



แบบจำลองเชิงสาเหตุคุณภาพชีวิตของหญิงตั้งครรภ์ Causal Model for Quality of Life among Pregnant Women

ตติรัตน์ เตชะศักดิ์ศรี^{1*}, สุพิศ ศิริอรุณรัตน์¹, พิริยา ศุภศรี², วรรณทนา ศุภสีมานนท์¹,
นารีรัตน์ บุญเนตร¹ และ ชรริน ขวัญเนตร²

Tatirat Tachasuksri^{1*}, Supit Siriarunrat¹, Piriya Suppasri², Wantana Suppaseemanont¹,
Nareerat Boonnate¹ and Chararin Kwannate²
มหาวิทยาลัยบูรพา^{1*}, มหาวิทยาลัยสวนดุสิต²

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อทดสอบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุคุณภาพชีวิตของหญิงตั้งครรภ์ กลุ่มตัวอย่างคือ หญิงตั้งครรภ์จำนวน 250 คน ที่รับบริการ ณ แผนกฝากครรภ์ ที่ได้จากการสุ่มแบบแบ่งกลุ่ม จากโรงพยาบาลระดับตติยภูมิและตติยภูมิ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามความรู้ทางสุขภาพ แบบสอบถามการแสวงหาข้อมูลทางสุขภาพ แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม แบบสอบถามการจัดการตนเอง และแบบสอบถามคุณภาพชีวิตในขณะตั้งครรภ์ หาค่าความตรงตามเนื้อหาโดยใช้ CVI เท่ากับ .90, .86, .93, .84 และ 1.00 หาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .72, .78, .94, .83 และ .82 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและการวิเคราะห์เส้นทางความสัมพันธ์เชิงเหตุและผล

ผลการศึกษาพบว่า ความรอบรู้ทางสุขภาพ การแสวงหาข้อมูลทางสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม และการจัดการตนเองอธิบายความแปรปรวนของคุณภาพชีวิตของหญิงตั้งครรภ์ได้ร้อยละ 22.4 ($R^2=.224$) ค่าความสอดคล้องของแบบจำลองที่ลดรูปมีค่าสถิติอยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้ ($\chi^2=5.19$, $df=3$, $p=.16$; $\chi^2/df=1.73$; $CFI=.99$; $GFI=.99$; $AGFI=.96$; $RMSEA=.05$) โดยการจัดการตนเองมีอิทธิพลโดยตรงทางบวกต่อคุณภาพชีวิต ($\beta=.34$, $p<.001$) ความรอบรู้ทางสุขภาพมีอิทธิพลโดยตรงและโดยอ้อมทางบวกต่อคุณภาพชีวิตโดยผ่านการจัดการตนเอง ($\beta=.20$, $p=.002$; $\beta=.24$, $p<.001$ ตามลำดับ) นอกจากนี้ ทั้งการแสวงหาข้อมูลทางสุขภาพและการสนับสนุนทางสังคมมีอิทธิพลโดยอ้อมทางบวกต่อคุณภาพชีวิต

ผลการวิจัยนี้ สามารถใช้เป็นแนวทางในการพัฒนารูปแบบการให้บริการฝากครรภ์ที่ส่งเสริมความรู้ทางสุขภาพและความสามารถในการจัดการตนเอง เพื่อนำไปสู่คุณภาพชีวิตที่ดีในขณะตั้งครรภ์

คำสำคัญ: แบบจำลองเชิงสาเหตุ, คุณภาพชีวิต, หญิงตั้งครรภ์

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: tatiratp@yahoo.com เบอร์โทรศัพท์ 089-5161216)

Abstract

The purpose of this research was to test a causal model for quality of life among pregnant women in Thailand. Participants were 250 pregnant women visiting antenatal care units at secondary and tertiary hospitals that were selected by cluster random sampling. Data were collected by self-reported questionnaire including 6 parts: 1) general information form, 2) health literacy, 3) health information-seeking, 4) social support, 5) self-management, and 6) pregnancy quality of life. The last five parts of the questionnaire had content validity values as follows: .90, .86, .93, .84 and 1.00 and its reliability values were .72, .78, .94, .83 and .82, respectively. Descriptive statistics and path analysis were used for data analysis.

Results revealed that health literacy, health information seeking, social support, and self-management explained 22.4% of the variance in pregnant women's quality of life ($R^2=.224$). Overall fit of the reduced model was acceptable ($\chi^2=5.19$, $df=3$, $p=.16$; $\chi^2/df=1.73$; $CFI=.99$; $GFI=.99$; $AGFI=.96$; $RMSEA=.05$). Self-management had positive direct effect on women's quality of life ($\beta=.34$, $p<.001$). Health literacy had positive direct and indirect effect on their quality of life via self-management ($\beta=.20$, $p=.002$; $\beta=.24$, $p<.001$, respectively). Furthermore, both health information seeking and social support had positive indirect effect on quality of life of pregnant women.

Findings recommend that pregnant women's health literacy and self-management would be included in an antenatal care service model. This might improve their quality of life during pregnancy.

Keywords: Causal Model, Quality of Life, Pregnant Women

บทนำ

คุณภาพชีวิตเป็นดัชนีชี้วัดทางสุขภาพและเป็นเป้าหมายสำคัญในการดำเนินชีวิตของบุคคล โดยเฉพาะหญิงตั้งครรภ์ ที่บ่งบอกถึงผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ในขณะตั้งครรภ์ ไม่ว่าจะเป็นสุขภาพทางกาย ได้แก่ อาการไม่สบาย และภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ (Kocaöz, Talas & Atabekoğlu, 2010; Munch, Korst, Hernandez, Romero & Goodwin, 2011) และจิตสังคม ได้แก่ ภาพลักษณ์ที่เปลี่ยนไปในขณะตั้งครรภ์ และการปรับตัวต่อบทบาทมารดา (Lowdermilk, Perry, Cashion & Alden, 2012) ยิ่งไปกว่านั้น ยังได้รับผลกระทบจากการเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจและสังคมภายใต้กระแสโลกาภิวัตน์ ระบบทุนนิยม และเทคโนโลยีการสื่อสารไร้พรมแดน ส่งผลให้หญิงตั้งครรภ์มีการดำเนินชีวิตที่เสี่ยงทางสุขภาพ เช่น การบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม ความเครียดที่เพิ่มขึ้น และการใช้สารเสพติด เป็นต้น จึงเพิ่มโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนที่มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตทั้งในระยะตั้งครรภ์ คลอด และหลังคลอดมากขึ้น (สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์, 2553) นอกจากนี้ คุณภาพชีวิตของหญิงตั้งครรภ์ไม่เพียงส่งผลกระทบต่อตัวหญิงตั้งครรภ์ แต่ยังส่งผลกระทบต่อภาวะ

สุขภาพและพัฒนาการของทารก เช่น การแท้ง การคลอดก่อนกำหนด และสภาวะทางจิตอารมณ์ (Couto, Couto, Vian, Gregório, Nomura, Zaccaria et al., 2009) ดังนั้น คุณภาพชีวิตจึงเป็นตัวบ่งชี้สำคัญที่แสดงถึงความผาสุกในชีวิตของหญิงตั้งครรภ์และครอบครัว สอดคล้องกับแผนยุทธศาสตร์สุขภาพวิถีชีวิตไทย พ.ศ.2554–2563 ที่ต้องการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนให้ทุกช่วงวัย (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ กระทรวงสาธารณสุข และมหาวิทยาลัยมหิดล, 2553)

การที่หญิงตั้งครรภ์จะมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายประการ ได้แก่ ปัจจัยภายในบุคคล สังคม และสิ่งแวดล้อม จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า แบบจำลอง PRECEDE-PROCEED (Green & Kreuter, 2005) เป็นแนวคิดหนึ่งที่มีการประเมินปัจจัยที่มีผลกระทบโดยตรงและโดยอ้อมต่อคุณภาพชีวิต ที่ครอบคลุมทั้งปัจจัยภายในและภายนอกของบุคคล ในการศึกษาได้นำกระบวนการในระยะการวินิจฉัยปัญหา หรือ PRECEDE (Predisposing, Reinforcing and Enabling Constructs in Educational/ Ecological Diagnosis and Evaluation) มาวิเคราะห์หาปัจจัยที่มีอิทธิพลโดยตรงและโดยอ้อมต่อคุณภาพชีวิตของหญิงตั้งครรภ์ โดยเริ่มจากการประเมินด้านพฤติกรรม (Behavioral Assessment) เพื่อวิเคราะห์หาปัจจัยด้านพฤติกรรมของหญิงตั้งครรภ์ที่มีอิทธิพลโดยตรงต่อคุณภาพชีวิต จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า การจัดการตนเอง (Self Management) เป็นปัจจัยสำคัญด้านพฤติกรรมที่แสดงถึงความสามารถในการดูแลตนเองและแก้ไขปัญหาได้อย่างเหมาะสมทั้งทางด้านการแพทย์ อารมณ์ และบทบาทหน้าที่ (Lorig & Holman, 2003) และเป็นกลยุทธ์สำคัญที่นำมาใช้ในการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคในทุกช่วงวัย สำหรับระยะตั้งครรภ์ แนวคิดนี้ถูกนำมาใช้ทั้งในกลุ่มที่ตั้งครรภ์ปกติ (Johnson, 2014; Kocaöz, Talas & Atabekoğlu, 2010; Vincent, Nayak & Paul, 2015) และกลุ่มที่มีภาวะแทรกซ้อน (Murphy, Gibson, Talbot, Kessell & Clifton, 2005; Wazqa & Evans, 2012) จากการศึกษาพบว่า หญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการสนับสนุนให้สามารถจัดการตนเองด้านอารมณ์อย่างเหมาะสม ส่งผลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าในระยะตั้งครรภ์และหลังคลอดลดลง ซึ่งจะนำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดีตามมา (Mao, Li, Chiu, Chan & Chen, 2012) สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า การจัดการตนเองมีอิทธิพลทางบวกกับคุณภาพชีวิต (Benzo, Abascal-Bolado & Dulohery, 2016; Koetsenruijter, Van Lieshout, Vassilev, Portillo, Serrano, Knutsen, et al., 2014; Kueh, Morris, Borkoles & Shee, 2015; Whittemore, Liberti, Jeon, Chao, Jaser & Grey, 2014) อย่างไรก็ตาม ความสามารถในการจัดการตนเองในขณะตั้งครรภ์อาจแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล ซึ่งเป็นผลเนื่องจากปัจจัยที่ได้จากการประเมินด้านการศึกษาและสิ่งแวดล้อม (Educational and Ecological Assessment) ของหญิงตั้งครรภ์

การประเมินด้านการศึกษาและสิ่งแวดล้อม เป็นการวิเคราะห์สาเหตุของปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล ถึงแม้ว่าปัจจัยที่ได้จากการประเมินนี้ จะเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลโดยอ้อมต่อคุณภาพชีวิตในระยะตั้งครรภ์ แต่เป็นปัจจัยสาเหตุที่มีอิทธิพลโดยตรงต่อพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล ที่ส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี (Green & Kreuter, 2005) จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ปัจจัยสำคัญที่มีอิทธิพลโดยตรงต่อพฤติกรรมสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับการจัดการตนเองของหญิงตั้งครรภ์ประกอบด้วย 1) ความรอบรู้ทางสุขภาพ (Health Literacy) เป็นปัจจัยสำคัญภายในตัวบุคคลที่เกิดจากประสบการณ์และการเรียนรู้ ซึ่งแสดงถึงความสามารถของบุคคลในการเข้าใจ วิเคราะห์ และนำข้อมูลหรือความรู้ไปประยุกต์ใช้ในชีวิตได้อย่างเหมาะสม (Chinn &

McCarthy, 2013) ซึ่งส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพและคุณภาพชีวิตของบุคคล (Eadie, 2014) จากการศึกษาพบว่า ความรอบรู้ทางสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพ (Lupattelli, Picinardi, Einarson & Nordeng, 2014) และภาวะสุขภาพ (Mojoyinola, 2011) ของหญิงตั้งครรภ์ นอกจากนี้ ยังพบว่าความรอบรู้ทางสุขภาพมีอิทธิพลโดยตรงและโดยอ้อมทางบวกต่อคุณภาพชีวิต (Halverson, Martinez-Donate, Palta, Leal, Lubner, Walsh, et al., 2015; Lee, Lee & Moon, 2016; Sun, Shi, Zeng, Wang, Du, Wei, et al., 2013; Wang, Kane, Xu & Meng, 2015) 2) การแสวงหาข้อมูลทางสุขภาพ (Health Information Seeking) เป็นแนวคิดที่ได้รับการยอมรับ และนำมาใช้เพื่อเพิ่มพูนความรู้และความสามารถของบุคคลทั้งในกลุ่มที่มีภาวะสุขภาพดีและเจ็บป่วย ซึ่งการแสวงหาข้อมูลทางสุขภาพ ถือว่าเป็นปัจจัยภายในของบุคคล ที่ช่วยให้หญิงตั้งครรภ์ได้รับข้อมูลและมีความรู้ด้านสุขภาพมากขึ้น ส่งผลให้มีศักยภาพในการดูแลตนเองเพิ่มขึ้น และมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี (Shieh, McDaniel & Ke, 2009) จากการศึกษาพบว่า การแสวงหาข้อมูลทางสุขภาพเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลโดยตรงทางบวกต่อความรอบรู้ทางสุขภาพ (Liu, Liu, Li & Chen, 2015) และการจัดการตนเอง (Lalazaryan & Zare-Farashbandi, 2014) และ 3) การสนับสนุนทางสังคม (Social Supports) เป็นปัจจัยภายนอกสำคัญ ที่สนับสนุนให้หญิงตั้งครรภ์มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาพ และมีความสามารถในการจัดการตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Carolan, Gill & Streel, 2012) ส่งผลดีต่อภาวะสุขภาพกาย (Haobijam, Sharma & David, 2010) จิตสังคม (Hui Choi, Lee, Chan, Cheung, Lee & Chan, 2012) และความผาสุกหรือคุณภาพชีวิต (Collins, Dunkel-Schetter, Lobel & Scrimshaw, 1993) สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความรอบรู้ทางสุขภาพ (Stewart, Reitzel, Correa-Fernández, Cano, Adams, Cao, et al., 2014) และมีอิทธิพลโดยตรงทางบวกต่อการจัดการตนเอง (Hunt, Wilder, Steele, Grant, Pryor & Moneyham, 2012; Raaijmakers, Martens, Hesselink, de Weerd, de Vries & Kremers, 2014)

จากมูลเหตุดังกล่าวข้างต้น พบว่า การศึกษาในช่วงที่ผ่านมามุ่งหาปัจจัยที่มีผลโดยตรงต่อคุณภาพชีวิตของหญิงตั้งครรภ์ แต่ยังมีปัจจัยที่มีผลโดยอ้อมต่อคุณภาพชีวิตอีก ทำให้ผู้วิจัยสนใจสร้างรูปแบบความสัมพันธ์เชิงเหตุผลระหว่างปัจจัยต่าง ๆ ที่ช่วยส่งเสริมความสามารถในการจัดการตนเองในขณะตั้งครรภ์ เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์มีคุณภาพชีวิตที่ดี โดยอาศัยแบบจำลอง PRECEDE (Green & Kreuter, 2005) เป็นทฤษฎีพื้นฐานสำหรับการศึกษา ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง จึงได้รูปแบบความสัมพันธ์เชิงเหตุผลระหว่างความรอบรู้ทางสุขภาพ การแสวงหาข้อมูลทางสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม การจัดการตนเอง และคุณภาพชีวิตของหญิงตั้งครรภ์ ภายใต้การสังเคราะห์รูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุที่สร้างขึ้นนี้ หากได้รับการทดสอบความถูกต้องด้วยกระบวนการวิจัยแล้ว คาดว่าจะได้องค์ความรู้ที่มีความเฉพาะเจาะจงสำหรับการดูแลสุขภาพหญิงตั้งครรภ์ ให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีที่เป็นความรู้เชิงประจักษ์ ซึ่งจะก่อให้เกิดเข้าใจความสัมพันธ์ที่เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลโดยตรงและโดยอ้อมต่อคุณภาพชีวิตของหญิงตั้งครรภ์มากขึ้น และนำไปสู่การขยายความรู้เชิงทฤษฎีสู่การให้บริการทางการแพทย์ โดยใช้เป็นแนวทางในการสนับสนุน ส่งเสริมการเรียนรู้และความสามารถในการจัดการปัญหาสุขภาพของตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ บนพื้นฐานการสังเคราะห์ความรู้ที่ได้จากกระบวนการศึกษาวิจัยเชิงปฏิบัติการต่อไป



วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อทดสอบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุระหว่างความรู้ทางสุขภาพ การแสวงหาข้อมูลทางสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม การจัดการตนเอง และคุณภาพชีวิตของหญิงตั้งครรภ์

สมมติฐานการวิจัย

1. ความรู้ทางสุขภาพและการจัดการตนเองมีอิทธิพลโดยตรงทางบวกต่อคุณภาพชีวิตของหญิงตั้งครรภ์
2. ความรู้ทางสุขภาพ การแสวงหาข้อมูลทางสุขภาพ และการสนับสนุนทางสังคมมีอิทธิพลโดยอ้อมทางบวกต่อคุณภาพชีวิตของหญิงตั้งครรภ์

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษานี้ ผู้วิจัยได้พัฒนากรอบแนวคิดมาจากแบบจำลอง PRECEDE-PROCEED (Green & Kreuter, 2005) โดยใช้กระบวนการในระบะการวินิจฉัยปัญหา (PRECEDE) ร่วมกับการสังเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อสร้างรูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของปัจจัยที่มีอิทธิพลโดยตรงและโดยอ้อมต่อคุณภาพชีวิตของหญิงตั้งครรภ์ ดังนี้

1. การประเมินด้านพฤติกรรม (Behavioral Assessment) เป็นการประเมินปัจจัยทางด้านพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลที่ส่งผลกระทบโดยตรงต่อคุณภาพชีวิตของหญิงตั้งครรภ์ จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าการจัดการตนเองเป็นปัจจัยด้านพฤติกรรมที่แสดงถึงความสามารถในการแก้ไขปัญหาทางสุขภาพของตนเองได้อย่างเหมาะสม สำหรับในระยะตั้งครรภ์ แนวคิดนี้ถูกนำมาใช้ทั้งในกลุ่มที่ตั้งครรภ์ปกติ (Johnson, 2014; Kocaöz, Talas & Atabekoğlu, 2010; Vincent, Nayak & Paul, 2015) และกลุ่มที่มีภาวะแทรกซ้อน (Murphy, Gibson, Talbot, Kessell & Clifton, 2005; Wazqa & Evans, 2012) ซึ่งถ้าหญิงตั้งครรภ์สามารถจัดการตนเองอย่างเหมาะสม จะส่งผลให้มีภาวะสุขภาพ และคุณภาพชีวิตที่ดีตามมา (Mao, Li, Chiu, Chan & Chen, 2012) สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า การจัดการตนเองมีความสัมพันธ์และมีอิทธิพลโดยตรงทางบวกต่อคุณภาพชีวิต (Benzo, Abascal-Bolado & Dulohery, 2016; Whittemore, Liberti, Jeon, Chao, Jaser & Grey, 2014) และเป็นตัวแปรคนกลาง (Mediator) ของปัจจัยพยากรณ์อื่นที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิต (Koetsenruijter, Van Lieshout, Vassilev, Portillo, Serrano, Knutsen, et al., 2014; Kueh, Morris, Borkoles & Shee, 2015; Whittemore, Liberti, Jeon, Chao, Jaser & Grey, 2014) ดังนั้น การจัดการตนเองถือได้ว่าเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลโดยตรงต่อคุณภาพชีวิตของหญิงตั้งครรภ์

2. การประเมินด้านการศึกษาและสิ่งแวดล้อม (Educational and Ecological Assessment) เป็นการประเมินปัจจัยที่มีอิทธิพลโดยตรงและโดยอ้อมต่อการจัดการตนเองและคุณภาพชีวิตของหญิงตั้งครรภ์ ได้แก่

- 2.1 ความรู้ทางสุขภาพ เป็นปัจจัยสำคัญที่แสดงถึงความสามารถในการเข้าใจ การวิเคราะห์ และการนำความรู้ไปประยุกต์ใช้ในชีวิตได้อย่างเหมาะสม (Chinn & McCarthy, 2013) ซึ่งเป็นเสมือนปัจจัยนำ (Predisposing Factors) ที่ช่วยให้หญิงตั้งครรภ์สามารถจัดการตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Lupattelli, Picinardi, Einarson & Nordeng, 2014) ส่งผลให้มีภาวะสุขภาพที่ดี (Mojoyinola, 2011) และนำไปสู่คุณภาพ

ชีวิตที่ดีตามมา สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า ความรอบรู้ทางสุขภาพมีอิทธิพลโดยตรงทางบวกต่อคุณภาพชีวิต (Halverson, Martinez-Donate, Palta, Leal, Lubner, Walsh, et al., 2015; Jayasinghe, Harris, Parker, Litt, Driel, Mazza, et al., 2016) และมีอิทธิพลโดยอ้อมทางบวกต่อคุณภาพชีวิตโดยผ่านปัจจัยด้านพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล (Lee, Lee & Moon, 2016; Sun, Shi, Zeng, Wang, Du, Wei, et al., 2013; Wang, Kane, Xu & Meng, 2015) ดังนั้น ความรอบรู้ทางสุขภาพเป็นทั้งปัจจัยที่มีอิทธิพลโดยตรงต่อคุณภาพชีวิต และปัจจัยที่มีอิทธิพลโดยอ้อมต่อคุณภาพชีวิตของหญิงตั้งครรภ์โดยผ่านการจัดการตนเอง

2.2 การแสวงหาข้อมูลทางสุขภาพ เป็นแนวคิดที่นำมาใช้เสมือนเป็นปัจจัยเอื้อ (Enabling Factors) ที่ส่งเสริมให้หญิงตั้งครรภ์มีความรอบรู้ทางสุขภาพ ส่งผลให้มีศักยภาพในการดูแลตนเอง และมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี (Shieh, McDaniel & Ke, 2009) ซึ่งนำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดี สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า การแสวงหาข้อมูลทางสุขภาพมีอิทธิพลโดยตรงทางบวกต่อความรอบรู้ทางสุขภาพ (Liu, Liu, Li & Chen, 2015) และการจัดการตนเอง (Johnson, 2014; Lalazaryan & Zare-Farashbandi, 2014) นอกจากนี้ยังพบว่า การแสวงหาข้อมูลทางสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการสนับสนุนทางสังคม (Guillory, Niederdeppe, Kim, Pollak, Graham, Olson, et al., 2014) ดังนั้น การแสวงหาข้อมูลทางสุขภาพจึงเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลโดยตรงต่อความรอบรู้ทางสุขภาพและการจัดการตนเองของหญิงตั้งครรภ์ และเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลโดยอ้อมต่อคุณภาพชีวิตของหญิงตั้งครรภ์โดยผ่านความรอบรู้ทางสุขภาพและการจัดการตนเอง รวมทั้งยังมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการสนับสนุนทางสังคม

2.3 การสนับสนุนทางสังคม เป็นปัจจัยเสริม (Reinforcing Factors) ที่สนับสนุนหญิงตั้งครรภ์ให้มีความรู้ด้านสุขภาพและมีความสามารถในการดูแลตนเอง ส่งผลให้มีการจัดการตนเองที่ดี (Carolan, Gill & Streel, 2012) มีภาวะสุขภาพดี และมีความสุขในชีวิตหรือคุณภาพชีวิตที่ดี (Collins, Dunkel-Schetter, Lobel & Scrimshaw, 1993) สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลโดยตรงทางบวกต่อความรอบรู้ทางสุขภาพ (Stewart, Reitzel, Correa-Fernández, Cano, Adams, Cao, et al., 2014) และการจัดการตนเอง (Koetsenruijter, Van Lieshout, Vassilev, Portillo, Serrano, Knutsen, et al., 2014; Hunt, Wilder, Steele, Grant, Pryor & Moneyham, 2012; Raaijmakers, Martens, Hesselink, de Weerd, de Vries & Kremers, 2014) ดังนั้น การสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลโดยตรงต่อความรอบรู้ทางสุขภาพและการจัดการตนเองของหญิงตั้งครรภ์ และเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลโดยอ้อมต่อคุณภาพชีวิตของหญิงตั้งครรภ์โดยผ่านความรอบรู้ทางสุขภาพและการจัดการตนเอง

ระเบียบวิธีวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษานี้ คือ หญิงตั้งครรภ์ที่มาใช้บริการ ณ แผนกฝากครรภ์ โดยกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้เกณฑ์อัตราส่วนของขนาดกลุ่มตัวอย่าง 20 ราย ต่อ 1 พารามิเตอร์ (Kline, 2011) จำนวนขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่เหมาะสมได้เท่ากับ 220 ราย ซึ่งขนาดกลุ่มตัวอย่างจากการคำนวณเป็นตัวอย่างขั้นต่ำ ไม่ควรมีน้อยกว่าที่กำหนด และเพื่อป้องกันความไม่สมบูรณ์ของข้อมูลที่จะส่งผลต่อการวิเคราะห์ข้อมูล จึงเพิ่มขนาดกลุ่ม



ตัวอย่างเป็น 250 ราย จากนั้นดำเนินการสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบแบ่งกลุ่ม (Cluster Random Sampling) โดยใช้เกณฑ์การแบ่งระดับของสถานบริการสุขภาพ โดยเลือกสถานบริการสุขภาพที่ศึกษาในระดับทุติยภูมิและตติยภูมิ เนื่องจากเป็นสถานบริการสุขภาพที่มีการให้บริการฝากครรภ์ทุกแห่ง จากนั้นทำการสุ่มสถานบริการสุขภาพที่ศึกษาจากโรงพยาบาลในระดับทุติยภูมิ จำนวน 2 แห่ง และระดับตติยภูมิ จำนวน 1 แห่ง ดำเนินการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามสัดส่วนของแต่ละระดับสถานบริการสุขภาพ โดยใช้เกณฑ์คุณสมบัติการคัดเลือกเข้าโครงการวิจัย ได้แก่ อายุตั้งแต่ 20 ปี ขึ้นไป อายุครรภ์ตั้งแต่ 28 สัปดาห์ ขึ้นไป ไม่มีภาวะแทรกซ้อนในขณะตั้งครรภ์ สัญชาติไทย สามารถพูด ฟัง อ่าน และเขียนภาษาไทยได้ เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างในแต่ละกลุ่มย่อยมีคุณลักษณะคล้ายคลึงกันมากที่สุด

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย

1. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล เป็นแบบเติมคำและเลือกตอบ ได้แก่ อายุ ศาสนา วุฒิการศึกษา อาชีพ รายได้ของครอบครัว ลำดับที่ของการตั้งครรภ์ในปัจจุบัน อายุครรภ์ในปัจจุบัน และลักษณะของครอบครัว
2. แบบสอบถามความรอบรู้ทางสุขภาพ เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับความรอบรู้ทางสุขภาพในขณะตั้งครรภ์ ที่ผู้วิจัยดัดแปลงมาจากแบบวัดความรอบรู้ทางสุขภาพทุกด้าน (All Aspects of Health Literacy Scale: AAHLS) ของ Chinn & McCarthy (2013) ประกอบด้วยความรอบรู้ทางสุขภาพขั้นพื้นฐาน ขั้นมีปฏิสัมพันธ์ และขั้นวิจารณ์ญาณ ข้อคำถามมีจำนวน 10 ข้อ เป็นข้อคำถามเชิงลบ จำนวน 3 ข้อ (ข้อ 2, 4, และ 8) ลักษณะคำถามเป็นมาตราประมาณค่า 4 ระดับ กำหนดคะแนนตั้งแต่ 1-4 คะแนน โดย 1 หมายถึง ไม่ตรงกับความเป็นจริงเลย จนถึง 4 หมายถึง ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด มีคะแนนรวมอยู่ระหว่าง 10-40 คะแนน
3. แบบสอบถามการแสวงหาข้อมูลทางสุขภาพ เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยแปลจากแบบวัดการแสวงหาข้อมูลทางสุขภาพในขณะตั้งครรภ์ (The Pregnancy Health Information-Seeking Scale: PHISS) ของ Shieh, McDaniel & Ke (2009) ข้อคำถามมีจำนวน 7 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นมาตราประมาณค่า 4 ระดับ กำหนดคะแนนตั้งแต่ 1-4 คะแนน โดย 1 หมายถึง ไม่เคยปฏิบัติเลย จนถึง 4 หมายถึง ปฏิบัติสม่ำเสมอ มีคะแนนรวมอยู่ระหว่าง 7-28 คะแนน
4. แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมของตติรัตน์ สุวรรณสุจริต และพิริยา ศุภศรี (2552) โดยครอบคลุมการสนับสนุนทางสังคม แก่หญิงตั้งครรภ์ตามแนวคิดของ Collins, Dunkel-Schetter, Lobel & Scrimshaw (1993) ประกอบด้วย การสนับสนุนด้านอารมณ์ ด้านบทบาทหน้าที่ ด้านข้อมูล และด้านสิ่งของ เป็นข้อคำถามที่มีความหมายทางบวก จำนวน 15 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นมาตราประมาณค่า 4 ระดับ กำหนดคะแนนตั้งแต่ 1-4 คะแนน โดย 1 หมายถึง ไม่ตรงกับความเป็นจริงที่ได้รับเลย จนถึง 4 หมายถึง ตรงกับความเป็นจริงที่ได้รับมากที่สุด มีคะแนนรวมอยู่ระหว่าง 15-60 คะแนน
5. แบบสอบถามการจัดการตนเอง เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากแนวคิดการจัดการตนเองตามภาระหน้าที่ของ Lorig & Holman (2003) และการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย จิตสังคม และพัฒนาใจของหญิงตั้งครรภ์ รวมทั้งการดูแลสุขภาพในขณะตั้งครรภ์ ประกอบด้วยการจัดการด้าน

การแพทย์ ด้านบทบาท และด้านอารมณ์ ข้อคำถามมีจำนวน 25 ข้อ เป็นข้อคำถามเชิงลบ จำนวน 6 ข้อ (ข้อ 4, 17-18, และ 22-24) ลักษณะคำถามเป็นมาตรประมาณค่า 4 ระดับ กำหนดคะแนนตั้งแต่ 1-4 คะแนน โดย 1 หมายถึง ไม่ตรงกับความรู้สึก การปฏิบัติ หรือความเป็นจริงเลย จนถึง 4 หมายถึง ตรงกับความรู้สึก การปฏิบัติ หรือความเป็นจริงมากที่สุด มีคะแนนรวมอยู่ระหว่าง 25-100 คะแนน

6. แบบสอบถามคุณภาพชีวิตในขณะตั้งครรภ์ เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยแปลจากแบบสอบถามคุณภาพชีวิตในขณะตั้งครรภ์ (QOL-GRAV Questionnaire) ของ Vachkova, Jezek, Mares & Moravcova (2013) ประกอบด้วยคุณภาพชีวิตด้านร่างกาย ด้านจิตใจ และด้านความสัมพันธ์ทางสังคม ข้อคำถามมีจำนวน 9 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นมาตรประมาณค่า 5 ระดับ กำหนดคะแนนตั้งแต่ 1-5 คะแนน โดยข้อ 1-6 เป็นข้อคำถามเชิงลบ มีค่าคะแนน คือ 1 หมายถึง ตรงกับความคิดเห็นมากที่สุด จนถึง 5 หมายถึง ไม่ตรงกับความคิดเห็นมากที่สุด และข้อ 7-9 เป็นข้อคำถามเชิงบวก มีค่าคะแนน คือ 1 หมายถึง ตรงความรู้สึกไม่พอใจมากที่สุด จนถึง 5 หมายถึง ตรงความรู้สึกพอใจมากที่สุด มีคะแนนรวมอยู่ระหว่าง 9-45 คะแนน

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

การตรวจสอบเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลขึ้นอยู่กับวิธีการพัฒนาเครื่องมือวิจัย ประกอบด้วย 1) แบบสอบถามที่แปลจากเครื่องมือมาตรฐาน 2) แบบสอบถามที่ดัดแปลงจากแบบสอบถามของผู้อื่น และ 3) แบบสอบถามที่สร้างขึ้น สำหรับแบบสอบถามที่แปลจากเครื่องมือมาตรฐาน ใช้หลักการแปลแบบย้อนกลับ (Back Translation) ภายหลังได้รับอนุญาตจากเจ้าของเครื่องมือวิจัยต้นฉบับแล้ว โดยผู้เชี่ยวชาญที่มีความรู้ความเข้าใจในทั้งสองภาษาเป็นอย่างดี จำนวน 2 คน แปลแบบสอบถามต้นฉบับ (Forward Translation) จากภาษาดั้งเดิม (Source Language) เป็นภาษาเป้าหมาย (Target Language) จากนั้นแปลย้อนกลับ (Backward Translation) จากภาษาเป้าหมายมาเป็นภาษาต้นฉบับ โดยผู้แปลย้อนกลับที่สามารถใช้ทั้งสองภาษาได้เป็นอย่างดี (Bilingual Person) และไม่เคยเห็นแบบสอบถามชุดต้นฉบับมาก่อน จากนั้นนำแบบสอบถามทั้งหมดให้ผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลแม่และเด็ก จำนวน 5 คน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา และนำมาคำนวณหาดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) ได้ค่า CVI ของแบบสอบถามความรอบรู้ทางสุขภาพ เท่ากับ .90 แบบสอบถามการแสวงหาข้อมูลทางสุขภาพ เท่ากับ .86 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม เท่ากับ .93 แบบสอบถามการจัดการตนเอง เท่ากับ .84 และแบบสอบถามคุณภาพชีวิตในขณะตั้งครรภ์ เท่ากับ 1 ผู้วิจัยปรับแบบสอบถามตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ และนำไปทดสอบกับหญิงตั้งครรภ์ที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน เพื่อตรวจสอบความเข้าใจในภาษาและหาค่าความเที่ยงของเครื่องมือวิจัย ได้ค่าความเชื่อมั่น (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ .72, .78, .94, .83 และ .82 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ขั้นตอนเตรียมการก่อนเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยเตรียมผู้ช่วยวิจัยให้เข้าใจเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง การบันทึกและการตรวจสอบข้อมูลของแบบบันทึกและแบบสอบถามต่าง ๆ ของโครงการวิจัย

2. ขั้นตอนดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยหรือผู้ช่วยวิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามสัดส่วนและคุณสมบัติที่กำหนดไว้จากโรงพยาบาลในระดับทุติยภูมิ จำนวน 2 แห่ง และระดับตติยภูมิ จำนวน 1 แห่ง จากนั้นเข้าพบ



กลุ่มตัวอย่างเพื่อแนะนำตัวชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขอความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัย และแจ้งการพิทักษ์สิทธิ เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมและลงชื่อในใบยินยอมเข้าร่วมวิจัยแล้ว จึงให้ตอบแบบสอบถามอย่างอิสระและเป็นส่วนตัว ใช้เวลาประมาณ 20 นาที ผู้วิจัยหรือผู้ช่วยวิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์และความถูกต้องของข้อมูลก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูลด้วยวิธีทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลในแต่ละตัวแปรด้วยสถิติเชิงพรรณนา
2. ทดสอบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุระหว่างความรู้ทางสุขภาพ การแสวงหาข้อมูลทางสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม การจัดการตนเอง และคุณภาพชีวิตของหญิงตั้งครรภ์ โดยวิเคราะห์เส้นทางความสัมพันธ์เชิงเหตุและผล (Path Analysis) ดังนี้

2.1 ทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการวิเคราะห์เส้นทางความสัมพันธ์เชิงเหตุและผล ประกอบด้วย (จุฬาลักษณ์ บารมี, 2555; Tabachnick & Fidell, 2007)

2.1.1 ตัวแปรมีสเกลการวัดเป็นช่วงคะแนน (Interval Scale) ขึ้นไป สำหรับการศึกษานี้พบว่า ตัวแปรทุกตัวในแบบจำลองมีสเกลการวัดเป็นช่วงคะแนน

2.1.2 ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรมีลักษณะเชิงเส้นตรง (Linearity) ผลจาก Scatter Plot ของตัวแปรแต่ละคู่ พบว่า มีความสัมพันธ์เชิงเส้นตรง และจากการทดสอบค่าสถิติ F-test พบว่า ค่านัยสำคัญทางสถิติของความสัมพันธ์เชิงเส้นตรงระหว่างตัวแปรในแบบจำลอง (Linearity Significance) ทุกคู่มีค่าน้อยกว่า .05 แสดงว่ามีความสัมพันธ์ของตัวแปรในแบบจำลองทุกคู่เป็นแบบเส้นตรง

2.1.3 ตัวแปรอิสระในแบบจำลองเส้นทางความสัมพันธ์ไม่มีความสัมพันธ์กันในระดับมาก (Absence of Multicollinearity) พบว่า ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรมีค่าอยู่ระหว่าง .38-.69 ซึ่งมีค่าไม่มากกว่า .85 และทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรหลายตัว พบว่า ค่า Tolerance อยู่ระหว่าง .47 ถึง .71 ซึ่งค่าที่ได้ไม่น้อยกว่า .20 ส่วนค่า VIF (Variance Inflation Factor) อยู่ระหว่าง 1.41 ถึง 2.14 ซึ่งค่าที่ได้ไม่มากกว่า 4 แสดงว่าไม่มีความสัมพันธ์กันเองของตัวแปรอิสระในแบบจำลอง

2.1.4 ค่าผิดปกติที่เกิดจากข้อมูลของหลายตัวแปร (Multivariate Outlier) จาก Scatter Plot ระหว่างค่าคะแนนมาตรฐาน (Z-Score) ของค่าพยากรณ์และค่าความคาดเคลื่อนที่เกิดจากการทำนาย พบว่า มีค่าระหว่าง -2.82 ถึง 2.17 ซึ่งมีค่าไม่เกิน ± 3 และค่าสูงสุดของ Cook's Distance เท่ากับ .07 ซึ่งมีค่าไม่เกิน 1 แสดงว่า ไม่มีค่าผิดปกติที่เกิดจากข้อมูลของหลายตัวแปร

2.1.5 การแจกแจงปกติของตัวแปรหลายตัว (Multivariate Normal Distribution) จาก Histogram ของค่าความคาดเคลื่อนที่เกิดจากการทำนาย พบว่า มีลักษณะการกระจายแบบปกติ และผลการทดสอบโดยใช้สถิติ Kolmogorov-Smirnov ของค่าความคาดเคลื่อนที่เกิดจากการทำนาย พบว่า ค่านัยสำคัญทางสถิติมากกว่า .05 แสดงว่ามีการแจกแจงของคะแนนที่เกิดจากตัวแปรหลายตัวเป็นปกติ

2.1.6 ค่าเฉลี่ยของความคาดเคลื่อน (Residual) ควรมีค่าใกล้เคียงศูนย์ หรือเท่ากับศูนย์ ผลการทดสอบพบว่า ค่าเฉลี่ยของความคาดเคลื่อนมีค่าเท่ากับศูนย์ และทดสอบความสัมพันธ์ของค่าความคาดเคลื่อนโดยใช้สถิติ Durbin-Watson พบว่า มีค่าเท่ากับ 2.21 ซึ่งค่าปกติอยู่ระหว่าง 1.5 ถึง 2.5 แสดงว่าค่าความคาดเคลื่อนไม่มีความสัมพันธ์กัน (Independence of Residuals)

2.2 ทดสอบสมมติฐานความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรของแบบจำลองที่สร้างขึ้น ตามสมมติฐานการวิจัย (Full Model) จากนั้นพิจารณาปรับแบบจำลอง เพื่อให้ค่าการทดสอบความสอดคล้องอยู่ในเกณฑ์ที่ดี และมีความสำคัญทางสถิติของความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรน้อยกว่า .05 และทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรของแบบจำลองที่ปรับค่า (Tabachnick & Fidell, 2007)

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยของมหาวิทยาลัยบูรพา ขออนุญาตจากคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา และผู้อำนวยการโรงพยาบาลที่เก็บรวบรวมข้อมูลในการพิทักษ์สิทธิของผู้ร่วมโครงการวิจัย ผู้วิจัยชี้แจงผู้ร่วมโครงการวิจัยให้ทราบถึงความสำคัญและวัตถุประสงค์ของการวิจัย พร้อมอธิบายรายละเอียดของแบบสอบถามจนเข้าใจ ทั้งนี้ ผู้ร่วมโครงการวิจัยมีสิทธิปฏิเสธการตอบแบบสอบถาม หรือขอยกเลิกการร่วมโครงการวิจัยได้โดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ส่วนข้อมูลที่ได้รับ ผู้วิจัยมีการเก็บรักษาไว้เป็นความลับ และจะนำมาทำลายภายหลังจากผลการวิจัยเผยแพร่แล้ว ผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวม และนำไปใช้ประโยชน์ทางวิชาการเท่านั้น

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของหญิงตั้งครรภ์

กลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 26.70 ปี $SD=5.50$ ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 95.20 จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้น และประกอบอาชีพเป็นพนักงานในโรงงาน บริษัท และร้านค้ามีจำนวนมากที่สุด ร้อยละ 40.80 และ 42.00 ตามลำดับ มีรายได้เฉลี่ย 21,806.80 บาท ($SD=10,433.95$) ส่วนใหญ่อยู่ด้วยกับสามี ร้อยละ 91.20 และอยู่ด้วยกันแบบไม่จดทะเบียนสมรส ร้อยละ 65.20 แต่มีความพร้อมในการตั้งครรภ์ครั้งนี้ ร้อยละ 88.40 โดยมีการตั้งครรภ์เป็นครรภ์แรกมากที่สุด ร้อยละ 40.80 รองมา คือ ครรภ์ที่สอง ร้อยละ 33.60 และมีอายุครรภ์เฉลี่ย 33.18 สัปดาห์ ($SD=3.68$) รวมทั้งมีลักษณะครรภ์เป็นครรภ์เดียว และครรภ์ชวยายจำนวนใกล้เคียงกัน ร้อยละ 50.80 และ 49.20 ตามลำดับ

2. ข้อมูลความรู้ทางสุขภาพ การแสวงหาข้อมูลทางสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม การจัดการตนเอง และคุณภาพชีวิตของหญิงตั้งครรภ์

ตาราง 1 ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของความรู้ทางสุขภาพ การแสวงหาข้อมูลทางสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม การจัดการตนเอง และคุณภาพชีวิตของหญิงตั้งครรภ์ (n = 250)

ตัวแปร	ค่าที่เป็นไปได้	ค่าที่เป็นจริง	M	SD
ความรู้ทางสุขภาพ	10-40	19-40	30.53	4.41
การแสวงหาข้อมูลทางสุขภาพ	7-28	8-28	19.37	4.10
การสนับสนุนทางสังคม	15-60	23-60	49.86	7.75
การจัดการตนเอง	25-100	59-97	79.18	7.93
คุณภาพชีวิต	9-45	19-45	32.84	5.00

จากตาราง 1 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยของการสนับสนุนทางสังคมและการจัดการตนเองในระดับดี ($M=49.86$, $SD=7.75$; $M=79.18$, $SD=7.93$ ตามลำดับ) ส่วนความรอบรู้ทางสุขภาพและคุณภาพชีวิตมีคะแนนเฉลี่ยในระดับปานกลางค่อนข้างดี ($M=30.53$, $SD=4.41$; $M=32.84$, $SD=5.00$ ตามลำดับ) และการแสวงหาข้อมูลทางสุขภาพมีคะแนนเฉลี่ยในระดับปานกลาง ($M=19.37$, $SD=4.10$) (ตาราง 1)

3. การทดสอบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุระหว่างความรอบรู้ทางสุขภาพ การแสวงหาข้อมูลทางสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม การจัดการตนเอง และคุณภาพชีวิตของหญิงตั้งครรภ์

ตาราง 2 ค่าการทดสอบความสอดคล้องของแบบจำลองเชิงสาเหตุคุณภาพชีวิตของหญิงตั้งครรภ์

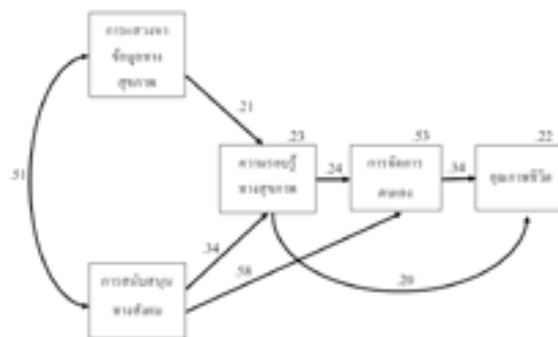
Model	χ^2	df	p	χ^2/df	CFI	GFI	AGFI	RMSEA
แบบจำลองตามสมมติฐานการวิจัย	2.16	2	.34	1.08	1	.99	.97	.02
แบบจำลองที่ลดรูป	5.19	3	.16	1.73	.99	.99	.96	.05

ตาราง 3 ค่าอิทธิพลทางตรง (Direct Effects: DE) อิทธิพลทางอ้อม (Indirect Effects: IE) อิทธิพลรวม (Total Effects: TE) ของแบบจำลองเชิงสาเหตุคุณภาพชีวิตของหญิงตั้งครรภ์ที่ลดรูป

ตัวแปรสาเหตุ	ตัวแปรผล								
	ความรอบรู้ทางสุขภาพ			การจัดการตนเอง			คุณภาพชีวิต		
	DE	IE	TE	DE	IE	TE	DE	IE	TE
การแสวงหาข้อมูลทางสุขภาพ	.21	-	.21	-	.05	.05	-	.06	.06
การสนับสนุนทางสังคม	.34	-	.34	.58	.08	.66	-	.30	.30
ความรอบรู้ทางสุขภาพ	-	-	-	.24	-	.24	.20	.08	.28
การจัดการตนเอง	-	-	-	-	-	-	.34	-	.34
ค่าสัมประสิทธิ์การพยากรณ์ (R^2)	.231			.527			.224		



ภาพ 1 แบบจำลองเชิงสาเหตุคุณภาพชีวิตของหญิงตั้งครรภ์ตามสมมติฐานการวิจัย



ภาพ 2 แบบจำลองเชิงสาเหตุคุณภาพชีวิตของหญิงตั้งครรภ์ที่ลดรูป

ผลการทดสอบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุระหว่างความรู้ทางสุขภาพ การแสวงหาข้อมูลทางสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม การจัดการตนเอง และคุณภาพชีวิตของหญิงตั้งครรภ์ตามแบบจำลองที่สร้างขึ้นภายใต้สมมติฐานการวิจัย พบว่า ค่าการทดสอบความสอดคล้องอยู่ในเกณฑ์ยอมรับได้ทุกค่า (ตาราง 2) โดยเส้นอิทธิพลของตัวแปรในแบบจำลองมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ทุกตัวแปร ยกเว้นอิทธิพลของการแสวงหาข้อมูลทางสุขภาพต่อการจัดการตนเอง (ภาพ 1) จากนั้นดำเนินการปรับแบบจำลองโดยการตัดเส้นทางความสัมพันธ์ของการแสวงหาข้อมูลทางสุขภาพกับการจัดการตนเองที่มีค่านัยสำคัญทางสถิติมากกว่า .05 เนื่องจากเป็นค่าที่มีอิทธิพลไม่มากพอในการวิเคราะห์เส้นทางความสัมพันธ์ และทำการทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรของแบบจำลองที่ลดรูป (Reduced Model) ผลการทดสอบ พบว่า ค่าการทดสอบความสอดคล้องอยู่ในเกณฑ์ยอมรับได้ทุกค่า (ตาราง 2) โดยแบบจำลองเชิงสาเหตุคุณภาพชีวิตของหญิงตั้งครรภ์ที่ลดรูปนี้สามารถอธิบายความแปรปรวนของคุณภาพชีวิตได้ร้อยละ 22.4 ($R^2 = .224$) โดยการจัดการตนเองมีอิทธิพลโดยตรงทางบวกต่อคุณภาพชีวิตของหญิงตั้งครรภ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\beta = .34, p < .001$) ความรู้ทางสุขภาพมีอิทธิพลโดยตรงและโดยอ้อมทางบวกต่อคุณภาพชีวิตโดยผ่านการจัดการตนเอง ($\beta = .20, p = .002$; $\beta = .24, p < .001$ ตามลำดับ) นอกจากนี้ การแสวงหาข้อมูลทางสุขภาพและการสนับสนุนทางสังคมมีอิทธิพลโดยอ้อมทางบวกต่อคุณภาพชีวิตโดยผ่านความรู้ทางสุขภาพและการจัดการตนเอง ดังรายละเอียดตามภาพ 2 และตาราง 3

อภิปรายผล

ผลการทดสอบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุคุณภาพชีวิตของหญิงตั้งครรภ์ พบว่า แบบจำลองมีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ที่อยู่ในเกณฑ์ระดับดีทุกค่า เป็นไปตามกระบวนการในระยการวินิจฉัยปัญหา (PRECEDE) (Green & Kreuter, 2005) และการทบทวนวรรณกรรม โดยแนวคิดดังกล่าวอธิบายว่า พฤติกรรมสุขภาพของบุคคลเป็นปัจจัยสาเหตุสำคัญที่มีผลกระทบต่อภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิต โดยบุคคลจะมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมหรือไม่ขึ้น เป็นผลจากอิทธิพลของปัจจัยด้านการศึกษาและสิ่งแวดล้อม ซึ่งสามารถอภิปรายผลการวิจัยได้ ดังนี้



1. คุณภาพชีวิตของหญิงตั้งครรภ์ ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่า คะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของหญิงตั้งครรภ์โดยรวมอยู่ในระดับปานกลางค่อนข้างดี ($M=32.84$, $SD=5.00$) ทั้งนี้เนื่องจากหญิงตั้งครรภ์มีอายุเฉลี่ยอยู่ในวัยผู้ใหญ่ตอนต้น ($M=26.70$, $SD=5.50$) จึงมีวุฒิภาวะในการใช้ชีวิตร่วมกับผู้อื่น รวมทั้งส่วนใหญ่มีความพร้อมในการตั้งครรภ์และประมาณร้อยละ 60 เคยมีประสบการณ์ในการตั้งครรภ์มาก่อน จึงสามารถปรับตัวกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในขณะตั้งครรภ์ได้ นอกจากนี้ ส่วนใหญ่ยังอยู่ร่วมกันกับสามีและประมาณครึ่งหนึ่งอยู่ร่วมกันแบบครอบครัวขยาย จึงได้รับการดูแลช่วยเหลือและการสนับสนุนในขณะตั้งครรภ์ในระดับดี ($M=49.86$, $SD=7.75$) ส่งผลให้หญิงตั้งครรภ์มีคะแนนเฉลี่ยของความรอบรู้ทางสุขภาพ ($M=30.53$, $SD=4.41$) และการจัดการตนเอง ($M=79.18$, $SD=7.93$) อยู่ในระดับปานกลางค่อนข้างดีและระดับดีตามลำดับ อย่างไรก็ตาม ในการศึกษาครั้งนี้พบว่า คะแนนเฉลี่ยของการแสวงหาข้อมูลทางสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์อยู่ในระดับปานกลาง ($M=19.37$, $SD=4.10$) ทั้งนี้ อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างส่วนมากมีการศึกษาในระดับมัธยมศึกษาตอนต้น จึงอาจไม่รู้วิธีการที่จะแสวงหาข้อมูลทางสุขภาพด้วยตัวเอง ประกอบกับต้องทำงาน ซึ่งส่วนมากทำงานนอกบ้าน เช่น โรงงาน บริษัท และร้านค้า เป็นต้น จึงไม่ค่อยมีเวลาในการศึกษาหาข้อมูลทางสุขภาพด้วยตนเอง ดังนั้น บุคคลากรสาธารณสุขจึงควรจัดกิจกรรมที่ส่งเสริมให้หญิงตั้งครรภ์มีความสนใจและมีความสามารถในการแสวงหาข้อมูลทางสุขภาพด้วยตนเองมากขึ้น ซึ่งจะช่วยให้หญิงตั้งครรภ์มีความรอบรู้ทางสุขภาพ และความสามารถในการจัดการตนเองเพิ่มขึ้น ส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีในขณะตั้งครรภ์

2. การจัดการตนเองมีอิทธิพลโดยตรงทางบวกต่อคุณภาพชีวิตของหญิงตั้งครรภ์ แสดงว่า ถ้าหญิงตั้งครรภ์สามารถจัดการตนเองในชีวิตได้ในระดับดี จะส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีตามมา ทั้งนี้ เนื่องจากการจัดการตนเองเป็นปัจจัยด้านพฤติกรรมที่แสดงถึงความสามารถในดูแลและแก้ไขปัญหาด้วยตนเอง เพื่อคงแบบแผนการดำเนินชีวิตที่มีสุขภาพทางกายและจิตอารมณ์ที่ดี รวมทั้งดำรงบทบาทการเป็นมารดาได้อย่างเหมาะสม ส่งผลให้เกิดความผาสุกในชีวิตและคุณภาพชีวิตที่ดีในขณะตั้งครรภ์ สอดคล้องกับการศึกษาของ Mao, Li, Chiu, Chan & Chen (2012) พบว่า หญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองด้านอารมณ์ มีคะแนนของภาวะซึมเศร้าในระยะตั้งครรภ์และหลังคลอดน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=3.34$, $p=.01$; $t=1.95$, $p=.04$ ตามลำดับ) ซึ่งสภาวะด้านจิตอารมณ์ถือว่าเป็นตัวชี้วัดหนึ่งของคุณภาพชีวิต และจากการศึกษาของ Whittemore, Liberti, Jeon, Chao, Jaser & Grey (2014) พบว่า การจัดการตนเองมีอิทธิพลทางบวกต่อคุณภาพชีวิต ($\beta=.24$, $p=.003$) รวมทั้งยังพบว่า การจัดการตนเองเป็นตัวแปรต้นกลางที่จะส่งผลจากตัวแปรพยากรณ์ตัวอื่นต่อคุณภาพชีวิต เช่น ความรู้ ทัศนคติ และการสนับสนุนทางสังคม (Koetsenruijter, Van Lieshout, Vassilev, Portillo, Serrano, Knutsen, et al., 2014; Kueh, Morris, Borkoles & Shee, 2015; Whittemore, Liberti, Jeon, Chao, Jaser & Grey, 2014) ดังนั้น การจัดการตนเองในขณะตั้งครรภ์จึงเป็นปัจจัยสำคัญด้านพฤติกรรมตามแบบจำลอง PRECEDE-PROCEED ที่มีอิทธิพลโดยตรงทางบวกต่อคุณภาพชีวิตที่เป็นเป้าหมายในชีวิตของหญิงตั้งครรภ์และครอบครัว

3. ความรอบรู้ทางสุขภาพมีอิทธิพลโดยตรงและโดยอ้อมทางบวกต่อคุณภาพชีวิตของหญิงตั้งครรภ์โดยผ่านการจัดการตนเอง หมายความว่า ถ้าหญิงตั้งครรภ์มีความรอบรู้ทางสุขภาพเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ อาจส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี หรือทำให้สามารถจัดการตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ และส่งผลกระทบให้มีคุณภาพชีวิต

ที่ดี เนื่องจากความรอบรู้ทางสุขภาพเป็นปัจจัยสำคัญภายในบุคคล ที่ช่วยให้หญิงตั้งครรภ์มีความสามารถในการเข้าใจข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับการตั้งครรภ์และการดูแลตนเอง มีความสามารถในการแลกเปลี่ยน วิเคราะห์ และ นำข้อมูลไปใช้ในการแก้ไขปัญหาสุขภาพได้อย่างเหมาะสมกับบริบทของตนเองและครอบครัว สอดคล้องกับการศึกษาของ Lupattelli, Picinardi, Einarson & Nordeng (2014) พบว่า หญิงตั้งครรภ์ที่มีความรอบรู้ทางสุขภาพ ในระดับต่ำ จะมีความเชื่อและมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม ซึ่งจะส่งต่อความสามารถในการจัดการตนเอง และคุณภาพชีวิตที่ดี สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า ความรอบรู้ทางสุขภาพเป็นตัวแปรคั่นกลางที่ช่วยให้บุคคล มีพฤติกรรมสุขภาพอย่างเหมาะสม (Lee, Lee & Moon, 2016; Sun, Shi, Zeng, Wang, Du, Wei, et al., 2013; Wang, Kane, Xu & Meng, 2015) นอกจากนี้ ยังพบว่า ความรอบรู้ทางสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวก กับภาวะสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ ($r = .367, p < .05$) (Mojoyinola, 2011) ซึ่งภาวะสุขภาพเป็นปัจจัยบ่งชี้ สำคัญที่นำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดีตามแบบจำลอง PRECEDE-PROCEED และสอดคล้องกับการศึกษาของ Halverson, Martinez-Donate, Palta, Leal, Lubner, Walsh, et al. (2015) ที่พบว่า ความรอบรู้ทางสุขภาพ มีอิทธิพลทางบวกต่อคุณภาพชีวิต ($b = 1.4, p < .001$) โดยสามารถอธิบายความแปรปรวนของคุณภาพชีวิตด้าน ร่างกายได้ร้อยละ 45 และด้านจิตใจได้ร้อยละ 70 (Jayasinghe, Harris, Parker, Litt, Driel, Mazza, et al., 2016) ดังนั้น ความรอบรู้ทางสุขภาพเป็นเสมือนปัจจัยนำตามแบบจำลอง PRECEDE-PROCEED ที่มีอิทธิพล โดยตรงทางบวกต่อคุณภาพชีวิต และมีอิทธิพลโดยอ้อมทางบวกต่อคุณภาพชีวิตโดยผ่านการจัดการตนเองของ หญิงตั้งครรภ์

4. การแสวงหาข้อมูลทางสุขภาพมีอิทธิพลโดยอ้อมทางบวกต่อคุณภาพชีวิตของหญิงตั้งครรภ์โดยผ่าน ความรอบรู้ทางสุขภาพและการจัดการตนเอง อธิบายได้ว่า การที่หญิงตั้งครรภ์มีการค้นคว้าและศึกษาข้อมูลทาง สุขภาพอย่างสม่ำเสมอ จะส่งผลให้มีความรอบรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ และสามารถจัดการตนเองได้อย่าง เหมาะสม ซึ่งส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี ทั้งนี้ เนื่องจากข้อมูลสุขภาพที่ได้รับอย่างเพียงพอ จะช่วยให้หญิงตั้งครรภ์ มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการตั้งครรภ์และการดูแลสุขภาพของตนเองมากขึ้น สามารถใช้ข้อมูลที่ได้รับในการ วิเคราะห์ตัดสินใจ และมีพฤติกรรมสุขภาพที่แสดงถึงการจัดการตนเองอย่างเหมาะสมตามมา (Shieh, McDaniel & Ke, 2009) สอดคล้องกับการศึกษาของ Liu, Liu, Li & Chen (2015) พบว่า การแสวงหาข้อมูลทางสุขภาพ เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลโดยตรงทางบวกต่อความรอบรู้ทางสุขภาพ ($\beta = .12, p < .001$) และการศึกษาของ Hirvonen, Pyky, Korpelainen & Huotari (2015) พบว่า บุคคลที่มีการแสวงหาข้อมูลในระดับต่ำ จะมีความรอบรู้ทาง สุขภาพในระดับต่ำด้วย เมื่อเปรียบเทียบกับบุคคลที่มีความรอบรู้ทางสุขภาพในระดับสูง ($OR = 3.78, CI\ 95\% = 2.51-5.70$) ดังนั้น การแสวงหาข้อมูลทางสุขภาพเป็นเสมือนปัจจัยเอื้อตามแนวคิดของแบบจำลอง PRECEDE-PROCEED ที่มีอิทธิพลโดยตรงทางบวกต่อความรอบรู้ทางสุขภาพ และมีอิทธิพลโดยอ้อมทางบวกต่อ คุณภาพชีวิตโดยผ่านความรอบรู้ทางสุขภาพและการจัดการตนเองของหญิงตั้งครรภ์

5. การสนับสนุนทางสังคมมีอิทธิพลโดยอ้อมทางบวกต่อคุณภาพชีวิตของหญิงตั้งครรภ์โดยผ่านความ รอบรู้ทางสุขภาพและการจัดการตนเอง อธิบายได้ว่า หญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับความช่วยเหลือจากครอบครัว เพื่อน หรือบุคลากรสุขภาพ ในระดับสูง จะช่วยให้มีความรอบรู้ทางสุขภาพและสามารถจัดการตนเองได้ในระดับดี ซึ่งจะส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีตามมาด้วย เนื่องจากการได้รับการสนับสนุนด้านข้อมูล จะช่วยให้หญิงตั้งครรภ์มี



ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการตั้งครุฑและการดูแลสุขภาพของตนเองมากขึ้น ในขณะที่การสนับสนุนด้านอารมณ์ สิ่งของ และบทบาทการเป็นมารดา จะช่วยให้หญิงตั้งครุฑสามารถปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นจากการตั้งครุฑได้อย่างเหมาะสม ส่งผลต่อความสามารถในการแก้ไขปัญหาและการจัดการตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Carolan, Gill & Streel, 2012) ซึ่งนำไปสู่ความผาสุกในชีวิตหรือคุณภาพชีวิตที่ดี (Collins, Dunkel-Schetter, Lobel & Scrimshaw, 1993) สอดคล้องกับการศึกษาของ Shishehgar, Mahmoodi, Dolatian, Mahmoodi, Bakhtiary & Majd (2013) ที่พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิต และมีความสัมพันธ์ทางลบกับความเครียดของหญิงตั้งครุฑ ($r=.43, p<.05$; $r=-.23, p<.05$ ตามลำดับ) จากการทบทวนวรรณกรรมตามแบบจำลอง PRECEDE-PROCEED พบว่า ปัจจัยภายในบุคคลสำคัญที่เป็นปัจจัยคั่นกลางระหว่างการสนับสนุนทางสังคมและคุณภาพชีวิต ได้แก่ ความรอบรู้ทางสุขภาพ และการจัดการตนเอง สอดคล้องกับการศึกษาของ Stewart, Reitzel, Correa-Fernández, Cano, Adams, Cao, et al. (2014) พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความรอบรู้ทางสุขภาพ ($p<.01$) การศึกษาของ Hunt, Wilder, Steele, Grant, Pryor & Moneyham (2012) และการศึกษาของ Raaijmakers, Martens, Hesselink, de Weerd, de Vries & Kremers (2014) พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีอิทธิพลโดยตรงทางบวกต่อการจัดการตนเอง ($\beta=.66, p<.05$ และ $\beta=.25, p<.001$ ตามลำดับ) ดังนั้น การสนับสนุนทางสังคมเป็นเสมือนปัจจัยเสริมที่มีอิทธิพลโดยตรงทางบวกต่อความรอบรู้ทางสุขภาพและการจัดการตนเอง และมีอิทธิพลโดยอ้อมทางบวกต่อคุณภาพชีวิตโดยผ่านความรอบรู้ทางสุขภาพและการจัดการตนเองของหญิงตั้งครุฑ

การนำผลการวิจัยไปใช้

ใช้เป็นแนวทางในการพัฒนากิจกรรมการพยาบาลที่ส่งเสริมความสามารถในการจัดการตนเอง โดยการพัฒนาให้หญิงตั้งครุฑมีความรอบรู้ทางสุขภาพและความสามารถในการแสวงหาข้อมูลทางสุขภาพ พร้อมทั้งสนับสนุนให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลหญิงตั้งครุฑ โดยการพัฒนาระบบข้อมูลทางสุขภาพที่หญิงตั้งครุฑและครอบครัวสามารถเข้าถึง และเข้าใจข้อมูลสุขภาพได้ด้วยตนเอง ร่วมกับการปรับเปลี่ยนวิธีการให้ความรู้หรือให้คำแนะนำที่เน้นให้หญิงตั้งครุฑและครอบครัวมีความสามารถในการคิดวิเคราะห์ และนำข้อมูลสุขภาพไปปรับใช้ในการจัดการตนเองให้เหมาะสมกับบริบทของแต่ละครอบครัว ทั้งทางด้านร่างกาย อารมณ์ และการปรับตัวต่อบทบาทหน้าที่การเป็นมารดา รวมทั้งยังเป็นการพัฒนาความสามารถของครอบครัว ในการสนับสนุนหญิงตั้งครุฑให้สามารถจัดการตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ ส่งผลให้หญิงตั้งครุฑและครอบครัวมีคุณภาพชีวิตที่ดี

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรออกแบบงานวิจัยในลักษณะรูปแบบการจัดโปรแกรมการส่งเสริมศักยภาพในการจัดการตนเองของหญิงตั้งครุฑ เพื่อให้หญิงตั้งครุฑและครอบครัวได้รับการบริการฝากครรภ์ที่มีคุณภาพ



รายการอ้างอิง

- จุฬาลักษณ์ บาร์มี. (2555). สถิติเพื่อการวิจัยทางสุขภาพและการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรม SPSS. ชลบุรี: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา.
- ตติรัตน์ สุวรรณสุจริต และพริยา ศุภศรี. (2552). การสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของสตรีวัยรุ่น. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา*, 17(3): 1-13.
- สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์. (2553). รายงานการวิจัยคุณภาพชีวิตของคนไทย ปี 2553. กรุงเทพฯ: สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์.
- สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ กระทรวงสาธารณสุข และมหาวิทยาลัยมหิดล. (2553). *แผนยุทธศาสตร์สุขภาพดีวิถีชีวิตไทย พ.ศ. 2554-2563*. Retrieved July 9, 2016 from www.moph.go.th/ops/oic/data/20110316100703_1_.
- Benzo, R. P., Abascal-Bolado, B. & Dulohery, M. M. (2016). Self-Management and Quality of Life in Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD): The Mediating Effects of Positive Affect. *Patient Education and Counseling*, 99(4): 617-623.
- Carolan, M., Gill, G. K. & Streel, C. (2012). Women's Experiences of Factors that Facilitate or Inhibit Gestational Diabetes Self-Management. *BMC Pregnancy Childbirth*, 18: 1-12
- Chinn, D. & McCarthy, C. (2013). All Aspects of Health Literacy Scale (AAHLS): Developing a Tool to Measure Functional, Communicative and Critical Health Literacy in Primary Healthcare Settings. *Patient Education and Counseling*, 90(2): 247-253.
- Collins, N. L., Dunkel-Schetter, C., Lobel, M. & Scrimshaw, S. C. (1993). Social Support in Pregnancy: Psychosocial Correlates of Birth Outcomes and Postpartum Depression. *Journal of Personality and Social Psychology*, 65(6): 1243-1258.
- Couto, E. R., Couto, E., Vian, B., Gregório, Z., Nomura, M. L., Zaccaria, R., et al. (2009). Quality of Life, Depression and Anxiety among Pregnant Women with Previous Adverse Pregnancy Outcomes. *Sao Paulo Medical Journal*, 127(4): 185-189.
- Eadie, C. (2014). Health Literacy: A Conceptual Review. *MEDSURG Nursing*, 23(1): 9-13.
- Green, L. W. & Kreuter, M. W. (2005). *Health Program Planning: An Educational and Ecological Approach*. (4th ed.). New York: McGrawhill.
- Guillory, J., Niederdeppe, J., Kim, H., Pollak, J. P., Graham, M., Olson, C., et al. (2014). Does Social Support Predict Pregnant Mothers' Information Seeking Behaviors on an Educational Website? *Maternal and Child Health Journal*, 18(9): 2218-2225.
- Halverson, J. L., Martinez-Donate, A. P., Palta, M., Leal, T., Lubner, S., Walsh, M. C., et al. (2015). Health Literacy and Health-Related Quality of Life among a Population-Based Sample of Cancer Patients. *Journal of Health Communication*, 20(11): 1320-1329.

- Haobijam, J., Sharma, U. & David, S. (2010). An Exploratory Study to Assess the Family Support and Its Effect on Outcome of Pregnancy in Terms of Maternal and Neonatal Health in a Selected Hospital, Ludhiana Punjab. **Nursing and Midwifery Research Journal**, 6(4): 137-145.
- Hirvonen, N., Pyky, R., Korpelainen, R. & Huotari, M. L. (2015) Health Information Literacy and Stage of Change in Relation to Physical Activity Information Seeking and Avoidance: A Population-Based Study among Young Men. **The Association for Information Science and Technology**, 52(1): 1-11.
- Hui Choi, W. H., Lee, G. L., Chan, C. H., Cheung, R. Y., Lee, I. L. & Chan, C. L. (2012). The Relationships of Social Support, Uncertainty, Self-Efficacy, and Commitment to Prenatal Psychosocial Adaptation. **Journal of Advanced Nursing**, 68(12): 2633-2645.
- Hunt, C. W., Wilder, B., Steele, M. M., Grant, J. S., Pryor, E. R. & Moneyham, L. (2012). Relationships among Self-Efficacy, Social Support, Social Problem Solving, and Self-Management in a Rural Sample Living with Type 2 Diabetes Mellitus. **Research and Theory for Nursing Practice**, 26(2): 126-241.
- Jayasinghe, U. W., Harris, M. F., Parker, S. M., Litt, J., Driel, M. V., Mazza, D., et al. (2016). The Impact of Health Literacy and Life Style Risk Factors on Health-Related Quality of Life of Australian Patients. **Health and Quality of Life Outcomes**, 14(68): 1-13.
- Johnson, S. A. (2014). Maternal Devices, Social Media and the Self-Management of Pregnancy, Mothering and Child Health. **Societies**, 4(2): 330-350.
- Kline, R. B. (2011). **Principles and Practice of Structural Equation Modeling**. (3rd ed.). New York: Guilford.
- Kocaöz, S., Talas, M. S. & Atabekoğlu, C. S. (2010). Urinary Incontinence in Pregnant Women and Their Quality of Life. **Journal of Clinical Nursing**, 19(23-24): 3314-3323.
- Koetsenruijter, J., Van Lieshout, J., Vassilev, I., Portillo, M. C., Serrano, M., Knutsen, I., et al. (2014). Social Support Systems as Determinants of Self-Management and Quality of Life of People with Diabetes across Europe: Study Protocol for an Observational Study. **Health and Quality of Life Outcomes**, 12(29): 1-9.
- Kueh, Y. C., Morris, T., Borkoles, E. & Shee, H. (2015). Modelling of Diabetes Knowledge, Attitudes, Self-Management, and Quality of Life: A Cross-Sectional Study with an Australian Sample. **Health and Quality of Life Outcomes**, 13(129): 1-11.
- Lalazaryan, A. & Zare-Farashbandi, F. (2014). A Review of Models and Theories of Health Information Seeking Behavior. **International Journal Health System Disaster Management**, 2(4): 193-203.



- Lee, E. H., Lee, Y. W. & Moon, S. H. (2016). A Structural Equation Model Linking Health Literacy to Self-Efficacy, Self-Care Activities, and Health-Related Quality of Life in Patients with Type 2 Diabetes. **Asian Nursing Research**, 10(1): 82-87.
- Liu, Y. B., Liu, L., Li, Y. F. & Chen, Y. L. (2015). Relationship Between Health Literacy, Health-Related Behaviors and Health Status: A Survey of Elderly Chinese. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, 12(8): 9714-9725.
- Lorig, K. R. & Holman, H. (2003). Self-Management Education: History, Definition, Outcomes, and Mechanisms. **Annals of Behavioral Medicine**, 26(1): 1-7.
- Lowdermilk, D. L., Perry, S. E., Cashion, M. C. & Alden, K. R. (2012). **Maternity and Women's Health Care**. (10th ed.). Montana: Mosby.
- Lupattelli, A., Picinardi, M., Einarson, A. & Nordeng, H. (2014). Health Literacy and Its Association with Perception of Teratogenic Risks and Health Behavior During Pregnancy. **Patient Education and Counseling**, 96(2): 171-178.
- Mao, H. J., Li, H. J., Chiu, H., Chan, W. C. & Chen, S. L. (2012). Effectiveness of Antenatal Emotional Self-Management Training Program in Prevention of Postnatal Depression in Chinese Women. **Perspectives in Psychiatric Care**, 48(4): 218-224.
- Mojoyinola, J. K. (2011). Influence of Maternal Health Literacy on Healthy Pregnancy and Pregnancy Outcomes of Women Attending Public Hospitals in Ibadan, Oyo State, Nigeria. **An International Multi-Disciplinary Journal, Ethiopia**, 5(3): 28-39.
- Munch, S., Korst, L. M., Hernandez, G. D., Romero, R. & Goodwin, T. M. (2011). Health-Related Quality of Life in Women with Nausea and Vomiting of Pregnancy: The Importance of Psychosocial Context. **Journal of Perinatology**, 31: 10-20.
- Murphy, V. E., Gibson, P. G., Talbot, P. I., Kessell, C. G. & Clifton, V. L. (2005). Asthma Self-Management Skills and the Use of Asthma Education during Pregnancy. **European Respiratory Journal**, 26(3): 435-441.
- Raaijmakers, L. G., Martens, M. K., Hesselink, A. E., de Weerd, I., de Vries, N. K. & Kremers, S. P. (2014). Mastery and Perceived Autonomy Support are Correlates of Dutch Diabetes Patients' Self-Management and Quality of Life. **Patient Education and Counseling**, 97(1): 75-81.
- Shieh, C., McDaniel, A. & Ke, I. (2009). Information-Seeking and Its Predictors in Low-Income Pregnant Women. **Journal of Midwifery and Women's Health**, 54(5): 364-372.

- Shishehgar, S., Mahmoodi, A., Dolatian, M., Mahmoodi, Z., Bakhtiary, M. & Majd, H. A. (2013). The Relationship of Social Support and Quality of Life with the Level of Stress in Pregnant Women Using the PATH Model. **Iran Red Crescent Medical Journal**, 15(7): 560–565.
- Stewart, D. W., Reitzel, L. R., Correa-Fernández, V., Cano, M. Á., Adams, C. E., Cao, Y., et al. (2014). Social Support Mediates the Association of Health Literacy and Depression among Racially/Ethnically Diverse Smokers with Low Socioeconomic Status. **Journal of Behavioral Medicine**, 37(6): 1169–1179.
- Sun, X., Shi, Y., Zeng, Q., Wang, Y., Du, W., Wei, N., et al. (2013). Determinants of Health Literacy and Health Behavior Regarding Infectious Respiratory Diseases: A Pathway Model. **BMC Public Health**, 13(261): 1-8.
- Tabachnick, B. G. & Fidell, L. S. (2007). **Using Multivariate Statistics**. (4th ed.). Boston: Pearson Education.
- Vachkova, E., Jezek, S., Mares, J. & Moravcova, M. (2013). The Evaluation of the Psychometric Properties of a Specific Quality of Life Questionnaire for Physiological Pregnancy. **Health and Quality of Life Outcomes**, 11(214): 1-7.
- Vincent, S., Nayak, S. & Paul, S. (2015). A Study on Knowledge of Primi Mothers on Self Management of Minor Discomforts of Pregnancy. **Nitte University Journal of Health Science**, 5(2): 12-14.
- Wang, C., Kane, R. L., Xu, D. & Meng, Q. (2015). Health literacy as a Moderator of Health-Related Quality of Life Responses to Chronic Disease among Chinese Rural Women. **BMC Women's Health**, 15(34): 1-8.
- Wazqa, D. Y. & Evans, M. K. (2012). Socio-Cultural Aspects of Self-Management in Gestational Diabetes. **Journal of Diabetes Nursing**, 16(2): 62-67.
- Whittemore, R., Liberti, L., Jeon, S., Chao, A., Jaser, S. S. & Grey, M. (2014). Self-Management as a Mediator of Family Functioning and Depressive Symptoms with Health Outcomes in Youth with Type 1 Diabetes. **Western Journal of Nursing Research**, 36(9): 1254-1271.