



ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพของมารดา กับผลลัพธ์ทางสุขภาพของทารกในระยะแรกหลังคลอด: โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี

วัชรีย์ ด่านกุล^{1*}, บุษกร สิงห์ทอง², ภารดี ชนวนรินทร์¹, อุทุมพร ดำแป้น²

¹คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยรามคำแหง

²หอผู้ป่วยมารดาหลังคลอด โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี

Relationship Between Maternal Health Literacy and Early Postnatal Health Outcome: Nopparat Rajathanee Hospital

Watcharee Dankul^{1*}, Bussagorn Singthong², Paradee Chaonarin¹, Uthumporn Dampan²

¹Faculty of Nursing, Ramkhamhaeng University

²Postpartum ward, Nopparat Rajathanee Hospital

Received: 17 August 2025/ Review: 18 August 2025/ Revised: 15 October 2025/

Accepted: 16 October 2025

บทคัดย่อ

หลักการและวัตถุประสงค์: ความรอบรู้ด้านสุขภาพส่งผลกระทบสำคัญต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพของมารดาและทารก โดยทารกที่คลอดจากมารดาที่มีความรู้ด้านสุขภาพต่ำมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนและสุขภาพหลังคลอดที่ไม่ดี การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินระดับความรู้ด้านสุขภาพของมารดาหลังคลอด และศึกษาความสัมพันธ์กับผลลัพธ์ทางสุขภาพของทารกในระยะแรกหลังคลอด

วิธีการศึกษา: การศึกษาแบบภาคตัดขวาง ในมารดาหลังคลอด 148 ราย (ทารกอายุ 1-3 วัน) ณ โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี ระหว่างเดือนพฤษภาคม - กรกฎาคม พ.ศ. 2568 คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีการสุ่มตัวอย่างเป็นระบบแบบความน่าจะเป็น วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนาและการวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกแบบลำดับ

ผลการศึกษา: มารดาที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับกลาง (OR = 3.41, p = 0.020) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับผลลัพธ์ทางสุขภาพของทารกในระดับดี ได้แก่ สถานภาพสมรส (OR = 9.14, p = 0.037) การทำงานภาครัฐ/เอกชน (OR = 15.57, p = 0.020) การทำงานออนไลน์ (OR = 139.49, p = 0.002) ขณะที่ดัชนีมวลกายอ้วนของมารดาไม่มีความสัมพันธ์เชิงลบ (OR = .357, p = 0.033)

สรุป: มารดาที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับกลางมีโอกาสที่ทารกจะมีผลลัพธ์ทางสุขภาพดีในระยะแรกสูงกว่ามารดาที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับต่ำ โดยปัจจัยด้านสถานภาพสมรส อาชีพการทำงาน และดัชนีมวลกายอ้วน มีความสัมพันธ์กับผลลัพธ์ทางสุขภาพทารก ผลการศึกษาแสดงให้เห็นความจำเป็นในการพัฒนากิจกรรมเพื่อเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพของมารดา โดยคำนึงถึงปัจจัยทางสังคม-ประชากร ศาสตร์ประกอบเพื่อส่งเสริมผลลัพธ์สุขภาพที่ดีของทารกในระยะแรกหลังคลอด

คำสำคัญ: ความรอบรู้ด้านสุขภาพ, สุขภาพมารดา, ผลลัพธ์สุขภาพของทารกหลังคลอด

DOI: <https://doi.org/10.64960/srimedj.v40i6.268826>

*Corresponding author: Watcharee Dankul, E-mail: watcharee.d@rumail.ru.ac.th

Abstract

Background and Objective: Health literacy significantly impact maternal and neonatal outcomes. Neonates of mothers with low health literacy face increased risks of complications and poor postpartum health. To assess maternal health literacy levels and examine their association with early postpartum neonatal health outcomes.

Methods: A cross-section study was conducted among 148 postpartum mothers (with neonates aged 1-3 days) at Nopparat Rajathanee Hospital between May and June 2025. Participants were selected through systematic random sampling, a probability-based sampling technique. Data were analyzed using descriptive statistics and ordinal logistic regression.

Results: Mothers demonstrated moderate health literacy levels (OR = 3.41, $p = 0.020$). Factors associated with favorable neonatal outcomes included marital status (OR = 9.14, $p = 0.037$), government/private employment (OR = 15.57, $p = 0.020$), online work (OR = 139.49, $p = 0.002$). In Contrast, maternal obesity was significantly inversely associated with favorable neonatal outcomes (OR 0.36, $p=0.033$)

Conclusion: Mothers with moderate health literacy were more likely to have favorable neonatal health outcomes in the early postpartum period compared to those with low health literacy. Marital status, occupation, and body mass index were associated with neonatal health outcomes. These finding highlight the need to develop health literacy promotion interventions for mothers, taking into account sociodemographic factors, to enhance neonatal health outcomes in the early postpartum.

Keywords: health literacy, maternal health, neonatal health outcomes.

บทนำ

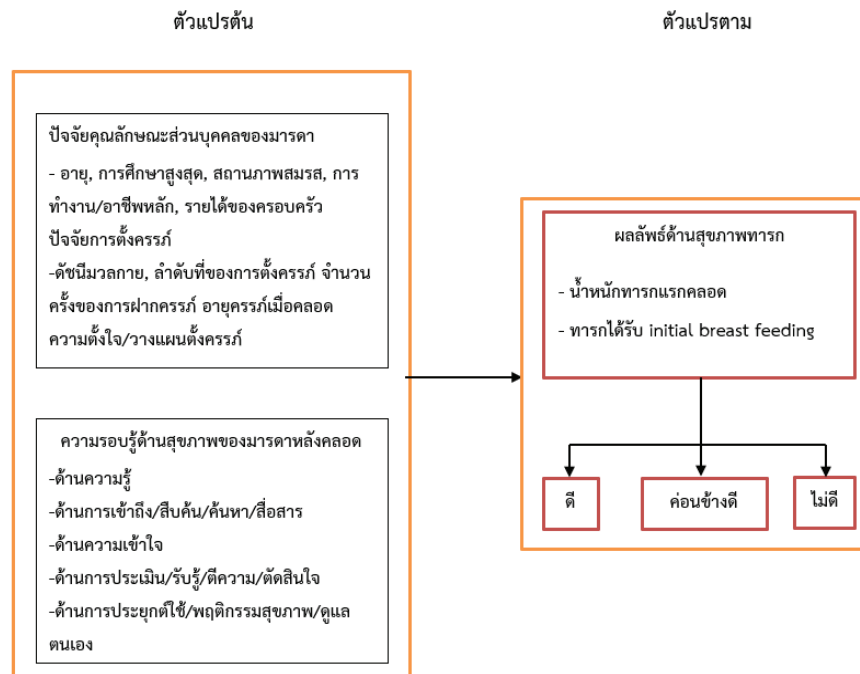
ความรู้ด้านสุขภาพของมารดา เป็นความสามารถในการเข้าใจและใช้ข้อมูลสุขภาพเพื่อดูแลตนเองและทารก¹ ซึ่งมีความสำคัญต่ออนามัยเจริญพันธุ์ของผู้หญิง ความผูกพันระหว่างมารดาและทารก² และลดค่าใช้จ่ายบริการทางการแพทย์³

มารดาที่มีความรู้ด้านสุขภาพขณะตั้งครรภ์ที่ไม่เพียงพออาจส่งผลกระทบต่อทารกและผลลัพธ์การตั้งครรภ์⁴ การศึกษาของ Bello และคณะ⁵ พบว่า ทารกที่คลอดจากมารดาที่มีความรู้ด้านสุขภาพต่ำ มีความเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพหลายประการ ได้แก่ การคลอดก่อนกำหนด น้ำหนักแรกเกิดน้อย ภาวะขาดออกซิเจนแรกเกิด และอัตราการเจ็บป่วยที่สูงในช่วง 72 ชั่วโมงแรกของชีวิต ซึ่งเป็นระยะวิกฤตที่ทารกต้องปรับตัวกับสภาพแวดล้อมภายนอกครรภ์ นอกจากนี้ทารกยังมีความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ เช่น น้ำตาลในเลือดต่ำ ตัวเหลือง และการติดเชื้อ เนื่องจากการขาดความรู้ด้านสุขภาพต่ำ ไม่สามารถสังเกตอาการผิดปกติของทารกได้ทันเวลาที่ และขาดความมั่นใจในการตัดสินใจพาทารกไปพบแพทย์ และหลัง 72 ชั่วโมงแรก การขาดความรู้ ทักษะในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ส่ง ส่งผลให้ทารกไม่ได้รับสารอาหาร และภูมิคุ้มกันที่จำเป็นอย่างเพียงพอ ซึ่งกระทบต่อการเจริญเติบโตและการพัฒนาการในระยะยาว ทั้งนี้ Smith และคณะ⁶ พบว่า มารดาที่ฝึกการสัมผัสแบบเนื้อแนบเนื้อ (initial early breastfeeding) โดยวิธีการวางทารกไว้บริเวณเต้านมภายใน 1 ชั่วโมงแรกหลังคลอด ช่วยเพิ่มโอกาสความสำเร็จในการให้นมแม่ในช่วง 4 เดือนแรก และยืดระยะเวลาในการให้นมลูกนานกว่า ซึ่งสอดคล้องกับองค์การอนามัยโลก⁷ นอกจากนี้การศึกษาเพิ่มเติม⁸ ชี้ให้เห็นว่ามารดาที่มีความรู้ด้านสุขภาพต่ำ ทารกมีอัตราการเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดสูงกว่าและมีระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลที่นานกว่า ส่งผลให้เกิดภาระค่าใช้จ่ายทางการแพทย์ที่เพิ่มขึ้น รวมถึงความเครียดและความวิตกกังวลของครอบครัว การได้รับความรู้หรือคำแนะนำในการดูแลสุขภาพตนเองและทารกในครรภ์จากพยาบาลผดุงครรภ์และบุคคลที่เกี่ยวข้องจะช่วยเสริมสร้างพลังอำนาจทางสุขภาพในการตัดสินใจดูแลตนเองและทารกในครรภ์ (empowerment) ของหญิงตั้งครรภ์ ดังนั้นพยาบาลผดุงครรภ์จึงมีบทบาทสำคัญในการป้องกันหรือลดผลลัพธ์ที่ไม่พึงประสงค์ขณะตั้งครรภ์ได้⁹ และเพื่อเป็นการสร้างความมั่นใจว่าหญิงตั้งครรภ์จะได้รับการดูแลสุขภาพที่ดี ด้วยการให้ความรู้ด้านการดูแลสุขภาพ การสังเกตภาวะเสี่ยงต่างๆ เตรียมความพร้อมของตนเองและครอบครัว การวางแผนดูแล สุขภาพ ตลอดระยะเวลาตั้งครรภ์ คลอดและหลังคลอด หากมารดาที่มีความรู้ด้านสุขภาพที่ดี จะส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพขณะตั้งครรภ์ที่ดี¹⁰ และผลลัพธ์การตั้งครรภ์ที่ดี⁸

โรงพยาบาลนพรัตนราชธานีเป็นโรงพยาบาลตติยภูมิให้บริการมารดาฝากครรภ์และคลอดมากกว่า 5,000 รายต่อปี โดยร้อยละ 50 เป็นสตรีไทย และอีกร้อยละ 50 เป็นสตรีต่างชาติ ได้แก่ กัมพูชา พม่า ลาว มีอัตราการครองเตียงเฉลี่ยวันละ 30-36 เตียง โดยเป้าหมายในการให้บริการ คือ มารดาและทารกหลังคลอดมีสุขภาพดี ปราศจากภาวะแทรกซ้อน ซึ่งหลักฐานเชิงประจักษ์แสดงให้เห็นว่า ความรู้ด้านสุขภาพของมารดามีความสัมพันธ์กับผลลัพธ์การตั้งครรภ์ที่ดี^{4,8,11-14} อย่างไรก็ตาม แม้ว่าเทคโนโลยีสุขภาพดิจิทัลจะมีบทบาทสำคัญต่อการเข้าถึงข้อมูลในปัจจุบัน¹⁵ โดยเฉพาะในประชากรที่มีความหลากหลายทางวัฒนธรรมและภาษายังคงมีช่องว่างความรู้เกี่ยวกับความสามารถในการเข้าถึงและใช้ประโยชน์จากเทคโนโลยีเหล่านี้อย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้การขาดข้อมูลเกี่ยวกับระดับความรู้ด้านสุขภาพของมารดาหลังคลอดในบริบทของโรงพยาบาลนพรัตนราชธานี จึงเป็นแรงผลักดันให้ผู้วิจัยสนใจศึกษาความรู้ด้านสุขภาพของมารดาหลังคลอด รวมถึงความสัมพันธ์ ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพของมารดา กับผลลัพธ์ทางสุขภาพของทารกในระยะแรกหลังคลอด ซึ่งข้อมูลที่ได้จากการศึกษานี้จะเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาแนวทาง สำหรับการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพสำหรับมารดาหลังคลอดต่อไป

กรอบแนวคิดในการวิจัย

ผู้วิจัยพัฒนารอบแนวคิดจาก Renkert และ Nutbeam¹⁶ และ Sorensen และคณะ¹⁷ ร่วมกับแนวคิดของ Mojinyinola¹² และ Putri และคณะ¹¹ ว่าประกอบด้วย 5 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ 1) ด้านความรู้ 2) ด้านการเข้าถึง/สืบค้น/ค้นหา 3) ด้านความเข้าใจ 4) ด้านการประเมิน/รับรู้/ตีความ/ตัดสินใจ 5) ด้านการประยุกต์ ใช้/พฤติกรรมสุขภาพ/ดูแลตนเองและทารก ได้กรอบแนวคิดดังภาพที่ 1 ซึ่งองค์ประกอบทั้ง 5 ด้านนี้เชื่อมโยงกับผลลัพธ์ด้านสุขภาพของทารกอย่างชัดเจน โดยมารดาที่มีความรู้ด้านสุขภาพไม่เพียงพอมีความเสี่ยงสูงต่อการมีทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย¹⁸ และมารดาที่มีความรู้ด้านสุขภาพต่ำมีเพียงร้อยละ 23 ที่ให้นมแม่อย่างเดียวเทียบกับร้อยละ 25 ในกลุ่มที่มีความรู้สูง¹⁹ นอกจากนี้ความรู้ด้านสุขภาพดิจิทัลที่สูงขึ้นมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดีขึ้นและผลลัพธ์ทางสุขภาพทั้งของมารดาและทารกที่ดีขึ้น²⁰ ในขณะที่ความรู้ด้านสุขภาพที่เพียงพอมีความสัมพันธ์อย่างใกล้ชิดกับการให้นมแม่อย่างเดียวและป้องกันการหยุดให้นมแม่ก่อนกำหนด²¹ และทารกของมารดาที่มีความรู้ด้านสุขภาพเพียงพอมีน้ำหนักและความยาวที่ไม่ต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐาน²² ดังนั้นการศึกษาค้นคว้าความรู้ด้านสุขภาพจากกรอบแนวคิดนี้จึงมีความสำคัญต่อการทำความเข้าใจและพัฒนาแนวทางส่งเสริมผลลัพธ์สุขภาพที่ดีของทารกในระยะแรกหลังคลอด



ภาพที่ 1 กรอบแนวความคิดของการวิจัย

วิธีการศึกษา

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาเชิงปริมาณแบบภาคตัดขวาง ซึ่งผ่านการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการวิจัยและจริยธรรมการวิจัย โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี ตามใบรับรองโครงการวิจัย เลขที่ใบรับรอง 9/2568 รหัสโครงการ 68-5-009-0 ลงวันที่ 9 เมษายน 2568

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชากร (population) เป็นมารดาหลังคลอดทารก 1-3 วันที่พักหลังคลอด ณ หอผู้ป่วยหลังคลอด โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี ช่วงเดือนพฤษภาคม - กรกฎาคม พ.ศ. 2568
2. ตัวอย่าง (sample) จากการคำนวณขนาดตัวอย่างด้วย G*power กำหนดให้ค่าขนาดอิทธิพล (effect size) ระดับปานกลาง 0.3, ค่า $\alpha = .05$, power of test = .80 และ OR = 1.82 ได้ขนาดตัวอย่างจำนวน 116 ราย เพิ่มขนาดตัวอย่างอีก 20% เพื่อป้องกันการสูญหายหรือข้อมูลไม่สมบูรณ์²³ รวมตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ 148 ราย

2.1 การสุ่มตัวอย่าง

วิธีการสุ่มตัวอย่าง ใช้การสุ่มตัวอย่างแบบเป็นระบบใช้ความน่าจะเป็น (Probability sampling) เพื่อให้ทุกตัวอย่่างมีโอกาสได้รับการคัดเลือกเท่าๆ กัน โดยมีขั้นตอนดังนี้

- 1) การสุ่มตัวเลขตั้งต้น (random start: R) โดยวิธีการสุ่มแบบง่ายด้วยวิธีการจับสลากและได้หมายเลข 2

- 2) กำหนดให้มารดาหลังคลอดคนแรกที่มา admit ในวันนั้นๆ เป็นลำดับที่ 1 และเลือกตัวเลขลำดับถัดไปโดยจัดลำดับตั้งแต่คนที่ 1 ถึงคนสุดท้าย ดังนี้ R, R+1, R+2I, R+3I, R+4I, R+5I,..., R+(n-1) ดังนั้นตำแหน่งตัวอย่างที่เลือก ได้แก่ 1, 3, 5, 7, 9.... จนครบ 148 ราย ตามลำดับ

กำหนดเกณฑ์การคัดเข้า ได้แก่ 1) เป็นคนไทย 2) หลังคลอดทั้งปกติ ผ่าตัดคลอด คลอดก่อนกำหนด 3) สื่อสารพูด อ่านเขียนและมีความเข้าใจภาษาไทย ส่วนเกณฑ์การคัดออก ได้แก่ 1) มีภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์ 2) ขอลอนตัวออกจากโครงการวิจัย

2.2 กระบวนการเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังได้รับการอนุมัติจริยธรรมการวิจัยแล้ว ผู้วิจัย และคณะได้ดำเนินการตามขั้นตอนดังนี้ 1) ขออนุญาตหน่วยงาน 2) ทำการประชาสัมพันธ์เชิญชวนเข้าร่วมโครงการแก่อาสาสมัคร 3) อธิบาย และชี้แจงรายละเอียดต่างๆ ของการเข้าร่วมโครงการ รวมทั้งไม่กระทบสิทธิประโยชน์ด้านบริการสุขภาพใดๆ 4) อาสาสมัครลงนามให้ความยินยอมเข้าร่วมโครงการด้วยความสมัครใจ และมีผู้ช่วยนักวิจัยเป็นผู้เก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อให้อาสาสมัครรู้สึกอิสระในการตัดสินใจเข้าร่วมโครงการ (free of coercion)

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

การสร้างเครื่องมือวัดความรู้ด้านสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ นักวิจัยและคณะฯ ได้พัฒนาจากการทบทวนวรรณกรรม นำเครื่องมือที่ผ่านการทดสอบค่าความเชื่อมั่นมาแล้ว¹⁸ มาพัฒนาและประยุกต์ปรับใช้ให้สอดคล้องกับบริบทด้านสุขภาพของมารดา ร่วมกับแนวคิดของ Renkert และ

Sorensen^{15,16} ประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับปัจจัยคุณลักษณะทั่วไปของมารดาหลังคลอด ได้แก่ อายุ การ ศึกษา สถานภาพสมรส ทำงาน/อาชีพหลัก รายได้ ปัจจัยการตั้งครรภ์ ได้แก่ ดัชนีมวลกายก่อนตั้งครรภ์ ลำดับที่ของการตั้งครรภ์ จำนวนครั้งของการฝากครรภ์ อายุครรภ์เมื่อคลอด ความตั้งใจตั้งครรภ์

ส่วนที่ 2 ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับความรู้ด้านสุขภาพของมารดาหลังคลอด แบบ rating scale 5 ระดับความสามารถในการปฏิบัติ ได้แก่ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด ใน 5 องค์ ประกอบหลัก ได้แก่ ด้านความรู้ ด้านการเข้าถึง/สืบค้น/ค้นหา ด้านความเข้าใจ ด้านการประเมิน/รับรู้/ตี ความ/ตัดสินใจ ด้านการประยุกต์ใช้/พฤติกรรมสุขภาพ/ดูแลตนเองและทารก

ส่วนที่ 3 ผลลัพธ์ทางสุขภาพของทารกในระยะแรกหลังคลอด 3 ระดับ ได้แก่ ดี หมายถึง น้ำหนักของทารกแรกเกิด มากกว่าหรือเท่ากับ 2,500 กรัม และดูนมมารดาครั้งแรกภายใน 1 ชั่วโมงหลังคลอด ค่อนข้างดี หมายถึง น้ำหนักของทารกแรกเกิด มากกว่าหรือเท่ากับ 2,500 กรัม และการดูนมครั้งแรกมากกว่า 1 ชั่วโมงแต่ไม่เกิน 6 ชั่วโมงหลังคลอด และไม่ดี หมายถึง น้ำหนักของทารกแรกเกิด น้อยกว่า 2500 กรัม และยังไม่เคยดูนม (ทารกถูกส่งไปหออภิบาลทารกแรกเกิด)

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การพิจารณาตรวจสอบคุณภาพจากผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ของคณะพยาบาล ศาสตร มหาวิทยลัยรามคำแหง ผลการพิจารณาเครื่องมือ ได้ค่า IOC เฉลี่ย 0.83 แสดงว่าเครื่องมือมีคุณภาพตามเกณฑ์¹⁹ และค่าความเชื่อมั่น ทดลองในกลุ่มมารดาที่มีลักษณะคล้ายคลึงกันที่หน่วยมารดาหลังคลอด ระหว่างวันที่ 10 – 20 เมษายน 2568 จำนวน 30 ราย ก่อนที่จะเริ่มทำการเก็บข้อมูลจริง ตามที่กำหนดในช่วงเดือน พฤษภาคม - กรกฎาคม พ.ศ. 2568 โดยได้ค่า alpha เท่ากับ 0.92

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติพื้นฐาน ได้แก่ ค่าความถี่ (frequency) ค่าร้อยละ (percentage) ค่าคะแนนเฉลี่ย (mean) ค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation) และใช้สถิติการถดถอยแบบลำดับ (ordered logistic regression) ในการวิเคราะห์ความรอบรู้ด้านสุขภาพของมารดากับผลลัพธ์ทางสุขภาพของทารกในระยะแรกหลังคลอด โดยตัวแปรตาม ได้แก่ ผลลัพธ์ทางสุขภาพของทารกในระยะแรกหลังคลอด ตัวแปรต้น ได้แก่ ความรอบรู้ด้านสุขภาพของมารดา 3 กลุ่ม ได้แก่ ระดับต่ำ ระดับกลาง ระดับสูง ตัวแปรควบคุม ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส การทำงาน/อาชีพหลัก ดัชนีมวลกาย จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ จำนวนครั้งการฝากครรภ์ตามนัด อายุครรภ์เมื่อคลอด ความตั้งใจตั้งครรภ์

ผลการศึกษา

คุณลักษณะส่วนบุคคลของมารดาในภาพรวม และผลลัพธ์ทางสุขภาพของทารกในระยะแรกหลังคลอด พบว่า ภาพรวมปัจจัยคุณลักษณะของมารดาส่วนใหญ่ มีอายุ 20-35 ปี ร้อยละ 79.05 มีระดับการศึกษา มัธยมศึกษา ร้อยละ 58.78 รองลงมาเป็นประกาศนียบัตรวิชาชีพและประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง หรือเทียบเท่า ร้อยละ 22.97 มีสถานภาพสมรส ร้อย 72.97 ไม่ได้ทำงานหรือเป็นแม่บ้าน ร้อยละ 47.30 รายได้ ไม่พอใช้ ร้อยละ 53.38 ครอบครัวมีรายได้เฉลี่ย 20,682.43 บาท/เดือน ปัจจัยการตั้งครรภ์ ส่วนใหญ่มีดัชนีมวลกายก่อนตั้งครรภ์เฉลี่ย 23.13 กก./ม² มีดัชนีมวลกายก่อนตั้งครรภ์ อ้วน (> 25 กก./ม²) ร้อยละ 37.84 รองลงมามีดัชนีมวลกายปกติ (18.5-22.9 กก./ม²) ร้อยละ 27.70 และตั้งครรภ์ครั้งที่ 3 และ 2 ร้อยละ 29.73 และ 27.03 ตามลำดับ ฝากครรภ์ 5 ครั้งขึ้นไป ร้อยละ 68.25 คลอดเมื่ออายุครรภ์ตั้งแต่ 37 สัปดาห์ขึ้นไป ร้อยละ 92.57 และส่วนใหญ่มีความตั้งใจตั้งครรภ์ ร้อยละ 61.49 และเมื่อพิจารณาคุณลักษณะส่วนบุคคลและปัจจัยการตั้ง ครรภ์ของมารดา จำแนกตามกลุ่มผลลัพธ์ทางสุขภาพทารกในระยะแรกหลังคลอด พบว่า ปัจจัยคุณลักษณะส่วนบุคคลและปัจจัยการตั้งครรภ์ของมารดาไม่มีความแตกต่างกัน (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 คุณลักษณะของมารดา ภาพรวมและจำแนกตามกลุ่มผลลัพธ์ด้านสุขภาพทารกของมารดาหลังคลอด (n = 148) (ต่อ)

ปัจจัย	ผลลัพธ์ทางสุขภาพทารกในระยะแรกหลังคลอด								λ ² (p-value)
	ภาพรวม		ไม่ดี		ค่อนข้างดี		ดี		
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
คุณลักษณะส่วนบุคคล									
อายุ (ปี)									
15-19	18	12.16	3	15.79	10	11.36	5	12.19	0.711 ^F
20-35	117	79.05	16	84.21	69	78.41	32	78.05	
> 35	13	8.79	0	0.00	9	10.23	4	9.76	
การศึกษาสูงสุด									
ประถมศึกษา	16	10.82	1	5.26	9	10.23	6	14.63	0.718
มัธยมศึกษา	87	58.78	13	68.42	53	60.23	21	51.22	
ปวช./ปวส./เทียบเท่า	34	22.97	3	15.79	19	21.59	12	29.27	
ปริญญาตรี/เทียบเท่า/สูงกว่า	11	7.43	2	10.53	7	7.95	2	4.88	
สถานภาพสมรส									
โสด	34	22.97	6	31.58	20	22.73	8	19.51	0.807
คู่	108	72.97	12	63.16	64	72.73	32	78.05	
หม้าย/หย่า/แยก	6	4.06	1	5.26	4	5.54	1	2.44	
ทำงานหรืออาชีพหลัก									
ทำไร่/ทำนา/ทำสวน/รับจ้างทั่วไป	23	15.54	0	31.58	11	12.50	6	14.63	0.230
ทำงานภาครัฐ/เอกชน	43	29.05	3	15.79	27	30.68	13	31.71	
นักเรียน/นักศึกษา	5	3.38	1	5.26	4	4.55	0	0.00	
ไม่ได้ทำงาน/อยู่บ้านเป็นแม่บ้าน	70	47.30	9	47.37	43	48.86	18	43.90	
ทำงานออนไลน์ที่บ้าน	7	4.73	0	0.00	3	3.41	4	9.76	
รายได้ของครอบครัว									
พอใช้ มีเหลือเก็บ	5	3.38	8	42.11	32	36.78	18	43.90	0.904
พอใช้ ไม่เหลือเก็บ	6	4.05	9	47.37	50	57.47	19	46.34	
ไม่พอใช้	79	53.38	1	5.26	3	3.45	2	4.88	
ไม่พอใช้และมีหนี้สิน	58	39.19	1	5.26	2	2.30	2	4.48	
ปัจจัยการตั้งครรภ์									
ดัชนีมวลกายก่อนตั้งครรภ์									
ดัชนีมวลกายต่ำ (<18.5 กก/ม ²)	38	25.68	6	31.58	19	21.59	13	37.70	0.309
ดัชนีมวลกายปกติ (18.5-22.9 กก/ม ²)	41	27.70	2	10.53	27	30.68	12	29.27	
ดัชนีมวลกายมาก (23-24.9 กก/ม ²)	13	8.78	1	5.26	7	7.96	5	12.20	
ดัชนีมวลกายอ้วน (> 25 กก/ม ²)	56	37.84	10	52.63	35	39.77	11	28.83	
ดัชนีมวลกายก่อนตั้งครรภ์ (x) กก/ม ²	23.13								

ตารางที่ 1 คุณลักษณะของมารดา ภาพรวมและจำแนกตามกลุ่มผลลัพธ์ด้านสุขภาพทารกของมารดาหลังคลอด (n = 148) (ต่อ)

ปัจจัย	ผลลัพธ์ทางสุขภาพทารกในระยะแรกหลังคลอด								λ^2 (p-value)
	ภาพรวม		ไม่ดี		ค่อนข้างดี		ดี		
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
ลำดับที่ของการตั้งครรภ์									
ครรภ์แรก	45	30.41	7	36.84	24	27.27	14	34.15	0.886 ^F
ครรภ์ที่ 2	40	27.03	5	26.32	24	27.27	11	26.83	
ครรภ์ที่ 3	44	29.73	6	31.58	29	32.95	9	21.95	
ครรภ์ที่ 4	9	6.08	0	0	5	5.69	4	9.75	
ครรภ์ที่ 5 ขึ้นไป	10	6.75	1	5.26	6	6.82	3	7.32	
จำนวนครั้งของการฝากครรภ์									
1-2 ครั้ง	27	18.24	5	26.32	16	18.18	6	14.63	0.075
3-4 ครั้ง	20	13.51	6	31.58	9	10.23	5	12.20	
ตั้งแต่ 5 ครั้งขึ้นไป	101	68.25	8	42.10	63	71.59	30	73.17	
อายุครรภ์ เมื่อคลอด (สัปดาห์)									
28-36	11	7.43	3	15.79	6	6.82	2	4.88	0.306
37	137	92.57	16	84.21	82	93.18	39	95.12	
ตั้งใจหรือวางแผนการตั้งครรภ์									
ตั้งใจ	91	61.49	7	36.84	57	64.77	27	65.49	0.061
ไม่ตั้งใจ	57	38.51	12	63.16	31	35.23	14	34.15	
รวม	148	100.00							

*นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05, F = by Fisher's test

ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพและสุขภาพของมารดา

มารดาหลังคลอดส่วนใหญ่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับกลาง ร้อยละ 47.97 รองลงมาเป็นระดับสูง และต่ำ ร้อยละ 30.41 และ 21.62 ตามลำดับ เมื่อพิจารณาระดับความรู้ด้านสุขภาพของมารดา จำแนกตามกลุ่มผลลัพธ์ทางสุขภาพของทารกในระยะแรกหลังคลอด พบว่า ไม่มีความแตกต่างกัน (ตารางที่ 2)

ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพของมารดากับผลลัพธ์ทางสุขภาพของทารกในระยะแรกหลังคลอด

เมื่อพิจารณาเฉพาะตัวแปรระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพของมารดากับผลลัพธ์ทางสุขภาพของทารกในระยะแรกหลังคลอด ในแบบจำลองที่ 1 พบว่า มารดาที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับกลาง มีโอกาสที่ผลลัพธ์ทางสุขภาพของทารกในระยะแรกหลังคลอดดี เป็น 3.1 เท่า (OR = 3.132, p = 0.011) เมื่อเทียบกับมารดาที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับต่ำ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และเมื่อควบคุมอิทธิพลของตัวแปรปัจจัยอื่นๆ พบว่า ตัวแปรสถานภาพสมรส

การทำงานและดัชนีมวลกาย ร่วมกันอธิบายโอกาสที่ผลลัพธ์ทางสุขภาพของทารกในระยะแรกหลังคลอดดี ร้อยละ 15.4 (Pseudo R² = .154, Prob > Chi2 = 0.006) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (ตารางที่ 3) โดยมารดาที่มีสถานภาพสมรสคู่ มีโอกาสที่ผลลัพธ์ทางสุขภาพของทารกในระยะแรกหลังคลอดดีเป็น 9.14 เท่า (OR = 9.14, p = 0.037, 95% CI = 1.14 - 73.37) เมื่อเทียบกับมารดาหลังคลอดที่มีสถานภาพสมรสฝ่าย หย่า แยก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สำหรับมารดาที่ทำงานภาครัฐ/เอกชน มีโอกาสที่ผลลัพธ์ทางสุขภาพของทารกในระยะแรกหลังคลอดดี 15.6 เท่า (OR = 15.57, p = 0.020, 95% CI = 1.55 - 156.33) และมารดาที่ทำงานออนไลน์มีโอกาสที่ผลลัพธ์ทางสุขภาพของทารกในระยะแรกหลังคลอดดี เป็น 139.5 เท่า (OR = 139.50, p = 0.002, 95%CI = 6.26- 3108.99) เมื่อเทียบกับมารดาหลังคลอดที่เป็นนักเรียน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนมารดาหลังคลอดที่มีดัชนีมวลกายอ้วน มีโอกาสที่ผลลัพธ์ทางสุขภาพของทารกในระยะแรกหลังคลอดดี ลดลง 0.64 เท่า (OR = .357, p = 0.033, 95% CI = .14 - .92) เมื่อเทียบกับมารดาหลังคลอดที่มีดัชนีมวลกายปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 2 ระดับความรู้ด้านสุขภาพกับผลลัพธ์ทางสุขภาพของทารกในระยะแรกหลังคลอด (n = 148)

ความรู้ด้านสุขภาพ	ผลลัพธ์ทางสุขภาพทารกในระยะแรกหลังคลอด								λ^2 (p-value)
	ภาพรวม		ไม่ดี		ค่อนข้างดี		ดี		
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
ความรู้ด้านสุขภาพ									
สูง	45	30.41	6	31.58	29	32.95	10	24.39	0.069
กลาง	71	47.97	5	26.32	41	46.59	25	60.98	
ต่ำ	32	21.62	8	42.11	18	20.45	6	14.63	

*นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพของมารดาหลังคลอดกับผลลัพธ์ทางสุขภาพของทารกในระยะแรกหลังคลอด (n = 148)

ปัจจัย	ผลลัพธ์ทางสุขภาพของทารกในระยะแรกหลังคลอดระดับดี			
	แบบจำลองที่ 1		แบบจำลองที่ 2	
	OR (p-value)	95% CI	OR (p-value)	95% CI
ความรู้ด้านสุขภาพของมารดา				
ระดับสูง	1.669	.6579348 4.238358	1.398	.4600272 - 4.253111
ระดับกลาง	3.132*(0.011)	1.303568 7.527599	3.411* (0.020)	1.21044 - 9.611202
ระดับต่ำ (อ้างอิง)	-	-	-	-
อายุ (ปี)				
20-35	-	-	0.379	.0983647 - 1.466854
> 35	-	-	0.979	.1421293 - 6.742224
15-19 (อ้างอิง)	-	-	-	-
การศึกษาสูงสุด				
มัธยมศึกษา	-	-	0.414	.1093787 - 1.571856
ปวช./ปวส.หรือเทียบเท่า	-	-	0.939	.2182864 - 4.037945
ปริญญาตรี ขึ้นไป	-	-	0.205	.0283725 - 1.480713
ประถมศึกษา(อ้างอิง)	-	-	-	-
สถานภาพสมรส				
โสด	-	-	4.706	.5312297 - 41.69634
คู่	-	-	9.143*(0.037)	1.139428 - 73.36572
หม้าย/หย่า/แยก (อ้างอิง)	-	-	-	-
การทำงานหรืออาชีพหลัก				
รับจ้างทั่วไป/เกษตรกรรม	-	-	8.079	.7521417 - 86.80012
พนักงานเอกชน/รัฐ รับราชการ	-	-	15.571* (0.020)	1.550948 156.3257
ไม่ทำงาน/แม่บ้าน	-	-	6.831	.7513237 - 62.10159
ทำงานออนไลน์	-	-	139.496*(0.002)	6.259031- 3108.99
นักเรียน/นักศึกษา (อ้างอิง)	-	-	-	-

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพของมารดาหลังคลอดกับผลลัพธ์ทางสุขภาพของทารกในระยะแรกหลังคลอด (n = 148) (ต่อ)

ปัจจัย	ผลลัพธ์ทางสุขภาพของทารกในระยะแรกหลังคลอดระดับดี			
	แบบจำลองที่ 1		แบบจำลองที่ 2	
	OR (p-value)	95% CI	OR (p-value)	95% CI
รายได้ของครอบครัว				
พอใช้ มีเหลือเก็บ	-	-	0.559	.093155 - 3.354758
พอใช้ ไม่เหลือเก็บ	-	-	0.645	.1095191- 3.804979
ไม่พอใช้	-	-	1.261	.1141638 - 13.93941
ไม่พอใช้และมีหนี้สิน (อ้างอิง)	-	-	-	-
ปัจจัยการตั้งครรภ์				
ดัชนีมวลกายต่ำ (<18.5 กก/ม ²)	-	-	0.572	.199448 - 1.638124
ดัชนีมวลกายมาก (23-24.9 กก/ม ²)	-	-	0.653	.1490686 - 2.86443
ดัชนีมวลกายอ้วน (>25 กก/ม ²)	-	-	.357*(0.033)	.139319 - .9194755
ดัชนีมวลกายตามเกณฑ์ (18.5-22.9 กก/ม ²) (อ้างอิง)	-	-	-	-
ลำดับที่ของการตั้งครรภ์	-	-	.909	.6532575 - 1.266773
จำนวนครั้งของการฝากครรภ์				
1-2	-	-	.398	.1527111 - 1.035501
3-4	-	-	.434	.1391818 - 1.354995
≥5	-	-	-	-
อายุครรภ์ เมื่อคลอด (สัปดาห์)				
28-36	-	-	.625	.2435694 1.605547
≥ 37 (อ้างอิง)	-	-	-	-
ตั้งใจหรือวางแผนการตั้งครรภ์				
ตั้งใจ	-	-	1.468	.6668694 - 3.233188
ไม่ตั้งใจ (อ้างอิง)	-	-	-	-
Cut 1			-16.312	-2156.729 2124.105
Cut 2			-12.725	-2153.142 2127.691
LR Chi ²	4.42			41.24
Prob > Chi ²	0.0245			0.006
Pseudo R ²	0.027			0.154

*นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05

วิจารณ์

การศึกษานี้แสดงให้เห็นว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพของมารดามีความสัมพันธ์กับผลลัพธ์ทางสุขภาพของทารกในระยะแรกหลังคลอด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในแบบจำลองที่ 1 มารดาที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับ กลางมีโอกาสที่จะมีผลลัพธ์ทางสุขภาพของทารกในระยะแรกหลังคลอดระดับดีเป็น 3.13 เท่าเมื่อเทียบกับมารดาที่มีความรอบรู้ระดับต่ำ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p = 0.011$) และเมื่อควบคุมตัวแปรคุณลักษณะส่วนบุคคล และตัวแปรการตั้งครรภ์ ในแบบจำลองที่ 2 พบว่า โอกาสเพิ่มขึ้นเป็น 3.41 เท่า ($p = 0.020$) โดยปัจจัยที่ร่วมกันทำนายในแบบจำลองที่ 2 ได้แก่ ได้แก่ สถานภาพสมรส ($OR = 9.14$, $p = 0.037$, 95% CI = 1.14 - 73.37) การทำงาน ($OR = 15.57$, $p = 0.020$, 95% CI = 1.55 - 156.33) และดัชนีมวลกาย ($OR = .357$, $p = 0.033$, 95% CI = .14 - .92) และภาพรวมของแบบจำลองที่ 2 มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.006$) แม้ว่าความกว้างของช่วงเชื่อมั่นของค่า threshold (cut points) บ่งชี้ถึงความไม่แน่นอนในการประมาณค่า ซึ่งอาจเกิดจากการกระจายตัวที่ไม่สม่ำเสมอของตัวอย่างในบางกลุ่มย่อยโดยเฉพาะกลุ่มอาชีพ (นักเรียน) และสถานภาพสมรส (หม้าย หย่า แยก) ที่มีจำนวนน้อย จึงทำให้ค่า odds ratio มีความผันแปรสูง (95%CI = 6.26-3108.99 และ 1.139428-73.36572 ตามลำดับ) ดังนั้น การตีความผลการวิจัยนี้ ผู้วิจัยจึงเน้นที่ค่า Odds Ratio ของตัวแปรหลัก (ความรอบรู้ด้านสุขภาพของมารดา) ซึ่งแสดงความสัมพันธ์ที่ชัดเจนและมีนัยสำคัญทางสถิติ

และเมื่อพิจารณาภาพรวมของแบบจำลองที่ 2 พบว่า ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับงานวิจัยของ Ozturk และคณะ²⁶ ที่พบว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพของมารดามีความสัมพันธ์เชิงบวกกับผลลัพธ์สุขภาพของทารกแรกเกิดและการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ในขณะที่ Wang และคณะ²⁷ พบว่า การใช้วิธีการสอนแบบย้อนกลับความรอบรู้ที่มารดาได้รับ ช่วยเพิ่มความรอบรู้ด้านสุขภาพของมารดาและส่งผลต่อผลลัพธ์สุขภาพของมารดาและทารกในระยะแรกหลังคลอด ซึ่งความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีที่ทำให้มารดาสามารถเข้าถึงข้อมูลสุขภาพได้ง่ายขึ้นจากหลายแหล่งทั้งจากแพทย์ พยาบาล อินเทอร์เน็ต และการปรึกษาทางโทรศัพท์กับบุคลากรสุขภาพของโรงพยาบาล มารดาจึงสามารถใช้แหล่งข้อมูลที่น่าเชื่อถือ นำข้อมูลไปใช้ในการดูแลตนเองและทารกในครรภ์ และปรึกษาบุคลากรสุขภาพเพิ่มเติมขณะตรวจครรภ์ตามนัด ส่งผลให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่ดีทั้งของตนเองและทารกในครรภ์

สำหรับปัจจัยมารดาที่มีสถานภาพสมรสคู่ มีโอกาสที่ผลลัพธ์ทางสุขภาพในระยะแรกหลังคลอดระดับดีเป็น 9.14 เท่า เมื่อเทียบกับมารดาหลังคลอดที่มีสถานภาพสมรสฝ่าย หย่า แยก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($OR = 9.14$, $p = 0.037$, 95% CI = 1.14 - 73.37) อธิบายได้ว่า การอยู่ร่วมกับสามีช่วยสร้างระบบสนับสนุนทางสังคมที่ครอบคลุมดูแลความเป็นอยู่ การเงิน และการให้คำปรึกษา ทำให้มารดา รู้สึกปลอดภัยและมีความสุข ส่งผลต่อการใช้บริการสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพที่ดี²⁸

ส่วนปัจจัยการทำงาน/อาชีพหลัก มารดาที่ทำงานภาครัฐ/เอกชน มีโอกาสที่ผลลัพธ์ทางสุขภาพของทารกในระยะแรกหลังคลอดดีเป็น 15.6 เท่า ($OR = 15.57$, $p = 0.020$, 95% CI = 1.55 - 156.33) และมารดาที่ทำงานออนไลน์ มีโอกาสที่ผลลัพธ์ทางสุขภาพของทารกในระยะแรกหลังคลอดดีเป็น 139.5 เท่า ($OR = 139.50$, $p = 0.002$, 95%CI = 6.26 - 3108.99) เมื่อเทียบกับมารดาหลังคลอดที่เป็นนักเรียน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ทั้งนี้เนื่องจากมารดาที่ทำงานภาครัฐ/เอกชนมีรายได้มั่นคง สวัสดิการสุขภาพดี มีความพร้อมในการมีบุตร และการศึกษาสูง จึงส่งผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพและทักษะการตัดสินใจ โดยมารดาที่ทำงานออนไลน์²³ ยังได้ประโยชน์จากความยืดหยุ่นในการทำงาน การลดความเครียดจากการเดินทาง และการควบคุมสภาพแวดล้อมการทำงานด้วยตนเอง ซึ่งสอดคล้องกับหลักฐานเชิงประจักษ์ว่ามารดาที่มีสถานะทางเศรษฐกิจและสังคมสูงกว่า มีผลลัพธ์การตั้งครรภ์ดี กว่ามารดาที่มีการศึกษาน้อย^{19,30} จึงสามารถสรุปได้ว่ามารดาที่ทำงานออนไลน์มีแนวโน้มที่จะมีผลลัพธ์สุขภาพดีกว่ากลุ่มนักเรียน ซึ่งเกี่ยวข้องกับความมั่นคงทางการเงิน การเข้าถึงทรัพยากรสุขภาพและความยืดหยุ่นในการดูแลทารก

และปัจจัยดัชนีมวลกาย มารดาที่มีดัชนีมวลกายในระดับอ้วนมีโอกาสมากกว่าผลลัพธ์ทางสุขภาพของทารกในระยะแรกหลังคลอดลดลง 0.64 เท่า ($OR = .357$, $p = 0.033$, 95% CI = .14 - .92) เมื่อเทียบกับมารดาหลังคลอดที่มีดัชนีมวลกายปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยดัชนีมวลกายอ้วนมีความสัมพันธ์เชิงลบต่อมารดาและทารกในครรภ์/ทารกแรกเกิด ปัจจัยเสี่ยงสำคัญด้านมารดาได้แก่ เบาหวานขณะตั้งครรภ์ ความดันโลหิตสูง²⁴ ซึ่งส่งผลต่อสุขภาพทารก^{27,28} อาจมีภาวะตัวโต คลอดยาก น้ำตาลในเลือดต่ำหลังคลอด

หากพิจารณาประเด็นมารดาที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับสูง ไม่มีความสัมพันธ์กับโอกาสที่ผลลัพธ์ทางสุขภาพของทารกในระยะแรกหลังคลอดดี อธิบายได้ว่าผลลัพธ์สุขภาพ

ทารกในระยะแรกหลังคลอด (เช่น น้ำหนักแรกเกิด, คะแนน Apgar) ถูกกำหนดโดยปัจจัยระหว่างตั้งครรภ์เป็นหลักไม่ใช่ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ในช่วงหลังคลอด ความรอบรู้ด้านสุขภาพมักส่งผลต่อพฤติกรรมมารดาดูแลทารกในระยะยาว เช่น การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างต่อเนื่อง การนำทารกไปรับวัคซีนตามกำหนด^{8,27} ประกอบกับในช่วงหลังคลอด มารดาอยู่ในความดูแลของแพทย์และพยาบาล ทำให้ความรอบรู้ด้านสุขภาพของมารดามีบทบาทน้อยลง เมื่อเทียบกับเมื่อกลับบ้านแล้ว ที่มารดาต้องตัดสินใจและดูแลเองมากขึ้น นอกจากนี้ผลของตัวแปรแทรกซ้อนต่างๆ ที่ไม่สามารถควบคุมได้ เช่น การเข้าถึงบริการสุขภาพมีผลลัพธ์มากกว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพเพียงอย่างเดียวทาง⁸

ข้อจำกัด

การศึกษานี้มีข้อจำกัด 2 ประการ ประการแรก แม้การคำนวณขนาดตัวอย่างด้วย G*power (ขนาดอิทธิพลระดับปานกลาง 0.3, $\alpha = .05$, power of test = .80, OR = 1.82) เป็นไปตามหลักการ แต่ G*power ไม่ได้คำนึงถึงการกระจายตัวของตัวแปรอิสระที่เหมาะสม³⁴ ซึ่งข้อเท็จจริงการเก็บตัวอย่างจากหลายกลุ่มอาชีพ กลุ่มตัวอย่างบางกลุ่มน้อยมาก ทำให้การประมาณค่ามีความลำเอียง ทำให้ค่า OR สูงผิดปกติ และค่าความเชื่อมั่นกว้าง³⁵ ประการที่สอง การเก็บข้อมูลในสถานพยาบาลเดียวทำให้ความสามารถในการนำผลไปใช้ทั่วไปมีข้อจำกัด ผลการศึกษาอาจไม่สะท้อนถึงประชากรในพื้นที่อื่นที่มีบริบททางสังคม-วัฒนธรรม และการเข้าถึงบริการสุขภาพที่แตกต่างกัน การศึกษาต่อไปควรใช้วิธี stratified sampling หรือจัดกลุ่มอาชีพใหม่ให้มีจำนวนเพียงพอ และดำเนินการในสถานพยาบาลหลายพื้นที่ เพื่อเพิ่มความสามารถในการนำผลไปใช้ได้กว้างขวางยิ่งขึ้น

สรุป

มารดาส่วนใหญ่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับกลาง มีโอกาสที่ผลลัพธ์ทางสุขภาพของทารกในระยะแรกหลังคลอดดีเป็น 3.1 เท่า เมื่อเทียบกับมารดาที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับต่ำ และเมื่อควบคุมอิทธิพลของปัจจัยอื่นๆ พบว่าสถานภาพสมรส อาชีพการทำงาน ดัชนีมวลกาย ของมารดา ร่วมกันอธิบายโอกาสที่ผลลัพธ์ทางสุขภาพของทารกในระยะแรกหลังคลอดดี ร้อยละ 15.4 โดยสถานภาพสมรสคู่การทำงานในภาครัฐ/เอกชน ทำงานออนไลน์ มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับผลลัพธ์ทางสุขภาพของทารกในระยะแรกหลังคลอด ในขณะที่ดัชนีมวลกาย มีความสัมพันธ์เชิงลบ ผลการวิจัยบ่งชี้ว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพของมารดามีความสัมพันธ์ที่ซับซ้อนกับ

ปัจจัยอื่นๆ มากมายในการกำหนดผลลัพธ์สุขภาพทารกในระยะแรกหลังคลอด ผลการศึกษา แสดงให้เห็นความจำเป็นในการพัฒนากิจกรรมเพื่อเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพของมารดาต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. Nutbeam D, McGill B, Premkumar P. Improving health literacy in community populations: a review of progress. *Health Promot Int* 2018;33(5):901-11. doi:10.1093/heapro/dax015.
2. Essam N, Khafagy MA, Alemam DS. Health literacy of pregnant women attending antenatal care clinics in Mansoura district, Egypt. *J Egypt Public Health Assoc* 2022;97(1):24. doi:10.1186/s42506-022-00120-w.
3. Naseri N, Nouhi E, Rayan M. Relationship between health literacy and women's public health: a case study of health centers in Neyshabour. *J Fam Med* 2018;5(5):1154-9.
4. Carpenter CR, Kaphingst KA, Goodman MS, Lin MJ, Melson AT, Griffey RT. Feasibility and diagnostic accuracy of brief health literacy and numeracy screening instruments in an urban emergency department. *Acad Emerg Med* 2014;21(2):137-46. doi:10.1111/acem.12310.
5. Bello CB, Esan DT, Akerele SA, Fadare RI. Maternal health literacy, utilisation of maternal healthcare services and pregnancy outcomes among newly delivered mothers: A cross-sectional study in Nigeria. *Public Health Pract* 2022;3:100266. doi:10.1016/j.puhip.2022.100266.
6. Smith ER, Hurt L, Chowdhury R, Sinha B, Fawzi W, Edmond KM, et al. Delayed breastfeeding initiation and infant survival: A systematic review and meta-analysis. *PLoS One* 2017;12(7):e0180722. doi:10.1371/journal.pone.0180722.
7. World Health Organization. Indicators for assessing infant and young child feeding practices [Internet]. Geneva: WHO; 2021 [cited Jan 5, 2025]. Available from: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/340706/9789240018389-eng.pdf?sequence=1>

Postnatal Health Outcome

8. Gaupsiene A, Vainauskaite A, Baglajeva J, Stukas R, Ramašauskaitė D, Paliulyte V, et al. Associations between maternal health literacy, neonatal health and breastfeeding outcomes in the early postpartum period. *Eur J Midwifery* 2023;7:25. doi:10.18332/ejm/163815.
9. Uthaitum N, Gettong N, Sonjai C. Factors predicting health literacy of pregnant women. *J Prapokklao Nurs Coll* 2021;4(2):53-65.
10. Yeethohun P, Saensiripan N, Deeluea J. Maternal health literacy and health behaviors during pregnancy of first-time pregnant women. *Nurs J Chiang Mai Univ* 2024;51(1):223-36.
11. Putri AP, Am AI, Lu YY. Development of maternal health literacy measurements: A scoping review. *Int J Nurs Health Serv* 2023;6(2):154-64. doi:10.35654/ijnhs.v6i2.661.
12. Mojinyinola J. Influence of maternal health literacy on healthy pregnancy and pregnancy outcomes of women attending public hospitals in Ibadan. *Afr Res Rev* 2011;5(3):28-39. doi:10.4314/afrev.v5i3.67331.
13. Chitjumnong F. How to start breastfeeding successfully for working mothers. *J Health Sci Boromarajonani Coll Nurs Sapphasitthiprasong* 2022;6(3):114-25.
14. Payakkarueang S, Sangperm P, Samart S. Problems of early breastfeeding after delivery: Mothers' experiences. *J Nurs Sci* 2016;34:30-40.
14. Adusei-Mensah F, Muthelo L, Ngwenya MW, Mphasha M, Kauhanen J. Digital health interventions for pregnant women and mothers with under 5-year-olds in low- and middle-income countries: a scoping review. *Glob Health J* 2025;9(2):113-23. doi:10.1016/j.glohj.2025.05.007.
16. Renkert S, Nutbeam D. Opportunities to improve maternal health literacy through antenatal education: an exploratory study. *Health Promot Int* 2001;16(4):381-8. doi:10.1093/heapro/16.4.381.
17. Sørensen K, Van den Broucke S, Fullam J, Doyle G, Pelikan J, Slonska Z, et al. Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health* 2012;12(1):80. doi:10.1186/1471-2458-12-80.
18. World Health Organization. WHO maternal and perinatal health guidelines: easier, faster and interactive [Internet]. Geneva: WHO; 2025 [cited Oct 5, 2025]. Available from: <https://www.who.int/news/item/09-04-2025-who-maternal-and-perinatal-health-guidelines-easier-faster-and-interactive>.
19. Malik M, Baucer-Maison N, Guama G, D'Souza R. Social media misinformation about pregnancy and COVID-19 vaccines: A systematic review. *Med Princ Pract* 2024;33(3):232-41. doi:10.1159/000538325.
20. Mohamed H, Ismail A, Sutan R, Rahman RA, Juval K. A scoping review of digital technologies in antenatal care: recent progress and applications of digital technologies. *BMC Pregnancy Childbirth* 2025;25(1):153. doi:10.1186/s12884-025-07218-9.
21. Prashanth GP. Influence of social media on maternal decision-making and breastfeeding practices. *World J Clin Pediatr* 2024;13(4):94755. doi:10.5409/wjcp.v13.i4.94755.
22. Keles E, Kaya L, Yaksi N, Kaya Z, Kumru P. Effects of eHealth literacy on maternal and neonatal outcomes. *Women Health* 2024;64(10):829-38. doi:10.1080/03630242.2024.2420211.
23. Polit DF, Beck CT. Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice. 11th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2021.
24. Putri AP, Am AI, Hanifah L, Wati SE, Lu YY. Maternal health literacy and adherence to recommended ANC contact among pregnant women in Indonesian. *South East Asia Nurs Res* 2023;5(2):1-11.
25. Rangchaikul YW. Measurement and construction of achievement tests. Bangkok: Chulalongkorn University Printing House; 2011.
26. Ozturk M, Senturk N, Altintas KH. Associations between maternal health literacy, neonatal health and breastfeeding outcomes in the early postpartum period. *BMC Pregnancy Childbirth* 2023;23:721. doi:10.1186/s12884-023-06038-y.
27. Wang L, Li X, Chen M, Zhang Q, Song P, Qian D, et al. Using the teach-back method to improve postpartum maternal-infant health among women with limited maternal health literacy: A randomized controlled study. *BMC Pregnancy Childbirth* 2023;23:12. doi:10.1186/s12884-022-05338-2.

28. Lai MI, Chen J, Fong P, Meng L. Association between maternal–infant health literacy, social support, and psychological stress during the perinatal period among women in Macao, China. *Womens Health* 2025;21:17455057251347086. doi:10.1177/17455057251347086.
29. Sangdang A, Phahuwatanakorn W, Limruangrong P. Factors influencing maternal health literacy in postpartum women. *Int J Womens Health* 2025;17:1103-14. doi:10.2147/IJWH.S485468.
30. Halka MA, Nasereddin S. The role of social media in maternal health: balancing awareness, misinformation, and commercial interests. *IJCESEN* 2025;11(1):1600-5 doi:10.22399/ijcesen.1365.
31. Zhang Y, Lu M, Yi Y, Zhang R, Xia L, Li C, et al. Influence of maternal body mass index on pregnancy complications and outcomes: a systematic review and meta-analysis. *Front Endocrinol (Lausanne)* 2024;15:1280692. doi:10.3389/fendo.2024.1280692
32. Lee J, Lee EH, Chae D. eHealth literacy instruments: systematic review of measurement properties. *J Med Internet Res* 2021;23(11):e30644. doi:10.2196/30644.
33. Zibellini J, Muscat DM, Kizirian N, Gordon A. Effect of health literacy interventions on pregnancy outcomes: A systematic review. *Women Birth* 2021;34(2):180-6. doi:10.1016/j.wombi.2020.01.010.
34. Peduzzi P, Concato J, Kemper E, Holford TR, Feinstein AR. A simulation study of the number of events per variable in logistic regression analysis. *J Clin Epidemiol* 1996;49(12):1373-9. doi:10.1016/s0895-4356(96)00236-3.
35. Greenland S, Mansournia MA, Altman DG. Sparse data bias: a problem hiding in plain sight. *BMJ* 2016;352:i1981. doi:10.1136/bmj.i1981.

SMJ