



ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ต่อความสามารถ
ในการให้นมและการไหลของน้ำนมในมารดาที่ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง

The Effect of Promoting Breast feeding Program on Maternal breastfeeding
and Milk ow among Women Experiencing Cesarean Section

ลาวัลย์ ไบมอนตา	พย.ม.*	Lawan	Baimonta	M.S.N.*
มยุรี นิรัทธาธร	ปร.ด.**	Mayuree	Niratttharadorn	Ph.D.**
สุตาพร กมลวารินทร์	พ.ย.ม.**	Sudaporn	Kamolwarin	M.S.N.**

บทคัดย่อ

การผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องอาจทำให้มารดามีความพร่องในการดูแลตนเองตามระยะพัฒนาการของการเป็นมารดา โดยเฉพาะความสามารถในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ให้ประสบความสำเร็จ จากการที่มารดาเริ่มให้นมแม่ล่าช้า ส่วนหนึ่งเป็นผลจากการได้รับยาระงับความรู้สึก และความเจ็บปวดจากแผลผ่าตัดอุ้งลูกไม่ถนัด จึงไม่สามารถให้นมแม่ได้ในทันที รวมทั้งการขาดความรู้และการช่วยเหลือในการให้นมแม่ การพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้จะช่วยให้มารดาที่ผ่าตัดคลอดประสบความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ต่อความสามารถในการให้นมแม่และการไหลของน้ำนม กลุ่มตัวอย่างเป็นมารดาดังครรภ์ที่ได้รับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง จำนวน 40 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด กลุ่มตัวอย่างแบ่งเป็นกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ 1) โปรแกรมการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ 2) แบบประเมินความสามารถในการให้นม 3) แบบประเมินการไหลของน้ำนม

ผลการวิจัยพบว่า 1) มารดากลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้ และกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ มีคะแนนความสามารถในการให้นม และคะแนนการไหลของน้ำนม ในระยะเวลา 48 ชั่วโมงไม่แตกต่างกัน ($p > .05$) 2) มารดากลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้มีคะแนนความสามารถในการให้นม และคะแนนการไหลของน้ำนม ในระยะเวลาก่อนกลับบ้านสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

ข้อเสนอแนะ พยาบาลควรส่งเสริมให้มารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องให้ ประสบความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ในระยะก่อนกลับบ้านโดยการใช้การพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้

คำสำคัญ : การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ มารดาที่ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง ความสามารถในการให้นม การไหลของน้ำนม

* อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
* Instructor, Faculty of Nursing, Thammasat University
** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
** Assistant Professor, Faculty of Nursing, Thammasat University



Abstract

Cesarean sections may lead the mother unable to meet their own self-care requisites, self-care deficit usually occurs in maternal development, especially breastfeeding. After cesarean section, a mother usually begins breastfeeding fairly late due to the effects of anesthesia, postoperative pain, and lack of knowledge and a supporting system. A supportive-educative nursing system may help mothers' succeed in breastfeed.

The purpose of this quasi-experiment study was to examine the effect of a promoting breastfeeding program on breastfeeding ability and maternal milk flow. Forty women scheduled for a cesarean section participated in this study. All of the participants met the inclusion criteria of the study and were equally assigned to 2 groups. The day before their operation, the participants in the experimental group received a promoting breastfeeding program offered by the principle investigator while the control group received standard care given by registered nurses. The instruments used in this study were comprised of: 1) a supportive-educative breastfeeding program; 2) the LATCH breastfeeding assessment and 3) maternal milk flow record.

The results of study The participants in the experimental group and the control group had pretty much the same score for the LATCH breastfeeding assessment and the same quantity of maternal milk flow at 48 hours. However, the participants in the experimental group that received the supportive-educative breastfeeding program had a higher score for the LATCH breastfeeding assessment and maternal milk flow than those in the control group before being discharged from the hospital ($p < .05$).

This study suggests that nurses should promote mothers that have cesarean sections with supportive-educative nursing system in order to enhance their capability to breastfeed before discharge.

Key words: Breastfeeding, Cesarean section, LATCH on, Milk flow

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันพบว่าอัตราการผ่าตัดคลอดในประเทศไทยเพิ่มมากขึ้น และเกินกว่าที่องค์การอนามัยโลกกำหนดที่ร้อยละ 10-15 (WHO, 2010) โดยพบว่าอัตราการผ่าตัดคลอดเพิ่มสูงขึ้นจากปี 2533 ถึงปี 2539 และในปี 2551 จากร้อยละ 15.2 เป็นร้อยละ 22.4 และ 34.8 ตามลำดับ

ตามมาตรฐานการส่งเสริมการเลี้ยงบุตรด้วยนมแม่ มารดาหลังคลอดควรเริ่มให้นมบุตรภายในชั่วโมงแรก หลังคลอดเพื่อเป็นการกระตุ้นฮอร์โมนในการสร้างน้ำนม

แต่มารดาที่ผ่าตัดคลอดอาจเริ่มให้นมแม่ครั้งแรกได้เมื่อย้ายมาอยู่ที่หอผู้ป่วยหลังคลอด และเมื่อภาวะสุขภาพของมารดาหลังผ่าตัดคลอดมีความพร้อมสำหรับการให้นม อย่างไรก็ตามถือว่าเป็นการเริ่มให้นมครั้งแรกที่ช้ากว่ามาตรฐานที่กำหนดทั้งนี้เนื่องจากระยะ 24 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด มารดาหลังคลอดยังคงมีอาการเจ็บปวดแผลผ่าตัดและมีความยากลำบากในการควบคุมตนเองและการเคลื่อนไหวร่างกาย อีกทั้งอาการข้างเคียงจากการระงับความรู้สึก ความเจ็บปวดแผลผ่าตัด ความเหนื่อยล้า



และการสูญเสียเลือดจากการคลอด ทำให้ความสามารถในการดูแลตนเองลดลง ส่งผลให้การเริ่มให้นมแม่ครั้งแรกไม่สามารถทำได้ตามความต้องการ (Declercq, Cunningham, Johnson, & Sakala, 2008) โดยพบว่า มารดาหลังคลอดที่ได้รับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง มักจะเริ่มให้นมแม่ช้ากว่ามารดาที่คลอดทางช่องคลอด (Lin, Lee, Yang, Gua, 2011; Raghavan, Bhati, Kumar, Mukhopadhyay, & Daliwal, 2014) การล่าช้าของการเริ่มให้นมแม่ครั้งแรก นอกจากจะมีผลต่อระดับฮอร์โมน และการสร้างน้ำนมแล้ว ยังส่งผลต่อความล่าช้าในการสร้างน้ำนมแท้ (Nissen, Uvnäs-Moberg, Svensson, Stock, Widström, & Winberg, 1996; Rowe-Murray, & Fisher, 2002) และมารดาหลังผ่าตัดคลอดอาจรู้สึกวุ่นวาย ไม่ประสบความสำเร็จในการให้นม ดังนั้นการช่วยเหลือมารดาหลังผ่าตัดคลอดให้สามารถให้นมและส่งเสริมการไหลของน้ำนมจะช่วยให้ประสบความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

การที่มารดาหลังคลอดรับรู้ว่าคุณมีน้ำนมให้ลูกอย่างเพียงพอเป็นหนึ่งในตัวชี้วัดที่บ่งบอกถึงความสามารถหรือความสำเร็จในการให้นม (Chapman, & Pérez-Escamilla, 2000) ซึ่งการประเมินการให้นมแม่โดยใช้ LATCH score สามารถทำนายระยะเวลาการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่นาน 6 สัปดาห์โดยมารดาหลังคลอดที่มีคะแนน LATCH score มากจะเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้นานกว่า (Kumar, Mooney, Wieser, & Havstad, 2006) นอกจากนี้การประเมินการไหลของน้ำนม จะช่วยให้มารดาหลังคลอดรับรู้ว่าคุณมีน้ำนมสำหรับทารกเกิดความมั่นใจ และส่งผลให้มีความต่อเนื่องของการให้นมแม่ (Otsuka, Dennis, Tatsuoka, & Jimba, 2008) ดังนั้นการเสริมสร้างความเข้าใจที่ถูกต้อง การสนับสนุนและให้กำลังใจมารดาหลังคลอด (Chien-Hui, Kuo, Lin & Chang, 2007; Awano, & Shimada, 2010) จะช่วยให้มารดาหลังคลอดมีการไหลของน้ำนมอย่างมีประสิทธิภาพ และมีความมั่นใจในการที่จะให้นมแม่ต่อไปได้สำเร็จ

จากแนวคิดทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเรม (Orem, 1995) มารดาหลังคลอด โดยทั่วไปนอกจากมีความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด (Therapeutic

self-care demand) แล้วยังมีความต้องการการดูแลตามระยะพัฒนาการ (developmental self-care demand) ด้วยแต่มารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง อาจมีความพร้อมในการดูแลตนเองรวมทั้งความต้องการการดูแลตนเองตามระยะพัฒนาการ ในที่นี้หมายถึงการคงไว้ซึ่งบทบาทมารดาในการที่เลี้ยงลูกด้วยนมแม่ให้สำเร็จ ดังนั้นการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ ที่ประกอบด้วยการสอน การชี้แนะ การแนะนำ และการสนับสนุน จึงเป็นระบบการพยาบาลที่จะช่วยส่งเสริมให้มารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องที่อาจจะมีข้อจำกัดในเรื่องการดูแลตนเองให้มีความสามารถในการเลี้ยงบุตรด้วยนมตนเอง ถึงแม้จะมีข้อจำกัดในเรื่องการดูแลตนเองได้ต่อไป ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เพื่อให้มารดาหลังผ่าตัดคลอด มีความเชื่อมั่นว่าตนเองจะสามารถให้นมลูกได้ และจะมีน้ำนมสำหรับลูกอย่างเพียงพอ อันจะนำไปสู่ความสำเร็จในการให้นมแม่ต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัยและคำถามการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ดังนี้

เพื่อเปรียบเทียบความสามารถในการให้นมในมารดาที่ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องระหว่างกลุ่มที่ได้รับการส่งเสริมการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ในระยะ 48 ชั่วโมงหลังผ่าตัดและระยะก่อนกลับบ้าน

เพื่อเปรียบเทียบการไหลของน้ำนมในมารดาที่ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องระหว่างกลุ่มที่ได้รับการส่งเสริมการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ในระยะ 48 ชั่วโมงหลังผ่าตัดและระยะก่อนกลับบ้าน

สมมติฐานการวิจัย

มารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องกลุ่มที่ได้รับการส่งเสริมการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่จะมีคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการให้นมแม่สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ในระยะ 48 ชั่วโมงหลังผ่าตัด และ ระยะก่อนกลับบ้าน



มารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องกลุ่มที่
ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่มีค่า
เฉลี่ยการไหลของน้ำนมสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาล
ตามปกติในระยะ 48 ชั่วโมงหลังผ่าตัด และ ระยะก่อนกลับบ้าน

กรอบแนวคิดในการทําวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้ทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม
(Orem,1995) เป็นกรอบแนวคิด โดยประยุกต์ใช้ ทฤษฎี
ระบบการพยาบาล (The theory of nursing system)
เพื่อให้มารดาใช้ความสามารถของตนเอง (self care
agency) ในการให้นมบุตรได้อย่างเต็มศักยภาพ เพื่อส่งเสริม
ความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ โดย พยาบาลจะใช้
ความสามารถทางการพยาบาล (nursing agency) ภายใต้อ
ข้อตกลงกับผู้รับบริการโดยอาศัยความสัมพันธ์ในฐานะ
พยาบาลกับบุคคลผู้มีความพร้อมในการดูแลตนเอง ทั้งนี้
เพื่อให้มารดาหลังผ่าตัดคลอดได้รับการตอบสนอง ความ
ต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด (Therapeutic self-care
demand) และความต้องการการดูแลตามระยะพัฒนาการ
(developmental self-care demand) มารดาหลังคลอด
เรียนรู้ในการกำหนดความต้องการ การดูแลตนเองและ
กระทำการดูแลตนเอง โดยได้รับการสอน แนะนำ และ
สนับสนุนรวมทั้งการกระตุ้นและให้กำลังใจจากพยาบาล
ให้มารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องคงไว้ซึ่งความ
พยายามและศักยภาพในการดูแลตนเอง โดยในที่นี้
หมายถึงความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

โปรแกรมเพื่อส่งเสริมความสามารถในการให้
นมบุตร และการไหลของน้ำนม ประกอบ ด้วยการ
ดำเนินการตามหลักการดังนี้ 1) การแนะนำ เป็นวิธีการ
ช่วยเหลือ สำหรับมารดาให้สามารถตัดสินใจเลือกวิธีการ
และ ให้การดูแลตนเองได้ภายใต้การแนะนำของพยาบาล
2) การสนับสนุน เป็นวิธีการส่งเสริมให้มารดาเกิดความ
มั่นใจและสามารถปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองและ
บุตรได้โดยพยาบาลมีส่วนร่วมสนับสนุนให้กำลังใจด้วย
คำพูด กิริยา ท่าทางการสัมผัส การรับฟังความทุกข์ และ
การช่วยบรรเทาความไม่สุขสบายต่างๆ ที่เกิดขึ้น 3) การ
สอน เป็นการพัฒนาความรู้ ทักษะและความสามารถของ
มารดา โดยสอนในสิ่งที่มารดาต้องรู้ เสริมจากความรู้เดิม

รวมกับการปฏิบัติ ให้สามารถเรียนรู้และแก้ปัญหาได้
ถูกต้อง และ 4) การจัดสิ่งแวดล้อม เพื่อเอื้ออำนวยต่อ
การเรียนรู้และการพัฒนาความสามารถในการดูแล
ตนเองและบุตร เป็นวิธีการเพิ่มแรงจูงใจเพื่อให้ได้ผลตาม
ความต้องการ

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-
experimental research) โดยมีกลุ่มควบคุม มี
วัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบความสำเร็จการเลี้ยงลูก
ด้วยนมแม่จากการไหลของน้ำนม ในมารดาที่ผ่าตัด
คลอดทางหน้าท้องกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการ
เลี้ยงลูกด้วยนมแม่กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ
สถานที่ทำการศึกษาหอผู้ป่วยสูติเวชกรรม โรงพยาบาล
ธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ ประชากรคือ มารดาที่
ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง กลุ่มตัวอย่างเป็นมารดาหลัง
คลอดที่ได้รับการวินิจฉัยให้คลอดโดยการผ่าตัดคลอด
ทางหน้าท้อง ที่มารับการผ่าตัดที่โรงพยาบาลธรรมศาสตร์
เฉลิมพระเกียรติ กลุ่มละ 20 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง
ตามคุณสมบัติที่กำหนด

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือในการดำเนินการวิจัย ได้แก่
1.1) โปรแกรมการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในมารดา
ที่ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง 1.2) แผนการให้ความรู้ในเรื่อง
การปฏิบัติตัวหลังการผ่าตัด และการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่
หลังผ่าตัดคลอด 1.3) คู่มือการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดและการ
เลี้ยงลูกด้วยนมแม่ 1.4) ภาพแสดงคำอธิบายซึ่งมีเนื้อหา
สอดคล้องกับคู่มือการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดและการเลี้ยงลูก
ด้วยนมแม่ ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือโดยผู้ทรงคุณวุฒิ
ด้านสูติกรรมและการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลแบ่งเป็น
3 ส่วน ได้แก่ 2.1) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล 2.2) แบบ
ประเมินความสามารถในการให้นม ซึ่งแปลจาก LATCH
Scoring System ตรวจสอบความเชื่อมั่นได้เท่ากับ ≥ 0.86
และ 2.3) แบบประเมินการไหลของน้ำนมที่ผู้วิจัยสร้าง
เพิ่มเติม เพื่อประเมินความถี่ในการให้นม การไหลของ



น้ำนม ลักษณะของน้ำนมและภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากการให้นม โดยแบ่งเป็น 3 ระดับตามลักษณะทางกายภาพที่พบได้ในการให้นมหลังคลอด การหาความเที่ยงและความตรงของแบบประเมินการให้นม ผู้วิจัยและผู้ช่วยผู้วิจัยนำไปที่ได้รับโปรแกรมมาใช้กับกลุ่มมารดาหลังการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง ที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาจำนวน 10 ราย คำนวณค่าความเชื่อมั่นได้เท่ากับ .75 และค่าความเชื่อมั่นจากกลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้ จำนวน 40 คน ได้เท่ากับ .67

การเก็บรวบรวมข้อมูลและการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง และการวิเคราะห์ข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังจากได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองและผู้ช่วยผู้วิจัยซึ่งเป็นพยาบาลประจำการแผนกสูติรีเวชกรรม ทำหน้าที่ประเมินพฤติกรรมกรรมการให้นมและการไหลของน้ำนมโดยมีขั้นตอนการเก็บข้อมูล ในกลุ่มควบคุมก่อนจนครบแล้วจึงเริ่มเก็บข้อมูลในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมฯ โดยรายละเอียดดังนี้

ก่อนดำเนินการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยหรือผู้ช่วยผู้วิจัยแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์โครงการและสิ่งที่ขอความร่วมมือที่อาสาสมัครต้องปฏิบัติในการวิจัยครั้งนี้ ประโยชน์ที่กลุ่มตัวอย่างจะได้รับและการพิทักษ์สิทธิทั้งในเรื่องการเก็บรักษาความลับของข้อมูลและการดูแลช่วยเหลือหากเกิดสิ่งไม่พึงประสงค์อันเนื่องมาจากการเข้าร่วมโครงการวิจัย หลังจากนั้นสอบถามความสมัครใจเข้าร่วมโครงการและเซ็นใบยินยอมหากกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัย จึงเริ่มดำเนินการวิจัยตามขั้นตอนดังนี้

กลุ่มควบคุม ผู้วิจัยสำรวจรายชื่อผู้ที่มีคุณสมบัติคัดเลือกเข้าเป็นกลุ่มตัวอย่าง จากรายชื่อมารดาที่นัดมาผ่าตัดคลอดที่หอผู้ป่วยสูติรีเวชกรรม โดยดำเนินการดังนี้ 1) เก็บรวบรวมข้อมูลส่วนบุคคลของมารดาโดยการสัมภาษณ์ โดยกลุ่มตัวอย่างจะได้รับการพยาบาลตามปกติในเรื่องการเตรียมความพร้อมก่อนการผ่าตัด รวมทั้งความรู้ในการปฏิบัติตนก่อนและหลังผ่าตัดจากพยาบาลประจำหอผู้ป่วย 2) ในวันที่กลุ่มตัวอย่างได้รับการผ่าตัด

คลอดแล้วย้ายกลับมายังหอผู้ป่วยสูติรีเวชกรรม กลุ่มตัวอย่างจะได้รับการดูแลตามปกติรวมทั้งการช่วยเหลือการให้นมแม่จากพยาบาลประจำหอผู้ป่วย 3) ระยะ 24 ชั่วโมงหลังผ่าตัด ผู้ช่วยผู้วิจัยเข้าเยี่ยมกลุ่มตัวอย่างสอบถามเกี่ยวกับการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ โดยใช้เวลาสังเกตและสอบถามประมาณ 20-30 นาที 4) ระยะ 48 ชั่วโมงหลังผ่าตัด กลุ่มตัวอย่างได้รับการดูแลตามปกติจากพยาบาลประจำหอผู้ป่วย ผู้ช่วยผู้วิจัยเข้าเยี่ยมกลุ่มตัวอย่าง ประเมินความสามารถในการให้นมบุตร (LATCH Score) และประเมินการไหลของน้ำนมโดยใช้เวลาสังเกตและสอบถามประมาณ 30 นาที 5) ระยะก่อนจำหน่าย ผู้ช่วยผู้วิจัยประเมินความสามารถในการให้นมบุตร (LATCH Score) และประเมินการไหลของน้ำนมโดยใช้เวลาสังเกตและสอบถามประมาณ 30 นาที

กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมฯ 1) ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลส่วนบุคคลของมารดาและอธิบายให้คำแนะนำ สอนสาธิตเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวก่อนและหลังการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง ตามโปรแกรมที่พัฒนาขึ้น โดยแผนการสนับสนุนและให้ความรู้ ทำโดยการอธิบายข้อมูลที่เป็นสิ่งที่จำเป็นที่มารดาต้องรู้เกี่ยวกับ การปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด การเริ่มให้นมแม่โดยเร็วหลังผ่าตัด ทำที่เหมาะสมในการให้นมแม่ ซึ่งในการให้ความรู้จะช่วยให้มารดามีความมั่นใจในความสามารถของตนในการให้นมและให้กลุ่มตัวอย่างฝึกปฏิบัติ และเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างซักถามปัญหา ข้อเสนอพร้อมกับให้คู่มือการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดและการให้นมแม่ไปอ่านทบทวน เมื่อมารดาในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมฯ ได้รับความรู้และการฝึกปฏิบัติ ทำให้มารดาทราบว่าต้องปฏิบัติตัวอย่างไร ซึ่งช่วยให้มารดามีความเข้าใจและสามารถให้นมแม่ได้ แม้ว่าจะคลอดโดยการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง 2) หลังจากกลุ่มตัวอย่างได้รับการผ่าตัดคลอด ย้ายมาที่หอผู้ป่วย ภายใน 6 ชั่วโมงแรก หลังการผ่าตัด ผู้ช่วยผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างเพื่อประเมินความพร้อมและความปลอดภัยของกลุ่มตัวอย่าง และสนับสนุนให้ฝึกปฏิบัติตามคำแนะนำที่ได้ให้ไว้ 3) ระยะ 24 ชั่วโมงหลังผ่าตัด ผู้ช่วยผู้วิจัยเข้าเยี่ยมกลุ่มตัวอย่างสอบถามเกี่ยวกับปัญหาอุปสรรคในการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ รวมทั้งเรื่องการใช้เครื่องปั๊มนมในเวลา



ผลของโปรแกรมส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ต่อความสามารถในการให้นมและการไหลของน้ำนมในมารดาที่ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง

ทารกไม่ได้ดูดนม การช่วยเหลือมารดาในการให้นมบุตร ในท่านอน 4) ระยะ 48 ชั่วโมงหลังผ่าตัด ผู้ช่วยผู้วิจัยเข้าเยี่ยมกลุ่มตัวอย่างสอบถามเกี่ยวกับปัญหาอุปสรรคในการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ หลังจากนั้นประเมินความสามารถในการให้นมบุตร (Latch score) และประเมินการไหลของน้ำนม โดยการสังเกตและสอบถาม ใช้เวลาประมาณ 30 นาที 5) ระยะก่อนจำหน่ายผู้ช่วยผู้วิจัยประเมินความสามารถในการให้นมบุตร (Latch score) และการไหลของน้ำนมโดยการสังเกตและสอบถาม ใช้เวลาประมาณ 30 นาที

ผลการวิจัย

ผลการศึกษาพบว่ามารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอด

ทั้งกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมฯ และควบคุม มีอายุเฉลี่ย 34.15 (S.D.=5.57) ปี และ 33.7 (S.D.=4.83) ปี ตามลำดับ โดยส่วนใหญ่ อายุอยู่ในช่วง 31-35 ปี เท่ากันคือ ร้อยละ 45 กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมฯ สำเร็จการศึกษาระดับประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูงหรือปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 50 และกลุ่มควบคุมสำเร็จการศึกษาระดับมัธยมศึกษาหรือประกาศนียบัตรวิชาชีพ คิดเป็นร้อยละ 40 กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มประกอบอาชีพรับจ้างมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 45 ในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมฯ และร้อยละ 25 ในกลุ่มควบคุมตามลำดับ เมื่อทดสอบความแตกต่างของข้อมูลส่วนบุคคลในมารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดทั้งสองกลุ่มตัวอย่างแล้ว พบว่า ไม่แตกต่างกัน ($p = 1.00$) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตาม อายุ ระดับการศึกษา (n = 40)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (ร้อยละ)			χ^2	p-value
	กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมฯ	กลุ่มควบคุม	รวม		
อายุ ($\bar{x}$ = 33.92, S.D. = 5.156)					
20-25 ปี	2 (10.0)	2 (10.0)	4 (10.0)	.000	1.000
26-30 ปี	1 (5.0)	1 (5.0)	2 (5.0)		
31-35 ปี	9 (45.0)	9 (45.0)	18 (45.0)		
36-40 ปี	8 (40.0)	8 (40.0)	16 (40.0)		
ระดับการศึกษา					
ไม่ได้รับการศึกษา	-	2 (10.0)	2 (5.0)	3.892	.421
ประถมศึกษา	2 (10.0)	2 (10.0)	4 (10.0)		
มัธยมศึกษา/ปวช.	5 (25.0)	8 (40.0)	13 (32.5)		
ปวส./ปริญญาตรี	10 (50.0)	6 (30.0)	16 (40.0)		
สูงกว่าปริญญาตรี	3 (15.0)	2 (10.0)	5 (12.5)		
อาชีพ					
ไม่ได้ประกอบอาชีพ/แม่บ้าน	2 (5.0)	4 (20.0)	6 (30.0)	1.358	.852
รับจ้าง	9 (45.0)	6 (30.0)	15 (75.0)		
ค้าขาย	1 (5.0)	1 (5.0)	2 (10.0)		
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	5 (25.0)	6 (30.0)	11 (55.0)		
บริษัท/เอกชน	3 (15.0)	3 (15.0)	6 (30.0)		



เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความสามารถในการให้นมบุตร

ผลการศึกษาพบว่า ในระยะ หลังผ่าตัด 48 ชั่วโมง กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมฯ และกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยความสามารถในการให้นมบุตรไม่แตกต่างกัน ($t = -1.436$, $p=0.079$) โดยพบว่า ค่าเฉลี่ยความสามารถในการให้นมบุตรของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมฯ เท่ากับ ($\bar{x}=6.95$, $S.D.=1.191$) และกลุ่มควบคุม เท่ากับ ($\bar{x}=6.40$, $S.D.=1.231$)

ในระยะ ก่อนกลับบ้าน กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมฯและกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยความสามารถในการให้นมบุตรแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -2.249$, $p = 0.016$) โดยพบว่า ค่าเฉลี่ยความสามารถในการให้นมบุตรของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมฯเท่ากับ ($\bar{x}= 8.35$, $S.D.=1.039$) และกลุ่มควบคุม เท่ากับ ($\bar{x}= 7.35$, $S.D.=1.694$)

เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการไหลของน้ำนม

ผลการศึกษา พบว่าในระยะ 48 ชั่วโมงหลังผ่าตัดมารดาในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และมารดาในกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ มีการไหลของน้ำนม ไม่แตกต่างกัน ($t= 0.00$, $p = 0.5$) โดยพบว่า ค่าเฉลี่ยการไหลของน้ำนม ของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมฯ เท่ากัน คือ ($\bar{x}= 2.00$, $S.D.= .562$ และ $.324$ ตามลำดับ)

ในระยะ ก่อนกลับบ้าน มารดาในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ มีค่าเฉลี่ยการไหลของน้ำนม ($\bar{x}= 2.55$, $S.D.= .604$) สูงกว่ามารดาในกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ($\bar{x}= 2.25$, $S.D.= .444$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -1.788$, $p= 0.041$) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความสามารถในการให้นมบุตร (Latch Score)และ การไหลของน้ำนม (Milk flow) หลังผ่าตัดในมารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมฯและกลุ่มควบคุม ในระยะหลังผ่าตัด 24 และ 48 ชั่วโมง และก่อนกลับบ้าน (n = 40)

การให้นมบุตร / การไหลของน้ำนม	กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมฯ		กลุ่มควบคุม		t	p-value
	$\bar{x}$	S.D.	$\bar{x}$	S.D.		
การให้นมบุตร						
หลังผ่าตัด 48 ชั่วโมง	6.95	1.191	6.40	1.231	-1.436	0.079
ก่อนกลับบ้าน	8.35	1.039	7.35	1.694	-2.249	0.016
การไหลของน้ำนม						
หลังผ่าตัด 48 ชั่วโมง	2.00	.562	2.00	.324	0.00	0.5
ก่อนกลับบ้าน	2.55	.604	2.25	.444	-1.788	0.041*

$p<.05$

การอภิปรายผล

สมมติฐานที่ 1 มารดาที่ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่มีคะแนนการให้นมมารดาสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติในระยะ 48 ชั่วโมงหลังผ่าตัด และระยะก่อนกลับบ้าน

จากผลการวิจัยที่พบว่ามารดาในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่กับมารดา

กลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ มีคะแนนการให้นมมารดา และ ระยะ 48 ชั่วโมงหลังคลอด ($\bar{x}= 6.95$, $S.D.=1.19$ และ $\bar{x}= 6.40$, $S.D.= 1.23$ ตามลำดับ) ไม่แตกต่างกัน ($p > .05$) แต่ระยะก่อนกลับบ้านมารดาในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่มีคะแนนการให้นมมารดา ($\bar{x}= 8.35$, $S.D.= 1.03$) สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ($\bar{x}=7.35$, $S.D.=1.69$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$) ทั้งนี้อาจ



เนื่องจากยังได้รับผลข้างเคียงจากการระงับความรู้สึก หรือรู้สึกไม่สุขสบาย จากอาการปวดแผลผ่าตัดหรือจากการที่ยังมีสายสวนปัสสาวะคาอยู่ ซึ่งความเจ็บปวดการได้รับสารละลายทางหลอดเลือดดำ การใส่สายสวนปัสสาวะ ส่งผลให้การเคลื่อนไหวร่างกายทำได้เท่าที่ควร (Karlstrom, Engstrom-Olofsson, Norbeg, Sjöling, & Hildingsson, 2007; Woods, Robertson, & Dietrick, 2011) ส่งผลต่อวิธีการให้นมมารดาที่ไม่เหมาะสม อาจทำให้ทารกอมหัวนมไม่ลึกถึงลานนม จึงพบว่คำแนะนำประเมินการให้นมอยู่ในระดับต่ำทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมฯ

ในระยะก่อนกลับบ้านอาการไม่สุขสบายต่างๆ ทุเลาลง มารดาหลังผ่าตัดคลอดกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมฯ ได้นำความรู้ที่ได้รับจากโปรแกรมการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ที่ใช้แนวคิดการพยาบาลระบบสนับสนุน และให้ความรู้ ซึ่งประกอบด้วยการสอน การแนะนำ การชี้แนะ ซึ่งในแต่ละขั้นตอนจะช่วยส่งเสริมให้มารดาสามารถพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองและบุตรได้ สามารถปฏิบัติการให้นมแม่ ได้ดีกว่ากลุ่มควบคุม จึงทำให้คำแนะนำการให้นมมารดาเมื่อจำหน่ายกลับบ้าน ดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างชัดเจน สอดคล้องกับการศึกษาของระดับ ธรรมโชติและจิตใส ลาวัลย์ตระกูล (2554) ที่ศึกษาเกี่ยวกับการใช้โปรแกรมการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ใน 48 ชั่วโมงหลังผ่าตัดคลอดต่อพฤติกรรม การให้นมบุตรและพฤติกรรมการดูนมของทารก ซึ่งโปรแกรมส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ประกอบด้วย คู่มือเรื่อง การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่และวิธีดีเรื่อง การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ พบว่าพฤติกรรมการให้นมบุตรและพฤติกรรมการดูนมของทารก กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมฯ มีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสอดคล้องกับการศึกษาของอิสราวดี สีนเจริญ และนุสรา วิญญาน (2552) ที่ศึกษาเกี่ยวกับโปรแกรม “อิมมูนรัก...จากอกแม่” ต่อความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ โดยใช้ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมของโรเจอร์สและทฤษฎีของโอเรม ในเรื่องของการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ (Supportive-educative nursing) มาเป็น

แนวทางในการพัฒนาโปรแกรมซึ่งผลการวิจัยพบว่าความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมฯ อยู่ในระดับสูงทั้งหมด เปรียบเทียบความแตกต่างของความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ทั้ง ก่อนจำหน่ายกลับบ้านและหลังคลอด 14 วัน พบว่ามีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสอดคล้องกับการศึกษาของแฮนเดอร์สันและเรดชอว์ (Henderson & Redshaw, 2011) พบว่า การสนับสนุนจากพยาบาลเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ทั้งด้านอารมณ์ ด้านข้อมูล ข่าวสาร และด้านสิ่งของและบริการ ส่งผลให้อัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว ก่อนจำหน่ายเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สมมติฐานที่ 2 มารดาที่ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ มีค่าเฉลี่ยการไหลของน้ำนมสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ในระยะ 48 ชั่วโมงหลังคลอด และระยะก่อนกลับบ้าน

ผลการศึกษารั้ครั้งนี้พบว่า มารดาที่ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และกลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ เริ่มมีการไหลของน้ำนม แต่ในระยะ 48 ชั่วโมงหลังผ่าตัดคลอดและก่อนจำหน่ายมารดาในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ จะมีคะแนนการไหลของน้ำนมไม่แตกต่างกัน ($\bar{x}=2.00$, S.D.= 0.56 และ $\bar{x}=2.00$, S.D.= 0.32) ซึ่งสามารถอธิบายได้ดังนี้

มารดาหลังผ่าตัดคลอดยังมีอาการปวดแผลผ่าตัด ส่งผลให้การให้นมแม่เป็นไปได้ล่าช้าสอดคล้องกับการศึกษาของดิวอี้ ทูลลีและบอล (Dewey, 2001; Tully, & Ball, 2014) ที่พบว่าความเจ็บปวดจากผ่าตัด ส่งผลให้ส่งผลให้ความสามารถในการทำกิจกรรม และการแสดงบทบาทมารดาในวันแรกหลังผ่าตัด โดยเฉพาะอย่างยิ่งการให้นมมารดาและการเลี้ยงดูทารกทำได้ยาก จากการศึกษาของแชปแมน, ยังก์, เฟอริส และ เปเรสเอสคามิลลา, มี, อิงสตรอม, เจน, เจกีย,และโลรา (Chapman, Young, Ferris, & Pérez-Escamilla, 2001; Meie, Engstrom, Janes, Jegier, & Loera, 2011) ในการใช้เครื่องปั้มนม



ในระยะเวลา 24 และ 72 ชั่วโมงในกลุ่มมารดาหลังผ่าตัดคลอด พบว่าไม่ได้ส่งผลต่อการไหลของน้ำนม จึงพบว่า ในระยะ 24 และ 48 ชั่วโมงหลังผ่าตัดนั้นมีปริมาณการไหลของน้ำนมแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติทั้งกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมฯ และกลุ่มควบคุม สอดคล้องกับการศึกษาของฮิลเดบรอนด์ (Hildebrandt, 1999) ที่ศึกษาถึงการรับรู้ถึงการหลั่งน้ำนมในมารดาหลังคลอด พบว่า มารดาที่คลอดปกติมีค่าเฉลี่ยการหลั่งน้ำนมภายใน 44 ชั่วโมงและในมารดาหลังผ่าตัดคลอดมีค่าเฉลี่ย 50 ชั่วโมง

ก่อนจำหน่ายที่พบว่า การไหลของน้ำนมในมารดา กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\bar{X}$ = 2.55, S.D. = 0.60 และ $\bar{X}$ = 2.25, S.D. = 0.44 ตามลำดับ) ($p < .05$) ทั้งนี้สามารถอธิบายได้ ว่าหลังจากผ่าตัดในวันหลังอาการปวดของมารดาเริ่มทุเลาลง จึงนำข้อมูล คำแนะนำ ความรู้ และทักษะที่ได้จากการสอน/การฝึกปฏิบัติ มาใช้ดูแลตนเอง และทารก และมารดาสามารถให้นมมารดาได้สะดวกมากกว่าในวันแรก จึงทำให้มารดาสามารถปรับท่าของการให้นมของตนเองได้ถนัดขึ้น จึงทำให้ทารกได้ดูดน้ำนมออกไปมากขึ้น สอดคล้องกับข้อมูลที่พบว่าทารกหลังน้ำนมมักเกิดในในช่วง 2-4 วันหลังคลอด (Biancuzzo, 2003)

สอดคล้องกับการศึกษาของเชียนฮุย กัว หลินและชาง (Chien-Hui, Kuo, Lin, & Chang, 2007) ที่พบว่าการสอนในมารดาครรภ์แรกที่ได้รับการวางแผนให้ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องจะส่งเสริมให้มารดามีทัศนคติที่ดีต่อการให้นมแม่ และเพิ่มอัตราการให้นมแม่อย่างเดียวทั้งในขณะที่อยู่ในโรงพยาบาลและ 1 เดือนหลังคลอด และการศึกษาของอาโนและชิมาดา (Awano, & Shimada, 2010) พบว่าโปรแกรมการดูแลตนเองในการให้นมบุตรเพิ่มความรับรู้แห่งตนในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่และมีผลทางบวกต่อการให้นมแม่ต่อเนื่อง ดังนั้นมารดาจึงนำความรู้ที่ได้มาใช้ในการให้นมบุตร ทำให้ทารกสามารถดูดนมมารดาได้บ่อยตามความต้องการ เป็นการกระตุ้นการหลั่งฮอร์โมนโพรแลคติน ส่งผลให้การสร้างน้ำนมเพิ่มมากขึ้น และการเพิ่มขึ้นของฮอร์โมนออกซิโตซิน จึงทำให้มีการไหลของน้ำนมในระยะเวลาก่อนจำหน่ายเพิ่มมากขึ้น

(Lawrence & Lawrence, 2011)

สรุปได้ว่าการที่มารดาจะสามารถให้นมบุตรได้นั้น แม้จะเป็นระยะที่มีการหลั่งน้ำนมตามธรรมชาติแต่มารดาจำเป็นต้องได้รับการสอน แนะนำ สนับสนุน และส่งเสริมในเรื่องการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดและการให้นมแม่เพื่อให้มารดารู้สึกถึงความสามารถของตนในการดูแลตนเองและทารกและสามารถให้นมแม่ได้อย่างมีประสิทธิภาพในการที่จะส่งเสริมให้มีการไหลของน้ำนมอย่างต่อเนื่องและเพียงพอต่อความต้องการของทารก

สรุปผลการวิจัย

จากผลการที่ได้รับโปรแกรมฯ สรุปได้ว่าโปรแกรมการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ช่วยสนับสนุนหรือส่งเสริมการให้นมแม่และการไหลของน้ำนม โดยการให้ความรู้ของมารดาก่อนผ่าตัดคลอดช่วยให้มารดามีความเข้าใจในการปฏิบัติตัวตั้งแต่เรื่องการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดคลอด การให้นมลูกโดยเร็วหลังคลอดรวมทั้งได้ทบทวนความรู้ก่อนผ่าตัดคลอดทำให้มารดามีความรู้ความเข้าใจและปฏิบัติตามส่งผลให้ระยะก่อนกลับบ้านมารดามีคะแนนการให้นมได้มากกว่ามารดาที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ นอกจากนี้ การกระตุ้นการสร้างน้ำนมด้วยการใช้เครื่องปั๊มนนมแทนการดูดนมของทารกในระยะแรกหลังผ่าตัดคลอดในช่วงกลางคืนและการนวดเต้านมและบีบน้ำนมเป็น การกระตุ้นการสร้างน้ำนมอย่างต่อเนื่องส่งผลให้มีน้ำนมไหลก่อนจำหน่ายซึ่งจะส่งเสริมความมั่นใจในการให้นมของมารดาก่อนจำหน่าย

ข้อเสนอแนะ

พยาบาลหน่วยฝากครรภ์และหลังคลอด ควรส่งเสริมให้มารดาได้ใช้ความสามารถของตนเอง อย่างเต็มศักยภาพในการให้นมลูก รวมทั้งสนับสนุนและให้ความรู้ในเรื่องการสร้างน้ำนม อันจะส่งผลให้มารดาหลังผ่าตัดคลอดมีความมั่นใจ ประสบความสำเร็จในการให้นมบุตร และสามารถให้นมบุตรได้อย่างต่อเนื่อง

ควรมีการศึกษาพฤติกรรมกรรมการให้นมบุตรและการไหลของน้ำนมต่อเนื่องใน ระยะเวลาที่ 1, 3 และ 6 เดือน เพื่อประเมินความสำเร็จของการให้นมแม่ในระยะยาวต่อไป



เอกสารอ้างอิง

- ประดับ ธรรมโชติ และ จิตใต้ ลาวัลย์ตระกูล. (2554). ผลของโปรแกรมส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ภายใน 48 ชั่วโมงหลังผ่าตัดคลอด ต่อพฤติกรรมการให้นมบุตรและพฤติกรรมการดูนมของทารก ที่โรงพยาบาลสงขลานครินทร์. *วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์*, 31(2), 17-32.
- อิสราวดี สิ้นเจริญ และนุสสรุา วิญญาน. (2552). ผลการใช้โปรแกรม “อึ๋มอุ่นรัก...จากอกแม่” ต่อความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ในแม่หลังคลอด. *วารสารกองการพยาบาล*, 36 (3), 18-30.
- Awano, M., & Shimada, K. (2010). Development and evaluation of a self care program on breastfeeding in Japan: A quasi-experimental study. *International Breastfeeding Journal*, 23(5) 1-10.
- Biancuzzo, M. (2003). Breastfeeding the newborn : clinical strategies for nurses.(2nd ed.) St.Louis: Mosby.
- Chapman, D. J. & Pérez-Escamilla, R. (2000). Maternal perception of the onset of lactation is a valid, Public Health Indicator of Lactogenesis Stage II. *Journal of Nutrition*, 130(12), 2972-2980.
- Chien-Hui, L., Kuo, S., Lin, K. & Chang, T. (2007). Evaluateing effects of a prenatal breastfeeding education programme on women with cesarean delivery in Taiwan. *Journal of Clinical Nursing*, 17(21), 2838-2845.
- Dewey, KG. (2001). Maternal and Fetal Stress are Associated with Impaired Lactogenesis in Humans. *The Journal of Nutrition*, 131(11), 3012S-5S.
- Declercq, E., Cunningham, D.K., Johnson, C., & Sakala, C. (2008). Mothers' Reports of Postpartum Pain Associated with Vaginal and Cesarean Deliveries: Results of a National Survey. *Birth*, 35(1), 16-24.
- Gibbons, L., Belizán, J. M., Lauer, J. A., Betrán, A. P., Merialdi, M., & Althabe, F. (2010). The Global Numbers and Costs of Additionally Needed and Unnecessary Caesarean Sections Performed per Year: Overuse as a Barrier to Universal Coverage . World Health Report Background Paper, No 30 retrived from <http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/30C-sectioncosts.pdf>
- Guttmacher Institute. (2010). In Asia, Cesarean Section Associated with Increased Risk of Neonatal Mortality. International Perspectives On Sexual And Reproductive Health: *Archive*, 36(2), retrived from <https://www.guttmacher.org/pubs/journals/3611610.html>
- Henderson, J., Redshaw, M. (2011). Midwifery factors associated with successful breastfeeding. *Child Care Health Dev*, 37(5), 744-53.
- Hildebrandt, HM. (1999). Maternal perception of lactogenesis time: a clinical report. *Journal of Human Lactation*, 15 (4), 317-23.
- Karlstrom, A., Engstrom-Olofsson, R., Norbegg, KG., Sjöling, M. & Hildingsson, I. (2007). Postoperative pain after cesarean birth affects breastfeeding and infant care. *J. Obstet. Gynecol. Neonatal Nurs*, 36(5), 430-40.



- Kumar, S. P., Mooney, R. , Wieser, L. J. & Havstad, S. (2006). The LATCH scoring system and prediction of breastfeeding duration. *J Hum Lact*, 22(4), 391-397.
- Lawrence, R. A., & Lawrence, R. M. (2011). Breastfeeding : A guide for the medical profession (7th ed.). Missouri: Mosby.
- Lin,S-Y., Lee,J-T, Yang, C-C., Gua M-L. (2011). Factors related to milk supply perception in women who underwent cesarean section. *Journal of Nursing Research*.19 (2), 94-101.
- Meie, r P. P., Engstrom, J. L., Janes, J. E., Jegier, B. J., & Loera, F. (2011). Breast pump suction patterns that mimic the Human infant during breastfeeding: greater milk output in less time spent pumping for breast pump-dependent mothers with premature infants. *Journal of Perinatology*, 32(2), 103-110.
- Nissen, E., Uvnäs-Moberg, K., Svensson, K., Stock, S., Widström, A. M., & Winberg, J. (1996). Different patterns of oxytocin, prolactin but not cortisol release during breastfeeding in women delivered by caesarean section or by the vaginal route. *Early Hum Dev*, 45(2), 103-18.
- Orem, D. E. (1995). Nursing concept and Practice (5th ed.). St.Louis: Mosby.
- Otsuka, K., Dennis, C. L., Tatsuoka, H., & Jimba, M. (2008). The Relationship between breastfeeding self-efficacy and perceived insufficient milk among japanese mothers. *JOGNN*, 37(5), 546-555.
- Raghavan, V., Bhati, B., Kumar, P. ,Mukhopadhyay, K. & Daliwal, L. (2014). First hour initiation of breastfeeding and exclusive breastfeeding at six weeks:prevalence and predictors in a tertiary care setting. *The Indian Journal of Pediatrics*, 81 (8), 743-50.
- Rowe-Murray, HJ., & Fisher, JR W. (2002). Baby Friendly Hospital Practices: Cesarean Section is a Persistent Barrier to Early Initiation of Breastfeeding. *BIRTH*, 29(2), 124-131.
- Tully, KP., & Ball, HL. (2014). Maternal accounts of their breast-feeding intent and early challenges after caesarean childbirth. *Midwifery*, 30(6), 712-719.
- Woods, A., Robertson, J. R., & Dietrick, D. (2011). Post C-section pain and initiation of breastfeeding. changing practice through process. *JOGNN*, 40(Suppl.1), S97-98.