


ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถในตนเองด้านโภชนาการต่อพฤติกรรมสุขภาพ
ด้านโภชนาการและน้ำหนักเพิ่มของหญิงตั้งครรภ์ครั้งแรก
ที่มีภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐานก่อนตั้งครรภ์

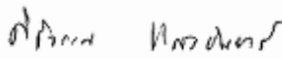
ร็กรุ่ง โฉจันทิก

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาการผดุงครรภ์ชั้นสูง
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
สิงหาคม 2560
ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยบูรพา

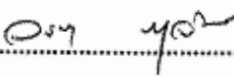
คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์และคณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ได้พิจารณา
วิทยานิพนธ์ของ รักรุ่ง โกจันทิก ฉบับนี้แล้ว เห็นสมควรรับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตาม
หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการผดุงครรภ์ชั้นสูง ของมหาวิทยาลัยบูรพาได้


คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์

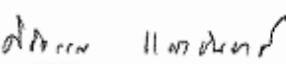

.....อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก
(ดร.วรรณทนา สุขสีมานนท์)

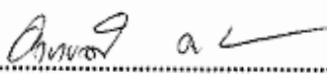

.....อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม
(รองศาสตราจารย์ ดร.ศิริวรรณ แสงอินทร์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

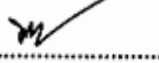

.....ประธาน
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วรรณมา พายุวัฒน์กร)


.....กรรมการ
(ดร.วรรณทนา สุขสีมานนท์)


.....กรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร.ศิริวรรณ แสงอินทร์)


.....กรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร.อากรณ์ ดินาม)

คณะพยาบาลศาสตร์อนุมัติให้รับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตาม
หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการผดุงครรภ์ชั้นสูง ของมหาวิทยาลัยบูรพา


.....คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์
(รองศาสตราจารย์ ดร.นุจรี ไชยมงคล)

วันที่..... ๒๕.....เดือน..... ธันวาคม..... พ.ศ. ๒๕๖๐.....

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลงด้วยความกรุณาจาก ดร.วรรณทนา สุขสีมานนท์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก และรองศาสตราจารย์ ดร.ศิริวรรณ แสงอินทร์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วมที่กรุณาให้ความรู้ ให้คำปรึกษาแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ ด้วยความละเอียดถี่ถ้วน และเอาใจใส่ด้วยดีเสมอมา ทำให้วิทยานิพนธ์มีความสมบูรณ์ ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งเป็นอย่างยิ่ง จึงขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ให้ความอนุเคราะห์ในการตรวจสอบ และให้คำแนะนำแก้ไขเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยให้มีคุณภาพ นอกจากนี้ยังได้รับความอนุเคราะห์จากผู้อำนวยการ และบุคลากรแผนกฝากครรภ์ โรงพยาบาลพระพุทธบาท สระบุรี ตลอดจนหญิงตั้งครรภ์ ที่ให้ความร่วมมือในการเป็นกลุ่มตัวอย่าง ทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยดี

ขอขอบพระคุณ คุณตาทนุญเลิศ ศรีธรรมมา คุณพ่อสมควร คุณแม่หนูจันทร์ โกจันทึก เพื่อนร่วมงาน และเพื่อนร่วมหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิตทุกคนที่ให้กำลังใจ และสนับสนุนผู้วิจัยเสมอมา

คุณค่าและประโยชน์ของวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ผู้วิจัยขอมอบเป็นกตัญญูแก่บิดาแม่ บุพการี บุรพจารย์ และผู้มีพระคุณทุกท่านทั้งในอดีตและปัจจุบัน ที่ทำให้ข้าพเจ้าเป็นผู้มีการศึกษา และประสบความสำเร็จมาจนตราบนานเท่านานนี้

รักรุ่ง โกจันทึก

53920038:สาขาวิชา: การผดุงครรภ์ขั้นสูง, พย.ม. (การผดุงครรภ์ขั้นสูง)

คำสำคัญ: โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถในตนเอง/ พฤติกรรมสุขภาพด้านโภชนาการ/
น้ำหนักเพิ่มในหญิงตั้งครรภ์/ ภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐานก่อนการตั้งครรภ์

รศ.รุ้ง โกจันทิก: ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถในตนเองด้าน

โภชนาการต่อพฤติกรรมสุขภาพด้านโภชนาการและน้ำหนักเพิ่มของหญิงตั้งครรภ์ครั้งแรกที่มีภาวะ
น้ำหนักเกินมาตรฐานก่อนตั้งครรภ์ (EFFECTS OF PERCEIVED SELF-EFFICACY IN

NUTRITION ENHANCEMENT PROGRAM ON NUTRITION HEALTH BEHAVIOR AND
WEIGHT GAIN AMONG PRIMIPAROUS PREGNANT WOMEN WITH PRE-PREGNANT

OVERWEIGHT) คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์: วรณทนา ศุภสีมานนท์, Ph.D., ศิริวรรณ
แสงอินทร์, Ph.D. 74 หน้า. ปี 2560.

หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐานก่อนตั้งครรภ์ เพิ่มความเสี่ยงต่อภาวะสุขภาพ
ของมารดาและทารก ทั้งในระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และหลังคลอด การศึกษานี้เป็นการวิจัย
กึ่งทดลองเพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถในตนเองด้านโภชนาการต่อ
พฤติกรรมสุขภาพ ด้านโภชนาการและน้ำหนักเพิ่มของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐาน
ก่อนตั้งครรภ์ กลุ่มตัวอย่างคือ หญิงตั้งครรภ์ครั้งแรกที่มีภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐานก่อนตั้งครรภ์ที่มา
ฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลพระพุทธบาท จังหวัดสระบุรี ได้มาด้วยวิธีการเลือกแบบสะดวก จำนวน
60 ราย โดยจัดให้ 30 รายแรกเป็นกลุ่มควบคุม และ 30 รายหลังเป็นกลุ่มทดลอง ดำเนินการเก็บข้อมูล
ครั้งแรกกับกลุ่มควบคุมทั้งหมดก่อนดำเนินการวิจัย กับกลุ่มทดลอง กลุ่มควบคุมได้รับกิจกรรมการ
พยาบาลตามปกติ กลุ่มทดลองได้รับกิจกรรมการพยาบาลตามปกติและโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้
ความสามารถในตนเองด้านโภชนาการ วิเคราะห์ข้อมูลด้วย การแจกแจงความถี่ ร้อยละ พิสัย ค่าเฉลี่ย
ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน Fisher's exact test, Chi-square test, Mann-Whitney U test และ t-test

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความแตกต่างของคะแนนพฤติกรรมสุขภาพ
ด้านโภชนาการก่อนและหลังทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t_{58} = 9.22, p < .001$)
กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมสุขภาพด้านโภชนาการหลังทดลองสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมี
นัยสำคัญทางสถิติ ($t_{29} = 11.67, p < .001$) และกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยน้ำหนักเพิ่มรายสัปดาห์แตกต่าง
จากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t_{58} = -8.12, p < .001$)

จากผลการวิจัยเสนอแนะว่า พยาบาลแผนกฝากครรภ์ควรประยุกต์โปรแกรมฯ ไปใช้ในการ
ดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐานก่อนตั้งครรภ์ อันจะช่วยให้หญิงตั้งครรภ์กลุ่มนี้ดูแล
ตนเองในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านโภชนาการได้อย่างเหมาะสม

53920038: MAJOR IN ADVANCED MIDWIFERY, M.N.S. (ADVANCED MIDWIFERY)
 KEYWORDS: PERCEIVED SELF-EFFICACY ENHANCEMENT IN NUTRITION
 PROGRAM/ NUTRITION HEALTH BEHAVIOR/ WEIGHT GAIN DURING
 PREGNANCY/ PREGNANT WOMEN WITH PRE-PREGNANT OVERWEIGHT
 RUKRUNG GOJUNTAK: EFFECTS OF PERCEIVED SELF-EFFICACY IN
 NUTRITION ENHANCEMENT PROGRAM ON NUTRITION HEALTH BEHAVIOR AND
 WEIGHT GAIN AMONG PRIMIPAROUS PREGNANT WOMEN WITH PRE-PREGNANT
 OVERWEIGHT. ADVISORY COMMITTEE: WANTANA SUPPASEEMANONT, Ph.D.,
 SIRIWAN SANGIN, Ph.D. 74 P. 2017.

Pre-pregnant overweight increased risk for the maternal and early childhood during pregnancy, labor and postpartum. This quasi-experimental research aimed to investigate effects of perceived self-efficacy enhancement program on healthy nutritional behaviors and weight gain among primiparous pregnant women with pre-pregnant overweight. There were 60 participants receiving antenatal care service at Prabhuddabaht hospital, Saraburi province who were selected by convenience sampling. First 30 participants were in control group while latter 30 participants were in experimental group. The researcher collected pretest data from control group, then conducted the study with experimental group. Control group had routine care while experimental group had both routine care and perceived self-efficacy in nutrition enhancement program. Data were analyzed by frequency, percentage, range, mean, standard deviation, Fisher's exact, Chi-square, Mann-Whitney-U, and *t*-test.

Results revealed that experimental group had significantly higher difference of pre-posttest mean score of nutrition health behavior than control group ($t_{58} = 9.22, p < .001$). In addition, experimental group had mean score of nutrition behavior after experiment higher than before experiment ($t_{29} = 11.67, p < .001$) and had significantly different mean of weekly weight gain from control group ($t_{58} = -8.12, p < .001$).

Findings suggest that nurses in antenatal care clinic apply this program to care for pre-pregnant overweight women. This might help women in changing their nutrition health behavior successfully.

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	จ
สารบัญ	ฉ
สารบัญตาราง	ช
สารบัญภาพ	ฌ
บทที่	
1 บทนำ	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	4
สมมติฐานของการวิจัย.....	5
ขอบเขตของการวิจัย	5
นิยามศัพท์เฉพาะ	5
กรอบแนวคิดในการวิจัย	6
2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	9
แนวคิดภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐานก่อนตั้งครรภ์ในหญิงตั้งครรภ์.....	9
แนวคิดพฤติกรรมสุขภาพด้าน โภชนาการของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะน้ำหนักเกิน มาตรฐานก่อนตั้งครรภ์	12
แนวคิดการรับรู้ความสามารถในตนเอง.....	22
โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถในตนเองด้านโภชนาการ	24
3 วิธีการดำเนินงานวิจัย	27
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	27
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	29
การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัย.....	30
การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง.....	31
การดำเนินการวิจัย	32
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	35

สารบัญ (ต่อ)

บทที่	หน้า
4 ผลการวิจัย	36
ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง	36
ตอนที่ 2 ข้อมูลเชิงพรรณนาของคะแนนพฤติกรรมสุขภาพด้านโภชนาการของ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม	39
ตอนที่ 3 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพ ด้านโภชนาการหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม	40
ตอนที่ 4 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพ ด้านโภชนาการก่อนและหลังการทดลองในกลุ่มทดลอง.....	41
ตอนที่ 5 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยน้ำหนักเพิ่มรายสัปดาห์หลัง การทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม	42
5 สรุปและอภิปรายผลการวิจัย	43
สรุปผลการวิจัย	43
อภิปรายผลการวิจัย	44
ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ในการปฏิบัติการพยาบาล	47
ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป	47
บรรณานุกรม	48
ภาคผนวก	57
ภาคผนวก ก	58
ภาคผนวก ข	61
ภาคผนวก ค	63
ภาคผนวก ง.....	69
ประวัติย่อของผู้วิจัย	74

สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
1	จำนวน ร้อยละ พิสัย ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการเปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูลส่วนบุคคลระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม.....	37
2	ค่าพิสัย ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนพฤติกรรมสุขภาพด้านโภชนาการของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม	39
3	เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความแตกต่างของคะแนนพฤติกรรมสุขภาพด้านโภชนาการก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วย Independent <i>t</i> -test	40
4	เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพด้านโภชนาการก่อนและหลังการทดลองในกลุ่มทดลองด้วย Paired <i>t</i> -test	41
5	เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยน้ำหนักเพิ่มรายสัปดาห์หลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วย Independent <i>t</i> -test.....	42

สารบัญภาพ

ภาพที่		หน้า
1	กรอบแนวคิดในการวิจัย	8
2	ขั้นตอนในการดำเนินการวิจัย	34

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

จำนวนประชากรที่มีภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐานหรือเป็นโรคอ้วนมีเพิ่มขึ้นทั่วโลก และยังเป็นปรากฏการณ์ที่พบในแทบทุกประเทศ ซึ่งภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐาน (Overweight) หรือโรคอ้วน (Obesity) ได้จากการคำนวณดัชนีมวลกาย (Body mass index, BMI) คือน้ำหนักตัว หน่วยเป็นกิโลกรัม หารด้วยส่วนสูงเป็นเมตรยกกำลังสอง โดยสถาบันการแพทย์แห่งสหรัฐอเมริกา (Institute of Medicine, 2009) ได้กำหนดเกณฑ์ของผู้ที่มีภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐาน และผู้ที่อ้วน คือ ผู้ที่มีค่า BMI เป็น 25 และ 30 กก./ม.² ตามลำดับ จากรายงานองค์การอนามัยโลก ในปี พ.ศ. 2557 พบว่า กลุ่มประชากรอายุ 18 ปีขึ้นไป มีภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐานและเป็นโรคอ้วนจำนวน 1.9 พันล้านคน และ 600 ล้านคน (World Health Organization, WHO, 2016) และมีการคาดการณ์ว่า ในปี พ.ศ. 2568 ประชากรจะมีภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐานและเป็นโรคอ้วนเพิ่มเป็น 2.7 พันล้านคน และ 1 พันล้านคน ในประเทศไทย ในปี พ.ศ. 2557-2558 ก็มีอุบัติการณ์ของประชากรมี ภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐานและเป็นโรคอ้วนเพิ่มขึ้นจากปี พ.ศ. 2551-2552 โดยเพศชายเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 22.30 และ 6.00 เป็นร้อยละ 24.40 และ 8.50 ส่วนเพศหญิงมีอุบัติการณ์ภาวะน้ำหนักเกิน มาตรฐานลดลงเล็กน้อย จากร้อยละ 29.10 เป็นร้อยละ 28.70 ในขณะที่มีอุบัติการณ์การเป็นโรคอ้วน เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 11.60 เป็นร้อยละ 13.10 (วิชัย เอกพลากร, 2554; วิชัย เอกพลากร, 2557) โดยส่วนหนึ่งของเพศหญิงเหล่านี้เป็นหญิงวัยเจริญพันธุ์

สาเหตุที่ทำให้หญิงวัยเจริญพันธุ์ที่มีภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐาน อาจเกิดขึ้นจาก พันธุกรรมและการเปลี่ยนแปลงวิถีการดำเนินชีวิต ด้านพันธุกรรมหากพ่อแม่หรือคนใน ครอบครัวสายตรงอ้วน พี่น้องมีโอกาสอ้วนถึงร้อยละ 40 (Christakis & Fowler, 2007) ส่วนด้านการเปลี่ยนแปลงวิถีการดำเนินชีวิตนั้น มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการบริโภคอาหาร คือ รับประทานอาหารมากเกินไปจนเกินความต้องการของร่างกาย (Holt & Hanley, 2011) เช่น ชอบรับประทานอาหารทอด ขนมหวานและน้ำอัดลม (สำออง สืบสมาน, 2551) อีกทั้งปัจจุบัน ประชากรส่วนใหญ่ใช้แรงงานหรือพลังงานลดลง เพิ่มการใช้เครื่องจักรกล เพื่อความสะดวกรวดเร็ว และเพิ่มผลผลิตทำให้มีพลังงานสะสมเปลี่ยนแปลงเป็นไขมันสะสมตามอวัยวะต่าง ๆ ในร่างกาย (นัฐพร กกสูงเนิน, 2552) และการที่หญิงวัยเจริญพันธุ์ได้รับอาหารมากเกินไปทำให้หญิงวัยเจริญ พันธ์ุกลายเป็นผู้ที่มีภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐานและเป็นโรคอ้วน ซึ่งส่วนหนึ่งของหญิงวัยเจริญพันธุ์ กลุ่มนี้เป็นหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐาน และเป็นโรคอ้วนก่อนตั้งครรภ์

ซึ่ง Wojcicki (2011) ได้รายงานว่าเป็นปี พ.ศ. 2540-2553 มีอุบัติการณ์ของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐานและเป็นโรคอ้วนก่อนตั้งครรภ์ คิดเป็นร้อยละ 28.90 และ 8.00

ในประเทศไทย มีการศึกษาอุบัติการณ์ของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐานก่อนตั้งครรภ์ (BMI \geq 25 กก./ม.²) ปี พ.ศ. 2548 ถึง ปี พ.ศ. 2550 ที่วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล มีหญิงตั้งครรภ์กลุ่มนี้ มารับบริการ คิดเป็นร้อยละ 11.10 (วรลักษณ์ ยมะสมิต, 2552) ปี พ.ศ. 2551 ถึง พ.ศ. 2554 ที่โรงพยาบาลอ่างทอง มีหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐานมารับบริการ คิดเป็นร้อยละ 9.30 (สุรพล พจนสุภาวรรณ, 2555) ปี พ.ศ. 2553 ถึง พ.ศ. 2554 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอเขาพนม จังหวัดกระบี่ มีหญิงตั้งครรภ์กลุ่มนี้มารับบริการ คิดเป็นร้อยละ 7.21 (ชบาไพร สุขกาย และจิราพร เขียวอยู่, 2554) ปี พ.ศ. 2555 ถึง พ.ศ. 2556 โรงพยาบาลศิริราชมีหญิงตั้งครรภ์กลุ่มนี้มารับบริการ คิดเป็นร้อยละ 37.78 (Titapant, Lertbunnaphong, & Pimsen, 2013) สำหรับโรงพยาบาลพระพุทธบาท จังหวัดสระบุรี พบว่าระหว่างปี พ.ศ. 2554 ถึง พ.ศ. 2557 มีหญิงตั้งครรภ์กลุ่มนี้มารับบริการ คิดเป็นร้อยละ 12.24 ซึ่งหากหญิงตั้งครรภ์เหล่านี้ได้รับการดูแลที่ไม่มีประสิทธิภาพ มีแนวโน้มที่จะยังคงมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสมต่อไปในขณะที่ตั้งครรภ์ ส่งผลเสียต่อสุขภาพของมารดาและทารก

หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐานก่อนตั้งครรภ์ส่งผลกระทบต่อสุขภาพของทั้งมารดาและทารก ภาวะเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นในระยะตั้งครรภ์ คือ เป็นเบาหวาน มีภาวะความดันโลหิตสูง อันจะส่งผลเสียต่อการเจริญเติบโตของทารก (Rouse & Nuthalapaty, n.d.) ภาวะเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นในระยะคลอด คือ ชักนำการคลอดไม่สำเร็จ คลอดยาก มีโอกาสผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องมากขึ้น (จากสาเหตุการผิดสัดส่วนของทารกกับอุ้งเชิงกรานมารดา) และในขณะที่ผ่าตัดคลอดอาจมีความยุ่งยาก ในการให้ยาระงับความรู้สึกขณะผ่าตัดคลอด ภาวะเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นในระยะหลังคลอด คือ เสี่ยงต่อการเกิดหลอดเลือดดำอักเสบ และตกเลือดหลังคลอด ส่วนภาวะเสี่ยงต่อทารกจากผลกระทบของการมีภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐานก่อนตั้งครรภ์ คือ คลอดก่อนกำหนด ทารกตัวโต (ทำให้คลอดยากอาจเกิดภาวะขาดออกซิเจนในระยะคลอด) และเด็กที่เกิดมาจะอ้วน และมีแนวโน้มเป็นโรคอ้วนในวัยผู้ใหญ่ (Aliyu, Luke, Kristensen, Alio, & Salihu, 2010; Center of Disease Control and Prevention, 2012; Ovesen, Rasmussen, & Kesmodel, 2011; Rudtanasudjatun & Chullaprom, 2008) ซึ่งหากหญิงตั้งครรภ์เหล่านี้ ได้รับการดูแลที่ไม่มีประสิทธิภาพ มีแนวโน้มที่จะยังคงมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสมต่อไปในขณะที่ตั้งครรภ์

จากประสบการณ์ของผู้วิจัย พบว่าหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐานก่อนตั้งครรภ์ ที่มารับบริการฝากครรภ์ที่แผนกฝากครรภ์โรงพยาบาลพระพุทธบาท สระบุรี ไม่ทราบว่าตนเองมีปัญหาสุขภาพ และมีการรับรู้ความสามารถในตนเองด้านโภชนาการเบี่ยงเบน คือ คิดว่า

ตนเองต้องรับประทานอาหารปริมาณมาก ๆ จึงจะทำให้ตนเองและทารกในครรภ์แข็งแรง ซึ่งจะทำให้เกิดภาวะน้ำหนักเพิ่มมากเกินไปในขณะตั้งครรภ์ เสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้นต่อสุขภาพของมารดาและทารก

การที่จะควบคุมน้ำหนักให้อยู่ในเกณฑ์มาตรฐานต้องอาศัยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ซึ่งเป็นเรื่องยากสำหรับทุกคน โดยเฉพาะหญิงตั้งครรภ์มีความต้องการอาหารมากขึ้น และมีความเชื่อว่าควรรับประทานอาหารในขณะตั้งครรภ์เป็นปริมาณมาก ซึ่งบุคลากรสุขภาพควรช่วยเหลือหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐานก่อนตั้งครรภ์ให้ได้รับการแก้ไขที่สาเหตุ คือ การรับรู้ความสามารถในตนเองด้านโภชนาการที่เบี่ยงเบนให้มีการรับรู้ที่ถูกต้องเหมาะสม เพื่อป้องกันหรือลดอันตรายที่อาจเกิดขึ้นกับมารดาและทารก

แนวคิดเรื่องการรับรู้ความสามารถในตนเองเป็นแนวคิดทฤษฎีพื้นฐานทางปัญญาที่สามารถนำมาใช้เป็นแนวทางในการเพิ่มการรับรู้ความสามารถของบุคคลในการกระทำกิจกรรมให้สำเร็จตามเป้าหมาย (Bandura, 1984) การที่บุคคลจะกระทำหรือไม่กระทำพฤติกรรมที่พึงประสงค์นั้น บุคคลต้องรับรู้ว่าคุณมีความสามารถในการกระทำก่อน จึงจะเกิดความเชื่อมั่นในตนเองว่าตนเองสามารถทำได้ ก่อให้เกิดความพยายามที่จะกระทำโดยไม่ย่อท้อต่ออุปสรรค ในทางกลับกันหากบุคคลนั้นรับรู้ว่าคุณมีความสามารถของตนเองในระดับต่ำ บุคคลนั้นจะหลีกเลี่ยงหรือไม่ปฏิบัติพฤติกรรมนั้น ดังนั้นการรับรู้ความสามารถในตนเอง จึงมีความสัมพันธ์กับการกระทำพฤติกรรมของบุคคล (Bandura, 1984; Ross, 1992) อีกทั้งยังมีงานวิจัยที่พบว่า การรับรู้ความสามารถในตนเองช่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่พึงประสงค์ ให้เป็นพฤติกรรมที่พึงประสงค์ได้ (นัฐพร กกสูงเนิน, 2552; วิไลรัตน์ พลาวัน และสมพร วัฒนกุลเกียรติ, 2555) ดังนั้นพยาบาลควรให้ข้อมูลแก่หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐานก่อนตั้งครรภ์ ว่าการมีภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐานก่อนตั้งครรภ์เป็นปัญหาสุขภาพ และควรส่งเสริมการรับรู้ความสามารถในตนเองให้มีความเชื่อมั่นว่าคุณสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโภชนาการได้ อันจะนำไปสู่การปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพด้านโภชนาการที่พึงประสงค์

นอกจากนี้ยังมีปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพด้านโภชนาการในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐานก่อนตั้งครรภ์ ปัจจัยเหล่านี้ ได้แก่ ความรู้ทางโภชนาการ รายได้ (Hill et al., 2013) ระดับการศึกษาและรายได้ (ศิริรัตน์ สฤกษ์อภีรักษ์, 2551; ดวงจันทร์ เพชรานนท์, 2551) อายุ (ตรีภพ เลิศบรรณพงษ์, 2551; Kerrigan & Kingdon et al., 2008) อายุครรภ์ (Driscoll, 2008) จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ (Kinnunen, 2009) ความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนระหว่างตั้งครรภ์ (Aksornphusitaphong & Phupong, 2012) และวิถีการดำเนินชีวิตปัจจุบันที่ต้องทำงานอย่างเร่งรีบ (ศัลยา คงสมบูรณ์เวช, 2551)

มีผู้ศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้ความสามารถในตนเองต่อการรับรู้ความสามารถในตนเองและพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ โดย สุกุมมา เกาะสุวรรณ (2549) ศึกษาผลของโปรแกรม ต่อการรับรู้ความสามารถในตนเอง คือ ทำให้นักเรียนวัยรุ่นหญิงที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐานรับรู้ถึงความสามารถของตนเองในพฤติกรรมสุขภาพมากขึ้น ส่วนผลของโปรแกรมต่อพฤติกรรมสุขภาพ คือ ทำให้นักเรียนวัยรุ่นหญิงที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐาน มีการควบคุมน้ำหนักตัวดีขึ้น หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นครั้งแรก มีพฤติกรรมด้านโภชนาการดีขึ้น (วัลย์รัตน์ พลาวัน และสมพร วัฒนกุลเกียรติ, 2555) จากงานวิจัยที่ผ่านมา จะเห็นได้ว่าการศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้ความสามารถในตนเองในกลุ่มตัวอย่างที่หลากหลาย แต่ยังไม่พบการศึกษาผลของโปรแกรมนี้ ในหญิงตั้งครรภ์แรกวัยผู้ใหญ่ ที่มีภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐานก่อนตั้งครรภ์

แผนกฝากครรภ์โรงพยาบาลพระพุทธบาท สระบุรี มีระบบการให้บริการแก่หญิงตั้งครรภ์ ในด้านโภชนาการ โดยนักโภชนาการให้ความรู้เป็นรายกลุ่มเกี่ยวกับภาวะโภชนาการแก่หญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์รายใหม่ทุกราย เพื่อให้มีพฤติกรรมโภชนาการที่เหมาะสมแต่เป็นการให้ความรู้ที่เหมาะสมแก่ผู้ที่มี BMI ปกติ และไม่มีภาวะโรคประสิทธิผลของการให้ความรู้ดังกล่าว อีกทั้งจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การที่บุคคลรับรู้ความสามารถในตนเองด้านโภชนาการ จะทำให้นักคนนั้น มีความพยายามฝ่าฟันปัญหาและอุปสรรค จึงทำให้ผู้วิจัยสนใจศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถในตนเองด้านโภชนาการต่อพฤติกรรมสุขภาพด้านโภชนาการและน้ำหนักเพิ่มของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐานก่อนตั้งครรภ์ คือมี BMI ตั้งแต่ 25 กก./ม² ขึ้นไป อายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป ตั้งครรภ์ครั้งแรก อายุครรภ์ไม่เกิน 18 สัปดาห์ และอาจมีภาวะแทรกซ้อนที่ไม่รุนแรง เปรียบเทียบกับการดูแลปกติ เพื่อเป็นแนวทางในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐานก่อนตั้งครรภ์ ลดภาวะแทรกซ้อน ต่อสุขภาพมารดาทารกที่จะเกิดขึ้นกับประชากรกลุ่มนี้ อันเป็นการช่วยลดปัญหาสาธารณสุขของประเทศต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถในตนเองด้านโภชนาการต่อพฤติกรรมสุขภาพด้านโภชนาการและน้ำหนักเพิ่มของหญิงตั้งครรภ์ครั้งแรกที่มีภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐานก่อนตั้งครรภ์

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพด้านโภชนาการของหญิงตั้งครรภ์ครั้งแรกที่มีภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐานก่อนตั้งครรภ์ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม

2. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพด้านโภชนาการของหญิงตั้งครรภ์ครั้งแรกที่มีภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐานก่อนตั้งครรภ์ก่อนและหลังทดลอง

3. เพื่อเปรียบเทียบน้ำหนักเพิ่มของหญิงตั้งครรภ์ครั้งแรกที่มีภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐานก่อนตั้งครรภ์ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม

สมมติฐานการวิจัย

1. หญิงตั้งครรภ์ครั้งแรกที่มีภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐานก่อนตั้งครรภ์กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพด้านโภชนาการสูงกว่ากลุ่มควบคุม

2. หญิงตั้งครรภ์ครั้งแรกที่มีภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐานก่อนตั้งครรภ์กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพด้านโภชนาการหลังทดลองสูงกว่าก่อนทดลอง

3. หญิงตั้งครรภ์ครั้งแรกที่มีภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐานก่อนตั้งครรภ์กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยน้ำหนักเพิ่มแตกต่างจากกลุ่มควบคุม

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถในตนเองด้านโภชนาการต่อพฤติกรรมสุขภาพด้านโภชนาการและน้ำหนักเพิ่มของหญิงตั้งครรภ์ครั้งแรกที่มีภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐานก่อนตั้งครรภ์ ที่มาฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลพระพุทธบาท จังหวัดสระบุรี

นิยามศัพท์เฉพาะ

หญิงตั้งครรภ์ครั้งแรก หมายถึง หญิงตั้งครรภ์ที่ไม่เคยผ่านการคลอดมาก่อน

ภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐานก่อนตั้งครรภ์ หมายถึง การมีดัชนีมวลกายอยู่ในกลุ่มเกินมาตรฐาน ($BMI \geq 25$ ถึง < 30 กก./ม.²) หรืออยู่ในกลุ่มอ้วน ($BMI \geq 30$ กก./ม.²) ก่อนตั้งครรภ์ ซึ่งน้ำหนักก่อนตั้งครรภ์ได้จากน้ำหนักเฉลี่ย 1 ปีก่อนตั้งครรภ์

โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถในตนเองด้านโภชนาการ หมายถึง ชุดกิจกรรมการพยาบาลอย่างมีแบบแผน ที่ผู้วิจัยสร้างตามกรอบแนวคิดของ Bandura (1986, 1997) โดยส่งเสริมการรับรู้ความสามารถในตนเองด้วยวิธีการ 4 วิธีคือ 1) การชักจูงด้วยคำพูด (Verbal persuasion) โดยให้คำแนะนำเป็นรายกลุ่มพร้อมอภิปรายร่วมกัน แจกคู่มือ และให้คำแนะนำเพิ่มเติมทางโทรศัพท์เมื่อติดตามภาวะโภชนาการ 2) การได้เห็นประสบการณ์ความสำเร็จของผู้อื่น (Vicarious experience) โดยให้หญิงตั้งครรภ์เรียนรู้ต้นแบบผ่านวิดีโอ 3) การประสบความสำเร็จด้วยตนเอง (Self-mastery) โดยกระตุ้นให้คิด ตอบคำถาม ฝึกเขียนรายการอาหารที่รับประทานใน

วันที่ผ่านมา ฝึกคำนวณพลังงานจากอาหารที่ได้รับและ 4) การกระตุ้นด้านจิตใจ (Emotional arousal) โดยจัดสิ่งแวดล้อมในการให้คำแนะนำให้มีความเป็นส่วนตัว เป็นกันเอง คอยติดตามให้กำลังใจ และชมเชยเมื่อมีพฤติกรรมสุขภาพด้านโภชนาการเหมาะสม

พฤติกรรมสุขภาพด้านโภชนาการ หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมการบริโภคอาหารที่เหมาะสมกับหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐานก่อนการตั้งครรภ์ วัดโดยการสัมภาษณ์ตามแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพด้านโภชนาการของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐานก่อนตั้งครรภ์ ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม

น้ำหนักเพิ่ม หมายถึง น้ำหนักหน่วยเป็นกิโลกรัมที่เพิ่มขึ้นใน 1 สัปดาห์ ประเมินด้วยเครื่องชั่งน้ำหนักชนิดตัวเลข (Digital) ยี่ห้อ Omron รุ่น HN-286

การดูแลตามปกติ หมายถึง กิจกรรมที่แผนกฝากครรภ์ โรงพยาบาลพระพุทธบาท จังหวัดสระบุรี ใช้ในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการฝากครรภ์ ซึ่งประกอบด้วย การให้บริการฝากครรภ์และการให้ความรู้เป็นรายกลุ่มแก่ผู้มาฝากครรภ์รายใหม่ 1 ครั้งเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวขณะตั้งครรภ์ โดยพยาบาลวิชาชีพ และเกี่ยวกับภาวะโภชนาการในภาพรวมแก่หญิงตั้งครรภ์โดยนักโภชนาการ

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การศึกษานี้ประยุกต์แนวคิดทฤษฎีของ Bandura (1984; 1986; 1997) มาใช้ในการสร้างโปรแกรมการรับรู้ความสามารถของตนเองด้านโภชนาการในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐานก่อนตั้งครรภ์ โดยสร้างการรับรู้ความสามารถในตนเองด้านโภชนาการจากวิธีการ 4 วิธีคือ 1) การชักจูงด้วยคำพูด (Verbal persuasion) โดยให้คำแนะนำเป็นรายกลุ่มพร้อมอภิปรายร่วมกัน แจกคู่มือ ที่มีเนื้อหาเกี่ยวกับภาวะน้ำหนักเกินและผลกระทบ และพฤติกรรมสุขภาพด้านโภชนาการ และให้คำแนะนำเพิ่มเติมทางโทรศัพท์เมื่อติดตามภาวะโภชนาการ 2) การได้เห็นประสบการณ์ความสำเร็จของผู้อื่น (Vicarious experience) โดยให้หญิงตั้งครรภ์เรียนรู้ผ่านสื่อ คือ ให้อู่วิดีโอต้นแบบหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐานก่อนตั้งครรภ์ ที่ประสบความสำเร็จในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพด้านโภชนาการ 3) การประสบความสำเร็จด้วยตนเอง (Self-mastery) โดยสะท้อนให้หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐานก่อนตั้งครรภ์ได้เห็นถึงความสามารถในตนเอง ด้วยการกระตุ้นให้คิด ตอบคำถาม ฝึกเขียนรายการอาหารที่รับประทานในวันที่ผ่านมา ฝึกคำนวณพลังงานจากอาหารที่ได้รับเปรียบเทียบกับพลังงานจากอาหารที่ควรได้รับหากสามารถคำนวณด้วยตนเองได้ หากไม่สามารถคำนวณเองได้ ผู้วิจัยคำนวณให้และ 4) การกระตุ้นด้านจิตใจ (Emotional arousal) โดยการจัดสิ่งแวดล้อมในการให้คำแนะนำให้มีความเป็นส่วนตัวเป็นกันเอง คอยติดตาม ให้กำลังใจ

ชมเชยขณะทำกิจกรรมในกลุ่ม และชมเชยทางโทรศัพท์เมื่อมีพฤติกรรมสุขภาพด้านโภชนาการเหมาะสม

เมื่อหญิงตั้งครรภ์รับรู้ความสามารถของตนเองคือเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองและประเมินว่าพฤติกรรมสุขภาพด้านโภชนาการนั้นไม่เกินความสามารถของตนเองจะมีผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพผ่านกระบวนการ 4 กระบวนการ ดังนี้ ผ่านกระบวนการคิด (Cognitive process) คือ ตระหนักว่าตนเองมีปัญหาสุขภาพ และทราบถึงผลดีของพฤติกรรมสุขภาพด้านโภชนาการต่อสุขภาพมารดาและทารก ผ่านกระบวนการเกิดแรงจูงใจ (Motivation process) คือ เกิดแรงบันดาลใจในการที่จะทำพฤติกรรมสุขภาพด้านโภชนาการเพื่อผลดีต่อสุขภาพมารดาทารกผ่านกระบวนการเลือก (Selection process) คือ ตัดสินใจที่จะปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพด้านโภชนาการและผ่านกระบวนการด้านอารมณ์ (Affective process) คือ ปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพด้านโภชนาการอย่างต่อเนื่องด้วยความเต็มใจและเอาใจใส่ ซึ่งผลลัพธ์ของการรับรู้ความสามารถในตนเองด้านโภชนาการ คือ การนำไปสู่การปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพด้านโภชนาการและมีน้ำหนักเพิ่มขึ้นอย่างเหมาะสม

หากหญิงตั้งครรภ์เหล่านี้ได้รับการช่วยเหลือให้รับรู้ความสามารถในตนเองและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพด้านโภชนาการได้ จะส่งผลให้มีพฤติกรรมสุขภาพด้านโภชนาการที่เหมาะสม ทำให้มีน้ำหนักเพิ่มขึ้นตามเกณฑ์ กรอบแนวคิดของการศึกษานี้ เป็นดังภาพที่ 1

ตัวแปรต้น

โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถในตนเองด้านโภชนาการ

1. การชักจูงด้วยคำพูด (Verbal persuasion): ให้คำแนะนำเป็นรายกลุ่ม พร้อมทั้งเปิดโอกาสให้อภิปรายร่วมกัน แจกคู่มือ และให้คำแนะนำเพิ่มเติมทางโทรศัพท์เมื่อติดตามภาวะโภชนาการ
2. การได้เห็นประสบการณ์ความสำเร็จจากต้นแบบ (Vicarious experience): ให้เห็นต้นแบบที่ประสบความสำเร็จในการปฏิบัติ พฤติกรรมสุขภาพด้านโภชนาการผ่านสื่อวีดิทัศน์
3. การประสบความสำเร็จด้วยตนเอง (Self-mastery): กระตุ้นให้คิด ตอบคำถาม ฝึกเขียนรายการอาหารที่รับประทานในวันที่ผ่านมา และฝึกคำนวณพลังงานอาหารที่ได้รับ
4. การกระตุ้นทางด้านจิตใจ (Emotional arousal): จัดสิ่งแวดล้อมให้มีความเป็นส่วนตัว เป็นกันเอง เปิดโอกาสให้ซักถาม ข้อสงสัย คอยติดตาม ให้กำลังใจ และชมเชย

ตัวแปรตาม

- พฤติกรรมสุขภาพด้านโภชนาการ
- น้ำหนักเพิ่ม

ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถในตนเอง ด้านโภชนาการต่อพฤติกรรมสุขภาพด้านโภชนาการและน้ำหนักเพิ่มของหญิงตั้งครรภ์ครั้งแรกที่มีภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐานก่อนตั้งครรภ์ มาฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลพระพุทธบาท จังหวัดสระบุรี ซึ่งผู้วิจัยทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ดังหัวข้อต่อไปนี้

1. แนวคิดภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐานก่อนตั้งครรภ์ในหญิงตั้งครรภ์
2. แนวคิดพฤติกรรมสุขภาพด้านโภชนาการของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐานก่อนตั้งครรภ์
3. แนวคิดการรับรู้ความสามารถในตนเอง
4. โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถในตนเองด้านโภชนาการ

แนวคิดภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐานก่อนตั้งครรภ์ในหญิงตั้งครรภ์

1. ความหมายของภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐาน

สถาบันการแพทย์แห่งสหรัฐอเมริกา (Institute of Medicine, 2009) ได้กำหนดเกณฑ์น้ำหนักมาตรฐานสำหรับประชากรวัยเจริญพันธุ์ โดยใช้ดัชนีมวลกาย (Body Mass Index, BMI) ที่ได้จากน้ำหนักตัวหน่วยเป็นกิโลกรัมหารด้วยส่วนสูงเป็นเมตรยกกำลังสอง โดยกำหนดให้ผู้ที่ BMI เท่ากับหรือมากกว่า 25 แต่น้อยกว่า 30 กิโลกรัมต่อตารางเมตร (กก./ม.²) คือผู้ที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐาน และกำหนดให้ผู้ที่ BMI เท่ากับหรือมากกว่า 30 กก./ม.² คือผู้ที่เป็นโรคอ้วน ซึ่งในการศึกษานี้หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐานก่อนตั้งครรภ์หมายถึงทั้งผู้ที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐานและผู้ที่เป็นโรคอ้วน คือ มีค่า BMI ก่อนตั้งครรภ์ ตั้งแต่ 25 กก./ม.²

2. สาเหตุที่ทำให้หญิงตั้งครรภ์มีภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐานก่อนตั้งครรภ์

การที่หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐานก่อนตั้งครรภ์ อาจมีสาเหตุจากสิ่งบุคคลเปลี่ยนแปลงไม่ได้ หรือเปลี่ยนแปลงได้

2.1 สาเหตุที่บุคคลไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ ได้แก่ พันธุกรรม และเพศ

2.1.1 พันธุกรรม พันธุกรรมมีผลต่อระบบเผาผลาญพลังงานในร่างกาย ถ้าทั้งบิดาและมารดามีภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐาน มีโอกาสที่บุตรจะมีน้ำหนักเกินได้ร้อยละ 80 ถ้าบิดาหรือมารดาเพียงคนเดียวคนหนึ่งมีภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐาน บุตรมีโอกาสเกิดภาวะน้ำหนักเกินได้

ร้อยละ 50 อีกทั้งหากมีการมีเวชชั่นของอินที่ควบคุมการเผาผลาญพลังงาน จะทำให้น้ำหนักตัวเพิ่มมากขึ้น เกิดภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐาน และ โรคอ้วนได้ (Cornier, Marshall, Hill, Maahs, & Eckel, 2011)

2.1.2 เพศ เพศหญิงจะเกิดภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐานได้ง่ายกว่าเพศชาย เนื่องจากเพศหญิงและเพศชายมีความแตกต่างของอุปโภคนิสัย ซึ่งเพศหญิงชอบรับประทานอาหารจุกจิบหรืออาหารว่างมากกว่าเพศชาย (ศัลยา คงสมบูรณ์เวช, 2551)

2.2 สาเหตุที่บุคคลสามารถเปลี่ยนแปลงได้ ได้แก่ บริโภคนิสัย และการทำกิจวัตรประจำวันหรือการออกกำลังกาย

2.2.1 บริโภคนิสัย บริโภคนิสัยเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐานการรับประทานอาหารมากเกินไปความต้องการของร่างกาย โดยเฉพาะการชอบรับประทานอาหารที่มีรสหวาน อาหารจุกจิบ อาหารระหว่างมื้อ หรือรับประทานอาหารที่ให้พลังงานมาก เช่น อาหารประเภทไขมันจากสัตว์ โปรตีน และคาร์โบไฮเดรตในปริมาณมาก พลังงานที่ได้จากอาหารจะเหลือสะสมเป็นไขมันในร่างกาย (Shaikh, Robinson & Leoh, 2010)

2.2.2 การทำกิจกรรมในชีวิตประจำวันหรือการออกกำลังกาย ผู้ที่เคลื่อนไหวร่างกายน้อย และไม่ได้ออกกำลังกาย มักมีไขมันสะสมในร่างกายมาก โดยเฉพาะบุคคลที่ทำงานในสำนักงานหรือทำงานที่มีกิจกรรมการเคลื่อนไหวร่างกายน้อย จะมีภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐานมากกว่าบุคคลที่มีอาชีพเกษตรกร (Dunn, 2015) ประกอบกับในปัจจุบันมีเครื่องอำนวยความสะดวกในการดำรงชีวิตประจำวันเป็นจำนวนมาก ทำให้ร่างกายยังมีการเคลื่อนไหวน้อย ทำให้ร่างกายมีพลังงานเกิน สะสม เป็นไขมัน ทำให้เกิดภาวะน้ำหนักเกินหรือโรคอ้วนได้ (ศัลยา คงสมบูรณ์เวช, 2551) นอกจากนี้ การลดกิจกรรมทางกายขณะตั้งครุภัณฑ์สัมพันธ์กับการมีน้ำหนักตัวขณะตั้งครุภัณฑ์เพิ่มสูงขึ้น (Kinnunen, 2009)

2.2.3 ความเชื่อเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร เมื่อผู้หญิงตั้งครุภัณฑ์ หญิงตั้งครุภัณฑ์อาจบำรุงร่างกายและครุภัณฑ์ด้วย หญิงตั้งครุภัณฑ์อาจมีความเชื่อว่าการรับประทานอาหารในปริมาณมาก ๆ เพื่อทารกในครุภัณฑ์ การมีน้ำหนักตัวเพิ่มขณะตั้งครุภัณฑ์ จะทำให้ทารกมีน้ำหนักดีและมีสุขภาพแข็งแรง (Fowles & Fowles, 2008; Thornton, Kieffer, Salabarría Pena, Odomsyoung, & Willis, 2006) ซึ่งการรับประทานอาหารมากเกินไปจนทำให้เกิดภาวะน้ำหนักเพิ่มมากขึ้น ทำให้อ้วนเรื้อรังไปจนถึงระยะหลังคลอด (เทียมสร ทองสวัสดิ์, ลาวัลย์ สมบูรณ์ และปิยะภรณ์ ประสิทธิ์, 2556)

สรุปได้ว่าสาเหตุที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐานขณะตั้งครุภัณฑ์มีทั้งสาเหตุจากสิ่งบุคคลเปลี่ยนแปลงไม่ได้ หรือเปลี่ยนแปลงได้ ซึ่งพฤติกรรมสุขภาพเป็นสาเหตุหลักที่ทำให้มีการเพิ่มขึ้นของน้ำหนักตัวก่อนและขณะตั้งครุภัณฑ์และเป็นปัจจัยที่สามารถปรับเปลี่ยนได้

โดยการได้รับข้อมูลที่ถูกต้องเหมาะสม และทำให้เกิดความเชื่อมั่นในความสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเอง

3. ผลกระทบของภาชนะน้ำหนักเกินมาตรฐานก่อนตั้งครรภ์

ภาชนะน้ำหนักเกินมาตรฐานก่อนตั้งครรภ์ในหญิงตั้งครรภ์ ส่งผลกระทบต่อสุขภาพทั้งมารดา และทารก ดังต่อไปนี้

3.1 ผลกระทบต่อมารดา ภาชนะน้ำหนักเกินมาตรฐานก่อนตั้งครรภ์ในหญิงตั้งครรภ์ ส่งผลกระทบต่อสุขภาพมารดาทั้งในระยะตั้งครรภ์ คลอดและหลังคลอดผลกระทบต่อมารดาในระยะตั้งครรภ์ ได้แก่ เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด (อุ้งใจ กออ่อนันตกุล และสุกมัย สุนทรพันธ์, 2549) เป็นเบาหวาน (Limruangrong, Sinsuksai, Ratinthorn, & Boriboonhirunsarn, 2011; Per, Steen, & Ulrik, 2011) ความดันโลหิตสูง (Ford, Sullivan, Walters, Beischer, & King, 2001) ที่อาจเป็นรุนแรงจนทำให้ชักได้ (ScHARR Public Health Collaborating Center, 2008) และเสี่ยงต่อการเสียชีวิตจากความดันโลหิตสูงชนิดรุนแรงได้ (Shaikh et al., 2010) ผลกระทบต่อมารดาใน ระยะคลอด ได้แก่ มีความเครียดสูงจากความเจ็บปวดจากการคลอดยากคลอดยาวนาน อาจต้องใช้ยากระตุ้นการหดตัวของมดลูก เสี่ยงต่อมดลูกแตก (Kerrigan & Kingdon, 2008) ทารกตัวโตทำให้อาจคลอดยากหรือต้องผ่าตัดคลอดทาง หน้าท้อง (Dietz, Callaghan, Morrow, & Cogswell, 2005; Kitiyodom & Tongswatwong, 2008) ผลกระทบต่อมารดาในระยะหลังคลอด เป็นผลมาจากการคลอดยากคลอดยาวนาน ทำให้เสี่ยงต่อ มดลูกหย่อน ตกเลือดจากมีแผลในโพรงมดลูกสัมพันธ์กับขนาดของรกที่มีขนาดใหญ่จากทารกตัวโต แผลจากการคลอดติดเชื้อหายช้า (ScHARR Public Health Collaborating Center, 2008) ทำให้อาจต้องพักรักษาตัวในโรงพยาบาลนานขึ้น (Shaikh et al., 2010) และอาจมีความดันโลหิตสูงที่เรื้อรังจากระยะตั้งครรภ์ (Cuningham, Leveno, Bloom, Hauth, Gilstrap, & Wenstrom, 2005)

3.2 ผลกระทบต่อทารก ภาชนะน้ำหนักเกินมาตรฐานก่อนตั้งครรภ์ในหญิงตั้งครรภ์ ส่งผลกระทบต่อสุขภาพทารก คือ คลอดก่อนกำหนด ทารกตัวโตทำให้ทารกอาจคลอดยาก ทารกอาจต้องเข้ารับการรักษาในหอทารกป่วย (สุรพล พจนสุภาวรรณ, 2555; Kaisa, Nonna, & Seppo, 2006) ทำให้มีอุบัติการณ์การตายคลอดหรือการตายปริกำเนิดของทารกเพิ่มขึ้น (Kristensen, Vestergaard, Wisborg, Kesmodel, & Secher, 2005)

ผลกระทบของภาชนะน้ำหนักเกินมาตรฐานก่อนตั้งครรภ์ เพิ่มความเสี่ยงต่อสุขภาพมารดา และทารก ซึ่งส่งผลต่อการเพิ่มอัตราการตายของมารดาและทารกทั้งในระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และหลังคลอด ดังนั้น จึงเป็นสิ่งจำเป็นที่จะต้องให้การดูแลเป็นพิเศษแก่หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาชนะน้ำหนักเกินมาตรฐานก่อนตั้งครรภ์ เพื่อป้องกันหรือลดอันตรายที่จะเกิดขึ้นต่อสุขภาพของมารดาและทารก

แนวคิดพฤติกรรมสุขภาพด้านโภชนาการของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะน้ำหนักเกิน มาตรฐานก่อนตั้งครรภ์

1. ความหมายของพฤติกรรมสุขภาพด้านโภชนาการ

1.1 ความหมายพฤติกรรมสุขภาพ โดยทั่วไป พฤติกรรม หมายถึง ปฏิบัติที่มนุษย์แสดงออกมา (ฉัฐกานต์ ช่างเหล็ก, 2552) หรือการกระทำที่แสดงออกถึงความรู้สึก นึกคิด ความต้องการของจิตใจที่ตอบสนองต่อสิ่งเร้า ซึ่งอาจสังเกตเห็นได้โดยตรงหรือทางอ้อม อาจสังเกตโดยการใช้หรือไม่ใช้เครื่องมือ (ลักขณา สรวิวัฒน์, 2549)

แต่พฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง กิจกรรมหรือการปฏิบัติใด ๆ ของปัจเจกบุคคลที่กระทำไปเพื่อจุดประสงค์ในการส่งเสริม ป้องกัน หรือบำรุงรักษาสุขภาพโดยไม่คำนึงถึงสภาวะสุขภาพที่เป็นอยู่ โดยไม่คำนึงว่าจะสามารถปฏิบัติพฤติกรรมนั้น ๆ ได้สัมฤทธิ์ตามวัตถุประสงค์ (สุวนิตย์ ธรรมสาร, 2552) พฤติกรรมสุขภาพของบุคคลแบ่งออกเป็น 6 ประเภท (จิระศักดิ์ เจริญพันธ์ และเฉลิมพล ต้นสกุล, 2549) คือ 1) พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ได้แก่ การกระทำหรือการปฏิบัติของบุคคลที่ทำให้ภาวะสุขภาพตนเองหรือครอบครัวดีขึ้น 2) พฤติกรรมป้องกันโรค ได้แก่ การกระทำหรือการปฏิบัติของบุคคลที่ช่วยป้องกันตนเอง ครอบครัวหรือชุมชน ไม่ให้เกิดการเจ็บป่วย 3) พฤติกรรมเมื่อเจ็บป่วย ได้แก่ การกระทำหรือการปฏิบัติของบุคคลเมื่อตนเองหรือบุคคลอื่นในครอบครัวเกิดการเจ็บป่วยขึ้นมา เช่น การดูแลเมื่อเจ็บป่วย การแสวงหาการรักษาพยาบาลจากแหล่งให้การรักษาพยาบาล 4) พฤติกรรมการได้รับการรักษาพยาบาล ได้แก่ การกระทำหรือการปฏิบัติของบุคคลตามคำแนะนำของแพทย์ เมื่อตนเองหรือบุคคลที่ตนเองต้องดูแลเจ็บป่วย 5) พฤติกรรมมีส่วนร่วม ได้แก่ การกระทำหรือการปฏิบัติเพื่อให้มีผลต่อการป้องกันปัญหาหรือการแก้ไขปัญหาสาธารณสุขในชุมชนและปัญหาของส่วนรวม 6) พฤติกรรมการพึ่งพาตนเอง ได้แก่ การกระทำหรือการปฏิบัติของบุคคลเพื่อช่วยเหลือตนเองหรือครอบครัวเมื่อเจ็บป่วย รวมถึงการป้องกันโรคและการส่งเสริมสุขภาพ

ซึ่งพฤติกรรมสุขภาพด้านโภชนาการสำหรับหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐานก่อนตั้งครรภ์นี้ จัดเป็นพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการได้รับการรักษาพยาบาล เนื่องจากการมีน้ำหนักเกินถือเป็นภาวะที่ต้องได้รับการดูแลเป็นพิเศษ เพื่อป้องกันมิให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงต่อสุขภาพมารดาและทารก

1.2 ความหมายของภาวะโภชนาการ ภาวะโภชนาการ หมายถึง ภาวะหรือสุขภาพของร่างกายที่เป็นผลมาจากอาหารที่ร่างกายได้รับ รวมถึงกระบวนการย่อย การดูดซึม และการเผาผลาญสารอาหารในเซลล์ของร่างกาย (สิริพันธุ์ จุลกรังคะ, 2550) ภาวะโภชนาการของบุคคลแบ่งเป็น 3 กลุ่ม

1.2.1 ภาวะโภชนาการดี (Good nutritional status) หมายถึง ภาวะที่ร่างกายได้รับอาหารหลากหลายครบถ้วนในปริมาณเหมาะสมและเพียงพอกับความต้องการของร่างกายในการทำกิจกรรม และร่างกายสามารถใช้สารเหล่านั้นให้เกิดประโยชน์ ทำให้มีสุขภาพดี (สิริพันธุ์ จุลกรังคะ, 2550)

1.2.2 ภาวะทุพโภชนาการ (Malnutrition) หมายถึง ภาวะที่ร่างกายได้รับอาหารไม่เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย ทำให้ร่างกายเจริญเติบโตได้ไม่ดี มีผลให้เตี้ย แคระแกรน ผอม เซลล์สมองมีพัฒนาการไม่ดี สติปัญญาต่ำ (กองโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2553)

1.2.3 ภาวะโภชนาการเกิน (Over nutrition) หมายถึง ภาวะที่ร่างกายได้รับสารอาหารมากเกินไปจนความต้องการของร่างกาย ร่างกายต้องเก็บสะสมไว้ เช่น ได้รับสารอาหารที่ทำให้พลังงานมากเกินไป จะมีการสะสมพลังงานในสภาพไขมันไว้ในร่างกาย ทำให้เกิดโรคอ้วน หรือ การได้รับสารอาหารที่จับถ่ายได้ยากในปริมาณมากเกินไป จนมีการเก็บสะสมในร่างกายและทำให้เกิดโทษได้ (สิริพันธุ์ จุลกรังคะ, 2550)

ดังนั้นพฤติกรรมสุขภาพด้านโภชนาการ หมายถึง การบริโภคอาหารที่มีปริมาณและคุณค่าอาหารอย่างเพียงพอ ไม่มากหรือน้อยจนเกินไป เพื่อให้ร่างกายมีภาวะโภชนาการที่ดี (สิริพันธุ์ จุลกรังคะ, 2550) พฤติกรรมการบริโภคอาหารของบุคคลที่ดี ส่งเสริมให้มีสุขภาพสมบูรณ์แข็งแรง ป้องกันการเกิดภาวะทุพโภชนาการ ภาวะโภชนาการเกิน ได้รับพิษจากอาหาร (กองโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2551) แนวทางในการบริโภคอาหารที่ถูกต้องตามหลักโภชนาการ ได้แก่ รับประทานอาหารให้ครบ 5 หมู่ แต่ละหมู่ให้หลากหลายหมั่นดื่มน้ำหนักตัวรับประทานพืชผักและผลไม้เป็นประจำดื่มนมให้เหมาะสมตามวัย ดื่มน้ำวันละ 8 แก้ว รับประทานอาหารที่เป็นไขมันแต่พอควรหลีกเลี่ยงอาหารรสหวานหรือเค็มจัด ขนมหุบกกรอบ รับประทานอาหารที่ปรุงสุก สะอาดปราศจาก การปนเปื้อน งดหรือลดการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ และงดการสูบบุหรี่ (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กองสุขาภิบาล กระทรวงสาธารณสุข, 2549; กองโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2551)

2. ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพด้านโภชนาการของหญิงตั้งครรภ์

ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพด้านโภชนาการของหญิงตั้งครรภ์ ได้แก่ ความรู้ด้านโภชนาการ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ อายุครรภ์ ความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนระหว่างตั้งครรภ์ และวิถีการดำเนินชีวิต

2.1 ความรู้ด้านโภชนาการ การที่บุคคลมีความรู้ด้านโภชนาการที่ถูกต้อง ทำให้สามารถเลือกซื้อหาและบริโภคอาหารที่มีคุณค่าและมีประโยชน์ต่อร่างกาย มีการศึกษาพบว่า

ความรู้ด้านโภชนาการมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการพฤติกรรมสุขภาพด้านโภชนาการ (ประเทืองทิพย์ แก้วศรี, 2549) ในทางตรงกันข้ามหากบุคคลขาดความรู้ทางด้านโภชนาการ บุคคลจะมีพฤติกรรมสุขภาพด้านโภชนาการที่ไม่เหมาะสม (พัชรารัตน์ อารีย์, สุภารัตน์ วังศรีคุณ และศรีพรรณ กันชวัง, 2550)

2.2 อายุ เป็นปัจจัยหนึ่งที่ส่งผลต่อค่า BMI และการเพิ่มขึ้นของน้ำหนักตัวของหญิงตั้งครรภ์ โดยพบว่าหญิงตั้งครรภ์ในกลุ่มอายุน้อยกว่า 24 ปี มีภาวะน้ำหนักเกิน ร้อยละ 16.1 ในกลุ่มอายุ 25-34 ปีมีภาวะน้ำหนักเกินสูงขึ้นคือมีร้อยละ 19.7 (Kerrigan et al., 2008)

2.3 ระดับการศึกษาและรายได้ หญิงตั้งครรภ์ที่มีการศึกษาสูงย่อมมีโอกาสประกอบอาชีพดี มีรายได้สูง สามารถซื้ออาหารที่มีปริมาณสารอาหารเพียงพอและมีประโยชน์ได้ (ดวงจันทร์ เพชรานนท์, 2551) ต่างจากหญิงตั้งครรภ์ที่มีฐานะทางเศรษฐกิจและสังคมต่ำ มีการศึกษาน้อย ทำให้มีข้อจำกัดในการเรียนรู้ และการแสวงหาความรู้ที่จะดูแลสุขภาพตนเอง (Pender, 1996) นอกจากนี้ ผู้ที่มีรายได้น้อย อาจไม่สามารถเลือกซื้ออาหารที่มีประโยชน์ได้ ทำให้ได้รับปริมาณสารอาหารไม่เพียงพอ เกิดภาวะขาดสารอาหาร (ดวงจันทร์ เพชรานนท์, 2551)

2.4 จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ หญิงตั้งครรภ์เคยผ่านประสบการณ์การตั้งครรภ์มาก่อน จะมีพฤติกรรมสุขภาพดีกว่าหญิงตั้งครรภ์แรก เนื่องจากประสบการณ์ที่ผ่านมา ทำให้รับรู้ถึงการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในระหว่างตั้งครรภ์ มีความเข้าใจปัญหาและทราบถึงวิธีการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นระหว่างตั้งครรภ์ จึงทำให้หญิงตั้งครรภ์สามารถแก้ไขปัญหาต่าง ๆ ได้ดีกว่าหญิงตั้งครรภ์แรกที่ไม่เคยมีประสบการณ์มาก่อน (Klankhajhon, 2008) อีกทั้งหญิงตั้งครรภ์แรกที่มีภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐานก่อนตั้งครรภ์ เป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงที่จะมีน้ำหนักตัวเพิ่มมาขณะตั้งครรภ์ (ตรีภพ เลิศบรรณพงษ์, 2551)

2.5 อายุครรภ์ มีผลทางอ้อมต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ ในไตรมาสแรกของการตั้งครรภ์เป็นระยะที่หญิงตั้งครรภ์มีอาการแสดงว่าตั้งครรภ์ เช่น ประจำเดือนขาด เต้านมคัดตึง แพ้ท้อง เหนื่อยง่ายกว่าปกติ หญิงตั้งครรภ์ระยะนี้จะพึงความสนใจอยู่กับความไม่สบายจากการตั้งครรภ์ ยังไม่ได้คำนึงถึงภาวะสุขภาพทารกที่อยู่ในครรภ์ ในไตรมาสที่สองของการตั้งครรภ์ อาการไม่สบายทางร่างกายต่าง ๆ หายไป เมื่อรู้สึกว่าการตั้งครรภ์เริ่มดีขึ้น จะมีการยอมรับการตั้งครรภ์มากขึ้น เกิดความรู้สึกว่าทารกในครรภ์เป็นส่วนหนึ่งของตนเอง มีความสนใจต่อสุขภาพทารก และมีพฤติกรรมสุขภาพเพื่อดูแลทารกในครรภ์ ในไตรมาสที่สามของการตั้งครรภ์หญิงตั้งครรภ์จะคงไว้ซึ่งการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพเพื่อดูแลทารกในครรภ์ เมื่อใกล้คลอดจะมีความรู้สึกกังวลเกี่ยวกับการคลอด (Driscoll., 2008)

2.6 ความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนระหว่างตั้งครรภ์ หากขณะตั้งครรภ์ มีภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงเกิดขึ้น ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล จะเกิดความเครียดและวิตกกังวลเกี่ยวกับภาวะที่เป็นอยู่ ทำให้ความสนใจต่อการดูแลสุขภาพของตนเองและทารกในครรภ์ ลดลง (Aksornphusitaphong, & Phupong, 2012)

2.7 วิธีการดำเนินชีวิต ปัจจุบันผู้หญิงทำงานนอกบ้านมากขึ้น การใช้ชีวิตประจำวัน ต้องเร่งรีบ มากขึ้น มีโอกาสที่จะประกอบอาหารรับประทานเองน้อยลง จึงหันมารับประทานอาหารจานด่วน (fast food) แบบตะวันตกมากขึ้น ซึ่งเป็นอาหารที่ให้พลังงานเกินความต้องการของร่างกาย (ศัลยา คงสมบูรณ์เวช, 2551)

เนื่องจากมีปัจจัยหลายอย่างมีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพด้านโภชนาการ จึงต้องมีการควบคุม ตัวแปรแทรกซ้อน เพื่อลดความคลาดเคลื่อน และเพิ่มความน่าเชื่อถือของผลการวิจัย (บุญใจ ศรีสถิตยัณราฎ, 2553) ผู้วิจัยจึงศึกษาหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐานก่อนตั้งครรภ์ที่เป็นครรภ์แรก (Primipara) มีอายุครรภ์ไม่เกิน 18 สัปดาห์ และอาจมีภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง (เช่น เบาหวาน ขณะตั้งครรภ์ที่ไม่ต้องพึ่งอินซูลิน (Gestational diabetes mellitus type A1) หรือความดันโลหิตสูงที่ไม่รุนแรงขณะตั้งครรภ์ [Mild pregnancy induced hypertension])

3. แนวคิดเกี่ยวกับภาวะโภชนาการของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐานก่อนตั้งครรภ์

พฤติกรรมสุขภาพด้าน โภชนาการของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐานก่อนตั้งครรภ์แตกต่างจากพฤติกรรมสุขภาพด้านโภชนาการในบุคคลทั่วไป และแตกต่างจากหญิงตั้งครรภ์ ที่มีน้ำหนักปกติก่อนตั้งครรภ์ พฤติกรรมโภชนาการที่เหมาะสมต่อความต้องการของร่างกายหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐานก่อนตั้งครรภ์ จะป้องกันและลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น อันจะส่งผลดีต่อสุขภาพมารดาและทารก นอกจากนั้นหญิงตั้งครรภ์แต่ละบุคคลมีความต้องการอาหารในปริมาณที่แตกต่างกันไปขึ้นกับ BMI ก่อนตั้งครรภ์

3.1 การกำหนดน้ำหนักที่ควรเพิ่มขึ้นตลอดการตั้งครรภ์ของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐานก่อนตั้งครรภ์ หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐานก่อนตั้งครรภ์ ควรควบคุมทั้งชนิดและปริมาณของสารอาหารที่รับประทาน เพื่อให้มีน้ำหนักตัวเป็นไปตามเกณฑ์ คือ หญิงตั้งครรภ์ มี BMI ก่อนตั้งครรภ์ตั้งแต่ 25 แต่ต่ำกว่า 30 กก./ม.² ควรมีน้ำหนักตัวเพิ่มตลอดการตั้งครรภ์ ประมาณ 7-12 กก. โดยเมื่อตั้งครรภ์ไตรมาสที่ 1 น้ำหนักอาจไม่เพิ่มขึ้นหรือเพิ่มขึ้นเฉลี่ยประมาณ 0.08 กก./สัปดาห์ และน้ำหนักควรเพิ่มในการตั้งครรภ์ไตรมาสที่ 2 และ 3 เฉลี่ยประมาณ 0.3 กก./สัปดาห์ (0.23-0.33 กก./สัปดาห์) แต่หญิงตั้งครรภ์ที่มี BMI ก่อนตั้งครรภ์มากกว่า 30 กก./ม.² ควรมีน้ำหนักตัวเพิ่มตลอดการตั้งครรภ์ 5-9 กก. โดยในไตรมาสที่ 1 น้ำหนัก

อาจไม่เพิ่มขึ้นหรือเพิ่มขึ้นเฉลี่ยประมาณ 0.08 กก./ สัปดาห์ แต่น้ำหนักควรเพิ่มในการตั้งครรภ์ ไตรมาสที่ 2 และ 3 เฉลี่ยประมาณ 0.2 กก./ สัปดาห์ (0.17-0.27 กก./ สัปดาห์) (Institute of Medicine, 2009)

3.2 การกำหนดพลังงานที่ควรได้รับจากสารอาหารในแต่ละวันสำหรับหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐานก่อนตั้งครรภ์ การกำหนดพลังงานที่ควรได้รับจากสารอาหารในแต่ละวัน เป็นสิ่งจำเป็นสำหรับหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐานก่อนตั้งครรภ์ เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐานก่อนตั้งครรภ์ได้รับสารอาหารให้สมดุลกับความ ต้องการของร่างกายหญิงตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ ซึ่งจะส่งผลให้หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐานก่อนตั้งครรภ์สามารถควบคุมน้ำหนักได้ (Fitzsimons & Modder, 2010) โดยพลังงานที่ร่างกายหญิงตั้งครรภ์ต้องการในแต่ละวันขึ้นกับ BMI ก่อนตั้งครรภ์

ในไตรมาสแรก หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐานก่อนตั้งครรภ์ต้องการพลังงานจากสารอาหารในแต่ละวันเท่ากับ 20-25 แคลอรี/ น้ำหนักตัวก่อนตั้งครรภ์ 1 กก. เช่น ถ้าหญิงตั้งครรภ์มีน้ำหนักตัวก่อนตั้งครรภ์ 60 กก. ควรจะได้รับพลังงานในไตรมาสแรก 1,500 แคลอรี/ วัน (60 กก. x 25 แคลอรี = 1,500 แคลอรี) แต่ในไตรมาสที่ 2 และ 3 หญิงตั้งครรภ์ควรได้รับพลังงานเพิ่มขึ้นจากไตรมาสแรกวันละ 300 แคลอรี ดังนั้น หญิงตั้งครรภ์ต้องการพลังงาน 1,800 แคลอรี/ วัน (1,500 + 300 = 1,800 แคลอรี/ วัน) (อุ๋นใจ กอนันตกุล และสุกมัย สุนทรพันธ์, 2549)

3.3 สารอาหารสำหรับหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐานก่อนตั้งครรภ์ โดยทั่วไป หญิงตั้งครรภ์ต้องการสารอาหารเพิ่มมากขึ้น เพื่อนำไปใช้ในการเพิ่มจำนวนและขนาดของเซลล์ร่างกายทารก หญิงตั้งครรภ์ควรเลือกรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับความต้องการของร่างกายในระยะตั้งครรภ์ เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์และทารกได้รับสารอาหารครบถ้วน (กรุณา ประมุขสินทรัพย์, 2556) ซึ่งความต้องการสารอาหารแตกต่างกันตามระยะของการตั้งครรภ์ (พวงน้อย สาครรัตนกุล และจันทิมา ขนบดี, 2555) ในไตรมาสแรกของการตั้งครรภ์ (อายุครรภ์ ≤ 12 สัปดาห์) เป็นระยะเริ่มปฏิสนธิ การเจริญเติบโตของทารกมีน้อยมาก หญิงตั้งครรภ์ควรรับประทานอาหารที่เคยรับประทานตามปกติ แต่ต้องได้รับสารอาหารครบทุกอย่างทั้งปริมาณ และชนิดของอาหารตามที่ร่างกายควรได้รับแต่ละวัน ในไตรมาสที่สอง (อายุครรภ์ > 12 ถึง 24 สัปดาห์) และไตรมาสที่ 3 ของการตั้งครรภ์ (อายุครรภ์มากกว่า 24 สัปดาห์) จะมีการเจริญเติบโตของทารกในครรภ์อย่างรวดเร็ว หญิงตั้งครรภ์จึงจำเป็นต้องได้รับสารอาหารและพลังงานต่าง ๆ เพิ่มมากขึ้น เพื่อการเจริญเติบโตของทารก และเพื่อรักษาสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์

3.3.1 ชนิดของสารอาหาร ชนิดของสารอาหารที่เป็นประโยชน์ต่อหญิงตั้งครรภ์ และทารกในครรภ์ คืออาหาร 5 หมู่ (คาร์โบไฮเดรต ไขมัน โปรตีน แกลือแร่ วิตามิน) และน้ำ ซึ่งประโยชน์ของอาหารแต่ละหมวดหมู่ และแหล่งที่พบในอาหาร ดังในรายละเอียดต่อไปนี้

คาร์โบไฮเดรต ให้พลังงานเพื่อการทำหน้าที่ของร่างกาย หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะ น้ำหนักเกิน ๆ ไม่จำเป็นต้องรับประทานอาหารกลุ่มนี้ในปริมาณที่เพิ่มขึ้น อาหารหมวดนี้พบใน ข้าว น้ำตาล เผือก มัน และอาหารที่ทำจากแป้ง (รพีพรรณ วิบูลย์วัฒนกิจ, 2556)

ไขมัน ให้พลังงานแก่ร่างกาย พบได้ทั้งจากสัตว์ หรือพืช (ถั่วเหลือง รำ ข้าวโพด ผ้าย เมล็ดทานตะวัน งา) อาหารหมวดนี้ให้พลังงานแก่ร่างกาย หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะน้ำหนักเกิน ๆ ควรรับประทานหมวดนี้ในปริมาณเท่าเดิม หรือน้อยลง

โปรตีน ใช้ในการเสริมสร้างอวัยวะทั้งของมารดาและทารก รวมทั้งการผลิตน้ำนม (Pillitteri, 2007) พบใน เนื้อสัตว์ ไข่ ถั่ว นม เนยแข็ง อาหารหมวดนี้ใช้ในการเสริมสร้างอวัยวะ ทั้งของมารดาและทารก รวมทั้งใช้ในการผลิตน้ำนม หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะน้ำหนักเกิน ๆ ควรรับประทานอาหารหมวดนี้ในปริมาณมากขึ้น

เกลือแร่ ช่วยในการสร้างเสริมอวัยวะต่าง ๆ ในร่างกาย และทำให้อวัยวะทำหน้าที่ ได้ตามปกติ โดย เกลือแร่ที่สำคัญมีหลายชนิด เช่น แคลเซียม ใช้สำหรับสร้างความแข็งแรงของ กระดูก ฟัน และการทำงานของระบบประสาทต่าง ๆ ทั้งในมารดาและทารก ดังนั้น หญิงตั้งครรภ์จึง ต้องการแคลเซียมประมาณวันละ 1,200 กรัม (Callahan & Caughey, 2007) พบใน เต้าหู้ นม ไข่ ปลาเล็กปลาน้อย กุ้งแห้ง เนื้อสัตว์ (วัฒนา ญาณพัฒน์, 2551) ธาตุเหล็ก ใช้ในการสร้างเม็ดเลือดแดง ของมารดา และสร้างกล้ามเนื้อของทารก พบใน เครื่องในสัตว์ เนื้อสัตว์ ไข่แดง ผักใบเขียวเข้ม (นงนุช สุขพันธ์, 2550) ควรรับประทานอาหารพวกนี้ สัปดาห์ละ 2-3 ครั้ง และรับประทานอาหารที่มี วิตามินซีสูงที่มีรสเปรี้ยว (เช่น ฝรั่ง มะขามป้อม เป็นต้น) ร่วมด้วย เพื่อช่วยในการดูดซึมธาตุเหล็ก ปริมาณธาตุเหล็กที่ได้รับจากอาหารอาจไม่เพียงพอต่อความต้องการของหญิงตั้งครรภ์ ดังนั้นหญิง ตั้งครรภ์ที่ไม่มีปัญหาเรื่องการดูดซึมธาตุเหล็กจึงได้รับยาธาตุเหล็กเสริมจากทางโรงพยาบาล ปริมาณที่หญิงตั้งครรภ์ต้องการคือ 30-60 มิลลิกรัมต่อวัน กรดโฟลิก ช่วยในการสร้างเม็ดเลือดแดง ของมารดา และป้องกันความพิการของระบบประสาททารก (สุนารี พิชญ์ชัยประเสริฐ, 2556; Cogswell, parvanta, Lckes, Yip & Brittenham, 2012; Lowdermilk & Perry, 2006) กรดโฟลิก พบใน พืชผักใบเขียว ธัญพืช ข้าว น้ำส้ม (Orshan, 2008) ตับ เนื้อสัตว์ ไข่ ยีสต์ ถั่วลิสง ปลา เป็ด และไก่ (Littleton & Engebretson, 2005) อาหารหมวดนี้ช่วยในการสร้างเม็ดเลือดแดงของมารดา และป้องกันความพิการของระบบประสาททารก หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะน้ำหนักเกิน ๆ ควรรับประทานอาหารหมวดนี้ในปริมาณมากขึ้น สัปดาห์ละ 2-3 ครั้ง ไอโอดีน ช่วยในการทำงาน

ของฮอร์โมนซึ่งรอยค้ำในหญิงตั้งครรภ์และทารก หากหญิงตั้งครรภ์ขาดไอโอดีน ทำให้ทารกมีภาวะพร่องฮอร์โมน รัชรอยค้ำ เกิดภาวะปัญญาอ่อนหรือที่เรียกว่า โรคเอื้อ (WHO, 2007) ไอโอดีนพบในอาหารทะเลทุกชนิด และเกลือที่ผสมไอโอดีน

วิตามิน ช่วยให้อวัยวะต่าง ๆ ในร่างกายทำหน้าที่ได้อย่างปกติ พบมากในผักและผลไม้ อีกทั้งผักและผลไม้มีกากใยสูง จึงป้องกันท้องผูกได้ด้วย (Ladewig & Davidson, 2006)

น้ำ เป็นส่วนประกอบของเซลล์ต่าง ๆ ในร่างกาย ช่วยให้มีปัญหาในการขับถ่าย หญิงตั้งครรภ์ควรดื่มน้ำวันละ 8-10 แก้ว ซึ่งจะส่งผลให้ทารกมีสุขภาพดี (Ladwig & Davidson, 2006)

3.3.2 หลักการเลือกรับประทานอาหารสำหรับหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐานก่อนตั้งครรภ์ อาหารสำหรับหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐานก่อนตั้งครรภ์ แตกต่างจากหญิงตั้งครรภ์มีน้ำหนักปกติก่อนตั้งครรภ์ (กองโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2552) โดยหญิงตั้งครรภ์มีภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐานก่อนตั้งครรภ์ มีหลักการในการรับประทานอาหารคือ

3.3.2.1 รับประทานอาหารให้ครบ 5 หมู่ ในปริมาณที่เหมาะสม คือเท่ากับหรือมากกว่าก่อนตั้งครรภ์เล็กน้อย และควรรับประทานอาหารให้หลากหลาย ไม่รับประทานอาหารประเภทใดประเภทหนึ่งมากเกินไป ควรรับประทานอาหารให้หลากหลาย

3.3.2.2 รับประทานอาหารที่เป็นแหล่งธาตุเหล็ก (เช่น เนื้อแดง เนื้อวัว เนื้อหมู ตับ หอยกาบ หอยนางรม ไข่แดง เป็นต้น) สัปดาห์ละ 2-3 ครั้ง และรับประทานอาหารที่มีวิตามินซีสูงที่มีรสไม่หวานจัด (เช่น ฝรั่ง มะขามป้อม เป็นต้น) ร่วมด้วยเพื่อช่วยในการดูดซึมธาตุเหล็ก

3.3.2.3 รับประทานอาหารที่เป็นแหล่งแคลเซียม (เช่น นมพร่องมันเนย โยเกิร์ต เนยแข็ง เต้าหู้ สัตว์เล็กที่กินรับประทานได้ทั้งตัวและกระดูก) ทุกวัน

3.3.2.4 งดรับประทานอาหารกรอบกรอบ ขนมหวาน น้ำอัดลม อาหารกรอบกรอบ (เช่น มันฝรั่งทอด ข้าวเกรียบ ขนมหุงกรอบกรอบ) มีส่วนผสมประเภทแป้ง น้ำตาล เกลือและสารปรุงแต่งรส ซึ่งไม่มีประโยชน์และยังเป็นการสะสมไขมันส่วนเกินเอาไว้ในร่างกาย ขนมหวาน (เช่น ขนมหัก โคนัท) มีส่วนผสมของแป้งและน้ำตาลที่จะทำให้ร่างกายมีพลังงานเกินและเก็บสะสมเป็นไขมัน ส่วนน้ำอัดลมประกอบไปด้วยน้ำตาลเป็นหลัก บางชนิดมีคาเฟอีนเหมือนที่มีอยู่ในกาแฟ ให้ความสดชื่น กระปรี้กระเปร่า เพิ่มพลังงานจากน้ำตาล แต่ไม่มีคุณค่าทางสารอาหาร ถ้าดื่มมาก ๆ จะทำให้น้ำหนักเพิ่มขึ้น

3.3.2.5 รับประทานอาหารที่ให้พลังงานสูงแต่น้อย เช่น อาหารมัน (หมูสามชั้น หรือหมูติดมัน หนังไก่) อาหารผัดหรือทอด

3.3.2.6 ตลอดจนการตั้งครรภ์ไม่ควรควบคุมน้ำหนักโดยการงดอาหารแบบลดน้ำหนัก เพราะขณะตั้งครรภ์ รกและทารกต้องการใช้กลูโคสเพิ่มขึ้น การงดอาหารทำให้มารดามีกลูโคสในกระแสเลือดลดลง มีการสลายโปรตีนมากขึ้น ร่างกายเสียสมดุลของกรดด่าง มีระดับคีโตนในเลือดเพิ่มขึ้น เกิดภาวะคีโตซิส (Ketosis) (กรรณา ประมุขสินทรัพย์, 2556; Ladewig & Davidson, 2006) ส่งผลให้ทารกมีการเจริญเติบโตช้าในครรภ์ (สมเกียรติ คูอรพัฒนา, 2551; ณัฐวรรณ เขาวนัถลิตกุล, 2552)

3.3.3 ค่าดัชนีน้ำตาลในอาหารที่หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐาน ก่อนตั้งครรภ์ควรคำนึงถึง ดัชนีน้ำตาล (Glycemic index, GI) คือ ดัชนีที่ใช้ในการบ่งบอกถึงระดับน้ำตาล ในเลือดในเวลา 2 ชั่วโมงหลังจากรับประทาน (ธิษณา จรรยาชัยเลิศ, สุนทรินทร์ สัจจะวัชรพงศ์ และไตรภพ มีชัย, 2555) โดยเปรียบเทียบกับสารมาตรฐาน คือ กลูโคสหรือขนมปังขาวที่มีค่าดัชนีน้ำตาลเท่ากับ 100 (วิภา สุโรจนะเมธากุล, 2549) อาหารแบ่งตามระดับดัชนีน้ำตาลได้ 3 กลุ่ม

3.3.3.1 กลุ่มดัชนีน้ำตาลต่ำ อาหารในกลุ่มนี้มีค่า GI ต่ำกว่า 55 (Hamaker, 2008) อาหารที่มีค่า GI ต่ำ เช่น ถั่วที่ต้มสุก (ถั่วดำ ถั่วเหลือง ถั่วลิสง ถั่วแดงหลวง) ผัก และอาหารที่มีกากใยสูง โยเกิร์ตไขมันต่ำและไม่หวาน เกรฟฟรุต แอปเปิ้ล มะเขือเทศ เป็นต้น อาหารประเภทนี้เหมาะกับผู้ที่ต้องการควบคุมน้ำหนัก เพราะทำให้อิ่มท้อง ไม่หิวเร็ว ลดการเพิ่มระดับอินซูลินในร่างกาย จึงช่วยชะลอการสร้างไขมันประเภทไตรกลีเซอไรด์ในเลือด ช่วยป้องกันและลดความเสี่ยงต่อภาวะเบาหวานและภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ (Akiko, 2007)

3.3.3.2 กลุ่มดัชนีน้ำตาลปานกลาง อาหารในกลุ่มนี้มีค่า GI อยู่ในช่วง 56-69 อาหารที่มีค่า GI ปานกลาง เช่น เส้นก๋วยเตี๋ยว ถั่วคั่ว ถั่วฝักยาว มันเทศต้ม น้ำส้มคั้น บูลเบอร์รี่ ข้าวโพดหวาน ข้าวโพดคั่ว ชูปลั่ว และข้าวกล้อง เป็นต้น (Hamaker, 2008)

3.3.3.3 กลุ่มดัชนีน้ำตาลสูง อาหารในกลุ่มนี้มีค่า GI มากกว่า 70 อาหารที่มีค่า GI สูง เช่น ขนมปังขาว ข้าวเม็ล็ดสั้น มันฝรั่งอบ ทอด ไอศกรีม ลูกเกด ผลไม้ที่มีรสหวาน เช่น แดงโม เป็นต้น (Hamaker, 2008)

การรับประทานอาหารที่มีค่า GI สูง ทำให้มีระดับกลูโคสในเลือดสูง กระตุ้นให้มีการหลั่งอินซูลิน ทำให้กลูโคสถูกนำเข้าสู่เซลล์ เพื่อเผาผลาญให้เป็นพลังงาน หลังจากนั้น 2-4 ชั่วโมง การนำกลูโคสเข้าสู่เซลล์ลดลง แต่ฤทธิ์ของอินซูลินยังอยู่ ทำให้รู้สึกอยากอาหาร หญิงตั้งครรภ์ มีภาวะน้ำหนักเกินฯ ควรลดหรืองดอาหารที่มีค่า GI สูง ส่วนการรับประทานอาหารที่มีค่าดัชนีน้ำตาลต่ำ ระดับน้ำตาลในเลือดจะอยู่ในระดับปกติ หลังจากรับประทานอาหาร 4-6 ชั่วโมง ร่างกายจะสลายไกลโคเจนและไขมันที่สะสมในร่างกาย มาสร้างกลูโคส ดังนั้นการแนะนำหญิง

ตั้งครรภ์ที่มีภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐานก่อนตั้งครรภ์ให้เลือกรับประทานอาหารในกลุ่มที่มีค่าดัชนี น้ำตาลต่ำ จะทำให้หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐานก่อนตั้งครรภ์ จะช่วยให้หญิง ตั้งครรภ์ที่มีน้ำหนักเกิน ๆ สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในกระแสเลือดและน้ำหนักได้ (Shaikh et al., 2010) ถึงแม้ว่าน้ำตาลจะเป็นสารอาหารให้พลังงานที่สำคัญต่อร่างกายและสมอง แต่การรับประทานน้ำตาลมากเกินไปส่งผลให้น้ำหนักตัวเพิ่มมากขึ้นไป ทำให้มีผลเสียต่อ สุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ได้

4. การประเมินพฤติกรรมสุขภาพด้านโภชนาการสำหรับหญิงตั้งครรภ์

การประเมินพฤติกรรมสุขภาพด้านโภชนาการของบุคคล มีประโยชน์ในการสำรวจ และเฝ้าระวังพฤติกรรมโภชนาการทำให้ทราบถึงชนิด ปริมาณอาหาร และนิสัยการบริโภคของ บุคคล เพื่อพิจารณาว่าบุคคลได้รับสารอาหารเพียงพอเหมาะสมกับความต้องการของร่างกายหรือไม่ และใช้เป็นแนวทางในการปรับปรุงภาวะโภชนาการของบุคคล การประเมินพฤติกรรมด้าน โภชนาการมีหลากหลายวิธี ซึ่งแต่ละวิธีมีข้อดีข้อเสียแตกต่างกัน การเลือกใช้วิธีการประเมินขึ้นอยู่กับวัตถุประสงค์ของการประเมิน ความถูกต้องของการประเมิน ลักษณะของบุคคลที่ถูกประเมิน ความชำนาญและประสบการณ์ของผู้ประเมิน ซึ่งผู้ประเมินต้องมีความรู้ความชำนาญเฉพาะทาง จึง จะได้ข้อมูลที่ใกล้เคียงกับความเป็นจริง การประเมินพฤติกรรมโภชนาการแบ่งเป็น 2 ประเภท คือ ประเมินทางตรง และประเมินทางอ้อม

4.1 วิธีการประเมินพฤติกรรมสุขภาพด้านโภชนาการโดยตรง (Direct methods of assessment) เป็นวิธีที่บอกถึงลักษณะของพฤติกรรมโดยไม่ต้องผ่านกระบวนการตีความ ประกอบด้วยวิธีการ 4 วิธี (รังสรรค์ ตั้งตรงจิตร, 2550; Gibson, 2005)

4.1.1 การซักถามหรือจดบันทึกเกี่ยวกับอาหารที่รับประทานในรอบ 24 ชั่วโมง (24 hour dietary recall or record) เป็นวิธีการซักถามหรือจดบันทึกเกี่ยวกับชนิดและปริมาณของ อาหาร น้ำ เครื่องดื่มทุกชนิดที่รับประทานในรอบ 24 ชั่วโมงหรือหนึ่งวันที่ผ่านมา วิธีการนี้เป็น วิธีที่นิยมใช้กันอย่างแพร่หลาย เนื่องจากได้รับข้อมูลที่ต้องการอย่างรวดเร็ว ประหยัดเวลาและ ค่าใช้จ่าย ทำให้ทราบถึงพฤติกรรมการรับประทานและอาหารที่ผู้บริโภคชอบ แต่ยังมีข้อบกพร่อง เช่น ผู้ประเมินคำนวณพลังงานจากอาหารที่รับประทานไม่ถูกต้อง ผู้ถูกประเมินอายุที่จะบอกความ จริงเกี่ยวกับอาหารที่ตนรับประทาน เพื่อให้ผู้ประเมินได้ข้อมูลที่เที่ยงตรงจากผู้ถูกประเมิน ควรใช้ วิธีการนี้ติดต่อกันอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 วัน คือทำในวันปกติ 2 วัน และวันสุดสัปดาห์ 1 วัน

4.1.2 การซักประวัติอาหาร (Dietary history) เป็นการซักประวัติเกี่ยวกับ ความบ่อยของการได้รับอาหารชนิดที่คิดว่าเป็นสาเหตุให้เกิดการขาดหรือเกินของสารอาหารที่ ได้รับ วิธีการนี้ใช้ในสถานบริการสุขภาพ เพื่อประเมินว่าอาหารที่บุคคลรับประทานเป็นประจำ

มีคุณค่าทางโภชนาการที่เหมาะสมหรือไม่ เพื่อให้ได้ข้อมูลเกี่ยวกับบริโภคนิสัย ข้อมูลที่ได้จากวิธีนี้สามารถใช้ร่วมกันกับวิธีการแรกคือการซักถามหรือจดบันทึกเกี่ยวกับอาหารที่รับประทานในรอบวันหรือ 24 ชั่วโมงที่ผ่านมา จะทำให้ทราบรายละเอียดของการบริโภคมากยิ่งขึ้น อย่างไรก็ตามวิธีการนี้ขึ้นอยู่กับความจำของผู้บริโภค

4.1.3 การชั่งอาหารที่รับประทาน (Weighed intake) เป็นการชั่งน้ำหนักของอาหารและเครื่องดื่มทั้งหมดก่อนที่บุคคลจะบริโภค และควรระบุวิธีการเตรียมอาหารด้วย การชั่งน้ำหนักอาหาร เป็นวิธีการที่มีความถูกต้อง แม่นยำและน่าเชื่อถือมากที่สุด แต่ยุ่งยากและเสียเวลา มักทำโดยฝ่ายจัดหาอาหารให้กับผู้ป่วยที่พักรักษาตัวในโรงพยาบาล

4.1.4 การใช้แบบสอบถามประเมินความถี่ของการรับประทานอาหาร (Consumed food frequency questionnaires) เป็นวิธีการประเมินอาหารที่รับประทานโดยให้ตอบแบบสอบถามความถี่ในการบริโภคอาหารชนิดต่าง ๆ อาจใช้การสัมภาษณ์ หรือให้ผู้ตอบแบบสอบถามกรอกข้อมูลเอง ส่วนใหญ่ใช้เวลาในการตอบแบบสอบถาม 15-30 นาที การใช้แบบสอบถามความถี่ในการบริโภคเป็นวิธีการที่ง่ายในการเก็บข้อมูล ข้อมูลที่ได้นำมาวิเคราะห์และแปลผลความเพียงพอของปริมาณอาหารที่ได้รับได้ง่าย จะไม่ใช้ในกรณีที่ต้องการรายละเอียดของการรับประทานอาหาร

4.1.5 การชั่งน้ำหนักตัว (Weight) เป็นวิธีการที่ใช้อย่างแพร่หลาย ใช้ในการประเมินภาวะทุพโภชนาการและภาวะโภชนาการเกิน และใช้ประเมินความเพียงพอของอาหารและการเจริญเติบโตของทารกในครรภ์ (นพวรรณ เปียชื่อ, ดุยฉนิ ทศนาจันทานี, สุมาลี กิตติภูมิ, และพรรณวดี พุฒวัฒน์, 2552) วิธีนี้มีข้อดี คือ เป็นวิธีการประเมินที่ง่าย ไม่มีอันตราย เครื่องมือไม่แพง สามารถย้ายเครื่องมือไปประเมินได้ในทุกสถานที่ ผู้ซึ่งอาจเป็นบุคคลากรสาธารณสุขหรืออาสาสมัครสาธารณสุข

4.2 วิธีการประเมินพฤติกรรมสุขภาพด้านโภชนาการทางอ้อม (Indirect methods of assessment) เป็นวิธีที่ต้องผ่านกระบวนการตีความ ขึ้นอยู่กับความตรง (Validity) และความเที่ยง (Reliability) ของเครื่องมือ วิธีการนี้มี 2 วิธี (ชวพรพรรณ จันทรประสิทธิ์, 2552)

4.2.1 การสัมภาษณ์ (Interview) เป็นการประเมินพฤติกรรมและสภาพการณ์ที่บุคคลกระทำ มีข้อดี คือ ได้ข้อมูลเชิงลึก เข้าใจความรู้สึกและความคิดของผู้ถูกสัมภาษณ์ แต่มีข้อจำกัดเกี่ยวกับความน่าเชื่อถือของข้อมูล โดยเฉพาะข้อมูลที่ต้องอาศัยความจำ และบางครั้งผู้ถูกสัมภาษณ์พยายามตอบคำถามเพื่อให้ตนเองดูดี

4.2.2 การให้ข้อมูลด้วยตนเอง (Self report) เป็นการที่ผู้ถูกประเมินให้ข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรม อารมณ์ ความรู้สึก และความคิดของตนเอง ข้อมูลที่ได้จากวิธีนี้อาจบิดเบือนไม่แม่นยำ ดังนั้นควรใช้วิธีนี้ร่วมกับวิธีอื่น

การศึกษาครั้งนี้ใช้แบบประเมินพฤติกรรมโภชนาการโดยตรง 3 วิธี คือ การประเมินน้ำหนักตัวที่เพิ่มขึ้น การสอบถามการรับประทานอาหารในรอบ 24 ชั่วโมงที่ผ่านมา และการใช้แบบสอบถามความถี่ของการรับประทานอาหารแต่ละชนิด

มีนักวิจัยได้สร้างแบบสอบถามประเมินความถี่ของการรับประทานอาหารในหญิงตั้งครรภ์ ได้แก่ 1) แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพด้านโภชนาการในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นสร้างโดย วิไลรัตน์ พลาวัน และสมพร วัฒนกุลเกียรติ (2555) ประกอบด้วยพฤติกรรมที่พึงประสงค์ และพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ และ 2) แบบสอบถามพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการของหญิงตั้งครรภ์อายุมากกว่า 35 ปี สร้างโดย สุวรรณิ โคนุช, มยุรี นีรัตราดร และ ศิริพร ชัมภลิจิต (2554) ประกอบด้วยพฤติกรรมที่ควรและไม่ควรปฏิบัติ แต่เนื่องจากแบบสอบถามที่มีอยู่แล้ว มีเนื้อหาไม่เหมาะที่จะนำมาใช้กับหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐานก่อนตั้งครรภ์ ผู้วิจัยจึงสร้างแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพด้านโภชนาการของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐานก่อนตั้งครรภ์จากการทบทวนวรรณกรรม

แนวคิดการรับรู้ความสามารถในตนเอง

1. ความหมายของการรับรู้ความสามารถในตนเอง

Bandura (1997) ได้ให้คำจำกัดความการรับรู้ความสามารถในตนเอง (Perceived self-efficacy) ว่าการรับรู้ความสามารถของตนเอง หมายถึง ความเชื่อของบุคคลว่าตนมีความสามารถที่จะกระทำกิจกรรมให้บรรลุวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ โดย Ross (1992) ขยายความว่า ถ้าบุคคลเชื่อมั่นว่าตนเองทำได้ จะทำให้บุคคลเกิดความตั้งใจที่จะแสดงพฤติกรรมที่พึงประสงค์ แต่หากบุคคลไม่มั่นใจว่าตนเองจะทำได้ อาจทำให้บุคคลนั้นแสดงพฤติกรรมที่พึงประสงค์ได้อย่างไม่มีประสิทธิภาพ หรืออาจไม่ปฏิบัติพฤติกรรมที่พึงประสงค์นั้นเลย

จากแนวคิดการรับรู้ความสามารถในตนเอง (Self-efficacy) ของ Bandura (1997) เชื่อว่าพฤติกรรมของบุคคลเกิดจากปฏิสัมพันธ์ของปัจจัยภายในตัวบุคคล (ได้แก่ ความรู้สึนึกคิด และลักษณะทางชีวภาพ) ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม การรับรู้ความสามารถในตนเอง ความเชื่อในความสามารถ (Efficacy belief) และความคาดหวังในผลลัพธ์ (Outcome expectancy) อย่างไรก็ตามในบางกรณีแม้ว่าบุคคลจะมีการรับรู้ความสามารถในตนเองสูง แต่บุคคลนั้นอาจจะไม่ปฏิบัติพฤติกรรมที่พึงประสงค์ อันอาจเกิดจากขาดสิ่งจูงใจ ถูกผู้อื่นบังคับให้กระทำ รู้สึกว่าไม่คุ้มที่จะปฏิบัติพฤติกรรมนั้น ประเมินการรับรู้ความสามารถในตนผิดพลาด หรือเป้าหมายของการปฏิบัติพฤติกรรมคลุมเครือไม่ชัดเจน

2. กลไกที่ทำให้การรับรู้ความสามารถในตนเองมีผลต่อพฤติกรรม

การรับรู้ความสามารถในตนเอง มีผลต่อพฤติกรรมผ่านกระบวนการ 4 กระบวนการ (Bandura, 1986) ดังนี้

2.1 กระบวนการคิด (Cognitive process) การรับรู้ความสามารถในตนเองมีผลต่อพฤติกรรมผ่านกระบวนการคิด โดยทำให้บุคคลคาดการณ์ถึงผลที่จะเกิดขึ้นในอนาคตหากทำพฤติกรรมที่พึงประสงค์ ความคิดเหล่านี้อาจช่วยสนับสนุนหรือบั่นทอนความพยายามที่จะปฏิบัติ

2.2 กระบวนการจูงใจ (Motivation process) การรับรู้ความสามารถในตนเองมีผลต่อพฤติกรรมผ่านกระบวนการจูงใจ โดยเมื่อเกิดความความหวังต่อผลที่จะเกิดขึ้น จะเกิดแรงจูงใจเพิ่มความเชื่อมั่นในความสามารถในตนเอง นอกจากนั้นแรงจูงใจในการปฏิบัติยังเกิดได้จาก สิ่งของรางวัล คำชมเชย

2.3 กระบวนการด้านอารมณ์ (Affective process) การรับรู้ความสามารถในตนเองมีผลต่อพฤติกรรมผ่านกระบวนการด้านอารมณ์ โดยเมื่อบุคคลรับรู้ความสามารถในตนเองสูง จะเอาใจใส่และพยายามทำพฤติกรรมอย่างพึงพอใจและมีความสุข แต่ถ้าบุคคลมีการรับรู้ความสามารถในตนเองต่ำจะรู้สึกว่าการปฏิบัติได้ยาก ทำให้เกิดความเครียด วิตกกังวล กลัว หลีกเลียงที่จะปฏิบัติพฤติกรรมนั้น ๆ

2.4 กระบวนการการเลือก (Selection process) การรับรู้ความสามารถในตนเองมีผลต่อพฤติกรรมผ่านกระบวนการเลือก โดยหากบุคคลมีการรับรู้ความสามารถในตนเองสูง จะตัดสินใจที่จะเลือกทำพฤติกรรมนั้น ๆ ในขณะที่บุคคลที่มีการรับรู้ความสามารถในตนเองต่ำ จะเกิดความไม่มั่นใจว่าจะสามารถทำพฤติกรรมต่าง ๆ ได้สำเร็จ จึงมีแนวโน้มที่จะหลีกเลียงการปฏิบัติ ทำให้พลาดโอกาสที่จะพัฒนาความสามารถของตนเอง

3. วิธีการพัฒนาการรับรู้ความสามารถในตนเอง

Bandura (1986, 1997) กล่าวว่า การรับรู้ความสามารถในตนเองสามารถสร้างหรือพัฒนาให้เกิดขึ้นได้ด้วยวิธีการ 4 วิธี

3.1 การชักจูงด้วยการพูด (Verbal persuasion) เกิดจากการที่บุคคลได้รับการชักชวนให้มีความเชื่อว่าเขามีความสามารถในตนเอง จะสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตนเองได้ การชักจูงด้วยคำพูดทำได้โดยการให้คำแนะนำ ให้ข้อมูล อธิบาย ชักชวน แก้ไขปัญหาพร้อมกัน แลกเปลี่ยนความคิดเห็น แต่วิธีการนี้ได้ผลระยะสั้น จึงควรใช้ร่วมกับวิธีอื่น

3.2 การได้เห็นประสบการณ์ความสำเร็จจากผู้อื่น (Vicarious experience) การเรียนรู้จากผู้อื่นที่เป็นต้นแบบที่ดีหรือไม่ดี (Model) จะจูงใจให้บุคคลรับรู้ว่าคุณเองก็มีความสามารถที่จะทำได้เช่นกัน ต้นแบบที่ดีควรมีบุคลิกน่าเชื่อถือ มีระดับความสามารถที่ใกล้เคียงกับบุคคลผู้สังเกต

และมีท่าทางที่อบอุ่นและเป็นกันเอง โดยทั่วไป ต้นแบบมี 2 ลักษณะ (Bandura, 1997) ได้แก่

3.2.1 ต้นแบบที่มีชีวิต (Live model) คือ ต้นแบบที่เป็นมนุษย์ ที่บุคคลผู้สังเกตสามารถ มีปฏิสัมพันธ์ได้โดยตรง

3.2.2 ต้นแบบสัญลักษณ์ (Symbolic model) คือต้นแบบที่นำเสนอเรื่องราวที่ต้องการสื่อสารผ่านสื่อ วิทยุ โทรทัศน์ วิทยุทัศน์ หนังสือการ์ตูน นวนิยาย เป็นต้น (Bandura, 1997)

3.3 การเคยประสบความสำเร็จด้วยตนเอง (Self-mastery experience) การที่บุคคลเคยประสบความสำเร็จ จะทำให้บุคคลเกิดการรับรู้ความสามารถในตนเองสูงขึ้น แต่ในทางตรงกันข้าม ถ้าบุคคลผ่านประสบการณ์ที่ล้มเหลว บุคคลนั้นจะรับรู้ว่าคุณมีความสามารถต่ำ

3.4 การตอบสนองทางสรีระ (Physiologic response) หรือการกระตุ้นทางจิตใจ (Emotional arousal) การที่บุคคลตอบสนองต่อเหตุการณ์ด้วยความวิตกกังวลหรือกลัวในระดับต่ำหรือปานกลาง จะกระตุ้นให้บุคคลเกิดการรับรู้ความสามารถในตนเอง แต่ถ้าบุคคลมีความกลัวและวิตกกังวลในระดับสูง จะขาดความมั่นใจในความสามารถของตนเอง นอกจากนี้การที่บุคคลได้รับการเสริมแรง โดยการได้รับการให้กำลังใจและชมเชย จะส่งเสริมให้บุคคลนั้นเชื่อมั่นในความสามารถในตนเองได้เร็วขึ้น

จะเห็นได้ว่าทฤษฎีการรับรู้ความสามารถในตนเอง สามารถนำมาประยุกต์ใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้ ผู้วิจัยจึงสนใจที่ศึกษาผลของ โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถในตนเองด้านโภชนาการต่อพฤติกรรมสุขภาพด้านโภชนาการของหญิงตั้งครรภ์ครั้งแรกที่มีภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐานก่อนตั้งครรภ์ โดยสร้างโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถในตนเอง ด้านโภชนาการด้วยวิธีการ 4 วิธี คือ การชักจูงด้วยคำพูด การได้เห็นประสบการณ์ความสำเร็จของผู้อื่น การประสบความสำเร็จด้วยตนเอง และการกระตุ้นด้านจิตใจ

โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถในตนเองด้านโภชนาการ

จากแนวคิดการรับรู้ความสามารถในตนเองของ Bandura (1997) และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยได้นำมาประยุกต์ใช้ใน โปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้ความสามารถในตนเองด้าน โภชนาการต่อพฤติกรรมสุขภาพด้านโภชนาการและน้ำหนักเพิ่มของหญิงตั้งครรภ์ครั้งแรกที่มีภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐานก่อนตั้งครรภ์ เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์ครั้งแรกที่มีภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐานก่อนตั้งครรภ์มีพฤติกรรมโภชนาการที่ถูกต้องและเหมาะสม โดยให้คำแนะนำเป็นรายกลุ่ม พร้อมทั้งเปิดโอกาสให้อภิปรายร่วมกัน แจกคู่มือ และให้คำแนะนำเพิ่มเติมทางโทรศัพท์เมื่อติดตามสอบถามการรับประทานอาหารในรอบ 24 ชั่วโมง ที่ผ่านมา ให้เรียนรู้ผ่านสื่อคือ ให้ดูวิดีโอต้นแบบหญิงตั้งครรภ์ ที่มีภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐานก่อนตั้งครรภ์ ที่ประสบความสำเร็จในการปฏิบัติ

พฤติกรรมสุขภาพ ด้านโภชนาการ สะท้อนให้เห็นความสามารถในตนเองโดยกระตุ้นให้คิดตอบคำถาม และฝึกเขียนรายการอาหารที่รับประทานในวันที่ผ่านมา เปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัยคอยติดตามทางโทรศัพท์ พร้อมทั้งให้กำลังใจ และชมเชย เมื่อมีพฤติกรรมสุขภาพด้านโภชนาการที่ถูกต้องและเหมาะสม เพราะจากการทบทวนวรรณกรรมในการพัฒนาโปรแกรม สร้างบนพื้นฐานของแนวคิดการรับรู้ความสามารถในตนเองของ Bandura (1997) โดยสร้างการรับรู้ความสามารถในตนเองด้วยวิธีการ 4 วิธี คือ

1. การชักจูงด้วยวาจา ทำโดยให้ความรู้ คำแนะนำ (วรรณัน สุขคุ้ม, 2551; วันเพ็ญ พุ่มเกต, 2551; วิไลรัตน์ พलगวัน และสมพร วัฒนกุลเกียรติ, 2555; ศรีนคร มังคะมณี, 2547; สุกุม่า เถาะสุวรรณ, 2549) อภิปรายร่วมกัน (วรรณัน สุขคุ้ม, 2551) ประกอบการใช้สื่อภาพ (ศรีนคร มังคะมณี, 2547; สุกุม่า เถาะสุวรรณ, 2549) ภูมิ (วิไลรัตน์ พलगวัน, 2555; ศรีนคร มังคะมณี, 2547) โทรศัพท์ติดตามให้คำแนะนำเพิ่มเติม (วิไลรัตน์ พलगวัน และสมพร วัฒนกุลเกียรติ, 2555)

2. การให้เห็นประสบการณ์ที่สำเร็จของผู้อื่น ทำโดยการให้เรียนรู้ผ่านสื่อวิดีโอ (วันเพ็ญ พุ่มเกต, 2551; วิไลรัตน์ พलगวัน และสมพร วัฒนกุลเกียรติ, 2555; สุกุม่า เถาะสุวรรณ, 2549) สื่อการเรียนรู้คอมพิวเตอร์ (วันเพ็ญ พุ่มเกต, 2551) และแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกับผู้ที่มีประสบการณ์ (วรรณัน สุขคุ้ม, 2551; สุกุม่า เถาะสุวรรณ, 2549)

3. การประสบผลสำเร็จด้วยตนเอง ทำโดยให้คิด ให้ตอบคำถาม (วรรณัน สุขคุ้ม, 2551) ให้ฝึกปฏิบัติจริง ทบทวนทักษะ (วรรณัน สุขคุ้ม, 2551; วันเพ็ญ พุ่มเกต, 2551; วิไลรัตน์ พलगวัน และสมพร วัฒนกุลเกียรติ, 2555; ศรีนคร มังคะมณี, 2547) เขียนเป้าหมายและวิธีการที่นำไปสู่เป้าหมายคิดไว้ในที่ที่มองเห็นได้ในทุกวัน (สุกุม่า เถาะสุวรรณ, 2549)

4. การตอบสนองทางสรีระหรือการกระตุ้นทางจิตใจ ทำโดยจัดสิ่งแวดล้อมให้เป็นส่วนตัว บรรยากาศผ่อนคลาย มีสัมพันธภาพที่ดี (วรรณัน สุขคุ้ม, 2551; วันเพ็ญ พุ่มเกต, 2551) เตรียมผู้เข้าร่วมให้พร้อมก่อนเข้าโปรแกรมจากการให้ทำกิจวัตรประจำวันให้เรียบร้อยก่อนเข้ากลุ่ม (วันเพ็ญ พุ่มเกต, 2551) ให้ระบาย (สุกุม่า เถาะสุวรรณ, 2549) ให้สอบถาม (วิไลรัตน์ พलगวัน และสมพร วัฒนกุลเกียรติ, 2555; ศรีนคร มังคะมณี, 2547) ให้ฝึกสมาธิผ่อนคลายความเครียด (สุกุม่า เถาะสุวรรณ, 2549) ให้กำลังใจ (วรรณัน สุขคุ้ม, 2551; วันเพ็ญ พุ่มเกต, 2551; วิไลรัตน์ พलगวัน และสมพร วัฒนกุลเกียรติ, 2555; ศรีนคร มังคะมณี, 2547) ให้คำชมเชย (วรรณัน สุขคุ้ม, 2551; วันเพ็ญ พุ่มเกต, 2551; ศรีนคร มังคะมณี, 2547) ให้รางวัล (วรรณัน สุขคุ้ม, 2551)

มีการศึกษาที่ใกล้เคียงกับการศึกษานี้ คือ การศึกษาของ วิไลรัตน์ พलगวัน และสมพร วัฒนกุลเกียรติ (2555) ศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพด้านโภชนาการของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นครั้งแรก จำนวน 40 คน แบ่งเป็นกลุ่ม

ควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 20 คน กลุ่มทดลองจะได้รับการส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพด้านโภชนาการ โดยจัดให้มีประสบการณ์จากการเห็นการกระทำการได้เห็นตัวแบบที่เป็นวัยรุ่นเหมือนหญิงตั้งครรภ์ผ่านสื่อ วิดีทัศน์ ให้ความรู้เรื่องพฤติกรรมสุขภาพด้านโภชนาการ จำนวน 1 ครั้ง ใช้เวลาประมาณ 20 นาที และแจกคู่มือเพื่อให้หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นครั้งแรกนำไปเป็นแนวทางในการปฏิบัติด้วยตนเองที่บ้าน หลังจากนั้น 1 สัปดาห์ โทรศัพท์ กระตุ้นให้กำลังใจ ให้ความรู้ สอบถามปัญหา และให้คำแนะนำเพิ่มเติม ใช้ระยะเวลาประมาณ 10 นาที ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมสุขภาพด้านโภชนาการสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ผู้วิจัยยังไม่พบการศึกษาผลของโปรแกรมฯ ในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์วัยผู้ใหญ่ ผู้ใหญ่ ตั้งครรภ์ครั้งแรกมีภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐานก่อนตั้งครรภ์ ผู้วิจัยได้พัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้ความสามารถในตนเองด้านโภชนาการสำหรับหญิงตั้งครรภ์วัยผู้ใหญ่ ตั้งครรภ์ครั้งแรก ที่มีภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐานก่อนตั้งครรภ์ โดยใช้แนวคิดการสร้างการรับรู้ความสามารถในตนเองของ Bandura ด้วยวิธีการ 4 วิธี คือ 1) การชักจูงด้วยคำพูด (Verbal persuasion) โดยการให้คำแนะนำคำแนะนำรายกลุ่ม กลุ่มละ 3-5 ราย ประกอบกับใช้สื่อ PowerPoint slides และแจกคู่มือเปิดโอกาส ให้อภิปรายแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ติดตามภาวะโภชนาการและให้คำแนะนำเพิ่มเติมทางโทรศัพท์ 2) การได้เห็นประสบการณ์ความสำเร็จจากต้นแบบ (Vicarious experience) โดยให้ดูต้นแบบที่ประสบความสำเร็จในการดูแลตนเองด้านโภชนาการ ผ่านสื่อวีดิทัศน์ 3) การประสบความสำเร็จด้วยตนเอง (Self-mastery) โดยสะท้อนให้เห็นความสำเร็จในการทำกิจกรรมของตนเอง กระตุ้นให้คิด ตอบคำถาม ฝึกเขียนรายการอาหารที่รับประทานในวันที่ผ่านมา ฝึกคำนวณพลังงานจากอาหารที่ได้รับแล้วเปรียบเทียบกับพลังงานจากอาหารที่ควรได้รับ 4) การกระตุ้นทางด้านจิตใจ (Emotional arousal) โดยการจัดสิ่งแวดล้อมในการให้คำแนะนำให้มีความเป็นส่วนตัว เป็นกันเอง ให้กำลังใจ และชมเชยเมื่อปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ได้ถูกต้องเหมาะสม

เมื่อสร้างโปรแกรม ฯ แล้ว ผู้วิจัยได้ศึกษาผลของโปรแกรมฯ ต่อพฤติกรรมสุขภาพด้านโภชนาการและน้ำหนักเพิ่มของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐานก่อนตั้งครรภ์ โดยหวังผลว่าโปรแกรม ฯ ทำให้หญิงตั้งครรภ์รับรู้ความสามารถในตนเอง สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้มีพฤติกรรมสุขภาพด้านโภชนาการที่เหมาะสม ทำให้มีน้ำหนักเพิ่มตามเกณฑ์ เพื่อป้องกันหรือลดภาวะแทรกซ้อนที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพมารดาและทารก อันเป็นบทบาทที่สำคัญของผดุงครรภ์

บทที่ 3

วิธีดำเนินงานวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถในตนเองด้านโภชนาการต่อพฤติกรรมสุขภาพด้านโภชนาการและน้ำหนักเพิ่มของหญิงตั้งครรภ์ครั้งแรกที่มีภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐานก่อนตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลพระพุทธบาท จังหวัดสระบุรี เป็นการศึกษาแบบสองกลุ่มเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม วัดผลก่อนและหลังทดลอง (Two group pretest-posttest design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐานก่อนตั้งครรภ์ที่มาใช้บริการฝากครรภ์ที่แผนกฝากครรภ์ โรงพยาบาลพระพุทธบาท สระบุรี

กลุ่มตัวอย่าง คือ หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐานก่อนตั้งครรภ์ ที่มาใช้บริการฝากครรภ์ที่แผนกฝากครรภ์ โรงพยาบาลพระพุทธบาท สระบุรี ที่มีคุณสมบัติดังเกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion criteria) ดังนี้

1. อายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป
2. อายุครรภ์ไม่เกิน 18 สัปดาห์
3. ตั้งครรภ์แรก (Primiparous)
4. ไม่มีอาการแพ้ท้อง หรือหายจากการแพ้ท้องแล้ว สามารถรับประทานอาหารได้
5. อาจมีภาวะแทรกซ้อนที่ไม่รุนแรง เช่น เบาหวานขณะตั้งครรภ์ชนิดไม่พึ่งอินซูลิน

(Gestational diabetes mellitus type A1) หรือ ความดันโลหิตสูงที่ไม่รุนแรงในขณะตั้งครรภ์ (Mild pregnancy induced hypertension)

6. สามารถสื่อสารภาษาไทยได้

เกณฑ์การคัดออกจากการวิจัย (Exclusion criteria) คือ ระหว่างเข้าร่วมการวิจัย กลุ่มตัวอย่างเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงขึ้น

การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

ขนาดของกลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้ได้คำนวณจากค่าอิทธิพลที่ได้จากการศึกษาที่ผ่านมาโดยใช้สูตรของ Glass (1967 อ้างถึงใน บุญใจ ศรีสถิตยัณราทร, 2553, หน้า 211) แล้วนำค่าที่ได้ไปเปิดตารางสำเร็จรูป (Power table) ดังรายละเอียดการคำนวณด้านล่าง

ขั้นตอนที่ 1 คำนวณหาขนาดของอิทธิพล

$$d = \frac{\bar{x}_E - \bar{x}_C}{SD_C}$$

เมื่อ d = ขนาดอิทธิพล

\bar{x}_E = ค่าเฉลี่ยของกลุ่มทดลอง

\bar{x}_C = ค่าเฉลี่ยของกลุ่มควบคุม

SD_C = ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มควบคุม

ซึ่งการคำนวณหาขนาดอิทธิพลของการศึกษานี้ คำนวณจากผลการวิจัยของ วิไลรัตน์ พลางวัน และสมพร วัฒนกุลเกียรติ (2555) เรื่องผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลตนเอง ต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น ซึ่งเป็นงานวิจัยกึ่งทดลอง แบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง นำค่าที่ได้จากงานวิจัยนี้มาแทนค่าในสูตร ดังด้านล่าง

$$d = \frac{95.85 - 89.90}{7.17}$$

$$= 0.82$$

(เมื่อ $\bar{x}_E = 95.85$, $\bar{x}_C = 89.90$, $SD_C = 7.17$)

ขั้นตอนที่ 2 นำค่าอิทธิพลที่คำนวณได้ และกำหนดค่าอำนาจในการทดสอบเป็น .80 ระดับของความมีนัยสำคัญทางสถิติเป็น .05 ไปเปิดหาขนาดของกลุ่มตัวอย่างจากตารางสำเร็จรูป Power table ได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 30 ราย (บุญใจ ศรีสถิตยัณราทร, 2553, หน้า 563) ทำให้มีกลุ่มตัวอย่างจำนวนทั้งสิ้น 60 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 30 ราย กลุ่มควบคุม 30 ราย

การเลือกกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง คือ หญิงตั้งครรภ์ครั้งแรกที่มีภูมิลำเนาถิ่นกำเนิดก่อนตั้งครรภ์มารับบริการฝากครรภ์ครั้งแรกที่แผนกฝากครรภ์ โรงพยาบาลพระพุทธบาท จังหวัดสระบุรี มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด ได้มาด้วยวิธีการเลือกแบบสะดวก จัดกลุ่มตัวอย่าง 30 รายแรกเข้ากลุ่มควบคุม และ 30 รายหลังเข้ากลุ่มทดลอง ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งแรกกับกลุ่มควบคุมจนครบ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย 2 ส่วน คือ เครื่องมือทดลอง และเครื่องมือรวบรวมข้อมูล

ส่วนที่ 1 เครื่องมือทดลอง

เครื่องมือทดลอง คือ โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถในตนเองด้านโภชนาการ เป็นชุดกิจกรรมการพยาบาลที่มีแบบแผนที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยใช้กรอบแนวคิดของ Bandura (1986; 1997) โดยโปรแกรมประกอบด้วยกิจกรรมต่าง ๆ ดังต่อไปนี้

1. ให้คำแนะนำรายกลุ่ม เปิดโอกาสให้อภิปรายและซักถาม และแจกคู่มือการดูแลตนเองด้านโภชนาการของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐานก่อนตั้งครรภ์
2. ให้ดูต้นแบบผ่านสื่อวีดิทัศน์ โดยต้นแบบคือหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐานก่อนตั้งครรภ์ที่ประสบความสำเร็จในการควบคุมพฤติกรรมสุขภาพด้านโภชนาการของตนเอง
3. สะท้อนให้กลุ่มตัวอย่างรับรู้ถึงความสามารถในตนเอง โดยกระตุ้นให้คิด ตอบคำถาม ฝึกเขียนรายการอาหารที่รับประทานในวันที่ผ่านมา และฝึกคำนวณพลังงานจากอาหารที่ได้รับ หากสามารถคำนวณด้วยตนเองได้ หากคำนวณไม่ได้ผู้วิจัยคำนวณให้ ตลอดจนฝึกคำนวณพลังงานจากอาหารที่ได้รับและเปรียบเทียบกับค่าพลังงานจากอาหารที่ควรได้รับ ผู้วิจัยสอนให้คำนวณหากกลุ่มทดลองสามารถคำนวณด้วยตนเองได้ หากคำนวณไม่ได้ผู้วิจัยคำนวณให้
4. ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการติดตาม ให้คำแนะนำเพิ่มเติม ให้กำลังใจ และชมเชยเมื่อมีพฤติกรรมสุขภาพด้านโภชนาการที่เหมาะสมทางโทรศัพท์

ส่วนที่ 2 เครื่องมือรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย 2 ส่วน

1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป สอบถามเกี่ยวกับ อายุ อาชีพ สถานภาพสมรส การศึกษารายได้ อายุครรภ์ น้ำหนักก่อนการตั้งครรภ์ ส่วนสูง (เพื่อคำนวณ BMI ก่อนตั้งครรภ์) และน้ำหนักในวันที่มาฝากครรภ์
2. แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพด้านโภชนาการของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐานก่อนตั้งครรภ์ เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม มีจำนวนข้อคำถาม 17 ข้อ เป็นพฤติกรรมโภชนาการที่หญิงตั้งครรภ์น้ำหนักเกินมาตรฐานก่อนตั้งครรภ์ควรปฏิบัติ มีความหมายด้านบวก จำนวน 8 ข้อ (ข้อ 1, 3, 5, 7, 11, 12, 13, 17) และเป็นพฤติกรรมที่ควรจำกัด ลด หรือเลิก มีความหมายด้านลบ จำนวน 9 ข้อ (ข้อ 2, 4, 6, 8, 9, 10, 14, 15, 16) คำตอบเป็นแบบมาตราประเมินค่า (Rating scale) 4 อันดับ คือ 1 หมายถึง ไม่เคยปฏิบัติเป็นประจำ (ไม่ได้

ปฏิบัติพฤติกรรมนั้นเลย) 2 หมายถึง ปฏิบัติบางครั้ง (ปฏิบัติพฤติกรรมนั้น 1-2 ครั้ง/ สัปดาห์) 3 หมายถึง ปฏิบัติบ่อย (ปฏิบัติพฤติกรรมนั้น 3-5 ครั้ง/ สัปดาห์) 4 หมายถึง ปฏิบัติเป็นประจำ (ปฏิบัติพฤติกรรมนั้นเป็นประจำทุกวัน) ให้คะแนนข้อความด้านบวกคั่งตัวเลขที่ตอบ และให้คะแนนข้อความด้านลบตรงกันข้ามกับข้อความด้านบวก คะแนนรวมของแบบสอบถามทั้งชุดอยู่ในช่วง 17-68 คะแนน คะแนนสูงหมายถึงมีพฤติกรรมสุขภาพด้านโภชนาการที่เหมาะสม

3. เครื่องชั่งน้ำหนัก

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

1. การตรวจสอบความตรงของเครื่องมือวิจัย

ผู้วิจัยทำการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ โดยการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) และตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) ดังนี้

1.1 เครื่องมือทดลอง

ผู้วิจัยเสนอเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรม แผนการให้คำแนะนำ PowerPoint slides คู่มือ วัตถุประสงค์ แบบสัมภาษณ์การติดตามทางโทรศัพท์และแบบบันทึกให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความถูกต้องและเหมาะสมของเครื่องมือ โดยผู้ทรงคุณวุฒิมีจำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วยผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลมารดาทารกและการผดุงครรภ์ 2 ท่าน และผู้เชี่ยวชาญด้านโภชนาการในหญิงตั้งครรภ์ 3 ท่าน หลังจากนั้นผู้วิจัยปรับปรุงเครื่องมือทดลองตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ

1.2 เครื่องมือรวบรวมข้อมูล

1.2.1 แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพด้านโภชนาการของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐานก่อนตั้งครรภ์ ผู้วิจัยเสนอแบบสอบถามฉบับร่างที่มีจำนวนข้อคำถาม 21 ข้อให้ผู้ทรงคุณวุฒิกลุ่มเดียวกับผู้ที่ตรวจสอบความตรงของเครื่องมือทดลอง เพื่อให้ตรวจสอบความถูกต้องสอดคล้องของเนื้อหาเกี่ยวกับแนวคิด/วัตถุประสงค์การศึกษา และตรวจสอบความเหมาะสมของภาษา แล้วผู้วิจัยคำนวณหาค่า ความสอดคล้องของคำถามรายข้อกับวัตถุประสงค์ที่ต้องการวัด (Indices of item-objective congruence, IOC: แต่ละข้อควรมีค่าตั้งแต่ .50, บุญใจ ศรีสถิตยัณรากุล, 2553) พบว่า มีจำนวน 4 ข้อที่มีค่า IOC อยู่ระหว่าง -.40 ถึง .20 (2 ข้อมีเนื้อหาซ้ำซ้อนกับข้อคำถามอื่น ส่วนอีก 2 ข้อไม่ตรงประเด็นกับสิ่งที่ต้องการวัด) ผู้วิจัยได้ตัดข้อคำถาม 4 ข้อนี้ออกจึงเหลือข้อคำถามในแบบสอบถามฉบับแก้ไขจำนวน 17 ข้อ หลังจากนั้นคำนวณค่า IOC ได้ค่า IOC รายข้อเป็น 1.00 และคำนวณค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาของแบบสอบถาม (Content validity index: CVI) ควรมีค่าตั้งแต่ 0.80 ขึ้นไป Davis (1992 อ้างถึงใน บุญใจ ศรีสถิตยัณรากุล, 2553) ได้ค่า

CVI เท่ากับ 1.00 ต่อจากนั้นผู้วิจัยนำไปทดสอบความสามารถในการสื่อสารกับผู้ที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่างจำนวน 5 ราย แล้วพบว่า การให้หญิงตั้งครรภ์ทำแบบสอบถามที่มีความหมายค่อนข้างซับซ้อนนี้ด้วยตนเอง (Self-report) แล้วหญิงตั้งครรภ์มีการตีความผิดพลาดข้อ ผู้วิจัยจึงทดลองสัมภาษณ์ตามแบบสอบถาม โดยขณะสอบถามได้ตรวจสอบการตีความของผู้ตอบ เมื่อพบว่ามีการตีความผิด ผู้วิจัยอธิบายความหมายของข้อคำถามนั้น จนผู้ตอบเข้าใจและตอบคำถามได้ตามความเป็นจริง ผู้วิจัยจึงรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ตามแบบสอบถาม

1.2.2 เครื่องชั่งน้ำหนัก เครื่องชั่งน้ำหนักเป็นชนิดตัวเลข (Digital) ยี่ห้อ Omron รุ่น HN-286 ที่ปรับให้ค่าน้ำหนักตรงตามคำแนะนำของบริษัท ซึ่งเครื่องชั่งตัวนี้ใช้เฉพาะในงานวิจัยนี้ และผู้วิจัยใช้เครื่องชั่งตัวนี้ตลอดการวิจัย

2. การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือรวบรวมข้อมูล

แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพด้านโภชนาการของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐานก่อนตั้งครรภ์ ผู้วิจัยตรวจสอบความเที่ยง โดยนำไปสัมภาษณ์ตามแบบสอบถามกับหญิงตั้งครรภ์ที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่างจำนวน 15 ราย วิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha ซึ่งควรมีค่าสัมประสิทธิ์ตั้งแต่ .70, Devellis, 1991) ได้ค่าเท่ากับ .77

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

1. ก่อนดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยเสนอโครงร่างวิทยานิพนธ์และเครื่องมือวิจัยต่อ คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา และคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยของโรงพยาบาลพระพุทธรบาท
2. ในขั้นตอนการดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยแนะนำตัวกับกลุ่มตัวอย่าง ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย และรายละเอียดของการวิจัยตามเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย พร้อมทั้งอธิบายให้ผู้ที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่างทราบว่า การเข้าร่วมการวิจัยขึ้นกับการสมัครใจ รวมทั้งเมื่อเข้าร่วมการวิจัยแล้วต้องการถอนตัวออกจากกรวิจัย สามารถขอยุติการเข้าร่วมการวิจัยได้ทันทีโดยไม่มีผลกระทบต่อกลุ่มตัวอย่างแต่อย่างใด ข้อมูลที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้ถูกเก็บเป็นความลับ โดยใช้เลขที่ของแบบสอบถามเป็นรหัสแทนชื่อกลุ่มตัวอย่าง ผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวม และนำมาใช้ประโยชน์เพื่อการวิจัยเท่านั้น เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัยให้ลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ข้อมูลจะถูกทำลายหลังการตีพิมพ์และเผยแพร่ผลการวิจัย

การดำเนินการวิจัย

ผู้วิจัยดำเนินการวิจัยอย่างเป็นขั้นตอนในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองแตกต่างกัน
กลุ่มควบคุม ผู้วิจัยดำเนินการวิจัยกับกลุ่มควบคุมตามขั้นตอน ดังนี้

1. ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งแรกกับกลุ่มควบคุมขณะรอรับบริการฝากครรภ์ โดยผู้วิจัยให้กลุ่มควบคุมชั่งน้ำหนัก สัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไปและพฤติกรรมสุขภาพด้าน โภชนาการของหญิงตั้งครรภ์ ที่มีภาวะน้ำหนักมาตรฐานก่อนตั้งครรภ์ตามแบบสอบถาม และให้ข้อมูลว่ากลุ่มควบคุมได้ชั่งน้ำหนักและถูกสัมภาษณ์อีกครั้งเมื่อมาตรวจครรภ์ครั้งต่อไปตามนัดอีก 4 สัปดาห์
2. ผู้วิจัยดูแลให้กลุ่มควบคุมได้รับกิจกรรมการพยาบาลตามปกติ คือ ดูแลให้ได้รับบริการฝากครรภ์ และได้รับคำแนะนำเป็นรายกลุ่ม 1 ครั้งเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวขณะตั้งครรภ์จากพยาบาลและเกี่ยวกับภาวะ โภชนาการจากนัก โภชนาการ
3. ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งที่ 2 กับกลุ่มควบคุมเมื่อกลุ่มควบคุมมาฝากครรภ์ตามนัด ขณะที่กลุ่มควบคุมรอรับบริการฝากครรภ์ ผู้วิจัยให้กลุ่มควบคุมชั่งน้ำหนักและสัมภาษณ์พฤติกรรมสุขภาพด้าน โภชนาการของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะน้ำหนักมาตรฐานก่อนตั้งครรภ์ตามแบบสอบถาม กล่าวขอบคุณ แล้วแจกคู่มือการดูแลตนเองเกี่ยวกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพด้าน โภชนาการของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐานก่อนตั้งครรภ์ เพื่อให้กลุ่มควบคุมเข้าถึงข้อมูลการดูแลตนเองที่เฉพาะเจาะจง

กลุ่มทดลอง ผู้วิจัยดำเนินการวิจัยกับกลุ่มทดลองตามขั้นตอน ดังนี้

1. ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนการทดลองขณะที่กลุ่มทดลองรอรับบริการฝากครรภ์ ผู้วิจัยให้กลุ่มทดลองชั่งน้ำหนัก สัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไปและพฤติกรรมสุขภาพด้าน โภชนาการของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะน้ำหนักมาตรฐานก่อนตั้งครรภ์ตามแบบสอบถาม
2. ผู้วิจัยดูแลให้กลุ่มทดลองได้รับกิจกรรมการพยาบาลตามปกติ คือ ดูแลให้ได้รับบริการฝากครรภ์และได้รับคำแนะนำเป็นรายกลุ่ม 1 ครั้งเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวขณะตั้งครรภ์จากพยาบาลและเกี่ยวกับภาวะ โภชนาการจากนัก โภชนาการ
3. ผู้วิจัยจัดให้กลุ่มทดลองได้โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถในตนเองด้าน โภชนาการ ดังต่อไปนี้
 - 3.1 ให้คำแนะนำรายกลุ่ม กลุ่มละ 3-5 ราย เป็นเวลาประมาณ 40 นาที โดยมีกิจกรรมดังนี้
 - 3.1.1 สร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้วิจัยและกลุ่มทดลอง เพื่อสร้างบรรยากาศความเป็นกันเอง
 - 3.1.2 ให้คำแนะนำและเปิดโอกาสให้อภิปรายและซักถาม โดยให้คำแนะนำตามแผนการให้คำแนะนำ ประกอบกับใช้สื่อ PowerPoint slides ใช้เวลา 15 นาที พร้อมแจกคู่มือที่มี

เนื้อหาเกี่ยวกับภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐานก่อนตั้งครรภ์และผลกระทบ และพฤติกรรมสุขภาพด้านโภชนาการของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐานก่อนตั้งครรภ์

3.1.3 ให้คู่ต้นแบบผ่านสื่อวีดิทัศน์ ใช้เวลา 10 นาที โดยต้นแบบคือหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐานก่อนตั้งครรภ์ที่ประสบความสำเร็จในการควบคุมพฤติกรรมสุขภาพด้านโภชนาการของตนเอง คือ มีน้ำหนักที่เพิ่มขึ้นตามเกณฑ์ ไม่มีภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงเกิดขึ้นในระยะตั้งครรภ์ คลอด หลังคลอด คลอดทารกสุขภาพดี มีน้ำหนักแรกเกิด 2,500-3,999 กรัม ซึ่งทารกต้นแบบรายนี้มีน้ำหนัก 3,500 กรัม

3.1.4 สะท้อนให้กลุ่มตัวอย่างรับรู้ถึงความสามารถในตนเอง โดยกระตุ้นให้คำตอบคำถาม ฝึกเขียนรายการอาหารที่รับประทานในวันที่ผ่านมา ฝึกคำนวณพลังงานจากอาหารที่ได้รับ หากสามารถคำนวณด้วยตนเองได้ หากคำนวณไม่ได้ผู้วิจัยคำนวณให้ แล้วเปรียบเทียบกับค่าพลังงานจากอาหารที่ควรได้รับ ผู้วิจัยสอนให้คำนวณหากกลุ่มทดลองสามารถคำนวณด้วยตนเองได้ หากคำนวณไม่ได้ผู้วิจัยคำนวณให้

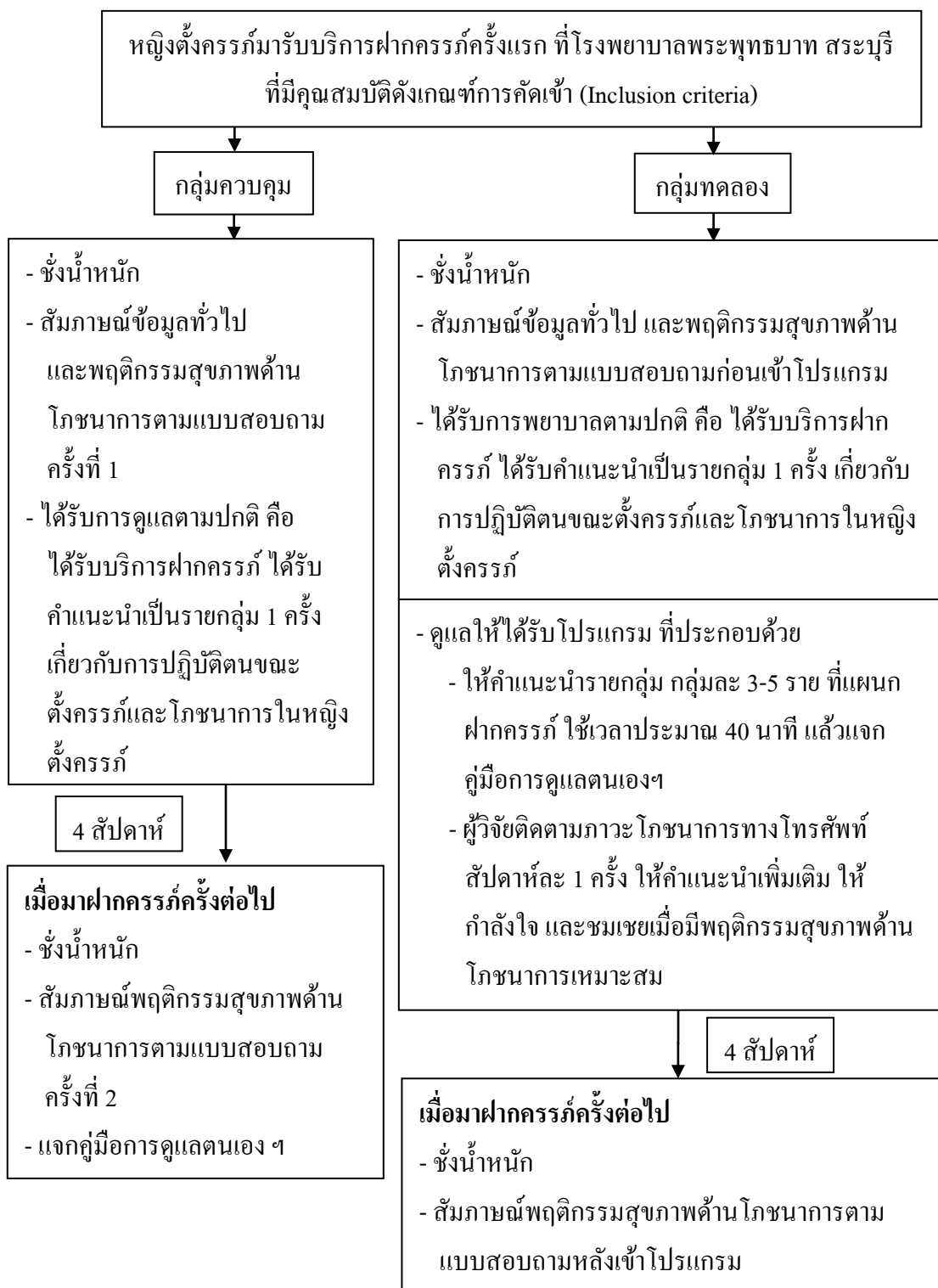
3.1.5 ผู้วิจัยทบทวน สรุปประเด็นสำคัญ และเปิด โอกาสให้หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐานก่อนตั้งครรภ์ได้ซักถามข้อสงสัยเพิ่มเติม พร้อมทั้งทำการนัดหมายการมาฝากครรภ์ครั้งต่อไปอีก 4 สัปดาห์

3.1.6 ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการติดตามพฤติกรรมสุขภาพด้านโภชนาการทางโทรศัพท์จากผู้วิจัย

4. ผู้วิจัยติดตามพฤติกรรมสุขภาพด้านโภชนาการทางโทรศัพท์ สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ในตอนเย็น ไม่เกินเวลา 19.00 น. โดยใช้แบบสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้างเกี่ยวกับการรับประทาน อาหารในรอบ 24 ชั่วโมงที่ผ่านมาพร้อมลงบันทึก ผู้วิจัยคำนวณค่าพลังงานของอาหารที่รับประทานในแต่ละวัน ประเมินความเหมาะสมของปริมาณ ชนิดของอาหาร และพลังงานที่ได้รับจากอาหารในแต่ละวัน ผู้วิจัยให้คำชมเชยหากกลุ่มทดลองมีพฤติกรรมโภชนาการดี หากกลุ่มทดลองมีพฤติกรรมโภชนาการไม่เหมาะสม ผู้วิจัยและกลุ่มทดลองร่วมกันคิดเพื่อหาทางแก้ไข ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้กลุ่มทดลองได้ซักถามข้อสงสัยเพิ่มเติม ให้คำแนะนำเพิ่มเติมและให้กำลังใจ พร้อมทั้งนัดหมายการติดตามทางโทรศัพท์ครั้งต่อไปอีก 1 สัปดาห์

5. ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลหลังการทดลองเมื่อกกลุ่มทดลองมาฝากครรภ์ครั้งต่อไป ขณะกลุ่มทดลองรอรับบริการฝากครรภ์ ผู้วิจัยให้กลุ่มทดลองชั่งน้ำหนักและสัมภาษณ์ พฤติกรรมสุขภาพด้านโภชนาการของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐานก่อนตั้งครรภ์ตามแบบสอบถาม แล้วกล่าวขอบคุณ

ขั้นตอนในการดำเนินการวิจัยในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ดังในภาพที่ 2



ภาพที่ 2 ขั้นตอนในการดำเนินการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมวิเคราะห์ข้อมูลสำเร็จรูป ที่กำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 ด้วยวิธีการทางสถิติดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ข้อมูลที่เป็นอัตรานามบัญญัติ วิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ข้อมูลที่เป็นมาตราอัตราส่วน วิเคราะห์โดยพิสัย ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานแล้วทดสอบความแตกต่างระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้ Fisher's exact, Chi-square, Mann-Whitney U และ Independent *t*-test
2. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความแตกต่างของคะแนนพฤติกรรมสุขภาพด้านโภชนาการก่อนและหลังทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้ Independent *t*-test
3. เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพด้านโภชนาการก่อนและหลังการทดลอง ในกลุ่มทดลอง โดยใช้ Paired *t*-test
4. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยน้ำหนักเพิ่มรายสัปดาห์หลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้ Independent *t*-test

บทที่ 4

ผลการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถในตนเองด้าน โภชนาการต่อพฤติกรรมสุขภาพด้าน โภชนาการและน้ำหนักเพิ่มของหญิงตั้งครรภ์ครั้งแรกที่มีภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐานก่อนตั้งครรภ์ ที่มาฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลพระพุทธบาท จังหวัดสระบุรี จำนวน 60 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 30 ราย และกลุ่มควบคุม 30 ราย ซึ่งผลการวิจัยนำเสนอตามลำดับดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

ตอนที่ 2 ข้อมูลเชิงพรรณนาของคะแนนพฤติกรรมสุขภาพด้าน โภชนาการของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตอนที่ 3 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพด้าน โภชนาการหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตอนที่ 4 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพด้าน โภชนาการก่อนและหลังการทดลองในกลุ่มทดลอง

ตอนที่ 5 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยน้ำหนักเพิ่มรายสัปดาห์ก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างที่มีระดับการวัดของตัวแปรเป็นมาตรฐานบัญญัติวิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณนาด้วยการแจกแจงความถี่ และร้อยละ ส่วนข้อมูลส่วนบุคคลที่มีระดับการวัดของตัวแปรเป็นมาตราอัตราส่วน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยค่าพิสัย ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

การเปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ข้อมูลที่มีระดับการวัดของตัวแปรเป็นมาตรฐานบัญญัติ เปรียบเทียบโดยการวิเคราะห์ข้อมูลด้วย Fisher's exact test (ใช้ในกรณีตาราง 2 X 2 cells ที่มีจำนวน Cell มีค่าความถี่ < 5 เกินค่าความคาดหวัง [Expected value] คือ ≥ 20 ของ Cell ทั้งหมด) และ Chi-square test ส่วนการเปรียบเทียบข้อมูลระหว่างกลุ่มที่มีระดับการวัดของ ตัวแปรเป็นมาตราอัตราส่วน เปรียบเทียบโดยใช้ Independent t-test หากข้อมูลเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นทางสถิตินี้ หากไม่เป็นไปตามข้อตกลงทางสถิติ ใช้ Mann-Whitney U test

ก่อนที่จะวิเคราะห์ข้อมูลด้วย Independent *t*-test ต้องทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นทางสถิติ ก่อน คือ ตัวแปรของทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมต้องมีการกระจายของข้อมูลเป็นแบบปกติ จึงได้ทดสอบด้วยสถิติ One-sample Kolmogorov-Smearov พบว่า ข้อมูลอายุ รายได้ครอบครัว ดัชนีมวลกาย (Body mass index, BMI) ก่อนตั้งครรภ์ อายุครรภ์เมื่อเข้าร่วมและเมื่อสิ้นสุดการวิจัย มีการกระจายเป็นแบบปกติ แต่ตัวแปรจำนวนปีของการศึกษามีการกระจายแบบไม่ปกติ (กลุ่มทดลอง: $p = .02$; กลุ่มควบคุม: $p = .04$) จึงได้วิเคราะห์เปรียบเทียบข้อมูลอายุ รายได้ครอบครัว BMI ก่อนตั้งครรภ์ อายุครรภ์เมื่อเข้าร่วมและสิ้นสุดการวิจัย ด้วย Independent *t*-test ส่วนตัวแปรจำนวนปีของการศึกษาเปรียบเทียบโดยการวิเคราะห์ด้วย Mann-Whitney U test ผลวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเป็นดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ พิสัย ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการเปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูลส่วนบุคคลระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ($n = 60$)

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง ($n = 30$)		กลุ่มควบคุม ($n = 30$)		<i>p</i>
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
อายุ (ปี)	Range = 20-31, $M = 24.13, SD = 3.58$		Range = 20-33, $M = 23.07, SD = 3.80$		1.12† .27
20-25	20	66.70	24	80.00	
26-30	8	26.70	4	13.30	
> 30	2	6.70	2	6.70	
การศึกษา (ปี)	Range = 6-16, $M = 11.43, SD = 2.83$		Range = 6-16, $M = 11.47, SD = 2.70$		-0.07†† .94
ประถมศึกษา	1	3.30	1	3.30	
ม.ต้น	13	43.30	12	40.00	
ม.ปลาย/ ปวช.	6	20.00	7	23.30	
อนุปริญญา/ ปวส.	6	20.00	7	23.30	
ปริญญาตรี	4	13.30	3	10.00	
อาชีพ					1.27††† .26
แม่บ้าน (ไม่มีรายได้)	7	23.30	11	36.70	
ประกอบอาชีพ (มีรายได้)	23	76.70	19	63.30	

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง (<i>n</i> = 30)		กลุ่มควบคุม (<i>n</i> = 30)		<i>p</i>
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
รายได้ครอบครัว/ เดือน (บาท)	Range = 10000-50000, <i>M</i> = 22,963.33, <i>SD</i> = 9810.99		Range = 10000-35000, <i>M</i> = 18,400.00 <i>SD</i> = 6547.44		2.12† .04
10,000-20,000	15	50.00	24	80.00	
20,001-30,000	11	36.70	5	16.70	
> 30,001	4	13.30	1	3.30	
การจดทะเบียนสมรส					†††† 1.00
จดทะเบียน	4	13.30	3	10.00	
ไม่ได้จดทะเบียน	26	86.70	27	90.00	
ชนิดครอบครัว					0.11††† .74
ครอบครัวเดี่ยว	5	16.70	6	20.00	
ครอบครัวขยาย	25	83.30	24	80.00	
BMI ก่อนตั้งครรภ์ (kg/m^2)	Range = 25.00-37.86, <i>M</i> = 29.99, <i>SD</i> = 3.62		Range = 25.11-37.50, <i>M</i> = 29.07, <i>SD</i> = 3.56		0.99† .33
25.00-29.99	15	50.00	20	66.70	
≥ 30	15	50.00	10	33.30	
GA เมื่อเข้าร่วมวิจัย (wk)	Range = 5-18, <i>M</i> = 11.33, <i>SD</i> = 4.47		Range = 7-18, <i>M</i> = 11.77, <i>SD</i> = 4.15		-0.39† .70
≤ 12	19	63.30	15	50.00	
> 12	11	36.70	15	50.00	
GA เมื่อสิ้นสุดการวิจัย (wk)	Range = 9-22, <i>M</i> = 15.40, <i>SD</i> = 4.40		Range = 11-24, <i>M</i> = 15.83, <i>SD</i> = 4.27		-0.39† .70
≤ 12	13	43.30	11	36.70	
> 12	17	56.70	19	63.30	

Note. BMI = body mass index, kg/m^2 = kilogram/meter², GA = gestational age, wk = week, † = independent *t*-test, †† = Mann-Whitney U test, ††† = chi-square test, †††† = Fisher's exact test.

จากตารางที่ 1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลเชิงพรรณนา พบว่า กลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม มีอายุ 20-25 ปี 20 และ 24 ราย ศึกษาในระดับมัธยมศึกษาตอนต้น 13 และ 12 ราย ประกอบอาชีพมีรายได้ 23 และ 19 ราย มีรายได้ครอบครัว 10,000-20,000 บาท/เดือน 15 และ 24 ราย อยู่ด้วยกันกับสามีโดยไม่ได้จดทะเบียนสมรส 26 และ 27 ราย อยู่ในครอบครัวขยาย 25 และ 24 ราย มีค่า BMI ก่อนตั้งครรภ์น้อยกว่า 30 กก./ม.² 15 และ 20 ราย เข้าร่วมวิจัยเมื่อตั้งครรภ์ในไตรมาสแรก 19 และ 15 ราย อายุครรภ์เมื่อสิ้นสุดการวิจัยอยู่ในไตรมาสสอง 17 และ 19 ราย

ผลวิเคราะห์การเปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูลส่วนบุคคลระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม พบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีอายุ การศึกษา อาชีพ การจดทะเบียนสมรส ชนิดครอบครัว BMI ก่อนตั้งครรภ์ อายุครรภ์เมื่อเข้าร่วมและสิ้นสุดการวิจัยไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติแต่กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีรายได้ครอบครัวแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t_{50.56} = 2.12, p = .04$) โดยกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยรายได้ครอบครัวสูงกว่ากลุ่มควบคุม (กลุ่มทดลอง: $M = 22,963.33, SD = 9,810.99$; กลุ่มควบคุม: $M = 18,400.00, SD = 6,547.44$)

ตอนที่ 2 ข้อมูลเชิงพรรณนาของคะแนนพฤติกรรมสุขภาพด้านโภชนาการของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

วิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณนาของคะแนนพฤติกรรมสุขภาพด้านโภชนาการของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองด้วยค่าพิสัย ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เป็นดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าพิสัย ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนพฤติกรรมสุขภาพด้านโภชนาการของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ($n = 60$)

พฤติกรรมสุขภาพด้านโภชนาการ	Possible range	Actual range	Mean	SD
กลุ่มทดลอง ($n = 30$)				
ก่อนการทดลอง	17-68	35-39	46.30	5.80
หลังการทดลอง	17-68	50-66	60.40	4.05
กลุ่มควบคุม ($n = 30$)				
ก่อนการทดลอง	17-68	33-52	43.93	4.53
หลังการทดลอง	17-68	33-60	42.17	5.71

จากตารางที่ 2 การวิเคราะห์คะแนนพฤติกรรมสุขภาพด้วยสถิติเชิงพรรณนา พบว่า ก่อนและหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมสุขภาพด้าน โภชนาการสูงกว่ากลุ่มควบคุม (กลุ่มทดลอง: M ก่อนการทดลอง = 46.30, M หลังการทดลอง = 60.40; กลุ่มควบคุม: M ก่อนการทดลอง = 43.93, M หลังการทดลอง = 42.17)

ตอนที่ 3 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพด้านโภชนาการหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ได้ทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของสถิติ ANCOVA (เพื่อใช้เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพด้าน โภชนาการหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยมีคะแนนพฤติกรรมสุขภาพด้าน โภชนาการก่อนการทดลอง และรายได้ครอบครัวเป็นตัวแปรร่วม) พบว่า ตัวแปรทั้งสองตัวมีความสัมพันธ์เชิงเส้นตรงกับตัวแปรตามอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (คะแนนพฤติกรรมสุขภาพด้าน โภชนาการ: $F_{1,54} = 0.76, p = .39$; รายได้ครอบครัว: $F_{1,54} = 0.83, p = .37$) จึงได้ทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของ Independent t -test (เพื่อใช้เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความแตกต่างของคะแนนพฤติกรรมสุขภาพด้าน โภชนาการก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม) พบว่า คะแนนความแตกต่างของทั้งสองกลุ่มมีการกระจายเป็นแบบปกติ เมื่อทดสอบด้วยสถิติ One-sample Kolmogorov-Smirnov (กลุ่มทดลอง: $Z = 1.05, p = .22$; กลุ่มควบคุม: $Z = 0.77, p = .60$) ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความแตกต่างของคะแนนพฤติกรรมสุขภาพด้าน โภชนาการก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วย Independent t -test เป็นดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความแตกต่างของคะแนนพฤติกรรมสุขภาพด้าน โภชนาการก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติ Independent t -test ($n = 60$)

พฤติกรรมสุขภาพด้าน โภชนาการ	n	\bar{d}	SD_d	Mean difference	t	df	p	95% CI	
								LL	UL
กลุ่มทดลอง	30	14.10	6.62	15.87	9.22	58	< .001	12.42	19.31
กลุ่มควบคุม	30	-1.77	6.70						

Note. CI = confidence interval, LL = lower limit, UL = upper limit.

จากตารางที่ 3 ผลวิเคราะห์การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความแตกต่างของคะแนนพฤติกรรมสุขภาพด้านโภชนาการก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติ Independent *t*-test พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความแตกต่างของคะแนนพฤติกรรมสุขภาพด้านโภชนาการก่อนและหลังทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t_{58} = 9.22, p < .001$)

ตอนที่ 4 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพด้านโภชนาการก่อนและหลังการทดลองในกลุ่มทดลอง

เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพด้านโภชนาการก่อนและหลังการทดลองในกลุ่มทดลอง ด้วย Paired *t*-test มีข้อตกลงเบื้องต้น คือ ค่าความแตกต่างของคะแนนพฤติกรรมสุขภาพด้านโภชนาการก่อนและหลังการทดลองในกลุ่มทดลองมีการกระจายแบบปกติ ทดสอบด้วยสถิติ One-sample Kolmogorov-Smearnov พบว่า คะแนนความแตกต่างมีการกระจายเป็นแบบปกติ จึงเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพด้านโภชนาการก่อนและหลังการทดลองในกลุ่มทดลองด้วย Paired *t*-test ได้ผลดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพด้านโภชนาการก่อนและหลังการทดลองในกลุ่มทดลองด้วย Paired *t*-test ($n = 30$)

พฤติกรรมสุขภาพ ด้านโภชนาการ	Mean	SD	\bar{d}	SD_d	<i>t</i>	df	one- tailed <i>p</i>	95% CI	
								LL	UL
ก่อนการทดลอง	46.30	5.80	14.10	6.62	11.67	29	< .001	11.63	16.57
หลังการทดลอง	60.40	4.05							

Note. CI = confidence interval, LL = lower limit, UL = upper limit.

จากตารางที่ 4 ผลวิเคราะห์การเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพด้านโภชนาการก่อนและหลังการทดลองในกลุ่มทดลองด้วยสถิติ Paired *t*-test พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพด้านโภชนาการหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t_{29} = 11.67, p < .001$)

ตอนที่ 5 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยน้ำหนักเพิ่มรายสัปดาห์หลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยน้ำหนักเพิ่มรายสัปดาห์หลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วย Independent *t*-test มีข้อตกลงเบื้องต้น คือ ค่าน้ำหนักเพิ่มรายสัปดาห์ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีการกระจายของข้อมูลเป็นแบบปกติ ทดสอบด้วยสถิติ One-sample Kolmogorov-Smeamov พบว่า ค่าน้ำหนักเพิ่มรายสัปดาห์ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีการกระจายเป็นแบบปกติ (กลุ่มทดลอง: $Z = 1.24, p = .09$, กลุ่มควบคุม: $Z = 0.98, p = .30$) ซึ่งเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นทางสถิติ จึงเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยน้ำหนักเพิ่มรายสัปดาห์ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วย independent *t*-test ได้ผลดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยน้ำหนักเพิ่มรายสัปดาห์หลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วย Independent *t*-test ($n = 60$)

น้ำหนักเพิ่มรายสัปดาห์	<i>n</i>	Mean	<i>SD</i>	Mean difference	<i>t</i>	<i>df</i>	<i>p</i>	95% CI	
								LL	UL
กลุ่มทดลอง	30	0.09	0.25	0.64	-8.12	58	< .001	0.48	0.80
กลุ่มควบคุม	30	0.73	0.35						

Note. CI = confidence interval, LL = lower limit, UL = upper limit.

จากตารางที่ 5 ผลวิเคราะห์การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยน้ำหนักเพิ่มรายสัปดาห์หลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วย Independent *t*-test พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยน้ำหนักเพิ่มรายสัปดาห์แตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t_{58} = -8.12, p < .001$)

บทที่ 5

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

สรุปผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถในตนเองด้านโภชนาการต่อพฤติกรรมสุขภาพด้านโภชนาการและน้ำหนักเพิ่มของหญิงตั้งครรภ์ครั้งแรกที่มีภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐานก่อนตั้งครรภ์ ที่มาฝากครรภ์ ที่โรงพยาบาลพระพุทธบาท จังหวัดสระบุรี จำนวน 60 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 30 ราย และกลุ่มควบคุม 30 ราย กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ กลุ่มทดลองได้รับการพยาบาลตามปกติและโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถในตนเองด้านโภชนาการ รวบรวมข้อมูล โดยการสัมภาษณ์ตามแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ พิสัย ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน Fisher's exact test, Chi-square test, Mann-Whitney U test และ Independent *t*-test ผลการวิเคราะห์ข้อมูลสรุปได้ดังนี้

1. ผลวิเคราะห์การเปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูลส่วนบุคคลระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีอาชีพ การจดทะเบียนสมรส ชนิดครอบครัว อายุ ดัชนีมวลกายก่อนตั้งครรภ์ อายุครรภ์เมื่อเข้าร่วมวิจัยและเมื่อสิ้นสุดการวิจัย ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยรายได้ครอบครัวสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t_{50.56} = 2.12, p = .04$)

2. ผลวิเคราะห์การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความแตกต่างของคะแนนพฤติกรรมสุขภาพด้านโภชนาการก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความแตกต่างของคะแนนพฤติกรรมสุขภาพด้านโภชนาการก่อนและหลังทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t_{58} = 9.22, p < .001$) คือ กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมเพิ่มขึ้น 14.10 คะแนน ในขณะที่กลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยคะแนนลดลง 1.77 คะแนน

3. ผลวิเคราะห์การเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพด้านโภชนาการก่อนและหลังการทดลองในกลุ่มทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพด้านโภชนาการหลังการทดลองแตกต่างจากก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t_{29} = 11.67, p < .001$)

4. ผลวิเคราะห์การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยน้ำหนักเพิ่มรายสัปดาห์หลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยน้ำหนักเพิ่มรายสัปดาห์แตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t_{58} = -8.12, p < .001$)

อภิปรายผลการวิจัย

จากผลการวิจัย สามารถอภิปรายผลการวิจัยได้ดังนี้

1. กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความแตกต่างของคะแนนพฤติกรรมสุขภาพด้านโภชนาการ ก่อนและหลังการทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพด้านโภชนาการหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1 และ 2 เนื่องจากกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถในตนเองด้านโภชนาการที่ได้รับการส่งเสริมการรับรู้ความสามารถในตนเอง 4 วิธีตามแนวคิดของ Bandura คือ 1) ชักจูงด้วยคำพูด (Verbal persuasion) เป็นกิจกรรมที่ผู้วิจัยให้คำแนะนำเป็นรายกลุ่ม แจกคู่มือ พร้อมเปิดโอกาสให้ร่วมอภิปรายและแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ตลอดจนผู้วิจัยติดตามภาวะโภชนาการและทบทวนความรู้หรือให้ข้อมูลเพิ่มเติมทางโทรศัพท์ 2) ได้เห็นประสบการณ์ความสำเร็จของผู้อื่น (Vicarious experience) โดยให้ดูต้นแบบที่ประสบความสำเร็จในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพด้านโภชนาการผ่านวีดิทัศน์ 3) ประสบความสำเร็จด้วยตนเอง (Self-mastery) โดยให้ร่วมคิด ตอบคำถาม ฝึกเขียนรายการอาหารที่รับประทานในวันที่ผ่านมา และฝึกคำนวณพลังงานจากอาหารที่ได้รับเปรียบเทียบกับพลังงานจากอาหารที่ควรได้รับ และ 4) กระตุ้นจิตใจ (Emotional arousal) โดยให้กำลังใจ และชมเชยส่งผลให้เกิดการรับรู้ความสามารถในตนเองด้านโภชนาการ

การรับรู้ความสามารถในตนเองด้านโภชนาการส่งผลให้กลุ่มทดลองปรับเปลี่ยนตนเองให้มีพฤติกรรมสุขภาพด้านโภชนาการที่เหมาะสมได้ สามารถอธิบายกลไกที่ทำให้เกิดปรากฏการณ์ดังกล่าวได้ด้วยแนวคิดของ Bandura (1984; 1986; 1997) คือ ความเชื่อมั่นในความสามารถตนเองด้านโภชนาการทำให้กลุ่มทดลองตระหนักว่าตนเองมีปัญหาสุขภาพ และทราบถึงผลดีของพฤติกรรมสุขภาพด้านโภชนาการต่อสุขภาพของตนเองและทารกผ่านกระบวนการคิด (Cognitive process) ทำให้เกิดแรงบันดาลใจในการที่จะทำพฤติกรรมผ่านกระบวนการเกิดแรงจูงใจ (Motivation process) ตัดสินใจที่จะปฏิบัติพฤติกรรมผ่านกระบวนการเลือก (Selection process) และปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพด้านโภชนาการอย่างต่อเนื่องด้วยความเต็มใจผ่านกระบวนการด้านอารมณ์ (Affective process) โดยมีคำพูดที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการดังกล่าวจากกลุ่มทดลองดังนี้ “ก่อนหน้านี้ไม่คิดว่าน้ำหนักตัวมากจะเป็นอันตรายกับตัวเองและลูก กินทุกอย่างที่ชอบ ซาเขียว น้ำอัดลม วันละ 2-3 ขวด หมูสามชั้นย่างกินตลอดกินทุกวัน ไม่ได้นั่งถึงสุขภาพของลูกและตัวเองเลย จากนั้นไปคงต้องมาดูว่าจะกินอะไรเข้าไปมีประโยชน์ไหม” อีกรายหนึ่งพูดว่า “ข้าวมันไก่แค่จานเดียว ทำไมพลังงานเยอะจัง 596 เขียวเหรอ แล้วจะกินอะไรได้อีก” รายต่อมาเล่าว่า “เมื่อวานไปโรงพยาบาลมาหมอนัด ไปกินน้ำตาลเพื่อดูว่าเราจะเป็นเบาหวานตอนท้องไหม เจาะเลือดแล้วหมอ

บอกว่า ‘ปกติ ให้คุณอาหารด้วย เดี่ยวมีจะเอ้ออีกครั้ง’ ดีใจมากเลยที่ผลเลือดดีหลังจากที่บันทึกอาหารที่รับประทานมา 2 อาทิตย์ ก็คิดว่าจะไปจนกว่าจะคลอด” จากการที่กลุ่มทดลองรับรู้ความสามารถในตนเองด้านโภชนาการ ทำให้สามารถปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพด้านโภชนาการได้เหมาะสมนั้น Bandura (1997) ได้กล่าวว่า การรับรู้ความสามารถของตนเอง เป็นปัจจัยหนึ่งที่น่าไปสู่การปฏิบัติพฤติกรรมที่พึง สอดคล้องกับการศึกษาของ Ampat, Wichakul, and Wichianprapa (2010) พบว่า การรับรู้ความสามารถในตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรม การปฏิบัติตัวด้านสุขภาพในระยะคลอดของมารดาครรภ์แรก อีกทั้ง วิไลรัตน์ พนางวัน และสมพร วัฒนนุกุลเกียรติ (2555) ศึกษาพบว่า หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นครรภ์แรกที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเอง มีพฤติกรรมสุขภาพด้าน โภชนาการสูงกว่า หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นครรภ์แรกที่ได้รับการพยาบาลปกติ และ ศรีนคร มังคะมณี (2547) ได้รายงานผลการศึกษาว่าหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นครรภ์แรกที่ได้รับ โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเองมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและสูงกว่าหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นครรภ์แรกที่ได้รับการพยาบาลปกติ

2. กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยน้ำหนักเพิ่มรายสัปดาห์แตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติคือ กลุ่มทดลองมีการควบคุมการเพิ่มของน้ำหนักได้ดีกว่ากลุ่มควบคุมถึงแม้ว่ากลุ่มทดลอง มีรายได้ครอบครัวสูงกว่า มีกำลังทรัพย์ที่จะซื้ออาหารได้ปริมาณมากกว่ากลุ่มควบคุมสามารถอธิบายด้วยแนวคิดของ Bandura (1984, 1986, 1997) ได้ว่า ผลของ โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถในตนเองด้านโภชนาการ นอกจากทำให้กลุ่มทดลองรับรู้ความสามารถในตนเองและคาดหวังถึงผลลัพธ์ที่ดีต่อสุขภาพจากพฤติกรรมสุขภาพด้าน โภชนาการแล้ว ยังคาดหวังว่าพฤติกรรมสุขภาพด้าน โภชนาการจะนำไปสู่การมีน้ำหนักเพิ่มตามเกณฑ์จากการคาดหวังในผลลัพธ์ทำให้เกิดแรงจูงใจที่จะปฏิบัติ เลือกที่จะปฏิบัติและปฏิบัติอย่างเอาใจใส่และเต็มใจโดยไม่ย่อท้อต่ออุปสรรค

ผลลัพธ์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพด้าน โภชนาการในการศึกษานี้การเพิ่มของน้ำหนักของหญิงตั้งครรภ์เป็นไปตามเกณฑ์การเพิ่มน้ำหนักที่แตกต่างกันไปตามกลุ่มค่าดัชนีมวลกายก่อนตั้งครรภ์ และในแต่ละไตรมาสของการตั้งครรภ์ (Institute of Medicine, 2009) จากการศึกษาเมื่อสิ้นสุดการวิจัย กลุ่มตัวอย่างมีอายุครรภ์อยู่ทั้งในไตรมาสแรกและไตรมาสที่สองของการตั้งครรภ์ สำหรับไตรมาสแรกของการตั้งครรภ์ หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐานก่อนตั้งครรภ์ทั้งกลุ่มน้ำหนักเกินและกลุ่มอ้วนมีเกณฑ์การเพิ่มน้ำหนักตัวคือ น้ำหนักไม่เพิ่มไปจนถึงมีค่าเฉลี่ยน้ำหนักเพิ่ม 0.08 กก./ สัปดาห์ พบว่า กลุ่มทดลองยังตั้งครรภ์ไตรมาสแรกเมื่อสิ้นสุดการวิจัยจำนวน 13 ราย ในจำนวนนี้ 3 รายมีน้ำหนักเพิ่มน้อยกว่าเกณฑ์ (-0.63 ถึง -0.25 กก./ สัปดาห์) 6 ราย มีน้ำหนักเป็นไปตามเกณฑ์ (0.00 กก./ สัปดาห์) และ 4 รายมีน้ำหนัก

มากกว่าเกณฑ์ (0.13 ถึง 0.25 กก./ สัปดาห์) ในขณะที่กลุ่มควบคุมยังตั้งครรภ์ในไตรมาสแรก จำนวน 11 ราย ในจำนวนนี้ 1 รายมีน้ำหนักเพิ่มน้อยกว่าเกณฑ์ (-0.25 กก./ สัปดาห์) 1 ราย มีน้ำหนักเป็นไปตามเกณฑ์ (0.00 กก./ สัปดาห์) และ 9 รายมีน้ำหนักมากกว่าเกณฑ์ (0.25 ถึง 0.88 กก./ สัปดาห์)

ส่วนไตรมาสที่สองของการตั้งครรภ์ หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐาน ก่อนตั้งครรภ์ กลุ่มน้ำหนักเกินมีเกณฑ์การเพิ่มน้ำหนักตัว 0.23 ถึง 0.33 กก./สัปดาห์ และกลุ่มอ้วน มีเกณฑ์การเพิ่มน้ำหนักคือน้ำหนักตัว 0.17 ถึง 0.27 กก./สัปดาห์ พบว่ากลุ่มทดลองตั้งครรภ์ ไตรมาสสอง เมื่อสิ้นสุดการวิจัยจำนวน 13 ราย ในจำนวนนี้ 10 รายมีน้ำหนักเพิ่มน้อยกว่าเกณฑ์ (-0.13 ถึง 0.13 กก./ สัปดาห์) 3 รายมีน้ำหนักเป็นไปตามเกณฑ์ (0.25 กก./ สัปดาห์) และ 4 รายมี น้ำหนักมากกว่าเกณฑ์ (0.38 ถึง 0.63 กก./ สัปดาห์) ในขณะที่กลุ่มควบคุมตั้งครรภ์ในไตรมาสสอง จำนวน 19 รายมีน้ำหนักมากกว่าเกณฑ์ทุกราย (0.50 ถึง 1.50 กก./ สัปดาห์)

การที่กลุ่มควบคุมเกือบทั้งหมด (28 รายจาก 30 ราย) มีน้ำหนักเพิ่มเกินเกณฑ์อาจเป็นผล จากกลุ่มควบคุมไม่ได้ตระหนักว่าการมีภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐานก่อนตั้งครรภ์เป็นปัญหาสุขภาพ จึงยังคงมีพฤติกรรมสุขภาพด้าน โภชนาการเหมือนเดิม ทำให้มีน้ำหนักเพิ่มเกินเกณฑ์ แต่กลุ่ม ทดลองจำนวนน้อย (8 รายจาก 30 ราย) มีน้ำหนักเพิ่มเกินเกณฑ์ อย่างไรก็ตามกลุ่มทดลองจำนวน 13 ราย มีน้ำหนักเพิ่มน้อยกว่าเกณฑ์ ซึ่งมีรายงานว่าหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐาน ก่อนตั้งครรภ์มีน้ำหนักเพิ่มน้อยกว่าเกณฑ์ไม่เป็นอันตรายต่อสุขภาพของมารดาทารก หากทารก เจริญเติบโตเหมาะสมกับอายุครรภ์ แต่ทว่าหากทารกเจริญเติบโตช้าในครรภ์ อาจทำให้ลดอัตรา การผ่าตัดคลอดลดภาวะคลอดยากจากทารกตัวโต และลดภาวะอ้วนของมารดาหลังคลอด (The American College of Obstetricians and Gynecologists, 2016)

จากการที่กลุ่มทดลองสามารถควบคุมน้ำหนักได้ดีกว่ากลุ่มควบคุม เป็นไปตามกับคำ กล่าวของ Bandura ที่ว่า การที่บุคคลจะกระทำหรือไม่กระทำพฤติกรรมที่พึงประสงค์นั้น บุคคลต้อง รับรู้ว่าคุณมีความสามารถหรือเชื่อมั่นในตนเองก่อน จึงพยายามที่จะทำโดยไม่ย่อท้อต่ออุปสรรค แต่ในทางกลับกัน หากบุคคลนั้นรับรู้ว่าคุณมีความสามารถของตนเองในระดับต่ำ บุคคลนั้นจะ หลีกเลี่ยงหรือไม่ปฏิบัติพฤติกรรมนั้น สอดคล้องกับการศึกษา Warziski, Sereika, Styn, Music and Burke (2008) ที่พบว่า การรับรู้ความสามารถในตนเองช่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ด้าน โภชนาการและช่วยในการควบคุมน้ำหนักตัว

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ในการปฏิบัติการพยาบาล

พยาบาลแผนกฝากครรภ์ควรได้รับการอบรมเกี่ยวกับภาวะโภชนาการสำหรับหญิงตั้งครรภ์ ที่มี BMI ก่อนตั้งครรภ์แตกต่างกัน เพื่อนำความรู้และโปรแกรมนี้ไปประยุกต์ใช้ในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐานก่อนตั้งครรภ์ หรือพยาบาลแผนกฝากครรภ์ประสานงานกับโภชนาการประจำโรงพยาบาลเพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้เกี่ยวกับภาวะโภชนาการสำหรับหญิงตั้งครรภ์ที่มี BMI ก่อนตั้งครรภ์แตกต่างกัน เพื่อให้โภชนาการให้ความรู้ด้านโภชนาการที่เหมาะสมกับหญิงตั้งครรภ์ที่มี BMI ก่อนตั้งครรภ์แต่ละกลุ่ม

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาติดตามระยะยาว เพื่อประเมินผลน้ำหนักเพิ่มของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐานก่อนตั้งครรภ์ในแต่ละไตรมาสของการตั้งครรภ์ และตลอดการตั้งครรภ์ รวมถึงน้ำหนักทารกแรกเกิด
2. ควรพัฒนาโปรแกรมและศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้ความสามารถในตนเองด้านโภชนาการของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐานก่อนตั้งครรภ์ที่แผนกฝากครรภ์ในโรงพยาบาลอื่น

บรรณานุกรม

- กรุณา ประมูลสินทรัพย์. (2556). *ผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมกรรมการส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นครั้งแรก*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน, คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ.
- กองโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2551). *โภชนบัญญัติ 9 ประการ*. นนทบุรี: กองโภชนาการ.
- กองโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2552). *แนวทางการดำเนินงานการเฝ้าระวังภาวะโภชนาการหญิงตั้งครรภ์ การเจริญเติบโตของเด็กอายุ 0-5 ปี*. กรุงเทพฯ: องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- กองโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2553). *คู่มือบุคลากรทางการแพทย์ และสาธารณสุขส่งเสริม พัฒนาการเด็กแรกเกิด - 5 ปี*. กรุงเทพฯ: องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. (2549). *รายงานวิจัยเรื่องการเฝ้าระวังพฤติกรรมสุขภาพของประชาชน*. กรุงเทพฯ: กองสุขศึกษา.
- จิระศักดิ์ เจริญพันธ์ และเฉลิมพล ต้นสกุล. (2549). *พฤติกรรมสุขภาพ*. มหาสารคาม: คณะสาธารณสุขศาสตร์, มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- ชบาไพร สุขกาย และจิราพร เขียวอยู่. (2554). *ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์อำเภอเขาพนม จังหวัดกระบี่*. ขอนแก่น: ภาควิชาชีวสถิติและประชากรศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์, มหาวิทยาลัยขอนแก่น. เข้าถึงได้จาก http://www.smj.ejnal.com/ejournal/showdetail/?show_detail=T&art_id=1705
- ชวพรพรรณ จันทร์ประสิทธิ์. (2552). *เอกสารประกอบการบรรยาย วิชาโภชนศาสตร์ชุมชน*. เชียงใหม่: สาขาวิชาโภชนศาสตร์ศึกษา มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ชาติชาย ศิริวัฒน์. (2556). *อาหารโภชนาการเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดี*. นนทบุรี: องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- ณัฐกานต์ ช่างเหล็ก. (2552). *พฤติกรรมกรบริโภคอาหารและภาวะโภชนาการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจแข็งตัว แผนกผู้ป่วยนอก ศูนย์หัวใจสิริกิติ์ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ*. วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาโภชนาการชุมชน, คณะสาธารณสุขศาสตร์, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

- ณัฐวรรณ เชาว์ลิลิตกุล. (2552). *รายงานการเฝ้าระวังการเจริญเติบโตของเด็ก*. นนทบุรี: สำนักโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.
- ดวงจันทร์ เพชรานนท์. (2551). *โภชนาการสาธารณสุข*. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยรามคำแหง.
- ตรีภพ เลิศบรรณพงษ์. (2551). *น้ำหนักตัวมารดากับการตั้งครรภ์: ปัจจัยที่สูติแพทย์อาจมองข้าม*. กรุงเทพฯ: ภาควิชาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- เทียมศร ทองสวัสดิ์, ลาวัลย์ สมบูรณ์ และปิยะภรณ์ ประสิทธิ์. (2556). ปัจจัยคัดสรรที่เกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลงของน้ำหนักในสตรีหลังคลอด. *พยาบาลสาร*, 40, 126-136.
- ธิษณา จรรยาชัยเลิศ, สุนทรินทร์ สัจจะวัชรพงศ์ และไทรภพ มีชัย. (2555). จากพื้นฐานโภชนาการสู่ฉลาดหวาน มันเค็ม. เข้าถึงได้จาก https://db.oryor.com/databank/data/printing/570519_238.pdf
- นงนุช สุขพันธ์. (2550). *เอกสารการสอนชุดโภชนศาสตร์สาธารณสุข หน่วยที่ 11-15* (ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 1).
- นพวรรณ เปี้ยเชื้อ, ดุษณี ทัศนจันทร์, สุมาลี กิตติภูมิ, และพรรณวดี พุชวัฒน์. (2552). ความรู้ทางโภชนาการ ทัศนคติเกี่ยวกับอาหาร พฤติกรรมการรับประทานอาหาร และภาวะโภชนาการของนักศึกษาพยาบาล. *รามธิบดีพยาบาลสาร*, 15, 48-58.
- นัฐพร กกสูงเนิน. (2552). *ผลของโปรแกรมการลดน้ำหนัก ต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการลดน้ำหนัก พฤติกรรมการลดน้ำหนัก ค่าดัชนีมวลกาย และเส้นรอบวงเอว ของหญิงก่อนวัยทองที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐาน*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน, คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- บุญใจ ศรีสถิตย์นรากร. (2553). *ระเบียบวิธีวิจัยทางการพยาบาล*. กรุงเทพฯ: คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ประเทืองทิพย์ แก้วศรี. (2549). ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เกี่ยวกับอาหารเพื่อสุขภาพและแรงสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการรับประทานอาหารและภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุ ในกรุงเทพมหานคร. *วารสารสำนักอนามัยกรุงเทพมหานคร*, 5, 44-53.
- พวงน้อย สาครรัตนกุล และจันทิมา ขนบดี. (2555). *การพยาบาลสตรีตั้งครรภ์*. กรุงเทพฯ: ป.สัมพันธ์พาณิชย์.
- พัชราภรณ์ อารีย์, สุภารัตน์ วังศรีคุณ และศรีพรรณ กันธวัง. (2550). ภาวะโภชนาการพฤติกรรมการบริโภคอาหารและกิจกรรมด้านร่างกายของเด็กวัยรุ่น: การศึกษาเบื้องต้น. *พยาบาลสาร*, 34, 98-105.

- รพีพรรณ วัลย์วัฒนกิจ. (2556). การส่งเสริมสุขภาพสตรีตั้งครรภ์. ใน วรณรัตน์ สุวรรณ.
(บรรณาธิการ), *การพยาบาลสตรีตั้งครรภ์* (หน้า 145-178). นนทบุรี: โครงการสวัสดิการ
สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข.
- รังสรรค์ ตั้งตรงจิตร. (2550). *โรคอ้วน การเปลี่ยนแปลงทางด้านโภชนาการและชีวเคมี*. กรุงเทพฯ:
เจริญคัมภีร์การพิมพ์.
- ลัทธนา ศรีวัฒน์. (2549). *จิตวิทยาในชีวิตประจำวัน*. กรุงเทพฯ: โอเดียนสโตร์.
- วรรณดี สุขคุ้ม. (2551). *ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการควบคุมน้ำหนัก
ต่อพฤติกรรมการบริโภค ขนาดของรอบเอว และค่าดัชนีมวลกายของผู้สูงอายุที่มี
ภาวะอ้วน*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ,
บัณฑิตวิทยาลัย, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วราลักษณ์ ยมะสมิต. (2552). คุณลักษณะของการตั้งครรภ์ที่คลอดทารกตัวโต. *เวชเวชสาร*,
53, 25-32.
- วัฒนา ญาณพัฒน์. (2551). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคกระดูกพรุนของสตรี
วัยหลังหมดระดู อำเภอเมือง จังหวัดสุพรรณบุรี*. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต,
สาขาวิชาสุขภาพศึกษา, คณะศึกษาศาสตร์, มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- วันเพ็ญ พุ่มเกตุ. (2551). *ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองโดยการ
สอนแนะต่อพฤติกรรมลดการเกิดก่อนกำหนดของมารดาวัยรุ่นครั้งแรก*.
วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลเด็ก,
คณะพยาบาลศาสตร์, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วิชัย เอกพลากร. (2554). *รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 4
พ.ศ. 2551-2552*. นนทบุรี: สำนักงานสำรวจสุขภาพประชาชนไทย.
- วิชัย เอกพลากร. (2557). *รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 5
พ.ศ. 2557-2558*. นนทบุรี: สำนักงานสำรวจสุขภาพประชาชนไทย.
- วิภา สุโรจนะเมธากุล. (2549). ดัชนีโกลซีมิก. *วารสารอาหาร*, 36, 183-187.
- วิลัยรัตน์ พลาวัน และสมพร วัฒนกุลเกียรติ. (2555). *ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้
ความสามารถของตนเอง ต่อพฤติกรรมสุขภาพด้านโภชนาการของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น*.
วารสารสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ, 30, 12-22.

- ศรีนคร มังคะมณี. (2547). ผลของการใช้โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเองต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นครั้งแรก. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์, คณะพยาบาลศาสตร์, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ศัลยา คงสมบูรณ์เวช. (2551). กินอย่างไร ไม่อ้วน ไม่มีโรค. กรุงเทพฯ: อัมรินทร์สุขภาพ.
- ศิริรัตน์ สฤกษ์อภีรักษ์. (2551). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส ความรู้สึก มีคุณค่าในตนเอง กับการรับรู้ภาพลักษณ์ของหญิงตั้งครรภ์. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลมารดาและทารกแรกเกิด, คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สมเกียรติ คูอรพัฒนะ. (2551). เมนูกุณแม่ตั้งครรภ์. กรุงเทพฯ: แสงแดด.
- ลำออง สืบสมาน. (2551). โครงการวิจัยสุขภาพสุขภาพ มสธ: Thai health-risk transition: A national cohort study (2548-2552). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช.
- สิริพันธ์ จุลรังคะ. (2550). โภชนศาสตร์เบื้องต้น. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- สุกมา เกาะสุวรรณ. (2549). ผลของโปรแกรมสร้างเสริมความสามารถของตน ต่อการรับรู้การปฏิบัติตนและน้ำหนักตัวของนักเรียนวัยรุ่นหญิงที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐาน อำเภอหล่มสัก จังหวัดเพชรบูรณ์. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน, คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยนเรศวร.
- สุนารี พิษณุชัยประเสริฐ. (2556). ความสัมพันธ์และความสำคัญทางคลินิกระหว่างทารกน้ำหนักน้อยและภาวะโลหิตจางระหว่างตั้งครรภ์ที่โรงพยาบาลสุรินทร์. วารสารการแพทย์โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์, 28, 21-29
- สุรพล พจนสุภาวรรณ. (2555). ลักษณะของการตั้งครรภ์ที่คลอดทารกตัวโต. พุทธชินราชเวชสาร, 29, 91-101.
- สุรัตน์ โคมินทร์. (2549). อาหารควบคุมน้ำหนัก. ใน เอกสารประกอบการประชุมวิชาการโภชนาการแห่งชาติครั้งที่ 1 (หน้า 57-59). กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข.
- สุวรรณณี โลงุช, มยุรี นิรัตธราดร และศิริพร ชัมภลิจิต. (2554). ปัจจัยทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการของสตรีตั้งครรภ์อายุมากกว่า 35 ปี. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน, คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

- สุนิตย์ ธรรมสาร, (2552). การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมทันตสุขภาพของผู้ปกครองเด็ก 3 - 4 ปี โดยการประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมอำเภอ ปทุมราชวงศา จังหวัดอำนาจเจริญ. วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการส่งเสริมสุขภาพและพฤติกรรมศาสตร์, คณะสาธารณสุขศาสตร์, มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- อรรถพงษ์ เพ็ชรสุวรรณ. (2552). พฤติกรรมสุขภาพของประชาชนเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวาน: กรณีศึกษา ผู้มารับบริการทางการแพทย์ เขตสถานีอนามัย อำเภอหนองจิก จังหวัดปัตตานี. วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาพัฒนาสังคม, คณะพัฒนาสังคม, สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์.
- อุ๋นใจ กอนันตกุล และสุกมัย สุนทรพันธ์. (2549). โรคเบาหวานระหว่างตั้งครรภ์. ใน อุ๋นใจ กอนันตกุล (บรรณาธิการ), *การตั้งครรภ์เสี่ยงสูง* (หน้า 481-524). สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์.
- Akiko, M. (2007). Phospholipase C related inactive protein is involved in trafficking of gamma 2 subunit-containing GABA (A) receptors to the cell surface. *Journal of Neuroscience*, 27, 1692-1701.
- Aksornphusitaphong, A., & Phupong, V. (2012). Risk factors of early and late onset pre-eclampsia. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Research*, 39, 627-631.
- Aliyu, M. H., Luke, S., Kristensen, S., Alio, A. P., & Salihu, H. M., (2010). Joint effect of obesity and teenage pregnancy on the risk of preeclampsia: A population-based study. *Journal of Adolescent Health*, 46, 77-82.
- Ampat, C., Wichakul, P., & Wichianprapa, A. (2010). *The relationship between perceived self-efficacy and health behaviors during childbirth among first time mothers* [Research report]. Chanthaburi: Phrapokklao nursing college.
- Bandura, A. (1984). Recycling misconceptions of perceived self-efficacy. *Cognitive Therapy and Research*, 8, 231-255.
- Bandura, A. (1986). *Social foundation of thought and action: A social cognitive theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Callahan, T. L., & Caughey, A. B. (2007). *Complication of labor and delivery*. Philadelphia: Quebecor world Dubuque.

- Center of Disease Control and Prevention. (2012). *Basics about childhood obesity*. Retrieved from <http://www.cdc.gov/obesity/childhood/basics.html>
- Christakis, N. A., & Fowler, J. H. (2007). The spread of obesity in a large social network over 32 years. *New England Journal of Medicine*, *4*, 370-379.
- Cogswell, M. E., Parvanta, L., Lckes, L., Yip, R., & Brittenham, G. M. (2012). Iron supplementation during pregnancy weight: a randomized controlled trial. *American Society for Clinical Nutrition*, *6*, 773-781.
- Cornier, M. A., Marshall, J. A., Hill, J. O., Maahs, D. M., & Eckel, R. H. (2011). Prevention of overweight/obesity as a strategy to optimize cardiovascular health. *Circulation*, *124*, 840-50.
- Cunningham, F. G., Leveno, K. J., Bloom, S. L., Hauth, J. C., Gilstrap, L. C., & Wenstrom, K. D. (2005). Hypertensive disorders in pregnancy. In F. G. Cunningham, K. J. Leveno, L. C. Gilstrap (Eds.), *Williams Obstetrics* (22nd ed., pp 737-754). New York, NY: McGraw-Hill.
- Dietz, P. M., Callaghan, W. M., Morrow, B. & Cogswell, M. E. (2005). Population-based assessment of the risk of primary Caesarean delivery due to excess pre-pregnancy weight among nulliparous women delivering term infants. *Matern Child Health Journal*, *9*, 237-244.
- Driscoll, J. W. (2008). Psychosocial adaptation to pregnancy and postpartum. In K. R. Simpson & P. A. Creehan (Eds), *Association of women's health, obstetric and neonatal nurses perinatal nursing* (3rd ed., pp 78-87). Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins.
- Dunn, D. (2515). Addressing the problem of obesity. *Association of perioperative Registered Nurses Journal*, *102*, 111-115.
- Fitzsimons, K. J., & Modder, J. (2010). Setting maternity care standards for women with obesity in pregnancy. *Seminars in Fetal and Neonatal Medicine*, *15*, 100-107.
- Fowles, E. R., & Fowles, S. L. (2008). Health eating during pregnancy: Determinants and supportive strategies. *Journal of Community Health Nursing*, *25*, 138-152.
- Geisel, J. (2003). Folic acid and neural tube defects in pregnancy: A review. *Journal of Perinatal and Neonatal Nursing*, *17*, 268-279.
- Gibson, J. L. (2000). *Organizations Behavior* (7th ed.). Boston Irwin.

- Hamaker, B. R. (2008). *Technology of functional cereal production*. Cambridge, England: Wood Head.
- Hill, B., Skouteris, H., McCabe, M., Milgrom, J., Kent, B., Herring, S. J., & Gale, J. (2013). A conceptual model of psychosocial risk and protective factors for excessive gestational weight gain. *Midwifery*, *29*, 110-114.
- Holt, R. I. G., & Hanley, N. A. (2011). *Essential endocrinology and diabetes* (6th ed.). Hoboken, NJ: Wiley-Blackwell.
- Institute of Medicine. (2009). *Weight gained during pregnancy: Reexamining the guidelines*. Washington, DC: National Academy.
- Kaisa, R., Nonna, H., & Seppo, H. (2006). Transition from overweight to obesity worsens pregnancy outcomes in a BMI-dependent manner. *North American Association for the Study of Obesity*, *14*, 165-171.
- Kerrigan, A. M., & Kingdon, C. (2008). Maternal obesity and pregnancy: A retrospective study. *Midwifery*, *26*, 138-146.
- Kinnunen, T. I., (2009). *Prevention of excessive pregnancy-related weight gain*. Retrieved from <http://acta.uta.fi/pdf/978-951-44-7567-2.pdf>
- Kitiyodom, S., & Tongswatwong, P. (2008). Pregnancy outcomes of parturients with excessive weight in Maharat, Nakornratchasima Hospital. *Thai Journal of Obstetrics and Gynecology*, *16*, 214-220.
- Klankhajhon, S. (2008). *Selected factors predicting exercise behavior of pregnancy women*. Unpublished master's thesis, Mahidol University.
- Kristensen, J., Vestergaard, M., Wisborg, K., Kesmodel, U., & Secher, N. J. (2005). Pre-pregnancy weight and the risk of stillbirth and neonatal death. *British Journal of Obstetrics and Gynecology*, *112*, 403-408.
- Ladewig, P. A. W., & Davidson, M. R. (2006). *Contemporary maternal-newborn nursing care* (6th ed.). Upper Saddle River, NJ: Pearson Prentice Hall.
- Limruangrong, P., Sinsuksai, N., Ratinthorn, A., & Boriboonhirunsarn, D. (2011). Effectiveness of a self-regulation program on diet control, exercise, and two-hour postprandial blood glucose levels in Thais with gestational diabetes mellitus. *Journal of Nursing Science*, *29*, 48-58.

- Littleton, L. Y. & Engebretson, J. C. (2005). *Maternity nursing* (7th ed.). Clifton Park, NY: Delmar.
- Lowdermilk, D. L., & Perry, S. E. (2006). *Maternity nursing* (7th ed.). St. Louis, MO: Mosby Elsevier.
- Orshan, S. A. (2008). *Maternity, newborn, and women's health nursing: Comprehensive care across the lifespan*. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins.
- Ovesen, P., Rasmussen, S., & Kesmodel, U. (2011). Effect of pre-pregnancy maternal overweight and obesity on pregnancy outcome. *The American College of Obstetrics and Gynecology*, 2, 305-312.
- Pender, N. J. (1996). *Health promotion in nursing practice* (3rd ed.). Stamford, CT: Appleton & Lange.
- Per, O., Steen, R., & Ulrik, K. (2001). Effect of pre-pregnancy maternal overweight and obesity on pregnancy outcome. *American College of Obstetrics and Gynecologists*, 118, 305-312.
- Pillitteri, A. (2007). *Maternal & child health: Nursing care of the childbearing & childrearing family*. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins.
- Ross, A. O. (1992). *The sense of self: Research and theory*. New York: Springer.
- Rouse, D. J., & Nuthalapaty, F. S. (n.d.). *The impact of obesity on female fertility and pregnancy*. Retrieved from <http://www.uptodate.com/contents/the-impact-of-obesity-on-female-fertility-and-pregnancy>
- Rudtanasudjatun, K., & Chullaprom, T. (2008). The Association between obesity and the risk of cesarean delivery and other adverse pregnancy outcomes in singleton term pregnancies. *Thai Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 16, 139-145.
- SCHARR Public Health Collaborating Center. (2008). *Weight management in pregnancy*. Retrieved from <http://www.nice.org.uk/nicemedia>.
- Shaikh, H., Robinson, S., & Teoh, T. G. (2010). Management of maternal obesity prior to and during pregnancy. *Seminars in Fetal and Neonatal Medicine*, 15, 77-82.

- The American College of Obstetricians and Gynecologists. (2016). *Committee opinion, Number 548, January 2013: Weight gain during pregnancy*. Retrieved from <http://www.acog.org/-/media/Committee-Opinions/Committee-on-Obstetric-Practice/co548.pdf?dmc=1&ts=20170613T0302026033>
- Thornton, P. L., Kieffer, E. C., SalabarriaPena, Y., Odomsyong, A., & Willis, S. K., et al. (2006). Weight, diet, and physical activity-related beliefs and practices among pregnant and postpartum Latino women: The role of social support. *Maternal and Child Health Journal, 10*, 95-104.
- Titapant, V., Lertbunnaphong, T., & Pimsen, S. (2013). Is the US Institute of Medicine recommendation for gestational weight gain suitable for Thai singleton pregnant women. *Journal of Medical Association Thailand, 96*, 1-6.
- Warziski, M. T., Sereika, S. M., Styn, M. A., Music, E., & Burke, L. E. (2008). Changes in self-efficacy and dietary adherence: The impact on weight loss in the PREFER study. *Journal of Behavioral Medicine, 31*, 81-92.
- Wojcicki, J. M. (2011). Maternal pre-pregnancy body mass index and initiation and duration of breastfeeding: A review of the literature. *Journal of Women's Health, 20*, 341-347.
- World Health Organization [WHOn]. (2016). *Obesity and overweight*. Retrieved from <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/index.html>
- World Health Organization, United Nations Children's Fund, & International Council for the Control of Iodine Deficiency Disorders. (2007). *Assessment of iodine deficiency disorders and monitoring their elimination* (3rd ed.). Geneva: World Health Organization.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบเครื่องมือการวิจัย

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ

1. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ตติรัตน์ เตชะศักดิ์ศรี อาจารย์ประจำสาขาวิชา
การพยาบาลมารดา ทารกและการผดุงครรภ์
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
2. ดร. สุพิศ ศิริอรุณรัตน์ อาจารย์ประจำสาขาวิชา
การพยาบาลมารดา ทารกและการผดุงครรภ์
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
3. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ศิริพร จันทร์ฉาย อาจารย์ประจำภาควิชาพื้นฐานสาธารณสุข
คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
4. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. วรรณ ปาหุวัฒน์นกร อาจารย์ประจำภาควิชาสถิติศาสตร์-นรีเวช
วิทยา คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหิดล
5. คุณภavana มาลา โภชนากรประจำฝ่ายโภชนาการ
โรงพยาบาลพระพุทธบาท สระบุรี

ภาคผนวก ข

แบบรายงานผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย



แบบรายงานผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

ชื่อหัวข้อวิทยานิพนธ์

ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถในตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพด้านโภชนาการและน้ำหนักเพิ่มเฉลี่ยของหญิงตั้งครรภ์ครั้งแรกที่มีภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐานก่อนตั้งครรภ์

Effects of Perceived Self-efficacy Enhancement Program on Healthy Nutrition Behaviors and Average Weight Gain of Primiparous Pregnant Women Having Pre-pregnancy Overweight

ชื่อนิสิต นางสาวรุ่ง โกจันทิก

รหัสประจำตัวนิสิต 53920038

หลักสูตร พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชา การผดุงครรภ์ขั้นสูง คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา (ภาคพิเศษ)

ผลการพิจารณาของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยฯ

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยฯ มีมติเห็นชอบ รับรองจริยธรรมการวิจัย รหัส 03 - 06 - 2559

โดยได้พิจารณารายละเอียดการวิจัยเรื่องดังกล่าวข้างต้นแล้ว ในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับ

1) การเคารพในศักดิ์ศรี และสิทธิของมนุษย์ที่ใช้เป็นกลุ่มตัวอย่างการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาคือ หญิงตั้งครรภ์ครั้งแรกที่มีภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐานก่อนตั้งครรภ์ จำนวนทั้งหมดไม่เกิน 60 ราย สถานที่เก็บรวบรวมข้อมูลคือ แผนกฝากครรภ์ โรงพยาบาลพระพุทธบาท จังหวัดสระบุรี

2) วิธีการอย่างเหมาะสมในการได้รับความยินยอมจากกลุ่มตัวอย่างก่อนเข้าร่วมโครงการวิจัย (Informed consent) รวมทั้งการปกป้องสิทธิประโยชน์และรักษาความลับของกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย

3) การดำเนินการวิจัยอย่างเหมาะสม เพื่อไม่ก่อความเสียหายหรืออันตรายต่อกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา

การรับรองจริยธรรมการวิจัยนี้มีกำหนดระยะเวลาหนึ่งปี นับจากวันที่ออกหนังสือฉบับนี้ ถึงวันที่ 22 กรกฎาคม พ.ศ. 2560

อนึ่ง กรณีที่มีการเปลี่ยนแปลงหรือเพิ่มเติม ใดๆ ของการวิจัยนี้ ขณะอยู่ในช่วงระยะเวลาให้การรับรองจริยธรรมการวิจัย ขอให้ผู้วิจัยส่งรายงานการเปลี่ยนแปลงต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยเพื่อขอรับรอง (เพิ่มเติม) ก่อนดำเนินการวิจัยด้วย

วันที่ให้การรับรอง 22 เดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2559

ลงนาม.....

(รองศาสตราจารย์ ดร.วราณี เดียวศิริเรศ)

รองประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยฯ รักษาการแทน
ประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

ภาคผนวก ค

สำเนาขอความอนุเคราะห์ให้นิติศาสตร์รวบรวมข้อมูล
และใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัยเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย

ที่ ศธ ๖๒๐๖/ ๐๑๙๓



มหาวิทยาลัยบูรพา คณะพยาบาลศาสตร์
๑๖๙ ถนนลงหาดบางแสน ตำบลแสนสุข
อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี ๒๐๑๓๑

๒ สิงหาคม ๒๕๕๙

เรื่อง ขอบความอนุเคราะห์ให้นิสิตเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ และเพื่อดำเนินการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพระพุทธบาท

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. แบบรายงานผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยฯ
๒. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ด้วย นางสาวกริ่ง โกจันทิก รหัสประจำตัว ๕๓๙๒๐๐๓๘ นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการผดุงครรภ์ชั้นสูง คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ได้รับอนุมัติเค้าโครงวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถในตนเอง ต่อพฤติกรรมสุขภาพด้านโภชนาการและน้ำหนักเพิ่มเติมของหญิงตั้งครรภ์ครั้งแรกที่มีภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐานก่อนตั้งครรภ์” โดยมี ดร.วรรณทนา ศุภสีมานนท์ เป็นประธานกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ ในกรณีนี้ คณะฯ จึงขอความอนุเคราะห์จากท่านอำนวยความสะดวกให้นิสิตเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง คือ หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐานก่อนตั้งครรภ์ ที่มารับบริการฝากครรภ์ ณ แผนกฝากครรภ์ โรงพยาบาลพระพุทธบาท ระหว่างวันที่ ๑๕ สิงหาคม - ๑๕ ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๕๙ โดยแบ่งดังนี้

- | | |
|---|--------------|
| ๑. เก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ | จำนวน ๓๐ ราย |
| ๒. เก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อดำเนินการวิจัย | จำนวน ๖๐ ราย |

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ด้วย จะเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.นุจรี ไชยมงคล)

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ ปฏิบัติการแทน
ผู้รักษาการแทนอธิการบดีมหาวิทยาลัยบูรพา

งานบริการการศึกษา (บัณฑิตศึกษา)

โทรศัพท์ ๐ ๓๘๑๐ ๒๘๕๕, ๐ ๓๘๑๐ ๒๘๓๖

โทรสาร ๐ ๓๘๓๙ ๓๔๗๖

ผู้วิจัย ๐ ๘๖ ๖๕๓ ๗๙๓๐



เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย (กลุ่มทดลอง)

งานวิจัยเรื่อง: ผลของ โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถในตนเองด้าน โภชนาการต่อ พฤติกรรมสุขภาพด้าน โภชนาการและน้ำหนักเพิ่มของหญิงตั้งครรภ์ครั้งแรกที่มีภาวะน้ำหนักเกิน มาตรฐานก่อนตั้งครรภ์

รหัสจริยธรรมการวิจัย: 03-06-2559

ชื่อผู้วิจัย: นางสาวกรรุง โภจันติก

งานวิจัยครั้งนี้จัดทำขึ้นเพื่อศึกษาผลของ โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถในตนเองด้าน โภชนาการต่อพฤติกรรมสุขภาพด้าน โภชนาการและน้ำหนักเพิ่มของหญิงตั้งครรภ์ครั้งแรกที่มีภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐานก่อนตั้งครรภ์ ซึ่งท่านเป็นบุคคลที่มีคุณสมบัติที่เหมาะสม และได้รับการคัดเลือกให้เข้าร่วมการศึกษาวิจัยครั้งนี้

เมื่อท่านได้เข้าร่วมการวิจัยในวันที่ท่านมาฝากครรภ์ ที่โรงพยาบาลพระพุทธบาท ท่านจะได้ตอบแบบสอบถามข้อมูลทั่วไปและพฤติกรรมสุขภาพด้าน โภชนาการ หลังจากนั้นท่านจะได้รับกิจกรรมการพยาบาลตามมาตรฐานของโรงพยาบาล คือ ได้รับบริการฝากครรภ์ และได้รับคำแนะนำเป็นรายกลุ่ม 1 ครั้ง เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวขณะตั้งครรภ์จากพยาบาล และเกี่ยวกับภาวะ โภชนาการจากนักโภชนาการ และท่านจะได้รับ โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถในตนเอง เกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพด้าน โภชนาการ ที่ประกอบด้วย ได้รับคำแนะนำเป็นรายกลุ่ม ได้ชม วิดีทัศน์ต้นแบบหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐานก่อนตั้งครรภ์ที่ประสบความสำเร็จในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพด้าน โภชนาการ ได้ฝึกเขียนรายการอาหารที่รับประทานในวันที่ผ่านมา ได้ประเมินความเหมาะสมของจำนวนพลังงานที่ได้รับจากอาหาร ได้รับคู่มือการดูแลตนเองด้าน โภชนาการ ได้ร่วมอภิปรายและซักถามข้อสงสัย ระหว่างสัปดาห์ที่ 1-4 หลังจากเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยติดตามพฤติกรรมสุขภาพด้าน โภชนาการ ทางโทรศัพท์ สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ในตอนเย็น ไม่เกิน เวลา 19.00 น. เปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย และให้คำแนะนำเพิ่มเติม เมื่อมาฝากครรภ์ครั้งต่อไป ในสัปดาห์ที่ 4 หลังเข้าร่วมการวิจัย ท่านจะได้ตอบแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพด้าน โภชนาการ อีกครั้งหนึ่ง

ประโยชน์จากการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้ คือ ลดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นกับท่านในระยะ ตั้งครรภ์ คลอด หรือหลังคลอด อันจะส่งผลดีต่อสุขภาพของท่านและทารก และผลที่ได้จากการวิจัย สามารถนำไปใช้พัฒนารูปแบบการพยาบาล เพื่อใช้เป็นแนวทางในการให้บริการหญิงตั้งครรภ์ที่มี

ภาชนะน้ำหนักเกินมาตรฐานก่อนตั้งครรภ์ต่อไป

การเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้เป็นไปด้วยความสมัครใจ ท่านมีสิทธิ์ในการปฏิเสธการเข้าร่วมโครงการวิจัย และสามารถถอนตัวออกจากโครงการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่ต้องบอกเหตุผล ซึ่งจะไม่ มีผลกระทบใด ๆ ต่อการดูแลรักษาของโรงพยาบาลที่ท่านจะได้รับ การดำเนินการวิจัยนี้ไม่ต้องเสีย ค่าใช้จ่ายใด ๆ ข้อมูลของท่านจะถูกเก็บเป็นความลับ ใช้เพื่อการรายงานผลการวิจัยในภาพรวม เท่านั้น

หากท่านมีปัญหาหรือข้อสงสัยประการใด สามารถสอบถามได้โดยตรงจากผู้วิจัย นางสาว รุ่งรุ่ง โฉจันทร์ โทรศัพท 08-6653-7930 หรืออาจารย์ที่ปรึกษาหลัก อาจารย์ ดร.วรรณทนา ศุภสีมานนท์ โทรศัพท 08-1652-5400

ผู้วิจัยขอขอบคุณท่านเป็นอย่างยิ่ง ในการให้ความร่วมมือครั้งนี้

นางสาว รุ่งรุ่ง โฉจันทร์
ผู้วิจัย

หากท่านได้รับการปฏิบัติที่ไม่ตรงตามที่ได้ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงนี้ ท่านสามารถแจ้งให้ประธาน คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมฯ ทราบได้ที่ เลขานุการคณะกรรมการจริยธรรมฯ ฝ่ายวิจัยคณะ พยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา โทร. 0-3810-2823

ในเอกสารนี้อาจมีข้อความที่ท่านอ่านแล้วยังไม่เข้าใจ โปรดสอบถามผู้วิจัยหรือผู้แทนให้ช่วย อธิบายจนกว่าจะเข้าใจดี ท่านอาจจะขอเอกสารนี้กลับไปที่บ้านเพื่ออ่านและทำความเข้าใจ หรือ ปรึกษาหารือกับญาติพี่น้อง เพื่อนสนิท แพทย์ประจำตัวของท่าน หรือแพทย์ท่านอื่น เพื่อช่วยใน การตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ได้



เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย (กลุ่มควบคุม)

งานวิจัยเรื่อง: ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถในตนเองด้านโภชนาการต่อพฤติกรรมสุขภาพด้านโภชนาการและน้ำหนักเพิ่มของหญิงตั้งครรภ์ครั้งแรกที่มีภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐานก่อนตั้งครรภ์

รหัสจริยธรรมการวิจัย: 03-06-2559

ชื่อผู้วิจัย: นางสาว รุ่งเรือง โกจันทิก

งานวิจัยครั้งนี้จัดทำขึ้นเพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถในตนเองด้านโภชนาการต่อพฤติกรรมสุขภาพด้านโภชนาการและน้ำหนักเพิ่มของหญิงตั้งครรภ์ครั้งแรกที่มีภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐานก่อนตั้งครรภ์ ซึ่งท่านเป็นบุคคลที่มีคุณสมบัติที่เหมาะสมและได้รับการคัดเลือกให้เข้าร่วมการศึกษาวินิจฉัยครั้งนี้

เมื่อท่านได้เข้าร่วมการวิจัยแล้ว ท่านจะได้ตอบแบบสอบถามข้อมูลทั่วไปและพฤติกรรมสุขภาพด้านโภชนาการ และได้รับกิจกรรมการพยาบาลตามมาตรฐานของโรงพยาบาล ได้แก่ ได้รับบริการฝากครรภ์ ได้รับคำแนะนำเป็นรายกลุ่ม 1 ครั้ง เกี่ยวกับการปฏิบัติตนขณะตั้งครรภ์จากพยาบาล และเกี่ยวกับภาวะโภชนาการในหญิงตั้งครรภ์จากนักโภชนาการ

การเข้าร่วมวิจัยในครั้งนี้ อาจจะไม่เกิดประโยชน์ต่อท่านโดยตรง แต่ผลที่ได้จากการวิจัยสามารถนำไปใช้พัฒนารูปแบบการพยาบาล เพื่อใช้เป็นแนวทางในการให้บริการหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐานก่อนตั้งครรภ์ต่อไป

การเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้เป็นไปด้วยความสมัครใจ ท่านมีสิทธิ์ในการปฏิเสธการเข้าร่วมโครงการวิจัย และสามารถถอนตัวออกจากโครงการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่ต้องบอกเหตุผล ซึ่งจะไม่ มีผลกระทบใด ๆ ต่อการดูแลรักษาของโรงพยาบาลที่ท่านจะได้รับ การดำเนินการวิจัยนี้ไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายใด ๆ ข้อมูลของท่านจะถูกเก็บเป็นความลับ ใช้เพื่อการรายงานผลการวิจัยในภาพรวมเท่านั้น

หากท่านมีปัญหาหรือข้อสงสัยประการใด สามารถสอบถามได้โดยตรงจากผู้วิจัย
นางสาว รุ่งรุ้ง โกจันทึก โทรศัพท์ 08-6653-7930 หรืออาจารย์ที่ปรึกษาหลัก อาจารย์ ดร. วรรณทนา
ศุภสีมานนท์ โทรศัพท์ 08-1652-5400

ผู้วิจัยขอขอบคุณท่านเป็นอย่างยิ่ง ในการให้ความร่วมมือครั้งนี้

นางสาว รุ่งรุ้ง โกจันทึก
ผู้วิจัย

หากท่านได้รับการปฏิบัติที่ไม่ตรงตามที่ได้ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงนี้ ท่านสามารถแจ้งให้ประธาน
คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมฯ ทราบได้ที่ เลขานุการคณะกรรมการจริยธรรมฯ ฝ่ายวิจัยคณะ
พยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา โทร. 0-3810-2823

ในเอกสารนี้อาจมีข้อความที่ท่านอ่านแล้วยังไม่เข้าใจ โปรดสอบถามผู้วิจัยหรือผู้แทนให้ช่วย
อธิบายจนกว่าจะเข้าใจดี ท่านอาจจะขอเอกสารนี้กลับไปที่บ้านเพื่ออ่านและทำความเข้าใจ หรือ
ปรึกษาหารือกับญาติพี่น้อง เพื่อนสนิท แพทย์ประจำตัวของท่าน หรือแพทย์ท่านอื่นเพื่อช่วยใน
การตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ได้



ใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

หัวข้อวิทยานิพนธ์เรื่อง ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถในตนเองด้าน
โภชนาการต่อพฤติกรรมสุขภาพด้าน โภชนาการและน้ำหนักเพิ่มของหญิงตั้งครรภ์ครั้งแรกที่มีภาวะ
น้ำหนักเกินมาตรฐานก่อนตั้งครรภ์

วันที่ให้คำยินยอม วันที่ เดือน..... พ.ศ.

ก่อนที่จะลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัยนี้ ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายจากผู้วิจัยถึง
วัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัย ประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัยอย่างละเอียด และมีความ
เข้าใจดีแล้ว ข้าพเจ้ายินดีเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ด้วยความสมัครใจ และข้าพเจ้ามีสิทธิที่จะบอกเลิก
การเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้เมื่อใดก็ได้ ซึ่งการบอกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยนี้ จะไม่มีผลกระทบ
ใด ๆ ต่อข้าพเจ้า

ผู้วิจัยรับรองว่าจะตอบคำถามต่าง ๆ ที่ข้าพเจ้าสงสัยด้วยความเต็มใจ ไม่ปิดบัง ซ่อนเร้น
จนข้าพเจ้าพอใจ ข้อมูลเฉพาะเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าจะถูกเก็บเป็นความลับ จะเปิดเผยข้อมูลที่ได้จาก
การวิจัยในภาพรวมที่เป็นการสรุปผลการวิจัย

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นแล้ว และมีความเข้าใจดีทุกประการ จึงได้ลงนามในใบ
ยินยอมนี้ด้วยความเต็มใจ

ลงนาม.....ผู้ยินยอม

(.....)

ลงนาม.....พยาน

(.....)

ลงนาม.....ผู้วิจัย

(นางสาว รุ่งรุ้ง โกจันทิก)

ภาคผนวก ง
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

**แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพด้านโภชนาการของหญิงตั้งครรภ์
ที่มีภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐานก่อนตั้งครรภ์**

คำชี้แจง

แบบสอบถามนี้เป็นส่วนหนึ่งของเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยเรื่องผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถในตนเองด้านโภชนาการต่อพฤติกรรมสุขภาพด้านโภชนาการและน้ำหนักเพิ่มของหญิงตั้งครรภ์ครั้งแรกที่มีภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐานก่อนตั้งครรภ์ ใช้สำหรับเก็บข้อมูลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐานก่อนตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์โรงพยาบาลพระพุทธบาท จังหวัดสระบุรี แบบสอบถามมีทั้งหมด 2 ส่วน

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพด้านโภชนาการของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐานก่อนการตั้งครรภ์

โปรดอ่านคำชี้แจงก่อนตอบแบบสอบถามแต่ละส่วน และตอบแบบสอบถามทุกข้อตามความคิดเห็นที่แท้จริง โดยคำตอบทั้งหมดผู้วิจัยจะเก็บเป็นความลับ และไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อการบริการด้านสุขภาพของท่านในครั้งนี้และครั้งต่อ ๆ ไป

ขอขอบคุณที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามในครั้งนี้

นางสาว รักรุ่ง โกจันทึก

นักศึกษาระดับปริญญาตรี สาขาวิชาการพัฒนาระบบสุขภาพชั้นสูง

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

	<u>สำหรับ</u> <u>ผู้วิจัย</u>
คำชี้แจง กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ ในช่อง (.....) หรือเติมข้อความในช่องว่าง	1. case no...
1. อายุ.....ปี (เกิน 6 เดือน คิดเป็น 1 ปี)	2. gr.....
2. จบการศึกษา (สำหรับผู้วิจัย: รวมจำนวนปีที่ศึกษาทั้งหมด.....ปี)	3.
(.....) ประถมศึกษา (1) (.....) มัธยมศึกษาตอนต้น (ม.3) (2)	4.
(.....) มัธยมศึกษาตอนปลาย (ม.6) หรือ ปวช. (3) (.....) อนุปริญญา หรือ ปวส. (4)	5. yr.....
(.....)ปริญญาตรี (5) (.....) อื่น ๆ ระบุ.....(6)	
3. อาชีพ	6.
(.....) แม่บ้าน (1) (.....) รับจ้าง ระบุ..... (2)	
(.....) เกษตรกร (3) (.....) ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว (4)	
(.....) อื่น ๆ ระบุ..... (5)	
4. รายได้ของครอบครัว.....บาท/เดือน	7.
5. สถานภาพสมรส	8.
(.....) จดทะเบียนสมรสและอยู่ด้วยกันกับสามี (1)	
(.....) ไม่ได้จดทะเบียนสมรส แต่อยู่ด้วยกันกับสามี (2)	
(.....) หม้าย/หย่า/แยก (3) (.....) อื่นๆ ระบุ..... (4)	
6. ลักษณะครอบครัว	9.
(.....) ครอบครัวเดี่ยว (ประกอบด้วย ท่าน สามี บุตร) (1)	
(.....) ครอบครัวขยาย (ประกอบด้วย ท่าน สามี บุตร ญาติของท่าน/ญาติของสามี) (2)	
<u>สำหรับผู้วิจัย</u>	
7. ส่วนสูง.....ซม. น้ำหนักเฉลี่ยก่อนการตั้งครรภ์.....กก. BMI ก่อนตั้งครรภ์.....	10. BMI.....
กก./ม. ²	11. GA1.....
8. เริ่มเข้าร่วมการวิจัย วันที่.....เมื่อ GA.....สัปดาห์ น้ำหนัก.....กก.	12. Wt1.....
9. วันสุดท้ายของการเข้าร่วมการวิจัย วันที่.....เมื่อ GA.....สัปดาห์	13. GA2.....
น้ำหนัก.....กก.	14. Wt2.....
10. หลังเข้าร่วมการวิจัย น้ำหนักเพิ่มเฉลี่ย.....กก./สัปดาห์	15. WtM.....
	16. NBWt...

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพด้านโภชนาการของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะน้ำหนักเกิน
มาตรฐานก่อนการตั้งครรภ์

คำชี้แจง แบบสอบถามนี้มีจำนวน 17 ข้อ กรุณาตอบคำถามโดยทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรง

กับการปฏิบัติของท่านมากที่สุด ซึ่งแต่ละข้อมีคำตอบให้เลือกและมีความหมาย ดังนี้

- ปฏิบัติเป็นประจำ หมายถึง ท่านปฏิบัติพฤติกรรมดังกล่าวด้วยความถี่เป็นประจำทุกวัน
- ปฏิบัติบ่อย หมายถึง ท่านปฏิบัติพฤติกรรมดังกล่าวด้วยความถี่ ประมาณ 3-5 ครั้งต่อสัปดาห์
- ปฏิบัติบางครั้ง หมายถึง ท่านปฏิบัติพฤติกรรมดังกล่าวด้วยความถี่ ประมาณ 1-2 ครั้งต่อสัปดาห์
- ไม่เคยปฏิบัติ หมายถึง ท่านไม่ได้ปฏิบัติพฤติกรรมดังกล่าวเลย

ข้อความ	ปฏิบัติ เป็น ประจำ (4)	ปฏิบัติ เป็นส่วน ใหญ่ (3)	ปฏิบัติ เป็น บางครั้ง (2)	ไม่เคย ปฏิบัติ (1)	สำหรับ ผู้วิจัย
1. ฉันรับประทานเนื้อสัตว์ติดมัน เช่น หมูสามชั้น หนังไก่ทอด <u>แต่น้อย</u>					17.
2. ฉันรับประทานขนมกรุบกรอบ					18.
3. ...					19.
4. ...					20.
5. ...					21.
6. ...					22.
7. ...					23.
8. ...					24.
9. ...					25.
10. ...					26.
11. ...					27.
12. ...					28.
13. ...					29.
14. ...					30.

ข้อความ	ปฏิบัติ เป็น ประจำ (4)	ปฏิบัติ เป็นส่วน ใหญ่ (3)	ปฏิบัติ เป็น บางครั้ง (2)	ไม่เคย ปฏิบัติ (1)	สำหรับ ผู้วิจัย
15. ...					31.
16. ...					32.
17. <u>ฉันดื่มเครื่องดื่มรสหวานมัน ที่ได้ ครีม ครีมเทียม น้ำตาล และนม<u>แต่น้อย</u></u>					33.