



แบบแผนสุขภาพในระยะตั้งครรภ์ของมารดาคลอดก่อนกำหนดและครบกำหนด  
Health Patterns during Pregnancy of Mothers with Preterm Labour and Term Labour

พิมพ์ กายประสิทธิ์

Pimpa Kaiprasit

วิทยาลัยพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลบิดามารดาและเด็ก

มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

Master of Nursing Science Thesis in Parent-Child Nursing

Prince of Songkla University

2541

เลขที่	RG.001. 7164 0541 0. 2
Bib Key	1110112

(1)

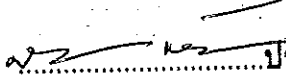
ชื่อวิทยานิพนธ์ แบบแผนสุขภาพในระยะตั้งครรภ์ของมารดาคลอดก่อนกำหนดและครบกำหนด

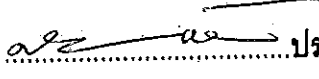
ผู้เขียน นางพิมพ์ กายประสิทธิ์

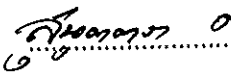
สาขาวิชา การพยาบาลบิดามารดาและเด็ก

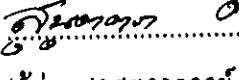
คณะกรรมการที่ปรึกษา

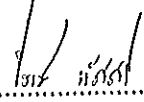
คณะกรรมการสอบ

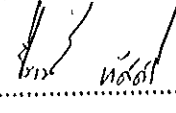
  
ประธานกรรมการ  
(รองศาสตราจารย์ ดร. ศิริพร ชัมภลิจิต)

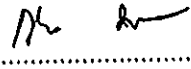
  
ประธานกรรมการ  
(รองศาสตราจารย์ ดร. ศิริพร ชัมภลิจิต)

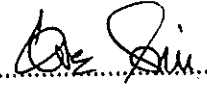
  
กรรมการ  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุนุดตรา ตะบุญหงส์)

  
กรรมการ  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุนุดตรา ตะบุญหงส์)

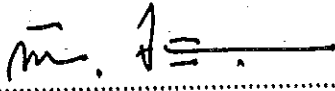
  
กรรมการ  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์จีรเนาว์ ทศศรี)

  
กรรมการ  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์จีรเนาว์ ทศศรี)

  
กรรมการ  
(ดร.ลดาวลัย ประทีปชัยกูร)

  
กรรมการ  
(รองศาสตราจารย์ นพ. นทีญ์ ถิ่นธारा)

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ อนุมัติให้รับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้  
เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา ตามหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาล  
บิดามารดาและเด็ก

  
กรรมการ  
(รองศาสตราจารย์ ดร.ก้าน จันทรพรหมมา)  
คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

ชื่อวิทยานิพนธ์ แบบแผนสุขภาพในระยะตั้งครรภ์ของมารดาคลอดก่อนกำหนดและครบกำหนด

ผู้เขียน นางพิมพ์ กายประสิทธิ์

สาขาวิชา การพยาบาลบิดามารดาและเด็ก

ปีการศึกษา 2540

### บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของแบบแผนสุขภาพในระยะตั้งครรภ์ระหว่างมารดาคลอดก่อนกำหนดและมารดาคลอดครบกำหนด กลุ่มตัวอย่างเป็นมารดาคลอดก่อนกำหนดและมารดาคลอดครบกำหนดที่มารับบริการในหอผู้ป่วยหลังคลอด แผนกสูติกรรมโรงพยาบาลขนาดใหญ่ โรงพยาบาลสงขลาและโรงพยาบาลพัทลุง จำนวน 100 ราย คัดเลือกแบบเจาะจง แบ่งเป็นกลุ่มคลอดก่อนกำหนด 50 ราย และกลุ่มคลอดครบกำหนด 50 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลประกอบด้วยแบบสอบถามแบบแผนสุขภาพในระยะตั้งครรภ์ ตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือโดยหาความตรงด้านเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ราย และหาค่าความเที่ยงโดยวิธีครอนบาชแอลฟา ได้ค่าสัมประสิทธิ์ความเที่ยงเท่ากับ 0.94 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา (จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน) และเปรียบเทียบคะแนนแบบแผนสุขภาพในระยะตั้งครรภ์ระหว่างกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มด้วยสถิติที (Independent t-test)

ผลการวิจัยพบว่า มารดาคลอดก่อนกำหนดและมารดาคลอดครบกำหนดมีค่าคะแนนเฉลี่ยแบบแผนสุขภาพในระยะตั้งครรภ์โดยรวม และในแต่ละแบบแผนไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และพบว่ามารดาคลอดก่อนกำหนดและมารดาคลอดครบกำหนดมีค่าคะแนนเฉลี่ยแบบแผนสุขภาพในระยะตั้งครรภ์โดยรวมอยู่ในระดับดี และในแต่ละแบบแผนอยู่ในระดับดี และระดับปานกลาง

Thesis Title Health Patterns during Pregnancy of Mothers with Preterm Labour and  
Term Labour  
Author Mrs. Pimpa Kaiprasit  
Major Program Parent-Child Nursing  
Academic Year 1997

### Abstract

This research was a descriptive research. The objectives were to compare health patterns during pregnancy of mothers with preterm labour and term labour. The subjects were 50 post partum women who delivered premature babies and 50 who delivered full term babies admitted to the post-delivery ward, Hat Yai Hospital or Songkhla Hospital or Phattalung Hospital. The subjects were selected by purposive sampling. The instrument used to collect the data was a questionnaire on health patterns during pregnancy. This questionnaire was tested for validity by five experts. Cronbach's Alpha Coefficient obtained was 0.94. The data were analyzed by descriptive statistics which are percentages, means and standard deviations. The health patterns of the two groups of subjects were compared by an independent t-test

The findings revealed that there was no significant difference in the mean scores of the whole health patterns and each health pattern of the mothers with preterm and term labour. Both groups had the mean scores of the whole health patterns at good level, while their mean scores of each health pattern was at good and moderate level.

## กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความกรุณาและความช่วยเหลืออย่างดียิ่งจาก รองศาสตราจารย์ ดร. ศิริพร ชัมภลลิขิต ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุนุตตรา ตะบูนพงศ์ และผู้ช่วย ศาสตราจารย์จิรเนาว์ ทศศรี อาจารย์ผู้ควบคุมวิทยานิพนธ์ที่ได้กรุณาให้คำแนะนำ คำปรึกษาและ ข้อคิดเห็นที่เป็นประโยชน์ ช่วยตรวจสอบแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ รวมทั้งสนับสนุนให้กำลังใจมา โดยตลอด ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร.เพชรน้อย สิงห์ช่างชัยที่ได้ให้คำปรึกษาและ แนะนำข้อคิดเห็นที่เป็นประโยชน์ อาจารย์ผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ได้กรุณาตรวจสอบเครื่องมือ สำหรับการวิจัย พร้อมกันนี้ขอกราบขอบพระคุณ ผู้อำนวยการและหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล ตลอดจนพยาบาลและเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องของโรงพยาบาลขนาดใหญ่ โรงพยาบาลสงขลาและ โรงพยาบาลพัทลุง ที่ได้อนุเคราะห์และอำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูลครั้งนี้เป็นอย่างยิ่ง และขอขอบคุณกลุ่มตัวอย่างทุกท่านที่ได้ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามจนกระทั่งการ วิจัยครั้งนี้สำเร็จลงด้วยดี

ขอขอบพระคุณคุณปรีดา อุ่นเสียม และคุณจิระภา รัตนกิจ ที่ได้กรุณาช่วยเก็บข้อมูลใน การวิจัย ขอขอบคุณบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ที่ได้อุดหนุนทุนบางส่วนใน การทำวิจัย

ท้ายที่สุดนี้ ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณ มารดา สามี และพี่ๆ ที่ให้กำลังใจแก่ผู้วิจัยตลอด มา ขอขอบพระคุณอาจารย์ทุกท่านที่กรุณาอบรมสั่งสอนและถ่ายทอดวิชาความรู้ รวมทั้งเพื่อนๆ นักศึกษาปริญญาโทรุ่นที่ 4 ทุกท่านที่ให้ความช่วยเหลือเอื้ออาทรตลอดมา

พิมพ์มา กายประสิทธิ์

## สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อ .....	(3)
Abstract .....	(4)
กิตติกรรมประกาศ .....	(5)
สารบัญ .....	(6)
รายการตาราง .....	(8)
รายการภาพประกอบ .....	(9)
บทที่	
1 บทนำ .....	1
ปัญหา : ความเป็นมาและความสำคัญ .....	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย .....	3
คำถามการวิจัย .....	3
กรอบแนวคิด .....	3
สมมติฐานการวิจัย .....	5
นิยามศัพท์ .....	5
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ .....	5
2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง .....	6
แนวคิดเกี่ยวกับแบบแผนสุขภาพ .....	6
องค์ประกอบและขอบเขตของแบบแผนสุขภาพ .....	6
ปัจจัยที่มีผลต่อแบบแผนสุขภาพ .....	8
แนวคิดเกี่ยวกับการคลอดครบกำหนด .....	10
ความหมายของการคลอดครบกำหนด .....	10
ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการคลอดครบกำหนด .....	10
แนวคิดเกี่ยวกับการคลอดก่อนกำหนด .....	12
ความหมายของการคลอดก่อนกำหนด .....	12
ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการคลอดก่อนกำหนด .....	12
	(6)

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
ผลกระทบของการคลอดก่อนกำหนด.....	13
แนวทางการป้องกันการคลอดก่อนกำหนด .....	15
แบบแผนสุขภาพในระยะตั้งครรภ์และความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนสุขภาพ ในระยะตั้งครรภ์กับการคลอดก่อนกำหนด .....	17
3 วิธีการวิจัย .....	39
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง .....	39
เครื่องมือในการวิจัย .....	40
การหาความตรงและความเที่ยงของเครื่องมือ .....	43
การดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล .....	44
การวิเคราะห์ข้อมูล .....	44
4 ผลการวิจัยและการอภิปรายผล .....	45
ผลการวิเคราะห์ข้อมูล .....	45
การอภิปรายผล .....	52
5 สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ .....	60
สรุปผลการวิจัย .....	60
ข้อเสนอแนะ .....	61
บรรณานุกรม .....	63
ภาคผนวก .....	81
ภาคผนวก ก. ....	82
ภาคผนวก ข. ....	83
ภาคผนวก ค. ....	89
ภาคผนวก ง. ....	100
ประวัติผู้เขียน .....	101

## รายการตาราง

ตาราง	หน้า
1 จำนวน ร้อยละและผลการทดสอบความแตกต่างระหว่างมารดาคลอดก่อนกำหนดและมารดาคลอดครบกำหนด จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล .....	46
2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่ม จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคลด้านอายุ และอายุครรภ์ .....	48
3 ช่วงคะแนน ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนแบบแผนสุขภาพ ในระยะตั้งครรภ์ของกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่ม .....	49
4 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนแบบแผนสุขภาพ ในระยะตั้งครรภ์ระหว่างมารดาคลอดก่อนกำหนดและมารดาคลอดครบกำหนด .....	51



## รายการภาพประกอบ

ภาพประกอบ	หน้า
1 กรอบแนวคิดแบบแผนสุขภาพในระยะตั้งครมภ์ของมารดาคลอดก่อนกำหนดและครบกำหนด .....	4

## บทที่ 1

### บทนำ

#### ปัญหา : ความเป็นมาและความสำคัญ

การคลอดก่อนกำหนดเป็นปัญหาทางสูติศาสตร์ที่สำคัญทั้งในประเทศที่กำลังพัฒนาและประเทศที่พัฒนาแล้ว (Villar & Belizan, 1982; Mc Cormick, 1985 cited by Villar, et al., 1992 : 1266) เนื่องจากเป็นสาเหตุให้เกิดอัตราทุพพลภาพและอัตราตายปริกำเนิดของทารกมากกว่าร้อยละ 75 (Freda et al., 1990 : 140; Lipshitz & Brown cited by Ladden, 1990 : 515) นอกจากนี้ทารกคลอดก่อนกำหนดที่ช่วยให้มีชีวิตรอดจะมีความพิการหลงเหลืออยู่ได้มากถึงร้อยละ 70 และประมาณร้อยละ 10 จะเป็นความพิการทางระบบประสาทส่วนกลาง ความพิการทางด้านสติปัญญาและความพิการเกี่ยวกับระบบประสาทอื่นๆ (พิชัย, 2531 : 105; May & Mahlmeister, 1990 : 503; Fields, 1983 cited by Virji & Cottington, 1991 : 347) ส่งผลกระทบต่อทางการแพทย์และทางเศรษฐกิจทั้งทางตรงและทางอ้อม (Morrison, 1990 : 5S) ความเปลี่ยนแปลงในการดูแลรักษาทารกคลอดก่อนกำหนดนี้มากเกินกว่าที่จะคาดถึง เคยมีผู้คำนวณไว้ในประเทศสหรัฐอเมริกาพบว่า ค่ารักษาทารกคลอดก่อนกำหนดในหออภิบาลผู้ป่วยหนักเฉลี่ยประมาณ 40,000-50,000 ดอลลาร์ต่อทารกหนึ่งคน สำหรับค่ายาและค่าบริการเฉพาะเพื่อให้ทารกมีชีวิตรอดประมาณมากกว่า 500,000 ดอลลาร์ต่อทารกหนึ่งคน (Morrison, 1990 : 6S) ซึ่งนับว่าเป็นค่าใช้จ่ายที่สูงมาก นอกจากนี้การคลอดก่อนกำหนดยังก่อให้เกิดผลกระทบทางด้านจิตใจต่อมารดา ได้แก่ ความวิตกกังวลและความซึมเศร้า (Gennaro, 1988 : 82-85) ตลอดจนความเครียดและความรู้สึกไม่แน่นอนเมื่อทารกต้องเข้ารับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก (Miles, et al., 1992 : 261-269) ยิ่งไปกว่านั้นการที่ทารกต้องรักษาในโรงพยาบาลเป็นระยะเวลาอันยาวนานอาจทำให้เกิดปัญหาเกี่ยวกับความรัก ความผูกพันระหว่างมารดาและทารกได้ด้วย (Jenkins & Tock, 1986 : 31-34)

ถึงแม้ว่าความเจริญก้าวหน้าทางสูติศาสตร์และการดูแลทารกแรกเกิดจะมีมากขึ้นก็ตามอุบัติการณ์ของการคลอดก่อนกำหนดยังคงไม่เปลี่ยนแปลงเป็นเวลาหลายทศวรรษ (Morrison, 1990 : 5S; Quilligan, et al., 1983 cited by Johnson, 1989 : 157) โดยพบได้ประมาณร้อยละ 8-10

ของการตั้งครรภ์ทั้งหมด (Creasy, 1983 cited by Eganhouse, 1994 : 756; Morrison, 1990 : 5S; Hueston, 1989 cited by Pillitteri, 1992 : 398) สำหรับประเทศไทย จากการสำรวจสถิติการคลอดก่อนกำหนด พ.ศ. 2537 พบประมาณร้อยละ 7 ของการตั้งครรภ์ทั้งหมด (กองสถิติสาธารณสุข, 2539 : 28) ซึ่งเป็นสาเหตุที่ทำให้ทารกตายได้มากเป็นอันดับ 4 และเป็นปัจจัยเสี่ยงสูงอันดับแรก (सानิตย์, 2532 : ข.; อรรถวรรณ, 2533 : ข.)

สาเหตุของการคลอดก่อนกำหนด เกิดจากการเจ็บครรภ์ก่อนกำหนดร้อยละ 40 ส่วนอีก ร้อยละ 60 นั้นยังไม่ทราบสาเหตุที่แท้จริง (Iffy & Keminetzky, 1981 cited by Martius, et al., 1988 : 89) จากการศึกษาพบว่า การคลอดก่อนกำหนดมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตนในระยะตั้งครรภ์หลายประการด้วยกัน ได้แก่ การรับประทานอาหารไม่เพียงพอทั้งปริมาณและคุณภาพ มีภาวะทุพโภชนาการระหว่างตั้งครรภ์ (Barden, 1994 : 452; May & Mahlmeister, 1990 : 503; Ziegel & Cranley, 1978 cited by Cranley, 1983 : 14S) การทำงานหนักหรือทำงานเป็นกะระหว่างตั้งครรภ์ (Mamelle et al., 1984 : 309-322; Armstrong, et al., 1989 cited by Pillitteri, 1992 : 398) การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา รวมทั้งการรับประทานยาหรือรับประทานยาอันตรายขณะตั้งครรภ์ (Cranley, 1983 : 15S; Virji & Cottingham, 1991 : 347-353) การดูแลก่อนคลอดที่ไม่เพียงพอ (Feldman, et al., 1992 : 727; Poland, et al., 1991 : 427-433) การออกกำลังกายหนักใหม่ในระยะตั้งครรภ์ (ศิริวรรณ, 2531 : 13; Clapp & Diostein, 1984 cited by Wallace & Engstrom, 1987 : 284) การมีเพศสัมพันธ์ขณะตั้งครรภ์ (Goodlin, et al., 1971 อ้างตามพิชัย, 2531 : 111; Lipshitz et al., 1993 : 401) และภาวะเครียดระหว่างตั้งครรภ์ (Newton & Hunt, 1984 : 1191-1194; Omer & Everly, 1988 : 1507; Skulrat, 1994 : 6) การปรับเปลี่ยนแบบแผนสุขภาพในระยะก่อนคลอด จะทำให้อัตราการคลอดก่อนกำหนดลดลง (Morrison, 1990 : 7S)

การตั้งครรภ์ครบกำหนดเป็นการตั้งครรภ์ที่ทำให้มารดาและทารกมีสุขภาพสมบูรณ์ แข็งแรง ซึ่งต้องอาศัยปัจจัยหลายประการที่สำคัญอันหนึ่งคือ แบบแผนสุขภาพในระยะตั้งครรภ์ จากการศึกษาที่ผ่านมาทั้งในประเทศและต่างประเทศ มีการศึกษาแบบแผนสุขภาพในระยะตั้งครรภ์ของมารดาคลอดก่อนกำหนดในบางแบบแผนเท่านั้น และยังไม่มีการศึกษาแบบแผนสุขภาพในระยะตั้งครรภ์ของมารดาคลอดครบกำหนด ทำให้ผู้วิจัยสนใจที่จะศึกษาแบบแผนสุขภาพในระยะตั้งครรภ์ของมารดาคลอดก่อนกำหนดและครบกำหนดว่ามีลักษณะอย่างไร และแตกต่างกันหรือไม่ ผลการวิจัยครั้งนี้คาดว่าจะประโยชน์ในการช่วยให้บุคลากรทางสาธารณสุขได้ตระหนักถึงความสำคัญของแบบแผนสุขภาพในระยะตั้งครรภ์ และหาแนวทางในการส่งเสริมแบบแผนสุขภาพในระยะตั้งครรภ์ที่ถูกต้อง อันจะทำให้อุบัติการณ์ของการคลอดก่อนกำหนดลดลง

### วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาแบบแผนสุขภาพในระยะตั้งครรภ์ของมารดาคลอดก่อนกำหนด
2. เพื่อศึกษาแบบแผนสุขภาพในระยะตั้งครรภ์ของมารดาคลอดครบกำหนด
3. เพื่อเปรียบเทียบแบบแผนสุขภาพในระยะตั้งครรภ์ของมารดาคลอดก่อนกำหนด

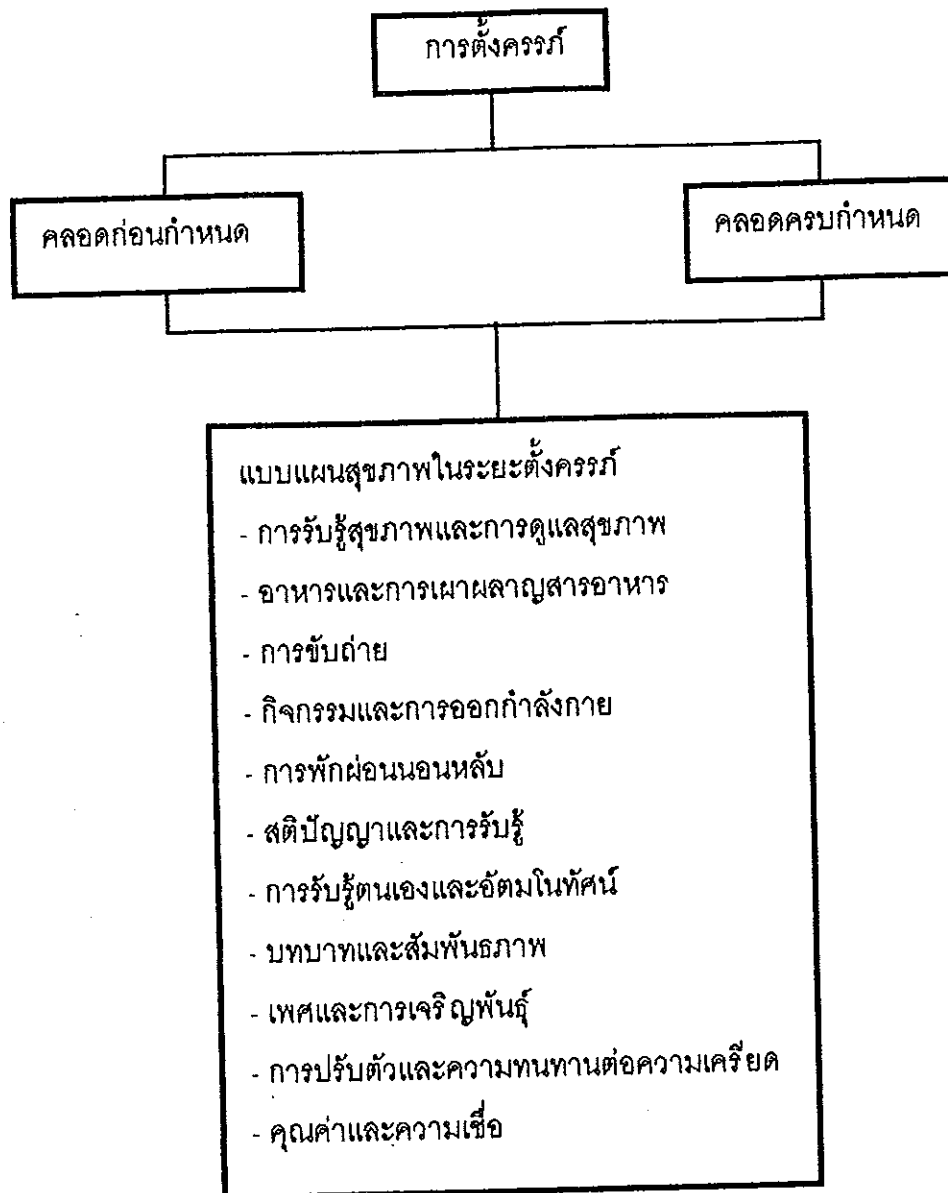
กับมารดาคลอดครบกำหนด

### คำถามการวิจัย

1. แบบแผนสุขภาพในระยะตั้งครรภ์ของมารดาคลอดก่อนกำหนดเป็นอย่างไร
2. แบบแผนสุขภาพในระยะตั้งครรภ์ของมารดาคลอดครบกำหนดเป็นอย่างไร
3. แบบแผนสุขภาพในระยะตั้งครรภ์ของมารดาคลอดก่อนกำหนดและแบบแผนสุขภาพในระยะตั้งครรภ์ของมารดาคลอดครบกำหนดมีความแตกต่างกันหรือไม่

### กรอบแนวคิด

การวิจัยครั้งนี้ใช้กรอบแนวคิดแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน (Gordon, 1982, 1987) ปรับปรุงโดยศิริพร (2535) เป็นแนวทางในการศึกษาแบบแผนสุขภาพในระยะตั้งครรภ์ของมารดาคลอดก่อนกำหนดและครบกำหนด โดยมีแผนภูมิดังนี้



ภาพประกอบ 1 กรอบแนวคิดแบบแผนสุขภาพในระยะตั้งครรรภ์ของมารดาคลอดก่อนกำหนดและครบกำหนด

จากแผนภูมิแสดงแบบแผนสุขภาพในระยะตั้งครรรภ์ของมารดาคลอดก่อนกำหนดและครบกำหนด โดยมีตัวแปรที่ศึกษาคือแบบแผนสุขภาพ 11 แบบแผน ประกอบด้วย การรับรู้สุขภาพ และการดูแลสุขภาพ อาหารและการเผาผลาญสารอาหาร การข้บถ่าย กิจกรรมและการออกกำลังกาย การพักผ่อนนอนหลับ สถิติปัญญาและการรับรู้ การรับรู้ตนเองและอัตมโนทัศน์ บทบาทและสัมพันธภาพ เพศและการเจริญพันธุ์ การปรับตัวและความทนทานต่อความเครียด และคุณค่าและความเชื่อ

## สมมติฐานการวิจัย

แบบแผนสุขภาพในระยะตั้งครรภ์ของมารดาคลอดก่อนกำหนดและครบกำหนดมีความแตกต่างกัน

## นิยามศัพท์

แบบแผนสุขภาพในระยะตั้งครรภ์ หมายถึง การปฏิบัติตนของมารดาในระยะตั้งครรภ์ ซึ่งจะมีผลต่อสุขภาพของมารดาและทารกในครรภ์ ประเมินได้จากแบบสอบถาม แบบแผนสุขภาพในระยะตั้งครรภ์ ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวคิดพื้นฐานแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน (Gordon, 1982, 1987) ปรับปรุงโดยศิริพร (2535)

การคลอดก่อนกำหนด หมายถึง การคลอดบุตรในขณะที่มีอายุครรภ์อยู่ระหว่าง 28-35 สัปดาห์ คาดคะเนอายุครรภ์ตามการวินิจฉัยของสูติแพทย์

การคลอดครบกำหนด หมายถึง การคลอดบุตรในขณะที่มีอายุครรภ์อยู่ระหว่าง 38-42 สัปดาห์ คาดคะเนอายุครรภ์ตามการวินิจฉัยของสูติแพทย์

## ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ผลการวิจัยจะเป็นข้อมูลพื้นฐานแก่นุคลากรทางด้านสูติศาสตร์ในการกำหนดรูปแบบการส่งเสริมแบบแผนสุขภาพในระยะตั้งครรภ์ที่ถูกต้อง อันจะเป็นการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการคลอดก่อนกำหนด ทำให้อุบัติการณ์ของการคลอดก่อนกำหนดลดลง
2. เป็นแนวทางแก่นุคลากรทางด้านสูติศาสตร์ในการประเมินภาวะเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนดของหญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการในหน่วยงานฝากครรภ์ เพื่อหาทางป้องกันและให้การพยาบาลที่เหมาะสม
3. เป็นแนวทางในการจัดการเรียนการสอนวิชาการพยาบาลสูติศาสตร์ ในหัวข้อการพยาบาลมารดาคลอดก่อนกำหนดและครบกำหนดสำหรับนักศึกษาพยาบาลได้เหมาะสม
4. เป็นข้อมูลพื้นฐานในการทำวิจัยเกี่ยวกับการคลอดก่อนกำหนดและครบกำหนดต่อไป

## บทที่ 2

### เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาแบบแผนสุขภาพในระยะตั้งครรภ์ของมารดาคลอดก่อนกำหนดและครบกำหนด โดยมีขอบเขตการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องดังนี้

- แนวคิดเกี่ยวกับแบบแผนสุขภาพ
- แนวคิดเกี่ยวกับการคลอดครบกำหนด
- แนวคิดเกี่ยวกับการคลอดก่อนกำหนด
- แบบแผนสุขภาพในระยะตั้งครรภ์และความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนสุขภาพในระยะตั้งครรภ์กับการคลอดก่อนกำหนด

### แนวคิดเกี่ยวกับแบบแผนสุขภาพ

แบบแผนสุขภาพพัฒนาโดยกอร์ดอน (Gordon, 1982) เพื่อใช้เป็นกรอบในการเก็บรวบรวมข้อมูลและการจัดกลุ่มข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลในแนวทางเดียวกัน เพื่อที่จะพัฒนาการปฏิบัติการพยาบาล แบบแผนสุขภาพเป็นพฤติกรรมสุขภาพของผู้รับบริการที่เกิดขึ้นในช่วงเวลาหนึ่งซึ่งจะมีผลต่อสุขภาพของผู้รับบริการ (ศิริพร, 2535 : 58)

#### องค์ประกอบและขอบเขตของแบบแผนสุขภาพ

ศิริพร (2535 : 65-72) ได้กำหนดขอบเขตของแบบแผนสุขภาพในแต่ละแบบแผนโดยพัฒนาและขยายขอบเขตจากแนวคิดพื้นฐานของกอร์ดอน (Gordon, 1987) ไว้ดังนี้

1. การรับรู้สุขภาพและการดูแลสุขภาพ (Health perception-health mangement pattern) หมายถึง ความคิด ความเข้าใจของบุคคลเกี่ยวกับภาวะสุขภาพของตนเอง การดำเนินการในการดูแลสุขภาพตนเองและผู้ที่ยอมรับผิดชอบ โดยขอบเขตการดูแลสุขภาพครอบคลุมถึงความรู้ในการดูแลสุขภาพ กิจกรรมการป้องกันโรคและความเจ็บป่วย กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ และกิจกรรมที่เสี่ยงต่อความเจ็บป่วยทั้งในภาวะที่สุขภาพดีและในภาวะเจ็บป่วย การดูแลสุขภาพในภาวะเจ็บป่วย ปัจจัยและอุปสรรคต่อการรับรู้และการดูแลสุขภาพ การเปลี่ยนแปลงของแบบแผนอันเนื่องมาจากความเจ็บป่วย

2. **อาหารและการเผาผลาญสารอาหาร** (Nutritional-metabolic pattern) หมายถึง แบบแผนการรับประทานอาหารและน้ำของบุคคลหรือบริโภคนิสัย กระบวนการที่ร่างกายเผาผลาญและใช้สารอาหารและน้ำ การควบคุมน้ำและอิเล็กโทรลัยท์ในร่างกาย การเจริญเติบโต ระบบภูมิคุ้มกันของร่างกาย ปัจจัยส่งเสริม ปัจจัยเสี่ยงและอุปสรรคต่อแบบแผนการรับประทาน อาหาร การเผาผลาญและการใช้สารอาหารและน้ำ การเปลี่ยนแปลงแบบแผนอันเนื่องมาจากการเจ็บป่วย

3. **การขับถ่าย** (Elimination pattern) หมายถึง แบบแผนและกระบวนการขับถ่ายของเสียทุกประเภทออกจากร่างกายทั้งการขับถ่ายกากอาหาร น้ำและอิเล็กโทรลัยท์ ปัจจัยส่งเสริม ปัจจัยเสี่ยงและอุปสรรคต่อแบบแผนและกระบวนการขับถ่าย การเปลี่ยนแปลงของแบบแผนอันเนื่องมาจากความเจ็บป่วย

4. **กิจกรรมและการออกกำลังกาย** (Activity-exercise pattern) หมายถึง แบบแผนการประกอบกิจกรรมต่างๆ ในชีวิตประจำวัน การดูแลบ้านที่อยู่อาศัย กิจกรรมในงานอาชีพ การใช้เวลาว่างและนันทนาการ แบบแผนการออกกำลังกาย กระบวนการทำงานของร่างกายที่ส่งผลต่อการประกอบกิจกรรมและการออกกำลังกายได้แก่ การพัฒนาการ และการทำงานของโครงสร้างและกล้ามเนื้อ ระบบหายใจ ระบบหัวใจและหลอดเลือด ปัจจัยส่งเสริม ปัจจัยเสี่ยงและอุปสรรคต่อการปฏิบัติกิจกรรมและการออกกำลังกาย การเปลี่ยนแปลงของแบบแผนอันเนื่องมาจากความเจ็บป่วย

5. **การพักผ่อนนอนหลับ** (Sleep-rest pattern) หมายถึง แบบแผนการนอนและกระบวนการนอนหลับและการผ่อนคลายของบุคคล ปัจจัยส่งเสริม ปัจจัยเสี่ยงและอุปสรรคต่อแบบแผนการนอน การเปลี่ยนแปลงของแบบแผนอันเนื่องมาจากความเจ็บป่วย

6. **สติปัญญาและการรับรู้** (Cognitive-perceptual pattern) หมายถึง ความสามารถของบุคคลในการรับรู้สิ่งเร้าและการตอบสนองต่อสิ่งเร้า การรับรู้ความรู้สึกทางประสาทสัมผัสทุกส่วน ได้แก่ การมองเห็น การได้ยิน การได้กลิ่น การรับรส การรับรู้ความรู้สึกทางผิวหนัง ความสามารถและการพัฒนาการทางสติปัญญา เช่น ความจำ ความคิด การตัดสินใจ การเรียนรู้ การแก้ปัญหา อารมณ์ของบุคคล ปัจจัยส่งเสริม ปัจจัยเสี่ยงและอุปสรรคต่อความสามารถด้านสติปัญญาและการรับรู้ การเปลี่ยนแปลงของแบบแผนอันเนื่องมาจากความเจ็บป่วย

7. **การรับรู้ตนเองและอัตมโนทัศน์** (Self-perception-self-concept pattern) หมายถึง ความคิดความเข้าใจ ความรู้สึกของบุคคลที่มีต่อตนเองในภาพรวมและในแต่ละคุณลักษณะได้แก่ ความสวยงาม ความสามารถ ความดี ความถูกต้อง ความภูมิใจในตนเอง ปัจจัยส่งเสริม และอุปสรรคที่มีผลต่อการรับรู้ตนเอง การเปลี่ยนแปลงของแบบแผนอันเนื่องมาจากความเจ็บป่วย



8. บทบาทและสัมพันธ์ภาพ (Role-relationship pattern) หมายถึง กิจกรรมของบุคคล ตามบทบาทและสัมพันธ์ภาพของบุคคลต่อบุคคลอื่นทั้งภายในและภายนอกครอบครัว การ พัฒนาการทางด้านสังคม ปัจจัยส่งเสริม ปัจจัยเสี่ยงและอุปสรรคต่อการปฏิบัติกิจกรรมตาม บทบาท การสร้างสัมพันธ์ภาพและการคงสัมพันธ์ภาพ การเปลี่ยนแปลงของบทบาทและ สัมพันธ์ภาพอันเนื่องมาจากความเจ็บป่วย

9. เพศและการเจริญพันธุ์ (Sexuality-reproductive pattern) หมายถึง ลักษณะการ เจริญพันธุ์ การพัฒนาการตามเพศและเพศสัมพันธ์ ปัจจัยส่งเสริม ปัจจัยเสี่ยงและอุปสรรคต่อการ เจริญพันธุ์ การพัฒนาการตามเพศและเพศสัมพันธ์ การเปลี่ยนแปลงของแบบแผนอันเนื่องมา จากความเจ็บป่วย

10. การปรับตัวและความทนทานต่อความเครียด (Coping-stress tolerance pattern) หมายถึง การรับรู้ความเครียดและสาเหตุ วิธีการและกระบวนการในการจัดการกับความเครียดทั้ง ในระดับที่รู้ตัวและที่เป็นอัตโนมัติ ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดความเครียด ปัจจัยส่งเสริม อุปสรรคใน การปรับตัวกับความเครียด การเปลี่ยนแปลงของความเครียดอันเนื่องมาจากความเจ็บป่วย

11. คุณค่าและความเชื่อ (Value-belief pattern) หมายถึง ภาวะความมั่นคงเข้มแข็งทาง จิตใจ การรับรู้ของบุคคลเกี่ยวกับสิ่งที่มีคุณค่า มีความหมายต่อชีวิตของตนเอง เป้าหมายในการ ดำเนินชีวิต สิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจ ความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพและการปฏิบัติตามความเชื่อที่เป็น สิ่งยึดเหนี่ยว ปัจจัยส่งเสริมและอุปสรรคต่อความมั่นคงเข้มแข็งทางจิตใจ การเปลี่ยนแปลงของ แบบแผนอันเนื่องมาจากความเจ็บป่วย

จะเห็นได้ว่าแบบแผนสุขภาพประกอบด้วย 11 แบบแผน ซึ่งในแต่ละแบบแผนคือ พฤติกรรมของคนทั้งทางด้านกาย จิต สังคมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของคนทั้งคนที่จะทำให้คนอยู่ ในภาวะสุขภาพดีหรือเจ็บป่วย

### ปัจจัยที่มีผลต่อแบบแผนสุขภาพ

แบบแผนสุขภาพประกอบด้วยพฤติกรรมสุขภาพทั้งพฤติกรรมภายในและพฤติกรรม ภายนอก โดยมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องจำแนกออกเป็น 3 ลักษณะคือ (ชะนวนทอง, 2536 : 6-8)

1. ปัจจัยนำ (Predisposing factors) ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคลซึ่งสัมพันธ์กับแรงจูงใจภายใน ของบุคคลที่จะนำไปสู่การกระทำเรื่องใดเรื่องหนึ่งที่มีผลต่อสุขภาพโดยมีรายละเอียดดังนี้

1.1 อายุ อายุมีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล โดยมีส่วนเกี่ยวข้องกับความสามารถในการจัดการเกี่ยวกับตนเอง การรับรู้ การแปลความหมาย การเข้าใจ การตัดสินใจ

(Orem, 1985 : 255-256) จากการศึกษาพบว่า อายุมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพโดยพบว่า เมื่ออายุเพิ่มมากขึ้นก็มีแนวโน้มที่จะมีพฤติกรรมสุขภาพที่สม่ำเสมอ (Palank, 1991 : 822)

1.2 **ระดับการศึกษา** ระดับการศึกษาจะช่วยให้บุคคลทำความเข้าใจต่อสิ่งต่างๆ ที่เรียนรู้ได้มาก มีการตัดสินใจที่ดีและสามารถปฏิบัติตนได้ถูกต้องเหมาะสม จากการศึกษาพบว่า ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันความเจ็บป่วยและการติดเชื้อ (Chen, 1986 : 104-115)

1.3 **รายได้** รายได้เป็นปัจจัยสำคัญต่อการดำรงชีวิต ผู้ที่มีรายได้ดีจะเป็นผู้ที่สามารถตอบสนองความจำเป็นพื้นฐานในชีวิตได้ดี (Palmore & Luikart, 1972 : 75) ทำให้ชีวิตความเป็นอยู่ดีขึ้น จากการศึกษาพบว่ารายได้ของครอบครัวเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการปฏิบัติตนด้านสุขภาพ โดยผู้ที่มีรายได้สูง มีการปฏิบัติเพื่อดูแลสุขภาพดีกว่าผู้ที่มีรายได้ต่ำ (อัจฉรา, 2531; Brown & Mc Credy, 1986 : 317-329)

1.4 **ทัศนคติ** ทัศนคติเป็นสิ่งที่มียุทธิพลต่อความรู้สึกนึกคิดและพฤติกรรมของบุคคล จากการศึกษาพบว่าทัศนคติของบุคคลมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (Pender & Pender, 1986 : 15-18) โดยบุคคลที่มีทัศนคติต่อสุขภาพดี จะมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในแนวทางที่ดี

1.5 **ความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพ** ความเชื่อมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของบุคคลเป็นอย่างมาก โดยเป็นตัวกำหนดการตัดสินใจและเลือกปฏิบัติพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ จากการศึกษาพบว่าความเชื่อที่แตกต่างกันมีผลต่อการดูแลสุขภาพที่แตกต่างกัน (Timreck, 1983 : 503-504)

1.6 **การรับรู้ภาวะสุขภาพ** การรับรู้ภาวะสุขภาพของบุคคลจะมีอิทธิพลต่อการเลือกปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพในแต่ละวันเช่น การเลือกรับประทานอาหาร การออกกำลังกายรวมถึงการปฏิบัติเพื่อคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพ และการป้องกันโรค (Wold, 1993 : 153)

2. **ปัจจัยเอื้อ (Enabling factors)** ได้แก่ การบริการทางด้านสุขภาพ ซึ่งจะทำให้บุคคลมีความรู้ในการดูแลสุขภาพและส่งเสริมแบบแผนสุขภาพที่ดี จากการศึกษาของซิดนีย์ และเชพเพิร์ด (Sidney & Shephard, 1976 cited by Pender & Pender, 1987 : 67) พบว่าเหตุผลสำคัญที่ทำให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในโปรแกรมการออกกำลังกายคือ การสอนและการแนะนำจากบุคลากรด้านสุขภาพ

3. **ปัจจัยเสริม (Reinforceing factors)** เป็นปัจจัยที่สนับสนุนให้บุคคลมีแบบแผนสุขภาพที่ดี ปัจจัยเสริมที่สำคัญได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม การสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยที่มีความสำคัญต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของบุคคล ทั้งในด้านการช่วยให้บุคคลดำรงไว้ซึ่งพฤติกรรม

ที่ส่งเสริมสุขภาพ ตลอดจนกระตุ้นให้เกิดแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและมีพฤติกรรมในการบำบัดรักษาโรคเมื่อเจ็บป่วย (Cobb, 1976 : 303)

จะเห็นได้ว่าแบบแผนสุขภาพของบุคคลจะเป็นอย่างไรนั้นขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายประการด้วยกัน โดยอาจส่งเสริมให้บุคคลมีแบบแผนสุขภาพที่ดี หรือเป็นอุปสรรคต่อการมีแบบแผนสุขภาพที่ดี

## แนวคิดเกี่ยวกับการคลอดครบกำหนด

### ความหมายของการคลอดครบกำหนด

การคลอดครบกำหนดตามความหมายขององค์การอนามัยโลก หมายถึงการคลอดเมื่ออายุครรภ์อยู่ระหว่าง 38 สัปดาห์จนถึงสิ้นสุด 42 สัปดาห์ นับจากวันแรกของการมีประจำเดือนครั้งสุดท้าย (Gant, 1993 : 438; Joines, 1993 : 1120) ทั้งนี้ไม่ได้คำนึงถึงน้ำหนักของทารกที่คลอด

### ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการคลอดครบกำหนด

จากการศึกษาที่ผ่านมาสามารถสรุปปัจจัยที่มีผลต่อการคลอดครบกำหนดดังนี้

#### 1. อายุของมารดาขณะตั้งครรภ์

ช่วงอายุที่เหมาะสมสำหรับการมีบุตรคือช่วงอายุ 20-30 ปี (Moore, 1983 : 333) ทั้งนี้เพราะเป็นช่วงที่ผู้หญิงมีความพร้อมทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ และถือว่าเป็นระยะที่ปลอดภัยที่สุด การตั้งครรภ์ในมารดาที่มีอายุน้อยเป็นภาวะที่มีการเสี่ยงสูงทั้งในระยะตั้งครรภ์และระยะคลอด เนื่องจากอวัยวะที่เกี่ยวข้องกับการตั้งครรภ์และการคลอดยังเจริญเติบโตไม่เต็มที่ มดลูกและรังไข่มีขนาดเล็ก ฮอร์โมนที่มีผลต่อระบบสืบพันธุ์ไม่สมบูรณ์ ทำให้รกฝังตัวไม่ดีเป็นสาเหตุของการแท้งได้ง่าย (ปิยะนุช, 2531 : 42) นอกจากนี้หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นมักประสบกับภาวะโลหิตจาง ในขณะที่ตั้งครรภ์หรือระยะ 14 และมีการคลอดก่อนกำหนดสูงถึง 2 เท่าของหญิงตั้งครรภ์ทั่วไป (Bartel, 1981 อ้างตามปิยะนุช, 2531 : 42) สำหรับมารดาที่มีอายุมากร่างกายมีความเสื่อมโทรมการทำงานของฮอร์โมนในร่างกายลดลงทำให้การเจริญของไข่และผนังมดลูกลดลง จึงมักเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ระหว่างตั้งครรภ์ ที่พบมากได้แก่ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ครรภ์แฝด และความผิดปกติของโครโมโซม (Moore, 1983 : 333-334) ทำให้การตั้งครรภ์สิ้นสุดลงก่อนครบกำหนดคลอด

## 2. ลำดับที่ของการตั้งครรภ์

ลำดับที่ของการตั้งครรภ์มีความสัมพันธ์กับการคลอดครบกำหนด จากการศึกษาพบว่า มารดาที่ตั้งครรภ์ครั้งที่ 2 จนถึงการศึกษาครั้งที่ 5 จะมีอัตราการคลอดครบกำหนดสูง (Kaltreider & Kohl, 1980 : 17-31)

## 3. สถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคม

สถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคมเป็นองค์ประกอบสำคัญต่อความสามารถในการดูแลตนเอง (Pender and Pender, 1987 : 66) โดยผู้ที่มีฐานะทางเศรษฐกิจและสังคมสูงจะมีโอกาสในการติดต่อสื่อสารกับกลุ่มสังคมต่างๆ เพื่อเพิ่มพูนความรู้ และประสบการณ์ของตนเอง มีรายได้เพียงพอช่วยให้บุคคลสามารถหาอาหารที่มีประโยชน์มารับประทานอย่างเพียงพอกับความต้องการของร่างกาย ตลอดจนสามารถจัดหาของใช้ที่จำเป็นเพื่ออำนวยความสะดวกและส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่ดี ส่งผลให้การตั้งครรภ์ดำเนินไปได้ด้วยดีจนครบกำหนดคลอด

## 4. ระดับการศึกษา

การศึกษาจะช่วยให้บุคคลทำความเข้าใจต่อสิ่งต่างๆ ที่เรียนรู้ได้มาก มีการตัดสินใจที่ดี และสามารถปฏิบัติตนได้ถูกต้อง จากการศึกษาพบว่ามารดาในระยะตั้งครรภ์ที่มีความรู้สูงจะเข้าใจถึงการดูแลสุขภาพและการปฏิบัติตัว ตระหนักถึงความสำคัญของการมีสุขภาพสมบูรณ์แข็งแรงของตนเอง มีการขวนขวายหาความรู้เพิ่มเติมเพื่อการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง มีผลทำให้อัตราการป่วยและอัตราการตายของทั้งมารดาและทารกลดลง และต่ำกว่ามารดาในระยะตั้งครรภ์ที่มีความรู้ในระดับต่ำ (ปราณีต และมลฤดี, 2525 อ้างตามกรองกาญจน์, 2530 : 45)

## 5. ภาวะแทรกซ้อนระหว่างตั้งครรภ์

ภาวะแทรกซ้อนระหว่างตั้งครรภ์จะมีผลต่อสุขภาพของมารดาและทารกทำให้การตั้งครรภ์สิ้นสุดลงก่อนครบกำหนดคลอด จากการศึกษาพบว่าการติดเชื้อโดยเฉพาะมีใช้ร่วมด้วย เช่น กรวยไตอักเสบ ปอดอักเสบ และมาเลเรีย เป็นต้น หรือการติดเชื้อเฉพาะที่ จะทำให้การตั้งครรภ์สิ้นสุดลงก่อนครบกำหนดคลอด (Benson, 1986 : 684) นอกจากนี้ ความดันโลหิตสูงระหว่างตั้งครรภ์ ครรภ์แฝด ครรภ์แฝดน้ำ ภาวะรกเกาะต่ำ และถุงน้ำคร่ำแตกก่อนกำหนด เป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดการคลอดก่อนกำหนด (จตุพลและชนเนตร์, 2537 : 157)

## 6. แบบแผนสุขภาพในระยะตั้งครรภ์

แบบแผนสุขภาพในระยะตั้งครรภ์เป็นแบบแผนพฤติกรรมสุขภาพของมารดาในระยะตั้งครรภ์ ซึ่งจะมีผลต่อสุขภาพของมารดาและทารกในครรภ์ แบบแผนสุขภาพที่ส่งเสริมการตั้งครรภ์ครบกำหนดได้แก่ การพักผ่อนอย่างเพียงพอ การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ การ

จัดการกับความเครียด การงดสูบบุหรี่ และการฝึกกรรมอย่างสม่ำเสมอ (Johnson, 1989 : 158) จากการศึกษาพบว่า หญิงตั้งครรภ์คลอดครบกำหนดจะมีภาวะโภชนาการที่ดี โดยได้รับพลังงาน 2108 กิโลแคลอรีต่อวันและได้รับโปรตีน 84 กรัมต่อวัน ในขณะที่หญิงตั้งครรภ์คลอดก่อนกำหนดได้รับพลังงานเพียง 1977 กิโลแคลอรีต่อวัน และได้รับโปรตีน 76 กรัมต่อวัน (Ancrì, et al., 1977 cited by Kristal & Rush, 1984 : 557)

จะเห็นได้ว่ามีปัจจัยหลายประการด้วยกันที่มีผลต่อการคลอดครบกำหนด ที่สำคัญอันหนึ่งคือแบบแผนสุขภาพในระยะตั้งครรภ์ ซึ่งสามารถปรับเปลี่ยนให้ถูกต้องได้ ถ้าทราบว่าแบบแผนสุขภาพในระยะตั้งครรภ์ แบบแผนใดบ้างที่มีผลต่อการคลอดครบกำหนด

### แนวคิดเกี่ยวกับการคลอดก่อนกำหนด

#### ความหมายของการคลอดก่อนกำหนด

การคลอดก่อนกำหนดตามความหมายขององค์การอนามัยโลก หมายถึง การคลอดก่อนอายุครรภ์ครบ 37 สัปดาห์ หรือน้อยกว่า 259 วัน นับจากวันแรกของการมีประจำเดือนครั้งสุดท้าย (WHO, 1961 & WHO, 1977 cited by Virji & Cottington, 1991 : 348)

#### ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการคลอดก่อนกำหนด

สาเหตุที่แท้จริงของการคลอดก่อนกำหนดยังไม่ทราบแน่ชัด แต่สามารถสรุปปัจจัยส่งเสริมที่ทำให้เกิดการคลอดก่อนกำหนดได้ 4 ปัจจัยคือ (จตุพล และชเนนทร์, 2537 : 157; Creasy, et al., 1980 : 692-695; Ladden, 1990 : 516)

1. สถานภาพทางสังคมและเศรษฐกิจ อัตราการคลอดก่อนกำหนดจะสูงในกลุ่มสตรีที่มีรายได้ต่ำ มีบุตรมาก ตั้งครรภ์อายุน้อยกว่า 20 ปี หรือมากกว่า 40 ปี ตั้งครรภ์โดยไม่พึงประสงค์ หรือตั้งครรภ์โดยไม่มีสามี และการมีสภาพร่างกายไม่สมบูรณ์ เช่น ความสูงน้อยกว่า 150 ซม. และน้ำหนักน้อยกว่า 45 กก. เป็นต้น

2. ประวัติเกี่ยวกับภาวะเจริญพันธ์ ได้แก่ เคยแท้งบุตรมาไม่ถึง 1 ปีก่อนการตั้งครรภ์ หรือเคยแท้งบุตรมาแล้ว 2-3 ครั้ง เคยคลอดก่อนกำหนดในครรภ์ก่อน มีมดลูกผิดปกติ เคยตัดปากมดลูกออกเป็นรูปกรวย และมีการติดเชื้อของระบบทางเดินปัสสาวะขณะตั้งครรภ์ เป็นต้น

3. แบบแผนสุขภาพในระยะตั้งครรภ์ เช่น การทำงานหนัก การเดินทางไกล การสูบบุหรี่จัด (มากกว่า 10 มวน/วัน) และการใช้สารเสพติดต่าง ๆ เป็นต้น

4. ภาวะแทรกซ้อนของการตั้งครรภ์ปัจจุบัน เช่น ความดันโลหิตสูง ครรภ์แฝด ครรภ์แฝดน้ำ รกเกาะต่ำ ภาวะไข้สูง และการมีเลือดออกทางช่องคลอดหลังอายุครรภ์ 12 สัปดาห์ เป็นต้น

จากปัจจัยทั้งหมดที่กล่าวมาพบว่าแบบแผนสุขภาพในระยะตั้งครรภ์เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการคลอดก่อนกำหนด และเป็นปัจจัยที่สามารถหาแนวทางป้องกันได้ง่าย ถ้าทราบว่าแบบแผนสุขภาพในระยะตั้งครรภ์แบบแผนใดบ้างที่มีผลต่อการคลอดก่อนกำหนด

#### ผลกระทบของการคลอดก่อนกำหนด

การคลอดก่อนกำหนดเป็นภาวะแทรกซ้อนที่ก่อให้เกิดผลกระทบอย่างมากต่อหญิงตั้งครรภ์และครอบครัว ทารกและประเทศ โดยมีรายละเอียดดังนี้

##### 1. ผลกระทบของการคลอดก่อนกำหนดต่อหญิงตั้งครรภ์และครอบครัว

การคลอดก่อนกำหนดทำให้เกิดปัญหาทางอารมณ์หลายๆ อย่างต่อหญิงตั้งครรภ์และสามี ได้แก่ การปฏิเสธ การตำหนิและรู้สึกผิด ความรู้สึกผิดหวัง ความรู้สึกสองฝักสองฝ่าย โกรธและซึมเศร้า (Johnson, 1979 cited by Ladden, 1990 : 516) ซึ่งความรู้สึกนี้เป็นอาการแสดงของความเศร้าโศกเนื่องจากไม่ได้บุตรที่มีสุขภาพดีและครบกำหนดตามความคาดหวัง และกลัวการสูญเสียบุตร (Taylor & Hall, 1979 cited by Lipshitz et al., 1993 : 397) หญิงตั้งครรภ์และสามีจะต้องเผชิญปัญหาเกี่ยวกับการที่ไม่ได้ดูแลทารกทันทีหลังคลอด การปรับตัวกับสิ่งแวดล้อมที่ทันสมัยของหน่วยบริการทารกแรกเกิดหนัก และความไม่แน่ใจว่าทารกจะมีชีวิตหรือตาย (Ladden, 1990 : 516) สิ่งเหล่านี้ทำให้หญิงตั้งครรภ์และสามีเกิดความเครียด (Benfield, et al., 1976; Dillard, et al., 1980; Harper, et al., 1976 cited by Cusson & Lee, 1993 : 61) การมาเยี่ยมทารกคลอดก่อนกำหนดอย่างสม่ำเสมอทำให้หญิงตั้งครรภ์และสามีมีความรู้สึกผูกพันที่จะคงไว้ซึ่งการมีชีวิตครอบครัวกับบุตรคนอื่นๆ ที่บ้านตามปกติ (Ladden, 1990 : 516) และการที่ทารกคลอดก่อนกำหนดต้องได้รับการรักษาในหน่วยบริการทารกแรกเกิดหนักเป็นระยะเวลาานทำให้หญิงตั้งครรภ์และสามีปรับตัวต่อบทบาทการเป็นบิดามารดาซ้ำ และมีปฏิสัมพันธ์กับบุตรซ้ำ (Easterbrooks, 1988; Goldberg, 1978; Harrison, 1990; Jeffcoate, et al., 1979; Trause & Kramer, 1983; Yogman, 1987 cited by Miles, et al., 1992 : 261) ส่งผลให้การสร้างสัมพันธ์ภาพกับทารกคลอดก่อนกำหนดไม่ดี เมื่อทารกคลอดก่อนกำหนดกลับบ้าน หญิงตั้งครรภ์และสามีจะต้องเปลี่ยนแปลงแบบแผนชีวิตใหม่ โดยหญิงตั้งครรภ์ต้องลดกิจกรรมบางอย่างในสังคมและอาจจะต้องออกจากงานอาชีพที่เคยทำเพื่อดูแลทารก ขณะเดียวกันสามีก็ต้องดูแลบุตรคนอื่นๆ และทำหน้าที่ดูแลบ้านมากขึ้น สำหรับบุตรคนอื่นๆ จะได้รับการดูแลจากมารดาลดลงทำให้รู้สึกเครียด

และเนื่องจากทารกคลอดก่อนกำหนดมีสุขภาพไม่แข็งแรงจึงต้องใช้บริการทางสุขภาพบ่อยมาก เฉลี่ยแล้วในปีแรกประมาณ 14-16 ครั้ง (Mc Cormick, 1985 : 82-90) ทำให้ครอบครัวประสบกับปัญหาทางเศรษฐกิจ มีความวิตกกังวล ความไม่แน่ใจและความทุกข์ทรมานใจ (Bryce, et al., 1988 : 19) นอกจากผลกระทบต่อสมาชิกดังกล่าวแล้วการคลอดก่อนกำหนดยังมีผลกระทบต่อ ญาติ ตายาย ด้วย โดยทำให้ญาติตายายเกิดความเครียดจากการที่มีหลานคลอดก่อนกำหนด และจากภาวะเครียดที่บุตรของตนประสบ (Blackburn & Lowen, 1986 : 173-178)

## 2. ผลกระทบของการคลอดก่อนกำหนดต่อทารก

การคลอดก่อนกำหนดเป็นสาเหตุทำให้ทารกเกิดภาวะทุพพลภาพ ได้แก่ ความผิดปกติของระบบประสาทเป็นระยะเวลานาน เช่น การไม่สามารถเรียนรู้ ตาบอด ชัก สมองเสื่อม และ อัมพาตของสมอง (Blackman, 1991 : 1497-1511) ผลกระทบนี้จะสูงถึงร้อยละ 42 ของทารกคลอดก่อนกำหนดน้ำหนักน้อย (Shapiro, et al., 1980 : 363-373) มีรายงานว่าทารกคลอดก่อนกำหนด น้ำหนักน้อย (น้ำหนักน้อยกว่า 1.5 กก.) ที่มีชีวิตรอดจะมีความผิดปกติทางระบบประสาท และ/หรือความบกพร่องทางพัฒนาการประมาณ ร้อยละ 10-20 ในขณะที่มีการเจริญเติบโตช้า พบได้ประมาณ ร้อยละ 20 (Hack, et al., 1984; Kitchen, et al., 1980 cited by Hack & Fanaroff, 1984 : 647) เนื่องจากทารกคลอดก่อนกำหนดมีน้ำหนักน้อย และมีอวัยวะต่างๆ เจริญเติบโตไม่เต็มที่ ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ได้มากและรุนแรงเช่น การขาดออกซิเจนตั้งแต่แรกเกิด อุณหภูมิร่างกายต่ำกว่าปกติ อากาหรหายใจลำบาก การมีลมในเยื่อหุ้มปอด ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ ตัวเหลือง การติดเชื้อ และเลือดออก เป็นต้น (เยื่อน, 2538 : 115-116; Davies, 1984 : 285-286) ซึ่งเป็นสาเหตุการตายของทารก (Auvenshine & Enriquez, 1990 : 649) ทารกคลอดก่อนกำหนดจะต้องเข้ารับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วยหนักเด็กแรกเกิดจนกว่าจะแข็งแรงและปลอดภัยทำให้มีปฏิสัมพันธ์กับบิดามารดาและบุคคลอื่นๆ น้อย จึงเกิดความเครียดและมีปัญหาในการปรับตัวในเวลาต่อมา (Ladden, 1990 : 515) และจากการที่ทารกคลอดก่อนกำหนดต้องใช้เครื่องช่วยหายใจเป็นระยะเวลานาน ทำให้เกิดโรคปอดเรื้อรัง ทารกเหล่านี้จึงมีปัญหากเกี่ยวกับระบบทางเดินหายใจส่วนล่าง และมีอุบัติการณ์เสี่ยงต่อการเกิดโรคระบบทางเดินหายใจเฉียบพลันในวัยทารก (Mc Call & Acheson, 1968 cited by Ladden, 1990 : 516) ทำให้ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลอีกในขวบแรกของชีวิตสูงถึง ร้อยละ 40 (Hack, et al., 1981 cited by Ladden, 1990 : 516) นอกจากนี้การรักษาอื่นๆ เช่น การให้ออกซิเจน การใส่สายยางดูดเสมหะ การใช้เครื่องช่วยหายใจที่มีเสียงดัง และการส่องไฟ เป็นต้น จะก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่ออวัยวะต่างๆ ของทารก ส่งผลให้มีความพิการตามมา

### 3. ผลกระทบของการคลอดก่อนกำหนดต่อประเทศ

การคลอดก่อนกำหนดก่อให้เกิดผลกระทบต่อประเทศชาติ เป็นระยะเวลายาวนาน ทั้งในระยะตั้งครรภ์และระยะหลังคลอด ในระยะตั้งครรภ์หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดจะต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเป็นเวลานานหลายสัปดาห์ก่อนคลอด จึงต้องหยุดงานชั่วคราวทำให้การปฏิบัติงานในหน้าที่หยุดชะงัก ส่งผลกระทบต่อความเจริญก้าวหน้าของประเทศ นอกจากนี้รัฐบาลต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายจำนวนมากในการรักษาภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจของประเทศ ในระยะหลังคลอดทารกคลอดก่อนกำหนดที่มีชีวิตรอดจะต้องได้รับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วยหนักเด็กแรกเกิดเป็นระยะเวลานาน รวมทั้งอาจมีความพิการ จึงต้องได้รับการดูแลรักษาตลอดชีวิต ซึ่งต้องใช้ค่าใช้จ่ายจำนวนมากในการดูแลทารกเหล่านี้ จากการคำนวณในสหรัฐอเมริกาพบว่าประเทศจะต้องเสียค่าใช้จ่ายประมาณ 1.4-2.6 ล้านดอลลาร์ในการพัฒนาความเจริญก้าวหน้าทางเทคโนโลยีรวมทั้งการปรับปรุงบริการชุมชนเพื่อดำเนินการสำหรับการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนดและครอบครัวของทารกคลอดก่อนกำหนด (National Commission to Prevent Infant Mortality, 1988 cited by Ladden, 1990 : 517) การสูญเสียค่าใช้จ่ายในเรื่องเหล่านี้ส่งผลให้การพัฒนาประเทศในด้านอื่นๆ ลดลง

จากที่กล่าวมาทั้งหมด สามารถสรุปได้ว่า การคลอดก่อนกำหนดเป็นภาวะแทรกซ้อนระหว่างตั้งครรภ์ที่มีผลกระทบรุนแรงมาก จึงควรหาทางป้องกันไม่ให้เกิดขึ้นแก่หญิงตั้งครรภ์

#### แนวทางการป้องกันการคลอดก่อนกำหนด

การป้องกันการคลอดก่อนกำหนดมีหลายวิธีแล้วแต่จะเลือกใช้ให้เหมาะสมกับหญิงตั้งครรภ์แต่ละรายโดยมีรายละเอียดดังนี้ (Johnson, 1989 : 158; Reeder & Martin, 1987 : 841)

1. แนะนำให้หญิงตั้งครรภ์พักผ่อนอย่างเพียงพอโดยนอนตะแคงซ้ายเป็นเวลา 1 ชั่วโมง วันละ 2 ครั้งหรือมากกว่านี้ตามคำแนะนำของแพทย์ โดยเฉพาะในกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดเช่น ครรภ์แฝดอาจให้นอนพักตั้งแต่ก่อนอายุครรภ์ 25 สัปดาห์ ทั้งนี้เพราะการพักผ่อนจะลดความเครียดต่อมดลูกและปากมดลูก และเพิ่มการไหลเวียนเลือดในมดลูก ทำให้การหดตัวของมดลูกลดลง (Cunningham, et al., 1993 : 868)

2. ดูแลให้หญิงตั้งครรภ์ได้รับน้ำอย่างเพียงพอ โดยดื่มน้ำอย่างน้อยวันละ 8-10 แก้ว การให้สารน้ำมีผลต่อการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดโดยสารน้ำจะยับยั้งการหลั่งฮอร์โมนแอนตี้ไดยูเรติก (antidiuretic hormone) และออกซิโทซิน (oxytocin) ทำให้มดลูกไม่หดตัว (Lipshitz, et al., 1993 : 402)



3. แนะนำให้หญิงตั้งครรภ์งดทำกิจกรรมที่ต้องใช้แรงมากเช่น การยกของหนัก การขึ้นลงบันไดบ่อยๆ การวิ่ง การเดินทางไกลและการทำความสะอาดบ้าน เป็นต้น
4. แนะนำให้หญิงตั้งครรภ์ลด หยุด หรือปรับเปลี่ยนตารางการทำงานโดยขึ้นอยู่กับลักษณะของงานที่ทำ และความเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด
5. แนะนำให้หญิงตั้งครรภ์จำกัดหรืองดการมีเพศสัมพันธ์ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับสภาพของหญิงตั้งครรภ์ ในรายที่มีความเสี่ยงสูงต่อการคลอดก่อนกำหนดเช่น มีประวัติการคลอดก่อนกำหนดมากกว่า 2 ครั้ง ควรงดการมีเพศสัมพันธ์เมื่ออายุครรภ์ 20-36 สัปดาห์ เนื่องจากการบรรลุสุดยอดจากการมีเพศสัมพันธ์จะทำให้มดลูกหดรัดตัว อีกทั้งพลอสตาแกลนดินในน้ำอสุจิก็นจะมีผลให้มดลูกหดรัดตัวส่งผลให้คลอดก่อนกำหนด (Creasy, 1989 : 484)
6. หญิงตั้งครรภ์ควรงดนอนตะแหัน หรือเตรียมตะแหันสำหรับการเลี้ยงบุตร จนกระทั่ง 3 สัปดาห์สุดท้ายก่อนคลอดจึงจะทำได้ทั้งนี้เพราะการนอนตะแหันและห้วนมาก่อนคลอดจะทำให้มีการหลั่งออกซิโตซิน (oxytocin) ทำให้มดลูกหดรัดตัว จึงกระตุ้นให้เกิดการเจ็บครรภ์และคลอดก่อนกำหนด
7. ให้ความรู้แก่หญิงตั้งครรภ์เกี่ยวกับอาการและอาการแสดงของการคลอดก่อนกำหนด ซึ่งประกอบด้วย การหดรัดตัวของมดลูกนาน 30 วินาทีและหดรัดตัวทุก 10 นาที ปวดท้องเหมือนปวดประจำเดือนบ่อยๆ ปวดหลังมากถึงแม้นอนพักก็ไม่หาย ปวดตึงบริเวณกระดูกเชิงกรานมาก และมีมูกออกทางช่องคลอดมากโดยเฉพาะถ้ามีเลือดออกร่วมด้วย (Lipshitz, et al., 1993 : 409) ซึ่งทำให้หญิงตั้งครรภ์สามารถประเมินตนเองได้ว่ามีภาวะเสี่ยงของการคลอดก่อนกำหนด จะได้รับมาพบแพทย์เพื่อการรักษาทันที
8. จัดการกับความเครียดของหญิงตั้งครรภ์โดยใช้กลวิธีต่างๆ เช่น การให้คำปรึกษา การหาแหล่งสนับสนุนที่เหมาะสม เป็นต้น
9. แนะนำหญิงตั้งครรภ์ให้รับประทานอาหารที่มีประโยชน์และเหมาะสมโดยรับประทานให้ครบทั้ง 5 หมู่ ทั้งนี้เพราะภาวะทุพโภชนาการระหว่างตั้งครรภ์มีความสัมพันธ์กับการคลอดก่อนกำหนด
10. ในรายที่มีอาการและอาการแสดงของการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ควรรับไว้รักษาในโรงพยาบาลและให้ยาป้องกันการหดรัดตัวของมดลูก ที่นิยมใช้ ได้แก่ ยาในกลุ่ม Salbutamol (Ventolin<sup>®</sup>), Terbutalin (Bricanyl<sup>®</sup>), Retrodrine (Premapar<sup>®</sup>) และ Hexoprenaline (Ipraal<sup>®</sup>) หลังจากอาการดีแล้วควรแนะนำให้หญิงตั้งครรภ์มาตรวจครรภ์ทุก 1-2 สัปดาห์หรือตามคำแนะนำของแพทย์

จะเห็นได้ว่าวิธีการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดที่กล่าวมาทั้งหมดนี้ก็คือ การปรับเปลี่ยนแบบแผนสุขภาพในระยะตั้งครรภ์ให้ถูกต้องนั่นเอง

### แบบแผนสุขภาพในระยะตั้งครรภ์และความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนสุขภาพในระยะตั้งครรภ์กับการคลอดก่อนกำหนด

แบบแผนสุขภาพในระยะตั้งครรภ์เป็นแบบแผนพฤติกรรมสุขภาพที่เกิดขึ้นในระยะตั้งครรภ์ ซึ่งจะมีผลต่อสุขภาพของมารดาและทารกในครรภ์ และเป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดโรคหรือภาวะแทรกซ้อนระหว่างตั้งครรภ์หลายประการด้วยกัน ที่สำคัญอันหนึ่งคือ การคลอดก่อนกำหนด ซึ่งพอที่จะสรุปแบบแผนสุขภาพในระยะตั้งครรภ์และความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนสุขภาพในระยะตั้งครรภ์กับการคลอดก่อนกำหนดตามกรอบแนวคิดของกอร์ดอน (Gordon, 1982, 1987, 1991) ได้ดังนี้คือ

#### 1. การรับรู้สุขภาพและการดูแลสุขภาพ

การตั้งครรภ์เป็นการเปลี่ยนแปลงตามพัฒนาการ ซึ่งจะเกิดขึ้นอย่างสลับซับซ้อนและเป็นไปโดยอัตโนมัติ ทำให้มีแนวโน้มที่จะก่อให้เกิดโรคได้ (Cunningham, et al., 1993 : 209) การรับรู้สุขภาพจะทำให้หญิงตั้งครรภ์เกิดเจตคติและให้คุณค่าแก่สุขภาพ เกิดการตัดสินใจดูแลสุขภาพของตนอย่างสม่ำเสมอ ส่งผลให้การตั้งครรภ์สามารถดำเนินต่อไปจนครบกำหนดคลอดโดยไม่มีภาวะแทรกซ้อนใดๆ นอกจากนี้การดูแลสุขภาพก็เป็นสิ่งสำคัญยิ่งที่จะทำให้หญิงตั้งครรภ์และทารกในครรภ์มีสุขภาพสมบูรณ์แข็งแรง โดยมีรายละเอียดดังนี้

1.1 การฝากครรภ์ การฝากครรภ์เป็นการดูแลหญิงมีครรภ์ระหว่างตั้งครรภ์โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ (दारาวดี, 2535 : 52; Pillitteri, 1992 : 224; Sherwen, et al., 1995 : 955)

1.1.1 เพิ่มอัตราการตั้งครรภ์ปกติและการคลอดปกติ

1.1.2 ลดอัตราการตายคลอดและอัตราตายของเด็กแรกคลอด

1.1.3 ดูแลรักษาสุขภาพของมารดาและทารกในครรภ์ให้ดำเนินไปด้วยดีตลอด

ระยะการตั้งครรภ์จนถึงระยะคลอด และหลังคลอด

1.1.4 ให้การวินิจฉัย ป้องกันและรักษาความผิดปกติและภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นระหว่างตั้งครรภ์อันอาจมีอันตรายต่อมารดาและทารกให้หมดไปหรือให้เหลือน้อยที่สุด

1.1.5 ให้ความรู้แก่หญิงตั้งครรภ์เกี่ยวกับการปฏิบัติตนในระยะตั้งครรภ์ในด้านต่างๆ ตลอดจนปัญหาด้านสังคมและจิตใจ เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์คลายความวิตกกังวลเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ การคลอด และการเลี้ยงดูทารกแรกเกิด

การฝากครรภ์ที่ถูกต้องตามหลักการฝากครรภ์ควรมีลักษณะดังนี้ (ดาราวดี, 2535 : 52-53)

1. ฝากครรภ์ทันทีที่ทราบที่ตั้งครรภ์หรือไม่ควรช้ากว่าสัปดาห์ที่ 8 และจำนวนครั้งที่ฝากครรภ์ตลอดระยะตั้งครรภ์อย่างน้อยต้อง 5 ครั้ง (Murphy, et al., 1984 : 1163-1166)

2. ฝากครรภ์ติดต่อกันเป็นระยะ ๆ ตลอดการตั้งครรภ์

3. ฝากครรภ์ตามนัดทุกครั้งดังนี้

- อายุครรภ์ต่ำกว่า 28 สัปดาห์มาตรวจทุก 4 สัปดาห์

- อายุครรภ์ 28-36 สัปดาห์มาตรวจทุก 2 สัปดาห์

- อายุครรภ์มากกว่า 36 สัปดาห์มาตรวจทุกสัปดาห์

4. มารดาที่มีภาวะเสี่ยง หรือมีภาวะแทรกซ้อนในระหว่างตั้งครรภ์ต้องมารับการฝากครรภ์ที่ขึ้นตามความเหมาะสม และถ้ามีอาการผิดปกติเกิดขึ้นในระหว่างตั้งครรภ์ต้องมารับการตรวจครรภ์ทันทีไม่ต้องรอจนถึงวันนัดตรวจ

การฝากครรภ์จะช่วยลดอัตราเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด (Sokol, et al., 1980 : 150-156; Virji & Cottington, 1991 : 347) โดยลดลงจากร้อยละ 8.2 เหลือเพียงร้อยละ 3.7 ถ้าฝากครรภ์ตั้งแต่ระยะแรกของการตั้งครรภ์ (Papiernik, et al., 1985; 427) จากการศึกษาพบว่า มารดาที่คลอดก่อนกำหนดร้อยละ 50 ไม่เคยฝากครรภ์ (พิชัย และคณะ, 2529 : 723-730) และมารดาที่ฝากครรภ์น้อยกว่า 9 ครั้ง จะมีอัตราเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนดเพิ่มมากขึ้น (Virji & Cottington, 1991 : 347-353)

1.2 การรักษาความสะอาดของร่างกาย หญิงตั้งครรภ์ควรดูแลความสะอาดของร่างกายดังนี้

1.2.1 การทำความสะอาดผิวหนัง ในระหว่างตั้งครรภ์ต่อมเหงื่อและต่อมใต้

ผิวหนังจะทำงานมากขึ้น ถ้าไม่รักษาความสะอาดให้เพียงพอจะทำให้มีการหมักหมมซึ่งเป็นแหล่งของการติดเชื้อได้ ดังนั้นหญิงตั้งครรภ์จึงควรอาบน้ำให้สะอาดอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง แต่ไม่ควรอาบน้ำในอ่างอาบน้ำเพราะอาจทำให้ติดเชื้อในช่องคลอดหรือในโพรงมดลูก (วรารุช, 2533 : 108) และควรงดการสวนล้างช่องคลอดเพราะจะทำให้เกิดอันตรายต่อคอมดลูก ช่องคลอด หรือแม้แต่น้ำนมได้ นอกจากนี้ควรทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์ทุกครั้งหลังการขับถ่าย การติดเชื้อของทางเดินสืบพันธุ์จะกระตุ้นการสร้างพรอสตาแกลนดิน (prostaglandin) ซึ่งทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่

นำไปสู่การเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด (Siegel, 1985 cited by Connon, 1992 : 202) จากการศึกษาพบว่า การติดเชื้อแบคทีเรียในช่องคลอดมีความสัมพันธ์กับการคลอดก่อนกำหนด (Martius, et al., 1988 : 89-95) และการติดเชื้อแบคทีเรียในน้ำคร่ำเป็นปัจจัยเสี่ยงสำหรับการคลอดก่อนกำหนด (Schieve, et al., 1994 : 405-410)

1.2.2 การดูแลเต้านม ในระหว่างตั้งครรภ์เต้านมจะมีขนาดใหญ่ขึ้น เนื่องจากต่อมน้ำนมและท่อน้ำนมมีการเจริญเติบโตมากจากการกระตุ้นด้วยฮอร์โมนเอสโตรเจน

โปรเจสเทอโรน และโปรแลกติน (พิชัย, 2531 : 96) ดังนั้นหญิงตั้งครรภ์จึงควรดูแลเต้านมดังนี้

1.2.2.1 ใส่ยกทรงเพื่อพยุงเต้านมไว้ ยกทรงที่ใส่ควรมีลักษณะโปร่ง ใส่สบายไม่รัดจนเกินไป และควรมีขนาดพอดีกับเต้านมที่โตขึ้น

1.2.2.2 ทำความสะอาดเต้านมและหัวนมด้วยน้ำและสบู่อ่อนๆ ทุกวัน ห้ามแกะหรือเกาบริเวณหัวนม เพราะอาจทำให้หัวนมถลอกหรือแตกได้ ถ้าหากมีน้ำนมเหลือง (colostrum) ไหลออกมาเกาะติดกับหัวนมให้ใช้สำลีชุบน้ำให้ชุ่มเช็ดออก

1.2.2.3 ถ้ามีหัวนมบอด บุ่ม หรือสั้น ให้ปรึกษาเจ้าหน้าที่ที่มสุภาพ เพื่อจะได้แนะนำวิธีแก้ไขต่อไป

การนวดคลึงเต้านมและหัวนมก่อนคลอดจะทำให้มีการหลั่งฮอร์โมนออกซิโตซิน (oxytocin) ซึ่งจะกระตุ้นการหดตัวของมดลูก (Burroughs, 1992 : 105-106; Pillitteri, 1992 : 254) ส่งผลให้คลอดก่อนกำหนด ดังนั้นหญิงตั้งครรภ์ที่มีประวัติสูญเสียการตั้งครรภ์ หรือมีอาการแสดงของการคลอดก่อนกำหนดจึงควรงดการเตรียมเต้านมและหัวนมสำหรับการเลี้ยงบุตร ด้วยนมมารดาจนกระทั่ง 3 สัปดาห์ก่อนครบกำหนดคลอดจึงจะทำได้ (Johnson, 1989 : 158) ทั้งนี้ เพื่อเป็นการป้องกันการคลอดก่อนกำหนด

1.2.3 การดูแลฟัน หญิงตั้งครรภ์มักจะมีปัญหาเกี่ยวกับฟันทั้งนี้เพราะรับประทานอาหารบ่อยและไม่ได้แปรงฟัน หรือมีอาการคลื่นไส้อาเจียนทำให้แปรงฟันไม่ได้ เชื้อโรคจึงเจริญได้ดีบริเวณที่มีเศษอาหารติดอยู่เป็นเหตุให้เกิดฟันผุได้ง่าย นอกจากนี้ หญิงตั้งครรภ์ยังมีปัญหาเกี่ยวกับเหงือกอักเสบ บวมแดงและมีเลือดออกง่ายเนื่องจากการเปลี่ยนแปลงของระดับเอสโตรเจน และโปรเจสเทอโรนทำให้เนื้อเยื่อบริเวณเหงือกขยายใหญ่ขึ้น ประกอบกับการทำความสะอาดในช่องปากไม่ดีพอก็ทำให้เหงือกอักเสบได้ง่าย ดังนั้นหญิงตั้งครรภ์จึงควรดูแลฟันตั้งแต่เริ่มตั้งครรภ์โดยการแปรงฟันหลังอาหารทุกมื้อและก่อนนอน และควรได้รับการตรวจฟันในช่วงตั้งครรภ์อย่างน้อย 2 ครั้ง (Cunningham, et al., 1993 : 264) ถ้ามีฟันผุต้องทำการรักษาเพราะทำให้ติดเชื้อได้ง่ายและอาจลุกลามไปยังอวัยวะอื่นทางกระแสโลหิต

ได้ การอักเสบติดเชื้อในมารดาเป็นสาเหตุสำคัญอย่างหนึ่งที่ทำให้เกิดการคลอดก่อนกำหนด โดยเฉพาะการติดเชื้อที่มีใช้สูง (พิชัย, 2531 : 109)

1.3 การป้องกันอุบัติเหตุ ในขณะที่ตั้งครรภ์จุดศูนย์ถ่วงของร่างกายจะอยู่สูงขึ้นและขยับไปข้างหน้าจากแนวกลางลำตัว เนื่องจากน้ำหนักของมดลูกถ่วงลงมาทางด้านหน้าทำให้หลังแอ่นกว่าปกติ การทรงตัวไม่ดีจึงเกิดอุบัติเหตุได้ง่าย เช่น การลื่นหรือหกล้ม ซึ่งมีความเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนดมากขึ้น ดังนั้นหญิงตั้งครรภ์จึงควรระมัดระวังในการทำกิจวัตรประจำวัน และป้องกันอุบัติเหตุดังนี้

1.3.1 ไม่สวมรองเท้าส้นสูงเพราะทำให้ปวดหลังและหกล้มได้ง่าย ควรสวมรองเท้าส้นเตี้ยฐานกว้างพอสมควรและมีขนาดพอดี

1.3.2 หลีกเลี่ยงการยกของหนัก จากการศึกษาพบว่ากรยกของหนักจะเพิ่มอัตราเสี่ยงของการคลอดก่อนกำหนด (Papiernik, et al., 1973 cited by Papiernik, 1984 : 619)

1.3.3 หลีกเลี่ยงการเดินทางไกล โดยเฉพาะในระยะ 3 เดือนสุดท้ายของการตั้งครรภ์ เพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนด (Holms & Magiera, 1987 อ้างตามปริศนา, 2535 : 19)

#### 1.4 การหลีกเลี่ยงยาและสารเคมี

1.4.1 ยา หญิงตั้งครรภ์ควรระมัดระวังเกี่ยวกับการใช้ยา เนื่องจากยาสามารถผ่านรกไปยังทารกในครรภ์ได้ ดังนั้นหากมีอาการเจ็บป่วยซึ่งจำเป็นต้องรักษาด้วยยาควรได้รับคำปรึกษาจากแพทย์ก่อนทุกครั้ง การใช้ยาระหว่างตั้งครรภ์มีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงของการคลอดก่อนกำหนด 2-3 เท่า (Feldman, et al., 1992 : 727) จากการศึกษาพบว่ามารดาที่ได้รับยาแอสไพรีนระหว่างตั้งครรภ์จะคลอดทารกเมื่ออายุครรภ์เท่ากับหรือน้อยกว่า 34 สัปดาห์ (Rumack, et al., 1981 cited by Lipshitz, et al., 1993 : 402) และการได้รับไดเอทิลสเตลเบสตอลล์ (Diethyl Stillbestrol) ระหว่างตั้งครรภ์จะทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนหลายประการที่สำคัญอันหนึ่งคือ การคลอดก่อนกำหนด (Kaufman, et al., 1977 cited by Moore, 1981 : 43) นอกจากนี้การใช้โคเคนระหว่างตั้งครรภ์จะทำให้เกิดการคลอดก่อนกำหนดถึง 4 เท่า (Spence, et al., 1991 : 326-329)

1.4.2 สารเคมี หญิงตั้งครรภ์ควรหลีกเลี่ยงสารเคมีที่จะทำให้เกิดอันตรายต่อตนเองและทารกในครรภ์ ได้แก่ บุหรี่ แอลกอฮอล์ และคาเฟอีน

บุหรี่ บุหรี่มีสารนิโคตินซึ่งจะมีผลทำให้เส้นเลือดในมดลูกตีบแคบลง ลดการไหลเวียนเลือดที่ไปรก (Anderson & Hermann, 1984 cited by Aaronson & Macnee, 1989 : 280) ทำให้ทารกได้รับเลือดไม่เพียงพอต่อการเจริญเติบโต ส่วนคาร์บอนไดออกไซด์จะเป็นตัวลด

ปริมาณของออกซิเจนในเลือดโดยการจับกับฮีโมโกลบินแทนออกซิเจน ทำให้ทารกในครรภ์ขาดออกซิเจนเรื้อรัง เจริญเติบโตช้าและมีน้ำหนักน้อย นอกจากนั้นการสูบบุหรี่ยังเป็นสาเหตุให้เกิดภาวะทุพโภชนาการเนื่องจากทำให้ร่างกายไม่สามารถดูดซึมหรือเผาผลาญแคลเซียม, ไบโตามีนบี 12, ไบโตามีนซี, ไบโตามีนบี 6, ไบโตามีนบี 1 และไบโตามีนเอ (Deibel, 1980 : 333-336) ดังนั้นหญิงตั้งครรภ์จึงควรงดสูบบุหรี่ระหว่างตั้งครรภ์

การสูบบุหรี่ระหว่างตั้งครรภ์เป็นปัจจัยที่สัมพันธ์กับการคลอดก่อน

กำหนด (Barden, 1994 : 453; Eganhouse, 1994 : 759; Floos & Naeye, 1984 : 119-122; Hartikainen-Sorri & Sorri, 1989 : 13) โดยอัตราการคลอดก่อนกำหนดจะสูงที่สุดในหญิงตั้งครรภ์ที่สูบบุหรี่ 11-20 มวนวัน (Virji & Cottingham, 1991 : 349)

แอลกอฮอล์ เนื่องจากแอลกอฮอล์ผ่านรกได้ง่าย ดังนั้นความเข้มข้นของแอลกอฮอล์ในทารกจะพบได้สูงที่สุดเท่ากับในมารดา (Aaronson & Macnee, 1989 : 283) ซึ่งส่งผลเสียต่อสุขภาพของทารก โดยในระยะแรกของการตั้งครรภ์ แอลกอฮอล์จะมีผลต่อเซลล์เมมเบรน (cell membrane) และเปลี่ยนแปลงการสร้างเนื้อเยื่อของทารกในครรภ์ และตลอดการตั้งครรภ์จะรบกวนการเผาผลาญคาร์โบไฮเดรต ไขมัน และโปรตีน รวมทั้งทำให้การเจริญเติบโตและการแบ่งตัวของเซลล์ช้าลง (Aaronson & Macnee, 1989 : 282) ดังนั้นหญิงตั้งครรภ์จึงควรงดดื่มเครื่องดื่มต่าง ๆ ที่มีแอลกอฮอล์ทุกชนิด เช่น สุรา เบียร์ ไวน์ และแชมเปญ เป็นต้น

ถึงแม้จะมีรายงานการศึกษาที่เกี่ยวข้องกับการคลอดก่อนกำหนด

น้อยกว่าภาวะแทรกซ้อนอื่นในเรื่องผลของการดื่มสุราระหว่างตั้งครรภ์ก็ตาม ยังมีผู้ทำการศึกษาพบว่า การดื่มสุราเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ก่อให้เกิดการคลอดก่อนกำหนด (Marbury, et al., 1983 : 1165-1168) โดยการดื่มสุราในปริมาณมากระหว่างตั้งครรภ์จะเพิ่มอัตราเสี่ยงของการคลอดก่อนกำหนดเป็น 3 เท่า (Berkowitz, et al., 1982 : 239-250)

คาเฟอีน อาหารที่มีคาเฟอีนได้แก่ กาแฟ ชา โกโก้ โคลา

เครื่องดื่มเบาๆ (soft drinks) ช็อคโกแลตและไซดา นอกจากนี้ยาต่าง ๆ เช่น ยาลดความเจ็บปวดและยาลดน้ำหนักเป็นต้น ก็มีคาเฟอีนเป็นส่วนประกอบอยู่ด้วย (Aaronson & Macnee, 1989 : 284; Brooten & Jordan, 1983 : 191) องค์การอาหารและยาเตือนให้หญิงตั้งครรภ์เลิกดื่มเครื่องดื่มที่มีคาเฟอีนหรือดื่มเพียงเล็กน้อยระหว่างตั้งครรภ์ (Locos, 1980 cited by Brooten & Jordan, 1983 : 191) ทั้งนี้เพราะคาเฟอีนจะกระตุ้นระบบประสาท เพิ่มอัตราการเต้นของหัวใจและการเผาผลาญ ส่งเสริมการหลั่งน้ำย่อยในกระเพาะอาหาร และเพิ่มการสร้างปัสสาวะ ทำให้หญิงตั้งครรภ์มีอาการกระสับกระส่าย ใจสั่น ระคายเคืองกระเพาะอาหารและถ่ายเหลว (Brooten & Jordan, 1983 : 190)

การศึกษาเกี่ยวกับผลของการบริโภคคาเฟอีนต่อการคลอดก่อนกำหนด ยังมีข้อโต้แย้งกัน ในการศึกษาของโจเซฟสันและสไตน์ (Josephson & Stien, 1976 cited by Brooten & Jordan, 1983 : 191) พบว่าการบริโภคคาเฟอีนระหว่างตั้งครรภ์มีความสัมพันธ์กับการคลอดก่อนกำหนด และอุบัติการณ์ของการคลอดก่อนกำหนดจะเพิ่มขึ้นสัมพันธ์กับการบริโภคคาเฟอีนมากกว่า 600 มก./วัน (ประมาณ 8 แก้ว/วัน) (Weatherbee, et al., 1977 cited by Aaronson & Macnee, 1989 : 283) มีรายงานการศึกษาที่ได้ผลขัดแย้งกับที่กล่าวมาข้างต้นคือ พบว่ากาแฟหรือสารที่ประกอบด้วยคาเฟอีนไม่มีผลต่ออายุครรภ์เมื่อคลอด (Berkowitz, et al., 1982 : 239-250; Linn, et al., 1982 : 141-145; Stein, et al., 1987 : 291-293) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสกูลรัตน์ (Skulrat, 1994 : 56) ที่พบว่าไม่มีความสัมพันธ์ระหว่างการดื่มกาแฟระหว่างตั้งครรภ์กับการคลอดก่อนกำหนด

1.5 การป้องกันโรคติดเชื้อ การติดเชื้อที่เกิดขึ้นในมารดาระหว่างตั้งครรภ์ จะทำให้เกิดผลต่อทารกแตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับความรุนแรงของเชื้อ ระยะเวลาของการติดเชื้อ และความแข็งแรงของทารกในครรภ์ เมื่อทารกในครรภ์มีการติดเชื้อผลที่ตามมาอาจมีหลายอย่างเช่น แท้งตายคลอด พิการแต่กำเนิด คลอดก่อนกำหนด หรือเป็นโรคหลังจากคลอดแล้ว ดังนั้นหญิงตั้งครรภ์จึงควรระมัดระวังสุขภาพให้แข็งแรงและป้องกันตนเองไม่ให้เกิดโรคติดเชื้อขึ้น

การอักเสบติดเชื้อในมารดาเป็นสาเหตุสำคัญอย่างหนึ่งที่ทำให้เกิดการคลอดก่อนกำหนดโดยเฉพาะการติดเชื้อที่ทำให้มีไข้สูง เช่น มาเลเรีย ไล้ติงอักเสบ ปอดบวม และการอักเสบติดเชื้อในไต และท่อไต เป็นต้น (Benson, 1986 : 684; Iams, 1994 : 465) โดยใช้ที่ติดเชื้อจะทำให้มดลูกมีการบีบรัดตัว (พิชัย, 2531 : 109) ส่งผลให้การตั้งครรภ์สิ้นสุดลงก่อนครบกำหนดคลอด

1.6 การสังเกตอาการและอาการแสดงของการคลอดก่อนกำหนด อาการและอาการแสดงของการคลอดก่อนกำหนดจะเกิดขึ้นเมื่อเข้าสู่สัปดาห์ที่ 28 ของการตั้งครรภ์ โดยอาจเริ่มมีอาการเพียงเล็กน้อยไม่ชัดเจนและเป็นเพียงอาการเตือนเท่านั้น ซึ่งจะมีอาการและอาการแสดงหลาย ๆ อย่างรวมกัน ได้แก่ มดลูกหดรัดตัวโดยไม่มีอาการเจ็บปวดนานเท่ากับหรือมากกว่า 10 นาที/ครั้ง ปวดท้องเหมือนปวดประจำเดือน ปวดหลัง ปวดลำไส้ รู้สึกหน่วงบริเวณเชิงกราน มีการเปลี่ยนแปลงของน้ำคัดหลังจากช่องคลอดทั้งสิ้น, จำนวนและปริมาณ บัสสาวะบ่อย ทารกตื่นมากกว่าปกติ และถ่ายเหลว (Katz, et al., 1990 : 1152) อาการต่างๆ เหล่านี้เตือนให้หญิงตั้งครรภ์รีบมาพบเจ้าหน้าที่ที่มสุขภาพเพื่อรับการดูแลที่เหมาะสมก่อนที่จะมีอาการแสดงของการคลอด (Iams, et al., 1990 : 486-489) การที่หญิงตั้งครรภ์ไม่มีความรู้ ความเข้าใจในการสังเกตอาการและ

อาการแสดงของการคลอดก่อนกำหนดได้อย่างถูกต้อง จะทำให้หญิงตั้งครรภ์ไม่สามารถดูแลตนเองได้เหมาะสม ส่งผลให้การตั้งครรภ์สิ้นสุดลงก่อนครบกำหนดคลอด

การรับรู้สุขภาพและการดูแลสุขภาพที่ถูกต้องเป็นวิธีการหนึ่งที่จะทำให้การตั้งครรภ์ สามารถดำเนินไปจนครบกำหนดคลอด

## 2. อาหารและการเผาผลาญสารอาหาร

ภาวะโภชนาการที่ดีของมารดาในระยะตั้งครรภ์ เป็นสิ่งที่ช่วยให้มารดาและทารกมีสุขภาพดี (ศิริพร, 2537 : 102) ในระยะตั้งครรภ์หญิงตั้งครรภ์ต้องการอาหารที่มีคุณค่าเพิ่มมากขึ้น เพื่อการเจริญเติบโตของทารกและรก และสะสมไว้ในเนื้อเยื่อรวมทั้งใช้สำหรับการเผาผลาญของมารดาและเป็นส่วนประกอบของอวัยวะต่างๆ ที่เปลี่ยนแปลงเพิ่มขนาดมากขึ้น (Ciba Foundation Symposium, 1978 cited by Kristal & Rush, 1984 : 553) ถ้ามารดาขาดอาหารในระยะตั้งครรภ์จะมีอันตรายต่อทารกในครรภ์ในด้านการเจริญเติบโตและพัฒนาการ และทำให้ทารกแรกเกิดมีน้ำหนักตัวน้อย เกิดพัฒนาการที่ผิดปกติและความสามารถทางสติปัญญาต่ำกว่าปกติ (Crawford, et al., 1986 อ้างตามอรุณรัศมี และคณะ, 2535 : 77) หญิงตั้งครรภ์ปกติควรได้รับพลังงานประมาณ 2,200 กิโลแคลอรี/วัน หรือเพิ่มขึ้นจากภาวะปกติประมาณ ร้อยละ 15 (Sherwen, et al., 1995 : 231) และควรมีน้ำหนักเพิ่มขึ้นตลอดการตั้งครรภ์อยู่ระหว่าง 11.4-16 กิโลกรัม (National Academy of Sciences Institute of Medicine, 1990 cited by Sherwen, et al., 1995 : 228) จึงจะเกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อการตั้งครรภ์ ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะโภชนาการของหญิงตั้งครรภ์โดยตรงคือการใช้ปฏิบัติในเรื่องอาหารระหว่างการตั้งครรภ์ (อรุณรัศมี และคณะ, 2535 : 183) โดยต้องรับประทานอาหารให้ครบ 5 หมู่ ดังนี้

2.1 โปรตีน เป็นสารอาหารที่มีความจำเป็นสำหรับการสร้างเนื้อเยื่อของมารดาและทารก และเพิ่มปริมาณเลือดระหว่างการตั้งครรภ์ (Giotta, 1993 : 3; Sherwen, et al., 1995 : 228) หญิงตั้งครรภ์ควรรับประทานโปรตีนเพิ่มขึ้นจากภาวะปกติประมาณ 30 กรัม/วัน จึงจะเพียงพอกับความต้องการในการสร้างพลังงานขณะตั้งครรภ์ (Auvenshine & Enriquez, 1990 : 247; Cranley, 1983 : 14S; Henley & Bahl, 1982 : 106) โดยต้องเป็นโปรตีนที่ประกอบด้วยกรดอะมิโนที่จำเป็นในสัดส่วนที่เพียงพอ ซึ่งได้แก่ โปรตีนจากสัตว์ เช่น เนื้อสัตว์ ปลา เบ็ด ไก่ ไข่ และอาหารนมเนย โดยเฉพาะนมซึ่งเป็นแหล่งอาหารที่อุดมด้วยโปรตีนและแคลเซียม หญิงตั้งครรภ์ควรดื่มนมเพิ่มขึ้นเป็น 4 แก้ว/วัน ในกรณีที่หญิงตั้งครรภ์เลือกรับประทานผัก และงดอาหารพวกเนื้อสัตว์ หญิงตั้งครรภ์ควรได้รับกรดอะมิโนจากอาหารผักอย่างเพียงพอเช่น ถั่วแห้ง ผลไม้เปลือกแข็ง เมล็ดพืช และเมล็ดผลไม้ ซึ่งถ้าบริโภคผักเหล่านี้อย่างเหมาะสมก็จะได้โปรตีนอย่างเพียงพอ (Sherwen, et al., 1995 : 232)



2.2 คาร์โบไฮเดรต เป็นสารอาหารที่ให้พลังงานแก่ร่างกายของหญิงตั้งครรภ์ และช่วยสร้างไขมันให้แก่ทารกในครรภ์ใน 1-2 เดือนสุดท้ายก่อนคลอด หญิงตั้งครรภ์ควรได้รับ คาร์โบไฮเดรตต่ำสุด 150 กรัม/วัน หรือประมาณ ร้อยละ 50-55 ของพลังงานที่ได้รับทั้งหมด (Sherwen, et al., 1995 : 232) ซึ่งคาร์โบไฮเดรตที่ได้รับอาจเป็นคาร์โบไฮเดรตเชิงซ้อน (Complex carbohydrate) เช่น ขนมปังที่ทำจากเมล็ดข้าวและธัญพืช ผักและผลไม้ ส่วนคาร์โบไฮเดรตธรรมดา (Simple carbohydrate) ที่พบในเค้ก พาย คุกกี้ ลูกกวาด และโซดา ควรรับประทานให้น้อยลงเพราะคาร์โบไฮเดรตเหล่านี้มีวิตามินและแร่ธาตุเพียงเล็กน้อย และมีพลังงานสูง

2.3 ไขมัน เป็นสารอาหารที่จำเป็นในการจัดหาแหล่งพลังงานและกรดไขมันที่มีความสำคัญต่อการสร้างเปลือกหุ้มเซลล์ประสาทและการสังเคราะห์เนื้อเยื่อในมดลูก (Sherwen, et al., 1995 : 233) ตลอดจนใช้เป็นพลังงานในการหลั่งน้ำนมในระยะหลังคลอด (Henley & Bahl, 1982 : 106) หญิงตั้งครรภ์ควรลดอาหารพวกไขมันให้น้อยลง โดยควรได้รับไขมันประมาณร้อยละ 30 ของพลังงานที่ได้รับทั้งหมด (Sherwen, et al., 1995 : 233) ทั้งนี้เพราะระบบการย่อยอาหารทำงานน้อยกว่าปกติ ถ้ารับประทานอาหารประเภทไขมันมากเกินไปจะทำให้มีอาการท้องอืดท้องเฟ้อได้ (วรารุช, 2533 : 102)

2.4 วิตามินและแร่ธาตุ เป็นอาหารที่จำเป็นสำหรับส่งเสริมการใช้พลังงานจาก คาร์โบไฮเดรต ไขมันและโปรตีนรวมทั้งการสร้างเนื้อเยื่อใหม่และควบคุมขบวนการเผาผลาญสารอาหารในร่างกาย (Henley & Bahl, 1982 : 107; Sherwen, et al., 1995 : 233) โดยทั่วไปแล้ว การรับประทานอาหารตามปกติที่ให้แคลอรีและโปรตีนอย่างเพียงพอ ก็จะสามารถให้วิตามินและแร่ธาตุที่เพียงพอด้วยเสมอ ยกเว้นเหล็กเท่านั้นที่จำเป็นต้องให้อาหารเสริมด้วย (สุริย์ และ อีระ, 2535 : 188-189) เพื่อใช้ในการสร้างฮีโมโกลบินและน้ำย่อยที่ประกอบด้วยธาตุเหล็ก (Giotta, 1993 : 5) ดังนั้นหญิงตั้งครรภ์จึงควรได้รับธาตุเหล็ก 2 เท่าของภาวะปกติคืออย่างน้อยประมาณ 30 มิลลิกรัม/วัน (Naeye, 1979; Worthington-Roberts, 1987 cited by Giotta, 1993 : 5) โดยเริ่มให้เมื่ออายุครรภ์ประมาณ 12 สัปดาห์ ทั้งนี้รวมกับการรับประทานอาหารที่มีความสมดุลอย่างดี (Institute of Medicine, 1990 cited by Giotta, 1993 : 5)

นอกจากนี้แล้วน้ำก็เป็นส่วนที่มีความสำคัญในการส่งเสริมสุขภาพระหว่างตั้งครรภ์เท่ากับวิตามินและเกลือแร่ โดยทำหน้าที่ในการย่อยอาหาร การดูดซึม การขับถ่าย การไหลเวียนโลหิตและรักษาภาวะสมดุลของอุณหภูมิของร่างกาย ดังนั้นหญิงตั้งครรภ์จึงควรดื่มน้ำประมาณ 8 แก้ว/วัน โดย 1 แก้วมี 12 ออนซ์ (Sherwen, et al., 1995 : 237)

2.5 ผักและผลไม้ ผักต่าง ๆ และผลไม้เป็นอาหารที่ดีและมีประโยชน์มากสำหรับหญิงตั้งครรภ์ เพราะนอกจากจะมีคุณค่าทางอาหารแล้วยังมีผลช่วยให้การขับถ่ายอุจจาระดีขึ้น ดังนั้นหญิงตั้งครรภ์จึงควรรับประทานผักและผลไม้ให้มากที่สุดโดยไม่จำกัดจำนวน (วรารุณ, 2533 : 102-103)

หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะทุพโภชนาการและมีการเพิ่มของน้ำหนักตลอดการตั้งครรภ์ต่ำเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สัมพันธ์กับการคลอดก่อนกำหนด นอกจากนี้ลักษณะนิสัยในการบริโภคอาหารของมารดา และการได้รับอาหารเสริมระหว่างตั้งครรภ์ก็มีความสัมพันธ์กับการคลอดก่อนกำหนดด้วย (Berkowitz, 1981 : 81-92; Barden, 1994 : 451; Gosselink, et al., 1992 : 425-438) จากการศึกษาพบว่าการศึกษาธาตุเหล็กระหว่างตั้งครรภ์จะเพิ่มอุบัติการณ์ของการคลอดก่อนกำหนด (Murphy, et al., 1986 : 992-995) การให้แคลเซียมในระดับสูงระหว่างตั้งครรภ์จะลดระดับฮอร์โมนพาราไทรอยด์ (Parathyroid hormone) ทำให้แคลเซียมอิสระในเซลล์ลดลง ส่งผลให้การหดตัวของมดลูกลดลง ซึ่งจะมีผลลดอุบัติการณ์ของการคลอดก่อนกำหนด (Villar & Repke, 1990 : 1124) และการได้รับน้ำอย่างเพียงพอจะมีผลต่อการหยุดการหดตัวของมดลูก (Percon, et al., 1989 cited by Pillitteri, 1992 : 401) นอกจากนี้แล้ว แอนคลี และคณะ (Anori, et al., 1977 cited by Kristal & Rush, 1984 : 557) ยังศึกษาพบว่าหญิงตั้งครรภ์คลอดก่อนกำหนดได้รับโปรตีน 76 กรัม/วัน และได้รับพลังงาน 1,997 กิโลแคลอรี/วัน ในขณะที่หญิงตั้งครรภ์คลอดครบกำหนดได้รับโปรตีน 84 กรัม/วันและได้รับพลังงาน 2,108 กิโลแคลอรี/วัน

ถึงแม้จะมีการศึกษาที่รายงานผลของภาวะทุพโภชนาการ และการขาดอาหารเสริมระหว่างตั้งครรภ์ว่ามีความสัมพันธ์กับการคลอดก่อนกำหนดก็ตาม แต่ก็มีการศึกษาที่มีความเห็นขัดแย้งกับผลการศึกษาดังกล่าว ดังเช่นการศึกษาของพาโพซและคณะ (Papoz, et al., 1981 cited by Kristal & Rush, 1984 : 558) ซึ่งศึกษาพบว่าภาวะโภชนาการระหว่างตั้งครรภ์ไม่มีความสัมพันธ์กับการคลอดก่อนกำหนด นอกจากนี้ รัช และคณะ (Rush, et al., 1980 cited by Kristal & Rush, 1984 : 558) ศึกษาพบว่า การได้รับโปรตีนเสริมมากระหว่างตั้งครรภ์จะมีความสัมพันธ์กับการเพิ่มอุบัติการณ์ของการคลอดก่อนอายุครรภ์ 30 สัปดาห์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนั้นหญิงตั้งครรภ์จึงควรมีความรู้เกี่ยวกับแบบแผนสุขภาพในด้านอาหารและการเผาผลาญสารอาหารที่ถูกต้อง เพื่อเป็นแนวทางในการป้องกันการคลอดก่อนกำหนด

### 3. การขับถ่าย

3.1 ปัสสาวะ หญิงตั้งครรภ์จะมีอาการปัสสาวะบ่อยในระยะแรกของการตั้งครรภ์และใกล้คลอด โดยในระยะแรกเกิดจากการที่มดลูกค้ำหน้าขยายตัวใหญ่ขึ้นและกดบนกระเพาะปัสสาวะที่อยู่ทางด้านหน้า สำหรับในระยะใกล้คลอดเกิดจากหัวเด็กผ่านลงช่องเชิงกรานกด

ภาวะพิษสภาวะ การถ่ายพิษสภาวะบ่อยทั้ง 2 ระยะนี้จะใส่และไม่มีอาการชั้ดหรือปวดเมื่อถ่ายพิษสภาวะสุด (วรารุณ, 2533 : 106) ถ้ามีอาการเหล่านี้แสดงว่ามีการติดเชื้อ ซึ่งจะต้องได้รับการรักษา ทั้งนี้เพราะการติดเชื้อของระบบทางเดินพิษสภาวะเป็นปัจจัยเสี่ยงของการคลอดก่อนกำหนด (Iams, 1994 : 465; McGrady, et al., 1985 : 377-381) นอกจากนี้ถ้าหญิงตั้งครรภ์มีอาการพิษสภาวะถี่มากผิดปกติในช่วงไตรมาสที่ 2 และจะเข้าสู่ช่วงไตรมาสที่ 3 ของการตั้งครรภ์ก็ควรรีบไปพบแพทย์ทันทีเช่นกัน เพราะอาจเป็นอาการเตือนของการคลอดก่อนกำหนด ดังนั้นในระยะตั้งครรภ์หญิงตั้งครรภ์จึงไม่ควรหันพิษสภาวะเพราะการคั่งค้างของพิษสภาวะจะทำให้เกิดการอักเสบของกรวยไต ซึ่งนำไปสู่การเพิ่มอุบัติการณ์ของการคลอดก่อนกำหนด (ธีระ, 2535 : 362)

3.2 อูจจาระ หญิงตั้งครรภ์อาจมีอาการท้องผูกเนื่องจากการทำงานของลำไส้ลดลงจากผลของฮอร์โมนโปรเจสเตอโรน (Progesterone) หรือมดลูกกดเบียดการทำงานของลำไส้ นอกจากนี้อาจเกิดจากสาเหตุอื่น เช่น รับประทานอาหารที่มีกากน้อย ดื่มน้ำน้อย ออกกำลังกายน้อย เป็นต้น ดังนั้นหญิงตั้งครรภ์จึงควรดื่มน้ำให้เพียงพอและรับประทานอาหารที่มีกากให้มากขึ้น เช่น ผักสดและผลไม้ นอกจากนี้ต้องออกกำลังกายทุกวัน และฝึกการขับถ่ายให้เป็นเวลา (สุรีย และธีระ, 2535 : 195) แต่หลังจากปฏิบัติดังนี้แล้วหญิงตั้งครรภ์ยังมีอาการท้องผูกอยู่อาจต้องใช้ยาระบายอ่อนๆ โดยเป็นพวกที่สกัดจากพืชเช่น senna ทั้งนี้ห้ามใช้ยาถ่ายแรงๆ เช่น น้ำมันละหุ่ง (castor oil) เพราะจะกระตุ้นให้มีการหดตัวของกล้ามเนื้อมดลูก (วรารุณ, 2533 : 106-107) ทำให้คลอดก่อนกำหนด

#### 4. กิจกรรมและการออกกำลังกาย

4.1 การทำงาน หญิงตั้งครรภ์สามารถทำงานได้ตามปกติจนกระทั่งเข้าสู่ระยะคลอด ถ้าไม่มีภาวะแทรกซ้อนระหว่างตั้งครรภ์เช่น บวม ปวดท้องและความดันโลหิตสูง เป็นต้น แต่ควรระมัดระวังการยกของหนัก หลีกเลี่ยงการยืนนานๆ และควรพักผ่อนเป็นระยะในระหว่างการทำงาน (เทียมศร, 2531 : 227) การยืนเป็นระยะเวลานานทำให้ความดันในเส้นเลือดแดงใหญ่ลดลง (Pickering, 1968 cited by Teitelman, et al., 1990 : 112) ซึ่งจะเพิ่มการหลั่งแคทีมอรามิน (catecholamine) (Axelrod & Reisine, 1984 cited by Skulrat, 1994 : 72) ทำให้มดลูกหดตัวมากขึ้น (Schneider, et al., 1985 cited by Teitelman, et al., 1990 : 112) โดยเฉพาะถ้ายืนทำงานโดยไม่ได้เคลื่อนไหวมากกว่า 90 นาที/วัน (Estry, et al., 1978 cited by Papiernik, 1984 : 619-620) ระดับการทำงานมีความสัมพันธ์กับการคลอดก่อนกำหนด (Teitelman, et al., 1990 : 104-113) จากการศึกษาพบว่าหญิงที่ทำงานหนัก หรือทำงานเป็นกะมีโอกาสเสี่ยงสูงต่อการคลอดก่อนกำหนด (Armstrong, et al., 1989 cited by Pillitteri, 1992 : 398) การทำงานที่ทำให้เมื่อยล้าระหว่างตั้งครรภ์เช่น การยืนเป็นเวลานาน การทำงานกับเครื่องจักรที่สั่นสะเทือน การสัมผัสกับ

ความเย็น ความร้อนหรือสารเคมีและการยกของหนัก เป็นต้น จะมีโอกาสเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนดสูง (Mamelle, et al., 1984 : 309-322; Papiernik, et al., 1973 cited by Papiernik, 1984 : 619) ดังนั้นการให้ความรู้เกี่ยวกับการทำงานที่เหมาะสมแก่หญิงตั้งครรภ์จึงเป็นกลวิธีหนึ่งที่สามารถป้องกันการคลอดก่อนกำหนดได้อย่างดียิ่ง

#### 4.2 การออกกำลังกาย การออกกำลังกายจะเป็นประโยชน์มากต่อหญิงตั้งครรภ์

เพราะทำให้ร่างกายแข็งแรงท่าทางกระฉับกระเฉง ช่วยให้นอนหลับสบาย และช่วยให้ระบบย่อยอาหารทำงานได้ดีท้องไม่ผูก นอกจากนี้การออกกำลังกายยังช่วยผ่อนคลายความตึงเครียดจากงานอาชีพในชีวิตประจำวัน (พยอม, 2530 : 5) หญิงตั้งครรภ์ควรออกกำลังกายแต่พอเหมาะ อย่าหักโหมหรือทำรุนแรงเกินไป และไม่ควรรอกกำลังกายหรือบริหารร่างกายในท่าที่จะก่อให้เกิดความไม่สบายหรือเจ็บปวด (อุทุมพร, 2531 : 85) จากการศึกษาพบว่า การออกกำลังกายปานกลาง ทั้งในหญิงที่ไม่ได้ตั้งครรภ์และในหญิงที่ตั้งครรภ์จะทำให้ระดับแคทีชอลามีน (catecholamine) เพิ่มขึ้น โดยมีการหลั่งนอร์อีพิเนฟริน (nor-epinephrine) มากกว่าอีพิเนฟริน (epinephrine) (Artal, et al., 1981; Rauramo, et al., 1982 cited by Veille, et al., 1985 : 729) ซึ่งนอร์อีพิเนฟริน (nor-epinephrine) จะกระตุ้นการทำงานของมดลูก (Zuspan, et al., 1962 cited by Veille, et al., 1985 : 729) ก่อให้เกิดการคลอดก่อนกำหนด (Papiernik, 1984 : 619) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของอาร์เทลและคณะ (Artal, et al., 1981 : 123-127) และแคลปป์และดิกสทิน (Clapp & Dicstein, 1984 cited by Wallace & Engstrom, 1987 : 284) นอกจากนี้ยังมีการศึกษาพบว่าหญิงตั้งครรภ์ที่ออกกำลังกายหนักจะมีอายุครรภ์สั้นกว่าหญิงตั้งครรภ์ที่ออกกำลังกายไม่หนัก ระหว่างตั้งครรภ์ (Veille, et al., 1985 : 729) ด้วยเหตุนี้วิทยาลัยเวชศาสตร์การกีฬาแห่งอเมริกันจึงได้ให้คำแนะนำแก่ผู้ที่จะออกกำลังกายในขณะที่ตั้งครรภ์ดังนี้คือ ห้ามออกกำลังกายทุกอย่างโดยเด็ดขาดในรายที่มีภาวะเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด (ศิริวรรณ, 2531 : 14)

ถึงแม้จะมีรายงานการศึกษาเกี่ยวกับผลของการออกกำลังกายต่อการคลอดก่อนกำหนดก็ตาม แต่ก็มีการศึกษาที่ได้ผลขัดแย้งกับการศึกษาที่กล่าวมาข้างต้นคือพบว่าหญิงตั้งครรภ์ที่เล่นกีฬาและออกกำลังกายระหว่างตั้งครรภ์จะมีอัตราเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนดลดลง (Berkowitz, et al., 1983 : 581-588; Skulrat, 1994 : 55)

#### 4.3 การใช้เวลาว่างและนันทนาการ การใช้เวลาว่างและนันทนาการมีความจำเป็นมากในระยะตั้งครรภ์เพื่อผ่อนคลายความตึงเครียดของอารมณ์ และความจำเจต่างๆ (เทียมศร, 2531 : 227) ซึ่งเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดการคลอดก่อนกำหนด (Barden, 1994 : 451) กิจกรรมที่ทำ

ได้แก่ การอ่านหนังสือ ฟังวิทยุ ดูโทรทัศน์ ดูภาพยนตร์ เล่นกีฬา ไปวัด นั่งรถเล่น เดินเล่น และ นวดเพื่อนมารับประทานอาหารที่บ้าน เป็นต้น ทั้งนี้ควรหลีกเลี่ยงสถานที่ที่แออัด อากาศถ่ายเทไม่สะดวกที่มีโอกาสทำให้ติดโรคได้ง่ายและเกิดความไม่สบาย

#### 5. การพักผ่อนนอนหลับ

การพักผ่อนเป็นการส่งเสริมสุขภาพทางกายและทางจิตของหญิงตั้งครรภ์โดยเฉพาะในระยะแรกและระยะสุดท้ายของการตั้งครรภ์ การนอนพักจะช่วยให้การไหลเวียนเลือดกลับเข้าสู่หัวใจได้ดีขึ้นและเพิ่มอัตราการไหลเวียนเลือดไปสู่ไตและรก หญิงตั้งครรภ์ควรได้รับการพักผ่อน ทั้งกลางวันและกลางคืนโดยควรพักผ่อนนอนหลับอย่างเต็มที่ในเวลากลางคืนอย่างน้อย 8 ชั่วโมง (จตุพล และคณะ, 2538 : 113) และควรนอนพักในตอนเช้าและตอนบ่ายทุกวันวันละครึ่งชั่วโมง (Clausen, et al., 1973 : 355) ในกรณีที่หญิงตั้งครรภ์นอนไม่หลับในเวลากลางวันก็สามารถพักผ่อนคลายทั้งร่างกายและจิตใจได้ โดยการนั่งพักในท่าที่สบาย ยกขาให้อยู่ในระดับเดียวกับสะโพกหรือนั่งราบเหยียดขาให้ร่างกายทุกส่วนได้พักเต็มที่ (เทียมศร, 2531 : 226) การพักผ่อนจะลดความเครียดต่อมดลูกและปากมดลูก และเพิ่มการไหลเวียนเลือดในมดลูกทำให้การทำงานของกล้ามเนื้อมดลูกลดลง (Cunningham, et al., 1993 : 868) จากการศึกษาพบว่าการพักผ่อนบนเตียงเพียงอย่างเดียวของหญิงตั้งครรภ์ที่มีการเจ็บครรภ์ก่อนกำหนดจะทำให้การเจ็บครรภ์หายไป ได้ ร้อยละ 20-48 (Nieby & Johnson, 1980 : 115-125) ดังนั้นการพักผ่อนจึงมีความสำคัญสำหรับหญิงตั้งครรภ์มากที่จะต้องมีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้อง โดยยึดหยุ่นให้เหมาะสมตามสภาพของหญิงตั้งครรภ์แต่ละคน

#### 6. สถิติปัญญาและการรับรู้

การตั้งครรภ์ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงของอวัยวะต่างๆ ในร่างกายมากมายทั้งทางด้านกายวิภาค ชีวเคมีและสรีรวิทยา (จตุพล, 2535 : 7) การเปลี่ยนแปลงนี้จะมีผลต่อการรับรู้ลึกของประสาทสัมผัสและสติปัญญาของหญิงตั้งครรภ์ดังนี้

6.1 ตา ในระยะตั้งครรภ์ความดันในลูกตาจะลดลงเพื่อช่วยให้การไหลเวียนของเนื้อวุ้นตา (vitreous) เพิ่มขึ้น กระจกตา (cornea)หนาขึ้นและปฏิกิริยาสะท้อนลดลง โดยเฉพาะในระยะสุดท้ายของการตั้งครรภ์ (Cunningham, et al., 1993 : 240) แต่หน้าที่ในการมองเห็นยังเป็นปกติ หญิงตั้งครรภ์บางรายอาจมีต่อมใต้สมอง (pituitary gland) ขยายตัวโตขึ้นมากจนไปกดเยื่อของประสาทตา (optic chiasma) ทำให้มองเห็นไม่ชัดชั่วคราวขณะตั้งครรภ์แต่พบได้น้อยมาก เว้นแต่จะมีภาวะแทรกซ้อนจากความดันโลหิตระหว่างตั้งครรภ์

6.2 ผิวหนัง หญิงตั้งครรภ์ส่วนมากผิวหนังจะมีสีคล้ำขึ้นและบริเวณหน้าท้องต่ำกว่าระดับสะดือ จะมีเส้นสีคล้ำตรงกลางหน้าท้องจากสะดือลงมาเรียกว่า *linea nigra* นอกจากนี้บริเวณซอกคอ รักแร้ และขาหนีบอาจมีสีคล้ำขึ้น ซึ่งการเปลี่ยนแปลงนี้เกิดจากเมลานิน (melanin) ผลิตเพิ่มขึ้นจากอิทธิพลของ *melanocyte stimulating hormone* ของต่อมใต้สมอง (สุจิต และคณะ, 2538 : 15) แต่หน้าที่ในการรับความรู้สึกยังเป็นปกติ

6.3 ความเจ็บปวด หญิงตั้งครรภ์เกือบทุกรายจะมีอาการปวดหลังโดยเฉพาะเมื่ออายุครรภ์มากขึ้น ซึ่งเกิดจากมดลูกที่มีขนาดใหญ่อยู่ทางด้านหน้า ทำให้หลังแอ่นประกอบกับการหย่อนตัวของข้อต่อเชิงกรานจากฮอร์โมนเอสโตรเจน (estrogen) และรีแลกซิน (relaxin) ที่เพิ่มขึ้นระหว่างตั้งครรภ์ อาการปวดหลังนี้จะหายไปเมื่อได้นอนพัก แต่ถ้าไม่หายอาจมีภาวะแทรกซ้อนของการคลอดก่อนกำหนด (Johnson, 1989 : 159) ในช่วงไตรมาสสุดท้ายของการตั้งครรภ์อาจมีอาการปวดขาหรืออ่อนแรงบริเวณแขน เนื่องจากหลังแอ่นมากพร้อม ๆ กับคองจุ่ม ไหล่โย้ไปทางด้านหน้าทำให้ *ulnar nerve* และ *median nerve* ถูกยึดตึง (Crisp & DeFrancesco, 1964 cited by Cunningham, et al., 1993 : 240) นอกจากนี้แล้วหญิงตั้งครรภ์จะมีความรู้สึกหน่วงในเชิงกรานซึ่งเกิดจากน้ำหนักมดลูกที่ไปกดผนังหน้าท้อง กล้ามเนื้อ และเอ็นของอุ้งเชิงกราน (จตุพล และคณะ, 2538 : 112) อาการนี้จะหายไปเมื่อนอนพักในท่าตะแคง แต่ถ้ามีอาการนี้ตั้งแต่ไตรมาสที่ 2 และไม่หายอาจเป็นอาการแสดงของการคลอดก่อนกำหนด (Morrison, 1990 : 7S)

6.4 การเปลี่ยนแปลงทางจิตใจ การเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมนในขณะตั้งครรภ์จะมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงทางจิตใจของหญิงตั้งครรภ์ ทำให้หญิงตั้งครรภ์วิตกกังวล มีอารมณ์อ่อนไหวและหวาดระแวงง่าย โดยเฉพาะในเดือนแรกๆ และจะหายไปเมื่ออายุครรภ์ประมาณ 4 เดือน ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับวุฒิภาวะของหญิงตั้งครรภ์และความเห็นอกเห็นใจที่ได้รับจากสามี ความเครียดหรือความวิตกกังวลจะไปกระตุ้นการทำงานของระบบประสาทอัตโนมัติให้มีการหลั่งของแคทีโชมามีน (catecholamine) ทำให้มดลูกหดรัดตัว (Kemp & Hatmaker, 1989 : 331) ส่งผลให้คลอดก่อนกำหนด

## 7. การรับรู้ตนเองและอัตมโนทัศน์

7.1 ภาพลักษณ์ ภาพลักษณ์เป็นภาพของร่างกายซึ่งสร้างไว้ในใจ เป็นวิธีที่ร่างกายปรากฏต่อตนเอง ภาพลักษณ์ประกอบด้วย การรับรู้ ทัศนคติและความรู้สึกที่มีต่อร่างกายของตนเอง ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาพลักษณ์คือ ปัจจัยของบุคคล ปัจจัยของสิ่งแวดล้อม และปัจจัยชั่วคราว ภาพลักษณ์เป็นปรากฏการณ์ที่ไม่อยู่นิ่งเปลี่ยนแปลงตามการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย จิตใจ และสังคม ซึ่งเกิดขึ้นตลอดชีวิต (Fawcett, 1978 : 228) การตั้งครรภ์ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ การเปลี่ยนแปลงนี้มีผลกระทบต่อหญิงตั้งครรภ์ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลง

ภาพลักษณ์ ซึ่งจะเกิดขึ้นเล็กน้อยเพียงใดขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายอย่างเช่น รูปร่างที่เปลี่ยนแปลง การตอบสนองของบุคคลสำคัญต่อการตั้งครรภ์ ทัศนคติของบุคคลรอบข้าง และขนบธรรมเนียมประเพณีโดยมีรายละเอียดดังนี้

#### 7.1.1 การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายที่มีผลต่อภาพลักษณ์ของหญิงตั้งครรภ์

การเปลี่ยนแปลงของผิวหนังในระยะตั้งครรภ์จะมีการเปลี่ยนแปลงของผิวหนังจากการเพิ่มของสารเมลานิน ทำให้มีฝ้าเกิดขึ้นบริเวณใบหน้า ผิวหนังบริเวณคอ และรักแร้จะมีสีดำ มีเส้นกลางท้องสีดำ และมีรอยแตกบริเวณหน้าท้องจากการขยายของกล้ามเนื้อหน้าท้อง

การเปลี่ยนแปลงของน้ำหนัก หญิงตั้งครรภ์จะมีน้ำหนักเพิ่มขึ้นจากเดิมประมาณ 10-12 กิโลกรัมจึงทำให้รูปร่างอ้วนทอหะ

การเปลี่ยนแปลงของระบบสืบพันธุ์ จากการมีเลือดมาเลี้ยงบริเวณปากมดลูกมากทำให้มีการขับมูกออกมามากขึ้นและมีสภาพเป็นกรด ทำให้มีระดูขาวออกจากช่องคลอดมากกว่าปกติและมีกลิ่นเปรี้ยว

การเปลี่ยนแปลงของระบบเมตาโบลิซึม ทำให้มีเหงื่อออกมาก หญิงตั้งครรภ์จึงมีกลิ่นเหงื่อและกลิ่นตัวมากกว่าภาวะปกติ

การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายเหล่านี้ จะสามารถสังเกตได้ตามอายุครรภ์ที่เพิ่มขึ้น ทำให้หญิงตั้งครรภ์รู้สึกสูญเสียขอบเขตของร่างกาย (Jensen & Bobak, 1985 : 297-298) รู้สึกว่าความสวยงามของตนลดลง และสูญเสียความสนใจจากเพศตรงข้าม (Shane & Linn, 1977 cited by Harris, et al., 1980 : 232) ทำให้มองภาพลักษณ์เป็นไปในทางลบ

#### 7.1.2 การเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจที่มีผลต่อภาพลักษณ์ของหญิงตั้งครรภ์

ในช่วงระยะตั้งครรภ์จิตใจและอารมณ์ของหญิงตั้งครรภ์จะเปลี่ยนแปลงง่ายเนื่องจากอิทธิพลของฮอร์โมนทำให้หญิงตั้งครรภ์มีความวิตกกังวลและความกลัวทั้งต่อการคลอดบุตร การเลี้ยงดูบุตร และความสวยงามที่หมดไปเนื่องจากการตั้งครรภ์ ส่งผลให้หญิงตั้งครรภ์มีการเปลี่ยนแปลงภาพลักษณ์

#### 7.1.3 การเปลี่ยนแปลงทางสังคมที่มีผลต่อภาพลักษณ์ของหญิงตั้งครรภ์

สังคม ประเพณี วัฒนธรรมและความเชื่อต่างๆ มีส่วนโน้มน้าวให้หญิงตั้งครรภ์เกิดการเปลี่ยนแปลงภาพลักษณ์ได้ เช่น ในสังคมชาวกรีกไม่อนุญาตให้

หญิงตั้งครรภ์เข้าวัด และถ้ามีการคลอดในวัด หญิงนั้นจะถูกลากตัวออกนอกวัดทันที (กรรณิการ์, 2531 : 12) นอกจากนี้อาชีพบางอาชีพยังไม่อนุญาตให้ผู้หญิงตั้งครรภ์เช่น อาชีพแอร์โฮสเตส และนักกีฬา เป็นต้น ดังนั้นเมื่อมีการตั้งครรภ์เกิดขึ้นก็พยายามปกปิดรูปร่างของตนไว้ โดยการสวมเสื้อผ้าที่เคยใช้เมื่อยังไม่ตั้งครรภ์ และเกิดความรู้สึกไม่พึงพอใจต่อการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย ส่งผลให้หญิงตั้งครรภ์มีภาพลักษณ์เป็นไปในทางลบ

การเปลี่ยนแปลงภาพลักษณ์ของหญิงตั้งครรภ์จะแตกต่างกันในแต่ละระยะของการตั้งครรภ์ดังนี้

**ระยะไตรมาสที่หนึ่งของการตั้งครรภ์** ระยะนี้มีการเปลี่ยนแปลงของร่างกายน้อย หญิงตั้งครรภ์ส่วนใหญ่ยังไม่ค่อยมีความรู้สึกต่อการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย ดังนั้นการเปลี่ยนแปลงภาพลักษณ์ในระยะนี้จึงเกิดขึ้นไม่มาก

**ระยะไตรมาสที่สองของการตั้งครรภ์** ระยะนี้เริ่มมีการเปลี่ยนแปลงของร่างกายเห็นได้ชัดขึ้น เช่น หน้าท้องขยายใหญ่ขึ้น หญิงตั้งครรภ์จะเริ่มมีความรู้สึกต่อร่างกายของตนเองที่เปลี่ยนแปลงไป (Moore, 1978 : 19) บางคนอาจมีความรู้สึกว่าร่างกายนี้ไม่ใช่ของตนเอง ปฏิเสธรูปร่างที่เปลี่ยนไป ทำให้ภาพลักษณ์เป็นไปในทางลบ แต่ความรู้สึกนี้จะไม่คงอยู่ตลอดไป จะเกิดขึ้นเป็นครั้งคราวเท่านั้น เมื่อหญิงตั้งครรภ์มีการยอมรับความจริงเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ จะมีความรู้สึกที่ดีต่อร่างกายที่เปลี่ยนไป บางคนอาจมีความรู้สึกว่าตนเองเป็นที่ดึงดูดความสนใจได้มากขึ้น (Malinowski, 1978 : 50) ทำให้ภาพลักษณ์เป็นไปในทางบวก ทั้งนี้การเปลี่ยนแปลงภาพลักษณ์ในระยะนี้จะขึ้นอยู่กับทัศนคติของสามีที่มีต่อร่างกายของภรรยาขณะตั้งครรภ์เป็นสำคัญ (Harris, et al., 1980 : 232)

**ระยะไตรมาสที่สามของการตั้งครรภ์** ระยะนี้หญิงตั้งครรภ์จะมีความรู้สึกเกี่ยวกับร่างกายของตนเองหลายอย่างปนกัน บางคนรู้สึกว่าร่างกายของตนขยายใหญ่มากขึ้น เช่น ครรภ์โตขึ้น เต้านมขยาย ในขณะที่เดียวกันจะมีความรู้สึกถูกจำกัดบางส่วนเช่น ความไม่คล่องตัวในการทำกิจวัตรประจำวัน นอกจากนี้การเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาของร่างกายในระยะนี้ทำให้มีการขับมูกออกมาในช่องคลอดเพิ่มมากขึ้น การมีฝ้าบนใบหน้า และผิวหนังบริเวณหน้าท้องและเต้านมมีรอยแตก สิ่งเหล่านี้ทำให้หญิงตั้งครรภ์รู้สึกอับอาย หรือไม่ชอบร่างกายของตนเองมีความรู้สึกในทางลบต่อภาพลักษณ์ของตน

การเปลี่ยนแปลงภาพลักษณ์ในหญิงตั้งครรภ์ถึงแม้จะเป็นเรื่องธรรมชาติ แต่ก็ยังเป็นสาเหตุให้หญิงตั้งครรภ์เกิดความวิตกกังวลและซึมเศร้า (Fawcett, 1978 : 233) ซึ่งจะมีผลต่อการคลอดก่อนกำหนด (Omer & Everly, 1988 : 1507)



7.2 อึดมโนทัศน์ อึดมโนทัศน์เป็นนามธรรมที่รวมถึงการรับรู้ ความรู้สึก ความเชื่อเกี่ยวกับตนเองตลอดจนลักษณะท่าทาง บุคลิกภาพ เจตคติ การตัดสินใจ ค่านิยมเกี่ยวกับพฤติกรรม ความสามารถและการประเมินคุณค่าของลักษณะเหล่านั้น (Mattheis, 1982 : 80) อึดมโนทัศน์พัฒนาการมาตั้งแต่วัยเด็ก โดยเริ่มเมื่อเด็กรับรู้แยกแยะตนเองออกจากบุคคลอื่นและสิ่งแวดล้อม ประสบการณ์ที่สำคัญในวัยเด็กได้แก่ การได้รับความรัก ความอบอุ่น การทะนุถนอมเอาใจใส่จากบุคคลที่ใกล้ชิดที่สุดคือ บิดา มารดา หรือผู้เลี้ยงดู ประสบการณ์เหล่านี้จะเป็นพื้นฐานในการพัฒนาอึดมโนทัศน์ของบุคคลในระยะต่อมา (Stuart & Sundeen, 1983 : 243) เมื่อเติบโตขึ้นสังคมและสิ่งแวดล้อมจะมีอิทธิพลต่อพัฒนาการของอึดมโนทัศน์ ประสบการณ์ที่บุคคลได้รับจากการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นและสิ่งแวดล้อมจะทำให้เกิดการเรียนรู้และพัฒนาเกี่ยวกับอึดมโนทัศน์มากขึ้น (Baldwin, 1897 cited by Clausen, et al., 1973 : 7)

ปัจจัยที่ทำให้อึดมโนทัศน์เปลี่ยนแปลงมี 3 ชนิดคือ (กอบกุล, 2531 : 89-90)

7.2.1 การเปลี่ยนแปลงที่เกิดจากการที่ร่างกายมีพัฒนาการเช่น ความสูง การมีหน้าอกของเพศหญิง และการมีเสียงแตกของเพศชาย เป็นต้น

7.2.2 การเปลี่ยนแปลงที่เกิดจากวิกฤตการณ์ที่บุคคลประสบ ได้แก่ ภัยธรรมชาติ ความเจ็บป่วย อุบัติเหตุ และการเกษียณอายุ เป็นต้น เหตุการณ์เหล่านี้เปรียบเสมือนแรงผลักดันที่เกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว และมักจะเกิดขึ้นกับบุคคลที่ไม่มีการเตรียมความพร้อมที่จะรับสถานการณ์นั้นๆ อันเป็นผลให้บุคคลนั้นไม่สามารถปรับตัวได้ดี ทั้งนี้ขึ้นกับความสามารถของแต่ละบุคคลและสถานการณ์นั้นๆ ด้วย

7.2.3 การเปลี่ยนแปลงที่เป็นผลเนื่องมาจากการบำบัดทางจิต การบำบัดทางจิตเป็นวิธีการช่วยเหลือบุคคลที่ได้รับความกดดันทางอารมณ์มาก ให้สามารถปรับตัวเข้ากับสิ่งแวดล้อมของเขาได้โดยการช่วยให้บุคคลรู้จักและเข้าใจตนเอง รวมทั้งสถานการณ์ที่เกี่ยวข้องกับตนเอง โดยทั่วไปแล้วการบำบัดทางจิตมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงอึดมโนทัศน์โดยตรงทำให้บุคคลมีอึดมโนทัศน์ดีขึ้น เช่น เป็นบุคคลที่มีสุขภาพจิตดี ไม่หวาดกลัวต่อสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไป บุคลิกภาพจะมีการยืดหยุ่น ปรับตัวเข้ากับสถานการณ์ต่างๆ ได้

การตั้งครรรภ์ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ส่งผลให้หญิงตั้งครรรภ์มีการเปลี่ยนแปลงอึดมโนทัศน์ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับการยอมรับการตั้งครรรภ์ ภาวะสุขภาพขณะตั้งครรรภ์และทัศนคติของบุคคลใกล้ชิดโดยเฉพาะสามี การคลอดก่อนกำหนดเป็นภาวะแทรกซ้อนที่ทำให้หญิงตั้งครรรภ์ต้องจำกัดกิจกรรมบางอย่างที่กระทำเป็นประจำ และอาจจะออกจากงานอาชีพที่เพิ่มความเสี่ยงของการคลอดก่อนกำหนด อีกทั้งต้องได้รับการดูแล

รักษาจากแพทย์อย่างสม่ำเสมอ สิ่งเหล่านี้ทำให้หญิงตั้งครรภ์มีความวิตกกังวลและความกลัว เกิดความรู้สึกไม่แน่ใจว่าจะสามารถคลอดบุตรที่มีสุขภาพสมบูรณ์ แข็งแรงตามที่คาดหวังได้ หรือไม่ รวมทั้งกลัวว่าจะได้รับอันตรายจากการคลอดบุตร ส่งผลให้หญิงตั้งครรภ์เกิดความรู้สึกที่ไม่ดีต่อการตั้งครรภ์ ไม่เห็นคุณค่าและไม่ภาคภูมิใจที่ได้ตั้งครรภ์

### 8. บทบาทและสัมพันธภาพ

การตั้งครรภ์ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงจากบทบาทการเป็นภรรยาไปสู่บทบาทการเป็นมารดา ในการเปลี่ยนแปลงบทบาทนี้ถือว่าเป็นช่วงสำคัญที่ทำให้หญิงตั้งครรภ์ต้องมีการปรับตัว ปล่อยให้เข้ากับบทบาทใหม่ซึ่งแสดงถึงการมีวุฒิภาวะเป็นผู้ใหญ่ (Mercer, et al., 1989; Russo, 1976 cited by Zabielski, 1994 : 5) ทั้งนี้จะประสบความสำเร็จได้มากน้อยเพียงใดขึ้นอยู่กับ การสนับสนุนทางสังคม อายุของมารดา บุคลิกภาพส่วนบุคคล และสถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคมของหญิงตั้งครรภ์ (Burroughs, 1992 : 241) รูบิน (Rubin, 1967 cited by Clausen, et al., 1973 : 531) ได้แบ่งกระบวนการของการบรรลุมบทบาทการเป็นมารดาไว้ 5 ขั้นตอน ซึ่งจะเกิดขึ้นเป็นลำดับและเป็นวัฏจักรโดยมีรายละเอียดดังนี้

8.1 การเลียนแบบ (Mimicry) ในระยะนี้หญิงตั้งครรภ์เริ่มใช้เวลาส่วนใหญ่ในการพูดคุยปรึกษา และติดต่อกับหญิงตั้งครรภ์คนอื่นๆ หรือมารดาในระยะหลังคลอด หญิงตั้งครรภ์บางรายอาจใช้เวลาส่วนใหญ่อยู่กับมารดาของตนเอง และมีการเลียนแบบการกระทำคำพูดตลอดจนงานต่างๆ ของมารดาที่เห็นเป็นแบบอย่าง

8.2 การมี กบบทบาท (Role-play) หญิงตั้งครรภ์ลองมี กบบทบาทการเป็นมารดาโดยอาศัยบุตรของเพื่อนบ้าน หรือญาติพี่น้องเพื่อการมี กบผู้ตลอดจนมี กบการเลี้ยงดูบุตร

8.3 ความนึกคิดและจินตนาการ (Fantasy) ระยะนี้หญิงตั้งครรภ์จะมีจินตนาการถึงการที่ไดุ้้มและกอดรัดบุตร การร้องเพลงขับกล่อมบุตรและการอบรมสั่งสอนบุตร สำหรับการตั้งครรภ์ครั้งหลัง ๆ หญิงตั้งครรภ์จะจินตนาการถึงชีวิตครอบครัว เมื่อเพิ่มสมาชิกใหม่

8.4 การรับเอาสิ่งภายนอกมาเป็นลักษณะของตัวเอง-การวางแผน-การปฏิเสธ (Introjection-Projection-Rejection) ทั้ง 3 ขั้นตอนนี้ต่อเนื่องกันเพื่อปรับให้หญิงตั้งครรภ์สามารถสวมบทบาทนี้ได้พอดี โดยมีรายละเอียดดังนี้

8.4.1 การรับเอาสิ่งภายนอกมาเป็นลักษณะของตัวเอง (Introjection) เป็นระยะเริ่มต้นของการตั้งครรภ์หญิงตั้งครรภ์มีการรับรู้ต่อความต้องการที่จะเรียนรู้การเป็นมารดา

8.4.2 การวางแผน (Projection) เป็นระยะที่หญิงตั้งครรภ์เริ่มค้นหาแบบอย่างการเป็นมารดาจากเพื่อนหรือญาติพี่น้อง และมีการสังเกตพฤติกรรมของผู้เป็นแบบอย่างอย่างใกล้ชิด แล้วนำมาเปรียบเทียบกับตนเองว่ามีความเหมาะสมและเป็นไปได้มากน้อยเพียงใด

8.4.3 การปฏิเสธ (Rejection) ในกรณีที่หญิงตั้งครรภ์พบว่าแบบอย่างนั้นไม่เหมาะสมสำหรับตนเองหญิงตั้งครรภ์จะปฏิเสธแบบอย่างเดิมและเลือกหาแบบอย่างสำหรับบทบาทใหม่อีกจนกว่าจะพบแบบอย่างที่เหมาะสมกับตนเอง

8.5 ความเศร้าโศก (Grief) เป็นระยะที่หญิงตั้งครรภ์เกิดความรู้สึกเศร้าโศกเสียใจใน การที่จะต้องละทิ้งบทบาทเดิมในบางเรื่อง สำหรับหญิงตั้งครรภ์ที่ต้องการมีบุตรความเศร้าโศกอัน นี้เกิดจากการสูญเสียอิสรภาพ การเพิ่มภาระทางเศรษฐกิจ การสูญเสียสัมพันธภาพกับบุตรคน ก่อน หรือปัจจัยอื่นๆ ที่สำคัญต่อหญิงตั้งครรภ์ การรับรู้เกี่ยวกับภาวะเศร้าโศกนี้อาจทำให้มารดาที่ วางแผนตั้งครรภ์เกิดความรู้สึกผิดได้ และบางรายอาจทำให้เกิดความรู้สึกปฏิเสธ

หญิงตั้งครรภ์ที่สามารถผ่านกระบวนการเหล่านี้ได้ด้วยดีก็จะมีอาการยอมรับใน บทบาทการเป็นมารดา และปรับตัวต่อบทบาทการเป็นมารดาได้

ภาวะแทรกซ้อนในระยะตั้งครรภ์เป็นปัจจัยหนึ่งที่ส่งผลต่อการปรับตัวต่อบทบาท การเป็นมารดา (Mercer, 1981 : 75) จากการศึกษาพบว่ามารดาคลอดก่อนกำหนดจะประสบ ความเครียดกับการปรับตัวต่อบทบาทการเป็นมารดามากกว่ามารดาคลอดครบกำหนด (Zabielski, 1994 : 9) ทั้งนี้เนื่องจากวิตกกังวลเกี่ยวกับบุตร กลัวว่าบุตรจะได้รับอันตรายถึงแก่ชีวิต รวมทั้งการ ที่ต้องอยู่ในความดูแลของแพทย์ทำให้ไม่สามารถสร้างสัมพันธภาพกับบุตรในครรภ์ ส่งผลให้ไม่ สามารถปรับตัวต่อบทบาทการเป็นมารดาได้

การมีสัมพันธภาพกับสังคมจะทำให้หญิงตั้งครรภ์ได้รับข้อมูลข่าวสารที่เป็น ประโยชน์ระหว่างบุคคลทั้งกับบุคคลที่ใกล้ชิดได้แก่ สามี บิดามารดา ญาติพี่น้อง เพื่อน และ บุคคลทั่วไป ซึ่งเป็นการเพิ่มพูนความรู้และแลกเปลี่ยนประสบการณ์ซึ่งกันและกัน นอกจากนี้ การพบปะกับบุคคลอื่นจะช่วยให้หญิงตั้งครรภ์มีจิตใจ และอารมณ์ที่สดชื่นไม่เคร่งเครียด และยัง ได้รับการช่วยเหลือเมื่อหญิงตั้งครรภ์ต้องการ จากการศึกษาพบว่าหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการ ช่วยเหลือจากครอบครัวจะได้รับการดูแลและแนะนำในการเตรียมตัวได้อย่างถูกต้องเหมาะสม (Smith, 1984 อ้างตามนิภาวรรณ, 2532 : 78) อันจะเป็นการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น ระหว่างตั้งครรภ์

## 9. เพศและการเจริญพันธุ์

การมีเพศสัมพันธ์เป็นความต้องการพื้นฐานตามพัฒนาการของบุคคลและเป็นสิ่งที่มี ความสำคัญต่อชีวิตสุขของบุคคลไม่น้อยไปกว่าความต้องการในด้านอื่นๆ พฤติกรรมทางเพศทั้ง หลายระหว่างสามีและภรรยา เป็นการแสดงความรักความผูกพันที่มีต่อกัน โดยเฉพาะใน หญิงตั้งครรภ์การปฏิบัติของสามีจึงเป็นสิ่งที่หญิงตั้งครรภ์ให้ความสำคัญ ซึ่งรวมถึงการมี

เพศสัมพันธ์ด้วย การตั้งครรภ์ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมซึ่งจะมีผลกระทบต่อพฤติกรรมทางเพศของคู่สมรส ดังนี้ (กรรณิการ์, 2531; 14-16; สุวชัย และสมพล, 2530 : 526-528)

## 9.1 การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย

9.1.1 รูปร่างจะมีการเปลี่ยนแปลงอย่างเห็นได้ชัด น้ำหนักตัวจะค่อยๆ เพิ่มขึ้น ตลอดระยะการตั้งครรภ์ประมาณ 10-12 กิโลกรัม (Cunnigham, et al., 1993 : 255) ขนาดมดลูก และผนังหน้าท้องจะค่อยๆ ขยายจนไปถึงระดับลิ้นปี่ สิ่งเหล่านี้ทำให้เกิดความอึดอัดและไม่สะดวกสบายในการมีเพศสัมพันธ์ทำให้ความสนใจและความต้องการทางเพศลดลง

9.1.2 อาการคลื่นไส้ อาเจียน อ่อนเพลีย โดยเฉพาะในไตรมาสแรกของการตั้งครรภ์ ทำให้ความต้องการทางเพศลดลงอย่างมาก

9.1.3 โลหิตมาเลี้ยงบริเวณช่องคลอดและอุ้งเชิงกรานมากขึ้น มีส่วนช่วยกระตุ้นให้เกิดความรู้สึกทางเพศมากขึ้น ในทางตรงข้ามการที่มีโลหิตมาเลี้ยงบริเวณช่องคลอดมากขึ้น เป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้มีระดูขาวออกมามากกว่าในระยะเวลาที่ไม่ตั้งครรภ์ ทำให้หญิงตั้งครรภ์บางรายนึกว่าเกิดการอักเสบและไม่กล้าที่จะมีเพศสัมพันธ์

## 9.2 การเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจ

9.2.1 ความรู้สึกเมื่อตั้งครรภ์ ในพวกที่ต้องการมีบุตรจะรู้สึกดีใจและสนใจตนเองมากกว่าปกติ ความรู้สึกของการเป็นมารดาทำให้มีความรับผิดชอบต่อทารกในครรภ์ จึงพยายามเลี้ยงหรืออดการมีเพศสัมพันธ์ ตรงกันข้ามในพวกที่ไม่ต้องการมีบุตร อาจละเลยไม่สนใจตนเองหรืออาจจะพยายามมีเพศสัมพันธ์มากขึ้นโดยเชื่อว่าจะทำให้เกิดการแท้ง

9.2.2 รูปร่างที่เปลี่ยนไปและน้ำหนักที่เพิ่มขึ้นทำให้หญิงตั้งครรภ์รู้สึกว่าตนเองขาดความน่าสนใจ ความมีเสน่ห์ในเรือนร่างลดลง ทำให้ความรู้สึกทางเพศลดลงและถึงจุดสุดยอดน้อยลง

9.2.3 เจตคติต่อการตั้งครรภ์เป็นปัจจัยสำคัญที่มีอิทธิพลต่อเพศสัมพันธ์ในระยะตั้งครรภ์ หญิงตั้งครรภ์ที่มีเจตคติที่ดีต่อการตั้งครรภ์จะมีการยอมรับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นและปรับตัวให้เหมาะสมกับการเปลี่ยนแปลงนั้น ๆ ย่อมจะปรับตัวในด้านเพศสัมพันธ์ได้ดี ในทางตรงกันข้ามหญิงตั้งครรภ์ที่มีเจตคติไม่ดีต่อการตั้งครรภ์อาจมีปัญหการปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายและจิตใจ ซึ่งย่อมมีผลกระทบต่อพฤติกรรมทางเพศด้วย

### 9.3 การเปลี่ยนแปลงทางด้านสังคม

สังคมได้สร้างความเชื่อ ค่านิยม และมีส่วนปลูกฝังความรู้สึกต่างๆ เกี่ยวกับเพศสัมพันธ์ในระยะตั้งครรภ์ในรูปแบบต่างๆ กัน สังคมที่ให้ความสำคัญของการตั้งครรภ์จะเชื่อว่าระยะนี้หญิงตั้งครรภ์ควรได้รับการทบทวน การมีเพศสัมพันธ์จะเกิดอันตรายต่อเด็ก ด้านครอบครัวสามีจะมีบทบาทอย่างมาก ผู้ที่อยากมีบุตรจะมีความสัมพันธ์กับภรรยาดีขึ้น มีความใกล้ชิดมากขึ้น ส่งผลต่อพฤติกรรมทางเพศในทางที่ดีขึ้น ตรงกันข้ามกับสามีที่ไม่อยากได้บุตรจะรู้สึกว่า การเปลี่ยนแปลงในร่างกายของภรรยา ร่วมกับภาวะที่เพิ่มขึ้นในการเป็นบิดาทำให้ไม่มีความสุข ส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมทางเพศในทางที่เลวลง

การเปลี่ยนแปลงความรู้สึกทางเพศของหญิงตั้งครรภ์จะแตกต่างกันในแต่ละระยะของการตั้งครรภ์ดังนี้

**ระยะที่หนึ่งของการตั้งครรภ์** หญิงตั้งครรภ์ส่วนมากไม่ได้สังเกตการเปลี่ยนแปลงความต้องการทางเพศและให้ความสนใจในเรื่องนี้ลดลง ทั้งนี้เนื่องจากมีอาการคลื่นไส้ อาเจียน หรือรู้สึกเหนื่อยล้า (Hassid, 1984; Klaus & Kennell, 1976 cited by Dickason, et al., 1990 : 100) แต่ในรายที่ไม่มีอาการแพ้ท้องอาจมีความรู้สึกทางเพศมากขึ้น เนื่องจากรู้สึกอิสระไม่ต้องกังวลว่าจะตั้งครรภ์ รวมทั้งอิทธิพลของฮอร์โมนโปรเจสเตอโรน (progesterone) จากคอร์ปัสลูเทียม (corpus luteum) ซึ่งจะกระตุ้นให้มีความรู้สึกทางเพศ

**ระยะที่สองของการตั้งครรภ์** หญิงตั้งครรภ์จะมีความรู้สึกทางเพศเพิ่มขึ้น และร่างกายมีการตอบสนองทางเพศดีขึ้น ทั้งนี้เนื่องจากสุขภาพดีขึ้น ไม่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน รวมทั้งมีการคั่งของเลือดในอุ้งเชิงกราน ช่องคลอด และอวัยวะสืบพันธุ์ ซึ่งจะกระตุ้นให้เกิดความรู้สึกทางเพศมากขึ้น นอกจากนี้การรู้สึกถึงการดิ้นของทารกในครรภ์ ทำให้หญิงตั้งครรภ์รับรู้ต่อการเป็นมารดาเกิดความภาคภูมิใจ ทำให้ความรู้สึกทางเพศเพิ่มขึ้นได้ในระยะนี้

**ระยะที่สามของการตั้งครรภ์** หญิงตั้งครรภ์ส่วนมากจะมีความต้องการทางเพศลดลง เนื่องจากรู้สึกไม่สบาย นอกจากนี้ยังกลัวว่าการมีเพศสัมพันธ์จะก่อให้เกิดอันตรายกับทารกในครรภ์

การมีเพศสัมพันธ์มีผลต่อการตั้งครรภ์ใน 2 ลักษณะคือ การถ่ายทอดเชื้อแบคทีเรียเข้าสู่ระบบสืบพันธุ์และระบบทางเดินปัสสาวะทำให้มีการอักเสบติดเชื้อ (Elliott, et al., 1990 : 531-536; Schieve, et al., 1994 : 406) และการกระตุ้นมดลูกโดยพรอสตาแกลนดิน ซึ่งหลังจากการบรรลุดูดสุดยอดหรือจากน้ำอสุจิ (Goodlin, 1969; Wagner, et al., 1976 cited by Lipshitz, et al., 1993 : 401) ทั้ง 2 ประการนี้จะนำไปสู่การคลอดก่อนกำหนด ดังนั้นหญิงตั้งครรภ์ที่มีประวัติคลอดก่อนกำหนด หรือมีอาการและอาการแสดงของการคลอดก่อนกำหนดควรงดเว้น

การมีเพศสัมพันธ์ในระหว่างเดือนที่ 7-9 ของการตั้งครรภ์หรือแม้แต่การสำเร็จความใคร่ด้วยตนเอง

#### 10. การปรับตัวและความทนทานกับความเครียด

การตั้งครรภ์ก่อให้เกิดประสบการณ์ความเครียด (Norbeck & Tilden, 1983: 33) เนื่องจากเป็นระยะที่หญิงตั้งครรภ์ต้องใช้กลไกการเผชิญอย่างมากมายที่จะต้องจัดการกับการเปลี่ยนแปลงภาพลักษณ์ การปรับด้านจิตใจ ภาวะเครียดทางจิตสังคม ความขัดแย้งในบทบาท และการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายและทางชีวเคมี (Annie & Groir, 1991 : 391) ความเครียดจะมีผลต่อการตอบสนองของระบบประสาทและต่อมไร้ท่อ โดยกระตุ้นระบบประสาทอัตโนมัติให้มีการหลั่งนอร์อิพิเนฟริน (Nor-epinephrine) ซึ่งจะเพิ่มการหดตัวของเส้นเลือดฝอยและเส้นเลือดในอวัยวะสำคัญ ทำให้ปริมาณเลือดที่ไปเลี้ยงมดลูกและรกลดลง (Breyen & Hunsberger, 1989 : 704-705) ส่งผลให้คลอดก่อนกำหนด นอกจากนี้ยังทำให้มีการหลั่งฮอร์โมนคอร์ติโคสเตียรอยด์ (corticosteroid hormone) มากขึ้น (Mason, 1968 cited by Omer & Everly, 1988 : 1510) จากการศึกษาพบว่าความเครียดในระหว่างตั้งครรภ์มีความสัมพันธ์กับการคลอดก่อนกำหนด (Newton & Hunt, 1984 : 1191-1194, Skulrat, 1994 : 6) และการลดความเครียดในระหว่างตั้งครรภ์จะทำให้หญิงตั้งครรภ์คลอดครบกำหนด (Freda, et al., 1990 : 364)

#### 11. คุณค่าและความเชื่อ

ความเชื่อเป็นส่วนประกอบในตัวบุคคล ซึ่งเป็นส่วนที่กำหนดแนวโน้มของบุคคลในการที่จะกระทำสิ่งใดสิ่งหนึ่งลงไปเกี่ยวกับวัตถุ สิ่งของ บุคคลหรือสถานการณ์ (Rokeach, 1973 อ้างตามดุขฎี, 2535 : 36) การที่บุคคลเลือกที่จะปฏิบัติอย่างไร หรือมีพฤติกรรมอย่างไรย่อมขึ้นอยู่กับความเชื่อที่ได้พิจารณาแล้วถึงการได้รับรู้ถึงผลประโยชน์และอุปสรรคต่างๆ ในการกระทำนั้นด้วย (สุนีย์, 2534 : 17) ประเพณี และความเชื่อทางสุติกรรมมีส่วนสำคัญต่อการปฏิบัติตนและมีผลกระทบต่อการตายของมารดาและทารกได้ (อนันต์ และคณะ, 2535 : 11) จากการสำรวจพฤติกรรมด้านอนามัยแม่และเด็กของมารดาเผ่าอึ้อ ซึ่งนับถือศาสนาพุทธ-ผี พบว่าหญิงตั้งครรภ์จะไม่ไปใช้บริการฝากครรภ์กับเจ้าหน้าที่เพราะมีความเชื่อว่า ผีเป็นผู้ปกป้องคุ้มครองครรภ์ ถ้าให้บุคคลภายนอกจับต้องครรภ์ ผีและสิ่งศักดิ์สิทธิ์ประจำหมู่บ้านจะไม่คุ้มครอง ทารกในครรภ์อาจพิการหรือตายได้ หรืออาจนำความวิบัติมาสู่หมู่บ้าน ในด้านการคลอด ผู้ทำคลอดคือหมอผี การคลอดผิดปกติเป็นเรื่องน่าอายที่ต้องปกปิด (จินตนา และคณะ, 2523 : 92) นอกจากนี้จากการสัมภาษณ์ผู้รู้ชาวไทยมุสลิมภาคใต้หลายท่านเกี่ยวกับความเชื่อของมารดาพบว่า มารดาไทยมุสลิมมีความเชื่อว่าการรับประทานอาหารมากในขณะที่ตั้งครรภ์จะทำให้มดลูกขยายตัวและเข้าอุ้งซี่ ต้องรับประทานอาหารแห้ง เช่น ปลาเค็ม เนื้อตากแห้ง, พริกไทย มีความเชื่อวามารดา

หลังคลอดต้องอยู่ไฟ ใช้หินเผาอบหน้าท้อง และนวดหน้าท้องจะทำให้มดลูกเข้าอู่เร็ว อาบน้ำด้วยน้ำต้มสมุนไพรจะทำให้ผิวพรรณสดใส (พวงทอง, 2528 : 24-26) จะเห็นได้ว่าในแต่ละท้องถิ่นจะมีความเชื่อเกี่ยวกับการตั้งครรภ์และการคลอดแตกต่างกัน ซึ่งความเชื่อบางอย่างจะทำให้เกิดโรคหรือภาวะแทรกซ้อนระหว่างตั้งครรภ์รวมถึงการคลอดก่อนกำหนด แต่การศึกษาที่ผ่านมายังไม่มีผู้ศึกษาความเชื่อในหญิงตั้งครรภ์ภาคใต้ที่ส่งผลให้เกิดการคลอดก่อนกำหนด

จะเห็นได้ว่าแบบแผนสุขภาพในระยะตั้งครรภ์มีผลต่อสุขภาพของมารดาและทารกในครรภ์ ดังนั้นหญิงตั้งครรภ์จึงควรมีแบบแผนสุขภาพในระยะตั้งครรภ์ที่ถูกต้อง เพื่อให้การตั้งครรภ์ดำเนินไปได้ด้วยดีจนครบกำหนดคลอด

### บทที่ 3

#### วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive Research) เพื่อศึกษาย้อนหลังถึงแบบแผนสุขภาพในระยะตั้งครรภ์ของมารดาคลอดก่อนกำหนดและครบกำหนด

#### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาค้างนี้เป็นมารดาคลอดก่อนกำหนดและคลอดครบกำหนดที่มาใช้บริการในหอผู้ป่วยหลังคลอด แผนกสูติกรรม โรงพยาบาลหาดใหญ่ โรงพยาบาลสงขลาและโรงพยาบาลพัทลุง

การเลือกกลุ่มตัวอย่างเป็นการเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) จำนวน 100 ราย โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่ม ดังนี้

กลุ่มที่ 1 เป็นมารดาคลอดบุตรขณะอายุครรภ์อยู่ระหว่าง 28-35 สัปดาห์ คาดคะเนอายุครรภ์ตามการวินิจฉัยของสูติแพทย์จำนวน 50 ราย

กลุ่มที่ 2 เป็นมารดาคลอดบุตรขณะอายุครรภ์อยู่ระหว่าง 38-42 สัปดาห์ คาดคะเนอายุครรภ์ตามการวินิจฉัยของสูติแพทย์จำนวน 50 ราย

โดยทั้ง 2 กลุ่ม มีคุณสมบัติดังนี้คือ

1. มีอายุอยู่ระหว่าง 20-40 ปี ฝากครรภ์ที่แผนกฝากครรภ์ของโรงพยาบาลและคลอดปกติ
2. ไม่มีโรคหรือภาวะแทรกซ้อนระหว่างการตั้งครรภ์ดังต่อไปนี้ คือความดันโลหิตสูง ภาวะรกเกาะต่ำ ครรภ์แฝด การติดเชื้อของระบบทางเดินปัสสาวะ ภาวะน้ำคร่ำแตกก่อนการเจ็บครรภ์ รกลอกตัวก่อนกำหนด หอบหืด ภัยรอยด์เป็นพิษ โรคหัวใจ โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ปอดอักเสบและเบาหวาน
3. ไม่มีประวัติการแท้งหรือการคลอดก่อนกำหนด
4. มีสติสัมปชัญญะบริบูรณ์ มีความคิดและความจำปกติ
5. สามารถอ่านเขียนและได้ตอบภาษาไทยได้ดี
6. ยินดีและเต็มใจให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม



การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาคั้งนี้ ได้จากการสำรวจจำนวนมารดา-คลอดก่อนกำหนดที่มีอายุครรภ์อยู่ระหว่าง 28-35 สัปดาห์ และมีคุณสมบัติตามที่กำหนดโดยสำรวจจากสมุดทะเบียนและรายงานการคลอดของโรงพยาบาลขนาดใหญ่ โรงพยาบาลสงขลาและโรงพยาบาลพัทลุง ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2539 ถึงวันที่ 31 ธันวาคม 2539 พบว่ามีจำนวน 216 คน จึงกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างเป็นร้อยละ 25 ตามหลักการคิดขนาดกลุ่มตัวอย่างของเพชรน้อย และคณะ (2539 : 141) ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 54 ราย ผู้วิจัยจึงใช้กลุ่มตัวอย่างมารดาคลอดก่อนกำหนด 50 รายและมารดาคลอดครบกำหนด 50 ราย

### เครื่องมือในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย

1. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของหญิงตั้งครรภ์ ประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับชื่อ นามสกุล อายุ ลำดับที่การตั้งครรภ์ อายุครรภ์เมื่อคลอด สถานภาพทางการสมรส ศาสนา วุฒิทางการศึกษา อาชีพ รายได้ครอบครัวต่อเดือน อาชีพของคู่สมรส และลักษณะครอบครัว

2. แบบสอบถามแบบแผนสุขภาพในระยะตั้งครรภ์ของหญิงตั้งครรภ์เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยอาศัยแนวคิดพื้นฐานแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน (Gordon, 1982; 1987) ปรับปรุงโดยศิริพร (2535) โดยศึกษาจากตำรา เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ซึ่งวัดการปฏิบัติตนในระยะตั้งครรภ์ 11 ด้าน ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 52 ข้อ ดังนี้

- 2.1 การรับรู้สุขภาพและการดูแลสุขภาพจำนวน 15 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1-15
- 2.2 อาหารและการเผาผลาญสารอาหารจำนวน 7 ข้อ ได้แก่ ข้อ 16-22
- 2.3 การขับถ่ายจำนวน 3 ข้อ ได้แก่ ข้อ 23-25
- 2.4 กิจกรรมและการออกกำลังกายจำนวน 5 ข้อ ได้แก่ ข้อ 26-30
- 2.5 การพักผ่อนนอนหลับ จำนวน 3 ข้อ ได้แก่ ข้อ 31-33
- 2.6 สถิติปัญญาและการรับรู้ จำนวน 4 ข้อ ได้แก่ ข้อ 34-37
- 2.7 การรับรู้ตนเองและอัตมโนทัศน์ จำนวน 3 ข้อ ได้แก่ ข้อ 38-40
- 2.8 บทบาทและสัมพันธภาพจำนวน 4 ข้อ ได้แก่ ข้อ 41-44
- 2.9 เพศและการเจริญพันธุ์ จำนวน 2 ข้อ ได้แก่ ข้อ 45-46
- 2.10 การปรับตัวและความทนทานต่อความเครียด จำนวน 3 ข้อ ได้แก่ ข้อ .

- 2.11 คุณค่าและความเชื่อ จำนวน 3 ข้อ ได้แก่ ข้อ 50-52

ข้อคำถาม มีจำนวน 52 ข้อ ประกอบด้วยข้อคำถามทางด้านบวก จำนวน 33 ข้อ คือ ข้อ 1-3, 5-6, 10-11, 13-16, 18-19, 22-23, 25, 29-36, 38, 41-43, 45, 47-48, 50-51 และข้อคำถามที่มีความหมายทางด้านลบ จำนวน 19 ข้อ คือ ข้อ 4, 7-9, 12, 17, 20-21, 24, 26-28, 37, 39-40, 44, 46, 49, 52 โดยมีความหมายและการให้คะแนนดังนี้

ทำเป็นประจำ หมายถึง ผู้ตอบกระทำตามข้อความนั้นเป็นประจำ  
 ทำเป็นบางครั้ง หมายถึง ผู้ตอบกระทำตามข้อความนั้นเป็นบางครั้ง  
 ไม่เคยกระทำ หมายถึง ผู้ตอบไม่เคยกระทำตามข้อความนั้นเลย  
 ข้อที่มีความหมายทางบวก

คะแนน 1 คะแนน เมื่อตอบว่า ไม่เคยทำ

คะแนน 2 คะแนน เมื่อตอบว่า ทำเป็นบางครั้ง

คะแนน 3 คะแนน เมื่อตอบว่า ทำเป็นประจำ

ข้อที่มีความหมายทางลบ

คะแนน 3 คะแนน เมื่อตอบว่า ไม่เคยทำ

คะแนน 2 คะแนน เมื่อตอบว่า ทำเป็นบางครั้ง

คะแนน 1 คะแนน เมื่อตอบว่า ทำเป็นประจำ

คะแนนแบบแผนสุขภาพในระยะตั้งครรภ์จะมีค่าอยู่ระหว่าง 52-156 คะแนน คะแนนสูงแสดงว่าหญิงตั้งครรภ์มีแบบแผนสุขภาพในระยะตั้งครรภ์ดี คะแนนต่ำแสดงว่าหญิงตั้งครรภ์มีแบบแผนสุขภาพในระยะตั้งครรภ์ไม่ดี

การพิจารณาคะแนนแบบแผนสุขภาพในระยะตั้งครรภ์และการแปลผลจะพิจารณาการให้คะแนนเป็น 3 ระดับ

แบบแผนสุขภาพในระยะตั้งครรภ์	ค่าคะแนนเฉลี่ย	การแปลผล
- การรับรู้สุขภาพและการดูแลสุขภาพ	15.00-24.99	ไม่ดี
	25.00-34.99	ปานกลาง
	35.00-45.00	ดี
- อาหารและการเผาผลาญสารอาหาร	7.00-11.99	ไม่ดี
	12.00-16.99	ปานกลาง
	17.00-21.00	ดี

แบบแผนสุขภาพในระยะตั้งครรภ์	ค่าคะแนนเฉลี่ย	การแปลผล
- การขับถ่าย	3.00-4.99	ไม่ดี
	5.00-6.99	ปานกลาง
	7.00-9.00	ดี
- กิจกรรมและการออกกำลังกาย	5.00-7.99	ไม่ดี
	8.00-11.99	ปานกลาง
	12.00-15.00	ดี
- การพักผ่อนนอนหลับ	3.00-4.99	ไม่ดี
	5.00-6.99	ปานกลาง
	7.00-9.00	ดี
- สติปัญญาและการรับรู้,	4.00-6.99	ไม่ดี
	7.00-9.99	ปานกลาง
	10.00-12.00	ดี
- การรับรู้ตนเองและอัตมโนทัศน์	3.00-4.99	ไม่ดี
	5.00-6.99	ปานกลาง
	7.00-9.00	ดี
- บทบาทและสัมพันธภาพ	4.00-6.99	ไม่ดี
	7.00-9.99	ปานกลาง
	10.00-12.00	ดี
- เพศและการเจริญพันธุ์	2.00-2.99	ไม่ดี
	3.00-4.99	ปานกลาง
	5.00-6.00	ดี

แบบแผนสุขภาพในระยะตั้งครรรภ์	ค่าคะแนนเฉลี่ย	การแปลผล
- การปรับตัวและความทนทานต่อความเครียด	3.00-4.99	ไม่ดี
	5.00-6.99	ปานกลาง
	7.00-9.00	ดี
- คุณค่าและความเชื่อ	3.00-4.99	ไม่ดี
	5.00-6.99	ปานกลาง
	7.00-9.00	ดี
- แบบแผนสุขภาพโดยรวม	52.00-86.99	ไม่ดี
	87.00-121.99	ปานกลาง
	122.00-156.00	ดี

#### การหาความตรงและความเที่ยงของเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการหาความตรงและความเที่ยงได้แก่ แบบสอบถามแบบแผนสุขภาพในระยะตั้งครรรภ์ ซึ่งมีวิธีการดังนี้

- ความตรงด้านเนื้อหา (Content Validity) ผู้วิจัยขอความร่วมมือไปยังผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ซึ่งประกอบด้วยสูติแพทย์และอาจารย์พยาบาลภาควิชาการพยาบาลสูติศาสตร์ เพื่อช่วยตรวจสอบความตรงของเครื่องมือ หลังจากนั้นก็นำมาปรับปรุงแก้ไขให้เหมาะสมทั้งภาษาและความถูกต้องในเนื้อหาตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ

- ความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ปรับปรุงแล้วตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิไปทดลองใช้กับมารดาคลอดครบกำหนดจำนวน 30 ราย ซึ่งมีลักษณะเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างที่จะศึกษา หลังจากนั้นนำมาคำนวณหาความเที่ยง โดยวิธีหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเที่ยง = 0.94

### การดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ร่วมกับผู้ช่วยผู้วิจัยจำนวน 2 คน ซึ่งเป็นอาจารย์ประจำภาควิชาการพยาบาลสูติศาสตร์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสงขลา และพยาบาลประจำการหอผู้ป่วยสูติกรรมหลังคลอด โรงพยาบาลพัทลุง โดยมีขั้นตอนดังนี้

1. ขอนหนังสือรับรองจากสถาบันถึงหน่วยงานที่จะศึกษากลุ่มตัวอย่าง เพื่อขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล
2. คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามกำหนด
3. แนะนำตนเองกับมารดาที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง บอกวัตถุประสงค์และขอความร่วมมือในการศึกษา เมื่อได้รับการยินยอมจึงอธิบายวิธีการตอบแบบสอบถามและให้มารดากลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถาม
4. รวบรวมและตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลในแบบสอบถาม ก่อนนำคะแนนที่ได้มาวิเคราะห์โดยใช้วิธีการทางสถิติต่อไป

### การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS/PC โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. แจกแจงความถี่ หาค่าร้อยละของข้อมูลส่วนบุคคลและเปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูลส่วนบุคคลระหว่างมารดาคลอดก่อนกำหนดกับมารดาคลอดครบกำหนดด้วยสถิติไคสแควร์ (Chi-square test) และสถิติที (Independent t-test)
2. หาค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนแบบแผนสุขภาพในระยะตั้งครรภ์ และเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนแบบแผนสุขภาพในระยะตั้งครรภ์ระหว่างมารดาคลอดก่อนกำหนดกับมารดาคลอดครบกำหนดด้วยสถิติที (Independent t-test)
3. หาค่าร้อยละของแบบแผนสุขภาพในระยะตั้งครรภ์เป็นรายข้อ และเปรียบเทียบความแตกต่างของแบบแผนสุขภาพในระยะตั้งครรภ์เป็นรายข้อระหว่างมารดาคลอดก่อนกำหนดกับมารดาคลอดครบกำหนดด้วยสถิติไคสแควร์ (Chi-square test)

## บทที่ 4

### ผลการวิจัยและการอภิปรายผล

#### ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาถึงแบบแผนสุขภาพในระยะตั้งครรภ์ของมารดาคลอดก่อนกำหนดและครบกำหนด ผลการวิจัยเสนอในรูปตารางประกอบคำบรรยายตามลำดับดังนี้

ส่วนที่ 1 ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนที่ 2 แบบแผนสุขภาพในระยะตั้งครรภ์ของมารดาคลอดก่อนกำหนดและมารดาคลอดครบกำหนด

ส่วนที่ 3 ความแตกต่างของแบบแผนสุขภาพในระยะตั้งครรภ์ระหว่างมารดาคลอดก่อนกำหนดและมารดาคลอดครบกำหนด

#### ส่วนที่ 1 ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษามีจำนวนทั้งหมด 100 ราย เป็นมารดาคลอดก่อนกำหนด 50 ราย และมารดาคลอดครบกำหนด 50 ราย อายุอยู่ระหว่าง 20-40 ปี มารดาคลอดก่อนกำหนดและมารดาคลอดครบกำหนดมีอายุเฉลี่ยใกล้เคียงกันคือ 25 ปี ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธคิดเป็นร้อยละ 76 และร้อยละ 78 ตามลำดับ จบการศึกษาระดับประถมศึกษาคิดเป็นร้อยละ 44 และร้อยละ 54 ตามลำดับ และอยู่ด้วยกันกับคู่สมรสจำนวนเท่ากันคิดเป็นร้อยละ 98 สำหรับอาชีพพบว่ามารดาคลอดก่อนกำหนดและมารดาคลอดครบกำหนด ส่วนใหญ่เป็นแม่บ้านคิดเป็นร้อยละ 38 เท่ากัน และสามีประกอบอาชีพรับจ้างคิดเป็นร้อยละ 52 และร้อยละ 64 ตามลำดับ ส่วนใหญ่มีรายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือนอยู่ระหว่าง 4,001-8,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 50 และร้อยละ 42 ตามลำดับ สำหรับลักษณะครอบครัวพบว่ามารดาคลอดก่อนกำหนดส่วนใหญ่มีลักษณะเป็นครอบครัวขยายคิดเป็นร้อยละ 54 และมารดาคลอดครบกำหนดส่วนใหญ่มีลักษณะเป็นครอบครัวเดี่ยว คิดเป็นร้อยละ 60

เมื่อพิจารณาถึงลำดับที่การตั้งครรภ์พบว่ามารดาคลอดก่อนกำหนดส่วนใหญ่เป็นครรภ์แรกคิดเป็นร้อยละ 64 คลอดบุตรเมื่ออายุครรภ์อยู่ระหว่าง 28-35 สัปดาห์ โดยมีอายุครรภ์เฉลี่ย 33.48 สัปดาห์ สำหรับมารดาคลอดครบกำหนดพบว่าส่วนใหญ่มีลำดับที่การตั้งครรภ์เป็นครรภ์หลัง คิดเป็นร้อยละ 36 คลอดบุตรเมื่ออายุครรภ์อยู่ระหว่าง 38-42 สัปดาห์ โดยมีอายุครรภ์เฉลี่ย 39.10 สัปดาห์

เมื่อทดสอบความแตกต่างของลักษณะกลุ่มตัวอย่างด้วยค่าสถิติไคสแควร์ (Chi-square test) และค่าสถิติที (Independent t-test) พบว่ามารดาคลอดก่อนกำหนดและมารดาคลอดครบกำหนดไม่มีความแตกต่างกันในเรื่อง อายุ ศาสนา จุดมุ่งทางการศึกษา สถานภาพทางการสมรส อาชีพ อาชีพของคู่สมรส รายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน ลักษณะครอบครัวและลำดับที่การตั้งครรภ์ ยกเว้นอายุครรภ์เมื่อคลอดเท่านั้นที่แตกต่างกัน แสดงว่าลักษณะกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (รายละเอียดแสดงในตาราง 1 และ 2)

อย่างไรก็ตามในส่วนของลำดับที่การตั้งครรภ์ถึงแม้จะไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่จะเห็นว่าในกลุ่มคลอดก่อนกำหนดร้อยละ 64 เป็นครรภ์แรกขณะที่กลุ่มคลอดครบกำหนดมีเพียงร้อยละ 42 เป็นครรภ์แรก

ตาราง 1 จำนวน ร้อยละและผลการทดสอบความแตกต่างระหว่างมารดาคลอดก่อนกำหนดและมารดาคลอดครบกำหนด จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล

ข้อมูลส่วนบุคคล	มารดาคลอดก่อนกำหนด		มารดาคลอดครบกำหนด		$\chi^2$	p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
ศาสนา						
พุทธ	38	76	39	78	0.06 <sup>NS</sup>	0.81
อิสลาม	12	24	11	22		
จุดมุ่งทางการศึกษา						
ไม่ได้รับการศึกษา	1	2	1	2	1.11 <sup>NS</sup>	0.89
ประถมศึกษา	22	44	27	54		
มัธยมศึกษา	17	34	13	26		
ประกาศนียบัตรวิชาชีพ	8	16	7	14		
หรืออนุปริญญา						
ปริญญาตรีหรือ	2	4	2	4		
สูงกว่าปริญญาตรี						

ตาราง 1 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	มารดาคลอดก่อนกำหนด		มารดาคลอดครบกำหนด		$\chi^2$	p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
สถานภาพทางการสมรส						
คู่	49	98	49	98	0.00 <sup>NS</sup>	1.00
หย่าร้าง	1	2	1	2		
อาชีพของหญิงตั้งครรภ์						
แม่บ้าน	19	38	19	38	1.90 <sup>NS</sup>	0.75
รับจ้าง	14	28	18	36		
เกษตรกรรวม	6	12	4	8		
ค้าขาย	8	16	8	16		
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	3	6	1	2		
อาชีพของคู่สมรส						
รับจ้าง	26	52	32	64	3.76 <sup>NS</sup>	0.29
เกษตรกรรวม	10	20	4	8		
ค้าขาย	8	16	6	12		
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	6	12	8	16		
รายได้ครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน (บาท)						
≤ 4,000	14	28	18	36	0.85 <sup>NS</sup>	0.84
4,001 - 8,000	25	50	21	42		
8,001 - 12,000	7	14	7	14		
> 12,000	4	8	4	8		
ลักษณะครอบครัว						
เดี่ยว	23	46	30	60	1.97 <sup>NS</sup>	0.16
ขยาย	27	54	20	40		
ลำดับที่การตั้งครรภ์						
ครรภ์แรก	32	64	21	42	5.10 <sup>NS</sup>	0.16
ครรภ์หลัง	18	36	29	58		

NS = ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05



ตาราง 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มจำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคลด้านอายุ และอายุครรภ์

ข้อมูลส่วนบุคคล	มารดาคลอดก่อนกำหนด		มารดาคลอดครบกำหนด		t
	$\bar{x}$	S.D	$\bar{x}$	S.D	
อายุ (ปี)	25.10	4.98	25.40	4.37	-0.03
อายุครรภ์ (สัปดาห์)	33.48	2.03	39.10	0.84	-18.13*

$P^* < .05$

## ส่วนที่ 2 แบบแผนสุขภาพในระยะตั้งครรภ์ของมารดาคลอดก่อนกำหนดและมารดาครบกำหนด

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลแบบแผนสุขภาพในระยะตั้งครรภ์พบว่ามารดาคลอดก่อนกำหนดและมารดาครบกำหนดมีค่าคะแนนแบบแผนสุขภาพในระยะตั้งครรภ์อยู่ในระดับดี โดยมารดาคลอดก่อนกำหนดมีคะแนนอยู่ในช่วง 113 ถึง 150 คะแนน มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 129.60 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 8.52 และมารดาคลอดครบกำหนดมีคะแนนอยู่ในช่วง 108 ถึง 145 คะแนน มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 129.66 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 9.41 (รายละเอียดแสดงในตาราง 3)

เมื่อวิเคราะห์แบบแผนสุขภาพในระยะตั้งครรภ์ในแต่ละแบบแผนพบว่า มารดาคลอดก่อนกำหนดมีค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับดี ในแบบแผนการรับรู้สุขภาพและการดูแลสุขภาพ แบบแผนอาหารและการเผาผลาญสารอาหาร แบบแผนการพักผ่อนนอนหลับ แบบแผนการรับรู้ตนเองและอัตมโนทัศน์ แบบแผนบทบาทและสัมพันธภาพ และแบบแผนการปรับตัวและความทนทานต่อความเครียด และมีค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลางในแบบแผนการขับถ่าย แบบแผนกิจกรรมและการออกกำลังกาย แบบแผนสติปัญญาและการรับรู้ แบบแผนเพศและการเจริญพันธุ์ และแบบแผนคุณค่าและความเชื่อ สำหรับมารดาคลอดครบกำหนดมีค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับดีในแบบแผนการรับรู้สุขภาพและการดูแลสุขภาพ แบบแผนอาหารและการเผาผลาญสารอาหาร แบบแผนการขับถ่าย แบบแผนการพักผ่อนนอนหลับ แบบแผนการรับรู้ตนเองและอัตมโนทัศน์ แบบแผนบทบาทและสัมพันธภาพ และแบบแผนการปรับตัวและความทนทานต่อความเครียด และมีค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลางในแบบแผนกิจกรรมและการออกกำลังกาย แบบแผน

สติปัญญาและการรับรู้ แบบแผนเพศและการเจริญพันธุ์ และแบบแผนคุณค่าและความเชื่อ  
(รายละเอียดแสดงในตาราง 3)

ตาราง 3 ช่วงคะแนน ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนแบบแผนสุขภาพในระยะ  
ตั้งครรภ์ของกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่ม

แบบแผนสุขภาพ ในระยะตั้งครรภ์	มารดาคลอดก่อนกำหนด				มารดาคลอดครบกำหนด			
	ช่วง คะแนน แบบวัด	ช่วงคะแนน กลุ่ม ตัวอย่าง	$\bar{x}$	S.D.	ช่วง คะแนน แบบวัด	ช่วงคะแนน กลุ่ม ตัวอย่าง	$\bar{x}$	S.D.
- การรับรู้สุขภาพ และการดูแล สุขภาพ	15-45	34-44	40.48	2.34	15-45	31-45	40.00	3.21
- อาหารและการเผา ผลาญสารอาหาร	7-21	14-21	18.82	1.78	7-21	15-21	18.30	1.58
- การขับถ่าย	3-9	5-9	6.92	1.23	3-9	4-9	7.12	1.35
- กิจกรรมและการ ออกกำลังกาย	5-15	8-15	11.82	1.61	5-15	8-14	11.64	1.43
- การพักผ่อนนอน หลับ	3-9	4-9	7.28	1.37	3-9	4-9	7.20	1.29
- สติปัญญาและ การรับรู้	4-12	4-12	8.06	1.85	4-12	4-12	8.28	1.74
- การรับรู้ตนเอง และอัตมโนทัศน์	3-9	5-9	8.16	1.18	3-9	6-9	8.48	0.76
- บทบาทและ สัมพันธภาพ	4-12	7-12	10.16	1.72	4-12	7-12	10.42	1.36
- เพศและการเจริญ พันธุ์	2-6	2-5	4.16	0.77	2-6	2-6	3.98	1.17
- การปรับตัวและ ความทนทานต่อ ความเครียด	3-9	5-9	7.14	1.25	3-9	5-9	7.50	1.13
- คุณค่าและความ เชื่อ	3-9	3-9	6.60	1.32	3-9	5-9	6.74	1.05
โดยรวม	52-156	113-150	129.60	8.52	52-156	108-145	129.66	9.41

เมื่อวิเคราะห์แบบแผนสุขภาพในระยะตั้งครรรภ์เป็นรายข้อพบว่า แบบแผนสุขภาพในระยะตั้งครรรภ์ที่หญิงตั้งครรรภ์ควรปฏิบัติให้ถูกต้องเพื่อส่งเสริมสุขภาพของมารดาและทารกในครรรภ์ แต่มารดาคลอดก่อนกำหนดปฏิบัติได้ถูกต้องน้อยกว่าร้อยละ 50 มีทั้งหมด 6 ข้อ ได้แก่ การไม่คลั่งหัวนมขณะตั้งครรรภ์ การไม่ไปในสถานที่ที่มีคนแออัดขณะตั้งครรรภ์ การไม่ทำงานบ้านทั้งหมดโดยไม่มีผู้ช่วยเหลือขณะตั้งครรรภ์ การไปปรึกษาแพทย์เมื่อมีอาการตาพร่ามัว การไม่เอามือคลั่งมดลูกเมื่อมีอาการเจ็บครรรภ์ และการไม่ทำงานทุกอย่างให้ได้ดีเหมือนก่อนตั้งครรรภ์ เพื่อจะได้มีคุณค่ามากขึ้น (รายละเอียดแสดงในตาราง 5 ภาคผนวก ค.)

เมื่อพิจารณาในมารดาคลอดครบกำหนด พบว่า แบบแผนสุขภาพในระยะตั้งครรรภ์ที่มารดาคลอดครบกำหนดปฏิบัติได้ถูกต้องน้อยกว่าร้อยละ 50 มีทั้งหมด 5 ข้อ ได้แก่ การไม่คลั่งหัวนมขณะตั้งครรรภ์ การไม่ไปในสถานที่ที่มีคนแออัดขณะตั้งครรรภ์ การไปพบแพทย์เมื่อมีอาการบัสสาวะแสบขัด การไม่ทำงานบ้านทั้งหมดโดยไม่มีผู้ช่วยเหลือขณะตั้งครรรภ์ และการไม่ทำงานทุกอย่างให้ได้ดีเหมือนก่อนตั้งครรรภ์เพื่อจะได้มีคุณค่ามากขึ้น (รายละเอียดแสดงในตาราง 5 ภาคผนวก ค)

### ส่วนที่ 3 ความแตกต่างของแบบแผนสุขภาพในระยะตั้งครรรภ์ระหว่างมารดาคลอดก่อนกำหนดและมารดาคลอดครบกำหนด

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของแบบแผนสุขภาพในระยะตั้งครรรภ์ระหว่างมารดาคลอดก่อนกำหนดและมารดาคลอดครบกำหนด พบว่าค่าเฉลี่ยของคะแนนแบบแผนสุขภาพในระยะตั้งครรรภ์ระหว่างมารดาคลอดก่อนกำหนดและมารดาคลอดครบกำหนดไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ในทุกแบบแผนและโดยรวม (รายละเอียดแสดงในตาราง 4)

ตาราง 4 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนแบบแผนสุขภาพในระยะ  
ตั้งครรรค์ระหว่างมารดาคลอดก่อนกำหนดและมารดาคลอดครบกำหนด

แบบแผนสุขภาพในระยะตั้งครรรค์	มารดาคลอด ก่อนกำหนด		มารดาคลอด ครบกำหนด		t	p-value
	$\bar{x}$	S.D	$\bar{x}$	S.D		
	- การรับรู้สุขภาพและการดูแล สุขภาพ	40.48	2.34	40.00		
- อาหารและการเผาผลาญสาร อาหาร	18.82	1.78	18.30	1.58	1.54 <sup>NS</sup>	0.13
- การขับถ่าย	6.92	1.23	7.12	1.35	-.77 <sup>NS</sup>	0.44
- กิจกรรมและการออกกำลังกาย	11.82	1.61	11.64	1.43	.59 <sup>NS</sup>	0.56
- การพักผ่อนนอนหลับ	7.28	1.37	7.20	1.29	.30 <sup>NS</sup>	0.76
- สถิติปัญญาและการรับรู้	8.06	1.84	8.28	1.74	-.61 <sup>NS</sup>	0.54
- การรับรู้ตนเองและอัตมโนทัศน์	8.16	1.18	8.48	0.76	-1.61 <sup>NS</sup>	0.11
- บทบาทและสัมพันธภาพ	10.16	1.72	10.42	1.36	-.84 <sup>NS</sup>	0.40
- เพศและการเจริญพันธุ์	4.16	0.77	3.98	1.17	.91 <sup>NS</sup>	0.36
- การปรับตัวและความทนทานต่อ ความเครียด	7.14	1.25	7.50	1.13	-1.51 <sup>NS</sup>	0.13
- คุณค่าและความเชื่อ	6.60	1.32	6.74	1.05	-.59 <sup>NS</sup>	0.56
- โดยรวม	129.60	8.52	129.66	9.41	-.03 <sup>NS</sup>	0.97

NS = ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

เมื่อเปรียบเทียบแบบแผนสุขภาพในระยะตั้งครรรค์ระหว่างมารดาคลอดก่อนกำหนดและ  
มารดาคลอดครบกำหนดเป็นรายข้อพบว่า มารดาทั้งสองกลุ่มมีการปฏิบัติตัวไม่แตกต่างกัน  
ยกเว้นการหลีกเลี่ยงการไปในสถานที่ที่มีคนแออัดและการรับประทานยาบำรุงตามคำสั่งแพทย์  
เป็นประจำที่มารดาคลอดก่อนกำหนดมีส่วนร่วมของผู้ปฏิบัติมากกว่ามารดาคลอดครบกำหนด  
นอกจากนั้นยังพบว่าสัดส่วนของมารดาคลอดก่อนกำหนดที่สวมเสื้อผ้าเหมาะสมกับขนาดของ  
ครรภ์ที่โตขึ้นมีน้อยกว่าในกลุ่มมารดาคลอดครบกำหนด (รายละเอียดแสดงในตาราง 5  
ภาคผนวก ค.)

## การอภิปรายผล

การศึกษาแบบแผนสุขภาพในระยะตั้งครรภ์ของมารดาคลอดก่อนกำหนดและครบกำหนด โดยกลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยมารดาคลอดก่อนกำหนดที่มีอายุครรภ์อยู่ระหว่าง 28-35 สัปดาห์ จำนวน 50 ราย และมารดาคลอดครบกำหนดที่มีอายุครรภ์อยู่ระหว่าง 38-42 สัปดาห์ จำนวน 50 ราย ที่มารับบริการในตึกผู้ป่วยสูติกรรมโรงพยาบาลขนาดใหญ่ โรงพยาบาลสงขลา และโรงพยาบาลพัทลุง จากการศึกษาอภิปรายผลได้ดังนี้

### 1. แบบแผนสุขภาพในระยะตั้งครรภ์ของมารดาคลอดก่อนกำหนด

ผลการศึกษาพบว่ามารดาคลอดก่อนกำหนดมีค่าคะแนนแบบแผนสุขภาพในระยะตั้งครรภ์โดยรวมอยู่ในระดับดี และเมื่อพิจารณาในแต่ละแบบแผนก็พบว่าค่าเฉลี่ยของคะแนนอยู่ในระดับดีและระดับปานกลาง แสดงว่ามารดาคลอดก่อนกำหนดมีแบบแผนสุขภาพในระยะตั้งครรภ์ดี ทั้งนี้อธิบายได้ว่ากลุ่มตัวอย่างมารดาคลอดก่อนกำหนดที่ศึกษาทั้งหมดฝากครรภ์ที่แผนกฝากครรภ์โรงพยาบาลขนาดใหญ่ โรงพยาบาลสงขลาและโรงพยาบาลพัทลุง ซึ่งโรงพยาบาลทั้ง 3 แห่งดังกล่าวมีการสอนสุขภาพเกี่ยวกับการปฏิบัติตนระหว่างตั้งครรภ์แก่หญิงตั้งครรภ์เป็นรายบุคคล และรายกลุ่มเกือบทุกครั้งที่มาฝากครรภ์ การให้สุขภาพอย่างมีแบบแผนจะทำให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้ได้ดีและให้ความร่วมมือปฏิบัติตามคำแนะนำได้ดีมาก (Bille, 1979 อ้างตาม สุรีย์ และคณะ, 2528 : 48) ส่งผลให้มารดาคลอดก่อนกำหนดมีแบบแผนสุขภาพในระยะตั้งครรภ์ดี นอกจากนี้แล้วมารดาคลอดก่อนกำหนดที่ศึกษาส่วนใหญ่มีลักษณะเป็นครอบครัวขยายจึงอาจได้รับความช่วยเหลือและการสนับสนุนจากบิดามารดา สามีและญาติเกี่ยวกับการปฏิบัติตนเพื่อส่งเสริมสุขภาพระหว่างตั้งครรภ์ (Rubin, 1975; Winder, 1977, cited by Lowenstein & Rinehart, 1981 : 296) ทำให้มารดาคลอดก่อนกำหนดมีแบบแผนสุขภาพในระยะตั้งครรภ์ดีในแบบแผนการรับรู้สุขภาพและการดูแลสุขภาพ แบบแผนอาหารและการเผาผลาญสารอาหาร แบบแผนการพักผ่อนนอนหลับ แบบแผนการรับรู้ตนเองและอัตมโนทัศน์ แบบแผนบทบาทและสัมพันธภาพ และแบบแผนการปรับตัวและความทนทานต่อความเครียด และมีแบบแผนสุขภาพในระยะตั้งครรภ์ปานกลางในแบบแผนการขับถ่าย แบบแผนกิจกรรมและการออกกำลังกาย แบบแผนสติปัญญาและการรับรู้ แบบแผนเพศและการเจริญพันธุ์ และแบบแผนคุณค่าและความเชื่อ สำหรับแบบแผนสุขภาพในระยะตั้งครรภ์ที่มารดาคลอดก่อนกำหนดปฏิบัติไม่ถูกต้องและควรปรับปรุงแก้ไขได้แก่ การคลั่งหัวนอนขณะตั้งครรภ์ การไปในสถานที่ที่มีคนแออัดขณะตั้งครรภ์ การทำงานบ้านทั้งหมดโดยไม่มีผู้ช่วยเหลือ การไม่ปรึกษาแพทย์เมื่อมีอาการตาฟ้ามัว การเอามือ

คลังมดถูกเมื่อมีอาการเจ็บครรภ์ และการทำงานทุกอย่างให้ได้ดีเหมือนก่อนตั้งครรภ์เพื่อจะได้มีคุณค่ามากขึ้น ผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของพิชญา (Pitchaya, 1997) พบว่า อัตราเสี่ยงของการคลอดก่อนกำหนดเพิ่มมากขึ้น สัมพันธ์กันกับภาวะแทรกซ้อนทางสูติศาสตร์ และการคลอดก่อนกำหนดมีความสัมพันธ์เพียงเล็กน้อยกับการทำงานเป็นเวลาหลายชั่วโมงและการยกของต่ำกว่าระดับนั้นเองในระหว่างการตั้งครรภ์ แต่ขัดแย้งกับการศึกษาของพร้อมจิตร (2537) พบว่ามารดาคลอดก่อนกำหนดมีความพร้อมในการดูแลตนเองระหว่างตั้งครรภ์ในเรื่อง การรับประทานอาหาร การฝากครรภ์และการมาตรวจตามนัด การพักผ่อน การทำงานและการออกกำลังกาย การป้องกันอุบัติเหตุและการกระทบกระเทือน การมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น การปรึกษาปัญหา การจัดการกับความวิตกกังวลและความเครียด การจัดเวลาที่เป็นส่วนตัว และการแสวงหาความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวระหว่างตั้งครรภ์ และขัดแย้งกับการศึกษาของแครนลีย์ (Cranley, 1983 : 13S-18S) และการศึกษาของเวอร์จิและคอตทิงตัน (Virji & Cottingham, 1991 : 347-353) พบว่ามารดาคลอดก่อนกำหนดสูบบุหรี่ ดื่มสุรา ดื่มกาแฟ รับประทานยาอะดัมป์ประสาท หรือยานอนหลับขณะตั้งครรภ์

## 2. แบบแผนสุขภาพในระยะตั้งครรภ์ของมารดาคลอดครบกำหนด

ผลการศึกษาพบว่ามารดาคลอดครบกำหนดมีค่าคะแนนแบบแผนสุขภาพในระยะตั้งครรภ์อยู่ในระดับดี และเมื่อพิจารณาในแต่ละแบบแผนพบว่าค่าเฉลี่ยของคะแนนอยู่ในระดับดี และระดับปานกลางแสดงว่า มารดาคลอดครบกำหนดมีแบบแผนสุขภาพในระยะตั้งครรภ์ดี ทั้งนี้ อธิบายได้ว่าการที่มารดาคลอดครบกำหนดที่ศึกษาทั้งหมดฝากครรภ์ในสถานบริการสุขภาพที่ให้ความรู้เกี่ยวกับข้อควรปฏิบัติระหว่างตั้งครรภ์เกือบทุกครั้งที่มาฝากครรภ์ อีกทั้งเปิดโอกาสให้ซักถามปัญหาเกี่ยวกับการปฏิบัติตนระหว่างตั้งครรภ์และให้ความช่วยเหลือส่งผลให้มารดาคลอดครบกำหนดมีแบบแผนสุขภาพในระยะตั้งครรภ์ดี นอกจากนี้แล้วมารดาคลอดครบกำหนดที่ศึกษาส่วนใหญ่เป็นครรภ์หลัง จึงมีประสบการณ์การดูแลตนเองระหว่างตั้งครรภ์เป็นอย่างดี ส่งเสริมให้มารดาคลอดครบกำหนดมีแบบแผนสุขภาพในระยะตั้งครรภ์ดีในแบบแผนการรับรู้สุขภาพและการดูแลสุขภาพ แบบแผนอาหารและการเผาผลาญสารอาหาร แบบแผนการรับถ่าย แบบแผนการพักผ่อนนอนหลับ แบบแผนการรับรู้ตนเองและอัตมโนทัศน์ แบบแผนบทบาทและสัมพันธภาพ และแบบแผนการปรับตัวและความทนทานต่อความเครียด และมีแบบแผนสุขภาพในระยะตั้งครรภ์ปานกลางในแบบแผนกิจกรรมและการออกกำลังกาย แบบแผนสติปัญญาและการรับรู้แบบแผนเพศและการเจริญพันธุ์ และแบบแผนคุณค่าและความเชื่อ สำหรับแบบแผนสุขภาพในระยะตั้งครรภ์ที่มารดาคลอดครบกำหนดปฏิบัติไม่ถูกต้องและควรปรับปรุงแก้ไขได้แก่ การคลัง

หัวหน้าขณะตั้งครรรค์ การไปในสถานที่ที่มีคนแออัดขณะตั้งครรรค์ การไม่ไปพบแพทย์เมื่อมีอาการ  
 บัสดวะเสบซัด การทำงานบ้านทั้งหมดโดยไม่มีผู้ช่วยเหลือ และการทำงานทุกอย่างให้ได้ดี  
 เหมือนก่อนตั้งครรรค์เพื่อจะได้มีคุณค่ามากขึ้น ผลการศึกษาสอดคล้องกับการศึกษาของนักวิจัย  
 หลายท่านเช่น ศรีนวล และเพชรน้อย (2531) พบว่าหญิงตั้งครรรค์ปฏิบัติตนเพื่อสุขภาพระหว่าง  
 ตั้งครรรค์อยู่ในเกณฑ์ดีทั้งด้านโภชนาการและด้านการป้องกันความเจ็บป่วยเช่นเดียวกับพิศมัย  
 (2530) พบว่าการปฏิบัติตนด้านสุขภาพของหญิงตั้งครรรค์อยู่ในระดับดีทั้งในด้านโภชนาการ ด้าน  
 การรักษาสุขภาพกายและการป้องกันความเจ็บป่วย และด้านการรักษาสุขภาพจิต

### 3. ความแตกต่างของแบบแผนสุขภาพในระยะตั้งครรรค์ระหว่างมารดาคลอดก่อนกำหนด และมารดาคลอดครบกำหนด

ผลการศึกษาพบว่ามารดาคลอดก่อนกำหนดและมารดาคลอดครบกำหนดมีคะแนนเฉลี่ย  
 แบบแผนสุขภาพในระยะตั้งครรรค์โดยรวม และในแต่ละแบบแผนไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ  
 ทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งไม่สนับสนุนสมมติฐานการวิจัย ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการวิจัยครั้งนี้มี  
 จุดอ่อนในการออกแบบวิจัยหลายประการด้วยกันโดยสามารถอธิบายในรายละเอียดได้ดังนี้

การเลือกกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษายังไม่เป็นตัวแทนที่ดีของประชากรที่ต้องการศึกษา โดยมี  
 ขนาดน้อยเกินไปคือ มีจำนวนเพียง 100 ราย แบ่งเป็นกลุ่มคลอดก่อนกำหนด 50 ราย และ  
 กลุ่มคลอดครบกำหนด 50 ราย จากการสำรวจจำนวนมารดาคลอดก่อนกำหนดที่มีคุณสมบัติ  
 ตามลักษณะกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการศึกษาในโรงพยาบาลขนาดใหญ่ โรงพยาบาลสงขลา และ  
 โรงพยาบาลพัทลุง ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2539 ถึงวันที่ 31 ธันวาคม 2539 พบว่ามีจำนวน 216  
 คน ดังนั้นขนาดกลุ่มตัวอย่างมารดาคลอดก่อนกำหนดที่ศึกษาจึงควรมีจำนวน 140 คน ตาม  
 ตารางการกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างของเครจซี่และมอร์แกน (Krejcie & Morgan, 1970 : 608)  
 (รายละเอียดแสดงในตาราง 6 ภาคผนวก ค.) การเลือกขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่ไม่เหมาะสม  
 ทำให้ผลการวิจัยคลาดเคลื่อนได้ (วิจิตร, 2522 : 124) นอกจากนี้การประเมินอายุครรรค์ของกลุ่ม  
 ตัวอย่างตามการวินิจฉัยของสูติแพทย์ โดยคิดจากวันแรกของการมีประจำเดือนครั้งสุดท้าย  
 อาจทำให้หญิงตั้งครรรค์จำไม่ได้จึงเกิดความคลาดเคลื่อนในการคิดอายุครรรค์ ทำให้การจัดกลุ่ม  
 ตัวอย่างคลาดเคลื่อนไปด้วย

แบบสอบถามแบบแผนสุขภาพในระยะตั้งครรรค์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นไม่สามารถวัดพฤติกรรมที่  
 ละเอียดยของกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มได้ ทำให้พฤติกรรมที่วัดได้ไม่แตกต่างกัน

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาย้อนหลัง ดังนั้นอาจเกิดความคลาดเคลื่อนของข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างทั้งนี้เพราะกลุ่มตัวอย่างอาจลืมหรือจำไม่ได้เกี่ยวกับการปฏิบัติตนที่ผ่านมา อีกทั้งการที่ไม่ได้กำหนดการปฏิบัติตนในระยะใดระยะหนึ่งของการตั้งครรภ์ให้แก่กลุ่มตัวอย่าง อาจทำให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามเป็นการปฏิบัติตนในระยะใกล้คลอด ซึ่งการปฏิบัติตนย่อมไม่แตกต่างกัน นอกจากนี้แล้วการรวบรวมข้อมูลที่ได้จากการตอบแบบสอบถามอย่างเดียว โดยขาดการตรวจสอบข้อมูลที่เป็นปรนัยเช่น ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการและผลการตรวจร่างกายรวมทั้งไม่มีการสังเกตพฤติกรรมที่แท้จริง ทำให้ผลการวิจัยเกิดความคลาดเคลื่อนได้

นอกจากนี้แล้วการที่กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มที่ศึกษาครั้งนี้ไม่แตกต่างกันทั้งในด้านอายุ การนับถือศาสนา วุฒิทางการศึกษา สถานภาพทางการสมรส อาชีพ อาชีพของคู่สมรส รายได้ ครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน ลำดับที่การตั้งครรภ์และลักษณะครอบครัว อาจส่งผลให้มีแบบแผนสุขภาพในระยะตั้งครรภ์ไม่แตกต่างกันด้วย ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของศิริพร (ศิริพร, 2535 : 63) ที่กล่าวว่า แบบแผนสุขภาพของบุคคลเป็นอย่างไรนั้นขึ้นกับปัจจัยหลายประการเช่นพันธุกรรม การพัฒนาการของบุคคล ความรู้ เจตคติ ระบบสนับสนุน ทรัพยากรและระบบบริการสาธารณสุข ทั้งนี้สามารถอธิบายในรายละเอียดได้ดังนี้

มารดาคลอดก่อนกำหนดและมารดาคลอดครบกำหนดที่ศึกษามีอายุเฉลี่ยเท่ากันคือ 25 ปี ซึ่งอยู่ในวัยผู้ใหญ่ตอนต้นที่มีความพร้อมทางวุฒิภาวะ วุฒิภาวะจะช่วยให้บุคคลพินิจพิจารณาไตร่ตรองโดยอาศัยสติปัญญา การเรียนรู้ และประสบการณ์ในอดีต และนำไปสู่ความตั้งใจที่จะกระทำการดูแลตนเองตามเหตุผลและความสำคัญของสิ่งที่ได้ไตร่ตรอง (จินตนา, 2527 : 43) ส่งผลให้มีแบบแผนสุขภาพที่ดี จึงทำให้มารดาคลอดก่อนกำหนดและมารดาคลอดครบกำหนดมีแบบแผนสุขภาพในระยะตั้งครรภ์ไม่แตกต่างกัน

ศาสนามีอิทธิพลและมีบทบาทเกี่ยวข้องกับความเป็นอยู่ของมนุษย์อย่างมากตั้งแต่เกิดจนตาย (ไพบุลย์, 2517 อ้างตามคุชฎี, 2535 : 32) โดยเป็นส่วนที่กำหนดความเชื่อของบุคคลในการที่จะกระทำสิ่งใดสิ่งหนึ่งลงไปเกี่ยวกับวัตถุสิ่งของ บุคคล หรือสถานการณ (Rokeach, 1973 อ้างตามคุชฎี, 2535 : 36) ประเพณี วัฒนธรรมและความเชื่อต่างๆ เกี่ยวกับการตั้งครรภ์มีผลต่อเจตคติและพฤติกรรมสุขภาพระหว่างตั้งครรภ์เป็นอย่างมาก (วัธมน และมนต์ทิพย์, 2533 : 5) ดังนั้นการที่มารดาคลอดก่อนกำหนดและมารดาคลอดครบกำหนดมีศาสนาไม่แตกต่างกันอาจส่งผลให้มีแบบแผนสุขภาพในระยะตั้งครรภ์ไม่แตกต่างกัน



การศึกษาเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล (สายใจ, 2517 อ้างตาม ดุษฎี, 2535 : 31) โดยทำให้บุคคลมีความรู้ที่ถูกต้องในการปฏิบัติพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ จากการศึกษาพบว่าหญิงตั้งครรภ์ที่มีระดับการศึกษาไม่แตกต่างกันจะมีภาวะโภชนาการไม่แตกต่างกัน (ณัฐกาญจน์, 2521 อ้างตามพิศมัย, 2530 : 104) ดังนั้นการที่มารดาคลอดก่อนกำหนด และมารดาคลอดครบกำหนดที่ศึกษามีการศึกษาไม่แตกต่างกัน ย่อมส่งผลให้มีแบบแผนสุขภาพ ในระยะตั้งครรภ์ไม่แตกต่างกัน

การมีคู่สมรสเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลอย่างหนึ่งที่ส่งเสริมการกระทำกิจกรรมการดูแลสุขภาพ โดยคู่สมรสจะทำให้หญิงตั้งครรภ์รู้สึกอบอุ่น ปลอดภัย รู้สึกว่ามีคนรักและเอาใจใส่ มีกำลังใจ เกิดความเชื่อมั่นในตนเอง และรู้สึกว่าตนมีคุณค่า (Weiss, 1974 อ้างตามดุษฎี, 2535 : 92) ทำให้มีความสามารถในการดูแลตนเองดี การที่มารดาคลอดก่อนกำหนดและมารดาคลอดครบกำหนดที่ศึกษาส่วนใหญ่มีสถานภาพทางการสมรสคู่ จึงอาจได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือจากสามีคล้ายกัน ส่งผลให้มีแบบแผนสุขภาพในระยะตั้งครรภ์ไม่แตกต่างกัน

อาชีพ หรือลักษณะงานที่ทำระหว่างตั้งครรภ์เป็นสิ่งที่บ่งบอกถึงการตัดสินใจในการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ (พรหมจิตร, 2537 : 26) ดังนั้นการที่มารดาคลอดก่อนกำหนดและมารดาคลอดครบกำหนด มีอาชีพไม่แตกต่างกัน ย่อมส่งผลให้มีแบบแผนสุขภาพในระยะตั้งครรภ์ไม่แตกต่างกัน

รายได้หรือฐานะทางเศรษฐกิจเป็นปัจจัยร่วมที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพ (ประภาเพ็ญ, 2526 อ้างตามเยาวลักษณ์, 2529 : 95) โดยผู้ที่มีฐานะทางเศรษฐกิจต่ำจะมีความสนใจเกี่ยวกับการเลี้ยงชีพ และการแก้ปัญหาเฉพาะหน้ามากกว่าที่จะวางแผนเกี่ยวกับการปฏิบัติตนด้านสุขภาพ จากการศึกษาพบว่าหญิงตั้งครรภ์ที่มีระดับรายได้ไม่แตกต่างกัน มีภาวะโภชนาการไม่แตกต่างกัน (ณัฐกาญจน์, 2521 อ้างตามพิศมัย, 2530 : 106) ดังนั้นการที่มารดาคลอดก่อนกำหนดและมารดาคลอดครบกำหนดที่ศึกษามีรายได้ไม่แตกต่างกันย่อมส่งผลให้มีแบบแผนสุขภาพในระยะตั้งครรภ์ไม่แตกต่างกัน

จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์เป็นประสบการณ์ในชีวิตตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์จนถึงการคลอดบุตร โอเรม (Orem, 1985 : 120) เชื่อว่าความสามารถในการดูแลตนเองเพื่อสนองความต้องการการดูแลตนเองในด้านต่างๆ จะแปรเปลี่ยนไปตามประสบการณ์ของบุคคล โดยหญิงครรภ์แรกมีความสนใจเอาใจใส่หาความรู้จากแหล่งต่างๆ เพื่อดูแลตนเองระหว่างตั้งครรภ์ ส่วนหญิงครรภ์หลังจะมีประสบการณ์ในการตั้งครรภ์การคลอด เคยพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองมาแล้ว ดังนั้นมารดาคลอดก่อนกำหนดที่ศึกษาถึงแม้ส่วนใหญ่จะเป็นครรภ์แรก และมารดาคลอด

ครบกำหนดที่ศึกษาส่วนใหญ่จะเป็นครรภ์หลังก็ตามจึงมีแบบแผนสุขภาพในระยะตั้งครรภ์ไม่แตกต่างกัน

วัฒนธรรมไทยและสังคมไทย เป็นลักษณะสังคมที่มีความผูกพันในเครือข่ายสังคมค่อนข้างแน่นหนา มีการช่วยเหลือกันอย่างสม่ำเสมอ และในสภาวะการณ์การตั้งครรภ์มารดาจะมีบทบาทในการเป็นแบบอย่างการปฏิบัติเป็นผู้ให้คำแนะนำและช่วยเหลือให้หญิงตั้งครรภ์มีการปฏิบัติตัวที่ดี ดังนั้นการที่มารดาคลอดก่อนกำหนดและมารดาคลอดครบกำหนดที่ศึกษาส่วนใหญ่มีลักษณะครอบครัวไม่แตกต่างกันจึงมีผลให้แบบแผนสุขภาพในระยะตั้งครรภ์ไม่แตกต่างกัน

สำหรับการเปรียบเทียบความแตกต่างของแบบแผนสุขภาพในระยะตั้งครรภ์ระหว่างมารดาคลอดก่อนกำหนดและมารดาคลอดครบกำหนดเป็นรายข้อพบว่ามารดาคลอดก่อนกำหนดไม่เคยไปในสถานที่ที่มีคนแออัดมากกว่ามารดาคลอดครบกำหนดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และรับประทานยาบำรุงตามคำสั่งแพทย์เป็นประจำมากกว่ามารดาคลอดครบกำหนดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้อาจอธิบายได้ว่ามารดาคลอดก่อนกำหนดที่ศึกษาส่วนใหญ่เป็นครรภ์แรก (ร้อยละ 64) จึงมีความสนใจที่จะดูแลตนเองและทารกในครรภ์ให้มีสุขภาพสมบูรณ์แข็งแรงในทุกๆ ด้านตามคำแนะนำของแพทย์หรือพยาบาล ดังนั้นจึงมีพฤติกรรมป้องกันโรคและการส่งเสริมสุขภาพที่ดี ส่วนมารดาคลอดครบกำหนดที่ศึกษาส่วนใหญ่เป็นครรภ์ที่สอง (ร้อยละ 44) เคยมีประสบการณ์เกี่ยวกับการตั้งครรภ์มาก่อนมีการรับรู้ถึงผลของการเปลี่ยนแปลงในระยะตั้งครรภ์มาแล้ว ทำให้ความสนใจในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพลดลง จึงพบว่าแบบแผนสุขภาพในระยะตั้งครรภ์ในข้อดังกล่าวของมารดาคลอดก่อนกำหนดดีกว่ามารดาคลอดครบกำหนด นอกจากนี้แล้วมารดาคลอดก่อนกำหนดสวมเสื้อผ้าที่เหมาะสมกับขนาดของครรภ์ที่โตขึ้นน้อยกว่ามารดาคลอดครบกำหนดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้อาจอธิบายได้ว่า การที่มารดาคลอดก่อนกำหนดส่วนใหญ่เป็นครรภ์แรก ไม่มีประสบการณ์การตั้งครรภ์ จึงรู้สึกว่าการเปลี่ยนแปลงของครรภ์ที่โตขึ้นทำให้ความสวยงามของตนเองลดลง และอาจดึงดูดความสนใจจากสามีลดลง จึงพยายามสวมเสื้อผ้าที่มีขนาดเล็กเพื่อไม่ให้รูปร่างน่าเกลียดตามความรู้สึก สำหรับมารดาคลอดครบกำหนดที่ศึกษาส่วนใหญ่เป็นครรภ์ที่ 2 มีประสบการณ์การตั้งครรภ์มาแล้วและเห็นว่าการเปลี่ยนแปลงของรูปร่างขณะตั้งครรภ์เป็นเรื่องธรรมดาจึงสวมเสื้อผ้าที่เหมาะสมกับขนาดของครรภ์ที่โตขึ้นมากกว่ามารดาคลอดครบกำหนด

ผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของปริศนา (2535) พบว่า มารดาที่มีภาวะแทรกซ้อนระหว่างตั้งครรภ์และมารดาที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนระหว่างตั้งครรภ์มีพฤติกรรมสุขภาพไม่แตกต่างกันทั้งพฤติกรรมป้องกันโรคและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ถึงแม้ว่าผลการ

ศึกษาจะสอดคล้องกันก็ตามแต่การออกแบบวิจัยที่แตกต่างกันอาจส่งผลให้ผลการวิจัยที่ได้ไม่ตรงกัน ทั้งนี้พิจารณาจากประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาต่างกัน โดยประชากรของปริศนา (2535) เป็นหญิงตั้งครรภ์ที่มีภูมิลำเนาในภาคเหนือ 17 จังหวัดมีอายุครรภ์ตั้งแต่ 24 สัปดาห์ถึง 40 สัปดาห์ฝากครรภ์ที่โรงพยาบาล ไม่มีโรคทางอายุรกรรม โรคทางศัลยกรรม หรือโรคจิต มีภาวะแทรกซ้อนทางสูติศาสตร์หรือไม่มีภาวะแทรกซ้อนทางสูติศาสตร์ร่วมด้วย ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง 280 ราย ประมาณจากตัวแปรที่ศึกษาและการวิเคราะห์ตัวแปรแบบถดถอยพหุคูณ หลังจากสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคลจึงแบ่งเป็นกลุ่มที่มีภาวะแทรกซ้อน 67 ราย ที่เหลือ 213 ราย เป็นกลุ่มที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนทางสูติศาสตร์ ทั้งนี้ไม่ได้บอกรายละเอียดของการมีภาวะแทรกซ้อนทางสูติศาสตร์ จึงไม่ทราบว่าภาวะแทรกซ้อนอะไรและมีจำนวนเท่าใด ซึ่งแตกต่างจากกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาคั้งนี้ นอกจากนี้เครื่องมือในการวิจัยก็มีลักษณะแตกต่างกันโดยปริศนา (2535) สร้างเครื่องมือโดยสรุปแนวคิดเรื่องพฤติกรรมสุขภาพที่ค้นคว้าและทบทวนมาจัดใหม่ให้อยู่ในพฤติกรรมป้องกันการโรคประกอบด้วย การป้องกันการติดเชื้อ การป้องกันอุบัติเหตุเล็กน้อย ภาวะเสี่ยงและการสังเกตอาการผิดปกติ การช้ยาและการหลีกเลี่ยงสิ่งเสพติด การจัดการกับภาวะเครียด และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพประกอบด้วย การรักษาสุขภาพส่วนบุคคล การรับประทานอาหาร การออกกำลังกายและการทำงาน การพักผ่อนและนันทนาการและการใช้บริการสาธารณสุข แต่การสร้างเครื่องมือของผู้วิจัยอาศัยแนวคิดพื้นฐานแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน (Gordon, 1982, 1987) ปรับปรุงโดยศิริพร (2535) ทำให้หัวข้อพฤติกรรมในแบบสอบถามไม่เหมือนกัน อาจส่งผลให้การวัดที่ได้ไม่ตรงกันแม้ว่าจะมีความสอดคล้องก็ตาม

ผลการศึกษาคั้งนี้ขัดแย้งกับการศึกษาของพร้อมจิตร์ (2537) พบว่ามารดาที่มีการเจ็บครรภ์ก่อนกำหนดมีความพร้อมในการดูแลตนเองระหว่างตั้งครรภ์มากกว่ามารดาที่ไม่มีการเจ็บครรภ์ก่อนกำหนด ผลการศึกษาขัดแย้งกันอาจเนื่องมาจากการออกแบบวิจัยที่แตกต่างกัน กล่าวคือ กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาของพร้อมจิตร์ (2537) เป็นมารดาหลังคลอดที่มีการเจ็บครรภ์ก่อนกำหนด 30 ราย และมารดาหลังคลอดที่ไม่มีการเจ็บครรภ์ก่อนกำหนด 30 ราย ที่มารับบริการที่แผนกสูติกรรมโรงพยาบาลรามารินดี และงานการพยาบาลผู้ป่วยเฉพาะทางสูติกรรมโรงพยาบาลราชวิถี โดยไม่มีข้อจำกัดของลักษณะกลุ่มตัวอย่างเช่น อายุ โรคหรือภาวะแทรกซ้อนระหว่างตั้งครรภ์ ประวัติการแท้งหรือการคลอดก่อนกำหนด และการผ่าตัดเอาทารกออกทางหน้าท้อง ซึ่งแตกต่างจากกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาคั้งนี้ นอกจากนี้แล้วแบบสัมภาษณ์ความพร้อมในการดูแลตนเองระหว่างตั้งครรภ์ของพร้อมจิตร์ (2537) มีลักษณะเป็นคำถามปลายเปิด 13 ข้อ เกี่ยวกับการดูแลตนเองระหว่างตั้งครรภ์ 6 ด้าน ได้แก่ การดูแลตนเองในเรื่องโภชนาการ การดูแลตนเองในเรื่องการฝากครรภ์และการมาตรวจตามนัด การดูแลตนเองในเรื่อง

กิจวัตรประจำวันและสุขอนามัยทั่วไป การดูแลตนเองในเรื่องการสังเกตอาการและอาการแสดงของการเจ็บครรภ์ก่อนกำหนด การดูแลตนเองในด้านจิตสังคม และการดูแลตนเองในเรื่องการแสวงหาความรู้ในการปฏิบัติตัวระหว่างตั้งครรภ์ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน 4 ระดับในการตัดสินพฤติกรรมดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ ทำให้สามารถวัดพฤติกรรมดูแลตนเองที่หญิงตั้งครรภ์กระทำตามความเป็นจริง ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาครั้งนี้ การออกแบบวิจัยที่แตกต่างกันดังกล่าว อาจทำให้ผลการวิจัยที่ได้แตกต่างกัน

โดยสรุปการไม่พบความแตกต่างของแบบแผนสุขภาพในระยะตั้งครรภ์ระหว่างมารดาคลอดก่อนกำหนดและมารดาคลอดครบกำหนด ซึ่งในที่นี้หมายถึงการปฏิบัติตนในระยะตั้งครรภ์ตามกรอบแนวคิดแบบแผนสุขภาพทั้งในภาพรวม และในแต่ละแบบแผน น่าจะมาจากหลายปัจจัยด้วยกันได้แก่ จำนวนกลุ่มตัวอย่าง ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง และการวัดการปฏิบัติตนเป็นต้น อย่างไรก็ตาม ผลการวิจัยครั้งนี้สามารถสะท้อนให้เห็นว่าการปฏิบัติตนไม่ได้เป็นปัจจัยของการคลอดก่อนกำหนด

## บทที่ 5

### สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ

#### สรุปผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย เพื่อศึกษาแบบแผนสุขภาพในระยะตั้งครรภ์ของมารดาคลอดก่อนกำหนดและครบกำหนด

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ประกอบด้วยมารดาคลอดก่อนกำหนดและมารดาคลอดครบกำหนดจำนวน 100 ราย ที่มารับบริการในหอผู้ป่วยหลังคลอดแผนกสูติกรรม โรงพยาบาลหาดใหญ่ โรงพยาบาลสงขลาและโรงพยาบาลพัทลุง โดยเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) แบ่งเป็นกลุ่มคลอดก่อนกำหนด 50 ราย และกลุ่มคลอดครบกำหนด 50 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และแบบสอบถามแบบแผนสุขภาพในระยะตั้งครรภ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยอาศัยแนวคิดพื้นฐานแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน (Gordon, 1982, 1987) ปรับปรุงโดยศิริพร (2535) ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือไปตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหาและทดสอบความเที่ยงของเครื่องมือโดยใช้วิธีการหาสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเที่ยง 0.94

การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS/PC ดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลโดยคำนวณความถี่และหาค่าร้อยละ และทดสอบความแตกต่างของข้อมูลส่วนบุคคลด้วยสถิติไคสแควร์ (Chi-square test) และสถิติที (Independent t-test)
2. คำนวณช่วงคะแนน ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนแบบแผนสุขภาพในระยะตั้งครรภ์
3. เปรียบเทียบแบบแผนสุขภาพในระยะตั้งครรภ์ระหว่างกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มด้วยสถิติที (Independent t-test)

ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วยมารดาคลอดก่อนกำหนด จำนวน 50 รายและมารดาคลอดครบกำหนดจำนวน 50 ราย กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมีอายุเฉลี่ย 25 ปี ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ จบการศึกษาระดับประถมศึกษา สถานภาพทางการสมรสคู่ มีอาชีพแม่บ้าน และ

รายได้ครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน อยู่ระหว่าง 4,001-8,000 บาท มารดาคลอดก่อนกำหนดส่วนใหญ่มีลักษณะเป็นครอบครัวขยาย และเป็นครรภ์แรก มารดาคลอดครบกำหนดส่วนใหญ่มีลักษณะเป็นครอบครัวเดี่ยว และเป็นครรภ์ที่สอง

มารดาคลอดก่อนกำหนดมีค่าเฉลี่ยคะแนนแบบแผนสุขภาพในระยะตั้งครรภ์โดยรวมอยู่ในระดับดี และในแต่ละแบบแผนอยู่ในระดับดีและระดับปานกลาง โดยพบว่าแบบแผนที่มีคะแนนเฉลี่ยแบบแผนสุขภาพในระยะตั้งครรภ์อยู่ในระดับดีมี 6 แบบแผน (แบบแผนการรับรู้สุขภาพและการดูแลสุขภาพ แบบแผนอาหารและการเผาผลาญสารอาหาร แบบแผนการพักผ่อนนอนหลับ แบบแผนการรับรู้ตนเองและอัตมโนทัศน์ แบบแผนบทบาทและสัมพันธภาพ และแบบแผนการปรับตัวและความทนทานต่อความเครียด) ส่วนอีก 5 แบบแผนพบว่ามีค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง ส่วนมารดาคลอดครบกำหนดพบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนแบบแผนสุขภาพในระยะตั้งครรภ์โดยรวมอยู่ในระดับดี และในแต่ละแบบแผนอยู่ในระดับดีและระดับปานกลาง โดยพบว่าแบบแผนที่มีคะแนนเฉลี่ยแบบแผนสุขภาพในระยะตั้งครรภ์อยู่ในระดับดี มี 7 แบบแผน (แบบแผนการรับรู้สุขภาพและการดูแลสุขภาพ แบบแผนอาหารและการเผาผลาญสารอาหาร แบบแผนการขับถ่าย แบบแผนการพักผ่อนนอนหลับ แบบแผนการรับรู้ตนเองและอัตมโนทัศน์ แบบแผนบทบาทและสัมพันธภาพ และแบบแผนการปรับตัวและความทนทานต่อความเครียด) ส่วนอีก 4 แบบแผนพบว่ามีค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง

เมื่อทดสอบค่าคะแนนเฉลี่ยแบบแผนสุขภาพในระยะตั้งครรภ์โดยรวมระหว่างกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่มพบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p > .05$ )

### ข้อเสนอแนะ

จากผลการศึกษาแบบแผนสุขภาพในระยะตั้งครรภ์ของมารดาคลอดก่อนกำหนดและครบกำหนด ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะดังนี้

#### 1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

จากผลการวิจัยถึงแม้จะพบว่ามารดาคลอดก่อนกำหนดและมารดาคลอดครบกำหนดมีแบบแผนสุขภาพในระยะตั้งครรภ์ดีและปานกลางก็ตาม แต่เมื่อวิเคราะห์แบบแผนสุขภาพในระยะตั้งครรภ์เป็นรายข้อแล้วพบว่า มารดาคลอดก่อนกำหนด และมารดาคลอดครบกำหนดยังปฏิบัติตนไม่ถูกต้องในเรื่องการคลังห้วงขณะตั้งครรภ์ การไปในสถานที่ที่มีคนแออัดขณะตั้งครรภ์ การทำงานขณะตั้งครรภ์ การปรึกษาแพทย์เมื่อมีอาการผิดปกติขณะตั้งครรภ์ การดูแลสุขภาพตนเองเมื่อมีอาการและอาการแสดงของการเจ็บครรภ์ก่อนกำหนด และการปฏิบัติตนที่ไม่ถูกต้อง

เพื่อให้ตนเองมีคุณค่ามากขึ้นขณะตั้งครรภ์ ดังนั้นเพื่อส่งเสริมการปฏิบัติตนที่ถูกต้อง พยายามควรสอดแทรกเนื้อหาเหล่านี้ในการสอนสุขศึกษาแก่หญิงตั้งครรภ์ทั้งรายบุคคลและรายกลุ่ม นอกเหนือจากเนื้อหาหลักที่เคยสอน ไม่ว่าจะหญิงตั้งครรภ์ครรภ์แรกหรือครรภ์หลังก็ตาม

## 2. ด้านการศึกษาพยาบาล

ในการจัดการเรียนการสอนทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติเกี่ยวกับหัวข้อการสอนสุขศึกษาแก่หญิงตั้งครรภ์ ควรบรรจุเนื้อหาการปฏิบัติตนที่ไม่ถูกต้องเหล่านี้ในแผนการเรียนการสอน และติดตามการให้สุขศึกษาของนักศึกษาพยาบาลขณะฝึกปฏิบัติงานบนหอผู้ป่วยว่าครอบคลุมเนื้อหาเหล่านี้หรือไม่

## 3. ด้านการทำวิจัย

จากการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยพบจุดอ่อนในการทำวิจัยหลายประการด้วยกัน ดังนั้นจึงควรทำการวิจัยในหัวข้อนี้อีกครั้งหนึ่ง โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีจำนวนมากพอที่จะประมาณถึงประชากรที่ต้องการศึกษาได้ ทั้งนี้อาจมีขนาดของกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มจำนวนไม่เท่ากัน และกลุ่มตัวอย่างมารดาคลอดก่อนกำหนดควรมีอายุครรภ์ระหว่าง 28-34 สัปดาห์ ประเมินอายุครรภ์จากทารกแรกคลอด โดยกุมารแพทย์ สำหรับเครื่องมือในการวิจัยควรเป็นแบบสัมภาษณ์ ประกอบด้วยคำถามปลายเปิด สร้างโดยอาศัยแนวคิดพื้นฐานแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน (1982, 1987) ปรับปรุงโดยศิริพร (2535) โดยเลือกเฉพาะพฤติกรรมที่มีความเกี่ยวข้องกับการคลอดก่อนกำหนดมาเป็นกรอบในการสร้างเครื่องมือ และมีเกณฑ์การให้คะแนนจากคำตอบที่ผ่านการทดลองใช้ (pilot study) หลายครั้งจนมีความตรงและความเที่ยงสูง นอกจากนี้ควรสัมภาษณ์การปฏิบัติตนในแต่ละระยะของการตั้งครรภ์แยกจากกันชัดเจน และเปรียบเทียบแบบแผนสุขภาพในระยะตั้งครรภ์ของกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มตามระยะของการตั้งครรภ์เพื่อผลการวิจัยจะได้มีความคลาดเคลื่อนน้อยลง

## บรรณานุกรม

กองสถิติสาธารณสุข. (2539). สถิติสาธารณสุขปี 2537. กรุงเทพมหานคร : สำนักงานปลัด  
กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข.

กรองกาญจน์ ศิริภักดี. (2530). การศึกษาภาวะเสี่ยงและความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ เจตคติ  
กับการปฏิบัติตนในระยะตั้งครรภ์ ในหญิงที่ฝากครรภ์ไม่ครบตามเกณฑ์.  
วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล,  
กรุงเทพมหานคร.

กรรณิการ์ กันธรักษา. (2531). การพยาบาลด้านจิต-สังคมในระยะตั้งครรภ์. เชียงใหม่ :  
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

กอบกุล พันธุ์เจริญกุล. (พฤศจิกายน 2531). มโนคติในการพยาบาลแบบองค์รวม. เอกสาร  
ประชุมวิชาการ คณะพยาบาลศาสตร์ ครั้งที่ 1. ณ ห้องบรรยายจุฬาลงกรณ์วิทยา  
คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล.

จตุพล ศรีสมบุญ และชเนนทร์ วนาภิรักษ์. (2537). การเจ็บครรภ์และการคลอดก่อนกำหนด  
ในอีระพร อุทัยวนิช, อีระ ทองสง และจตุพล ศรีสมบุญ (บ.ก.), ตำราสูติศาสตร์.  
(หน้า 153-164). พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ : พี บี ฟอเรนบุ๊คส เซนเตอร์.

จตุพล ศรีสมบุญ, อภิชาติ โอฟารัตนชัย และชเนนทร์ วนาภิรักษ์. (2538). คู่มือสูติศาสตร์  
และนรีเวชวิทยา กรุงเทพฯ : แมค กรอ-ฮิล อินเตอร์เนชั่นแนล เอ็นเตอร์ไพรส์ อิงค์.

จตุพล ศรีสมบุญ. (2535). การปรับตัวของมารดาในขณะตั้งครรภ์. ใน อีระพร อุทัยวนิช,  
อีระ ทองสง และจตุพล ศรีสมบุญ (บ.ก.), ตำราสูติศาสตร์. (หน้า 7-17).  
เชียงใหม่ : โครงการตำราคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.



- จินตนา บ้านแก่ง. (เมษายน-มิถุนายน 2527). บทบาทของพยาบาลผดุงครรภ์ต่อหญิงตั้งครรภ์  
วัยรุ่น. วารสารพยาบาลศาสตร์, 2, 28-44.
- จินตนา บ้านแก่ง และคณะ. (2523). การสำรวจพฤติกรรมด้านอนามัยแม่และเด็กของมารดา  
ชาวเขาเผ่าเย้าและเผ่าอีเก้อ ณ ศูนย์พัฒนาและสงเคราะห์ชาวเขา อำเภอแม่จัน จังหวัด  
เชียงราย. งานวิจัยภาคศึกษาศาสตร์-นรีเวชวิทยา คณะพยาบาลศาสตร์  
มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพมหานคร.
- ชนวนทอง ธนสุกาญจน์. (2536). เอกสารประกอบการบรรยายเรื่องทฤษฎีทางพฤติกรรม  
ศาสตร์. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- ดาราวดี พลอยล้อมแสง. (2535). การฝากครรภ์. ใน ธีระพร ฤกษ์ยวนิช, ธีระ ทองสง และ  
จตุพล ศรีสมบุญ (บ.ก.), ตำราสูติศาสตร์. (หน้า 53-70). เชียงใหม่ : โครงการตำรา  
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ดุขฎี ใจสมุทร. (2535). ปัจจัยทางด้านจิตวิทยาสังคมที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้  
บริการรักษาพยาบาลและผู้ป่วยใน จังหวัดปัตตานี. วิทยานิพนธ์ศึกษาศาสตร์  
มหาบัณฑิต สาขาวิชาศึกษาศาสตร์เพื่อพัฒนาชุมชน มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์,  
สงขลา.
- เทียมศร ทองสวัสดิ์. (2531). การพยาบาลในระยะตั้งครรภ์. กรุงเทพมหานคร : โอ เอส พรี้นติ้ง  
เฮาส์.
- ธีระ ทองสง. (2535). โรคทางเดินปัสสาวะในสตรีตั้งครรภ์ใน ธีระพร ฤกษ์ยวนิช, ธีระ ทองสง  
และจตุพล ศรีสมบุญ (บ.ก.), สูติศาสตร์. (หน้า 359-365). เชียงใหม่ :  
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

- นิภาวรรณ รัตนานนท์. (2532). ความสัมพันธ์ระหว่างเจตคติต่อการตั้งครุภัณฑ์การสนับสนุนทางสังคมกับแผนการดำรงชีวิตด้านสุขภาพในระยะตั้งครุภัณฑ์ของหญิงวัยรุ่นครั้งแรก. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพมหานคร.
- ปิยะนุช บุญเพิ่ม. (2531). การตั้งครุภัณฑ์ในวัยรุ่น : แนวทางในการป้องกันและแก้ไข. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์, 11(2), 41-48.
- ปรีศนา นวลบุญเรือง. (2535). ความสัมพันธ์ระหว่างสถานภาพการสมรส ฐานะทางเศรษฐกิจ ระดับการศึกษา ความเชื่อด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการสุขภาพของหญิงตั้งครุภัณฑ์ในภาคเหนือ. วิทยานิพนธ์ครุศาสตรมหาบัณฑิต สาขาบริหารการพยาบาล จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพมหานคร.
- พิชัย เจริญพานิช. (2531). แก่นแท้ของสถิติศาสตร์ : ปัญหาและแนวทางแก้ไข. กรุงเทพฯ : บริษัท พี. เอ. ลิฟวิ่ง จำกัด.
- พิชัย กาญจนพิพัฒน์กุล และคณะ. (2529). ปัจจัยส่งเสริมการคลอดทารกน้ำหนักน้อยในโรงพยาบาลแม่สอด. วารสารกรมการแพทย์กระทรวงสาธารณสุข, 11(12), 723-730.
- เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย, ศิริพร ชัมภลชิต และทัศนีย์ นะแสง. (2539). วิจัยทางการพยาบาล : หลักการและกระบวนการ. สงขลา : โรงพิมพ์อัลลายด์เพรส.
- พยอม อยู่สวัสดิ์. (มกราคม-มีนาคม 2530). การส่งเสริมความสุขสบายในระยะตั้งครุภัณฑ์. วารสารพยาบาลศาสตร์, 8(1), 1-15.
- พวงทอง ป็องภัย. (2528). การศึกษาเปรียบเทียบความเชื่อด้านการดูแลสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียนของมารดาไทยพุทธและไทยมุสลิมในจังหวัดปัตตานี. วิทยานิพนธ์การศึกษามหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒประสานมิตร, กรุงเทพมหานคร.

- พร้อมจิตร์ ห่อนบุญheim. (2537). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐานบางประการกับความพร้อมในการดูแลตนเองและการเจ็บครรภ์ก่อนกำหนด. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลมารดาและทารก มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพมหานคร.
- พิศมัย เพิ่มกระโทก. (2530). ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับการปฏิบัติตนด้านสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ : การศึกษาเฉพาะกรณี จังหวัดนครราชสีมา. วิทยานิพนธ์ครุศาสตรมหาบัณฑิต ภาควิชาพยาบาลศึกษา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพมหานคร.
- เย็น ตันนรินทร์. (2538). การเจ็บครรภ์และการคลอดก่อนกำหนด. ใน สุจิตต์ เผ่าสวัสดิ์ และคณะ (บ.ก.), สูติศาสตร์. (หน้า 115-126). กรุงเทพมหานคร : โอ เอส พรี้น ตั้งเป้าส์.
- เยาวลักษณ์ มหาสิทธิวัฒน์. (2529). ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การเปลี่ยนแปลงทางกายจิตสังคม ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดสระบุรี. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพมหานคร.
- วรารุช สุมาวงศ์. (2533). คู่มือการฝากครรภ์และการคลอด. (พิมพ์ครั้งที่ 13). กรุงเทพมหานคร : ภาควิชาสูติเวช คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วิจิตร ศรีสุพรรณ. (2522). ภัยทางกรพยาบาล. กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์อักษรเจริญทัศน์.
- วัฒนา ศรีพจนารถ และมนต์ทิพย์ พงศ์ธนาวิสุทธิ. (2533). ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เจตคติ กับการปฏิบัติตนระยะตั้งครรภ์ของหญิงหลังคลอดที่ฝากครรภ์ไม่ครบตามเกณฑ์ กรณีศึกษาหญิงหลังคลอดที่โรงพยาบาลขนาดใหญ่. รายงานวิจัย. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

ศิริวรรณ สันทัด. (มกราคม-มีนาคม 2531). ผลของการออกกำลังกายแบบแอโรบิคต่อการ  
ตั้งครรรภ์. วารสารพยาบาลศาสตร์, 6(1), 9-17.

ศิริพร ชัมภลิจิต. (2535). แบบแผนสุขภาพ : การเก็บรวบรวมข้อมูล. สงขลา : โรงพิมพ์  
อัลลายด์ เพรส.

ศิริพร พงษ์โกคา. (พฤษภาคม-สิงหาคม 2537). การดูแลโภชนาการในหญิงตั้งครรภ์ที่มี  
น้ำหนักเพิ่มผิดปกติ. วารสารพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย, 19(2),  
102-109.

ศรีนวล โอสถเสถียร และเพชรน้อย สิงห์ช่างชัย. (2531). การปฏิบัติตนเพื่อสุขภาพระหว่าง  
ตั้งครรรภ์ : ศึกษาเฉพาะกรณีสตรีหลังคลอดที่มีประวัติฝากครรรภ์ ณ โรงพยาบาลของรัฐ  
ในเขตเทศบาลเมืองหาดใหญ่. รายงานวิจัย. คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัย  
สงขลานครินทร์.

สานิษฐ์ พ่วงทรัพย์. (2532). การตายของทารกปริกำเนิดในมารดาครรรภ์เดียวที่โรงพยาบาล  
สระบุรี : 2526-2530. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการเจริญพันธุ์และ  
วางแผนประชากร บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพมหานคร.

สุรีย์ สิมาร์ักษ์ และธีระ ทองสง. (2535). การตั้งครรรภ์และการคลอด. กรุงเทพมหานคร :  
พี. บี. ฟอเรนบูคส์ เซนเตอร์.

สุจิตต์ เผ่าสวัสดิ์ และคณะ. (2538). สูติศาสตร์. (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพมหานคร :  
ไอ เอส พรินติ้ง เฮ้าส์.

สุวชัย อินทรประเสริฐ และสมพล พงศ์ไทย. (2530). พฤติกรรมทางเพศของสตรีตั้งครรรภ์. ใน  
ก้าแหง จาตรูจินดา (บ.ก.), สูติศาสตร์วามารถิบดี (หน้า 523-524). กรุงเทพมหานคร :  
ไอ เอส พรินติ้ง เฮ้าส์.

- สุรีย์ จันทน์โมลี, สมจิตต์ สุพรรณทัสน์ และวันเพ็ญ วิสุวรรณ. (2528). เปรียบเทียบการให้  
 สุขศึกษาแบบการจัดโปรแกรมสุขศึกษาและการให้สุขศึกษาตามปกติแก่ผู้ป่วย  
 โรคเบาหวานในตึกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลราชวิถี. วารสารสุขศึกษา, 8(31), 41-57.
- สุนีย์ ไช้มุกด์. (2534). ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมของมารดาในการพาบุตรไปรับภูมิคุ้มกันโรค  
 ในจังหวัดปัตตานี. วิทยานิพนธ์ศึกษาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาวิชาศึกษาศาสตร์เพื่อ  
 พัฒนาชุมชน มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- อรวรรณ แสนนามวงศ์. (2533). การตายของทารกปริกำเนิดในมารดาครรภ์เดียวที่โรงพยาบาล  
 อุตรธานี : 2528-2531. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาการเจริญพันธุ์และ  
 วางแผนประชากร มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพมหานคร.
- อรุณศรีมี บุญนาค, ตริทิพย์ เวชชสิทธิ์ และศิริยา โชควิวัฒน์วนิช. (ตุลาคม-ธันวาคม 2535).  
ปัจจัยบางประการที่มีผลต่อภาวะโภชนาการของมารดาระหว่างตั้งครรภ์. วารสาร  
 พยาบาลศาสตร์, 10(4), 176-184.
- อัจฉรา โอประเสริฐสวัสดิ์. (2531). ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรม  
 การปฏิบัติงานด้านสุขภาพในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเรื้อรัง วิทยานิพนธ์  
 วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพมหานคร.
- อุทุมพร พรนฤสุวรรณ. (เมษายน-มิถุนายน 2531). ทำอย่างไรจึงสุขสบายในระหว่างตั้งครรภ์.  
วารสารพยาบาลศาสตร์, 6(2), 85-95.
- อนันต์ สุไลมาน และคณะ. (2535). รายงานการวิจัยเรื่องความรู้ ความคิดเห็นและพฤติกรรม  
 ด้านการฝากครรภ์ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในระดับตำบล ผดุงครรภ์โบราณ และ  
 มารดาในจังหวัดชายแดนภาคใต้. ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพเขต 12 กรมอนามัยกระทรวง  
 สาธารณสุข ภาควิชาเวชศาสตร์ชุมชน คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัย  
 สงขลานครินทร์, สงขลา.

- Aaronson, L.S. & Macnee, C.L. (1989, July/August). Tobacco, Alcohol and Caffeine Use during Pregnancy. Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing, 17, 279-287.
- Annie, C.L. & Groër, M. (1991, September-October). Childbirth stress : an immunologic study. Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing, 20(5), 391-397.
- Artal, R. et al. (1981). Exercise in pregnancy I. Maternal cardiovascular and metabolic responses in normal pregnancy. American Journal of Obstetrics and Gynecology, 140, 123-127.
- Auenshine, M.A. & Enriquez, M.G. (1990). Comprehensive maternity nursing (2<sup>nd</sup> ed.). Boston : Jones and Bartlett Publishers.
- Barden, T.P. (1994). Premature Labour. In Queenan, J.T. (Ed.), Management of high-risk pregnancy. (pp. 451-463). Boston : Blackwell Scientific.
- Berkowitz, G.S. et al. (1983). Physical activity and the risk of spontaneous preterm delivery. Journal of Reproductive Medicine, 28(9), 581-588.
- Benson, R.C. (1986). Preterm Labor. In Danforth, D.N. & Scott, J.R. (Eds.), Obstetrics & gynecology (pp. 682-689). Philadelphia : J.B. Lippincott Company.
- Berkowitz, G.S., Holford, T.R. & Berkowitz, R.L. (1982). Effects of cigarette smoking, alcohol, coffee and tea consumption on preterm delivery. Early Human Development, 7(3), 239-250.
- Berkowitz, G.S. (1981). An epidemiologic study of preterm delivery. American Journal of Epidemiology, 113, 81-93.

- Blackburn, S. & Lowen, L. (1986). Impact of an infants's premature birth on the grandparents and parents. Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing, 15(2), 173-178.
- Blackman, J.A. (1991). Neonatal intensive care : Is it worth it? Pediatric Clinics of North America, 38, 1497-1511.
- Brooten, D. & Jordan, C.H. (1983, May/June). Caffeine and Pregnancy. Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing, 12(3), 190-195.
- Bryce, R.L. et al. (1988, March). The Role of Social Support in the Prevention of Preterm Birth. Birth, 15(1), 19-23.
- Brown, J.S. & Mo Crady, M. (1986). The Hale Elderly Halath Behavior and its Correlates. Research in Nursing and Health, 9(4), 317-329.
- Burroughs, A. (1992). Maternity nursing : an introductory text. (6<sup>th</sup> ed.). Philadelphia : W.B. Saunders Company.
- Byrne, C. & Hunsberger, M. (1989). Concept of illness : Stress, Crisis and Coping. In Foster, R.L.M., Hunsberger, M.M. & Anderson, J.J.T. (Eds.), Family-centered nursing care of children. (pp. 703-715). Philadelphia : W.B. Saunders Company.
- Chen, M.S. (1986, Summer). A Sociodemographic Analysis of Preventive Dental Behavior among White America Families. Health Education Quarterly, 13(2), 104-115.
- Clausen, J.P. et al. (1973). Maternity nursing today. St Louis : Mc Graw-Hill Book Company.

- Connon, A.F. (1992). An Assessment of Key Aetiological Factors Associated with Preterm Birth and Perinatal Mortality. Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology, 32(3), 200-203.
- Cob, S. (1976, September/October). Social Support as a Moderate of Life Stress. Psychosomatic Medicine, 38, 300-314.
- Cranley, M.S. (1983, May/June). Perinatal Risk. Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing, 12 (Supplement), 13S-18S.
- Creasy, R.K., Gummer, B.A. & Liggins, A.G.C. (1980, June). System for predicting spontaneous preterm birth. Obstetrics & Gynecology, 55(6), 692-695.
- Creasy, R.K. (1989). Preterm Labor And Delivery. In Creasy, R.K. & Resnik, R. (Eds.), Maternity-fetal medicine : principles and practice. (pp. 477-504). Philadelphia : W.B. Saunders Company.
- Cunningham, F.G. et al. (1993). William obstetrics (19<sup>th</sup> ed.). Norwalk : Appleton & Lange.
- Cusson, R.M. & Lee, A.L. (1993, January). Parental Interventions and the Development of the preterm Infant. Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing, 23(1), 60-68.
- Davies, D. (1984, September). Management of the Pre-term Dysmature Infant During the first week of life. Midwives Chronicle & Nursing Notes, 97, 285-286.
- Deibel, P. (1980). Effects of cigarette smoking on maternal nutrition and the fetus. Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing, 9(6), 333-336.



- Dickason, E.J., Schult, M.O. & Silverman, B.L. (1990). Maternal-infant nursing care.  
St Louis : C.V. Mosby Company.
- Eganhouse, D.J. (1994, November/December). A Nursing Model for a Community Hospital  
Preterm Birth Prevention Program. Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal  
Nursing, 23(9), 756-766.
- Elliott, B. et al. (1990, March). Maternal Gonococcal Infection as a Preventable Risk Factor for  
Low Birth Weigth. Journal of Infectious Diseases, 161, 531-536.
- Fawcett, J. (1978, July-Aug). Body image and the pregnant couple. Maternal-Child Nursing  
Journal, 3(4), 227-233.
- Feldman, J.G. et al. (1992). A Cohort Study of the Impact of Perinatal Drug Use on Prematurity  
in an Inner-City Populations. American Journal Public Health, 82, 726-728.
- Floos, B. & Naeye, R.L. (1984, March-April). Factors that predispose to premature rupture  
of the fetal membranes. Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing, 13,  
140-145.
- Freda, M.C., Damus, K. & Merkatz, I. (1990, May). What do pregnant women know about  
preventing preterm birth? Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing,  
20(2), 140-145.
- Gant, N.F. (1993). Basic gynecology and obstetrics : (1<sup>st</sup> ed.). Norwalk : Appleton & Lange.
- Gennaro, S. (1988, March-April). Postpartal anxiety and depression in mothers of term and  
preterm infants. Nursing Research, 37, 82-85.

- Giotta, M.P. (1993). Nutrition during pregnancy : Reducing obstetric risk. Journal Perinatology Neonatal Nursing, 6(4), 1-12.
- Gosselink, C.A. (1992). Dietary habits pre-pregnancy weight and weight gain during pregnancy : risk of preterm rupture of amniotic sac membranes. Acta Obstetrics and Gynecology Scandinavia, 71(5), 425-438.
- Gordon, M. (1982). Nursing Diagnosis : Process and Application. New York : McGraw-Hill Book Co.
- Gordon, M. (1987). Manual of Nursing Diagnosis 1986-1987. New York : McGraw-Hill Book Co.
- Gordon, M. (1991). Manual of Nursing Diagnosis 1991-1992. St Louis : Mosby Year Book Inc.
- Hack, M. & Fanaroff, A.A. (1984, September). The Outcome of Growth Failure Associated with Preterm Birth. Clinical Obstetrics and Gynecology, 27(3), 647-663.
- Hartikainen-Sorri, A.L. & Sorri, A.M. (1989, July). Occupational and Socio-Medical Factors in Preterm Birth. Obstetrics & Gynecology, 74(1),13-16.
- Harris, R., Dombro, M. & Ryan, C.A. (1980, Jul-Aug). Therapeutic uses of human figure drawings by the pregnant couple. Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing, 9(4), 232-236.
- Henley, E.C. & Bahl, S. (1982, March). Nutrition across the woman's life cycle special emphasis on pregnancy. Nursing Clinics of North America, 17(1), 99-109.
- Iams, J.D. (1994). Prematurity : Prevention and Treatment. In Queenan, J.T. (Ed.). Management of high-risk pregnancy (pp. 464-475). Boston : Blackwell Scientific.

- Iams, J.D. et al. (1990, February). Symptoms that precede preterm labor and preterm premature rupture of the membranes. American Journal of Obstetrics and Gynecology, 162, 486-490.
- Jenkins, R.L. & Tock, M.K.S. (1986, January-February). Helping parents bond to premature infant. Maternal-Child-Nursing Journal, 11, 31-34.
- Jensen, M.D. & Bobak, I.M. (1985). Maternity and gynecologic care : the nurse and the family (3<sup>rd</sup> ed.). St Louis : The C.V. Mosby Company.
- Johnson, F.F. (1989, May/June). Assessment and education to prevent preterm labor. The American Journal of Maternal Child Nursing, 14(3), 157-160.
- Joines, S.A. (1993). Gestational Age and Birth Weight. In Bobak, I.M. & Jensen, M.D. (Eds.), Maternity and gynecologic care : the nurse and the family. (pp. 1119-1145). St Louis : Mosby Company.
- Kaltreider, D.F. & Kohl, S. (1980). Epidemiology of preterm delivery. American Journal of Epidemiology, 23(1), 17-31.
- Katz, M., Goodyear, K. & Creasy, R.K. (1990). Early signs and symptoms of preterm labor. American Journal of Obstetric and Gynecology, 162(5), 1150-1153.
- Kemp, V.H. & Hatmaker, D.D. (1989, October). Stress and Social Support in High-Risk Pregnancy. Research in Nursing and Health, 12(5), 331-336.
- Kogan, M.D. et al. (1994, May). Relation of the content of prenatal care to the risk of low birth weight. The Journal of the American Medical Association, 271(17), 1340-1345.

- Krejcie, R.V. & Morgan, D.W. (1970). Determining sample size for research activities. Educational and Psychological Measurement, 30, 607-610.
- Kristal, A.R. & Rush, D. (1984, September). Maternal Nutrition and Duration of Gestation : A Review. Clinical Obstetrics and Gynecology, 27(3), 553-663.
- Ladden, M. (1990, September-October). The impact of preterm birth on the family and society Part I : Psychologic sequelae of preterm birth. Pediatric Nursing, 16(5), 515-518.
- Lipshitz, J., Pierce, P.M. & Arntz, M. (1993). Preterm Labor. In Knuppel, R.A. & Drukker, J.E. (Eds.), High-risk pregnancy : a team approach (pp. 396-421). Philadelphia : W.B. Saunders Company.
- Linn, S. et al. (1982). No association between coffee consumption and adverse outcomes of pregnancy. New England Journal of Medicine, 306, 141-145.
- Lowenstein, V. & Rinehart, J.M. (1981). Psychosocial factors related to health maintenance behaviors of pregnant women. In Sydney, D.K. (Ed.), Reading for nursing. (pp. 246-258). St Louis : Mosby Company.
- May, K.A. & Mahlmeister, L.R. (1990). Comprehensive maternity nursing : nursing process and the childbearing family (2<sup>nd</sup> ed.). Philadelphia : J.B. Lippincott Company.
- Martius, J. et al. (1988, January). Relationships of vaginal lactobacillus species, cervical chlamydia trachomatis and bacterial vaginosis to preterm birth. Obstetrics & Gynecology, 71(1), 89-95.
- Marbury, M. et al. (1983). The Association of alcohol consumption with outcome of Pregnancy. American Journal of Public Health, 73, 1165-1168.

- Mamelle, N., Laumon, B. & Lazar, P. (1984). Prematurity and occupational activity during pregnancy. American Journal of Epidemiology, 199, 309-322.
- Malinowski, J.S. (1978, November). Sex during pregnancy what can you say? Registered Nurse, 41(11), 48-50.
- Mattheis, R.F. (1982). Holistic health concept. In Haber, J. (Ed.), Comprehensive psychiatric nursing (p. 80). New York : McGraw-Hill, Inc.
- Mc Cormick, M.C. (1985). The contribution of low birthweight to infant mortality and childhood morbidity. New England Journal of Medicine, 312(2), 82-90.
- Mc Grady, G.A., Daling, J.R. & Peterson, D.R. (1985). Maternal urinary tract infection and adverse fetal outcomes. American Journal of epidemiology, 121, 377-381.
- Mercer, R.T. (1981). A theoretical framework for studying factors that impact on the Maternal Role. Nursing Research, 30, 73-77.
- Miles, M.S., Funk, S.G. & Kasper, M.A. (1992, August). The stress response of mothers and fathers of preterm infants. Research in Nursing and Health, 15, 261-269.
- Morrison, J.C. (1990, July). Preterm Birth : A Puzzle Worth Solving. Obstetrics & Gynecology, 16(1) (Supplement), 5S-12S.
- Moore, M.L.. (1983). Realities in childbearing. (2<sup>nd</sup> ed.). Philadelphia : W.B. Saunders Company.
- Moore, M.L. (1981). Newborn family and nurse (2<sup>nd</sup> ed.). Philadelphia : W.B. Saunders Company.

- Moore, D. (1978, Winter). The body image in pregnancy. Journal of Nurse-Midwifery, 22(4), 17-26.
- Murphy, J. et al. (1986). Relation of hemoglobin levels in first and second trimester to outcome of pregnancy. Lancet, 1, 992-995.
- Murphy, J.F., Dauncey, M. & Newcombe, R. (1984, May). Employment in pregnancy : prevalence, maternal characteristics, perinatal outcome. Lancet, 26, 1163-1166.
- Newton, R.W. & Hunt, L.P. (1984). Psychosocial stress in pregnancy and its relation to low birthweight. British Medical Journal, 288 : 1191-1194.
- Nieby, J.R. & Johnson, J.W.C. (1980, March). Inhibition of preterm labor. Clinical Obstetrics and Gynecology, 23, 115-125.
- Norbeck, J.S. & Tilden, V.P. (1983, March). Life Stress, Social Support and Emotional Disequilibrium in Complications of Pregnancy : A Prospective, Multivariate Study. Journal of Health and Social Behavior, 24, 30-48.
- Omer, H. & Everly, G.S. (1988). Psychological factors in preterm labour : Critical review and theoretical synthesis. American Journal of Psychiatry, 145(12), 1507-1513.
- Orem, D. (1985). Nursing concepts of practice. (3<sup>rd</sup> ed.). New York : McGraw-Hill, Inc.
- Palank, C.L. (1991, December). Determinants of Health Promotive Behavior. Nursing Clinics of North America, 26(4), 815-832.
- Palmore, E. & Luikart, C. (1972, March). Health and Social Factors Related to Life Satisfaction. Journal of Health and Social Behavior, 13, 68-79.

- Papiernik, D. et al. (1985). Prenatal care and the prevention of preterm delivery. International Journal of Gynecology & Obstetrics, 23, 427-433.
- Papiernik, E. (1984, September). Proposals for a Programmed Prevention Policy of Preterm Birth. Clinical Obstetrics and Gynecology, 27(3), 614-635.
- Pender, N.J. & Pender, A.R. (1987). Health promotion in nursing practice. (2<sup>nd</sup> ed.). Norwalk : Appleton & Lange.
- Pender, N.J. & Pender, A.R. (1986). Attitudes, subjective norms and intentions to engage in health behaviors. Nursing Research, 35, 15-18.
- Pillitteri, A. (1992). High-risk pregnancy : the woman who develops a complication of pregnancy. In Pillitteri, A. (Ed.), Maternal and child health nursing. (pp. 398-403). Philadelphia : J.B. Lippincott Company.
- Pitchaya Tuntiseranee. (1997). Risk Factors of Fecundity, Low Birth Weight and Premature Births with Special Emphasis on Occupational Exposures in Southern Thailand. Ph. D. thesis in Epidemiology. University of Aarhus, Denmark.
- Poland, M.L., Ager, J.W. & Sokol, R.J. (1991). Prenatal care : a path (not takey) to improve prenatal outcome. Journal of Perinatology Medicine, 19, 427-433.
- Reeder, S.J. & Martin, L.L. (1987). Maternity nursing : family newborn and women's health care. Philadelphia : J.B. Lippincott Company.
- Schieve, L.A. et al. (1994, March). Urinary Tract Infection During Pregnancy : Its Association with Maternal Morbidity and Perinatal Outcoome. American Journal of Public Health, 84(3), 405-410.

- Shapiro, S. et al. (1980). Relevance of correlates of infant deaths for significant morbidity at one year of age. American Journal of Obstetrics and Gynecology, 136(3), 363-373.
- Sherwen, L.N., Scoloeno, M.A. & Weingarten, C.T. (1995). Nursing care of the childbearing family (2<sup>nd</sup> ed.). Norwalk : Appleton & Lange.
- Skulrat Ritsmithchai. (1994). Effect of Maternal Work Activity on Risk of Preterm Birth. Master of Science Thesis in Epidemiology. Prince of Songkla University, Songkhla.
- Sokol, R.J. et al. (1980). Risk, antepartum care, and outcome : impact of a maternity and infant care project. Obstetric and Gynecology, 56, 150-156.
- Spence, M.R. et al. (1991). The relationship between recent cocaine use and pregnancy outcome. Obstetric & Gynecology, 78(3 Pt1), 326-329.
- Stein, A. et al. (1987). Social adversity, low birth weight and preterm delivery. British Medical Journal (Clinical Research ED.), 295(6593), 291-293.
- Stuart, G.W. & Saundeen, S.J. (1983). Nursing-Client interaction (3<sup>rd</sup> ed.). St. Louis : The C.V. Mosby Company.
- Teitelman, A.M. et al. (1990). Effect of maternal work activity on preterm birth and low birth weight. American Journal of Epidemiology, 131(1), 104-113.
- Timreck, T.C. (1983, October). Law, Religious Beliefs and Health Care in Student Health Services. Journal of School Health, 53(8), 503-504.
- Veille, J. et al. (1985, March). The effect of exercise on uterine activity in the last eight weeks of pregnancy. American Journal of Obstetrics and Gynecology, 151, 727-730.



- Villar, J. et al. (1992, October). A randomized trial of psychosocial support during high-risk pregnancies. New England Journal of Medicine, 327(18), 1266-1271.
- Virji, S.K. & Cottington, E. (1991, September). Risk factors associated with preterm deliveries among racial groups in a national sample of married mothers. American Journal of Perinatology, 8(5), 347-353.
- Villar, M.D. & Repke, J.T. (1990, October). Calcium supplementation during pregnancy may reduce preterm delivery in high-risk populations. American Journal Obstetric and Gynecology, 163(4), 1124-1131.
- Wallace, A.M. & Engstrom, J.L. (1987, September-October). The effect of aerobic exercise on the pregnant woman, fetus and pregnancy outcome. Journal of Nurse-Midwifery, 32, 277-290.
- Wold, G. (1993). Basic geriatric nursing. St. Louis : Mosby Company.
- Zabielski, M.T. (1994, January-March). Recognition of Maternal Identity in Preterm and Fullterm Mothers. Maternal-Child Nursing Journal, 22(1), 2-36.

ภาคผนวก

## ภาคผนวก ก.

## การพิทักษ์สิทธิของมารดาหลังคลอดที่เข้าร่วมงานวิจัย

ในการพิทักษ์สิทธิของมารดาหลังคลอดที่เข้าร่วมงานวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้แนะนำตนเอง บอกหัวข้อในการวิจัย วัตถุประสงค์ของการวิจัยและประโยชน์ของการวิจัย ดังนี้

“สวัสดิ์ค๊ะ ดิฉันชื่อ พิมพา กายประสิทธิ์ นักศึกษาปริญญาโท สาขาวิชาการพยาบาล บิดามารดาและเด็ก คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ มีความสนใจที่จะศึกษา แบบแผนสุขภาพในระยะตั้งครรภ์ของท่าน เพื่อใช้เป็นแนวทางในการให้ความรู้เกี่ยวกับการ ปฏิบัติตนขณะตั้งครรภ์ ซึ่งจะช่วยป้องกันการคลอดก่อนกำหนด และส่งเสริมการคลอดครบ กำหนด จึงใคร่ขอความร่วมมือจากท่านช่วยตอบแบบสอบถาม ซึ่งมีทั้งหมด 2 ชุด คือ ชุดที่ 1 เป็นข้อมูลทั่วไปและชุดที่ 2 เป็นการปฏิบัติตนในระยะตั้งครรภ์ ข้อมูลทั้งหมดที่ได้นี้ดิฉันจะเก็บเป็น ความลับและนำมาใช้เฉพาะการวิจัยเท่านั้น ขอขอบคุณในความร่วมมือ”

ภาคผนวก ข.  
เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

	สำหรับผู้วิจัย
เลขที่แบบสอบถาม	[ 1 ] [ 2 ]
ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล	
คำชี้แจง โปรดเติมข้อความลงในช่องว่างหรือทำเครื่องหมาย /	
ลง ( ) ตามความเป็นจริง	
1. ชื่อ.....นามสกุล.....	
2. อายุ.....ปี	[ 3 ] [ 4 ]
3. ลำดับที่การตั้งครรภ์.....	[ 5 ]
4. อายุครรภ์เมื่อคลอด.....สัปดาห์	[ 6 ] [ 7 ]
5. สถานภาพทางการสมรส	[ 8 ]
( ) คู่	
( ) หม้าย	
( ) หย่าร้าง	
( ) แยกกันอยู่	
6. ศาสนา	[ 9 ]
( ) พุทธ	
( ) อิสลาม	
( ) คริสต์	
7. วุฒิทางการศึกษา	[ 10 ]
( ) ไม่ได้รับการศึกษา	
( ) ประถมศึกษา	
( ) มัธยมศึกษา	
( ) ประกาศนียบัตรวิชาชีพหรืออนุปริญญา	
( ) ปริญญาตรีหรือสูงกว่าปริญญาตรี	

	สำหรับผู้วิจัย
8. อาชีพของหญิงตั้งครรภ์	[ ]11
( ) แม่บ้าน	
( ) รับจ้าง	
( ) เกษตรกรรม	
( ) ค้าขาย	
( ) รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	
9. รายได้ครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน	[ ]12
( ) < 4,000 บาท	
( ) 4,001 - 8,000 บาท	
( ) 8,001 - 12,000 บาท	
( ) > 12,000 บาท	
10. อาชีพของคู่สมรส	[ ]13
( ) รับจ้าง	
( ) เกษตรกรรม	
( ) ค้าขาย	
( ) รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	
11. ลักษณะครอบครัว	[ ]14
( ) เดี่ยว	
( ) ขยาย	

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามแบบแผนสุขภาพในระยะตั้งครรภ์

คำชี้แจง แบบสอบถามส่วนนี้ต้องการทราบเกี่ยวกับการปฏิบัติตนของท่านในระยะตั้งครรภ์

ขอให้ท่านพิจารณาว่าท่านปฏิบัติมากน้อยเพียงใดในกิจกรรมต่างๆ ที่ระบุไว้แล้ว

ทำเครื่องหมาย / ลงในช่องว่างตรงกับความถี่ของการปฏิบัติที่ตรงกับความเป็นจริง  
ในขณะตั้งครรภ์

การปฏิบัติกิจกรรมขณะตั้งครรภ์	ความถี่ของการปฏิบัติ			สำหรับ ผู้วิจัย
	ทำเป็นประจำ	ทำเป็นบางครั้ง	ไม่เคยทำ	
1. ฉันแสวงหาความรู้เพื่อดูแลสุขภาพตนเองและทารกในครรภ์จากการอ่านหนังสือ ดูทีวี หรือ ชักถามจากมารดาและผู้ที่มีประสบการณ์				[ ] 15
2. ฉันไปตรวจครรภ์ตามกำหนดนัด				[ ] 16
3. ฉันทำความสะอาดเต้านมขณะอาบน้ำ				[ ] 17
4. ฉันคลั่งหัวนมขณะตั้งครรภ์				[ ] 18
5. ฉันสวมรองเท้าส้นเตี้ยขณะตั้งครรภ์				[ ] 19
6. ฉันระมัดระวังไม่ให้เกิดอุบัติเหตุขณะตั้งครรภ์				[ ] 20
7. ฉันสูบบุหรี่ขณะตั้งครรภ์				[ ] 21
8. ฉันดื่มสุราหรือเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์				[ ] 22
9. ฉันดื่มกาแฟหรือเครื่องดื่มที่มีคาเฟอีน				[ ] 23
10. ฉันทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์หลังถ่ายปัสสาวะหรืออุจจาระ				[ ] 24
11. ฉันปฏิบัติตนตามคำแนะนำของแพทย์หรือพยาบาล				[ ] 25
12. ฉันไปในสถานที่ที่มีคนแออัดเช่น ตลาดนัด โรงภาพยนตร์ สถานเริงรมย์ เป็นต้น				[ ] 26
13. ฉันพยายามหลีกเลี่ยงการอยู่ใกล้ชิดกับคนที่ เป็นหวัดหรือไม่สบายในขณะตั้งครรภ์				[ ] 27

การปฏิบัติกิจกรรมขณะตั้งครรภ์	ความถี่ของการปฏิบัติ			สำหรับ ผู้วิจัย
	ทำเป็นประจำ	ทำเป็นบางครั้ง	ไม่เคยทำ	
14. เมื่อรู้สึกไม่สบายฉันจะไปตรวจที่โรงพยาบาลหรือคลินิก				[ 128
15. เมื่อสงสัยว่ามีอาการผิดปกติขณะตั้งครรภ์ ฉันปรึกษาแพทย์หรือพยาบาล เพื่อขอคำแนะนำ				[ 129
16. ในแต่ละวันฉันรับประทานอาหารครบ 5 หมู่ ทั้งข้าว เนื้อสัตว์ ถั่ว ไข่ ไขมัน ผักต่างๆ และผลไม้				[ 130
17. ฉันรับประทานอาหารสุกๆ ดิบๆ ขณะตั้งครรภ์ เช่น แหนม ปลาสดดิบ กุ้งแช่น้ำปลา เป็นต้น				[ 131
18. ฉันรับประทานอาหารวันละ 3-4 มื้อ				[ 132
19. ฉันดื่มนมสดอย่างน้อยวันละ 1 แก้ว หรือ 1 กล่อง				[ 133
20. ฉันรับประทานอาหารหมักดองในขณะตั้งครรภ์				[ 134
21. ฉันรับประทานยาขับลมเมื่อมีอาการท้องอืด				[ 135
22. ฉันรับประทานยาบำรุงตามคำสั่งแพทย์				[ 136
23. ฉันรับประทานผัก ผลไม้ หรือดื่มน้ำให้มากขึ้นกว่าเดิม และฝึกขับถ่ายให้เป็นเวลา เพื่อไม่ให้มีอาการท้องผูก				[ 137
24. ฉันดื่มน้ำน้อยลง เพื่อไม่ให้ปัสสาวะบ่อย				[ 138
25. ฉันไปพบแพทย์ เมื่อมีอาการปัสสาวะแสบขัด				[ 139
26. ฉันทำงานที่ต้องยืน อย่างน้อยวันละ 3 ชั่วโมง				[ 140
27. ฉันทำงานบ้านทั้งหมด โดยไม่มีผู้ช่วยเหลือ				[ 141
28. ฉันทำงานหนักหรือต้องยกของหนัก เช่น แบกแผ่นยางพารา ยกอิฐ ดิน หิน ปูน หรือหิ้วน้ำ เป็นต้น				[ 142
29. ฉันเดินออกกำลังกายวันละประมาณ 30 นาที				[ 143
30. ฉันทำกิจกรรมต่างๆ ที่ทำให้เพลิดเพลินเช่น เย็บปักถักร้อย ฟังวิทยุ ดูโทรทัศน์ และอ่านหนังสือ เป็นต้น				[ 144

การปฏิบัติกิจกรรมขณะตั้งครรภ์	ความถี่ของการปฏิบัติ			สำหรับ ผู้วิจัย
	ทำเป็นประจำ	ทำเป็นบางครั้ง	ไม่เคยทำ	
31. ฉันทนอนหลับคืนละประมาณ 8 ชั่วโมง				[ 145
32. ในเวลากลางวันฉันพักผ่อนประมาณ 1 ชั่วโมง				[ 146
33. ฉันฟังเพลง อ่านหนังสือ หรือทำสมาธิเพื่อให้หลับง่าย				[ 147
34. ถ้าฉันเป็นตะคริวฉันจะนวดกล้ามเนื้อบริเวณที่เป็นและปรึกษาแพทย์				[ 148
35. เมื่อมีอาการตาพร่ามัวฉันจะปรึกษาแพทย์ทันที				[ 149
36. ฉันนวดหลังเมื่อมีอาการปวดหลัง				[ 150
37. ฉันเอามือค้ำศีรษะเมื่อมีอาการเจ็บครรภ์				[ 151
38. ฉันสวมเสื้อผ้าที่เหมาะสมกับขนาดของครรภ์ที่โตขึ้น				[ 152
39. ฉันควบคุมเรื่องการรับประทานอาหารเพื่อไม่ให้อ้วนเกินไป				[ 153
40. ฉันใส่เสื้อผ้าคับๆ เพื่อไม่ให้หน้าท้องยื่น				[ 154
41. ฉันเตรียมของใช้ที่จำเป็นสำหรับบุตร				[ 155
42. ฉันติดต่อสังสรรค์หรือพูดคุยกับบุคคลใกล้ชิดและคนอื่นๆ เหมือนก่อนตั้งครรภ์				[ 156
43. ฉันแสวงหาความรู้ในการเลี้ยงดูบุตรจากการอ่านหนังสือหรือซักถามจากมารดาและผู้ที่มีประสบการณ์				[ 157
44. ฉันทำทุกสิ่งทุกอย่างตามที่ฉันต้องการ โดยไม่ได้คำนึงถึงอันตรายที่จะเกิดกับลูกในครรภ์ เช่น การทำงานหนัก การดื่มน้ำชา กาแฟ เป็นต้น				[ 158
45. ในขณะที่มีเพศสัมพันธ์ ฉันใช้ท่าที่ไม่กระทบกระเทือนต่อทารกในครรภ์				[ 159



การปฏิบัติกิจกรรมขณะตั้งครรภ์	ความถี่ของการปฏิบัติ			สำหรับ ผู้วิจัย
	ทำเป็นประจำ	ทำเป็นบางครั้ง	ไม่เคยทำ	
46. ฉันงดมีเพศสัมพันธ์เมื่อตั้งครรภ์				[ 160
47. เมื่อรู้สึกไม่สบายใจหรือวิตกกังวล ฉันจะพูดคุยปรึกษาหารือกับบุคคลใกล้ชิดหรือแก้ไขด้วยวิธีการต่างๆ				[ 161
48. ฉันไปพักผ่อนหย่อนอารมณ์เสมอในระยะตั้งครรภ์				[ 162
49. ฉันรับประทานยาระงับประสาทเพื่อลดอาการเครียดในขณะตั้งครรภ์				[ 163
50. ฉันทำบุญตั้งแต่เริ่มตั้งครรภ์				[ 164
51. ฉันปฏิบัติตามความเชื่อต่างๆ ที่มีผลดีต่อการตั้งครรภ์ เช่น ไม่ดื่มน้ำอัดลมขณะตั้งครรภ์ รับประทานอาหารมากๆ ขณะตั้งครรภ์ เป็นต้น				[ 165
52. ฉันทำงานทุกอย่างให้ได้ดีเหมือนก่อนตั้งครรภ์ เพื่อจะได้มีคุณค่ามากขึ้น				[ 166

ภาคผนวก ค.  
ตารางแสดงผลการวิเคราะห์ข้อมูลเพิ่มเติม

ตาราง 5 จำนวน ร้อยละ และผลการทดสอบความแตกต่างของแบบแผนสุภาพในระยะ  
ตั้งครรรภ์เป็นรายข้อระหว่างมารดาคลอดก่อนกำหนดและมารดาคลอดครบกำหนด

แบบแผนสุภาพในระยะ ตั้งครรรภ์	มารดาคลอดก่อนกำหนด		$\chi^2$
	คน (ร้อยละ)		
1. ค้นแสวงหาความรู้เพื่อดูแล สุขภาพตนเองและทารกใน ครรรภ์จากการอ่านหนังสือ ดูทีวี หรือซักถามจากมารดาและผู้ที่มี ประสบการณ์			
ไม่เคยทำ	4 (8)	5 (10)	1.00
ทำเป็นบางครั้ง	28 (56)	23 (46)	
ทำเป็นประจำ	18 (36)	22 (44)	
2. ค้นไปตรวจครรรภ์ตามกำหนดนัด			
ไม่เคยทำ	2 (4)	2 (4)	0.71
ทำเป็นบางครั้ง	4 (8)	2 (4)	
ทำเป็นประจำ	44 (88)	46 (92)	
3. ค้นทำความสะอาดเต้านมขณะ อาบน้ำ			
ไม่เคยทำ	1 (2)	-	1.16
ทำเป็นบางครั้ง	5 (10)	4 (8)	
ทำเป็นประจำ	44 (88)	46 (92)	
4. ค้นสิ่งหวั่นขณะตั้งครรรภ์			
ไม่เคยทำ	14 (28)	12 (24)	1.66
ทำเป็นบางครั้ง	23 (46)	19 (38)	
ทำเป็นประจำ	13 (26)	19 (38)	
5. ค้นสวมรองเท้าส้นเตี้ยขณะ ตั้งครรรภ์			
ไม่เคยทำ	3 (6)	3 (6)	0.15
ทำเป็นบางครั้ง	4 (8)	3 (6)	
ทำเป็นประจำ	43 (86)	44 (88)	

ตาราง 5 (ต่อ)

แบบแผนสุขภาพในระยะ ตั้งครรภ์	มารดาคลอดก่อนกำหนด		$\chi^2$
	คน (ร้อยละ)	คน (ร้อยละ)	
6. ชั้นระมัดระวังไม่ให้เกิด อุบัติเหตุขณะตั้งครรภ์			
ไม่เคยทำ	2 (4)	-	3.17
ทำเป็นบางครั้ง	3 (6)	1 (2)	
ทำเป็นประจำ	45 (90)	49 (98)	
7. ชั้นสูบบุหรี่ขณะตั้งครรภ์			
ไม่เคยทำ	49 (98)	49 (98)	0.00
ทำเป็นบางครั้ง	1 (2)	1 (2)	
ทำเป็นประจำ	-	-	
8. ชั้นดื่มสุราหรือเครื่องดื่มที่มี ส่วนผสมของแอลกอฮอล์			
ไม่เคยทำ	50 (100)	49 (98)	1.01
ทำเป็นบางครั้ง	-	1 (2)	
ทำเป็นประจำ	-	-	
9. ชั้นดื่มกาแฟหรือเครื่องดื่มที่มี คาเฟอีน			
ไม่เคยทำ	42 (84)	39 (78)	0.58
ทำเป็นบางครั้ง	8 (16)	11 (22)	
ทำเป็นประจำ	-	-	
10. ชั้นทำความสะอาดอวัยวะ สืบพันธุ์หลังถ่ายโป๊สภาวะหรือ อุจจาระ			
ไม่เคยทำ	-	-	3.84
ทำเป็นบางครั้ง	1 (2)	6 (12)	
ทำเป็นประจำ	49 (98)	44 (88)	
11. ชั้นปฏิบัติตามคำแนะนำ ของแพทย์หรือพยาบาล			
ไม่เคยทำ	-	1 (2)	2.33
ทำเป็นบางครั้ง	5 (10)	2 (4)	
ทำเป็นประจำ	45 (90)	47 (94)	

ตาราง 5 (ต่อ)

แบบแผนสุขภาพในระยะ ตั้งครรภ์	มารดาคลอดก่อนกำหนด		$\chi^2$
	คน (ร้อยละ)	คน (ร้อยละ)	
12. ขึ้นไปในสถานที่ที่มีคนแออัด เช่น ตลาดนัด โรงภาพยนตร์ สถานเริงรมย์ เป็นต้น			
ไม่เคยทำ	22 (44)	16 (32)	7.97*
ทำเป็นบางครั้ง	28 (56)	27 (54)	
ทำเป็นประจำ	-	7 (14)	
13. ฉันทพยายามหลีกเลี่ยงการอยู่ ใกล้ชิดกับคนที่ป็นหวัดหรือ ไม่สบายในขณะที่ตั้งครรภ์			
ไม่เคยทำ	7 (14)	10 (20)	0.73
ทำเป็นบางครั้ง	19 (38)	19 (38)	
ทำเป็นประจำ	24 (48)	21 (42)	
14. เมื่อรู้สึกไม่สบายฉันจะไปตรวจ ที่โรงพยาบาลหรือคลินิก			
ไม่เคยทำ	2 (4)	4 (8)	0.72
ทำเป็นบางครั้ง	13 (26)	12 (24)	
ทำเป็นประจำ	35 (70)	34 (68)	
15. เมื่อสงสัยว่ามีอาการผิดปกติ ขณะตั้งครรภ์ ฉันปรึกษา แพทย์หรือพยาบาล เพื่อขอคำ แนะนำ			
ไม่เคยทำ	3 (6)	1 (2)	2.13
ทำเป็นบางครั้ง	10 (20)	15 (30)	
ทำเป็นประจำ	37 (74)	34 (68)	
16. ในแต่ละวันฉันรับประทาน อาหารครบ 5 หมู่ ทั้งข้าว เนื้อสัตว์ ถั่ว ไข่ ไขมัน ผัก ต่างๆ และผลไม้			
ไม่เคยทำ	2 (4)	1 (2)	0.60
ทำเป็นบางครั้ง	24 (48)	27 (54)	
ทำเป็นประจำ	24 (48)	22 (44)	

ตาราง 5 (ต่อ)

แบบแผนสุขภาพในระยะ ตั้งครรรภ์	มารดาคลอดก่อนกำหนด		$\chi^2$
	คน (ร้อยละ)		
17. ดันรับประทานอาหารสุกๆ ดิบๆ ขณะตั้งครรรภ์ เช่น แหนม ปลาจ้ำ ดิบ กุ้งแช่น้ำปลา เป็นต้น			
ไม่เคยทำ	43 (86)	43 (86)	0.42
ทำเป็นบางครั้ง	6 (12)	5 (10)	
ทำเป็นประจำ	1 (2)	2 (4)	
18. ดันรับประทานอาหารวันละ 3-4 มื้อ			
ไม่เคยทำ	1 (2)	1 (2)	0.25
ทำเป็นบางครั้ง	9 (18)	11 (22)	
ทำเป็นประจำ	40 (80)	38 (76)	
19. ดันดื่มนมสดอย่างน้อยวันละ 1 แก้ว หรือ 1 กล่อง			
ไม่เคยทำ	1 (2)	4 (8)	2.65
ทำเป็นบางครั้ง	14 (28)	17 (34)	
ทำเป็นประจำ	35 (70)	29 (58)	
20. ดันรับประทานอาหารหมักดอง ในขณะตั้งครรรภ์			
ไม่เคยทำ	27 (54)	24 (48)	1.51
ทำเป็นบางครั้ง	22 (44)	26 (52)	
ทำเป็นประจำ	1 (2)	-	
21. ดันรับประทานยาขับลมเมื่อมี อาการท้องอืด			
ไม่เคยทำ	38 (76)	38 (76)	0.00
ทำเป็นบางครั้ง	10 (20)	10 (20)	
ทำเป็นประจำ	2 (4)	2 (4)	
22. ดันรับประทานยาบำรุงตาม คำสั่งแพทย์			
ไม่เคยทำ	2 (4)	2 (4)	7.94*
ทำเป็นบางครั้ง	4 (8)	15 (30)	
ทำเป็นประจำ	44 (88)	33 (66)	

ตาราง 5 (ต่อ)

แบบแผนสุขภาพในระยะ ตั้งครรภ์	มารดาคลอดก่อนกำหนด	มารดาคลอดครบกำหนด	$\chi^2$
	คน (ร้อยละ)	คน (ร้อยละ)	
23. ฉันทรับประทานผัก ผลไม้ หรือ ดื่มน้ำให้มากขึ้นกว่าเดิม และ ฝึกขับถ่ายให้เป็นเวลา เพื่อไม่ ให้มีอาการท้องผูก			
ไม่เคยทำ	1 (2)	1 (2)	0.05
ทำเป็นบางครั้ง	4 (28)	13 (26)	
ทำเป็นประจำ	35 (70)	36 (72)	
24. ฉันทดื่มน้ำน้อยลง เพื่อไม่ให้ ปัสสาวะบ่อย			
ไม่เคยทำ	30 (60)	38 (76)	2.99
ทำเป็นบางครั้ง	16 (32)	10 (20)	
ทำเป็นประจำ	4 (8)	2 (4)	
25. ฉันทไปพบแพทย์ เมื่อมีอาการ ปัสสาวะแสบขัด			
ไม่เคยทำ	24 (48)	29 (58)	4.66
ทำเป็นบางครั้ง	16 (32)	7 (14)	
ทำเป็นประจำ	10 (20)	14 (28)	
26. ฉันททำงานที่ต้องยืน อย่าง น้อยวันละ 3 ชั่วโมง			
ไม่เคยทำ	26 (52)	30 (60)	0.80
ทำเป็นบางครั้ง	11 (22)	8 (16)	
ทำเป็นประจำ	13 (26)	12 (24)	
27. ฉันททำงานบ้านทั้งหมด โดย ไม่มีผู้ช่วยเหลือ			
ไม่เคยทำ	11 (22)	10 (34)	1.82
ทำเป็นบางครั้ง	28 (56)	23 (46)	
ทำเป็นประจำ	11 (22)	17 (20)	

ตาราง 5 (ต่อ)

แบบแผนสุขภาพในระยะ ตั้งครมภ์	มารดาคลอดก่อนกำหนด		$\chi^2$
	คน (ร้อยละ)	คน (ร้อยละ)	
28. ชั้นทำงานหนักหรือต้องยก ของหนัก เช่น แบกแผ่น ยางพารา ยกอิฐ ดิน หิน ปูน หรือหินน้ำ เป็นต้น			
ไม่เคยทำ	38 (76)	37 (74)	3.79
ทำเป็นบางครั้ง	10 (20)	6 (12)	
ทำเป็นประจำ	2 (4)	7 (14)	
29. ชั้นเดินออกกำลังกายวัน ประมาณ 30 นาที			
ไม่เคยทำ	4 (8)	5 (10)	0.13
ทำเป็นบางครั้ง	24 (48)	23 (46)	
ทำเป็นประจำ	22 (44)	22 (44)	
30. ชั้นทำกิจกรรมต่างๆ ที่ทำให้ เหน็ดเหนื่อยเช่น เย็บปักถักร้อย ฟังวิทยุ ดูโทรทัศน์ และอ่าน หนังสือ เป็นต้น			
ไม่เคยทำ	2 (4)	6 (12)	4.06
ทำเป็นบางครั้ง	22 (44)	14 (28)	
ทำเป็นประจำ	26 (52)	30 (60)	
31. ชั้นนอนหลับคืนละประมาณ 8 ชั่วโมง			
ไม่เคยทำ	3 (6)	8 (16)	2.68
ทำเป็นบางครั้ง	14 (28)	14 (28)	
ทำเป็นประจำ	33 (66)	28 (56)	
32. ในเวลากลางวันชั้นพักผ่อน ประมาณ 1 ชั่วโมง			
ไม่เคยทำ	3 (6)	2 (4)	1.79
ทำเป็นบางครั้ง	14 (28)	9 (18)	
ทำเป็นประจำ	33 (66)	39 (78)	

ตาราง 5 (ต่อ)

แบบแผนสุขภาพในระยะ ตั้งครรรภ์	มารดาคลอดก่อนกำหนด		$\chi^2$
	คน (ร้อยละ)		
33. ดันฟังเพลง อ่านหนังสือ หรือ ทำสมาธิเพื่อให้หลับง่าย			
ไม่เคยทำ	12 (24)	14 (28)	0.40
ทำเป็นบางครั้ง	22 (44)	19 (38)	
ทำเป็นประจำ	16 (32)	17 (34)	
34. ถ้าฉันเป็นตะคริวฉันจะนวด กล้ามเนื้อบริเวณที่เป็น และปรึกษาแพทย์			
ไม่เคยทำ	18 (36)	17 (34)	0.47
ทำเป็นบางครั้ง	12 (24)	15 (30)	
ทำเป็นประจำ	20 (40)	18 (36)	
35. เมื่อมีอาการตาพร่ามัวฉันจะ ปรึกษาแพทย์ทันที			
ไม่เคยทำ	29 (58)	25 (50)	0.70
ทำเป็นบางครั้ง	10 (20)	11 (22)	
ทำเป็นประจำ	11 (22)	14 (28)	
36. ฉันนวดหลังเมื่อมีอาการปวด หลัง			
ไม่เคยทำ	12 (24)	12 (24)	0.22
ทำเป็นบางครั้ง	22 (44)	24 (48)	
ทำเป็นประจำ	16 (32)	14 (28)	
37. ฉันเอามือคลึงมดลูกเมื่อมี อาการเจ็บครรภ์			
ไม่เคยทำ	24 (48)	30 (60)	1.59
ทำเป็นบางครั้ง	17 (34)	12 (24)	
ทำเป็นประจำ	9 (18)	8 (16)	
38. ฉันสวมเสื้อผ้าที่เหมาะสม กับขนาดของครรภ์ที่โตขึ้น			
ไม่เคยทำ	1 (2)	-	7.16*
ทำเป็นบางครั้ง	8 (16)	1 (2)	
ทำเป็นประจำ	41 (82)	49 (98)	



ตาราง 5 (ต่อ)

แบบแผนสุขภาพในระยะ ตั้งครรภ์	มารดาคลอดก่อนกำหนด		$\chi^2$
	คน (ร้อยละ)		
39. ชั้นควบคุมเรื่องการรับ ประทานอาหารเพื่อไม่ให้ อ้วนเกินไป			
ไม่เคยทำ	35 (70)	33 (66)	3.19
ทำเป็นบางครั้ง	7 (14)	13 (26)	
ทำเป็นประจำ	8 (16)	4 (8)	
40. ชั้นใส่เสื้อผ้าคับๆ เพื่อไม่ให้ หน้าท้องยื่น			
ไม่เคยทำ	43 (86)	46 (92)	2.21
ทำเป็นบางครั้ง	5 (10)	4 (8)	
ทำเป็นประจำ	2 (4)	-	
41. ชั้นเตรียมของใช้ที่จำเป็น สำหรับบุตร			
ไม่เคยทำ	13 (26)	10 (20)	4.25
ทำเป็นบางครั้ง	10 (20)	4 (8)	
ทำเป็นประจำ	27 (54)	36 (72)	
42. ชั้นติดต่อสังสรรหรือพูดคุย กับบุคคลใกล้ชิดและคนอื่นๆ เหมือนก่อนตั้งครรภ์			
ไม่เคยทำ	3 (6)	3 (6)	3.25
ทำเป็นบางครั้ง	10 (20)	18 (36)	
ทำเป็นประจำ	37 (74)	29 (58)	
43. ชั้นแสวงหาความรู้ในการ เลี้ยงดูบุตรจากการอ่าน หนังสือหรือซักถามจากมารดา และผู้ที่มิมีประสบการณ์			
ไม่เคยทำ	2 (4)	1 (2)	1.20
ทำเป็นบางครั้ง	19 (38)	15 (30)	
ทำเป็นประจำ	29 (58)	34 (68)	

ตาราง 5 (ต่อ)

แบบแผนสุขภาพในระยะ ตั้งครรภ์	มารดาคลอดก่อนกำหนด		$\chi^2$
	คน (ร้อยละ)		
44. ฉันทำทุกสิ่งทุกอย่างตามที่ฉัน ต้องการ โดยไม่ได้คำนึงถึง อันตรายที่จะเกิดกับลูกใน ครรภ์ เช่น การทำงานหนัก การดื่มน้ำชา กาแฟ เป็นต้น			
ไม่เคยทำ	37 (74)	38 (76)	0.73
ทำเป็นบางครั้ง	9 (18)	10 (20)	
ทำเป็นประจำ	4 (8)	2 (4)	
45. ในขณะที่มีเพศสัมพันธ์ ฉันใช้ ท่าที่ไม่กระทบกระเทือนต่อ ทารกในครรภ์			
ไม่เคยทำ	15 (30)	18 (36)	0.53
ทำเป็นบางครั้ง	16 (32)	16 (32)	
ทำเป็นประจำ	19 (38)	16 (32)	
46. ฉันงดมีเพศสัมพันธ์เมื่อ ตั้งครรภ์			
ไม่เคยทำ	9 (18)	10 (20)	1.57
ทำเป็นบางครั้ง	36 (72)	31 (62)	
ทำเป็นประจำ	5 (10)	9 (18)	
47. เมื่อรู้สึกไม่สบายใจหรือวิตก กังวล ฉันจะพูดคุยปรึกษา หาหรือกับบุคคลใกล้ชิดหรือ แก้ไขด้วยวิธีการต่างๆ			
ไม่เคยทำ	8 (16)	6 (12)	2.57
ทำเป็นบางครั้ง	22 (44)	16 (32)	
ทำเป็นประจำ	20 (40)	28 (56)	
48. ฉันไปพักผ่อนหย่อนอารมณ์ เสมอในระยะตั้งครรภ์			
ไม่เคยทำ	11 (22)	10 (20)	0.37
ทำเป็นบางครั้ง	23 (46)	26 (52)	
ทำเป็นประจำ	16 (32)	14 (28)	

ตาราง 5 (ต่อ)

แบบแผนสุขภาพในระยะ ตั้งครรรค์	มารดาคลอดก่อนกำหนด	มารดาคลอดครบกำหนด	$\chi^2$
	คน (ร้อยละ)	คน (ร้อยละ)	
49. ฉันรับประทานยาระงับ ประสาทเพื่อลดอาการ เครียดในขณะตั้งครรรค์			
ไม่เคยทำ	44 (88)	49 (98)	4.60
ทำเป็นบางครั้ง	2 (4)	1 (2)	
ทำเป็นประจำ	4 (8)	-	
50. ฉันทำบุญตั้งแต่เริ่มตั้งครรรค์			
ไม่เคยทำ	1 (2)	1 (2)	0.38
ทำเป็นบางครั้ง	27 (54)	30 (60)	
ทำเป็นประจำ	22 (44)	19 (38)	
51. ฉันปฏิบัติตนตามความเชื่อ ต่างๆ ที่มีผลต่อการ ตั้งครรรค์ เช่น ไม่ดื่ม น้ำอัดลม ขณะตั้งครรรค์ รับประทาน อาหารมากๆ ขณะตั้งครรรค์ เป็นต้น			
ไม่เคยทำ	8 (16)	4 (8)	2.97
ทำเป็นบางครั้ง	17 (34)	13 (26)	
ทำเป็นประจำ	25 (50)	33 (66)	
52. ฉันทำงานทุกอย่างให้ได้ดี เหมือนก่อนตั้งครรรค์ เพื่อจะ ได้มีคุณค่ามากขึ้น			
ไม่เคยทำ	12 (24)	9 (18)	0.85
ทำเป็นบางครั้ง	18 (36)	22 (44)	
ทำเป็นประจำ	20 (40)	19 (38)	

P\* &lt; .05

ตาราง 6 ตารางกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างของเครจซี่และมอร์แกน (Krejcie & Morgan, 1970 :

608)

TABLE FOR DETERMINING NEEDED SIZES OF A RANDOMLY CHOSEN SAMPLE FROM A GIVEN FINITE POPULATION OF N CASES SUCH THAT THE SAMPLE PROPORTION P WILL BE WITHIN  $\pm .05$  OF THE POPULATION PROPORTION P WITH A 95 PERCENT LEVEL OF CONFIDENCE

N	S	N	S	N	S
10	10	220	140	1200	291
15	14	230	144	1300	297
20	19	240	148	1400	302
25	24	250	152	1500	306
30	28	260	155	1600	310
35	32	270	159	1700	313
40	36	280	162	1800	317
45	40	290	165	1900	320
50	44	300	169	2000	322
55	48	320	175	2200	327
60	52	340	181	2400	331
65	56	360	186	2600	335
70	59	380	191	2800	338
75	63	400	196	3000	341
80	66	420	201	3500	346
85	70	440	205	4000	351
90	73	460	210	4500	354
95	76	480	214	5000	357
100	80	500	217	6000	361
110	86	550	226	7000	364
120	92	600	234	8000	367
130	97	650	242	9000	368
140	103	700	248	10000	370
150	108	750	254	15000	375
160	113	800	260	20000	377
170	118	850	265	30000	379
180	123	900	269	40000	380
190	127	950	274	50000	381
200	132	1000	278	75000	382
210	136	1100	285	100000	384

Note : N is population size; S is sample size

**ภาคผนวก ง.**  
**รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ**

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงของแบบสอบถาม

1. รองศาสตราจารย์ ดร. พยอม อยู่สวัสดิ์  
ภาควิชาการพยาบาลสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
2. รองศาสตราจารย์ ดร. สุกัญญา ปรีดิ์บุญญกุล  
ภาควิชาการพยาบาลสูติศาสตร์และนรีเวชวิทยา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัย  
เชียงใหม่
3. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ อรพินธ์ เจริญผล  
ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
4. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ สุรีย์พร กฤตเจริญ  
ภาควิชาการพยาบาลสูติศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
5. นายแพทย์ ศุภอรรัต พลอินทร์  
หัวหน้ากลุ่มงานสูติ-นรีเวชกรรมและวางแผนครอบครัว โรงพยาบาลสงขลา

## ประวัติผู้เขียน

ชื่อ นามสกุล           นางพิมพ์ กายประสิทธิ์

วัน เดือน ปี เกิด       24 พฤศจิกายน 2500

วุฒิการศึกษา

วุฒิ

ชื่อสถาบัน

ปีที่สำเร็จการศึกษา

วิทยาศาสตร์บัณฑิต

มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

2523

(พยาบาลและผดุงครรภ์)

ตำแหน่งและสถานที่ทำงาน

ตำแหน่ง            อาจารย์

สถานที่ทำงาน    วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสงขลา