

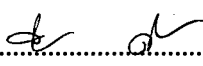
ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการรับประทานอาหาร
ของหญิงตั้งครรภ์ที่มีค่าดัชนีมวลกายเกินก่อนการตั้งครรภ์

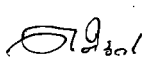
กมลนัฏ วุฒิสาร

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาการผดุงครรภ์ขั้นสูง
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
สิงหาคม 2559
ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยบูรพา

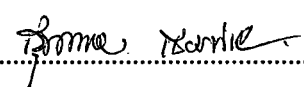
คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์และคณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ได้พิจารณา
วิทยานิพนธ์ของ กมลนัทธ์ วุฒิสาร ฉบับนี้แล้ว เห็นสมควรรับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตาม
หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการผดุงครรภ์ขั้นสูง ของมหาวิทยาลัยบูรพาได้

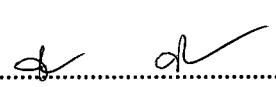
คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์

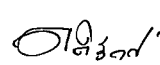

.....อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก
(ดร.สุพิศ ศิริอรุณรัตน์)

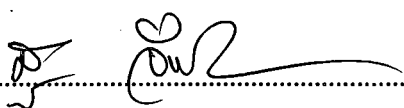

.....อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ตติรัตน์ เตชะศักดิ์ศรี)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์



.....ประธาน
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุนทราวดี เชียรพิเชฐ)


.....กรรมการ
(ดร.สุพิศ ศิริอรุณรัตน์)


.....กรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ตติรัตน์ เตชะศักดิ์ศรี)


.....กรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร.สุวรรณมา จันทร์ประเสริฐ)

คณะพยาบาลศาสตรบัณฑิตให้รับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตาม
หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเด็ก ของมหาวิทยาลัยบูรพา


.....คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์
(รองศาสตราจารย์ ดร.นุจรีย์ ไชยมงคล)

วันที่ ๑๒ เดือน สิงหาคม พ.ศ. ๒๕๕๙

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลงได้ด้วยความมุ่งมั่นและความตั้งใจของผู้วิจัย และได้รับความกรุณาอย่างดียิ่งจาก ดร.สุพิศ ศิริอรุณรัตน์ และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ตติรรัตน์ เตชะศักดิ์ศรี ที่ได้กรุณาสละเวลาอันมีค่าในการให้ความรู้ และให้คำปรึกษา แนะนำแนวทางที่ถูกต้อง ตลอดจนทุ่มเทเวลาอันมีค่าในการตรวจและแก้ไขปรับปรุงข้อบกพร่องต่าง ๆ ทุกขั้นตอนด้วยความละเอียดถี่ถ้วน เอาใจใส่และคอยติดตามด้วยดีเสมอมา ผู้วิจัยรู้สึกประทับใจและซาบซึ้งเป็นอย่างยิ่ง จึงขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอขอบพระคุณคณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ทุกท่านที่กรุณาให้ข้อเสนอแนะ ในการปรับปรุงแก้ไข จนทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น และขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ให้ความอนุเคราะห์ในการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ รวมทั้งให้คำแนะนำแก้ไข เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยให้มีคุณภาพยิ่งขึ้น นอกจากนี้ ยังได้รับความอนุเคราะห์จากผู้อำนวยการ สูดิแพทย์ หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล หัวหน้างานห้องคลอด และ หัวหน้างานเวชศาสตร์ครอบครัว และปฐมภูมิที่สนับสนุนให้ผู้วิจัยได้มีโอกาสศึกษาต่อ และอนุญาตให้ดำเนินการวิจัยในโรงพยาบาล จนเสร็จสิ้นอย่างสมบูรณ์ ตลอดจนถึงเพื่อนร่วมงานในหน่วยงานห้องคลอด ศูนย์สุขภาพชุมชน และหน่วยบริการรับฝากครรภ์ของโรงพยาบาลบางบ่อทุกท่านที่ให้ความร่วมมือร่วมใจเป็นอย่างดี ในการเก็บรวบรวมข้อมูลที่ใช้ในการวิจัยทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยดี

ท้ายที่สุดนี้ขอกราบขอบพระคุณ คุณพ่อแข็ง และ คุณแม่พิสมัย กิณเรศ ที่เป็นกำลังใจ สอนให้มิขยัน อดทน เข้มแข็ง และมีความพากเพียรทุก ๆ ด้าน ขอขอบพระคุณ คุณวุฒิ วุฒิสาร และนางสาวกัญชริรา วุฒิสาร ที่เป็นผู้คอยให้กำลังใจผู้วิจัยเสมอมา คุณค่าและประโยชน์ของ วิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ผู้วิจัยขอมอบเป็นกตัญญูคุณเวทิตาแต่ บุพการี บุรพจารย์ และผู้มีพระคุณ ทุกท่านทั้งในอดีตและปัจจุบัน ที่ทำให้ข้าพเจ้าเป็นผู้มีการศึกษาและประสบความสำเร็จ ในสิ่งที่มุ่งหวังมาจนตราบเท่าทุกวันนี้ และขอให้วิจัยฉบับนี้เป็นประโยชน์ต่อผู้ร่วมวิชาชีพ ที่จะไปพัฒนาคุณภาพการดูแลพฤติกรรมมารับประทานอาหารของหญิงตั้งครรภ์ที่มี ค่าดัชนีมวลกายเกินก่อนการตั้งครรภ์ต่อไป

กมลนัทธ์ วุฒิสาร

52920036: สาขาวิชา: การผดุงครรภ์ขั้นสูง; พย.ม. (การผดุงครรภ์ขั้นสูง)

คำสำคัญ : ความเชื่อด้านสุขภาพ/ พฤติกรรมการรับประทานอาหาร/ ดัชนีมวลกายเกิน
ก่อนการตั้งครรภ์

กมลนันทน์ วุฒิสาร: ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการ
รับประทานอาหารของหญิงตั้งครรภ์ที่มีค่าดัชนีมวลกายเกินก่อนการตั้งครรภ์ (RELATIONSHIPS
BETWEEN HEALTH BELIEFS AND EATING BEHAVIORS IN PREGNANT WOMEN
WITH OVER PRE-PREGNANT BODY MASS INDEX) คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์:
สุพิศ ศิริอรุณรัตน์, ศ.ด., ตติรัตน์ เตชะศักดิ์ศรี, ศ.ด. 70 หน้า. ปี พ.ศ. 2559.

พฤติกรรมการรับประทานอาหารมีผลต่อภาวะสุขภาพของมารดาและทารกในครรภ์
การวิจัยแบบบรรยายหาความสัมพันธ์นี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อ
ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการรับประทานอาหารของหญิงตั้งครรภ์ที่มีค่าดัชนีมวลกายเกินก่อนการ
ตั้งครรภ์ กลุ่มตัวอย่างเป็นหญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุครรภ์ตั้งแต่ 20 สัปดาห์ และมีค่าดัชนีมวลกายก่อน
การตั้งครรภ์ตั้งแต่ 23 กก./ม.² ขึ้นไป ที่มาฝากครรภ์ ณ โรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่งในจังหวัด
สมุทรปราการ จำนวน 96 ราย เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงจากหญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการฝาก
ครรภ์ ระหว่างเดือนมีนาคม - พฤษภาคม พ.ศ. 2559 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่
แบบวัดพฤติกรรมการรับประทานอาหารระหว่างการตั้งครรภ์ และแบบวัดความเชื่อด้านสุขภาพ
ได้แก่ แบบวัดการรับรู้โอกาสเสี่ยงของผลกระทบด้านสุขภาพ แบบวัดการรับรู้ความรุนแรงของ
ผลกระทบด้านสุขภาพ แบบวัดการรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานอาหาร และแบบวัดการรับรู้
อุปสรรคของการรับประทานอาหาร มีค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ เท่ากับ .78, .94, .85, .92, และ
.87 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน พิสัย และสถิติ
สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

ผลการวิจัยพบว่า พฤติกรรมการรับประทานอาหารของหญิงตั้งครรภ์ที่มีค่าดัชนีมวลกาย
เกินก่อนการตั้งครรภ์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรับรู้โอกาสเสี่ยงของผลกระทบด้านสุขภาพ
($r = .17, p = .05$) การรับรู้ความรุนแรงของผลกระทบด้านสุขภาพ ($r = .23, p = .01$) และการรับรู้
ประโยชน์ของการรับประทานอาหาร ($r = .21, p = .02$) และมีความสัมพันธ์ทิศทางลบกับการรับรู้
อุปสรรคของการรับประทานอาหาร ($r = -.22, p = .02$)

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ เสนอแนะให้พยาบาลในหน่วยให้บริการฝากครรภ์ พัฒนารูปแบบ
หรือกิจกรรมการพยาบาลในการปรับเปลี่ยนความเชื่อด้านสุขภาพแก่หญิงตั้งครรภ์ที่มีดัชนีมวลกาย
เกินก่อนตั้งครรภ์ เพื่อให้มีพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่เหมาะสมต่อไป

52920032: MAJOR: ADVANCED MIDWIFERY; M.N.S. (ADVANCED MIDWIFERY)

KEYWORD: HEALTH BELIEF / EATING BEHAVIORS/ OVER PRE-PREGNANT

BODY MASS INDEX

KAMOLNAT WUTHTSARN: RELATIONSHIPS BETWEEN HEALTH BELIEF AND EATING BEHAVIORS IN PREGNANT WOMEN WITH OVER PRE - PREGNANT BODY MASS INDEX. ADVISOR COMMITTEE: SUPIT SIRIARUNRAT, Dr.P.H., TATIRAT TACHASUKSRI, Dr.P.H. 70 P. 2016.

Eating behaviors of pregnant women have effects on maternal and fetal health. This descriptive correlational research aimed to examine relationships between eating behaviors and health belief in pregnant women with over pre-pregnant body mass index (BMI). A purposive sample of 96 pregnant women with pre-pregnant BMI ≥ 23 kg/m² who attended antenatal care at a community hospital in Samut Prakan province during March - May, 2016 was recruited in the study. Instruments consisted of self-administered questionnaires to capture data regarding eating behaviors and aspects of health beliefs including perceived susceptibility, perceived severity, perceived benefits, and perceived barriers. Cronbach's alpha coefficient of these questionnaires were .78, .94, .85, .92, and .87, respectively. Descriptive statistics, Pearson's product moment correlation were employed to analyze these data.

Results revealed that eating behaviors were significantly and positively correlated with perceived susceptibility of adverse effects on health ($r = .17, p = .05$), perceived severity of adverse effects on health ($r = .23, p = .01$) and perceived benefits of eating behaviors ($r = .21, p = .02$) but were significantly and negatively associated with perceived barriers to eating behaviors ($r = -.22, p = .02$).

These findings suggest that nurses working at antenatal care unit should develop nursing interventions to improve health believes of women with over pre-pregnant BMI in order to enhance good eating behaviors.

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	จ
สารบัญ	ฉ
สารบัญตาราง	ช
สารบัญภาพ	ฌ
บทที่	
1 บทนำ	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย	4
สมมติฐานของการวิจัย	4
กรอบแนวคิดในการวิจัย	4
ขอบเขตการวิจัย	5
นิยามศัพท์เฉพาะ	6
2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	8
ภาวะน้ำหนักเกินและอ้วนให้หญิงตั้งครรภ์.....	8
ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะน้ำหนักเกินหรืออ้วนในหญิงตั้งครรภ์.....	13
พฤติกรรมมารับประทานอาหารของหญิงตั้งครรภ์.....	15
ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมมารับประทานอาหาร	18
3 วิธีการดำเนินการวิจัย.....	22
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	22
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	23
การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	28
การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง	30
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	30
การวิเคราะห์ข้อมูล	31
4 ผลการศึกษา.....	32
ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล.....	32

สารบัญ (ต่อ)

บทที่	หน้า
ส่วนที่ 2 พฤติกรรมการรับประทานอาหาร	35
ส่วนที่ 3 ความเชื่อด้านสุขภาพ	36
ส่วนที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการรับประทานอาหาร	37
5 สรุปผลและอภิปรายผล	38
สรุปผลการวิจัย.....	38
การอภิปรายผลการวิจัย	39
การนำผลการวิจัยไปใช้และข้อเสนอแนะในการทำวิจัยในครั้งต่อไป	41
บรรณานุกรม	42
ภาคผนวก	50
ภาคผนวก ก	51
ภาคผนวก ข	53
ภาคผนวก ค	64
ภาคผนวก ง.....	68
ประวัติย่อของผู้วิจัย	70

สารบัญตาราง

ตารางที่	หน้า
1-1 ค่าดัชนีมวลกาย (BMI) ตามเกณฑ์ขององค์การอนามัยโลกและของประชากรทั่วไป และเอเชีย.....	9
1-2 น้ำหนักตัวที่ควรเพิ่มขึ้นตลอดระยะเวลาของการตั้งครรภ์.....	11
4-1 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานจำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล.....	33
4-2 ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของพฤติกรรมการรับประทานอาหาร.....	35
4-3 ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของความเชื่อด้านสุขภาพ.....	36
4-4 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการรับประทานอาหารของกลุ่มตัวอย่าง.....	37

สารบัญภาพ

ภาพที่	หน้า
1-1 กรอบแนวคิดของการวิจัย	5

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การมีน้ำหนักเกินหรืออ้วนเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญของโลกและของประเทศไทย จากรายงานขององค์การอนามัยโลก พบว่า วัยผู้ใหญ่มีน้ำหนักตัวเกิน (ค่าดัชนีมวลกาย ≥ 25 กก./ม.²) ประมาณ 1.9 พันล้านคน และเป็นโรคอ้วน (ค่าดัชนีมวลกาย ≥ 30 กก./ม.²) มากกว่า 600 ล้านคน หรือร้อยละ 39 ของวัยผู้ใหญ่มีน้ำหนักเกินหรือเป็นโรคอ้วน ผู้หญิงมีความชุกของภาวะน้ำหนักเกินมากกว่าผู้ชาย (World Health Organization [WHO], 2013) สำหรับประเทศไทย มีรายงาน พบว่า ผู้หญิงมีส่วนของคนที่มีภาวะอ้วนและอ้วนลงพุงมากกว่าผู้ชายเช่นกัน โดยเฉพาะในผู้หญิงมีภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน (ค่าดัชนีมวลกาย ≥ 25 กก./ม.²) เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 34.4 ในปี พ.ศ. 2547 เป็นร้อยละ 40.7 ในปี พ.ศ. 2552 (วิชัย เอกพลากร, เขาวรัตน์ ประปักษ์ขาม, สุรศักดิ์ ฐานิพานิชสกุล, หทัยชนก พรรคเจริญ, วราภรณ์ เสถียรนพเก้า และกนิษฐา ไทยกล้า, 2554) การที่ผู้หญิงมีภาวะอ้วนเพิ่มมากขึ้นนี้เอง ทำให้คาดได้ว่าอุบัติการณ์ของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะน้ำหนักเกินหรืออ้วนก่อนการตั้งครรภ์น่าจะเพิ่มขึ้นด้วย (ตรีภพ เลิศบรรณพงษ์, 2551; วิชัย เอกพลากร และคณะ, 2554)

การมีภาวะน้ำหนักเกินหรืออ้วนก่อนการตั้งครรภ์สำหรับคนเอเชียคือ การที่มีค่าดัชนีมวลกายก่อนการตั้งครรภ์ตั้งแต่ 23 กก./ม.² (WHO, 2000) การมีดัชนีมวลกายเกินก่อนการตั้งครรภ์ส่งผลให้หญิงตั้งครรภ์มีน้ำหนักตัวเพิ่มมากขึ้นเกินเกณฑ์เป็น 4 เท่าของคนที่มีค่าดัชนีมวลกายน้อยหรือปกติก่อนการตั้งครรภ์ (Herring et al., 2012) และการมีน้ำหนักตัวที่เพิ่มขึ้นมากเกินไปในขณะตั้งครรภ์ จะทำให้หญิงตั้งครรภ์เพิ่มโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด (ทวิช ศรีเกษม, 2554; Tsai, Chen, Sun, Wu, & Yeh, 2012) ทารกตัวโตมากกว่าปกติ ทำให้คลอดยาก (Surkan, Hsieh, Johansson, Dickman, & Cnattingius, 2004) ได้รับการบาดเจ็บจากการคลอด เกิดภาวะหายใจลำบาก มีน้ำตาลในเลือดต่ำ (สิริยา กิติโยดม และพิเชก ทองสวัสดิ์วงศ์, 2551; Bloomberg, 2013) หญิงตั้งครรภ์คลอดเพิ่มความเสี่ยงต่อการได้รับยากระตุ้นการเจ็บครรภ์คลอด (Bhattacharya, Campbell, Liston, & Bhattacharya, 2007) ได้รับการผ่าตัดคลอดบุตร (Dietz, Callaghan, Morrow, & Cogswell, 2005) และในระยะหลังคลอดพบว่า ไม่ประสบความสำเร็จในการให้นมบุตร (Hilson, Rasmussen, & Kjolhede, 2006) มีความเสี่ยงสูงต่อการติดเชื้อภายหลังคลอด (Paiva, Nomura, Dias, & Zugaib, 2012) และได้รับ

ยาแก้ไอเสปภายหลังคลอด (Scott-Pillai, Spence, Cardwell, Hunter, & Holmes, 2013) นอกจากนี้ยังส่งผลเสียในระยะยาวคือ ทำให้มารดามีน้ำหนักตัวคงค้างหลังคลอด เป็นผลให้มารดาหลังคลอดมีภาวะน้ำหนักเกินหรือภาวะอ้วนตามมาได้ ส่วนทารกมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะน้ำหนักเกินเมื่ออายุ 3 ขวบ (Oken, Taveras, Kleinman, Rich-Edwards, & Gillman, 2007) และมีโอกาสเกิดโรคเกี่ยวกับระบบหลอดเลือดและหัวใจได้ในอนาคต (Aviram, Hod, & Yogev, 2011) ดังนั้นการเพิ่มขึ้นของน้ำหนักตัวขณะตั้งครรภ์จึงมีความสำคัญมากต่อสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ทั้งในระยะตั้งครรภ์ คลอด และหลังคลอด

การที่หญิงตั้งครรภ์มีน้ำหนักตัวที่เพิ่มมากขึ้น เกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลงพยาธิสรีระของร่างกาย ทำให้เต้านมและหน้าท้องขยายใหญ่ขึ้น ปริมาตรเลือดเพิ่มสูงขึ้น รวมไปถึงการเปลี่ยนแปลงของระดับฮอร์โมนต่าง ๆ ส่งผลให้มีการสะสมของไขมันในส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย ทำให้มีปริมาณไขมันในร่างกายที่เพิ่มมากขึ้น (Butte, Ellis, Wong, Hopkinson, & Smith, 2003) นอกจากนี้แล้วยังเกิดจากการที่ร่างกายมีการเปลี่ยนแปลงการเผาผลาญสารอาหารและพลังงาน ได้แก่ คาร์โบไฮเดรต โปรตีน และไขมัน เพื่อตอบสนองความต้องการของร่างกายที่เพิ่มมากขึ้น ส่งผลให้หญิงตั้งครรภ์มีการรับประทานอาหารเข้าสู่ร่างกายเพิ่มมากขึ้น (Olson, Strawderman, Hinton, & Pearson, 2003) อย่างไรก็ตามถ้าหญิงตั้งครรภ์รับประทานอาหารมากเกินไปเกินความต้องการของร่างกายและของทารกในครรภ์ โดยเฉพาะอาหารประเภทแป้ง น้ำตาล และไขมัน จะทำให้น้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นมากเกินไป ส่งผลให้เกิดภาวะน้ำหนักเกินหรืออ้วนในหญิงตั้งครรภ์ ซึ่งทำให้เกิดผลเสียต่อสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์และทารกตามมาได้ดังที่กล่าวแล้วข้างต้น ดังนั้นการดูแลให้หญิงตั้งครรภ์ให้มีพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่เหมาะสม จึงมีความสำคัญมากโดยเฉพาะในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ที่มีค่าดัชนีมวลกายเกินก่อนการตั้งครรภ์

การศึกษาที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการรับประทานอาหารของหญิงตั้งครรภ์โดยตรง ยังมีน้อย แต่จากผลการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยครั้งที่ 4 พบว่า คนไทยมีการรับประทานอาหาร ผักผลไม้ไม่เพียงพอ ขณะที่รับประทานอาหารแป้งและไขมันเพิ่มมากขึ้น (วิชัย เอกพลากร และคณะ, 2554) จึงเป็นไปได้ว่าหญิงตั้งครรภ์ที่มีดัชนีมวลกายเกินก่อนตั้งครรภ์ น่าจะมีพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่ไม่แตกต่างจากคนไทยโดยทั่วไป นั่นคือ มีพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่ไม่เหมาะสม พยาบาลผดุงครรภ์ผู้ให้บริการในหน่วยฝากครรภ์ จึงควรตระหนักถึงความสำคัญของปัญหานี้และดูแลป้องกันไม่ให้หญิงตั้งครรภ์กลุ่มนี้มีน้ำหนักตัวที่เพิ่มมากขึ้นไปในขณะตั้งครรภ์ โดยส่งเสริมให้รับประทานอาหารที่ไม่มีส่วนประกอบของแป้ง น้ำตาล และไขมันมากเกินไป พยาบาลจึงควรทราบถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการรับประทานอาหารของหญิงตั้งครรภ์ในกลุ่มนี้

พฤติกรรมมารับประทานอาหารของหญิงตั้งครรภ์มีความเกี่ยวข้องกับปัจจัยส่วนบุคคล ครอบครัว และสิ่งแวดล้อม โดยปัจจัยส่วนบุคคลมีอิทธิพลโดยตรงต่อความรู้สึกนึกคิดและการตัดสินใจในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (Rosenstock, 1974) อีกทั้งบริบทในการศึกษาวิจัยครั้งนี้อยู่ในเขตนิคมอุตสาหกรรมจังหวัดสมุทรปราการ อีกทั้งมีลักษณะเป็นชุมชนเมือง ซึ่งมีอุบัติการณ์ของภาวะอ้วนในเพศหญิงสูง (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรปราการ, 2558) วิถีชีวิตของคนในชุมชนรีบเร่ง มีเวลาน้อยในการประกอบอาหารรับประทานเอง อีกทั้งส่วนใหญ่เป็นครอบครัวเดี่ยว มีการพึ่งพากันในชุมชนน้อย ดังนั้นในการส่งเสริมให้หญิงตั้งครรภ์มีพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่ดีหรือเหมาะสมจึงควรเริ่มศึกษาปัจจัยส่วนบุคคลก่อน

แนวคิดแบบแผนความเชื่อทางสุขภาพ (Rosenstock, 1974) กล่าวว่า บุคคลจะปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ดี เมื่อมีการรับรู้โอกาสเสี่ยง (Perceived susceptibility) และความรุนแรง (Perceived severity) ของผลที่เกิดจากการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพนั้น ๆ นอกจากนี้บุคคลจะต้องรับรู้ถึงประโยชน์ (Perceived benefits) ที่ได้จากการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ และการรับรู้อุปสรรค (Perceived barriers) ต่าง ๆ นั้น ไม่สามารถขัดขวางการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพนั้นได้ จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องพบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคหรือภาวะแทรกซ้อน และการรับรู้ความรุนแรงหรืออันตรายของโรคหรือภาวะแทรกซ้อนมีผลต่อพฤติกรรมการรับประทานอาหาร ดังเช่น การศึกษาของ สตรีรัตน์ ชาติกานต์, ทศนีย์ พลุกษาชีวะ และอดิเทพ เชาว์วิศิษฐ์ (2553) พบว่า เมื่อหญิงตั้งครรภ์มีการรับรู้ภาวะอ้วนเป็นผลจากการรับประทานอาหารแบบไม่ควบคุมเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่ทำให้เกิดภาวะเบาหวานและความดันโลหิตสูงในขณะตั้งครรภ์ และมีการรับรู้ว่าการเกิดเบาหวานและความดันโลหิตสูงในขณะตั้งครรภ์เป็นภาวะแทรกซ้อนอันตรายต่อตนเองและทารก ส่งผลกระทบต่อภาระค่าใช้จ่ายในครอบครัว และเสียโอกาสในการหารายได้ของคนในครอบครัว ถ้ามีการตั้งครรภ์ครั้งต่อไปจะมีการวางแผนและควบคุมพฤติกรรมการรับประทานอาหารให้ถูกต้องและเหมาะสมเพื่อป้องกันการเกิดโรคหรือภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอันตรายกับตนเองและทารกต่อไป จากการศึกษาของ ศิริพงษ์ ชัมเจริญ, วันทนา มณีศรีวงศ์กุล และแสงทอง ชีระทองคำ (2555) พบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการส่งเสริมสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ($r = .53, p < .001$) ของหญิงตั้งครรภ์ชาวไทยมุสลิม และจากการศึกษาของ สุวรรณิ โคนุช, มยุรี นิรัทธราคร และศิริพร ชัมภลิจิต (2554) พบว่า การรับรู้อุปสรรคของการส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการของหญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุมากกว่า 35 ปี ($r = -.62, p < .01$) เป็นต้น

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ จึงต้องการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของผลกระทบด้านสุขภาพ การรับรู้ความรุนแรงของผลกระทบด้านสุขภาพ การรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานอาหารที่เหมาะสม และการรับรู้อุปสรรคของการรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับพฤติกรรมรับประทานอาหารของหญิงตั้งครรภ์ที่มีค่าดัชนีมวลกายเกินก่อนการตั้งครรภ์ ผลการวิจัยที่ได้เป็นข้อมูลในการวางแผนส่งเสริม ป้องกัน และดูแลหญิงตั้งครรภ์ในกลุ่มนี้ให้มีพฤติกรรมรับประทานอาหารที่เหมาะสมต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการรับประทานอาหารของหญิงตั้งครรภ์ที่มีค่าดัชนีมวลกายเกินก่อนการตั้งครรภ์
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของผลกระทบด้านสุขภาพ การรับรู้ความรุนแรงของผลกระทบด้านสุขภาพ การรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานอาหาร และการรับรู้อุปสรรคของการรับประทานอาหาร กับพฤติกรรมการรับประทานอาหารในหญิงตั้งครรภ์ที่มีค่าดัชนีมวลกายเกินก่อนการตั้งครรภ์

สมมุติฐานของการวิจัย

1. การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดผลกระทบด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการรับประทานอาหารในหญิงตั้งครรภ์ที่มีค่าดัชนีมวลกายเกินก่อนการตั้งครรภ์
2. การรับรู้ความรุนแรงของผลกระทบด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการรับประทานอาหารในหญิงตั้งครรภ์ที่มีค่าดัชนีมวลกายเกินก่อนการตั้งครรภ์
3. การรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานอาหารมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการรับประทานอาหารในหญิงตั้งครรภ์ที่มีค่าดัชนีมวลกายเกินก่อนการตั้งครรภ์
4. การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมการบริโภคอาหารมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการรับประทานอาหารของหญิงตั้งครรภ์ที่มีค่าดัชนีมวลกายเกินก่อนการตั้งครรภ์

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การศึกษาค้นคว้าความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการรับประทานอาหารในหญิงตั้งครรภ์ที่มีค่าดัชนีมวลกายเกินก่อนการตั้งครรภ์ในครั้งนี้ ใช้กรอบแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health belief model) ของ Rosenstock (1974) เป็นกรอบแนวคิดของการวิจัย ซึ่งได้อธิบายปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันโรคของบุคคล ประกอบด้วย

มโนทัศน์เกี่ยวกับการรับรู้ของบุคคล (Individual perception) เมื่อบุคคลรับรู้โอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของการเกิดโรค บุคคลนั้นจะปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรค และจัดการกับปัญหาหรืออุปสรรคต่าง ๆ โดยคำนึงถึงประโยชน์ที่ตนจะได้รับ ซึ่งโครงสร้างขององค์ประกอบตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ประกอบไปด้วย การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค (Perceived susceptibility) การรับรู้ความรุนแรงของโรค (Perceived severity) การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรค (Perceived benefits) และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรค (Perceived barriers)

ดังนั้นการที่หญิงตั้งครรภ์ที่มีค่าดัชนีมวลกายเกินก่อนการตั้งครรภ์ มีการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงของผลกระทบด้านสุขภาพ มีการรับรู้ความรุนแรงของผลกระทบด้านสุขภาพนั้น ๆ มีการรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานอาหารที่เหมาะสมในการลดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ที่จะเกิดขึ้นกับตนเองและทารกในครรภ์ และมีการรับรู้อุปสรรคของการรับประทานอาหารที่เหมาะสมในการลดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ที่จะเกิดขึ้นกับตนเองและทารกในครรภ์ได้นั้น มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่เหมาะสม ซึ่งหมายถึง ลดการรับประทานอาหารที่มีส่วนประกอบของแป้ง น้ำตาล และอาหารที่มีไขมันสูง และเพิ่มการรับประทานอาหารที่มีกากใยสูง ได้แก่ ผักต่าง ๆ ผลไม้ที่มีรสหวานน้อย จะสามารถป้องกันผลกระทบด้านสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ งานวิจัยนี้จึงสรุปกรอบแนวคิดการวิจัยดังแสดงในภาพที่ 1-1



ภาพที่ 1-1 กรอบแนวคิดของการวิจัย

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบบรรยายความสัมพันธ์ (Descriptive correlation research) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมรับประทานอาหารของ

หญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุครรภ์ ตั้งแต่ 20 สัปดาห์ขึ้นไป และมีค่าดัชนีมวลกายเกินก่อนการตั้งครรภ์ จำนวน 100 ราย เข้ารับบริการฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลบางป่อ จังหวัดสมุทรปราการ ในระหว่าง วันที่ 8 มีนาคม พ.ศ. 2559 ถึงวันที่ 31 พฤษภาคม พ.ศ. 2559

ตัวแปรที่ศึกษาประกอบไปด้วย ตัวแปรดังนี้

1. พฤติกรรมการรับประทานอาหารของหญิงตั้งครรภ์ที่มีค่าดัชนีมวลกายเกินก่อนการตั้งครรภ์
2. การรับรู้โอกาสเสี่ยงของผลกระทบด้านสุขภาพ
3. การรับรู้ความรุนแรงของผลกระทบด้านสุขภาพ
4. การรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานอาหาร
5. การรับรู้อุปสรรคของการรับประทานอาหาร

นิยามศัพท์เฉพาะ

1. **ค่าดัชนีมวลกายเกินก่อนการตั้งครรภ์** หมายถึง ค่าที่ได้จากการคำนวณ โดยใช้ คำนวณน้ำหนักตัวเป็นกิโลกรัมก่อนการตั้งครรภ์ที่หญิงตั้งครรภ์แจ้งต่อเจ้าหน้าที่พยาบาลที่รับฝากครรภ์ ครั้งแรกหารด้วยส่วนสูงวัดเป็นเมตรยกกำลังสอง ซึ่งมีค่าตั้งแต่ 23 กก./ม.² เป็นต้นไป โดยใช้ เกณฑ์อ้างอิงตามคำแนะนำขององค์การอนามัยโลกในการคัดกรองภาวะน้ำหนักเกินสำหรับ ประชากรในประเทศแถบเอเชีย (WHO, 2000)

2. **พฤติกรรมการรับประทานอาหาร** หมายถึง การแสดงออกหรือการปฏิบัติตัวของ หญิงตั้งครรภ์ที่มีค่าดัชนีมวลกายเกินก่อนการตั้งครรภ์ ในเรื่องของการรับประทาน อาหารที่เหมาะสม ได้แก่ ลดการรับประทานอาหารกลุ่มแป้ง น้ำตาล ไขมันสูง เพิ่มการรับประทานอาหาร กลุ่มที่มีกากใยอาหารสูง ประเมินจากแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

3. **ความเชื่อด้านสุขภาพ** หมายถึง ความรู้สึกนึกคิดหรือการเห็นด้วยในเรื่องที่เกี่ยวข้อง กับการเกิดผลกระทบด้านสุขภาพ แบ่งออกเป็น ดังนี้

3.1 การรับรู้โอกาสเสี่ยงของผลกระทบด้านสุขภาพ หมายถึง ความรู้สึกนึกคิดหรือ ความคิดเห็นของหญิงตั้งครรภ์ว่าอาจจะเกิดหรือมีโอกาสเกิดผลกระทบต่อสุขภาพของตนเองและ ทารกในครรภ์ ได้แก่ การเกิดภาวะเบาหวาน ความดันโลหิตสูงในขณะตั้งครรภ์ การคลอดลูกตัวโต การอ้วนหลังคลอด ทารกอ้วนเมื่อเข้าสู่วัยเด็ก ที่เป็นผลจากการรับประทานอาหารที่ไม่เหมาะสม ประเมินจากแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

3.2 การรับรู้ความรุนแรงของผลกระทบด้านสุขภาพ หมายถึง ความรู้สึกนึกคิดหรือ ความคาดหวังของหญิงตั้งครรภ์ต่อความรุนแรงหรืออันตรายของการเกิดผลกระทบต่อสุขภาพ

ของตนเองและทารกในครรภ์ เนื่องจากพฤติกรรมมารับประทานอาหารที่ไม่เหมาะสม ได้แก่ การเกิดภาวะเบาหวาน ความดันโลหิตสูงในขณะตั้งครรภ์ โรคอ้วน การคลอดลูกตัวโต ทารกตาย หรือพิการเลือดออกในสมองจากการช่วยคลอด ประเมินจากแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

3.3 การรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานอาหาร หมายถึง ความรู้สึกนึกคิดของหญิงตั้งครรภ์เกี่ยวกับผลดีของการรับประทานอาหารที่เหมาะสม ในการลดและป้องกันการเกิดภาวะเบาหวาน ความดันโลหิตสูงในขณะตั้งครรภ์ การคลอดลูกตัวโต การอ้วนหลังคลอด ทารกอ้วนเมื่อเข้าสู่วัยเด็ก ประเมินผลจากแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

3.4 การรับรู้อุปสรรคของการรับประทานอาหาร หมายถึง ความรู้สึกนึกคิดของหญิงตั้งครรภ์ต่อปัญหาและอุปสรรคที่มาขัดขวางการมีพฤติกรรมมารับประทานอาหารที่เหมาะสม ได้แก่ ความยุ่งยากในการหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารที่มี แป้ง น้ำตาล และไขมันสูง การเพิ่มการรับประทานอาหารที่มีกากใย ความยุ่งยากในการปรุงอาหาร การสิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายในการประกอบอาหาร โดยประเมินผลจากแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรม การรับประทานอาหารในหญิงตั้งครรภ์ที่มีค่าดัชนีมวลกายก่อนการตั้งครรภ์เกินเกณฑ์ ผู้วิจัย ได้ศึกษาค้นคว้าตำรา เอกสาร และแนวคิดทฤษฎีต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำมาเป็นแนวทาง ในการกำหนดเนื้อหาและสร้างเครื่องมือในการวิจัย ซึ่งผู้วิจัยได้กำหนดขอบเขตของการทบทวนวรรณกรรมไว้ตามลำดับ ดังนี้

1. ภาวะน้ำหนักเกินและอ้วนในหญิงตั้งครรภ์
2. ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะน้ำหนักเกินหรืออ้วนในหญิงตั้งครรภ์
3. พฤติกรรมการรับประทานอาหารของหญิงตั้งครรภ์
4. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการรับประทานอาหาร

ภาวะน้ำหนักเกินและอ้วนในหญิงตั้งครรภ์

ความหมายของภาวะน้ำหนักเกินและอ้วน

ภาวะน้ำหนักเกินและอ้วน หมายถึง ภาวะผิดปกติที่เกิดขึ้นกับร่างกาย ซึ่งเกิดจากพลังงาน ที่ร่างกายได้รับมากเกินไปความต้องการของร่างกาย พลังงานที่เหลือจึงถูกสะสมไว้ในร่างกาย ในรูปของไขมันที่มากกว่าปกติ (WHO, 2000) การมีภาวะน้ำหนักเกินหรืออ้วนสามารถวินิจฉัยได้ ด้วยการวัดปริมาณไขมันในร่างกายโดยตรงโดยการใช้เครื่องมือต่าง ๆ และมีความยุ่งยากในการปฏิบัติ จึงนิยมใช้การคำนวณดัชนีมวลกาย (Body mass index [BMI]) เป็นเครื่องมือสำคัญที่นำมา ประเมินและแบ่งระดับการเกิดภาวะน้ำหนักเกินและอ้วนแทนการวัดปริมาณไขมันในร่างกาย

ค่าดัชนีมวลกาย (Body mass index) คือ ค่าความหนาของร่างกายที่คำนวณได้จาก น้ำหนักตัววัดเป็นกิโลกรัมหารด้วยส่วนสูงที่วัดเป็นเมตรยกกำลังสอง ค่าที่ได้จะเป็นค่าที่ใช้ในการ ประเมินภาวะโภชนาการของผู้ใหญ่ที่มีอายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป แปรผันตามการเพิ่มขึ้นของน้ำหนัก ตัว

เกณฑ์ในการพิจารณาแบ่งระดับค่าดัชนีมวลกาย

การใช้ค่าดัชนีมวลกายในการประเมินภาวะน้ำหนักเกินหรืออ้วน มีความแตกต่างกัน เนื่องจากรูปร่างและโครงสร้างร่างกายของประชากรในแต่ละภูมิภาค และปัจจัยทางชีวภาพ ที่หลากหลายมีกฎเกณฑ์เฉพาะตัวองค์การอนามัยโลก (WHO, 2000) จึงได้กำหนดให้ ผู้ที่มี

ค่าดัชนีมวลกายมากกว่าหรือเท่ากับ 25 กก./ ม.² มีภาวะน้ำหนักเกิน และผู้ที่มีค่าดัชนีมวลกายที่ 30 กก./ ม.² ขึ้นไป มีภาวะอ้วน แต่สำหรับประชากรในแถบเอเชีย องค์การอนามัยโลกในภาคพื้นแปซิฟิกตะวันตก (Western Pacific Region Office [WPRO]) กำหนดให้ผู้ที่มามีค่าดัชนีมวลกายตั้งแต่ 23 กก./ ม.² มีภาวะน้ำหนักเกิน และค่าดัชนีมวลกายตั้งแต่ 25 กก./ ม.² มีภาวะอ้วน (Rasmussen, Kathleen, Ann, & Yaktine, 2009) (ตารางที่ 1-1)

ตารางที่ 1-1 ค่าดัชนีมวลกาย (BMI) ตามเกณฑ์ขององค์การอนามัยโลกและของประชากรทั่วไปและเอเชีย

กลุ่ม	ดัชนีมวลกาย (กก./ ม. ²)	
	เกณฑ์ขององค์การอนามัย (1998)	เกณฑ์สำหรับประชากรเอเชีย
น้ำหนักน้อย	< 18.50	< 18.50
น้ำหนักปกติ	18.50-24.99	18.50-22.99
น้ำหนักเกิน	≥ 25.00	≥ 23.00
Pre-obese	25.00-29.99	23.00-24.99
อ้วนระดับ 1	30.00-< 34.99	25.00-29.99
อ้วนระดับ 2	35.00-< 39.99	≥ 30.00
อ้วนระดับ 3	≥ 40.00	-

ที่มา: สำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ (ม.ป.ป.).

จากตารางข้างต้นจึงสรุปได้ว่า หญิงตั้งครรภ์คนไทยที่มีภาวะน้ำหนักเกินหรืออ้วนก่อนการตั้งครรภ์ หมายถึง หญิงตั้งครรภ์ที่มีค่าดัชนีมวลกายก่อนการตั้งครรภ์ตั้งแต่ 23 กก./ ม.² ขึ้นไป การทราบค่าดัชนีมวลกายของหญิงตั้งครรภ์ก่อนการตั้งครรภ์ จึงเป็นสิ่งที่บุคลากรสาธารณสุขและหญิงตั้งครรภ์ควรทราบเป็นเบื้องต้น เพื่อนำค่าดัชนีมวลกายที่ได้จากการคำนวณ นำมาเทียบกับเกณฑ์การเพิ่มขึ้นของน้ำหนักตัวในหญิงตั้งครรภ์ ว่าอยู่ในเกณฑ์การเพิ่มขึ้นของน้ำหนักตัวที่เหมาะสมหรือไม่

น้ำหนักตัวที่ควรเพิ่มขึ้นในระหว่างการตั้งครรภ์ (Gestational weight gain)

ในไตรมาสแรกของการตั้งครรภ์หญิงตั้งครรภ์อาจไม่มีน้ำหนักเพิ่มขึ้น หรือเพิ่มขึ้นเพียง 1 กิโลกรัม เนื่องจากหญิงตั้งครรภ์มีอาการแพ้ท้อง จึงรับประทานอาหารได้น้อย เมื่อผ่านไตรมาสที่ 1 ไปแล้ว อาการแพ้ท้องหายไป ฮอร์โมนจากรกผลิตเพิ่มขึ้น มีผลให้เกิดการเผาผลาญไกลโคไลเจน

มาเป็นพลังงาน หญิงตั้งครรภ์จะมีความอยากรับประทานอาหารเพิ่มขึ้น ในระยะไตรมาส 2 และ 3 (พวงน้อย สารรัตนกุล และจันทิมา ขนบดี, 2550) หญิงตั้งครรภ์ที่มีค่าดัชนีมวลกายปกติ ควรมีน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นสัปดาห์ละ 1 ปอนด์หรือประมาณครึ่งกิโลกรัม และตลอดการตั้งครรภ์ควรมีน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นประมาณ 11.5-16 กิโลกรัม (Institute of Medicine [IOM], 2009)

สถาบันทางการแพทย์แห่งสหรัฐอเมริกา (Institute of Medicine [IOM]) ได้เสนอแนะน้ำหนักตัวที่ควรเพิ่มขึ้นตลอดการตั้งครรภ์สำหรับคนในประเทศทางยุโรปและอเมริกา ถึงแม้ว่าองค์การอนามัยโลกจะกำหนดเกณฑ์การประเมินดัชนีมวลกายของคนเอเชีย แต่ไม่ได้กำหนดน้ำหนักตัวที่ควรเพิ่มขึ้นตลอดการตั้งครรภ์ของหญิงตั้งครรภ์ในคนเอเชีย ดังนั้นในการประเมินน้ำหนักตัวที่เพิ่มขึ้นของคนไทย จึงใช้เกณฑ์ของสถาบันทางการแพทย์แห่งสหรัฐอเมริกาเป็นแนวทางในการดูแลภาวะโภชนาการของหญิงตั้งครรภ์ น้ำหนักตัวที่ควรเพิ่มขึ้นในไตรมาส 2 และ 3 และน้ำหนักตัวที่เพิ่มขึ้นตลอดการตั้งครรภ์ แสดงในตารางที่ 1-2

การมีภาวะน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นเกินเกณฑ์ในหญิงตั้งครรภ์ (Excessive gestational weight gain) หมายถึง การมีน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นตลอดการตั้งครรภ์ (Total weight gain) มากกว่าเกณฑ์ปกติที่กำหนดไว้ ตามคำแนะนำของสถาบันทางการแพทย์แห่งสหรัฐอเมริกา (IOM, 2009) ดังนั้นการควบคุมน้ำหนักตัวในระยะตั้งครรภ์ให้อยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสม จึงเป็นสิ่งที่หญิงตั้งครรภ์ที่มีน้ำหนักเกินหรืออ้วนควรจะให้สำคัญ

สำหรับการเพิ่มของน้ำหนักตัวในระหว่างการตั้งครรภ์ ในคนที่มีรูปร่างอ้วนก่อนการตั้งครรภ์ ภายหลังไตรมาสแรกของการตั้งครรภ์ควรมีน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นประมาณ 1 ปอนด์ต่อสัปดาห์หรือประมาณ 0.5 กิโลกรัมต่อสัปดาห์ สถาบันทางการแพทย์แห่งสหรัฐอเมริกาแนะนำ (IOM) ได้กำหนดอัตราการเพิ่มขึ้นของน้ำหนักตัวตลอดระยะเวลาของการตั้งครรภ์ ดังแสดงในตารางที่ 1-2

ตารางที่ 1-2 น้ำหนักตัวที่ควรเพิ่มขึ้นตลอดระยะเวลาของการตั้งครรภ์

ค่าดัชนีมวลกายก่อนตั้งครรภ์	อัตราการเพิ่มขึ้นของน้ำหนัก ในไตรมาสที่ 2 และ 3 (กิโลกรัม/ สัปดาห์)	น้ำหนักที่เพิ่มขึ้น ตลอดการตั้งครรภ์ (กิโลกรัม)
น้ำหนักน้อย (<18.5 กก./ ม. ²)	0.44-0.58	12.50-18.00
น้ำหนักปกติ(18.5-22.9 กก./ ม. ²)	0.35-0.50	11.50-16.00
น้ำหนักเกิน (23.0-29.9 กก./ ม. ²)	0.23-0.33	7.00-11.50
อ้วน (≥ 30.0 กก./ ม. ²)	0.17-0.27	5.00-9.00

ที่มา: คัดแปลงมาจากคำแนะนำของ Institute of Medicine (2009)

อุบัติการณ์ของการมีน้ำหนักตัวเกินหรืออ้วนขณะตั้งครรภ์

การมีน้ำหนักเกินหรืออ้วนเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญของโลกและของประเทศไทย จากรายงานขององค์การอนามัยโลก พบว่า ทั่วโลกมีน้ำหนักตัวเกิน (ค่าดัชนีมวลกาย ≥ 25 กก./ ม.²) ประมาณ 1.9 พันล้านคน และเป็นโรคอ้วน (ค่าดัชนีมวลกาย ≥ 30 กก./ ม.²) มากกว่า 600 ล้านคน หรือร้อยละ 39 ของวัยผู้ใหญ่ที่มีน้ำหนักเกินหรืออ้วน (WHO, 2013) จากการศึกษาในต่างประเทศและประเทศสหรัฐอเมริกา ระหว่างปี พ.ศ. 2503-2547 ความชุกของหญิงวัยเจริญพันธุ์อายุ 20-39 ปี ที่ยังไม่เคยตั้งครรภ์และมีภาวะอ้วนเพิ่มขึ้นประมาณ 3 เท่า (Ogden et al., 2006) และหากพิจารณาในช่วงอายุที่น้อยลงไป คือ กลุ่มวัยรุ่นที่มีอายุระหว่าง 12-19 ปี พบว่า วัยรุ่นที่มีภาวะน้ำหนักเกินเพิ่มขึ้นประมาณ 4 เท่า ขณะที่ผู้หญิงที่มีน้ำหนักตัวน้อยกว่าปกติก่อนการตั้งครรภ์กลับมีจำนวนน้อยลง แต่ผู้หญิงที่มีน้ำหนักเกินก่อนการตั้งครรภ์ กลับมีจำนวนเพิ่มขึ้นอย่างมาก นอกจากนี้พบว่า หญิงตั้งครรภ์ที่มีน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นขณะตั้งครรภ์ (Gestational weight gain) มากกว่า 18 กิโลกรัม มีน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นจากน้ำหนักก่อนการตั้งครรภ์ร้อยละ 5 (Ogden et al., 2006)

รายงานการสำรวจสุขภาพของคนไทย (วิชัย เอกพลากร และคณะ, 2554) พบว่า ภาวะน้ำหนักเกินและอ้วนในผู้หญิง (ค่าดัชนีมวลกาย ≥ 25 กก./ ม.²) เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 34.4 ในปี พ.ศ. 2547 เป็นร้อยละ 40.7 ในปี พ.ศ. 2552 ผู้หญิงมีสัดส่วนของคนที่มีภาวะอ้วน และอ้วนลงพุงมากกว่าผู้ชาย และจากฐานข้อมูลของเขตบริการสุขภาพที่ 6 จังหวัดสมุทรปราการ ณ วันที่ 31 มกราคม พ.ศ. 2559 ความชุกของการเกิดภาวะอ้วนและอ้วนลงพุง ก็มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นในทุกอำเภอ โดยเฉพาะอย่างยิ่งอำเภอบางบ่อ ในปี พ.ศ. 2557-2558 ความชุกของการเกิดภาวะนี้

มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 11.86 เป็นร้อยละ 16.14 การที่ผู้หญิงมีภาวะอ้วนเพิ่มมากขึ้นนี้เอง ทำให้คาดประมาณได้ว่า อุบัติการณ์ของผู้หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะน้ำหนักตัวเกินหรืออ้วนก่อนการตั้งครรภ์น่าจะเพิ่มขึ้นด้วย (ตรีภพ เลิศบรรณพงษ์, 2551; วิชัย เอกพลากร และคณะ, 2554)

ผลกระทบของการเกิดภาวะน้ำหนักเกินและอ้วน

การเกิดภาวะน้ำหนักเกินหรืออ้วนมีความสัมพันธ์กับการเกิดผลกระทบทางด้านร่างกาย จิตใจ และคุณภาพชีวิตของวัยผู้ใหญ่ (Wang et al., 2011) ส่งผลต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน และความเสี่ยงด้านสุขภาพของประชาชนทุกเพศ ทุกกลุ่มวัย โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเพศหญิง พบว่า ส่งผลกระทบต่อสุขภาพหลายอย่าง เช่น เพิ่มโอกาสเกิดโรคเบาหวานชนิดที่สอง โรคมะเร็งทุกชนิด ยกเว้นมะเร็งหลอดอาหาร โรคหัวใจและหลอดเลือดทุกชนิดยกเว้นหัวใจล้มเหลว หอบหืด โรคถุงน้ำดี โรคข้อเข่าเสื่อม ปวดหลังเรื้อรัง (Guh et al., 2009) ทั้งนี้หากเกิดการตั้งครรภ์ขึ้นในผู้ที่มี ภาวะน้ำหนักเกินหรืออ้วนก่อนการตั้งครรภ์ยังพบอีกว่า เป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่จะทำให้มีน้ำหนัก ตัวเพิ่มขึ้นขณะตั้งครรภ์มากเกินไป (Excessive gestational weight gain) (Herring et al., 2012; Hill, Skouteris, McCabe, & Fuller-Tyszkiewicz, 2013; Olson et al. 2003)

โดยทั่วไปหญิงตั้งครรภ์มีการเพิ่มขึ้นของน้ำหนักตัวที่มากเกินไปกว่าเกณฑ์ปกติมากกว่า การเพิ่มขึ้นของน้ำหนักตัวน้อยกว่าเกณฑ์ (Brawarsky et al., 2005) ผลที่เกิดจากการเพิ่มขึ้น ของน้ำหนักตัวที่มากเกินไปกว่าเกณฑ์ปกติในระยะตั้งครรภ์ คลอด พบว่า มีความสัมพันธ์กับ ความเสี่ยงที่จะส่งผลกระทบต่อทารกคลอดไม่ดี (Scott-Pillai et al. 2013) หรือมี ความเกี่ยวข้องกับภาวะแทรกซ้อนทุกระยะของการตั้งครรภ์ คลอด และภายหลังคลอด (Aviram et al., 2011; Paiva et al., 2012; Scott-Pillai et al., 2013; Tsai et al., 2012) ทั้งใน หญิงตั้งครรภ์และทารกต่อไปได้ ดังนี้

1. ระหว่างการตั้งครรภ์ พบว่ามีโอกาสเกิดภาวะความดันโลหิตสูง ภาวะเบาหวานขณะ ตั้งครรภ์ และการมีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดเพิ่มสูงขึ้นมากกว่าหญิงตั้งครรภ์ที่มีน้ำหนักตัว ก่อนการตั้งครรภ์ปกติ (ทวิษ ศรีเกษม, 2554; สิริยา กิติโยดม และพิเศก ทองสวัสดิ์วงศ์, 2551; Tsai et al., 2012) และจากการศึกษาในต่างประเทศ ยังพบอีกว่า หญิงตั้งครรภ์ที่มีน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น ตลอดการตั้งครรภ์มากกว่า 40 ปอนด์หรือ ประมาณ 18 กิโลกรัม มีความเสี่ยงที่จะคลอดลูกตัวโต (Hillier et al., 2008)

2. ระหว่างการคลอด พบว่า เกิดการคลอดก่อนกำหนดและการคลอดเกินกำหนด อัตรา การผ่าตัดคลอดบุตร อัตราของการที่ศีรษะทารกไม่ได้สัดส่วนกับอุ้งเชิงกราน และอัตราของการที่ ทารกตัวโตมีน้ำหนักแรกเกิด 4,000 กรัมขึ้นไปมากกว่าหญิงตั้งครรภ์ที่มีน้ำหนักก่อนการตั้งครรภ์ อยู่ในเกณฑ์ปกติ (สิริยา กิติโยดม และพิเศก ทองสวัสดิ์วงศ์, 2551) ซึ่งในระหว่างการคลอด

หากมีภาวะอ้วน พบว่ามีความเกี่ยวข้องกับระยะเวลาของการดำเนินการคลอดในระยะที่ 1 นานกว่า ใช้วิธีการกระตุ้นการเจ็บครรภ์คลอดมากกว่า มีโอกาสล้มเหลวจากการกระตุ้นคลอดสูงกว่าหญิง ตั้งครรภ์คลอดที่มีค่าดัชนีมวลกายปกติ (Tsai et al., 2012) และทารกที่เกิดจากมารดาที่มีภาวะอ้วน (ค่าดัชนีมวลกาย > 40 กก./ม.²) พบว่า มีโอกาสเกิดการบาดเจ็บจากการคลอด เกิดอาการหายใจลำบาก เกิดการติดเชื้อแบคทีเรีย เกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำแรกเกิดสูงเมื่อเปรียบเทียบกับมารดาที่มี น้ำหนักตัวอยู่ในเกณฑ์ปกติ (สิริยา กิติโยดม และพิเชก ทองสวัสดิ์วงศ์, 2551; Bloomberg, 2013)

3. ภายหลังคลอด พบว่า มารดาหลังคลอดที่มีภาวะอ้วนระหว่างการตั้งครรภ์จะมีน้ำหนัก คั่งค้างภายหลังคลอดและมีความเสี่ยงสูงที่จะเกิดการติดเชื้อภายหลังคลอด (Paiva et al., 2012) เกิดการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ ได้รับยาแก้อักเสบภายหลังคลอด (Scott-Pillai et al., 2013) ระยะเวลาของการนอนโรงพยาบาลนานกว่าปกติเนื่องจากการมีภาวะแทรกซ้อนตามมาจากภาวะ อ้วน การตกเลือดหลังคลอดมีโอกาสมเพิ่มสูงขึ้นในสตรีตั้งครรภ์คลอดที่มีภาวะอ้วน ทั้งนี้อาจ เนื่องจากการตกเลือดหรือภาวะอ้วนทำให้การออกฤทธิ์ของยาช่วยในการหดตัวของมดลูกใน ขนาดที่ใช้ตามปกติ มีประสิทธิภาพลดลงจากการกระจายตัวของยามากขึ้น (จรินทร์ทิพย์ สมประสิทธิ์, 2556, หน้า 182) รวมไปถึงการมีภาวะอ้วนในขณะที่ตั้งครรภ์ส่งผลต่อการเกิดโรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูงได้

4. ในระยะยาว พบว่า ทารกที่เกิดจากมารดาที่มีภาวะอ้วนมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรค เกี่ยวกับระบบหลอดเลือดหัวใจได้ในอนาคต (Aviram et al., 2011)

จะเห็นได้ว่าน้ำหนักตัวที่เพิ่มขึ้นเกินกว่าเกณฑ์ปกติในขณะที่ตั้งครรภ์ ส่งผลกระทบด้าน สุขภาพของมารดาและทารก มีความจำเป็นที่บุคลากรการแพทย์จะต้องเพิ่มการดูแล และการติดตาม เฝ้าระวังหญิงตั้งครรภ์คลอดในกลุ่มนี้มากกว่าหญิงตั้งครรภ์ที่มีน้ำหนักปกติหรือมีค่าดัชนีมวลกาย ก่อนการตั้งครรภ์ปกติ

ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะน้ำหนักเกินหรืออ้วนในหญิงตั้งครรภ์

การเพิ่มขึ้นของน้ำหนักตัวเป็นการเปลี่ยนแปลงของร่างกายที่เกิดขึ้นปกติในหญิง ตั้งครรภ์ ซึ่งเกิดจากการเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมนภายในร่างกาย ส่งผลให้มีขนาดใหญ่ขึ้น ได้แก่ มดลูกและเต้านมที่ขยายใหญ่ขึ้น ปริมาตรเลือดที่เพิ่มขึ้น ไขมันที่สะสมมากขึ้น จำแนกออกได้เป็น น้ำคืดเป็นปริมาณร้อยละ 60 ไขมันคืดเป็นร้อยละ 30 โปรตีนคืดเป็นร้อยละ 5 ของน้ำหนักตัว ที่เพิ่มมากขึ้นทั้งหมด (Hyttten & Chamberlain, 1980) การเพิ่มขึ้นของน้ำหนักตัวที่มากเกินเกณฑ์ หรือ มีค่าดัชนีมวลกายในขณะที่ตั้งครรภ์อยู่ในเกณฑ์ที่มากเกินไป มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงเมตาบอลิซึม คาร์โบไฮเดรต โปรตีน ไขมัน และแร่ธาตุต่าง ๆ นั้น ส่งผลให้มีระดับน้ำตาลในเลือดสูงขึ้น

(Olson et al., 2003) และระดับฮอร์โมน Insulin และ Leptin ในกระแสเลือด การเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมนที่ทำให้มีการสะสมของไขมันในส่วนต่าง ๆ ของร่างกายนี้เอง จึงทำให้มีปริมาณไขมันเพิ่มมากขึ้น ไขมันจึงเป็นองค์ประกอบที่มีความแปรผันมากที่สุด และมีความสำคัญมากที่สุดที่จะทำให้เกิดความแตกต่างของการเพิ่มขึ้นของน้ำหนักตัวขณะตั้งครรภ์ (Butte et al., 2003) ในระหว่างการตั้งครรภ์นอกจากการเปลี่ยนแปลงทางพยาธิสรีระของการตั้งครรภ์จะทำให้หญิงตั้งครรภ์มีน้ำหนักเพิ่มขึ้นแล้ว ยังมีปัจจัยอื่น ๆ ที่มีผลต่อการมีน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นของหญิงตั้งครรภ์ ดังนี้

1. ค่าดัชนีมวลกายก่อนการตั้งครรภ์ เป็นปัจจัยสำคัญในการทำนายน้ำหนักตัวที่เพิ่มขึ้นขณะตั้งครรภ์ (Herring et al., 2008) โดยผู้ที่มียอดดัชนีมวลกายก่อนการตั้งครรภ์เกินจะมีน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นในขณะตั้งครรภ์มากเกินเกณฑ์ จากการศึกษาของ บุญสิตา จันทร์ดี, เขียวลักษณ์ เสรีเสถียร และวรรณ พาหุวัฒน์กร (2557) พบว่า หญิงตั้งครรภ์ที่มีค่าดัชนีมวลกายมากกว่าเกณฑ์ มีน้ำหนักเพิ่มขึ้นขณะตั้งครรภ์โดยเฉลี่ย 14.6 กิโลกรัม และพบว่ากลุ่มที่มีดัชนีมวลกายต่ำกว่าเกณฑ์จะมีน้ำหนักเพิ่มขึ้นตามเกณฑ์ประมาณ 3 เท่าของหญิงตั้งครรภ์ที่มีดัชนีมวลกายปกติ แต่ในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ที่มีค่าดัชนีมวลกายเกินเกณฑ์จะมีน้ำหนักเพิ่มขึ้นตามเกณฑ์ประมาณ 0.2 เท่าของหญิงตั้งครรภ์ที่มีดัชนีมวลกายก่อนการตั้งครรภ์ปกติ และหญิงตั้งครรภ์ที่มีน้ำหนักตัวน้อยในขณะตั้งครรภ์มักให้กำเนิดทารกที่มีน้ำหนักตัวน้อย (Ehrenberg, Dierker, Milluzzi, & Mercer, 2003)

2. อายุมารดา มีการศึกษาเกี่ยวกับผลของอายุมารดาที่มีต่อการเพิ่มขึ้นของน้ำหนักตัวขณะตั้งครรภ์ ส่วนใหญ่ทำการศึกษาในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น สถาบันทางการแพทย์แห่งสหรัฐอเมริกา (IOM) ตั้งข้อสังเกตจากการศึกษาในวัยรุ่นพบว่า ในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นมีอัตราส่วนการคลอดทารกน้ำหนักแรกเกิดและน้ำหนักตัวของมารดาเพิ่มขึ้นขณะตั้งครรภ์ มีแนวโน้มต่ำกว่าหญิงตั้งครรภ์ในกลุ่มวัยรุ่น (IOM, 1990 อ้างถึงใน ศรีภพ เลิศบรรณพงษ์, 2551)

3. จำนวนครั้งของการคลอด ในหญิงตั้งครรภ์ที่เคยคลอดบุตรมาก่อนมีแนวโน้มที่จะมีน้ำหนักตัวที่เพิ่มขึ้นขณะตั้งครรภ์น้อยกว่าหญิงตั้งครรภ์แรก (Bhattacharya, Campbell, Liston, & Bhattacharya, 2007) ทั้งนี้อาจเกิดจากภายหลังคลอดโดยเฉพาะในรายที่คลอดบุตรหลาย ๆ ครั้ง มารดาจะมีน้ำหนักคงค้างเหลืออยู่ทำให้มารดาที่เคยคลอดบุตรมาก่อนมีภาวะน้ำหนักเกินหรืออ้วน

4. สุขภาพโดยรวมของมารดาและการเพิ่มขึ้นของน้ำหนักตัวขณะตั้งครรภ์ จากการศึกษาเปรียบเทียบระหว่างหญิงตั้งครรภ์ที่ไม่ได้เป็นโรคเบาหวานกับหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวานเรื้อรังก่อนการตั้งครรภ์หรือเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ (Chronic or gestational diabetes) เพิ่มความเสี่ยงต่อการเพิ่มขึ้นของน้ำหนักตัวขณะตั้งครรภ์ที่ไม่ดีพอ และมารดาที่มีน้ำหนักเกินก่อนการตั้งครรภ์รวมทั้งมารดาที่ยังไม่เคยตั้งครรภ์มีความเสี่ยงต่อการเพิ่มขึ้นมากเกินเกณฑ์ขณะตั้งครรภ์

(Brawarsky et al., 2005)

5. พฤติกรรมการรับประทานอาหารมีความสัมพันธ์กับการเพิ่มขึ้นของน้ำหนักตัวขณะตั้งครรภ์ โดยทั่วไปหญิงตั้งครรภ์จะมีน้ำหนักตัวเพิ่มมากขึ้นหลังไตรมาสที่ 1 ของการตั้งครรภ์ เนื่องจากร่างกายมีความต้องการสารอาหารและน้ำมากขึ้น หลังจากได้สูญเสียพลังงานและสารอาหาร จากการแพ้ท้องหรืออาเจียน หญิงตั้งครรภ์จึงมีความต้องการรับประทานอาหารให้มากขึ้น ต้องการบำรุงร่างกาย เพื่อให้ทารกในครรภ์มีสุขภาพแข็งแรง น้ำหนักแรกเกิดมาก จึงส่งผลต่อการเพิ่มขึ้นของน้ำหนักตัวในระยะหลังแพ้ท้อง (พวงน้อย สาครรัตนกุล และจันทิมา ขนบดี, 2550) ในขณะที่ตั้งครรภ์หากมารดารับประทานอาหารเพิ่มมากขึ้นมากกว่าที่เคยได้รับก่อนการตั้งครรภ์ จะมีความเสี่ยงต่อการมีน้ำหนักตัวขณะตั้งครรภ์มากเกินไปถึง 2.35 เท่า ในส่วนของปริมาณและสัดส่วนของอาหารที่รับประทาน พบว่า มารดาที่เพิ่มการรับประทานอาหารที่มีพลังงานสูงในช่วงท้ายของการตั้งครรภ์จะช่วยลดความเสี่ยงต่อการเพิ่มขึ้นที่น้อยเกินของน้ำหนักตัวขณะตั้งครรภ์ แต่กลับพบความเสี่ยงต่อการเพิ่มขึ้นมากเกินไปของน้ำหนักตัวขณะตั้งครรภ์ ขณะที่การรับประทานอาหารในช่วงต้นของการตั้งครรภ์ ไม่ได้มีผลต่อการเพิ่มขึ้นของน้ำหนักตัวขณะตั้งครรภ์ และจากการศึกษาพฤติกรรมการรับประทานอาหารของหญิงตั้งครรภ์ พบว่าการรับประทานอาหารที่อุดมไปด้วย คาร์โบไฮเดรต โปรตีน และผลไม้ จะให้กำเนิดทารกที่มีน้ำหนักตัวมากกว่าหญิงตั้งครรภ์ที่รับประทานอาหารเหล่านี้ในปริมาณที่น้อยกว่า (Loy & Jan Mohamed, 2013)

จากการทบทวนวรรณกรรมดังกล่าวข้างต้น พฤติกรรมการรับประทานอาหารของหญิงตั้งครรภ์เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลอย่างมากที่จะส่งผลต่อการเพิ่มขึ้นของน้ำหนักตัวเกินกว่าเกณฑ์ จนทำให้เกิดภาวะน้ำหนักเกินหรืออ้วนในขณะที่ตั้งครรภ์ และเป็นสิ่งที่หญิงตั้งครรภ์สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อส่งเสริมและป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนแก่ตนเองและทารกในครรภ์ พร้อมทั้งเป็นข้อมูลพื้นฐานสำคัญสำหรับการจัดบริการสุขภาพแก่หญิงตั้งครรภ์ ดังนั้นจึงควรให้ความสนใจที่จะศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมการรับประทานอาหารของหญิงตั้งครรภ์ ในพื้นที่ให้บริการสุขภาพต่อไป

พฤติกรรมการรับประทานอาหารของหญิงตั้งครรภ์

โดยส่วนใหญ่ น้ำหนักตัวของหญิงตั้งครรภ์จะเพิ่มขึ้นในไตรมาสที่สองและสามของการตั้งครรภ์ ไตรมาสแรกหญิงตั้งครรภ์อาจจะมีน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นเล็กน้อย หรือไม่เพิ่มขึ้นได้ เนื่องจากอาจรับประทานอาหารได้น้อยและยังมีคลื่นไส้ อาเจียนอยู่ (พวงน้อย สาครรัตนกุล และจันทิมา ขนบดี, 2550, หน้า 124) บางกรณีหญิงตั้งครรภ์มีการรับประทานอาหารที่มากหรือน้อยเกินความ

จำเป็นของร่างกาย ได้แก่ การเลือกชนิดของอาหารที่ประกอบไปด้วยแป้ง น้ำตาล และไขมันมากเกินไปจนเกินความจำเป็น (Kouba, Hallstrom, Lindholm, & Hirschberg, 2005) รับประทานอาหารได้น้อยลง ในไตรมาสที่สามของการตั้งครรภ์ (กฤตพร เมืองพร้อม, ชญานิส ลือวานิช และประพรศรี นรินทร์รักษ์, 2550) จากปัญหาพฤติกรรมรับประทานอาหารดังกล่าว จึงได้มีข้อเสนอแนะการปฏิบัติพฤติกรรมในการรับประทานอาหารที่ถูกหลักโภชนาการในหญิงตั้งครรภ์ เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์ได้รับพลังงานและสารอาหารหลัก ตามกลุ่มอาหารต่าง ๆ ดังนี้ (ประพิมพ์พร ฉัตรานุกูลชัย, 2556)

1. อาหารในกลุ่มแป้งหรือคาร์โบไฮเดรตไม่ควรรับประทานต่ำกว่า 175 กรัมต่อวัน แนะนำให้รับประทานอาหารที่มีคาร์โบไฮเดรตเชิงซ้อน เช่น ข้าวกล้อง ขนมปังโฮลวีท ธัญพืช เนื่องจากมีกากใยอาหารมาก ทำให้รู้สึกอิ่มนาน ไม่ควรรับประทานอาหารหวานจัด หรือเครื่องดื่มที่มีน้ำตาลมาก เนื่องจากไม่มีคุณค่าทางอาหารและยังทำให้น้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว
2. อาหารกลุ่มโปรตีนหรือเนื้อสัตว์ ควรรับประทานเพิ่มขึ้นจากปกติประมาณ 25 กรัมต่อวัน โดยเลือกรับประทานโปรตีนคุณภาพสูง เลือกรับประทานเนื้อสัตว์ที่ไม่ติดมัน ไข่ นม ถั่วเหลือง เต้าหู้ รับประทานปลาและอาหารทะเลจะได้โปรตีนคุณภาพดี
3. อาหารกลุ่มไขมันหรือน้ำมันให้รับประทานไขมันพอควรเพื่อให้ร่างกายได้รับกรดไขมันที่จำเป็น อย่างไรก็ตาม ไขมันที่ใช้นั้นจะต้องได้จากปลาทะเล และอาหารทะเลนั้นต้องระวังในเรื่องสารพิษปนเปื้อน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในสารปรอท พบว่ามีการปนเปื้อนสูงและให้รับประทานอาหารทะเลรวมทั้งปลาทะเลสีปดาห้ละ 2 มื้อต่อสัปดาห์
4. อาหารกลุ่มไขมันจากทรานส์ ซึ่งได้จากการแปรรูปของน้ำมันพืชให้กลายเป็นของแข็ง พบได้ใน เนยขาว และมาการีน และของทอดที่อุณหภูมิสูงมาก เช่น อาหารกลุ่มฟาสต์ฟู้ด ไม่ควรรับประทานหรือรับประทานให้น้อยที่สุด เนื่องจากเพิ่มอัตราการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ เพิ่มระดับไขมันไม่ดี ลดระดับไขมันดี สามารถผ่านจากรกไปสู่ทารกในครรภ์ทำให้การเผาผลาญอาหารและการดูดซึมกรดไขมันจำเป็น อาจเกิดผลเสียต่อการเจริญเติบโตและพัฒนาการของทารก ข้อเสียของการรับประทานอาหารหมวดไขมันมากเกินไป คือ ไขมันมีพลังงานสูงกว่าอาหารหมวดแป้งและน้ำตาลเกือบ 2 เท่า หากรับประทานมากเกินไป จะทำให้น้ำหนักเพิ่มมากเกินไป และอาจทำให้มีอาการท้องอืดแน่นเฟ้อ
5. อาหารกลุ่มกากใยอาหารมีความสำคัญ เนื่องจากหญิงตั้งครรภ์มักมีอาการท้องผูกจากการที่ฮอร์โมนโปรเจสเตอโรนเพิ่มขึ้น ทำให้การเคลื่อนไหวของลำไส้ลดลง ดังนั้นควรรับประทานที่มีใยอาหารให้เพียงพอ โดยรับประทานผักใบสีต่าง ๆ และผลไม้สด ในหญิงตั้งครรภ์ที่มีน้ำหนักมากเกินไปหรือต้องคุมอาหาร เนื่องจากอาจมีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ไม่ควรรับประทานผลไม้

หวานจัด และควรรับประทานผลไม้แต่พอดี เนื่องจากมีแป้งและน้ำตาลเป็นองค์ประกอบมากให้รับประทานผักหลากสีทดแทน เนื่องจากจะได้ใยอาหาร วิตามิน แคลอรี่ และมีส่วนงานต่ำกว่า การรับประทานน้ำเปล่าที่สะอาดร่วมกับมีกิจกรรมทางกายอย่างเหมาะสมจะช่วยลดอาการท้องผูกได้

นอกจากนั้น กองโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ได้แนะนำพฤติกรรม การรับประทานอาหารสำหรับหญิงตั้งครรภ์ที่มีปัญหาภาวะโภชนาการเกินหรืออ้วน (กองโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2552) ดังต่อไปนี้

1. รับประทานอาหารครบ 5 หมู่ ได้แก่ กลุ่มข้าว-แป้ง กลุ่มผัก กลุ่มผลไม้ กลุ่มเนื้อสัตว์ และกลุ่มนม ในปริมาณที่เหมาะสม และควรรับประทานอาหารให้หลากหลายโดยดูปริมาณอาหารที่แนะนำใน 1 วัน
2. รับประทานอาหารที่เป็นแหล่งธาตุเหล็ก สัปดาห์ละ 2-3 ครั้ง เช่น ตับ เลือด เนื้อสัตว์ โดยเฉพาะเนื้อแดง และควรกินอาหารที่มีวิตามินซีสูงร่วมด้วย เช่น ฝรั่ง มะขามป้อม มะปรางสุก มะละกอสุก ส้ม เป็นต้น เพื่อช่วยในการดูดซึมธาตุเหล็ก
3. รับประทานอาหารที่เป็นแหล่งของแคลเซียมทุกวัน เช่น นม โยเกิร์ต เนยแข็ง ปลาเล็ก ปลาน้อย ปลากระป๋อง ปูกระดอยทอด สัตว์ตัวเล็กที่กินทั้งตัวและกระดูก ได้แก่ กบ/ เขียด/ อึ่งแอ้ง/ แอ้/ กุ้งก้าม เป็นต้น กุ้งแห้ง กุ้งฝอย ปลาร้ากินทั้งกระดูก กะปิ เต้าหู้แข็ง-อ่อน เป็นต้น ทั้งนี้ควรเลือกดื่มนมพร่องมันเนยหรือขาดมันเนยซึ่งจะให้พลังงานน้อยกว่านมจืด
4. อย่านวดอาหารมือหัด หรือลดปริมาณอาหารมากเกินไป เนื่องจากทารกในครรภ์กำลังเจริญเติบโต การลดอาหารมากเกินไปจะทำให้การเจริญเติบโตช้าลง
5. ลดปริมาณอาหารที่ให้พลังงานหากรับประทานมากกว่าคำแนะนำ หรือลดปริมาณให้น้อยกว่าที่แนะนำเล็กน้อย ได้แก่ อาหารประเภทข้าว-แป้ง เช่น ก๋วยเตี๋ยว ขนมจีน ขนมปัง เผือก มัน เป็นต้น และอาหารไขมัน เช่น น้ำมัน กะทิ ควรหลีกเลี่ยงการปรุงอาหารด้วยวิธีการทอด ผัด แกง กะทิ หรือขนมที่ใส่กะทิ ให้เปลี่ยนวิธีการปรุงอาหารโดยการต้ม นึ่ง ปิ้ง ย่าง ยำ แทน
6. หลีกเลี่ยงการรับประทานเนื้อสัตว์ที่มีไขมันสูง เช่น หมูสามชั้น หมูติดมัน หนังไก่ เลือกรับประทานเนื้อสัตว์ที่มีไขมันต่ำให้หลากหลาย รับประทานปลา โดยเฉพาะปลาทะเลอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้ง
7. รับประทานผัก ผลไม้รสไม่หวานเป็นประจำ และรับประทานให้หลากหลายสี
8. งดกินขนม-เครื่องดื่มที่มีรสหวานจัด เช่น ลูกอม ช็อกโกแลต เยลลี่ น้ำหวาน น้ำอัดลม
9. งดการรับประทานของจุกจิก เช่น ขนมกรุบกรอบต่าง ๆ
10. ให้ยาเสริมธาตุเหล็ก และโฟเลต ทุกวัน ๆ 1 เม็ด
11. ใช้เกลือหรือน้ำปลาเสริมไอโอดีนในการปรุงอาหารทุกครั้ง

สรุปได้ว่า การมีพฤติกรรมการรับประทานอาหารเพื่อป้องกันการเกิดผลกระทบด้านสุขภาพในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะน้ำหนักเกินหรืออ้วน ควรีพฤติกรรมการรับประทานอาหารให้ครบ 5 หมู่ ในปริมาณที่พอเหมาะ จำกัดการรับประทานอาหาร กลุ่มแป้ง น้ำตาล เนื้อสัตว์ติดมัน ไขมัน น้ำมัน อาหารทะเลบางอย่าง และเพิ่มการรับประทานอาหารที่มีกากใยอาหาร ผลไม้รสไม่หวาน หลีกเลี่ยงวิธีการปรุงอาหารด้วยวิธีการทอด ผัด แกงกะทิ หรือขนมที่ใส่กะทิ โดยเปลี่ยนวิธีการปรุงอาหารด้วยวิธีการต้ม นึ่ง ปิ้งย่าง แทน ทั้งนี้หากจะรับประทานผักหรือผลไม้ ให้เลือกรับประทานผลไม้ไม่หวานมาก งดการกินขนมและเครื่องดื่มที่มีรสหวาน งดการรับประทานของจุกจิก เป็นต้น

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการรับประทานอาหาร

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการรับประทานอาหารของบุคคล มีความเกี่ยวข้องกับปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยระหว่างบุคคล และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม แต่สำหรับการศึกษานี้ ผู้วิจัยได้เลือกศึกษาเฉพาะปัจจัยส่วนบุคคลที่คาดว่าจะส่งผลต่อพฤติกรรมการรับประทานอาหาร และสามารถนำไปเป็นข้อมูลพื้นฐานในการให้บริการแก่หญิงตั้งครรภ์ ในการปรับเปลี่ยนความรู้สึกรู้สึกนึกคิดของการปฏิบัติพฤติกรรมการรับประทานอาหารให้มีความเหมาะสม และพบว่าเมื่อมีอิทธิพลโดยตรงต่อความรู้สึกรู้สึกนึกคิดและการตัดสินใจในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพด้านการรับประทานอาหาร โดยใช้แนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health belief model) ของ Rosenstock (1974) ที่เชื่อว่า การรับรู้ของบุคคลเป็นตัวบ่งชี้พฤติกรรมการที่บุคคลจะแสดงพฤติกรรมสุขภาพอย่างไรอย่างหนึ่ง เพื่อหลีกเลี่ยงจากการเป็นโรคนั้น บุคคลผู้นั้นจะต้องมีความเชื่อว่า ตนเองมีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค โรคนั้นจะต้องมีความรุนแรงต่อชีวิต การปฏิบัติเพื่อหลีกเลี่ยงจากการเป็นโรคจะก่อให้เกิดผลดี ดังมีรายละเอียดต่อไปนี้

1. การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค (Perceived susceptibility) หมายถึง ความเชื่อหรือความรู้สึกรู้สึกนึกคิดของบุคคลที่ส่งผลโดยตรงต่อการกระทำเพื่อการดูแลสุขภาพทั้งในสภาวะที่ปกติและเจ็บป่วย ซึ่งในแต่ละบุคคลจะมีระดับของความเชื่อที่ไม่เท่ากัน ดังนั้นบุคคลเหล่านี้จึงหลีกเลี่ยงต่อการเป็นโรคด้วยการกระทำเพื่อป้องกันและรักษาสุขภาพตามความรู้สึกรู้สึกนึกคิดของบุคคลต่อการคาดการณ์ถึงโอกาสของการเกิดโรคซ้ำหรือโอกาสเกิดความเจ็บป่วยด้วยโรคต่าง ๆ (Rosenstock, 1974) ดังนั้น การรับรู้โอกาสเสี่ยงของผลกระทบด้านสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ที่มีค่าดัชนีมวลกายเกินก่อนการตั้งครรภ์ ได้แก่ การเกิดภาวะเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ในขณะที่ตั้งครรภ์ การคลอดลูกตัวโต การอ้วนหลังคลอด ทารกอ้วนเมื่อเข้าสู่วัยเด็ก ที่เป็นผลจากการรับประทานอาหารที่ไม่เหมาะสม ก็จะส่งผลต่อพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่เหมาะสม

ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมยังไม่พบการศึกษาในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ แต่จากการศึกษาของ อรุณดา นางแย้ม, อภรณ์ ตีนาน และกนกนุช ชื่นเลิศสกุล (2550) ศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรม การรับประทานอาหารเฉพาะ โรคของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน ($r = .37, p < .01$) มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการรับประทานอาหารเฉพาะโรคของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จากการศึกษาของ ณิชุธยาน์ ประเสริฐ, อำไพสกุล เกษร ลำเกาทอง และชดช้อย วัฒนะ (2551) ศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมป้องกันภาวะน้ำตาลต่ำ ในเลือดของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันภาวะน้ำตาลในเลือดสูง ($r = .28, p < .01$)

2. การรับรู้ความรุนแรงของโรค (Perceived severity) หมายถึง ความรู้สึกนึกคิดที่มีต่อ ปัญหาภาวะสุขภาพ แล้วทำให้เกิดโรค ซึ่งก่อให้เกิดความพิการหรือสูญเสียชีวิตซึ่งจะมีผลทำให้ บุคคลมีพฤติกรรมการป้องกันโรคหรือการเจ็บป่วย (Rosenstock, 1974) ดังนั้น ถ้าหญิงตั้งครรภ์ที่มี ค่าดัชนีมวลกายเกินก่อนการตั้งครรภ์มีความรู้สึกนึกคิดหรือความคาดหวังต่อความรุนแรงหรือ อันตรายของการเกิดผลกระทบด้านสุขภาพของตนเองและทารกในครรภ์ เนื่องจากพฤติกรรมการ รับประทานอาหารที่ไม่เหมาะสม ได้แก่ การเกิดภาวะเบาหวาน ความดันโลหิตสูงในขณะตั้งครรภ์ การคลอดลูกตัวโตทำให้ทารกตายหรือพิการ เลือดออกในสมองจากการช่วยคลอด การอ้วนหลัง คลอด ทารกอ้วนเมื่อเข้าสู่วัยเด็ก ที่เป็นผลจากการรับประทานอาหารที่ไม่เหมาะสม ก็จะทำให้หญิง ตั้งครรภ์มีพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่เหมาะสม จากการศึกษาของ อรุณดา นางแย้ม และคณะ (2550) ศึกษาปัจจัย ทำนายพฤติกรรมรับประทานอาหารเฉพาะโรคของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง พบว่า การรับรู้ ความรุนแรงของโรค ($r = .27, p < .01$) มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการรับประทานอาหารเฉพาะ โรคของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง สอดคล้องกับการศึกษาของ ณิชุธยาน์ ประเสริฐอำไพสกุล และคณะ (2551) พบว่า ผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ เมื่อรับรู้ความรุนแรงการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน ก็จะมีพฤติกรรมป้องกันการเกิด ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำได้ดี และจากการศึกษาของ กัสพร สมภาร, มานพ คณะโต และกัสสรวัลย์ รังสิปการ (2556) ศึกษาพฤติกรรมป้องกันภาวะขาดสารไอโอดีนของหญิงตั้งครรภ์กับระดับ สอร์โม่ในกระดู้นต่อมไทรอยด์ของทารกแรกเกิด พบว่า หญิงตั้งครรภ์เมื่อรับรู้ความรุนแรงและ ผลกระทบของภาวะขาดสารไอโอดีน ก็จะมีพฤติกรรมป้องกันภาวะขาดสารไอโอดีนได้ดี จึงสรุป ได้ว่า การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคหรือภาวะแทรกซ้อนมีผลต่อพฤติกรรมการรับประทาน อาหาร

3. การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษาและการป้องกันโรค (Perceived benefits) หมายถึง การที่บุคคลแสวงหาวิธีการปฏิบัติให้หายจากโรค หรือป้องกันไม่ให้เกิดโรค โดยการปฏิบัตินั้นต้องมีความเชื่อว่าการกระทำนั้นดี มีประโยชน์และเหมาะสมที่จะทำให้หายหรือไม่เป็นโรคนั้น ๆ ดังนั้น การตัดสินใจที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำ ก็ขึ้นอยู่กับการเปรียบเทียบถึงข้อดีและข้อเสียของพฤติกรรมนั้น ๆ โดยเลือกปฏิบัติในสิ่งที่ก่อให้เกิดผลดีมากกว่าผลเสีย (Rosenstock, 1974) ดังนั้นหญิงตั้งครรภ์ที่มีค่าดัชนีมวลกายเกินก่อนการตั้งครรภ์ มีความรู้สึกนึกคิดเกี่ยวกับผลดีของการรับประทานอาหาร ที่เหมาะสม ในการลดและป้องกันการเกิดภาวะเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ในขณะที่ตั้งครรภ์ การคลอดลูกตัวโต การอ้วนหลังคลอด ทารกอ้วนเมื่อเข้าสู่วัยเด็ก ก็จะทำให้หญิงตั้งครรภ์มีพฤติกรรมรับประทานอาหารที่เหมาะสม สอดคล้องกับการศึกษาของ ศิริหงษ์ ชัมเจริญ และคณะ (2555) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความเชื่อเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ การรับรู้ต่อการส่งเสริมสุขภาพกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ชาวไทยมุสลิม พบว่า การรับรู้ประโยชน์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ($r = .53, p < .001$) และจากการศึกษาของ แพรพรรณ แสงทองรุ่งเจริญ และรพีพรรณ วิบูลย์วัฒนกิจ (2554) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ประโยชน์ของการส่งเสริมสุขภาพกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ พบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการส่งเสริมสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = .26$) จึงสรุปได้ว่า การรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานอาหารที่เหมาะสมน่าจะมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมรับประทานอาหาร เพื่อส่งเสริมสุขภาพและป้องกันการเกิดสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ได้

4. การรับรู้ต่ออุปสรรค (Perceived barriers) หมายถึง การคาดคะเนไว้ล่วงหน้าของบุคคลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมที่มีความสัมพันธ์กันกับสุขภาพอนามัยของบุคคลในทางลบ เช่น เวลา เงิน ค่าใช้จ่าย ความไม่สะดวกสบายต่าง ๆ ซึ่งเป็นผลที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ หรือกิจกรรมบางอย่าง หรือการปฏิบัติพฤติกรรมอนามัยที่ขัดกับอาชีพ การดำเนินชีวิตประจำวัน (Rosenstock, 1974) ดังนั้นหญิงตั้งครรภ์ที่มีค่าดัชนีมวลกายเกินก่อนการตั้งครรภ์ ที่มีความรู้สึกนึกคิดต่อปัญหาและอุปสรรคที่มาขัดขวางการมีพฤติกรรมรับประทานอาหารที่เหมาะสม ได้แก่ ความยุ่งยากในการหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารที่มี แป้ง น้ำตาล และไขมันสูง การเพิ่มการรับประทานอาหารที่มีกากใย ความยุ่งยากในการปรุงอาหาร การสิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายในการประกอบอาหาร ก็จะทำให้หญิงตั้งครรภ์มีพฤติกรรมรับประทานอาหารที่ไม่เหมาะสม ดังเช่นการศึกษาของ ศิริหงษ์ ชัมเจริญ และคณะ (2555) พบว่า การรับรู้อุปสรรคมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ชาวไทยมุสลิมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.33, p < .01$)

จากการศึกษาของ ตีร์พร ชุมศรี และสัจจา ทาโต (2548) พบว่า การรับรู้อุปสรรคของการส่งเสริมสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นภาคใต้ ($r = -.30$, $p < .01$) และจากการศึกษาของ สุวรรณิ โคนุช และคณะ (2554) เกี่ยวกับปัจจัยที่สามารถทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการของสตรีตั้งครรภ์อายุมากกว่า 35 ปี พบว่า การรับรู้อุปสรรคของการส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการของสตรีตั้งครรภ์อายุมากกว่า 35 ปี ($r = -.62$, $p < .01$)

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ จึงศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของผลกระทบด้านสุขภาพ การรับรู้ความรุนแรงของผลกระทบด้านสุขภาพ การรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานอาหารที่เหมาะสม และการรับรู้อุปสรรคของการรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับพฤติกรรมรับประทานอาหารของหญิงตั้งครรภ์ที่มีค่าดัชนีมวลกายเกินก่อนการตั้งครรภ์ เพื่อนำผลการวิจัยที่ได้มาใช้เป็นฐานข้อมูลในการวางแผนส่งเสริมป้องกัน และดูแลหญิงตั้งครรภ์ในกลุ่มนี้ ให้มีพฤติกรรมรับประทานอาหารที่เหมาะสมต่อไป

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบบรรยายความสัมพันธ์ (Descriptive correlational research) ซึ่งมีระเบียบวิธีดำเนินการวิจัยดังต่อไปนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการศึกษา คือ หญิงตั้งครรภ์ปกติ อายุครรภ์ตั้งแต่ 20 สัปดาห์ขึ้นไป ที่มีค่าดัชนีมวลกายก่อนการตั้งครรภ์ตั้งแต่ 23 กก./ม.² ขึ้นไป เข้ารับบริการฝากครรภ์ ณ หน่วยฝากครรภ์ของโรงพยาบาลบางบ่อ อำเภอบางบ่อ จังหวัดสมุทรปราการ ในปี พ.ศ. 2559

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างคือ หญิงตั้งครรภ์ปกติ อายุครรภ์ตั้งแต่ 20 สัปดาห์ขึ้นไป มารับบริการฝากครรภ์ ณ หน่วยฝากครรภ์ของโรงพยาบาลบางบ่อ อำเภอบางบ่อ จังหวัดสมุทรปราการ ที่มีค่าดัชนีมวลกายก่อนการตั้งครรภ์ตั้งแต่ 23 กก./ม.² ขึ้นไป เข้ารับบริการฝากครรภ์ ณ หน่วยฝากครรภ์ของโรงพยาบาลบางบ่อ อำเภอบางบ่อ จังหวัดสมุทรปราการ ระหว่างวันที่ 8 มีนาคม พ.ศ. 2559 ถึงวันที่ 31 พฤษภาคม พ.ศ. 2559

เกณฑ์คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติในการคัดเข้า (Inclusion criteria) ดังนี้

1. สัญชาติไทย
2. สื่อสารด้วยวิธี การฟัง การพูด การอ่าน และการเขียนภาษาไทยได้เข้าใจ
3. ไม่มีโรคประจำตัวก่อนการตั้งครรภ์ ได้แก่ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไทรอยด์

เป็นพิษ ซีด (ความเข้มข้นของ Hct < 33%) โรคเลือดธาลัสซีเมีย โรคเกี่ยวกับระบบหลอดเลือดหรือหัวใจ หรือภาวะผิดปกติก่อนและขณะตั้งครรภ์ ได้แก่ ภาวะเลือดออกระหว่างการตั้งครรภ์ การติดเชื้อในระบบต่าง ๆ

การคำนวณกลุ่มตัวอย่าง

คำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยใช้เทคนิคของ Thorndike (1978) เนื่องจากการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ ไม่ทราบจำนวนกลุ่มของประชากร และ ตัวแปรที่ต้องการศึกษา ประกอบด้วย ตัวแปรทั้งหมด 5 ตัว จึงใช้สูตรในการคำนวณดังนี้

$N = 10k + 50$ (N = จำนวนกลุ่มตัวอย่าง, k = จำนวนของตัวแปรที่ศึกษา)

$N = (10 \times 5) + 50 = 100$

ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง 100 ราย

การได้มาซึ่งกลุ่มตัวอย่าง

ขั้นตอนการเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ขั้นตอนที่ 1 กำหนดโรงพยาบาลที่จะทำการศึกษา คือ โรงพยาบาลบางบ่อ เนื่องจากในอำเภอบางบ่อมีประชากรอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป มีอัตราความชุกของการเกิดภาวะอ้วนและภาวะน้ำหนักเกินเพิ่มขึ้นมากที่สุดในจังหวัดสมุทรปราการ (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรปราการ, 2558) โดยในปีงบประมาณ พ.ศ. 2557-2558 พบ อัตราความชุกของภาวะอ้วนเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 16.3 เป็นร้อยละ 18.9 เพิ่มขึ้นร้อยละ 2.6 ซึ่งเป็นอัตราการเพิ่มขึ้นที่มากที่สุดเมื่อเทียบกับอำเภออื่น ๆ ในจังหวัดสมุทรปราการ

ขั้นตอนที่ 2 เลือกหญิงตั้งครรภ์ทุกคนที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือก ซึ่งมาฝากครรภ์ในวันที่เปิดให้บริการฝากครรภ์ คือ วันอังคาร และวันพุธ เป็นกลุ่มตัวอย่าง

ขั้นตอนที่ 3 ผู้วิจัยเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง จนได้กลุ่มตัวอย่างครบตามจำนวนที่กำหนด

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เก็บรวบรวมข้อมูล โดยใช้แบบสอบถาม ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นเองโดยการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง แบ่งเป็น 3 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ ลำดับที่ของการตั้งครรภ์ สถานภาพ การสมรส ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัว ค่าดัชนีมวลกายก่อนการตั้งครรภ์ การรับรู้เกี่ยวกับน้ำหนักตัวก่อนการตั้งครรภ์ การรับรู้เกณฑ์ของค่าดัชนีมวลกาย การรับรู้น้ำหนักที่สัมพันธ์กับส่วนสูง ความรู้เกี่ยวกับน้ำหนักตัวที่ควรเพิ่มขึ้นตลอดการตั้งครรภ์ การได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการรับประทานอาหารขณะตั้งครรภ์ และแหล่งข้อมูลที่ได้รับ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบเลือกตอบ และเติมข้อความลงในช่องว่าง จำนวน 13 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามพฤติกรรมการรับประทานอาหารของหญิงตั้งครรภ์ ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม เป็นการถามความถี่ของการปฏิบัติพฤติกรรมการรับประทานอาหารในกลุ่มต่าง ๆ ได้แก่ กลุ่มแป้ง น้ำตาล ไขมัน และกากใยอาหาร ประกอบด้วย ข้อคำถาม 18 ข้อ เป็นคำถามด้านบวก 5 ข้อ และด้านลบ 13 ข้อ ลักษณะเป็นมาตราประมาณค่า มี 4 ระดับ คือ ปฏิบัติทุกวัน ปฏิบัติบ่อยครั้ง ปฏิบัติบางครั้ง และไม่ปฏิบัติ การให้คะแนนในคำถามด้านบวก เป็น 3, 2, 1 และ 0

ตามลำดับ คำถามด้านลบ ให้คะแนน เป็น 0, 1, 2 และ 3 ตามลำดับ คะแนนรวมมาก หมายถึง มีการปฏิบัติพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่เหมาะสมในระดับดีกว่าคะแนนรวมน้อย

ช่วงคะแนนของแบบสอบถามพฤติกรรมการรับประทานอาหาร โดยรวมมีค่าอยู่ระหว่าง 0-54 คะแนน เกณฑ์ในการกำหนดคะแนนพฤติกรรมการรับประทานอาหาร แบ่งเป็นช่วงคะแนนด้วยวิธีหาอันตรายภาคชั้น โดยใช้ค่าพิสัยที่มีค่าสูงสุด-พิสัยที่มีค่าต่ำสุด (บุญใจ ศรีสถิตยัณราฎร, 2550) แล้วนำคะแนนที่ได้มาแบ่งออกเป็น 3 ช่วง เท่า ๆ กัน ซึ่งจะได้คะแนนที่มีความกว้างของชั้นเท่า ๆ กันทุกชั้น และนำคะแนนที่ได้มาแบ่งออกเป็น 3 ระดับ คือระดับที่ไม่ดี ระดับปานกลาง และระดับดี รายละเอียดดังนี้

คะแนนในช่วง 0.00-18.00 คะแนน	มีพฤติกรรมการรับประทานอาหาร อยู่ในระดับไม่ดี
คะแนนในช่วง 18.01-36.00 คะแนน	มีพฤติกรรมการรับประทานอาหาร อยู่ในระดับปานกลาง
คะแนนในช่วง 36.01-54.00 คะแนน	มีพฤติกรรมการรับประทานอาหาร อยู่ในระดับดี

ในการพิจารณาคะแนนพฤติกรรมการรับประทานอาหารกลุ่มไข่ม้วน ประกอบด้วย ข้อคำถามจำนวน 7 ข้อ คือ ข้อที่ 1, 2, 5, 6, 7, 15 และข้อที่ 16 คะแนนโดยรวมมีค่าอยู่ระหว่าง 0-21 คะแนน เกณฑ์ในการกำหนดคะแนนพฤติกรรมการรับประทานอาหาร แบ่งเป็นช่วงคะแนนด้วยวิธีหาอันตรายภาคชั้น โดยใช้ค่าพิสัยที่มีค่าสูงสุด-พิสัยที่มีค่าต่ำสุด แล้วนำคะแนนที่ได้มาแบ่งออกเป็น 3 ช่วง เท่า ๆ กัน ซึ่งจะได้คะแนนที่มีความกว้างของชั้นเท่า ๆ กันทุกชั้น และนำคะแนนที่ได้มาแบ่งออกเป็น 3 ระดับ คือ ระดับที่ไม่ดี ระดับปานกลาง และระดับดี รายละเอียดดังนี้

คะแนนในช่วง 0.00-7.00 คะแนน	มีพฤติกรรมการรับประทานอาหาร อยู่ในระดับไม่ดี
คะแนนในช่วง 7.01-14.00 คะแนน	มีพฤติกรรมการรับประทานอาหาร อยู่ในระดับปานกลาง
คะแนนในช่วง 14.01-21.00 คะแนน	มีพฤติกรรมการรับประทานอาหาร อยู่ในระดับดี

ในการพิจารณาคะแนนพฤติกรรมการรับประทานอาหารกลุ่มแป้ง ประกอบด้วย ข้อคำถาม 4 ข้อ คือ ข้อ 3, 4, 14 และ 18 คะแนนโดยรวมมีค่าอยู่ระหว่าง 0-12 คะแนน เกณฑ์ในการกำหนดคะแนนพฤติกรรมการรับประทานอาหาร แบ่งเป็นช่วงคะแนนด้วยวิธีหาอันตรายภาคชั้น โดยใช้ค่าพิสัยที่มีค่าสูงสุด-พิสัยที่มีค่าต่ำสุด แล้วนำคะแนนที่ได้มาแบ่งออกเป็น

3 ช่วง เท่า ๆ กัน ซึ่งจะได้คะแนนที่มีความกว้างของชั้นเท่า ๆ กันทุกชั้น และนำคะแนนที่ได้มาแบ่งออกเป็น 3 ระดับ คือระดับที่ไม่ดี ระดับปานกลาง และระดับดี รายละเอียดดังนี้

คะแนนในช่วง 0.00-4.00 คะแนน	มีพฤติกรรมมารับประทานอาหาร อยู่ในระดับ ไม่ดี
คะแนนในช่วง 4.01-8.00 คะแนน	มีพฤติกรรมมารับประทานอาหาร อยู่ในระดับปานกลาง
คะแนนในช่วง 8.01-12.00 คะแนน	มีพฤติกรรมมารับประทานอาหาร อยู่ในระดับดี

ในการพิจารณาคะแนนพฤติกรรมมารับประทานอาหารกลุ่มน้ำตาลประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 4 ข้อ คือ ข้อที่ 8, 9, 10 และข้อที่ 17 คะแนนโดยรวมมีค่าอยู่ระหว่าง 0-12 คะแนนเกณฑ์ในการกำหนดคะแนนพฤติกรรมมารับประทานอาหาร แบ่งเป็นช่วงคะแนนด้วยวิธีหาอันตรภาคชั้นโดยใช้ค่าพิสัยที่มีค่าสูงสุด-พิสัยที่มีค่าต่ำสุด แล้วนำคะแนนที่ได้มาแบ่งออกเป็น 3 ช่วง เท่า ๆ กัน ซึ่งจะได้คะแนนที่มีความกว้างของชั้นเท่า ๆ กันทุกชั้น และนำคะแนนที่ได้มาแบ่งออกเป็น 3 ระดับ คือระดับที่ไม่ดี ระดับปานกลาง และระดับดี รายละเอียดดังนี้

คะแนนในช่วง 0.00-4.00 คะแนน	มีพฤติกรรมมารับประทานอาหาร อยู่ในระดับ ไม่ดี
คะแนนในช่วง 4.01-8.00 คะแนน	มีพฤติกรรมมารับประทานอาหาร อยู่ในระดับปานกลาง
คะแนนในช่วง 8.01-12.00 คะแนน	มีพฤติกรรมมารับประทานอาหาร อยู่ในระดับดี

ในการพิจารณาคะแนนพฤติกรรมมารับประทานอาหารแต่ละกลุ่มที่มีกากใยอาหารประกอบด้วยข้อคำถาม 3 ข้อ คือ 11, 12 และ 13 คะแนนโดยรวมมีค่าอยู่ระหว่าง 0-9 คะแนนเกณฑ์ในการกำหนดคะแนนพฤติกรรมมารับประทานอาหาร แบ่งเป็นช่วงคะแนนด้วยวิธีหาอันตรภาคชั้นโดยใช้ค่าพิสัยที่มีค่าสูงสุด-พิสัยที่มีค่าต่ำสุด แล้วนำคะแนนที่ได้มาแบ่งออกเป็น 3 ช่วง เท่า ๆ กัน ซึ่งจะได้คะแนนที่มีความกว้างของชั้นเท่า ๆ กันทุกชั้น และนำคะแนนที่ได้มาแบ่งออกเป็น 3 ระดับ คือระดับที่ไม่ดี ระดับปานกลาง และระดับดี รายละเอียดดังนี้

คะแนนในช่วง 0.00-3.00 คะแนน	มีพฤติกรรมมารับประทานอาหาร อยู่ในระดับ ไม่ดี
คะแนนในช่วง 3.01-6.00 คะแนน	มีพฤติกรรมมารับประทานอาหาร อยู่ในระดับปานกลาง

คะแนนในช่วง 6.01-9.00 คะแนน มีพฤติกรรมมารับประทานอาหาร
อยู่ในระดับดี

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพหญิงตั้งครรภ์ที่มีค่าดัชนีมวลกายเกิน
ก่อนการตั้งครรภ์ 4 ด้าน ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
ดังนี้

1. การรับรู้โอกาสเสี่ยงของผลกระทบด้านสุขภาพ เป็นคำถามที่วัดความรู้สึกนึกคิดหรือ
การคาดหมายของหญิงตั้งครรภ์ว่าอาจจะเกิดหรือมีโอกาสเกิดผลกระทบด้านลบต่อสุขภาพของ
ตนเองและทารก ในระยะตั้งครรภ์ คลอด หลังคลอด จากการรับประทานอาหารที่ไม่เหมาะสม
ได้แก่ การเกิดภาวะเบาหวาน ความดันโลหิตสูงในขณะตั้งครรภ์ การคลอดบุตรตัวโต การคลอดยาก
มีภาวะอ้วนหลังคลอด เป็นต้น มีจำนวนคำถาม 15 ข้อ ลักษณะเป็นมาตราประมาณค่า มี 4 ระดับ คือ
เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วยมาก เห็นด้วยน้อย และไม่เห็นด้วย ให้คะแนน เป็น 4, 3, 2 และ 1
ตามลำดับ คะแนนรวมมาก หมายถึง มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงของผลกระทบด้านสุขภาพสูงกว่า
คะแนนรวมน้อย

ช่วงคะแนนของแบบสอบถามการรับรู้โอกาสเสี่ยงของผลกระทบด้านสุขภาพโดยรวม
มีค่าอยู่ระหว่าง 15-60 คะแนน เกณฑ์ในการกำหนดคะแนน แบ่งเป็นช่วงคะแนนด้วยวิธีหา
อันตรภาคชั้นโดยใช้ค่าพิสัยที่มีค่าสูงสุด-พิสัยที่มีค่าต่ำสุด (บุญใจ ศรีสถิตย์นรากร, 2550)
แล้วนำคะแนนที่ได้มาแบ่งออกเป็น 3 ช่วง เท่า ๆ กัน ซึ่งจะได้คะแนนที่มีความกว้างของชั้น
เท่า ๆ กันทุกชั้น แล้วนำคะแนนที่ได้มาแบ่งออกเป็น 3 ระดับ คือ ระดับต่ำ ระดับปานกลาง ระดับสูง
รายละเอียดดังนี้

คะแนนในช่วง 15.00-30.00 คะแนน	มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงของผลกระทบ ด้านสุขภาพอยู่ในระดับต่ำ
คะแนนในช่วง 30.01-45.00 คะแนน	มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงของผลกระทบ ด้านสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง
คะแนนในช่วง 45.01-60.00 คะแนน	มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงของผลกระทบ ด้านสุขภาพอยู่ในระดับสูง

2. การรับรู้ความรุนแรงของผลกระทบด้านสุขภาพ เป็นคำถามที่วัดความรู้สึกนึกคิด
ของหญิงตั้งครรภ์ต่อระดับความรุนแรงหรืออันตรายของปัญหาสุขภาพต่อตนเองและทารกที่เกิด
จากการรับประทานอาหารที่ไม่เหมาะสม มีจำนวน 5 ข้อ ลักษณะเป็นมาตราประมาณค่า มี 4 ระดับ
คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วยมาก เห็นด้วยน้อย และไม่เห็นด้วย ให้คะแนน เป็น 4, 3, 2 และ 1
ตามลำดับ คะแนนรวมมาก หมายถึง มีการรับรู้ความรุนแรงของผลกระทบด้านสุขภาพสูง คะแนน

รวมน้อย หมายถึง มีการรับรู้ความรุนแรงของผลกระทบด้านสุขภาพต่ำ

ช่วงคะแนนของแบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดผลกระทบด้านสุขภาพ โดยรวมมีค่าอยู่ระหว่าง 5-20 คะแนน เกณฑ์ในการกำหนดคะแนน แบ่งเป็นช่วงคะแนนด้วยวิธีหาอันตรายภาคชั้นโดยใช้ค่าพิสัยที่มีค่าสูงสุด-พิสัยที่มีค่าต่ำสุด (บุญใจ ศรีสถิตยัณราฎร, 2550) แล้วนำคะแนนที่ได้มาแบ่งออกเป็น 3 ช่วง เท่า ๆ กัน ซึ่งจะได้คะแนนที่มีความกว้างของชั้นเท่า ๆ กันทุกชั้น และนำคะแนนที่ได้มาแบ่งออกเป็น 3 ระดับคือ ระดับต่ำ ระดับปานกลาง ระดับสูง รายละเอียดดังนี้

คะแนนในช่วง 5.00-10.00 คะแนน	มีการรับรู้ความรุนแรงของผลกระทบด้านสุขภาพอยู่ในระดับต่ำ
คะแนนในช่วง 10.01-15.00 คะแนน	มีการรับรู้ความรุนแรงของผลกระทบด้านสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง
คะแนนในช่วง 15.01-20.00 คะแนน	มีการรับรู้ความรุนแรงของผลกระทบด้านสุขภาพอยู่ในระดับสูง

3. การรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานอาหาร เป็นคำถามที่วัดความรู้สึกลึกซึ้งนึกคิดของหญิงตั้งครรภ์เกี่ยวกับผลดีของการลดการรับประทานอาหารกลุ่มแป้ง น้ำตาล และไขมันสูง เพิ่มการรับประทานอาหารกลุ่มที่มีกากใยอาหาร มีจำนวน 14 ข้อ ลักษณะเป็นมาตรประมาณค่ามี 4 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วยมาก เห็นด้วยน้อย และไม่เห็นด้วย ให้คะแนน เป็น 4, 3, 2 และ 1 ตามลำดับ คะแนนรวมมาก หมายถึง มีการรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานอาหารสูงกว่าคะแนนรวมน้อย

ช่วงคะแนนของแบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานอาหาร โดยรวมมีค่าอยู่ระหว่าง 14-56 คะแนน เกณฑ์ในการกำหนดคะแนนแบ่งเป็นช่วงคะแนนด้วยวิธีหาอันตรายภาคชั้นโดยใช้ค่าพิสัยที่มีค่าสูงสุด-พิสัยที่มีค่าต่ำสุด (บุญใจ ศรีสถิตยัณราฎร, 2550) แล้วนำคะแนนที่ได้มาแบ่งออกเป็น 3 ช่วง เท่า ๆ กัน ซึ่งจะได้คะแนนที่มีความกว้างของชั้นเท่า ๆ กันทุกชั้น และนำคะแนนที่ได้มาแบ่งออกเป็น 3 ระดับ คือ ระดับต่ำ ระดับปานกลาง ระดับสูง รายละเอียดดังนี้

คะแนนในช่วง 14.00-28.00 หมายถึง	มีการรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานอาหารอยู่ในระดับต่ำ
คะแนนในช่วง 28.01-42.00 หมายถึง	มีการรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานอาหารอยู่ในระดับปานกลาง

คะแนนในช่วง 42.01-56.00 หมายถึง มีการรับรู้ประโยชน์ของการรับประทาน
อาหารอยู่ในระดับสูง

4. การรับรู้อุปสรรคของการรับประทานอาหาร หมายถึง ความรู้สึกนึกคิดของหญิง
ตั้งครรภ์ต่อปัญหาและอุปสรรคที่มาขัดขวางการมีพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่เหมาะสม
ได้แก่ ความยุ่งยากในการหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารที่มี แป้ง น้ำตาล และไขมันสูง และเพิ่ม
การรับประทานอาหารที่มีกากใย ความยุ่งยากในการปรุงอาหาร การสิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายในการ
หลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารที่ไม่เหมาะสม ความยากในการหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหาร
ที่ไม่เหมาะสม มีจำนวน 8 ข้อ ซึ่งเป็นคำถามทางลบทั้งหมด ลักษณะเป็นมาตราประมาณค่า มี 4
ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วยมาก เห็นด้วยน้อย และไม่เห็นด้วย ให้คะแนน เป็น 1, 2, 3 และ
4 ตามลำดับ คะแนนรวมมาก หมายถึง มีการรับรู้อุปสรรคของการรับประทานอาหารต่ำกว่าคะแนน
รวมน้อย

ช่วงคะแนนของแบบสอบถามการรับรู้อุปสรรคของการรับประทานอาหารโดยรวม
มีค่าอยู่ระหว่าง 8-32 คะแนน เกณฑ์ในการกำหนดคะแนน แบ่งเป็นช่วงคะแนนด้วยวิธี
หาอันตรายภาคชั้นโดยใช้ค่าพิสัยที่มีค่าสูงสุด-พิสัยที่มีค่าต่ำสุด (บุญใจ ศรีสถิตย์นราภุร, 2550)
แล้วนำคะแนนที่ได้มาแบ่งออกเป็น 3 ช่วง เท่า ๆ กัน ซึ่งจะได้คะแนนที่มีความกว้างของชั้นเท่า ๆ
กันทุกชั้น และนำคะแนนที่ได้มาแบ่งออกเป็น 3 ระดับ คือ ระดับต่ำ ระดับปานกลาง ระดับสูง
รายละเอียดดังนี้

คะแนนในช่วง 8.00-16.00 หมายถึง	มีการรับรู้อุปสรรคของการรับประทาน อาหารอยู่ในระดับต่ำ
คะแนนในช่วง 16.01-24.00 หมายถึง	มีการรับรู้อุปสรรคของการรับประทาน อาหารอยู่ในระดับปานกลาง
คะแนนในช่วง 24.01-32.00 หมายถึง	มีการรับรู้อุปสรรคของการรับประทาน อาหารอยู่ในระดับสูง

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย มีขั้นตอนดังต่อไปนี้

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) โดยผู้วิจัยนำแบบสอบถาม
พฤติกรรมการรับประทานอาหาร และแบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพไปตรวจสอบความตรง
ตามเนื้อหา และความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ โดยผ่านทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ประกอบไปด้วย
อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลมารดาทารก และด้านอาหารกับโภชนาการ หลังจาก

ผู้ทรงคุณวุฒิทั้งหมดพิจารณาความสอดคล้องและความถูกต้องของเนื้อหาแล้ว ผู้วิจัยได้นำข้อเสนอแนะมาปรับปรุงแก้ไขแบบสอบถามให้ถูกต้องตามคำแนะนำ หลังจากนั้นผู้วิจัยนำแบบสอบถามพฤติกรรมการรับประทานอาหารของหญิงตั้งครรภ์ที่มีค่าดัชนีมวลกายเกินก่อนการตั้งครรภ์ แบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพทั้ง 4 ด้าน ประกอบไปด้วย การรับรู้โอกาสเสี่ยงของผลกระทบด้านสุขภาพ การรับรู้ความรุนแรงของผลกระทบด้านสุขภาพ การรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานอาหาร และการรับรู้อุปสรรคของการรับประทานอาหาร ไปหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content validity index [CVI]) โดยกำหนดระดับการแสดงความคิดเห็นเป็น 4 ระดับ จากข้อที่ผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 ท่าน มีความเห็นสอดคล้องในระดับ 3-4 และหารด้วยข้อคำถามทั้งหมด ซึ่งได้ค่า CVI ดังนี้

แบบสอบถามพฤติกรรมการรับประทานอาหาร	ค่า CVI = .84
การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดผลกระทบด้านสุขภาพ	ค่า CVI = .86
การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดผลกระทบด้านสุขภาพ	ค่า CVI = .90
การรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานอาหาร	ค่า CVI = .91
การรับรู้อุปสรรคของการรับประทานอาหาร	ค่า CVI = .90

2. การตรวจสอบความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม (Reliability) ผู้วิจัยตรวจสอบความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม ด้วยการนำแบบสอบถามพฤติกรรมการรับประทานอาหารและแบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพ ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของผลกระทบด้านสุขภาพ การรับรู้ความรุนแรงของผลกระทบด้านสุขภาพ การรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานอาหาร และการรับรู้อุปสรรคของการรับประทานอาหาร ไปทดลองใช้ (Try out) กับหญิงตั้งครรภ์ที่มีค่าดัชนีมวลกายเกินก่อนการตั้งครรภ์ จำนวน 30 ราย ที่หน่วยฝากครรภ์โรงพยาบาลบางบัว จังหวัดสมุทรปราการ ระหว่างวันที่ 8 มีนาคม พ.ศ. 2559 ถึงวันที่ 16 มีนาคม พ.ศ. 2559 ซึ่งไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จากนั้นนำมาวิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่นดังต่อไปนี้

2.1 แบบสอบถามพฤติกรรมการรับประทานอาหารของหญิงตั้งครรภ์ที่มีค่าดัชนีมวลกายเกินก่อนการตั้งครรภ์ นำมาคำนวณหาค่าความสอดคล้องภายใน (Internal consistency reliability) ด้วยการหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ .78

2.2 แบบสอบถามการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดผลกระทบด้านสุขภาพ การรับรู้ความรุนแรงของผลกระทบด้านสุขภาพ การรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานอาหาร และการรับรู้อุปสรรคของการรับประทานอาหาร ได้ค่าความเชื่อมั่นจากการคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ .94, .85, .92 และ .87 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยทำการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างดังต่อไปนี้

1. ผู้วิจัยนำเสนอเค้าโครงวิทยานิพนธ์และเครื่องมือการวิจัย ต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา มีมติเห็นชอบ รับรองจริยธรรมการวิจัย รหัส 14-02-2559

2. ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย และขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลให้กลุ่มตัวอย่างทราบ พร้อมทั้งขอความร่วมมือในการทำวิจัย ทั้งนี้ให้กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัย ตามความสมัครใจ

3. ผู้วิจัยอธิบายให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่าในระหว่างเข้าร่วมการวิจัย กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิที่จะปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยและสามารถถอนตัวออกจากกรวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลกระทบต่อการรักษาพยาบาลที่ได้รับ หากมีข้อสงสัยสามารถสอบถามผู้วิจัยได้ และชี้แจงให้ทราบว่า จะไม่มีการระบุชื่อกลุ่มตัวอย่างลงในแบบสอบถาม คำตอบของกลุ่มตัวอย่างจะถูกเก็บเป็นความลับ โดยจะใช้รหัสตัวเลขแทนชื่อจริงในการวิเคราะห์ข้อมูล การนำเสนอข้อมูลที่ได้จากการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวม และใช้ประโยชน์ในทางวิชาการเท่านั้น ข้อมูลจะถูกเก็บไว้เป็นความลับภายหลังจากได้รับคำอธิบายแล้ว หากกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยขอให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยดำเนินการเป็น 2 ขั้นตอนดังนี้

1. ขั้นเตรียมการ

1.1 ผู้วิจัยนำหนังสือเพื่อขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลจากคณบดี

คณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยบูรพาถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลบางบ่อ จังหวัดสมุทรปราการ

1.2 ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย และรายละเอียดในการเก็บรวบรวมข้อมูลต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลบางบ่อ จังหวัดสมุทรปราการ

1.3 เมื่อได้รับอนุญาตจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลบางบ่อ จังหวัดสมุทรปราการแล้ว ผู้วิจัยได้เข้าพบหัวหน้างานเวชศาสตร์ครอบครัวและปฐมภูมิ สูติแพทย์ พยาบาลวิชาชีพและผู้รับผิดชอบงานบริการฝากครรภ์โรงพยาบาลบางบ่อ เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์และขอความร่วมมือในการทำวิจัย

2. ขั้นตอนการเก็บข้อมูลโดยมีขั้นตอนดังนี้

2.1 ผู้วิจัยสำรวจหญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการฝากครรภ์ที่หน่วยฝากครรภ์ของโรงพยาบาลบางบ่อ ในทุกวันอังคารและวันพุธ ในช่วงเวลาที่ทำการเก็บข้อมูล (วันที่ 22 มีนาคม พ.ศ. 2559 ถึงวันที่ 31 พฤษภาคม พ.ศ. 2559) ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือกทุกคนเป็นกลุ่มตัวอย่าง

2.2 ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง แนะนำตัวชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย และการพิทักษ์สิทธิ์ตามเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย และให้กลุ่มตัวอย่างตัดสินใจในการเข้าร่วมการวิจัย ถ้ากลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ให้ลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

2.3 ผู้วิจัยติดสติ๊กเกอร์ที่สมุดฝากครรภ์ของกลุ่มตัวอย่างที่ตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัย เพื่อป้องกันการเลือกกลุ่มตัวอย่างซ้ำ

2.4 ผู้วิจัยแจกแบบสอบถามพร้อมทั้งอธิบายวิธีการตอบแบบสอบถาม จากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างซักถามข้อสงสัย และให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามด้วยตนเองโดยไม่ระบุชื่อผู้ตอบ

2.5 ภายหลังจากกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามเสร็จ ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถามก่อนนำไปบันทึกข้อมูล และวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้นำมาวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ โดยใช้สถิติดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของหญิงตั้งครรภ์ที่มีค่าดัชนีมวลกายเกินก่อนการตั้งครรภ์ โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์คะแนนพฤติกรรมมารับประทานอาหารของหญิงตั้งครรภ์ที่มีค่าดัชนีมวลกายเกินก่อนการตั้งครรภ์ การรับรู้โอกาสเสี่ยงการเกิดผลกระทบต่อสุขภาพ การรับรู้ความรุนแรงการเกิดผลกระทบต่อสุขภาพ การรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานอาหาร และการรับรู้อุปสรรคของการรับประทานอาหาร โดยการคำนวณค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าช่วงคะแนนที่เป็นไปได้ ช่วงคะแนนต่ำสุด (Min) คะแนนสูงสุด (Max) และระดับ

3. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง การรับรู้โอกาสเสี่ยงการเกิดผลกระทบต่อสุขภาพ การรับรู้ความรุนแรงผลกระทบต่อสุขภาพ การรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานอาหาร และการรับรู้อุปสรรคของการรับประทานอาหาร กับ พฤติกรรมมารับประทานอาหาร โดยใช้สถิติสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation) โดยกำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

บทที่ 4

ผลการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการรับประทานอาหารของหญิงตั้งครรภ์ที่มีค่าดัชนีมวลกายเกินก่อนการตั้งครรภ์ ที่มารับบริการฝากครรภ์โรงพยาบาลบางบัว จังหวัดสมุทรปราการ กลุ่มตัวอย่างเป็นหญิงตั้งครรภ์ที่มีค่าดัชนีมวลกายเกินก่อนการตั้งครรภ์ จำนวน 100 ราย ก่อนนำข้อมูลไปวิเคราะห์ผล ได้ตรวจสอบความถูกต้องและความสมบูรณ์ของข้อมูลอีกครั้งหนึ่ง เพื่อตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติ พบว่ามีค่าผิดปกติ (Outlier) จำนวน 4 ราย ทำให้ข้อมูลมีการแจกแจงแบบไม่เป็นปกติ จึงพิจารณาตัดออก เหลือข้อมูลที่น่ามาวิเคราะห์ผล จำนวน 96 ราย ผลการวิจัยนำเสนอการวิเคราะห์ข้อมูลในรูปแบบตารางประกอบคำบรรยาย แบ่งออกเป็น 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

ส่วนที่ 2 พฤติกรรมการรับประทานอาหาร

ส่วนที่ 3 ความเชื่อด้านสุขภาพ

ส่วนที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการรับประทานอาหาร

อาหาร

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

ศึกษาข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง โดยการวิเคราะห์ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุดและค่าสูงสุด ดังรายละเอียดในตารางที่ 4-1

ตารางที่ 4-1 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานจำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล
($n = 96$)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
อายุ		
น้อยกว่า 20 ปี	16	16.7
20-35 ปี	76	79.1
มากกว่า 35 ปี	4	4.2
$(M = 26.75, SD = 6.37, \text{Min} = 17, \text{Max} = 41)$		
ลำดับที่ของการตั้งครรภ์		
ครั้งที่ 1	28	29.2
ครั้งที่ 2	45	46.9
ครั้งที่ 3	15	15.6
มากกว่า 3 ครั้ง	8	8.3
สถานภาพการสมรส		
คู่	92	95.8
หม้าย	2	2.1
หย่าร้าง/ แยกกันอยู่	2	2.1
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	12	12.5
มัธยมศึกษาหรือ ปวช.	76	79.2
อนุปริญญา หรือ ปวส.	3	3.1
ปริญญาตรี หรือ สูงกว่า	5	5.2
รายได้ของครอบครัว		
น้อยกว่า 10,000 บาท	13	13.5
10,001-20,000 บาท	45	46.9
20,001-30,000 บาท	31	32.3
มากกว่า 30,000 บาท	7	7.3
$(M = 20,270.83, SD = 8,257.98, \text{Min} = 7,000, \text{Max} = 50,000)$		

ตารางที่ 4-1 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
ค่าดัชนีมวลกายก่อนการตั้งครรภ์		
23-24.99 kg/ m ² (เกิน)	43	44.8
25-29.99 kg/ m ² (อ้วน ระดับ 1)	38	39.6
30-34.99 kg/ m ² (อ้วน ระดับ 2)	12	12.5
มากกว่า 35 kg/ m ² (อ้วน ระดับ 3)	3	3.1
($M = 25.1$, $SD = 3.41$, $Min = 23$, $Max = 40$)		
การรับรู้เกณฑ์น้ำหนักตัวของตนเองก่อนการตั้งครรภ์		
ไม่รับรู้	45	43.2
รับรู้ไม่ถูกต้อง	9	10.0
รับรู้ถูกต้อง	42	43.8
การรับรู้เกี่ยวกับน้ำหนักตัวที่ควรเพิ่มขึ้นตลอดการตั้งครรภ์		
ไม่ทราบ	58	60.4
ทราบไม่ถูกต้อง	30	31.3
ทราบถูกต้อง	8	8.3
การได้รับความรู้เกี่ยวกับการรับประทานอาหาร		
ไม่เคยได้รับ	44	45.8
เคยได้รับ	52	54.2
แหล่งข้อมูลที่ได้รับเกี่ยวกับการรับประทานอาหารในขณะตั้งครรภ์ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)		
บุคลากรสาธารณสุข	46	88.5
เพื่อน/ญาติ/คนในครอบครัว	29	55.8
โทรทัศน์/วิทยุ	27	51.9
นิตยสาร/แผ่นพับ หรือหนังสือพิมพ์	29	55.8
สมุดบันทึกการฝากครรภ์	45	86.5
สื่อสังคมออนไลน์ทางอินเทอร์เน็ต	31	59.6

จากตารางที่ 4-1 พบว่า กลุ่มตัวอย่าง มีอายุระหว่าง 20-35 ปี ร้อยละ 79.1 อายุเฉลี่ย 26.75 ปี ($SD = 6.37$ ปี) เกือบครึ่งเป็นการตั้งครรภ์ครั้งที่ 2 (ร้อยละ 46.9) และเป็นการตั้งครรภ์ครั้งแรก ร้อยละ 29.2 มีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 95.8) สำเร็จการศึกษาในระดับมัธยมศึกษาหรือปวช. ร้อยละ 79.2 รายได้ครอบครัวโดยเฉลี่ย 21,270.83 บาทต่อเดือน ($SD = 8,257.98$ บาท) มีค่าดัชนีมวลกายก่อนการตั้งครรภ์เฉลี่ย 25.1 กก./ม.² ($SD = 3.41$ กก./ม.²) ค่าดัชนีมวลกายก่อนการตั้งครรภ์เกินร้อยละ 44.8 และมีดัชนีมวลกายก่อนการตั้งครรภ์อยู่ในเกณฑ์อ้วนระดับ 1 ร้อยละ 39.6 อ้วนระดับ 2 ร้อยละ 12.5 กลุ่มตัวอย่างประมาณครึ่งหนึ่งไม่รับรู้หรือรับรู้ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับเกณฑ์น้ำหนักตัวของตนเองก่อนการตั้งครรภ์ (ร้อยละ 53.2) และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่ทราบหรือทราบไม่ถูกต้องเกี่ยวกับน้ำหนักตัวที่ควรเพิ่มขึ้นตลอดการตั้งครรภ์ (ร้อยละ 91.7) นอกจากนี้ แหล่งข้อมูลที่กลุ่มตัวอย่างได้รับเกี่ยวกับการรับประทานอาหารในขณะตั้งครรภ์มากที่สุด 3 ลำดับแรก คือ บุคลากรสาธารณสุข (ร้อยละ 88.5) สมุดบันทึกการฝากครรภ์ (ร้อยละ 86.50) และสื่อสังคมออนไลน์ทางอินเทอร์เน็ต (ร้อยละ 59.6)

ส่วนที่ 2 พฤติกรรมการรับประทานอาหาร

ศึกษาข้อมูลพฤติกรรมการรับประทานอาหารของกลุ่มตัวอย่าง โดยการวิเคราะห์ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของพฤติกรรมการรับประทานอาหารของกลุ่มตัวอย่าง ดังรายละเอียดในตารางที่ 4-2

ตารางที่ 4-2 ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของพฤติกรรมการรับประทานอาหาร (n = 96)

พฤติกรรมการ รับประทานอาหาร	ค่าที่เป็นไปได้ ต่ำสุด-สูงสุด	ค่าที่เป็นจริง ต่ำสุด-สูงสุด	M	SD	ระดับ
อาหารกลุ่มไขมัน	0-21	6-9	12.36	3.20	ปานกลาง
อาหารกลุ่มแป้ง	0-9	2-9	6.85	2.04	ปานกลาง
อาหารกลุ่มน้ำตาล	0-12	0-12	7.03	2.43	ปานกลาง
อาหารกลุ่มกากใย	0-7	0-7	5.00	1.27	ปานกลาง
โดยรวม	0-54	19-45	31.25	6.91	ปานกลาง

จากตารางที่ 4-2 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการรับประทานอาหารโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง มีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 31.25 ($SD = 6.91$) เมื่อพิจารณาตามกลุ่มของอาหาร พบว่าพฤติกรรมการรับประทานอาหารทุกกลุ่มอาหารอยู่ในระดับปานกลาง โดยอาหารกลุ่มไขมันมีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 12.36 ($SD = 3.20$) อาหารกลุ่มแป้งมีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 6.85 ($SD = 2.04$) อาหารกลุ่มน้ำตาลมีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 7.03 ($SD = 2.43$) และอาหารกลุ่มกากใยมีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 5.00 ($SD = 1.27$)

ส่วนที่ 3 ความเชื่อด้านสุขภาพ

ศึกษาข้อมูลความเชื่อด้านสุขภาพ ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของผลกระทบด้านสุขภาพ การรับรู้ความรุนแรงของผลกระทบด้านสุขภาพ การรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานอาหาร และการรับรู้อุปสรรคของการรับประทานอาหาร โดยการวิเคราะห์ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของการรับรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง ดังรายละเอียดในตารางที่ 4-3

ตารางที่ 4-3 ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของความเชื่อด้านสุขภาพ ($n = 96$)

ความเชื่อด้านสุขภาพ	ค่าที่เป็นไปได้ ต่ำสุด-สูงสุด	ค่าที่เป็นจริง ต่ำสุด-สูงสุด	M	SD	ระดับ
การรับรู้โอกาสเสี่ยงของ ผลกระทบด้านสุขภาพ	15-6	31-60	46.63	6.69	สูง
การรับรู้ความรุนแรงของ ผลกระทบด้านสุขภาพ	5-20	10-20	16.11	2.62	สูง
การรับรู้ประโยชน์ของ การรับประทานอาหาร	14-56	26-56	46.18	7.21	สูง
การรับรู้อุปสรรคของ การรับประทานอาหาร	8-32	8-32	20.31	4.57	ปานกลาง

จากตารางที่ 4-3 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลความเชื่อด้านสุขภาพพบว่า การความเชื่อด้านสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ที่มีค่าดัชนีมวลกายเกินก่อนการตั้งครรภ์ กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงของผลกระทบด้านสุขภาพอยู่ในระดับสูง ($M = 46.63$, $SD = 6.69$) การรับรู้ความรุนแรงของผลกระทบด้านสุขภาพอยู่ในระดับสูง ($M = 16.11$, $SD = 2.62$) การรับรู้ประโยชน์ของการ

รับประทานอาหารอยู่ในระดับสูง ($M = 46.18, SD = 7.21$) แต่มีการรับรู้อุปสรรคในการเลือกรับประทานอาหารอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 20.31, SD = 4.57$)

ส่วนที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการรับประทานอาหาร

ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของผลกระทบต่อด้านสุขภาพ การรับรู้ความรุนแรงของผลกระทบต่อด้านสุขภาพ การรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานอาหาร และการรับรู้อุปสรรคของการรับประทานอาหารกับพฤติกรรมการรับประทานอาหารของกลุ่มตัวอย่าง โดยการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของตัวแปรด้วยสถิติสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation coefficients) ดังรายละเอียดในตารางที่ 4-4

ตารางที่ 4-4 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการรับประทานอาหารของกลุ่มตัวอย่าง ($n = 96$)

ตัวแปร	<i>r</i>	<i>P</i> -value (1-tailed)
การรับรู้โอกาสเสี่ยงของผลกระทบต่อด้านสุขภาพ	.17	.05
การรับรู้ความรุนแรงของผลกระทบต่อด้านสุขภาพ	.23	.01
การรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานอาหาร	.21	.02
การรับรู้อุปสรรคของการรับประทานอาหาร	-.22	.02

จากตารางที่ 4-4 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการรับประทานอาหารของกลุ่มตัวอย่าง ภายหลังจากทดสอบการกระจายตัวของตัวแปร ซึ่งเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของตัวแปรด้วยสถิติสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation coefficients) พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงของผลกระทบต่อด้านสุขภาพ การรับรู้ความรุนแรงของผลกระทบต่อด้านสุขภาพ และการรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานอาหาร มีความสัมพันธ์ในทิศทางบวกระดับต่ำกับพฤติกรรมการรับประทานอาหาร ($r = .17, p = .05$; $r = .23, p = .01$ และ $r = .21, p = .02$ ตามลำดับ) และการรับรู้อุปสรรคของการรับประทานอาหารมีความสัมพันธ์ในทิศทางลบในระดับต่ำกับพฤติกรรมการรับประทานอาหาร ($r = -.22, p = .02$)

บทที่ 5

สรุปและอภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบบรรยายความสัมพันธ์ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการรับประทานอาหารของหญิงตั้งครรภ์ที่มีค่าดัชนีมวลกายเกินก่อนการตั้งครรภ์ กลุ่มตัวอย่างคือ หญิงตั้งครรภ์ที่มีค่าดัชนีมวลกาย ≥ 23 กก./ม.² ที่มารับบริการฝากครรภ์ในหน่วยฝากครรภ์ของโรงพยาบาลบางบ่อ จังหวัดสมุทรปราการ จำนวน 96 ราย คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์คุณสมบัติการคัดเข้า เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมการรับประทานอาหารของหญิงตั้งครรภ์ที่มีค่าดัชนีมวลกายเกินก่อนการตั้งครรภ์ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของผลกระทบต่อด้านสุขภาพ การรับรู้ความรุนแรงของผลกระทบต่อด้านสุขภาพ การรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานอาหาร และการรับรู้อุปสรรคของการรับประทานอาหาร มีค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคเท่ากับ .78, .94, .85, .92 และ .89 ตามลำดับ เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างวันที่ 22 มีนาคม พ.ศ. 2559 ถึง วันที่ 31 พฤษภาคม พ.ศ. 2559 วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างโดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน พิสัย และสถิติพรรณนา วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ด้วยสถิติสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation: r) สรุปผลและอภิปรายผลการวิจัยดังนี้

สรุปผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคล กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้มีจำนวน 96 คน ส่วนใหญ่เป็นหญิงตั้งครรภ์ที่มีค่าดัชนีมวลกายเกินก่อนการตั้งครรภ์และอ้วนระดับ 1 (ร้อยละ 84.4) มีอายุระหว่าง 20-35 ปี ร้อยละ 79.1 ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 95.8) สำเร็จการศึกษาในระดับมัธยมศึกษาหรือ ปวช.มากที่สุด (ร้อยละ 76) รายได้เฉลี่ยของครอบครัว 21,270.83 บาทต่อเดือน ($SD = 8,257.98$ บาท) ค่าดัชนีมวลกายก่อนการตั้งครรภ์เฉลี่ย 25.10 กก./ม.² ไม่ทราบเกณฑ์น้ำหนักตัวของตนเอง ร้อยละ 56.3 ส่วนใหญ่ไม่ทราบเกี่ยวกับน้ำหนักตัวที่ควรเพิ่มขึ้นในระหว่างการตั้งครรภ์ (ร้อยละ 91.7) และแหล่งข้อมูลที่ได้รับเกี่ยวกับการรับประทานอาหารในขณะตั้งครรภ์มากที่สุด 3 ลำดับ คือ บุคลากรสาธารณสุข (ร้อยละ 88.5) สมุดบันทึกการฝากครรภ์ (ร้อยละ 86.5) และสื่อสังคมออนไลน์ทางอินเทอร์เน็ต (ร้อยละ 59.6)

2. พฤติกรรมการรับประทานอาหารของหญิงตั้งครรภ์ที่มีค่าดัชนีมวลกายเกินก่อนการตั้งครรภ์ โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 31.25, SD = 6.91$) เมื่อพิจารณาตามกลุ่มอาหาร พบว่ามีค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการรับประทานอาหารกลุ่มไขมันอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 12.36, SD = 3.20$) อาหารกลุ่มแป้งอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 6.85, SD = 2.04$) อาหารกลุ่มน้ำตาลอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 7.03, SD = 2.43$) และอาหารกลุ่มกากใยอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 5.00, SD = 1.27$)

3. ความเชื่อด้านสุขภาพ กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงของผลกระทบต่อด้านสุขภาพสูง ($M = 46.63, SD = .68$) การรับรู้ความรุนแรงของผลกระทบต่อด้านสุขภาพสูง ($M = 16.11, SD = .27$) การรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานอาหารสูง ($M = 46.18, SD = .72$) และการรับรู้อุปสรรคของการรับประทานอาหารปานกลาง ($M = 20.31, SD = .46$)

4. ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการรับประทานอาหารของกลุ่มตัวอย่าง การรับรู้โอกาสเสี่ยงของผลกระทบต่อด้านสุขภาพ การรับรู้ความรุนแรงของผลกระทบต่อด้านสุขภาพ และการรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานอาหาร มีความสัมพันธ์ทิศทางบวกในระดับต่ำกับพฤติกรรมการรับประทานอาหาร ($r = .17, p = .05; r = .23, p = .01$ และ $r = .21, p = .02$ ตามลำดับ) และการรับรู้อุปสรรคของการรับประทานอาหารมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับพฤติกรรมการรับประทานอาหาร ($r = -.22, p = .02$)

การอภิปรายผลการวิจัย

ผู้วิจัยอภิปรายผลตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย ดังต่อไปนี้

1. พฤติกรรมการรับประทานอาหารของหญิงตั้งครรภ์ที่มีค่าดัชนีมวลกายเกินเกณฑ์ก่อนการตั้งครรภ์ มีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการรับประทานอาหารโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 31.25, SD = 6.91$) และเมื่อพิจารณาตามกลุ่มอาหารที่รับประทาน ได้แก่ อาหารกลุ่มไขมัน กลุ่มแป้ง กลุ่มน้ำตาล และกลุ่มกากใย มีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการรับประทานอาหารอยู่ในระดับปานกลาง ทั้งนี้อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มที่มีน้ำหนักเกินหรืออ้วนก่อนการตั้งครรภ์ จึงเป็นไปได้ว่ากลุ่มตัวอย่างอาจมีพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่ให้พลังงานสูง ประกอบกับกลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 56.3 ไม่ทราบว่าตนเองอยู่ในกลุ่มที่มีภาวะน้ำหนักเกินเกณฑ์ก่อนการตั้งครรภ์ และเกือบทั้งหมด (ร้อยละ 91.7) ไม่ทราบว่าควรจะมีน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นเท่าใดในขณะตั้งครรภ์ จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่ไม่เหมาะสม คือ ไม่ลดการรับประทานอาหารกลุ่มแป้ง น้ำตาล ไขมันสูง ไม่เพิ่มการรับประทานอาหารกลุ่มที่มีกากใยอาหารสูง สอดคล้องกับรายงานการสำรวจสุขภาพคนไทยที่พบว่า คนไทยมักชอบรับประทานอาหารที่ให้พลังงานสูง

มีแป้งไขมันสูง รับประทานผักและผลไม้ น้อย (วิชัย เอกพลากร และคณะ, 2554)

2. ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการรับประทานอาหารของหญิงตั้งครรภ์ที่มีค่าดัชนีมวลกายเกินก่อนการตั้งครรภ์ ดังต่อไปนี้

2.1 การรับรู้โอกาสเสี่ยงของผลกระทบด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการรับประทานอาหารของหญิงตั้งครรภ์ที่มีค่าดัชนีมวลกายเกินก่อนการตั้งครรภ์ ($r = .17, p = .05$) สามารถอธิบายได้ว่า เมื่อกลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่าคุณเองมีโอกาสเสี่ยงสูงต่อการเกิดผลกระทบด้านสุขภาพต่อตนเองและทารก ซึ่งเป็นภาวะคุกคามต่อชีวิต ทำให้ต้องหลีกเลี่ยงต่อการเป็นโรคด้วยการมีพฤติกรรมในการป้องกันโรค (Rosenstock et al., 1974) เมื่อรับรู้โอกาสเสี่ยงมากก็จะมีพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่ดีขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ อรุณลดา นางแย้ม และคณะ (2550) พบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เมื่อรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน ผู้ป่วยก็จะมีพฤติกรรมการรับประทานอาหารเฉพาะ โรคที่ดีขึ้น จากการศึกษาของ ณัฐรยน์ ประเสริฐอำไพสกุล และคณะ (2551) พบว่า ผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ เมื่อรับรู้ว่าคุณเองมีโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคแทรกซ้อน ก็จะมีพฤติกรรมป้องกันภาวะน้ำตาลต่ำในเลือดได้ดี

2.2 การรับรู้ความรุนแรงของผลกระทบด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการรับประทานอาหารของหญิงตั้งครรภ์ที่มีค่าดัชนีมวลกายเกินก่อนตั้งครรภ์ ($r = .23, p = .01$) อธิบายได้ว่า เมื่อกลุ่มตัวอย่างมีประเมินว่า ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากการมีพฤติกรรมรับประทานอาหารที่ไม่เหมาะสมมีอันตรายรุนแรง ก่อให้เกิดความพิการ สูญเสียชีวิต เป็นปัจจัยคุกคามชีวิต หรืออาจมีผลกระทบต่อภาวะค่าใช้จ่ายในครอบครัว เสียโอกาสในการหารายได้ ก็จะทำให้ปฏิบัติพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่เหมาะสม เพื่อป้องกันโรคหรือภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นกับตนเองและทารกในครรภ์ได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ อรุณลดา นางแย้ม และคณะ (2550) พบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เมื่อรับรู้ถึงความรุนแรงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง ผู้ป่วยก็จะมีพฤติกรรมการรับประทานอาหารเฉพาะโรคที่ดีขึ้น และจากการศึกษาของ ณัฐรยน์ ประเสริฐอำไพสกุล และคณะ (2551) พบว่า ผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ เมื่อรับรู้ความรุนแรงการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน ก็จะมีพฤติกรรมป้องกันการเกิดภาวะน้ำตาลต่ำในเลือดได้ดี

2.3 การรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานอาหารมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการรับประทานอาหารของหญิงตั้งครรภ์ที่มีค่าดัชนีมวลกายเกินก่อนการตั้งครรภ์ ($r = .21, p = .02$) อธิบายได้ว่า การที่หญิงตั้งครรภ์รับรู้ถึงผลดีของการปฏิบัติพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่เหมาะสมในทางบวก ก็จะทำให้หญิงตั้งครรภ์มีพฤติกรรมการรับประทาน

อาหารที่เหมาะสมมากขึ้น เป็นไปตามทฤษฎีความเชื่อด้านสุขภาพว่า การรับรู้ประโยชน์จะเอื้อให้บุคคลมีการตัดสินใจที่จะปฏิบัติ เมื่อเปรียบเทียบแล้วว่าการปฏิบัตินั้นจะทำให้เกิดผลดีมากกว่าผลเสีย (Rosenstock et al., 1974) สอดคล้องกับการศึกษาของ ศิริหงษ์ ชัมเจริญ และคณะ (2555) พบว่า หญิงตั้งครรภ์รับรู้ว่าการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมีประโยชน์ต่อสุขภาพของตนเอง และทารกในครรภ์มาก ก็จะมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมากขึ้น และสามารถพยากรณ์พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ได้

2.4 การรับรู้อุปสรรคของการรับประทานอาหารมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรม การรับประทานอาหารในหญิงตั้งครรภ์ที่มีค่าดัชนีมวลกายเกินก่อนการตั้งครรภ์ ($r = -.22, p = .02$) หมายความว่า เมื่อกลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ต่อปัญหาและอุปสรรคที่จะมาขัดขวางการมีพฤติกรรม การรับประทานอาหารที่เหมาะสมต่ำ ก็จะส่งผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมรับประทานอาหารที่เหมาะสมมากขึ้น อธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างที่คิดว่ารับประทานอาหารกลุ่มแป้ง น้ำตาล และไขมันสูง เป็นสิ่งที่ปฏิบัติได้ยากเนื่องจากมีความยุ่งยากและมีค่าใช้จ่ายสูงในการประกอบอาหาร ซึ่งปัจจัยเหล่านี้ขัดขวางการปฏิบัติพฤติกรรมรับประทานที่ดี สอดคล้องกับการศึกษาของ สุวรรณิ โคนุช และคณะ (2554) พบว่า การที่หญิงตั้งครรภ์มีการรับรู้อุปสรรคของการส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการในระดับต่ำ ก็จะเชื่อว่าตนเองสามารถที่จะปฏิบัติพฤติกรรมรับประทานอาหารที่ดีได้สำเร็จมากขึ้น

การนำผลการวิจัยไปใช้และข้อเสนอแนะในการทำวิจัยในครั้งต่อไป

ผลการศึกษาครั้งนี้ทำให้ได้การนำผลการวิจัยไปใช้และข้อเสนอแนะ เพื่อเป็นแนวทางในการดูแลและให้บริการหญิงตั้งครรภ์ที่มีค่าดัชนีมวลกายเกินก่อนการตั้งครรภ์ ดังนี้

1. ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมรับประทานอาหารในระดับปานกลาง ในทุกกลุ่มอาหาร ผู้ให้บริการฝากครรภ์ ควรจัดกิจกรรมส่งเสริมพฤติกรรมรับประทานที่ดี ได้แก่ การตรวจและคัดกรองพฤติกรรมรับประทานอาหารในหญิงตั้งครรภ์พร้อมกับสนับสนุนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมรับประทานให้มีความเหมาะสม ในกลุ่มที่มีพฤติกรรมมารับประทานอาหารที่ไม่ดี การให้ความรู้เกี่ยวกับการรับประทานที่เหมาะสมในระหว่างการตั้งครรภ์ การรณรงค์ให้หญิงตั้งครรภ์รับประทานเพื่อส่งเสริมสุขภาพ เป็นต้น

2. กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้เป็นหญิงตั้งครรภ์ที่มีค่าดัชนีมวลกายเกินก่อนการตั้งครรภ์ จึงควรมีการศึกษาในหญิงตั้งครรภ์กลุ่มอื่น ๆ ได้แก่ หญิงตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวาน ความดันโลหิตสูง น้ำหนักปกติ และน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์ เพื่อใช้เป็นฐานข้อมูลในการส่งเสริมพฤติกรรมรับประทานอาหารที่เหมาะสม และความเชื่อด้านสุขภาพเฉพาะกลุ่มต่อไป

บรรณานุกรม

- กฤตพร เมืองพร้อม, ชญานิส ลือวานิช และประพรศรี นรินทร์รักษ์. (2550). พฤติกรรมการบริโภคอาหารตลอดการตั้งครรภ์ของหญิงไทยครรภ์แรกที่คลอดทารกน้ำหนักน้อย: กรณีศึกษาโรงพยาบาลภาครัฐ จังหวัดภูเก็ต. ภูเก็ต: มหาวิทยาลัยราชภัฏภูเก็ต
- กองโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2552). แนวทางการดำเนินงานเฝ้าระวังภาวะทางโภชนาการหญิงตั้งครรภ์และการเจริญเติบโตของเด็กอายุ 0-5 ปี. กรุงเทพฯ: กองโภชนาการ.
- จรินทร์ทิพย์ สมประสิทธิ์. (2556). ภาวะอ้วนกับการตั้งครรภ์. ใน วิบูลย์ เรื่องชัยนิคม, บุญศรี จันทร์รัชชกุล, ปัทมา พรหมสนธิ, นกมล ไชยสิทธิ์, จิตติมา รุจิเวชพงศธร และจินดามาศ โกลสชั้นวิจิตร (บรรณาธิการ), *เวชปฏิบัติเชิงประจักษ์ร่วมสมัยในเวชศาสตร์มารดาและทารกในครรภ์* (หน้า 179-185). กรุงเทพฯ: ยูเนี่ยน ศรีเอชเอ็น.
- ฉัตรรัตน์ สกุดราษฎร์. (2555). พฤติกรรมการบริโภคอาหารของหญิงตั้งครรภ์. *พุทธชินราชเวชสาร*, 29(2), 180-189.
- ณัฐชยานี ประเสริฐอำไพสกุล, เกษร ลำเกาทอง และชดช้อย วัฒนะ. (2551). ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันภาวะน้ำตาลต่ำในเลือดสูงของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด. *รามาชิปติพยาบาลสาร*, 14(3), 298-311.
- ตรีพร ชุมศรี และสังจา ทาโต. (2548). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้ความสามารถของตนเอง และอิทธิพลระหว่างบุคคลกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นภาคใต้. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ตรีภพ เลิศบรรณพงษ์. (2551). น้ำหนักตัวมารดากับการตั้งครรภ์: ปัจจัยที่สูติแพทย์อาจมองข้าม. *เวชบัณฑิตศิริราช*, 1(2), 81-90.
- ทวิช ศรีเกษม. (2554). ผลของน้ำหนักก่อนการตั้งครรภ์ต่อผลลัพธ์การตั้งครรภ์. *พุทธชินราชเวชสาร*, 28(2), 191-199.
- บุญใจ ศรีสถิตย์นรากร. (2550). *ระเบียบวิธีการวิจัยทางการแพทย์* (พิมพ์ครั้งที่ 4). กรุงเทพฯ: ยูแอนด์ไอ อินเตอร์มีเดีย.
- บุญสิตา จันทร์ดี, เขวลักษณ์ เสรีเสถียร และวรรณ พาหุวัฒนกร. (2557). ปัจจัยทำนายน้ำหนักตัวที่เพิ่มขึ้นของสตรีตั้งครรภ์. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 15(2), 339-347.

- ประพิมพ์พร ฉัตรานุกุลชัย. (2556). โภชนาการในหญิงตั้งครรภ์. ใน วิทยุ เรื่องชัยนิคม, บุญศรี จันทร์รัชกุล, ปัทมา พรหมสนธิ, นกมล ไชยสิทธิ์, จิตติมา รุจิเวชพงศธร และจินดามาศ โกศลชื่นวิจิตร (บรรณาธิการ), *เวชปฏิบัติเชิงประจักษ์ร่วมสมัยในเวชศาสตร์มารดาและทารกในครรภ์* (หน้า 188-190). กรุงเทพฯ: สมาคมเวชศาสตร์มารดาและทารกในครรภ์.
- พวงน้อย สาครรัตนกุล และจันทิมา ขนบดี. (2550). *การพยาบาลสตรีตั้งครรภ์* (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: ป.สัมพันธ์พาณิชย์.
- แพรวพรรณ แสงทองรุ่งเจริญ และรพีพรรณ วิทยุวัฒนกิจ. (2554). ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ประโยชน์ของการส่งเสริมสุขภาพกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์. *พยาบาลสาร*, 4(2), 21-27.
- ไพบุลย์ พิทยาเชียรอนันต์, รักษิณี บุตรชน, จอมขวัญ โยธาสมุทร, วิชัย เอกพลากร, ยศ ตีระพัฒนานนท์, เนติ สุขสมบุรณ์ และมนทรัตม์ ถาวรเจริญทรัพย์. (2554). *ผลกระทบต่อกำไรด้านสุขภาพจากภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วนในประเทศไทย. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข*, 5(3), 287-298
- ภัศพร สมภาร, มานพ คณะโต และภัศรวัลย์ รังสีปราวการ. (2556). พฤติกรรมป้องกันภาวะขาดสารไอโอดีนของหญิงตั้งครรภ์กับระดับฮอร์โมนกระตุ้นต่อมไทรอยด์ของทารกแรกเกิดในอำเภอनावังและอำเภอนากลาง จังหวัดหนองบัวลำภู. *วารสารการพัฒนาสุขภาพชุมชนมหาวิทยาลัยขอนแก่น*, 1(3), 117-130.
- วรรณรัตน์ จงเจริญยานนท์. (2549). *การพยาบาลสูติศาสตร์ เล่ม 1* (พิมพ์ครั้งที่ 5). นนทบุรี: ยุทธรินทร์การพิมพ์.
- วิชัย เอกพลากร, เขาวรัตน์ ปรปักษ์ขาม, สุรศักดิ์ ฐานิพานิชกุล, หทัยชนก พรรคเจริญ, วราภรณ์ เสถียรนพเก้า และกนิษฐา ไทยกล้า. (2554). *การสำรวจสุขภาพประชาชนไทย โดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 4 พ.ศ. 2551-2*. นนทบุรี: เดอะกราฟิโกซิสเต็มส์.
- วิทยุ เรื่องชัยนิคม, บุญศรี จันทร์รัชกุล, ปัทมา พรหมสนธิ, นกมล ไชยสิทธิ์, จิตติมา รุจิเวชพงศธร และจินดามาศ โกศลชื่นวิจิตร. (2556). *เวชปฏิบัติเชิงประจักษ์ร่วมสมัยในเวชศาสตร์มารดาและทารกในครรภ์*. กรุงเทพฯ: ยูเนี่ยน ศรีเอชเอ็น จำกัด
- ศิริหงษ์ ชิมเจริญ, วันทนา มณีศรีวงศ์กุล และแสงทอง ชีระทองคำ. (2555). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความเชื่อเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ การรับรู้ต่อการส่งเสริมสุขภาพกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ชาวไทยมุสลิม. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยบูรพา*, 20(3), 36-46.

- สตรีรัตน์ ชาติกานต์, ทศนีย์ พฤษภาชีวะ และอดิเทพ เชาว์วิศิษฐ์. (2553). การรับรู้ภาวะสุขภาพของตนเองและของทารกในสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะอ้วนร่วมกับเบาหวานและ/หรือความดันโลหิตสูง. *รามาธิบดีพยาบาลสาร*, 2(16), 185-199.
- สำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ. (ม.ป.ป.). *ภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน*. เข้าถึงได้จาก <http://www.thaihealth.or.th/Content/20399-ภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน.html>.
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรปราการ. (2558). *ฐานข้อมูลสุขภาพจังหวัด: KPI จังหวัด ความชุกของภาวะอ้วน (BMI \geq 25 กก./ม² และหรือภาวะอ้วนลงพุง รอบเอวเกินชาย 90 ซม. หญิง 80 ซม.) เขตบริการสุขภาพที่ 6 จังหวัดสมุทรปราการ*. เข้าถึงได้จาก http://spk.hdc.moph.go.th/hdc/reports/report_kpi.php?flag_kpi_level3&flag_kpi_year=2015&source=kpi/kpi.php&cat_id=6966b0664b89805a484d7ac96c6edc48&id=a75e43f7e044704ec9a993266d3f6704
- สิริยา กิติโยคม และพิเศก ทองสวัสดิ์วงศ์. (2551). ผลการตั้งครรภ์ของสตรีที่มีภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐานในโรงพยาบาลมหาราช นครราชสีมา. *Thai Journal of Obstetrics and Gynecology*, 16(4), 214-220.
- สุวรรณณี โกลนุช, มยุรี นิรัทธราคร และศิริพร ชัมภลิจิต. (2554). ปัจจัยทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการของสตรีตั้งครรภ์อายุมากกว่า 35 ปี. *วารสารการพยาบาลและการศึกษา*, 4(2), 79-93.
- อรุณลดา นางแย้ม, อภรณ์ ดีนาน และกนกนุช ชื่นเลิศสกุล. (2550). ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการรับประทานอาหารเฉพาะโรคของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง. *วารสารพยาบาลศาสตร์, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย*, 19(3), 84-96.
- Aviram, A., Hod, M., & Yogev, Y. (2011). Maternal obesity: Implications for pregnancy outcome and long-term risks—a link to maternal nutrition. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 115, S6-S10.
- Baeten, J. M., Bukusi, E. A., & Lambe, M. (2001). Pregnancy complications and outcomes among overweight and obese nulliparous women. *American Journal of Public Health*, 91(3), 436.
- Becker, M. H. (1974). The health belief model and sick role behavior. *Health Education & Behavior*, 2(4), 409-419.

- Berggren, E. K., Groh-Wargo, S., Presley, L., Hauguel-De Mouzon, S., & Catalano, P. M. (2015). Maternal fat, but not lean, mass is increased among overweight/ obese women with excess gestational weight gain. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 214(6), 745.e1-745.e5
- Bhattacharya, S., Campbell, D. M., Liston, W. A., & Bhattacharya, S. (2007). Effect of body mass index on pregnancy outcomes in nulliparous women delivering singleton babies. *BMC Public Health*, 7(1), 1.
- Blomberg, M. (2013). Maternal obesity, mode of delivery, and neonatal outcome. *Obstetrics & Gynecology*, 122(1), 50-55.
- Blomberg, M. I., & Kallen, B. (2010). Maternal obesity and morbid obesity: The risk for birth defects in the off spring. *Birth Defects Research Part A: Clinical and Molecular Teratology*, 88(1), 35-40.
- Brawarsky, P., Stotland, N. E., Jackson, R. A., Fuentes-Afflick, E., Escobar, G. J., Rubashkin, N., & Haas, J. S. (2005). Pre-pregnancy and pregnancy-related factors and the risk of excessive or inadequate gestational weight gain. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 91(2), 125-131.
- Butte, N. F., Ellis, K. J., Wong, W. W., Hopkinson, J. M., & Smith, E. B. (2003). Composition of gestational weight gain impacts maternal fat retention and infant birth weight. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 189(5), 1423-1432.
- Caballero, B. (2007). The global epidemic of obesity: An overview. *Epidemiologic Reviews*, 29(1), 1-5.
- Carmichael, S. L., & Abrams, B. (1997). A critical review of the relationship between gestational weight gain and preterm delivery. *Obstetrics & Gynecology*, 89(5), 865-873.
- Cnattingius, S., Villamor, E., Johansson, S., Bonamy, A. K. E., Persson, M., Wikström, A. K., & Granath, F. (2013). Maternal obesity and risk of preterm delivery. *Journal of the American Medical Association*, 309(22), 2362-2370.
- Dietz, P. M., Callaghan, W. M., Morrow, B., & Cogswell, M. E. (2005). Population-based assessment of the risk of primary cesarean delivery due to excess pre pregnancy weight among nulliparous women delivering term infants. *Maternal and Child Health Journal*, 9(3), 237-244.

- Ehrenberg, H. M., Dierker, L., Milluzzi, C., & Mercer, B. M. (2003). Low maternal weight, failure to thrive in pregnancy, and adverse pregnancy outcomes. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, *189*(6), 1726-1730.
- Guh, D. P., Zhang, W., Bansback, N., Amarsi, Z., Birmingham, C. L., & Anis, A. H. (2009). The incidence of co-morbidities related to obesity and overweight: a systematic review and meta-analysis. *BMC Public Health*, *9*(1), 1.
- Harris, H. E., Ellison, G. T. H., & Holliday, M. (1997). Is there an independent association between parity and maternal weight gain?. *Annals of Human Biology*, *24*(6), 507-519.
- Herring, S. J., Nelson, D. B., Davey, A., Klotz, A. A., Oken, E., & Foster, G. D. (2012). Determinants of excessive gestational weight gain in urban, low-income women. *Women's Health Issues*, *22*(5), e439-e446.
- Herring, S. J., Oken, E., Haines, J., Rich-Edwards, J. W., Rifas-Shiman, S. L., Kleinman, K. P., & Gillman, M. W. (2008). Misperceived pre-pregnancy body weight status predicts excessive gestational weight gain: Finding from a US cohort study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, *8*, 54-62.
- Hill, B., Skouteris, H., McCabe, M., & Fuller-Tyszkiewicz, M. (2013). Body image and gestational weight gain: A prospective study. *Journal of Midwifery & Women's Health*, *58*(2), 189-194.
- Hillier, T. A., Pedula, K. L., Vesco, K. K., Schmidt, M. M., Mullen, J. A., LeBlanc, E. S., & Pettitt, D. J. (2008). Excess gestational weight gain: Modifying fetal macrosomia risk associated with maternal glucose. *Obstetrics & Gynecology*, *112*(5), 1007-1014.
- Hilson, J. A., Rasmussen, K. M., & Kjolhede, C. L. (2006). Excessive weight gain during pregnancy is associated with earlier termination of breast-feeding among white women. *The Journal of Nutrition*, *136*(1), 140-146.
- Hytten, F. E., & Chamberlain, G. (1980). *Clinical physiology in obstetrics* (3rd ed.). Oxford: Blackwell Scientific.
- Institute of Medicine [IOM]. (2009). *Weight gain during pregnancy: Reexamining the guidelines*. Washington, DC: The National Academies Press.

- Loy, S. L., & Jan Mohamed, H. J. B. (2013). Relative validity of dietary patterns during pregnancy assessed with a food frequency questionnaire. *International Journal of Food Sciences and Nutrition*, 64(6), 668-673.
- Kouba, S., Hallstrom, T., Lindholm, C., & Hirschberg, A. L. (2005). Pregnancy and neonatal outcomes in women with eating disorders. *Obstetrics & Gynecology*, 105(2), 255-260.
- Loy, S. L., Marhazlina, M., Nor Azwany, Y., & Hamid Jan, J. M. (2011). Higher intake of fruits and vegetables in pregnancy is associated with birth size. *Southeast Asian Journal of Tropical Medicine and Public Health*, 42(5), 1214.
- Mehta, U. J., Siega-Riz, A. M., Herring, A. H., Adair, L. S., & Bentley, M. E. (2011). Maternal obesity, psychological factors, and breast feeding initiation. *Breastfeeding Medicine*, 6(6), 369-376.
- Ogden, C. L., Carroll, M. D., Curtin, L. R., McDowell, M. A., Tabak, C. J., & Flegal, K. M. (2006). Prevalence of overweight and obesity in United States 1999-2004. *Journal of the American Medical Association*, 295(13), 1549-1555.
- Ogden, C. L., Flegal, K. M., Carroll, M. D., & Johnson, C. L. (2002). Prevalence and trends in overweight among US children and adolescents, 1999-2000. *Journal of the American Medical Association*, 288(14), 1728-1732.
- Oken, E., Taveras, E. M., Kleinman, K. P., Rich-Edwards, J. W., & Gillman, M. W. (2007). Gestational weight gain and child adiposity at age 3 years. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 196(4), 322.
- Olson, C. M., Strawderman, M. S., Hinton, P. S., & Pearson, T. A. (2003). Gestational weight gain and postpartum behaviors associated with weight change from early pregnancy to 1 & emsp14; postpartum. *International Journal of Obesity*, 27(1), 117-127.
- Paiva, L. V. D., Nomura, R. M. Y., Dias, M. C. G., & Zugaib, M. (2012). Maternal obesity in high-risk pregnancies and postpartum infectious complications. *Journal of the Brazil Medical Association*, 58(4), 453-458.
- Petrella, E., Malavolti, M., Bertarini, V., Pignatti, L., Neri, I., Battistini, N. C., & Facchinetti, F. (2014). Gestational weight gain in overweight and obese women enrolled in a healthy lifestyle and eating habits program. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*, 27(13), 1348-1352.

- Rasmussen, K. M., & Yaktine, A. L., (2009). *Committee to reexamine IOM pregnancy weight guidelines*. Washington DC: The National Academies Press.
- Rosenstock, I. M. (1974). Historical origins of the health belief model. *Health Education & Behavior*, 2(4), 328-335.
- Scott-Pillai, R., Spence, D., Cardwell, C. R., Hunter, A., & Holmes, V. A. (2013). The impact of body mass index on maternal and neonatal outcomes: A retrospective study in a UK obstetric population, 2004-2011. *Journal of Obstetrics and Gynecology*, 120(8), 932-939.
- Stuebe, A. M., Oken, E., & Gillman, M. W. (2009). Associations of diet and physical activity during pregnancy with risk for excessive gestational weight gain. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 201(1), 58-e1.
- Surkan, P. J., Hsieh, C. C., Johansson, A. L., Dickman, P. W., & Cnattingius, S. (2004). Reasons for increasing trends in large for gestational age births. *Obstetrics & Gynecology*, 104(4), 720-726.
- Thorndike, R. M. (1978). *Correlation procedures for research*. New York: Gardner Press.
- Tsai, I., Chen, C. P., Sun, F. J., Wu, C. H., & Yeh, S. L. (2012). Associations of the pre-pregnancy body mass index and gestational weight gain with pregnancy outcomes in Taiwanese women. *Asia Pacific Journal of Clinical Nutrition*, 21(1), 82.
- Vahratian, A., Siega-Riz, A. M., Savitz, D. A., & Zhang, J. (2005). Maternal pre-pregnancy overweight and obesity and the risk of cesarean delivery in nulliparous women. *Annals of Epidemiology*, 15(7), 467-474.
- World Health Organization [WHO]. (2000). *The Asia-Pacific perspective: Redefining obesity and its treatment*. Sydney: Health Communications Australia.
- World Health Organization [WHO]. (2013). *Obesity and overweight fact sheet N 311*. Retrieved from <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/en/>
- Wang, R., Wu, M. J., Ma, X. Q., Zhao, Y. F., Yan, X. Y., Gao, Q. B., & He, J. (2012). Body mass index and health-related quality of life in adults: a population based study in five cities of China. *The European Journal of Public Health*, 22(4), 497-502

Yogev, Y., Ben-Haroush, A., Chen, R., Rosen, B., Hod, M., & Langer, O. (2004). Diurnal glycemic profile in obese and normal weight no diabetic pregnant women. *Journal Obstetric Gynecologic*, *191*(3), 949-953

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก

รายชื่อผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบเครื่องมือ

รายชื่อผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบเครื่องมือ

- | | |
|--|---|
| 1. รองศาสตราจารย์พิริยา ศุภศิริ | อาจารย์ประจำกลุ่มวิชาการพยาบาล
มารดาและทารก คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยบูรพา |
| 2. รองศาสตราจารย์สุภาพ ไทยแท้ | อาจารย์ประจำภาควิชาสูติ-นรีเวชศาสตร์
คณะพยาบาลศาสตร์เกื้อการุณย์
มหาวิทยาลัยนวมินทราชิราช |
| 3. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วรรณ พานุกวัฒนากร | อาจารย์ประจำภาควิชาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล |
| 4. ดร.จางวรรณ ไม้ตระกูล | อาจารย์ประจำสาขาวิชาการพยาบาลชุมชน
คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ |
| 5. ดร.เพ็ญมาศ สุคนธจิตต์ | อาจารย์ประจำโปรแกรมวิชาวิทยาศาสตร์
สุขภาพ คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี
มหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลา |

ภาคผนวก ข
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบสอบถามโครงการวิจัย

เรื่อง ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการรับประทานอาหาร ของหญิงตั้งครรภ์ที่มีค่าดัชนีมวลกายเกินก่อนการตั้งครรภ์

ชุดที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะน้ำหนักเกินเกณฑ์ก่อนการตั้งครรภ์

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย / ลงใน หน้าข้อความหรือ เติมข้อความลงในช่องว่างตามความเป็นจริง

1. อายุปี.....เดือน
2. น้ำหนักก่อนการตั้งครรภ์.....กิโลกรัม
3. ส่วนสูง.....เซนติเมตร (BMI.....)
4. สถานภาพการสมรส
 - คู่
 - หม้าย
 - หย่าร้าง/ แยกกันอยู่
 - อื่น ๆ
5. ระดับการศึกษา
 - ประถมศึกษา
 - มัธยมศึกษาตอนต้น
 - มัธยมศึกษาตอนปลาย หรือปวช.
 - อนุปริญญาหรือ ปวส.
 - ปริญญาตรี หรือ สูงกว่า
 - อื่น ๆ ระบุ.....
6. รายได้ของครอบครัว.....บาท/เดือน
7. ฝากครรภ์ครั้งแรกเมื่ออายุครรภ์ประมาณเท่าใด.....เดือน หรือ.....สัปดาห์
8. จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์
 - ครั้งที่ 1 ครั้งที่ 2 ครั้งที่ 3 อื่น ๆ ระบุ.....
9. จำนวนบุตรที่มีชีวิตอยู่.....คน

10. ก่อนการตั้งครรภ์ท่านทราบหรือไม่ว่าน้ำหนักของท่านอยู่ในเกณฑ์ใด
- ไม่ทราบ
 - ท่านทราบ และ ท่านอยู่ในเกณฑ์ใด
 - ปกติ
 - น้อยกว่าเกณฑ์
 - เกินกว่าเกณฑ์
11. ท่านทราบหรือไม่ว่า น้ำหนักตัวของท่านก่อนการตั้งครรภ์เมื่อเทียบกับส่วนสูง (BMI) แล้วควรมีน้ำหนักตัวเป็นเท่าใดท่านจึงจะอยู่ในเกณฑ์น้ำหนักตัวปกติ
- ไม่ทราบ
 - ทราบ โปรดระบุน้ำหนักตัว.....กิโลกรัม
12. ท่านควรมีน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นตลอดระยะเวลาของการตั้งครรภ์ประมาณเท่าใด
- ไม่ทราบ
 - 7-11.5 กิโลกรัม
 - 11.5-16 กิโลกรัม
 - 12.5-18.0 กิโลกรัม
13. ท่านเคยได้รับความรู้เกี่ยวกับการรับประทานอาหารในขณะตั้งครรภ์ครั้งนี้หรือไม่
- ไม่เคย
 - เคย ระบุแหล่งความรู้ (สามารถตอบได้มากกว่า 1 ข้อ) ดังต่อไปนี้
 - แพทย์/ พยาบาล/ บุคลากรทางสาธารณสุขอื่น ๆ
 - เพื่อน/ญาติ/ คนในครอบครัว
 - โทรทัศน์/ วิทยุ
 - นิตยสาร/ แผ่นพับ/ หนังสือพิมพ์
 - สมุดบันทึกการฝากครรภ์ (สีชมพู)
 - สื่อสังคมออนไลน์ทางอินเทอร์เน็ต เช่น ไลน์ (line), เฟซบุ๊ก (Face book)
 - อื่น ๆ ระบุ

ยังมีคำถามต่อนะคะ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามพฤติกรรมมารับประทานอาหารของหญิงตั้งครรภ์ที่มีค่าดัชนีมวลกายเกินก่อนการตั้งครรภ์

คำชี้แจง แบบสอบถามนี้ประกอบด้วยข้อคำถาม 18 ข้อ ถามเกี่ยวกับความถี่ของการรับประทานอาหารของท่านในแต่ละวัน ตั้งแต่เริ่มตั้งครรภ์จนถึงปัจจุบัน ในแต่ละข้อคำถาม ให้ท่านเลือกตอบได้เพียงระดับเดียว โดยใส่เครื่องหมาย / ลงในช่องที่ตรงตามความเป็นจริงของท่านมากที่สุด ซึ่งแต่ละระดับของความถี่ของการรับประทานอาหาร มีความหมายดังนี้

- ปฏิบัติทุกวัน หมายถึง ท่านมีพฤติกรรมหรือปฏิบัติกิจกรรมเรื่องนั้น ๆ 7 วัน/สัปดาห์
- ปฏิบัติบ่อยครั้ง หมายถึง ท่านมีพฤติกรรมหรือปฏิบัติกิจกรรมเรื่องนั้น ๆ 4-6 วัน/สัปดาห์
- ปฏิบัติบางครั้ง หมายถึง ท่านมีพฤติกรรมหรือปฏิบัติกิจกรรมเรื่องนั้น ๆ 1-3 วัน/สัปดาห์
- ไม่เคยปฏิบัติเลย หมายถึง ท่านไม่มีพฤติกรรมหรือปฏิบัติกิจกรรมเรื่องนั้น ๆ เลย

ข้อที่	พฤติกรรมมารับประทานอาหาร	ปฏิบัติทุกวัน (3)	ปฏิบัติบ่อยครั้ง (2)	ปฏิบัติบางครั้ง (1)	ไม่เคยปฏิบัติเลย (0)
1	เนื้อสัตว์ติดมัน เช่น หมูสามชั้น ขาหมู คอหมู หนังไก่ หนังเป็ด เป็นต้น				
2	.....			
3	.....			
4	ประเภทเส้น เช่น เส้นหมี่ เส้นก๋วยเตี๋ยว เส้นขนมจีน เป็นต้น				
5	.....			
6	อาหารคาวที่ใส่กะทิ เช่น แกงเขียวหวาน แกงเผ็ด เป็นต้น				
7	อาหารประเภทผัด				
8	นมสดรสจืดพร้อมมันเนย หรือนมขาดมันเนย				
9	นมปรุงแต่งรสหวาน เช่น รส				

ข้อที่	พฤติกรรมกรรมการรับประทานอาหาร	ปฏิบัติทุกวัน	ปฏิบัติ บ่อยครั้ง	ปฏิบัติ บางครั้ง	ไม่เคย ปฏิบัติเลย
		(3)	(2)	(1)	(0)
	ซ็อกโกแลต นมเปรี้ยวรสหวาน โยเกิร์ตรสหวาน เป็นต้น				
10	เครื่องดื่มที่มีรสหวาน เช่น น้ำอัดลม น้ำหวาน โกโก้เย็น ชาเย็น น้ำปั่น น้ำ ผลไม้ นมเปรี้ยว เป็นต้น				
11	ผักที่มีกากใยอาหารมาก เช่น มะเขือ แครอท มันเทศ กะหล่ำปลีสุก คะน้า ผักบุนวม เป็นต้น				
12	.....			
13	ผลไม้รสหวานมาก เช่น ลำไย มะม่วงสุก องุ่น เป็นต้น				
14	.....			
15	อาหารฟาสต์ฟู้ด เช่น พิซซ่า แฮมเบอร์เกอร์ ไก่ทอด เป็นต้น				
16	อาหารตามสั่งประเภทผัด ทอด เช่น ข้าวผัด ไข่เจียวราดข้าว ผัดกระเพา ราดข้าว ข้าวมันไก่ เป็นต้น				
17	.....			
18	เบเกอรี่ เช่น เค้ก พาย โดนัท เป็นต้น				

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะน้ำหนักเกินเกณฑ์ก่อนการตั้งครรภ์

คำชี้แจง แบบสอบถามนี้ประกอบด้วยข้อคำถาม 42 ข้อ แต่ละข้อคำถามนั้นจะถามถึงความรู้สึกรู้สึกหรือความคิดเห็นของท่านเกี่ยวกับโอกาสเสี่ยงของผลกระทบต่อด้านสุขภาพจากการรับประทานอาหาร ความรุนแรงของผลกระทบต่อด้านสุขภาพจากการรับประทานอาหาร ประโยชน์และอุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมการรับประทานอาหารในระหว่างการตั้งครรภ์

ให้ท่านเลือกตอบโดยใส่เครื่องหมาย / ลงในช่อง ที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุดเพียง 1 ช่อง โดยมีลักษณะคำตอบให้เลือก 4 ระดับ คือ

ไม่เห็นด้วย	หมายถึง	ข้อความนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกรู้สึกหรือความคิดเห็นของท่านเลย
เห็นด้วยน้อย	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกรู้สึกหรือความคิดเห็นของท่านเป็นบางส่วน
เห็นด้วยมาก	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกรู้สึกหรือความคิดเห็นของท่านเป็นส่วนใหญ่
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกรู้สึก หรือความคิดเห็นของท่านทุกประการ

3.1 การรับรู้โอกาสเสี่ยงของผลกระทบต่อด้านสุขภาพ (ข้อ 1- 15)

ข้อที่	ข้อคำถาม	เห็นด้วย อย่างยิ่ง (4)	เห็นด้วย มาก (3)	เห็นด้วย น้อย (2)	ไม่เห็น ด้วย (1)
●	การรับประทานอาหารกลุ่มแป้ง เช่น ข้าว ขนมอบ้ง ก๋วยเตี๋ยว มากเกินความจำเป็น ระหว่างการตั้งครรภ์ เพิ่มความเสี่ยงของท่าน ดังต่อไปนี้ (ใช้ตอบคำถามข้อ 1-5)				
1	เกิดโรคแทรกซ้อนระหว่างตั้งครรภ์ เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง				
2	เกิดโรคอ้วนในระยะหลังคลอด				
3	.....			

ข้อที่	ข้อความ	เห็นด้วย อย่างยิ่ง (4)	เห็นด้วย มาก (3)	เห็นด้วย น้อย (2)	ไม่เห็น ด้วย (1)
4	ลูกเสี่ยงต่อการเกิดภาวะผิดปกติในระหว่าง การคลอด เช่น คลอดยาก ขาดออกซิเจน เป็นต้น				
5	.....			
●	การกินอาหารกลุ่มไขมันสูง เช่น ผัด ทอด และกะทิ หรือกินอาหารจานด่วน เช่น พิซ ซ่า แซมเบอร์เกอร์ ไก่ทอด ข้าวไข่เจียว หรือ ข้าวราดผัดกะเพรา <u>เพิ่มความเสี่ยงของท่าน</u> <u>ดังต่อไปนี้ (ใช้ตอบคำถามข้อ 6-10)</u>				
6	เกิดโรคแทรกซ้อนระหว่างตั้งครรภ์ เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง				
7	เกิดโรคอ้วนในระยะหลังคลอด				
8	ลูกในครรภ์เสี่ยงต่อการมีน้ำหนักตัวมาก เกินไป				
9	.....			
10	.....			
●	การกินอาหารกลุ่มน้ำตาลสูง เช่น บัวลอยไข่ หวาน ขนมชั้น หวานเย็น ขนมกรุบกรอบ หรือการดื่มเครื่องดื่มที่มีรสหวาน เช่น น้ำอัดลม น้ำหวาน โกโก้เย็น น้ำปั่น น้ำผลไม้ นมเปรี้ยว <u>เพิ่มความเสี่ยงของท่านต่อการ</u> <u>เกิดโรคแทรกซ้อนระหว่างตั้งครรภ์</u> <u>ดังต่อไปนี้ (ใช้ตอบข้อ 11-15)</u>				
11	เกิดโรคแทรกซ้อนระหว่างตั้งครรภ์ เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง				
12	เกิดโรคอ้วนในระยะหลังคลอด				

ข้อที่	ข้อความ	เห็นด้วย อย่างยิ่ง (4)	เห็นด้วย มาก (3)	เห็นด้วย น้อย (2)	ไม่เห็น ด้วย (1)
13	ลูกในครรภ์เสี่ยงต่อการมีน้ำหนักตัวมาก เกินไป				
14	.....			
15	เพิ่มความเสี่ยงของลูกต่อการเกิดโรคอ้วน เมื่อเข้าสู่วัยเด็ก				

3.2 การรับรู้ความรุนแรงของผลกระทบด้านสุขภาพ (ข้อ 16-20 = 5 ข้อ)

ข้อที่	ข้อความ	เห็นด้วย อย่างยิ่ง (4)	เห็นด้วย มาก (3)	เห็นด้วย น้อย (2)	ไม่เห็น ด้วย (1)
●	การมีพฤติกรรมมารับประทานอาหารที่ไม่ เหมาะสม ส่งผลต่อสุขภาพของท่าน ดังต่อไปนี้ (ใช้ตอบข้อ 16-20)				
16	โรคแทรกซ้อนระหว่างตั้งครรภ์ เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง เป็นต้น มี อันตรายอย่างมากต่อสุขภาพของท่านและ ลูกของท่าน				
17	.....			
18	.....			
19	.....			
20	มีการคลอดลูกตัวโตและใช้หัตถการช่วย คลอดด้วยเครื่องดูดสุญญากาศหรือคีม อาจ ทำให้ทารกตายหรือพิการเลือดออกใน สมองได้				

3.3 การรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานอาหารที่เหมาะสม (ข้อ 21-34 = 14 ข้อ)

ข้อที่	ข้อความ	เห็นด้วย อย่างยิ่ง (4)	เห็นด้วย มาก (3)	เห็นด้วย น้อย (2)	ไม่เห็น ด้วย (1)
	การจำกัดการรับประทานอาหารกลุ่มแป้งจะ ช่วยป้องกันการเกิดภาวะต่าง ๆ ดังนี้ (ใช้ตอบข้อ 21-23)				
21	ป้องกันการเกิดภาวะน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นเกิน เกณฑ์และอ้วนในระหว่างการตั้งครรภ์ได้				
22	ป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนระหว่าง ตั้งครรภ์ เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง และอ้วนหลังคลอดได้				
23	.....			
	การเลือกรับประทานอาหารกลุ่มไขมันต่ำ เช่น เนื้อปลา หรือ เนื้อสัตว์ที่ไม่ติดมัน เป็น ประจำ จะช่วยป้องกันการเกิดภาวะต่างๆ ดังนี้ (ใช้ตอบข้อ 24 – 26)				
24	ป้องกันการเกิดภาวะน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นเกิน เกณฑ์และอ้วนในระหว่างการตั้งครรภ์ได้				
25	.....			
26	ป้องกันการเกิดภาวะคลอดยาก และลูกอ้วน ในวัยเด็กได้				
	การรับประทานอาหารที่มีผักและเส้นใยใน อาหารสูงจะช่วยให้ป้องกันการเกิดภาวะ ต่างๆ ได้ ดังนี้ (ใช้ตอบข้อ 27-28)				
27	ป้องกันการเพิ่มขึ้นของน้ำหนักตัวเกินเกณฑ์ และอ้วนในระหว่างการตั้งครรภ์ได้				
28	.....			

ข้อที่	ข้อความ	เห็นด้วย อย่างยิ่ง (4)	เห็นด้วย มาก (3)	เห็นด้วย น้อย (2)	ไม่เห็น ด้วย (1)
	การจำกัดอาหารกลุ่มที่มีน้ำตาลสูง เช่น การ ดื่มน้ำสะอาดทดแทนการดื่มน้ำหวาน หรือ เครื่องดื่มน้ำที่มีรสหวาน เมื่อรู้สึกกระหายน้ำ จะช่วยลดโอกาสของการเกิดภาวะต่าง ๆ ดังนี้ (ใช้ตอบข้อ 29-31)				
29	ลดโอกาสการเกิดภาวะน้ำหนักเพิ่มขึ้นเกิน เกณฑ์ในระหว่างการตั้งครรภ์ได้				
30	.....			
31	ลดโอกาสการเกิดภาวะลูกตัวโต คลอดยาก และอ้วนในวัยเด็กได้				
	การหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารจาน ด่วน เช่น พิซซ่า แฮมเบอร์เกอร์ ไก่ทอด ข้าวไข่เจียว จะลดโอกาสเกิดภาวะต่าง ๆ ได้ ดังนี้ (ใช้ตอบข้อ 32-34)				
32	ภาวะน้ำหนักเพิ่มมากขึ้นเกินเกณฑ์ปกติ				
33	ภาวะแทรกซ้อนระหว่างตั้งครรภ์ เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง และอ้วนหลัง คลอดได้				
34	.....			

3.4 การรับรู้อุปสรรคของการรับประทานอาหาร (ข้อ 35-42 = 8 ข้อ)

ข้อที่	ข้อความ	เห็นด้วย อย่างยิ่ง (4)	เห็นด้วย มาก (3)	เห็นด้วย น้อย (2)	ไม่เห็น ด้วย (1)
35	การรับประทานอาหารนอกบ้านหรืออาหาร ปรุงสำเร็จเป็นประจำ คือสิ่งที่ข้าพเจ้า หลีกเลี่ยงได้ยาก				
36	การมีนิสัยชอบรับประทานเนื้อสัตว์ติดมัน ของทอด เช่น หมูทอด ไก่ทอด เป็นอาหารที่ ข้าพเจ้าควบคุมได้ยาก				
37	การที่ไม่ชอบทานผักและผลไม้เป็นนิสัยที่ ข้าพเจ้าแก้ไขได้ยาก				
38	การหลีกเลี่ยงการกินอาหารประเภท ทอด ผัด เป็นสิ่งที่ทำข้าพเจ้าหลีกเลี่ยงไม่ได้				
39	.....			
40	การปรุงอาหารด้วยวิธี ต้ม ตุ่น นึ่ง ง่าย เป็น วิธีการปรุงอาหารที่มีความยุ่งยาก				
41	.....			
42	การประกอบอาหารรับประทานเองเป็นเรื่อง ที่ยุ่งยากสำหรับข้าพเจ้า				

ภาคผนวก ค

เอกสารการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง



เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย

การวิจัยเรื่อง ความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมรับประทาน
อาหารของหญิงตั้งครรภ์ที่มีค่าดัชนีมวลกายเกินก่อนการตั้งครรภ์

รหัสจริยธรรมการวิจัย 14-02-2559

ชื่อผู้วิจัย นางกมลนันทน์ วุฒิสาร

การวิจัยครั้งนี้ทำขึ้นเพื่อศึกษาพฤติกรรมรับประทานอาหารและศึกษาความสัมพันธ์
ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมรับประทานอาหารของหญิงตั้งครรภ์ที่มีค่าดัชนี
มวลกายเกินก่อนการตั้งครรภ์ ผลที่ได้จากการศึกษาวิจัยครั้งนี้จะช่วยให้บุคลากรในทีมสุขภาพ
เกิดความเข้าใจพฤติกรรมรับประทานอาหาร ตลอดจนสามารถนำผลการวิจัยไปใช้
เป็นฐานข้อมูลในการจัดระบบบริการสุขภาพเพื่อป้องกันการเกิดปัญหาภาวะสุขภาพในหญิง
ตั้งครรภ์ที่มีค่าดัชนีมวลกายเกินก่อนการตั้งครรภ์ ให้มีการปฏิบัติพฤติกรรมรับประทานอาหาร
ที่ถูกต้องและเหมาะสม

ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ เนื่องจากท่านเป็นผู้ที่มีค่าดัชนีมวลกายเกินก่อน
การตั้งครรภ์ โดยมีผู้เข้าร่วมการวิจัยนี้รวม 100 คน และใช้เวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูล 2 เดือน
เมื่อเข้าร่วมการวิจัยแล้ว สิ่งที่ท่านจะต้องปฏิบัติคือ การตอบแบบสอบถามของผู้วิจัยจำนวน 3 ชุด
ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามพฤติกรรมรับประทานอาหารของหญิง
ตั้งครรภ์ที่มีค่าดัชนีมวลกายเกินและ แบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพ มี 4 ด้าน คือ แบบสอบถาม
การรับรู้โอกาสเสี่ยงของผลกระทบด้านสุขภาพ แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของผลกระทบ
ด้านสุขภาพ แบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการรับประทานอาหาร ซึ่งการตอบ
แบบสอบถามทั้งหมดจะใช้เวลาประมาณ 30 - 45 นาที ระหว่างการตอบแบบสอบถามหากมีอาการ
อ่อนเพลียท่านสามารถพักระหว่างตอบแบบสอบถามได้

จากการศึกษานี้อาจไม่เป็นประโยชน์กับท่านโดยตรง แต่จะเป็นประโยชน์แก่สังคม
ส่วนรวม ในการปรับแนวทางการให้บริการสุขภาพแก่หญิงตั้งครรภ์ที่มีค่าดัชนีมวลกายเกินก่อน
การตั้งครรภ์และยังจะนำผลการวิจัยในครั้งนี้ไปใช้ เพื่อวัตถุประสงค์ทางวิชาการเท่านั้น อย่างไรก็ตาม
อาจมีความเสี่ยงหรือความไม่สบายที่เกิดขึ้นจากการวิจัยได้ เช่น ความไม่สบายใจ วิตกกังวล

กลัวไม่ได้รับการตรวจจากแพทย์ตามเวลาที่กำหนด ขอให้ท่านสบายใจได้ว่า จะไม่กระทบกับ
ช่วงเวลาการตรวจและเข้าพบแพทย์ตามเวลานัดหมาย

การเข้าร่วมการวิจัยของท่านครั้งนี้เป็นไปด้วยความสมัครใจ ท่านมีสิทธิที่จะปฏิเสธ
การเข้าร่วมโครงการวิจัยได้ และการวิจัยในครั้งนี้จะไม่ส่งผลกระทบต่อใดๆกับการดูแล หรือ
การรักษาพยาบาลของท่าน พร้อมทั้งนี้ท่านมีสิทธิ์ถอนตัวออกจากโครงการวิจัยได้ทุกเวลา
โดยไม่ต้องแจ้งให้ผู้วิจัยทราบล่วงหน้า ข้อมูลแบบสอบถามของท่านจะถูกเก็บไว้เป็นความลับและ
จะนำไปเผยแพร่เพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่มีการระบุชื่อ การนำเสนอข้อมูลจะเป็นในภาพรวม ทั้งนี้
ข้อมูลจะถูกเก็บไว้เป็นเวลา 3 ปีหลังการเผยแพร่ผลการวิจัยและจะถูกนำไปทำลายหลังจากนั้น

หากท่านมีปัญหาหรือข้อสงสัยประการใด สามารถสอบถามได้โดยตรงจากผู้วิจัย
ในวันทำการรวบรวมข้อมูล หรือสามารถติดต่อสอบถามเกี่ยวกับการวิจัยครั้งนี้ได้ตลอดเวลา
นางกมลนัฏ วุฒิสาร หมายเลขโทรศัพท์ 084-1112477 หรือ ดร.สุพิศ ศิริอรุณรัตน์ อาจารย์
ที่ปรึกษาหลัก คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา หมายเลขโทรศัพท์ 038-102-824

นางกมลนัฏ วุฒิสาร

ผู้วิจัย

หากท่านได้รับการปฏิบัติที่ไม่ตรงตามที่ได้ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงนี้ ท่านสามารถแจ้งให้ประธาน
คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมฯ ทราบได้ที่เลขานุการคณะกรรมการจริยธรรมฯ ฝ่ายวิจัย
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา โทร. 038-102823



ใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

หัวข้อวิทยานิพนธ์ เรื่อง ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรม
การรับประทานอาหารของหญิงตั้งครรภ์ที่มีค่าดัชนีมวลกายเกินก่อนการตั้งครรภ์

วันที่ให้คำยินยอม วันที่เดือน..... พ.ศ.

ก่อนที่จะลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัยนี้ ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายจากผู้วิจัย
ถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัย ประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัยอย่างละเอียดและ
มีความเข้าใจดีแล้ว ข้าพเจ้ายินดีเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ด้วยความสมัครใจ และข้าพเจ้ามีสิทธิ
ที่จะบอกเลิกการเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้เมื่อใดก็ได้ และการบอกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยนี้
จะไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อข้าพเจ้า

ผู้วิจัยรับรองว่าจะตอบคำถามต่าง ๆ ที่ข้าพเจ้าสงสัยด้วยความเต็มใจ ไม่ปิดบัง
ซ่อนเร้นจนข้าพเจ้าพอใจ ข้อมูลเฉพาะเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าจะถูกเก็บเป็นความลับและจะเปิดเผย
ในภาพรวมที่เป็นการสรุปผลการวิจัย

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นแล้ว และมีความเข้าใจดีทุกประการ และได้ลงนาม
ในใบยินยอมนี้ด้วยความเต็มใจ

ลงนาม.....ผู้ยินยอม

(.....)

ลงนาม.....พยาน

(.....)

ลงนาม.....ผู้วิจัย

(.....)

ภาคผนวก ค

เอกสารการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง



แบบรายงานผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

ชื่อหัวข้อวิทยานิพนธ์

ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการรับประทานอาหารของหญิงตั้งครรภ์ที่มีค่าดัชนีมวลกายเกินก่อนการตั้งครรภ์

Relationships between Health Belief Model and Eating Behaviors in Pregnant Women with Over Pre Pregnant Body Mass Index

ชื่อนิสิต นางกมลนัท ภูนิสาร

รหัสประจำตัวนิสิต 52920036 หลักสูตร พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชา การผดุงครรภ์ชั้นสูง คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา (ภาคพิเศษ)

ผลการพิจารณาของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยฯ

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยฯ มีมติเห็นชอบ รับรองจริยธรรมการวิจัย รหัส 14 - 02 - 2559

โดยได้พิจารณารายละเอียดการวิจัยเรื่องดังกล่าวข้างต้นแล้ว ในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับ

1) การเคารพในศักดิ์ศรี และสิทธิของมนุษย์ที่ใช้เป็นกลุ่มตัวอย่างการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาคือ หญิงตั้งครรภ์ที่มีค่าดัชนีมวลกายเกินก่อนการตั้งครรภ์ จำนวนทั้งหมด ไม่เกิน 100 ราย สถานที่เก็บรวบรวมข้อมูลคือ หน่วยบริการฝากครรภ์ โรงพยาบาลบางมด จังหวัดสมุทรปราการ

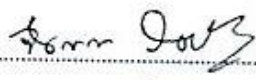
2) วิธีการที่เหมาะสมในการได้รับความยินยอมจากกลุ่มตัวอย่างก่อนเข้าร่วมโครงการวิจัย (Informed consent) รวมทั้งการปกป้องสิทธิประโยชน์และรักษาความลับของกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย

3) การดำเนินการวิจัยอย่างเหมาะสม เพื่อไม่ก่อความเสียหายหรืออันตรายต่อกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา

การรับรองจริยธรรมการวิจัยนี้มีกำหนดระยะเวลาหนึ่งปี นับจากวันที่ออกหนังสือฉบับนี้ ถึงวันที่ 3 มีนาคม พ.ศ. 2560

อนึ่ง กรณีที่มีการเปลี่ยนแปลงหรือเพิ่มเติม ใดๆ ของการวิจัยนี้ ขณะอยู่ในช่วงระยะเวลาให้การรับรองจริยธรรมการวิจัย ขอให้ผู้วิจัยส่งรายงานการเปลี่ยนแปลงต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยเพื่อขอรับรอง (เพิ่มเติม) ก่อนดำเนินการวิจัยด้วย

วันที่ให้การรับรอง 3 เดือน มีนาคม พ.ศ. 2559

ลงนาม 

(รองศาสตราจารย์ ดร.จินตนา วัชรสินธุ์)

ประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา