



ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองมีระยะเวลาการเริ่มไหลของน้ำนมและระยะเวลาการมาของน้ำนมเต็มเต้าเร็วกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $t_{46.87} = -4.32, p < .01$  และ  $t_{51.22} = -6.08, p < .01$  ตามลำดับ) และมีการรับรู้ความสามารถในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $t_{58} = 2.62, p < .01$ ) การศึกษาครั้งนี้แสดงให้เห็นว่า โปรแกรมการกระตุ้นการหลั่งน้ำนมสามารถทำให้ระยะเวลาการเริ่มไหลของน้ำนมและการมาของน้ำนมเต็มเต้าเร็วขึ้น และมีการรับรู้ความสามารถในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ดีขึ้น ดังนั้นพยาบาลควรนำโปรแกรมนี้ไปใช้เป็นแนวทางในการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในมารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง เพื่อให้ประสบความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ต่อไป

**คำสำคัญ:** โปรแกรมการกระตุ้นการหลั่งน้ำนม ระยะเวลาการเริ่มไหลของน้ำนม ระยะเวลาการมาของน้ำนมเต็มเต้า การรับรู้ความสามารถในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

### Abstract

This comparative experimental research aimed to examine the effects of lactational program on milk secretion time, onset of lactation and breastfeeding self-efficacy in mothers after cesarean section. Sample included 60 mothers after cesarean section who admitted at obstetric and gynecological ward of Sirindhorn hospital. Convenience sampling with inclusion criteria was used to recruit sample. Sample was randomly assigned to experimental or control group in first week only. Then researcher was collected data each week one group between experimental or control group until 30 mothers in each group. The experimental group received a lactational program plus routine care while the control group received a routine care only. Research instruments included the demographic and obstetric record form, the milk secretion time record form, the onset of lactation record form and the Breastfeeding Self-Efficacy scale. Data were analyzed by using descriptive statistics and independent t-test.

The results showed that the experimental group had significantly a period of milk secretion time and onset of lactation time faster than the control group ( $(t_{46.87} = -4.32, p < .01$  and  $t_{51.22} = -6.08, p < .01$ , respectively). As well as, breastfeeding self-efficacy in the experimental group were significantly higher than the control group ( $t_{58} = 2.62, p < .01$ ). This study confirmed that the lactational program could effectively applied to mothers after cesarean section for promote milk secretion time, onset of lactation and breastfeeding self-efficacy. Thus, nurses

should use this program to be a guideline for promote successful breastfeeding in mothers after cesarean section.

**Keywords:** Lactational program, milk secretion time, onset of lactation, breastfeeding self-efficacy

### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวนั้นมีประโยชน์หลากหลายประการทั้งต่อมารดาและทารก อาทิเช่น มีคุณค่าทางอาหารครบถ้วน มีภูมิคุ้มกันโรค ป้องกันการติดเชื้อและโรคภูมิแพ้ในทารก นอกจากนี้ยังส่งเสริมสายสัมพันธ์ระหว่างมารดาและทารก ช่วยให้มีดลูกหดตัวและเข้าอู่เร็วขึ้น รวมทั้งยังป้องกันมะเร็งเต้านมและมะเร็งรังไข่ในมารดาอีกด้วย (Godfrey & Lawrence, 2010; World Health Organization [WHO], 2007) ปัจจุบันกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ได้มีการรณรงค์และสนับสนุนให้มารดาเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวนาน 6 เดือน ตามนโยบายบันได 10 ขั้นสู่ความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ (ten step to successful breastfeeding) และโครงการโรงพยาบาลสายสัมพันธ์แม่-ลูก (World Health Organization [WHO], 2009) โดยตั้งเป้าหมายในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 9 (พ.ศ. 2545-2549) กำหนดให้มารดาไม่น้อยกว่าร้อยละ 30 เลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวนาน 6 เดือน แต่จากการสำรวจสถานการณ์เด็กและสตรีในประเทศไทย พ.ศ. 2555 พบว่า มีการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวในทารกอายุต่ำกว่า 6 เดือน เพียงร้อยละ 12.3 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2556) ซึ่งเป็นอัตราที่ต่ำกว่าเป้าหมายมาก โดยเฉพาะมารดาที่ผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง มีอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือนต่ำกว่ามารดาที่คลอดทางช่องคลอด (นิพนธ์พร วรมงคล, อีสริย์ เจตน์ประยูรต์ และสมพงษ์ สกุลอิสริยาภรณ์, 2554)

การผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องมีผลต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ (Pérez-Rios, Rimos-Valencia & Ortiz, 2008; Chien & Tai, 2007) และมีอุปสรรคต่อการให้นมบุตรตามหลัก 3 จุด เพื่อส่งเสริมการสร้างและการหลั่งน้ำนม อาทิเช่น เป็นอุปสรรคในการเริ่มต้นให้ทารกดูดนมแม่โดยเร็วในระยะ 1 ชั่วโมงแรกหลังคลอด และการส่งเสริมสัมพันธ์ภาพระหว่างมารดาและทารก (Rowe-Murray & Fisher, 2002) เพราะมารดาที่ผ่าตัดคลอดจะมีอาการง่วงซึมและไม่ตื่นตัว ทำให้ทารกเริ่มดูดนมช้ากว่ามารดาที่คลอดปกติ อีกทั้งยังมีอาการอ่อนเพลียจากการงดน้ำงดอาหารก่อนผ่าตัดอย่างน้อย 8 ชั่วโมง และภายหลังผ่าตัดอีกหลายชั่วโมง รวมทั้งมีความไม่สบายจากการปวดแผลผ่าตัด เคลื่อนไหวร่างกายได้จำกัด ทำให้มีผลต่อทำนในการให้นมทารก การนำทารกเข้าเต้านม และไม่สามารถให้นมทารกได้บ่อยทุก 2-3 ชั่วโมง ปัญหาดังกล่าวส่งผลให้มีน้ำนมไหลช้า

ตามมา (Evans, Evans, Royal, Esterman & James, 2002; Hsien, Fu, Long & Lin, 2011; Karlstrom, Engstrom-Olofss, Norbergh, Sjoling & Hildingsson, 2007)

นอกจากนี้การผ่าตัดคลอดยังทำให้น้ำนมมาเต็มเต้าช้ากว่า 72 ชั่วโมง (รุ่งฤดี จิระทรัพย์, นวลจันทร์ ไพบูลย์บรรพต และสมพร พานิกม, 2553; Chapman & Péraze-Escamilla, 2000; Dewey, Nommsen-River, Heinig & Cohen, 2003) ซึ่งปัญหาน้ำนมไหลช้าและน้ำนมเต็มเต้าช้าเป็นปัญหาที่พบบ่อยและสร้างความวิตกกังวลให้กับมารดาและครอบครัว ทำให้ยุติการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวและเริ่มให้นมผสมหรืออาหารเสริมอื่น ๆ แทน (Hruschka, Sellen, Stein & Martorell, 2003) รวมทั้งยังสัมพันธ์กับการรับรู้ความสามารถในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อีกด้วย ดังเห็นได้จากการศึกษาที่พบว่า มารดาที่มีการรับรู้ความสามารถในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในระดับต่ำ จะคิดว่าตนเองมีปริมาณน้ำนมไม่เพียงพอต่อทารกและเริ่มให้นมผสม (Otsuka, Dennis, Tatsuoka & Jimba, 2008) ส่งผลให้ไม่ประสบความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เท่าที่ควร ดังนั้นการหาแนวทางที่ช่วยให้มารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรมีน้ำนมไหลเร็วขึ้นและมีความมั่นใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ดีขึ้น จึงเป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยแก้ปัญหาการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในมารดากลุ่มนี้ได้

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องเพื่อช่วยส่งเสริมการไหลของน้ำนมและเพิ่มความมั่นใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ พบว่ามีหลายวิธี ได้แก่ การนวดและประคบเต้านมด้วยความร้อนขึ้นโดยใช้ผ้าชุบน้ำอุ่น (ประมินทร์ อนุกุลประเสริฐ, 2550) การนวดประคบด้วยลูกสมุนไพร (ชุดิมภาพร ไชยงภากุล, มณฑา ไชยะวัฒน์, วิวัฒน์ คณาวิฑูรย์, สุวรรณิ นาคะ, วิมล มิตรนิโยดม และสุทธารัตน์ แป้นลาภ, 2554) การสอนและสาธิตวิธีอุ้มลูกคนมอย่างถูกวิธี การแนะนำมารดาให้นมทารกทุก 2-3 ชั่วโมง การดูแลให้อาหารเพิ่มน้ำนมร่วมกับการนวดหัวนมและเต้านมด้วยตนเอง (ศศิธร ภักดีโชติ, รจนา โมนาราช และเปล่งฉวี สกนรัตน์, 2553) อย่างไรก็ตามการศึกษาดังกล่าวทำในมารดาที่คลอดทางช่องคลอด ส่วนในมารดาที่ผ่าตัดคลอดบุตรนั้น ฐานิญา มโนสัมฤทธิ์ (2552) ได้ศึกษาพบว่า การเตรียมความรู้และการสนับสนุนให้มารดามีความมั่นใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ช่วยให้มีกรรับรู้ความสามารถในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เพิ่มขึ้น และยุพา เตมียีธีรกุล (2550) ได้ศึกษาพบว่า การให้ความรู้ การสาธิตและฝึกปฏิบัติกรให้นมทารก และการช่วยเหลือสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในระยะหลังคลอดช่วยให้มารดาประสบความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เพิ่มขึ้น นอกจากนี้ ไบว์ชมพู บุตรแสงดี กรรณิการ์ กันชะรักษา และจันทรรัตน์ เจริญสันติ (2556) ยังศึกษาพบว่า การส่งเสริมให้มารดาฝึกประสบการณ์การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ใช้คำพูดชักจูง รวมถึงดูแลความพร้อมด้านร่างกายและอารมณ์ จะทำให้มารดามีการรับรู้ความสามารถในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เพิ่มขึ้น

จากที่กล่าวมาจะเห็นได้ว่าการศึกษเกี่ยวกับแนวทางการช่วยเหลือให้มารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรมีความมั่นใจและประสบความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่มาบ้างแล้ว แต่ยังไม่มีการศึกษาเกี่ยวกับการกระตุ้นการสร้างและการหลั่งน้ำนมในมารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรโดยตรง ด้วยเหตุนี้ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาผลของโปรแกรมการกระตุ้นการหลั่งน้ำนมต่อระยะเวลาการเริ่มไหลของน้ำนม ระยะเวลาการมาของน้ำนมเต็มเต้า และการรับรู้ความสามารถในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ซึ่งจะช่วยให้มารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรประสบความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่มากขึ้นต่อไป

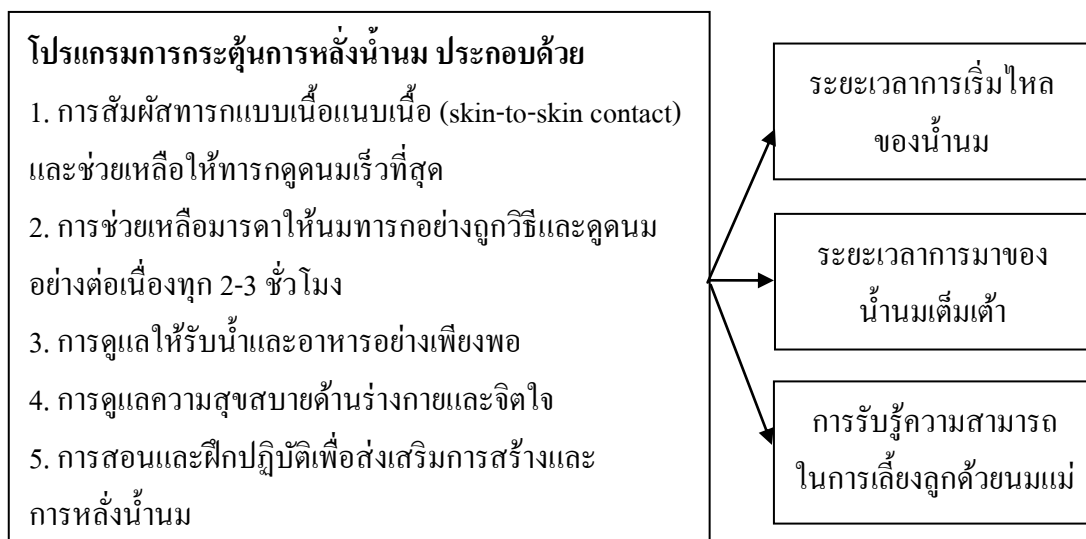
### วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาประสิทธิภาพของโปรแกรมการกระตุ้นการหลั่งน้ำนมต่อระยะเวลาการเริ่มไหลของน้ำนม ระยะเวลาการมาของน้ำนมเต็มเต้า และการรับรู้ความสามารถในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในมารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง

### กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้กลไกการสร้างและการหลั่งน้ำนม (physiology of lactation) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย โดยในระยะแลคโตเจเนซิส 2 (Lactogenesis II) หรือ 1-2 วันหลังคลอด เป็นระยะที่น้ำนมเริ่มมีปริมาณมาก การนำทารกมาวางบนหน้าอกมารดาเพื่อสัมผัสแบบเนื้อแนบเนื้อ จะช่วยส่งเสริมความรักและความผูกพันระหว่างมารดาและทารก (พรนภา ตั้งสุขสันต์, 2554) การช่วยเหลือมารดาให้ทารกดูดนมโดยเร็วตั้งแต่แรกรับจากห้องผ่าตัดและให้ดูดอย่างต่อเนื่องทุก 2-3 ชั่วโมงทั้งในเวลากลางวันและกลางคืน (ฉันทิกา จันท์เป็ย, 2554; Lawrence & Lawrence, 2011) ร่วมกับการดูแลให้มารดาได้รับน้ำและอาหารอย่างเพียงพอ จะช่วยกระตุ้นการสร้างและการหลั่งฮอร์โมน โปรแลคติน ส่งผลทำให้มีการสร้างน้ำนมอย่างเพียงพอ (ปีติมา ฉายโอกาส นิตยา โรจนนิรันดร์กิจ และชมกฤษ บัญประเสริฐ, 2550) รวมทั้งการดูแลความสุขสบายด้านร่างกายและจิตใจ โดยดูแลเรื่องการบรรเทาปวดและการผ่อนคลายความวิตกกังวล จะช่วยให้มีการหลั่งฮอร์โมนออกซิโทซินมากขึ้น (ฉันทิกา จันท์เป็ย, 2554) นอกจากนี้ การนวดและประคบเต้านมด้วยผ้าอุ่นอย่างต่อเนื่อง จะช่วยกระตุ้นบริเวณไมโออีพิทีเลียเซลล์ (myoepithelial cell) ทำให้มีการหลั่งฮอร์โมนออกซิโทซิน และมีการไหลเวียนเลือดมากขึ้น (วรรณพาหุวัฒนกร, 2554; WHO, 2009) และที่สำคัญการให้ความรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ การให้ทารกดูดนมอย่างถูกวิธี การใช้ท่าอุ้มที่เหมาะสม รวมทั้งการฝึกปฏิบัติการให้นมทารก กิจกรรมต่าง ๆ เหล่านี้จะทำให้ระยะเวลาการเริ่มไหลของน้ำนมและระยะเวลาการมาของน้ำนมเต็มเต้า

เร็วขึ้น รวมทั้งยังช่วยให้มารดามีความรู้และความมั่นใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อีกด้วย ซึ่งสามารถเขียนเป็นกรอบแนวคิดได้ดังแผนภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

### วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยที่เปรียบเทียบได้กับการวิจัยแบบทดลอง (comparative experimental research) (รัตนศิริ ทาโต, 2552; Burn & Grove, 2005) ซึ่งมีรูปแบบการวิจัยเหมือนกับการวิจัยแบบทดลอง ศึกษาสองกลุ่ม วัดผลก่อนและหลังการทดลอง (pretest - posttest design) โดยมีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (random assignment) แต่แตกต่างจากการวิจัยแบบทดลองตรงที่ไม่มีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างจากประชากร (random selection)

### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นมารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง ที่พักรักษาตัวที่หอผู้ป่วยสูติรีเวชกรรม โรงพยาบาลสิรินธร สังกัดสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร ในช่วงเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2556 ถึงเดือนเมษายน พ.ศ. 2557 จำนวน 60 ราย

กลุ่มตัวอย่างเป็นมารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องที่รับย้ายจากห้องผ่าตัดไม่เกิน 4 ชั่วโมง เลือกกลุ่มตัวอย่างตามสะดวก (convenience sampling) โดยมีเกณฑ์การคัดเลือก ดังนี้ (1) เป็นมารดาไทย อายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป และมีความตั้งใจว่าจะเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ (2) มีหัวนมปกติ

ไม่มีน้ำนมไหลก่อนคลอด (3) มารดาและทารกอยู่ด้วยกันตลอด 24 ชั่วโมง (rooming in) (4) มารดาได้รับยาระงับความรู้สึกทางไขสันหลัง (spinal block) เพื่อการผ่าตัดคลอด (5) มารดาไม่มีภาวะแทรกซ้อนภายหลังคลอดและไม่มีข้อห้ามในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ (6) ทารกคลอดครบกำหนดและไม่มีข้อห้ามในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และ (7) ยินดีเข้าร่วมการวิจัย เภมณฑ์การคัดออกคือ มารดาและ/หรือทารกที่มีภาวะแทรกซ้อนหลังการเข้าร่วมการวิจัย

### ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้กฎของหัวแม่มือ (rule of thumb) ซึ่งเป็นหลักการทั่ว ๆ ไปในการกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยที่มีการเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างกลุ่ม โดยในกฎหัวแม่มือนี้ได้กำหนดขนาดอิทธิพลขนาดใหญ่ (effect size = 0.8) และอำนาจทดสอบ (power of test) = 80 % ซึ่งคำนวณได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 30 ราย (VanVoorhis & Morgan, 2007) ดังนั้นการศึกษาครั้งนี้จึงใช้ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง 60 ราย โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 30 ราย และกลุ่มควบคุม 30 ราย

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

#### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมการกระตุ้นการหลั่งน้ำนม ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นตามกลไกการสร้างและการหลั่งน้ำนม และการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วยกิจกรรมต่างๆ ได้แก่ (1) ภายใน 2-4 ชั่วโมงหลังผ่าตัด นำทารกวางไว้บนหน้าอกมารดาเพื่อให้เกิดการสัมผัสแบบเนื้อแนบเนื้อ และช่วยเหลือมารดาให้ทารกดูดนมมารดาโดยเร็วที่สุด (2) การช่วยเหลือมารดาให้นมทารกอย่างถูกวิธีและต่อเนื่องทุก 2-3 ชั่วโมง รวมทั้งจัดทำให้นมบุตรที่เหมาะสม (3) การดูแลให้มารดาได้รับอาหารและน้ำให้เพียงพอ (4) การดูแลและช่วยเหลือให้มารดามีความสุขสบายทั้งด้านร่างกายและจิตใจ (5) การสอนและฝึกปฏิบัติเพื่อส่งเสริมการสร้างและการหลั่งน้ำนม โดยสอนเรื่องประโยชน์ของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในมารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง การให้ทารกดูดนมอย่างถูกวิธีและใช้ท่าอุ้มที่เหมาะสม รวมทั้งมีฝึกปฏิบัติการให้นมทารก และมีการนวดเต้านมและประคบเต้านมด้วยผ้าอุ่น ภายหลังจากให้คำแนะนำครบถ้วน ผู้วิจัยจะมอบคู่มือที่มีเนื้อหาตามคำแนะนำที่สอนให้แก่มารดา เพื่อใช้ในการทบทวนความรู้และฝึกปฏิบัติด้วยตนเอง

#### 2. เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

- 2.1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลทางสถิติศาสตร์ ประกอบด้วย อายุ ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัว สถานภาพสมรส จำนวนครั้งของการคลอด ระยะเวลาการ

เลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในบุตรคนก่อน การได้รับความรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในระยะตั้งครรภ์ อายุครรภ์เมื่อคลอด ชนิดของการผ่าตัดคลอด ระยะเวลาที่เริ่มดื่มน้ำและอาหารเหลว และการได้รับ ยา Motilium

2.2 แบบบันทึกระยะเวลาการเริ่มไหลของน้ำนม เป็นแบบบันทึกที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับระยะเวลาการเริ่มไหลของ น้ำนมจำนวน 1 ข้อ โดยคำนวณเป็นจำนวนชั่วโมงหลังผ่าตัดคลอด

2.3 แบบบันทึกระยะเวลาการมาของน้ำนมเต็มเต้า เป็นแบบบันทึกที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับระยะเวลาที่มารดามีอาการและ อาการแสดงของการมาของน้ำนมเต็มเต้า จำนวน 4 ข้อ ถ้ามารดามีอาการในข้อใดข้อหนึ่ง ถือว่าเป็น ระยะเวลาการมาของน้ำนมเต็มเต้า โดยคำนวณเป็นจำนวนชั่วโมงหลังผ่าตัดคลอด

2.4 แบบวัดการรับรู้ความสามารถในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ เป็นแบบวัดที่ศิริวรรณ แสงอินทร์ (2554) แปลมาจากแบบวัดการรับรู้ความสามารถในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ฉบับสั้นของ เดนนิส (breastfeeding self-efficacy scale- short form) (Dennis, 2003) แบบวัดนี้เป็นมาตรประมาณ ค่า (rating scale) 5 ระดับ ได้แก่ ไม่มั่นใจเลย มั่นใจนานๆ ครั้ง มั่นใจเป็นบางครั้ง มั่นใจบ่อยครั้ง และมั่นใจเป็นประจำ ให้คะแนน 1 ถึง 5 คะแนน มีข้อคำถามจำนวน 14 ข้อ เป็นข้อคำถามเชิงบวก ทั้งหมด มีคะแนนรวม 14 - 70 คะแนน โดยคะแนนสูง หมายถึง มีการรับรู้ความสามารถในการเลี้ยง ลูกด้วยนมแม่ดี และคะแนนต่ำ หมายถึง มีการรับรู้ความสามารถในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ไม่ดี แบบวัดนี้มีค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือเท่ากับ .80

### การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ผู้วิจัยนำโปรแกรมการกระตุ้นการหลั่งน้ำนม ไปตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญด้านการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ จำนวน 5 ท่าน แล้วนำไปทดลองใช้กับมารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องที่มีลักษณะ คล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 3 ราย เพื่อประเมินเหมาะสมและความเป็นไปได้ในการใช้ โปรแกรม

2. เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยนำแบบบันทึกระยะเวลาการเริ่มไหลของน้ำนม และแบบบันทึกระยะเวลาการมาของน้ำนมเต็มเต้า ไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดย ผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญด้านการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่จำนวน 5 ท่าน แล้วนำมาหาค่าดัชนีความ ตรงตามเนื้อหา (content validity index [CVI]) ได้เท่ากับ .80 ทั้งสองแบบบันทึก จากนั้นนำไปหาค่า ความเที่ยงของการสังเกต (inter – rater reliability) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .80 ส่วนแบบวัดการ



รับรู้ความสามารถในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ผู้วิจัยนำไปทดลองใช้กับมารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 20 ราย แล้วนำมาหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .93

### การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

หลังจากได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัย จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา รหัส 01-08-2556 และคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน สำนักงานแพทย์ กรุงเทพมหานคร รวมทั้งได้รับการอนุญาตให้เก็บข้อมูลวิจัยจากโรงพยาบาลสิรินธร ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง แนะนำตัว และขอความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัย ซึ่งแจ้งวัตถุประสงค์การวิจัยและขั้นตอนการวิจัย รวมทั้งชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างทราบถึงสิทธิของการตอบรับหรือปฏิเสธในการเข้าร่วมการวิจัย โดยไม่มีผลต่อการรักษาพยาบาลแต่อย่างใด ผลการวิจัยนำเสนอในภาพรวม จากนั้นเมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ

### การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าพยาบาลและพยาบาลที่หอผู้ป่วยสูติรีเวชกรรม เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ และรายละเอียดของการวิจัย หลังจากนั้นจึงเริ่มเก็บรวบรวมข้อมูล โดยมีขั้นตอนดังนี้

1. ในช่วงเช้าของวันจันทร์-วันศุกร์ ผู้วิจัยทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด หลังจากนั้นผู้วิจัยอธิบายวัตถุประสงค์และวิธีการดำเนินการวิจัย ขอความร่วมมือในการทำวิจัย เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดี จึงให้ลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

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

3. ดำเนินการเก็บข้อมูล โดยบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลทางสูติศาสตร์ของกลุ่มตัวอย่าง รวมทั้งประเมินการรับรู้ความสามารถในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ (pre-test)

4. ดำเนินการทดลอง โดยมีรายละเอียดดังนี้

- 4.1 กลุ่มทดลอง ได้รับโปรแกรมการกระตุ้นการหลั่งน้ำนมร่วมกับการพยาบาลตามปกติ โดยโปรแกรมกระตุ้นการหลั่งน้ำนม มีดังนี้

ครั้งที่ 1 ภายในระยะ 2-4 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด ผู้วิจัยนำทารกวางไว้บนหน้าอกมารดาเพื่อให้มีการสัมผัสแบบเนื้อแนบเนื้อ และช่วยเหลือมารดาให้ทารกดูดนมเร็วที่สุด โดยให้ทารกดูดนมอย่างน้อย 15-30 นาที

ครั้งที่ 2 ระยะ 6 ชั่วโมงหลังผ่าตัด เมื่อมารดาสามารถเคลื่อนไหวร่างกายได้ ผู้วิจัยดูแลให้ทารกดูดนมอย่างถูกวิธีและต่อเนื่องทุก 2 - 3 ชั่วโมง โดยนำทารกมาวางบนหน้าอกในท่านอนหงาย เมื่อมารดาสามารถดื่มน้ำได้ ดูแลให้ดื่มน้ำบ่อยๆ และให้รับประทานอาหารตามแผนการรักษาของแพทย์ พร้อมทั้งประเมินอาการปวดแผล และดูแลให้ได้รับยาแก้ปวดที่เหมาะสม เพื่อให้มารดาเกิดความสุขสบาย และพักผ่อนได้

ครั้งที่ 3 ระยะ 8 ชั่วโมงหลังผ่าตัดเป็นต้นไป ผู้วิจัยดูแลช่วยเหลือมารดาให้นมทารกอย่างถูกวิธีและต่อเนื่องทุก 2 - 3 ชั่วโมง โดยใช้ท่านอนตะแคง รวมทั้งสอนและฝึกปฏิบัติเพื่อส่งเสริมการสร้างและการหลั่งน้ำนม ร่วมกับนวดประคบเต้านมด้วยผ้าอุ่น หลังจากนั้นผู้วิจัยจะมอบคู่มือที่มีเนื้อหาตามคำแนะนำ เพื่อให้มารดาทบทวนและฝึกปฏิบัติด้วยตนเอง

ครั้งที่ 4 ระยะ 48 ชั่วโมงหลังผ่าตัด ผู้วิจัยช่วยเหลือมารดาในการจัดท่าอุ้มให้นมที่เหมาะสม เช่น ท่าฟุตบอล (football hold) หรือท่านอนขวางตักประยุกต์ (cross-cradle hold) และดูแลมารดาให้นมทารกทุก 2-3 ชั่วโมง พร้อมทั้งประเมินปัญหาในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ให้คำแนะนำช่วยเหลือ พุดคุยให้กำลังใจ และสร้างความมั่นใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ หากมารดาน้ำนมไม่ไหล จะดูแลให้นวดเต้านมร่วมกับประคบเต้านมด้วยผ้าอุ่น

ครั้งที่ 5 ระยะ 72 ชั่วโมงหลังผ่าตัด ผู้วิจัยทบทวนการให้นมทารกอย่างถูกวิธี และวิธีการปฏิบัติตัวเพื่อส่งเสริมการสร้างและการหลั่งน้ำนม และให้มารดาฝึกปฏิบัติ พร้อมทั้งช่วยเหลือและให้กำลังใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

4.2 กลุ่มควบคุม ได้รับการพยาบาลตามปกติจากพยาบาลเพียงอย่างเดียว ได้แก่ มารดาที่ผ่าตัดคลอดบุตรเวรเช้า พยาบาลห้องคลอดจะนำทารกเข้าไปดูนมมารดาในห้องพักฟื้นภายในระยะ 1 ชั่วโมงหลังผ่าตัด หลังจากนั้นประมาณ 2-4 ชั่วโมงหลังผ่าตัดจะนำทารกมาส่งที่หอผู้ป่วยสูตินรีเวชกรรม พยาบาลจะนำทารกมาดูแลและป้อนนมจากถ้วย จนกระทั่งมารดาสามารถดูแลทารกได้ จึงนำทารกมาให้ กระตุ้นให้ทารกดูดนม และให้อยู่ด้วยกันตลอด 24 ชั่วโมง มารดาจะเริ่มดื่มน้ำได้ประมาณ 4-6 ชั่วโมงหลังผ่าตัด และเริ่มอาหารเหลว 6-8 ชั่วโมงหลังผ่าตัด หลังจากนั้นจะเริ่มอาหารอ่อนย่อยง่ายในมือถัดไป ต่อมาในวันที่ 2 หลังผ่าตัดจะให้มารดาเข้ากลุ่มเพื่อฟังคำแนะนำเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ร่วมกับมารดาที่คลอดทางช่องคลอดรายอื่นๆ โดยมีเนื้อหาเกี่ยวกับหลักในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และการอุ้มทารกดูดนมอย่างถูกวิธี หากมารดามีปัญหาน้ำนมไม่ไหลและทารกร้องกวน พยาบาลจะช่วยเหลือโดยการหยดนมผสมบริเวณลานนมขณะที่ทารกดูด

นม และถ้ามารดาน้ำนมยังไม่ไหล แพทย์จะพิจารณาให้ยา Motilium นอกจากนี้ยังประเมินการให้นมทารกโดยใช้แลช สกอร์ (LATCH score) วันละ 1 ครั้ง และจำหน่ายกลับบ้านในวันที่ 3 หลังผ่าตัด

5. เก็บข้อมูลหลังการทดลอง (post-test) โดยปฏิบัติดังนี้ บันทึกระยะเวลาการเริ่มไหลของน้ำนม และระยะเวลาการมาของน้ำนมเต็มเต้า เมื่อครบ 24 ชั่วโมงหลังคลอด หลังจากนั้นเก็บข้อมูลทุก 8 ชั่วโมงจนครบ 72 ชั่วโมงหลังคลอด ส่วนการรับรู้ความสามารถในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่จะเก็บข้อมูลในวันที่ 3 หลังผ่าตัดก่อนจำหน่ายมารดากลับบ้าน

6. เมื่อเสร็จสิ้นการวิจัย ผู้วิจัยกล่าวขอบคุณกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่ม ส่วนกลุ่มควบคุม ผู้วิจัยได้พูดคุยเพื่อประเมินปัญหา และสอบถามความต้องการในการช่วยเหลือเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ พร้อมทั้งให้คำแนะนำ และมอบคู่มือการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ให้กลุ่มควบคุมก่อนจำหน่ายกลับบ้าน

### การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปและกำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลทางสถิติศาสตร์ โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน แล้วทดสอบความแตกต่างของข้อมูลระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติที่แบบอิสระ สถิติไค-สแควร์ และ สถิติฟีชเชอร์

2. วิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของระยะเวลาการเริ่มไหลของน้ำนม และระยะเวลาการมาของน้ำนมเต็มเต้า ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติที่แบบอิสระ

3. วิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ความสามารถในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ในระยะก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติที่แบบอิสระ

### ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลทางสถิติศาสตร์ พบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมีอายุ ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัว สถานภาพสมรส จำนวนครั้งของการคลอด ระยะเวลาการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในบุตรคนก่อน การได้รับความรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในระยะตั้งครรภ์ อายุครรภ์เมื่อคลอด ชนิดของการผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง การเริ่มดื่มน้ำและรับประทานอาหารเหลวหลังผ่าตัดคลอด และการได้รับยา Motilium คล้ายคลึงกัน และเมื่อทดสอบความ

แตกต่างของข้อมูลระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p > .05$ ) รายละเอียดแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลทางสถิติศาสตร์ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ข้อมูล	กลุ่มทดลอง (n=30)		กลุ่มควบคุม (n=30)		t, $\chi^2$ or Fisher's exact test	P - value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
อายุเฉลี่ย	$\bar{X} = 28.53, SD = 5.21$		$\bar{X} = 29.17, SD = 4.67$		$t = -.50$	.62
ระดับการศึกษา					$\chi^2 = 4.02$	.13
ประถมศึกษาถึงมัธยมศึกษา ตอนต้น	7	23.3	14	46.7		
มัธยมศึกษาตอนปลายถึงปวส.	18	60.0	11	36.6		
ปริญญาตรีหรือเทียบเท่า	5	16.7	5	16.7		
รายได้ของครอบครัว	$\bar{X} = 23,000.00, SD = 7,790.36$		$\bar{X} = 19,266.67, SD = 8,204.01$		$t = 1.81$	.08
สถานภาพสมรส					Fisher's exact test	1.00
คู่	30	100.0	29	96.7		
หย่าร้าง/แยกกันอยู่	0	0.0	1	3.3		
จำนวนครั้งของการคลอด					$\chi^2 = .29$	.59
คลอดครั้งแรก	12	40.0	10	33.3		
คลอดครั้งหลัง	18	60.0	20	66.7		
ระยะเวลาการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในบุตรคนก่อน					$\chi^2 = .60$	.44
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		
การได้รับความรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในระยะตั้งครรภ์					$\chi^2 = .60$	.44
ไม่ได้รับ	14	46.7	17	56.7		
ได้รับ	16	53.3	13	43.3		
อายุครรภ์เมื่อคลอด	$\bar{X} = 38.83, SD = 1.37$		$\bar{X} = 38.60, SD = 1.16$		$t = .75$	.46
ชนิดของการผ่าตัดคลอด					$\chi^2 = .27$	.61
Elective C/S	15	50.0	13	43.3		
Emergency C/S	15	50.0	17	56.7		
ระยะเวลาที่เริ่มดื่มน้ำ	$\bar{X} = 4.30, SD = 1.86$		$\bar{X} = 4.57, SD = 2.50$		$t = -.47$	.64

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ข้อมูล	กลุ่มทดลอง (n=30)		กลุ่มควบคุม (n=30)		t, $\chi^2$ or Fisher's exact test	P- Value
ระยะเวลาที่เริ่มอาหารเหลว	$\bar{X} = 7.40, SD = 2.59$		$\bar{X} = 9.00, SD = 3.99$		$t = -1.84$	.07
การได้รับยา Motilium					$\chi^2 = .37$	.54
ไม่ได้รับ	24	80.0	22	73.3		
ได้รับ	6	20.0	8	26.7		

2. ระยะเวลาการเริ่มไหลของน้ำนม พบว่า กลุ่มทดลองมีระยะเวลาการเริ่มไหลของน้ำนมเฉลี่ย 19.07 ชั่วโมง (SD = 7.57) ส่วนกลุ่มควบคุมมีระยะเวลาเฉลี่ย 30.87 ชั่วโมง (SD = 12.89) เมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า กลุ่มทดลองมีระยะเวลาการเริ่มไหลของน้ำนมเร็วกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระยะเวลาการเริ่มไหลของน้ำนมระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติทีแบบอัสระ

กลุ่ม	n	$\bar{X}$	SD	d	t	df	p-value (1-tailed)
กลุ่มทดลอง	30	19.07	7.57	-11.80	-4.32	46.87	< .01
กลุ่มควบคุม	30	30.87	12.89				

3. ระยะเวลาการมาของน้ำนมเต็มเต้า พบว่า กลุ่มทดลองมีระยะเวลาการมาของน้ำนมเต็มเต้าเฉลี่ย 29.83 ชั่วโมง (SD = 7.90) ส่วนกลุ่มควบคุมมีระยะเวลาเฉลี่ย 45.37 ชั่วโมง (SD = 11.56) เมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า กลุ่มทดลองมีระยะเวลาการมาของน้ำนมเต็มเต้าเร็วกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระยะเวลาการมาของน้ำนมเต็มเต้าระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติทีแบบอิสระ

กลุ่ม	<i>n</i>	$\bar{X}$	SD	<i>d</i>	<i>t</i>	<i>df</i>	p-value (1-tailed)
กลุ่มทดลอง	30	29.83	7.90	-15.53	-6.08	51.22	< .01
กลุ่มควบคุม	30	45.37	11.56				

4. การรับรู้ความสามารถในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ พบว่า ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนการรับรู้ความสามารถในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เฉลี่ย 51.40 (SD = 9.29) ส่วนกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ย 53.43 (SD = 11.51) และเมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า ทั้งสองกลุ่มมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนการรับรู้ความสามารถในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เฉลี่ย 64.21 (SD = 6.54) กลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ย 59.40 (SD = 7.78) และเมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ความสามารถในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ระยะก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติทีแบบอิสระ

กลุ่ม	ก่อนการทดลอง							หลังการทดลอง						
	<i>n</i>	$\bar{X}$	SD	<i>d</i>	<i>t</i>	<i>df</i>	<i>p</i>	<i>n</i>	$\bar{X}$	SD	<i>d</i>	<i>t</i>	<i>df</i>	<i>p</i>
	(1-tailed)							(1-tailed)						
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				

#### การอภิปรายผล

1. มารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องกลุ่มทดลอง มีระยะเวลาการเริ่มไหลของน้ำนมเร็วกว่ากลุ่มควบคุม ทั้งนี้เนื่องจากการคากลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการกระตุ้นการหลั่งน้ำนม ซึ่งมีกิจกรรมการพยาบาลตามกลไกการสร้างและหลั่งน้ำนม (physiology of lactation) ซึ่ง

ได้แก่ การนำทารกมาวางบนหน้าอกเพื่อสัมผัสแบบเนื้อแนบเนื้อ จะช่วยส่งเสริมความรักและความผูกพันระหว่างมารดาและทารก (พรนภา ตั้งสุขสันต์, 2554) การช่วยเหลือให้ทารกดูดนมโดยเร็วตั้งแต่แรกเริ่มจากห้องผ่าตัด รวมถึงการช่วยจัดท่าให้นมในท่านอนหงายหรือท่านอนตะแคง ซึ่งเป็นท่าที่เหมาะสมสำหรับมารดาหลังผ่าตัด และช่วยลดอาการปวดแผล (กรรณิการ์ วิจิตรสุคนธ์, 2554) พร้อมทั้งให้คำแนะนำและช่วยเหลือมารดาในการให้นมอย่างถูกวิธี และให้ทารกดูดนมอย่างต่อเนื่องทุก 2 - 3 ชั่วโมง ส่งผลให้ระดับฮอร์โมน โพรแลคตินเพิ่มสูงขึ้นและมีการสร้างน้ำนมอย่างต่อเนื่อง (WHO, 2009) ทำให้น้ำนมไหลเร็วขึ้น นอกจากนี้มารดายังได้รับการนวดและประคบเต้านมด้วยผ้าอุ่นอย่างต่อเนื่องในระยะ 24 - 48 ชั่วโมงหลังผ่าตัด จะช่วยกระตุ้นบริเวณเซลล์ไมโออีพิทีเลียล (myoepithelial cell) ให้มีการหลั่งฮอร์โมนออกซิโตซิน และมีการไหลเวียนเลือดดีขึ้น ช่วยให้มีน้ำนมไหลเร็วขึ้น (วรรณภา พาหุวัฒน์กร, 2554; WHO, 2009) การศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของศศิธร ภักดีโชติ และคณะ (2552) ที่พบว่ามารดาที่ได้รับการสอนและสาธิตการอุ้มทารกดูดนมอย่างถูกวิธี การนวดหัวนมและลานนม ประคบเต้านมด้วยลูกประคบสมุนไพรภายใน 24 ชั่วโมงหลังคลอด แนะนำให้ทารกดูดนมทุก 2-3 ชั่วโมง และจัดอาหารเพิ่มน้ำนม มีระยะเวลาการเริ่มไหลของน้ำนมเร็วกว่ามารดาที่ได้รับการบริการพยาบาลตามปกติ และการศึกษาของชุตติมาพร ไตรนภากุล และคณะ (2554) ที่พบว่ามารดาที่นวดประคบเต้านมด้วยกระเป๋าน้ำร้อนและลูกสมุนไพร มีคะแนนการไหลของน้ำนมระยะหลังนวดประคบมากกว่าก่อนนวดประคบ

2. มารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องกลุ่มทดลอง มีระยะเวลาการมาของน้ำนมเต็มเต้าเร็วกว่ากลุ่มควบคุม ทั้งนี้เนื่องจากตามกลไกการสร้างและหลั่งน้ำนม ในระยะแลคโตเจเนซิส 2 (Lactogenesis II) หรือ 1-2 วันหลังคลอด การที่ทารกดูดนมเร็วและดูดอย่างถูกวิธี จะช่วยให้ระดับฮอร์โมนโพรแลคตินคงที่ ส่งเสริมให้มีการสร้างน้ำนมอย่างต่อเนื่อง และทำให้มีน้ำนมเต็มเต้า (Chapman & Pérez- Escamillia, 2000; Hurst, 2007) ในการศึกษาครั้งนี้มารดาในกลุ่มทดลองได้รับการช่วยเหลือให้ทารกดูดนมอย่างถูกวิธีและต่อเนื่อง รวมทั้งดูแลให้มารดาดื่มน้ำ 2-3 ลิตรต่อวัน ให้น้ำจืด และให้รับประทานอาหารอย่างเพียงพอ นอกจากนี้ยังดูแลความสุขสบาย ให้ยาบรรเทาปวด และให้พักผ่อน จะช่วยลดอาการอ่อนเพลีย (วรรณภา พาหุวัฒน์กร, 2554; WHO, 2009) ส่งเสริมการสร้างน้ำนม และทำให้มีน้ำนมเต็มเต้าเร็วขึ้น (วรรณภา พาหุวัฒน์กร, 2554; Murray & McKinney, 2006; Hurst, 2007) ซึ่งจากผลการวิจัยจะเห็นได้ว่ามารดาทั้งสองกลุ่มได้รับยา Motilium ที่มีผลทางอ้อมในการกระตุ้นการสร้างน้ำนมในปริมาณที่ใกล้เคียงกัน แต่มารดาในกลุ่มทดลองมีระยะเวลาการมาของน้ำนมเต็มเต้าเร็วกว่า แสดงว่าโปรแกรมการกระตุ้นการหลั่งน้ำนมช่วยส่งเสริมให้มีปริมาณน้ำนมเพียงพอ นอกจากนี้มารดายังได้รับการนวดและประคบเต้านมด้วยผ้าอุ่นในระยะ 24- 48 ชั่วโมงหลังผ่าตัดคลอด ทำให้น้ำนมหลังเร็วและมีน้ำนมเต็มเต้าเร็วขึ้น สอดคล้องกับการศึกษา

ของประมินทร์ อนุกุลประเสริฐ (2550) ที่พบว่ามารดาที่ได้รับการนวดเต้านมร่วมกับการใช้ผ้าอุ่นประคบ ทำให้มีน้ำนมหลังภายใน 6 ชั่วโมงหลังคลอด และมีปริมาณน้ำนมเพียงพอต่อความต้องการของทารกภายใน 48 ชั่วโมงหลังคลอดมากกว่ามารดาที่ได้รับการนวดเต้านมเพียงอย่างเดียว

3. มารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องกลุ่มทดลอง มีการรับรู้ความสามารถในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ดีกว่ากลุ่มควบคุม ทั้งนี้เนื่องจากการได้รับความรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และฝึกปฏิบัติการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ด้วยตนเอง จะส่งผลให้มารดามีความมั่นใจในการให้นมทารก และมีการรับรู้ความสามารถในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ดีขึ้น (โบว์ชมพู่ บุตรแสงดี และคณะ, 2556; Blyth, Creedy, Dennis, Moyle, Pratt & Vries, 2002; Dennis, 2003) การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยมีการสอนและฝึกปฏิบัติการให้ทารกดูดนมอย่างถูกวิธีและใช้ท่าอุ้มที่เหมาะสม ช่วยเหลือให้มารดาให้นมทารกจนเกิดความมั่นใจและสามารถอุ้มทารกให้นมได้ด้วยตนเอง รวมถึงพูดคุยให้กำลังใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ กิจกรรมต่าง ๆ เหล่านี้จะช่วยเพิ่มความมั่นใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ (Blyth, et al., 2002; Dennis, 2003; Otsuka, et al., 2013) และส่งผลให้มีการรับรู้ความสามารถในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ดีขึ้น ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของฐานัญญา มโนสัมฤทธิ์ (2552) ที่พบว่ามารดาที่ผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องที่ได้รับการเตรียมความรู้และสนับสนุนให้มีความมั่นใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ส่งผลให้มีการรับรู้ความสามารถในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ดีขึ้น และการศึกษาของโบว์ชมพู่ บุตรแสงดี และคณะ (2556) ที่พบว่ามารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องที่ได้รับการฝึกประสบการณ์การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ การใช้คำพูดชักจูง และการดูแลด้านร่างกายและอารมณ์ ทำให้มารดามีการรับรู้ความสามารถของตนเองในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เพิ่มมากขึ้น

### ข้อเสนอแนะ

1. พยาบาลและบุคลากรทางสุขภาพที่เกี่ยวข้องควรนำโปรแกรมการกระตุ้นการหลั่งน้ำนมนี้ไปปรับใช้ เพื่อเป็นแนวทางในการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในมารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง

2. อาจารย์พยาบาลควรนำหลักการในโปรแกรมการกระตุ้นการหลั่งน้ำนมนี้ไปเป็นแนวทางในการสอนนักศึกษาพยาบาลที่ฝึกภาคปฏิบัติ เพื่อส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องที่เหมาะสมต่อไป

3. การศึกษาครั้งต่อไป ควรมีการติดตามอัตราการประสบความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วย



นมแม่ในระยะหลังคลอด ที่ระยะเวลา 1 เดือน 4 เดือน และ 6 เดือน รวมทั้งนำโปรแกรมการกระตุ้น การหลั่งน้ำนมไปใช้ศึกษาในมารดาในกลุ่มเสี่ยงอื่น ๆ ที่อาจไม่ประสบความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วย นมแม่ เช่น มารดาวัยรุ่น มารดาที่ทำงานนอกบ้าน เป็นต้น

### กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณคณะกรรมการผู้ควบคุมวิทยานิพนธ์ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง รองศาสตราจารย์กรรณิการ์ วิจิตรสุคนธ์ และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ฉันทนา จันทวงศ์ รวมทั้ง ผู้ทรงคุณวุฒิที่ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัยทุกท่าน และขอขอบพระคุณ โรงพยาบาลสิรินธร ที่อนุญาตให้เก็บข้อมูลวิจัย และที่สำคัญขอขอบคุณกลุ่มตัวอย่างทุกคนที่ให้ความร่วมมือในการทำวิจัย ครั้งนี้เป็นอย่างดี

### เอกสารอ้างอิง

- กรรณิการ์ วิจิตรสุคนธ์. (2554). การจัดทำในการให้นมและการให้ลูกอมห้วนนม. ใน กรรณิการ์ วิจิตรสุคนธ์, พรรณรัตน์ แสงเพิ่ม, นันทิยา วัฒมา, สุพินดา เรื่องจริยเชิฐ และสุดาภรณ์ พัยคเรืองการ (บรรณาธิการ), *การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่* (หน้า 143-153). กรุงเทพฯ: ปรีชาพานิชย์.
- ฉันทิกา จันท์เป็ย. (2554). กายวิภาคของเต้านม สรีรวิทยาของการสร้างและการหลั่งน้ำนม และ กลไกการดูดนมของทารก. ใน กรรณิการ์ วิจิตรสุคนธ์, พรรณรัตน์ แสงเพิ่ม, นันทิยา วัฒมา, สุพินดา เรื่องจริยเชิฐ และสุดาภรณ์ พัยคเรืองการ (บรรณาธิการ), *การเลี้ยงลูก ด้วยนมแม่* (หน้า 143-153). กรุงเทพฯ: ปรีชาพานิชย์.
- ชุติมาพร ไชยณภากุล, มณฑา ไชยะวัฒน์, วิวัฒน์ คณาวิฑูรย์, สุวรรณ นาคะ, วิมล มิตรนิโยดม และสุทธารัตน์ เป็นลาภ. (2554). ผลของการไหลของน้ำนมในหญิงหลังคลอดที่ถูกงด ประคบเต้านมด้วยกระเป๋าน้ำร้อนและลูกประคบสมุนไพร. *วารสารการพยาบาลและการศึกษา*, 3(3), 76-91.
- ฐานิญา มโนสัมฤทธิ. (2552). *การพัฒนาโครงการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ในมารดาคลอด ครรภ์แรก ที่ได้รับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง โรงพยาบาลอุดรธานี*. รายงานการศึกษา อิศระพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการผดุงครรภ์ชั้นสูง คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

- นิพนธ์พร วรมงคล, อสิริย์ เจตน์ประยงค์ และสมพงษ์ สกกุลอสิริยาภรณ์. (2554). สถานการณ์การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ประเทศไทย ปี 2552 - 2553. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*, 20(5), 721-731.
- โบว์ชมพู บุตรแสงดี, กรรณิการ์ กันชะรักษา และจันทรรัตน์ เจริญสันติ. (2556). ผลของการส่งเสริมสมรรถนะแห่งคนต่อความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมมารดาอย่างเดียวยของมารดาที่ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง. *พยาบาลสาร*, 40(3), 1-10.
- ประมินทร์ อนุกุลประเสริฐ. (2550). การนวดเต้านมธรรมชาติเปรียบเทียบกับนวดประคบด้วยฝ่าอุ้งกระต่ายหลังน้ำนมหลังคลอด. *วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข*, 1(3-4), 430-438.
- ปีติมา ฉายโอภาส, นิตยา โรจนนิรันดร์กิจ และชมกฤษฯ บุญประเสริฐ. (2550). ผลของการเสริมนมผสมในมารดาต่อปริมาณน้ำนมใน 48 ชั่วโมงหลังคลอดในโรงพยาบาลรามาศิบดี. *รามาศิบดีพยาบาลสาร*, 15(1), 25-35.
- พรนภา ตั้งสุขสันต์. (2554). แนวปฏิบัติการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในระยะคลอด. ใน กรรณิการ์ วิจิตรสุคนธ์, พรรณรัตน์ แสงเพิ่ม, นันทิยา วัฒยา, สุพินดา เรื่องจริยेशูเยร และสุดาภรณ์ พัยคณเรื่อง (บรรณาธิการ), *การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่* (หน้า 138-139). กรุงเทพฯ: ปรีชาพานิชย์.
- ยุพา เตมียะธีรกุล. (2550). ผลของโปรแกรมส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ต่อความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ในมารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลมารดา-ทารก และสุขภาพสตรี, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- รัตน์ศิริ ทาโต. (2552). *การวิจัยทางพยาบาลศาสตร์: แนวคิดสู่การประยุกต์ใช้* (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- รุ่งฤดี จิระทรัพย์, นวลจันทร์ ไพบูลย์บรรพต และสมพร พานิชม. (2553). วิธีการคลอดและการมาของน้ำนมเต็มเต้าในมารดาหลังคลอด. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*, 19(2), 270-278.
- วรรณา พาหุวัฒนกร. (2554). แนวปฏิบัติการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในระยะหลังคลอด. ใน กรรณิการ์ วิจิตรสุคนธ์, พรรณรัตน์ แสงเพิ่ม, นันทิยา วัฒยา, สุพินดา เรื่องจริยेशูเยร และสุดาภรณ์ พัยคณเรื่อง (บรรณาธิการ), *การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่* (หน้า 155-169). กรุงเทพฯ: ปรีชาพานิชย์.
- ศศิธร ภัคดีโชติ, รจนา โมนาราช และเปล่งฉวี สกนรัตน์. (2553). ผลของการใช้โปรแกรมกระตุ้นการหลั่งน้ำนมต่อระยะเวลาการหลั่งน้ำนมของมารดาหลังคลอดโรงพยาบาลสกลนคร. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*, 19(2), 279-287.

- ศิริวรรณ แสงอินทร์. (2554). แบบวัดระดับการรับรู้ความสามารถในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ฉบับสั้นของเดนมินิส (breastfeeding self-efficacy scale- short form) (อัดสำเนา).
- สำนักสถิติแห่งชาติ. (2556). การสำรวจสถานการณ์เด็กและสตรีในประเทศไทย พ.ศ. 2555. เข้าถึงได้จาก [http://www.unicef.org/thailand/Exe\\_Summary\\_Thai.pdf](http://www.unicef.org/thailand/Exe_Summary_Thai.pdf)
- 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.
- Burn, N., & Grove, S. K. (2005). *The practice of nursing research: Conduct, critique & utilization* (5<sup>th</sup> ed.). St. Louis, MO: Elsevier Saunders.
- Chapman, J. C., & Péraze-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.
- 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.
- 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* (7<sup>th</sup> ed.). Missouri: Mosby.
- Murray, S. S., & McKinney, E. S. (2006). Chapter 22: Infant Feeding. In Murray, S. S., & McKinney, E. S., *Foundations of maternal- newborn nursing* (4<sup>th</sup> ed.). St. Louis, MO.: Elsevier Saunders.
- 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.
- 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.
- 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]. (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>