

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

แนวคิดเรื่อง ความเชื่อด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม สถานภาพการสมรส ฐานะทางเศรษฐกิจ ระดับการศึกษา ที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ ได้มี ผู้ศึกษาและเสนอแนวทางความสัมพันธ์ไว้หลายลักษณะ เพื่อให้กรอบแนวคิดในการวิจัยครั้งนี้ชัดเจนยิ่งขึ้น ผู้วิจัยจึงได้ศึกษา รวบรวมเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และนำเสนอตามลำดับดังนี้

1. พฤติกรรมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์
2. ความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์
3. การสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์
4. สถานภาพการสมรสกับพฤติกรรมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์
5. ฐานะทางเศรษฐกิจกับพฤติกรรมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์
6. ระดับการศึกษากับพฤติกรรมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์

พฤติกรรมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์

พฤติกรรมสุขภาพ (Health Behavior) คาล์ส และคอบบ์ (Kalse and Cobb, 1966) ได้ให้ความหมายไว้ว่า เป็นการกระทำใด ๆ ภายใต้ความเชื่อของบุคคลว่าจะทำให้มีสุขภาพดี โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อป้องกันโรค หรือค้นหาโรคในระยะที่ยังไม่ปรากฏอาการ ส่วนเมอร์เรย์ และ เซนต์เนอร์ (Murray and Zentner, 1989) ได้ให้ความหมาย พฤติกรรมสุขภาพไว้ว่า เป็นกิจกรรมที่บุคคลเชื่อว่าพฤติกรรมของตนเองที่ต้องการมีสุขภาพดีจึงลงมือกระทำ และ ทวิทอง พงษ์วิวัฒน์ (2527) ได้ให้ความหมายพฤติกรรมสุขภาพกับความถึงว่าเป็นพฤติกรรมเกี่ยวกับการป้องกันโรค และการส่งเสริมสุขภาพ ดังนั้นพฤติกรรมสุขภาพจึงเน้นเฉพาะในเรื่องพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรค (Health Prevention and Protection)



และพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ (Health Promotion) นอกจากนี้ เพนเดอร์ (Pender, 1987) ได้ระบุว่าพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ เป็นกิจกรรมที่บุคคลกระทำเพื่อมุ่งยกระดับความเป็นอยู่ที่ดีโดยส่วนรวม หรือมุ่งให้บุคคล ครอบครัว และชุมชนมีสุขภาพดี ส่วนพฤติกรรมการป้องกันโรคนั้น มุ่งระวังไม่ให้เกิดโรค หรือปัญหาใดปัญหาหนึ่งต่อสุขภาพ ซึ่งพฤติกรรมทั้งสองอย่างนี้ จินตนา ยูนิพันธ์ (2532) มีความเห็นว่า เป็นพฤติกรรมที่สามารถแยกกัน ได้ชัดเจน และเป็นกระบวนการที่เสริมกันเพื่อให้บุคคลมีสุขภาพดี จากความหมายดังกล่าวจึงสรุปได้ว่า

พฤติกรรมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ หมายถึง การกระทำต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวันของหญิงตั้งครรภ์ เพื่อให้ตนเองเป็นผู้มีสุขภาพดี แบ่งออกเป็น 2 ด้าน คือ

1. พฤติกรรมการป้องกันโรค หมายถึง การกระทำต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวันของหญิงตั้งครรภ์ ที่มุ่งระวังไม่ให้เกิดโรค หรือเกิดปัญหาต่อสุขภาพ ซึ่งพฤติกรรมเหล่านี้ ได้แก่ การป้องกันการติดเชื้อและการได้รับภูมิคุ้มกันโรค การป้องกันอุบัติเหตุ ภาวะเสี่ยงและการสังเกตอาการผิดปกติระหว่างตั้งครรภ์ การใช้ยาและหลีกเลี่ยงสิ่งเสพติด การจัดการกับภาวะเครียด

2. พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ หมายถึง การกระทำต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวันของหญิงตั้งครรภ์ เพื่อมุ่งยกระดับความเป็นอยู่ หรือคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพดี ได้แก่ การรับประทานอาหาร การออกกำลังกายและการทำงาน การพักผ่อนและนันทนาการ การใช้บริการสาธารณสุข การรักษาสុขวิทย์ส่วนบุคคล

ผู้วิจัยขอเสนอรายละเอียดของพฤติกรรมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ดังต่อไปนี้

#### พฤติกรรมการป้องกันโรค

1. การป้องกันการติดเชื้อและการได้รับภูมิคุ้มกัน

โรคติดเชื้อเป็นอันตรายอย่างยิ่งต่อทารกในครรภ์ ฉะนั้นหญิงตั้งครรภ์ต้องป้องกันไม่ให้เกิดขึ้นกับตนเอง ถ้าในระยะตั้งครรภ์มีการติดเชื้อไวรัส (เช่น Rubella, Cytomegalovirus, Herpes Simplex, Varicella Zoster) จะทำให้เกิดการแท้งบุตร ทารกตายใน



ครรภ์หรือทารกมีความพิการแต่กำเนิด และถ้ามารดามีการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบ (Hepatitis B) ในขณะที่ตั้งครรภ์ก็จะทำให้ทารกที่เกิดมามีโอกาสรับเชื้อสูง และเป็นผู้มีเชื้ออยู่ในตัว แต่ไม่สามารถแสดงอาการ หรือถ้ามีการติดเชื้อแบคทีเรีย ในระยะตั้งครรภ์ เช่น การติดเชื้อซิฟิลิสจะทำให้เกิดการแท้งบุตร ทารกตายในครรภ์ ตายคลอด ทารกคลอดออกมาเป็นซิฟิลิสแต่กำเนิด และถ้ามารดามีการติดเชื้อโกลีเรียขณะเด็กคลอดออกจากช่องคลอดจะทำให้เด็กได้รับเชื้อ เกิดการอักเสบของเยื่อปอด หากให้การรักษาไม่ถูกต้องอาจทำให้เด็กตาบอดได้ ดังนั้นหญิงตั้งครรภ์จะต้องระมัดระวังโรคติดเชื้อและโรคติดต่อทุกชนิด เพราะจะเป็นอันตรายต่อสุขภาพทั้งของตนเองและทารก (Cranley, 1983; Cunningham et al., 1991) โดยกระทำดังนี้

1.1 ขณะที่ยังไม่ตั้งครรภ์ควรได้รับภูมิคุ้มกันโรคหัดเยอรมัน และเมื่อได้รับภูมิคุ้มกันหัดเยอรมันไม่ควรตั้งครรภ์ในระยะเวลา 1-3 เดือนหลังจากได้รับภูมิคุ้มกัน แต่ถ้าไม่ได้รับภูมิคุ้มกันมาก่อนและอยู่ในระหว่างตั้งครรภ์ ควรหลีกเลี่ยงการพบปะกับผู้ป่วยหัดเยอรมัน การให้วัคซีนป้องกันการติดเชื้อขณะตั้งครรภ์ถือเป็นข้อห้าม เพราะไวรัสจากวัคซีนมีโอกาสจะผ่านไปยังทารกได้ แม้จะไม่มีรายงานว่าทำให้ทารกพิการ และการให้ gamma globulin ในผู้ติดเชื้อก็ไม่ช่วยให้การพยากรณ์โรคดีขึ้น (พิชัย เจริญพานิช, 2531)

1.2 หญิงตั้งครรภ์ควรจะได้รับ Tetanus Toxoid 2 เข็ม ห่างกัน 4 - 6 สัปดาห์ในระหว่างตั้งครรภ์ถ้าไม่เคยได้รับมาก่อน เพื่อเป็นการป้องกันโรคบาดทะยักหลังคลอด และป้องกันในทารกแรกคลอด จากการศึกษาของ สร้อยสอง เศรษฐวานิช และคณะ (2530) พบว่า การได้รับวัคซีนป้องกันโรคบาดทะยักจำนวน 2 ครั้ง ครั้งละ 0.1 IU/ml. หลังจากได้รับการฉีดยาครบ 2 เข็ม ร้อยละ 90 ของทารกแรกเกิด และร้อยละ 95 ของมารดาจะมีระดับภูมิคุ้มกันพิษบาดทะยักที่ป้องกันโรคได้ ระยะห่างระหว่างวัคซีนเข็มที่ 1 และที่ 2 ตั้งแต่ 6 สัปดาห์ขึ้นไป จะทำให้ประสิทธิภาพในการป้องกันโรคบาดทะยักในทารกแรกเกิดสูงขึ้น นอกจากนี้การฉีดวัคซีนเข็มที่ 2 แม้จะฉีดก่อนคลอดนานไม่ถึง 4 สัปดาห์ร้อยละ 75 ของทารกแรกเกิดก็มีภูมิคุ้มกันโรคสูงพอที่จะป้องกันโรคได้

1.3 หญิงตั้งครรภ์ควรได้รับการตรวจน้ำเหลืองหาเชื้อซิฟิลิส เพราะเป็นการตรวจพบและให้การรักษาดังแต่ระยะแรก ๆ นั้นสามารถป้องกันและลดอันตรายของทารกเนื่องจากการติดเชื้อได้ นอกจากนี้ควรได้รับการตรวจซ้ำอีก 1 ครั้งในระยะไตรมาสที่ 3 ของการตั้งครรภ์ (พิชัย เจริญพานิช, 2531)



1.4 หญิงตั้งครรภ์ควรได้รับการตรวจหาเชื้อไวรัสตับอักเสบบีตั้งแต่มาฝากครรภ์ เพื่อดูภาวะการเป็นพาหะเรื้อรังของไวรัสตับอักเสบบี เพื่อดูภาวะเสี่ยงในการถ่ายทอดเชื้อไปยังทารก และเตรียมป้องกันทารกแรกคลอดไม่ให้ติดเชื้อจากมารดา ซึ่งเป็นวิธีที่ดีในการป้องกัน และรักษาการกระจายเชื้อของโรคนี้ (พิชัย เจริญพานิช, 2531; ศิริวรรณ ล้นกัต, 2530)

1.5 หญิงตั้งครรภ์ควรงดการสวนล้างช่องคลอด เพราะจะทำให้มีการติดเชื้อภายในช่องคลอด และคุกคามไปยังมดลูก หรือการสวนล้างด้วยความดันสูง ๆ อาจทำให้เกิดอันตรายต่อคอมดลูก ช่องคลอด หรือแม้แต่ถุงน้ำได้ หญิงตั้งครรภ์จะสวนล้างช่องคลอดได้ก็ต่อเมื่อมีข้อบ่งชี้ (Reeder and Martin, 1987; Cunningham, Macdonald and Gant, 1991; Myles, 1981) การชำระอวัยวะสืบพันธุ์หลังขับถ่ายทุกครั้งขณะอาบน้ำก็เป็นการเพียงพอในรายที่ปกติ

## 2. การป้องกันอุบัติเหตุ ภาวะเสี่ยงต่าง ๆ และการสังเกตอาการผิดปกติ

ในชีวิตประจำวันหญิงตั้งครรภ์ก็อาจได้รับอุบัติเหตุ หรือมีภาวะเสี่ยงต่าง ๆ ที่เกิดจากการทำงาน การทำกิจวัตรประจำวัน การเดินทาง การได้รับรังสี ฯลฯ จึงควรมีการป้องกันอุบัติเหตุ ภาวะเสี่ยงต่าง ๆ ตลอดจนการสังเกตอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นกับตนเอง เพื่อเป็นการป้องกันที่ดีหญิงตั้งครรภ์ควรปฏิบัติดังนี้

2.1 การป้องกันอุบัติเหตุจากการทำงาน ในขณะที่ตั้งครรภ์จุดศูนย์ถ่วงของร่างกายจะอยู่สูงขึ้น และขยับไปข้างหน้าจากแนวกลางลำตัว เนื่องจากน้ำหนักของมดลูกถ่วงลงมาทางด้านหน้า ทำให้หลังแอ่นกว่าปกติ การทรงตัวไม่ดี (Artal, Friedman and Mc. Nitt - Gray, 1990) การป้องกันอุบัติเหตุจากการทำงาน เช่น การยกของหนัก ควรรู้จักวิธียกของและการทรงตัว ถ้าหากมีการใช้กำลังหรือออกแรงมาก ควรมีผู้ช่วยแบ่งเบาภาระหรือช่วยทำแทน ส่วนการป้องกันอุบัติเหตุจากการทำกิจกรรมประจำวัน เช่น การข้ามถนน ควรข้ามในที่ที่มีทางม้าลาย สะพานลอย หรือที่ซึ่งทางราชการจัดให้ข้าม การสวมรองเท้าควรสวมรองเท้าพื้นราบเพื่อช่วยในด้านการทรงตัว ไม่เดินในที่ลื่นเสี่ยงต่อการหกล้ม ไม่ขึ้นจักรยานหรือจักรยานยนต์ นอกจากนี้อุบัติเหตุอาจเกิดจากการเดินทางได้ ถ้าไม่มีอาการแทรกซ้อนของการตั้งครรภ์ หญิงตั้งครรภ์สามารถเดินทางในระยะใกล้ ๆ ได้ตามปกติเช่นเดียวกับระยะก่อนตั้งครรภ์ หรือถ้าจำเป็นต้องเดินทางไกลควรได้พักผ่อนในระหว่างการเดินทาง โดยการเปลี่ยน



อริยาบท ลูกเดินทุก 2 ชั่วโมง และ 3 เดือนสุดท้ายของการตั้งครรภ์ควรหลีกเลี่ยงการเดินทางเพื่อป้องกันการแท้ง หรือการคลอดก่อนกำหนด (Holms and Magiera, 1987)

2.2 หลีกเลี่ยงภาวะเสี่ยงต่าง ๆ เช่น การได้รับรังสีในขณะตั้งครรภ์จากการศึกษาของแครนลีย์ (Cranley, 1983) พบว่ารังสีมีผลต่อระบบประสาทส่วนกลางของทารกในครรภ์ ถ้ามารดาได้รับการฉายรังสีบริเวณอุ้งเชิงกราน ขนาด 100 หน่วย (Rads) จะทำให้ทารกในครรภ์มีศีรษะเล็กผิดปกติ (Microcephaly) ได้ถึงร้อยละ 25 นอกจากนี้ ศรีสุตาวงศ์ศิริกุล (2522) และ คันทิงแฮม และคณะ (Cunningham et al., 1991) กล่าวว่า การได้รับรังสีในระยะไตรมาสแรกของการตั้งครรภ์ จะทำให้เกิดอันตรายต่อทารกได้มากกว่าในช่วงอื่น ๆ เช่น เด็กปัญญาอ่อน ต้อกระจก ทำให้เกิดมะเร็ง และอวัยวะผิดปกติ

2.3 การสังเกตอาการผิดปกติในระหว่างตั้งครรภ์ เพื่อเป็นการป้องกันโรคหรือปัญหาต่อสุขภาพที่จะเกิดขึ้นในขณะตั้งครรภ์ วราวุธ สุมาวงศ์ (2534) โฮล์มและมาจิรา (Holms and Magiera, 1987) และรีดเดอร์ กับมาร์ติน (Reeder and Martin, 1987) มีความเห็นว่าหญิงตั้งครรภ์ควรสังเกตอาการตนเองทุกวัน อาการผิดปกติที่ควรมาพบแพทย์ก่อนนัดมีดังนี้

- อาการบวมตามใบหน้า เปลือกตา ลำตัว อาการบวมกดบ่ม
- อาการปวดศีรษะ ตาพร่ามัว
- อาการถ่ายปัสสาวะแสบขัด
- อาการเลือดออกทางช่องคลอด
- ถูกรั่ว หรือแตกก่อนอายุครรภ์ 38 สัปดาห์
- อาการเจ็บครรภ์ก่อนกำหนด
- การดิ้นของทารกในครรภ์

### 3. การโภชนาและการหลีกเลี่ยงสิ่งเสียดัด

3.1 หญิงตั้งครรภ์ควรโภชนาเฉพาะที่ได้รับจากการไปใช้บริการฝากครรภ์เท่านั้น ซึ่งส่วนใหญ่เป็นยาผสมวิตามินเกลือ เพื่อป้องกันการขาดธาตุเหล็กและพวกรูตินต่าง ๆ เพื่อเสริมทดแทนที่ร่างกายขาด แต่ถ้าเป็นยาพวกอื่น ๆ นั้นไม่ควรใช้เอง ถ้าจำเป็นควรอยู่ภายใต้การดูแลของแพทย์ นักวิชาการหลายท่าน ได้กล่าวถึงอันตรายของยาที่มีผลต่อทารกในครรภ์ว่า ยาทุกชนิดมีผลต่อทารกในครรภ์ โดยยาจะทำให้เกิดความพิการของทารกแต่กำเนิดประมาณร้อยละ



3 - 5 ของมารดาที่ได้รับยาในขณะตั้งครรภ์ และยังคงว่ายากบางตัวอาจไม่ปรากฏผลให้เห็นเมื่อทารกแรกคลอด แต่จะไปปรากฏผลให้เห็นในอีกหลายปีต่อมา (Howard, 1977; Nibyl, 1984; Roa, 1982; อ้างถึงใน วสันต์ ลิณะสมิต และ เสาวคนธ์ อัจจิมากร, 2530) ดังนั้นจึงกล่าวได้ว่าไม่มียาใดที่ปลอดภัยแน่นอนกับทารกที่กำลังเจริญเติบโตอยู่ในครรภ์

3.2 การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ เช่น สุรา เบียร์ ไวน์ แชมเปญ ได้มีผู้ศึกษาหลายท่านได้ผลตรงกันว่า ถ้ามารดาดื่มสุราในระหว่างตั้งครรภ์จำนวนตั้งแต่ 6 แก้วต่อวัน จะทำให้ทารกในครรภ์เติบโตช้ากว่าปกติ ระบบประสาทส่วนกลางไม่ทำงาน มีความพิการของมือ เท้า และหัวใจ ซึ่งเป็นกลุ่มอาการของพิษสุราในทารก (Fetal Alcohol Syndrome) (FAS) ส่วนมารดาที่ไม่ดื่มจัดหรือติดสุรา แต่ดื่มตามความนิยม หรือเพื่อสังคม ในระหว่างตั้งครรภ์จะมีผลกระทบต่อทารกที่เรียกว่า Fetal Alcohol Effects (FAE) เด็กจะแสดงพฤติกรรมในการปรับตัวต่าง ๆ ผิดปกติทางด้านการเรียนรู้ มีปัญหาในด้านการพูด และภาษา มีความสนใจต่อสิ่งต่าง ๆ น้อยกว่าปกติ ซึ่งภาวะเหล่านี้จะตรวจพบเมื่อเด็กอยู่ในวัยเรียน (Aaronson, 1988; Barbour, 1990; Booten et al., 1987; Clausen, 1977; Cranley, 1983; Cunningham, 1991; Smith et al., 1979)

3.3 การสูบบุหรี่ การสูบบุหรี่ในขณะตั้งครรภ์นอกจากจะทำลายสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์แล้วยังมีผลต่อทารกในครรภ์ด้วย เพราะสารนิโคตินและคาร์บอนมอนอกไซด์ที่มีอยู่ในบุหรี่ จะถูกดูดซึมเข้าสู่กระแสโลหิตของมารดาแล้วผ่านรกไปสู่ทารก ทำให้ทารกแรกเกิดมีน้ำหนักตัวน้อยกว่า 2,500 กรัม (Low Birth Weight) หรือทารกน้ำหนักแรกเกิดน้อยกว่าอายุครรภ์ (Small for Gestation Date) ในรายที่มารดาสูบบุหรี่ 10 มวนต่อวันขึ้นไป (Axelsson, Eklund, Nattingius, 1985; Kleinman and Madans, 1985; Nilson, Sagen, Kim and Bergsjö, 1984) นอกจากนี้ยังศึกษาพบว่า การสูบบุหรี่ของมารดามีความสัมพันธ์กับความผิดปกติของพัฒนาการทางสมอง ความพิการแต่กำเนิด ต่อมไทรอยด์โตในทารก (Naeye and Peter, 1984; Christianson, 1980; Anderson and Hermann, 1984; Mochizuki et al., 1984; Cunningham, Macdonals and Gant, 1991)

3.4 การดื่มเครื่องดื่มที่มีคาเฟอีน ซึ่งได้แก่ เครื่องดื่มพวกรา กาแฟ โกโก้ และโคลา บูเทน และจอร์แดน (Brooten and Jordan, 1983) ได้ศึกษาและได้ผลเช่น



เดียวกับ แอนเดอร์สัน และคณะ (Anderson and others 1982) โดยพบว่า มารดาที่ดื่มเครื่องดื่มที่มีคาเฟอีน จะมีอัตราเสี่ยงต่อการให้กำเนิดทารกที่พิการแต่กำเนิดสูงกว่ามารดาที่ไม่ดื่มเครื่องดื่มที่มีคาเฟอีน เกี่ยวกับการดื่มเครื่องดื่มที่มีคาเฟอีนนี้ The March of Dimes Foundation ได้ให้ข้อแนะนำสำหรับหญิงตั้งครรภ์และหญิงที่จะตั้งครรภ์ว่า ควรจะจำกัดการดื่มเครื่องดื่มพวกคาเฟอีนไม่ให้มากกว่า 444 มิลลิกรัมต่อวัน (Anderson et al., 1982) ซึ่งปริมาณของคาเฟอีนต่อถ้วยมีดังนี้ กาแฟ 74 มิลลิกรัม ชาและเครื่องดื่มพวกโคลา 32 มิลลิกรัม และโกโก้ 13 มิลลิกรัม

ฉะนั้นเกี่ยวกับการใช้ยาและการหลีกเลี่ยงสารเสพติดหญิงตั้งครรภ์ควรมีพฤติกรรมสุขภาพด้านการป้องกัน ดังนี้

- 3.4.1 ไม่ใช้ยาใด ๆ โยไม่จำเป็น ยกเว้น ยาบำรุงที่ได้รับจากการตรวจครรภ์
- 3.4.2 เมื่อมีความจำเป็นต้องใช้ยา ควรปรึกษาแพทย์ และไม่ซื้อยามารับประทานเอง
- 3.4.3 งดสูบบุหรี่ หรือดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ จำกัด หรืองดดื่มเครื่องดื่มที่มีคาเฟอีน

#### 4. การจัดการกับภาวะเครียด

ภาวะเครียดที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวันของมนุษย์ที่มากเกินไป ทำให้มีผลเสียต่อสุขภาพ (Pender, 1987) โดยเฉพาะอย่างยิ่งถ้าให้ความสนใจน้อยต่อกลไก ซึ่งเป็นผลจากปฏิกิริยาต่อเหตุการณ์ในชีวิตและทุกวัน มีผลต่อการทำงานของระบบประสาทและฮอร์โมน จะทำให้มีภาวะเครียดเกิดขึ้นบ่อย และมีภาวะเครียดเป็นเวลานาน เพื่อเป็นการจัดการกับภาวะเครียดที่เกิดขึ้น เพนเดอร์ (Pender, 1987) ได้เสนอวิธีการจัดการกับภาวะเครียด ดังนี้

- 4.1 ลดความเครียดของสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด โดยการสร้างกิจวัตรประจำวันลดภาวะที่ทำให้ร่างกายและจิตใจยุ่งยาก คือ ทำตัวให้มีกิจวัตรง่าย ๆ ในช่วงที่มีการเปลี่ยนแปลงครั้งใหญ่ในชีวิต และมีผลทางด้านลบ การเปลี่ยนแปลงที่ไม่จำเป็นควรหลีกเลี่ยง ถ้ารู้สึกว่าคุณคุกคามจากการเปลี่ยนแปลงมาก ควรเพิ่มแหล่งสนับสนุนทางด้านบวก และสร้าง



ความมั่นใจในตนเอง เช่น การเล่นกีฬาต่าง ๆ นอกจากนี้ควรจัดเวลาสำหรับกิจกรรมต่าง ๆ โดยการ จัดตารางเวลา และใช้เวลาให้ตรงกับเป้าหมายที่สำคัญของชีวิตและเป็นประโยชน์ และปรับปรุงสภาพแวดล้อมเพื่อลดความถี่ของสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดภาวะเครียด

4.2 การจัดเตรียมทางด้านจิตใจเพื่อเพิ่มความต้านทานต่อความเครียด โดยการสร้างความรู้สึกเพื่อให้เกิดความมั่นใจในตนเอง คิดในสิ่งที่เบื่อบวกกับตนเองลดการประเมินตนเองในทางลบ เพิ่ม assertiveness โดยการให้การยอมรับผู้อื่นและเรียกชื่อผู้อื่น สบตาขณะพูดกับผู้อื่น ให้ข้อเสนอแนะทางด้านบวกเกี่ยวกับลักษณะทางด้านบวกของผู้อื่น มีการสนทนา ทักทาย แสดงออกทางด้านความคิดเห็นและความรู้สึก แสดงความคิดเห็นของตนเองถึงแม้จะไม่สอดคล้องกับคนอื่น ปรับปรุงพฤติกรรมและหัดเรียนรู้พฤติกรรมใหม่ ๆ นอกจากนี้ควรได้มีการพัฒนาปรับปรุงทางเลือกในเป้าหมายชีวิต ควรมีทางเลือกหรือหนทางที่จะไปสู่เป้าหมายชีวิตหลายทาง หัดเป็นคนที่มีความยืดหยุ่น และที่สำคัญ ควรเป็นผู้ที่มีการประเมินตนเองอยู่เสมอ ซึ่งการประเมินตนเองนั้นจะประเมินอยู่ 3 ลักษณะที่สำคัญ คือ

- ประเมินการรับรู้ความต้องการภายในและภายนอกในเหตุการณ์ต่าง ๆ
- ประเมินแหล่งสนับสนุนของบุคคลต่อการรับมือกับความต้องการนั้น
- การสร้างเงื่อนไขเพื่อหลีกเลี่ยงการกระตุ้นให้เกิดภาวะเครียดทางด้าน

ร่างกาย เป็นความจริงที่ว่าบุคคลสามารถควบคุมระบบประสาทอัตโนมัติโดยการคิด การควบคุมภายใต้จิตใจสำนึก เช่น เทคนิคการสร้างความผ่อนคลายของกล้ามเนื้อ การนั่งสมาธิ

#### พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ

1. การรับประทานอาหาร ในระยะตั้งครรภ์ หญิงตั้งครรภ์ต้องการอาหารที่มีคุณค่าเพิ่มมากขึ้น เพื่อการเจริญเติบโตของทารกในครรภ์ และอวัยวะต่าง ๆ ของหญิงตั้งครรภ์ที่มีการเปลี่ยนแปลงมากขึ้น (วรารุท สุมาวงค์, 2534) พฤติกรรมสุขภาพทางด้านโภชนาการที่ดีของหญิงตั้งครรภ์จะช่วยให้หญิงตั้งครรภ์มีสุขภาพที่สมบูรณ์ แต่ถ้าหญิงตั้งครรภ์ได้รับอาหารที่ไม่ถูกต้องหรือไม่เพียงพอ ทารกในครรภ์จะดึงสารอาหารจากร่างกายหญิงตั้งครรภ์ไปใช้ ทำให้สุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ทรุดโทรม และทารกที่คลอดออกมาจะมีน้ำหนักตัวน้อย มีเชื้อไวรัสปัญญาต่ำ ไม่แข็งแรง อาจมีความพิการแต่กำเนิด แอนเดอลัน และคณะ (Anderson et al., 1982) ได้ทำการศึกษาและได้ผลเช่นเดียวกับ เอเบล (Abel, 1979) และ รีดเดอร์ (Reeder, 1980)



ซึ่งพบว่าหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับสารอาหารไม่เพียงพอ หรือมีภาวะขาดสารอาหารจะมีภาวะแทรกซ้อนในระยะตั้งครรภ์ได้ง่าย เช่น มีเลือดออกในระยะตั้งครรภ์ เจ็บครรภ์ หรือคลอดก่อนกำหนด เป็นโรคพิษแห่งครรภ์ โลหิตจาง ในระยะต่อมาก็มีนักวิจัยหลายท่านได้ทำการศึกษา และมีรายงานการวิจัยหลายฉบับที่เสนอผลการวิจัยสอดคล้องกับของ เอเบล และรีดเดอร์ (Abel and Reeder) นักวิจัยพบว่า หากมารดาในระยะตั้งครรภ์ขาดสารอาหารที่สำคัญบางอย่าง จะเป็นสาเหตุการเกิดภาวะแทรกซ้อนในระยะก่อนคลอด ระหว่างคลอด ตลอดจนถึงระยะหลังคลอดได้ และทำให้ทารกที่คลอดออกมามีน้ำหนักตัวน้อย ทารกคลอดก่อนกำหนด และพิการแต่กำเนิดได้ ดังนั้นหญิงตั้งครรภ์ควรได้รับอาหารในปริมาณที่เพียงพอ โดยควรได้พลังงานประมาณ 2,000 - 3,000 แคลอรีต่อวัน (Kuhnert et al., 1988; Dorothy et al., 1987 และ Cranley, 1983)

อาหารที่หญิงตั้งครรภ์ควรได้รับตามหลักโภชนาการนั้น กองโภชนาการ และกองอนามัยครอบครัว (2526) ตลอดจนนักวิชาการทางด้านโภชนศาสตร์ สุตินแพทย์ (เสาวนีย์ จัตราพิทักษ์, 2534; วราวุธ สุมาวงศ์, 2534; วลัย อินทร์พรชัย, 2530 และ คันนิงแฮม และคณะ, 1991) มีความเห็นตรงกันว่า ควรได้รับอาหารดังต่อไปนี้

**หมู่ที่ 1** อาหารพวกเนื้อ และสิ่งทดแทนเนื้อ หญิงตั้งครรภ์ควรได้รับประทานอาหารในหมู่นี้เพิ่มกว่าคนปกติอีก 1 เท่าตัว ซึ่งได้แก่ เนื้อหมู วัว ควาย เป็ด ไก่ ปลา หอย กุ้ง และสิ่งทดแทนเนื้อ วันละ 1 ซีดครึ่ง ถึง 2 ซีด (150 กรัม ถึง 200 กรัม) หรือประมาณ  $\frac{3}{4}$  ถ้วยตวงต่อวัน หรือมีอละ 50 กรัม วันละ 3 มื้อ และควรได้รับประทานไข้อย่างน้อยวันละ 1 ฟอง นอกจากนี้ควรได้รับประทานพวกเครื่องในสัตว์ ถั่วเมล็ดแห้งต่าง ๆ เช่น ถั่วเหลือง ถั่วเขียว ถั่วแดง ถั่วดำ และผลิตภัณฑ์จากถั่วเหลือง หญิงตั้งครรภ์ควรได้รับประทานถั่วเมล็ดแห้งประมาณวันละ 20 กรัม หรือปริมาณที่ต้มสุกแล้ว  $\frac{1}{2}$  ถ้วยตวง สำหรับอาหารทะเล ควรได้รับอย่างน้อยสัปดาห์ละ 2 ครั้ง และต้มนมวันละ 1 แก้ว

**หมู่ที่ 2** ข้าว แป้ง น้ำตาล ก๋วยเตี๋ยว บะหมี่ ขนมจีน เส้นหมี่ อาหารพวกนี้เป็นอาหารที่เพิ่มน้ำหนักได้มาก ดังนั้นจึงควรเพิ่มแต่น้อย หรือรับประทานเท่าปกติ วันละ 3-4 ครั้ง ครั้งละ 1 ถ้วยตวงครึ่ง - 2 ถ้วยตวง (4 - 6 จาน) ส่วนขนมที่ควรรับประทาน เช่น



กล้วยบวชชี ถั่วเขียวต้มน้ำตาล ถั่วดำแกงบัวตอก ควรหลีกเลี่ยงขนมหวานจัด เช่น ทองหยิบ ทองหยอด ขนมหม้อแกง ช็อคโกแลต ไอศกรีม และน้ำหวานต่าง ๆ

**หมู่ที่ 3** ผักใบเขียวและพืชผักอื่น ๆ หญิงตั้งครรภ์ควรได้รับประทานมากกว่าปกติ อย่างน้อย 1 เท่าจากปกติ โดยเฉพาะผักใบเขียว วันละ 2 - 3 ครั้ง ครั้งละประมาณ 1/2 - 1 ถ้วยตวง เช่น ผักบุ้ง ผักคะน้า ดอกขจร ยอดแค มะรุม สะเดา ผักขม ผักกะเฉด กระถิน ผักชีเหล็ก ผักชีเหลือง ใต้แก่ ผักทอง ดอกโสน ประมาณสัปดาห์ละ 2 ครั้ง ครั้งละ 1/2 - 1 ถ้วยตวง การรับประทานผักทุกวันจะช่วยให้วิตามิน เกลือแร่ และยังช่วยในการขับถ่ายอีกด้วย

**หมู่ที่ 4** ผลไม้ต่าง ๆ หญิงตั้งครรภ์ควรได้รับประทานผลไม้ที่มีวิตามินซีสูง เช่น ส้มเขียวหวาน ส้มเกลี้ยง ส้มโอ มะม่วงสุก มะละกอสุก ฝรั่ง สับปะรด ทุกวัน วันละ 1 - 2 ครั้ง น้ำผลไม้ 1 แก้ว

**หมู่ที่ 5** ไขมันจากพืชและสัตว์ เช่น น้ำมันหมู เนยเหลว เนยเทียม น้ำมันถั่ว น้ำมันรำ น้ำมันมะพร้าว รวมทั้งไขมันที่ปนมากับอาหารอื่น ๆ เช่น ไข่ เนื้อสัตว์ติดมัน หญิงตั้งครรภ์ควรได้รับเท่าคนปกติ คือ วันละ 2 1/2 - 3 ช้อนโต๊ะ

อาหารทั้ง 5 หมู่นี้ ตามการจัดของ เสวเนีย จักรพิทักษ์ (2534) เห็นว่า อาหารหมู่ 1 และหมู่ 3 จัดเป็นอาหารพวกป้องกันโรค (Protective food) เพราะทำให้ร่างกายแข็งแรง และช่วยควบคุมการทำงานของอวัยวะต่าง ๆ ในร่างกาย นอกจากนี้อาหารหมู่ที่ 3 ยังให้กากอาหารซึ่งช่วยกระตุ้นการทำงานของอวัยวะทางเดินอาหาร ช่วยป้องกันท้องผูก ส่วนอาหารหมู่ที่ 2 และหมู่ที่ 5 ถ้ารับประทานมากเกินไปจะทำให้เกิดอาการท้องอืดท้องเฟ้อ เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการรับประทานอาหารที่ดีควรรับประทานให้ครบทุกหมู่ และเพื่อให้ได้พลังงานเพิ่มขึ้นจากจำนวนปกติอีก 300 - 350 แคลอรี และโปรตีน 1.3 กรัม กองโภชนาการ และกองอนามัยครอบครัว กระทรวงสาธารณสุข (2526) ได้กำหนดรายการอาหารที่หญิงตั้งครรภ์ควรได้รับในแต่ละวันดังนี้



2.1.1 ดิมนมสด 2 ถ้วยตวงต่อวัน หรือ

2.1.2 ถ้าไม่สามารถปฏิบัติตามข้อ 1 ได้ให้รับประทานดังนี้

ก. ให้รับประทานอาหารต่อไปนี้ 2 รายการ หรือ 2 เท่าของรายการต่อไปนี้

- ไข่ 1 ฟอง
- เนื้อสัตว์ 30 กรัม (ขนาดกลักไม่ขีดไฟเล็ก)
- เต้าหู้เหลืองหรือเต้าหู้ขาว 1 แผ่น ขนาด 10 x 10 ซม.
- ตับสัตว์ 30 กรัม
- ถั่วเหลืองประมาณ 20 กรัม (ประมาณ 30 เมล็ด)

อาหารดังกล่าวทอดด้วยน้ำมัน หรือปรุงด้วยกะทิ

ข. ผลไม้ต่าง ๆ อย่างใดอย่างหนึ่ง เช่น

- กล้วยหอม 1 ผล (ประมาณ 100 กรัม)
- กล้วยไข่ 2 ผล (ประมาณ 100 กรัม)
- กล้วยน้ำว้า 2 ผล (ประมาณ 100 กรัม)
- เงาะ 8 ผล (ประมาณ 140 กรัม)
- มะละกอสุก 1 ชิ้น (ประมาณ 160 กรัม ขนาดหนาประมาณ 1 นิ้วครึ่ง ยาว 5-6 นิ้ว)
- สับปะรด 1 ชิ้น (ประมาณ 140 กรัม ขนาด 1 - 1 นิ้วครึ่ง ยาว 5-6 นิ้ว)
- ส้มเขียวหวาน 2 ผลใหญ่ (ประมาณ 100 กรัม)

## 2. การรักษาสุขวิทยาส่วนบุคคล

หญิงตั้งครรภ์ควรมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการรักษาสุขวิทยาส่วนบุคคลเพิ่มขึ้น เพราะขณะตั้งครรภ์ต่อมต่าง ๆ ของร่างกายทำงานเพิ่มขึ้น ทำให้มีเหงื่อและสารคัดหลั่งถูกขับออกจากร่างกาย (Cunningham et al., 1991) จึงควรดูแลรักษาสุขวิทยาส่วนบุคคล ซึ่งได้แก่ การอาบน้ำ การดูแลฟัน การดูแลเต้านม การสวมเสื้อผ้าสะอาด

2.1 การอาบน้ำในขณะตั้งครรภ์ ควรได้อาบน้ำอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง เนื่องจากการตั้งครรภ์ทำให้ต่อมเหงื่อ และต่อมของผิวหนังมีการทำงานมากขึ้น ทำให้มีเหงื่อออก



มาก หญิงตั้งครรภ์จึงควรอาบน้ำชำระร่างกายให้สะอาดอยู่เสมอ นอกจากนี้การอาบน้ำยังช่วยกระตุ้นการไหลเวียนของโลหิต ทำให้รู้สึกสดชื่น และผ่อนคลาย (Myles, 1981) ในช่วงไตรมาสที่ 3 ของการตั้งครรภ์ไม่ควรอาบน้ำในอ่าง เนื่องจากมดลูกโตขึ้นมากทำให้การทรงตัวไม่ดี อาจทำให้ลื่นและหกล้มได้ง่าย (Cunningham, Macdonald and Gant, 1991; Reeder and Martin, 1987; Willson and Carrington, 1987) ส่วนการอาบน้ำโดยวิธีตักอาบ หรือโดยฝักบัวสามารถอาบได้ทุกระยะของการตั้งครรภ์ ไม่ส่วนล้างช่องคลอด โดยเฉพาะไตรมาสที่ 3 ของการตั้งครรภ์ ปากมดลูกเริ่มเปิด

2.2 การดูแลฟัน หญิงตั้งครรภ์ทุกคนจะต้องไปตรวจฟันตั้งแต่เริ่มตั้งครรภ์ (Willson and Carrington, 1987; Cunningham, Macdonald and Gant, 1991) และควรได้รับการตรวจฟันในช่วงตั้งครรภ์อย่างน้อย 2 ครั้ง นอกจากนี้ ริดเดอร์ และ มาร์ติน (Reeder and Martin, 1987) ยังมีความเห็นว่า ควรแปรงฟันหลังจากตื่นนอน หลังอาหารทุกมื้อ และก่อนนอน

2.3 การดูแลเต้านม ภายหลังอายุครรภ์ 12 สัปดาห์ เต้านมจะเริ่มขยายตัวมีขนาดใหญ่ขึ้นและมีน้ำหนัมากกว่าปกติ หญิงตั้งครรภ์จึงควรใช้ยกทรงขนาดที่พอเหมาะกับเต้านมที่ขยายตัวเพิ่มขึ้น ยกทรงที่คับและรัดหน้าอกมากเกินไปจะทำให้การไหลเวียนของโลหิตไปที่เต้านมไม่ดี และอาจเป็นลมได้ง่าย ในระยะตั้งครรภ์ประมาณ 16 สัปดาห์ขึ้นไป จะมีน้ำนมใส ๆ ออกมาทางหัวนม จึงควรทำความสะอาดหัวนมด้วยผ้าขนหนูเนื้อนุ่ม ๆ หรือสำลีชุบน้ำธรรมดา เช็ดคราบน้ำนมที่ติดบริเวณปลายหัวนมอย่างน้อยวันละ 1-2 ครั้ง แต่ไม่ควรแกะสะเก็ดแข็งที่ติดแน่นกับหัวนม เพราะจะทำให้หัวนมถลอกเป็นแผล เป็นการนำเชื้อโรคเข้าสู่เต้านมได้ง่าย และเพื่อเป็นการเตรียมหัวนมไว้ไม่ให้เจ็บตึงภายหลังคลอด ควรเตรียมหัวนมและเต้านมโดยการนวดคลึงเต้านมก่อนคลอด 6 สัปดาห์ (Storr, 1987) แต่จากการศึกษาวิจัยในระยะหลังแพทย์และนักวิจัยหลายท่านได้ศึกษาพบว่า การนวดคลึงเต้านมและหัวนมก่อนคลอดเป็นการกระตุ้นให้เกิดการเจ็บครรภ์ และการคลอดก่อนกำหนด (วีระพงษ์ ฉัตรานนท์, 2530; Cunningham et al., 1991) มีความเห็นว่า ไม่ควรนวดคลึงเต้านมก่อนคลอด โดยเฉพาะแม่ที่ครรภ์แก่หรือที่มีโอกาสคลอดก่อนกำหนดได้ง่าย เพราะการนวดคลึงเต้านมจะกระตุ้นให้มดลูกหดรัดตัวแรงหรือปากมดลูกเปิดจากฤทธิ์ของฮอร์โมนออกซิโตซิน (Oxytocin) ทำให้เกิดการคลอดก่อนกำหนดได้ ฉะนั้นการดูแลเต้านมควรทำความสะอาดอย่างเดียวก็นพอ ส่วนรายที่มีลักษณะผิดปกติของหัวนมเต้านม เช่น หัวนมบอด บวม ควรปรึกษาพยาบาล เจ้าหน้าที่แผนกฝากครรภ์ แพทย์



### 3. การออกกำลังกาย และวิธีการทำงาน

3.1 การออกกำลังกายนับเป็นสิ่งปกติในชีวิตประจำวันของผู้หญิงหลาย ๆ คน (Huch and Erkhola, 1990) ในช่วงตั้งครรภ์บางคนจะหยุดการออกกำลังกายไปเลยเนื่องจากกลัวภาวะเสี่ยงที่จะมีขึ้นกับตนเองและทารก เช่น hypoxia hyperthermia การเปลี่ยนแปลงอัตราการเต้นของหัวใจผิดปกติ (Jarski and Trippett, 1990) จึงได้มีผู้ศึกษาถึงกลไกทางด้านสรีระวิทยาในช่วงการตั้งครรภ์และการออกกำลังกาย ตลอดจนถึงกีฬาที่หญิงตั้งครรภ์สามารถเล่นได้ในทุกไตรมาสของการตั้งครรภ์ (Sady and Carpenter, 1989; Jarski and Trippett, 1990; Mc. Murray Berry and Katz, 1990; Pijpes, Wladimiroff and Mc Ghie, 1984) พบว่า การออกกำลังกายแบบใช้  $O_2$  (Aerobic exercise) ในระดับปานกลาง มีความปลอดภัยต่อสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ โดยคำนึงถึงน้ำหนักตัว การทรงตัว ภาวะเสี่ยงต่อการบาดเจ็บ ข้อห้ามเนื่องจากภาวะแทรกซ้อนของการตั้งครรภ์ เช่น ภาวะแท้งคุกคาม เจ็บครรภ์ก่อนคลอด ส่วนประเภทของการออกกำลังกายนั้น หญิงตั้งครรภ์ควรหลีกเลี่ยงกีฬาหนัก หรือที่มีการปะทะ เช่น บาสเกตบอล วอลเลย์บอล กีฬาที่ต้องใช้ความเร็วและการทรงตัว เช่น การขี่ม้า สกิ การกระโดด เทนนิส แบดมินตัน สำหรับการออกกำลังกายที่เหมาะสมและไม่หนักสำหรับหญิงตั้งครรภ์ ได้แก่ การเดินออกกำลังกาย การบริหารร่างกาย ซึ่งการออกกำลังกายจะช่วยทำให้มีการพัฒนาความสมบูรณ์ของร่างกาย กล้ามเนื้อแข็งแรง ลำไส้เคลื่อนไหวดี นอนหลับได้ดี ผ่อนคลายความตึงเครียด และสามารถช่วยป้องกันความไม่สุขสบายช่วงระหว่างตั้งครรภ์ เช่น ปวดหลัง ตะคริวที่ขา ชาบวม เส้นเลือดโป่งพองที่ขา (Taylor and Pernoll, 1987; Quoted in Huch and Erkhola, 1990) แนวทางในการออกกำลังกายที่วิทยาลัยแพทยสตรี - นรีเวช อเมริกัน (American Colledge of Obstetricians and Gynaecologist (ACOG) quoted in Fishbein and Phillips, 1989) สำหรับหญิงตั้งครรภ์และหญิงหลังคลอดได้เสนอไว้มีดังนี้

- 1) ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ อย่างน้อย 3 ครั้งต่อสัปดาห์ ควรเป็นกิจกรรมที่บุคคลทั่วไปสามารถปฏิบัติได้ และไม่ใช้กิจกรรมที่สนับสนุนให้เกิดการแข่งขัน
- 2) ไม่ควรออกกำลังกายหักโหม ไม่ออกกำลังกายในขณะอากาศร้อนชื้น หรือในขณะที่เป็นไข้



3) ควรหลีกเลี่ยงการเคลื่อนไหวที่เร็ว กระแทกกระแทก การออกกำลัง การทำบนพื้นไม้ หรือพรมที่มีผิวอัดแน่น เพื่อลดอาการบาดเจ็บจากแรงกระแทกของพื้น และมีความมั่นคงในการยืน

4) ควรหลีกเลี่ยงการเหยียดและงอมากเกินไปของข้อ เพราะกล้ามเนื้อเกี่ยวพัน (Connective tissue) เกิดอาการล้า และควรหลีกเลี่ยงกิจกรรมที่ต้องใช้การกระโดด หรือเคลื่อนไหว

5) การออกกำลังกายควรเริ่มจากการ warm-up กล้ามเนื้อก่อน 5 นาที ซึ่งสามารถทำได้โดยการเดินช้า ๆ หรือขี่จักรยานอยู่กับที่ด้วยแรงต้านต่ำ

6) การฝึกฝนการออกกำลังกาย จะต้องเริ่มปฏิบัติกิจกรรมในช่วงเวลาสั้น ๆ ก่อน ซึ่งรวมถึงการออกกำลังกายเบา ๆ โดยการเหยียดแขน เพราะว่าการยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อเกี่ยวพัน (Connective tissue) อย่างไม่ระมัดระวังจะทำให้เกิดความเสียหายในการบาดเจ็บของข้อ และไม่ควรเหยียดแขนมากเกินไปจนล้า

7) อัตราการเต้นของหัวใจควรวัดในเวลาที่กิจกรรมถึงจุดสูงสุด เป้าหมายของอัตราการเต้นของหัวใจ และข้อจำกัดสร้างโดยการปรึกษาแพทย์ และไม่ควรเกินอัตราที่กำหนดไว้

8) การดูแลจะต้องคำนึงถึงความเสี่ยงในการหกล้มจากภาวะเลือดไปเลี้ยงสมองไม่ทัน กิจกรรมบางอย่างที่เกี่ยวข้องกับการเดินควรรีใช้เวลาสั้น ๆ

9) ควรจะดื่มของเหลวก่อนและหลังการออกกำลังกาย เพื่อป้องกันภาวะ dehydration ถ้าจำเป็นบางครั้งต้องได้รับของเหลวในขณะที่มีกิจกรรม (พักกิจกรรมชั่วคราว)

10) ผู้ที่มีแบบแผนชีวิตในการเคลื่อนไหวช้า ควรจะเริ่มต้นการออกกำลังที่ไม่รุนแรงก่อน และค่อยเพิ่มระดับทีละน้อย

11) ควรหยุดกิจกรรมและปรึกษาแพทย์เมื่อมีอาการผิดปกติ

ส่วนแนวทางในการออกกำลังกายเฉพาะในหญิงตั้งครรภ์ มีดังนี้

1) อัตราการเต้นของหัวใจมารดาไม่ควรเกิน 140 ครั้ง/นาที

2) กิจกรรมที่หนักไม่ควรเกินช่วงละ 15 นาที

3) ไม่ควรปฏิบัติกิจกรรมในท่านอนหงาย เมื่ออายุครรภ์ 4 เดือนขึ้นไป



- 4) การออกกำลังกายที่ต้องใช้ Valsava maneuver ควรจะหลีกเลี่ยง
- 5) พลังงานที่ได้รับควรจะเป็นเพียงพอ ไม่ใช่เพราะความจำเป็นที่ต้องเพิ่ม  
ในขณะตั้งครรภ์เท่านั้น แต่ควรได้รับเพิ่มเพื่อการออกกำลังด้วย
- 6) อุณหภูมิภายในร่างกายของมารดาไม่ควรเกิน 38 องศาเซลเซียส  
(100.4 องศาฟาเรนไฮต์)

3.2 วิธีการทำงานในขณะตั้งครรภ์ หญิงตั้งครรภ์สามารถทำงานได้ตามปกติ  
ถ้าไม่มีภาวะแทรกซ้อน เช่น บวม ปวดท้อง ความดันโลหิตสูง ฯลฯ ทำงานบ้าน เช่น  
กวาดถู ซักเสื้อผ้า ทำกับข้าว และทำงานภายนอกบ้าน เช่น ค้าขาย งานขีดเขียน และ  
ควรหลีกเลี่ยงงานที่ต้องใช้กำลัง แยกหาม ยกของหนัก ขึ้นที่สูง เช่น งานก่อสร้าง  
(พิชัย เจริญพานิช, 2531; เทียมศร ทองสวัสดิ์, 2531) การทำงานของหญิงตั้งครรรภ์  
นั้น คลาเรสเซน ฟลอค และฟอร์ด (Claresen, Flock and Ford, 1977) ได้  
เสนอไว้ดังนี้ คือ

- 1) หลีกเลี่ยงการทำงานที่ต้องใช้กำลังกายมากเกินไป และไม่ควรทำ  
งานจนเกิดความเมื่อยล้า
- 2) รู้จักวิธียกหรือเคลื่อนย้ายของอย่างถูกต้อง
- 3) หลีกเลี่ยงการทำงานที่ต้องเกี่ยวข้องกับสิ่งเป็นพิษ
- 4) พักผ่อนเป็นระยะ ๆ ในระหว่างการทำงาน
- 5) ถ้ามีโรคแทรกซ้อนระหว่างการทำงานตั้งครรรภ์ ให้ปฏิบัติตามคำแนะนำของ  
แพทย์เกี่ยวกับการทำงานอย่างเคร่งครัด

#### 4. การพักผ่อนและนันทนาการ

ในขณะตั้งครรรภ์ หญิงตั้งครรรภ์ควรได้รับการพักผ่อนและนันทนาการเพื่อให้ร่างกาย  
และจิตใจได้รับการผ่อนคลาย โดยเฉพาะอย่างยิ่งในช่วง 6 สัปดาห์สุดท้ายของการตั้งครรรภ์  
ควรได้รับการพักผ่อนอย่างเพียงพอ Myles (1981) กล่าวว่า หญิงตั้งครรรภ์ควรได้รับการ  
พักกลางวัน วันละ 1-2 ชม. เช่นเดียวกับนักวิชาการอีกหลายท่าน (Reeder and Martin,  
1987; Miller and Booten, 1983) มีความเห็นสอดคล้องกันว่า ถ้าหญิงตั้งครรรภ์ได้  
นอนหลับสนิทอย่างน้อย 8 ชั่วโมงต่อคืน และได้พักครึ่งละ ครึ่งชั่วโมงในช่วงเช้าและตอนบ่าย



ก็เป็นการพักผ่อนที่เพียงพอ หญิงตั้งครรภ์บางคนอาจนอนไม่หลับในเวลากลางวัน อาจจะเป็น การนอนพักเฉย ๆ โดยไม่หลับ นิ่งพัก หรือเพื่อให้ร่างกาย จิตใจ กล้ามเนื้อ หน้าท้อง ขา หลัง ได้ผ่อนคลาย ท่าที่ผ่อนคลายมากที่สุดสำหรับหญิงตั้งครรภ์คือ ท่านอนตะแคงโดยมีหมอนรอง ใต้เข่าและหน้าท้อง หรือถ้านอนหงายควรมีหมอนรองที่ศีรษะ บั้นเอว ใต้เข่า และส้นเท้า (Miller and Booten, 1983; Reeder and Martin, 1987) ในระยะตั้งครรภ์ ถ้าได้รับการพักผ่อนไม่เพียงพอ หรือทำงานมากเกินไป เช่น การทำงานในกะกลางคืน จะ ทำให้ทารกแรกเกิดมีน้ำหนักน้อย (เพ็ญศรี กาญจนรัชชิตี, 2526) นอกจากนี้หญิงตั้งครรภ์ควร จะได้มีการพักผ่อนในลักษณะผ่อนคลายความเครียด ควรได้รับอากาศบริสุทธิ์ โดยการนั่ง หรือ เดินเล่นในสวนสาธารณะ วันละ 2 ชั่วโมง (Myles, 1981) และควรได้มีนันทนาการ ร่วมกับครอบครัวผู้ใกล้ชิด เช่น การฟังเพลง การอ่านหนังสือที่มีเนื้อหาสาระเบาสมอง การ ไปพักผ่อนในสถานที่ตากอากาศหรือสวนสาธารณะ การดูการละเล่นต่าง ๆ ร่วมกับครอบครัวหรือ ผู้ใกล้ชิด อย่างน้อยสัปดาห์ละครั้ง

##### 5. การใช้บริการสาธารณสุข

หญิงตั้งครรภ์ใช้บริการสาธารณสุขโดยการฝากครรภ์ และการไปตรวจตามนัด การไปพบแพทย์หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเมื่อเจ็บป่วยหรือมีความจำเป็นต้องใช้ยา การขอ คำแนะนำ และปรึกษาปัญหาด้านสุขภาพกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข การฝากครรภ์และการไปตรวจ ตามนัดอย่างสม่ำเสมอ จะช่วยวินิจฉัยภาวะแทรกซ้อน หรือลดอันตรายที่อาจเกิดขึ้นต่อมารดาและ ทารก ตลอดจนสามารถช่วยค้นหาสาเหตุ และแก้ไขสิ่งผิดปกติต่าง ๆ ได้ เป็นการช่วยเพิ่ม อัตราการตั้งครรภ์และการคลอดที่ปกติ (วารวูช สุมวรงค์, 2533) ในปี 2524 สัจจิรา เทียนสวัสดิ์ ได้เสนอรายงานการศึกษาว่า จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ ในหญิงตั้งครรภ์แรกและ หญิงครรภ์หลัง จะมีความสัมพันธ์กับการให้กำเนิดทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย 3 ปีต่อมา ได้มีการ ทำการวิจัยระหว่างประเทศต่าง ๆ 6 ประเทศ คือ ซิลี อียิปต์ ฮอนดูรัส สิงคโปร์ สวีเดน และประเทศไทย ได้ผลสอดคล้องเช่นเดียวกัน ซึ่งผลการวิจัยพบว่า จำนวนครั้งของการไปรับ บริการฝากครรภ์มีความสัมพันธ์กับน้ำหนักแรกเกิดของทารก (Donaldson and Billy, 1984) ดังนั้น ในแผนพัฒนาการสาธารณสุขตามแผนพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับ ที่ 6 (พ.ศ. 2530 - 2534) จึงได้กำหนดเป้าหมายว่า ร้อยละ 70 ของหญิงตั้งครรภ์ได้รับการ ดูแลก่อนคลอดอย่างน้อย 4 ครั้ง จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข โดยถือปฏิบัติดังนี้ คือ หญิง



ตั้งครรภ์ที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนควรได้รับการตรวจครรภ์เมื่อเริ่มตั้งครรภ์ถึงอายุครรภ์ 24 สัปดาห์ 1 ครั้ง หลังจากนั้นให้มาตรวจอย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง จนครบกำหนดคลอด และเมื่อครบกำหนดคลอดแล้วยังไม่คลอดให้ส่งต่อแพทย์ทางสูติ - นรีเวชดูแลต่อไป และทารกแรกเกิดร้อยละ 60 ควรมีน้ำหนักแรกเกิดอย่างน้อย 3,000 กรัม ดังนั้นทางโรงพยาบาลต่าง ๆ จึงกำหนดให้ การมาใช้บริการฝากครรภ์ของหญิงตั้งครรภ์ดังนี้ คือ

ตั้งแต่เริ่มตั้งครรภ์ถึงอายุครรภ์ 27 สัปดาห์	ควรมาตรวจครรภ์ทุก	4 สัปดาห์
อายุครรภ์ 28-32 สัปดาห์	ควรมาตรวจครรภ์ทุก	2 สัปดาห์
อายุครรภ์ 33-40 สัปดาห์	ควรมาตรวจครรภ์ทุก	1 สัปดาห์

ถ้ามีอาการผิดปกติหญิงตั้งครรภ์จะต้องมาพบเจ้าหน้าที่ก่อนกำหนดนัด

### ความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์

แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ (Health related behavior) ได้มีนักวิจัยหลายท่านได้ให้ความสนใจ นับตั้งแต่ปี ค.ศ. 1950 เป็นต้นมา ได้เสนอออกมาในรูปของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (The Health belief Model) โดยได้รับอิทธิพลจากทฤษฎีการตั้งเป้าหมายของ Kurt Lewin (Rosenstock, 1974) โดยมีสมมุติฐานว่า พฤติกรรมของแต่ละบุคคลขึ้นอยู่กับมุมมองคุณค่าของสิ่งที่ตนได้รับ และผลที่จะได้รับจากการกระทำของตน (Becker and Maiman, 1974) ซึ่งนักวิจัยกลุ่มแรกได้แก่ ฮอชบาม คีเกลส์ เลเวนทอลล์ และ โรเซนสโตค (Hochbaum, Kegeles, Leventhal and Rosenstock quoted in Rosenstock, 1974) ได้เสนอแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ โดยอธิบายไว้ว่า ปัจจัยเกี่ยวข้องโดยตรงที่สัมพันธ์กับความรู้สึกนึกคิดของบุคคลในการตัดสินใจ เลือกปฏิบัติพฤติกรรม การป้องกันโรค ซึ่งมี 2 ปัจจัย และปัจจัยเสริมอีก 1 ปัจจัย คือ นั่นคือ

1. การรับรู้ภาวะการคุกคามของโรค (Perceived threat of Disease) เป็นการรับรู้ต่อโรค และความเจ็บป่วย ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค และความรุนแรงของการเจ็บป่วย (Perceived Susceptibility and Severity)



2. การคาดคะเนถึงพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล โดยพิจารณาถึงความสะดวกที่ปฏิบัติได้ ผลที่ได้จากการลดโอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของโรค (Perceived benefits and Perceived barrier)

3. สิ่งกระตุ้นให้เกิดการปฏิบัติ (Cute to action) หมายถึง สิ่งชักนำให้บุคคลเกิดพฤติกรรมในสถานการณ์นั้น ๆ จากภายใน เช่น อาการของความเจ็บป่วย หรือจากภายนอก เช่น ปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล

8 ปีต่อมาเบคเคอร์ ดราชแมน และเคิร์ชท์ (Becker, Drachman and Kirscht, 1972) พบว่า แรงจูงใจเป็นตัวแปรสำคัญที่จะทำให้มีการร่วมมือในการรักษาเกิดขึ้น จึงได้รวมแรงจูงใจไว้ในแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Becker, 1974) ดังนั้น เบคเคอร์ และคณะ (Becker et al., 1977) ได้สรุปแนวคิดเรื่องแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพไว้ดังนี้

1. การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อความเจ็บป่วย เป็นความเชื่อของบุคคลว่า ตนเองมีโอกาสเกิดการเจ็บป่วยได้ และเพื่อหลีกเลี่ยงภาวะที่จะเจ็บป่วยจะต้องมีพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันโรค

2. การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค หรือความเจ็บป่วย การรับรู้ถึงความรุนแรงของปัญหาสุขภาพ สามารถส่งผลกระทบต่อบุคคลตัดสินใจร่วมมือต่อพฤติกรรมในการป้องกันความเจ็บป่วยได้ เนื่องจากว่าความเจ็บป่วยนั้น ๆ จะทำให้เกิดอันตรายกับอวัยวะต่าง ๆ ของร่างกาย ซึ่งมีผลกระทบต่อตนเองและสังคม

3. การรับรู้ถึงประโยชน์ของการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคหรือความเจ็บป่วย โดยมีความเชื่อว่า การปฏิบัตินั้น ๆ สามารถลดภาวะความเจ็บป่วยที่คุกคามต่อสุขภาพได้

4. การรับรู้ถึงอุปสรรค เป็นการคาดการณ์ไปล่วงหน้าในแง่ลบ เช่น การใช้บริการที่ต้องเสียค่าใช้จ่ายมาก ไม่พอใจในการบริการ ความกลัวที่แสดงออก ความไม่พร้อมทางด้านร่างกาย จิตใจ บุคลิกภาพของผู้ให้บริการ ทำให้เกิดความขัดแย้ง และหลีกเลี่ยงการมีพฤติกรรมสุขภาพ

5. แรงจูงใจด้านสุขภาพโดยทั่วไป เป็นความรู้สึกนึกคิดของบุคคลที่เกิดจากการถูกกระตุ้นด้วยเรื่องของสุขภาพดีตลอดไป ความต้องการที่จะหายจากโรค ความวิตกกังวลเกี่ยวกับสุขภาพโดยทั่ว ๆ ไป



6. ปัจจัยร่วม ได้แก่ ปัจจัยทางด้านประชากร เช่น อายุ เพศ ระดับการศึกษา รายได้ เป็นต้น ปัจจัยด้านสังคม และปัจจัยด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล มีส่วนเกี่ยวข้องกับพฤติกรรม ทั้งในภาวะสุขภาพดีและในภาวะความเจ็บป่วย

ดังนั้น แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพอาจแบ่งออกเป็นตัวแปรต่าง ๆ ได้ 5 กลุ่มดังนี้

1. การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อโรค มีผลโดยตรงต่อพฤติกรรมสุขภาพ ทั้งในขณะที่มีสุขภาพดีและขณะเจ็บป่วย โรเซนสต็อก (Rosenstock, 1974) ได้อธิบายการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคว่า เป็นความเชื่อของบุคคลว่าตนเองมีโอกาสเจ็บป่วยได้ และเพื่อหลีกเลี่ยงภาวะที่จะเจ็บป่วย จะต้องมียุติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันโรค ซึ่งการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคดี จะเอาใจใส่ต่อสุขภาพตนเองดี มีการศึกษาของนักวิจัยหลายท่านที่สนับสนุนความสำคัญของการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงว่าเป็นตัวทำนายพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรค เช่น การศึกษาของ ฮอชบาม (Hochbaum quoted in Rosenstock, 1974) เกี่ยวกับพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรค (Preventive behavior) ในการตัดสินใจเอ็กซ์เรย์เพื่อตรวจหาวัณโรค พบว่า บุคคลที่มีการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคลงจะยินยอมเข้ารับการเอ็กซ์เรย์ เพื่อค้นหาโรคมกกว่าบุคคลที่มีโอกาสเสี่ยงต่ำ ส่วน เบคเคอร์ ดรามาแมน และเคิร์ชท์ (Becker, Drachman and Kirscht, 1974) ก็ได้รายงานสนับสนุนว่า มารดาที่เชื่อว่าบุตรของตนมีโอกาสสูงต่อการเกิดโรคหุ้มน้ำหนักซ้ำอีก จะดูแลการให้ยาบุตรอย่างเหมาะสม และกลับมามาตรวจตามนัดอย่างสม่ำเสมอมากกว่ามารดาที่ไม่มีความเชื่อดังกล่าว และ นิตยา ภาสุนันท์ (2529) พบว่า การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด สำหรับในหญิงตั้งครรภ์นั้น พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์ (2528) พบว่า หญิงตั้งครรภ์ที่เคยใช้บริการฝากครรภ์ มีการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนจากการตั้งครรภ์มากกว่าผู้ที่ไม่เคยฝากครรภ์ ต่อมาในปี พ.ศ. 2529 สุกดา กุ่ทอง และ สาลี เฉลิฆวรรณพงศ์ ได้ศึกษาพบว่า หญิงตั้งครรภ์ที่รับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนในขณะตั้งครรภ์มีความสัมพันธ์ในการทางบวกกับการมาใช้บริการฝากครรภ์



2. การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคมีผลกระทบต่อบุคคลตัดสินใจร่วมมือต่อพฤติกรรมการป้องกันความเจ็บป่วยได้ เนื่องจากเชื่อว่าโรคนั้น ๆ หรือความเจ็บป่วยนั้น ๆ จะทำให้เกิดอันตรายกับอวัยวะต่าง ๆ ของร่างกาย ซึ่งมีผลกระทบต่อตนเองและสังคมได้ มีรายงานการศึกษาเป็นจำนวนมากที่แสดงให้เห็นถึงความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค และพฤติกรรมการป้องกันโรค เช่น เคิร์ชท์ (Kirscht, 1974) พบว่า ในกรณีที่บุคคลเจ็บป่วย ระดับความรุนแรงของความเจ็บป่วยจะเป็นตัวกระตุ้นให้เขาตัดสินใจไปใช้บริการสุขภาพ พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์ (2528) สุกา กุ่ทอง (2529) และ สาลี เกลิมวรรณพงศ์ (2529) ต่างก็ได้ศึกษาและได้ผลคล้ายกันว่า หญิงตั้งครรภ์ที่ใช้บริการฝากครรภ์มีการรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคแทรกซ้อนมากกว่าผู้ที่ไม่ใช้บริการฝากครรภ์ ซึ่งตรงกันข้ามกับ สุกา ไขแก้ว (2528) และนิตยา ภาสุนันท์ (2529) ที่พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคไม่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือนในการรักษา แต่อย่างไรก็ตาม เบคเคอร์ (Becker, 1975) ได้สรุปจากการวิจัยหลายครั้งของเขาและผู้ร่วมงาน สามารถกล่าวได้ว่าการรับรู้ถึงความรุนแรงที่เกิดจากขึ้นโรคหรือภาวะความเจ็บป่วยต่าง ๆ สามารถทำนายพฤติกรรมของผู้ป่วยเกี่ยวกับการให้ความร่วมมือนในการรักษาได้ เพราะผลที่ได้ทางลบส่วนมากจะเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมทางด้านจิตวิทยา ในสภาพการณ์ที่ผู้ป่วยมีระดับความกลัวและวิตกกังวลสูงเกินไป

3. การรับรู้ถึงประโยชน์ของการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรค โดยมีความเชื่อว่า การปฏิบัติตนนั้น ๆ สามารถลดภาวะความเจ็บป่วยที่คุกคามต่อสุขภาพได้ จากการศึกษาของ ฮีฟเนอร์ และ เคิร์ชท์ (Haefner and Kirscht, 1970) พบว่า อุบัติการณ์ของการตรวจเยี่ยมของเจ้าหน้าที่ เพื่อตรวจหามะเร็งและปัญหาสุขภาพทั่วไป ในกลุ่มที่รับรู้ถึงประโยชน์ของการค้นพบโรคแต่แรกเริ่มสูงกว่าในกลุ่มที่ไม่ได้รับรู้ถึงประโยชน์ของการตรวจสุขภาพ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ คีเกลส์ เคิร์ชท์ และโรเซนสต็อค (Kegele, Kircht and Rosenstock, quoted in Rosenstock, 1974) ซึ่งทำการวิจัยสนามเพื่อดูองค์ประกอบที่เกี่ยวข้องกับการมีส่วนร่วมในโครงการตรวจค้นหามะเร็งปากมดลูกพบว่า สตรีที่เข้าร่วมในโครงการส่วนใหญ่เชื่อว่าแพทย์ หรือการตรวจสอบสามารถค้นพบมะเร็งปากมดลูกได้ การทดสอบนั้นสามารถบอกได้ว่าเป็นโรคหรือไม่ก่อนที่จะมีอาการ และเชื่อว่าการตรวจพบในระยะแรกเริ่มนั้นจะช่วยให้การพยากรณ์โรคดีขึ้น เกี่ยวกับการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคนี้นิตยา อังภาบุรณะ (2527) ได้ทำการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับการปฏิบัติตน



ของผู้ป่วยกล้ำมเนื้อหัวใจตาย พบว่า มีความสัมพันธ์ในทางบวก โดยเฉพาะด้านการรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษามีความสัมพันธ์ในระดับสูงกับการปฏิบัติตน สำหรับการศึกษาในหญิงตั้งครรภ์นั้น สุดา ภูทอง (2529) พบว่า การรับรู้ถึงประโยชน์ของการมาฝากครรภ์มีความสัมพันธ์กับการมาใช้บริการฝากครรภ์ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้าของ พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์ (2528) ที่พบว่า การรับรู้ถึงประโยชน์ของการมาฝากครรภ์สามารถทำนายการมาใช้บริการฝากครรภ์ของหญิงตั้งครรภ์ในประเทศไทยได้

4. การรับรู้ถึงอุปสรรค เป็นการคาดการณ์ล่วงหน้าในแง่ลบ ได้แก่ การใช้บริการที่ต้องเสียค่าใช้จ่ายมาก ความไม่พอใจในบริการความกลัวที่แสดงออก ความไม่พร้อมทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ แม้กระทั่งบุคลิกภาพของผู้ให้บริการ ฯลฯ ซึ่งลักษณะต่าง ๆ เหล่านี้ทำให้เกิดความ ขัดแย้งและทำให้เกิดการหลีกเลี่ยง การเกิดพฤติกรรมสุขภาพ เช่น การไม่ใช้บริการสาธารณสุขเพื่อป้องกันรักษา (Rosenstock, Strecher and Becker, 1988) ดังเช่นการศึกษาของ ฟรานซิส คอร์ด และมอริส (Francis, Korch and Morris, 1969) รายงานว่า มารดาที่ให้ความร่วมมือและปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษาบุตรของตนเป็นผู้มีความพอใจในความเป็นกันเองของแพทย์ ส่วนสาเหตุสำคัญที่ทำให้ไม่ให้ความร่วมมือเพราะว่ามารดา รู้สึกว่าแพทย์ไม่เข้าใจในสิ่งที่เขาไม่สบายใจ และยิ่งพบว่า การไปพบแพทย์ไม่ได้ช่วยแก้ปัญหาให้ ขาดสัมพันธภาพที่ดีระหว่างแพทย์กับผู้ป่วย ไม่ได้รับการอธิบายถึงการวินิจฉัยโรค ส่วนการรับรู้ความเปลี่ยนแปลงในการดูแลสุขภาพนั้น แอนโทนอนอฟสกี และ แคทส์ (Antonovsky and Kats, 1970) ได้ศึกษาพบว่า ความเปลี่ยนแปลงของการดูแลสุขภาพเป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อการใช้บริการสุขภาพนั้น 17 ปีต่อมา แชมเปียน (Champion, 1987) ได้ศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ของการตรวจเต้านมด้วยตนเองกับความเชื่อด้านสุขภาพ ซึ่งผลการศึกษาสอดคล้องกับงานวิจัยก่อน ๆ โดยพบว่า การรับรู้อุปสรรคความรู้ และการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคมะเร็งมีความสัมพันธ์กับความถี่ของการตรวจเต้านมด้วยตนเอง นอกจากนี้ พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์ (2528) พบว่า การรับรู้ถึงอุปสรรคของการมาใช้บริการฝากครรภ์สามารถทำนายการมาใช้บริการฝากครรภ์ของหญิงตั้งครรภ์ได้

5. แรงจูงใจทางด้านสุขภาพ เป็นตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อการมีพฤติกรรมสุขภาพ แรงจูงใจด้านสุขภาพ เป็นความรู้สึกนึกคิดของบุคคลที่เกิดจากการกระตุ้นด้วยเรื่องของสุขภาพที่ลดลงไป



ความต้องการที่จะหายจากโรค ความวิตกกังวลเกี่ยวกับสุขภาพโดยทั่ว ๆ ไป เบคเคอร์ และคณะ (Becker et al., 1977) ได้ศึกษาการให้ความร่วมมือในการควบคุมน้ำหนักบุตร พบว่า มารดาที่รับรู้ว่ามีบุตรของตนมีโอกาสเสี่ยงต่อความเจ็บป่วย เห็นความรุนแรงของการเจ็บป่วยที่เกิดจากความอ้วน เห็นประโยชน์ของการรักษา และวิธีการรักษา และเชื่อว่าการลดอาหารจะทำให้ภาวะเสี่ยงลดลง เด็กจะป่วยน้อยลง จะให้ความร่วมมือในการลดน้ำหนักเด็ก และทำนายการไปใช้บริการเพื่อป้องกันตัว ต่อมา แชมเปียน (Champion, 1987) ได้ทำการศึกษา และพบว่า บุคคลที่ได้รับการสอนจากแพทย์หรือพยาบาลจะมีความถี่ของการตรวจเต้านมด้วยตนเองได้มากกว่า ได้รับการสอนโดยวิธีอื่น และได้มีผลการวิจัยที่คล้ายคลึงกันโดย สุภาพ ไบแก้ว (2528) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ กับ ความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงพบว่า แรงจูงใจทางด้านสุขภาพโดยทั่วไปไม่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการรักษา และ พวงรัตน์ บุญญาณรงค์ (2528) ได้ศึกษาเกี่ยวกับความเชื่อด้านสุขภาพกับการใช้บริการฝากครรภ์ของหญิงตั้งครรภ์ในประเทศไทย พบว่าผู้ใช้บริการฝากครรภ์มีแรงจูงใจทางด้านสุขภาพสูงกว่าผู้ไม่ใช้บริการ

เนื่องจากตัวแปรด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค และการรับรู้ต่อความรุนแรงของโรคมีความใกล้เคียงกัน ยากต่อการแยกกันโดยเด็ดขาด พวงรัตน์ บุญญาณรงค์ (2528) ได้เสนอให้รวมเป็นตัวแปรเดียว คือ การรับรู้ต่อภาวะคุกคามของโรคแทรกซ้อน ดังนั้นผู้วิจัยจึงสรุปกรอบแนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพที่จะนำไปใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ

1. การรับรู้ภาวะคุกคามของโรคแทรกซ้อน
2. การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรค และการส่งเสริมสุขภาพ
3. การรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรค และการส่งเสริมสุขภาพ
4. แรงจูงใจทางด้านสุขภาพโดยทั่วไป

#### การสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์

การสนับสนุนทางสังคม (Social Support) ได้มีผู้ศึกษาและให้ความหมายของการสนับสนุนทางสังคมไว้หลายท่าน เริ่มจาก คอบบี้ (Cobb, 1976) ได้ให้ความหมายไว้ว่าการสนับสนุนทางสังคมเป็นข่าวสารที่ทำให้บุคคลเชื่อว่า เขาได้รับการดูแลเอาใจใส่ ความรัก มี



คนยกย่องและเห็นคุณค่า รู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของสังคม มีความผูกพันซึ่งกันและกัน ส่วน แคนแลน และคณะ (Kaplan et al., 1977) มองการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 2 ลักษณะ คือ หมายถึง ความพอใจต่อความจำเป็นทางสังคม ซึ่งแต่ละคนได้รับจากสิ่งแวดล้อมในสังคมของตน โดยได้รับการติดต่อสัมพันธ์กับคนในกลุ่มสังคม หรือหมายถึง การให้คำจำกัดความโดยความสัมพันธ์ที่มีอยู่ หรือหายไปของแหล่งให้การสนับสนุน หรือจากคนที่มีความสัมพันธ์ต่อบุคคลนั้น และ คานัน (Kahn, 1979) มีความเห็นว่าการสนับสนุนทางสังคม เป็นปฏิสัมพันธ์อย่างมีจุดมุ่งหมายระหว่างบุคคล คือ ความผูกพันในแง่ดีจากบุคคลหนึ่งไปยังอีกบุคคลหนึ่ง โดยไม่เพียงแต่ช่วยเหลือทางด้านวัตถุ ความมั่นคงทางอารมณ์เท่านั้น แต่ยังรวมไปถึงการที่บุคคลรู้สึกว่าตนเองได้รับการยอมรับว่าเป็นส่วนหนึ่งของสังคม นอกจากนี้ ฮับบาร์ด และคณะ (Hubbard et al., 1984) ได้กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นโครงสร้างหลายมิติ ซึ่งประกอบด้วย การสื่อสารในทางบวกที่ทำให้บุคคลมีความรู้สึกผูกพัน มีความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของสังคม และมีการแลกเปลี่ยนซึ่งกันและกัน โดยต้องคำนึงถึงแหล่งที่มาด้วย และ บุญเยี่ยม ตระกูลวงษ์ (2528) ได้ให้ความหมายของการสนับสนุนทางสังคมว่า เป็นสิ่งที่ผู้ให้การสนับสนุน ซึ่งอาจจะเป็นบุคคลหรือกลุ่ม เช่น บุคคลในครอบครัว (ซึ่งได้แก่ สามี ภรรยา) ญาติพี่น้อง เพื่อนร่วมงาน หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ให้ความช่วยเหลือด้านข้อมูลข่าวสาร วัสดุ สิ่งของ หรือการสนับสนุนด้านจิตใจแก่ผู้รับการสนับสนุน และมีผลให้ผู้รับได้ปฏิบัติตนไปในทิศทางที่ผู้รับต้องการจากความหมายของการสนับสนุนทางสังคมตามที่กล่าวมาสรุปได้ว่า

การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง ความจำเป็นพื้นฐานทางสังคมของบุคคล ที่เกี่ยวข้องกับการติดต่อสัมพันธ์กับบุคคล หรือกลุ่มบุคคล ซึ่งความจำเป็นพื้นฐานทางสังคมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และวัตถุ ตลอดจนข้อมูลข่าวสาร มีผลให้บุคคลสามารถนำไปใช้ในทิศทางที่ต้องการ

### ประเภทของการสนับสนุนทางสังคม

การจัดแบ่งประเภทของการสนับสนุนทางสังคม ได้มีผู้ศึกษาเกี่ยวกับเรื่องนี้ได้จัดแบ่งออกเป็น 3 4 5 และ 6 ชนิด ตามลำดับ คอบบ (Cobb, 1976) และ เพนเดอร์ (Pender, 1987) ได้แบ่งการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 3 ชนิด แต่แตกต่างกันที่ คอบบ



เน้นการสนับสนุนทางสังคมด้านจิตใจ อารมณ์ สังคม โดยไม่ได้กล่าวถึงด้านวัตถุ โดย คอบบ์ แบ่งดังนี้

1. การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ (Emotional Support) หมายถึง การให้ความรัก การดูแลเอาใจใส่ ซึ่งมักจะได้จากความสัมพันธ์ที่ใกล้ชิด และความผูกพันที่ลึกซึ้งต่อกัน
2. การให้การยอมรับและเห็นคุณค่า (Esteem Support) เป็นข้อมูลที่จะบอกให้ทราบว่า คนผู้นั้นมีคุณค่า และผู้อื่นยอมรับและเห็นคุณค่าด้วย
3. การมีส่วนร่วม และเป็นส่วนหนึ่งของสังคม (Socially Support) มีส่วนร่วมซึ่งกันและกัน มีความผูกพันกัน

เพนเดอร์ (Pender, 1987) ได้ศึกษาการสนับสนุนทางสังคม และได้แบ่งตามลักษณะการทำหน้าที่ของเครือข่ายทางสังคม โดยแบ่งออกเป็น 3 ชนิด ดังนี้

1. การให้การสนับสนุน เป็นการกระทำหรือพฤติกรรมในส่วนของแต่ละบุคคลในเครือข่ายทางสังคม ซึ่งช่วยเหลือบุคคลให้พบกับเป้าหมายส่วนบุคคล หรือรับมือกับความต้องการในสถานการณ์เฉพาะอย่าง การสนับสนุนเมื่อกำลังจะทำได้และจับต้องไม่ได้

- 1.1 การสนับสนุนด้านสิ่งของและการกระทำ (Tangible support) ได้แก่ เงินหรือการช่วยเหลืออื่น ๆ โดยการกระทำ

- 1.2 การสนับสนุนด้านจิตอารมณ์ (Intangible support) ได้แก่ การให้การสนับสนุน ความอบอุ่น ความรัก หรือการให้การสนับสนุนทางด้านอารมณ์

2. การให้คำแนะนำ ได้แก่ ข้อมูลข่าวสารหรือแนวทาง เพื่อให้บรรลุเป้าหมายหรือทำงานให้สมบูรณ์

3. การให้ข้อมูลย้อนกลับ ได้แก่ การให้การประเมินต่อความคาดหวัง หรือความต้องการ เพื่อให้ถึงเป้าหมาย โดยเฉพาะเพื่อเป็นข้อมูลสำหรับบุคคลในการกระทำต่าง ๆ

กลุ่มนักวิจัยที่มีความเห็นคล้ายกันว่า การสนับสนุนทางสังคมควรแบ่งออกเป็น 4 ชนิด คือ ทิลเดน อิสเรล บราวน์ และเฮาส์ (Tilden, 1985; Isreal, 1985; Brown, 1986 และ House, 1981; quoted in Brown, 1987) โดยแบ่งการสนับสนุนทางสังคม ดังนี้



1. การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ (Emotional Support) หมายถึง การสนับสนุนด้านการยกย่อง การให้ความรัก ความผูกพัน ความจริงใจ ความเอาใจใส่ ความรู้สึกเห็นอกเห็นใจ และการตั้งใจฟัง
2. การสนับสนุนทางการประเมิน (Appraisal Support) หมายถึง การให้ข้อมูลย้อนกลับ เพื่อนำไปประเมินตนเองและเปรียบเทียบพฤติกรรม การให้การรับรอง ซึ่งจะทำให้ผู้รับเกิดความมั่นใจ นำไปเปรียบเทียบตนเองกับผู้อื่นที่อยู่ร่วมในสังคม
3. การสนับสนุนทางด้านข้อมูลข่าวสาร (Information Support) หมายถึง การให้คำแนะนำ ข้อเสนอแนะ ทิศทาง และการให้ข้อมูลข่าวสาร ซึ่งสามารถนำไปใช้ในการแก้ปัญหาที่เผชิญอยู่ได้
4. การสนับสนุนทางด้านเครื่องมือ สิ่งของ การเงินและแรงงาน (Instrumental Support) หมายถึง การช่วยเหลือโดยตรงต่อความจำเป็นของบุคคลในเรื่องเงิน แรงงาน เวลา และการปรับสภาพแวดล้อม

ไวส์ (Weiss, 1974) ได้แบ่งการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 5 ชนิด โดยเน้นทางด้านอารมณ์ การยอมรับตนเอง การมีส่วนร่วมในสังคม การให้ความช่วยเหลือ และการยอมรับความช่วยเหลือ ซึ่ง ไวส์ แบ่งดังนี้ คือ

1. ความใกล้ชิด ความใกล้ชิดจะส่งผลต่ออารมณ์โดยรวม คือ จะทำให้บุคคลรู้สึกปลอดภัยและอบอุ่น ช่วยไม่ให้เกิดความรู้สึกเดียวดาย และปกติจะพบในผู้ที่มีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกัน เช่น คู่สมรส เพื่อน หรือคนในครอบครัว
2. การมีส่วนร่วมในสังคม และแสดงให้เห็นถึงการเข้ามามีส่วนร่วมกันของบุคคลที่มีสถานการณ์คล้ายคลึงกัน หรือมาทำงานร่วมกัน เพื่อวัตถุประสงค์คล้ายกัน การปฏิสัมพันธ์จะทำให้มีการให้และการรับรู้ทางด้านข้อมูลข่าวสาร ประสบการณ์ และความคิด ถ้าขาดการมีส่วนร่วมในสังคมจะทำให้บุคคลรู้สึกว่าถูกแยกออกจากสังคม และเป็นผลให้เกิดความรู้สึกเบื่อหน่าย ความสัมพันธ์ เช่นนี้มักพบได้ในกลุ่มเพื่อน
3. พฤติกรรมการดูแลรับผิดชอบจะเกิดขึ้นเมื่อบุคคลมีความสัมพันธ์ในลักษณะที่ได้รับการดูแลรับผิดชอบคนที่เด็กกว่า ถ้าหากว่าบุคคลไม่ได้ทำหน้าที่นี้ จะทำให้เกิดความข้องใจ รู้สึกว่าชีวิตนี้ไม่สมบูรณ์ ว่างเปล่า หรือไม่มีจุดหมาย



4. การได้รับการยอมรับ การยอมรับจะเกิดขึ้นเมื่อบุคคลสามารถมีพฤติกรรมตามบทบาทของตน ซึ่งจะทำให้เกิดการยอมรับ เชื่อถือ ความสามารถนั้นอาจเป็นบทบาทในอาชีพหรือครอบครัว บทบาทเหล่านี้อาจได้รับการยอมรับในสถาบัน ในกลุ่มครอบครัว หรือกลุ่มเพื่อนก็ได้ ถ้าบุคคลไม่ได้รับการยอมรับก็จะทำให้เกิดความเชื่อมั่นลดลง

5. การได้รับความช่วยเหลือ ซึ่งจะเกิดขึ้นจากการได้รับความช่วยเหลือจากครอบครัว เพื่อน หรือเพื่อนบ้าน และความสัมพันธ์ที่ใกล้ชิดเท่านั้นจึงจะทำให้การช่วยเหลือยาวนานได้ ถ้าไม่มีความสัมพันธ์ที่จะก่อให้เกิดการช่วยเหลือขึ้นแล้วก็จะทำให้เกิดความวิตกกังวลและอ่อนแอ

นอกจากนี้ บาร์เรรา และ อินเลย์ (Barrera and Ainley, 1983) ได้แบ่งการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 6 ชนิด คือ

1. การได้รับการช่วยเหลือที่เป็นสิ่งของ เงิน และวัตถุต่าง ๆ
2. การได้รับความช่วยเหลือทางด้านการงาน
3. การได้รับความใกล้ชิดสนิทสนม คือ การแสดงออกถึงพฤติกรรมโดยทั่วไปทางอ้อมซึ่งอาจแสดงออกโดยการรับฟังอย่างสนใจ แสดงความรู้สึกยกย่อง เอาใจใส่ดูแล และแสดงความเข้าใจ

4. การได้รับคำแนะนำและข้อมูล
5. การได้รับข้อมูลย้อนกลับ ทั้งในแง่พฤติกรรม ความคิด หรือ ความรู้สึก
6. การทำกิจกรรมร่วมกับผู้อื่นในลักษณะที่ผ่อนคลายและพักผ่อน

การศึกษาการสนับสนุนทางสังคมนอกจากจะแบ่งประเภทต่าง ๆ ของการสนับสนุนแล้ว มิทเชลล์ (Mitchell, quoted in Kaplan et al., 1977) ได้ทำการศึกษาในเรื่องของกลุ่มสังคมที่เกี่ยวข้องกับการสนับสนุนทางสังคม ซึ่งก็คือเครือข่ายการสนับสนุนทางสังคม และได้พบว่าคุณสมบัติของเครือข่ายการสนับสนุนทางสังคมประกอบด้วย

1. รูปร่างลักษณะ (Morphologic) และหมายถึง การเชื่อมโยงกันในเครือข่ายซึ่งได้แก่

- 1.1 ความเกี่ยวพัน (Anchorage) ของบุคคลหรือกลุ่มบุคคล มีคุณลักษณะ 2 อย่าง คือ ความใกล้ชิด และความซับซ้อนของความเกี่ยวพันนั้น



- 1.2 ขนาด (Reachability) จำนวนคนที่มีความสำคัญต่อบุคคลนั้น ซึ่งสามารถพึ่งพาอาศัย และมีการติดต่อสัมพันธ์กัน
- 1.3 ความหนาแน่น (Density) มีเส้นทางในการติดต่อสัมพันธ์ของบุคคลในเครือข่าย และการติดต่อนั้นยังคงมีอยู่ระหว่างสมาชิกในกลุ่ม
- 1.4 พิสัย (Range) เป็นจำนวนของการติดต่อโดยตรง ตั้งแต่เล็กน้อยจนถึงมาก อาจจะเป็นการติดต่อสัมพันธ์กันแบบสัณทสนม (Homogeneous) ถึงแบบไม่สัณทสนม ซึ่งการติดต่อแบบนี้อาจมีค่านิยมร่วมกันหรือไม่

2. เกณฑ์หรือลักษณะของปฏิสัมพันธ์หรือการติดต่อสัมพันธ์ ซึ่งหมายถึงธรรมชาติของการเชื่อมกัน (link) ในด้านต่าง ๆ ดังนี้

- 2.1 ทางด้านเนื้อหา (Content) มีการแลกเปลี่ยนอะไรกันบ้างในการติดต่อสัมพันธ์
- 2.2 ทิศทาง (Directness) ทิศทางที่เป็นไปได้ในการติดต่อสัมพันธ์ ความสามารถในการเปลี่ยนแปลงบุคคลอื่น
- 2.3 ความเข้ม (Intensity) ระดับของการจัดเตรียมเพื่อการกระทำ การใช้สิทธิในการสนับสนุน ความเข้มแข็งของข้อผูกมัดในแต่ละบุคคล
- 2.4 ความถี่ (Frequency) จำนวนครั้งของของการติดต่อสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นจริง

#### แหล่งของการสนับสนุนทางสังคม

โดยปกติกลุ่มสังคมถูกจัดแบ่งออกเป็น 2 ประเภท (สุนัตรา สุภาพ, 2533) คือ กลุ่มปฐมภูมิ เป็นกลุ่มที่มีความสัณทสนม มีความเป็นส่วนตัว และมีความสัมพันธ์เฉพาะหน้า (face to face) ซึ่งเราจะพบเห็นในชีวิตประจำวันเป็นประจำ ได้แก่ ครอบครัว เพื่อนญาติพี่น้อง และกลุ่มทุติยภูมิ เป็นกลุ่มที่มีความสัมพันธ์แบบไม่ส่วนตัว เป็นแบบทางการ สมาชิกติดต่อกันตามสถานภาพ และบางครั้งก็ขึ้นอยู่กับเกียรติภูมิของบุคคลนั้น ได้แก่ เพื่อนร่วมงาน กลุ่มวิชาชีพ กลุ่มสังคมอื่น ๆ ในระบบของการสนับสนุนทางสังคมด้านสุขภาพถือว่ามีเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา และมีความเกี่ยวข้องกับแหล่งสนับสนุน 5 ระบบ (Pender, 1987) คือ ระบบสนับสนุนตามธรรมชาติ ได้แก่ แหล่งสนับสนุนจากครอบครัว และญาติพี่น้อง ระบบ



สนับสนุนจากกลุ่มเพื่อน ระบบสนับสนุนด้านศาสนาหรือแหล่งอุปถัมภ์ต่าง ๆ ระบบการให้การดูแล จากกลุ่มวิชาชีพด้านสุขภาพ และระบบกลุ่มวิชาชีพอื่น ๆ

ครอบครัวเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่มีความสำคัญใกล้ชิดกับบุคคลมากที่สุด รองลงมาจะเป็นกลุ่มญาติพี่น้องและกลุ่มเพื่อน อย่างไรก็ตามความต้องการการสนับสนุนทางสังคมจากแหล่งต่าง ๆ จะมีมากน้อยต่างกันขึ้นอยู่กับภาวะสุขภาพ และความต้องการของบุคคล เช่น ในระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอด คู่สมรสจะเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่สำคัญที่สุด โดยเฉพาะอย่างยิ่งทางด้านอารมณ์ (Bancroft, 1973; Antle, 1975; Colman, 1971; Leifer, 1980, quoted in Brown, 1985) ในระยะเจ็บป่วยขึ้นวิกฤตจะต้องการแพทย์และพยาบาลเป็นแหล่งสนับสนุนมากที่สุด

เกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคมและพฤติกรรมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์นี้ นอร์เบค และ ทิลเดน (Norbeck and Tilden, 1983) ได้ศึกษาถึงตัวแปรทางด้านจิตสังคมในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะแทรกซ้อน จำนวน 117 คน พบว่า การมีประสบการณ์เครียดในชีวิตและการได้รับการสนับสนุนทางสังคมน้อยในระยะก่อนการตั้งครรภ์ 1 ปี นอกจากจะมีความสัมพันธ์กับการเสียดุลย์ทางอารมณ์แล้ว ยังมีความสัมพันธ์กับภาวะแทรกซ้อนของการตั้งครรภ์และการเกิดภาวะแทรกซ้อนในการอีกด้วย สมิลล์ไธน์ และคณะ (Smilkstien et al., 1984) ศึกษาถึงการทำนายภาวะแทรกซ้อนในการตั้งครรภ์ โดยใช้ปัจจัยเสี่ยงด้านชีวการแพทย์ ร่วมกับจิตสังคม โดยปัจจัยเสี่ยงด้านการแพทย์ประกอบด้วย การพิจารณาจากประวัติในอดีต การตั้งครรภ์ในปัจจุบัน รวมทั้งการสูบบุหรี่ ดื่มสุรา และติดยาเสพติดของหญิงตั้งครรภ์ ส่วนภาวะแทรกซ้อนของการตั้งครรภ์ประกอบด้วย ภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ จากการคลอด และหลังคลอด พบว่า ปัจจัยเสี่ยงทางด้านจิตสังคม มีความสัมพันธ์กับภาวะแทรกซ้อนในระยะคลอดและหลังคลอด และพบว่า บทบาทของครอบครัวเป็นตัวแปรที่ใช้ทำนายภาวะแทรกซ้อนของการตั้งครรภ์ได้ดีที่สุด นอกจากนี้ รูบิน และไวเดอร์ (Rubin, 1975; Winder, 1977, quoted in Lowenstein, 1981) พบว่า การได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวและเพื่อน จะมีอิทธิพลต่อการปฏิบัติตนเพื่อส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์แรก และการสนับสนุนกับสัมพันธ์ภาพระหว่างคู่สมรส จะเป็นตัวกำหนดในการป้องกันสุขภาพตนเองของหญิงตั้งครรภ์ได้เป็นอย่างดี ส่วนการศึกษาในประเทศไทย นิภาวรรณ รัตนานนท์ (2522) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างเจตคติ



ต่อการตั้งครรภ์ การสนับสนุนทางสังคม กับแบบแผนการดำรงชีวิตด้านสุขภาพในระยะตั้งครรภ์ของหญิงวัยรุ่นครรภ์แรกพบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับแบบแผนการดำรงชีวิตด้านสุขภาพในระยะตั้งครรภ์ของหญิงวัยรุ่นครรภ์แรก และจากการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคม และปัจจัยทางเศรษฐกิจสังคมกับการปฏิบัติตนด้านสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น โดย กมลรัตน์ ศุภวิทิตพัฒนา (2533) พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตนด้านสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น ได้แก่ ลักษณะครอบครัว ความรู้ของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น และการสนับสนุนทางสังคม ส่วน นางเยาว์ อุดมวงศ์ (2533) ได้ศึกษาถึงประสิทธิผลของการสนับสนุนของสามีต่อการปฏิบัติตัวของภรรยาครรภ์แรกที่โรงพยาบาลลำปาง กลุ่มตัวอย่างเป็นหญิงตั้งครรภ์แรกพร้อมสามี จำนวน 80 คู่ แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม พบว่า การให้การสนับสนุนของสามีในกลุ่มทดลองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติตนทางด้านสุขภาพโดยรวมทุกด้านของหญิงตั้งครรภ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ นิคมัย เพิ่มกระโทก (2530) ซึ่งได้ศึกษาถึง ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับการปฏิบัติตนด้านสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ จากตัวอย่างจำนวน 152 คน พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติตนด้านสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ และพิจารณาถึงด้านโครงสร้างกลุ่มสังคม พบว่า จำนวนวันในการติดต่อกับสามีสูงกว่ากลุ่มญาติและเพื่อน กล่าวคือ จำนวนวันเฉลี่ยที่ติดต่อกับสามี ญาติ และเพื่อน คือ 6.18 4.21 และ 4.12 วันต่อสัปดาห์ ตามลำดับ

จากการศึกษาเรื่องการสนับสนุนทางสังคม ผู้วิจัยสรุปได้ว่า การสนับสนุนทางสังคมมีทั้งการสนับสนุนเพื่อตอบสนองความจำเป็นทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม ของบุคคล ช่วยให้บุคคลสามารถนำไปใช้แก้ปัญหาที่เผชิญอยู่ได้ และเพื่อให้กรอบแนวคิดในการวิจัยชัดเจนขึ้น จึงแบ่งการสนับสนุนทางสังคมเป็น 4 ชนิด คือ

1. การสนับสนุนทางด้านวัตถุและข้อมูลข่าวสาร (Instrumental and Information Support) หมายถึง การให้ความช่วยเหลือด้านเครื่องมือ สิ่งของที่จำเป็น ได้แก่ วัตถุต่าง ๆ เงิน แรงงาน เวลา ตลอดจนการให้คำแนะนำ ข้อเท็จจริง รายละเอียด ซึ่งสามารถนำไปใช้แก้ปัญหาที่บุคคลเผชิญอยู่ได้



2. การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ (Emotional Support) หมายถึง การให้ความนับถือ ความผูกพัน ความไว้วางใจ ความเข้าใจใส่ ความรู้สึกมั่นคง ปลอดภัย การรับฟัง ยกย่อง แก่บุคคล

3. การสนับสนุนทางการประเมิน (Appraisal Support) หมายถึง การให้ข้อมูลย้อนกลับเพื่อนำไปประเมินตนเอง และเปรียบเทียบพฤติกรรม การให้การรับรอง ซึ่งจะทำให้ผู้รับเกิดความมั่นใจ นำไปเปรียบเทียบตนเองกับผู้อื่นที่อยู่ร่วมในสังคม

4. การสนับสนุนโดยให้มีส่วนร่วม และเป็นส่วนหนึ่งของสังคม (Socially Support) หมายถึง การสนับสนุนให้บุคคลได้เป็นที่ยอมรับในกลุ่ม มีส่วนร่วมในประสบการณ์หรืองานเดียวกัน เพื่อจุดมุ่งหมายร่วมกันของกลุ่มสังคม ไม่ถูกแยกออกจากกลุ่มสังคม รวมถึงการมีกิจกรรมร่วมในลักษณะผ่อนคลายและพักผ่อน

### สถานการณ์การสมรสกับพฤติกรรมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์

สถานการณ์ คือ ตำแหน่งที่ได้จากการเป็นสมาชิกของกลุ่ม เป็นสิทธิและหน้าที่ทั้งหมดของบุคคลที่มีอยู่ เกี่ยวข้องกับผู้อื่นและสังคมส่วนรวม สถานภาพจะกำหนดว่าบุคคลนั้นมีหน้าที่จะต้องปฏิบัติต่อผู้อื่นอย่างไร มีหน้าที่รับผิดชอบอย่างไรในสังคม สถานภาพเป็นสิ่งที่เฉพาะบุคคลที่ทำให้บุคคลนั้นแตกต่างจากผู้อื่น และมีอะไรเป็นเครื่องหมายของตนเอง (สุนัตรา สุภาพ, 2533)

การสมรส คือ การที่ชายหญิงมีความสัมพันธ์ทางเพศในรูปที่สังคมยอมรับ โดยแต่ละสังคมจะมีกฎเกณฑ์ ระเบียบแบบแผน สำหรับคู่สมรสเพื่อความถูกต้อง (สุนัตรา สุภาพ, 2533) เช่น บางสังคมการสมรสจะสมบูรณ์แบบจะต้องผ่านพิธีกรรมทางศาสนา ส่วนมากจะกำหนดการจดทะเบียนสมรสเป็นหลักสำคัญที่สุดในการปฏิบัติ การสมรสจะสิ้นสุดลงเมื่อฝ่ายหนึ่งตายหรือหย่า

ดังนั้นจึงสรุปได้ว่า สถานภาพการสมรส คือ ตำแหน่งของชายหญิงที่ได้จากการเป็นสมาชิกของครอบครัว โดยมีความสัมพันธ์ทางเพศในรูปแบบที่สังคมยอมรับ ได้แก่ แต่งงาน (คู่) ไม่แต่งงาน (โสด) แยกกันอยู่ และหม้าย



เนื่องจากสภาพการสมรสเป็นสถานการณ์ที่ได้มาทีหลัง โดยการกระทำ (สุพันธ์  
สภาพ, 2533) เป็นสิทธิและหน้าที่ของชายหญิงในครอบครัว จึงเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมต่าง ๆ  
ของทั้งสามีและภรรยา ซึ่งรวมถึงพฤติกรรมสุขภาพของภรรยาด้วย เกี่ยวกับสถานการณ์การสมรสนี้  
รุจิรา อุณาทพานิช (2526) ได้ศึกษาพบว่า หญิงตั้งครรภ์ที่ไม่จดทะเบียนสมรสมักประสบ  
ปัญหาความแตกร้างในครอบครัวและไม่ต้องการบุตร ส่งผลให้ไม่สนใจในการปฏิบัติตนในระหว่าง  
ตั้งครรภ์เท่าที่ควร และจากการศึกษาของ โลเวนส์ไตน์ และ ไรน์ฮาร์ท (Lowenstien  
and Rineheart, 1981) พบว่า หญิงตั้งครรภ์ที่จดทะเบียนสมรสจะมีพฤติกรรมการปฏิบัติตน  
เพื่อคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพดีกว่าหญิงตั้งครรภ์ที่ไม่ได้จดทะเบียนสมรส ซึ่งหญิงตั้งครรภ์ที่ไม่ได้  
จดทะเบียนสมรสมักจะได้รับความสนใจจากสังคมน้อย และไม่เป็นที่ยอมรับของสังคม คล้ายกัน  
กับการศึกษาของ พวงรัตน์ บุญญาบุรุษ (2528) ที่ศึกษาเรื่อง การใช้บริการฝากครรภ์  
ของหญิงตั้งครรภ์ในประเทศไทย พบว่า หญิงตั้งครรภ์ที่ไม่ใช้บริการฝากครรภ์มีจำนวนที่แต่งงาน  
น้อยกว่าผู้ที่ใช้บริการฝากครรภ์ ต่อมา นิคมัย เพิ่มกระโทก (2530) ได้ศึกษาพบว่า หญิง  
ตั้งครรภ์ที่แต่งงานแล้ว สามีจะคอยให้ความช่วยเหลือขณะตั้งครรภ์ ทำให้หญิงตั้งครรภ์มีกำลังใจ  
มีพฤติกรรมทางด้านสุขภาพที่ดี เช่นเดียวกับ นางเยาว์ อุดมวงศ์ (2533) ที่ได้ศึกษาในเรื่อง  
ประสิทธิผลของแรงสนับสนุนจากสามีต่อการปฏิบัติตัวของภรรยาครรภ์แรก พบว่า แรงสนับสนุน  
ของสามีมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติตนโดยรวมทุกด้านของหญิงตั้งครรภ์

### ฐานะทางเศรษฐกิจกับพฤติกรรมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์

เพนเดอร์ (Pender, 1987) กล่าวว่า สถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคมเป็น  
องค์ประกอบสำคัญต่อความสามารถในการดูแลตนเอง โดยผู้ที่มีฐานะทางเศรษฐกิจและสังคมสูง  
จะมีโอกาสในการติดต่อสื่อสารกับกลุ่มสังคมต่าง ๆ เพื่อเพิ่มพูนความรู้และประสบการณ์ของตนเอง  
มีรายได้เหลืออำนวยการให้บุคคลสามารถหาอาหารที่มีประโยชน์มารับประทานอย่างเพียงพอกับความ  
ต้องการของร่างกาย ตลอดจนสามารถจัดหาของใช้ที่จำเป็นเพื่ออำนวยความสะดวก และ  
ส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่ดี สอดคล้องกับนักวิชาการท่านอื่น ๆ เช่น ฮาโรลด์ กูลด์ และ  
ฟอสเตอร์ (Harold Gould, 1957; Foster, 1962 อ้างถึงใน เบญจา ยอดคำเนิน  
และกฤตยา อาชวนิจกุล, 2529) ที่กล่าวว่า ฐานะทางเศรษฐกิจเป็นปัจจัยสำคัญตัวหนึ่งที่จะ  
กำหนดว่า ใคร และเมื่อไร ที่บุคคลนั้นจะใช้บริการการแพทย์แผนใหม่ นั่นก็คือ บริการการ



แพทย์แผนใหม่บางชนิด บางลักษณะราคาสูง ผู้ที่จะใช้บริการได้คือผู้มีฐานะทางเศรษฐกิจสูง เท่านั้น นอกจากนี้ โคเบิร์น และโปป (Coburn and Pope, 1974) ได้ศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างสถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคมกับพฤติกรรมการป้องกันโรค พบว่า ระดับการศึกษา รายได้ และปฏิสัมพันธ์กับบุคคลในสังคมสามารถทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคได้ ต่อมา มี-เซีย เซน (Mei-shia Chen, 1986) ได้วิเคราะห์ทางสังคมประชากร เกี่ยวกับ พฤติกรรมการป้องกันโรคฟันในครอบครัวชาวอเมริกันผิวขาว พบว่า พฤติกรรมการป้องกันโรคฟันของสมาชิกครอบครัวมีความสัมพันธ์กับลักษณะทางสังคมประชากร ซึ่งได้แก่ ระดับชั้นการศึกษา รายได้ ความหนาแน่นของประชากร อายุ ขนาดของครอบครัว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และจากการศึกษาของ ไล-ฮอกเบอร์ก และคณะ (Lia - Hoagberg et al., 1990) เกี่ยวกับอุปสรรค และแรงจูงใจในการไปฝากครรภ์ของหญิงที่มีรายได้ต่ำ พบว่า หญิงที่ได้รับการดูแลระหว่างตั้งครรภ์ไม่เพียงพอ มีอุปสรรคและรับรู้อุปสรรคมากกว่าหญิงที่ได้รับการดูแลเพียงพอ ปัจจัยทางด้านจิตวิทยา โครงสร้าง และสังคมประชากรเป็นอุปสรรคสำคัญในการไปฝากครรภ์ เช่นเดียวกับการศึกษาของ นิคมัย เพิ่มกระโทก (2530) ได้ศึกษาพบว่า หญิงตั้งครรภ์ที่มีรายได้ระหว่าง 2,000 - 4,000 บาทต่อเดือน มีการปฏิบัติตนด้านสุขภาพโดยรวมด้านโภชนาการ และด้านการรักษาสุขภาพจิตได้ดีกว่าหญิงตั้งครรภ์ที่มีรายได้ต่ำกว่า 2,000 บาท ซึ่งสอดคล้องกันกับการศึกษาของ วชิรา กลีโกศล (2521) เทพณรงค์ จาระพานิช และ สมพงษ์ บุญสืบชาติ (2523) อมรพันธุ์ ประทุมทิพย์ (2523) และสุดา ภูทอง (2529) พบว่า ผู้ที่มีรายได้สูงจะฝากครรภ์มากกว่าผู้ที่มีรายได้ต่ำ

### ระดับการศึกษากับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์

ระดับการศึกษาจะช่วยให้บุคคลทำความเข้าใจต่อสิ่งต่าง ๆ ที่เรียนรู้ได้มาก มีการตัดสินใจที่ดี และสามารถปฏิบัติตนได้ถูกต้องเหมาะสม ผู้ที่มีระดับการศึกษาสูงจะสามารถเลือกตัดสินใจ และเลือกปฏิบัติตนด้านสุขภาพได้ดีกว่า (Pender, 1987) สอดคล้องกับการศึกษาของ รีดดิง และคณะ (Reading et al., 1983) พบว่า หญิงตั้งครรภ์ที่มีการศึกษาสูง จะมีการปฏิบัติตนที่ดี เมื่อทารกในครรภ์และสุขภาพของตนเอง จากการศึกษาของ พวงรัตน์ บุญญาบุรุษ (2528) ที่พบว่า หญิงตั้งครรภ์ที่มีการศึกษาระดับอาชีวและวิทยาลัยไปใช้บริการฝากครรภ์มากกว่าหญิงมีครรภ์ที่มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษาหรือต่ำกว่า และจากการศึกษาของ



นิคมัย เพิ่มกระโทก (2530) ก็พบว่า หญิงตั้งครรภ์ที่มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้นและระดับอาชีวศึกษา หรืออุดมศึกษา มีการปฏิบัติตนด้านสุขภาพโดยส่วนรวมดีกว่าหญิงตั้งครรภ์ที่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา และหญิงตั้งครรภ์ที่มีการศึกษาระดับอาชีวศึกษาหรืออุดมศึกษา มีการปฏิบัติตนด้านโภชนาการได้ดีกว่าหญิงตั้งครรภ์ที่มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษา ต่อมา ศรีนวล ไชยเสถียร (2531) ได้ศึกษาเปรียบเทียบพฤติกรรมการปฏิบัติตนเพื่อสุขภาพระหว่างตั้งครรภ์ในสตรีหลังคลอดที่มีการศึกษาตั้งแต่มัธยมศึกษากับต่ำกว่ามัธยมศึกษา พบว่า พฤติกรรมการปฏิบัติตนเพื่อสุขภาพระหว่างตั้งครรภ์ด้านโภชนาการ และด้านการป้องกันความเจ็บป่วยโดยรวมของสตรีที่มีการศึกษามากกว่าระดับมัธยมศึกษาดีกว่าสตรีที่มีการศึกษาต่ำกว่าระดับมัธยมศึกษา ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของนักวิจัยหลายท่าน คือ วชิรา กลีโกศล (2521) เทนแรงค์ จาระพานิช และสมพงษ์ บุญสืบชาติ (2523) อมรพันธุ์ ประทุมทิพย์ (2523) กองอนามัย ครอบครวั กระทบวงสาธารณสุข (2526) และสุดา ภูทอง (2529) ที่พบว่า สตรีวัยเจริญพันธุ์ที่มีระดับการศึกษาสูง มีความเข้าใจและปฏิบัติตนทางด้านอนามัยแม่และเด็กในระยะคลอด และหลังคลอดดีกว่าสตรีที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่า และพบว่า สตรีที่มีการศึกษาสูงจะเข้ารับบริการฝากครรภ์มากกว่าสตรีที่มีการศึกษาต่ำกว่า

ศูนย์วิทยทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย