

การพัฒนารูปแบบการให้สุขศึกษาเพื่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวก่อนจำหน่าย
ออกจากโรงพยาบาลในมารดาหลังคลอดครรภ์แรกที่คลอดทางช่องคลอด
Development of a Health Education Model to Promote Exclusive
Breastfeeding Prior to Hospital Discharge Among Primiparous Mothers
Following Vaginal Delivery.

พศพร ลิปิกรโกศล¹Perssapon Lipikornkoson¹¹โรงพยาบาลสุโขทัย¹Sukhothai Hospital

*Corresponding Author, e-mail: jane.perssapon@gmail.com

Received: 26/06/2026 Revised: 16/09/2026 Accepted: 20/09/2026

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนา (R&D) ครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการให้สุขศึกษาเพื่อส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลในมารดาหลังคลอดครรภ์แรกที่คลอดทางช่องคลอด และศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบที่พัฒนาขึ้น ดำเนินการ 3 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์ปัญหาและความต้องการจากทีมสหวิชาชีพ 15 คน ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบสุขศึกษา โดยใช้ผลการวิเคราะห์จากระยะที่ 1 ร่วมกับการสังเคราะห์แนวคิดทฤษฎี และระยะที่ 3 ศึกษาผลการใช้รูปแบบกับมารดาหลังคลอดครรภ์แรกจำนวน 20 คน โดยใช้รูปแบบการทดลองแบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลอง (One-Group Pretest-Posttest Design) เครื่องมือที่ใช้ ได้แก่ แนวคำถามปลายเปิดสำหรับการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) แบบทดสอบความรู้และแบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self-Efficacy) วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติเชิงพรรณนา และ Wilcoxon Signed Ranks Test

ผลการวิจัยพบว่า 1) การพัฒนารูปแบบ: รูปแบบการให้สุขศึกษาที่พัฒนาขึ้นเป็นรูปแบบการเรียนรู้แบบผสมผสาน (Blended Learning Model) ที่เน้นผู้เรียนเป็นศูนย์กลาง (Learner-Centered) โดยบูรณาการระหว่างทีมสหวิชาชีพ ร่วมกับการใช้สื่อดิจิทัล เช่น วิดีโอสั้น และคู่มือ Infographic เพื่อส่งเสริมการเรียนรู้และทบทวนความรู้ได้เองที่บ้าน 2) ประสิทธิภาพด้านความรู้: คะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวของมารดาหลังคลอดหลังการใช้รูปแบบ (Mean = 16.40, S.D. = 2.60) สูงกว่าก่อนการใช้รูปแบบ (Mean = 12.30, S.D. = 1.97) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) 3) ประสิทธิภาพด้านการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self-Efficacy): คะแนนเฉลี่ยรวมการรับรู้ความสามารถของตนเองของมารดาหลังคลอดหลังการใช้รูปแบบ (คะแนนเต็ม 100 คะแนน) (Mean = 71.25, S.D. = 6.45) สูงกว่าก่อนการใช้รูปแบบ (Mean = 54.25, S.D. = 5.80) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)

สรุปและข้อเสนอแนะ: รูปแบบการให้สุขศึกษาที่พัฒนาขึ้นมีประสิทธิภาพในการเพิ่มพูนความรู้และสร้างการรับรู้ความสามารถของตนเองในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ให้กับมารดาหลังคลอดครรภ์แรก ข้อเสนอแนะคือควรนำรูปแบบนี้ไปปรับใช้เป็นแนวปฏิบัติทางคลินิก (CNPG) มาตรฐานของโรงพยาบาล และควรมีการติดตามผลการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวในระยะ 4-6 เดือน เพื่อยืนยันผลลัพธ์ในระยะยาวต่อไป

คำสำคัญ: การพัฒนารูปแบบ, การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว, การรับรู้ความสามารถของตนเอง, มารดาหลังคลอด, สุขศึกษา

Abstract

This research and development (R&D) study aimed to develop a health education model to promote exclusive breastfeeding before hospital discharge among primiparous mothers following vaginal delivery and to examine the effectiveness of the developed model. The study was conducted in three phases. Phase 1 involved studying the situation, problems, and needs among 15 multidisciplinary team members. Phase 2 involved developing the health education model by using the findings from Phase 1 together with a synthesis of relevant concepts and theories. Phase 3 examined the effects of the model among 20 primiparous postpartum mothers using a one-group pretest-posttest design. The research instruments included open-ended questions for focus group discussion, a knowledge test, and a self-efficacy questionnaire. Quantitative data were analyzed using descriptive statistics and the Wilcoxon Signed Ranks Test.

The results showed that: 1) Model development: the developed health education model was a blended learning model with a learner-centered approach. It integrated the multidisciplinary team with digital media, such as short videos and infographic manuals, to support learning and allow mothers to review the content by themselves at home. 2) Effectiveness on knowledge: after using the model, the mean score for knowledge of exclusive breastfeeding among postpartum mothers (Mean = 16.40, S.D. = 2.60) was significantly higher than before using the model (Mean = 12.30, S.D. = 1.97) ($p < 0.001$). 3) Effectiveness on self-efficacy: after using the model, the mean total self-efficacy score of postpartum mothers, based on a total score of 100, (Mean = 71.25, S.D. = 6.45) was significantly higher than before using the model (Mean = 54.25, S.D. = 5.80) ($p < 0.001$).

In conclusion, the developed health education model was effective in increasing knowledge and self-efficacy in breastfeeding among primiparous postpartum mothers. It is recommended that this model be applied as a standard clinical practice guideline (CNPg) of the hospital, and that exclusive breastfeeding outcomes should be followed up at 4–6 months to confirm long-term outcomes.

Keywords: Model development, Exclusive breastfeeding, Self-efficacy, Postpartum mothers, Health education

บทนำ

การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวในช่วง 6 เดือนแรกของชีวิต ถือเป็นวิธีการเลี้ยงดูที่ได้รับการยอมรับอย่างกว้างขวางว่ามีประโยชน์สูงสุดต่อทารกและมารดา ทั้งในด้านโภชนาการ ภูมิคุ้มกัน และการส่งเสริมพัฒนาการทางสมอง องค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO) และสมาคมกุมารแพทย์แห่งสหรัฐอเมริกา (American Academy of Pediatrics: AAP) จึงแนะนำให้มารดาเริ่มให้นมลูกภายใน 1 ชั่วโมงแรกหลังคลอด และเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวเป็นเวลาอย่างน้อย 6 เดือน^{1,2}

ประเทศไทยได้ให้ความสำคัญกับการขับเคลื่อนนโยบายดังกล่าวผ่านแผนยุทธศาสตร์ระดับชาติ อย่างไรก็ตาม จากสถานการณ์จริงพบว่าอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวในประเทศไทยยังคงอยู่ในระดับต่ำมาก โดยข้อมูลจากกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข และสำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ (สสส.) ในปี 2566 ระบุว่าอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวในช่วง 6 เดือนแรกอยู่ที่เพียงร้อยละ 28.6 ซึ่งยังคงห่างไกลจากเป้าหมายขององค์การอนามัยโลกที่กำหนดไว้ที่ร้อยละ 50 ภายในปี 2568 อย่างมีนัยสำคัญ³

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า อุปสรรคสำคัญที่ทำให้อัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ไม่บรรลุเป้าหมาย โดยเฉพาะในกลุ่ม “มารดาหลังคลอดครั้งแรก” ซึ่งจัดเป็นกลุ่มประชากรเปราะบางทางพฤติกรรมสุขภาพที่ยังขาดประสบการณ์⁴ มักเผชิญกับปัญหาความเจ็บปวดจากแผลฝีเย็บ ความเหนื่อยล้าหลังคลอด และความเชื่อที่ไม่ถูกต้องในสังคม⁵ นอกจากนี้มารดาในกลุ่มดังกล่าวมักประสบปัญหาการขาดความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้อง และมี “ระดับการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self-Efficacy) ที่อยู่ในระดับต่ำ” ซึ่งเกิดจากความกังวลเรื่องปริมาณน้ำนมและปัญหาการดูดนมของทารก ส่งผลให้เกิดความไม่มั่นใจและนำไปสู่การหย่านมก่อนกำหนด⁶

แม้ว่าระบบบริการสุขภาพผ่านโครงการโรงพยาบาลสายสัมพันธ์แม่-ลูก (BFHI) จะได้ดำเนินงานตาม 10 ขั้นตอนเพื่อความสำเร็จอย่างต่อเนื่อง แต่จากช่องว่างในการปฏิบัติงานจริง พบว่า รูปแบบการให้สุขศึกษาที่มีอยู่เดิมในทางปฏิบัติยังคงมีข้อจำกัด ทั้งในด้านเวลา บุคลากร ระบบติดตาม และการออกแบบเนื้อหาสุขศึกษาที่มักเป็นการให้ข้อมูลทางเดียว ขาดการมีส่วนร่วมของทีมสหวิชาชีพ ขาดเครื่องมือหรือสื่อดิจิทัลที่ช่วยให้มารดาสามารถทบทวนความรู้ได้ด้วยตนเองที่บ้าน และยังไม่สอดคล้องกับบริบทเฉพาะตัวของมารดาครั้งแรกในช่วงก่อนจำหน่ายกลับบ้าน ซึ่งช่วงเวลาก่อนจำหน่ายนี้ถือเป็นช่วงเวลาที่สำคัญที่สุดในการเสริมความรู้และทักษะที่ถูกต้อง⁷

จากช่องว่างและปัญหาดังกล่าว ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาและพัฒนา “รูปแบบการให้สุขศึกษาเพื่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลในมารดาหลังคลอดครั้งแรกที่คลอดทางช่องคลอด” โดยประยุกต์ใช้แนวคิดการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง PDCA (Plan-Do-Check-Act) ของ Deming⁸ ซึ่งเน้นการวางแผน ปฏิบัติตามแผน และตรวจสอบอย่างต่อเนื่อง ร่วมกับแนวคิดการมีส่วนร่วมของผู้ให้และผู้รับบริการ (Participatory Approach) และบูรณาการทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self-Efficacy Theory) ของ Bandura⁹ เข้ามาเป็นกรอบแนวคิดหลักในการอธิบายและส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของมารดา โดยมุ่งเน้นการสร้างเชื่อมั่นผ่านการฝึกปฏิบัติจริงจนเกิดความสำเร็จ (Mastery Experiences) การเรียนรู้จากตัวแบบ (Vicarious Experiences) และการสนับสนุนทางคำพูด (Verbal Persuasion) จากทีมบุคลากรทางการแพทย์ การพัฒนารูปแบบการให้สุขศึกษาในครั้งนี้ มุ่งเน้นให้มารดาเป็นศูนย์กลางของการเรียนรู้ ได้รับความรู้ที่ถูกต้อง เข้าใจง่าย และสอดคล้องกับบริบทของตนเอง เพิ่มความมั่นใจในการให้นมลูก และสามารถนำไปใช้ได้จริงในชีวิตประจำวัน ส่งผลต่อการเพิ่มอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวตามเป้าหมายของประเทศ ลดภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของครอบครัว และส่งเสริมสุขภาพของทารกไทยอย่างยั่งยืน

วัตถุประสงค์หลัก

วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อพัฒนารูปแบบการให้สุขศึกษาเพื่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลในมารดาหลังคลอดครั้งแรกที่คลอดทางช่องคลอด

วัตถุประสงค์เฉพาะ

- 1) เพื่อศึกษาสถานการณ์ปัญหาและความต้องการพัฒนารูปแบบการให้สุขศึกษาเพื่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลในมารดาหลังคลอดครั้งแรกที่คลอดทางช่องคลอด
- 2) เพื่อศึกษาการพัฒนารูปแบบการให้สุขศึกษาเพื่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลในมารดาหลังคลอดครั้งแรกที่คลอดทางช่องคลอด
- 3) เพื่อศึกษาผลของการใช้รูปแบบการให้สุขศึกษาเพื่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลในมารดาหลังคลอดครั้งแรกที่คลอดทางช่องคลอด

สมมติฐานการวิจัย

- 1) ภายหลังการใช้รูปแบบการให้สุขศึกษาเพื่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล มารดาหลังคลอดครั้งแรกที่คลอดทางช่องคลอดมีความรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ดีกว่าก่อนใช้รูปแบบ
- 2) ภายหลังการใช้รูปแบบการให้สุขศึกษาเพื่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล มารดาหลังคลอดครั้งแรกที่คลอดทางช่องคลอดการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self-Efficacy) ในการให้นมแม่ดีกว่าก่อนใช้รูปแบบ

นิยามศัพท์

การพัฒนารูปแบบการให้สุขศึกษาเพื่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวก่อนจำหน่าย หมายถึง การจัดกระบวนการหรือดำเนินกิจกรรมที่มีเป้าหมายเพื่อสร้างหรือปรับปรุงรูปแบบการให้สุขศึกษาให้มีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับความต้องการของมารดาและบริบทของโรงพยาบาล โดยแบ่งเป็น 3 ระยะ ได้แก่ 1) ขั้นตอนที่ 1 ระยะศึกษาวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาและความต้องการพัฒนารูปแบบการให้สุขศึกษาเพื่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลในมารดาหลังคลอดครั้งแรกที่คลอดทางช่องคลอด และ 2) ขั้นตอนที่ 2 ระยะการพัฒนารูปแบบการให้สุขศึกษาเพื่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ เป็นการวางแผนร่วมกันของบุคลากรสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ โดยมุ่งหวังว่าจะรูปแบบการให้สุขศึกษาเพื่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล มารดาหลังคลอดครั้งแรกที่คลอดทางช่องคลอดมีความรู้และทักษะในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และ 3) ขั้นตอนที่ 3 ระยะศึกษาผลของการใช้รูปแบบการให้สุขศึกษาเพื่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลในมารดาหลังคลอดครั้งแรกที่คลอดทางช่องคลอด โดยใช้แนวคิดวงจรการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง (PDCA) ร่วมกับ แนวคิดการมีส่วนร่วมของผู้เกี่ยวข้อง (Participatory Approach)

รูปแบบการให้สุขศึกษา หมายถึง แนวทางหรือกระบวนการที่ถูกออกแบบและพัฒนาขึ้นอย่างเป็นระบบเพื่อใช้ในการให้สุขศึกษาเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลในมารดาหลังคลอดครั้งแรกที่คลอดทางช่องคลอด โดยรูปแบบดังกล่าวประกอบด้วย เนื้อหา ที่เหมาะสม วิธีการและสื่อ ที่เข้าใจง่าย และ การประเมินผลที่สอดคล้องกับปัญหาและบริบทของกลุ่มเป้าหมาย ทั้งนี้ มุ่งเน้นให้มารดามีความรู้ ความเข้าใจ และสามารถปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง ได้แก่ การอุ้มทารกให้ถูกท่า การให้เต้านมอย่างเหมาะสม การเอาหัวนมออกจากปากทารกอย่างปลอดภัย การกระตุ้นให้ทารกดูดนมได้เต็มที่ และการบีบและเก็บน้ำนมอย่างถูกวิธี ซึ่งทั้งหมดนี้เป็นพื้นฐานสำคัญในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างมีประสิทธิภาพในระยะเริ่มต้น

มารดาหลังคลอดครรภ์แรกที่คลอดทางช่องคลอด หมายถึง หมายถึง หญิงที่ตั้งครรภ์และคลอดบุตรเป็นครั้งแรก โดยการคลอดทางช่องคลอดตามธรรมชาติ ไม่รวมการผ่าตัดคลอดหรือการแท้ง ที่มีอายุครรภ์ตั้งแต่ 36 สัปดาห์ขึ้นไป คลอดบุตรปกติและอยู่ในระยะพักฟื้น 8–12 ชั่วโมงขึ้นไป (ซึ่งเป็นระยะที่มารดาฟื้นตัวจากความอ่อนเพลียหลังคลอดและมีความพร้อมในการรับสุศึกษา) ไม่มีภาวะแทรกซ้อนหลังคลอด เช่น ตกเลือด ความดันโลหิตสูงรุนแรงหรือโรคหัวใจ ทารกแรกเกิดมีน้ำหนักตัวตั้งแต่ 2,500 กรัมขึ้นไป และมีสุขภาพแข็งแรง มารดาไม่มีข้อห้ามทาง การแพทย์ในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และพักฟื้นอยู่ในแผนกหลังคลอดของโรงพยาบาลจนถึงเวลาจำหน่ายกลับบ้าน

ก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล หมายถึง ช่วงระยะเวลาหลังคลอดจนถึงเวลาที่มารดาและทารกได้รับ อนุญาตให้ออกจากโรงพยาบาล ภายใน 48–72 ชั่วโมงหลังคลอด กรณีไม่มีภาวะแทรกซ้อน

การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว หมายถึง การที่ทารกได้รับนมแม่เพียงอย่างเดียว โดยไม่มีการให้อาหารหรือน้ำอื่นใด ยกเว้นวิตามิน ยา หรือสารละลายเกลือแร่ทางการแพทย์ ตามคำแนะนำขององค์การอนามัยโลก เป็นระยะเวลาอย่างน้อย 6 เดือน

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development: R&D) เพื่อพัฒนารูปแบบ การให้สุศึกษาเพื่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลในมารดาหลังคลอดครรภ์แรก ที่คลอดทางช่องคลอด โดยผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้แนวคิดวงจรการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง PDCA (Plan–Do–Check–Act) ของ Deming⁸ ร่วมกับแนวคิดการมีส่วนร่วม (Participatory Approach) และบูรณาการ ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self-Efficacy Theory) ของ Bandura⁹ มาเป็นกรอบแนวคิดในการ ดำเนินงานและการศึกษาผลลัพธ์ ซึ่งสามารถสรุปเป็นแผนภาพความสัมพันธ์ของตัวแปรและขั้นตอนการพัฒนา รูปแบบ (Flowchart) ได้ดังภาพที่ 1

ตัวแปรต้น

การพัฒนาแบบการให้สุศึกษาเพื่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลใน มารดาหลังคลอดครรภ์แรกที่คลอดทางช่องคลอด แบ่งเป็น 3 ระยะ ตามวงจร PDCA

1) ขั้นตอนที่ 1 ระยะศึกษาสถานการณ์ปัญหาและความต้องการ (P: Plan)

- วิเคราะห์สถานการณ์การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่
- สำรวจปัญหาและความต้องการพัฒนา
- ระดมสมอง วิเคราะห์ หาแบบการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่
- วางแผนพัฒนารูปแบบการให้ความรู้ในมารดาหลังคลอดเพื่อส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ที่เหมาะสม
- กำหนดตัวชี้วัด ได้แก่ ความรู้และทักษะของมารดาหลังคลอดและอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 1 เดือน

2) ขั้นตอนที่ 2 ระยะการพัฒนารูปแบบการให้สุศึกษาเพื่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ (D: Do)

- ดำเนินการพัฒนารูปแบบการให้ความรู้ใน มารดาหลังคลอดเพื่อส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ตามแผนที่วางไว้ได้แก่

- จัดประชุมเชิงปฏิบัติให้ความรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่สำหรับพยาบาลวิชาชีพ

3) ขั้นตอนที่ 3 ระยะศึกษาผลของการใช้รูปแบบการให้สุศึกษาเพื่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ (C: Check)

- นำรูปแบบการให้ความรู้ที่พัฒนาขึ้นนำร่องใช้ กับมารดาหลังคลอดเพื่อส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่
- ประเมินความรู้การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ของมารดาและญาติ
- ประเมินทักษะการปฏิบัติ ก่อนกลับบ้าน
- ประเมินผลลัพธ์การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 1 เดือน

A: Act

- ประมวลปัญหาที่พบจากการปฏิบัติ
- แก้ไขข้อบกพร่องที่พบ
- วางแผนปรับปรุง
- นำรูปแบบการให้ความรู้ที่พัฒนาไปใช้ในการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

ตัวแปรตาม

รูปแบบการให้สุศึกษาเพื่อ การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ อย่างเดียวก่อนจำหน่าย ออกจากโรงพยาบาลใน มารดาหลังคลอดครรภ์แรก ที่คลอดทางช่องคลอด

ผลลัพธ์จากการใช้รูปแบบ

1. มารดาหลังคลอดมีความรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่
2. มารดาหลังคลอดรับรู้ความสามารถของตนเองในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

รูปแบบการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development: R&D) เพื่อพัฒนารูปแบบการให้สุขศึกษาเพื่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลในมารดาหลังคลอดครั้งแรกที่คลอดทางช่องคลอด มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาสถานการณ์ปัญหาและความต้องการพัฒนารูปแบบการให้สุขศึกษาเพื่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 2) ศึกษาการพัฒนารูปแบบการให้สุขศึกษาเพื่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 3) ผลของการใช้รูปแบบการให้สุขศึกษา เพื่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล โดยมีขั้นตอนการดำเนินงานและการพัฒนารูปแบบอย่างเป็นระบบแบ่งออกเป็น 3 ระยะ ตามวงจรการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง (PDCA) ดังนี้

ระยะที่ 1 การศึกษาสถานการณ์และสำรวจความต้องการ (Plan) ผู้วิจัยดำเนินการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง และเก็บรวบรวมข้อมูลสถานการณ์ปัญหา ความต้องการ รวมถึงอุปสรรคในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่จากทีมสหวิชาชีพผ่านการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) และแบบสัมภาษณ์เจาะลึก เพื่อนำข้อมูลมาวิเคราะห์และสังเคราะห์เป็นร่างรูปแบบการให้สุขศึกษาเบื้องต้น

ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบและการตรวจสอบโดยผู้เชี่ยวชาญ (Do) นำร่างรูปแบบการให้สุขศึกษาที่พัฒนาขึ้นเสนอต่อผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน (ประกอบด้วย สูติแพทย์ พยาบาลวิชาชีพผู้เชี่ยวชาญ และอาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลมารดาหลังคลอด) เพื่อตรวจสอบความเหมาะสม ความครอบคลุม และความสอดคล้องเชิงเนื้อหา พร้อมทั้งคำนวณค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (CVI) และนำข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิมาปรับปรุงแก้ไขร่างรูปแบบให้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้นก่อนนำไปทดลองใช้

ระยะที่ 3 การทดลองใช้รูปแบบและการปรับปรุง (Check and Act) นำรูปแบบการให้สุขศึกษาที่ผ่านการตรวจสอบและปรับปรุงแล้วไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างในสถานการณ์จริง พร้อมทั้งประเมินผลลัพธ์หลังการทดลอง และนำปัญหาข้อบกพร่องที่พบมาประมวลผลเพื่อวางแผนปรับปรุงรูปแบบให้เป็นมาตรฐานต่อไป

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development: R&D) โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างตามระยะการดำเนินการวิจัย 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 และระยะที่ 2 การศึกษาสถานการณ์และการพัฒนารูปแบบ ผู้ให้ข้อมูลหลัก (Key Informants) ในการวิเคราะห์สภาพปัญหา ความต้องการ และร่วมพัฒนารูปแบบ คือ ทีมสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้องกับการดูแลมารดาและทารก คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) จำนวน 15 คน โดยมีเกณฑ์คัดเลือกเข้า คือ เป็นหัวหน้าทีมหรือผู้ดูแลหลัก ผ่านการอบรมและมีประสบการณ์ให้คำแนะนำเรื่องนมแม่อย่างน้อย 1 ปี และยินดีเข้าร่วมวิจัย ประกอบด้วย สูติแพทย์ 1 คน, กุมารแพทย์ 1 คน, นักโภชนาการ 1 คน, พยาบาลวิชาชีพจากแผนกทารกแรกเกิด 1 คน, แผนกฝากครรภ์ 2 คน, แผนกห้องคลอด 2 คน และแผนกหลังคลอด 7 คน

ระยะที่ 3 การศึกษาผลของการใช้รูปแบบ กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการทดลองใช้รูปแบบ คือ มารดาหลังคลอดครั้งแรกที่คลอดทางช่องคลอดและพักรักษาตัวในโรงพยาบาล จำนวน 20 คน โดยใช้วิธีการสุ่มส่วนหรือการคัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) จากมารดาที่มารับบริการคลอดในช่วงเวลาเก็บข้อมูล และมีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์ที่กำหนด การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง (Sample Size) การศึกษาในระยะนี้มีลักษณะเป็นการทดลองนำร่อง (Pilot study) ผู้วิจัยคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G*Power 3.1.9.7 สำหรับการทดสอบสถิติ Wilcoxon Signed-Rank Test โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ (Alpha)

เท่ากับ .05 ระดับพลังอำนาจการทดสอบ (Power) เท่ากับ .80 และกำหนดขนาดอิทธิพล (Effect Size) ในระดับสูงที่ .80 ซึ่งได้ขนาดตัวอย่างขั้นต่ำจำนวน 15 คน ทั้งนี้ ผู้วิจัยได้พิจารณาเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างเพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูลและเพิ่มความน่าเชื่อถือ จึงกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างไว้ที่ 20 คน เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria) ได้แก่ (1) เป็นมารดาตั้งครรภ์แรก อายุครรภ์ 36 สัปดาห์ขึ้นไป (2) คลอดบุตรทางช่องคลอด ไม่มีภาวะแทรกซ้อนรุนแรง (3) เต้านมและหัวนมปกติ และ (4) ทารกแข็งแรงและได้รับการส่งตัวมาอยู่ร่วมกับมารดา (Rooming-in) ภายใน 2-4 ชั่วโมงแรกหลังคลอด (ทั้งนี้ มารดาจะเริ่มได้รับการประเมินและเข้าร่วมกิจกรรมตามรูปแบบการให้สุศึกษาเมื่อเข้าสู่ระยะพักฟื้นที่แผนกหลังคลอด คือตั้งแต่ 8-12 ชั่วโมงหลังคลอดเป็นต้นไป) เกณฑ์คัดออก (Exclusion criteria) หากมารดาหรือทารกมีภาวะแทรกซ้อนรุนแรงระหว่างการวิจัย หรือมารดาติดเชื้อ HIV

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยแบ่งออกเป็น 2 ประเภท ได้แก่

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย (Intervention) ได้แก่ รูปแบบการให้สุศึกษาเพื่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและการสนทนากลุ่ม ประกอบด้วย 1) แผนการสอนสุศึกษา 2) คู่มือการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ 3) สื่อประกอบการสอน ได้แก่ วิดีทัศน์ และแผ่นพับ

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล แบ่งตามระยะการวิจัย ดังนี้

ระยะที่ 1 (การศึกษาสถานการณ์) ใช้แนวคำถามปลายเปิดสำหรับการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) และแบบสัมภาษณ์เจาะลึก

ระยะที่ 3 (การศึกษาผลของรูปแบบ) ใช้แบบสอบถามแบ่งออกเป็น 3 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 7 ข้อ ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส ลักษณะของครอบครัว ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ของครอบครัวเฉลี่ย/เดือน ความตั้งใจในเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

ส่วนที่ 2 แบบทดสอบความรู้เรื่องการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวก เป็นแบบเลือกตอบถูก-ผิด (True-False) จำนวน 21 ข้อ เกณฑ์การให้คะแนน คือ ตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิดได้ 0 คะแนน

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self-efficacy) เป็นแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ (5-point rating scale) ของลิเคิร์ท (Likert scale) จำนวน 20 ข้อ มีเกณฑ์คะแนนตั้งแต่ 1 (ไม่มั่นใจเลย) ถึง 5 (มั่นใจมากที่สุด)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ผู้วิจัยได้ดำเนินการประเมินคุณภาพของเครื่องมือทั้งด้านความตรง ความเชื่อมั่น และความเหมาะสมในการใช้งานอย่างเป็นระบบ เริ่มจากการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา โดยนำแบบสอบถามทั้งหมดให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 คน ประกอบด้วย สูติแพทย์ จำนวน 1 คน พยาบาลวิชาชีพ ผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลมารดาหลังคลอดและการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่จำนวน 1 คน และอาจารย์พยาบาล ผู้เชี่ยวชาญ ด้านการพยาบาลมารดาหลังคลอดและการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ จำนวน 1 คน พิจารณาความถูกต้อง ครอบคลุม และความเหมาะสมของเนื้อหาและภาษา หลังจากนั้นผู้วิจัยได้คำนวณค่าความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) โดยใช้เกณฑ์ CVI มากกว่า 0.70 ตามแนวทางของรัตนศิริ ทาโต¹⁰ ซึ่งพบว่าแบบทดสอบความรู้มีค่า CVI เท่ากับ 0.95 และแบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของตนเองมีค่า CVI เท่ากับ 0.93 เพื่อยืนยันว่าแบบสอบถามมีความตรงตามเนื้อหาในระดับที่ยอมรับได้ ต่อจากนั้น ผู้วิจัยได้ตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ โดยนำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับ มารดาหลังคลอดครรภ์แรก ที่มีคุณสมบัติเข้าเกณฑ์ จำนวน 30 คน ที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง แล้ววิเคราะห์หาค่าความเที่ยงแยกตามลักษณะของเครื่องมือ ดังนี้ 1) แบบทดสอบความรู้เรื่องการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวก ซึ่งเป็นข้อสอบแบบถูก-ผิด

(Dichotomous) วิเคราะห์ความเที่ยงโดยใช้สูตรคูเดอร์-ริชาร์ดสัน (Kuder-Richardson 20: KR-20) พบว่ามีค่าเท่ากับ 0.82 และ 2) แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของตนเอง ซึ่งเป็นมาตรประมาณค่า 5 ระดับ วิเคราะห์ความเที่ยงโดยหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) พบว่ามีค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.85 ซึ่งผลที่ได้มีค่าสูงกว่าเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนดไว้ที่ 0.70 แสดงถึงความเที่ยงของเครื่องมือในระดับดี สามารถนำไปใช้เก็บข้อมูลในการวิจัยได้อย่างมีประสิทธิภาพและน่าเชื่อถือ โดยในส่วนของข้อคำถามแต่ละข้อผ่านการตรวจสอบค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) รายข้อที่มีค่าตั้งแต่ 0.67 ถึง 1.00

การวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางคอมพิวเตอร์แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ได้แก่ (1) การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ จากการสนทนากลุ่มและการสัมภาษณ์ ใช้วิธีการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) เพื่อสร้างข้อสรุปและพัฒนารูปแบบ (2) การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ ใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่และร้อยละ สำหรับข้อมูลส่วนบุคคล และใช้ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) สำหรับระดับคะแนนความรู้และการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self-Efficacy) สำหรับการทดสอบสมมติฐาน เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนความรู้และการรับรู้ความสามารถของตนเองก่อนและหลังการทดลอง ผู้วิจัยได้ทำการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นเกี่ยวกับการแจกแจงแบบปกติของข้อมูลด้วยสถิติชาปิโร-วิลค์ (Shapiro-Wilk test) พบว่าข้อมูลไม่มีการแจกแจงเป็นโค้งปกติ ($p < .05$) ประกอบกับกลุ่มตัวอย่างมีขนาดเล็ก ($n = 20$) ผู้วิจัยจึงเลือกใช้สถิติ Non-parametric คือ Wilcoxon Signed Ranks Test เนื่องจากเหมาะสมกับข้อมูลที่ไม่มีการแจกแจงแบบปกติและวัดผลในกลุ่มตัวอย่างเดียวกันก่อนและหลังการทดลอง โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 พร้อมทั้งมีการคำนวณและรายงานขนาดอิทธิพล (Effect Size: r) ร่วมด้วย เพื่อแสดงขนาดของผลลัพธ์หรือความแตกต่างที่เกิดขึ้นจากการใช้รูปแบบอย่างชัดเจน

จริยธรรมการวิจัย การวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย โครงการเลขที่ COA No. 83/2025 เอกสารรับรองโครงการวิจัยเลขที่ IPB No. 89/2025 ลงวันที่ 17 ตุลาคม พ.ศ. 2568

ผลการศึกษา

ผู้วิจัยขอเสนอผลการวิจัยตามลำดับขั้นตอนการวิจัยและพัฒนา 3 ระยะ ดังนี้

1. ผลการศึกษสถานการณ์ปัญหาและความต้องการ (ระยะที่ 1) จากการสนทนากลุ่มและสัมภาษณ์ทีมสหวิชาชีพ จำนวน 15 คน พบว่า สภาพปัญหาการดำเนินงานในปัจจุบัน คือ ขาดความเป็นเอกภาพและมาตรฐานเดียวกันทั้งระบบ ขาดสื่อการสอนที่ทันสมัย และข้อจำกัดด้านเวลาของบุคลากรส่งผลให้การสอนรายบุคคลไม่ทั่วถึง แม้จะมีจุดแข็งด้านการสนับสนุนจากบุคลากรและความหลากหลายของกิจกรรม แต่ยังพบอุปสรรคสำคัญด้านความเจ็บปวดและความอ่อนเพลียของมารดาหลังคลอด รวมถึงปัจจัยด้านเศรษฐกิจที่ทำให้มารดาต้องรีบกลับไปทำงาน

ความต้องการในการพัฒนารูปแบบ: ทีมสหวิชาชีพและผู้เกี่ยวข้องต้องการรูปแบบการให้สุขศึกษาที่เป็น “สุขศึกษาผสมผสานเชิงปฏิบัติ (Blended Learning Approach)” ที่เน้นการสาธิตและฝึกปฏิบัติจริง (Hands-on Practice) ควบคู่กับการใช้สื่อดิจิทัลและวิดีโอสั้น เพื่อให้เกิดความยืดหยุ่นในการเรียนรู้ และควรมีกระบวนการดูแลต่อเนื่องตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์จนถึงหลังจำหน่าย

2. ผลการพัฒนารูปแบบการให้สุขศึกษา (ระยะที่ 2) จากการสังเคราะห์ข้อมูลพื้นฐานและความต้องการ นำไปสู่การสร้าง “รูปแบบการให้สุขศึกษาเพื่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล” โดยประกอบด้วย 6 องค์ประกอบหลัก ได้แก่

1. เนื้อหา (Content) ครอบคลุมทั้งภาคทฤษฎีและปฏิบัติ เน้นการแก้ปัญหาห้วงนมแตก/คัดเต้า
2. วิธีการสอน (Method) ผสมผสานระหว่างการสอนรายบุคคล (Face-to-Face) และสื่อดิจิทัล (Digital Learning)
3. ช่วงเวลา (Timing) ดำเนินการต่อเนื่อง 3 ระยะ (ก่อนคลอด-หลังคลอดในหอผู้ป่วย-ติดตามหลังจำหน่าย)
4. สื่อ (Media) ใช้วิดีโอสาธิต, หุ่นจำลองทารก, โมเดลเต้านม และ Infographic
5. การประเมินผล ใช้แบบตรวจสอบรายการ (Checklist) และการติดตามทางไลน์/โทรศัพท์
6. ความร่วมมือ (Collaboration) มีมาตรฐานการให้ข้อมูลเดียวกันในทุกแผนก

3. ผลของการใช้รูปแบบการให้สุขศึกษา (ระยะที่ 3) กลุ่มตัวอย่างในการทดลองใช้รูปแบบ คือ มารดาหลังคลอดครั้งแรก จำนวน 20 คน ซึ่งมีข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่างดังแสดงในตารางที่ 1 ส่วนใหญ่อายุเฉลี่ย 24.50 ปี สถานภาพสมรสคู่ และเป็นครอบครัวขยาย ผลการเปรียบเทียบตัวแปรศึกษาพบว่า

ตาราง 1 แสดงข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่างมารดาหลังคลอดครั้งแรก (n = 20)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (n)	ร้อยละ (%)
อายุ (ปี)		
20 - 25 ปี	9	45.00
26 - 30 ปี	7	35.00
มากกว่า 30 ปีขึ้นไป	4	20.00
สถานภาพสมรส		
สมรส	12	60.00
โสด	5	25.00
หม้าย/หย่า/แยกกันอยู่	3	15.00
ลักษณะของครอบครัว		
ครอบครัวเดี่ยว	7	35.00
ครอบครัวขยาย	13	65.00

3.1 ความรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว

ก่อนการทดลอง กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เท่ากับ 12.30 (S.D. = 1.97) อยู่ในระดับปานกลาง ภายหลังได้รับรูปแบบการให้สุขศึกษา คะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเป็น 16.40 (S.D. = 2.60) อยู่ในระดับสูง เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างพบว่า คะแนนเฉลี่ยหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($Z = -3.900, p < 0.001$) ดังแสดงในตารางที่ 2

3.2 การรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self-Efficacy)

ก่อนการทดลอง กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนรวมเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของตนเองเท่ากับ 54.25 (S.D. = 5.80) อยู่ในระดับปานกลาง ภายหลังได้รับรูปแบบการให้สุขศึกษา คะแนนรวมเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเป็น 71.25 (S.D. = 6.45) อยู่ในระดับสูง เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างพบว่า คะแนนเฉลี่ยหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($Z = -3.194, p < 0.001$) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตาราง 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้และการรับรู้ความสามารถของมารดา ก่อนและหลังการใช้รูปแบบการให้สุขศึกษา (n=20)

ตัวแปรที่ศึกษา	ระยะการทดลอง	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ	Z	p-value
ความรู้เรื่องนมแม่ (คะแนนเต็ม 21)	ก่อนทดลอง	12.30	1.97	ปานกลาง	-3.900	< 0.001*
	หลังทดลอง	16.40	2.60	สูง		
การรับรู้ความสามารถ (คะแนนเต็ม 100)	ก่อนทดลอง	54.25	5.80	ปานกลาง	-3.194	< 0.001*
	หลังทดลอง	71.25	6.45	สูง		

* นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ผู้วิจัยได้นำประเด็นที่น่าสนใจจากการค้นพบ มาอภิปรายผลโดยเชื่อมโยงกับแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

จากผลการวิจัยพบว่า รูปแบบการให้สุขศึกษาแบบผสมผสาน (Blended Learning) ที่เน้นการปฏิบัติจริง ช่วยเพิ่มพูนความรู้ของมารดาครรภ์แรกได้อย่างมีประสิทธิภาพได้ พบคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดาหลังคลอดครรภ์แรกเพิ่มสูงขึ้นกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าการจัดกระบวนการเรียนรู้ที่สอดคล้องกับแนวคิดการเรียนรู้ของผู้ใหญ่ (Adult Learning Theory) มีส่วนสำคัญอย่างยิ่ง เพราะผู้ใหญ่จะเรียนรู้ได้ดีเมื่อเนื้อหาที่ตอบสนองต่อปัญหาที่กำลังเผชิญอยู่และสามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้จริง การที่ผู้วิจัยได้นำข้อมูลจากผลการวิเคราะห์สถานการณ์ในระยะที่ 1 มาออกแบบเนื้อหาให้ครอบคลุมทั้งด้านประโยชน์ เทคนิค และการแก้ปัญหาเฉพาะหน้า รวมถึงการให้คำแนะนำในช่วงเวลาทอง (Golden Period) ขณะที่มารดาพักฟื้นอยู่ในหอผู้ป่วย จึงทำให้มารดามีความพร้อมในการรับข้อมูล สอดคล้องกับงานวิจัยของ เพ็ญไพฑูรย์ นามศักดิ์ และวรรณฯ สิ่งเมือง^{11,12} ที่ระบุว่ากระบวนการให้ความรู้ที่ผสมผสานระหว่างเนื้อหาที่เข้าใจง่ายกับการฝึกทักษะช่วยยกระดับความรู้ของมารดาครรภ์แรกให้สูงขึ้นได้ นอกจากนี้ การจัดลำดับเนื้อหาเป็นขั้นตอนแบบแผนงาน D-METHOD ยังช่วยเสริมความเข้าใจให้เป็นระบบมากยิ่งขึ้น ทั้งนี้ เมื่อเปรียบเทียบกับรูปแบบการให้สุขศึกษาแบบเดิมที่มักเป็นการแจกเอกสารใบปลิวซึ่งขาดการปฏิสัมพันธ์ รูปแบบผสมผสานที่มีการสื่อสารสองทางนี้จึงช่วยให้มารดาเข้าใจเนื้อหาเชิงลึกและนำไปปฏิบัติได้จริง

นอกจากนี้ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่าการเสริมสร้างการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self-Efficacy) ผ่านการสาธิตและสื่อออนไลน์ ช่วยลดความวิตกกังวลและเพิ่มความมั่นใจ โดยพบคะแนนรวมการรับรู้ความสามารถของตนเองของมารดาเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งอธิบายได้ตามทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเองของ Bandura⁹ ที่ชี้ว่าความมั่นใจย่อมเกิดขึ้นได้จากการสั่งสมประสบการณ์ความสำเร็จและการได้เห็นตัวแบบที่ถูกต้อง การให้สุขศึกษาในรูปแบบนี้จึงเน้นการฝึกปฏิบัติจริงกับหุ่นจำลองและเต้านมเทียมข้างเตียง (Bedside Coaching) เพื่อลดความกลัวและความกังวลใจของมารดาประกอบกับการมีสื่อวิดีโอและอินโฟกราฟิกให้มารดาสามารถเปิดทบทวนซ้ำได้ด้วยตนเองที่บ้าน ช่วยเสริมความเชื่อมั่นเมื่อต้องเผชิญสถานการณ์จริง ผลลัพธ์ดังกล่าวสอดคล้องกับงานวิจัยของ รสิดา จิรรัฐชัยกุล¹³ ที่พบว่าการใช้สื่อเทคโนโลยีร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมช่วยเพิ่มสมรรถนะแห่งตนในมารดาหลังคลอดได้เป็นอย่างดี อีกทั้งยังสอดคล้องกับงานวิจัยของ วนิดา ทองแท้และคณะ¹⁴ ที่พบว่าแนวปฏิบัติทางคลินิกที่ช่วยดูแลการไหลของน้ำนมอย่างถูกวิธีช่วยลดความเครียดและส่งผลให้ความมั่นใจในการให้นมบุตรเพิ่มขึ้นโดยอัตโนมัติ

จุดเด่นสำคัญของรูปแบบนี้คือการผสมผสานความร่วมมือจากทีมสหวิชาชีพและการดูแลอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์จนถึงหลังจำหน่าย ซึ่งช่วยลดความซ้ำซ้อนและป้องกันความขัดแย้งของข้อมูลที่มารดาได้รับจาก

บุคลากรต่างแผนก ข้อค้นพบนี้สอดคล้องกับงานวิจัยของ สุปัญญา บุญฤกษ์และดวงพร วัฒนเรืองโกวิท รวมถึงกุลญาดา โคตรธรรมมา และอิชยา มอญแสง^{15,16,17} ที่ยืนยันว่ารูปแบบการวางแผนจำหน่ายที่มีระบบติดตามชัดเจนและมีสื่อสนับสนุนช่วยให้มารดามีพฤติกรรมการดูแลตนเองและทารกอยู่ในเกณฑ์ที่ดี นอกจากนี้การประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดการพัฒนาคุณภาพ Plan-Do-Check ในการพัฒนารูปแบบครั้งนี้ ยังช่วยให้กระบวนการดำเนินงานมีความเป็นระบบและตอบโจทย์บริบทของงานบริการพยาบาลยุคใหม่

อย่างไรก็ตาม การแปลผลการวิจัยครั้งนี้มีข้อจำกัดที่ควรคำนึงถึง เนื่องจากการศึกษาแบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลอง (One-Group Pretest-Posttest Design) โดยไม่มีกลุ่มควบคุม มีขนาดกลุ่มตัวอย่างขนาดเล็ก (n=20) และเป็นการติดตามผลในระยะสั้นก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลเท่านั้น

บทสรุป

การวิจัยและพัฒนาครั้งนี้ ได้รู้รูปแบบการให้สุขศึกษาเพื่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลในมารดาหลังคลอดครั้งแรกที่คลอดทางช่องคลอด ซึ่งเป็นรูปแบบการเรียนรู้แบบผสมผสาน (Blended Learning Model) ที่เน้นผู้เรียนเป็นศูนย์กลาง โดยบูรณาการการสอนแบบปฏิบัติจริงข้างเตียง (Bedside Coaching) โดยทีมสหวิชาชีพ ร่วมกับการใช้สื่อดิจิทัลเพื่อการเรียนรู้ด้วยตนเอง ผลการวิจัยพบว่า รูปแบบที่พัฒนาขึ้นมีประสิทธิภาพในการเพิ่มพูนความรู้และการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self-Efficacy) ของมารดาหลังคลอดครั้งแรกได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงให้เห็นว่าการปรับเปลี่ยนกระบวนการให้สุขศึกษาที่เน้นความสอดคล้องกับบริบทและความต้องการของมารดา ควบคู่ไปกับการสร้างความมั่นใจผ่านการฝึกปฏิบัติและสื่อสนับสนุนที่ทันสมัย เป็นกุญแจสำคัญในการส่งเสริมพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวก่อนจำหน่ายให้ประสบความสำเร็จ

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

- 1) เน้นการสอนแบบตัวต่อตัวเชิงปฏิบัติ กำหนดให้มีการสอนและสาธิตเทคนิคการเข้าเต้าน้อย 2-3 ครั้ง โดยเน้นการฝึกปฏิบัติจริงข้างเตียง (Bedside Coaching) ในช่วงที่มารดาอยู่ในหอผู้ป่วยหลังคลอด ซึ่งเป็นช่วงเวลาสำคัญ
- 2) ควรนำวิดีโอสาธิตและคู่มือฉบับย่อ (Infographic) ไปใช้เป็นสื่อทบทวนความรู้มาตรฐาน โดยจัดทำเป็น QR Code หรือลิงก์ที่เข้าถึงได้ง่าย เพื่อให้มารดาสามารถทบทวนความรู้ได้ด้วยตนเองเมื่อกลับบ้าน
- 3) ควรจัดทำ แนวปฏิบัติทางคลินิก (CNPG) เรื่องการให้สุขศึกษาการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ เพื่อให้ทีมสหวิชาชีพ (แพทย์, พยาบาลผดุงครรภ์, ห้องคลอด, หลังคลอด, กุมารเวชกรรม, โภชนาการ) ใช้ข้อมูลและวิธีการสอนที่สอดคล้องกันทุกแผนก
- 4) ควรจัดอบรมเชิงปฏิบัติการให้กับบุคลากรทุกแผนกที่เกี่ยวข้องกับการดูแลมารดาและทารกแรกเกิด เพื่อให้มั่นใจว่าบุคลากรมีความรู้และทักษะที่ได้มาตรฐานในการใช้รูปแบบการสอนที่พัฒนาขึ้นนี้
- 5) ควรเน้นการประเมินความรู้และทักษะของมารดาก่อนจำหน่าย และจัดให้มีระบบ ติดตามผลหลังจำหน่าย อย่างน้อย 1-2 ครั้ง (เช่น การโทรศัพท์ หรือ ช่องทาง Line QA) เพื่อให้การสนับสนุนทางอารมณ์และแก้ไขปัญหาที่อาจเกิดขึ้นที่บ้าน
- 6) ควรนำแบบประเมินความรู้และแบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self-Efficacy) ที่ใช้ในการวิจัยไปปรับใช้เป็นเครื่องมือมาตรฐานในการคัดกรองและประเมินความพร้อมของมารดาก่อนจำหน่าย

ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

1) เนื่องจากการศึกษาในระยะที่ 3 ใช้รูปแบบการวิจัยแบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลอง (One-Group Pretest-Posttest Design) โดยไม่มีกลุ่มควบคุมและมีขนาดกลุ่มตัวอย่างขนาดเล็ก ดังนั้น การแปลผลจึงต้องใช้อย่างระมัดระวัง และในการศึกษาครั้งต่อไปควรพิจารณาเพิ่มกลุ่มเปรียบเทียบ (Control Group) หรือใช้รูปแบบการวิจัยแบบสุ่มที่มีกลุ่มควบคุม (Randomized Controlled Trial: RCT) เพื่อเพิ่มความน่าเชื่อถือของผลการวิจัยให้มากยิ่งขึ้น

2) ควรมีการประเมินผลลัพธ์ของการนำรูปแบบไปใช้ในระดับองค์กร เช่น อัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวที่ระยะเวลา 4 เดือน และ 6 เดือน อัตราการกลับมารับบริการด้วยปัญหาการให้นม และความพึงพอใจของผู้รับบริการ เพื่อประเมินความยั่งยืนของการนำรูปแบบไปใช้ในระยะยาว

3) ควรมีการนำรูปแบบการให้สุขศึกษานี้ไปทดลองใช้ในมารดาหลังคลอดกลุ่มอื่นๆ ที่มีความเสี่ยง เช่น มารดาที่คลอดด้วยวิธีการผ่าตัด (Cesarean Section) มารดาวัยรุ่น หรือ มารดาที่ทำงาน เพื่อดูความสามารถในการปรับใช้ (Adaptability) และประสิทธิผลของรูปแบบในกลุ่มที่มีข้อจำกัดต่างกัน

4) ควรมีการศึกษาเชิงคุณภาพ (Qualitative Study) เพิ่มเติม เพื่อเจาะลึกปัจจัยภายในและภายนอกที่ส่งผลกระทบต่อ การรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self-Efficacy) ของมารดาอย่างละเอียด เช่น รูปแบบการสนับสนุนจากครอบครัวและครอบครัว ความรู้สึกทางอารมณ์ที่แท้จริงหลังได้รับรูปแบบสุขศึกษา

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Exclusive breastfeeding for optimal growth, development and health of infants [Internet]. 2021 [cited 2025 Dec 14]. Available from: https://www.who.int/elena/titles/exclusive_breastfeeding/en/
2. Section on Breastfeeding, Meek JY, Noble L. Policy Statement: Breastfeeding and the Use of Human Milk. Pediatrics. 2022 Jul;150(1): e2022057988.
3. กรมอนามัย. รายงานสถานการณ์การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของประเทศไทย พ.ศ. 2566. กรุงเทพมหานคร: กระทรวงสาธารณสุข; 2566.
4. รพีพรรณ วิบูลย์พัฒนกิจ, จิราจันท์ คนหา, นิตยา ศรีแจ่ม, รุ่งนภา ศักดิ์ตระกูล. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน เจตคติต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ กับพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดาหลังคลอดครั้งแรก. วารสารวิจัยการพยาบาลและการสาธารณสุข. 2566;3(3):95-109.
5. พัชรา สมชื่อ, อุมาสวรรค์ ชูหา, สุภาวดี นาคสุขุม. การจัดการความเจ็บปวดแผลฝีเย็บหลังคลอด. วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม. 2562;15(3):151-8.
6. นพรัตน์ ธารณะ. การรับรู้ปริมาณน้ำนมแม่ไม่เพียงพอในมารดาหลังคลอด: ความท้าทายของพยาบาล. พยาบาลสาร มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. 2566;50(2):267-79.
7. ศิตานันท์ วรณเสน. ปัจจัยทำนายความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวของมารดาที่ผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องในโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่งในเขตกรุงเทพมหานคร [วิทยานิพนธ์ปริญญาโท]. ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา; 2564.
8. Deming WE. Out of the crisis. Cambridge (MA): Massachusetts Institute of Technology, Center for Advanced Engineering Study; 1986.

9. Bandura A. Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. Psychol Rev. 1977;84(2):191–215.
10. รัตน์ศิริ ทาโต. การวิจัยทางพยาบาลศาสตร์: แนวคิดสู่การปฏิบัติ. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2561.
11. เพียงไพฑูรย์ นามศักดิ์. ผลของโปรแกรมส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ต่อความรู้และพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดาหลังคลอดครั้งแรก ในหอผู้ป่วยพิเศษ VIP 4,5 โรงพยาบาลหนองคาย [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 14 ธันวาคม 2568]. เข้าถึงได้จาก: <https://nkhospital.moph.go.th/journal/52>
12. วรณา สิงห์เมือง. ความรู้และทักษะในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของหญิงหลังคลอดครั้งแรกในโรงเรียนพ่อแม่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 5 ราชบุรี [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 14 ธันวาคม 2568]. เข้าถึงได้จาก: <https://apps.hpc5.go.th/dmkm/approves/619>
13. รลิตา จิรัฐชัยกุล. ผลของโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะตนเองในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่แบบออนไลน์ของมารดาหลังผ่าตัดคลอด โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 5 ราชบุรี [อินเทอร์เน็ต]. 2567 [เข้าถึงเมื่อ 14 ธันวาคม 2568]. เข้าถึงได้จาก: <https://apps.hpc5.go.th/dmkm/approves/971>
14. วนิตา ทองแท้, เกศกัญญา ไชยวงศา, พุทธิดา จันทรสว่าง. การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกเพื่อส่งเสริมการไหลของน้ำนมในมารดาหลังคลอด โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสว่างแดนดิน. วารสารการพยาบาล สุขภาพ และการศึกษา. 2567;7(1):64-75.
15. สุปัญญา บุญฤกษ์, ดวงพร วัฒนเรืองโกวิท. ผลของการวางแผนจำหน่ายมารดาหลังคลอด โรงพยาบาลยโสธร. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ. 2566;16(3):292–303.
16. กุลญาดา โคตรธรรมมา. ประสิทธิภาพของการใช้รูปแบบการวางแผนจำหน่ายแบบผสมผสานต่อความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองและทารกของมารดาหลังคลอด หอผู้ป่วยพิเศษวีไอพี โรงพยาบาลบึงกาฬ [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 14 ธันวาคม 2568]. เข้าถึงได้จาก: <https://bkpho.moph.go.th/ssjweb/bkresearch/index.php?fn=detail&sid=247>
17. อิชยา มอญแสง, ศิริพร แสงศรีจันทร์, พัทธินันท์ ไชยบาล, ปุณยพิชชา พร้อมสุข, กัลยา จันทรสุข, ประทุมพร เพียรจริง. การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่สำหรับมารดาหลังคลอดของโรงพยาบาลพะเยา. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ. 2559;34(3):88-96.