

ผลของโปรแกรมการกระตุ้นการหลั่งน้ำนมต่อระยะเวลาการเริ่มไหลของน้ำนม ระยะเวลา
การมาของน้ำนมเต็มเต้า และการรับรู้ความสามารถในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่
ในมารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง

กนกวรรณ โคตรสังข์

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาการผดุงครรภ์ชั้นสูง
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
กรกฎาคม 2558
ลิขสิทธิ์นี้เป็นของมหาวิทยาลัยบูรพา

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงด้วยดี ด้วยความกรุณาอันดียิ่งของ รองศาสตราจารย์
กรรณิการ์ วิจิตรสุคนธ์ ประธานสอบวิทยานิพนธ์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ศิริวรรณ แสงอินทร์
อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. อุษา เชื้อหอม อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม และผู้ช่วย
ศาสตราจารย์ ดร. ฉันทนา จันทวงศ์ กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่ได้สละเวลาอันมีค่าในการให้
คำปรึกษา แนะนำ ตรวจสอบแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ ทำให้วิทยานิพนธ์นี้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น
ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งในความกรุณาของท่าน จึงขอกราบขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ ที่นี้ด้วย

ขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ได้กรุณาตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย พร้อมทั้ง
ให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ต่อการทำวิทยานิพนธ์ครั้งนี้ ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการ หัวหน้า
ฝ่ายการพยาบาล หัวหน้าหน่วยงาน และเจ้าหน้าที่หอผู้ป่วยสูตินรีเวชกรรม โรงพยาบาลศิรินคร
สังกัดสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร ที่อนุญาตและอำนวยความสะดวกในการรวบรวมข้อมูล
วิจัย และที่สำคัญขอขอบพระคุณกลุ่มตัวอย่างที่ให้ความร่วมมือและให้ข้อมูลอันเป็นประโยชน์ใน
การวิจัย รวมทั้งขอขอบพระคุณผู้นิพนธ์หนังสือและวิทยานิพนธ์ทุกท่าน ซึ่งผู้วิจัยได้นำมาใช้ใน
การประกอบการศึกษาและอ้างอิงทางวิชาการครั้งนี้

สุดท้ายนี้ขอขอบพระคุณสมาชิกในครอบครัว ที่ให้การสนับสนุน คอยห่วงใย และเป็น
กำลังใจที่สำคัญยิ่ง ขอขอบคุณเพื่อนร่วมงานทุกท่าน รวมทั้งเพื่อนร่วมหลักสูตร
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิตทุกคน ที่คอยให้ความช่วยเหลือ และความเอื้ออาทรมาโดยตลอด
จนทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงด้วยดี

กนกวรรณ โคตรสังข์

53920611: สาขาวิชา: การผดุงครรภ์ขั้นสูง; พย.ม. (การผดุงครรภ์ขั้นสูง)

คำสำคัญ: โปรแกรมการกระตุ้นการหลั่งน้ำนม/ ระยะเวลาการเริ่มไหลของน้ำนม/ ระยะเวลาการมาของน้ำนมเต็มเต้า/ การรับรู้ความสามารถในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

กนกวรรณ โคตรสังข์: ผลของโปรแกรมการกระตุ้นการหลั่งน้ำนมต่อระยะเวลาการเริ่มไหลของน้ำนม ระยะเวลาการมาของน้ำนมเต็มเต้า และการรับรู้ความสามารถในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในมารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง (THE EFFECTS OF LACTATIONAL PROGRAM ON MILK SECRETION TIME, ONSET OF LACTATION AND BREASTFEEDING SELF-EFFICACY IN MOTHERS AFTER CESAREAN SECTION.) คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์: ศิริวรรณ แสงอินทร์, Ph.D., อุษา เชื้อหอม, Ph.D. 98 หน้า. ปีพ.ศ. 2558.

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยที่เปรียบเทียบได้กับการวิจัยแบบทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการกระตุ้นการหลั่งน้ำนมต่อระยะเวลาการเริ่มไหลของน้ำนม ระยะเวลาการมาของน้ำนมเต็มเต้า และการรับรู้ความสามารถในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในมารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง กลุ่มตัวอย่างเป็นมารดาหลังคลอดที่ผ่าตัดทางหน้าท้อง ในหอผู้ป่วยสูติรีเวชกรรม โรงพยาบาลสิรินธร จำนวน 60 ราย โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างตามความสะดวก และทำการสุ่มเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จำนวนกลุ่มละ 30 ราย กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการกระตุ้นการหลั่งน้ำนมร่วมกับการพยาบาลตามปกติ ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างเดียว เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ โปรแกรมการกระตุ้นการหลั่งน้ำนม แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลทางสถิติศาสตร์ แบบบันทึกการเริ่มไหลของน้ำนมและ ระยะเวลาการมาของน้ำนมเต็มเต้า และแบบวัดการรับรู้ความสามารถในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและสถิติที่แบบอิสระ

ผลการวิจัยพบว่า มารดากลุ่มทดลองมีระยะเวลาการเริ่มไหลของน้ำนมและระยะเวลาการมาของน้ำนมเต็มเต้าเร็วกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -4.32, p < .01$ และ $t = -6.08, p < .01$ ตามลำดับ) และมีการรับรู้ความสามารถในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 2.62, p < .01$) ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่า โปรแกรมการกระตุ้นการหลั่งน้ำนมนี้สามารถนำไปใช้ส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในมารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง เพื่อให้ประสบความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ต่อไป

53920611: MAJOR: ADVANCED MIDWIFERY; M.N.S. (ADVANCED MIDWIFERY)

KEYWORDS: LACTATIONAL PROGRAM/ MILK SECRETION TIME/ ONSET OF
LACTATION/ BREASTFEEDING SELF-EFFICACY

KANOKWAN KHOTSANG: THE EFFECTS OF LACTATIONAL PROGRAM ON
MILK SECRETION TIME, ONSET OF LACTATION AND BREASTFEEDING SELF-
EFFICACY IN MOTHERS AFTER CESAREAN SECTION. ADVISORY COMMITTEE:
SIRIWAN SANGIN, Ph.D., USA CHUAHORM, Ph.D. 98 P. 2015.

This comparative experimental research aimed to determine the effects of lactational program on milk secretion time, onset of lactation, and breastfeeding self-efficacy among mothers after cesarean section. Sixty of mothers after cesarean section at obstetric and gynecological ward of Sirindhorn hospital who met the inclusion criteria were recruited in the study. Participants were randomly assigned to either the experimental group ($n = 30$) or the comparison group ($n = 30$). The experimental group received a lactational program plus routine nursing care while the control group received routine nursing care. Instruments used to collect data included the Demographic and Obstetric Record Form, the Record Forms of Milk Secretion Time and the Onset of Lactation, and the Breastfeeding Self-efficacy Scale-Short Form. Data were analyzed by using descriptive statistics and independent t-test.

The results showed that the experimental group had a period of milk secretion time and onset of lactation time significantly faster than the control group ($t = -4.32$, $p < .01$ and $t = -6.08$, $p < .01$, respectively). Mean score of breastfeeding self-efficacy in the experimental group were significantly higher than that of the control group ($t = 2.62$, $p < .01$). Findings of the study suggested that the lactational program can be applied to promote successful breastfeeding in mothers after cesarean section.

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
สารบัญ.....	ฉ
สารบัญตาราง.....	ซ
สารบัญภาพ.....	ฅ
บทที่	
1 บทนำ.....	1
ความสำคัญและความเป็นมาของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	5
สมมติฐานการวิจัย.....	6
กรอบแนวคิดการวิจัย.....	6
ขอบเขตการวิจัย.....	8
นิยามศัพท์เฉพาะ.....	8
2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	11
ความสำคัญของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่.....	11
แนวคิดเกี่ยวกับการสร้างและการหลั่งน้ำนม.....	13
การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในมารดาที่ผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง.....	18
บทบาทพยาบาลในการช่วยเหลือมารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดให้เลี้ยงลูกด้วย นมแม่.....	19
โปรแกรมการกระตุ้นการหลั่งน้ำนม.....	21
ผลของโปรแกรมการกระตุ้นการหลั่งน้ำนมต่อระยะเวลาการเริ่มไหลของน้ำนม ระยะเวลาการมาของน้ำนมเต็มเต้า และการรับรู้ความสามารถในการเลี้ยงลูกด้วย นมแม่.....	25
3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	29
รูปแบบการวิจัย.....	29
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	30
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	31

สารบัญ (ต่อ)

บทที่	หน้า
การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ.....	33
การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง.....	33
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	34
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	38
4 ผลการวิจัย.....	39
ผลการวิจัย.....	39
5 สรุปและอภิปรายผลการวิจัย.....	49
การอภิปรายผล.....	50
ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้.....	55
ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป.....	55
บรรณานุกรม.....	56
ภาคผนวก.....	61
ภาคผนวก ก.....	62
ภาคผนวก ข.....	64
ภาคผนวก ค.....	86
ภาคผนวก ง.....	88
ประวัติย่อของผู้วิจัย.....	98

สารบัญตาราง

ตารางที่	หน้า
1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม	40
2 ข้อมูลทางสถิติศาสตร์ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม	42
3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ระยะเวลาการเริ่มไหลของน้ำนมระหว่างกลุ่มทดลองและ กลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ Independent <i>t</i> -test	46
4 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ระยะเวลาการมาของน้ำนมเต็มเต้าระหว่างกลุ่มทดลองและ กลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ Independent <i>t</i> -test	47
5 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย คะแนนการรับรู้ความสามารถในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ระยะ ก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ Independent <i>t</i> -test	48

สารบัญภาพ

ภาพที่	หน้า
1 กรอบแนวคิดการวิจัย.....	8
2 ขั้นตอนการทดลอง	37

บทที่ 1

บทนำ

ความสำคัญและความเป็นมาของปัญหา

นมแม่คืออาหารที่ดีที่สุดสำหรับทารก เพราะน้ำนมแม่สะอาด มีอุณหภูมิเหมาะสม สามารถให้ลูกดูดได้ทันทีโดยไม่ต้องเสียเวลาเตรียม มีสารอาหารครบถ้วน และอัตราส่วนเหมาะสมต่อการเจริญเติบโตของทารก ย่อยง่าย ดูดซึมได้ดี และมีความสำคัญในการเจริญเติบโตและพัฒนาเร็วมาก เซลล์สมองมีการแตกแขนงและเชื่อมต่อกันอย่างรวดเร็ว ดังนั้นหากทารกกินนมแม่จะช่วยให้มีระดับสติปัญญาดีกว่าทารกที่กินนมผสม โดยช่วยเพิ่มไอคิวของทารก ทำให้ประสบความสำเร็จในการเรียนหนังสือมากขึ้น นอกจากนี้ยังมีประโยชน์ในกระบวนการป้องกันการติดเชื้อในระบบทางเดินอาหาร ช่วยย่อยสลายเชื้อแบคทีเรียและไวรัสในระบบทางเดินอาหาร ทำให้ลดอัตราเสี่ยงในการเกิดภาวะลำไส้อักเสบเฉียบพลันในทารกแรกเกิด (Necrotizing Enter Colitis [NEC]) ป้องกันการเกิดภาวะหูชั้นกลางอักเสบติดเชื้อ ป้องกันการเกิดโรคภูมิแพ้ และลดความเสี่ยงในการเกิดโรคเบาหวานชนิดที่ 2 รวมทั้งโรคอ้วนในเด็กได้ (Godfrey & Lawrence, 2010) นอกจากนี้การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ยังมีความมหัศจรรย์มากกว่าเป็นเพียงการให้อาหารทารก เพราะการให้นมบุตรเป็นการส่งเสริมสายสัมพันธ์แม่ลูกผ่านการสัมผัสในการอุ้มทารกระหว่างการให้นม ทำให้มีพัฒนาการทางจิตสังคมดี เพราะการโอบกอดและการสัมผัสจะกระตุ้นให้เกิดความรัก ความผูกพัน ความไว้วางใจ และส่งเสริมสัมพันธภาพในครอบครัว (Godfrey & Lawrence, 2010)

การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่นอกจากจะมีประโยชน์ต่อทารกดังที่กล่าวมาแล้ว ยังมีประโยชน์ต่อมารดาอีกด้วย โดยจะส่งเสริมให้มดลูกหดตัวและเข้าอู่เร็วขึ้น ร่างกายนำไขมันที่สะสมไปใช้ในการสร้างน้ำนม ป้องกันการเกิดมะเร็งเต้านม มะเร็งรังไข่ ลดภาวะเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ ภาวะไขมันในเลือดสูง โรคความดันโลหิตสูง (Godfrey & Lawrence, 2010; World Health Organization [WHO], 2007) และยังช่วยคุมกำเนิดได้อีกด้วย นอกจากนี้การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ยังช่วยประหยัดค่าใช้จ่ายในครอบครัวจากการซื้อนมผสมโดยเฉลี่ยประมาณ 2,000-3,000 บาทต่อเดือน รวมทั้งยังช่วยลดภาวะโลกร้อนเนื่องจากลดปริมาณขยะที่เกิดจากการใช้นมผสมและยังเป็นการพัฒนาคุณภาพของเด็กและเยาวชนในอนาคตอีกด้วย

องค์การอนามัยโลกและองค์การทุนเพื่อเด็กแห่งสหประชาชาติ (United Nations Children's Fund [UNICEF]) ได้แนะนำให้มารดาทุกคนเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวน้อย

6 เดือนหลังคลอด และควรเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ร่วมกับอาหารตามวัยเป็นระยะเวลา 2 ปี หรือมากกว่า และร่วมกันกำหนดกลยุทธ์ในการสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ตั้งแต่ปี ค.ศ. 1989 ซึ่งเป็นที่รู้จักกันทั่วโลกในนาม “โรงพยาบาลสายสัมพันธ์แม่-ลูก” (The Baby Friendly Hospital Initiative [BFHI]) เพื่อส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ โดยกำหนดให้โรงพยาบาลดำเนินการตามนโยบาย บันได 10 ขั้นสู่ความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ (Ten step to successful breastfeeding) (World Health Organization [WHO], 2009) ประเทศไทย โดยกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ก็ได้เข้าร่วมดำเนินการตามนโยบายโรงพยาบาลสายสัมพันธ์แม่-ลูกตั้งแต่ปี พ.ศ. 2534 จนถึงปัจจุบัน โดยตั้งเป้าหมายในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 9 (พ.ศ. 2545-2549) กำหนดให้มารดาไม่น้อยกว่าร้อยละ 30เลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวนาน 6 เดือน แต่จากการสำรวจของกรมอนามัยในปี พ.ศ. 2548 พบว่ามีอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือน เพียงร้อยละ 14.5 นอกจากนี้สำนักงานสถิติแห่งชาติร่วมกับกรมอนามัย ได้สำรวจพบว่ามารดาที่มีบุตรอายุต่ำกว่า 6 เดือน ให้นมแม่อย่างเดียวยังเพียง ร้อยละ 15.1 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2552) และล่าสุดสำนักงานสถิติแห่งชาติร่วมกับหน่วยงานต่าง ๆ ได้สำรวจสถานการณ์เด็กและสตรีในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2555 พบว่ามีการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวในทารกอายุต่ำกว่า 6 เดือน เพียงร้อยละ 12.3 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2556)

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยที่มีผลต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ พบว่าปัจจัยสำคัญประการหนึ่งคือ การคลอดบุตรโดยการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง ดังเห็นได้จากการศึกษาของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ในปี พ.ศ. 2554 ที่พบว่าวิธีการคลอดมีผลต่ออัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ โดยมารดาผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องมีอัตราเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือน ร้อยละ 39.6 ในขณะที่มารดาที่คลอดบุตรทางช่องคลอดมีอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ร้อยละ 45.8 (นิพรรณพร วรมงคล, อิศรีย์ เจตน์ประยูรศักดิ์ และสมพงษ์ สกกุลอิสริยาภรณ์, 2554) สอดคล้องกับการศึกษาอื่น ๆ ที่พบว่ามารดาที่ผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องเป็นกลุ่มที่มีปัญหาในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ (Chien & Tai, 2007; Pérez-Rios, Rimos-Valencia, & Ortiz, 2008) โดยมารดาในกลุ่มนี้จะเริ่มให้ทารกดูดนมช้ากว่ามารดาที่คลอดปกติ (Karlstrom, Engstrom-Olofss, Norbergh, Sjolting, & Hildingsson, 2007) ซึ่งการผ่าตัดคลอดเป็นอุปสรรคในการส่งเสริมสัมพันธ์ระหว่างมารดาและทารกในระยะ 1 ชั่วโมงแรกหลังคลอด (Rowe-Murray & Fisher, 2002) เพราะมารดาที่ผ่าตัดคลอดจะมีอาการง่วงซึมและไม่ตื่นตัว และไม่สุขสบาย อ่อนเพลีย จากการงดน้ำงดอาหารก่อนผ่าตัดอย่างน้อย 8 ชั่วโมง และภายหลังผ่าตัดอีกหลายชั่วโมง นอกจากนี้มารดาหลังผ่าตัดวันแรกยังถูกช่วยเหลือตัวเองได้จำกัด และมีอาการปวดแผลผ่าตัด ทำให้ไม่สามารถให้นมบุตรได้สะดวก

ซึ่งปัญหาดังกล่าวส่งผลให้น้ำนมไหลช้าตามมา (Evans, Evans, Royal, Esterman, & James, 2002; Hsien, Fu, Long, & Lin, 2011; Karlstrom et al., 2007)

ปัญหาน้ำนมไหลช้า มีผลทำให้มารดาเกิดภาวะเครียด และทำให้ทารกได้รับน้ำนมไม่เพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย ส่งผลต่ออารมณ์ พฤติกรรมการนอนหลับ การขับถ่าย น้ำหนักตัวของทารก และทำให้เกิดภาวะตัวเหลืองจากการได้รับน้ำนมแม่ไม่เพียงพอ นอกจากนี้ปัญหาน้ำนมไม่ไหลหรือน้ำนมไหลไม่เพียงพอยังเป็นปัญหาสำคัญที่ทำให้มารดาตัดสินใจเลิกเลี้ยงลูกด้วยนมแม่และหันมาให้นมผสม (Meedya, Fahy, & Kable, 2010; Noonan, 2011) มีการศึกษาปริมาณน้ำนมของมารดาในระยะ 1 สัปดาห์หลังคลอด พบว่ามารดาที่ผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องมีปริมาณน้ำนมน้อยกว่ามารดาที่คลอดบุตรทางช่องคลอด โดยมารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดบุตรทั้งแบบวางแผนล่วงหน้า (Elective cesarean section) และแบบฉุกเฉิน (Emergency cesarean section) ล้วนมีปัญหาในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่และมีอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวลดลง (Zanardo et al., 2010) และยังพบว่ามารดาที่ผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องจะมีน้ำนมมาเต็มเต้าช้ากว่ามารดาที่คลอดบุตรทางช่องคลอดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยมารดาที่ผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องมีระยะเวลาให้นมมาเต็มเต้าเฉลี่ย 44.2 ชั่วโมง และมารดาที่คลอดบุตรทางช่องคลอดมีระยะเวลาให้นมมาเต็มเต้าเฉลี่ย 34.2 ชั่วโมงตามลำดับ (รุ่งฤดี จิระทรัพย์, นวลจันทร์ ไพบูลย์บรรพต และสมพร พานิช, 2553) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาอื่น ๆ ที่พบว่าการผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการมาของน้ำนมเต็มเต้าช้า (Delayed onset of lactation) โดยใช้เวลามากกว่า 72 ชั่วโมงหลังคลอด (Dewy, Normsen-River, Heinig, & Cohen, 2003) นอกจากนี้ยังมีการศึกษาพบว่ามารดาที่ผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องมีน้ำนมมาเต็มเต้าช้า ถึงร้อยละ 12.1 ในขณะที่มารดาที่คลอดบุตรทางช่องคลอดมีน้ำนมมาเต็มเต้าช้าเพียงร้อยละ 3.4 (รุ่งฤดี จิระทรัพย์ และคณะ, 2553) การมีน้ำนมเต็มเต้าช้าจะส่งผลให้มารดาและครอบครัวเกิดความวิตกกังวล ทำให้ยุติการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดี่ยวและเริ่มให้นมผสมหรืออาหารเสริมอื่น ๆ (Hruschka, Sellen, Stein, & Martorell, 2003) ดังเห็นได้จากการศึกษามารดาหลังคลอดในระยะ 4 สัปดาห์แรก พบว่ามารดาร้อยละ 73 เลี้ยงลูกด้วยนมผสม สาเหตุหลักที่ทำให้มารดายุติการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดี่ยว คือ มารดาคิดว่ามีปริมาณน้ำนมไม่เพียงพอต่อความต้องการของทารก

ความวิตกกังวลเรื่องปริมาณน้ำนมไม่เพียงพอต่อความต้องการของทารกมีความสัมพันธ์กับระดับการรับรู้ความสามารถในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ (Perceived breastfeeding self-efficacy) ในช่วงที่อยู่ในโรงพยาบาล โดยมารดาที่มีการรับรู้ความสามารถในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในระดับต่ำ จะคิดว่าตนเองมีปริมาณน้ำนมไม่เพียงพอต่อทารกและเริ่มให้นมผสม (Otsuka, Dennis, Tatsuoka, & Jimba, 2008) ส่วนมารดาที่มีความมั่นใจและมีการรับรู้ความสามารถในการเลี้ยงลูก

ด้วยนมแม่ในระดับสูง ก็จะประสบความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้นาน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาอื่น ๆ ที่พบว่า การรับรู้ความสามารถในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เป็นปัจจัยสำคัญในการส่งเสริมให้มารดาประสบความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้ยาวนาน (Blyth et al., 2002; Meedya et al., 2010) นอกจากนี้วิธีการคลอดก็มีความสัมพันธ์กับระดับการรับรู้ความสามารถในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ด้วยเช่นกัน ดังที่ (Dennis, 2003) ได้ศึกษาพบว่ามารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องมีระดับการรับรู้ความสามารถในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ต่ำกว่ามารดาที่คลอดบุตรทางช่องคลอด ดังนั้นการส่งเสริมการรับรู้ความสามารถในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่จึงมีความสำคัญต่อความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดาที่ผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง

จากที่กล่าวมาข้างต้น จะเห็นได้ว่ากลุ่มมารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องประสบปัญหาเกี่ยวกับการสร้างและการหลั่งน้ำนม การมาของน้ำนมเต็มเต้าช้ากว่าปกติ ซึ่งเกี่ยวเนื่องกับการรับรู้ความสามารถในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ดังนั้นการหาแนวทางที่ช่วยให้มารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องมีน้ำนมไหลเร็วขึ้น และมีการรับรู้ความสามารถในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ระดับสูง จึงเป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยให้การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในมารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องประสบความสำเร็จ

จากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องพบว่า แนวทางในการกระตุ้นการหลั่งน้ำนม ได้แก่ การนวดและประคบเต้านมด้วยความร้อนชื้นโดยใช้ผ้าชุบน้ำอุ่น (ประมินทร์ อนุกุลประเสริฐ, 2550) การนวดประคบด้วยลูกสมุนไพร (ชุดิมาพร ไชยนภากุล และคณะ, 2554) และการสอนสาธิตวิธีอุ้มลูกคุณนมที่ถูกต้อง แนะนำให้มารดากระตุ้นทารกให้ดูดนมทุก 2-3 ชั่วโมง ดูแลให้อาหารเพิ่มน้ำนม ร่วมกับการนวดบริหารหัวนมและเต้านมด้วยตนเอง (ศศิธร ภักดีโชติ, รจนา โมนาราช และเปล่งฉวี สกนรัตน์, 2553) อย่างไรก็ตาม การศึกษาดังกล่าวกระทำในมารดาที่คลอดทางช่องคลอดเท่านั้น ส่วนการศึกษาในมารดาที่ผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง ฐานัญญา มโนสัมฤทธิ์ (2552) พบว่าการเตรียมความรู้และส่งเสริมสนับสนุนให้มารดามีความมั่นใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ช่วยเพิ่มระดับการรับรู้ความสามารถในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และมารดาสามารถเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวยาวนานขึ้น และยุพา เตมียธีรกุล (2550) พบว่าการให้ความรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่และการปฏิบัติตนระยะหลังผ่าตัดเพื่อให้นมบุตร การสวดและฝึกปฏิบัติการณ์นมบุตร ให้ความช่วยเหลือสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในระยะหลังคลอดช่วยให้มารดาประสบความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้เพิ่มขึ้น นอกจากนี้ โบว์ชมพูนุตรแสงดี, กรรณิการ์ กันชะรักษา และจันทรรัตน์ เจริญสันติ (2556) พบว่าการส่งเสริมให้มารดาได้เรียนรู้และฝึกประสบการณ์การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ด้วยตนเอง ใช้คำพูดชักจูงขณะอยู่ในโรงพยาบาล และประเมินความพร้อมทางร่างกายและอารมณ์ของมารดาในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ช่วยส่งเสริมการรับรู้

ความสามารถในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้ ดังนั้นแนวทางที่จะช่วยเหลือมารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องให้มึนน้ำนมไหลเร็วและมีการรับรู้ความสามารถในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ดีขึ้น ต้องประกอบด้วยกิจกรรมหลายอย่างร่วมกันโดยมีการช่วยเหลือให้ทารกดูดนมมารดาได้เร็วที่สุดตั้งแต่ระยะแรก และดูแลให้มารดาสามารถให้น้ำทารกอย่างถูกวิธี มารดาได้รับการนัดและประกอบเต้านมด้วยความร้อนชื้น ได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ที่เฉพาะสำหรับมารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตร ได้รับการดูแลความสุขสบาย บรรเทาปวด และดูแลให้ได้รับน้ำและอาหารอย่างเพียงพอ ซึ่งเป้าหมายของชุดกิจกรรมการช่วยเหลือมารดาในการให้นมบุตรหลังผ่าตัดคลอด ได้แก่ ส่งเสริมการไหลของน้ำนม ทำให้มารดามีความรู้และทักษะการให้นมแม่ที่ถูกต้อง มีความมั่นใจเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ รวมถึงสามารถแก้ไขปัญหาในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้ ซึ่งจะส่งผลให้ประสบความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้ยาวนาน

โรงพยาบาลสิรินธร สังกัดสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร มีสถิติการผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องค่อนข้างสูง จากการสำรวจสถิติในเวชระเบียนในปีพ.ศ. 2553-2554 พบว่ามีการคลอดบุตรเฉลี่ยประมาณ 250 - 280 รายต่อเดือน โดยเป็นการผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง คิดเป็นร้อยละ 30.56 และ 32.10 ตามลำดับ ซึ่งผู้วิจัยได้สำรวจปัญหาการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในปีพ.ศ. 2554 พบว่ามารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรในระยะ 1-2 วันแรก มีปัญหาน้ำนมไม่ไหล ร้อยละ 74.71 ซึ่งหน่วยหลังคลอดยังมีมีแนวปฏิบัติในการดูแลส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ที่เฉพาะเจาะจงในมารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง ซึ่งโดยทั่วไปในระยะแรกหลังผ่าตัดพยาบาลจะนำทารกไปดูแลเพื่อให้มารดาได้พักผ่อน ทำให้มารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรได้รับการกระตุ้นให้ลูกดูดนมช้า และให้นมบุตรไม่ต่อเนื่อง ทำให้พบว่ามีปัญหาน้ำนมไหลช้า มารดามีความวิตกกังวลเกี่ยวกับปริมาณน้ำนมน้อย ส่งผลต่อความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

จากการทบทวนงานวิจัยและเหตุผลความจำเป็นดังกล่าว ผู้วิจัยจึงสนใจจะศึกษาผลของโปรแกรมการกระตุ้นการหลั่งน้ำนมต่อระยะเวลาการเริ่มไหลของน้ำนม ระยะเวลามาของน้ำนมเต็มเต้า และการรับรู้ความสามารถในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ เพื่อสนับสนุนให้มารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องประสบความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เพิ่มมากขึ้น

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาประสิทธิภาพของโปรแกรมการกระตุ้นการหลั่งน้ำนมต่อระยะเวลาการเริ่มไหลของน้ำนม ระยะเวลามาของน้ำนมเต็มเต้า และการรับรู้ความสามารถในการเลี้ยงลูกด้วยนม

แม่ในมารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง โรงพยาบาลสิรินธร สังกัดสำนักงานการแพทย์ กรุงเทพมหานคร

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เปรียบเทียบระยะเวลาการเริ่มไหลของน้ำนมในมารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการกระตุ้นการหลั่งน้ำนมกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ
2. เปรียบเทียบระยะเวลาการมาของน้ำนมเต็มเต้าในมารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการกระตุ้นการหลั่งน้ำนมกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ
3. เปรียบเทียบการรับรู้ความสามารถในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในมารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการกระตุ้นการหลั่งน้ำนมกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

สมมติฐานการวิจัย

สมมติฐานการวิจัย

1. มารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องที่ได้รับโปรแกรมการกระตุ้นการหลั่งน้ำนมมีระยะเวลาการเริ่มไหลของน้ำนมเร็วกว่ามารดาที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ
2. มารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องที่ได้รับโปรแกรมการกระตุ้นการหลั่งน้ำนมมีระยะเวลาการมาของน้ำนมเต็มเต้าเร็วกว่ามารดาที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ
3. มารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องที่ได้รับโปรแกรมการกระตุ้นการหลั่งน้ำนมมีการรับรู้ความสามารถในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ดีกว่ามารดาที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

กรอบแนวคิดการวิจัย

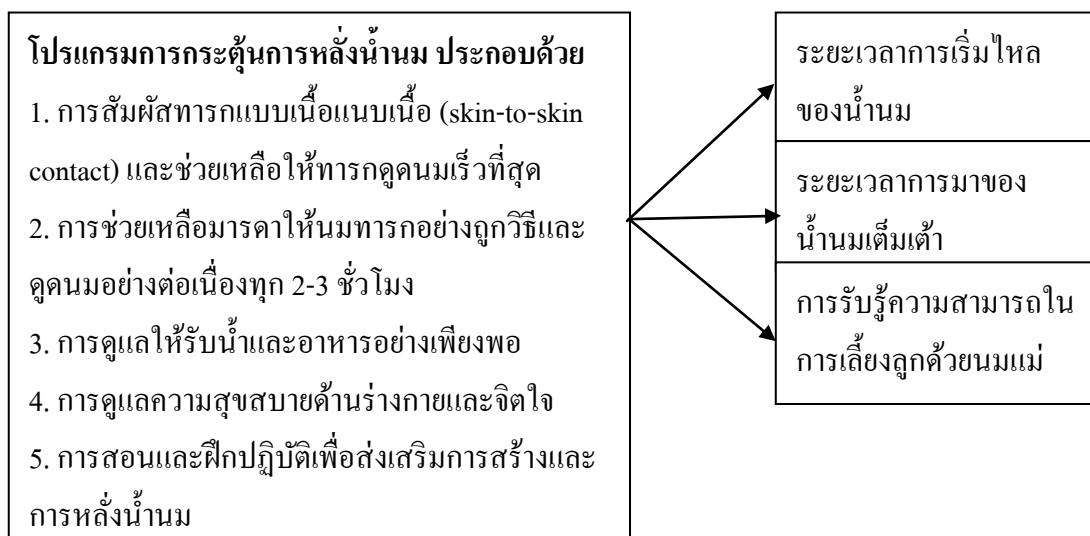
การวิจัยครั้งนี้ใช้กรอบแนวคิดของกลไกการสร้างและการหลั่งน้ำนม (physiology of lactation) รวมทั้งการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ซึ่งในระยะ Lactogenesis II หรือ 1-2 วัน หลังคลอด เป็นระยะที่น้ำนมมีปริมาณมากจนมารดาู้สึกได้ โดยฮอร์โมนโปรแลคตินกระตุ้นการสร้างน้ำนมและฮอร์โมนออกซิโทซินกระตุ้นการหลั่งน้ำนม ซึ่งปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการหลั่งฮอร์โมนโปรแลคติน คือ การดูดนมที่ถูกวิธีของทารก โดยภายหลังทารกดูดนม 30 นาที ระดับฮอร์โมนโปรแลคตินจะสูงขึ้นมาก และเริ่มลดลงสู่ระดับพื้นฐาน (Baseline) ประมาณ 3 ชั่วโมง ภายหลังจากดูดนม ดังนั้นหากต้องการกระตุ้นให้มีการสร้างและหลั่งฮอร์โมนโปรแลคตินใน

ระดับสูงเพื่อให้มีการสร้างน้ำนมอย่างเพียงพอ มารดาต้องให้ทารกดูนมอย่างถูกวิธี คุณบ่อย ๆ ทุก 2-3 ชั่วโมง ทั้งในเวลากลางวันและกลางคืน (ฉันทิกา จันทรเป็ย, 2554; Lawrence & Lawrence, 2011) นอกจากนี้ยังมีปัจจัยที่มีผลต่อการกระตุ้นการสร้างน้ำนม เช่น การได้รับน้ำและอาหารอย่างเพียงพอต่อการสร้างน้ำนม (ปิติมา ฉายโอกาส, นิตยา โรจนนิรันดรกิจ และชมพูนุช บุญประเสริฐ, 2550) การพักผ่อน ความสุขสบาย เป็นต้น ส่วนปัจจัยที่มีผลการสร้างและการหลั่งฮอร์โมน ออกซิโทซิน ซึ่งมีส่วนกระตุ้นการหลั่งน้ำนมขึ้น ขึ้นอยู่กับประสาทสัมผัสทั้งห้าของมารดา กล่าวคือ การได้ยินเสียงลูกร้อง มองเห็นหรือคิดถึงลูกจะทำให้มีการหลั่งฮอร์โมนออกซิโทซินมากขึ้น ในทางตรงข้าม หากมารดามีภาวะเครียด วิตกกังวล ไม่สุขสบาย ก็ส่งผลยับยั้งการหลั่งฮอร์โมนนี้ ทำให้น้ำนมไหลน้อยลง ดังนั้นการดูแลด้านจิตใจ การผ่อนคลายความตึงเครียด ลดความวิตกกังวล และการดูแลความสุขสบายของมารดาจะช่วยให้มีการหลั่งฮอร์โมนออกซิโทซินมากขึ้น

นอกจากนี้ยังมีวิธีช่วยกระตุ้นให้มีการหลั่งฮอร์โมนโปรแลคตินและออกซิโทซินมากขึ้น คือการนวดและประคบเต้านมด้วยความร้อนขึ้น ซึ่งช่วยกระตุ้นการไหลเวียนโลหิต ส่งเสริมให้น้ำนมไหลเร็วและมีปริมาณมากขึ้น (Riordan, 2010; Smith & Riordan, 210) และการนวดประคบเต้านมยังเป็นวิธีช่วยให้มารดาได้ผ่อนคลายความเครียด ซึ่งจากการศึกษาต่าง ๆ ที่มีการนวดและประคบเต้านมด้วยความร้อนร่วมกับการกระตุ้นให้ทารกดูนมอย่างมีประสิทธิภาพและถูกวิธีตามหลักการ 3 คุณ คือ คุณเร็ว คุณบ่อย และคุณถูกวิธี การจัดอาหารบำรุงน้ำนม การดูแลและให้กำลังใจในการให้นมบุตร มีผลทำให้มารดามีน้ำนมหลังเร็วขึ้น (ศศิธร ภัคดีโชติ และกระ, 2553) และทำให้น้ำนมมีปริมาณมากขึ้นและเพียงพอต่อความต้องการของทารก (ชุติมาพร ไตรนภากุล และคณะ, 2554; ประมินทร์ อนุกุลประเสริฐ, 2550)

ในมารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องมีอุปสรรคในการให้นมบุตรโดยเร็ว เนื่องจากปัจจัยด้านมารดา ส่งผลต่อการสร้างและการหลั่งน้ำนม ทำให้น้ำนมหลังช้าและน้ำนมมาเต็มเต้าช้ามากกว่า 72 ชั่วโมงหลังคลอด ทำให้ปริมาณน้ำนมไม่เพียงพอต่อความต้องการของทารก ดังนั้นหากมารดาได้รับการกระตุ้นการสร้างและการหลั่งน้ำนมที่เหมาะสม โดยการดูแลให้ทารกดูนมอย่างถูกวิธี การดูแลให้ได้รับน้ำและสารอาหารอย่างเพียงพอ การดูแลความสุขสบาย รวมถึงการนวดและประคบเต้านมเพื่อกระตุ้นการสร้างและการหลั่งฮอร์โมนโปรแลคตินและออกซิโทซิน จะช่วยให้มารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องมีการสร้างและการหลั่งน้ำนมเร็วขึ้น ทำให้ระยะเวลาการมาของน้ำนมเต็มเต้าเร็วขึ้น และส่งผลให้ทารกได้รับน้ำนมเพียงพอ มากกว่ามารดาที่ไม่ได้รับโปรแกรมการกระตุ้นการหลั่งน้ำนม นอกจากนี้การช่วยเหลือในการให้นมบุตรอย่างถูกวิธีและการให้คำแนะนำเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ที่เหมาะสมยังช่วยส่งเสริมให้มารดามีความรู้ และมีความมั่นใจในการให้นมบุตร สามารถแก้ไขปัญหาในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้ด้วย

ตนเอง ซึ่งจะส่งผลให้มารดาประสบความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้ จากแนวคิดดังกล่าว สามารถนำมาเขียนเป็นกรอบแนวคิดได้ดังแผนภาพที่ 1 ดังนี้



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยที่เปรียบเทียบได้กับการวิจัยเชิงทดลอง เพื่อศึกษาเปรียบเทียบผลของโปรแกรมการกระตุ้นการหลั่งน้ำนมต่อระยะเวลาการเริ่มไหลของน้ำนม ระยะเวลาการมาของน้ำนมเต็มเต้า และการรับรู้ความสามารถในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ กลุ่มตัวอย่างเป็นมารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง ที่นอนพัก ณ หอผู้ป่วยสูติรีเวชกรรม โรงพยาบาลสิรินธร สังกัดสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร จำนวน 60 ราย โดยศึกษาในระหว่างเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2556 ถึงเดือนเมษายน พ.ศ. 2557

ตัวแปรที่ใช้ในการศึกษา

ตัวแปรต้น คือ โปรแกรมการกระตุ้นการหลั่งของน้ำนม

ตัวแปรตาม คือ ระยะเวลาการเริ่มไหลของน้ำนม ระยะเวลาการมาของน้ำนมเต็มเต้า และการรับรู้ความสามารถในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

นิยามศัพท์เฉพาะ

1. มารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง หมายถึง มารดาหลังคลอดที่ได้รับการผ่าตัดเพื่อทำคลอดทารกผ่านรอยผ่าที่หน้าท้องและผนังมดลูก เนื่องจากมีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ที่

ไม่สามารถคลอดทางช่องคลอดได้ หรืออาจเป็นอันตรายต่อมารดาและทารก

2. โปรแกรมการกระตุ้นการหลั่งน้ำนม หมายถึง การพยาบาลอย่างมีแบบแผน เพื่อกระตุ้นการสร้างและการหลั่งน้ำนมในมารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับแนวคิดการสร้างและการหลั่งน้ำนม ประกอบด้วยกิจกรรมต่าง ๆ ดังนี้

2.1 การสัมผัสทารกแบบเนื้อแนบเนื้อ และช่วยให้ทารกดูดนมเร็วที่สุด

2.2 การช่วยเหลือมารดาให้นมทารกอย่างถูกวิธี

2.3 การสอนและฝึกปฏิบัติเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในมารดาที่ผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง มีเนื้อหาประกอบด้วย

2.3.1 ประโยชน์ของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

2.3.2 การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในมารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง

2.3.3 การให้ลูกดูดนมอย่างถูกวิธีและทำอุ้มให้นมที่เหมาะสมกับมารดาที่ผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง

2.3.4 การปฏิบัติเพื่อช่วยส่งเสริมการสร้างและการหลั่งน้ำนม

2.4 การดูแลความสุขสบายด้านร่างกายและจิตใจ

2.5 การดูแลให้รับน้ำและอาหารเพียงพอ

3. ระยะเวลาการเริ่มไหลของน้ำนม คือ ระยะเวลาที่น้ำนมเริ่มไหล โดยนับเป็นชั่วโมงจากเวลาคลอดถึงเวลาที่น้ำนมเริ่มไหล ซึ่งประเมินได้จากการบีบบริเวณลานนมแล้วพบว่ามือน้ำนมซึมที่หัวนม

4. ระยะเวลาที่น้ำนมมาเต็มเต้า (Lactation time) คือ จำนวนชั่วโมงนับจากเวลาคลอดถึงเวลาที่มารดารับรู้ว่ามีอาการน้ำนมเต็มเต้าครั้งแรก โดยมีอาการแสดงต่าง ๆ อย่างใดอย่างหนึ่ง ได้แก่ รู้สึกเต้านมขยายคัดตึงมากขึ้น มีน้ำนมไหลจากเต้านมด้านตรงข้ามขณะที่ทารกดูดนม มีน้ำนมไหลทันจากปากทารก หรือได้ยินเสียงกลืนน้ำนมของทารก ซึ่งประเมินได้จากแบบบันทึกระยะเวลาการมาของน้ำนมเต็มเต้า

5. การรับรู้ความสามารถในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ คือ การตระหนักรู้ของมารดาเกี่ยวกับความมั่นใจของตนเองในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ซึ่งประเมินได้จากแบบวัดการรับรู้ความสามารถในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

6. การพยาบาลตามปกติ หมายถึง รูปแบบการดูแลและสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในมารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องของโรงพยาบาลสิรินธร ได้แก่ ในมารดาที่ผ่าตัดคลอดบุตรเวรเช้า พยาบาลห้องคลอดจะนำทารกเข้าไปดูดนมมารดาในห้องพักฟื้นภายในระยะ 1 ชั่วโมง

หลังผ่าตัด หลังจากนั้นประมาณ 2-4 ชั่วโมงผ่าตัด พยาบาลห้องคลอดจะนำทารกมาส่งที่หอผู้ป่วย
สูตินรีเวชกรรม พยาบาลประจำการจะนำทารกไปให้มารดาเพื่อดูแลให้มารดาและทารกได้อยู่
ด้วยกันตลอด 24 ชั่วโมง แต่ถ้ามารดาขังตัวไม่เต็มที่หรืออ่อนเพลีย พยาบาลก็จะนำทารกมาดูแล
และให้นมด้วยวิธีป้อนจากถ้วย จนกระทั่งมารดาสามารถดูแลทารกได้ จึงนำทารกมาให้มารดาและ
กระตุ้นให้ทารกดูดนม มารดาจะเริ่มดื่มน้ำในเวลาประมาณ 4-6 ชั่วโมงหลังผ่าตัด และเริ่มอาหาร
เหลวในเวลา 6-8 ชั่วโมงหลังผ่าตัด หลังจากนั้นจะเริ่มอาหารอ่อนย่อยง่ายในมือถัดไปตาม
แผนการรักษาของแพทย์ ต่อมาในวันที่ 2 หลังผ่าตัดคลอด จะให้มารดาเข้ากลุ่มเพื่อรับฟังคำแนะนำ
เกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ร่วมกับมารดาที่คลอดทางช่องคลอดรายอื่น ๆ โดยประกอบด้วย
เนื้อหาเกี่ยวกับหลักในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และการอุ้มลูกคุณนมอย่างถูกวิธี หากมารดามีปัญหา
น้ำนมไม่ไหลและทารกร้องกวนมาก พยาบาลจะช่วยเหลือ โดยการหยดนมผสมที่บริเวณลานนม
ขณะทารกดูดนม และถ้ามารดายังมีปัญหาน้ำนมไม่ไหล แพทย์จะพิจารณาให้ยา Motilium รวมทั้งมี
การประเมินการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่โดยใช้แลช สกอร์ (LATCH score) วันละ 1 ครั้ง และจำหน่าย
กลับบ้านในวันที่ 3 หลังผ่าตัด

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาผลของโปรแกรมการกระตุ้นการหลั่งน้ำนมต่อระยะเวลาการเริ่มไหลของน้ำนม ระยะเวลาการมาของน้ำนมเต็มเต้าและการรับรู้ความสามารถในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ในมารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง ผู้วิจัยได้ทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยกำหนดหัวข้อดังต่อไปนี้

1. ความสำคัญของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่
2. แนวคิดเกี่ยวกับการสร้างและการหลั่งน้ำนม
 - 2.1 ทฤษฎีการสร้างและการหลั่งน้ำนม
 - 2.2 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการสร้างและการหลั่งน้ำนม
3. การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในมารดาที่ผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง
4. บทบาทของพยาบาลในการช่วยเหลือมารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องให้เลี้ยงลูกด้วยนมแม่
5. โปรแกรมการกระตุ้นการหลั่งน้ำนม
6. ผลของโปรแกรมการกระตุ้นการหลั่งน้ำนมต่อระยะเวลาการเริ่มไหลของน้ำนม ระยะเวลาการมาของน้ำนมเต็มเต้า และการรับรู้ความสามารถในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่
 - 6.1 ระยะเวลาการเริ่มไหลของน้ำนม
 - 6.2 การมาของน้ำนมเต็มเต้า
 - 6.3 การรับรู้ความสามารถในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

ความสำคัญของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่มีความสำคัญและมีประโยชน์ทั้งต่อมารดาและทารก ซึ่งประโยชน์และความสำคัญต่อทารก ได้แก่ นมแม่มีสารอาหารที่จำเป็นต่อการเจริญเติบโตของร่างกายและสมองครบถ้วน ช่วยส่งเสริมให้พัฒนาการเจริญเติบโตสมวัยและเขาว์ปัญญาดี มีสัดส่วนของสารอาหารที่เหมาะสมกับทารก ทั้งนี้ สารช่วยย่อย สารป้องกันการติดเชื้อ ไขมัน โปรตีน คาร์โบไฮเดรต ซึ่งเป็นแหล่งของพลังงาน และมีสารอาหารที่มีความสำคัญต่อการเจริญเติบโตของสมองและจอประสาทตา นอกจากนี้ยังมีภูมิคุ้มกันโรค ป้องกันการเกิดโรกระบบทางเดินหายใจส่วนล่าง ซึ่งพบว่าทารกที่กินนมผสมต้องนอนโรงพยาบาลด้วยการติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนล่าง

เช่น โรคปอดอักเสบ มากเป็น 3.6 เท่าของทารกที่กินนมแม่ (Bachrach, Schwarz, & Bachrach, 2003) นมแม่ช่วยลดการเกิดภาวะตัวเหลืองได้ เพราะมีส่วนช่วยในการเจริญเติบโตของแลคโตบาซิลลัสบีฟิเดสในทางเดินอาหาร ช่วยให้ทารกขับจี้เทาออกมา ทำให้ขับสารเหลืองหรือบิลิรูบิน (Bilirubin) ออกมา ช่วยลดการเกิดภาวะตัวเหลืองได้ นอกจากนี้นมแม่ยังลดการเกิดโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และโรคอ้วนเมื่อเติบโตเป็นผู้ใหญ่ ลดโอกาสการเกิดโรคภูมิแพ้ได้ ในขณะที่ทารกที่ได้รับนมผสมมีโอกาสเกิดโรคภูมิแพ้ได้มากกว่าเพราะมีสารก่อภูมิแพ้เบต้าแลคโตโกลบูลิน (β -lactoglobulin) และเมื่อทารกได้รับนมผสมติดต่อกันในระยะหนึ่งอาจพบการแพ้โปรตีนในนมวัวได้เช่นกัน (Bachrach et al., 2003) การให้นมแม่ช่วยเสริมสร้างความรักและความผูกพันระหว่างมารดาและทารก และช่วยให้มีการสร้างและหลั่งฮอร์โมนโปรแลคตินและออกซิโทซิน ซึ่งเป็นฮอร์โมนแห่งความสงบ จะทำให้ทารกสงบและรู้สึกผ่อนคลาย ส่วนประโยชน์ต่อมารดา ได้แก่ ช่วยป้องกันการตกเลือดหลังคลอดและทำให้มดลูกกลับคืนสู่สภาพเดิมเร็วขึ้นจากฮอร์โมนออกซิโทซิน การให้นมสม่ำเสมอช่วยคุมกำเนิด ลดโอกาสการเป็นมะเร็งรังไข่และมะเร็งเต้านม ป้องกันการเกิดมะเร็งเต้านม ลดภาวะเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ ภาวะไขมันในเลือดสูง โรคความดันโลหิตสูง (Godfrey & Lawrence, 2010; WHO, 2007; Zanardo et al., 2010) จากประโยชน์ดังกล่าวข้างต้น จะเห็นได้ว่าการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่จึงมีความสำคัญทั้งต่อมารดาและทารก

การส่งเสริมให้มารดาประสบความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่นั้น ต้องคำนึงถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องหลายประการ อาทิเช่น ความเชื่อและทัศนคติต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ปัญหาด้านสุขภาพและอุปสรรคการให้นมบุตรของมารดา รวมถึงปัญหาด้านสุขภาพของทารก โดยปัจจัยด้านความเชื่อและทัศนคติต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ พบว่าทัศนคติที่ดีต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ความเชื่อและความรู้ในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ความตั้งใจและการรับรู้ความสามารถของตนเองในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ มีผลต่อการประสบความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ เนื่องจากมารดาที่มีทัศนคติที่ดีต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ มีความรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ที่ถูกต้อง มีความตั้งใจและมีการรับรู้ว่าคุณสามารถเลี้ยงลูกด้วยนมตนเองได้ ก็จะพยายามเลี้ยงลูกด้วยนมแม่จนประสบความสำเร็จได้ยาวนาน (Meedya et al., 2010) นอกจากนี้ครอบครัวก็มีส่วนสำคัญในการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ให้ประสบความสำเร็จได้ โดยครอบครัวที่มีทัศนคติที่ดี มีความรู้และมีส่วนร่วมในการส่งเสริมในกิจกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ จะช่วยสนับสนุนส่งเสริมให้มารดาสามารถเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้ยาวนาน ซึ่งในปัจจุบันพบว่าการส่งเสริมให้สามีและบุคคลใกล้ชิดในครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่มากขึ้น ส่วนปัญหาด้านสุขภาพของมารดาก็มีผลทำให้ไม่สามารถเลี้ยงลูกด้วยนมไม่ได้ เช่น มารดาที่มีภาวะเจ็บป่วย ต้องได้รับยาที่ไม่สามารถให้นมบุตรได้ หรือมารดาที่เป็นโรคติดเชื้อเอดส์ เป็นต้น ส่วนการผ่าตัดคลอด

บุตรก็เป็นปัจจัยที่ขัดขวางการเริ่มต้นการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ เนื่องจากหลังผ่าตัดคลอดจะมีอาการอ่อนเพลีย ง่วงซึม ภายหลังจากผ่าตัด ต้องเผชิญกับอาการปวดแผล และให้นมบุตรไม่ถนัด ทำให้การเริ่มต้นให้ทารกดุนมช้ากว่าปกติ เช่นเดียวกับมารดาที่ต้องทำงานนอกบ้านก็เป็นอุปสรรคที่ทำให้มารดาต้องหยุดให้นมบุตร เพราะต้องกลับไปทำงาน ทำให้ไม่สามารถเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้

ด้านทารกแรกเกิดก็มีส่วนสำคัญต่อการประสบความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ซึ่งทารกที่มีปัญหาสุขภาพ เช่น ทารกคลอดก่อนกำหนด ทารกน้ำหนักตัวน้อย มักจะมีปัญหาด้านการดูดกลืน ไม่มีประสิทธิภาพ ทารกที่มีภาวะผิดปกติแต่กำเนิด เช่น ภาวะลิ้นติด ภาวะปากแหว่งเพดานโหว่ ทำให้ต้องได้รับการดูแล แก้ไขหรือการฝึกมากเป็นพิเศษ นอกจากนี้ทารกที่มีภาวะเจ็บป่วยต้องได้รับการรักษาเป็นพิเศษ เช่น ทารกที่มีปัญหาภาวะลำไส้เน่าและอักเสบ ต้องงดน้ำงดอาหาร ทำให้ไม่สามารถดุนนมแม่ตั้งแต่แรกเกิดได้ ปัจจัยเหล่านี้มีผลทำให้การเริ่มต้นดุนนมแม่ล่าช้า ส่งผลต่อการประสบความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

ดังนั้นบุคลากรทางการแพทย์จึงมีบทบาทสำคัญในการสนับสนุน ส่งเสริมและช่วยเหลือให้มารดาประสบความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่วานาน ซึ่งบุคลากรทางการแพทย์ควรจะมีทัศนคติที่ดีต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และมีความรู้ทักษะที่ถูกต้องเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ เพื่อส่งเสริมให้มารดาและครอบครัวมีทัศนคติที่ดีต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เช่นกัน รวมถึงให้ความช่วยเหลือและแก้ไขปัญหาเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ส่งผลให้มารดาสามารถให้นมบุตรได้อย่างมีประสิทธิภาพ

แนวคิดเกี่ยวกับการสร้างและการหลั่งน้ำนม

ทฤษฎีการสร้างและการหลั่งน้ำนม (Physiology of lactation)

1. กระบวนการสร้างน้ำนม (Lactogenesis) แบ่งเป็น 2 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 (Stage of lactogenesis I) เริ่มในครึ่งหลังของการตั้งครรภ์ โดยการสร้างเซลล์น้ำนม (Lactocytes) ภายใต้การควบคุมของระบบต่อมไร้ท่อ (Endocrine/ Hormonal control) เริ่มมีการเปลี่ยนแปลงและผลิต Colostrums ออกมาช่วงท้ายของการตั้งครรภ์ และภายหลังคลอดวันแรก แต่เนื่องจากมีระดับของฮอร์โมน Progesterone ค่อนข้างสูงทำให้ยับยั้งการหลั่งของน้ำนม แต่ก็จะผลิตน้ำนมเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ จนถึงภายหลังการคลอดครบ ระดับฮอร์โมน Progesterone และ Estrogen ลดลงอย่างทันทีทันใด ทำให้ระดับฮอร์โมน Prolactin เพิ่มขึ้นเช่นกัน ซึ่งเป็นช่วงเริ่มต้นของระยะที่ 2 (Stage of lactogenesis II) ซึ่งระยะที่ 1 และ 2 นี้ กระบวนการผลิตน้ำนมเกิดจากการทำงานของฮอร์โมนทั้ง Prolactin และ Oxytocin แม้จะไม่ได้รับการกระตุ้นจากการดูดของทารก ร่างกายก็จะผลิตน้ำนมโดยธรรมชาติ (Lawrence & Lawrence, 2011; Riordan, 2010; Smith & Riordan, 2010)

ระยะที่ 2 (Stage of lactogenesis II) เริ่มในช่วง 30-40 ชั่วโมงหลังคลอด ปริมาณน้ำนมจะมีมากขึ้น จนกระทั่ง 50-73 ชั่วโมง หรือ 2-3 วัน แม่จะเกิดความรู้สึกว่ามีน้ำนมเต็มเต้า (Riordan, 2010; Smith & Riordan, 2010) ซึ่งการประยุกต์การประเมินระยะเวลาที่เกิด Lactogenesis II โดยใช้การรับรู้ของมารดาหลังคลอดเพื่อบอกถึงภาวะที่น้ำนมมาเต็มเต้า (Onset of Lactation: OL) จากอาการแสดงต่าง ๆ ได้แก่ รู้สึกเต้านมขยายคัดตึงและเจ็บแปลบภายในเต้านม มีน้ำนมไหลออกจากเต้านมตรงข้ามขณะที่ทารกดูดนม มีน้ำนมไหลทันจากปากลูกหรือได้ยินเสียงกลืนน้ำนมของทารก ซึ่งเป็นวิธีนี้ง่ายและสะดวกต่อการนำมาใช้ทางคลินิก (Chapman & Pérez-Escamillia, 2000)

ระยะที่ 3 (Stage of lactogenesis III) ระยะนี้มีความสำคัญมากเนื่องจากการสร้างน้ำนมไม่ได้ถูกควบคุมโดยฮอร์โมนล้วน ๆ แต่จะผลิตต่อต่อเนื่องเมื่อมีการนำน้ำนมออกจากร่างกายอย่างสม่ำเสมอซึ่งเรียกว่า Milk removal ซึ่งเป็นกลไกการควบคุมน้ำนมจากการดูดของทารก การบีบด้วยมือหรือการปั๊มด้วยเครื่อง เมื่อทารกสามารถนำน้ำนมออกจากร่างกายได้มากเท่าใด ร่างกายก็จะผลิตน้ำนมมากขึ้นเท่านั้น

2. กลไกการสร้างและหลั่งน้ำนม (Physiology of lactation)

เมื่อรกคลอด จะพบว่าฮอร์โมนเอสโตรเจนและโปรเจสเตอโรนลดต่ำลงอย่างรวดเร็ว ขณะเดียวกันฮอร์โมนโพรแลคตินและออกซิโตซินก็เพิ่มสูงขึ้นทันที ทำให้เกิดการกระตุ้น Alveoli ให้เริ่มสร้างและหลั่งน้ำนม (Lawrence & Lawrence, 2011) โดยมีกลไกดังนี้

2.1 ต่อมใต้สมองส่วนหน้า (Anterior pituitary gland) หลั่งฮอร์โมนโพรแลคตินไปกระตุ้นให้เซลล์สร้างน้ำนม (Alveolar cell) ให้สร้างน้ำนม ในระยะ Lactogenesis II การสร้างน้ำนมขึ้นอยู่กับฮอร์โมนโพรแลคติน ซึ่งเมื่อทารกดูดนมจะกระตุ้นให้ระดับของโพรแลคตินเพิ่มสูงขึ้น และมีการสร้างน้ำนมอย่างต่อเนื่อง ระดับของโพรแลคตินจะสูงมากประมาณ 30 นาที่ ภายหลังกูดนมส่งผลให้เกิดการสร้างน้ำนมในมือถัดไป และค่อย ๆ ลดระดับลงสู่ระดับพื้นฐาน ประมาณ 3 ชั่วโมงหลังลูกดูดนม ดังนั้นเพื่อให้มีการสร้างน้ำนมปริมาณเพียงพอ จะต้องให้ลูกดูดนมทุก ๆ 2-3 ชั่วโมง เพื่อให้ระดับฮอร์โมนโพรแลคตินสูงคงที่ ทำให้กระตุ้นการสร้างน้ำนมอย่างต่อเนื่อง

นอกจากนี้ในระยะ Lactogenesis III การสร้างน้ำนมจะถูกควบคุมจากปริมาณน้ำนมที่ลูกดูดออกจากเต้านม หากลูกดูดนมออกมาก ก็เกิดการสร้างปริมาณมาก แต่หากลูกดูดนมออกน้อย ก็เกิดการสร้างน้อย หรือเป็นการควบคุมภายในเต้านมเอง โดยในน้ำนมมีสารโปรตีนที่ยับยั้งการสร้างน้ำนม เรียกว่า Feedback Inhibitor of Lactation: FIL สารนี้จะยับยั้งการสร้างน้ำนมจาก Alveoli เมื่อมีน้ำนมอยู่เต็มเต้านม หรือมีเต้านมคัด เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดอันตรายกับเต้านม เมื่อมีการระบายน้ำนมโดยการบีบหรือให้ทารกดูดนม สารนี้จะถูกระบายออกทำให้สามารถสร้างน้ำนมต่อไปได้

2.2 ต่อมใต้สมองส่วนหลัง (Posterior pituitary gland) จะหลั่งฮอร์โมนออกซิโตซิน กระตุ้นเซลล์กล้ามเนื้อ บริเวณรอบ ๆ ต่อมน้ำนม (Myoepithelial cell) หดตัวและบีบน้ำนมจาก ทุก ๆ Alveoli ไหลผ่านท่อน้ำนมออกมาจนเข้าสู่ปากทารกขณะดูดนม การหลั่งของฮอร์โมน ออกซิโตซินขึ้นกับประสาทสัมผัสทั้ง 5 ของมารดา เช่น การได้ยินเสียงร้องของลูก มองเห็นลูก หรือคิดถึงลูก จะกระตุ้นให้มีการหลั่งออกซิโตซิน ทำให้มีน้ำนมไหลออกมาโดยที่ลูกไม่ได้ดูดนม ซึ่งเรียกว่า Milk ejection reflex แต่หากมารดามีความเครียดเจ็บปวดหรือมีความวิตกกังวลก็จะเกิด การยับยั้งการหลั่งออกซิโตซิน ทำให้น้ำนมไม่ไหล นอกจากนี้ฮอร์โมนยังมีผลช่วยให้มดลูกหด รัศตัว ช่วยไล่ลดความเสี่ยงในการเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอดและทำให้มดลูกเข้าอู่เร็วขึ้น

3. ระยะของน้ำนม

หัวน้ำนม (Colostrums) คือ น้ำนมแม่ในระยะ 1-3 วันแรก มีลักษณะข้น สีเหลืองเข้ม อุดมด้วยโปรตีน อิมมูโนโกลบูลิน (Immunoglobulin) สารปกป้องทารกจากการติดเชื้อ วิตามินที่ ละลายในน้ำและแร่ธาตุต่างๆ เช่น แลคโตเฟอริน (Lactoferrin) ไลโซไซม์ (Lysozyme) โอลิโกแซคคาไรด์ (Oligosaccharide) โซเดียม (Sodium) โพแทสเซียม (Potassium) (Lawrence & Lawrence, 2011; จันทิกา จันทรเป็ย, 2554) ในวันแรกหัวน้ำนมมีปริมาณน้อย 2-20 มิลลิลิตรต่อมื้อ แล้วค่อย ๆ เพิ่มขึ้นเป็น 84 มิลลิลิตรต่อวัน หรือ 14 มิลลิลิตรต่อมื้อ ในวันที่ 2 แล้วค่อย ๆ เพิ่มปริมาณเป็น 200-400 มิลลิลิตรต่อวัน ในวันที่ 3-4 ซึ่งหัวน้ำนมให้พลังงาน 58-67 กิโลแคลอรี/ เดซิลิตร (ศิริภรณ์ สวัสดิ์วร, กุสุมา ชูศิลป์ และกรรณิการ์ บางสายน้อย, 2550) หากมารดาให้ลูกดูดนมบ่อยจะทำให้ เปลี่ยนเป็นน้ำนมปกติได้เร็วขึ้นและน้ำนมมีปริมาณมากขึ้น นอกจากนี้หัวน้ำนมยังประกอบด้วย เบต้าแคโรทีน (β -carotene) สังกะสีจากสีเหลืองขุ่นของน้ำนม ซึ่งหัวน้ำนมมีส่วนช่วยในการ เจริญเติบโตของแลคโตบาซิลลัส บิฟิดัส (Lactobacillus bifidus) ในทางเดินอาหาร ช่วยให้ลูก ขับขี้เทาออกมา ช่วยลดการเกิดภาวะตัวเหลืองได้

นมในระยะเปลี่ยนผ่าน (Transitional milk) อยู่ในช่วง 4-10 วันหลังคลอด ส่วนประกอบ อยู่ระหว่างหัวน้ำนมกับน้ำนมปกติ องค์ประกอบของน้ำนมจะค่อยๆเปลี่ยนไป ความเข้มข้นของ อิมมูโนโกลบูลิน โปรตีน และวิตามินที่ละลายในน้ำจะค่อย ๆ ลดลง แลคโตส พลังงานและ วิตามินที่ละลายในไขมันจะค่อย ๆ เพิ่มขึ้น

นมปกติ (Mature milk) หรือน้ำนมแท้ ประกอบด้วยสารอาหารที่มีในหัวน้ำนมรวมกับ ไขมันและแลคโตส สารอาหารโมเลกุลใหญ่จะค่อย ๆ เพิ่มขึ้น ให้พลังงาน 70-75 กิโลแคลอรี/ เดซิลิตร (ศิริภรณ์ สวัสดิ์วร และคณะ, 2550)

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการสร้างและการหลั่งน้ำนม

1. ปัจจัยที่มีผลต่อการสร้างและการหลั่งน้ำนมของมารดา คือ ฮอร์โมน โพรแลคตินและ ออกซิโทซิน และปัจจัยที่มีผลกระทบต่อการสร้างและหลั่งฮอร์โมนทั้งสองมีดังต่อไปนี้

1.1 ระยะเวลาที่เริ่มให้ลูกดูดนมครั้งแรก การเริ่มให้ลูกดูดนมตั้งแต่ระยะ $\frac{1}{2}$ ถึง 1 ชั่วโมงแรก เป็นระยะที่ช่วยเพิ่มและกระตุ้นการหลั่งฮอร์โมน โพรแลคติน ทำให้เพิ่มและกระตุ้นการสร้างและหลั่งน้ำนม ทำให้นมแม่มาเร็วขึ้น ดังนั้นหากมารดาหรือทารกไม่ได้รับการกระตุ้นให้ดูดนมเร็ว เช่น มารดาผ่าตัดคลอดบุตร หรือทารกป่วยต้องได้รับการรักษา ทำให้ต้องแยกจากมารดาก็มีผลให้มารดาน้ำนมไหลช้า

1.2 ระยะห่างของการดูดนม ฮอร์โมนโพรแลคตินจะลดลงสู่ระดับพื้นฐาน 3 ชั่วโมงหลังทารกดูดนม ดังนั้นหากโพรแลคตินจะอยู่ในระดับสูงอย่างสม่ำเสมอ เพื่อให้มีการสร้างน้ำนมต่อเนื่อง จะต้องกระตุ้นให้ทารกดูดนมอย่างสม่ำเสมอทุก ๆ 2-3 ชั่วโมง แต่หากทารกหลับนานไม่ได้ดูดกระตุ้น จะทำให้การสร้างน้ำนมไม่ดี น้ำนมไหลช้าและไม่เพียงพอกับความต้องการของทารก

1.3 ลักษณะการอมหัวนมและดูดนมของทารก การที่ทารกอมหัวนมได้ถูกวิธี และดูดอย่างมีประสิทธิภาพ โดยอมจนมิดลานนม หัวนมและลานนมถูกดึงเข้าไปในปาก มองเห็นลานนมเหนือริมฝีปากบนมากกว่าริมฝีปากล่าง ปากทารกอ้ากว้างแนบสนิทกับเต้านมแม่ ริมฝีปากล่างบานออกคล้ายปากปลา ลิ้นยื่นออกมาเหนือเหงือกล่างเพื่อช่วยรีดน้ำนม คางแนบชิดกับเต้านมแม่ จมูกและแก้มสัมผัสกับเต้านมแม่ ทารกดูดนมเป็นจังหวะ และได้ยินเสียงกลืนนม แต่หากทารกดูดนมไม่ลึกหรือดูดเฉพาะหัวนม ก็มีผลทำให้หัวนมแม่แตก เจ็บ ไม่ได้รับการกระตุ้นการสร้างและหลั่งน้ำนม ทำให้น้ำนมไม่ไหล นอกจากนี้ในมารดาที่น้ำนมไหลดี หากทารกดูดไม่ลึก น้ำนมไม่สามารถระบายออกหมด น้ำนมค้างก็ทำให้เต้านมคัดตึง และส่งผลให้การสร้างน้ำนมลดลง

จะเห็นได้ว่าการดูดนมของทารกมีส่วนสำคัญในการกระตุ้นการสร้างและการหลั่งน้ำนม ซึ่งหากมารดาเริ่มให้นมบุตรภายใน 1-2 ชั่วโมงหลังคลอดและให้นมบุตรอย่างสม่ำเสมอทุก 2-3 ชั่วโมง หรือประมาณ 8 มื้อต่อวัน จะส่งผลให้มารดาสามารถระบายน้ำนมได้ดี มารดาไม่มีอาการเต้านมคัดตึง และทำให้ทารกได้รับน้ำนมเพียงพอและป้องกันการเกิดภาวะตัวเหลืองได้

1.4 Oxytocin reflex เกิดจากมารดามีภาวะเครียด วิตกกังวล เหนื่อยล้า พักผ่อนไม่เพียงพอ ทำให้ Hypothalamus หลั่งสาร Dopamine ยับยั้งการหลั่งฮอร์โมนออกซิโทซิน ทำให้น้ำนมไหลน้อยลง

1.5 ภาวะโภชนาการในมารดาที่ให้นมบุตร กระบวนการสร้างน้ำนมต้องอาศัยสารอาหารและพลังงานที่เพียงพอ มารดาในระยะหลังคลอดและให้นมบุตรจึงต้องได้รับสารอาหาร

และน้ำปริมาณเพียงพอ เพื่อให้สามารถสร้างน้ำนมปริมาณเพียงพอและมีคุณภาพ ซึ่งมารดาที่ให้นมบุตรต้องการพลังงานเพิ่มขึ้นอย่างน้อยวันละ 500 กิโลแคลอรีหรือประมาณ 2,700 กิโลแคลอรีต่อวัน มารดาต้องรับประทานอาหารเพิ่มขึ้นจากเดิมประมาณร้อยละ 10 เพื่อชดเชยกับปริมาณที่ออกไปกับน้ำนม มารดาที่มีสุขภาพดีจะมีน้ำนมหลัง 600-800 มล. ต่อวัน (ปีติมา ฉายโอกาส และคณะ, 2550)

ในแต่ละมื้อมารดาควรได้รับประทานข้าว แป้ง หรือขนมที่ทำจากแป้งเพื่อให้ได้รับพลังงานเพิ่มขึ้น และควรรับประทานอาหารที่มีโปรตีนสูง เพราะโปรตีนเป็นส่วนประกอบหลักในน้ำนม มารดาควรได้รับโปรตีนจากอาหาร เช่น ปลาทะเล เนื้อสัตว์ ถั่ว นม นอกจากนี้อาหารดังกล่าวยังทำให้ได้รับวิตามินและแร่ธาตุต่าง ๆ หลายชนิด นอกจากนี้มารดาควรได้รับน้ำอย่างเพียงพอ เพราะน้ำนมแม่มีน้ำเป็นส่วนประกอบมากถึง ร้อยละ 87 ดังนั้นมารดาควรดื่มน้ำอย่างเพียงพออย่างน้อย 2-3 ลิตร/ วัน เพื่อเพิ่มปริมาณน้ำนมและชดเชยปริมาณน้ำที่สูญเสียไป

การรับประทานผักและผลไม้ก็มีส่วนช่วยให้กระบวนการขับถ่ายของมารดา และทำให้ได้รับวิตามินเพียงพอ มารดาควรรับประทานผักสดและผลไม้สดทุกวัน โดยเฉพาะผลไม้ที่มีรสเปรี้ยว เช่น ส้ม สับปะรด ฝรั่ง จะได้รับวิตามินซีและใยอาหารเพิ่มขึ้น นอกจากนี้การรับประทานอาหารสดจะทำให้มารดาได้รับสารอาหารเต็มที่ เพราะอาหารหมักดองจะทำคุณค่าของอาหารลดลง โดยเฉพาะวิตามินเอ วิตามินบีและวิตามินซี งคอาหารตากแห้งเพราะจะทำให้ขาดวิตามินบี 1 ซึ่งมีผลให้น้ำนมแม่ขาดวิตามินบี 1 เช่นกัน

1.6 มารดาได้รับยาหรือสารที่ยับยั้งการหลั่งฮอร์โมนโปรแลคติน เช่น ยาคุมกำเนิด ฮอร์โมน เอสโตรเจน สารกลุ่ม Ergot alkaloid จะเสริมฤทธิ์ Dopamine ยับยั้งการหลั่งฮอร์โมนโปรแลคติน

1.7 ทารกที่มีปัญหาสุขภาพ เช่น ทารกคลอดก่อนกำหนด น้ำหนักตัวน้อย มักพบปัญหาเรื่องการดูดกลืนไม่มีประสิทธิภาพ หรือทารกป่วยที่ต้องได้รับการรักษาพิเศษ ให้อาหารทางสายยางหรือไม่สามารถดูดนมแม่ได้ตั้งแต่แรก ส่งผลต่อการกระตุ้นการหลั่งน้ำนม และทำให้น้ำนมไหลช้า นอกจากนี้ทารกที่มีภาวะผิดปกติแต่กำเนิด เช่น ภาวะปากแหว่ง เพดานโหว่ ภาวะลิ้นติด แม้ว่าจะสามารถให้การแก้ไขและให้ความช่วยเหลือทารกในการฝึกดูดนมแม่ได้ แต่ต้องใช้เวลาานกว่าทารกจะสามารถดูดนมแม่ได้ ก็ส่งผลต่อให้น้ำนมไหลช้าได้

จากการทบทวนวรรณกรรมส่งเสริมการสร้างและการหลั่งน้ำนมดังกล่าว จะเห็นได้ว่าการดูแลให้ทารกเริ่มดูดนมแม่โดยเร็ว คุณนมอย่างถูกวิธีและมีประสิทธิภาพอย่างต่อเนื่อง ส่งเสริมให้น้ำนมไหลเร็วขึ้น ส่วนการดูแลด้านการได้รับน้ำและอาหารอย่างเพียงพอ รวมทั้งดูแลความสุขสบาย การพักผ่อนและบรรเทาอาการปวด ลดภาวะเครียด ส่งผลให้มารดาสามารถให้

นมบุตรได้ต่อเนื่อง ดังนั้นผู้วิจัยจะนำแนวคิดดังกล่าวมาปรับใช้ในโปรแกรมการกระตุ้นการหลั่งน้ำนม และทบทวนอุปสรรคและสาเหตุที่เกี่ยวข้องกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เพิ่มเติม เพื่อนำมาประยุกต์ใช้ในกิจกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ให้เหมาะสมในกลุ่มมารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง

การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในมารดาที่ผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง

การผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง ผู้คลอดต้องผ่านกระบวนการเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัด อาทิเช่น งดน้ำ งดอาหารอย่างน้อย 8 ชั่วโมง เจาะเลือด ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ สายสวน ปัสสาวะคาไว้ในกระเพาะปัสสาวะ ได้รับยาระงับความรู้สึกขณะผ่าตัด และภายหลังการผ่าตัดมารดาก็ยังมีอาการไม่ตื่นตัวจากฤทธิ์ยาสงบ ทำให้ยังไม่สามารถดูแลหรือให้นมบุตรได้เต็มที่ อีกทั้งมีแผลผ่าตัดที่หน้าท้องซึ่งต้องเผชิญกับอาการปวดแผลผ่าตัดอีกด้วย (พรนภา ตั้งสุขสันต์, 2554; WHO, 2009, pp. 92-93) สิ่งเหล่านี้ล้วนเป็นปัญหาและอุปสรรคในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ดังรายละเอียดดังนี้

1. การได้รับยาสงบในระหว่างผ่าตัดคลอด เนื่องจากการได้รับยาสงบทำให้มารดาหลังผ่าตัดไม่ตื่นตัวหรือ่วงซึมตอบสนองได้ไม่เต็มที่ ทำให้ทารกดูดนมครั้งแรกล่าช้า นอกจากนี้ยังมีผลต่อปฏิกิริยาการตอบสนองของทารก ได้แก่ การดูด (Suckling reflex) และ การกลืน (Swallowing reflex) ซึ่งมีผลทำให้ทารกดูดนมไม่มีประสิทธิภาพ (WHO, 2009, pp. 92-93)

2. ความอ่อนเพลียจากการงดน้ำงดอาหารในระหว่างรอการคลอดหรือระหว่างผ่าตัด ทำให้ภายหลังผ่าตัดคลอดมารดาอ่อนเพลีย ไม่สามารถดูแลทารกได้ ส่วนระยะหลังผ่าตัด มารดาจะต้องงดน้ำงดอาหารต่อ เริ่มจิบน้ำ รับประทานอาหารเหลวและอาหารอ่อนตามลำดับ จึงทำให้มารดายังมีอาการอ่อนเพลีย และการได้รับทำให้ร่างกายได้รับน้ำและสารอาหารน้อยกว่าการคลอดปกติ จะส่งผลต่อการสร้างและการหลั่งน้ำนมอีกด้วย

3. ความเจ็บปวดแผลผ่าตัด ความเจ็บปวดและความไม่สุขสบายภายหลังการผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง ส่งผลให้มารดาไม่สามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้ รวมทั้งไม่สามารถให้ทารกดูดนมได้เต็มที่ เพราะเคลื่อนไหวร่างกายไม่สะดวกจากอาการปวดแผลในระยะ 24 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัดอีกทั้งยังส่งผลให้มารดามีความวิตกกังวลและเกิดความเครียด ทำให้การกระตุ้นการสร้างและหลั่งน้ำนมล่าช้า ทำให้น้ำนมมาช้า (Karlstrom et al., 2007; WHO, 2009, pp. 92-93)

4. การไม่สามารถลุกเคลื่อนไหวหรือช่วยเหลือตนเองได้สะดวก ในระยะหลังผ่าตัดวันแรกมารดามีอาการปวดแผลมาก มีการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำและใส่สายสวนปัสสาวะ ทำให้

ถูกจำกัดการเคลื่อนไหวอยู่บนเตียงและมารดายังไม่สามารถลุกช่วยเหลือตัวเองได้ทำให้มารดาให้นมบุตรไม่สะดวก (Hsien et al., 2011; WHO, 2009, pp. 92-93)

5. ทารกมีความเสี่ยงสูงที่จะไม่ดูดนมมารดา เนื่องจากทารกที่คลอดโดยการผ่าตัดมักจะมีปัญหาด้านการหายใจ หรือได้รับการดูแลทำให้อาจเกิดการบาดเจ็บหรือถูกรบกวนต่อช่องปากและคอ มีผลต่อการดูดกลืนของทารก ทารกมักถูกแยกจากมารดา ในระหว่างรอมารดาฟื้นตัว ทารกอาจได้รับนมผสม ขาดการกระตุ้นสัมพันธภาพในระยะหลังคลอดทันที ขาดการสัมผัสในระยะเริ่มแรก (WHO, 2009)

จะเห็นได้ว่ามารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรมีอุปสรรคหลายประการที่ส่งผลต่อการเริ่มต้นให้นมบุตร และไม่สามารถให้นมบุตรได้อย่างต่อเนื่อง ดังนั้นบทบาทของพยาบาลในการปรับแผนการพยาบาลให้เหมาะสมกับมารดาในระยะหลังผ่าตัดจึงมีความสำคัญ เพื่อให้มารดาได้รับการช่วยเหลือในการเลี้ยงลูกด้วยนมอย่างเหมาะสมในทุกๆระยะ มีความพร้อม มีความมั่นใจและสามารถให้นมบุตรได้อย่างต่อเนื่อง

บทบาทของพยาบาลในการช่วยเหลือมารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดให้เลี้ยงลูกด้วยนมแม่

มารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดบุตรมีปัญหาและอุปสรรคในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ดังกล่าวมาข้างต้น พยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญในการช่วยเหลือและสนับสนุนให้มารดามีความมั่นใจและสามารถประสบความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ โดยในระยะตั้งครรภ์ มารดาควรมีการเตรียมความพร้อมเช่นเดียวกับหญิงตั้งครรภ์ทั่วไป ความรู้และทักษะของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่มีผลต่อทัศนคติและความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ (Meedya et al., 2010; Rayser, 2004) ดังนั้นจึงควรส่งเสริมให้มารดามีความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และส่งเสริมให้มีการรับรู้ประโยชน์ของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ เพื่อให้มารดามีทัศนคติที่ดี ตระหนักถึงความสำคัญของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และส่งเสริมให้ประสบความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ต่อไป (Lawrence & Lawrence, 2011) มารดาควรได้ความรู้ด้านภาวะโภชนาการในระยะตั้งครรภ์ เพื่อส่งเสริมให้ร่างกายสารอาหารสะสมไว้สำหรับการสร้างน้ำนม ได้รับการตรวจเต้านมและหัวนม มีการแก้ไขให้เรียบร้อยเพื่อเตรียมความพร้อมก่อนให้นมบุตรในระยะหลังคลอด ส่วนในระยะหลังคลอดนั้น มารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องมีปัญหาและอุปสรรคในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่หลายประการ ดังนั้นจึงควรดูแลและช่วยเหลือมารดาเพื่อสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. การกระตุ้นให้มารดามีการสัมผัสทารกแบบเนื้อแนบเนื้อ (Skin-to-skin contact) โดยเร็วที่สุด มีการให้ทารกดูดนมแม่โดยเร็วที่สุด (พรนภา ตั้งสุขสันต์, 2554) เพื่อเป็นการสร้าง

สัมพันธภาพ และการได้อยู่ร่วมกันของมารดาและทารกทำให้มารดารับรู้อาการและความต้องการของทารก โดยมารดาที่ได้รับยาระงับความรู้สึกทางไขสันหลัง (Spinal or epidural anesthesia) มารดาจะรู้สึกตัว สามารถตอบสนองต่อทารกได้ทันทีแรกคลอด จึงควรนำทารกมาดูนมมารดาภายใน 1/2 ถึง 1 ชั่วโมง ส่วนมารดาที่ได้รับการดมยาสลบ ควรดูแลให้มารดาได้โอบกอดทารกทันทีที่มารดาสามารถตอบสนองได้ในห้องพักฟื้นหลังผ่าตัด ซึ่งสามารถกระตุ้นให้ทารกดูนมมารดาได้ภายใน 2 ชั่วโมงหลังคลอด (WHO, 2009, pp. 92-93)

2. การช่วยเริ่มให้นมแม่จะทำเมื่อทั้งมารดาและทารกมีความพร้อม ทั้งนี้ต้องมีผู้ดูแลอยู่กับมารดาและทารกตลอดเวลา

3. การช่วยจัดท่าให้นม ทำให้มารดาหลังผ่าตัดสะดวกสบาย โดยจัดสายน้ำเกลือไม่ให้ขัดขวางการจัดท่าให้นมแม่ ดูแลให้มารดาอยู่ในท่านอนตะแคง (Side-lying) เนื่องจากท่านอนตะแคงจะช่วยลดความเจ็บปวดแผลในระยะแรก หรือใช้ท่านอนหงายโดยให้ทารกอยู่ส่วนบนของอกแม่ นอกจากนี้ยังสามารถเลือกท่าฟุตบอล (Football hold) ในมารดาที่สามารถลุกนั่งให้นมบุตรได้ และในการให้นมบุตรในวันต่อ ๆ ไป เพื่อลดความเจ็บปวด และความสะดวกในการให้นมบุตร (กรรณิการ์ วิจิตรสุคนธ์, 2554)

4. พยาบาลและผู้ดูแลมารดาควรให้กำลังใจและสนับสนุนช่วยเหลือขณะมารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องให้นมบุตรเป็นพิเศษ สนับสนุนการให้นมบุตรดูนมแม่ทุก 2-3 ชั่วโมง และช่วยเหลือจนกระทั่งมารดามีความมั่นใจและให้นมบุตรได้อย่างถูกต้อง

5. ส่งเสริมให้ครอบครัวก็มีส่วนร่วมในการส่งเสริมในกิจกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ เพื่อสนับสนุนส่งเสริมให้มารดาสามารถเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้ยาวนาน

6. ดูแลเรื่องความสบายและการบรรเทาอาการปวดอย่างเหมาะสม เพื่อให้มารดาสามารถให้นมบุตรได้ดีขึ้น

โรงพยาบาลสิรินธร สังกัดสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร ได้ดำเนินการตามนโยบายส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ในโครงการโรงพยาบาลสายใยรัก โดยมีการส่งเสริมให้มารดาหลังคลอดที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนทุกรายเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวน และแนะนำให้มารดาเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวนานอย่างน้อย 6 เดือน จากการดำเนินการดังกล่าว พบว่ามารดาในกลุ่มที่ได้รับการผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องเป็นกลุ่มสำคัญที่พบปัญหาการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในระยะที่อยู่ในโรงพยาบาล โดยพบปัญหาน้ำนมไหลช้า และปัญหาในให้ทารกดูนมอย่างถูกต้อง ผู้วิจัยจึงทบทวนกิจกรรมการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในมารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง พบว่ามีกิจกรรมการดูแลดังนี้

1. มารดาและทารกจะได้รับการส่งเสริมสายสัมพันธ์ ภายในระยะ 1 ชั่วโมงหลังผ่าตัด โดยพยาบาลห้องคลอดนำทารกเข้าไปดูคนมารดาในห้องพักฟื้น
2. เมื่อทารกมาถึงที่หอผู้ป่วยสูติรีเวชกรรม มีการส่งเสริมให้มารดาและทารกได้อยู่ด้วยกันตลอด 24 ชั่วโมง (Rooming in) แต่หากมารดาไม่สามารถดูแลทารกได้ อ่อนเพลียและยังไม่ตื่นตัวเต็มที่ จะมีการแยกนำทารกมาดูแลและให้นมด้วยวิธีป้อนจากถ้วย จนกระทั่งมีญาติมาเยี่ยมหรือมารดาพร้อม จึงนำทารกกระตุ้นให้ทารกดูดนม
3. มีการจัดกลุ่มสอนสุขศึกษาเพื่อให้คำแนะนำมารดาด้วยกันทุกราย โดยมีเนื้อหาเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ การสอนและสาธิตการอุ้มทารกถูกวิธี การกระตุ้นการให้ทารกดูดนมตามหลัก 3 จุด คือ คุณเร็ว คุณบ่อย และคุณถูกวิธี ซึ่งมารดาจะเข้าร่วมฟังเมื่อได้รับการถอดสายสวนปัสสาวะและหยุดให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ สามารถลุกเดินและเคลื่อนไหวร่างกายได้สะดวก ในวันที่ 2 หลังผ่าตัด
4. หากมารดามีปัญหาน้ำนมไม่ไหลและทารกร้องกวนมาก พยาบาลช่วยเหลือโดยการหยดนมผสมที่บริเวณลานนมขณะทารกดูดนม และในมารดาบางราย หากมีปัญหาน้ำนมไม่ไหลภายใน 24 ชั่วโมงหลังคลอด แพทย์จะพิจารณาให้ยา Motilium ซึ่งมีผลในการเพิ่มการหลั่งฮอร์โมนโปรแลคติน ช่วยให้มีการกระตุ้นการสร้างน้ำนม ทำให้มีปริมาณน้ำนมมากขึ้น
5. มีการประเมินการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่โดยใช้แบบประเมิน LATCH score เป็นระยะ จนกว่าจะจำหน่ายกลับบ้าน

จากการทบทวนการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ในมารดาหลังผ่าตัดตลอดบุตรทางหน้าท้อง พบว่ามารดาได้รับการดูแลให้เริ่มต้นดูดนมแม่ช้า และมีการแยกทารกไปดูแลทำให้มารดาเห็นบุตรไม่ต่อเนื่อง ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะพัฒนาโปรแกรมการกระตุ้นการหลั่งน้ำนม ซึ่งจะได้กล่าวในหัวข้อต่อไป

โปรแกรมการกระตุ้นการหลั่งน้ำนม

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับโปรแกรมการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และการกระตุ้นการหลั่งน้ำนม มีรายละเอียดดังนี้

1. แนวทางการส่งเสริมการสร้างและการหลั่งน้ำนม ซึ่งเป็นแนวทางในการส่งเสริมให้มารดามีน้ำนมเพียงพอและการคงสภาพให้น้ำนมต่อไป มีดังนี้
 - 1.1 การกระตุ้นให้มารดามีการสัมผัสทารกแบบเนื้อแนบเนื้อ (Skin-to-skin contact) กระตุ้นให้ทารกดูดนมมารดาได้ภายใน 2 ชั่วโมงหลังคลอด (WHO, 2009)

1.2 คุณดูแลกระตุ้นให้ทารกคุณนมอย่างถูกวิธีทุก ๆ 2-3 ชั่วโมง หรือ 8 มื้อต่อวัน เพื่อกระตุ้นการสร้างน้ำนมอย่างสม่ำเสมอ และการให้ลูกคุณนมบ่อย ๆ จะกระตุ้นให้การสร้างน้ำนมมากขึ้น ให้ความช่วยเหลือมารดาโดยการจับที่สบาย ท่านอนตะแคง (Side-lying) หรือท่าฟุตบอล (Football hold) เพื่อลดความเจ็บปวด และความสะดักสบายในการให้นมบุตร ดูแลให้มารดาและทารกอยู่ด้วยกันตลอด 24 ชั่วโมง เพื่อให้สามารถให้นมได้เต็มที่ หากมารดามีปัญหา น้ำนมไม่ไหล ควรช่วยเหลือโดยการหยอดนมผสมข้างเต้าขณะคุณนม เพื่อให้ทารกได้คุณนมอย่างต่อเนื่อง และให้นมวิธีการป้อนนมแม่ด้วยถ้วยเพื่อลดความวิตกกังวลว่าทารกจะได้รับนมไม่เพียงพอ

1.3 ให้การช่วยเหลือมารดาในการจัดท่าให้นมทารกอย่างถูกวิธี คือ การช่วยให้ทารกอมหัวนมและลานนมอย่างถูกวิธี มีการคุณนมอย่างมีประสิทธิภาพ ช่วยมารดาในการจัดท่าอุ้มให้นมในท่าที่ถนัด สะดวก ผ่อนคลาย และเหมาะสมกับสภาวะของมารดา ทารกอยู่ในท่าที่สามารถคุณนมได้อย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อให้ส่งเสริมการสร้างน้ำนมได้ดี ดังนั้นจึงควรสนับสนุนให้มารดามีความมั่นใจในความสามารถของตนเองในการให้นมบุตรอย่างถูกวิธี โดยเริ่มต้นจากการช่วยเหลือในการจัดท่าอุ้มให้นมและการดูแลให้ทารกอมหัวนมและลานนมอย่างถูกวิธี

การช่วยให้ทารกคุณนมได้ถูกต้อง ทำได้โดย อุ้มทารกโดยประคองที่ต้นคอและท้ายทอย ให้เงยหน้าเล็กน้อย เพื่อให้คางเข้าใกล้เต้านมส่วนล่าง ใช้มืออีกข้างจับเต้านมโดยใช้นิ้วชี้ นิ้วกลาง นิ้วนางและนิ้วก้อยวางด้านล่าง และนิ้วหัวแม่มือวางด้านบนเป็นรูปตัว C ประคองเต้านมและใช้หัวนมเขี่ยริมฝีปากทารกเบาๆ เพื่อให้ทารกอ้าปากกว้าง เมื่อทารกอ้าปากกว้าง ให้เคลื่อนศีรษะทารกเข้าหาเต้านมอย่างรวดเร็วและนุ่มนวล สอดหัวนมเข้าปากทารกให้ลึกถึงลานนม โดยให้ริมฝีปากล่างอมลานนมด้านล่างมากกว่าด้านบน เพื่อให้ลิ้นรองรับลานนมได้มากที่สุดและรีดน้ำนมออกจากเต้าได้ (กรรณิการ์ วิจิตรสุคนธ์, 2554)

1.4 ให้คำแนะนำมารดาเรื่องการรับประทานอาหารและการดื่มน้ำอย่างเพียงพอเพื่อส่งเสริมการสร้างน้ำนมได้ดี มีปริมาณเพียงพอและมีคุณภาพ

1.5 ดูแลให้มารดาได้พักผ่อนอย่างเพียงพอและลดภาวะเครียดหรือความวิตกกังวล โดยให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ให้กำลังใจและสนับสนุนในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

2. กระตุ้นเต้านมเพื่อเพิ่มปริมาณน้ำนมและส่งเสริมให้เกิด Let down reflex โดยใช้ผ้าอุ่นจัดประคบเต้านม 3-5 นาที นวดเต้านมและหัวนมเบา ๆ ก่อนให้นม ซึ่งการนวดเต้านมจะกระตุ้นบริเวณ Myoepithelial cell ทำให้กระตุ้นการหลั่งฮอร์โมนออกซิโตซิน มีผลทำให้หลังน้ำนมได้เร็วขึ้น ส่วนการประคบเต้านมด้วยความร้อนจะช่วยกระตุ้นการไหลเวียนโลหิตส่งเสริมการสร้างและการหลั่งน้ำนม นอกจากนี้ยังช่วยให้มารดาได้ผ่อนคลายความเครียด รู้สึกสบายมากขึ้น ประเมินทร์

อนุกุลประเสริฐ (2549) พบว่ามารดาหลังคลอดทางช่องคลอดที่ได้รับการนวดเต้านมร่วมกับการใช้ผ้าอุ่นประคบ มีน้ำนมหลังภายใน 6 ชั่วโมง และมีปริมาณเพียงพอกับความต้องการของทารกภายใน 48 ชั่วโมงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เช่นเดียวกับการศึกษาของ ศศิธร ภักดีโชติ และคณะ (2553) ที่ศึกษาเกี่ยวกับการนวดเต้านมด้วยวิธี Self Mama Control method: SMC ซึ่งใช้วิธีการนวดหัวนม 3 ท่าและนวดเต้านม 3 ท่า ช่วยกระตุ้นการหลั่งน้ำนมและการไหลเวียนเลือด ร่วมกับการดูแลเรื่องการให้ทารกดูดนมอย่างถูกวิธีและการจัดอาหารบำรุงน้ำนม ทำให้มารดามีน้ำนมไหลเร็วกว่ามารดาในกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

นอกจากนี้ ชุตติมาพร ไชยณากุล และคณะ (2554) ได้ศึกษาเปรียบเทียบระหว่างการนวดประคบเต้านมด้วยกระเป๋าน้ำร้อนกับลูกสมุนไพร พบว่ามารดาหลังคลอดทางช่องคลอดที่ได้รับการนวดประคบด้วยลูกสมุนไพรมีน้ำนมไหลเร็วและมีคะแนนการไหลของน้ำนมมากกว่ามารดาที่ได้รับการนวดประคบด้วยกระเป๋าน้ำร้อนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ผู้วิจัยเลือกการนวดเต้านมเพื่อช่วยเพิ่ม Milk ejection reflex ที่มาใช้ในโปรแกรม ซึ่งเป็นวิธีที่มารดาสามารถปฏิบัติได้ง่าย ไม่ต้องจัดหาอุปกรณ์มาก และเป็นการใช้ความร้อนที่มีความชื้นเช่นกัน โดยใช้ผ้าชุบน้ำอุ่นประคบเต้านม แล้วใช้มือข้างหนึ่งประคองด้านล่างของเต้านม และใช้นิ้วมืออีกข้างหนึ่ง ทั้ง 4 นิ้ววางบนผ้าอุ่น นวดและคลึงเป็นวงกลมไปรอบ ๆ เต้านม โดยเริ่มจากด้านนอกเข้าสู่ด้านใน ค้างและคลึงหัวนมเบา ๆ ใช้เวลาข้างละ 10-15 นาที (ปิยาภรณ์ บวรเกียรติขจร และกรรณิการ์ วิจิตรสุคนธ์, 2551; วรรณภา พาทูวัฒนกร, 2554)

3. ดูแลให้มารดาได้รับสารอาหารและน้ำที่เพียงพอต่อพลังงานที่ร่างกายต้องการและการสร้างน้ำนมแต่ละวัน ซึ่งจากการศึกษาของ ปิติมา ฉายโอกาส และคณะ (2550) มารดาหลังคลอดทางช่องคลอดที่ได้รับการเสริมนมผสมทุก 4 ชั่วโมงเป็นระยะเวลา 48 ชั่วโมง ทำให้มารดามีปริมาณน้ำนมมากกว่ามารดาที่ไม่ได้รับการเสริมนมผสม ซึ่งในนมผสมมีทั้งสารอาหารและน้ำที่มีปริมาณเพียงพอต่อความต้องการในแต่ละวัน ทำให้ส่งเสริมการสร้างและการหลั่งน้ำนมได้ดีทำให้มีปริมาณน้ำนมมากขึ้น

ในมารดาที่ได้รับการผ่าตัดทางหน้าท้องอาจจะมีปัญหาในกระบวนการย่อยและดูดซึมในระยะเวลาหลังผ่าตัด เพราะการทำงานของลำไส้ จึงไม่ควรดื่มนมวัว ในช่วง 1-2 วันแรก เพราะจะทำให้เกิดอาการท้องอืดได้ แต่การได้รับน้ำและอาหารภายในระยะ 6 ชั่วโมงภายหลังการผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องก็ส่งผลดีต่อมารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง เพราะทำให้ลำไส้กลับมาทำงานได้ตามปกติเร็วขึ้น สามารถขับถ่ายได้เร็วและอยู่พักฟื้นในโรงพยาบาลสั้นลง (Mehta, Gupta, & Goel, 2010) ดังนั้นควรมีการดูแลเรื่องอาหารและน้ำให้เพียงพอเพื่อให้มีการสร้างน้ำนมเพิ่มขึ้น

4. คู่มือให้มารดาได้พักผ่อนอย่างเพียงพอ เพื่อจัดความเหนื่อยล้าทำให้มารดามีความพร้อมในการให้นมบุตร และส่งเสริมการสร้างน้ำนม

จากการทบทวนงานวิจัยพบว่าการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการกระตุ้นการสร้างและการหลั่งน้ำนมในมารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องยังมีจำกัด ซึ่ง ยูพา เตมีย์ธีรกุล (2550) ศึกษาผลของการให้ความรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่และการปฏิบัติตนระยะหลังผ่าตัดเพื่อให้นมบุตร การสาธิตและฝึกปฏิบัติการให้นมบุตร มอบคู่มือการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในหญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ และการให้ความช่วยเหลือสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในระยะหลังคลอด พบว่ามีอัตราการประสบความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลและมีโอกาสประสบความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่มากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

โบว์ชมพู บุตรแสงดี และคณะ (2556) ศึกษาผลของการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมมารดาอย่างเดียวในมารดาที่ผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง โดยการส่งเสริมให้มารดาได้ฝึกประสบการณ์การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ด้วยตนเอง เรียนรู้ประสบการณ์การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่จาก วิทยุทัศน์ การใช้คำพูดชักจูงขณะอยู่โรงพยาบาลและติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์เมื่อกลับบ้าน และประเมินความพร้อมทางร่างกายและอารมณ์ของมารดาในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ พบว่ามารดากลุ่มทดลองมีอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

เช่นเดียวกับการศึกษาของ ฐานิญา มโนสัมฤทธิ์ (2552) ที่พัฒนาโครงการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ในมารดาคลอดครั้งแรกที่ได้รับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง โรงพยาบาลอุดรธานี โดยส่งเสริมการรับรู้ความสามารถตนเองในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ตามแนวทางของแบนคูรา ตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์จนถึงหลังคลอด มีการให้ความรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ การฝึกประสบการณ์การให้นมบุตรและให้กำลังใจในการแสดงบทบาทการเป็นมารดาระยะตั้งครรภ์ ส่วนในระยะหลังผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง เน้นการดูแลช่วยเหลือให้ทารกได้ดูดนมแม่อย่างถูกวิธีการทบทวนความรู้ และการใช้ตัวแบบมารดาที่มีประสบการณ์การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ พบว่ามารดาที่เข้าร่วมโครงการมีการรับรู้ความสามารถของตนเองในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ระดับดี ร้อยละ 86.7 มารดามีความรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ในระดับดี ร้อยละ 83.3 และการคงไว้ซึ่งการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวยหลังคลอดในระยะ 1, 2 และ 4 สัปดาห์ คิดเป็นร้อยละ 100, 86.7 และ 83.3 ตามลำดับ

งานวิจัยดังกล่าวมานี้ เป็นการศึกษาโปรแกรมการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในมารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง โดยใช้แนวทางต่าง ๆ ที่มีส่วนสำคัญในการดูแลมารดา

หลังผ่าตัดคลอดบุตรให้สามารถเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ดังนั้นจึงเป็นแนวทางให้ ผู้วิจัยนำแนวคิดมาพัฒนาโปรแกรมการกระตุ้นการหลั่งน้ำนมในมารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรทาง หน้าท้อง โดยดูแลให้มีการเริ่มต้นคุณแม่โดยเร็ว มีการสัมผัสทารกแบบเนื้อแนบเนื้อ (Skin-to-skin contact) ช่วยเหลือให้ทารกนอนอย่างถูกวิธีและใช้ทำให้นมที่เหมาะสมตามระยะ ต่างๆ หลังผ่าตัดคลอด รวมถึงการดูแลเรื่องภาวะโภชนาการ การพักผ่อนและความสุขสบายของ มารดามีผลต่อการสร้างและการหลั่งน้ำนม นอกจากนี้ยังมีการนวดและประคบเต้านมด้วยผ้าอุ่น ซึ่งจากการศึกษาเปรียบเทียบการนวดและประคบเต้านมด้วยวิธีต่าง ๆ พบว่าการใช้ความร้อนที่มีความ ชื้นมีผลช่วยกระตุ้นการหลั่งน้ำนมได้ดี และวิธีการนวดเต้านมด้วยท่าต่างๆ หรือนวดแผนไทย และการประคบเต้านมต้องจัดหาอุปกรณ์ เช่น ลูกประคบสมุนไพร ซึ่งโรงพยาบาลสิรินธรยังไม่มี หน่วยงานสนับสนุนด้านแพทย์แผนไทย ผู้วิจัยจึงเลือกนำวิธีการนวดเต้านมด้วยท่าที่ง่าย มารดา สามารถปฏิบัติได้ และเลือกใช้ผ้าอุ่นในการประคบเต้านม ซึ่งเป็นการใช้ความร้อนที่มีความชื้น เช่นเดียวกัน

ส่วนการให้คำแนะนำ ผู้วิจัยได้มีการให้คำแนะนำเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมในมารดา หลังผ่าตัดคลอดบุตร มีการสาธิตการอุ้มลูกคุณแม่อย่างถูกวิธี มีการช่วยเหลือให้มารดาฝึกปฏิบัติใน การให้นมบุตร ซึ่งจะช่วยให้มารดามีความรู้ มีความมั่นใจในการให้นมบุตรได้ด้วยตนเอง และ กิจกรรมดังกล่าวจะช่วยส่งเสริมให้มารดามีการรับรู้ความสามารถในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่สูงขึ้น ซึ่งจะส่งผลให้ประสบความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ต่อไป

ผลของโปรแกรมการกระตุ้นการหลั่งน้ำนมต่อระยะเวลาการเริ่มไหลของน้ำนม

ระยะเวลาการมาของน้ำนมเต็มเต้า และการรับรู้ความสามารถในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

ระยะเวลาการเริ่มไหลของน้ำนม

จากที่กล่าวมาข้างต้นว่า การสร้างและการหลั่งน้ำนมในระยะ Lactogenesis II เกิดขึ้นใน ระยะ 1-3 วัน ซึ่งจะมีการผลิตน้ำนมออกมาปริมาณมากขึ้นอย่างทันที ซึ่งน้ำนมจะเริ่มไหลปริมาณ น้อยในช่วง 1-2 หลังคลอด และมีปริมาณมากขึ้นเรื่อย ๆ จนถึงระยะที่มีน้ำนมเต็มเต้า ภายใน 72 ชั่วโมงหลังคลอด (Lawrence & Lawrence, 2011; Riordan, 2010) ซึ่งการไหลของน้ำนมก็ ขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายประการดังที่กล่าวมาแล้วในเรื่องปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการสร้างและการหลั่ง น้ำนม อาทิเช่น การดูแลของทารก ภาวะโภชนาการของมารดา ความเครียดและความสุขสบาย ของมารดา เป็นต้น

การประเมินการเริ่มไหลของน้ำนม สามารถประเมินได้จากการบีบบริเวณลานนม โดย ใช้ปลายนิ้วหัวแม่มือกับนิ้วชี้วางบนขอบนอกของลานนม หรือห่างจากหัวนมประมาณ 1 นิ้ว

เป็นบริเวณ Large duct ซึ่งเป็นบริเวณที่พักน้ำนมขนาดใหญ่ วางนิ้วในตำแหน่งตรงข้ามกัน กดนิ้วเข้าหาหน้าอกและกดนิ้วหัวแม่มือกับนิ้วชี้เข้าหากัน หากมารดามีน้ำนมเริ่มไหล เมื่อบีบบริเวณ Large duct ก็จะมีน้ำนมไหลซึมออกมา แม้เพียงมีปริมาณเล็กน้อยก็ถือว่าเริ่มมีการสร้างและการหลั่งน้ำนม ซึ่งทารกก็ได้รับน้ำนมขณะดูดนมเช่นกัน

ซึ่งภายหลังจากได้รับโปรแกรมการกระตุ้นการหลั่งน้ำนม โดยมีการสัมผัสทารกแบบเนื้อแนบเนื้อ (Skin-to-skin contact) มีการช่วยเหลือให้ทารกดูดนมแม่โดยเร็วด้วยทำให้นมที่เหมาะสม ดูแลความสุขสบายและดูแลให้พักผ่อน จะช่วยให้มารดาให้นมบุตรได้ต่อเนื่อง รวมถึงมีการนวดและประคบเต้านมด้วยผ้าอุ่นจะส่งผลกระทบต่อกระตุ้นการให้มารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องมีระยะเวลาการเริ่มไหลของน้ำนมเร็วขึ้น

ระยะเวลาการมาของน้ำนมเต็มเต้า

ภาวะที่น้ำนมมาเต็มเต้า (Onset of Lactation: OL) เกิดขึ้นในระยะ Lactogenesis II เป็นระยะภาวะน้ำนมอยู่ในระยะเปลี่ยนจากหัวน้ำนมเป็นนมในระยะเปลี่ยนผ่าน ปริมาณเพิ่มมากขึ้น จนทำให้มารดาทราบว่าตนมีน้ำนมเต็มเต้า (Breast or normal fullness) ในช่วง 2-3 วันหลังคลอด (Hurst, 2007; Lawrence & Lawrence, 2011; Riordan, 2010) ซึ่งมารดารับรู้และมีความมั่นใจว่าตนเองมีปริมาณน้ำนมเพียงพอต่อความต้องการของทารก มีความมั่นใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่มากขึ้น (Hurst, 2007)

Dewey et al. (2003) ได้ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อการมาของน้ำนมเต็มเต้า พบว่าปัจจัยที่มีผลทำให้เกิดภาวะน้ำนมมาเต็มเต้าช้า ได้แก่ การตั้งครรภ์ครั้งแรก มารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง มารดาที่มีระยะที่ 2 ของการคลอด ยาวนานมากกว่า 1 ชั่วโมง มารดาที่มีค่า Body Mass Index: BMI > 27 kg/ m² มารดาที่มีหัวนมแบนบวม และมารดาครรภ์แรกที่ทารกน้ำหนักแรกเกิดมากกว่า 3,600 กรัม นอกจากนี้ยังมีปัจจัยเกี่ยวกับปัญหาของทารกในการดูดนมแม่ ภาวะเครียดของและความไม่สบายของมารดา ภาวะของโรคเบาหวาน (Hurst, 2007) ความดันโลหิตสูงซึ่งมารดาควรได้รับการช่วยเหลือและดูแลในการส่งเสริมการสร้างและการหลั่งน้ำนมมากกว่าปกติ

ในการประเมินภาวะน้ำนมมาเต็มเต้า สามารถประเมินได้จากอาการและอาการแสดงที่บ่งบอกว่ามารดา มีน้ำนมเต็มเต้า ซึ่งเป็นการเปลี่ยนแปลงทางกายภาพของเต้านม ปริมาณน้ำนมและการไหลของน้ำนม ในระยะ Lactogenesis II มีการเพิ่มขึ้นของฮอร์โมน โปรแลคติน มีการสร้างน้ำนมเพิ่มมากขึ้น ทำให้มีการขยายตัวของเต้านม จนทำให้มารดาสามารถรับรู้ว่ามีน้ำนมเต็มเต้า (Chapman & Pérez-Escamilla, 2000; Hurst, 2007) ดังนี้

1. รู้สึกเต้านมขยายและตึงมาก และเจ็บแปลบภายในเต้านม
2. มีน้ำนมไหลจากเต้านมตรงข้ามขณะที่ถูกดูด หรือมี Let-down reflex
3. มีน้ำนมไหลทันจากปากลูก
4. ได้ยินเสียงกลืนน้ำนมของลูก

อาการแสดงดังกล่าวเป็นวิธีที่นิยมใช้ทางคลินิกในการหาระยะเวลาการเกิดน้ำนมเต็มเต้า เพราะสะดวก แม่นยำ มารดาสามารถรับรู้และบอกถึงอาการที่แสดงว่าตนมีน้ำนมเต็มเต้าได้ (Chapman & Perez-Escamilla, 2000; Hurst, 2007; รุ่งฤดี จีระทรัพย์ และคณะ, 2553) นอกจากนี้ หากมารดามีปัจจัยเสี่ยงเช่น มีปัญหาเกี่ยวกับการดูดของลูก มีอุปสรรคในการเริ่มต้นให้ทารกดูดนมครั้งแรก วิธีการคลอด ภาวะแทรกซ้อนจากการคลอด ความเครียด ภาวะโภชนาการ เป็นต้น ก็ส่งผลให้น้ำนมไหลช้าและส่งผลต่อการมีน้ำนมเต็มเต้า ทำให้ระยะเวลาการเกิดน้ำนมเต็มเต้าช้าออกไป (Delayed onset of lactation) คือ เกิดการมาของน้ำนมเต็มเต้าช้ากว่า 72 ชั่วโมงหลังคลอด (Chapman & Pérez-Escamilla, 2000; Hurst, 2007)

ซึ่งหากมารดาได้รับการช่วยเหลือให้มารดาได้รับน้ำและอาหารอย่างเพียงพอในระยะหลังผ่าตัด การดูแลความสุขสบาย โดยดูแลให้ยาบรรเทาปวด จัดทำให้นมที่เหมาะสม และดูแลให้พักผ่อน รวมถึงมีการช่วยเหลือให้ทารกได้ดูดนมแม่อย่างต่อเนื่อง รวมถึงการนวดและประคบเต้านมด้วยผ้าอุ่นในโปรแกรมการกระตุ้นการหลั่งน้ำนม จะส่งผลให้มารดาหลังคลอดบุตรทางหน้าท้องมีระยะเวลาการมาของน้ำนมเต็มเต้าเร็วขึ้น

การรับรู้ความสามารถในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ (Breastfeeding self-efficacy)

การรับรู้ความสามารถในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ หมายถึง ความตระหนักรู้ในตนเองของมารดาเกี่ยวกับประโยชน์ของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ความรู้เกี่ยวกับวิธีการให้นมบุตรและการปฏิบัติตนขณะให้นมบุตรที่ถูกวิธี สามารถกำหนดระยะเวลาที่จะเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้ และสามารถแก้ปัญหาในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ส่งผลให้มารดาตัดสินใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้ด้วยตนเอง และสามารถประสบความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้ยาวนาน (Blyth et al., 2002)

ระดับการรับรู้ความสามารถในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ทั้งในระยะตั้งครรภ์และระยะหลังคลอด สามารถทำนายระยะเวลาของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดี๋ยวจได้ (Tokat, Okumas, & Dennis, 2008) จากการศึกษาหลายงานวิจัย พบว่ามารดาที่มีการรับรู้ความสามารถในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ระดับสูง สามารถเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้ยาวนาน และมารดาที่มีระดับการรับรู้ความสามารถในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ที่ต่ำ จะมีระยะเวลาการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่สั้นกว่า และจะหันมาให้นมผสมเร็วขึ้น ซึ่งเหตุผลส่วนใหญ่ที่มารดาหันมาให้นมผสม คือ การที่มารดาคิดว่าตนเองไม่

มีปริมาณน้ำนมที่เพียงพอต่อทารก ซึ่งจากการศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ของการรับรู้เกี่ยวกับความไม่เพียงพอของปริมาณน้ำนมกับการรับรู้ความสามารถในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ พบว่า มารดาที่รู้ว่าตนเองมีปริมาณน้ำนมไม่เพียงพอ มีระดับการรับรู้ความสามารถในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในระดับต่ำ ในระยะหลังคลอดขณะที่อยู่ในโรงพยาบาล (Tokat et al., 2008) ดังนั้นการส่งเสริมการรับรู้ความสามารถในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในระยะหลังคลอดขณะที่อยู่ในโรงพยาบาลจะช่วยให้มารดาสามารถประสบความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้ในระยะยาว

ปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อการรับรู้ความสามารถในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ คือ การประสบความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในครรภ์ก่อน ประสบการณ์ที่ได้เรียนรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ เช่น การได้เรียนรู้จากการดูมารดาให้นมบุตร การได้รับฟังคำพูดเพื่อให้กำลังใจและส่งเสริมในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่โดยครอบครัว บุคคลากรทางการแพทย์ เป็นต้น และปัจจัยด้านการตอบสนองทางร่างกาย เช่น อาการอ่อนเพลีย ความเครียด ความวิตกกังวล (Blyth et al., 2002; Tokat et al., 2008) สิ่งเหล่านี้ส่งผลต่อการรับรู้ความสามารถในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ทั้งสิ้น นอกจากนี้สาเหตุที่สัมพันธ์กับการรับรู้ความสามารถของมารดา คือ ความนึกคิดว่าตนเองมีปริมาณน้ำนมที่ไม่เพียงพอ ซึ่งส่งผลให้มารดาหันมาให้นมผสมทดแทนและลดการให้นมแม่ลง (Blyth et al., 2002; Otsuka et al., 2008) นอกจากนี้สาเหตุที่ทำให้มารดาลี้नสุดการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ คือ มารดาคิดว่าตนเองไม่สามารถให้นมบุตรได้ คิดว่าการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เป็นเรื่องยาก มีปัญหาในการให้นมบุตร (Dennis, 2003)

โปรแกรมการกระตุ้นการหลั่งน้ำนม มีการให้ความรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในมารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง มีการสอนและสาธิตเกี่ยวกับทำให้นมและการนำลูกเข้าเต้าอย่างถูกวิธี รวมถึงมีการให้มารดาฝึกปฏิบัติในการให้นมบุตร โดยผู้วิจัยคอยให้กำลังใจ ให้ความช่วยเหลือและให้คำแนะนำขณะให้นมบุตร รวมถึงช่วยเหลือให้มารดาให้นมบุตรอย่างถูกวิธีอย่างต่อเนื่อง จะส่งผลให้มารดามีความรู้ที่ถูกต้องและเหมาะสม มีความมั่นใจและสามารถให้นมบุตรได้ด้วยตนเอง ทำให้ที่การรับรู้ความสามารถในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่สูงขึ้น ซึ่งจะส่งผลให้ประสบความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ต่อไป

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยที่เปรียบเทียบได้กับการวิจัยแบบทดลอง (Comparative Experimental research) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการกระตุ้นการหลั่งน้ำนมต่อระยะเวลาการเริ่มไหลของน้ำนม ระยะเวลาการมาของน้ำนมเต็มเต้า และการรับรู้ความสามารถในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในมารดาหลังคลอดผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง โดยมีวิธีดำเนินการวิจัยดังนี้

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกใช้แบบแผนการวิจัยแบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (The pretest-posttest control groups design) (รัตนศิริ ทาโต, 2552) โดยมีรูปแบบดังนี้

O_1	X	O_2	กลุ่มทดลอง
O_3	-	O_4	กลุ่มควบคุม

X หมายถึง โปรแกรมการกระตุ้นการหลั่งน้ำนม

O_1 หมายถึง การประเมินการรับรู้ความสามารถในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรก่อนได้รับโปรแกรม

O_2 หมายถึง การประเมินระยะเวลาการเริ่มไหลของน้ำนม ระยะเวลาการมาของน้ำนมเต็มเต้า และการรับรู้ความสามารถในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรภายหลังได้รับโปรแกรม

O_3 หมายถึง การประเมินการรับรู้ความสามารถในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรก่อนได้รับการพยาบาลตามปกติ

O_4 หมายถึง การประเมินระยะเวลาการเริ่มไหลของน้ำนม ระยะเวลาการมาของน้ำนมเต็มเต้า และการรับรู้ความสามารถในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรภายหลังได้รับการพยาบาลตามปกติ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

ประชากรในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ มารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง ที่พักรักษาตัวที่หอผู้ป่วยสูติรีเวชกรรม โรงพยาบาลสิรินธร สังกัดสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างเป็นมารดาหลังคลอดที่ผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง ที่รับย้ายจากห้องผ่าตัดไม่เกิน 4 ชั่วโมง และพักรักษาตัวที่หอผู้ป่วยสูติรีเวชกรรม โรงพยาบาลสิรินธร สังกัดสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างตามความสะดวก (Convenience sampling) ตามเกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria) ดังนี้

1. เป็นมารดาไทย ที่มีอายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป สามารถอ่านภาษาไทยได้ มีหัวนมปกติทั้งสองข้าง ไม่มีน้ำนมไหลก่อนคลอด และมีความตั้งใจว่าจะเลี้ยงลูกด้วยนมแม่
2. เป็นมารดาและทารกที่อยู่ด้วยกันตลอด 24 ชั่วโมง (Rooming in)
3. เป็นมารดาที่ได้รับยาระงับความรู้สึกทางไขสันหลัง (Spinal block) ไม่มีภาวะแทรกซ้อนภายหลังคลอดและไม่มีข้อห้ามในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ เช่น ติดเชื้อ HIV ใช้สารเสพติด มีภาวะความดันโลหิตสูงภาวะตกเลือดหลังคลอดและให้เลือด ภาวะติดเชื้อ เป็นต้น
4. มารดาคลอดครบกำหนด อายุครรภ์ตั้งแต่ 37 สัปดาห์ขึ้นไป โดยทารกมีความพร้อมในการดูดนมแม่ ได้แก่ Rooting reflex, Sucking reflex และ Swallowing และไม่มีข้อห้ามในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ เช่น มีภาวะลำไส้เน่าเปื่อย ภาวะหายใจลำบาก ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ เป็นต้น
5. ยินดีเข้าร่วมในการศึกษา

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) ได้แก่ มารดาและ/หรือทารกที่มีภาวะแทรกซ้อนภายหลังการเข้าร่วมการวิจัย

ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้กฎของหัวแม่มือ (Rule of thumb) ซึ่งเป็นหลักการทั่ว ๆ ไปในการกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยที่มีการเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างกลุ่ม โดยในกฎหัวแม่มือนี้ได้กำหนดขนาดอิทธิพลขนาดใหญ่ (Effect size = 0.8) และอำนาจทดสอบ (Power of test) = 80 % ซึ่งคำนวณได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 30 ราย (VanVoorhis & Morgan, 2007) ดังนั้นการศึกษานี้จึงใช้ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง 60 ราย โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 30 ราย และกลุ่มควบคุม 30 ราย

การได้มาของกลุ่มตัวอย่าง มีขั้นตอนดังนี้

1. ผู้วิจัยทำการคัดเลือกมารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง ที่พักฟื้น ณ หอผู้ป่วย สูติรีเวชกรรม โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างตามความสะดวก (Convenience sampling) ตามเกณฑ์ที่กำหนด
2. ผู้วิจัยเข้าพบมารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง เพื่อสร้างสัมพันธภาพ ชี้แจงวัตถุประสงค์ และประโยชน์ของการวิจัย รวมทั้งสิทธิการตอบรับหรือปฏิเสธเข้าร่วมการวิจัย จากนั้นผู้วิจัยให้มารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องลงนามยินยอมเข้าร่วมการวิจัย
3. ผู้วิจัยสุ่มตัวอย่างที่ยินดีเข้าร่วมการวิจัยเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่าย โดยผู้วิจัยจับสลากสุ่มเลือกกลุ่มในสัปดาห์แรกของการดำเนินการวิจัยเพียงครั้งเดียว หากได้กลุ่มใด ให้สัปดาห์ถัดไปเป็นอีกกลุ่มหนึ่ง ผลการสุ่มในสัปดาห์แรกผู้วิจัยจับสลากได้กลุ่มทดลอง ในสัปดาห์ถัดไปจึงเป็นกลุ่มควบคุม หลังจากนั้นสลับกันไป สัปดาห์ละ 1 กลุ่ม ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลวันจันทร์ถึงวันศุกร์จนครบจำนวนกลุ่มละ 30 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ มี 2 ประเภท ดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมการกระตุ้นการหลั่งน้ำนม ซึ่งเป็นการพยาบาลอย่างมีแบบแผน เพื่อส่งเสริมการกระตุ้นการสร้างและการหลั่งน้ำนมในมารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยพัฒนาจากกลไกการสร้างและการหลั่งน้ำนม และการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วยกิจกรรมต่าง ๆ ดังต่อไปนี้
 - 1.1 ภายใน 2-4 ชั่วโมงหลังผ่าตัด ผู้วิจัยนำทารกวางไว้บนหน้าอกมารดาเพื่อให้มีการสัมผัสแบบเนื้อแนบเนื้อ (Skin-to-skin contact) และช่วยเหลือให้ทารกดูดนมมารดา ส่งเสริมสายสัมพันธ์และกระตุ้นการหลั่งฮอร์โมนโปรแลคติน
 - 1.2 ช่วยเหลือในการดูแลให้ทารกดูดนมได้อย่างถูกวิธีและต่อเนื่องทุก รวมถึงจัดทำใหนมบุตรที่เหมาะสมกับมารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง
 - 1.3 การดูแลและช่วยเหลือให้มารดามีความสุขสบายทั้งด้านร่างกายและจิตใจ
 - 1.4 การดูแลให้มารดาที่ผ่าตัดคลอดบุตรได้รับอาหารและน้ำให้เพียงพอ
 - 1.5 สอนและฝึกปฏิบัติเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในมารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง โดยให้คำแนะนำเป็นรายบุคคลหรือรายกลุ่ม กลุ่มละไม่เกิน 3 ราย ใช้เวลานาน 15 นาที โดยสอนเรื่องประโยชน์ของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในมารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง การให้ทารกดูดนมอย่างถูกวิธีและใช้ท่าอุ้มที่เหมาะสม

และการปฏิบัติตัวเพื่อส่งเสริมการสร้างและการหลั่งน้ำนม พร้อมทั้งฝึกปฏิบัติการให้นมทารกอย่าง ถูกวิธี และการนวดประคบเต้านมด้วยผ้าอุ่น ภายหลังจากให้คำแนะนำครบถ้วน จึงมอบคู่มือที่มี เนื้อหาครบถ้วนตามที่สอนให้แก่มารดา เพื่อใช้ในการทบทวนความรู้และฝึกปฏิบัติด้วยตนเอง

2. เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล

2.1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลทางสถิติศาสตร์ ประกอบด้วย ข้อมูล เกี่ยวกับอายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ สถานภาพสมรส ความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ระยะเวลาการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดีวกรณีเคยมีบุตร การได้รับความรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วย นมแม่ในระยะตั้งครรภ์ จำนวนครั้งของการคลอด อายุครรภ์ ระยะเวลาการเจ็บครรภ์คลอด ข้อบ่งชี้ใน การผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง การได้รับยาบรรเทาปวด ปริมาณเลือดที่สูญเสียจากการผ่าตัด ปริมาณสารน้ำที่ได้รับตั้งแต่มาคลอดถึงระยะหลังผ่าตัด ระยะเวลาที่ได้เริ่มดื่มน้ำและอาหารเหลว Apgar score และการได้รับยาเพิ่มน้ำนม

2.2 แบบบันทึกการเริ่มไหลของน้ำนม เป็นแบบบันทึกที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการ ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับระยะเวลาการเริ่มไหลของน้ำนม โดย คำถามเป็นจำนวนชั่วโมงหลังผ่าตัดคลอด

2.3 แบบบันทึกระยะเวลาการมาของน้ำนมเต็มเต้า เป็นแบบบันทึกที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น จากการศึกษาทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับระยะเวลาที่มารดามีอาการและ อาการแสดงของการมาของน้ำนมเต็มเต้า ซึ่งมีข้อคำถามทั้งหมด 4 ข้อ ถ้ามารดามีอาการและอาการ แสดงในข้อใดข้อหนึ่ง ถือว่าเป็นระยะเวลาการมาของน้ำนมเต็มเต้า โดยคำถามเป็นจำนวนชั่วโมง หลังผ่าตัดคลอด

2.4 แบบวัดการรับรู้ความสามารถในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ เป็นแบบวัดที่ศิริวรรณ แสงอินทร์ (2554) แปลมาจากแบบวัดการรับรู้ความสามารถในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ฉบับสั้นของ เดนนิส (Breastfeeding self-efficacy scale-short form) (Dennis, 2003) แบบวัดนี้เป็นแบบมาตร ประเมินค่า (Rating scale) 5 ระดับ ได้แก่ ไม่มั่นใจเลย มั่นใจนานๆ ครั้ง มั่นใจเป็นบางครั้ง มั่นใจ บ่อยครั้ง และมั่นใจเป็นประจำ ให้คะแนน 1 ถึง 5 คะแนน มีข้อคำถามจำนวน 14 ข้อ เป็นข้อคำถาม เชิงบวกทั้งหมด มีคะแนนรวม 14-70 คะแนน โดยคะแนนสูง หมายถึง มีการรับรู้ความสามารถใน การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ดี และคะแนนต่ำ หมายถึง มีการรับรู้ความสามารถในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ไม่ดี แบบวัดนี้มีค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือเท่ากับ .80

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ผู้วิจัยนำโปรแกรมการกระตุ้นการหลั่งน้ำนม ซึ่งประกอบด้วย แผนการให้ความรู้เรื่องการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในมารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง คู่มือคำแนะนำการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในมารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรไปตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญด้านการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่จำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วยพยาบาล 3 ท่าน และอาจารย์พยาบาล 2 ท่าน แล้วนำไปทดลองใช้กับมารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 3 ราย เพื่อประเมินเหมาะสมและความเป็นไปได้ในการใช้โปรแกรม

2. เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยนำแบบบันทึกระยะเวลาการเริ่มไหลของน้ำนม และแบบบันทึกระยะเวลาการมาของน้ำนมเต็มเต้า ไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญด้านการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่จำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วยพยาบาล 3 ท่าน และอาจารย์พยาบาล 2 ท่าน แล้วนำมาหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index [CVI]) ได้เท่ากับ .80 เท่ากันทั้งสองแบบบันทึก จากนั้นนำไปหาค่าความเที่ยงของการสังเกต (Inter-rater reliability) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .80 ส่วนแบบวัดการรับรู้ความสามารถในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ผู้วิจัยนำไปทดลองใช้กับมารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 20 ราย แล้วนำมาหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .93

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัย จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา รหัส 01-08-2556 และคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน สำนักงานแพทย์ กรุงเทพมหานคร และได้รับการอนุญาตให้เก็บข้อมูลวิจัยจากผู้อำนวยการและหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลสิรินธร ผู้วิจัยคำนึงถึงสิทธิของกลุ่มตัวอย่าง โดยผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง แนะนำตัว และขอความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัย ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัยและขั้นตอนการวิจัย รวมทั้งชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างทราบถึงสิทธิของการตอบรับหรือปฏิเสธในการเข้าร่วมการวิจัย โดยไม่มีผลต่อการพยาบาล การบริการ หรือการรักษาแต่อย่างใด ผลการวิจัยนำเสนอในภาพรวม จากนั้นเมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในใบยินยอมในการเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าพยาบาลและพยาบาลที่หอผู้ป่วยสูตินรีเวชกรรม เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ และรายละเอียดต่าง ๆ ของการทำวิจัย หลังจากนั้นผู้วิจัยจึงเริ่มเก็บข้อมูลและดำเนินการศึกษา โดยมีขั้นตอนดังนี้

1. ในช่วงเช้าของวันจันทร์-วันศุกร์ เวลา 07.00-18.00 น. ผู้วิจัยทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์การคัดเลือก หลังจากนั้นก็ผู้วิจัยอธิบายวัตถุประสงค์และวิธีการดำเนินการวิจัย ขอความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัย เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมการวิจัย จึงให้ลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

2. สุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่าย โดยการจับสลากในสัปดาห์แรกของการดำเนินการวิจัยเพียงครั้งเดียว หากได้กลุ่มใด ให้สัปดาห์ถัดไปเป็นอีกกลุ่มหนึ่ง ผลการสุ่มในสัปดาห์แรกได้กลุ่มทดลอง ในสัปดาห์ถัดไปจึงเป็นกลุ่มควบคุม หลังจากนั้นทำเช่นนี้สลับกันไปจนได้กลุ่มตัวอย่างครบกลุ่มละ 30 ราย

3. ดำเนินการวิจัยเก็บข้อมูล โดยบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลทางสถิติศาสตร์ของกลุ่มตัวอย่าง รวมทั้งวัดการรับรู้ความสามารถในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ (Pre-test)

4. ให้สิ่งทดลอง โดยกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการกระตุ้นการหลั่งน้ำนมร่วมกับพยาบาลตามปกติ ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างเดียว

4.1 โปรแกรมกระตุ้นการหลั่งน้ำนม มีรายละเอียดดังนี้

ครั้งที่ 1 ภายในระยะ 2-4 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด ผู้วิจัยนำทารกวางไว้บนหน้าอกมารดา เพื่อให้มีการสัมผัสแบบเนื้อแนบเนื้อ และช่วยเหลือมารดาให้ทารกดูดนมเร็วที่สุด โดยใช้เวลาอย่างน้อย 15-30 นาที

ครั้งที่ 2 ระยะ 6 ชั่วโมงหลังผ่าตัด เมื่อมารดาสามารถเคลื่อนไหวร่างกายและสามารถพลิกตัวได้ ผู้วิจัยดูแลให้ทารกได้ดูดนมอย่างถูกวิธีและต่อเนื่องทุก 2-3 ชั่วโมง โดยนำทารกมาวางบนหน้าอกในท่านอนหงาย เมื่อสามารถดื่มน้ำได้ ดูแลให้มารดาดื่มน้ำบ่อย ๆ และให้รับประทานอาหารตามแผนการรักษาของแพทย์ พร้อมทั้งประเมินอาการปวดแผล และดูแลให้ได้รับยาแก้ปวดที่เหมาะสม เพื่อให้มารดาเกิดความสุขสบาย และพักผ่อนได้

ครั้งที่ 3 ระยะ 8 ชั่วโมงหลังผ่าตัดเป็นต้นไป ผู้วิจัยดูแลช่วยเหลือมารดาให้นมทารกอย่างถูกวิธีทุก 2-3 ชั่วโมงโดยใช้ท่านอนตะแคง สอนเรื่องประโยชน์ของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในมารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง การให้ทารกดูดนมอย่างถูกวิธี และทำอุ้มให้นมที่เหมาะสม และการปฏิบัติตัวเพื่อส่งเสริมการสร้างและการหลั่งน้ำนม พร้อมทั้งฝึกปฏิบัติการให้นมทารกอย่างถูกวิธี และการนวดประคบเต้านมด้วยผ้าอุ่น หลังจากนั้นจะมอบคู่มือ

ที่มีเนื้อหาตามคำแนะนำที่สอนให้แก่มารดา เพื่อใช้ในการทบทวนความรู้และฝึกปฏิบัติด้วยตนเอง ครั้งที่ 4 ระยะ 48 ชั่วโมงหลังผ่าตัด ผู้วิจัยช่วยเหลือมารดาในการจัดทำอุ้มให้นมที่เหมาะสม เช่น ท่าฟุตบอล (Football hold) หรือทำนอนขวางตักแบบประยุกต์ (Cross-cradle hold) และดูแลมารดาให้นมทารกทุก 2-3 ชั่วโมง พร้อมทั้งประเมินปัญหาในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ให้คำแนะนำช่วยเหลือ รวมถึงพูดคุยให้กำลังใจและสร้างความมั่นใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ หากมารดาน้ำนมไม่ไหล ดูแลให้นวดเต้านมร่วมกับประคบเต้านมด้วยผ้าอุ่น

ครั้งที่ 5 ระยะ 72 ชั่วโมงหลังผ่าตัด ผู้วิจัยทบทวนการให้นมทารกอย่างถูกวิธี และวิธีการปฏิบัติตัวเพื่อส่งเสริมการสร้างและการหลั่งน้ำนม และให้มารดาปฏิบัติ พร้อมทั้งช่วยเหลือและให้กำลังใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

4.2 กลุ่มควบคุม มารดาได้รับการพยาบาลตามปกติจากพยาบาลประจำการเพียงอย่างเดียว ได้แก่ในมารดาที่ผ่าตัดคลอดบุตรเวรเช้า พยาบาลห้องคลอดจะนำทารกเข้าไปดูคนนมมารดาในห้องพักฟื้นภายในระยะ 1 ชั่วโมงหลังผ่าตัด หลังจากนั้นประมาณ 2-4 ชั่วโมงผ่าตัด พยาบาลห้องคลอดจะนำทารกมาส่งที่หอผู้ป่วยสูติรีเวชกรรม พยาบาลประจำการจะนำทารกไปให้มารดาเพื่อดูแลให้มารดาและทารกได้อยู่ด้วยกันตลอด 24 ชั่วโมง แต่ถ้ามารดาขังต้นตัวไม่เต็มที่หรืออ่อนเพลีย พยาบาลก็จะนำทารกมาดูแลและให้นมด้วยวิธีป้อนจากถ้วย จนกระทั่งมารดาสามารถดูแลทารกได้ จึงนำทารกมาให้มารดาและกระตุ้นให้ทารกดูดนม มารดาจะเริ่มดื่มน้ำในเวลาประมาณ 4-6 ชั่วโมงหลังผ่าตัด และเริ่มอาหารเหลวในเวลา 6-8 ชั่วโมงหลังผ่าตัด หลังจากนั้นจะเริ่มอาหารอ่อนย่อยง่ายในมือถัดไปตามแผนการรักษาของแพทย์ ต่อมาในวันที่ 2 หลังผ่าตัดคลอด จะให้มารดาเข้ากลุ่มเพื่อรับฟังคำแนะนำเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ร่วมกับมารดาที่คลอดทางช่องคลอดรายอื่น ๆ โดยประกอบด้วยเนื้อหาเกี่ยวกับหลักในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และการอุ้มทารกดูคนมอย่างถูกวิธี หากมารดามีปัญหาน้ำนมไม่ไหลและทารกร้องกวนมาก พยาบาลจะช่วยเหลือโดยการหยดนมผสมที่บริเวณลานนมขณะทารกดูดนม และถ้ามารดายังมีปัญหาน้ำนมไม่ไหล แพทย์จะพิจารณาให้ยา Motilium รวมทั้งมีการประเมินการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่โดยใช้เลข สกอร์ (LATCH score) วันละ 1 ครั้ง และจำหน่ายกลับบ้านในวันที่ 3 หลังผ่าตัด

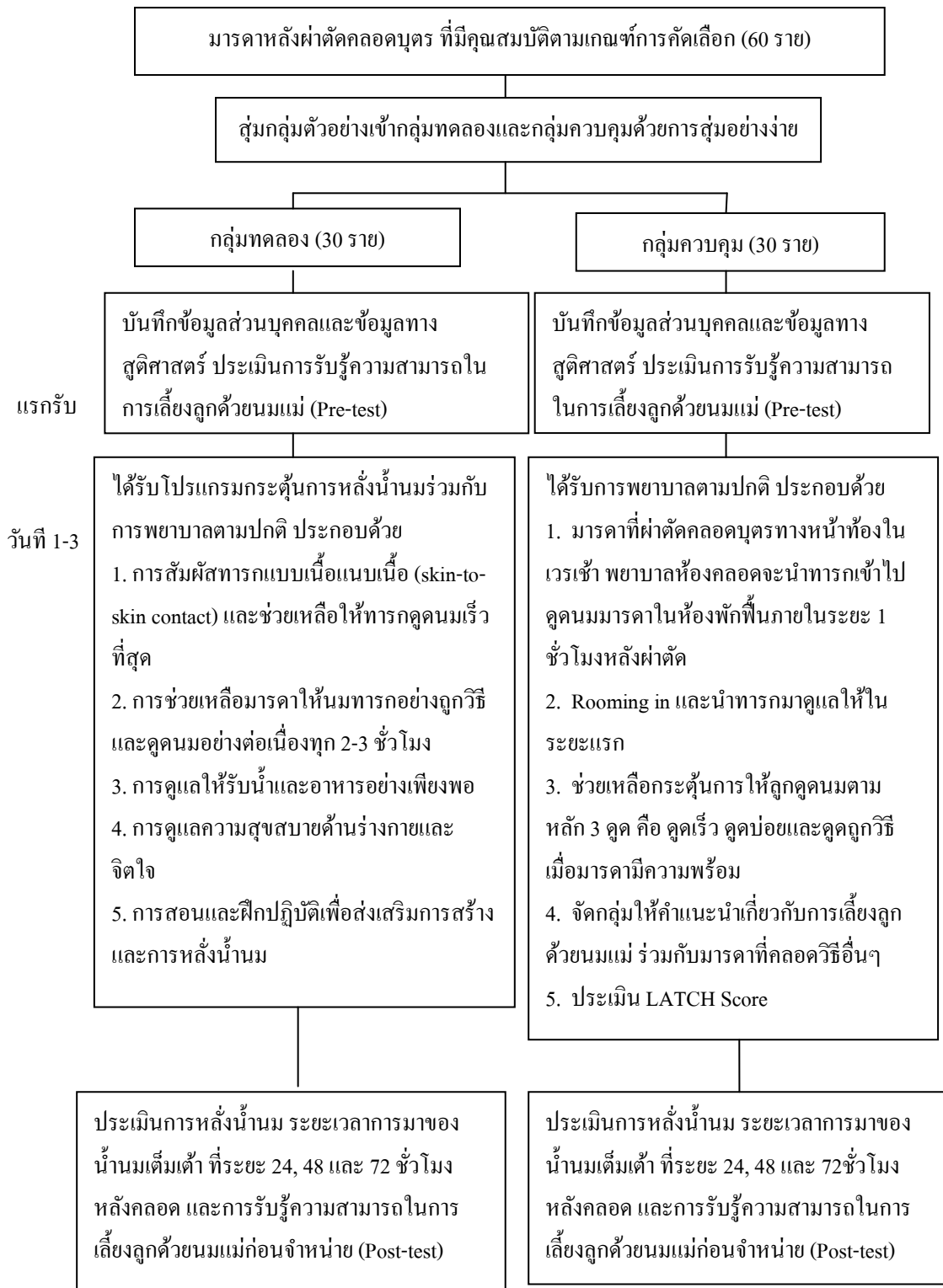
5. เก็บข้อมูลหลังการทดลอง (Post-test) โดยปฏิบัติดังนี้ บันทึกระยะเวลาการเริ่มไหลของน้ำนม และแบบบันทึกระยะเวลาการมาของน้ำนมเต็มเต้า เมื่อครบ 24 ชั่วโมงหลังคลอด หลังจากนั้นเก็บข้อมูลทุก 8 ชั่วโมงจนครบ 72 ชั่วโมงหลังคลอด ส่วนการรับรู้ความสามารถในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่จะเก็บข้อมูลในวันที่ 3 หลังผ่าตัดคลอดก่อนจำหน่ายมารดากลับบ้าน

6. เมื่อเสร็จสิ้นการวิจัย ผู้วิจัยกล่าวขอบคุณกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่ม ส่วนกลุ่มควบคุม ผู้วิจัยได้พูดคุยเพื่อประเมินปัญหา และสอบถามความต้องการในการช่วยเหลือเกี่ยวกับการเลี้ยงลูก

ด้วยนมแม่ พร้อมทั้งให้คำแนะนำ และมอบคู่มือการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ให้กลุ่มควบคุมก่อนจำหน่ายกลับบ้าน

สรุปขั้นตอนการดำเนินการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูลดังแสดงในภาพ และเมื่อได้ข้อมูลครบถ้วนแล้ว นำข้อมูลไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติตามขั้นตอนต่อไป

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัยและการเก็บรวบรวมข้อมูล



ภาพที่ 2 ขั้นตอนการทดลอง

การวิเคราะห์ข้อมูล

เมื่อได้ข้อมูลครบถ้วน ผู้วิจัยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปในการวิเคราะห์ข้อมูล กำหนดระดับความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 โดยวิเคราะห์ข้อมูลดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลทางสถิติศาสตร์ โดยการแจกแจงความถี่ และนำมาคำนวณหาร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน แล้วทดสอบความแตกต่างของข้อมูลระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติ Independence t-test, Chi-square และ Fisher's exact test

2. วิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของระยะเวลาการเริ่มไหลของน้ำนม และระยะเวลาการมาของน้ำนมเต็มเต้า ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองด้วยสถิติ Independent t-test

3. วิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ความสามารถในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ในระยะก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ Independent t-test

บทที่ 4

ผลการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยที่เปรียบเทียบได้กับการวิจัยแบบทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการกระตุ้นการหลั่งน้ำนมต่อระยะเวลาการเริ่มไหลของน้ำนม ระยะเวลาการมาของน้ำนมเต็มเต้า และการรับรู้ความสามารถในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในมารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง ที่พักรักษาตัวที่หอผู้ป่วยสูติรีเวชกรรม โรงพยาบาลศิรินคร สังกัดสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร ผลการวิจัยนำเสนอในรูปของตารางประกอบการบรรยาย แบ่งเป็น 4 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลทางสถิติศาสตร์

ตอนที่ 2 ระยะเวลาการเริ่มไหลของน้ำนม

ตอนที่ 3 ระยะเวลาการมาของน้ำนมเต็มเต้า

ตอนที่ 4 การรับรู้ความสามารถในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เก็บรวบรวมจากกลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นมารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง ที่พักรักษาตัวที่หอผู้ป่วยสูติรีเวชกรรม โรงพยาบาลศิรินคร สังกัดสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 30 ราย และกลุ่มควบคุม 30 ราย ในช่วงเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2556 ถึง เดือนเมษายน พ.ศ. 2557 ผลการวิจัยมีดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลทางสถิติศาสตร์

ข้อมูลส่วนบุคคลของมารดาทั้งสองกลุ่มประกอบด้วยอายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ของครอบครัว และสถานภาพสมรส ส่วนข้อมูลทางสถิติศาสตร์ประกอบด้วย จำนวนครั้งของการคลอด ความตั้งใจเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ระยะเวลาการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่กรณีที่เคยมีบุตรมาก่อน การได้รับความรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในระยะตั้งครรภ์ อายุครรภ์เมื่อคลอด ระยะเวลาเจ็บครรภ์คลอด ชนิดของการผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง ปริมาณเลือดที่สูญเสียขณะผ่าตัดคลอด ปริมาณสารน้ำทางหลอดเลือดดำที่ได้รับตั้งแต่มาคลอดถึงหลังผ่าตัด Apgar score ที่ 1 นาที และ 5 นาที การเริ่มกระตุ้นดูนมแม่ครั้งแรก การได้รับยาฉีดบรรเทาปวดหลังผ่าตัดคลอด การเริ่มดื่มน้ำ และรับประทานอาหารเหลวหลังผ่าตัดคลอด การได้รับยา Motilium และรายละเอียดของข้อมูลแสดงในตารางที่ 1 และตารางที่ 2

ตารางที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง (n = 30)		กลุ่มควบคุม (n = 30)		t, χ^2 or Fisher's exact test	P - valu e
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
อายุ (ปี)						
20-24	9	30.0	6	20.0		
25-29	6	20.0	9	30.0		
30-34	15	50.0	15	50.0		
อายุเฉลี่ย	$\bar{X} = 28.53, SD = 5.21$		$\bar{X} = 29.17, SD = 4.67$		$t = -.50$	.62
ระดับการศึกษา						
ประถมศึกษาถึง มัธยมศึกษาตอนต้น	7	23.3	14	46.7	$\chi^2 = 4.02$	.13
มัธยมศึกษาตอน ปลายถึงปวส.	18	60.0	11	36.6		
ปริญญาตรีหรือ เทียบเท่า	5	16.7	5	16.7		
อาชีพ						
แม่บ้าน	11	36.6	12	40.0	$\chi^2 = 0.8$	.96
ค้าขาย/ รับจ้าง	5	16.7	5	16.7		
พนักงานบริษัท	14	46.7	13	43.3		
รายได้ของครอบครัว (บาทต่อเดือน)						
5,000-10,000	3	10.0	5	16.7		
10,001-20,000	13	43.3	15	50.0		
มากกว่า 20,000	14	46.7	10	33.3		
รายได้เฉลี่ย	$\bar{X} = 23,000.00$ $SD = 7,790.36$		$\bar{X} = 19,266.67$ $SD = 8,204.01$		$t = 1.81$	.08
สถานภาพสมรส						
คู่	30	100.0	29	96.7	Fisher's exact test	1.00
หย่าร้าง/ แยกกันอยู่	0	0.0	1	3.3		

จากตารางที่ 1 พบว่ามารดาในกลุ่มทดลองมีอายุอยู่ในช่วง 30-34 ปีมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 50.0 รองลงมาคืออายุอยู่ในช่วง 20-24 ปี คิดเป็นร้อยละ 30.0 และมีอายุเฉลี่ย 28.53 ปี ($SD = 5.21$) ส่วนกลุ่มควบคุมมีอายุอยู่ในช่วง 30-34 ปีมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 50.0 รองลงมาคืออายุอยู่ในช่วง 25-29 ปี คิดเป็นร้อยละ 30.0 และมีอายุเฉลี่ย 29.17 ปี ($SD = 4.67$) มารดาในกลุ่มทดลองจบการศึกษา ระดับมัธยมศึกษาตอนปลายถึงปวส. มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 60.0 รองลงมาจบการศึกษาระดับ ประถมศึกษาถึงมัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 23.3 ส่วนมารดาในกลุ่มควบคุมจบการศึกษาระดับ ประถมศึกษาถึงมัธยมศึกษาตอนต้นมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 46.7 รองลงมาจบการศึกษาระดับ มัธยมศึกษาตอนปลายถึงปวส. ร้อยละ 36.6 การประกอบอาชีพ ทั้งมารดาในกลุ่มทดลองและกลุ่ม ควบคุมมีอาชีพพนักงานบริษัทมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 46.7 และ ร้อยละ 43.3 ตามลำดับ รองลงมา เป็นแม่บ้าน คิดเป็นร้อยละ 36.6 และ ร้อยละ 40.0 ตามลำดับ ส่วนรายได้ของครอบครัว มารดาในกลุ่ม ทดลองมีรายได้มากกว่า 20,000 บาทต่อเดือนมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 46.7 และมีรายได้เฉลี่ย 23,000.00 บาทต่อเดือน ($SD = 7,790.36$) ส่วนกลุ่มควบคุมมีรายได้ของครอบครัวอยู่ในช่วง 10,001-20,000 บาทต่อเดือนมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 50.0 และมีรายได้เฉลี่ย 19,266.57 บาท ($SD = 8,204.0$) สถานภาพสมรส มารดาในกลุ่มทดลองทุกคนมีสถานภาพสมรสคู่ ส่วนมารดา กลุ่มควบคุมเกือบทั้งหมดมีสถานภาพสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 96.7 และมีสถานภาพสมรสหย่าร้าง/ แยกกันอยู่ ร้อยละ 3.3

เมื่อทำการทดสอบความแตกต่างของข้อมูลส่วนบุคคลระหว่างกลุ่มทดลองและ กลุ่มควบคุม โดยอายุ รายได้ของครอบครัว ใช้สถิติ Independence *t*-test ส่วนระดับการศึกษา อาชีพ ใช้สถิติ Chi-square และสถานภาพสมรสใช้สถิติ Fisher's exact test พบว่า ไม่แตกต่างกันอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ข้อมูลทางสถิติศาสตร์ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ข้อมูลทางสถิติศาสตร์	กลุ่มทดลอง (n = 30)		กลุ่มควบคุม (n = 30)		t or χ^2	P - value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
จำนวนครั้งของการคลอด					$\chi^2 = .29$	.59
มารดาที่คลอดครรภ์แรก	12	40.0	10	33.3		
มารดาที่คลอดครรภ์หลัง	18	60.0	20	66.7		
ความตั้งใจเลี้ยงลูกด้วยนมแม่					$\chi^2 = .76$	.69
1-3 เดือน	7	23.3	10	33.3		
4-6 เดือน	17	56.7	15	50		
มากกว่า 6 เดือน	6	20.0	5	16.7		
ระยะเวลาการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว					$\chi^2 = .60$	.44
กรณีที่เคยมีบุตรมาก่อน						
น้อยกว่า 1 เดือน	3	16.7	2	10.0		
1-3 เดือน	6	33.3	8	40.0		
4-6 เดือน	4	22.2	4	20.0		
มากกว่า 6 เดือน	5	27.8	6	30.0		
ระยะเวลาเฉลี่ย	$\bar{X} = 8.00$ $SD = 10.14$		$\bar{X} = 7.55$ $SD = 8.17$		$t = .15$	.88
การได้รับความรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในระยะตั้งครรถ์					$\chi^2 = .60$	.44
ไม่ได้รับ	14	46.7	17	56.7		
ได้รับ	16	53.3	13	43.3		
อายุครรภ์ปัจจุบันเมื่อคลอด (สัปดาห์)						
37-38	12	40.0	14	46.7		
39-40	15	50.0	15	50.0		
40 สัปดาห์ขึ้นไป	3	10.0	1	3.3		
อายุครรภ์เฉลี่ย	$\bar{X} = 38.83$, $SD = 1.37$		$\bar{X} = 38.60$, $SD = 1.16$		$t = .75$	.46
ระยะเวลาเจ็บครรภ์คลอด	$\bar{X} = 8.57$, $SD = 16.18$		$\bar{X} = 6.83$, $SD = 5.00$		$t = .56$	.58

ตารางที่ 2 (ต่อ)

ข้อมูลทางสถิติศาสตร์	กลุ่มทดลอง (n = 30)		กลุ่มควบคุม (n = 30)		t or χ^2	P - value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
ชนิดของการผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง					$\chi^2 = .27$	.61
Elective C/ S	15	50.0	13	43.3		
Emergency C/ S	15	50.0	17	56.7		
ปริมาณเลือดที่สูญเสีย	$\bar{X} = 490.00$		$\bar{X} = 451.67$		t = 1.06	.29
ขณะผ่าตัดคลอด	SD = 144.68		SD = 135.50			
ปริมาณสารน้ำทางหลอดเลือดดำ					t = 1.67	.10
ที่ได้รับตั้งแต่ก่อนคลอดถึง	$\bar{X} = 4,760.00$		$\bar{X} = 4,177.67$			
หลังผ่าตัด	SD = 1,726.84		SD = 830.04			
Apgar score ที่ 1 นาที					$\chi^2 = .27$	.87
8 คะแนน	7	23.3	6	20.0		
9 คะแนน	13	43.3	15	50.0		
10 คะแนน	10	33.4	9	30.0		
Apgar score ที่ 5 นาที						
10 คะแนน	30	100.0	30	100.0		
ระยะเวลาเริ่มต้นกระตุ้นดูคนแม่ครั้งแรก					$\chi^2 = 2.12$	.35
หลังผ่าตัดคลอด (ชั่วโมง)						
ภายใน 1 ชั่วโมง	9	30.0	10	33.3		
2-4 ชั่วโมง	16	53.3	11	36.7		
มากกว่า 4 ชั่วโมง	5	16.7	9	30.0		
การได้รับยาฉีดบรรเทาปวดหลังผ่าตัดคลอด					$\chi^2 = 1.93$	.17
ไม่ได้รับ	18	60.0	23	76.7		
ได้รับ	12	40.0	7	23.3		
ระยะเวลาที่เริ่มดื่มน้ำ	$\bar{X} = 4.30$ SD = 1.86		$\bar{X} = 4.57$, SD = 2.50		t = -.47	.64
หลังผ่าตัดคลอด						
(ชั่วโมง)						

ตารางที่ 2 (ต่อ)

ข้อมูลทางสถิติศาสตร์	กลุ่มทดลอง (n = 30)		กลุ่มควบคุม (n = 30)		t or χ^2	P - value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
ระยะเวลาที่เริ่มรับประทาน อาหารเหลวหลังผ่าตัด คลอด (ชั่วโมง)	$\bar{X} = 7.40, SD = 2.59$		$\bar{X} = 9.00, SD = 3.99$		$t = -1.84$	.07
ได้รับยา Motilium					$\chi^2 = .37$	.54
ไม่ได้รับ	24	80.0	22	73.3		
ได้รับ	6	20.0	8	26.7		
ระยะเวลาที่เริ่มได้รับยา Motilium หลังผ่าตัด คลอด (ชั่วโมง)	$\bar{X} = 40.33, SD = 15.50$		$\bar{X} = 25.25, SD = 17.04$		$t = 1.70$	.12

จากตารางที่ 2 พบว่าทั้งมารดาในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเป็นมารดาครรภ์หลังมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 60.0 และร้อยละ 66.7 ตามลำดับ และเป็นมารดาครรภ์แรก คิดเป็นร้อยละ 40.0 และร้อยละ 33.3 ตามลำดับ ในด้านความตั้งใจเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ทั้งมารดาในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความตั้งใจเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวในช่วง 4-6 เดือนมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 56.7 และร้อยละ 50.0 ตามลำดับ รองลงมาอยู่ในช่วง 1-3 เดือน ร้อยละ 23.3 และร้อยละ 33.3 ตามลำดับ ในกรณีมารดาที่เคยมีบุตรมาก่อน พบว่าทั้งมารดาในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเคยเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวในช่วง 1-3 เดือนมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 33.3 และร้อยละ 40.0 ตามลำดับ รองลงมาเคยเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวกว่า 6 เดือน ร้อยละ 27.8 และร้อยละ 30.0 ตามลำดับ ซึ่งกลุ่มทดลองมีระยะเวลาการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เฉลี่ย 8.00 เดือน ($SD = 10.14$) ส่วนกลุ่มควบคุมมีระยะเวลาการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เฉลี่ย 7.55 เดือน ($SD = 8.17$) การได้รับความรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ขณะตั้งครรภ์ มารดาในกลุ่มทดลองได้รับความรู้ คิดเป็นร้อยละ 53.3 และไม่ได้รับความรู้ร้อยละ 46.7 ส่วนมารดาในกลุ่มควบคุมไม่ได้รับความรู้ คิดเป็นร้อยละ 56.7 และได้รับความรู้ร้อยละ 43.3 มารดาในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีอายุครรภ์เมื่อคลอดอยู่ในช่วง 39-40 สัปดาห์มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 50 เท่ากันทั้งสองกลุ่ม โดยมีอายุครรภ์เมื่อคลอดเฉลี่ย 38.83 สัปดาห์ ($SD = 1.37$) และ 38.60 สัปดาห์ ($SD = 1.16$) ตามลำดับมารดาในกลุ่มทดลองมีระยะเวลาเจ็บครรภ์คลอดเฉลี่ย 8.57 ชั่วโมง ($SD = 16.18$) ส่วนกลุ่มควบคุมมีระยะเวลาเจ็บครรภ์คลอดเฉลี่ย 6.83 ชั่วโมง ($SD = 5.00$)

ชนิดของการผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง มารดากลุ่มทดลองผ่าตัดคลอดแบบวางแผนล่วงหน้า (Elective C/S) และผ่าตัดคลอดแบบฉุกเฉิน (Emergency C/S) เท่า ๆ กัน คิดเป็นร้อยละ 50.0 ส่วนมารดากลุ่มควบคุมผ่าตัดคลอดแบบฉุกเฉินมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 56.7 และผ่าตัดคลอดแบบวางแผนล่วงหน้า ร้อยละ 43.3 ปริมาณเลือดที่สูญเสียขณะผ่าตัดคลอด มารดากลุ่มทดลอง สูญเสียเลือดเฉลี่ย 490.00 มิลลิลิตร ($SD = 144.68$) ส่วนมารดากลุ่มควบคุมสูญเสียเลือดเฉลี่ย 451.67 มิลลิลิตร ($SD = 135.50$) ส่วนปริมาณสารน้ำทางหลอดเลือดดำที่ได้รับตั้งแต่ก่อนคลอดถึงหลังผ่าตัด มารดากลุ่มทดลองได้รับเฉลี่ย 4,760.00 มิลลิลิตร ($SD = 1,726.84$) ส่วนมารดากลุ่มควบคุมได้รับเฉลี่ย 4,177.67 มิลลิลิตร ($SD = 830.04$) ทารกแรกเกิดทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมได้คะแนน Apgars score ที่ 1 นาที เท่ากับ 9 คะแนน คิดเป็นร้อยละ 43.3 และร้อยละ 50.0 ตามลำดับ รองลงมาได้ 10 คะแนน คิดเป็นร้อยละ 33.4 และร้อยละ 30.0 ตามลำดับ ส่วนคะแนน Apgars score ที่ 5 นาที ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมได้คะแนนเท่ากับ 10 คะแนนทุกราย การเริ่มต้นกระตุ้นคูดนมแม่ครั้งแรก ทารกแรกเกิดทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมได้รับการกระตุ้นในช่วง 2-4 ชั่วโมงหลังผ่าตัดคลอดมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 53.3 และร้อยละ 36.7 ตามลำดับ รองลงมาได้รับการกระตุ้นภายใน 1 ชั่วโมงหลังผ่าตัดคลอด ร้อยละ 30.0 และร้อยละ 33.3 ตามลำดับ ในระยะหลังผ่าตัดทั้งมารดากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่ได้รับยาฉีดบรรเทาปวดหลังผ่าตัดคลอดมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 60.0 และร้อยละ 76.7 ตามลำดับ และได้รับยาฉีดบรรเทาปวดหลังผ่าตัดคลอด คิดเป็นร้อยละ 40.0 และร้อยละ 23.3 ตามลำดับ มารดากลุ่มทดลองเริ่มดื่มน้ำหลังผ่าตัดคลอดเฉลี่ย 4.30 ชั่วโมง ($SD = 1.86$) และเริ่มรับประทานอาหารเหลวหลังผ่าตัดคลอดเฉลี่ย 7.40 ชั่วโมง ($SD = 2.59$) ส่วนมารดากลุ่มควบคุมเริ่มดื่มน้ำหลังผ่าตัดคลอดเฉลี่ย 4.57 ชั่วโมง ($SD = 2.50$) และเริ่มรับประทานอาหารเหลวหลังผ่าตัดคลอดเฉลี่ย 9.00 ชั่วโมง ($SD = 3.99$) การได้รับยา Motilium ทั้งมารดากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่ไม่ได้รับยา คิดเป็นร้อยละ 80.0 และร้อยละ 73.3 ตามลำดับ ส่วนในรายที่ได้รับยา คิดเป็นร้อยละ 20.0 และร้อยละ 26.7 ตามลำดับ โดยกลุ่มทดลองได้รับยาหลังผ่าตัดเฉลี่ย 40.33 ชั่วโมง ($SD = 15.50$) ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับยาหลังผ่าตัดเฉลี่ย 25.25 ชั่วโมง ($SD = 17.04$)

เมื่อทำการทดสอบความแตกต่างของข้อมูลทางสถิติศาสตร์ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยอายุครรภ์เมื่อคลอด ระยะเวลาการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวก่อนมีบุตร ระยะเวลาเจ็บครรภ์คลอด ปริมาณเลือดที่สูญเสียขณะผ่าตัดคลอด ปริมาณสารน้ำทางหลอดเลือดดำที่ได้รับตั้งแต่ก่อนคลอดถึงหลังผ่าตัด ระยะเวลาที่เริ่มดื่มน้ำและรับประทานอาหารเหลวหลังผ่าตัดคลอด และระยะเวลาที่ได้รับยา Motilium หลังผ่าตัดคลอด ใช้สถิติ Independence t -test และจำนวนครั้งของการคลอด ความตั้งใจเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ การได้รับความรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ใน

ระยะตั้งครรภ์ ชนิดของการผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง Apgar score การได้รับยาฉีดบรรเทาปวด หลังผ่าตัดคลอด และการได้รับยา Motilium ใช้สถิติ Chi-square พบว่าไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$)

ตอนที่ 2 ระยะเวลาการเริ่มไหลของน้ำนม

ผู้วิจัยได้ทดสอบการแจกแจงปกติของระยะเวลาการเริ่มไหลของน้ำนมของมารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องทั้งสองกลุ่ม โดยใช้สถิติ One-sample Kolmogorov-Smirnov test พบว่า ระยะเวลาการเริ่มไหลของน้ำนมกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีการแจกแจงแบบปกติ ($p = .47$; $p = .58$ ดังแสดงในภาคผนวก ก) ซึ่งเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นทางสถิติของการใช้สถิติ Independent t -test จึงได้เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระยะเวลาการเริ่มไหลของน้ำนมระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วยสถิติ Independent t -test ผลการทดสอบแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ระยะเวลาการเริ่มไหลของน้ำนมระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ Independent t -test

กลุ่ม	n	Min	Max	\bar{X}	SD	d	T	df	p-value (1-tailed)
กลุ่มทดลอง	30	6	32	19.07	7.57	-11.80	-4.32	46.87	< .01
กลุ่มควบคุม	30	8	56	30.87	12.89				

จากตารางที่ 3 พบว่ามารดาในกลุ่มทดลองมีระยะเวลาการเริ่มไหลของน้ำนมเร็วที่สุด 6 ชั่วโมง มีระยะเวลาการเริ่มไหลของน้ำนมช้าที่สุด 32 ชั่วโมงหลังผ่าตัดคลอด และมีระยะเวลาการเริ่มไหลของน้ำนมเฉลี่ย 19.07 ชั่วโมงหลังผ่าตัดคลอด ($SD = 7.57$) ส่วนมารดาในกลุ่มควบคุมมีระยะเวลาการเริ่มไหลของน้ำนมเร็วที่สุด 8 ชั่วโมง มีระยะเวลาการเริ่มไหลของน้ำนมช้าที่สุด 56 ชั่วโมงหลังผ่าตัดคลอด และมีระยะเวลาการเริ่มไหลของน้ำนมเฉลี่ย 30.87 ชั่วโมงหลังผ่าตัดคลอด ($SD = 12.89$) เมื่อนำระยะเวลาการเริ่มไหลของน้ำนมเฉลี่ยระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไปทดสอบด้วยสถิติ Independent t -test พบว่ามารดาในกลุ่มทดลองมีระยะเวลาการเริ่มไหลของน้ำนมเร็วกว่ามารดาในกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t_{46.87} = -4.32, p < .01$)

ตอนที่ 3 ระยะเวลาการมาของน้ำนมเต็มเต้า

ผู้วิจัยได้ทดสอบการแจกแจงปกติของระยะเวลาการมาของน้ำนมเต็มเต้าของมารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องทั้งสองกลุ่ม โดยใช้สถิติ One-sample Kolmogorov-Smirnov test

พบว่าระยะเวลาการมาของน้ำนมเต็มเต้าในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีการแจกแจงแบบปกติ ($p = .17$; $p = .99$ ดังแสดงในภาคผนวก ก) ซึ่งเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นทางสถิติของการใช้สถิติ Independent t -test จึงได้เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระยะเวลาการมาของน้ำนมเต็มเต้าระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติ Independent t -test ผลการทดสอบแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ระยะเวลาการมาของน้ำนมเต็มเต้าระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ Independent t -test

กลุ่ม	n	Min	Max	\bar{X}	SD	d	T	df	p-value (1-tailed)
กลุ่มทดลอง	30	15	50	29.83	7.90	-15.53	- 6.08	51.22	< .01
กลุ่มควบคุม	30	24	71	45.37	11.56				

จากตารางที่ 4 พบว่ามารดาในกลุ่มทดลองมีระยะเวลาการมาของน้ำนมเต็มเต้าเร็วที่สุด 15 ชั่วโมงหลังผ่าตัดคลอด มีระยะเวลาการมาของน้ำนมเต็มเต้าช้าที่สุด 50 ชั่วโมงหลังผ่าตัดคลอด และมีระยะเวลาการมาของน้ำนมเต็มเต้าเฉลี่ย 29.83 ชั่วโมงหลังผ่าตัดคลอด ($SD = 7.90$) ส่วนมารดาในกลุ่มควบคุม มีระยะเวลาการมาของน้ำนมเต็มเต้าเร็วที่สุด 24 ชั่วโมงหลังผ่าตัดคลอด มีระยะเวลาการมาของน้ำนมเต็มเต้าช้าที่สุด 71 ชั่วโมงหลังผ่าตัดคลอด และมีระยะเวลาการมาของน้ำนมเต็มเต้าเฉลี่ย 45.37 ชั่วโมงหลังผ่าตัดคลอด ($SD = 11.56$) เมื่อนำระยะเวลาการมาของน้ำนมเต็มเต้าเฉลี่ยระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไปทดสอบด้วยสถิติ Independent t -test พบว่ามารดาในกลุ่มทดลองมีระยะเวลาการมาของน้ำนมเต็มเต้าเร็วกว่ามารดาในกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t_{51.22} = - 6.08, p < .01$)

ตอนที่ 4 การรับรู้ความสามารถในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

ผู้วิจัยได้ทดสอบการแจกแจงปกติของคะแนนการรับรู้ความสามารถในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของทั้งสองกลุ่ม โดยใช้สถิติ One-sample Kolmogorov-Smirnov test พบว่าคะแนนก่อนและหลังทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีการแจกแจงแบบปกติ (กลุ่มทดลอง: คะแนนก่อนทดลอง $p = .92$, คะแนนหลังทดลอง $p = .23$; กลุ่มควบคุม: คะแนนก่อนทดลอง $p = .11$, คะแนนหลังทดลอง $p = .54$ ดังแสดงในภาคผนวก ก) ซึ่งเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นทางสถิติของการใช้สถิติ Independent t -test จึงได้เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ความสามารถในการเลี้ยงลูกด้วย

นมแม่ระยะก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วยสถิติ Independent *t*-test ผลการทดสอบแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย คะแนนการรับรู้ความสามารถในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ระยะก่อน และหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ Independent *t*-test

กลุ่ม	ก่อนการทดลอง							หลังการทดลอง						
	<i>n</i>	\bar{X}	<i>SD</i>	<i>d</i>	<i>t</i>	<i>df</i>	<i>p</i>	<i>n</i>	\bar{X}	<i>SD</i>	<i>d</i>	<i>t</i>	<i>df</i>	<i>p</i>
ทดลอง	30	51.40	9.29	-2.03	-.75	58	.23	30	64.21	6.54	4.87	2.62	58	< .01
ควบคุม	30	53.43	11.51					30	59.40	7.78				

จากตารางที่ 5 พบว่า ระยะก่อนการทดลอง มารดากลุ่มทดลองมีคะแนนการรับรู้ความสามารถในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เฉลี่ยเท่ากับ 51.40 (*SD* = 9.29) ส่วนมารดากลุ่มควบคุมมีคะแนนการรับรู้ความสามารถในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เฉลี่ยเท่ากับ 53.43 (*SD* = 11.51) และเมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ความสามารถในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ระยะก่อนทดลอง ด้วยสถิติ Independent *t*-test พบว่ามารดาทั้งสองกลุ่มมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t_{58} = -.75, p = .23, \text{mean difference} = -2.03$)

ในระยะหลังการทดลอง มารดากลุ่มทดลองมีคะแนนการรับรู้ความสามารถในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เฉลี่ยเท่ากับ 64.21 (*SD* = 6.54) ส่วนมารดากลุ่มควบคุมมีคะแนนการรับรู้ความสามารถในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เฉลี่ยเท่ากับ 59.40 (*SD* = 7.78) และเมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ความสามารถในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ระยะหลังการทดลอง ด้วยสถิติ Independent *t*-test พบว่ามารดากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ดีกว่ามารดากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t_{58} = 2.62, p < .01, \text{mean difference} = 2.62$)

บทที่ 5

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยที่เปรียบเทียบได้กับการวิจัยแบบทดลอง (Comparative experimental research) โดยใช้แบบแผนการวิจัยสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (The pretest-posttest control groups design) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการกระตุ้นการหลั่งน้ำนมต่อระยะเวลาการเริ่มไหลของน้ำนม ระยะเวลาการมาของน้ำนมเต็มเต้า และการรับรู้ความสามารถในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในมารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง

กลุ่มตัวอย่างเป็นมารดาหลังคลอดที่ผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง ที่รับย้ายจากห้องผ่าตัดไม่เกิน 4 ชั่วโมง และพักรักษาตัวที่หอผู้ป่วยสูติศาสตร์นิเวศกรรม โรงพยาบาลสิรินธร จำนวน 60 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลองจำนวน 30 ราย และกลุ่มควบคุม จำนวน 30 ราย มารดากลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการกระตุ้นการหลั่งน้ำนมร่วมกับการพยาบาลตามปกติ ส่วนมารดากลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลทางสูติศาสตร์ แบบบันทึกการเริ่มไหลของน้ำนม แบบบันทึกระยะเวลาการมาของน้ำนมเต็มเต้า และแบบวัดการรับรู้ความสามารถในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลทางสูติศาสตร์ด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบระยะเวลาการเริ่มไหลของน้ำนม ระยะเวลาการมาของน้ำนมเต็มเต้า และการรับรู้ความสามารถในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ด้วยสถิติที่แบบอิสระ (Independent t-test) ซึ่งผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลทางสูติศาสตร์ของกลุ่มตัวอย่าง

มารดากลุ่มทดลองมีอายุอยู่ในช่วง 30-35 ปี จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลายหรือปวส. และประกอบอาชีพพนักงานบริษัทมากที่สุด มีรายได้ของครอบครัวมากกว่า 20,000 บาทต่อเดือน และทุกคนมีสถานภาพสมรสคู่ ส่วนข้อมูลทางสูติศาสตร์ พบว่าเป็นมารดาที่คลอดครรภ์หลังมากกว่ามารดาที่คลอดครรภ์แรก ในด้านความตั้งใจเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ มารดามีความตั้งใจเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวอยู่ในช่วง 4-6 เดือนมากที่สุด ในกรณีที่เคยมีบุตรมาก่อนพบว่ามารดาเคยเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 1-3 เดือนมากที่สุด ส่วนใหญ่ได้รับความรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ขณะตั้งครรภ์ อายุครรภ์เฉลี่ยเมื่อคลอด 38.50 สัปดาห์ ระยะเวลาเจ็บครรภ์คลอดเฉลี่ย 8.57 ชั่วโมง ส่วนชนิดของการผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง เป็นแบบวางแผนล่วงหน้าและแบบฉุกเฉินจำนวนเท่ากัน ปริมาณเลือดที่สูญเสียขณะผ่าตัดคลอดเฉลี่ย 490.00 มิลลิลิตร ปริมาณสารน้ำทางหลอดเลือดดำที่ได้รับตั้งแต่มาคลอดถึงหลังผ่าตัดได้รับเฉลี่ย 4,760.00 มิลลิลิตร ส่วนทารกแรกเกิดได้คะแนน Apgars score ที่ 1 นาที เท่ากับ 9 คะแนน และได้คะแนน Apgars score ที่ 5 นาทีแรกเกิด

เท่ากับ 10 คะแนนทุกราย ได้รับการกระตุ้นให้ดูดนมแม่ครั้งแรกในช่วง 2-4 ชั่วโมงหลังผ่าตัดคลอดมากที่สุด ส่วนใหญ่ไม่ได้รับยาฉีดบรรเทาปวดหลังผ่าตัดคลอด เริ่มดื่มน้ำหลังผ่าตัดคลอดเฉลี่ย 4.30 ชั่วโมง และเริ่มรับประทานอาหารเหลวหลังผ่าตัดคลอด เฉลี่ย 7.40 ชั่วโมง การได้รับยา Motilium มารดาส่วนใหญ่ไม่ได้รับยา ส่วนในรายที่ได้รับยา ได้รับเฉลี่ย 40.33 ชั่วโมงหลังผ่าตัดคลอด

สำหรับมารดาในกลุ่มควบคุมมีอายุอยู่ในช่วง 30-35 ปี จบการศึกษาระดับประถมศึกษาถึงมัธยมศึกษาตอนต้น ประกอบอาชีพพนักงานบริษัทมากที่สุด รายได้ของครอบครัวอยู่ในช่วง 10,001-20,000 บาทต่อเดือน มารดาส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ ส่วนข้อมูลทางสูติศาสตร์พบว่า เป็นมารดาครรภ์หลังมากกว่าครรภ์แรก มารดาที่มีความตั้งใจเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวในช่วง 4-6 เดือน ส่วนกรณีที่เคยมีบุตรมาก่อน มารดาเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 1-3 เดือนมากที่สุด ได้รับการเริ่มต้นกระตุ้นดูดนมแม่ครั้งแรกในช่วง 2-4 ชั่วโมงหลังผ่าตัดคลอด ส่วนใหญ่ไม่ได้รับความรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ขณะตั้งครรภ์ มีอายุครรภ์เฉลี่ยเมื่อคลอด 38.60 มีระยะเวลาเจ็บครรภ์คลอดเฉลี่ย 6.83 ชั่วโมง ส่วนชนิดของการผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง เป็นแบบวางแผนล่วงหน้ามากที่สุด ปริมาณเลือดที่สูญเสียขณะผ่าตัดคลอดเฉลี่ย 451.67 มิลลิลิตร ส่วนปริมาตรสารน้ำทางหลอดเลือดดำที่ได้รับตั้งแต่มาคลอดถึงหลังผ่าตัดเฉลี่ย 4,177.67 มิลลิลิตร ทารกแรกเกิดได้คะแนน Apgars score ที่ 1 นาที เท่ากับ 9 คะแนนมากที่สุด และได้คะแนน Apgars score ที่ 5 นาทีแรกเกิด เท่ากับ 10 คะแนนทุกราย ในระยะหลังผ่าตัดคลอดมารดาส่วนใหญ่ไม่ได้รับยาฉีดบรรเทาปวด เริ่มดื่มน้ำหลังผ่าตัดคลอดเฉลี่ยเฉลี่ย 4.57 ชั่วโมง และเริ่มรับประทานอาหารเหลวหลังผ่าตัดคลอด 9.00 ชั่วโมง มารดาส่วนใหญ่ไม่ได้รับยา Motilium ส่วนในรายที่ได้รับยา ได้รับเฉลี่ย 25.25 ชั่วโมงหลังผ่าตัด

2. มารดาในกลุ่มทดลองมีระยะเวลาการเริ่มไหลของน้ำนมเร็วกว่ามารดาในกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1

3. มารดาในกลุ่มทดลองมีระยะเวลาการมาของน้ำนมมาเต็มเต้าเร็วกว่ามารดาในกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 2

4. มารดาในกลุ่มทดลองมีการรับรู้ความสามารถในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ดีกว่ามารดาในกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 3

การอภิปรายผล

1. ระยะเวลาการเริ่มไหลของน้ำนม ผลการวิจัยพบว่า มารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องกลุ่มทดลองมีระยะเวลาการไหลของน้ำนมเร็วกว่ามารดาในกลุ่มควบคุม ทั้งนี้เนื่องจากตามทฤษฎีการสร้างและหลั่งน้ำนม (Physiology of lactation) ในระยะ Lactogenesis II การดูดนมของ

ทารกจะควบคุมการหลั่งฮอร์โมนโปรแลคตินที่มีผลต่อการสร้างน้ำนมและฮอร์โมนออกซิโทซินที่มีผลต่อการหลั่งน้ำนม ซึ่งการดูดนมแม่โดยเร็วหลังคลอดจะช่วยเพิ่มระดับฮอร์โมนโปรแลคติน กระตุ้นการสร้างน้ำนมทำให้น้ำนมมาเร็วขึ้น นอกจากนี้การนำทารกมาให้มารดาสัมผัสแบบเนื้อแนบเนื้อ (Skin-to-skin contact) และให้ทารกดูดนมโดยเร็วที่สุด จะช่วยกระตุ้นให้ร่างกายของมารดาหลั่งฮอร์โมนออกซิโทซินออกมา ช่วยให้น้ำนมหลังเร็วขึ้น อีกทั้งยังช่วยส่งเสริมความรักและความผูกพันระหว่างมารดาและทารกอีกด้วย (พรนภา ตั้งสุขสันต์, 2554) การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้จัดกิจกรรมที่สอดคล้องกับแนวคิดดังกล่าว โดยมารดาในกลุ่มทดลองได้รับการส่งเสริมให้ทารกดูดนมโดยเร็วตั้งแต่แรกรับจากห้องฟักฟืนหลังผ่าตัดไม่เกิน 4 ชั่วโมง ผู้วิจัยนำทารกมาวางบนหน้าอกมารดา เพื่อทำการสัมผัสแบบเนื้อแนบเนื้อส่งเสริมความรักและความผูกพันระหว่างมารดา-ทารก และกระตุ้นให้ทารกได้ดูดนมแม่อย่างน้อย 15-30 นาที เมื่อมารดาเห็นทารกดูดนม จะช่วยให้แม่คลายความกังวลเกี่ยวกับภาวะสุขภาพทารก และทำให้น้ำนมแม่มาเร็ว (WHO, 2009)

นอกจากนี้การที่ทารกดูดนมอย่างถูกวิธีจะช่วยส่งเสริมให้มีการหลั่งฮอร์โมนออกซิโทซิน ทำให้กล้ามเนื้อบริเวณรอบต่อมน้ำนมมีการหดตัวและบีบน้ำนมไหลผ่านท่อน้ำนมออกมา และเมื่อทารกดูดนมอย่างต่อเนื่องทุก 2-3 ชั่วโมงจะช่วยส่งเสริมให้มีการหลั่งฮอร์โมนโปรแลคตินลงที่ ทำให้มีการสร้างน้ำนมต่อเนื่องและมีปริมาณเพียงพอ ซึ่งผู้วิจัยได้ส่งเสริมให้มารดาสามารถให้นมบุตรอย่างถูกวิธีและต่อเนื่อง โดยในระยะแรกหลังผ่าตัดผู้วิจัยดูแลช่วยเหลือจัดทำให้นมในท่านอนหงายหรือท่านอนตะแคง ซึ่งเป็นท่าให้นมที่เหมาะสมกับมารดาหลังผ่าตัด เพราะช่วยลดความเจ็บปวดแผล (กรรณิการ์ วิจิตรสุคนธ์, 2554) และทำให้มารดาสามารถให้นมได้โดยเร็วตั้งแต่แรกรับจากห้องผ่าตัดแม้จะยังมีอาการชาขาทั้ง 2 ข้างจากฤทธิ์ของยาระงับความรู้สึก ผู้วิจัยได้ให้คำแนะนำและช่วยเหลือมารดาในการให้นมบุตรด้วยท่าให้นมที่เหมาะสม ดูแลให้ลูกอมหัวนมและลานนมอย่างถูกวิธี และกระตุ้นให้ทารกดูดนมอย่างต่อเนื่องทุก 2-3 ชั่วโมง ซึ่งส่งผลให้ระดับฮอร์โมนโปรแลคตินเพิ่มสูงขึ้นและมีการสร้างน้ำนมอย่างต่อเนื่อง (WHO, 2009) ทำให้น้ำนมไหลเร็วขึ้น ซึ่งจากผลการวิจัยจะเห็นได้ว่าในกลุ่มทดลองมีทารกที่เริ่มต้นดูดนมแม่ในช่วงระยะ 2-4 ชั่วโมงมากกว่ากลุ่มควบคุม เนื่องจากได้รับการช่วยเหลือและกระตุ้นให้ทารกดูดนมแม่ จึงส่งเสริมให้น้ำนมไหลเร็ว นอกจากนี้ผู้วิจัยได้จัดกิจกรรมให้มารดาในกลุ่มทดลองได้รับการนวดและประคบเต้านมด้วยผ้าอุ่น ช้างละประมาณ 10 นาที ก่อนให้ลูกดูดนมทุกมือ ตั้งแต่ระยะ 8 ชั่วโมงหลังผ่าตัดคลอด และนวดประคบต่อเนื่องในระยะ 24-48 ชั่วโมงหลังผ่าตัดคลอด ซึ่งการส่งเสริมให้มารดานวดและประคบเต้านมด้วยความร้อนที่มีความชุ่มชื้น จะช่วยให้ส่งเสริมการสร้างและการหลั่งน้ำนม เนื่องจากมีการกระตุ้นบริเวณ Myoepithelial cell ทำให้กระตุ้นการหลั่งฮอร์โมนออกซิโทซิน กระตุ้นการไหลเวียนเลือด ช่วยส่งเสริมให้มารดามีน้ำนมไหลเร็วและมีน้ำนมเพียงพอ (WHO,

2009; วรรณภา พาทูวัฒนกร, 2554) ดังเห็นได้จากผลการวิจัยที่พบว่ามารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องกลุ่มทดลองมีระยะเวลาการไหลของน้ำนมเร็วกว่ามารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องกลุ่มควบคุม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ชุติมาพร ไตรนภากุล และคณะ (2554) ที่ศึกษาผลของการไหลของน้ำนมในมารดาหลังคลอดทางช่องคลอดและผ่าตัดคลอดที่ถูกนวดและประคบเต้านมด้วยกระเป๋าน้ำร้อนและลูกประคบสมุนไพร ผลการศึกษาพบว่าภายหลังนวดประคบ มารดาทั้งสองกลุ่ม มีคะแนนการไหลของน้ำนมระยะหลังนวดประคบมากกว่าก่อนนวดประคบ และเมื่อเปรียบเทียบวิธีการประคบเต้านม พบว่ามารดาที่ได้รับการนวดประคบด้วยลูกสมุนไพร มีน้ำนมหลังเร็วและน้ำนมมีปริมาณมากขึ้นเร็วกว่ามารดาที่ได้รับการนวดประคบด้วยกระเป๋าน้ำร้อนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ส่วนการดูแลส่งเสริมการสร้างและการหลั่งของน้ำนมอย่างต่อเนื่องเพื่อให้มีน้ำนมเพียงพอ นั้น ผู้วิจัยได้จัด โดยให้มารดาดื่มน้ำ 2-3 ลิตรต่อวัน ให้น้ำขิง และดูแลรับประทานอาหารอย่างเพียงพอ และแนะนำอาหารที่ช่วยส่งเสริมการสร้างและการหลั่งน้ำนม รวมทั้งดูแลความสุขสบาย ให้อาบน้ำร้อน และดูแลให้พักผ่อน สิ่งเหล่านี้จะช่วยให้มารดามีความพร้อมในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ (WHO, 2009; วรรณภา พาทูวัฒนกร, 2554) ส่งผลให้มารดาสามารถให้นมบุตรได้อย่างต่อเนื่อง มีน้ำนมหลังเร็ว ดังเห็นได้จากผลการวิจัยที่ทั้งสองกลุ่มมีระยะเวลาการเริ่มต้นดื่มน้ำและอาหารเหลวที่ไม่แตกต่างกัน ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำตั้งแต่มาคลอดถึงระยะหลังผ่าตัดไม่แตกต่างกัน แต่กลุ่มทดลองได้รับการดูแลให้ดื่มน้ำและรับประทานอาหารอย่างเพียงพอ รวมถึงได้รับน้ำขิงอย่างสม่ำเสมอ ร่วมกับการนวดและประคบเต้านมด้วยความร้อนขึ้น จึงส่งผลให้มีการกระตุ้นสร้างน้ำนมและทำให้น้ำนมไหลเร็ว ซึ่งผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ ศศิธร กักดีโชติ และคณะ (2553) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมกระตุ้นการหลั่งน้ำนมในมารดาหลังคลอดทางช่องคลอด โดยสอนสาธิตการอุ้มทารกดูคนมอย่างถูกวิธี การนวดหัวนมและลานนม ประคบเต้านมด้วยลูกประคบสมุนไพรภายใน 24 ชั่วโมงหลังคลอด ให้กำลังใจ และแนะนำการให้ทารกดูคนมทุก 2-3 ชั่วโมง และจัดอาหารเพิ่มน้ำนม ผลการศึกษาพบว่า มารดากลุ่มทดลองมีระยะเวลาการเริ่มไหลของน้ำนมเร็วกว่ามารดากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

2. ระยะเวลาการมาของน้ำนมเต็มเต้า ผลการศึกษาพบว่า มารดากลุ่มทดลองมีระยะเวลาการมาของน้ำนมเต็มเต้าเร็วกว่ามารดากลุ่มควบคุม ทั้งนี้เนื่องจากตามทฤษฎีการสร้างและหลั่งน้ำนม (Physiology of lactation) ในระยะ Lactogenesis II การส่งเสริมให้ทารกดูคนมโดยเร็ว ดูคนมอย่างถูกวิธี จะช่วยให้ระดับฮอร์โมนโปรแลคตินคงที่ ส่งเสริมให้มีการสร้างน้ำนมอย่างต่อเนื่อง และทำให้น้ำนมเต็มเต้า (Chapman & Pérez-Escamillia, 2000; Hurst, 2007) การศึกษาครั้งนี้ มารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องในกลุ่มทดลองได้รับการส่งเสริมให้ทารกดูคนมโดยเร็ว

และมีการสัมผัสแบบเนื้อแนบเนื้อระหว่างมารดาและทารกตั้งแต่แรกเริ่มจากห้องพักฟื้น ช่วยเหลือให้ทารกดูคนอย่างถูกวิธีและดูคนต่อเนื่องทุก 2-3 ชั่วโมง ด้วยทำให้นมที่เหมาะสมในแต่ละระยะ ทำให้มารดาสามารถให้นมบุตรอย่างต่อเนื่อง ส่งผลต่อการหลั่งฮอร์โมนโปรแลคติน ทำให้มีการกระตุ้นสร้างน้ำนม นอกจากนี้ผู้วิจัยยังดูแลให้มารดาได้รับน้ำและอาหารอย่างเพียงพอตั้งแต่ระยะแรกหลังผ่าตัดตามแผนการรักษา ให้คำแนะนำเกี่ยวกับอาหารที่ช่วยเพิ่มปริมาณน้ำนม ดูแลความสุขสบาย ให้ยาบรรเทาปวด และดูแลให้มารดาได้พักผ่อนอย่างเพียงพอ ซึ่งจะช่วยให้มารดาลดภาวะเครียด ส่งเสริมการสร้างน้ำนม และทำให้มารดามีน้ำนมเต็มเต้าเร็วขึ้น (Merray & McKinney, 2006; Hurst, 2007; วรรณภา พาทูวัฒนกร, 2554) จากข้อมูลทางสรีรศาสตร์จะเห็นได้ว่ามารดาทั้งสองกลุ่มได้รับยา Motilium ที่มีผลทางอ้อมกระตุ้นการสร้างน้ำนม ช่วยเพิ่มปริมาณน้ำนมในปริมาณที่ใกล้เคียงกัน แต่มารดาในกลุ่มทดลองมีระยะเวลาการมาของน้ำนมเต็มเต้าเร็วกว่า แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการกระตุ้นการหลั่งน้ำนมช่วยส่งเสริมให้มารดาในกลุ่มทดลองมีปริมาณน้ำนมเพียงพอได้ นอกจากนี้ผู้วิจัยได้ส่งเสริมให้มารดาในกลุ่มทดลองได้นวดและประคบเต้านมด้วยผ้าอุ่นอย่างสม่ำเสมอในระยะ 24-48 ชั่วโมงหลังผ่าตัดคลอด ทำให้มารดามีน้ำนมหลังเร็วและมีน้ำนมเต็มเต้าเร็วขึ้น ดังเห็นได้จากผลการวิจัยที่พบว่ามารดาในกลุ่มทดลองมีระยะเวลาการมาของน้ำนมเต็มเต้าเร็วกว่ามารดาในกลุ่มควบคุม ซึ่งผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ ประมินทร์ อนุกุลประเสริฐ (2550) ที่ศึกษาการนวดเต้านมธรรมดาเปรียบเทียบกับการนวดประคบด้วยผ้าอุ่นกระตุ้นการหลั่งน้ำนมในมารดาหลังคลอดทางช่องคลอด ผลการศึกษาพบว่ามารดาที่ได้รับการนวดเต้านมร่วมกับการใช้ผ้าอุ่นประคบ ทำให้มีน้ำนมหลังภายใน 6 ชั่วโมงหลังคลอด และมีปริมาณเพียงพอต่อความต้องการของทารกภายใน 48 ชั่วโมงหลังคลอดมากกว่ามารดาที่ได้รับการนวดเต้านมธรรมดา

3. การรับรู้ความสามารถในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ผลการศึกษาพบว่ามารดาในกลุ่มทดลองมีการรับรู้ความสามารถในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่สูงกว่ามารดาในกลุ่มควบคุม ทั้งนี้เนื่องจากการได้รับความรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ การได้ฝึกประสบการณ์การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ด้วยตนเอง จะส่งผลให้มารดามีความมั่นใจในการให้นมลูก และมีระดับการรับรู้ความสามารถในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่สูงขึ้น (Blyth et al., 2002; Dennis, 2003; โบว์ชมพูนุ บุตรแสงดี และคณะ, 2556) ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้จัดกิจกรรมการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ที่เหมาะสมกับมารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง โดยการช่วยเหลือให้มารดาให้นมบุตรอย่างถูกวิธี ให้คำแนะนำและมอบคู่มือการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในมารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง ซึ่งมีเนื้อหาเกี่ยวกับการส่งเสริมการสร้างและการหลั่งน้ำนม การนวดและประคบเต้านม การนำทารกเข้าเต้าดูคนอย่างถูกวิธี และทำอุ้มที่เหมาะสมกับมารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง

สาธิตทำอุ้มให้นมและการนำทารกเข้าเต้าคุณนม และส่งเสริมให้มารดาได้ฝึกปฏิบัติการให้นมบุตรที่ถูกต้อง พร้อมให้ความช่วยเหลือในขณะที่มารดาฝึกปฏิบัติจนมารดามีความมั่นใจและสามารถอุ้มทารกให้นมได้ด้วยตนเอง

นอกจากนี้กิจกรรมการให้ความรู้และการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในระยะที่พักฟื้นโรงพยาบาล รวมถึงการฝึกทักษะการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างถูกต้อง มีส่วนสำคัญในการช่วยเพิ่มความมั่นใจให้กับมารดาในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และช่วยให้สามารถแก้ปัญหาต่าง ๆ ส่งเสริมให้มีการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในโรงพยาบาลประสบความสำเร็จ ซึ่งจากข้อมูลส่วนบุคคลจะเห็นได้ว่าทั้งมารดากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ไม่แตกต่างกัน ได้รับความรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในระยะตั้งครรภ์ไม่แตกต่างกัน รวมถึงเคยเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในกรณีที่เคยมีบุตรไม่แตกต่างกัน แต่มารดากลุ่มทดลองมีการรับรู้ความสามารถในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ดีกว่ามารดากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งผลการศึกษาสอดคล้องกับการศึกษาของ ฐานัญญา มโนสัมฤทธิ์ (2552) ที่ได้พัฒนาโครงการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในมารดาที่ผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องโดยการเตรียมความรู้และส่งเสริมสนับสนุนให้มารดามีความมั่นใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ พบว่าช่วยเพิ่มระดับการรับรู้ความสามารถในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้ดี และประสบความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวนำได้

นอกจากนี้ ผู้วิจัยมีการให้ยาบรรเทาปวดและจัดทำให้นมที่เหมาะสม ดูแลให้พักผ่อน ดูแลให้ได้รับน้ำและอาหาร เพื่อลดอาการอ่อนเพลีย รวมถึงพูดคุยให้คำแนะนำและให้กำลังใจมารดาในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ช่วยให้มารดาที่มีความมั่นใจสามารถเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ สามารถแก้ไขปัญหาต่าง ๆ ในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้ และประสบความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้ (Blyth et al., 2002; Dennis, 2003; Otsuka et al., 2008; โบว์ชมพู่ บุตรแสงดี และคณะ, 2556) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ โบว์ชมพู่ บุตรแสงดี และคณะ (2556) ที่ศึกษาผลของการส่งเสริมความสามารถของตนเองต่อความสำเร็จในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาอย่างเดียวของมารดาที่ผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง โดยดูแลความพร้อมด้านร่างกายและอารมณ์ ส่งเสริมให้มารดาฝึกประสบการณ์การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ผ่านสื่อวีดิทัศน์ และใช้คำพูดชักจูงให้มารดาเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ พบว่า มารดากลุ่มทดลองมีการรับรู้ความสามารถของตนเองในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เพิ่มขึ้น และประสบความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวนำมากกว่ามารดากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

จากผลของการศึกษาวิจัยมีข้อเสนอแนะดังนี้

1. ด้านการบริหารการพยาบาล นำเสนอโปรแกรมการกระตุ้นการหลั่งน้ำนมต่อหัวหน้าหน่วยงาน หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล เพื่อพิจารณากำหนดเป็นแนวทางปฏิบัติในการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในมารดาหลังคลอดบุตรทางหน้าท้อง เพื่อส่งเสริมให้มารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องประสบความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และมีอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่สูงขึ้น

2. ด้านการปฏิบัติทางการพยาบาล นำเสนอโปรแกรมการกระตุ้นการหลั่งน้ำนมต่อพยาบาลและบุคลากรทางสุขภาพในหน่วยงาน เพื่อนำโปรแกรมนี้ไปจัดกิจกรรมการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในมารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง และเผยแพร่ให้พยาบาลและบุคลากรทางสุขภาพในหน่วยงานอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง นำไปปรับใช้ในการดูแลส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในมารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง

3. ด้านการศึกษา นำหลักการในโปรแกรมการกระตุ้นการหลั่งน้ำนมในมารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง ไปใช้ในการนิเทศ และให้คำแนะนำนักศึกษาพยาบาลที่ฝึกภาคปฏิบัติการ เพื่อให้สามารถนำองค์ความรู้ไปประยุกต์ใช้ในการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องอย่างเหมาะสม

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. การวิจัยครั้งนี้ทำการศึกษาระยะเวลาการไหลของน้ำนม ระยะเวลาการมาของน้ำนมเต็มเต้า และการรับรู้ความสามารถในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในมารดาหลังผ่าตัดคลอด ที่พักรักษาตัวในหอผู้ป่วย ไม่ได้มีการติดตามในระยะหลังคลอดเมื่อกลับบ้าน ดังนั้นในการศึกษาครั้งต่อไปควรมีการติดตามอัตราการประสบความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในระยะหลังคลอด ที่ระยะเวลา 1 เดือน 4 เดือน และ 6 เดือน

2. ควรนำโปรแกรมการกระตุ้นการหลั่งน้ำนมไปใช้ในการศึกษาในมารดาในกลุ่มเสี่ยงต่อการไม่ประสบความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อื่น ๆ ต่อไป เช่น มารดาวัยรุ่น มารดาที่ทำงานนอกบ้าน เป็นต้น

บรรณานุกรม

- กรณีการ วิจิตรสุคนธ์. (2554). การจัดทำในการให้นมและการให้ลูกอมหวานนม. ใน กรณีการ วิจิตรสุคนธ์, พรรณรัตน์ แสงเพิ่ม, นันทิยา วัฒนา, สุพินดา เรื่องจริยเชิฐ และสุดาภรณ์ พยัคเรืองการ (บรรณาธิการ), *การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่* (หน้า 143-153). กรุงเทพฯ: ปรีชาพานิชย์.
- การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่. (2557). *ยาเพิ่มน้ำนม Domperidone*. เข้าถึงได้จาก <http://www.breastfeedingthai.com>
- ฉันทิกา จันท์เป็ย. (2554). กายวิภาคของเต้านม สรีรวิทยาของการสร้างและการหลั่งน้ำนม และกลไกการควบคุมของทารก. ใน กรณีการ วิจิตรสุคนธ์, พรรณรัตน์ แสงเพิ่ม, นันทิยา วัฒนา, สุพินดา เรื่องจริยเชิฐ และสุดาภรณ์ พยัคเรืองการ (บรรณาธิการ), *การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่* (หน้า 143-153). กรุงเทพฯ: ปรีชาพานิชย์.
- ชุติมาพร ไชยนาทกุล, มณฑา ไชยะวัฒน์, วิวัฒน์ คณาวิฑูรย์, สุวรรณี นาคะ, วิมล มิตรนิโยดม และสุทธารัตน์ เป็นลาภ. (2554). ผลของการไหลของน้ำนมในหญิงหลังคลอดที่ลูกกวอดประคบเต้านมด้วยกระเป๋าน้ำร้อนและลูกประคบสมุนไพร. *วารสารการพยาบาลและการศึกษา*, 3(3), 76-91.
- ฐานิญา มโนสัมฤทธิ์. (2552). *การพัฒนาโครงการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ในมารดาคลอดครั้งแรก ที่ได้รับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง โรงพยาบาลอุดรธานี*. รายงานการศึกษาอิสระพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการผดุงครรภ์ชั้นสูง, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- นิพรธพร วรมงคล, อีสริย์ เจตน์ประยงค์ และสมพงษ์ สกฤตอิสริยาภรณ์. (2554). สถานการณ์การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ประเทศไทย ปี 2552-2553. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*, 20(5), 721-731.
- บุญใจ ศรีสถิตยัณรากร. (2550). *ระเบียบวิธีการวิจัยทางการพยาบาลศาสตร์*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- โบว์ชมพู บุตรแสงดี, กรณีการ กัณษะรักษา และจันทรรัตน์ เจริญสันติ. (2556). ผลของการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมมารดาอย่างเดียวยของมารดาที่ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง. *พยาบาลสาร*, 40(3), 1-10.

- ประมินทร์ อนุกุลประเสริฐ. (2550). การนวดเต้านมธรรมดาเปรียบเทียบกับ การนวดประคบด้วย
 ฝ่าอุ้งกระตุ้นการหลั่งน้ำนมหลังคลอด. *วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข, 1*(3-4), 430-438.
- ปิติมา ฉายโอภาส, นิตยา โรจนนิรันดร์กิจ และชมกฤษ บัญประเสริฐ. (2550). ผลของการเสริม
 นมผสมในมารดาต่อปริมาณน้ำนมใน 48 ชั่วโมงหลังคลอดในโรงพยาบาลรามธิบดี.
รามธิบดีพยาบาลสาร, 15(1), 25-35.
- ปิยาภรณ์ บวรเกียรติจร และกรรณิการ์ วิจิตรสุคนธ์. (2551). แม่ทำงานกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่
 ใน วิทยา ถิฐาพันธ์, นิสารัตน์ พิทักษ์วัชระ และประทีภย์ โอประเสริฐสวัสดิ์
 (บรรณาธิการ), *เวชศาสตร์ปริกำเนิดในเวชปฏิบัติ* (หน้า 186-187). กรุงเทพฯ: ยูเนียน
 ศรีเอชเอ็น.
- พรนภา ตั้งสุขสันต์. (2554). แนวปฏิบัติการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในระยะคลอด. ใน กรรณิการ์
 วิจิตรสุคนธ์, พรรณรัตน์ แสงเพิ่ม, นันทิยา วัฒายุ, สุพินดา เรื่องจิรัชเชียร และสุดาภรณ์
 พักษณ์เรื่อง (บรรณาธิการ), *การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่* (หน้า 138-139). กรุงเทพฯ:
 ปรีชาพานิชย์.
- ยุพา เตมียีธีร์กุล. (2550). ผลของโปรแกรมส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ต่อความสำเร็จใน
 การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ในมารดาที่ได้รับการผ่าตัด
 คลอดบุตรทางหน้าท้อง. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาล
 มารดา-ทารก และสุขภาพสตรี, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- รัตน์ศิริ ทาโต. (2552). *การวิจัยทางพยาบาลศาสตร์: แนวคิดสู่การประยุกต์ใช้* (พิมพ์ครั้งที่ 2).
 กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- รุ่งฤดี จีระทรัพย์, นวลจันทร์ ไพบุลย์บรรพต และสมพร พานิกม. (2553). วิธีการคลอดและการมา
 ของน้ำนมเต็มเต้าในมารดาหลังคลอด. *วารสารวิชาการสาธารณสุข, 19*(2), 270-278.
- วรรณา พาหุวัฒนกร. (2554). แนวปฏิบัติการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในระยะหลังคลอด. ใน กรรณิการ์
 วิจิตรสุคนธ์, พรรณรัตน์ แสงเพิ่ม, นันทิยา วัฒายุ, สุพินดา เรื่องจิรัชเชียร และสุดาภรณ์
 พักษณ์เรื่อง (บรรณาธิการ), *การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่* (หน้า 155-169). กรุงเทพฯ: ปรีชา
 พานิชย์.
- ศศิธร ภัคดีโชติ, รจนา โมนาราช และเปล่งฉวี สกนรัตน์. (2553). ผลของการใช้โปรแกรมกระตุ้น
 การหลั่งน้ำนมต่อระยะเวลาการหลั่งน้ำนมของมารดาหลังคลอดโรงพยาบาลสกลนคร.
วารสารวิชาการสาธารณสุข, 19(2), 279-287.
- ศิริภรณ์ สวัสดิ์วร, กุสุมา ชูศิลป์ และกรรณิการ์ บางสายน้อย. (2550). *มีอะไรในน้ำนมแม่*. เข้าถึง
 ได้จาก <http://breastfeedinglib.saiyairak.com/handle/123456789/2320>

- สำนักสถิติแห่งชาติ. (2552). การสำรวจอนามัยการเจริญพันธุ์ พ.ศ. 2552. เข้าถึงได้จาก <http://www.nso.go.th>
- สำนักสถิติแห่งชาติ. (2556). การสำรวจสถานการณ์เด็กและสตรีในประเทศไทย พ.ศ. 2555. เข้าถึงได้จาก http://www.unicef.org/thailand/Exe_Summary_Thai.pdf
- Bachrach, V. R. G., Schwarz, E., & Bachrach, L. R. (2003). Breastfeeding and the risk of for hospitalization respiratory disease in infancy: A meta-analysis. *Archives of Pediatric & Adolescent Medicine*, 157, 237-243.
- Blyth, R. J., Creedy, D. K., Dennis, C. L., Moyle, W., Pratt, J., & De Vries, S. (2002). Effect of maternal confidence on breast-feeding duration: An application of breastfeeding self-efficacy theory. *Birth*, 29(4), 278-284.
- Chien, L. Y., & Tai, C. H. (2007). Effect of delivery method and timing of breastfeeding initiation on breastfeeding outcomes in Taiwan. *Birth*, 34(2), 123-130.
- Chapman, J. C., & Péráze-Escamilla, R. (1999). Identification of risk factors for delayed onset of lactation. *Journal of American Dietetic Association*, 99(4), 450-454.
- Chapman, J. C., & Péráze-Escamilla, R. (2000). Maternal perception of the onset of lactation is a valid, public health indicator of lactogenesis stage II. *Journal of Nutrition*, 130, 2972-2980.
- Dennis, C. L. (2003). The breastfeeding self-efficacy scale: Psychometric assessment of the short form. *Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing*, 32, 734-744.
- Dewey, K. G., Normsen-River, L. A., Heinig, M. J., & Cohen, R. J. (2003). Risk factor for suboptimal infant breastfeeding behavior, delayed onset of lactation, and excess neonatal weight loss. *Pediatrics*, 111(3), 607-619.
- Evans, K. C., Evans, R. G., Royal, R., Esterman, A. J., & James, S. L. (2002). Effect of caesarean section on breast milk transfer to the normal term newborn over the first week of life. *Archives of Disease in Childhood Fetal and Neonatal Edition*, 88, 380-382.
- Godfrey, J. R., & Lawrence, R. A. (2010). Toward optimal health: the maternal benefits of breastfeeding. *Journal of Women's Health*, 19(9), 1597-1602.
- Hruschka, D. J., Sellen, D. W., Stein, A. D., & Martorell, R. (2003). Delayed onset of lactation and risk of ending full breast-feeding early in Rural Guatemala. *Journal of Nutrition*, 133, 2592-2599.

- Hsien, C. F., Fu, J. C., Long, C. Y., & Lin, H. S. (2011). Factors influencing breast symptoms in breastfeeding women after cesarean section delivery. *Asian Nursing Research*, 5(2), 88-98.
- Hurst, N. M. (2007). Recognizing and treating delayed or failed lactogenesis II. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 52(6), 588-594.
- Karlstrom, A., Engstrom-Olofss, R., Norbergh, K., Sjolting, A., & Hildingsson. (2007). Postoperative pain after cesarean birth affect breastfeeding and infant care. *Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing*, 36, 430-440.
- Lawrence, R. A., & Lawrence, R. M. (2011). *Breastfeeding: A guide for medical profession*. (7th ed.). Missouri: Mosby.
- Meedya, S., Fahy, K., & Kable, A. (2010). Factors that positively influence breastfeeding duration to 6 months: A literature review. *Women and Health*, 23, 135-145.
- Mehta, S., Gupta, S., & Goel, N. (2010). Postoperative oral feeding after cesarean section-early versus late initiation: A prospective randomized trial. *Journal of Gynecologic Surgery*, 26(4), 247-250.
- Merray, S. S., & Mc Kinney, E. S. (2006). Chapter 22: Infant Feeding. In S. S. Merray, & E. S. McKinney, *Foundations of maternal-newborn nursing* (4th ed.). St. Louis, MO.: Elsevier Saunders.
- Noonan M. (2011). Breastfeeding: Is my baby getting enough milk?. *British Journal of Midwifery*, 19(2), 82-89.
- Otsuka, K., Dennis, C. L., Tatsuoka, H., & Jimba, M. (2008). The relationship between breastfeeding self-efficacy and perceived insufficient milk among Japanese mothers. *Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing*, 37, 546-555.
- Pérez-Rios, N., Rimos-Valencia, G., & Ortiz, A. P. (2008). Cesarean delivery as a barrier for breastfeeding initiation: The Puerto Rican experience. *Journal of Human Lactation*, 24(3), 293-302.
- Powers, N. G. (2010). Chapter 10: Low intake in the breastfed infant: Maternal and infant considerable. In J. Riordan, & K. Wambach, (Eds.), *Breastfeeding and human lactation* (4th ed.; pp. 79-112). Massachusetts: Jones and Bartlett.

- Rayser, F. G. (2004). Breastfeeding attitudes, intention, and initiation in low income women: The effect of the best start program. *Journal of Human Lactation*, 20(3), 300-305.
- Riordan, J. (2010). Chapter 3: Anatomy and physiology of lactation. In J. Riordan, & K. Wambach, (Eds.), *Breastfeeding and human lactation* (4th ed.; pp. 79-112). Massachusetts: Jones and Bartlett.
- Rowe-Murray, H. J., & Fisher, J. R. W. (2002). Baby friendly hospital practices: Cesarean section is a persistent barrier to early initiation of breastfeeding. *Birth*, 29(2), 124-131.
- Saffer, S. (2011). Chapter 14: Breastfeeding. In S. Mattson, & J. E. Smith, (Eds.), *Core curriculum for maternal-newborn nursing* (4th ed.; pp. 315-334). Philadelphia: W. B. Saunders.
- Smith, L. J., & Riordan, J. (2010). Chapter 8: Postpartum care. In J. Riordan, & K. Wambach, (Eds.), *Breastfeeding and human lactation* (4th ed.; pp. 79-112). Massachusetts: Jones and Bartlett.
- Tokat, M. L., Okumas, H., & Dennis, C. L. (2008). Translation and psychometric assessment of the breast-feeding self-efficacy scale-short form among pregnant and postnatal women in Turkey. *Midwifery*, 26, 101-108.
- Van Voorhis, C. R. W., & Morgan, B. L. (2007). Understanding power and rules of thumb for determining sample sizes. *Tutorials in Quantitative Methods for Psychology*, 3(2), 43-50.
- World Health Organization [WHO]. (2006). *Infant and young child feeding counselling: An integrated course*. Retrieved from <http://www.who.int>
- World Health Organization [WHO]. (2007). *Evidence on the long-term effects of breastfeeding: Systemic reviews and meta-analysis*. Retrieved from <http://www.who.int>
- World Health Organization [WHO]. (2009). *Baby-friendly hospital initiative: Revised updated and expanded for integrated care: Section 3 breastfeeding promotion and support in a baby-friendly hospital a 20-hour course for maternity staff*. Retrieved from <http://www.who.int/nutrition/publications/.../index.html>
- Zanardo, V., Svegliado, G., Cavillin, F., Giustardi, A., Cosmi, E., Litta, P., & Trevisanuto, D. (2010). Elective cesarean delivery: Does it have a negative effect on breastfeeding?. *Birth*, 37(4), 275-279.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

1. ดร.วรรณภา พาหุวัฒน์นกร
ภาควิชาการพยาบาลสูติศาสตร์ นรีเวชวิทยา
มหาวิทยาลัยมหิดล
2. อาจารย์พิศุทธิ์ ปทุมมาสูตร
หัวหน้าสาขาวิชาการพยาบาลมารดา ทารก
และการผดุงครรภ์ คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนดุสิต
3. นางสาวศิริลักษณ์ ถาวรวัฒนะ
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
ผู้ปฏิบัติการขั้นสูง สาขา การพยาบาลเด็ก
สถาบันสุขภาพทหารอากาศ
4. นางเรวดี วัฒน โณ
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
หอผู้ป่วยหลังคลอด โรงพยาบาลชลบุรี
5. นางสาวพินิจ ส่องสว่าง
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
คลินิกนมแม่ โรงพยาบาลชลบุรี

ภาคผนวก ข
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

โปรแกรมการกระตุ้นการหลั่งน้ำนม

ครั้งที่/ เวลา	วัตถุประสงค์	กิจกรรม	เวลา	สื่อ- อุปกรณ์	เหตุผลเชิงทฤษฎี
ครั้งที่ 1/ ภายใน ระยะ 2.4 ชั่วโมง แรกหลัง ผ่าตัด	<ul style="list-style-type: none"> - เพื่อสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้วิจัยกับมารดา และขอความร่วมมือในการวิจัย - เพื่อส่งเสริมการสร้างสายสัมพันธ์แม่ลูกและการเรียนรู้ระหว่างมารดาและทารก - เพื่อกระตุ้นการสร้างฮอร์โมนโปรแลคติน ทำให้มีการสร้างน้ำนมเร็วขึ้น 	<ul style="list-style-type: none"> - ผู้วิจัยกล่าวทักทายมารดาด้วยท่าทางเป็นมิตร แนะนำตนเอง ชี้แจงเกี่ยวกับวัตถุประสงค์การวิจัย วิธีการดำเนินการวิจัย ระยะเวลา สิทธิของผู้เข้าร่วมการวิจัย - ดูแลให้มารดาและทารกได้อยู่ในห้องเดียวกัน (Rooming in) ภายหลังรับทารกจากห้องคลอดโดยเร็วที่สุด - ผู้วิจัยนำทารกวางไว้บนหน้าอกมารดาเพื่อให้มารดาได้กอดทารก และดูแลให้ทารกได้ดูดนมมารดาอย่างน้อย 15-30 นาที 	15-30 นาที		<ul style="list-style-type: none"> - การดูแลให้แม่และทารกที่ปกคิมายู่ด้วยกันในหอผู้ป่วยหลังคลอดตลอดเวลา โดยให้แม่ และลูกนอนบนเตียงเดียวกัน หรือให้ลูกนอนบนเตียงของลูกที่อยู่ชิดกับเตียงของแม่ มีส่วนช่วยส่งเสริมให้แม่ให้นมลูกได้บ่อยครั้งตามต้องการ กระตุ้นการสร้างน้ำนม และสร้างสายสัมพันธ์แม่ลูก ลูก (WHO, 2009, pp. 124; วรรณภา พาหุวัฒน์กร, 2554)

ครั้งที่/ เวลา	วัตถุประสงค์	กิจกรรม	เวลา	สื่อ- อุปกรณ์	เหตุผลเชิงทฤษฎี
					- การนำทารกมาวางบนหน้าอกมารดา เป็นการทำ skin-to-skin contact ส่งผลช่วยให้แม่รู้สึกผ่อนคลายไม่เครียด ทำให้ มีปฏิสัมพันธ์ระหว่างแม่-ลูกเพิ่มขึ้น มีความมั่นใจในการให้นมแม่และทำให้น้ำนมแม่มาเร็วเพียงพอกับความต้องการของลูก (WHO, 2009, pp. 89)
ครั้งที่ 2/	-	1. ....	.....	.....	- .....
ครั้งที่ 3/	-	1. ....	.....	.....	- .....

ครั้งที่/ สถานที่/ เวลา	วัตถุประสงค์	กิจกรรม	เวลา	สื่อ- อุปกรณ์	เหตุผลเชิงทฤษฎี
ครั้งที่ 4/	-	1. ....	.....	.....	.....
ครั้งที่ 5/ ระยะ 72 ชั่วโมง หลัง ผ่าตัด (ก่อน จำหน่าย)	- เพื่อทบทวนความเข้าใจและให้การช่วยเหลือ เพื่อให้มารดามีความมั่นใจในการเลี้ยงลูกด้วยนม แม่ก่อนจำหน่ายจากโรงพยาบาล	1. ผู้วิจัยพูดคุยทบทวนการปฏิบัติตน เพื่อกระตุ้นการสร้างและการหลั่ง น้ำนม การอุ้มให้นมบุตร การนำลูก ที่เข้าเต้าคุณนอย่างถูกวิธี โดยให้ มารดาปฏิบัติ พร้อมทั้งให้คำแนะนำ และช่วยเหลือในการแก้ไขปัญหา เกิดขึ้น ให้กำลังใจและสร้างความ มั่นใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ 2. ตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล ผู้วิจัยกล่าวขอบคุณและสิ้นสุด สัมพันธภาพก่อนจำหน่าย	15-30 นาที		- การส่งเสริมให้มารดามีความ มั่นใจและมีการรับรู้ ความสามารถ ช่วยให้เกิดประสพ ความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วย นมแม่ได้นาน (Otsuka et al, 2008)ซึ่งการส่งเสริมการรับรู้ ความสามารถในการเลี้ยงลูก ด้วยนมแม่ ในการเลี้ยงลูกด้วย นมแม่ระยะหลังคลอดใน โรงพยาบาล ช่วยส่งเสริมให้ มารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตร ประสบความสำเร็จในการ

ครั้งที่/ สถานที่/ เวลา	วัตถุประสงค์	กิจกรรม	เวลา	สื่อ- อุปกรณ์	เหตุผลเชิงทฤษฎี
					เลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้ (Blyth et al., 2002; Otsuka et al., 2008; ฐานิญา มโนสัมฤทธิ์, 2552)

แผนการให้ความรู้เรื่องการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในมารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง

กลุ่มเป้าหมาย มารดาหลังคลอดที่ได้รับการผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง

สถานที่ หอผู้ป่วยสูติรีเวชกรรม โรงพยาบาลศิรินคร

วิธีการ ให้คำแนะนำแบบรายบุคคลและรายกลุ่ม

เวลาที่ใช้ 15 นาที

ผู้สอน นางสาวกนกวรรณ โคตรสังข์

วัตถุประสงค์ทั่วไป


1. เพื่อให้มารดามีความรู้และความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในมารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง
2. เพื่อให้มารดามีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการสร้างและการหลั่งของน้ำนม รวมถึงการปฏิบัติตนเพื่อกระตุ้นการสร้างและการหลั่งน้ำนม
3. เพื่อให้มารดามีความรู้และมีความมั่นใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ สามารถเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้อย่างถูกต้องและเหมาะสมกับมารดาที่ได้รับการ

ผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรม	สื่อ	การประเมินผล
<p>สร้างสัมพันธภาพ</p> <p>เพื่อให้มารดาเห็นความสำคัญของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่</p>	<p>เกริ่นนำเข้าสู่บทเรียน</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ผู้สอนกล่าวคำทักทาย แนะนำตนเองและพูดคุยเพื่อสร้างสัมพันธภาพ 2. ผู้สอนบอกวัตถุประสงค์การสอนให้มารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องทราบ <p>ความรู้พื้นฐานการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่</p> <p>น้ำนมแม่มีคุณประโยชน์มากมายต่อมารดาและทารกมากมาย อาทิเช่น สะดวกและประหยัด สะอาด มีสารอาหารครบถ้วน เพียงพอและเหมาะสมต่อการเจริญเติบโตของทารก ช่วยส่งเสริมพัฒนาการของทารก ทำให้ทารกฉลาดสติปัญญาดี ร่างกายแข็งแรง ช่วยป้องกันเกิดโรคมะเร็งเต้านมและการติดเชื้อในระบบต่างๆ ช่วยให้คุณแม่รูปร่างดี มดลูกเข้าอู่เร็ว ป้องกันการเกิดมะเร็งเต้านมได้ การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ที่ถูกต้องและเหมาะสมนั้น คุณแม่ต้องมีความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ มีทัศนคติที่ดีและมีความตั้งใจที่จะเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ จึงส่งผลให้ประสบความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้ยาวนาน</p> <p>การผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องส่งผลให้คุณแม่เกิดความไม่สุขสบายจากอาการปวดแผลผ่าตัด อ่อนเพลีย เคลื่อนไหวลำบาก ซึ่งส่งผลต่อการเริ่มต้นให้นมบุตร และส่งผลต่อการไหลของน้ำนมได้ ดังนั้นคุณแม่ควรได้เรียนรู้</p>			<p>สังเกตจากสีหน้าและการให้ความร่วมมือ</p> <p>สังเกตความสนใจในการพูดของผู้ฟัง</p>

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรม	สื่อ	การประเมินผล
	เกี่ยวกับวิธีการส่งเสริมการสร้างและการหลั่งน้ำนมเพื่อช่วยให้น้ำนมไหลเร็วขึ้น และวิธีการให้ลูกดูดนมอย่างถูกวิธี รวมถึงทำอุ้มให้นมที่เหมาะสมเพื่อให้คุณแม่สามารถให้นมบุตรได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น			
เพื่อให้มารดามีความรู้และสามารถให้ลูกดูดนมได้อย่างถูกต้อง	หลักการดูดนมอย่างถูกต้องและมีประสิทธิภาพ.....	.....	.....	.....
เพื่อให้มารดาสามารถอุ้มลูกดูดนมได้ในท่าที่ถูกต้องและเหมาะสม	ทำอุ้มให้นมบุตรที่เหมาะสมกับมารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง.....	.....	.....	.....
เพื่อให้มารดามีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับ	แนวทางในการกระตุ้นการสร้างและการหลั่งของน้ำนม 1. ....	.....	.....	.....

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรม	สื่อ	การประเมินผล
การปฏิบัติตัวเพื่อส่งเสริมการสร้างและการหลั่งน้ำนม และมอบ				
คู่มือแนะนำการปฏิบัติตนกระตุ้นการหลั่งน้ำนมและการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ที่เหมาะสมกับมารดาผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง				
เพื่อให้มีความรู้เกี่ยวกับการนวดประคบเต้านมที่ถูกต้องวิธีและ	<p>การนวดและประคบเต้านม</p> <p>การนวดและประคบเต้านมด้วยความร้อนมีผลกระตุ้นการสร้างและการหลั่งน้ำนมได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทำให้น้ำนมไหลเร็วขึ้นและมีปริมาณมากขึ้น ซึ่งการนวดเต้านมจะกระตุ้นการหลั่งฮอร์โมนที่มีผลทำให้หลั่งน้ำนมได้เร็วขึ้น ส่วนการ</p>	สอนสาธิตและฝึกปฏิบัติ	เต้านมปลอม, กะละมังเล็ก,	มารดาเข้าใจและสามารถนวดเต้านมด้วยตนเองได้ถูกต้อง

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรม	สื่อ	การประเมินผล
			ผ้าขนหนูผืนเล็ก	
สามารถปฏิบัติได้ด้วยตนเอง	<p>ประคบเต้านมด้วยความร้อนจะช่วยกระตุ้นการไหลเวียนเลือดและช่วยให้รู้สึกสบาย ผ่อนคลายความเครียด โดยมีขั้นตอนดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ก่อนให้นมบุตร ให้คุณแม่ประคบเต้านมโดยใช้ผ้าอุ่นจัดประคบ 3 - 5 นาที 2. นวดเต้านมโดยใช้ปลายนิ้วทั้งสี่นิ้ว คลึงเบาๆลักษณะเป็นวงกลมจากฐานเต้านมเข้าหาหัวนม ดึงหัวนมและคลึงเบาๆ ตามรูป โดยใช้เวลา นวดเต้านมข้างละ 5 นาที รวมประคบและนวดเต้านมใช้เวลาข้างละ 10 นาที 			
	<div style="text-align: center;">  <p>ภาพแสดงการนวดเต้านม</p> </div> <ol style="list-style-type: none"> 3. คุณแม่ควรประคบและนวดเต้านมก่อนให้นมบุตรทุกมือในระยะ 24 ชั่วโมงแรก เพื่อเป็นการกระตุ้นการสร้างและการหลั่งน้ำนม 			

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรม	สื่อ	การประเมินผล
	<p>สรุป</p> <p>มารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องเป็นกลุ่มที่มีปัญหาและอุปสรรคในการให้นมบุตร ซึ่งส่งผลต่อการสร้างและการหลั่งน้ำนม การให้ลูกดูดนมอย่างถูกวิธี ส่งผลให้มารดามีความวิตกกังวลเนื่องจากกลัวว่าบุตรจะได้รับน้ำนมไม่เพียงพอ ทารกร้องกวนและอาจเกิดภาวะเจ็บป่วยตามมาดังนั้นมารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องจึงต้องให้ความสำคัญในการปฏิบัติตนเพื่อส่งเสริมการสร้างและการหลั่งน้ำนม เพื่อให้ให้น้ำนมไหลเร็วขึ้น มีปริมาณเพียงพอต่อความต้องการของทารกและทำให้ประสบความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ต่อไป</p>			

4. ชนิดของการผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง
- Elective C/ S ระบุข้อบ่งชี้ของการผ่าตัด.....
- Emergency C/ S ระบุข้อบ่งชี้ของการผ่าตัด.....
5. ปริมาณเลือดที่สูญเสียขณะผ่าตัดคลอด.....มิลลิลิตร
6. ปริมาณสารน้ำทางหลอดเลือดดำที่ได้รับตั้งแต่มาคลอดถึงหลังผ่าตัด.....มิลลิลิตร
7. Apgars score ที่ 1 นาที, ที่ 5 นาที.....
8. เริ่มกระตุ้นดูดนมครั้งแรกที่ชั่วโมงหลังผ่าตัดคลอด.....ชั่วโมง.....นาที
9. การได้รับยาฉีดบรรเทาปวดหลังผ่าตัดคลอด
- ไม่ได้รับ
- ได้รับ จำนวน.....ครั้ง ระบุรายละเอียดของยาและระยะเวลาที่ได้รับ
-
-
10. เริ่มดื่มน้ำ เมื่อ.....ชั่วโมงหลังคลอด
- เริ่มรับประทานอาหารเหลว เมื่อชั่วโมงหลังผ่าตัดคลอด
11. การได้รับยาพ่นน้ำนม
- ไม่ได้รับ
- ได้รับ โพรกระตุ้นชื้อยา..... ได้รับหลังผ่าตัด..... ชั่วโมง.....นาที

แบบบันทึกระยะเวลาการเริ่มไหลของน้ำนม

คำชี้แจง แบบบันทึกนี้ต้องการประเมินระยะเวลาการเริ่มไหลของน้ำนมในมารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง โดยผู้วิจัยสังเกตเกี่ยวกับการไหลของน้ำนม และระยะเวลาที่น้ำนมเริ่มไหล

ส่วนที่ 1 ประเมินการไหลของน้ำนม

ผู้วิจัยสังเกตและประเมินการไหลของน้ำนม โดยบีบบริเวณลานนม (ห่างจากหัวนมประมาณ 3 เซนติเมตร) ของมารดา และให้คะแนนตามเกณฑ์การประเมิน ดังนี้

- คะแนน 0 หมายถึง น้ำนมไม่ไหล เมื่อบีบลานนม แล้วไม่มีน้ำนมไหลออกมา
- คะแนน 1 หมายถึง น้ำนมเริ่มไหล เมื่อบีบลานนม แล้วมีน้ำนมใส ๆ ไหลซึมออกมา แต่ไม่เป็นหยด
- คะแนน 2 หมายถึง น้ำนมไหลแล้ว เมื่อบีบลานนม แล้วมีน้ำนมไหลออกมาเป็นหยด 1-2 หยด
- คะแนน 3 หมายถึง น้ำนมไหลดี เมื่อบีบลานนม แล้วมีน้ำนมไหลต่อเนื่องทุกครั้งที่บีบ

เวลาประเมิน		ระดับการไหลของน้ำนม		คะแนน 0	คะแนน 1	คะแนน 2	คะแนน 3
			_____ น.				
24 ชั่วโมงหลังคลอด							
48 ชั่วโมง หลังคลอด	เวรเช้า	14.00 น.					
	เวรบ่าย	22.00 น.					
	เวรดึก	06.00 น.					
72 ชั่วโมง หลังคลอด	เวรเช้า	14.00 น.					
	เวรบ่าย	22.00 น.					
	เวรดึก	06.00 น.					

แบบบันทึกระยะเวลาการมาของน้ำนมเต็มเต้า

คำชี้แจง แบบบันทึกนี้ต้องการทราบระยะเวลาการมาของน้ำนมเต็มเต้า โดยการสังเกตและสัมภาษณ์เพื่อประเมินเกี่ยวกับเวลา อาการและอาการแสดงของน้ำนมเต็มเต้า และเวลาที่เริ่มมีน้ำนมเต็มเต้า

ส่วนที่ 1 ประเมินอาการและอาการแสดงที่บ่งบอกถึงการมาของน้ำนมเต็มเต้า

เวลาประเมิน		อาการแสดงน้ำนมเต็มเต้า		1. รู้สึกเต้านมขยายใหญ่ บวม ตึง หนักมากขึ้น รู้สึกเจ็บแปลบภายในเต้านม และมีน้ำนมไหลซึมออกมา	2. มีน้ำนมไหลจากเต้านมตรงข้ามขณะที่ลูกดูด	3. มีน้ำนมไหลจากปากลูกขณะที่ลูกนม	4. ได้ยินเสียงกลืนน้ำนมของลูก	
24 ชั่วโมงหลังคลอด	_____ น.	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี	
48 ชั่วโมงหลังคลอด	เวรเช้า	14.00 น.	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี
	เวรบ่าย	22.00 น.	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี
	เวรดึก	06.00 น.	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี
72 ชั่วโมงหลังคลอด	เวรเช้า	14.00 น.	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี
	เวรบ่าย	22.00 น.	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี
	เวรดึก	06.00 น.	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี

แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

คำชี้แจง แบบสอบถามนี้เป็นแบบสอบถามการรับรู้ความสามารถในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ โปรดอ่านข้อความและพิจารณาว่า ท่านมีความมั่นใจในความสามารถเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของตนเองมากน้อยเพียงใด โดยให้ท่านใส่เครื่องหมาย ลงในช่อง ของแต่ละข้อความ ดังนี้

- | | | |
|--------------------|---------|--|
| ไม่มั่นใจเลย | หมายถึง | ท่านไม่มั่นใจในความสามารถเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในข้อความนั้นเลย |
| มั่นใจนาน ๆ ครั้ง | หมายถึง | ท่านมั่นใจในความสามารถเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในข้อความนั้นนาน ๆ ครั้ง |
| มั่นใจเป็นบางครั้ง | หมายถึง | ท่านมั่นใจในความสามารถเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในข้อความนั้นบางครั้ง |
| มั่นใจบ่อยครั้ง | หมายถึง | ท่านมั่นใจในความสามารถเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในข้อความนั้นบ่อยครั้ง |
| มั่นใจเป็นประจำ | หมายถึง | ท่านมั่นใจในความสามารถเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในข้อความนั้นเป็นประจำ |

ข้อความ	ไม่ มั่นใจ เลย	มั่นใจ นานๆ ครั้ง	มั่นใจ เป็น บางครั้ง	มั่นใจ บ่อยครั้ง	มั่นใจ เป็น ประจำ
1. ฉันสามารถประเมินได้ว่าลูกของฉันได้รับน้ำนมเพียงพอ					
2. ฉันสามารถประสบความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เช่นเดียวกับการทำหน้าที่อื่นที่ท้าทาย					
3. ฉันสามารถเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ โดยไม่ใช้นมผสมเสริม					
4.					
5.					
6.					
7.					
8.					
9.					
10. ฉันสามารถยอมรับความจริงได้ว่า การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ต้องใช้เวลา					

ข้อความ	ไม่ มั่นใจ เลย	มั่นใจ นานๆ ครั้ง	มั่นใจ เป็น บางครั้ง	มั่นใจ บ่อยครั้ง	มั่นใจ เป็นประจำ
11. ฉันให้ลูกดูนมข้างหนึ่งจนเกลี้ยงเต้า ก่อนจะ เปลี่ยนไปให้ดูอีกข้างหนึ่ง					
12. ฉันสามารถให้นมลูกได้ทุกมือ					
13. ฉันสามารถให้นมลูกได้ตามที่ลูกต้องการ					
14. ฉันสามารถบอกได้ว่า เมื่อไรลูกของฉันดูนมอิ่มแล้ว					



ใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

.....

หัวข้อวิทยานิพนธ์ เรื่อง โปรแกรมการกระตุ้นการหลั่งน้ำนมต่อระยะเวลาการไหลของน้ำนม ระยะเวลาการมาของน้ำนมเต็มเต้า และการรับรู้ความสามารถในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ในมารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง

วันที่ให้คำยินยอม วันที่เดือน.....พ.ศ.

ก่อนที่จะลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัยนี้ ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายจากผู้วิจัยถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัย ประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัยอย่างละเอียดและมีความเข้าใจดีแล้ว ข้าพเจ้ายินดีเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ด้วยความสมัครใจ และข้าพเจ้ามีสิทธิที่จะบอกเลิกการเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้เมื่อใดก็ได้ และการบอกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยนี้ จะไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อข้าพเจ้า

ผู้วิจัยรับรองว่าจะตอบคำถามต่าง ๆ ที่ข้าพเจ้าสงสัยด้วยความเต็มใจ ไม่ปิดบัง ซ่อนเร้นจนข้าพเจ้าพอใจ ข้อมูลเฉพาะเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าจะถูกเก็บเป็นความลับและจะเปิดเผยในภาพรวมที่เป็นการสรุปผลการวิจัย

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นแล้ว และมีความเข้าใจดีทุกประการ และได้ลงนามในใบยินยอมนี้ด้วยความเต็มใจ

ลงนาม.....ผู้ยินยอม

(.....)

ลงนาม.....พยาน

(.....)

ลงนาม.....ผู้วิจัย

(นางสาวกนกวรรณ โคนตรสังข์)



เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย (กลุ่มทดลอง)

งานวิจัยเรื่อง โปรแกรมการกระตุ้นการหลั่งน้ำนมต่อระยะเวลาการไหลของน้ำนม ระยะเวลาการมาของน้ำนมเต็มเต้า และการรับรู้ความสามารถในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในมารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง

รหัสจริยธรรมการวิจัย 01-08-2556

ชื่อผู้วิจัย นางสาวกนกวรรณ โคตรสังข์

งานวิจัยครั้งนี้จัดทำขึ้นเพื่อเปรียบเทียบผลของโปรแกรมการกระตุ้นการหลั่งน้ำนม ต่อระยะเวลาการไหลของน้ำนม ระยะเวลาการมาของน้ำนมเต็มเต้า และการรับรู้ความสามารถในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในมารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง ซึ่งท่านเป็นบุคคลที่มีคุณสมบัติที่เหมาะสม และได้รับการคัดเลือกให้เข้าร่วมการศึกษาวิจัยครั้งนี้

เมื่อท่านได้เข้าร่วมการวิจัยแล้ว ในระยะ 3 วันที่ท่านพักฟื้นในหอผู้ป่วยสูติรีเวชกรรม ท่านจะได้รับการสัมภาษณ์ตามแบบบันทึก และได้รับกิจกรรมการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการไหลของน้ำนมที่ผู้วิจัยจัดทำขึ้น เริ่มจากหลังผ่าตัดคลอดบุตรวันแรก ท่านจะได้รับการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ที่เหมาะสมกับมารดาหลังผ่าตัด โดยจัดทำให้นม ดูแลให้นมบุตรอย่างถูกวิธี สานิตและฝึกทำให้นมท่านนอน ดูแลให้นวดและประคบเต้านมเพื่อส่งเสริมการไหลของน้ำนม ให้คำแนะนำและมอบคู่มือเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในมารดาหลังผ่าตัด ในวันที่ 2 และ 3 ท่านจะได้รับการสานิตและฝึกการทำนึ่งให้นมบุตร การประเมินปัญหา ให้คำแนะนำ และส่งเสริมให้ท่านมีความมั่นใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ รวมทั้งได้รับกิจกรรมการพยาบาลตามมาตรฐานของโรงพยาบาล

ประโยชน์ที่จะได้รับ การเข้าร่วมวิจัยในครั้งนี้ อาจช่วยให้ท่านสามารถเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้สำเร็จ ส่วนผลการวิจัย สามารถนำไปใช้พัฒนารูปแบบการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ต่อไป อย่างไรก็ดี อาจมีความเสี่ยงหรือความไม่สบายที่เกิดขึ้นจากการวิจัยได้แก่ อาจเกิดอาการปวดแผลผ่าตัดขณะให้นมบุตรในท่าต่างๆ ซึ่งผู้วิจัยจะประเมินอาการปวดแผล ให้ยาบรรเทาปวด และจัดทำให้นมที่เหมาะสม

การเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้เป็นไปด้วยความสมัครใจ ท่านมีสิทธิ์ในการปฏิเสธการเข้าร่วมโครงการ วิจัย และสามารถถอนตัวออกจากโครงการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่ต้องบอกเหตุผล ซึ่งจะไม่มีความผิดใดๆ ต่อการดูแลรักษาของโรงพยาบาลที่ท่านจะได้รับ การดำเนินการวิจัยนี้ไม่ต้อง

เสียค่าใช้จ่ายใดๆ ข้อมูลของท่านจะถูกเก็บเป็นความลับ ใช้เพื่อการรายงานผลการวิจัยในภาพรวมเท่านั้น

หากท่านมีปัญหาหรือข้อสงสัยประการใด สามารถสอบถามได้โดยตรงจากผู้วิจัย ซึ่งได้แก่ นางสาวกนกวรรณ โคตรสังข์ โทรศัพท์ 087-7025995 หรืออาจารย์ที่ปรึกษาหลัก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ศิริวรรณ แสงอินทร์ โทรศัพท์ 086-1110211

ผู้วิจัยขอขอบคุณท่านเป็นอย่างยิ่ง ในการให้ความร่วมมือครั้งนี้

นางสาวกนกวรรณ โคตรสังข์
ผู้วิจัย

หากท่านได้รับการปฏิบัติที่ไม่ตรงตามที่ได้ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงนี้ ท่านจะสามารถแจ้งให้ประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมฯ ทราบได้ที่ เลขานุการคณะกรรมการจริยธรรมฯ ฝ่ายวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา โทร. 038-102823

ในเอกสารนี้อาจมีข้อความที่ท่านอ่านแล้วยังไม่เข้าใจ โปรดสอบถามผู้วิจัยหรือผู้แทนให้ช่วยอธิบายจนกว่าจะเข้าใจดี ท่านอาจจะขอเอกสารนี้กลับไปที่บ้านเพื่ออ่านและทำความเข้าใจ หรือปรึกษาหารือกับญาติพี่น้อง เพื่อนสนิท แพทย์ประจำตัวของท่าน หรือแพทย์ท่านอื่น เพื่อช่วยในการตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ได้



เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย (กลุ่มควบคุม)

งานวิจัยเรื่อง โปรแกรมการกระตุ้นการหลั่งน้ำนมต่อระยะเวลาการไหลของน้ำนม ระยะเวลาการมาของน้ำนมเต็มเต้า และการรับรู้ความสามารถในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในมารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง

รหัสจริยธรรมการวิจัย 01-08-2556

ชื่อผู้วิจัย นางสาวกนกวรรณ โคตรสังข์

งานวิจัยครั้งนี้จัดทำขึ้นเพื่อเปรียบเทียบผลของ โปรแกรมการกระตุ้นการหลั่งน้ำนม ต่อระยะเวลาการไหลของน้ำนม ระยะเวลาการมาของน้ำนมเต็มเต้า และการรับรู้ความสามารถในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในมารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง ซึ่งท่านเป็นบุคคลที่มีคุณสมบัติที่เหมาะสม และได้รับการคัดเลือกให้เข้าร่วมการศึกษานี้

เมื่อท่านได้เข้าร่วมการวิจัยแล้ว ท่านจะได้รับการสัมภาษณ์ตามแบบบันทึกที่ผู้วิจัยจัดทำขึ้น และได้รับกิจกรรมการพยาบาลตามมาตรฐานของโรงพยาบาล โดยพยาบาลประจำการ ได้แก่ การช่วยเหลือให้ลูกดูดนมแม่โดยเร็ว การส่งเสริมและสนับสนุนให้มารดาเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ถูกวิธี ได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับ การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่จากการสอนสุขศึกษารายกลุ่ม

ประโยชน์ที่จะได้รับ การเข้าร่วมวิจัยในครั้งนี้ อาจไม่เกิดประโยชน์ต่อท่าน โดยตรง แต่ผลการวิจัย สามารถนำไปใช้พัฒนารูปแบบการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ต่อไป อย่างไรก็ตามอาจมีความเสี่ยงหรือความไม่สบายที่เกิดขึ้นจากการวิจัยได้แก่ อาจเกิดอาการปวดแผลผ่าตัดขณะให้นมบุตรในท่าต่างๆ ซึ่งผู้วิจัยจะประเมินอาการปวดแผล ให้ยาบรรเทาปวด และจัดทำให้นมที่เหมาะสม

การเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้เป็นไปด้วยความสมัครใจ ท่านมีสิทธิ์ในการปฏิเสธการเข้าร่วมโครงการวิจัย และสามารถถอนตัวออกจากโครงการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่ต้องบอกเหตุผล ซึ่งจะไม่ มีผลกระทบใดๆ ต่อการดูแลรักษาของโรงพยาบาลที่ท่านจะได้รับ การดำเนินการวิจัยนี้ไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายใดๆ ข้อมูลของท่านจะถูกเก็บเป็นความลับ ใช้เพื่อการรายงานผลการวิจัยในภาพรวมเท่านั้น

หากท่านมีปัญหาหรือข้อสงสัยประการใด สามารถสอบถามได้โดยตรงจากผู้วิจัย ซึ่งได้แก่ นางสาวกนกวรรณ โครตรสังข์ โทรศัพท์ 087-7025995 หรืออาจารย์ที่ปรึกษาหลัก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ศิริวรรณ แสงอินทร์ โทรศัพท์ 086-1110211

ผู้วิจัยขอขอบคุณท่านเป็นอย่างยิ่ง ในการให้ความร่วมมือครั้งนี้

นางสาวกนกวรรณ โครตรสังข์
ผู้วิจัย

หากท่านได้รับการปฏิบัติที่ไม่ตรงตามที่ได้ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงนี้ ท่านจะสามารถแจ้งให้ประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมฯ ทราบได้ที่ เลขานุการคณะกรรมการจริยธรรมฯ ฝ่ายวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา โทร. 038-102823

ในเอกสารนี้อาจมีข้อความที่ท่านอ่านแล้วยังไม่เข้าใจ โปรดสอบถามผู้วิจัยหรือผู้แทนให้ช่วยอธิบายจนกว่าจะเข้าใจดี ท่านอาจจะขอเอกสารนี้กลับไปที่บ้านเพื่ออ่านและทำความเข้าใจ หรือปรึกษาหารือกับญาติพี่น้อง เพื่อนสนิท แพทย์ประจำตัวของท่าน หรือแพทย์ท่านอื่น เพื่อช่วยในการตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ได้

ภาคผนวก ค

ตารางการทดสอบการแจกแจงปกติของตัวแปรในการศึกษา

ตารางที่ 6 การทดสอบการแจกแจงปกติของระยะเวลาการเริ่มไหลของน้ำน้มนระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมโดยใช้สถิติ One-sample Kolmogorov-Smirnov test

กลุ่ม	n	Kolmogorov – Smirnov Z	p- value (2 –tailed)
ทดลอง	30	.85	.47
ควบคุม	30	.78	.58

ตารางที่ 7 การทดสอบการแจกแจงปกติของระยะเวลาการมาของน้ำน้มนเต็มเต้าระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยใช้สถิติ One-sample Kolmogorov-Smirnov test

กลุ่ม	n	Kolmogorov – Smirnov Z	p- value (2 –tailed)
ทดลอง	30	1.11	.17
ควบคุม	30	.44	.99

ตารางที่ 8 การทดสอบการแจกแจงปกติของการรับรู้ความสามารถในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยใช้สถิติ One-sample Kolmogorov-Smirnov test

กลุ่ม	คะแนนรวมก่อนการทดลอง		คะแนนรวมหลังการทดลอง	
	Kolmogorov – Smirnov Z	p- value (2 –tailed)	Kolmogorov – Smirnov Z	p- value (2 –tailed)
ทดลอง	.56	.92	1.04	.23
ควบคุม	.12	.11	.80	.54

ภาคผนวก ง

สำเนาหนังสือขอความอนุเคราะห์
แบบรายงานผลการพิจารณาจริยธรรมวิจัย



คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
ต.แสนสุข อ.เมือง จ.ชลบุรี ๒๐๑๓๑

ที่ ศธ ๖๖๐๗/๑๓๗๘

๒๗ กรกฎาคม ๒๕๕๖

เรื่อง ขออนุญาตเชิญบุคลากรในสังกัดเป็นผู้ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือเพื่อการวิจัย

เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. คำโครงการวิทยานิพนธ์
๒. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ด้วย นางสาวกนกวรรณ โคตรสังข์ นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการผดุงครรภ์ชั้นสูง คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ได้รับอนุมัติให้ทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของโปรแกรมการกระตุ้นการหลั่งน้ำนมต่อระยะเวลาการไหลของน้ำนม ระยะเวลาการมาของน้ำนมเต็มเต้าและการรับรู้ความสามารถในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในมารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ศิริวรรณ แสงอินทร์ เป็นประธานกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ ซึ่งอยู่ในขั้นตอนการเตรียมเครื่องมือเพื่อการเก็บรวบรวมข้อมูล เนื่องจาก ดร.วรรณภา พาหุวัฒนกร บุคลากรในสังกัดของท่านเป็นผู้มีความเชี่ยวชาญและประสบการณ์สูงเกี่ยวกับการวิจัยดังกล่าว คณะฯ จึงขออนุญาตเชิญเป็นผู้ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือเพื่อการวิจัยของนิสิต

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุญาตด้วย จะเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์รัชนีภรณ์ ทรัพย์กรานนท์)

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

ฝ่ายบัณฑิตศึกษา

โทรศัพท์ ๐๓๘-๑๐๒๘๓๖ โทรสาร ๐๓๘-๓๙๓๔๗๖

ผู้วิจัยโทร ๐๘-๗๗๐๒-๕๙๙๕

สำเนาเรียน ดร.วรรณภา พาหุวัฒนกร



ที่ ศธ ๖๖๐๗/๑๓๗๖

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
ต.แสนสุข อ.เมือง จ.ชลบุรี ๒๐๑๓๑

๒๗ กรกฎาคม ๒๕๕๖

เรื่อง ขออนุญาตเชิญบุคลากรในสังกัดเป็นผู้ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือเพื่อการวิจัย

เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนดุสิต

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. คำโคงงยอวิทยานิพนธ์
๒. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ด้วย นางสาวกนกวรรณ โคตรสังข์ นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการผดุงครรภ์ชั้นสูง คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ได้รับอนุมัติให้ทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของโปรแกรมการกระตุ้นการหลั่งน้ำนมต่อระยะเวลาการไหลของน้ำนม ระยะเวลาการมาของน้ำนมเต็มเต้าและการรับรู้ความสามารถในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในมารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ศิริวรรณ แสงอินทร์ เป็นประธานกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ ซึ่งอยู่ในขั้นตอนการเตรียมเครื่องมือเพื่อการเก็บรวบรวมข้อมูล เนื่องจากอาจารย์พิสุทธิ์ ปทุมาสูตร บุคลากรในสังกัดของท่านเป็นผู้มีความเชี่ยวชาญและประสบการณ์สูงเกี่ยวกับการวิจัยดังกล่าว คณะฯ จึงขออนุญาตเชิญเป็นผู้ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือเพื่อการวิจัยของนิสิต

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุญาตด้วย จะเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์รัชนีภรณ์ ทรัพย์กรานนท์)

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

ฝ่ายบัณฑิตศึกษา

โทรศัพท์ ๐๓๘-๑๐๒๘๓๖ โทรสาร ๐๓๘-๓๙๓๔๗๖

ผู้วิจัยโทร ๐๘-๗๗๐๒-๕๙๙๕

สำเนาเรียน อาจารย์พิสุทธิ์ ปทุมาสูตร



ที่ ศธ ๖๖๐๗/๑๓๗๗

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
ต.แสนสุข อ.เมือง จ.ชลบุรี ๒๐๑๓๑

๒๗ กรกฎาคม ๒๕๕๖

เรื่อง ขออนุญาตเชิญบุคลากรในสังกัดเป็นผู้ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือเพื่อการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. คำโคงงยอวิทยานิพนธ์
๒. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ด้วย นางสาวกนกรวรรณ โคตรสังข์ นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการผดุงครรภ์ชั้นสูง คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ได้รับอนุมัติให้ทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของโปรแกรมการกระตุ้นการหลั่งน้ำนมต่อระยะเวลาการไหลของน้ำนม ระยะเวลาการมาของน้ำนมเต็มเต้าและการรับรู้ความสามารถในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในมารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ศิริวรรณ แสงอินทร์ เป็นประธานกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ ซึ่งอยู่ในขั้นตอนการเตรียมเครื่องมือเพื่อการเก็บรวบรวมข้อมูล เนื่องจาก คุณศิริลักษณ์ ถาวรวัฒนะ บุคลากรในสังกัดของท่านเป็นผู้มีความเชี่ยวชาญและประสบการณ์สูงเกี่ยวกับการวิจัยดังกล่าว คณะฯ จึงขออนุญาตเชิญเป็นผู้ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือเพื่อการวิจัยของนิสิต

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุญาตด้วย จะเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์รัชณีภรณ์ ทรัพย์กรานนท์)

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

ฝ่ายบัณฑิตศึกษา

โทรศัพท์ ๐๓๘-๑๐๒๘๓๖ โทรสาร ๐๓๘-๓๙๓๔๙๖

ผู้วิจัยโทร ๐๘-๗๗๐๒-๕๙๙๕

สำเนาเรียน คุณศิริลักษณ์ ถาวรวัฒนะ



ที่ ศธ ๖๖๐๗/๑๓๗๙

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
ต.แสนสุข อ.เมือง จ.ชลบุรี ๒๐๑๓๑

๒๙ กรกฎาคม ๒๕๕๖

เรื่อง ขออนุญาตเชิญบุคลากรในสังกัดเป็นผู้ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือเพื่อการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชลบุรี

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. คำโคงงยอวิทยานิพนธ์
๒. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ด้วย นางสาวกนกวรรณ โคตรสังข์ นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการผดุงครรภ์ชั้นสูง คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ได้รับอนุมัติให้ทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของโปรแกรมการกระตุ้นการหลั่งน้ำนมต่อระยะเวลาการไหลของน้ำนม ระยะเวลาการมาของน้ำนมเต็มเต้าและการรับรู้ความสามารถในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในมารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ศิริวรรณ แสงอินทร์ เป็นประธานกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ ซึ่งอยู่ในขั้นตอนการเตรียมเครื่องมือเพื่อการเก็บรวบรวมข้อมูล เนื่องจากคุณเรวดี วัฒนโณ บุคลากรในสังกัดของท่านเป็นผู้มีความเชี่ยวชาญและประสบการณ์สูงเกี่ยวกับการวิจัยดังกล่าว คณะฯ จึงขออนุญาตเชิญเป็นผู้ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือเพื่อการวิจัยของนิสิต

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุญาตด้วย จะเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์รัชนีภรณ์ ทรัพย์กรานนท์)

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

ฝ่ายบัณฑิตศึกษา

โทรศัพท์ ๐๓๘-๑๐๒๘๓๖ โทรสาร ๐๓๘-๓๙๓๔๙๖

ผู้วิจัยโทร ๐๘-๗๗๐๒-๕๙๙๕

สำเนาเรียน คุณเรวดี วัฒนโณ



ที่ ศธ ๖๖๐๗/๑๓๙๐

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
ต.แสนสุข อ.เมือง จ.ชลบุรี ๒๐๑๓๑

๒๘ กรกฎาคม ๒๕๕๖

เรื่อง ขออนุญาตเชิญบุคลากรในสังกัดเป็นผู้ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือเพื่อการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชลบุรี

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. คำโศกรยอวิทยานิพนธ์
๒. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ด้วย นางสาวกนกวรรณ โคตรสังข์ นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการผดุงครรภ์ชั้นสูง คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ได้รับอนุมัติให้ทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของโปรแกรมการกระตุ้นการหลั่งน้ำนมต่อระยะเวลาการไหลของน้ำนม ระยะเวลาการมาของน้ำนมเต็มเต้าและการรับรู้ความสามารถในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในมารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ศิริวรรณ แสงอินทร์ เป็นประธานกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ ซึ่งอยู่ในขั้นตอนการเตรียมเครื่องมือเพื่อการเก็บรวบรวมข้อมูล เนื่องจากคุณสายพิน ส่องสว่าง บุคลากรในสังกัดของท่านเป็นผู้มีความเชี่ยวชาญและประสบการณ์สูงเกี่ยวกับการวิจัยดังกล่าว คณะฯ จึงขออนุญาตเชิญเป็นผู้ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือเพื่อการวิจัยของนิสิต

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุญาตด้วย จะเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์รัชนิกรณ์ ทรัพย์กรานนท์)
คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

ฝ่ายบัณฑิตศึกษา

โทรศัพท์ ๐๓๘-๑๐๒๘๓๖ โทรสาร ๐๓๘-๓๙๓๔๗๖

ผู้วิจัยโทร ๐๘-๗๗๐๒-๕๙๙๕

สำเนาเรียน คุณสายพิน ส่องสว่าง

ที่ ศธ ๖๖๐๗/๑๙๑๓

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
ต.แสนสุข อ.เมือง จ.ชลบุรี ๒๐๑๓๑

๑ ตุลาคม ๒๕๕๖

เรื่อง ขออนุญาตให้นิสิตเข้าทำการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสิรินธร สังกัดสำนักงานการแพทย์ กรุงเทพมหานคร

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. เครื่องมือที่ใช้ในการทำวิทยานิพนธ์
๒. แบบรายงานผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยฯ

ด้วย นางสาวกนกวรรณ โคตรสังข์ นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการผดุงครรภ์ชั้นสูง คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ได้รับอนุมัติให้ทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของโปรแกรมการกระตุ้นการหลั่งน้ำนมต่อระยะเวลาไหลของน้ำนม ระยะเวลาการมาของน้ำนมเต็มเต้า และการรับรู้ความสามารถในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในมารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ศิริวรรณ แสงอินทร์ เป็นประธานกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ ในการนี้ คณะฯ จึงขอความอนุเคราะห์จากท่านอำนวยความสะดวกให้นิสิตเข้าทำการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือการวิจัยในวิทยานิพนธ์ดังกล่าว จากกลุ่มตัวอย่างคือ มารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องที่ฟักฟิ้นหลังคลอด ณ หอผู้ป่วยสูตินรีเวชกรรม โรงพยาบาลสิรินธร สังกัดสำนักงานการแพทย์ กรุงเทพมหานคร จำนวน ๖๐ ราย ในระหว่างวันที่ ๑๕ ตุลาคม - ๑๕ พฤศจิกายน พ.ศ. ๒๕๕๖

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ด้วย จะเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์รัชนิภาภรณ์ ทรัพย์กรานนท์)
คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

ฝ่ายบัณฑิตศึกษา

โทรศัพท์ ๐-๓๘๑๐-๒๘๓๖, ๐-๓๘๑๐-๒๘๔๕

โทรสาร ๐-๓๘๓๙-๓๔๗๖

ผู้วิจัยโทร ๐๘-๗๗๐๒-๕๙๙๕

ที่ ศธ ๖๖๐๗/๑๙๐๕



คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
ต.แสนสุข อ.เมือง จ.ชลบุรี ๒๐๑๓๑

๑๕ ตุลาคม ๒๕๕๖

เรื่อง ขออนุญาตให้นิสิตเข้าทำการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสิรินธร สังกัดสำนักงานการแพทย์

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล
๒. รายงานผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยฯ

ด้วย นางสาวกนกวรรณ โคตรสังข์ นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการผดุงครรภ์ชั้นสูง คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ได้รับอนุมัติให้ทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของโปรแกรมการกระตุ้นการหลั่งของน้ำนมต่อระยะเวลาการไหลของน้ำนม ระยะเวลาของน้ำนมเต็มเต้า และการรับรู้ความสามารถในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ในมารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ศิริวรรณ แสงอินทร์ เป็นประธานกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ ในการนี้คณะฯ จึงขออนุญาตให้นิสิตเข้าทำการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง คือ มารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง ที่พักฟื้นหลังคลอด ณ หอผู้ป่วยสูตินรีเวชกรรม โรงพยาบาลสิรินธร จำนวน ๖๐ ราย ในระหว่างวันที่ ๑๖ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๕๖ - ๓๑ มีนาคม พ.ศ. ๒๕๕๗

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุญาตและให้ความอนุเคราะห์ด้วย จะเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์รัชนิภรณ์ ทรัพย์กรานนท์)

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

ฝ่ายบัณฑิตศึกษา

โทรศัพท์ ๐-๓๘๑๐-๒๕๓๖

โทรสาร ๐-๓๘๓๙-๓๔๗๖

ผู้วิจัย ๐๘-๗๗๐๒-๕๙๙๕



แบบรายงานผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย ระดับบัณฑิตศึกษา

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

1. ชื่อเรื่อง

ผลของโปรแกรมการกระตุ้นการหลั่งน้ำนมต่อระยะเวลาการไหลของน้ำนม ระยะเวลาการมาของน้ำนม เต็มเต้า และการรับรู้ความสามารถในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในมารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง
Effects of Lactational Program on Milk Secretion Time, Onset of Lactation and Breastfeeding Self-efficacy in Post Cesarean Mothers

2. ชื่อนิติ นางสาวกนกวรรณ โคตรสังข์

รหัสประจำตัวนิติ 53920611 หลักสูตร พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชา การผดุงครรภ์ขั้นสูง คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา (ภาคพิเศษ)

3. ผลการพิจารณาของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย มีมติเห็นชอบ รับรองจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา รหัส 01-08-2556 โดยได้พิจารณารายละเอียดการวิจัยเรื่องดังกล่าว ข้างต้นแล้ว ในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับ

- 1) การเคารพในศักดิ์ศรี และสิทธิของมนุษย์ที่ใช้เป็นกลุ่มตัวอย่างการวิจัย
กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาคือ มารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง จำนวนทั้งหมดไม่เกิน

60 ราย

- 2) วิธีการอย่างเหมาะสมในการได้รับความยินยอมจากกลุ่มตัวอย่าง (Informed consent) และ ผู้ปกครอง ในกรณีกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ยังไม่บรรลุนิติภาวะตามกฎหมาย ก่อนเข้าร่วม โครงการวิจัย รวมทั้ง การปกป้องสิทธิประโยชน์และรักษาความลับของกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย

- 3) การดำเนินการวิจัยอย่างเหมาะสม เพื่อไม่ก่อความเสียหายหรืออันตรายต่อกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา

- 4) ช่วงระยะเวลาในการเก็บข้อมูลระหว่าง วันที่ 20 กันยายน 2556 ถึง วันที่ 31 มีนาคม 2557

- 5) สถานที่เก็บรวบรวมข้อมูล: หอผู้ป่วยสูตินรีเวชกรรม โรงพยาบาลสิรินธร สังกัดสำนักงานการแพทย์ จังหวัดกรุงเทพมหานคร

4. วันที่ให้การรับรอง: 20 เดือน กันยายน พ.ศ. 2556

ลงนาม.....

(รองศาสตราจารย์ ดร.นุจรี ไชยมงคล)

ประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา



**แบบรายงานผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา (เพิ่มเติม)**

1. ชื่อเรื่อง

ผลของโปรแกรมการกระตุ้นการหลั่งน้ำนมต่อระยะเวลาการไหลของน้ำนม ระยะเวลาการมาของน้ำนมเต็มเต้า และการรับรู้ความสามารถในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในมารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง

Effects of Lactational Program on Milk Secretion Time, Onset of Lactation and Breastfeeding Self-efficacy in Post Cesarean Mothers

2. ชื่อนิติกร นางสาวกนกวรรณ โคตรสังข์

รหัสประจำตัวนิติกร 53920611 หลักสูตร พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชา การดูแลสุขภาพขั้นสูง คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา (ภาคพิเศษ)

3. ผลการพิจารณาของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย (เพิ่มเติม)

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย มีมติเห็นชอบ รับรองจริยธรรมการวิจัย รหัส 01 - 08 - 2556

ให้เพิ่มเติม คือ ขยาย ระยะเวลาในการเก็บข้อมูล วันที่ 1 เมษายน 2557 ถึง วันที่ 31 มีนาคม 2558

4. วันที่ให้การรับรอง: 20 เดือน มีนาคม พ.ศ. 2557

ลงนาม.....

(รองศาสตราจารย์ ดร.นุจรี ไชยมงคล)

ประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา