

บทความวิจัย

ผลการจัดท่าให้มบุตรต่อระดับความปวดแผลผ่าตัดและ
ประสิทธิภาพการให้มของมารดาหลังผ่าตัดทำคลอด*

นุรีฮา ฤทธิ์หมื่น** อัญชลี อินทสร**

บทคัดย่อ

วิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบระดับความปวดแผลผ่าตัดและประสิทธิภาพการให้มบุตรท่านอนหงายแบบประยุกต์ (Modified Lying Position: MLP) และท่าอนตะแคง (Side Lying Position: SLP) ของมารดาหลังผ่าตัดทำคลอดใน 24 ชั่วโมงแรก เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง เป็นมารดาหลังผ่าตัดทำคลอดที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดใน 24 ชั่วโมงแรก ได้ยาบรรเทาปวดทางช่องไขสันหลังด้วยมอร์ฟีน มีหัตถมปกติ คลอดทารกปกติ ในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ จำนวน 32 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย 1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป 2) แบบประเมินระดับความปวดด้วยมาตรวัดแบบตัวเลข และ 3) แบบประเมินประสิทธิภาพการให้มโดยวิธีแลช ทดสอบความตรงของเครื่องมือโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน หาค่าความเที่ยงของแบบประเมินระดับความปวดด้วยมาตรวัดแบบตัวเลข และแบบประเมินประสิทธิภาพการให้มโดยวิธีแลช (LATCH) โดยวิธีหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา ของ ครอนบาค (Cronbach's alpha Coefficient) มีค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.91 และ 0.72 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติแจกแจงความถี่ ร้อยละ สถิติ Wilcoxon-Sign Rank test ค่าเฉลี่ยสถิติที่

ผลการวิจัย พบว่า ระดับความปวดแผลผ่าตัดโดยรวมช่วงให้มบุตรท่านอนหงายแบบประยุกต์ต่ำกว่าท่าอนตะแคงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) เมื่อเปรียบเทียบทั้ง 4 ช่วง พบว่า ช่วงที่ 2) เตรียมให้มบุตร 3) ขณะให้มบุตร 4) ให้มบุตรเสร็จ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ตามลำดับ ส่วนช่วงที่ 1) ก่อนให้มบุตรไม่มีความแตกต่าง ($p\text{-value} = 0.180$) สำหรับประสิทธิภาพการให้มบุตรโดยรวมไม่แตกต่างกัน (MLP: $\bar{X} = 7.94$, $S.D. = 0.72$, SLP: $\bar{X} = 8.11$, $S.D. = 0.83$)

ควรแนะนำให้มารดาหลังผ่าตัดทำคลอดใน 24 ชั่วโมงแรกให้มบุตรท่านอนหงายแบบประยุกต์เพื่อลดระดับความปวดแผลผ่าตัดทำคลอดและบุตรสามารถดูดนมมารดาได้อย่างมีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ: ท่าให้มบุตร; ความปวด; ประสิทธิภาพการให้ม; มารดาผ่าตัดทำคลอด

* ได้รับทุนสนับสนุน คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ จังหวัดสงขลา

** พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ จังหวัดสงขลา

ความเป็นมาของปัญหา

มารดาผ่าตัดคลอดมีแนวโน้มสูงขึ้นทุกปี จากสถิติของโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ มีจำนวนมารดาผ่าตัดคลอดร้อยละ 36.6 ในปี 2547 และเพิ่มเป็นร้อยละ 43.6 ในปี 2551 (ภาควิชาสูติศาสตร์และนรีเวชวิทยา, 2553) และเป็นกลุ่มผู้รับบริการที่มีจำนวนมากที่สุดถึงร้อยละ 55 ของหอผู้ป่วยพิเศษสูติกรรม โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ (หอผู้ป่วยพิเศษสูติกรรม, 2552-2553)

การผ่าตัดทุกชนิดทำให้มีการฉีกขาดของเนื้อเยื่อ มีความเจ็บปวดเกิดขึ้น โดยเฉพาะใน 24 ชั่วโมงแรก เป็นความปวดเฉียบพลัน และจะเพิ่มขึ้นเมื่อมีการขยับ พลิกตัว (รุจิเรศ, 2551; ปิยนุช, 2551; ศศิกานต์, 2547) ความปวดนอกจากจะมีผลเสียต่ออวัยวะและระบบต่างๆ ทั้งด้านร่างกายและจิตใจแล้วยังเป็นอุปสรรคต่อการสร้างความผูกพันระหว่างมารดาและบุตรโดยเฉพาะการกระตุ้นให้นัมบรตอร์ในท่าพื้นฐาน คือ ท่าลูกนอนขวางบนตัก (cradle hold) ท่าลูกนอนขวางบนตักแบบประยุกต์ (modified/cross cradle hold) ท่าอุ้มลูกฟุตบอล (clutch hold หรือ football hold) ท่านอนตะแคง (side lying position: SLP) เพราะทุกช่วงของการให้นัมบรตอร์ทั้ง 4 ท่านั้น มารดาต้องขยับ พลิกตัวจากนอนหงายปกติเป็นท่านั่งหรือนอนตะแคง กล้ามเนื้อหน้าท้องที่ยืดขยายจากการตั้งครรภ์ จึงถูกดึงรั้ง และกระทบกระเทือนแผลผ่าตัดทำคลอด ทำให้ระดับความปวดแผลผ่าตัดเพิ่มขึ้น (ปิยนุช, 2551; ศศิกานต์, 2553; อำนวย, 2553)

มีการศึกษาทั้งในประเทศและต่างประเทศพบว่า ความปวดมีผลกระทบต่อการกระตุ้นมารดาในการให้นัมบรตอร์ระยะแรกหลังผ่าตัดทำคลอดและการไม่ให้นัมบรตอร์ เพราะการผ่าตัดทำให้เกิดความปวด ไม่สะดวกสบาย ซึ่งระดับความปวดนี้จะสูงใน 24 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด และกลุ่มตัวอย่างถึงร้อยละ 78 มีระดับความปวดมากกว่า 4 (Kalström,

Engstrom-Olofsson, Norberg, Sjöling, & Hildingsson, 2007; ชญาภรณ์, 2542) แสดงให้เห็นถึงความจำเป็นในการจัดการความปวดแผลผ่าตัดช่วงให้นัมบรตอร์ของมารดาหลังผ่าตัดทำคลอดใน 24 ชั่วโมงแรก ด้วยวิธีการที่เหมาะสมทั้งวิธีการใช้หรือไม่ใช้ยา (สุปราณี, 2551; อวยพร, 2551)

ในระยะ 24 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัดทำคลอดมารดามีข้อจำกัดมากมายจากการผ่าตัด เช่น ถูกจำกัดให้นอนพักอย่างน้อย 8 ชั่วโมง หลังผ่าตัดเนื่องจากได้รับยาระงับความรู้สึกทางช่องไขสันหลัง (spinal block anesthesia) หรืออาจได้รับยาสลบระงับความรู้สึก (general anesthesia) คาสายให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำส่วนปลาย คาสายสวนปัสสาวะ ดังนั้นทำให้นัมบรตอร์พื้นฐานที่เหมาะสมในระยะนี้ คือ ท่านอนตะแคง แต่การให้นัมบรตอร์ท่านอนตะแคงมารดาต้องขยับ พลิกตัวจากท่านอนหงายเป็นท่านอนตะแคง จึงทำให้ปวดแผลผ่าตัดมากขึ้น เพราะอาการปวดแผลผ่าตัดทำคลอดนั้นเป็นความปวดเฉียบพลัน การขยับ พลิกตัวจึงทำให้ระดับความปวดเพิ่มขึ้น (ศศิกานต์, 2553)

การจัดทำมารดาในการให้นัมบรตอร์ มี 4 ช่วง คือ ก่อนให้นัมบรตอร์ เตรียมให้นัมบรตอร์ ขณะให้นัมบรตอร์ และให้นัมบรตอร์เสร็จ ซึ่งแต่ละช่วงของการจัดทำให้มารดานอนตะแคง มารดาจำเป็นต้องขยับ พลิกตัว ทำให้ปวดแผลผ่าตัดทำคลอดมากขึ้น จากการศึกษาวิจัยมีประสบการณ์ทำงานในหน่วยหลังคลอดมานาน 25 ปี มีความเห็นว่า การให้นัมบรตอร์ท่านอนหงายน่าจะช่วยลดระดับอาการปวดแผลผ่าตัดช่วงให้นัมบรตอร์และบุตรสามารถดูได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยบูรณาการท่าที่ใช้ในการป้องกันการปวดหลังมาประยุกต์ กล่าวคือ จัดให้มารดานอนหงายราบหนุนหมอน 1 ใบ มีหมอนรองใต้เข่า ทำให้กล้ามเนื้อหน้าท้องหย่อนเพื่อลดความตึงของแผล สะโพกและหลังอยู่ในแนวตรง บุตรนอนด้านข้างของมารดาในท่าตะแคงเข้าหามารดา เพื่อป้องกันการกดทับแผลผ่าตัด บุตรนอนบนที่นอนหรือ

หมอนหนุนที่มีความยาวตั้งแต่รักแร้มารดาจนถึง สะโพก มีความสูงระดับเดียวกับลำตัวมารดาหรือต่ำกว่าเล็กน้อย มีความกว้างพอที่จะรองรับตัวบุตร หรือเลือกให้พอดีกับมารดาและบุตรแต่ละคู่ มารดา ใช้วงแขนโอบกอดบุตร โดยให้ศีรษะบุตรหงายคอ เล็กน้อยอยู่บนต้นแขนของมารดา หรือใช้หมอนหนุน ศีรษะบุตรเพื่อปรับระดับปากของบุตรให้อยู่ในระดับ พอดีกับหัวนมมารดา ผู้วิจัยใช้ชื่อว่า ท่านอน หงายแบบประยุกต์ (modified lying position: MLP) และเพื่อให้การพัฒนาเป็นไปอย่างมีระเบียบ แบบแผน เชื่อถือได้ จึงพัฒนาทำให้หมอนบุตรของ มารดาหลังผ่าตัดทำคลอดที่เหมาะสมและมี ประสิทธิภาพสู่งานวิจัย

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อเปรียบเทียบระดับความปวดแผล ผ่าตัดและประสิทธิภาพการให้หมอนบุตรของมารดา หลังผ่าตัดทำคลอดในท่านอนหงายแบบประยุกต์ และท่านอนตะแคง

คำถามการวิจัย

1. การให้หมอนบุตรท่านอนหงายแบบ ประยุกต์สามารถลดอาการปวดแผลผ่าตัด ทำคลอดใน 24 ชั่วโมงแรกได้หรือไม่
2. บุตรสามารถดูดนมมารดาในท่านอน หงายแบบประยุกต์ได้อย่างมีประสิทธิภาพหรือไม่

สมมุติฐานการวิจัย

การให้หมอนบุตรของมารดาหลังผ่าตัดทำ คลอดใน 24 ชั่วโมงแรกท่านอนหงายแบบประยุกต์ จะช่วยลดระดับความปวดแผลผ่าตัดคลอดได้ดีกว่า ท่านอนตะแคง และบุตรสามารถดูดนมมารดาได้ อย่างมีประสิทธิภาพ

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ ใช้แนวคิดการจัดการ ความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัด มาเป็นกรอบแนวคิด

ในการศึกษา อาการปวดแผลผ่าตัดเป็นความปวด เนียบพลัน ที่เกิดจากตัวรับความปวดส่วนปลาย (peripheral nociceptor) ที่ถูกกระตุ้นด้วยตัว กระตุ้นความปวด (noxious stimulus) แล้วส่งผ่าน สัญญาณความปวดเข้าสู่ระบบประสาทส่วนกลาง ซึ่งพบว่ามีตัวส่งความปวด (nociceptive afferent) กระจายทั่วไปทั้งร่างกาย (ผิวหนัง กล้ามเนื้อ ข้อ อวัยวะภายใน เยื่อหุ้มสมอง) ประกอบด้วยเส้นใย ประสาท 2 ชนิด คือใยประสาทเอ-เดลต้า (A - delta fiber) และใยประสาท-ซี (C - fiber) ซึ่งมีจำนวนมากที่สุดซึ่งการกระตุ้นใยประสาท-ซี (C - fiber) จะเป็นการเปิดประตูรับความรู้สึกปวด ตามทฤษฎีประตู (Gate control theory) ของ เมลแซค และวอลล์ (Melzack & Wall, 1965 อ้างตาม อำนวย, 2553; ศศิกันต์, 2553)

การจัดทำให้หมอนบุตรแต่ละช่วงของการ ให้หมอนบุตรทำพื้นฐาน มารดาจำเป็นต้องขยับ พลิกตัว หรือเปลี่ยนท่า ทำให้กล้ามเนื้อหน้าท้องที่ยืดขยาย จากการตั้งครรภ์ถูกดึงรั้ง กระทบกระเทือนแผลผ่าตัด ทำคลอด จึงส่งผลต่อระดับความปวดแผลผ่าตัด การจัดทำให้หมอนบุตรท่าทดลอง คือ ท่านอนหงาย แบบประยุกต์จะช่วยลดระดับความปวดแผลผ่าตัด เพราะมารดาไม่ต้องพลิกตัว หรือเปลี่ยนท่าในแต่ละ ช่วงของการให้หมอนบุตร และการจัดทำให้หมอนบุตร นอกจากมีผลต่อระดับความปวดแผลผ่าตัดแล้ว ยัง ส่งผลต่อประสิทธิภาพการให้หมอนบุตร ผู้วิจัยเชื่อว่า ถ้าจัดทำให้หมอนบุตรได้ดี ประสิทธิภาพการให้หมอนบุตร ก็จะเพิ่มขึ้น

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) มีรูปแบบวิจัยเป็นแบบ ไขว้กัน (cross-over design) เลือกกลุ่มตัวอย่าง ตามคุณสมบัติที่กำหนด คือ มารดาหลังผ่าตัด ทำคลอดใน 24 ชั่วโมงแรกที่ไดยาระับความรู้สึก ทางช่องไขสันหลังด้วยมอร์ฟีน และสามารถให้ หมอนบุตรครั้งแรกภายใน 16 ชั่วโมงหลังผ่าตัด ไม่มี

ภาวะแทรกซ้อนในระหว่างผ่าตัดและหลังผ่าตัด มี หันนมปกติ คลอดทารกปกติโดยมีค่าคะแนนแอฟการ นาที้ที่ 1 เท่ากับหรือมากกว่า 8 ทารกมีน้ำหนัก แรกคลอดเท่ากับหรือมากกว่า 2,500 กรัม รู้สึก ตัวดี สามารถสื่อสารด้วยวิธีการพูด อ่าน ฟัง เขียน ได้ และยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัย จำนวน 32 คน ขนาดกลุ่มตัวอย่างได้จากการคำนวณค่าอำนาจ ทดสอบ (power analysis) กำหนดค่าอำนาจ การทดสอบ (power) เท่ากับ 0.80 ค่าระดับ นัยสำคัญหรือค่าแอลฟา (α) เท่ากับ 0.05 (effect size) ที่ระดับ 0.70 โดยกลุ่มตัวอย่างได้รับการจัด ทำให้นมบุตรท่าทดลอง คือ ให้นมบุตรท่านอนหงาย แบบประยุกต์ และท่าควบคุมคือ ให้นมบุตรท่านอน ตะแคง

ผู้วิจัยได้เสนอขออนุญาตการทำวิจัยนี้ ผ่านคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ในการตรวจสอบเนื้อหาและเครื่องมือที่ใช้ในการ วิจัยก่อนดำเนินการวิจัยดังต่อไปนี้

ก่อนการทดลองผู้วิจัยแนะนำตัว ชี้แจง วัตถุประสงค์การวิจัย รายละเอียดการจัดทำให้นมบุตร และการพิทักษ์สิทธิผู้เข้าร่วมวิจัยแก่กลุ่มตัวอย่าง เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย เพื่อ ป้องกันปัญหาผลของลำดับการจัดทำให้นมบุตร (sequence effects) จึงมีการสุ่มลำดับของการจัด ทำให้นมบุตร (sequence randomization) โดย ทำฉลากท่านอนหงายแบบประยุกต์ และท่านอน ตะแคงอย่างละ 1 ชิ้น ให้พยาบาลประจำการใน หอผู้ป่วยเป็นผู้จับฉลากเลือกทำให้นมบุตรดังนี้

ถ้าครั้งที่ 1 จับฉลากเลือกทำให้นมบุตร ได้ท่านอนหงายแบบประยุกต์ ครั้งที่ 2 จะใช้ท่านอนตะแคง

ถ้าครั้งที่ 1 จับฉลากเลือกทำให้นมบุตร ได้ท่านอนตะแคง ครั้งที่ 2 จะใช้ท่านอนหงายแบบ ประยุกต์ เพื่อลดผลของระยะเวลา (period effects) ด้วยการพักระยะเวลาการจัดทำให้นมบุตรเป็นเวลา 2 ชั่วโมง (washout period) และลดผลสืบเนื่อง จากการจัดทำให้นมบุตรก่อนหน้า (carry over effects) ด้วยการออกแบบการวิจัยที่มีความสมดุล แบบแข็งแรง (strongly balance design) ด้วยการทำการทดลองจัดทำให้นมบุตรซ้ำอีกหนึ่งรอบ (Chinchili & Lengerich, 2007 อ้างตาม ศิริศักดิ์ และชยันต์ธรร, 2008)

ขั้นตอนการทดลองมีดังนี้

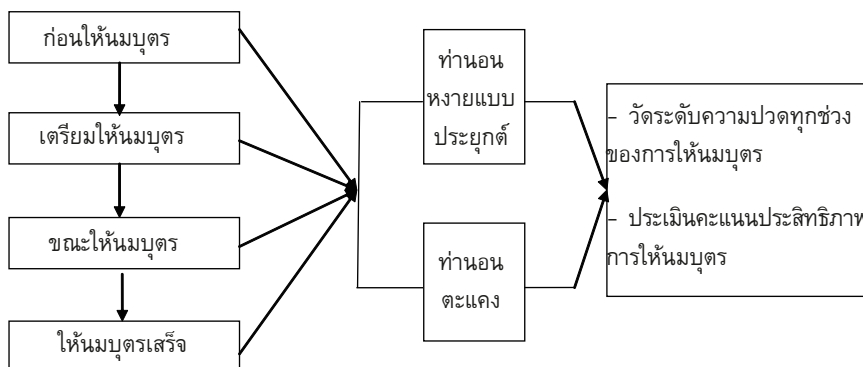
ศึกษารายละเอียดการจัดทำให้นมบุตร ต่อระดับความปวดแผลผ่าตัดทั้งท่าทดลอง เกิดขึ้นใน ช่วงใดของการจัดทำให้นมบุตร เมื่อวิเคราะห์การจัด ทำให้นมบุตร พบว่า มี 4 ช่วง คือ

ช่วงที่ 1 ก่อนให้นมบุตรหรือระยะพัก หมายถึง ระยะที่มารดาอนพักก่อนให้นมบุตร

ช่วงที่ 2 เตรียมให้นมบุตร หมายถึง ระยะที่มารดาจัดทำให้นมบุตร

ช่วงที่ 3 ขณะให้นมบุตร หมายถึง ระยะ ที่มารดาให้นมบุตรดูนม

ช่วงที่ 4 ให้นมบุตรเสร็จ หมายถึง ระยะ ที่บุตรดูนมมารดาเสร็จ และมารดาเตรียมเข้าสู่ ระยะพัก สามารถเขียนแผนภูมิการทดลองได้ดังนี้



แผนภูมิ 1 แสดงการทดลองวัดระดับความปวดในแต่ละช่วงของการให้ไหม้บุดรและประสิทธิภาพการให้ไหม้บุดร ทำนออนหยาบแบบประยุกต์และทำนออนตะแคง

หมายเหตุ: ทำการทดลองซ้ำอีก 1 รอบ รวมเป็น 4 ครั้ง ห่างกันทุก 2 ชั่วโมง

: จัดทำไหม้บุดร โดยผู้วิจัย

: ประเมินระดับความปวดแผลผ่าตัดและประสิทธิภาพการให้ไหม้บุดร โดยผู้ช่วยวิจัยซึ่งเป็นพยาบาลประจำการ ที่มีประสบการณ์ในหน่วยหลังคลอดมากกว่า 10 ปี

: รายละเอียดการจัดทำไหม้บุดร ทำนออนหยาบแบบประยุกต์ และทำนออนตะแคง ดังแสดงในตารางและภาพต่อไปนี้

ตาราง 1 แสดงรายละเอียดการจัดทำไหม้บุดร

การจัดทำไหม้บุดร	ทำนออนหยาบแบบประยุกต์	ทำนออนตะแคง
ก่อนให้ไหม้บุดร	มารดาถอนไหม้บุดรบนหน้าอก 1 ใบ	มารดาถอนไหม้บุดรบนหน้าอก 1 ใบ
เตรียมให้ไหม้บุดร	มารดาถอนไหม้บุดรบนหน้าอกทั้งสองข้างสอดไหม้บุดรลงใต้เต้านม	มารดาขยับจากทำนออนหยาบเป็นทำนออนตะแคง
ขณะให้ไหม้บุดร	มารดาให้บุตรดูดนมในทำนออนหยาบ มีไหม้บุดรรองใต้เต้านม หลังและสะโพกตรง โดยบุตรนอนด้านข้างของมารดาในท่าตะแคงเข้าหาหน้าอก บนที่นอน/ไหม้บุดรที่มีความยาวตั้งแต่หัวไหล่มารดาหรือต่ำกว่าเล็กน้อยจนถึงสะโพก (มีความยาวและความกว้างพอที่จะรองรับตัวบุตรได้) และมารดาใช้แขนโอบกอดบุตร โดยให้ศีรษะบุตรอยู่บนต้นแขนของมารดา แขนกอดเล็กน้อยและ/หรือใช้ผ้าขนหนูที่ม้วนไว้หรือไหม้บุดรบนศีรษะบุตรเพื่อปรับระดับปากของบุตรให้อยู่ในระดับพอดีกับหัวนมมารดา มืออีกข้างประคองเต้านมในช่วงแรก ที่เริ่มเอาหัวนมเข้าปากบุตร เมื่อบุตรดูดได้ดี ก็ขยับมือออกได้	บุตรดูดนมมารดาในทำนออนตะแคงโดยมารดา-บุตรนอนตะแคงเข้าหากัน มารดาถอนไหม้บุดรเล็กน้อยหลังและสะโพกตรง ให้ปากบุตรอยู่ตรงกับหัวนมของมารดา มือที่อยู่ด้านล่างประคองตัวบุตรให้ชิดลำตัวมารดา อาจใช้ผ้าขนหนูที่ม้วนไว้หรือไหม้บุดรบนหลังบุตรแทนแขนมารดาได้ มือที่อยู่ด้านบนประคองเต้านมในช่วงแรก ที่เริ่มเอาหัวนมเข้าปากบุตร เมื่อบุตรดูดได้ดี ก็ขยับมือออกได้
ให้ไหม้บุดรเสร็จ	ขยับเอาไหม้บุดรรองใต้เต้านมออกและนอนหงายราบบนหน้าอก 1 ใบเช่นเดิม	มารดาขยับจากทำนออนตะแคงกลับสู่ทำนออนหยาบราบบนหน้าอก 1 ใบ

การจัดทำให้นมบุตร

ทำนอนหงายแบบประยุกต์

ทำนอนตะแคง

ก่อนให้นมบุตร

เตรียมให้นมบุตร

ขณะให้นมบุตร

ให้นมบุตรเสร็จ



ภาพ 1 แสดง การจัดทำให้นมบุตร ทำนอนหงายแบบประยุกต์ และทำนอนตะแคง

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

1. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย ข้อมูลเกี่ยวกับ อาชีพ ศาสนา การศึกษา น้ำหนักมารดาและบุตร รายละเอียดการผ่าตัด (ภาควิชาสูติศาสตร์และนรีเวชวิทยา, 2552)

2. แบบประเมินระดับความปวดด้วยมาตรวัดแบบตัวเลข (pain assessment chart) ที่ผู้วิจัยดัดแปลงแบบบันทึก patient controlled analgesia observation chart ภาควิชาวิสัญญีวิทยา โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ (ภาควิชาวิสัญญีวิทยา, 2540; วงจันทร์, 2547) ประกอบด้วย วัน เวลา เก็บข้อมูล ระดับคะแนนปวดแผลผ่าตัดในแต่ละช่วงของการให้นมบุตร โดยศึกษาช่วงก่อนให้นมบุตร เตรียมให้นมบุตร ขณะให้นมบุตร และให้นมบุตร

เสร็จ ประเมินระดับความปวดด้วยมาตรวัดแบบตัวเลข (numerical rating scale) โดยแทนค่าคะแนนดังนี้ 0 = ไม่ปวดเลย 1-3 = ปวดเล็กน้อย 4-6 = ปวดปานกลาง 7-9 = ปวดรุนแรง 10 = ปวดมากที่สุด

3. แบบประเมินประสิทธิภาพการให้นมบุตรโดยวิธีแลช (LATCH breastfeeding charting system) ผู้วิจัยดัดแปลงแบบประเมินประสิทธิภาพการให้นมจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง (กุสุมา, 2546; ชลทิศ, 2552; Jenson, Wallace, & Kelsay, 1994) ประกอบด้วย ค่าคะแนนในการอม การดูดหรือการกลืน ลักษณะหัวนมมารดา ความสุขสบาย และการอุ้มบุตร ซึ่งแต่ละหัวข้อมีค่าคะแนน 0-2 โดยแทนค่าคะแนนดังนี้ 0 = ปฏิบัติไม่ได้ในข้อนั้น 1 = ปฏิบัติได้ปานกลาง 2 = ปฏิบัติได้ดี คะแนนเต็ม = 10

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

เครื่องมือวิจัย แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินความปวดด้วยมาตรวัดแบบตัวเลข และแบบประเมินประสิทธิภาพการให้นมบุตรโดยวิธีแลซ ได้ผ่านการตรวจสอบคุณภาพโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน

การตรวจสอบความเที่ยง

ผู้วิจัยนำแบบประเมินความปวดด้วยมาตรวัดแบบตัวเลข และแบบประเมินประสิทธิภาพการให้นมบุตรโดยวิธีแลซ ไปทดลองใช้กับมารดาหลังผ่าตัดคลอดที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 ราย โดยหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของ ครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) มีค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.91 และ 0.72 ตามลำดับ

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลครั้งนี้ใช้สถิติแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย สถิติที และ สถิติ Willcoxon Sign-Rank Test ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. ข้อมูลทั่วไป วิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ
2. ค่าคะแนนระดับความความปวดแผลผ่าตัดทำคลอดแต่ละช่วงของการให้นมบุตรทำ

นอนหงายแบบประยุกต์ เปรียบเทียบกับท่านอนตะแคง วิเคราะห์โดยใช้ สถิติ Willcoxon Sign-Rank Test

3. ค่าคะแนนประสิทธิภาพการให้นมบุตร ท่านอนหงายแบบประยุกต์ เปรียบเทียบกับท่านอนตะแคง วิเคราะห์โดยใช้ สถิติแจกแจงความถี่ ค่าเฉลี่ย และสถิติที

ผลการศึกษา

กลุ่มตัวอย่างประกอบอาชีพ รับจ้าง ร้อยละ 32.3 รองลงมาคือรับราชการ ร้อยละ 29.0 นับถือศาสนาพุทธร้อยละ 80.6 การศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 67.7 รองลงมาคือ ระดับ ปวช.-ปวส. ร้อยละ 19.2 มีน้ำหนักเฉลี่ย 73.40 กิโลกรัม มีการผ่าตัดทำคลอดแบบตัดตามขวางบริเวณมดลูกส่วนล่าง (low transverse cesarean section) ร้อยละ 74.2 รองลงมาเป็นแบบตัดตามขวางบริเวณมดลูกส่วนล่างร่วมกับการทำหมันหญิง (low transverse cesarean section with tubal resection) ร้อยละ 25.8

ค่าระดับความปวดในช่วงเตรียมให้นมบุตร ขณะให้นมบุตร ให้นมบุตรเสร็จ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ($p < 0.001$) ส่วนในช่วงก่อนให้นมบุตร ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ตาราง 2)

ตาราง 2 คะแนนต่ำสุด สูงสุด ค่ากลาง และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานระดับความปวดแต่ละช่วงการให้นมบุตรท่านอนตะแคงและท่านอนหงายแบบประยุกต์

ช่วงการให้นมบุตร	ท่านอนตะแคง				ท่านอนหงายแบบประยุกต์				z
	min	max	median	S.D.	min	max	median	S.D.	
1. ก่อนให้นมบุตร	0.00	4.00	0.50	1.43	0.00	3.50	0.50	1.36	-1.34
2. เตรียมให้นมบุตร	1.50	10.00	4.25	2.14	0.00	6.00	1.00	1.57	-4.95*
3. ขณะให้นมบุตร	0.50	10.00	2.75	2.28	0.00	3.50	0.50	1.37	-4.79*
4. ให้นมบุตรเสร็จ	1.50	10.00	4.25	2.15	0.00	3.50	0.50	1.36	-4.94*
รวม	1.00	7.63	3.06	1.79	0.00	3.50	0.69	1.35	-4.94*

* $p < 0.001$

ค่าประสิทธิภาพการให้นมท่านอนหงายแบบประยุกต์กับท่านอนตะแคงไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 และเมื่อพิจารณาในข้อย่อย พบว่า ค่าความสบาย ท่านอนหงายแบบประยุกต์มีค่าสูงกว่าท่านอนตะแคง

ค่าการอุ้มบุตรท่านอนตะแคงมีค่าสูงกว่าท่านอนหงายแบบประยุกต์ ส่วนค่าการอมหัวนม และค่าการดูด การกลืน ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 (ตาราง 3)

ตาราง 3 แสดงการเปรียบเทียบ ประสิทธิภาพการให้นมท่านอนหงายแบบประยุกต์ และท่านอนตะแคง

ประเมิน	ทำให้นมบุตร	ประสิทธิภาพการให้นม		t	p-value
		Mean	S.D.		
การอมหัวนม	ท่านอนหงายแบบประยุกต์	1.60	0.44	-1.27	0.21
	ท่านอนตะแคง	1.80	0.73		
การดูด, การกลืน	ท่านอนหงายแบบประยุกต์	1.40	0.54	-0.47	0.64
	ท่านอนตะแคง	1.47	0.55		
ความสบาย	ท่านอนหงายแบบประยุกต์	1.77	0.36	6.57	0.00
	ท่านอนตะแคง	1.19	0.33		
การอุ้มบุตร	ท่านอนหงายแบบประยุกต์	1.11	0.28	-6.69	0.00
	ท่านอนตะแคง	1.68	0.38		
รวม	ท่านอนหงายแบบประยุกต์	7.94	0.72	-0.90	0.37
	ท่านอนตะแคง	8.11	0.83		

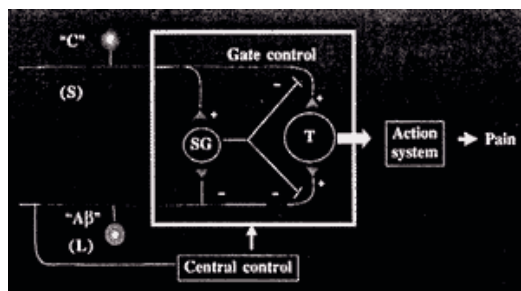
การอภิปรายผล

ผลการศึกษา พบว่า ระดับความปวดแผลผ่าตัดทั้งทำคลอดโดยรวมเมื่อให้นมบุตรในท่านอนหงายแบบประยุกต์ ต่ำกว่าท่านอนตะแคง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) เนื่องจากทุกช่วงของการให้นมบุตรท่านอนตะแคง ต้องขยับ พลิกตัว ซึ่งการขยับ พลิกตัว ทำให้กล้ามเนื้อหน้าท้องถูกดึงรั้งและกระทบกระเทือนแผลผ่าตัดทั้งทำคลอด ทำให้ระดับความปวดแผลผ่าตัดเพิ่มขึ้น เป็นกลไกความปวดที่เกิดจากตัวรับความปวดส่วนปลาย (peripheral nociceptor) ที่ถูกกระตุ้น ด้วยตัวกระตุ้นความปวด (noxious stimulus) แล้วส่งผ่านสัญญาณความปวดเข้าสู่ระบบประสาทส่วนกลาง ซึ่งพบว่า มีตัวส่งความปวด (nociceptive afferent) กระจายทั่วไปทั้งร่างกาย (ผิวหนัง กล้ามเนื้อ ข้อ อวัยวะภายใน เยื่อหุ้มสมอง) ตัวส่งความปวด (nociceptive efferent) ประกอบด้วยเส้นใยประสาท 2 ชนิด คือใยประสาทเอ-เดลต้า (A - delta fiber) ซึ่งเป็นเส้นใยประสาทขนาดปานกลาง ที่มีเยื่อ

(myelin) หุ้มบางๆ และใยประสาท-ซี (C - fiber) ซึ่งเป็นเส้นใยประสาทขนาดเล็กที่ไม่มีเยื่อหุ้ม จึงส่งสัญญาณได้อย่างช้าๆ และชนิดแยกย่อยของตัวรับความปวด (nociceptor) ที่มีจำนวนมากที่สุดคือใยประสาท-ซีที่รับความปวดมาจากหลายทาง (C - fiber polymodal nociceptor) ซึ่งการกระตุ้นใยประสาท-ซี (C - fiber) จะเป็นการเปิดประตูรับความรู้สึกปวดตามทฤษฎีประตูของ เมลแซค และวอลล์ (Melzack & Wall, 1965 อ้างตาม อำนวย, 2553) (Gate control theory) คือ ใยประสาทขนาดใหญ่ (L; A) และใยประสาทขนาดเล็ก (S; C - fiber) จะส่งความรู้สึกเป็นกระแสไฟฟ้าไปยังสับสแตนท์เกีย จีลาดีโนซ่า หรือเซลล์ เอสจี (substantia gelatinosa = SG) และเซลล์ที่ทำหน้าที่ส่งต่อกระแสประสาทส่วนกลาง (central transmission cell = CT) ของไขสันหลัง (spinal cord) เมื่อกระตุ้นใยประสาทขนาดใหญ่ (L - fiber) จะมีผลกระตุ้นการทำงานของเซลล์ เอสจี (SG cell) ซึ่งจะไปยับยั้งการทำงานของเซลล์ที่ทำหน้าที่

ส่งต่อกระแสประสาทส่วนกลาง (T cell) เป็นการปิดประตู ทำให้ไม่ได้รับความรู้สึกปวด ในทางตรงกันข้าม ถ้ากระตุ้นใยประสาทขนาดเล็กหรือใยประสาท-ซี (S; C - fiber) จะไปยับยั้งการทำงานของเซลล์ เอส จี (SG cell) แต่กระตุ้นการ

ทำงานของเซลล์ที่ทำหน้าที่ส่งต่อกระแสประสาทส่วนกลาง (T cell) ทำให้ประตูเปิดได้รับความรู้สึกปวดได้ (ศศิกันต์, 2553; อำนวย, 2553) ดังแสดงในภาพ 2



ภาพ 2 ทฤษฎีประตู (Gate control theory) ของ (Melzack & Wall, 1965 อ้างตาม อำนวย, 2553) (จาก <http://ramacme.ra.mahidol.ac.th/th/?q=node/15>)

ส่วนการให้หมุดทำนอนหงายแบบประยุกต์นั้น นั้นมารดาไม่จำเป็นต้องขยับ พลิกตัว เพียงแต่ชันเข่าขึ้นเล็กน้อย ระดับความปวดจึงต่ำกว่าทำนอนตะแคง สอดคล้องกับ สุอารีย์ และ ธิติรัตน์ (2546) ที่แนะนำให้มารดาหลังผ่าท้องทำคลอดใน 24 ชั่วโมงแรกควรให้หมุดทำนอนหงาย เพราะขณะให้หมุดทำนอนหงายนั้นตัวบุตรจะไม่กดทับแผลผ่าท้องทำคลอดของมารดา

ส่วนประสิทธิภาพการให้หมุดจากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า ค่าคะแนนระหว่างทำนอนหงายแบบประยุกต์ กับทำนอนตะแคง ไม่มีความแตกต่างกัน ($\bar{X} = 7.94$, S.D. = 0.72; $\bar{X} = 8.11$, S.D. = 0.83) ค่าคะแนนการอมและการดูดก็ไม่มี ความแตกต่างกัน ($\bar{X} = 1.60$, S.D. = 0.44; $\bar{X} = 1.80$, S.D. = 0.73) เนื่องจากผู้วิจัยทำการทดลองทุก 2 ชั่วโมงซึ่งสอดคล้องกับหลักการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมมารดา ตามคำแนะนำของ AMERICAN Academic of Pediatrics (AAP) และองค์การอนามัยโลก ที่แนะนำให้บุตรดูดนมมารดา 8-12 ครั้งต่อวันหรือ ทุก 2-3 ชั่วโมงต่อครั้ง (เกรียงศักดิ์, 2554; Ruth & Robert, 2011) ส่วนการดูดกลืนมีค่าไม่แตกต่างเนื่องจากในระยะแรกคลอดนั้นจะได้ยิน

เสียงกลืนนมไม่ชัดเจน เพราะน้ำนมยังไม่ออกหรือออกน้อย ผู้วิจัยจะวัดค่าได้จากจังหวะการดูดกลืน ซึ่งเห็นได้ชัดเจนกว่า ($\bar{X} = 1.40$, S.D. = 0.54; $\bar{X} = 1.47$, S.D. = 0.55) ค่าคะแนนความสบายเห็นได้ชัดเจนว่าทำนอนหงายแบบประยุกต์ทำให้กลุ่มตัวอย่างรู้สึกสบายขณะให้หมุดมากกว่าทำนอนตะแคง ($\bar{X} = 1.77$, S.D. = 0.36; $\bar{X} = 1.19$, S.D. = 0.33) เพราะมารดามีการขยับ พลิกตัวในแต่ละช่วงของการให้หมุดน้อยกว่าทำนอนตะแคง ส่วนค่าคะแนนประสิทธิภาพการให้หมุดในข้อการอุ้มบุตร (Hold) นั้นทำนอนหงายแบบประยุกต์ มีค่าคะแนนต่ำกว่าทำนอนตะแคง ($\bar{X} = 1.11$, S.D. = 0.28; $\bar{X} = 1.68$, S.D. = 0.38) ซึ่งกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ให้เหตุผลว่า ไม่เคยเห็นและเรียนรู้การอุ้มบุตรทำมาก่อนจึงรู้สึกไม่ค่อยมั่นใจ และจากข้อจำกัดต่างๆ หลังผ่าตัด มารดาจึงไม่สามารถจัดท่านี้ได้ด้วยตัวเอง ยังต้องให้เจ้าหน้าที่คอยให้การช่วยเหลือในระยะแรก

ข้อเสนอแนะการวิจัย

1. ผลการศึกษานี้มีประโยชน์อย่างยิ่งต่อการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมมารดาที่ผ่าท้อง

ทำคลอดด้วยท่าที่ช่วยลดระดับความปวดแผลผ่าตัด และบุตรดูดได้อย่างมีประสิทธิภาพ สามารถนำไปปฏิบัติได้จริง ควรแนะนำให้เป็นการทางเลือกในการให้นมบุตรอีกท่าหนึ่ง

2. เจ้าหน้าที่ผู้ดูแลมารดาหลังคลอด ควรช่วยเหลือ สาริต และติดตามประเมินผลเพื่อให้มารดาหลังผ่าตัดทำคลอดสามารถปฏิบัติทำนอนหงายแบบประยุกต์ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ สามารถนำไปปฏิบัติได้จริงขณะอยู่โรงพยาบาล ทำให้มารดามีความมั่นใจในการนำไปปฏิบัติต่อที่

บ้านเมื่อจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

3. เนื่องจากทำนอนหงายแบบประยุกต์ เป็นท่าที่ผู้วิจัยคิดค้นขึ้นใหม่ จึงควรศึกษาวิจัยเพิ่มเติมถึง อุปสรรค ข้อดี ข้อเสียของทำนอนหงายแบบประยุกต์ รวบรวมความคิดเห็นและข้อเสนอแนะต่างๆ ของผู้ใช้นี้ เพื่อนำมาปรับปรุง พัฒนาทำให้นัมบรตที่ดียิ่งๆ ขึ้นไป เพราะทำให้นัมบรตนั้นเป็นสิ่งสำคัญมากเนื่องจากไม่สามารถให้ผู้อื่นปฏิบัติแทนมารดาได้

บรรณานุกรม

- กุสุมา ชูศิลป์. (2546). การประเมินว่าทารกได้รับน้ำนมพอโดยวิธีแลช (Latch). ใน สำหรับจิตติพันธ์, วีระพงษ์ ฉัตรานนท์, ศิราภรณ์ สวัสดิ์บวร. (บรรณาธิการ). *เลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ความรู้สู่ปฏิบัติ*. (พิมพ์ครั้งที่ 2 หน้า 103-107). กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์กรุงเทพเวชสาร.
- เกรียงศักดิ์ จีระแพทย์. (2554). *การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่: ปัญหาที่พบบ่อยในทารก*. ใน พิมพ์รัตน์ไทยธรรมยานนท์. (บรรณาธิการ). *Essential Issues in Newborn Nursery*. (พิมพ์ครั้งที่ 1 หน้า 1-15). บริษัทธนาเพรส จำกัด.
- ชญาภรณ์ ไวยเนตดา. (2542). *ประสบการณ์ความปวด และการจัดการกับความปวดในหญิงหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง*. ค้นเมื่อ 4 กันยายน 2552, จาก http://v2nat.tripod.com/webdoc/notice/Abstract2542_tik.htm.
- ชลทิศ อุไรฤกษ์กุล. (2552). *การประเมิน LATCH score*. ค้นเมื่อ 2 กันยายน 2552, จาก http://hph4.anamai.moph.go.th/data/cat6/LATCH_assess.pdf.

- ภาควิชาสูติศาสตร์และนรีเวชวิทยา. (2552). *บันทึกการทำผ่าตัดคลอด (cesarean section)*. สงขลา: ภาควิชาสูติศาสตร์และนรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- ภาควิชาวิสัญญีวิทยา. (2540). *Patient Controlled Analgesia Observation Chart*. สงขลา: โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- ภาควิชาสูติศาสตร์และนรีเวชวิทยา. (2553). *รายงานสถิติประจำปี*. สงขลา: คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- ปิยนุช พรหมสาขา ณ สกลนคร. (2551). *พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและการพยาบาลเพื่อการส่งเสริมสุขภาพหลังคลอด*. (ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 2) อุดรธานี: โรงพิมพ์ศักดิ์ศรีอักษรการพิมพ์.
- รุจิเรศ ธนุรักษ์. (2551). *การพยาบาลผู้ป่วยในระยะก่อนและหลังผ่าตัด*. ใน สุปรานี เสนาดีสัย, วรณภา ประไพพานิช. (บรรณาธิการ). *การพยาบาลพื้นฐานแนวคิดและการปฏิบัติ*. (พิมพ์ครั้งที่ 12 หน้า 677-698). กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์จุฑาทอง.

- วงจันทร์ เพชรพิเชฐเชียร. (2547). การประเมินความปวด ปัญหาที่ควรได้รับการแก้ไข. ใน *การดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีความปวดเฉียบพลัน การประยุกต์องค์ความรู้สู่การปฏิบัติ*. (หน้า 49-59). สงขลา: ภาควิชาวิสัญญีวิทยา คณะแพทยศาสตร์ และภาควิชาการพยาบาลศัลยศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- ศศิกันต์ นิมมานรัชต์. (2547). แนวคิดความปวด: องค์ความรู้ใหม่ทศวรรษที่ 21. ใน *การดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีความปวดเฉียบพลัน การประยุกต์องค์ความรู้สู่การปฏิบัติ* (หน้า 1-30). สงขลา: ภาควิชาวิสัญญีวิทยา คณะแพทยศาสตร์ และภาควิชาการพยาบาลศัลยศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- _____. (2553). กลไกการเกิดความปวดและการประเมินความปวดในเวชปฏิบัติ. ใน *ตำราความปวด และการระงับปวดในเวชปฏิบัติ*. (หน้า 1-19). สงขลา: หน่วยผลิตตำรา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- ศิริศักดิ์ นันทะ และชยันต์ธร ทุมมานนท์. (2008). การออกแบบการศึกษาทดลองแบบไขว้กัน *วารสารมหาวิทยาลัยนเรศวร*, 16(3), 255-262.
- สุปราณี เสนาดีสัย. (2551). การพยาบาลผู้ป่วยในระยะก่อนและหลังผ่าตัด. ใน สุปราณี เสนาดีสัย, วรรณภา ประไพพานิช. (บรรณาธิการ) *การพยาบาลพื้นฐานแนวคิดและการปฏิบัติ*. (พิมพ์ครั้งที่ 12 หน้า 677-699). กรุงเทพมหานคร: บริษัท จุฑทอง จำกัด.
- สุอารีย์ อันตรการ, และจิรารัตน์ วงศ์สุทธิ. (2546) *แม่ผ่าท้องคลอด (c/s) ควรเริ่มให้นมแม่เมื่อไร*. ใน *สำหรับ จิตตินันท์, วีระพงษ์ จิตรานนท์, ศิราภรณ์ สวัสดิ์ บวร. (บรรณาธิการ) เลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ความรู้สู่ปฏิบัติ*. (พิมพ์ครั้งที่ 2 หน้า 132-134). กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์กรุงเทพเวชสาร.
- หอผู้ป่วยพิเศษสูติกรรม. (2552-2553). *รายงานสถิติประจำปี*. สงขลา: โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- อวยพร ภัทรภักดีกุล. (2551). *เอกสารวิชาการประกอบการประชุม การพยาบาลสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา ครั้งที่ 4 ฝ่ายบริการพยาบาล โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์*. (อัดสำเนา).
- อำนวย ถิฐาพันธ์. (2553). *ความปวด Pain: concept & mechanism*. ค้นเมื่อ 25 กรกฎาคม 2553, จาก <http://ramacme.ra.mahidol.ac.th/th/?q=node/15>.
- Jenson, D., Wallace, S., & Kelsay, P. (1994). *LATCH: A breastfeeding charting system and documentation tool. JOGNN*, 23(1): 29. Retrived August 20, 2009, Available from <http://www.cdph.ca.gov/programs/breastfeeding/Documents/MO-LatchBreastfeedingAssessment.pdf>.
- Karlstrom, A., Engström-Olofsson, R., Norberg, K. G., Sjöling, M., & Hildingsson, I. (2007). *Postoperative pain after cesarean birth affects breastfeeding and infant care*. Retrived September 1, 2009 Available from: <http://web.ebscohost.com/ehost/detail?hid=119&sid=16f8ea4a-a3bd->

4f45-b383-96783ed22d6b%40sessi
onmgr114&vid=3&bdata=JnNpdG
U9ZWhvc3QtbGl2ZQ%3d%3d#db=
rzh&AN=2009683567.

Ruth, A. Lawrence., & Robert, M. Lawrence.
(2011). *Breastfeeding: A guide for
the medical profession* 7th ed.
Maryland Heights, MO: Elsevier
Mosby, c2011.

Effect of Positioning Breastfeeding on Pain Level and Latch-On for Cesarean Patients*

Nureeha Ritmun** Anchalee Inthasorn**

Abstract

The purpose of this quasi-experimental research was to compare the effect of the modified lying position (MLP) and side-lying position (SLP) on surgical wound pain and latch-on for Cesarean section patients. The study occurred at the OB/GYN ward of Songklanagarind Hospital in southern Thailand. Thirty-two women who didn't have complications in the twenty-four hours after a Cesarean section and had normal nipples and healthy neonates were enrolled in the study. Data was obtained using: 1) A demographic questionnaire 2) A pain assessment chart with a numerical rating scale (NRS) and 3) A breastfeeding charting system (LATCH). The content validity of these questionnaires were examined and approved by three experts. The reliability by Cronbach's alpha Coefficient of a pain assessment chart with a numerical rating scale (NRS), and a breastfeeding charting system (LATCH) was 0.91 and 0.72. This data was analyzed by frequency, percentage, mean, standard deviation, and t-test Wilcoxon-Sign Rank test.

The results revealed that the MLP had a lower pain level than the SLP ($p < 0.001$). Pain was assessed during four steps: 2) positioning for breastfeeding 3) during feeding 4) returning to a normal position after feeding ($p < 0.001$); and step1) resting before feeding ($P\text{-value} = 0.180$), an insignificant difference. The overall LATCH scores of both interventions didn't differ significantly (MLP: $\bar{X} = 7.94$, S.D. = 0.72; SLP: $\bar{X} = 8.11$, S.D. = 0.83). This finding suggest that to reduce the pain level of the surgical wound and allow effective breastfeeding, nurses should teach the modified lying position.

Keyword: positioning; breastfeeding; pain; latch-on

* The research funding was supported by Faculty of Medicine, Prince of Songkla University, Songkhla Province.

** Register Nurse Songklanagarind Hospital, Songkhla Province.

