



ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์
ชาวไทยมุสลิมที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์

THE RELATIONSHIP BETWEEN HEALTH BELIEF AND SELE-CARE
BEHAVIOR IN THE THAI MUSLIM PREGNANT WOMEN WITH
PERGNANCY INDUCED HYPERTENSION

ภาวินี โภคสินจำรูญ

.....
จาก
.....
.....

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล
พ.ศ. 2538

ณ
๑479๓
๘538

ISBN 974-588-122-8

สงวนลิขสิทธิ์

Copyright by Mahidol University

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์
ชาวไทมลุมที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์

.....
.....

ภาวินี โภคสินจำรูญ

ผู้วิจัย
.....
.....

ทัศนา บุญทอง

ค.บ.(สุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช),

M.S.(Psychiatric Nursing),

Ed.D.(Nursing Education)

ประธานกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์

.....
.....

จริยาวัตร คมพยัคฆ์

วท.บ.(พยาบาลสาธารณสุข) เกียรตินิยม,

วท.ม.(สาธารณสุขศาสตร์),

ส.ค.(การพยาบาลสาธารณสุข)

กรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์

.....
.....

ยุพิน จันทรัลคะ

ค.บ.(พยาบาล),

ค.ม.(วิจัยการศึกษา)

กรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์

.....
.....

ทัศนา บุญทอง

ค.บ., M.S., Ed.D.

ประธานคณะกรรมการประจำหลักสูตร

วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

คณะพยาบาลศาสตร์

.....
.....

มนตรี จุลสมัย

พ.บ., Ph.D.

คณบดี

บัณฑิตวิทยาลัย

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์

ชาวไทยมุสลิมที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์

ได้รับการพิจารณาอนุมัติให้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร

ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

วันที่ 18 พฤษภาคม 2538

.....
ทศพร โทสินจรรูญ

ภาวินี โทสินจรรูญ

ผู้วิจัย

.....
ทศพร โทสินจรรูญ

ทัศนยา บุญทอง

ค.บ. (สุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช),

M.S. (Psychiatric Nursing),

Ed.D. (Nursing Education)

ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....
จรรยาวัตร คมพยัคฆ์

จรรยาวัตร คมพยัคฆ์

วท.บ. (พยาบาลสาธารณสุข) เกียรตินิยม,

วท.ม. (สาธารณสุขศาสตร์),

ส.ด. (การพยาบาลสาธารณสุข)

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....
ยุพิน จันทักคะ

ยุพิน จันทักคะ

ค.บ. (พยาบาล),

ค.ม. (วิจัยการศึกษา)

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....
ทัศนยา บุญทอง

ทัศนยา บุญทอง

คณบดี

คณะพยาบาลศาสตร์

มหาวิทยาลัยมหิดล

.....
ศิริพงษ์ สวัสดิ์มงคล

ศิริพงษ์ สวัสดิ์มงคล

พ.บ.,

ว.ว. (สถิติศาสตร์-นรีเวชวิทยา),

F.I.C.S.

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....
กอบกุล พันธุ์เจริญวรกุล

กอบกุล พันธุ์เจริญวรกุล

วท.บ. (พยาบาล), M.S. (M.C.H. Nursing),

Ph.D. (Nursing)

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....
มันตรี จุลสมัย

มันตรี จุลสมัย

พ.บ., Ph.D.

คณบดี

บัณฑิตวิทยาลัย

มหาวิทยาลัยมหิดล

ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ นางสาวภาวินี โภคสินจำรูญ
วัน เดือน ปีเกิด 31 พฤษภาคม 2504
สถานที่เกิด จังหวัดยะลา
ประวัติการศึกษา วิทยาลัยพยาบาลสงขลา, พ.ศ. 2523-2527 :
ประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตร์และผดุงครรภ์ชั้นสูง
มหาวิทยาลัยมหิดล, พ.ศ. 2532-2538 :
วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (พยาบาลศาสตร์)
ทุนวิจัย China Medical Board of New York, Inc.
ตำแหน่งและสถานที่ทำงาน
พ.ศ. 2527-ปัจจุบัน : ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพเขต 12
ตำแหน่ง : พยาบาลวิชาชีพ ระดับ 5

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลงได้ด้วยความรู้ และความช่วยเหลืออย่างดียิ่งจาก
รองศาสตราจารย์ ดร.ทัศนีย์ บุญทอง รองศาสตราจารย์ ดร.จริยาวัตร คมพยัคฆ์ ผู้ช่วย
ศาสตราจารย์ สุพิน จันทรีคคะ อาจารย์ที่ปรึกษาและควบคุมวิทยานิพนธ์ ผู้วิจัยขอกราบขอบ
พระคุณอย่างสูง ที่ได้ประสาทความรู้ ความคิด ตลอดจนชี้แนะแนวทางอันเป็นคุณประโยชน์
ต่อการศึกษาค้นคว้า พร้อมทั้งกรุณาตรวจแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ ซึ่งส่งผลให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้
สำเร็จสมบูรณ์ลงด้วยดี นอกจากนี้ ผู้วิจัยยังได้รับความกรุณาจาก ผู้ช่วยศาสตราจารย์
ดร. กอบกุล พันธุ์เจริญวรกุล และผู้ช่วยศาสตราจารย์ พรศรี ศรีธัญญาพร กรรมการสอบ
วิทยานิพนธ์ ที่ได้ให้คำแนะนำ และชี้แนะแนวทางการศึกษา ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณไว้ ณ
โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ น.พ.ศิริพงษ์ สวัสดิ์มงคล กรรมการสอบ
วิทยานิพนธ์ ที่ได้กรุณาให้คำแนะนำและข้อเสนอแนะต่าง ๆ ที่เป็นประโยชน์ในการทำวิจัยครั้งนี้

ขอกราบขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ให้ความกรุณาในการตรวจสอบความเที่ยงตรง
ตามเนื้อหาของเครื่องมือ พร้อมทั้งนี้ ขอกราบขอบพระคุณผู้อำนวยความสะดวก โรงพยาบาล หัวหน้าฝ่าย
การพยาบาล รวมทั้งเจ้าหน้าที่ทุกท่าน ที่ประจำคลินิกฝากครรภ์ โรงพยาบาลแม่และเด็ก ศูนย์
ส่งเสริมสุขภาพเขต 12 โรงพยาบาลยะลา โรงพยาบาลปัตตานี โรงพยาบาลนราธิวาส และ
โรงพยาบาลสตูล ที่ได้ให้ความร่วมมือ และอำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูลครั้งนี้ และขอ
ขอบคุณหญิงตั้งครรภ์ชาวไทยมุสลิมที่มีภาวะความดันโลหิตสูง เนื่องจากการตั้งครรภ์ทุกท่าน ที่มีส่วน
ช่วยให้การวิจัยครั้งนี้สำเร็จลงด้วยดี

ท้ายสุดนี้ ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณ คุณพ่อ คุณแม่ และอาจารย์ทุกท่าน ที่ได้อบรมสั่ง
สอนถ่ายทอดความรู้ให้ ขอขอบคุณพี่ ๆ เพื่อน ๆ และน้อง ๆ ทุกคน ที่มีส่วนช่วยเหลือ และให้
กำลังใจแก่ผู้วิจัยตลอดมา รวมทั้ง China Medical Board of New York, Inc. ที่ได้
กรุณาสับสนุนเงินทุนบางส่วนในการวิจัยครั้งนี้

ชื่อวิทยานิพนธ์ ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ชาวไทยมุสลิมที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์

ผู้วิจัย ภาวินี โภคสินจำรูญ

ปริญญา วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต (พยาบาลศาสตร์)

คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์

ที่ศนา บุญทอง ค.บ., M.S., Ed.D.

จริยาวัตร คมพยัคฆ์ วท.บ., วท.ม., ส.ด.

ยุพิน จันทรัคคะ วท.บ., ค.บ., ค.ม.

วันที่สำเร็จการศึกษา 18 พฤษภาคม พ.ศ. 2538

บทคัดย่อ

ภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์ เป็นภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญของหญิงตั้งครรภ์เนื่องจากทำให้เกิดอันตรายแก่มารดาและทารกในครรภ์ได้ การมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ถูกต้องเหมาะสมจะช่วยลดความรุนแรงของภาวะนี้ การที่บุคคลจะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ถูกต้องเหมาะสม ขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายประการ เช่น ความเชื่อด้านสุขภาพ ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษา ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ชาวไทยมุสลิมที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์ โดยใช้ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเรมเป็นแนวทางในการศึกษา กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเป็นหญิงตั้งครรภ์ชาวไทยมุสลิมที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์ ที่มารับการตรวจที่แผนกฝากครรภ์ในโรงพยาบาลแม่และเด็ก ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพเขต 12 โรงพยาบาลยะลา โรงพยาบาลปัตตานี โรงพยาบาลนราธิวาส และโรงพยาบาลสตูล จำนวน 93 ราย ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการดูแลตนเองและแบบสัมภาษณ์ความเชื่อด้านสุขภาพและนำข้อมูลมาวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ของตัวแปรโดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์หาคู่ และเลือกตัวทำนายที่ดีที่สุด โดยใช้การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน ผลการวิจัยสรุปได้ ดังนี้

1. ความเชื่อด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($r=.6114$)
2. ระดับการศึกษาที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r=.3044$)
3. ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอนพบว่า ความเชื่อด้านสุขภาพเป็นตัวทำนายที่ดีที่สุด สามารถทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ชาวไทยมุสลิมที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 โดยสามารถอธิบายความผันแปรได้ร้อยละ 37.38 และมีสมการทำนายเป็นรูปคะแนนดิบ ดังนี้

$$y(\text{SCB}) = 96.0894 + 10.3334(\text{HB})$$

จากผลการวิจัยครั้งนี้แสดงว่า หญิงตั้งครรภ์ชาวไทยมุสลิมที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์ที่มีความเชื่อด้านสุขภาพถูกต้องจะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ถูกต้องเช่นกัน ดังนั้น ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะว่า พยาบาลจะต้องเป็นผู้ให้ความรู้ ให้ความปรึกษาแนะแนว และข้อมูลข่าวสารแก่ผู้ป่วยและญาติ เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยมีความเชื่อด้านสุขภาพที่ถูกต้อง ซึ่งจะส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ถูกต้อง เป็นผลให้มารดาและทารกมีสุขภาพดีตลอดระยะที่ตั้งครรภ์

Thesis Title The Relationship between Health Belief and Self-Care
Behavior in the Thai Muslim Pregnant Women with
Pregnancy Induced Hypertension

Name Pawinee Pokasinjumroon

Degree Master of Science (Nursing)

Thesis Supervisory Committee

Tassana Boontong B.Ed., M.S., Ed.D.

Jariyawat Kompayak B.Sc., M.P.H., Dr.P.H.

Yupin Chandaragga B.Sc., B.Ed., M.Ed.

Date of Graduation 18 May B.E. 2538 (1995)

ABSTRACT

Pregnancy-induced hypertension is one of the important complications of pregnancy that affects health status of mothers and babies. Appropriate self-care behavior of the mothers could reduce severity of the condition. There are many factors influencing self-care behavior such as health belief.

The researcher was interested in studying the relationship between health belief and self-care behavior. Orem's Self-care concept was used as a theoretical framework for this study. The sample was composed of 93 pregnancy-induced hypertension Muslim patients who attended at clinic for antenatal care at Mother and Child Hospital, Yala Hospital, Pattani Hospital, Narathiwat Hospital and Satun Hospital. Data were collected by using two sets of questionnaires ; Self-care Behavior and Health Belief questionnaires. Statistical techniques were implemented in the process of data analysis including Pearson's Product Moment Correlation Coefficient and the Stepwise

Multiple Regression. The results of the study were found as the following :

1. There was a significantly positive correlation between health belief and self-care behavior at .001 level ($r=.6114$)

2. There was a significantly positive correlation between educational level and self-care behavior at .01 level ($r=.3044$)

3. The results of the Stepwise Multiple Regression analysis show that 37.38 percent of the variance of self-care behavior was accounted for by one significant predictor i.e., health belief. The regression equation in raw score was as follows.

$$y(SCB) = 96.0894 + 10.3334(HB)$$

The result of this study indicated that pregnancy-induced hypertention muslim patients who had proper health belief had demonstrated good self-care behavior. Thus, the recommendation for nursing practice included that nurses should provide knowledge information, as well as performing counseling role to help these patients improving their health belief and self-care behavior, in turn, will result in good health for both mothers and inborn babies throughout their pregnancy course.

สารบัญ

หน้า

ประวัติผู้วิจัย

กิตติกรรมประกาศ

บทคัดย่อภาษาไทย

บทคัดย่อภาษาอังกฤษ

สารบัญ

สารบัญตาราง

สารบัญแผนภูมิ

บทที่ 1 บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

สมมติฐานของการวิจัย

ขอบเขตของการวิจัย

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับการวิจัย

นิยามตัวแปร

บทที่ 2 วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

ภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์

พฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะ

ความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์

แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลตนเอง

แนวคิดเกี่ยวกับความเชื่อด้านสุขภาพ

องค์ประกอบของความเชื่อด้านสุขภาพที่มีความเกี่ยวข้องกับ

กับการดูแลตนเอง

ความสัมพันธ์ของความเชื่อด้านสุขภาพกับการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์

ชาวไทยมุสลิมที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์

สารบัญ (ต่อ)

หน้า

บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย

ลักษณะของประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง 54

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 54

การเก็บรวบรวมข้อมูล 58

การวิเคราะห์ข้อมูล 59

บทที่ 4 ผลการวิจัยและการอภิปรายผล

ผลการวิจัย 62

การอภิปรายผล 71

บทที่ 5 สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ

สรุปการวิจัย 81

ข้อเสนอแนะ 82

บรรณานุกรม

84

ภาคผนวก

ก. รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ 96

ข. ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 99

ค. ตัวอย่างคะแนนรายชื่อของกลุ่มตัวอย่าง 105

ชุดความเชื่อด้านสุขภาพ

ชุดพฤติกรรมการดูแลตนเอง

สารบัญตาราง

ตารางที่

หน้า

1	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตาม ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัว ลำดับที่ของการตั้งครรภ์	63
2	ช่วงคะแนน ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนน ความเชื่อด้านสุขภาพ กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของกลุ่มตัวอย่าง	65
3	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรม การดูแลตนเองของกลุ่มตัวอย่าง	66
4	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวทำนายกับตัวทำนาย และตัวทำนาย กับตัวเกณฑ์ โดยแสดงในรูปเมตริกสหสัมพันธ์ (Correlation Matrix)	67
5	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวทำนายกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง	69

สารบัญแผนภูมิ

แผนภูมิที่

1	กรอบแนวคิดตามทฤษฎีการดูแลของโอ เรม	10
2	แสดงโครงสร้างของความสามารถในการดูแลตนเอง	24
3	แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเพื่อใช้ทำนายพฤติกรรมสุขภาพ เกี่ยวกับการป้องกันโรค	37
4	แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเพื่อใช้ทำนายพฤติกรรมความร่วมมือของผู้ป่วย	39

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ภาวะความดันโลหิตสูงในสตรีตั้งครรภ์ยังเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศต่าง ๆ ทั่วโลก เนื่องจากเป็นภาวะที่พบได้บ่อยและเป็นหนึ่งในสาเหตุสามอันดับแรกของอัตราการตาย ในประเทศสหรัฐอเมริกา มีรายงานว่าประมาณ 20% ของการตายของมารดาทั้งหมด 2,067 ราย ระหว่าง ค.ศ. 1974 - 1978 มีสาเหตุมาจากภาวะความดันโลหิตสูงในสตรีตั้งครรภ์ และจากการรวบรวมรายงานทั่วโลกพบว่า ภาวะความดันโลหิตสูงในสตรีตั้งครรภ์ ยังคงเป็นสาเหตุของการตายทั้งในมารดา และการตายปริกำเนิด ประมาณได้ว่า 15 - 40% ของการตายของมารดาสัมพันธ์โดยตรงกับภาวะความดันโลหิตสูงในสตรีตั้งครรภ์ และการตายของทารกสูงถึง 30% ของมารดาที่เป็น eclampsia (อ้างใน สุรีย์ สิมารักษ์ และ ชีระ ทองสง 2534 : 19) สำหรับประเทศไทย ภาวะความดันโลหิตสูงในสตรีตั้งครรภ์ เป็นสาเหตุการตายอันดับสามของมารดา รองลงมาจากภาวะติดเชื้อและตกเลือด สาเหตุการตายของหญิงตั้งครรภ์เหล่านี้เกิดจากภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ เช่น ระบบการทำงานของหัวใจล้มเหลว เลือดออกในสมอง ปอดบวมน้ำ (สุรีย์ สิมารักษ์ และ ชีระ ทองสง 2534 : 19; พิชัย เจริญพานิช 2531 : 167 - 169; สุจิต เฒ่าสวัสดิ์ 2525 : 201) นอกจากนี้ยังพบภาวะแทรกซ้อนระหว่างตั้งครรภ์ได้สูง เช่น การแท้ง คลอดก่อนกำหนด อัตราตายปริกำเนิดสูง (Cunningham et.al. 1989 : 655; Redman 1989 : 515) จากรายงานข้อมูลของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์เกี่ยวกับเด็กตายในครรภ์จำนวน 722 ราย ในปี พ.ศ. 2522 - 2529 พบว่าเด็กตายคลอดจำนวน 86 ราย หรือร้อยละ 12 เกิดจากมารดาที่มีความดันโลหิตสูงผิดปกติขณะตั้งครรภ์ 50 ราย เป็นอย่างชนิดรุนแรง และ 5 รายมีอาการชัก (สุจิต เฒ่าสวัสดิ์ 2531 : 184) สำหรับทารกที่รอดชีวิตจะมีความเสี่ยงต่อความพิการได้มาก เช่น มีความผิดปกติทางระบบประสาท ปัญญาอ่อน เป็นต้น (สุรีย์ สิมารักษ์ และ ชีระ ทองสง 2534 : 20)

การป้องกันไม่ให้เกิดภาวะความดันโลหิตสูงในหญิงตั้งครรภ์ไม่สามารถกระทำได้นอกจากไม่ทราบสาเหตุที่แท้จริง แต่การป้องกันไม่ให้เกิดการดำเนินของโรครุนแรงจนถึงขั้นชักและเสียชีวิตได้นั้นสามารถกระทำได้หากหญิงตั้งครรภ์ได้รับการตรวจและวินิจฉัยในระยะเริ่มแรก ดังนั้น ภาวะสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ที่มีความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์จึงขึ้นอยู่กับการได้รับการ

ดูแลอย่างใกล้ชิดรวมทั้งความร่วมมือของหญิงตั้งครรภ์ต่อแผนการรักษาของแพทย์ (สุรีย์ สิมารักษ์ และธีระ ทองสง 2534 : 20; Chesley 1985 : 101; สุจิต เฟาสวัสดิ์ 2526 : 196; Greenhill & Friedman 1974 : 406) ในกรณีที่หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง เนื่องจากการตั้งครรภ์ที่มีอาการไม่รุนแรง คือ มีความดันโลหิตไม่เกิน 140/90 มิลลิเมตรปรอท มีอาการบวมหรือมีน้ำหนักเพิ่มขึ้นมากกว่า 1 กิโลกรัมใน 1 สัปดาห์ ไม่พบโปรตีนในปัสสาวะ หรือหากพบก็มีจำนวนน้อยไม่เกิน 1 บวก แพทย์จะพิจารณาให้หญิงตั้งครรภ์เหล่านั้น พักรักษาตัวที่บ้านโดยสั่งการรักษาที่จำเป็น ให้คำแนะนำในการปฏิบัติตน การสังเกตอาการผิดปกติ พร้อมทั้งแนะนำให้มาฝากครรภ์ตามกำหนดนัด หากหญิงตั้งครรภ์ให้ความร่วมมือในการรักษาเป็นอย่างดี ก็จะทำให้ภาวะสุขภาพดีขึ้นภายใน 4-5 วัน คือ มีความดันโลหิตต่ำลงสามารถควบคุมน้ำหนักได้ และปราศจากความผิดปกติอื่น ๆ (สุรีย์ สิมารักษ์ และ ธีระ ทองสง 2534 : 192; สุจิต เฟาสวัสดิ์ และคนอื่น ๆ 2525 : 197) ดังนั้นประสิทธิผลของการรักษาจึงขึ้นอยู่กับ การดูแลตนเองของผู้ป่วยเป็นส่วนใหญ่ ถ้าผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตามกิจกรรมต่าง ๆ ตามคำแนะนำของ แพทย์ด้วยตนเองได้อย่างสม่ำเสมอ ก็จะสามารถควบคุมไม่ให้ภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์มีอาการรุนแรงขึ้นได้ (Redman 1989 : 527; กนกวรรณ ตั้งวุฒิกุล 2530 : 63) นอกจากนี้ เพียงเพ็ญ จันทระนะ (2533 : 88) ซึ่งได้ศึกษาถึงผลของการสอนอย่างมีแบบแผน ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและภาวะสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์ ยังพบว่าหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์ กลุ่มที่ยังมี อาการไม่รุนแรงนี้ ถ้ามีพฤติกรรมการดูแลตนเองดี จะมีสภาวะสุขภาพดีในขณะที่ตั้งครรภ์ด้วย ดังนั้นการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์ จึงเป็น เรื่องที่มีความสำคัญมาก เพราะหากหญิงตั้งครรภ์ไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำแล้ว อาการของโรคย่อมทวีความรุนแรงขึ้นจนในที่สุด หญิงตั้งครรภ์นั้นต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลและบางราย อาจรุนแรงถึงขั้นชักหรือเสียชีวิตได้

การดูแลตนเองมีความสำคัญต่อภาวะสุขภาพของบุคคลจึงได้รับความสนใจจากบุคลากรในสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพและวิชาชีพที่เกี่ยวข้องเป็นอย่างมากในปัจจุบัน ซึ่งในแต่ละวิชาชีพจะมีแนวคิดเกี่ยวกับการดูแลตนเองแตกต่างกัน เช่น เลวิน (Levin cited in Josep 1980 : 131) ซึ่งเป็นนักสังคมวิทยาและมนุษยวิทยา มองการดูแลตนเองในลักษณะที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพและสังคม โดยกล่าวว่า การดูแลตนเองเป็นกระบวนการที่บุคคลปฏิบัติเพื่อส่งเสริมสุขภาพ ป้องกัน หรือรักษาโรคในระยะเริ่มแรก โดยการใช้แหล่งบริการสุขภาพและแหล่งสนับสนุนอื่น ๆ ส่วน

เคลนแมน (Kleinman อ้างใน พิมพ์วิทย์ ปรีดาสวัสดิ์ 2530 : 36) มองการดูแลตนเองว่าเป็นพฤติกรรมพื้นฐานของมนุษย์ โดยมีแนวคิดว่าการดูแลตนเองเป็นการปฏิบัติตัวทางด้านสุขภาพอนามัยที่เป็นธรรมชาติของมนุษย์เมื่อเผชิญกับความเจ็บป่วย และสำหรับวิชาชีพพยาบาลนั้นโอเรม (Orem 1985 : 84) ซึ่งเป็นนักทฤษฎีทางการพยาบาลได้ตระหนักถึงการดูแลตนเองในลักษณะของพฤติกรรมสุขภาพ โดยมีแนวคิดว่าการดูแลตนเองเป็นการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ที่บุคคลริเริ่มและกระทำด้วยตนเองอย่างมีเป้าหมายและตั้งใจ เพื่อดำรงไว้ซึ่งสภาวะสุขภาพและความ เป็นอยู่ที่ดี

โดโรธี อี โอเรม (Dorothe E. Orem) ได้นำแนวคิดเรื่องการดูแลตนเองมา พัฒนารูปแบบขึ้นเป็นทฤษฎี โดยมีความเชื่อว่าบุคคลเป็นผู้มีเหตุผล มีความสามารถที่จะเรียนรู้ วางแผนการกระทำเพื่อบรรลุเป้าหมายที่ต้องการ มีความต้องการขั้นพื้นฐานเหมือนกัน มีการพัฒนาอยู่ตลอดเวลา และมีความต้องการการดูแลเพื่อปรับหน้าที่หรือป้องกันความผิดปกติที่จะมีผล ต่อหน้าที่และพัฒนาการ ดังนั้นเมื่อบุคคลเกิดความเจ็บป่วย บุคคลก็จะปฏิบัติกิจกรรมเพื่อสนองตอบ ต่อความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็น ซึ่งเกิดจากภาวะเจ็บป่วยและจะดัดแปลงกิจกรรมการดูแลตนเองให้สอดคล้องกับความเจ็บป่วย เพื่อที่จะรักษาไว้ซึ่งโครงสร้างและหน้าที่ที่ปกติและฟื้นฟูสมรรถภาพ (อ้างใน สมจิต หนูเจริญกุล 2534 : 4-17) การที่บุคคลแต่ละคนจะทำหน้าที่ในการดูแลตนเอง (Self-care agent) ได้อย่างมีประสิทธิภาพนั้นจะต้องมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ถูกต้องเหมาะสม ซึ่งพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ถูกต้องเหมาะสมนี้ เกิดขึ้นจากการที่บุคคลได้ปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองทั้งหมด (Therapeutic self-care demand) ที่จำเป็นต้องกระทำในระยะเวลาหนึ่ง เพื่อที่จะสนองตอบต่อความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็น (Self-care requisites) โอเรม แบ่งการดูแลตนเองที่จำเป็นออกเป็น 3 อย่างตามภาวะสุขภาพ และระยะพัฒนาการ คือ (สมจิต หนูเจริญกุล 2534 : 12-17)

การดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป (Universal self-care requisites) ได้แก่ การคงไว้ซึ่งอากาศ น้ำ อาหารที่เพียงพอ การดูแลการขับถ่ายและการระบายให้เป็นไปตามปกติ การคงไว้ซึ่งความสมดุลระหว่างการอยู่คนเดียว และการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น การป้องกันอันตรายต่าง ๆ ต่อชีวิต การส่งเสริมความปกติสุขในชีวิต

การดูแลตนเองที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการ ได้แก่ การพัฒนาและคงไว้ซึ่งชีวิตความเป็นอยู่ที่ช่วยสนับสนุนกระบวนการของชีวิตและส่งเสริมคุณภาพ การบรรเทาความเครียดและเอาชนะผลที่เกิดขึ้นในสถานการณ์ต่าง ๆ ของชีวิต เช่น การเจ็บป่วย การตั้งครรภ์ เป็นต้น

การดูแลตนเองที่จำเป็นในภาวะเปี่ยงเบนทางสุขภาพ ซึ่งอาจเกิดขึ้นจากความพิการหรือความเจ็บป่วย ได้แก่ การแสวงหาและคงไว้ซึ่งความช่วยเหลือจากบุคลากรสุขภาพ รับรู้และสนใจถึงอันตราย และผลเสียที่จะเกิดขึ้นอันเป็นผลมาจากการเจ็บป่วยของตนเอง ปฏิบัติตามแผนการรักษา รับรู้ ปรับและป้องกันความไม่สุขสบายจากผลข้างเคียงของการรักษา ยอมรับสภาพความเจ็บป่วย และคงไว้ซึ่งความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง รวมทั้งเรียนรู้ที่จะดำเนินชีวิตอยู่กับผลของพยาธิสภาพที่เป็นอยู่ให้ดีที่สุดตามความสามารถที่มีอยู่

การที่บุคคลจะมีความสามารถในการดูแลตนเองได้นั้น จะต้องประกอบด้วยโครงสร้าง 3 ระดับซึ่งความสามารถในแต่ละระดับจะเป็นพื้นฐานของระดับที่สูงขึ้นไป โครงสร้างดังกล่าว ได้แก่ ความสามารถและคุณสมบัติพื้นฐาน ซึ่งถือเป็นความสามารถขั้นพื้นฐานของมนุษย์ที่จำเป็นสำหรับการกระทำอย่างจงใจซึ่งเป็นพื้นฐานนำไปสู่ความสามารถระดับที่ 2 คือ พลังความสามารถ 10 ประการซึ่งถือเป็นตัวกลาง เชื่อมการรับรู้ เพื่อที่จะนำไปสู่การกระทำหรือโครงสร้างในระดับที่ 3 คือความสามารถในการปฏิบัติการเพื่อดูแลตนเอง

นอกจากโครงสร้างทั้ง 3 ระดับของบุคคลแล้ว ความสามารถในการดูแลตนเองยังขึ้นอยู่กับปัจจัยพื้นฐาน (Basic conditioning factors) ของบุคคล (Orem 1985 : 220) อันประกอบด้วย อายุ เพศ ระยะพัฒนาการ สังคมชนบทชนเมือง ประเพณี สภาพที่อยู่อาศัย ระบบครอบครัว แบบแผนการดำเนินชีวิตรวมถึงกิจกรรมที่ทำอยู่เป็นประจำ ภาวะสุขภาพปัจจัยทางระบบบริการสุขภาพ แหล่งประโยชน์และประสบการณ์ที่สำคัญในชีวิต

แม้ว่าบุคคลทุกคนจะมีความสามารถในการดูแลตนเอง แต่จะสามารถดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพมากน้อยเพียงใดนั้นยังขึ้นอยู่กับปัจจัยอีกหลายประการ ปัจจัยประการหนึ่งก็คือ ความเชื่อของบุคคล ความเชื่อเป็นการยอมรับเกี่ยวกับข้อเท็จจริงต่าง ๆ และเป็นส่วนประกอบในตัวบุคคลซึ่งฝังแน่นอยู่ในความนึกคิด หรือความเข้าใจต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง อาจมีเหตุผลหรือไม่มีเหตุผลก็ได้ และจะทำให้บุคคลมีความโน้มเอียงที่จะปฏิบัติตามแนวคิด และความเข้าใจนั้น ๆ (สุชา จันทรเฒ 2524 : 74; จรรยา สุวรรณทัต 2527 : 14) โรคิช (Rokeach 1970 : 112) ให้ความเห็นว่าความเชื่อเป็นส่วนหนึ่งที่จะกำหนดแนวโน้มพฤติกรรมของบุคคลในการกระทำสิ่งหนึ่งสิ่งใดลงไป และความเชื่อยังเป็นองค์ประกอบสำคัญในการที่จะช่วยให้บุคคลสามารถปรับปรุงพฤติกรรมที่แสดงออกมาให้เข้ากับสถานการณ์ต่าง ๆ ได้อย่างเหมาะสม มีผู้สนใจศึกษาอิทธิพลของความเชื่อที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของบุคคลโดยสร้างเป็นแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพขึ้น

โรเซนสตอค (Rosenstock cited in Maiman and Backer 1974 : 336) เป็นผู้ที่เริ่มนำแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพมาใช้อธิบายพฤติกรรมการป้องกันโรคของบุคคล ซึ่งแนวความคิดนี้ได้รับอิทธิพลมาจากทฤษฎีของเลวิน (Lewin 1951) ที่เชื่อว่าการรับรู้ของบุคคลเป็นตัวบ่งชี้ของพฤติกรรม โดยบุคคลจะกระทำ หรือเข้าไปใกล้กับสิ่งที่ตนพอใจ และคิดว่าสิ่งนั้นจะก่อให้เกิดผลดีแก่ตนและจะหนีออกจากสิ่งที่ตนไม่ปรารถนา แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในระยะแรก จึงเน้นที่ปัจจัยภายในตัวบุคคลที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้ว่าการที่บุคคลจะสามารถหลีกเลี่ยงการเกิดโรคได้ เขาต้องมีความเชื่อว่าตัวเขาเองเป็นบุคคลที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคนั้น เมื่อเกิดเป็นโรคขึ้นแล้วเขาจะมีอาการรุนแรง และมีผลกระทบต่อการดำรงชีวิตประจำวัน การรับการรักษาหรือการปฏิบัติตามคำแนะนำจะทำให้เขาได้รับผลคุ้มค่าและปราศจากอุปสรรคทั้งด้านการใช้จ่าย ความเจ็บปวด ความอาย และประสิทธิภาพของการบริการจะทำให้เขาหายจากโรค ต่อมาเบคเกอร์และไมแมน (backer & Maiman) พบว่า บุคคลมักจะรับรู้ในองค์ประกอบดังกล่าวแล้วยังมีพฤติกรรมสุขภาพไม่เหมาะสม จึงได้ปรับปรุงแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพโดยเพิ่มปัจจัยแรงจูงใจด้านสุขภาพ และปัจจัยร่วมต่าง ๆ ซึ่งเป็นปัจจัยทางสังคมและปัจจัยทางด้านประชากรเข้าไปในแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ดังนั้นแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพจึงประกอบด้วยองค์ประกอบที่สำคัญ ๆ ดังนี้ (Rosenstock 1974 : 328-335)

การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค (Perceived susceptibility) เป็นความเชื่อของบุคคลต่อการเจ็บป่วยด้วยโรคต่าง ๆ มีงานวิจัยเป็นจำนวนมากที่พบว่า มีความสัมพันธ์เชิงบวกระหว่างความรู้สึกของบุคคล ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค เช่น ความเชื่อต่อโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมมารับการตรวจโรคมะเร็งเต้านม (Fink, Sharpirs & Roster : 1972) มะเร็งปากมดลูก (Kegeles : 1969) โรคหัวใจ (Haefner & Kirshcht : 1970)

การรับรู้ความรุนแรงของโรค (Percieved Severity) เป็นความเชื่อของบุคคลในด้านความรุนแรงของโรคที่มีต่อร่างกาย ก่อให้เกิดความพิการ เสียชีวิต ความยากลำบากและการต้องใช้เวลาในการรักษา จากผลงานวิจัยพบว่าความเชื่อต่อความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมไปรับบริการด้านทันตสาธารณสุข (Kegeles, 1963) การพาบุตรไปคลินิกสุขภาพเด็กดี และคลินิกเพื่อป้องกันโรคอื่น ๆ (Becker et al. 1977)

การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการรักษา (Perceived benefit and barrier) เมื่อบุคคลมีการรับรู้ว่ามีโอกาสเจ็บป่วย และรับรู้ว่าการรักษาโรคนั้นมีความรุนแรงมากพอที่จะ

ก่อให้เกิดอันตรายต่อร่างกาย บุคคลจะแสวงหาวิธีการรักษาให้หายจากโรคดังกล่าว แต่ในการที่บุคคลจะยอมรับและปฏิบัติสิ่งใดนั้น จะต้องเป็นผลของความเชื่อว่าวิธีการดังกล่าวเป็นทางออกที่ดีก่อให้เกิดผลดี มีประโยชน์ และเหมาะสมที่สุดที่จะหายจากโรคนั้น ๆ ในกรณีที่การปฏิบัติดังกล่าวมีอุปสรรค เช่น การรับรู้ถึงความไม่สะดวก ความอาย ความเจ็บปวด ความเสี่ยง ฯลฯ การตัดสินใจที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำจะขึ้นอยู่กับ การเปรียบเทียบข้อดี ข้อเสียของพฤติกรรมนั้น ๆ โดยบุคคลจะเลือกปฏิบัติในสิ่งที่ก่อให้เกิดผลดีมากกว่าผลเสีย เช่น การศึกษาของ นิตยา ภาสุ-นันท์ (2526 : 82) ซึ่งศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ และความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองกับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด พบว่า ผู้ป่วยที่มีการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติตนน้อยจะให้ความร่วมมือในการรักษาดี

แรงจูงใจด้านสุขภาพ (Health motivation) เป็นสภาพอารมณ์ของบุคคลที่เกิดจากการกระตุ้นของสิ่งเร้าที่จะช่วยสนับสนุนให้ปฏิบัติตัวตามคำแนะนำสิ่งเร้าที่เป็นตัวกระตุ้นนี้อาจเป็นสิ่งเร้าภายในบุคคล เช่น ความพอใจต่อสุขภาพทั่วไป หรือสิ่งเร้าจากภายนอก เช่น ข่าวสาร เอกสาร คำแนะนำของสมาชิกในครอบครัว เป็นต้น ดังเช่น พวงพยอม การภิญโญ (2526 : 103-119) ได้ทำการวิจัยโดยศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคเบาหวาน พบว่าแรงจูงใจด้านสุขภาพทั่วไปมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสม่ำเสมอในการรับประทานยา ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สุภาพ ใบแก้ว (2528 : 99) และ พวงรัตน์ บุญญานรักษ์ (1985 : 107)

ปัจจัยร่วม (Modifying factors) เป็นปัจจัยต่าง ๆ ตามสภาพความจริงที่ส่งเสริมหรือขัดขวางการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล อันได้แก่ปัจจัยด้านจิตสังคม เช่น สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่ และปัจจัยด้านประชากร เช่น

อายุ เป็นองค์ประกอบหนึ่งที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล เนื่องจากอายุมีความสัมพันธ์กับประสบการณ์ในอดีต โอเรม (Orem 1980 : 154) กล่าวว่า เมื่อบุคคลมีวุฒิภาวะมากขึ้นย่อมมีการตัดสินใจทางเลือกที่ดี และมีการตัดสินใจที่ถูกต้องในเรื่องการดูแลตนเองทางด้านสุขภาพ ยอมรับและรับผิดชอบที่จะกระทำเพื่อตัวเองได้ดีกว่าวัยเด็ก

ระดับการศึกษา บุคคลที่มีระดับการศึกษาสูงจะมีการรับรู้และปฏิบัติตนด้านสุขภาพที่ถูกต้องและดีกว่าบุคคลที่มีระดับการศึกษาต่ำเนื่องจากบุคคลที่ได้รับการศึกษาน้อยจะขาดโอกาสในการเรียนรู้เรื่องสุขภาพอนามัย (จรรยา สุวรรณทัต 2527 : 838) ในขณะที่บุคคลที่มีระดับการศึกษาสูง มักจะเป็นผู้ที่สนใจศึกษาค้นคว้าอยู่เสมอและมีโอกาสที่จะรับรู้ข่าวสารจากสื่อต่างๆ

ได้หลายประเภท

รายได้ของครอบครัว เพนเดอร์ (Pender 1982 : 161-162) กล่าวว่า ฐานะทางเศรษฐกิจและสังคมเป็นองค์ประกอบที่สำคัญต่อการมีศักยภาพในการดูแลตนเองของบุคคลโดยผู้ที่มีสถานภาพทางเศรษฐกิจ และสังคมสูง จะมีรายได้สูงซึ่งจะเอื้ออำนวยความสะดวกให้บุคคลดูแลตนเอง นอกจากนี้ยังมีโอกาสเลือกใช้บริการทางสาธารณสุขได้ดีกว่าผู้มีรายได้น้อย ดังการศึกษาของสมจิต ปทุมานนท์ (2532 : 138) ที่พบว่า มารดาที่มีฐานะทางเศรษฐกิจสูงมีแนวโน้มที่จะมีการดูแลสุขภาพตนเองด้านอนามัยแม่และเด็กถูกต้องมากกว่ามารดาที่มีฐานะทางเศรษฐกิจต่ำ

ลำดับที่ของการตั้งครรภ์ นับเป็นองค์ประกอบหนึ่งที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ จากการศึกษาของกรรณิการ์ กันชะรักษา (2527 : 129) พบว่า หญิงตั้งครรภ์ที่มีลำดับที่ของการตั้งครรภ์แตกต่างกันมีพฤติกรรมการปฏิบัติตนเพื่อดำรงไว้ซึ่งสภาวะสุขภาพแตกต่างกันโดยพบว่าหญิงครรภ์แรกมีพฤติกรรมด้านกิจกรรมประจำวัน และมีความคิดเห็นต่อการตั้งครรภ์ดีกว่าหญิงครรภ์หลัง

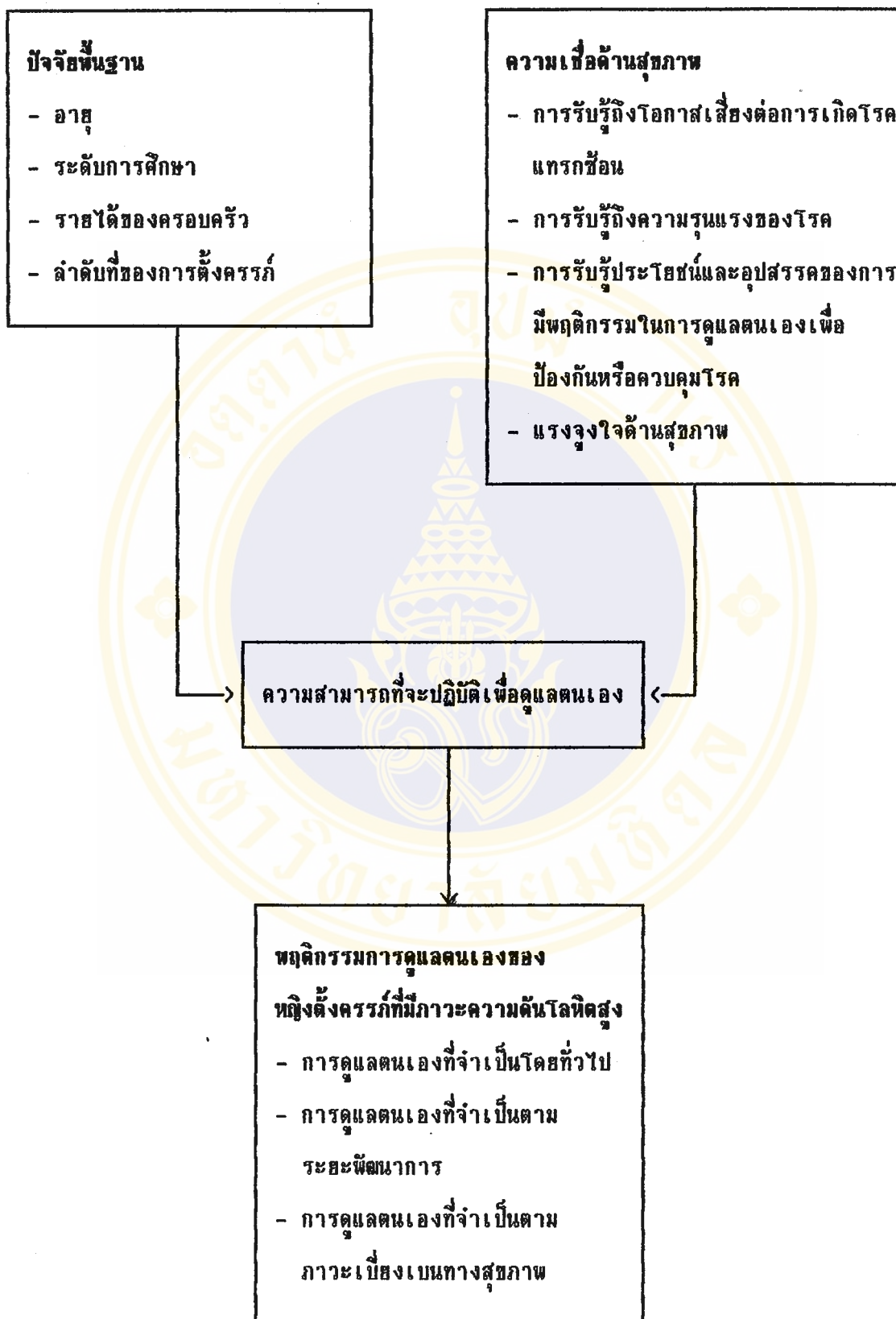
จะเห็นได้ว่า แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่ได้รับการปรับปรุงใหม่นี้ประกอบด้วยปัจจัยต่าง ๆ หลายด้านเช่น การรับรู้ของบุคคลซึ่งถือเป็นส่วนหนึ่งของความสามารถและคุณสมบัติพื้นฐานที่ทำให้บุคคลเกิดความคิด ความเข้าใจ และตระหนักถึงความสำคัญของเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นกับตน ซึ่งเป็นพื้นฐานที่จะนำไปสู่พลังความสามารถ (power component) ที่จะช่วยผลักดันให้บุคคลเกิดการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเอง นอกจากนี้ยังประกอบด้วยปัจจัยร่วมต่าง ๆ โดยเฉพาะปัจจัยด้านประชากรซึ่งถือเป็นปัจจัยพื้นฐานที่มีอิทธิพลต่อความสามารถในการดูแลตนเอง และความต้องการในการดูแลตนเองทั้งหมดตามแนวคิดของโอเรม (สมจิต หนูเจริญกุล 2534 : 40) ดังนั้นความเชื่อด้านสุขภาพน่าจะเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของบุคคล

จากที่กล่าวมาแล้วพอจะสรุปได้ว่า การดูแลตนเองในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์มีความสำคัญอย่างมากที่จะช่วยประคับประคองให้การตั้งครรภ์ดำเนินต่อไปจนครบกำหนดคลอดโดยไม่มีอันตรายต่อมารดา และทารก การที่พฤติกรรมการดูแลตนเองของบุคคลจะเกิดขึ้นอย่างเหมาะสม และสอดคล้องกับภาวะของการเจ็บป่วยหรือไม่นั้นขึ้นอยู่กับองค์ประกอบต่าง ๆ ด้านความเชื่อด้านสุขภาพ รวมทั้งปัจจัยอื่น ๆ เช่น อายุ ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัว ลำดับที่ของการตั้งครรภ์

จากประสบการณ์การทำงานของผู้วิจัยซึ่งเป็นพยาบาลประจำการแผนกผู้ป่วยหลังคลอด ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพเขต 12 พบหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์ได้ บ่อย และมีจำนวนไม่น้อยที่มีอาการรุนแรงถึงขั้นชัก โดยเฉพาะในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ชาวไทยมุสลิม จากข้อมูลแผนกผู้ป่วยในของศูนย์ส่งเสริมสุขภาพเขต 12 เดือน มกราคม - ธันวาคม 2534 พบ หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์ทั้งหมด 39 ราย คิดเป็นหญิงตั้ง ครรภ์ชาวไทยพุทธร้อยละ 46 ชาวไทยมุสลิมร้อยละ 54 และจากการประเมินผลสภาวะอนามัย ครอบครัวในอำเภอจะนะ จังหวัดสงขลา ของ เขาวรัตน์ ประักษ์ขาม และคณะ (2525 : 36) พบมารดาชาวไทยมุสลิมมีอาการชักหลังคลอดร้อยละ 1.5 ในขณะที่ไม่พบอาการชักหลังคลอดใน มารดาชาวไทยพุทธเลย ที่เป็นเช่นนี้อาจเนื่องมาจากหญิงตั้งครรภ์ชาวไทยมุสลิมยังมีการปฏิบัติ ตนในขณะตั้งครรภ์ที่ไม่ถูกต้องซึ่งอาจเนื่องมาจากมีความเชื่อ และเคร่งครัดในศาสนามาก ความ เชื่อทางศาสนาจะเข้ามามีอิทธิพลต่อการดำเนินชีวิตในเกือบทุก ๆ ด้าน ทำให้มีข้อจำกัดต่าง ๆ ในการดำเนินชีวิต แม้แต่การปฏิบัติตนด้านสุขภาพอนามัย ชาวไทยมุสลิมบางคนมีความเข้าใจว่า การที่ร่างกายเจ็บป่วยนั้นเกิดมาจากพระผู้เป็นเจ้าลงโทษ พระผู้เป็นเจ้าเป็นผู้กำหนดสภาวะ ต่าง ๆ เป็นผู้ทรงให้เกิดเป็น และให้ทางตาย ดังนั้นการเจ็บป่วยจะรักษาวิธีการแบบใดก็มีผล เท่ากัน เมื่อพระผู้เป็นเจ้าได้กำหนดสภาวะที่แน่นอนตายตัวแล้ว ไม่มีผู้ใดเปลี่ยนแปลงได้นอกจาก พระองค์เท่านั้น (ไทมส์สาระะ บินมะหะหมัด 2530, 35-36) ดังนั้นจึงมักจะพบบ่อย ๆ ว่าผู้ ป่วยชาวไทยมุสลิมจะไม่ยินยอมเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล หรือถ้าได้รับการรักษาในโรง พยาบาลแล้วอาการไม่ดีขึ้นมักจะหนีกลับบ้าน นอกจากนี้งานด้านอนามัยแม่และเด็กในกลุ่มชาวไทย มุสลิมก็ยังมีปัญหามาก จากการวิเคราะห์สถิติการใช้บริการของศูนย์ส่งเสริมสุขภาพเขต 12 สะลา พบว่า ในแต่ละปีจำนวนการเกิดของจังหวัดยะลามีถึง 7000 - 8000 คนต่อปี แต่เท่าที่ เก็บสถิติการคลอดที่โรงพยาบาลจังหวัดยะลามีเพียงปีละ 300 คน และที่ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพ เขต 12 สะลา ประมาณ 2000 คนต่อปี เป็นไทยพุทธร้อยละ 75 ไทยมุสลิมร้อยละ 25 เมื่อ เปรียบเทียบเป็นอัตราส่วนไทยพุทธ : ไทยมุสลิม = 3 : 1 ซึ่งเป็นสัดส่วนกลับกันกับประชากร ที่อาศัยอยู่ในท้องถิ่นนี้ที่ส่วนใหญ่เป็นไทยมุสลิมถึงร้อยละ 73.76 และมีไทยพุทธเพียงร้อยละ 25.88 (อนันต์ สุไลมาน 2526 : 266-277) จากการศึกษาของ เขาวรัตน์ ประักษ์ขาม (2526 : 456) พบว่า สตรีไทยมุสลิมนิยมคลอดบุตรที่บ้านถึงร้อยละ 87.3 ไปคลอดที่ โรงพยาบาลเพียงร้อยละ 6.6 ขณะที่สตรีไทยพุทธคลอดบุตรที่บ้านร้อยละ 49 ที่เหลือส่วนใหญ่ ไปคลอดโรงพยาบาล คลินิกส่วนตัว และสถานบริการอื่น ๆ ของรัฐ เหตุที่ชาวไทยมุสลิมนิยมฝาก

ครรภ์และคลอดกับหมอตำแย เพราะมีความสะดวกและประหยัดค่าใช้จ่าย ประกอบกับสามารถกระทำพิธีทางศาสนาได้ ซึ่งทำให้หญิงตั้งครรภ์รู้สึกอบอุ่นมากกว่ามาฝากครรภ์ที่โรงพยาบาล นอกจากนี้ การปฏิบัติตนตามข้อบัญญัติทางศาสนาที่ส่งผลถึงสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ เช่น การถือศีลอด มักจะทำให้หญิงตั้งครรภ์เจ็บป่วยด้วยโรคระบบทางเดินอาหาร ซึ่งตามหลักศาสนาห้ามขี้สกปรกได้ แต่หญิงตั้งครรภ์ชาวไทยมุสลิมก็มักจะปฏิบัติเคร่งครัดไม่ยอมขาดเพราะมีความเชื่อว่าถือศีลอดในขณะตั้งครรภ์จะได้บุญมาก (ไหมสาเราะ บินมะหะหมัด 2530, 39) จากที่กล่าวมา แล้วจะเห็นว่า ศาสนามีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของชาวไทยมุสลิม ซึ่งรวมถึงพฤติกรรมทางด้านสุขภาพอนามัยด้วย จากการปฏิบัติงานของผู้วิจัยซึ่งมักจะพบหญิงตั้งครรภ์ชาวไทยมุสลิมมีภาวะความดันโลหิตสูงและมักจะมีอาการรุนแรง บางรายถึงขั้นชักและเสียชีวิต จึงมีความสนใจที่จะศึกษาว่าความเชื่อด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ชาวไทยมุสลิมที่มีความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์หรือไม่ ตลอดจน อายุ ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัวและลำดับที่ของการตั้งครรภ์ สามารถร่วมทำนายพฤติกรรม การดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ชาวไทยมุสลิมที่มีความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์หรือไม่ เพื่อนำผลการวิจัยนี้มาใช้เป็นแนวทางในการให้การพยาบาล เพื่อส่งเสริมให้หญิงตั้งครรภ์ชาวไทยมุสลิมที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์มีพฤติกรรมการดูแลตนเองอย่างถูกต้องและเหมาะสมซึ่งจะช่วยลดความรุนแรงและป้องกันโรคแทรกซ้อน ที่อาจจะเกิดขึ้นกับมารดาและทารกได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

กรอบแนวคิดที่แสดงถึงความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพของ เบคเกอร์และไมแมน กับพฤติกรรมการดูแลตนเองตามทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเรม จึงอาจสรุปได้ ดังแผนภูมิที่ 1



วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ชาวไทยมุสลิมที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างอายุ ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัว ลำดับที่ของการตั้งครรภ์ กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ชาวไทยมุสลิมที่มีภาวะความดันโลหิตสูง
3. เพื่อศึกษาอำนาจการทำนายของตัวทำนายทั้งหมดคือ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัว ลำดับที่ของการตั้งครรภ์ ความเชื่อด้านสุขภาพที่มีต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ชาวไทยมุสลิมที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์

สมมติฐานของการวิจัย

1. ความเชื่อด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ชาวไทยมุสลิมที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์
2. อายุ ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัว ลำดับที่ของการตั้งครรภ์ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ชาวไทยมุสลิมที่มีความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์
3. ความเชื่อด้านสุขภาพ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัว ลำดับที่ของการตั้งครรภ์ สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ชาวไทยมุสลิมที่มีความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์

ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ชาวไทยมุสลิมที่มีภาวะความดันโลหิตสูง เนื่องจากการตั้งครรภ์ ที่มารับบริการในคลินิกฝากครรภ์ ดิक्ผู้ป่วยนอก ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพเขต 12 และโรงพยาบาลประจำจังหวัดยะลา, สตูล, ปัตตานี และนราธิวาส

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เป็นแนวทางให้บุคลากรพยาบาลนำไปเป็นแนวทางการให้ความรู้คำปรึกษาแนะนำ

และการแก้ปัญหาเกี่ยวกับการดูแลตนเองสำหรับหญิงตั้งครรภ์ชาวไทมูสลิมที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากตั้งครรภ์ต่อไป

2. เป็นแนวทางในการศึกษาค้นคว้าวิจัยในเรื่องที่สัมพันธ์กับการดูแลตนเองในหญิงตั้งครรภ์ชาวไทมูสลิมในประเด็นอื่นที่เกี่ยวข้องต่อไป

นิยามตัวแปร

1. พฤติกรรมการดูแลตนเอง หมายถึง การกระทำหรือการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์เพื่อควบคุมอาการไม่ให้เกิดการดำเนินของโรครุนแรงเพิ่มขึ้น ป้องกันภาวะแทรกซ้อนและเพื่อให้มีสุขภาพอนามัยดีทั้งทางร่างกายและจิตใจ พฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์ในการศึกษานี้สามารถวัดได้จากแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์ของอังคณา นวลง (2535) ซึ่งอาศัยแนวคิดทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเรม (Orem 1991) ซึ่งประกอบด้วยพฤติกรรมการดูแลตนเอง 3 หมวด คือ

1.1 พฤติกรรมการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป ประกอบด้วย การปฏิบัติกิจกรรมเกี่ยวกับการบริโภคอากาศ น้ำ อาหาร การขับถ่าย การรักษาความสะอาดของร่างกาย การทำงาน การพักผ่อน และการออกกำลังกาย การดำรงความสัมพันธ์ระหว่างการอยู่คนเดียวและการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น ตลอดจนการปฏิบัติเพื่อป้องกันอันตรายต่าง ๆ ของชีวิตและส่งเสริมความปกติสุข

1.2 พฤติกรรมการดูแลตนเองที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการ ประกอบด้วย การปฏิบัติพัฒนาการตั้งครรภ์ ได้แก่ การยอมรับบุตรในครรภ์ในฐานะที่เป็นบุคคลและการยอมรับบทบาทการเป็นมารดา การบรรเทาความเครียดและความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นในขณะที่กำลังตั้งครรภ์

1.3 พฤติกรรมการดูแลตนเองที่จำเป็นตามภาวะเปี่ยงเบนทางสุขภาพ ประกอบด้วย การมาฝากครรภ์ การหาความรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วยของตนเอง การปฏิบัติตามแผนการรักษา การปรับกิจกรรมต่าง ๆ ในชีวิตประจำวันให้สอดคล้องกับแผนการรักษา การป้องกันความไม่สุขสบายหรืออันตรายจากผลข้างเคียงของการรักษา การยอมรับสภาพความเจ็บป่วยและคงไว้ซึ่งความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง

2. ความเชื่อด้านสุขภาพ หมายถึง ความคิดเห็น ความรู้สึกนึกคิด หรือการรับรู้เกี่ยว

กับภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์ของหญิงตั้งครรภ์ชาวไทยมุสลิมที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์ ซึ่งวัดโดยใช้แบบสัมภาษณ์ซึ่งผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบสอบถามการรับรู้เกี่ยวกับโรคของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์ของอังคณา นวลสง (2535) และแบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นพาหะของโรคธาลัสซีเมียของสมใจ พุทธิพิทักษ์ผล (2532) ประกอบด้วยด้านต่าง ๆ 6 ด้าน ดังนี้

2.1 แรงจูงใจด้านสุขภาพทั่วไป หมายถึง ความสนใจหรือความห่วงใยสุขภาพตนเองและสุขภาพทารกในครรภ์โดยทั่วไป รวมถึงความตั้งใจในการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคและดำรงไว้ซึ่งสุขภาพอนามัยที่ดี

2.2 การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค หมายถึง ความเข้าใจรวมทั้งการยอมรับผลของการตรวจและการวินิจฉัยของแพทย์ว่าตนเองมีภาวะความดันโลหิตสูง ตลอดจนมีความเข้าใจว่า ตนเองและทารกในครรภ์มีความเสี่ยงต่ออันตรายจากการมีภาวะความดันโลหิตสูง

2.3 การรับรู้ความรุนแรงของโรค หมายถึง ความรู้สึก ความคิดเห็นหรือความเชื่อว่าภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์มีความรุนแรงและเป็นอันตรายต่อหญิงตั้งครรภ์และทารกในครรภ์มากน้อยเพียงใด

2.4 การรับรู้ประโยชน์ของการรักษา หมายถึง ความรู้สึก ความคิดเห็น ความเข้าใจต่อผลดีของการปฏิบัติตามแผนการรักษาของแพทย์ในเรื่องการตรวจทางห้องปฏิบัติการ เช่น การตรวจเลือด การตรวจปัสสาวะ การรับประทานยา การนอนพักผ่อน การมาตรวจตามนัด การสังเกตอาการผิดปกติของตนเองเพื่อป้องกันหรือควบคุมภาวะความดันโลหิตสูงไม่ให้รุนแรงขึ้น รวมทั้งความเข้าใจถึงผลเสียของการไม่ปฏิบัติตามแผนการรักษาดังกล่าว

2.5 การรับรู้อุปสรรคของการรักษา หมายถึง ความรู้สึก ความคิดเห็น ความเข้าใจต่อปัจจัยที่ขัดขวางการมารับการตรวจรักษาภาวะความดันโลหิตสูงในขณะตั้งครรภ์ ซึ่งได้แก่ การสื่อสาร ความกลัวความไม่สบายในการตรวจวินิจฉัย การสิ้นเปลืองเวลาและค่าใช้จ่าย

3. อายุ หมายถึง จำนวนเต็มเป็นปีของอายุหญิงตั้งครรภ์ชาวไทยมุสลิมที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์นับตั้งแต่เกิดจนถึงวันที่ทำการศึกษา

4. ระดับการศึกษา หมายถึง การศึกษาสูงสุดของหญิงตั้งครรภ์ชาวไทยมุสลิมที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์ นับเป็นจำนวนปีที่ได้ศึกษาตั้งแต่ชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 จนถึงขั้นสูงสุด

5. รายได้ของครอบครัว หมายถึง รายได้เฉลี่ยต่อเดือนของหญิงตั้งครรภ์ชาวไทยมุสลิมที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์และคู่สมรสรวมกัน
6. ลำดับที่ของการตั้งครรภ์ หมายถึง ลำดับที่ของการตั้งครรภ์ครั้งนี้ ซึ่งไม่รวมการแท้งหรือการตั้งครรภ์นอกมดลูก แบ่งออกเป็น

ครรภ์แรก

ครรภ์ที่ 2

ครรภ์ที่ 3

ครรภ์ที่ 4 ขึ้นไป

บทที่ 2

วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

ในการศึกษา ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ชาวไทยมุสลิมที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์นี้ ผู้วิจัยได้ศึกษารวบรวมวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อใช้เป็นแนวทางในการศึกษาโดยมีหัวข้อเกี่ยวกับภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์ พฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์ ความสัมพันธ์ของความเชื่อด้านสุขภาพกับการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ชาวไทยมุสลิมที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

ภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์ (Pregnancy Induced Hypertension= PIH)

ภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์หรือภาวะพีไอเอช หมายถึงกลุ่มอาการที่เกิดขึ้นเนื่องจากการตั้งครรภ์ที่ประกอบด้วยความดันโลหิตสูง ร่วมกับการพบโปรตีนในปัสสาวะหรืออาการบวม หรือทั้งพบโปรตีนในปัสสาวะและมีอาการบวม มักเกิดขึ้นในช่วงครึ่งหลังของการตั้งครรภ์หรือเมื่ออายุครรภ์มากกว่า 20 สัปดาห์ขึ้นไป ยกเว้นกรณีที่เกิดจากครรภ์ไข่ปลาอุก อาจทำให้เกิดก่อนอายุครรภ์ 20 สัปดาห์ (ธีระ ทองสง 2534 : 12, Cunningham, MacDonald & Gant 1989 : 653) ภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์นี้นับเป็นภาวะแทรกซ้อนที่จัดอยู่ในกลุ่มของความดันโลหิตสูงระหว่างตั้งครรภ์ (Hypertensive disorder in pregnancy) มีความหมายเช่นเดียวกับภาวะความดันโลหิตสูง ชนิดพรีอีคลัมป์เซีย - อีคลัมป์เซีย ภาวะพิษแห่งครรภ์ ภาวะความดันโลหิตสูงเฉียบพลันในหญิงตั้งครรภ์ (Anderson 1982 : 31, Zuspan 1978 : 591) ลักษณะทางคลินิกของภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์ จำแนกออกเป็น 3 ชนิดคือ (Cunningham, MacDonald & Gant 1989 : 653-655)

1. Gestational hypertension เป็นภาวะที่มีความดันโลหิตสูงที่เกิดขึ้นในครึ่งหลังของการตั้งครรภ์ หรือภายใน 24 ชั่วโมงแรกหลังคลอด โดยไม่มีโปรตีนในปัสสาวะหรืออาการบวมที่ผิดปกติ

2. ภาวะก่อนชักหรือภาวะพรีอีคลัมป์เซีย (Pre-eclampsia) เป็นภาวะผิดปกติที่มีความดันโลหิตสูงร่วมกับการมีไข่ขาวในปัสสาวะหรือมีอาการบวมตามร่างกาย ซึ่งสามารถแบ่งตามระดับความรุนแรงออกเป็นชนิดย่อย ๆ ได้ 2 ระดับคือ

2.1 ภาวะพรีเอคลัมป์เซียมชนิดรุนแรงน้อย (Mild pre-eclampsia) ผู้ป่วยมีความดันโลหิตสูงตั้งแต่ 140/90 มม.ปรอท ผู้ป่วยอาจมีอาการปวดศีรษะ ตาพร่ามัวเล็กน้อยจนถึงระดับปานกลาง ตรวจพบโปรตีนในปัสสาวะเล็กน้อยประมาณ 1-2 บวก ร่วมกับมีอาการบวมที่หน้า แขน และมือแบบกดบ่ม น้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นเร็วมากกว่า 1 กิโลกรัม ใน 1 สัปดาห์ หรือ 3 กิโลกรัมใน 1 เดือน

2.2 ภาวะพรีเอคลัมป์เซียมชนิดรุนแรงมาก (Severe pre-eclampsia) ผู้ป่วยมีความดันโลหิตสูงกว่า 160/110 มม.ปรอท และมีอาการอย่างใดอย่างหนึ่งต่อไปนี้คือ มีโปรตีนในปัสสาวะ 5 กรัมต่อลิตร หรือ 3-4 บวก ปริมาณปัสสาวะใน 24 ชั่วโมง น้อยกว่า 500 มิลลิลิตรต่อวัน มีอาการปวดศีรษะตาพร่ามัว มองไม่เห็น ปวดเจ็บบริเวณลิ้นปี่ หรือชายโครงขวา ซึ่งเป็นอาการสำคัญก่อนที่ผู้ป่วยจะมีอาการชัก

3. ภาวะชักหรือภาวะอีคลัมป์เซีย (Eclampsia) เป็นการดำเนินของโรคต่อจากพรีเอคลัมป์เซียโดยมีอาการชักหรือโคม่าร่วมด้วย อาการชักจะเริ่มที่บริเวณใบหน้า ริมฝีปากบิดเบี้ยว ต่อมาจะมีอาการแข็งเกร็ง แขนงอ มือกำแน่น ขาอวบบริเวณเข่า ซึ่งเรียกกระชอนี้ว่า Tonic contraction นานประมาณ 15-20 วินาที แล้วจะผ่านเข้าสู่ระยะที่สอง Clonic stage มีการชักกระตุกทั่วร่างกาย หากกรรไกรล่างจะอ้าออก และหุบเข้า อาจกัดลิ้นตัวเอง ในระยะนี้ ขาแขนจะกระตุกอย่างแรงจนอาจทำให้ผู้ป่วยตกเตียงได้ ระยะนี้จะนานประมาณ 60 วินาที จากนั้นผู้ป่วยจะนอนนิ่งและเริ่มรู้สึกตัว หากไม่ได้รับการรักษาจะชักซ้ำในเวลาใกล้เคียงกันเข้าทุกทั้งจนผู้ป่วยหมดสติ หลังชักผู้ป่วยมีอาการหายใจเร็วเนื่องจากกรดแลคติกคั่งในเลือด บางรายอาจมีอาการชาออกซิเจน แสดงโดยเล็บมือเล็บเท้าและตัวเขียวคล้ำ พบโปรตีนในปัสสาวะทุกราย จำนวนปัสสาวะจะค่อย ๆ ลดลงมีสีเข้มขึ้นจนเป็นสีน้ำตาลเข้ม พบ Cast เป็นจำนวนมากในทางตรงกันข้ามหากผู้ป่วยอาการดีขึ้นภายหลังคลอดแล้ว ปัสสาวะจะใสและมีจำนวนเพิ่มขึ้น ระดับของกรดยูริกสูงเกือบทุกราย ประมาณร้อยละ 6-7 มิลลิกรัม

พยาธิสรีรวิทยา

พยาธิสรีรวิทยาของการเกิดภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์ ยังไม่มีผู้ใดทราบแน่นอน แต่มีสมมติฐานที่เชื่อถือกันอย่างมากในปัจจุบันว่า พยาธิสรีรวิทยาของการเกิดภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์มี 2 ประการคือ (Redman, Trunball & Chamberlain ed. 1989 : 516-517)

1. การขาดความสมดุล หรือความบกพร่อง ในการสังเคราะห์สารโพรสตาแกลนดิน (Prostaglandin) ในระยะตั้งครรภ์ หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง จะมีการสร้างสารโพรสตาแกลนดิน อี 2 (Prostaglandin E2) ที่ร่างกายสังเคราะห์ขึ้นในระยะตั้งครรภ์ลดลง ทำให้หลอดเลือดแดงขนาดเล็ก (arteriole) และหลอดเลือดทั่วร่างกายมีความไวต่อแองจิโอเทนซิน 2 (Angiotensin II) จึงเกิดการหดตัวของหลอดเลือดทั่วร่างกาย ทำให้ความดันโลหิตเพิ่มสูงขึ้น

2. การขาดเลือดไปเลี้ยงมดลูกและรก โดยปกติรกจะมีเอนไซม์ โมโนเอมีน ออกซิเดส (Monoamine Oxidase) เป็นสารที่ทำให้หลอดเลือดหดตัว การขาดเลือดไปเลี้ยงรกทำให้รกขาดออกซิเจน เอนไซม์นี้จึงทำงานลดลง ส่งผลให้เกิดการหดตัวของหลอดเลือดทั่วร่างกายและมีผลให้ความดันโลหิตสูงขึ้นตามมา

สาเหตุของภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์

สาเหตุที่แท้จริงของภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์ยังไม่มีผู้ใดทราบ แต่ก็มีปัจจัยส่งเสริมหลายประการที่มีอิทธิพลต่อการเกิดภาวะนี้ ได้แก่

1. อายุของสตรีตั้งครรภ์

มักพบอุบัติการณ์ในหญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุต่ำกว่า 16 ปี และเกิน 35 ปี (Chesley 1985 : 99) หรือในหญิงตั้งครรภ์ครั้งแรกที่อายุต่ำกว่า 20 ปี และเกิน 30 ปี (Pillitteri 1981 : 547)

2. ลำดับครรภ์

มักพบในหญิงครรภ์แรก Hinselmann ศึกษาพบว่า eclampsia เกิดใน primipara มากกว่า multipara ถึง 8 เท่า และจากการศึกษาของ MacGillivray พบว่า 20% ของ nulliparous มีความดันโลหิตสูงระหว่างการตั้งครรภ์ (รวมทั้งระยะคลอดและหลังคลอด) ในขณะที่มีอุบัติการณ์ 7% ในกลุ่ม multiparous (อ้างใน สุรีย์ ลิมาวัณ และ ถิระ ทองสง 2534 : 27-28)

3. ปัจจัยทางพันธุกรรม

ในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์มักพบประวัติมีญาติพี่น้องมีภาวะนี้ในขณะตั้งครรภ์ได้บ่อย

4. Hyperplacentosis

Hyperplacentosis หมายความว่ามีการเพิ่มขึ้นของน้ำหนักรก เนื่องจากมีการเพิ่มจำนวนหรือขนาดของ placental mass hyperplacentosis ซึ่งเกี่ยวข้องกับ pre-eclampsia อาจพบในภาวะต่าง ๆ คือ ครรภ์ที่เป็นเบาหวาน, ภาวะทารกบวมน้ำ, ครรภ์แฝด, ครรภ์ไขปลาคู

5. ความดันโลหิตสูงเรื้อรัง

ความดันโลหิตสูงเรื้อรังเพิ่มอัตราเสี่ยง หรือมีส่วนกระตุ้นให้ความดันโลหิตสูงระหว่างตั้งครรภ์เพิ่มขึ้นอีก ทำให้โปรตีนออกมาในปัสสาวะ บวมมากผิดปกติ และชักได้ในบางครั้ง

6. ภาวะทุพโภชนาการ

มักพบภาวะนี้ได้บ่อยในหญิงตั้งครรภ์ที่ขาดสารอาหารโปรตีน ธาตุเหล็ก แคลเซียม และวิตามิน

แม้ภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์นี้จะไม่ทราบสาเหตุและไม่สามารถป้องกันการเกิดได้ หากหญิงตั้งครรภ์เหล่านี้ได้รับการวินิจฉัยในระยะเริ่มแรก และมีการดูแลตนเองโดยปฏิบัติตามแผนการรักษาอย่างถูกต้องสม่ำเสมอ การดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงจึงเป็นสิ่งสำคัญอย่างยิ่ง โดยเฉพาะในหญิงตั้งครรภ์ที่มีอาการไม่รุนแรงซึ่งแพทย์ไม่ได้รับเข้ารักษาในโรงพยาบาล แต่จะให้การรักษาคำแนะนำในเรื่องการพักผ่อนและการออกกำลังกาย การรับประทานอาหารและยา การเฝ้าสังเกตอาการผิดปกติ และการมาตรวจตามนัดแก่หญิงตั้งครรภ์สำหรับดูแลตนเองอยู่ที่บ้าน ซึ่งจำเป็นที่หญิงตั้งครรภ์จะต้องปฏิบัติตามคำแนะนำอย่างเคร่งครัด เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดการดำเนินของโรครุนแรงขึ้นจนเป็นอันตรายทั้งมารดาและทารกในครรภ์

พฤติกรรม的自我ดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์ แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลตนเอง

การดูแลตนเอง (Self care) เป็นคำที่บุคลากรในสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพและวิชาชีพที่เกี่ยวข้องเริ่มให้ความสนใจในรอบ 2 ทศวรรษที่ผ่านมา แต่เพิ่งได้รับความสนใจอย่างจริงจังในรอบทศวรรษนี้ โดยได้นำมาเชื่อมโยงกับระบบการบริหารทางการแพทย์และสาธารณสุข เนื่องจากการดูแลตนเองช่วยให้บุคคลมีชีวิตรอดโดยมีภาวะสุขภาพและสวัสดิภาพที่ดี ในปัจจุบันวิชาชีพพยาบาลได้นำแนวคิดเกี่ยวกับการดูแลตนเองมาพัฒนาขึ้นเป็นทฤษฎี เพื่อนำมาใช้กับบุคคล

ครอบครัว และชุมชน มีผู้ให้ความสนใจศึกษาเกี่ยวกับการดูแลตนเองและให้ความหมายของการดูแลตนเองไว้ต่าง ๆ กัน เช่น

เลวิน (Levin cited in Hill & Smith 1985 : 8) ให้ความหมายว่า การดูแลตนเองเป็นกระบวนการที่บุคคลปฏิบัติเพื่อส่งเสริมให้มีสุขภาพดี สามารถวินิจฉัยโรค และให้การรักษาตนเองได้

ทราวิส (Travis 1985 : 26) กล่าวว่า การดูแลตนเองเป็นการเรียนรู้ถึงวิถีปฏิบัติตนเพื่อให้ได้มาซึ่งการมีสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดี

นอร์ริส (Norris 1979 : 487) กล่าวว่า การดูแลตนเองเป็นกระบวนการที่ริเริ่มกระทำโดยบุคคลและครอบครัว เพื่อคงไว้ซึ่งสภาวะสุขภาพที่ดีของตน

เพนเดอร์ (Pender 1982 : 150) กล่าวว่า การดูแลตนเอง หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมที่บุคคลริเริ่มและกระทำในแนวทางของตนเอง เพื่อดำรงรักษาชีวิตส่งเสริมสุขภาพและความเป็นอยู่อันดีของตนไว้ การดูแลตนเองจึงต้องมีแบบแผน เป้าหมาย ขั้นตอน ตลอดจนความต่อเนื่องและเมื่อใดที่ได้กระทำอย่างถูกต้อง ครบถ้วนจะทำให้ประสิทธิภาพการดูแลตนเองมากขึ้นเท่านั้น

จะเห็นว่าแนวคิดเกี่ยวกับการดูแลตนเองดังกล่าวข้างต้น มีความคล้ายคลึงกันในแง่ที่ว่า การดูแลตนเองนั้นเป็นความรับผิดชอบของบุคคลต่อตนเอง สนใจสุขภาพของตนเองสามารถช่วยเหลือตนเองในการป้องกันและควบคุมโรคได้ ซึ่งสอดคล้องกับโอเรม (Orem) นักทฤษฎีการพยาบาลที่สร้างทฤษฎีการดูแลตนเอง (Dorothy E. Orem's theory of Self-care) โอเรมมีแนวคิดว่าการดูแลตนเองเป็นการปฏิบัติกิจกรรม ซึ่งบุคคลริเริ่มจะกระทำด้วยตนเองเพื่อดำรงไว้ซึ่งชีวิต ภาวะสุขภาพ และความเป็นอยู่ที่ดีของตน ในการปฏิบัติกิจกรรม การดูแลตนเองเป็นสิ่งที่บุคคลซึ่งเป็นผู้ใหญ่แล้วจะกระทำต่อเนื่องกัน เพื่อดำรงไว้ซึ่งชีวิต ภาวะสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดี โดยมีเป้าหมายของการดูแลตนเองคือ (Orem 1980 : 35)

1. ประคับประคองกระบวนการชีวิต และส่งเสริมการทำหน้าที่ของร่างกายให้เป็นไปตามปกติ
2. ดำรงรักษาการเจริญเติบโต และพัฒนาการชีวิตให้เป็นไปตามปกติ
3. ป้องกันควบคุมการเบี่ยงเบนทางสุขภาพตลอดจนบรรเทาอาการตามกระบวนการของการเกิดโรคด้วย

4. ป้องกันหรือจำกัดความพิการที่อาจเกิดขึ้น หรือชะลอความพิการที่เกิดขึ้นแล้ว

5. ส่งเสริมความเป็นปกติสุข (Orem 1985 : 89)

ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็มได้กล่าวถึงแนวคิดหลักไว้ 6 ประการคือ (Orem 1985 : 31-32)

1. การดูแลตนเอง (Self-care) เป็นพฤติกรรมที่กระทำโดยจิตใจของบุคคลที่มีวุฒิภาวะ ทำให้มีผลต่อตนเองหรือสิ่งแวดล้อมเพื่อส่งเสริมชีวิต การทำงานและความเป็นอยู่ที่ดี

2. ความต้องการดูแลตนเองทั้งหมด (Therapeutic self care demand) เป็นกิจกรรมการดูแลตนเองทั้งหมดในช่วงเวลาหนึ่ง เพื่อตอบสนองความต้องการของมนุษย์ทำให้เกิดผลดำรงไว้ซึ่งชีวิต ส่งเสริมภาวะสุขภาพ การพัฒนาการและเกิดความผาสุก (Orem 1985 : 88)

3. ความสามารถในการดูแลตนเอง (Self-care agency) เป็นความสามารถที่จะกระทำกิจกรรมเพื่อการดูแลตนเอง โดยเป็นความสามารถที่ค้นหาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับตนเอง และสิ่งแวดล้อม เป็นความสามารถในการตัดสินใจที่จะทำการดูแลตนเอง และรวมถึงเป็นความสามารถในการทำการดูแลตนเอง เพื่อตอบสนองความต้องการที่เกิดขึ้น

4. ความพร่องในการดูแลตนเอง (Self-care deficit) เป็นความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการดูแลตนเองกับความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด (Therapeutic self-care demand) คือผู้ป่วยไม่สามารถจะทำกิจกรรมการดูแลตนเองให้ตอบสนองความต้องการที่มีอยู่ในขณะนั้นได้

5. ความสามารถในการพยาบาล (Nursing agency) เป็นความสามารถของพยาบาลในการทำกิจกรรมการพยาบาลเพื่อค้นหาความต้องการ ออกแบบวางแผน และให้การดูแลผู้ที่มีความบกพร่องในการดูแลตนเอง

6. ระบบการพยาบาล (Nursing system) เป็นระบบการช่วยเหลือที่ต่อเนื่องโดยพยาบาลจะต้องเป็นผู้ประสานเชื่อมโยงวิถีทางแห่งความช่วยเหลือต่าง ๆ เข้าด้วยกัน เพื่อสนองความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดที่เกิดขึ้นในขณะนั้น หรือเพื่อควบคุมและพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองของบุคคล

ทฤษฎีทางการพยาบาลโดยทั่วไปของโอเร็มนั้นมีความสัมพันธ์กันอยู่ 3 ทฤษฎีคือ (Orem 1985 : 33-39; Orem & Taylor 1986 : 43-44)

ทฤษฎีระบบการพยาบาล (Theory of Nursing System)

แนวคิดหลักของทฤษฎีอยู่ที่ว่า ระบบการพยาบาลจะเกิดขึ้นเมื่อพยาบาลใช้ความสามารถของตนในการออกแบบวางแผนและจัดให้การพยาบาลแก่ผู้ป่วย ซึ่งอาจเป็นรายบุคคลหรือรายกลุ่มก็ได้ กิจกรรมเหล่านั้นจะช่วยให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการดูแลตนเอง หรือบรรลุถึงความต้องการในการดูแลตนเองทั้งหมด

ทฤษฎีความพร่องในการดูแลตนเอง (Theory of self-care deficit)

แนวคิดหลักของทฤษฎีอยู่ที่ว่า บุคคลทั่วไปสามารถได้รับประโยชน์จากการบริการพยาบาลเมื่อบุคคลนั้นมีข้อจำกัดเกี่ยวกับภาวะสุขภาพ ทำให้ไม่สามารถที่จะดูแลตนเองได้ หรือให้การดูแลผู้อื่นอย่างต่อเนื่องได้ ทำให้การดูแลนั้นไม่มีประสิทธิภาพสมบูรณ์หรือคุณภาพของความสามารถในการดูแลตนเองไม่เพียงพอที่จะตอบสนองความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด ดังนั้นบุคคลนั้นจึงต้องการพยาบาล

ทฤษฎีการดูแลตนเอง (Theory of self-care)

ในทฤษฎีนี้ได้กล่าวว่า บุคคลที่อยู่ในวัยเจริญเติบโตหรือกำลังเจริญเติบโต จะปรับหน้าที่และพัฒนาการของตนเอง ตลอดจนป้องกัน ควบคุม กำจัดโรค และการบาดเจ็บต่าง ๆ ในทางปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวัน เรียนรู้วิธีการที่จะดูแลตนเองและสิ่งแวดล้อมที่คิดว่าจะมีผลต่อหน้าที่และพัฒนาการของตนเอง (Orem & Taylor 1986 : 44) การดูแลตนเองจึงเป็นพฤติกรรมที่จงใจ มีเป้าหมายและมีขั้นตอน

โอเรมได้แบ่งขั้นตอนของการดูแลตนเอง (Phase of Self-care) ออกเป็น 2 ระยะคือ (Orem 1980 : 79-82; สมจิต หนุเจริญกุล 2534 : 10)

ระยะที่ 1

เป็นระยะของการวินิจฉัยพิจารณาและตัดสินใจ ซึ่งจะนำไปสู่การกระทำ ในระยะนี้บุคคลที่จะสามารถดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ จะต้องมีความรู้เกี่ยวกับตนเอง และสิ่งแวดล้อมจะต้องเห็นว่าสิ่งที่กระทำนั้นเหมาะสมในสภาวะการณ์นั้น ๆ ดังนั้นก่อนที่บุคคลจะเห็นด้วยกับการกระทำนั้น ๆ ว่าเหมาะสมจึงต้องมีความรู้ก่อนว่าสิ่งที่กระทำนั้นจะมีประสิทธิภาพ และให้ผลตามที่ต้องการ ดังนั้นการดูแลตนเองจึงต้องมีความรู้เกี่ยวกับเหตุการณ์และสภาวะการณ์ทั้งภายในและภายนอกบุคคล

ระยะที่ 2

เป็นระยะของการดำเนินการกระทำ ซึ่งการกระทำนั้นจะต้องมีเป้าหมาย การตั้งเป้าหมายมีความสำคัญอย่างยิ่งในการปฏิบัติกิจกรรมนั้นเพื่อการดูแลตนเอง เพราะเป็นตัวกำหนดการเลือกกิจกรรมที่จะกระทำและเป็นเกณฑ์ที่จะใช้ในการติดตามผลการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ในการดูแลตนเองนั้น ระยะนี้ต้องอาศัยความพยายามและบากบั่น นอกจากนี้ยังมีองค์ประกอบอื่น ๆ ที่จำเป็นเพื่อการดูแลตนเอง ได้แก่

มีความรู้ ความชำนาญพิเศษในกิจกรรมที่จะทำ

มีแรงจูงใจให้กระทำ และใช้ความพยายามอย่างต่อเนื่องจนได้รับผลสำเร็จ

ได้กระทำกิจกรรมนั้น ๆ อย่างสม่ำเสมอ โดยมีข้อบกพร่องหรือการล้มเหลวที่สุด

สามารถทำให้บรรลุความสำเร็จตามต้องการ

มีกำลังใจ ความตั้งใจสูงในการดูแลตนเอง

การดูแลตนเองนั้นเป็นการกระทำที่มีเป้าหมาย (deliberate action) มีแบบแผน และขั้นตอน จุดประสงค์ในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองนั้นก็คือ ความต้องการการดูแลตนเอง (Self-care requisites) (Orem 1991 : 125-134) ซึ่งความต้องการในการดูแลตนเองนั้นเป็นการกระทำเพื่อตอบสนองความต้องการของมนุษย์ โดยโอเรมได้แบ่งไว้ 3 ประเภทดังนี้ คือ

1. ความต้องการการดูแลตนเองโดยทั่วไป (Universal self-care requisites)
2. ความต้องการการดูแลตนเองตามระยะพัฒนาการ (Developmental self-care requisites)
3. ความต้องการการดูแลตนเองตามภาวะเบี่ยงเบนทางสุขภาพ (Health deviation self-care requisites)

เมื่อการดูแลตนเองที่จำเป็นทั้ง 3 ประเภทได้รับการตอบสนองอย่างมีประสิทธิภาพ บุคคลจะบรรลุเป้าประสงค์สูงสุดในการดูแลตนเองคือ ได้รับในสิ่งต่อไปนี้ (สมจิต หนูเจริญกุล 2533 : 136)

1. การรอดชีวิต

2. การคงไว้ซึ่งความปกติของโครงสร้างและหน้าที่ของบุคคล

3. ได้รับการสนับสนุนในเรื่องการพัฒนาการตามความสามารถของบุคคล
4. มีส่วนส่งเสริมให้มีการปรับหรือควบคุมผลของการบาดเจ็บและพยาธิสภาพที่เกิดขึ้น
5. มีส่วนส่งเสริมต่อการรักษาการควบคุมพยาธิสภาพที่เกิดขึ้น
6. ส่งเสริมสวัสดิภาพ

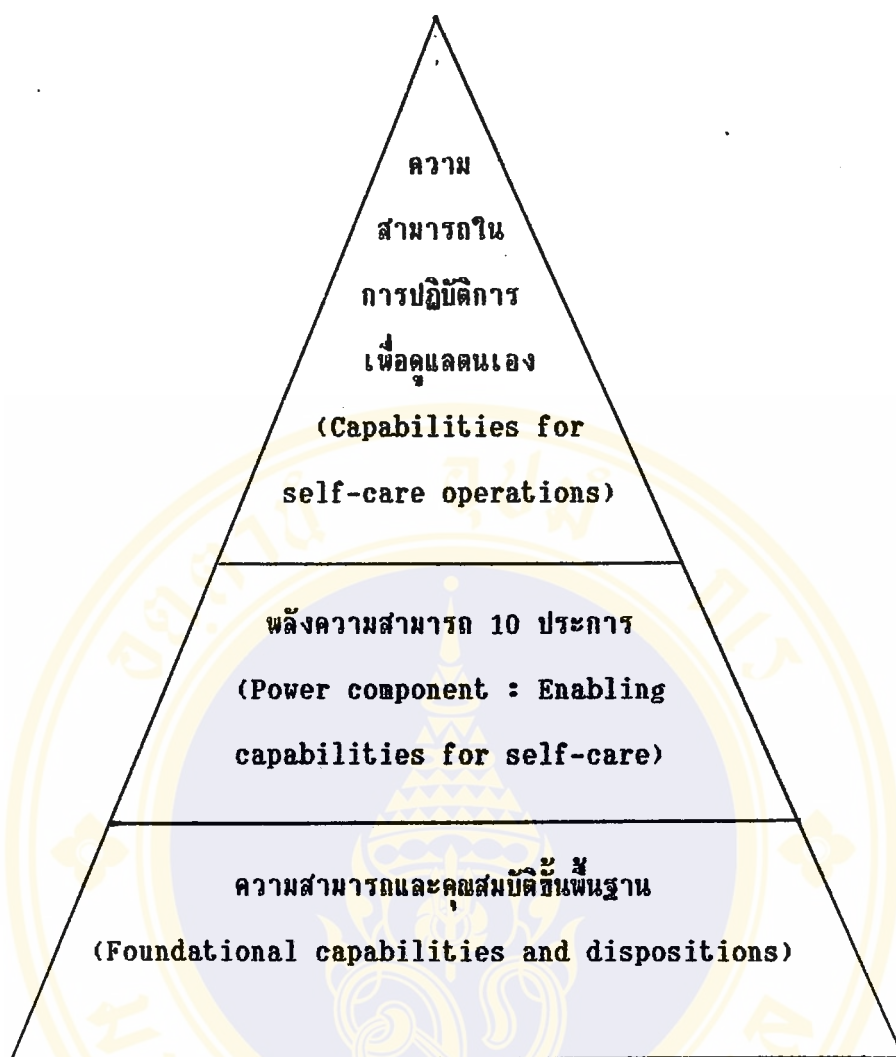
ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลตนเอง

การดูแลตนเองเป็นการปฏิบัติกิจกรรมที่บุคคลได้ริเริ่ม และปฏิบัติเพื่อประโยชน์ในการดำรงไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพ และสวัสดิภาพของตน (Orem 1985 : 84) ซึ่งความสามารถของแต่ละบุคคลในการปฏิบัติกิจกรรมนั้น มีความแตกต่างกันขึ้นอยู่กับปัจจัยที่เรียกว่า ความสามารถในการดูแลตนเอง (Self care agency)

ความสามารถในการดูแลตนเองเป็นมโนทัศน์ที่กล่าวถึงคุณภาพสลับซับซ้อนของมนุษย์ซึ่งบุคคลจะสร้างหรือพัฒนาการดูแลตนเองได้ โครงสร้างของความสามารถในการดูแลตนเองมี 3 ระดับคือ

1. ความสามารถในการปฏิบัติการเพื่อดูแลตนเอง (Capabilities for self-care operations)
2. พลังความสามารถ 10 ประการ (Power components : enabling capability of self-care)
3. ความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐาน (Foundational capabilities and disposition)

ความสามารถในการดูแลตนเองในแต่ละระดับจะเป็นพื้นฐานของระดับที่สูงขึ้นไป กล่าวคือ ความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐาน จะเป็นพื้นฐานของพลังความสามารถ 10 ประการ และพลังความสามารถ 10 ประการจะเป็นพื้นฐานของความสามารถในการปฏิบัติการเพื่อดูแลตนเอง ดังแผนภูมิที่ 2



แผนภูมิที่ 2 : แสดงโครงสร้างของความสามารถในการดูแลตนเอง
(ที่มา : สมจิต หนูเจริญกุล 2534 : 19)

1. ความสามารถในการปฏิบัติการเพื่อการดูแลตนเอง (Capabilities for self-care operation)

เป็นความสามารถที่จำเป็นโดยตรงที่จะต้องใช้ในการดูแลตนเองในขณะนั้นทันทีซึ่งความสามารถในการปฏิบัติการเพื่อการดูแลตนเองนั้นจะอยู่ในระดับใด ก็ขึ้นอยู่กับพัฒนาการของแต่ละบุคคล รวมทั้งพัฒนาการการเป็นผู้ชู้หน้าตนเอง ควบคุมตนเอง พัฒนาการทางร่างกายความนึกคิดและจิตสังคม อาจเป็นความสามารถที่ได้รับการพัฒนาแล้วหรือกำลังพัฒนา (Orem 1985 : 123) และการปฏิบัติการเพื่อการดูแลตนเองนั้นมีรูปแบบเป็นการกระทำอย่างจงใจ ซึ่งมีระยะของการปฏิบัติดังนี้ (Orem 1991 : 149; Orem 1979 : 189-193)

1.1 การคาดการณ์ (Estimative operation) เป็นความสามารถในการตรวจ

สอสนสถานการณ์ และองค์ประกอบในตนเอง และสิ่งแวดล้อมที่สำคัญสำหรับการดูแลตนเอง ความหมาย ความต้องการ และแนวทางที่จะสนองตอบความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็น

1.2 การปรับเปลี่ยน (Transitional operation) เป็นความสามารถในการพิจารณาและตัดสินใจเกี่ยวกับสิ่งที่สามารถ สมควรจะทำเพื่อตอบสนองต่อความต้องการในการดูแลตนเองที่จำเป็น

1.3 การลงมือปฏิบัติ (Productive operation) เป็นความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อสนองตอบต่อความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็น

2. พลังความสามารถ 10 ประการ (Ten power components)

พลังความสามารถทั้ง 10 ประการนี้ เป็นตัวกลาง ซึ่งเชื่อมการรับรู้และการกระทำของมนุษย์ แต่เฉพาะเจาะจงสำหรับการกระทำอย่างจริงจังเพื่อการดูแลตนเองไม่ใช้การกระทำโดยทั่ว ๆ ไป พลังความสามารถ 10 ประการนี้ได้แก่

2.1 ความสนใจและเอาใจใส่ในตนเอง ในฐานะที่ตนเป็นผู้รับผิดชอบในตนเอง รวมทั้งสนใจและเอาใจใส่ภาวะแวดล้อมภายใน-ภายนอกตนเอง ตลอดจนปัจจัยที่สำคัญสำหรับการดูแลตนเอง

2.2 ความสามารถที่จะควบคุมพลังงานทางด้านร่างกายของตนเองให้เพียงพอสำหรับการริเริ่ม และการปฏิบัติดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง

2.3 ความสามารถที่จะควบคุมส่วนต่าง ๆ ของร่างกายเพื่อการเคลื่อนไหวที่จำเป็นในการริเริ่มหรือปฏิบัติการเพื่อดูแลตนเองให้เสร็จสมบูรณ์ และต่อเนื่อง

2.4 ความสามารถที่จะใช้เหตุใช้ผลเพื่อการดูแลตนเอง

2.5 มีแรงจูงใจที่จะกระทำการดูแลตนเอง

2.6 มีทักษะในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลตนเอง และปฏิบัติตามที่ได้ตัดสินใจ

2.7 มีความสามารถในการแสวงหาความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองจากผู้ที่เหมาะสม และเชื่อถือได้ สามารถจดจำและนำความรู้ไปใช้ในการปฏิบัติได้

2.8 มีทักษะในการใช้กระบวนการทางความคิดและสติปัญญา การรับรู้ การจัดกระทำ การติดต่อและการสร้างสัมพันธ์กับบุคคลอื่น เพื่อปรับการปฏิบัติการดูแลตนเอง

2.9 มีความสามารถในการจัดระบบการดูแลตนเอง

2.10 มีความสามารถที่จะปฏิบัติการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง และสอดคล้องกับการดูแล

ตนเองเข้าไปเป็นส่วนหนึ่งในแบบแผนการดำเนินชีวิตในฐานะบุคคลซึ่งมีบทบาทเป็นส่วนหนึ่งของครอบครัวและชุมชน

3. ความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐาน (Foundational capabilities and disposition)

เป็นความสามารถขั้นพื้นฐานของมนุษย์ที่จำเป็นสำหรับการกระทำอย่างจงใจ (Deliberate action) โดยทั่ว ๆ ไป ซึ่งแบ่งออกเป็นความสามารถที่จะรู้ กับความสามารถที่จะกระทำ และคุณสมบัติหรือปัจจัยที่มีผลต่อการแสวงหาเป้าหมายของการกระทำ ความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐานประกอบด้วย

3.1 ความสามารถและทักษะในการเรียนรู้ ได้แก่ ความจำ ความสามารถในการอ่าน เขียน นับเลข รวมทั้งความสามารถในการหาเหตุผล และการใช้เหตุผล

3.2 หน้าที่ของประสาทสำหรับความรู้สึก (Sensation) ทั้งการสัมผัส การมองเห็น การได้ยิน การได้กลิ่น และการรับรส

3.3 การรับรู้ในเหตุการณ์ต่าง ๆ ทั้งภายในและภายนอกตนเอง

3.4 การเห็นค่าในตนเอง

3.5 นิสสัยประจำตัว

3.6 ความตั้งใจ

3.7 ความเข้าใจในตนเอง

3.8 ความห่วงใยในตนเอง

3.9 การยอมรับตนเอง

3.10 ระบบการจัดลำดับความสำคัญ รู้จักจัดแบ่งเวลาในการกระทำกิจกรรมต่าง ๆ

3.11 ความสามารถที่จะจัดการเกี่ยวกับตนเอง

การดูแลตนเองนอกจากจะขึ้นอยู่กับองค์ประกอบทั้ง 3 ระดับแล้ว ยังขึ้นอยู่กับปัจจัยพื้นฐาน (Basic conditioning factors) ด้วย ปัจจัยพื้นฐานเป็นปัจจัยเฉพาะที่มีอิทธิพลต่อความสามารถในการดูแลตนเอง และความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐานกับความสามารถในการดูแลตนเอง และความต้องการการดูแลตนเองไม่ได้เป็นเหตุเชิงผล (Causal relationship) แต่เป็นการอธิบายว่าการพิจารณาความสามารถใน

การดูแลตนเอง และความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดจะต้องคำนึงถึงปัจจัยพื้นฐานดังต่อไปนี้
 รวมด้วย (สมจิต หนูเจริญกุล 2534 : 40)

1. อายุ
2. เพศ
3. ระยะพัฒนาการ
4. สังคมชนบทชนเมืองนิยมประเพณี
5. สภาพที่อยู่อาศัย
6. ระบบครอบครัว
7. แบบแผนการดำเนินชีวิตรวมถึงกิจกรรมที่ทำอยู่เป็นประจำ
8. ภาวะสุขภาพ
9. ปัจจัยทางระบบบริการสุขภาพ
10. แหล่งประโยชน์
11. ประสบการณ์ที่สำคัญในชีวิต

จะเห็นได้ว่าการดูแลตนเองมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อบุคคลเพราะช่วยให้บุคคลสามารถดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างปกติสุข การที่บุคคลจะดูแลตนเองได้ดีเพียงใดนั้นขึ้นอยู่กับโครงสร้างด้านความสามารถและคุณสมบัติพื้นฐาน พลังความสามารถ 10 ประการ และความสามารถในการปฏิบัติการเพื่อการดูแลตนเอง ตลอดจนขึ้นอยู่กับปัจจัยพื้นฐานซึ่งเป็นทั้งปัจจัยภายในและภายนอกตัวบุคคล การดูแลตนเองจะต้องมีตลอดช่วงชีวิตแม้ในช่วงที่มีการตั้งครรภ์ของสตรีซึ่งนับว่าเป็นช่วงชีวิตที่สำคัญช่วงหนึ่ง เพราะมีการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นทั้งต่อตัวมารดาและทารกในครรภ์จำเป็นที่หญิงตั้งครรภ์จะต้องให้ความสนใจดูแลเอาใจใส่ต่อสุขภาพของตนเองเป็นพิเศษ โดยเฉพาะในกรณีที่มีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้นเช่นเกิดภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์ ซึ่งเป็นภาวะที่มีอันตรายทั้งต่อตัวมารดาและทารก การดูแลตนเองจะมีความสำคัญอย่างยิ่งที่จะช่วยป้องกันและลดความรุนแรงลงได้

การดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์

พฤติกรรมในการดูแลตนเองจะเป็นไปตามความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็นในสถานการณ์ต่าง ๆ และพัฒนาการของชีวิต ในภาวะปกติ บุคคลจะต้องปฏิบัติตามกิจกรรมตามความต้องการ

การดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป และความต้องการการดูแลตนเองตามระยะพัฒนาการ เพื่อส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค แต่เมื่อมีภาวะเปี่ยงเบนทางสุขภาพเช่น มีโรคหรือความพิการเกิดขึ้น ก็จะต้องปฏิบัติตามกิจกรรมการดูแลตนเอง เพื่อตอบสนองความต้องการอันเกิดจากการเปี่ยงเบนทางสุขภาพเพิ่มขึ้น และจะต้องปฏิบัติตามกิจกรรมการดูแลตนเองตามความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป และตามระยะพัฒนาการให้สอดคล้องกับความเจ็บป่วยเพื่อที่จะรักษาไว้ซึ่งโครงสร้าง และหน้าที่ที่ปกติ ส่งเสริมพัฒนาการและมีส่วนในการฟื้นฟูสมรรถภาพ ดังนั้นหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์จึงต้องมีการปฏิบัติตามกิจกรรมเพื่อตอบสนองต่อความต้องการในการดูแลตนเองที่จำเป็น ซึ่งเกิดขึ้นจากความเจ็บป่วย ในขณะเดียวกันก็ต้องปฏิบัติตามกิจกรรมการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป และกิจกรรมการดูแลตนเองที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการโดยดัดแปลงให้สอดคล้องกับความเจ็บป่วย หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์จึงควรมีพฤติกรรมดูแลตนเองดังนี้

1. การดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป (Universal self-care requisites)

1.1 คงไว้ซึ่งอากาศ น้ำ และอาหารที่เพียงพอ

1.1.1 ดูแลตนเองให้ได้รับอากาศที่บริสุทธิ์และเพียงพอกับความต้องการของร่างกาย

อากาศที่บริสุทธิ์หรืออากาศที่ดีนั้น มีความสำคัญต่อสุขภาพของคนเรามาก หญิงตั้งครรภ์ควรอยู่ในที่อากาศบริสุทธิ์ ไม่มีฝุ่นละออง เขม่าควันไฟ ก๊าซพิษต่าง ๆ ฯลฯ มีการถ่ายเทสะดวก มีอุณหภูมิและความชื้นพอเหมาะ หญิงตั้งครรภ์จึงควรหลีกเลี่ยงการอยู่ในสถานที่ที่มีลักษณะอากาศดังกล่าวเช่น โรงภาพยนตร์ รถโดยสารประจำทาง เป็นต้น

1.1.2 ดูแลตนเองให้ได้รับน้ำที่สะอาดและเพียงพอกับความต้องการของร่างกาย

น้ำเป็นสิ่งจำเป็นในการดำรงชีวิต ปริมาณน้ำในร่างกายร่างกายจะพยายามรักษาไว้ให้คงที่เสมอ การสูญเสียน้ำจากร่างกายหรือมีมากเกินไปเพียงเล็กน้อยอาจทำให้เกิดโรคภัยไข้เจ็บได้ (เสาวนีย์ จักรพิทักษ์ 2520, 128) ดังนั้น หญิงตั้งครรภ์ควรดื่มน้ำสะอาดอย่างน้อยวันละ 6-8 แก้ว

1.1.3 ดูแลตนเองให้ได้รับอาหารที่มีคุณภาพและปริมาณเพียงพอกับความต้องการของร่างกาย

อาหารจัดว่าเป็นสิ่งจำเป็นมากในเรื่องสุขภาพของคนเรา การได้รับอาหารอย่างเพียงพอทั้งในด้านปริมาณ และคุณภาพเป็นสิ่งจำเป็นมากสำหรับการที่จะมีสุขภาพที่สมบูรณ์แข็งแรง ในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์ควรได้รับอาหารครบทั้ง 5 หมู่ในปริมาณที่เพียงพอดังนี้

หมู่ที่ 1 โปรตีน ในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์จะมีการสูญเสียโปรตีนไปในปัสสาวะ (Pillitteri 1981 : 548) อาหารประเภทโปรตีนที่รับประทานเข้าไปจะช่วยเพิ่มระดับพลาสมาโปรตีนในเลือด และเพิ่มแรงดันของสมมูลน้ำในร่างกายทำให้ปริมาณน้ำในระบบไหลเวียนเลือดอยู่ในระดับที่ปกติ (Jensen 1985 : 951) หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์จึงควรได้รับอาหารประเภทโปรตีนมากขึ้นกว่าที่หญิงตั้งครรภ์ทั่วไปควรจะได้รับ นั่นคือควรจะได้รับในปริมาณที่มากกว่า 100 กรัมขึ้นไป (Alvarez 1982 : 750) โปรตีนในปริมาณดังกล่าวอาจได้จากการรับประทานอาหารดังต่อไปนี้

- เนื้อสัตว์ต่าง ๆ เช่น เนื้อวัว เนื้อหมู ปลา ไก่ รวมกันวันละประมาณ 1.5-2.5 ชีด เนื้อบริเวณอกไก่ 1 ช้างจะหนักประมาณ 120 กรัม และให้โปรตีน 26.8 กรัม
- ถั่วต่าง ๆ เช่น ถั่วเขียว ถั่วดำ ถั่วแดง ถั่วลิสง ปริมาณ 1 ชีด ให้โปรตีน 20 กรัม ส่วนถั่วเหลือง ปริมาณ 1 ชีด ให้โปรตีน 40 กรัม หรือถ้ารับประทานเฉพาะถั่วเหลือง 1 ถ้วยขนาด 240 ซีซี จะได้รับโปรตีนประมาณ 100-200 กรัม
- ไข่ ไข่ 1 ฟอง จะให้โปรตีน 6 กรัม โดยทั่วไปหญิงตั้งครรภ์ควรได้รับประทานไข่อย่างน้อยวันละ 1 ฟอง โดยอาจปรุงเป็นกับข้าว เป็นส่วนผสมในอาหารหรือขนมหวาน
- นม นมสด 1 แก้ว จะให้โปรตีน 9 กรัม (William 1977 : 618) นมถั่วเหลือง 1 แก้ว จะให้โปรตีน 5.5 กรัม

หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์ควรได้รับประทานเนื้อสัตว์อย่างน้อยวันละ 1.5-2.5 ชีด ส่วนอาหารประเภทถั่วต่าง ๆ อาจได้รับรวมกันอย่างน้อยวันละ 1 ถ้วย ควรรับประทานไข่ไม่น้อยกว่าวันละ 1 ฟอง ควรรับประทานพวก เครื่องในสัตว์ อาหารทะเลอย่างน้อยอาทิตย์ละ 2 ครั้ง สำหรับนมซึ่งเป็นแหล่งของสารอาหารพวกแคลเซียม ฟอสฟอรัส แมกนีเซียม ไบโตามินดี ไบโตามินบี 2 ควรได้ดื่มไม่น้อยกว่าวันละ 1 แก้ว

หมู่ที่ 2 คาร์โบไฮเดรต ข้าว ถั่วเขียว ขนมจีน น้ำตาล เผือก มัน ธัญ และอาหารต่าง ๆ ที่ทำจากข้าวหรือแป้ง อาหารพวกนี้เป็นอาหารที่เพิ่มน้ำหนักได้มาก หญิงตั้งครรภ์จึงไม่ควรรับประทานมากขึ้นกว่าปกติ คือรับประทานไม่เกินวันละ 5-6 ถ้วย

หมู่ที่ 3 ไนมัน หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์ไม่ควรรับประทานไนมันที่ได้จากสัตว์เพราะมีโพลีแซคคาไรด์สูงจะทำให้เกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดบางอย่างได้ง่าย แต่ควรรับประทานไนมันที่ได้จากพืชซึ่งนอกจากไม่มีโพลีแซคคาไรด์แล้วยังมีผลในการสร้างสารพอสตาแกลนดิน (Prostaglandins) ซึ่งช่วยควบคุมความสมดุลในการหดตัวของหลอดเลือด และยังช่วยป้องกันการแข็งตัวของเลือดด้วย (Newman and Fullerton 1990 : 287) พืชให้ไนมัน เช่น ถั่วต่าง ๆ หญิงตั้งครรภ์ควรรับประทานไนมันวันละ 2.5-3 ช้อนโต๊ะ

หมู่ที่ 4 ผักใบเขียว และพืชผักอื่น ๆ หญิงตั้งครรภ์ควรรับประทานมากกว่าปกติอย่างน้อย 1 เท่าจากปกติ โดยเฉพาะผักใบเขียว เช่น ผักคะน้า ผักบุ้ง ตำลึง และผักสีเหลืองแสด เช่น ฟักทอง มะเขือเทศ ผักเหล่านี้มีวิตามิน เอ อี บี 2 ธาตุเหล็ก แคลเซียม และกรดโฟลิก ซึ่งจำเป็นต่อการพัฒนาการของเซลล์ การเติบโตของกระดูก และการสร้างเม็ดเลือดแดง หญิงตั้งครรภ์ควรรับประทานผักเหล่านี้อย่างน้อยวันละ 2.5-3 ถ้วย และควรรับประทานหลาย ๆ ชนิด

หมู่ที่ 5 ผลไม้ต่าง ๆ หญิงตั้งครรภ์ควรรับประทานผลไม้ที่มีวิตามินซีสูง และมีกากมาก เช่น ส้ม สับปะรด ผลไม้ขนาดเล็ก เช่น ส้มควรรับประทานอย่างน้อยวันละ 2 ผล ส่วนผลไม้ใหญ่ เช่น สับปะรด มะละกอ กล้วย ควรรับประทานอย่างน้อยวันละ 1 ชีด หรือประมาณ 4-5 ชิ้น

นอกจากนี้หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์ ควรได้รับสารอาหารที่มีเกลือแร่ และวิตามินให้เพียงพอด้วย ซึ่งส่วนใหญ่เกลือแร่ต่าง ๆ เช่น แมกนีเซียม แคลเซียมจะได้รับจากอาหารประเภท ข้าว แป้ง เนื้อสัตว์ ผักและผลไม้ แต่โซเดียมจะได้จากสิ่งปรุงรส เช่น เกลือ และน้ำปลาเป็นส่วนใหญ่ หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์ควรได้รับโซเดียมในปริมาณปกติที่คนทั่วไปได้รับในแต่ละวัน คือไม่เกินวันละ 6 กรัม (Jensen 1985 : 951) ยกเว้นผู้ที่มีการบวม ความดันโลหิตไม่ลดลง จึงควรลดการรับประทานอาหารเค็มลงบ้าง แต่ไม่ควรน้อยกว่า 2-4 กรัมต่อวัน เพราะจะไปมีผลกระตุ้นแองจิโอเทนซิน ทำให้ความดันโลหิตเพิ่มขึ้นได้ (Willis 1982 : 802, Newman and Fullerton 1990 : 289)

หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง เนื่องจากการตั้งครรภ์นอกจากจะต้องดูแลตนเองให้ได้รับสารอาหารครบถ้วนดังกล่าวแล้ว จะต้องดูแลตนเองให้ได้รับยาถูกต้องตรงตามชนิด จำนวน และเวลาตามที่แพทย์สั่ง เมื่อมีอาการผิดปกติไม่ควรซื้อยามารับประทานเอง

เพราะอาจทำให้เป็นอันตรายต่อทารกในครรภ์ ควรรับการตรวจรักษาและรับประทานยาเฉพาะที่แพทย์สั่งให้เท่านั้น

1.2 คงไว้ซึ่งการขับถ่ายและการระบายให้เป็นไปตามปกติ

หญิงตั้งครรภ์จะต้องดูแลตนเองให้ขับถ่ายอุจจาระทุกวัน เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดอาการท้องผูก ซึ่งอาจทำได้โดยรับประทานผักและผลไม้ที่มีกากให้มากขึ้น ถ่ายอุจจาระให้เป็นเวลาทุกวัน และดื่มน้ำให้มากขึ้น ไม่ควรกลั้นปัสสาวะครั้งละนาน ๆ เพราะอาจทำให้เกิดอาการกระเพาะปัสสาวะอักเสบได้ หลังการขับถ่ายอุจจาระปัสสาวะหญิงตั้งครรภ์ควรชำระอวัยวะสืบพันธุ์ให้สะอาดเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดการหมักหมมของสิ่งขับถ่าย ซึ่งจะทำให้เกิดการติดเชื้อลุกลามเข้าไปในช่องคลอดได้ ในขณะที่ตั้งครรภ์ต่อมเหงื่อและต่อมของผิวหนังจะมีการทำงานมากขึ้น หญิงตั้งครรภ์ควรดูแลรักษาความสะอาดของร่างกายอยู่เสมอ ควรอาบน้ำอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง ไม่ควรอาบน้ำในแม่น้ำลำคลองหรือลงอาบในอ่างอาบน้ำ และไม่ควรสวนล้างภายในช่องคลอด ทั้งนี้เพื่อป้องกันไม่ให้น้ำสกปรกไหลซึมเข้าไปในช่องคลอดทำให้เกิดการติดเชื้อต่าง ๆ ได้

1.3 คงไว้ซึ่งความสัมพันธ์ระหว่างการมีกิจกรรมและการพักผ่อน

การพักผ่อนเป็นหัวใจสำคัญที่สุดในการรักษาภาวะความดันโลหิตสูง หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์ควรลดการทำกิจกรรมต่าง ๆ ลง และควรหลีกเลี่ยงการทำงานที่ต้องออกแรงมากเช่น ซักผ้า หิ้วน้ำ บางรายอาจต้องหยุดงานเพื่อหลีกเลี่ยงการเดินทางที่ตรากตรำ หรือความเหน็ดเหนื่อย ความเครียดจากการทำงาน การพักผ่อนที่ดีที่สุดก็คือ การนอน หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์ ควรได้นอนหลับในเวลากลางคืนอย่างน้อยคืนละ 8 ชั่วโมง และนึ่งหรือนอนพักในเวลากลางวันอย่างน้อยวันละ 1-2 ชั่วโมง (Clark and Harris 1979 : 303) การนอนควรหลีกเลี่ยงการนอนหงาย เนื่องจากมดลูกอาจจะกดหลอดเลือดใหญ่ ทำให้เลือดไหลเวียนไปเลี้ยงไตและมดลูกน้อยลง (สุรีย์ ลิมารักษ์ และธีระ ทองสง 2534 : 196)

นอกจากการพักผ่อนทางร่างกายแล้ว การพักผ่อนทางด้านจิตใจก็มีความสำคัญอย่างยิ่ง หญิงตั้งครรภ์มักจะมีภาวะเครียดและเกิดความวิตกกังวลได้ง่ายเนื่องจากการตั้งครรภ์ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม หญิงตั้งครรภ์มักเกิดความรู้สึกกลัวสิ่งที่จะเกิดขึ้นกับตนเอง เช่น กลัวการคลอด กลัวความเจ็บปวด ฯลฯ และกลัวสิ่งที่จะเกิดกับการกินครรภ์ เช่น กลัวว่าการตั้งครรภ์จะไม่ดำเนินไปจนครบกำหนดคลอด กลัวไม่ได้เพศบุตรตามที่หวังไว้ กลัวว่าบุตรจะได้รับอันตรายหรือมีความพิการ ฯลฯ ตลอดจนมีความวิตกกังวลใน

ปัญหาภายในครอบครัวหรือปัญหาทางเศรษฐกิจ ซึ่งความเครียดที่เกิดจากความกลัวหรือความวิตกกังวลเหล่านี้จะไปกระตุ้นการทำงานของระบบประสาทอัตโนมัติ ทำให้หลอดเลือดทั่วร่างกายหดรัดตัว ทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้นได้ ดังนั้นหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์ควรจะรักษาสุขภาพจิตให้ดี ลดความเครียด หรือความวิตกกังวลลงซึ่งทำได้โดยการทำกิจกรรมที่ทำให้เกิดความเพลิดเพลิน เช่น การทำงานอดิเรกที่ตนเองชอบ เช่น อ่านนวนิยาย ฟังวิทยุ ดูโทรทัศน์ สวดมนต์เพื่อทำจิตใจให้สงบ หากมีปัญหาหรือมีความสงสัยในภาวะสุขภาพของตนเองและของทารกควรสอบถามจากผู้รู้ เช่น แพทย์หรือพยาบาล และหากมีความคับข้องใจในเรื่องอื่น ๆ ก็ควรพูดคุยปรึกษากับสามีญาติพี่น้องหรือบุคคลใกล้ชิดเพื่อได้รับคำแนะนำแก้ไข

1.4 คงไว้ซึ่งความสัมพันธ์ระหว่างการอยู่คนเดียว และการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น

หญิงตั้งครรภ์ควรรู้จักแบ่งเวลาให้กับตนเองในการที่จะอยู่ตามลำพังและการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น เพราะการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น หรือกับสังคม จะทำให้หญิงตั้งครรภ์ได้รับข่าวสารและทราบถึงวิธีการปฏิบัติในขณะตั้งครรภ์ โดยเฉพาะการมีปฏิสัมพันธ์กับหญิงตั้งครรภ์ด้วยกัน หรือผู้ที่เคยคลอดบุตรมาแล้ว มีปฏิสัมพันธ์กับสามีเพื่อดำรงบทบาทของภรรยา มีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลรอบข้างเพื่อสร้างความเป็นมิตรและความรู้สึกผูกพันให้เกิดขึ้น ทำให้เกิดการยอมรับในกลุ่มสังคม และในขณะเดียวกันหญิงจะตั้งครรภ์ก็ควรมีเวลาที่จะอยู่ตามลำพัง เพราะความสงบเงียบจะทำให้ได้คิดทบทวนถึงการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย ชีวิตความเป็นอยู่และยอมรับถึงสภาพของตัวเอง คิดวางแผนการณ์ในอนาคต (วิจารณ์ วิชชุกิจ 2531 : 41-44) ตลอดจนจะได้มีเวลากระทำในสิ่งที่ตนเองชอบได้อย่างอิสระ

1.5 การป้องกันอันตรายต่าง ๆ ต่อชีวิต

หญิงตั้งครรภ์ควรรับรู้ถึงอันตรายที่อาจเกิดกับตนเองและทารกในครรภ์และจะต้องปฏิบัติตนเพื่อป้องกันอันตรายเหล่านั้น เช่น การสังเกตความผิดปกติของตนเองและทารกในครรภ์การระมัดระวังไม่ให้เกิดอุบัติเหตุ การหลีกเลี่ยงสารเคมีหรือติดเชื้อโรค เป็นต้น

1.6 การส่งเสริมความปกติสุขในชีวิต

หญิงตั้งครรภ์ควรปฏิบัติตนเพื่อส่งเสริมให้ตนเองและทารกมีสุขภาพกายและสุขภาพจิตที่ดีโดยการคอยดูแลเอาใจใส่ตนเองคอยป้องกันอุบัติเหตุหรืออันตรายที่อาจจะเกิดขึ้น พร้อมทั้งปฏิบัติตนให้ถูกต้องตามคำแนะนำของแพทย์หรือพยาบาล ตลอดจนการดูแลเอาใจใส่สามีญาติพี่น้องเพื่อความผาสุกในครอบครัว และการสร้างสัมพันธ์ภาพที่ดีกับเพื่อนฝูง หรือบุคคลรอบข้างเพื่อการยอมรับของสังคม



2. การดูแลตนเองตามระยะพัฒนาการ (Developmental Self-care requisites)

การตั้งครรภ์เป็นกระบวนการพัฒนาการขั้นตอนหนึ่งของชีวิตสตรี ซึ่งหญิงตั้งครรภ์จำเป็นต้องปฏิบัติ เพื่อส่งเสริมกระบวนการพัฒนาการในระยะตั้งครรภ์นี้ให้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี การปฏิบัติเพื่อส่งเสริมกระบวนการพัฒนาการในระยะตั้งครรภ์ให้บรรลุผลสำเร็จได้นั้น จะต้องเริ่มต้นด้วยการที่หญิงตั้งครรภ์จะต้องมีความคิดเห็นที่ดีต่อการตั้งครรภ์ยอมรับบุตรในครรภ์ ยอมรับบทบาทการเป็นมารดาซึ่งความรู้สึกเหล่านี้จะชักนำให้หญิงตั้งครรภ์มีความสนใจและตั้งใจที่จะปฏิบัติ เพื่อดูแลตนเองและการกินครรภ์ให้มีสุขภาพแข็งแรงปลอดภัยจากอันตรายต่าง ๆ ซึ่งก็ได้แก่การไปฝากครรภ์ การสนใจหาความรู้และปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์หรือพยาบาลในเรื่องการดูแลสุขภาพทางกาย เช่น การรับประทานอาหารที่มีคุณภาพ และมีปริมาณเพียงพอ การดื่มน้ำที่สะอาด การได้รับอากาศบริสุทธิ์ การพักผ่อนและออกกำลังกาย ตลอดจนการสังเกตอาการผิดปกติและการป้องกันอันตรายที่อาจเกิดขึ้นได้ รวมทั้งการดูแลรักษาสุขภาพจิตใจให้อยู่เสมอ พยายามหาวิธีลดความเครียดหรือความวิตกกังวลของตนเอง ตลอดจนการเตรียมสิ่งของเครื่องใช้ไว้ให้ทารก

3. การดูแลตนเองที่จำเป็นในภาวะเบี่ยงเบนทางด้านสุขภาพ (Health deviation self-care requisites)

หญิงตั้งครรภ์ที่มีความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์ ควรจะปฏิบัติตนดังนี้

3.1 เข้ารับการตรวจรักษาจากแพทย์ และจะต้องสนใจศึกษาหาความรู้เกี่ยวกับภาวะของโรคความดันโลหิตสูงที่กำลังเป็นอยู่ รวมทั้งทราบวิธีปฏิบัติตนที่เหมาะสมอาจจะโดยการเข้ารับการฟังการสอนสุขภาพของเจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพหรือซักถามจากแพทย์หรือพยาบาล เป็นต้น

3.2 จะต้องสนใจตนเองให้มากขึ้น คอยสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงหรืออาการผิดปกติที่อาจเกิดขึ้น เพื่อที่จะให้การดูแลรักษาได้ทันก่อนที่จะมีอาการรุนแรงจนถึงขั้นเป็นอันตราย อาการผิดปกติที่ต้องคอยสังเกต ได้แก่ อาการบวม โดยสังเกตจากการบวมที่เปลือกตา นิ้วมือ หรือนิ้วเท้า ใช้นิ้วกดที่หน้าแข้งหรือหลังเท้าจะมีรอยบุ๋มเกิดขึ้น อาการบวมจะสังเกตได้หลังจากตื่นนอนในตอนเช้า หรืออาจสังเกตว่ามีอาการบวมมากขึ้นจากรองเท้าคับหรือแหวนคับ นอกจากนี้ต้องคอยสังเกตอาการปวดศีรษะ ตาพร่ามัว จุกแน่นหน้าอก หรือเจ็บใต้ชายโครงขวา ซึ่งเป็นอาการนำที่จะทำให้เกิดอาการชัก และควรจะต้องเอาใจใส่สังเกตอาการผิดปกติของการกินครรภ์ด้วยโดยการคอยเฝ้าสังเกตและบันทึกอาการคลื่นของทารก หลังจากรับประทานอาหารแล้ว ควรนอนตะแคงแล้วคอยนับจำนวนครั้งที่ทารกดิ้นในเวลา 1 ชั่วโมง แล้วจดบันทึกไว้ซึ่งปกติแล้ว

การควรระมัดระวังไม่ต่ำกว่า 4 ครั้งใน 1 ชั่วโมง และใน 1 วันควรระมัดระวังไม่ต่ำกว่า 12 ครั้ง ถ้าคืนน้อยกว่านี้แสดงว่าทารกอาจจะตกอยู่ในภาวะอันตรายซึ่งควรจะต้องรีบปรึกษาแพทย์ทันที นอกจากนี้ควรสังเกตการมีเลือดหรือน้ำใส ๆ ไหลออกจากช่องคลอด ซึ่งอาจเป็นภาวะรกลอกตัว ก่อนกำหนดหรือถุงน้ำรั่วหรือแตกก่อนกำหนดซึ่งอาจทำให้เกิดการติดเชื้อในโพรงมดลูก หรือทารก คลอดก่อนกำหนดได้ หากเกิดอาการผิดปกติดังกล่าวควรจะไปพบแพทย์

3.3 ต้องมาตรวจครรภ์ตามนัดอย่างสม่ำเสมอหรือหากพบความผิดปกติก็ควรรีบไปพบแพทย์ทันทีไม่ต้องคอยให้ถึงวันนัด เพื่อแพทย์จะได้ประเมินภาวะสุขภาพได้อย่างต่อเนื่องและให้การดูแลรักษาที่เหมาะสม และจะต้องให้ความร่วมมือในการรักษาโดยการปฏิบัติตามคำแนะนำอย่างเคร่งครัด

3.4 ต้องสนใจรับรู้ถึงแนวทางการรักษารวมทั้งจะต้องทราบถึงข้อดีข้อเสียของวิธีการรักษาเช่นต้องทราบคุณสมบัติและฤทธิ์ข้างเคียงของยาแต่ละชนิดที่แพทย์ใช้รักษาเพื่อที่จะได้ปฏิบัติตามได้ถูกต้องเพื่อป้องกันการเกิดอันตรายจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา เช่น หากได้รับยาประเภทกล่อมประสาท ก็ควรระมัดระวังไม่ควรระมัดทำงานเพราะยาจะทำให้เกิดอาการง่วงนอนหรือมึนงงซึ่งจะทำให้เกิดอุบัติเหตุได้

3.5 ต้องยอมรับสภาพความเป็นจริงที่เกิดขึ้นว่าตนเองเกิดภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์ซึ่งจำเป็นจะต้องได้รับการดูแลรักษาจากแพทย์อย่างใกล้ชิด รวมทั้งควรขอรับความช่วยเหลือจากญาติพี่น้องหรือบุคคลอื่นเมื่อจำเป็นเพื่อการคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพกายและสุขภาพจิตที่ดีของตนเอง

3.6 ปรับการดำเนินชีวิตให้เข้าภาวะสุขภาพที่เป็นอยู่ รวมทั้งให้เข้ากับแนวทางการรักษาของแพทย์ เช่นการลดการทำงานลงและนอนพักผ่อนให้มาก ๆ รับประทานอาหารที่เหมาะสมกับสภาวะของโรค รวมทั้งปรับเปลี่ยนการปฏิบัติในด้านอื่น ๆ ดังที่กล่าวมาแล้ว เพื่อการมีสุขภาพที่ดีของตนเองและของทารกในครรภ์

จะเห็นว่าพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์ในเรื่องต่าง ๆ ที่กล่าวมาจะก่อให้เกิดผลดีคือจะช่วยลดหรือป้องกันไม่ให้อาการของความดันโลหิตสูงทวีความรุนแรงขึ้น และช่วยส่งเสริมให้หญิงตั้งครรภ์และทารกในครรภ์มีสุขภาพที่แข็งแรงสมบูรณ์ การดูแลตนเองให้ประสบความสำเร็จคือการมีสุขภาพที่สมบูรณ์แข็งแรงได้นั้นขึ้นอยู่กับว่าบุคคลสามารถปฏิบัติตามได้ถูกต้องมากน้อยเพียงใด ซึ่งในแต่ละบุคคลย่อมมีศักยภาพหรือมีความสามารถมากน้อยแตกต่างกันทั้งนี้ขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายประการ ปัจจัยที่มีผลต่อการกระทำหรือการมีพฤติกรรมของบุคคลประการหนึ่งก็คือความเชื่อ

ความสัมพันธ์ของความเชื่อด้านสุขภาพกับการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ชาวไทยมุสลิมที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์
แนวคิดเกี่ยวกับความเชื่อด้านสุขภาพ

ความเชื่อเป็นสิ่งที่มียุทธวิธีต่อพฤติกรรมมนุษย์ (Jasmin and Trygstad 1979:8) เพราะความเชื่อเป็นส่วนประกอบในตัวบุคคลซึ่งฝังแน่นอยู่ในความคิด ความเข้าใจ เมื่อบุคคลมีความเชื่ออย่างใดความเชื่อนั้นจะเป็นตัวกำหนดพฤติกรรมให้บุคคลประพฤติปฏิบัติตามความคิดเห็นและความเข้าใจนั้น ๆ โดยอาจจะรู้ตัวหรือไม่รู้ตัวก็ได้ และความเชื่อในสิ่งนั้น ๆ ไม่จำเป็นต้องอยู่บนพื้นฐานแห่งความจริงเสมอไป หรือความเชื่ออาจเป็นเพียงความรู้สึกนึกคิด ความเข้าใจ ความคาดหวัง หรือสมมติฐาน ซึ่งอาจจะมีเหตุผลหรือไม่มีเหตุผลก็ได้ (Rokeach 1970 : 112) ความรู้สึกนึกคิดนี้เป็นผลเกิดขึ้นหลังจากที่บุคคลได้รับประสบการณ์ต่าง ๆ มาแล้ว ไม่ว่าประสบการณ์นั้น ๆ จะได้รับมาโดยตรงหรือทางอ้อมก็ตามหรือเมื่อบุคคลมีการรับรู้คืออาการที่จิตใจรับเอาผลมาสัมผัสต่าง ๆ คลุกเคล้าปะปนกับความรู้สึกเก่าแล้วทำให้เกิดการรับรู้ว่าจะอะไรเป็นอะไร (จรินทร์ ธานีรัตน์ 2518 : 116) และความรู้สึกนึกคิดนี้จะฝังแน่นอยู่ในจิตใจ แล้วทำให้เกิดความเชื่อและความเข้าใจในสิ่งนั้น ๆ ขึ้น ซึ่งความเชื่อและความเข้าใจนี้จะมีบทบาทสำคัญในการวางหลักแห่งการกระทำ และยังเป็นองค์ประกอบสำคัญในการที่จะช่วยให้บุคคลสามารถปรับปรุงพฤติกรรมที่แสดงออกมาให้เข้ากับสถานการณ์ต่าง ๆ ได้อย่างเหมาะสม (สุชีรา อาสุวิทย์ 2527 : 1-2)

ความเชื่อด้านสุขภาพเป็นความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพอนามัยของบุคคล มีอิทธิพลต่อการเจ็บป่วยและการรักษา เมื่อบุคคลเกิดการเจ็บป่วยจะปฏิบัติตัวแตกต่างกันขึ้นกับองค์ประกอบหลายอย่าง เช่น ความรู้เกี่ยวกับสาเหตุของโรค อาการและรักษา การรับรู้เกี่ยวกับความรุนแรงของโรค ความเชื่อเดิม ความสนใจและค่านิยม เป็นต้น ผู้ที่เริ่มสนใจศึกษาเรื่องความเชื่อด้านสุขภาพคือโรเซนสตอค (Rosenstock) โดยได้แนวความคิดมาจากทฤษฎีการตั้งเป้าหมาย (Theory of goal setting) ของเลวิน (Lewin) ที่เชื่อว่าการรับรู้ของบุคคลเป็นตัวบ่งชี้พฤติกรรม โดยบุคคลจะกระทำหรือเข้าใกล้กับสิ่งที่ตนพอใจ และคิดว่าสิ่งนั้นก่อให้เกิดผลดีแก่ตน และหนีห่างจากสิ่งที่ตนไม่ปรารถนา แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในระยะแรกได้เน้นที่ปัจจัยภายในตัวบุคคลที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้ว่าการที่บุคคลจะปฏิบัติเพื่อหลีกเลี่ยงการเกิดโรคนั้น บุคคลนั้นจะต้องเชื่อว่าตนเป็นผู้มีโอกาสดังเกิดโรค โรคที่เกิดขึ้นมีความรุนแรงและมีผลกระทบต่องานประจำวัน การปฏิบัติกิจกรรมเฉพาะเจาะจงมีประโยชน์เพื่อลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหรือเพื่อลดความรุนแรง

แรงของโรค และยังมีสิ่งที่เป็นอุปสรรคในการปฏิบัติตน ได้แก่ ค่าใช้จ่าย ความสะดวก ความเจ็บปวด หรือความอาย เป็นต้น ซึ่งสิ่งเหล่านี้เป็นที่มาของการปฏิบัติพฤติกรรมในการป้องกันโรค

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในระยะแรกที่ใช้ทำนายพฤติกรรมของบุคคลในการป้องกันโรคดังแผนภูมิที่ 3 มีส่วนประกอบที่สำคัญดังนี้คือ

1. ความพร้อมที่จะกระทำ (readiness to take action) เป็นความพร้อมทางด้านจิตใจของบุคคลที่จะปฏิบัติสิ่งใดสิ่งหนึ่ง โดยพิจารณาตัดสินใจจากการรับรู้ของบุคคลถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค และการรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคนั้น

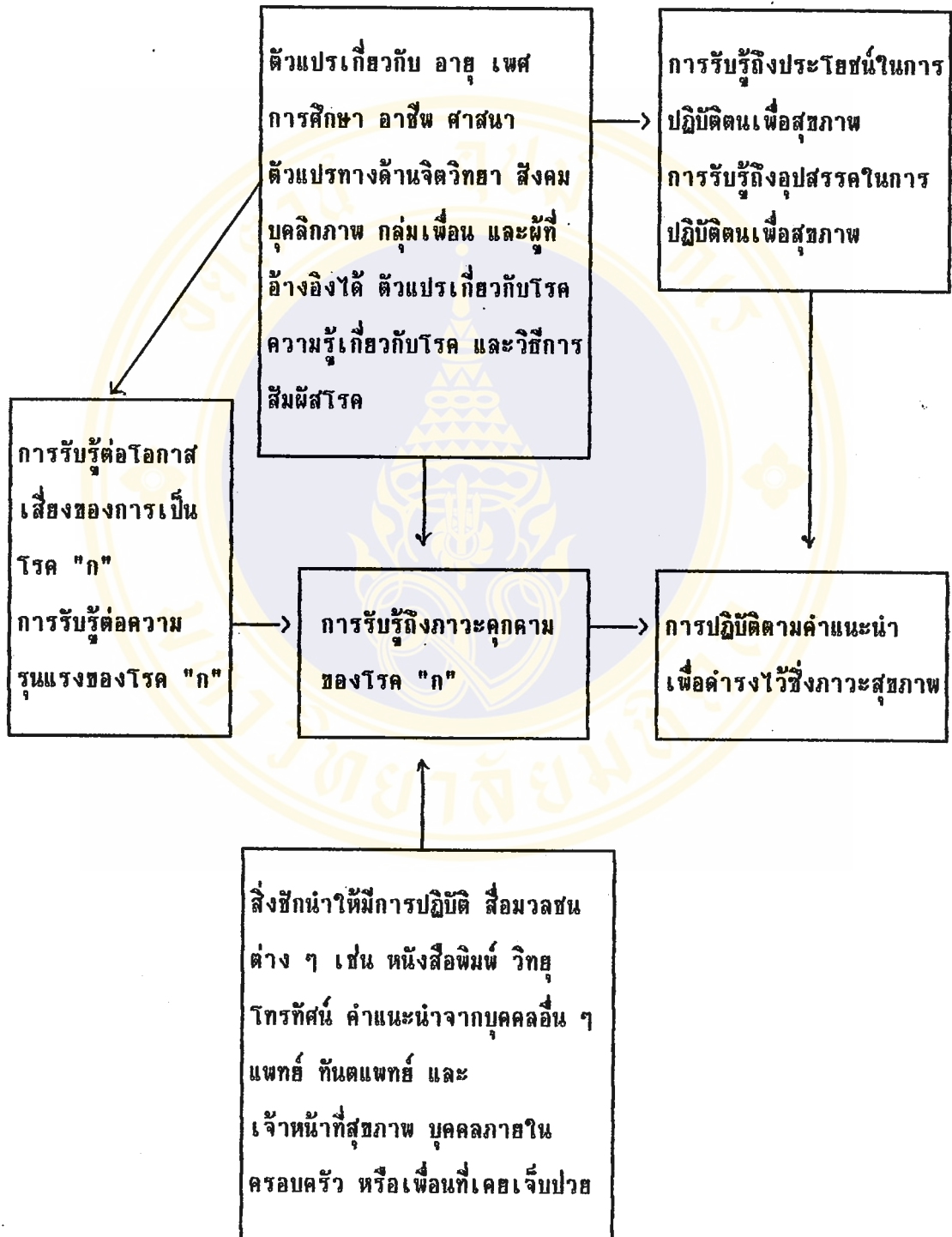
2. การประเมินถึงประโยชน์ต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ (evaluation of the advocated health behavior) โดยพิจารณาถึงความสะดวกหรือความเป็นไปได้ทางปฏิบัติ และผลที่ได้รับว่ามีประโยชน์ในการลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหรือลดความรุนแรงของโรคเพียงใด ทั้งนี้โดยเปรียบเทียบกับสิ่งที่เป็นอุปสรรคขัดขวางการปฏิบัติ เช่น ความเจ็บปวด การเสียเวลา ค่าใช้จ่ายต่าง ๆ เป็นต้น

3. สิ่งชักนำให้มีการปฏิบัติ (cue to action) อาจเป็นสิ่งชักนำภายในตน เช่น อาการ หรือความเจ็บป่วย หรือสิ่งชักนำภายนอก เช่น ปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล สื่อมวลชนต่าง ๆ ญาติ แพทย์ พยาบาล เป็นต้น

การรับรู้ของบุคคล
(Individual
Perceptions)

ปัจจัยร่วม
(Modifying Factors)

การปฏิบัติ
(Likelihood of Action)



แผนภูมิที่ 3 "แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ" ใช้ทำนายพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการ
ป้องกันโรค (ที่มา : Rosenstock, in Becker, ed. 1974 : 7)

เนื่องจากแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ในระยะแรกใช้อธิบายพฤติกรรมของบุคคล เฉพาะในเรื่องการป้องกันโรคเท่านั้น คาร์ล และ คอบบ์ (Karl and Cobb 1966 : 246) จึงได้ประยุกต์พฤติกรรมความเจ็บป่วยเข้าไปในแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ เพื่อให้สามารถ ทำนายพฤติกรรมสุขภาพอนามัยของบุคคลให้ครอบคลุมยิ่งขึ้น และได้แบ่งพฤติกรรมสุขภาพอนามัย ของบุคคลไว้ 3 ลักษณะคือ

1. พฤติกรรมการป้องกันโรค (Health Behavior) หมายถึงการกระทำกิจกรรม ใด ๆ ของบุคคลที่มีสุขภาพอนามัยสมบูรณ์ โดยมีจุดประสงค์เพื่อป้องกันโรค หรือค้นหาโรคในระยะ แรกที่ยังไม่มีอาการ

2. พฤติกรรมความเจ็บป่วย (Illness Behavior) หมายถึงกิจกรรมใด ๆ ที่บุคคล ปฏิบัติเมื่อรู้สึกไม่สบาย เพื่อประเมินความเจ็บป่วยและรับการรักษาที่เหมาะสม

3. พฤติกรรมของผู้ป่วย (Sick role Behavior) หมายถึงเมื่อบุคคลมีความเจ็บ ป่วยเกิดขึ้นแล้วได้ปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ โดยมีจุดประสงค์เพื่อให้อาการดีขึ้นได้ การปฏิบัติกิจกรรม ต่าง ๆ เพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพของร่างกาย และการให้ความร่วมมือในการรักษา เป็นต้น

ต่อมาเบคเกอร์ (Becker 1974 : 82) เห็นว่าความเชื่อและการรับรู้ไม่เพียงพอที่ จะอธิบายหรือทำนายพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลได้ จึงได้ปรับปรุงแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ เพื่ออธิบายหรือทำนายพฤติกรรมของบุคคลในการให้ความร่วมมือปฏิบัติพฤติกรรมอนามัย (compliant behaviors) โดยเพิ่มแรงจูงใจด้านสุขภาพ และปัจจัยในด้านต่าง ๆ เพิ่มเติมจากที่ Rosenstock ได้ศึกษาไว้ ดังแสดงตามแผนภูมิที่ 4



แผนภูมิที่ 4 "แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ" เพื่อใช้ทำนาย

พฤติกรรมความร่วมมือของผู้ป่วย

ที่มา : Becker, 1974 : 89

จากแนวคิดของเบคเกอร์ (Becker 1974 : 89) เกี่ยวกับการใช้แบบแผนความเชื่อ ด้านสุขภาพในการอธิบาย และทำนายพฤติกรรมความร่วมมือของผู้ป่วย ซึ่งพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษานั้นเป็นส่วนหนึ่งของพฤติกรรมการดูแลตนเองตามแผนการรักษา ดังนั้นความเชื่อด้านสุขภาพจึงมีความเกี่ยวข้องกับการดูแลตนเอง

องค์ประกอบของความเชื่อด้านสุขภาพที่มีความเกี่ยวข้องกับการดูแลตนเอง

1. แรงจูงใจด้านสุขภาพโดยทั่วไป (Health Motivation) หมายถึงสภาพอารมณ์ที่เกิดขึ้นจากการถูกกระตุ้นด้วยเรื่องของสุขภาพอนามัย ได้แก่ความสนใจเกี่ยวกับสุขภาพอนามัย ความต้องการให้มีสุขภาพดีตลอดไป ความตั้งใจที่จะหายจากโรค ความวิตกกังวลเกี่ยวกับสุขภาพ โดยทั่วไป เป็นต้น เบคเกอร์และไมแมน (Becker and Maiman 1974 : 22) กล่าวว่า แรงจูงใจเป็นเงื่อนไขที่สำคัญในการที่บุคคลแสดงพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพอนามัยและเป็นเครื่องวัดการรับรู้สิ่งแวดล้อมของบุคคลนั้น ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของโจเซฟ (Joseph 1980 : 132) ที่ว่าแรงจูงใจเป็นองค์ประกอบสำคัญที่จะช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความพร้อมและหันมาดูแลตนเอง และคอนเนลลี (Conelly 1987 : 626) มีความเห็นสอดคล้องว่าแรงจูงใจด้านสุขภาพทั่วไปเป็นปัจจัยหนึ่งที่ส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรังมีพฤติกรรมดูแลตนเอง แรงจูงใจด้านสุขภาพโดยทั่วไปสามารถวัดได้ทั้งภาวะเจ็บป่วยและภาวะสุขภาพดีในรูปความต้องการ ความตั้งใจหรือการปฏิบัติตามคำแนะนำ (Becker 1974 : 413) มีงานวิจัยหลายเรื่องที่สนับสนุนแรงจูงใจด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล เช่นงานวิจัยของพวงพยอม การ-ภิญโญ (2526 : 110) ที่พบว่าแรงจูงใจด้านสุขภาพทั่วไปมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอของผู้ป่วยเบาหวาน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสุภาพ ไบแก้ว (2528 : 99), นิตยา ภาสุนันท์ (2529 : 80) และสุวิมล ฤทธิมนตร์ (2534 : 87) จะเห็นได้ว่าแรงจูงใจด้านสุขภาพนับเป็นปัจจัยสำคัญที่กระตุ้นให้บุคคลมีพฤติกรรมด้านสุขภาพในทางบวก หรืออาจกล่าวได้ว่า แรงจูงใจด้านสุขภาพเป็นปัจจัยหนึ่งที่ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการดูแลตนเอง กล่าวคือ บุคคลที่มีแรงจูงใจด้านสุขภาพจะเอาใจใส่ต่อสุขภาพของตนเองมีความสนใจในการแสวงหาความรู้และแหล่งบริการทางสุขภาพทั้งในภาวะปกติ หรือเมื่อเกิดการเจ็บป่วย

2. การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค (Perceived Susceptibility) มีผลโดยตรงต่อพฤติกรรมสุขภาพอนามัยทั้งในภาวะที่มีสุขภาพดี และภาวะเจ็บป่วย โรเซนสต็อก (Rosenstock 1974 : 330) ได้อธิบายลักษณะการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคว่าเป็น

ความเชื่อของบุคคลว่าตนเองมีโอกาสเกิดโรคได้ และเพื่อหลีกเลี่ยงภาวะที่จะเกิดโรค จำเป็นต้องมีพฤติกรรมอนามัยเกี่ยวกับการป้องกันโรค และในกรณีที่เกิดความเจ็บป่วยแล้วการที่ผู้ป่วยจะปฏิบัติตามการรักษาและคำแนะนำขึ้นอยู่กับความรู้ต่อการรู้โอกาสที่จะป่วยเป็นโรคหรือการเกิดโรคซ้ำ ซึ่งสามารถวัดการรับรู้ของผู้ป่วยได้ 3 ทางคือ

2.1 ความเชื่อที่มีต่อการวินิจฉัยโรค ถ้าบุคคลไม่เชื่อการวินิจฉัยหรือขาดความเชื่อในตัวแพทย์ หรือมีความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพที่ไม่ถูกต้องจะทำให้การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคผิดไป

2.2 การคาดคะเนว่าตนอยู่ในภาวะที่เสี่ยงต่อการเจ็บป่วย หรือมีโอกาสที่จะเกิดโรคซ้ำอีกถ้าหากเคยเป็นโรคมามาก่อน

2.3 ความนึกคิดของบุคคลต่อโอกาสเสี่ยงในการเกิดโรคแทรกซ้อนอื่น ๆ หรือความเจ็บป่วยโดยทั่วไป

จากรายงานการวิจัยต่าง ๆ พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมีผลต่อการมีพฤติกรรมอนามัยหรือการดูแลตนเองเพื่อการป้องกันโรคและการรักษาเป็นอย่างมาก เช่นจากการศึกษาของ เอลลิง และคณะ (Elling et.al. cited in Becker 197 :) พบว่าความเชื่อของมารดาเกี่ยวกับการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดเป็นซ้ำของไข้รูห์มาติกในบุตร มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการนำบุตรมารับยาและการมาตรวจตามนัด นอกจากนี้ยังมีการศึกษาของ ฮาลาล (Hallal 1982 : 140) พบว่า การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งเต้านมในเพศหญิง มีความสัมพันธ์กับการตรวจเต้านมด้วยตนเองเป็นประจำ จากการศึกษาของ นิตยาภาสุนันท์ (2529 : 81) พบว่า การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สุวิมลฤทธิมนตร์ (2534 : 84) ที่พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคในคู่สมรสของผู้ป่วยโรคตับอักเสบไวรัสบี นอกจากนี้จากการศึกษาของสุดา กุ่ทอง (2529 : ข-ค) พบว่าหญิงตั้งครรภ์ที่รับรู้ถึงโอกาสเกิดโรคแทรกซ้อน จะไปรับบริการฝากครรภ์สูง

3. การรับรู้ต่อความรุนแรงของโรค (Perceived Severity) แม้ว่าบุคคลมีการรับรู้ว่ามีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคแต่พฤติกรรมอนามัยจะไม่เกิดขึ้นจนกว่าบุคคลนั้นจะมีความเชื่อว่าโรคที่เกิดขึ้นจะก่อให้เกิดอันตรายต่อร่างกายเช่น ก่อให้เกิดความพิการ เสียชีวิต และมีความยากลำบากหรือต้องใช้เวลานานในการรักษา การเกิดโรคแทรกซ้อน รวมทั้งผลกระทบที่มี

ตอบทบททางสังคม อย่างไรก็ตาม การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคมิได้หมายความว่าความรุนแรงของโรคที่เกิดขึ้นจริง แต่เป็นความรู้สึกนึกคิดของบุคคลที่มีต่อความรุนแรงของโรค (Rosenstock cited in Becker 1966 : 99) ดังนั้นผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงอาจให้ความร่วมมือน้อยกว่าผู้ป่วยที่มีอาการไม่รุนแรงได้ มิคเฮล (Mikhail 1981 : 69) ได้ศึกษารวบรวมผลงานของนักวิจัยหลายท่านพบว่า การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพอนามัย กล่าวคือ จากการศึกษาของ คีเกลส์ (Kegeles 1963) และการศึกษาของแทช และคณะ (Tash et.al. 1969) พบว่า การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการมาตรวจเพื่อป้องกันปัญหาสุขภาพฟัน การศึกษาของเนลสันและคณะ (Nelson, et. al. 1978 : 903) พบว่า ผู้ป่วยที่รับรู้ว่าเป็นภาวะที่มีอันตรายรุนแรงจะให้ความร่วมมือในการควบคุมภาวะความดันโลหิตสูงได้ดีกว่าผู้ป่วยที่รับรู้ว่าเป็นภาวะความดันโลหิตสูงที่ไม่มีอันตรายรุนแรง นอกจากนี้ สุรีย์ โอภาสศิริวิทย์ (2531 : ก) พบว่าการรับรู้ถึงความร้ายแรงของปัญหาสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ มัลลิกา ตั้งเจริญ (2534 : ก) ที่พบว่า การรับรู้ถึงลักษณะความรุนแรงของโรคเอดส์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคเอดส์ของหญิงบริการทางเพศ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

4. การรับรู้ประโยชน์ของการรักษา (Perceived Benefits) เป็นการรับรู้ของผู้ป่วยที่มีต่อแผนการรักษาว่าสามารถป้องกันภาวะแทรกซ้อนอันตรายและควบคุมอาการของโรคได้ เบคเกอร์และคณะ (Becker et. al. 1974 : 205-216) พบว่าผู้ที่รับประทานยาสม่ำเสมอมีความเชื่อว่ายาที่ได้รับจากแพทย์มีประสิทธิภาพในการรักษา และการรักษาที่ได้รับอยู่มีประโยชน์ ผู้ป่วยที่เชื่อในความสามารถของแพทย์ว่ารักษาความเจ็บป่วยให้หายได้จะไปพบแพทย์ตามนัด นิตยา อังภาบุรณะ (2527 : 83) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับการปฏิบัติตนของผู้ป่วยกลุ่มเนื้อหัวใจตาย พบว่าการรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษามีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นิตยา ภาสุนันท์ (2530 : 82) พบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการรักษา มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด นอกจากนี้ สุรีย์ โอภาสศิริวิทย์ (2531 : ก) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้และปัจจัยบางประการกับการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์พบว่า การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรม的自我ดูแลตนเอง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลตนเอง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สุดา กุ์ทอง (2529 : ค) ที่พบว่า หญิงตั้งครรภ์ที่รับรู้ประโยชน์ของการฝากครรภ์มากจะไปรับบริการฝากครรภ์สูงกว่าผู้ที่รับน้อย

กว่า และจากการศึกษาของ มัลลิกา ตั้งเจริญ (2534 : ก-ข) พบว่า การรับรู้ถึงประโยชน์ของการดูแลตนเอง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคเอดส์ของหญิงบริการทางเพศอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

5. การรับรู้อุปสรรคของการรักษา (Perceived Barrier) เป็นการรับรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับปัจจัยหรือกิจกรรมต่าง ๆ ตามสภาพเป็นจริงที่ขัดขวางการมีพฤติกรรมสุขภาพอนามัย ซึ่งอาจได้แก่ ค่าใช้จ่าย เวลาในการมารับบริการสุขภาพ ความพึงพอใจในบริการที่ได้รับ ผลที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติกิจกรรมบางอย่าง เช่น ความเจ็บปวดหรือความไม่สบายจากการถูกเจาะเลือด ฉีดยา หรือการรับบริการทางสุขภาพทำให้ขาดรายได้จากการประกอบอาชีพ เป็นต้น ซึ่งสิ่งต่างๆ เหล่านี้จะทำให้เกิดความขัดแย้งและหลีกเลี่ยงการมีพฤติกรรมอนามัย บุคคลจะประเมินระหว่างประโยชน์ที่จะได้รับกับอุปสรรคที่เกิดขึ้นก่อนการตัดสินใจ จากการศึกษาของ คลิงเกอร์ (Klinger 1984 : 32-37) ศึกษาพบว่า การปฏิบัติตัวที่จะต้องใช้เวลาอันยาวนาน ความไม่สะดวกที่จะปฏิบัติ ความไม่สบายจากการรักษา และการได้รับแนะนำที่ไม่ชัดเจนเพียงพอเป็นอุปสรรคในการปฏิบัติตามแผนการรักษาซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของไบเลย์ และคณะ (Bailey, et. al. 1987 : 349) พบว่าอุปสรรคในการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยโรคหอบหืดคือค่าใช้จ่ายในการรักษา ความยุ่งยากในการใช้ยาโรคหอบหืดตามสถานที่ต่าง ๆ เช่นที่ทำงาน หรือโรงเรียน เป็นต้น และจากการศึกษาของ สุรีย์ โอภาสศิริวิทย์ (2531 : ก) พบว่าอุปสรรคในการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองในทิศทางลบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับแนวคิดของ คอนเนลลี (Connelly 1987 : 626) เกี่ยวกับค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเพื่อการดูแลตนเองและผลจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา ความไม่สบายและความไม่สะดวกในการปฏิบัติตนตามแผนการรักษาของผู้ป่วย รวมถึงความซับซ้อนของการรักษาและระยะเวลาที่ยาวนานในการรักษาเป็นอุปสรรคต่อพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

6. ปัจจัยร่วมต่าง ๆ (Modifying factor) เป็นปัจจัยต่าง ๆ ตามสภาพความจริงที่ส่งเสริมหรือขัดขวางการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล อันได้แก่ ปัจจัยด้านจิตสังคม ปัจจัยด้านประชากร รวมทั้งสิ่งที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพทั้งในภาวะสุขภาพดีและในขณะเจ็บป่วย ดังนี้

ปัจจัยด้านจิตสังคม เป็นปัจจัยหนึ่งที่เป็นแนวทางในการตัดสินใจเลือกปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อแก้ปัญหาสุขภาพของตนให้สอดคล้องกับความเชื่อของตน และความต้องการของสังคมรอบข้าง จากการศึกษาทางด้านจิตวิทยาสังคม พบว่า การตัดสินใจส่วนใหญ่ของบุคคลมักขึ้นอยู่กับอิทธิพล

ของบุคคลอื่น โดยเฉพาะสมาชิกในครอบครัวและเพื่อนผู้ใกล้ชิด (เอ็ดมุนด์ กาญจนรังสีชัย 2532 : 24) เบคเกอร์และไมแมน (Beckers and Maiman 1975 : 19) ได้อ้างถึงการศึกษาของแลมเบิร์ต (Lambert) ที่พบว่าสมาชิกในครอบครัว และเพื่อน เป็นผู้กระตุ้นให้บุคคลไปตรวจสุขภาพเป็นประจำปี เช่นเดียวกับคummings จากการศึกษาศึกษาของ สุกาภรณ์ ด้วงแพง (2531 : 95) ที่พบว่าความสัมพันธ์จากคummingsของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาโดยวิธีจัดของเสียทางเยื่อบุช่องท้อง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลตนเองของผู้ป่วย นอกจากนี้การได้รับคำแนะนำจากบุคคลอื่น เป็นต้นว่า คำแนะนำจากเจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพ บุคลากรทางการแพทย์ เพื่อนบ้าน ซึ่งเกิดจากการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล และข่าวสารจากสื่อมวลชน อันเป็นสิ่งที่ชักนำภายนอกที่เอื้ออำนวยให้มีพฤติกรรมสุขภาพเช่นกัน ดังเช่นที่ ฟรานซิส คอร์ช และมอร์ริส (Francis, Korch and Morris 1969 : 535) พบว่า มารดาที่ให้ความร่วมมือและปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษาบุตรของตนเป็นอย่างดี เป็นผู้ที่มีความพอใจในความเป็นกันเองของแพทย์ รู้สึกว่าแพทย์เข้าใจในสิ่งที่เขาไม่สบายใจ และพบว่า การที่มารดาไปพบแพทย์ไม่ได้ช่วยแก้ปัญหาให้การขาดสัมพันธ์ภาพที่ดีระหว่างแพทย์กับผู้ป่วย และไม่ได้รับคำอธิบายถึงการวินิจฉัยโรคเป็นสาเหตุสำคัญทำให้ไม่ให้ความร่วมมือ

ปัจจัยด้านประชากร เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความสำคัญต่อการทำนวยพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล ได้แก่

อายุ : เป็นองค์ประกอบหนึ่งที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล เนื่องจากอายุมีความสัมพันธ์กับประสบการณ์ในอดีต โอเรม (Orem 1980 : 154) กล่าวว่า เมื่อบุคคลมีวุฒิภาวะมากขึ้นย่อมมีการตัดสินใจทางเลือกที่ดี และมีการตัดสินใจที่ถูกต้องในเรื่องการดูแลตนเองทางด้านสุขภาพ สอมรับและรับผิดชอบที่จะกระทำเพื่อตัวเขาเองได้ดีกว่าวัยเด็กดังที่เบคเกอร์ (Becker 1974 : 88) พบว่า ความไม่ร่วมมือตามแผนการรักษา มักจะพบได้ในผู้ป่วยที่มีอายุมาก ๆ และอายุน้อย ๆ ดังเห็นได้จากการศึกษาของโลเวนสไตน์และไรน์ฮาร์ท (Lowenstein and Rinehart 1984 : 254) พบว่าหญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุมากมีพฤติกรรมในการป้องกันโรคดีกว่าหญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุน้อย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สุรีย์ โอภาสศิริวิทย์ (2531 : ก) ที่พบว่าอายุของหญิงตั้งครรภ์มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองในทิศทางบวกอย่างมีนัยสำคัญ และยังสอดคล้องกับการศึกษาของ อังคณา นวลสง (2535 : 97) ซึ่งพบว่า อายุของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง เนื่องจากการตั้งครรภ์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ระดับการศึกษา : บุคคลที่มีระดับการศึกษาสูงจะมีการรับรู้และปฏิบัติตนด้านสุขภาพที่ถูกต้องและดีกว่าบุคคลที่มีระดับการศึกษาต่ำเนื่องจากบุคคลที่ได้รับการศึกษาน้อยจะขาดโอกาสในการเรียนรู้เรื่องสุขภาพอนามัย (จรรยา สุวรรณทัต 2527 : 838) ในขณะที่บุคคลที่มีระดับการศึกษาสูง มักจะเป็นผู้ที่สนใจศึกษาค้นคว้าอยู่เสมอ และมีโอกาสที่จะรับรู้ข่าวสารจากสื่อต่าง ๆ ได้หลายประเภทโดยสามารถที่จะเรียนรู้และทำความเข้าใจในเรื่องต่าง ๆ ได้รวดเร็ว ซึ่งจะเป็นการเพิ่มพูนความรู้ ความสามารถแก่ตนเองมากขึ้น จากการศึกษาของรูทท์ (Ruth 1973 : 136-156) พบว่า ผู้ที่มีระดับการศึกษาต่ำจะพบปัญหาในการทำความเข้าใจเกี่ยวกับการเกิดโรค และวิธีการรักษารวมทั้งการปฏิบัติตน เพราะความรู้ดังกล่าวเป็นเรื่องในเชิงวิทยาศาสตร์ โดยผู้ที่มีระดับการศึกษาสูงจะสามารถรับรู้และทำความเข้าใจในสิ่งที่เรียนรู้ได้มากกว่าตลอดจนเข้าใจเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นกับตนเองได้อย่างถูกต้องมากกว่าผู้ที่มีระดับการศึกษาต่ำ โอเรม (Orem 1985 : 86, 175) เชื่อว่าการศึกษาเป็นสิ่งสำคัญต่อการพัฒนาความรู้ ทักษะ และทัศนคติที่ดีต่อการดูแลตนเอง ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ สุธา เจริญสุข (อ้างใน จรรยา สุวรรณทัต 2527 : 817) ที่ว่า บุคคลที่มีการศึกษามากจะช่วยเพิ่มพูนความรู้ ความสามารถให้ตนเองทำให้เกิดเจตคติที่กว้างขวางในสิ่งต่าง ๆ ได้มากขึ้น จากการศึกษาของพวงรัตน์ บุญยานุรักษ์ (1985 : 56) พบว่า หญิงตั้งครรภ์ที่มีระดับการศึกษาระดับอาชีวะและวิทยาลัยไปใช้บริการฝากครรภ์มากกว่าหญิงตั้งครรภ์ที่มีการศึกษาระดับมัธยมหรือต่ำกว่า และจากการศึกษาของกรรณิการ์ กันทรักษา (2527 : 123) พบว่าหญิงตั้งครรภ์ที่มีการศึกษาระดับสูงมีพฤติกรรมการปฏิบัติตนเพื่อดำรงไว้ซึ่งสภาวะสุขภาพสูงกว่าหญิงตั้งครรภ์ที่มีระดับการศึกษาต่ำ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สมจิต ปทุมานนท์ (2523 : 137) ที่พบว่าระดับการศึกษาของหญิงมีครรภ์มีความสัมพันธ์ในทิศทางบวกกับการดูแลตนเองด้านอนามัยแม่และเด็กอย่างมีนัยสำคัญ

รายได้ของครอบครัว : เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อการดูแลตนเอง เพนเดอร์ (Pender 1982 : 161-162) กล่าวว่า ฐานะทางเศรษฐกิจและสังคมเป็นองค์ประกอบที่สำคัญต่อการมีศักยภาพในการดูแลตนเองของผู้ป่วย โดยผู้ที่มีฐานะทางเศรษฐกิจและสังคมสูงจะมีโอกาสดีกว่าในการแสวงหาสิ่งที่เป็นประโยชน์ต่อการดูแลตนเอง ผู้ที่มีฐานะทางเศรษฐกิจและสังคมสูงจะมีรายได้สูงซึ่งเอื้ออำนวยให้บุคคลสามารถดูแลตนเองให้ได้รับอาหารที่เพียงพอ ตลอดจนเข้าถึงบริการได้อย่างเหมาะสม รวมทั้งสามารถจัดหาข้าวของเครื่องใช้ต่าง ๆ เพื่ออำนวยความสะดวกส่งเสริมการดูแลตนเองได้ ส่วนผู้ที่มีฐานะทางเศรษฐกิจต่ำหรือมีรายได้น้อยจะไม่ค่อยมีเวลาในการเอาใจใส่ดูแลตนเองมากนัก จะมุ่งความสนใจไปในการหาเลี้ยงชีพเพื่อความอยู่รอด

ของตนเองมากกว่า รายได้ที่มีอยู่อาจจะไม่เหลือเพียงพอที่จะจัดหาสิ่งบริการเพื่อบำบัดหรือบำรุงรักษาสุขภาพ จากการศึกษาของสมจิต ปทุมานนท์ (2532 : 137) พบว่าฐานะทางเศรษฐกิจของมารดาครรภ์แรกมีความสัมพันธ์ในทิศทางบวกกับการดูแลตนเองด้านอนามัยแม่และเด็ก ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สุรีย์ โอภาสศิริวิทย์ (2531 : ก) ที่พบว่ารายได้ของครอบครัวต่อเดือนของหญิงตั้งครรภ์มีความสัมพันธ์ในทิศทางบวกกับการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ลำดับที่ของการตั้งครรภ์ : นับเป็นองค์ประกอบหนึ่งที่มีผลต่อการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์จากการศึกษาของ กรรณิการ์ กันตะรักษา (2527 : 129) พบว่า หญิงตั้งครรภ์ที่มีลำดับที่ของการตั้งครรภ์แตกต่างกันมีพฤติกรรมการปฏิบัติตนเพื่อดำรงไว้ซึ่งสภาวะสุขภาพแตกต่างกัน โดยพบว่าหญิงครรภ์แรกมีพฤติกรรมด้านกิจกรรมประจำวัน และมีความคิดเห็นต่อการตั้งครรภ์ดีกว่าหญิงครรภ์หลัง

จะเห็นได้ว่า แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่ได้รับการปรับปรุงใหม่ทั้งในด้านแรงจูงใจด้านสุขภาพโดยทั่วไป การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ต่อความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการรักษา การรับรู้อุปสรรคของการรักษา ตลอดจนปัจจัยร่วมต่าง ๆ มีความสำคัญต่อพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลทั้งพฤติกรรมในการป้องกันโรคในกลุ่มที่ยังไม่เกิดการเจ็บป่วย และพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาเพื่อควบคุม และรักษาโรคในกลุ่มที่มีการเจ็บป่วยเกิดขึ้นแล้ว สำหรับหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์นั้น เป็นผู้ที่มีการเจ็บป่วยเกิดขึ้นแล้วและจำเป็นจะต้องมีพฤติกรรมการดูแลตนเอง หรือให้ความร่วมมือตามแผนการรักษา เพื่อควบคุมป้องกันไม่ให้เกิดการดำเนินของโรครุนแรงขึ้น อีกทั้งป้องกันมิให้มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอันตรายทั้งต่อตนเองและทารกในครรภ์ การที่หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์จะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองหรือให้ความร่วมมือตามแผนการรักษา นั้นจึงน่าจะขึ้นอยู่กับความเชื่อด้านสุขภาพในด้านต่าง ๆ รวมทั้งปัจจัยร่วมดังที่กล่าวมาแล้ว

ความสัมพันธ์ของความเชื่อด้านสุขภาพกับการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ชาวไทยมุสลิมที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์

ความเชื่อทางศาสนาอิสลามกับผลกระทบต่องานสุขภาพของชาวไทยมุสลิม

ชาวไทยมุสลิม คือ ผู้ที่นับน้อมมอบตนต่อพระผู้เป็นเจ้าอัลลอห์ (ซุบห์) แต่ผู้เดียวอย่างสิ้นเชิงเพื่อสันติ (เสาวนีย์ จิตต์หมวด 2524 : 15)

ชาวไทยมุสลิม คือผู้ที่นับถือศาสนาอิสลาม ซึ่งอิสลามนี้ไม่ได้เป็นเพียงแค่ศาสนาเท่านั้น แต่อิสลามยังเป็นระบบการดำเนินชีวิต (Way of life) เป็นทางนำของมนุษย์ตั้งแต่เกิดจนตาย ซึ่งครอบคลุมไปจนถึงระบบการเมือง และการปกครอง เศรษฐกิจ ฯลฯ ดังนั้นชาวมุสลิมนอกจากจะต้องปฏิบัติศาสนกิจตามหลักศาสนาอิสลามแล้วยังจะต้องปฏิบัติหรือดำเนินชีวิตตามวัฒนธรรมอิสลามที่พระเจ้าได้กำหนดไว้ให้แล้วตามที่ปรากฏในพระคัมภีร์อัล-กุรอาน

ชาวมุสลิมที่ศรัทธาจะต้องปฏิบัติตนให้ถูกต้องครบถ้วนตามโครงสร้างของศาสนาซึ่งมีอยู่ 2 ประการ (เสวานีย์ จิตต์หมวด 2524 : 33-96) คือ

1. หลักศรัทธา (รูกน่อหฺมาน) มี 6 ประการ

2. หลักปฏิบัติ (รูกน่ออิสลาม) มี 5 ประการ

หลักศรัทธา 6 ประการ หรือที่เรียกว่า รูกน่อหฺมาน ได้แก่

1. ความศรัทธาในอัลลอฮ์ เชื่อว่า อัลลอฮ์ เป็นพระเจ้าสูงสุดผู้เดียว ทรงมีอำนาจเหนือทุกสิ่ง เป็นผู้รอบรู้ เป็นผู้สร้าง และพิทักษ์รักษาสิ่งทั้งปวง เชื่อว่ามนุษย์เป็นสิ่งที่พระองค์สร้างขึ้น จึงไม่มีอำนาจใด ๆ ทั้งสิ้น ต้องทำตัวให้อัลลอฮ์โปรดปรานเพื่ออัลลอฮ์จะได้ชี้ทางนำไปสู่สวรรค์ในวันปรโลก

2. ศรัทธาในมะลาอิกะฮ์ มะลาอิกะฮ์เป็นบ่าวของพระเจ้าประเภทหนึ่ง มีคุณสมบัติแตกต่างกันไปจากมนุษย์ เช่น ไม่กิน ไม่ดื่ม ไม่นอน ไม่มีเพศ ไม่กระทำการใดตามอารมณ์ชอบมนุษย์ไม่ทราบรูปร่างที่แท้จริง คือไม่อาจเห็นตัวตนได้ แต่มะลาอิกะฮ์สามารถแปลงร่างต่าง ๆ ได้ตามบัญชาของพระเจ้า มะลาอิกะฮ์ถูกสร้างขึ้นมาเป็นจำนวนมาก และมีชื่อและหน้าที่ต่าง ๆ กัน เช่น

ญิบรออิล เป็นผู้นำโองการจากพระเจ้าเป็นเจ้ามาถ่ายทอดให้แก่ศาสนา

รกีบ-อดีด ทำหน้าที่บันทึกความดีความชั่วของมนุษย์

อิสรออิล ทำหน้าที่ถอดวิญญาณมนุษย์ออกจากร่าง

มุนกะษ-นกีร์ ทำหน้าที่สัมภาษณ์ผู้ตาย ณ หลุมฝังศพ

ผู้ที่จะเป็นมุสลิมได้สมบูรณ์ จะต้องศรัทธาว่า มะลาอิกะฮ์มีจริง ซึ่งที่จริงแล้วการศรัทธาในข้อนี้ก็เป็นผลดีแก่มนุษย์ผู้มีความศรัทธาเองที่จะทำให้เขาทำแต่ความดี ละเว้นความชั่ว เพราะแต่ละคนจะมีมะลาอิกะฮ์ คอยบันทึกความดีความชั่วอยู่ตลอดเวลา

3. ศรัทธาในคัมภีร์ของอัลลอฮ์ ถือว่าข้อความในคัมภีร์เหล่านั้นเป็นพระวจนะของพระเจ้าผู้เป็นเจ้าแต่เพียงผู้เดียว

4. ศรัทธาในศาสนทูตของอัลลอฮ์ มุสลิมจะต้องศรัทธาว่าพระเจ้าทรงคัดเลือกบุคคลในหมู่มนุษยชาติ ให้เป็นผู้สื่อสารนำบทบัญญัติของพระองค์มาสั่งสอนแก่มวลมนุษย์ทุกยุคทุกสมัย

ผู้ที่ได้รับโองการจากพระเจ้า พอจำแนกออกได้เป็น 2 ประเภทคือ

4.1 นบี หมายถึง ผู้ที่ได้รับโองการมาเพื่อปฏิบัติตามที่พระเจ้าผู้เป็นเจ้าใช้ และจะคงไว้ในสิ่งที่พระองค์ทรงดเว้นโดยเฉพาะตนเองเท่านั้น ไม่มีหน้าที่ต้องเผยแผ่แก่บุคคลทั่วไป

4.2 รซูล จัดว่าเป็นนบีเช่นกัน แต่มีหน้าที่มากกว่านบี คือต้องนำโองการที่ได้รับจากพระเจ้าผู้เป็นเจ้ามาเผยแผ่แก่มนุษยชาติโดยทั่วไป เช่น นบีมูซา หรือโมเสส นบียะซา หรือพระเยซู และนบีมุฮัมมัด (ศ็อลฯ) ฉะนั้นจึงสรุปได้ว่า รซูลทุกคนเป็นนบี แต่นบีทุกคนมิได้เป็นรซูล บรรดาศาสนทูต (นบี) ที่คัมภีร์อัล-กุรอานได้กล่าวถึงมี 25 ท่าน

5. ศรัทธาในวันพิพากษา มุสลิมต้องศรัทธาว่าโลกนี้เป็นโลกแห่งการทดลอง เป็นโลกที่ไม่จีรัง จะต้องมียุคแตกสลายซึ่งวันนั้นเรียกว่า วันกิยามะฮ์ หรือ วันแห่งการพิพากษา เป็นวันที่ทุกชีวิตจะบังเกิดขึ้นมาอีกครั้งหนึ่ง เพื่อถูกชำระการงานที่เขาได้ประกอบไว้ในโลกนี้ ผู้ใดที่ศรัทธาและประกอบกาดี จะได้รับการพิพากษาให้ไปอยู่ในสวรรค์ แต่สำหรับผู้ที่ทำชั่วหรือทำบาปจะได้ไปอยู่ในนรก กิยามะฮ์ หรือ ปรโลก เป็นวันที่เมื่อเกิดขึ้นแล้วไม่มีวันที่จะถึงซึ่งการอวสาน มนุษย์และสรรพสิ่งทั้งหลายเมื่อเกิดขึ้นแล้วจะคงอยู่ตลอดไปชั่ววันรันดร์ ซึ่งเรียกว่าโลกอาคิรัต

6. ความศรัทธาในการกำหนดสภาวะต่าง ๆ ของสรรพสิ่ง และสรรพสัตว์โดยอัลลอฮ์ การกำหนดสภาวะมี 3 ประการ

6.1 สภาวะที่ตายตัวแน่นอน ไม่มีผู้ใดเปลี่ยนแปลงได้นอกจากอัลลอฮ์ เช่น การเกิดการตายของสิ่งมีชีวิต การโคจรของดวงอาทิตย์ การแปรปรวนของดินฟ้าอากาศ เป็นต้น

6.2 สภาวะที่เกี่ยวกับมนุษย์ เช่น ถิ่นกำเนิด

6.3 สภาวะที่สามารถแก้ไข เปลี่ยนแปลงได้ด้วยกาการกำหนดสภาวะอีกประการหนึ่ง เช่น ความหิว จะแก้ด้วยการรับประทานอาหาร ความกระหาย แก้ด้วยการดื่มน้ำ

หลักปฏิบัติหรือรูกอนอิสลามมี 5 ประการ

1. การปฏิญาณตน มุสลิมจะต้องปฏิญาณตนทุกวันว่า "ไม่มีพระเจ้าอื่นใด นอกจากอัลลอฮ์ และนบี มุฮัมมัด เป็นศาสนทูตของพระองค์"

2. การละหมาด หรือ นมาซ เป็นการปฏิบัติที่แสดงถึงความภักดีต่อพระองค์อัลลอฮ์ มุสลิมทุกคนเมื่ออายุเข้าซัดที่รู้จักรับผิดชอบได้แล้วคืออายุประมาณ 15 ปี ต้องทำละหมาดวันละ 5 เวลา คือ เช้าตรู่ บ่าย เย็น พลบค่ำ และเวลากลางคืน การละหมาดเป็นการขัดเกลาจิตใจให้

สะอาดบริสุทธิ์อยู่ตลอดเวลา เป็นการสำรวมจิตใจให้มีสมาธิ มีความสงบ หนักแน่น อุดทน การละหมาดเปรียบได้กับเสาเอกของอัล-อิสลาม ซึ่งจะนำพามุสลิมให้มีความสุขทางจิตใจในโลกนี้ และจะเป็นกุญแจสำหรับสรวงสวรรค์ในโลกหน้า ฉะนั้นผู้ที่ละทิ้งการละหมาด ถือได้ว่าผู้นั้นไม่ใช่มุสลิม การละหมาดจึงมีความสำคัญมาก ละเว้นไม่ได้ ไม่ว่ายามปกติ หรือเจ็บป่วย ยกเว้นหญิงคลอดบุตรหรือกำลังมีประจำเดือน

3. มุสลิมจะต้องถือศีลอด หรือถือบวชทุกปี มุสลิมที่บรรลุนิติภาวะแล้วคือมีอายุ 15 ปี จะต้องถือบวชทุกปี ปีละ 1 เดือน คือในเดือนรอมฎอน อันเป็นเดือนที่ 9 แห่งปีในศาสนาอิสลาม การถือศีลอดเป็นการฝึกฝนทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจของมุสลิม ให้มีความหนักแน่น อุดทน ให้ทุกคนได้รู้รสชาติของความหิวโหยว่าเป็นเช่นไร เพื่อจะได้เห็นอกเห็นใจคนจน และจะได้มีการช่วยเหลือเกื้อกูลกันต่อไป มุสลิมจะงดเว้นการบริโภคอาหาร และดื่มน้ำ งดการประพฤติกไปตามอารมณ์ฝ่ายต่ำที่ต้องห้ามในช่วงรุ่งอรุณ เรื่อยไปจนกระทั่งตะวันตกฟ้า การถือศีลอดอาจงดเว้นได้ในบุคคลต่อไปนี้

- คนชรา
- คนป่วยหรือรังที่แพทย์วินิจฉัยว่ารักษาไม่หายหรือสุขภาพไม่ปกติ หากถือศีลอดจะเป็นอันตรายต่อสุขภาพ
- หญิงมีครรภ์ และหญิงหลังคลอดที่เลี้ยงทารกด้วยนมมารดา
- บุคคลทำงานหนัก เช่น กรรมกรแบกหาม
- บุคคลที่อยู่ในระหว่างการเดินทาง ซึ่งเป็นการลำบากในการถือศีลอด
- หญิงมีประจำเดือน และหญิงหลังคลอด

บุคคลเหล่านี้ เมื่อพ้นจากภาวะความจำเป็นต่าง ๆ ดังกล่าวแล้ว ให้ถือศีลอดชดเชยตามจำนวนวันที่ขาด ในช่วงระยะ 11 เดือน ก่อนที่เดือนรอมฎอนของปีใหม่จะมาถึง ยกเว้นผู้ที่จะถือศีลโดยลำบาก เช่น คนชรา, คนทำงานหนักทั้งปี แม่่นม ฯลฯ ให้บริจาคอาหารแก่คนยากจน 1 คน ในวันที่ขาดโดยอาหารนั้นต้องเหมือนกับที่ตนรับประทาน

4. ต้องบำเพ็ญทาน ซึ่งเรียกว่า ซะกาต (Zakart) เป็นข้อบัญญัติหนึ่งของศาสนาที่ถือเป็นหน้าที่ของมุสลิมทุกคนที่มีทรัพย์สิน จะต้องสละทรัพย์สินบางส่วนให้แก่ผู้รับโดยไม่มีเงื่อนไขผูกมัดผู้รับแต่อย่างใด

5. การเดินทางไปสักการะบูชาเทวสถานศักดิ์สิทธิ์ที่เมกกะ หรือที่เรียกว่า การฮัจญ์ ซึ่งการประกอบพิธีฮัจญ์ กระทำกันเพียงปีละครั้ง ในเดือนที่ 12 แห่งปีอิสลาม

สำหรับประการที่ 4 และ 5 นี้ เป็นการปฏิบัติเพื่อให้ได้บุญมากขึ้น ผู้ที่มีความสามารถทำได้ควรจะทำ ผู้ที่ไม่สามารถทำได้ไม่ถือว่าบาปแต่อย่างใด

นอกจากการปฏิบัติในทางศาสนาดังกล่าวแล้ว ชาวมุสลิมจะต้องดำเนินชีวิตตามวัฒนธรรมอิสลามซึ่งกำหนดขึ้นในขอบข่ายของคัมภีร์อัล-กุรอาน และสุนนะห์ ของศาสดามุฮัมมัด (ศ็อล) ซึ่งได้กำหนดแนวการดำเนินชีวิตของมนุษย์ได้ตั้งแต่เกิดจนตาย เริ่มตั้งแต่ทารกแรกคลอดจะได้รับ การกล่าวถึงพระเจ้าที่หูซ้าย และขวา เมื่ออายุ 7 วัน จะมีพิธีโกนผม ตั้งชื่อที่เป็นมงคลซึ่งปกติจะนำชื่อ ศาสดา สาวก และบุคคลในประวัติศาสตร์มาตั้งชื่อ และมีการเชือดสัตว์เป็นพลีสำหรับการที่คลอด เพื่อขอบคุณต่อความกรุณาของอัลลอฮ์ (ซุบห์) ที่ทรงให้ทารกมาและขอให้พระองค์ ทรงคุ้มครองรักษาทารกสืบไป เมื่อทารกโตขึ้นพ่อแม่จะต้องให้การศึกษาทั้งทางโลกและทางธรรม และเมื่อถึงวัยที่พอจะรับผิดชอบตนเองได้แล้วคืออายุประมาณ 15 ปี มุสลิมทั้งชายและหญิงจะต้อง ปฏิบัติศาสนกิจคือละหมาดวันละ 5 เวลา และถือศีลอดปีละ 1 เดือน ทุกปี นอกจากนี้ศาสนาได้ ส่งเสริมให้ชาวมุสลิมทุกคนแต่งงานและกำหนดไว้ว่าจะต้องแต่งงานกับมุสลิมด้วยกัน เมื่อแต่งงาน แล้วต้องมีบุตร บิดามารดาจะต้องเลี้ยงดูบุตรให้เป็นคนดี มีความศรัทธาในพระเจ้าและดำเนิน ชีวิตตามบทบัญญัติทางศาสนา สำหรับความตายนั้นอิสลามถือว่าการตายนั่นคือการกลับไปสู่ความ เมตตาของพระเจ้า การตายไม่ใช่ความทุกข์จึงไม่มีการแต่งดาไว้ทุกข์ และหลักศาสนาได้กำหนด ไว้ว่าเมื่อชาวมุสลิมเสียชีวิตจะต้องรีบฝังศพให้เร็วที่สุด

จะเห็นได้ว่า การดำเนินชีวิตของชาวมุสลิมผูกพันแน่นแฟ้นกับพระเจ้า แม้แต่การ ปฏิบัติกิจกรรมในแต่ละวัน เช่น การกิน การดื่ม การเดิน จะสวมเสื้อผ้า จะอาบน้ำ ฯลฯ ทุก กิจกรรมมุสลิมจะต้องกล่าวถึงพระเจ้า จากความศรัทธาต่อพระเจ้าทำให้ชาวมุสลิมมีความ เคร่งครัดต่อการปฏิบัติตามข้อกำหนดหรือหลักอิสลาม ไม่กล้าปฏิบัติตนที่ผิดไปจากข้อกำหนดซึ่ง ถือว่าเป็นบาป จึงส่งผลต่อเนื่องถึงพฤติกรรมอนามัยของชาวไทยมุสลิมในด้านต่าง ๆ โดยเฉพาะ ในด้านการอนามัยแม่และเด็ก ตัวอย่างเช่น จากวจนะของท่านศาสดาที่ว่า "สามสิ่งที่จะล่าช้า ไม่ได้คือ การละหมาดเมื่อเข้าสู่เวลา การรับฝังศพ และการแต่งงานของหญิงที่ไม่มีสามี (ไม่ว่า โสด หรือหม้าย) เมื่อพบคู่ที่เหมาะสม และคู่ควร" (เสาวนีย์ จัดพิมพ์ 2522 : 284) ประ- กอบกับอิสลามไม่ได้กำหนดว่าชายหญิงอายุเท่าไร จึงจะทำการสมรสได้และหลักกฎหมายอิสลาม ในประเทศไทยก็ได้กำหนดเงื่อนไขเกี่ยวกับอายุของบุคคลที่จะทำการสมรสทำให้มุสลิมนิยมสมรส เมื่ออายุยังน้อย ตามปกติหญิงมุสลิมจะนิยมสมรสเมื่อเริ่มมีประจำเดือนอายุประมาณ 13-15 ปี

ซึ่งการตั้งครรภ์เมื่อมารดาอายุน้อย จะทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอันตรายต่อตัวมารดาและทารกได้ง่าย โดยเฉพาะการเกิดภาวะความดันโลหิตสูงในขณะตั้งครรภ์จะทำให้มีอาการรุนแรงกว่า และมีอัตราการชัก (eclampsia) สูงกว่า อัตราตายของมารดาวัยรุ่นที่มีภาวะนี้จะมากเป็น 3.5 เท่าของมารดาที่มีอายุมากกว่า 20 ปี นอกจากนี้ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากการตั้งครรภ์ในมารดาวัยรุ่นจะมีผลต่อภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นต่อทารก ทั้งในด้านอุบัติการณ์ที่สูงขึ้น และความรุนแรงที่มากขึ้น ทารกที่เกิดจากมารดาอายุน้อยจะมีน้ำหนักตัวน้อย เจ็บป่วยบ่อยและเสียชีวิตได้ง่าย (สุวชัย อินทรประเสริฐ 2530 : 516-518) นอกจากนี้การคุมกำเนิดยังเป็นข้อห้ามสำหรับประชาชาติอิสลาม พระผู้เป็นเจ้าอัลลอฮ์ (ซุบห์) ได้ตักเตือนไว้ในคัมภีร์อัล-กุรอานมิให้มนุษย์กลัวว่าประชากรจะล้นโลก หรือกลัวว่ามนุษย์จะแบ่งทรัพยากรธรรมชาติกัน (เสาวนีย์ จิตต์-หมวด 2522 : 327) และการมีเพศสัมพันธ์ระหว่างสามีภรรยาในอิสลามถือเป็นการภักดีต่อพระเจ้าประการหนึ่ง เพราะสามีและภรรยาจะได้ให้กำเนิดบุตรซึ่งจะเป็นผู้แทนของพระองค์อัลลอฮ์บนผืนแผ่นดินสืบต่อไป (เสาวนีย์ จิตต์หมวด 2522 : 325) ประกอบกับอิสลามถือว่าลูกเป็นของฝากที่พระเจ้ามอบให้จึงทำให้ชาวไทยมุสลิมไม่นิยมคุมกำเนิด และถึงแม้ว่าในหลักศาสนาจะมีการกำหนดให้มารดาเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาเป็นระยะเวลา 2 ปี ซึ่งจะช่วยให้เว้นระยะห่างการมีบุตรได้ และในหลักอิสลามได้กำหนดวิธีคุมกำเนิดไว้โดยการใช้วิธีหลังภายนอก ซึ่งถือเป็นวิธีคุมกำเนิดที่มีประสิทธิภาพค่อนข้างต่ำทำให้มีโอกาสผิดพลาดเกิดการตั้งครรภ์ได้ง่าย จึงมักจะพบสตรีชาวมุสลิมมีการตั้งครรภ์เมื่อมีอายุมาก ทำให้มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอันตรายต่อมารดาและทารกได้ง่ายเพราะสุขภาพที่ทรุดโทรมลง จากการดำเนินชีวิตที่ผูกพันกับศาสนาในเกือบทุกเรื่องแม้แต่เรื่องการตั้งครรภ์หรือการคลอด ก็จะต้องมีการประกอบพิธีทางศาสนาซึ่งอาจจะเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้สตรีมุสลิมนิยมฝากครรภ์และคลอดกับหมอต้าแย เพราะมีความสะดวกและอบอุ่นใจมากกว่า จะเห็นได้จากสถิติของศูนย์ส่งเสริมสุขภาพเขต 12 ยะลา ตั้งแต่ปี 2521-2525 พบว่า ผู้ที่มารับบริการฝากครรภ์ และคลอดจะเป็นไทยพุทธ 70% และเป็นไทยมุสลิม 30% ซึ่งเป็นสัดส่วนที่กลับกันกับอัตราส่วนการนับถือศาสนาอิสลามของประชากรในท้องถิ่นนี้ ซึ่งมีประชากรไทยมุสลิมร้อยละ 73.76 และมีประชากรไทยพุทธเพียงร้อยละ 25.88 และในสัดส่วนของผู้ที่มาฝากครรภ์จะพบว่ามีส่วนสูงกว่าผู้มารับการคลอด ทั้งนี้เพราะสตรีมุสลิมไม่ได้มาเพื่อการตรวจครรภ์จริง แต่มาเพื่อรักษาโรคที่เกิดขึ้นในระหว่างตั้งครรภ์ และมาเพื่อจะลงทะเบียนไว้ก่อนถ้าเกิดมีเหตุฉุกเฉิน เช่นมีการคลอดติดขัด หรือมีรกค้าง จะได้มารับบริการที่ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพได้

สะดวกขึ้น เพราะอย่างน้อยก็เคยมาตรวจครรภ์ครั้งหนึ่งแล้ว (อนันต์ สุโลมาน 2526 : 268-278)

นอกจากปัจจัยทางศาสนาดังกล่าวแล้ว ยังมีปัจจัยอื่น ๆ อีกที่มีอิทธิพลต่อการอนามัยแม่และเด็กของชาวไทยมุสลิม เช่น สภาพเศรษฐกิจและสังคม ชาวไทยมุสลิมในจังหวัดชายแดนภาคใต้ ส่วนใหญ่จะประกอบอาชีพทางเกษตรกรรมและมีรายได้ค่อนข้างต่ำ เป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ชาวไทยมุสลิมไม่นิยมไปตรวจรักษาที่โรงพยาบาลเพราะต้องเสียค่าใช้จ่ายมาก นอกจากนี้ชาวไทยมุสลิมส่วนใหญ่จะอาศัยอยู่ในชนบทมากกว่าในเมืองการเดินทางจะเป็นอุปสรรคอย่างหนึ่งในการไปตรวจรักษาในโรงพยาบาล สำหรับด้านการศึกษาชาวไทยมุสลิมส่วนใหญ่จะจบแค่ชั้นประถมศึกษา และยังมีอีกเป็นจำนวนมากที่ไม่ได้รับการศึกษา ประกอบกับมีความจำกัดในเรื่องภาษา คือชาวไทยมุสลิมส่วนใหญ่ในจังหวัดชายแดนภาคใต้จะพูดภาษาอาหรับ ภาษามลายูและฟังภาษาไทยไม่ค่อยได้ สิ่งเหล่านี้ล้วนแต่เป็นปัจจัยที่ไม่เอื้อให้ชาวไทยมุสลิมมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง

ตามที่ทราบแล้วว่าภาวะความดันโลหิตสูงในหญิงตั้งครรภ์ก่อให้เกิดอันตรายต่อมารดาและทารกได้หากการดำเนินของโรครุนแรงขึ้น แต่อาการรุนแรงนี้สามารถควบคุมป้องกันได้หากหญิงตั้งครรภ์มีพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองเพื่อตอบสนองต่อความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป การดูแลตนเองตามระยะพัฒนาการ และการดูแลตนเองในขณะที่มีภาวะเสี่ยงบนทางสุขภาพอย่างถูกต้องเหมาะสม โดยปรับให้สอดคล้องกับแผนการรักษาของแพทย์ในเรื่องของการพักผ่อน การออกกำลังกาย การรับประทานอาหารและยา การมาตรวจครรภ์ตามนัด และการสังเกตอาการผิดปกติของตนเอง ก็จะทำให้สามารถควบคุมไม่ให้ภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์รุนแรงขึ้นจนเป็นอันตรายต่อมารดาและทารกได้ มารดาและทารกจะปลอดภัยตลอดระยะเวลาที่ตั้งครรภ์ แต่การที่หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์จะดูแลตนเองได้ถูกต้องเพียงใดนั้นขึ้นอยู่กับความเชื่อด้านสุขภาพของบุคคลนั้น กล่าวคือหญิงตั้งครรภ์จะต้องมีความเชื่อหรือมีการรับรู้ว่าเป็นบุคคลที่เสี่ยงต่อการเกิดโรค เมื่อเกิดโรคขึ้นแล้วจะมีความรุนแรงจนทำให้เป็นอันตรายต่อตนเองและทารกได้ การรักษาหรือการปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์จะทำให้ห่างจากโรคหรือป้องกันอาการรุนแรงได้ ประกอบกับมีแรงจูงใจด้านสุขภาพ เช่น มีความห่วงใยสุขภาพตนเองและสุขภาพของทารกในครรภ์ รวมทั้งมีความตั้งใจที่จะดูแลตนเอง จึงจะทำให้หญิงตั้งครรภ์มีพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองที่ถูกต้อง ดังได้กล่าวมาแล้วข้างต้นว่าการอนามัยแม่และเด็กในกลุ่มชาวไทยมุสลิมยังมีปัญหาอยู่อีกมาก และจากประสบการณ์ของผู้วิจัยที่มักพบหญิงตั้งครรภ์ชาวไทยมุสลิมที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์มีอาการ

รุนแรงถึงขั้นชักและมีอัตราตายค่อนข้างสูง ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาว่าความเชื่อด้านสุขภาพ ตลอดจน อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ของครอบครัว และลำดับที่ของการตั้งครรภ์ มีความสัมพันธ์ กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ชาวไทยมุสลิมที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์หรือไม่ และสามารถเป็นตัวทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ชาว ไทยมุสลิมที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์ได้หรือไม่ เพื่อที่จะนำผลการวิจัยครั้งนี้ ไปใช้ประโยชน์ในการประเมินวางแผน และให้การพยาบาลแก่หญิงตั้งครรภ์ชาวไทยมุสลิมที่มีภาวะ ความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์ เพื่อส่งเสริมให้หญิงตั้งครรภ์ชาวไทยมุสลิม มีพฤติกรรม การดูแลตนเองอย่างถูกต้องเหมาะสมและมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive Research) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ชาวไทยมุสลิมที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์

ลักษณะของประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ได้แก่ หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์ ที่มาฝากครรภ์ที่หน่วยฝากครรภ์ ดึกผู้ป่วยนอก ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพเขต 12 โรงพยาบาลยะลา โรงพยาบาลปัตตานี โรงพยาบาลนราธิวาส และโรงพยาบาลสตูล โดยไม่จำกัดอายุ ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัว และลำดับที่ของการตั้งครรภ์

การเลือกกลุ่มตัวอย่างเป็นการเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) จำนวน 93 ราย โดยกำหนดคุณสมบัติไว้ดังนี้

1. ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่า มีภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์หรือมีความดันโลหิต 140/90 มิลลิเมตรปรอทขึ้นไป ยกเว้นผู้ป่วยที่มีภาวะชัก
2. มาตรวจครรภ์ตามนัดหลังได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์อย่างน้อย 1 ครั้ง
3. มีอายุครรภ์ตั้งแต่ 20 สัปดาห์ขึ้นไป
4. ไม่มีโรคประจำตัว เช่น โรคหัวใจ, โรคเบาหวาน, โรคความดันโลหิตสูงเรื้อรัง
5. ทารกในครรภ์ไม่มีภาวะผิดปกติ เช่น เป็น Hydropfetalis
6. ไม่เป็นการตั้งครรภ์ผิดปกติ เช่น ครรภ์แฝด, ครรภ์แฝดน้ำ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย

ชุดที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนตัวของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์ ซึ่งประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัว ลำดับที่ของการตั้งครรภ์

ชุดที่ 2 แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ชาวไทยมุสลิมที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์ เป็นข้อความเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลตนเองจำนวน 48 ข้อ โดยมีทั้งข้อความที่มีความหมายในด้านบวกและข้อความที่มีความหมายในด้านลบซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

การดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป	ข้อ 1-29
การดูแลตนเองที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการ	ข้อ 30-34
การดูแลตนเองตามภาวะเสี่ยงบนทางสุขภาพ	ข้อ 35-48
ข้อความที่มีความหมายด้านลบได้แก่ข้อ 13, 20, 26, 46	นอกนั้นเป็นข้อความที่มีความหมายด้านบวก

ลักษณะของแบบสัมภาษณ์เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 3 ระดับ ดังนี้

ทำเป็นประจำ	หมายถึง	ข้อความนั้นผู้ตอบกระทำสม่ำเสมอทุกวันหรือกระทำทุกครั้งที่ควรเกิดขึ้น
ทำเป็นบางครั้ง	หมายถึง	ข้อความนั้นผู้ตอบกระทำเป็นบางครั้งหรือกระทำเป็นส่วนน้อย
ไม่เคยทำ	หมายถึง	ข้อความนั้นผู้ตอบไม่เคยกระทำเลย

เกณฑ์การให้คะแนน

ข้อความที่เป็นพฤติกรรมถูกต้อง

ทำเป็นประจำ	ให้ 3 คะแนน
ทำเป็นบางครั้ง	ให้ 2 คะแนน
ไม่เคยทำ	ให้ 1 คะแนน

ข้อความที่เป็นพฤติกรรมไม่ถูกต้อง

ทำเป็นประจำ	ให้ 1 คะแนน
ทำเป็นบางครั้ง	ให้ 2 คะแนน
ไม่เคยทำ	ให้ 3 คะแนน

คะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในช่วง 48-144 คะแนน

คะแนนสูง แสดงว่า ผู้ตอบมีพฤติกรรมการดูแลตนเองดี

คะแนนต่ำ แสดงว่า ผู้ตอบมีพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่ดี

ชุดที่ 3 แบบสัมภาษณ์ความเชื่อด้านสุขภาพในหญิงตั้งครรภ์ชาวไทยมุสลิมที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์ ซึ่งผู้วิจัยดัดแปลงมาจากแบบสอบถามการรับรู้เกี่ยวกับโรคของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์ของอังคณา นวलय (2535) และแบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นพาหะของโรคธาลัสซีเมียของสมใจ พุทธชาติภักษ์ผล (2532) โดยมีข้อความทั้งหมด 37 ข้อ แบ่งออกเป็นด้านต่าง ๆ 6 ด้าน มีทั้งข้อความที่มีความหมายด้านบวกและด้านลบ มีรายละเอียดดังนี้

แรงจูงใจด้านสุขภาพ	ข้อ 1-8
การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค	ข้อ 9-13
การรับรู้ความรุนแรงของโรค	ข้อ 14-19
การรับรู้ประโยชน์ของการรักษา	ข้อ 20-25
การรับรู้อุปสรรคของการรักษา	ข้อ 26-31

ข้อความที่มีความหมายด้านลบ ได้แก่ข้อ 2, 5, 8, 9, 28, 30, 34, 36 นอกนั้นเป็นข้อความที่มีความหมายด้านบวก

ลักษณะของแบบสัมภาษณ์เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ดังนี้

เห็นด้วยมากที่สุด	หมายถึง	ท่านเห็นว่าข้อความนั้นตรงกับความรู้สึก ความคิดเห็นหรือความเชื่อของท่านมากที่สุด
เห็นด้วยค่อนข้างมาก	หมายถึง	ท่านเห็นว่าข้อความนั้นตรงกับความรู้สึก ความคิดเห็นหรือความเชื่อของท่านค่อนข้างมาก
เห็นด้วยปานกลาง	หมายถึง	ท่านเห็นว่าข้อความนั้นตรงกับความรู้สึก ความคิดเห็นหรือความเชื่อของท่านเพียงครึ่งหนึ่ง
เห็นด้วยน้อย	หมายถึง	ท่านเห็นว่าข้อความนั้นตรงกับความรู้สึก ความคิดเห็นหรือความเชื่อของท่านเพียงเล็กน้อย
ไม่เห็นด้วย	หมายถึง	ท่านเห็นว่าข้อความนั้นไม่ตรงกับความรู้สึก ความคิดเห็นหรือความเชื่อของท่านเลย

เกณฑ์การให้คะแนน

ข้อความที่แสดงความเชื่อด้านสุขภาพที่ส่งเสริมให้มีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ถูกต้อง
พิจารณาให้คะแนน ดังนี้

เห็นด้วยมากที่สุด	ให้ 5 คะแนน
เห็นด้วยค่อนข้างมาก	ให้ 4 คะแนน
เห็นด้วยปานกลาง	ให้ 3 คะแนน
เห็นด้วยน้อย	ให้ 2 คะแนน
ไม่เห็นด้วย	ให้ 1 คะแนน

ข้อความที่แสดงความเชื่อด้านสุขภาพที่ไม่ส่งเสริมให้มีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ถูกต้อง
พิจารณาให้คะแนน ดังนี้

เห็นด้วยมากที่สุด	ให้ 1 คะแนน
เห็นด้วยค่อนข้างมาก	ให้ 2 คะแนน
เห็นด้วยปานกลาง	ให้ 3 คะแนน
เห็นด้วยน้อย	ให้ 4 คะแนน
ไม่เห็นด้วย	ให้ 5 คะแนน

คะแนนความเชื่อด้านสุขภาพทั้งหมดจะกระจายอยู่ระหว่าง 37-185 คะแนน

คะแนนสูง	แสดงว่า	ผู้ตอบมีความเชื่อด้านสุขภาพถูกต้องมาก
คะแนนต่ำ	แสดงว่า	ผู้ตอบมีความเชื่อด้านสุขภาพถูกต้องน้อย

การหาความเที่ยงตรงและความเชื่อมั่นของเครื่องมือ

การหาความเที่ยงตรงและความเชื่อมั่นของเครื่องมือ ผู้วิจัยหาความเที่ยงตรงของแบบ
สัมภาษณ์ความเชื่อด้านสุขภาพในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์ โดย
ให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 6 ท่าน เป็นผู้พิจารณาตรวจสอบความเที่ยงตรงของเนื้อหา (Content Validity)
ผู้ทรงคุณวุฒิประกอบด้วย

สูติแพทย์	1 ท่าน
จิตแพทย์	1 ท่าน
อาจารย์พยาบาลสูติศาสตร์	1 ท่าน
นักจิตวิทยาคลินิก	3 ท่าน

สำหรับความเชื่อมั่นของเครื่องมือ ผู้วิจัยได้นำแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการดูแลตนเองและแบบสัมภาษณ์ความเชื่อด้านสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ชาวไทยมุสลิมที่มีภาวะความดันโลหิตสูง เนื่องจากการตั้งครรภ์ไปทดลองใช้กับหญิงตั้งครรภ์ชาวไทยมุสลิมที่มีคุณสมบัติตามกลุ่มประชากรที่กำหนดจำนวน 10 ราย และคำนวณค่าความเชื่อมั่นของแบบวัด โดยใช้สัมประสิทธิ์ อัลฟา ของครอนบาช (Cronbach's Alpha Coefficient) ซึ่งมีสูตรดังนี้

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

α = ความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม

n = จำนวนข้อในแบบสอบถาม

S^2_i = ความแปรปรวนของคะแนนแต่ละข้อ

S^2_o = ความแปรปรวนของคะแนนผู้ตอบแบบสอบถามทั้งหมด

ได้ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือดังนี้

แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการดูแลตนเอง มีค่าความเชื่อมั่น = 0.867

แบบสัมภาษณ์ความเชื่อด้านสุขภาพ มีค่าความเชื่อมั่น = 0.880

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยเป็นผู้เก็บรวบรวมด้วยตนเอง และมีผู้ช่วยวิจัย 1 ท่าน ซึ่งเป็นพยาบาลและสามารถพูดและเข้าใจภาษาไทยได้ดีเป็นผู้สัมภาษณ์ หากกลุ่มตัวอย่างไม่สามารถพูดหรือเข้าใจภาษาไทย สำหรับขั้นตอนในการเก็บข้อมูลมีดังนี้

1. ขอหนังสือแนะนำตัวจากบัณฑิตวิทยาลัย ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลทั้ง 5 แห่ง เพื่อขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2. ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าแผนกและผู้ที่เกี่ยวข้อง เพื่อแนะนำตัวและขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล

3. เลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะตามที่กำหนดล่วงหน้าจากบัตรบันทึกประวัติของหญิงตั้งครรภ์ แล้วจดรายชื่อไว้

4. สำหรับการเก็บข้อมูลในต่างจังหวัด ผู้วิจัยจะเดินทางไปเก็บข้อมูลตามวันที่เจ้าหน้าที่นัดผู้ปวยมาตรวจ

5. ผู้วิจัยเข้าไปแนะนำตัวเองกับผู้ปวย เพื่อขอความร่วมมือในการตอบแบบสัมภาษณ์ ขณะที่ผู้ปวยรอการตรวจหรือภายหลังได้รับการตรวจแล้ว เมื่อผู้ปวยยินยอมให้ความร่วมมือ ผู้วิจัยอธิบายวัตถุประสงค์ในการทำวิจัย

6. ผู้วิจัยสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนตัว พฤติกรรมการดูแลสุขภาพและความเชื่อด้านสุขภาพตามแบบวัดทั้งหมด โดยถามคำถามแต่ละข้อเรียงตามลำดับ และให้ผู้ปวยตอบหากผู้ปวยไม่เข้าใจคำถามใด ผู้วิจัยจะอธิบายให้เข้าใจ

7. ผู้วิจัยกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างไว้ 100 ราย แต่กลุ่มตัวอย่างมีจำนวนน้อย เนื่องจากผู้วิจัยได้กำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างไว้ว่าต้องไม่มีโรคประจำตัว เช่น โรคหัวใจ โรคเบาหวาน ทารกในครรภ์ไม่มีภาวะผิดปกติ เช่น เป็น Hydropfetalis และไม่เป็นการตั้งครรภ์ผิดปกติ เช่น ครรภ์แฝด ซึ่งภาวะดังกล่าวมักจะพบในหญิงตั้งครรภ์ที่มีความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์ จึงทำให้มีกลุ่มตัวอย่างที่จะทำการศึกษาน้อย นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์แล้วว่ามีความดันโลหิตสูง เนื่องจากการตั้งครรภ์ไม่มาฝากครรภ์ตามนัด ทำให้ผู้วิจัยใช้เวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่มีนาคม 2536 ถึง เมษายน 2538 ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 93 ราย

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำคะแนนที่ได้มาวิเคราะห์โดยใช้เครื่องคอมพิวเตอร์โปรแกรมสำเร็จรูปเอสพีเอสเอส (SPSS[®] = Statistical Package for the Social Science) โดยกำหนดความมีนัยสำคัญที่ระดับ $\alpha = .01$ มีขั้นตอนการวิเคราะห์ตามลำดับ ดังนี้

1. แจกแจงความถี่ และคิดอัตราร้อยละของลักษณะข้อมูลส่วนตัว
2. หาค่าเฉลี่ย (Mean) และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) ของคะแนนความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ
3. คำนวณค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient) ระหว่างตัวแปรทั้งหมด ได้แก่ ความเชื่อด้านสุขภาพ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัว และลำดับของการตั้งครรภ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ
4. คำนวณค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณ (Multiple Correlation Coefficient)

ระหว่างตัวทำนายทั้งหมด ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัว ลำดับที่ของการตั้งครุฑ ความเชื่อด้านสุขภาพ กับพฤติกรรมการดูแลตนเองซึ่งเป็นตัวเกณฑ์ โดยวิธีวิเคราะห์ถดถอยพหุแบบขั้นตอน (Stepwise multiple regression) จากตัวทำนายที่มีความสัมพันธ์กับตัวเกณฑ์มากที่สุด จนถึงตัวทำนายที่มีความสัมพันธ์กับตัวเกณฑ์น้อยที่สุด ตามลำดับ ดังนี้

4.1 ขั้นแรก หาตัวทำนายตัวหนึ่งที่มีความสัมพันธ์กับตัวเกณฑ์มากที่สุดมาวิเคราะห์สร้างสมการถดถอยสมการแรกก่อน และทดสอบความมีนัยสำคัญของสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ในขั้นที่ 1 โดยดูจากค่าเอฟ (F-test) ถ้าพบว่า ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ในขั้นนี้มีนัยสำคัญ จะพิจารณาค่าที่ (t-test) ที่ใช้ทดสอบนัยสำคัญของสัมประสิทธิ์ถดถอย (b) ของตัวทำนายตัวแรก ถ้าพบว่ามีความนัยสำคัญแสดงว่าตัวทำนายนี้จัดว่าเป็นตัวทำนายที่ดีที่สุดตัวแรก

4.2 ขั้นที่สอง หาตัวทำนายตัวที่สอง เมื่อนำมารวมกับตัวแรกแล้วสามารถอธิบายความผันแปรของตัวเกณฑ์ได้มากกว่าตัวอื่น ๆ มาวิเคราะห์สร้างสมการถดถอย และทดสอบความมีนัยสำคัญของสัมประสิทธิ์พหุในขั้นที่ 2 โดยพิจารณาจากค่าเอฟส่วนรวม (Overall F-test) ถ้าพบว่ามีความนัยสำคัญจะพิจารณาค่าที่ (t-test) ที่ใช้ทดสอบความมีนัยสำคัญของสัมประสิทธิ์ถดถอย (b) ของตัวทำนายตัวแรก และตัวทำนายตัวที่สอง ถ้ามีความนัยสำคัญแสดงว่า ตัวทำนายตัวแรก และตัวที่ 2 เป็นกลุ่มตัวทำนายที่ดีที่สุดชุดหนึ่ง

4.3 ขั้นต่อ ๆ ไป ก็หาตัวแปรอิสระตัวอื่น ๆ ที่ยังคงเหลืออยู่มาเข้าสมการต่อ ๆ ไป ตามลำดับ มาวิเคราะห์สร้างสมการถดถอย และทดสอบความมีนัยสำคัญของสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณในขั้นต่อ ๆ ไป หลังจากนั้นพิจารณาผลการวิเคราะห์โดยดูค่าเอฟส่วนรวม ดังในข้อ 4.2 จนค่าที่ (t-test) ที่ใช้ทดสอบความมีนัยสำคัญของสัมประสิทธิ์ถดถอยในขั้นนั้น ๆ ไม่มีนัยสำคัญ แสดงว่าตัวทำนายตัวสุดท้ายในขั้นนั้นจะใช้เป็นตัวทำนายไม่ได้ ถึงแม้ค่าเอฟส่วนรวมในขั้นนี้จะมีความนัยสำคัญก็ตาม ดังนั้นกลุ่มของตัวทำนายที่ใช้ทำนายก็จะสิ้นสุดลงและได้กลุ่มตัวทำนายที่เป็นตัวทำนายที่ดีที่สุดชุดหนึ่ง

เนื่องจากการคำนวณค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation coefficient) และสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณ กำหนดไว้ว่า ตัวแปรที่จะนำมาคำนวณจะต้องเป็นตัวแปรที่วัดได้ในระดับอันตรภาค (Interval scale) ขึ้นไป (สุวดี ฤาชา และคณะ 2526 : 338) ดังนั้นในการคำนวณจึงต้องปรับตัวแปรที่วัดได้ระดับนามบัญญัติ (Nominal Scale) เป็นตัวแปรในระดับอันตรภาคดังนี้

ลำดับที่ของการตั้งครรภ์ กำหนดให้ ครรภ์ที่ 1 = 1
 ครรภ์ที่ 2 = 2
 ครรภ์ที่ 3 = 3
 ครรภ์ที่ 4 = 4



บทที่ 4

ผลการวิจัยและการอภิปรายผล

ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรม การดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ชาวไทยมุสลิมที่มีภาวะความดันโลหิตสูง เนื่องจากการตั้งครรภ์ กลุ่มตัวอย่างเป็นหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง เนื่องจากการตั้งครรภ์ที่มารับบริการ ตรวจรักษาที่คลินิกฝากครรภ์ โรงพยาบาลแม่และเด็ก ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพเขต 12 โรงพยาบาล สะลา โรงพยาบาลปัตตานี โรงพยาบาลนราธิวาส และโรงพยาบาลสตูล จำนวน 93 ราย ผล การวิจัยนำเสนอด้วยตารางประกอบการบรรยายตามลำดับดังนี้คือ

1. ข้อมูลส่วนตัวของกลุ่มตัวอย่าง

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามอายุ ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัว และลำดับที่ของการตั้งครรภ์

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน (n=93)	ร้อยละ
อายุ		
15-19 ปี	18	19.4
20-24 ปี	21	22.6
25-29 ปี	20	21.5
30-34 ปี	14	15.1
35 ปีขึ้นไป	20	21.5
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียน	7	7.5
ป.1 - ป.6	58	62.4
ม.1 - ม.6	19	20.4
ปวช. หรืออนุปริญญาขึ้นไป	9	9.7
รายได้ของครอบครัวต่อเดือน		
ต่ำกว่า 3,000 บาท	31	33.3
3,000 - 5,999 บาท	34	36.6
6,000 - 8,999 บาท	24	25.8
9,000 บาทขึ้นไป	4	4.3

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน (n=93)	ร้อยละ
ลำดับที่ของการตั้งครรภ์		
ครรภ์ที่ 1	34	36.6
ครรภ์ที่ 2	19	20.4
ครรภ์ที่ 3	16	17.2
ครรภ์ที่ 4 ขึ้นไป	24	25.8

จากตารางที่ 1 กลุ่มตัวอย่างส่วนมากมีอายุอยู่ระหว่าง 20-24 ปี คิดเป็นร้อยละ 22.6 รองลงมาคืออายุ 25-29 ปี และอายุ 35 ปีขึ้นไป ร้อยละ 2.5 เท่า ๆ กัน มีการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 62.4 รองลงมาคือระดับการศึกษาอยู่ในระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 20.4 มีรายได้ของครอบครัวต่อเดือนอยู่ในช่วง 3,000-5,999 บาท ร้อยละ 36.6 รองลงมาคือรายได้ต่ำกว่า 3,000 บาท ร้อยละ 33.3 และมีลำดับที่ของการตั้งครรภ์เป็นครรภ์แรก ร้อยละ 36.6 รองลงมาคือเป็นครรภ์ที่ 4 ขึ้นไป ร้อยละ 25.8

2. คะแนนความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการดูแลตนเองของกลุ่มตัวอย่าง

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรม
การดูแลตนเองของกลุ่มตัวอย่าง

แบบวัด	ช่วงคะแนน		X	S.D.
	แบบวัด	กลุ่มตัวอย่าง		
ความเชื่อด้านสุขภาพ	37-185	101-185	153.505	18.262
พฤติกรรมการดูแลตนเอง	48-144	86-138	119.645	10.967

จากตารางที่ 2 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความเชื่อด้านสุขภาพอยู่ในช่วง 101-185 คะแนน โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 153.505 และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 18.262 และมีคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในช่วง 86-138 คะแนน โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 119.645 มีส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 10.967

3. หาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่าง ความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ชาวไทยมุสลิมที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์ โดยใช้วิธีคำนวณสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน พร้อมทั้งทดสอบความมีนัยสำคัญของค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์นั้น โดยทดสอบค่าที่ (t-test)

ตารางที่ 3 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของกลุ่มตัวอย่าง

ตัวแปรที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเอง	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)
ความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวม	.6114**
ความเชื่อด้านสุขภาพรายด้าน	
แรงจูงใจด้านสุขภาพโดยทั่วไป	.6075**
การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค	.3194**
การรับรู้ความรุนแรงของโรค	.4227**
การรับรู้ประโยชน์ของการรักษา	.3567**
การรับรู้อุปสรรคของการรักษา	.6010**

**P < .001

จากตารางที่ 3 พบว่า ความเชื่อด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ชาวไทยมุสลิมที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .001$) แสดงว่า สมมติฐานข้อที่ 1 ได้รับการสนับสนุน

เมื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการดูแลตนเองกับความเชื่อด้านสุขภาพ เป็นรายด้าน พบว่า ความเชื่อด้านสุขภาพทุกด้านมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ชาวไทยมุสลิมที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

4. ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวทำนายกับตัวทำนาย และตัวทำนายกับตัวเกณฑ์โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation coefficient) และทดสอบความมีนัยสำคัญโดยการทดสอบค่าที (t-test)

ตารางที่ 4 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวทำนายกับตัวทำนาย และตัวทำนายกับตัวเกณฑ์ โดยแสดงในรูปเมตริกสัมพันธ์ (Correlation matrix)

ตัวแปร	พฤติกรรม การดูแล ตนเอง	ความเชื่อ ด้านสุขภาพ	อายุ	ระดับการศึกษา	รายได้	ลำดับที่ของ การตั้งครรภ์
พฤติกรรม การดูแล ตนเอง	1.0000					
ความเชื่อ ด้านสุขภาพ	.6114**	1.0000				
อายุ	-.0592	-.1429	1.0000			
ระดับการ ศึกษา	.3044*	.3024*	-.0711	1.0000		
รายได้	.0388	.0710	.2000	.2244	1.0000	
ลำดับที่ ของการ ตั้งครรภ์	-.1355	-.1747	.6658**	-.2707*	.1118	1.0000

*P < .01 **P < .001

จากตารางที่ 4 พบว่า ความเชื่อด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .001$) แสดงว่า หญิงตั้งครรภ์ชาวไทยมุสลิมที่มีภาวะ

ความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์ที่มีความเชื่อด้านสุขภาพดีจะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ดีด้วย

ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .01$) แสดงว่า หญิงตั้งครรภ์ชาวไทยมุสลิมที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์ที่มีระดับการศึกษาสูงจะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ดีด้วย

นอกจากนี้ยังพบว่า ตัวแปรแต่ละตัวมีความสัมพันธ์กับตัวแปรด้วยกันเองดังนี้

ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเชื่อด้านสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .01$) แสดงว่า หญิงตั้งครรภ์ชาวไทยมุสลิมที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์ที่มีระดับการศึกษาดีจะมีความเชื่อด้านสุขภาพดี

ลำดับที่ของการตั้งครรภ์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .001$) แสดงว่า หญิงตั้งครรภ์ชาวไทยมุสลิมที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์ที่มีอายุน้อย จะมีลำดับที่ของการตั้งครรภ์มาก

ลำดับที่ของการตั้งครรภ์มีความสัมพันธ์ทางลบกับระดับการศึกษอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .01$) แสดงว่า หญิงตั้งครรภ์ชาวไทยมุสลิมที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์ที่มีลำดับที่ของการตั้งครรภ์มาก จะมีระดับการศึกษาต่ำ

5. การคำนวณค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณระหว่างตัวทำนาย ได้แก่ อายุ ระดับ การศึกษา รายได้ของครอบครัว ลำดับที่ของการตั้งครรภ์ ความเชื่อด้านสุขภาพกับการดูแลตนเอง โดยวิธีการวิเคราะห์ถดถอยพหุแบบขั้นตอน (Stepwise multiple regression)

ตารางที่ 5 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวทำนายกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง

ขั้นที่	ตัวทำนาย	Multiple R	R ²	R ² Change	F	b	Beta	t
1.	ความเชื่อด้านสุขภาพ	.6114	.3738	.3738	54.3105	10.3334	.6114	7.370**
Constant (a) = 96.0894								

**P < .001

จากตารางที่ 5 พบว่า เมื่อเริ่มการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน พบว่า ตัวทำนายที่ถูกเลือกเข้ามาพิจารณาในขั้นที่ 1 คือ ความเชื่อด้านสุขภาพ สามารถทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์การทำนาย .3738 แสดงว่าความเชื่อด้านสุขภาพสามารถทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองได้ร้อยละ 37.38 และเมื่อเพิ่มตัวทำนายเข้ามาพิจารณาในขั้นที่ 2 พบว่า ค่าสัมประสิทธิ์การทำนายไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณเพื่อหาตัวทำนายจึงยุติลง ดังนั้นสมมติฐานข้อที่ 4 ที่ว่า ความเชื่อด้านสุขภาพ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัว ลำดับที่ของการตั้งครรภ์ สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ชาวไทยมุสลิมที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์ได้รับการสนับสนุนเพียงบางส่วน

การสร้างสมการทำนาย จากผลการวิเคราะห์ในตารางที่ 5 พบว่า สัมประสิทธิ์การถดถอย (b) ของตัวทำนายที่ถูกเลือกเข้าไปวิเคราะห์ในขั้นที่ 1 คือความเชื่อด้านสุขภาพ (HB) มีระดับนัยสำคัญที่ .001 มีค่าคงที่ (a) เท่ากับ 96.0894 ซึ่งเป็นขั้นแรกและขั้นตอนสุดท้ายที่ได้เส้นถดถอยที่ดีที่สุด เพื่อทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์ จึงสามารถสร้างสมการทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์กลุ่มนี้ (Y) ในรูปคะแนนดิบ ดังนี้

$$Y \text{ (SCB)} = 96.0894 + 10.3334 \text{ (HB)}$$

และสมการถดถอยพหุคูณที่คิดได้ ในรูปของคะแนนมาตรฐานคือ

$$Z \text{ (SCB)} = .6114 \text{ (HB)}$$



การอภิปรายผล

การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อและสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ชาวไทยมุสลิมที่มีภาวะความดันโลหิตสูงครั้งนี้ ผู้วิจัยได้แยกอภิปรายผลตามสมมติฐาน ซึ่งมีรายละเอียด ดังนี้

สมมติฐานที่ 1 ความเชื่อด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ชาวไทยมุสลิมที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์

ผลการศึกษาพบว่า ความเชื่อด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .6114, p < .001$) (ตารางที่ 3) ซึ่งสนับสนุนสมมติฐานที่ 1 แสดงว่า หญิงตั้งครรภ์ชาวไทยมุสลิมที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์ที่มีความเชื่อด้านสุขภาพถูกต้อง จะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองถูกต้องและเหมาะสมด้วย ส่วนหญิงตั้งครรภ์ชาวไทยมุสลิมที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์ ที่มีความเชื่อด้านสุขภาพไม่ถูกต้อง จะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่ถูกต้องด้วย ที่เป็นเช่นนี้อาจอธิบายได้ว่ากลุ่มตัวอย่างเป็นหญิงตั้งครรภ์ชาวไทยมุสลิมที่มาใช้บริการที่แผนกฝากครรภ์ของโรงพยาบาลแม่และเด็ก และโรงพยาบาลประจำจังหวัดใน 4 จังหวัดชายแดนภาคใต้ เมื่อได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์ จะได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับแนวทางการรักษา และแนวทางการปฏิบัติตนที่เหมาะสม ทำให้หญิงตั้งครรภ์ชาวไทยมุสลิมที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค และวิธีปฏิบัติตนดีขึ้นโดยมีการรับรู้ว่ามีภาวะความดันโลหิตสูงและถ้าหากภาวะความดันโลหิตสูงมีอาการรุนแรงขึ้นจะทำให้เป็นอันตรายต่อตนเองและการกในครรภ์ได้ ถ้าหากตนได้ปฏิบัติตามแผนการรักษาของแพทย์ เช่น มีการนอนพักผ่อนให้เพียงพอ รับประทานอาหารที่มีประโยชน์ รวมทั้งมาตรวจครรภ์ตามนัดสม่ำเสมอจะช่วยป้องกันอันตรายที่จะเกิดขึ้นกับตนเองและการกในครรภ์ได้ จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างที่มีการรับรู้ถูกต้อง มีพฤติกรรมในการดูแลตนเองได้ถูกต้องเหมาะสมเช่นกัน ส่วนในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ที่มีพฤติกรรมในการดูแลตนเองได้ไม่ถูกต้อง อาจเนื่องจากมีอุปสรรคในการรับรู้ เช่น ในเรื่องการสื่อสารเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างเป็นชาวไทยมุสลิม หากผู้ให้ความรู้หรือให้คำแนะนำไม่ได้ใช้ภาษาเดียวกันในการสื่อสารอาจจะทำให้หญิงตั้งครรภ์ชาวไทยมุสลิม รับรู้ได้ไม่ครบถ้วนครอบคลุม รวมทั้ง

ไม่กล้าที่จะซักถามเนื่องจากพูดภาษาไทยไม่ได้หรือพูดได้น้อย จึงทำให้มีพฤติกรรมการดูแลตนเองได้ไม่ถูกต้อง ซึ่งตามทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเรมนั้นถือว่า การรับรู้เป็นส่วนหนึ่งของความสามารถ และคุณสมบัติพื้นฐานที่มีผลต่อการดูแลตนเอง (สมจิต หนูเจริญกุล 2532 : 21) โดยการรับรู้จะทำให้บุคคลเกิดความเข้าใจในสิ่งที่เกิดขึ้น ซึ่งจะนำไปสู่การตระหนัก และเห็นความสำคัญของสิ่งที่รับรู้ ซึ่งจะ เป็นพื้นฐานที่จะนำไปสู่การมีแรงจูงใจที่จะกระทำการดูแลตนเอง (Orem 1991 : 152-153) ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของโรเซนสต็อก (Rosenstock 1974 : 328-335) ที่ว่า การที่จะทำให้บุคคลที่อยู่ในภาวะที่เสี่ยงอันตรายต่อสุขภาพ มีพฤติกรรมป้องกันโรค บุคคลนั้นจะต้องมีการรับรู้เกี่ยวกับโรคถูกต้อง เพราะการรับรู้ที่ดีเกี่ยวกับเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นกับตนจะทำให้บุคคลนั้นแสดงพฤติกรรมที่เหมาะสมกับเหตุการณ์นั้น ๆ (สถิต วงศ์สวรรค์ 2529 : 107) ดังนั้นการที่หญิงตั้งครรภ์ชาวไทยมุสลิมที่มีภาวะความดันโลหิตสูง เนื่องจากการตั้งครรภ์มีการรับรู้เกี่ยวกับโรคถูกต้อง จึงทำให้มีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ถูกต้อง ผลการศึกษานี้ สอดคล้องกับผลการศึกษาของ เกศินี ไชนิล (2536 : 64) ที่พบว่า ความเชื่อด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์เบาหวาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ ประสงค์ สัจพงษ์ (2534 : 64) ที่พบว่า ความเชื่อด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคปอด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสอดคล้องกับการศึกษาของ สมใจ อัมวิไล (2531 : 95) ที่พบว่า ความเชื่อด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหอบหืดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ดังได้กล่าวมาแล้วสรุปได้ว่า ความเชื่อด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ชาวไทยมุสลิมที่มีภาวะความดันโลหิตสูง เนื่องจากการตั้งครรภ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

เมื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพเป็นรายด้านกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ชาวไทยมุสลิมที่มีภาวะความดันโลหิตสูง เนื่องจากการตั้งครรภ์ พบว่าความเชื่อด้านสุขภาพทุกด้านคือ ด้านแรงจูงใจด้านสุขภาพโดยทั่วไป ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงในการเกิดโรค ด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรค ด้านการรับรู้ประโยชน์ของการรักษา ด้านการรับรู้อุปสรรคของการรักษา มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 (ตารางที่ 3) ซึ่งสามารถแยกอภิปรายผลได้ดังนี้

ด้านแรงจูงใจด้านสุขภาพโดยทั่วไป มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ชาวไทยมุสลิมที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์ อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .001 ($r = .6075$) แสดงว่า หญิงตั้งครรภ์ชาวไทยมุสลิมที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์ที่มีแรงจูงใจด้านสุขภาพถูกต้อง จะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองถูกต้องด้วยการที่กลุ่มตัวอย่างนี้ มีแรงจูงใจด้านสุขภาพทั่วไป หมายความว่า มีความสนใจ หรือความห่วงใยสุขภาพตนเอง และสุขภาพทารกในครรภ์โดยทั่วไป รวมถึงความตั้งใจในการปฏิบัติตน เพื่อป้องกันโรคและดำรงไว้ซึ่งสุขภาพอนามัยที่ดี โอเรม (Orem 1991 : 155) มองแรงจูงใจว่าเป็นหนึ่งในสิบของพลังความสามารถในการดูแลตนเอง ทั้งนี้ เนื่องจากแรงจูงใจเป็นตัวกำหนดการรับรู้สภาพแวดล้อมของบุคคล แสดงถึงความต้องการที่จะได้มาซึ่งเป้าหมายทางสุขภาพ จึงทำให้บุคคลมีความตั้งใจที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำมากขึ้น (Becker et al. 1977 : 348) จากการศึกษาครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างมีแรงจูงใจด้านสุขภาพโดยทั่วไปถูกต้องในเรื่องการที่หญิงตั้งครรภ์ สามารถปฏิบัติตนตามคำแนะนำของแพทย์ได้ถูกต้อง จะทำให้ทารกในครรภ์มีสุขภาพดี ($\bar{x} = 4.82$) การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ เช่น ไข่ นม ถั่วต่าง ๆ เป็นต้น ช่วยให้มีสุขภาพดี ($\bar{x} = 4.61$) และถ้าเอาใจใส่ดูแลตนเองอยู่เสมอ จะทำให้มีสุขภาพแข็งแรงไม่เจ็บป่วย ($\bar{x} = 4.43$) (ภาคผนวก ค) การที่กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ในเรื่องแรงจูงใจด้านสุขภาพโดยทั่วไปถูกต้องดังกล่าว ทำให้มีพฤติกรรมการดูแลตนเองถูกต้องเหมาะสมด้วย ผลการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ เกตสินี ไช้เนิล (2536 : 68) ที่พบว่า แรงจูงใจด้านสุขภาพโดยทั่วไปมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์เบาหวานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติและจากการศึกษาของ ประสงค์ สัจพงษ์ (2534 : 67) ที่พบว่า แรงจูงใจด้านสุขภาพโดยทั่วไปมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงในการเกิดโรค มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ชาวไทยมุสลิมที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($r = .6075$) การที่กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค แสดงว่า กลุ่มตัวอย่างมีความเข้าใจว่าตนเองมีโอกาสเกิดโรค หรือได้รับอันตรายจากการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการเป็นโรคความดันโลหิตสูง และเพื่อหลีกเลี่ยงอันตรายจากการเกิดโรค จำเป็นต้องมีการปฏิบัติตนที่ถูกต้องเหมาะสมกับภาวะของโรคที่ตนเองเป็น (Rosen-stock 1974 : 330) ผลการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้พบว่า หญิงตั้งครรภ์ชาวไทยมุสลิมที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงในการเกิดโรคถูกต้องมากในเรื่อง การที่นอนพักผ่อน

ไม่เพียงพอหรือรับประทานอาหารไม่ถูกต้องในขณะที่ตั้งครรภ์ อาจทำให้มีความดันโลหิตสูงในขณะที่ตั้งครรภ์ ($\bar{x} = 4.04$) การที่มีภาวะความดันโลหิตสูง แสดงว่า อยู่ในภาวะที่เสี่ยงอันตรายต่อชีวิต ($\bar{x} = 4.22$) และทารกในครรภ์อาจมีสุขภาพไม่แข็งแรงจากการที่ตนเองมีความดันโลหิตสูงในขณะที่ตั้งครรภ์ ($\bar{x} = 3.65$) (ภาคผนวก ค) แสดงว่า การที่กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงในการเกิดโรคถูกต้องเช่นนี้ ทำให้มีพฤติกรรมการดูแลตนเองถูกต้องเหมาะสมด้วย ผลการศึกษาค้นนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ เกศินี ไชนิล (2536 : 65) ที่พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ เบาหวานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ ประสงค์ สัจพงษ์ (2534 : 65) ที่พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงในการเกิดโรค มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคปอดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสอดคล้องกับการศึกษาของ สุดา ภูทอง (2529 : ๗) ที่พบว่า การรับรู้ถึงโอกาสเกิดโรคแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์มีความสัมพันธ์กับการฝากครรภ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรค มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ชาวไทยมุสลิมที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($r = .4227$) แสดงว่า หญิงตั้งครรภ์ชาวไทยมุสลิมที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์ ที่มีการรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคถูกต้อง จะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองถูกต้องเหมาะสมด้วย การรับรู้ความรุนแรงของโรค หมายถึง ความเข้าใจว่าภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์ มีความรุนแรงและเป็นอันตรายต่อมารดา และทารกในครรภ์ โรเซนสต็อก (Rosenstock 1974 : 330) มีแนวคิดว่าการที่บุคคลรับรู้ว่าเป็นโรคนั้นมีความรุนแรงมากพอ ที่จะก่อให้เกิดอันตรายต่อสุขภาพ และกระทบกระเทือนถึงหน้าที่ในสังคม จะมีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคของบุคคลนั้น โดยจะมีพฤติกรรมหลักเนื่องจากการเป็นโรคนั้น ผลการศึกษาค้นนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ความรุนแรงของโรคถูกต้องในเรื่อง ถ้ามีอาการปวดศีรษะ ตาพร่า หรือเจ็บยอดอก แสดงว่า มีโอกาสชักได้ ($\bar{x} = 4.3$) ถ้าความดันโลหิตสูงมีอาการรุนแรงขึ้น อาจชักและเสียชีวิตได้ ($\bar{x} = 4.6$) ถ้ามีอาการบวมมากขึ้น แสดงว่า ภาวะความดันโลหิตสูงมีอาการรุนแรงขึ้น ($\bar{x} = 4.15$) จากการที่กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ความรุนแรงของโรคถูกต้อง จึงทำให้มีพฤติกรรมการดูแลตนเองถูกต้องด้วย ผลการศึกษาค้นนี้ สอดคล้องกับการศึกษาของ เกศินี ไชนิล (2536 : 66) ที่พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรค มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์เบาหวาน อย่างมีนัยสำคัญทาง

สถิติ นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ สุวี โสภาศิริวิทย์ (2531 : 60) ที่พบว่า การรับรู้ความร้ายแรงของปัญหาสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการศึกษาของ สุดา ภูทอง (2529 : ข) ที่พบว่า การรับรู้ อันตรายและความรุนแรงของโรคแทรกซ้อน ขณะตั้งครรภ์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการฝากครรภ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ด้านการรับรู้ประโยชน์ของการรักษา มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ชาวไทยมุสลิมที่มีภาวะความดันโลหิตสูง เนื่องจากการตั้งครรภ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .001 ($r = .3567$) แสดงว่า หญิงตั้งครรภ์ชาวไทยมุสลิมที่มีภาวะความดันโลหิตสูง เนื่องจากการตั้งครรภ์ที่มีการรับรู้ประโยชน์ของการรักษาถูกต้อง จะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองถูกต้องเหมาะสมด้วย การรับรู้ประโยชน์ของการรักษา หมายถึง ความเข้าใจถึงผลดีของการปฏิบัติตามแผนการรักษาของแพทย์ และผลเสียของการไม่ปฏิบัติตามแผนการรักษาของแพทย์ โรเซนสตอค (Rosenstock 1974 : 330) เชื่อว่า พฤติกรรมทางด้านสุขภาพนั้น ขึ้นอยู่กับความเชื่อในประสิทธิภาพหรือคุณค่าของพฤติกรรมที่จะกระทำว่า สามารถลดโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค หรือช่วยลดความรุนแรงของโรคได้ การที่บุคคลจะปฏิบัติอย่างไรขึ้นอยู่กับวิธีการนั้น ๆ จะให้ประโยชน์กับเขามากที่สุด ผลการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ประโยชน์ของการรักษาถูกต้องมากในเรื่อง การที่มาตรวจตามแพทย์นัด ทำให้แพทย์สามารถป้องกันอันตราย หรือลดความรุนแรงของภาวะความดันโลหิตสูงลงได้ ($\bar{x} = 4.72$) การรีบไปพบแพทย์เมื่อสังเกตพบอาการผิดปกติต่าง ๆ เช่น บวมมากขึ้น ปวดศีรษะมากหรือมีอาการตาพร่ามัว จะช่วยป้องกันอันตรายจากภาวะความดันโลหิตสูงได้ ($\bar{x} = 4.72$) และถึงแม้จะมีภาวะความดันโลหิตสูง แต่ถ้าดูแลตนเองถูกต้องตามคำแนะนำของแพทย์ เช่น การนอนพักผ่อน การรับประทานอาหาร เป็นต้น จะสามารถควบคุมความดันโลหิตให้ลดลงได้ ($\bar{x} = 4.60$) จากการที่กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษาถูกต้องเช่นนี้ จึงทำให้มีพฤติกรรมการดูแลตนเองถูกต้องเช่นกัน ผลการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ เกศินี ไชนิล (2536 : 66) ที่พบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการรักษา มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์เบาหวาน นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ สุวี โสภาศิริวิทย์ (2531 : 60) ที่พบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์อย่างมีนัยสำคัญ และการศึกษาของ ประสงค์ สัจจงพงษ์ (2534 : 66) ที่พบว่า การรับรู้ต่อประโยชน์ของการรักษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคปอด อย่างมี

นัยสำคัญทางสถิติ

การรับรู้อุปสรรคของการรักษา มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ชาวไทยมุสลิมที่มีภาวะความดันโลหิตสูง เนื่องจากการตั้งครรภ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .6010$) ในการศึกษาครั้งนี้ผู้ที่มีความสามารถในการรับรู้ต่ออุปสรรคในการรักษามาก แสดงว่ามีอุปสรรคในการรักษา น้อย ในทางตรงข้าม ผู้ที่มีความสามารถในการรับรู้อุปสรรคของการรักษา น้อย แสดงว่ามีการรับรู้ต่ออุปสรรค ในการรักษามาก จากผลการศึกษาพบว่า หญิงตั้งครรภ์ชาวไทยมุสลิมที่มีภาวะความดันโลหิตสูง เนื่องจากการตั้งครรภ์ที่มีการรับรู้ต่ออุปสรรคของการรักษา น้อย จะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ ถูกต้องเหมาะสม การรับรู้อุปสรรคของการรักษา หมายถึง ความคิดเห็น ความเข้าใจต่อปัจจัย ที่ขัดขวางการมารับการตรวจรักษา โรเซนสตอค (Rosenstock 1974 : 330) กล่าวว่า การที่บุคคลใดจะมีพฤติกรรมหลักเล็งจากการเป็นโรค นอกจากเขาจะต้องมีความเชื่อว่า เขามี โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค โรคนี้มีความรุนแรงต่อชีวิตเขาแล้ว ยังขึ้นอยู่กับความคาดคะเนถึง อุปสรรคต่าง ๆ เช่น ค่าใช้จ่าย ความสะดวก ความทราบจากการรักษา ฯลฯ ของบุคคลนั้น และบุคคลจะพิจารณาเลือกปฏิบัติในสิ่งที่เขาเชื่อว่ามีผลดีมากกว่าผลเสีย ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้อุปสรรคของการรักษา น้อยมาก โดยมีคะแนนเฉลี่ยรายข้อมากกว่า 4.00 ทุกข้อ โดยเฉพาะการรับรู้อุปสรรคเรื่อง ยินดีมาตรวจตามนัดกับแพทย์ถึงแม้ว่า จะต้องถูกตรวจ ร่างกาย หรือถูกเจาะเลือด ($\bar{x} = 4.66$) สามี่ให้ความช่วยเหลือ และสนับสนุนให้มาตรวจ ตามที่แพทย์นัด ($\bar{x} = 4.65$) และสามี่เอาใจใส่คอยเตือนให้ปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์อยู่ เสมอ ($\bar{x} = 4.61$) การที่กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้อุปสรรคของการรักษา น้อยเช่นนี้ จึงทำให้มี พฤติกรรมการดูแลตนเองที่ถูกต้อง ผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ ประสงค์ สัจจงพงษ์ (2534 : 67) ที่พบว่า หญิงตั้งครรภ์ที่มีการรับรู้อุปสรรคของการรักษา น้อย จะมีการดูแล ตนเองถูกต้องอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการศึกษาของ เกศินี ไชนิล (2536 : 67) ที่พบว่า การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติตน มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์เบา หวานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สมมติฐานที่ 2 อายุ ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัว และลำดับที่ของการตั้งครรภ์มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ชาวไทยมุสลิมที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์

ระดับการศึกษา ผลการศึกษาพบว่า ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรม

การดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .001$) (จากตารางที่ 4) แสดงว่า หญิงตั้งครรภ์ชาวไทยมุสลิมที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์ที่มีระดับการศึกษาสูง จะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองถูกต้องมาก ทั้งนี้อธิบายได้ว่าระดับการศึกษาที่สูงขึ้นจะทำให้บุคคลมีโอกาสดูแลตัวเองได้มากขึ้น มีความเข้าใจเรื่องสุขภาพอนามัย รู้จักแสวงหาข้อมูลจากแหล่งต่าง ๆ ที่มีอยู่เป็นจำนวนมาก รวมทั้งรู้จักใช้บริการทางการแพทย์ได้มากกว่าผู้ที่มีการศึกษาไม่ถูกต้อง (Pender 1987 : 66) ผลการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ ริดดิ้ง และคณะ (Reading et al 1983 : 141) ที่พบว่า หญิงตั้งครรภ์ที่มีการศึกษาสูง จะมีการปฏิบัติตนที่ดีเพื่อทารกในครรภ์ นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ เกตน์ ไชนิล (2536 : 69) ที่พบว่าระดับการศึกษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์เบาหวานและจากการศึกษาของ อังคนา นวลสง (2538 : 98) ที่พบว่า ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง เนื่องจากการตั้งครรภ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

อายุ ผลการศึกษา พบว่า อายุมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($P > .01$) แสดงว่าในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ อายุของหญิงตั้งครรภ์ชาวไทยมุสลิมที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเอง ซึ่งตามแนวคิดทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเรมถือว่า อายุเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อการดูแลตนเองเนื่องจากความสามารถในการดูแลตนเองจะถูกพัฒนามากขึ้นตามวัยจากวัยเด็กจนถึงวัยผู้ใหญ่ซึ่งมีศักยภาพในการดูแลตนเองสูงสุดและจะลดลงหรือมีข้อจำกัดเมื่อเข้าสู่วัยชรา (Orem 1985 : 255) แต่จากการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้พบว่าไม่สอดคล้องกับแนวคิดของโอเรม ทั้งนี้อาจเนื่องจากพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ชาวไทยมุสลิมไม่เกี่ยวข้องกับปัจจัยด้านอายุ แต่อาจมีอิทธิพลจากปัจจัยอื่น ๆ เช่น สามี หรือญาติพี่น้องซึ่งเป็นเครือข่ายทางสังคมซึ่งอาจมีอิทธิพลในการที่จะส่งเสริมหรือขัดขวางการมีพฤติกรรมการดูแลตนเอง จึงทำให้หญิงตั้งครรภ์ชาวไทยมุสลิมที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์ที่มีอายุน้อยบางคนอาจจะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองถูกต้อง บางคนอาจดูแลตนเองไม่ถูกต้องและในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์ที่มีอายุมากบางคนก็อาจจะมีความรู้พฤติกรรมการดูแลตนเองได้ถูกต้อง และบางคนอาจดูแลตนเองไม่ถูกต้องได้เช่นเดียวกัน จึงทำให้พฤติกรรมการดูแลตนเองของกลุ่มตัวอย่างไม่ขึ้นอยู่กับปัจจัยด้านอายุ การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ ประสงค์ สัจพงษ์ (2534 : 63) ที่พบว่า อายุไม่มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรค และการศึกษาของ เกตน์ ไชนิล (2536 : 68) ที่พบว่า อายุไม่มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์เบาหวาน

รายได้ของครอบครัว ผลการศึกษาพบว่า รายได้ของครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวก กับพฤติกรรมการดูแลตนเองอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($P > .01$) แสดงว่าในการศึกษาคั้งนี้ รายได้ของครอบครัวไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ชาวไทยมุสลิม ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง เนื่องจากการตั้งครรภ์ ซึ่งตามแนวคิดของเบคเกอร์ ถือว่า รายได้ ครอบครัวเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อการมีพฤติกรรมสุขภาพ เพนเดอร์ (Pender 1982 : 161-162) เชื่อว่า ฐานะเศรษฐกิจ และสังคม เป็นองค์ประกอบที่สำคัญต่อการมีศักยภาพในการ ดูแลตนเองของผู้ป่วย โดยผู้ที่มีฐานะทางเศรษฐกิจและสังคมสูง จะมีโอกาสในการแสวงหาสิ่งที่เป็นประโยชน์ต่อการดูแลตนเองดีกว่าผู้ที่มีฐานะทางเศรษฐกิจและสังคมต่ำ แต่จากการศึกษาคั้งนี้จึงพบว่าไม่สอดคล้องกับแนวคิดดังกล่าว อาจเนื่องมาจากมีปัจจัยอื่นที่มีอิทธิพลต่อการดูแลตนเอง ของหญิงตั้งครรภ์ชาวไทยมุสลิมที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์เช่น ระบบครอบครัว สามี ญาติพี่น้อง ซึ่งอาจมีส่วนส่งเสริมหรือขัดขวางให้กลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้น้อยบางคนมี พฤติกรรมการดูแลตนเองถูกต้อง บางคนดูแลตนเองไม่ถูกต้องได้ และในกลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้ มากบางคนอาจมีพฤติกรรมการดูแลตนเองได้ถูกต้อง และบางคนอาจดูแลตนเองไม่ถูกต้องได้เช่น เดียวกัน จึงทำให้พฤติกรรมการดูแลตนเองไม่ขึ้นอยู่กับปัจจัยด้านรายได้ของครอบครัว ผลการ ศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ บุชบา ตันติศักดิ์ (2533 : 83) ที่พบว่า รายได้ของ ครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือนไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรค เอส แอล อี

ลำดับที่ของการตั้งครรภ์ ผลการศึกษาพบว่า ลำดับที่ของการตั้งครรภ์มีความสัมพันธ์ กับพฤติกรรมการดูแลตนเองอย่างไม่มีนัยสำคัญ ($P > .01$) แสดงว่า ลำดับที่ในการตั้งครรภ์ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ชาวไทยมุสลิม อาจอธิบายได้ว่า หญิงครรภ์แรกและหญิงครรภ์หลังต่างก็ได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตนที่เหมาะสมกับภาวะ ความดันโลหิตสูงจากเจ้าหน้าที่เหมือนกัน หญิงครรภ์แรกมักจะเอาใจใส่สนใจตนเองหาความรู้ และขอคำแนะนำจากแหล่งต่าง ๆ ในขณะที่หญิงครรภ์หลังเคยได้รับการสอนและมีประสบการณ์ ในการตั้งครรภ์มาก่อน จึงทำให้ลำดับที่ของการตั้งครรภ์ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการ ดูแลตนเอง ผลการศึกษาคั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ สุรี โอภาสศิริวิทย์ (2531 : 63) และ กาญจนา บุญทิพย์ (2534 : 57) ที่พบว่าลำดับที่ของการตั้งครรภ์ไม่มีความสัมพันธ์กับ พฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สมมติฐานที่ 3 ความเชื่อด้านสุขภาพ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัว และลำดับที่ของการตั้งครรภ์ สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ชาวไทยมุสลิมที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์

ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยที่สามารถทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ชาวไทยมุสลิมที่มีภาวะความดันโลหิตสูง เนื่องจากการตั้งครรภ์ได้มีเพียงปัจจัยเดียว คือความเชื่อด้านสุขภาพ โดยสามารถทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองได้ร้อยละ 37.38 (จากตารางที่ 5) ซึ่งอธิบายได้ว่า ความเชื่อด้านสุขภาพเป็นปัจจัยที่ทำให้หญิงตั้งครรภ์ชาวไทยมุสลิมที่มีภาวะความดันโลหิตสูง เนื่องจากการตั้งครรภ์ ตระหนักถึงอันตรายของภาวะแทรกซ้อนจากการเกิดภาวะความดันโลหิตสูงในขณะตั้งครรภ์ มีความเข้าใจว่าโรคนี้มีความรุนแรงซึ่งอาจเป็นอันตรายต่อตนเองและการกในครรภ์ ตลอดจนเข้าใจว่ามีวิธีการปฏิบัติที่สามารถควบคุม หรือป้องกันความรุนแรงและอันตรายจากภาวะนี้ จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างเกิดแรงจูงใจที่จะปฏิบัติตามพฤติกรรมการดูแลตนเอง โดยเกิดความคิด ใคร่ครวญ ไตร่ตรองในการแสวงหาความรู้ต่าง ๆ เพื่อทำให้สามารถดูแลตนเองได้ดี เกิดเป็นพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ถูกต้องเหมาะสม

ส่วนปัจจัยอื่น ๆ ที่ไม่เข้ามาในสมการทำนายได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัว และลำดับที่ของการตั้งครรภ์ อธิบายได้ ดังนี้

อายุ เนื่องจากอายุมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเอง อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($P > .01$) ดังอธิบายไว้แล้วในสมมติฐานที่ 2 ดังนั้น อายุจึงไม่สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองได้

ระดับการศึกษา ถึงแม้ว่า ในการศึกษาครั้งนี้ระดับการศึกษาจะมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเอง แต่ก็มีสัมพันธ์ในระดับต่ำ ($r = .3044$) นอกจากนี้ระดับการศึกษายังมีความสัมพันธ์กับความเชื่อด้านสุขภาพ ($r = .3042$) ซึ่งเป็นตัวแปรอิสระด้วยกัน ระดับการศึกษาจึงไม่สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองได้

รายได้ของครอบครัว เนื่องจากรายได้มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($P > .01$) ดังอธิบายไว้แล้วในสมมติฐานที่ 2 ดังนั้น รายได้ของครอบครัวจึงไม่สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองได้

ลำดับที่ของการตั้งครรภ์ เนื่องจากลำดับที่ของการตั้งครรภ์มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($P > .01$) ดังอธิบายไว้แล้วในสมมติฐานที่ 2 นอกจากนี้ลำดับที่ของการตั้งครรภ์ยังมีความสัมพันธ์ทางบวกกับอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .001$) และมีความสัมพันธ์ทางลบกับระดับการศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .01$) ซึ่งต่างก็เป็นตัวแปรอิสระเหมือนกัน ลำดับที่ของการตั้งครรภ์จึงไม่สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองได้

เมื่อพิจารณาตามกรอบแนวคิดของทฤษฎีการดูแลตนเองของ โอเรม ที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ สรุปได้ว่า ความเชื่อด้านสุขภาพมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ชาวไทมูสลิมที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์มากกว่าปัจจัยอื่น ๆ ผู้ที่มีความเชื่อด้านสุขภาพดีจะมีการรับรู้เกี่ยวกับเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นกับตนเองอย่างถูกต้อง ก่อให้เกิดแรงจูงใจที่จะปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลตนเอง เพื่อหลีกเลี่ยงหรือลดภาวะอันตรายที่จะเกิดขึ้นกับตนเอง ในการศึกษาครั้งนี้ ความเชื่อด้านสุขภาพสามารถอธิบายความผันแปรของพฤติกรรมการดูแลตนเองได้ร้อยละ 37.38 ส่วนที่เหลืออีกร้อยละ 62.62 ไม่สามารถอธิบายได้ด้วยปัจจัยอายุ ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัว และลำดับที่ของการตั้งครรภ์ ทั้งนี้อาจเป็นเพราะมีปัจจัยอีกหลายประการตามกรอบทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเรม ซึ่งมีอิทธิพลต่อการดูแลตนเองแต่ผู้วิจัยไม่ได้ทำการศึกษาในครั้งนี้

ในการวิจัยครั้งนี้พบว่า หญิงตั้งครรภ์ชาวไทมูสลิมที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์ส่วนใหญ่มีความเชื่อด้านสุขภาพในด้านต่าง ๆ อยู่ในระดับดี โดยเฉพาะในด้านแรงจูงใจด้านสุขภาพในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับหลักปฏิบัติทางศาสนา ได้แก่ เรื่องการถือศีลอด กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการรับรู้ว่าการถือศีลอด (ปอซอ) ในขณะตั้งครรภ์จะทำให้มารดาและทารกในครรภ์มีสุขภาพทรุดโทรม ($\bar{X} = 3.38$) (ตารางภาคผนวก ค.) ซึ่งถือว่าเป็นการรับรู้ที่ถูกต้อง นอกจากนี้ยังพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้อุปสรรคในการรักษาน้อยในเรื่อง แม้มีความลำบากในการสื่อสารกับเจ้าหน้าที่ก็ยินดีมาตรวจครรภ์ตามนัด ($\bar{X} = 4.58$) และแม้ว่าจะต้องถูกตรวจร่างกายหรือถูกเจาะเลือด ก็ยินดีมาตรวจครรภ์ตามนัด ($\bar{X} = 4.66$) และพบว่ากลุ่มตัวอย่างได้รับการสนับสนุนทางสังคมเป็นอย่างดี โดยพบว่าสามี่ให้ความช่วยเหลือและสนับสนุนให้มาตรวจครรภ์ตามนัด ($\bar{X} = 4.65$) และญาติพี่น้องเห็นความจำเป็น และสนับสนุนให้มาตรวจครรภ์ตามที่แพทย์นัด ($\bar{X} = 4.14$) ซึ่งแสดงให้เห็นว่าการที่กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้อุปสรรคในการรักษาน้อย และรับรู้โอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของการเกิดโรค พร้อมทั้งเห็นประโยชน์ของการรักษา รวมทั้งมีแรงจูงใจด้านสุขภาพถูกต้อง ทำให้หญิงตั้งครรภ์ชาวไทมูสลิมที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์กลุ่มนี้มารับบริการฝากครรภ์ที่โรงพยาบาล

จากผลการศึกษาข้างต้น ผู้วิจัยมีความเห็นว่า ยังมีหญิงตั้งครรภ์ชาวไทมูสลิมที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์อีกเป็นจำนวนมาก ที่ไม่มาฝากครรภ์ที่โรงพยาบาล หรือมาโรงพยาบาลเมื่อมีภาวะแทรกซ้อนที่มีอาการรุนแรงแล้ว ดังนั้นจึงควรทำการศึกษาวิจัยเรื่องการรับรู้เกี่ยวกับโรคกับพฤติกรรมการดูแลตนเองในหญิงตั้งครรภ์กลุ่มนี้ เพื่อทราบว่ามี การรับรู้ และมีพฤติกรรมการดูแลตนเองเป็นอย่างไร แตกต่างจากผลการวิจัยครั้งนี้หรือไม่

สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ

สรุปผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive research) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ชาวไทยมุสลิมที่มีภาวะความดันโลหิตสูง เนื่องจากการตั้งครรภ์ กลุ่มตัวอย่างเป็นหญิงตั้งครรภ์ชาวไทยมุสลิมที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์ มาตรวจตามนัดที่แผนกฝากครรภ์ โรงพยาบาลแม่และเด็ก ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพเขต 12 โรงพยาบาลยะลา โรงพยาบาลปัตตานี โรงพยาบาลนราธิวาส และโรงพยาบาลสตูล จำนวน 93 ราย ทำการเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการดูแลตนเอง และแบบสัมภาษณ์ความเชื่อด้านสุขภาพ นำข้อมูลมาวิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง และทดสอบความมีนัยสำคัญโดยการทดสอบค่าที (t-test) คำนวณค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณ เลือกตัวทำนายที่ดีที่สุดโดยการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน และสร้างสมการทำนาย ได้ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

กลุ่มตัวอย่างมีอายุระหว่าง 20-24 ปี มากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 22.6 รองลงมาได้แก่กลุ่มอายุ 25-29 ปี และ 35 ปีขึ้นไป ร้อยละ 21.5 มีระดับการศึกษาชั้นประถมศึกษามากที่สุด ร้อยละ 62.4 รองลงมาคือ มัธยมศึกษา ร้อยละ 20.4 มีรายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือนอยู่ระหว่าง 3,000-5,999 บาท ร้อยละ 36.6 รองลงมาคือ 6,000-8,999 บาท ร้อยละ 25.8 มีลำดับที่ของการตั้งครรภ์เป็นครรภ์ที่แรก ร้อยละ 36.6 รองลงมาเป็นครรภ์ที่ 4 ขึ้นไป ร้อยละ 25.8

ความเชื่อด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($r = .6114$)

ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์ทางบวก กับพฤติกรรมการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = .3304$)

ส่วนอายุ รายได้ของครอบครัว และลำดับที่ของการตั้งครรภ์มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($P > .01$)

ความเชื่อด้านสุขภาพเป็นตัวทำนายที่ดีที่สุด สามารถทำนายความผันแปรของพฤติกรรม การดูแลตนเองได้ร้อยละ 36.69 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

มีสมการทำนายในรูปคะแนนดิบดังนี้

$$Y \text{ (SCB)} = 96.0894 + 10.3334 \text{ (HB)}$$

ข้อเสนอแนะ

ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

จากผลการวิจัยพบว่า ความเชื่อด้านสุขภาพเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวก และสามารถทำนายพฤติกรรมดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ชาวไทยมุสลิมที่มีภาวะความดันโลหิตสูง เนื่องจากการตั้งครรภ์ แสดงว่าหญิงตั้งครรภ์กลุ่มนี้ที่มีความเชื่อด้านสุขภาพที่ถูกต้องจะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ถูกต้องด้วย ผู้วิจัยจึงมีข้อเสนอแนะเพื่อส่งเสริมให้หญิงตั้งครรภ์ชาวไทยมุสลิมที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์มีความเชื่อด้านสุขภาพที่ถูกต้อง โดยมีแนวทางในการปฏิบัติดังนี้

1. ควรมีการประเมินความเชื่อด้านสุขภาพในหญิงตั้งครรภ์ชาวไทยมุสลิมที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์ที่หน่วยฝากครรภ์ เพื่อนำข้อมูลมาวางแผนให้ความรู้และคำแนะนำหญิงตั้งครรภ์กลุ่มนี้ และควรมีการติดตามประเมินผลทุกครั้งที่มาตรวจ เพื่อทราบว่ามีความเชื่อด้านสุขภาพถูกต้องหรือไม่ มีการรับรู้ไม่ถูกต้อง หรือเข้าใจผิดในประเด็นใด

2. การให้ความรู้แก่หญิงตั้งครรภ์ชาวไทยมุสลิมที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์ เพื่อให้มีการรับรู้ที่ถูกต้องซึ่งจะนำไปสู่การมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ถูกต้องนั้น ควรปฏิบัติดังนี้

2.1 ให้ความรู้แก่ผู้ป่วยโดยให้พยาบาลที่สามารถพูดภาษาอาหรับได้เป็นผู้ให้ความรู้ หรือให้คำแนะนำเป็นรายบุคคล หรือรายกลุ่ม ควรมีสถิตที่ศูนย์บริการในการสอน เช่น หุ่นจำลอง ภาพพลิก สไลด์ หรือการฉายวิดีโอเทป เป็นต้น เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเข้าใจง่ายขึ้น เกิดการรับรู้ตามข้อเท็จจริง และควรแจกแผ่นพับ หรือคู่มือที่เป็นภาษาอาหรับ เพื่อให้ผู้ป่วยได้อ่านประกอบหลังได้รับคำแนะนำ หรือนำไปอ่านทบทวนที่บ้านได้

2.2 ให้ความรู้แก่สามีหรือญาติของผู้ป่วยโดยให้พยาบาลที่สามารถพูดภาษาอาหรับได้เป็นผู้ให้ความรู้หรือคำแนะนำ เพื่อให้ทราบถึงภาวะความดันโลหิตสูงที่ผู้ป่วยเป็นอยู่ รวมทั้งอธิบายถึงแนวทางการปฏิบัติตนที่เหมาะสมกับโรค และแนะนำถึงบทบาทของสามีหรือญาติที่สามารถ

ช่วยเหลือ หรือส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองที่ถูกต้อง เช่น คอยเป็นกำลังใจให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามคำแนะนำ ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมาฝากครรภ์ตามนัด คอยเตือนให้รับประทานยาตามเวลา หรือช่วยแบ่งเบาภาระหรืองานภายในบ้าน เพื่อให้ผู้ป่วยได้มีเวลาพักผ่อนอย่างเพียงพอ เป็นต้น

ด้านการวิจัย

1. การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย ผลการวิจัยครั้งนี้ได้คำตอบเกี่ยวกับการรับรู้เกี่ยวกับโรคและพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของหญิงตั้งครรภ์ชาวไทยมุสลิมที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์ โดยได้ข้อมูลจากเครื่องมือที่ผู้วิจัยใช้เก็บรวบรวมข้อมูล ซึ่งอาจมีการรับรู้และพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองในประเด็นอื่นซึ่งเครื่องมือไม่ได้วัด ดังนั้นในการวิจัยครั้งต่อไปน่าจะทำการศึกษาโดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพเพื่ออธิบายการรับรู้ กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของกลุ่มตัวอย่างกลุ่มนี้ว่าเป็นอย่างไร

2. การวิจัยครั้งนี้ทำการศึกษาในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ชาวไทยมุสลิมที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์ที่มารับบริการฝากครรภ์ในโรงพยาบาล แต่ยังมีกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ชาวไทยมุสลิมที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์อีกเป็นจำนวนมากที่ไม่มาฝากครรภ์ในโรงพยาบาล จึงควรทำการศึกษาวิจัยในหญิงตั้งครรภ์กลุ่มนี้เพื่อทราบว่ามีการรับรู้และมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองเป็นอย่างไร และมีความแตกต่างจากกลุ่มที่มาฝากครรภ์ในโรงพยาบาลหรือไม่

3. ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยพบว่า มีอุปสรรคในด้านการสื่อสารเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่พูดภาษาฮาวิ ผู้วิจัยจำเป็นต้องใช้ผู้ช่วยวิจัยที่พูดภาษาฮาวิได้ เป็นผู้สัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างที่พูดภาษาไทยไม่ได้ ดังนั้นในการทำวิจัยในกลุ่มตัวอย่างกลุ่มนี้ผู้วิจัยควรเป็นผู้ที่พูดและเข้าใจภาษาฮาวิได้ดี ทั้งนี้เพื่อเป็นการสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้วิจัยกับกลุ่มตัวอย่าง และเพื่อให้ได้ข้อมูลถูกต้องสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น

4. ควรทำการศึกษาวิจัยเรื่องความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองในหญิงตั้งครรภ์ชาวไทยมุสลิมที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์ในกลุ่มที่มีอาการผิดปกติอย่างอื่นร่วมด้วย เช่น เป็นครรภ์แฝดน้ำ, ทารกในครรภ์เป็น Hydropfetalis เป็นต้น เพื่อทราบว่าการรับรู้และพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของหญิงตั้งครรภ์กลุ่มนี้เป็นอย่างไร แตกต่างจากกลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีอาการผิดปกติร่วมด้วยหรือไม่

บรรณานุกรม

- กนกวรรณ ตั้งวุฒิกุล. การเปรียบเทียบการปฏิบัติตนของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงที่ควบคุมอาการได้และที่ควบคุมอาการไม่ได้. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต. บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2530.
- กรรณิการ์ กันธะรักษา. การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างอำนาจภายในตน ภายนอกตนเกี่ยวกับสุขภาพอนามัยกับพฤติกรรมการปฏิบัติตน เพื่อดำรงไว้ซึ่งสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต. สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2527.
- กรรณิกาญจน์ ศิริภักดิ์. การศึกษาภาวะเสี่ยงและความสัมพันธ์ระหว่าง ความรู้ เจตคติ กับการปฏิบัติตนในระยะตั้งครรภ์ในหญิงที่ฝากครรภ์ไม่ครบตามเกณฑ์. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2530.
- กอบแก้ว คุณดวีส. ปัจจัยที่มีผลกระทบต่อความสม่ำเสมอ ในการรักษาของผู้ป่วยวัณโรคปอด. วิทยานิพนธ์ปริญญาสังคมศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสังคมศาสตร์การแพทย์. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2527.
- กาญจนา บุญทิพย์. ปัจจัยพื้นฐานบางประการ แรงสนับสนุนทางสังคมและความสามารถในการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2534.
- เกศินี ไชยนิล. ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์เบาหวาน. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2536.
- กำแพง จาตุรจินดา. สถิติศาสตร์รามายณะ. กรุงเทพฯ : บริษัท โอเอส พรินติ้ง เฮ้าส์ จำกัด, 2530.
- จรรยา สุวรรณทัต "ความเชื่อเกี่ยวกับการอบรมเลี้ยงดูเด็ก" ใน เอกสารการสอนชุดวิชาการพัฒนาการเด็กและการเลี้ยงดู หน่วยที่ 8-15 มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช สาขาวิชาคหกรรมศาสตร์. หน้า 141. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์ชวนพิมพ์, 2527.
- จรัสศรี ธีระกุลชัย. ผลการการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อความสามารถในการดูแลตนเองและการเกิดความดันโลหิตสูงจากการตั้งครรภ์ในหญิงตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยง.

ปรัชญาวิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยมหิดล, 2536.

จำเรียง กุระสุวรรณ. สังคมวิทยาสำหรับพยาบาล. กรุงเทพฯ : สามเจริญพานิช, 2522.

จินตนา เพชรานนท์. "ภาวะเศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรมและประชากรของภาคใต้" ใน

รายงานสัมมนาทางวิชาการเรื่องภาวะเจริญพันธุ์ การวางแผนครอบครัว และการ

พัฒนาประชากรภาคใต้. หน้า 111-151 ม.ป.ท. : สถาบันประชากรศาสตร์

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และสถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล,

2526.

จิรประภา ภาวิไล. การศึกษาการรับรู้ต่อภาวะสุขภาพ พฤติกรรมการดูแลตนเองและภาวะสุขภาพ
ของผู้ป่วยภายหลัง. การผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ. วิทยานิพนธ์ปรัชญาวิทยาศาสตร์
มหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2535.

ฉวีวรรณ วรรณประเสริฐ และคณะ. "ลักษณะทางสังคมและวัฒนธรรมชาวมุสลิมที่สัมพันธ์กับ

ภาวะเจริญพันธุ์ และการวางแผนครอบครัว" ใน รายงานการสัมมนาทางวิชาการ

เรื่องภาวะเจริญพันธุ์ การวางแผนครอบครัว และการพัฒนาประชากรภาคใต้. หน้า

41-106 ม.ป.ท. : สถาบันประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และสถาบัน

วิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล, 2526.

ชัยรัตน์ คุณาวิทีกุล. โรคแทรกซ้อนในหญิงมีครรภ์. ภาควิชาสูติ-นรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2533.

ดลมนรจันท์ บากา. การศึกษาวิเคราะห์เปรียบเทียบความเชื่อทางศาสนาและผลกระทบต่อ

ลักษณะสังคม เศรษฐกิจ และแนวการดำเนินชีวิตของชาวมุสลิมและชาวมุสลิมในชนบท

: ศึกษาเฉพาะกรณี อำเภอสว่างโฮงป่าดี จังหวัดนราธิวาส. วิทยานิพนธ์ปรัชญามหาบัณฑิต

มหาวิทยาลัยมหิดล, 2523.

ธีระ ทองสง. ภาวะแทรกซ้อนทางอายุรศาสตร์ในสตรีตั้งครรภ์. ภาควิชาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา

คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2533.

นิตยา ภาสอินทร์. ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ และความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง

กับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด. วิทยานิพนธ์ปรัชญา

วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล,

2532.

นิตยา อังภาบุรณะ. ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับการปฏิบัติตนของผู้ป่วยโรค
กล้ามเนื้อหัวใจตาย. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต ภาควิชาพยาบาลศึกษา.

บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2527.

บุญเรียง ขจรศิลป์. วิธีวิจัยทางการศึกษา. ภาควิชาการศึกษา คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัย
เกษตรศาสตร์, 2529.

บุษบา ตันติศักดิ์. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการพฤติกรรมการดูแลตนเองกับคุณภาพชีวิต
ในผู้ป่วยโรคเอส แอล อี. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาล-
ศาสตร์. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2535.

ประภาเพ็ญ สุวรรณ และ สว่าง สุวรรณ. พฤติกรรมศาสตร์ : พฤติกรรมสุขภาพ และสุขภาพศึกษา.
คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2532.

พวงพยอม การภักญ์. การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับการปฏิบัติตนของ
ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศึกษา
บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2527.

พิชัย เจริญพานิช. แก่นแท้ของสถิติศาสตร์ : ปัญหาและแนวทางแก้ไข. กรุงเทพฯ : บริษัท
พี.เอ.ลิฟวิ่ง จำกัด, 2531.

พิมพ์วัลย์ ปรีดาสวัสดิ์ และคณะ. การดูแลสุขภาพตนเอง : ทักษะทางสังคมและวัฒนธรรม.
กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์แสงแดด, 2530.

เพ็ญเพ็ญ จันทระณะ. ผลการสอนอย่างมีแบบแผนต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและภาวะสุขภาพ
ในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง เนื่องจากการตั้งครรภ์. วิทยานิพนธ์ปริญญา
วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล,
2534.

มัลลิกา ตั้งเจริญ. การรับรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์กับความสามารถในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการ
ติดเชื้อโรคเอดส์ในหญิงอาชีพพิเศษ. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาพยาบาลศาสตร์. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2534.

มูเนาะเราะฮ์ บินตุ อิลดูลมาะฟูร. อิสลามธรรมนุแห่งชีวิต. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์เจริญผล,
2525.

สุพิน จันทรักคะ. "การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ใน สถิติและการวิจัยเบื้องต้น. หน้า 122
พรศรี ศรีอัฐภาพร และสุวดี วัฒนานนท์, บรรณาธิการ. กรุงเทพฯ : สามเจริญ

พานิช, 2529.

ยวดี ภาชา และคณะ. วิจัยทางการพยาบาล. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์เจริญผล, 2526.

เฮาวดี สุวรรณาคะ. ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพความรู้เกี่ยวกับโรคกับพฤติกรรมสุขภาพอนามัยของผู้ป่วยโรคตับอักเสบจากเชื้อไวรัสตับอักเสบบี. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลอาชีวศาสตร์-สัตวศาสตร์. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2532.

เฮาวรัตน์ ปรปักษ์ขาม และคณะ. "อนามัยแม่และเด็ก การวางแผนครอบครัว และภาวะเจริญพันธุ์ การศึกษาเปรียบเทียบระหว่างไทยพุทธ และไทยมุสลิม อำเภอจะนะ จังหวัดสงขลา 2523." ใน รายงานการสัมมนาทางวิชาการเรื่องภาวะเจริญพันธุ์ การวางแผนครอบครัว และการพัฒนาประชากรภาคใต้. หน้า 423-468. ม.ป.ท. : สถาบันประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และสถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล, 2526.

ระเด่น หัสดี. การศึกษาวิจัยเรื่องปัจจัยทางเศรษฐกิจและสังคมที่มีอิทธิพลต่อสุขภาพอนามัยแม่และเด็กของประชาชนชาวไทยที่นับถือศาสนาพุทธและศาสนาอิสลาม จังหวัดนครนายก. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครนายก, 2531.

ราตรี เทียงจิตต์. ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพ การสนับสนุนจากคู่สมรสกับการปรับตัวของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2534.

รัตนา มาศเกษม. การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างอัตมโนทัศน์ และปัจจัยบางประการกับการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคลมบ้าหมู. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2527.

ลือชัย ศรีเงินทอง และทวีทอง หงษ์วิวัฒน์. ยุทธศาสตร์เพื่อการดูแลสุขภาพตนเอง. นครปฐม : ศูนย์ศึกษานโยบายสาธารณสุข. คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2523.

วิจารณ์ วิษณุกิจ. "เรื่องของท้องในขณะตั้งครรภ์" นิตยสารแม่และเด็ก. 11(ม.ค.2531) :

วารินทร์ เล็กประเสริฐ. "ภาวะความดันเลือดสูงขณะมีครรภ์" ใน ภาวะฉุกเฉินทางสูติ-นรีเวช หน้า 86-104. สัมภาษณ์ ณ สุวรรณ, บรรณาธิการ กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์พิมพ์เนศ, 2524.

วิเชียร เกตุสิงห์. สถิติวิเคราะห์สำหรับการวิจัย. กรุงเทพฯ : ไทยวัฒนาพานิช, 2526.

สงคราม ชื่นภิบาล. การผสมกลมกลืนชาวไทยมุสลิมในจังหวัดชายแดนภาคใต้. วิทยานิพนธ์ปริญญา
มหาบัณฑิต ภาควิชารัฐศาสตร์. บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2518.

สมจิต ปทุมานนท์. ความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตนด้านสุขภาพ ปัจจัยบางประการทางลักษณะ
ประชากร กับประสิทธิภาพการสอนหญิงมีครรภ์ในการดูแลตนเองด้านอนามัยแม่และเด็ก.
วิทยานิพนธ์ปริญญาสาขารัฐศาสตร์ระดับบัณฑิต สาขาการพยาบาลสาขารัฐ. บัณฑิต-
วิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2532.

สมจิต หนูเจริญกุล. "การดูแลสุขภาพตนเองในการพยาบาล : ทฤษฎีและการประยุกต์ทาง
คลินิก" ใน ยุทธศาสตร์เพื่อการดูแลสุขภาพตนเอง. หน้า 126-155. ลือชัย
ศรีเงินทอง และทวีทอง หงษ์วิวัฒน์, บรรณาธิการ. กรุงเทพฯ : 2533.

สมจิต หนูเจริญกุล. การดูแลตนเอง : ศาสตร์และศิลป์ทางการพยาบาล. คณะแพทยศาสตร์
โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล. กรุงเทพฯ : บริษัท วิสิฐสิน จำกัด,
2534.

สมใจ พุทธิพิทักษ์ผล. ผลการให้คำแนะนำต่อความรู้เรื่องโรค และความเชื่อด้านสุขภาพใน
กลุ่มสตรีที่เป็นพาหะของโรคธาลัสซีเมีย. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาสถาบันศาสตร์. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2532.

สมใจ อิมวิไล. ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพและปัจจัยบางประการกับการดูแล
ตนเองในผู้ป่วยโรคหอบหืด. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการ
พยาบาลอาชีวอนามัยและสาธารณสุข. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2531.

สาลี เกลิมวรรณพงศ์. การศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพของชาวไทยมุสลิมที่ใช้บริการสุขภาพใน
โรงพยาบาลในจังหวัดชายแดนภาคใต้. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต
ภาควิชาพยาบาลศึกษา. บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2530.

สุจิต เป่าสวัสดิ์ และคณะ. สถิติศาสตร์. กรุงเทพฯ : บริษัท ทริโอ แอนด์ จำกัด, 2525.

สุจิต เป่าสวัสดิ์ และคณะ. ความดันโลหิตสูงในสตรีมีครรภ์. กรุงเทพฯ : บริษัท ทริโอ แอนด์
จำกัด, 2526.

สุจิต เป่าสวัสดิ์. เด็กตายคลอด. ภาควิชาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2531.

สุชา จันทร์เอม. จิตวิทยาทั่วไป. กรุงเทพฯ : ไทยวัฒนาพานิช จำกัด, 2524.

สุชาติ ประสิทธิ์รัฐสินธุ์ และ ลดาวัลย์ รอดมณี. เทคนิคการวิเคราะห์ตัวแปรหลายตัวสำหรับการวิจัยทางสังคมศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : ภาพพิมพ์จำกัด, 2528.

สุชีรา आयวัฒน์. ความเชื่อและการเจ็บป่วย. พิมพ์ครั้งที่ 2 กรุงเทพฯ : ชนิษฐ์การพิมพ์, 2527.

สุดา ภูทอง. การศึกษาเปรียบเทียบลักษณะของหญิงที่มีการฝากครรภ์และไม่ฝากครรภ์ : ศึกษาเฉพาะกรณีหญิงมีครรภ์ที่คลอดในศูนย์อนามัยแม่และเด็ก เขต 12 ยะลา. วิทยานิพนธ์ปริญญาสังคมศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสังคมศาสตร์การแพทย์และสาธารณสุข. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2527.

สุภาพ ใบแก้ว. การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2528.

สุมน สุเตชะ. การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับการดูแลตนเองในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2530.

สุรี โอภาสศิริวิทย์. ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้และปัจจัยบางประการกับการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2531.

สุรีย์ ลิมารักษ์ และ ชีระ ทองสง. ความดันโลหิตสูงในสตรีตั้งครรภ์. พิมพ์ครั้งที่ 2. สูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2534.

สุวัช อินทรประเสริฐ. "การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น" ใน สูติศาสตร์รามาธิบดี. หน้า 511-520. กำแพง จาตุรจินดา และคณะ, บรรณาธิการ. กรุงเทพฯ : บริษัท โอ เอส พริ้นติ้งเฮ้าส์ จำกัด, 2530.

สุวิมล ฤทธิมนตร์. การศึกษาความรู้เรื่องโรค ความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคในคู่สมรสของผู้ป่วยโรคตับอักเสบไวรัสบี. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2534.

เสาวนีย์ จิตต์ทาวด์. วัฒนธรรมอิสลาม. พิมพ์ครั้งที่ 2 กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์จุฬารัตน, 2524.

เสาวนีย์ จักรพิทักษ์. โภชนาการสำหรับครอบครัวและผู้ป่วย. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ :

โรงพิมพ์สุริยา, 2520.

ไทมส์เราะ บินมะหะหมัด. การศึกษาความเชื่อทางศาสนาอิสลามกับพฤติกรรมการวางแผน

ครอบครัวของชาวไทยมุสลิม (ระหว่างปี พ.ศ.2527-2530). วิทยานิพนธ์ปริญญา

มหาบัณฑิต สาขาสังคมศาสตร์การแพทย์และสาธารณสุข. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัย

มหิดล, 2530.

อนันต์ สุไลมาน. "การบริการอนามัยแม่และเด็กของศูนย์เขต 12 จังหวัดยะลา" ใน รายงาน

สัมมนาทางวิชาการเรื่องภาวะเจริญพันธุ์ การวางแผนครอบครัว และการพัฒนา

ประชากรภาคใต้. หน้า 265-280. ม.ป.ท. : สถาบันประชากรศาสตร์ จุฬาล-

งกรณ์มหาวิทยาลัย และสถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล, 2526.

อังคณา นวลง. ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้เกี่ยวกับโรค การสนับสนุนทางสังคม กับ

พฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้ง

ครรภ์. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์. บัณฑิตวิทยาลัย

มหาวิทยาลัยมหิดล, 2535.

Anderson, G.D. "Hypertension in Pregnancy." Manual of Clinical

Problems in Obstetrics and Gynecology. pp.31 Edited by Rivlin,

M.E, Morrison, J.C. and Bates, V.G. Boston : A Little Brown

and Company, 1982.

Alvarace, Russel Ramon de. "Preeclampsia-eclampsia and other gesta-

tional Edema-Proteinuria-Hypertension disorders." Current

Obstetric and Gynecology Diagnosis and Treatment. pp. 738-754.

Edited by R.C. Benson. California : Lange Medical Publication,

1982.

Arias, F. Hypertension During Pregnancy : High Risk Pregnancy and

Delivery. Saint Louis : the C.V. Mosby Company, 1984.

Becker, M.H. "The Health Beliefs Model and Sick Role Behavior."

Health Education Monographs. 4 (Winter 1974) : 409-417.

- Becker, M.H. et al. "Selected Psychosocial Model and Correlates of Individual Health-Related Behaviors." Medical Care. 15 (May 1977) : 27-46.
- Becker, M.H., Maiman, L.A. "Sociobehavioral Determinants of Compliance with Health and Medical Care recommendations." Medical Care. 13 (January 1975) : 10-24.
- Benson, R.C. Current Obstetric and Gynecology Diagnosis and Treatment. California : Lange Medical Publication, 1982.
- Chesley, L.C. "Hypertensive disorder in Pregnancy." Journal of Nursing Midwifery. 30 (March-April 1985) : 99-104.
- Chesley, L. Hypertensive Disorders in Pregnancy. New York : Appleton Century Croft, 1978.
- _____. "History and Epidemicology of Pre-Eclampsia Toxemia." Clinical Obstetrics and Gynecology. 27(Dec 1984):810-820.
- Clark, A.L. and Harris, T.R. Childbearing : A Nursing perspective. 2nd ed. Philadelphia : F.A. Davis Co., 1979.
- Connelly, C.E. "Self-care and the Chronically ILL Patient." Nursing Clinics of North America. 22 (September 1987) : 621-629.
- Cunningham, F.G. MacDonald, P.C. Grant, N.F. Williams Obstetrics. 18th ed. Connecticut : Appleton & Lange, 1989.
- Fink, R., Shapiro, S. and Roester, R. "Impact of Effort to Increase Participation in Repetitive screening for early Breast Cancer Detection." American Journal of Public Health. 62 (1962) : 328-336.
- Gilbert Stepp Elizabeth and Harmon Smith Judith. High-Risk Pregnancy and Delivery : Nursing Perspective. Missouri : The C.V. Mosby Company, 1986.

- Hallal, J.C. "The Relationship of Health Belief, Health Locus of Control and Self Concept to the Practice of Breast Self Examination in Adult Women." Nursing Research. 31 (May-June 1982) : 127.
- Habbard, P. Muhlenkamp. A.F. & Brown, N. "The Relationship between Social Support and Self-Care Practice." Nursing Research. 33 (September-October 1984) : 266-269.
- Hill, L. and Smith, N. Self-Care Nursing. New Jersey : Prentice-Hall Inc., 1985.
- Jensen, M.D. Maternity and Gynecologic Care : The Nurse and the Family. St.Louis : The C.V. Mosby Company, 1985.
- Josep, L.S. "Self-Care and the Nursing Process." Nursing Clinics of North America. 15 (March 1980) : 131-143.
- Johnson, M.S. "Safety and Activities During Pregnancy." Maternity Nursing Today. pp. 352-366 by Clausen, J.P and others. New York : McGraw-Hill Book, 1977.
- Kasl, S.V. and Cobb, S. "Health Behavior, Illness Behavior." Archives Environmental Health. 12 (February 1966) : 246-261.
- Kelley, M. "Nurse-Midwifery Management of Preeclampsia." Journal of Nurse-Midwifery. 30 (March-April 1985) : 105-111.
- Klinger, M. "Compliance and Post M.I. Patient." The Canadian Nurse. 80 (August 1984) : 32-38.
- Lowenstein, V. and Rinehart, J. "Psychosocial factors related to health maintenance behaviors of pregnant women." Reading for Nursing Research. pp. 246-257 Edited by Krampitz, S.D. and Pavlovich, N. St.Louis : The C.V. Mosby Company, 1981.
- Maiman, L.A. and Becker, H.M. "The Health Belief Model : Origins and Correlated" The Health Belief Model and Personal Health

- Hallal, J.C. "The Relationship of Health Belief, Health Locus of Control and Self Concept to the Practice of Breast Self Examination in Adult Women." Nursing Research. 31 (May-June 1982) : 127.
- Habbard, P. Muhlenkamp. A.F. & Brown, N. "The Relationship between Social Support and Self-Care Practice." Nursing Research. 33 (September-October 1984) : 266-269.
- Hill, L. and Smith, N. Self-Care Nursing. New Jersey : Prentice-Hall Inc., 1985.
- Jensen, M.D. Maternity and Gynecologic Care : The Nurse and the Family. St.Louis : The C.V. Mosby Company, 1985.
- Josep, L.S. "Self-Care and the Nursing Process." Nursing Clinics of North America. 15 (March 1980) : 131-143.
- Johnson, M.S. "Safety and Activities During Pregnancy." Maternity Nursing Today. pp. 352-366 by Clausen, J.P and others. New York : McGraw-Hill Book, 1977.
- Kasl, S.V. and Cobb, S. "Health Behavior, Illness Behavior." Archives Environmental Health. 12 (February 1966) : 246-261.
- Kelley, M. "Nurse-Midwifery Management of Preeclampsia." Journal of Nurse-Midwifery. 30 (March-April 1985) : 105-111.
- Klinger, M. "Compliance and Post M.I. Patient." The Canadian Nurse. 80 (August 1984) : 32-38.
- Lowenstein, V. and Rinehart, J. "Psychosocial factors related to health maintenance behaviors of pregnant women." Reading for Nursing Research. pp. 246-257 Edited by Krampitz, S.D. and Pavlovich, N. St.Louis : The C.V. Mosby Company, 1981.
- Maiman, L.A. and Becker, H.M. "The Health Belief Model : Origins and Correlated" The Health Belief Model and Personal Health

- Behavior. pp. 9-25. Edited by M.H. Becker New Jersey : Charle B.Slack, Inc., 1974.
- Mikhail, B. "The Health Belief Model : A Review and Critical Evaluation of the Model, Research and Practice." Advance in Nursing Science. 4 (October 1981) : 65-82.
- Nelson, E.C. et al. "Impact of Patient Perception on Compliance with Treatment for Hypertension." Medical Care. 16 (November 1978) : 893-906.
- Newman, V. and Fullerton, J. "Role of Nutrition in the Prevention of Preeclampsia." Journal of Nurse-Midwifery. 35 (September/October 1990) : 282-290.
- Norris, C.M. "Self-Care." American Journal of Nursing. 79 (March 1979) : 486-489.
- Orem, D.E. Concept of Practice. 2nd ed. New York : McGraw-Hill Book Co., 1980.
- _____. Nursing : Concepts of Practice. 3rd ed. New York : McGraw-Hill Book Co., 1985.
- _____. Nursing : Concepts of Practice 4th ed. St.Louis : Mosby-Year Book Inc., 1991.
- Orem, D.E. & Taylor S. "Orem's General Theory of Nursing." Case Study in Nursing Theory. pp. 37-71. Edited by Winstead-Fry, p. New York : National League for Nursing, 1986.
- Pender, N.J. Health Promotion in Nursing Practice. East Norwalk : Appleton-Century Crofts, 1982.
- Pillitteri, Adele. Maternal-Newborn Nursing Care of the Growing Family. 2nd ed. Boston : Little, Brown and Co., 1981.
- Pritchard, J.A. and MacDonald, P.C. Williams Obstetrics. 16th ed. New York : Apleton-Century-Crofts, 1980.

- Puangrat Boonyanurak. "Use of Prenatal Clinics by Pregnant Woman in Thailand." Ph.D. dissertation, Teachers College, Columbia University, 1985.
- Reading, A.E. and others. "Health Belief and Health Care Behavior in Pregnancy." Obstetrical and Gynecological Survey. 38 (March 1983) : 140-142.
- Redman C.W.G. "Hypertension in Pregnancy." Obstetrics. pp. 515-542 Edited by Turnbull Sir Alece and Chamberlain Geoffrey. New York : Churchill Livingstone Inc., 1989.
- Rokeach, M. "Belief Attitude and Value." A Theory of Organization and Change. Sanfrancisco : Josey Bass, 1970.
- Rosenstock, I.M. "Historical Origins of the Health Belief Model." Health Education Monographs. 2 (Winter 1974) : 328-335.
- _____. "The Health Belief Model and Preventive Health Behavior." Health Education Monographs. 2 (Winter 1974) : 354-384.
- Ruths, S. Rehabilitative Aspects of Acute and Chronic Nursing Care. pp. 136-156. Philadelphia : W.B. Saunder Co., 1973.
- Sibai, B.M. Hypertensive in Pregnancy. p. 315-436.
- _____. "Pitfall in Diagnosis and Management of Pre-Eclampsia." American Journal of Obstetrics and Gynecology. 159(July 1988). 1-5
- Turnbull Sir Alece and Chamberlain Geoffrey. Obstetrics. New York : Churchill Livingstone Inc., 1989.
- Turnbull, E.M. "Effect of Basic Preventive Health Practices and Mass Media on the Practice of Breast self Examination." Nursing Research, 27 (March-April 1978) : 98-102.
- Walter, B.N. "Hypertension in Pregnancy." Medicine. 1(1982) : 1627-1629.

Weinstein, L. "Pre-eclampsia-eclampsia with hemolysis, elevated liver enzymes, and thrombocytopenia." Obstetric Gynecol. 66 : 657, 1985.

William, S.R. Nutrition and Diet Therapy. 3rd ed. St.Louis : The C.V. Mosby Co., 1977.

Willis, S.E. "Hypertension in Pregnancy." American Journal of Nursing. (May 1982) : 791-822.

Zuspan, F.P. "Problems Encountered in the Treatment of Pregnancy Induced Hypertension." American Journal of Obstetrics and Gynecology. 131 (July 1978) : 591-597.

Zuspan, F.P. and Shaughnessy, R.O. "Maternal Physiology and Disease : Chronic Hypertension in Pregnancy." The Year Book of Obstetrics and Gynecology 1979. p. 13. Edited by R.M. Pitkin Chicago : Year Book Medical Publishers, 1979.



รายนามผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของแบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพ

1. รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ จิรศักดิ์ นมัสสาร
ภาควิชาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล
2. รองศาสตราจารย์ สุปราณี อัทธเสรี
ภาควิชาการพยาบาลสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
3. นายแพทย์ ประยุทธ์ เสรีเสถียร
แผนกจิตเวชชุมชน โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าอยุธยา
4. อาจารย์ มงคล หลักธรรม
ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล
5. อาจารย์ ปราณี ชำญรงค์
ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล
6. อาจารย์ สุชีรา กัทธราญตวรรัตน์
ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของแบบสอบถามพฤติกรรม

การดูแลตนเอง

1. รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ ศิริพงศ์ สวัสดิ์มงคล

ภาควิชาสรีรศาสตร์-นรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

2. รองศาสตราจารย์ ดร.สมจิต หนูเจริญกุล

ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

3. รองศาสตราจารย์ ดร.ประภาเพ็ญ สุวรรณ

ภาควิชาสุขศึกษา คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

4. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ สุปรียา บุญเกตุ

ภาควิชาการพยาบาลสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

5. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ เชาวลักษณ์ เสรีเสถียร

ภาควิชาการพยาบาลสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

ภาคผนวก ข

แบบบันทึกข้อมูลส่วนตัวของหญิงตั้งครรภ์ชาวไทยมุสลิม

ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์

แบบสัมภาษณ์ความเชื่อด้านสุขภาพในหญิงตั้งครรภ์ชาวไทยมุสลิม

ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์

แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ชาวไทยมุสลิม

ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์

เลขที่แบบสอบถาม.....

รพ.....

วันที่.....

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนตัวของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์
ชื่อ.....นามสกุล.....

อายุ.....ปี

ระดับการศึกษา.....

รายได้ของครอบครัวต่อเดือน.....บาท

ลำดับที่ของการตั้งครรภ์

() ครรภ์แรก

() ครรภ์หลัง

ส่วนที่ 2 แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ชาวไทยมุสลิมที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์

คำชี้แจง

แบบสัมภาษณ์ชุดนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อสอบถามเกี่ยวกับการกระทำหรือการปฏิบัติตนด้านสุขภาพอนามัยของท่าน กรุณาพิจารณาว่าขณะที่ท่านมีภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์ ท่านกระทำหรือปฏิบัติตนในการดูแลตนเองอย่างไร และข้อความนั้นท่านเคยได้รับคำแนะนำจากแพทย์หรือพยาบาลหรือไม่ ขอให้ท่านตอบให้ตรงกับการปฏิบัติของท่านให้มากที่สุด คำตอบของท่านจะไม่มีผลกระทบต่อตัวท่านแต่อย่างใด แต่จะเป็นประโยชน์อย่างยิ่งต่อส่วนรวมเพราะจะนำไปสู่การปรับปรุงการบริการเพื่อท่าน และหญิงตั้งครรภ์คนอื่น ๆ ต่อไป

กรุณาตอบทุกข้อ แต่ละข้อมีคำตอบให้เลือกดังนี้

ทำเป็นประจำ	หมายถึง	ข้อความนั้นท่านกระทำสม่ำเสมอ หรือกระทำทุกครั้ง
ทำเป็นบางครั้ง	หมายถึง	ข้อความนั้นท่านกระทำเป็นบางครั้ง หรือกระทำเป็นส่วนน้อย
ไม่เคยทำ	หมายถึง	ข้อความนั้นท่านไม่เคยกระทำเลย

ส่วนที่ 2 แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่มีความดันโลหิตสูง
เนื่องจากการตั้งครรภ์

การปฏิบัติตน	ทำเป็นประจำ	ทำเป็นบางครั้ง	ไม่เคยทำ	คำแนะนำจากแพทย์หรือพยาบาล	
				ได้รับ	ไม่ได้รับ
<u>การดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป</u>					
1. ท่านหลีกเลี่ยงไม่อยู่ในสถานที่แออัดหรือสถานที่อากาศถ่ายเทไม่สะดวก เช่น โรงภาพยนตร์ เป็นต้น.....					
2. ท่านดื่มน้ำสะอาดอย่างน้อยวันละ 8 แก้ว.....					
.					
.					
.					
47. ท่านพยายามไม่คิดมากเรื่องการเจ็บป่วย เพราะถึงอย่างไรท่านก็มีความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์เกิดขึ้นแล้ว.....					
48. ท่านพยายามปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ พยาบาลให้มากที่สุด เพื่อให้ท่านและลูกในท้องปลอดภัยจนกว่าจะครบกำหนดคลอด.....					

ส่วนที่ 3 แบบสัมภาษณ์ความเชื่อด้านสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ชาวไทยมุสลิมที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์

คำชี้แจง

แบบสัมภาษณ์ชุดนี้มีวัตถุประสงค์ต้องการทราบถึงความรู้สึก ความคิดเห็นหรือความเชื่อของท่านที่มีต่อภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์ ในแบบสัมภาษณ์จะมีข้อความให้ท่านพิจารณาถึงความรู้สึก ความคิดเห็นหรือความเชื่อตามความเป็นจริงของท่านให้มากที่สุด ดังนั้นคำตอบจึงไม่มีคำถามที่ถูกหรือผิด ขอให้ตอบแบบสัมภาษณ์ให้ตรงกับความรู้สึก ความคิดเห็น หรือความเชื่อของท่านให้มากที่สุด คำตอบที่ได้จากท่านจะสรุปออกมาเป็นส่วนรวม จึงไม่มีผลกระทบกระเทือนต่อผู้ตอบแต่อย่างใด นอกจากจะเป็นวิทยาทานซึ่งเป็นประโยชน์อย่างยิ่งต่อส่วนรวม โดยจะนำข้อมูลที่ได้รับไปใช้ในการปรับปรุงการพยาบาลที่จะให้กับหญิงตั้งครรภ์ชาวไทยมุสลิมที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์ให้ดียิ่งขึ้น

กรุณาตอบทุกข้อ แต่ละข้อมีคำตอบให้เลือกดังนี้

เห็นด้วยมากที่สุด	หมายถึง	ท่านเห็นว่าข้อความนั้นตรงกับความรู้สึก ความคิดเห็นหรือความเชื่อของท่านมากที่สุด
เห็นด้วยค่อนข้างมาก	หมายถึง	ท่านเห็นว่าข้อความนั้นตรงกับความรู้สึก ความคิดเห็นหรือความเชื่อของท่านค่อนข้างมาก
เห็นด้วยปานกลาง	หมายถึง	ท่านเห็นว่าข้อความนั้นตรงกับความรู้สึก ความคิดเห็นหรือความเชื่อของท่านเพียงครึ่งหนึ่ง
เห็นด้วยน้อย	หมายถึง	ท่านเห็นว่าข้อความนั้นตรงกับความรู้สึก ความคิดเห็นหรือความเชื่อของท่านเพียงเล็กน้อย
ไม่เห็นด้วย	หมายถึง	ท่านเห็นว่าข้อความนั้นไม่ตรงกับความรู้สึก ความคิดเห็นหรือความเชื่อของท่านเลย

ส่วนที่ 3 แบบสัมภาษณ์ความเชื่อด้านสุขภาพในหญิงตั้งครรภ์ชาวไทยมุสลิมที่มีภาวะความดันโลหิตสูง
เนื่องจากการตั้งครรภ์

ข้อความ	เห็นด้วย มาก ที่สุด	เห็นด้วย ค่อนข้าง มาก	เห็นด้วย ปาน กลาง	เห็นด้วย น้อย	ไม่เห็น ด้วย	สำหรับ ผู้วิจัย
<u>แรงจูงใจด้านสุขภาพโดยทั่วไป</u>						
1. ถ้าท่านเอาใจใส่ดูแล ตนเองอยู่เสมอจะทำให้ ท่านมีสุขภาพแข็งแรง ไม่เจ็บป่วย.....						
2. ถ้าท่านไม่มีการเจ็บ ป่วยใด ๆ ก็ไม่มีความ จำเป็นต้องไปตรวจ ร่างกายประจำปีกับแพทย์.....						
.						
.						
.						
.						
36. ญาติพี่น้องของท่านไม่ เห็นความจำเป็น และ ไม่สนับสนุนให้ท่านมา ตรวจครรภ์ตามที่แพทย์นัด.....						
37. สามีของท่านเอาใจใส่ คอยเตือนให้ท่านปฏิบัติ ตนตามคำแนะนำของ แพทย์อยู่เสมอ.....						



1. ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของคะแนนรายชื่อของกลุ่มตัวอย่างที่แสดงถึงความเชื่อ
ด้านสุขภาพ

ข้อความ	X	S.D.
<u>แรงจูงใจด้านสุขภาพโดยทั่วไป</u>		
1. ถ้าท่านเอาใจใส่ดูแลตนเองอยู่เสมอจะทำให้ ท่านมีสุขภาพแข็งแรงไม่เจ็บป่วย	4.43	.88
2.* แม้ท่านไม่มีอาการเจ็บป่วยใด ๆ แต่ก็ควรไป ตรวจร่างกายประจำปีกับแพทย์	3.38	1.52
3. เมื่อท่านมีอาการเจ็บป่วยแม้เพียงเล็กน้อย ท่านก็จะไปพบแพทย์	3.71	1.36
4. ท่านมาฝากครรภ์ทันทีที่ทราบว่าตั้งครรภ์	4.36	1.15
5.* การไม่มาฝากครรภ์ตามนัดทุกครั้ง อาจทำให้ เกิดอันตรายแก่มารดาและทารกในครรภ์ได้	4.31	1.23
6. การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ เช่น ไข่ นม ถั่วต่าง ๆ เป็นต้น ช่วยให้คุณมีสุขภาพดี	4.61	.80
7. การที่หญิงตั้งครรภ์สามารถปฏิบัติตาม คำแนะนำของแพทย์ได้ถูกต้อง จะทำให้ทารก ในครรภ์มีสุขภาพดี	4.82	.42
8.* การที่หญิงตั้งครรภ์ต้องถือศีลอด (ปอซอ) จะ ทำให้สุขภาพของมารดาและทารกในครรภ์ ทรุดโทรม	3.53	1.61
<u>การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค</u>		
9.* แม้ว่าท่านจะมีสุขภาพสมบูรณ์ แต่ก็มีโอกาสเกิด ภาวะความดันโลหิตสูงในขณะที่ตั้งครรภ์ได้	2.84	1.52

ข้อความ	X	S.D.
10. ทารกในครรภ์อาจมีสุขภาพไม่แข็งแรงจาก การที่ท่านมีความดันโลหิตสูงในขณะตั้งครรภ์	3.65	1.29
11. การที่ท่านมีภาวะความดันโลหิตสูง แสดงว่า ท่านอยู่ในภาวะที่เสี่ยงอันตรายต่อชีวิต	4.22	1.14
12. หญิงตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวาน หรือเป็นโรค ไตมีโอกาสเกิดภาวะความดันโลหิตสูงในขณะตั้งครรภ์	3.34	1.31
13. การที่ท่านนอนพักผ่อนไม่เพียงพอหรือ รับประทานอาหารไม่ถูกต้องในขณะตั้งครรภ์ อาจทำให้ท่านมีความดันโลหิตสูงในขณะตั้งครรภ์	4.04	1.22
<u>การรับรู้ความรุนแรงของโรค</u>		
14. ถ้าความดันโลหิตสูงมีอาการรุนแรงขึ้น ท่าน อาจชักและเสียชีวิตได้	4.16	1.19
15. ทารกที่มารดามีความดันโลหิตสูง อาจคลอด ก่อนกำหนด หรือตายในครรภ์ได้	3.73	1.35
16. การที่ท่านมีความดันโลหิตสูงในขณะตั้งครรภ์ ท่านอาจได้รับอันตรายจากการที่มีเส้นเลือดใน สมองแตก		
17. ลูกของท่านอาจตัวเล็กหรือมีน้ำหนักน้อยจาก การที่ท่านมีความดันโลหิตสูงในขณะตั้งครรภ์	3.87	1.23
18. ถ้าท่านมีอาการบวมมากขึ้น แสดงว่า ภาวะ ความดันโลหิตสูงของท่านมีอาการรุนแรงขึ้น	4.15	1.16
19. ถ้าท่านมีอาการปวดศีรษะ ตาพร่า หรือเจ็บ ขมออก แสดงว่าท่านมีโอกาสชักได้	4.30	1.06

ข้อความ	X	S.D.
<u>การรับรู้ประโยชน์ของการรักษา</u>		
20. การที่ทำงานนอนหลับอย่างน้อยวันละ 8 ชั่วโมง ช่วยทำให้ความดันโลหิตลดลง	4.15	1.07
21. การที่หญิงตั้งครรภ์นอนตะแคง จะช่วยให้เลือด ไปเลี้ยงมดลูกมากขึ้น	3.44	1.32
22. การที่หญิงตั้งครรภ์นอนตะแคงจะทำให้ทารกใน ครรภ์ได้รับอาหารหรือออกซิเจนมากขึ้น	3.39	1.26
23. การที่ท่ามาตรวจตามแพทย์นัด ทำให้แพทย์ สามารถป้องกันอันตรายหรือลดความรุนแรงของ ภาวะความดันโลหิตสูงลงได้	4.72	.49
24. การตรวจปัสสาวะ หรือตรวจเลือดช่วยทำให้ ทราบถึงความรุนแรงของภาวะความดันโลหิตสูง	4.27	1.02
25. ถึงแม้ท่านจะมีภาวะความดันโลหิตสูง แต่ถ้า ดูแลตนเองได้ถูกต้องตามคำแนะนำของแพทย์ เช่น การนอนพักผ่อน การรับประทานอาหาร เป็นต้น จะสามารถควบคุมความดันโลหิตสูงให้ ให้ลดลงได้	4.60	.84
26. การรีบไปพบแพทย์เมื่อสังเกตพบอาการผิดปกติ ต่าง ๆ เช่น บวมมากขึ้น ปวดศีรษะมาก หรือ มีอาการตาพร่ามัว จะช่วยป้องกันอันตรายจาก ภาวะความดันโลหิตสูงได้	4.72	.73

ข้อความ	X	S.D.
<u>การรับรู้ประสิทธิภาพของการรักษา</u>		
27. แม้ท่านจะมีความลำบากในการสื่อสารภาษา กับ เจ้าหน้าที่ ท่านก็ยินดีมาตรวจตามนัดเพื่อ สุขภาพของท่าน	4.58	.86
28. *ท่านสามารถหยุดงานเพื่อมาตรวจตามนัดกับ แพทย์ได้	4.27	1.45
29. แม้ท่านต้องหยุดงานหรือเสียเวลามาตรวจ ตามที่แพทย์นัด ท่านก็ยินดีมาเพื่อท่านจะได้รับ การดูแลรักษาที่ถูกต้อง	4.50	1.04
30. *ท่านยินดีมาตรวจตามนัดกับแพทย์ ถึงแม้ว่าจะต้อง ถูกตรวจร่างกาย หรือถูกเจาะเลือด	4.66	.87
31. แม้ท่านจะไม่ได้รับการต้อนรับหรือไม่ได้รับ ความสะดวกในการตรวจตามนัดจาก เจ้าหน้าที่ ท่านก็ยินดีมาตรวจเพื่อสุขภาพของท่าน	4.34	1.06
32. แม้ท่านต้องเสียค่าใช้จ่ายในการมาตรวจตาม แพทย์นัดท่านก็ยินดีมาเพื่อสุขภาพของท่าน	4.54	.98
33. แพทย์ที่โรงพยาบาลสามารถควบคุมความดันโลหิต ของท่านให้ลดลงสู่สภาพเดิมได้	4.61	.68
34. *ท่านกล้าซักถามเกี่ยวกับภาวะความดันโลหิต สูงที่ท่านกำลังเป็นอยู่จากแพทย์หรือพยาบาล	4.00	1.45
35. สามีของท่านให้ความช่วยเหลือและสนับสนุนให้ท่าน มาตรวจตามที่แพทย์นัด	4.65	.99

ข้อความ	X	S.D.
36. * ญาติพี่น้องของท่านเห็นความจำเป็น และสนับสนุน ให้ท่านมาตรวจครรภ์ตามที่แพทย์นัด	4.14	1.46
37. สามีของท่านเอาใจใส่คอยเตือนให้ท่านปฏิบัติตน ตามคำแนะนำของแพทย์อยู่เสมอ	4.61	.93

หมายเหตุ (*) ข้อความที่มีความหมายทางด้านลบ ปรับเปลี่ยนเป็นข้อความที่มีความหมาย
ด้านบวก

2. ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และจำนวนร้อยละของคะแนนรายชื่อของกลุ่มตัวอย่างที่
แสดงถึงพฤติกรรมการดูแลตนเอง

การปฏิบัติตน	ทำเป็นประจำ	ทำเป็นบางครั้ง	ไม่เคยทำ	X	SD.	คำแนะนำจากแพทย์หรือพยาบาล	
	(%)	(%)	(%)			ได้รับ (%)	ไม่ได้รับ (%)
<u>การดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป</u>							
1. ทำนหลักเลียงไม่อยู่ในสถานที่แออัดหรือสถานที่อากาศถ่ายเทไม่สะดวก เช่น โรงภาพยนตร์ เป็นต้น	46.2	26.9	26.9	2.19	.84	26.9	73.1
2. ทำนดื่มน้ำสะอาดอย่างน้อยวันละ 8 แก้ว	41.9	45.2	12.9	2.29	.69	54.8	45.2
3. ทำนกินเนื้อสัตว์ เช่น ไก่ ปลา หรือเนื้อวัวอย่างน้อยวันละ 2 ชีด (เนื้อบริเวณอกไก่ 1 ข้าง หนักประมาณ 1 ชีด)	40.8	57.0	2.2	2.39	.53	77.4	22.6
4. ทำนกินไข้อย่างน้อยวันละ 1 ฟอง อาจปรุงในรูปแบบไข่ต้ม ไข่เจียว หรือใส่ในแกงเตี่ยวหรือขนม เป็นต้น	34.4	65.6	0	2.34	.48	76.3	23.7
5. ทำนกินกับข้าวหรือขนมที่ทำจากถั่วชนิดต่างๆ เช่น ถั่วฝักยาว ถั่วแขก ถั่วเขียว ถั่วลิสง ถั่วเหลือง อย่างน้อยวันละ	26.8	66.7	6.5	2.20	.54	64.5	35.5

การปฏิบัติตน	ทำเป็นประจำ	ทำเป็นบางครั้ง	ไม่เคยทำ	X	SD.	คำแนะนำจากแพทย์หรือพยาบาล	
	(%)	(%)	(%)			ได้รับ (%)	ไม่ได้รับ (%)
1 ถ้วย (ถ้วยแกงขนาดกลาง หรือขนาดเท่าถ้วยน้ำดื่ม)							
6. ทำน้มนมสดหรือนมถั่วเหลือง (น้ำเต้าหู้) อย่างน้อยวันละ 1 แก้ว นม 1 ถ้วย หรือนม 1 กล่องมีค่าเท่ากับนม 1 แก้ว	32.3	51.6	16.1	2.16	.68	69.9	30.1
7. ทำน้กินอาหารที่ปรุงจากผักใบเขียว เช่น ผักบุ้ง ผักตำลึง หรือผักคะน้า อย่างน้อยวันละ 2 ถ้วย (ถ้วยแกงขนาดกลาง หรือขนาดเท่าถ้วยน้ำดื่ม)	40.8	57.0	2.2	2.39	.53	74.2	25.8
8. ทำน้กินผลไม้จำพวกส้มอย่างน้อยวันละ 2 ผล หรือกินผลไม้ชนิดอื่น เช่น แก้วมังกร มะละกอ สับปะรด อย่างน้อยวันละ 4-5 คำ	63.4	36.6	0	2.63	.48	67.7	32.3
9. ทำน้กินอาหารประเภทแป้ง เช่น ข้าว ถั่วเขียว บะหมี่ ขนมจีน มอลละไม่เกิน 1 จาน	39.8	52.7	7.5	2.32	.61	57.0	43.0
10. ทำน้อาบน้ำอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง	96.8	2.2	1.1	2.96	.25	40.9	59.1

การปฏิบัติตน	ทำเป็นประจำ	ทำเป็นบางครั้ง	ไม่เคยทำ	X	SD.	คำแนะนำจากแพทย์หรือพยาบาล	
	(%)	(%)	(%)			ได้รับ (%)	ไม่ได้รับ (%)
11. ท่านทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์หลังขับถ่ายปัสสาวะหรืออุจจาระทุกครั้ง	100.0	0	0	3.00	.00	44.1	55.9
12. ท่านถ่ายอุจจาระอย่างน้อยวันละ 1 ครั้ง	76.3	23.7	0	2.76	.43	50.5	49.5
13. *ท่านไม่เคยกลั้นปัสสาวะในขณะที่ต้องทำงานหรือเดินทาง	45.2	47.3	7.5	2.38	.62	43.0	57.0
14. ท่านนอนหลับในตอนกลางคืนอย่างน้อยคืนละ 8 ชั่วโมง	69.9	30.1	0	2.70	.46	71.0	29.0
15. ท่านนั่งหรือนอนพักในตอนกลางวันอย่างน้อยวันละ 1-2 ชั่วโมง	59.1	36.6	4.3	2.55	.58	65.6	34.4
16. ท่านลดการทำงานบ้านที่ต้องออกแรงมากโดยเลือกทำเฉพาะงานที่ไม่ใช้แรงมาก เช่น กวาดบ้านหรือล้างถ้วยชาม เป็นต้น	73.1	21.5	5.4	2.68	.57	68.8	31.2
17. ในการทำงานต่างๆ ท่านจะใช้การนั่งแทนการยืน	49.5	46.2	4.3	2.45	.58	29.0	71.0
18. ในขณะตั้งครรภ์ ท่านหาวิธีพักผ่อนจิตใจให้เพลิดเพลินและมีความสุข	61.3	35.5	3.2	2.58	.56	32.3	67.7

การปฏิบัติตน	ทำเป็นประจำ	ทำเป็นบางครั้ง	ไม่เคยทำ	X	SD.	คำแนะนำจากแพทย์หรือพยาบาล	
	(%)	(%)	(%)			ได้รับ (%)	ไม่ได้รับ (%)
ด้วยการทำในสิ่งที่ชอบ เช่น ฟังวิทยุ ดูโทรทัศน์ หรือสวดมนต์							
19. ทำนอกกำลังกายด้วยการเดินเล่นในเวลาเช้าและเย็น นานครั้งละประมาณ 5-10 นาที	50.6	37.6	11.8	2.39	.69	63.4	36.6
20. *ในแต่ละวันท่านมีเวลาพักผ่อนมากกว่าที่ต้องทำงาน หรือดูแลคนในครอบครัว	38.7	21.5	39.8	1.99	.89	40.9	59.1
21. ท่านยังคงได้พบปะพูดคุยกับญาติเพื่อนคนรู้จัก แม้ว่าท่านจะต้องพักผ่อนอยู่ที่บ้าน	47.0	43.0	9.7	2.38	.66	26.9	73.1
22. ท่านระมัดระวังไม่ให้หกล้ม ตก บ้นไค หรือท้องกระแทก	91.4	5.4	3.2	2.88	.41	64.5	35.5
23. ท่านหลีกเลี่ยงไม่เข้าใกล้หรือคลุกคลีกับผู้ที่เป็โรคติดต่อ เช่น หวัด หัดเยอรมัน ตับอักเสบบเป็นต้น	79.5	14.0	6.5	2.73	.57	57.0	43.0
24. ท่านกินยาแต่เฉพาะที่แพทย์สั่งเท่านั้น (ไม่ซื้อยามากินเอง)	77.4	16.1	6.5	2.71	.58	87.1	12.9

การปฏิบัติตน	ทำเป็นประจำ	ทำเป็นบางครั้ง	ไม่เคยทำ	X	SD.	คำแนะนำจากแพทย์หรือพยาบาล	
	(%)	(%)	(%)			ได้รับ (%)	ไม่ได้รับ (%)
25. ขณะตั้งครรภ์ท่านงดเดินทางไกลๆ หรือการเดินทางที่ต้อกรวดร่ำ เช่น ต้องขึ้นรถลงเรือหลายทอด หรือ ถนนหนทางขรุขระ	46.2	35.5	18.3	2.28	.76	61.3	38.7
26. * ท่านไม่เคยสูบบุหรี่	91.4	2.2	6.4	2.85	.51	63.4	36.6
27. ขณะตั้งครรภ์ ท่านคอยสังเกต อาการเปลี่ยนแปลง หรือสิ่งไม่สุขสบายที่เกิดขึ้นกับท่าน เช่น ปวดหลัง เป็นตะคริว เส้นเลือดขอด	60.2	32.3	7.5	2.52	.64	66.7	33.3
28. ท่านเล่าให้แพทย์ฟังถึงอาการเปลี่ยนแปลงหรือสิ่งไม่สุขสบายที่เกิดขึ้นกับท่านเมื่อมาตรวจครรภ์	50.5	30.1	19.4	2.31	.78	71.0	29.0
29. ท่านสนใจหาความรู้หรือสอบถามผู้อื่นเกี่ยวกับการปฏิบัติตนขณะตั้งครรภ์	41.9	46.3	11.8	2.30	.67	60.2	39.8
<u>การดูแลตนเองตามระยะพัฒนาการ</u>							
30. ท่านสนใจการเจริญเติบโตของลูกในท้องโดยการสังเกตการขยายของหน้าท้อง	77.4	16.1	6.5	2.71	.58	51.6	48.4

การปฏิบัติตน	ทำเป็นประจำ	ทำเป็นบางครั้ง	ไม่เคยทำ	X	SD.	คำแนะนำจากแพทย์หรือพยาบาล	
	(%)	(%)	(%)			ได้รับ (%)	ไม่ได้รับ (%)
31. ท่านชวนให้สามีดูหรือจับท้อง ขณะที่กำลังตั้งครรภ์	30.1	55.9	14.0	2.16	.65	20.4	79.6
32. ถ้าท่านมีความวิตกกังวลหรือไม่สบายใจเกิดขึ้นในขณะตั้งครรภ์ ท่านจะปรึกษาหรือขอความช่วยเหลือจากสามี ญาติ เพื่อน แพทย์ หรือพยาบาล	63.4	28.0	8.6	2.55	.65	37.6	62.4
33. เมื่อมีปัญหาที่ทำให้ท่านโกรธ เสียใจ หรือวิตกกังวล ท่านพยายามควบคุมอารมณ์ ค่อย ๆ คิดหาทางแก้ปัญหา	52.7	40.9	6.5	2.46	.62	25.8	74.2
34. ท่านมาตรวจครรภ์ตามที่แพทย์หรือพยาบาลนัด	83.9	11.8	4.3	2.79	.50	91.4	8.6
<u>การดูแลตนเองตามภาวะเสี่ยงบนทางสุขภาพ</u>							
35. ท่านซักถามแพทย์ พยาบาล เกี่ยวกับสาเหตุ อาการ ความรุนแรง หรือ โรคแทรกซ้อนของความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์	30.1	37.6	32.3	1.98	.79	68.8	31.2

การปฏิบัติตน	ทำเป็นประจำ	ทำเป็นบางครั้ง	ไม่เคยทำ	X	SD.	คำแนะนำจากแพทย์หรือพยาบาล	
	(%)	(%)	(%)			ได้รับ (%)	ไม่ได้รับ (%)
36. ท่านสอบถามแพทย์ พยาบาล เกี่ยวกับวิธีปฏิบัติตนที่เหมาะสมกับโรคความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์	31.2	37.6	31.2	2.00	.79	72.0	28.0
37. ท่านสังเกตอาการบวมของตัวเอง ถ้ามีท่านจะมาพบแพทย์ทันทีที่ก่อนเวลานัด	61.3	29.0	9.7	2.51	.67	69.9	30.1
38. ท่านสังเกต อาการปวดหัว ตาพร่ามัว หรือจุกแน่นหน้าอก ถ้ามีท่านจะมาพบแพทย์ทันทีที่ก่อนเวลานัด	55.9	31.2	12.9	2.43	.71	73.1	26.9
39. ท่านสังเกตเกี่ยวกับอาการคันของลูกในท้อง ถ้าลูกคันน้อยลงจากเดิมหรือหยุดคัน ท่านจะมาพบแพทย์ทันทีที่ก่อนเวลานัด	68.8	21.5	9.7	2.59	.66	84.9	15.1
40. ท่านสังเกตอาการบวมของตัวเอง โดยใช้นิ้วกดที่หน้าแข้งหรือหลังเท้า แล้วมีรอยบุ๋มเกิดขึ้น หรือสังเกตจากการคืบของแขนหรือรองเท้า หรือเท้าบวมมากขึ้นขณะตื่นนอนในตอนเช้า	59.1	34.4	6.5	2.52	.62	66.7	33.3

การปฏิบัติตน	ทำเป็นประจำ	ทำเป็นบางครั้ง	ไม่เคยทำ	X	SD.	คำแนะนำจากแพทย์หรือพยาบาล	
	(%)	(%)	(%)			ได้รับ (%)	ไม่ได้รับ (%)
41. ท่านสังเกตการมีน้ำใส ๆ หรือเลือดสดออกทางช่องคลอด ถ้ามีท่านจะรีบมาพบแพทย์	63.5	24.7	11.8	2.51	.70	81.7	18.3
42. ท่านกินยาตามที่แพทย์สั่งตรงตามจำนวนและเวลา	72.0	24.8	3.2	2.69	.53	94.6	5.4
43. ท่านนอนในท่าตะแคงซ้ายหรือตะแคงขวาสลับกัน	76.3	20.5	3.2	2.73	.51	36.6	63.4
44. ท่านหยุดทำงานบ้านบางอย่าง หรือหยุดทำงานนอกบ้านเพื่อพักผ่อนที่บ้านตามคำแนะนำของแพทย์	65.6	26.9	7.5	2.58	.63	74.2	25.8
45. ถ้าท่านรู้สึกง่วงหลังจากกินยา ท่านจะนอนพักผ่อน โดยไม่ไปทำงานต่อไป	82.8	12.9	4.3	2.78	.51	51.6	48.4
46. *ท่านไม่เคยคิดว่าการที่ท่านมีความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ทำให้ท่านดูน่าเกลียด เช่น ตัวอ้วนใหญ่ ขาบวม มือบวม	44.1	37.6	18.3	2.26	.75	23.7	76.3
47. ท่านพยายามไม่คิดมากเรื่องการเจ็บป่วย เพราะถึงอย่างไรท่าน	33.3	55.9	10.8	2.22	.63	41.9	58.1



การปฏิบัติตน	ทำเป็นประจำ	ทำเป็นบางครั้ง	ไม่เคยทำ	X	SD.	คำแนะนำจากแพทย์หรือพยาบาล	
	(%)	(%)	(%)			ได้รับ (%)	ไม่ได้รับ (%)
ก็มีความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์เกิดขึ้นแล้ว 48. ท่านพยายามปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ พยาบาลให้มากที่สุด เพื่อให้ท่านและลูกในท้องปลอดภัยจนกว่าจะครบกำหนดคลอด	86.0	9.7	4.3	2.82	.49	89.2	10.8

หมายเหตุ (*) ข้อความที่มีความหมายทางด้านลบ ปรับเปลี่ยนเป็นข้อความที่มีความหมายด้านบวก