

ผลของโปรแกรมการกระตุ้นการหลั่งน้ำนมต่อระยะเวลาการเริ่มไหลของน้ำนม
ระยะเวลาการมาของน้ำนมเต็มเต้า และการรับรู้ความสามารถในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่
ในมารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง*

The Effects of Lactational Program on Milk Secretion Time,
Onset of Lactation and Breastfeeding Self-Efficacy in Mothers
after Cesarean Section

กนกวรรณ โคตรสังข์, ** พย.ม. Kanokwan Khotsang, M.N.S.

ศิริวรรณ แสงอินทร์,*** Ph.D. Siriwan Sangin, Ph.D.

อุษา เชื้อหอม,**** ป.ด. Usa Chuahorm, Ph.D.

บทคัดย่อ

การวิจัยที่เปรียบเทียบกับกับการวิจัยแบบทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการกระตุ้นการหลั่งน้ำนมต่อระยะเวลาการเริ่มไหลของน้ำนม ระยะเวลาการมาของน้ำนมเต็มเต้า และการรับรู้ความสามารถในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในมารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง ที่พักรักษาตัวที่หอผู้ป่วยสูติรีเวชกรรม โรงพยาบาลสิรินธร คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามสะดวกตามเกณฑ์ที่กำหนด จำนวน 60 ราย ทำการสุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองหรือกลุ่มควบคุมโดยการสุ่มสับดาห์แรกเพียงครั้งเดียว แล้วเก็บข้อมูลสัปดาห์ละ 1 กลุ่มสลับกันไป ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมจนได้กลุ่มตัวอย่างครบ 30 รายในแต่ละกลุ่ม กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการกระตุ้นการหลั่งน้ำนมร่วมกับการพยาบาลตามปกติ ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติเพียงอย่างเดียว เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ โปรแกรมการกระตุ้นการหลั่งน้ำนม แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลทางสถิติศาสตร์ แบบบันทึกการเริ่มไหลของน้ำนม แบบบันทึกระยะเวลาการมาของน้ำนมเต็มเต้า และแบบวัดการรับรู้ความสามารถในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และสถิติที่แบบอิสระ

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 เพื่อให้ประสบความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมต่อไป

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

* วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการผดุงครรภ์ชั้นสูง คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

** พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลสิรินธร สำนักงานแพทย์ กรุงเทพมหานคร

*** รองศาสตราจารย์ กลุ่มวิชาการพยาบาลมารดา ทารก และการผดุงครรภ์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

**** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ กลุ่มวิชาการพยาบาลมารดา ทารก และการผดุงครรภ์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

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 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

ความสำคัญของปัญหา

การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวนั้นมีประโยชน์หลากหลายประการทั้งต่อมารดาและทารก อาทิเช่น มีคุณค่าทางอาหารครบถ้วน มีภูมิคุ้มกันโรค ป้องกันการติดเชื้อและโรคมุมิแพ้ในทารก นอกจากนี้ยังส่งเสริมสายสัมพันธ์ระหว่างมารดาและทารก ช่วยให้มีดลูกหดตัวและเข้าสู่เร็วขึ้น รวมทั้งยังป้องกันมะเร็งเต้านมและมะเร็งรังไข่ในมารดาอีกด้วย (Godfrey & Lawrence, 2010; World Health Organization [WHO], 2007) ปัจจุบันกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ได้มีการรณรงค์และสนับสนุนให้มารดาเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวนาน 6 เดือน ตามนโยบายบันได 10 ขั้นสู่ความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ (ten step to successful breastfeeding) และโครงการโรงพยาบาลสายสัมพันธ์แม่-ลูก (WHO, 2009) โดยตั้งเป้าหมายในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 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 (นิพนรณพร วรมงคล, อีสริย์ เจตน์ประยูรต์ และสมพงษ์ สกุลอิสริยาภรณ์, 2554)

การผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องมีผลต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ (Pérez-Rios, Rimos-Valencia & Ortiz, 2008; Chien & Tai, 2007) และมีอุปสรรคต่อการให้นมบุตรตามหลัก 3 จุด เพื่อส่งเสริมการสร้างและการหลั่งน้ำนม อาทิเช่น เป็นอุปสรรคในการเริ่มต้นให้ทารกดูดนมแม่โดยเร็วในระยะ 1 ชั่วโมงแรกหลังคลอด และการส่งเสริมสัมพันธ์ระหว่างมารดาและทารก (Rowe-Murray & Fisher, 2002) เพราะมารดาที่ผ่าตัดคลอดจะมีอาการง่วงซึมและไม่ตื่นตัว ทำให้ทารกเริ่มดูดนมช้ากว่ามารดาที่คลอดปกติ อีกทั้งยังมีอาการอ่อนเพลียจากการนั่งดื่มน้ำอาหารก่อนผ่าตัดอย่างน้อย 8 ชั่วโมง และภายหลังผ่าตัดอีกหลายชั่วโมง รวมทั้งมีความไม่สุขสบายจากการปวดแผลผ่าตัด เคลื่อนไหวร่างกายได้จำกัด ทำให้มีผลต่อ

ท่าในการให้นมทารก การนำทารกเข้าเต้าดูดนม และไม่สามารถให้นมทารกได้บ่อยทุก 2-3 ชั่วโมง ปัญหาดังกล่าวส่งผลให้น้ำนมไหลช้าตามมา (Evans, Evans, Royal, Esterman & James, 2002; Hsien, Fu, Long & Lin, 2011; Karlstrom, Engstrom-Olofss, Norbergh, Sjoling & Hildingsson, 2007)

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

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องเพื่อช่วยส่งเสริมการไหลของน้ำนมและเพิ่มความมั่นใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ พบว่ามีหลายวิธี ได้แก่ การนวดและประคบเต้านมด้วยความร้อนชื้นโดยใช้ผ้าชุบน้ำอุ่น (ประมินทร์ อนุกุลประเสริฐ, 2550) การนวดประคบด้วยลูกสมุนไพร (ชุดิมาพร ไชยนากุล, มณฑา ไชยะวัฒน์, วิวัฒน์ คณาวิฑูรย์, สุวรรณ นาคะ, วิมล มิตรนิยตม และสุทธารัตน์ แป้นลาภ, 2554) การสอนและสาธิตวิธีอุ้มทารกดูดนมอย่างถูกวิธี การแนะนำมารดาให้นมทารกทุก 2-3 ชั่วโมง การดูแลให้อาหารเพิ่มน้ำนมร่วมกับการนวดหัวนมและเต้านมด้วยตนเอง (ศศิธร ภักดีโชติ, รจนา โมনারาช และเปล่งฉวี สกนรัตน์, 2553) อย่างไรก็ตามการศึกษาดังกล่าว ทำในมารดาที่คลอดทางช่องคลอด ส่วนในมารดาที่ผ่าตัด

คลอดบุตรนั้น ฐานิญา มโนสัมฤทธิ์ (2552) ได้ศึกษาพบว่าการเตรียมความรู้และการสนับสนุนให้มารดาที่มีความมั่นใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ช่วยให้มีการรับรู้ความสามารถในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เพิ่มขึ้น และยุพา เตมียีธีรกุล (2550) ได้ศึกษาพบว่าการให้ความรู้ การสาธิตและฝึกปฏิบัติการให้นมทารก และการช่วยเหลือสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในระยะหลังคลอดช่วยให้มารดาประสบความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เพิ่มขึ้น นอกจากนี้โบว์ชมพู บุตรแสงดี กรรณิการ์ กันธะรักษา และจันทรัตน์ เจริญสันติ (2556) ยังศึกษาพบว่าการส่งเสริมให้มารดาฝึกประสบการณ์การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ใช้คำพูดชักจูง รวมถึงดูแลความพร้อมด้านร่างกายและอารมณ์ จะทำให้มารดาที่มีการรับรู้ความสามารถในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เพิ่มขึ้น

จากที่กล่าวมาจะเห็นได้ว่าการศึกษเกี่ยวกับแนวทางการช่วยเหลือให้มารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรมีความมั่นใจและประสบความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่มาบ้างแล้ว แต่ยังไม่มีการศึกษาเกี่ยวกับการกระตุ้นการสร้างและการหลั่งน้ำนมในมารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรโดยตรง ด้วยเหตุนี้ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาผลของโปรแกรมการกระตุ้นการหลั่งน้ำนมต่อระยะเวลาการเริ่มไหลของน้ำนม ระยะเวลาการมาของน้ำนมเต็มเต้า และการรับรู้ความสามารถในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ซึ่งจะช่วยให้มารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรประสบความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่มากขึ้นต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

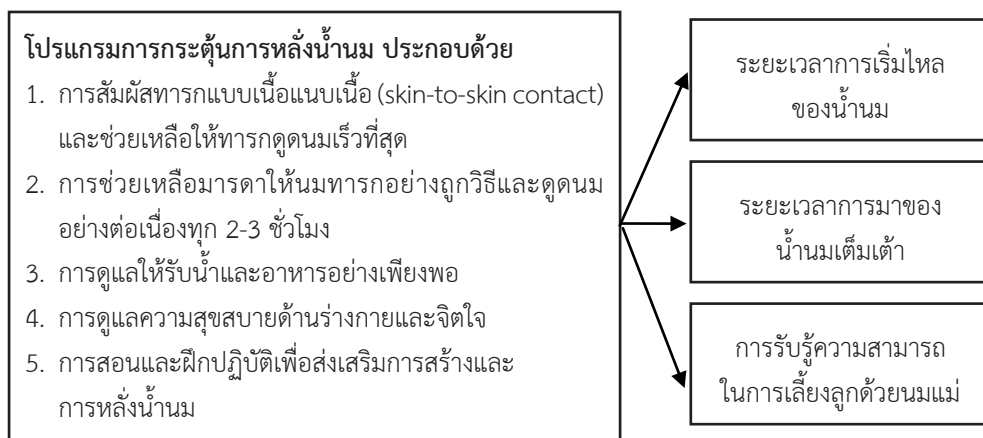
เพื่อศึกษาประสิทธิภาพของโปรแกรมการกระตุ้นการหลั่งน้ำนมต่อระยะเวลาการเริ่มไหลของน้ำนม ระยะเวลาการมาของน้ำนมเต็มเต้า และการรับรู้ความสามารถในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในมารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้กลไกการสร้างและการหลั่งน้ำนม (physiology of lactation) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย โดยในระยะเวลาแลคโตเจเนซิส 2 (Lactogenesis II) หรือ 1-2 วัน หลังคลอดเป็นระยะที่น้ำนมเริ่มมีปริมาณมาก การนำทารก

มาวางบนหน้าอกมารดาเพื่อสัมผัสแบบเนื้อแนบเนื้อจะช่วยส่งเสริมความรักและความผูกพันระหว่างมารดาและทารก (พรนภา ตั้งสุขสันต์, 2554) การช่วยเหลือนมมารดาให้ทารกดูดนมโดยเร็วตั้งแต่แรกเริ่มจากห้องผ่าตัดและให้ดูดอย่างต่อเนื่องทุก 2-3 ชั่วโมง ทั้งในเวลากลางวันและกลางคืน (ฉันทิกา จันทรเปี้ย, 2554; Lawrence & Lawrence, 2011) ร่วมกับการดูแลให้มารดาได้รับน้ำและอาหารอย่างเพียงพอ จะช่วยกระตุ้นการสร้างและการหลั่งฮอร์โมนโพรแลคติน ส่งผลทำให้มีการสร้างน้ำนมอย่างเพียงพอ (ปิติมา ฉายโอภาส, นิตยา โรจนนิรันดร์กิจ และ ชมภูษ บัญประเสริฐ, 2550) รวมทั้งการดูแลความสุขสบายด้านร่างกายและจิตใจ โดยดูแลเรื่องการบรรเทาปวดและการผ่อนคลายความวิตกกังวล จะช่วยให้มีการหลั่ง

ฮอร์โมนออกซิโตซินมากขึ้น (ฉันทิกา จันทรเปี้ย, 2554) นอกจากนี้การนวดและประคบเต้านมด้วยผ้าอุ่นอย่างต่อเนื่อง จะช่วยกระตุ้นบริเวณไมโออีพิทีเลียเซลล์ (myoepithelial cell) ทำให้มีการหลั่งฮอร์โมนออกซิโตซิน และมีการไหลเวียนเลือดมากขึ้น (วรรณ พาหุพัฒนกร, 2554; WHO, 2009) และที่สำคัญการให้ความรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ การให้ทารกดูดนมอย่างถูกวิธี การใช้ท่าอุ้มที่เหมาะสม รวมทั้งการฝึกปฏิบัติการให้นมทารก กิจกรรมต่างๆ เหล่านี้จะทำให้ระยะเวลาการเริ่มไหลของน้ำนมและระยะเวลาการมาของน้ำนมเต็มเต้าเร็วขึ้น รวมทั้งยังช่วยให้มารดามีความรู้และความมั่นใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อีกด้วย ซึ่งสามารถเขียนเป็นกรอบแนวคิดได้ดังแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยที่เปรียบเทียบได้กับการวิจัยแบบทดลอง (comparative experimental research) (รัตนศิริ ทาโต, 2552; Burn & Grove, 2005) ซึ่งมีรูปแบบการวิจัยเหมือนกับการวิจัยแบบทดลอง ศึกษาสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง (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) โดยมีเกณฑ์การคัดเข้า ดังนี้ (1) เป็นมารดาไทย อายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป และมีความตั้งใจ

ว่าจะเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ (2) มีหวั่นมปกติไม่มีนํ้านมไหลก่อนคลอด (3) มารดาและทารกอยู่ด้วยกันตลอด 24 ชั่วโมง (rooming in) (4) มารดาได้รับยาระงับความรู้สึกทางไขสันหลัง (spinal block) เพื่อการผ่าตัดคลอด (5) มารดาไม่มีภาวะแทรกซ้อนภายหลังคลอดและไม่มีข้อห้ามในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ (6) ทารกคลอดครบกำหนดและไม่มีข้อห้ามในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และ (7) ยินดีเข้าร่วมการวิจัย เกณฑ์การคัดออก คือ มารดาและ/หรือทารกที่มีภาวะแทรกซ้อนภายหลังเข้าร่วมการวิจัย

คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้กฎของหัวแม่มือ (rule of thumb) ซึ่งเป็นหลักการทั่วไปในการกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างของการวิจัยที่มีการเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างกลุ่ม โดยในกฎหัวแม่มือนี้ได้กำหนดขนาดอิทธิพลขนาดใหญ่ (effect size = 0.8) และอำนาจทดสอบ (power of test) = 80% ซึ่งคำนวณได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 30 ราย (VanVoorhis & Morgan, 2007) ดังนั้นการศึกษาค้างนี้จึงใช้กลุ่มตัวอย่าง 60 ราย โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 30 ราย และกลุ่มควบคุม 30 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมการกระตุ้นการหลั่งนํ้านม ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นตามกลไกการสร้างและการหลั่งนํ้านม และการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วยกิจกรรมต่างๆ ได้แก่ (1) ภายใน 2-4 ชั่วโมงหลังผ่าตัด นำทารกวางไว้บนหน้าอกมารดา เพื่อให้มีการสัมผัสแบบเนื้อแนบเนื้อ และช่วยเหลือนมารดาให้ทารกดูดนมมารดาโดยเร็วที่สุด (2) การช่วยเหลือนมารดาให้นมทารกอย่างถูกวิธีและต่อเนื่องทุก 2-3 ชั่วโมง รวมทั้งจัดทำให้นมบุตรที่เหมาะสม (3) การดูแลให้มารดาได้รับอาหารและน้ำให้เพียงพอ (4) การดูแลและช่วยเหลือนให้มารดามีความสุขสบายทั้งด้านร่างกายและจิตใจ (5) การสอนและฝึกปฏิบัติเพื่อส่งเสริมการสร้างและการหลั่งนํ้านม โดยสอนเรื่องประโยชน์ของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในมารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง การให้ทารกดูดนมอย่างถูกวิธีและใช้ท่าอุ้มที่เหมาะสม รวมทั้งมีฝึกปฏิบัติการให้นมทารกและมีการนวดและประคบเต้านมด้วยผ้าอุ่น ภายหลังจากให้คำแนะนำครบถ้วน ผู้วิจัยจะมอบคู่มือที่มีเนื้อหาตามคำแนะนำที่สอนให้แก่มารดา เพื่อใช้ในการทบทวนความรู้

และฝึกปฏิบัติด้วยตนเอง

2. เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

2.1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลทางสูติศาสตร์ ประกอบด้วยอายุ ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัว สถานภาพสมรส จำนวนครั้งของการคลอด ระยะเวลาการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในบุตรคนก่อน การได้รับความรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในระยะตั้งครรภ์ อายุครรภ์เมื่อคลอด ชนิดของการผ่าตัดคลอด ระยะเวลาที่เริ่มตึมนํ้าและอาหารเหลว และการได้รับยา Motilium

2.2 แบบบันทึกระยะเวลาการเริ่มไหลของนํ้านม เป็นแบบบันทึกที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับระยะเวลาการเริ่มไหลของนํ้านมจำนวน 1 ข้อ โดยคำนวณเป็นจำนวนชั่วโมงหลังผ่าตัดคลอด

2.3 แบบบันทึกระยะเวลาการมาของนํ้านมเต็มเต้า เป็นแบบบันทึกที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับระยะเวลาที่มารดามีอาการและการแสดงของการมาของนํ้านมเต็มเต้า จำนวน 4 ข้อ ถ้ามารดามีอาการในข้อใดข้อหนึ่ง ถือว่าเป็นระยะเวลาการมาของนํ้านมเต็มเต้า โดยคำนวณเป็นจำนวนชั่วโมงหลังผ่าตัดคลอด

2.4 แบบวัดการรับรู้ความสามารถในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ เป็นแบบวัดที่ศิริวรรณ แสงอินทร์ (2554) แปลมาจากแบบวัดการรับรู้ความสามารถในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ฉบับสั้นของเดนนิส (breastfeeding self-efficacy scale - short form) (Dennis, 2003) แบบวัดนี้เป็นมาตราประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ ได้แก่ ไม่นั่นใจเลย มั่นใจน้อยๆ ครึ่ง มั่นใจเป็นบางครั้ง มั่นใจบ่อยครั้ง และมั่นใจเป็นประจำ ให้คะแนน 1 ถึง 5 มีข้อคำถามจำนวน 14 ข้อ เป็นข้อคำถามเชิงบวกทั้งหมด มีคะแนนรวม 14-70 คะแนน โดยคะแนนสูง หมายถึง มีการรับรู้ความสามารถในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ดี และคะแนนต่ำ หมายถึง มีการรับรู้ความสามารถในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ไม่ดี แบบวัดนี้มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .80

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ผู้วิจัยนำโปรแกรมการกระตุ้นการหลั่งนํ้านม ไปตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญด้านการเลี้ยงลูก

ด้วยนมแม่ จำนวน 5 ท่าน แล้วนำไปทดลองใช้กับมารดา หลังผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับ กลุ่มตัวอย่างจำนวน 3 ราย เพื่อประเมินความเหมาะสม และความเป็นไปได้ในการใช้โปรแกรม

2. เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยนำแบบ บันทึกระยะเวลาการเริ่มไหลของน้ำนม และแบบบันทึก ระยะเวลาการมาของน้ำนมเต็มเต้า ไปตรวจสอบความตรง ตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญด้านการ เลี้ยงลูกด้วยนมแม่จำนวน 5 ท่าน แล้วนำมาหาค่าดัชนี ความตรงตามเนื้อหา (content validity index [CVI]) ได้เท่ากับ .80 ทั้งสองแบบบันทึก จากนั้นนำไปหาค่า ความเที่ยงของการสังเกต (inter – rater reliability) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .80 ส่วนแบบวัดการรับรู้ ความสามารถในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ผู้วิจัยนำไปทดลอง ใช้กับมารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรที่มีลักษณะคล้ายคลึง กับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 20 ราย แล้วนำมาหาค่าสัมประสิทธิ์ อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .93

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

หลังจากได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัย จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย ระดับ บัณฑิตศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา รหัส 01-08-2556 และคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรม การวิจัยในคน สำนักงานแพทย์ กรุงเทพมหานคร รวมทั้ง ได้รับการอนุญาตให้เก็บข้อมูลวิจัยจากโรงพยาบาลสิรินธร ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง แนะนำตัว และขอความร่วมมือ ในการเข้าร่วมวิจัย ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัยและขั้นตอน การวิจัย รวมทั้งชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างทราบถึงสิทธิของการ ตอบรับหรือปฏิเสธในการเข้าร่วมการวิจัย โดยไม่มีผล ต่อการรักษาพยาบาลแต่อย่างใด ผลการวิจัยนำเสนอ ในภาพรวม จากนั้นเมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ด้วยความสมัครใจ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าพยาบาลและพยาบาลที่หอ ผู้ป่วยสูตินรีเวชกรรม เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ และ รายละเอียดของการวิจัย หลังจากนั้นจึงเริ่มเก็บรวบรวม ข้อมูล โดยมีขั้นตอนดังนี้

1. ในช่วงเช้าของวันจันทร์-วันศุกร์ ผู้วิจัยทำการ คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด หลังจากนั้น ผู้วิจัยอธิบายวัตถุประสงค์และวิธีการดำเนินการวิจัย ขอความร่วมมือในการทำวิจัย เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดียิ่งจะให้ ลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

2. สุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่าย โดยการจับฉลากในสัปดาห์แรก เพียงครั้งเดียว หากได้กลุ่มใด ให้สัปดาห์ถัดไปเป็นอีก กลุ่มหนึ่ง ผลการสุ่มในสัปดาห์แรกได้กลุ่มทดลอง ใน สัปดาห์ถัดไปจึงเป็นกลุ่มควบคุม หลังจากนั้นทำเช่นนี้ สลับกันไปจนได้กลุ่มตัวอย่างครบกลุ่มละ 30 ราย

3. ดำเนินการเก็บข้อมูล โดยบันทึกข้อมูลส่วน บุคคลและข้อมูลทางสถิติศาสตร์ของกลุ่มตัวอย่าง รวมทั้ง ประเมินการรับรู้ความสามารถในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ (pre-test)

4. ดำเนินการทดลอง โดยมีรายละเอียดดังนี้

4.1 กลุ่มทดลอง ได้รับโปรแกรมการกระตุ้น การหลั่งน้ำนมร่วมกับการพยาบาลตามปกติ โดยโปรแกรม มีดังนี้

ครั้งที่ 1 ภายในระยะ 2-4 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด ผู้วิจัยนำทารกวางไว้บนหน้าอกมารดา เพื่อให้มีการสัมผัส แบบเนื้อแนบเนื้อ และช่วยเหลือนมมารดาให้ทารกดูดนม เร็วที่สุด โดยให้ทารกดูดนมนานอย่างน้อย 15-30 นาที

ครั้งที่ 2 ระยะ 6 ชั่วโมงหลังผ่าตัด เมื่อมารดา สามารถเคลื่อนไหวร่างกายได้ ผู้วิจัยดูแลให้ทารกดูดนม อย่างถูกวิธีและต่อเนื่องทุก 2-3 ชั่วโมง โดยนำทารก มาวางบนหน้าอกในท่านอนหงาย เมื่อมารดาสามารถ ดื่มน้ำได้ ดูแลให้ดื่มน้ำบ่อยๆ และให้รับประทานอาหาร ตามแผนการรักษาของแพทย์ พร้อมทั้งประเมินอาการ ปวดแผล และดูแลให้ได้รับยาแก้ปวดที่เหมาะสม เพื่อให้ มารดาเกิดความสุขสบายและพักผ่อนได้

ครั้งที่ 3 ระยะ 8 ชั่วโมงหลังผ่าตัดเป็นต้นไป ผู้วิจัยดูแลช่วยเหลือนมมารดาให้นมทารกอย่างถูกวิธีและ ต่อเนื่องทุก 2 - 3 ชั่วโมง โดยใช้ท่านอนตะแคง รวมทั้งสอน และฝึกปฏิบัติเพื่อส่งเสริมการสร้างและการหลั่งน้ำนม ร่วมกับการนวดและประคบเต้านมด้วยผ้าอุ่น หลังจากนั้น ผู้วิจัยจะมอบคู่มือที่มีเนื้อหาตามคำแนะนำ เพื่อให้มารดา ทบทวนและฝึกปฏิบัติด้วยตนเอง

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

ครั้งที่ 5 ระยะ 72 ชั่วโมงหลังผ่าตัด ผู้วิจัยทบทวนการให้นมทารกอย่างถูกวิธี และวิธีการปฏิบัติตัวเพื่อส่งเสริมการสร้างและการหลั่งน้ำนม และให้มารดาฝึกปฏิบัติ พร้อมทั้งช่วยเหลือและให้กำลังใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

4.2 กลุ่มควบคุม ได้รับการพยาบาลตามปกติจากพยาบาล ได้แก่ มารดาที่ผ่าตัดคลอดบุตรเวรเข้าพยาบาลห้องคลอดจะนำทารกเข้าไปดูนมมารดาในห้องพักฟื้นภายในระยะ 1 ชั่วโมงหลังผ่าตัด หลังจากนั้นประมาณ 2-4 ชั่วโมงหลังผ่าตัดจะนำทารกมาส่งที่หอผู้ป่วยสูตินรีเวชกรรม พยาบาลจะนำทารกมาดูแลและป้อนนมจากถ้วย จนกระทั่งมารดาสามารถดูแลทารกได้ จึงนำทารกมาให้ กระตุ้นให้ทารกดูดนม และให้อยู่ด้วยกันตลอด 24 ชั่วโมง มารดาจะเริ่มตึมน้ำได้ประมาณ 4-6 ชั่วโมงหลังผ่าตัด และเริ่มอาหารเหลว 6-8 ชั่วโมงหลังผ่าตัด หลังจากนั้นจะเริ่มอาหารอ่อนอย่างง่ายในมือถัดไป ต่อมาในวันที่ 2 หลังผ่าตัดจะให้มารดาเข้ากลุ่มเพื่อฟังคำแนะนำเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ร่วมกับมารดาที่คลอดทางช่องคลอดรายอื่นๆ โดยมีเนื้อหาเกี่ยวกับหลักในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และการอุ้มทารกดูนมอย่างถูกวิธี หากมารดามีปัญหาน้ำนมไม่ไหลและทารกร้องกวน พยาบาลจะช่วยเหลือโดยการหยดนมผสมบริเวณลานนมขณะที่ทารกดูดนม และถ้ามารดาน้ำนมยังไม่ไหล แพทย์จะพิจารณาให้ยา Motilium นอกจากนี้ยังประเมินการให้นมทารกโดยใช้แลช สกอร์ (LATCH score) วันละ 1 ครั้ง และจำหน่ายกลับบ้านในวันที่ 3 หลังผ่าตัด

5. เก็บข้อมูลหลังการทดลอง (post-test) โดยปฏิบัติดังนี้ บันทึกระยะเวลาการเริ่มไหลของน้ำนม และระยะเวลาการมาของน้ำนมเต็มเต้า เมื่อครบ 24 ชั่วโมง

หลังคลอด หลังจากนั้นเก็บข้อมูลทุก 8 ชั่วโมงจนครบ 72 ชั่วโมงหลังคลอด ส่วนการรับรู้ความสามารถในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่จะเก็บข้อมูลในวันที่ 3 หลังผ่าตัด ก่อนจำหน่ายมารดากลับบ้าน

6. เมื่อเสร็จสิ้นการวิจัย ผู้วิจัยกล่าวขอบคุณกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่ม ส่วนกลุ่มควบคุมผู้วิจัยได้พุดคุยเพื่อประเมินปัญหา และสอบถามความต้องการในการช่วยเหลือเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ พร้อมทั้งให้คำแนะนำ และมอบคู่มือการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ให้กลุ่มควบคุม ก่อนจำหน่ายกลับบ้าน

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปและกำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลทางสถิติศาสตร์ โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน แล้วทดสอบความแตกต่างของข้อมูลระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติที่แบบอิสระ สถิติไค-สแควร์ และสถิติฟิชเชอร์

2. วิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของระยะเวลาการเริ่มไหลของน้ำนม และระยะเวลาการมาของน้ำนมเต็มเต้า ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติที่แบบอิสระ

3. วิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ความสามารถในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในระยะก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยใช้สถิติที่แบบอิสระ

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลทางสถิติศาสตร์ พบว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมีอายุ ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัว สถานภาพสมรส จำนวนครั้งของการคลอด ระยะเวลาการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในบุตรคนก่อน การได้รับความรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในระยะตั้งครรภ์ อายุครรภ์เมื่อคลอด ชนิดของการผ่าตัดคลอดบุตร ทางหน้าท้อง การเริ่มตึมน้ำและรับประทานอาหารเหลว หลังผ่าตัดคลอด และการได้รับยา Motilium คล้ายคลึงกัน และเมื่อทดสอบความแตกต่างของข้อมูลระหว่าง

กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า ไม่แตกต่างกันอย่าง ตารางที่ 1
มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) รายละเอียดแสดงใน

ตารางที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลทางสถิติของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ข้อมูล	กลุ่มทดลอง (n=30)		กลุ่มควบคุม (n=30)		t, χ^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
ประถมศึกษาถึงมัธยมศึกษาตอนต้น	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
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) เมื่อเปรียบเทียบระหว่าง

กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า กลุ่มทดลองมีระยะเวลาการเริ่มไหลของน้ำนมเร็วกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระยะเวลาการเริ่มไหลของน้ำนมระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติทีแบบอิสระ

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) เมื่อเปรียบเทียบระหว่าง

กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า กลุ่มทดลองมีระยะเวลาการมาของน้ำนมเต็มเต้าเร็วกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระยะเวลาการมาของน้ำนมเต็มเต้าระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยใช้สถิติทีแบบอิสระ

กลุ่ม	n	$\bar{X}$	SD	d	t	df	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						
	n	$\bar{X}$	SD	d	t	df	p	n	$\bar{X}$	SD	d	t	df	p
							(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. มารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง กลุ่มทดลองมีระยะเวลาการเริ่มไหลของน้ำนมเร็วกว่ากลุ่มควบคุม ทั้งนี้เนื่องจากการดากลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการกระตุ้นการหลั่งน้ำนม ซึ่งมีกิจกรรมการพยาบาลตามกลไกการสร้างและหลั่งน้ำนม (physiology of lactation) ซึ่งได้แก่ การนำทารกมาวางบนหน้าอกเพื่อสัมผัสแบบเนื้อแนบเนื้อ จะช่วยส่งเสริมความรักและความผูกพันระหว่างมารดาและทารก (พรนภา ตั้งสุขสันต์, 2554) การช่วยเหลือให้ทารกดูดนมโดยเร็วตั้งแต่แรกเริ่มจากหึ่งผ่าตัด รวมถึงการช่วยจัดท่าให้นมในท่านอนหงายหรือท่านอนตะแคง ซึ่งเป็นท่าที่เหมาะสมสำหรับมารดาหลังผ่าตัด และช่วยลดอาการปวดแผล (กรรณิการ์ วิจิตรสุคนธ์, 2554) พร้อมทั้งให้คำแนะนำและช่วยเหลือมารดาในการให้นมอย่างถูกวิธี และให้ทารกดูดนมอย่างต่อเนื่องทุก 2-3 ชั่วโมง ส่งผลให้ระดับฮอร์โมนโปรแลคตินเพิ่มสูงขึ้นและมีการสร้างน้ำนมอย่างต่อเนื่อง (WHO, 2009) ทำให้น้ำนมไหลเร็วขึ้น นอกจากนี้มารดายังได้รับการนวดและประคบเต้านมด้วยผ้าอุ่นอย่างต่อเนื่องในระยะ 24-48 ชั่วโมงหลังผ่าตัด จะช่วยกระตุ้นบริเวณเซลล์ไมโออีพิทีเลียม (myoepithelial cell) ให้มีการหลั่งฮอร์โมนออกซิโตซิน และมีการไหลเวียนเลือดดีขึ้น ช่วยให้น้ำนมไหลเร็วขึ้น (วรรณา พาหุวัฒนกร, 2554; WHO, 2009) การศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของศศิธร ภักดีโชติ และคณะ (2552) ที่พบว่ามารดาที่ได้รับการสอนและสาธิตการอุ้มทารกดูดนมอย่างถูกวิธี การนวดหัวนมและลานนม ประคบเต้านมด้วยลูกประคบสมุนไพรภายใน 24 ชั่วโมงหลังคลอด แนะนำมารดาให้ทารกดูดนมทุก 2-3 ชั่วโมง และจัดอาหารเพิ่มน้ำนม มีระยะเวลาการเริ่มไหลของน้ำนมเร็วกว่ามารดาที่ได้รับกิจกรรม

การพยาบาลตามปกติ และการศึกษาของชุดิมาพร ไตรนภากุล และคณะ (2554) ที่พบว่ามารดาที่นวดประคบเต้านมด้วยกระเป๋าน้ำร้อนและลูกสมุนไพร มีคะแนนการไหลของน้ำนมระยะหลังนวดประคบมากกว่าก่อนนวดประคบ

2. มารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง กลุ่มทดลองมีระยะเวลาการมาของน้ำนมเต็มเต้าเร็วกว่ากลุ่มควบคุม ทั้งนี้เนื่องจากตามกลไกการสร้างและหลั่งน้ำนม ในระยะแลคโตเจเนซิส 2 (Lactogenesis II) หรือ 1-2 วันหลังคลอด การที่ทารกดูดนมเร็วและดูดอย่างถูกวิธี จะช่วยให้ระดับฮอร์โมนโปรแลคตินคงที่ ส่งเสริมให้มีการสร้างน้ำนมอย่างต่อเนื่อง และทำให้น้ำนมเต็มเต้า (Chapman & Pérez- Escamillia, 2000; Hurst, 2007) ในการศึกษาครั้งนี้มารดากลุ่มทดลองได้รับการช่วยเหลือให้ทารกดูดนมอย่างถูกวิธีและต่อเนื่อง รวมทั้งดูแลให้มารดาตมน้ำ 2-3 ลิตรต่อวัน ให้น้ำขิง และให้รับประทานอาหารอย่างเพียงพอ นอกจากนี้ยังดูแลความสุขสบาย ให้ยาบรรเทาปวด และให้พักผ่อน จะช่วยลดอาการอ่อนเพลีย (วรรณา พาหุวัฒนกร, 2554; WHO, 2009) ส่งเสริมการสร้างน้ำนม และทำให้น้ำนมเต็มเต้าเร็วขึ้น (วรรณา พาหุวัฒนกร, 2554; Murray & McKinney, 2006; Hurst, 2007) ซึ่งจากผลการวิจัยจะเห็นได้ว่ามารดาทั้งสองกลุ่มได้รับยา Motilium ที่มีผลทางอ้อมในการกระตุ้นการสร้างน้ำนมในปริมาณที่ใกล้เคียงกัน แต่มารดากลุ่มทดลองมีระยะเวลาการมาของน้ำนมเต็มเต้าเร็วกว่า แสดงว่าโปรแกรมการกระตุ้นการหลั่งน้ำนมช่วยส่งเสริมให้มีปริมาณน้ำนมเพียงพอ นอกจากนี้มารดายังได้รับการนวดและประคบเต้านมด้วยผ้าอุ่นในระยะ 24-48 ชั่วโมงหลังผ่าตัดคลอด ทำให้น้ำนมหลังเร็วและมีน้ำนม

เต็มเต้าเร็วขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของประมินทร์ อนุกุลประเสริฐ (2550) ที่พบว่ามารดาที่ได้รับการนวด เต้านมร่วมกับการใช้ผ้าอุ่นประคบ ทำให้มีน้ำนมหลังภายใน 6 ชั่วโมงหลังคลอด และมีปริมาณน้ำนมเพียงพอต่อความต้องการของทารกภายใน 48 ชั่วโมงหลังคลอดมากกว่า มารดาที่ได้รับการนวดเต้านมเพียงอย่างเดียว

3. มารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง กลุ่มทดลองมีการรับรู้ความสามารถในการเลี้ยงลูก ด้วยนมแม่ดีกว่ากลุ่มควบคุม ทั้งนี้เนื่องจากการได้รับความรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และฝึกปฏิบัติการเลี้ยงลูก ด้วยนมแม่ด้วยตนเอง จะส่งผลให้มารดามีความมั่นใจ ในการให้นมทารก และมีการรับรู้ความสามารถในการ เลี้ยงลูกด้วยนมแม่ดีขึ้น (โบว์ชมพู บุตรแสงดี และคณะ, 2556; Blyth, Creedy, Dennis, Moyle, Pratt & Vries, 2002; Dennis, 2003) การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยมีการสอน และฝึกปฏิบัติการให้ทารกดูดนมอย่างถูกวิธีและใช้ท่าอุ้ม ที่เหมาะสม ช่วยเหลือให้มารดาให้นมทารกจนเกิดความ มั่นใจและสามารถอุ้มทารกให้นมได้ด้วยตนเอง รวมถึง พุดคุยให้กำลังใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ กิจกรรมต่างๆ เหล่านี้จะช่วยเพิ่มความมั่นใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ (Blyth, et al., 2002; Dennis, 2003; Otsuka, et al., 2013) และส่งผลให้มีการรับรู้ความสามารถในการเลี้ยงลูก ด้วยนมแม่ดีขึ้น ผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษา ของฐานิญา มโนสัมฤทธิ์ (2552) ที่พบว่ามารดาที่ผ่าตัด คลอดบุตรทางหน้าท้องที่ได้รับการเตรียมความรู้และ สนับสนุนให้มีความมั่นใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ส่งผลให้มีการรับรู้ความสามารถในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ดีขึ้น และการศึกษาของโบว์ชมพู บุตรแสงดี และคณะ (2556) ที่พบว่ามารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องที่ ได้รับการฝึกประสบการณ์การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ การใช้คำ พุดชักจูง และการดูแลด้านร่างกายและอารมณ์ ทำให้ มารดามีการรับรู้ความสามารถของตนเองในการเลี้ยงลูก ด้วยนมแม่เพิ่มมากขึ้น

ข้อเสนอแนะ

1. พยาบาลและบุคคลกรทางสุขภาพที่เกี่ยวข้อง ควรนำโปรแกรมการกระตุ้นการหลั่งน้ำนมนี้ไปปรับใช้ เพื่อเป็นแนวทางในการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

ในมารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง

2. อาจารย์พยาบาลควรนำหลักการในโปรแกรม การกระตุ้นการหลั่งน้ำนมนี้ไปเป็นแนวทางในการสอน นักศึกษาพยาบาลที่ฝึกภาคปฏิบัติ เพื่อส่งเสริมการเลี้ยงลูก ด้วยนมแม่ของมารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง ที่เหมาะสมต่อไป

3. การศึกษาครั้งต่อไป ควรมีการติดตามอัตรา การประสบความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในระยะ หลังคลอด ที่ระยะเวลา 1 เดือน 4 เดือน และ 6 เดือน รวม ทั้งนำโปรแกรมการกระตุ้นการหลั่งน้ำนมไปใช้ศึกษาใน มารดากลุ่มเสี่ยงอื่นๆ ที่อาจไม่ประสบความสำเร็จ ในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ เช่น มารดาวัยรุ่น มารดาที่ทำงาน นอกบ้าน เป็นต้น

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณคณะกรรมการผู้ควบคุม วิทยานิพนธ์ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง รองศาสตราจารย์ วรรณิการ์ วิจิตรสุคนธ์ และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ฉันทนา จันทวงศ์ รวมทั้งผู้ทรงคุณวุฒิที่ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ วิจัยทุกท่าน และขอขอบพระคุณโรงพยาบาลสิรินธร ที่ อนุญาตให้เก็บข้อมูลวิจัย และที่สำคัญขอขอบคุณกลุ่มตัวอย่าง ทุกคนที่ให้ความร่วมมือในการทำวิจัยครั้งนี้เป็นอย่างดี

เอกสารอ้างอิง

- วรรณิการ์ วิจิตรสุคนธ์. (2554). การจัดทำในการให้นม และการให้ลูกอมหัวนม. ใน วรรณิการ์ วิจิตรสุคนธ์, พรรณรัตน์ แสงเพิ่ม, นันทิยา วัฒยา, สุพินดา เรืองจิรัชเสียร และสุตาภรณ์ พยัคเรืองการ (บรรณาธิการ), *การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่* (หน้า 143-153). กรุงเทพฯ: ปรีชาพานิชย์.
- ฉันทิกา จันทรเปี้ย. (2554). ภายวิภาคของเต้านม สรีรวิทยา ของการสร้างและการหลั่งน้ำนม และกลไกการดูดนม ของทารก. ใน วรรณิการ์ วิจิตรสุคนธ์, พรรณรัตน์ แสงเพิ่ม, นันทิยา วัฒยา, สุพินดา เรืองจิรัชเสียร และสุตาภรณ์ พยัคเรืองการ (บรรณาธิการ), *การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่* (หน้า 143-153). กรุงเทพฯ: ปรีชาพานิชย์.
- ชุดิมาพร ไชยนากุล, มณฑา ไชยะวัฒน์, วิวัฒน์ คณาวิฑูรย์,

- สุวรรณณี นาคะ, วิมล มิตรนิโยดม และสุทธารัตน์ แป้นลาภ. (2554). ผลของการไหลของน้ำนมในหญิงหลังคลอดที่ถูกงดประคบเต้านมด้วยกระเป๋าน้ำร้อนและลูกประคบสมุนไพร. *วารสารการพยาบาลและการศึกษา*, 3(3), 76-91.
- ฐานิญา มโนสัมฤทธิ์. (2552). *การพัฒนาโครงการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในมารดาคลอดครั้งแรกที่ได้รับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง* โรงพยาบาลอุดรธานี. รายงานการศึกษา อัสระพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการผดุงครรภ์ชั้นสูง คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- นิพนธ์พร วรมงคล, อีสริย์ เจตน์ประยูร และสมพงษ์ สกุลอิสริยาภรณ์. (2554). สถานการณ์การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ประเทศไทย ปี 2552 - 2553. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*, 20(5), 721-731.
- บัวชมพู บุตรแสงดี, กรรณิการ์ กันธะรักษา และจันทร์รัตน์ เจริญสันติ. (2556). ผลของการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมมารดาอย่างเดียวของมารดาที่ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง. *พยาบาลสาร*, 40(3), 1-10.
- ประมินทร์ อนุกุลประเสริฐ. (2550). การงดเต้านมธรรมชาติเปรียบเทียบกับการงดประคบด้วยผ้าอุ่นกระตุ้นการหลั่งน้ำนมหลังคลอด. *วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข*, 1(3-4), 430-438.
- ปิติมา ฉายโอภาส, นิตยา โรจนนิรันดร์กิจ และชมภูษ บัญประเสริฐ. (2550). ผลของการเสริมนมผสมในมารดาต่อปริมาณน้ำนมใน 48 ชั่วโมงหลังคลอดในโรงพยาบาลรามธิบดี. *รามธิบดีพยาบาลสาร*, 15(1), 25-35.
- พรนภา ตั้งสุขสันต์. (2554). แนวปฏิบัติการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในระยะคลอด. ใน กรรณิการ์ วิจิตรสุนทร, พรณรัตน์ แสงเพิ่ม, นันทิยา วัฒนา, สุพินดา เรืองจิรัชเชียร และสุดาภรณ์ พยัคฆะเรือง (บรรณาธิการ), *การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่* (หน้า 138-139). กรุงเทพฯ: บริษัทพานิชย์.
- ยุพา เตมียะธีรกุล. (2550). ผลของโปรแกรมส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ต่อความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ในมารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลมารดา-ทารก และสุขภาพสตรี, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- รัตนศิริ ทาโต. (2552). การวิจัยทางพยาบาลศาสตร์: แนวคิดสู่การประยุกต์ใช้ (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- รุ่งฤดี จีระทรัพย์, นวลจันทร์ ไพบูลย์บรรพต และสมพร พานิช. (2553). วิธีการคลอดและการมาของน้ำนมเต็มเต้าในมารดาหลังคลอด. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*, 19(2), 270-278.
- วรรณภา พาหุวัฒนกร. (2554). แนวปฏิบัติการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในระยะหลังคลอด. ใน กรรณิการ์ วิจิตรสุนทร, พรณรัตน์ แสงเพิ่ม, นันทิยา วัฒนา, สุพินดา เรืองจิรัชเชียร และสุดาภรณ์ พยัคฆะเรือง (บรรณาธิการ), *การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่* (หน้า 155-169). กรุงเทพฯ: บริษัทพานิชย์.
- ศศิธร ภักดีโชติ, รจนา โมนาราช และเปล่งฉวี สกนรัตน์. (2553). ผลของการใช้โปรแกรมกระตุ้นการหลั่งน้ำนมต่อระยะเวลาการหลั่งน้ำนมของมารดาหลังคลอดโรงพยาบาลสกลนคร. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*, 19(2), 279-287.
- ศิริวรรณ แสงอินทร์. (2554). แบบวัดระดับการรับรู้ความสามารถในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ฉบับสั้นของเดนมาร์ก (breastfeeding self-efficacy scale - short form) (อัดสำเนา).
- สำนักสถิติแห่งชาติ. (2556). *การสำรวจสถานการณ์เด็กและสตรีในประเทศไทย พ.ศ. 2555*. เข้าถึงได้จาก 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* (5thed.). St. Louis, MO: Elsevier

- Saunders.
- Chapman, J. C., & Pérache-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 breastfeeding 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.
- Murray, S. S., & McKinney, E. S. (2006). Chapter 22: Infant Feeding. In Marray, S. S., & McKinney, E. S., *Foundations of maternal-newborn nursing* (4th 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>