

ปัจจัยเชิงสาเหตุที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของหญิงตั้งครรภ์ จังหวัดสุพรรณบุรี

ณัฐฉวี อ็อกชู^{1*} วิราสิรี วสิวีร์²

Received : May 7, 2025

Revised : July 27, 2025

Accepted : August 3, 2025

บทคัดย่อ

คุณภาพชีวิตของหญิงตั้งครรภ์มีความสำคัญอย่างยิ่งเพราะส่งผลถึงการดูแลสุขภาพก่อนคลอดอย่างเพียงพอ ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญในการลดอัตราการเสียชีวิตของมารดา การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง โดยใช้การวิเคราะห์สมการโครงสร้างและการวิเคราะห์เส้นทางอิทธิพล เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของหญิงตั้งครรภ์ จังหวัดสุพรรณบุรี กลุ่มตัวอย่างเป็นหญิงตั้งครรภ์ จำนวน 400 คน สุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงเลือกโรงพยาบาลจำนวน 4 แห่ง โดยการเรียงลำดับจำนวนหญิงตั้งครรภ์จากมากไปหาน้อยและสุ่มอย่างง่าย เครื่องมือใช้แบบสอบถามแบ่งเป็น 6 ส่วนให้เติมข้อมูลและให้เลือกตอบ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพื้นฐาน วิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันและเส้นทางอิทธิพล ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป

ผลการวิจัย พบว่า คุณภาพชีวิตของหญิงตั้งครรภ์ภาพรวมส่วนใหญ่อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 70.75 ปัจจัยความรู้เรื่องภาวะตั้งครรภ์ แรงจูงใจในการส่งเสริมสุขภาพ และการสนับสนุนทางสังคมมีอิทธิพลทางตรงต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ มีค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพล 0.56, 0.21 และ 0.11 ตามลำดับ และมีอิทธิพลทางอ้อมต่อคุณภาพชีวิต มีค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพล 0.48, 0.18 และ 0.10 ตามลำดับ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมีอิทธิพลทางตรงต่อคุณภาพชีวิต มีค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพล 0.86 ปัจจัยทั้งหมดสามารถร่วมกันอธิบายความผันแปรของคุณภาพชีวิตได้ร้อยละ 65 ($R^2=0.65$) โมเดลปัจจัยเชิงสาเหตุที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของหญิงตั้งครรภ์ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นสอดคล้องกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์ มีค่าดัชนี Chi-Square = 415.71 df = 211 Chi-Square/df = 1.97 CFI = 0.97 GFI = 0.98 AGFI = 0.96 RMSEA = 0.04 และ SRMR = 0.04

ผลการศึกษาชี้ว่าความรู้เรื่องภาวะตั้งครรภ์ แรงจูงใจในการส่งเสริมสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของหญิงตั้งครรภ์ ดังนั้นหน่วยงานสาธารณสุขควรพัฒนาโปรแกรมที่เน้นการเสริมสร้างองค์ประกอบเหล่านี้เพื่อยกระดับคุณภาพชีวิตหญิงตั้งครรภ์

คำสำคัญ: การวิเคราะห์โครงสร้างสมการ การวิเคราะห์เส้นทางอิทธิพล คุณภาพชีวิต หญิงตั้งครรภ์

¹ นิสิตหลักสูตรปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น อีเมล: nutchavee2024@gmail.com

² ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น อีเมล: Wirasiri07@gmail.com

* ผู้นิพนธ์หลัก อีเมล: nutchavee2024@gmail.com

CAUSAL FACTORS INFLUENCING QUALITY OF LIFE AMONG PREGNANT WOMEN SUPHAN BURI PROVINCE

Natchavee Oksue^{1*} Wirasiri Waseeweerasi²

Abstract

The quality of life of pregnant women is critical as it affects adequate prenatal care, which is a key factor in reducing maternal mortality rates. This research study employed a descriptive cross-sectional design using structural equation modeling (SEM) and path analysis to investigate the factors influencing the quality of life among pregnant women in Suphan Buri Province, Thailand. The research sample comprised 400 pregnant women selecting through purposive sampling from four hospitals, which were chosen by ranking the number of pregnant women from highest to lowest and using simple random sampling. The questionnaire was the research instrument, which was divided into six sections, including both open-ended and closed-ended questions. Data analysis involved descriptive statistics, confirmatory factor analysis (CFA), and path analysis using statistical software.

The research findings revealed that many pregnant women had an overall quality of life at a high level, accounting for 70.75%. Pregnancy health literacy, health promotion motivation, and social support had direct effects on health promoting behaviors with standardized path coefficients of 0.56, 0.21, and 0.11, respectively. Moreover, they had indirect effects on quality of life with coefficients of 0.48, 0.18, and 0.10, respectively. Health promoting behavior had direct effect on quality of life, with a coefficient of 0.86. These factors collectively explained 65% of the variance in quality of life ($R^2 = 0.65$). The developed structural equation model demonstrated good fit with empirical data, indicated by fit indices: Chi-Square = 415.71 df = 211 Chi-Square/df = 1.97 CFI = 0.97 GFI = 0.98 AGFI = 0.96 RMSEA = 0.04 and SRMR = 0.04.

The research findings highlighted that pregnancy health literacy, motivation for health promotion, social support, and health-promoting behaviors have been key determinants influencing the quality of life among pregnant women. Therefore, public health agencies should develop programs focusing on strengthening these components to enhance the quality of life among this population.

Keywords: Structural equation modeling, Path analysis, Quality of life, Pregnant women

¹ Student of Doctor of Philosophy Program in Public Health, Western University,
e-mail: nutchavee2024@gmail.com

² Assistant Professor, Graduate School, Western University, e-mail: Wirasiri07@gmail.com

* Corresponding author: nutchavee2024@gmail.com

บทนำ

คุณภาพชีวิตของหญิงตั้งครรภ์เป็นสิ่งสำคัญอย่างยิ่งเนื่องจากหญิงตั้งครรภ์มีการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านร่างกาย อารมณ์ จิตใจ และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ซึ่งการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวส่งผลกระทบต่อหญิงตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ด้วย หญิงตั้งครรภ์ที่มีสุขภาพร่างกายสมบูรณ์แข็งแรง มีจิตใจผ่อนคลายมีความสุข การมีสัมพันธภาพทางสังคม และอาศัยอยู่ในบริบทที่มีสิ่งแวดล้อมที่ดีส่งผลต่อทั้งหญิงตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ด้วยเช่นกัน (อัญญา ปลดเปลื้องและคณะ, 2567) องค์การอนามัยโลกให้ความสำคัญกับการพัฒนาที่ยั่งยืนด้านการลดการตายมารดาให้น้อยกว่า 70 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน ภายในปี พ.ศ. 2573 ซึ่งปัจจุบันปัญหาการตายมารดายังคงเป็นปัญหาที่สำคัญและมีความยากลำบากในการไปสู่ความสำเร็จตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ประเทศสมาชิกทั่วโลกจึงร่วมมือกันในการขับเคลื่อนการดำเนินงานการลดการตายมารดาที่สามารถป้องกันได้ (กองอนามัยมารดาและทารก กรมอนามัย, 2567) สถิติอัตราส่วนการตายมารดาต่อการเกิดมีชีพของประเทศไทยปีงบประมาณ 2567 พบว่า อัตราส่วนการตายมารดาไทยต่อการเกิดมีชีพแสนคน 19.83 จากเป้าหมายที่กำหนดให้อัตราส่วนการตายมารดาไทยต่อการเกิดมีชีพแสนคน ไม่เกิน 17 (กระทรวงสาธารณสุข, 2567)

จังหวัดสุพรรณบุรี จากรายงานผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ 2567 พบว่า อัตราส่วนการตายมารดาต่อการเกิดมีชีพแสนคน 37.93 สูงกว่าเป้าหมายของประเทศไทยและสูงสุดในเขตสุขภาพที่ 5 นอกจากนี้ตัวชี้วัดหญิงตั้งครรภ์ได้รับการฝากครรภ์ครั้งแรกก่อนหรือเท่ากับ 12 สัปดาห์ หญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการดูแลก่อนคลอด 5 ครั้งตามเกณฑ์ และหญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการในหน่วยบริการได้รับยาเม็ดที่มีส่วนประกอบของไอโอดีน ยังไม่บรรลุเป้าหมาย โดยมีผลการดำเนินงานเพียง ร้อยละ 74.90, 69.53 และ 74.39 จากเป้าหมาย ร้อยละ 75, 75 และ 88 ขึ้นไป ตามลำดับ (กระทรวงสาธารณสุข, 2567) กล่าวได้ว่าผลการดำเนินงานด้านการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่ต่ำกว่าเป้าหมายดังกล่าว สะท้อนถึงคุณภาพชีวิตของหญิงตั้งครรภ์ที่ยังไม่อยู่ในระดับที่เหมาะสม โดยการได้รับการดูแลที่ล่าช้าและไม่ครบถ้วน อาจส่งผลกระทบต่อความมั่นคงทางสุขภาพของมารดาและทารกในครรภ์ได้

คุณภาพชีวิตของหญิงตั้งครรภ์ที่ดีจะส่งผลให้มีการดูแลสุขภาพก่อนคลอดอย่างเพียงพอ ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญในการลดอัตราการเสียชีวิตของมารดา (World Health Organization, 2016) ปัจจัยที่เป็นสาเหตุของการมีคุณภาพชีวิตที่ดีของหญิงตั้งครรภ์ จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ปัจจัยที่เป็นสาเหตุโดยตรงต่อคุณภาพชีวิตของหญิงตั้งครรภ์ส่วนใหญ่เป็นปัจจัยทางด้านร่างกายและจิตใจ เช่น การจัดการตนเองด้านสุขภาพ คุณภาพการนอนหลับ การออกกำลังกายหรือการมีกิจกรรมทางกาย การมองโลกในแง่ดี การมีครอบครัวและเพื่อนฝูงเป็นต้น ซึ่งเป็นพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์นั่นเอง (กนกอร ปัญญาโส และคณะ; 2563, Boutib et al., 2022) ปัจจัยที่เป็นสาเหตุทางอ้อมกับคุณภาพชีวิตของหญิงตั้งครรภ์ เช่น ความรอบรู้ด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม แรงจูงใจในการส่งเสริมสุขภาพ เป็นต้น ซึ่งปัจจัยทางอ้อมดังกล่าวจะส่งผ่านปัจจัยที่เป็น

สาเหตุโดยตรงคือพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพไปมีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของหญิงตั้งครรภ์ (อาทิตยา แก้วน้อย และคณะ; 2561, ตติรัตน์ เตชะศักดิ์ศรี และคณะ; 2560, Bektemur et al., 2024)

จากสถานการณ์หญิงตั้งครรภ์ดังกล่าวข้างต้นและจากการศึกษาแนวคิดทฤษฎี เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่าปัจจัยต้นเหตุของพฤติกรรมสุขภาพนั้น ตามแนวคิดทฤษฎีด้านพฤติกรรมศาสตร์โดยเฉพาะด้านพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคนั้นมีหลากหลาย เช่น แนวคิดความรู้สุขภาพ ทฤษฎีแรงจูงใจ ในการส่งเสริมสุขภาพโรค ทฤษฎีการสนับสนุนทางสังคม ต่างก็เป็นแนวคิดทฤษฎีที่มีผลต่อการมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ทั้งสิ้น (จักรพันธ์ เพ็ชรภูมิ, 2561) ซึ่งแสดงให้เห็นว่าคุณภาพชีวิตของหญิงตั้งครรภ์เป็นผลลัพธ์จากความสัมพันธ์ที่ซับซ้อนของหลายปัจจัยที่ต้องวิเคราะห์เชิงโครงสร้างเพื่อเข้าใจภาพรวมอย่างเป็นระบบ ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาปัจจัยเชิงสาเหตุที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของหญิงตั้งครรภ์ จังหวัดสุพรรณบุรี เนื่องจากจังหวัดสุพรรณบุรี เป็นพื้นที่ที่มีอัตราการตายมารดาต่อการเกิดมีชีพแสนคนสูงกว่าเป้าหมายระดับประเทศและสูงที่สุดในเขตสุขภาพที่ 5 และเพื่อวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันโมเดลที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นกับข้อมูลเชิงประจักษ์ ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สามารถนำไปใช้กำหนดนโยบายและแผนการปฏิบัติงานในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ สามารถนำแนวคิด ทฤษฎีดังกล่าวไปสร้างโปรแกรมส่งเสริมพัฒนาคุณภาพชีวิตของหญิงตั้งครรภ์ต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

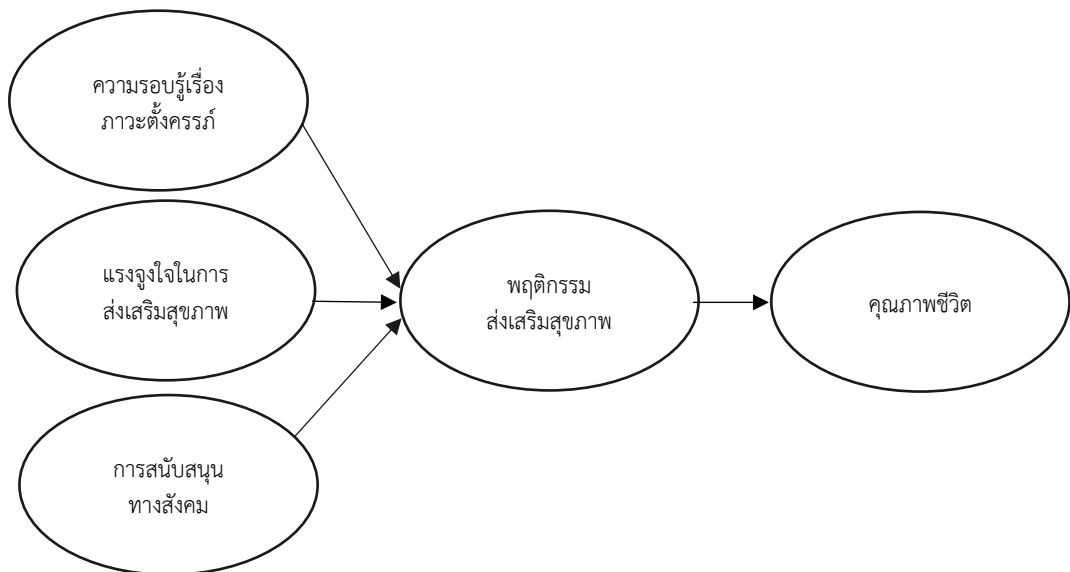
1. เพื่อศึกษาระดับคุณภาพชีวิตของหญิงตั้งครรภ์ในจังหวัดสุพรรณบุรีในมิติด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสัมพันธภาพทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม
2. เพื่อประเมินความเหมาะสมของโมเดลปัจจัยเชิงโครงสร้างที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของหญิงตั้งครรภ์ โดยใช้ข้อมูลจริงที่เก็บรวบรวมจากกลุ่มตัวอย่าง
3. เพื่อวิเคราะห์เส้นทางอิทธิพลของปัจจัยเชิงสาเหตุที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของหญิงตั้งครรภ์ตามโมเดลที่พัฒนาขึ้นโดยใช้ข้อมูลเชิงประจักษ์

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยแบบภาคตัดขวาง (Cross-Sectional Study) ที่ใช้วิธีวิเคราะห์โมเดลปัจจัยเชิงโครงสร้าง (Structural Equation Modeling: SEM) และการวิเคราะห์เส้นทางอิทธิพล (Path Analysis) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์และตรวจสอบผลกระทบของปัจจัยต่าง ๆ ที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของหญิงตั้งครรภ์ในจังหวัดสุพรรณบุรี งานวิจัยนี้ได้รับการพิจารณาและอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น (เลขที่ WTU 2567-0143) เมื่อวันที่ 28 มกราคม 2568 โดยดำเนินการภายใต้หลักจริยธรรมตามประกาศฮีลซิงกิ (The Declaration of Helsinki)

กรอบแนวคิดโมเดลการวิจัย



ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยนี้ คือ หญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุ 20 ปีบริบูรณ์ขึ้นไปและมีชื่อในทะเบียนหญิงตั้งครรภ์ในโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชองค์ที่ 17 โรงพยาบาลด่านช้างและโรงพยาบาลอุ้มทอง จังหวัดสุพรรณบุรี ปีงบประมาณ 2567 จำนวน 2,278 คน กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้เกณฑ์ของ Hair ซึ่งใช้หลักการพิจารณาจำนวนพารามิเตอร์อิสระที่ต้องประมาณค่า มีกฎการคำนวณด้วยอัตราส่วนระหว่างหน่วยตัวอย่างต่อจำนวนตัวแปรสังเกตได้อยู่ระหว่าง 10-20 ต่อ 1 (Murtagh, F., & Heck, A., 2012) ผู้วิจัยใช้ค่ากลางของการประมาณค่าเป็น 15 ต่อ 1 โดยโมเดลที่พัฒนาขึ้นมีตัวแปรสังเกตได้จำนวน 24 ตัวแปร ดังนั้นขนาดกลุ่มตัวอย่าง คือ 24 ตัวแปรคูณ 15 เท่า ได้ขนาดตัวอย่าง 360 คน เพื่อป้องกันความผิดพลาดจากการเก็บข้อมูลจึงเก็บตัวอย่างเพิ่มอีกประมาณร้อยละ 10 หรือ 40 คน จึงได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 400 คน โดยมีวิธีการสุ่มตัวอย่างตามขั้นตอนดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 กำหนดพื้นที่วิจัยด้วยวิธีการเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) จังหวัดสุพรรณบุรี มีโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข จำนวน 10 แห่ง เลือกมา 4 แห่ง โดยการเรียงลำดับจำนวนหญิง

ตั้งครรภ์จากมากไปหาน้อย จึงได้พื้นที่วิจัย คือ โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยมหาราช โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราช องค์ที่ 17 โรงพยาบาลด่านช้างและโรงพยาบาลอุ้มทอง

ขั้นตอนที่ 2 คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างของแต่ละโรงพยาบาลเป็นสัดส่วนกันด้วยวิธีเทียบ บัญญัติไตรยางศ์ ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างในแต่ละโรงพยาบาล ดังนี้

โรงพยาบาล	จำนวนหญิงตั้งครรภ์ ทั้งหมด (คน)	จำนวนตัวอย่าง (คน)
เจ้าพระยาอภัยมหาราช	837	147
สมเด็จพระสังฆราชองค์ที่ 17	559	98
ด่านช้าง	488	86
อุ้มทอง	394	69
รวม	2,278	400

ขั้นตอนที่ 3 สุ่มอย่างง่าย (Simple Sampling Random) โดยการจัดทำบัญชีชื่อหญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุ 20 ปีบริบูรณ์ขึ้นไปและมีชื่อในทะเบียนหญิงตั้งครรภ์ในโรงพยาบาลแต่ละแห่งตามเป้าหมาย และเขียนสลากชื่อ หญิงตั้งครรภ์ แล้วจับสลากชื่อมาจนครบจำนวน 400 คน ตามต้องการ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือการวิจัยใช้แบบสอบถาม (Questionnaire) แบ่งออกเป็น 6 ส่วน ส่วนที่ 1 แบบสอบถาม เกี่ยวกับปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถาม ได้แก่ อายุ อาชีพ การศึกษาสูงสุด สถานภาพสมรส และ จำนวนครั้งการตั้งครรภ์ ลักษณะคำถามเป็นแบบเปิดให้เติมข้อมูลและให้เลือกตอบ ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรอบรู้เรื่องภาวะตั้งครรภ์ ส่วนที่ 3 แบบสอบถามแรงจูงใจในการส่งเสริมสุขภาพ ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม ส่วนที่ 5 แบบสอบถามพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และส่วนที่ 6 แบบสอบถามคุณภาพชีวิต ผู้วิจัยสร้างและประยุกต์ใช้แบบวัดคุณภาพชีวิตฉบับภาษาไทยของทิพย์วัลย์ เรืองขจร (2554) โดยแบบสอบถาม ส่วนที่ 2 ถึง 6 มีลักษณะคำถามเป็นแบบประเมินค่าตามแบบของลิเคิร์ต (Likert's scale) 5 คำตอบ ได้แก่ เห็นด้วยอย่างยิ่ง (5 คะแนน) เห็นด้วย (4 คะแนน) ไม่แน่ใจ (3 คะแนน) ไม่เห็นด้วย (2 คะแนน) และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง (1 คะแนน) เกณฑ์การแบ่งระดับคุณภาพชีวิตหญิงตั้งครรภ์ประยุกต์ใช้เกณฑ์ของ Bloom (1971) โดยแบ่งช่วงคะแนนเฉลี่ย ได้แก่ ระดับมาก (คะแนนเฉลี่ยตั้งแต่ 80 ขึ้นไป) ระดับปานกลาง (คะแนนเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 60-79) และระดับน้อย (คะแนนเฉลี่ยต่ำกว่า 60)

การตรวจคุณภาพเครื่องมือ

ตรวจสอบความตรง (Validity) ของแบบสอบถาม โดยนำแบบสอบถามที่สร้างเสร็จแล้วไปให้ผู้เชี่ยวชาญ 5 ท่าน พิจารณาและประเมินความครอบคลุมของเนื้อหา ความสอดคล้องระหว่างเนื้อหา จุดมุ่งหมาย เป็นรายชื่อ กำหนดให้พิจารณาว่าข้อใดมีเนื้อหาตรงตามทฤษฎี นิยามเชิงปฏิบัติการและวัตถุประสงค์การวิจัย โดยตอบ เห็นด้วย ให้ +1 ไม่เห็นด้วย ให้ -1 และ ไม่แน่ใจ ให้ 0 นำผลที่ได้ไปคำนวณหาสัมประสิทธิ์ของความสอดคล้องด้วย Index of Concordance (IOC) สรุปผลค่า IOC แบบสอบถามงานวิจัยนี้อยู่ระหว่าง 0.60-1.00

การตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) ของแบบสอบถาม โดยนำแบบสอบถามที่ปรับปรุงเสร็จแล้วไปทดลองใช้กับหญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุ 20 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป จังหวัดสุพรรณบุรี ที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน ผลการหาค่าความเที่ยงของแบบสอบถาม พบว่า มีค่าความเที่ยงทั้งฉบับเท่ากับ 0.95

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

เก็บข้อมูลด้วยเครื่องมือแบบสอบถามโดยขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยจากพื้นที่วิจัย คัดเลือกผู้ช่วยเก็บแบบสอบถามในโรงพยาบาลเป้าหมายแห่งละ 1 คน แล้วชี้แจงรายละเอียดแบบสอบถาม ใบนยินยอมเข้าร่วมวิจัยและวิธีเก็บแบบสอบถาม จัดทำสลากชื่อหญิงตั้งครรภ์ทั้งหมดและจับสลากรายชื่อหญิงตั้งครรภ์จนครบ 400 คนตามต้องการ แล้วดำเนินเก็บแบบสอบถามและตรวจสอบความครบถ้วนสมบูรณ์ของแบบสอบถามเพื่อนำไปวิเคราะห์ต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติ

1. การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ใช้สถิติการแจกแจงความถี่ (Frequency distribution) ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation)
2. การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันและเส้นทางอิทธิพล โดยการวิเคราะห์โมเดลสมการโครงสร้าง (Structural Equation Model: SEM) เกณฑ์ดัชนีความสอดคล้องกลมกลืน ดังตารางที่ 1 (สุกมาส อังคุโชติ, 2554)

ตารางที่ 1 เกณฑ์ที่ใช้ในการตรวจสอบวัดระดับความสอดคล้องกลมกลืน (Goodness of Fit Measures)

ดัชนีความกลมกลืน	เกณฑ์
ค่าไคสแควร์ต่อองศาแห่งอิสระ (Chi-Square/df)	< 2.00
ดัชนีวัดระดับความกลมกลืนเปรียบเทียบ (Comparative Fit Index: CFI)	≥ 0.95
ดัชนีวัดระดับความกลมกลืน (Goodness of Fit Index: GFI)	≥ 0.95
ดัชนีวัดระดับความกลมกลืนที่ปรับแก้แล้ว (Adjusted Goodness of Fit Index: AGFI)	≥ 0.95
ความคลาดเคลื่อนในการประมาณค่าพารามิเตอร์ (Root Mean Squared Error of Approximation: RMSEA)	< 0.05
รากของค่าเฉลี่ยกำลังสองของส่วนเหลือมาตรฐาน (Standardized Root Mean Squared Residual: SRMR)	< 0.05

ผลการวิจัยและอภิปรายผล

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคล

ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละ ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานข้อมูลส่วนบุคคลของหญิงตั้งครรภ์ (n=400)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
1.อายุ (ปี)		
20-24	117	29.25
25-29	167	41.75
30 ขึ้นไป	116	29.00
อายุต่ำสุด 20 ปี สูงสุด 40 ปี เฉลี่ย 27.25 ปี S.D. 4.59		
2.อาชีพ		
เกษตรกร	35	8.75
ค้าขาย	61	15.25
รับราชการหรือพนักงานรัฐวิสาหกิจ	24	6.00
พนักงานสถานประกอบการ	51	12.75
รับจ้างทั่วไป	96	24.00
แม่บ้าน ทำงานบ้าน หรือไม่ได้ประกอบอาชีพ	85	21.25
อาชีพอิสระ	48	12.00
3.การศึกษาสูงสุด		
ไม่ได้เรียนหนังสือ	5	1.25
ประถมศึกษา	40	10.00
มัธยมศึกษาตอนต้น	109	27.25
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	166	41.50
อนุปริญญา/ปวส.	29	7.25
ปริญญาตรีขึ้นไป	51	12.75
4.สถานภาพสมรส		
สมรสอยู่ด้วยกัน	374	93.50
หม้าย/หย่า/แยก	26	6.50
5.จำนวนครั้งการตั้งครรภ์		
ครรภ์แรก	147	36.75
ครรภ์ที่ 2	150	37.50
ครรภ์ที่ 3 ขึ้นไป	103	25.75

จากตารางที่ 2 พบว่า หญิงตั้งครรภ์ส่วนมากมีอายุระหว่าง 25-29 ปี (ร้อยละ 41.75) ส่วน อายุ 20-24 ปี และ 30 ปีขึ้นไป สัดส่วนใกล้เคียงกัน (ร้อยละ 29.25 และ 29.00 ตามลำดับ) มีอายุต่ำสุด 20 ปี สูงสุด 40 ปี อายุเฉลี่ยระหว่าง 22-32 ปี (27.25 ± 4.59) ประกอบอาชีพ รับจ้างทั่วไป สัดส่วนใกล้เคียงกับเป็นแม่บ้าน ทำงานบ้าน หรือไม่ได้ประกอบอาชีพ (ร้อยละ 24.00 และ 21.25 ตามลำดับ) ส่วนมากมีระดับการศึกษาสูงสุดระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช. (ร้อยละ 41.50) เกือบทุกคนมีสถานภาพสมรสอยู่ด้วยกัน (ร้อยละ 93.50) จำนวนครั้งการตั้งครรภ์เป็นครั้งที่ 2 หรือ ครรภ์แรก สัดส่วนใกล้เคียงกัน (ร้อยละ 37.50 และ 36.75 ตามลำดับ)

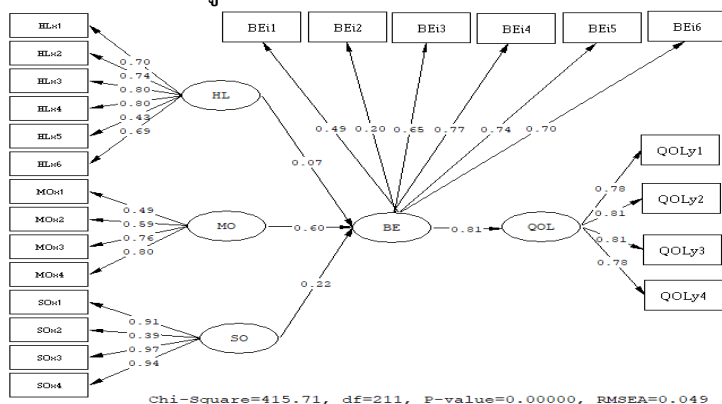
2. คุณภาพชีวิตของหญิงตั้งครรภ์

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละระดับคุณภาพชีวิตของหญิงตั้งครรภ์ ภาพรวมและจำแนกเป็นรายด้าน (n=400)

คุณภาพชีวิต	มาก		ปานกลาง		น้อย	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ด้านจิตใจ	343	85.75	55	13.75	2	0.50
ด้านสิ่งแวดล้อม	337	84.25	63	15.75	0	0
ด้านร่างกาย	303	75.75	97	24.25	0	0
ด้านสัมพันธภาพทางสังคม	277	69.25	121	30.25	2	0.50
คุณภาพชีวิตภาพรวม	283	70.75	117	29.25	0	0

จากตารางที่ 3 พบว่า หญิงตั้งครรภ์มีระดับคุณภาพชีวิตในภาพรวมอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 70.75 ระดับปานกลาง ร้อยละ 29.25 จำแนกรายด้านเรียงจากมากไปหาน้อย ได้ดังนี้ ด้านจิตใจ ด้านสิ่งแวดล้อม ด้านร่างกาย และด้านสัมพันธภาพทางสังคม ร้อยละ 85.75, 84.25, 75.75 และ 69.25 ตามลำดับ

3. การตรวจสอบความสอดคล้องกลมกลืนของโมเดลปัจจัยเชิงสาเหตุที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของหญิงตั้งครรภ์ ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นกับข้อมูลเชิงประจักษ์



ภาพที่ 1 โมเดลปัจจัยเชิงสาเหตุที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของหญิงตั้งครรภ์ (หลังปรับโมเดล)

ผลการตรวจสอบความสอดคล้องของตัวแบบที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นกับข้อมูลเชิงประจักษ์ พิจารณาจากสถิติที่ใช้ตรวจสอบความสอดคล้องระหว่างโมเดลกับข้อมูลเชิงประจักษ์ ได้แก่ Chi-Square = 415.71 df = 211 Chi-Square/df = 1.97 มีค่าน้อยกว่า 2 ดัชนี CFI = 0.97 มีค่ามากกว่า 0.95 ดัชนี GFI = 0.98 มีค่ามากกว่า 0.95 ดัชนี AGFI = 0.96 มีค่ามากกว่า 0.95 ดัชนี RMSEA = 0.04 มีค่าน้อยกว่า 0.05 และดัชนี SRMR = 0.04 มีค่าน้อยกว่า 0.05 สถิติที่สำคัญทุกดัชนีผ่านเกณฑ์ตามที่กำหนดไว้ สรุปได้ว่า โมเดลที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นมีความสอดคล้องกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์

4. เส้นทางอิทธิพลของปัจจัยเชิงสาเหตุที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิต

ตารางที่ 4 เส้นทางอิทธิพลของปัจจัยเชิงสาเหตุที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของหญิงตั้งครรภ์

ตัวแปร	พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ			คุณภาพชีวิต		
	อิทธิพล	อิทธิพล	อิทธิพล	อิทธิพล	อิทธิพล	อิทธิพล
	ทางตรง	ทางอ้อม	รวม	ทางตรง	ทางอ้อม	รวม
ความรู้เรื่องภาวะตั้งครรภ์	0.11**	-	0.11**	-	0.10**	0.10**
แรงจูงใจในการส่งเสริมสุขภาพ	0.56**	-	0.56**	-	0.48**	0.48**
การสนับสนุนทางสังคม	0.21**	-	0.21**	-	0.18**	0.18**
พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ	-	-	-	0.86**	-	0.86**
สมการโครงสร้างของตัวแปร				พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ		คุณภาพชีวิต
R Square				0.66		0.65

** p-Value < 0.01

จากตารางที่ 4 พบว่า แรงจูงใจในการส่งเสริมสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม และความรู้เรื่องภาวะตั้งครรภ์ มีอิทธิพลทางตรงต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ มีค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลเท่ากับ 0.56 0.21 และ 0.11 ตามลำดับ ส่วนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ มีอิทธิพลทางตรงต่อคุณภาพชีวิต มีค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลเท่ากับ 0.86 แรงจูงใจในการส่งเสริมสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม และความรู้เรื่องภาวะตั้งครรภ์ มีอิทธิพลทางอ้อมต่อคุณภาพชีวิตส่งผ่านพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ มีค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลเท่ากับ 0.48 0.18 และ 0.10 ตามลำดับ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ มีอิทธิพลรวมต่อคุณภาพชีวิตมากที่สุด มีค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลเท่ากับ 0.86 รองลงมาปัจจัยแรงจูงใจในการส่งเสริมสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคมและความรู้เรื่องภาวะตั้งครรภ์ มีอิทธิพลรวมต่อคุณภาพชีวิต มีค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลเท่ากับ 0.48 0.18 และ 0.10 ตามลำดับ ความรู้เรื่องภาวะตั้งครรภ์ แรงจูงใจในการส่งเสริมสุขภาพ และการสนับสนุนทางสังคม สามารถร่วมกันอธิบายความผันแปรของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ได้ร้อยละ 66 ($R^2=0.66$) และความรอบรู้เรื่องภาวะตั้งครรภ์ แรงจูงใจในการ

ส่งเสริมสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ สามารถร่วมกันอธิบายความผันแปรของ คุณภาพชีวิต ได้ร้อยละ 65 ($R^2=0.65$)

อภิปรายผล

1. หญิงตั้งครรภ์มีระดับคุณภาพชีวิตในภาพรวมอยู่ในระดับมาก จำแนกรายด้านเรียงจากมากไปหาน้อย ได้ดังนี้ ด้านจิตใจ ด้านสิ่งแวดล้อม ด้านร่างกาย และด้านสัมพันธภาพทางสังคม อภิปรายได้ว่าเนื่องจากหญิงตั้งครรภ์ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 25-29 ปี ส่วนมากมีระดับการศึกษาสูงสุดระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช. ซึ่งเป็นวัยที่มีภูมិภาวะและความรับผิดชอบต่อชีวิตจึงสืบค้นข้อมูลความรู้เกี่ยวกับภาวะตั้งครรภ์รวมถึงการปรับตัวเข้ากับภาวะตั้งครรภ์ได้ และหญิงตั้งครรภ์เกือบทั้งหมดมีสถานภาพสมรสอยู่ด้วยกัน ทำให้มีความสมบูรณ์ของครอบครัว มีความรู้สึกอบอุ่น ปลอดภัยและมีความสุขจากการตั้งครรภ์ จึงทำให้คุณภาพชีวิตด้านจิตใจมากที่สุด สอดคล้องกับการศึกษาของอัญญา พลตเปลื้องและคณะ (2561) พบว่า หญิงตั้งครรภ์มีคุณภาพชีวิตสูงและสัมพันธภาพในครอบครัว การมองโลกในแง่ดีและการเห็นคุณค่าในตนเองโดยมีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของหญิงตั้งครรภ์

2. โมเดลปัจจัยเชิงสาเหตุที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของหญิงตั้งครรภ์ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นมีความสอดคล้องกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์ แสดงว่า องค์ประกอบของโมเดลที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นมีตัวแปรเป็นไปตามแนวคิดและทฤษฎีที่นำมาใช้ซึ่งประกอบด้วย ความรอบรู้เรื่องภาวะตั้งครรภ์ แรงจูงใจในการส่งเสริมสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคมและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมีผลต่อคุณภาพชีวิต นั่นคือหญิงตั้งครรภ์มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นได้จากการมีความรอบรู้เรื่องภาวะตั้งครรภ์ มีแรงจูงใจในการส่งเสริมสุขภาพ ได้รับการสนับสนุนทางสังคม และมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ถูกต้อง เป็นไปตามแนวคิดทฤษฎีด้านพฤติกรรมศาสตร์โดยเฉพาะด้านพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ เช่น แนวคิดความรอบรู้สุขภาพ ทฤษฎีแรงจูงใจในการส่งเสริมสุขภาพโรค และทฤษฎีการสนับสนุนทางสังคม เป็นต้น (จักรพันธ์ เพ็ชรภูมิ, 2561) สอดคล้องกับการศึกษาของตติรัตน์ เตชะศักดิ์ศรี และคณะ (2560) พบว่า โมเดลแบบจำลองเชิงสาเหตุคุณภาพชีวิตของหญิงตั้งครรภ์ ประกอบด้วย ความรอบรู้ทางสุขภาพ การแสวงหาข้อมูลทางสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคมและการจัดการตนเอง

3. ปัจจัยความรอบรู้เรื่องภาวะตั้งครรภ์ แรงจูงใจในการส่งเสริมสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม มีอิทธิพลทางตรงต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและมีอิทธิพลทางอ้อมต่อคุณภาพชีวิต พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ มีอิทธิพลทางตรงต่อคุณภาพชีวิต แสดงว่า ถ้าหญิงตั้งครรภ์มีความรอบรู้เรื่องภาวะตั้งครรภ์ดี มีแรงจูงใจในการส่งเสริมสุขภาพ และได้รับการสนับสนุนทางสังคมดี จะส่งผลให้พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพดีด้วย และเมื่อหญิงตั้งครรภ์มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดีก็จะส่งผลต่อเนื่องไปถึงการมีคุณภาพชีวิตที่ดีด้วย สอดคล้องกับรายงานวิจัยที่พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ (วิลาสินี บุตรศรี และอัญสุรีย์ ศิริโสภณ, 2563) แรงจูงใจในการส่งเสริมสุขภาพด้านการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ

การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของสตรีตั้งครรภ์เสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด (อาทิตยา แก้วน้อยและคณะ, 2561) การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ (สินี กระลาวัลย์ และจารุรัตน์ ศรีรัตนประภาส, 2561; พัทธี เกษรบุญนาท, 2564; Jalili Bahabadi et al., 2020; Nguyen et al., 2022) พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมีอิทธิพลทางตรงต่อคุณภาพชีวิตของหญิงตั้งครรภ์ (ตติรัตน์ เตชะศักดิ์ศรี และคณะ, 2560; Boutib et al., 2022; Azita F. et al., 2024) แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของดวงพร ไหมตรีจิตต์ (2561) ที่พบว่า พฤติกรรมดูแลสุขภาพและการสนับสนุนทางสังคมไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง ทั้งนี้อาจเกี่ยวเนื่องด้วยกลุ่มหญิงตั้งครรภ์มีภาวะความดันโลหิตสูงซึ่งเป็นโรคเรื้อรังที่ต้องมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพเฉพาะโรคมากกว่าหญิงตั้งครรภ์ปกติและอาจยังมีปัจจัยอื่นที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตได้ด้วย

สรุป

หญิงตั้งครรภ์มีระดับคุณภาพชีวิตในภาพรวมอยู่ในระดับมาก จำแนกรายด้านเรียงจากมากไปหาน้อยได้ดังนี้ ด้านจิตใจ ด้านสิ่งแวดล้อม ด้านร่างกาย และด้านสัมพันธภาพทางสังคม โมเดลที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นมีความสอดคล้องกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์ มีค่าดัชนี Chi-Square = 415.71 df = 211 ไค-สแควร์สัมพัทธ์ = 1.97 CFI = 0.97 GFI = 0.98 AGFI = 0.96 RMSEA = 0.04 และ SRMR = 0.04 ปัจจัยความรอบรู้เรื่องภาวะตั้งครรภ์ แรงจูงใจในการส่งเสริมสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม มีอิทธิพลทางตรงต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และมีอิทธิพลทางอ้อมต่อคุณภาพชีวิต พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมีอิทธิพลทางตรงต่อคุณภาพชีวิต ซึ่งความรอบรู้เรื่องภาวะตั้งครรภ์ แรงจูงใจในการส่งเสริมสุขภาพและการสนับสนุนทางสังคม สามารถร่วมกันอธิบายความผันแปรของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ได้ร้อยละ 66 และความรอบรู้เรื่องภาวะตั้งครรภ์ แรงจูงใจในการส่งเสริมสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคมและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ สามารถร่วมกันอธิบายความผันแปรของคุณภาพชีวิต ได้ร้อยละ 65

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. หน่วยงานที่มีบทบาทหน้าที่เกี่ยวกับนโยบายส่งเสริมสุขภาพหญิงตั้งครรภ์ควรบูรณาการด้านการส่งเสริมสุขภาพหญิงตั้งครรภ์ตามแนวคิดความรอบรู้เรื่องภาวะตั้งครรภ์ การสร้างแรงจูงใจ และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ รวมถึงการจัดสรรงบประมาณและพัฒนาแนวทางปฏิบัติที่ส่งเสริมการสร้างแรงสนับสนุนทางสังคมแก่หญิงตั้งครรภ์ทั้งในระดับครอบครัว ชุมชน และระบบบริการเข้าสู่แผนยุทธศาสตร์ที่มุ่งเน้นการพัฒนาคุณภาพชีวิตของหญิงตั้งครรภ์อย่างเป็นองค์รวม

2. หน่วยบริการสุขภาพทุกระดับ ควรออกแบบโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพหญิงตั้งครรภ์ที่ครอบคลุมองค์ประกอบความรู้เรื่องภาวะตั้งครรภ์ การสร้างแรงจูงใจในการส่งเสริมสุขภาพและการสนับสนุนทางสังคม เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดี และคุณภาพชีวิตที่ดี เช่น มีกิจกรรมให้ความรู้และทำแบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพในทุกครั้งที่มาตรวจครรภ์ เป็นต้น

3. หน่วยงานที่เกี่ยวข้องสามารถนำผลการวิจัยเป็นข้อมูลพื้นฐานในการส่งเสริมการวิจัยเชิงลึกเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ หรือการจัดทำหลักสูตรฝึกอบรมต่างๆ เพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตหญิงตั้งครรภ์

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาแนวคิดทฤษฎีอื่นที่เป็นสาเหตุของคุณภาพชีวิตหญิงตั้งครรภ์เพิ่มเติมจากความรู้เรื่องภาวะตั้งครรภ์ แรงจูงใจในการส่งเสริมสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคมและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เช่น การรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self-Efficacy) หรือ ภาวะสุขภาพจิต (Mental Well-being / Psychological Distress) เป็นต้น เพื่อได้องค์ประกอบที่แตกต่างในการเลือกใช้ส่งเสริมคุณภาพชีวิตหญิงตั้งครรภ์ต่อไป

2. ควรศึกษาองค์ประกอบเชิงสำรวจของโมเดลที่พัฒนาขึ้นก่อนวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันเพื่อยืนยันตัวแปรที่นำมาใช้อย่างมีประสิทธิภาพตรงต่อความต้องการของการนำผลการวิจัยไปประยุกต์ใช้ต่อไป

3. ควรนำผลการวิจัยไปสร้างรูปแบบหรือพัฒนารูปแบบการส่งเสริมคุณภาพชีวิตหญิงตั้งครรภ์โดยมีองค์ประกอบด้านความรู้เรื่องภาวะตั้งครรภ์ การสร้างแรงจูงใจในการส่งเสริมสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคมและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ เพื่อประเมินผลเปรียบเทียบก่อนและหลังการใช้โมเดลในด้านคุณภาพชีวิตของหญิงตั้งครรภ์

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณอาจารย์ที่ปรึกษา คณะกรรมการสอบ และผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ให้คำแนะนำและความกรุณาตลอดการทำวิจัย ขอขอบคุณมหาวิทยาลัยเวสเทิร์นและบุคลากรที่เกี่ยวข้องทุกท่าน รวมถึงหญิงตั้งครรภ์ที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม อันเป็นประโยชน์ต่อการศึกษานี้

เอกสารอ้างอิง

กนกกร ปัญญาโส, ศิริวรรณ แสงอินทร์, และอุษา เชื้อหอม. (2563). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเบาหวานในโรงพยาบาลรัฐบาล เขตภาคเหนือตอนบน. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา*, 28(3), 27-40.

กระทรวงสาธารณสุข. (2567). *ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ: อัตราส่วนการตายมารดาต่อการเกิดมีชีพประเทศไทย ปีงบประมาณ 2567 [ข้อมูลสถิติ]*. สืบค้นจาก

<http://hdc.moph.go.th/center/rpublic/main>

กองอนามัยมารดาและทารก กรมอนามัย. (2567). **วิเคราะห์สถานการณ์และผลการดำเนินงานตัวชี้วัด**

“อัตราส่วนการตายมารดาไทยต่อแสนการเกิดมีชีพ ผลการดำเนินงานเดือนตุลาคม 2566 - มีนาคม 2567”. สืบค้นจาก https://hp.anamai.moph.go.th/webupload/4xceb3b571ddb70741ad132d75876bc41d/tinymce/OPDC/OPDC2567S/02MIHD/IDC35/OPDC2567_IDC3-5_01.pdf.

จักรพันธ์ เพ็ชรภูมิ. (2561). **พฤติกรรมสุขภาพ: แนวคิด ทฤษฎีและการประยุกต์ใช้ (พิมพ์ครั้งที่ 3)**. สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยนเรศวร.

ดวงพร ไผ่ตรึงจิตต์. (2561). **ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ความวิตกกังวล การสนับสนุนทางสังคมกับคุณภาพชีวิตของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง**. วิทยานิพนธ์ หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิตสาขาวิชาการผดุงครรภ์ คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยบูรพา.

ตติรัตน์ เตชะศักดิ์ศรี, สุพิศ ศิริอรุณรัตน์, พริยา ศุภศรี, วรณทนา ศุภสีมานนท์, นาริรัตน์ บุญเนตร, และชรินขวัญเนตร. (2560). **แบบจำลองเชิงสาเหตุคุณภาพชีวิตของหญิงตั้งครรภ์. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้**, 4(1), 28-46.

ทิพย์วัลย์ เรืองขจร. (2554). **วิทยาศาสตร์เพื่อคุณภาพชีวิต**. คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลา.

พัชรี เกสรบุญนาถ. (2564). **ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อวิถีชีวิตด้านส่งเสริมสุขภาพของหญิงวัยรุ่นตั้งครรภ์แรกในจังหวัดนครปฐม**. วิทยานิพนธ์บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยคริสเตียน.

วิลาสินี บุตรศรี, และอัญสุรีย์ ศิริโสภณ. (2563). **ปัจจัยทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในหญิงตั้งครรภ์ที่รับบริการฝากครรภ์ในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดนครสวรรค์. วารสารสหเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา**, 5(1), 60-70.

สินี การาลัย, และจารุรัตน์ ศรีรัตนประภาส. (2561). **ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมและพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา** 26(1), 1-10.

สุภามาส อังคุติ. (2554). **สถิติสำหรับการวิจัยทางสังคมศาสตร์และพฤติกรรมศาสตร์: เทคนิคการใช้โปรแกรม LISREL**. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ: เจริญมั่นคงการพิมพ์.

อัญญา ปลดเปลื้อง, อมราวดี บุญยรัตน์, สุพรรณิ กัณหดิลก, เพ็ญพัทธ์ ลูกอินทร์, ณัฐพร อุทัยธรรม, พรพรรณ ปรเมษฐ์, และจิรายุ อินทนา. (2561). **การวิเคราะห์เส้นทางปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของหญิงตั้งครรภ์. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข**, 27(3), 42-56.

อาทิตยา แก้วน้อย, ศรีสมร ภูมณสกุล, และสายลม เกิดประเสริฐ. (2561). **ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและอายุครรภ์เมื่อคลอดของสตรีตั้งครรภ์ที่เสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด. วารสารรามาริบัติพยาบาลสาร**, 24(3), 264-278.

Azita Fathnezhad-Kazemi, A., Seifinadergoli, Z., & Ahmadi, M. (2024). Factors affecting the quality of life in pregnant women with diabetes: the mediating effect of illness acceptance. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 24(1), 513.

- Bektemur, G., Keles, E., Kaya, L., & Baydili, K. N. (2024). Determinants of health-promoting behaviors in pregnant women. **Revista da Associação Médica Brasileira**, 70(7), e20231798.
- Bloom, B. S. (1971). **Handbook on formative and summative evaluation of student learning**. N/A
- Boutib, A., Chergaoui, S., Marfak, A., Hilali, A., & Youlyouz-Marfak, I. (2022). Quality of life during pregnancy from 2011 to 2021: systematic review. **International journal of women's health**, 14, 975-1005.
- Jalili Bahabadi, F., Estebsari, F., Rohani, C., Rahimi Khalifeh Kandi, Z., Sefidkar, R., & Mostafaei, D. (2020). Predictors of health-promoting lifestyle in pregnant women based on Pender's health promotion model. **International journal of women's health**, 12, 71-77.
- Murtagh, F., & Heck, A. (2012). **Multivariate data analysis** (Vol. 131). Springer Science and Business Media.
- Nguyen, L. D., Nguyen, L. H., Ninh, L. T., Nguyen, H. T. T., Nguyen, A. D., Vu, L. G., ... & Ho, R. C. (2022). Women's holistic self-care behaviors during pregnancy and associations with psychological well-being: implications for maternal care facilities. **BMC pregnancy and childbirth**, 22(1), 631.
- World Health Organization. (2016). **Standards for improving quality of maternal and newborn care in health facilities**. Geneva: World Health Organization.