



ผลของการนวดกดจุดสะท้อนเท้าต่อระยะเวลาให้นมเต็มเต้าและปริมาณน้ำนม
ในมารดาหลังคลอดที่บุตรเข้ารับการรักษาในหออภิบาลทารกแรกเกิด
Effects of Foot Reflexology on Onset of Lactation and Milk Volume
in Postpartum Mothers with Newborns Hospitalized
in a Neonatal Intensive Care Unit

ผกาวัลย์ หนูมาก
Phakawan Noomak

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญา
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการผดุงครรภ์
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirement for the
Degree of Master of Nursing Science in Midwifery
Prince of Songkla University

2564

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์



ผลของการนวดกดจุดสะท้อนเท้าต่อระยะเวลาให้นมเต็มเต้าและปริมาณน้ำนม
ในมารดาหลังคลอดที่บุตรเข้ารับการรักษาในหออภิบาลทารกแรกเกิด
Effects of Foot Reflexology on Onset of Lactation and Milk Volume
in Postpartum Mothers with Newborns Hospitalized
in a Neonatal Intensive Care Unit

ผกาวัลย์ หนูมาก

Phakawan Noomak

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญา
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการผดุงครรภ์
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirement for the
Degree of Master of Nursing Science in Midwifery
Prince of Songkla University

2564

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

ชื่อวิทยานิพนธ์ ผลของการนวดกดจุดสะท้อนเท้าต่อระยะเวลาให้น้ำนมเต็มเต้าและปริมาณน้ำนม
ในมารดาหลังคลอดที่บุตรเข้ารับการรักษาในหออภิบาลทารกแรกเกิด

ชื่อผู้เขียน นางสาวผกาวัลย์ หนูมาก

สาขาวิชา การผดุงครรภ์

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

คณะกรรมการสอบ

.....ประธานกรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร.ศศิกันต์ กาละ) (ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สมจิตร เมืองพิล)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

.....กรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร.ศศิกันต์ กาละ)

.....กรรมการ
(รองศาสตราจารย์ เรือเอกหญิงสุรีย์พร กฤษเจริญ) (รองศาสตราจารย์ เรือเอกหญิงสุรีย์พร กฤษเจริญ)

.....กรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร.โสเพ็ญ ชูนวน)

.....กรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ประภาพร ชูกำเหนิด)

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ อนุมัติให้บัณฑิตวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็น
ส่วนหนึ่งของการศึกษา ตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการผดุงครรภ์

.....
(ศาสตราจารย์ ดร.ดำรงศักดิ์ ฟ้ารุ่งแสง)
คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

ขอรับรองว่า ผลงานวิจัยนี้มาจากการศึกษาของนักศึกษาเอง และได้แสดงความขอบคุณบุคคลที่มีส่วน
ช่วยเหลือแล้ว

ลงชื่อ

(รองศาสตราจารย์ ดร.ศศิกันต์ กาละ)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

ลงชื่อ

(นางสาวผกาวัลย์ หนูมาก)

นักศึกษา

(4)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ผลงานวิจัยนี้ไม่เคยเป็นส่วนหนึ่งในการอนุมัติปริญญาในระดับใดมาก่อน และ
ไม่ได้ถูกใช้ในการยื่นขออนุมัติปริญญาในขณะนี้

ลงชื่อ

(นางสาวผกาวัลย์ หนูมาก)

นักศึกษา

ชื่อวิทยานิพนธ์	ผลของการนวดกดจุดสะท้อนเท้าต่อระยะเวลาให้น้ำนมเต็มเต้าและปริมาณน้ำนม ในมารดาหลังคลอดที่บุตรเข้ารับการรักษาในหออภิบาลทารกแรกเกิด
ชื่อผู้เขียน	นางสาวผกาวัลย์ หนูมาก
สาขาวิชา	การผดุงครรภ์
ปีการศึกษา	2564

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงทดลองแบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุมแบบปกปิดทางเดียว มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบระยะเวลาให้น้ำนมเต็มเต้าและปริมาณน้ำนมในมารดาหลังคลอดที่บุตรเข้ารับการรักษาในหออภิบาลทารกแรกเกิด คัดเลือกจากมารดาหลังคลอดที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์กำหนดที่เข้ารับการรักษา ณ หอผู้ป่วยสูติกรรม โรงพยาบาลหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา ระหว่างเดือนมีนาคม ถึง เดือนพฤษภาคม พ.ศ.2564 จำนวน 50 ราย ดำเนินการสุ่มเข้ากลุ่มโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สุ่มสุ่มเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มทดลอง ($n = 25$) ได้รับการนวดกดจุดสะท้อนเท้าร่วมกับการพยาบาลตามปกติ และกลุ่มควบคุม ($n = 25$) ได้รับการพยาบาลตามปกติ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วยเครื่องมือ 3 ส่วน ได้แก่ (1) เครื่องมือที่ใช้ดำเนินการทดลอง คือ นักวิจัย ผู้ทำหน้าที่นวดกดจุดสะท้อนเท้าให้มารดา (2) เครื่องมือที่ใช้กำกับการทดลอง คือ แบบประเมินทักษะการบีบให้น้ำนมด้วยมือ และ (3) เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย (3.1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล (3.2) แบบบันทึกข้อมูลการคลอด (3.3) แบบบันทึกระยะเวลาให้น้ำนมเต็มเต้า (ชั่วโมง) และ (3.4) แบบบันทึกปริมาณน้ำนม (มิลลิลิตร) โดยเครื่องมือวิจัย ได้แก่ แบบประเมินทักษะการบีบให้น้ำนมด้วยมือ แบบบันทึกระยะเวลาให้น้ำนมเต็มเต้า และแบบบันทึกปริมาณน้ำนม ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาของเครื่องมือดังกล่าวเท่ากับ 1.00 และได้ศึกษานำร่องทดลองใช้เครื่องมือเพื่อตรวจหาความเที่ยงในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 ราย

ผลการศึกษาพบว่า มารดาหลังคลอดที่บุตรเข้ารับการรักษาในหออภิบาลทารกแรกเกิดกลุ่มทดลอง ($M = 46.80, SD = 15.40$) มีระยะเวลาให้น้ำนมเต็มเต้าเร็วกว่ากลุ่มควบคุม ($M = 85.27, SD = 20.12$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -7.59, p < .001$) และ มารดาหลังคลอดที่บุตรเข้ารับการรักษาในหออภิบาลทารกแรกเกิดกลุ่มทดลอง ($M = 8.10, SD = 6.30$) มีปริมาณน้ำนมในวันที่ 1 (24 ชั่วโมงแรกหลังคลอด) มากกว่ากลุ่มควบคุม ($M = 3.09, SD = 4.80$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 3.17, p < .01$) และกลุ่มทดลอง ($M = 15.92, SD = 8.82$) มีปริมาณน้ำนมในวันที่ 2 (24-48 ชั่วโมงหลังคลอด) มากกว่ากลุ่มควบคุม ($M = 4.03, SD = 5.27$) อย่างมีนัยสำคัญ

(6)

ทางสถิติ ($t = 5.79, p < .001$) จากผลการศึกษาครั้งนี้แสดงให้เห็นว่า การนวดกดจุดสะท้อนเท้าเป็นวิธีการส่งเสริมระยะเวลาให้น้ำนมเต็มเต้าและปริมาณน้ำนมที่มีประสิทธิภาพสำหรับมารดาหลังคลอด ดังนั้น บุคลากรสุขภาพควรประยุกต์ใช้เป็นทางเลือกหนึ่งในการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มมารดาหลังคลอดที่บุตรเข้ารับการรักษาในหออภิบาลทารกแรกเกิด

Thesis Title Effects of Foot Reflexology on Onset of Lactation and Milk Volume in Postpartum Mothers with Newborns Hospitalized in a Neonatal Intensive Care Unit

Author Phakawan Noomak

Major Program Midwifery

Academic Year 2021

ABSTRACT

A randomized controlled trial (RCT) using the single-blind technique was conducted to compare the onset of lactation and milk volume in postpartum mothers with newborns hospitalized in a neonatal intensive care unit. The fifty postpartum mothers who were admitted in the obstetric ward, Hat Yai Hospital, Songkhla Province, and met the inclusion criteria during March to May 2021 were recruited. The participants were randomly assigned using the minimized randomization program into two groups. Each group consisted of 25 postpartum mothers with newborns hospitalized in a neonatal intensive care unit. The experimental group ($n = 25$) received foot reflexology combined with routine nursing care. The control group ($n = 25$) received only routine nursing care.

The research instruments comprised three parts, including (1) the intervention instrument, which was the researcher giving foot reflexology to the mothers, (2) the monitoring manual expression skills, and (3) the data-collecting forms: (3.1) the personal information questionnaire, (3.2) the record form of delivery information, (3.3) the record form of onset of lactation (hours), and (3.4) the record form of milk volume (millimeters). All instruments: the monitoring manual expression skills, the record forms of onset of lactation, and milk volume, were validated by three experts, yielding a content validity index (CVI) equal to 1.00. A pilot studied of 10 samples was conducted to test the reliability of the instruments.

The results showed that the experimental group ($M = 46.80$, $SD = 15.40$) had the onset of lactation significantly faster than the control group ($M = 85.27$, $SD = 20.12$) ($t = -7.59$, $p < .001$). In addition, the experimental group ($M = 8.10$,

$SD = 6.30$) had milk volume in day 1 (24 hours postpartum) significantly more than the control group ($M = 3.09$, $SD = 4.80$) ($t = 3.17$, $p < .01$) and the experimental group ($M = 15.92$, $SD = 8.82$) had milk volume in day 2 (24-48 hours postpartum) significantly more than the control group ($M = 4.03$, $SD = 5.27$) ($t = 5.79$, $p < .001$). The findings confirmed that foot reflexology could effectively be applied to postpartum mothers to promote the onset of lactation and milk volume. Therefore, the healthcare personnel are recommended to apply foot reflexology as an alternative method to promote breastfeeding, especially in the group of postpartum mothers with newborns hospitalized in neonatal intensive care units.

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยดีด้วยความกรุณาอย่างยิ่งจาก รองศาสตราจารย์ ดร.ศศิกานต์ กาละ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก และรองศาสตราจารย์ เรือเอกหญิงสุรีย์พร กฤษเจริญ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ที่ได้เสียสละเวลาในการให้คำปรึกษา ให้ข้อเสนอแนะ เพื่อปรับปรุงแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ ด้วยความเอาใจใส่ตลอดจนเป็นกำลังใจที่ดีเสมอมา นักวิจัยรู้สึกซาบซึ้งเป็นอย่างยิ่งจึงกราบขอบพระคุณอาจารย์เป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พิสมัย วัฒนสิทธิ์ ดร.ภัทรศศิริ เหล่าจันทวงศ์ และพว.ประดับ ธรรมโชเต ผู้ทรงคุณวุฒิที่สละเวลาตรวจสอบเครื่องมือวิจัย พร้อมทั้งให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ในการปรับปรุงเครื่องมือวิจัย และขอกราบขอบพระคุณคณะกรรมการ ผู้ทรงคุณวุฒิในสอบวิทยานิพนธ์ทุกท่านที่กรุณาให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ในการนำมาปรับปรุงแก้ไขให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้มีความถูกต้องและสมบูรณ์มากขึ้น

นอกจากนี้ขอกราบขอบพระคุณคณาจารย์ทุกท่านที่ประสิทธิ์ประสาทความรู้ในระหว่างการศึกษา ผู้อำนวยการโรงพยาบาลหาดใหญ่ บุคลากรประจำหอผู้ป่วยสูติกรรม โรงพยาบาลหาดใหญ่ ที่ให้ความช่วยเหลือและอำนวยความสะดวกในการดำเนินการวิจัยจนสำเร็จด้วยดี และที่สำคัญขอขอบคุณมารดาหลังคลอดกลุ่มตัวอย่างทุกท่านที่เสียสละเวลาและให้ความร่วมมือในการดำเนินวิจัยครั้งนี้ด้วยความเต็มใจ

ท้ายที่สุดนี้ขอกราบขอบพระคุณบิดา มารดา ผู้ซึ่งให้การสนับสนุนและมอบกำลังใจที่สำคัญยิ่งตลอดระยะเวลาการศึกษา รวมทั้งขอบคุณมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ที่มอบทุนส่วนหนึ่งในการสนับสนุนการทำวิจัยครั้งนี้ คุณค่าและประโยชน์อื่นใดอันเกิดจากวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ขอมอบแต่ครอบครัว บุพการี คณาจารย์ที่ประสิทธิ์ประสาทวิชา รวมทั้งผู้เกี่ยวข้องทุกท่าน

ผกาวัลย์ หนูมาก

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อ.....	(5)
ABSTRACT.....	(7)
กิตติกรรมประกาศ.....	(9)
สารบัญ.....	(10)
รายการตาราง.....	(12)
รายการภาพประกอบ.....	(14)
บทที่ 1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	5
คำถามการวิจัย.....	5
กรอบแนวคิดการวิจัย.....	5
สมมติฐานการวิจัย.....	9
นิยามศัพท์.....	9
ขอบเขตการวิจัย.....	10
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการวิจัย.....	11
บทที่ 2 วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง.....	12
การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในมารดาหลังคลอดที่บุตรเข้ารับการรักษาในหออภิบาลทารกแรกเกิด.....	13
การสร้างและการหลั่งน้ำนม.....	23
การนวดกดจุดสะท้อนเต้า.....	39
บทที่ 3 วิธีการดำเนินการวิจัย.....	48
แบบแผนวิจัยการทดลอง.....	48
ประชากรเป้าหมายและกลุ่มตัวอย่าง.....	49
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	51
การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ.....	53
การควบคุมปัจจัยคุกคามที่มีอิทธิพลต่อความตรง.....	54
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	56
การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง.....	63
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	63

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
บทที่ 4 ผลการวิจัยและอภิปรายผล.....	65
ผลการวิจัย.....	65
การอภิปรายผล.....	74
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ.....	78
สรุปผลการวิจัย.....	78
จุดแข็งของการวิจัย.....	79
ข้อจำกัดในการวิจัย.....	79
ข้อเสนอแนะ.....	79
เอกสารอ้างอิง.....	81
ภาคผนวก.....	94
ภาคผนวก ก การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง.....	95
ภาคผนวก ข การทดสอบการแจกแจงข้อมูล.....	99
ภาคผนวก ค เครื่องมือที่ใช้ดำเนินการวิจัย.....	109
ภาคผนวก ง แบบฟอร์มพิกซ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง.....	116
ภาคผนวก จ หนังสือรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์.....	130
ภาคผนวก ฉ รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ.....	132
ประวัติผู้เขียน.....	133

รายการตาราง

ตาราง	หน้า
1	จำนวน ร้อยละ และผลทดสอบความแตกต่างของข้อมูลส่วนบุคคลด้านข้อมูลทั่วไป ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม..... 67
2	จำนวน ร้อยละ และผลทดสอบความแตกต่างของข้อมูลส่วนบุคคลด้านข้อมูลการตั้งครรภ์และการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม..... 69
3	จำนวน ร้อยละ และผลทดสอบความแตกต่างของข้อมูลส่วนบุคคลด้านข้อมูลการคลอด ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม..... 71
4	ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และผลทดสอบความแตกต่างของระยะเวลาให้นมเต็มเต้า ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยใช้สถิติทดสอบทีอิสระ..... 72
5	ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และผลทดสอบความแตกต่างของปริมาณน้ำนม ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยใช้สถิติทีอิสระ..... 73
6	ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของปริมาณน้ำนมในมารดาหลังคลอดทารกก่อนกำหนดของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม..... 96
7	ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของระยะเวลาให้นมเต็มเต้าในมารดาหลังผ่าคลอดบุตรทางหน้าท้องของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม..... 97
8	ตรวจสอบการแจกแจงข้อมูลระยะเวลาให้นมเต็มเต้าของมารดาหลังคลอดที่บุตรเข้ารับการรักษาในหออภิบาลทารกแรกเกิดระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยใช้สถิติทดสอบชาฟิโร-วิลค์..... 101
9	ตรวจสอบการแจกแจงข้อมูลระยะเวลาให้นมเต็มเต้าของมารดาหลังคลอดที่บุตรเข้ารับการรักษาในหออภิบาลทารกแรกเกิดระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยคำนวณค่าส่วนประสิทธิผลและความเข้มของการแจกแจงข้อมูล..... 101
10	ตรวจสอบความเป็นเอกพันธ์ของความแปรปรวนของข้อมูลระดับการไหลของน้ำนมแรกรับของมารดาหลังคลอดที่บุตรเข้ารับการรักษาในหออภิบาลทารกแรกเกิดระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม..... 103
11	ตรวจสอบความเป็นเอกพันธ์ของความแปรปรวนของข้อมูลระยะเวลาให้นมเต็มเต้าของมารดาหลังคลอดที่บุตรเข้ารับการรักษาในหออภิบาลทารกแรกเกิดระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม..... 104

รายการตาราง (ต่อ)

ตาราง		หน้า
12	ตรวจสอบการแจกแจงข้อมูลปริมาณน้ำนมของมารดาหลังคลอดที่บุตรเข้ารับการ รักษาในหออภิบาลทารกแรกเกิดระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยคำนวณ ค่าคำนวณค่าสัมประสิทธิ์ความโค้งและความเบ้ของการแจกแจงข้อมูล.....	104
13	ตรวจสอบความเป็นเอกพันธ์ของความแปรปรวนของข้อมูลปริมาณน้ำนมของ มารดาหลังคลอดที่บุตรเข้ารับการรักษานในหออภิบาลทารกแรกเกิดระหว่างกลุ่ม ทดลองและกลุ่มควบคุม.....	108

รายการภาพประกอบ

ภาพ		หน้า
1	กรอบแนวคิดการวิจัย.....	8
2	การแบ่งโซนร่างกายตามทฤษฎีโซน.....	41
3	ตำแหน่งจุดสะท้อนเท้าที่เกี่ยวข้องกับการสร้างและการหลั่งน้ำนม.....	43
4	กระบวนการเก็บรวบรวมข้อมูล.....	62
5	ตารางวิเคราะห์อำนาจการทดสอบ.....	96
6	ฮิสโตแกรมแสดงการแจกแจงข้อมูลระยะเวลาน้ำนมเต็มเต้าของกลุ่มทดลอง.....	100
7	ฮิสโตแกรมแสดงการแจกแจงข้อมูลระยะเวลาน้ำนมเต็มเต้าของกลุ่มควบคุม.....	100

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

แม้ว่าน้านมแม่จะมีคุณประโยชน์นานัปการ แต่การประสบผลสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของประเทศไทยยังไม่ครอบคลุมและยังคงต่ำกว่าเป้าหมายของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ที่กำหนดว่า เด็กไทยอย่างน้อยร้อยละ 50 ต้องได้รับนมแม่อย่างเดียวจนถึงอายุ 6 เดือน ภายในปี พ.ศ. 2568 (กรมอนามัย, 2564) สอดคล้องกับเป้าหมายขององค์การอนามัยโลก แต่จากข้อมูลการสำรวจสถานการณ์เด็กและสตรีในประเทศไทยที่จัดทำโดยสำนักงานสถิติแห่งชาติร่วมกับองค์การทุนเพื่อเด็กแห่งสหประชาชาติ (The United Nations Children's Fund [UNICEF]) ในปี พ.ศ. 2562 พบว่า มีทารกไทยเพียงร้อยละ 14 เท่านั้นที่ได้รับนมแม่อย่างเดียวจนถึงอายุ 6 เดือน (Thailand MICS, 2020) ซึ่งมีแนวโน้มลดลงจากข้อมูลสถิติปี พ.ศ. 2559 ที่พบว่า มีทารกไทยร้อยละ 23.10 ได้รับนมแม่อย่างเดียวจนถึงอายุ 6 เดือน (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2559; Thailand MICS, 2016) โดยเฉพาะในกลุ่มทารกป่วยจะยิ่งมีโอกาสการได้รับนมแม่อย่างเดียวลดลง ทั้งนี้มีการเก็บรวบรวมและเผยแพร่อัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในทารกกลุ่มดังกล่าวไม่มากนัก จากข้อมูลสถิติของสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี พบว่า ในปี พ.ศ. 2556 มีทารกที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลตั้งแต่แรกเกิดที่ได้รับนมแม่อย่างเดียวจนถึงอายุ 6 เดือนร้อยละ 43.14 (สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมคุณภาพ, 2557) และในปี พ.ศ. 2559-2561 พบว่า การได้รับนมแม่อย่างเดียวจนถึงอายุ 6 เดือนมีแนวโน้มลดลงเหลือเพียงร้อยละ 25.42-34 เท่านั้น (สุนตรา, ศิริลักษณ์, วรณิ, สุกัญญา, และสุพัตรา, 2562) ซึ่งยังคงต่ำกว่าเป้าหมายที่กำหนด จากข้อมูลสถิติดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในมารดาที่ทารกป่วยหรือมารดาที่บุตรเข้ารับการรักษาในหออภิบาลทารกแรกเกิดยังคงมีปัญหาและอุปสรรคที่บุคลากรสุขภาพควรให้ความสำคัญ

ปัญหาและอุปสรรคสำคัญของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในมารดาหลังคลอดที่บุตรเข้ารับการรักษาในหออภิบาลทารกแรกเกิด ได้แก่ การที่มารดาต้องเผชิญกับการถูกแยกจากทารกตั้งแต่ระยะแรกหลังคลอด ทำให้ทารกไม่ได้ดูดกระตุ้นการสร้างน้ำนมและไม่ได้ดูดกระตุ้นอย่างต่อเนื่อง ปริมาณน้ำนมของมารดาจึงลดลงและหยุดการสร้างน้ำนมในที่สุด (ศศิกันต์และรังสินันท์, 2559) นอกจากนี้มารดายังมีความเครียดและวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการของบุตร และมีความรู้สึกล้มเหลวในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่จึงส่งผลให้น้ำนมลดลง รวมทั้งความปวดจากการคลอดก็เป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่ทำให้มารดาเกิดความไม่สบายทำให้ร่างกายหลั่งสารโดปามีน (dopamine) มายับยั้งกลไกการสร้างและการหลั่งน้ำนม (milk production and milk ejection) (อริสรา, สุสัณหา, และ

นงลักษณ์, 2562) ส่งผลให้น้ำนมมารดาลดลงได้ จะเห็นได้ว่าปัญหาต่าง ๆ ที่กล่าวมาล้วนเป็นอุปสรรคสำคัญต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ทั้งสิ้น บุคลากรสุขภาพจึงควรศึกษาและส่งเสริมการสร้างและการหลั่งน้ำนมเพื่อสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดาที่บุตรเข้ารับการรักษาในหออภิบาลทารกแรกเกิด เพราะในน้ำนมแม่มีสารอาหารที่มีความจำเพาะต่อทารกโดยเฉพาะทารกป่วย เนื่องจากน้ำนมแม่ 2-3 วันแรกหลังคลอดนั้นเปรียบเสมือนยาและวัคซีนที่ช่วยเพิ่มภูมิคุ้มกันให้แก่ทารก ส่งผลต่อการพัฒนาการสมอง จอประสาทตา การย่อยและการดูดซึมอาหาร ลดการเกิดลำไส้อักเสบ ลดการติดเชื้อ ทำให้ทารกที่มีภาวะแทรกซ้อนออกจากโรงพยาบาลได้เร็วกว่าทารกที่ไม่ได้รับนมแม่ (มูลนิธิศูนย์นมแม่แห่งประเทศไทย, 2560ก) และยังเป็นจุดเริ่มต้นในการสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างต่อเนื่อง (Woldeamanuel, 2020) นำไปสู่เป้าหมายตามท้องค้การอนามัยโลกแนะนำให้ทารกได้รับนมแม่อย่างเดียวน 6 เดือน และให้นมแม่ร่วมกับอาหารตามวัยต่อเนื่องจนถึง 2 ปี หรือนานกว่านั้น (WHO, 2019a)

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องพบว่า การส่งเสริมการสร้างและการหลั่งน้ำนมในมารดาหลังคลอดที่ต้องแยกจากบุตรตั้งแต่วัยแรกหลังคลอด เนื่องจากบุตรเข้ารับการรักษาในหออภิบาลทารกแรกเกิดมีวิธีการจัดการ 2 ด้าน ได้แก่ การดูแลด้านจิตใจ และการดูแลด้านร่างกาย สำหรับการดูแลด้านจิตใจ ได้แก่ การจัดการความเครียดของมารดาโดยใช้ดนตรีบำบัด มีการศึกษาพบว่า มารดาที่ได้รับดนตรีบำบัดมีการหลั่งของน้ำนมแม่เพิ่มขึ้น (Ak, Lakshmanagowda, Pradeep, & Goturu, 2015) และการสนับสนุนจากครอบครัว สังคม และการเสริมสร้างพลังอำนาจของมารดา ทำให้มารดาสามารถบีบเก็บน้ำนมได้มากขึ้น (ปิยาพรและวิณา, 2557)

อีกวิธีการจัดการคือ การดูแลด้านร่างกาย สามารถจำแนกได้ 5 วิธีการ ได้แก่ (1) การนวดเต้านม ได้แก่ การนวดเต้านมด้วยตนเอง (มาริยา, ศศิกานต์, และวรางคณา, 2562) เนื่องจากเต้านมเป็นอวัยวะที่พึ่งสวงและอ่อนไหวของเพศหญิง การนวดเต้านมด้วยตนเองจึงมีความเหมาะสมกับมารดาหลังคลอด ทั้งนี้มารดาต้องได้รับการฝึกทักษะหรือเตรียมความพร้อมตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์หรือระยะหลังคลอดหากมารดาไม่มีความเหนียวแน่นและมีความพร้อมทั้งทางร่างกายและจิตใจ จะทำให้ไม่ให้เกิดความล่าช้าในการสร้างและการหลั่งน้ำนมระยะที่ 2 (lactogenesis II) การนวดอีกรูปแบบหนึ่งคือ การนวดเต้านมโดยบุคลากรสุขภาพ (กนกพร, พรรณรัตน์, และสุดาภรณ์, 2561; Cherian, 2019) เป็นวิธีการที่ปฏิบัติโดยทั่วไป มีค่าใช้จ่ายน้อย มีความสะดวก เนื่องจากบุคลากรสุขภาพสามารถนวดเต้านมให้ได้ทันทีเมื่อมารดามีความพร้อม และไม่มีผลข้างเคียง (Cherian, 2019) แต่อย่างไรก็ตามมีการศึกษาพบว่า การนวดเต้านมด้วยตนเองช่วยให้ น้ำนมไหลเร็วกว่าการนวดของบุคลากรสุขภาพหรือสามี (ทรรศวรรณจินดา, ผ่องศรี, เพ็ญทิรา, และมฤณี, 2556) (2) การใช้ความร้อนประคบ (กนกพรและคณะ, 2561; กฤษณาและกรรณิการ์, 2560; สร้อยเพชร, 2556) เป็นวิธีการที่ผู้ปฏิบัติต้องเรียนรู้วิธีการ ระยะเวลาในการประคบร้อน ระดับอุณหภูมิที่เหมาะสมและที่สำคัญต้องใช้ความระมัดระวัง ต้องหลีกเลี่ยงการประคบร้อนบริเวณหัวนมเพราะเป็นบริเวณที่มี

ความบอบบาง มีการศึกษาพบว่า การประคบร้อนด้วยลูกประคบสมุนไพร ช่วยส่งเสริมการไหลของน้ำนมและทำให้ร่างกายเกิดการผ่อนคลาย อีกทั้งมีผลโดยอ้อมต่อการลดความปวด (สร้อยเพ็ชร, 2556)

(3) การนวดกดจุด ได้แก่ การนวดกดจุดสะท้อนเท้า เป็นวิธีการที่ช่วยปรับปรุงสุขภาพให้เกิดความผ่อนคลาย การนวดกดจุดสะท้อนเท้าในตำแหน่งที่เกี่ยวข้องกับการสร้างและการหลั่งน้ำนมจึงสามารถส่งเสริมให้มารดาที่เลี้ยงลูกด้วยนมแม่มีการสร้างและการหลั่งน้ำนมเพิ่มมากขึ้น (ศุภาว์, 2561; Danasu, 2015) เนื่องจากการนวดกดจุดสะท้อนเท้ากระตุ้นให้เกิดการหลั่งฮอร์โมนที่มีความสำคัญในการสร้างและหลั่งน้ำนมจากต่อมใต้สมอง นั่นคือ ฮอร์โมนโพรแลคติน (prolactin) และฮอร์โมนออกซิโทซิน (oxytocin) มาอยู่ในกระแสเลือด จากนั้นถูกลำเลียงไปยังอวัยวะเป้าหมายผ่านระบบการไหลเวียนเลือดหรือน้ำเหลืองทั่วร่างกาย (Howie, 2021) ส่งผลให้เต้านม ต่อม้าน้ำนม และต่อมน้ำนมทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพทำให้เกิดกระบวนการสร้างและการหลั่งน้ำนม นอกจากนี้ยังพบว่า การนวดกดจุดสะท้อนเท้าเป็นวิธีการที่สะดวก เป็นที่ยอมรับ และไม่มีผลข้างเคียง (Mirzaie, Mohammad-Alizadeh-Charandabib, Goljarianc, Mirghafourvandd, & Hoseinie, 2018) สำหรับการนวดกดจุดอีกรูปแบบหนึ่งคือ การนวดกดจุดแบบทุยหนา เป็นวิธีการนวดกดจุดแบบโบราณของแพทย์แผนจีน ต้องใช้ผู้ปฏิบัติที่มีทักษะความชำนาญโดยเฉพาะจึงต้องผ่านการฝึกฝนมาเป็นอย่างดี เนื่องจากเป็นวิธีการที่ค่อนข้างยาก (Lu, Ye, Qiu, Wang, & Zheng, 2019) (4) การใช้ยา ได้แก่ ยาโดมเพอริโดน (Domperidone) ช่วยกระตุ้นการสร้างน้ำนมแต่อาจมีอาการข้างเคียงอื่น ๆ จากการใช้ยา เช่น ปากแห้ง ปวดศีรษะ ปวดท้อง ใจสั่น (ปราณี, 2559) อย่างไรก็ตาม ในการศึกษาของฟาซิลลา และคณะ (Fazilla, Tjipta, Ali, & Sianturi, 2017) ยังไม่พบผลข้างเคียงจากการใช้ยาดังกล่าว การใช้ยาอีกรูปแบบหนึ่งคือ ยาสมุนไพรหรือยาประสมน้ำนม มีการศึกษาพบว่า ยาประสมน้ำนมมีประสิทธิภาพทำให้มีปริมาณน้ำนมมากกว่ายาโดมเพอริโดน อีกทั้งยังมีความปลอดภัยมากกว่ายาโดมเพอริโดน (ขวัญตา, 2560) เช่นเดียวกับการศึกษายาสมุนไพรบำรุงน้ำนม พบว่า มีประสิทธิภาพทำให้มีปริมาณน้ำนมมากและน้ำนมมาเร็วกว่าได้รับยาโดมเพอริโดนที่ 32 และ 40 ชั่วโมงหลังคลอด (กรรณิการ์และธิดารัตน์, 2563) และ (5) อาหารหรือสมุนไพรบำรุงน้ำนม มีการศึกษาพบว่า การรับประทานอาหารหรือสมุนไพรบำรุงน้ำนมทำให้ปริมาณน้ำนมเฉลี่ยในวันที่ 3 เพิ่มขึ้น (Abdou & Fathey, 2018)

จะเห็นได้ว่า มีแนวทางการส่งเสริมการสร้างและการหลั่งน้ำนมหลายวิธีการ บางวิธีการมีการศึกษาและถือเป็นแนวปฏิบัติกันอย่างแพร่หลาย บางวิธีการมีข้อจำกัด เช่น มารดาหลังคลอดจำเป็นต้องมีทักษะที่สามารถปฏิบัติได้ด้วยตนเอง จึงควรได้รับการฝึกทักษะและเตรียมความพร้อมตั้งแต่ในระยะตั้งครรภ์ เพราะหากได้รับการสอนในระยะหลังคลอดจะทำให้เกิดความล่าช้าในการกระตุ้นน้ำนมได้ และบางวิธีการมีโอกาสเกิดผลข้างเคียง อย่างไรก็ตามในกลุ่มมารดาหลังคลอดที่บุตรเข้ารับการรักษาในหออภิบาลทารกแรกเกิดย่อมมีความเครียดและวิตกกังวล มีความไม่สุขสบายจากการคลอด และขาดการดูดกระตุ้นน้ำนมของทารก (suckling) ซึ่งกลไกดังกล่าวจะส่งผลให้การสร้าง

และการหลั่งน้ำนมลดลง การส่งเสริมให้มารดาหลังคลอดได้รับการกระตุ้นน้ำนมโดยเร็วที่สุดในมารดาที่ทารกไม่ได้ดูดกระตุ้นน้ำนม ช่วยให้ทารกที่ป่วยได้รับนมแม่โดยเร็วที่สุด ส่งผลให้ภาวะสุขภาพของทารกฟื้นตัวได้เร็ว และยังทำให้มารดารู้สึกมีคุณค่าจากการได้แสดงบทบาทการเป็นมารดาในการเตรียมความพร้อมให้มึน้ำนมเพียงพอสำหรับการเลี้ยงดูบุตร (รังสินันท์, ศศิกานต์, และวรางคณา, 2563) บุคลากรสุขภาพจึงต้องสนับสนุนการกระตุ้นน้ำนมโดยเร็ว โดยการเลือกใช้วิธีการส่งเสริมการสร้างและการหลั่งน้ำนมที่เหมาะสมกับบริบทของมารดาและมีประสิทธิภาพมากที่สุด

ดังนั้น การนวดกดจุดสะท้อนเต้านมจึงเป็นวิธีการหนึ่งที่เหมาะสมกับบริบทมารดาหลังคลอดที่บุตรเข้ารับการรักษาในหออภิบาลทารกแรกเกิด เนื่องจากการที่ทารกเข้ารับการรักษาในหออภิบาลทารกแรกเกิดตั้งแต่วัยแรกหลังคลอดเป็นเหตุการณ์ที่ไม่สามารถคาดการณ์ได้ล่วงหน้า มารดาหลังคลอดมีความอ่อนล้าทั้งทางร่างกายและจิตใจ มีความเครียดและวิตกกังวล (John, Forster, Amir, & McLachlan, 2013) การเตรียมความพร้อมเพื่อนวดเต้านมด้วยตนเองจึงมีข้อจำกัดและต้องรอเวลา ส่งผลให้กระบวนการสร้างและการหลั่งน้ำนมล่าช้าได้ การช่วยเหลือสนับสนุนจากบุคลากรสุขภาพที่ผ่านการอบรมการนวดกดจุดสะท้อนเต้านมมาแล้วนั้นทำให้สามารถดูแลและกระตุ้นการสร้างและการหลั่งน้ำนมให้มารดาหลังคลอดได้รวดเร็ว เป็นวิธีการที่ไม่มีผลข้างเคียง ประหยัดค่าใช้จ่าย ช่วยให้มารดาเกิดความผ่อนคลาย และที่สำคัญคือช่วยส่งเสริมการสร้างและการหลั่งน้ำนม โดยเมื่อมารดาหลังคลอดได้รับการนวดกดจุดสะท้อนเต้านมจะส่งเสริมให้เกิดการผลิตฮอร์โมนที่เกี่ยวข้องกับการสร้างน้ำนมและการหลั่งน้ำนมจากต่อมใต้สมอง ได้แก่ ฮอร์โมนโพรแลคตินที่หลั่งจากต่อมใต้สมองส่วนหน้าทำหน้าที่เกี่ยวข้องกับการสร้างน้ำนม และฮอร์โมนออกซิโทซินที่หลั่งจากต่อมใต้สมองส่วนหลังทำหน้าที่เกี่ยวข้องกับการหลั่งน้ำนม เมื่อฮอร์โมนดังกล่าวหลั่งออกมาจะถูกส่งเข้าสู่กระแสเลือดโดยตรงและส่งต่อไปยังเต้านม ทำให้ต่อมน้ำนมและท่อน้ำนมทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Howie, 2021) นอกจากนี้การนวดกดจุดสะท้อนเต้านมยังกระตุ้นประสาทสัมผัสทำให้เกิดการหลั่งฮอร์โมนเอนโดรฟิน (endorphin) และฮอร์โมนออกซิโทซินซึ่งเป็นฮอร์โมนแห่งความสุข (Satapathy, Pareek, & Pahwa, 2020; Vittner et al., 2019) ส่งผลให้ระดับฮอร์โมนคอร์ติซอล (cortisol) ซึ่งเป็นฮอร์โมนแห่งความเครียดอยู่ในระดับสมดุล (อำไพ, บุญยาพร, รุ่งฤดี, และอรุณเนตร, 2562) จึงไม่หลั่งโดปามีนที่เป็นสารสื่อประสาท (neuro-transmitter) มีหน้าที่ยับยั้งการหลั่งฮอร์โมนโพรแลคตินและฮอร์โมนออกซิโทซิน ทำให้การสร้างและการหลั่งน้ำนมในมารดาหลังคลอดเพิ่มขึ้น ซึ่งสามารถประเมินได้จากระยะเวลาให้นมเต็มเต้า (Zhang et al., 2018) และปริมาณน้ำนมของมารดา (ศิริไทและสมทรง, 2559)

อย่างไรก็ตาม การศึกษาการนวดกดจุดสะท้อนเต้านมที่เกี่ยวข้องกับระยะเวลาให้นมเต็มเต้าและปริมาณน้ำนมยังมีการศึกษาน้อยซึ่งพบในการศึกษาต่างประเทศและเป็นการศึกษาเชิงทดลองแบบสุ่มที่มีกลุ่มควบคุมค่อนข้างน้อย และยังไม่มีการศึกษาในประเทศไทย ด้วยเหตุนี้

นักวิจัยจึงมีความสนใจศึกษาผลของการนวดกดจุดสะท้อนเท้าต่อระยะเวลาให้นมเต็มเต้าและปริมาณน้ำนมในมารดาหลังคลอดที่บุตรเข้ารับการรักษาในหออภิบาลทารกแรกเกิด เพื่อส่งเสริมการสร้างและการหลั่งน้ำนมในมารดาหลังคลอดที่บุตรเข้ารับการรักษาในหออภิบาลทารกแรกเกิดและใช้เป็นแนวทางหนึ่งในการสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ตั้งแต่แรกเริ่มและต่อเนื่องต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เปรียบเทียบระยะเวลาให้นมเต็มเต้าในมารดาหลังคลอดที่บุตรเข้ารับการรักษาในหออภิบาลทารกแรกเกิด ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการนวดกดจุดสะท้อนเท้าและกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ
2. เปรียบเทียบปริมาณน้ำนมในมารดาหลังคลอดที่บุตรเข้ารับการรักษาในหออภิบาลทารกแรกเกิด ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการนวดกดจุดสะท้อนเท้าและกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

คำถามการวิจัย

1. มารดาหลังคลอดที่บุตรเข้ารับการรักษาในหออภิบาลทารกแรกเกิด กลุ่มที่ได้รับการนวดกดจุดสะท้อนเท้ามีระยะเวลาให้นมเต็มเต้าเร็วกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติหรือไม่
2. มารดาหลังคลอดที่บุตรเข้ารับการรักษาในหออภิบาลทารกแรกเกิด กลุ่มที่ได้รับการนวดกดจุดสะท้อนเท้ามีปริมาณน้ำนมมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติหรือไม่

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้นำกลไกการสร้างและการหลั่งน้ำนมระยะที่ 2 (lactogenesis II) ของมารดาหลังคลอด ร่วมกับการนวดกดจุดสะท้อนเท้า (foot reflexology) มาเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย กล่าวคือ ในระยะหลังคลอดระดับของฮอร์โมนโปรเจสเตอโรน (progesterone) และฮอร์โมนเอสโตรเจน (estrogen) จะลดระดับลง ทำให้ฮอร์โมนโปรแลคตินสามารถออกฤทธิ์ในการสร้างน้ำนมได้ถึงแม้จะมีระดับลดลงเช่นเดียวกัน และในมารดาหลังคลอดโดยทั่วไปจะมีการดูดกระตุ้นน้ำนมของทารกไปกระตุ้นต่อมใต้สมองส่วนหน้า (anterior pituitary gland) ให้หลั่งฮอร์โมนโปรแลคตินที่ทำหน้าที่ในการสร้างน้ำนม อีกทั้งยังกระตุ้นการทำงานของต่อมใต้สมองส่วนหลัง (posterior pituitary gland) ให้หลั่งฮอร์โมนออกซิโทซิน ส่งผลให้เซลล์กล้ามเนื้ออีโอพีทีเลียล (myoepithelial cell) ที่

อยู่รอบ ๆ ต่อม้าน้ำนมหลังตัวจึงเกิดการหลั่งน้ำนม (Lawrence & Lawrence, 2016) หากฮอร์โมนโปรแลคตินและฮอร์โมนออกซิโทซินมีการทำงานอย่างมีประสิทธิภาพ จะทำให้การสร้างและการหลั่งน้ำนมเพิ่มขึ้นและเพียงพอสำหรับการเลี้ยงดูบุตร

อย่างไรก็ตาม ในกรณีที่มารดาต้องแยกจากบุตรตั้งแต่ระยะแรกหลังคลอดเนื่องจากบุตรเข้ารับการรักษาในหออภิบาลทารกแรกเกิดจะทำให้กลไกที่ช่วยส่งเสริมการสร้างและการหลั่งน้ำนมที่เกิดจากการดูดกระตุ้นน้ำนมของทารกขาดหายไป อีกทั้งมารดาที่ย่อมมีความเครียดและวิตกกังวลจึงทำให้สมองส่วนไฮโปทาลามัส (hypothalamus) หลั่งโดปามีนซึ่งเป็นสารสื่อประสาทที่มีหน้าที่หลักคือยับยั้งการหลั่งฮอร์โมนโปรแลคตินและฮอร์โมนออกซิโทซิน (อริสราและคณะ, 2562) นอกจากนี้มารดาหลังคลอดยังต้องเผชิญกับความไม่สุขสบายจากแผลฝีเย็บหรือแผลผ่าตัดคลอด จึงส่งผลให้การสร้างและการหลั่งน้ำนมลดลง (กนกพรและคณะ, 2560; John et al., 2013) ได้เช่นกัน

การนวดกดจุดสะท้อนเต้า ประกอบด้วยการนวดเต้าทั่วไป เป็นกระบวนการกด นวด กระตุ้นเต้า เต้า หลังเต้า นิ้วเต้า ข้อเต้า และน่อง เพื่อให้กล้ามเนื้อเกิดความผ่อนคลายและเป็นการเตรียมความพร้อมสำหรับการกดจุดสะท้อนเต้า (ประเสริฐ, 2563) และการกดจุดสะท้อนเต้า เป็นกระบวนการที่ช่วยกระตุ้นการทำงานของอวัยวะที่เกี่ยวข้องกับการสร้างและการหลั่งน้ำนม โดยการใช้มือและอุปกรณ์สำหรับการนวดกดจุดสะท้อนเต้ากดไปยังตำแหน่งจุดสะท้อนที่เต้าในจังหวัดหนองเน้น นิ่ง ซึ่งมี 4 ตำแหน่ง ได้แก่ (1) ตำแหน่งจุดสะท้อนที่ 4 คือ ต่อมใต้สมอง (pituitary gland) (2) ตำแหน่งจุดสะท้อนที่ 43 คือ ทรวงอก เต้านม (breast) (3) ตำแหน่งจุดสะท้อนที่ 20 คือ ร่างแหประสาทส่วนท้อง (solar plexus) และ (4) ตำแหน่งจุดสะท้อนที่ 22 คือ ไต (kidney) (Mirzaie et al., 2018; Mohammadpour, Valiani, Sadeghnia, & Talakoub, 2018) ขั้นตอนนี้เป็นกระบวนการกระตุ้นระบบไหลเวียนเลือดทำให้เต้านม ต่อม้าน้ำนม ท่อน้ำนมทำงานมีประสิทธิภาพ เกิดการหลั่งฮอร์โมนโปรแลคตินและฮอร์โมนออกซิโทซินจากต่อมใต้สมอง ส่งผลให้มีการสร้างและการหลั่งน้ำนมเพิ่มขึ้น สำหรับบริเวณร่างแหประสาทส่วนท้องเป็นจุดศูนย์กลางของระบบประสาทส่วนท้องซึ่งอยู่ในโซนเดียวกับตำแหน่งทรวงอก เต้านม (ภัทรศศิริ, 2563; อ่ำไพและคณะ, 2562) มีหน้าที่ควบคุมระบบทางเดินอาหาร ทำให้การดูดซึมสารอาหารดีขึ้นและช่วยปรับสมดุลหยินหยางในร่างกาย และตำแหน่งไต เป็นตำแหน่งที่การแพทย์แผนจีนเชื่อว่าเป็นรากฐานของชีวิต เป็นจุดเริ่มต้นของเส้นลมปราณและสามารถช่วยปรับสมดุลหยินหยางในร่างกายของมารดาหลังคลอดได้เช่นกัน เนื่องจากมารดาหลังคลอดมักสูญเสียพลังลมปราณหรือพลังชี (Qi) ไปมากจากความเหนื่อยล้าและการสูญเสียเลือดจากการคลอด ซึ่งเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้มารดามีน้ำนมไม่เพียงพอ (อ่ำไพและคณะ, 2562)

นอกจากนี้การนวดกดจุดสะท้อนเต้ายังเป็นการกระตุ้นประสาทสัมผัสทำให้เกิดการหลั่งฮอร์โมนเอนโดรฟินและฮอร์โมนออกซิโทซินซึ่งเป็นฮอร์โมนแห่งความสุข (Satapathy et al., 2021; Vittner et al., 2019) ส่งผลให้ระดับฮอร์โมนคอร์ติซอลซึ่งเป็นฮอร์โมนแห่งความเครียดอยู่ใน

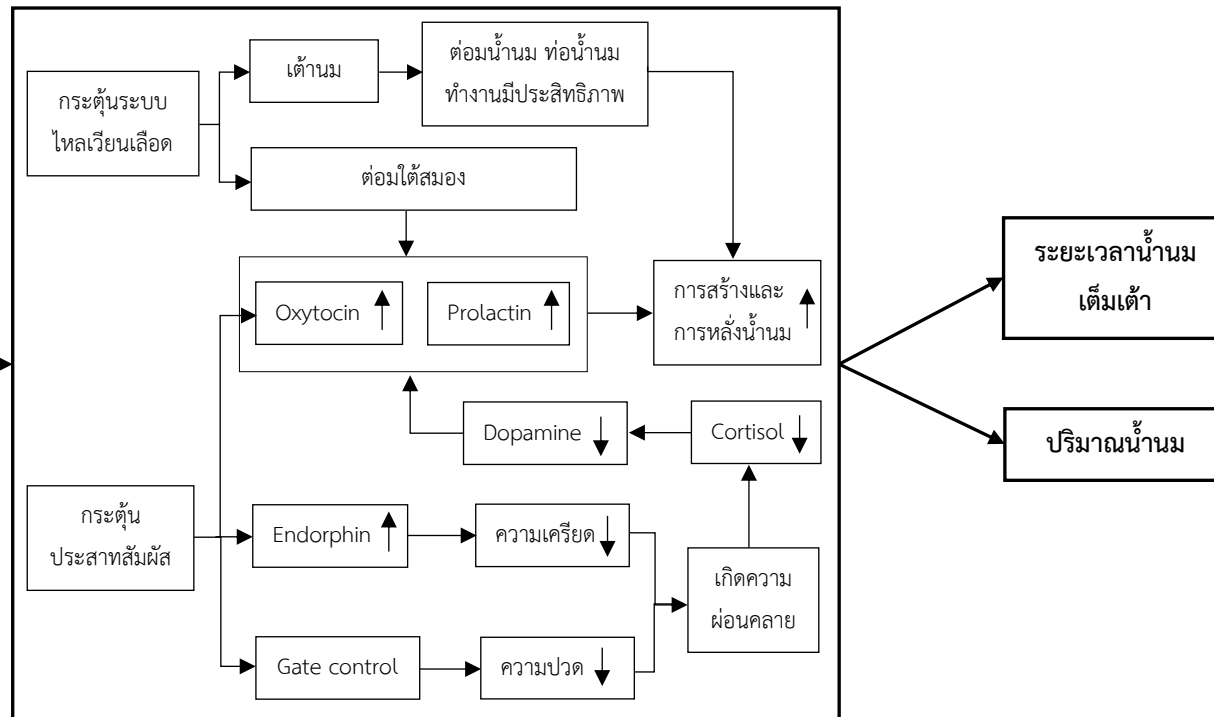
ระดับที่สมดุล (อำไพและคณะ, 2562) ทั้งนี้หากมารดามีฮอร์โมนคอติซอลอยู่ในระดับสูง จะเกิดการหลั่งสารโดปามีนซึ่งเป็นสารยับยั้งการสร้างน้ำนม (อริสราและคณะ, 2562) ส่งผลให้มารดามีน้ำนมไม่เพียงพอต่อความต้องการของทารก อีกทั้งการนวดกดจุดสะท้อนเท้าที่เหมาะสมจะช่วยลดการกระตุ้นอารมณ์ทางลบ เช่น ความเครียดและวิตกกังวล และยังช่วยยับยั้งสารสื่อประสาทในกลไกการเปิดปิดที่ระดับไขสันหลัง (opening-closing gate mechanism at the spinal cord) ทำให้ความปวดลดลง (สรารุติ, 2560; Fritz & Luke, 2020; Nehal, 2019) เกิดความผ่อนคลาย ร่างกายของมารดาไม่หลั่งสารยับยั้งการสร้างและการหลั่งน้ำนม

จะเห็นได้ว่า ผลจากการนวดกดจุดสะท้อนเท้าสามารถลดความเครียดและวิตกกังวล ลดความปวดจากการคลอด มารดาเกิดความผ่อนคลาย และที่สำคัญคือการนวดกดจุดสะท้อนเท้าช่วยส่งเสริมให้เกิดกลไกการสร้างและการหลั่งน้ำนมแทนการดูดกระตุ้นน้ำนมของทารก (Mirzaie et al., 2018; Mohammadpour et al., 2018; Nehal, 2019) ทำให้มารดาหลังคลอดที่บุตรเข้ารับการรักษาในหออภิบาลทารกแรกเกิดมีระยะเวลาน้ำนมเต็มเต้าที่รวดเร็วและมีปริมาณน้ำนมมากขึ้นเพียงพอับความต้องการของทารก ส่งผลให้มารดาหลังคลอดสามารถเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวได้อย่างน้อย 6 เดือนและเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้อย่างต่อเนื่อง โดยกรอบแนวคิดการวิจัยแสดงได้ดังภาพ 1

**การนวดกดจุด
สะท้อนเท้า**

1. การนวดเท้าทั่วไป
การกด นวด กระตุ้นฝ่าเท้า
หลังเท้า นิ้วเท้า ข้อเท้า และน่อง

2. การกดจุดสะท้อนเท้า
จุดที่ 4 ต่อมใต้สมอง
จุดที่ 43 ทรวงอก เต้านม
จุดที่ 20 ร่างแหประสาทส่วนท้อง
จุดที่ 22 ไต



ภาพ 1. กรอบแนวคิดการวิจัย

สมมติฐานการวิจัย

1. มารดาหลังคลอดที่บุตรเข้ารับการรักษาในหออภิบาลทารกแรกเกิดกลุ่มที่ได้รับ การนวดกดจุดสะท้อนเท้ามีระยะเวลาน้ำนมเต็มเต้าเร็วกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ
2. มารดาหลังคลอดที่บุตรเข้ารับการรักษาในหออภิบาลทารกแรกเกิดกลุ่มที่ได้รับ การนวดกดจุดสะท้อนเท้ามีปริมาณน้ำนมมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

นิยามศัพท์

การนวดกดจุดสะท้อนเท้า หมายถึง วิธีการส่งเสริมการสร้างและการหลั่งของน้ำนม ประกอบด้วย 2 ขั้นตอน ได้แก่ (1) การนวดเท้าทั่วไป เป็นกระบวนการเตรียมความพร้อมสำหรับการ กดจุดสะท้อนเท้า โดยการใช้นิ้วมือและอุปกรณ์สำหรับการนวดกดจุดสะท้อนเท้า ทำการกด นวด กระตุ้นฝ่าเท้า หลังเท้า นิ้วเท้า ข้อเท้า และน่อง เพื่อให้กล้ามเนื้อเกิดความผ่อนคลาย และ (2) การกดจุด สะท้อนเท้า เป็นกระบวนการที่ช่วยกระตุ้นการทำงานของอวัยวะที่เกี่ยวข้องกับการสร้างและการหลั่ง น้ำนม โดยการใช้มือและอุปกรณ์สำหรับการนวดกดจุดสะท้อนเท้าออกแรงระดับปานกลางในระดับที่ ลึกกว่าการนวดทั่วไป กดไปยังตำแหน่งจุดสะท้อนที่เท้าในจังหวัดหนอง เน้น นิ่ง ซึ่งมี 4 ตำแหน่ง ได้แก่ (1) ตำแหน่งจุดสะท้อนที่ 4 คือ ต่อมใต้สมอง (pituitary gland) (2) ตำแหน่งจุดสะท้อนที่ 43 คือ ทรวงอก เต้านม (breast) (3) ตำแหน่งจุดสะท้อนที่ 20 คือ ร่างแหประสาทส่วนท้อง (solar plexus) และ (4) ตำแหน่งจุดสะท้อนที่ 22 คือ ไต (kidney) ขั้นตอนนี้เป็นกระบวนการกระตุ้นระบบไหลเวียน เลือด ทำให้เต้านม ต่อมใต้สมอง ท่อน้ำนมทำงานมีประสิทธิภาพ เกิดการหลั่งฮอร์โมนโปรแลคตินและ ฮอร์โมนออกซิโทซินจากต่อมใต้สมอง ส่งผลให้มีการสร้างและการหลั่งน้ำนมเพิ่มขึ้น สำหรับบริเวณ ร่างแหประสาทส่วนท้องเป็นจุดศูนย์กลางของระบบประสาทส่วนท้องซึ่งอยู่ในโซนเดียวกับตำแหน่ง ทรวงอก เต้านม มีหน้าที่ควบคุมระบบทางเดินอาหาร ทำให้การดูดซึมสารอาหารดีขึ้นและช่วยปรับ สมดุลหยินหยางในร่างกาย และตำแหน่งไต เป็นตำแหน่งที่การแพทย์แผนจีนเชื่อว่าเป็นรากฐานของ ชีวิต เป็นจุดเริ่มต้นของเส้นลมปราณและสามารถช่วยปรับสมดุลหยินหยางในร่างกายของมารดาหลัง คลอดได้เช่นกัน ในขณะที่เดียวกันการนวดกดจุดสะท้อนเท้ายังกระตุ้นปลายประสาทสัมผัส เกิดการ หลั่งของฮอร์โมนเอนโดรฟินและฮอร์โมนออกซิโทซิน ทำให้มารดาเกิดความผ่อนคลาย ลดความเครียด และวิตกกังวล และลดความปวดจากการคลอด อีกทั้งทำให้ไม่เกิดการยับยั้งการสร้างน้ำนมจากการ เพิ่มขึ้นของโดปามีนอีกด้วย

ระยะเวลาน้ำนมเต็มเต้า หมายถึง ระยะเวลาลงจากทารกคลอดทันทีจนกระทั่งถึงระยะเวลาที่มารดารับรู้อาการที่บ่งบอกว่ามีน้ำนมเต็มเต้าครั้งแรก คือ รู้สึกเต้านมขยายใหญ่ บวม ตึง หนักมากขึ้น รู้สึกเจ็บแปลบหรือเสียวซ่าภายในเต้านม (tingling) และมีน้ำนมไหลซึมออกมา โดยนักวิจัยสร้างเป็นแบบบันทึกระยะเวลาน้ำนมเต็มเต้าตามการรับรู้ของมารดาเพื่อนำมาคำนวณระยะเวลาน้ำนมเต็มเต้าของมารดา มีหน่วยเป็นชั่วโมง

ปริมาณน้ำนม หมายถึง จำนวนของน้ำนมที่มีหน่วยเป็นมิลลิลิตร (มล.) ได้จากการเก็บรวบรวมโดยการให้มารดาบีบน้ำนมด้วยมือทุก ๆ 2-3 ชั่วโมง เพื่อเลียนแบบการดูดกระตุ้นน้ำนมของทารก บีบนานข้างละ 15 นาที หรือบีบน้ำนมสลับเต้านมข้างซ้าย-ขวา นานครั้งละ 30 นาที ประเมินปริมาณน้ำนมโดยใช้กระบอกฉีดยา (syringe) ที่เหมาะสมกับปริมาณน้ำนมที่บีบได้ เป็นยี่ห้อเดียวกันที่ได้มาตรฐานสำหรับการตรวจวัดปริมาณ จากนั้นลงบันทึกในแบบบันทึกปริมาณน้ำนม โดยนักวิจัยจะประเมินปริมาณน้ำนมในวันที่ 1 (24 ชั่วโมงแรกหลังคลอด) และวันที่ 2 (24-48 ชั่วโมงหลังคลอด)

มารดาหลังคลอดที่บุตรเข้ารับการรักษาในหออภิบาลทารกแรกเกิด หมายถึง มารดาที่คลอดทารกก่อนกำหนดหรือคลอดทารกมีภาวะแทรกซ้อนที่เป็นสาเหตุให้ทารกต้องเข้ารับการรักษาในหออภิบาลทารกแรกเกิดตั้งแต่ระยะแรกหลังคลอด และมารดาไม่ได้อยู่ร่วมกับทารกในหอผู้ป่วยหลังคลอดตลอดระยะเวลา 72 ชั่วโมงหลังคลอด

การพยาบาลตามปกติ หมายถึง การดูแลช่วยเหลือตามแนวทางการดูแลที่ได้มาตรฐานโดยบุคลากรสุขภาพของหอผู้ป่วยสูติกรรม โรงพยาบาลหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา มีพยาบาลให้การดูแลเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ (มีสนมแม่) ปฏิบัติงานในช่วงเวรเช้า (8.00-16.00 น.) เฉพาะวันจันทร์ถึงวันศุกร์ ในวันหยุดและวันนักขัตฤกษ์พยาบาลประจำการจะเป็นผู้ปฏิบัติการสอนนมเต้านมและบีบเก็บน้ำนมในมารดาที่บุตรเข้ารับการรักษาในหออภิบาลทารกแรกเกิดอย่างน้อย 1 ครั้ง โดยทางหอผู้ป่วยมีจุดบริการน้ำอุ่นและน้ำซิงเพื่อบริการมารดาหลังคลอด

ขอบเขตการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงทดลองแบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุมแบบปกปิดทางเดียว (single-blind randomized controlled trial [RCT]) เพื่อศึกษาผลของการนวดกดจุดสะท้อนเท้าต่อระยะเวลาน้ำนมเต็มเต้าและปริมาณน้ำนมในมารดาหลังคลอดที่บุตรเข้ารับการรักษาในหออภิบาลทารกแรกเกิด โรงพยาบาลหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา ระหว่างเดือนมีนาคม ถึง เดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2564

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการวิจัย

ทำให้ได้แนวทางหรือวิธีปฏิบัติเพื่อส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ทั้งในด้านกระตุ้นการสร้างและการหลั่งน้ำนม และส่งเสริมการคงอยู่ของน้ำนม ซึ่งสามารถนำไปเป็นแนวทางส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในมารดาหลังคลอด โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มมารดาหลังคลอดที่บุตรเข้ารับการรักษาในหออภิบาลทารกแรกเกิด

บทที่ 2

วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาผลของการนวดกดจุดสะท้อนเท้าต่อระยะเวลาให้นมเต็มเต้าและปริมาณน้ำนมในมารดาหลังคลอดที่บุตรเข้ารับการรักษาในหออภิบาลทารกแรกเกิด นักวิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องเพื่อใช้เป็นแนวทางในการศึกษา ซึ่งมีเนื้อหาครอบคลุมหัวข้อประกอบด้วย 3 ประเด็นสำคัญ ดังนี้

1. การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในมารดาหลังคลอดที่บุตรเข้ารับการรักษาในหออภิบาลทารกแรกเกิด
 - 1.1 สถานการณ์การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในทารกป่วย
 - 1.2 นโยบายการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในทารกป่วย
 - 1.3 ประโยชน์ของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในทารกป่วย
 - 1.4 ปัญหาและอุปสรรคสำคัญของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในมารดาหลังคลอดที่บุตรเข้ารับการรักษาในหออภิบาลทารกแรกเกิด
2. การสร้างและการหลั่งน้ำนม
 - 2.1 กลไกการสร้างและการหลั่งน้ำนม
 - 2.2 ปัจจัยที่มีผลต่อระยะเวลาให้นมเต็มเต้าและปริมาณน้ำนม
 - 2.3 วิธีการส่งเสริมการสร้างและการหลั่งน้ำนมในมารดาหลังคลอดที่บุตรเข้ารับการรักษาในหออภิบาลทารกแรกเกิดจากการทบทวนวรรณกรรม
 - 2.4 การประเมินระยะเวลาให้นมเต็มเต้าและปริมาณน้ำนมในมารดาหลังคลอดที่บุตรเข้ารับการรักษาในหออภิบาลทารกแรกเกิด
3. การนวดกดจุดสะท้อนเท้า
 - 3.1 แนวคิดการนวดกดจุดสะท้อนเท้า
 - 3.2 กลไกการนวดกดจุดสะท้อนเท้าต่อการส่งเสริมการสร้างและการหลั่งน้ำนม
 - 3.3 การประยุกต์ใช้การนวดกดจุดสะท้อนเท้าเพื่อส่งเสริมการสร้างและการหลั่งน้ำนม

การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในมารดาหลังคลอดที่บุตรเข้ารับการรักษาในหออภิบาลทารกแรกเกิด

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับแนวคิดการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในมารดาหลังคลอดที่บุตรเข้ารับการรักษาในหออภิบาลทารกแรกเกิด ได้ประเด็นเนื้อหา ประกอบด้วย 4 ประเด็นสำคัญ ได้แก่ (1) สถานการณ์การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในทารกป่วย (2) นโยบายการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในทารกป่วย (3) ความสำคัญและประโยชน์ของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในทารกป่วย และ (4) ปัญหาและอุปสรรคสำคัญของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในมารดาหลังคลอดที่บุตรเข้ารับการรักษาในหออภิบาลทารกแรกเกิด มีรายละเอียดดังนี้

สถานการณ์การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในทารกป่วย

จากข้อมูลการสำรวจสถานการณ์เด็กและสตรีในประเทศไทยที่จัดทำโดยสำนักงานสถิติแห่งชาติร่วมกับองค์การทุนเพื่อเด็กแห่งสหประชาชาติ ในปี พ.ศ. 2562 พบว่า มีทารกไทยเพียงร้อยละ 34 ได้รับนมแม่ภายใน 1 ชั่วโมงแรกหลังคลอด และมีเพียงร้อยละ 14 ที่ได้รับนมแม่อย่างเต็มที่ในช่วง 6 เดือนแรกของชีวิต (exclusive breastfeeding) ยิ่งไปกว่านั้นพบว่า มีทารกได้รับนมแม่นานต่อเนื่องถึงอายุ 2 ปีเพียงร้อยละ 15 (Thailand MICS, 2020)

สำหรับข้อมูลอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในทารกป่วยของประเทศไทยมีการเก็บรวบรวมและเผยแพร่ไม่มากนัก จากข้อมูลสถิติของสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี พบว่า ในปี พ.ศ. 2556 มีทารกที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลตั้งแต่แรกเกิดได้รับนมแม่จนถึงอายุ 6 เดือน ร้อยละ 43.14 (สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมคุณภาพ, 2557) และในปี พ.ศ. 2559-2561 มีทารกแรกเกิดคลอดก่อนกำหนดได้รับนมแม่จนถึงอายุ 6 เดือน เพียงร้อยละ 25.42-34 เท่านั้น (สุเนตราและคณะ, 2562)

จากสถิติดังกล่าวแสดงให้เห็นว่า ยังมีทารกไทยโดยเฉพาะทารกป่วยซึ่งเป็นกลุ่มที่มีความจำเป็นอย่างยิ่งในการได้รับนมแม่อีกมากกว่าครึ่งหนึ่งที่ไม่ได้รับนมแม่ต่อเนื่องจนถึงอายุ 6 เดือน ซึ่งต่ำกว่าเป้าหมายการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของประเทศไทย คือ ภายในปี พ.ศ. 2568 ทารกต้องได้รับนมแม่อย่างเต็มที่ตั้งแต่แรกเกิดจนถึงอายุ 6 เดือน และได้รับนมแม่ควบคู่กับอาหารตามวัยอย่างต่อเนื่องจนถึงอายุ 2 ปี หรือนานกว่านั้น อย่างน้อยร้อยละ 50 สอดคล้องกับเป้าหมายขององค์การอนามัยโลก (กรมอนามัย, 2564) สถานการณ์การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของประเทศไทยจึงเป็นปัญหาสำคัญที่บุคลากรสุขภาพจึงควรให้ความสำคัญ สนับสนุน และส่งเสริมต่อไป

นโยบายการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในทารกป่วย

ตัวชี้วัดที่สำคัญของประเทศไทยด้านการพัฒนาที่ยั่งยืน (sustainable development goals [SDGs]) คือ อัตราการตายของทารกแรกเกิด โดยในปี พ.ศ. 2562 พบว่า อัตราการตายของทารกแรกเกิด (อายุ ≤ 28 วัน) คิดเป็น 3.10 ราย ต่อทารกเกิดมีชีวิต 1,000 ราย (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2564) สอดคล้องกับเป้าหมายของประเทศไทยที่กำหนดว่า ภายในปี พ.ศ. 2573 จะยุติการตายของทารกแรกเกิด โดยจะลดอัตราการตายของทารกแรกเกิดให้ต่ำสุดไม่เกิน 12 ราย ต่อทารกเกิดมีชีวิต 1,000 ราย (กระทรวงสาธารณสุข, 2563) แม้ว่าอัตราการตายในปัจจุบันของทารกแรกเกิดในประเทศไทยได้บรรลุเป้าหมายที่กำหนดแล้ว แต่อย่างไรก็ตามยังคงต้องพัฒนาเรื่องคุณภาพของทารกทั้งในด้านสุขภาพและด้านพัฒนาการ ดังนั้นการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่จึงมีความสำคัญเป็นอย่างยิ่งต่อการพัฒนาคุณภาพของทารก ยิ่งไปกว่านั้นการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เพียงอย่างเดียวตั้งแต่แรกเกิดจนถึง 6 เดือนยังช่วยลดอัตราตายของทารกขวบปีแรก (infant mortality rate) ได้ถึงร้อยละ 13 (มูลนิธิศูนย์นมแม่แห่งประเทศไทย, 2560ก)

จากความสำคัญของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ทำให้ประเทศไทยได้ประกาศใช้นโยบายสำคัญในการส่งเสริมและสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ นั่นคือ นโยบายบันได 10 ขั้นสู่ความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่มาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2547 แต่อย่างไรก็ตาม นโยบายดังกล่าวยังไม่เหมาะสมกับบริบทการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในทารกป่วย สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ มูลนิธิศูนย์นมแม่แห่งประเทศไทยร่วมกับสภาการพยาบาล ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์และกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย จึงได้จัดประชุมเชิงวิชาการเกี่ยวกับแนวทางการส่งเสริมสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในทารกป่วย (breast feeding sick babies) และเสนอการนำแนวคิดบันได 10 ขั้นเพื่อส่งเสริมและคุ้มครองการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ให้บรรลุตามเป้าหมายขององค์การอนามัยโลก โดยมีขั้นตอนดังนี้ (มูลนิธิศูนย์นมแม่แห่งประเทศไทย, 2560ข; มูลนิธิศูนย์นมแม่แห่งประเทศไทย, 2562ข; WHO, 2019a)

บันไดขั้นที่ 1 การให้ข้อมูลนมแม่ในทารกป่วย (inform decision) เป็นการให้ข้อมูลแก่มารดาและครอบครัวของทารกตั้งแต่วัยตั้งครรภ์ เพื่อสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ การเตรียมความพร้อม และการตั้งเป้าหมายเพื่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ โดยบุคลากรสุขภาพเป็นผู้มีบทบาทสำคัญในการให้คำปรึกษาและดูแลมารดา ทั้งนี้ก่อนการให้คำปรึกษาหรือให้ข้อมูลใด ๆ แก่มารดาและครอบครัว บุคลากรสุขภาพควรดำเนินการดังนี้ (1) ชักประวัติภาวะสุขภาพและประเมินปัจจัยเสี่ยงในการคลอดทารกน้ำหนักน้อยหรือเป็นทารกป่วย (2) ประเมินทัศนคติความรู้ความเข้าใจของมารดาขณะตั้งครรภ์เกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ รวมทั้งประวัติการเลี้ยงลูกด้วยนม

แม่ของยาและยาย (3) คลินิกที่ให้การดูแลมารดาระยะตั้งครรรค์ควรมีอุปกรณ์สาธิต เพื่อช่วยให้มารดาได้เรียนรู้การใช้อุปกรณ์ต่าง ๆ เช่น เครื่องปั้มน้ำนม โมเดลเต้านม อุปกรณ์เก็บน้ำนม (4) ชี้แจงความจำเป็นที่มารดาต้องกระตุ้นให้มีการสร้างและการหลั่งน้ำนมด้วยตนเองโดยยังไม่มีบุตรดูดกระตุ้นโดยตรง (5) เน้นถึงคุณค่าของนมแม่ต่อทารกน้ำหนักน้อยหรือทารกป่วยในแง่ของการเสริมสร้างภูมิคุ้มกันโรคโดยเฉพาะหัวน้ำนมที่เรียกว่าโคลอสตรัม (colostrum) ซึ่งมีคุณค่าเปรียบเสมือนยาหรือวัคซีน สามารถลดภาวะเสี่ยงต่อการติดเชื้อในระบบต่าง ๆ ได้ เช่น ระบบทางเดินหายใจร้อยละ 72 ระบบทางเดินอาหารร้อยละ 64 ลดการติดเชื้อในช่องหูร้อยละ 23-50 นอกจากนี้ยังลดการติดเชื้อในลำไส้ ป้องกันลำไส้เน่า ลดความเสี่ยงและความรุนแรงการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ การติดเชื้อแบคทีเรียในสมอง และการติดเชื้อแบคทีเรียในเลือด อีกทั้งยังส่งเสริมพัฒนาการของทารก โดยเฉพาะที่เกี่ยวกับตาและสมอง และที่สำคัญคือ ลดอัตราการตายของทารกแรกเกิด

บันไดขั้นที่ 2 การช่วยกระตุ้นการหลั่งน้ำนมให้มาเร็วและต่อเนื่อง (establishment and maintenance of milk supply) นมระยะแรกที่มารดาบีบหรือปั้มน้ำนมได้ เรียกว่า หัวน้ำนม ซึ่งมีปริมาณน้อยแต่เข้มข้นมาก เต็มเปี่ยมไปด้วยภูมิคุ้มกันและสำคัญอย่างมากต่อความแข็งแรงของทารก อาจเริ่มเก็บโดยใช้ไม้พันสำลีซับน้ำนมไว้ หรือดูดใส่กระบอกฉีดยาขนาด 1 มิลลิลิตร ซึ่งทารกได้รับยิ่งเร็วยิ่งดี มารดาจึงต้องบีบน้ำนมด้วยมือ หรือใช้เครื่องปั้มน้ำนม โดยมารดาที่คลอดปกติควรบีบหรือปั้มน้ำนมภายใน 2 ชั่วโมง และมารดาที่ผ่าตัดคลอดคลอดควรเริ่มบีบหรือปั้มน้ำนมภายใน 4 ชั่วโมง ควรกระตุ้น 8-10 ครั้งต่อวัน หรือทุก ๆ 2-3 ชั่วโมง ใกล้เคียงกับการดูนมของทารกตามปกติ เพื่อกระตุ้นการสร้างน้ำนมอย่างเต็มที่ และควรบีบหรือปั้มน้ำนมให้เกลี้ยงเต้าทุกครั้ง เนื่องจากมีผลต่อการสร้างน้ำนมและเป็นการช่วยป้องกันปัญหาต่าง ๆ เช่น ท่อน้ำนมอุดตัน

บันไดขั้นที่ 3 การบริหารจัดการน้ำนมแม่ (human milk management) บุคลากรสุขภาพควรให้คำแนะนำมารดาเกี่ยวกับขั้นตอนการจัดการกับนมแม่ที่บีบหรือปั้มออก เช่น ภาชนะบรรจุต้องมีฉลากบันทึก ระบุชื่อ-นามสกุลเจ้าของน้ำนมอย่างถูกต้อง ระบุวันเดือนปี เวลา ที่เก็บน้ำนม เพื่อจะได้ทราบอายุของน้ำนม ควรมีบันทึกรายละเอียดเกี่ยวกับจำนวนและปริมาณน้ำนม ผู้เขียนควรมีมาตรวัดอุณหภูมิช่องแช่เย็นชัดเจน ใช้งานได้ ส่วนนมแม่ที่ละลายแล้วควรใช้ภายใน 24 ชั่วโมง สำหรับการเคลื่อนย้ายขนส่งน้ำนม ควรเก็บในภาชนะที่รักษาความเย็น หรืออาจใส่ น้ำแข็งหรือก้อนรักษาความเย็นในภาชนะไปกับน้ำนมแม่

บันไดขั้นที่ 4 การเคลือบช่องปากด้วยนมแม่และการให้น้ำนมแม่แก่ทารก (feeding of colostrum / breastmilk : oral care and initiation of enteral feedings) น้ำนมแม่ ไม่ได้เป็นเพียงอาหารที่ดีเยี่ยมสำหรับทารกเท่านั้น แต่สามารถช่วยให้ทารกมีคุณภาพชีวิตที่

ดีในอนาคต โดยเฉพาะหัวนมที่บิบบหรือปืมจากมารดาและผ่านการเก็บที่สะอาดและถูกวิธีในระยะ 48 ชั่วโมงแรกหลังคลอด แม้เพียงหยดเดียวก็ควรนำไปเคลือบช่องปากทารกโดยเร็ว เพราะหัวนมเปรียบเสมือนวัคซีนธรรมชาติที่มหัศจรรย์และสำคัญต่อการรอดชีวิตของทารกทุกรายที่ป่วย แม้ทารกจะยังงดอาหารทางปากก็ตาม สำหรับหัวนมแม่ส่วนที่เหลือจะเก็บไว้ให้ทารกเมื่อสามารถรับนมได้

บันไดขั้นที่ 5 การโอบกอดทารกแบบเนื้อแนบเนื้อ (skin-to-skin care) บุคลากรสุขภาพควรส่งเสริมการสัมผัสแบบเนื้อแนบเนื้อ เพราะมีประโยชน์สำหรับทารกที่เจ็บป่วยหลายประการ เช่น ช่วยให้การเต้นของหัวใจสม่ำเสมอ ทำให้ทารกได้รับออกซิเจนเพิ่มขึ้น ช่วยควบคุมอุณหภูมิกายทารกให้เหมาะสม มีพัฒนาการที่ดีของสมอง ทารกสามารถเปลี่ยนไปกินนมจากเต้าได้เร็วขึ้น และลดจำนวนวันนอนโรงพยาบาล ทั้งนี้บุคลากรสุขภาพควรศึกษาทำความเข้าใจเกี่ยวกับขั้นตอนและวิธีการในการส่งเสริมการสัมผัสแบบเนื้อแนบเนื้อในทารกป่วย เพื่อจะได้ให้การช่วยเหลือได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม

บันไดขั้นที่ 6 การดูดเต้าเปล่า (non-nutritive sucking at the breast [NNS]) เป็นการเตรียมพร้อมการดูดนมจากเต้าโดยตรง โดยฝึกให้ทารกดูดนมจากเต้ามารดาที่บิบบหรือปืมหัวนมออกเกือบหมดแล้วเพื่อป้องกันการสำลักหัวนม ในระยะนี้ทำเพื่อให้ทารกคุ้นเคยกับหัวนมแม่และกระตุ้นการเรียนรู้ในการดูดนมจากเต้า ยังไม่คาดหวังให้ทารกได้รับน้ำนมจากการดูดนมจากเต้า ซึ่งสามารถเริ่มให้ทารกดูดเต้าเปล่าได้ทันทีได้เร็วที่สุดโดยไม่ขึ้นกับอายุครรภ์และน้ำหนักตัวของทารก สำหรับกรณีทารกใส่ท่อช่วยหายใจสามารถเริ่มดูดเต้าเปล่าได้ทันทีที่ทารกสามารถถอดเครื่องช่วยหายใจ

บันไดขั้นที่ 7 การเปลี่ยนผ่านสู่การดูดนมแม่จากเต้า (transition to breast) ทารกแรกเกิดจะมีสัญญาณในการดูดนมแม่ โดยแสดงผ่านพฤติกรรมต่าง ๆ 9 ระยะ ได้แก่ ระยะร้องไห้ (birth cry), ระยะผ่อนคลาย (relaxation), ระยะตื่น (awakening), ระยะทำกิจกรรม (activity), ระยะพัก (rest), ระยะคืบคลาน (crawling), ระยะสร้างความคุ้นเคย (familiarization), ระยะดูด (suckling) และระยะหลับ (sleep) (จงลักษณ์, กัลยา, และปรางทิพย์, 2563) ซึ่งมักใช้เวลาไม่น้อยกว่า 3 ชั่วโมง จึงควรให้เวลาทารกในการเรียนรู้การดูดนมแม่ผ่านพฤติกรรมเหล่านี้ โดยการให้มารดาโอบกอดทารกแบบเนื้อแนบเนื้อ (skin-to-skin care) ร่วมกับการให้ทารกดูดเต้าเปล่า จะช่วยให้ทารกเรียนรู้วิธีการดูดนมแม่จากเต้าได้เป็นอย่างดี เมื่อทารกอาการดีขึ้น แข็งแรงขึ้น จะสามารถเปลี่ยนผ่านมาดูดนมแม่จากเต้าได้ดีขึ้น อย่างไรก็ตาม การสังเกตสัญญาณหิว (hunger cue) และให้มารดาโอบกอดทารกแบบเนื้อแนบเนื้อยังคงมีความสำคัญต่อเนื่อง จะเห็นได้ว่า กิจกรรมนี้เป็น

กระบวนการเรียนรู้ที่เกิดขึ้นอย่างค่อยเป็นค่อยไป บุคลากรสุขภาพควรจัดเวลาให้มารดากับทารกอยู่ด้วยกันโดยไม่เร่งรีบ และควรดูแลให้กำลังใจมารดาอย่างใกล้ชิด

บันไดขั้นที่ 8 การวัดปริมาณน้ำนมแม่ที่ทารกได้รับ (measuring milk transfer)

วิธีการประเมินปริมาณน้ำนมแม่ที่ทารกได้รับคือ การชั่งน้ำหนักทารกก่อนและหลังการดูดนมแม่แต่ละครั้ง (test weight) จะช่วยยืนยันว่าทารกได้รับน้ำนมเพียงพอหรือไม่ และช่วยให้ผู้ดูแลตัดสินใจได้ว่า จะต้องให้นมด้วยวิธีอื่น ๆ อีกหรือไม่ ทั้งนี้การชั่งน้ำหนักทารกก่อนและหลังการดูดนมแม่แต่ละครั้ง ควรเริ่มทำเมื่อกระบวนการสร้างและการหลั่งน้ำนมของมารดาเข้าสู่ระยะที่ 2 ซึ่งเป็นระยะที่น้ำนมมีปริมาณมากพอ

บันไดขั้นที่ 9 การเตรียมความพร้อมและสร้างความมั่นใจก่อนกลับบ้าน

(preparation for discharge) เมื่อทารกสามารถเปลี่ยนมาดูดน้ำนมจากเต้าได้ดีแล้ว ควรให้มารดา มาพักค้างที่โรงพยาบาลเพื่อเพิ่มโอกาสให้นมแม่ตามความต้องการของทารก และได้ฝึกเลี้ยงดูทารกแบบตลอดวัน ตลอดคืน เปิดโอกาสได้เรียนรู้กับเหตุการณ์จริงที่จะเกิดขึ้น ช่วยสร้างความมั่นใจให้มารดา หากโรงพยาบาลสามารถจัดสถานที่ให้มารดาพักค้างที่เพียงพอกับความต้องการและมีอุปกรณ์อำนวยความสะดวกกับการใช้ชีวิตของมารดาที่ต้องอยู่ดูแลทารก ให้นมทารกทุก 2-3 ชั่วโมง จะช่วยให้บรรลุลักษณะพึงประสงค์ในขั้นนี้ได้ง่ายขึ้น อย่างไรก็ตามควรมีการกำหนดเป้าหมายและกิจกรรมระหว่างมารดาและบุคลากรสุขภาพในสถานการณ์ที่อาจเกิดขึ้นได้เมื่อทารกกลับบ้าน โดยเป้าหมายที่กำหนดต้องสามารถทำได้จริง ใช้ประเมินความสามารถในการดูดนมแม่และได้รับน้ำนมของทารก นอกจากนี้ อาจมีการกำหนดเป้าหมายในเรื่องอื่น ๆ ตามความเหมาะสมเฉพาะราย เช่น การอาบน้ำ ทำความสะอาด การป้อนยา การดูแลเฉพาะโรค และการจัดการกับอาการผิดปกติของทารก เป็นต้น

บันไดขั้นที่ 10 การเยี่ยมติดตาม (appropriate follow-up) ภายหลังจาก

จำหน่ายทารกกลับบ้าน ควรเน้นย้ำให้มารดานำทารกไปพบบุคลากรทางสุขภาพเพื่อให้ได้รับคำแนะนำและการดูแลที่เหมาะสม บุคลากรสุขภาพควรมีการประสานงานและส่งต่อมารดาและทารก หลังการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลไปยังกลุ่มสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และมีระบบติดตามดูแลหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล เพื่อสนับสนุนช่วยเหลือให้มารดาสามารถเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้อย่างต่อเนื่อง

มีการศึกษานำร่องในการนำแนวคิดบันได 10 ขั้นสู่ความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในทารกป่วยมาใช้ในหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ เพื่อส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในทารกป่วย ผลการศึกษาพบว่า ปี พ.ศ. 2559 และ พ.ศ. 2560 มีอัตราการเลี้ยงลูก

ด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือนหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลร้อยละ 44.50 และ 50.59 ตามลำดับ (สายสินธ์และคณะ, 2561) ใกล้เคียงกับการศึกษาการนำแนวคิดบันได 10 ขั้นสู่ความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในทารกป่วยมาบูรณาการกับการดูแลทารกที่ป่วยและทารกที่คลอดก่อนกำหนดในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิจำนวน 38 แห่งในประเทศไทย ผลการศึกษาพบว่า มีทารกป่วยได้รับนมแม่เพียงอย่างเดียวเมื่อออกจากโรงพยาบาลร้อยละ 62.97 และได้รับนมแม่อย่างเดียวจนอายุ 6 เดือน ร้อยละ 41.76 ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจากเดิม (Khorana, Thavonvattana, Thussanasupap, & Sawasdivorn, 2021) แสดงให้เห็นว่า แนวคิดบันได 10 ขั้นสู่ความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในทารกป่วยเหมาะสมกับบริบทของมารดาหลังคลอดที่บุตรเข้ารับการรักษาในหออภิบาลทารกแรกเกิด ทั้งนี้ต้องอาศัยความร่วมมือระหว่างบุคลากรสุขภาพ มารดา และทารก ดังนั้นบุคลากรสุขภาพจึงควรสนับสนุนและหาวิธีส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ตามแนวทางบันได 10 ขั้นสู่ความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในทารกป่วย เพื่อนำไปสู่การประสบความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ที่สอดคล้องกับนโยบายของประเทศต่อไป

ประโยชน์ของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในทารกป่วย

การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในทารกป่วยมีประโยชน์หลายด้าน ได้แก่ ประโยชน์ต่อทารกป่วย ประโยชน์ต่อมารดา และประโยชน์ต่อสังคมและประเทศชาติ มีรายละเอียดดังนี้

ประโยชน์ต่อทารกป่วย

นมแม่ เป็นอาหารที่ดีที่สุดและมีความจำเพาะสำหรับทารก ช่วยให้ทารกเจริญเติบโตอย่างเหมาะสม สมอ้อมมีการเจริญเติบโตและมีพัฒนาการที่รวดเร็ว ทารกจึงมีความพร้อมในการเรียนรู้ และมีระดับสติปัญญาเพิ่มขึ้น ยิ่งไปกว่านั้นนมแม่ยังเปรียบเสมือนยาและวัคซีนสำหรับทารก โดยเฉพาะทารกป่วยที่มีความผิดปกติของระบบต่าง ๆ ในร่างกายซึ่งอาจนำไปสู่การเสียชีวิตได้ เนื่องจากหัวน้ำนมแม่มีสารภูมิคุ้มกันสูง ได้แก่ ซีครีทอรี อิมมูโนโกลบูลินเอ (secretory IgA) มาโครฟาจ (macrophage) ไลโซไซม์ (lysozyme) และไซโตไคน์ (cytokines) สารเหล่านี้จะช่วยย่อยสลายเชื้อแบคทีเรียและเชื้อไวรัส สารแลคโตเฟอร์ริน (lactoferrin) ช่วยยับยั้งการเจริญเติบโตของเชื้อราในช่องปากและเชื้อเอสเชอริเชีย โคลิ (Escherichia coli) หรืออีโคไล (E.coli) อีกทั้งยังมีสารโอลิโกแซ็กคาไรด์ (oligosaccharides) ที่เป็นอาหารของเชื้อจุลินทรีย์ที่มีประโยชน์ต่อร่างกาย ทำหน้าที่ดักจับเชื้อโรค

ในช่องปาก ลำคอ และทางเดินหายใจ (Murray, 2020; Soe, 2020) ดังนั้น ทารกป่วยที่ได้รับนมแม่ จะลดภาวะเสี่ยงต่อการติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ เช่น หวัด คออักเสบ ปอดบวม ลดอัตราการ เสียชีวิตจากอุจจาระร่วง ลดความรุนแรงของอาการป่วยโรคหลอดเลือดสมองอักเสบที่เกิดจากเชื้อ ไวรัสเรสไพราทอรี ซินไซเตียล ไวรัส (respiratory syncytial virus [RSV]) ลดความเสี่ยงและความ รุนแรงในการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ ลดการติดเชื้อแบคทีเรียในสมองและเลือด นอกจากนี้ ในน้ำนมแม่ยังมีสารต่อต้านการอักเสบ มีเอนไซม์และส่วนประกอบที่ส่งเสริมการพัฒนาและการ เคลื่อนไหวของทางเดินอาหาร และมีพรีไบโอติก (prebiotic) ซึ่งเป็นอาหารของแบคทีเรียชนิดดีใน ลำไส้ใหญ่ จึงช่วยป้องกันการเกิดลำไส้เน่าได้ (มูลนิธิศูนย์นมแม่แห่งประเทศไทย, 2562ก) มีการศึกษา พบว่า การที่ทารกได้รับหัวนมทางช่องปากจะช่วยลดอัตราการติดเชื้อในกระแสเลือดอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) (Lee et al., 2015)

ด้วยเหตุนี้นมแม่จึงมีความจำเพาะและมีประโยชน์ต่อทารกป่วย ดังนั้นทารกป่วยจึงมี ความจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องได้รับนมแม่โดยเร็วหรือภายในชั่วโมงแรกหลังคลอด เพราะนมแม่สามารถ ช่วยเพิ่มภูมิคุ้มกัน ทำให้ทารกฟื้นตัวเป็นปกติได้เร็วขึ้น ลดจำนวนวันนอนโรงพยาบาล (Medela, 2019) ลดอัตราการตายของทารกวัยแรกเกิดได้ถึงร้อยละ 22 และลดอัตราการตายของเด็กขวบปีแรก ได้ถึงร้อยละ 13 (มูลนิธิศูนย์นมแม่แห่งประเทศไทย, 2562ก) องค์การอนามัยโลกจึงแนะนำให้ทารก ได้รับนมแม่อย่างเดียว 6 เดือน และสามารถให้ร่วมกับอาหารตามวัยต่อเนื่องจนถึง 2 ปี กระทรวง สาธารณสุขที่เป็นหน่วยงานหลักที่ดูแลรับผิดชอบสุขภาพของมารดาและทารกจึงได้ตั้งเป้าหมายให้ สอดคล้องกับเป้าหมายขององค์การอนามัยโลก คือ ให้ทารกอย่างน้อยร้อยละ 50 ได้รับนมแม่อย่าง เดียวถึง 6 เดือน ภายในปี 2568 (WHO, 2019a)

ประโยชน์ต่อมารดา

โดยทั่วไปแล้วการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ส่งผลให้เกิดประโยชน์กับสุขภาพของมารดา หลังคลอด เช่น การป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอด เนื่องจากเกิดขณะทารกดูดนมจากเต้าทำให้เกิด การสร้างและการหลั่งของฮอร์โมนโพรแลคตินและฮอร์โมนออกซิโทซิน โดยฮอร์โมนออกซิโทซินมีผล ทำให้กล้ามเนื้อมดลูกหดตัวได้ดี จึงสามารถช่วยป้องกันการตกเลือดหลังคลอด อีกทั้งยังช่วยให้ มดลูกกลับคืนสู่สภาพเดิมได้เร็ว (Dashtinejad, Abedi, & Afshari, 2018) นอกจากนี้ระยะเวลาใน การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ที่ยาวนาน จะช่วยให้สุขภาพและความเป็นอยู่ของมารดาดีขึ้น กล่าวคือ ช่วยลด ความเสี่ยงของมะเร็งรังไข่และมะเร็งเต้านม สามารถช่วยเว้นช่วงการตั้งครรภ์ได้ (WHO, 2020)

เนื่องจากการหลั่งของฮอร์โมนโปรแลคตินอย่างสม่ำเสมอทำให้มีฤทธิ์ยับยั้งการตกไข่ อีกทั้งการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ทำให้มารดาต้องใช้พลังงานเพิ่มขึ้นจากปกติวันละประมาณ 500 กิโลแคลอรี (กรรณิการ์, พรรณรัตน์, นันทิยา, สุพิณดา, และสุดาภรณ์, 2557) จึงเผาผลาญไขมันที่เก็บสะสมไว้ในระยะตั้งครรภ์มาใช้ในการสร้างน้ำนม การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่จึงช่วยให้มารดามีรูปร่างที่ดีเหมือนก่อนการตั้งครรภ์ได้เร็ว

สำหรับประโยชน์ในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ต่อมารดาที่บุตรเข้ารับการรักษาในหออภิบาลทารกแรกเกิด นอกจากประโยชน์ข้างต้นที่มารดาได้รับแล้วนั้น การบีบหรือปั๊มกระตุ้นน้ำนมให้บุตรทำให้มารดารู้สึกมีคุณค่า เนื่องจากได้แสดงบทบาทการเป็นมารดาในการเตรียมความพร้อมให้มีน้ำนมเพียงพอสำหรับการเลี้ยงดูบุตร มีการศึกษาพบว่า มารดาที่บุตรเข้ารับการรักษาในหออภิบาลทารกแรกเกิดรู้สึกมีความสุขเมื่อได้เลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และได้ลงมือทำกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อให้บุตรได้รับน้ำนม อีกทั้งรับรู้ได้ว่าการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่มีคุณค่าต่อทั้งกาย ใจ ของตนเองและบุตร (รังสินันท์และคณะ, 2563)

ประโยชน์ต่อเศรษฐกิจ สังคม และประเทศชาติ

การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เป็นรากฐานสำคัญต่อการพัฒนาเศรษฐกิจของประเทศชาติ โดยหากมารดาไม่เล็งเห็นความสำคัญและคุณค่าของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ย่อมทำให้เกิดการสูญเสียได้แก่ การเสียโอกาสจากการพัฒนาด้านสติปัญญา ค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาลประสิทธิภาพในการทำงานของมารดาถูกอ่อน การเสียค่าใช้จ่ายจากการเลี้ยงลูกด้วยนมผง และผลต่อดุลการค้าและการไหลออกของเงินตรา (ฮันนาน, 2563) ทั้งนี้ในปัจจุบันประเทศไทยยังไม่สามารถผลิตนมผสมได้เอง จึงต้องสั่งซื้อนมผสมจากต่างประเทศซึ่งมีค่าใช้จ่ายปีละหลายพันล้านบาท (บวรสรรค์, 2559) การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่นอกจากจะช่วยลดค่าใช้จ่ายในส่วนนี้ ยังช่วยลดภาระและค่าใช้จ่ายสำหรับการดูแลทารกป่วยอีกด้วย นอกจากนี้พบว่าการศึกษาที่เด็กได้รับนมแม่ทำให้มีระดับสติปัญญา (intelligence quotient [IQ]) ที่สูงขึ้น (กรรณิการ์, นันทพร, และปิยะภรณ์, 2557) ในอนาคตเมื่อเด็กที่ได้รับนมแม่เติบโตเป็นผู้ใหญ่จะเพิ่มโอกาสการมีรายได้สูงและมีส่วนช่วยในการกระตุ้นและพัฒนาเศรษฐกิจของประเทศ

ด้วยเหตุนี้ ทารกที่ได้รับนมแม่จึงมีแนวโน้มในการเจริญเติบโตอย่างมีคุณภาพ มีสติปัญญาที่ดี มีคุณภาพทางอารมณ์ เป็นประชากรที่มีคุณภาพในการขับเคลื่อนพัฒนาสังคมและประเทศชาติ

ปัญหาและอุปสรรคสำคัญของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในมารดาหลังคลอดที่บุตรเข้ารับการรักษาในหออภิบาลทารกแรกเกิด

ปัญหาและอุปสรรคของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่โดยทั่วไป ได้แก่ มารดามีทัศนคติและความเชื่อทางลบ ความไม่รู้ของมารดา ปัญหาสุขภาพของมารดา ประสบการณ์ที่ไม่ดี คุณลักษณะของมารดา เช่น มารดาวัยรุ่น มารดาทำงานนอกบ้าน เป็นต้น การขาดแรงสนับสนุนจากสังคม และบุคลากรสุขภาพการขาดความรู้และทักษะเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ แต่ในมารดาหลังคลอดที่บุตรเข้ารับการรักษาในหออภิบาลทารกแรกเกิด นอกจากปัญหาและอุปสรรคดังกล่าวแล้ว สามารถจำแนกปัญหาและอุปสรรคสำคัญของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในมารดาหลังคลอดที่บุตรเข้ารับการรักษาในหออภิบาลทารกแรกเกิด ได้แก่ การขาดการดูดกระตุ้นน้ำนม ความล่าช้าในการกระตุ้นน้ำนม ความเครียดและความวิตกกังวล และความปวดจากการคลอด ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

การขาดการดูดกระตุ้นน้ำนม

ในระยะหลังคลอด ปริมาณน้ำนมจะสร้างมากหรือน้อยขึ้นกับความถี่และประสิทธิภาพในการดูดนมของทารก กล่าวคือ การดูดน้ำนมของทารก กระตุ้นการทำงานของต่อมใต้สมองส่วนหน้าให้หลั่งฮอร์โมนโพรแลคตินเกิดการสร้างน้ำนม อีกทั้งกระตุ้นการทำงานของต่อมใต้สมองส่วนหลังให้หลั่งฮอร์โมนออกซิโทซินส่งผลให้เกิดการหลั่งน้ำนม (Lawrence & Lawrence, 2016) นอกจากนี้การสร้างและการหลั่งน้ำนมเกิดจากกลดลงของโปรตีนที่ทำหน้าที่ยับยั้งการทำงานของโพรแลคติน (feedback inhibitor of lactation [FIL]) โดยจะเกิดขึ้นเมื่อมีการระบายน้ำนมออกจากเต้า ดังนั้น ปัจจัยหลักที่มีผลต่อปริมาณน้ำนมของมารดา คือ การดูดเร็ว การดูดบ่อย การดูดถูกวิธี และการดูดเกลี้ยงเต้า มีการศึกษาพบว่า มารดาที่เลี้ยงลูกด้วยนมแม่ด้วยความถี่สูง (มากกว่า 10 ครั้งต่อวัน) ทำให้ระดับซีรัมโพรแลคติน (PRL) ในเลือดสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ (Huang & Chih, 2020)

แต่ในกรณีที่มารดาที่บุตรเข้ารับการรักษาในหออภิบาลทารกแรกเกิด ทำให้มารดาต้องแยกจากบุตรตั้งแต่ระยะแรกหลังคลอดจะทำให้กลไกที่ส่งเสริมการสร้างและการหลั่งน้ำนมที่เกิดจากการดูดกระตุ้นน้ำนมของทารกขาดหายไป จึงส่งผลให้การสร้างและการหลั่งน้ำนมลดลง

ความล่าช้าในการกระตุ้นน้ำนม

โดยทั่วไปการดูแลให้ทารกได้ดูดกระตุ้นน้ำนมภายใน 30 นาทีหลังคลอด และกระตุ้นให้มีการดูดอย่างต่อเนื่องทุก 2-3 ชั่วโมง ทั้งกลางวันและกลางคืน รวมทั้งการดูแลจัดทำให้นม และการดูแลให้ทารกอมหัวนมมารดาอย่างถูกต้อง ส่งผลให้ระดับฮอร์โมนโปรแลคตินและฮอร์โมนออกซิโทซินสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง มารดาจึงมีปริมาณน้ำนมเพียงพอต่อความต้องการของบุตร (WHO, 2019b)

แต่กรณีมารดาหลังคลอดที่บุตรเข้ารับการรักษาในหออภิบาลทารกแรกเกิด จะขาดกลไกการดูดกระตุ้นน้ำนมของทารก จึงจำเป็นต้องได้รับการกระตุ้นน้ำนมแทนการดูดกระตุ้นน้ำนมของทารกตั้งแต่ระยะแรกหลังคลอดหรือกระตุ้นน้ำนมโดยเร็วที่สุดเมื่อมารดามีความพร้อม แต่หากมารดาไม่ได้กระตุ้นน้ำนมด้วยตนเอง ไม่ได้ได้รับการช่วยเหลือจากบุคลากรสุขภาพ หรือได้รับการช่วยเหลือล่าช้า จะส่งผลให้การสร้างและการหลั่งน้ำนมลดลง ปริมาณน้ำนมจึงน้อยลงและแห้งในที่สุด (ศศิกานต์และรังสินันท์, 2563; Piesesha, Purnomo, & Irawan, 2018)

ความเครียดและวิตกกังวล

ความเครียดและวิตกกังวล เป็นอาการหนึ่งของภาวะซึมเศร้าหลังคลอด (postpartum depression) ซึ่งสามารถเกิดขึ้นได้กับมารดาหลังคลอดถึงร้อยละ 10-30 ในช่วง 3 สัปดาห์หลังคลอด (Shorey et al., 2018) สาเหตุมาจากการลดลงของระดับฮอร์โมนต่าง ๆ เช่น เอสโตรเจน โพรเจสเตอโรน โพรแลคติน และคอร์ติซอล เป็นต้น รวมถึงการเปลี่ยนแปลงระบบการทำงานต่าง ๆ เช่น ระบบสืบพันธุ์ ระบบการย่อยและทางเดินอาหาร ระบบปัสสาวะ และระบบไหลเวียนเลือด เป็นต้น การเปลี่ยนแปลงเหล่านี้เกิดขึ้นตามธรรมชาติซึ่งสามารถเหนี่ยวนำให้เกิดภาวะเครียดและส่งผลให้สุขภาพจิตผิดปกติในภาวะหลังคลอด (Schaffir, 2016)

สำหรับมารดาหลังคลอดที่บุตรเข้ารับการรักษาในหออภิบาลทารกแรกเกิดจะเพิ่มโอกาสให้เกิดความเครียดและความวิตกกังวลมากขึ้น สาเหตุเกิดจากอาการเจ็บป่วยของบุตรที่เกิดขึ้นเป็นสิ่งที่มารดาไม่สามารถควบคุมได้ และยิ่งไปกว่านั้นเมื่อมีปัญหาหน้านมมาช้า หรือมีปริมาณน้ำนมไม่เพียงพอกับความต้องการของบุตร มารดาจึงมีความเครียดและความวิตกกังวลมากขึ้น (รังสินันท์และคณะ, 2563) ความเครียดและความวิตกกังวลดังกล่าวจะยิ่งส่งผลให้สมองส่วนไฮโปทาลามัสหลังโตปามีนซึ่งเป็นสารสื่อประสาทที่มีหน้าที่หลักคือยับยั้งการหลั่งฮอร์โมนโปรแลคตินและฮอร์โมนออกซิโทซิน มีผลให้การสร้างและการหลั่งน้ำนมลดลง (กนกพรและคณะ, 2560; John et al., 2013)

ความปวดจากการคลอด

ความปวดหรือความไม่สุขสบายจากการคลอดสามารถส่งผลให้น้ำนมมาช้าและทำให้ปริมาณน้ำนมลดน้อยลง โดยเฉพาะมารดาที่ผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องที่พบว่าในระยะ 24 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัดคลอด มารดาหลังคลอดยังคงมีอาการเจ็บปวดแผล (ลาวัลย์, มยุรี, และสุตาพร, 2558) จึงเกิดการหลังโตปามีนจากสมองส่วนไฮโปทาลามัสซึ่งเป็นสารสื่อประสาทที่มีหน้าที่หลักคือยับยั้งการหลั่งฮอร์โมนโปรแลคตินและฮอร์โมนออกซิโทซิน (อริสราและคณะ, 2562) ส่งผลให้การสร้างและการหลั่งน้ำนมลดลง (กนกพรและคณะ, 2560; John et al., 2013) เช่นเดียวกับความเครียดและความวิตกกังวล

แสดงให้เห็นได้ว่า การขาดการดูแลกระตุ้นน้ำนมของทารก ความล่าช้าในการกระตุ้นน้ำนม ความเครียดและความวิตกกังวล และความปวดจากการคลอด ล้วนเป็นปัญหาและอุปสรรคสำคัญของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในมารดาหลังคลอดที่บุตรเข้ารับการรักษาในหออภิบาลทารกแรกเกิด เนื่องจากส่งผลกระทบต่อการสร้างและการหลั่งน้ำนม ทำให้มารดามีน้ำนมไม่เพียงพอต่อความต้องการของทารก ทารกจึงมีโอกาสได้รับนมผสมแทนการได้รับนมแม่อย่างเดียว โดยเฉพาะในช่วง 6 เดือนแรกของชีวิต ส่งผลให้ทารกมีสุขภาพไม่แข็งแรง และอาจทำให้ระยะเวลาการรักษาตัวของทารกในโรงพยาบาลยาวนานยิ่งขึ้น

การสร้างและการหลั่งน้ำนม

การเลี้ยงลูกด้วยนมต้องมีความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับการสร้างและการหลั่งน้ำนม เพื่อเป็นการเตรียมความพร้อมในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ตลอดจนเข้าใจปัญหาและอุปสรรคของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ทำให้มารดาสามารถแก้ไขและจัดการกับปัญหาและอุปสรรคเหล่านั้นได้ โดยจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องพบว่า มีประเด็นสำคัญ 4 ประเด็น ประกอบด้วย (1) กลไกการสร้างและการหลั่งน้ำนม (2) ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับระยะเวลาให้นมเต็มเต้าและปริมาณน้ำนม (3) วิธีการส่งเสริมการสร้างและการหลั่งน้ำนมในมารดาหลังคลอดที่บุตรเข้ารับการรักษาในหออภิบาลทารกแรกเกิดจากการทบทวนวรรณกรรม และ (4) การประเมินระยะเวลาให้นมเต็มเต้าและปริมาณน้ำนมในมารดาหลังคลอดที่บุตรเข้ารับการรักษาในหออภิบาลทารกแรกเกิด มีรายละเอียดดังนี้

กลไกการสร้างและการหลั่งน้ำนม

กลไกการสร้างและการหลั่งน้ำนม (lactogenesis) แบ่งเป็น 3 ระยะ มีรายละเอียด
ดังนี้

การสร้างและการหลั่งน้ำนมระยะที่ 1

การสร้างและการหลั่งน้ำนมระยะที่ 1 (lactogenesis I) เป็นระยะการเริ่มต้นการสร้างน้ำนม เกิดขึ้นในช่วงตั้งครรภ์ เนื่องจากฮอร์โมนต่าง ๆ ได้แก่ เอสโตรเจน โพรเจสเตอโรน โพรแลคติน และฮิวแมนพลาเซนทัลแลคโตเจน (human placental lactogen [hPL]) ไปกระตุ้นให้เต้านมเกิดการเปลี่ยนแปลง ทำให้การขยายของเต้านม เกิดท่อน้ำนม และต่อมน้ำนม เพื่อเตรียมพร้อมในการสร้างและการหลั่งน้ำนม แต่ในระยะนี้ยังไม่เกิดการสร้างน้ำนมเนื่องจากมีระดับฮอร์โมนโพรเจสเตอโรนและฮอร์โมนเอสโตรเจนซึ่งสร้างจากรกอยู่ในระดับสูง จึงไปกำบังการทำงานของฮอร์โมนโพรแลคตินที่มีหน้าที่ในการสร้างน้ำนม แต่อย่างไรก็ตาม ในช่วงปลายของการตั้งครรภ์หญิงตั้งครรภ์อาจมีการหลั่งน้ำนมเหลืองหรือหัวน้ำนมได้ (Pillay & Davis, 2021; Shah & Alhawaj, 2019)

การสร้างและการหลั่งน้ำนมระยะที่ 2

การสร้างและการหลั่งน้ำนมระยะที่ 2 (lactogenesis II) เป็นระยะที่มีการสร้างและการหลั่งน้ำนม กลไกดังกล่าวเกิดเมื่อภายหลังการคลอดทำให้ระดับฮอร์โมนจากรก ได้แก่ ฮอร์โมนเอสโตรเจนและฮอร์โมนโพรเจสเตอโรนลดลงอย่างรวดเร็ว ฮอร์โมนโพรแลคตินจึงทำหน้าที่ได้มากขึ้น ทำให้มีการสร้างน้ำนม (Pillay & Davis, 2021) โดยสกัดน้ำและสารอาหารจากหลอดเลือดแดงเข้ามาเก็บไว้ในต่อมน้ำนมมากขึ้น นอกจากนี้การดูดนมของทารก การบีบกระตุ้นน้ำนม หรือการปั้มน้ำนมจะกระตุ้นฮอร์โมนออกซิโทซิน ทำให้เกิดการหลั่งน้ำนม ในระยะนี้สามารถรับรู้ได้ถึงอาการน้ำนมเต็มเต้าอย่างชัดเจน เต้านมจะมีความคัดตึงมากขึ้น เนื่องมาจากต่อมน้ำนมมีการสร้างน้ำนมมากขึ้นและมีการหมุนเวียนของเลือดในเต้านมมาก โดยหากการรับรู้ของอาการดังกล่าวล่าช้ากว่า 72 ชั่วโมงหลังคลอดจะถือว่ามีความล่าช้าในการสร้างน้ำนม (Kelly, Smilowitz, Cagney, Flannery, & Tribe, 2020)

การสร้างและการหลั่งน้ำนมระยะที่ 3

การสร้างและการหลั่งน้ำนมระยะที่ 3 (lactogenesis III) เกิดขึ้นหลังคลอดประมาณ 7-10 วัน เป็นต้นไป ในระยะนี้ระดับการสร้างน้ำนมไม่ได้ขึ้นอยู่กับระดับฮอร์โมนเพียงอย่างเดียว แต่ยังเกี่ยวข้องกับการระบายนมออกผ่านการดูดนมของทารกด้วย โดยหากทารกมีการดูดนมมาก ปริมาณการสร้างนมก็จะมากขึ้นด้วย (สาวิตรี, สุอารีย์, และยุพียง, 2555; Shah & Alhawaj, 2019) ดังนั้น ในมารดาที่ต้องแยกจากบุตรตั้งแต่ระยะแรกหลังคลอด การระบายน้ำนมออกให้มากที่สุด ได้แก่ การบีบด้วยมือ การปั๊มด้วยเครื่องปั๊มน้ำนมแทนการดูดของทารกเป็นการคงสภาพน้ำนม และไม่ให้เกิดการสร้างน้ำนมลดลง

จะเห็นได้ว่า กลไกการสร้างและการหลั่งน้ำนมโดยเฉพาะการสร้างและการหลั่งน้ำนมระยะที่ 2 ซึ่งเป็นระยะแรกเริ่มขณะที่มารดาหลังคลอดและทารกอยู่ในโรงพยาบาลนั้น มีการควบคุมโดยระบบประสาทและฮอร์โมนจากการควบคุมของสมองส่วนไฮโปทาลามัส และมีความเกี่ยวข้องกับฮอร์โมนหลัก คือ ฮอร์โมนโพรแลคตินและฮอร์โมนออกซิโทซิน อีกทั้งยังเกี่ยวข้องกับการดูดนมของทารก มีรายละเอียดดังนี้

ฮอร์โมนโพรแลคติน

ฮอร์โมนโพรแลคติน (prolactin) สร้างจากต่อมใต้สมองส่วนหน้า ทำหน้าที่กระตุ้นให้เซลล์ในต่อมน้ำนมสร้างน้ำนม โดยระดับของฮอร์โมนโพรแลคตินในเลือดของมารดาจะสูงขึ้นทันทีหลังคลอดเนื่องจากฮอร์โมนจากรก ได้แก่ ฮอร์โมนเอสโตรเจนและฮอร์โมนโพรเจสเตอโรน ที่ยับยั้งการทำงานของฮอร์โมนโพรแลคตินมีระดับลดลง ฮอร์โมนโพรแลคตินจึงทำหน้าที่ได้มากขึ้น และเมื่อมีการกระตุ้นให้ทารกดูดนมมารดา จะเป็นการกระตุ้นประสาทสัมผัสของหัวนม (sensory receptor) และไปกระตุ้นต่อมใต้สมองส่วนหน้าให้สร้างฮอร์โมนโพรแลคตินเพิ่มขึ้น โดยระดับฮอร์โมนโพรแลคตินในเลือดมารดาจะสูงสุดใน 30 นาทีหลังทารกดูดนม หลังจากนั้นจะลดระดับลงภายใน 2-3 ชั่วโมง หากไม่ได้รับการดูดกระตุ้นจากทารก การบีบน้ำนม หรือปั๊มน้ำนมจะทำให้การสร้างโพรแลคตินลดลง และจะลดต่ำลงเท่ากับก่อนตั้งครรภ์สัปดาห์ภายใน 2 สัปดาห์ (Lawrence & Lawrence, 2016; Shah & Alhawaj, 2019) ดังนั้น การให้ทารกดูดกระตุ้น การบีบน้ำนมหรือการปั๊มน้ำนมอย่างต่อเนื่องในระยะหลังคลอดจะช่วยรักษาระดับของฮอร์โมนโพรแลคติน ทำให้คงการสร้างน้ำนมให้มีปริมาณเพียงพอแก่ทารก

ฮอร์โมนออกซิโทซิน

ฮอร์โมนออกซิโทซิน (oxytocin) หลังจากต่อมใต้สมองส่วนหลัง เป็นฮอร์โมนหลักในการควบคุมการหลั่งของน้ำนมทำหน้าที่กระตุ้นเซลล์กล้ามเนื้อเล็ก ๆ ที่อยู่รอบต่อมน้ำนมให้เกิดการหดตัวและหลั่งน้ำนมออกมาในท่อน้ำนม เมื่อเกิดปฏิกิริยาน้ำนมพุ่งออกมา ซึ่งเรียกว่า กระบวนการออกซิโทซินรีเฟล็กซ์ (oxytocin reflex) หรือเลทดาวนรีเฟล็กซ์ (letdown reflex) (Lawrence & Lawrence, 2016; Shah & Alhawaj, 2019) ฮอร์โมนออกซิโทซินสามารถถูกกระตุ้นให้ทำงานได้ดีจากการดูดนมที่มีประสิทธิภาพ กล่าวคือ หากทารกดูดนมแม่ได้อย่างถูกวิธี สม่ำเสมอ และบ่อยครั้ง การรับการกระตุ้นจากปลายประสาทบริเวณหัวนมจะถูกส่งไปยังต่อมใต้สมองส่วนหลังให้บีบน้ำนมที่สร้างไว้แล้วออกมาจากต่อมน้ำนมเข้าสู่ท่อน้ำนม ทำให้ทารกดูดนมออกได้ง่าย (ศศิกานต์, 2561; สาวิตรีและคณะ, 2555) อย่างไรก็ตาม ในมารดาที่ต้องแยกจากทารกตั้งแต่วัยแรกหลังคลอด เนื่องจากทารกเข้ารับการรักษานในหออภิบาลทารกแรกเกิดจะขาดการดูดนมที่มีประสิทธิภาพของทารก ดังนั้นมารดาต้องกระตุ้นการสร้างและการหลั่งน้ำนมแทนการดูดนมของทารก ซึ่งการบีบหรือปั้มน้ำนมจะช่วยกระตุ้นปลายประสาทสัมผัส ทำให้ฮอร์โมนออกซิโทซินทำงานได้ดี นอกจากนี้หากมารดามีความเครียดและความวิตกกังวล หรือเจ็บปวดจากการคลอด จะทำให้การหลั่งของฮอร์โมนออกซิโทซินถูกยับยั้ง น้ำนมจึงไม่สามารถหลั่งออกมาได้เพียงพอ

การดูดนมของทารก

การดูดนมของทารก (suckling) มีความเกี่ยวข้องกับการสร้างและการหลั่งน้ำนม เพราะการดูดนมของทารกมีผลต่อปฏิกิริยาการสร้างน้ำนมของฮอร์โมนโพรแลคติน และการหลั่งน้ำนมของฮอร์โมนออกซิโทซินดังที่กล่าวมาข้างต้น การดูดนมของทารกที่มีประสิทธิภาพจะช่วยให้การสร้างและการหลั่งน้ำนมเพียงพอสำหรับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ โดยหลักการที่ทารกดูดนมแม่ได้ดีจะต้องอมหัวนมและลานนมอย่างถูกต้องและดูดนมได้อย่างมีประสิทธิภาพ (ศศิกานต์, 2561; สาวิตรีและคณะ, 2555) อย่างไรก็ตาม ในกรณีมารดาหลังคลอดที่บุตรเข้ารับการรักษานในหออภิบาลทารกแรกเกิด ทำให้ทารกไม่ได้ดูดกระตุ้นน้ำนมตั้งแต่วัยแรกหลังคลอด ส่งผลให้เกิดความล่าช้าในการสร้างและการหลั่งน้ำนมได้

ดังนั้นมารดาหลังคลอดจึงต้องใช้วิธีการที่สามารถเพิ่มระดับฮอร์โมนโพรแลคตินและฮอร์โมนออกซิโทซิน ร่วมกับวิธีบีบกระตุ้นน้ำนมด้วยมือหรือใช้เครื่องปั้มน้ำนมเลียนแบบการดูดนมของทารก เพื่อส่งเสริมให้เกิดกลไกการสร้างและการหลั่งน้ำนมทำให้มารดามีระยะน้ำนมเต็มเต้าเร็ว

และมีปริมาณน้ำนมเพียงพอกับความต้องการของทารก เพิ่มโอกาสความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

ปัจจัยที่มีผลต่อระยะเวลาให้นมเต็มเต้าและปริมาณน้ำนม

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ปัจจัยที่ส่งเสริมการสร้างและการหลั่งน้ำนมทำให้มารดามีระยะเวลาให้นมเต็มเต้าเร็วขึ้นและมีปริมาณน้ำนมมากขึ้นและเพียงพอกับความต้องการของทารกที่ต้องแยกจากมารดาตั้งแต่ระยะแรกหลังคลอดมีหลายประการ ได้แก่ ความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ จำนวนครั้งในการคลอด วิธีการคลอด ลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ อาชีพ และเศรษฐกิจ และการได้รับการสนับสนุนจากบุคลากรสุขภาพและครอบครัว มีรายละเอียดดังนี้

ความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

ความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ส่วนหนึ่งมาจากการรับรู้เกี่ยวกับประโยชน์ของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ที่มีต่อทารก (อิติรัตน์, นันทา, อนงค์, รัตนา, และวนิสา, 2557) โดยเฉพาะในทารกป่วย ซึ่งเมื่อมารดามีความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่จะนำไปสู่การแสดงพฤติกรรมที่บ่งบอกถึงความมุ่งมั่นและทุ่มเท (Ajzen & Fishbein, 1980) มีผลต่อการสร้างและการหลั่งน้ำนมและทำให้มารดามีน้ำนมเพียงพอและสามารถเลี้ยงลูกที่ป่วยด้วยนมแม่ได้ประสบความสำเร็จ (ศศิกานต์ และรังสินันท์, 2559) มีการศึกษาพบว่า ปัจจัยสำคัญที่สุดที่ทำให้มารดาสามารถเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือน คือ ตัวมารดาเองที่มีความตั้งใจอยากเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เพื่อให้ทารกมีสุขภาพแข็งแรง (อารีรัตน์, ขนิษฐา, กรรณิการ์, เกษณี, และสมลักษณ์, 2560)

จำนวนครั้งในการคลอด

มารดาครรภ์แรกมีแนวโน้มที่มีระยะเวลาให้นมเต็มเต้าล่าช้ามากกว่าครรภ์หลังเนื่องจากประสบการณ์การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดา โดยเฉพาะมารดาที่ประสบความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่จากการตั้งครรภ์ในครั้งก่อนจะส่งผลให้มารดามีทักษะในการกระตุ้นน้ำนมและมีทักษะในการแก้ปัญหาเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ จึงมีโอกาสมารดามีปริมาณน้ำนมเพียงพอกับความต้องการของทารก (Piesesha et al., 2018)

วิธีการคลอด

วิธีการคลอดมีหลายวิธีการ ได้แก่ การคลอดปกติ การคลอดโดยใช้สูติศาสตร์หัตถการ และการผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง ซึ่งแต่ละวิธีจะมีอาการแทรกซ้อน ระยะเวลาการพักฟื้น แตกต่างกันไป โดยเฉพาะการผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องที่มีโอกาสสูญเสียเลือดมากกว่า มีความปวดจากการคลอดมากกว่า ทำให้มีความสามารถในการดูแลตนเองลดลง การเริ่มกระตุ้นน้ำนม ในครั้งแรกจึงล่าช้าส่งผลให้กระบวนการสร้างและการหลั่งน้ำนมลดลง (กนกพรและคณะ, 2561) อีกทั้งการผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องยังทำให้มารดามีความเครียดในระยะหลังคลอด (Xua, Dingb, Maa, Xina, & Zhang, 2017) ซึ่งมีผลกระทบต่อการสร้างและการหลั่งน้ำนมได้เช่นกัน ส่งผลให้ มารดาหลังคลอดมีระยะเวลาน้ำนมเต็มเต้าล่าช้าและมีปริมาณน้ำนมลดลง

ลักษณะส่วนบุคคล

ลักษณะส่วนบุคคลของมารดาหลังคลอดที่เกี่ยวข้องกับระยะเวลาน้ำนมเต็มเต้าและ ปริมาณน้ำนม ได้แก่ อายุ อาชีพ และเศรษฐกิจ มีรายละเอียดดังนี้

อายุ

มารดาวัยรุ่น หมายถึง หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่อายุน้อยกว่า 20 ปีโดยนับอายุ ถึงวันกำหนดคลอด (กิตติพงศ์, บุญฤทธิ์, เอกชัย, ประกายดาว, & จันทกานต์, 2558) มารดาวัยรุ่นมัก มีอารมณ์รุนแรงและเปลี่ยนแปลงง่าย ต้องการความเป็นอิสระ และมีลักษณะยึดตนเองเป็นศูนย์กลาง จึงมีแนวโน้มที่จะสนองความต้องการของตนเองก่อนที่จะสนองความต้องการของบุตร (มาลีวัล, 2561) การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นมักมีปัญหาการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ทำให้ความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วย นมแม่ลดลง จึงไม่เกิดพฤติกรรมที่แสดงถึงความมุ่งมั่นต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ (Ajzen & Fishbein, 1980) อีกทั้งมารดาวัยรุ่นยังเป็นผู้ที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า เนื่องจากมักจะมีปัญหาใน การเผชิญปัญหาและการแก้ปัญหา ทำให้เกิดความเครียดและความวิตกกังวลได้ง่าย มีการศึกษาพบว่า การไม่เป็นมารดาวัยรุ่นมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เพียงอย่างเดียวในช่วง แรกเกิด ถึง 6 เดือนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) (สินศักดิ์ชื่นมณี, 2560)

แต่อย่างไรก็ตาม ทางกรมแพทย์ได้กำหนดให้มารดาที่มีอายุเท่ากับหรือ มากกว่า 35 ปีนับจากวันเกิดถึงวันกำหนดคลอดเป็นการตั้งครรภ์อายุมาก (advanced maternal age) (Cunningham et al., 2018) และมีความเสี่ยงเนื่องจากมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนต่อสุขภาพ

ของมารดาทารกในครรภ์ได้สูง (วิจิตร, 2559) และมีโอกาสผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องมากขึ้น ทารกทำผิดปกติ (ศุภวดี, ฉวีวรรณ, รัชณี, ฉายวสันต์, & พัทธราภรณ์, 2563) ยิ่งไปกว่านั้นมีโอกาสที่จะคลอดทารกคลอดก่อนกำหนด (กรรณิกา, สร้อย, & สุพรรณิณี, 2559) ทารกแรกเกิดน้ำหนักตัวน้อย (ปณิตา, ณัชช, & พนิดา, 2561) ซึ่งมีผลให้มารดาต้องแยกทารกตั้งแต่วัยแรกหลังคลอดเนื่องจากต้องเข้ารับการรักษาในหออภิบาลทารกแรกเกิด นอกจากนี้ยังส่งผลกระทบต่อด้านจิตสังคมอีกด้วย เนื่องจากมารดาตั้งครรภ์อายุมากมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับภาวะสุขภาพของตนเองและทารกในครรภ์ และกลัวอันตรายที่จะเกิดกับทารกในครรภ์ (เบญจวรรณ, 2559)

จะเห็นได้ว่าการตั้งครรภ์ในมารดาอายุรุ่นและมารดาที่มีอายุมากมีผลกระทบต่อด้านร่างกายของมารดาและทารกในครรภ์ อีกทั้งมีผลกระทบต่อด้านจิตสังคมของมารดา ซึ่งผลกระทบดังกล่าวล้วนส่งผลให้กระบวนการสร้างและการหลั่งน้ำนมของมารดาหลังคลอดลดลง จึงทำให้มีระยะเวลาให้นมเต็มเต้าล่าช้าและมีปริมาณน้ำนมลดลงได้

อาชีพ

อาชีพของมารดามีผลต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือน (Tangsuksan, Ratinthorn, Sindhu, Spatz, & Vivatwongkasem, 2020) โดยเฉพาะมารดาที่มีอาชีพทำงานนอกบ้านมักประสบความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่น้อยกว่ามารดาที่เป็นแม่บ้าน หรือไม่ได้ทำงาน มีการศึกษาพบว่า อาชีพที่สามารถเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือนสำเร็จมากที่สุด คือ แม่บ้าน (ทัศนีย์, 2560) เนื่องจาก ในระยะหลังคลอดเป็นช่วงเวลาที่มารดาต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงในบทบาทใหม่ ทำให้มารดาที่มีอาชีพแม่บ้านมีเวลาเรียนรู้สิ่งต่าง ๆ (นพรัตน์, 2563) อีกทั้งมารดาสามารถเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้ตามความต้องการ จึงมีโอกาสที่จะเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือนสำเร็จ (ภัทรพร, วิณา, และปาหนัน, 2557; อุษณีและคณะ, 2557) นอกจากนี้ การทำงานนอกบ้านทำให้มารดาต้องเพิ่มบทบาทในการทำงานควบคู่กับการเป็นมารดา อาจทำให้มารดาเกิดความเหนื่อยล้า ความเครียด และมีเวลาพักผ่อนน้อย ซึ่งสิ่งเหล่านี้มีผลกระทบต่อกระบวนการสร้างและการหลั่งน้ำนม ส่งผลให้น้ำนมไหลน้อย (สุตาภรณ์, พรรณรัตน์, และชญาดา, 2559) มารดาที่ทำงานนอกบ้านจึงมีปริมาณน้ำนมไม่เพียงพอและมีโอกาสที่จะเลี้ยงลูกด้วยนมผสมทดแทน (De Roza et al., 2019)

เศรษฐกิจ

มารดาที่มีฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัวไม่ดี โดยเฉพาะมารดาที่บุตรต้องเข้ารับการรักษาในหอภิบาลทารกแรกเกิด จำเป็นต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาและด้านอื่น ๆ สูงกว่าทารกแรกเกิดที่ไม่มีภาวะแรกซ็อน ทำให้มารดาเกิดความเครียดและวิตกกังวลมากขึ้น มีผลกระทบต่อกระบวนการสร้างและการหลั่งน้ำนมส่งผลให้ปริมาณน้ำนมลดลง (กนกพรและคณะ, 2561; ดวงกมลและพรพรรณ, 2558)

การได้รับการสนับสนุนจากบุคลากรสุขภาพและครอบครัว

การได้รับการสนับสนุนจากบุคลากรสุขภาพซึ่งเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ (นพรัตน์, 2563) ในด้านการให้ความรู้หรือข้อมูล ทักษะ การแก้ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ รวมทั้งการอำนวยความสะดวกในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ส่งผลให้มารดามีปริมาณน้ำนมเพียงพอกับความต้องการของทารกและสามารถประสบความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ (ศศิกันต์และรังสินันท์, 2559; สุดาทิพย์และปายณ์, 2560) นอกจากนี้การได้รับการสนับสนุนและช่วยเหลือจากบุคคลในครอบครัวและผู้ใกล้ชิดสามารถช่วยให้มารดาประสบความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้เช่นกัน มีการศึกษาพบว่า การได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวและเพื่อนมีความสัมพันธ์กับความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ (Maleki-Saghooni, Amel Barez, & Karimi, 2020) ดังนั้น บุคลากรสุขภาพจึงควรสนับสนุนให้บุคคลในครอบครัวและผู้ใกล้ชิดเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลมารดาหลังคลอดโดยเฉพาะการสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ เพื่อส่งเสริมกระบวนการสร้างและการหลั่งน้ำนม ทำให้มารดาหลังคลอดมีระยะเวลาให้นมเต็มเต้าเร็วและมีปริมาณน้ำนมมากขึ้นเพื่อเพิ่มโอกาสความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

วิธีการส่งเสริมการสร้างและการหลั่งน้ำนมในมารดาหลังคลอดที่บุตรเข้ารับการรักษาในหอภิบาลทารกแรกเกิดจากการทบทวนวรรณกรรม

วิธีการส่งเสริมการสร้างและการหลั่งน้ำนมในมารดาหลังคลอดที่บุตรเข้ารับการรักษาในหอภิบาลทารกแรกเกิด สามารถจำแนกได้ 5 วิธีการ ได้แก่ (1) การนวดเต้านม (2) การใช้ความร้อนประคบเต้านม (3) การนวดกอดจุด (4) การใช้ยา และ (5) อาหารหรือสมุนไพรบำรุงน้ำนม ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

การนวดเต้านม

การนวดเต้านมเป็นวิธีการส่งเสริมการสร้างและการหลั่งน้ำนม โดยมีกลไกช่วยกระตุ้นระบบการไหลเวียนเลือด เป็นการส่งเสริมและกระตุ้นการทำงานของต่อมน้ำนม ช่วยเพิ่มคุณภาพน้ำนม กระตุ้นการไหลและระบายน้ำนมในระหว่างการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้มีประสิทธิภาพ

วิธีการนวดเต้านมมี 2 รูปแบบ ได้แก่ การนวดเต้านมด้วยตนเอง และการนวดเต้านมโดยบุคลากรสุขภาพ มีรายละเอียดดังนี้

การนวดเต้านมด้วยตนเอง

การนวดเต้านมด้วยตนเองเป็นวิธีการส่งเสริมการสร้างและการหลั่งน้ำนม เนื่องจาก ทำให้ปลายประสาทสัมผัสที่หัวนมและลานนมถูกกระตุ้นทำให้เกิดการหลั่งของฮอร์โมนโปรแลคตินและออกซิโทซินเพิ่มขึ้น มีการสร้างน้ำนมเพิ่มขึ้น ท่อน้ำนมมีความยืดหยุ่น น้ำนมถูกขับออกและไหลได้สะดวกขึ้น (เบญจวรรณและคณะ, 2562) นอกจากนี้ยังเป็นวิธีการที่สะดวก มีราคาถูก และไม่มีผลข้างเคียง (มารีญาและคณะ, 2562) อีกทั้ง เต้านมเป็นอวัยวะที่พึงสงวนและอ่อนไหวของเพศหญิง เพราะฉะนั้นการนวดเต้านมด้วยตนเองจึงมีความเหมาะสมกับมารดาหลังคลอด แต่ทั้งนี้บุคลากรสุขภาพต้องเตรียมความพร้อมให้มารดาสามารถนวดเต้านมด้วยตนเองได้ตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์ เพื่อให้ไม่เกิดความล่าช้าในการส่งเสริมการสร้างและการหลั่งน้ำนม และเพื่อให้ทารกมีโอกาสได้รับนมแม่โดยเร็วที่สุด

จากการศึกษาในมารดาที่คลอดทารกก่อนกำหนดพบว่า กลุ่มที่นวดเต้านมและบีบเก็บน้ำนมด้วยตนเองมีปริมาณน้ำนมเฉลี่ยมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) (Jose, D'Souza, & Sreedevi, 2019) เช่นเดียวกับการศึกษาของมารีญาและคณะ (2562) ที่ศึกษากลุ่มมารดาครรภ์แรกพบว่า กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการนวดเต้านมด้วยตนเองมีคะแนนการไหลของน้ำนม ณ เวลาต่าง ๆ สูงกว่ากลุ่มทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) จึงสรุปได้ว่าการนวดเต้านมด้วยตนเองเป็นวิธีการหนึ่งที่มีประสิทธิภาพในการส่งเสริมการสร้างและการหลั่งน้ำนม

การนวดเต้านมโดยบุคลากรสุขภาพ

การนวดเต้านมโดยบุคลากรสุขภาพเป็นวิธีการส่งเสริมการสร้างและการหลั่งน้ำนมที่ปฏิบัติกันอย่างแพร่หลาย มีความสะดวก เนื่องจากบุคลากรสุขภาพเป็นผู้ปฏิบัติให้แก่

มารดาหลังคลอด จึงสามารถปฏิบัติได้ทันทีเมื่อมารดามีความพร้อมทำให้ไม่เกิดความล่าช้าในการกระตุ้นการสร้างและการหลั่งน้ำนม อีกทั้งยังเป็นวิธีการที่มีราคาถูกลง และไม่มีผลข้างเคียง (Cherian, 2019)

จากการศึกษาในมารดาที่บุตรเข้ารับการรักษาในหออภิบาลทารกแรกเกิดพบว่า กลุ่มที่ได้รับการนวดเต้านมจากบุคลากรสุขภาพมีปริมาณน้ำนมเฉลี่ยตั้งแต่เช้าจรดเย็นในวันที่ 2 และ 3 มากกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) (Cherian, 2019) จึงสรุปได้ว่าการนวดเต้านมโดยบุคลากรสุขภาพเป็นวิธีการหนึ่งที่มีประสิทธิภาพในการส่งเสริมการสร้างและการหลั่งน้ำนม แต่อย่างไรก็ตามมีการศึกษาในมารดาหลังคลอดพบว่า การนวดเต้านมด้วยตนเองช่วยให้ปริมาณน้ำนมไหลเร็วกว่าการนวดของบุคลากรสุขภาพหรือสามี (ทรรศวรรณจินดาและคณะ, 2556) อีกทั้งเต้านมยังเป็นอวัยวะที่สงวนของเพศหญิงและมีความอ่อนไหว การนวดเต้านมด้วยตนเองจึงอาจมีความเหมาะสมมากกว่า

การใช้ความร้อนประคบเต้านม

การใช้ความร้อนประคบเต้านม เป็นวิธีการส่งเสริมการสร้างและการหลั่งน้ำนม เนื่องจากช่วยให้เนื้อเยื่อพังผืดคลายตัวจากการเกร็งของกล้ามเนื้อ ทำให้ระบบการไหลเวียนเลือดดี ช่วยกระตุ้นการไหลของน้ำนมและระบายน้ำนมในระหว่างการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ สำหรับการประคบด้วยสมุนไพร กลิ่นของสมุนไพรมีผลต่อร่างกายและอารมณ์ ส่งผลไปสู่สมองทำให้ร่างกายเกิดการผ่อนคลาย มีผลต่อการสร้างและการหลั่งน้ำนม อย่างไรก็ตามวิธีการใช้ความร้อนประคบเต้านม ผู้ปฏิบัติต้องเรียนรู้วิธีการ ระยะเวลาในการประคบร้อน ระดับอุณหภูมิที่เหมาะสม และที่สำคัญต้องใช้ความระมัดระวัง ต้องหลีกเลี่ยงการประคบร้อนบริเวณหัวนมเพราะเป็นบริเวณที่มีความบอบบาง

วิธีการใช้ความร้อนประคบเต้านมมี 2 รูปแบบ ได้แก่ การประคบร้อนด้วยลูกประคบสมุนไพร การประคบด้วยผ้าชุบน้ำอุ่น มีรายละเอียดดังนี้

การประคบร้อนด้วยลูกประคบสมุนไพร

การประคบร้อนด้วยลูกประคบสมุนไพรเป็นวิธีการส่งเสริมการสร้างและหลั่งน้ำนมโดยการประคบส่วนต้นของกล้ามเนื้อบริเวณบ่า (trapezius และ supraspinatus) ไหล่ (deltoid) และสะบัก 2 ข้าง (rhomboides และ subscapularis) ช่วยให้กล้ามเนื้อเกิดการคลายตัว ยืดหยุ่นได้ดีขึ้น ทำให้ระบบการส่งการของระบบประสาทและการส่งเลือดไปเลี้ยงเต้านมได้ดีขึ้น

ใช้เวลาประคบประมาณ 5-10 นาที ขึ้นกับการเกร็งของกล้ามเนื้อ นอกจากนี้ประคบบริเวณเต้านม โดยรอบยกเว้นหัวนม มีวัตถุประสงค์เพื่อกระตุ้นให้เกิดการสร้างและการหลั่งน้ำนม ขั้นตอนนี้ใช้เวลาประคบไม่น้อยกว่า 5 นาทีต่อ 1 ซ้ำ เพื่อให้กลไกความร้อนได้มีกระบวนการกระตุ้นเกิดขึ้น

จากการศึกษาในมารดาหลังคลอดพบว่า การประคบร้อนด้วยลูกประคบสมุนไพรช่วยส่งเสริมการไหลของน้ำนมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) นอกจากนี้ยังทำให้ร่างกายของมารดาหลังคลอดเกิดความผ่อนคลาย และมีผลโดยอ้อมต่อการลดอาการปวด (สร้อยเพชร, 2556) จึงสรุปได้ว่าการประคบร้อนด้วยลูกประคบสมุนไพรเป็นวิธีการหนึ่งมีประสิทธิภาพในการส่งเสริมการสร้างและการหลั่งน้ำนม

การประคบร้อนด้วยผ้าชุบน้ำอุ่น

การประคบร้อนด้วยผ้าชุบน้ำอุ่นเป็นการประคบเต้านมโดยรอบจากฐานเต้านมมายังลานนม ยกเว้นหัวนม โดยใช้ความร้อนขึ้นจากผ้าชุบน้ำอุ่น (กนกพรและคณะ, 2561; กฤษณาและกรรณิการ์, 2560) เพื่อส่งเสริมระบบการไหลเวียนเลือดบริเวณเต้านมให้ดีขึ้นเช่นเดียวกับวิธีการประคบร้อนด้วยลูกประคบสมุนไพร

การนวดกดจุด

การนวดกดจุดเป็นศาสตร์ที่พัฒนามาจากเวชกรรมการฝังเข็มที่การแพทย์แผนโบราณของจีนได้คิดค้นขึ้น และเป็นศาสตร์ในการดูแลรักษาสุขภาพตามวิถีธรรมชาติบำบัด ช่วยปรับสมดุลภายในร่างกาย ทำให้ระบบการไหลเวียนเลือดดีขึ้น อวัยวะต่าง ๆ ภายในร่างกายทำงานได้มีประสิทธิภาพ และเกิดความผ่อนคลาย

วิธีการนวดกดจุดที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมการสร้างและการหลั่งน้ำนมมี 2 รูปแบบ ได้แก่ การนวดกดจุดสะท้อนเท้า และการนวดกดจุดแบบทุยหนา มีรายละเอียดดังนี้

การนวดกดจุดสะท้อนเท้า

การนวดกดจุดสะท้อนเท้า (foot reflexology) เป็นกระบวนการที่สัมพันธ์กันภายในร่างกายของมนุษย์ ช่วยกระตุ้นการทำงานของอวัยวะต่าง ๆ ภายในร่างกายตามตำแหน่งที่

สะท้อนไปถึงอวัยวะนั้นด้วยวิธีการนวดกดจุด เพราะฉะนั้นการนวดกดจุดสะท้อนเท้าไปยังตำแหน่งที่เกี่ยวข้องกับการสร้างและการหลั่งน้ำนมจึงสามารถส่งเสริมให้มารดาที่เลี้ยงลูกด้วยนมแม่มีการสร้างและการหลั่งน้ำนมเพิ่มมากขึ้น (ศุภาว์, 2561; Danasu, 2015) อีกทั้งเป็นวิธีการที่มีความสะดวก เป็นที่ยอมรับ และไม่มีผลข้างเคียง (Mirzaie et al., 2018) การนวดกดจุดสะท้อนเท้ามีวิธีปฏิบัติคือการนวดเท้าทั่วไปและการใช้นิ้วมือและอุปกรณ์สำหรับกดจุดสะท้อนเท้ากดอย่างถูกต้องตามตำแหน่งจุดสะท้อนต่าง ๆ จึงจำเป็นต้องรู้เทคนิคการออกแรงกดซึ่งเป็นระดับที่ลึกกว่าการบีบนวดทั่วไป และต้องเรียนรู้ตำแหน่งสะท้อนสู่อวัยวะอย่างแม่นยำ ผู้ปฏิบัติจึงต้องได้รับการฝึกอบรมจากผู้เชี่ยวชาญเฉพาะด้าน เช่น แพทย์แผนจีน หรือแพทย์แผนไทยประยุกต์ก่อนนำวิธีการนวดกดจุดสะท้อนเท้ามาประยุกต์ใช้ ดังนั้น บุคลากรสุขภาพที่ผ่านการอบรมแล้วสามารถนวดกดจุดสะท้อนเท้าให้มารดาหลังคลอดได้ทันทีเพื่อไม่ให้เกิดความล่าช้าในการกระตุ้นการสร้างและการหลั่งน้ำนมโดยเฉพาะในมารดาที่ต้องแยกจากบุตรตั้งแต่ระยะแรกหลังคลอด

จากการศึกษาในมารดาที่คลอดบุตรก่อนกำหนดพบว่า กลุ่มที่ได้รับการนวดกดจุดสะท้อนเท้ามีปริมาณน้ำนมเพิ่มมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) (Mirzaie et al., 2018) ใกล้เคียงกับการศึกษาในมารดาที่คลอดทารกก่อนกำหนดพบว่า ปริมาณน้ำนมของมารดาหลังได้รับการนวดกดจุดสะท้อนเท้าตั้งแต่วันที่ 1 ถึงวันที่ 5 มีค่าเพิ่มมากขึ้นเมื่อเทียบกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) (Mohammadpour et al., 2018) และมีการศึกษาหนึ่งพบว่า มารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องที่ได้รับการนวดกดจุดสะท้อนเท้ามีคะแนนเฉลี่ยที่บ่งบอกถึงอาการน้ำนมเต็มเต้าในวันที่ 1 และวันที่ 2 หลังคลอด มากกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) (Aksua & Karaca, 2021) จึงสรุปได้ว่าการนวดกดจุดสะท้อนเท้าเป็นวิธีการหนึ่งที่มีประสิทธิภาพในการส่งเสริมการสร้างและการหลั่งน้ำนม

การนวดกดจุดแบบทุยหนา

การนวดกดจุดแบบทุยหนา (Tuina) เป็นวิธีการนวดกดจุดแบบโบราณของแพทย์แผนจีน เป็นศาสตร์ที่มีมาอย่างยาวนาน และเป็นสาขาหนึ่งของการแพทย์แผนจีนโดยอ้างอิงจากหลักทฤษฎีของแพทย์แผนจีนมาทำการรักษาโดยใช้ส่วนต่าง ๆ ของร่างกายในการกด การคลึง การถู บีบ ดัด ไปตามจุดต่าง ๆ ของเส้นลมปราณบนร่างกาย เพื่อให้เลือดลมไหลเวียนไปตามอวัยวะต่าง ๆ ได้ดีขึ้น ทั้งนี้วิธีการนวดกดจุดแบบทุยหนาเป็นวิธีที่ค่อนข้างยาก ผู้ปฏิบัติต้องมีทักษะความชำนาญโดยเฉพาะ จึงต้องผ่านการฝึกฝนมาเป็นอย่างดี (Lu et al., 2019)

จากการศึกษาในมารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องพบว่า กลุ่มที่ได้รับการนวดกดจุดแบบทุยหนามีปริมาณน้ำนมเฉลี่ยที่ 72 ชั่วโมง มากกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) (Lu et al., 2019) จึงสรุปได้ว่าการนวดกดจุดแบบทุยหนาเป็นวิธีการหนึ่งที่มีประสิทธิภาพในการส่งเสริมการสร้างและการหลั่งน้ำนม

การใช้ยา

การใช้ยาที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมการสร้างและการหลั่งน้ำนมมี 2 รูปแบบ ได้แก่ การใช้ยาดอมเพอริโดน และยาสมุนไพรหรือยาประสะน้ำนม มีรายละเอียดดังนี้

ยาดอมเพอริโดน

ยาดอมเพอริโดน (Domperidone หรือ Motilium) โดยทั่วไปถูกนำไปใช้รักษาอาการผิดปกติของระบบทางเดินอาหาร แต่มีผลข้างเคียงช่วยกระตุ้นการสร้างน้ำนม ซึ่งอาจจะเป็นผลจากการที่ยาดอมเพอริโดนมีส่วนช่วยเพิ่มฮอร์โมนโปรแลคตินทางอ้อม โดยเข้าไปขัดขวางกระบวนการทำงานของโดปามีนซึ่งเป็นสารที่มีผลยับยั้งการผลิตฮอร์โมนโปรแลคตินของต่อมใต้สมอง แต่อาจมีอาการข้างเคียงอื่น ๆ จากการใช้ยาได้ เช่น อาการปากแห้ง ปวดศีรษะ ปวดท้อง ใจสั่น (ปราณี, 2559) อย่างไรก็ตาม ในการศึกษาของฟาซิลลา และคณะ (Fazilla et al., 2017) ยังไม่พบผลข้างเคียงจากการใช้ยาดังกล่าว

จากการศึกษาในมารดาที่คลอดทารกก่อนกำหนดพบว่า กลุ่มที่ได้รับยาดอมเพอริโดนมีปริมาณน้ำนมเฉลี่ยมากกว่ากลุ่มที่ได้รับยาหลอก (ผงแลคโตส) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) (Fazilla et al., 2017) จึงสรุปได้ว่าการใช้ยาดอมเพอริโดนเป็นวิธีการหนึ่งที่มีประสิทธิภาพในการส่งเสริมการสร้างและการหลั่งน้ำนม

ยาสมุนไพรหรือยาประสะน้ำนม

ยาสมุนไพรหรือยาประสะน้ำนมเป็นยาตำรับแผนโบราณที่มีส่วนผสมมาจากสมุนไพรหลายชนิด คำว่า “ประสะ” แปลว่า ทำให้บริสุทธิ์ “ยาประสะน้ำนม” จึงหมายความว่า เป็นยาที่ทำให้น้ำนมบริสุทธิ์ โดยยาในแต่ละตำรับจะมีส่วนผสมของสมุนไพรแตกต่างกันออกไป ทั้งนี้ ยาประสะน้ำนมจะมีฤทธิ์ช่วยกระตุ้นระบบการไหลเวียนเลือดและช่วยส่งเสริมการสร้างและการหลั่ง

น้ำนม อีกทั้งเป็นยาที่ได้รับการยอมรับในวงการแพทย์แผนไทยจึงมีความปลอดภัย แต่ในปัจจุบันมีการใช้ยาดังกล่าวไม่แพร่หลายมากนัก

จากการศึกษาพบว่า ยาประสะน้ำนมที่ประกอบด้วยโกฐทั้งห้า เทียนทั้งห้า กรุงเขมา ชิงแห้ง รากกระพังโหม และชะมดต้น มีประสิทธิผลทำให้มีปริมาณน้ำนมมากกว่ายา ดอมเพอริโดนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) อีกทั้งยังมีความปลอดภัยมากกว่า (ขวัญตา, 2560) เช่นเดียวกับการศึกษาสมุนไพรบำรุงน้ำนมที่ประกอบด้วย กระทุ้มบก และพญารากดำ มีประสิทธิผลทำให้มีปริมาณน้ำนมมากและน้ำนมมาเร็วกว่าได้รับยา ดอมเพอริโดนที่ 32 และ 40 ชั่วโมง หลังคลอด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) (กรรณิการ์และธิดารัตน์, 2563) จึงสรุปได้ว่าการใช้ ยาประสะน้ำนมเป็นวิธีการหนึ่งที่มีประสิทธิภาพในการส่งเสริมการสร้างและการหลั่งน้ำนม

อาหารหรือสมุนไพรบำรุงน้ำนม

การส่งเสริมให้มารดาหลังคลอดรับประทานอาหารหรือสมุนไพรที่ช่วยบำรุงน้ำนม และส่งเสริมคุณค่าสารอาหารในน้ำนม จะทำให้มารดาสามารถสร้างและการหลั่งน้ำนมได้เพียงพอับ ความต้องการของทารก (รังสินนท์และคณะ, 2563; ศุภาว์, 2561; Abdou & Fathey, 2018) ได้แก่

ปลีกล้วย (banana flower)

ปลีกล้วย เป็นส่วนดอกของกล้วย นิยมนำมาใช้ประกอบเป็นอาหาร มีมาก ในประเทศแถบเอเชียรวมทั้งในประเทศไทย โดยเชื่อว่ามีสารอาหารที่มีประโยชน์และมีผลดี ต่อสุขภาพ และเป็นที่รับรู้กันทั่วไปว่าปลีกล้วยช่วยบำรุงน้ำนมของมารดา องค์ประกอบที่สำคัญ ในปลีกล้วย ได้แก่ อัลคาลอยด์ (alkaloids), ซาโปนิน (saponins), ไกลโคไซด์ (glycosides), แทนนิน (tannins), ฟลาโวนอยด์ (flavonoids), และสเตอรอยด์ (steroids) (Mahmood, Omar, & Ngah, 2012) ซึ่งส่วนประกอบของซาโปนินและแทนนิน ในปลีกล้วยอาจมีผลต่อการเพิ่มระดับฮอร์โมนโปรแลคติน ในเลือด จึงส่งผลให้มีการเพิ่มปริมาณน้ำนม

จากการศึกษาสมุนไพรที่กระตุ้นการผลิตน้ำนมแม่พบว่า มารดาหลังคลอด กลุ่มที่ได้รับเครื่องต้มสมุนไพรชาปลีกล้วยมีปริมาณน้ำนมในวันที่ 2 และวันที่ 3 หลังคลอด มากกว่า มารดากลุ่มที่ได้รับน้ำเปล่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) (สุสันหาและคณะ, 2559)

ลูกชืด (*fenugreek*)

ลูกชืด เป็นพืชในตระกูลถั่วที่อุดมไปด้วยวิตามินที่ดีต่อสุขภาพ เช่น โอลิโก-3 เบต้าแคโรทีน วิตามินบี ธาตุเหล็ก และแคลเซียม ซึ่งดีต่อร่างกายของมารดาและเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาสมองของทารก นอกจากนี้เชื่อว่าเมล็ดลูกชืดมีสรรพคุณในการเพิ่มปริมาณน้ำนมของมารดาหลังคลอด โดยอาจจะมีผลต่อการกระตุ้นเต้านมและเพิ่มการไหลของน้ำนม จึงมีการนำเมล็ดของลูกชืดมารับประทานเป็นอาหารส่งเสริมปริมาณน้ำนมในรูปแบบชาหรือสกัดทำยา

จากการศึกษาการบริโภคลูกชืดในระยะแรกหลังคลอดพบว่า มารดาหลังคลอดกลุ่มที่ได้บริโภคลูกชืดมีปริมาณน้ำนมเฉลี่ยในวันที่ 3 มากกว่ากลุ่มที่ไม่ได้บริโภคลูกชืดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) (Abdou & Fathey, 2018)

ขิง (*ginger*)

ขิง ส่วนของเหง้าขิงใช้เป็นสมุนไพรที่หาได้ง่าย ใช้บรรเทาอาการต่าง ๆ เช่น ลดการบีบตัวของลำไส้ บรรเทาอาการปวดท้องเกร็ง ขับเหงื่อ เพิ่มการไหลเวียนเลือด ลดอาการคลื่นไส้อาเจียน และเชื่อว่าเมื่อมารดาหลังคลอดรับประทานขิงเข้าไป ฤทธิ์เผ็ดร้อนจากสารจินเจอร์อล (gingerol) จะช่วยกระตุ้นการสร้างและการหลั่งน้ำนมได้ดี

จากการศึกษาผลของน้ำขิงกับระยะเวลาการเริ่มไหลของน้ำนมมารดาหลังคลอดพบว่า มารดากลุ่มที่บริโภคน้ำขิงมีน้ำนมไหลในระยะเวลา 36 ชั่วโมงหลังคลอด คิดเป็นร้อยละ 46.70 ขณะที่มารดากลุ่มที่ไม่ได้บริโภคน้ำขิงมีน้ำนมไหลเพียงร้อยละ 26.6 (อัครา, 2555) เช่นเดียวกับการศึกษาสมุนไพรที่กระตุ้นการผลิตน้ำนมแม่พบว่า กลุ่มที่รับประทานน้ำขิงเสริมหลังมี้ออาหารมีปริมาณน้ำนมเฉลี่ยมากกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับประทานน้ำขิงเสริมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) นอกจากนี้มีการศึกษาประสิทธิผลของเครื่องดื่มชาเหง้าขิงต่อการผลิตน้ำนมในมารดาหลังคลอดปกติพบว่า กลุ่มที่ได้รับเครื่องดื่มสมุนไพรชาเหง้าขิงมีปริมาณน้ำนมในวันที่ 2 และวันที่ 3 หลังคลอดมากกว่ากลุ่มที่ได้น้ำเปล่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) (สุสัณหาและคณะ, 2559)

นอกจากการส่งเสริมให้มารดาหลังคลอดรับประทานอาหารหรือสมุนไพรที่กล่าวมาแล้วนั้น ยังมีอาหารหรือสมุนไพรอีกหลายชนิดที่ช่วยบำรุงและเพิ่มปริมาณน้ำนม เช่น ใบกะเพรา ฟักทอง มะละกอ อย่างไรก็ตาม มารดาควรรับประทานอาหารให้ครบ 5 หมู่อย่างหลากหลาย งดรับประทานอาหารหมักดอง มีความระมัดระวังในเรื่องของรสชาติอาหารที่รับประทาน และควร

บริโภคน้ำอุ่นให้เพียงพอกับความต้องการ เพราะขณะที่มารดาให้นมบุตรร่างกายจะสูญเสียน้ำได้มากถึง 2 ลิตร มารดาที่เลี้ยงลูกด้วยนมแม่จึงควรดื่มน้ำเพื่อชดเชยให้เพียงพอ (ปีติมาและคณะ, 2556; รังสินันท์และคณะ, 2563)

จะเห็นได้ว่าการศึกษาวិธีการส่งเสริมการสร้างและการหลั่งน้ำนมที่มีประสิทธิภาพหลายวิธีการ โดยแต่ละวิธีการมีข้อดีและข้อจำกัดแตกต่างกันออกไป ทั้งนี้ผู้ปฏิบัติต้องเลือกใช้วิธีการส่งเสริมการสร้างและการหลั่งน้ำนมให้เหมาะสมกับบริบทของมารดาหลังคลอดโดยเฉพาะมารดาหลังคลอดที่บุตรเข้ารับการรักษาในหออภิบาลทารกแรกเกิด มารดากลุ่มนี้นอกจากจะมีความไม่สุขสบายจากแผลฝีเย็บหรือแผลผ่าตัดคลอดแล้ว ย่อมเกิดความเครียดและความวิตกกังวลจากอาการของบุตร ซึ่งสาเหตุดังกล่าวล้วนส่งผลให้กลไกการสร้างและการหลั่งน้ำนมลดลง

ดังนั้น เพื่อให้การส่งเสริมปริมาณน้ำนมมีประสิทธิภาพมากขึ้น มารดามีปริมาณน้ำนมเพียงพอและสามารถเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้อย่างต่อเนื่อง ผู้ปฏิบัติหรือบุคลากรสุขภาพจึงควรพิจารณาเลือกใช้วิธีการส่งเสริมปริมาณน้ำนมที่มีประสิทธิภาพที่เหมาะสมกับบริบทของมารดา มีความสะดวก สามารถปฏิบัติได้ง่าย ประหยัด และมีความปลอดภัย นั่นคือ วิธีการนวดกดจุดสะท้อนเท้า เนื่องจากการที่ทารกต้องเข้ารับการรักษาในหออภิบาลทารกแรกเกิดเป็นเหตุการณ์ที่ไม่สามารถคาดการณ์ได้ล่วงหน้า มารดาอาจขาดการเตรียมความพร้อมในการกระตุ้นการสร้างและการหลั่งน้ำนมแทนการดูดกระตุ้นน้ำนมของทารก บุคลากรสุขภาพที่ผ่านการอบรมการนวดกดจุดสะท้อนเท้ามาแล้วสามารถปฏิบัติให้มารดาได้ทันทีหลังคลอด ทำให้ไม่เกิดความล่าช้าในการกระตุ้นการสร้างและการหลั่งน้ำนม อีกทั้งเป็นวิธีการที่ยังไม่พบผลข้างเคียง ประหยัดค่าใช้จ่าย ลดความเครียดและวิตกกังวล และลดความปวดจากการคลอด ซึ่งการลดปัจจัยดังกล่าวทำให้มารดาเกิดความผ่อนคลาย ช่วยส่งเสริมการสร้างและการหลั่งน้ำนมในมารดาหลังคลอดได้เช่นกัน

**การประเมินระยะเวลาน้ำนมเต็มเต้าและปริมาณน้ำนมในมารดาหลังคลอดที่บุตรเข้ารับการ
การรักษาในหออภิบาลทารกแรกเกิด**

การประเมินระยะเวลาน้ำนมเต็มเต้าและการประเมินปริมาณน้ำนมในมารดาหลังคลอดที่บุตรเข้ารับการรักษาในหออภิบาลทารกแรกเกิด มีวิธีการดังนี้

การประเมินระยะเวลาปั๊มน้ำนมเต็มเต้า

การประเมินระยะเวลาปั๊มน้ำนมเต็มเต้า เป็นการประเมินจากการรับรู้ของมารดาโดยวัดจากระยะเวลาคอดบุตรจนกระทั่งถึงระยะเวลาที่มารดาารู้สึกว่ามีอาการเต้านมขยายใหญ่ บวม ตึง เจ็บแปลบหรือรู้สึกเสียวซ่าภายในเต้านม และมีน้ำนมไหลซึมออกมาเป็นครั้งแรก ทั้งนี้มารดาต้องมีอาการดังกล่าวครบทุกอาการจึงกล่าวได้ว่ามารดามีอาการของน้ำนมเต็มเต้า (กนกวรรณ, ศิริวรรณ, และอุษา, 2559)

การประเมินปริมาณน้ำนม

การเก็บรวบรวมปริมาณน้ำนม มี 2 วิธี ได้แก่ (1) วิธีการปั๊มน้ำนมด้วยมือ โดยปั๊มน้ำนมวันละ 8 ครั้ง หรือทุก 3 ชั่วโมง นานครั้งละ 30 นาที (กนกพรและคณะ, 2561; Jose et al., 2019) และ (2) วิธีการใช้เครื่องปั๊มน้ำนม ซึ่งมี 2 ชนิด ได้แก่ เครื่องปั๊มน้ำนมด้วยมือ (manual breast pump) (Abdou & Fathey, 2018; Mirzaie et al., 2018) และเครื่องปั๊มน้ำนมไฟฟ้า (electric breast pump) (Fazilla et al., 2017; Mohammadpour et al., 2018) โดยวิธีการประเมินปริมาณน้ำนมมักจะเลือกใช้เครื่องปั๊มน้ำนมที่เป็นชนิดเดียวกัน ยี่ห้อเดียวกัน ปั๊มน้ำนม 8 ครั้งต่อวัน หรือทุก 3 ชั่วโมง และใช้ระยะเวลาการปั๊มน้ำนม 15 นาทีต่อข้าง อย่างไรก็ตามการใช้เครื่องปั๊มน้ำนมต้องมีความระมัดระวัง เนื่องจากการใช้ความแรงที่มากเกินไปจะทำให้หัวนมเป็นแผลหรือหัวนมแตกได้

ภายหลังจากมารดามีการเก็บรวบรวมปริมาณน้ำนม จะประเมินปริมาณน้ำนมที่ได้จากการตวงวัด และบันทึกปริมาณลงในตารางบันทึกมีหน่วยเป็นมิลลิลิตร (มล.) โดยการประเมินปริมาณน้ำนมจะเก็บบันทึกผลของปริมาณ ในช่วงระยะเวลาต่าง ๆ เช่น วันที่ 1 หมายถึงระยะเวลา 0-24 ชั่วโมงหลังคลอด หรือวันที่ 2 หมายถึง ระยะเวลา 24-48 ชั่วโมงหลังคลอด เป็นต้น

การนวดกดจุดสะท้อนเต้า

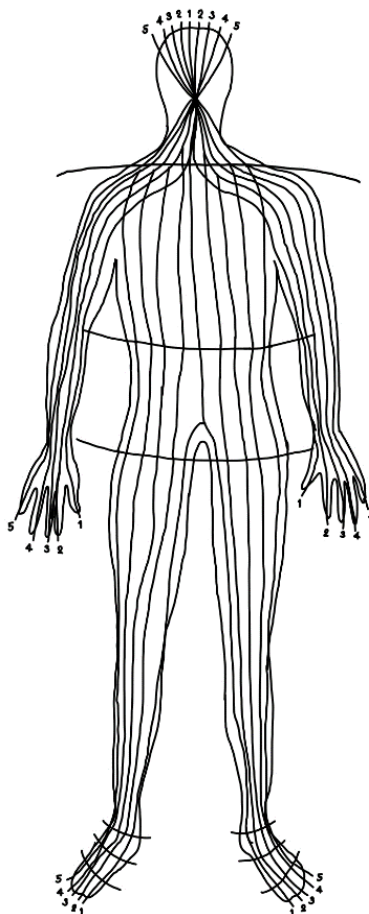
การนวดกดจุดสะท้อนเต้าเพื่อส่งเสริมการสร้างและการหลั่งน้ำนม มีประเด็นสำคัญ 3 ประเด็น ประกอบด้วย (1) แนวคิดการนวดกดจุดสะท้อนเต้า (2) กลไกการนวดกดจุดสะท้อนเต้าต่อการส่งเสริมการสร้างและการหลั่งน้ำนม และ (3) การประยุกต์ใช้การนวดกดจุดสะท้อนเต้าเพื่อส่งเสริมการสร้างและการหลั่งน้ำนม ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

แนวคิดการนวดกดจุดสะท้อนเท้า

แนวคิดของการนวดกดจุดสะท้อนเท้า ประกอบด้วย ความหมาย และตำแหน่งจุดสะท้อนเท้า มีรายละเอียดดังนี้

ความหมาย

การนวดกดจุดสะท้อนเท้า หรือ วิทยาการสะท้อนจุดเท้า หมายถึง การเรียนรู้จุดสะท้อนในบริเวณที่สัมพันธ์กับเส้นพลังสู่อวัยวะเฉพาะหรืออวัยวะเป้าหมาย เป็นวิธีการบำบัดทางเลือกวิธีหนึ่งที่บรรเทาอาการป่วยหรือบำบัดโรค (อำไพและคณะ, 2562) โดยการใช้มือและอุปกรณ์สำหรับการนวดกดจุดสะท้อนเท้าเริ่มจากการนวดเท้าทั่วไปโดยการกด นวด กระตุ้นฝ่าเท้า หลังเท้า นิ้วเท้า ข้อเท้า และน่อง จากนั้นเป็นการกดจุดตามตำแหน่งสะท้อนของอวัยวะเป้าหมาย การนวดกดจุดสะท้อนจึงแตกต่างจากการนวดโดยทั่วไปเพราะต้องรู้เทคนิคการออกแรงระดับปานกลางในระดับที่ลึกกว่าการนวดทั่วไป มีจังหวะหน่วง เน้น นิ่ง และต้องรู้จักตำแหน่งจุดสะท้อนสู่อวัยวะเป้าหมายอย่างแม่นยำ (ประเสริฐ, 2563) ทั้งนี้มีทฤษฎีหลักสำคัญที่เกี่ยวข้องกับการนวดกดจุดสะท้อนเท้า ได้แก่ ทฤษฎีโซน (Zone theory) ซึ่งถูกค้นพบโดย ดร.วิลเลียม ฟิตซ์เจอร์ลด์ (Dr. William H. Fitzgerald) (ภัทรศิริ, 2563; อำไพและคณะ, 2562) พบว่า อวัยวะทุกส่วนในร่างกายมีพลังงานที่ทำหน้าที่เชื่อมโยงอวัยวะทั้งหมดเข้าด้วยกัน แบ่งโซนการไหลเวียนเลือดในร่างกายได้ทั้งหมด 10 โซน แบ่งเป็นซีกซ้ายและซีกขวาอย่างละ 5 โซน โดยโซนที่ 1 จะอยู่ชิดกับแนวกึ่งกลางลำตัว ถัดออกไปจะเป็นโซนที่ 2 3 4 และ 5 ตามลำดับ นิ้วหัวแม่มือ นิ้วชี้ นิ้วกลาง นิ้วนาง และนิ้วก้อย แทนโซนที่ 1 2 3 4 และ 5 ตามลำดับ โดยเริ่มจากส่วนบนสุดของศีรษะแตกแขนงออกไปสิ้นสุดที่นิ้วมือและนิ้วเท้าทั้งสิบนิ้ว การออกแรงกดที่เส้นประสาทส่วนปลายของเท้าในด้านขวาและด้านซ้ายจะมีผลต่ออวัยวะในโซนเดียวกัน เช่น โซนนิ้วเท้าด้านขวาจะสะท้อนไปยังตำแหน่งอวัยวะซีกขวา ยกเว้นส่วนของสมองที่เมื่อออกแรงกดที่เท้าด้านขวาจะมีผลต่อสมองซีกซ้าย เนื่องจากมีการไขว้กันของเส้นประสาทที่ออปติกไคแอสม์ (optic chiasma) (Fitzgerald, 1917 อ้างใน Jones et al., 2013) แสดงได้ดังภาพ 2



ภาพ 2. การแบ่งโชนร่างกายตามทฤษฎีโชน

อีกทฤษฎีหลักสำคัญที่เกี่ยวข้องกับการนวดกดจุดสะท้อนเท้า คือ ทฤษฎีเส้นพลังงาน (Meridian theory) เป็นทฤษฎีที่มาจากรากฐานของทฤษฎีโชนซึ่งได้รับการพัฒนาโดย อุนิช อิงก์แฮม (Eunice Ingham) โดยให้ความสำคัญกับตำแหน่งจุดสะท้อนที่เท้าทั้ง 2 ข้างที่มีความสัมพันธ์กับอวัยวะ ต่อม กระดูก และกล้ามเนื้อส่วนต่าง ๆ ทั้งหมดภายในร่างกาย ซึ่งหากออกแรงกดจุดสะท้อนที่ตำแหน่งต่าง ๆ บนเท้าด้านขวา ก็จะมีผลต่ออวัยวะและต่อมต่าง ๆ ภายในของร่างกาย ซีกขวา ในขณะที่หากออกแรงกดจุดสะท้อนที่ตำแหน่งต่าง ๆ บนเท้าด้านซ้าย ก็จะมีผลต่ออวัยวะและต่อมต่าง ๆ ภายในของร่างกายซีกซ้าย (อำไพและคณะ, 2562)

ตำแหน่งจุดสะท้อนเต้า

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องพบว่า ตำแหน่งจุดสะท้อนเต้าที่มีความเกี่ยวข้องกับการสร้างและการหลั่งน้ำนม มี 4 ตำแหน่ง ได้แก่ ตำแหน่งจุดสะท้อนที่ 4 คือ ต่อมใต้สมอง ตำแหน่งจุดสะท้อนที่ 43 คือ ทรวงอก เต้านม ตำแหน่งจุดสะท้อนที่ 20 คือ ร่างแหประสาทส่วนท้อง และตำแหน่งจุดสะท้อนที่ 22 คือ ไต (Mirzaie et al., 2018; Mohammadpour et al., 2018) แสดงได้ดังภาพ 3 ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

ตำแหน่งสะท้อนไปยังต่อมใต้สมอง

ตำแหน่งสะท้อนไปยังต่อมใต้สมอง (pituitary gland) คือ ตำแหน่งจุดสะท้อนที่ 4 อยู่กึ่งกลางนิ้วหัวแม่มือกับนิ้วชี้ข้าง 2 ข้าง ตำแหน่งนี้สะท้อนไปยังต่อมใต้สมอง ส่งเสริมให้การไหลเวียนเลือดไปยังต่อมใต้สมองมีประสิทธิภาพมากขึ้นเนื่องจากต่อมใต้สมองเป็นอวัยวะที่ประกอบด้วยเส้นเลือดจำนวนมาก ทำให้เกิดการผลิตฮอร์โมนที่มีความสำคัญต่อการสร้างและการหลั่งน้ำนม โดยต่อมใต้สมองส่วนหน้าหลั่งฮอร์โมนโปรแลคตินและต่อมใต้สมองส่วนหลังหลั่งฮอร์โมนออกซิโทซิน ฮอร์โมนที่หลั่งออกมาจะถูกลำเลียงไปยังอวัยวะเป้าหมายผ่านระบบการไหลเวียนเลือดหรือน้ำเหลืองทั่วร่างกาย กล่าวคือ ฮอร์โมนโปรแลคตินและฮอร์โมนออกซิโทซิน ส่งผลให้เต้านม ต่อม น้ำนมและท่อน้ำนมทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพทำให้เกิดกระบวนการสร้างและการหลั่งน้ำนม นอกจากนี้การนวดจุดจุดสะท้อนเต้ายังเป็นการกระตุ้นประสาทสัมผัสซึ่งจะสนับสนุนการทำงานของต่อมใต้สมองให้หลั่งฮอร์โมนออกซิโทซินได้มากขึ้น ฮอร์โมนคอติซอลซึ่งเป็นฮอร์โมนแห่งความเครียดอยู่ในภาวะสมดุลทำให้สมองไม่หลั่งสารโดปามีนที่ฤทธิ์ยับยั้งการสร้างฮอร์โมนโปรแลคติน

ตำแหน่งสะท้อนไปยังทรวงอก เต้านม

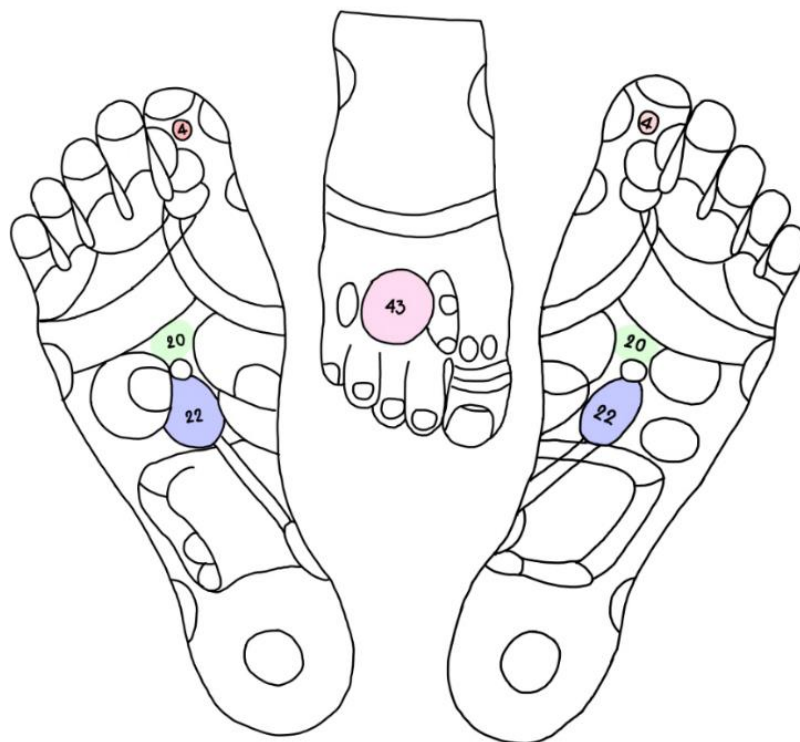
ตำแหน่งสะท้อนไปยังทรวงอก เต้านม (breast) คือ ตำแหน่งจุดสะท้อนที่ 43 อยู่บริเวณหลังเท้าทั้ง 2 ข้าง ตำแหน่งนี้สะท้อนไปยังเป็นอวัยวะสำคัญในการสร้างและการหลั่งน้ำนม นั่นคือ ส่งเสริมให้การไหลเวียนเลือดไปยังเต้านมโดยตรง ทำให้ต่อมน้ำนมและท่อน้ำนมทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพเพื่อเตรียมพร้อมสำหรับการสร้างและการหลั่งน้ำนม

ตำแหน่งสะท้อนไปยังร่างแหประสาทส่วนท้อง

ตำแหน่งสะท้อนไปยังร่างแหประสาทส่วนท้อง (solar plexus) คือ ตำแหน่งจุดสะท้อนที่ 20 อยู่บริเวณใจกลางฝ่าเท้าทั้ง 2 ข้าง ตำแหน่งนี้เป็นจุดศูนย์กลางของระบบประสาทส่วนท้อง มีหน้าที่ควบคุมระบบทางเดินอาหาร ช่วยให้การดูดซึมสารอาหารดีขึ้น ช่วยปรับสมดุลหยินหยางในร่างกาย เนื่องจากการตกค้างของเสียในร่างกายหรือพลังชีไปมาจากความเหนียวล้าและการสูญเสียเลือดจากการคลอด ซึ่งเป็นสาเหตุหนึ่งที่ส่งผลให้มึนงงไม่เพียงพอ

ตำแหน่งสะท้อนไปยังไต

ตำแหน่งสะท้อนไปยังไต (kidney) คือ ตำแหน่งจุดสะท้อนที่ 22 อยู่บริเวณใกล้เคียงกับตำแหน่งร่างแหประสาทส่วนท้องทั้ง 2 ข้าง โดยทางการแพทย์แผนจีนเชื่อว่า ไตเป็นรากฐานของชีวิตและเป็นจุดเริ่มต้นของเส้นลมปราณ จึงสามารถช่วยปรับสมดุลหยินหยางในร่างกายของมารดาหลังคลอดได้



ภาพ 3. ตำแหน่งจุดสะท้อนเท้าที่เกี่ยวข้องกับการสร้างและการหลั่งน้ำนม

กลไกการนวดกดจุดสะท้อนเท้าต่อการส่งเสริมการสร้างและการหลั่งน้ำนม

การนวดกดจุดสะท้อนเท้าในมารดาหลังคลอดที่บุตรเข้ารับการรักษาในหออภิบาลทารกแรกเกิด จะช่วยให้เกิดกลไกการสร้างและการหลั่งน้ำนมแทนการดูดกระตุ้นน้ำนมของทารก อีกทั้งยังทำให้ระบบประสาทสมองที่เป็นศูนย์กลางการควบคุมการทำงานของร่างกายและจิตใจทำงานพร้อมกันอย่างสมดุล (อำไพและคณะ, 2562) กล่าวคือ การนวดกดจุดสะท้อนเท้าประกอบด้วย 2 ขั้นตอน ได้แก่ (1) ขั้นตอนการนวดเท้าทั่วไป เป็นกระบวนการกด นวด กระตุ้นฝ่าเท้า หลังเท้า นิ้วเท้า ข้อเท้า และน่อง เพื่อให้กล้ามเนื้อที่มีความตึงตัวลดลงเกิดความผ่อนคลายและเป็นการเตรียมความพร้อมสำหรับการกดจุดสะท้อนเท้า (ประเสริฐ, 2563) อีกทั้งยังเป็นการกระตุ้นประสาทสัมผัสทำให้เกิดการหลั่งฮอร์โมนเอนโดรฟินและฮอร์โมนออกซิโทซินซึ่งเป็นฮอร์โมนแห่งความสุข (Satapathy et al., 2021; Vittner et al., 2019) ส่งผลให้ระดับฮอร์โมนคอร์ติซอลซึ่งเป็นฮอร์โมนแห่งความเครียดอยู่ในระดับที่สมดุล (อำไพและคณะ, 2562) ทั้งนี้หากมารดามีฮอร์โมนคอร์ติซอลอยู่ในระดับสูง จะเกิดการหลั่งสารโดปามีนซึ่งเป็นสารยับยั้งการสร้างน้ำนม (อริสราและคณะ, 2562) ส่งผลให้มารดามีน้ำนมไม่เพียงพอต่อความต้องการของทารก และ (2) ขั้นตอนการกดจุดสะท้อนเท้า เป็นกระบวนการที่ช่วยกระตุ้นการทำงานของอวัยวะที่เกี่ยวข้องกับการสร้างและการหลั่งน้ำนม โดยการใช้มือและอุปกรณ์สำหรับการนวดกดจุดสะท้อนเท้าออกแรงระดับปานกลางในระดับที่ลึกกว่าการนวดทั่วไป กดไปยังตำแหน่งจุดสะท้อนที่เท้าในจังหวะหนึ่ง เน้น มี 4 ตำแหน่ง ได้แก่ (1) ตำแหน่งจุดสะท้อนที่ 4 คือ ต่อมใต้สมอง (2) ตำแหน่งจุดสะท้อนที่ 43 คือ ทรวงอก เต้านม (3) ตำแหน่งจุดสะท้อนที่ 20 คือ ร่างแหประสาทส่วนท้อง และ (4) ตำแหน่งจุดสะท้อนที่ 22 คือ ไต (Mirzaie et al., 2018; Mohammadpour et al., 2018) ขั้นตอนนี้เป็นส่งเสริมให้การไหลเวียนเลือดไปยังต่อมใต้สมองมีประสิทธิภาพ เมื่อทำการกดจุดสะท้อนที่ตำแหน่งจุดสะท้อนไปยังต่อมใต้สมอง จะส่งเสริมให้เกิดการผลิตฮอร์โมนที่มีความสำคัญต่อการสร้างและการหลั่งน้ำนมมากขึ้น โดยต่อมใต้สมองส่วนหน้าทำหน้าที่หลั่งฮอร์โมนโพรแลคตินซึ่งเกี่ยวข้องกับการสร้างน้ำนมและต่อมใต้สมองส่วนหลังทำหน้าที่หลั่งฮอร์โมนออกซิโทซินซึ่งเกี่ยวข้องกับการหลั่งน้ำนม เมื่อฮอร์โมนดังกล่าวหลั่งออกมาจะถูกส่งเข้าสู่กระแสเลือดโดยตรงโดยไม่ผ่านท่อลำเลียงภายนอก จากนั้นจะอาศัยระบบการไหลเวียนเลือดส่งต่อไปยังเซลล์หรืออวัยวะเป้าหมาย (Howie, 2021) นั่นคือ เต้านม ทำให้ต่อมน้ำนมและท่อน้ำนมทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ

สำหรับบริเวณร่างแหประสาทส่วนท้องเป็นจุดศูนย์กลางของระบบประสาทส่วนท้องซึ่งอยู่ในโซนเดียวกับตำแหน่งทรวงอก เต้านม (ภัทรศศิริ, 2563; อำไพและคณะ, 2562; Fitzgerald, 1917 อ้างใน Jones et al., 2013) มีหน้าที่ควบคุมระบบทางเดินอาหาร ทำให้การดูดซึมสารอาหารดีขึ้นและช่วยปรับสมดุลหยินหยางในร่างกาย และตำแหน่งไต เป็นตำแหน่งที่การแพทย์แผนจีนเชื่อว่า

เป็นรากฐานของชีวิต เป็นจุดเริ่มต้นของเส้นลมปราณและสามารถช่วยปรับสมดุลอินหยางในร่างกายของมารดาหลังคลอดได้เช่นกัน เนื่องจากมารดาหลังคลอดมักสูญเสียพลังลมปราณหรือพลังชีไปมากจากความเหนื่อยล้าและการสูญเสียเลือดจากการคลอด ซึ่งเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้มารดามีน้ำหนักไม่เพียงพอ (อำไพและคณะ, 2562)

นอกจากนี้การนวดกดจุดสะท้อนเท้าที่เหมาะสมยังเป็นตัวช่วยลดการกระตุ้นอารมณ์ทางลบ เช่น ความความเครียดและวิตกกังวล ซึ่งเป็นผลจากการทำงานของไฮโปทาลามัสและระบบลิมบิกทำให้มารดารู้ได้ถึงความสงบและผ่อนคลาย อีกทั้งยังเป็นตัวช่วยยับยั้งสารสื่อประสาทในกลไกการเปิดปิดที่ระดับไขสันหลังทำให้ความปวดลดลง (สรารุณี, 2560; Fritz & Luke, 2020; Nehal, 2019) ไม่เกิดการยับยั้งการสร้างน้ำนมจากการเพิ่มขึ้นของโดปามีน การนวดกดจุดสะท้อนเท้าจึงทำให้มารดาหลังคลอดสามารถสร้างน้ำนมได้ปริมาณมากยิ่งขึ้น

การประยุกต์ใช้การนวดกดจุดสะท้อนเท้าเพื่อส่งเสริมการสร้างและการหลั่งน้ำนม

การนวดกดจุดสะท้อนเท้าเพื่อส่งเสริมการสร้างและการหลั่งน้ำนม ประกอบด้วย 2 ขั้นตอน ได้แก่ (1) ขั้นตอนนวดเท้าทั่วไป และ (2) ขั้นตอนกดจุดสะท้อนเท้า (Aksua & Karaca, 2021; Mirzaie et al., 2018; Mohammadpour et al., 2018) มีรายละเอียดดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ขั้นตอนนวดเท้าทั่วไป

นักวิจัยจะเริ่มด้วยการทำความสะอาดเท้า จากนั้นจัดท่านอนให้มารดาสุขสบายและเริ่มต้นนวดเท้าทั่วไป คือ การกด นวด กระตุ้นฝ่าเท้า หลังเท้า นิ้วเท้า ข้อเท้า และน่อง โดยการใช้มือและอุปกรณ์สำหรับการนวดกดจุดสะท้อนเท้า เพื่อให้กล้ามเนื้อเกิดความผ่อนคลายและเป็นการเตรียมความพร้อมสำหรับการกดจุดสะท้อนเท้า ใช้เวลาในการนวดเท้าทั่วไป ช่วงละ 5-10 นาที รวมเป็นระยะเวลา 10-20 นาที

ขั้นตอนที่ 2 ขั้นตอนกดจุดสะท้อนเท้า

นักวิจัยทำการกดจุดสะท้อนเท้าโดยการใช้มือและอุปกรณ์สำหรับการนวดกดจุดสะท้อนเท้าออกแรงระดับปานกลางในระดับที่ลึกกว่าการนวดทั่วไป กดไปยังตำแหน่งจุดสะท้อนที่เท้าในจังหวัดหนอง เน้น นิ่ง มี 4 ตำแหน่ง ได้แก่ (1) ตำแหน่งจุดสะท้อนที่ 4 คือ ต่อมใต้สมอง (2) ตำแหน่งจุดสะท้อนที่ 43 คือ ทรวงอก เต้านม (3) ตำแหน่งจุดสะท้อนที่ 20 คือ ร่างแหประสาท

ส่วนท้อง และ (4) ตำแหน่งจุดสะท้อนที่ 22 คือ ไต ขั้นตอนนี้เป็นกระบวนการช่วยกระตุ้นและส่งเสริมการทำงานของอวัยวะที่เกี่ยวข้องกับการสร้างและการหลั่งน้ำนมให้ทำงานอย่างมีประสิทธิภาพ และเป็นการปรับสมดุลของร่างกาย ขั้นตอนนี้ใช้เวลาข้างละ 5-10 นาที รวมเป็นระยะเวลา 10-20 นาที

จากวรรณกรรมที่ผ่านมาจะเห็นได้ว่า นักวิจัยใช้ระยะเวลาการดำเนินการในการนวดกดจุดสะท้อนเท้าเป็นเวลาทั้งหมด 20-40 นาที โดยดำเนินการนวดกดจุดสะท้อนเท้าให้มารดาวันละ 1 ครั้ง เป็นเวลา 5-7 วัน และเว้นช่วงจากการปัมน้ำนมครั้งก่อนเป็นเวลา 1 ชั่วโมง 30 นาที

การศึกษาครั้งนี้ นักวิจัยได้ประยุกต์ใช้การนวดกดจุดสะท้อนเท้าเพื่อส่งเสริมการสร้างและการหลั่งน้ำนมจากวรรณกรรมที่ผ่านมาโดยการดำเนินการให้มารดาวันละ 1 ครั้ง แต่ดำเนินการเป็นเวลา 2 วัน ได้แก่ วันที่ 1 (ระยะ 4-8 ชั่วโมงแรกหลังคลอด) และวันที่ 2 (ระยะ 20-28 ชั่วโมงหลังคลอด) เพื่อการกระตุ้นการสร้างและการหลั่งน้ำนมแทนการดูดของทารกโดยเร็วที่สุด และเพื่อให้เหมาะสมกับบริบทการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลของมารดาที่มาคลอดบุตรของโรงพยาบาลขนาดใหญ่ จังหวัดสงขลา ที่มีระยะเวลาการเข้ารับการรักษาเฉลี่ยอยู่ที่ 2-3 วัน เพื่อเป็นการป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง อีกทั้งการนวดกดจุดสะท้อนสามารถส่งผลกระทบต่อระบบการไหลเวียนเลือดทำให้อวัยวะเป้าหมายทำงานอย่างมีประสิทธิภาพได้ตั้งแต่การนวดกดจุดสะท้อนเท้าครั้งแรก นักวิจัยใช้ระยะเวลาการดำเนินการนวดกดจุดสะท้อนเท้าเป็นเวลา 30 นาทีต่อครั้ง ประกอบด้วยการนวดเท้าทั่วไป 20 นาที และการกดจุดสะท้อนเท้า 10 นาที เนื่องจากเป็นระยะเวลาที่มีความเหมาะสมและอยู่ในช่วงระยะเวลาของการวิจัยที่ผ่านมา ๆ มา อีกทั้งการนวดกดจุดสะท้อนเท้าที่ยาวนานเกินไปอาจทำให้มารดาเกิดการบาดเจ็บ บวม ข้ำ หรือมีความไม่สุขสบายได้

สรุปการทบทวนวรรณกรรม

สถานการณ์การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ยังเป็นปัญหาสำคัญของประเทศไทย โดยเฉพาะมารดาหลังคลอดที่บุตรเข้ารับการรักษาในหออภิบาลทารกแรกเกิด ถือเป็นอุปสรรคสำคัญที่ทำให้มารดาและทารกถูกแยกจากกันตั้งแต่ระยะแรกหลังคลอด ทารกจึงไม่ได้ดูดกระตุ้นน้ำนมตั้งแต่ระยะเริ่มต้น ทำให้เกิดความล่าช้าในการสร้างและการหลั่งน้ำนมได้ บุคลากรสุขภาพจึงต้องให้ความสำคัญกับการส่งเสริมการสร้างและการหลั่งน้ำนมโดยเร็ว จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องพบว่า มีวิธีการส่งเสริมการสร้างและการหลั่งน้ำนมหลายวิธีการ ได้แก่ การนวดเต้านม การใช้ความร้อนประคบ การใช้ยา อาหารหรือสมุนไพรบำรุงน้ำนม และพบว่าวิธีการนวดกดจุดสะท้อนเท้ามีความเหมาะสมกับบริบทของมารดาหลังคลอดที่บุตรเข้ารับการรักษาในหออภิบาลทารกแรกเกิดมากที่สุด เพราะการที่บุตรเข้ารับการรักษาในหออภิบาลทารกแรกเกิดตั้งแต่ระยะแรกหลังคลอดเป็นเหตุการณ์ที่ไม่สามารถ

คาดการณ์ได้ล่วงหน้า มารดาอาจไม่ได้เตรียมพร้อมการกระตุ้นน้ำนมตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์ ดังนั้นการช่วยเหลือสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่จากบุคลากรสุขภาพที่ผ่านการอบรมสามารถใช้วิธีการนวดกดจุดสะท้อนเต้าให้มารดาได้ทันทีหลังคลอด จึงเป็นวิธีการที่มีความสะดวก อีกทั้งยังประหยัดค่าใช้จ่าย และไม่มีผลข้างเคียง นอกจากนี้มีการศึกษาอธิบายว่า การนวดกดจุดสะท้อนเต้าเป็นวิธีการรักษาที่มีประสิทธิภาพ มีจุดประสงค์เพื่อปรับปรุงสุขภาพ เพื่อการผ่อนคลาย ทำให้สามารถส่งเสริมการสร้างและการหลั่งน้ำนมในมารดาที่เลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้ อีกทั้งการศึกษาในต่างประเทศที่ผ่านมา ยังคงมีข้อจำกัด เช่น เป็นการศึกษาเชิงทดลองแบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุมค่อนข้างน้อย มีการใช้เครื่องปั้มน้ำนมในการกระตุ้นน้ำนมร่วมด้วย และมีการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง เป็นต้น นักวิจัยจึงมีความสนใจศึกษาวิธีการนวดกดจุดสะท้อนเต้าเพื่อส่งเสริมการสร้างและการหลั่งน้ำนมในมารดาหลังคลอดที่บุตรเข้ารับการรักษาในหออภิบาลทารกแรกเกิดให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

บทที่ 3

วิธีการดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงทดลองแบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุมแบบปกปิดทางเดียว (single-blind randomized controlled trial [RCT]) เพื่อศึกษาผลของการนวดกดจุดสะท้อนเท้าต่อระยะเวลาให้นมเต็มเต้าและปริมาณน้ำนมในมารดาหลังคลอดที่บุตรเข้ารับการรักษาในหออภิบาลทารกแรกเกิดตั้งแต่ระยะแรกหลังคลอด สำหรับรายละเอียดในบทนี้ ประกอบด้วยเนื้อหา ได้แก่ แบบแผนวิจัยการทดลอง ประชากรเป้าหมายและกลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ การเก็บรวบรวมข้อมูล การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง และการวิเคราะห์ข้อมูล ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

แบบแผนวิจัยการทดลอง

นักวิจัยจะดำเนินการเก็บข้อมูลตั้งแต่เดือนมีนาคม พ.ศ.2564 ถึง เดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2564 โดยการสุ่มกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่ม 2 กลุ่ม เพื่อดำเนินการศึกษา ได้แก่ กลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม มีรูปแบบดังนี้

R	X ₁	X ₂	O ₁	O ₂	กลุ่มทดลอง
			O ₁	O ₂	กลุ่มควบคุม

R	หมายถึง	การสุ่มเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป
X ₁	หมายถึง	การนวดกดจุดสะท้อนเท้า ครั้งที่ 1 ภายในระยะ 4-8 ชั่วโมงหลังคลอด
X ₂	หมายถึง	การนวดกดจุดสะท้อนเท้า ครั้งที่ 2 ภายในระยะ 20-28 ชั่วโมงหลังคลอด
O ₁	หมายถึง	การประเมินปริมาณน้ำนมในวันที่ 1 (24 ชั่วโมงแรกหลังคลอด) ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม
O ₂	หมายถึง	การประเมินปริมาณน้ำนมในวันที่ 2 (24-48 ชั่วโมงหลังคลอด) ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

นอกจากนี้มีการประเมินระยะเวลาให้น้ำนมเต็มเต้า โดยนับจากระยะเวลาที่ทารกคลอดจนกระทั่งมารดาคลุ่มตัวอย่างรับรู้อาการที่บ่งบอกว่ามีน้ำนมเต็มเต้าครั้งแรก คือ อาการเต้านมขยายใหญ่ บวม ตึง หนักเต้านมมากขึ้น รู้สึกเจ็บแปลบหรือเสียวซ่าภายในเต้านม และมีน้ำนมไหลซึมออกมา

ประชากรเป้าหมายและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรเป้าหมายในการศึกษาคั้งนี้ คือ มารดาหลังคลอดที่บุตรเข้ารับการรักษาในหออภิบาลทารกแรกเกิด

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาคั้งนี้คือ มารดาหลังคลอดที่บุตรเข้ารับการรักษาในหออภิบาลทารกแรกเกิด พักฟื้น ณ หอผู้ป่วยสูติกรรม โรงพยาบาลหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา จำนวน 50 ราย เป็นกลุ่มทดลอง 25 ราย และกลุ่มควบคุม 25 ราย ซึ่งมีรายละเอียดของการได้มาซึ่งกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

การได้มาซึ่งกลุ่มตัวอย่าง

คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้มีรายละเอียดดังนี้

เกณฑ์ในการคัดเลือกเข้ากลุ่มตัวอย่าง (inclusion criteria)

1. มีอายุมากกว่า 18 ปี
2. มีความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่
3. ไม่มีความผิดปกติของหัวนม ได้แก่ หัวนมบอด บูน
4. ไม่มีข้อห้ามในการนวดเต้า ได้แก่ บาดเจ็บที่เต้าทั้ง 2 ข้าง ภาวะลิ่มเลือดในหลอดเลือดดำ อุดตัน หรือตรวจพบอาการแสดงของโฮแมนส์ (Homan's sign) ให้ผลบวก
5. ไม่มีปัญหาทางด้านการได้ยิน การมองเห็น
6. สามารถใช้ภาษาไทยในการ ฟัง พูด อ่าน เขียน ได้

เกณฑ์ในการคัดออกจากกลุ่มตัวอย่าง (exclusion criteria)

1. มีเต้านมอักเสบ มีเนื้องอกหรือเป็นมะเร็งเต้านม
2. มีปัญหาการนอนหลับ เบื่ออาหาร หงุดหงิด ร้องไห้โดยไม่ทราบสาเหตุ

3. ได้รับยากระตุ้นน้ำนม เช่น ยาโดมเพอริโดน (domperidone) หรือยาที่มีผลให้ระดับฮอร์โมนโปรแลคตินลดลง เช่น ยาลดอาการคัดจมูก (pseudoephedrine) ยาแก้แพ้ (antihistamine)
4. มีภาวะแทรกซ้อนในระยะหลังคลอด ได้แก่ ภาวะตกเลือดหลังคลอด ภาวะความดันโลหิตสูงชนิดรุนแรง และภาวะลิ่มเลือดในหลอดเลือดดำอุดตัน
5. มีข้อห้ามจากแพทย์ในการให้นมบุตร ได้แก่ ติดเชื้อเอชไอวี (HIV) และใช้สารเสพติด
6. ทารกมีอาการรุนแรงขึ้นหรือเสียชีวิต
7. ทารกได้ดูดกระตุ้นน้ำนมมารดาขณะอยู่ห้องคลอด หรือก่อนย้ายไปรับการรักษาในหออภิบาลทารกแรกเกิด

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง

กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยกำหนดอำนาจการทดสอบ (power analysis) ที่ .80 ระดับความเชื่อมั่นที่ 95% ($\alpha = .05$) และคำนวณขนาดอิทธิพลค่าความแตกต่าง (effect size) จากการศึกษาเรื่อง Investigating the effect of reflexology on the breast milk volume of preterm infants' mothers (Mohammadpour et al., 2018) ได้ขนาดอิทธิพลค่าความแตกต่างเท่ากับ 1.42 และการศึกษาเรื่อง ผลของโปรแกรมการกระตุ้นการหลั่งน้ำนมต่อระยะเวลาการเริ่มไหลของน้ำนมระยะเวลาการมาของน้ำนมเต็มเต้า และการรับรู้ความสามารถในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในมารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง (กนกวรรณและคณะ, 2559) ได้ขนาดอิทธิพลค่าความแตกต่างเท่ากับ 2.22 ซึ่งทั้งสองการศึกษามีขนาดอิทธิพลที่สูง นักวิจัยจึงได้ปรับลดขนาดอิทธิพลค่าความแตกต่าง โดยค่าที่ยอมรับได้คือ .80 จากนั้นเปิดตารางคำนวณกลุ่มตัวอย่างของโพลิตและเบ็ค (Polit & Beck, 2018) ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 25 ราย รวมมีกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 50 ราย ประกอบด้วย กลุ่มที่ได้รับการนวดจุดจุดสะท้อนเท้า 25 ราย และกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ 25 ราย

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่ม

กลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดจะถูกสุ่มเข้ากลุ่มด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป (minimized randomization) โดยกำหนดตัวแปรที่คาดว่าจะมีอิทธิพลต่อผลการวิจัย ได้แก่ (1) อายุ แบ่งเป็น 2 กลุ่มอายุ คือ กลุ่มอายุ 19-34 ปี และกลุ่มอายุ 35 ปีขึ้นไป (2) วิธีการคลอด แบ่งเป็น 4 กลุ่ม คือ กลุ่มคลอดปกติทางช่องคลอด กลุ่มคลอดโดยใช้สูติศาสตร์หัตถการโดยใช้เครื่องดูดสุญญากาศ กลุ่มคลอดโดยใช้สูติศาสตร์หัตถการโดยใช้คีม และกลุ่มคลอดโดยการ

ผ้าตัดตลอดทางหน้าท้อง และ (3) จำนวนครั้งของการคลอด แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มคลอดบุตร ครั้งแรก และกลุ่มคลอดบุตรตั้งแต่ 2 ครั้งขึ้นไป ซึ่งข้อมูลรายละเอียดต่าง ๆ ของกลุ่มตัวอย่างจะถูกกรอกลงในโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปดังกล่าว จากนั้นกลุ่มตัวอย่างแต่ละรายจะถูกกำหนดให้เข้ากลุ่มแต่ละกลุ่ม วิธีการนี้จะทำให้การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มไม่มีความลำเอียง (selection bias) และทำให้กลุ่มตัวอย่างแต่ละกลุ่มมีความเท่าเทียมกัน ซึ่งภายหลังจากการดำเนินการสุ่มแล้ว นักวิจัยจะเป็นผู้ทราบผลการสุ่มแต่เพียงผู้เดียว (single-blind)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วยเครื่องมือ 3 ส่วน ได้แก่ เครื่องมือที่ใช้ดำเนินการทดลอง เครื่องมือที่ใช้กำกับกับการทดลอง และ เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล มีรายละเอียดดังนี้

เครื่องมือที่ใช้ดำเนินการทดลอง

เครื่องมือที่ใช้ดำเนินการทดลอง คือ นักวิจัย ซึ่งเป็นผู้ดำเนินการในการให้ความรู้เรื่องการนวดกดจุดสะท้อนเท้าที่ส่งเสริมการสร้างและการหลั่งน้ำนม และเป็นผู้ดำเนินการนวดกดจุดสะท้อนเท้า

เครื่องมือที่ใช้กำกับการทดลอง

เครื่องมือที่ใช้กำกับการทดลอง คือ แบบประเมินทักษะการบีบน้ำนมด้วยมือ มีวัตถุประสงค์เพื่อตรวจสอบความถูกต้องในทักษะการบีบน้ำนมด้วยมือของมารดา ประกอบด้วย 6 ขั้นตอนมาตรฐาน ได้แก่ (1) ทำความสะอาดมือด้วยสบู่ และเช็ดให้แห้ง (2) เตรียมภาชนะรองรับน้ำนม ควรเป็นขวดปากกว้างหรือถ้วยที่ทำจากแก้วหรือพลาสติกแข็งซึ่งผ่านการฆ่าเชื้อโรคแล้ว (3) วางปลายนิ้วหัวแม่มือและนิ้วชี้เป็นรูปตัว C โดยวางนิ้วห่างจากหัวนมประมาณ 3-4 เซนติเมตร ให้ปลายนิ้วหัวแม่มือ ปลายนิ้วชี้ และหัวนมอยู่ในแนวเดียวกัน จากนั้นกดนิ้วหัวแม่มือและนิ้วชี้เข้าหาผนังหน้าอก (4) บีบน้ำนมหัวแม่มือและนิ้วชี้เข้าหากันเบา ๆ ลีกลงไปด้านหลังของลานหัวนมให้เป็นจังหวะ ห้ามรีดคั้นเต้านม กดหรือดึงหัวนม การบีบจะเลียนแบบลักษณะการดูดนมของลูก (5) เปลี่ยนตำแหน่งของนิ้วหัวแม่มือและนิ้วชี้ที่กดลานหัวนมไปรอบ ๆ ให้ทั่ว จนกว่าน้ำนมจะน้อยลง

และ (6) ใช้เวลาบิบน้ำนมข้างละ 15 นาที หรือบิบน้ำนมสลับกันไปมาทั้ง 2 ข้าง ใช้เวลาทั้งหมด 30 นาที โดยมารดาต้องปฏิบัติให้ถูกต้องครบทั้ง 6 ขั้นตอน จึงจะผ่านการประเมิน

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบบันทึกข้อมูลการคลอด แบบบันทึกระยะเวลาให้นมเต็มเต้า และแบบบันทึกปริมาณน้ำนม มีรายละเอียดดังนี้

แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย 2 ตอน ได้แก่ ข้อมูลทั่วไป และข้อมูลการตั้งครรภ์และเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ซึ่งนักวิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม มีรายละเอียดดังนี้

ตอนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป มีจำนวน 6 ข้อคำถาม ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ และรายได้ของครอบครัว ลักษณะของเครื่องมือเป็นแบบให้เลือกเติมคำในช่องว่าง และให้เลือกตอบ

ตอนที่ 2 แบบสอบถามข้อมูลการตั้งครรภ์และเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ มีจำนวน 4 ข้อคำถาม ได้แก่ ลำดับของบุตร ประวัติการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในอดีต (กรณีมีบุตรมากกว่า 1 คน) ความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในครั้งนี้ และระดับการไหลของน้ำนมแรกรับ ลักษณะของเครื่องมือเป็นแบบให้เลือกเติมคำในช่องว่างและให้เลือกตอบ สำหรับระดับการไหลของน้ำนมแรกรับนักวิจัยเป็นผู้ประเมินด้วยตนเอง

แบบบันทึกข้อมูลการคลอด

แบบบันทึกข้อมูลการคลอด ประกอบด้วย ข้อมูลอายุครรภ์ วันและเวลาคลอด วิธีการคลอด น้ำหนักทารกแรกเกิด และข้อบ่งชี้ของทารกที่ต้องเข้ารับการรักษาในหออภิบาลทารกแรกเกิด ซึ่งนักวิจัยเป็นผู้เก็บรวบรวมข้อมูลจากแฟ้มประวัติการรักษาของมารดาด้วยตนเอง

แบบบันทึกระยะเวลาให้นมเต็มเต้า

นักวิจัยได้สร้างแบบบันทึกระยะเวลาให้นมเต็มเต้าจากการทบทวนวรรณกรรมและประยุกต์จากแบบบันทึกระยะเวลาการมาของน้ำนมเต็มเต้า (กนกวรรณและคณะ, 2559) โดยให้กลุ่ม

ตัวอย่างเป็นผู้ลงบันทึกระยะเวลาให้น้ำนมเต็มเต้า ซึ่งเป็นช่วงระยะเวลาหลังจากทารกคลอดทันที จนกระทั่งมารดารับรู้อาการที่บ่งบอกว่ามีน้ำนมเต็มเต้าครั้งแรก คือ รู้สึกเต้านมขยายใหญ่ บวม ตึง หนักมากขึ้น รู้สึกเจ็บแปลบหรือเสียวซ่าภายในเต้านม และมีน้ำนมไหลซึมออกมา

แบบบันทึกปริมาณน้ำนม

นักวิจัยได้สร้างแบบบันทึกปริมาณน้ำนมจากการทบทวนวรรณกรรม แบบบันทึกมีรูปแบบเป็นตารางเวลา 2 ตาราง แบ่งเป็นตารางวันที่ 1 (24 ชั่วโมงหลังคลอด) และตารางวันที่ 2 (24-48 ชั่วโมงหลังคลอด) โดยนักวิจัยเป็นผู้กำหนดช่วงเวลาการบีบเก็บน้ำนมเป็นรอบ รอบละ 8 ชั่วโมง ใน 1 วัน จึงมีช่วงเวลาบีบเก็บน้ำนมทั้งหมด 3 รอบ ในแต่ละรอบกำหนดให้มารดาคลุ่มตัวอย่าง บริหารการบีบเก็บน้ำนมด้วยตนเอง ทั้งนี้มารดาต้องปฏิบัติตามขั้นตอนการบีบน้ำนมด้วยมือ บีบน้ำนม ทุก ๆ 2-3 ชั่วโมง และกำหนดให้ในช่วงระยะเวลากลางวันมารดาต้องบีบน้ำนมให้ได้อย่างน้อยรอบละ 2 ครั้ง จากนั้นให้บันทึกเวลาและปริมาณน้ำนมที่บีบได้จากการใช้กระบอกฉีดยา (syringe) ที่เหมาะสมกับปริมาณน้ำนมที่บีบได้และเป็นยี่ห้อเดียวกันที่ได้มาตรฐานทางการแพทย์ในการตรวจวัด ปริมาณน้ำนมลงในแบบบันทึกปริมาณน้ำนม เพื่อนำมาคำนวณจำนวนครั้งที่บีบเก็บน้ำนมและปริมาณ น้ำนมในวันที่ 1 (24 ชั่วโมงแรกหลังคลอด) และปริมาณน้ำนมในวันที่ 2 (24-48 ชั่วโมงหลังคลอด)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

มีการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัยที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบ ประเมินทักษะการบีบน้ำนมด้วยมือแบบบันทึกระยะ แบบบันทึกระยะเวลาให้น้ำนมเต็มเต้า และแบบ บันทึกปริมาณน้ำนม ดำเนินการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) และตรวจหา ความเที่ยง (reliability) มีรายละเอียดการตรวจสอบ ดังนี้

การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (content validity)

นักวิจัยนำเครื่องมือที่สร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ แบบ ประเมินทักษะการบีบน้ำนมด้วยมือ แบบบันทึกระยะเวลาให้น้ำนมเต็มเต้า และแบบบันทึกปริมาณ น้ำนม ดำเนินการตรวจสอบหาความตรงเชิงเนื้อหาโดยผ่านผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ได้แก่ อาจารย์ประจำภาควิชาการพยาบาลกุมารเวชศาสตร์ อาจารย์แพทย์แผนไทย และ พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ เพื่อพิจารณาและตรวจสอบความสอดคล้องกับเนื้อหา

ความถูกต้อง และความชัดเจน โดยภายหลังนักวิจัยดำเนินการปรับแก้ไขตามข้อเสนอแนะและข้อคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิแล้วได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาของเครื่องมือ (content validity index [CVI]) เท่ากับ 1.00

การตรวจหาความเที่ยง (reliability)

นักวิจัยทำการศึกษานำร่องกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 ราย เพื่อตรวจหาความเที่ยงของเครื่องมือ โดยแบบประเมินทักษะการบีบน้ำนมด้วยมือหาความเที่ยงโดยการวิเคราะห์ความคงที่ (stability) ด้วยวิธีการวัดซ้ำ (test-retest procedure) กำหนดเกณฑ์ในการตัดสินความคงที่ของเครื่องมือคือ ขนาดความสัมพันธ์ระหว่างการวัดทั้งสองครั้ง r มากกว่าหรือเท่ากับ .70 (Nunnally, 2012) ซึ่งค่าความเที่ยงของเครื่องมือที่ได้คือ .83 และแบบบันทึกปริมาณน้ำนมหาค่าความเที่ยงแบบสังเกต (interrater reliability) โดยนักวิจัยได้สังเกตจากการตรวจวัดปริมาณน้ำนมของกลุ่มตัวอย่างภายหลังจากเสร็จสิ้นการบีบน้ำนม ด้วยกระบอกฉีดยาที่ได้มาตรฐานทางการแพทย์ปริมาตร 3 มิลลิลิตร อ่านค่าปริมาณน้ำนมที่ได้ จากนั้นลงบันทึกปริมาณน้ำนมที่ได้ในแบบบันทึกปริมาณน้ำนมอย่างถูกต้อง ได้ค่าความเที่ยงของเครื่องมือดังกล่าวคือ .90 ซึ่งเป็นค่าความเที่ยงแบบสังเกตที่ดี (บุญใจ, 2555)

การควบคุมปัจจัยคุกคามที่มีอิทธิพลต่อความตรง

นักวิจัยได้ควบคุมปัจจัยคุกคามที่มีผลต่อความตรงภายใน (internal validity) และความตรงภายนอก (external validity) (Cambell, 1957 as cited in Flannelly et al., 2018) มีรายละเอียดดังนี้

การควบคุมปัจจัยคุกคามที่มีผลต่อความตรงภายใน

1. การวิจัยครั้งนี้แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม เพื่อควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้ระหว่างการทดลอง เช่น เหตุการณ์พ้อง (history) จากบทบาทการพยาบาลตามปกติของหอผู้ป่วยที่มีการสอนนวดเต้านมและการบีบเก็บน้ำนม จากการดำเนินการทดลองพบว่า นักวิจัยเข้าพบมารดาในกลุ่มตัวอย่างในครั้งแรกก่อนเจ้าหน้าที่ประจำหอผู้ป่วยที่ดูแลเรื่องการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ทุกราย อย่างไรก็ตาม ก่อนการเก็บข้อมูลนักวิจัยได้สอนวิธีการบีบเก็บน้ำนม 6 ขั้นตอน และมีการประเมินผล พบว่า มารดาทุกรายบีบเก็บน้ำนมได้ถูกวิธี จึงดำเนินการขั้นตอนต่อไป

2. มีการใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปในการกำหนดกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่ม เพื่อควบคุมตัวแปรที่คาดว่าจะมีอิทธิพลต่อผลการวิจัย ได้แก่ อายุ วิธีการคลอด และจำนวนครั้งของการคลอด ทำให้กลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม มีความคล้ายคลึงกัน (homogeneity) อีกทั้ง ทำให้การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มไม่มีความลำเอียง (selection bias) และภายหลังจากการดำเนินการสุ่มแล้ว นักวิจัยจะเป็นผู้ทราบผลการสุ่มแต่เพียงผู้เดียว

3. เครื่องมือวิจัย (instrument) ทั้งหมดที่ใช้ในการะบวนการทดลอง เป็นเครื่องมือที่ผ่านการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ได้แก่ การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา และการตรวจหาความเที่ยง โดยผ่านผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญ

4. นักวิจัยได้ควบคุมสิ่งแวดล้อม (controlling the environment) โดยการกั้นม่านและติดป้ายกำกับ “กำลังทำหัตถการ” ทุกครั้งก่อนดำเนินการทดลอง รวมทั้งขอความร่วมมือมารดา กลุ่มตัวอย่างงดใช้เครื่องมือสื่อสาร และขอความร่วมมือญาติให้อยู่นอกม่านและงดใช้เสียงรบกวน เพื่อป้องกันการปนเปื้อนของสิ่งทดลอง (diffusion or imitation of treatments)

5. การวิจัยครั้งนี้ได้ออกแบบให้มีการดำเนินการทดลองและเก็บข้อมูลเสร็จสิ้นกระบวนการภายใน 72 ชั่วโมงหลังคลอด ซึ่งอยู่ในช่วงระยะเวลาก่อนที่แพทย์จะจำหน่ายมารดา กลุ่มตัวอย่างออกจากโรงพยาบาล แต่ในกรณีที่กลุ่มตัวอย่างมีอาการน้ำนมเต็มเต้าล่าช้าเกิน 72 ชั่วโมงหลังคลอดหรือจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลก่อนมีอาการน้ำนมเต็มเต้า นักวิจัยจะใช้วิธีการโทรศัพท์สอบถามวันและเวลาที่มารดารับรู้อาการน้ำนมเต็มเต้า ทำให้การวิจัยครั้งนี้ไม่เกิดปัญหาการขาดหายของตัวอย่าง (mortality)

การควบคุมปัจจัยคุกคามที่มีผลต่อความตรงภายนอก

1. ผู้วิจัยดำเนินการทดลองในกลุ่มตัวอย่างที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลขนาดใหญ่ จังหวัดสงขลา ซึ่งเป็นโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานกระทรวงสาธารณสุข กลุ่มตัวอย่างจึงไม่มีคุณลักษณะแตกต่างหรือมีอิทธิพลร่วมกับการทดลองมากกว่ากลุ่มประชากรทั่วไป อีกทั้งมีการใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปในการสุ่มกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่ม จึงเป็นการควบคุมอิทธิพลร่วมระหว่างความลำเอียงในการเลือกกลุ่มตัวอย่างกับสิ่งทดลอง (interaction effects of selection biases and treatment) ทำให้ผลการศึกษานี้สามารถอ้างอิงไปยังประชากรส่วนใหญ่ที่เป็นมารดาหลังคลอดที่บุตรเข้ารับการรักษาในหออภิบาลทารกแรกเกิดและมีอายุมากกว่า 18 ปีได้

2. ภายหลังจากการดำเนินการสุ่มกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป นักวิจัยจะทราบผลการสุ่มแต่เพียงผู้เดียว กลุ่มตัวอย่างจึงได้รับการพยาบาลตามปกติเหมือนกันทุกราย ทำให้ขณะดำเนินการทดลองไม่เกิดผลกระทบจากอิทธิพลของปฏิกิริยาจากกลุ่ม

ตัวอย่างที่มีต่อวิธีการหรือกระบวนการทดลอง (relative effects of experimental procedures) ที่ทำให้กลุ่มตัวอย่างรู้ตัวแล้วมีปฏิกิริยาตอบสนองเบี่ยงเบนไปจากปกติ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นเตรียมการ ขั้นดำเนินการทดลอง และขั้นเก็บรวบรวมข้อมูล แสดงดังภาพ 4 มีรายละเอียดดังนี้

ขั้นเตรียมการ

ขั้นเตรียมการเป็นการเตรียมความพร้อมก่อนดำเนินการทดลอง มีรายละเอียดดังนี้

1. นักวิจัยเข้าอบรมหลักสูตรการนวดฝ่าเท้าเพื่อสุขภาพ จำนวน 60 ชั่วโมงจากโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพแผนไทย (Thai medical health school) ที่ได้รับการรับรองหลักสูตรโดยกระทรวงศึกษาธิการและกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ (สบส.) กระทรวงสาธารณสุข
2. นักวิจัยส่งแบบเสนอโครงการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยที่ผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ และเอกสารพิทักษ์สิทธิที่ผ่านความเห็นชอบจากอาจารย์ที่ปรึกษา เพื่อขอรับการพิจารณาและการรับรองจริยธรรมการทำวิจัยในมนุษย์จากศูนย์จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ (health science human research ethics committee)
3. โครงการวิจัยผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการทำวิจัยในมนุษย์ สาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ เมื่อวันที่ 14 มกราคม พ.ศ. 2564 รหัสโครงการ HSc-HREC-63-036-1-3 จากนั้นได้จัดทำหนังสือขอความอนุเคราะห์ในการดำเนินการวิจัยผ่านคณบดี คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ เพื่อขอส่งแบบเสนอโครงการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เอกสารพิทักษ์สิทธิ เอกสารรับรองการอบรมจริยธรรมการวิจัย และเอกสารรับรองโครงการวิจัย เพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยของโรงพยาบาลหาดใหญ่
4. โครงการวิจัยผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของโรงพยาบาลหาดใหญ่ เมื่อวันที่ 2 มีนาคม พ.ศ. 2564 รหัสโครงการ 45/2564 จากนั้นจัดทำหนังสือขอความอนุเคราะห์ในการดำเนินการวิจัยผ่านคณบดี คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ เพื่อดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือวิจัย และเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อการวิจัย ณ หอผู้ป่วยสูติกรรม

โรงพยาบาลหาดใหญ่ และจัดทำหนังสือถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลหาดใหญ่ เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย และขอความอนุเคราะห์ดำเนินการทดลอง ณ หอผู้ป่วยดังกล่าว

5. ได้รับอนุญาตให้ดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือวิจัย และเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อการวิจัย จึงดำเนินการติดต่อหัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาล หัวหน้าหอผู้ป่วยสูติกรรม โรงพยาบาลหาดใหญ่เพื่อแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการทำวิจัย ตลอดจนขอความร่วมมือในการดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลตลอดระยะเวลาของการศึกษา

ขั้นตอนการทดลอง

นักวิจัยเริ่มดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนมีนาคม ถึง เดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2564 โดยดำเนินการทุกวัน ตั้งแต่เวลา 8.00-20.00 น. ซึ่งมีหัวหน้าหอผู้ป่วยสูติกรรมหรือพยาบาลหัวหน้าเวรเป็นผู้แจ้งให้กลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์กำหนดทราบและขออนุญาตให้นักวิจัยเข้าพบ เมื่อได้รับอนุญาตแล้วจากนั้นนักวิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างเพื่อสร้างสัมพันธภาพ แนะนำตัวเอง ชี้แจงจรรยาบรรณนักวิจัยที่มีการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างตั้งแต่เริ่มต้น กระบวนการเก็บข้อมูลจนกระทั่งนำเสนอผลการวิจัย ชี้แจงหัวข้อในการวิจัย วัตถุประสงค์ในการทำวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการวิจัย และชี้แจงให้ทราบถึงสิทธิที่จะตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยและเมื่อเข้าร่วมวิจัยสามารถถอนตัวจากการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อการรักษา ผลกระทบอื่น ๆ ที่นอกเหนือจากการรักษา หรือผลกระทบต่อค่าบริการที่สมควรจะได้รับแต่ประการใด เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมการวิจัย สามารถแสดงความร่วมมือโดยการลงนามยินยอมเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ ซึ่งการดำเนินการวิจัยได้แบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มทดลอง คือ กลุ่มที่ได้รับการนัดจุดจุดสะท้อนเท้า และกลุ่มควบคุม คือ กลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ โดยมีรายละเอียดขั้นตอนการดำเนินการ ดังนี้

กลุ่มทดลอง

นักวิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองจำนวน 3 ครั้ง ดังนี้

ครั้งที่ 1 ระยะ 4-8 ชั่วโมงหลังคลอด

1. เข้าพบกลุ่มตัวอย่าง เริ่มด้วยการสร้างสัมพันธภาพ ชี้แจงความสำคัญต่าง ๆ และให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป

2. ประเมินระดับการไหลของน้ำนมแรกรับ
3. ให้ความรู้การนวดกดจุดสะท้อนเท้าเป็นเวลา 10 นาที
4. ดำเนินการนวดกดจุดสะท้อนเท้าเป็นเวลา 30 นาที ประกอบด้วย 2 ขั้นตอน

มีรายละเอียดดังนี้

4.1 ขั้นตอนนวดเท้าทั่วไป เริ่มจากการจัดสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสม การทำความสะอาดเท้า การจัดทำนอนให้มารดาสุขสบาย จากนั้นจึงดำเนินการนวดเท้าทั่วไปซึ่งเป็นขั้นตอนการกด นวด กระตุ้นฝ่าเท้า หลังเท้า นิ้วเท้า ข้อเท้า และน่อง เพื่อให้กล้ามเนื้อเกิดความผ่อนคลายและเป็นการเตรียมความพร้อมสำหรับการกดจุดสะท้อนเท้า ใช้เวลาในการนวดเท้าทั่วไปข้างละ 10 นาที รวมเป็นระยะเวลา 20 นาที

4.2 ขั้นตอนกดจุดสะท้อนเท้า เป็นขั้นตอนที่ช่วยกระตุ้นการทำงานของอวัยวะที่เกี่ยวข้องกับการสร้างและการหลั่งน้ำนม มีทั้งหมด 4 ตำแหน่ง ได้แก่ (1) ตำแหน่งจุดสะท้อนที่ 4 คือ ต่อมใต้สมอง (2) ตำแหน่งจุดสะท้อนที่ 43 คือ ทรวงอก เต้านม (3) ตำแหน่งจุดสะท้อนที่ 20 คือ ร่างแหประสาทส่วนท้อง และ (4) ตำแหน่งจุดสะท้อนที่ 22 คือ ไต โดยการใช้มือและอุปกรณ์สำหรับการนวดกดจุดสะท้อนเท้าออกแรงระดับปานกลางที่มีระดับความลึกมากกว่าการนวดทั่วไป และเป็นระดับที่มารดาไม่มีความพึงพอใจคงไปยังตำแหน่งจุดสะท้อนที่เท้าในจังหวะหนึ่ง นับ 1 ถึง 10 และทำซ้ำตำแหน่งละ 5 ครั้ง เป็นเวลาข้างละ 5 นาที รวมเป็นระยะเวลา 10 นาที

5. สอนและประเมินทักษะการบีบน้ำนมด้วยมือ 6 ขั้นตอน ประกอบด้วย (1) ทำความสะอาดมือด้วยสบู่ และเช็ดให้แห้ง (2) เตรียมภาชนะรองรับน้ำนม ควรเป็นขวดปากกว้างหรือถ้วยที่ทำจากแก้วหรือพลาสติกแข็งซึ่งผ่านการฆ่าเชื้อโรคแล้ว (3) วางปลายนิ้วหัวแม่มือและนิ้วชี้เป็นรูปตัว C โดยวางนิ้วห่างจากหัวนมประมาณ 3-4 เซนติเมตร ให้ปลายนิ้วหัวแม่มือ ปลายนิ้วชี้ และหัวนมอยู่ในแนวเดียวกัน จากนั้นกดนิ้วหัวแม่มือและนิ้วชี้เข้าหาผนังหน้าอก (4) บีบน้ำนมหัวแม่มือและนิ้วชี้เข้าหากันเบา ๆ ลึกลงไปด้านหลังของลานหัวนมให้เป็นจังหวะ ห้ามรีดคั้นเต้านม กดหรือดึงหัวนม การบีบจะเลียนแบบลักษณะการดูดนมของลูก (5) เปลี่ยนตำแหน่งของนิ้วหัวแม่มือและนิ้วชี้ที่กดลานหัวนมไปรอบ ๆ ให้ทั่ว จนกว่าน้ำนมจะน้อยลง และ (6) ใช้เวลาบีบน้ำนมข้างละ 15 นาที หรือบีบน้ำนมสลับกันไปมาทั้ง 2 ข้าง ใช้เวลาทั้งหมด 30 นาที

6. ชี้แจงการใช้แบบบันทึกระยะเวลาให้นมเต็มเต้า โดยให้มารดาสังเกตอาการที่เกิดขึ้น ได้แก่ เต้านมขยายใหญ่ บวม ตึง หนักมากขึ้น รู้สึกเจ็บแปลบหรือเสียวซ่าภายในเต้านม และมีน้ำนมไหลซึมออก เมื่อมารดารับรู้ได้ทุกอาการให้บันทึกวันและเวลาดลงในแบบบันทึกดังกล่าว

7. ชี้แจงการใช้แบบบันทึกปริมาณน้ำนม โดยภายหลังจากบีบน้ำนมเสร็จแล้ว ให้มารดาตรวจวัดปริมาณน้ำนมด้วยกระบอกฉีดยาที่เหมาะสมกับปริมาณน้ำนมที่บีบได้ และเป็นที่ยึดเดียวกันที่ได้มาตรฐานทางการแพทย์ในการตรวจวัดปริมาณน้ำนม

ครั้งที่ 2 ระยะ 20-28 ชั่วโมงหลังคลอด

1. เข้าเยี่ยมกลุ่มตัวอย่าง เพื่อสอบถามปัญหา เปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัยในประเด็นต่าง ๆ ให้คำแนะนำเพิ่มเติมและติดตามการลงบันทึกระยะเวลาให้นมเต็มเต้าและปริมาณน้ำนม
2. ดำเนินการนัดกวดจุดสะท้อนทำเป็นเวลา 30 นาที

ครั้งที่ 3 ระยะ 48-72 ชั่วโมงหลังคลอด

1. ประเมินระยะเวลาให้นมเต็มเต้าตามการรับรู้อาการบ่งชี้ และประเมินปริมาณน้ำนมหลังทดลอง 2 ครั้ง ได้แก่ ปริมาณน้ำนมในวันที่ 1 (24 ชั่วโมงแรกหลังคลอด) และวันที่ 2 (24-48 ชั่วโมงหลังคลอด)
2. ตรวจสอบความสมบูรณ์ครบถ้วนของข้อมูลในแบบบันทึกต่าง ๆ สำหรับแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลหากกลุ่มตัวอย่างตอบไม่ครบถ้วน นักวิจัยขอให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามเพิ่มเติมจนครบถ้วน
3. กล่าวแสดงความขอบคุณกลุ่มตัวอย่างที่ให้ความร่วมมือพร้อมมอบของที่ระลึก แจ้งให้ทราบถึงการสิ้นสุดการเก็บข้อมูลในการวิจัย และการนำข้อมูลที่ได้ไปวิเคราะห์ทางสถิติต่อไป

กลุ่มควบคุม

นักวิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 2 ครั้ง ดังนี้

ครั้งที่ 1 ระยะ 4-8 ชั่วโมงแรกหลังคลอด

1. เข้าพบกลุ่มตัวอย่าง สร้างสัมพันธภาพ ชี้แจงความสำคัญต่าง ๆ และให้มารดาตอบแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป
2. ประเมินระดับการไหลของน้ำนมแรกรับ

3. สอนและประเมินทักษะการบีบน้ำนมด้วยมือ 6 ขั้นตอน ประกอบด้วย (1) ทำความสะอาดมือด้วยสบู่ และเช็ดให้แห้ง (2) เตรียมภาชนะรองรับน้ำนม ควรเป็นขวดปากกว้าง หรือถ้วยที่ทำจากแก้วหรือพลาสติกแข็งซึ่งผ่านการฆ่าเชื้อโรคแล้ว (3) วางปลายนิ้วหัวแม่มือและนิ้วชี้ เป็นรูปตัว C โดยวางนิ้วห่างจากหัวนมประมาณ 3-4 เซนติเมตร ให้ปลายนิ้วหัวแม่มือ ปลายนิ้วชี้ และหัวนมอยู่ในแนวเดียวกัน จากนั้นกดนิ้วหัวแม่มือและนิ้วชี้เข้าหาผนังหน้าอก (4) บีบน้ำนมหัวแม่มือและนิ้วชี้เข้าหากันเบา ๆ ลึกลงไปด้านหลังของลานหัวนมให้เป็นจังหวะ ห้ามรีดคั้นเต้านม กดหรือดึงหัวนม การบีบจะเลียนแบบลักษณะการดูดนมของลูก (5) เปลี่ยนตำแหน่งของนิ้วหัวแม่มือและนิ้วชี้ที่กดลานหัวนมไปรอบ ๆ ให้ทั่ว จนกว่าน้ำนมจะน้อยลง และ (6) ใช้เวลาบีบน้ำนมข้างละ 15 นาที หรือบีบน้ำนมสลับกันไปมาทั้ง 2 ข้าง ใช้เวลาทั้งหมด 30 นาที

4. ชี้แจงการใช้แบบบันทึกระยะเวลาให้นมเต็มเต้า โดยให้มารดาสังเกตอาการที่เกิดขึ้น คือ เต้านมขยายใหญ่ บวม ตึง หนักมากขึ้น รู้สึกเจ็บแปลบหรือเสียวซ่าภายในเต้านม และมีน้ำนมไหลซึมออก เมื่อมารดารับรู้ได้ทุกอาการให้บันทึกวันและเวลาดลงในแบบบันทึกดังกล่าว

5. ชี้แจงการใช้แบบบันทึกปริมาณน้ำนม โดยภายหลังจากบีบน้ำนมเสร็จแล้ว ให้มารดาตวงวัดปริมาณน้ำนมด้วยกระบอกฉีดยาที่เหมาะสมกับปริมาณน้ำนมที่บีบได้ และเป็นยี่ห้อเดียวกันที่ได้มาตรฐานทางการแพทย์ในการตวงวัดปริมาณน้ำนม

ครั้งที่ 2 ระยะ 48-72 ชั่วโมงหลังคลอด

1. ประเมินระยะเวลาให้นมเต็มเต้าตามการรับรู้อาการบ่งชี้ และประเมินปริมาณน้ำนมหลังทดลอง 2 ครั้ง ได้แก่ ปริมาณน้ำนมในวันที่ 1 (24 ชั่วโมงแรกหลังคลอด) และวันที่ 2 (24-48 ชั่วโมงหลังคลอด)

2. ตรวจสอบความสมบูรณ์ครบถ้วนของข้อมูลในแบบบันทึกต่าง ๆ สำหรับแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลหากกลุ่มตัวอย่างตอบไม่ครบถ้วน นักวิจัยขอให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามเพิ่มเติมจนครบถ้วน

3. ให้การชดเชย (compensatory equalization of treatments) โดยการให้ความรู้และดำเนินการนวดกดจุดสะท้อนเต้าเช่นเดียวกันกับกลุ่มทดลองหากกลุ่มตัวอย่างมีความต้องการ

4. กล่าวแสดงความขอบคุณกลุ่มตัวอย่างที่ให้ความร่วมมือพร้อมมอบของที่ระลึก แจ้งให้ทราบถึงการสิ้นสุดการเก็บข้อมูลในการวิจัย และการนำข้อมูลที่ได้ไปวิเคราะห์ทางสถิติต่อไป

ขั้นเก็บรวบรวมข้อมูล

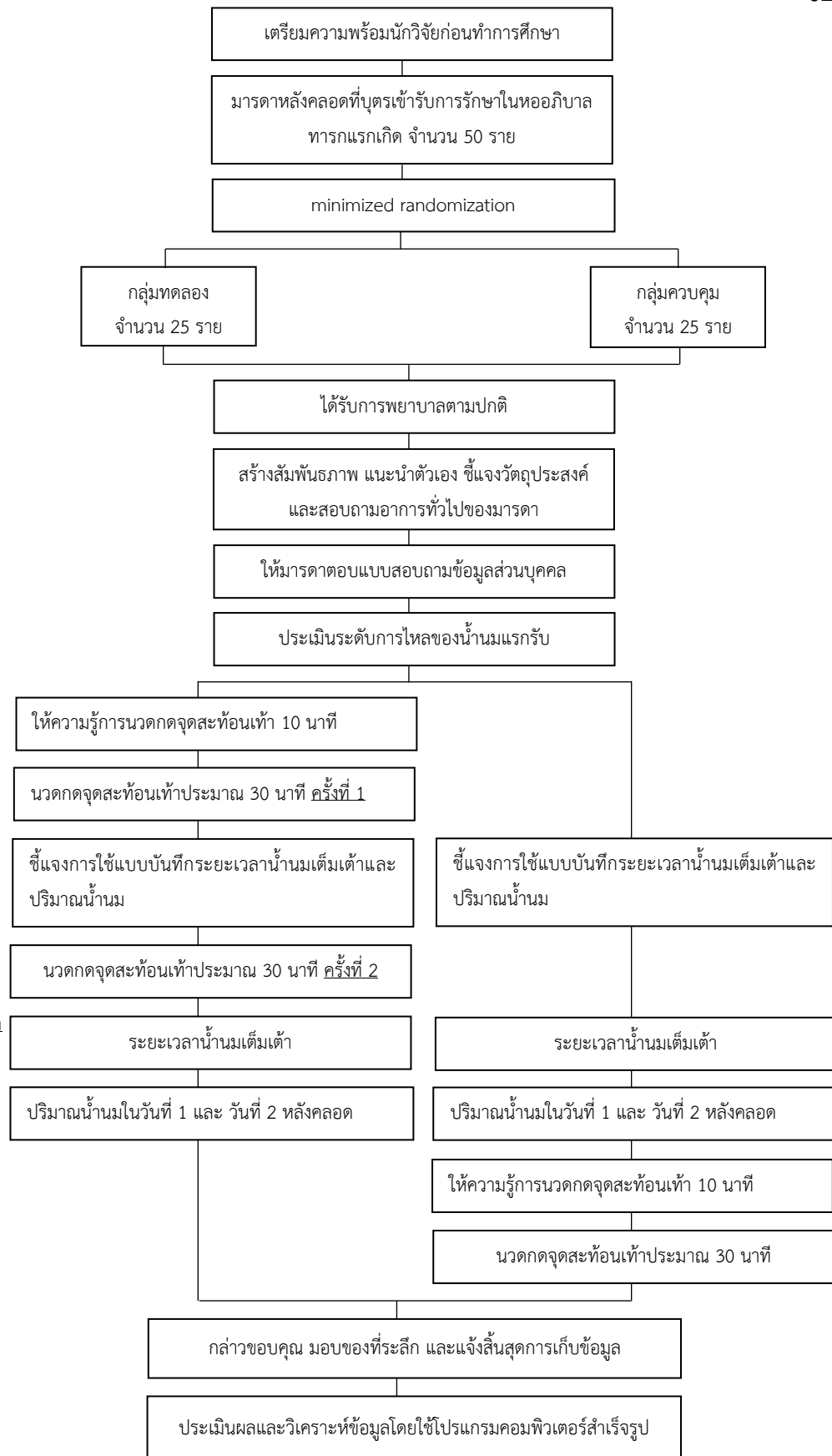
นักวิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลจากแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบบันทึกข้อมูลการคลอด แบบบันทึกระยะเวลาให้นมเต็มเต้า และแบบบันทึกปริมาณน้ำนมของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม จากนั้นนำข้อมูลที่ได้ไปวิเคราะห์ทางสถิติต่อไป

ขั้นเตรียมการ

ขั้นดำเนินการทดลอง

ขั้นเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล



ภาพ 4. กระบวนการเก็บรวบรวมข้อมูล

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงทดลองแบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุมแบบปกปิดทางเดียว นักวิจัยได้ดำเนินการตามขั้นตอนเพื่อขอรับการพิจารณาและการรับรองจริยธรรมการทำวิจัยในมนุษย์ จากศูนย์จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ และผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาด้านจริยธรรมการทำวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลที่เก็บข้อมูลเพื่อให้สามารถทำการเก็บข้อมูลได้

นักวิจัยได้คำนึงถึงจรรยาบรรณนักวิจัย มีการพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูลตั้งแต่เริ่มต้น กระบวนการเก็บข้อมูลจนกระทั่งนำเสนอผลการวิจัย โดยทำการชี้แจงถึงรายละเอียดเกี่ยวกับนักวิจัย หัวข้อในการวิจัย วัตถุประสงค์ในการทำวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการวิจัยเป็นลายลักษณ์อักษร และชี้แจงผู้ให้ข้อมูลทราบถึงสิทธิที่จะตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัย และในขณะเข้าร่วมวิจัยสามารถถอนตัวจากการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อการรักษา ผลกระทบอื่น ๆ ที่นอกเหนือจากการรักษา หรือผลกระทบต่อการบริการที่สมควรจะได้รับแต่ประการใด รวมทั้งชี้แจงให้ทราบว่าข้อมูลที่ได้จากผู้ให้ข้อมูลจะถูกเก็บรักษาไว้ ไม่เปิดเผยต่อสาธารณะเป็นรายบุคคล แต่จะรายงานผลการวิจัยเป็นข้อมูลส่วนรวม มีการใช้รหัสแทนชื่อของผู้ให้ข้อมูล จะไม่มีการระบุ ชื่อ-สกุล ของผู้ให้ข้อมูล ผู้อื่นจะไม่สามารถเข้าถึงข้อมูลของผู้เข้าร่วมการวิจัยเป็นรายบุคคลได้นอกจากนักวิจัย และนักร่วมวิจัยเท่านั้น หากผู้ให้ข้อมูลมีข้อสงสัยใด ๆ สามารถสอบถามจากนักวิจัยได้ตลอดเวลา เมื่อผู้ให้ข้อมูลยินยอมเข้าร่วมการวิจัยสามารถแสดงความร่วมมือในการเข้าร่วมการวิจัยโดยการเซ็นยินยอมเข้าร่วมการวิจัยโครงการในครั้งนี้ หลังจากนั้นนักวิจัยได้ทำการเก็บข้อมูลต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปโดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. เปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูลทั่วไปของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยตัวแปรที่มีระดับการวัดเป็นนามบัญญัติ (nominal scale) ได้แก่ สถานภาพสมรส อาชีพ วิธีการคลอด ข้อบ่งชี้ของทารกที่ต้องเข้ารับการรักษาในหออภิบาลทารกแรกเกิด และตัวแปรที่มีระดับการวัดเป็นอันดับ (ordinal scale) ได้แก่ ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัว จำนวนครั้งในการคลอด ประวัติ

การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ อายุครรภ์ที่คลอด และระดับการไหลของน้ำนมแรกเริ่ม ใช้สถิติทดสอบไค-สแควร์ (Chi-square test) ในการวิเคราะห์ข้อมูล

3. เปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูลทั่วไปของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยตัวแปรที่มีระดับการวัดเป็นอัตราส่วน (ratio scale) ได้แก่ อายุ น้ำหนักทารกแรกเกิด ใช้สถิติทีอิสระ (Independent *t*-test) ในการวิเคราะห์ข้อมูล

4. เปรียบเทียบความแตกต่างของระยะเวลาให้นมเต็มเต้าและปริมาณน้ำนมระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยใช้สถิติทีอิสระในการวิเคราะห์ข้อมูล ทั้งนี้ก่อนการวิเคราะห์ข้อมูล นักวิจัยต้องทดสอบข้อตกลงเบื้องต้น (บุญใจ, 2555; รัตน์ศิริ, 2561) พบว่า การแจกแจงของข้อมูลมีค่าความเบ้ (skewness) อยู่ในช่วง ± 3 และมีค่าความโด่ง (kurtosis) อยู่ในช่วง ± 10 ทุกค่าหมายความว่าข้อมูลมีการแจกแจงแบบปกติ (normal distribution) (Kline, 2016) และเมื่อทดสอบความเป็นเอกพันธ์ของความแปรปรวน (homogeneity of variance) ได้ค่าการทดสอบของเลวิน (Levene's test) มากกว่าค่าระดับนัยสำคัญที่กำหนด ($p > .05$) หมายความว่ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความแปรปรวนภายในกลุ่มไม่แตกต่างกัน (Polit & Beck, 2018) จึงสรุปได้ว่าข้อมูลเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติทดสอบทีอิสระ

บทที่ 4

ผลการวิจัยและการอภิปรายผล

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงทดลองแบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุมแบบปกปิดทางเดียว เพื่อศึกษาผลของการนวดกดจุดสะท้อนเท้าต่อระยะเวลาให้น้ำนมเต็มเต้าและปริมาณน้ำนมในมารดา หลังคลอดที่บุตรเข้ารับการรักษานในหออภิบาลทารกแรกเกิดตั้งแต่ระยะแรกหลังคลอด ในโรงพยาบาล ใหญ่ จังหวัดสงขลา ระหว่างเดือนมีนาคม ถึง เดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2564 จำนวน 50 ราย แบ่งกลุ่มเป็นกลุ่มทดลอง คือ กลุ่มที่ได้รับการนวดกดจุดสะท้อนเท้า จำนวน 25 ราย และกลุ่มควบคุม คือ กลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ จำนวน 25 ราย นักวิจัยได้เก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างครบตาม จำนวนที่กำหนดไว้ และสามารถนำเสนอผลการวิจัย โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

ผลการวิจัย

ผลการวิจัยครั้งนี้สามารถนำเสนอข้อมูลได้เป็น 3 ส่วน มีรายละเอียดดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของมารดาหลังคลอดที่บุตรเข้ารับการรักษานในหออภิบาลทารกแรกเกิด

ส่วนที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระยะเวลาให้น้ำนมเต็มเต้าของมารดาหลังคลอดที่บุตรเข้ารับการรักษานในหออภิบาลทารกแรกเกิดระหว่างกลุ่มที่ได้รับการนวดกดจุดสะท้อนเท้า และกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ส่วนที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยปริมาณน้ำนมของมารดาหลังคลอดที่บุตรเข้ารับการรักษานในหออภิบาลทารกแรกเกิดระหว่างกลุ่มที่ได้รับการนวดกดจุดสะท้อนเท้า และกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของมารดาหลังคลอดที่บุตรเข้ารับการรักษาในหออภิบาลทารกแรกเกิด

ข้อมูลส่วนบุคคลของมารดาหลังคลอดที่บุตรเข้ารับการรักษาในหออภิบาลทารกแรกเกิด ประกอบด้วยข้อมูลทั่วไป ข้อมูลการตั้งครรภ์และการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และข้อมูลการคลอด มีรายละเอียดดังนี้

ข้อมูลทั่วไป

กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ คือ มารดาหลังคลอดที่บุตรเข้ารับการรักษาในหออภิบาลทารกแรกเกิด จำนวน 50 ราย โดยจากการดำเนินการพบว่ามีกลุ่มตัวอย่างถูกคัดออกเนื่องจากบุตรสามารถดูคนมาจากเต้าได้หรือบุตรย้ายกลับมาอยู่กับมารดาในหอผู้ป่วยหลังคลอดได้ระหว่างการศึกษา จำนวน 4 ราย เป็นกลุ่มทดลอง 1 ราย และกลุ่มควบคุม 3 ราย นักวิจัยจึงคัดเลือกมารดาในกลุ่มตัวอย่างเพิ่มเติมโดยคัดเลือกจากมารดาที่มีคุณสมบัติเดียวกันกับกลุ่มตัวอย่างที่ถูกคัดออก ดังนั้นจึงสามารถเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นกลุ่มทดลอง 25 ราย และกลุ่มควบคุม 25 ราย ซึ่งผลการวิจัยพบว่า

มารดาหลังคลอดกลุ่มทดลองที่บุตรเข้ารับการรักษาในหออภิบาลทารกแรกเกิด มีอายุระหว่าง 19-43 ปี อายุเฉลี่ย 29.48 ปี ($SD = 6.33$) ส่วนมากมีสถานภาพสมรสคู่ร้อยละ 96 สำเร็จการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้นร้อยละ 36 รองลงมาสำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรีร้อยละ 24 ประกอบอาชีพค้าขายร้อยละ 36 รองลงมาประกอบอาชีพรับจ้างและไม่ได้ประกอบอาชีพอย่างละเท่า ๆ กันร้อยละ 24 โดยมีรายได้ของครอบครัว 10,000-20,000 บาท/เดือนร้อยละ 40 รองลงมา มีรายได้ของครอบครัวต่ำกว่า 10,000 บาท/เดือนร้อยละ 32

มารดาหลังคลอดกลุ่มควบคุมที่บุตรเข้ารับการรักษาในหออภิบาลทารกแรกเกิด มีอายุระหว่าง 19-40 ปี อายุเฉลี่ย 30.60 ปี ($SD = 5.82$) ส่วนมากมีสถานภาพสมรสคู่ร้อยละ 96 สำเร็จการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้นร้อยละ 36 รองลงมาสำเร็จการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 28 ไม่ได้ประกอบอาชีพร้อยละ 32 รองลงมาประกอบอาชีพค้าขายร้อยละ 28 โดยมีรายได้ของครอบครัว 10,000-20,000 บาท/เดือนร้อยละ 40 รองลงมา มีรายได้ของครอบครัวต่ำกว่า 10,000 บาท/เดือนร้อยละ 28

เมื่อเปรียบเทียบข้อมูลทั่วไปของมารดาหลังคลอดที่บุตรเข้ารับการรักษาในหออภิบาลทารกแรกเกิดระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยใช้สถิติทดสอบไค-สแควร์ และ

สถิติทดสอบทีอิสระ พบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมีข้อมูลทั่วไปไม่แตกต่างกัน ($p > .05$) ดังแสดงในตาราง 1

ตาราง 1

จำนวน ร้อยละ และผลทดสอบความแตกต่างของข้อมูลทั่วไป ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (N = 50)

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง (n = 25)		กลุ่มควบคุม (n = 25)		t / χ^2
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
อายุ ^a (ปี)	(M = 29.48, SD = 6.33, Min = 19, Max = 43)		(M = 30.60, SD 5.82, Min = 19, Max = 40)		-0.65 ^{ns}
สถานภาพสมรส ^b					1.0 ^{ns}
คู่	24	96.00	24	96.00	
หย่าร้าง/แยกกันอยู่	1	4.00	1	4.00	
ระดับการศึกษา ^c					4.12 ^{ns}
ไม่ได้เรียนหนังสือ	1	4.00	0	0.00	
ประถมศึกษา	4	16.00	7	28.00	
มัธยมศึกษาตอนต้น	9	36.00	9	36.00	
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	2	8.00	4	16.00	
อนุปริญญา/ปวส.	3	12.00	2	8.00	
ปริญญาตรี	6	24.00	3	12.00	
อาชีพ ^c					3.54 ^{ns}
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	6	24.00	8	32.00	
รับจ้าง	6	24.00	5	20.00	
ค้าขาย	9	36.00	7	28.00	
เกษตรกรรม	4	16.00	3	12.00	
ธุรกิจส่วนตัว	0	0.00	1	4.00	
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	0	0.00	1	4.00	
รายได้ของครอบครัว ^c					0.41 ^{ns}
ต่ำกว่า 10,000 บาท	8	32.00	7	28.00	

ตาราง 1 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง ($n = 25$)		กลุ่มควบคุม ($n = 25$)		t / χ^2
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
10,000 – 20,000 บาท	10	40.00	10	40.00	
20,001 – 30,000 บาท	6	24.00	6	24.00	
30,001 บาท ขึ้นไป	1	4.00	2	8.00	

^{ns}not statistically significant.

^aIndependent t -test. ^bFisher's exact test. ^cLikelihood ratio.

ข้อมูลการตั้งครรภ์และการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

มารดาหลังคลอดกลุ่มทดลองที่บุตรเข้ารับการรักษาในหออภิบาลทารกแรกเกิดผ่านการคลอดบุตรตั้งแต่ 2 ครั้งขึ้นไปร้อยละ 68 และมีประวัติเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวยุโรป 6 เดือนร้อยละ 64.71 รองลงมามีประวัติเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวน้อยกว่า 6 เดือนจากนั้นเลี้ยงลูกด้วยนมผสมร้อยละ 23.53 การคลอดในครั้งนี้มารดาส่วนมากมีความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวนาน 6 เดือนและให้นมแม่อย่างต่อเนื่องร่วมกับอาหารตามวัยร้อยละ 92 รองลงมามีความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวนาน 6 เดือนจากนั้นเลี้ยงลูกด้วยนมผสมร้อยละ 8 สำหรับการประเมินการไหลของน้ำนมแรกพบว่ามีมารดาที่มีน้ำนมไหลซึมร้อยละ 44 รองลงมาน้ำนมไม่ไหลร้อยละ 32 และมีจำนวนครั้งของการบีบเก็บน้ำนมในวันที่ 1 (24 ชั่วโมงแรกหลังคลอด) เฉลี่ย 4.88 ครั้ง ($SD = 0.88$) ในวันที่ 2 (24-48 ชั่วโมงหลังคลอด) เฉลี่ย 5.64 ครั้ง ($SD = 1.19$)

มารดาหลังคลอดกลุ่มควบคุมที่บุตรเข้ารับการรักษาในหออภิบาลทารกแรกเกิดส่วนมากผ่านการคลอดบุตรตั้งแต่ 2 ครั้งขึ้นไปร้อยละ 76 และมีประวัติเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวยุโรป 6 เดือนร้อยละ 52.63 รองลงมามีประวัติเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวน้อยกว่า 6 เดือนจากนั้นเลี้ยงลูกด้วยนมผสมร้อยละ 26.31 การคลอดในครั้งนี้มารดาส่วนมากมีความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวนาน 6 เดือนและให้นมแม่อย่างต่อเนื่องร่วมกับอาหารตามวัยร้อยละ 80 รองลงมามีความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวนาน 6 เดือนจากนั้นเลี้ยงลูกด้วยนมผสมร้อยละ 20 สำหรับการประเมินการไหลของน้ำนมแรกพบว่ามีมารดาที่มีน้ำนมไหลซึมร้อยละ 48 รองลงมาน้ำนมไม่ไหลร้อยละ 40 และมีจำนวนครั้งของการบีบเก็บน้ำนมในวันที่ 1 (24 ชั่วโมงแรกหลังคลอด) เฉลี่ย 5.16 ครั้ง ($SD = 1.14$) ในวันที่ 2 (24-48 ชั่วโมงหลังคลอด) เฉลี่ย 5.64 ครั้ง ($SD = 1.58$)

เมื่อเปรียบเทียบข้อมูลการตั้งครรภ์และการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดาหลังคลอด ที่บุตรเข้ารับการรักษาในหออภิบาลทารกแรกเกิดระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ ทดสอบไค-สแควร์ และสถิติทดสอบทีอิสระ พบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมีข้อมูลการตั้งครรภ์และการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ไม่แตกต่างกัน ($p > .05$) ดังแสดงในตาราง 2

ตาราง 2

จำนวน ร้อยละ และผลทดสอบความแตกต่างของข้อมูลการตั้งครรภ์และการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (N = 50)

ข้อมูลการตั้งครรภ์ และการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่	กลุ่มทดลอง (n = 25)		กลุ่มควบคุม (n = 25)		χ^2
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
จำนวนครั้งของการคลอด ^d					0.40 ^{ns}
คลอดบุตรครั้งแรก	8	32.00	6	24.00	
ผ่านการคลอด 2 ครั้งขึ้นไป	17	68.00	19	76.00	
ประวัติการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในอดีต (กรณีมีลูกมากกว่า 1 คน) ^c					6.13 ^{ns}
ไม่ได้เลี้ยงลูกด้วยนมแม่	1	5.88	2	10.53	
นมแม่ร่วมกับนมผสม	1	5.88	2	10.53	
นมแม่อย่างเดียว น้อยกว่า 6 เดือน	4	23.53	5	26.31	
นมแม่อย่างเดียวครบ 6 เดือน	11	64.71	10	52.63	
ความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในครั้งนี้ ^b					0.42 ^{ns}
ตั้งใจเลี้ยงนมแม่อย่างเดียว นาน 6 เดือน และให้ต่อเนื่องร่วมกับอาหารตามวัย	23	92.00	20	80.00	
ตั้งใจเลี้ยงนมแม่อย่างเดียว นาน 6 เดือน จากนั้นเลี้ยงด้วยนมผสม	2	8.00	5	20.00	
ระดับการไหลของน้ำนมแรกจับ ^c					1.29 ^{ns}
ระดับ 0 น้ำนมไม่ไหล	8	32.00	10	40.00	
ระดับ 1 น้ำนมไหลซึม	11	44.00	12	48.00	
ระดับ 2 น้ำนมไหลหยุด	6	24.00	3	12.00	

ตาราง 2 (ต่อ)

ข้อมูลการตั้งครรรภ์ และการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่	กลุ่มทดลอง (<i>n</i> = 25)		กลุ่มควบคุม (<i>n</i> = 25)		χ^2
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
จำนวนครั้งของการบีบน้ำนม ^a					
วันที่ 1 (24 ชั่วโมงแรกหลังคลอด)	(<i>M</i> = 4.88, <i>SD</i> = 0.88, Min = 3, Max = 7)		(<i>M</i> = 5.16, <i>SD</i> 1.14, Min = 4, Max = 9)		-0.97 ^{ns}
วันที่ 2 (24-48 ชั่วโมงหลังคลอด)	(<i>M</i> = 5.64, <i>SD</i> = 1.19, Min = 4, Max = 9)		(<i>M</i> = 5.64, <i>SD</i> 1.58, Min = 3, Max = 9)		0.00 ^{ns}

^{ns}not statistically significant.

^aIndependent *t*-test. ^bFisher's exact test. ^cLikelihood ratio. ^dPearson chi-square test.

ข้อมูลการคลอด

มารดาหลังคลอดกลุ่มทดลองที่บุตรเข้ารับการรักษานในหออภิบาลทารกแรกเกิดคลอดบุตรด้วยวิธีการคลอดปกติทางช่องคลอดร้อยละ 60 รองลงมาคลอดบุตรด้วยวิธีการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องร้อยละ 40 มารดาคลอดทารกเมื่ออายุครรภ์ 30⁺⁵-39⁺⁶ สัปดาห์ ซึ่งคลอดครบกำหนดร้อยละ 5 รองลงมาคลอดก่อนกำหนดร้อยละ 44.00 ทารกมีน้ำหนักแรกเกิด 1,590-3,670 กรัม น้ำหนักแรกเกิดเฉลี่ย 2,694.60 กรัม (*SD* = 574.76) สำหรับข้อบ่งชี้ของทารกที่เข้ารับการรักษานในหออภิบาลทารกแรกเกิดคือ มีภาวะหายใจเร็วร้อยละ 68 รองลงมาเป็นทารกเกิดก่อนกำหนดร้อยละ 28

มารดาหลังคลอดกลุ่มควบคุมที่บุตรเข้ารับการรักษานในหออภิบาลทารกแรกเกิดคลอดบุตรด้วยวิธีการคลอดปกติทางช่องคลอดร้อยละ 56 รองลงมาคลอดบุตรด้วยวิธีการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องร้อยละ 44 มารดาคลอดทารกเมื่ออายุครรภ์ 27⁺¹-40⁺⁶ สัปดาห์ ซึ่งคลอดครบกำหนดร้อยละ 68 รองลงมาคลอดก่อนกำหนดร้อยละ 32 ทารกมีน้ำหนักแรกเกิด 1,090-5,400 กรัม น้ำหนักแรกเกิดเฉลี่ย 2,914.40 กรัม (*SD* = 910.67) สำหรับข้อบ่งชี้ของทารกที่ต้องเข้ารับการรักษานในหออภิบาลทารกแรกเกิดคือ มีภาวะหายใจเร็วร้อยละ 64 รองลงมาเป็นทารกเกิดก่อนกำหนดร้อยละ 28

เมื่อเปรียบเทียบข้อมูลการคลอดของมารดาหลังคลอดที่บุตรเข้ารับการรักษาในหออภิบาลทารกแรกเกิดระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติทดสอบไค-สแควร์ และสถิติทดสอบทีอิสระ พบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมีข้อมูลการคลอดไม่แตกต่างกัน ($p > .05$) ดังแสดงในตาราง 3

ตาราง 3

จำนวน ร้อยละ และผลทดสอบความแตกต่างของข้อมูลส่วนบุคคลด้านข้อมูลการคลอด ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (N = 50)

ข้อมูลการคลอด	กลุ่มทดลอง (n = 25)		กลุ่มควบคุม (n = 25)		t / χ^2
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
อายุครรภ์ ^d					0.76 ^{ns}
ก่อนกำหนด (<37 สัปดาห์)	11	44.00	8	32.00	
ครบกำหนด (37–42 สัปดาห์)	14	56.00	17	68.00	
น้ำหนักทารกแรกเกิด ^a (กรัม)	(M = 2694.60, SD = 574.76, Min = 1,590, Max = 3,670)		(M = 2,914.40, SD = 910.67, Min = 1,090, Max = 5,400)		-1.02 ^{ns}
วิธีการคลอด ^d					0.08 ^{ns}
คลอดปกติทางช่องคลอด	15	60.00	14	56.00	
ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง	10	40.00	11	44.00	
ข้อบ่งชี้ของทารกที่ต้องเข้ารับการรักษาในหออภิบาลทารกแรกเกิด ^c					0.37 ^{ns}
เกิดก่อนกำหนด	7	28.00	7	28.00	
หายใจเร็ว	17	68.00	16	64.00	
ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ	1	4.00	2	8.00	

^{ns}not statistically significant

^aIndependent t-test. ^cLikelihood ratio. ^dPearson chi-square test.

ส่วนที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระยะเวลาน้ำนมเต็มเต้าของมารดาที่บุตรเข้ารับการรักษา
ในหออภิบาลทารกแรกเกิด ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการนัดจุดสะท้อนเต้า และกลุ่มที่ได้รับการ
พยาบาลตามปกติ

ก่อนทำการวิเคราะห์ข้อมูลระยะเวลาน้ำนมเต็มเต้า นักวิจัยได้ทำการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นในการใช้สถิติทดสอบทีอิสระ ได้แก่ ทดสอบการแจกแจงข้อมูลปกติโดยพิจารณาจากภาพฮิสโตแกรม (visual inspections of histogram) และคำนวณค่าสัมประสิทธิ์ความโด่งและความเบ้ของการแจกแจงข้อมูล (standardized skewness and kurtosis) โดยนำค่า skewness/SE_{skewness} และ kurtosis/SE_{kurtosis} ซึ่งค่าที่ได้อยู่ในช่วง ± 1.96 ทุกค่า แสดงว่า ข้อมูลมีการแจกแจงแบบปกติ (Kim, 2013) และเมื่อตรวจสอบความเป็นเอกพันธ์ของความแปรปรวนด้วยสถิติทดสอบของเลวิน พบว่าค่า p -value มากกว่า .05 แสดงให้เห็นว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความแปรปรวนภายในกลุ่มไม่แตกต่างกัน (Polit & Beck, 2018) จึงเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติทดสอบทีอิสระ (ภาคผนวก ข)

จากนั้นทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยปริมาณน้ำนมระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ผลการวิจัยพบว่า ค่าเฉลี่ยปริมาณน้ำนมในวันที่ 1 (24 ชั่วโมงแรก หลังคลอด) ของกลุ่มทดลอง ($M = 8.10$, $SD = 6.30$) มากกว่ากลุ่มควบคุม ($M = 3.09$, $SD = 4.80$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 3.17$, $p < .01$) และค่าเฉลี่ยปริมาณน้ำนมในวันที่ 2 (24-48 ชั่วโมง หลังคลอด) ของกลุ่มทดลอง ($M = 15.92$, $SD = 8.82$) มากกว่ากลุ่มควบคุม ($M = 4.03$, $SD = 5.27$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 5.79$, $p < .001$) ดังแสดงในตาราง 4

ตาราง 4

ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และผลทดสอบความแตกต่างของระยะเวลาน้ำนมเต็มเต้า ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยใช้สถิติทดสอบทีอิสระ ($N = 50$)

กลุ่ม	ระยะเวลาน้ำนมเต็มเต้า				t
	Min	Max	M	SD	
กลุ่มทดลอง ($n = 25$)	15.93	71.73	46.80	15.40	-7.59***
กลุ่มควบคุม ($n = 25$)	47.23	116.15	85.27	20.12	

*** $p < .001$.

ส่วนที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยปริมาณน้ำนมของมารดาหลังคลอดที่บุตรเข้ารับการรักษา
ในหออภิบาลทารกแรกเกิด ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการนัดจุดสะท้อนเท้า และกลุ่มที่ได้รับการ
พยาบาลตามปกติ

ก่อนทำการวิเคราะห์ข้อมูลปริมาณน้ำนม นักวิจัยได้ทำการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้น
ในการใช้สถิติทดสอบทีอิสระ ซึ่งทดสอบการแจกแจงข้อมูลปกติโดยพิจารณาจากการคำนวณค่า
สัมประสิทธิ์ความโด่งและความเบ้ของการแจกแจงข้อมูล พบว่า ค่าที่ได้ส่วนใหญ่อยู่ในช่วง ± 1.96
อย่างไรก็ตามเมื่อพิจารณาค่าความเบ้ของข้อมูล พบว่า มีค่าอยู่ในช่วง ± 3 ทุกค่า และค่าความโด่งของ
ข้อมูล มีค่าอยู่ในช่วง ± 10 ทุกค่า หมายความว่าข้อมูลมีการแจกแจงแบบปกติ (Kline, 2016) เมื่อ
ตรวจสอบความเป็นเอกพันธ์ของความแปรปรวนด้วยสถิติทดสอบของเลวิน พบว่า ค่า p -value
มากกว่า .05 แสดงให้เห็นว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความแปรปรวนภายในกลุ่มไม่แตกต่างกัน
(Polit & Beck, 2018) จึงเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติทดสอบทีอิสระ (ภาคผนวก ข)

จากนั้นทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยปริมาณน้ำนมระหว่าง
กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ผลการวิจัยพบว่า ค่าเฉลี่ยปริมาณน้ำนมในวันที่ 1 (24 ชั่วโมงแรกหลัง
คลอด) ของกลุ่มทดลอง ($M = 8.10$, $SD = 6.30$) มากกว่ากลุ่มควบคุม ($M = 3.09$, $SD = 4.80$)
อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 3.17$, $p < .01$) และค่าเฉลี่ยปริมาณน้ำนมในวันที่ 2 (24-48 ชั่วโมง
หลังคลอด) ของกลุ่มทดลอง ($M = 15.92$, $SD = 8.82$) มากกว่ากลุ่มควบคุม ($M = 4.03$, $SD = 5.27$)
อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 5.79$, $p < .001$) ดังแสดงในตาราง 5

ตาราง 5

ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และผลทดสอบความแตกต่างของปริมาณน้ำนม
ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยใช้สถิติทีอิสระ (N=50)

ประเมิน ปริมาณน้ำนม	กลุ่มทดลอง (n=25)				กลุ่มควบคุม (n=25)				t
	Min	Max	M	SD	Min	Max	M	SD	
วันที่ 1 (24 ชั่วโมงแรกหลังคลอด)	0.00	25.50	8.10	6.30	0.00	15.00	3.09	4.80	3.17**
วันที่ 2 (24-48 ชั่วโมงหลังคลอด)	1.90	38.00	15.92	8.82	0.00	16.50	4.03	5.27	5.79***

** $p < .01$. *** $p < .001$.

การอภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาผลของการนวดกดจุดสะท้อนเท้าต่อระยะเวลาให้น้ำนมเต็มเต้าและปริมาณน้ำนมในมารดาหลังคลอดที่บุตรเข้ารับการรักษานในหออภิบาลทารกแรกเกิด โดยมี การอภิปรายผลการวิจัยตามสมมติฐานการวิจัย ดังนี้

1. มารดาหลังคลอดที่บุตรเข้ารับการรักษานในหออภิบาลทารกแรกเกิดกลุ่มที่ได้รับการนวดกดจุดสะท้อนเท้ามีระยะเวลาให้น้ำนมเต็มเต้าเร็วกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ จึงเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยข้อ 1

2. มารดาหลังคลอดที่บุตรเข้ารับการรักษานในหออภิบาลทารกแรกเกิดกลุ่มที่ได้รับการนวดกดจุดสะท้อนเท้ามีปริมาณน้ำนมมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ จึงเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยข้อ 2 สามารถอธิบายได้ดังนี้

โดยทั่วไปภายหลังการคลอดจะเกิดกลไกการสร้างและการหลั่งน้ำนมระยะที่ 2 โดยธรรมชาติ เนื่องจากระดับฮอร์โมนจารกได้แก่ ฮอร์โมนเอสโตรเจนและฮอร์โมนโปรเจสเตอโรน ลดลงอย่างรวดเร็ว ฮอร์โมนโปรแลคตินจึงทำหน้าที่ได้มากขึ้น ทำให้เกิดการสร้างน้ำนม (Pillay & Davis, 2021) และจะมีการดูดกระตุ้นน้ำนมของทารกไปกระตุ้นต่อมใต้สมองส่วนหน้าให้หลั่งฮอร์โมนโปรแลคตินที่ทำหน้าที่ในการสร้างน้ำนม และกระตุ้นการทำงานของต่อมใต้สมองส่วนหลังให้หลั่งฮอร์โมนออกซิโทซินส่งผลให้เซลล์กล้ามเนื้อมัยโออีพิธีเลียลที่อยู่รอบ ๆ ต่อมาน้ำนมหดตัวจึงเกิดการหลั่งน้ำนม

อย่างไรก็ตาม ในกลุ่มมารดาหลังคลอดที่บุตรเข้ารับการรักษานในหออภิบาลทารกแรกเกิดต้องแยกจากบุตรตั้งแต่ระยะแรกหลังคลอด ทำให้กลไกการส่งเสริมการสร้างและการหลั่งน้ำนมที่เกิดจากการดูดกระตุ้นน้ำนมของทารกขาดหายไป อีกทั้งมารดาบ่อยมีความเครียดและวิตกกังวล ระดับฮอร์โมนคอร์ติซอลจึงสูงขึ้นมีผลให้สมองส่วนไฮโปทาลามัสหลังโดปามีนที่เป็นสารสื่อประสาทมีหน้าที่หลักคือยับยั้งการหลั่งฮอร์โมนโปรแลคตินและฮอร์โมนออกซิโทซินทำให้การสร้างน้ำนมลดลง (กนกพรและคณะ, 2560; John et al., 2013) นอกจากนี้การที่มารดามีความปวดจากการคลอด โดยเฉพาะในมารดาผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องที่มักจะมีคะแนนความปวดสูงกว่ามารดาคลอดปกติทางช่องคลอด ซึ่งการศึกษาในครั้งนี้มีมารดาในกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง แต่ทั้งสองกลุ่มมีจำนวนเท่า ๆ กัน เป็นกลุ่มทดลองร้อยละ 40 และกลุ่มควบคุมร้อยละ 44 ความปวดจากการคลอดจะส่งผลให้ร่างกายหลั่งฮอร์โมนคอร์ติซอลได้เช่นกัน หากมารดาไม่ได้รับการแก้ปัญหาเหล่านี้จะมีผลให้กลไกการสร้างและการหลั่งน้ำนมลดลง โดยสามารถประเมินได้จากระยะเวลาให้น้ำนมเต็มเต้าและปริมาณน้ำนมของมารดา

การศึกษาครั้งนี้วิจัยให้การดูแลมารดาตั้งแต่ระยะแรกหลังคลอดเพื่อไม่ให้เกิดความล่าช้าในการกระตุ้นการสร้างและการหลั่งน้ำนมระยะที่ 2 โดยมารดาในกลุ่มทดลองจะได้รับความรู้เรื่องการนวดกดจุดสะท้อนเต้าที่มีผลเกี่ยวกับการสร้างและการหลั่งน้ำนม ได้รับการนวดกดจุดสะท้อนเต้า 2 ครั้ง ประเมินวิธีการบีบเก็บน้ำนมด้วยมือที่ถูกต้อง และสอนการประเมินการรับรู้น้ำนมเต็มเต้า ร่วมกับการได้รับการพยาบาลตามปกติ ในขณะที่กลุ่มควบคุมจะได้รับการประเมินวิธีการบีบเก็บน้ำนมด้วยมือที่ถูกต้อง สอนการประเมินการรับรู้น้ำนมเต็มเต้า และได้รับการพยาบาลตามปกติ

จากผลการศึกษาครั้งนี้พบว่า การนวดกดจุดสะท้อนเต้าทำให้กลุ่มทดลอง ($M = 46.80, SD = 15.40$) มีระยะเวลาน้ำนมเต็มเต้าเร็วกว่ากลุ่มควบคุม ($M = 85.27, SD = 20.12$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -7.59, p < .001$) ซึ่งเกณฑ์ปกติของระยะเวลาน้ำนมเต็มเต้าเฉลี่ยไม่เกิน 72 ชั่วโมงหลังคลอด (Kelly et al., 2020) จากผลการศึกษาครั้งนี้จะเห็นว่ามารดาในกลุ่มทดลองมีระยะเวลาน้ำนมเต็มเต้าอยู่ในเกณฑ์ปกติเฉลี่ยเพียง 46.80 ชั่วโมง ซึ่งเร็วกว่าเกณฑ์ปกติเฉลี่ย 25.20 ชั่วโมง ในขณะที่มารดาในกลุ่มควบคุมมีระยะเวลาน้ำนมเต็มเต้าเฉลี่ย 85.27 ชั่วโมง ซึ่งล่าช้ากว่าเกณฑ์ปกติถึง 13.27 ชั่วโมง แสดงให้เห็นว่า วิธีการนวดกดจุดสะท้อนเต้าส่งเสริมระยะเวลาน้ำนมเต็มเต้าในมารดาหลังคลอดที่บุตรเข้ารับการรักษาในหออภิบาลทารกแรกเกิด อธิบายได้ว่าการนวดกดจุดสะท้อนเต้าส่งเสริมกระบวนการสร้างน้ำนมโดยอาจช่วยกระตุ้นการทำงานของระบบไหลเวียนเลือดปรับสมดุลในร่างกาย และส่งเสริมให้เกิดการผลิตฮอร์โมนโปรแลคตินที่ช่วยสร้างน้ำนม (Lawrence & Lawrence, 2016) ส่งผลให้มารดาหลังคลอดรับรู้อาการน้ำนมเต็มเต้า ซึ่งเป็นอาการที่สามารถรับรู้ได้ด้วยตนเอง คือ เต้านมขยายใหญ่ บวม ตึง หนักมากขึ้น รู้สึกเจ็บแปลบหรือเสียวซ่าภายในเต้านม และมีน้ำนมไหลซึมออกมา (กนกวรรณและคณะ, 2559) ใกล้เคียงกับการศึกษาอาการน้ำนมเต็มเต้าในมารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง พบว่า มารดาที่ได้รับการนวดกดจุดสะท้อนเต้ามีคะแนนเฉลี่ยที่บ่งบอกถึงอาการน้ำนมเต็มเต้าในวันที่ 1 และวันที่ 2 หลังคลอด มากกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) (Aksua & Karaca, 2021) จึงสรุปได้ว่า การนวดกดจุดสะท้อนเต้าทำให้มารดาหลังคลอดที่บุตรเข้ารับการรักษาในหออภิบาลทารกแรกเกิดมีระยะเวลาน้ำนมเต็มเต้าเร็วขึ้น และช่วยไม่ให้เกิดปัญหาน้ำนมเต็มเต้าล่าช้า มารดาหลังคลอดจึงรับรู้ถึงการมีน้ำนมของตนเองที่พร้อมในการบีบเก็บเพื่อจะนำไปให้บุตรต่อไป

และผลการศึกษาครั้งนี้พบว่า การนวดกดจุดสะท้อนเต้าทำให้ปริมาณน้ำนมในวันที่ 1 (24 ชั่วโมงแรกหลังคลอด) ของกลุ่มทดลอง ($M = 8.10, SD = 6.30$) มากกว่ากลุ่มควบคุม ($M = 3.09, SD = 4.80$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 3.17, p < .01$) และมีปริมาณน้ำนมในวันที่ 2 (24-48 ชั่วโมงหลังคลอด) ของกลุ่มทดลอง ($M = 15.92, SD = 8.82$) มากกว่ากลุ่มควบคุม ($M = 4.03, SD = 5.27$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 5.79, p < .001$) จากผลการศึกษาจะเห็นได้ว่ามารดาในกลุ่มทดลองมีปริมาณน้ำนมทั้งในวันที่ 1 และวันที่ 2 มากกว่ากลุ่มควบคุม และมีแนวโน้ม

ของปริมาณน้ำนมเพิ่มขึ้น โดยมารดาทั้งสองกลุ่มมีจำนวนครั้งของการบีบเก็บน้ำนมในแต่ละวันไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) แสดงให้เห็นว่า วิธีการนวดกดจุดสะท้อนเต้าส่งเสริมปริมาณน้ำนมในมารดาที่แยกจากบุตรและไม่ได้รับการดูดกระตุ้นน้ำนมตั้งแต่ระยะแรกหลังคลอด อาจอธิบายได้ว่าการนวดกดจุดสะท้อนเต้าส่งเสริมกระบวนการหลั่งน้ำนม โดยช่วยให้เกิดการผลิตฮอร์โมนออกซิโทซินที่มีหน้าที่การควบคุมการหลั่งน้ำนมโดยการกระตุ้นเซลล์กล้ามเนื้อเล็ก ๆ ที่อยู่รอบต่อมน้ำนมให้เกิดการหดตัวและหลั่งน้ำนมออกมา (Lawrence & Lawrence, 2016) ใกล้เคียงกับการศึกษาในมารดาหลังคลอดทารกก่อนกำหนดที่บุตรเข้ารับการรักษาในหออภิบาลทารกแรกเกิดพบว่า มารดาหลังคลอดกลุ่มที่ได้รับการนวดกดจุดสะท้อนเต้ามีปริมาณน้ำนมรวมเฉลี่ยในวันที่ 1 ถึงวันที่ 3 มากกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) (Mirzaie et al., 2018) และสอดคล้องกับการศึกษามารดาหลังคลอดทารกก่อนกำหนดพบว่า กลุ่มที่ได้รับการนวดกดจุดสะท้อนเต้ามีปริมาณน้ำนมเฉลี่ยในวันที่ 1 ถึง วันที่ 5 มากกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) (Mohammadpour et al., 2018) จึงสรุปได้ว่า การนวดกดจุดสะท้อนเต้าช่วยให้มารดาหลังคลอดที่บุตรเข้ารับการรักษาในหออภิบาลทารกแรกเกิดมีปริมาณน้ำนมมากขึ้น

การนวดกดจุดสะท้อนเต้ายังเป็นการกระตุ้นประสาทสัมผัสทำให้เกิดการหลั่งฮอร์โมนเอนโดรฟินและฮอร์โมนออกซิโทซินซึ่งเป็นฮอร์โมนแห่งความสุขมากขึ้น (Satapathy et al., 2021; Vittner et al., 2019) ส่งผลให้ฮอร์โมนคอร์ติซอลซึ่งเป็นฮอร์โมนแห่งความเครียดอยู่ในระดับสมดุล ลดการกระตุ้นอารมณ์ทางลบ และยับยั้งสารสื่อประสาทในกลไกการเปิดปิดที่ระดับไขสันหลัง ทำให้ความปวดลดลง (Nehal, 2019) มารดาจึงรับรู้ได้ถึงความสงบและความผ่อนคลาย สมองยับยั้งการหลั่งโดปามีนทำให้ฮอร์โมนโปรแลคตินและฮอร์โมนออกซิโทซินทำหน้าที่ในกระบวนการสร้างและการหลั่งน้ำนมได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น นอกจากนี้ยังพบว่า การนวดกดจุดสะท้อนเต้าช่วยลดความปวดและเพิ่มความพึงพอใจในการดูแลเพื่อบรรเทาความปวดในระยะรอคลอดของมารดาวัยรุ่น โดยมารดาในกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความปวดใน 1 ชั่วโมง และ 2 ชั่วโมงหลังการทดลองน้อยกว่า และมีค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจในการบรรเทาความมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) (กรรณิการ์และคณะ, 2563) การศึกษาในกลุ่มมารดาหลังคลอดที่บุตรเข้ารับการรักษาในหออภิบาลทารกแรกเกิดครั้งนี้ไม่ได้ศึกษาเกี่ยวกับความปวดโดยตรง แต่จากการสอบถามกลุ่มตัวอย่างพบว่า ภายหลังจากการนวดกดจุดสะท้อนเต้ามารดาหลังคลอดทุกรายมีความรู้สึกปวดลดลง และเกิดความผ่อนคลาย มารดาทุกรายได้พักหลังขณะรับการนวดกดจุดสะท้อนเต้าและส่วนมากนอนหลับต่อไปอีกระยะหนึ่ง

ผลการศึกษาครั้งนี้แสดงให้เห็นว่า มารดาในกลุ่มทดลองที่ได้รับการนวดกดจุดสะท้อนเต้าร่วมกับการพยาบาลตามปกติมีระยะเวลาให้นมเต็มเต้าเร็วกว่าและมีปริมาณน้ำนมมากกว่ากลุ่ม

ควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ จึงสรุปได้ว่า การนวดกดจุดสะท้อนเท้าเป็นวิธีการหนึ่งส่งเสริมการสร้างและการหลั่งน้ำนม โดยช่วยให้มารดาหลังคลอดรับรู้อาการน้ำนมเต็มเต้าได้เร็วกว่าเกณฑ์ปกติ และมีปริมาณน้ำนมมากกว่าเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ จึงนับว่าวิธีการนวดกดจุดสะท้อนเท้าเป็นทางเลือกหนึ่งที่มีความเหมาะสมกับบริบทของมารดาหลังคลอดในการช่วยสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ตั้งแต่ระยะแรกหลังคลอด โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มมารดาหลังคลอดที่บุตรเข้ารับการรักษาในหออภิบาลทารกแรกเกิด

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงทดลองแบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุมแบบปกปิดทางเดียว มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการนวดกดจุดสะท้อนเท้าต่อระยะเวลาให้น้ำนมเต็มเต้าและปริมาณน้ำนมในมารดาหลังคลอดที่บุตรเข้ารับการรักษานในหออภิบาลทารกแรกเกิดตั้งแต่ระยะแรกหลังคลอด โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นมารดาหลังคลอดที่บุตรเข้ารับการรักษานในหออภิบาลทารกแรกเกิด โรงพยาบาลหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์กำหนดจำนวน 50 ราย จากนั้นดำเนินการสุ่มเข้ากลุ่ม แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง คือ กลุ่มที่ได้รับการนวดกดจุดสะท้อนเท้าร่วมกับการพยาบาลตามปกติ และกลุ่มควบคุม คือ กลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ กลุ่มละ 25 ราย ดำเนินการเก็บข้อมูลตั้งแต่เดือนมีนาคม ถึง เดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2564

สำหรับการเก็บรวบรวมข้อมูล นักวิจัยเป็นผู้ดำเนินการทดลองด้วยตนเองและให้กลุ่มตัวอย่างลงบันทึกข้อมูลในแบบบันทึกด้วยตนเอง โดยนักวิจัยทำการตรวจสอบการลงบันทึกข้อมูลเป็นระยะ เมื่อสิ้นสุดการดำเนินการทดลองนักวิจัยนำข้อมูลที่ได้อไปวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปเพื่อหาค่าแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติทดสอบไค-สแควร์ และสถิติทดสอบทีอิสระ โดยผ่านการตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติดังกล่าวก่อนการวิเคราะห์ข้อมูล

สรุปผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ สามารถสรุปผลตามวัตถุประสงค์ ดังนี้

1. มารดามารดาหลังคลอดที่บุตรเข้ารับการรักษานในหออภิบาลทารกแรกเกิดกลุ่มที่ได้รับการนวดกดจุดสะท้อนเท้ามีระยะเวลาให้น้ำนมเต็มเต้า ($M = 46.80, SD = 15.40$) เร็วกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ($M = 85.27, SD = 20.12$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -7.59, p < .001$)

2. มารดามารดาหลังคลอดที่บุตรเข้ารับการรักษานในหออภิบาลทารกแรกเกิดกลุ่มที่ได้รับการนวดกดจุดสะท้อนเท้ามีปริมาณน้ำนมในวันที่ 1 (24 ชั่วโมงแรกหลังคลอด) ($M = 8.10, SD = 6.30$) มากกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ($M = 3.09, SD = 4.80$) และมีปริมาณน้ำนมในวันที่ 2 (24-48 ชั่วโมงหลังคลอด) ($M = 15.92, SD = 8.82$) มากกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาล

ตามปกติ ($M = 4.03$, $SD = 5.27$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 3.17$, $p < .01$, $t = 5.79$, $p < .001$) ตามลำดับ

สรุปผลการวิจัยได้ว่า วิธีการนวดกดจุดสะท้อนเท้าเป็นทางเลือกหนึ่งที่มีความเหมาะสมกับบริบทของมารดาหลังคลอดที่บุตรเข้ารับการรักษาในหออภิบาลทารกแรกเกิดในการส่งเสริมการสร้างและการหลั่งน้ำนมแทนการดูดกระตุ้นน้ำนมของทารก ช่วยให้มารดามีระยะน้ำนมเต็มเต้าเร็วและมีปริมาณน้ำนมมากขึ้น จึงนับเป็นวิธีการหนึ่งที่น่าสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ตั้งแต่วัยแรกหลังคลอดได้อย่างมีประสิทธิภาพ

จุดแข็งของการวิจัย

1. การนวดกดจุดสะท้อนเท้าเพื่อส่งเสริมการสร้างและการหลั่งน้ำนม เป็นศาสตร์ที่บูรณาการมาจากการใช้ภูมิปัญญาตะวันออก บุคลากรสุขภาพสามารถใช้วิธีการดังกล่าวเพื่อเป็นทางเลือกหนึ่งในการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่แก่มารดาหลังคลอดได้
2. ภายหลังจากการสิ้นสุดการดำเนินการทดลอง กลุ่มควบคุมได้รับความรู้เกี่ยวกับการนวดกดจุดสะท้อนเท้าเป็นเวลา 10 นาที และได้รับการนวดกดจุดสะท้อนเท้าเป็นเวลา 30 นาที เช่นเดียวกับกลุ่มทดลองหากมีความต้องการ เพื่อเป็นการชดเชยให้กับมารดาในกลุ่มตัวอย่าง ทั้งนี้ มีมารดาหลังคลอดในกลุ่มควบคุมจำนวน 14 ราย ที่ต้องการรับความรู้และการนวดกดจุดสะท้อนเท้า ภายหลังจากสิ้นสุดการดำเนินการทดลอง

ข้อจำกัดในการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้อาจมีข้อจำกัดในการนำผลการวิจัยไปอ้างอิงถึงกลุ่มมารดาหลังคลอดที่มีอายุต่ำกว่าหรือเท่ากับ 18 ปีที่บุตรเข้ารับการรักษาในหออภิบาลทารกแรกเกิด

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล การนวดกดจุดสะท้อนเท้าเป็นศาสตร์ทางเลือกที่ต้องใช้ทักษะเฉพาะด้าน ดังนั้นพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหลังคลอดหรือผู้ที่มีความเกี่ยวข้องกับการ

ส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่สามารถนำวิธีการนวดกดจุดสะท้อนเท้าเพื่อส่งเสริมการสร้างและการหลั่งน้ำนมให้แก่มารดาหลังคลอด โดยต้องผ่านการอบรมความรู้และทักษะการนวดกดจุดสะท้อนเท้าก่อน

2. ด้านนโยบาย ผู้บริหารโรงพยาบาลควรเปิดโอกาสให้พยาบาลซึ่งเป็นผู้ดูแลและใกล้ชิดกับมารดาหลังคลอดเข้ารับการอบรมวิธีการนวดกดจุดสะท้อนเท้า เพื่อช่วยสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ทำให้มีระยะเวลาให้นมเต็มเต้าเร็วขึ้นและมีปริมาณน้ำนมเพิ่มขึ้น นับเป็นการสนับสนุนนโยบายให้เด็กไทยได้รับนมแม่โดยเร็วตั้งแต่ระยะแรกหลังคลอด และเป็นแนวทางหนึ่งที่ช่วยเพิ่มโอกาสให้ได้รับน้ำนมอย่างต่อเนื่องเพื่อการเจริญเติบโตสมวัยอย่างมีคุณภาพ

3. ด้านการศึกษาพยาบาล อาจารย์ผู้สอนอาจแนะนำให้นักศึกษาพยาบาลได้เรียนรู้และเข้าใจเกี่ยวกับศาสตร์ทางเลือกในการส่งเสริมการสร้างและการหลั่งน้ำนม

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาและติดตามผลของการนวดกดจุดสะท้อนเท้าต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เป็นระยะ ๆ เพื่อศึกษาผลของการนวดกดจุดสะท้อนเท้าที่ช่วยส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ตั้งแต่ระยะเริ่มต้นต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือนหลังคลอด และอย่างต่อเนื่อง 2 ปี หรือนานกว่านั้น

2. ควรมีการศึกษาผลของการนวดกดจุดสะท้อนเท้าต่อตัวแปรอื่น ๆ ที่มีความเกี่ยวข้องกับการสร้างและการหลั่งน้ำนม เช่น ความปวด ความอ่อนคลาย เป็นต้น

3. ควรมีการศึกษาผลของการนวดกดจุดสะท้อนเท้าในมารดาหลังคลอดที่มีอายุต่ำกว่าหรือเท่ากับ 18 ปีที่บุตรเข้ารับการรักษาในหออภิบาลทารกแรกเกิด เนื่องจาก ในกลุ่มมารดาวัยรุ่นอาจมีการเจริญเติบโตของอวัยวะที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการสร้างและการหลั่งน้ำนมยังไม่สมบูรณ์ หรือมีความแตกต่างกับกลุ่มที่มีอายุมากกว่า

เอกสารอ้างอิง

- กนกพร เอื้ออารีย์กุล, พรรณรัตน์ แสงเพิ่ม, และสุดาภรณ์ พยัคฆเรือง. (2561). ผลของโปรแกรมกระตุ้นน้ำนมต่อปริมาณน้ำนมและระยะเวลาที่มารดามีน้ำนมเพียงพอสำหรับทารกในมารดาทารกเกิดก่อนกำหนดที่ผ่าตัดคลอด. *วารสารพยาบาลศาสตร์*, 36(3), 71-82.
- กนกวรรณ โคตรสังข์, ศิริวรรณ แสงอินทร์, และอุษา เชื้อหอม. (2559). ผลของโปรแกรมการกระตุ้นการหลั่งน้ำนมต่อระยะเวลาการเริ่มไหลของน้ำนม ระยะเวลาการมาของน้ำนมเต็มเต้าและการรับรู้ความสามารถในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในมารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา*, 24(1), 13-26. ค้นจาก <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/Nubuu/article/view/87573>
- กรมอนามัย. (2564). *การส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่และการขับเคลื่อนงานพระราชบัญญัติควบคุมการส่งเสริมการตลาดอาหารสำหรับทารกและเด็กเล็ก*. ค้นจาก https://hp.anamai.moph.go.th/webupload/4xceb3b571ddb70741ad132d75876bc41d/tinymce/OPDC/OPDC2564-F/IDC1_7/opdc_2564_IDC1-7_28.pdf
- กรรณิกา ฉายยิ่งเขียว, สร้อย อนุสรณ์ธีรกุล, และสุพรรณิ อึ้งปัญสัตวงศ์. (2559). ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้และพฤติกรรมการป้องกันภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดในมารดาอายุมาก. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข*, 26(3), 196-207. ค้นจาก <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/tnaph/article/view/74443>
- กรรณิการ์ กันธะรักษา, นันทพร แสนศิริพันธ์, และปิยะภรณ์ ประสิทธิ์วิวัฒนเสร. (2557). การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของอาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่และพยาบาลโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่. *พยาบาลสาร*, 41 (ฉบับพิเศษ), 158-168.
- กรรณิการ์ จันทร์แก้ว, และธิดารัตน์ นฤมิตมนตรี. (2563). ผลของยาสมุนไพรบำรุงน้ำนมต่อระดับการไหลของน้ำนมในมารดาหลังคลอด. *วารสารสาธารณสุขและวิทยาศาสตร์สุขภาพ*, 3(2), 41-51.
- กรรณิการ์ โปร่งเกษม, ปิยะนุช ชูโต, และนงลักษณ์ เฉลิมสุข. (2563). ผลของการนวดกดจุดสะท้อนฝ่าเท้าต่อความเจ็บปวดในการคลอดและความพึงพอใจของผู้คลอดวัยรุ่น. *พยาบาลสาร*, 47(2), 216-226. ค้นจาก <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/cmunursing/article/view/241810/164597>
- กรรณิการ์ วิจิตรสุนนท์, พรรณรัตน์ แสงเพิ่ม, นันทิยา วัฒนายุ, สุพินดา เรื่องจิรัชฐีเยร, และสุดาภรณ์ พยัคฆเรือง (บรรณาธิการ). (2557). *การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่*. กรุงเทพมหานคร: ฟรี-วัน.

- กระทรวงสาธารณสุข. (2563). *อัตราตายทารกแรกเกิด*. ค้นจาก http://healthkpi.moph.go.th/kpi2/kpi/index2/?kpi_year=2562
- กฤษณา ปิงวงศ์ , และกรรณิการ์ กันธะรักษา. (2560). การวัดเต้านมเพื่อส่งเสริมการสร้างและการหลั่งน้ำนม. *วารสารพยาบาลสาร*, 44(4), 169-176. ค้นจาก <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/cmunursing/article/view/135851/101459>
- กฤษณา ปิงวงศ์, กรรณิการ์ กันธะรักษา, และนงลักษณ์ เฉลิมสุข. (2563). ประสิทธิภาพของการวัดเต้านมต่อการคัดตึงเต้านมในมารดาที่ให้นมบุตร: การทบทวนอย่างเป็นระบบ. *พยาบาลสาร*, 47(2), 143-155. ค้นจาก <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/cmunursing/article/view/241802/164591>
- กิตติพงศ์ แซ่เจ็ง, บุญฤทธิ สุขรัตน์, เอกชัย โคควาวิสารัช, ประกายดาว พรหมประพัฒน์, และจันทกานต์ กาญจนเวทวงศ์ (บรรณาธิการ). (2558). *คู่มือแนวทางปฏิบัติการดูแลแม่วัยรุ่น* (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพมหานคร: ศูนย์สื่อและสิ่งพิมพ์แก้วเจ้าจอม.
- กฤษมา ชูศิลป์. (2555). อุปสรรคของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่. ใน ศุภวิทย์ มุตตามระ, กฤษมา ชูศิลป์, อุมพร สุทัศน์วรวิฑูมิ, วราภรณ์ แสงทวีศิลป์, และยุพียง แห่งเชาวนิช (บรรณาธิการ), *ตำราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่* (หน้า 81-89). กรุงเทพมหานคร: มูลนิธินมแม่แห่งประเทศไทย.
- ชนิษฐา เมฆกมล. (2561). การส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่: แนวปฏิบัติในชุมชน. *วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้*, 5(1), 274-286.
- ขวัญตา ทุนประเทือง. (2560). เปรียบเทียบประสิทธิผลของยาโดมเพอริโดนกับยาประสะน้ำนมในการกระตุ้นการสร้างน้ำนมในมารดาหลังผ่าตัด. *วารสารการแพทย์โรงพยาบาลอุดรธานี*, 25(2), 130-135. ค้นจาก <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/udhhosmj/article/view/159010>
- จงลักษณ์ ทวีแก้ว, กัลยา บัวบาน, และ ปรางทิพย์ ทาเสนาะ เอลเทอร์. (2563). เนื้อนมเนื้อสัมผัส แรกจากแม่สู่ลูก: ความสำคัญและการปฏิบัติ. *วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์*, 3(3), 1-10. ค้นจาก <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/bcnsp/article/view/228723>
- ฉันทิกา จันท์เปี้ย. (2560). *The revised BFHI*. ค้นจาก <https://ns.mahidol.ac.th/breastfeeding/articles/BFHI.html>
- ชลรส เจริญรัตน์. (2557). *Breastfeeding (การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่)*. ค้นจาก https://w1.med.cmu.ac.th/obgyn/index.php?option=com_content&view=article&id=931:breastfeeding&catid=45&Itemid=561

- ณพล จิตรศรีศักดิ์, ศิริลักษณ์ ถาวรวัฒนะ, ชนิกันต์ ทิพากรโรจนกิจ, และหทัยทิพย์ โสมดำ. (2560). *บันทึกบันได 10 ขั้น นมแม่ในทารกป่วย: manual record 10 steps breastfeeding sick babies*. ค้นจาก <https://library.thaibf.com/handle/023548404.11/499>
- ดวงกมล ปิ่นเฉลียว, และพรพรรณ ภูสาหัส. (2558). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความทุกข์ทรมานของสตรีหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 16(1), 101-108.
- ทรรศวรรณจินดา นววงษ์, ผ่องศรี ทองแพง, เพ็ญทิรา เอมบำรุง, และมฤณี เขียวเจริญ. (2556). การเปรียบเทียบผลของการนวดเต้านมเพื่อกระตุ้นน้ำนมโดยเจ้าหน้าที่พยาบาล สามี และหญิงหลังคลอดนวดตนเองต่อปริมาณการหลั่งน้ำนมและความเครียดของมารดาหลังคลอด. *เอกสารประกอบการประชุมวิชาการนมแม่แห่งชาติครั้งที่ 4* (หน้า 118). กรุงเทพมหานคร: ศูนย์นมแม่แห่งประเทศไทย.
- ทัศนีย์ รวีกวัด. (2560). ปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือนของมารดาที่มารับบริการในคลินิกนมแม่ ศูนย์อนามัยที่ 13 กรุงเทพฯ. *วารสารกรมการแพทย์*, 42(5), 42-48.
- ธิดารัตน์ หวังสวัสดิ์, นันทา กาเลี้ยง, อนงค์ ภิบาล, รัตนา ใจสมคม, และวนิสสา หะยีเซะ. (2557). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวนาน 6 เดือนของมารดาในจังหวัดนราธิวาส. *พยาบาลสาร*, 41(ฉบับพิเศษ), 123-133. ค้นจาก <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/cmunursing/article/view/32715>
- ธีระ ทองสง (บรรณาธิการ). (2555). *สูติศาสตร์* (เรียบเรียงครั้งที่ 5). กรุงเทพมหานคร: lakshmiรุ่ง.
- นพรัตน์ ธารณะ. (2563). *การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่: Breastfeeding*. กรุงเทพมหานคร: กรีน ไลฟ์ พรินติ้ง เฮ้าส์.
- บวรสรณ์ เจียดำรง. (2559). การเฝ้าระวังและติดตามกลยุทธ์การสื่อสารในการส่งเสริมการตลาดนมผงในประเทศไทยที่ละเมิดหลักเกณฑ์สากลว่าด้วยการตลาดอาหารทารกและเด็กเล็ก ระหว่างการผลักดันพระราชบัญญัติควบคุมการส่งเสริมการตลาดอาหารทารกและเด็กเล็ก. *วารสารร่วมพหุศาสตร์มหาวิทยาลัยเกริก*, 3(2), 106-124. ค้นจาก <https://so05.tci-thaijo.org/index.php/romphruekj/article/view/91940>
- บุญใจ ศรีสถิตย์นรากร. (2555). *การพัฒนาและตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย: คุณสมบัตินิติการวัดเชิงจิตวิทยา*. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- เบญจวรรณ คล้ายทับทิม. (2559). สตรีตั้งครรภ์เมื่ออายุมาก: บทบาทพยาบาล. *วารสารพยาบาลสภากาชาดไทย*, 9(2), 36-48.

- เบญจวรรณ ละหุการ, มลิวลัย รัตยา, ทศณีย์ หนูนารถ, และมารีญา มะแซ. (2562). การนวดเต้านมด้วยตนเอง: แนวคิดและวิธีการจัดการต่อการไหลของน้ำนมในมารดาหลังคลอด. *วารสารโรงพยาบาลสกลนคร*, 22(3), 106-114.
- ปณิตา ปรีชากรกนกกุล, ณัชชา วรรณนิยม, และพนิดา รัตนเรือง. (2561). ผลของการตั้งครรภ์ในสตรีตั้งครรภ์อายุมากที่มาคลอดในโรงพยาบาลมหาราชชนนครราชสีมา. *วารสารโรงพยาบาลสกลนคร*, 21(1), 1-9.
- ประเสริฐ สังข์กุล. (2563). การนวดกดจุดสะท้อนเท้า. *คู่มือประกอบการเรียนการสอนหลักสูตรวิชาการนวดฝ่าเท้าเพื่อสุขภาพ*. สงขลา: โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพแผนไทย.
- ปราณี ฟูไพบระ. (2559). *คู่มือยา* (ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 9). กรุงเทพมหานคร: เอ็น พี เพลส.
- ปิยาพร สีนุโคตร, และวีณา จีระแพทย์. (2557). ผลของโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจในการให้นมแม่ต่อการรับรู้ความสามารถของมารดา ปริมาณน้ำนมแม่ และการเปลี่ยนแปลงของน้ำหนักตัวในทารกเกิดก่อนกำหนด. *วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย*, 26(1), 64-76. ค้นจาก <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/CUNS/article/view/79223>
- พิสมัย วงศ์สง่า, และพัทยา แก้วสาร. (2557). นมแม่: ความสำเร็จตามบันได 10 ขั้นกับบทบาทของพยาบาล. *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ*, 32(1), 6-13. ค้นจาก <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/jnat-ned/article/view/18967>
- ภัทรพร ชูประพันธ์, วิณา เทียงธรรม, และปาหนัน พิษยภิญโญ. (2557). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือน ของแม่ในเขตภาคกลางตอนล่าง. *เอกสารประกอบการประชุมวิชาการเสนอผลงานวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา ครั้งที่ 15*. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น. ค้นจาก <https://gsbooks.gs.kku.ac.th/57/grc15/files/mmp73.pdf>
- ภัทรศศิ์ เหล่าจันทวงศ์. (2563). การนวดเท้าเพื่อสุขภาพ. *เอกสารคำสอนประกอบการฝึกอบรมการนวดเท้า*. สงขลา: คณะแพทย์แผนไทย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- มารีญา มะแซ, ศศิกานต์ กาละ, และวรางคณา ชัชเวช. (2562). ผลของโปรแกรมการนวดเต้านมด้วยตนเองต่อการไหลของน้ำนมในมารดาครรภ์แรก. *วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์*, 11(3), 1-14.
- มาลีวัล เลิศสาครศิริ. (2561). การเสริมพลังอำนาจมารดาวัยรุ่นหลังคลอดในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่. *วารสารสุขภาพกับการจัดการสุขภาพ*, 4(1), 8-16.
- มูลนิธิศูนย์นมแม่แห่งประเทศไทย. (2560ก). *ชุดบททวนวรรณกรรมนมแม่ ชุดที่ 3*. นมแม่ สารอาหาร พัฒนาการ การเจริญเติบโต. กรุงเทพฯ: ตามใจกู.

- มูลนิธิศูนย์นมแม่แห่งประเทศไทย. (2560ข). *ภาพพลิก ชุด บันได 10 ขั้น เพื่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ สำหรับลูกแรกเกิดน้ำหนักตัวน้อยและเด็กป่วย*. ค้นจาก <https://library.thaibf.com/handle/023548404.11/480>
- มูลนิธิศูนย์นมแม่แห่งประเทศไทย. (2562ก). *ประโยชน์ของนมแม่ในเด็กป่วย*. ค้นจาก <https://library.thaibf.com/handle/023548404.11/493>
- มูลนิธิศูนย์นมแม่แห่งประเทศไทย. (2562ข). *บันทึกบันได 10 ขั้น นมแม่ในทารกป่วย: Manual record 10 steps breastfeeding sick babies*. ค้นจาก <https://library.thaibf.com/handle/023548404.11/499>
- รังสีนันท์ ขาวนาค, ศศิกานต์ กาละ, และวรางคณา ชัชเวช. (2563). การรับรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดาหลังคลอดที่บุตรเข้ารับการรักษาในหออภิบาลทารกแรกเกิด. *วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์*, 40(1), 30-44.
- รัตน์ศิริ ทาโต. (2561). *การวิจัยทางพยาบาลศาสตร์: แนวคิดสู่การประยุกต์ใช้* (ฉบับปรับปรุง). กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ลาวัลย์ ไบมณฑา, มยุรี นิรัตธราดร, และสุดาพร กมลวารินทร์. (2558). ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ต่อความสามารถในการให้นมและการไหลของน้ำนมในมารดาที่ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง. *วารสารพยาบาลสาร*, 42(4), 65-75.
- วิจิตร เอกคคตาจิต. (2559). ภาวะแทรกซ้อนในหญิงตั้งครรภ์อายุมากที่มารับบริการในโรงพยาบาลนางรอง. *วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม*, 13(3), 71-77. ค้นจาก <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/MKHJ/article/view/197716>
- ศศิกานต์ กาละ, และรังสีนันท์ ขาวนาค. (2559). การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในมารดาหลังคลอดที่ทารกป่วย. *วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์*, 36(ฉบับพิเศษ), 196-208.
- ศศิกานต์ กาละ. (2561). *การสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่: บทบาทพยาบาล: Breastfeeding Support: Nurses' Role*. สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์.
- ศิริไท พฤกษ์ศรี, และสมทรง ศงสภาค. (2559). ผลการพยาบาลอย่างมีแบบแผนเรื่องเทคนิคกระตุ้นการหลั่งน้ำนมต่อปริมาณน้ำนมและความพึงพอใจของมารดาหลังคลอดที่ทารกแรกเกิดพักรักษาตัวในหอผู้ป่วยเด็กอ่อน. *วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้*, 3(2), 179-194.
- ศุภาวดี แก้วเพ็ญ, ฉวีวรรณ ดียิ่ง, รัชณี พงนา, ฉายวสันต์ คุณอุดม, และพัชราภรณ์ เจียรนัยธนะกิจ. (2563). ผลของอายุมารดาต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางสูติกรรมในสตรี. *วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้*, 7(2), 300-311.

- ศุภาว์ เผือกเทศ. (2561). การดูแลแบบผสมผสานกับการกระตุ้นการสร้างน้ำนมแม่. *วารสารพยาบาล สภาวิชาชีพไทย*, 11(1), 27-37.
- สร้อยเพชร วงศ์วาลย์. (2556). *Lactation spa: การนวดและประคบเต้านมด้วยสมุนไพรในหญิงหลังคลอด*. เอกสารประกอบการประชุมวิชาการนมแม่แห่งชาติ ครั้งที่ 4 (หน้า 101-104). ค้นจาก <https://library.thaibf.com/bitstream/handle/023548404.11/395/TBC-TNBC-2013-Proceeding.pdf?sequence=1>
- สรารุณี สีถาน. (2560). ผลของโปรแกรมการนวดกดจุดสะท้อนฝ่าเท้าร่วมกับการกำหนดลมหายใจต่อระดับความปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง. *วารสารพยาบาลตำรวจ*, 9(1), 37-46. ค้นจาก <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/policenurse/article/view/71718>
- สายสินธ์ กอมณี, เยาวเรศ เอื้ออารีเลิศ, เกียรติกุล เพียงจันทร์, ธนันพร ตรีบุตดี, กัญจน์รัตน์ สุวรรณโกฎ, และศรยาลักษณ์ สายแวง. (2561). ผลการใช้ Ten steps ต่อการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในทารกป่วยกลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยกุมารเวชกรรมสาย 2 โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์: การศึกษาวิจัยนำร่อง. *วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์*, 2(1), 82-98. ค้นจาก <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/bcnsp/article/view/193176>
- สาวิตรี พรานพนัส, สุอารีย์ อันตระการ, และยุพยง แห่งเชาวนิช. (2555). กายวิภาคของเต้านมและกลไกการสร้างและหลั่งน้ำนม. ใน ศุภวิทย์ มุตตามระ, กุสุมา ชูศิลป์, อุมาพร สุทัศน์วรุฒิ, วราภรณ์ แสงทวีสิน, และยุพยง แห่งเชาวนิช (บรรณาธิการ), *ตำราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่* (หน้า 1-6). กรุงเทพมหานคร: ไอยรา.
- สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมคุณภาพ. (2557). *ทารกป่วยต้องกินนมแม่เพิ่มภูมิคุ้มกัน*. ค้นจาก <https://www.thaihealth.or.th/Content/23422-20.html>
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2559). *การสำรวจสถานการณ์เด็กและสตรีในประเทศไทย พ.ศ. 2558-2559*. ค้นจาก <http://service.nso.go.th/nso/web/survey/surpop2-1-12.html>.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2564). *ตัวชี้วัดสำคัญของประเทศไทย พ.ศ. 2564*. ค้นจาก <http://service.nso.go.th/nso/nsopublish/pubs/e-book/Thailandindicator-2564/6/index.html>
- สินศักดิ์ชื่นมณี อุ่นพรมมี. (2560). ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เพียงอย่างเดียวในช่วง 6 เดือนแรกของมารดาที่มีบุตรอายุ 6-12 เดือน ในเขตสุขภาพที่ 9. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*, 26(4), 739-746.
- สุดาทิพย์ โฆสิตะมงคล, และปายณ์ ปรมงกุล (2560). *การปั๊มน้ำนมและคงสภาพน้ำนมแม่: Initiation and maintenance of milk supply*. ค้นจาก <https://library.thaibf.com/handle/023548404.11/506>

- สุดาภรณ์ พยัคฆเรือง, พรรณรัตน์ แสงเพิ่ม, และชญาดา สามารถ. (2559). ปัญหาการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ระยะแรกหลังคลอด: ประสบการณ์ของมารดา. *วารสารพยาบาลศาสตร์*, 34(3), 30-40.
- สุนตรา แก้ววิเชียร, ศิริลักษณ์ ถาวรวัฒน์, วรณี จันทร์มาศ, สุกัญญา แสงตุ่น, และสุพัตรา ทาอ้อ. (2562). การพัฒนารูปแบบการสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในทารกแรกเกิดคลอดก่อนกำหนดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดภาวะวิกฤตในสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี. *วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก*, 30(2), 141-158.
- สุสัณหา ยิ้มแย้ม. (2561). สมุนไพรที่กระตุ้นการผลิตน้ำนมแม่. *พยาบาลสาร*, 45(1), 133-145. ค้นจาก <https://www.tci-thaijo.org/index.php/cmunursing/article/view/136183/101637>
- อภิญา ไชยวงศา, บุญชริกา วงศ์คม, และพัชรินทร์ เงินทอง. (2561). การสนับสนุนการคงอยู่ของน้ำนมในมารดาทารกเกิดก่อนกำหนด: การทบทวนอย่างเป็นระบบ. *พยาบาลสาร*, 45(3), 97-109. ค้นจาก <https://www.tci-thaijo.org/index.php/cmunursing/article/view/149343/109651>
- อมรินทร์ ชะเนติยัง. (2561). ผลการนวดและประคบเต้านมเพื่อกระตุ้นการไหลของน้ำนมในมารดาหลังคลอด โรงพยาบาลกุสุมาลย์ จังหวัดศรีสะเกษ. *วารสารหมอยาไทยวิชัย*, 4(1), 41-52. ค้นจาก <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/ttm/article/view/254036>
- อริสรา สวัสดิ์พานิชย์, สุสัณหา ยิ้มแย้ม, และนางลักษณ์ เฉลิมสุข. (2562). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเต็มใจเฉพาะจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลในมารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรคนแรก. *พยาบาลสาร*, 46(3), 219-231. ค้นจาก <https://www.tci-thaijo.org/index.php/cmunursing/article/view/218567/151388>
- อัญรา ศรีสุวพันธ์. (2555). ผลของน้ำจิงกักระยะเวลาการเริ่มไหลของน้ำนมมารดาหลังคลอด. *วารสารการแพทย์*, 27(3), 244-250. ค้นจาก <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/MJSSBH/article/view/143197>
- อารีรัตน์ วิเชียรประภา, ขนิษฐา เมฆกมล, กรรณิการ์ แซ่ตั้ง, เกษณี พรหมอินทร์, และสมลักษณ์ ศรีวิริญ. (2560). รูปแบบการจัดการตนเองของมารดาในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวนาน 6 เดือน: กรณีศึกษามารดาหลังคลอด ตำบลบ่อ อำเภอลำลูกเกด จังหวัดจันทบุรี. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี*, 28(2), 29-41.
- อำไพ ชัยชลทรัพย์, บุญยาพร วิภาตะวัต, รุ่งฤดี ทองพลู, และอรุณเนตร ต้นโลมอำไพ. (2562). *คู่มือกดจุดสะท้อนเท้า (foot reflexology) เพื่อสุขภาพผู้สูงอายุ* (พิมพ์ครั้งที่ 2). นนทบุรี: วี อินดี้ ดีไซน์.

- อุษณีย์ จินตะเวช, เทียมศร ทองสวัสดิ์, และลาวัลย์ สมบูรณ์. (2557). ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับระยะเวลาในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาอย่างเดี่ยวของมารดาหลังคลอด. *พยาบาลสาร*, 41(1), 133-144. ค้นจาก <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/cmunursing/article/view/33197>
- ฮันนาน กาทหลง. (2563). ความสูญเสียทางเศรษฐกิจจากการไม่ได้เลี้ยงลูกด้วยนมแม่และความรับผิดชอบต่อสังคมในการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่. *วารสารบริหารรัฐกิจ*, 4(1), 41-52.
- Abdou, R. M., & Fathey, M. (2018). Evaluation of early postpartum fenugreek supplementation on expressed breast milk volume and prolactin levels variation. *Egyptian Pediatric Association Gazette*, 66(3), 57-60. doi: 10.1016/j.epag.2018.07.003
- Ajzen, I., & Fishbein, M. (1980). *Understanding attitudes and predicting social behavior*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Ak, J., Lakshmanagowda, P. B., Pradeep, G. C. M., & Goturu, J. (2015). Impact of music therapy on breast milk secretion in mothers of premature newborns. *Journal of Clinical and Diagnostic*, 9(4), 4-6. doi: 10.7860/JCDR/2015/11642.5776
- Aksua, S. & Karaca, P. P. (2021) The effect of reflexology on lactation in women who had cesarean section: a randomized controlled pilot study. *Complementary Medicine Research*, 28, 336–343. doi: 10.1159/000513924
- Chehab, R., Nasreddine, L., Zgheib, R., & Forman, M. (2019). C-section delivery is a barrier to and demographic-maternal-child factors have mixed effects on the length of exclusive breastfeeding under Nutrition transition in Lebanon. *Maternal, Perinatal and Pediatric Nutrition*, 3(1), 1022-1023. doi: 10.1093/cdn/nzz048.P11-058-19
- Cherian, S. (2019). Effectiveness of breast massage on the volume of expressed breast milk among mothers of neonates admitted in NICU in selected hospitals, Mangaluru. *Asian Journal of Nursing Education and Research*, 9(1), 135-139. doi:10.5958/2349-2996.2019.00027.2
- Cunningham, F. G., Leveno, K. J., Bloom, S. L., Dashe, J. S., Hoffman, B. L., Casey, B.M., & Spong, C. Y. (2018). *Williams obstetrics* (25th ed.). New York: McGraw-Hill Education.
- Danasu R. (2015). Effectiveness of reflex zone stimulation on initiation and maintenance of lactation among lactation failure mothers at SMVMCH, Kalitheerthalkuppam, Puducherry. *Asian journal of nursing education and research*, 5(4), 505-512. doi: 10.5958/2349-2996.2015.00104.4

- Dashtinejad, E., Abedi, P., & Afshari, P. (2018). Comparison of the effect of breast pump stimulation and oxytocin administration on the length of the third stage of labor, postpartum hemorrhage, and anemia: a randomized controlled trial. *BMC Pregnancy and Childbirth*, *18* (293), 1-8.
- De Roza, J. G., Fong, M. K., Ang, B L., Sadon, R. B., Ling Koh, E. Y., & Hong Teo, S. S. (2019). Exclusive breastfeeding, breastfeeding self-efficacy and perception of milk supply among mothers in Singapore: A longitudinal study. *Midwifery*, *79*, 1-10.
- Fazilla, T. E., Tjipta, G. D., Ali, M., & Sianturi, P. (2017). Domperidone and maternal milk volume in mothers of premature newborns. *Paediatrica Indonesiana*, *57*(1), 17-22. doi: 10.14238/pi57.1.2017.17-22
- Flannelly, K. J., Flannelly, L. T., & Jankowski, K. R. B. (2018). Threats to the internal validity of experimental and quasi-experimental research in healthcare, *Journal of Healthcare Chaplain*, *24*(3), 107-130. doi: 10.1080/08854726.2017.1421019
- Fritz, S., & Luke, F. (2020). *Mosby's fundamentals of therapeutic massage* (7th ed.). Michigan: Mosby.
- Healthline Media. (2018). *Foot massage techniques and benefits*. Retrieved from <https://www.medicalnewstoday.com/articles/323790#benefits>
- Howie, B. (2021). *The endocrine system*. Retrieved from <http://139.59.56.236/bitstream/123456789/614/1/The%20Endocrine%20System.pdf>
- Huang, S-K., & Chih, M-H. (2020). Increased breastfeeding frequency enhances milk production and Infant weight gain: correlation with the basal maternal prolactin level. *Breastfeeding Medicine*, *15*(10), 639-645. doi: 10.1089/bfm.2020.0024
- Johns, H. M., Forster, D. A., & McLachlan, H. L. (2013). Prevalence and outcomes of breastmilk expressing in women with healthy term infants: a systematic review. *BMC Pregnancy Childbirth*, *13*, 212. doi: 10.1186/1471-2393-13-212
- Jones, J., Thomson, P., Irvine, K., & Leslie, S. J. (2013). Is there a specific hemodynamic effect in reflexology? A systematic review of randomized controlled trials. *Journal of alternative and complementary medicine*, *19*(4), 319–328. doi: 10.1089/acm.2011.0854

- Jose, S., D'Souza, S.R.B., & Sreedevi, C. (2019). Effect of breast massage on breast milk volume and experience on the expression of breast milk among mothers of preterm neonates. *Manipal Journal of Nursing and Health Sciences*, 5(2), 6-11.
- Kelly, N. M., Smilowitz, J. T., Cagney, O., Flannery R. L., & Tribe, R. M. (2020). Delayed onset of lactogenesis and reduced breastfeeding frequency in mothers who give birth by caesarean section. *Proceedings of the Nutrition Society*, 79(2), E445. doi:10.1017/S0029665120003936
- Khorana, M., Thavonvattana, S., Thussanasupap, B., & Sawasdivorn, S. (2021). Expanding and sustaining breastfeeding in the sick and premature babies in Thailand. *Clinical Lactation*, 12(3), 145-151. doi: 10.1891/CLINLACT-D-20-00022
- Kim, H. Y. (2013). Statistical notes for clinical researchers: assessing normal distribution (2) using skewness and kurtosis. *Restor Dent Endod*. 38(1), 52–54. doi: 10.5395/rde.2013.38.1.52
- Kline, R. B. (2016). *Principles and practice of structural equation modeling* (4th ed.). New York, NY The Guilford Press.
- Lam, D., Petersen, R. W., & Quinlivan, J. A. (2018). Attitudes of expectant fathers in the setting of teenage pregnancy towards breastfeeding - a mixed methods study. *International Journal of Pregnancy & Child Birth*, 4(1), 11-15. doi: 10.15406/ipcb.2018.04.00075
- Lawrence, R. A., & Lawrence, R. M. (2016). *Breastfeeding: A guide for the medical profession* (8th ed.). Philadelphia, PA: Elsevier.
- Lee, J., Kim, S-H., Jung, Y. H., Choi, K. Y., Shin, S. H., Kim, E-K., & Choi, J-H. (2015). Oropharyngeal colostrum administration in extremely premature infants: an RCT. *Pediatrics*, 135(2), 357-366. doi: <https://doi.org/10.1542/peds.2014-2004>
- Liu, Y., Yao, J., Liu, X., Luo, B., and Zhao, X. (2018). A randomized interventional study to promote milk secretion during mother-baby separation based on the health belief model. *Medicine*, 97(42), 1-6. doi: 10.1097/MD.00000000000012921
- Lu, P., Ye, Z-Q., Qiu, J., Wang, X-Y., & Zheng, J-J. (2019). Acupoint-Tuina therapy promotes lactation in postpartum women with insufficient milk production who underwent caesarean sections. *Medicine*, 98(35), 1-8. doi: 10.1097/MD.00000000000016456

- Mahmood, A., Omar, M. N., & Ngah, N. (2012). Galactagogue effects of *Musa x paradisiaca* flower extract on lactating rats. *Asian Pacific Journal of Tropical Medicine*, 5(11), 882-886.
- Maleki-Saghooni, N., Amel Barez, M., & Karimi, F. Z. (2020). Investigation of the relationship between social support and breastfeeding self-efficacy in primiparous breastfeeding mothers. *The journal of maternal-fetal & neonatal medicine*, 33(18), 3097–3102. doi: 10.1080/14767058.2019.1568986
- Mckay, S. (2018). *The women's brain book: the neuroscience of health, hormones and happiness*. Retrieved from https://books.google.co.th/books?hl=th&lr=lang_en&id=0LIADwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PT9&dq=HORMONES+OF+HAPPINESS&ots=wOR4gb97Qo&sig=X1yMKECDHnTpgrqdrKRFeSCv7k&redir_esc=y#v=onepage&q=HORMONES%20OF%20HAPPINESS&f=false
- Medela. (2019). *Breastfeeding while you or your baby are sick*. Retrieved from <https://www.medela.com/breastfeeding/mums-journey/breastfeeding-while-sick>
- Mirzaie, P., Mohammad-Alizadeh-Charandabib, S., Goljarianc, S., Mirghafourvandd, M., Hoseini, M.B. (2018). The effect of foot reflexology massage on breast milk volume of mothers with premature infants: a randomized controlled trial. *European Journal of Integrative Medicine*, 17, 72–78. doi: 10.1016/j.eujim.2017.11.010
- Mohammadpour, A., Valiani, M., Sadeghnia, A., & Talakoub, S. (2018). Investigating the effect of reflexology on the breast milk volume of preterm Infants' mothers. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, 23(5), 371-375. doi: 10.4103/ijnmr.IJNMR_175_16
- Murray, D. (2020). *Breastfeeding when you or your baby are sick*. Retrieved from <https://www.verywellfamily.com/breastfeeding-a-sick-baby-431609>
- Nehal, A. A. (2019). Effects of reflexology strategy on the mothers breast milk volume and their premature weight gain. *Asian Journal of Pediatric Research*, 2(4), 1-14. doi: 10.9734/AJPR/2019/v2i430111
- Piesesha, F., Purnomo, W., & Irawan, R. (2018). Maternal parity and onset of lactation on postpartum mothers. *Health Notions*, 2(2), 249-251. doi: 10.33846/hn.v2i2.131
- Pillay, J., Davis, T. J. (2021). *Physiology, lactation*. Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK499981/>

- Polit, D., & Beck, C. (2018). *Essentials of nursing research: Appraising evidence for nursing practice*. Philadelphia, PA: Wolters Kluwer.
- Samarehfekri, A., Dehghan, M., Arab, M., & Ebadzadeh, M. R. (2020). Effect of foot reflexology on pain, fatigue, and quality of sleep after kidney transplantation surgery: a parallel randomized controlled trial. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine*, 2020, 1-9. doi: 10.1155/2020/5095071
- Satapathy, S. K., Pareek, A., & Pahwa, S. (2020). Productivity and sustainability at workplace: a study on happiness-generating hormones. *International Journal of Research in Business Studies*, 5(1), 125-138.
- Schaffir, J. (2016). Biological changes during pregnancy and the postpartum period. In A. Wenzel (Ed.), *The Oxford handbook of perinatal psychology* (pp. 26–37). Oxford University Press.
- Shah, R., & Alhawaj, A. F. (2019). *Physiology, breast milk*. Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK539790/>
- Shorey, S., Chee, C. Y. I., Ng, E. D., Chan, Y. H., Tam, W. W. S., & Chong, Y. S. (2018). Prevalence and incidence of postpartum depression among healthy mothers: a systematic review and meta-analysis. *J Psychiatr Res*, 48(2), 104-235.
- Soe, K. A. P. (2020). *Myanmar upgrades human milk bank in women's hospital*. Retrieved from <https://www.mmmtimes.com/news/myanmar-upgrades-human-milk-bank-womens-hospital.html>
- Spatz, D. L. (2004). Ten steps for promoting and protecting breastfeeding for vulnerable infants. *Journal of Perinatal and Neonatal Nursing*, 18(4), 385-396.
- Tangsuksan, J., Ratinthorn, A., Sindhu, S., Spatz, D. L., & Viwatwongkasem, C. (2020). Factors influencing exclusive breastfeeding among urban employed mothers: a case-control study. *Pacific Rim International Journal of Nursing Research*, 24(1), 54-72.
- Thailand MICS. (2016). *Multiple indicator cluster survey 2015 - 2016*. Retrieved from https://www.unicef.org/thailand/sites/unicef.org.thailand/files/2018-06/Thailand_MICS_Full_Report_EN_0.pdf

- Thailand MICS. (2020). *Multiple indicator cluster survey 2019*. Retrieved from <https://www.unicef.org/thailand/media/5146/file/Multiple%20Indicator%20Cluster%20Survey%202019.pdf>
- Vittner, D., McGrath, J., Robinson, J., Lawhon, G., Cusson, R., Eisenfeld, L., ... Cong, X. (2018). Increase in oxytocin from skin-to-skin contact enhances development to parent-infant relationship. *Biological Research For Nursing, 20*(1), 54-62. doi: 10.1177/1099800417735633
- Wambach, K., & Genna, C. W. (2016). Anatomy and physiology of lactation. In Wambach, K., & Riordan, J. (Eds). *Breastfeeding and human lactation* (pp. 79-115). America: Jones & Bartlett learning.
- WHO. (2019a). *Breastfeeding*. Retrieved from https://www.who.int/health-topics/breastfeeding#tab=tab_1
- WHO. (2019b). *Empower parents, enable breastfeeding*. Retrieved from <https://www.who.int/news-room/commentaries/detail/world-breastfeeding-week-2019-message>
- WHO. (2020). *Infant and young child feeding*. Retrieved from <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/infant-and-young-child-feeding>
- Woldeamanuel, B. T. (2020). Trends and factors associated to early initiation of breastfeeding, exclusive breastfeeding and duration of breastfeeding in Ethiopia: evidence from the Ethiopia demographic and health survey 2016. *International Breastfeeding Journal, 15*(3), 1-13.
- Xua, H., Dingb, Y., Maa, Y., Xina, X., & Zhang, D. (2017). Cesarean section and risk of postpartum depression: a meta-analysis. *Journal of Psychosomatic Research, 97*, 118-126. doi: 10.1016/j.jpsychores.2017.04.016
- Zangmo, K., Wangmo, D., Tobgay, T., & Gurung, M. S. (2018). Breastfeeding problems: an analysis of secondary data from lactation management unit at the national referral hospital in Bhutan from 2014 to 2016. *Bhutan health Journal, 4*(1), 8-12.
- Zhang, F., Yang, Y., Bai, T., Sun, L., Sun, M., Shi, X., ... Xia, H. (2018). Effect of pumping pressure on onset of lactation after caesarean section: a randomized controlled study. *Maternal & Child Nutrition, 14*(1), e12486. doi: 10.1111/mcn.12486

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก

การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง

กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยกำหนดอำนาจการทดสอบ (power analysis) ที่ .80 ระดับความเชื่อมั่นที่ 95% ($\alpha = .05$) และคำนวณขนาดอิทธิพลค่าความแตกต่าง (effect size) จากการศึกษาเรื่อง Investigating the effect of reflexology on the breast milk volume of preterm infants' mothers (Mohammadpour et al., 2018) ได้ขนาดอิทธิพลค่าความแตกต่างเท่ากับ 1.42 และ การศึกษาเรื่อง ผลของโปรแกรมการกระตุ้นการหลั่งน้ำนมต่อระยะเวลาการเริ่มไหลของน้ำนม ระยะเวลาการมาของน้ำนมเต็มเต้า และการรับรู้ความสามารถในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในมารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง (กนกวรรณและคณะ, 2559) ได้ขนาดอิทธิพลค่าความแตกต่างเท่ากับ 2.22 ซึ่งทั้งสองการศึกษามีขนาดอิทธิพลที่สูง นักวิจัยจึงได้ปรับลดขนาดอิทธิพลค่าความแตกต่างโดยค่าที่ยอมรับได้คือ .80 จากนั้นเปิดตารางคำนวณกลุ่มตัวอย่างของโพลิตและเบ็ค (Polit & Beck, 2018) ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 25 ราย รวมมีกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 50 ราย ประกอบด้วย กลุ่มที่ได้รับการนัดจุดสะดือทันที 25 ราย และกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ 25 ราย โดยมีรายละเอียดการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง ดังต่อไปนี้

การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้ใช้การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรของโพลิตและเบ็ค (Polit & Beck, 2018) ซึ่งค่า M และค่า SD ได้จากงานวิจัยที่ผ่านมาเรื่อง Investigating the effect of reflexology on the breast milk volume of preterm infants' mothers (Mohammadpour et al., 2018) ดังแสดงในตาราง 6

$$\begin{aligned} \text{เมื่อกำหนดให้ } ES (Y) &= \frac{\mu_1 - \mu_2}{\sigma} \\ &= \frac{M_1 - M_2}{\text{pooled } SD} \\ \text{Pooled } SD &= \sqrt{(SD_1^2 + SD_2^2)/2} \end{aligned}$$

ตาราง 6

ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของปริมาณน้ำนมในมารดาหลังคลอดทารกก่อนกำหนดของ
กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

กลุ่ม	ปริมาณน้ำนมหลังทดลอง	
	M	SD
กลุ่มทดลอง	11.46	4.25
กลุ่มควบคุม	6.64	5.29

TABLE 20.6 Approximate Sample Sizes* Necessary To Achieve Selected Levels of Power as a Function of Estimated Effect Size for Test of Difference of Two Means

POWER	ESTIMATED EFFECT†									
	.10	.15	.20	.25	.30	.40	.50	.60	.70	.80
PART A: $\alpha = .05$										
.60	977	434	244	156	109	61	39	27	20	15
.70	1230	547	308	197	137	77	49	34	25	19
.80	1568	697	392	251	174	98	63	44	32	25
.90	2100	933	525	336	233	131	84	58	43	33
.95	2592	1152	648	415	288	162	104	72	53	41
.99	3680	1636	920	589	409	230	147	102	75	58
PART B: $\alpha = .01$										
.60	1602	712	400	256	178	100	64	44	33	25
.70	1922	854	481	308	214	120	77	53	39	30
.80	2339	1040	585	374	260	146	94	65	48	37
.90	2957	1324	745	477	331	186	119	83	61	47
.95	3562	1583	890	570	396	223	142	99	73	56
.99	4802	2137	1201	769	534	300	192	133	98	65

*Sample size requirements for each group; total sample size would be twice the number shown.
†Estimated effect (γ) is the estimated population mean group difference divided by the estimated population standard deviation, or:
$$\gamma = \frac{\mu_1 - \mu_2}{\sigma}$$

ภาพ 5. ตารางวิเคราะห์อำนาจการทดสอบ

คำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้วิธีวิเคราะห์อำนาจการทดสอบและบอกขนาด
ของกลุ่มตัวอย่างที่คำนวณได้ เมื่อกำหนดให้ $\alpha = .05$

$$\begin{aligned} \text{จากสูตร} \quad ES(\gamma) &= \frac{\mu_1 - \mu_2}{\sigma} \\ &= \frac{M_1 - M_2}{\text{pooled SD}} \end{aligned}$$

$$\begin{aligned} \text{คำนวณค่า} \quad Pooled\ SD &= \sqrt{(SD1^2 + SD2^2)} / 2 \\ Pooled\ SD &= \sqrt{(4.25^2 + 5.29^2)} / 2 \\ &= 3.39 \end{aligned}$$

$$\begin{aligned} ES (\gamma) &= \frac{\mu1 - \mu2}{\sigma} \\ &= \frac{M1 - M2}{pooled\ SD} \\ &= \frac{11.46 - 6.64}{3.39} \\ &= 1.42 \end{aligned}$$

และค่า M และค่า SD ที่ได้จากงานวิจัยที่ผ่านมาเรื่อง ผลของโปรแกรมการกระตุ้นการหลั่งน้ำนมต่อระยะเวลาการเริ่มไหลของน้ำนม ระยะเวลาการมาของน้ำนมเต็มเต้า และการรับรู้ความสามารถในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในมารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง (กนกวรรณและคณะ, 2559) ดังแสดงในตาราง 7

ตาราง 7

ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของระยะเวลาน้ำนมเต็มเต้าในมารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

กลุ่ม	ระยะเวลาน้ำนมเต็มเต้าหลังทดลอง	
	M	SD
กลุ่มทดลอง	29.83	7.90
กลุ่มควบคุม	45.37	11.56

$$\begin{aligned} \text{คำนวณค่า} \quad Pooled\ SD &= \sqrt{(SD1^2 + SD2^2)} / 2 \\ Pooled\ SD &= \sqrt{(7.90^2 + 11.56^2)} / 2 \\ &= 7 \end{aligned}$$

$$\begin{aligned} \text{ES } (\Psi) &= \frac{\mu_1 - \mu_2}{\sigma} \\ &= \frac{M_1 - M_2}{\text{pooled } SD} \\ &= \frac{45.37 - 29.83}{7} \\ &= 2.22 \end{aligned}$$

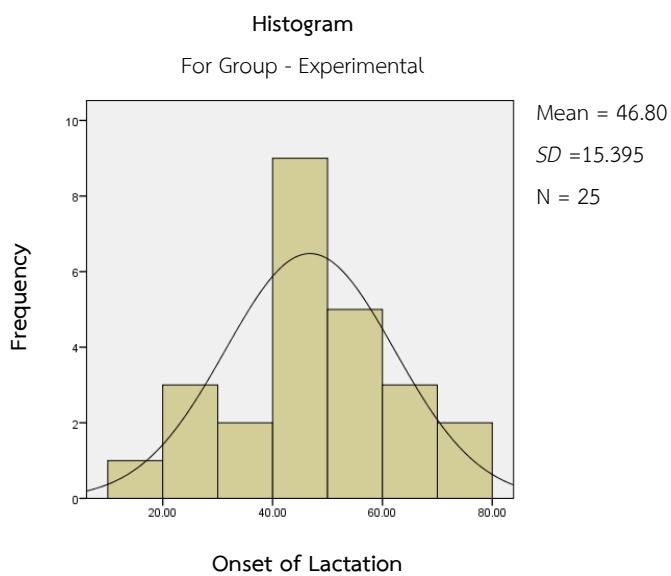
ภาคผนวก ข

การทดสอบการแจกแจงข้อมูล

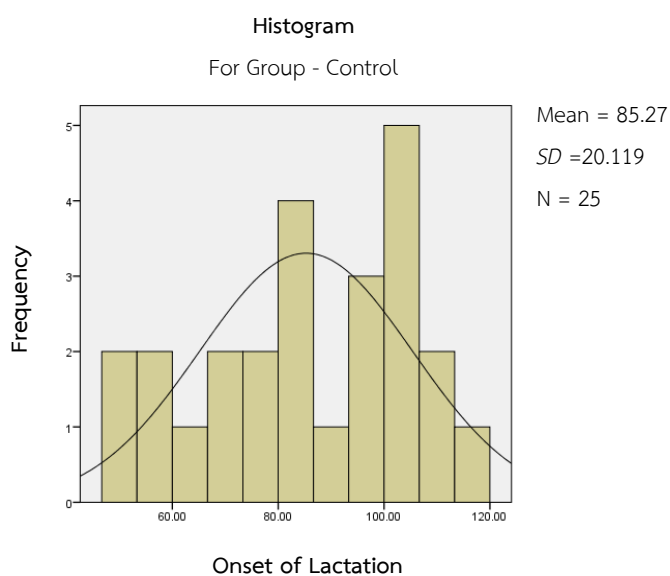
การวิจัยครั้งนี้ทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นในการเลือกใช้สถิติทดสอบทีอิสระ (Independent t -test) ดังนี้

1. ตัวแปรต้น มีระดับการวัดเป็นระดับนามมาตรา (nominal scale) คือ กลุ่มที่ได้รับการนวดกดจุดสะท้อนเท้า และกลุ่มที่ไม่ได้รับการนวดกดจุดสะท้อนเท้า
2. ตัวแปรตาม มีระดับการวัดเป็นระดับอัตราส่วนมาตรา (ratio scale) คือ ระยะเวลาให้นมเต็มเต้า และปริมาณน้ำนม
3. ทดสอบการแจกแจงข้อมูลปกติ (test of normality)
 - 3.1 ตัวแปรระยะเวลาให้นมเต็มเต้า ทดสอบการแจกแจงข้อมูลปกติโดยพิจารณาจากภาพฮิสโตแกรม (visual inspections of histogram) แสดงได้ดังภาพ 6 และภาพ 7 พิจารณาโดยใช้สถิติทดสอบชาปิโร-วิลค์ (Shapiro-Wilk statistical test: W test) ดังแสดงในตาราง 8 และค่าความค้ำค่าความค้ำสัมประสิทธิ์ความโด่งและความเบ้ของการแจกแจงข้อมูล (standardized skewness and kurtosis) ดังแสดงในตาราง 9
 - 3.2 ตัวแปรปริมาณน้ำนม ทดสอบการแจกแจงข้อมูลปกติโดยพิจารณาจากการคำนวณค่า คำนวณค่าสัมประสิทธิ์ความโด่ง (skewness) และความเบ้ (kurtosis) ของการแจกแจงข้อมูล ดังแสดงในตาราง 12
4. ตรวจสอบความเป็นเอกพันธ์ของความแปรปรวน (homogeneity of variance) ดังแสดงในตาราง 10 ตาราง 11 และ ตาราง 13

ทดสอบการแจกแจงของข้อมูลระยะเวลาน้ำนมเต็มเต้า



ภาพ 6. ฮิสโตแกรมแสดงการแจกแจงข้อมูลระยะเวลาน้ำนมเต็มเต้าของกลุ่มทดลอง



ภาพ 7. ฮิสโตแกรมแสดงการแจกแจงข้อมูลระยะเวลาน้ำนมเต็มเต้าของกลุ่มควบคุม

ตาราง 8

ตรวจสอบการแจกแจงข้อมูลระยะเวลาให้นมเต็มเต้าของมารดาหลังคลอดที่บุตรเข้ารับการรักษาในหออภิบาลทารกแรกเกิดระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติทดสอบซาฟิโร-วิลค์ (n = 25)

Tests of Normality							
		Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Group	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Onset of Lactation	Experimental	.098	25	.200*	.965	25	.534
	Control	.147	25	.172	.947	25	.217

*This is a lower bound of the true significance.

^aLilliefors Significance Correction.

จากตาราง 8 แสดงให้เห็นว่า กลุ่มทดลองมีค่า p -value เท่ากับ .53 ซึ่งมากกว่า .05 กล่าวคือ ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (non significance) แสดงว่ายอมรับสมมติฐานนัล เช่นเดียวกับกลุ่มควบคุมที่มี ค่า p -value เท่ากับ .22 ซึ่งมากกว่า .05 กล่าวคือ ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงว่ายอมรับสมมติฐานนัล จึงสรุปได้ว่า ข้อมูลระยะเวลาให้นมเต็มเต้าของมารดาหลังคลอดที่บุตรเข้ารับการรักษาในหออภิบาลทารกแรกเกิดระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีการแจกแจงข้อมูลเป็นปกติ

ตาราง 9

ตรวจสอบการแจกแจงข้อมูลระยะเวลาให้นมเต็มเต้าของมารดาหลังคลอดที่บุตรเข้ารับการรักษาในหออภิบาลทารกแรกเกิดระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยคำนวณค่าสถิติความโด่งและความเบ้ของการแจกแจงข้อมูล (N = 50)

Descriptives				
Group			Statistic	Std. Error
Onset of Lactation	Experimental	Mean	46.8008	3.07906
		95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	40.4459
			Upper Bound	53.1557
		5% Trimmed Mean		47.0738
		Median		46.1700
		Variance		237.015
		Std. Deviation		15.39528

ตาราง 9 (ต่อ)

Group		Statistic	Std. Error	
Onset of Lactation	Experimental	Minimum	15.93	
		Maximum	71.73	
		Range	55.80	
		Interquartile Range	18.89	
		Skewness	-.130	.464
		Kurtosis	-.476	.902
	Control	Mean	85.2684	4.02385
		95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	76.9636
			Upper Bound	93.5732
		5% Trimmed Mean	85.6808	
		Median	86.3000	
		Variance	404.784	
		Std. Deviation	20.11926	
		Minimum	47.23	
Maximum	116.15			
Range	68.92			
Interquartile Range	34.21			
Skewness	-.383	.464		
Kurtosis	-.998	.902		

$$\text{กลุ่มทดลอง} \quad \frac{\text{Skewness}}{\text{SE}_{\text{skewness}}} = \frac{-.130}{.464} = -.28$$

มีค่าอยู่ในช่วง ± 1.96 แสดงว่า ยอมรับสมมติฐานน้ล
จึงสรุปได้ว่า มีการแจกแจงข้อมูลเป็นปกติ

$$\frac{\text{Kurtosis}}{\text{SE}_{\text{kurtosis}}} = \frac{-.476}{.902} = -.53$$

มีค่าอยู่ในช่วง ± 1.96 แสดงว่า ยอมรับสมมติฐานน้ล
จึงสรุปได้ว่า มีการแจกแจงข้อมูลเป็นปกติ

$$\text{กลุ่มควบคุม} \quad \frac{\text{Skewness}}{\text{SE}_{\text{skewness}}} = \frac{-.383}{.464} = -.83$$

มีค่าอยู่ในช่วง ± 1.96 แสดงว่า ยอมรับสมมติฐานน้ล
จึงสรุปได้ว่า มีการแจกแจงข้อมูลเป็นปกติ

$$\frac{\text{Kurtosis}}{\text{SE}_{\text{kurtosis}}} = \frac{-.998}{.902} = -1.11$$

มีค่าอยู่ในช่วง ± 1.96 แสดงว่า ยอมรับสมมติฐานน้ล
จึงสรุปได้ว่า มีการแจกแจงข้อมูลเป็นปกติ

ตาราง 10

ตรวจสอบความเป็นเอกพันธ์ของความแปรปรวนของข้อมูลระดับการไหลของน้ำนมแรกรับของมารดาหลังคลอดที่บุตรเข้ารับการร้ษาในหอภิบาลทารกแรกเกิดระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (N = 50)

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
ระดับการไหลของน้ำนมแรกรับ	Equal variances assumed	.012	.912	.982	48	.331	.200	.204	-.209	.609
	Equal variances not assumed			.982	47.400	.331	.200	.204	-.210	.610

พิจารณา p -value ของสถิติทดสอบเลวิน พบว่า มีค่าเท่ากับ .91 ซึ่งมากกว่า .05 แสดงว่า ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ กล่าวคือยอมรับสมมติฐานน้ล จึงสรุปได้ว่า ระดับการไหลของน้ำนมแรกรับของมารดาหลังคลอดที่บุตรเข้ารับการร้ษาในหอภิบาลทารกแรกเกิดระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความแปรปรวนภายในกลุ่มไม่แตกต่างกัน จึงทำการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติทีอิสระ พบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมีระดับการไหลของน้ำนมแรกรับไม่แตกต่างกัน ($t = .98, p > .05$)

หลังจากนั้นจึงพิจารณา p -value ของสถิติทดสอบเลวินของข้อมูลระยะเวลาน้ำนมเต็มเต้าของมารดาหลังคลอดที่บุตรเข้ารับการร้ษาในหอภิบาลทารกแรกเกิดระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมซึ่งมีค่าเท่ากับ .09 ซึ่งมากกว่า .05 แสดงว่าไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ กล่าวคือ ยอมรับสมมติฐานน้ล จึงสรุปได้ว่า ข้อมูลระยะเวลาน้ำนมเต็มเต้าของมารดาหลังคลอดที่บุตรเข้ารับการร้ษาในหอภิบาลทารกแรกเกิดระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความแปรปรวนภายในกลุ่มไม่แตกต่างกัน จึงทำการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติทีอิสระ พบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

มีระยะเวลาให้นมเต็มเต้าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -7.59, p < .001$) ดังแสดงในตาราง 11

ตาราง 11

ตรวจสอบความเป็นเอกพันธ์ของความแปรปรวนของข้อมูลระยะเวลาให้นมเต็มเต้าของมารดาหลังคลอดที่บุตรเข้ารับการรักษาในหออภิบาลทารกแรกเกิดระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ($N = 50$)

Independent Samples Test										
		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
Onset of Lactation	Equal variances assumed	3.057	.087	-7.592	48	.000	-38.46760	5.06675	-48.65499	-28.28021
	Equal variances not assumed			-7.592	44.930	.000	-38.46760	5.06675	-48.67300	-28.26220

ทดสอบการแจกแจงของข้อมูลปริมาณน้ำนม

ตาราง 12

ตรวจสอบการแจกแจงข้อมูลปริมาณน้ำนมของมารดาหลังคลอดที่บุตรเข้ารับการรักษาในหออภิบาลทารกแรกเกิดระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยคำนวณค่าคำนวณค่าสัมประสิทธิ์ความโด่งและความเบ้ของการแจกแจงข้อมูล ($N = 50$)

Group		Statistic	Std. Error
Milk Volume 0-24 hr PP	Experimental Mean	8.1000	1.25919
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	5.5012
		Upper Bound	10.6988
	5% Trimmed Mean	7.6678	
Experimental Median	6.3000		

ตาราง 12 (ต่อ)

Group		Statistic	Std. Error		
Milk Volume	Variance	39.639			
0-24 hr PP	Std. Deviation	6.29596			
	Minimum	.00			
	Maximum	25.50			
	Range	25.50			
	Interquartile Range	9.30			
	Skewness	.834	.464		
	Kurtosis	.720	.902		
	Control	Mean	3.086	.95933	
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound Upper Bound	1.1060 5.0660		
	5% Trimmed Mean		2.6356		
	Median		.0000		
	Variance		23.008		
	Std. Deviation		4.79665		
	Minimum		.00		
	Maximum		15.00		
	Range		15.00		
	Interquartile Range		7.05		
	Skewness		1.269		
	Kurtosis		.228		
Milk Volume 24-48 hr PP	Experimental	Mean	15.9200	1.76405	
		95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound Upper Bound	12.2792 19.5608	
		5% Trimmed Mean		15.5067	
		Median		15.3000	
		Variance		77.797	
		Std. Deviation		8.82024	
		Minimum		1.90	
		Maximum		38.00	
		Range		36.10	
		Interquartile Range		11.10	
		Skewness		.786	
		Kurtosis		.769	
		Control	Mean	4.0320	1.05367
				Lower Bound	1.8573

ตาราง 12 (ต่อ)

Group		Statistic		Std. Error	
Milk Volume 24-48 hr PP	Control	95% Confidence Interval for Mean	Upper Bound	6.2067	
		5% Trimmed Mean		3.5911	
		Median		1.7000	
		Variance		27.756	
		Std. Deviation		5.26836	
		Minimum		.00	
		Maximum		16.50	
		Range		16.50	
		Interquartile Range		8.05	
		Skewness		1.081	.464
		Kurtosis		-.180	.902

ปริมาณน้ำนมในวันที่ 1 (24 ชั่วโมงแรกหลังคลอด)

$$\text{กลุ่มทดลอง} \quad \frac{\text{Skewness}}{\text{SE}_{\text{skewness}}} = \frac{.834}{.464} = 1.80$$

มีค่าอยู่ในช่วง ± 1.96 แสดงว่า ยอมรับสมมติฐานน้ล
จึงสรุปได้ว่า มีการแจกแจงข้อมูลเป็นปกติ

$$\frac{\text{Kurtosis}}{\text{SE}_{\text{kurtosis}}} = \frac{.720}{.902} = .80$$

มีค่าอยู่ในช่วง ± 1.96 แสดงว่า ยอมรับสมมติฐานน้ล
จึงสรุปได้ว่า มีการแจกแจงข้อมูลเป็นปกติ

$$\text{กลุ่มควบคุม} \quad \frac{\text{Skewness}}{\text{SE}_{\text{skewness}}} = \frac{1.269}{.464} = 2.73$$

มีค่าอยู่ในช่วง ± 3 แสดงว่า ยอมรับสมมติฐานน้ล
จึงสรุปได้ว่า มีการแจกแจงข้อมูลใกล้เคียงปกติ

$$\frac{\text{Kurtosis}}{\text{SE}_{\text{kurtosis}}} = \frac{.228}{.902} = .25$$

มีค่าอยู่ในช่วง ± 1.96 แสดงว่า ยอมรับสมมติฐานน้ล
จึงสรุปได้ว่า มีการแจกแจงข้อมูลเป็นปกติ

ปริมาณน้ำนมในวันที่ 2 (24-48 ชั่วโมงหลังคลอด)

กลุ่มทดลอง

$$\frac{\text{Skewness}}{\text{SE}_{\text{skewness}}} = \frac{.786}{.464} = 1.69$$

มีค่าอยู่ในช่วง ± 1.96 แสดงว่า ยอมรับสมมติฐานน้ล
จึงสรุปได้ว่า มีการแจกแจงข้อมูลเป็นปกติ

$$\frac{\text{Kurtosis}}{\text{SE}_{\text{kurtosis}}} = \frac{.769}{.902} = .85$$

มีค่าอยู่ในช่วง ± 1.96 แสดงว่า ยอมรับสมมติฐานน้ล
จึงสรุปได้ว่า มีการแจกแจงข้อมูลเป็นปกติ

กลุ่มควบคุม

$$\frac{\text{Skewness}}{\text{SE}_{\text{skewness}}} = \frac{1.081}{.464} = 2.33$$

มีค่าอยู่ในช่วง ± 3 แสดงว่า ยอมรับสมมติฐานน้ล
จึงสรุปได้ว่า มีการแจกแจงข้อมูลใกล้เคียงปกติ

$$\frac{\text{Kurtosis}}{\text{SE}_{\text{kurtosis}}} = \frac{-.180}{.902} = -.20$$

มีค่าอยู่ในช่วง ± 1.96 แสดงว่า ยอมรับสมมติฐานน้ล
จึงสรุปได้ว่า มีการแจกแจงข้อมูลเป็นปกติ

ตาราง 13

ตรวจสอบความเป็นเอกพันธ์ของความแปรปรวนของข้อมูลปริมาณน้ำนมของมารดาหลังคลอดที่บุตรเข้ารับการรักษาในหออภิบาลทารกแรกเกิดระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (N = 50)

Independent Samples Test										
		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
Milk volume 0-24 hr PP	Equal variances assumed	1.792	.187	3.167	48	.003	5.01400	1.58300	1.83117	8.19683
	Equal variances not assumed			3.167	44.840	.003	5.01400	1.58300	1.82537	8.20263
Milk volume 24-48 hr PP	Equal variances assumed	2.707	.106	5.786	48	.000	11.88800	2.05477	7.75660	16.01940
	Equal variances not assumed			5.786	39.191	.000	11.88800	2.05477	7.73248	16.04352

พิจารณาค่า p -value ของสถิติทดสอบเลวินของข้อมูลปริมาณน้ำนมในวันที่ 1 (24 ชั่วโมงแรกหลังคลอด) ของมารดาหลังคลอดที่บุตรเข้ารับการรักษาในหออภิบาลทารกแรกเกิดระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมซึ่งมีค่าเท่ากับ .19 ซึ่งมากกว่า .05 แสดงว่าไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ กล่าวคือ ยอมรับสมมติฐานนัล เช่นเดียวกับค่า p -value ของสถิติทดสอบเลวินของข้อมูลปริมาณน้ำนมในวันที่ 2 (24-48 ชั่วโมงหลังคลอด) มีค่าเท่ากับ .11 ซึ่งมากกว่า .05 แสดงว่าไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ กล่าวคือ ยอมรับสมมติฐานนัล จึงสรุปได้ว่า ข้อมูลปริมาณน้ำนมของมารดาหลังคลอดที่บุตรเข้ารับการรักษาในหออภิบาลทารกแรกเกิดระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความแปรปรวนภายในกลุ่มไม่แตกต่างกัน จากนั้นจึงทำการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติที่อิสระ พบว่ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีปริมาณน้ำนมในวันที่ 1 และวันที่ 2 หลังคลอด แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 3.17, p < .01$), ($t = 5.79, p < .001$) ตามลำดับ

ภาคผนวก ค

เครื่องมือที่ใช้ดำเนินการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วยเครื่องมือ 3 ส่วน ได้แก่ เครื่องมือที่ใช้ดำเนินการทดลอง เครื่องมือที่ใช้กำกับการทดลอง และ เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล มีรายละเอียดดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ดำเนินการทดลอง
 - 1.1 นักวิจัย
2. เครื่องมือที่ใช้กำกับการทดลอง
 - 2.1 แบบประเมินทักษะการบีบน้ำนมด้วยมือ
3. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล
 - 3.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล
 - 3.2 แบบบันทึกข้อมูลการคลอด
 - 3.3 แบบบันทึกระยะเวลาให้นมเต็มเต้า
 - 3.4 แบบบันทึกปริมาณน้ำนม



โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพแผ่นดินไทย

๖๐ ถนนราษฎร์อุทิศ ตำบลหาดใหญ่ อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา ๙๐๑๑๐

ประกาศนียบัตรฉบับนี้ให้ไว้เพื่อแสดงว่า

นางสาว พกาวลัย หนมก

ได้ผ่านการฝึกอบรมหลักสูตร นวดฝ่าเท้าเพื่อสุขภาพ ๖๐ ชั่วโมง
ระหว่างวันที่ ๒๔ กันยายน ๒๕๖๓ - ๗ ตุลาคม พุทธศักราช ๒๕๖๓

ให้ไว้ ณ วันที่ ๗ ตุลาคม พุทธศักราช ๒๕๖๓
ขอให้ความสุข มีความเจริญก้าวหน้าในวิชาชีพต่อไป



แบบประเมินทักษะการบีบน้ำนมด้วยมือ

คำชี้แจง มารดาต้องปฏิบัติได้ถูกต้องครบทั้ง 6 ขั้นตอน จึงจะผ่านการประเมินทักษะการบีบน้ำนมด้วยมือ

ขั้นตอนการบีบน้ำนมด้วยมือ	ถูกต้อง	ไม่ถูกต้อง
1. ทำความสะอาดมือด้วยสบู่ และเช็ดให้แห้ง		
2. เตรียมภาชนะรองรับน้ำนม ควรเป็นขวดปากกว้างหรือถ้วยที่ทำจากแก้วหรือพลาสติกแข็งซึ่งผ่านการฆ่าเชื้อโรคแล้ว		
3. วางปลายนิ้วหัวแม่มือและนิ้วชี้เป็นรูปตัว C โดยวางนิ้วห่างจากหัวนมประมาณ 3-4 เซนติเมตร ให้นิ้วหัวแม่มือ ปลายนิ้วชี้ และหัวนมอยู่ในแนวเดียวกัน จากนั้นกดนิ้วหัวแม่มือและนิ้วชี้เข้าหาผนังหน้าอก		
4. บีบน้ำหัวแม่มือและนิ้วชี้เข้าหากันเบา ๆ ลีกลงไปด้านหลังของลานหัวนมให้เป็นจังหวะ ห้ามรีดคั้นเต้านม กดหรือดึงหัวนม การบีบจะเลียนแบบลักษณะการดูดนมของลูก		
5. เปลี่ยนตำแหน่งของนิ้วหัวแม่มือและนิ้วชี้ที่กดลานหัวนมไปรอบ ๆ ทั่ว ๆ ให้ความดันน้ำนมจะน้อยลง		
6. ใช้เวลาบีบน้ำนมข้างละ 15 นาที หรือบีบน้ำนมสลับกันไปมาทั้ง 2 ข้าง ใช้เวลาทั้งหมด 30 นาที		

ผลการประเมิน

 ผ่าน

 ไม่ผ่าน

ผู้ประเมิน.....(นักวิจัย)

วันที่.....เวลา.....

แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล
ของมารดาหลังคลอดที่บุตรเข้ารับการรักษาในหอภิบาลทารกแรกเกิด

คำชี้แจง กรุณาทำเครื่องหมาย ลงใน หน้าข้อความเพียงคำตอบเดียว และเติมคำตอบลงในช่องว่างให้ตรงกับความเป็นจริงของท่าน

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

1. ปัจจุบันอายุ.....ปี
2. สถานภาพสมรส

<input type="checkbox"/> คู่	<input type="checkbox"/> หม้าย	<input type="checkbox"/> หย่าร้าง/แยกกันอยู่
------------------------------	--------------------------------	--
3. ระดับการศึกษา

<input type="checkbox"/> ไม่ได้เรียนหนังสือ	<input type="checkbox"/> ประถมศึกษา
<input type="checkbox"/> มัธยมศึกษาตอนต้น	<input type="checkbox"/> มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.
<input type="checkbox"/> อนุปริญญา/ปวส.	<input type="checkbox"/> ปริญญาตรี
<input type="checkbox"/> สูงกว่าปริญญาตรี	
4. อาชีพ

<input type="checkbox"/> รับจ้าง	<input type="checkbox"/> ค้าขาย
<input type="checkbox"/> เกษตรกรรม	<input type="checkbox"/> ธุรกิจส่วนตัว
<input type="checkbox"/> รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	<input type="checkbox"/> อื่น ๆ ระบุ.....
5. รายได้ของครอบครัวต่อเดือน

<input type="checkbox"/> ต่ำกว่า 10,000 บาท	<input type="checkbox"/> 10,000 – 20,000 บาท
<input type="checkbox"/> 20,001 – 30,000 บาท	<input type="checkbox"/> 30,001 บาทขึ้นไป

ตอนที่ 2 ข้อมูลการตั้งครรภ์และเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

6. ลูกคนนี้เป็นคนลำดับที่.....
7. ประวัติการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในลูกคนก่อนหน้านี้นี้ (กรณีมีลูกมากกว่า 1 คน)

- ไม่ได้เลี้ยงลูกด้วยนมแม่
- เลี้ยงลูกด้วยนมแม่ร่วมกับนมผสม นาน.....ปี.....เดือน
- เลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวน้อยกว่า 6 เดือนจากนั้นเลี้ยงลูกด้วยนมผสม
- เลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวครบ 6 เดือน

8. ความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในครั้งนี้

- ไม่ตั้งใจเลี้ยงลูกด้วยนมแม่
- ตั้งใจเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ร่วมกับนมผสม นาน.....ปี.....เดือน
- ตั้งใจเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวน้อยกว่า 6 เดือนจากนั้นเลี้ยงลูกด้วยนมผสม
- ตั้งใจเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวนาน 6 เดือนจากนั้นเลี้ยงลูกด้วยนมผสม
- ตั้งใจเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวนาน 6 เดือนและให้นมแม่อย่างต่อเนื่องร่วมกับอาหารตามวัยให้นานที่สุดเท่าที่จะทำได้

**แบบบันทึกข้อมูลการคลอด
ของมารดาหลังคลอดที่บุตรเข้ารับการรักษาในหออภิบาลทารกแรกเกิด**

คำชี้แจง นักวิจัยเป็นผู้ลงบันทึกโดยรวบรวมจากแฟ้มประวัติการรักษา

1. อายุครรภ์.....สัปดาห์
 2. คลอดวันที่..... เวลา.....น.
 3. น้ำหนักทารกแรกเกิด.....กรัม
 4. วิธีการคลอด
 - คลอดปกติ
 - ช่วยคลอดโดยใช้เครื่องดูดสุญญากาศ
 - ช่วยคลอดโดยใช้คีม
 - ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง
 5. ชื่อป่งชื่อของทารกที่ต้องเข้ารับการรักษาในหออภิบาลทารกแรกเกิด คือ
-
-
-

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกระยะเวลาให้น้ำนมเต็มเต้า

คำชี้แจง แบบบันทึกส่วนนี้ต้องการทราบระยะเวลาให้น้ำนมเต็มเต้า โดยให้มารดาสังเกตอาการที่เกิดขึ้นและลงบันทึกวันเวลาที่มมีอาการดังกล่าวลงในแบบบันทึก

ท่านรู้สึกเต้านมขยายใหญ่ บวม ตึง หนักมากขึ้น รู้สึกเจ็บแปลบหรือเสียวซ่าภายในเต้านม และมีน้ำนมไหลซึมออกมา
เมื่อวันที่..... เวลา.....น.

ส่วนที่ 2 แบบบันทึกปริมาณน้ำนม

คำชี้แจง แบบบันทึกส่วนนี้ต้องการทราบปริมาณน้ำนม โดยให้มารดาบิบน้ำนมด้วยมือทุก 2-3 ชั่วโมง เพื่อส่งเสริมการสร้างและการหลั่งน้ำนมแทนการดูดของทารก จากนั้นบันทึกข้อมูลดังกล่าวลงในแบบบันทึก

0-24 ชั่วโมงหลังคลอด (วันที่ 1)

ช่วงเวลาบิบน้ำนม	ครั้งที่	เวลาบิบน้ำนม	ปริมาณน้ำนมที่ได้ (มล.)
รอบที่ 1 (0-8 ชม.หลังคลอด) วันที่.....เวลา.....น. ถึง วันที่.....เวลา.....น.	1		
	2		
	3		
	4		
รอบที่ 2 (8-16 ชม.หลังคลอด) วันที่.....เวลา.....น. ถึง วันที่.....เวลา.....น.	1		
	2		
	3		
	4		
รอบที่ 3 (16-24 ชม.หลังคลอด) วันที่.....เวลา.....น. ถึง วันที่.....เวลา.....น.	1		
	2		
	3		
	4		
รวม			

24-48 ชั่วโมงหลังคลอด (วันที่ 2)

ช่วงเวลาบิบน้ำนม	ครั้งที่	เวลาบิบน้ำนม	ปริมาณน้ำนมที่ได้ (มล.)
รอบที่ 4 (24-32 ชม.หลังคลอด) วันที่.....เวลา.....น. ถึง วันที่.....เวลา.....น.	1		
	2		
	3		
	4		
รอบที่ 5 (32-40 ชม.หลังคลอด) วันที่.....เวลา.....น. ถึง วันที่.....เวลา.....น.	1		
	2		
	3		
	4		
รอบที่ 6 (40-48 ชม.หลังคลอด) วันที่.....เวลา.....น. ถึง วันที่.....เวลา.....น.	1		
	2		
	3		
	4		
รวม			

หมายเหตุ ผู้รับบริการต้องบิบน้ำนมอย่างน้อยรอบละ 2 ครั้ง

ท่านสามารถขอคำแนะนำในการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้จากครอบครัว เพื่อน หรือแพทย์ประจำตัวของท่านได้ ท่านมีเวลาอย่างเพียงพอในการตัดสินใจโดยอิสระ ถ้าท่านตัดสินใจแล้วว่า จะเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ขอให้ท่านลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมของโครงการวิจัยนี้

เหตุผลความเป็นมา

น้ำนมแม่มีคุณประโยชน์นานัปการ โดยเฉพาะประโยชน์ต่อทารกป่วย เพราะในน้ำนมแม่ 2-3 วันแรกหลังคลอดเปรียบเสมือนยาและวัคซีนที่ช่วยเพิ่มภูมิคุ้มกันให้แก่ทารก ส่งผลต่อการพัฒนาการ ทำให้ทารกที่มีภาวะแทรกซ้อนออกจากโรงพยาบาลได้เร็วกว่าทารกที่ไม่ได้รับนมแม่ แต่ปัจจุบันพบว่า อัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในประเทศไทยยังต่ำกว่าเกณฑ์กำหนด โดยเฉพาะมารดาหลังคลอดที่บุตรเข้ารับการรักษาในหออภิบาลทารกแรกเกิดต้องเผชิญกับการถูกแยกจากทารกตั้งแต่วัยแรกหลังคลอด ทำให้ทารกกลุ่มนี้ไม่ได้ดูกระตุ้นการสร้างน้ำนมและไม่ได้ดูกระตุ้นอย่างต่อเนื่อง ทำให้ปริมาณน้ำนมของมารดาลดลงและหยุดการสร้างน้ำนมในที่สุด อีกทั้งมารดาอาจเกิดความเครียดเกี่ยวกับอาการของทารกและมีความรู้สึกล้มเหลวในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ส่งผลให้การสร้างและการหลั่งน้ำนมลดลง นอกจากนี้ความปวดจากการคลอดก็เป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้มารดาเกิดความไม่สุขสบาย ทำให้ร่างกายหลังสารมายับยั้งการสร้างและการหลั่งน้ำนม ส่งผลให้ปริมาณน้ำนมลดลงได้เช่นกัน และเพื่อทำให้มารดาหลังคลอดที่บุตรเข้ารับการรักษาในหออภิบาลทารกแรกเกิดประสบความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในระยะยาวต่อไป จึงศึกษาผลของการนวดกดจุดสะท้อนเท้าเพื่อเป็นแนวทางหนึ่งในการส่งเสริมการสร้างและการหลั่งน้ำนม

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

วัตถุประสงค์หลักของการศึกษาในครั้งนี้คือ เพื่อเปรียบเทียบระยะเวลาที่น้ำนมเต็มเต้าและปริมาณน้ำนมในมารดาหลังคลอดที่บุตรเข้ารับการรักษาในหออภิบาลทารกแรกเกิดระหว่างกลุ่มที่ได้รับการนวดกดจุดสะท้อนเท้าและกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ โดยจำนวนผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย คือ 50 คน

วิธีการที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย

- เครื่องมือที่ใช้ ได้แก่ (1) ผู้วิจัย (2) แบบประเมินทักษะการบีบน้ำนมด้วยมือ (3) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล (4) แบบบันทึกข้อมูลการคลอด (5) แบบบันทึกระยะเวลาที่น้ำนมเต็มเต้า และ (6) แบบบันทึกปริมาณน้ำนม
- วิธีการที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ การนวดกดจุดสะท้อนเท้า เพื่อให้เกิดกลไกการสร้างและการหลั่งน้ำนมแทนการดูกระตุ้นน้ำนมของทารก กล่าวคือ จะช่วยกระตุ้นระบบการไหลเวียน

เลือดทำให้สามารถส่งผ่านออกซิเจนและสารอาหารต่าง ๆ ไปยังเซลล์ได้ดี อวัยวะที่เกี่ยวข้องในการสร้างน้ำนมจึงทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ ส่งผลให้มีการสร้างและการหลั่งน้ำนมเพิ่มขึ้น นอกจากนี้ การนวดกดจุดสะท้อนเท้ายังกระตุ้นประสาทสัมผัสทำให้ร่างกายหลั่งสารแห่งความสุข ช่วยลดการกระตุ้นอารมณ์ทางลบ เช่น ความความเครียด ความวิตกกังวล อีกทั้งยังทำให้ความปวดลดลง มารดาเกิดการผ่อนคลาย จึงส่งผลให้เกิดการสร้างและการหลั่งน้ำนมเพิ่มขึ้นได้เช่นกัน

- ถ้าท่านสมัครใจเข้าร่วมโครงการและลงนามในเอกสารยินยอมแล้ว นักวิจัยจะขอให้ท่านให้ความร่วมมือในการวิจัยครั้งนี้ โดยนักวิจัยจะเข้าพบท่านทั้งหมด 3 ครั้ง ได้แก่

ครั้งที่ 1 ระยะ 4-8 ชั่วโมงหลังคลอด ประกอบด้วย การชี้แจงความสำคัญของโครงการและให้ท่านตอบแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป การให้ความรู้การนวดกดจุดสะท้อนเท้า 10 นาที ดำเนินการนวดกดจุดสะท้อนเท้าเป็นเวลาประมาณ 30 นาที และชี้แจงการใช้แบบบันทึกระยะเวลาให้นมเต็มเต้า และแบบบันทึกปริมาณน้ำนม

ครั้งที่ 2 ระยะ 20-28 ชั่วโมงหลังคลอด นักวิจัยดำเนินการนวดกดจุดสะท้อนเท้าเป็นเวลาประมาณ 30 นาที

ครั้งที่ 3 ระยะ 48-72 ชั่วโมงหลังคลอด ตรวจสอบความสมบูรณ์ครบถ้วนของการตอบแบบสอบถาม และแจ้งสิ้นสุดการเก็บข้อมูลในการวิจัย

ความรับผิดชอบของอาสาสมัครผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย

เพื่อให้งานวิจัยนี้ประสบความสำเร็จ ผู้ทำวิจัยใคร่ขอความความร่วมมือจากท่าน โดยจะขอให้ท่านปฏิบัติตามคำแนะนำของผู้ทำวิจัยอย่างเคร่งครัด รวมทั้งแจ้งอาการผิดปกติต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นกับท่านระหว่างที่ท่านเข้าร่วมในโครงการวิจัยให้ผู้ทำวิจัยได้รับทราบ

ความเสี่ยงที่อาจได้รับ

การวิจัยครั้งนี้มีความเสี่ยงเล็กน้อยที่ไม่เป็นอันตรายใด ๆ ต่อร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจของผู้เข้าร่วมการวิจัย เนื่องจาก การนวดกดจุดสะท้อนเท้าเป็นวิธีการที่ไม่ได้รุกรานที่ทำให้เกิดความเจ็บปวดและเป็นอันตราย และนักวิจัยได้ผ่านการอบรมหลักสูตรการนวดฝ่าเท้าเพื่อสุขภาพจำนวน 60 ชั่วโมงจากโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพแผนไทย (Thai medical health school) ที่ได้รับการรับรองหลักสูตรโดยกระทรวงศึกษาธิการ และกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ (สบส.) กระทรวงสาธารณสุข ทั้งนี้ มีการประเมินความพร้อมทั้งทางร่างกายและจิตใจของผู้เข้าร่วมการวิจัยก่อน และไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายใด ๆ ในการเข้าร่วมการวิจัย อย่างไรก็ตาม หากผู้เข้าร่วมการวิจัยเกิดความรู้สึกไม่สุขสบายต่อร่างกายและจิตใจ สามารถหยุดพัก หรือบอกยกเลิกการเข้าร่วมการวิจัย โดยไม่ต้องชี้แจงเหตุผลใด ๆ ซึ่งการยกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยจะไม่มีผลต่อการรักษาและบริการที่ได้รับ

ความเสี่ยงที่ไม่ทราบแน่นอน

ท่านอาจเกิดอาการข้างเคียง หรือความไม่สบาย นอกเหนือจากที่ได้แสดงในเอกสารฉบับนี้ ซึ่งอาการข้างเคียงเหล่านี้เป็นอาการที่ไม่เคยพบมาก่อน เพื่อความปลอดภัยของท่าน ควรแจ้งผู้ทำวิจัย ให้ทราบทันทีเมื่อเกิดความผิดปกติใด ๆ เกิดขึ้น

หากท่านมีข้อสงสัยใด ๆ เกี่ยวกับความเสี่ยงที่อาจได้รับจากการเข้าร่วมในโครงการวิจัย ท่านสามารถสอบถามจากผู้ทำวิจัยได้ตลอดเวลา

หากมีการค้นพบข้อมูลใหม่ ๆ ที่อาจมีผลต่อความปลอดภัยของท่านในระหว่างที่ท่านเข้าร่วมในโครงการวิจัย ผู้ทำวิจัยจะแจ้งให้ท่านทราบทันที เพื่อให้ท่านตัดสินใจว่าจะอยู่ในโครงการวิจัยต่อไป หรือจะขอถอนตัวออกจากการวิจัย

กรณีที่เกิดอาการข้างเคียง

หากมีอาการข้างเคียงใด ๆ เกิดขึ้นกับท่าน ขอให้ท่านรีบแจ้งให้นักวิจัยหรือพยาบาลประจำหอผู้ป่วยรับทราบทันที เพื่อจะได้ดูแลให้ได้รับการช่วยเหลือที่เหมาะสมตามมาตรฐานของโรงพยาบาล หากอาการดังกล่าวเป็นผลจากการเข้าร่วมในโครงการวิจัย นักวิจัยจะเป็นผู้รับผิดชอบค่ารักษาพยาบาลและชดเชยการบาดเจ็บที่เกิดจากการวิจัยตามที่กฎหมายระบุไว้

ประโยชน์ที่อาจได้รับ

เนื่องจากปัญหาและอุปสรรคสำคัญของมารดาหลังคลอดที่บุตรเข้ารับการรักษาในหออภิบาลทารกแรกเกิด คือ การมาของน้ำนมล่าช้าและมีน้ำนมไม่เพียงพอ ดังนั้น การที่ท่านได้รับการนัดกอดจุดสะท้อนเข้าร่วมกับการพยาบาลตามปกติ จะช่วยส่งเสริมการสร้างและการหลั่งน้ำนม

วิธีการและรูปแบบการรักษาอื่น ๆ ที่มีอยู่สำหรับอาสาสมัคร

ท่านไม่จำเป็นต้องเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้เพื่อประโยชน์ในการรักษาโรค หรือการฟื้นฟูร่างกายหลังคลอด เนื่องจากโครงการวิจัยนี้เป็นเพียงการส่งเสริมการสร้างและการหลั่งน้ำนมในมารดาหลังคลอดที่บุตรเข้ารับการรักษาในหออภิบาลทารกแรกเกิดเท่านั้น อย่างไรก็ตาม ยังมีแนวทางการส่งเสริมการสร้างและการหลั่งน้ำนมอื่น ๆ ที่เป็นแนวปฏิบัติในการให้พยาบาลตามปกติโรงพยาบาล ดังนั้นท่านจึงสามารถปรึกษาแนวทางการส่งเสริมการสร้างและการหลั่งน้ำนมดังกล่าวกับพยาบาลประจำหอผู้ป่วยก่อนตัดสินใจเข้าร่วมในการวิจัยได้

ข้อปฏิบัติของท่านขณะที่ร่วมในโครงการวิจัย

ขอให้ท่านปฏิบัติดังนี้

- ขอให้ท่านตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และบันทึกข้อมูลลงในแบบบันทึกระยะเวลาที่แนบมาเต็มตัว และแบบบันทึกปริมาณน้ำนมด้วยความสัตย์จริง
- ขอให้ท่านแจ้งนักวิจัยทันทีที่พบว่ามีอาการผิดปกติ ได้แก่ มีเต้านมอักเสบระหว่างการศึกษา และบุตรสามารถดูนมจากเต้าได้ หรือบุตรย้ายกลับมาอยู่กับท่านที่หอผู้ป่วย หลังคลอดได้ระหว่างการศึกษา

อันตรายที่อาจเกิดขึ้นจากการเข้าร่วมในโครงการวิจัยและความรับผิดชอบของผู้ทำวิจัย/ผู้สนับสนุนการวิจัย

หากพบอันตรายที่เกิดขึ้นจากการวิจัย ท่านจะได้รับการรักษาอย่างเหมาะสมทันที และท่านปฏิบัติตามคำแนะนำของนักวิจัยแล้ว นักวิจัย/ผู้สนับสนุนการวิจัยยินดีจะรับผิดชอบค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของท่าน และการลงนามในเอกสารให้ความยินยอม ไม่ได้หมายความว่าท่านได้สูญเสียสิทธิทางกฎหมายตามปกติที่ท่านพึงมี

ในกรณีที่ท่านได้รับอันตรายใด ๆ หรือต้องการข้อมูลเพิ่มเติมที่เกี่ยวข้องกับโครงการวิจัย ท่านสามารถติดต่อกับนักวิจัยคือ นางสาวผกาวัลย์ หนูมาก ได้ที่ หอพักนักศึกษาพยาบาล มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตหาดใหญ่ ตำบลคอหงส์ อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา 90110 หมายเลขโทรศัพท์มือถือ 092-885-9566 ได้ตลอด 24 ชั่วโมง

ค่าใช้จ่ายของท่านในการเข้าร่วมการวิจัย

ท่านไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายใด ๆ สำหรับวิธีการนัดจุดจุดสะท้อนเท่าที่ใช้เฉพาะส่วนของงานวิจัย แต่ท่านอาจต้องรับภาระค่าใช้จ่ายในการบริการที่ท่านได้รับอยู่เดิมก่อนจะเข้าร่วมโครงการตามสิทธิการรักษาพยาบาลของท่าน

คำตอบแทนสำหรับผู้เข้าร่วมวิจัย (ถ้ามี)

ไม่เกี่ยวข้อง

การประกันภัยเพื่อคุ้มครองผู้เข้าร่วมวิจัย (ถ้ามี)

ไม่เกี่ยวข้อง

การเข้าร่วมและการสิ้นสุดการเข้าร่วมโครงการวิจัย

การเข้าร่วมในโครงการวิจัยครั้งนี้เป็นไปโดยความสมัครใจ หากท่านไม่สมัครใจจะเข้าร่วมการศึกษาแล้ว ท่านสามารถถอนตัวได้ตลอดเวลา การขอถอนตัวออกจากโครงการวิจัยจะไม่มีผลต่อการดูแลรักษาโรคของท่านแต่อย่างใด

ผู้ทำวิจัยอาจถอนท่านออกจากการเข้าร่วมการวิจัย เพื่อเหตุผลด้านความปลอดภัยของท่าน หรือเมื่อผู้สนับสนุนการวิจัยยุติการดำเนินงานวิจัย หรือ ในกรณีดังต่อไปนี้

- ท่านมีด้านมออีกเสประหว่างการศึกษา แต่ทั้งนี้นักวิจัยจะดำเนินการให้ความช่วยเหลือหรือ ประสานงานกับพยาบาลที่เกี่ยวข้องเพื่อดูแลให้การพยาบาลตามมาตรฐานต่อไป
- บุตรของท่านสามารถดูดนมจากเต้าได้ หรือบุตรย้ายกลับมาอยู่กับท่านที่หอผู้ป่วยหลังคลอดได้ระหว่างการศึกษ
- ท่านต้องการปรับเปลี่ยนการรักษาด้วยยาตัวที่ไม่ได้รับอนุญาตจากการวิจัยครั้งนี้
- ท่านไม่สามารถปฏิบัติตามคำแนะนำของนักวิจัย

การปกป้องรักษาข้อมูลความลับของอาสาสมัคร

ข้อมูลที่สามารถนำไปสู่การเปิดเผยตัวท่าน จะได้รับการปกปิดและจะไม่เปิดเผยแก่สาธารณชน ในกรณีที่ผลการวิจัยได้รับการตีพิมพ์ ชื่อและที่อยู่ของท่านจะต้องได้รับการปกปิดอยู่เสมอ โดยจะใช้เฉพาะรหัสประจำโครงการวิจัยของท่าน

จากการลงนามยินยอมของท่านผู้ทำวิจัย และผู้สนับสนุนการวิจัยสามารถเข้าไปตรวจสอบบันทึกข้อมูลทางการแพทย์ของท่านได้แม้จะสิ้นสุดโครงการวิจัยแล้วก็ตาม หากท่านต้องการยกเลิกการให้สิทธิ์ดังกล่าว ท่านสามารถแจ้ง หรือเขียนบันทึกขอยกเลิกการให้คำยินยอม โดยส่งไปที่ นางสาว ผกาวัลย์ หนูมาก ได้ที่ หอพักนักศึกษาพยาบาล มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตหาดใหญ่ ตำบลคอหงส์ อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา 90110 หากท่านขอยกเลิกการให้คำยินยอมหลังจากที่ท่านได้เข้าร่วมโครงการวิจัยแล้ว ข้อมูลส่วนตัวของท่านจะไม่ถูกบันทึกเพิ่มเติม อย่างไรก็ตามข้อมูลอื่น ๆ ของท่านอาจถูกนำมาใช้เพื่อประเมินผลการวิจัย และท่านจะไม่สามารถกลับมาเข้าร่วมในโครงการนี้ได้อีก ทั้งนี้เนื่องจากข้อมูลของท่านที่จำเป็นสำหรับใช้เพื่อการวิจัยไม่ได้ถูกบันทึก

จากการลงนามยินยอมของท่านนักวิจัยสามารถบอกรายละเอียดของท่านที่เกี่ยวกับการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ให้แก่ทีมบุคลากรสุขภาพผู้รักษาท่านได้

การจัดการกับตัวอย่างชีวภาพที่เหลือ

ไม่เกี่ยวข้อง

สิทธิของผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย

ในฐานะที่ท่านเป็นผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย ท่านจะมีสิทธิดังต่อไปนี้

1. ท่านจะได้รับทราบถึงลักษณะและวัตถุประสงค์ของการวิจัยในครั้งนี้
2. ท่านจะได้รับการอธิบายเกี่ยวกับระเบียบวิธีการของการวิจัยทางการแพทย์ รวมทั้งยาและอุปกรณ์ที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้
3. ท่านจะได้รับการอธิบายถึงความเสี่ยงและความไม่สบายที่จะได้รับจากการวิจัย
4. ท่านจะได้รับการอธิบายถึงประโยชน์ที่ท่านอาจจะได้รับจากการวิจัย
5. ท่านจะได้รับการเปิดเผยถึงทางเลือกในการรักษาด้วยวิธีอื่น ยา หรืออุปกรณ์ซึ่งมีผลดีต่อท่านรวมทั้งประโยชน์และความเสี่ยงที่ท่านอาจได้รับ
6. ท่านจะได้รับทราบแนวทางในการรักษา ในกรณีที่พบโรคแทรกซ้อนภายหลังการเข้าร่วมในโครงการวิจัย
7. ท่านจะมีโอกาสได้ซักถามเกี่ยวกับงานวิจัยหรือขั้นตอนที่เกี่ยวข้องกับงานวิจัย
8. ท่านจะได้รับทราบว่าการยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ท่านสามารถขอถอนตัวจากโครงการเมื่อไรก็ได้ โดยผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยสามารถขอถอนตัวจากโครงการโดยไม่ได้รับผลกระทบใด ๆ ทั้งสิ้น
9. ท่านจะได้รับเอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยและสำเนาเอกสารยินยอมที่มีทั้งลายเซ็นและวันที่
10. ท่านมีสิทธิในการตัดสินใจว่าจะเข้าร่วมในโครงการวิจัยหรือไม่ก็ได้ โดยปราศจากการใช้อิทธิพลบังคับข่มขู่ หรือการหลอกลวง

หากท่านไม่ได้รับการชดเชยอันควรต่อการบาดเจ็บหรือเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นโดยตรงจากการวิจัย หรือท่านไม่ได้รับการปฏิบัติตามที่ปรากฏในเอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในการวิจัย ท่านสามารถร้องเรียนได้ที่ สำนักงานคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลหาดใหญ่ ตึกอุบัติเหตุฉุกเฉิน 10 ชั้น ชั้น 7 โทรศัพท์ติดต่อ 074-273-100 ต่อ 3264 ในเวลาราชการ

ขอขอบคุณในการร่วมมือของท่านมา ณ ที่นี้

ทำให้ทารกที่มีภาวะแทรกซ้อนออกจากโรงพยาบาลได้เร็วกว่าทารกที่ไม่ได้รับนมแม่ แต่ปัจจุบันพบว่า อัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในประเทศไทยยังต่ำกว่าเกณฑ์กำหนด โดยเฉพาะมารดาหลังคลอดที่บุตรเข้ารับการรักษาในหออภิบาลทารกแรกเกิดต้องเผชิญกับการถูกแยกจากทารกตั้งแต่วัยแรกหลังคลอด ทำให้ทารกกลุ่มนี้ไม่ได้ดูกระตุ้นการสร้างน้ำนมและไม่ได้ดูกระตุ้นอย่างต่อเนื่อง ทำให้ปริมาณน้ำนมของมารดาลดลงและหยุดการสร้างน้ำนมในที่สุด อีกทั้งมารดาที่ย่อมเกิดความรู้สึกเกี่ยวกับอาการของทารกและมีความรู้สึกล้มเหลวในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ส่งผลให้การสร้างและการหลั่งน้ำนมลดลง นอกจากนี้ความปวดจากการคลอดก็เป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้มารดาเกิดความไม่สบาย ทำให้ร่างกายหลังสารมายับยั้งการสร้างและการหลั่งน้ำนม ส่งผลให้ปริมาณน้ำนมลดลงได้เช่นกัน และเพื่อทำให้มารดาหลังคลอดที่บุตรเข้ารับการรักษาในหออภิบาลทารกแรกเกิดประสบความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในระยะยาวต่อไป จึงศึกษาผลของการนวดกดจุดสะท้อนเท้าเพื่อเป็นแนวทางหนึ่งในการส่งเสริมการสร้างและการหลั่งน้ำนม

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

วัตถุประสงค์หลักของการศึกษาในครั้งนี้คือ เพื่อเปรียบเทียบระยะเวลาที่น้ำนมเต็มเต้าและปริมาณน้ำนมในมารดาหลังคลอดที่บุตรเข้ารับการรักษาในหออภิบาลทารกแรกเกิดระหว่างกลุ่มที่ได้รับการนวดกดจุดสะท้อนเท้าและกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ โดยจำนวนผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย คือ 50 คน

วิธีการที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย

- เครื่องมือที่ใช้ ได้แก่ (1) แบบประเมินทักษะการบีบน้ำนมด้วยมือ (2) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล (3) แบบบันทึกข้อมูลการคลอด (4) แบบบันทึกระยะเวลาที่น้ำนมเต็มเต้า และ (5) แบบบันทึกปริมาณน้ำนม
- วิธีการที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ ท่านจะได้รับการพยาบาลตามปกติตามมาตรฐานของโรงพยาบาล
- ถ้าท่านสมัครใจเข้าร่วมโครงการและลงนามในเอกสารยินยอมแล้ว นักวิจัยจะขอให้ท่านให้ความร่วมมือในการวิจัยครั้งนี้ โดยนักวิจัยจะเข้าพบท่านทั้งหมด 2 ครั้ง ได้แก่
 - ครั้งที่ 1 ระยะ 4-8 ชั่วโมงหลังคลอด ประกอบด้วยการชี้แจงความสำคัญของโครงการและให้ท่านตอบแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป และชี้แจงการใช้แบบบันทึกระยะเวลาที่น้ำนมเต็มเต้าและปริมาณน้ำนม

ครั้งที่ 2 ระยะ 48-72 ชั่วโมงหลังคลอด ตรวจสอบความสมบูรณ์ครบถ้วนของการตอบแบบสอบถาม ดำเนินการนัดจุดสะท้อนทำเป็นเวลาประมาณ 30 นาที และแจ้งสิ้นสุดการเก็บข้อมูลในการวิจัย

ความรับผิดชอบของอาสาสมัครผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย

เพื่อให้งานวิจัยนี้ประสบความสำเร็จ ผู้ทำวิจัยใครขอความความร่วมมือจากท่าน โดยจะขอให้ท่านปฏิบัติตามคำแนะนำของผู้ทำวิจัยอย่างเคร่งครัด รวมทั้งแจ้งอาการผิดปกติต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นกับท่านระหว่างที่ท่านเข้าร่วมในโครงการวิจัยให้ผู้ทำวิจัยได้รับทราบ

ความเสี่ยงที่อาจได้รับ

การวิจัยครั้งนี้มีความเสี่ยงเล็กน้อยที่ไม่เป็นอันตรายใด ๆ ต่อร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจของผู้เข้าร่วมการวิจัย เนื่องจากผู้รับบริการจะได้รับการพยาบาลตามปกติ และภายหลังสิ้นสุดการเก็บรวบรวมข้อมูลหากท่านไม่สะดวกที่จะรับการนัดจุดสะท้อนทำ ท่านสามารถปฏิเสธหยุดพัก หรือบอกยกเลิกได้ทันทีตามความต้องการโดยไม่ต้องชี้แจงเหตุผลใด ๆ ซึ่งการยกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยจะไม่มีผลต่อการรักษาและบริการที่ได้รับ

ความเสี่ยงที่ไม่ทราบแน่นอน

ท่านอาจเกิดอาการข้างเคียง หรือความไม่สบาย นอกเหนือจากที่ได้แสดงในเอกสารฉบับนี้ ซึ่งอาการข้างเคียงเหล่านี้เป็นอาการที่ไม่เคยพบมาก่อน เพื่อความปลอดภัยของท่าน ควรแจ้งผู้ทำวิจัยให้ทราบทันทีเมื่อเกิดความผิดปกติใด ๆ เกิดขึ้น

หากท่านมีข้อสงสัยใด ๆ เกี่ยวกับความเสี่ยงที่อาจได้รับจากการเข้าร่วมในโครงการวิจัย ท่านสามารถสอบถามจากผู้ทำวิจัยได้ตลอดเวลา

หากมีการค้นพบข้อมูลใหม่ ๆ ที่อาจมีผลต่อความปลอดภัยของท่านในระหว่างที่ท่านเข้าร่วมในโครงการวิจัย ผู้ทำวิจัยจะแจ้งให้ท่านทราบทันที เพื่อให้ท่านตัดสินใจว่าจะอยู่ในโครงการวิจัยต่อไป หรือจะขอถอนตัวออกจากโครงการวิจัย

กรณีที่เกิดอาการข้างเคียง

หากมีอาการข้างเคียงใด ๆ เกิดขึ้นกับท่าน ขอให้ท่านรีบแจ้งให้นักวิจัยหรือพยาบาลประจำหอผู้ป่วยรับทราบทันที เพื่อจะได้ดูแลให้ได้รับการช่วยเหลือที่เหมาะสมตามมาตรฐานของโรงพยาบาล หากอาการดังกล่าวเป็นผลจากการเข้าร่วมในโครงการวิจัย นักวิจัยจะเป็นผู้รับผิดชอบค่ารักษาพยาบาลและชดเชยการบาดเจ็บที่เกิดจากการวิจัยตามที่กฎหมายระบุไว้

ประโยชน์ที่อาจได้รับ

การเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ท่านอาจจะไม่ได้รับประโยชน์โดยตรงจากการเข้าร่วมวิจัยนี้ แต่ท่านจะได้รับกิจกรรมการพยาบาลตามมาตรฐานการดูแลของโรงพยาบาลจากพยาบาลประจำหอผู้ป่วยสูติกรรม ภายหลังจากเสร็จสิ้นการเก็บรวบรวมข้อมูลท่านจะได้รับความรู้การนวดกดจุดสะท้อนเท้าที่เกี่ยวข้องกับการสร้างและการหลั่งน้ำนม และได้รับการนวดกดจุดสะท้อนเท้า อย่างไรก็ตาม ผลการวิจัยที่ได้จะถูกนำไปวิเคราะห์และพัฒนาเพื่อหาแนวทางการส่งเสริมการสร้างและการหลั่งน้ำนมที่เหมาะสมกับบริบทมารดาหลังคลอดที่บุตรเข้ารับการรักษาในหออภิบาลทารกแรกเกิดต่อไป

วิธีการและรูปแบบการรักษาอื่น ๆ ที่มีอยู่สำหรับอาสาสมัคร

ท่านไม่จำเป็นต้องเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้เพื่อประโยชน์ในการรักษาโรค หรือการฟื้นฟูร่างกายหลังคลอด เนื่องจากโครงการวิจัยนี้ท่านจะได้รับการพยาบาลตามปกติ ซึ่งไม่ใช่ประโยชน์จากการเข้าร่วมวิจัยนี้ ดังนั้นท่านจึงสามารถปรึกษากับบุคคลใกล้ชิด พยาบาลประจำหอผู้ป่วย หรือแพทย์ ก่อนตัดสินใจเข้าร่วมในการวิจัยได้

ข้อปฏิบัติของท่านขณะที่ร่วมในโครงการวิจัย

ขอให้ท่านปฏิบัติตามนี้

- ขอให้ท่านตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และบันทึกข้อมูลลงในแบบบันทึกระยะเวลาให้นมเต็มเต้า และแบบบันทึกปริมาณน้ำนมด้วยความสัตย์จริง
- ขอให้ท่านแจ้งนักวิจัยทันทีที่พบว่ามีอาการผิดปกติ ได้แก่ มีเต้านมอักเสบระหว่างการศึกษา และบุตรสามารถดูดนมจากเต้าได้ หรือบุตรย้ายกลับมาอยู่กับท่านที่หอผู้ป่วยหลังคลอดได้ระหว่างการศึกษา

อันตรายที่อาจเกิดขึ้นจากการเข้าร่วมในโครงการวิจัยและความรับผิดชอบของผู้ทำวิจัย/ผู้สนับสนุนการวิจัย

หากพบอันตรายที่เกิดขึ้นจากการวิจัย ท่านจะได้รับการรักษาอย่างเหมาะสมทันที และท่านปฏิบัติตามคำแนะนำของนักวิจัยแล้ว นักวิจัย/ผู้สนับสนุนการวิจัยยินดีจะรับผิดชอบต่อค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของท่าน และการลงนามในเอกสารให้ความยินยอม ไม่ได้หมายความว่าท่านได้สละสิทธิ์ทางกฎหมายตามปกติที่ท่านพึงมี

ในกรณีที่ท่านได้รับอันตรายใด ๆ หรือต้องการข้อมูลเพิ่มเติมที่เกี่ยวข้องกับโครงการวิจัย ท่านสามารถติดต่อกับนักวิจัยคือ นางสาวผกาวัลย์ หนูมาก ได้ที่ หอพักนักศึกษาพยาบาล มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตหาดใหญ่ ตำบลคอหงส์ อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา 90110 หมายเลขโทรศัพท์มือถือ 092-885-9566 ได้ตลอด 24 ชั่วโมง

ค่าใช้จ่ายของท่านในการเข้าร่วมการวิจัย

ท่านไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายใด ๆ สำหรับวิธีการนวดกดจุดสะท้อนเท้าที่ใช้เฉพาะส่วนของงานวิจัย แต่ท่านอาจต้องรับภาระค่าใช้จ่ายในการบริการที่ท่านได้รับอยู่เดิมก่อนจะเข้าร่วมโครงการตามสิทธิการรักษาพยาบาลของท่าน

ค่าตอบแทนสำหรับผู้เข้าร่วมวิจัย (ถ้ามี)

ไม่เกี่ยวข้อง

การประกันภัยเพื่อคุ้มครองผู้เข้าร่วมวิจัย (ถ้ามี)

ไม่เกี่ยวข้อง

การเข้าร่วมและการสิ้นสุดการเข้าร่วมโครงการวิจัย

การเข้าร่วมในโครงการวิจัยครั้งนี้เป็นไปโดยความสมัครใจ หากท่านไม่สมัครใจจะเข้าร่วมการศึกษาแล้ว ท่านสามารถถอนตัวได้ตลอดเวลา การขอถอนตัวออกจากโครงการวิจัยจะไม่มีผลต่อการดูแลรักษาโรคของท่านแต่อย่างใด

ผู้ทำวิจัยอาจถอนท่านออกจากการเข้าร่วมการวิจัย เพื่อเหตุผลด้านความปลอดภัยของท่าน หรือเมื่อผู้สนับสนุนการวิจัยยุติการดำเนินงานวิจัย หรือ ในกรณีดังต่อไปนี้

- ท่านมีด้านมออีกเสประหว่างการศึกษา แต่ทั้งนี้นักวิจัยจะดำเนินการให้ความช่วยเหลือหรือประสานงานกับพยาบาลที่เกี่ยวข้องเพื่อดูแลให้การพยาบาลตามมาตรฐานต่อไป
- บุตรของท่านสามารถดูดนมจากเต้าได้ หรือบุตรย้ายกลับมาอยู่กับท่านที่หอผู้ป่วยหลังคลอดได้ระหว่างการศึกษา
- ท่านต้องการปรับเปลี่ยนการรักษาด้วยยาตัวที่ไม่ได้รับอนุญาตจากการวิจัยครั้งนี้
- ท่านไม่สามารถปฏิบัติตามคำแนะนำของนักวิจัย

การปกป้องรักษาข้อมูลความลับของอาสาสมัคร

ข้อมูลนี้อาจนำไปสู่การเปิดเผยตัวท่าน จะได้รับการปกปิดและจะไม่เปิดเผยแก่สาธารณชน ในกรณีที่ผลการวิจัยได้รับการตีพิมพ์ ชื่อและที่อยู่ของท่านจะต้องได้รับการปกปิดอยู่เสมอ โดยจะใช้เฉพาะรหัสประจำโครงการวิจัยของท่าน

จากการลงนามยินยอมของท่านผู้ทำวิจัย และผู้สนับสนุนการวิจัยสามารถเข้าไปตรวจสอบบันทึกข้อมูลทางการแพทย์ของท่านได้แม้จะสิ้นสุดโครงการวิจัยแล้วก็ตาม หากท่านต้องการยกเลิกการให้สิทธิ์ดังกล่าว ท่านสามารถแจ้ง หรือเขียนบันทึกขอยกเลิกการให้คำยินยอม โดยส่งไปที่ นางสาว ผกาวัลย์ หนูมาก ได้ที่ หอพักนักศึกษาพยาบาล มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตหาดใหญ่ ตำบลคอหงส์ อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา 90110 หากท่านขอยกเลิกการให้คำยินยอมหลังจากที่ท่านได้เข้าร่วมโครงการวิจัยแล้ว ข้อมูลส่วนตัวของท่านจะไม่ถูกบันทึกเพิ่มเติม อย่างไรก็ตามข้อมูลอื่นๆ ของท่านอาจถูกนำมาใช้เพื่อประเมินผลการวิจัย และท่านจะไม่สามารถกลับมาเข้าร่วมในโครงการนี้ได้อีก ทั้งนี้เนื่องจากข้อมูลของท่านที่จำเป็นสำหรับใช้เพื่อการวิจัยไม่ได้ถูกบันทึก

จากการลงนามยินยอมของท่านนักวิจัยสามารถบอกรายละเอียดของท่านที่เกี่ยวกับการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ให้แก่ทีมบุคลากรสุขภาพผู้รักษาท่านได้

การจัดการกับตัวอย่างชีวภาพที่เหลือ

ไม่เกี่ยวข้อง

สิทธิ์ของผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย

ในฐานะที่ท่านเป็นผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย ท่านจะมีสิทธิ์ดังต่อไปนี้

1. ท่านจะได้รับทราบถึงลักษณะและวัตถุประสงค์ของการวิจัยในครั้งนี้
2. ท่านจะได้รับการอธิบายเกี่ยวกับระเบียบวิธีการของการวิจัยทางการแพทย์ รวมทั้งยาและอุปกรณ์ที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้
3. ท่านจะได้รับการอธิบายถึงความเสี่ยงและความไม่สบายที่จะได้รับจากการวิจัย
4. ท่านจะได้รับการอธิบายถึงประโยชน์ที่ท่านอาจจะได้รับจากการวิจัย
5. ท่านจะได้รับการเปิดเผยถึงทางเลือกในการรักษาด้วยวิธีอื่น ยา หรืออุปกรณ์ซึ่งมีผลดีต่อท่านรวมทั้งประโยชน์และความเสี่ยงที่ท่านอาจได้รับ
6. ท่านจะได้รับทราบแนวทางในการรักษา ในกรณีที่พบโรคแทรกซ้อนภายหลังการเข้าร่วมในโครงการวิจัย
7. ท่านจะมีโอกาสได้ซักถามเกี่ยวกับงานวิจัยหรือขั้นตอนที่เกี่ยวข้องกับงานวิจัย

8. ท่านจะได้รับทราบว่าการยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ท่านสามารถถอนตัวจากโครงการเมื่อไรก็ได้ โดยผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยสามารถถอนตัวจากโครงการโดยไม่ได้รับผลกระทบใด ๆ ทั้งสิ้น
9. ท่านจะได้รับเอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยและสำเนาเอกสารใบยินยอมที่มีทั้งลายเซ็นและวันที่
10. ท่านมีสิทธิ์ในการตัดสินใจว่าจะเข้าร่วมในโครงการวิจัยหรือไม่ก็ได้ โดยปราศจากการใช้อิทธิพลบังคับข่มขู่ หรือการหลอกลวง

หากท่านไม่ได้รับการชดเชยอันควรต่อการบาดเจ็บหรือเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นโดยตรงจากการวิจัย หรือท่านไม่ได้รับการปฏิบัติตามที่ปรากฏในเอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในการวิจัย ท่านสามารถร้องเรียนได้ที่ สำนักงานคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลหาดใหญ่ ตึกอุบัติเหตุฉุกเฉิน 10 ชั้น ชั้น 7 โทรศัพท์ติดต่อ 074-273-100 ต่อ 3264 ในเวลาราชการ

ขอขอบคุณในการร่วมมือของท่านมา ณ ที่นี้

ภาคผนวก จ

หนังสือรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์



บันทึกข้อความ

ส่วนงาน สำนักวิจัยและพัฒนา

โทร 6955

ที่ มอ 014.4/64-152

วันที่ 29 มกราคม 2564

เรื่อง ผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

เรียน คุณผกาวัลย์ หนูมาก คณะพยาบาลศาสตร์

ตามที่ท่านได้เสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ เรื่อง ผลของการนวดกดจุดสะท้อนเท้าต่อระยะเวลาที่นอนมเต็มเต้าและปริมาณน้ำนมในมารดาหลังคลอดที่บุตรเข้ารับการรักษาในหออภิบาลทารกแรกเกิด รหัสโครงการ: HSc-HREC-63-036-1-3

บัดนี้ โครงการวิจัยดังกล่าว ได้รับการพิจารณาโดยกรรมการจริยธรรม มีมติคือ รับรอง จึงขอส่งหนังสือรับรองมาพร้อมนี้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สมชาย ศรีวิริยะจันทร์)
ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
สาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์


THE RESEARCH ETHICS COMMITTEE OF HATYAI HOSPITAL (REC-HY)

HATYAI HOSPITAL 182 , HATYAI, SONGKHLA 90110 THAILAND

DOCUMENTARY PROOF OF ETHICAL CLEARANCE COMMITTEE ON HUMAN RIGHTS RELATED TO RESEARCHES INVOLVING HUMAN SUBJECTS

ID	45	Type of reviews
Date	02/03/64	expired after 1 year of issuing
Protocol number	45/2564	Full board review <input checked="" type="checkbox"/>
		Expedited review <input type="checkbox"/>
		Exemption <input type="checkbox"/>

Project title Effects of Foot Reflexology on Onset of Lactation and Milk Volume in Postpartum Mothers with Newborns Hospitalized in Neonatal Intensive Care Unit

Investigators Miss Phakawan Noomak

Institution Faculty of Nursing ,Prince of Songkhla University

Document: protocol

Document: informed consent

Document: other

Progress report

This document is approved for "conduct of research" only.

Final report

Progress report and final report have not been received yet except notification.

The aforementioned documents have been reviewed and acknowledged by Committee human rights related to researches involving human subjects, based on the declaration of Helsinki

Signature of Committee

Charoen Kaitwatcharachai

ภาคผนวก ฉ
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

1. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พิสมัย วัฒนสิทธิ์ อาจารย์ประจำภาควิชาภูมิศาสตร์
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
วิทยาเขตหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา
2. ดร.ภัทรศิริ เหล่าจันทรวงศ์ อาจารย์คณะกรรมการแพทย์แผนไทย
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตหาดใหญ่
จังหวัดสงขลา
3. พว.ประดับ ธรรมโชเต พยาบาลวิชาชีพประจำคลินิกนมแม่ โรงพยาบาล
สงขลานครินทร์ อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา

ประวัติผู้เขียน

ชื่อ สกุล	นางสาวผกาวัลย์ หนูมาก		
รหัสประจำตัวนักศึกษา	6210420028		
วุฒิการศึกษา			
วุฒิ	ชื่อสถาบัน	ปีที่สำเร็จการศึกษา	
พยาบาลศาสตรบัณฑิต	มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์	2556	

ทุนการศึกษา

ทุนการศึกษาประเภททุนอาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

ตำแหน่งและสถานที่ทำงาน

ปี พ.ศ. 2558-2562 พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ ณ หอผู้ป่วยพิเศษสูติกรรม โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ จังหวัดสงขลา