

ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมรับประทานอาหารของหญิงตั้งครรภ์ที่มีน้ำหนักเกินก่อนการตั้งครรภ์

กมลนัทธ์ วุฒิสาร พย.ม.*, สุพิศ ศิริอรุณรัตน์ ส.ด.**, ตติรัตน์ เตชะศักดิ์ศรี ส.ด.***

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยแบบบรรยายเชิงหาความสัมพันธ์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมรับประทานอาหารของหญิงตั้งครรภ์ที่มีน้ำหนักเกินก่อนการตั้งครรภ์ กลุ่มตัวอย่างเป็นหญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุครรภ์ตั้งแต่ 20 สัปดาห์ และมีค่าดัชนีมวลกายก่อนการตั้งครรภ์ตั้งแต่ 23 กิโลกรัมต่อตารางเมตรขึ้นไป ที่มาฝากครรภ์ ณ โรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่งในจังหวัดสมุทรปราการ จำนวน 96 ราย เลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่าย เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบวัดพฤติกรรมรับประทานอาหารระหว่างการตั้งครรภ์ และ แบบวัดการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดผลกระทบต่อสุขภาพ แบบวัดการรับรู้ความรุนแรงของผลกระทบด้านสุขภาพ แบบวัดการรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานอาหาร และแบบวัดการรับรู้อุปสรรคของการรับประทานอาหาร มีค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ เท่ากับ 0.78, 0.94, 0.85, 0.92 และ 0.87 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน พิสัย และสถิติสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

ผลการวิจัย พบว่า พฤติกรรมรับประทานอาหารของหญิงตั้งครรภ์ที่มีน้ำหนักเกินก่อนการตั้งครรภ์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรับรู้โอกาสเสี่ยงของผลกระทบต่อสุขภาพ ($r = 0.17, p = 0.05$) การรับรู้ความรุนแรงของผลกระทบต่อสุขภาพ ($r = 0.23, p = 0.01$) และการรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานอาหาร ($r = 0.21, p = 0.02$) แต่มีความสัมพันธ์ทางลบกับการรับรู้อุปสรรคของการรับประทานอาหาร ($r = -0.22, p = 0.02$)

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ เสนอแนะให้พยาบาลในหน่วยให้บริการฝากครรภ์ พัฒนารูปแบบหรือกิจกรรมการพยาบาล ในการปรับเปลี่ยนความเชื่อด้านสุขภาพแก่หญิงตั้งครรภ์ที่มีดัชนีมวลกายเกินก่อนตั้งครรภ์ เพื่อให้มีพฤติกรรมรับประทานอาหารที่เหมาะสมต่อไป

คำสำคัญ : ความเชื่อด้านสุขภาพ, พฤติกรรมรับประทานอาหาร, หญิงตั้งครรภ์ที่มีน้ำหนักเกินก่อนการตั้งครรภ์

Relationships between Health Beliefs and Eating Behaviors of Pregnant Women who had Overweight before Pregnancy

Kamolnat Wutthisarn M.N.S.*, Supit Siriarunrat Dr.P.H.**, Tatirat Tachasuksri Dr.P.H.***

Abstract

The purposes of this descriptive correlational research were to examine relationships between eating behaviors and health belief among pregnant women who had overweight before pregnant. Simple random sampling technique was used to select 96 pregnant women who had BMI ≥ 23 kg/m² before pregnant and

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลบางบ่อ จังหวัดสมุทรปราการ

** อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

*** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

* A Registered Nurse, Professional Level, Bangbo Hospital, Samut Prakan Province

** A lecture, Faculty of Nursing, Burapha University

*** Asst. Prof., Faculty of Nursing, Burapha University

attended antenatal care service at a community hospital in Samut Prakan Province. Instruments consisted of self-administered questionnaires to capture data regarding eating behaviors, perceived susceptibility, perceived severity, perceived benefits, and perceived barriers. Reliabilities of these questionnaires tested by Cronbach's Alpha Coefficient were 0.78, 0.94, 0.85, 0.92, and 0.87, respectively. Descriptive statistics, Pearson's product moment correlation were used to analyze the data.

Results revealed that eating behaviors had positive relation with health beliefs including the perceived susceptibility of adverse effects on health ($r = 0.17, p = 0.05$), perceived severity of adverse effects on health ($r = 0.23, p = 0.01$) and perceived benefits of eating behaviors ($r = 0.21, p = 0.02$). However, eating behaviors had negative relation with perceived barriers to eating behaviors ($r = -0.22, p = 0.02$).

These findings suggest that nurses working at ANC unit should develop nursing interventions for improving health beliefs of pregnant women who had overweight before pregnant.

Keywords : health belief, eating behaviors, pre-pregnant overweight

บทนำ

การมีน้ำหนักเกินหรืออ้วนเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญของโลกและของประเทศไทย จากรายงานขององค์การอนามัยโลก¹ ปี พ.ศ. 2557 พบ ผู้หญิงมีความชุกของภาวะน้ำหนักเกินมากกว่าผู้ชาย วัยผู้ใหญ่ประมาณ 1.9 พันล้านคนหรือร้อยละ 39 มีน้ำหนักตัวเกินและเป็นโรคอ้วน รายงานการสำรวจสุขภาพของคนไทย² พบ ภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วนในผู้หญิง (ค่าดัชนีมวลกาย ≥ 25 กิโลกรัมต่อตารางเมตร) เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 34.4 ในปี พ.ศ. 2547 เป็นร้อยละ 40.7 ในปี พ.ศ. 2552 โดยผู้หญิงมีส่วนของคนที่มีภาวะอ้วนและอ้วนลงพุงมากกว่าผู้ชาย การที่ผู้หญิงมีภาวะอ้วนเพิ่มมากขึ้นนี้เอง ทำให้คาดได้ว่า อุบัติการณ์ของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะน้ำหนักเกินหรืออ้วนก่อนการตั้งครรภ์ในประเทศไทยน่าจะเพิ่มขึ้นด้วย³

ภาวะน้ำหนักเกินหรืออ้วนก่อนการตั้งครรภ์สำหรับคนเอเชีย คือ มีค่าดัชนีมวลกายตั้งแต่ 23 กิโลกรัมต่อตารางเมตรขึ้นไป ส่งผลให้หญิงตั้งครรภ์มีน้ำหนักตัวเพิ่มมากขึ้นเกินเกณฑ์เป็น 4 เท่าของคนที่มีดัชนีมวลกายน้อยหรือปกติก่อนการตั้งครรภ์⁴ และการมีน้ำหนักตัวเพิ่มมากขึ้นไปในขณะตั้งครรภ์ จะทำให้หญิงตั้งครรภ์เสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงระหว่างตั้งครรภ์⁵ ทารกตัวโตมากกว่าปกติ ทำให้คลอดยาก⁶ ได้รับการบาดเจ็บจากการคลอด เกิดภาวะหายใจลำบาก มีน้ำตาลในเลือดต่ำ ได้รับการผ่าตัดคลอดบุตร⁷ และในระยะหลังคลอด ไม่ประสบความสำเร็จในการให้นมบุตร⁸ นอกจากนี้ยังส่งผลเสียในระยะยาว คือ มารดามีน้ำหนักตัวคงค้างหลังคลอด เป็นผลให้เกิดภาวะอ้วนตามมาได้ และทารกมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะน้ำหนักเกินเมื่อ

อายุ 3 ขวบ⁹ และมีโอกาสเกิดโรคเกี่ยวกับระบบหลอดเลือดและหัวใจได้ในอนาคต¹⁰ ดังนั้นการเพิ่มขึ้นของน้ำหนักตัวขณะตั้งครรภ์จึงมีความสำคัญมากต่อสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ทั้งในระยะตั้งครรภ์ คลอด และหลังคลอด

ในระยะตั้งครรภ์หญิงตั้งครรภ์ต้องการสารอาหารและพลังงานอาหารเพิ่มขึ้น หญิงตั้งครรภ์จึงรับประทานอาหารเพิ่มมากขึ้น¹¹ อย่างไรก็ตามถ้าหญิงตั้งครรภ์รับประทานอาหารมากเกินไปตามความต้องการของร่างกายและของทารกในครรภ์ โดยเฉพาะอาหารประเภทแป้ง น้ำตาล และไขมัน จะทำให้มีน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นมากเกินไป ส่งผลให้เกิดภาวะน้ำหนักเกินหรืออ้วนในหญิงตั้งครรภ์ ซึ่งทำให้เกิดผลเสียต่อสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์และทารกตามมาได้ดังที่กล่าวแล้วข้างต้น ดังนั้นการดูแลหญิงตั้งครรภ์ให้มีพฤติกรรมมารับประทานอาหารที่เหมาะสม จึงมีความสำคัญมากโดยเฉพาะในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ที่มีค่าดัชนีมวลกายเกินก่อนการตั้งครรภ์

การศึกษาที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมมารับประทานอาหารของหญิงตั้งครรภ์โดยตรงยังมีน้อย แต่จากผลการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยครั้งที่ 4² พบว่า คนไทยมีการรับประทานผักผลไม้ไม่เพียงพอ ขณะที่รับประทานอาหารแป้ง ไขมันเพิ่มมากขึ้นจึงเป็นไปได้ว่าหญิงตั้งครรภ์ที่มีดัชนีมวลกายเกินก่อนตั้งครรภ์ น่าจะมีพฤติกรรมมารับประทานอาหารที่ไม่แตกต่างจากคนไทยโดยทั่วไป นั่นคือ มีพฤติกรรมมารับประทานที่ไม่เหมาะสม พยาบาลผดุงครรภ์ผู้ให้บริการในหน่วยฝากครรภ์จึงควรตระหนักถึงความสำคัญของปัญหานี้ และดูแลป้องกันไม่ให้หญิงกลุ่มนี้มีน้ำหนักตัวเพิ่มมากขึ้นไปในขณะตั้งครรภ์ โดยส่งเสริมให้รับประทานอาหารที่ไม่มีส่วนประกอบของแป้ง น้ำตาล และไขมันมากเกินไป พยาบาลจึง

ควรทราบถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมมารับประทานอาหารของหญิงตั้งครรภ์ในกลุ่มนี้ ซึ่งพฤติกรรมมารับประทานอาหารของหญิงตั้งครรภ์มีความเกี่ยวข้องกับปัจจัยส่วนบุคคล ครอบครัว และสิ่งแวดล้อม แต่ปัจจัยส่วนบุคคลมีความสำคัญมาก เพราะว่ามีอิทธิพลโดยตรงต่อความรู้สึกนึกคิดและการตัดสินใจในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ¹² อีกทั้งบริบทในการศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นหญิงตั้งครรภ์ดัชนีมวลกายเกินก่อนการตั้งครรภ์ อาศัยอยู่ในเขตอุตสาหกรรมในจังหวัดสมุทรปราการ มีอุบัติการณ์ของภาวะอ้วนในเพศหญิงสูง มีลักษณะเป็นชุมชนเมือง วิถีชีวิตคนในชุมชนรีบเร่ง มีเวลาน้อยในการประกอบอาหารรับประทานเอง อีกทั้งส่วนใหญ่เป็นครอบครัวเดี่ยว มีการพึ่งพากันในชุมชนน้อย¹³ ดังนั้นในการส่งเสริมให้หญิงตั้งครรภ์มีพฤติกรรมมารับประทานอาหารที่ดีหรือเหมาะสม จึงควรเริ่มศึกษาปัจจัยต้นส่วนบุคคลก่อน

แนวคิดแบบแผนความเชื่อทางสุขภาพของโรเซนสตอกต์¹² กล่าวว่า บุคคลจะปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ดี เมื่อมีการรับรู้โอกาสเสี่ยง (Perceived susceptibility) และความรุนแรง (Perceived severity) ของผลที่เกิดจากการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพนั้นๆ นอกจากนี้บุคคลจะต้องรับรู้ถึงประโยชน์ (Perceived benefits) ที่ได้จากการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ และการรับรู้อุปสรรค (Perceived barriers) ต่างๆ นั้น ไม่สามารถขัดขวางการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพนั้นได้ จากการทบทวนวรรณกรรมของสตรีรัตน์ ธาดากานต์ และคณะ¹⁴ พบว่า หญิงตั้งครรภ์ไม่มีการรับรู้ภาวะอ้วนขณะตั้งครรภ์ มีผลต่อการเกิดปัญหาภาวะสุขภาพต่อตนเองและทารก มีพฤติกรรมมารับประทานอาหารแบบไม่ควบคุมปริมาณอาหาร จนเกิดภาวะอ้วนร่วมกับภาวะความดันโลหิตสูงและเบาหวานในขณะตั้งครรภ์ การรับรู้ประโยชน์ของการส่งเสริมสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ($r = 0.53, p < 0.001$) ของหญิงตั้งครรภ์ชาวไทยมุสลิม¹⁵ และการรับรู้อุปสรรคของการส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางลบระดับสูงที่สุดกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการของสตรีตั้งครรภ์อายุมากกว่า 35 ปี ($r = -0.62, p < 0.01$)¹⁶

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ จึงต้องการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของผลกระทบด้านสุขภาพ การรับรู้ความรุนแรงของผลกระทบด้านสุขภาพ การรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานอาหารเช้าที่เหมาะสม และการรับรู้อุปสรรคของการรับประทานอาหารเช้า

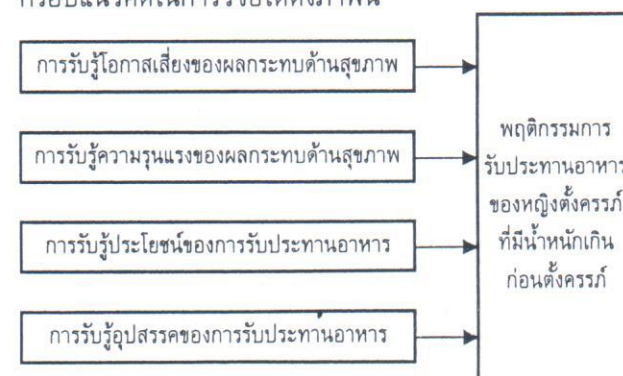
ที่เหมาะสมกับพฤติกรรมมารับประทานอาหารของหญิงตั้งครรภ์ที่มีน้ำหนักเกินก่อนการตั้งครรภ์ เพื่อนำผลการวิจัยที่ได้มาใช้เป็นฐานข้อมูลในการวางแผนส่งเสริม ป้องกัน และดูแลหญิงตั้งครรภ์ในกลุ่มนี้ให้มีพฤติกรรมมารับประทานอาหารที่เหมาะสมต่อไป

วัตถุประสงค์ในการวิจัย

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมมารับประทานอาหารของหญิงตั้งครรภ์ที่มีน้ำหนักเกินก่อนการตั้งครรภ์
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดผลกระทบด้านสุขภาพ การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดผลกระทบด้านสุขภาพ การรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานอาหารเช้า และการรับรู้อุปสรรคของการรับประทานอาหารเช้า กับ พฤติกรรมมารับประทานอาหารของหญิงตั้งครรภ์ที่มีน้ำหนักเกินก่อนการตั้งครรภ์

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) ของโรเซนสตอกต์¹² เป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย ที่ว่า พฤติกรรมป้องกันโรคของบุคคลประกอบด้วย มโนทัศน์เกี่ยวกับการรับรู้ของบุคคล (Individual perception) มีสมมติฐานว่า เมื่อบุคคลเกิดความกลัว และรับรู้ภาวะคุกคามที่จะถึงตัว บุคคลนั้นจะปฏิบัติตามคำแนะนำเพื่อป้องกันโรค และจัดการกับปัญหาหรืออุปสรรคต่างๆ โดยคำนึงถึงประโยชน์ที่ตนจะได้รับ สามารถเขียนกรอบแนวคิดในการวิจัยได้ดังภาพนี้



วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบบรรยายเชิงหาความสัมพันธ์ (Descriptive correlational research) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมมารับ

รับประทานอาหารของหญิงตั้งครรภ์ที่มีน้ำหนักเกินก่อนการตั้งครรภ์

ประชากร คือ หญิงตั้งครรภ์ที่มีค่าดัชนีมวลกายตั้งแต่ 23 กิโลกรัมต่อตารางเมตรขึ้นไป ที่มารับบริการฝากครรภ์ในโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่งในจังหวัดสมุทรปราการ

กลุ่มตัวอย่าง คือ หญิงตั้งครรภ์ปกติที่มีดัชนีมวลกายก่อนการตั้งครรภ์ตั้งแต่ 23 กิโลกรัมต่อตารางเมตรขึ้นไป และเข้ารับบริการฝากครรภ์ ณ โรงพยาบาลชุมชนที่เป็นสถานที่วิจัย ระหว่างเดือนมีนาคม-พฤษภาคม 2559 กำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างในการคัดเลือก (inclusion criteria) คือ 1) มีอายุครรภ์ตั้งแต่ 20 สัปดาห์ขึ้นไป 2) สัญชาติไทย สื่อสารด้วยวิธี การฟัง พูด อ่าน และเขียนภาษาไทยได้เข้าใจ และ 3) ไม่มีโรคประจำตัวหรือโรคแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์ เกณฑ์การคัดออก ได้แก่ เมื่อกลุ่มตัวอย่างมีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้นในระหว่างการวิจัย เช่น ความดันโลหิตสูง เบาหวาน โรคเลือด ธาลัสซีเมีย หรือทารกในครรภ์มีภาวะสุขภาพผิดปกติ เป็นต้น คำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่าง จากสูตรของ Thorndike¹⁷ คือ $n = 10k + 50$ โดย n = ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง และ k = จำนวนตัวแปรที่ศึกษา ได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 100 ราย

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยสำรวจรายชื่อหญิงตั้งครรภ์ทุกคนที่มารับบริการฝากครรภ์ที่หน่วยฝากครรภ์ของโรงพยาบาลชุมชนที่ทำการศึกษาวิจัย ทุกวันที่เปิดบริการฝากครรภ์ คือ วันอังคารกับวันพุธ ในช่วงเวลาที่ทำการเก็บข้อมูล คัดเลือกหญิงตั้งครรภ์ที่มีค่าดัชนีมวลกายตั้งแต่ 23 กิโลกรัมต่อตารางเมตรขึ้นไปที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเลือกที่กำหนด จากนั้นทำการสุ่มอย่างง่าย โดยวิธีการจับสลากเลือกหมายเลขลำดับการเข้ารับบริการฝากครรภ์ที่ลงท้ายด้วยเลขคู่ในแต่ละวัน เป็นกลุ่มตัวอย่าง ให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง โดยผู้วิจัยชี้แจงวิธีการตอบแบบสอบถาม และให้กลุ่มตัวอย่างซักถามจนหมดข้อสงสัย จากนั้นผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถามก่อนนำไปบันทึกข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง แบ่งเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ ค่าดัชนีมวลกายก่อนการตั้งครรภ์ สถานภาพการสมรส

ระดับการศึกษา รายได้ จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ การรับรู้เกี่ยวกับน้ำหนักตัว และความรู้เรื่องน้ำหนักตัวที่ควรเพิ่มขึ้นขณะตั้งครรภ์ การได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการรับประทาน อาหารขณะตั้งครรภ์ และแหล่งข้อมูลที่ได้รับ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบเลือกตอบ และเติมข้อความลงในช่องว่าง จำนวน 11 ข้อ

ส่วนที่ 2- แบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการรับประทาน อาหาร เป็นการถามความถี่ของการปฏิบัติพฤติกรรมกรรมการรับประทานอาหารประเภทเนื้อสัตว์ ประเภทข้าวและแป้ง ประเภทที่ปรุงจากน้ำมันและกะทิ ประเภทของหวานและ เครื่องดื่ม ประเภทผักและผลไม้ และ อาหารจานด่วนและขนมขบเคี้ยว จำนวน 18 ข้อ เป็นคำถามด้านบวก 5 ข้อ และ ด้านลบ 13 ข้อ ลักษณะเป็นมาตราประมาณค่า มี 4 ระดับ คือ ปฏิบัติทุกวัน ปฏิบัติบ่อยครั้ง ปฏิบัติบางครั้ง และไม่ปฏิบัติ การให้คะแนนในคำถามด้านบวก เป็น 3, 2, 1 และ 0 ตามลำดับ คำถามด้านลบ ให้คะแนน เป็น 0, 1, 2 และ 3 ตามลำดับ คะแนนมาก หมายถึง มีการปฏิบัติพฤติกรรมกรรมการรับประทาน อาหารที่เหมาะสม คะแนนน้อย หมายถึง มีการปฏิบัติ พฤติกรรมกรรมการรับประทานอาหารที่ไม่เหมาะสม

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามความเชื่อตามการรับรู้ด้านสุขภาพ ประกอบด้วย

3.1 การรับรู้โอกาสเสี่ยงของผลกระทบด้านสุขภาพ เป็นคำถามที่วัดความรู้สึกนึกคิดหรือการคาดหมายของหญิงตั้งครรภ์ ว่าอาจจะเกิดหรือมีโอกาสเกิดผลกระทบด้านลบต่อสุขภาพของตนเองและทารก ในระยะตั้งครรภ์ คลอด หลังคลอด จากการรับประทานอาหารที่ไม่เหมาะสม ได้แก่ การเกิดภาวะเบาหวาน ความดันโลหิตสูงในขณะตั้งครรภ์ การคลอดบุตรตัวโต การคลอดยาก มีภาวะอ้วนหลังคลอด เป็นต้น มีจำนวนคำถาม 15 ข้อ ลักษณะเป็นมาตราประมาณค่า มี 4 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วยมาก เห็นด้วยน้อย และไม่เห็นด้วย ให้คะแนน เป็น 4, 3, 2 และ 1 ตามลำดับ คะแนนรวมมาก หมายถึง มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดผลกระทบด้านสุขภาพสูง คะแนนรวมน้อย หมายถึง มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดผลกระทบด้านสุขภาพต่ำ

3.2 การรับรู้ความรุนแรงของผลกระทบด้านสุขภาพ เป็นคำถามที่วัดความรู้สึกนึกคิดของหญิงตั้งครรภ์ต่อระดับความรุนแรงหรืออันตรายของปัญหาสุขภาพ ที่เกิดจากการรับประทานอาหารที่ไม่เหมาะสมที่มีผลต่อตนเองและทารก มีจำนวน 5 ข้อ ลักษณะเป็นมาตราประมาณค่า มี 4 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วยมาก เห็นด้วยน้อย และไม่เห็นด้วย

ให้คะแนน เป็น 4, 3, 2 และ 1 ตามลำดับ คะแนนรวมมาก หมายถึง มีการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดผลกระทบด้านสุขภาพสูง คะแนนรวมน้อย หมายถึง มีการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดผลกระทบด้านสุขภาพต่ำ

3.3 การรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานอาหารเป็นคำถามที่วัดความรู้สึกนึกคิดของหญิงตั้งครรภ์เกี่ยวกับผลดีของการรับประทานอาหารครบ 5 หมู่ ในสัดส่วนและปริมาณที่พอเหมาะ การจำกัดการรับประทานอาหารประเภทแป้งและน้ำตาล รับประทานอาหารประเภทเนื้อสัตว์ที่มีไขมันน้อย และการรับประทานผักและผลไม้ที่มีรสหวานน้อย หลีกเลี่ยงอาหารจานด่วน และเครื่องดื่มรสหวาน มีจำนวน 17 ข้อ ลักษณะเป็นมาตราประมาณค่า มี 4 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วยมาก เห็นด้วยน้อย และไม่เห็นด้วย ให้คะแนน เป็น 4, 3, 2 และ 1 ตามลำดับ คะแนนรวมมาก หมายถึง มีการรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานอาหารสูง คะแนนรวมน้อย หมายถึง มีการรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานอาหารต่ำ

3.4 การรับรู้อุปสรรคของการรับประทานอาหาร หมายถึง ความรู้สึกนึกคิดของหญิงตั้งครรภ์ต่อปัญหาและอุปสรรคที่มาขัดขวางการมีพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่เหมาะสม เช่น รสชาติไม่อร่อย ความยุ่งยากและการสิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายในการประกอบอาหาร มีจำนวน 8 ข้อ ซึ่งเป็นคำถามทางลบทั้งหมด ลักษณะเป็นมาตราประมาณค่า มี 4 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วยมาก เห็นด้วยน้อย และไม่เห็นด้วย ให้คะแนน เป็น 1, 2, 3 และ 4 ตามลำดับ คะแนนรวมมาก หมายถึง มีการรับรู้อุปสรรคของการรับประทานอาหารต่ำ คะแนนรวมน้อย หมายถึง มีการรับรู้อุปสรรคของการรับประทานอาหารสูง

เครื่องมือวิจัยได้รับการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) และความเหมาะสมของภาษาที่ใช้จากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน หลังจากผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาแล้ว ผู้วิจัยนำคำแนะนำที่ได้มาปรึกษาประธานผู้ควบคุมวิทยานิพนธ์ เพื่อพิจารณาและแก้ไขปรับปรุงข้อคำถามให้เหมาะสม จากนั้นนำไปทดลองใช้กับหญิงตั้งครรภ์ที่มีค่าดัชนีมวลกายเกินก่อนการตั้งครรภ์ จำนวน 30 ราย แล้วมาวิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่นด้วยการหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าเท่ากับ 0.78, 0.94, 0.85, 0.92 และ 0.87 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยนำเสนอเค้าโครงวิทยานิพนธ์และเครื่องมือ

การวิจัยต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา มีมติเห็นชอบรับรองจริยธรรมการวิจัย รหัส 14-02-2559 และขออนุญาตใช้สถานที่เก็บข้อมูลกลุ่มตัวอย่างการวิจัยจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดสมุทรปราการ หลังจากได้รับการอนุมัติ ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย และขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลให้กลุ่มตัวอย่างทราบ พร้อมทั้งขอความร่วมมือในการทำวิจัย ทั้งนี้ให้กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยตามความสมัครใจ ในระหว่างการเข้าร่วมวิจัย กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิ์ที่จะปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยและสามารถถอนตัวออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลกระทบต่อการรักษาพยาบาลที่ได้รับ หากมีข้อสงสัยสามารถสอบถามผู้วิจัยได้ และชี้แจงให้ทราบว่า จะไม่มีการระบุชื่อกลุ่มตัวอย่างในแบบสอบถาม คำตอบของกลุ่มตัวอย่างจะถูกเก็บเป็นความลับ โดยจะใช้รหัสตัวเลขแทนชื่อจริงในการวิเคราะห์ข้อมูล การนำเสนอข้อมูลที่ได้จากการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวม และใช้ประโยชน์ในทางวิชาการเท่านั้น ข้อมูลจะถูกเก็บไว้เป็นความลับ ภายหลังจากได้รับคำอธิบายแล้ว หากกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยจึงขอให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

หลังจากเก็บข้อมูลครบแล้ว ได้ตรวจสอบความครบถ้วนสมบูรณ์ของข้อมูล และก่อนนำเครื่องมือไปวิเคราะห์ผล ได้นำไปตรวจสอบตามข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติพบว่า มีการกระจายตัวของข้อมูลผิดปกติ (outlier) จำนวน 4 ราย ซึ่งมีผลมากต่อการแจกแจงของข้อมูล จึงพิจารณาตัดออก ดังนั้นจึงเหลือข้อมูลที่นำมาวิเคราะห์ผล จำนวน 96 ราย วิเคราะห์ผลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ และใช้สถิติดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของหญิงตั้งครรภ์ที่มีน้ำหนักเกินก่อนการตั้งครรภ์ โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ พิสัย

2. วิเคราะห์คะแนนพฤติกรรมรับประทานอาหาร การรับรู้โอกาสเสี่ยงการเกิดผลกระทบต่อสุขภาพ การรับรู้ความรุนแรงการเกิดผลกระทบต่อสุขภาพ การรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานอาหาร และการรับรู้อุปสรรคของการรับประทานอาหาร โดยการคำนวณค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าช่วงคะแนนที่เป็นไปได้ ค่าช่วงคะแนนที่เป็นจริง ช่วงคะแนนต่ำสุด คะแนนสูงสุด

3. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้โอกาสเสี่ยงของผลกระทบด้านสุขภาพ การรับรู้ความรุนแรงของผลกระทบด้านสุขภาพ การรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานอาหาร และการรับรู้อุปสรรคของการรับประทานอาหารกับพฤติกรรมการรับประทานอาหาร โดยใช้สถิติสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation) กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคล กลุ่มตัวอย่างมีอายุระหว่าง 20-35 ปี ร้อยละ 79.1 อายุเฉลี่ย 26.75 ปี (SD = 6.37) ตั้งครรภ์ครั้งที่ 2 มากที่สุด ร้อยละ 46.9 รองลงมาเป็นการตั้งครรภ์ครั้งแรก ร้อยละ 29.2 มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 95.8 สำเร็จการศึกษาในระดับมัธยมศึกษาหรือปวช. ร้อยละ 79.2 รายได้ครอบครัวต่อเดือน อยู่ระหว่าง 10,001-20,000 บาท ร้อยละ 46.9 รายได้เฉลี่ย 21,270.83 บาท (SD = 8,257.98) ค่าดัชนีมวลกายก่อนการตั้งครรภ์เฉลี่ย 25.10 กิโลกรัมต่อตารางเมตร ไม่ทราบว่าตนเองมีน้ำหนักตัวอยู่ในเกณฑ์น้ำหนักเกิน ร้อยละ 56.3 และไม่ทราบว่าน้ำหนักตัวปกติควรเพิ่มขึ้นเท่าใดในระหว่างการตั้งครรภ์ ร้อยละ 91.7 เคยได้รับความรู้เกี่ยวกับการรับประทานอาหารขณะตั้งครรภ์ ร้อยละ 54.2 และแหล่งข้อมูลที่ได้รับเกี่ยวกับการรับประทานอาหารในขณะตั้งครรภ์มากที่สุด 3 ลำดับ คือ บุคลากรสาธารณสุข ร้อยละ 88.5 สมุดบันทึกการฝากครรภ์ ร้อยละ 86.5 และสื่อสังคมออนไลน์ทางอินเทอร์เน็ต ร้อยละ 59.6

2. พฤติกรรมการรับประทานอาหาร มีค่าเฉลี่ยโดยรวมระดับปานกลาง (Mean = 31.25, SD = 6.91) แต่มีค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการรับประทานอาหารประเภทข้าวและแป้งระดับต่ำมากที่สุด (Mean = 2.84, SD = 1.05) รองลงมาคือ พฤติกรรมการรับประทานอาหารประเภทเนื้อสัตว์ติดมัน (Mean = 2.93, SD = 0.68) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการรับประทานอาหาร

พฤติกรรมการรับประทานอาหาร	ค่าพิสัย		Mean	SD
	ที่เป็นไปได้	ที่เป็นจริง		
ประเภทเนื้อสัตว์ติดมัน	0 - 6	0 - 5	2.93	0.68
ประเภทข้าวและแป้ง	0 - 6	0 - 5	2.84	1.05
ประเภทที่ปรุงจากน้ำมันและกะทิ	0 - 9	3 - 9	5.71	2.01
ประเภทของหวานและเครื่องดื่ม	0 - 9	0 - 9	5.20	1.82
ประเภทผักและผลไม้	0 - 9	0 - 7	5.00	1.26
ประเภทของขบเคี้ยว จานด่วน	0 - 15	0 - 15	9.56	3.16
โดยรวม	0 - 54	19 - 45	31.25	6.91

3. การรับรู้ด้านสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ที่มีน้ำหนักเกินก่อนการตั้งครรภ์ กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงของผลกระทบต่อสุขภาพสูง (Mean = 46.63, SD = 0.68) การรับรู้ความรุนแรงของผลกระทบต่อสุขภาพสูง (Mean = 16.11, SD = 0.27) และการรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานอาหารสูง (Mean = 46.18, SD = 0.72) และการรับรู้อุปสรรคของการรับประทานอาหารปานกลาง (Mean = 20.31, SD = 0.46) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าพิสัย ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของพฤติกรรมการรับประทานอาหารของหญิงตั้งครรภ์ที่มีน้ำหนักเกินก่อนการตั้งครรภ์

การรับรู้ด้านสุขภาพ	ค่าพิสัย		Mean	SD
	ที่เป็นไปได้	ที่เป็นจริง		
การรับรู้โอกาสเสี่ยงของผลกระทบต่อสุขภาพ	15 - 60	31 - 60	46.63	0.68
การรับรู้ความรุนแรงของผลกระทบต่อสุขภาพ	5 - 20	10 - 20	16.11	0.27
การรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานอาหาร	14 - 56	38 - 68	46.18	0.72
การรับรู้อุปสรรคของการรับประทานอาหาร	8 - 32	8 - 32	20.31	0.46

4. การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง และการรับรู้ประโยชน์ มีความสัมพันธ์ระดับต่ำกับพฤติกรรมการรับประทานอาหารในทิศทางบวก ($r = 0.17, p = 0.05, r = 0.23, p = 0.01$ และ $r = 0.21, p = 0.02$ ตามลำดับ) และการรับรู้อุปสรรคมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับพฤติกรรมการรับประทานอาหาร ($r = -0.22, p = 0.02$) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันระหว่างการรับรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการรับประทานอาหารของหญิงตั้งครรภ์ที่มีน้ำหนักเกินก่อนการตั้งครรภ์

การรับรู้ด้านสุขภาพ	พฤติกรรมการรับประทานอาหาร	
	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)	p-value
การรับรู้โอกาสเสี่ยงของผลกระทบต่อสุขภาพ	0.17	0.05
การรับรู้ความรุนแรงของผลกระทบต่อสุขภาพ	0.23	0.01
การรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานอาหาร	0.21	0.02
การรับรู้อุปสรรคของการรับประทานอาหาร	-0.22	0.02

อภิปรายผล

1. กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการรับประทานอาหาร โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 31.25, SD = 6.91) หมายถึง กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่ยังไม่เหมาะสม เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างเป็นหญิงตั้งครรภ์ที่มีค่าดัชนีมวลกายเกินก่อนการตั้งครรภ์

ซึ่งน่าจะมีพฤติกรรมมารับประทานอาหารประเภทไขมัน และแป้งมากเกินอยู่เดิมแล้ว ประกอบกับกลุ่มตัวอย่างกว่าครึ่ง ร้อยละ 56.3 ไม่ทราบว่าตนเองอยู่ในกลุ่มที่มีภาวะน้ำหนักเกินเกณฑ์ก่อนการตั้งครรภ์ และเกือบทั้งหมด ร้อยละ 91.7 ไม่ทราบว่าควรจะมีน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นเท่าใดในขณะตั้งครรภ์ จึงไม่เกิดความตระหนักว่าตนเองมีความจำเป็นต้องควบคุมหรือจำกัดอาหารประเภทแป้ง น้ำตาล และไขมันสูงในการวิจัยครั้งนี้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมมารับประทานอาหารประเภทข้าวที่ไม่ขัดสีต่าง ๆ ในความถี่ที่ค่อนข้างน้อย และมีการรับประทานอาหารประเภทเนื้อสัตว์ติดมัน ในความถี่ที่ค่อนข้างน้อย สอดคล้องกับการศึกษาของวิจัย เอกพลกร และคณะ² พบว่า คนไทยมักชอบรับประทานอาหารที่ให้พลังงานสูง มีแป้งและไขมันสูง โดยรับประทานผักและผลไม้ไม่บ่อย แสดงว่าหญิงตั้งครรภ์ยังมีพฤติกรรมมารับประทานอาหารไม่แตกต่างจากคนไทยโดยทั่วไปที่ไม่ได้ตั้งครรภ์ สะท้อนให้เห็นว่าพฤติกรรมมารับประทานอาหารของหญิงตั้งครรภ์ในพื้นที่ที่ศึกษายังเป็นปัญหาที่พยาบาลต้องให้ความสำคัญในการดูแล ให้หญิงตั้งครรภ์มีการรับประทานอาหารที่ดีต่อสุขภาพของตนเอง และลูกในครรภ์ รวมทั้งจะต้องให้หญิงตั้งครรภ์รับรู้ หรือตระหนักว่าตนเองมีน้ำหนักตัวมากเกินเกณฑ์ และทราบว่าขณะตั้งครรภ์ควรมีน้ำหนักเพิ่มเท่าใดจึงจะเหมาะสม

2. ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมมารับประทานอาหารของหญิงตั้งครรภ์ที่มีน้ำหนักเกินก่อนการตั้งครรภ์ ดังต่อไปนี้

2.1 การรับรู้โอกาสเสี่ยงของผลกระทบต่อสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมมารับประทานอาหารของหญิงตั้งครรภ์ที่มีน้ำหนักเกินก่อนการตั้งครรภ์ ($r = 0.17, p = 0.05$) หมายความว่า เมื่อกลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่าคุณเองมีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคร้ายในขณะตั้งครรภ์ เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง จะมีพฤติกรรมมารับประทานอาหารที่เหมาะสมขึ้น คือ หลีกเลี่ยงอาหารไขมันสูง ขนม หรือเครื่องดื่มรสหวาน แต่เพิ่มความถี่ในการรับประทานผัก ผลไม้ที่มีรสหวานน้อย รับประทานข้าวไม่ขัดสี รับประทานเนื้อสัตว์ติดมันน้อยลง สอดคล้องกับการศึกษาของสตรีรัตน์ ธาดา กานต์ และคณะ¹⁴ พบว่า หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะอ้วน เป็นผลจากการรับประทานที่ไม่ควบคุม เป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่ทำให้เกิดภาวะเบาหวานและความดันโลหิตสูงในขณะตั้งครรภ์ หากตั้งครรภ์ครั้งต่อไปจะควบคุมพฤติกรรมมารับประทานอาหารและดูแลตนเองให้ดีกว่าการตั้งครรภ์ครั้งนี้

2.2 ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความรุนแรงของผลกระทบต่อสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมมารับประทานอาหารของหญิงตั้งครรภ์ที่มี

น้ำหนักเกินก่อนตั้งครรภ์ ($r = 0.23, p = 0.01$) อธิบายได้ว่า เมื่อกลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่าคุณเองมีโอกาสเสี่ยงต่อสุขภาพมีความรุนแรงสูง ก่อให้เกิดความพิการ สูญเสียชีวิตของทารกในครรภ์ หรืออาจมีผลกระทบต่อภาวะค่าใช้จ่ายในครอบครัว เสียโอกาสในการหารายได้ เป็นต้น จะทำให้เกิดความตระหนัก และให้ความร่วมมือในการปฏิบัติพฤติกรรมมารับประทานอาหารให้ถูกต้องและเหมาะสม เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอันตรายต่อตนเองและทารก

2.3 การรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานอาหารมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมมารับประทานอาหารของหญิงตั้งครรภ์ที่มีน้ำหนักเกินก่อนการตั้งครรภ์ ($r = 0.21, p = 0.01$) อธิบายได้ว่า เมื่อกลุ่มตัวอย่างรับรู้ถึงผลดีว่าเป็นการป้องกันหรือลดผลเสียต่อสุขภาพของตนเองและทารกในครรภ์ จะมีพฤติกรรมมารับประทานอาหารที่ดีขึ้น เป็นไปตามทฤษฎีความเชื่อด้านสุขภาพว่า การรับรู้ประโยชน์จะเอื้อให้บุคคลมีการตัดสินใจที่จะปฏิบัติ เมื่อเปรียบเทียบแล้วว่าการปฏิบัตินั้นจะทำให้เกิดผลดีมากกว่าผลเสีย สอดคล้องกับการศึกษาของศิริพงษ์ ชัมเจริญ และคณะ¹⁵ พบว่า หญิงตั้งครรภ์รับรู้ว่าการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมีประโยชน์ต่อสุขภาพของตนเองและทารกในครรภ์มาก ก็จะมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมากขึ้น

2.4 การรับรู้อุปสรรคของการรับประทานอาหารมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมมารับประทานอาหารของหญิงตั้งครรภ์ที่มีน้ำหนักเกินก่อนการตั้งครรภ์ ($r = -0.22, p = 0.02$) อธิบายได้ว่า เมื่อกลุ่มตัวอย่างรับรู้ถึงปัญหา เช่น การไม่มีเวลาประกอบอาหารรับประทานเอง การไม่ชอบทานผักและผลไม้ การหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารประเภทผัดหรือทอดทำได้ยาก การรับประทานข้าวกล้องไม่อร่อย ความยุ่งยากในการประกอบอาหาร สิ่งต่าง ๆ เหล่านี้เป็นอุปสรรคขัดขวางการปฏิบัติพฤติกรรมมารับประทานที่ดี ทำให้มีพฤติกรรมหลีกเลี่ยงหรือไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำการรับประทานอาหารที่เหมาะสมในขณะตั้งครรภ์มากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของสุวรรณิ โลงนุช และคณะ¹⁶ พบว่า การที่หญิงตั้งครรภ์มีการรับรู้อุปสรรคของการส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการสูง ก็จะเชื่อว่าตนเองสามารถที่จะปฏิบัติพฤติกรรมมารับประทานอาหารที่ดีได้สำเร็จลดลง

ข้อเสนอแนะ

1. ผลการวิจัย กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมมารับประทานอาหารไม่ดีเกือบทุกด้าน ผู้ให้บริการฝากครรภ์ ควรจัดกิจกรรมส่งเสริมพฤติกรรมมารับประทานที่ดี เช่น ตรวจและคัดกรองพฤติกรรมมารับประทานอาหารในหญิง

ตั้งครรภ์พร้อมกับสนับสนุนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมารับประทานให้มีความเหมาะสม ในกลุ่มที่มีพฤติกรรมมารับประทานอาหารที่ไม่ดี การให้ความรู้เกี่ยวกับการรับประทานที่เหมาะสมในระหว่างการตั้งครรภ์ การรณรงค์ให้หญิงตั้งครรภ์รับประทานอาหารเช้าเพื่อส่งเสริมสุขภาพ เป็นต้น

2. กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาคั้งนี้เป็นหญิงตั้งครรภ์ที่มีค่าดัชนีมวลกายเกินก่อนการตั้งครรภ์ จึงควรมีการศึกษาในหญิงตั้งครรภ์กลุ่มอื่นๆ เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง น้ำหนักปกติ และ น้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์ เพื่อใช้เป็นฐานข้อมูลในการส่งเสริมพฤติกรรมมารับประทานอาหารที่เหมาะสม และการรับรู้ด้านสุขภาพเฉพาะกลุ่ม

เอกสารอ้างอิง

1. WHO. Obesity and overweight. WHO Fact sheet [Internet]. 2013 [cited 2016 June 6]. Available from: <http://www.jasmuheen.com/wp-content/uploads/Obesity-facts.pdf>
2. วิชัย เอกพลากร, เขาวรัตน์ ประภักษ์ขาม, สุศักดิ์ฐานันพานิชสกุล, ทักษิณก พรระเจริญ, วราภรณ์ เสถียรนพเก้า, กนิษฐา ไทยกล้า. การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 4 พ.ศ. 2551. นนทบุรี : เดอะกราฟิโกซิสเต็มส์ ; 2554.
3. ดรีภพ เลิศบรรณพงษ์. น้ำหนักตัวมารดากับการตั้งครรภ์: ปัจจัยที่สูติแพทย์อาจมองข้าม. เวชบัณฑิตยสาร 2551 ; 1(2) : 81-90.
4. Herring SJ, Oken E, Haines J, Rich-Edwards JW, Rifas-Shiman SL, Kleinman SCD KP, et al. Misperceived pre-pregnancy body weight status predicts excessive gestational weight gain: finding from a US cohort study. BMC Pregnancy Childbirth 2008 ; 8 : 54-62.
5. ทวีศรีเกษม. ผลของน้ำหนักก่อนการตั้งครรภ์ต่อผลลัพธ์การตั้งครรภ์. พุทธชินราชเวชสาร 2554 ; 28(2) : 191-9.
6. Surkan PJ, Hsieh CC, Johansson AL, Dickman PW, Cnattingius S. Reasons for increasing trends in large for gestational age births. Obstetrics & Gynecology 2004 ; 104(4) : 720-6.
7. Dietz PM, Callaghan WM, Morrow B, Cogswell ME. Population-based assessment of the risk of primary cesarean delivery due to excess pre pregnancy weight among nulliparous women delivering term infants. Maternal and Child Health Journal 2005 ; 9(3) : 237-44.
8. Hilson JA, Rasmussen KM, Kjolhede CL. Excessive weight gain during pregnancy is associated with earlier termination of breast-feeding among white women. Journal of Nutrition 2006 ; 136(1) : 140-6.
9. Oken E, Taveras EM, Kleinman KP, Rich-Edwards JW, Gillman MW. Gestational weight gain and child adiposity at age 3 years. American Journal of Obstetrics and Gynecology 2007 ; 196(4) : 322. e1-e8.
10. Aviram A, Hod M, Yogev Y. Maternal obesity: implications for pregnancy outcome and long-term risks—a link to maternal nutrition. International Journal of Gynecology & Obstetrics 2011 ; 115 Suppl 1 : S6-S10.
11. Olson CM, Strawderman MS, Hinton PS, Pearson TA. Gestational weight gain and postpartum behaviors associated with weight change from early pregnancy to 1 & emsp 14; postpartum. International Journal of Gynecology & Obstetrics 2003 ; 27(1) : 117-27.
12. Rosenstock IM. Historical origins of the health belief model. Health Education & Behavior 1974 ; 2(4) : 328-35.
13. ศูนย์อนามัยที่ 3 ชลบุรี. ประเมินภาวะสุขภาพ ภาวะโภชนาการและพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนในพื้นที่เขต 3 และ 9 ปี 2554. ม.ป.ท.: 2554.
14. สตรีรัตน์ ธาดากานต์, ทศนีย์ พกษาชีวะ, อติเทพ เชาว์วิศิษฐ์. การรับรู้ภาวะสุขภาพของตนเองและของทารกในสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะอ้วนร่วมกับเบาหวานและ/หรือความดันโลหิตสูง. รามาธิบดีพยาบาลสาร 2010 ; 2(16) : 185-99.
15. ศิริพงษ์ ชัมเจริญ, วันทนา มณีศรีวงศ์กุล, แสงทอง อีระทองคำ. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความเชื่อเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ การรับรู้ต่อการส่งเสริมสุขภาพกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ชาวไทยมุสลิม. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา 2555 ; 20(3) : 36-46.
16. สุวรรณิ โนนุช, มยุรี นริตติวราต, ศิริพร ชัมภลชิต. ปัจจัยทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการของสตรีตั้งครรภ์อายุมากกว่า 35 ปี. วารสารการพยาบาลและการศึกษา 2554 ; 4(2) : 79-93.
17. Thorndike RM. Correlation procedures for research. New York : Gardner Press ; 1978.