



รายงานการวิจัย

ผลของการใช้โปรแกรมการเตรียมความพร้อมเต้านมต่อการไหลของน้ำนมในมารดาหลังคลอด โรงพยาบาลตราด

Effects of using a breast preparation program on milk ejection of Postpartum mothers at Trat Hospital

วัลรี ถนอมชาติ พย.บ¹

อันธิกา คระวานิช วท.ม. (สาขาสรีรวิทยา)²

ลดาวัลย์ จันทน์แจ้ง พย.ม. (สาขาการบริหารการพยาบาล)³

^{1*}พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลตราด

E-mail: walree130912@ gmail.com

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลการใช้โปรแกรมการเตรียมความพร้อมเต้านมต่อการไหลของน้ำนมในมารดาหลังคลอด โรงพยาบาลตราด กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 13 คน และมารดาหลังคลอด จำนวน 40 คน คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยมี 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 โปรแกรมการเตรียมความพร้อมเต้านมต่อการไหลของน้ำนมในมารดาหลังคลอด โรงพยาบาลตราด ประกอบด้วย 2 ระยะได้แก่ ระยะแรกภายใน 8 ชั่วโมงหลังคลอด เป็นการส่งเสริมการไหลของน้ำนมและระยะหลังคลอด 8 ชั่วโมง - จำหน่าย เป็นการป้องกันเต้านมคัดตึง บรรเทาอาการปวดตึงเต้านมและแก้ไขท่อน้ำนมอุดตันเมื่อจำหน่ายกลับบ้าน ร่วมกับแนวทางการดูแลแบบสหสาขาวิชาชีพ ส่วนที่ 2 คือ เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ของพยาบาลวิชาชีพเป็นแบบประเมินความสามารถในการนวดเต้านมด้วยท่าพื้นฐาน 6 ท่า ของมารดาหลังคลอดประกอบด้วย แบบทดสอบความรู้เรื่องการเตรียมความพร้อมเต้านมในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ แบบประเมินความสามารถในการนวดเต้านมด้วยท่าพื้นฐาน 6 ท่า แบบสอบถามความพึงพอใจหลังใช้โปรแกรมฯ แบบประเมินการไหลของน้ำนม และแบบติดตามอุบัติการณ์ไม่พึงประสงค์ เก็บรวบรวมข้อมูล ระหว่าง เดือนเมษายน – กรกฎาคม 2568 วิเคราะห์ข้อมูลโดย สถิติเชิงพรรณนา จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและสถิติเชิงอนุมาน One sample t-test และ Paired t - test

ผลการวิจัย 1) ด้านผู้ให้บริการ : พยาบาลวิชาชีพ พบว่า ความสามารถในการนวดเต้านมด้วยท่าพื้นฐาน 6 ท่า สูงกว่าค่าเกณฑ์เป้าหมายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 2) ด้านผู้รับบริการ: มารดาหลังคลอด พบว่าคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องการเตรียมความพร้อมเต้านมในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ หลังใช้โปรแกรมฯ สูงกว่าก่อนใช้โปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ .05 ความสามารถในการนวดเต้านมด้วยท่าพื้นฐาน 6 ท่า สูงกว่าค่าเกณฑ์เป้าหมายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ .05 และความพึงพอใจหลังใช้โปรแกรมฯ สูงกว่าค่าเกณฑ์เป้าหมายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ .05 3) ด้านคุณภาพบริการ : คะแนนเฉลี่ยการไหลของน้ำนม หลังคลอด 48 ชั่วโมง สูงกว่าค่าเกณฑ์เป้าหมายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ .05 อุบัติการณ์ไม่พึงประสงค์ พบการเกิดเต้านมคัดตึง ระดับ 3 จำนวน 2 คน (ร้อยละ 5) ระดับความปวดตึงเต้านม Numerical Rating Scale (NRS) 7-10 จำนวน 1 คน (ร้อยละ 2.5) ไม่พบการกลับมารักษาซ้ำด้วยเรื่องเต้านมอักเสบหรือท่อน้ำนมอุดตันภายใน 28 วัน

การวิจัยครั้งนี้แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการเตรียมความพร้อมเต้านมต่อการไหลของน้ำนมในมารดาหลังคลอด โรงพยาบาลตราด ส่งผลลัพธ์ที่ดี สามารถใช้เป็นต้นแบบในการปฏิบัติการพยาบาล ขยายผลให้กับหน่วยบริการอื่นได้ทั้งในและนอกจังหวัดตราด ตามนโยบายส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของกระทรวงสาธารณสุข

คำสำคัญ โปรแกรมการเตรียมความพร้อมเต้านม การไหลของน้ำนม มารดาหลังคลอด



ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

องค์การอนามัยโลก (WHO) ให้ความสำคัญเรื่องการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ โดยแนะนำว่าเด็กตั้งแต่แรกเกิด ถึง 6 เดือน ควรได้กินนมแม่อย่างเดียว และกินนมแม่ควบคู่อาหารตามวัยจนถึงอายุ 2 ปีหรือนานกว่านั้น โดยมีการตั้งเป้าหมายในปี พ.ศ.2568 ไว้ว่า ร้อยละของเด็กแรกเกิด - 6 เดือน ควรได้กินนมแม่อย่างเดียวอย่างน้อยร้อยละ 50 (กรมอนามัย, 2566) ซึ่งจะส่งผลทำให้ทารกมีการเจริญเติบโตและพัฒนาการที่ดีทั้งทางร่างกาย สมอ่งและจิตใจ ทำให้อารมณ์ดี เซาว์ปัญญาดี และไม่เจ็บป่วยบ่อย (เกรียงศักดิ์ จีระแพทย์, 2565) นมแม่เป็นอาหารที่ดีและเหมาะสมที่สุดสำหรับเด็กทารก เพราะมีสารอาหารมากกว่า 200 ชนิด มีคุณค่าเหมาะสมกับการเจริญเติบโตและพัฒนาการที่ดีทั้งทางร่างกาย สมอ่งและจิตใจ ทำให้อารมณ์ดี เซาว์ปัญญาดีและมีภูมิคุ้มกันโรคที่ไม่สามารถหาได้จากอาหารอื่น (ปิยวรรณ แพลนดี, 2566) โดยเฉพาะน้ำนมเหลือง (Colostrum) ซึ่งเปรียบเสมือนวัคซีนหยดแรกให้กับทารก ทำให้ไม่เจ็บป่วยบ่อย ลดการเกิดโรคมุมิแพ้ เนื่องจากน้ำนมแม่ไม่มีสารที่ทำให้เกิดโรคมุมิแพ้คือ Beta-lactoglobulin ที่ผ่านมามีการศึกษาอย่างแพร่หลายยืนยัน ถึงประโยชน์ของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ เช่น พบการลดลงของการติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ มีพัฒนาการด้านสติปัญญามากกว่าทารกที่ไม่ได้เลี้ยงลูกด้วยนมแม่ (วิณา จีระแพทย์ และเกรียงศักดิ์ จีระแพทย์, 2563; ยุพิน เกตุแก้วและนิศารัตน์ คิตสม, 2567)

จากผลการสำรวจสถานการณ์เด็กและสตรีในประเทศไทย พ.ศ. 2562 พบว่า อัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว นาน 6 เดือน มีเพียงร้อยละ 14 ซึ่งยังต่ำกว่าอัตราเฉลี่ยทั่วโลก และจากข้อมูลเปรียบเทียบในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ พบว่า ประเทศไทยมีอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว นาน 6 เดือนต่ำที่สุด กระทรวงสาธารณสุขจึงมีนโยบาย ส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ผลการวิเคราะห์ปัญหาเรื่องการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่พบว่าส่วนใหญ่เกิดจากปริมาณน้ำมน้อย ทำให้มารดาตัดสินใจหยุดเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ นอกจากนี้ การรับรู้ของมารดาที่คิดว่าปริมาณน้ำนมและสารอาหารในน้ำนม ไม่เพียงพอ เป็นสาเหตุให้มารดาไม่เลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวใน 6 เดือนแรก (มัชฌิมา ตรินุชกรและคณะ, 2565) ยังมีปัจจัยหลายประการเข้ามาเกี่ยวข้องในการตัดสินใจเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ อาทิเช่น ปัจจัยด้านมารดา เกี่ยวข้องกับความรู้ ความเชื่อ ทศนคติ แรงสนับสนุนทางสังคม ปัจจัยด้านทารกและปัจจัยด้านการหลั่งน้ำนม แบ่งออกเป็น 2 ระยะ ได้แก่ ในระยะแรกคลอด และระยะหลัง ในระยะแรกคลอด จะพบปัญหาเรื่องน้ำนมไหลช้า ระยะเวลาเริ่มดูดนมครั้งแรกของทารก และความถี่ในการดูดนม การให้นมผสม ปัญหาการหลั่งของน้ำนมมารดาหลังคลอด ที่ไม่เพียงพอต่อความต้องการของทารกแรกเกิดเป็นเวลานาน ส่งผลกระทบต่อทั้งมารดาหลังคลอดและทารกแรกคลอด ผลกระทบต่อมารดาโดยเฉพาะด้านจิตใจ ทำให้มีความวิตกกังวลเนื่องจากกลัวทารกได้รับอันตรายจากการได้รับนมไม่เพียงพอ ผลกระทบต่อทารกแรกเกิด ทำให้น้ำหนักตัวลดลง ตัวเหลือง Breast milk jaundice ในทารกแรกเกิด ส่วนปัจจัยด้านการหลั่งน้ำนมในระยะหลังเป็นปัญหา ทางด้านร่างกายของมารดา ได้แก่ เต้านมคัดตึง อักเสบ ท่อน้ำนมอุดตัน ซึ่งเป็นอุปสรรคต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ (ศศิธรา น่วมภา และคณะ, 2563; อังสนา ศิริวัฒนเมธานนท์และคณะ, 2565) มีหลายงานวิจัยกล่าวไว้ว่าการดูแลเต้านม ให้พร้อมในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่มีความสำคัญ เช่นการนวดเต้านมเพื่อส่งเสริมการสร้างและการหลั่งน้ำนม (ยุพิน เกตุแก้ว และนิศารัตน์ คิตสม, 2567; วณิดา ทองแท้, เกศกัญญา ไชยวงศาและพุทธิดา จันทร์สว่าง , 2567) การประคบเต้านม ร่วมกับการนวดบรรเทาอาการคัดตึงเต้านม หรือแก้ไขภาวะท่อน้ำนมอุดตัน (กฤษณา ปิงวงศ์, กรรณิการ์ กันธะรักษาและ นงลักษณ์ เฉลิมสุข, 2559) ดังนั้น การส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ให้สำเร็จ จึงต้องให้ความสำคัญกับการเตรียมความพร้อม เต้านมต่อการไหลของน้ำนมเป็นลำดับต้น ๆ

โรงพยาบาลตราดเป็นโรงพยาบาลทั่วไปที่รองรับดูแลมารดาหลังคลอด จากทั้งในจังหวัดและพื้นที่ใกล้เคียงจาก ประเทศกัมพูชา ได้นำนโยบายบันได 10 ขั้นในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่มาใช้ในการปฏิบัติงานและดำเนินงานตามนโยบาย สายใยรักแห่งครอบครัว เพื่อส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ซึ่งในปีงบประมาณ 2565 - 2567 มารดาหลังคลอดในเขต อำเภอเมือง เลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือน เท่ากับ ร้อยละ 49.51, 50.38 และ 47.69 ตามลำดับ (ทะเบียน ตัวชี้วัด โรงพยาบาลตราด, 2568) ซึ่งยังต่ำอยู่ การทบทวนปัญหาจากการปฏิบัติงาน ตัวชี้วัด ที่มำนาทางคลินิกและการพูดคุย กับมารดาหลังคลอด ครอบครัวมารดาหลังคลอด พบว่า



1. ด้านมารดาหลังคลอด

1.1 ใน 8 ชั่วโมงแรก ประเมินการไหลของน้ำนม ส่วนใหญ่บีบน้ำนมแล้วน้ำนมไม่ไหลออกมาหรือไหลน้อย มีน้ำนมซึมออกมาไม่เป็นหยด

1.2 มารดามีการรับรู้ว่ามีน้ำนม และกังวลว่าลูกจะได้สารอาหารไม่เพียงพอ ส่งผลให้ตัดสินใจเลือกใช้นมผสม ซึ่งจะทำให้ปริมาณน้ำนมแม่ไม่ไหล หรือออกน้อยเนื่องจากทารกใช้เวลาอยู่นมผสมนานกว่านมแม่ อิ่มนานจึงทำให้การดูดนมแม่น้อยลง

1.3 พบเต้านมคัดตึง ต่อมาน้ำนมที่รักรั่วไรต์ แต่น้ำนมยังไหลน้อย ปวด pain score 5-7 ทำให้มารดาไม่สบายและหยุดให้นมบุตร

2. ด้านครอบครัวของมารดาหลังคลอด

2.1 ด้านความร่วมมือ พบปัญหาญาติมีความวิตกกังวลสูงกรณีมารดาหลังคลอดยังไม่มีน้ำนมและทารกร้องกวน ไม่รับรู้และไม่ปฏิบัติตามการสอนและคำแนะนำของพยาบาล ยืนยันใช้นมผสม หากไม่ให้อาจแสดงอาการไม่พึงพอใจ ส่งผลกระทบต่อการบริการพยาบาล

2.2 ด้านเศรษฐกิจของครอบครัว พบปัญหาการนอนโรงพยาบาลนานขึ้น ด้วยสาเหตุดังนี้

2.2.1 กรณีน้ำนมไม่ไหลจนวันจำหน่ายกลับบ้าน (ในมารดาหลังคลอดปกติจำหน่ายเมื่อครบ 48 ชั่วโมง ในมารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องจำหน่ายเมื่อครบ 72 ชั่วโมง) แพทย์พิจารณาให้อยู่โรงพยาบาลต่อ จนน้ำนมไหล จึงจะอนุญาตให้จำหน่ายกลับบ้านได้ ต้องเพิ่มวันนอนโรงพยาบาล ทำให้เสียเงิน เสียเวลา ตลอดจนมีผลกระทบต่อครอบครัวที่ต้องมาเผื่ออยู่โรงพยาบาล

2.2.2 กรณีเต้านมคัดตึงแต่น้ำนมไม่ไหล หรือไหลออกน้อย ทำให้เกิดการอักเสบของเต้านม มีไข้ แพทย์จะไม่จำหน่าย ส่งผลให้จำนวนวันนอนโรงพยาบาลเพิ่มขึ้น

3. ด้านการสื่อสารกับทีมสหสาขาวิชาชีพ

ขาดการสื่อสารหรือส่งต่อร่วมกันแก้ปัญหาระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น แพทย์แผนไทย เนื่องจากไม่มีรูปแบบหรือข้อกำหนดที่ชัดเจน จำนวนมารดาหลังคลอดเต้านมคัดตึงส่งประคบเต้านมที่แพทย์แผนไทยน้อย

4. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

4.1 ใช้รูปแบบที่มุ่งเน้นการสอน/ให้คำแนะนำมารดาหลังคลอดเป็นหลักเรื่องการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ยังไม่เคยเน้นเรื่องการนวดเต้านมที่จะช่วยให้น้ำนมมาเร็วขึ้น มาลงมือปฏิบัติจริงและยังไม่มีกำหนดกิจกรรมที่ชัดเจน

4.2 ยังไม่เคยมีการประเมินผลลัพธ์การปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการไหลของน้ำนม ในมารดาหลังคลอด

5. ด้านทารกแรกเกิด

พบปัญหาทารกแรกเกิดตัวเหลืองในหอผู้ป่วยหลังคลอดและได้รับการส่องไฟรักษาปีงบประมาณ พ.ศ.2565 ถึง พ.ศ.2567 จำนวน 76, 115 และ 117 ตามลำดับ (ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศ โรงพยาบาลตราด, 2568) มารดาหลังคลอดที่มีการหลั่งของน้ำนมได้ดี จะช่วยลดปัญหาอาการตัวเหลืองในทารกแรกเกิดได้

จากปัญหาดังกล่าว ผู้วิจัยจึงมีแนวคิด นำโปรแกรมการเตรียมความพร้อมเต้านมต่อการไหลของน้ำนมในมารดาหลังคลอด โรงพยาบาลตราดมาใช้ ซึ่งประยุกต์จากทฤษฎีที่กล่าวถึงกลวิธีสู่ความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ (Strategies for Successful Breastfeeding) ของ วิชา จีระแพทย์ และเกรียงศักดิ์ จีระแพทย์ (2563) โดยการให้ความรู้และการฝึกทักษะการนวดเต้านมสำหรับพยาบาลและมารดาหลังคลอด เพื่อกระตุ้นการไหลของน้ำนมในมารดาหลังคลอด ดูแลเต้านมให้มีความพร้อมในการให้นมบุตรได้ในระยะยาว เข้าใจและปฏิบัติได้ถูกต้องเมื่อมีภาวะเต้านมคัดตึงหรือท่อน้ำนมอุดตัน ซึ่งมีกระบวนการ การจัดการที่มีเป้าหมาย มีประสิทธิภาพ ลดการทำงานแบบแยกส่วน ช่วยให้เกิดการประสานงานที่ดีระหว่างทีมสหวิชาชีพ เพื่อพัฒนางาน พัฒนาคน และพัฒนาองค์กรที่มีคุณภาพ และศึกษาผลของการใช้โปรแกรมฯ ซึ่งผลจากการปฏิบัตินี้ จะช่วยให้มารดาหลังคลอดเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เพิ่มขึ้น ตอบสนองต่อนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

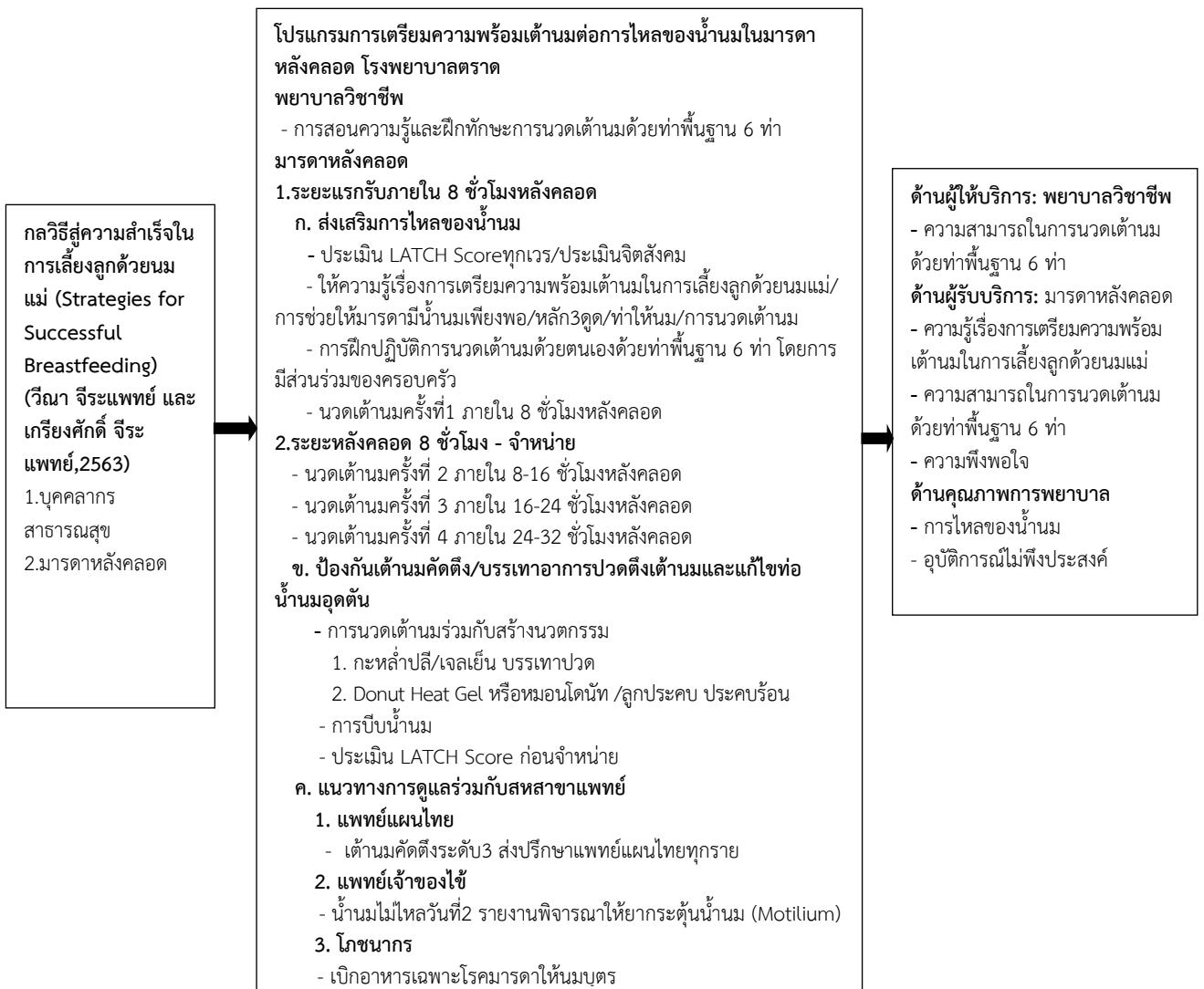
เพื่อศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการเตรียมความพร้อมเต้านมต่อการไหลของน้ำนมในมารดาหลังคลอด
โรงพยาบาลตราด

สมมติฐานการวิจัย

1. พยาบาลวิชาชีพมีค่าคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการนวดเต้านมด้วยท่าพื้นฐาน 6 ท่า สูงกว่าค่าเกณฑ์เป้าหมาย
2. มารดาหลังคลอดมีค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องการเตรียมความพร้อมเต้านมในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ หลังใช้โปรแกรมฯ สูงกว่าก่อนใช้โปรแกรมฯ
3. มารดาหลังคลอดมีค่าคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการนวดเต้านมด้วยท่าพื้นฐาน 6 ท่า สูงกว่าค่าเกณฑ์เป้าหมาย
4. มารดาหลังคลอดมีค่าคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจหลังใช้โปรแกรมฯ สูงกว่าค่าเกณฑ์เป้าหมาย
5. น้ำนมหลังคลอด 48 ชั่วโมงมีค่าคะแนนเฉลี่ยการไหล หลังใช้โปรแกรมฯ สูงกว่าค่าเกณฑ์เป้าหมาย

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้นำทฤษฎีที่กล่าวถึงกลวิธีสู่ความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ (Strategies for Successful Breastfeeding) มาประยุกต์เป็นโปรแกรมการเตรียมความพร้อมเต้านมต่อการไหลของน้ำนมในมารดาหลังคลอด
โรงพยาบาลตราด ใช้เป็นเครื่องมือการวิจัยและศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการเตรียมความพร้อมเต้านมต่อการไหลของ
น้ำนมในมารดาหลังคลอดโรงพยาบาลตราดดังแผนภาพดังนี้





วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) แบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลอง (The One Group , Pre-Test, Post-Test Design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง (Population and sample)

1. พยาบาลวิชาชีพ ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง คือ พยาบาลที่ปฏิบัติงานหอผู้ป่วยหลังคลอดและนรีเวชและหอผู้ป่วยพิเศษหลังคลอด รวม 13 คน คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) คือ มีใบอนุญาตประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ มีประสบการณ์การทำงานอย่างน้อย 1 ปี ไม่เป็นผู้ร่วมผู้วิจัย และผู้ที่ลาปฏิบัติงานเกิน 1 เดือน (เช่น ลาป่วย ลาคคลอด)

2. มารดาหลังคลอด ประชากร ที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วยมารดาหลังคลอด ทั้งคลอดปกติและผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง แพทย์รักษาตัวในหอผู้ป่วยหลังคลอดและนรีเวชและหอผู้ป่วยพิเศษหลังคลอด โรงพยาบาลตราด จังหวัดตราด เดือนละประมาณ 60 คน กลุ่มตัวอย่าง ใช้การคำนวณขนาดตัวอย่างโปรแกรม G Power (Faul et al., 2007) กำหนดค่ากำลังทดสอบ (Power analysis) สำหรับสถิติ t-test ที่ระดับนัยสำคัญ (ค่า α) เท่ากับ 0.05 อำนาจการทดสอบ (Power of the test) เท่ากับ 0.90 และขนาดอิทธิพลขนาดกลาง (Medium effect size) เท่ากับ 0.5 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 36 คน เพิ่มขนาดตัวอย่างเพื่อป้องกันขนาดตัวอย่างไม่เพียงพอจากการขอลาออกจากการวิจัย 10 เปอร์เซ็นต์ ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 40 คน คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling)

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion Criteria) 1) มารดาหลังคลอดทั้งคลอดปกติและผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง อายุ 20-40 ปี อายุครรภ์ 37 สัปดาห์ขึ้นไป 2) ประเมินการไหลของน้ำนมแรกเริ่ม (เมื่อรับย่ำมารดาหลังคลอดจากห้องผ่าตัดกรณีผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องหรือจากห้องคลอดกรณีคลอดทางช่องคลอดเมื่อครบ 2 ชั่วโมงหลังคลอด) อยู่ในระดับคะแนน 0-1 (คะแนน 0 ไม่ไหล หมายถึง บีบน้ำนมแล้วน้ำนมไม่ไหลออกมา คะแนน 1 ไหลน้อย หมายถึง มีน้ำนมซึมออกมาไม่เป็นหยด 3) หัวนมปกติทั้ง 2 ข้าง 4) ไม่มีภาวะแทรกซ้อนทางสูติกรรมเช่น ตกเลือดหลังคลอด ภาวะความดันโลหิตสูง 5) ไม่มีข้อจำกัดการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ เช่น ติดเชื้อเอชไอวี ได้รับยาที่ต้องงดให้นมบุตร 6) ทารกไม่มีปัญหาการดูดกลืน หรือกลืนติด สุขภาพแข็งแรง น้ำหนักอยู่ในเกณฑ์ปกติ 7) สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ดี 8) มีความพร้อมทางด้านร่างกายและจิตใจในการเข้าร่วมงานวิจัยและตอบแบบสอบถาม

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria) 1) มารดาหลังคลอดที่ไม่สามารถนัดเด้านมครบ 4 ครั้งตามแนวปฏิบัติไม่ว่าจะด้วยสาเหตุใด 2) มารดาหลังคลอดที่ขณะทำการทดลอง มีเหตุให้ต้องหยุดให้นม เช่นจำเป็นต้องได้รับยาที่มีข้อห้ามในการให้นมบุตร หรือ กรณีที่มีเหตุให้บุตรต้องแยกจากมารดา เช่นตัวเหลืองมากต้องย้ายไปรักษาที่หอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม 3) มารดาหลังคลอดที่มีภาวะซึมเศร้า เครียด

เครื่องมือการวิจัย ประกอบด้วย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ โปรแกรมการเตรียมความพร้อมเต้านมต่อการไหลของน้ำนมในมารดาหลังคลอดโรงพยาบาลตราด ใช้การให้ความรู้ และฝึกทักษะ แก่พยาบาลวิชาชีพ และมารดาหลังคลอด ผู้วิจัยได้ประยุกต์จากแนวคิดทฤษฎีกลวิธีสู่ความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ (Strategies for Successful Breastfeeding) ของ วิณา จีระแพทย์ และเกรียงศักดิ์ จีระแพทย์ (2563) มาจัดเป็นหมวดหมู่ให้มีความชัดเจนทั้งแนวการสอนเรื่องการนวดเต้านมและแนวการปฏิบัติลงมือทำจริง จัดทำคู่มือการเตรียมความพร้อมเต้านมในมารดาหลังคลอด เป็นคู่มือให้ความรู้เกี่ยวกับกลไกการสร้างและการไหลของน้ำนม การกระตุ้นการสร้างน้ำนม ประเมินการไหลของน้ำนม การให้ความรู้ความสำคัญและประโยชน์นมแม่ วิธีการนวดเต้านมด้วยท่าพื้นฐาน 6 ท่า และวิธีการให้นมบุตร สร้างนวัตกรรม Donut Heat Gel หรือหมอนโดนัท เป็นหมอนที่ใช้ประคบร้อนเต้านม ใช้สะดวก ไม่โดนหัวนม นวัตกรรมลูกประคบ โดยการใช้สมุนไพรมาห่อด้วยผ้าเป็นลูก นำมาประคบเต้านม ช่วยกระตุ้นการไหลเวียนของโลหิต อีกทั้งกลิ่นจากน้ำมันหอมระเหยยังช่วยให้ความสดชื่น โปรแกรมมีการเชื่อมโยงกับสหสาขาวิชาชีพทั้งแพทย์ โภชนากร แพทย์แผนไทย เพื่อให้เกิดความพร้อมของ



วันที่เผยแพร่ 30 ตุลาคม 2568



- คะแนน 5 หมายถึง ทำได้ทั้งหมด(ไม่ต้องการความช่วยเหลือ)
 คะแนน 4 หมายถึง ทำได้มาก(ต้องการความช่วยเหลือเล็กน้อย)
 คะแนน 3 หมายถึง ทำได้ปานกลาง(ต้องการความช่วยเหลือบ้าง)
 คะแนน 2 หมายถึง ทำได้น้อย(ต้องการความช่วยเหลือพอสมควร)
 คะแนน 1 หมายถึง ทำได้น้อยที่สุด(ต้องการความช่วยเหลือทั้งหมด)

การแปลผล ใช้เกณฑ์ของประสพชัย พสุนนท์ (2560) แบ่งเป็น 5 ระดับ

- 4.21–5.00 หมายถึง ความสามารถในการนวดเต้านมด้วยท่าพื้นฐาน 6 ท่า อยู่ในระดับมากที่สุด
 3.41–4.20 หมายถึง ความสามารถในการนวดเต้านมด้วยท่าพื้นฐาน 6 ท่า อยู่ในระดับมาก
 2.61–3.40 หมายถึง ความสามารถในการนวดเต้านมด้วยท่าพื้นฐาน 6 ท่า อยู่ในระดับปานกลาง
 1.81–2.60 หมายถึง ความสามารถในการนวดเต้านมด้วยท่าพื้นฐาน 6 ท่า อยู่ในระดับน้อย
 1.00–1.80 หมายถึง ความสามารถในการนวดเต้านมด้วยท่าพื้นฐาน 6 ท่า อยู่ในระดับน้อยที่สุด

ชุดที่ 2 แบบสอบถามสำหรับมารดาหลังคลอด

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป จำนวน 5 ข้อ ประกอบด้วย อายุ ระดับการศึกษา ครรภ์ที่ วิธีการคลอด น้ำหนักทารกแรกเกิด

ส่วนที่ 2 แบบทดสอบความรู้เรื่องการเตรียมความพร้อมเต้านมในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ผู้วิจัยประยุกต์จากหนังสือเรื่องกลวิธีสู่ความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ (Strategies for Successful Breastfeeding) ของวิณา จีระแพทย์ และเกรียงศักดิ์ จีระแพทย์ (2563) และงานวิจัยของมัชฌิมา ตริณัฐกรและคณะ (2565) จำนวน 10 ข้อ ทดสอบ 2 ครั้ง คือ ก่อนใช้โปรแกรมฯและหลังใช้โปรแกรมฯ มีเกณฑ์ประเมินดังนี้ ถูก คะแนน = 1 ผิด คะแนน = 0

การแปลผล ใช้เกณฑ์ของ Bloom (1971) แบ่งเป็น 3 ระดับ คะแนนรวม 0–5 (ต่ำกว่าร้อยละ 60) หมายถึง ระดับความรู้ต่ำ คะแนนรวม 6–7 (ร้อยละ 60–79) หมายถึง ระดับความรู้ปานกลาง คะแนนรวม 8–10 (ร้อยละ 80 ขึ้นไป) หมายถึง ระดับความรู้สูง

ส่วนที่ 3 แบบประเมินความสามารถในการนวดเต้านมด้วยท่าพื้นฐาน 6 ท่า ผู้วิจัยประยุกต์จากหนังสือเรื่อง กลวิธีสู่ความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ (Strategies for Successful Breastfeeding) ของวิณา จีระแพทย์ และเกรียงศักดิ์ จีระแพทย์ (2563) และงานวิจัยของอังสนา ศิริวัฒน์เมธานนท์และคณะ (2565) คือความสามารถในการปฏิบัติการนวดเต้านมด้วยตนเองของมารดาหลังคลอด ให้ประเมินตนเอง วันจำหน่ายกลับบ้าน โดยบันทึกในแต่ละท่าคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ ตามแนวคิดของ Likert (Likert, 1967) ได้ดังนี้

- คะแนน 5 หมายถึง ทำได้ทั้งหมด(ไม่ต้องการความช่วยเหลือ)
 คะแนน 4 หมายถึง ทำได้มาก(ต้องการความช่วยเหลือเล็กน้อย)
 คะแนน 3 หมายถึง ทำได้ปานกลาง(ต้องการความช่วยเหลือบ้าง)
 คะแนน 2 หมายถึง ทำได้น้อย(ต้องการความช่วยเหลือพอสมควร)
 คะแนน 1 หมายถึง ทำได้น้อยที่สุด(ต้องการความช่วยเหลือทั้งหมด)

การแปลผล ใช้เกณฑ์ของประสพชัย พสุนนท์ (2560) แบ่งเป็น 5 ระดับ

- 4.21–5.00 หมายถึง ความสามารถในการนวดเต้านมด้วยท่าพื้นฐาน 6 ท่า อยู่ในระดับมากที่สุด
 3.41–4.20 หมายถึง ความสามารถในการนวดเต้านมด้วยท่าพื้นฐาน 6 ท่า อยู่ในระดับมาก
 2.61–3.40 หมายถึง ความสามารถในการนวดเต้านมด้วยท่าพื้นฐาน 6 ท่า อยู่ในระดับปานกลาง
 1.81–2.60 หมายถึง ความสามารถในการนวดเต้านมด้วยท่าพื้นฐาน 6 ท่า อยู่ในระดับน้อย
 1.00–1.80 หมายถึง ความสามารถในการนวดเต้านมด้วยท่าพื้นฐาน 6 ท่า อยู่ในระดับน้อยที่สุด



ส่วนที่ 4 แบบสอบถามความพึงพอใจหลังใช้โปรแกรมฯ ของมารดาหลังคลอด ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองตามเกณฑ์ของ ประสพชัย พสุนนท์ (2560) จำนวน 10 ข้อ คำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า(Rating scale) 5 ระดับ มีเกณฑ์ประเมิน ดังนี้ คะแนน 5 หมายถึง ความพึงพอใจมากที่สุด คะแนน 1 หมายถึง ความพึงพอใจน้อยที่สุด

การแปลผล ใช้เกณฑ์ของประสพชัย พสุนนท์ (2560) แบ่งเป็น 5 ระดับ

- 4.21–5.00 หมายถึง ความพึงพอใจหลังใช้โปรแกรมฯ อยู่ในระดับมากที่สุด
- 3.41–4.20 หมายถึง ความพึงพอใจหลังใช้โปรแกรมฯ อยู่ในระดับมาก
- 2.61–3.40 หมายถึง ความพึงพอใจหลังใช้โปรแกรมฯ อยู่ในระดับปานกลาง
- 1.81–2.60 หมายถึง ความพึงพอใจหลังใช้โปรแกรมฯ อยู่ในระดับน้อย
- 1.00–1.80 หมายถึง ความพึงพอใจหลังใช้โปรแกรมฯ อยู่ในระดับน้อยที่สุด

ชุดที่ 3 แบบติดตามด้านคุณภาพการพยาบาล

ส่วนที่ 5 แบบประเมินการไหลของน้ำนม ผู้วิจัยใช้ตามการแบ่งระดับของมัชฌิมา ตรีนุชกร (2565) ; วนิดา ทองแท้, เกศกัญญา ไชยวงศาและ พุทธิดา จันทรสว่าง (2567) เป็นการประเมินด้วยการบีบน้ำนม โดยการใช้นิ้วหัวแม่มือและนิ้วชี้ วางห่างจากหัวนมประมาณ 1 นิ้ว แล้วกดปลายนิ้วหัวแม่มือและนิ้วชี้ เข้าหาผนังหน้าอก บีบน้ำทั้งสองเข้าหากัน ประเมิน การไหล 2 ครั้ง

- ครั้งแรก เมื่อรับย้ายมารดาหลังคลอด (จากห้องผ่าตัดกรณีผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องหรือจากห้องคลอด กรณีคลอดทางช่องคลอดเมื่อครบ 2 ชั่วโมงหลังคลอด)

- ครั้งที่สอง ครบ 48 ชั่วโมง หลังคลอด ห่างจากให้นมบุตรครั้งสุดท้าย 2 ชั่วโมงขึ้นไป

แบ่งระดับการไหลของน้ำนมเป็น 5 ระดับ ดังนี้

คะแนน 0 ไม่ไหล หมายถึง บีบน้ำนมแล้วน้ำนมไม่ไหลออกมา

คะแนน 1 ไหลน้อย หมายถึง มีน้ำนมซึมออกมาไม่เป็นหยด

คะแนน 2 เริ่มไหล หมายถึง มีน้ำนมใส ๆ หรือเหลืองใสออกมา 1-2 หยด

คะแนน 3 ไหลแล้ว หมายถึง มีน้ำนมใสหรือเหลืองไหลออกมามากกว่า 2 หยดแต่ไม่พุ่งมีรูไหลของน้ำนม 2-3 สาย

คะแนน 4 ไหลดี หมายถึง มีน้ำนมไหลพุ่ง มีรูไหลของน้ำนมมากกว่า 3 สาย

ส่วนที่ 6 แบบติดตามอุบัติการณ์ไม่พึงประสงค์ เป็นแบบรวบรวมข้อมูลที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง ประกอบด้วย

- แบบติดตามการเกิดเต้านมคัดตึง ขณะอยู่รพ จนจำหน่ายกลับบ้าน บันทึกเป็นจำนวนคน และคิดเป็น ร้อยละ โดยแบ่งระดับเต้านมคัดตึงออกเป็น 3 ระดับ (Meng . et al., 2015) ดังนี้

ระดับ 1 : ลักษณะนูนปกติ(สัมผัสคล้ายริมฝีปาก) และเจ็บเล็กน้อย

ระดับ 2 : ลักษณะตึงตัว(สัมผัสคล้ายจุก) และเจ็บปานกลาง

ระดับ 3 : ลักษณะแข็ง(สัมผัสคล้ายหน้าผาก) และเจ็บมาก

- ระดับความปวดตึงเต้านม สอบถามมารดาหลังคลอดเกี่ยวกับระดับความปวดตึงเต้านม ที่มากที่สุด ใน ระยะเวลาที่อยู่โรงพยาบาล โดยประเมินวันกลับบ้าน ใช้ Numerical Rating Scale (NRS) ให้ผู้ป่วยบอกระดับความปวด จาก 0 (ไม่มีอาการปวด) ถึง 10 (ปวดมากที่สุด)

- การกลับมารักษาซ้ำด้วยเรื่องเต้านมอักเสบหรือท่อน้ำนมอุดตัน ภายใน 28 วัน (Re-admission)



การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. ตรวจสอบความเที่ยงตรงของเนื้อหา (Content Validity)

โปรแกรมการเตรียมความพร้อมด้านนมต่อการไหลของน้ำนมในมารดาหลังคลอด โรงพยาบาลตราด และแบบเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งหมด ผ่านการตรวจสอบความสอดคล้องของเนื้อหา ข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ และการใช้ภาษา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ประกอบด้วย ผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลทางสูติกรรม ผู้เชี่ยวชาญด้านการวิจัย ผู้เชี่ยวชาญด้านการใช้ภาษา กำหนดค่าความเที่ยงตรงของเนื้อหา (Index of Item Objective Congruence : IOC) เท่ากับ 0.70 – 1.00 (Polit et al., 2001) ผลการตรวจสอบได้ค่าความเที่ยงตรงของเนื้อหา เท่ากับ 1.00 ทั้งหมด

2. ตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) ผู้วิจัยนำแบบเก็บรวบรวมข้อมูลที่ดำเนินการปรับปรุงแก้ไขภาษาและเนื้อหาตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิแล้วไปทดลอง (Try out) กับพยาบาลและมารดาหลังคลอดที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง กลุ่มละ 20 คน หาความเชื่อมั่นแบบทดสอบความรู้ โดยใช้วิธีคูเดอร์-ริชาร์ดสัน 20 (KR-20) (ปราณี มีหาญพงษ์และกรรณิการ์ ฉัตรดอกไม้ไพร, 2561) แบบประเมินความสามารถ และแบบสอบถามความพึงพอใจ ใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช (Cronbach's alpha coefficient) โดยกำหนดค่าความเชื่อมั่นมากกว่า 0.7 (Polit et al., 2001) ได้ผลดังนี้

แบบทดสอบความรู้เรื่องการเตรียมความพร้อมด้านนมในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่มีค่าความเชื่อมั่น 0.72

แบบประเมินความสามารถในการนวดเต้านมด้วยท่าพื้นฐาน 6 ท่ามีค่าความเชื่อมั่น 0.91

แบบสอบถามความพึงพอใจหลังใช้โปรแกรมฯ มีค่าความเชื่อมั่น 0.96

แบบประเมินการไหลของน้ำนมมีค่าความเชื่อมั่น 1.00

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยเสนอโครงร่างวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ต่อคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์ของจังหวัดตราด ได้รับการอนุมัติ เอกสารรับรองเลขที่ 07/2568 ลงวันที่ 11 มีนาคม 2568 วันหมดอายุ 10 มีนาคม 2569 ภายหลังได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์แล้ว ผู้วิจัยดำเนินการวิจัยตามขั้นตอน โดยนัดหมายกับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นพยาบาลวิชาชีพ และมารดาหลังคลอด 1) ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัยและใช้โปรแกรมการเตรียมความพร้อมด้านนมต่อการไหลของน้ำนมในมารดาหลังคลอดโรงพยาบาลตราด 2) เก็บข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นพยาบาลวิชาชีพ และมารดาหลังคลอด ของทุกวัน เวลา 07.30 น. – 18.00 น. 3) ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลตามแผนที่วางไว้โดยนำข้อมูลที่ได้จากการวิจัยตรวจให้คะแนนตามเกณฑ์ที่ผู้วิจัยกำหนด วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป และ 4) ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยนี้ผู้วิจัยเก็บเป็นความลับ นำเสนอในภาพรวม และนำไปใช้เพื่อประโยชน์ทางวิชาการเท่านั้น

การเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังจากได้รับการรับรองจริยธรรมในมนุษย์แล้ว ระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูล ระหว่าง เดือนเมษายน ถึง กรกฎาคม 2568

การวิเคราะห์ข้อมูล

จำนวนแบบสอบถามที่ได้รับคืนและมีความสมบูรณ์ของข้อมูล ครบถ้วนคิดเป็นร้อยละ 100 นำมาวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้ ใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป และสถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ One sample t-test ทดสอบความสามารถในการนวดเต้านมด้วยท่าพื้นฐาน 6 ท่า ความพึงพอใจหลังใช้โปรแกรมฯ และการไหลของน้ำนมกับค่าเกณฑ์เป้าหมาย Paired t - test ทดสอบความรู้เรื่องการเตรียมความพร้อมด้านนมในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ก่อนและหลังใช้โปรแกรมฯ

ผลการวิจัย

ผลการใช้โปรแกรมการเตรียมความพร้อมด้านต่อการไหลของน้ำนมในมารดาหลังคลอด โรงพยาบาลตราด

1. ด้านผู้ให้บริการ : พยาบาลวิชาชีพ

จากการศึกษา พบว่า พยาบาลวิชาชีพเป็นเพศหญิงทั้งหมด 13 คน อายุเฉลี่ย 49 ปี 4 เดือน ส่วนใหญ่อายุอยู่ในช่วง 46-55 ปี ร้อยละ 69.23 (อายุน้อยที่สุด 27 ปี อายุมากที่สุด 59 ปี) ปฏิบัติงานที่หอผู้ป่วยหลังคลอดและนรีเวช จำนวน 7 คน (ร้อยละ 53.85) หอผู้ป่วยพิเศษหลังคลอดจำนวน 6 คน (ร้อยละ 46.15) มีประสบการณ์การทำงานดูแลมารดาหลังคลอดช่วง 21-30 ปี มากที่สุด ร้อยละ 69.23 (น้อยที่สุด 3 ปี มากที่สุด 37 ปี) ผ่านการอบรมหลักสูตรนมแม่ 1 สัปดาห์ ร้อยละ 30.77 และไม่มีใครผ่านการอบรมหลักสูตรเฉพาะทางนมแม่ 4 เดือน

ความสามารถในการนวดเต้านมของพยาบาลวิชาชีพ หลังใช้โปรแกรมฯ ด้วยท่าพื้นฐาน 6 ท่า พบว่า ความสามารถโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X}$ = 4.55, SD = 0.20) โดยมีความสามารถ มากที่สุด คือ ท่าที่ 5 เปิดท่อน้ำนม ($\bar{X}$ = 4.92, SD = 0.27) รองลงมาได้แก่ ท่าที่ 6 พร้อมบีบน้ำนม ($\bar{X}$ = 4.77, SD = 0.43) และ ท่าที่ 2 หมุนวนปลายนิ้ว ($\bar{X}$ = 4.69, SD = 0.48) ตามลำดับ ส่วนท่าที่มีความสามารถน้อยที่สุดได้แก่ ท่าที่ 1 ฝึกลี้นิ้วปัด ($\bar{X}$ = 4.23, SD = 0.43) และท่าที่ 3 ประกายเพชร ($\bar{X}$ = 4.31, SD = 0.75) ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับความสามารถในการนวดเต้านมของพยาบาลวิชาชีพ หลังใช้โปรแกรมฯ ด้วยท่าพื้นฐาน 6 ท่า และ โดยรวม (n=13)

ความสามารถในการนวดเต้านม	$\bar{X}$	SD	ระดับ
ท่าที่ 1 ฝึกลี้นิ้วปัด	4.23	0.43	มากที่สุด
ท่าที่ 2 หมุนวนปลายนิ้ว	4.69	0.48	มากที่สุด
ท่าที่ 3 ประกายเพชร	4.31	0.75	มากที่สุด
ท่าที่ 4 กระตุ้นท่อน้ำนม	4.38	0.50	มากที่สุด
ท่าที่ 5 เปิดท่อน้ำนม	4.92	0.27	มากที่สุด
ท่าที่ 6 พร้อมบีบน้ำนม	4.77	0.43	มากที่สุด
โดยรวม	4.55	0.20	มากที่สุด

เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการนวดเต้านมของพยาบาลวิชาชีพ หลังใช้โปรแกรมฯ ด้วยท่าพื้นฐาน 6 ท่า กับค่าเกณฑ์เป้าหมาย (กำหนดที่ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.41) พบว่า ความสามารถในการนวดเต้านม สูงกว่าค่าเกณฑ์เป้าหมายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 ($t = 19.742$, $p\text{-value} < .001$) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการนวดเต้านม ของพยาบาลวิชาชีพ หลังใช้โปรแกรมฯ ด้วยท่าพื้นฐาน 6 ท่า กับค่าเกณฑ์เป้าหมาย (n=13)

ความสามารถในการนวดเต้านม	$\bar{X}$	SD	One Sample t-test		
			df	t	p-value
ความสามารถในการนวดเต้านมหลังใช้โปรแกรมฯ	4.55	0.20	12	19.742	.000*
ค่าเกณฑ์เป้าหมาย	3.41				

* นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05



2. ด้านผู้รับบริการ : มารดาหลังคลอด

จากการศึกษา พบว่ามารดาหลังคลอด อายุน้อยที่สุด 19 ปี อายุมากที่สุด 40 ปี อายุเฉลี่ย 29 ปี 2 เดือน ส่วนใหญ่ จบการศึกษาระดับต่ำกว่ามัธยมศึกษาตอนปลาย จำนวน 21 คน (ร้อยละ 52.5) รองลงมาจบการศึกษาระดับปริญญาตรี จำนวน 10 คน (ร้อยละ 25) เป็นการคลอดบุตรคนแรก จำนวน 15 คน (ร้อยละ 37.5) รองลงมาคือเป็นการคลอดบุตร ครั้งที่ 2 จำนวน 14 คน (ร้อยละ 35) ส่วนใหญ่ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง จำนวน 29 คน (ร้อยละ 72.5) คลอดทาง ช่องคลอด จำนวน 11 คน (ร้อยละ 27.5) น้ำหนักบุตรอยู่ในช่วง 3,001-3,500 กรัม จำนวน 19 คน (ร้อยละ 47.5) รองลงมาอยู่ในช่วง 2,501 – 3,000 กรัม จำนวน 9 คน (ร้อยละ 22.5)

2.1 ความรู้เรื่องการเตรียมความพร้อมเต้านมในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดาหลังคลอด พบว่า ความรู้โดยรวมก่อนใช้โปรแกรมอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 72) โดยมีความรู้เรื่องทารกดูดนมออกมาก จะเกิดการสร้างน้ำนมมากขึ้น (ร้อยละ 80) และการให้ดูดกระตุ้นการสร้างน้ำนมในระยะแรก ต้องให้ดูดมากกว่า 8 มื้อ แต่ไม่เกิน 12 มื้อ/วัน (ร้อยละ 80) รองลงมาได้แก่การส่งเสริมการไหลน้ำนมในระยะหลังคลอดตามหลัก 3 จุด คือ ดูดเร็ว ดูดบ่อย และดูดถูกวิธี (ร้อยละ 78) และเต้านมที่มีท่อน้ำนมอุดตัน ผิวหนังอาจแดงและร้อน (ร้อยละ 77) ตามลำดับ ความรู้โดยรวมหลังใช้รูปแบบอยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 87) โดยมีความรู้เรื่องเต้านมมีท่อน้ำนม 15 - 20 ท่อ (ร้อยละ 100) และการให้ดูดกระตุ้นการสร้างน้ำนมในระยะแรก ต้องให้ดูดมากกว่า 8 มื้อ แต่ไม่เกิน 12 มื้อ/วัน (ร้อยละ 100) รองลงมาได้แก่เต้านมที่มีท่อน้ำนมอุดตัน ผิวหนังอาจแดงและร้อน (ร้อยละ 95) การนวดเต้านมช่วยส่งเสริมการไหลของน้ำนม (ร้อยละ 88) และการส่งเสริมการไหลน้ำนมในระยะหลังคลอดตามหลัก 3 จุด คือ ดูดเร็ว ดูดบ่อย และดูดถูกวิธี (ร้อยละ 88) ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ร้อยละ และระดับความรู้เรื่องการเตรียมความพร้อมเต้านมในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ของมารดาหลังคลอด ก่อนและหลังใช้โปรแกรมฯ รายข้อ และโดยรวม (n=40)

ความรู้เรื่องการเตรียมความพร้อมเต้านม ในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่	ก่อนใช้โปรแกรมฯ		หลังใช้โปรแกรมฯ	
	ร้อยละ	ระดับ	ร้อยละ	ระดับ
1. เต้านมมีท่อน้ำนม 15 - 20 ท่อ	70	ปานกลาง	100	สูง
2. ทารกดูดนมออกมาก จะเกิดการสร้างน้ำนมมากขึ้น	80	สูง	87	สูง
3. เต้านมเล็กหรือใหญ่ปริมาณน้ำนมไม่แตกต่างกัน	62	ปานกลาง	72	ปานกลาง
4. การส่งเสริมการไหลน้ำนมในระยะหลังคลอดตามหลัก 3 จุด คือ ดูดเร็ว ดูดบ่อย และดูดถูกวิธี	78	ปานกลาง	88	สูง
5. การนวดเต้านมช่วยส่งเสริมการไหลของน้ำนม	65	ปานกลาง	88	สูง
6. อาการเต้านมคัดตึง หมายถึง การคั่งของน้ำนมในเต้านมร่วมกับมีการคั่งของเลือดและน้ำเหลืองเพิ่มขึ้น	72	ปานกลาง	85	สูง
7. วิธีการนวดเต้านมด้วยท่าพื้นฐาน มี 6 ท่า	73	ปานกลาง	85	สูง
8. การให้ดูดกระตุ้นการสร้างน้ำนมในระยะแรก ต้องให้ดูดมากกว่า 8 มื้อ แต่ไม่เกิน 12 มื้อ/วัน	80	สูง	100	สูง
9. เต้านมที่มีท่อน้ำนมอุดตัน ผิวหนังอาจแดงและร้อน	77	ปานกลาง	95	สูง
10. การนวดเต้านม ควรเริ่มวันแรกหลังคลอด	68	ปานกลาง	77	ปานกลาง
โดยรวม	72	ปานกลาง	87	สูง

เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เรื่องการเตรียมความพร้อมเต้านมในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ พบว่า ความรู้หลังใช้โปรแกรมฯ มีค่าเฉลี่ยคะแนนสูงกว่าก่อนใช้โปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = 4.719, p\text{-value} < .001$) ดังแสดงในตารางที่ 5



ตารางที่ 5 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เรื่องการเตรียมความพร้อมเต้านมในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ของมารดาหลังคลอด ก่อนและหลังใช้โปรแกรมฯ (n=40)

ความรู้เรื่องการเตรียมความพร้อมเต้านมในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่	Min	Max	$\bar{X}$	SD	Pair t-test		
					df	t	p-value
ก่อนใช้รูปแบบฯ	3	9	7.20	2.43	39	4.719	.000*
หลังใช้รูปแบบฯ	7	10	8.77	0.80			

* นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2.2 ความสามารถในการนวดเต้านมของมารดาหลังคลอด หลังใช้โปรแกรมฯ ด้วยท่าพื้นฐาน 6 ท่า พบว่าความสามารถโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X}$ =4.42, SD =0.46) โดยมีความสามารถในการนวดเต้านม มากที่สุด คือ ท่าที่4 กระตุ้นท่อน้ำนม($\bar{X}$ =4.60, SD =0.59) ท่าที่ 5 เปิดท่อน้ำนม ($\bar{X}$ =4.60, SD =0.59) และท่าที่ 6 พร้อมบีบน้ำนม ($\bar{X}$ =4.60, SD =0.54) รองลงมาได้แก่ท่าที่ 2 หมุนวนปลายนิ้ว ($\bar{X}$ = 4.53, SD = 0.55) ส่วนท่าที่มีความสามารถน้อยที่สุดได้แก่ ท่าที่ 1 ฝึกลือขยับปีก ($\bar{X}$ =4.10, SD =0.54) และท่าที่ 3 ประกายเพชร($\bar{X}$ = 4.10, SD = 0.49) ตามลำดับดังแสดงในตารางที่ 6

ตารางที่ 6 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับของความสามารถในการนวดเต้านม ของมารดาหลังคลอด หลังใช้โปรแกรมฯ ด้วยท่าพื้นฐาน 6 ท่าและโดยรวม (n=40)

ความสามารถในการนวดเต้านม	$\bar{X}$	SD	ระดับ
ท่าที่ 1 ฝึกลือขยับปีก	4.10	0.54	มาก
ท่าที่ 2 หมุนวนปลายนิ้ว	4.53	0.55	มากที่สุด
ท่าที่ 3 ประกายเพชร	4.10	0.49	มาก
ท่าที่ 4 กระตุ้นท่อน้ำนม	4.60	0.59	มากที่สุด
ท่าที่ 5 เปิดท่อน้ำนม	4.60	0.59	มากที่สุด
ท่าที่ 6 พร้อมบีบน้ำนม	4.60	0.54	มากที่สุด
โดยรวม	4.42	0.46	มากที่สุด

เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการนวดเต้านมของมารดาหลังคลอด ด้วยท่าพื้นฐาน 6 ท่า หลังใช้โปรแกรมฯ กับค่าเกณฑ์เป้าหมาย (กำหนดที่ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.41) พบว่า ความสามารถในการนวดเต้านมด้วยท่าพื้นฐาน 6 ท่า หลังใช้โปรแกรมฯ สูงกว่าค่าเกณฑ์เป้าหมายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 (t= 13.877, p-value <.001) ดังแสดงใน ตารางที่ 7

ตารางที่ 7 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความสามารถในการนวดเต้านม ของมารดาหลังคลอด หลังใช้โปรแกรมฯ ด้วยท่าพื้นฐาน 6 ท่า กับค่าเกณฑ์เป้าหมาย (n=40)

ความสามารถในการนวดเต้านม	$\bar{X}$	SD	One Sample t-test		
			df	t	p-value
ความสามารถในการนวดเต้านมหลังใช้โปรแกรมฯ	4.42	0.46	39	13.877	.000*
ค่าเกณฑ์เป้าหมาย	3.41				

* นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2.3 ความพึงพอใจของมารดาหลังคลอด หลังใช้โปรแกรมฯ พบว่า ความพึงพอใจโดยรวมหลังใช้โปรแกรมฯ อยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X}$ = 4.50, SD =0.49) โดยมีความพึงพอใจมากที่สุด ด้านการให้บริการพยาบาล ($\bar{X}$ = 4.62, SD =0.58) รองลงมาได้แก่ด้านความเหมาะสม ($\bar{X}$ = 4.50,SD =0.54) และด้านความรู้ ($\bar{X}$ = 4.37, SD =0.46) ตามลำดับ ดังแสดงใน ตารางที่ 8

ตารางที่ 8 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับของความพึงพอใจของมารดาหลังคลอด หลังใช้โปรแกรมฯ รายข้อ และโดยรวม (n=40)

ความพึงพอใจหลังใช้โปรแกรมฯ	$\bar{X}$	SD	ระดับ
ด้านความรู้			
1. ความรู้ที่ได้รับจากการเข้าร่วมโปรแกรมฯ	4.30	0.60	มากที่สุด
2. ความมั่นใจการนัดเต้านมหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ	4.33	0.47	มากที่สุด
3. ความรู้ความสามารถของพยาบาลในการให้ความรู้/คำแนะนำ/การเตรียมความพร้อมเต้านม	4.50	0.50	มากที่สุด
โดยรวม	4.37	0.46	มากที่สุด
ด้านความเหมาะสม			
4. ระยะเวลาในการเข้าร่วมโปรแกรมฯ	4.40	0.59	มากที่สุด
5. ประโยชน์ที่ได้รับจากการเข้าร่วมโปรแกรมฯ	4.60	0.54	มากที่สุด
6. สื่อที่ใช้ในการสอน	4.55	0.59	มากที่สุด
7. การสอนเข้าใจง่าย ไม่ซับซ้อน	4.47	0.59	มากที่สุด
โดยรวม	4.50	0.54	มากที่สุด
ด้านการให้บริการพยาบาล			
8. พยาบาลเอาใจใส่ ด้วยท่าทางที่เป็นมิตร	4.62	0.58	มากที่สุด
9. ให้บริการด้วยอัธยาศัยไมตรีที่ดี	4.62	0.58	มากที่สุด
10. ความพึงพอใจโดยรวม	4.62	0.58	มากที่สุด
โดยรวม	4.62	0.58	มากที่สุด
ความพึงพอใจโดยรวมทั้งหมด	4.50	0.49	มากที่สุด

เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจของมารดาหลังคลอด หลังใช้โปรแกรมฯ กับค่าเกณฑ์เป้าหมาย (กำหนดที่ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.41) พบว่า ความพึงพอใจหลังใช้โปรแกรมฯ สูงกว่าค่าเกณฑ์เป้าหมายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t=13.834, p\text{-value} < .001$) ดังแสดงในตารางที่ 9

ตารางที่ 9 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจของมารดาหลังคลอด หลังใช้โปรแกรมฯ กับค่าเกณฑ์เป้าหมาย (n=40)

ความพึงพอใจหลังใช้รูปแบบฯ	$\bar{X}$	SD	One Sample t-test		
			df	t	p-value
ความพึงพอใจหลังใช้โปรแกรมฯ	4.50	0.49	39	13.834	.000*
ค่าเกณฑ์เป้าหมาย	3.41				

* นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

3. ด้านคุณภาพบริการ

3.1 การไหลของน้ำนมของมารดาหลังคลอด พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนการไหลของน้ำนม ก่อนใช้โปรแกรมฯ อยู่ในระดับ บิบน้ำนมแล้วน้ำนมไม่ไหลออกมาหรือซึมออกมาไม่เป็นหยด ($\bar{X}=0.40, SD=0.49$) หลังใช้โปรแกรมฯ 48 ชั่วโมง อยู่ในระดับ มีน้ำนมใสๆ หรือเหลืองไหลออกมามากกว่า 2 หยด แต่ไม่พุ่งมีรูไหลของน้ำนม 2-3 สาย ($\bar{X}=2.93, SD=0.47$)

เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการไหลของน้ำนมหลังใช้โปรแกรมฯของมารดาหลังคลอด 48 ชั่วโมง กับค่าเกณฑ์เป้าหมาย (กำหนดที่ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.65 งานวิจัยของมัชฌิมา ตรีนุชกร, 2565) พบว่า การไหลของน้ำนมหลังใช้โปรแกรมฯของมารดาหลังคลอด สูงกว่าค่าเกณฑ์เป้าหมายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = 3.667$, $p\text{-value} = .001$) ดังแสดงในตารางที่ 10

ตารางที่ 10 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการไหลของน้ำนมของมารดาหลังคลอด หลังใช้โปรแกรมฯ กับค่าเกณฑ์เป้าหมาย ($n=40$)

การไหลของน้ำนมหลังใช้รูปแบบฯ	$\bar{X}$	SD	One Sample t-test		
			df	t	p-value
การไหลของน้ำนมหลังใช้โปรแกรมฯ	2.93	0.47	39	3.667	.001*
ค่าเกณฑ์เป้าหมาย	2.65				

* นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

3.2 อุบัติการณ์ไม่พึงประสงค์

3.2.1 จำนวนการเกิดเต้านมคัดตึงขณะอยู่รพ จนจำหน่ายกลับบ้าน

จากการศึกษาพบว่ามีอาการเกิดเต้านมคัดตึงระดับ 2 จำนวน 3 คน (ร้อยละ 7.5) และระดับ 3 จำนวน 2 คน (ร้อยละ 5) ดังแสดงใน ตารางที่ 11

ตารางที่ 11 จำนวนและร้อยละการเกิดเต้านมคัดตึงขณะอยู่รพ จนจำหน่ายกลับบ้าน ($n=40$)

ระดับ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับ 1 : ลักษณะนิ่มปกติ (สัมผัสคล้ายริมฝีปาก) และเจ็บเล็กน้อย	35	87.5
ระดับ 2 : ลักษณะตึงตัว (สัมผัสคล้ายจมูก) และเจ็บปานกลาง	3	7.5
ระดับ 3 : ลักษณะแข็ง (สัมผัสคล้ายหน้าผาก) และเจ็บมาก	2	5

3.2.2 ระดับความปวดตึงเต้านม จากการศึกษพบว่ามียกระดับความปวดตึงเต้านม Numerical Rating Scale (NRS) 0-3 คะแนนจำนวน 37 คน (ร้อยละ 92.5) 4-6 คะแนน จำนวน 2 คน (ร้อยละ 5) และ 7-10 จำนวน 1 คน (ร้อยละ 2.5)

3.2.3 การกลับมารักษาซ้ำด้วยเรื่องเต้านมอักเสบหรือท่อน้ำนมอุดตัน อัตราการกลับมารักษาซ้ำ ภายใน 28 วันในโรงพยาบาล (Re-admission) = 0

อภิปรายผล

วิจัยเรื่องผลของการใช้โปรแกรมการเตรียมความพร้อมเต้านมต่อการไหลของน้ำนมในมารดาหลังคลอด โรงพยาบาลตราด เป็นการวิจัยกึ่งทดลองเพื่อศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการเตรียมความพร้อมเต้านมต่อการไหลของน้ำนมในมารดาหลังคลอดโรงพยาบาลตราด กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยพยาบาลวิชาชีพ มารดาหลังคลอด วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติเชิงอนุมาน One sample t – test และ Paired t-test อภิปรายผลการวิจัย ดังนี้



ด้านผู้ให้บริการ : พยาบาลวิชาชีพ พบว่า หลังใช้โปรแกรมฯ ความสามารถในการนวดเต้านมโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด และสูงกว่าค่าเกณฑ์เป้าหมายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ทั้งนี้ เนื่องจากที่ผ่านมา การสอนเรื่องนมแม่เน้นการให้ความรู้เรื่องความสำคัญและประโยชน์ของนมแม่ การปฏิบัติในเรื่องดูดเร็ว ดูดบ่อย ดูดถูกวิธี ทำให้นมที่ถูกต้อง แต่เมื่อให้ทุกคนได้ร่วมกันวิเคราะห์ถึงปัญหาหน้างานจะพบปัญหาเรื่องน้ำนมแม่มาช้า ไม่ไหล หรือไหลน้อย มารดาและญาติกังวลว่าน้ำนมไม่เพียงพอสำหรับลูก จึงขอนมผสมเพิ่ม ต้องใช้เวลาในการชงนมและป้อนนมด้วยถ้วย แต่เมื่อให้ข้อมูลและแนวปฏิบัติเรื่องการเตรียมความพร้อมเต้านม โดยการนวดเต้านมสามารถเพิ่มการไหลของน้ำนมได้เร็วขึ้น โดยอ้างอิงจากทฤษฎีที่กล่าวถึงกลวิธีสู่ความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ (Strategies for Successful Breastfeeding) ของ วิมา จีระแพทย์ และเกรียงศักดิ์ จีระแพทย์ (2563) มาประยุกต์ใช้เป็นแนวทางทำโปรแกรมการเตรียมความพร้อมเต้านมต่อการไหลของน้ำนมในมารดาหลังคลอดโรงพยาบาลตราด ทั้งระยะเตรียมเต้านมใน 8 ชั่วโมงแรก และระยะ 8 ชั่วโมงจนถึงจำหน่าย พยาบาลผู้ปฏิบัติเห็นถึงความชัดเจนทั้งแนวการสอนเรื่องการนวดเต้านมและแนวการปฏิบัติลงมือทำจริง โดยการสอนมารดาหลังคลอดร่วมกับให้ครอบครัวมีส่วนร่วม ช่วยลดปัญหาเรื่องขอนมผสมลดเวลาในการป้อนนมเด็ก ทำให้พยาบาลเกิดความสนใจที่จะเรียนรู้และฝึกปฏิบัติโดยผ่านผู้เชี่ยวชาญด้านนมแม่ร่วมกับผู้วิจัย มาสู่การปฏิบัติอย่างถูกวิธี จึงทำให้ผลการประเมินตนเองในเรื่องการนวดเต้านม 6ท่า อยู่ในระดับมากที่สุด สามารถทำได้ด้วยตัวเองทั้งหมด นอกจากนี้ใน 6 ท่ายังมีเทคนิคการบีบน้ำนมอย่างถูกวิธีช่วยป้องกันเต้านมคัดตึงได้ และในโปรแกรมฯสอนเรื่องการประคบร้อนเต้านม สอดคล้องกับงานวิจัยของ Eman, Alya, & Manal. (2021) ที่ศึกษาเรื่อง Self-Care Practices of Primipara Women Regarding Breast Engorgement ที่พบว่า เกือบสามในสี่ (77.5%) ของปัญหาเต้านมคัดตึงเกิดจากการมารดาที่มีระดับความรู้ต่ำ และเกิดจากไม่มีแนวปฏิบัติที่ดี และสรุปไว้ว่า ควรแนะนำมารดาหลังคลอดทุกคนเพื่อเพิ่มพูนความรู้เกี่ยวกับการดูแลเต้านมป้องกันภาวะท่อน้ำนมอุดตัน และสอดคล้องกับงานวิจัยของ Zakarija-Grkovicl and Stewart (2020) ที่ศึกษาเรื่อง Treatments for breast engorgement during lactation จากปัญหาเรื่องเต้านมคัดตึง แข็ง ปวด อาจนำไปสู่การหยุดให้นมบุตรก่อนเวลาอันควร จึงได้ศึกษางานวิจัย 21 เรื่อง สุ่มมารดาหลังคลอด 2,170 คน ผลการศึกษา พบว่า การนวดเต้านมบรรเทาอาการคัดตึงของเต้านมได้

ผู้รับบริการ : มารดาหลังคลอด พบว่า ความรู้โดยรวมก่อนใช้โปรแกรมฯอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 72) ความรู้โดยรวมหลังใช้โปรแกรมฯอยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 87) เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เรื่องการเตรียมความพร้อมเต้านมในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ความรู้หลังการใช้โปรแกรมฯ สูงกว่าก่อนใช้โปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ความสามารถและความพึงพอใจสูงกว่าค่าเกณฑ์เป้าหมายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ทั้งนี้เนื่องจากโปรแกรมฯ มีการให้ความรู้และเน้นเรื่องความสำคัญของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ มีประโยชน์ทั้งต่อมารดาและทารก มารดาหลังคลอดเกิดความสนใจในเรื่องการฝึกปฏิบัติจริงเกี่ยวกับการนวดเต้านม เพิ่มการไหลของน้ำนม ประกอบกับการให้คำแนะนำเป็น Special case รายบุคคลอย่างใกล้ชิดและให้ญาติเข้าร่วมรับฟังและฝึกปฏิบัติเพื่อช่วยเหลือมารดาหลังคลอด ยึดหลักการมีส่วนร่วมของครอบครัว เปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัยได้ เมื่อปฏิบัติได้ถูกต้องเกิดความมั่นใจบีบน้ำนมเริ่มออก แสดงให้เห็นว่าการนวดเต้านมมีผลต่อการไหลของน้ำนมและเพิ่มปริมาณน้ำนม เนื่องจากการนวดเต้านมเป็นการกระตุ้นระบบการไหลเวียนโลหิต ทำให้เลือดมาเลี้ยงบริเวณเต้านมมากขึ้นจะทำให้ต่อมน้ำนมปลายประสาทที่หัวนมและลานนมถูกกระตุ้นและส่งสัญญาณไปยังต่อมใต้สมองส่วนหลัง (Posterior pituitary) มีผลกระตุ้นการหลั่งฮอร์โมน Oxytocin เพิ่มขึ้น เกิดการกระตุ้นการสร้างน้ำนม นอกจากนี้การนวดกระตุ้นเต้านม ยังช่วยให้มารดาหลังคลอดสุขสบาย ผ่อนคลายจากความเหนื่อยล้า จึงเกิดความพึงพอใจตามมา สอดคล้องกับงานวิจัยของยุพิน เกตุแก้วและนิศาตร์น คัดสม (2567) ได้ศึกษาเรื่องผลของการนวดเต้านมตนเองในหญิงตั้งครรภ์แรกเพื่อส่งเสริมการสร้าง และการหลั่งน้ำนม ที่มารับบริการฝากครรภ์ คลอดและหลังคลอด ที่โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองมี ระยะเวลาการเริ่มไหลของน้ำนมและระยะเวลาการมาของน้ำนมเต็มเร็วกว่ากลุ่มควบคุม และสอดคล้องกับงานวิจัยของศศิธรา น่วมภา และคณะ (2563) ได้ศึกษาเรื่องการนวดเต้านมเพื่อส่งเสริมและแก้ไขปัญหากลืนลูกด้วยนมแม่ : การปฏิบัติพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์ ผลการศึกษาพบว่า การนวดเต้านมเป็นทางเลือกหนึ่ง ของวิธีการช่วยสร้างน้ำนม ส่งเสริมการไหลและเพิ่มปริมาณน้ำนม ลดอาการเจ็บเต้านม ลดอาการเต้านมคัดตึง และลดอาการท่อน้ำนมอุดตัน



ด้านที่ 3 ด้านคุณภาพบริการ พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนการไหลของน้ำนมหลังใช้โปรแกรมฯของมารดาหลังคลอด 48 ชั่วโมง สูงกว่าค่าเกณฑ์เป้าหมายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 จำนวนการเกิดเต้านมคัดตึงขณะอยู่โรงพยาบาล จนวันจำหน่ายกลับบ้านมีเพียงร้อยละ 5 และระดับความปวดตึงเต้านม วัดโดยใช้ Numerical Rating Scale ระดับ 0-3 มีถึง ร้อยละ 92.5 ไม่พบการกลับมารักษาซ้ำด้วยเรื่องเต้านมอักเสบหรือท่อน้ำนมอุดตัน ภายใน 28 วันในโรงพยาบาล (Re-admission) ทั้งนี้ เนื่องจากโปรแกรมการเตรียมความพร้อมเต้านมต่อการไหลของน้ำนมในมารดาหลังคลอด โรงพยาบาลตราด มีการเตรียมตั้งแต่แรกคลอด ครอบคลุมไปจนถึงจำหน่ายกลับบ้าน ตลอดจนการเชื่อมโยงกับสหสาขาวิชาชีพทั้งแพทย์ โภชนากร แพทย์แผนไทย ได้รับอาหารที่ช่วยเพิ่มน้ำนมโดยการดูแลจากโภชนากร เพื่อให้เกิดความพร้อมของเต้านม ทำให้การไหลของน้ำนมเร็วขึ้น รู้ถึงวิธีการบีบน้ำนมอย่างถูกวิธี นอกจากนี้การนวดเต้านมเป็นการรักษาภาวะท่อน้ำนมอุดตัน เพราะเป็นการแก้ปัญหาที่สามารถลดการอุดตันท่อน้ำนม เพิ่มการระบายน้ำนมเพราะการนวดเป็นการส่งเสริมการทำงานของระบบการไหลเวียนเลือดและน้ำเหลือง เพิ่มการฟื้นตัวของเนื้อเยื่อร่างกาย วิธีการนวดเต้านมด้วยท่าพื้นฐาน 6 ท่า การนวดแต่ละท่าจะช่วยกระตุ้นการไหลเวียนเลือด ทำให้ท่อน้ำนมและต่อมน้ำนมทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพและแก้ปัญหาท่อน้ำนมอุดตัน (อังสนา ศิริวัฒนเมธานนท์ และคณะ, 2565) จึงเป็นการดักจับปัญหาที่จะเกิดขึ้น ปัญหาเรื่องเต้านมคัดตึงจึงพบจำนวนน้อย และในรายที่มีปัญหาเต้านมคัดตึงก็ใช้การนวดระบายน้ำนมทำให้อาการปวดทุเลาลง สอดคล้องกับงานวิจัยของ มัชฌิมา ศรีนุชรและคณะ (2565) ได้ศึกษาเรื่องประสิทธิผลของการนวดกระตุ้นเต้านม ต่อการไหลของน้ำนมในหญิงหลังคลอด โรงพยาบาลขอนแก่นพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนน การไหลของน้ำนมก่อนและหลังการศึกษาเฉลี่ยเท่ากับ 0.9 และ 2.65 ตามลำดับ ซึ่งมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) กลุ่มควบคุมมีคะแนนการไหลน้ำนมก่อนและหลังการศึกษาเฉลี่ยเท่ากับ 1.25 และ 1.25 ตามลำดับและการศึกษาเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง พบว่ามีคะแนนการไหลน้ำนมหลังการศึกษาเฉลี่ย เท่ากับ 1.25 และ 2.65 ตามลำดับ โดยกลุ่มทดลองมีคะแนนการไหลน้ำนมมากกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ซึ่งแสดงให้เห็นว่าการนวดกระตุ้นเต้านมต่อการไหลน้ำนมในหญิงหลังคลอด มีผลต่อการกระตุ้นการไหลของน้ำนม และสอดคล้องกับงานวิจัยของยุพิน เกตุแก้วและ นิสารัตน์ คัดสม (2567) ได้ศึกษาเรื่องผลของการนวดเต้านมตนเองในหญิงตั้งครรภ์แรกเพื่อส่งเสริมการสร้าง และการหลั่งน้ำนม ที่มารับบริการฝากครรภ์ คลอดและหลังคลอดที่โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองมี ระยะเวลาการเริ่มไหลของน้ำนมและระยะเวลาการมาของน้ำนมเต็มเร็วกว่ากลุ่มควบคุม จึงควรนำโปรแกรมนี้นำมาใช้ในการแก้ปัญหาน้ำนมมาช้า น้ำนมไม่ไหลหรือไหลน้อย เพื่อส่งเสริมหญิงหลังคลอด ให้ประสบความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่มากขึ้น นอกจากนี้งานวิจัยของมาริยา มะแซ (2560) ได้ศึกษาเรื่องผลของโปรแกรมการนวดเต้านมด้วยตนเองต่อการไหลของน้ำนมในมารดาครรภ์แรก ที่โรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง ก็พบว่ามารดาครรภ์แรกที่ได้รับโปรแกรมการนวดเต้านมด้วยตนเอง มีคะแนนเฉลี่ยการไหลของน้ำนมหลังการทดลองในชั่วโมงที่ 4, 12, 24 และ 48 มากกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติและสอดคล้องกับงานวิจัยของกฤษฎา ปิงวงศ์, กรรณิการ์ กันระรักษา และนงลักษณ์เฉลิมสุข (2559) ที่ศึกษาเรื่องประสิทธิผลของการนวดเต้านมต่อการคัดตึงเต้านมในมารดาที่ให้นมบุตร : การทบทวนอย่างเป็นระบบ พบว่าสามารถลดระดับความเจ็บปวดของมารดาที่มีการคัดตึงนมได้

ข้อเสนอแนะในการนำไปใช้ทางการพยาบาล 3 ด้าน ได้แก่

1. ด้านการบริหารการพยาบาล

1.1 ทีมทางคลินิกสูติ นรีเวชกรรม สามารถพิจารณากำหนดใช้โปรแกรมการเตรียมความพร้อมเต้านมต่อการไหลของน้ำนมในมารดาหลังคลอดโรงพยาบาลตราดมาเป็นนโยบายสนับสนุนแนวทางปฏิบัติในการแก้ปัญหาน้ำนมไม่ไหล ไหลช้า หรือไหลน้อยในมารดาหลังคลอดใน 8 ชั่วโมงแรกหลังคลอด เพื่อส่งเสริมให้มีอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เพิ่มมากขึ้นและตอบสนองนโยบายในระดับประเทศต่อไป

1.2 ผู้บริหารพิจารณากำหนดเป็นนโยบาย สนับสนุนแนวทางปฏิบัติในการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ สนับสนุนสถานที่ สิ่งแวดล้อม และสนับสนุนสื่อ อุปกรณ์ต่างๆ ในการสอนและการเตรียมความพร้อมของหญิงตั้งครรภ์ เพื่อส่งเสริมให้มารดาหลังคลอดประสบ ความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ อาจทำให้มีอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่สูงขึ้น



2. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

2.1 สร้างความร่วมมือทางสหวิชาชีพทั้งแพทย์ โภชนากร แพทย์แผนไทย ในการพยาบาลมารดาหลังคลอดให้น้ำนมมาเร็วขึ้นและแก้ปัญหานมคัดตึง นับเป็นจุดเริ่มต้นที่ดีในการแก้ปัญหา ลดอัตราการขอมผสมขณะอยู่ในโรงพยาบาล

2.2 ควรมีการให้ความรู้เรื่องการนวดเต้านมตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์ โดยการฝึกปฏิบัติให้โมเดลเต้านมเทียม

2.3 พยาบาลผู้ให้บริการที่แผนกฝากครรภ์ และหลังคลอดควรมีการฝึกอบรมทักษะการ นวดเต้านมด้วยตนเองเพื่อให้สามารถนำไปประยุกต์ร่วมกับการให้ความรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่และใช้เป็น แนวทางในการเตรียมมารดาหลังคลอดเพื่อให้มีการไหลของน้ำนมเป็นจุดเริ่มต้นที่ดีในการส่งเสริมให้มารดาประสบความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

3. ด้านการวิจัย

3.1 ควรทำวิจัยเปรียบเทียบสองกลุ่มเพื่อให้ได้ผลลัพธ์อย่างชัดเจน

3.2 ควรมีการติดตามผลของโปรแกรมการเตรียมความพร้อมเต้านมต่อการไหลของน้ำนมในมารดาหลังคลอดโรงพยาบาลตราด ในระยะยาว โดยขยายเวลาติดตามผลต่อจนครบ 6 เพื่อศึกษาผลของ โปรแกรมว่าสามารถสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือน ต่อเนื่องควบคู่กับอาหารตามวัยจนถึง 2 ปี ซึ่งสอดคล้อง กับนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขได้หรือไม่

เอกสารอ้างอิง (References)

กฤษณา ปิงวงศ์, กรรณิการ์ กันธะรักษา และ นางลักษณ์ เฉลิมสุข. (2559). ประสิทธิภาพของการนวดเต้านมต่อการคัดตึงเต้านมในมารดาที่ให้นมบุตร: การทบทวนอย่างเป็นระบบ. *พยาบาลสาร* 47(2), 143-155.

กรมอนามัย (2566). *ร้อยละของเด็กแรกเกิด - ต่ำกว่า 6 เดือน กินนมแม่อย่างเดียว*.

<https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/report>.

เกรียงศักดิ์ จีระแพทย์. (2565). การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่: พฤติกรรมทารกผิดปกติเมื่อดูดเต้า. ใน *เพิ่มศักดิ์ สุขเมษฐ์, โสภภาพรณ เงินน้ำ และ อรพินธ์ เจริญผล (บ.ก.), วิถีปฏิบัติรูปแบบปัจจุบันในการดูแลปริกำเนิด*. บริษัท ธนาเพรส จำกัด.

ทะเบียนตัวชี้วัดโรงพยาบาลตราด. (2568). *ฐานข้อมูลมารดาหลังคลอดในเขตอำเภอเมืองตราด เลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือน*. โรงพยาบาลตราด.

ปราณี มีหาญพงษ์ และ กรรณิการ์ ฉัตรดอกไม้ไพร. (2561). การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัยทางการพยาบาล. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 19(1), 11 – 14.

ปิยวรรณ แพลนดี. (2566). ประสิทธิภาพของโปรแกรมการป้องกันและการรักษาทางกายภาพบำบัดต่อภาวะเต้านมคัดตึง ในมารดาครรภ์แรก. *วารสารกายภาพบำบัด* 45(1), 13-24.

ประสพชัย พสุนนท์. (2560). *สถิติสำหรับการวิจัย: การวิเคราะห์ด้วย SPSS พร้อมตัวอย่าง*. กรุงเทพฯ: คณะวิทยาการจัดการ มหาวิทยาลัยศิลปากร.

มารีญา มะแซ. (2561). ผลของโปรแกรมการนวดเต้านมด้วยตนเองต่อการไหลของน้ำนมในมารดาครรภ์แรก. [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทที่ไม่มีการตีพิมพ์]. มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

มัชฌิมา ตรีนุชกร, รัฐศาสตร์ เด่นชัย, บัวกาญจน์ กายาผาด, สุวันันท์ ผ่องแก้ว, เขมกัญญา อนันต์. (2565). ประสิทธิภาพของการนวดกระตุ้นเต้านมต่อการไหลของน้ำนมในหญิงหลังคลอด. *วารสารวิชาการสาธารณสุข* 31(1), 268-280.

ยุพิน เกตุแก้ว, นิศาตร์น คิตสม. (2567). ผลของการนวดเต้านมตนเองในหญิงตั้งครรภ์แรกเพื่อส่งเสริมการสร้างและการหลั่งน้ำนม. *วารสารวิชาการสาธารณสุขจังหวัดตาก* 4(1).

วนิดา ทองแท้, เกศกัญญา ไชยวงศา, พุทธิดา จันทรสว่าง. (2567). การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกเพื่อส่งเสริมการไหลของน้ำนมในมารดาหลังคลอด. *วารสารการพยาบาล สุขภาพ และ การศึกษา*, 7(1), 64-75.



- วีณา จีระแพทย์ และเกรียงศักดิ์ จีระแพทย์. (2563). กลวิธีสู่ความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ Strategies for Successful Breastfeeding. กรุงเทพมหานคร: ธรรมดาเพรส.
- ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศโรงพยาบาลตราด.(2568). *ฐานข้อมูลผู้ใช้บริการตลอดที่โรงพยาบาลตราด*.
- ศศิธรา น่วมภา, พรนภา ตั้งสุขสันต์, วาสนา จิตติมา, กันยรักษ์ เญยเจริญ. (2563). การนวดเต้านมเพื่อส่งเสริมและแก้ไขปัญหาการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่: การปฏิบัติพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์. *Nursing Science Journal of Thailand* 38(3), 4-35.
- สุกัลยา คำกาน, จิราวรรณ ดีเหลือ. (2562). ประสิทธิภาพของการนวดเต้านมและการนวดร่วมกับการประคบด้วยความร้อนต่อปริมาณน้ำนมและอาการคัดตึงเต้านมในมารดาหลังคลอด. https://km.anamai.moph.go.th/th/research2562/download?id=75684&mid=35276&mkey=m_document&lang=th&did=25225
- อังสนา ศิริวัฒนเมธานนท์, ปาลิตา โพธิ์ตา, โสภา บุตรดา, อรดี โชคสวัสดิ์, ปรางทิพย์ ทาเสนาะ. (2565). การนวดเต้านมเพื่อแก้ไขภาวะท่อน้ำนมอุดตัน. *วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพ*, 6(2), 118-132.
- Bloom Benjamin S. (1971). *Hand book on Formative and Summative Evaluation of Student Learning*. Mc Graw-Hill Bookcompany.
- Eman, E.S., Alya M., & Manal S. (2021). Self-Care Practices of Primipara Women Regarding Breast Engorgement. *Tanta Scientific Nursing Journal*, 20(1) 161-194
- Faul, F., Erdfelder, E., Lang, A.-G., & Buchner, A. (2007). G*Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behavior*
- Likert, R. (1967). *The method of constructing an attitude scale*. In M. Fishbein (Ed.), *Attitude theory and measurement* (pp. 90-95). New York, NY Wiley & Son.
- Meng S, Deng Q, Feng C, Pan Y, & Chang Q. (2015). Effects of massage treatment combined with topical cactus and aloe on puerperal milk stasis. *Breast Dis*, 35(3):173-8.
- Polit, D. F., Beck, C. T., & Hungler, B. P. (2001). *Essentials of nursing research: Methods, appraisal, and utilization* (5th ed.). Lippincott.
- Zakarija-Grkovic, .I, & Stewart, F. (2020). Treatments for breast engorgement during lactation. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 9. Art. No. : CD006946. DOI: 10.1002/14651858.CD006946.pub4.)