

การศึกษาปัจจัยด้านมารดาที่ส่งผลกระทบต่อทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม
อำเภอโพทะเล - บึงนาราง จังหวัดพิจิตร

ห้องอ่านหนังสือ
คณะสาธารณสุขศาสตร์



ห้องอ่านหนังสือ คณะสาธารณสุขศาสตร์
รับทะเบียน..... 6 ส.ค. 2553
เลขทะเบียน..... b. 2475397, i. 4442917
เลขเรียกหนังสือ..... WA20-5

รายงานนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาวิชา วิจัยสุขภาพ (551461)

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

ภาคเรียนที่ 3 ปีการศึกษา 2550

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษาค้นคว้าฉบับนี้ สำเร็จด้วยความกรุณาอย่างยิ่งจากทางโรงพยาบาลโพทะเล สำนักงานสาธารณสุขอำเภอโพทะเล สำนักงานสาธารณสุขอำเภอบึงนาราง สถานีอนามัยในเขตอำเภอโพทะเลและบึงนาราง ที่ได้ให้คำแนะนำ สนับสนุนข้อมูลและกำลังใจ ประกอบกับบุคคลผู้ที่มีส่วนร่วมในการอำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูลโดยประกอบไปด้วยผู้ใหญ่บ้าน อสม.และที่สำคัญคือมารดาหลังคลอดที่คลอดในปีงบประมาณ 2550 ที่ร่วมดำเนินการและเตรียมชุมชนให้แก่คณะผู้วิจัย

ขอขอบพระคุณ ท่านอาจารย์สมเกียรติ ศรีประสิทธิ์ อาจารย์ภาควิชาสาธารณสุขศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนครสวรรค์ และนางศิริรัตน์ เนียมเปรม พยาบาลวิชาชีพ นางนงนุช ภังคสังข์ พยาบาลวิชาชีพ และนายไพฑูรย์ ศิริวัลย์ สาธารณสุขอำเภอบึงนารางที่ได้ให้คำแนะนำปรึกษา ตลอดจนตรวจแก้ไขข้อบกพร่องด้วยความเอาใจใส่จนทำให้การศึกษาครั้งนี้ สำเร็จลงได้เป็นอย่างดี

คุณค่าและประโยชน์หนึ่งที่ได้จากการศึกษาค้นคว้าในการทำวิจัยในครั้งนี้ คณะผู้วิจัยขอขอบและอุทิศแด่ผู้มีพระคุณทุกท่าน

ณัฐริกา	แก้วแกมแซ
นิคม	เล็กชุมผล
สมจิต	โป่งคอยหลวง
สุภาวดี	เทพราชา
อรอนงค์	พรมจันทร์

ชื่อเรื่อง การศึกษาปัจจัยด้านมารดาที่ส่งผลกระทบต่อทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม อำเภอโพทะเล – บึงนาราง จังหวัดพิจิตร

ชื่อผู้เขียน นางสาวณัฐริกา แก้วแกมแซ
นายนิคม เล็กชุมผล
นางสาวสมจิต โป่งคอยหลวง
นางสาวสุภาวดี เทพรักษา
นางสาวอรอนงค์ พรหมจันทร์

ที่ปรึกษา อาจารย์สมเกียรติ ศรีประสิทธิ์

ประเภทสารนิพนธ์ รายงานการศึกษารายวิชา การวิจัยทางสุขภาพ (551461)
ปริญญาสาธาณสุขศาสตรบัณฑิต (ต่อเนื่อง 2 ปี)
คณะสาธาณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร, 2551

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านมารดาครรภ์เดียวกับการคลอดทารกน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม ที่มาคลอด ณ โรงพยาบาลโพทะเล จังหวัดพิจิตร กลุ่มตัวอย่างได้จากการเลือกแบบสุ่มตัวอย่างแบบง่ายจากกลุ่มมารดาที่มาคลอดในโรงพยาบาลโพทะเล ในช่วงวันที่ 1 ตุลาคม 2549 – 30 กันยายน 2550 ใช้ขนาดตัวอย่างจำนวน 96 คน โดยแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มมารดาที่คลอดบุตรน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม และกลุ่มมารดาที่คลอดบุตรน้ำหนักมากกว่า 2,500 กรัม เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสัมภาษณ์ที่ผู้ศึกษาดัดแปลงมาจากแบบวัดพฤติกรรมการปฏิบัติตน เพื่อดำรงไว้ซึ่งสภาวะสุขภาพในหญิงตั้งครรภ์ของโลเวนส์และโรนีย์ฮาร์ท วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนาเชิงวิเคราะห์ (Cross – sectional analytic) และทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรโดยใช้ ไค – สแควร์

ผลการศึกษาพบว่ามีความสัมพันธ์ระหว่างลำดับการตั้งครรภ์ภาวะโภชนาการขณะตั้งครรภ์ (ใช้ Vallop curve) น้ำหนักตัวมารดา ก่อนตั้งครรภ์ น้ำหนักตัวมารดา ก่อนคลอด น้ำหนักตัวมารดาที่เพิ่มขึ้นระหว่างตั้งครรภ์ และอายุครรภ์เมื่อคลอด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) โดยที่มารดาที่ตั้งครรภ์ครั้งแรกมารดาที่มีภาวะโภชนาการขณะตั้งครรภ์ (ใช้ Vallop curve) ต่ำมารดาที่มีน้ำหนักตัวก่อนตั้งครรภ์น้อยกว่า 45 กิโลกรัม มารดาที่มีน้ำหนักตัวก่อนคลอดน้อยกว่า 55 กิโลกรัม มารดาที่มีน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นระหว่างตั้งครรภ์น้อยกว่า 12 กิโลกรัมและมารดาที่คลอดบุตร อายุครรภ์ก่อน 37 สัปดาห์ มีแนวโน้มในการให้กำเนิดทารกแรกเกิดน้ำหนักต่ำกว่า 2,500 กรัม

และไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างอาชีพ อายุ การศึกษา อายุครรภ์เมื่อมาฝากครรภ์ครั้งแรก การฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์ ปริมาณเม็ดเลือดแดงอัดแน่น (Hct) ผลการตรวจโรคทาลัสซีเมีย โรคประจำตัว (โรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน ไทรอยด์ หัวใจ) ความรู้ในการปฏิบัติตนระหว่างตั้งครรภ์และทัศนคติของมารดาที่เกี่ยวข้องกับการตั้งครรภ์กับน้ำหนักทารกแรกเกิดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

ผลการศึกษานี้แสดงให้เห็นว่าภาวะโภชนาการของมารดา ลำดับการตั้งครรภ์ และอายุครรภ์เมื่อคลอด มีผลต่อน้ำหนักทารกแรกเกิด ดังนั้นการให้ความรู้เพื่อส่งเสริมภาวะโภชนาการของมารดาและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านโภชนาการเพื่อให้น้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น จึงเป็นสิ่งสำคัญเนื่องจากมีผลต่อน้ำหนักทารกแรกเกิด



สารบัญ

	หน้า
บทที่ 1 บทนำ	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
วัตถุประสงค์การวิจัย	3
สมมติฐานการวิจัย	3
ขอบเขตการวิจัย	3
ตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย	3
นิยามศัพท์เฉพาะในการวิจัย	4
กรอบแนวคิดในการวิจัย	7
ผลที่คาดว่าจะได้รับ	8
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	9
บทที่ 3 วิธีดำเนินงานวิจัย	46
รูปแบบการวิจัย	46
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	46
เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา	47
การหาคุณภาพเครื่องมือ	51
การเก็บรวบรวมข้อมูล	51
การวิเคราะห์ข้อมูล	52
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล	53
บทที่ 5 สรุป อภิปราย ข้อเสนอแนะ	87
สรุปผลการวิจัย	88
อภิปรายผลการวิจัย	91
ข้อเสนอแนะในการนำผลการศึกษาไปใช้	92
ข้อเสนอแนะในการทำการวิจัยครั้งต่อไป	93
บรรณานุกรม	94

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
ภาคผนวก	96
ภาคผนวก ก แบบบันทึกและแบบสัมภาษณ์	97
ภาคผนวก ข ดัชนีความพึง	109
ภาคผนวก ค การหาความเชื่อมั่น	111
ประวัติผู้วิจัย	120



บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา (Significance of the problem)

ทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยหมายถึงทารกที่มีน้ำหนักแรกเกิดน้อยกว่า 2,500 กรัม แบ่งเป็นกลุ่มใหญ่ได้ 2 กลุ่ม คือทารกคลอดก่อนกำหนดและอีกกลุ่มคือทารกคลอดครบกำหนดแต่น้ำหนักน้อย ทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยนี้เป็นภาวะที่มีผู้สนใจมากเพราะพบว่าทารกในกลุ่มนี้มีอัตราตาย ความพิการ ในระยะหลังคลอดและในขวบปีแรกสูงกว่าทารกแรกคลอดที่มีน้ำหนักปกติ ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขได้เผยแพร่ข้อมูลทารกไทยตายหลังคลอดเกือบ 2 หมื่นรายต่อปี โดยประเทศไทยมีอัตราการตายทารกอยู่ที่ 23 คนต่อ 1,000 คน นั้นหมายถึงว่ามีทารกที่มีชีวิตรอดเพียง 977 คนเท่านั้น และสองในสามของทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยจะมีปัญหาตามมา(งานประชุมวิชาการสาธารณสุข จังหวัดนครราชสีมา)และจากการศึกษาของ รศ.พญ.ศิริกุล อิศรานุรักษ์ หัวหน้าทีมวิจัย พบว่าทารกแรกเกิดน้ำหนักตัวน้อยมีความเสี่ยงต่อการตายโดยปริกำเนิดและการตายในระยะขวบปีแรกของชีวิต นอกจากนี้ยังมีความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วย ภาวะทุโภชนาการ พัฒนาการล่าช้าในทุกด้าน

ทารกน้ำหนักแรกเกิดน้อยเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญปัญหาหนึ่งของประเทศไทย เพราะทารกแรกเกิดเป็นกลุ่มที่มีอัตราป่วยสูงกว่ากลุ่มน้ำหนักปกติมากทำให้โรงพยาบาลและผู้ปกครองต้องรับภาระค่าใช้จ่ายในการรักษาสูงและเป็นการสิ้นเปลืองงบประมาณของประเทศ เพราะทารกเหล่านี้จะมีภาวะแทรกซ้อนตามมา เนื่องจากอวัยวะต่างของทารกยังไม่สมบูรณ์เต็มที่ส่งผลต่อสุขภาพตามมา อาทิเป็นโรคปอดเรื้อรัง ความสามารถในการมองเห็นลดลง เลือดออกในสมอง ติดเชื้อในกระแสเลือด บางรายเมื่อรอดชีวิตแล้วอาจมีปัญหาสมองพิการ ดังนั้นทารกกลุ่มนี้จำเป็นต้องได้รับการดูแลอย่างดี โดยเฉพาะด้านระบบหายใจ ระบบไหลเวียนเลือด ระบบประสาท และระบบทางเดินอาหาร ซึ่งต้องใช้บุคลากรการแพทย์ที่มีความชำนาญเฉพาะทาง รวมทั้งต้องใช้อุปกรณ์การแพทย์ที่มีประสิทธิภาพสูงซึ่งมีจำนวนจำกัดทำให้ค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาทารกกลุ่มนี้นับวันจะมีแนวโน้มสูงขึ้นถึง 5,000 ล้านบาทต่อปี (พิพัฒน์ มงคลฤทธิ์ ,2549:13)

ประเทศไทยในปีพ.ศ. 2544 - 2546 พบว่าอัตราทารกแรกเกิดมีซีพน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม คิดเป็นร้อยละ 8.80 - 8.89 (พิพัฒน์ มงคลฤทธิ์ , 2549 : 20-21) ซึ่งไม่แตกต่างกันมากนัก ล่าสุดในปีพ.ศ. 2549 พบเด็กไทยมีน้ำหนักตัวแรกเกิดต่ำกว่ามาตรฐานร้อยละ 9 หรือประมาณ 73,000 คน จากจำนวนเด็กที่คลอดปีละประมาณ 800,000 คน

อัตราทารกแรกเกิดมีซีพน้ำหนักน้อยของจังหวัดพิจิตรในปี พ.ศ. 2546 - 2549 พบว่ามีอัตราทารกแรกเกิดมีซีพน้ำหนักน้อย ร้อยละ 10.34, 8.11, 7.97 และ 7.61 ตามลำดับ (ข้อมูลงานอนามัยแม่และเด็ก, สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร)

ในส่วนของอำเภอโพทะเล - บึงนาราง ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2548 - 2550 มีอัตราทารกแรกเกิดมีซีพน้ำหนักน้อยที่คลอดในโรงพยาบาลโพทะเล ร้อยละ 7.49, 11.48 และ 10.55 ตามลำดับ (ข้อมูลสถิติงานอนามัยแม่และเด็ก โรงพยาบาลโพทะเล) จะเห็นได้ว่าปัญหาเรื่องทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัมในอำเภอโพทะเล - บึงนาราง มีอัตราลดลงแต่ยังสูงกว่าตัวชี้วัดที่ต้องการให้มีไม่เกินร้อยละ 7 ตามแผนพัฒนาสุขภาพฉบับที่ 9

จากการวิจัยที่ผ่านมา (ไพรัตน์ เสงี่ยมชัย, 2541) พบว่าปัจจัยด้านมารดาโดยเฉพาะในด้านภาวะโภชนาการของมารดาตั้งแต่ก่อนตั้งครรภ์ น้ำหนักตัวที่เพิ่มขึ้นระหว่างตั้งครรภ์ น้ำหนักตัวมารดาก่อนคลอดล้วนแต่มีแนวโน้มในการให้กำเนิดทารกน้ำหนักน้อยกว่าเกณฑ์ทั้งสิ้นและจากการศึกษาวิจัยของนายวิญญูณ สุขแสง (2534) จะเห็นถึงความสัมพันธ์ที่สอดคล้องกันกับวิจัยในข้างต้นเกี่ยวข้องกับปัจจัยที่มีผลต่อน้ำหนักทารกแรกคลอด จากการวิเคราะห์ของผู้วิจัยพบว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อน้ำหนักทารก คือความรู้ด้านโภชนาการของมารดา พฤติกรรมการบริโภคอาหารของมารดาระหว่างตั้งครรภ์กับจำนวนบุตรที่มีชีวิตอยู่ ตัวแปรด้านความสูงของมารดา น้ำหนักที่เพิ่มขึ้นระหว่างตั้งครรภ์ อายุครรภ์ รายได้ และการศึกษาของมารดา เป็นต้น ซึ่งปัจจัยเหล่านี้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับน้ำหนักทารกแรกเกิดทั้งสิ้น

ดังนั้นคณะผู้วิจัยจึงได้เห็นความสำคัญของปัญหาอัตราทารกแรกเกิดมีซีพน้ำหนักน้อยซึ่งภายในพื้นที่ของผู้วิจัยยังมีอัตราทารกแรกเกิดมีซีพน้ำหนักน้อยเกินเกณฑ์เป้าหมายของงานอนามัยแม่และเด็ก ซึ่งอัตราทารกแรกเกิดมีซีพน้ำหนักน้อยจะต้องมีไม่เกินร้อยละ 7 ตามแผนพัฒนาสุขภาพฉบับที่ 9 คณะผู้วิจัยจึงทำการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม โดยเฉพาะทารกที่คลอดในโรงพยาบาลโพทะเล เพื่อจะหาแนวทางในการแก้ไขปรับปรุงและป้องกันการคลอดทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย (Formulation of research objectives)

ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านมารดาครรภ์เดียวกับการคลอดทารกน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม ที่มาคลอด ณ โรงพยาบาลโพทะเล

สมมติฐานการวิจัย (Setting hypothesis)

ปัจจัยด้านมารดา ได้แก่ อาชีพ อายุ การศึกษา จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ อายุครรภ์เมื่อมาฝากครรภ์ครั้งแรก การฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์ ภาวะโภชนาการขณะตั้งครรภ์ (ใช้ VALLOP CURVE) อายุครรภ์เมื่อคลอด ปริมาณเม็ดเลือดแดงอัดแน่น (Hct) ผลการตรวจโรคธาลัสซีเมีย โรคประจำตัว (ความดันโลหิตสูง เบาหวาน ไทรอยด์ หัวใจ) น้ำหนักตัวก่อนตั้งครรภ์ น้ำหนักตัวก่อนคลอด น้ำหนักตัวมารดาที่เพิ่มขึ้นระหว่างการตั้งครรภ์ ความรู้ในการปฏิบัติตนระหว่างตั้งครรภ์ ทศนคติของมารดาที่เกี่ยวข้องกับการตั้งครรภ์ มีความสัมพันธ์กับการคลอดทารกน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม

ขอบเขตการวิจัย (Delimitation of research)

ศึกษามารดาครรภ์เดียวที่มาคลอด ณ โรงพยาบาลโพทะเล ในปีงบประมาณ 2550 จำนวน 237 คน ระยะเวลาศึกษาวิจัย ตั้งแต่วันที่ 1 มีนาคม – 30 เมษายน 2551

ตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย

ตัวแปรต้น คือ ปัจจัยทางด้านมารดา ได้แก่

- อาชีพ
- อายุ
- การศึกษา
- จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์
- อายุครรภ์เมื่อมาฝากครรภ์ครั้งแรก
- การฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์
- ภาวะโภชนาการขณะตั้งครรภ์ (ใช้ VALLOP CURVE)
- อายุครรภ์เมื่อคลอด
- ปริมาณเม็ดเลือดแดงอัดแน่น (Hct)
- ผลการตรวจโรคธาลัสซีเมีย

- โรคประจำตัว (ความดันโลหิตสูง เบาหวาน ไทรอยด์ หัวใจ)
- น้ำหนักตัวก่อนตั้งครรภ์
- น้ำหนักตัวก่อนคลอด
- น้ำหนักตัวมารดาที่เพิ่มขึ้นระหว่างการตั้งครรภ์
- ความรู้ในการปฏิบัติตนระหว่างตั้งครรภ์
- ทศนคติของมารดาที่เกี่ยวกับการตั้งครรภ์

ตัวแปรตาม คือ น้ำหนักทารกแรกคลอด

นิยามศัพท์เฉพาะในการวิจัย (Definition of terms)

✓ **ทารกน้ำหนักน้อย** คือ ทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2.5 กิโลกรัม (2,500 กรัม) โดยไม่คำนึงถึงอายุครรภ์

✓ **อัตราทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย** คือ จำนวนทารกเกิดมีชีพที่มีน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม ที่ได้รับการชั่งน้ำหนักภายใน 24 ชั่วโมงหลังคลอด ต่อจำนวนเด็กเกิดมีชีพที่ได้รับการชั่งน้ำหนักทั้งหมด 100 คน

อัตรตายปริกำเนิด (Perinatal Mortality Rate) คือ การตายของทารกน้ำหนักอย่างน้อย 1,000 กรัม (หรือเมื่อไม่ทราบน้ำหนักให้ใช้อายุครรภ์ครบ 28 สัปดาห์ หรือมากกว่า หรือความยาวจากศีรษะถึงสันเท้า 35 เซนติเมตร หรือมากกว่าบวกจำนวนการตายของทารกที่อายุต่ำกว่า 7 วัน) ต่อทารกเกิดทั้งหมด 1,000 คน

การคลอดก่อนกำหนด (Preterm Labor) คือ การคลอดเมื่ออายุครรภ์น้อยกว่า 37 สัปดาห์ เด็กที่คลอดออกมาอาจยัง เจริญเติบโตไม่สมบูรณ์เต็มที่ ความสมบูรณ์ของเด็กจะขึ้นอยู่กับอายุครรภ์เมื่อคลอด เด็กที่คลอดเมื่ออายุครรภ์น้อยกว่า 25 สัปดาห์อาจเสียชีวิต เด็กที่คลอดด้วยอายุครรภ์ น้อยๆ แต่รอดชีวิตก็อาจจะมีปัญหาในการหายใจ อาจจำเป็นต้องใช้เครื่องช่วยหายใจ ในขณะที่เด็กที่เป็นแฝดที่จำเป็นต้องผ่าตัดคลอดก่อนกำหนดแต่ได้รับการดูแลเป็นพิเศษเพื่อเตรียมพร้อมสำหรับการคลอดก่อนกำหนด ซึ่งอาจได้รับยากระตุ้นปอดให้สมบูรณ์ก่อนคลอด ทารกที่คลอดออกมา อาจมีน้ำหนักน้อยเมื่อเทียบกับเด็กที่คลอดเมื่อครบกำหนดแต่ปอดมีความสมบูรณ์ก็ไม่จำเป็นต้องใช้เครื่องช่วยหายใจ

จำนวนมารดาคลอด คือ จำนวนมารดาที่สิ้นสุดการตั้งครรภ์ด้วยการคลอด ซึ่งนับรวมทั้งมีชีวิตและเสียชีวิตที่คลอดในสถานบริการนั้น และคลอดก่อนมาถึงโรงพยาบาล (BBA) รวมทั้งที่คลอดโดยผดุงครรภ์โบราณที่อยู่ในเขตรับผิดชอบของสถานบริการนั้น

วิธีการคลอด (Mode of Delivery) คือ วิธีที่สิ้นสุดการคลอดของเด็กเกิดแต่ละคน เช่น คลอดปกติ, ใช้เครื่องดูดสุญญากาศ(V/E) ใช้คีมดิ่ง(F/E) ผ่าตัดทางหน้าท้อง (C/S) คลอดท่าก้น การนับวิธีการคลอดให้นับวิธีที่สิ้นสุดการคลอดแต่ละคน (วิธีการคลอด=จำนวนเด็กเกิดทั้งหมด)

คลอดปกติ (Normal Labour) คือ การคลอดท่าหัวที่ไม่ต้องใช้หัตถการพิเศษทางสูติศาสตร์ในการช่วยคลอด

คลอดแฝด (Twins) คือ การคลอดที่ทารกในครรภ์คลอดออกมามากกว่า 1 คน ขึ้นไป และแจ้งนับวิธีที่สิ้นสุดการคลอดของเด็กแต่ละคน

แท้ง (Abortion) คือ จำนวนหญิงตั้งครรภ์ที่สิ้นสุดการตั้งครรภ์ก่อนอายุครรภ์ 28 สัปดาห์ หรือทารกน้ำหนักเด็กน้อยกว่า 1,000 กรัม และเด็กไม่มีชีวิต ซึ่งรวมถึงการแท้งเอง/การทำแท้ง

ติดเชื้อหลังคลอด (Sepsis) คือ จำนวนหญิงหลังคลอดที่มีการติดเชื้อระบบสืบพันธุ์ที่เกิดขึ้นในระยะหลังคลอด คือ มีไข้ 38 °C (100.4 °F) หรือมากกว่าในระยะ 1-2 สัปดาห์หลังคลอด (ไม่รวม 24 ชั่วโมงหลังคลอด) และมีการวัดปรอททางปากอย่างน้อยห่างกันทุก 4 ชั่วโมง

ภาวะพิษแห่งครรภ์ (Toxemia of Pregnancy) คือ หญิงตั้งครรภ์ที่มีอาการบ่งชี้ว่ามีภาวะพิษแห่งครรภ์บวม (ความดันโลหิตสูงเกิน 140/90 mm Hg มีไข่ขาวในปัสสาวะ)

หญิงตั้งครรภ์ได้รับการฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์ คือ การฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์ หมายถึง มารดาที่คลอดได้รับการตรวจครรภ์ตั้งแต่เริ่มตั้งครรภ์จนกระทั่งคลอด อย่างน้อย 4 ครั้งตามเกณฑ์ ในช่วงเวลาที่กำหนด คือ

ช่วง 6 เดือนแรก คือครั้งที่ 1 ควรจะอยู่ในช่วงอายุครรภ์ไม่เกิน 24 สัปดาห์

ช่วงเดือนที่ 7 คือครั้งที่ 2 นักระหว่างอายุครรภ์ 25 – 29 สัปดาห์

ช่วงเดือนที่ 8 คือครั้งที่ 3 นักระหว่างอายุครรภ์ 30 – 34 สัปดาห์

ช่วงเดือนที่ 9 คือครั้งที่ 4 นักระหว่างอายุครรภ์ 35 – 40 สัปดาห์

ภาวะโภชนาการขณะตั้งครรภ์(ใช้ VALLOP CURVE) คือ การติดตามดูน้ำหนักของหญิงตั้งครรภ์เทียบกับส่วนสูง ซึ่งจะได้ร้อยละค่ามาตรฐานดรชนี้มีมวลกาย จากนั้น จะนำค่านี้ไปเทียบกับอายุครรภ์ ของหญิงตั้งครรภ์ ก็จะทราบว่าหญิงตั้งครรภ์มีภาวะโภชนาการในระดับ ปกติ, เสี่ยง, หรือเสี่ยงมาก เป็นวิธีการที่สะดวก รวดเร็ว หญิงตั้งครรภ์สามารถประเมินได้ด้วยตนเอง

อัตราหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะขาดสารอาหาร (Malnutrition Rate of Pregnancy Women) คือ จำนวนหญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ครั้งแรกน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์โดยใช้เกณฑ์ประเมินตาม VC ต่อจำนวนหญิงตั้งครรภ์ ที่มาฝากครรภ์ครั้งแรกและใช้เกณฑ์การประเมินตาม VC 100 คน

ความเข้มข้นของเลือด คือ ฮีโมโกลบิน (Hb) เป็นโปรตีนชนิดหนึ่งที่เป็นส่วนสำคัญภายในเม็ดเลือดมีหน้าที่สำคัญ คือการนำก๊าซออกซิเจนจากปอดไปยังเซลล์และเนื้อเยื่อทางหลอดเลือดแดง และนำก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์จากเซลล์และเนื้อเยื่อ ไปยังปอดทางหลอดเลือดดำ ถ้าเกิดการผิดปกติของฮีโมโกลบินจะทำให้เกิดโรคโลหิตจาง ซึ่งค่าปกติ ชาย 15 – 19 กรัมเปอร์เซ็นต์ หญิง 12 – 16 กรัมเปอร์เซ็นต์

ปริมาณเม็ดเลือดแดงอัดแน่น (Hct) คือ ปริมาตรเม็ดเลือดแดงอัดแน่นที่สุด เมื่อบีบด้วยอัตราเร็วและเวลาที่กำหนดให้ คิดเป็นร้อยละของปริมาตรเลือดทั้งหมด (%) ซึ่งค่าปกติ ชาย ร้อยละ 40 – 50 หญิง ร้อยละ 35 – 45

หญิงตั้งครรภ์ในเขตรับผิดชอบได้รับการตรวจคัดกรองธาลัสซีเมีย คือ จำนวนหญิงมีครรภ์ที่มาฝากครรภ์ ได้รับการตรวจคัดกรองธาลัสซีเมีย (OF หรือ MCV และ DCIP) ตามเกณฑ์ (ทั้งก่อนและหลัง 16 สัปดาห์)

ภาวะซีด คือ ภาวะที่เลือดไม่มีเม็ดเลือดแดงอย่างเพียงพอ เม็ดเลือดแดงทำหน้าที่เกี่ยวกับการขนส่งออกซิเจนไปยังอวัยวะต่างๆ ถ้าเม็ดเลือดแดงมีฮีโมโกลบินน้อย หรือ จำนวนเม็ดเลือดแดงมีน้อยเกินไป ก็จะส่งผลให้ขนส่งออกซิเจนไม่มีประสิทธิภาพ

อัตราภาวะโลหิตจางของหญิงตั้งครรภ์ (Rate of Anemia in Pregnancy Women) คือ จำนวนหญิงตั้งครรภ์ที่มีค่าฮีมาโตคริตน้อยกว่าร้อยละ 33 หรือฮีโมโกลบินน้อยกว่า 11 กรัมต่อเดซิลิตร (ตรวจครั้งแรกที่มาฝากครรภ์) ต่อจำนวนหญิงมีครรภ์ที่ได้รับการตรวจเลือด 100 คน

กรอบแนวคิดในการวิจัย (Conceptual framework)

ตัวแปรต้น

ตัวแปรตาม

ปัจจัยด้านมารดา

- อาชีพ
- อายุ
- การศึกษา
- จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์
- อายุครรภ์เมื่อมาฝากครรภ์ครั้งแรก
- การฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์
- ภาวะโภชนาการขณะตั้งครรภ์ (ใช้ VALLOP CURVE)
- อายุครรภ์เมื่อคลอด
- ปริมาณเม็ดเลือดแดงอัดแน่น (Hct)
- ผลการตรวจโรคธาลัสซีเมีย
- โรคประจำตัว
- น้ำหนักตัวก่อนตั้งครรภ์
- น้ำหนักตัวก่อนคลอด
- น้ำหนักตัวมารดาที่เพิ่มขึ้นระหว่างการตั้งครรภ์
- ความรู้ในการปฏิบัติตนระหว่างตั้งครรภ์
- ทัศนคติของมารดาที่เกี่ยวกับการตั้งครรภ์

ทารกแรกคลอดน้ำหนักน้อย

ผลที่คาดว่าจะได้รับ

เพื่อนำข้อมูลที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้ไปปรับใช้เพื่อการวางแผนและหาแนวทางในการพัฒนางานอนามัยแม่และเด็ก รวมถึงการส่งเสริมสุขภาพสตรีที่ตั้งครรภ์ อันนำไปสู่การลดปัญหาการคลอดบุตรที่น้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม ต่อไป



บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาปัจจัยทางด้านมารดาที่มีผลทำให้ทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม อำเภอโพทะเล – บึงนาราง จังหวัดพิจิตร ซึ่งงานเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องมีมีดังนี้

1. ทารกแรกเกิดน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์
2. การประเมินภาวะโภชนาการ
3. การป้องกันหรือลดอุบัติการณ์ของทารกแรกเกิดน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์
4. ความรู้ ทักษะและพฤติกรรมสุขภาพของมารดาขณะตั้งครรภ์
5. รายงานการวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ทารกแรกเกิดน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์

ทารกแรกเกิดน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์ (Low Birth Weight) หมายถึง น้ำหนักแรกคลอดของทารกที่น้อยกว่า 2,500 กรัม ซึ่งรวมทั้งทารกที่คลอดก่อนกำหนด คือ มีอายุครรภ์น้อยกว่า 37 สัปดาห์ และทารกคลอดครบกำหนด คือ มีอายุครรภ์ระหว่าง 37 – 42 สัปดาห์ (พิมลรัตน์ ไทยธรรมยานนท์, 2536:13)

ทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย คือ ทารกที่มีน้ำหนักแรกเกิดน้อยกว่า 2,500 กรัม ประกอบด้วยทารกครบกำหนดแต่มีการเจริญเติบโตช้า (Small for Gestation Age) ซึ่งเป็นกลุ่มทารกที่มีภาวะเสี่ยงสูงที่จะเกิดภาวะแทรกซ้อน อันได้แก่ความผิดปกติของปอด ภาวะหยุดหายใจ น้ำตาลในเลือดต่ำ การควบคุมอุณหภูมิร่างกายไม่ดี (เอกสารประกอบคำบรรยายหลักสูตรการบริบาลทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย: 1) นอกจากนี้แม้ว่าเด็กไทยจะเกิดมีชีวิตรอดมากขึ้นแต่ทารกที่มีน้ำหนักตัวน้อยเหล่านี้มีความเสี่ยงต่อการมีความผิดปกติทางระบบประสาทในอัตราสูง เช่น สมองพิการ ภาวะปัญญาอ่อน ชัก สติปัญญาต่ำ และมีอัตราตายสูงกว่าเด็กที่มีน้ำหนักแรกเกิดปกติถึง 6 เท่า (อ้างใน ภาวณี คูวัฒนศิริ, 2535:2)

ทารกแรกเกิดน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์ (Low Birth Weight) หมายถึง น้ำหนักแรกคลอดของทารกที่น้อยกว่า 2,500 กรัม ทารกคลอดครบกำหนด คือ มีอายุครรภ์ระหว่าง 37 – 42 สัปดาห์ (กำแพง จาตุรจินดาและคณะ, 2531:77) ปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดทารกน้ำหนักต่ำกว่า 2,500 กรัม ขึ้นกับหลายอย่าง เช่นอาจเกิดจากความผิดปกติของมารดา หรือตัวทารกเอง หรือสิ่งแวดล้อม

ทารกแรกเกิดน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์เป็นภาวะที่มีผู้สนใจมาก เพราะพบว่าทารกเหล่านั้นมี อัตราตายและอัตราเจ็บป่วยสูง ซึ่งกุมารแพทย์ได้รายงานปัญหาต่างๆ ที่เกิดจากทารกแรกเกิด น้ำหนักน้อยไว้มากมาย อุบัติการณ์ของทารกแรกเกิด(Low Birth Weight) แตกต่างกันไปตั้งแต่ตัว แปรต่างๆในแต่ละสถานที่ เป็นที่น่าสนใจว่าเหตุใดอุบัติการณ์ตามสถานที่ต่างๆจึงแตกต่างกัน ถึงแม้ว่าเชื้อชาติเผ่าพันธุ์ จะมีอิทธิพลต่อน้ำหนักเด็กแรกเกิดน้ำหนักน้อยก็ตาม แต่จากการ เปรียบเทียบการเจริญเติบโตของทารกแรกเกิดในการศึกษาจากประเทศต่างๆพบว่า มีความ แตกต่างไม่มากนัก อิทธิพลที่มีความสำคัญมากกว่าคือสภาพทางเศรษฐกิจและสังคม เป็นที่ ยอมรับกันว่า น้ำหนักทารกแรกเกิดหรืออุบัติการณ์ทารกแรกเกิดน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์ เป็นเครื่องชี้ ภาวะเศรษฐกิจ สังคม และสถานภาพทางอนามัยแม่และเด็ก สาเหตุของการเกิดทารกแรกเกิด น้ำหนักน้อยแบ่งได้เป็น 2 กลุ่ม คือ

1. ทารกในครรภ์เจริญเติบโตผิดปกติ (intrauterine growth retardation) สาเหตุนี้เป็น สาเหตุที่สำคัญที่สุดต่อการเกิดทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยในประเทศที่กำลังพัฒนา สาเหตุนี้เกิด จากภาวะที่มีการเปลี่ยนแปลงในการทำงานของรก ที่จะนำออกซิเจนและอาหารต่างๆไปสู่ทารก หรือเป็นผลจากความผิดปกติของทารกเองโดยตรง หรือเป็นผลจากสุขภาพอนามัยและโภชนาการ ของมารดา

ความผิดปกติของรก เช่น เกิดการอักเสบหรือเปลี่ยนแปลงของเส้นเลือดบริเวณรกออกตัว ก่อนกำหนด หรือการที่มีรกเป็นแผ่นบางขนาดเล็ก อาจจะเป็นสาเหตุทำให้ทารกแรกเกิดน้ำหนัก น้อยได้ โรคบางอย่างในมารดา เช่น โรคความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ (Hypertensive disorder in pregnancy) โรคหัวใจ โรคปอด ฯลฯ ก็เป็นสาเหตุให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในการนำออกซิเจน จากมารดาไปสู่ทารก รวมทั้งการที่มารดามีภาวะทุพโภชนาการ การที่มารดาสูบบุหรี่ ดื่มเหล้า ดิด ยาเสพติด ก็มีผลทำให้อุบัติการณ์ทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยสูงขึ้นได้

2. ทารกคลอดก่อนกำหนด (Prematurity) สาเหตุนี้ต่างจากสาเหตุแรกที่ว่าทารก จะต้องมียุครรภ์น้อยกว่า 37 สัปดาห์ และมีน้ำหนักเหมาะสมกับอายุครรภ์ ภาวะนี้มีความสำคัญ มากขึ้นในประเทศที่พัฒนาแล้วเพราะเป็นสาเหตุสำคัญของทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยซึ่งยังไม่ทราบ กลไกของสาเหตุนี้อย่างแท้จริง

ลักษณะสำคัญของมารดาที่มีอัตราเสี่ยงในการคลอดทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย

1. อัตราเสี่ยงทางลักษณะประชากร (demographic risks)
 - อายุ (น้อยกว่า 20 ปีหรือ มากกว่า 35 ปี)
 - สภาวะเศรษฐกิจและสังคมต่ำ

- การศึกษาต่ำ หรือไม่ได้รับการศึกษา
- 2. อัตราเสี่ยงทางสุขภาพก่อนการตั้งครรภ์
 - ลำดับครรภ์ (ครรภ์แรก หรือตั้งครรภ์มากกว่า 4 ครั้ง)
 - น้ำหนักน้อยก่อนตั้งครรภ์ (เทียบกับความสูง)
 - ความผิดปกติแต่กำเนิดทางระบบสืบสาวะและอวัยวะสืบพันธุ์
 - โรคบางอย่าง เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง
 - ภาวะไม่มีภูมิคุ้มกัน ทำให้ติดเชื้อบางอย่างได้ เช่น หัดเยอรมัน
 - ประวัติการตั้งครรภ์และการคลอดที่ผิดปกติ เช่น แท้งติดต่อกันหลายครั้ง หรือคลอดทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยมาก่อน
 - กรรมพันธุ์ เช่น มารดาตัวเล็กแต่กำเนิด
- 3. อัตราเสี่ยงทางสุขภาพขณะตั้งครรภ์
 - ครรภ์แฝด
 - น้ำหนักขึ้นน้อย
 - เว้นระยะเวลาจากครรภ์ครั้งก่อนสั้น
 - ความดันโลหิตต่ำ
 - ความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์
 - การติดเชื้อบางอย่าง เช่น หัดเยอรมัน cytomegalovirus การติดเชื้อทางเดินปัสสาวะแล้วไม่ได้รับการรักษา
 - มีเลือดออกทางช่องคลอดในระยะไตรมาสแรก หรือไตรมาสที่สอง
 - ปัญหาของรก เช่น รกเกาะต่ำ รกลอกตัวก่อนกำหนด
 - อาการแพ้ท้องมาก
 - ภาวะน้ำคร่ำมากหรือน้อยผิดปกติ
 - อาการซีด
 - Isoimmunization
 - ความพิการแต่กำเนิดของทารก
 - ปากมดลูกไม่แข็งแรง (incompetent cervix)
 - ถุงน้ำคร่ำแตกก่อนเจ็บครรภ์ (premature rupture of membrane)

4. อัตราเสี่ยงทางพฤติกรรมและสิ่งแวดล้อม
 - การสูบบุหรี่
 - ภาวะทุพโภชนาการ
 - การดื่มเหล้าหรือติดยาเสพติด
 - เคยได้รับ DES(diethylstilbestrol) หรือสารร้ายแรงอื่นๆขณะประกอบอาชีพ
 - อยู่ในพื้นที่ที่สูงจากระดับน้ำทะเลมาก
5. อัตราเสี่ยงทางการดูแลรักษาสุขภาพและอนามัย
 - ไม่ฝากครรภ์ หรือฝากครรภ์ไม่เพียงพอ

จากข้อมูลการดำเนินการเฝ้าระวังและเอกสารปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดทารกแรกเกิด น้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม ขึ้นกับปัจจัยหลายอย่าง เช่น อาจเกิดจากความผิดปกติของมารดา ตัวทารกเอง หรือสิ่งแวดล้อมดังนี้

ปัจจัยเสี่ยงเนื่องจากมารดา พบในมารดาที่มีฐานะยากจน รายได้ครอบครัวต่ำกว่า 1,500 บาท และมีการศึกษาระดับประถมลงไป มักมีความบกพร่องในการดูแลตนเอง ไม่มีการฝากครรภ์ที่ถูกต้อง มีภาวะทุพโภชนาการ อายุของมารดาจะน้อยกว่าหรือมากกว่าวัยเจริญพันธุ์ (ต่ำกว่า 20 หรือมากกว่า 35 ปี) ความเจ็บป่วยของมารดาที่มีผลต่อการเกิดทารกน้ำหนักน้อย ได้แก่ โรคหัวใจ ความดันโลหิตสูง ภาวะโภชนาการของหญิงมีครรภ์ที่ทำให้กำเนิดทารกน้ำหนักน้อยพบว่ามารดามีภาวะโลหิตจางร้อยละ 21.6 โรคคอกพอกร้อยละ 84.7 ภาวะคอกพอกเป็นพิษร้อยละ 0.6 (ภาวณิ คุว์ฒนศิริ, 2533:2)

ปัจจัยเสี่ยงที่ตัวทารก เช่น การเกิดก่อนกำหนด ทารกที่มีการติดเชื้อในครรภ์หรือมีความพิการแต่กำเนิด หรือมีความผิดปกติที่โครโมโซม จะเป็นเด็กตัวเล็กน้ำหนักน้อยไม่สมอายุครรภ์ (SGA infant) เด็กแฝดมักจะมีน้ำหนักน้อยเพราะว่าต้องเกิดก่อนกำหนด ทารกเพศหญิงจะมีน้ำหนักแรกเกิดน้อยกว่าเพศชายที่มีอายุครรภ์เดียวกันประมาณ 100 กรัม ภาวะโภชนาการที่ดีจะช่วยลดภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นในระยะตั้งครรภ์ เช่น ครรภ์เป็นพิษ การแท้ง การคลอดก่อนกำหนด ตายคลอดและคลอดผิดปกติบ่อยลง (อุ้นจิต บุญสม, 2540:2)

ปัจจัยสิ่งแวดล้อม ปัจจัยเสี่ยงเนื่องจากสิ่งแวดล้อมของทารกที่สำคัญ คือ เมื่อมีความผิดปกติของทารก สารอาหารจากมารดาที่ไปเลี้ยงทารกในครรภ์ลดน้อยลงทำให้น้ำหนักทารกน้อยกว่าที่ควร นอกจากนี้ยังพบว่า มารดาที่อาศัยอยู่ในที่สูงกว่าระดับน้ำทะเล เช่น ชาวเขา หรือมารดาที่สูบบุหรี่ ดื่มสุราเป็นประจำระหว่างตั้งครรภ์ จะคลอดบุตรน้ำหนักน้อยกว่าปกติ (พิมลรัตน์ ไทย

ธรรมยานนท์, 2536:13-14) การเจ็บป่วยขณะตั้งครรภ์ การได้รับยาขณะตั้งครรภ์และการพักผ่อน
ในเวลากลางวันของมารดา

การประเมินภาวะโภชนาการ

การประเมินภาวะโภชนาการเป็นสิ่งที่จะทำให้ทราบถึงความเพียงพอของสารอาหารทั้ง
ปริมาณและคุณภาพในการที่จะก่อให้เกิดความสมบูรณ์ของร่างกายซึ่งวิธีการประเมินภาวะ
โภชนาการมีหลายวิธีดังนี้ (ปราณีต ผ่องแผ้ว ,2539)

1. การวัดการเจริญเติบโตของร่างกาย (Antropometric assessment)

1.1 น้ำหนักเทียบอายุ (weight for age) เป็นวิธีที่สะดวก รวดเร็ว ทำง่ายผิดพลาด
น้อยกว่าวิธีอื่น เครื่องมือมีหลายชนิดทั้งแบบที่หาได้ง่าย น้ำหนักน้อย ขนย้ายสะดวก ราคาไม่แพง
สามารถวัดได้โดยเจ้าหน้าที่ทุกระดับในชุมชน หรือแม้กระทั่งชาวบ้านหรือหญิงตั้งครรภ์เอง วิธีนี้จึง
เป็นวิธีที่นิยมใช้กันมากที่สุดในการประเมินภาวะโภชนาการในชุมชน

สำหรับการประเมินภาวะโภชนาการหญิงมีครรภ์ จะใช้กราฟโภชนาการหญิงมีครรภ์ โดยใช้น้ำหนัก
เทียบกับส่วนสูง ซึ่งจะได้ค่าของร้อยละมาตรฐานจากนั้น จะนำค่านี้ไปเทียบกับอายุครรภ์ ของหญิง
ตั้งครรภ์ ก็จะทราบว่าหญิงตั้งครรภ์มีภาวะโภชนาการในระดับ ปกติ เสี่ยง หรือเสี่ยงมาก

1.2 ส่วนสูงเทียบอายุ (Height for age) ใช้กันแพร่หลายโดยการวัดความสูงเด็ก
แล้วเปรียบเทียบกับความสูงมาตรฐานของเด็กอายุเดียวกัน

1.3 น้ำหนักเทียบส่วนสูง (Weight for height) ใช้วัดเมื่อไม่ทราบอายุเด็ก

2. การศึกษาปริมาณอาหารที่บริโภคต่อวัน เป็นการสำรวจปริมาณอาหารที่บริโภคใน 1
วัน ว่าเพียงพอกับความต้องการของร่างกายหรือไม่ โดยเปรียบเทียบกับมาตรฐานของประเทศไทย
หรือองค์การระหว่างประเทศ การศึกษาทำได้โดยการซักประวัติหรือบันทึกอาหารที่บริโภคตลอด
24 ชั่วโมง การชั่งอาหารก่อนและหลังหุงต้ม ก่อนและหลังการบริโภค และการสำรวจอาหารที่
บริโภค

3. การทดสอบทางชีวเคมี เป็นการทดสอบทางห้องปฏิบัติการ โดยการตรวจเลือด
ตรวจปัสสาวะ เพื่อช่วยประเมินภาวะโภชนาการให้ทราบรวดเร็วก่อนที่จะมีการเปลี่ยนแปลงทาง
ร่างกาย จนสามารถตรวจได้จากการตรวจร่างกาย เพื่อนำไปสู่การป้องกันและแก้ไขที่จำเป็น

4. การศึกษาสถิติเกี่ยวกับอัตราการตายและการเจ็บป่วย ในหญิงมีครรภ์ที่ขาดโปรตีนและ
พลังงานภูมิต้านทานเสียไปทำให้เจ็บป่วยบ่อยโรคแทรกซ้อนได้ง่าย

การป้องกันหรือลดอุบัติการณ์ของทารกแรกเกิดน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์

ไม่มีวิธีการใดวิธีการหนึ่ง ที่จะมีผลอย่างชัดเจนต่อการลดอุบัติการณ์ของทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย แต่วิธีการอาจจะต้องประกอบด้วยโครงการหลายๆโครงการ ที่ดำเนินไปโดยพร้อมเพียงกัน วิธีการหรือโครงการต่างๆอาศัยหลักของการพิจารณาเกณฑ์เสี่ยงของมารดาที่จะคลอดทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย (กำหนด จากตุรจินดาและคณะ, 2531:85-86) ซึ่งอาจจะประกอบด้วยขั้นตอนต่างๆ ดังนี้

1. การวางแผนก่อนตั้งครรภ์

เน้นถึงความสำคัญของการให้คำปรึกษา และการวางแผนครอบครัว สำหรับประชาชนที่มีอัตราเสี่ยงต่อการคลอดทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยสูง เช่น สตรีที่มีฐานะยากจน การศึกษาต่ำ หรืออยู่ในวัยรุ่น

2. การฝากครรภ์

การฝากครรภ์ ตามความหมาย คือ "A planned program of observation, education and medical management of pregnant woman directed toward making pregnancy and delivery a safe and satisfying experience" (Beischer, Macky, 1986. อ้างในชูจิตต์ ญาณทัชชะ: 8) จุดมุ่งหมายหลักของการตั้งครรภ์ คือ การใช้วิธีการทาง preventive medicine มาใช้ในการดูแลผู้ตั้งครรภ์ให้มีภาวะของ maternal and fetal mortality and morbidity น้อยที่สุด โดยการส่งเสริมแนะนำให้หญิงตั้งครรภ์มาฝากครรภ์ให้เร็วที่สุดเท่าที่จะทำได้ เพื่อจะได้มีการดูแลอย่างสม่ำเสมอตามเวลาที่กำหนด นอกจากการดูแลการเจริญเติบโตของทารกในครรภ์และสภาพของหญิงตั้งครรภ์ ก็จะต้องมีการให้ health education และมีการคัดกรองหญิงตั้งครรภ์ทั่วไป เพื่อการดูแลที่มีประสิทธิภาพสูงต่อไป

ปกติการฝากครรภ์จะนัดทุกเดือนเมื่ออายุครรภ์ต่ำกว่า 28 สัปดาห์ หลังจากนั้นในช่วงอายุครรภ์ 28 - 36 สัปดาห์ จะนัดทุก 2 สัปดาห์ และนัดทุกสัปดาห์เมื่ออายุครรภ์มากกว่า 37 สัปดาห์ขึ้นไป ยิ่งผู้มาฝากครรภ์บ่อยก็จะเป็นผลดี และมีประโยชน์ต่อผู้ฝากครรภ์เอง แต่ในความเป็นจริงแล้วหญิงมีครรภ์จะมาฝากครรภ์ตามกำหนดที่กล่าวมาข้างต้นนี้น้อยมาก ยืนยันจากข้อมูลสาธารณสุขพบว่าสตรีที่ตั้งครรภ์ ได้รับการดูแลก่อนคลอดโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอย่างน้อย 4 ครั้งตามเกณฑ์เพียง 67.3 % เท่านั้น เพราะฉะนั้นในแผนพัฒนาสาธารณสุขฉบับที่ 7 จึงตั้งเป้าหมายว่า หญิงมีครรภ์จะต้องได้รับการดูแลก่อนคลอดโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข อย่างน้อย 4 ครั้งตามเกณฑ์ ไม่น้อยกว่าร้อยละ 75 (รัชชัย มุ่งการดี, 2534. อ้างใน ชูจิตต์ ญาณทัชชะ:8)

เพื่อเป็นการสนองนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข และความสะดวกของผู้ฝากครรภ์ เราอาจจะยืดหยุ่นในการตรวจครรภ์ได้ โดยขึ้นกับสถานบริการและภาวะเศรษฐกิจของผู้ฝากครรภ์ แต่อย่างน้อยควรมัดให้อยู่ใน 4 ครั้ง ตามเกณฑ์ต่อไปนี้

ช่วง 6 เดือนแรก คือครั้งที่ 1 ควรจะอยู่ในช่วงอายุครรภ์ไม่เกิน 24 สัปดาห์

ช่วงเดือนที่ 7 คือครั้งที่ 2 นั้ระหว่างอายุครรภ์ 25 – 29 สัปดาห์

ช่วงเดือนที่ 8 คือครั้งที่ 3 นั้ระหว่างอายุครรภ์ 30 – 34 สัปดาห์

ช่วงเดือนที่ 9 คือครั้งที่ 4 นั้ระหว่างอายุครรภ์ 35 – 40 สัปดาห์

3. การฝากครรภ์ที่เพียงพอ

ผลการศึกษาต่างๆแสดงถึงความสัมพันธ์อย่างชัดเจน ระหว่างการฝากครรภ์กับอุบัติการณ์ของทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยที่ลดลง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มมารดาที่มีอัตราเสี่ยงสูง

ส่วนประกอบที่สำคัญของการฝากครรภ์ นอกจากจำนวนครั้งของการฝากครรภ์แล้ว การฝากครรภ์ควรมีส่วนประกอบต่างๆ เพื่อให้บรรลุผลสำเร็จในการลดอุบัติการณ์ของทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย ได้แก่

3.1 มีจุดมุ่งหมายที่แน่ชัดในการลดอุบัติการณ์ทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย

3.2 มีการใช้ระบบการเสี่ยงเพื่อคัดเลือกการดูแลที่เหมาะสมสำหรับมารดาที่ฝากครรภ์

3.3 มีการเพิ่มความแม่นยำในการคำนวณอายุครรภ์ ซึ่งอาจใช้เครื่องมือช่วย

3.4 มีการตรวจรักษาและป้องกันอัตราเสี่ยงทางพฤติกรรม เช่น การสูบบุหรี่ ภาวะทุพโภชนาการของมารดา

โภชนาการของมารดา

3.5 ให้การศึกษาแก่มารดาขณะตั้งครรภ์ โดยเฉพาะอย่างยิ่งเกี่ยวกับพฤติกรรมการตั้งครรภ์ และอาการแสดงของการคลอดก่อนกำหนด

ความรู้ ทักษะคิดและพฤติกรรมสุขภาพของมารดาขณะตั้งครรภ์

ความรู้ (Knowledge) หมายถึง ความสามารถในการให้ข้อเท็จจริง หรือความคิด เป็นกระบวนการที่เชื่อมโยงเกี่ยวกับการจัดระบบใหม่ เมื่อมีความรู้แล้วจะต้องมีความสามารถทางปัญญา เช่น ความเข้าใจ การนำไปใช้ การวิเคราะห์ การสังเคราะห์ และการประเมินผล ซึ่งมีทั้งหมด 6 ขั้นตอน ดังนี้ (ณรงค์ คำโนนจิว, 2544)

1. ความรู้ (Knowledge) เป็นความรู้ในการจำ หรือระลึกได้ ซึ่งรวมประสบการณ์ต่างๆที่เคยได้รับมา

1.1 ความรู้เฉพาะเรื่องเฉพาะอย่าง เป็นการระลึกในส่วนย่อยๆเฉพาะอย่างที่ยกได้

1.1.1 ความรู้เกี่ยวกับศัพท์ เกี่ยวกับความหมายของคำ

1.1.2 ความรู้เกี่ยวกับความจริงเฉพาะอย่าง เป็นต้นว่า รั้ววัน เดือน ปี เหตุการณ์ สถานที่

1.2 ความรู้เกี่ยวกับวิถีทาง และวิธีการดำเนินงาน เรื่องใดเรื่องหนึ่งโดยเฉพาะ

1.2.1 ความรู้ในเรื่องระเบียบ แบบแผน ประเพณี

1.2.2 ความรู้เกี่ยวกับแนวโน้ม และลำดับก่อนหลัง

1.2.3 ความรู้ในการแยกประเภท และจัดหมวดหมู่

1.2.4 ความรู้เกี่ยวกับเกณฑ์

1.2.5 ความรู้เกี่ยวกับระเบียบ และกระบวนการ

1.3 ความรู้เกี่ยวกับการรวบรวมความคิด และกระบวนการ

1.3.1 ความรู้เกี่ยวกับหลักการ และข้อสรุปทั่วไป

1.3.2 ความรู้เกี่ยวกับทฤษฎี และโครงสร้าง

2. ความเข้าใจ (Comprehension) เป็นความสามารถในการแปลความ ตีความหมาย และขยายความในเรื่องราว และเหตุการณ์ต่างๆ ยกได้ 3 ลักษณะ ดังนี้

2.1 การแปลความ เป็นการจับใจความให้ถูกต้องเกี่ยวกับสิ่งที่สื่อความหมาย หรือจากภาษาหนึ่งของการสื่อสารไปสู่อีกรูปแบบหนึ่ง

2.2 การตีความ เป็นการอธิบายความหมาย หรือสรุปเรื่องราว โดยการจัดระเบียบใหม่ รวบรวมเรียบเรียงเนื้อหาใหม่

2.3 การขยายความ เป็นการขยายเนื้อหาที่เหนือไปกว่าขอบเขตที่รู้ เป็นการขยายเขตการอ้างอิงหรือแนวโน้มที่เกินเลยจากข้อมูล

3. การนำไปใช้ (Application) เป็นความสามารถในการนำสาระสำคัญต่างๆไปใช้ในสถานการณ์จริง

4. การวิเคราะห์ (Analysis) เป็นความสามารถในการแยกการสื่อความหมาย ไปสู่น้อยๆ เป็นองค์ประกอบสำคัญ หรือเป็นส่วนๆเพื่อให้ได้ลำดับขั้นตอนของความคิด ความสัมพันธ์กัน การวิเคราะห์เช่นนี้ เพื่อมุ่งที่จะให้การสื่อความหมายมีความชัดเจนยิ่งขึ้น จำแนกเป็น 3 ลักษณะ

4.1 การวิเคราะห์ส่วนประกอบ เป็นการชี้ให้เห็นว่าหน่วยย่อยๆที่เป็นส่วนประกอบที่อยู่ในสิ่งที่สื่อความหมาย

4.2 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ เป็นการแยกการประสาน หรือความสัมพันธ์ระหว่างองค์ประกอบที่อยู่ในสิ่งที่สื่อความหมาย

4.3 การวิเคราะห์หลักการในเชิงจัดดำเนินงาน เป็นการชี้ให้เห็นระบบจัดการ และวิธีรวบรวมองค์ประกอบต่างๆเข้าด้วยกัน

5. การสังเคราะห์ (Synthesis) เป็นความสามารถในการนำหน่วยต่างๆ หรือส่วนต่างๆเข้าด้วยกัน

6. การประเมินค่า (Evaluation) เป็นความสามารถในการตัดสินใจเนื้อหา วัสดุ อุปกรณ์ และวิธีการทั้งในเชิงปริมาณ และคุณภาพที่สอดคล้องกับสถานการณ์ ซึ่งกำหนดเองหรือผู้อื่นกำหนด

สรุปได้ว่า ความรู้ เป็นข้อเท็จจริงที่เกี่ยวข้องกับสถานที่ บุคคล สิ่งของ ซึ่งได้จากการสังเกต ประสบการณ์ การรายงาน โดยที่มนุษย์ได้รับและเก็บสะสมไว้

ระดับความรู้

ความรู้แบ่งออกเป็น 4 ระดับ ดังนี้ (พิสิฎฐ์ โคตรสุโพธิ์. 2543)

1. ความรู้ต่ำ ได้แก่ ความรู้อันเกิดจากการเดา หรือภาพลวงตาทางประสาทสัมผัส
2. ความรู้ระดับธรรมดา ได้แก่ ความรู้ทางประสาทสัมผัส หรือความเชื่อที่สูงกว่าแต่ยังไม่แน่นอนเป็นเพียงขั้นอาจเป็นไปได้
3. ความรู้ระดับสมมติฐาน ได้แก่ ความรู้ที่เกิดจากความคิด หรือความเข้าใจ ซึ่งไม่ได้เกิดจากประสาทสัมผัส เช่น ความรู้ทางคณิตศาสตร์ ความรู้ขั้นนี้ถือว่าเป็นขั้นสมมติฐานเพราะเกิดจากคำนิยามและสมมติฐานที่พิสูจน์ไม่ได้
4. ความรู้ระดับเหตุผล ได้แก่ ความรู้ตรรกวิทยา เป็นความรู้ที่ทำให้มองเห็นรูปหรือมโนภาพว่าเป็นเอกภาพ

การวัดความรู้

เครื่องมือที่ใช้วัดความรู้มีหลายชนิด แต่ละชนิดเหมาะกับการวัดความรู้ตามคุณลักษณะซึ่งแตกต่างกันออกไป เครื่องมือวัดความรู้ที่นิยมใช้กันมาก คือ แบบทดสอบ แบบทดสอบถือว่าเป็นสิ่งเร้า เพื่อนำไปเร้าให้ผู้ถูกทดสอบแสดงอาการตอบสนองออกมาด้วยพฤติกรรมบางอย่าง เช่น การพูด การเขียน การทำท่าทาง ฯลฯ เพื่อให้สามารถสังเกตเห็น หรือสามารถนับจำนวน ปริมาณได้ เพื่อนำไปแทนอันดับ หรือคุณลักษณะของบุคคลนั้น รูปแบบของการทดสอบมี 3 ลักษณะ คือ

1. ข้อสอบปากเปล่า เป็นการทดสอบโดยการโต้ตอบด้วยวาจา หรือคำพูด ระหว่างผู้ทำการทดสอบกับผู้ถูกสอบโดยตรง หรือบางครั้งเรียกว่า การสัมภาษณ์

2. ข้อสอบเขียน แบ่งออกเป็น 2 แบบ คือ

2.1 แบบความเรียง เป็นแบบทดสอบที่ต้องการให้ผู้ตอบอธิบาย บรรยาย ประพันธ์ หรือ วิเคราะห์เรื่องราวที่เกี่ยวกับความรู้นั้น

2.2 แบบจำกัดคำตอบ เป็นแบบทดสอบที่ให้ผู้ถูกสอบพิจารณาเปรียบเทียบตัดสินข้อความ หรือรายละเอียดต่างๆ ซึ่งมี 4 แบบ คือ แบบถูกผิด แบบเติมคำตอบ แบบจับคู่ แบบเลือกคำตอบ

3. ข้อสอบปฏิบัติ เป็นข้อสอบที่ไม่ต้องการให้ผู้ตอบสนองออกมาด้วยคำพูด หรือการเขียน เครื่องหมายใดๆ แต่มุ่งเน้นให้แสดงพฤติกรรมด้วยการกระทำจริง

จากการศึกษาแนวคิด และทฤษฎีเกี่ยวกับความรู้ สรุปว่า ความรู้ คือ ข้อเท็จจริง กฎเกณฑ์ ต่างๆ ที่ได้จากการศึกษาค้นคว้าจากประสบการณ์ จากการสังเกต รวบรวมความจำสะสมไว้แสดง ออกเป็นพฤติกรรมที่ระลึกได้ สามารถเรียกสิ่งที่จดจำ แสดงออกมาให้สังเกตและวัดได้ ซึ่งการวัด ความรู้จำเป็นต้องอาศัยเครื่องมือในการวัด เรียกว่า แบบทดสอบ

ความรู้ในการศึกษาครั้งนี้ หมายถึง ความรู้เกี่ยวกับปัจจัยทางด้านมารดาที่มีผลทำให้ทารก แรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม อำเภอโพทะเล – บึงนาราง จังหวัดพิจิตร

ทัศนคติ (Attitude)

ทัศนคติ (Attitude) หมายถึง การแสดงความรู้สึกรักชอบหรือไม่ชอบ ต่อบุคคล วัตถุ ความคิด หรือเหตุการณ์ต่าง ๆ (Bem, 1970. อ้างถึงใน Crider. Ct al, 1983.) ทัศนคติเป็นตัวการสำคัญที่ ผลักดันให้บุคคลแสดงพฤติกรรมต่าง ๆ การเข้าใจเรื่องของทัศนคติทำให้เราสามารถทำนาย พฤติกรรมของคนนั้นได้

ทฤษฎีทัศนคติ (Attitude theories) ส่วนมากจะพูดถึงว่า ทัศนคติพัฒนาขึ้นมาได้ อย่างไรและจะเปลี่ยนแปลงไปอย่างไร ทฤษฎีทัศนคติที่กล่าวถึงกันมากที่สุดในวงวิชาการมีอยู่ 3 ทฤษฎี อันเกิดจากหลักทฤษฎีเบื้องต้นที่กล่าวไว้ว่า “มนุษย์นั้นจะพยายามรักษาจิตของตนให้

เกิดความกลมกลืนสมดุลหรือความสอดคล้องเสมอท่ามกลางทัศนคติที่เกิดจากการรับรู้ต่อสิ่งต่างๆ ในขณะนั้น” เพราะหากจิตเกิดความไม่ลงรอยขัดแย้งกันภายในโครงสร้างของทัศนคติ ภาวะความตึงเครียดทางจิต (mental tension) ก็เกิดขึ้นเพื่อให้กลับสู่สภาวะเดิม ทฤษฎีคลาสสิกที่เกี่ยวกับความสอดคล้องของจิต 3 ทฤษฎี ดังกล่าวได้แก่ (Loudon and Della Bitta.1993:428-432)

1. ทฤษฎีความสอดคล้องกัน (Congruity theory) ทฤษฎีนี้เป็นทฤษฎีเก่าแก่ดั้งเดิมของ ออสกู๊ด (Osgood, 1953)

2. ทฤษฎีความสมดุล (Balance theory) ทฤษฎีนี้เป็นทฤษฎีของไฮเดอร์ (Heider, 1946) เป็นการกล่าวถึงความสัมพันธ์ระหว่างองค์ประกอบ 3 อย่าง เรียกว่า “triads” ดังนี้คือ (Mowen and Minor. 1998:287-290)

o = ผู้สังเกตการณ์ (observer)

p = บุคคลอีกคนหนึ่ง (another person)

x = วัตถุอย่างใดอย่างหนึ่ง (object)

ความสัมพันธ์ระหว่างองค์ประกอบทั้ง 3 (o - p - x) จะเกิดภาวะสมดุลหรือไม่ขึ้นอยู่กับ ผู้สังเกตการณ์หรือผู้บริโภคนั้นมีบุคลิกลักษณะและวัตถุ (ตราสินค้า) ว่ามีทิศทางไปทางใด ซึ่งอาจเป็นบวก (+) ซึ่งหมายถึง “ชอบ” (liking หรือ favorable) หรือเป็นลบ (-) ซึ่งหมายถึง “ไม่ชอบ” (disliking หรือ unfavorable) ซึ่งความสัมพันธ์จะแสดงในลักษณะเป็นรูป 3 เหลี่ยม

3. ทฤษฎีความขัดแย้งทางความคิด (Cognitive dissonance) ทฤษฎีนี้ได้พัฒนาขึ้นโดย เฟสติงเจอร์ (Festinger, 1957) โดยกล่าวถึงความขัดแย้งทางความคิดว่าเป็นสภาพทางจิตวิทยาเกิดขึ้นเนื่องจากบุคคลเผชิญกับความขัดแย้ง 2 ความคิด ซึ่งเขาเชื่อว่าความคิดทั้งสองนั้นเป็นความจริง แต่ทว่าความคิดทั้งสองนั้นไม่สามารถเข้ากันได้ นั่นคือ เกิดความขัดแย้งไม่ลงรอยกัน จนเป็นเหตุทำให้เกิดความตึงเครียดไม่สบายใจ จนกลายเป็นแรงจูงใจกระตุ้นให้บุคคลนั้นหาทางลดความขัดแย้งหรือความเครียดทางจิต ให้กลับคืนสู่สภาพความกลมกลืนขึ้นมาใหม่

การเกิด ทัศนคติ (Attitude Formation)

เครช และ ครัทซ์ฟิลด์ (Krech and Crutchfield, 1948) ได้ให้ความเห็นว่า ทัศนคติ อาจเกิดขึ้นจาก

1. การตอบสนองความต้องการของบุคคล นั่นคือ สิ่งใดตอบสนองความต้องการของตนได้ บุคคลนั้นก็จะมี ทัศนคติ ที่ดีต่อสิ่งนั้น หากสิ่งใดตอบสนองความต้องการของตนไม่ได้บุคคลนั้นก็จะมี ทัศนคติ ไม่ดีต่อสิ่งนั้น

2. การได้เรียนรู้ความจริงต่าง ๆ อาจโดยการอ่าน หรือ จากคำบอกเล่าของผู้อื่นก็ได้ ฉะนั้นบางคนจึงอาจเกิดทัศนคติไม่ดีต่อผู้อื่น จากการฟังคำติชมที่ใคร ๆ มาบอกไว้ก่อนก็ได้
3. การเข้าไปเป็นสมาชิก หรือสังกัดกลุ่มใดกลุ่มหนึ่ง คนส่วนมากมักยอมรับเอาทัศนคติของกลุ่มมาเป็นของตน หากทัศนคติ นั้นไม่ขัดแย้งกับทัศนคติ ของตนเกินไป
4. . ทัศนคติ ส่วนสำคัญกับบุคลิกภาพของบุคคลนั้นด้วย คือ ผู้ที่มีบุคลิกภาพสมบูรณ์มักมองผู้อื่นในแง่ดี ส่วนผู้ปรับตัวยากจะมีทัศนคติ ในทางตรงข้าม คือ มักมองว่า มีคนคอยอิจฉาริษยา หรือคิดร้ายต่าง ๆ ต่อตน

ประภาเพ็ญ สุวรรณ (2520 : 64 – 65) กล่าวถึงการเกิดทัศนคติ ว่า ทัศนคติ เป็นสิ่งที่เกิดจากการเรียนรู้ (Learning) จากแหล่งทัศนคติ (Source of Attitude) ต่าง ๆ ที่อยู่มากมาย และแหล่งที่ทำให้คนเกิดทัศนคติ ที่สำคัญคือ

1. ประสบการณ์เฉพาะอย่าง (Specific Experience) เมื่อบุคคลมีประสบการณ์เฉพาะอย่างต่อสิ่งหนึ่งสิ่งใดในทางที่ดีหรือไม่ดี จะทำให้เขาเกิดทัศนคติ ต่อสิ่งนั้นไปในทางที่ดีหรือไม่ดี จะทำให้เกิดทัศนคติ ต่อสิ่งนั้นไปในทิศทางที่เขาเคยมีประสบการณ์มาก่อน
2. การติดต่อสื่อสารจากบุคคลอื่น (Communication from others) จะทำให้เกิดทัศนคติ จากการรับรู้ข่าวสารต่าง ๆ จากผู้อื่น ได้ เช่น เด็กที่ได้รับการสั่งสอนจากผู้ใหญ่จะเกิดทัศนคติ ต่อการกระทำต่าง ๆ ตามที่เคยรับรู้มา
3. สิ่งที่เป็นแบบอย่าง (Models) การเลียนแบบผู้อื่นทำให้เกิดทัศนคติ ขึ้นได้ เช่น เด็กที่เคารพเชื่อฟังพ่อแม่ จะเลียนแบบการแสดงท่าชอบ หรือไม่ชอบต่อสิ่งหนึ่งตามไปด้วย
4. ความเกี่ยวข้องกับสถาบัน (Institutional Factors) ทัศนคติ หลายอย่างของบุคคลเกิดขึ้นเนื่องจากความเกี่ยวข้องกับสถาบัน เช่น ครอบครัว โรงเรียน หรือหน่วยงาน เป็นต้น

ธงชัย สันติวงษ์ , 2539 : 166 – 167) กล่าวว่า ทัศนคติ ก่อตัวเกิดขึ้นมา และเปลี่ยนแปลงไป เนื่องจากปัจจัย หลายประการ ด้วยกัน คือ

1. การจูงใจทางร่างกาย (Biological Motivation) ทัศนคติ จะเกิดขึ้นเมื่อบุคคลใดบุคคลหนึ่งกำลังดำเนินการตอบสนองตามความต้องการ หรือแรงผลักดันทางร่างกาย ตัวบุคคลจะสร้างทัศนคติ ที่ดีต่อบุคคลหรือสิ่งของ ที่สามารถช่วยให้เขามีโอกาสตอบสนองความต้องการของตนได้
2. ข่าวสารข้อมูล (Information) ทัศนคติ จะมีพื้นฐานมาจากชนิดและขนาดของข่าวสารที่ได้รับรวมทั้งลักษณะของแหล่งที่มาของข่าวสาร ด้วย กลไกของการเลือกเฟ้นในการมองเห็นและเข้าใจปัญหาต่าง ๆ (Selective Perception) ข่าวสารข้อมูลบางส่วนที่เข้ามาสู่บุคคลนั้น จะทำให้บุคคลนั้นเก็บไปคิด และสร้างเป็นทัศนคติ ขึ้นมาได้

3. การเข้าเกี่ยวข้องกับกลุ่ม (Group Affiliation) ทักษะคติ บางอย่างอาจมาจากกลุ่มต่าง ๆ ที่บุคคลเกี่ยวข้องอยู่ทั้งโดยทางตรงและทางอ้อม เช่น ครอบครัว วัด กลุ่มเพื่อนร่วมงาน กลุ่มกีฬา กลุ่มสังคมต่าง ๆ โดยกลุ่มเหล่านี้ไม่เพียงแต่เป็นแหล่งรวมของค่านิยมต่าง ๆ แต่ยังมี การถ่ายทอด ข้อมูลให้แก่บุคคลในกลุ่ม ซึ่งทำให้สามารถสร้าง ทักษะคติ ขึ้นได้ โดยเฉพาะครอบครัวและกลุ่ม เพื่อนร่วมงาน เป็นกลุ่มที่สำคัญที่สุด (Primary Group) ที่จะเป็นแหล่งสร้าง ทักษะคติ ให้แก่บุคคลได้

4. ประสบการณ์ (Experience) ประสบการณ์ของคนที่มีต่อวัตถุสิ่งของ ย่อมเป็นส่วนสำคัญที่จะ ทำให้บุคคลต่าง ๆ ตีค่าสิ่งที่เขาได้มี ประสบการณ์มาจนกลายเป็น ทักษะคติ ได้

5. ลักษณะท่าทาง (Personality) ลักษณะท่าทางหลายประการต่างก็มีส่วนทางอ้อมที่สำคัญ ในการสร้าง ทักษะคติ ให้กับตัวบุคคล

ปัจจัยต่าง ๆ ของการก่อตัวของ ทักษะคติ เท่าที่กล่าวมาข้างต้นนั้น ในความเป็นจริง จะมีได้ มีการเรียงลำดับตาม ความสำคัญ แต่อย่างไรก็ตาม ทั้งนี้เพราะปัจจัยแต่ละทาง เหล่านี้ ตัวไหนจะมีความสำคัญต่อการก่อตัวของ ทักษะคติ มากหรือน้อย ย่อมสุดแล้ว แต่ว่า การพิจารณาสร้าง ทักษะคติ ต่อสิ่งดังกล่าว จะเกี่ยวข้องกับปัจจัยใดมากที่สุด

องค์ประกอบของทักษะคติ

จากความหมายของ ทักษะคติ ดังกล่าว ซิมบาโต และ เอบบีเซน (Zimbardo and Ebbesen , 1970 อ้างถึงใน พรทิพย์ บุญนิพัทธ์, 2531 : 49) สามารถแยกองค์ประกอบของ ทักษะคติ ได้ 3 ประการคือ

1. องค์ประกอบด้านความรู้ (The Cognitive Component) คือ ส่วนที่เป็นความเชื่อของ บุคคล ที่เกี่ยวกับสิ่งต่าง ๆ ทั่วไปทั้งที่ชอบ และไม่ชอบ หากบุคคลมีความรู้ หรือคิดว่าสิ่งใดดี มักจะมี ทักษะคติ ที่ดีต่อสิ่งนั้น แต่หากมีความรู้มาก่อนว่า สิ่งใดไม่ดี ก็จะมี ทักษะคติ ที่ไม่ดีต่อสิ่งนั้น

2. องค์ประกอบด้านความรู้สึก (The Affective Component) คือ ส่วนที่เกี่ยวข้องกับอารมณ์ ที่เกี่ยวเนื่องกับสิ่งต่าง ๆ ซึ่งมีผลแตกต่างกันไปตาม บุคลิกภาพ ของคนนั้น เป็นลักษณะที่เป็น ค่านิยมของแต่ละบุคคล

3. องค์ประกอบด้านพฤติกรรม (The Behavioral Component) คือ การแสดงออกของบุคคล ต่อสิ่งหนึ่ง หรือบุคคลหนึ่ง ซึ่งเป็นผลมาจาก องค์ประกอบด้านความรู้ ความคิด และความรู้สึก จะ เห็นได้ว่า การที่บุคคลมี ทักษะคติ ต่อสิ่งหนึ่งสิ่งใดต่างกัน ก็เนื่องมาจาก บุคคลมีความเข้าใจ มี ความรู้สึกหรือมีแนวความคิดแตกต่างกันนั่นเอง

ประเภทของทัศนคติ

บุคคลสามารถแสดง ทัศนคติ ออกได้ 3 ประเภทด้วยกัน คือ

1. ทัศนคติ ทางเชิงบวก เป็น ทัศนคติ ที่ชักนำให้บุคคลแสดงออก มีความรู้สึก หรือ อารมณ์ จากสภาพจิตใจได้ตอบ ในด้านดีต่อบุคคลอื่น หรือ เรื่องราวใดเรื่องราวหนึ่ง รวมทั้งหน่วยงาน องค์กร สถาบัน และการดำเนิน กิจกรรมของ องค์กร อื่น ๆ เช่น กลุ่มชาวเกษตรกร ย่อมมี ทัศนคติ ทางบวก หรือ มีความรู้สึกที่ดีต่อสหกรณ์การเกษตร และให้ความสนับสนุนร่วมมือด้วย การเข้าเป็น สมาชิก และร่วมในกิจกรรมต่าง ๆ อยู่เสมอ เป็นต้น

2. ทัศนคติทางลบ หรือ ไม่ดี คือ ทัศนคติ ที่สร้างความรู้สึกเป็นไปในทางเสื่อมเสีย ไม่ได้รับ ความเชื่อถือ หรือ ไว้วางใจ อาจมีความเคลือบแคลงระแวงสงสัย รวมทั้งเกลียดชังต่อบุคคลใด บุคคลหนึ่ง เรื่องราว หรือปัญหาใดปัญหาหนึ่ง หรือหน่วยงานของ องค์กร สถาบัน และการดำเนิน กิจกรรมของ องค์กร และอื่น ๆ เช่น พนักงาน เจ้าหน้าที่บางคน อาจมี ทัศนคติ เชิงลบต่อบริษัท ก่อให้เกิดอคติขึ้น ในจิตใจของเขา จนพยายาม ประพฤติ และปฏิบัติต่อต้าน กฎระเบียบของบริษัท อยู่เสมอ

3. ประเภทที่สาม ซึ่งเป็นประเภทสุดท้าย คือ ทัศนคติ ที่บุคคลไม่แสดงความคิดเห็น ใน เรื่องราวหรือปัญหาใดปัญหาหนึ่ง หรือต่อบุคคล หน่วยงาน สถาบัน องค์กร และอื่น ๆ โดยสิ้นเชิง เช่น นักศึกษาบางคนอาจมี ทัศนคติ นิ่งเฉยอย่าง ไม่มีความคิดเห็น ต่อปัญหาได้เพียง เรื่อง กฎระเบียบว่า ด้วยเครื่องแบบของนักศึกษา

ทัศนคติ ทั้ง 3 ประเภทนี้ บุคคลอาจจะมีเพียงประการเดียวหรือหลายประการก็ได้ ขึ้นอยู่กับ ความมั่นคงในความรู้สึกนึกคิด ความเชื่อ หรือค่านิยมอื่น ๆ ที่มีต่อบุคคล สิ่งของ การกระทำ หรือ สถานการณ์

การเปลี่ยนแปลงทัศนคติ

เฮอริเบริท ซี. เคลแมน (Herbert C. Kelman , Compliance , 1967 : 469) ได้อธิบายถึง การเปลี่ยนแปลง ทัศนคติ โดยมีความเชื่อว่า ทัศนคติ อย่างเดียวกัน อาจเกิดในตัวบุคคลด้วยวิธีที่ ต่างกัน จากความคิดนี้ เฮอริเบริท ได้แบ่งกระบวนการ เปลี่ยนแปลง ทัศนคติ ออกเป็น 3 ประการ คือ

1. การยินยอม (Compliance) การยินยอม จะเกิดได้เมื่อ บุคคลยอมรับสิ่งที่มีอิทธิพลต่อตัว เขา และมุ่งหวังจะได้รับ ความพอใจ จากบุคคล หรือ กลุ่มบุคคลที่มีอิทธิพลนั้น การที่บุคคลยอม กระทำตามสิ่งที่อยากให้เขากระทำนั้น ไม่ใช่เพราะบุคคลเห็นด้วยกับสิ่งนั้น แต่เป็นเพราะเขา คาดหวังว่า จะได้รับ รางวัล หรือการยอมรับจากผู้อื่นในการเห็นด้วย และกระทำตาม ดังนั้น ความ

พอใจ ที่ได้รับจาก การยอมรับทำตาม นั้น เป็นผลมาจาก อิทธิพลทางสังคม หรือ อิทธิพลของสิ่งที ก่อให้เกิด การยอมรับนั้น กล่าวได้ว่า การยอมรับทำตามนี้ เป็นกระบวนการเปลี่ยนแปลง ทัศนคติ ซึ่งจะมีพลังผลักดัน ให้บุคคลยอม กระทำตามมากหรือน้อย ขึ้นอยู่กับจำนวนหรือ ความรุนแรงของ รางวัลและ การลงโทษ

2. การเลียนแบบ (Identification) การเลียนแบบ เกิดขึ้นเมื่อบุคคลยอมรับสิ่งเร้า หรือสิ่ง กระตุ้น ซึ่งการยอมรับนี้เป็นผลมาจาก การที่บุคคล ต้องการจะสร้างความสัมพันธ์ที่ดี หรือที่พอใจ ระหว่างตนเองกับผู้อื่น หรือกลุ่มบุคคลอื่น จากการเลียนแบบนี้ ทัศนคติ ของบุคคลจะเปลี่ยน ไป มากหรือน้อย ขึ้นอยู่กับสิ่งเร้าให้เกิดการเลียนแบบ กล่าวได้ว่า การเลียนแบบ เป็นกระบวนการ เปลี่ยนแปลง ทัศนคติ ซึ่งพลังผลักดัน ให้เกิดการเปลี่ยนแปลงนี้ จะมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับ ความน่า โน้มน้าวใจ ของสิ่งเร้าที่มีต่อบุคคลนั้น การเลียนแบบจึงขึ้นอยู่กับพลัง (Power) ของผู้ส่งสาร บุคคล จะรับเอาบทบาท ทั้งหมด ของคนอื่น มาเป็นของตนเอง หรือแลกเปลี่ยนบทบาทซึ่งกันและกัน บุคคลจะเชื่อในสิ่งที่ตัวเอง เลียนแบบ แต่ไม่รวมถึงเนื้อหาและรายละเอียดในการเลียนแบบ ทัศนคติ ของบุคคล จะเปลี่ยนไปมาก หรือน้อยขึ้นอยู่กับ สิ่งเร้าที่ทำให้เกิด การเปลี่ยนแปลง

3. ความต้องการที่อยากเปลี่ยนแปลง (Internalization) เป็นกระบวนการ ที่เกิดขึ้นเมื่อบุคคล ยอมรับสิ่งที่มีอิทธิพลเหนือกว่า ซึ่งตรงกับ ความต้องการภายใน ค่านิยม ของเขา พฤติกรรมที่ เปลี่ยนไป ในลักษณะนี้จะสอดคล้องกับ ค่านิยม ที่บุคคลมีอยู่เดิม ความพึงพอใจ ที่ได้จะขึ้นอยู่กับ เนื้อหารายละเอียด ของพฤติกรรมนั้น ๆ การเปลี่ยนแปลง ดังกล่าว ถ้าความคิด ความรู้สึกและ พฤติกรรมถูกกระทบไม่ว่าจะในระดับใดก็ตามจะมีผลต่อการเปลี่ยนทัศนคติทั้งสิ้น นอกจากนี้ องค์ประกอบ ต่าง ๆ ใน กระบวนการสื่อสาร เช่น คุณสมบัติของผู้ส่งสารและผู้รับสาร ลักษณะของข่าวสาร ตลอดจน ช่องทางในการสื่อสาร ล้วนแล้วแต่ มีผลกระทบต่อการเปลี่ยนแปลง ทัศนคติ ได้ทั้งสิ้น นอกจากนี้ ทัศนคติ ของบุคคล เมื่อเกิดขึ้นแล้ว แม้จะคงทน แต่ก็จะสามารถ เปลี่ยนได้โดยตัวบุคคล สถานการณ์ ข่าวสาร การชวนเชื่อ และสิ่งต่าง ๆ ที่ทำให้เกิดการยอมรับใน สิ่งใหม่ แต่จะต้องมี ความสัมพันธ์ กับค่านิยม ของบุคคลนั้น นอกจากนี้อาจเกิดจาก การยอมรับ โดยการบังคับ เช่น กฎหมาย ข้อบังคับ

พฤติกรรมสุขภาพ

พฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่ คุณสมบัตินับคนต่าง ๆ เป็นความเชื่อ ความคาดหวัง แรงจูงใจ ค่านิยม การรับรู้ และองค์รวมความรู้สึกอื่น ๆ นอกจากนี้ยังรวมทั้งลักษณะบุคลิกภาพ ความรู้สึก และอารมณ์ ลักษณะอุปนิสัยและรูปแบบพฤติกรรมที่ปรากฏชัดเจน การกระทำและนิสัยซึ่งเกี่ยวข้องกับสัมพันธ์กับการส่งเสริมสุขภาพ การฟื้นฟูสุขภาพและการป้องกันสุขภาพ (มัลลิกา มิติโก, 2534:18)

"Health behavior as those personal attributes such as beliefs, expectations, motives values, perceptions, and other cognitive elements, personality characteristics, including affective and emotional states and over behavior patterns, action and habits that relate to health maintenance, to health improvement." (Gochman, 1982, p.169)

พฤติกรรมสุขภาพ (health behavior) คือ การกระทำกิจกรรมใดๆของบุคคลที่มีสุขภาพจะอนามัยสมบูรณ์ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อป้องกันโรคและค้นหาโรคในระยะแรกซึ่งยังไม่มีอาการ เช่น การออกกำลังกาย การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ การไม่สูบบุหรี่ การรักษาความสะอาดของร่างกาย และการไปตรวจสุขภาพประจำปี เป็นต้น (ธนวรรณ อิมสมบูรณ์, 2532:9-12)

ประภาเพ็ญ สุวรรณ (2532:169) ได้แบ่งพฤติกรรมออกเป็น 2 ประเภท คือ

1. พฤติกรรมการป้องกันโรค (preventive health behavior) หมายถึง การปฏิบัติตัวของบุคคลเพื่อส่งเสริมสุขภาพและป้องกันไม่ให้เกิดโรค
2. พฤติกรรมเมื่อเจ็บป่วย (illness behavior) หมายถึง การปฏิบัติตัวของบุคคลเมื่อมีการเจ็บป่วยหรืออยู่ในสภาวะที่มีอาการผิดปกติ

บุคคลจะแสดงพฤติกรรมทั้ง 2 ประเภทนี้ไปตามแต่ละบุคคล ซึ่งขึ้นอยู่กับความเชื่อ ความรู้ ประสบการณ์ สังคม เศรษฐกิจและสิ่งแวดล้อมของบุคคลนั้นๆ

ชนวนทอง สือสุวรรณ (2530:32-34) กล่าวว่า การได้รับคำแนะนำและการกระตุ้นเตือนมีอิทธิพลต่อการปฏิบัติตัวของบุคคล เช่น การได้รับการกระตุ้น การประชาสัมพันธ์สื่อทางวิทยุ โทรทัศน์ หนังสือพิมพ์ หรือการติดต่อพูดคุยระหว่างบุคคล และการได้รับคำแนะนำ คำเตือนต่างๆ เป็นต้น

ประภาเพ็ญ สุวรรณ และ สวิง สุวรรณ (2534:201) กล่าวว่า บุคคลจำเป็นต้องมีพฤติกรรมที่ถูกต้องเพื่อส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ทำให้สามารถดำเนินชีวิตอย่างมีความสุข และมีคุณภาพ พฤติกรรมสุขภาพของบุคคลสามารถเปลี่ยนแปลงได้โดยอาศัยความรู้และทัศนคติของแต่ละบุคคล

เป็นที่ยอมรับกันดีว่า สุขภาพของทารกในครรภ์มีความสัมพันธ์โดยตรงกับสุขภาพของมารดา อันตรายที่เกิดขึ้นกับมารดาในขณะตั้งครรภ์สามารถส่งผลกระทบต่อทารกในครรภ์ได้ (วรราช ไซดิธนานันท์, 2530:154) การตั้งครรภ์เป็นภาวะที่มีการเปลี่ยนแปลงทางด้านสรีรวิทยาของร่างกายทุกระบบที่เกิดขึ้นตามธรรมชาติ การตั้งครรภ์ไม่ใช่ภาวะเจ็บป่วย แต่การเปลี่ยนแปลงอย่างสลับซับซ้อนและโดยอัตโนมัติ มีแนวโน้มที่จะก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่เป็นขบวนการของการเกิดโรคได้ (ภารณี คูวัฒนศิริ, 2535:2) มารดาขณะตั้งครรภ์จึงอาจมีโรคหรือภาวะแทรกซ้อนที่ทำให้เกิดอันตรายได้มากกว่าหญิงปกติ ดังนั้นมารดาตั้งครรภ์จึงต้องมีพฤติกรรมสุขภาพหรือการดูแลตนเองแตกต่างไปจากภาวะปกติ ซึ่งจะถูกกำหนดโดยองค์ประกอบหลายประการ เช่น ความสามารถที่จะกระทำพฤติกรรมและความต้องการที่จะทำพฤติกรรมนั้น ในการที่จะมีความสามารถกระทำพฤติกรรมเพื่อสุขภาพที่ดีของตนเองและบุตรในครรภ์นั้น มารดาขณะตั้งครรภ์จำเป็นต้องมีความรู้ ทักษะและแรงจูงใจอย่างเพียงพอที่จะก่อให้เกิดพฤติกรรมหรือการปฏิบัติที่ถูกต้องได้ พฤติกรรมสุขภาพของมารดาขณะตั้งครรภ์ ประยุกต์ตามแนวการนำเสนอของโลเวนสไตน์และไรเนฮาร์ท (Lowenstein and Rineheart) อาจแบ่งพฤติกรรมของมารดาขณะตั้งครรภ์ได้ ดังนี้ คือ ด้านโภชนาการ ด้านการออกกำลังกายและการพักผ่อน ด้านการป้องกันภาวะแทรกซ้อนด้านสุขภาพจิต (อ้างใน กรรณิการ์ กัณธรักษา, 2527:45)

โภชนาการของหญิงตั้งครรภ์ โภชนาการเป็นวิทยาศาสตร์สาขาหนึ่งซึ่งว่าด้วยการเปลี่ยนแปลงต่างๆของอาหารตั้งแต่รับประทานจนกระทั่งการย่อย การดูดซึม การนำไปใช้ประโยชน์ ตลอดจนการสูญเสียและการขับถ่ายออกจากร่างกาย ทั้งนี้รวมถึงความต้องการของร่างกายในขณะที่อยู่ในภาวะปกติหรือภาวะพิเศษ เช่น ระหว่างตั้งครรภ์ หรือให้นมบุตร ทารก เด็กก่อนวัยเรียน วัยเรียน วัยรุ่น หรือวัยชรา

อาหารที่เรารับประทานนั้นต่างมีคุณค่าทางโภชนาการ แต่จะมีมากน้อยต่างกันแล้วแต่ชนิดของอาหาร ไม่มีอาหารชนิดใดมีคุณค่าทางโภชนาการครบถ้วนและเพียงพอสำหรับรักษาสภาวะทางโภชนาการของร่างกายได้ จึงจำเป็นที่มนุษย์เราจะได้รับอาหารมากกว่าหนึ่งชนิด เพื่อให้ได้คุณค่าอาหารดังกล่าว กองโภชนาการ กระทรวงสาธารณสุขได้แบ่งอาหารหลักออกเป็น 5 หมู่ ดังนี้

1. เนื้อสัตว์ชนิดต่างๆ น้านมและผลิตภัณฑ์นม ไข่ และถั่วเมล็ดแห้ง
2. ข้าว แป้ง น้ำตาล เผือก มัน
3. ผักใบเขียวและพืชผักต่างๆ
4. ผลไม้ต่างๆ

5. ไขมันและน้ำมัน

หมู่ที่ 1 เนื้อสัตว์ชนิดต่างๆ การรับประทานอาหารหมู่ที่เพิ่มขึ้นจะทำให้ได้รับโปรตีน คุณภาพสมบูรณ์ เกือบเท่าที่ต้องการเป็นพิเศษ เช่น แคลเซียม เหล็ก ไอโอดีน รวมทั้งวิตามินบีสอง และไนอะซินเพียงพอ สำหรับหญิงมีครรภ์นั้นควรกินอาหารเหล่านี้มากกว่าคนปกติเท่าตัว หญิงมีครรภ์ควรรับประทานเนื้อสัตว์ และสิ่งแทนเนื้อวันละ $1\frac{1}{2}$ - 2 ถ้วย ควรกินไข่ไม่น้อยกว่าวันละ 1 ฟองทุกวัน ต้มมันไม่น้อยกว่าวันละ 3 ถ้วย และควรกินเครื่องในสัตว์ อาหารทะเล และถั่วเมล็ดแห้ง ให้บ่อยครั้งด้วย

หมู่ที่ 2 ข้าว แป้ง น้ำตาล เผือก มัน อาหารพวกนี้เป็นอาหารที่เพิ่มน้ำหนักได้มาก ดังนั้นควรเพิ่มแต่น้อยหรือกินเท่าคนปกติคือไม่เกิน 6 ถ้วย ในระยะให้นมบุตรอาจกินมากกว่านี้แต่ไม่ควรเพิ่มมากกว่า 1-2 ถ้วย ควรระมัดระวังเลือกเฟ้นแต่อาหารที่มีคุณค่าสูง และใช้วิธีหุงต้มที่ถูกต้อง โภชนาการ เช่น เลือกข้าวและขนมปังที่มีวิตามิน เพื่อให้ได้บีหนึ่ง บีสอง ไนอะซินและเหล็กเพิ่มขึ้น และหึ่งโดยการนึ่งหรือไม่เช็ดน้ำเพื่อสงวนวิตามินไว้ให้มากที่สุด หรือเลือกรับประทานมันเทศสีแดง หรือเหลืองจัดเพราะมีสารจำพวกวิตามินเอสูงกว่ามันเทศสีขาว

หมู่ที่ 3 ผักใบเขียวและพืชผักอื่นๆ ควรกินมากกว่าปกติอย่างน้อยหนึ่งเท่าตัวโดยเฉพาะ ผักใบเขียวและผักสีเหลืองสด ซึ่งเป็นแหล่งเกิดที่ดีของสารพวกวิตามินเอ บีสอง และแคลเซียม หญิงมีครรภ์ควรกินไม่น้อยกว่าวันละ 2-3 ถ้วย และควรรับประทานผักหลายๆชนิดทุกมื้อ

หมู่ที่ 4 ผลไม้ ควรกินผลไม้พวกส้มหรือผลไม้ที่ให้วิตามินซีสูงอย่างน้อยวันละหนึ่งผล ควรกินผลไม้อื่นๆ เช่น มะม่วงสุก มะละกอสุก เพราะผลไม้พวกนี้ให้วิตามินเอสูง กล้วยทุกชนิดก็เป็นอาหารที่มีคุณค่าสูง เช่น กล้วยไข่มีวิตามินเอสูง กล้วยน้ำว้าและกล้วยหักมุกมีวิตามินเอและบีสูง นอกจากนี้ควรดื่มน้ำผลไม้ให้มาก เช่น น้ำส้มคั้น น้ำมะนาว น้ำมะเขือเทศ น้ำมะพร้าวอ่อนก็เป็นเครื่องดื่มที่มีประโยชน์เพราะมีวิตามินบีอยู่เป็นจำนวนมาก การกินผักและผลไม้เพียงพอ นอกจากจะให้สารอาหารที่มีประโยชน์แล้วยังช่วยป้องกันท้องผูกได้อีกด้วย

หมู่ที่ 5 ไขมันและน้ำมัน ควรกินเท่ากับคนปกติ (คือวันละ $2\frac{1}{2}$ - 3 ช้อนโต๊ะ) และใช้น้ำมันพืชแทนไขมันจากสัตว์ การเพิ่มอาหารหมู่ที่ 1 เช่น เนื้อสัตว์ ไข่ นม จะช่วยให้ได้รับไขมันเพียงพอสำหรับการดูดซึมและการใช้วิตามินที่ละลายในไขมัน

ควรเน้นการเพิ่มอาหารหมู่ที่ 1 ให้มาก รองลงมาคือหมู่ที่ 3 และ 4 ส่วนหมู่ที่ 2 และ 5 นั้นไม่จำเป็นต้องเพิ่มหรือเพิ่มเพียงเล็กน้อย อาหารที่หญิงตั้งครรภ์รับประทานควรมีคุณค่าทางโภชนาการสูง โดยเฉพาะอย่างยิ่งมีโปรตีนคุณภาพสมบูรณ์ เกือบเท่า และวิตามินเพียงพอในการสร้างสุขภาพอนามัยของทารกในครรภ์มารดา และช่วยป้องกันการคลอดก่อนกำหนดและการ

คลอดชนิดปกติ รวมทั้งภาวะแทรกซ้อนในระหว่างตั้งครรภ์เป็นอย่างดี ในระหว่างตั้งครรภ์ควรแก่นิสัย การกินที่ไม่ดีรวมทั้งความเชื่อที่ผิดหลักวิชาในเรื่องอาหารให้หมดไป เพราะการอดหรืองดอาหารที่มี ประโยชน์ในระยะตั้งครรภ์หรือหลังคลอดนี้ จะทำให้เกิดผลร้ายอย่างยิ่งต่อสุขภาพของมารดาและ พัฒนาการของทารก (เสาวนีย์ จักรพิทักษ์, 2534:17-18)

ด้านการออกกำลังกายและการพักผ่อน การออกกำลังกายไม่เพียงพอจะทำให้ ร่างกายทั่วไป ไม่ว่าจะเป็นกล้ามเนื้อ ปอด หัวใจแข็งแรง สามารถทนต่อการใช้งานได้ยาวนานและ ยังช่วยให้เกิดการผ่อนคลายความเครียดเพราะระหว่างที่มนุษย์ต้องทำงาน สะสมปัญหาต่างๆ ร่างกายจะเครียดเนื่องจากมี adrenaline หรือ serotonin หลั่งออกมามากเกินไป การออกกำลังกาย ทำให้สมองส่วน hypothalamus หลั่ง endorphin ออกมา ทำให้ร่างกายเกิดความสดชื่น มีความสุข อาการเครียดถูกละลายหายไป ความหงุดหงิดหรือปัญหาต่างๆที่สะสมอยู่ก็ถูกขจัดไป ด้วย

การออกกำลังกายอาจแบ่งออกได้เป็น 4 อย่างคือ

1. การออกกำลังกายเพื่อการกีฬา ต้องดูจุดประสงค์ว่าต้องการจะให้กล้ามเนื้อ เอ็น ข้อ ต่อส่วนใดแข็งแรง เพื่อเอาชนะคู่ต่อสู้ จำเป็นต้องฝึกปรือโดยเฉพาะส่วน เช่น นักมวยต้องฝึกให้หมัดหนัก กล้ามเนื้อท้องแข็ง ต่อยท้องไม่ลงหรือคางไม่เปราะ เป็นต้น
2. การออกกำลังกายเพื่อให้สวยงาม ซึ่งส่วนมากจะเป็นเรื่องราวเกี่ยวกับการลดน้ำหนัก เพิ่มสัดส่วน เรียกเนื้อส่วนที่จะมีน้อย ลดเนื้อส่วนที่มีมากเกินไป
3. การออกกำลังกายเพื่อป้องกันโรค เป็นที่นิยมกันมากในปัจจุบัน ได้แก่ โรคหัวใจ โรค ความดัน ซึ่งจำเป็นต้องออกกำลังกายให้หัวใจเต้นเพิ่มขึ้น จนเกิดความเคยชินต่อการทำงานหนัก ปรับตัวได้เมื่อจำเป็น ป้องกันเอ็นและข้อต่อไม่ให้เสื่อมหรือขาดได้ tensile strength ได้

กล้ามเนื้อที่ไม่ได้ฝึกหรือขาดการออกกำลังกายก็จะยึดออก ถ้ายึดออกมากๆนานๆ กล้ามเนื้อส่วนที่ยึดซึ่งเป็นกล้ามเนื้อคลายไม่เหมือนกับกล้ามเนื้อเรียบหรือกล้ามเนื้อมัดลูกก็จะ สูญเสีย tension หรือ ได้ tensile strength จนยากจะปรับให้คืนดีได้ การเสื่อมนี้ยิ่งเกิดได้มากต่อ เนื้อเยื่อที่เป็นเอ็น ไม่ว่าจะเป็น collagenous หรือ elastic fibers.

สตรีที่กำลังตั้งครรภ์จะมีน้ำหนักเพิ่มขึ้นอาจมากถึง 30 กก. น้ำหนักที่เพิ่มมากในช่องท้อง ในอุ้งเชิงกราน เนื่องจากมดลูกที่โตและหนักมากขึ้น ทำให้ข้อต่อ เอ็น และกล้ามเนื้อต่างๆในอุ้งเชิง กรานยึดออกรับน้ำหนักมากขึ้นเกิดการเสื่อม พิกการ จนเป็นเหตุให้ปวดเอว ปวดหลัง ได้อย่างรุนแรง ขณะที่กำลังตั้งครรภ์และอาจเป็นสาเหตุของอาการปวดท้องน้อยเรื้อรังในเวลาต่อมาได้อีกด้วย

ภาวะนี้ป้องกันได้ง่ายๆ โดยการออกกำลังกายระหว่างตั้งครรภ์และช่วงพักฟื้นหลังคลอด (puerperium)

สตรีที่กำลังตั้งครรภ์จะมีน้ำหนักเพิ่มขึ้น น้ำหนักที่เพิ่มจะผ่านกระดูกสันหลังลงไปข้อเข่าและข้อเท้าตามลำดับ ทำให้กระดูกสันหลังของมนุษย์เสื่อมได้ง่ายกว่าสัตว์เลี้ยงลูกด้วยนมชนิดอื่นๆ เนื่องจากการรับน้ำหนักจากการพัฒนาการเดินหรือยืน จากคลานสี่ขามาเป็นสองขา ยิ่งเสื่อมมากขึ้นจนทำให้เกิดอาการปวดหลังอย่างรุนแรงระหว่างการตั้งครรภ์หรือหลังจากนั้น ภาวะนี้ป้องกันได้โดยการออกกำลังกายเช่นกัน มารดาในระยะตั้งครรภ์ควรมีกิจกรรมด้านการออกกำลังกายและการพักผ่อนที่เหมาะสม เพื่อให้กล้ามเนื้อมีความตึงตัว กระตุ้นการไหลเวียนของเลือด และการเคลื่อนไหวของลำไส้ (อุณจิต บุญสม, 2540:3)

สตรีที่กำลังตั้งครรภ์จะมีเต้านมหนักเพิ่มขึ้น อาจมากถึง 2-3 กก. เต้านมที่หนักขึ้นจะดึงกล้ามเนื้อคอและไหล่ให้ตึง เกิด tension ทำให้ปวดไหล่ ปวดคอ หรือปวดศีรษะ ตลอดจนแขนและมือชาได้ ภาวะนี้สามารถป้องกันได้โดยการออกกำลังกาย

น้ำหนักที่เพิ่มขึ้นจะเพิ่มลงมาที่ข้อสะโพก เข่า และข้อเท้า จนทำให้ข้อต่อต่างๆ เหล่านี้เกิดอาการเปลี้ย อ่อนแอ เป็นเหตุให้ข้อต่อหรือเอ็นเหล่านี้เสื่อมได้ ป้องกันโดยการออกกำลังกาย

กล้ามเนื้อและเอ็นหน้าท้องจะยึดมากจนทำให้ผนังหน้าท้องอ่อนแอ ท้องพลุ่ย เลือดคั่งในหลอดเลือดดำเป็นผลให้เกิดโรคหลอดเลือดขด ภาวะนี้ป้องกันได้โดยการออกกำลังกายระหว่างการตั้งครรภ์

น้ำหนักของมดลูกที่เพิ่มมากขึ้นจะกดลงไปที่กระบังลม ซึ่งประกอบด้วยเอ็นและกล้ามเนื้อ levator ani ทำให้กระบังลมหย่อน เป็นเหตุให้เกิดกลุ่มโรคกระบังลมหย่อน เช่น มดลูกหย่อน ช่องคลอดหย่อน กระเพาะปัสสาวะและช่องทวารหนักหย่อน เป็นต้น ทำให้มีปัญหาต่อการร่วมเพศ การกลั้นปัสสาวะ และเกิดอาการปวดเบ่ง อยากรจะถ่ายอุจจาระเรื่อยๆ กลุ่มอาการหรือโรคเหล่านี้ป้องกันได้โดยการออกกำลังกาย ที่เรียกว่า pelvic floor exercise ระหว่างการตั้งครรภ์และพักฟื้นหลังคลอด

การพักผ่อนในระหว่างตั้งครรภ์ การพักผ่อนทางด้านร่างกายและจิตใจมีความสำคัญมากยิ่งเวลาครรภ์แก่ มารดาต้องพักผ่อนให้มากขึ้นตามลำดับ โดยเฉพาะในรายที่มีความดันโลหิตสูงร่วมด้วย หญิงตั้งครรภ์ทุกรายควรได้นอนพักในตอนกลางคืนทุกวันร่วมกับการยกขาให้สูงเล็กน้อย และในตอนกลางวันควรจะได้นอนหลับอย่างน้อยคืนละ 8 ชั่วโมง (ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพ เขต 10, 2536)

ด้านการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของมารดาระยะตั้งครรภ์

1. การคลื่นไส้อาเจียน มักเกิดในช่วงแรก บางคนอาจมีอาการแพ้ตั้งแต่ 2 สัปดาห์แรก บางคนแพ้มากบางคนก็แพ้บ้าง ที่เป็นเช่นนี้เนื่องมาจากการเปลี่ยนแปลงทางกายภาพและชีวเคมีของร่างกายอันเนื่องมาจากการเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมนในร่างกาย ระบบทางเดินอาหารทำงานผิดปกติทำให้รู้สึกเบื่ออาหาร คลื่นไส้ และอาเจียนบ่อยครั้ง น้ำหนักมักลดเพราะรับประทานอาหารไม่เพียงพอ ซึ่งอาจมีผลทำให้การสร้างเนื้อเยื่อบกพร่องและเกิดการแท้งได้

ในตอนเช้าถ้ารู้สึกคลื่นไส้เวียนควรรักษาโดยการกินอาหารที่มีคาร์โบไฮเดรตสูงและไขมันต่ำ เช่น ข้าวต้ม ขนมปัง อาหารโปรตีนย่อยง่าย เช่น ปลาเนื้ออ่อน ไข่ลวก ผักนึ่ง โอวัลติน และกินครั้งละน้อยๆแต่บ่อยครั้ง ไม่ควรกินอาหารเหลวหรือของเหลวในเวลาอาหารแต่ควรรับประทานระหว่างมื้ออาหาร ควรดื่มน้ำที่มีไขมันสูงหรืออาหารทอดที่มันจัด อาหารรสจัดหรือเผ็ดร้อนมากๆ อาหารหวานจัด ผักที่มีกลิ่นรุนแรง

ถ้ามีการอาเจียนอย่างรุนแรง ควรปรึกษาแพทย์หรืออาจต้องเข้าโรงพยาบาล ผู้ที่รับประทานอาหารไม่ได้เลยอาจต้องให้อาหารทางเส้นเลือดก่อน แล้วจึงค่อยให้ทางปากไม่ควรอดอาหารเพราะจะทำให้อ่อนเพลียและอาการรุนแรงขึ้น ในขั้นต้นควรให้อาหารทุก 2 ชั่วโมง ครั้งละ 3-6 ออนซ์ เริ่มจากจำนวนน้อยก่อนแล้วค่อยๆเพิ่มให้มากขึ้น และควรเริ่มด้วยอาหารแห้งก่อน เช่น ถั่วต้มสุกต่างๆ ข้าวโพด ถั่วลิสง ถั่วแระ มันฝรั่ง ผักกาดหนึ่ง กกล้วยหนึ่ง พักทองหนึ่ง แล้วจึงลองให้อาหารเหลว เช่น ข้าวกับนมและน้ำตาล ซุปร้อนๆ น้ำมะเขือเทศหรือน้ำผลไม้ น้ำหวาน อาหารที่ให้ในตอนแรกเป็นอาหารที่มีคาร์โบไฮเดรตสูงและไขมันต่ำ ต่อมาจึงให้อาหารปกติที่มีไขมันต่ำและรสอ่อนหรือย่อยง่าย อาหารแห้งควรให้เวลารับประทานอาหาร ส่วนอาหารน้ำควรให้หลังจากนั้นประมาณ 1-2 ชั่วโมง และควรลองให้อาหารที่เจ้าตัวไม่ชอบด้วยเพื่อให้เกิดความเคยชิน

2. อาการท้องผูก มักเป็นมากในครึ่งหลังของการตั้งครรภ์ ทั้งนี้เนื่องจากการเติบโตของเด็กไปกดอวัยวะทางเดินอาหารหรือมาจากการออกกำลังกายไม่เพียงพอหรือกินอาหารที่มีกากใยไม่เพียงพอ ดังนั้นควรดื่มน้ำให้มาก ออกกำลังกายให้เพียงพอ ดื่มน้ำผลไม้และกินผักผลไม้เป็นประจำ หัดขับถ่ายให้เป็นเวลาและพักผ่อนนอนหลับตามปกติ ไม่ควรใช้ยาระบายหรือยาสวน

3. โรคโลหิตจาง ในระหว่างตั้งครรภ์ปริมาณของเลือดจะเพิ่มขึ้นร้อยละ 25.0 ซีโมโกลบินในเลือดและจำนวนเม็ดเลือดแดงจะลดลง ถ้าไม่แก้ไขจะทำให้คลอดก่อนกำหนด เพราะฉะนั้นควรรับประทานอาหารที่มีแร่ธาตุเหล็กเพิ่มเติม เช่น ตับ ไข่แดง นม เนย เครื่องในสัตว์ทุกชนิด ผักที่ประกอบด้วยแร่ธาตุเหล็ก ได้แก่ ผักโขม ผักสะเดา ผักแว่น ผักพังกวย ขึ้นฉ่าย โหระพา ในมารดาบางรายความเป็นกรดในกระเพาะอาหารลดน้อยลงเกิดโรคโลหิตจางชนิดที่เม็ด

เลือดแดงใหญ่กว่าปกติ จำนวนเม็ดเลือดแดงและฮีโมโกลบินลดต่ำ โรคนี้ต้องแก้ด้วยการให้กรดโฟลิก

4. โรคเบาหวาน เมื่อมีการตั้งครรภ์เกิดขึ้นจะมีการเปลี่ยนแปลงในทุกกระบวนของร่างกาย โดยเฉพาะอย่างยิ่งการเปลี่ยนแปลงใน Carbohydrate metabolism ก่อให้เกิดลักษณะที่ทำให้สตรีตั้งครรภ์มีแนวโน้มที่จะมีระดับน้ำตาลสูงขึ้น (Diabetogenic effect) เมื่อเปรียบเทียบกับสตรีที่ไม่ได้ตั้งครรภ์ จากเหตุผลดังนี้

การต้านฤทธิ์อินซูลินในมารดา (maternal insulin resistance)

ในขณะที่ตั้งครรภ์จะเกิดการต้านฤทธิ์ของอินซูลินขึ้น โดยเฉพาะในส่วนที่เกี่ยวข้องกับเซลล์ไขมัน หรือเซลล์กล้ามเนื้อ กลไกการเกิดนั้นยังไม่สามารถสรุปได้แน่นอนแต่เชื่อกันว่าอาจเกิดจากผลของฮอร์โมนที่มีคุณสมบัติต้านฤทธิ์อินซูลิน ได้แก่ Estrogen, Progesterone และ Human placental lactogen (HPL) การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวทำให้เนื้อเยื่อมีการตอบสนองต่ออินซูลิน ลดลง โดยเฉพาะภายหลังการรับประทานอาหาร ผลลัพธ์ที่ตามมาคือมีระดับน้ำตาลในเลือดสูงภายหลังการรับประทานอาหาร (Postprandial hyperglycemia) การต้านฤทธิ์ดังกล่าวจะเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ เมื่ออายุครรภ์มากขึ้น

การสร้างอินซูลินมากกว่าปกติ (Excessive insulin production)

การตั้งครรภ์มีผลทำให้ตับอ่อนในสตรีตั้งครรภ์มีความไวต่อระดับน้ำตาลเพิ่มมากขึ้น อันเป็นผลต่อเนื่องจากการที่มีความต้องการปริมาณอินซูลินเพิ่มขึ้นในระหว่างตั้งครรภ์ ทำให้เกิดการสร้างอินซูลินเพิ่มมากขึ้นในกระแสเลือด การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวทำให้สตรีตั้งครรภ์มีระดับน้ำตาลในเลือดต่ำเล็กน้อย ขณะที่อยู่ในภาวะงดอาหาร (Mild fasting hypoglycemia)

ลักษณะ Diabetogenic effect ดังกล่าวอาจเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้สตรีตั้งครรภ์ที่มีแนวโน้มในการเป็นโรคเบาหวานแต่ยังไม่แสดงอาการ (Subclinical diabetes) มีโอกาสที่จะกลายเป็นโรคเบาหวานที่วินิจฉัยได้เป็นครั้งแรกขณะตั้งครรภ์ (Gestational diabetes) ซึ่งอาจก่อให้เกิดผลเสียต่อทั้งสตรีตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งสตรีตั้งครรภ์ที่จำเป็นต้องได้รับการรักษาด้วยยาฉีดอินซูลินร่วมด้วย ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นในทารก เช่น เสียชีวิตในครรภ์ เจริญเติบโตช้า และหายใจลำบาก เป็นต้น นอกจากนี้ในบางรายอาจพบความผิดปกติหรือพิการของทารกในครรภ์โดยเฉพาะในรายที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติได้ในช่วงแรกของการตั้งครรภ์ ในกรณีที่ไม่สามารถให้การวินิจฉัยโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ได้จะส่งผลให้ทารกในครรภ์มีน้ำหนักตัวมากกว่าเกณฑ์ปกติ (Large for gestational age) เช่น มีน้ำหนักตัวมากกว่า 4,000 กรัม (Macrosomia) ซึ่งจะก่อให้เกิดการคลอดลำบากหรือ

การคลอดติดไหล่ (Shoulder dystocia) และทารกได้รับอันตรายจากการคลอด (Birth trauma) เป็นต้น

การดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่มีโรคเบาหวานแทรกซ้อน จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องให้การวินิจฉัยตั้งแต่ช่วงแรกของการตั้งครรภ์ และจำเป็นต้องควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติตลอดการตั้งครรภ์ ร่วมกับการประเมินสุขภาพของทารกในครรภ์ที่มีประสิทธิภาพ ทั้งนี้เพื่อลดอัตราการตายและอัตราทุพพลภาพของทารกปรักำเนิดให้อยู่ในระดับใกล้เคียงกับการตั้งครรภ์ปกติที่ไม่มีโรคเบาหวาน การจะบรรลุวัตถุประสงค์ดังกล่าวนี้ ทีมงานทั้งแพทย์ พยาบาล โภชนากร และบุคลากรทางการแพทย์ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง จำเป็นต้องร่วมมือกันในการให้คำปรึกษาแนะนำแก่สตรีตั้งครรภ์ที่มีโรคเบาหวานให้สามารถปฏิบัติตนได้อย่างถูกต้อง

กระบวนการที่สำคัญเป็นลำดับแรกคือ การจัดตั้งระบบคัดกรองสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวานให้มีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการเริ่มต้นคัดกรองตั้งแต่ช่วงแรกของการฝากครรภ์เพื่อที่จะได้ตรวจพบภาวะความผิดปกติต่าง ๆ โดยเร็ว ซึ่งจะทำให้สามารถช่วยลดอุบัติการณ์ความผิดปกติหรือพิการของทารกในครรภ์ได้ นอกเหนือไปจากการลดอัตราการตาย และอัตราทุพพลภาพของทารกปรักำเนิด

สตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะดังต่อไปนี้ จะมีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์เพิ่มขึ้นเช่นกัน

1. ภาวะอ้วน (Obesity)

ภาวะดังกล่าวเป็นภาวะเสี่ยงที่มีความสำคัญอย่างมากต่อการเกิดโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์เช่นกัน โดยทำการคำนวณค่า Body mass index (BMI) ซึ่งคำนวณได้โดย $BMI = \frac{\text{น้ำหนักตัวก่อนตั้งครรภ์ (กิโลกรัม)}}{\text{ส่วนสูง (ตารางเมตร)}}$ โดยจะถือว่ามีภาวะอ้วนเมื่อค่า $BMI \geq 27$ กิโลกรัมต่อตารางเมตร

การคำนวณ BMI นั้นจะกระทำในสตรีตั้งครรภ์ทุกรายที่มาฝากครรภ์ครั้งแรกโดยเจ้าหน้าที่พยาบาลหน่วยฝากครรภ์

2. ภาวะความดันโลหิตสูง (Hypertension)

หมายถึง ความดันโลหิต Systolic ที่ระดับ 140 หรือ Diastolic ที่ระดับ 90 มิลลิเมตรปรอท หรือสูงกว่า อาจเป็นจากความดันโลหิตสูงเรื้อรังที่มีมาก่อนการตั้งครรภ์ครั้งนี้ หรือตรวจพบก่อนอายุครรภ์ 20 สัปดาห์ (Chronic hypertension) นอกจากนี้รวมถึงความดันโลหิตสูงที่เกิดขึ้นในระหว่างตั้งครรภ์ด้วย (Pregnancy-induced hypertension)

3. ภาวะน้ำคร่ำมากกว่าเกณฑ์ปกติ (Polyhydramnios)

หมายถึง การตรวจครรภ์โดยแพทย์หรือเจ้าหน้าที่พยาบาลแล้วพบว่าปริมาณน้ำคร่ำมากกว่าเกณฑ์ปกติ หรือ การตรวจวัดดัชนีปริมาณน้ำคร่ำ (Amnionic fluid index) โดยการใช้เครื่องตรวจคลื่นเสียงความถี่สูง (Ultrasound) พบมีค่าตั้งแต่ 25 เซนติเมตรขึ้นไป

การตรวจทางห้องปฏิบัติการเบื้องต้น

1. การตรวจน้ำตาลในปัสสาวะ หมายถึง การตรวจพบน้ำตาลในปัสสาวะโดยการใส่แถบตรวจน้ำตาลในปัสสาวะซึ่งสตรีมีครรภ์จะได้รับการตรวจทุกครั้งที่มาฝากครรภ์ แนวทางในการปฏิบัติใช้เกณฑ์ว่าต้องพบค่าระดับน้ำตาลในปัสสาวะตั้งแต่สองบวกขึ้นไป เป็นจำนวนตั้งแต่ 2 ครั้งติดต่อกันขึ้นไป เนื่องจากการตรวจพบน้ำตาลในปัสสาวะอาจพบเป็นภาวะปกติในสตรีมีครรภ์ปกติได้เช่นกัน ซึ่งเป็นผลจากการลดลงของ Renal glucose threshold ในขณะที่ตั้งครรภ์

2. การตรวจคัดกรองด้วย 50-gram glucose challenge test Z50g (GCT)

ใช้เป็นขั้นตอนแรกในการคัดกรองโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ โดยสตรีตั้งครรภ์ไม่จำเป็นต้องงดอาหารก่อนรับการตรวจ ทำการเจาะเลือดจากหลอดเลือดดำเพื่อการตรวจระดับน้ำตาลในพลาสมาภายหลังรับประทานน้ำตาลเข้มข้น 50 กรัม ครบเวลา 1 ชั่วโมง โดยเจ้าหน้าที่พยาบาลหน่วยฝากครรภ์ จะเป็นผู้ประเมินผลการตรวจเลือดและบันทึกผลการตรวจลงในแบบฟอร์ม

ในกรณีที่ระดับน้ำตาลมีค่าต่ำกว่า 140 mg/dL แปลว่า ผลการตรวจอยู่ในเกณฑ์ปกติ ให้ทำการนัดฝากครรภ์ต่อไปตามปกติ และนัดตรวจค้นหาโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ซ้ำวิธีเดิมเมื่ออายุครรภ์ถึงกำหนดตรวจในครั้งต่อไป ส่วนในกรณีที่ระดับน้ำตาลมีค่าตั้งแต่ 140 mg/dL ขึ้นไป แปลว่าผลการตรวจอยู่ในเกณฑ์ผิดปกติ จะนัดทำการตรวจเพื่อการวินิจฉัยต่อไป ในอีก 1 สัปดาห์ถัดมา โดยเจ้าหน้าที่พยาบาลเป็นผู้แนะนำการปฏิบัติตัวก่อนรับการตรวจดังจะกล่าวต่อไป

3. การตรวจเพื่อการวินิจฉัยด้วย 100-gram oral glucose tolerance test (OGTT)

ใช้เป็นวิธีการตรวจเพื่อวินิจฉัยโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ จะกระทำเมื่อการตรวจคัดกรองด้วยวิธี 50g GCT ให้ผลการตรวจผิดปกติ โดยสตรีตั้งครรภ์จะได้รับคำแนะนำก่อนการตรวจ โดยให้รับประทานอาหารตามปกติเหมือนที่เคยปฏิบัติโดยไม่ต้องจำกัดปริมาณอาหาร โดยเฉพาะอาหารคาร์โบไฮเดรต เพราะถ้าสตรีตั้งครรภ์พยายามรับประทานอาหารให้น้อยลงด้วยความวิตกกังวลว่าระดับน้ำตาลในเลือดจะสูงเกินไปในวันตรวจ จะส่งผลให้ร่างกายมีการตอบสนองในการเพิ่มปริมาณกลูโคสให้มากขึ้น อันเนื่องมาจากร่างกายรับรู้ข่าวสารอาหารคาร์โบไฮเดรต ทำให้การแปลผลการตรวจ OGTT คลาดเคลื่อน นอกจากนี้มีการศึกษาพบว่า ไม่มีความจำเป็นที่ต้องให้สตรีตั้งครรภ์รับประทานคาร์โบไฮเดรตอย่างน้อยวันละ 150 กรัม เป็นเวลา 3 วันก่อนรับการตรวจ

เพราะผลการตรวจ OGTT ไม่มีความแตกต่างกันเมื่อเปรียบเทียบกับสตรีตั้งครรภ์ที่รับประทาน อาหารปกติก่อนรับการตรวจ OGTT

การตรวจ OGTT นั้น สตรีตั้งครรภ์ต้องงดอาหารและน้ำดื่มหลังเที่ยงคืนก่อนวันทำการ ตรวจ จากนั้นทำการเจาะเลือดจากหลอดเลือดดำครั้งที่ 1 เพื่อตรวจระดับน้ำตาลในพลาสมาขณะ อดอาหาร (Fasting blood sugar, FBS) หลังจากนั้นให้รับประทานน้ำตาลเข้มข้น 100 กรัม และ เจาะเลือดครั้งที่ 2, 3 และ 4 เพื่อตรวจระดับน้ำตาลในพลาสมา ภายหลังรับประทานน้ำตาลไปแล้ว เป็นเวลา 1, 2 และ 3 ชั่วโมงตามลำดับ เจ้าหน้าที่พยาบาลหน่วยฝากครรภ์ จะเป็นผู้ประเมินผล การตรวจเลือดและบันทึกผลการตรวจลงในแบบฟอร์ม

ค่าปกติของระดับน้ำตาลในพลาสมาจากการเจาะเลือดครั้งที่ 1, 2, 3, และ 4 ต้องมีค่าไม่ สูงเกิน 105, 190, 165 และ 145 mg/dL ตามลำดับ ในกรณีที่ระดับน้ำตาลอยู่ในเกณฑ์ปกติทุกค่า หรือสูงเกินเกณฑ์ปกติ 1 ค่า แปลผลว่าผลการตรวจอยู่ในเกณฑ์ปกติ ให้ทำการฝากครรภ์ต่อไปและ นัดตรวจคัดกรองโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ครั้งต่อไป เมื่ออายุครรภ์ถึงกำหนดตรวจ สตรีตั้งครรภ์ กลุ่มนี้ที่มีผลการตรวจ 50g GCT ผิดปกติแต่ผล OGTT อยู่ในเกณฑ์ปกติ ถ้าได้รับคำแนะนำ เกี่ยวกับโภชนาการในเรื่องการรับประทานอาหารให้ถูกต้องเหมาะสมจะสามารถลดอุบัติการณ์เกิด ภาวะ Macrosomia และลดอัตราการผ่าตัดคลอดได้

ในกรณีที่ระดับน้ำตาลสูงเกินเกณฑ์ปกติ ตั้งแต่ 2 ค่าขึ้นไป แปลผลว่าผลการตรวจผิดปกติ ให้วินิจฉัยว่ามีโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ในกรณีที่วินิจฉัยได้ในช่วงต้นของการตั้งครรภ์ โดยเฉพาะ ก่อนอายุครรภ์ 20 สัปดาห์ จัดว่าเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงมากกว่ากรณีที่วินิจฉัยได้ในช่วงหลังของ การตั้งครรภ์ในด้านความจำเป็นที่ต้องได้รับการรักษาด้วยยาอินซูลิน และแนวโน้มในการเกิด โรคเบาหวานภายหลังการคลอดบุตร

การกำหนดให้มีการตรวจคัดกรองโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ในการฝากครรภ์ครั้งแรกดังที่ ได้กล่าวมานั้น ทำให้สามารถให้การวินิจฉัยโรคเบาหวานได้ตั้งแต่ในช่วงแรกของการตั้งครรภ์ และ การให้การดูแลรักษาตั้งแต่เนิ่น ๆ จะสามารถลดภาวะทุพพลภาพ ภาวะแทรกซ้อนและการเสียชีวิต ของทารกในครรภ์ลงได้

5. โรคความดันโลหิตสูง ความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์พบได้ประมาณร้อยละ 5-8 ของ การตั้งครรภ์ ส่วนใหญ่เกิดจากการชักนำโดยการตั้งครรภ์ (pregnancy-induced) และส่วนน้อยเกิด จากความดันโลหิตสูงเรื้อรังที่เป็นอยู่ก่อน ความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์นับเป็นสาเหตุสำคัญ อันหนึ่งของการตายของมารดาและทารก เป็นภาวะแทรกซ้อนที่สามารถให้การดูแล และลด อันตรายของโรคนี้ลงได้ หากได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดและถูกต้อง

การจำแนกภาวะความดันโลหิตสูงระหว่างการตั้งครรภ์อาจจำแนกได้เป็น 4 กลุ่มหลัก ดังนี้

1. Preeclampsia และ eclampsia

Preeclampsia : หมายถึง ความดันโลหิตสูง ร่วมกับมีโปรตีนในปัสสาวะ ที่เกิดขึ้นใหม่หลัง 20 สัปดาห์ของการตั้งครรภ์และกลับมาปกติในช่วงหลังคลอดมักมีอาการบวมร่วมด้วย

Eclampsia หมายถึง preeclampsia ที่มีอาการชักร่วมด้วย

2. Chronic Hypertension (CHT)

เกิดจากสาเหตุใดก็ได้แล้วแต่ที่เกิดมาก่อนการตั้งครรภ์ โดยถือเอาที่ระดับความดัน systolic 140 มม.ปรอท หรือความดัน diastolic 90 มม.ปรอท ซึ่งเกิดมาก่อนการตั้งครรภ์ และยังคงสูงอยู่นานกว่า 12 สัปดาห์หลังคลอด

3. Pregnancy-aggravated hypertension (PAH)

วินิจฉัยเมื่อมีการเกิดขึ้นใหม่ของโปรตีนในปัสสาวะ (หลัง 20 สัปดาห์ของการตั้งครรภ์) ในรายที่มีความดันโลหิตสูงเรื้อรังมาก่อน หรือระดับความรุนแรงของความดันโลหิตสูงขึ้นชัดเจนในครั้งหลังของการตั้งครรภ์ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในรายที่มีโปรตีนในปัสสาวะมากขึ้นอย่างฉับพลัน แบ่งได้เป็นสองกลุ่มคือ

- ◆ Superimposed preeclampsia (ไม่มีอาการชักร่วมด้วย)
- ◆ Superimposed eclampsia : (มีอาการชักร่วมด้วย)

4. Gestational hypertension

หมายถึง ความดันโลหิตสูง (มักจะไม่มีรุนแรง) โดยไม่มีโปรตีนในปัสสาวะ ที่เกิดขึ้นใหม่หลัง 20 สัปดาห์ของการตั้งครรภ์ โดยความดันก่อนการตั้งครรภ์ปกติและกลับมาปกติในช่วงหลังคลอด กลุ่มนี้ประกอบด้วย 3 กลุ่มย่อยคือ

- ◆ Transient hypertension ของการตั้งครรภ์ : ถ้าหายไป 12 สัปดาห์หลังคลอด จะจำแนกย้อนหลังเป็น transient hypertension ของการตั้งครรภ์ กลุ่มนี้มีผลเสียต่อการตั้งครรภ์ไม่มากนัก แต่มีโอกาสเป็นซ้ำในครรภ์ต่อมา และเกิด essential hypertension ในอนาคตสูงชันชัดเจน
- ◆ Chronic hypertension masked by early pregnancy : ถ้ายังคงมีอยู่นานเกิน 12 สัปดาห์หลังคลอดจะวินิจฉัยเป็น chronic hypertension ที่ถูกบดบังด้วยการตั้งครรภ์ระยะแรก
- ◆ Early phase of preeclampsia กลุ่มนี้จะกลายเป็น preeclampsia ในที่สุดส่วนใหญ่กรณีนี้จะเกิดความดันสูงก่อน 30 สัปดาห์

อุบัติการณ์ของ PIH

อุบัติการณ์แตกต่างกันออกไปแล้วแต่สถานที่การศึกษา อุบัติการณ์โดยทั่ว ๆ ไปพบราวร้อยละ 5-8 ของการตั้งครรภ์ สำหรับ eclampsia พบได้ประมาณ 1:1000-1:1500 ของการคลอด (ในโรงพยาบาลมหานครเชียงใหม่มีอุบัติการณ์ของ PIH ร้อยละ 5-6) ประมาณร้อยละ 10 ของ preeclampsia เกิดขึ้นก่อน 34 สัปดาห์ สำหรับ chronic hypertension พบได้ประมาณร้อยละ 3 ของการตั้งครรภ์ ส่วน gestational hypertension พบได้ประมาณร้อยละ 6 ของการตั้งครรภ์ ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเพิ่มอัตราเสี่ยงการเกิด PIH

- ◆ ไม่เคยคลอดบุตร (nulliparity)
- ◆ อายุมากกว่า 35 ปี
- ◆ ประวัติในครอบครัวเคยเป็นมาก่อน
- ◆ ความดันโลหิตสูงเรื้อรัง
- ◆ โรคไตเรื้อรัง
- ◆ Antiphospholipid syndrome
- ◆ โรคของหลอดเลือดและเนื้อเยื่อเกี่ยวพัน
- ◆ เบาหวาน
- ◆ ครรภ์แฝด
- ◆ Angiotensinogen gene T235 (Homozygous และ heterozygous)
- ◆ ทารกบวมน้ำจาก Hb Bart's ซึ่งพบได้บ่อยประเทศไทย นับเป็นสาเหตุสำคัญประการหนึ่งของ PIH และทำให้เกิดเร็ว และรุนแรงได้บ่อย

◆ อื่น ๆ : ยังอาจมีปัจจัยส่งเสริมอื่น ๆ เช่น ทารกบวมน้ำ ครรภ์ໄໄปลาอุก มารดาอายุน้อย ครรภ์ໄໄปลาอุก เศรษฐฐานะยากจน

ในรายที่เป็นเร็ว เช่น ก่อน 34 สัปดาห์ควรตรวจหา antiphospholipid antibodies หรือปัจจัยเสี่ยงสำคัญอื่น ๆ เช่น ทารกบวมน้ำ ถ้ามีจะเพิ่มความเสี่ยงของผลการตั้งครรภ์ที่ไม่ดี และโอกาสการเป็นซ้ำที่รุนแรงในครรภ์ต่อไป

ลักษณะทางคลินิก

ลักษณะสำคัญทางคลินิกของ PIH โดยทั่วไป คือ ความดันโลหิตสูง (140/90 มม.ปรอท หรือมากกว่า) โดยทั่วไปแล้วมีโปรตีนในปัสสาวะร่วมด้วย มักมีอาการบวมร่วมด้วยระดับความรุนแรงของ PIH แบ่งเป็น mild กับ severe PIH โดยอาศัยการตรวจพบอย่างใดอย่างหนึ่งดังต่อไปนี้

- ◆ ความดันโลหิต systolic มากกว่า 160 มม.ปรอท. หรือ diastolic มากกว่า 110 มม.ปรอท จากการวัดขณะพักซึ่งวัดอย่างน้อย 2 ครั้งห่างกันไม่น้อยกว่า 6 ชั่วโมง

- ◆ โปรตีนในปัสสาวะมากกว่า 5 กรัมต่อ 24 ชั่วโมง หรือ 3+ หรือมากกว่า จากสองตัวอย่างที่เก็บห่างกันอย่างน้อย 4 ชั่วโมง

- ◆ ปัสสาวะออกน้อย (น้อยกว่า 500 มล.ต่อ 24 ชั่วโมง)

- ◆ ชักแบบ grand mal (eclampsia)

- ◆ น้ำคั่งในปอด (pulmonary edema)

- ◆ Microangiopathic hemolysis

- ◆ เกล็ดเลือดต่ำ (thrombocytopenia)

- ◆ การทำงานของตับผิดปกติ (alanine aminotransferase, aspartase เพิ่มขึ้น)

- ◆ ภาวะแทรกซ้อนในครรภ์ และน้ำคร่ำน้อย

- ◆ อาการที่บ่งชี้ถึงรอยโรคที่ร้ายแรงแบบหมาย : ผิดปกติทางสายตา เจ็บลิ้นปี่หรือได้ชาย

โครงขวา

HELLP syndrome เป็น severe preeclampsia ชนิดที่มี hemolysis (H) elevated liver enzyme (EL) และ low platelets (LP) พบได้เกือบร้อยละ 10-20 ของผู้ป่วย preeclampsia(13) เพิ่มปัญหาอื่น ๆ ด้วย เช่น รกลอกตัวก่อนกำหนด ไตล้มเหลวเฉียบพลัน pulmonary edema ก้อนเลือดคั่งใต้แคปซูลตับ ประมาณร้อยละ 80 เกิดก่อน 37 สัปดาห์ มีความดันปกติตอนแรกหรือร้อยละ 10-20 ดังนั้นควรระวังรายที่เจ็บลิ้นปี่หรือได้ชายโครงขวาทุกคน ในไตรมาสที่สาม Eclampsia หมายถึง PIH ที่มีความรุนแรงจนเกิดอาการชักขึ้น เชื่อว่าการหดเกร็งของเส้นเลือดในสมองอาจทำให้ขาดเลือด และทำให้ชัก มักจะเกิดขึ้นกับรายที่เป็น severe PIH มาหลายวัน หรือรายที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษา แต่ mild PIH ก็อาจกลายเป็น eclampsia ได้ แม้จะน้อยรายก็ตาม ร้อยละ 10 ของการชักเกิดขึ้นก่อนมีโปรตีนในปัสสาวะชัดเจน ประมาณร้อยละ 52 เกิดในระยะก่อนคลอด ร้อยละ 35 เกิดในระยะคลอด และร้อยละ 13 เกิดหลังคลอด อุบัติการณ์ในประเทศทางตะวันตกพบ 1:1000 -1:1500 ของการคลอด ในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ พบ 1:1876 ของการคลอด

ลักษณะทางคลินิก อาการนำ ก่อนชักจะมีอาการนำมาก่อน ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญมากที่ต้องตรวจหาอาการเหล่านี้ ซึ่งได้แก่

- ◆ เจ็บที่ลิ้นปี่หรือใต้ชายโครงขวารุนแรง (เชื่อว่าเกิดจากการดึงขยายของแคปซูลของตับหรือเลือดออกใต้แคปซูล)
- ◆ ปวดศีรษะมาก (throbbing) มักปวดแถว frontal แต่ occipital ก็พบได้
- ◆ อาการผิดปกติทางสายตา ตาพร่ามัว มองไม่ชัด
- ◆ อาเจียน
- ◆ ตื่นตัวทางระบบประสาท เช่น hyperreflexia

อาการชัก

ระยะเริ่มต้น (invasion): เริ่มกระตุกที่บริเวณใบหน้า ริมฝีปากเบี่ยง

ระยะเกร็ง (tonic): อาการตัวแข็งเกร็ง แขนงอ มือกำแน่น ขาอพับบริเวณเข่า

ระยะชักกระตุก (clonic): ชักกระตุกทั่วร่างกาย ขากรรไกรล่างอ้าออกและหุบเข้า อาจกัดลิ้นตัวเอง แขนขากระตุกอย่างแรง ทำให้ผู้ป่วยตกเตียงได้ กินเวลานานประมาณ 60 วินาที

ระยะฟื้น (recovery): จากนั้นผู้ป่วยจะนอนนิ่งแล้วค่อย ๆ รู้สึกตัว ถ้าไม่ได้รับการรักษาจะชักซ้ำในเวลาที่ยืน ภายหลังชักผู้ป่วยหายใจเร็ว เนื่องจากการคั่งของกรดแลคติก บางรายอาจมี cyanosis พบโปรตีนในปัสสาวะทุกราย รายที่เสียชีวิตทันทีมักเกิดจากเลือดออกในสมอง หรือปอดบวมน้ำ และหัวใจล้มเหลว

การวินิจฉัย eclampsia

อาศัยการประวัติ การชัก และลักษณะทางคลินิกของ PIH ซึ่งอาจร่วมกับการตรวจค้นทางห้องปฏิบัติการตามแนวทางข้างต้น

6. น้ำหนักมากกว่าปกติและโรคครรภ์เป็นพิษ ได้กล่าวมาแล้วว่าถ้าน้ำหนักเพิ่มสูงมากระหว่างตั้งครรภ์จะทำให้เป็นโรคครรภ์เป็นพิษได้ง่าย โรคนี้มักเกิดประมาณสัปดาห์ที่ 20 เกิดจากตับและไตทำงานผิดปกติ มีอาการบวม ความดันโลหิตสูง ปัสสาวะมีอัลบูมินออกมา ถ้าทิ้งไว้จะชักและหมดสติได้ อาการของโรคจะรุนแรงขึ้นถ้ามารดาเป็นโรคหัวใจและไตอยู่ก่อนแล้ว การแก้ไขคือปรึกษาแพทย์ พยายามกินโปรตีนให้มากพอ คือประมาณวันละ 85-100 กรัม เพื่อแก้ อาการบวม แพทย์อาจให้รับประทานกรดอะมิโน เพื่อช่วยการสร้างเนื้อเยื่อโดยไม่ให้ไปเพิ่มภาระการขับถ่ายแก่ไตมากเท่าการกินโปรตีนโดยตรง สำหรับการจำกัดโซเดียมเพื่อแก้การบวมนั้นทำได้ยากเพราะร่างกายต้องการอาหารที่มีโปรตีนสูงและมีแคลเซียมสูง เช่น นมและเนื้อสัตว์ แต่อาหารพวกนี้มีโซเดียมสูงด้วย จากการทดลองในสัตว์พบว่า การจำกัดโซเดียมไม่ใช่ว่าจำเป็นในระหว่างตั้งครรภ์ สำหรับอาการอื่นๆ เช่น ปวดหลัง ตะคริว ร้อนที่อกหรือบริเวณลิ้นปี่ ฯลฯ ควรปรึกษาแพทย์

การฝากครรภ์จึงเป็นสิ่งสำคัญและจำเป็นยิ่ง ยิ่งฝากครรภ์เร็วเท่าใดก็เป็นผลดีต่อมารดาและทารก มากเท่านั้น นอกจากอาหารและการฝากครรภ์เป็นสิ่งจำเป็นแล้ว หญิงตั้งครรภ์ควรปฏิบัติตนให้ ถูกต้องในเรื่องอื่นๆด้วย เช่น การพักผ่อนและการออกกำลังกายที่เหมาะสม การขับถ่าย การดูแล รักษาฟันและความสะอาดของร่างกาย (โดยเฉพาะเต้านม) การใช้เสื้อผ้าที่เหมาะสม และการปรับ ตนทางอารมณ์ เพื่อให้มีจิตใจที่แข็งแรงและมีความสุข (เสาวนีย์ จักรพิทักษ์, 2534: 16)

การป้องกันอันตรายที่อาจเกิดขึ้นได้ในระหว่างตั้งครรภ์ ได้แก่ การป้องกันการเกิด อุบัติเหตุ การป้องกันโรคติดเชื้อ การหลีกเลี่ยงสารเคมี (กรรณิการ์ กันธรักษา, 2527: 49. อ้างใน ภาวณี คุ้มมนศิริ, 2535: 15) การสังเกตอาการผิดปกติเบื้องต้น

7. การฝากครรภ์ (Antenatal care) เป็นบริการในงานอนามัยแม่และเด็ก ถือเป็นเวช ศาสตร์ป้องกันทางสูติศาสตร์ที่สำคัญมาก อัตราการเจ็บป่วยและความพิการของมารดาและทารก หลักปฏิบัติเพื่อความปลอดภัยในระยะตั้งครรภ์ คือ การฝากครรภ์ทันทีเมื่อสงสัยว่าตั้งครรภ์ เพื่อจะ ช่วยให้มารดาดำรงไว้ซึ่งสุขภาพที่สมบูรณ์หากพบมีสิ่งผิดปกติหรือภาวะแทรกซ้อนจะได้รักษาหรือ ป้องกันแก้ไขตั้งแต่ระยะแรก การไม่มาฝากครรภ์หรือไม่สม่ำเสมอตามกำหนดนัดอาจมีผลทำให้ การปฏิบัติตนในระหว่างการตั้งครรภ์ไม่ถูกต้อง ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อสุขภาพของมารดาและทารก การฝากครรภ์มีความสำคัญต่อสุขภาพอนามัยของมารดาและทารก จนถือได้ว่าการฝากครรภ์เป็น ความจำเป็นขั้นพื้นฐานของคุณภาพชีวิตของมารดาและทารกในขณะตั้งครรภ์ (สร้อย อนุสรณ์ธีร กุล, 2531: 58) การฝากครรภ์สามารถลดอัตราเสี่ยงต่อการให้กำเนิดทารกเกิดไร้ชีพ ทารกแรกเกิด น้ำหนักน้อย การคลอดก่อนกำหนดและลดภาวะแทรกซ้อนของมารดาในระหว่างตั้งครรภ์ลงได้ ด้วยความสำคัญดังกล่าวกระทรวงสาธารณสุขจึงได้กำหนดกิจกรรมที่เน้นการพัฒนาคุณภาพชีวิต ของแม่และเด็ก ในแผนพัฒนาการสาธารณสุขแห่งชาติฉบับที่ 8 (2540-2544) โดยส่งเสริมให้หญิง มีครรภ์ได้รับการดูแลขณะตั้งครรภ์อย่างมีคุณภาพ แม่มียุติกรรมสุขภาพครบตามคุณสมบัติแม่ ตัวอย่างไม่น้อยกว่าร้อยละ 35.0 ของแม่อายุ 21-35 ปี บริการฝากครรภ์ (Antenatal care) จึงเป็น การดูแลหญิงตั้งครรภ์โดยมีจุดประสงค์เพื่อให้หญิงมีครรภ์ที่ต้องการบุตรทุกคนคลอดทารกที่มี สุขภาพสมบูรณ์ โดยไม่ทำให้สุขภาพของมารดาทรุดโทรม (สุรีย์ สิมารักษ์ และ ธีระ ทองสง , 2530: 163)

8. การป้องกันโรคติดเชื้อ โรคติดเชื้อที่เป็นอันตรายอย่างยิ่งต่อทารกในครรภ์ซึ่ง มารดาต้องป้องกันตนเองไม่ให้สัมผัสหรือมีโอกาสต่อการติดเชื้อเกิดขึ้นในระยะตั้งครรภ์ คือ โรค ซิฟิลิส หัดเยอรมัน เริมที่อวัยวะสืบพันธุ์ (Herpes genitalis) พอกโซพลาสโมซิส (Toxoplasmosis) และโรคไซโตเมกกาไลคอินคลูชัน (Cytomegalic inclusion disease) โรคเหล่านี้มีผลทำให้ทารกใน

ครรภ์แท้ง ตายคลอด หรือมีความพิการแต่กำเนิด (Moore, 1981, pp.38-42) นอกจากการหลีกเลี่ยงการสัมผัสโรคต่างๆแล้ว มารดาควรได้รับการฉีดวัคซีนป้องกันบาดทะยักเพื่อป้องกันการเกิดโรคบาดทะยักในทารกแรกเกิด (Tetanus neonatorum) โดยมีหลักการดังนี้

มารดาที่ไม่เคยได้รับวัคซีนป้องกันโรคบาดทะยักมาก่อนหรือได้รับแต่ไม่ครบ ให้ฉีดวัคซีนทันทีในครั้งแรกที่มาฝากครรภ์ (หลังอายุครรภ์ 12 สัปดาห์) ฉีดเข็มที่ 2 หลังจากเข็มแรกแล้ว 1 เดือน และเข็มที่ 3 ฉีดวัคซีนหลังจากเข็มที่ 2 แล้ว 6 เดือน จึงจะมีภูมิคุ้มกันเพียงพอที่จะป้องกันโรคบาดทะยักในเด็กทารกแรกเกิด

9. การหลีกเลี่ยงสารเคมีที่เป็นอันตราย สารเคมีที่อาจทำให้ทารกพิการหรือไม่เจริญเติบโตตามปกติ ซึ่งมารดาควรหลีกเลี่ยง ได้แก่ (ภิเศก ลุมภิกานนท์, 2533: 106)

9.1 รังสี รังสีมีผลต่อระบบประสาทส่วนกลางของทารกในครรภ์ ถ้ามารดาได้รับการฉายรังสีบริเวณอุ้งเชิงกรานในระยะตั้งครรภ์ขนาดประมาณ 100 Rads จะทำให้ทารกในครรภ์มีศีรษะเล็กผิดปกติ (Microcephaly) ได้ถึงร้อยละ 25 ผลของรังสีอาจทำให้มีการทำลายของโครโมโซม และมีการเปลี่ยนแปลงที่ยีนของทารกในครรภ์ได้ (Cranley, 1983, p.13)

9.2 ยา ยาทุกชนิดที่รับประทานขณะตั้งครรภ์ จะผ่านไปสู่ทารกในครรภ์ได้ (ยกเว้น Heparin ชนิดเดียวที่ไม่ผ่านไปสู่ทารก) และอาจมีผลต่อทารกในครรภ์ได้ ดังนั้นถ้าไม่มีความจำเป็นก็ไม่ควรใช้ยาใดๆ นอกจากอยู่ในความดูแลหรือคำแนะนำของแพทย์หรือเภสัชกรเท่านั้น ยาที่ได้รับ การพิสูจน์แน่นอนแล้วว่าทำให้ทารกพิการ ได้แก่ ยารักษามะเร็ง สอร์โอมิน วัคซีนหัดเยอรมัน และยา ทาลิดโอมิด (Thalidomide) (สุกรี สุนทรภา, 2533: 108-109) ยาที่มีผลต่อทารกในครรภ์ เช่น

ยากลุ่มเตตราไซคลิน (Tetracyclin) ผลต่อการเจริญเติบโตของกระดูกและฟัน ถ้าใช้ยานี้ในระยะตั้งครรภ์จะทำให้ฟันของทารกมีน้ำตาลในภายหลังได้

ยากลุ่มซัลฟา (Sulfa) มีพิษต่อดับของทารกในครรภ์ อาจทำให้ทารกตายได้ หรืออาจทำให้ทารกเกิดมามีอาการตาเหลือง ตัวเหลือง จนชักได้

แอสไพริน (Aspirin) ไม่ควรใช้ระหว่างตั้งครรภ์ เพราะจะทำให้ทารกในครรภ์เสียชีวิตได้

ยากลุ่มเบนโซไดอะซีปีน (Benzodiazepines) เช่น ไดอะซีแพม (Diazepam) อาจทำให้เกิดปากแหว่งในทารกได้

9.3 แอลกอฮอล์ (Alcohol) ทำให้ทารกในครรภ์มีกลุ่มอาการของพิศสุรา คือ มีความพิการของมือ เท้า หัวใจ มีน้ำหนักตัวน้อย ตัวสั้น สมองพิการ หรือมีเนื้อสมองน้อยกว่าปกติ ซึ่งจะมีผลทำให้เกิดความผิดปกติของสติปัญญาด้วย (David, 1979, pp.45-47) ดังนั้น หญิงมีครรภ์จึงไม่ควรดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์

9.4 บุหรี่ ผลของการสูบบุหรี่ในระยะตั้งครรภ์ และการสัมผัสต่อควันบุหรี่ (Exposure to passive smoking) จะทำให้ทารกมีการเจริญเติบโตที่ช้าลง มีน้ำหนักแรกเกิดลดลง 150 - 250 กรัม มีโอกาสเกิดมามีน้ำหนักน้อยกว่าปกติ ได้สูงถึง 2 เท่าของผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ (Will and Fullerton, 1991, p.345) และยังมีเสี่ยงต่อการให้กำเนิดทารกแรกเกิดไร้ชีพในอัตราค่อนข้างสูง (Prager et al, 1984, p.118)

9.5 กาแฟ ปริมาณของคาเฟอีนตั้งแต่ 80 มิลลิกรัมต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัมขึ้นไป จะมีผลทำให้น้ำหนักแรกเกิด และขนาดตัวของทารกลดลง (Mckim, 1991, p, 226) การดื่มกาแฟตั้งแต่ 4 แก้วขึ้นไป จะทำให้เสี่ยงต่อการให้กำเนิดทารกที่พิการแต่กำเนิดเพิ่มขึ้น (ศรีนวล ไชยเสถียร, 2531:69)

10. การสังเกตอาการผิดปกติเบื้องต้น หญิงมีครรภ์ควรจะต้องทราบถึงอาการผิดปกติต่างๆที่อาจเกิดขึ้นได้ในขณะตั้งครรภ์ โดยเฉพาะอาการที่นำไปสู่ภาวะแทรกซ้อนที่อันตราย อาการผิดปกติที่ควรรีบไปพบแพทย์ก่อนวันกำหนดครบตรวจ ได้แก่ อาการคลื่นไส้ อาเจียน มีเลือดออกทางช่องคลอด หรือตกขาวมากกว่าปกติ ปวดศีรษะ ตามัว จุกเสียดยอดอก บัสสาวะน้อย หรือแสบขัด บวมตามมือ เท้า และหน้า เด็กในครรภ์ดิ้นน้อยลง มีไข้ หรือไม่สบายอย่างอื่น ส่วนอาการผิดปกติที่ควรต้องรีบไปพบแพทย์ทันที ได้แก่ เลือดออกมากผิดปกติทางช่องคลอด ไม่ว่าจะมียาการปวดท้องหรือไม่ก็ตาม มีถุงน้ำคร่ำแตกก่อนกำหนด (Premature ruptured of membranes) และเจ็บครรภ์

อีกภาวะหนึ่งที่เกิดการเปลี่ยนแปลงภายในร่างกาย เช่น ความสมดุลของฮอร์โมนรูปร่างภายนอก รวมทั้งการเปลี่ยนแปลงของสถานภาพและความสัมพันธ์ในครอบครัว การเปลี่ยนแปลงเหล่านี้นับว่าเป็นการเพิ่มความเครียดให้แก่หญิงมีครรภ์ โดยพบว่า อารมณ์ของมารดามีอิทธิพลต่อการเจริญเติบโตและพัฒนาการของทารกในครรภ์ เช่น มารดามีอารมณ์กลัวหรือวิตกกังวล จะมีผลทำให้ระบบประสาทอัตโนมัติซิมพาธิคมีบางชนิด คือ อะเซทิลโคลีน (Acetylcholine) และเอพิเนฟริน (Epinephrin) เข้าไปในกระแสโลหิตและต่อมไร้ท่อ โดินเฉพาะต่อมหมวกไต (Adrenal gland) จะขับฮอร์โมนบางชนิดออกมา ทำให้การเผาผลาญในร่างกายเพิ่มขึ้น เป็นผลให้ส่วนประกอบของสารบางอย่างในเลือดเปลี่ยนแปลง การเปลี่ยนแปลงนี้จะกระทบกระเทือนถึงทารกในครรภ์ โดยพบว่าทารกดิ้นมากขึ้นในขณะที่มารดามีอารมณ์ตึงเครียดและถ้าติดตามมารดาเหล่านี้จะพบว่าคลอดบุตรที่มีน้ำหนักน้อยกว่าทารกที่คลอดจากมารดาที่มีสภาพอารมณ์ปกติ เมื่อเจริญเติบโตขึ้นจะเป็นเด็กที่เลี้ยงยาก ซึมโหม ต้องให้นมถี่ และอาเจียนบ่อย (เทียมศร ทองสวัสดิ์, 2531:197)

ปฏิบัติการต่อการตั้งครมรที่ซึ่งแสดงออกมาในรูปของการใช้อารมณต่างๆมักขึ้นอยู่กับพื้นฐานอารมณเดม สติปัญญา การศึกษา สุขภาพ อายุ สถานภาพทางการสมรสของมารดา และความต้องการบุตรของมารดา หรือครอบครัว ทัศนคติของสามีก็มีส่วนสำคัญในการแสดงออกทางอารมณของมารดา สามีจึงควรมีความเข้าใจต่อความต้องการด้านจิตใจของภรรยาที่ตั้งครมร และเป็นหน้าที่ของสามีที่จะต้องช่วยประคับประคองจิตใจ ซึ่งทำได้โดยให้ความสนใจด้านร่างกายของหญิงมีครมร ช่วยดูแลด้านอาหาร การพักผ่อนและนันทนาการ ตลอดจนช่วยเหลือบรรเทาความไม่สุขสบายเล็กๆน้อยๆ เช่น อาการปวดหลัง เป็นต้น



งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ทารกแรกเกิดน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์ เป็นภาวะที่มีผู้สนใจมาก เนื่องจากอุบัติการณ์ของทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่าเกณฑ์แตกต่างกันไปในแต่ละประเทศและแต่ละภูมิภาคของประเทศ ขึ้นกับตัวแปรต่างๆ ประเทศที่พัฒนาแล้วมีอุบัติการณ์น้อยกว่าร้อยละ 7 ส่วนในประเทศที่กำลังพัฒนาอุบัติการณ์จะสูงขึ้น เช่น ประเทศประมาณร้อยละ 10.49 ออฟริกาใต้ประมาณ 19.5 อินเดียสูงถึงร้อยละ 31.5 จากการศึกษาของประมวล สุนากร และคณะ (2531:55) พบอุบัติการณ์สูงสุดในภาคเหนือร้อยละ 12.08 ต่ำสุดในภาคกลางร้อยละ 9.56

พวงรัตน์ ลุสิตานุสนธิ (2542) ได้ศึกษา ปัจจัยที่สัมพันธ์กับทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม ในอำเภอแหลมสิงห์ จังหวัดจันทบุรีโดยใช้กลุ่มตัวอย่างเป็นมารดาหลังคลอดที่ครรภ์ครบกำหนด จำนวน 245 คน ผลการศึกษาได้ข้อสรุปดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไป มารดาหลังคลอดมีอายุเฉลี่ย 27 ปี ตั้งครรภ์ครั้งที่ 2 มีการศึกษาส่วนใหญ่ในระดับประถมศึกษา มีอาชีพรับจ้างมากที่สุด สามีมีการศึกษาส่วนใหญ่ระดับประถมศึกษาและส่วนใหญ่มีอาชีพรับจ้าง ครอบครัวมารดาหลังคลอดมีรายได้เดือนละระหว่าง 2801 – 5000 บาทมีรายได้เพียงพอใช้จ่ายร้อยละ 65.7 มีคนในบ้านของมารดาหลังคลอดสูบบุหรี่ร้อยละ 64.9

2. พฤติกรรมการรับประทานอาหารขณะตั้งครรภ์ของมารดาหลังคลอด มารดาหลังคลอดมีพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่พึงประสงค์ เฉลี่ย 4.83 คะแนน จาก 13 คะแนน

3. พฤติกรรมการปฏิบัติตัวขณะตั้งครรภ์ของมารดาหลังคลอด มารดาหลังคลอดมีพฤติกรรมการปฏิบัติตัวที่พึงประสงค์ เฉลี่ย 2.64 คะแนน จากคะแนนเต็ม 4 คะแนน

4. ภาวะโภชนาการขณะตั้งครรภ์ มารดาหลังคลอดมีภาวะโภชนาการขณะตั้งครรภ์ ต่ำกว่ามาตรฐาน ร้อยละ 17.5

5. ภาวะโลหิตจาง

5.1 ความเข้มข้นของเม็ดเลือดแดง มารดาหลังคลอดมีความเข้มข้นของเม็ดเลือดแดง ระหว่าง 22 – 46 % และความเข้มข้นของเม็ดเลือดแดง 38 % มากกว่ากลุ่มอื่น และมีความเข้มข้นของเม็ดเลือดแดงเฉลี่ย 36.37%

5.2ภาวะโลหิตจาง พบมารดาหลังคลอดมีภาวะโลหิตจาง ร้อยละ 9.1.0

6. การฝากครรภ์ มารดาหลังคลอดฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์ ร้อยละ 91.0

7. ทารกแรกเกิดน้ำหนักต่ำกว่า 2500 กรัม มีทารกแรกเกิดน้ำหนักต่ำกว่า 2500 กรัม ร้อยละ 2.8 และเมื่อทดสอบความสัมพันธ์ของทารกแรกเกิดน้ำหนักต่ำกว่า 2500 กรัมกับตัวแปรที่ศึกษา พบว่า อาชีพของมารดาหลังคลอด และความเพียงพอของรายได้ มีความสัมพันธ์กับทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2500 กรัมอย่างน้อยที่ระดับนัยสำคัญที่ 0.05

แอสေး แวดอเลาะ และคณะ (2549) ได้ศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีผลต่อน้ำหนักแรกคลอดของทารก โดยใช้กลุ่มตัวอย่างมารดาที่คลอดบุตรน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม จำนวน 269 ราย และกลุ่มควบคุม ได้แก่ มารดาที่คลอดบุตรน้ำหนัก 3,000 กรัมขึ้นไป จำนวน 269 ราย ผลการศึกษาพบว่า มารดาที่เป็นกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่คลอดบุตรเป็นครั้งแรก มีอาชีพเป็นแม่บ้าน ศาสนาอิสลาม มีอายุระหว่าง 20-34 ปี ไม่เคยแท้ง มีระยะห่างของการตั้งครรภ์ 1-2 ปี ผ่าครรภ์ครั้งแรกเมื่ออายุครรภ์ 3-6 เดือน มารดากลุ่มศึกษาคลอดเมื่อมีอายุครรภ์ 37 สัปดาห์มากที่สุด ขณะที่มารดากลุ่มควบคุมคลอดเมื่อมีอายุครรภ์ 39 สัปดาห์มากที่สุด มารดากลุ่มศึกษามีการฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์น้อยกว่ามารดากลุ่มควบคุม. และทารกที่คลอดออกมาจากมารดาทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่เป็นเพศชาย

จากการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับน้ำหนักแรกคลอดของทารกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ได้แก่ อายุของมารดาขณะตั้งครรภ์ จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์และ อายุครรภ์เมื่อคลอด และการฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์

ส่วนปัจจัยด้านอื่นๆ ได้แก่ อาชีพ ศาสนา จำนวนครั้งของการแท้ง ระยะห่างของการตั้งครรภ์อายุครรภ์เมื่อฝากครรภ์ครั้งแรก และเพศของทารก ไม่มีความสัมพันธ์กับน้ำหนักแรกคลอดของทารก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

บุญสนอง ภิญโญ และ สมหทัย อุตสาหदानนท์ (2532) ได้รายงานผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยที่มรความสัมพันธ์กับน้ำหนักทารกแรกเกิด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยศึกษาจากมารดาครรภ์เดี่ยวที่มาคลอดทารกมีชีวิตที่โรงพยาบาลแม่และเด็ก และที่ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพเขต 5 เชียงใหม่ กลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม แบ่งเป็นกลุ่มศึกษา และกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 231 ราย พบปัจจัยที่สัมพันธ์กับน้ำหนักทารกแรกเกิด ได้แก่ อายุของมารดา ความสูงของมารดา น้ำหนักก่อนคลอดของมารดา การรับประทานอาหารของมารดาในขณะตั้งครรภ์ การได้รับยาเพื่อรักษาขณะตั้งครรภ์ และการพักผ่อนของมารดาขณะตั้งครรภ์

ชูจิตต์ ญาณทัชชะ (2539:ข) ศึกษา ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับน้ำหนักแรกเกิดจังหวัด เชียงใหม่ กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาคือมารดาหลังคลอด เป็นมารดาที่มีอายุการตั้งครรภ์อย่างน้อย 37 สัปดาห์ บุตรมีชีวิต ไม่มีปัจจัยเสี่ยงในขณะตั้งครรภ์ กลุ่มตัวอย่าง 314 ราย การศึกษาพบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับน้ำหนักทารกแรกเกิดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < .05$ ได้แก่ ความสูงของมารดา น้ำหนักก่อนคลอดของมารดา น้ำหนักที่เพิ่มขึ้นระหว่างการตั้งครรภ์ ปัจจัยที่ไม่มีความสัมพันธ์ ได้แก่ อายุของมารดา น้ำหนักของมารดา ก่อนตั้งครรภ์ พฤติกรรมการบริโภคอาหารของมารดา การพักผ่อนของมารดา และการยอมรับการมีบุตรของบิดามารดา

วิญญาณ สุขแสง (2535:ข) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างน้ำหนักทารกแรกเกิดกับคุณสมบัติส่วนตัวของมารดา คุณสมบัติทางประชากรของมารดา และลักษณะทางพฤติกรรมสังคมของมารดา โดยศึกษาเปรียบเทียบกลุ่มเป้าหมายระหว่างมารดาจากหอผู้ป่วยสามัญและมารดาจากหอผู้ป่วยพิเศษ เป็นมารดาหลังคลอดบุตรครรภ์เดียวจำนวน 300 คน พบว่าปัจจัยที่มีอิทธิพลทางบวกได้แก่ พฤติกรรมการบริโภคระหว่างตั้งครรภ์ของมารดา

อุมาพร ชินโสตร์ (2531) ศึกษาในกลุ่มหญิงมีครรภ์ในครอบครัวที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพจิต ซึ่งไปรับบริการตรวจครรภ์ที่โรงพยาบาลแม่และเด็กศูนย์ส่งเสริมสุขภาพ เขต 7 ราชบุรี ในช่วงเดือนกุมภาพันธ์ 2531 ถึงเดือน มีนาคม 2531 คุณสมบัติของกลุ่มที่ศึกษา คือ เป็นหญิงวัยเจริญพันธุ์ (อายุระหว่าง 15-49 ปี) ตั้งครรภ์แรกอายุครรภ์ 4-40 สัปดาห์ มีการตั้งครรภ์เป็นปกติ จำนวน 200 ราย พบว่ามีหลายปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิต กล่าวคือ ความตั้งใจมีบุตร อาการแพ้ท้องเมื่อเริ่มตั้งครรภ์ การดูแลสุขภาพตนเอง โดยการรับประทานอาหารขณะตั้งครรภ์ ความคิดที่จะทำแท้งขณะตั้งครรภ์ ความรู้สึกอับอายขณะตั้งครรภ์ และความคิดที่จะยกบุตรให้กับผู้อื่นขณะตั้งครรภ์ โดยพบว่าหญิงมีครรภ์ที่มีความต้องการมีบุตร มีสุขภาพจิตดีกว่าหญิงที่ไม่มีความพร้อมในการตั้งครรภ์ สอดคล้องกับการศึกษาของบิก (Big 1976: 12 อ้างในอุจน์จิตต์ บุญสม. 2540 :3) พบว่าหญิงตั้งครรภ์ที่ไม่มีการวางแผนการตั้งครรภ์จะมีความรู้สึกเครียดและกดดัน ขาดจุดมุ่งหมายที่จะปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ ส่งผลให้ละเลยการปฏิบัติพฤติกรรมที่มีในระยะตั้งครรภ์ทำให้เกิดผลเสียต่อทารกในครรภ์ และเมื่อคลอดออกมาแล้วจะไม่เอาใจใส่เลี้ยงดูบุตร เช่นเดียวกับการศึกษาของประมวญ สุณากรและคณะ, 2531: 42 พบว่า อารมณ์เครียดที่พบบ่อยของหญิงตั้งครรภ์ มีความสัมพันธ์กับการคลอดทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยและก่อให้เกิดการตายคลอดและตายปริกำเนิด (Norbase and tilden, 1983: 46) อ้างในอุจน์จิตต์ บุญสม. 2540:3

ประนอม ใจสะอาด (2534) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อน้ำหนักทารกแรกเกิด ของมารดาที่คลอดที่โรงพยาบาลแม่และเด็ก ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพเขต 6 ขอนแก่น พบว่าปัจจัยที่มีผลต่อการคลอดทารกน้ำหนักน้อยได้แก่ มารดาตั้งครรภ์ครั้งแรก และครรภ์ที่ 4 ขึ้นไป โดยเฉพาะมารดาครรภ์แรกที่อายุต่ำกว่า 19 ปี มารดาที่ให้กำเนิดบุตรน้ำหนักมากกว่า 3000 กรัม ขึ้นไป พบมากในมารดาครรภ์ที่ 2 และ 3 ที่มีอายุระหว่าง 25-29 ปี กลุ่มไม่มาฝากครรภ์ตามเกณฑ์และรับประทานอาหารบำรุงครรภ์ไม่เหมาะสมจะให้กำเนิดบุตรที่น้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม

อรุณรัศมี บุนนาค (2541) ศึกษาภาวะโภชนาการหญิงตั้งครรภ์ พบว่า น้ำหนักที่เพิ่มขึ้นขณะตั้งครรภ์น้อยกว่าเกณฑ์ จะทำให้เกิดทารกที่น้ำหนักน้อยกว่าหญิงตั้งครรภ์ที่น้ำหนักเพิ่มตามเกณฑ์ จึงมีการกำหนดพลังงานจากสารอาหารเพิ่มขึ้นในระยะตั้งครรภ์ 300 กิโลแคลอรี

จากพลังงานที่เคยได้รับ และต้องการโปรตีน เพิ่ม 7 กรัม / วัน สำหรับหญิงที่ก่อนการตั้งครรภ์ น้ำหนักอยู่ในเกณฑ์มาตรฐาน ในช่วงไตรมาสที่ 2 และ 3 ของการตั้งครรภ์

พิพัฒน์ มงคลฤทธิ์ (2549 : 20-21) พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอาชีพแม่บ้าน ร้อยละ 43.3 รองลงมารับจ้าง ร้อยละ 28.1 ศาสนาอิสลาม ร้อยละ 57.2 ศาสนาพุทธและอื่น ๆ ร้อยละ 42.8 คลอดบุตรลำดับที่ 1 ร้อยละ 44.2 รองลงมาลำดับที่ 2 ร้อยละ 27.0 อายุของ มารดาขณะตั้งครรภ์มากที่สุด 25 ปี ร้อยละ 7.8 รองลงมา 26 ปี ร้อยละ 7.1 ครรภ์แรก ร้อยละ 38.7 รองลงมาครรภ์ที่ 2 ร้อยละ 25.2 ไม่เคยแท้งร้อยละ 82.3 รองลงมาแท้งหนึ่งครั้ง ร้อยละ 15.6 ระยะห่างของการตั้งครรภ์ 1-2 ปี ร้อยละ 34.8 รองลงมามากกว่า 4 ปี ร้อยละ 19.5 คลอด เมื่ออายุครรภ์ 37 สัปดาห์ ร้อยละ 29.0 รองลงมา 38 สัปดาห์ ร้อยละ 21.9 ฝากครรภ์ครั้งแรก เมื่ออายุครรภ์ 3 - 6 เดือน ร้อยละ 55.2 รองลงมาน้อยกว่า 3 เดือน ร้อยละ 22.9 ฝากครรภ์ครบ ตามเกณฑ์ร้อยละ 74.3 ไม่ครบตามเกณฑ์ร้อยละ 25.7

ปัจจัยที่มีผลต่อน้ำหนักแรกคลอดของทารก

1. ปัจจัยของมารดาขณะตั้งครรภ์ ด้านอายุของมารดาขณะตั้งครรภ์ จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ อายุครรภ์เมื่อคลอด และการฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์ มีความสัมพันธ์กับน้ำหนัก ทารกแรกคลอดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

2. ปัจจัยของมารดาขณะตั้งครรภ์ ด้านอาชีพ ศาสนา จำนวนครั้งของการแท้ง ระยะห่างของการตั้งครรภ์ อายุครรภ์เมื่อฝากครรภ์ครั้งแรก และเพศทารก ไม่มีความสัมพันธ์กับ น้ำหนักแรกคลอดของทารก

รศ.พญ.ศิริกุล อิศรานุรักษ์ และทีมวิจัย "โครงการวิจัยระยะยาวในเด็กไทย" (2543) พบว่า ตัวแปรหรือปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการที่น้ำหนักของเด็กน้อยกว่าเกณฑ์ที่กำหนด ได้แก่ ครรภ์ เป็นพิษ , เลือดออกขณะตั้งครรภ์ที่ 3 เป็นต้นไป , ความสูงของแม่ก็มีผลต่อน้ำหนักของเด็กเช่นกัน โดยพบว่าแม่ที่มีความสูงน้อยกว่า 145 เซนติเมตร จัดอยู่ในกลุ่มเสี่ยงมาก อีกทั้ง แม่อายุน้อยกว่า 20 ปี หรือ มากกว่า 35 ปีก็เสี่ยงต่อเด็กแรกเกิดน้ำหนักตัวน้อย

จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความรู้ ทัศนคติและพฤติกรรม สุขภาพของมารดาที่ส่งผลกระทบต่อทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม ผู้วิจัยจึงสนใจ ปัจจัยที่มีผลกระทบต่อทารกแรกเกิด ในการรับบริการงานอนามัยแม่และเด็ก ไปศึกษาในกลุ่ม ตัวอย่างดังในกรอบแนวคิด

บทที่ 3

วิธีดำเนินงานวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการศึกษาพรรณนาเชิงวิเคราะห์ (Cross-sectional analytic) โดยศึกษาปัจจัยทางด้านมารดาที่มีผลต่อน้ำหนักทารกแรกเกิดในหญิงตั้งครรภ์ที่มาคลอดทารกในโรงพยาบาลโพทะเล จังหวัดพิจิตร

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ คือ หญิงตั้งครรภ์ที่มาคลอดทารกในโรงพยาบาลโพทะเล จังหวัดพิจิตร ในช่วงวันที่ 1 ตุลาคม 2549 – 30 กันยายน 2550 จำนวน 237 คน การเลือกกลุ่มตัวอย่าง ใช้วิธีการเลือกแบบสุ่มตัวอย่างแบบง่าย ในการคำนวณหาจำนวนกลุ่มตัวอย่างได้จำนวน 96 คน

วิธีการคำนวณหาจำนวนกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตร

$$\begin{aligned}
 n &= \frac{NZ^2\alpha/2\eta(1-\eta)}{Z^2\alpha/2\eta(1-\eta) + (N-1)d^2} \\
 &= \frac{237(3.8416)(0.105)(1-0.105)}{(3.8416)(0.105)(1-0.105) + (237-1)(0.05)^2} \\
 &= \frac{237(3.8416)(0.105)(0.985)}{(3.8416)(0.105)(0.985) + (236)(0.0025)} \\
 &= \frac{94.16}{0.987} \\
 &= 95.40 \sim 96
 \end{aligned}$$

จากสูตรการคำนวณหากลุ่มตัวอย่างได้เท่ากับ 95.40 คน ปัดทศนิยมขึ้นจะได้เท่ากับ 96 คน

โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างได้เป็น 2 กลุ่ม ได้แก่

กลุ่มที่ 1 มารดาที่คลอดบุตรน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม

กลุ่มที่ 2 มารดาที่คลอดบุตรน้ำหนักมากกว่า 2,500 กรัม

โดยทั้ง 2 กลุ่มจะต้องมีคุณสมบัติ ดังนี้

1. มารดาครรภ์เดียวที่มาคลอดทารกในโรงพยาบาลโพทะเล จังหวัดพิจิตร ในช่วงวันที่ 1 ตุลาคม 2549 – 30 กันยายน 2550
2. ไม่มีการติดเชื้อในครรภ์ (ดูจากผลทางห้องปฏิบัติการ และอุณหภูมิของร่างกายไม่เกิน 37.5 องศาเซลเซียส)

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา คือ แบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยดัดแปลงมาจากแบบวัดพฤติกรรมการปฏิบัติตน เพื่อดำรงไว้ซึ่งสภาวะสุขภาพในหญิงตั้งครรภ์ของ โลเวนสไตน์และโรนฮาร์ท.(1981 กรรณิการ์ กันธะรักษา, 2527 หน้า 71) ประกอบด้วย 5 ส่วน

ส่วนที่ 1 ข้อมูลจากแบบบันทึก (จากรายงานประวัติ) ได้แก่ ประวัติการตั้งครรภ์และการคลอดครั้งก่อน จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ อายุครรภ์เมื่อมาฝากครรภ์ครั้งแรก การฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์ ภาวะโภชนาการขณะตั้งครรภ์ (ใช้ VALLOP CURVE) อายุครรภ์เมื่อคลอด ปริมาณเม็ดเลือดแดงอัดแน่น (Hct) ผลการตรวจโรคธาลัสซีเมีย โรคประจำตัว (ความดันโลหิตสูง เบาหวาน ไทรอยด์ หัวใจ) น้ำหนักตัวก่อนตั้งครรภ์ น้ำหนักตัวก่อนคลอด น้ำหนักตัวมารดาที่เพิ่มขึ้นระหว่างการตั้งครรภ์ จำนวน 9 ข้อ

ส่วนที่ 2 ข้อมูลการสัมภาษณ์ ได้แก่ อายุ อาชีพ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษาของมารดา ระดับการศึกษาของสามี รายได้ของครอบครัวต่อเดือน ลักษณะครอบครัว จำนวน 11 ข้อ

ส่วนที่ 3 แบบวัดพฤติกรรมสุขภาพของมารดาขณะตั้งครรภ์ จำนวน 47 ข้อ ซึ่งประกอบด้วยพฤติกรรมสุขภาพด้านโภชนาการของมารดาในขณะตั้งครรภ์ พฤติกรรมสุขภาพด้านการออกกำลังกาย และการพักผ่อนของมารดาในขณะตั้งครรภ์ พฤติกรรมสุขภาพด้านการป้องกันโรคและภาวะแทรกซ้อนของมารดาในขณะตั้งครรภ์ และพฤติกรรมสุขภาพด้านสุขภาพจิตของมารดาในขณะตั้งครรภ์

ส่วนที่ 4 แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตนในระหว่างการตั้งครรภ์ จำนวน 10 ข้อ

ส่วนที่ 5 แบบวัดทัศนคติของมารดาที่เกี่ยวกับการตั้งครรภ์ จำนวน 10 ข้อ

คำตอบแต่ละข้อในแบบวัดพฤติกรรมสุขภาพของมารดาขณะตั้งครรภ์ จะมีอยู่ 3 คำตอบ โดยให้ผู้สัมภาษณ์เลือกตอบในข้อที่ตนปฏิบัติ คำตอบของคำถามเกี่ยวกับพฤติกรรมปฏิบัติ จะนำมาให้เป็นคะแนน ตามหลักเกณฑ์

1. การให้คะแนนพฤติกรรมสุขภาพแต่ละระดับ

แบบสัมภาษณ์ที่เป็นเชิงบวก

ถ้าตอบว่า	ได้ทำเป็นประจำ	ให้คะแนน 3 คะแนน
ถ้าตอบว่า	ทำเป็นบางครั้ง	ให้คะแนน 2 คะแนน
ถ้าตอบว่า	ไม่เคยทำ	ให้คะแนน 1 คะแนน

แบบสัมภาษณ์ที่เป็นเชิงลบ

ถ้าตอบว่า	ได้ทำเป็นประจำ	ให้คะแนน 1 คะแนน
ถ้าตอบว่า	ทำเป็นบางครั้ง	ให้คะแนน 2 คะแนน
ถ้าตอบว่า	ไม่เคยทำ	ให้คะแนน 3 คะแนน

แบบสัมภาษณ์ด้านสุขภาพจิตที่เป็นเชิงบวก

ถ้าตอบว่า	เห็นด้วย	ให้คะแนน 2 คะแนน
ถ้าตอบว่า	เฉย ๆ (ไม่แน่ใจ)	ให้คะแนน 1 คะแนน
ถ้าตอบว่า	ไม่เห็นด้วย	ให้คะแนน 0 คะแนน

แบบสัมภาษณ์ด้านสุขภาพจิตที่เป็นเชิงลบ

ถ้าตอบว่า	เห็นด้วย	ให้คะแนน 0 คะแนน
ถ้าตอบว่า	เฉย ๆ (ไม่แน่ใจ)	ให้คะแนน 1 คะแนน
ถ้าตอบว่า	ไม่เห็นด้วย	ให้คะแนน 2 คะแนน

โดยแต่ละด้านมีจำนวนข้อของแบบสัมภาษณ์และคะแนนรวม ดังนี้

ด้านโภชนาการ	จำนวน 17 ข้อ คะแนนเต็ม 51 คะแนน
ด้านการออกกำลังกายและการพักผ่อน	จำนวน 10 ข้อ คะแนนเต็ม 30 คะแนน
ด้านการป้องกันภาวะแทรกซ้อน	จำนวน 10 ข้อ คะแนนเต็ม 30 คะแนน
ด้านสุขภาพจิต	จำนวน 10 ข้อ คะแนนเต็ม 20 คะแนน

การแบ่งระดับคะแนนพฤติกรรม ในแต่ละด้านแบ่งออกเป็น 3 ระดับ คือ

ระดับดี	หมายถึง	คะแนนอยู่ในช่วง 85 – 100 %
ระดับปานกลาง	หมายถึง	คะแนนอยู่ในช่วง 65 – 84 %
ระดับไม่ดี	หมายถึง	คะแนนต่ำกว่า 65 %

คะแนนพฤติกรรมสุขภาพของมารดาแต่ละด้านกำหนดดังนี้

คะแนนพฤติกรรมสุขภาพด้านโภชนาการของมารดา อยู่ในระหว่าง 0 - 51 คะแนน แบ่งเกณฑ์คะแนน ดังนี้

- คะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 43.35 (ร้อยละ 85 ขึ้นไป) หมายถึง มีพฤติกรรมระดับดี
- คะแนน 33.15 – 43.34 (ร้อยละ 65 – 84) หมายถึง มีพฤติกรรมอยู่ในระดับปานกลาง
- คะแนนต่ำกว่า 33.14 (ต่ำกว่าร้อยละ 65) หมายถึง มีพฤติกรรมอยู่ในระดับไม่ดี

คะแนนพฤติกรรมของมารดา ด้านการออกกำลังกายและการพักผ่อนอยู่ในระหว่าง 0 - 30 คะแนน แบ่งเกณฑ์คะแนนเป็นดังนี้

- คะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 25.5 (ร้อยละ 85 ขึ้นไป) หมายถึง มีพฤติกรรมอยู่ในระดับดี
- คะแนนต่ำกว่า 19.5 – 25.4 (ร้อยละ 65 -84) หมายถึง มีพฤติกรรมอยู่ในระดับปานกลาง
- คะแนนต่ำ 19.4 (ต่ำกว่าร้อยละ 65) หมายถึง มีพฤติกรรมอยู่ในระดับไม่ดี

คะแนนพฤติกรรมสุขภาพของมารดาด้านการป้องกันภาวะแทรกซ้อน อยู่ในระดับ 0 -30 แบ่งเกณฑ์คะแนนเป็นดังนี้

- คะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 25.5 (ร้อยละ 85 ขึ้นไป) หมายถึง มีพฤติกรรมอยู่ในระดับดี
- คะแนน 19.5 – 25.4 (ร้อยละ 65 – 84) หมายถึง มีพฤติกรรมอยู่ในระดับปานกลาง
- คะแนนต่ำกว่า 19.4 (ต่ำกว่าร้อยละ 65) หมายถึง มีพฤติกรรมอยู่ในระดับไม่ดี

คะแนนพฤติกรรมสุขภาพของมารดาด้านสุขภาพจิตอยู่ในระหว่าง 0 - 20 คะแนน แบ่งเป็นเกณฑ์เป็นดังนี้

- คะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 17 (ร้อยละ 85 ขึ้นไป) หมายถึง มีพฤติกรรมอยู่ในระดับดี
- คะแนน 13 – 16.9 (ร้อยละ 65 -84) หมายถึง มีพฤติกรรมอยู่ในระดับปานกลาง
- คะแนนต่ำกว่า 12.9 (ต่ำกว่าร้อยละ 65) หมายถึง มีพฤติกรรมอยู่ในระดับไม่ดี

2. การให้คะแนนแบบสอบถามด้านความรู้ในแต่ละระดับ

แบบสอบถามความรู้ที่เป็นเชิงบวก

ถ้าตอบว่า ถูก ให้คะแนน 1 คะแนน

ถ้าตอบว่า ผิด ให้คะแนน 0 คะแนน

แบบสอบถามความรู้ที่เป็นเชิงลบ

ถ้าตอบว่า ถูก ให้คะแนน 0 คะแนน

ถ้าตอบว่า ผิด ให้คะแนน 1 คะแนน

การแบ่งระดับคะแนนแบบสอบถามความรู้ ในแต่ละด้านแบ่งออกเป็น 3 ระดับ คือ

ระดับดี	หมายถึง	คะแนนอยู่ในช่วง 85 – 100 %
ระดับปานกลาง	หมายถึง	คะแนนอยู่ในช่วง 65 – 84 %
ระดับไม่ดี	หมายถึง	คะแนนต่ำกว่า 65 %

คะแนนแบบสอบถามความรู้สุขภาพของมารดาขณะตั้งครรภ์ กำหนดอยู่ในระหว่าง 0 - 10

คะแนน แบ่งเกณฑ์คะแนน ดังนี้

- คะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 8.5 (ร้อยละ 85 ขึ้นไป) หมายถึง มีความรู้อยู่ในระดับดี
- คะแนน 6.5 – 8.49 (ร้อยละ 65 – 84) หมายถึง มีความรู้อยู่ในระดับปานกลาง
- คะแนนต่ำกว่า 6.49 (ต่ำกว่าร้อยละ 65) หมายถึง มีความรู้อยู่ในระดับไม่ดี

3. การให้คะแนนแบบสอบถามด้านทัศนคติในแต่ละระดับ

แบบสอบถามด้านทัศนคติที่เป็นเชิงบวก

ถ้าตอบว่า	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ให้คะแนน 5 คะแนน
ถ้าตอบว่า	เห็นด้วย	ให้คะแนน 4 คะแนน
ถ้าตอบว่า	ไม่แน่ใจ	ให้คะแนน 3 คะแนน
ถ้าตอบว่า	ไม่เห็นด้วย	ให้คะแนน 2 คะแนน
ถ้าตอบว่า	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ให้คะแนน 1 คะแนน

แบบสอบถามด้านทัศนคติที่เป็นเชิงลบ

ถ้าตอบว่า	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ให้คะแนน 1 คะแนน
ถ้าตอบว่า	เห็นด้วย	ให้คะแนน 2 คะแนน
ถ้าตอบว่า	ไม่แน่ใจ	ให้คะแนน 3 คะแนน
ถ้าตอบว่า	ไม่เห็นด้วย	ให้คะแนน 4 คะแนน
ถ้าตอบว่า	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ให้คะแนน 5 คะแนน

การแบ่งระดับคะแนนแบบสอบถามด้านทัศนคติ ในแต่ละด้านแบ่งออกเป็น 3 ระดับ คือ

ระดับดี	หมายถึง	คะแนนอยู่ในช่วง 85 – 100 %
ระดับปานกลาง	หมายถึง	คะแนนอยู่ในช่วง 65 – 84 %
ระดับไม่ดี	หมายถึง	คะแนนต่ำกว่า 65 %

คะแนนแบบสอบถามด้านทัศนคติของมารดาขณะตั้งครรภ์ กำหนดอยู่ในระหว่าง 0 - 50 คะแนน แบ่งเกณฑ์คะแนน ดังนี้

- คะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 42.5 (ร้อยละ 85 ขึ้นไป) หมายถึง มีทัศนคติอยู่ในระดับดี
- คะแนน 32.5 – 42.49 (ร้อยละ 65 – 84) หมายถึง มีทัศนคติอยู่ในระดับปานกลาง
- คะแนนต่ำกว่า 32.49 (ต่ำกว่าร้อยละ 65) หมายถึง มีทัศนคติอยู่ในระดับไม่ดี

การหาคุณภาพเครื่องมือ

การหาความเที่ยงตรง และความเชื่อมั่นของแบบสัมภาษณ์ ผู้ศึกษาได้นำแบบสัมภาษณ์ที่สร้างขึ้น ไปตรวจหาความเที่ยงตรงตามเนื้อหา โดยผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ได้ค่า IOC ของแบบสอบถามด้านความรู้เท่ากับ 0.835 และค่า IOC ของแบบสอบถามด้านทัศนคติเท่ากับ 0.703 แล้วนำแบบสัมภาษณ์มาปรับปรุงแก้ไขให้ถูกต้องทางด้านเนื้อหา จากนั้นจึงได้นำแบบสัมภาษณ์ไปทดสอบในมารดาหลังคลอด ที่มาคลอดในโรงพยาบาลโพทะเล จำนวน 30 ราย เพื่อความเหมาะสมของภาษา ความชัดเจน และความสมบูรณ์ของเนื้อหา และได้ นำไปหาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์ Cronbach'alpha Coefficient. ได้แก่ ความเชื่อมั่นด้านทัศนคติของมารดาที่เกี่ยวกับการตั้งครรภ์เท่ากับ 0.98 และหาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตร KR 20 ได้แก่ ความเชื่อมั่นด้านความรู้ของมารดาเกี่ยวกับการปฏิบัติตนในระหว่างตั้งครรภ์เท่ากับ 0.24

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ทำหนังสือผ่านผู้อำนวยการโรงพยาบาลโพทะเลและหัวหน้าสถานีอนามัยทุกแห่งที่มีรายชื่อหญิงคลอด ณ โรงพยาบาลโพทะเล ในระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2549 – 30 กันยายน 2550 อยู่ในพื้นที่ เพื่อขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล
2. หลังจากได้รับอนุญาตจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลโพทะเลและหัวหน้าสถานีอนามัยทุกแห่งแล้ว ผู้ศึกษาได้ดำเนินการติดต่อประสานงานกับหัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาล หัวหน้าตึก และพยาบาลประจำหอผู้ป่วยสูติ-นรีเวชกรรม หอผู้ป่วยพิเศษ และหัวหน้าพยาบาลของโรงพยาบาลโพทะเล
3. ผู้เก็บรวบรวมข้อมูล คือผู้วิจัยและพยาบาลประจำตึกสูติ-นรีเวชกรรมโรงพยาบาลโพทะเล และพยาบาลฝ่ายส่งเสริมสุขภาพของโรงพยาบาลโพทะเล ที่ผ่านการชี้แจงถึงการสัมภาษณ์ โดยให้มีหลักการและแนวทางเดียวกัน

4. ผู้ศึกษาลงพื้นที่เพื่อทำการสัมภาษณ์มารดาหลังคลอดที่คลอดในโรงพยาบาลโพทะเล ในระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2549 – 30 กันยายน 2550 โดยผู้ศึกษาสัมภาษณ์ด้วยตนเอง
5. นำแบบสัมภาษณ์ที่รวบรวม มาตรวจสอบความถูกต้องและความครบถ้วน เพื่อเตรียมการวิเคราะห์ ประมวลผลข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ ข้อมูลทั่วไป ข้อมูลส่วนบุคคล คะแนนพฤติกรรมสุขภาพด้านโภชนาการขณะตั้งครรภ์ ด้านการออกกำลังกายและการพักผ่อนขณะตั้งครรภ์ ด้านการป้องกันภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์ ด้านสุขภาพจิตขณะตั้งครรภ์ คะแนนด้านความรู้ในการปฏิบัติตนระหว่างตั้งครรภ์ และคะแนนด้านทัศนคติของมารดา โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. สถิติที่ใช้ในการทดสอบความสัมพันธ์ใช้สถิติไค-สแควร์ (Chi-Square)



บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษาระดับปริญญาโททางด้านมารดาที่มีผลต่อน้ำหนักทารกแรกเกิด กลุ่มตัวอย่างเป็นหญิงตั้งครรภ์ที่คลอดทารกในโรงพยาบาลโพทะเล โดยแบ่งเป็น 2 กลุ่ม ตามน้ำหนักแรกเกิดของทารก คือ น้ำหนักทารกแรกเกิดน้อยกว่า 2,500 กรัม และน้ำหนักทารกแรกเกิดมากกว่า 2,500 กรัม ผลการวิเคราะห์ข้อมูลในรูปแบบตารางประกอบคำบรรยาย แบ่งเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

- ข้อมูลจากแบบบันทึก (จากรายงานประวัติ)
- ข้อมูลการสัมภาษณ์
- แบบวัดพฤติกรรมสุขภาพของมารดาขณะตั้งครรภ์
- แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตนในระหว่างการตั้งครรภ์
- แบบวัดทัศนคติของมารดาที่เกี่ยวกับการตั้งครรภ์

ส่วนที่ 2 จำนวนร้อยละน้ำหนักทารกแรกเกิด

ส่วนที่ 3 การทดสอบหาความสัมพันธ์

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

ข้อมูลจากแบบบันทึก (จากรายงานประวัติ)

ตารางที่ 1 ลำดับการตั้งครรภ์

ครรภ์ที่	รวม	ร้อยละ
ครรภ์ที่ 1	42	43.75
ครรภ์ที่ 2	45	46.88
ครรภ์ที่ 3	5	5.21
ครรภ์ที่ 4	3	3.12
ครรภ์ที่ 5 ขึ้นไป	1	1.04
รวม	96	100

จากตาราง 1 พบว่ามารดาที่คลอด ร้อยละ 43.75 เป็นมารดาครรภ์ที่ 1 และร้อยละ 46.88, 5.21, 3.12 และ 1.04 เป็นครรภ์ที่ 2, 3, 4 และ 5 ขึ้นไป ตามลำดับ

ตาราง 2 อายุครรภ์ที่มาฝากครรภ์ครั้งแรก

อายุครรภ์ที่มาฝากครรภ์ ครั้งแรก	รวม	ร้อยละ
อายุครรภ์น้อยกว่า 12 สัปดาห์	37	38.54
อายุครรภ์ 12-16 สัปดาห์	30	31.25
อายุครรภ์มากกว่า 16 สัปดาห์	29	30.21
รวม	96	100

จากตาราง 2 พบว่ามารดาที่คลอด ร้อยละ 38.54 มาฝากครรภ์ครั้งแรกเมื่ออายุครรภ์น้อยกว่า 12 สัปดาห์ ร้อยละ 31.25 และ 30.21 เป็นมารดาที่มาฝากครรภ์ครั้งแรกเมื่ออายุครรภ์ 12-16 สัปดาห์และมากกว่า 16 สัปดาห์ ตามลำดับ

ตาราง 3 การฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์ 4 ครั้ง

การฝากครรภ์ครบตาม เกณฑ์ 4 ครั้ง	รวม	ร้อยละ
ครบ	87	90.62
ไม่ครบ	9	9.38
รวม	96	100

จากตาราง 3 พบว่ามารดาที่คลอด ร้อยละ 90.62 มาฝากครรภ์ครบ และร้อยละ 9.38 มาฝากครรภ์ไม่ครบตามเกณฑ์

ตาราง 4 ภาวะโภชนาการขณะตั้งครรภ์ (ใช้ Vallop curve)

ภาวะโภชนาการขณะ ตั้งครรภ์ (ใช้ Vallop curve)	รวม	ร้อยละ
ต่ำ	36	37.50
สูง	60	62.50
รวม	96	100

จากตาราง 4 พบว่ามารดาที่คลอด ร้อยละ 37.50 มีภาวะโภชนาการขณะตั้งครรภ์ต่ำ และร้อยละ 62.50 มารดามีภาวะโภชนาการขณะตั้งครรภ์สูง

ตารางที่ 5 น้ำหนักตัวมารดา ก่อนตั้งครรภ์

น้ำหนักตัวมารดา ก่อนตั้งครรภ์	รวม	ร้อยละ
น้อยกว่า 45 กก.	25	26.04
มากกว่าหรือเท่ากับ 45 กก.	71	73.96
รวม	96	100

จากตาราง 5 พบว่ามารดาที่คลอด ร้อยละ 26.04 มีน้ำหนักตัวก่อนตั้งครรภ์น้อยกว่า 45 กิโลกรัม และร้อยละ 73.96 มีน้ำหนักตัวก่อนตั้งครรภ์มากกว่าหรือเท่ากับ 45 กิโลกรัม

ตาราง 6 น้ำหนักตัวมารดา ก่อนคลอด

น้ำหนักตัวมารดา ก่อนคลอด	รวม	ร้อยละ
น้อยกว่า 55 กก.	22	22.92
มากกว่าหรือเท่ากับ 55 กก.	74	77.08
รวม	96	100

จากตาราง 6 พบว่ามารดาที่คลอด ร้อยละ 22.92 มีน้ำหนักตัวก่อนคลอดน้อยกว่า 55 กิโลกรัม และร้อยละ 77.08 มีน้ำหนักตัวก่อนคลอดมากกว่าหรือเท่ากับ 55 กิโลกรัม

ตาราง 7 น้ำหนักตัวมารดาที่เพิ่มขึ้นระหว่างการตั้งครรภ์

น้ำหนักตัวมารดาที่เพิ่มขึ้น ระหว่างการตั้งครรภ์	รวม	ร้อยละ
น้อยกว่า 12 กก.	57	59.37
มากกว่าหรือเท่ากับ 12 กก.	39	40.63
รวม	96	100

จากตาราง 7 พบว่ามารดาที่คลอด ร้อยละ 59.37 มีน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นระหว่างตั้งครรภ์น้อยกว่า 12 กิโลกรัม และร้อยละ 40.63 มีน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นระหว่างตั้งครรภ์มากกว่าหรือเท่ากับ 12 กิโลกรัม

ตาราง 8 อายุครรภ์เมื่อคลอด

อายุครรภ์เมื่อคลอด	รวม	ร้อยละ
น้อยกว่า 37 สัปดาห์	10	10.42
มากกว่า 37 สัปดาห์	86	89.58
รวม	96	100

จากตาราง 8 พบว่ามารดาที่คลอด ร้อยละ 10.42 คลอดเมื่ออายุครรภ์น้อยกว่า 37 สัปดาห์ และร้อยละ 89.58 คลอดเมื่ออายุครรภ์มากกว่า 37 สัปดาห์

ตาราง 9 ปริมาณเม็ดเลือดแดงอัดแน่น (Hct)

ปริมาณเม็ดเลือดแดง อัดแน่น (Hct)	รวม	ร้อยละ
น้อยกว่า 33 %	14	14.58
มากกว่า 33 %	82	85.42
รวม	96	100

จากตาราง 9 พบว่ามารดาที่คลอด ร้อยละ 14.58 มีปริมาณเม็ดเลือดแดงอัดแน่น (Hct) ในเลือดน้อยกว่า 33 % และร้อยละ 85.42 มีปริมาณเม็ดเลือดแดงอัดแน่น (Hct) ในเลือดมากกว่า 33 %

ตาราง 10 ผลการตรวจโรคธาลัสซีเมีย

ผลการตรวจโรคธาลัสซีเมีย	รวม	ร้อยละ
ปกติ	71	73.96
ผิดปกติ	25	26.04
รวม	96	100

จากตาราง 10 พบว่ามารดาที่คลอด ร้อยละ 73.96 มีผลการตรวจโรคธาลัสซีเมียปกติ และร้อยละ 26.04 มีผลการตรวจโรคธาลัสซีเมียผิดปกติ

ตาราง 11 ประวัติการตามโรคประจำตัว

โรคประจำตัว	รวม	ร้อยละ
ความดันโลหิตสูง	1	1.04
เบาหวาน	1	1.04
หัวใจ	1	1.04
ไตรอยด์	1	1.04
อื่นๆ	92	95.84
รวม	96	100

จากตาราง 11 พบว่ามารดาที่คลอด ร้อยละ 1.04, 1.04, 1.04, 1.04 เป็นโรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน หัวใจ และไตรอยด์ ตามลำดับ และร้อยละ 95.84 มารดาไม่มีโรคประจำตัว

ข้อมูลการสัมภาษณ์

ตาราง 12 อายุของมารดา

อายุของมารดา	รวม	ร้อยละ
น้อยกว่า 20 ปี	17	17.71
มากกว่า 20 ปี	79	82.29
รวม	96	100

จากตาราง 12 พบว่ามารดาที่คลอด ร้อยละ 17.71 มีอายุน้อยกว่า 20 ปี และร้อยละ 82.29 มีอายุมากกว่า 20 ปี

ตาราง 13 ระดับการศึกษาของมารดา

ระดับการศึกษาของมารดา	รวม	ร้อยละ
ประถมศึกษา	51	53.13
มัธยมศึกษา	40	41.66
อาชีวศึกษาหรืออนุปริญญา	3	3.13
ปริญญาตรี	2	2.08
อื่นๆ	0	0
รวม	96	100

จากตาราง 13 พบว่ามารดาที่คลอด ร้อยละ 53.13 จบการศึกษาในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 41.66, 3.13 และ 2.08 จบการศึกษาในระดับมัธยมศึกษา อาชีวศึกษาหรืออนุปริญญา และปริญญาตรี ตามลำดับ

ตาราง 14 อาชีพของมารดา

อาชีพของมารดา	รวม	ร้อยละ
ทำสวน ทำนา ทำไร่	26	27.08
รับจ้าง	44	45.84
ค้าขาย	8	8.33
รับราชการ รัฐวิสาหกิจ	2	2.08
อื่นๆ	16	16.67
รวม	96	100

จากตาราง 14 พบว่ามารดาที่คลอด ร้อยละ 27.08 มีอาชีพทำสวน ทำนา ทำไร่ ร้อยละ 45.84, 8.33, 2.08 และ 16.67 มีอาชีพรับจ้าง ค้าขาย รับราชการ รัฐวิสาหกิจ และอาชีพอื่นๆ ตามลำดับ

แบบวัดพฤติกรรมสุขภาพของมารดาขณะตั้งครรภ์

ตาราง 15 พฤติกรรมสุขภาพด้านโภชนาการของมารดา

พฤติกรรมสุขภาพด้าน โภชนาการของมารดา	รวม	ร้อยละ
ดี	14	14.58
ปานกลาง	73	76.04
ไม่ดี	9	9.38
รวม	96	100

จากตาราง 15 พบว่ามารดาที่คลอด ร้อยละ 14.58 มีพฤติกรรมสุขภาพด้านโภชนาการอยู่ในระดับดี ร้อยละ 76.04 และ 9.38 มีพฤติกรรมสุขภาพด้านโภชนาการอยู่ในระดับปานกลางและไม่ดี ตามลำดับ

ตาราง 16 พฤติกรรมสุขภาพด้านการออกกำลังกายและการพักผ่อน

พฤติกรรมสุขภาพด้านการ ออกกำลังกายและ การพักผ่อน	รวม	ร้อยละ
ดี	4	4.17
ปานกลาง	68	70.83
ไม่ดี	24	25.00
รวม	96	100

จากตาราง 16 พบว่ามารดาที่คลอด ร้อยละ 4.17 มีพฤติกรรมสุขภาพด้านการออกกำลังกายและการพักผ่อนอยู่ในระดับดี ร้อยละ 70.83 และ 25 มีพฤติกรรมสุขภาพด้านการออกกำลังกายและการพักผ่อนอยู่ในระดับปานกลางและไม่ดี ตามลำดับ

ตาราง 17 พฤติกรรมสุขภาพด้านการป้องกันภาวะแทรกซ้อน

พฤติกรรมสุขภาพด้านการป้องกันภาวะแทรกซ้อน	รวม	ร้อยละ
ดี	57	59.38
ปานกลาง	31	32.29
ไม่ดี	8	8.33
รวม	96	100

จากตาราง 17 พบว่ามารดาที่คลอด ร้อยละ 59.38 มีพฤติกรรมสุขภาพด้านการป้องกันภาวะแทรกซ้อนอยู่ในระดับดี ร้อยละ 32.29 และ 8.33 มีพฤติกรรมสุขภาพด้านการป้องกันภาวะแทรกซ้อนอยู่ในระดับปานกลางและไม่ดี ตามลำดับ

ตาราง 18 พฤติกรรมสุขภาพด้านสุขภาพจิต

พฤติกรรมสุขภาพด้านสุขภาพจิต	รวม	ร้อยละ
ดี	17	17.71
ปานกลาง	28	29.16
ไม่ดี	51	53.13
รวม	96	100

จากตาราง 18 พบว่ามารดาที่คลอด ร้อยละ 17.71 มีพฤติกรรมสุขภาพด้านสุขภาพจิตอยู่ในระดับดี ร้อยละ 29.16 และ 53.13 มีพฤติกรรมสุขภาพด้านสุขภาพจิตอยู่ในระดับปานกลางและไม่ดี ตามลำดับ

แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตนในระหว่างการตั้งครรภ์

ตาราง 19 ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตนในระหว่างการตั้งครรภ์

ตาราง 19.1 จำนวนและร้อยละจำแนกตามความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตนในระหว่างการตั้งครรภ์

ข้อ	ตอบถูก		ตอบไม่ถูก	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
1	78	81.25	18	18.75
2	69	71.87	27	28.13
3	87	90.62	9	9.38
4	81	84.37	15	15.63
5	75	78.12	21	21.88
6	62	64.58	34	35.42
7	77	80.20	19	19.80
8	81	84.37	15	15.63
9	59	61.45	37	38.55
10	64	66.67	32	33.33

ตาราง 19.2 ระดับความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตนในระหว่างการตั้งครรภ์

ระดับความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตนในระหว่างการตั้งครรภ์	รวม	ร้อยละ
ดี	17	17.71
ปานกลาง	50	52.08
ไม่ดี	29	30.21
รวม	96	100

จากตาราง 19 พบว่ามารดาที่คลอด ร้อยละ 17.71 มีความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตนในระหว่างตั้งครรภ์อยู่ในระดับดี ร้อยละ 52.08 และ 30.21 มีความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตนในระหว่างตั้งครรภ์อยู่ในระดับปานกลางและไม่ดี ตามลำดับ

แบบวัดทัศนคติของมารดาที่เกี่ยวกับการตั้งครรภ์

ตาราง 20 ทัศนคติของมารดาที่เกี่ยวกับการตั้งครรภ์

ตาราง 20.1 จำนวนและร้อยละจำแนกตามทัศนคติของมารดาที่เกี่ยวกับการตั้งครรภ์

ข้อ	ทัศนคติดี		ทัศนคติไม่ดี	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
1	85	88.54	11	11.46
2	68	70.83	28	29.17
3	68	70.83	28	29.17
4	42	43.75	54	56.25
5	31	32.29	65	67.71
6	38	39.58	58	60.42
7	51	53.12	45	46.88
8	29	30.20	67	69.80
9	47	48.95	49	51.05
10	34	35.41	62	64.59

ตาราง 20.2 ระดับทัศนคติของมารดาที่เกี่ยวกับการตั้งครรภ์

ทัศนคติของมารดาที่เกี่ยวกับการตั้งครรภ์	รวม	ร้อยละ
ดี	11	11.46
ปานกลาง	60	62.50
ไม่ดี	25	26.04
รวม	96	100

จากตาราง 20 พบว่ามารดาที่คลอด ร้อยละ 11.46 มีทัศนคติเกี่ยวกับการตั้งครรภ์อยู่ในระดับดี ร้อยละ 62.50 และ 26.04 มีทัศนคติเกี่ยวกับการตั้งครรภ์อยู่ในระดับปานกลางและไม่ดีตามลำดับ

ส่วนที่ 2 จำนวนร้อยละน้ำหนักทารกแรกเกิด

น้ำหนักทารกแรกเกิด	จำนวน	ร้อยละ
น้อยกว่า 2,500 กรัม	19	19.79
มากกว่า 2,500 กรัม	77	80.21
รวม	96	100

จากตาราง พบว่าร้อยละ 19.79 เป็นทารกที่คลอดน้ำหนักตัวน้อยกว่า 2,500 กรัม และ ร้อยละ 80.21 เป็นทารกที่คลอดน้ำหนักตัวมากกว่า 2,500 กรัม

ส่วนที่ 3 การทดสอบหาความสัมพันธ์

ข้อมูลจากแบบบันทึก (จากรายงานประวัติ)

ตารางที่ 1 ลำดับการตั้งครรภ์

ครรภ์ที่	น้ำหนักทารกแรกเกิด				รวม
	< 2,500 กรัม		>2,500 กรัม		
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
ครรภ์ที่ 1	9	21.43	33	78.57	42
ครรภ์ที่ 2	7	15.56	38	84.44	45
มากกว่าครรภ์ที่ 3 ขึ้นไป	3	33.33	6	66.67	9
รวม	19	17.79	77	80.21	96

จากตาราง 1 ในกลุ่มมารดาที่คลอดทารกน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม พบว่า ร้อยละ 21.43 เป็นมารดาที่ตั้งครรภ์ครั้งแรก ร้อยละ 15.56 เป็นมารดาที่ตั้งครรภ์ครั้งที่ 2 และร้อยละ 33.33 เป็นมารดาที่ตั้งครรภ์ครั้งที่ 3 ขึ้นไป

ในกลุ่มมารดาที่คลอดทารกน้ำหนักมากกว่า 2,500 กรัม พบว่า ร้อยละ 78.57 เป็นมารดาที่ตั้งครรภ์ครั้งแรก ร้อยละ 84.44 เป็นมารดาที่ตั้งครรภ์ครั้งที่ 2 และร้อยละ 66.67 เป็นมารดาที่ตั้งครรภ์ครรภ์ที่-3

ครรภ์ที่	น้ำหนักทารกแรกเกิด		X ² -test	df	P-value
	< 2,500 กรัม	>2,500 กรัม			
	จำนวน	จำนวน			
ครรภ์ที่ 1	9	33	10.622	2	< 0.05
ครรภ์ที่ 2	7	38			
มากกว่าครรภ์ที่ 3 ขึ้นไป	3	6			
รวม	19	77			

$\alpha = 0.05$

จากการศึกษาพบว่าความสัมพันธ์ระหว่างลำดับการตั้งครรภ์ของมารดากับน้ำหนักทารกแรกเกิดมีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p > 0.05$

ตาราง 2 อายุครรภ์ที่มาฝากครรภ์ครั้งแรก

อายุครรภ์ที่มาฝากครรภ์ ครั้งแรก	น้ำหนักทารกแรกเกิด				รวม
	< 2,500 กรัม		>2,500 กรัม		
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
อายุครรภ์น้อยกว่า 12 สัปดาห์	9	24.33	28	75.67	37
อายุครรภ์ 12-16 สัปดาห์	6	20.00	24	80.00	30
อายุครรภ์มากกว่า 16 สัปดาห์	4	13.80	25	86.20	29
รวม	19	19.79	77	80.21	96

จากตาราง 2 ในกลุ่มมารดาที่คลอดทารกน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม พบว่า ร้อยละ 24.33 มารดามาฝากครรภ์ครั้งแรกอายุครรภ์น้อยกว่า 12 สัปดาห์ ร้อยละ 20.00 มารดามาฝากครรภ์ครั้งแรกเมื่ออายุครรภ์ 12 – 16 สัปดาห์ และร้อยละ 13.80 มารดามาฝากครรภ์ครั้งแรกเมื่ออายุครรภ์มากกว่า 16 สัปดาห์

ในกลุ่มมารดาที่คลอดทารกน้ำหนักมากกว่า 2,500 กรัม พบว่า ร้อยละ 75.67 มารดามาฝากครรภ์ครั้งแรกอายุครรภ์น้อยกว่า 12 สัปดาห์ ร้อยละ 80.00 มารดามาฝากครรภ์ครั้งแรกเมื่ออายุครรภ์ 12 – 16 สัปดาห์ และร้อยละ 86.20 มารดามาฝากครรภ์ครั้งแรกเมื่ออายุครรภ์มากกว่า 16 สัปดาห์

อายุครรภ์ที่มา ฝากครรภ์ครั้งแรก	น้ำหนักทารกแรกเกิด		X ² -test	df	P-value
	< 2,500 กรัม	>2,500 กรัม			
	จำนวน	จำนวน			
อายุครรภ์น้อยกว่า 12 สัปดาห์	9	28	2.607	2	> 0.05
อายุครรภ์ 12-16 สัปดาห์	6	24			
อายุครรภ์มากกว่า 16 สัปดาห์	4	25			
รวม	19	77			

$\alpha = 0.05$

จากการศึกษาพบว่าความสัมพันธ์ระหว่างอายุครรภ์ที่มาฝากครรภ์ครั้งแรกของมารดากับน้ำหนักทารกแรกเกิดไม่มีความสัมพันธ์กัน

ตาราง 3 การฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์ 4 ครั้ง

การฝากครรภ์ครบตาม เกณฑ์ 4 ครั้ง	น้ำหนักทารกแรกเกิด				รวม
	< 2,500 กรัม		>2,500 กรัม		
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
ครบ	17	19.54	70	80.46	87
ไม่ครบ	2	22.23	7	77.77	9
รวม	19	19.79	77	80.21	96

จากตาราง 3 ในกลุ่มมารดาที่คลอดทารกน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม พบว่า ร้อยละ 19.54 มารดามาฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์ 4 ครั้ง และร้อยละ 22.23 มารดามาฝากครรภ์ไม่ครบตามเกณฑ์ 4 ครั้ง

ในกลุ่มมารดาที่คลอดทารกน้ำหนักมากกว่า 2,500 กรัม พบว่า ร้อยละ 80.46 มารดามาฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์ 4 ครั้ง และร้อยละ 77.77 มารดามาฝากครรภ์ไม่ครบตามเกณฑ์ 4 ครั้ง

การฝากครรภ์ ครบตามเกณฑ์ 4 ครั้ง	น้ำหนักทารกแรกเกิด		X ² -test	df	P-value
	< 2,500 กรัม	>2,500 กรัม			
	จำนวน	จำนวน			
ครบ	17	70	2.037	1	> 0.05
ไม่ครบ	2	7			
รวม	19	77			

$\alpha = 0.05$

จากการศึกษาพบว่าความสัมพันธ์ระหว่างการมาฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์ 4 ครั้งของมารดากับน้ำหนักทารกแรกเกิดไม่มีความสัมพันธ์กัน

ตาราง 4 ภาวะโภชนาการขณะตั้งครรภ์ (ใช้ Vallop curve)

ภาวะโภชนาการขณะ ตั้งครรภ์ (ใช้ Vallop curve)	น้ำหนักทารกแรกเกิด				รวม
	< 2,500 กรัม		>2,500 กรัม		
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
ต่ำ	14	38.89	22	61.11	36
สูง	5	8.34	55	91.66	60
รวม	19	19.79	77	80.21	96

จากตาราง 4 ในกลุ่มมารดาที่คลอดทารกน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม พบว่า ร้อยละ 38.89 มารดามีภาวะโภชนาการขณะตั้งครรภ์ (ใช้ Vallop curve) ต่ำ และร้อยละ 8.34 มารดามีภาวะโภชนาการขณะตั้งครรภ์ (ใช้ Vallop curve) สูง

ในกลุ่มมารดาที่คลอดทารกน้ำหนักมากกว่า 2,500 กรัม พบว่า ร้อยละ 61.11 มารดามีภาวะโภชนาการขณะตั้งครรภ์ (ใช้ Vallop curve) ต่ำ และร้อยละ 91.66 มารดามีภาวะโภชนาการขณะตั้งครรภ์ (ใช้ Vallop curve) สูง

ภาวะ โภชนาการขณะ ตั้งครรภ์ (ใช้ Vallop curve)	น้ำหนักทารกแรกเกิด		X ² -test	df	P-value
	< 2,500 กรัม	>2,500 กรัม			
	จำนวน	จำนวน			
ต่ำ	14	22	13.224	1	< 0.05
สูง	5	55			
รวม	19	77			

$\alpha = 0.05$

จากการศึกษาพบว่าความสัมพันธ์ระหว่างภาวะโภชนาการของมารดาขณะตั้งครรภ์ (ใช้ Vallop curve) กับน้ำหนักทารกแรกเกิดมีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p > 0.05$

ตารางที่ 5 น้ำหนักตัวมารดา ก่อนตั้งครรภ์

น้ำหนักตัวมารดา ก่อน ตั้งครรภ์	น้ำหนักทารกแรกเกิด				รวม
	< 2,500 กรัม		>2,500 กรัม		
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
น้อยกว่า 45 กก.	9	36.00	16	64.00	25
มากกว่าหรือเท่ากับ 45 กก.	10	14.09	61	85.91	71
รวม	19	19.79	77	80.21	96

จากตาราง 5 ในกลุ่มมารดาที่คลอดทารกน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม พบว่า ร้อยละ 36.00 มารดามีน้ำหนักตัวก่อนตั้งครรภ์น้อยกว่า 45 กิโลกรัม และร้อยละ 14.09 มารดามีน้ำหนักตัวก่อนตั้งครรภ์มากกว่าหรือเท่ากับ 45 กิโลกรัม

ในกลุ่มมารดาที่คลอดทารกน้ำหนักมากกว่า 2,500 กรัม พบว่า ร้อยละ 64.00 มารดามีน้ำหนักตัวก่อนตั้งครรภ์น้อยกว่า 45 กิโลกรัม และร้อยละ 85.91 มารดามีน้ำหนักตัวก่อนตั้งครรภ์มากกว่าหรือเท่ากับ 45 กิโลกรัม

น้ำหนักตัวมารดา ก่อนตั้งครรภ์	น้ำหนักทารกแรกเกิด		X ² -test	df	P-value
	< 2,500 กรัม	> 2,500 กรัม			
	จำนวน	จำนวน			
น้อยกว่า 45 กก.	9	16	5.593	1	< 0.05
มากกว่าหรือ เท่ากับ 45 กก.	10	61			
รวม	19	77			

$\alpha = 0.05$

จากการศึกษาพบว่าความสัมพันธ์ระหว่างน้ำหนักตัวมารดาก่อนตั้งครรภ์กับน้ำหนักทารกแรกเกิดมีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p > 0.05$

ตาราง 6 น้ำหนักตัวมารดา ก่อนคลอด

น้ำหนักตัวมารดา ก่อน คลอด	น้ำหนักทารกแรกเกิด				รวม
	< 2,500 กรัม		> 2,500 กรัม		
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
น้อยกว่า 55 กก.	8	36.36	14	63.64	22
มากกว่าหรือเท่ากับ 55 กก.	11	14.86	63	85.14	74
รวม	19	19.79	77	80.21	96

จากตาราง 6 ในกลุ่มมารดาที่คลอดทารกน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม พบว่า ร้อยละ 36.36 มารดามีน้ำหนักตัวก่อนคลอดน้อยกว่า 55 กิโลกรัม และร้อยละ 14.86 มารดามีน้ำหนักตัวก่อนคลอดมากกว่าหรือเท่ากับ 55 กิโลกรัม

ในกลุ่มมารดาที่คลอดทารกน้ำหนักมากกว่า 2,500 กรัม พบว่า ร้อยละ 63.64 มารดามีน้ำหนักตัวก่อนคลอดน้อยกว่า 55 กิโลกรัม และร้อยละ 85.14 มารดามีน้ำหนักตัวก่อนคลอดมากกว่าหรือเท่ากับ 55 กิโลกรัม

น้ำหนักตัวมารดา ก่อนคลอด	น้ำหนักทารกแรกเกิด		X ² -test	df	P-value
	< 2,500 กรัม	>2,500 กรัม			
	จำนวน	จำนวน			
น้อยกว่า 55 กก.	8	14	4.938	1	< 0.05
มากกว่าหรือเท่ากับ 55 กก.	11	63			
รวม	19	77			

$\alpha = 0.05$

จากการศึกษาพบว่าความสัมพันธ์ระหว่างน้ำหนักตัวมารดา ก่อนคลอดกับน้ำหนักทารกแรกเกิดมีความสัมพันธ์กันอย่างไม่นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p > 0.05$

ตาราง 7 น้ำหนักตัวมารดาที่เพิ่มขึ้นระหว่างการตั้งครรภ์

น้ำหนักตัวมารดาที่เพิ่มขึ้น ระหว่างการตั้งครรภ์	น้ำหนักทารกแรกเกิด				รวม
	< 2,500 กรัม		>2,500 กรัม		
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
น้อยกว่า 12 กก.	15	26.32	42	73.68	57
มากกว่าหรือเท่ากับ 12 กก.	4	10.26	35	89.74	39
รวม	19	19.79	77	80.21	96

จากตาราง 7 ในกลุ่มมารดาที่คลอดทารกน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม พบว่า ร้อยละ 26.32 มารดามีน้ำหนักตัวที่เพิ่มขึ้นระหว่างการตั้งครรภ์น้อยกว่า 12 กิโลกรัม และร้อยละ 10.26 มารดามีน้ำหนักตัวที่เพิ่มขึ้นระหว่างการตั้งครรภ์มากกว่าหรือเท่ากับ 12 กิโลกรัม

ในกลุ่มมารดาที่คลอดทารกน้ำหนักมากกว่า 2,500 กรัม พบว่า ร้อยละ 73.68 มารดามีน้ำหนักตัวที่เพิ่มขึ้นระหว่างการตั้งครรภ์น้อยกว่า 12 กิโลกรัม และร้อยละ 89.74 มารดามีน้ำหนักตัวที่เพิ่มขึ้นระหว่างการตั้งครรภ์มากกว่าหรือเท่ากับ 12 กิโลกรัม

น้ำหนักตัวมารดา ที่เพิ่มขึ้นระหว่าง การตั้งครรภ์	น้ำหนักทารกแรกเกิด		X ² -test	df	P-value
	< 2,500 กรัม	>2,500 กรัม			
	จำนวน	จำนวน			
น้อยกว่า 12 กก.	15	42	4.700	1	< 0.05
มากกว่าหรือ เท่ากับ 12 กก.	4	35			
รวม	19	77			

$\alpha = 0.05$

จากการศึกษาพบว่าความสัมพันธ์ระหว่างน้ำหนักตัวมารดาที่เพิ่มขึ้นระหว่างการตั้งครรภ์
กับน้ำหนักทารกแรกเกิดมีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p > 0.05$

ตาราง 8 อายุครรภ์เมื่อคลอด

อายุครรภ์เมื่อคลอด	น้ำหนักทารกแรกเกิด				รวม
	< 2,500 กรัม		>2,500 กรัม		
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
น้อยกว่า 37 สัปดาห์	5	50.00	5	50.00	10
มากกว่า 37 สัปดาห์	14	16.28	72	83.72	86
รวม	19	19.79	77	80.21	96

จากตาราง 8 ในกลุ่มมารดาที่คลอดทารกน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม พบว่า ร้อยละ
50.00 คลอดทารกเมื่ออายุครรภ์น้อยกว่า 37 สัปดาห์ และร้อยละ 16.28 คลอดทารกเมื่ออายุ
ครรภ์มากกว่า 37 สัปดาห์

ในกลุ่มมารดาที่คลอดทารกน้ำหนักมากกว่า 2,500 กรัม พบว่า ร้อยละ 50.00 คลอด
ทารกเมื่ออายุครรภ์น้อยกว่า 37 สัปดาห์ และร้อยละ 83.72 คลอดทารกเมื่ออายุครรภ์มากกว่า 37
สัปดาห์

อายุครรภ์เมื่อคลอด	น้ำหนักทารกแรกเกิด		X ² -test	df	P-value
	< 2,500 กรัม	>2,500 กรัม			
	จำนวน	จำนวน			
น้อยกว่า 37 สัปดาห์	5	5	6.411	1	< 0.05
มากกว่า 37 สัปดาห์	14	72			
รวม	19	77			

$\alpha = 0.05$

จากการศึกษาพบว่าความสัมพันธ์ระหว่างอายุครรภ์เมื่อคลอดกับน้ำหนักทารกแรกเกิดมีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p > 0.05$

ตาราง 9 ปริมาณเม็ดเลือดแดงอัดแน่น (Hct)

ปริมาณเม็ดเลือดแดงอัดแน่น (Hct)	น้ำหนักทารกแรกเกิด				รวม
	< 2,500 กรัม		>2,500 กรัม		
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
น้อยกว่า 33 %	3	21.43	11	78.57	14
มากกว่า 33 %	16	19.52	66	80.48	82
รวม	19	19.79	77	80.21	96

จากตาราง 9 ในกลุ่มมารดาที่คลอดทารกน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม พบว่า ร้อยละ 21.43 มารดามีปริมาณเม็ดเลือดแดงอัดแน่น (Hct) น้อยกว่า 33 % และร้อยละ 19.52 มารดามีปริมาณเม็ดเลือดแดงอัดแน่น (Hct) มากกว่า 33 %

ในกลุ่มมารดาที่คลอดทารกน้ำหนักมากกว่า 2,500 กรัม พบว่า ร้อยละ 78.57 มารดามีปริมาณเม็ดเลือดแดงอัดแน่น (Hct) น้อยกว่า 33 % และร้อยละ 80.48 มารดามีปริมาณเม็ดเลือดแดงอัดแน่น (Hct) มากกว่า 33 %

ปริมาณเม็ดเลือดแดงอัดแน่น (Hct)	น้ำหนักทารกแรกเกิด		X ² -test	df	P-value
	< 2,500 กรัม	>2,500 กรัม			
	จำนวน	จำนวน			
น้อยกว่า 33 %	3	11	1.083	1	> 0.05
มากกว่า 33 %	16	66			
รวม	19	77			

$\alpha = 0.05$

จากการศึกษาพบว่าความสัมพันธ์ระหว่างปริมาณเม็ดเลือดแดงอัดแน่น (Hct) จากผลการตรวจเลือดของมารดากับน้ำหนักทารกแรกเกิดไม่มีความสัมพันธ์กัน

ตาราง 10 ผลการตรวจโรคธาลัสซีเมีย

ผลการตรวจโรคธาลัสซีเมีย	น้ำหนักทารกแรกเกิด				รวม
	< 2,500 กรัม		>2,500 กรัม		
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
ปกติ	15	21.40	56	78.60	71
ผิดปกติ	4	16.00	21	84.00	25
รวม	19	19.79	77	80.21	96

จากตาราง 10 ในกลุ่มมารดาที่คลอดทารกน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม พบว่า ร้อยละ 21.40 มารดามีผลการตรวจโรคธาลัสซีเมียปกติ และร้อยละ 16.00 มารดามีผลการตรวจโรคธาลัสซีเมียผิดปกติ

ในกลุ่มมารดาที่คลอดทารกน้ำหนักมากกว่า 2,500 กรัม พบว่า ร้อยละ 78.60 มารดามีผลการตรวจโรคธาลัสซีเมียปกติ และร้อยละ 84.00 มารดามีผลการตรวจโรคธาลัสซีเมียผิดปกติ

ผลการตรวจ โรคธาลัสซีเมีย	น้ำหนักทารกแรกเกิด		X ² -test	df	P-value
	< 2,500 กรัม	>2,500 กรัม			
	จำนวน	จำนวน			
ปกติ	15	56	1.003	1	> 0.05
ผิดปกติ	4	21			
รวม	19	77			

$\alpha = 0.05$

จากการศึกษาพบว่าความสัมพันธ์ระหว่างผลการตรวจโรคธาลัสซีเมียของมารดากับน้ำหนักทารกแรกเกิดไม่มีความสัมพันธ์กัน

ตาราง 11 ประวัติมารดามีโรคประจำตัว

โรคประจำตัว	น้ำหนักทารกแรกเกิด				รวม
	< 2,500 กรัม		>2,500 กรัม		
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
มีโรคประจำตัว	0	0	4	100	4
ไม่มีโรคประจำตัว	19	20.43	73	78.49	93
รวม	19	19.79	77	80.21	96

จากตาราง 11 ในกลุ่มมารดาที่คลอดทารกน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม พบว่า ร้อยละ 100 มารดาไม่มีประวัติการมีโรคประจำตัว(ความดันโลหิตสูง เบาหวาน หัวใจ ไทรอยด์)

ในกลุ่มมารดาที่คลอดทารกน้ำหนักมากกว่า 2,500 กรัม พบว่า ร้อยละ 100 มารดามีประวัติการเป็นโรคประจำตัวและร้อยละ 78.49 มารดาไม่มีประวัติการมีโรคประจำตัว(ความดันโลหิตสูง เบาหวาน หัวใจ ไทรอยด์)

โรคประจำตัว	น้ำหนักทารกแรกเกิด		X ² -test	df	P-value
	< 2,500 กรัม	>2,500 กรัม			
	จำนวน	จำนวน			
มีโรคประจำตัว	0	4	1.026	1	> 0.05
ไม่มีโรคประจำตัว	19	73			
รวม	19	77			

$\alpha = 0.05$

จากการศึกษาพบว่าความสัมพันธ์ระหว่างประวัติการมีโรคประจำตัวของมารดากับน้ำหนักทารกแรกเกิดไม่มีความสัมพันธ์กัน

ข้อมูลการสัมภาษณ์

ตาราง 12 อายุของมารดา

อายุของมารดา	น้ำหนักทารกแรกเกิด				รวม
	< 2,500 กรัม		>2,500 กรัม		
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
น้อยกว่า 20 ปี	5	29.42	12	70.58	17
มากกว่า 20 ปี	14	17.73	65	82.27	79
รวม	19	19.79	77	80.21	96

จากตาราง 12 ในกลุ่มมารดาที่คลอดทารกน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม พบว่า ร้อยละ 29.42 มารดามีอายุน้อยกว่า 20 ปี และร้อยละ 17.73 มารดามีอายุมากกว่า 20 ปี

ในกลุ่มมารดาที่คลอดทารกน้ำหนักมากกว่า 2,500 กรัม พบว่า ร้อยละ 70.58 มารดามีอายุน้อยกว่า 20 ปี และร้อยละ 82.27 มารดามีอายุมากกว่า 20 ปี

อายุของมารดา	น้ำหนักทารกแรกเกิด		X ² -test	df	P-value
	< 2,500 กรัม	>2,500 กรัม			
	จำนวน	จำนวน			
น้อยกว่า 20 ปี	5	12	1.211	1	> 0.05
มากกว่า 20 ปี	14	65			
รวม	19	77			

$\alpha = 0.05$

จากการศึกษาพบว่าความสัมพันธ์ระหว่างอายุของมารดากับน้ำหนักทารกแรกเกิดไม่มีความสัมพันธ์กัน

ตาราง 13 ระดับการศึกษาของมารดา

ระดับการศึกษาของมารดา	น้ำหนักทารกแรกเกิด				รวม
	< 2,500 กรัม		>2,500 กรัม		
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
ประถมศึกษา	12	23.53	39	76.47	51
มากกว่าประถมศึกษา	7	15.56	38	84.44	45
รวม	19	19.79	77	80.21	96

จากตาราง 13 ในกลุ่มมารดาที่คลอดทารกน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม พบว่า ร้อยละ 23.53 มีการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา และร้อยละ 15.56 มีการศึกษาอยู่ในระดับมากกว่าประถมศึกษา

ในกลุ่มมารดาที่คลอดทารกน้ำหนักมากกว่า 2,500 กรัม พบว่า ร้อยละ 76.47 มีการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา และร้อยละ 84.44 มีการศึกษาอยู่ในระดับมากกว่าประถมศึกษา

ระดับการศึกษา ของมารดา	น้ำหนักทารกแรกเกิด		X ² -test	df	P-value
	< 2,500 กรัม	>2,500 กรัม			
	จำนวน	จำนวน			
ประถมศึกษา	12	39	1.020	1	> 0.05
มากกว่า ประถมศึกษา	7	38			
รวม	19	77			

$\alpha = 0.05$

จากการศึกษาพบว่าความสัมพันธ์ระหว่างระดับการศึกษาของมารดากับน้ำหนักทารกแรกเกิดไม่มีความสัมพันธ์กัน

ตาราง 14 อาชีพของมารดา

อาชีพของมารดา	น้ำหนักทารกแรกเกิด				รวม
	< 2,500 กรัม		>2,500 กรัม		
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
ทำสวน ทำนา ทำไร่	5	29.22	21	70.78	26
อื่นๆ	14	20.46	56	79.54	70
รวม	19	19.79	77	80.21	96

จากตาราง 14 ในกลุ่มมารดาที่คลอดทารกน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม พบว่า ร้อยละ 29.22 มารดามีอาชีพทำสวน ทำนา ทำไร่ และร้อยละ 20.46 มารดามีอาชีพอื่นๆ

ในกลุ่มมารดาที่คลอดทารกน้ำหนักมากกว่า 2,500 กรัม พบว่า ร้อยละ 70.78 มารดามีอาชีพทำสวน ทำนา ทำไร่ และร้อยละ 79.54 มารดามีอาชีพอื่นๆ

อาชีพของมารดา	น้ำหนักทารกแรกเกิด		X ² -test	df	P-value
	< 2,500 กรัม	>2,500 กรัม			
	จำนวน	จำนวน			
ทำสวน ทำนา ทำไร่	5	21	0.008	1	> 0.05
อื่นๆ	14	56			
รวม	19	77			

$\alpha = 0.05$

จากการศึกษาพบว่าความสัมพันธ์ระหว่างอาชีพของมารดากับน้ำหนักทารกแรกเกิดไม่มีความสัมพันธ์กัน

แบบวัดพฤติกรรมสุขภาพของมารดาขณะตั้งครรภ์

ตาราง 15 พฤติกรรมสุขภาพด้านโภชนาการของมารดา

พฤติกรรมสุขภาพด้านโภชนาการของมารดา	น้ำหนักทารกแรกเกิด				รวม
	< 2,500 กรัม		>2,500 กรัม		
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
ดี	3	21.43	11	78.57	14
ปานกลาง	13	17.81	60	82.19	73
ไม่ดี	3	33.33	6	66.67	9
รวม	19	19.79	77	80.21	96

จากตาราง 15 ในกลุ่มมารดาที่คลอดทารกน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม พบว่า ร้อยละ 21.43 มารดามีพฤติกรรมสุขภาพด้านโภชนาการขณะตั้งครรภ์อยู่ในระดับดี ร้อยละ 17.81 มารดามีพฤติกรรมสุขภาพด้านโภชนาการขณะตั้งครรภ์อยู่ในระดับปานกลาง และร้อยละ 33.33 มารดามีพฤติกรรมสุขภาพด้านโภชนาการขณะตั้งครรภ์อยู่ในระดับไม่ดี

ในกลุ่มมารดาที่คลอดทารกน้ำหนักมากกว่า 2,500 กรัม พบว่า ร้อยละ 78.57 มารดามีพฤติกรรมสุขภาพด้านโภชนาการขณะตั้งครรภ์อยู่ในระดับดี ร้อยละ 82.19 มารดามีพฤติกรรมสุขภาพด้านโภชนาการขณะตั้งครรภ์อยู่ในระดับปานกลาง และร้อยละ 66.67 มารดามีพฤติกรรมสุขภาพด้านโภชนาการขณะตั้งครรภ์อยู่ในระดับไม่ดี

พฤติกรรมสุขภาพ ด้านโภชนาการของ มารดา	น้ำหนักทารกแรกเกิด		X ² -test	df	P-value
	< 2,500 กรัม	>2,500 กรัม			
	จำนวน	จำนวน			
ดี	3	11	1.270	2	> 0.05
ปานกลาง	13	60			
ไม่ดี	3	6			
รวม	19	77			

$\alpha = 0.05$

จากการศึกษาพบว่าความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมสุขภาพด้านโภชนาการของมารดากับน้ำหนักทารกแรกเกิดไม่มีความสัมพันธ์กัน

ตาราง 16 พฤติกรรมสุขภาพด้านการออกกำลังกายและการพักผ่อน

พฤติกรรมสุขภาพด้านการ ออกกำลังกายและการ พักผ่อน	น้ำหนักทารกแรกเกิด				รวม
	< 2,500 กรัม		>2,500 กรัม		
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
ดี	0	0	4	100	4
ปานกลาง	12	17.65	56	82.35	68
ไม่ดี	7	29.17	17	70.83	24
รวม	19	19.79	77	80.21	96

จากตาราง 16 ในกลุ่มมารดาที่คลอดทารกน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม พบว่า ร้อยละ 17.65 มารดามีพฤติกรรมสุขภาพด้านการออกกำลังกายและการพักผ่อนอยู่ในระดับปานกลาง และร้อยละ 29.17 มารดามีพฤติกรรมสุขภาพด้านการออกกำลังกายและการพักผ่อนอยู่ในระดับไม่ดี

ในกลุ่มมารดาที่คลอดทารกน้ำหนักมากกว่า 2,500 กรัม พบว่า ร้อยละ 100 มารดามีพฤติกรรมสุขภาพด้านการออกกำลังกายและการพักผ่อนอยู่ในระดับดี ร้อยละ 82.35 มารดามี

พฤติกรรมสุขภาพด้านการออกกำลังกายและการพักผ่อนอยู่ในระดับปานกลาง และร้อยละ 70.83 มารดามีพฤติกรรมสุขภาพด้านการออกกำลังกายและการพักผ่อนอยู่ในระดับไม่ดี

พฤติกรรมสุขภาพ ด้านการออกกำลังกาย และการพักผ่อน	น้ำหนักทารกแรกเกิด		X ² -test	df	P-value
	< 2,500 กรัม	>2,500 กรัม			
	จำนวน	จำนวน			
ดี	0	4	2.502	2	> 0.05
ปานกลาง	12	56			
ไม่ดี	7	17			
รวม	19	77			

$\alpha = 0.05$

จากการศึกษาพบว่าความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมสุขภาพด้านการออกกำลังกายและการพักผ่อนของมารดากับน้ำหนักทารกแรกเกิดไม่มีความสัมพันธ์กัน

ตาราง 17 พฤติกรรมสุขภาพด้านการป้องกันภาวะแทรกซ้อน

พฤติกรรมสุขภาพด้านการ ป้องกันภาวะแทรกซ้อน	น้ำหนักทารกแรกเกิด				รวม
	< 2,500 กรัม		>2,500 กรัม		
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
ดี	8	14.04	49	85.96	57
ปานกลาง	9	29.04	22	70.96	31
ไม่ดี	2	25.00	6	75.00	8
รวม	19	19.79	77	80.21	96

จากตาราง 17 ในกลุ่มมารดาที่คลอดทารกน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม พบว่า ร้อยละ 14.04 มารดามีพฤติกรรมสุขภาพด้านการป้องกันภาวะแทรกซ้อนอยู่ในระดับดี ร้อยละ 29.04 มารดามีพฤติกรรมสุขภาพด้านการป้องกันภาวะแทรกซ้อนอยู่ในระดับปานกลาง และร้อยละ 25.00 มารดามีพฤติกรรมสุขภาพด้านการป้องกันภาวะแทรกซ้อนอยู่ในระดับไม่ดี

ในกลุ่มมารดาที่คลอดทารกน้ำหนักมากกว่า 2,500 กรัม พบว่า ร้อยละ 85.96 มารดามีพฤติกรรมสุขภาพด้านการป้องกันภาวะแทรกซ้อนอยู่ในระดับดี ร้อยละ 70.96 มารดามีพฤติกรรมสุขภาพด้านการป้องกันภาวะแทรกซ้อนอยู่ในระดับปานกลาง และร้อยละ 75.00 มารดามีพฤติกรรมสุขภาพด้านการป้องกันภาวะแทรกซ้อนอยู่ในระดับไม่ดี

พฤติกรรมสุขภาพ ด้านการป้องกัน ภาวะแทรกซ้อน	น้ำหนักทารกแรกเกิด		X ² -test	df	P-value
	< 2,500 กรัม	>2,500 กรัม			
	จำนวน	จำนวน			
ดี	8	49	2.988	2	> 0.05
ปานกลาง	9	22			
ไม่ดี	2	6			
รวม	19	77			

$\alpha = 0.05$

จากการศึกษาพบว่าความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมสุขภาพด้านการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของมารดากับน้ำหนักทารกแรกเกิดไม่มีความสัมพันธ์กัน

ตาราง 18 พฤติกรรมสุขภาพด้านสุขภาพจิต

พฤติกรรมสุขภาพด้าน สุขภาพจิต	น้ำหนักทารกแรกเกิด				รวม
	< 2,500 กรัม		>2,500 กรัม		
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
ดี	1	5.89	16	94.11	17
ปานกลาง	4	14.29	24	85.71	28
ไม่ดี	14	27.46	37	72.54	51
รวม	19	19.79	77	80.21	96

จากตาราง 18 ในกลุ่มมารดาที่คลอดทารกน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม พบว่า ร้อยละ 5.89 มารดามีพฤติกรรมสุขภาพด้านสุขภาพจิตอยู่ในระดับดี ร้อยละ 14.29 มารดามีพฤติกรรมสุขภาพด้านสุขภาพจิตอยู่ในระดับปานกลาง และร้อยละ 27.46 มารดามีพฤติกรรมสุขภาพด้านสุขภาพจิตอยู่ในระดับไม่ดี

ในกลุ่มมารดาที่คลอดทารกน้ำหนักมากกว่า 2,500 กรัม พบว่า ร้อยละ 94.11 มารดามีพฤติกรรมสุขภาพด้านสุขภาพจิตอยู่ในระดับดี ร้อยละ 85.71 มารดามีพฤติกรรมสุขภาพด้านสุขภาพจิตอยู่ในระดับปานกลาง และร้อยละ 72.54 มารดามีพฤติกรรมสุขภาพด้านสุขภาพจิตอยู่ในระดับไม่ดี

พฤติกรรมสุขภาพด้านสุขภาพจิต	น้ำหนักทารกแรกเกิด		X ² -test	df	P-value
	< 2,500 กรัม	>2,500 กรัม			
	จำนวน	จำนวน			
ดี	1	16	4.478	2	> 0.05
ปานกลาง	4	24			
ไม่ดี	14	37			
รวม	19	77			

$\alpha = 0.05$

จากการศึกษาพบว่าความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมสุขภาพด้านสุขภาพจิตของมารดากับน้ำหนักทารกแรกเกิดไม่มีความสัมพันธ์กัน

แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตนในระหว่างการตั้งครรภ์

ตาราง 19 ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตนในระหว่างการตั้งครรภ์

ระดับความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตนในระหว่างการตั้งครรภ์	น้ำหนักทารกแรกเกิด				รวม
	< 2,500 กรัม		>2,500 กรัม		
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
ดี	1	5.89	16	94.11	17
ปานกลาง	9	18.00	41	82.00	50
ไม่ดี	9	31.04	20	68.96	29
รวม	19	19.79	77	80.21	96

จากตาราง 19 ในกลุ่มมารดาที่คลอดทารกน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม พบว่า ร้อยละ 5.89 มารดามีความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตนในระหว่างการตั้งครรภ์อยู่ในระดับดี ร้อยละ 18.00 มารดามีความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตนในระหว่างการตั้งครรภ์อยู่ในระดับปานกลาง และร้อยละ 31.04 มารดามีความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตนในระหว่างการตั้งครรภ์อยู่ในระดับไม่ดี

ในกลุ่มมารดาที่คลอดทารกน้ำหนักมากกว่า 2,500 กรัม พบว่า ร้อยละ 94.11 มารดามีความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตนในระหว่างการตั้งครรภ์อยู่ในระดับดี ร้อยละ 82.00 มารดามีความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตนในระหว่างการตั้งครรภ์อยู่ในระดับปานกลาง และร้อยละ 68.96 มารดามีความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตนในระหว่างการตั้งครรภ์อยู่ในระดับไม่ดี

ระดับความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตนในระหว่างการตั้งครรภ์	น้ำหนักทารกแรกเกิด		X ² -test	df	P-value
	< 2,500 กรัม	>2,500 กรัม			
	จำนวน	จำนวน			
ดี	1	16	4.396	2	> 0.05
ปานกลาง	9	41			
ไม่ดี	9	20			
รวม	19	77			

$\alpha = 0.05$

จากการศึกษาพบว่าความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตนในระหว่างการตั้งครรภ์กับน้ำหนักทารกแรกเกิดไม่มีความสัมพันธ์กัน

แบบวัดทัศนคติของมารดาที่เกี่ยวข้องกับการตั้งครรภ์
ตาราง 20 ทัศนคติของมารดาที่เกี่ยวข้องกับการตั้งครรภ์

ทัศนคติของมารดาที่ เกี่ยวข้องกับการตั้งครรภ์	น้ำหนักทารกแรกเกิด				รวม
	< 2,500 กรัม		>2,500 กรัม		
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
ดี	5	45.45	6	54.55	11
ปานกลาง	10	16.67	50	83.33	60
ไม่ดี	4	16.00	21	84.00	25
รวม	19	19.79	77	80.21	96

จากตาราง 20 ในกลุ่มมารดาที่คลอดทารกน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม พบว่า ร้อยละ 45.45 มารดามีทัศนคติเกี่ยวกับการตั้งครรภ์อยู่ในระดับดี ร้อยละ 16.67 มารดามีทัศนคติเกี่ยวกับการตั้งครรภ์อยู่ในระดับปานกลาง และร้อยละ 16.00 มารดามีทัศนคติเกี่ยวกับการตั้งครรภ์อยู่ในระดับไม่ดี

ในกลุ่มมารดาที่คลอดทารกน้ำหนักมากกว่า 2,500 กรัม พบว่า ร้อยละ 54.55 มารดามีทัศนคติเกี่ยวกับการตั้งครรภ์อยู่ในระดับดี ร้อยละ 83.33 มารดามีทัศนคติเกี่ยวกับการตั้งครรภ์อยู่ในระดับปานกลาง และร้อยละ 84.00 มารดามีทัศนคติเกี่ยวกับการตั้งครรภ์อยู่ในระดับไม่ดี

ทัศนคติของ มารดาที่เกี่ยวข้องกับ การตั้งครรภ์	น้ำหนักทารกแรกเกิด		X ² -test	df	P-value
	< 2,500 กรัม	>2,500 กรัม			
	จำนวน	จำนวน			
ดี	5	6	5.223	2	> 0.05
ปานกลาง	10	50			
ไม่ดี	4	21			
รวม	19	77			

$$\alpha = 0.05$$

จากการศึกษาพบว่าความสัมพันธ์ระหว่างทัศนคติของมารดาที่เกี่ยวข้องกับการตั้งครรภ์กับน้ำหนักทารกแรกเกิดไม่มีความสัมพันธ์กัน

บทที่ 5

สรุป อภิปราย ข้อเสนอแนะ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาพรรณนาเชิงวิเคราะห์ (Cross-sectional analytic study) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยทางด้านมารดาที่มีผลต่อน้ำหนักทารกแรกเกิดในอำเภอ โพนทะเล-บึงนาราง จังหวัดพิจิตร ซึ่งประกอบด้วย

- ปัจจัยทั่วไปที่เกี่ยวข้องกับมารดาในขณะตั้งครรภ์ ได้แก่ อาชีพของมารดา อายุ การศึกษา จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ อายุครรภ์เมื่อมาฝากครรภ์ครั้งแรก การฝากครรภ์ ครบตามเกณฑ์ อายุครรภ์เมื่อคลอด ปริมาณเม็ดเลือดแดงอัดแน่น (Hct) ผลการตรวจ โรคธาลัสซีเมียและโรคประจำตัว (ความดันโลหิตสูง เบาหวาน ไทรอยด์ หัวใจ)
- ปัจจัยด้านโภชนาการ ได้แก่ น้ำหนักมารดาก่อนตั้งครรภ์ น้ำหนักมารดาก่อนคลอด น้ำหนักตัวมารดาที่เพิ่มขึ้นระหว่างตั้งครรภ์ ภาวะโภชนาการขณะตั้งครรภ์ (ใช้ VALLOP CURVE)
- ปัจจัยด้านพฤติกรรมสุขภาพของมารดา ได้แก่ ด้านโภชนาการ ด้านการออกกำลังกาย และการพักผ่อน ด้านการป้องกันภาวะแทรกซ้อน และด้านสุขภาพจิต
- ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตนในระหว่างการตั้งครรภ์ของมารดา
- ทักษะคิดของมารดาที่เกี่ยวข้องกับการตั้งครรภ์

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา คือ แบบสัมภาษณ์ที่ดัดแปลงมาจากแบบวัดพฤติกรรมการปฏิบัติตน เพื่อดำรงไว้ซึ่งสภาวะสุขภาพในหญิงตั้งครรภ์ของ โลเวนสไตน์ และโรนฮาร์ท และนำค่ามาหาความเชื่อมั่นด้านทัศนคติของมารดาที่เกี่ยวข้องกับการตั้งครรภ์ โดยวิธีของ Cronbach's alpha Coefficient โดยใช้สูตรของ Cronbach ได้ค่าความเชื่อมั่นด้านทัศนคติของมารดาที่เกี่ยวข้องกับการตั้งครรภ์ เท่ากับ 0.98 การวิเคราะห์ข้อมูลโดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่ามัธยฐาน และทดสอบความสัมพันธ์โดยใช้ไค-สแควร์

สรุปผลการวิจัย

1. ปัจจัยทั่วไปที่เกี่ยวข้องกับมารดาในขณะตั้งครรภ์

ปัจจัยทั่วไปที่เกี่ยวข้องกับมารดาในขณะตั้งครรภ์ ได้แก่ อาชีพของมารดา อายุ การศึกษา จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ อายุครรภ์เมื่อมาฝากครรภ์ครั้งแรก การฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์ อายุครรภ์เมื่อคลอด ปริมาณเม็ดเลือดแดงอัดแน่น (Hct) ผลการตรวจโรคธาลัสซีเมียและโรคประจำตัว (ความดันโลหิตสูง เบาหวาน ไทรอยด์ หัวใจ)

ในกลุ่มมารดาที่คลอดทารกน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม พบว่า พบว่า ร้อยละ 29.22 มารดามีอาชีพทำสวน ทำนา ทำไร่ และร้อยละ 20.46 มารดามีอาชีพอื่นๆ ร้อยละ 29.42 มารดามีอายุน้อยกว่า 20 ปี และร้อยละ 17.73 มารดามีอายุมากกว่า 20 ปี ร้อยละ 23.53 มีการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา และร้อยละ 15.56 มีการศึกษาอยู่ในระดับมากกว่าประถมศึกษา ร้อยละ 21.43 เป็นมารดาที่ตั้งครรภ์ครั้งแรก ร้อยละ 15.56 เป็นมารดาที่ตั้งครรภ์ครั้งที่ 2 และร้อยละ 33.33 เป็นมารดาที่ตั้งครรภ์ครั้งที่ 3 ขึ้นไป ร้อยละ 24.33 มารดามาฝากครรภ์ครั้งแรกอายุครรภ์น้อยกว่า 12 สัปดาห์ ร้อยละ 20.00 มารดามาฝากครรภ์ครั้งแรกเมื่ออายุครรภ์ 12 – 16 สัปดาห์ และร้อยละ 13.80 มารดามาฝากครรภ์ครั้งแรกเมื่ออายุครรภ์มากกว่า 16 สัปดาห์ ร้อยละ 19.54 มารดามาฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์ 4 ครั้ง และร้อยละ 22.23 มารดามาฝากครรภ์ไม่ครบตามเกณฑ์ 4 ครั้ง ร้อยละ 50.00 คลอดทารกเมื่ออายุครรภ์น้อยกว่า 37 สัปดาห์ และร้อยละ 16.28 คลอดทารกเมื่ออายุครรภ์มากกว่า 37 สัปดาห์ ร้อยละ 21.43 มารดามีปริมาณเม็ดเลือดแดงอัดแน่น (Hct) น้อยกว่า 33 % และร้อยละ 19.52 มารดามีปริมาณเม็ดเลือดแดงอัดแน่น (Hct) มากกว่า 33 % ร้อยละ 21.40 มารดามีผลการตรวจโรคธาลัสซีเมียปกติ และร้อยละ 16.00 มารดามีผลการตรวจโรคธาลัสซีเมียผิดปกติ พบว่า ร้อยละ 100 มารดาไม่มีประวัติการมีโรคประจำตัว(ความดันโลหิตสูง เบาหวาน หัวใจ ไทรอยด์)

ในกลุ่มมารดาที่คลอดทารกน้ำหนักมากกว่าหรือเท่ากับ 2,500 กรัม พบว่า ร้อยละ 70.78 มารดามีอาชีพทำสวน ทำนา ทำไร่ และร้อยละ 79.54 มารดามีอาชีพอื่นๆ ร้อยละ 70.58 มารดามีอายุน้อยกว่า 20 ปี และร้อยละ 82.27 มารดามีอายุมากกว่า 20 ปี ร้อยละ 76.47 มีการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา และร้อยละ 84.44 มีการศึกษาอยู่ในระดับมากกว่าประถมศึกษา ร้อยละ 78.57 เป็นมารดาที่ตั้งครรภ์ครั้งแรก ร้อยละ 84.44 เป็นมารดาที่ตั้งครรภ์ครั้งที่ 2 และร้อยละ 66.67 เป็นมารดาที่ตั้งครรภ์ครั้งที่ 3 ร้อยละ 75.67 มารดามาฝากครรภ์ครั้งแรกอายุครรภ์น้อยกว่า 12 สัปดาห์ ร้อยละ 80.00 มารดามาฝากครรภ์ครั้งแรกเมื่ออายุครรภ์ 12 – 16 สัปดาห์ และร้อยละ 86.20 มารดามาฝากครรภ์ครั้งแรกเมื่ออายุครรภ์มากกว่า 16 สัปดาห์ ร้อยละ 80.46 มารดามาฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์ 4 ครั้ง และร้อยละ 77.77 มารดามาฝากครรภ์ไม่ครบตาม

เกณฑ์ 4 ครั้ง ร้อยละ 50.00 คลอดทารกเมื่ออายุครรภ์น้อยกว่า 37 สัปดาห์ และร้อยละ 83.72 คลอดทารกเมื่ออายุครรภ์มากกว่า 37 สัปดาห์ ร้อยละ 78.57 มารดามีปริมาณเม็ดเลือดแดงอัดแน่น (Hct) น้อยกว่า 33 % และร้อยละ 80.48 มารดามีปริมาณเม็ดเลือดแดงอัดแน่น (Hct) มากกว่า 33 % ร้อยละ 78.60 มารดามีผลการตรวจโรคธาลัสซีเมียปกติ และร้อยละ 84.00 มารดามีผลการตรวจโรคธาลัสซีเมียผิดปกติ ร้อยละ 100 มารดามีประวัติการเป็นโรคประจำตัว และร้อยละ 78.49 มารดาไม่มีประวัติการมีโรคประจำตัว(ความดันโลหิตสูง เบาหวาน หัวใจ ไทรอยด์)

2. ปัจจัยด้านโภชนาการ

ปัจจัยด้านโภชนาการ ได้แก่ น้ำหนักมารดาก่อนตั้งครรภ์ น้ำหนักมารดาก่อนคลอด น้ำหนักตัวมารดาที่เพิ่มขึ้นระหว่างตั้งครรภ์ ภาวะโภชนาการขณะตั้งครรภ์ (ใช้ VALLOP CURVE)

ในกลุ่มมารดาที่คลอดทารกน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม พบว่า ร้อยละ 36.00 มารดามีน้ำหนักตัวก่อนตั้งครรภ์น้อยกว่า 45 กิโลกรัม และร้อยละ 14.09 มารดามีน้ำหนักตัวก่อนตั้งครรภ์มากกว่าหรือเท่ากับ 45 กิโลกรัม ร้อยละ 36.36 มารดามีน้ำหนักตัวก่อนคลอดน้อยกว่า 55 กิโลกรัม และร้อยละ 14.86 มารดามีน้ำหนักตัวก่อนคลอดมากกว่าหรือเท่ากับ 55 กิโลกรัม ร้อยละ 26.32 มารดามีน้ำหนักตัวที่เพิ่มขึ้นระหว่างการตั้งครรภ์น้อยกว่า 12 กิโลกรัม และร้อยละ 10.26 มารดามีน้ำหนักตัวที่เพิ่มขึ้นระหว่างการตั้งครรภ์มากกว่าหรือเท่ากับ 12 กิโลกรัม ร้อยละ 38.89 มารดามีภาวะโภชนาการขณะตั้งครรภ์ (ใช้ Vallop curve) ต่ำ และร้อยละ 8.34 มารดามีภาวะโภชนาการขณะตั้งครรภ์ (ใช้ Vallop curve) สูง

ในกลุ่มมารดาที่คลอดทารกน้ำหนักมากกว่า 2,500 กรัม พบว่า ร้อยละ 64.00 มารดามีน้ำหนักตัวก่อนตั้งครรภ์น้อยกว่า 45 กิโลกรัม และร้อยละ 85.91 มารดามีน้ำหนักตัวก่อนตั้งครรภ์มากกว่าหรือเท่ากับ 45 กิโลกรัม ร้อยละ 63.64 มารดามีน้ำหนักตัวก่อนคลอดน้อยกว่า 55 กิโลกรัม และร้อยละ 85.14 มารดามีน้ำหนักตัวก่อนคลอดมากกว่าหรือเท่ากับ 55 กิโลกรัม ร้อยละ 73.68 มารดามีน้ำหนักตัวที่เพิ่มขึ้นระหว่างการตั้งครรภ์น้อยกว่า 12 กิโลกรัม และร้อยละ 89.74 มารดามีน้ำหนักตัวที่เพิ่มขึ้นระหว่างการตั้งครรภ์มากกว่าหรือเท่ากับ 12 กิโลกรัม ร้อยละ 61.11 มารดามีภาวะโภชนาการขณะตั้งครรภ์ (ใช้ Vallop curve) ต่ำ และร้อยละ 91.66 มารดามีภาวะโภชนาการขณะตั้งครรภ์ (ใช้ Vallop curve) สูง

4. ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตนในระหว่างการตั้งครรภ์ของมารดา

ในกลุ่มมารดาที่คลอดทารกน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม พบว่า ร้อยละ 5.89 มารดามีความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตนในระหว่างการตั้งครรภ์อยู่ในระดับดี ร้อยละ 18.00 มารดามีความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตนในระหว่างการตั้งครรภ์อยู่ในระดับปานกลาง และร้อยละ 31.04 มารดามีความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตนในระหว่างการตั้งครรภ์อยู่ในระดับไม่ดี

ในกลุ่มมารดาที่คลอดทารกน้ำหนักมากกว่า 2,500 กรัม พบว่า ร้อยละ 94.11 มารดามีความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตนในระหว่างการตั้งครรภ์อยู่ในระดับดี ร้อยละ 82.00 มารดามีความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตนในระหว่างการตั้งครรภ์อยู่ในระดับปานกลาง และร้อยละ 68.96 มารดามีความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตนในระหว่างการตั้งครรภ์อยู่ในระดับไม่ดี

5. ทักษะการปฏิบัติตนของมารดาที่เกี่ยวข้องกับการตั้งครรภ์

ในกลุ่มมารดาที่คลอดทารกน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม พบว่า ร้อยละ 45.45 มารดามีทักษะการปฏิบัติตนที่เกี่ยวข้องกับการตั้งครรภ์อยู่ในระดับดี ร้อยละ 16.67 มารดามีทักษะการปฏิบัติตนที่เกี่ยวข้องกับการตั้งครรภ์อยู่ในระดับปานกลาง และร้อยละ 16.00 มารดามีทักษะการปฏิบัติตนที่เกี่ยวข้องกับการตั้งครรภ์อยู่ในระดับไม่ดี

ในกลุ่มมารดาที่คลอดทารกน้ำหนักมากกว่า 2,500 กรัม พบว่า ร้อยละ 54.55 มารดามีทักษะการปฏิบัติตนที่เกี่ยวข้องกับการตั้งครรภ์อยู่ในระดับดี ร้อยละ 83.33 มารดามีทักษะการปฏิบัติตนที่เกี่ยวข้องกับการตั้งครรภ์อยู่ในระดับปานกลาง และร้อยละ 84.00 มารดามีทักษะการปฏิบัติตนที่เกี่ยวข้องกับการตั้งครรภ์อยู่ในระดับไม่ดี

อภิปรายผลการวิจัย

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทั่วไปที่เกี่ยวข้องกับมารดาในขณะตั้งครรภ์ ได้แก่ อายุของมารดา อายุ การศึกษา อายุครรภ์เมื่อมาฝากครรภ์ครั้งแรก การฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์ ปริมาณเม็ดเลือดแดงอัดแน่น (Hct) ผลการตรวจโรคธาลัสซีเมียและโรคประจำตัว (ความดันโลหิตสูง เบาหวาน ไทรอยด์ หัวใจ) กับน้ำหนักทารกแรกเกิด พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.05$ และจากการศึกษาพบว่าจำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ อายุครรภ์เมื่อคลอดมีความสัมพันธ์กับน้ำหนักทารกแรกเกิดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p > 0.05$

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านโภชนาการ ได้แก่ น้ำหนักตัวมารดาก่อนตั้งครรภ์ น้ำหนักตัวมารดาก่อนคลอด น้ำหนักตัวมารดาที่เพิ่มขึ้นขณะตั้งครรภ์ และภาวะโภชนาการขณะตั้งครรภ์ (ใช้ VALLOP CURVE) มีความสัมพันธ์กับน้ำหนักทารกแรกเกิดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p > 0.05$ สอดคล้องกับการศึกษาของบุญสนอง ภิญญ และสมหทัย อุสสทานนท์ (2532) และการศึกษาของชูจิตต์ ญาณทัชชะ (2539: ข)

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านพฤติกรรมสุขภาพของมารดา ได้แก่ ด้านโภชนาการ ด้านการออกกำลังกายและการพักผ่อน ด้านการป้องกันภาวะแทรกซ้อน และด้านสุขภาพจิต กับ น้ำหนักทารกแรกเกิด พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.05$ สอดคล้องกับการศึกษาของบุญสนอง ภิญโญ, สมหทัย อุตสหदानนท์(2532) , ชูจิตต์ ญาณทัชชะ (2539: ข) , บิ๊ก (Big,1976:12 อ้างในอุจน์จิตต์ บุญสม,2540:3)และประมวล สุนากรและคณะ,2531:42

ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตนในระหว่างการตั้งครรภ์ของมารดากับ น้ำหนักทารกแรกเกิด พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.05$

ความสัมพันธ์ระหว่างทัศนคติของมารดาที่เกี่ยวกับการตั้งครรภ์กับน้ำหนักทารกแรกเกิด พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.05$

ข้อบกพร่องของการศึกษา

1. จากเครื่องมือที่วัดแบบพฤติกรรมอาจจะยังไม่ไวพอที่จะวัดตรงกับพฤติกรรมจริงได้ (ไม่ไวพอที่จะบ่งบอกถึงพฤติกรรม)
2. ผู้ให้ข้อมูลการถามย้อนหลังอาจเกิดอคติของความจำได้

ข้อเสนอแนะในการนำผลการศึกษาไปใช้

จากผลการศึกษาครั้งนี้ เห็นได้ว่าหญิงตั้งครรภ์ยังมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะทารกแรกเกิดน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์ได้ ดังนั้น เพื่อเป็นการส่งเสริมให้ผู้หญิงตั้งครรภ์มีสุขภาพดี คลอดทารกน้ำหนักปกติ ผู้วิจัยจึงขอเสนอแนะแนวทางในการนำผลการวิจัยไปให้เกิดประโยชน์ดังนี้

1. การนำผลการศึกษาที่พบว่า น้ำหนักตัวมารดาก่อนตั้งครรภ์ น้ำหนักตัวมารดาก่อนคลอด น้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นขณะตั้งครรภ์ ภาวะโภชนาการขณะตั้งครรภ์ (ใช้ VALLOP CURVE) และอายุครรภ์เมื่อคลอด เผยแพร่ให้ทราบว่าข้อมูลส่วนบุคคลเหล่านี้มีความสัมพันธ์กับน้ำหนักทารกแรกเกิด และนำไปประยุกต์ใช้กับคลินิกฝากครรภ์ของสถานบริการของรัฐทุกแห่งในพื้นที่โพทะเล-บึงนาราง
2. จากผลการวิจัยครั้งนี้ ทำให้ทราบปัจจัยที่สัมพันธ์ต่อน้ำหนักทารกแรกเกิดและสามารถป้องกันได้คือ น้ำหนักตัวมารดาก่อนคลอด น้ำหนักตัวมารดาก่อนตั้งครรภ์ น้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นขณะตั้งครรภ์ ภาวะโภชนาการขณะตั้งครรภ์ (ใช้ VALLOP CURVE) และอายุครรภ์เมื่อคลอด ซึ่งน้ำหนักที่เพิ่มขึ้นขณะตั้งครรภ์และก่อนคลอด เป็นผลสืบเนื่องมาจากภาวะโภชนาการของหญิงตั้งครรภ์หรือมารดาขณะตั้งครรภ์ ดังนั้นจึงควรมุ่งหาเทคโนโลยีที่เหมาะสมมาใช้เพื่อช่วยส่งเสริม

ภาวะโภชนาการของมารดาในขณะที่ตั้งครรภ์ให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น เช่น การใช้กราฟประเมินภาวะโภชนาการของหญิงมีครรภ์ (Vallop curve) แบบฟอร์มประเมินภาวะเสี่ยงของหญิงมีครรภ์

3. ใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการทำการศึกษารื่องราวที่เกี่ยวข้องต่อไป

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ศึกษารูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการส่งเสริมสุขภาพของหญิงมีครรภ์มารับบริการงานอนามัยแม่และเด็ก
2. การทำวิจัยเชิงคุณภาพในเรื่องเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพของมารดาขณะตั้งครรภ์ในกลุ่มเป้าหมายเดียวกันหรือกลุ่มวิชาชีพอื่น เพื่อทราบความรู้ ทักษะคติ แบบแผนความเชื่อ และพฤติกรรมการปฏิบัติตัวที่เกี่ยวข้องกับการให้กำเนิดทารกแรกเกิดน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์
3. ศึกษาเปรียบเทียบการเจริญเติบโต และพัฒนาการของทารกที่มีน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์กับทารกที่มีน้ำหนัก 2,500 กรัมขึ้นไป
4. การศึกษาถึงความรู้ ทักษะคติ และการปฏิบัติตัวของสามีที่มีอาชีพแตกต่างกัน กับปัญหาสุขภาพของมารดาและทารก
5. ควรทำวิจัย design แบบ case-control โดยควบคุมคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างให้ดี และอาจใช้เวลา 6 เดือน – 1 ปี (เพิ่มระยะเวลาการศึกษา)

บรรณานุกรม

- กำแหง จาตุรจินดา และคณะ. 2531. สุตศาสตร์รามาริบัติ เรียบเรียงครั้งที่ 1 พิมพ์ครั้งที่ 3 ไม่ปรากฏแหล่งพิมพ์.
- แอสสะ แวกอเลาะห์. 2527. การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างอำนาจภายในภายนอกตน เกี่ยวกับสุขภาพอนามัยกับพฤติกรรมการปฏิบัติตน เพื่อดำรงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพในหญิงตั้งครรภ์. วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต(พยาบาล) บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ชูจิตต์ ญาณทัชชะ. 2539. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับน้ำหนักรากแรกเกิด. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่.
- ประนอม ใจสะอาด. 2534. ทฤษฎีความเชื่อทางสุขภาพ. เอกสารประกอบคำบรรยายเรื่องทฤษฎีความเชื่อทางสุขภาพ จัดโดยสมาคมวิชาชีพสุขภาพ, 22 สิงหาคม 2532. อัดสำเนา
- อรุณรัศมี บุณนาค. 2541. การบริหารทารกน้ำหนักน้อย. ไม่ปรากฏแหล่งพิมพ์.
- พิพัฒน์ มงคลฤทธิ์. 2549. การสอนสุขภาพเพื่อพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ. ไม่ปรากฏแหล่งพิมพ์.
- บุญสนอง ภิญโญ, สมหทัย อุตสหตานนท์. 2539. การศึกษาปัจจัยที่มีต่อน้ำหนักรากแรกเกิดของทารกมีน้อยกว่าปกติในโรงพยาบาลแม่และเด็ก เชียงใหม่
- ประมวล สุนากร. 2531. ระบาดวิทยาและปัจจัยเสี่ยงของทารกน้ำหนักตัวน้อย และพิการแต่กำเนิดในประเทศไทย. โรงพยาบาลเด็ก กรมการแพทย์ โครงการวิจัยนี้ได้รับความสนับสนุนจากองค์การอนามัยโลก. project no. THA RPO 003.
- ประภาเพ็ญ สุวรรณ และสรวง สุวรรณ. 2534. พฤติกรรมศาสตร์และสุขภาพ. กรุงเทพฯ:เจ้าพระยาการพิมพ์.
- พิมลรัตน์ ไทยธรรมยานนท์. 2536. กุมารเวชศาสตร์ก้าวหน้า: กลยุทธ์ในการรักษา กรุงเทพฯ. ไม่ปรากฏแหล่งพิมพ์.
- ภารณี คุ้มฉนวนศิริ. 2535. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ การปฏิบัติตัวระหว่างตั้งครรภ์และน้ำหนักแรกเกิดของบุตร ในหญิงวัยเจริญพันธ์ที่ทำงานในโรงงานอุตสาหกรรมธานินทร์ คอนเดนเซอร์ อ.เมือง เชียงใหม่. วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- มัลลิกา มัติโก. 2534. คู่มือการวิจัยพฤติกรรมสุขภาพ ชุดที่ 1 แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ. กรกฎาคม.
- วรรษชา ไซดิธนานนท์. 2525. บริโภคนิสัยในระยะตั้งครรภ์ของมารดาในภาคเหนือของประเทศไทย พยาบาลศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- วิญญูณ สุขแสง.2535.สถิติวิเคราะห์ผลกระทบของความรู้ด้านโภชนาการและพฤติกรรมอาหาร
บริโภคระหว่างตั้งครรภ์ ของมารดา ที่มีต่อน้ำหนักทารกแรกเกิด.วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
- อเนก หิรัญรักษ์.2528.น้ำหนักทารกแรกเกิดในประเทศไทย.(เอกสารประกอบการสัมมนาเรื่อง
ความก้าวหน้าทางวิชาการด้านวางแผนครอบครัวและการอนามัยแม่และเด็ก).กอง
อนามัยครอบครัว กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.
- อุ้นจิตต์ บุญสม.2540.การศึกษาพฤติกรรมการส่งเสริมของหญิงตั้งครรภ์.พยาบาลศาสตร
มหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- อุมาพร ชินโสตร์.2531.อิทธิพลครอบครัวที่ส่งผลต่อสุขภาพจิตของหญิงมีครรภ์.การศึกษาเฉพาะ
ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพเขต 7 ราชบุรี.สังคมศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยมหิดล





ภาคผนวก ก

แบบบันทึกและแบบสัมภาษณ์

การศึกษาปัจจัยด้านมารดาที่ส่งผลกระทบต่อทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม
อำเภอโพทะเล – บึงนาราง จังหวัดพิจิตร ปี พุทธศักราช 2551

คุณสมบัติของผู้รับการสัมภาษณ์

3. มารดาครรภ์เดียวที่คลอดทารกในโรงพยาบาลโพทะเล จังหวัดพิจิตร ในช่วงวันที่ 1 ตุลาคม 2549 – 30 กันยายน 2550
4. ไม่มีการติดเชื้อในครรภ์ (ดูจากผลทางห้องปฏิบัติการ และอุณหภูมิของร่างกายไม่เกิน 37.5 องศาเซลเซียส)

ชื่อ.....นามสกุล.....
 ที่อยู่ปัจจุบัน
 บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ซอย.....ถนน.....
 ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....
 ลงชื่อผู้สัมภาษณ์.....
 สถานที่.....วันที่สัมภาษณ์.....

ส่วนที่ 1 ข้อมูลจากแบบบันทึก (จากรายงานประวัติ)

1. ประวัติการตั้งครรภ์และการคลอดครั้งก่อน

	แท้ง	คลอด ก่อน กำหนด	คลอดครบ กำหนด	น้ำหนัก แรก คลอด	ภาวะแทรกซ้อน		ปัจจุบันมีชีวิต	
					มี	ไม่มี	มี	ไม่มี
ครรภ์ที่ 1								
ครรภ์ที่ 2								
ครรภ์ที่ 3								
ครรภ์ที่ 4								
ครรภ์ที่ 5								

2. ปัจจุบันครรภ์ที่.....

3. ประวัติการฝากครรภ์ในปัจจุบัน

1. ได้ฝากครรภ์

2. ไม่ได้ฝากครรภ์

ฝากครรภ์ครั้งแรกตอนอายุครรภ์.....สัปดาห์

จำนวนครั้งของการฝากครรภ์.....ครั้ง

ฝากครรภ์ที่ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

1. สถานีอนามัย

3. โรงพยาบาลทั่วไป

2. โรงพยาบาลชุมชน

4. คลินิกเอกชน

การฝากครรภ์

1. สม่ำเสมอตามนัดทุกครั้ง

2. ไม่สม่ำเสมอ ไปเป็นบางครั้ง

4. การได้รับวัคซีนป้องกันโรคบาดทะยัก

1. ไม่ได้รับ

2. ได้รับ.....ครั้ง

ครั้งที่ 1 อายุครรภ์.....เดือน

ครั้งที่ 2 อายุครรภ์.....เดือน

ครั้งที่ 3 อายุครรภ์.....เดือน

5. น้ำหนักตัวของแม่ ส่วนสูงของมารดา.....ซม.
 น้ำหนักตัวก่อนตั้งครรภ์.....กิโลกรัม
 น้ำหนักตัวก่อนคลอด.....กิโลกรัม
 รวมน้ำหนักตัวที่เพิ่มขึ้น.....กิโลกรัม
6. น้ำหนักแรกเกิดของบุตร.....กรัม เพศ.....
7. อายุครรภ์เมื่อคลอด.....สัปดาห์
8. ผลการตรวจโรคธาลัสซีเมีย OF
- DCIP

ผลการตรวจเม็ดเลือดแดงอัดแน่น (Hct)

9. โรคประจำตัว (มารดา)

- () โรคความดันโลหิตสูง () โรคเบาหวาน
 () โรคหัวใจ () โรคไทรอยด์
 () อื่น ๆ



แบบสัมภาษณ์มารดา

ส่วนที่ 2

ข้อมูลทั่วไป

1. อายุ.....ปี

2. สถานภาพสมรส

 1. คู่ 2. หม้าย 3. หย่าร้าง 4. แยกกันอยู่

3. ระดับการศึกษาของมารดา

 1. ชั้นประถมศึกษา 2. ชั้นมัธยมศึกษา 3. ระดับอาชีวศึกษา 4. ระดับปริญญาตรีและสูงกว่า 5. อื่นๆ (ระบุ).....

4. ระดับการศึกษาของสามี

 1. ชั้นประถมศึกษา 2. ชั้นมัธยมศึกษา 3. ระดับอาชีวศึกษา 4. ระดับปริญญาตรีและสูงกว่า 5. อื่นๆ (ระบุ).....

5. อาชีพมารดา

 1. ทำสวน ทำนา ทำไร่ 2. รับจ้าง 3. ค้าขาย 4. รับราชการ และรัฐวิสาหกิจ 5. อื่นๆ (ระบุ).....

6. อาชีพสามี

 1. ทำสวน ทำนา ทำไร่ 2. รับจ้าง 3. ค้าขาย 4. รับราชการ และรัฐวิสาหกิจ 5. อื่นๆ (ระบุ).....

7. รายได้ของครอบครัวต่อเดือน

 1. ต่ำกว่า 3,000 บาท 2. 3,001 – 6,000 บาท 3. 6,001 – 9,000 บาท 4. > 9,000 บาท

8. รายได้ของครอบครัวในขณะนี้เป็นอย่างไร

- () 1. ไม่พอใช้ () 2. พอใช้ () 3. เหลือเก็บ

9. ลักษณะครอบครัว

- () 1. เป็นครอบครัวเดี่ยว ประกอบด้วย พ่อ แม่ ลูกที่ยังไม่แต่งงาน
จำนวนสมาชิกในครอบครัว.....คน

- () 2. เป็นครอบครัวขยาย ประกอบด้วย ปู่ ย่า ตา ยาย ป้า น้า หลาน
หรือลูกที่แต่งงานแล้ว จำนวนสมาชิกในครอบครัว.....คน

10. ขณะตั้งครรภ์ท่านได้รับคำแนะนำเรื่องการปฏิบัติตัวในการตั้งครรภ์จากใคร

(ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- () 1. ไม่ได้รับการแนะนำ
() 2. จากหนังสือพิมพ์ หรือวิทยุ หรือโทรทัศน์
() 3. จากการแนะนำของคนใกล้ชิด เช่น เพื่อน แม่ ญาติ
() 4. จากแพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่อื่นๆ
() 5. อื่นๆ.....โปรดระบุ.....

11. ขณะตั้งครรภ์ท่านได้รับคำแนะนำในเรื่องใดบ้าง (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- () 1. ควรไปตรวจครรภ์ที่สถานอนามัยใกล้บ้าน
() 2. ควรไปตรวจครรภ์เมื่ออายุครรภ์ได้ 1 - 6 เดือน
() 3. เมื่อมีอาการผิดปกติควรปรึกษาแพทย์
() 4. ควรไปพบแพทย์บ่อยๆ
() 5. อื่นๆ.....โปรดระบุ.....

ส่วนที่ 3 แบบวัดพฤติกรรมสุขภาพของมารดาขณะตั้งครรภ์

การตอบถือเกณฑ์ดังนี้

หมายเลข 1 หมายถึง ไม่เคยทำ คือ เมื่อเห็นว่าข้อความในประโยคนั้นไม่เคยทำเลย

หมายเลข 2 หมายถึง ทำเป็นบางครั้ง คือเมื่อเห็นว่าข้อความในประโยคนั้นเคยทำเป็นบางครั้ง แต่ไม่บ่อย (สัปดาห์ละ 0 – 1 ครั้ง)

หมายเลข 3 หมายถึง ทำเป็นประจำ คือ เมื่อเห็นว่าข้อความในประโยคนั้น ทำอยู่เป็นประจำ ทุกครั้ง (ทุกวัน หรือ ทุกวันเว้นวัน)

ก. ในขณะที่ตั้งครรภ์ ท่านรับประทานนมหลังอาหารทุกมื้อ

ไม่เคยทำ (1)	ทำเป็นบางครั้ง (2)	ทำเป็นประจำ (3)
	/	

1) พฤติกรรมสุขภาพด้านโภชนาการของมารดาในขณะที่ตั้งครรภ์

โภชนาการขณะตั้งครรภ์	ไม่เคย ทำ (1)	ทำเป็น บางครั้ง (2)	ทำเป็น ประจำ (3)
1. ในขณะที่ตั้งครรภ์ ท่านรับประทานไข่ อย่างน้อยวันละ 1 ฟอง			
2. ท่านดื่มน้ำอย่างน้อยวันละ 8 แก้ว			
3. ท่านดื่มน้ำชาหรือกาแฟอย่างน้อยวันละ 1 แก้ว			
4. ท่านดื่มนมสด, นมกล่อง หรือน้ำเต้าหู้ อย่างน้อยวันละ 1 แก้ว			
5. ถ้าท่านดื่มนมสดกล่องไม่ได้ จะใช้นมผง 4 ช้อนโต๊ะ แทน			
6. ท่านรับประทานอาหารจำนวนน้อยลงเพื่อให้ลูกตัวเล็กและคลอดง่าย			
7. ท่านรับประทานผักใบเขียวและผักอื่นๆ อย่างน้อยวันละ 1 จาน			
8. ท่านรับประทานผักทอง หรือผักสีเหลือง อาทิติลล์ละ 2 ครั้ง			

9. ท่านรับประทานของหมักดอง เช่น ผักดอง และผลไม้ดอง			
10. ท่านรับประทานผลไม้หลังอาหาร 3 มื้อทุกวัน			
11. ท่านรับประทานเนื้อสัตว์ อย่างน้อยวันละ 7 ชิ้นบาง			
12. ท่านรับประทานถั่วเมล็ดแห้งวันละ 3 ช้อนโต๊ะ			
13. ท่านรับประทานข้าวเจ้า อย่างน้อยมื้อละ 3 ทัพพี หรือข้างหนึ่ง 3 บั้ว			
14. ท่านรับประทานไขมันมากๆ ทุกมื้อ หรืออาหารทำด้วยกะทิ			
15. ท่านรับประทานอาหารที่สุกๆ ดิบๆ เช่น แหนม ลาบ เนื้อน้ำตก เป็นต้น			
16. ท่านรับประทานอาหารรสจัด เช่น เค็มจัด เป็นต้น			
17. ท่านรับประทานอาหารทะเล เช่น ปลา หอย เป็นต้น			

2) พฤติกรรมสุขภาพด้านการออกกำลังกายและการพักผ่อนของมารดาในขณะตั้งครรภ์

การออกกำลังกายและการพักผ่อน ในขณะตั้งครรภ์	ไม่เคย ทำ (1)	ทำเป็น บางครั้ง (2)	ทำเป็น ประจำ (3)
1. ท่านเดินเล่นออกกำลังกายเบาๆ ทุกวัน วันละ 15 – 30 นาที			
2. ท่านขี่จักรยานหรือนั่งจักรยานยนต์			
3. ท่านยืนทำงาน เช่น ยืนขายของ ยืนทำงานบ้าน หรือยืนทำงานในโรงเรียนตลอดวัน เป็นต้น			
4. ท่านต้องทำงานเกิน 8 ชั่วโมงในแต่ละวัน			
5. ท่านเคยฝึกออกกำลังกายในอวัยวะส่วนไหน (ระบุ).....			
6. ท่านบริหารร่างกาย กล้ามเนื้อ เพื่อช่วยการคลอด			
7. ท่านฝึกหัดการเบ่งคลอดที่ถูกวิธีโดยเบ่งลงสะโพกเหมือนถ่ายท้องผูก			

8. ท่านนั่งหรือนอนพักผ่อนเสมอในเวลากลางวัน ประมาณ 1 ชั่วโมง			
9. ท่านนอนหลับพักผ่อนในเวลากลางคืนอย่างน้อย 8 ชั่วโมง			
10. ท่านยกของหนักๆ ในระยะตั้งครรภ์			

3) พฤติกรรมสุขภาพด้านการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของมารดาในขณะตั้งครรภ์

การป้องกันภาวะแทรกซ้อนในขณะตั้งครรภ์	ไม่เคย ทำ (1)	ทำเป็น บางครั้ง (2)	ทำเป็น ประจำ (3)
1. ท่านมาฝากครรภ์ตามนัดครบ 4 ครั้ง			
2. ท่านสังเกตความผิดปกติของร่างกายขณะทำความ สะอาด หัวนม เต้านม			
3. ถ้าพบอาการผิดปกติ เช่น เด็กไม่ดิ้น ท่านจะต้องไป สถานีนามัยหรือไปโรงพยาบาลทันที			
4. ท่านอยู่ใกล้ชิดและต้องดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง			
5. ท่านแปรงฟันหลังอาหารทุกมื้อ			
6. ท่านไปตรวจฟันกับทันตแพทย์หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ตามนัด			
7. ท่านรักษาเล็บให้สะอาดและตัดสั้น			
8. ท่านได้รับวัคซีนป้องกันโรคบาดทะยัก 2 ครั้ง			
9. ท่านสูบบุหรี่ในระยะตั้งครรภ์			
10. ขณะตั้งครรภ์ท่านและสามีหมั่นสังเกตอาการเคลื่อนไหว ของบุตรในครรภ์			

4) พฤติกรรมสุขภาพด้านสุขภาพจิตของมารดาในขณะตั้งครรภ์

สุขภาพจิตขณะตั้งครรภ์	เห็นด้วย (2)	เฉยๆ (ไม่แน่ใจ) (1)	ไม่เห็นด้วย (0)
1. ในขณะตั้งครรภ์ท่านรู้สึกว่าคุณค่าต่อสามีและญาติพี่น้อง			
2. ท่านรู้สึกสบายใจถ้าได้พูดคุยเรื่องการตั้งครรภ์กับญาติพี่น้อง			
3. ท่านมีอาการหงุดหงิด หรือร้องไห้ง่าย			
4. ท่านมักจะมีอาการกังวล กลัวลูกที่เกิดมาจะไม่สมบูรณ์หรือไม่แข็งแรง			
5. ท่านมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับเรื่องเพศสัมพันธ์			
6. ท่านมีความกังวลใจเกี่ยวกับรูปร่างที่เปลี่ยนแปลง			
7. ท่านสามารถควบคุมอารมณ์ได้อย่างรวดเร็วเมื่อพบกับเหตุการณ์ที่น่าตื่นเต้น			
8. ท่านรู้สึกท้อแท้ เหนื่อยใจ เมื่อคิดว่าต้องเลี้ยงดูบุตรด้วยตนเอง			
9. ท่านกังวลมากเกี่ยวกับการคลอดบุตร			
10. ท่านภูมิใจที่จะได้เป็นแม่			

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามด้านความรู้

คำชี้แจง ให้ผู้ตอบแบบสอบถามตอบตรงกับความเป็นจริงมากที่สุดโดยทำเครื่องหมาย ✓
ลงในช่อง ถูก ผิด ไม่ทราบ ดังนี้

ข้อ	เนื้อหา	ถูก (1)	ผิด (0)
1	ทารกในครรภ์เจริญเติบโตผิดปกติ เกิดจากภาวะที่มีการเปลี่ยนแปลงในการทำงานของรก		
2	ทารกแรกคลอดที่มีน้ำหนักตัวน้อยมีความเสี่ยงต่อการมีความผิดปกติทางระบบประสาทในอัตราสูง เช่น สมอ่งพิการ ภาวะปัญญาอ่อน		
3	สภาวะเศรษฐกิจและสังคมต่ำไม่ใช่ปัจจัยเสี่ยงในการคลอดทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย		
4	การวางแผนก่อนตั้งครรภ์เป็นวิธีที่สามารถลดอัตราเสี่ยงต่อการคลอดทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยสูง		
5	หญิงตั้งครรภ์ไม่ควรออกกำลังกายเพราะจะทำให้คลอดก่อนกำหนด		
6	หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโภชนาการปกติ น้ำหนักที่เพิ่มขึ้นตลอดการตั้งครรภ์ประมาณ 10 - 12 กิโลกรัม		
7	หญิงตั้งครรภ์อาเจียนติดต่อกันนานเกิน 3 เดือนถือเป็นอาการปกติ		
8	อาการคลื่นไส้วิงเวียนควรแก้ไขโดยการกินอาหารที่มีคาร์โบไฮเดรตสูงและไขมันสูง		
9	หญิงตั้งครรภ์ควรรับประทานอาหารที่มีกากและเส้นใยเพื่อช่วยป้องกันท้องผูก		
10	หญิงตั้งครรภ์ควรดื่มน้ำดองเหล้าเพื่อให้ระบบไหลเวียนเลือดดีและช่วยเจริญอาหารโดยเฉพาะหญิงตั้งครรภ์ที่มี อาการวิงเวียน		

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามด้านทัศนคติ

คำชี้แจง ให้ผู้ตอบแบบสอบถามตอบตรงกับความคิดเห็นของผู้ตอบแบบสอบถามมากที่สุด โดยทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่าง

เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง เมื่อท่านเห็นว่าข้อความตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด

เห็นด้วย หมายถึง เมื่อท่านเห็นว่าข้อความตรงกับความคิดเห็นของท่านมาก

ไม่แน่ใจ หมายถึง เมื่อท่านไม่แน่ใจว่าข้อความตรงกับความคิดเห็นของท่าน

ไม่เห็นด้วย หมายถึง เมื่อท่านเห็นว่าข้อความไม่ตรงกับความคิดเห็นของท่าน

ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง เมื่อท่านเห็นว่าข้อความไม่ตรงกับความคิดเห็นของท่านอย่างยิ่ง

ข้อ	เนื้อหา	เห็น ด้วย อย่าง ยิ่ง (5)	เห็น ด้วย (4)	ไม่ แน่ใจ (3)	ไม่ เห็น ด้วย (2)	ไม่เห็น ด้วย อย่าง ยิ่ง (1)
1	มารดาขณะตั้งครรภ์มีน้ำหนักน้อยทารกที่คลอดออกมาก็จะน้ำหนักน้อย					
2	มารดาอายุน้อยกว่า 17 ปีหรือมากกว่า 35 ปีทุกรายให้กำเนิดทารกน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม					
3	มารดาที่อาศัยอยู่บนพื้นที่สูงกว่าระดับน้ำทะเลมากๆมีอัตราเสี่ยงต่อการคลอดทารกน้ำหนักน้อยสูง					
4	การปฏิบัติตนในระหว่างตั้งครรภ์ตามคำแนะนำของแพทย์หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอย่างเคร่งครัดมีผลต่อน้ำหนักทารกแรกเกิด					
5	หญิงตั้งครรภ์ที่คลอดก่อนกำหนดมักให้กำเนิดทารกน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม					

6	การมาฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์ 4 ครั้ง ทำให้ทารกแรกเกิดมีน้ำหนักมากกว่า 2,500 กรัม					
7	มารดาที่มีโรคประจำตัว เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน เป็นต้น คลอดทารกที่มีน้ำหนักน้อย					
8	รายได้ของครอบครัวมีส่วนทำให้มารดาคลอดทารกน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม					
9	ขณะตั้งครรภ์ต้องรับประทานอาหารน้อยๆ หลังคลอดรูปร่างจะได้ไม่เปลี่ยนแปลงไปมาก					
10	การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ครบทั้ง 5 หมู่ช่วยให้ทารกแรกคลอดมีน้ำหนักมากกว่า 2,500 กรัม					

ภาคผนวก ข

ดัชนีความพ้อง (Index concurrence) แบบสอบถามด้านความรู้

ข้อที่	ความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ			รวม	เฉลี่ย	สรุป
	คนที่ 1	คนที่ 2	คนที่ 3			
1	+1	+1	0	2	0.67	ใช้ได้ (ควรปรับปรุง)
2	+1	+1	+1	3	1	ใช้ได้
3	+1	+1	0	2	0.67	ใช้ได้ (ควรปรับปรุง)
4	+1	+1	+1	3	1	ใช้ได้
5	+1	+1	+1	3	1	ใช้ได้
6	0	+1	+1	2	0.67	ใช้ได้ (ควรปรับปรุง)
7	+1	+1	+1	3	1	ใช้ได้
8	+1	0	+1	2	0.67	ใช้ได้ (ควรปรับปรุง)
9	+1	+1	+1	3	1	ใช้ได้
10	+1	0	+1	2	0.67	ใช้ได้ (ควรปรับปรุง)
รวม	9/10	8/10	8/10	25/30	8.35/10	
เฉลี่ย	0.9	0.8	0.8	0.83	0.835	ใช้ได้

ดัชนีความพึงอง (Index concurrence) แบบสอบถามด้านทัศนคติ

ข้อที่	ความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ			รวม	เฉลี่ย	สรุป
	คนที่ 1	คนที่ 2	คนที่ 3			
1	+1	+1	+1	3	1	ใช้ได้
2	+1	+1	0	2	0.67	ใช้ได้ (ควรปรับปรุง)
3	+1	0	+1	2	0.67	ใช้ได้ (ควรปรับปรุง)
4	+1	0	+1	2	0.67	ใช้ได้ (ควรปรับปรุง)
5	+1	0	+1	2	0.67	ใช้ได้ (ควรปรับปรุง)
6	+1	+1	0	2	0.67	ใช้ได้ (ควรปรับปรุง)
7	+1	0	+1	2	0.67	ใช้ได้ (ควรปรับปรุง)
8	+1	0	+1	2	0.67	ใช้ได้ (ควรปรับปรุง)
9	+1	+1	0	2	0.67	ใช้ได้ (ควรปรับปรุง)
10	+1	0	+1	2	0.67	ใช้ได้ (ควรปรับปรุง)
รวม	10/10	4/10	7/10	21/30	7.03/10	
เฉลี่ย	1	0.4	0.7	0.7	0.703	ใช้ได้

ภาคผนวก ค

การหาความเชื่อมั่น
แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตนในระหว่างการตั้งครรภ์

ข้อที่ / คน ที่	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	รวม(X)	X ²
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	100
2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	100
3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	100
4	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	100
5	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	100
6	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	100
7	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	100
8	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	9	81
9	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	100
10	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	100
11	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	100
12	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	100
13	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	9	81
14	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	9	81
15	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	8	64
16	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	8	64
17	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	9	81
18	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	100
19	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	100
20	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	9	81

ข้อที่ / คนที่	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	รวม (X)	X ²
21	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	100
22	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	9	81
23	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	9	81
24	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	100
25	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	100
26	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	9	81
27	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	9	81
28	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	100
29	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	100
30	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	100
รวม	30	27	29	28	30	27	30	28	28	30	$\sum X = 287$	
p	1.00	0.90	0.97	0.93	1.00	0.90	1.00	0.93	0.93	1.00	$\sum X^2 =$ 2,757	
q	0.00	0.10	0.03	0.07	0.00	0.10	0.00	0.07	0.07	0.00	$\sum pq =$ 0.40	
pq	0.00	0.09	0.03	0.06	0.00	0.09	0.00	0.06	0.06	0.00		

สูตร KR.20

$$rt = \frac{k}{k-1} \left(1 - \frac{\sum pq}{St^2} \right)$$

สูตรความแปรปรวน

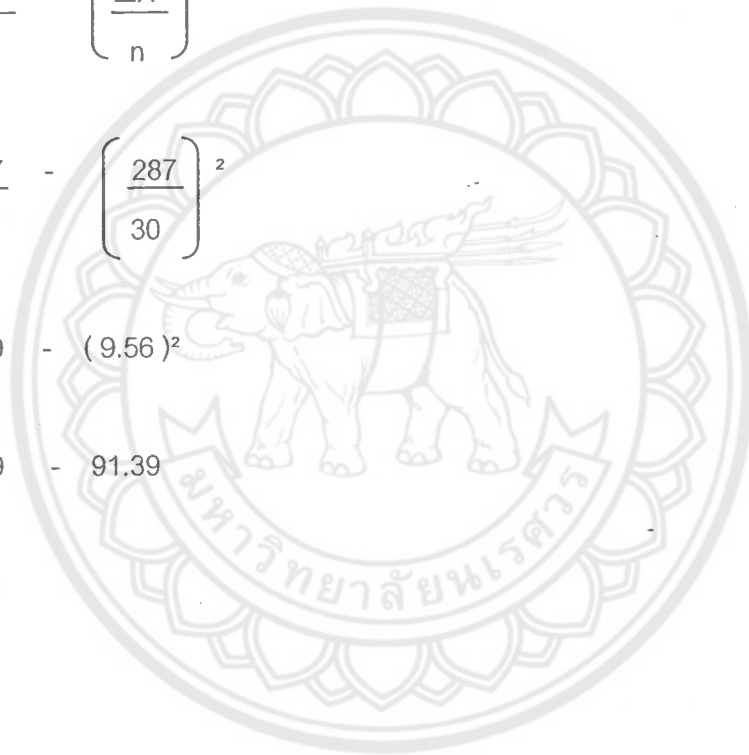
$$St^2 = \frac{\sum X^2}{n} - \left(\frac{\sum X}{n} \right)^2$$

$$= \frac{2,757}{30} - \left(\frac{287}{30} \right)^2$$

$$= 91.9 - (9.56)^2$$

$$= 91.9 - 91.39$$

$$= 0.51$$



นำค่า St^2 ที่คำนวณได้แทนค่าในสูตร KR.20

$$rtt = \frac{k}{k-1} \left(1 - \frac{\sum pq}{St^2} \right)$$

$$= \frac{10}{10-1} \left(1 - \frac{0.40}{0.51} \right)$$

$$= \frac{10}{9} (1 - 0.78)$$

$$= 1.11 (0.22)$$

$$= 0.24$$



การหาความเชื่อมั่น
แบบวัดทัศนคติของมารดาที่เกี่ยวกับการตั้งครรภ์

ข้อที่/คนที่	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	รวม(X)	X ²
1	3	4	2	4	2	4	3	4	3	4	33	1,089
2	4	2	3	4	2	4	2	3	4	4	32	1,024
3	3	3	4	2	2	5	4	3	3	3	32	1,024
4	4	4	2	4	3	2	3	3	2	4	31	961
5	4	2	3	4	2	4	2	2	4	4	31	961
6	3	3	3	4	2	3	2	2	4	4	30	900
7	4	4	3	4	2	3	2	2	4	4	32	1,024
8	3	4	2	4	3	3	1	4	4	4	32	1,024
9	5	1	4	5	3	3	4	3	3	5	36	1,296
10	4	3	3	4	2	4	3	4	5	5	37	1,369
11	2	3	3	4	3	3	2	3	5	5	33	1,089
12	4	1	4	5	1	5	4	5	1	5	35	1,225
13	3	3	2	5	4	3	2	5	5	4	36	1,296
14	4	3	3	4	2	3	4	2	5	4	34	1,156
15	2	3	3	4	2	4	4	3	4	3	32	1,024
16	3	3	3	4	2	3	3	3	3	4	31	961
17	5	1	5	5	3	4	3	3	1	4	34	1,156
18	1	4	1	5	1	3	2	5	5	4	31	961
19	4	3	3	4	2	3	2	2	4	5	32	1,024
20	1	3	3	5	2	4	3	3	5	5	34	1,156

ข้อที่/คนที่	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	รวม(X)	X ²
21	4	3	3	5	2	4	2	4	3	5	35	1,225
22	2	2	3	5	2	4	4	3	4	4	33	1,089
23	4	2	2	4	2	4	3	3	2	4	30	900
24	3	2	4	4	2	4	5	4	5	5	38	1,444
25	1	3	3	4	3	4	3	3	2	4	30	900
26	5	1	4	5	1	5	5	5	1	5	37	1,369
27	4	3	3	4	4	3	4	2	4	5	36	1,296
28	5	1	2	3	2	3	5	3	5	5	34	1,156
29	3	5	1	5	1	2	5	2	4	2	30	900
30	4	3	3	4	1	3	3	3	4	5	33	1,089
$\sum X_i$	101	82	87	127	65	106	94	96	108	128	$\sum X = 944$	
$\sum X_i^2$	379	256	275	551	159	392	330	334	436	562	$\sum X^2 = 33,088$	
S_i^2	1.34	1.10	0.78	0.46	0.63	0.60	1.22	0.92	1.63	0.55	$\sum S_i^2 = 9.24$	

สูตร \square Coefficient

$$\square = \frac{k}{k-1} \left(1 - \frac{\sum S_i^2}{St^2} \right)$$

หาค่าความแปรปรวนของคะแนนรวม S_i^2 และรายข้อ S_i^2

$$\text{สูตร } S_i^2 = \frac{n \sum X^2 - (\sum X)^2}{n(n-1)}$$

n = จำนวนผู้ตอบแบบสอบถาม

แทนค่าลงในสูตรความแปรปรวนรวม (S_i^2)

$$S_i^2 = \frac{30(33,088) - (944)^2}{30(30 - 1)} = 116.67$$

ค่าความแปรปรวนรวมเท่ากับ 116.67

สูตรความแปรปรวนรายข้อ (S_i^2)

$$S_i^2 = \frac{n \sum X_i^2 - (\sum X_i)^2}{n(n-1)}$$

n = จำนวนผู้ตอบแบบสอบถาม

แทนค่าลงในสูตรความแปรปรวนรายข้อ (S_i^2)

$$S1^2 = \frac{30(379) - (101)^2}{30(30 - 1)} = 1.34$$

$$S2^2 = \frac{30(256) - (82)^2}{30(30 - 1)} = 1.10$$

$$S3^2 = \frac{30(275) - (87)^2}{30(30 - 1)} = 0.78$$

$$S4^2 = \frac{30(551) - (127)^2}{30(30 - 1)} = 0.46$$

$$S5^2 = \frac{30(159) - (65)^2}{30(30 - 1)} = 0.63$$

$$S6^2 = \frac{30(392) - (106)^2}{30(30 - 1)} = 0.60$$

$$S7^2 = \frac{30(330) - (94)^2}{30(30 - 1)} = 1.22$$

$$S8^2 = \frac{30(334) - (96)^2}{30(30 - 1)} = 0.92$$

$$S9^2 = \frac{30(436) - (108)^2}{30(30 - 1)} = 1.63$$

$$S10^2 = \frac{30(562) - (128)^2}{30(30 - 1)} = 0.55$$

หาค่าผลรวมของความแปรปรวนรายข้อ $S_i^2 (\sum S_i^2)$

$$\begin{aligned} \sum S_i^2 &= 1.34 + 1.10 + 0.78 + 0.46 + 0.63 + 0.60 + 1.22 + 0.92 + 1.63 + 0.55 \\ &= 9.23 \end{aligned}$$

ผลรวมของความแปรปรวนรายข้อ $S_i^2 (\sum S_i^2)$ เท่ากับ 9.23

หาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (α coefficient)

$$\begin{aligned}\text{สูตร } \alpha &= \frac{k}{k-1} \left[1 - \frac{\sum S_i^2}{S^2} \right] \\ &= \frac{10}{10-1} \left[1 - \frac{9.23}{116.67} \right] \\ &= 0.98\end{aligned}$$

ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามด้านทัศนคติเท่ากับ 0.98

