธารณสุข กระทรวง กลาโหม กระทรวงมหาดไทย กรุงเทพมหานครและองค์การอิสระ โดยวิธีการจับฉลากได้ 4 สังกัด คือทบวงมหาวิทยาลัย กระทรวงกลาโหม กรุงเทพมหานครและกระทรวงสาธารณสุข

ขั้นตอนที่ 2 กลุ่มตัวอย่าง 1โรงพยาบาล จากสังกัดที่สุ่มได้ ในขั้นตอนที่ 1 โดยวิธีการ จับฉลากได้โรงพยาบาลที่เป็นกลุ่มตัวอย่างดังนี้

สังกัดทบวงมหาวิทยาลัย โรงพยาบาลในสังกัดที่สุ่มได้ คือ โรงพยาบาลศิริราช

สังกัดกระทรวงกลาโหม โรงพยาบาลในสังกัดที่สุ่มได้ คือโรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช

สังกัดกรุงเทพมหานคร โรงพยาบาลในสังกัดที่สุ่มได้ คือ โรงพยาบาลวชิรพยาบาล

สังกัดกระทรวงสาธารณสุข โรงพยาบาลในสังกัดที่สุ่มได้ คือ โรงพยาบาลราชวิถี

ขั้นตอนที่ 3 ผู้วิจัยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง(Purposive sampling) ให้ได้หญิง ตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงจากโรงพยาบาลที่สุ่มได้ในขั้นตอนที่ 2 โดยกำหนดคุณสมบัติของกลุ่ม ตัวอย่างดังนี้

1. เป็นหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ ว่าเป็นการตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงอย่างใดอย่างหนึ่ง หรือหลายอย่างร่วมกัน ซึ่งอาจเกิดจากภาวะเสี่ยงทางสูติศาสตร์เช่น การตั้งครรภ์ร่วมกับภาวะความดันโลหิตสูง ภาวะรกเกาะต่ำ ครรภ์แฝด หรือหญิงตั้งครรภ์มีความสูงน้อยกว่า 144 เซนติเมตร หรือเกิดจากภาวะเสี่ยงทางอายุรศาสตร์ เช่น การตั้งครรภ์ร่วมกับโรคเบาหวาน โรคหัวใจ โรคหอบหืด เป็นต้น

2. เป็นหญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุครรภ์ 28 สัปดาห์ขึ้นไป

3. เป็นหญิงตั้งครรภ์ที่มีสถานภาพสมรส (อยู่ด้วยกันกับสามี)

ในการศึกษาครั้งนี้ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวนทั้งสิ้น 180 ราย ประกอบด้วยกลุ่มตัวอย่างจากโรงพยาบาลทั้ง 4 แห่งดังนี้

โรงพยาบาลศิริราช	จำนวน	64 ราย
โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช	จำนวน	42 ราย
โรงพยาบาลวชิรพยาบาล	จำนวน	40 ราย
โรงพยาบาลราชวิถี	จำนวน	34 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยในครั้งนี้ ประกอบด้วย

1. แบบสัมภาษณ์และบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยง ประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับอายุ ระดับการศึกษา รายได้ครอบครัว ลำดับที่ของการตั้งครรภ์ ภูมิลำเนาเดิม ลักษณะครอบครัว อาชีพ การวางแผนการตั้งครรภ์ ลักษณะของภาวะเสี่ยง(แบ่งตามประเภทและความรุนแรง) อายุครรภ์ จำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และรายได้ของหญิงตั้งครรภ์

2. แบบวัดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยง เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น เพื่อวัดกิจกรรมที่หญิงตั้งครรภ์ปฏิบัติหรือพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยง โดยดัดแปลงข้อคำถามจาก แบบวัดแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพ (Health-Promoting Lifestyle profiled I and profiled II) ของวอร์คเกอร์ ชิคริสต์ และเพนเดอร์ (Walker, Sechrist & Pender, 1987: 79; Pender, 1996: 134) ซึ่งประกอบด้วยแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพ 6 ด้าน รวม 52 ข้อ โดยมีข้อความที่มีความหมายทั้งในทางบวก และลบ เป็นข้อความด้านลบ ได้แก่ ข้อที่ 9,10,11,12,13,14,29 และ 33 ที่เหลือเป็นข้อความด้านบวกทั้งหมด มีรายละเอียดของแบบสอบถามดังนี้

2.1 ด้านโภชนาการ	15 ข้อ ได้แก่ 1-15
2.2 ด้านการออกกำลังกาย	6 ข้อ ได้แก่ 15-21
2.3 ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ	10 ข้อ ได้แก่ 22-31
2.4 ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล	8 ข้อ ได้แก่ 32-39
2.5 ด้านการจัดการกับความเครียด	7 ข้อ ได้แก่ 40-46
2.6 ด้านความสำเร็จในชีวิตแห่งตน	6 ข้อ ได้แก่ 47-52

ลักษณะของคำตอบเป็นมาตราส่วนประเมินค่า 4 ระดับ คือ

ปฏิบัติ / เกิดขึ้นเป็นประจำ หมายถึง ผู้ตอบมีพฤติกรรม หรือปฏิบัติกิจกรรมในเรื่องนั้นๆ เป็นประจำสม่ำเสมอ หรือผู้ตอบเห็นว่าเป็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นเป็นประจำ

ปฏิบัติ / เกิดขึ้นบ่อย หมายถึง ผู้ตอบมีพฤติกรรม หรือปฏิบัติกิจกรรมในเรื่องนั้นๆ บ่อยครั้ง หรือผู้ตอบเห็นว่าเป็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นบ่อยครั้ง

ปฏิบัติ / เกิดขึ้นเป็นบางครั้ง หมายถึง ผู้ตอบมีพฤติกรรม หรือปฏิบัติกิจกรรมในเรื่องนั้นๆ ไม่สม่ำเสมอหรือนานๆ ครั้ง หรือผู้ตอบเห็นว่าเป็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นเป็นบางครั้งเท่านั้น

ไม่เคยปฏิบัติ / ไม่เคยเกิดขึ้นเลย หมายถึง ผู้ตอบไม่เคยปฏิบัติกิจกรรมนั้น หรือผู้ตอบเห็นว่าเหตุการณ์นั้นไม่เคยเกิดขึ้น

เกณฑ์การให้คะแนน ถ้าเลือกตอบ

ปฏิบัติ / เกิดขึ้นเป็นประจำ	ข้อความด้านบวก	ได้ 4 คะแนน
	ข้อความด้านลบ	ได้ 1 คะแนน
ปฏิบัติ / เกิดขึ้นบ่อย	ข้อความด้านบวก	ได้ 3 คะแนน
	ข้อความด้านลบ	ได้ 2 คะแนน
ปฏิบัติ / เกิดขึ้นเป็นบางครั้ง	ข้อความด้านบวก	ได้ 2 คะแนน
	ข้อความด้านลบ	ได้ 3 คะแนน
ไม่เคยปฏิบัติ / ไม่เคยเกิดขึ้นเลย	ข้อความด้านบวก	ได้ 1 คะแนน
	ข้อความด้านลบ	ได้ 4 คะแนน

การแปลผลคะแนนพฤติกรรมการส่งเสริมการส่งเสริมสุขภาพโดยรวม

คะแนนรวมของแบบวัดทั้งหมดจะอยู่ในช่วง 52 คะแนน (หมายถึง พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพไม่ดี) ถึง 208 คะแนน (หมายถึงพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพดี) การแปลผลแบ่งระดับคะแนนตามเกณฑ์ดังนี้

คะแนน 52 - 104 คะแนน หมายถึง พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพไม่ดี

คะแนน 105 - 156 คะแนน หมายถึง พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพปานกลาง

คะแนน 157 - 208 คะแนน หมายถึง พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพดี
การแปลผลคะแนนพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพรายด้าน

คะแนนรวมของพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ ด้านโภชนาการ จะอยู่ในช่วง 15
คะแนน (หมายถึงพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพสุขภาพด้านโภชนาการไม่ดี) ถึง 60 คะแนน
(หมายถึง พฤติกรรมการส่งเสริมด้านโภชนาการดี) การแปลผลคะแนนแบ่งตามเกณฑ์ดังนี้

คะแนน 15-30 คะแนน หมายถึง พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพด้าน
โภชนาการไม่ดี

คะแนน 31-45 คะแนน หมายถึง พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพด้าน
โภชนาการปานกลาง

คะแนน 46-60 คะแนน หมายถึง พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพด้าน
โภชนาการดี

คะแนนรวมของพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ ด้านการออกกำลังกาย จะอยู่ในช่วง
6 คะแนน (หมายถึง พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพด้านการออกกำลังกายไม่ดี) ถึง 24 คะแนน
(หมายถึง พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพด้านการออกกำลังกายดี) การแปลผลคะแนนแบ่งตาม
เกณฑ์ดังนี้

คะแนน 6-12 คะแนน หมายถึง พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพด้านการออก
กำลังกายไม่ดี

คะแนน 13-18 คะแนน หมายถึง พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพด้านการ
ออกกำลังกายปานกลาง

คะแนน 19-24 คะแนน หมายถึง พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพด้านการ
ออกกำลังกายดี

คะแนนรวมของพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ ด้านการความรับผิดชอบต่อสุขภาพ จะ
อยู่ในช่วง 10 คะแนน (หมายถึง พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพไม่
ดี) ถึง 40 คะแนน (หมายถึง พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพดี) การ
แปลผลคะแนนแบ่งตามเกณฑ์ดังนี้

คะแนน 10-20 คะแนน หมายถึง พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพด้านความ
รับผิดชอบต่อสุขภาพไม่ดี

คะแนน 21-30 คะแนน หมายถึง พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพด้านความ
รับผิดชอบต่อสุขภาพปานกลาง

คะแนน 31-40 คะแนน หมายถึง พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพด้านความ
รับผิดชอบต่อสุขภาพดี

คะแนนรวมของพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ ด้านการความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล
จะอยู่ในช่วง 8 คะแนน (หมายถึง พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล
ไม่ดี) ถึง 32 คะแนน (หมายถึง พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลดี)
การแปลผลคะแนนแบ่งตามเกณฑ์ดังนี้

คะแนน 8-16 คะแนน หมายถึง พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพด้านความ
สัมพันธ์ระหว่างบุคคลไม่ดี

คะแนน 17-24 คะแนน หมายถึง พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพด้านความ
สัมพันธ์ระหว่างบุคคลปานกลาง

คะแนน 25-32 คะแนน หมายถึง พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพด้านความ
สัมพันธ์ระหว่างบุคคลดี

คะแนนรวมของพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ ด้านการจัดการกับความเครียด จะอยู่
ในช่วง 7 คะแนน (หมายถึง พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพด้านการจัดการกับความเครียดไม่ดี) ถึง
28 คะแนน (หมายถึง พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพด้านการจัดการกับความเครียดดี) การแปลผล
คะแนนแบ่งตามเกณฑ์ดังนี้

คะแนน 7-14 คะแนน หมายถึง พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพด้านการ
จัดการกับความเครียดไม่ดี

คะแนน 15-21 คะแนน หมายถึง พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพด้านการ
จัดการกับความเครียดปานกลาง

คะแนน 22-28 คะแนน หมายถึง พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพด้านการจัดการ
กับความเครียดดี

คะแนนรวมของพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ ด้านความสำเร็จในชีวิตแห่งตน จะอยู่
ในช่วง 6 คะแนน (หมายถึง พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพด้านความสำเร็จในชีวิตแห่งตนไม่ดี) ถึง
24 คะแนน (หมายถึง พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพด้านความสำเร็จในชีวิตแห่งตนดี) การแปลผล
คะแนนแบ่งตามเกณฑ์ดังนี้

คะแนน 6-12 คะแนน หมายถึง พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพด้านความ
สำเร็จในชีวิตแห่งตนไม่ดี

คะแนน 13-18 คะแนน หมายถึง พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพด้านความ
สำเร็จในชีวิตแห่งตนปานกลาง

คะแนน 19-24 คะแนน หมายถึง พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพด้านความสำเร็จในชีวิตแห่งตนดี

การเปรียบเทียบ คะแนนพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงรายข้อและรายด้าน จากคะแนนเฉลี่ย (Mean)

3. แบบวัดการสนับสนุนจากคู่สมรส เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเพื่อประเมินพฤติกรรมและการปฏิบัติในด้านการช่วยเหลือประคับประคอง ที่หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงได้รับจากคู่สมรสตามการรับรู้ของหญิงตั้งครรภ์ โดยอาศัยกรอบแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของเฮาส์ (House, 1981 Cited by Cohen & Syme, 1985: 101) ซึ่งประกอบด้วยการสนับสนุนจากคู่สมรส 4 ด้าน รวม 20 ข้อเป็นข้อความด้านบวกทั้งหมดมีรายละเอียดของแบบสอบถามดังนี้

- | | | | |
|----------------------------------|-------|--------|-----------|
| 3.1 การสนับสนุนด้านอารมณ์ | 5 ข้อ | ได้แก่ | ข้อ 1-5 |
| 3.2 การสนับสนุนด้านการประเมิน | 5 ข้อ | ได้แก่ | ข้อ 6-10 |
| 3.3 การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร | 5 ข้อ | ได้แก่ | ข้อ 11-15 |
| 3.4 การสนับสนุนด้านทรัพยากร | 5 ข้อ | ได้แก่ | ข้อ 16-20 |

ลักษณะของคำตอบ เป็นมาตราส่วนประเมินค่า 5 ระดับ คือ

เป็นจริงมากที่สุด หมายถึง ผู้ตอบเห็นว่าข้อความนั้นตรงกับความรู้สึก หรือตรงกับความเป็นจริงที่เกิดขึ้นกับตนมากที่สุด

เป็นจริงส่วนมาก หมายถึง ผู้ตอบเห็นว่าข้อความนั้นตรงกับความรู้สึก หรือตรงกับความเป็นจริงที่เกิดขึ้นกับตนเป็นส่วนมาก

เป็นจริงปานกลาง หมายถึง ผู้ตอบเห็นว่าข้อความนั้นตรงกับความรู้สึก หรือตรงกับความเป็นจริงที่เกิดขึ้นกับตนเพียงครึ่งหนึ่ง

เป็นจริงน้อย หมายถึง ผู้ตอบเห็นว่าข้อความนั้นตรงกับความรู้สึก หรือตรงกับความเป็นจริงที่เกิดขึ้นกับตนน้อย

ไม่เป็นจริงเลย หมายถึง ผู้ตอบเห็นว่าข้อความนั้นไม่ตรงกับความรู้สึก หรือไม่ตรงกับความเป็นจริงที่เกิดขึ้นเลย

เกณฑ์การให้คะแนน ถ้าเลือกตอบ

- | | | | |
|-------------------|-----|---|-------|
| เป็นจริงมากที่สุด | ได้ | 5 | คะแนน |
| เป็นจริงส่วนมาก | ได้ | 4 | คะแนน |
| เป็นจริงปานกลาง | ได้ | 3 | คะแนน |
| เป็นจริงน้อย | ได้ | 2 | คะแนน |
| ไม่เป็นจริงเลย | ได้ | 1 | คะแนน |

การแปลผลคะแนนการสนับสนุนจากคู่สมรสโดยรวม

คะแนนรวมของแบบวัดทั้งหมดจะอยู่ในช่วง 20 คะแนน (หมายถึง การสนับสนุนจากคู่สมรสน้อย) ถึง 100 คะแนน (หมายถึง การสนับสนุนจากคู่สมรสดี) แบ่งตามเกณฑ์ดังนี้

คะแนน 20- 40 คะแนน หมายถึง การสนับสนุนจากคู่สมรสน้อย

คะแนน 41- 60 คะแนน หมายถึง การสนับสนุนจากคู่สมรสปานกลาง

คะแนน 61-100 คะแนน หมายถึง การสนับสนุนจากคู่สมรสดี

การแปลผลคะแนนการสนับสนุนจากคู่สมรสรายด้าน

คะแนนการสนับสนุนจากคู่สมรสทุกด้าน จะอยู่ในช่วงคะแนนเดียวกันคือ 5 คะแนน (หมายถึง การสนับสนุนจากคู่สมรสน้อย) ถึง 25 คะแนน (หมายถึง การสนับสนุนจากคู่สมรสดี) ดังนั้นการแปลผลคะแนนทุกด้านจึงแบ่งตามเกณฑ์เดียวกันดังนี้

คะแนน 5 - 10 คะแนน หมายถึง การสนับสนุนจากคู่สมรสน้อย

คะแนน 11- 15 คะแนน หมายถึง การสนับสนุนจากคู่สมรสปานกลาง

คะแนน 16- 25 คะแนน หมายถึง การสนับสนุนจากคู่สมรสดี

การเปรียบเทียบคะแนนการสนับสนุนจากคู่สมรส รายข้อและรายด้าน จากคะแนนเฉลี่ย (Mean)

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การหาความเที่ยงตรง (Validity)

ผู้วิจัยนำแบบวัดพฤติกรรม ส่งเสริมสุขภาพในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยง และแบบวัดการสนับสนุนจากคู่สมรส ไปตรวจสอบความถูกต้องของภาษาและความตรงของเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 6 ท่าน ดังนี้

อาจารย์พยาบาลด้านการพยาบาลจิตสังคม	1	ท่าน
อาจารย์พยาบาลด้านสาขาการพยาบาลแม่และเด็ก	1	ท่าน
อาจารย์พยาบาลด้านสุขภาพและพฤติกรรมศาสตร์	1	ท่าน
อาจารย์พยาบาลด้านการพยาบาลสาธารณสุข	1	ท่าน
อาจารย์พยาบาลด้านจิตวิทยา	1	ท่าน
พยาบาลด้านการพยาบาลสูติศาสตร์	1	ท่าน

การหาความเชื่อมั่น (Reliability)

ผู้วิจัยนำแบบวัดพฤติกรรม ส่งเสริมสุขภาพในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยง และแบบวัดการสนับสนุนจากคู่สมรส ที่ได้รับการปรับปรุงตามการแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ ไปทดลองใช้กับหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยง ที่มีลักษณะเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาจำนวน 20 ราย แล้วนำมาคำนวณหาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม โดยใช้สัมประสิทธิ์อัลฟา(α)ของครอนบาช (Cronbach’s alpha Coefficient) ซึ่งมีสูตรดังนี้ (ยูวดี ภาษา และคณะ, 2532: 127)

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

เมื่อ α = ค่าสัมประสิทธิ์ของความเชื่อถือได้
 n = จำนวนข้อของข้อมูลในแบบทดสอบ
 S_i^2 = ความแปรปรวนของคะแนนรายข้อ
 S^2 = ความแปรปรวนของคะแนนรวมทั้งหมด

ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามแต่ละชุดดังนี้

- 1.ความเชื่อมั่นของแบบวัดพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยง = .8715
2. ความเชื่อมั่นของแบบวัดการสนับสนุนจากคู่สมรส ของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยง = .9120

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินการเก็บข้อมูลด้วยตนเองโดยขอหนังสือแนะนำตัว จากบัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยมหิดล ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลศิริราช ผ่านคณบดีคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล ผู้อำนวยการโรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช ผู้อำนวยการโรงพยาบาลวชิรพยาบาล และผู้อำนวยการโรงพยาบาลราชวิถี เพื่อขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยทำการเก็บข้อมูลระหว่างวันที่ 30 มิถุนายน 2540 ถึงวันที่ 21 สิงหาคม 2540 ตามวันและเวลาดังต่อไปนี้

โรงพยาบาลศิริราช	วันจันทร์	เวลา 08.00-16.00 น.
	วันอังคาร	เวลา 08.00-16.00 น.
โรงพยาบาลราชวิถี	วันพุธ	เวลา 08.00-16.00 น.
โรงพยาบาลวชิรพยาบาล	วันพฤหัสบดี	เวลา 08.00-16.00 น.
โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช	วันศุกร์	เวลา 08.00-16.00 น.

หลังจากได้รับการอนุมัติแล้ว ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล หัวหน้าการพยาบาล สูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา หัวหน้าคลินิกฝากครรภ์ และหัวหน้าหอผู้ป่วยหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยง โรงพยาบาลศิริราช โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช โรงพยาบาลวชิรพยาบาล และโรงพยาบาลราชวิถี เพื่อแนะนำตัวและชี้แจงรายละเอียดในการเก็บรวบรวมข้อมูล จากนั้นจึงดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลดังนี้

1. ผู้วิจัยไปที่หอผู้ป่วยหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยง ในเวลา 08.00-12.00 น. และคลินิกฝากครรภ์หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยง ในเวลา 13.00-16.00 น. โรงพยาบาลศิริราช โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช โรงพยาบาลวชิรพยาบาล และโรงพยาบาลราชวิถี ตามวัน ที่ได้ระบุไว้ในตอนต้น หมุนเวียนไปในแต่ละ โรงพยาบาลจนกว่าจะได้กลุ่มตัวอย่างครบ เพื่อคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามที่กำหนดไว้ โดยดูจากรายงานบัตรผู้ป่วยใน และบัตรผู้ป่วยนอกที่ยื่นเพื่อรอรับบริการ

2. ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพกับกลุ่มตัวอย่างโดยพูดคุย แนะนำตัวเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย และการพิทักษ์สิทธิในการเข้าร่วมการวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทราบ(ดูภาคผนวก ข) และขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม

3. เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมในการวิจัย ผู้วิจัยพากลุ่มตัวอย่างไปนั่งที่โต๊ะที่จัดเตรียมไว้ให้ จากนั้นผู้วิจัยสัมภาษณ์และบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของ หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยง โดยใช้เวลาประมาณ 5 นาที หลังจากนั้นทำการตรวจสอบความครบถ้วนของข้อมูล ถ้าพบว่าข้อมูลใดขาดหายไป ผู้วิจัยทำการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างเพิ่มเติมจนครบ

4. ผู้วิจัยแจกแบบสอบถามที่เตรียมไว้ ซึ่งมีอยู่ 2 ส่วนคือ ส่วนที่ 1 แบบวัดพฤติกรรม การส่งเสริมสุขภาพในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยง และส่วนที่ 2 แบบวัดการสนับสนุนจากคู่สมรส พร้อมทั้งอธิบายวิธีการตอบแบบวัดให้กลุ่มตัวอย่างเข้าใจ และให้กลุ่มตัวอย่าง ตอบแบบวัดด้วยตนเอง ตามลำดับที่เรียงไว้โดยไม่กำหนดเวลาในการตอบ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามทั้ง 2 ชุดประมาณคนละ 20 นาที

5. ผู้วิจัยทำการตรวจสอบความครบถ้วนของคำตอบ ถ้าพบว่าคำตอบใดขาดหายไป ผู้วิจัยขอให้กลุ่มตัวอย่างตอบเพิ่มเติมจนครบ

6. ผู้วิจัยทำการสัมภาษณ์ และบันทึกถึงเหตุผลในข้อที่มีการปฏิบัติพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสม ไว้ในช่องหมายเหตุท้ายข้อของแบบวัดส่วนที่ 1 โดยทำในรายที่สามารถทำการสัมภาษณ์เพิ่มเติมได้

7. เมื่อได้กลุ่มตัวอย่างครบ 180 ราย ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากการตอบแบบสอบถามทั้งหมดของกลุ่มตัวอย่างแต่ละคน มาคิดคะแนนตามเกณฑ์ แล้วนำไปวิเคราะห์ข้อมูลตามวิธีการทางสถิติ ที่ได้วางแผนไว้ต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำคะแนนที่ได้มาวิเคราะห์ โดยใช้เครื่องคอมพิวเตอร์ โปรแกรมสำเร็จรูป เอสพีเอส เอส / พี ซี บวก (SPSS/PC⁺ = Statistical Package for the Social Science/Personal Computer Plus) มีขั้นตอนการวิเคราะห์ตามลำดับดังนี้

1. แจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง
2. คำนวณค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของคะแนนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และคะแนนการสนับสนุนจากคู่สมรส ของกลุ่มตัวอย่างโดยรวม รายด้านและรายข้อ
3. แจกแจงความถี่ และร้อยละของกลุ่มตัวอย่างของคะแนนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และคะแนนการสนับสนุนจากคู่สมรสของกลุ่มตัวอย่าง ตามเกณฑ์ที่แบ่งไว้ โดยรวม รายด้านและรายข้อ
4. คำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient) ระหว่างตัวแปรการสนับสนุนจากคู่สมรสของกลุ่มตัวอย่าง รายด้านและโดยรวม กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมของกลุ่มตัวอย่าง และทดสอบความมีนัยสำคัญโดยการทดสอบค่าที(t-test) โดยกำหนดความมีนัยสำคัญที่ระดับ .05
5. คำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณ (Multiple Correlation Coefficient) ระหว่างตัวแปรทั้งหมด ได้แก่ การสนับสนุนจากคู่สมรส อายุ ระดับการศึกษา รายได้ครอบครัว และ ลำดับที่ของการตั้งครรภ์ กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยง และหาอำนาจการทำนายโดยมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเป็นตัวเกณฑ์ โดยใช้วิธีวิเคราะห์แบบถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน(Stepwise multiple regression) และสร้างสมการทำนาย

บทที่ 4

ผลการวิจัยและอภิปรายผล

ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ และการสนับสนุนจากกลุ่มสมรสในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยง หากความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนจากกลุ่มสมรส กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยง และหาอำนาจการทำนายพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยง โดยตัวแปรการสนับสนุนจากกลุ่มสมรส และปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ครอบครัว และลำดับที่ของการตั้งครรภ์ โดยศึกษาในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงที่มีอายุครรภ์ตั้งแต่ 28 สัปดาห์ขึ้นไป ซึ่งมารับบริการที่แผนกผู้ป่วยในหรือที่คลินิกฝากครรภ์ของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยง แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศิริราช โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช โรงพยาบาลวชิรพยาบาล และโรงพยาบาลราชวิถี จำนวนทั้งสิ้น 180 ราย ซึ่งการวิจัยได้นำเสนอด้วยตารางประกอบการบรรยายตามลำดับดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ในตารางที่ 1 ถึง ตารางที่ 2
2. แจกแจงข้อมูลเกี่ยวกับ พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ และการสนับสนุนจากกลุ่มสมรสของกลุ่มตัวอย่าง ตารางที่ 3 ถึง ตารางที่ 8
3. ผลการวิเคราะห์ ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient) ระหว่างตัวแปร การสนับสนุนจากกลุ่มสมรส รายด้านและโดยรวม กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพโดยรวมของกลุ่มตัวอย่าง และทดสอบความมีนัยสำคัญโดยการทดสอบค่าที (t-test) ตามตารางที่ 9
4. ผลการวิเคราะห์ ค่าอำนาจการทำนายพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณ ระหว่างตัวแปรทั้งหมด ได้แก่ การสนับสนุนจากกลุ่มสมรส ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ครอบครัว และลำดับที่ของการตั้งครรภ์ ตามตารางที่ 10 ถึงตารางที่ 12

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

ตารางที่ 1 แจกแจง ความถี่ ร้อยละ ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตาม อายุ ระดับการศึกษา รายได้ครอบครัว และลำดับที่ของการตั้งครรภ์

ข้อมูล	จำนวน (n=180)	ร้อยละ
อายุ		
น้อยกว่า 20 ปี	19	10.6
20 - 34 ปี	129	71.7
35 - 39 ปี	32	17.8
ค่าต่ำสุด	16	
ค่าสูงสุด	42	
ค่าเฉลี่ย	28.15	
ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	6.11	
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้รับการศึกษา (0 ปี)	1	0.6
ประถมศึกษา (1-6 ปี)	90	50.0
มัธยมศึกษา (7-12 ปี)	63	35.0
อาชีวศึกษาและอุดมศึกษา (13 ปีขึ้นไป)	26	14.4
ค่าต่ำสุด	0	
ค่าสูงสุด	18	
ค่าเฉลี่ย	8.49	
ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	3.92	

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
	(n=180)	
<u>รายได้ครอบครัว/เดือน</u>		
0 - 5,000 บาท	20	11.1
5,001 - 10,000 บาท	79	43.9
10,001 - 15,000 บาท	38	21.1
15,001 - 20,000 บาท	17	9.4
มากกว่า 20,000 บาท	26	14.4
ค่าต่ำสุด	2,500	
ค่าสูงสุด	120,000	
ค่าเฉลี่ย	13,478.97	
ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	12,482.40	
<u>ลำดับที่ของการตั้งครรภ์</u>		
ครรภ์ที่ 1	66	36.7
ครรภ์ที่ 2	64	35.6
ครรภ์ที่ 3	38	21.1
ครรภ์ที่ 4	8	4.4
ครรภ์ที่ 5	2	1.1
ครรภ์ที่ 6	1	0.6
ครรภ์ที่ 7	1	0.6
ค่าต่ำสุด	1	
ค่าสูงสุด	7	
ค่าเฉลี่ย	2.02	
ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	1.04	

จากตารางที่ 1 พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุอยู่ระหว่าง 20-34 ปี คือ ร้อยละ 71.7 หญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุมากที่สุด คือ 42 ปี อายุน้อยที่สุดคือ 16 ปี และมีอายุเฉลี่ยประมาณ 28.15 ปี มีระดับการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษามากที่สุดร้อยละ 50 ระดับการศึกษาสูงสุด คือ ระดับอุดมศึกษา(ปริญญาโท) ระดับการศึกษาต่ำสุดคือไม่ได้รับการศึกษา แต่สามารถอ่านออกเขียนได้ เนื่องจากเรียนรู้และฝึกฝนด้วยตนเอง และมีระดับการศึกษาเฉลี่ยคิดเป็นจำนวนปีเท่ากับ 8.49 ปี มีรายได้ครอบครัวต่อเดือน ส่วนใหญ่อยู่ที่ระดับ 5,001 - 10,000 บาท ต่อเดือน คิดเป็นร้อยละ 43.9 โดยมีรายได้ครอบครัวมากที่สุด คือ เดือนละ 120,000 บาท น้อยที่สุด เดือนละ 2,500 บาท และมีรายได้ครอบครัวเฉลี่ย เดือนละ 13,478.97 บาท ส่วนใหญ่เป็นการตั้งครรภ์แรก ร้อยละ 36.7 โดยมีลำดับที่ของการตั้งครรภ์สูงสุดคือครรภ์ที่ 7 ลำดับที่ของการตั้งครรภ์ต่ำสุดคือครรภ์ที่ 1 และลำดับที่ของการตั้งครรภ์เฉลี่ยเท่ากับ 2.2





ตารางที่ 2 แจกแจง ความถี่ ร้อยละ ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของ กลุ่มตัวอย่างจำแนกตาม ภูมิถิ่นอาศัย ลักษณะครอบครัว อาชีพ การวางแผน การตั้งครรภ์ ลักษณะของภาวะเสี่ยง อายุครรภ์ จำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษา ในโรงพยาบาล และรายได้ของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยง

ข้อมูล	จำนวน (n=180)	ร้อยละ
<u>ภูมิถิ่นอาศัย</u>		
ต่างจังหวัด	136	75.6
กรุงเทพมหานคร	44	24.4
<u>ลักษณะครอบครัว</u>		
ครอบครัวเดี่ยว	105	58.3
ครอบครัวขยาย	75	41.7
<u>อาชีพ</u>		
แม่บ้าน	77	42.8
รับจ้าง	67	37.2
ค้าขาย	24	13.3
เกษตรกร	5	2.8
รับราชการ	4	2.2
นักศึกษา	2	1.7
<u>การวางแผนการตั้งครรภ์</u>		
วางแผน	123	68.3
ไม่ได้วางแผน	57	31.7
<u>ลักษณะของภาวะเสี่ยง(แบ่งตามประเภทการเกิดภาวะเสี่ยง)</u>		
ภาวะเสี่ยงทางสูติศาสตร์	91	50.6
ภาวะเสี่ยงทางอายุรศาสตร์	27	15.0
ภาวะเสี่ยงทางสูติศาสตร์ร่วมกับภาวะเสี่ยงทางอายุรศาสตร์	62	34.4

ตารางที่ 2 (ต่อ)

ข้อมูล	จำนวน (n=180)	ร้อยละ
<u>ลักษณะของภาวะเสี่ยง (แบ่งตามความรุนแรง)</u>		
ภาวะเสี่ยงต่ำ	62	34.4
ภาวะเสี่ยงสูง	109	60.6
ภาวะเสี่ยงสูงมาก	9	5.0
<u>อายุครรภ์</u>		
28-32 สัปดาห์	87	48.3
33-36 สัปดาห์	56	31.1
37-40 สัปดาห์	37	20.6
<u>จำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล</u>		
ไม่ได้เข้ารับการรักษา	81	45.0
เข้ารับการรักษา 1 ครั้ง	86	47.8
เข้ารับการรักษา 2 ครั้ง	12	6.7
เข้ารับการรักษา 3 ครั้ง	1	0.6
<u>รายได้ของหญิงตั้งครรภ์</u>		
ไม่มีรายได้	64	35.6
1 - 5,000 บาท	66	36.6
5,001 - 10,000 บาท	33	18.3
10,001 - 15,000 บาท	14	4.8
15,001 - 20,000 บาท	3	1.7
ค่าต่ำสุด	0	
ค่าสูงสุด	20,000	
ค่าเฉลี่ย	3,957.69	
ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	4,482.98	

จากตารางที่ 2 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีภูมิลำเนาเดิมอยู่ต่างจังหวัด ร้อยละ 75.6 ลักษณะครอบครัวเป็นครอบครัวเดี่ยวมากกว่าครอบครัวขยายถึง ร้อยละ 58.3 มีอาชีพแม่บ้านมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 42.8 รองลงมา คือ อาชีพรับจ้าง ร้อยละ 37.2 ส่วนใหญ่มีการวางแผนการตั้งครรภ์คิดเป็นร้อยละ 68.3 มีลักษณะของภาวะเสี่ยงครึ่งหนึ่งเป็นภาวะเสี่ยงทางสูติศาสตร์คือ ร้อยละ 50.6 เมื่อแบ่งตามความรุนแรงของภาวะเสี่ยงพบว่าร้อยละ 60.6 มีความเสี่ยงสูงและพบว่ามีอายุครรภ์อยู่ในช่วง 28 - 32 สัปดาห์มากที่สุดร้อยละ 48.3 ส่วนใหญ่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจำนวน 1 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 47.8 จำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลสูงสุด คือ 3 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 0.6 รายได้ของกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่อยู่ที่ระดับ 1- 5,000 บาทต่อเดือน โดยกลุ่มตัวอย่างมีรายได้ของตนเองสูงสุดเดือนละ 20,000 บาท ต่ำสุด คือไม่มีรายได้ และมีรายได้เฉลี่ย 3,957.69 บาท ต่อเดือน



2. แจกแจงข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ และการสนับสนุนจากคู่สมรสของกลุ่มตัวอย่าง

ตารางที่ 3 ช่วงคะแนน ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ รายด้าน และโดยรวมของกลุ่มตัวอย่าง

ตัวแปร	ช่วงคะแนน		$\bar{X}$	S.D.
	แบบสอบถาม	กลุ่มตัวอย่าง		
<u>พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพรายด้าน</u>				
- ด้านโภชนาการ	15-60	37-58	48.82	4.18
- ด้านการออกกำลังกาย	6-24	8-24	16.57	2.69
- ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ	10-40	23-40	32.46	3.22
- ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล	8-32	17-32	26.76	3.23
- ด้านการจัดการกับความเครียด	7-28	12-28	20.70	3.37
- ด้านความสำเร็จในชีวิตแห่งตน	6-24	7-24	20.87	3.07
<u>พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพโดยรวม</u>	52-208	120-204	166.09	13.73

จากตารางที่ 3 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับคะแนน 120-204 คะแนน ซึ่งหมายถึง กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพโดยรวมอยู่ในเกณฑ์ปานกลาง และดี โดยมีคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 166.09 หมายถึงกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพโดยรวมเฉลี่ยอยู่ในเกณฑ์ดี ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 13.73 และเมื่อพิจารณาเป็นรายด้านแล้วพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการ ด้านการออกกำลังกาย ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ด้านการจัดการกับความเครียด และด้านความสำเร็จในชีวิตแห่งตน เท่ากับ 48.82 , 16.57 , 32.46 , 26.67 , 20.70 และ 20.87 คะแนนตามลำดับ

ตารางที่ 4 ร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง ของคะแนนพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพรายด้านและโดยรวม
แบ่งตามเกณฑ์ดี ปานกลาง และไม่ดี

ตัวแปรที่ศึกษา	ระดับคะแนน		
	ดี (%)	ปานกลาง(%)	ไม่ดี(%)
พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพรายด้าน			
ด้านโภชนาการ	79.4	20.6	-
ด้านความสำเร็จในชีวิตแห่งตน	79.4	19.4	1.1
ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล	73.9	26.1	-
ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ	73.3	26.7	-
ด้านการจัดการกับความเครียด	41.7	54.4	3.9
ด้านการออกกำลังกาย	22.8	70.0	7.2
พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพโดยรวม	78.3	21.7	0

จากตารางที่ 4 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับดี ร้อยละ 78.3 ระดับปานกลางร้อยละ 21.7 และพบว่าไม่มีกลุ่มตัวอย่างที่มีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพโดยรวมไม่ดี เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพรายด้านอยู่ในเกณฑ์ปานกลางและดี พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพด้านที่มีผู้ปฏิบัติได้ดีจำนวนมากที่สุดคือ ด้านโภชนาการร้อยละ 79.4 และด้านความสำเร็จในชีวิตแห่งตน ร้อยละ 79.4 เช่นกัน รองลงมาคือ ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ร้อยละ 73.9 และด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ ร้อยละ 73.3 ในขณะที่ด้านการจัดการกับความเครียดและด้านการออกกำลังกายมีผู้ปฏิบัติอยู่ในเกณฑ์ดีเพียง ร้อยละ 41.7 และ 22.8 ตามลำดับโดยพบว่าส่วนใหญ่ปฏิบัติอยู่ในเกณฑ์ปานกลางมากถึงร้อยละ 54.4 และ 70.0 ตามลำดับ

ตารางที่ 5 ค่าเฉลี่ย และ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ รายด้าน และโดยรวม ของกลุ่มตัวอย่าง

ตัวแปร	$\bar{X}$	S.D.
พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพรายด้าน		
ด้านความสำเร็จในชีวิตแห่งตน	3.48	.75
ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล	3.35	.77
ด้านโภชนาการ	3.25	.74
ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ	3.25	.70
ด้านการจัดการกับความเครียด	2.96	.89
ด้านการออกกำลังกาย	2.76	.79
พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพโดยรวม	3.17	.77

จากตารางที่ 5 เมื่อปรับคะแนนพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพรายด้าน และโดยรวมให้อยู่ในฐานเดียวกันคือคะแนนเต็ม 4 พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพโดยรวมเท่ากับ 3.17 และมีส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ .77 และเมื่อพิจารณารายด้านพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ ด้านความสำเร็จในชีวิตแห่งตน เท่ากับ 3.48 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ .75 ในขณะที่ค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพด้านการออกกำลังกายอยู่ในระดับต่ำสุดเท่ากับ 2.76 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ .79

ตารางที่ 6 ช่วงคะแนน ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนการสนับสนุนจากคู่สมรส รายด้าน และโดยรวม ของกลุ่มตัวอย่าง

ตัวแปร	ช่วงคะแนน		X	S.D.
	แบบสอบถาม	กลุ่มตัวอย่าง		
การสนับสนุนจากคู่สมรส				
- การสนับสนุนด้านอารมณ์	5-25	11-15	21.47	2.96
- การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร	5-25	6-25	20.36	3.29
- การสนับสนุนด้านด้านทรัพยากร	5-25	7-25	19.95	3.69
- การสนับสนุนด้านการประเมิน	5-25	8-25	19.75	3.21
การสนับสนุนจากคู่สมรสโดยรวม	20-100	45-100	81.53	10.71

จากตารางที่ 6 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนการสนับสนุนจากคู่สมรสโดยรวมอยู่ในระดับ 45-100 คะแนนซึ่งหมายถึง กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนการสนับสนุนจากคู่สมรสโดยรวมอยู่ในเกณฑ์ปานกลางและดี โดยมีคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 81.53 หมายถึง กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนการสนับสนุนจากคู่สมรสโดยรวมอยู่ในเกณฑ์ดี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 10.71 และเมื่อพิจารณาเป็นรายด้านแล้วพบว่า การสนับสนุนจากคู่สมรสทุกด้านมีค่าเฉลี่ยคะแนนอยู่ในเกณฑ์ดี โดยเรียงตามลำดับค่าเฉลี่ยคะแนนจากมากไปน้อย ดังนี้ การสนับสนุนจากคู่สมรสด้านอารมณ์ ด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านทรัพยากร และด้านการประเมิน

ตารางที่ 7 ร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง ของคะแนนการสนับสนุนจากคู่สมรสรายด้านและโดยรวม แบ่งตามเกณฑ์ ดี ปานกลาง และน้อย

ตัวแปรที่ศึกษา	ระดับคะแนน		
	ดี (%)	ปานกลาง (%)	น้อย (%)
การสนับสนุนจากคู่สมรสรายด้าน			
การสนับสนุนด้านอารมณ์	95.6	4.4	-
การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร	94.4	4.4	1.1
การสนับสนุนด้านการประเมิน	90.0	9.4	.6
การสนับสนุนด้านทรัพยากร	88.9	10.0	1.1
การสนับสนุนจากคู่สมรสโดยรวม	96.7	3.3	-

จากตารางที่ 7 พบว่า กลุ่มตัวอย่างได้รับการสนับสนุนจากคู่สมรสโดยรวมอยู่ในเกณฑ์ดีร้อยละ 96.7 ปานกลางร้อยละ 3.3 และไม่พบว่ามีกลุ่มตัวอย่างได้รับการสนับสนุนจากคู่สมรส น้อย เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับการสนับสนุนจากคู่สมรสทุกด้าน อยู่ในเกณฑ์ดี โดยได้รับการสนับสนุนจากคู่สมรสด้านอารมณ์อยู่ในเกณฑ์ดีมากที่สุดถึง ร้อยละ 95.6

ตารางที่ 8 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนการสนับสนุนจากคู่สมรส รายด้าน และโดยรวม ของกลุ่มตัวอย่าง

ตัวแปร	X	S.D.
การสนับสนุนจากคู่สมรสรายด้าน		
ด้านอารมณ์	4.29	.79
ด้านข้อมูลข่าวสาร	4.07	.96
ด้านทรัพยากร	3.99	1.07
ด้านการประเมิน	3.95	.92
การสนับสนุนจากคู่สมรสโดยรวม	4.08	.94

จากตารางที่ 8 เมื่อปรับคะแนนการสนับสนุนจากคู่สมรสให้อยู่ในฐานเดียวกันคือ คะแนนเต็ม 5 พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยของคะแนนการสนับสนุนจากคู่สมรสโดยรวมเท่ากับ 4.08 และมีส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ .94 และเมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยของคะแนนการสนับสนุนจากคู่สมรสด้านอารมณ์มากที่สุดเท่ากับ 4.29 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ .79 รองลงมาคือการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านทรัพยากร และด้านการประเมินตามลำดับ

3. ผลการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient) ระหว่างตัวแปรการสนับสนุนจากคู่สมรสรายด้านและโดยรวม ปัจจัยส่วนบุคคล (อายุ ระดับการศึกษา รายได้ครอบครัว ลำดับที่ของการตั้งครรภ์) กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพโดยรวมของกลุ่มตัวอย่าง

ตารางที่ 9 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนจากคู่สมรสรายด้านและ โดยรวมกับ พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ โดยรวมของกลุ่มตัวอย่าง

การสนับสนุนจากคู่สมรสกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)
การสนับสนุนจากคู่สมรสเป็นรายด้าน	
- การสนับสนุนด้านอารมณ์	.4325***
- การสนับสนุนด้านการประเมิน	.4301***
- การสนับสนุนด้านทรัพยากร	.4064***
- การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร	.2891***
การสนับสนุนจากคู่สมรสโดยรวม	.4772***

*** p < .001

จากตารางที่ 9 พบว่า การสนับสนุนจากคู่สมรส โดยรวมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับ พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($r = .4772$) เมื่อพิจารณาการสนับสนุนจากคู่สมรสในแต่ละด้าน พบว่า การสนับสนุนจากคู่สมรสทุกด้าน ซึ่ง ได้แก่ ด้านอารมณ์ ด้านการประเมิน ด้านทรัพยากร และด้านข้อมูลข่าวสาร มีความสัมพันธ์ทางบวก กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 เท่ากัน ($r = .4325$, $r = .4301$, $r = .4064$ และ $r = .2891$ ตามลำดับ)

4. ผลการวิเคราะห์ค่าอำนาจการทำนายพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณระหว่างตัวแปรทั้งหมด ได้แก่ การสนับสนุนจากคู่สมรส และปัจจัยส่วนบุคคล (อายุ ระดับการศึกษา รายได้ครอบครัว และ ลำดับที่ของการตั้งครรภ์)

ตารางที่ 10 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรทั้งหมด กับตัวเกณฑ์ โดยแสดงในรูปเมตริกสัมพันธ์ (Correlation matrix)

ตัวแปร	1	2	3	4	5	6
1.อายุ	1					
2.ระดับการศึกษา	-.0600	1				
3.รายได้ครอบครัว	.2711***	.3762***	1			
4.ลำดับที่ของการตั้งครรภ์	.3573***	-.2478***	.0517	1		
5.การสนับสนุนจากคู่สมรส	.0360	.1129	.0043	-.0688	1	
6.พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ	.2420***	.0785	.0368	-.0450	.4772***	1

*** p < .001

จากตารางที่ 10 พบว่า อายุ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับ รายได้ครอบครัว ลำดับที่ของการตั้งครรภ์ และพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($r = .2711, .3573$ และ $.2420$ ตามลำดับ)

ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับ รายได้ครอบครัวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($r = .3762$) แต่มีความสัมพันธ์ทางลบ กับลำดับที่ของการตั้งครรภ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($r = -.2478$)

การสนับสนุนจากคู่สมรสมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($r = .4772$)

ตารางที่ 11 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณระหว่าง ตัวทำนาย กับ พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ โดยวิธีการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบปกติ (Multiple regression analysis)

ตัวแปร	B	Beta	SEE	t
การสนับสนุนจากคู่สมรส	.5849	.4564	.0827	7.070***
รายได้ครอบครัว	-5.3869E-05	-.0490	8.0169E-05	-.672
ลำดับที่ของการตั้งครรภ์	-1.3265	-.1009	.9300	-1.426
อายุ	.6228	.2771	.1608	3.875***
ระดับการศึกษา	.1297	.0371	.2546	.510
Constant	103.1737			
R = .539 ; R ² = .2905 ; R ² adj. = .2701 ; SEE = 7.9901 ; t = 12.913***				

***p<.001

จากตารางที่ 11 พบว่าตัวแปรที่คาดว่าจะมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง ที่นำมาเข้าร่วมในการวิเคราะห์ ทั้ง 5 ตัวแปร ซึ่งได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ครอบครัว ลำดับที่ของการตั้งครรภ์ และการสนับสนุนจากคู่สมรส มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ ในระดับปานกลาง (R = .539) โดยตัวแปรทั้ง 5 นี้สามารถอธิบายการผันแปรของ พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง ได้ร้อยละ 29.05 โดยมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง ตั้งแต่ระดับ 103.174 หน่วยเป็นต้นไป และสมการนี้มีระดับนัยสำคัญที่ .001

ตารางที่ 12 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณระหว่างตัวทำนาย กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ โดยวิธีการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน(Stepwise multiple regression)

ขั้นที่	ตัวทำนาย	multiple R	R ²	R ² Change	Adj. R ²	b	Beta	t
1.	การสนับสนุนจากคู่สมรส	.4773	.2278	.2278	.2234	.6116	.4773	7.246***
2.	การสนับสนุนจากคู่สมรส					.6012	.4691	7.342***
	อายุ	.5276	.2783	.0505	.2702	.5059	.2251	3.522***
Constant (a) = 102.8293		Over all F= 34.1345***						

***p< .001

จากตารางที่ 12 พบว่า ตัวแปรที่สามารถอธิบายความแปรปรวนของคะแนนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.001) มีทั้งหมด 2 ตัวแปร โดยมีความสำคัญตามลำดับคือ การสนับสนุนจากคู่สมรส (SSP) และ อายุ (AGE) โดยพบว่าตัวแปรทั้งสองร่วมกันอธิบายความแปรปรวน ของคะแนนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง (HBRP) ได้ร้อยละ 27.8 จึงสามารถสร้างสมการถดถอยที่ดีที่สุด เพื่อทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยง ในรูปแบบคณิตศาสตร์ได้ดังนี้

$$\hat{Y} \text{ (HBRP)} = 102.8239 + .6012 \text{ (SSP)} + .5059 \text{ (AGE)}$$

อธิบายได้ว่า เมื่อทราบคะแนนการสนับสนุนจากคู่สมรสและอายุของคนคนหนึ่ง และต้องการทราบคะแนนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของบุคคลนั้น สามารถทำได้จาก ค่าจุดเริ่มต้นที่ 102.8239 บวกกับ .6012ของคะแนนการสนับสนุนจากคู่สมรสของบุคคลนั้น บวกกับ .5059ของอายุของบุคคลนั้น โดยสมการนี้สามารถใช้ในการทำนายได้ร้อยละ 27.8

และสมการถดถอยพหุคูณที่ดีที่สุดในรูปแบบคะแนนมาตรฐานคือ

$$\hat{Z}(\text{HBRP}) = .4691 (\text{SSP}) + .2251 (\text{AGE})$$

อธิบายได้ว่า คะแนนมาตรฐานของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของบุคคล จะมีค่าเท่ากับ .4691 ของคะแนนการสนับสนุนจากคู่สมรสบวกกับ .2251 ของอายุ (เมื่อทราบคะแนนการสนับสนุนจากคู่สมรส และอายุ)



การอภิปรายผล

การศึกษาครั้งนี้ เป็นการศึกษาการสนับสนุนจากคู่สมรส และพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยง โดยกลุ่มตัวอย่าง เป็นหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยง ซึ่งมีอายุครรภ์ตั้งแต่ 28 สัปดาห์ขึ้นไป ที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยใน หรือที่คลินิกฝากครรภ์ โรงพยาบาลศิริราช โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช โรงพยาบาลวชิรพยาบาลและโรงพยาบาลราชวิถี ผลการศึกษาสามารถอภิปรายตามวัตถุประสงค์และสมมติฐาน ได้ดังนี้

วัตถุประสงค์ข้อที่ 1. ศึกษาพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ และการสนับสนุนจากคู่สมรสของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยง

พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยง

จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพโดยรวมอยู่ในเกณฑ์ร้อยละ 78.3 เกณฑ์ปานกลางร้อยละ 21.7 และไม่พบว่ามีกลุ่มตัวอย่างที่มีคะแนนพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพในเกณฑ์ไม่ดี (ตารางที่ 4) แสดงว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคะแนนพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพโดยรวมอยู่ในเกณฑ์ดี โดยมีระดับคะแนนโดยรวมสูงสุดเท่ากับ 204 จากคะแนนเต็ม 208 และคะแนนโดยรวมต่ำสุดเท่ากับ 120 มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 166.09 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 13.73(ตารางที่ 3) และเมื่อพิจารณาคะแนนรายด้านตามเกณฑ์ที่แบ่งไว้คือ ดี ปานกลาง และไม่ดี พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคะแนนพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพเกือบทุกด้านอยู่ในเกณฑ์ดี และปานกลาง มีเพียงส่วนน้อยที่อยู่ในเกณฑ์ไม่ดี พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพด้านที่กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติได้ดีจำนวนมากที่สุดคือ ด้านโภชนาการและด้านความสำเร็จในชีวิตแห่งตน โดยมีผู้ปฏิบัติอยู่ในเกณฑ์ดีจำนวนร้อยละ 79.4 เท่ากัน รองลงมาคือด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลร้อยละ 73.9 และด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพร้อยละ 73.3 ในขณะที่พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพด้านการจัดการกับความเครียด และด้านการออกกำลังกาย พบว่ากลุ่มตัวอย่างปฏิบัติอยู่ในเกณฑ์ดีเพียงร้อยละ 41.7 และร้อยละ 22.8 ตามลำดับ โดยพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคะแนนอยู่ในเกณฑ์ปานกลาง จำนวนมากถึงร้อยละ 54.4 และร้อยละ 70 ตามลำดับ (ตารางที่4)

เมื่อเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพรายด้านด้วยค่าเฉลี่ยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ ด้านความสำเร็จในชีวิตแห่งตนสูงสุด รองลงมาคือด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ด้านโภชนาการ ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ ด้านการจัดการกับความเครียด และด้านการออกกำลังกายโดยมีค่าเฉลี่ยคะแนนเท่ากับ 3.48 3.35 3.25 3.25 2.96 และ 2.76 ตามลำดับ โดยมีส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.75 0.77 0.74 0.70 0.89

และ .79 ตามลำดับ(ตารางที่ 5) ทั้งนี้สามารถอธิบายรายละเอียดของพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพในแต่ละด้านได้ดังนี้

ด้านความสำเร็จในชีวิตแห่งตน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพด้านความสำเร็จในชีวิตแห่งตนโดยรวมอยู่ในเกณฑ์ร้อยละ 79.4 เกณฑ์ปานกลางร้อยละ 19.4 และเกณฑ์ไม่ดีร้อยละ 1.1 โดยมีค่าเฉลี่ยคะแนนรายด้านสูงที่สุดเมื่อเปรียบเทียบกับด้านอื่นๆ คือมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.48 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ .79

เมื่อพิจารณาพฤติกรรมรายข้อตามลักษณะของการกระจายพบว่า ข้อที่กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติเป็นประจำ หรือเหตุการณ์นั้นเกิดขึ้นเป็นประจำ จำนวนมากที่สุดเท่ากับร้อยละ 80.6 คือความรู้สึกภาคภูมิใจที่จะได้เป็นแม่ในเร็ววันนี้ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 68.3 ตั้งใจที่จะให้มีการตั้งครรภ์เกิดขึ้น ซึ่งแสดงถึงความต้องการในการมีบุตรจึงทำให้เกิดความรู้สึกภาคภูมิใจที่จะได้แสดงบทบาทของการเป็นแม่ในเร็ววันนี้ ส่วนในข้อความรู้สึกพอใจและมีความสุขกับความเป็นตัวของตัวเอง กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติหรือเกิดขึ้นเป็นประจำร้อยละ 67.8 และในข้อถึงแม้ว่าการตั้งครรภ์ครั้งนี้จะเป็นการตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยง กลุ่มตัวอย่างก็พร้อมที่จะเผชิญกับปัญหาต่างๆ ที่อาจจะเกิดขึ้น พบว่าปฏิบัติหรือเกิดขึ้นเป็นประจำกับกลุ่มตัวอย่างจำนวนร้อยละ 66.7 โดยร้อยละ 2.2 ตอบว่าไม่เคยเกิดขึ้นเลย จากการพูดคุยกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 1 ราย(ร้อยละ0.6) ซึ่งไม่เคยเกิดความรู้สึกพร้อมต่อการเผชิญกับปัญหาที่อาจจะเกิดขึ้นเลยนั้น พบว่าสาเหตุเนื่องมาจากการตั้งครรภ์ครั้งแรกจึงรู้สึกกลัว ไม่แน่ใจ กลัวความไม่ปลอดภัยต่อตนเองและทารกในครรภ์ และกลัวทารกในครรภ์จะพิการ และพบว่าในข้อชีวิตในช่วงนี้มีการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดี นั้นเกิดขึ้นเป็นประจำเพียงร้อยละ 49.4 เกิดขึ้นบ่อยร้อยละ 27.8 และมีผู้ตอบว่าไม่เคยเกิดขึ้นเลยร้อยละ 2.2 ซึ่งในจำนวนนี้ 3 ราย(ร้อยละ 1.8) บอกว่า การตั้งครรภ์ทำให้เกิดความรู้สึกที่ดี มีความหวัง มีกำลังใจ แต่เมื่อการตั้งครรภ์ครั้งนี้เป็นการตั้งครรภ์ที่มีภาวะแทรกซ้อนร่วมด้วย ทำให้รู้สึกวิตกกังวล ไม่แน่ใจในความปลอดภัยของตนเองและบุตร โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลความวิตกกังวลจะมีมากยิ่งขึ้น จึงทำให้ไม่รู้สึกว่าชีวิตในช่วงนี้มีการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดี อย่างไรก็ตามพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มองโลกในแง่ดี โดยปฏิบัติ/เกิดขึ้นเป็นประจำร้อยละ 57.2 และพบว่าร้อยละ 63.9 มีความพึงพอใจในชีวิตที่เป็นอยู่ในขณะนี้ มีกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 2.2 ที่ไม่เกิดความรู้สึกพึงพอใจในชีวิตที่เป็นอยู่ขณะนี้เลย จากการพูดคุยกับกลุ่มตัวอย่างหนึ่งราย(ร้อยละ 0.6) ให้เหตุผลว่าเนื่องจากเกิดความรู้สึกอึดอัดจากการที่คู่สมรสห้ามคบเพื่อน และคู่สมรสมักจะเอาแต่ใจตนเองจึงทำให้ทะเลาะกันบ่อยครั้ง และอีกหนึ่งราย(ร้อยละ 0.6) ให้เหตุผลว่าเนื่องจากไม่สบายใจที่คู่สมรสดื่มเหล้ามาก ในขณะที่รายได้ครอบครัวมี

ไม่เพียงพอกับรายจ่าย ประกอบกับตนเองก็ไม่สามารถที่จะหารายได้ได้เนื่องจากต้องเลี้ยงดูบุตรคนโตที่ยังเล็กอยู่ จึงเกิดความรู้สึกไม่พึงพอใจในชีวิตที่เป็นอยู่ขณะนี้

เมื่อพิจารณาค่าเฉลี่ยรายข้อของคะแนนในด้านนี้ทุกข้อพบว่า มีค่าเฉลี่ยใกล้เคียงกัน โดยอยู่ในช่วง 3.23-3.77 โดยมีค่าเฉลี่ยสูงสุดในข้อ ความรู้สึกภาคภูมิใจ ที่จะได้เป็นแม่ในเร็ว ๆ นี้

ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลโดยรวม อยู่ในเกณฑ์ดีร้อยละ 73.9 เกณฑ์ปานกลางร้อยละ 26.1 และไม่พบว่ามีกลุ่มตัวอย่างอยู่ในเกณฑ์ไม่ดี โดยมีค่าเฉลี่ยคะแนนรายด้านเท่ากับ 3.35 รองลงมา จากด้านความสำเร็จในชีวิตแห่งตน

เมื่อพิจารณารายพฤติกรรมรายข้อในหมวดนี้ตามลักษณะการกระจายพบว่า ข้อที่มีกลุ่มตัวอย่างปฏิบัติเป็นประจำ จำนวนมากที่สุดคือการมีความสัมพันธ์ที่ดีกับบุคคลรอบข้าง เช่น เพื่อน เพื่อนบ้านและญาติ โดยเกิดขึ้นกับกลุ่มตัวอย่างจำนวนร้อยละ 70.6 รองลงมาได้แก่การแสดงออกถึงความรู้สึกรัก และห่วงใยต่อบุคคลอื่นเป็นที่รัก เกิดขึ้นเป็นประจำกับกลุ่มตัวอย่างจำนวนร้อยละ 66.7 การมีความสัมพันธ์ที่ดีต่อสมาชิกทุกคนในครอบครัวเกิดขึ้นเป็นประจำกับกลุ่มตัวอย่างจำนวนร้อยละ 64.4 การพบปะพูดคุยกับเพื่อนสนิทหรือเพื่อนบ้านปฏิบัติเป็นประจำร้อยละ 50.6 ไม่เคยปฏิบัติเลยร้อยละ 1.7 ซึ่งในจำนวนผู้ที่ไม่เคยปฏิบัติเลยนี้หนึ่งราย(ร้อยละ 0.6) ให้เหตุผลว่าไม่มีเวลาเนื่องจากต้องทำงาน

ส่วนข้อต่อไปนี้เป็นความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ที่กลุ่มตัวอย่างได้ปฏิบัติหรือเกิดขึ้นเป็นประจำ จำนวนไม่ถึงร้อยละ 50 ได้แก่การแสดงความคิดเห็นกับความสำเร็จของผู้อื่น ปฏิบัติเป็นประจำ ร้อยละ 48.3 ปฏิบัติบ่อยร้อยละ 27.8 การเลือกใช้วิธีการประนีประนอม เมื่อมีปัญหาหรือข้อขัดแย้งกับบุคคลรอบข้าง ปฏิบัติ/เกิดขึ้นเป็นประจำร้อยละ 43.3 ปฏิบัติ/เกิดขึ้นบ่อยร้อยละ 21.7 การปรึกษาปัญหา และเรื่องกังวลใจกับบุคคลใกล้ชิดที่ไว้วางใจปฏิบัติเป็นประจำร้อยละ 42.5 ปฏิบัติบ่อยร้อยละ 20.6 และปฏิบัติเป็นบางครั้งเท่านั้นจำนวนมากถึงร้อยละ 35 และไม่เคยปฏิบัติเลยร้อยละ 1.7 จากการพูดคุยกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 2 ราย ซึ่งไม่เคยปฏิบัติเลย รายหนึ่งให้เหตุผลว่าไม่ชอบปรึกษาใคร จะแก้ปัญหาต่างๆด้วยตนเองทุกครั้ง อีกรายหนึ่งให้เหตุผลว่าเป็นคนมีเพื่อนน้อย ไม่ค่อยคบใคร และชอบแก้ปัญหาต่างๆด้วยตนเอง ซึ่งการมีพฤติกรรมเช่นนี้จะทำให้หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยง ขาดโอกาสที่จะได้ข้อมูลข่าวสารในแก้ปัญหา และอาจส่งผลทำให้เกิดความเครียดได้อีกด้วย และพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีเรื่องขัดแย้งหรือทะเลาะกับคู่สมรสในระบุดังครรภ์ เพียงร้อยละ 0.6 ส่วนใหญ่ร้อยละ 52.2 มีเรื่องขัดแย้ง หรือทะเลาะกับคู่สมรสเป็นบางครั้ง และร้อยละ 42.2 ไม่เคยมีเรื่องขัดแย้งหรือทะเลาะกันเลย

เมื่อพิจารณาค่าเฉลี่ยรายข้อในด้านนี้ทุกข้อพบว่ามีความใกล้เคียงกัน โดยอยู่ในช่วง 3.04-3.63 โดยมีค่าเฉลี่ยสูงสุดในข้อ การมีความสัมพันธ์ที่ดีกับบุคคลรอบข้างเช่นเพื่อน เพื่อนบ้าน และญาติ

ด้านโภชนาการ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการโดยรวมอยู่ในเกณฑ์ดีร้อยละ 79.4 เกณฑ์ปานกลางร้อยละ 20.6 และไม่พบว่ามีกลุ่มตัวอย่างที่มีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการโดยรวมไม่ดี โดยมีค่าเฉลี่ยรายด้านเท่ากับ 3.25 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ .74

เมื่อพิจารณาพฤติกรรมรายข้อตามลักษณะของการกระจายพบว่า พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพด้านนี้ ที่กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติได้ดีเป็นประจำและมีจำนวนมากที่สุดคือ การไม่สูบบุหรี่ ซึ่งกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด ร้อยละ 100 ไม่เคยสูบบุหรี่เลย รองลงมาคือ การไม่ดื่มเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ เช่น เหล้า เบียร์ หรือยาบำรุงครรภ์ที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ ร้อยละ 93.3 ที่เหลือร้อยละ 6.7 ดื่มเป็นบางครั้งเท่านั้น จากการพูดคุยกับกลุ่มตัวอย่าง พบว่ากลุ่มที่ดื่มเครื่องดื่มประเภทนี้เป็นบางครั้งนั้น กระทำในช่วงเวลาที่ตนเองไม่ทราบว่ามี การตั้งครรภ์ โดยการดื่มเบียร์ แต่เมื่อทราบว่าตั้งครรภ์ก็ไม่ได้ดื่มอีกเลย ส่วนใหญ่ร้อยละ 77.2 รับประทานอาหารอย่างน้อยวันละ 3 มื้อ เป็นประจำ ซึ่งกลุ่มที่ไม่ได้ปฏิบัติเป็นประจำจากการพูดคุยซักถามจำนวน 5 ราย(ร้อยละ 3)ให้เหตุผลว่าเป็นความเคยชินตั้งแต่ก่อนระยะตั้งครรภ์ ซึ่งรับประทานอาหารวันละ 2 มื้อ ส่วนมากมื้อเช้ามักจะรับประทานไม่ทัน เพราะต้องรีบไปทำงานจะดื่มนม หรือกาแฟ และรับประทานขนมแทน โดยพบว่า การดื่มนม กาแฟ ปฏิบัติเป็นประจำร้อยละ 1.7 ปฏิบัติเป็นบางครั้งร้อยละ 20 และไม่เคยปฏิบัติร้อยละ 76.1 จากการพูดคุยกับกลุ่มตัวอย่างจำนวนหนึ่งราย(ร้อยละ 0.6) ซึ่งดื่มนมกาแฟเป็นประจำทุกวันในช่วงเช้าแทนการรับประทานอาหารเช้า ให้เหตุผลว่าเนื่องจากติดกาแฟ ส่วนการดื่มเครื่องดื่มประเภทน้ำอัดลม หรือเครื่องดื่มชูกำลังเช่น ลิโพ กระทิงแดง ไม่เคยปฏิบัติเลยร้อยละ 65 ส่วนที่เหลือมักจะดื่มน้ำอัดลม ซึ่งจากการพูดคุยกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 16 ราย(ร้อยละ 9.6)ให้เหตุผลว่าการดื่มน้ำอัดลมช่วยดับกระหายได้ดี ร้อยละ 58.3 ดื่มน้ำสะอาดอย่างน้อยวันละ 8 แก้วเป็นประจำทุกวัน และร้อยละ 50 ดื่มนมหรือน้ำเต้าหู้อย่างน้อยวันละ 3 แก้ว เป็นประจำ กลุ่มที่ไม่ได้ปฏิบัติเป็นประจำ จากการพูดคุยด้วยจำนวน 5 ราย(ร้อยละ 3)พบว่า มีกลุ่มตัวอย่าง 3 รายดื่มนมหรือน้ำเต้าหู้วันละไม่ถึง 3 แก้ว แต่จะดื่มน้ำวันละ 1-2 แก้ว เป็นประจำ ซึ่งอาจจะไม่เพียงพอต่อความต้องการของหญิงตั้งครรภ์ มีกลุ่มตัวอย่างหนึ่งรายไม่ดื่มเลยเนื่องจากไม่ชอบ และอีกหนึ่งรายไม่ดื่มเครื่องดื่มประเภทนี้เลยเนื่องจากทำให้ท้องเสีย

ส่วนพฤติกรรมด้านโภชนาการบางข้อที่จะกล่าวต่อไปนี้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ยังปฏิบัติได้ดีเป็นประจำสม่ำเสมอ แต่มีจำนวนไม่ถึงร้อยละ 50 เนื่องจากการกระจายค่อนข้างสูง ได้แก่ การรับประทานอาหารประเภทแป้งเช่น ข้าว ถั่วเขียวหรือขนมปัง ทุกมื้ออย่างน้อยมื้อละ 1 ถ้วย ปฏิบัติเป็นประจำร้อยละ 43.3 และปฏิบัติบ่อยร้อยละ 18.3 การรับประทานผลไม้เช่น ส้ม กล้วยหวาน หรือผลไม้ขนาดเท่าส้มเขียวหวานวันละ 1 ผล ปฏิบัติเป็นประจำร้อยละ 42.8 และปฏิบัติบ่อยร้อยละ 20.6 การรับประทานผักอย่างน้อยวันละ 3 มื้อ ปฏิบัติเป็นประจำร้อยละ 41.1 และปฏิบัติบ่อยร้อยละ 28.9

นอกจากนี้มีพฤติกรรมบางข้อที่พบว่ามียกตัวอย่างเพียงบางส่วนน้อยกว่าครึ่งหนึ่งปฏิบัติได้ดี เป็นประจำสม่ำเสมอ ได้แก่ การรับประทานอาหารประเภทโปรตีน เช่น เนื้อปลา เนื้อสัตว์ เครื่องในสัตว์ทุกมื้ออย่างน้อยมื้อละ 1 จืด ปฏิบัติเป็นประจำเพียงร้อยละ 31.7 ปฏิบัติบ่อยร้อยละ 29.4 และปฏิบัติเป็นบางครั้งจำนวนมากถึงร้อยละ 38.3 ไม่เคยปฏิบัติเลยร้อยละ 0.6 จากการพูดคุยกับกลุ่มตัวอย่างหนึ่งราย(ร้อยละ 0.6) ซึ่งปฏิบัติเป็นบางครั้งเท่านั้นให้เหตุผลว่าเนื่องจาก มีอาชีพทำสวนทำไร่การประกอบอาหารส่วนใหญ่จึงเป็นพวกผักที่หาได้ง่ายภายในสวน และจะใช้อาหารประเภทเนื้อสัตว์จำนวนเพียงเล็กน้อยไม่ถึง 1 จืดในการประกอบอาหาร การรับประทานไข้อย่างน้อยวันละ 1 ฟอง ปฏิบัติเป็นประจำร้อยละ 27.2 ปฏิบัติบ่อยร้อยละ 25 ปฏิบัติเป็นบางครั้งมากถึงร้อยละ 45.6 และไม่เคยปฏิบัติเลยร้อยละ 2.2 จากการพูดคุยกับกลุ่มตัวอย่าง 2 ราย (ร้อยละ 1.2) ซึ่งปฏิบัติเป็นบางครั้งเท่านั้นรายหนึ่งให้เหตุผลว่า ไม่ชอบรับประทานไข่ อีกรายหนึ่งเกิดจากความเชื่อที่ว่ารับประทานไข่มากจะทำให้บุตรที่คลอดออกมามีไขตามตัวมาก แต่ไม่ทราบว่าการมีไขตามตัวมากจะก่อให้เกิดผลเสียอย่างไรต่อบุตรหรือต่อตนเอง และในกลุ่มที่ไม่เคยรับประทานไขเลยจากการที่ได้พูดคุยด้วยหนึ่งราย ให้เหตุผลว่าเนื่องจากไม่ชอบ ส่วนการรับประทานอาหารทะเลอย่างน้อยสัปดาห์ละ 2 ครั้ง ปฏิบัติเป็นประจำร้อยละ 23.9 ปฏิบัติบ่อยร้อยละ 25 ปฏิบัติเป็นบางครั้งมากถึงร้อยละ 46.7 และไม่เคยปฏิบัติเลยร้อยละ 4.4 จากการพูดคุยกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 3 ราย(ร้อยละ 1.8)ซึ่งไม่เคยรับประทานอาหารทะเลเลยรายหนึ่ง ให้เหตุผลว่าสมาชิกในครอบครัวไม่รับประทาน ตนจึงไม่รับประทาน เพราะการทำอาหารต้องคำนึงถึงความต้องการของสมาชิกในครอบครัวส่วนใหญ่ด้วย อีกรายหนึ่งไม่รับประทานเนื่องจากแพ้อาหารทะเล และมีหนึ่งรายที่รับประทานเพียงสัปดาห์ละ 1 ครั้งเนื่องจากอาหารทะเลมีราคาค่อนข้างสูง จึงหาซื้อมารับประทานเป็นบางครั้งเท่านั้น การรับประทานอาหารหมักดอง และหรืออาหารรสจัดนั้นไม่เคยปฏิบัติร้อยละ 18.9 ปฏิบัติเป็นบางครั้งจำนวนมากถึงร้อยละ 65.6 ปฏิบัติบ่อยร้อยละ 11.1 และปฏิบัติเป็นประจำร้อยละ 4.4 จากการพูดคุยกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 9 ราย(ร้อยละ 5.4) พบว่าส่วนใหญ่ (6 ใน 9 ราย) รับประทานอาหารรสจัด โดยให้เหตุผลเดียวกันคือชอบ และไม่คิดว่าจะ

เป็นอันตรายร้ายแรง ส่วนการรับประทานอาหารมันๆ เช่น ข้าวขาหมู อาหารทอดต่างๆ มีผู้ไม่เคยปฏิบัติเลยเป็นจำนวนที่น้อยที่สุด คือ ร้อยละ 11.1 ในขณะที่ปฏิบัติเป็นบางครั้งมากถึงร้อยละ 65.6 ปฏิบัติบ่อยร้อยละ 17.2 และปฏิบัติเป็นประจำร้อยละ 6.1 จากการพูดคุยกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 1 ราย (ร้อยละ 0.6) ซึ่งรับประทานไก่ทอดเป็นประจำทุกวัน ให้เหตุผลว่าเนื่องจากชอบ และหาซื้อได้ง่าย และจากการสังเกตพบว่ากลุ่มตัวอย่างบางส่วน ประกอบอาชีพนอกบ้านไม่ได้ทำอาหารรับประทานเอง แต่มักจะซื้ออาหารสำเร็จรูปตามท้องตลาด ซึ่งส่วนมากเป็นอาหารจำพวกทอด หรือ ผัดมารับประทาน โดยเฉพาะมือกลางวันที่ต้องออกมาทำงานนอกบ้าน จึงทำให้มีข้อจำกัดในการเลือกรับประทาน

เมื่อพิจารณาค่าเฉลี่ยรายข้อของพฤติกรรมด้านโภชนาการทุกข้อพบว่า มีค่าเฉลี่ยอยู่ในช่วง 2.68-4.00 โดยมีค่าเฉลี่ยสูงสุดในข้อของการไม่สูบบุหรี่

ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพโดยรวมอยู่ในเกณฑ์ดี ร้อยละ 73.3 เกณฑ์ปานกลางร้อยละ 26.7 และไม่พบว่ามีกลุ่มตัวอย่างที่มี พฤติกรรมด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพโดยรวมไม่ดี โดยมีค่าเฉลี่ยรายด้านเท่ากับ 3.25 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ .70

เมื่อพิจารณาพฤติกรรมด้านนี้รายข้อตามลักษณะของการกระจายพบว่า พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ปฏิบัติได้ดี เป็นประจำสม่ำเสมอ และมีจำนวนมากที่สุด คือ ร้อยละ 93.3 ในเรื่องการรักษาความสะอาดบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์หลังขับถ่ายอุจจาระ และปัสสาวะด้วยน้ำสะอาด รองลงมาคือ การมาตรวจครรภ์ตามแพทย์นัด ปฏิบัติเป็นประจำร้อยละ 92.2 การสวมรองเท้าน้ำแข็งเพื่อป้องกันอุบัติเหตุจากการหกล้ม ปฏิบัติเป็นประจำร้อยละ 88.3 ส่วนการซื้อยามารับประทานเอง เมื่อมีอาการเจ็บป่วยเล็กน้อย เช่น เป็นไข้หวัด ไม่เคยปฏิบัติเลยร้อยละ 78.9 ปฏิบัติเป็นบางครั้งร้อยละ 16.7 และปฏิบัติเป็นประจำร้อยละ 4.4 จากการพูดคุยกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 2 ราย (ร้อยละ 1.2) ซึ่งซื้อยามารับประทานเองเป็นบางครั้งพบว่า ยาที่ซื้อมารับประทานเป็นยารักษาโรคเดียวกันคือ พาราเซตามอล ซึ่งมักจะใช้เมื่อมีอาการปวดศีรษะหรือมีไข้ โดยกลุ่มตัวอย่างได้สอบถามกับเภสัชกรประจำร้านขายยา และแพทย์ของโรงพยาบาลแล้วว่า การรับประทานยาพาราเซตามอลไม่มีผลต่อทารกในครรภ์ และหญิงตั้งครรภ์ ในกรณีที่รับประทานหลังอาหาร และรับประทานเป็นบางครั้ง ซึ่งความเข้าใจและการปฏิบัติเช่นนี้เป็นสิ่งที่ไม่ถูกต้อง เนื่องจากอาการปวดศีรษะอาจมีสาเหตุเนื่องมาจากภาวะความดันโลหิตสูง การไม่ได้รับการรักษาตั้งแต่ในระยะแรก อาจทำให้ภาวะของโรครุนแรงมากยิ่งขึ้นเป็นอันตรายต่อทั้งมารดาและทารกในครรภ์ ดังนั้นเมื่อมีอาการเจ็บป่วยจึงควรมาพบแพทย์ทันที ถึงแม้จะเป็นอาการเจ็บป่วยเพียงเล็กน้อย การสังเกต

อาการผิดปกติที่อาจเกิดขึ้นกับตนเองและทารกในครรภ์ ปฏิบัติเป็นประจำร้อยละ 68.3 ทั้งนี้อาจเนื่องจากได้รับคำแนะนำจากแพทย์และพยาบาล ให้คอยสังเกตอาการผิดปกติต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้นได้ในระยะตั้งครรภ์ หรืออาการผิดปกติต่างๆ อันเนื่องมาจากภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น ส่วนการอยู่ในที่ที่มีอากาศถ่ายเทได้สะดวก ไม่แออัดและไม่มีควันบุหรี่ ปฏิบัติเป็นประจำร้อยละ 61.7 ไม่เคยปฏิบัติเลยร้อยละ 1.1 จากการพูดคุยกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 2 ราย ซึ่งไม่เคยอยู่ในที่ที่มีอากาศถ่ายเทได้ดีนั้น เนื่องจากการเดินทางไปทำงานต้องขึ้นรถเมล์ และต้องผ่านเส้นทางที่มีฝุ่นควันจำนวนมาก ซึ่งไม่สามารถที่จะหลีกเลี่ยงได้ และบางครั้งต้องอยู่ในที่ที่มีควันบุหรี่ เนื่องจากบุคคลในครอบครัวหรือเพื่อนบ้าน สูบบุหรี่

สำหรับพฤติกรรมด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพต่อไปนี้ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ยังคงปฏิบัติได้ดีเป็นประจำ แต่มีจำนวนไม่ถึง ร้อยละ 50 เนื่องจากมีการกระจายค่อนข้างสูง ได้แก่ การหาความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตนในระยะตั้งครรภ์ จากการอ่านหนังสือ ฟังวิทยุ ดูโทรทัศน์ หรือสอบถามจากคนใกล้ชิด ปฏิบัติเป็นประจำร้อยละ 41.1 ปฏิบัติบ่อยร้อยละ 27.8 และไม่เคยปฏิบัติเลยร้อยละ 2.8 จากการสังเกตพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรม การแสวงหาข้อมูลโดยการอ่านหนังสือที่ทางโรงพยาบาลจัดไว้ให้หยิบอ่านได้เองในระหว่างการรอเรียกตรวจครรภ์ เช่น นิตยสารรักลูกและนิตยสารแม่และเด็ก นอกจากนี้ในกลุ่มที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลบางคนสนใจอ่านบอร์ดวิชาการ การให้คำแนะนำต่างๆ เกี่ยวกับการปฏิบัติตนของหญิงตั้งครรภ์ซึ่งทางหอผู้ป่วยได้จัดไว้ เพื่อนำมาเป็นแนวทางในการปฏิบัติตนให้เหมาะสมกับภาวะเสี่ยงที่เป็นอยู่ ส่วนกลุ่มที่ไม่ได้ปฏิบัติเป็นประจำ จากการได้พูดคุยด้วยจำนวน 2 รายให้เหตุผลว่า แพทย์และพยาบาลให้คำแนะนำอยู่แล้วจึงไม่จำเป็นต้องหาความรู้เพิ่มเติม ส่วนการขอคำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพจากแพทย์และพยาบาล ปฏิบัติเป็นประจำร้อยละ 37.8 ปฏิบัติบ่อยร้อยละ 15.6 และพบว่ามีผู้ไม่เคยปฏิบัติเลยค่อนข้างมากคือร้อยละ 12.2 ในส่วนของผู้ที่ไม่เคยปฏิบัติเลยจากการพูดคุยด้วยจำนวน 14 ราย(ร้อยละ 8.4) ให้เหตุผลของการไม่ปฏิบัติรวบรวมได้ดังนี้ แพทย์และพยาบาลได้ให้คำแนะนำอยู่แล้ว ไม่มีข้อสงสัยจึงไม่ถาม ไม่กล้ากลัวถูกดู ไม่อยากรบกวนเนื่องจากเห็นแพทย์รีบตรวจ และคิดว่าตนเองไม่เป็นอะไรมาก

พฤติกรรมในบางข้อมีกลุ่มตัวอย่างเพียงบางส่วนปฏิบัติได้ดี เป็นประจำสม่ำเสมอ ได้แก่การหาเวลาเพื่อนั่งพักหรือนอนพักโดยยกเท้าสูงในช่วงกลางวัน อย่างน้อยวันละ 1/2 ชั่วโมง ปฏิบัติเป็นประจำเพียงร้อยละ 22.8 ปฏิบัติบ่อยร้อยละ 18.3 ปฏิบัติเป็นบางครั้งมากถึงร้อยละ 45 และไม่เคยปฏิบัติเลยร้อยละ 14.4 จากการพูดคุยกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 ราย(ร้อยละ 6)ซึ่งไม่เคยปฏิบัติเลยบอกว่า มีการนั่งพักหรือนอนพักบ้างแต่ไม่ได้ยกเท้าสูง เนื่องจากไม่สะดวกในการปฏิบัติ การไปพบทันตแพทย์เพื่อตรวจสุขภาพฟันอย่างน้อยทุก 6 เดือน พบว่ามีผู้ปฏิบัติได้ดีเป็นประจำ

จำนวนน้อยที่สุดเพียงร้อยละ 6.7 ในขณะที่มีผู้ไม่เคยปฏิบัติเลยจำนวนมากถึงร้อยละ 50 จากการพูดคุยกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 1 รายที่ปฏิบัติเป็นประจำพบว่า เหตุผลของการไปตรวจสุขภาพฟันเนื่องจากฟันผุ มีอาการปวดฟันและเหงือกอักเสบ ในขณะที่อีกกลุ่มที่ไม่ปฏิบัติเป็นประจำ หรือไม่เคยปฏิบัติเลย ซึ่งมีโอกาสได้พูดคุยด้วยจำนวน 48 ราย(ร้อยละ 28.8) ให้เหตุผลของการไม่ไปตรวจสุขภาพฟัน เนื่องจากคิดว่าไม่มีปัญหาเกี่ยวกับสุขภาพฟัน เช่น ฟันไม่ผุ ไม่มีอาการปวดฟันหรือเหงือกอักเสบ ส่วนรายที่มีอาการปวดฟันเล็กน้อยเมื่อรับประทานยาแก้ปวด อาการก็ทุเลาลงจึงไม่มาพบแพทย์ ประกอบกับไม่มีเวลาและค่ารักษาแพง ในจำนวนนี้มีอยู่ 1 รายซึ่งตรวจสุขภาพฟันทุกปีแต่ตรวจเพียงปีละ 1 ครั้ง นอกจากนี้ยังพบว่ามีกลุ่มตัวอย่างจำนวน 2 รายที่มีอาการฟันผุ แต่ไม่มีอาการปวดฟัน ไม่ได้รับการส่งต่อไปยังทันตแพทย์ เพื่อรับการตรวจรักษา โดยแพทย์บอกกับหญิงตั้งครรภ์ว่า ให้รักษาภายหลังจากคลอดบุตรแล้ว ดังได้กล่าวมาแล้วนั้นแสดงให้เห็นถึง การไม่สนใจเอาใจใส่ การขาดความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับ การดูแลสุขภาพฟันในระยะตั้งครรภ์ของหญิงตั้งครรภ์ และแม้แต่บุคลากรทางการแพทย์ที่ให้การดูแลสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์เอง ยังเห็นความสำคัญของการดูแลสุขภาพฟันน้อยกว่าเท่าที่ควรจะเป็น ซึ่งการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ มยุรี นิรัตธราดร (2539: 79) พบว่า หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นร้อยละ 59.2 ไม่เคยปรึกษาทันตแพทย์เพื่อตรวจสุขภาพฟันในระยะตั้งครรภ์ และการศึกษาของ สุมิตตา สว่างทุกข์(2539: 73) พบว่า หญิงตั้งครรภ์ที่ฝากครรภ์ไม่ครบตามเกณฑ์ร้อยละ 73.5 ไม่เคยไปรับการตรวจฟันเลย ในระยะ ตั้งครรภ์ ซึ่งการปฏิบัติพฤติกรรมเช่นนี้ อาจทำให้อาการที่เป็นอยู่เดิมลุกลามมากขึ้น

เมื่อพิจารณาค่าเฉลี่ยรายชื่อของพฤติกรรมในด้านนี้ทุกข้อพบว่า มีค่าเฉลี่ยอยู่ในช่วง 1.7-3.93 โดยมีค่าเฉลี่ยสูงสุดในข้อการรักษาความสะอาดบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์หลังขับถ่ายอุจจาระ และปัสสาวะด้วยน้ำสะอาด ส่วนข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด แสดงถึงการมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ไม่ดี ควรปรับปรุงคือ การไปพบทันตแพทย์เพื่อตรวจสุขภาพฟันอย่างน้อยทุก 6 เดือน

ด้านการจัดการกับความเครียด พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการจัดการกับความเครียดโดยรวมอยู่ในเกณฑ์ดี ร้อยละ 41.7 เกณฑ์ปานกลางร้อยละ 54.4 และเกณฑ์ไม่ดี ร้อยละ 3.9 โดยมีค่าเฉลี่ยรายด้านเท่ากับ 2.96 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ .89

เมื่อพิจารณาพฤติกรรมด้านนี้รายชื่อตามลักษณะของการกระจายพบว่าพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านนี้ ที่มีกลุ่มตัวอย่างปฏิบัติได้ดีเป็นประจำสม่ำเสมอ และมีจำนวนมากที่สุด ร้อยละ 65 เรื่อง การมีเวลาเป็นส่วนตัว เพื่อพักผ่อนหย่อนใจ โดยการดูโทรทัศน์ อ่านหนังสือ หรือฟังเพลง ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากเป็นสื่อที่หาได้ง่าย รองลงมาคือการนอนหลับพักผ่อนได้อย่างเพียงพอ

และตื่นขึ้นมาด้วยความสดชื่น เกิดขึ้นเป็นประจำร้อยละ 54.4 และร้อยละ 0.6 ตอบว่า ไม่เคยเกิดขึ้นเลย ทั้งนี้เนื่องจากต้องทำงานล่วงเวลาเพื่อนำเงินมาใช้จ่ายภายในครอบครัว

ส่วนพฤติกรรมที่จะกล่าวต่อไปนี้ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ยังปฏิบัติได้ดีเป็นประจำสม่ำเสมอ แต่มีจำนวนไม่ถึงร้อยละ 50 เนื่องจากการกระจายค่อนข้างสูง ได้แก่ พฤติกรรมในเรื่องของการแบ่งเวลาในการทำงานและพักผ่อนได้อย่างเหมาะสมเพื่อไม่ให้รู้สึกเหนื่อยจนเกินไป ปฏิบัติเป็นประจำร้อยละ 47.8 ปฏิบัติบ่อยร้อยละ 27.2 ปฏิบัติเป็นบางครั้งร้อยละ 23.3 และไม่เคยปฏิบัติเลยร้อยละ 1.7 จากการพูดคุยกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 2 ราย(ร้อยละ 1.2) ซึ่งไม่เคยแบ่งเวลาได้อย่างเหมาะสม รายหนึ่งให้เหตุผลว่า ทำธุรกิจส่วนตัวงานที่ต้องทำอย่างต่อเนื่อง จึงทำให้มีเวลาพักผ่อนน้อย อีกรายหนึ่งบอกว่าต้องทำงานบ้านและต้องดูแลบุตรที่ยังเล็กอยู่ทำให้พักผ่อนได้น้อย ส่วนการคิดถึงแต่สิ่งที่ทำให้ฉันมีความสุขทุกครั้งก่อนเข้านอน ปฏิบัติเป็นประจำร้อยละ 47.8 ปฏิบัติบ่อยร้อยละ 21.7 ปฏิบัติเป็นบางครั้งร้อยละ 28.3 และไม่เคยปฏิบัติเลยร้อยละ 2.2 และจากการได้พูดคุยกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 2 ราย(ร้อยละ 1.2)ซึ่งไม่เคยปฏิบัติเลย รายหนึ่งให้เหตุผลว่าเป็นคนหลับง่ายจึงไม่คิดถึงสิ่งใดเลย อีก 1 รายไม่เคยปฏิบัติ เนื่องจากเหนื่อย และเพลียจากการทำงานดังนั้นเมื่อถึงเวลานอนจึงหลับทันที ส่วนการใช้วิธีการปรึกษาบุคคลใกล้ชิด แพทย์และพยาบาล เมื่อรู้สึกกลัวหรือวิตกกังวลเกี่ยวกับการตั้งครรภ์หรือการคลอด ปฏิบัติเป็นประจำร้อยละ 38.3 ปฏิบัติบ่อยร้อยละ 20.6 ปฏิบัติเป็นบางครั้งร้อยละ 35 และไม่เคยปฏิบัติเลยร้อยละ 6.1 และจากการได้พูดคุยกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 4 ราย(ร้อยละ 2.4)ซึ่งไม่เคยปฏิบัติเลย รวบรวมเหตุผลได้ดังนี้คือ ไม่กล้า กลัวถูกดู ประกอบกับได้รับความรู้จากการตั้งครรภ์ครั้งก่อนแล้ว

พฤติกรรมในบางข้อมีกลุ่มตัวอย่างเพียงบางส่วน หรือจำนวนค่อนข้างน้อยปฏิบัติได้ดีเป็นประจำสม่ำเสมอ ได้แก่ การทำใจให้ยอมรับปัญหาหรืออุปสรรคเกิดขึ้นในชีวิต ซึ่งไม่สามารถแก้ไขได้ ปฏิบัติเป็นประจำเพียงร้อยละ 23.9 ปฏิบัติบ่อยร้อยละ 20.6 ปฏิบัติเป็นบางครั้งจำนวนมากถึงร้อยละ 48.9 และไม่เคยปฏิบัติเลยร้อยละ 6.7 จากการพูดคุยกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 2 ราย(ร้อยละ 1.2)ซึ่งไม่เคยปฏิบัติเลยบอกว่าจะคิดหมกมุ่นกับปัญหาที่เกิดขึ้นนั้น และปล่อยให้เวลาผ่านไปเป็นตัวช่วยให้ความรู้สึกของตนเองดีขึ้น ซึ่งเป็นการจัดการกับความเครียดที่ไม่เหมาะสม ส่งผลให้ไม่สามารถในการรับรู้แคลง ขาดสมาธิในการแก้ไขปัญหา ความคิดและการตัดสินใจต่างๆ ไม่ดี ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อพฤติกรรม การส่งเสริมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง ส่วนการทำจิตใจให้สงบโดยการนั่งสมาธิ ฟังธรรมะ หรืออ่านหนังสือธรรมะนั้น มีผู้ที่ปฏิบัติเป็นประจำ จำนวนน้อยมากคือ ร้อยละ 12.2 ปฏิบัติบ่อยร้อยละ 7.2 ปฏิบัติเป็นบางครั้งร้อยละ 53.9 และมีผู้ที่ไม่เคยปฏิบัติเลยจำนวนมากถึงร้อยละ 26.7 จากการพูดคุยกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 24 ราย(ร้อยละ 14.4)ซึ่งไม่เคยใช้วิธีการจัดการกับความเครียดวิธีนี้เลย บอกว่าใช้วิธีอื่นในการจัดการกับความเครียดเช่นฟังวิทยุ

ดูโทรทัศน์ และพูดคุยกับบุคคลใกล้ชิด ส่วนเหตุผลที่ไม่ใช้วิธีการนั่งสมาธิ ฟังธรรมะ หรือ อ่านหนังสือธรรมะ เนื่องจากไม่มีเวลา และไม่คิดว่าเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับหญิงตั้งครรภ์ สอดคล้องกับการศึกษา มยุรี นิรัทธาคร(2539: 81) พบว่า หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น ร้อยละ 68.3 ไม่เคยใช้วิธีการผ่อนคลายหรือนั่งสมาธิ และการศึกษาของ อุ่นจิตต์ บุญสม(2540: 50) พบว่า หญิงตั้งครรภ์ร้อยละ 87.4 ปฏิบัติได้ค่อนข้างไม่ดีถึงไม่ดี ในเรื่องของการผ่อนคลายหรือทำสมาธิในระยะตั้งครรภ์

เมื่อพิจารณาค่าเฉลี่ยรายข้อของพฤติกรรมในด้านนี้ทุกข้อพบว่า มีค่าเฉลี่ยอยู่ในช่วง 2.05-3.48 โดยมีค่าเฉลี่ยสูงสุดในข้อการมีเวลาเป็นส่วนตัว เพื่อพักผ่อนหย่อนใจ โดยการดูโทรทัศน์ อ่านหนังสือ หรือฟังเพลง

ด้านการออกกำลังกาย พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพในด้านนี้ได้รวมถึงการปรับเปลี่ยนอิริยาบถต่างๆ ของหญิงตั้งครรภ์เข้าไปด้วย พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพด้านการออกกำลังกายโดยรวมอยู่ในเกณฑ์ดี ร้อยละ 22.8 เกณฑ์ปานกลางร้อยละ 70 และ เกณฑ์ไม่ดี ร้อยละ 7.2 โดยมีค่าเฉลี่ยรายด้านต่ำที่สุดเมื่อเปรียบเทียบกับด้านอื่นๆ โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.76 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ .79

เมื่อพิจารณาพฤติกรรมด้านนี้เป็นรายข้อตามลักษณะของการกระจาย พบว่าข้อที่กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติได้ดีเป็นประจำ จำนวนมากที่สุดคือร้อยละ 68.9 เรื่องการเปลี่ยนจากท่านอนเป็นท่านั่ง ต้องตะแคงตัวก่อนและลุกขึ้นนั่งอย่างช้า ๆ โดยไม่ลุกพรืดพราดทันที และพบว่ามีผู้ที่ไม่เคยปฏิบัติเลยร้อยละ 0.6 ซึ่งได้พูดคุยกับกลุ่มตัวอย่างถึงเหตุผลของการไม่ปฏิบัติ เนื่องจากความเคยชินกับการเปลี่ยนจากท่านอนเป็นท่านั่งโดยจะลุกนั่งจากท่านอนหงาย นอกจากนี้ยังไม่ทราบว่า การปฏิบัติเช่นนี้จะก่อให้เกิดผลเสียอย่างไรต่อตนเอง เช่นเดียวกับการก้มหยิบของที่พื้นโดยการนั่งยองๆ ลงไปหยิบโดยไม่ก้มหลังนั้นปฏิบัติเป็นประจำ ร้อยละ 43.9 ปฏิบัติบ่อยร้อยละ 18.9 ปฏิบัติเป็นบางครั้งร้อยละ 33.3 และไม่เคยปฏิบัติเลยร้อยละ 3.9 จากการพูดคุยกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 1 ราย(ร้อยละ 0.6)ที่ไม่เคยปฏิบัติเลย แต่จะก้มหลังลงไปหยิบของที่พื้นทันที ไม่มีการนั่งยองๆ ก่อนเนื่องมาจากความเคยชินกับการเปลี่ยนอิริยาบถที่ไม่ถูกต้องมาตั้งแต่เดิม จึงทำให้รู้สึก สะดวกและปฏิบัติได้ง่ายกว่า รวมทั้งไม่ทราบว่า การปฏิบัติเช่นนี้จะมีผลเสียต่อตนเองอย่างไร

ส่วนในเรื่องของการออกกำลังกายพบว่า วิธีการออกกำลังกายที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ปฏิบัติเป็นประจำคือ การออกกำลังกายเล็กๆ น้อยๆ โดยการเดินเล่นหรือการทำงานบ้านเบาๆ โดยปฏิบัติเป็นประจำร้อยละ 62.8 ทั้งนี้เนื่องมาจากการปฏิบัติที่ทำได้ง่าย สะดวกและกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอาชีพแม่บ้าน ซึ่งมีจำนวนมากถึง ร้อยละ 42.8 และจะสังเกตเห็นว่าพฤติกรรมในข้อนี้ไม่มีผู้ที่ไม่เคยปฏิบัติเลย ส่วนการพักให้หายเหนื่อยก่อนทุกครั้งภายหลังการออกกำลังกาย หรือ

การทำงานที่ใช้แรง ปฏิบัติเป็นประจำร้อยละ 46.1 ปฏิบัติบ่อยร้อยละ 27.2 ปฏิบัติเป็นบางครั้งร้อยละ 25 และไม่เคยปฏิบัติเลยร้อยละ 1.7 จากการพูดคุยกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 2 ราย (ร้อยละ 1.2) ซึ่งไม่เคยปฏิบัติเลย ให้เหตุผลว่าเนื่องจากงานที่ต้องทำอย่างต่อเนื่องโดยเฉพาะกลุ่มตัวอย่างที่มีอาชีพรับจ้างและมีการกำหนดชิ้นงาน แม้จะรู้สึกเหนื่อยก็พักไม่ได้ ซึ่งจากการปฏิบัติพฤติกรรมเช่นนี้อาจก่อให้เกิดความเครียดได้

พฤติกรรมในบางข้อมีกลุ่มตัวอย่างเพียงบางส่วนซึ่งไม่ใช่คนส่วนใหญ่ปฏิบัติได้ดี เป็นประจำสม่ำเสมอได้แก่ การออกกำลังกายโดยการบริหารกล้ามเนื้อส่วนต่างๆ ของร่างกาย ในท่าต่างๆ วันละประมาณ 20 นาที ปฏิบัติเป็นประจำเพียงร้อยละ 3.9 ปฏิบัติบ่อยร้อยละ 6.1 ปฏิบัติเป็นบางครั้งร้อยละ 51.1 และไม่เคยปฏิบัติเลยมีจำนวนมากถึงร้อยละ 38.9 จากการพูดคุยกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 32 ราย (ร้อยละ 19.2) ซึ่งไม่เคยปฏิบัติเลยเนื่องจากไม่มีเวลา เหน็ดเหนื่อยจากการทำงานนอกบ้าน เมื่อกลับถึงบ้านก็มักจะเป็นเวลาค่ำมืดจึงอยากพักผ่อนมากกว่า ไม่ทราบวิธีไม่ชอบออกกำลังกาย ไม่ทราบว่าออกกำลังกายได้ในระยะตั้งครรภ์ กลัวจะเป็นอันตรายต่อทารกในครรภ์ และคิดว่าการทำงานบ้านเป็นการออกกำลังกายอยู่แล้ว จึงไม่จำเป็นต้องออกกำลังกายเพิ่มเติม ส่วนการบริหารกล้ามเนื้อต่างๆ ที่ช่วยในการคลอดให้แข็งแรง เช่น กล้ามเนื้อช่องคลอด กล้ามเนื้อหน้าท้อง และหลัง มีผู้ปฏิบัติเป็นประจำน้อยมากเพียงร้อยละ 2.8 ในขณะที่พบว่าผู้ที่ไม่เคยปฏิบัติเลยมีจำนวนมากถึงร้อยละ 54.4 ทั้งนี้จากการพูดคุยกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 56 ราย (ร้อยละ 33.6) ที่ไม่เคยปฏิบัติเลย เนื่องจากไม่ทราบวิธีการบริหารร่างกายที่ถูกต้องเหมาะสมสำหรับตนเอง ซึ่งมีจำนวนมากถึง 35 ราย โดยกล่าวว่าถ้าปฏิบัติไม่ถูกต้องแล้วจะเป็นอันตรายต่อตนเองและทารกในครรภ์ ไม่ทราบว่าสามารถออกกำลังกายได้ในระยะตั้งครรภ์ ไม่มีเวลา ไม่ชอบออกกำลังกาย เหน็ดเหนื่อยจากภาระงาน คิดว่าการทำกิจวัตรประจำวันเป็นการออกกำลังกายอยู่แล้ว นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างบางคนเข้าใจว่าไม่จำเป็นต้องบริหารกล้ามเนื้อที่ช่วยในการคลอดเนื่องจากต้องผ่าตัดคลอด การศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ มยุรี นิรัทธราคร (2539: 80) ซึ่งพบว่าหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นร้อยละ 31.3 ไม่เคยออกกำลังกายโดยการบริหารกล้ามเนื้อแขนขา และลำตัว ครบ 4 ครั้ง/สัปดาห์ โดยระบุเหตุผลว่าไม่มีเวลา ต้องทำงานนอกบ้าน บางส่วนไม่ทราบวิธีการบริหารร่างกายดังกล่าวและเข้าใจว่าการทำกิจวัตรประจำวันเป็นการออกกำลังกายอยู่แล้ว สอดคล้องกับการศึกษา ของอุ้นจิตต์ บุญสม (2540: 49-50) พบว่าหญิงตั้งครรภ์ร้อยละ 63.3 ปฏิบัติตนได้ค่อนข้างไม่ดีในเรื่องการออกกำลังกายโดยการบริหารกล้ามเนื้อแขน ขา และลำตัว และร้อยละ 15.9 ไม่เคยปฏิบัติเลย โดยให้เหตุผลว่าต้องทำงาน ไม่มีเวลาและบางส่วนกลัวว่าจะเกิดอันตรายต่อการตั้งครรภ์ และจากการศึกษาของ สมิตตา สว่างทุกข์ (2539: 73) พบว่าหญิงตั้งครรภ์ที่ฝากครรภ์ไม่ครบตามเกณฑ์ร้อยละ 81.5 ไม่เคยฝึกปฏิบัติการผ่อนคลาย และการบริหารกล้ามเนื้อ

ต่างๆ ที่ช่วยในการคลอด โดยเข้าใจว่าการทำกิจวัตรประจำวันเป็นการออกกำลังกายอยู่แล้ว ซึ่งความเข้าใจและการรับรู้ที่ไม่ถูกต้องนี้ ทำให้หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงมีพฤติกรรมที่ไม่ถูกต้องในเรื่องของการออกกำลังกาย ทำให้กล้ามเนื้อไม่ได้รับการบริหารให้แข็งแรงเพื่อเตรียมพร้อมสำหรับการรับน้ำหนักครรภ์ที่เพิ่มขึ้นและสำหรับการคลอด จึงเป็นสาเหตุให้เกิดอาการปวดเอว และปวดหลังได้อย่างรุนแรงขณะตั้งครรภ์ และอาจเป็นสาเหตุให้เกิดอาการปวดท้องน้อยเรื้อรังในเวลาต่อมาได้อีกด้วย (พิชัย เจริญพานิช, 2539: 3)

เมื่อพิจารณาค่าเฉลี่ยรายข้อของพฤติกรรมในด้านนี้ทุกข้อพบว่า มีค่าเฉลี่ยในช่วง 1.57-3.54 โดยมีค่าเฉลี่ยสูงที่สุดในเรื่องการเปลี่ยนจากท่านอนเป็นท่านั่งต้องตะแคงตัวก่อน และถูกขึ้นนั่งอย่างช้าๆ โดยไม่ถูกพรวดพราดทันที ส่วนข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำแสดงถึงการมีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพที่ไม่ดีควรปรับปรุงคือ การบริหารกล้ามเนื้อส่วนต่างๆ ของร่างกายในท่าต่างๆ วันละประมาณ 20 นาที (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 1.75) และการบริหารกล้ามเนื้อต่างๆ ที่ช่วยในการคลอดให้แข็งแรงเช่น กล้ามเนื้อช่องคลอด กล้ามเนื้อหน้าท้อง และหลัง (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 1.57)

การสนับสนุนจากคู่สมรส

จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนการสนับสนุนจากคู่สมรสโดยรวมอยู่ในเกณฑ์ดีร้อยละ 96.7 เกณฑ์ปานกลางร้อยละ 3.3 และไม่พบกลุ่มตัวอย่างที่มีคะแนนการสนับสนุนจากคู่สมรสน้อย (ตารางที่ 7) แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคะแนนการสนับสนุนจากคู่สมรสอยู่ในเกณฑ์ดี โดยมีระดับคะแนนโดยรวมสูงสุดเท่ากับ 100 คะแนนเต็ม และคะแนนโดยรวมต่ำสุด เท่ากับ 45 คะแนน มีคะแนน เฉลี่ยโดยรวมเท่ากับ 81.53 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานโดยรวมเท่ากับ 10.71 (ตารางที่ 6) เมื่อพิจารณารายด้านตามเกณฑ์ที่แบ่งไว้คือ ดี ปานกลาง และน้อย พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีคะแนนการสนับสนุนจากคู่สมรสรายด้านอยู่ในเกณฑ์ดี มีส่วนน้อยที่มีคะแนนการสนับสนุนจากคู่สมรสอยู่ในเกณฑ์ปานกลาง และน้อย โดยกลุ่มตัวอย่างได้รับการสนับสนุนจากคู่สมรสมากที่สุดในด้านอารมณ์ จำนวนร้อยละ 95.6 รองลงมาคือด้านข้อมูลข่าวสาร จำนวนร้อยละ 94.4 ด้านการประเมินจำนวนร้อยละ 90 และด้านทรัพยากรจำนวนร้อยละ 88.9 ตามลำดับ (ตารางที่ 7)

เมื่อเปรียบเทียบคะแนนการสนับสนุนจากคู่สมรสรายด้านด้วยค่าเฉลี่ยแล้วพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยของคะแนนการสนับสนุนจากคู่สมรสด้านอารมณ์สูงที่สุด รองลงมาคือ ด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านทรัพยากร และด้านการประเมิน โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.29 4.07 3.99 และ 3.95 ตามลำดับ โดยมีส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ .79 .96 1.07 และ .92 ตามลำดับ ทั้งนี้สามารถอธิบายรายละเอียดของการได้รับ การสนับสนุนจากคู่สมรสในแต่ละด้านได้ดังนี้

การสนับสนุนจากคู่สมรสด้านอารมณ์ พบว่า กลุ่มตัวอย่างได้รับการสนับสนุนจากคู่สมรสด้านอารมณ์โดยรวมอยู่ในเกณฑ์ดี ร้อยละ 95.6 เกณฑ์ปานกลาง ร้อยละ 4.4 และไม่พบว่ามีกลุ่มตัวอย่างได้รับการสนับสนุนจากคู่สมรสด้านอารมณ์น้อย โดยมีค่าเฉลี่ยคะแนนรายด้านสูงที่สุดเมื่อเปรียบเทียบกับด้านอื่นๆ คือมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.29 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ .79 การที่กลุ่มตัวอย่างได้รับการสนับสนุนด้านนี้มากที่สุดนั้น สอดคล้องกับคำกล่าวของ ครอนเนนเวท และ คานส์ - วิลสัน (Cronnenwett & Kunst-Wilson, 1981: 198) ซึ่งกล่าวไว้ว่า สัมพันธภาพของคู่สมรสเป็นสัมพันธภาพแห่งการสนับสนุนด้านอารมณ์ นอกจากนี้จากการศึกษายังพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีภูมิลำเนาเดิมอยู่ต่างจังหวัด (ร้อยละ 75.6) ที่ย้ายเข้ามาประกอบอาชีพอยู่ในกรุงเทพมหานครจะครบครึ่งจึงเป็นครอบครัวเดี่ยวมากกว่าครอบครัวขยาย (ร้อยละ 58.3) ดังนั้นคู่สมรสจึงเป็นบุคคลที่ใกล้ชิดที่ทำให้หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงได้รับการสนับสนุนด้านนี้มากที่สุด

เมื่อพิจารณารายข้อตามลักษณะของการกระจายพบว่า คู่สมรสให้การยอมรับโดยให้กลุ่มตัวอย่างมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเรื่องภายในบ้าน มากที่สุดจำนวนร้อยละ 53.3 ทั้งนี้อาจเนื่องจากโดยวัฒนธรรมของคนไทยแล้วสามีมักเป็นผู้มอบความรับผิดชอบดูแล และการตัดสินใจปัญหาต่างๆภายในบ้านให้กับภรรยา จึงทำให้ได้รับการสนับสนุนในข้อนี้มากที่สุดด้วย ส่วนการแสดงความสนใจและเอาใจใส่โดยสอบถามผลการตรวจครรภ์หลังจากพบแพทย์ ได้รับการสนับสนุนมากที่สุดร้อยละ 51.1 จากการพูดคุยกับกลุ่มตัวอย่างบางส่วนพบว่า คู่สมรสต้องการทราบความก้าวหน้าของการตั้งครรภ์ และภาวะสุขภาพของทารกในครรภ์

การได้รับการสนับสนุนจากคู่สมรสในบางข้อ มีกลุ่มตัวอย่างจำนวนไม่ถึงร้อยละ 50 ที่ได้รับการสนับสนุนมากที่สุดแต่ยังคงเป็นกลุ่มคนส่วนใหญ่อยู่ เนื่องจากมีการกระจายค่อนข้างสูง คือ การที่คู่สมรสจะแสดงออกถึงความรักและห่วงใยเมื่อรู้สึกไม่สบาย ได้รับการสนับสนุนมากที่สุดร้อยละ 46.1 ได้รับการสนับสนุนมากร้อยละ 36.7 การยกย่องให้เกียรติภรรยาต่อหน้าผู้อื่น ได้รับการสนับสนุนมากที่สุดร้อยละ 45 ได้รับการสนับสนุนมากร้อยละ 36.7 และการรับฟังปัญหา และความทุกข์ของภรรยา ได้รับการสนับสนุนมากที่สุดร้อยละ 43.3

เมื่อพิจารณาค่าเฉลี่ยคะแนนรายข้อพบว่า มีค่าเฉลี่ยใกล้เคียงกันโดยอยู่ในช่วง 4.23-4.38 โดยมีค่าเฉลี่ยสูงที่สุดในข้อของการที่คู่สมรสให้การยอมรับ โดยให้กลุ่มตัวอย่างมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเรื่องภายในบ้าน

การสนับสนุนจากคู่สมรสด้านข้อมูลข่าวสาร พบว่า กลุ่มตัวอย่างได้รับการสนับสนุนจากคู่สมรส ด้านข้อมูลข่าวสารอยู่ในเกณฑ์ดีร้อยละ 94.4 เกณฑ์ปานกลางร้อยละ 4.4 และได้รับ

น้อยร้อยละ 1.1 โดยมีค่าเฉลี่ยรายด้านเท่ากับ 4.07 รองลงมาจากการสนับสนุนด้านอารมณ์ มีส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ .96

เมื่อพิจารณารายชื่อตามลักษณะของการกระจายพบว่า คู่สมรสให้คำแนะนำให้งดกิจกรรมที่คิดว่าอาจเป็นอันตรายต่อการตั้งครรภ์ เช่น การเดินทางไกล การดื่มสุรา และการสูบบุหรี่ มากที่สุดจำนวนร้อยละ 69.4 รองลงมาคือ คู่สมรสเตือนให้ภรรยาดูแลสุขภาพของตนเอง และทารกในครรภ์โดยการรับประทานยาบำรุง และมาตรวจครรภ์ตามแพทย์นัด มากที่สุดร้อยละ 65.6 และแนะนำให้จิบรับประทานอาหารที่มีประโยชน์เช่น แนะนำให้ดื่มนมทุกวัน มากที่สุดร้อยละ 61.7 ทั้งนี้จากการพูดคุยกับกลุ่มตัวอย่างบางส่วนพบว่า คู่สมรสจะรับรู้มาก่อนแล้วว่าการเดินทางไกล การดื่มสุรา และการสูบบุหรี่ เป็นอันตรายต่อสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ และทารกในครรภ์ จึงกลัวว่าทำให้เกิดการแท้งบุตรหรือทำให้ทารกพิการ นอกจากนี้ยังรับรู้ว่าเป็นอาหารที่มีประโยชน์มากที่สุดสำหรับหญิงตั้งครรภ์ รวมทั้งมีความเชื่อและความไว้วางใจว่ารับประทานยาบำรุง และการมาตรวจครรภ์ตามแพทย์นัดจะทำให้หญิงตั้งครรภ์ และทารกในครรภ์มีสุขภาพสมบูรณ์แข็งแรง และปลอดภัย และจากการสังเกตพบว่าคู่สมรสบางส่วนได้รับความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับการปฏิบัติตนในระยะตั้งครรภ์ จากสื่อต่างๆที่ทางโรงพยาบาลจัดไว้ให้เช่นบอร์ดวิชาการ และวิดีโอ ซึ่งจะฉายให้ดูในในช่วงที่พามาตรวจ และอยู่ระหว่างการรอเรียกตรวจ

ส่วนการได้รับการสนับสนุนในข้อ คู่สมรสแนะนำให้ฉันคอยสังเกตอาการผิดปกติที่อาจเกิดขึ้นกับหญิงตั้งครรภ์ และทารกในครรภ์ เช่น อาการบวม หรือทารกในครรภ์คืบน้อยลง ได้รับการสนับสนุนมากที่สุดร้อยละ 37.8 และได้รับการสนับสนุนมากร้อยละ 31.7 และคู่สมรสหาข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการปฏิบัติตนที่ถูกต้องในระยะตั้งครรภ์มาให้หญิงตั้งครรภ์อ่าน มีผู้ได้รับการสนับสนุนมากที่สุด เพียงร้อยละ 9.4 โดยส่วนใหญ่ร้อยละ 36.7ได้รับการสนับสนุนปานกลาง และพบว่าไม่มีผู้ที่ไม่ได้รับการสนับสนุนในข้อนี้เลยจำนวนมากถึงร้อยละ 13.3 ทั้งนี้จากการพูดคุยกับกลุ่มตัวอย่างบางส่วนพบว่า คู่สมรสไม่ทราบว่าอาการผิดปกติที่อาจเกิดขึ้นได้ในระยะตั้งครรภ์มีอะไรบ้าง จึงไม่สามารถให้คำแนะนำได้ รวมทั้งการหาข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการปฏิบัติตนในระยะตั้งครรภ์ โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อมีภาวะแทรกซ้อนต่างๆเกิดขึ้นนั้นคู่สมรสไม่ทราบว่าหาข้อมูลข่าวสารได้จากแหล่งใด ทั้งยังเชื่อว่าการปฏิบัติตนตามคำแนะนำของแพทย์และพยาบาลหรือเมื่อมีข้อสงสัย ให้ปรึกษาแพทย์ก็น่าที่จะเพียงพอแล้ว ดังนั้นจึงพบว่าการได้รับการสนับสนุนในข้อนี้ส่วนใหญ่จึงอยู่ในระดับปานกลาง

เมื่อพิจารณาค่าเฉลี่ยคะแนนรายชื่อพบว่า มีค่าเฉลี่ยอยู่ในช่วง 2.96 - 4.51 โดยมีค่าเฉลี่ยสูงสุดข้อ คู่สมรสเตือนให้ภรรยาดูแลสุขภาพของตนเองและทารกในครรภ์ โดยการรับประทาน

ยาบำรุง และมาตรวจครรภ์ตามแพทย์นัด และมีค่าเฉลี่ยต่ำสุดในข้อคู่สมรสหาข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการปฏิบัติตนที่ถูกต้องในระยะตั้งครรภ์มาให้หญิงตั้งครรภ์อ่าน

การสนับสนุนจากคู่สมรสด้านทรัพยากร พบว่า กลุ่มตัวอย่างได้รับการสนับสนุนทรัพยากรโดยรวมอยู่ในเกณฑ์ดีร้อยละ 88.9 เกณฑ์ปานกลางร้อยละ 10 และได้รับการสนับสนุนน้อยร้อยละ 1.1 โดยมีค่าเฉลี่ยคะแนนรายด้านเท่ากับ 3.99 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.07

เมื่อพิจารณารายชื่อตามลักษณะของการกระจายพบว่า ข้อที่กลุ่มตัวอย่างได้รับการสนับสนุนมากที่สุดและมีจำนวนมากที่สุดคือ คู่สมรสรับผิดชอบค่าใช้จ่ายต่างๆของหญิงตั้งครรภ์ จำนวนร้อยละ 65.0 ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างบางส่วนไม่มีรายได้เป็นของตนเอง ซึ่งมีจำนวนมากถึงร้อยละ 35.6 และโดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มที่จำเป็นต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล อันมีสาเหตุเนื่องจากภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น ทำให้ขาดรายได้ในช่วงนี้ คู่สมรสจึงเป็นบุคคลที่จะต้องรับผิดชอบในเรื่องค่าใช้จ่ายต่างๆแทน รองลงมาคือ การที่คู่สมรสให้เวลาอยู่ใกล้ชิดร่วมกับหญิงตั้งครรภ์ได้รับการสนับสนุนมากที่สุดร้อยละ 47.2 และได้รับการสนับสนุนมากร้อยละ 31.7 ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างที่เลือกศึกษา กำหนดให้คู่สมรสใช้ชีวิตคู่อยู่ด้วยกัน คู่สมรสจึงสามารถให้เวลาอยู่ใกล้ชิดกับกลุ่มตัวอย่างได้ ส่วนการช่วยแบ่งเบาภาระหน้าที่เกี่ยวกับงานบ้าน ในระหว่างที่หญิงตั้งครรภ์ไม่สามารถทำหน้าที่นั้นได้อย่างเต็มที่ ได้รับการสนับสนุนมากที่สุดร้อยละ 41.1และได้รับการสนับสนุนมากร้อยละ 30.6 จากการพูดคุยกับ กลุ่มตัวอย่างบางส่วนพบว่า ในยามปกติภาระหน้าที่งานบ้านส่วนใหญ่จะเป็นความรับผิดชอบของตนเอง แต่เมื่อไม่สามารถทำหน้าที่ได้เช่น มีอาการเจ็บป่วย หรือมีความจำเป็นต้องมารับการตรวจรักษาที่โรงพยาบาล คู่สมรสก็สามารถที่จะแบ่งเบาภาระงานบ้านแทนได้ ส่วนการพาหญิงตั้งครรภ์ไปพบแพทย์ หรือไปตรวจตามนัด หรือขอให้ผู้อื่นช่วยพาไปในกรณีที่ไม่สามารถไปได้ด้วยตนเอง นั้นได้รับการสนับสนุนมากที่สุดร้อยละ 34.4 และได้รับการสนับสนุนมากร้อยละ 18.9 ทั้งนี้จากการพูดคุยกับกลุ่มตัวอย่างบางส่วนบอกว่า คู่สมรสมาเป็นเพื่อนเมื่อมาตรวจครรภ์เนื่องจากกลัวว่ากลุ่มตัวอย่างจะเป็นลมในระหว่างการเดินทาง ส่วนการให้ความช่วยเหลือโดยการเตรียมข้าวของเครื่องใช้สำหรับบุตรที่จะเกิดใหม่ ได้รับการสนับสนุนมากที่สุดร้อยละ 32.2 และได้รับการสนับสนุนมากร้อยละ 31.1 โดยกลุ่มตัวอย่างบางส่วนบอกว่า คู่สมรสคิดว่าการเตรียมของใช้สำหรับบุตรที่จะเกิดใหม่ควรจะเตรียมตั้งแต่ในระยะตั้งครรภ์ เพื่อให้มีความพร้อมใช้งานในทันทีหลังคลอด

เมื่อพิจารณาค่าเฉลี่ยคะแนนรายข้อพบว่า มีค่าเฉลี่ยอยู่ในช่วง 3.56 - 4.44 โดยมีค่าเฉลี่ยสูงสุดข้อคู่สมรสรับผิดชอบค่าใช้จ่ายต่างๆของหญิงตั้งครรภ์

การสนับสนุนจากคู่สมรสด้านการประเมิน พบว่า กลุ่มตัวอย่างได้รับการสนับสนุนจากคู่สมรสด้านการประเมินอยู่ในเกณฑ์ร้อยละ 90 เกณฑ์ปานกลางร้อยละ 9.4 และได้รับการสนับสนุนจากคู่สมรสน้อยกว่าร้อยละ 0.6 โดยมีค่าเฉลี่ยคะแนนรายด้านน้อยที่สุดเมื่อเปรียบเทียบกับด้านอื่นๆ คือมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.95 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ .92 ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากในวัฒนธรรมไทย คู่สมรสไม่นิยมแสดงความชื่นชมโดยการให้คำพูดกับภรรยามากนัก

เมื่อพิจารณารายข้อตามลักษณะการกระจายพบว่า คู่สมรสสนับสนุนให้หญิงตั้งครรภ์เลี้ยงลูกด้วยนมแม่ มากที่สุดถึงร้อยละ 71.7 ทั้งนี้เนื่องจากในช่วงนี้มีการณรงค์เกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เป็นอย่างมากในทุกๆ โรงพยาบาล และจากสื่อต่างๆ จึงทำให้คู่สมรสรับรู้ว่ามีนมแม่ประหยัด และมีประโยชน์สำหรับทารกจึงส่งเสริมให้ภรรยาเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

ส่วนการสนับสนุนด้านการประเมินในข้ออื่นๆพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับการสนับสนุนจากคู่สมรสที่ระดับ เป็นจริงส่วนมาก(ไม่ถึงมากที่สุด) ได้แก่ การที่คู่สมรสบอกต่อหญิงตั้งครรภ์ว่า หญิงตั้งครรภ์ดูแลสุขภาพตนเองได้ดี แม้จะมีภาวะแทรกซ้อนในขณะตั้งครรภ์ โดยได้รับการสนับสนุนจากคู่สมรสมากที่สุดร้อยละ 33.9 และได้รับการสนับสนุนจากคู่สมรสมากที่สุดร้อยละ 35.6 คู่สมรสบอกว่าหญิงตั้งครรภ์เป็นคนมีน้ำใจและเข้ากับผู้อื่นได้ดี ได้รับการสนับสนุนจากคู่สมรสมากที่สุดร้อยละ 26.7 และได้รับการสนับสนุนจากคู่สมรสมากที่สุดร้อยละ 40 คู่สมรสกล่าวชมเมื่อหญิงตั้งครรภ์ปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์และหรือพยาบาลได้ถูกต้อง ได้รับการสนับสนุนจากคู่สมรสมากที่สุดร้อยละ 24.4 และได้รับการสนับสนุนจากคู่สมรสมากที่สุดร้อยละ 37.8 และคู่สมรสชื่นชมว่าหญิงตั้งครรภ์เป็นภรรยาที่ดี ได้รับการสนับสนุนจากคู่สมรสมากที่สุดร้อยละ 16.7 ได้รับการสนับสนุนจากคู่สมรสมากที่สุดร้อยละ 38.3 และได้รับการสนับสนุนจากคู่สมรสปานกลาง ร้อยละ 36.7

เมื่อพิจารณาค่าเฉลี่ยคะแนนรายข้อพบว่า มีค่าเฉลี่ยอยู่ในช่วง 3.61 - 4.55 โดยมีค่าเฉลี่ยสูงสุดในข้อ คู่สมรสสนับสนุนให้หญิงตั้งครรภ์เลี้ยงลูกด้วยนมแม่

สมมติฐานที่ 1. การสนับสนุนจากคู่สมรสมีความสัมพันธ์ทางบวก กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยง

จากตารางที่ 9 พบว่าการสนับสนุนจากคู่สมรสโดยรวมมีความสัมพันธ์ทางบวก กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ($r = .4772$, $p < .001$) ซึ่งสนับสนุนสมมติฐานที่ 1 แสดงว่าหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงที่ได้รับการสนับสนุนจากคู่สมรสจะมีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพที่ดี ในทางตรงกันข้ามถ้าหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงได้รับการสนับสนุนจากคู่สมรสน้อยจะมีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพไม่ดี ทั้งนี้อธิบาย

เหตุผลได้ว่าการสนับสนุนจากกลุ่มสมรส เป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยส่งเสริมสุขภาพในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยง โดยการสนับสนุนจากกลุ่มสมรสจะทำหน้าที่เป็นแหล่งประโยชน์ที่ตอบสนองต่อความต้องการขั้นพื้นฐานของมนุษย์ (Basic human needs) ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม และยังเป็นการเสริมสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการส่งเสริมการเจริญเติบโต และพัฒนาการของบุคคล นับว่าเป็นแรงเสริมที่สำคัญในการสนับสนุน หรือส่งเสริมให้บุคคลมีการแสดงพฤติกรรม การส่งเสริมสุขภาพได้ดีขึ้น (Pender, 1996: 259) อาทิ ถ้าหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงได้รับการสนับสนุนจากกลุ่มสมรสด้านทรัพยากร เช่น สิ่งของ เงินทอง แรงงาน และเวลา ซึ่งเป็นปัจจัยที่เป็นการช่วยเหลือโดยตรง ตลอดจนการสนับสนุนด้านข้อมูลอย่างเพียงพอ จะทำให้หญิงตั้งครรภ์เกิดขวัญ และกำลังใจ และความพร้อมที่จะช่วยให้หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดีได้แม้ว่าจะอยู่ในภาวะเสี่ยงเพียงใดก็ตาม

นอกจากนี้การสนับสนุนจากกลุ่มสมรสยังทำหน้าที่เสมือนแรงเสริมทางด้านจิตใจ ที่ช่วยให้บุคคลสามารถเผชิญภาวะเครียดกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นได้ดีขึ้นกล่าวคือ การสนับสนุนจากกลุ่มสมรสจะกระตุ้นให้หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงเกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และตระหนักในความสำคัญของตนเอง ทำให้มีกำลังใจที่จะแสวงหาวิธีการเผชิญภาวะเครียดที่เกิดขึ้นได้จากการได้รับการสนับสนุนจากกลุ่มสมรสทั้งคำแนะนำที่เป็นประโยชน์ และกำลังใจให้ต่อสู้กับภาวะเครียดที่เผชิญอยู่ สถานะของการตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงนั้นถือว่าเป็นภาวะวิกฤตของเหตุการณ์หนึ่งในชีวิต ซึ่งก่อให้เกิดความเครียด ความวิตกกังวล และความไม่มั่นใจในความปลอดภัย ทั้งต่อตนเอง และทารกในครรภ์ โคเฮนและวิลส์ (Cohen & Wills, 1985: 310-357) กล่าวว่า ความเครียดจะเกิดขึ้นได้เมื่อคนเรารู้สึกว่าไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ รู้สึกว่าตนเองค้ำอชคุณค่า ซึ่งภาวะเช่นนี้จะไปรบกวน ระบบต่อมไร้ท่อ ระบบประสาท และระบบภูมิคุ้มกันโรค ซึ่งมีผลทำให้บุคคลเกิดพฤติกรรมที่เสี่ยง และเกิดความล้มเหลวในการดูแลสุขภาพของตนเองในที่สุด ดังนั้นหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงจึงมีความจำเป็นที่จะต้องได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือจากกลุ่มสมรสอย่างเพียงพอ ซึ่งจะช่วยให้หญิงตั้งครรภ์กลุ่มนี้มีอารมณ์ที่มั่นคง ตระหนักในคุณค่าของตนเอง และเผชิญกับความเครียดได้ดี จึงส่งผลให้หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดีได้

เหตุผลอีกประการหนึ่งก็คือ การสนับสนุนจากกลุ่มสมรสสามารถช่วยลดหรือแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นโดยตรงกับบุคคลได้ โดยช่วยทำให้ปัญหาลดความรุนแรงลงจากการที่บุคคลมีโอกาสระบายความรู้สึก หรือปัญหาให้กลุ่มสมรสร่วมรับรู้ด้วย และเป็นแรงเสริมในการต่อสู้ หรือเผชิญกับการแก้ปัญหาให้ดีขึ้นได้ แลงลี (Langlie, 1971: 22) กล่าวว่า การที่คนเรามีปฏิสัมพันธ์กันในสังคมจะทำให้บุคคลนั้น ได้รับข้อมูลข่าวสาร ซึ่งสามารถนำไปใช้ในการปฏิบัติได้ นอกจากนี้การสนับสนุนจากกลุ่มสมรสยังทำให้บุคคลมีอารมณ์ที่มั่นคง สามารถแปลความหมายของเหตุการณ์ต่างๆ ตามสภาพ

ความเป็นจริงซึ่งจะทำให้สามารถแก้ปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้นได้ตรงตามเป้าหมาย ดังนั้นหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงที่ได้รับการสนับสนุนช่วยเหลืออย่างเพียงพอจากคู่สมรส จากการทำหน้าที่เป็นที่ปรึกษา หรือการที่คู่สมรสมีส่วนร่วมในการที่จะเผชิญปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้นพร้อมกับหญิงตั้งครรภ์ จะทำให้หญิงตั้งครรภ์รู้สึกว่ามีที่พึ่ง ไม่อ้างว้าง ทำให้เกิดแรงจูงใจที่จะปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ เพื่อส่งเสริมสุขภาพให้ดีขึ้นได้

ผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาของไฮน์เซนมานน์ และแบคเลย์ (Hienzelmann & Bagley, 1970: 107) ที่พบว่า ร้อยละ 80 ของผู้ป่วยโรคหัวใจหลอดเลือดโคโรนารีที่ได้รับการสนับสนุนจากคู่สมรสที่เพียงพอ จะให้ความร่วมมือในการออกกำลังกายเป็นอย่างดี เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ป่วยที่คู่สมรสไม่แสดงความรู้สึกละเลยหรือมีความรู้สึกในทางลบ ซึ่งมีเพียง ร้อยละ 40 เท่านั้น ที่ให้ความร่วมมือในการออกกำลังกาย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของจุฑาทิพย์ ชื้อสัจย์ (2537: 58) พบว่า การสนับสนุนจากคู่สมรสมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการปฏิบัติตามแผนการรักษา ของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์ และการศึกษาของ กิตตินันท์ สิทธิชัย (2539: 86) พบว่าการสนับสนุนจากคู่สมรสมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของมารดาที่ติดเชื้อ เอช ไอ วี

จะเห็นได้ว่าถ้าหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงได้รับการสนับสนุนจากคู่สมรส ซึ่งมีส่วนช่วยให้หญิงตั้งครรภ์มีสภาพทางจิตใจ และอารมณ์ที่มั่นคง เกิดแรงจูงใจที่จะปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสมต่อไปได้ดี

เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนจากคู่สมรสในแต่ละด้าน กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยง พบว่า การสนับสนุนจากคู่สมรสด้านอารมณ์ การสนับสนุนด้านการประเมิน การสนับสนุนด้านข้อมูล และการสนับสนุนด้านทรัพยากร มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยง ที่ระดับความมีนัยสำคัญทางสถิติ .001 เท่ากันทุกด้าน ซึ่งสามารถแยกอภิปรายได้ดังนี้

การสนับสนุนด้านอารมณ์ พบว่า มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงสูงสุด ($r = .4325$, $p < .001$) แสดงว่า หญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการสนับสนุนด้านอารมณ์ จากคู่สมรสมากจะมีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพดี เพนเดอร์ (Pender, 1982 : 344) กล่าวว่า ความสัมพันธ์ระหว่างคู่สมรสเป็นสัมพันธภาพที่สำคัญต่อการให้การสนับสนุนด้านอารมณ์ และเป็นสัมพันธภาพที่มีการยึดเหนี่ยวกันอย่างเหนียวแน่น ซึ่งในเรื่องการสนับสนุนทางสังคมนั้นเชื่อว่าความสัมพันธ์ที่มีลักษณะเช่นนี้ จะมีประสิทธิภาพมากโดยเฉพาะผลทางด้านจิตใจ ดังนั้นการตั้งครรภ์ที่เกิดภาวะเสี่ยงในหญิงตั้งครรภ์นั้นจะเป็นภาวะวิกฤติของ

เหตุการณ์ในชีวิต ที่มีผลต่อสุขภาพจิตของหญิงตั้งครรภ์เป็นอย่างมากนั้น เมื่อได้รับการสนับสนุนด้านอารมณ์ที่เพียงพอจากคู่สมรสจึงทำให้หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงเกิดความรู้สึกมั่นคงทางอารมณ์ รู้สึกอบอุ่น และรู้สึกถึงควมมีคุณค่าในตนเองนำไปสู่การมีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพที่ดี

การสนับสนุนด้านการประเมิน พบว่ามีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยง ($r = .4301$, $p < .001$) แสดงว่าหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการสนับสนุนด้านการประเมินจากคู่สมรสมาก จะมีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพที่ดี ทั้งนี้เนื่องจากการสนับสนุนด้านการประเมินเป็นการแสดงออกถึงความเห็นพ้อง รับรอง และการให้ข้อมูลป้อนกลับ เพื่อนำไปใช้ในการประเมินตนเองของหญิงตั้งครรภ์ จากที่กล่าวมาแล้วว่าหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงมักขาดความรู้สึกมั่นใจในตนเอง การได้รับการยืนยันและเห็นพ้องในสิ่งที่ควรกระทำ หรือแม้แต่การกระตุ้นเตือน ให้ปฏิบัติ ในสิ่งที่ถูกต้อง จะทำให้หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงเกิดความมั่นใจในการที่จะกระทำกิจกรรมต่างๆ เพื่อการส่งเสริมสุขภาพที่ดีต่อไป

การสนับสนุนด้านทรัพยากร พบว่ามีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยง ($r = .4064$, $p < .001$) แสดงว่าหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการสนับสนุนด้านทรัพยากรจากคู่สมรสมาก จะมีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพที่ดี ทั้งนี้เนื่องจาก เหตุผลดังกล่าวข้างต้นว่าการสนับสนุนด้านทรัพยากรเป็นการช่วยเหลือโดยตรงเกี่ยวกับสิ่งของ การเงิน แรงงาน และการให้เวลา โดยเฉพาะอย่างยิ่งหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงที่ไม่มีรายได้เป็นของตนเองนั้น จะต้องอาศัยการสนับสนุนแหล่งรายได้จากคู่สมรสเป็นอย่างมาก นอกจากนี้หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงส่วนใหญ่จะต้องได้รับการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลก่อนกำหนดคลอด การได้รับการสนับสนุนด้านทรัพยากรอย่างเพียงพอ จะทำให้หญิงตั้งครรภ์เพิ่มความสะดวกสบาย และมีระดับขวัญและกำลังใจในการทำปฎิบัติกิจกรรม เกี่ยวกับการดูแลส่งเสริมสุขภาพตนเองและบุตรตลอดจนสามารถให้ความร่วมมือในการรักษาเพิ่มสูงขึ้น

การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร พบว่ามีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ ของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยง ($r = .2891$, $p < .001$) แสดงว่าหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสารจากคู่สมรสมาก จะมีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพที่ดี ทั้งนี้เนื่องจากเหตุผลดังกล่าวมาข้างต้นว่า การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสารทำหน้าที่เสมือนแหล่งประโยชน์ที่จะส่งเสริมให้หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพต่อไป กล่าวคือหญิงตั้งครรภ์

ที่ได้รับคำแนะนำ และข้อมูลข่าวสารที่เป็นประโยชน์ในการปฏิบัติพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ ในระยะตั้งครรภ์ จะทำให้หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงมีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสมยิ่งขึ้น

สมมติฐานที่ 2. การสนับสนุนจากคู่สมรส และปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ครอบครัว และลำดับที่ของการตั้งครรภ์ สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงได้

จากตารางที่ 12 พบว่า ในขั้นตอนที่ 1 ของการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน ตัวทำนายแรกที่ได้รับการคัดเลือกเข้าไปในสมการคือ การสนับสนุนจากคู่สมรสโดย มีค่าสัมประสิทธิ์การทำนายเท่ากับ .2278 แสดงว่า การได้รับการสนับสนุนจากคู่สมรส สามารถทำนายพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพได้ ร้อยละ 22.78 โดยมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 จากนั้นในการวิเคราะห์ขั้นที่ 2 ตัวทำนายที่ได้รับการคัดเลือกเข้าไปพิจารณาคือ อายุ โดยพบว่าค่าสัมประสิทธิ์การทำนายเพิ่มขึ้นเป็น .2783 ซึ่งสามารถทำนายพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 27.83 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 จากนั้นเมื่อเพิ่มตัวทำนายในขั้นตอนต่อไปของการวิเคราะห์ พบว่าค่าสัมประสิทธิ์เปลี่ยนไปอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ การวิเคราะห์ถดถอยทางพหุคูณแบบขั้นตอน เพื่อหาตัวทำนายพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ จึงยุติลง ณ ขั้นที่ 3

สรุปได้ว่า ปัจจัยที่สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงคือ การสนับสนุนจากคู่สมรสและอายุ โดยสามารถทำนายพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ ในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงได้ร้อยละ 27.83 ที่ระดับความมีนัยสำคัญ.001(ดังตารางที่ 12) ทั้งนี้สามารถอธิบายได้ว่า การสนับสนุนจากคู่สมรส และอายุ ต่างก็มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยง โดยเฉพาะการสนับสนุนจากคู่สมรส ซึ่งเป็นตัวแปรตัวแรกที่มีความสัมพันธ์ กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพมากที่สุด ($r = .4427$) จึงสามารถทำนายพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพได้ ร้อยละ 22.78 ตามสมมติฐานที่ 1 ส่วนอายุเป็นตัวแปรตัวที่ 2 ที่สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพได้เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 27.83 เนื่องจากอายุเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความสัมพันธ์ ทางบวกกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($r = .2420$) กล่าวคือ หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงที่ได้รับการสนับสนุนจากคู่สมรสอย่างเพียงพอ และเป็นผู้ที่มีอายุมาก จะมีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพดี แต่ในทางตรงกันข้ามหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงที่ได้รับการสนับสนุนจากคู่สมรสน้อย และเป็นผู้ที่มีอายุน้อยกว่าจะมีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพไม่ดี ดังได้กล่าวมาแล้วในตอนต้นว่า คู่สมรสเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้หน้าที่ เป็นแหล่งประโยชน์ที่ตอบสนองต่อความต้องการขั้นพื้นฐานของมนุษย์ และช่วยสร้าง

สภาพแวดล้อมให้เอื้อต่อการเกิดพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ นอกจากนี้ยังทำหน้าที่เสมือนตัวบรรเทา หรือเครื่องมือที่ช่วยในการเผชิญภาวะเครียดกับเหตุการณ์ต่างๆที่เกิดขึ้นในระยะตั้งครรภ์ และช่วยให้บุคคลต่อสู้กับปัญหาต่างๆได้ดีขึ้น ทำให้ปัญหาลดความรุนแรงลง บุคคลจึงมีอาการที่มั่นคง มีกำลังใจ และรู้สึกว่ามีที่พึ่ง ไม่รู้สึกอ้างว้าง ทำให้เกิดแรงจูงใจที่จะปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ เพื่อการส่งเสริมสุขภาพให้ดีขึ้น ในขณะที่เดียวกันผู้ที่มีอายุมากขึ้นย่อมเป็นผู้ที่ผ่านประสบการณ์ต่างๆ ในชีวิต มีการเรียนรู้เพิ่มมากขึ้น ทำให้สามารถปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ได้ดี และมีวุฒิภาวะที่จะปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเอง มีการตัดสินใจที่ถูกต้องในเรื่องของการดูแลสุขภาพ และการส่งเสริมสุขภาพของตนได้ดีกว่าผู้ที่มีอายุน้อย

การศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ สุริ โอภาสศิริวิทย์ (2531: 46) ที่พบว่า อายุ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับ การดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และการศึกษาของ จันทอง บุญเสริม (2539: 92) ที่ศึกษาพบว่าอายุ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกัน และรักษาภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กของหญิงตั้งครรภ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เช่นเดียวกับการศึกษาของ อุ่นจิตต์ บุญสม (2540: 45) ที่พบว่า หญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไปจะมีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพดีกว่าหญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุต่ำกว่า 20 ปี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 มากขึ้นด้วย ดังนั้น การสนับสนุนจาก คู่สมรส และอายุ จึงสามารถร่วมทำนายนพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ ของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงได้

ส่วนปัจจัยอื่นๆ ที่ไม่เข้ามาในสมการทำนาย ได้แก่ ระดับการศึกษา รายได้ครอบครัว ลำดับที่ของการตั้งครรภ์ พบว่ามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (ตารางที่ 10) ซึ่งสามารถอภิปรายรายละเอียดได้ดังนี้

ระดับการศึกษา พบว่าระดับการศึกษา ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยง แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างไม่ว่าจะมีระดับการศึกษาสูงหรือต่ำ จะไม่มีผลต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง ทั้งนี้อาจเนื่องมาจาก ข้อคำถามของแบบสอบถามเป็นเรื่องเกี่ยวกับ พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยง ไม่ได้ถามเกี่ยวกับความรู้ ดังนั้น เมื่อหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงมารับบริการฝากครรภ์ หรือเข้ารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยใน และได้รับคำแนะนำจากบุคลากรทางการแพทย์หรือได้รับความรู้จากแหล่งต่างๆ และสื่อต่างๆ ที่เกี่ยวกับการปฏิบัติตนที่ถูกต้องในระยะตั้งครรภ์แล้วมีความตั้งใจจริง ในการนำไปปฏิบัติจะมีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพที่ดีได้และจากการศึกษาของสมิตดา สว่างทุกข์ (2539: 46) พบว่าหญิงตั้งครรภ์ร้อยละ 96 ได้รับความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตนในระยะตั้งครรภ์ จากแหล่งต่าง ๆ

เช่น เพื่อน เพื่อนบ้าน เจ้าหน้าที่ที่มสุขภาพ ประสบการณ์การตั้งครรภ์ครั้งก่อน บุคคลในครอบครัว วิทยุ /โทรทัศน์ และจากสิ่งพิมพ์ แสดงให้เห็นว่า หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงไม่ว่าระดับการศึกษาใดก็สามารถแสวงหาความรู้ในการปฏิบัติที่ถูกต้องในระยะตั้งครรภ์ได้ ดังนั้นหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงไม่ว่าจะมีระดับการศึกษาสูงหรือต่ำ จะมีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพที่ไม่ต่างกัน สอดคล้องกับการศึกษาของ มยุรี นิรัทธราดร (2539: 88) ที่พบว่าระดับการศึกษาไม่สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นได้ และการศึกษาของ อุ่นจิตต์ บุญสม (2540: 53)พบว่า หญิงตั้งครรภ์ที่มีระดับการศึกษาต่างกัน มีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพโดยรวมไม่แตกต่างกัน

รายได้ครอบครัว พบว่า รายได้ไม่มีความสัมพันธ์ กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยง แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างไม่ว่าจะมีรายได้สูงหรือต่ำ จะไม่มีผลต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ ทั้งนี้อธิบายได้ว่า ถึงแม้ว่ารายได้จะเป็นปัจจัยที่มีความสำคัญในการตอบสนองความจำเป็นขั้นพื้นฐานในชีวิต และเป็นองค์ประกอบที่สำคัญต่อการมีศักยภาพในการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยง แต่ยังมีปัจจัยอื่นที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยง เช่น ระบบครอบครัว การเกื้อหนุนของญาติพี่น้อง หรือบุคคลใกล้ชิด การแนะนำช่วยเหลือจากบุคลากรทางการแพทย์ นอกจากนี้ ระบบบริการสุขภาพที่เกื้อหนุนให้หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยง เข้าถึงบริการได้อย่างทั่วถึง เช่น การมีบัตรสุขภาพ และการมีบัตรประกันสังคม ซึ่งจะช่วยลดค่าใช้จ่ายในการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล สิ่งเหล่านี้แสดงให้เห็นว่า หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงนั้นได้รับการเอื้ออำนวย แหล่งประโยชน์ที่มีผลต่อการดูแลตนเองเพียงพอกับความต้องการในชีวิตประจำวัน ผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ สุมิตตา สว่างทุกข์(2539: 79) ที่พบว่าหญิงตั้งครรภ์ที่ฝากครรภ์ไม่ครบตามเกณฑ์ที่มีรายได้แตกต่างกัน มีพฤติกรรมการปฏิบัติตนเพื่อคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพโดยรวมไม่แตกต่างกัน เช่นเดียวกับการศึกษาของ อุ่นจิตต์ บุญเสริม(2540: 53) ที่พบว่า หญิงตั้งครรภ์ที่มีรายได้ต่างกัน มีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพโดยรวมไม่แตกต่างกัน และการศึกษาของ กมลพรรณ หอมนาน(2539: 64) พบว่ารายได้ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ

ลำดับที่ของการตั้งครรภ์ พบว่า ลำดับที่ของการตั้งครรภ์ที่เพิ่มขึ้นไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยง แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างไม่ว่าจะเป็นการตั้งครรภ์ลำดับที่ใด จะไม่มีผลต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ ทั้งนี้อธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษาเป็นกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงที่ฝากครรภ์ ซึ่งมารับบริการฝากครรภ์ที่คลินิก

หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยง และหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงที่เข้ารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยใน จึงทำให้มีโอกาสดีได้รับความรู้ และคำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตนในระยะตั้งครรภ์ จากแพทย์และพยาบาล ประกอบกับการได้พูดคุยระหว่างหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงด้วยกัน ทำให้ได้แลกเปลี่ยนความรู้ และประสบการณ์ระหว่างหญิงตั้งครรภ์ด้วยกัน จึงทำให้มีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพไม่แตกต่างกัน สอดคล้องกับการศึกษาของ กาญจนา บุญทับ(2534: 57) ที่พบว่า ลำดับที่ของการตั้งครรภ์ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์

ส่วนความผันแปรของพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพที่เหลืออีกร้อยละ 72.17 ซึ่งยังไม่สามารถอธิบายได้จากการศึกษาครั้งนี้ อาจเป็นผลเนื่องจากปัจจัยอื่นๆ ที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพซึ่งผู้วิจัยไม่ได้นำมาศึกษาในครั้งนี้ ได้แก่ ลักษณะส่วนบุคคล และประสบการณ์อื่นๆ ปัจจัยที่เป็นองค์ประกอบในโครงสร้างของปัจจัยด้านความรู้ ความเข้าใจ ความรู้สึกลึกซึ้งที่เฉพาะเจาะจงต่อการแสดงพฤติกรรม อันได้แก่ การรับรู้ประโยชน์-การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรม การรับรู้สมรรถนะในตนเอง และความรู้สึกลึกซึ้งที่สัมพันธ์กับการปฏิบัติ อิทธิพลระหว่างบุคคลอื่น อิทธิพลสถานการณ์ และการตัดสินใจในขณะนั้น ที่จะเลือกระหว่าง พฤติกรรมที่ควรกระทำ และพฤติกรรมที่ชื่นชอบ

เมื่อพิจารณาตามกรอบแนวคิดทฤษฎีของ เพนเดอร์ ที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ สรุปว่า ผลการทดสอบสมมติฐานข้อที่ 2. ได้รับการสนับสนุนเพียงบางส่วน กล่าวคือ ปัจจัยที่สามารถทำนายพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงได้ มีเพียง 2 ปัจจัยได้แก่ การสนับสนุนจากคู่สมรส กับ อายุ สำหรับปัจจัยที่เหลืออีก 3 ปัจจัยได้แก่ ระดับการศึกษา รายได้ ครอบครัว และ ลำดับที่ของการตั้งครรภ์ ไม่สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงได้

เนื่องจากยังมีปัจจัยอีกหลายประการที่เกี่ยวข้องกับภาวะการเจ็บป่วย หรือภาวะเสี่ยงของหญิงตั้งครรภ์ในครั้งนี้ที่อาจมีผลต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ ผู้วิจัยจึงได้วิเคราะห์ข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับ ลักษณะของภาวะเสี่ยง (แบ่งตามความรุนแรงของภาวะเสี่ยง) จำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และอายุครรภ์ ซึ่งคาดว่าจะมีผลต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพโดยรวม ของกลุ่มตัวอย่าง (จากตารางที่ 15 ถึง ตารางที่ 17 ภาคผนวก ง) พบว่า อายุครรภ์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($\chi^2 = 10.9454$) ส่วนจำนวนครั้งของการเข้ารับการักษาในโรงพยาบาล และลักษณะของภาวะเสี่ยง (แบ่งตามความรุนแรงของภาวะเสี่ยง ตามแบบฟอร์มการประเมินใน ภาคผนวก จ) มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($\chi^2 = .027$ และ 1.8399 ตามลำดับ)

ผลการวิจัยครั้งนี้ จึงสนับสนุนแนวความคิดตามรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของ เพนเดอร์ (Pender, 1996: 66) ที่ว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นอิทธิพลระหว่างบุคคล ที่มีผลกระทบต่อ พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพโดยตรง โดยมีแหล่งกำเนิดของการสนับสนุนทางสังคม คือครอบครัว เพื่อน และผู้ดูแลสุขภาพ กลุ่มสมรสเป็นบุคคลหนึ่งในครอบครัวที่มีความสัมพันธ์ ใกล้ชิดกับหญิงตั้งครรภ์มากที่สุด การได้รับการสนับสนุนจากคู่สมรสอย่างเพียงพอจึงส่งเสริมให้ หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงปฏิบัติพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพที่ดีได้ นอกจากนี้ อายุ เป็น ลักษณะส่วนบุคคลที่สำคัญอีกปัจจัยหนึ่ง ซึ่งเพนเดอร์ได้กล่าวไว้ว่า ปัจจัยส่วนบุคคลมีอิทธิพลโดยตรงต่อพฤติกรรมที่เฉพาะเจาะจงด้านความรู้ การรับรู้และความรู้สึกรู้สึกคิด ซึ่งหมายถึงผู้ที่มีอายุมากขึ้น เป็นผู้ผ่านประสบการณ์ต่างๆในชีวิต เกิดการเรียนรู้และมีวุฒิภาวะเพิ่มมากขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งวุฒิภาวะที่จะปฏิบัติพฤติกรรมที่เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเอง ดังนั้นการสนับสนุนจากคู่สมรสและอายุ จึงสามารถร่วมทำนายพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพได้

บทที่ 5

สรุปการวิจัย และข้อเสนอแนะ

สรุปการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive research) เพื่อศึกษาพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพและการสนับสนุนจากคู่สมรส หาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนจากคู่สมรสกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ และหาอำนาจการทำนายพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยง โดยตัวแปรการสนับสนุนจากคู่สมรส และปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ครอบครัว และลำดับที่ของการตั้งครรภ์

กลุ่มตัวอย่างเป็นหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงที่มาใช้บริการ ที่แผนกผู้ป่วยใน หรือที่คลินิกฝากครรภ์ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศิริราช โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช โรงพยาบาลวชิรพยาบาล และโรงพยาบาลราชวิถี จำนวนทั้งสิ้น 180 ราย โดยการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling) โดยเก็บข้อมูลระหว่างวันที่ 30 มิถุนายน 2540 ถึงวันที่ 21 สิงหาคม 2540 ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล ของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยง แบบสอบถามพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพและแบบสอบถามการสนับสนุนจากคู่สมรสและนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ โดยใช้เครื่องคอมพิวเตอร์โปรแกรมสำเร็จรูป เอส พี เอส เอส / พีซี บวก (SPSS/PC) ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง
2. ข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ และ การสนับสนุนจากคู่สมรสของกลุ่มตัวอย่าง
3. แง่แรงจูงใจ และร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามคะแนนพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ และการสนับสนุนจากคู่สมรสตามเกณฑ์ที่แบ่งไว้ของกลุ่มตัวอย่าง โดยรวมรายด้าน และรายข้อ
4. คำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน(Pearson's Product Moment Correlation Coefficient) ระหว่างตัวแปรการสนับสนุนจากคู่สมรสรายด้าน และโดยรวม กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพโดยรวมของกลุ่มตัวอย่าง และทดสอบความมีนัยสำคัญโดยการทดสอบค่าที (t-test) โดยกำหนดความมีนัยสำคัญที่ระดับ .05
5. คำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณ(Multiple Correlation Coefficient)ระหว่างตัวแปรทั้งหมด ได้แก่ การสนับสนุนจากคู่สมรส ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ

ระดับการศึกษา รายได้ครอบครัว และลำดับที่ของการตั้งครรภ์ กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงซึ่งเป็นตัวเกณฑ์ โดยใช้วิธีวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอนและสร้างสมการทำนาย

ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

1. กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพโดยรวมอยู่ในเกณฑ์ดี (ร้อยละ 78.3) รองลงมาเป็นระดับปานกลาง (ร้อยละ 21.7) เมื่อพิจารณาพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพรายด้านพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพรายด้าน เกือบทุกด้าน อยู่ในเกณฑ์ดีและปานกลาง โดยพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพด้านที่มีผู้ปฏิบัติได้ดีและมีจำนวนมากที่สุดคือ ด้านโภชนาการ และด้านความสำเร็จในชีวิตแห่งตน รองลงมาคือด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ ด้านการจัดการกับความเครียด และด้านการออกกำลังกาย

เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า ข้อที่จำนวนกลุ่มตัวอย่างปฏิบัติได้ดีเป็นประจำสม่ำเสมอจำนวนน้อยที่สุด และมีค่าเฉลี่ยคะแนนรายข้อค่อนข้างต่ำ ซึ่งอยู่ในด้านการออกกำลังกาย ได้แก่ ข้อ การบริหารกล้ามเนื้อส่วนต่างๆ ของร่างกายในท่าต่างๆ วันละประมาณ 20 นาที และการบริหารกล้ามเนื้อต่างๆ ที่ช่วยในการคลอดให้แข็งแรงขึ้น กล้ามเนื้อช่องคลอด กล้ามเนื้อหน้าท้อง และหลัง และ ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ ได้แก่การไปพบทันตแพทย์เพื่อตรวจสุขภาพฟันอย่างน้อยทุก 6 เดือน

2. กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ได้รับการสนับสนุนจากคู่สมรสโดยรวมอยู่ในเกณฑ์ดี (ร้อยละ 96.7) และปานกลาง (ร้อยละ 3.3) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่าส่วนใหญ่ได้รับการสนับสนุนจากคู่สมรสอยู่ในเกณฑ์ดีเช่นกัน โดยกลุ่มตัวอย่างได้รับการสนับสนุนจากคู่สมรสมากที่สุด ด้านอารมณ์ รองลงมาคือด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านการประเพณี และด้านทรัพยากร ตามลำดับ

เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า ข้อที่มีกลุ่มตัวอย่างได้รับการสนับสนุนจากคู่สมรสน้อยที่สุด และมีค่าเฉลี่ยคะแนนรายข้อค่อนข้างต่ำ ซึ่งอยู่ในด้านข้อมูลข่าวสาร ได้แก่ข้อที่คู่สมรสหาข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับ การการปฏิบัติตนในระยะตั้งครรภ์ที่ถูกต้องมาให้หญิงตั้งครรภ์อ่าน

3. การสนับสนุนจากคู่สมรสโดยรวม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($r=.4772$) และเมื่อพิจารณารายด้าน พบว่าการสนับสนุนจากคู่สมรสทุกด้าน มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 โดยพบว่าการสนับสนุนด้านอารมณ์ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพมากที่สุด ($r=.4325$) ในขณะที่

การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร มีความสัมพันธ์ทางบวกกับ พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพน้อยที่สุด ($r=.2891$)

4. การสนับสนุนจากคู่สมรสโดยรวม และอายุ สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพโดยรวมในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงได้ร้อยละ 27.83 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และสามารถสร้างสมการถดถอยที่ดีที่สุด ในรูปคะแนนดิบได้ดังนี้

$$\hat{Y} \text{ (HBRP)} = 102.8293 + .6012 \text{ (SSP)} + .5059 \text{ (AGE)}$$

ข้อเสนอแนะ

ผลจากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพโดยรวมอยู่ในเกณฑ์ดี และปานกลาง มีเพียงบางข้อที่พบว่าเป็นพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพที่หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงไม่ค่อยปฏิบัติ และพบว่าหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงได้รับการสนับสนุนจากคู่สมรสโดยรวมอยู่ในเกณฑ์ดี และปานกลาง นอกจากนี้ผลการวิจัยครั้งนี้ยังพบว่า การสนับสนุนจากคู่สมรสมีความสัมพันธ์ทางบวกต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ และพบว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงมี 2 ปัจจัยได้แก่ การสนับสนุนจากคู่สมรสและอายุ ผู้วิจัยจึงมีข้อเสนอแนะดังนี้

ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะสำหรับเป็นแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาลดังต่อไปนี้

1. พยาบาลในหน่วยฝากครรภ์ควรมีการประเมิน พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงเพื่อค้นหาปัญหาเกี่ยวกับการปฏิบัติพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ โดยให้ความสนใจและเอาใจใส่เป็นพิเศษต่อกลุ่มที่มีอายุน้อย หรือกลุ่มที่ไม่ได้อยู่กับคู่สมรส

2. พยาบาลควรประเมินการได้รับการสนับสนุนจากคู่สมรสของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยง เพื่อหาแนวทางในการกระตุ้นและส่งเสริมให้คู่สมรสของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยง มีส่วนร่วมในการให้การสนับสนุนช่วยเหลือหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยง โดยเฉพาะในด้านอารมณ์ ข้อมูลข่าวสาร ซึ่งจะส่งผลให้หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงมีแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพที่ดีต่อไป

3. ในหน่วยฝากครรภ์ หรือคลินิกฝากครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงตามโรงพยาบาลทุกแห่งควรจัดกลุ่มเพื่อให้ความรู้ และให้คำแนะนำเกี่ยวกับ การปฏิบัติพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพแก่หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยง โดยการใช้สื่อการสอนต่างๆร่วมด้วยเช่น แผ่นพับ คู่มือ บอร์ดวิชาการ

วิถีโอ หรือจัดชั้นเรียนโดยแบ่งกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ตามลักษณะของภาวะเสี่ยง หรือภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น เพื่อให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรค การรักษา การสังเกตอาการผิดปกติ และแนวทางการปฏิบัติตนให้สอดคล้องกับปัญหาของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงแต่ละราย โดยเฉพาะอย่างยิ่งการปฏิบัติตนในเรื่องของการส่งเสริมสุขภาพในและเรื่องดังต่อไปนี้

3.1 ด้านการออกกำลังกายในระยะตั้งครรภ์ เนื่องจากพบว่า หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงบางส่วนมีการปฏิบัติพฤติกรรมด้านนี้ในบางข้อไม่ดี ดังนั้นพยาบาลจึงควรจัดให้มีการสาธิตและฝึกปฏิบัติจริง ทั้งนี้พยาบาลต้องคำนึงถึงความเหมาะสมของการออกกำลังกายตามลักษณะของภาวะเสี่ยงที่หญิงตั้งครรภ์เป็นอยู่ด้วย และส่งเสริมให้มีการรับรู้ว่าการออกกำลังกายที่ถูกต้องจะช่วยให้อวัยวะทุกส่วนของร่างกายแข็งแรง สามารถรับน้ำหนักที่เพิ่มขึ้นได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งน้ำหนักครรภ์ที่เพิ่มขึ้น ลดการบาดเจ็บของกล้ามเนื้อ เอ็น และข้อต่อต่างๆ

3.2 ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการตรวจสุขภาพฟัน การไปพบทันตแพทย์เพื่อตรวจสุขภาพฟันอย่างน้อยทุก 6 เดือน ควรส่งเสริมให้หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงได้รับการตรวจสุขภาพฟันเมื่อทราบว่าตนเองตั้งครรภ์ โดยการประสานงานกับหน่วยทันตกรรมของโรงพยาบาล เพื่อส่งต่อหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงที่มาฝากครรภ์ครั้งแรกได้พบทันตแพทย์เพื่อตรวจสุขภาพฟัน และรักษาเมื่อพบอาการผิดปกติ และเน้นให้เห็นความสำคัญของการดูแลสุขภาพปากและฟันในระยะตั้งครรภ์

3.3 ด้านการจัดการกับความเครียดที่เหมาะสม แนะนำวิธีการปฏิบัติในเรื่องของการทำสมาธิ และการผ่อนคลายสำหรับหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยง เพื่อส่งเสริมและกระตุ้นให้หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงมองเห็นประโยชน์ของการผ่อนคลายความตึงเครียดในระยะตั้งครรภ์ และสามารถนำไปปฏิบัติได้เอง

3.4 ด้านโภชนาการ ถึงแม้ผลการวิจัยครั้งนี้จะพบว่าหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงส่วนใหญ่มีพฤติกรรมในด้านนี้ดี แต่พยาบาลก็ควรที่จะมีการกระตุ้นและส่งเสริมอย่างต่อเนื่องตลอดไป เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์มีการปฏิบัติตนด้านนี้ดียิ่งๆขึ้นไปอีก อันจะส่งผลที่ดีต่อสุขภาพของทั้งหญิงตั้งครรภ์และทารกในครรภ์

3.5 ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล พยาบาลควรจัดกลุ่ม Self Help Group โดยแบ่งกลุ่มตามลักษณะของภาวะเสี่ยงที่เหมือนกัน เช่น กลุ่มเบาหวาน กลุ่มโรคหัวใจ เป็นต้น เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์มีการพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ หรือปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้นในขณะตั้งครรภ์ โดยมีพยาบาลเป็นผู้ดำเนินการกลุ่มพร้อมทั้งสรุปปัญหา และแนวทางการแก้ไขปัญหา เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์กลุ่มนี้มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดีต่อไป

3.6 ด้านความสำเร็จในชีวิตแห่งตน พยาบาลควรมีการส่งเสริมให้กำลังใจ ให้ความสนใจและเอาใจใส่ต่อหญิงตั้งครรภ์ เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์รู้สึกถึงคุณค่าในตนเอง

4. ส่งเสริมให้คู่สมรสมีส่วนร่วมในการช่วยเหลือสนับสนุนหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยง ทั้งด้านจิตใจ อารมณ์ ทรัพยากร และด้านข้อมูลข่าวสารที่เป็นประโยชน์เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์ที่มี ภาวะเสี่ยงมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดี โดยมีแนวทางในการปฏิบัติดังนี้

4.1 พยาบาลควรสนับสนุน และส่งเสริมให้คู่สมรสเข้ามามีส่วนร่วมกับ หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงในการมาตรวจครรภ์ตามนัด เพื่อรับทราบความก้าวหน้าของการ ตั้งครรภ์และซักถามปัญหา หรือร่วมรับฟังปัญหาสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์กลุ่มนี้ โดยจัดให้คู่สมรส ของหญิงตั้งครรภ์กลุ่มนี้มีโอกาสเข้าฟังคำแนะนำเกี่ยวกับ ความรู้เรื่องลักษณะของภาวะเสี่ยงที่หญิง ตั้งครรภ์เป็นอยู่ ผลกระทบของภาวะเสี่ยงต่อสุขภาพของมารดาและทารกในครรภ์ การปฏิบัติ พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพในระยะตั้งครรภ์ของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยง และบทบาทของ คู่สมรสในการให้ความช่วยเหลือสนับสนุน เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์กลุ่มนี้มีพฤติกรรมส่งเสริม สุขภาพที่ดี

4.2 พยาบาลควรสนับสนุน และให้กำลังใจแก่คู่สมรสของหญิงตั้งครรภ์ที่มี ภาวะเสี่ยง โดยการเป็นที่ปรึกษา และคอยรับฟังปัญหาต่างๆของคู่สมรส เพื่อให้คู่สมรสมีกำลังใจ และสามารถแสดงบทบาทของคู่สมรส ในการสนับสนุนช่วยเหลือเพื่อให้หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะ เสี่ยงมีการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดีต่อไป

ด้านการวิจัย

1. ควรมีการศึกษาพฤติกรรมกรรมการส่งเสริมสุขภาพ และการสนับสนุนจากคู่สมรส ใน หญิงตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยงเฉพาะ โรคเช่น กลุ่มโรคความดันโลหิตสูง กลุ่มโรคเบาหวาน และกลุ่มโรค หัวใจ เป็นต้น

2. ควรมีการศึกษาถึงปัจจัยอื่นๆ ที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมกรรมการส่งเสริมสุขภาพใน หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยง ตามกรอบแนวคิดของเพนเดอร์ เช่น ปัจจัยด้านความรู้ความเข้าใจและ ความรู้สึนึกคิดที่เฉพาะเจาะจงต่อการแสดงพฤติกรรมอื่นๆ ที่ไม่ได้ศึกษาในครั้งนี้ เช่นการรับรู้ ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมกรรมการส่งเสริมสุขภาพ และการสนับสนุนทาง สังคม เป็นต้น

3. ควรมีการศึกษารูปแบบการสนับสนุนจากคู่สมรส ในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยง ระหว่าง กลุ่มตัวอย่างที่คู่สมรสเข้าร่วมในโปรแกรมการสอนพร้อมกับหญิงตั้งครรภ์ กับกลุ่ม

ตัวอย่างที่ผู้สมรสไม่ได้เข้าร่วมในโปรแกรมการสอนพร้อมกับหญิงตั้งครรภ์ เพื่อนำผลการศึกษาที่ได้มาพัฒนารูปแบบการสนับสนุนจากผู้สมรสของกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่มนี้

4. ควรมีการศึกษาต่อเนื่องเกี่ยวกับ พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยง และผลลัพธ์ของการตั้งครรภ์ เช่น ภาวะสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์และทารกแรกเกิด



บรรณานุกรม

- กมลพรรณ หอมนาน. (2539). ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกรักมีคุณค่าในตนเอง การรับรู้สมรรถนะในตนเองกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- กรณีการ์ กันธรักษา. (2527). ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่ออำนาจภายใน - ภายนอกตนเกี่ยวกับสุขภาพอนามัยกับพฤติกรรมการปฏิบัติตนเพื่อดำรงไว้ซึ่งสุขภาพในหญิงตั้งครรภ์. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลแม่และเด็ก มหาวิทยาลัยมหิดล.
- กอชแมน. (1981). อ้างถึงใน มัลลิกา มัติโก. คู่มือการวิจัยพฤติกรรมสุขภาพ. นครปฐม : ศูนย์การศึกษา นโยบายสาธารณะ คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, หน้า 18-19.
- กาญจนา บุญทับ. (2534). ปัจจัยพื้นฐานบางประการ การสนับสนุนทางสังคม และความสามารถในการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลแม่และเด็ก บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- กิตตินันท์ สิทธิชัย. (2539). การศึกษาการรับรู้ภาวะสุขภาพ การสนับสนุนจากคู่สมรสและพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของมารดาที่ติดเชื้อ เอช.ไอ.วี. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลแม่และเด็ก บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- จันทร์ทอง บุญเสริม. (2539). ปัจจัยที่มีผลต่อการป้องกัน และรักษาภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กในหญิงตั้งครรภ์: กรณีศึกษาจังหวัดชัยนาท. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาเอกอนามัยครอบครัว บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ก้วน ขาวหนู. (2534). โภชนศาสตร์: ฉบับปรับปรุงใหม่. (พิมพ์ครั้งที่ 5). กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ทิพย์วิสุทธิ.
- คาสต์ และคอบบ์. (1966). อ้างถึงใน มัลลิกา มัติโก. คู่มือการวิจัยพฤติกรรมสุขภาพ. นครปฐม : ศูนย์การศึกษา นโยบายสาธารณะ คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, หน้า 21-22.
- จริยาวัตร คมพยัคฆ์. (2531, เมษายน-มิถุนายน). แรงสนับสนุนทางสังคม : มโนทัศน์และการนำไปใช้. วารสารพยาบาลศาสตร์, 6, 96-105.

- จันทนา พงษ์สมบุญ. (2539). ปัจจัยที่มีผลกระทบต่อ พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้ติดเชื้อ
เอช ไอ วี. วิทยานิพนธ์วิทยาศาตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิต
วิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- จิรศักดิ์ มนัสสาร. (2539). การตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงสูง. ใน จิรศักดิ์ มนัสสาร และ
วิทยา ถิฐาพันธ์ (บรรณาธิการ). เวชศาสตร์มารดาและทารก (หน้า 41-55). กรุงเทพฯ
มหานคร: หน่วยการศึกษา ภาควิชาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์ศิริราช
พยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล.
- จุฑาทิพย์ ชื้อสตัย. (2537). ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้เกี่ยวกับโรค การสนับสนุนจากคู่สมรส
กับความร่วมมือในการปฏิบัติตามแผนการรักษา ของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความ
ดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต,
สาขาวิชาการพยาบาลแม่และเด็ก บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- เทียมสร ทองสวัสดิ์. (2531). การพยาบาลในระยะตั้งครรภ์. กรุงเทพมหานคร: โอเดียนสโตร์.
- บุญสม ผาสุข. (2531). ผลการตั้งครรภ์ของมารดาที่ได้รับการดูแลก่อนคลอดในคลินิกตรวจครรภ์
ที่มีภาวะเสี่ยงสูง โรงพยาบาลรามธิบดี พ.ศ. 2526-2528. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยา
ศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการเจริญพันธุ์และวางแผนประชากร บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยมหิดล.
- บุญเยี่ยม ตระกูลวงษ์. (2528). จิตวิทยาสังคมกับการสาธารณสุข ในเอกสารการสอนชุดวิชาสังคม
วิทยาการแพทย์. หน่วย 9-15 มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช. สาขาวิชาวิทยาศาสตร์
สุขภาพ. (หน้า 567-595). กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์จนวนพิมพ์.
- เบนสัน, ราล์ฟ ซี และ เพอร์นอลด์, มาติน แอล. (2538). คู่มือสูติศาสตร์และนรีเวชวิทยา
(จตุพล ศรีสมบุญ และคนอื่นๆ , ผู้แปล). กรุงเทพมหานคร: บริษัทแมคกรอ-ฮิล
อินเตอร์เนชันแนล เอ็นเตอร์ไพรส์, อิงค์.
- ประภาเพ็ญ สุวรรณ. (2526). ทัศนคติ : การวัดความเปลี่ยนแปลงและพฤติกรรมอนามัย. (พิมพ์
ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: พิระพัฒนา.
- พิชัย เจริญพานิช. (2531). แก่นแท้ของสูติศาสตร์ ปัญหาและแนวทางแก้ไข. กรุงเทพมหานคร: พี.
เอ ลีฟวิ่ง จำกัด.
- _____. (2539). การออกกำลังกายและเพศสัมพันธ์ระหว่างตั้งครรภ์. กรุงเทพมหานคร:
บริษัท 21 เซ็นจูรี จำกัด.

- มยุรี นิธิธรารคร. (2539). การศึกษาการรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรคของการส่งเสริมสุขภาพ และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลแม่และเด็ก บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ยุวดี ภาษา และคณะ. (2532). วิจัยทางการพยาบาล. (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพมหานคร: บริษัทวิคตอรีเพาเวอร์พอยท์ จำกัด.
- รุจา ภูไพบูลย์. (2537). การพยาบาลครอบครัวแนวคิดทฤษฎี และการนำไปใช้. ขอนแก่น: ขอนแก่นการพิมพ์.
- วินิต พัวประดิษฐ์ และสมพล พงศ์ไทย. (2537). การใช้เกณฑ์เสี่ยงในบริการอนามัยแม่และเด็ก. ในวินิต พัวประดิษฐ์ (บรรณาธิการ), การบริหารครรภ์เสี่ยงสูง (หน้า 1-21). กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์หมอชาวบ้าน.
- ศิริพร ฉัตรโพธิ์ทอง. (2536). การพยาบาลเพื่อลดความเครียดในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยง. วารสารพยาบาล, 42 (2) , 131-145 .
- สมจิต ปทุมานนท์. (2532). ความเชื่ออำนาจภายใน ภายนอกคนด้านสุขภาพ ปัจจัยบางประการทางลักษณะประชากร กับประสิทธิผลการสอนหญิงมีครรภ์ในการดูแลตนเองด้านอนามัยแม่และเด็ก. วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สร้อยสวาง เศรษฐวานิช. (2532). การใช้เกณฑ์เสี่ยงภัยในการอนามัยแม่และเด็ก. แพทย์สภา-สาร, 18 (5), 43-46 .
- สุชาติ ประสิทธิ์รัฐสินธุ์ และลัดดาวัลย์ รอดมณี. (2527) . เทคนิคการวิเคราะห์ตัวแปรหลายตัวสำหรับการวิจัยทางสังคมศาสตร์. กรุงเทพมหานคร: ภาพพิมพ์.
- สุภาภรณ์ ดั่งแพง. (2531). ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ การสนับสนุนจากคู่สมรส กับการดูแลตนเองในผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยวิธีจัดของเสียทางเยื่อบุช่องท้องด้วยตนเอง วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สมิตตา สว่างทุกข์. (2539). การศึกษาพฤติกรรมการปฏิบัติตนเพื่อคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพ ของหญิงตั้งครรภ์ที่ฝากครรภ์ไม่ครบตามเกณฑ์. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตร- มหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลแม่และเด็ก บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

- สุรี โอภาสศิริวิทย์. (2531). ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้และปัจจัยบางประการกับการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุวชัย อินทรประเสริฐ. (2530). คู่มือตั้งครรภ์เตรียมคลอด. กรุงเทพมหานคร: อักษรสัมพันธ์.
- อรสา เปรนาวิน. (2530). ความสัมพันธ์ของภาวะโภชนาการ ความรู้ และการปฏิบัติของสตรีไทย ในระยะที่สามของการตั้งครรภ์กับผลลัพธ์ของการตั้งครรภ์. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- อังคณา นวลยง. (2535). ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้เกี่ยวกับโรค การสนับสนุนทางสังคม กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- อุ้นจิตต์ บุญสม. (2540). การศึกษาพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลแม่และเด็ก บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- Abel, Marjorie. (1979). Nutrition past I : Implication for maternal, fetal and neonatal systems. In Ann. L. Clark, Dyanne D, Affonso & Thomas R. Harris (Eds.), Childbearing: A nursing perspective (2nd ed. pp. 176-177). Philadelphia : F.A. Davis Company.
- Andreason, N.C. (1981). Mature of the patient. In H. Kaplan (Eds.), Comprehensive textbook of Psychiatry (3rd ed. pp. 1519-1520). Baltimore: Williams & Wilkins.
- Bandura. (1986). Cited by N.J. Pender. Health promotion in nursing practice. (3 th ed.). Stamford, Connecticut: Appleton & Langa, p.67.
- Bobak, Irene M. & Jensen, Magaret Duncan. (1987). Essentials of maternity nursing: The nurse and the childbearing family. (2 nd. Ed.). St. Louis: The C.V. Mosby Company.
- Brown & et al., Cited by S. A. Geirzewski, (1983, January-February). The relationship of weight loss, locus of control and social support. Nursing Research, 32, 43-47.
- Burroughs, Arlene. (1992). Maternity nursing an introductory text. (6 th ed.). Philadelphia: W.B. Saunders Company.
- Clark, A. L, Affonso, D.D.&Harris, T. R. (1979). Childbearing: A nursing perspective. (2 nd ed.). Philadelphia: F. A. Davis.

- Cobb, S. (1976, September-October). social support as a moderator of life stress. Psychosomatic Medicine, 38, 300 - 313.
- Cohen, S., & Wills, T. A. (1985). Stress, social support and the buffer hypothesis. Psychological bulletin, 98 (10), 310-357.
- Cranley, M. S. (1983). Perinatal risk. Journal of Gynecology Nursing, 12, 13-18.
- Cronnenwett, L. R. & Kunst-Willson, W. (1981, July-August). Stress, social support and the transition to fatherhood. Nursing Research, 30, 196-201.
- Delgard et al. Cited by M. L. Moore. Newborn family and nurse. (2 nd ed.). Philadelphia: W. B. Saunders, p. 47.
- Fishbein M. & Ajzen I. (1975). Cited by N. J. Pender. (1996). Health promotion in nursing practice. (3 th ed.). Stamford, Connecticut: Appleton & Lange, 70, 72.
- Gilbert, E. S. & Harmon, J. S. (1986). High-risk pregnancy and delivery. St. Louis: The C.V. Mosby Company.
- Harris & Gluten. (1979). Cited by N.J. Pender. Health promotion in nursing practice. (2nd ed.). Norwalk, Connecticut: Appleton & Lange, p.38.
- Haynes, R. B., Taylor, D. W. & Sackett, D.L. (1979). Compliance in health care. Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Hienzelmann, F. Bagley, R. W. (1970). Response to physical activity programs and their effect health behavior. Public health reports, 85, 905-911.
- House, James S. (1981). Measure ad concepts of social support. In Sheldon Cohen & S. Leonard Syme (Eds.), Social support and health (pp. 83-108). Florida: Academic Press, Inc.
- Hymovich, D. P. & Chamberlin, R. W. (1980). Child and family development: Implication for primary health care. New-York: Mc Graw-Hill Book company.
- Kahn, R. L. (1979). Aging and social support. In M. M. Riley (Ed.), Aging from Birth to Death: Interdisciplinary perspective (pp. 77-91). Colorado: Westview Press.
- Kaplan, B. H., Cassel, J. C. & Gore Susan. (1977, May). Social support and health. Medical Care, 15, 47-58.
- Langlei, J. K (1977, September). Social network, health beliefs, and preventive health behavior. Journal of Health and social Behavior, 18, 244 - 260.

- Lieberman, M.A . (1972). The effect of social support on response to stress. In L. Goldberg & S. Brenznitz. (Eds.), Handbook of stress: Theoretical and clinical aspects (pp. 764-782). New York: Adivision of Macmilland Publishing Co., Inc.
- Lowenstein, V. & Rinehart, J. M. (1981). Psychosocial factors related to health maintenance behaviors of pregnant woman. In D.K. Sydney & P. Natalic (Eds.), Reading for nursing research (pp. 246-258). St. Louis: C.V. Mosby.
- Mcauley, E. & Courneya, K. S. (1992). Cited by N. J. Pender. Health promotion in nursing practice. (3 th ed.). Stamford, Connecticut: Appleton & Lange, p. 70.
- Moore, M. L. (1983). Realities in childbearing (2nd ed.). Philadelphia: W.B. Saunders.
- Muhlenkamp, A. F. & Brown, N. A. (1988). Health beliefs, health value and possitive health behaviors. Western Journal of Nursing Research , 10, 637-646.
- Murray, R. B. and Zentner, J. P. (1993). Nursing assessment and health promotion strategies through the lift span. (5 th ed.). USA.: Appleton & Lange.
- Orem , D. (1985). Nursing : Concepts of practiceu . New York: Mc Graw Hill book.
- Pender, N. J. (1982). Health promotion in nursing practice . Norwalk, Connecticut: Appleton Century-Croft.
- _____. (1987). Health promotion in nursing practice. (2nd ed.). Norwalk, Connecticut: Appleton &Lange.
- _____. (1996). Health promotion in nursing practice. (3th ed.). Stamford, Connecticut: Appleton Lange.
- Ruth, S. (1973). Rehabilitation aspects of acute and chronic nursing card. Philadelphia: W.B. Saunder Company.
- Schaefer, C., et al. (1981, March-December). The health-related function of social support. Journal of Behavioral Medicine, 4, 381-405.
- Thoits, P. A. (1982, June). Conceptual methodological and theoretical problem in studying social support as a buffer against life stress. Journal of Health and Social Behavior, 23, 145-159.
- _____. (1986). Social support as coping assistance. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 54 , 416-473.

- Walker, S. N., Sechist, K. R. & Pender, N. J. (1987, March / April). The Health-promotion lifestyle profile: Development and psychometric characteristics. Nursing Research, 36, 76-81.
- Waltz 1986 ; Waltz & Badura. 1988. Cited by Bernie C. Yates. The relationships among social support and Short-and long-term recovery outcomes in men with coronary heart disease. Research in Nursing & Health, 18, 193-203.
- White, M. & Ritchie, J. (1984). Psychological stressors in antepartum hospitalization: Reports from pregnant women. Maternal Child Nursing Journal, 3 , 47-56.
- Willson, J. R. (1987). Diagnosis and duration of pregnancy and prenatal care. In Bircher S. (ed.), Obstetrics and gynecology (8th ed., pp. 274-289). London: Oxford University press.
- Zimmerman & Connor. (1989). Cited by N.J. Pender. Health promotion in nursing practice. (3th ed.). Stamford, Connecticut: Appleton & lange, 269.





รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ ในการตรวจสอบความเที่ยงตรงด้านเนื้อหาของแบบสอบถาม
พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ และแบบสอบถามการสนับสนุนจากคู่สมรสของหญิงตั้งครรภ์ที่มี
ภาวะเสี่ยง

1. รองศาสตราจารย์ ดร. พิมพ์พรณ ศิลปสุวรรณ
ภาควิชาการพยาบาลสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
2. รองศาสตราจารย์ สุปรานี อัครเสรี
ภาควิชาการพยาบาลสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหิดล
3. รองศาสตราจารย์ ดร. จรรยา เสริมฐานตร
สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล
4. อาจารย์ ดร. วังนรินทร์ โลหิตสุข
ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล
5. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ยาใจ ลิขธิมมงคล
ภาควิชาการพยาบาลจิตเวชศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
6. นาง สุพรรณิ เลิศผดุงกุลชัย
พยาบาลด้านสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา (หัวหน้าหอผู้ป่วยฉุกเฉิน 5)
โรงพยาบาลศิริราช



คำชี้แจง และการพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมการวิจัย

ดิฉัน เรืออากาศเอกหญิง อรทัย ธรรมกันมา นักศึกษาปริญญาโท สาขาการพยาบาลแม่และเด็ก คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล กำลังศึกษาเกี่ยวกับการสนับสนุนจากคู่สมรสกับพฤติกรรม การส่งเสริมสุขภาพในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยง โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเป็นแนวทางในการประเมิน และวางแผนการพยาบาลในการส่งเสริมให้หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยง มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ถูกต้องเหมาะสม

ถ้าคุณเต็มใจที่จะเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้ ดิฉันขอให้คุณกรณาดอบแบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคล พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ และการสนับสนุนจากคู่สมรส ซึ่งใช้เวลาประมาณ 30 นาที โดยข้อมูลทุกอย่างจะถือเป็นความลับ และ ไม่มีการเปิดเผยชื่อให้ผู้อื่นทราบ แต่จะนำข้อมูลที่ได้ไปวิเคราะห์ในภาพรวม เพื่อเป็นประโยชน์ในการพัฒนาและปรับปรุงการปฏิบัติการพยาบาลให้มีคุณภาพยิ่งขึ้น

หากคุณมีข้อสงสัยประการใดเกี่ยวกับข้อความในการวิจัยครั้งนี้ดิฉันยินดีที่จะอธิบายให้คุณเข้าใจ และไม่ว่าคุณ จะเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้หรือไม่ก็ตาม คุณยังคงได้รับการรักษาพยาบาลจากเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลอย่างดีที่สุดเช่นเดิม คุณมีสิทธิที่จะยกเลิกการเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้ได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อการรักษาพยาบาลที่คุณจะได้รับ

ที่สำคัญที่สุด งานวิจัยครั้งนี้จะสำเร็จได้ตามวัตถุประสงค์ก็ด้วยความอนุเคราะห์ และความร่วมมือจากทุกท่านที่กรุณาใช้เวลาตอบแบบสอบถามครั้งนี้ จึงขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้เป็นอย่างสูง

เรืออากาศเอกหญิง อรทัย ธรรมกันมา
ผู้วิจัย



แบบสอบถามเลขที่

โรงพยาบาล _____ () ANC () WARD
วันที่ _____ การวินิจฉัย _____

แบบสัมภาษณ์ และบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยง

1. ปัจจุบันท่านอายุ _____ ปี
2. ภูมิลำเนาเดิมของท่าน _____
3. ท่านสำเร็จการศึกษาชั้นสูงสุดคือ _____
4. อาชีพของท่าน _____
5. รายได้ประจำของท่านเอง _____ บาท/เดือน รายได้พิเศษ _____ บาท/เดือน
6. รายได้ประจำของกลุ่มสมรส _____ บาท/เดือน รายได้พิเศษ _____ บาท/เดือน
7. รวมรายได้ครอบครัวเดือนละ _____ บาท
8. ท่านตั้งครรภ์ครั้งที่ _____
() ครรภ์แรก () ครรภ์หลัง เคยผ่าตัดคลอดหรือไม่
9. ปัจจุบันอายุครรภ์ _____ สัปดาห์
10. ลักษณะของภาวะแทรกซ้อน
() ภาวะแทรกซ้อนทางอายุรศาสตร์ เกิดขึ้นเมื่อ _____
() ภาวะแทรกซ้อนทางสูติศาสตร์ เกิดขึ้นเมื่ออายุครรภ์ _____ สัปดาห์
() ภาวะแทรกซ้อนทางอายุรศาสตร์และสูติศาสตร์ เกิดขึ้นเมื่อ _____
11. ในระยะตั้งครรภ์นี้ ท่านเคยเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลหรือไม่
() ไม่เคย
() เข้ารับการรักษานี้ครั้งแรก เมื่อวันที่ _____ สาเหตุ _____
() เคย ระบุจำนวน _____ ครั้ง
ครั้งที่ 1 จำนวน _____ วัน เมื่ออายุครรภ์ _____ สัปดาห์ สาเหตุ _____
ครั้งที่ 2 จำนวน _____ วัน เมื่ออายุครรภ์ _____ สัปดาห์ สาเหตุ _____
ครั้งที่ 3 จำนวน _____ วัน เมื่ออายุครรภ์ _____ สัปดาห์ สาเหตุ _____

แบบวัดพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยง

คำชี้แจง แบบวัดชุดนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อต้องการทราบถึงพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพในระยะตั้งครรภ์ของท่าน ในแบบวัดนี้จะมีข้อความสั้นๆ ให้ท่านตอบ จำนวน 52 ข้อ กรุณาตอบทุกข้อ คำตอบที่ได้ ไม่มีถูกหรือผิด และทุกคำตอบจะถือเป็นความลับ ไม่มีการเปิดเผยชื่อของท่าน

ขอให้ท่านอ่านข้อความแต่ละข้อความให้เข้าใจ แล้วทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับความเป็นจริงที่ท่านได้ปฏิบัติ หรือตรงกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นกับท่านตามที่เป็นอย่างจริง ขอให้ท่านเลือกตอบเพียงคำตอบเดียวในแต่ละข้อ โดยมีเกณฑ์ในการเลือกตอบให้ดังนี้

ปฏิบัติ/เกิดขึ้นเป็นประจำ หมายถึง ท่านเห็นเหตุการณ์ในข้อความนั้น ท่านปฏิบัติเป็นประจำ/ทุกวัน หรือ เป็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นกับท่านเป็นประจำ/ทุกวัน

ปฏิบัติ/เกิดขึ้นบ่อย หมายถึง ท่านเห็นเหตุการณ์ในข้อความนั้น ท่านปฏิบัติบ่อยครั้ง/เกือบทุกวัน แต่ไม่ได้ทำสม่ำเสมอ หรือ เป็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นกับท่านบ่อยครั้ง/เกือบทุกวัน

ปฏิบัติ/เกิดขึ้นเป็นบางครั้ง หมายถึง ท่านเห็นเหตุการณ์ในข้อความนั้น ท่านปฏิบัติเป็นบางครั้ง หรือนาน ๆ ครั้ง หรือ เป็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นกับท่านเป็นบางครั้งเท่านั้น

ไม่เคยปฏิบัติ/ไม่เคยเกิดขึ้น หมายถึง ท่านเห็นเหตุการณ์ในข้อความนั้น ท่านไม่เคยปฏิบัติเลย หรือ เหตุการณ์ในข้อความนั้น ไม่เคยเกิดขึ้นกับท่านเลย

ตัวอย่างการตอบแบบสอบถาม

ข้อความ	ปฏิบัติ/ เกิดขึ้น เป็นประจำ	ปฏิบัติ/ เกิดขึ้น บ่อย	ปฏิบัติ/ เกิดขึ้น เป็นบาง ครั้ง	ไม่เคย ปฏิบัติ/ ไม่เคยเกิด ขึ้นเลย	หมายเหตุ
1. ฉันทำความสะอาดร่างกายโดยการอาบน้ำ	✓				

จากตัวอย่าง หมายความว่า ท่านทำความสะอาดร่างกายโดยการอาบน้ำเป็นประจำทุกวัน

ข้อความ	ปฏิบัติ/ เกิดขึ้น เป็นประจำ	ปฏิบัติ/ เกิดขึ้น บ่อย	ปฏิบัติ/ เกิดขึ้น เป็นบางครั้ง	ไม่เคย ปฏิบัติ/ ไม่เคยเกิด ขึ้นเลย	หมายเหตุ
1. ฉันรับประทานอาหารอย่างน้อยวันละ 3 มื้อ					
2. ฉันรับประทานอาหารประเภทแป้ง เช่น					
3. ฉันรับประทานอาหาร ประเภทโปรตีน					
4. ฉันรับประทานไข่.....					
5. ฉันรับประทาน อาหารทะเล					
6. ฉันดื่มนม หรือน้ำเต้าหู้					
7. ฉันรับประทานผัก.....					
8. ฉันรับประทานผลไม้.....					
.					
.					
.					
.					
.					
.					
.					
.					
.					
.					
.					
.					
.					
.					
.					
52. ฉันพอใจในชีวิต.....					

แบบวัดการสนับสนุนจากคู่สมรส

คำชี้แจงในการตอบแบบวัด

แบบสอบถามนี้ต้องการทราบว่าท่านได้รับการสนับสนุนจากคู่สมรส หรือคู่สมรสของท่านมีพฤติกรรมในการปฏิบัติต่อท่านในกิจกรรมต่าง ๆ อย่างไรในระยะตั้งครรภ์ ข้อมูลที่ได้จะเป็นแนวทางในการให้คำแนะนำแก่สามีของท่านและผู้ช่วยอื่นต่อไป

โปรดอ่านข้อความทางซ้ายมือแล้วพิจารณาว่า ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึก หรือความจริงที่เกิดขึ้นกับท่านมากน้อยเพียงใด แล้วทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับความรู้สึก หรือตรงกับความเป็นจริงที่เกิดขึ้นกับท่านมากที่สุดเพียงคำตอบเดียว และกรุณาตอบทุกข้อ โดยมีเกณฑ์ในการเลือกตอบให้ดังนี้

- เป็นจริงมากที่สุด
ที่เกิดขึ้นกับท่านมากที่สุด

หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึก หรือตรงกับความเป็นจริงที่เกิดขึ้นกับท่านมากที่สุด
- เป็นจริงส่วนมาก
ที่เกิดขึ้นกับท่านเป็นส่วนมาก

หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึก หรือตรงกับความเป็นจริงที่เกิดขึ้นกับท่านเป็นส่วนมาก
- เป็นจริงปานกลาง
ที่เกิดขึ้นกับท่านเพียงครั้งหนึ่ง

หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึก หรือตรงกับความเป็นจริงที่เกิดขึ้นกับท่านเพียงครั้งหนึ่ง
- เป็นจริงน้อย
ที่เกิดขึ้นกับท่านน้อยมาก

หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึก หรือตรงกับความเป็นจริงที่เกิดขึ้นกับท่านน้อยมาก
- ไม่เป็นจริงเลย
จริงที่เกิดขึ้นกับท่านเลย

หมายถึง ข้อความนั้นไม่ตรงกับความรู้สึก หรือตรงกับความเป็นจริงที่เกิดขึ้นกับท่านเลย

ตัวอย่างการตอบแบบวัด

ข้อความ	เป็นจริงมากที่สุด	เป็นจริงส่วนมาก	เป็นจริงปานกลาง	เป็นจริงน้อย	ไม่เป็นจริงเลย
1. สามีทำให้ฉันรู้สึก กอบอุ้มใจ และสบายใจ		✓			

จากตัวอย่าง หมายความว่า สามีทำให้ท่านรู้สึกอุ้มใจ และสบายใจ เป็นส่วนมาก

ข้อความ	เป็นจริง มากที่สุด	เป็นจริง ส่วนมาก	เป็นจริง ปาน กลาง	เป็น จริง น้อย	ไม่เป็น จริงเลย
1. สามีแสดงความสนใจ และเอาใจใส่....					
2. สามีแสดงออกถึงความรัก.....					
3. สามีให้เกิดจินตนาการต่อหน้าผู้อื่น					
4. สามีให้การยอมรับในตัวฉัน.....					
5. สามีรับฟังปัญหา.....					
6. สามีจะกล่าวชมเมื่อ.....					
7. สามีชื่นชมฉันว่า.....					
.					
.					
.					
.					
.					
.					
.					
.					
.					
.					
.					
20. สามีช่วยฉันเตรียม					



ข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรม การส่งเสริมสุขภาพ และการสนับสนุนจากคู่สมรสของกลุ่มตัวอย่าง

ตารางที่ 13 แจกแจงร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนน พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพรายข้อ ของกลุ่มตัวอย่าง (n=180)

ข้อความ	ปฏิบัติ/ เกิดขึ้น เป็นประจำ (%)	ปฏิบัติ/ เกิดขึ้น บ่อย (%)	ปฏิบัติ/ เกิดขึ้น เป็นบางครั้ง (%)	ไม่เคย ปฏิบัติ/ไม่ เคยเกิด ขึ้นเลย (%)	$\bar{x}$	S.D.
ด้านโภชนาการ						
14. ฉันสูบบุหรี่	0	0	0	100.0	4.00	.00
12. ฉันดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ...	0	0	6.7	93.3	3.93	.25
13. ฉันรับประทานอาหารอย่าง...	77.2	12.2	10.6	0	3.67	.66
11. ฉันดื่มชา กาแฟ	1.7	2.2	20.0	76.1	3.71	.60
13. ฉันดื่มน้ำอัดลมหรือเครื่องดื่ม...	1.7	4.4	28.9	65.0	3.57	.66
15. ฉันดื่มน้ำสะอาดอย่างน้อย...	58.3	22.8	16.7	2.2	3.37	.84
6. ฉันดื่มนม หรือน้ำเต้าหู้ อย่าง...	50.0	22.2	23.3	4.4	3.18	.94
2. ฉันรับประทานอาหารประเภท...	43.3	18.3	38.3	0	3.05	.90
8. ฉันรับประทานผลไม้ เช่น ...	42.8	20.6	36.1	.6	3.06	.90
7. ฉันรับประทานผักอย่าง...	41.1	28.9	29.4	.6	3.11	.85
3. ฉันรับประทานอาหารประเภท...	31.7	29.4	38.3	.6	2.92	.85
4. ฉันรับประทานไขมันอย่างน้อย...	27.2	25.0	45.6	2.2	2.77	.88
5. ฉันรับประทาน อาหารทะเล ...	23.9	25.0	46.7	4.4	2.68	.89
10. ฉันรับประทานอาหารหมัก...	4.4	11.1	65.6	18.9	2.99	.69
9. ฉันรับประทานอาหารมันๆ ...	6.1	17.2	65.6	11.1	2.82	.70
ด้านการออกกำลังกาย						
20. เมื่อจะเปลี่ยนจากท่านอนเป็น...	68.9	17.2	13.3	.6	3.54	.74
17. ฉันออกกำลังกายเล็กๆ	62.8	24.4	12.8	0	3.50	.71
19. ภายหลังการออกกำลังกาย	46.1	27.2	25.0	1.7	3.18	.87

ตารางที่ 13 (ต่อ)

ข้อความ	ปฏิบัติ/ เกิดขึ้น เป็นประจำ (%)	ปฏิบัติ/ เกิดขึ้น บ่อย (%)	ปฏิบัติ/ เกิดขึ้น เป็นบาง ครั้ง (%)	ไม่เคย ปฏิบัติ/ไม่ เคยเกิด ขึ้นเลย (%)	$\bar{X}$	S.D.
21.เวลาก้มลงหยิบของที่พื้น ...	43.9	18.9	33.3	3.9	3.03	.97
16.ฉัน บริหารกล้ามเนื้อส่วน ...	3.9	6.1	51.1	38.9	1.75	.74
18.ฉัน บริหารกล้ามเนื้อต่าง ๆ ที่...	2.8	5.6	37.2	54.4	1.57	.73
ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ						
26.ฉัน รักษาสภาพสะอาด บริเวณ...	93.3	6.1	.6	0	3.93	.28
31.ฉัน นมาตรวจครรภ์ตามแพทย์...	92.2	7.2	.6	0	3.92	.30
25.ฉัน สวมรองเท้าส้นเตี้ย เพื่อ ...	88.3	8.3	3.3	0	3.85	.44
29. เมื่อฉันมีอาการเจ็บป่วยเล็ก...	4.4	0	16.7	78.9	3.70	.69
28.ฉัน คอยสังเกตอาการผิดปกติ...	68.3	22.8	7.8	1.1	3.58	.68
24.ฉัน นอยู่ในที่ที่มีอากาศถ่ายเท...	61.7	21.7	15.6	1.1	3.44	.79
22.ฉัน หาความรู้เกี่ยวกับ การ...	41.1	27.8	28.3	2.8	3.07	.90
30.ฉัน ขอคำแนะนำเกี่ยวกับการ...	37.8	15.6	34.4	12.2	2.79	1.08
27.ฉัน นหาเวลาเพื่อนั่งพัก หรือ...	22.2	18.3	45.0	14.4	2.48	.99
23.ฉัน นไปพบทันตแพทย์เพื่อ...	6.7	6.7	36.7	50.0	1.70	.86
ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล						
35.ฉัน นมีความสัมพันธ์ที่ดีกับ ...	70.6	22.2	7.2	0	3.63	.62
37.ฉัน นแสดงออกถึงความรู้สึกรัก...	66.7	21.1	12.2	0	3.54	.70
34.ฉัน นและสมาชิกทุกคนในครอบครัว...	64.4	24.4	11.1	0	3.53	.69
36.ในระยะตั้งครรภ์ฉันมีเวลา...	50.6	25.6	22.2	1.7	3.25	.86
39. ฉันชื่นชมยินดีกับความสำเร็จ...	48.3	27.8	23.9	0	3.24	.82
38.เมื่อมีปัญหา หรือขัดแย้งกับ...	43.3	21.7	32.8	2.2	3.06	.92
32.ฉัน นปรึกษาปัญหา และเรื่อง...	42.8	20.6	35.0	1.7	3.04	.92

ตารางที่ 13 (ต่อ)

ข้อความ	ปฏิบัติ/ เกิดขึ้น เป็นประจำ (%)	ปฏิบัติ/ เกิดขึ้น บ่อย (%)	ปฏิบัติ/ เกิดขึ้น เป็นบางครั้ง (%)	ไม่เคย ปฏิบัติ/ไม่ เคยเกิด ขึ้นเลย (%)	$\bar{X}$	S.D.
33. ฉันมีเรื่องขัดแย้ง หรือทะเลาะ...	.6	5.0	52.2	42.2	3.36	.61
ด้านการจัดการกับความเครียด						
41.ในแต่ละวันฉันมีเวลาเป็นส่วน...	65.0	18.9	15.0	1.1	3.48	.79
40. ฉันนอนหลับพักผ่อนได้อย่าง...	54.4	20.0	25.0	.6	3.28	.86
44. ฉันแบ่งเวลาในการทำงานและ...	47.8	27.2	23.3	.7	3.21	.86
46. ในแต่ละวัน ก่อนเข้านอนฉัน...	47.8	21.7	28.3	2.2	3.15	.91
45. เมื่อฉันรู้สึก กกลัว หรือวิตก...	38.3	20.6	35.0	6.1	2.91	.99
43. เมื่อมีปัญหา หรืออุปสรรค...	23.9	20.6	48.9	6.7	2.62	.92
42. เมื่อมีเรื่องไม่สบายใจ ฉัน...	12.2	7.2	53.9	26.7	2.05	.91
ด้านความสำเร็จในชีวิตของตน						
50. ฉันรู้สึกภาคภูมิใจที่จะได้เป็น...	80.6	15.6	3.9	0	3.77	.51
48. ฉันพอใจ และมีความสุข...	67.8	21.2	10.6	.6	3.56	.70
49. ถึงแม้ว่าการตั้งครรภ์ครั้งนี้ จะ...	66.7	18.3	12.8	2.2	3.49	.80
52. ฉันพอใจในชีวิตที่เป็นอยู่...	63.9	17.2	16.7	2.2	3.43	.85
47. ฉันมองโลกในแง่ดี	57.2	24.4	17.8	.6	3.38	.79
51. ชีวิตในช่วงนี้ของฉันมีการ...	49.4	27.2	20.6	2.8	3.23	.87

ตารางที่ 14 แจกแจงร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง ค่าเฉลี่ย และ ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนการสนับสนุนจากคู่สมรสรายข้อ (n = 180)

ข้อความ	เป็น จริง มากที่สุด	เป็น จริง ส่วน มาก	เป็น จริง ปาน กลาง	เป็น จริง น้อย	ไม่ เป็น จริง	$\bar{X}$	S.D.
การสนับสนุนด้านอารมณ์							
4. สามีให้การยอมรับในตัวฉัน....	53.3	33.9	10.6	2.2	0	4.38	.76
1. สามีแสดงความสนใจ และ....	51.1	32.2	13.9	2.2	.6	4.31	.83
2. สามีแสดงออกถึงความรัก	46.1	36.7	16.1	1.1	0	4.28	.77
3. สามีให้เกียรติฉันต่อหน้าผู้อื่น...	45.0	36.7	17.8	.6	0	4.26	.76
5. สามีรับฟังปัญหาและความ...	43.3	40.0	13.3	3.3	0	4.23	.81
การสนับสนุนด้านการประเมิน							
8. สามีสนับสนุนให้ฉันเลี้ยงลูก...	71.7	18.3	5.6	2.2	2.2	4.55	.87
9. สามีบอกว่า ฉันดูแลสุขภาพ...	33.9	35.6	27.2	1.1	2.2	3.98	.93
10. สามีบอกว่าฉันเป็นคนมีน้ำใจ...	26.7	40.0	26.7	5.6	1.1	3.86	.92
6. สามีจะกล่าวชมเมื่อ ฉัน.....	24.4	37.8	28.3	7.8	1.7	3.76	.97
7. สามีชื่นชมฉันว่าฉันเป็น...	16.7	38.3	36.7	6.1	2.2	3.61	.91
ด้านข้อมูลข่าวสาร							
14.สามีแนะนำให้ฉันงดกิจกรรม...	69.4	20.0	3.9	1.1	5.1	4.47	1.03
12. สามี เตือนให้	65.6	23.3	7.2	3.9	0	4.51	.79
13.สามีแนะนำให้ฉัน...	61.7	27.2	8.3	1.7	1.1	4.47	.81
15.สามีแนะนำให้ฉันคอย	37.8	31.7	22.8	4.4	3.3	3.96	1.04
11. สามีหาข้อมูลข่าวสาร.....	9.4	22.2	36.7	18.3	13.3	2.96	1.15

ตารางที่ 14 (ต่อ)

ข้อความ	เป็น	เป็น	เป็น	เป็น	ไม่	$\bar{X}$	S.D.
	จริง	จริง	จริง	จริง	เป็น		
	มากที่สุด	ส่วน	ปาน	น้อย	จริง		
	สุด	มาก	กลาง		เลย		
ด้านทรัพยากร							
16. สามีรับผิดชอบค่าใช้จ่ายต่าง ...	65.0	19.4	11.1	3.3	1.1	4.44	.90
17. สามีให้เวลาอยู่ใกล้ชิดรวม...	47.2	31.7	17.8	3.3	0	2.23	.86
18. สามีช่วย แบ่งเบาภาระหน้าที่...	41.1	30.6	21.1	5.0	2.2	4.03	1.01
19. เวลาฉันไปพบแพทย์ หรือไป...	34.4	18.9	23.9	13.9	8.9	3.56	1.33
20. สามีช่วยฉันเตรียม ข้าวของ...	32.2	31.1	18.9	8.9	8.9	3.69	1.26

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ

ตารางที่ 15 ความสัมพันธ์ระหว่าง ลักษณะของภาวะเสี่ยง แบ่งตามความรุนแรงของภาวะเสี่ยง กับ พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพโดยรวม ของกลุ่มตัวอย่าง(n = 180)

ปัจจัยที่ศึกษา	พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพโดยรวม		จำนวน (ร้อยละ)	ค่าสถิติ
	ปานกลาง	ดี		
ภาวะเสี่ยงต่ำ	13	49	62 (34.4)	$\chi^2 = .027^{ns}$
ภาวะเสี่ยงสูง	24	85	109 (60.6)	
ภาวะเสี่ยงสูงมาก	2	7	9 (5.0)	
รวม	39	141	180(100)	

ns = Non Significance

ตารางที่ 16 ความสัมพันธ์ระหว่าง จำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาล กับ พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพโดยรวม ของกลุ่มตัวอย่าง($n = 180$)

ปัจจัยที่ศึกษา	พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพโดยรวม		จำนวน	ค่าสถิติ (ร้อยละ)
	ปานกลาง	ดี		
ไม่ได้เข้ารับการรักษ	15	66	81 (45.0)	$\chi^2 = 1.8399^{ns}$
เข้ารับการรักษ 1 ครั้ง	20	66	86 (47.8)	
เข้ารับการรักษ 2 ครั้ง	4	8	12 (6.7)	
เข้ารับการรักษ 3 ครั้ง	0	1	1 (0.6)	
รวม	39	141	180(100)	

ns = Non Significance

ตารางที่ 17 ความสัมพันธ์ระหว่าง อายุครรภ์ กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพโดยรวมของ กลุ่มตัวอย่าง($n = 180$)

ปัจจัยที่ศึกษา	พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพโดยรวม		จำนวน	ค่าสถิติ (ร้อยละ)
	ปานกลาง	ดี		
อายุครรภ์ 28-32 สัปดาห์	12	75	87 (48.3)	$\chi^2 = .0042^{**}$
อายุครรภ์ 33-36 สัปดาห์	12	44	56 (31.1)	
อายุครรภ์ 37-40 สัปดาห์	12	22	37 (20.6)	
รวม	39 (21.7)	141 (78.3)	180 (100)	

** $p < .01$



เกณฑ์เสียงที่ใช้ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง และระดับความรุนแรง

ตารางที่ 18 เกณฑ์เสี่ยงที่ใช้ในการคัดเลือกรุ่นตัวอย่าง และระดับความรุนแรง

Coopland (Coopland’s High-risk pregnancy scoring form)

Reproductive history			Associated conditions		Present pregnancy	
	risk	score	risk	score	risk	score
Age	<16	1	Previous gyn.surg.	1	Bleeding <20 wks	1
	16-35	0	Chronic renal dis.	1	>20 wks	3
	>35	2	Gest DM.	1	Anemia <10gm%	1
Parity	0	1	DM.	3	Prolonged preg.	1
	1-4	0	Hypertention	2	PROM	2
	>5	2	Heart dis	3	Polyhydram	2
Past Ob.hx.			Other Med.disorders		Small for date	3
-Infertility or habitual Ab.		1	Chronic bronchitis,lupus etc		Breech	3
-PPH or 3 nd stage problem		1	score according		Malpresentation	3
-Baby wt >9 lbs		1	to severity	1-3	Rh isimmunied	3
<5 1/2 lbs		1				
-Pre-eclampsia or hypertention		1				
-Previous long or difficult labour		1				
-Previous C/S		1				
-SB or NND		1				
Total score		Low risk	0-2			
		High-risk	3-6			
		Extreme risk	>7			

(จิรศักดิ์ มนัสสาร, ใน จิรศักดิ์ มนัสสาร และ วิทยา ธิฐาพันธ์, บรรณาธิการ, 2539: 42)



ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ	เรืออากาศเอกหญิง อรทัย ธรรมกันมา
วัน เดือน ปีเกิด	17 กุมภาพันธ์ 2509
สถานที่เกิด	จังหวัดเชียงใหม่
ประวัติการศึกษา	วิทยาลัยพยาบาลทหารอากาศ , พ.ศ. 2528-2532 พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลแม่และเด็ก
ตำแหน่งและสถานที่ทำงานปัจจุบัน	โรงพยาบาลจันทบุรุษ กรมแพทยทหารอากาศ กองทัพอากาศ กระทรวงกลาโหม ตำแหน่ง: นายทหารพยาบาลหอพยาบาลผู้ป่วย ศัลยกรรม แผนกพยาบาล กองการพยาบาล โรงพยาบาลจันทบุรุษ สถานที่ปฏิบัติงาน: ห้องคลอด