

ปัจจัยส่วนบุคคล เวลาที่เริ่มให้นมแม่ และการสนับสนุนจากพยาบาลในการทำนาย
ความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวก่อนจำหน่ายในมารดาหลังผ่าตัดคลอด



วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การผดุงครรภ์ขั้นสูง)
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

พ.ศ. 2555

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยมหิดล

Copyright by Mahidol University

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

ปัจจัยส่วนบุคคล เวลาที่เริ่มให้นมแม่ และการสนับสนุนจากพยาบาล ในการทำนาย
ความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวก่อนจำหน่ายในมารดาหลังผ่าตัดคลอด

ศศิธร น่วมท

นางสาวศศิธร น่วมท

ผู้วิจัย

นางสาวศศิธร น่วมท

ผู้ช่วยศาสตราจารย์นิตยา สีนุกไส,

Ph.D. (Nursing)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

รองศาสตราจารย์พฤษ จันทรประภาพ,

พ.บ., ว.ว. (เวชศาสตร์มารดาและทารกในครรภ์)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

อาจารย์วรรณ พาทูวัฒนกร,

Ph.D. (Nursing)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

ศาสตราจารย์บรรจง มไหสวริยะ,

พ.บ., ว.ว. ออร์โธปิดิกส์

คณบดี

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

นางสาวศศิธร น่วมท

ผู้ช่วยศาสตราจารย์นิตยา สีนุกไส,

Ph.D. (Nursing)

ประธานคณะกรรมการบริหารหลักสูตร

พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาการผดุงครรภ์ขั้นสูง

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

ปัจจัยส่วนบุคคล เวลาที่เริ่มให้นมแม่ และการสนับสนุนจากพยาบาล ในการทำนาย
ความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวก่อนจำหน่ายในมารดาหลังผ่าตัดคลอด

ได้รับการพิจารณาให้นับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาดตามหลักสูตร

ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การผดุงครรภ์ขั้นสูง)

วันที่ 11 กันยายน พ.ศ. 2555

ศศิวิภา น่วมภา

นางสาวศศิวิภา น่วมภา

ผู้วิจัย

ผู้ช่วยศาสตราจารย์เอมพร รตินธร,

Ph.D. (Nursing)

ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

ผู้ช่วยศาสตราจารย์นิตยา สีนสุกใส,

Ph.D. (Nursing)

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

ผู้ช่วยศาสตราจารย์มยุรี นิรัตธราคร,

Ph.D. (Nursing)

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

รองศาสตราจารย์ฟองคำ ดิลกสกุลชัย,

Ph.D. (Nursing)

คณบดี

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

อ.ดร. พุฒินา

อาจารย์วรรณ พาทูวัฒนกร,

Ph.D. (Nursing)

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

รองศาสตราจารย์พฤษ จันทรประภาพ,

พ.บ., ว.ว. (เวชศาสตร์มารดาและทารกในครรภ์)

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

ศาสตราจารย์บรรจง มไหสวริยะ,

พ.บ., ว.ว. ออร์โธปิดิกส์

คณบดี

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลงได้ด้วยความรู้และความช่วยเหลืออย่างดียิ่งจากผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นิตยา สีนสุกใส อาจารย์ ดร.วรรณ พาหุวัฒน์กร และรองศาสตราจารย์ นพ. พุทธิส จันทรประภาพ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ที่กรุณาให้คำแนะนำ และสนับสนุนตลอดกระบวนการการวิจัย ตลอดจนผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เอมพร รตินธร และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. มยุรี นิรติธราครซึ่งชี้แนะประเด็นการศึกษาให้เข้าใจอย่างลึกซึ้งยิ่งขึ้น ได้สละเวลาอันมีค่าเพื่อให้คำปรึกษา ข้อคิด และกำลังใจแก่ผู้วิจัยมาโดยตลอด ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งในความกรุณาเป็นอย่างยิ่ง และกราบขอบพระคุณไว้ ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่าน ที่กรุณาเสนอแนะแนวทางในการเก็บข้อมูล อันเป็นประโยชน์อย่างยิ่ง ขอขอบพระคุณพีธีรัตน์ วงศ์วิสูตร และเจ้าหน้าที่คลินิกนมแม่ของโรงพยาบาลศิริราชที่ให้ความช่วยเหลือ ดูแล สนับสนุน ให้ข้อคิด และสอนทักษะการช่วยเหลือการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ทำให้ผู้วิจัยเกิดความศรัทธา และมุ่งมั่นในการค้นหาความจริง และเป็นแรงบันดาลใจที่สำคัญในการศึกษาครั้งนี้

ขอกราบขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลศิริราช คณบดีคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล หัวหน้าภาควิชาสูติศาสตร์- นรีเวชวิทยา และหัวหน้างานการพยาบาลสูติศาสตร์- นรีเวชวิทยา หัวหน้าหอผู้ป่วย พยาบาล และเจ้าหน้าที่ประจำหอผู้ป่วย ๑๐๐ ปีสมเด็จพระศรีนครินทร์ 9/1, 9/2 และ 10/2 ที่ได้ให้ความอนุเคราะห์ และอำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูล ขอขอบคุณมารดา หลังผ่าตัดคลอด และบุคคลในครอบครัว ที่เปิดโอกาสให้ผู้วิจัยได้เรียนรู้ในสิ่งที่มีอาจหาได้จากตำรา

ท้ายที่สุดวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ได้รับทุนสนับสนุนบางส่วนจาก ทุนเฉลิมพระเกียรติ พระชนมายุ ๘๔ พรรษา มหาราชฯ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ปีการศึกษา ๒๕๕๔ และทุนมูลนิธิท่านผู้หญิงคุณฤมาลาเพื่อพัฒนาพยาบาลวิชาชีพ ปีการศึกษา 2555 ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณไว้ ณ โอกาสนี้ และขอรำลึกถึงพระคุณผู้ที่อยู่เบื้องหลังวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ คือ บิดา มารดา ครอบครัว อาจารย์ ผู้ให้ความรู้ ความคิด และจิตวิญญาณ และคุณสุภารัตน์ วิทญานกรณ ที่เมตตาให้ความช่วยเหลือ สนับสนุน ให้กำลังใจ และเพื่อนที่ให้ความรัก สนับสนุนร่างกายและแรงใจ จนกระทั่งวิทยานิพนธ์นี้สำเร็จลงด้วยดี

ศศิธรา น่วมภา

ปัจจัยส่วนบุคคล เวลาที่เริ่มให้นมแม่ และการสนับสนุนจากพยาบาล ในการทำนายความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวก่อนจำหน่ายในมารดาหลังผ่าตัดคลอด

PERSONAL FACTORS, FIRST FEEDING TIME AND NURSE SUPPORT PREDICTING SUCCESSFUL EXCLUSIVE BREASTFEEDING AT DISCHARGE IN MOTHERS WITH CESAREAN SECTION

ศศิธร น่วมภา 5337331 NSAM/M

พย. ม. (การผดุงครรภ์ขั้นสูง)

คณะกรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ : นิตยา สีนสุกใส, Ph. D. (NURSING), วรรณา พาหุวัฒนกร, Ph.D. (NURSING), พญหัส จันทรประภาพ, M.D., MSc.

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาอำนาจทำนายของปัจจัยส่วนบุคคล (อายุ ประสบการณ์ การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ทักษะคิด และการรับรู้สมรรถนะในตนเอง) เวลาที่เริ่มให้นมแม่ และการสนับสนุนจากพยาบาล ต่อความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวก่อนจำหน่ายในมารดาหลังผ่าตัดคลอด กลุ่มตัวอย่างเป็นมารดาหลังผ่าตัดคลอด ที่หน่วยหลังคลอดสามัญ โรงพยาบาลศิริราช จำนวน 110 ราย เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล แบบบันทึกข้อมูลการตั้งครรภ์และการคลอด แบบสอบถามทัศนคติ แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะในตนเอง แบบสอบถามการสนับสนุนจากพยาบาล และแบบบันทึกการให้อาหารทารก วิเคราะห์ข้อมูลโดยคำนวณร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติถดถอยโลจิสติก

ผลการศึกษาพบว่า อายุมารดา การสนับสนุนจากพยาบาล และเวลาที่เริ่มให้นมแม่สามารถร่วมกันทำนายความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวก่อนจำหน่าย โดยอธิบายความผันแปรในสมการโลจิสติกได้ร้อยละ 36.5 ($R^2 = 0.365, p < 0.05$)

จากการวิจัยครั้งนี้มีข้อเสนอแนะว่า พยาบาลควรให้การปกป้อง ส่งเสริม และสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในมารดาหลังผ่าตัดคลอด โดยการให้ความช่วยเหลือและกำลังใจ นำลูกมาดูดนมแม่เร็ว โดยเฉพาะในมารดาที่มีอายุน้อย เพื่อให้มารดาสามารถประสบความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

คำสำคัญ: ปัจจัยส่วนบุคคล / เวลาที่เริ่มให้นมแม่ / การสนับสนุนจากพยาบาล / การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว / มารดาหลังผ่าตัดคลอด

PERSONAL FACTORS, FIRST FEEDING TIME AND NURSE SUPPORT
PREDICTING SUCCESSFUL EXCLUSIVE BREASTFEEDING AT
DISCHARGE IN MOTHERS WITH CESAREAN SECTION

SASITARA NUAMPA 5337331 NSAM/M

M.N.S. (ADVANCED MIDWIFERY)

THESIS ADVISORY COMMITTEE: NITTAYA SINSUKSAI, Ph.D. (NURSING),
WANNA PHAHUWATANAKORN, Ph.D. (NURSING), PHARUHAS
CHANPRAPAPH, M.D., MSc.

ABSTRACT

The purpose of this study was to determine the relative contributions of maternal personal factors (age, previous experience with breastfeeding, attitude to breastfeeding, self-efficacy), first feeding time and nursing support to the success of exclusive breastfeeding at discharge, in mothers who have had a cesarean section. Subjects were 110 mothers who have had a cesarean section in postpartum units at Siriraj Hospital. Six instruments were used to collect data, including Personal Data Interviews, Pregnancy and Delivery Data Records, a Breastfeeding Attitude Questionnaire, a Breastfeeding Self-Efficacy Questionnaire, a Nurse Support Questionnaire and the Baby-Feeding Records. Percentage, mean, standard deviation and logistic regression were used to analyze the data.

The findings revealed that maternal age, nursing support and first feeding time together could predict 36.5% ($R^2 = 0.365$, $p < 0.05$) of the variance in successful breastfeeding at discharge.

The results suggest that nurses should protect, promote and support breastfeeding in mothers who have had a cesarean section by providing assistance and support in early breastfeeding, especially in young mothers.

KEY WORDS: PERSONAL FACTORS / FIRST FEEDING TIME / NURSE SUPPORT/
EXCLUSIVE BREASTFEEDING / MOTHERS WITH CESAREAN
SECTION

สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ	ค
บทคัดย่อภาษาไทย	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	จ
สารบัญตาราง	ช
สารบัญรูปภาพ	ณ
สารบัญแผนภูมิ	ญ
บทที่ 1 บทนำ	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
คำถามการวิจัย	8
วัตถุประสงค์การวิจัย	8
สมมติฐานการวิจัย	8
กรอบแนวคิดในการวิจัย	9
ขอบเขตของการวิจัย	10
นิยามตัวแปร	11
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	12
บทที่ 2 วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง	13
การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่	14
ผลกระทบของการผ่าตัดคลอด	22
ความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวก่อนจำหน่าย	27
ปัจจัยที่มีผลต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่	30
ทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญาสังคม	45
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย	49
รูปแบบการวิจัย	49
ลักษณะประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง	49
สถานที่เก็บข้อมูล	50

สารบัญ (ต่อ)

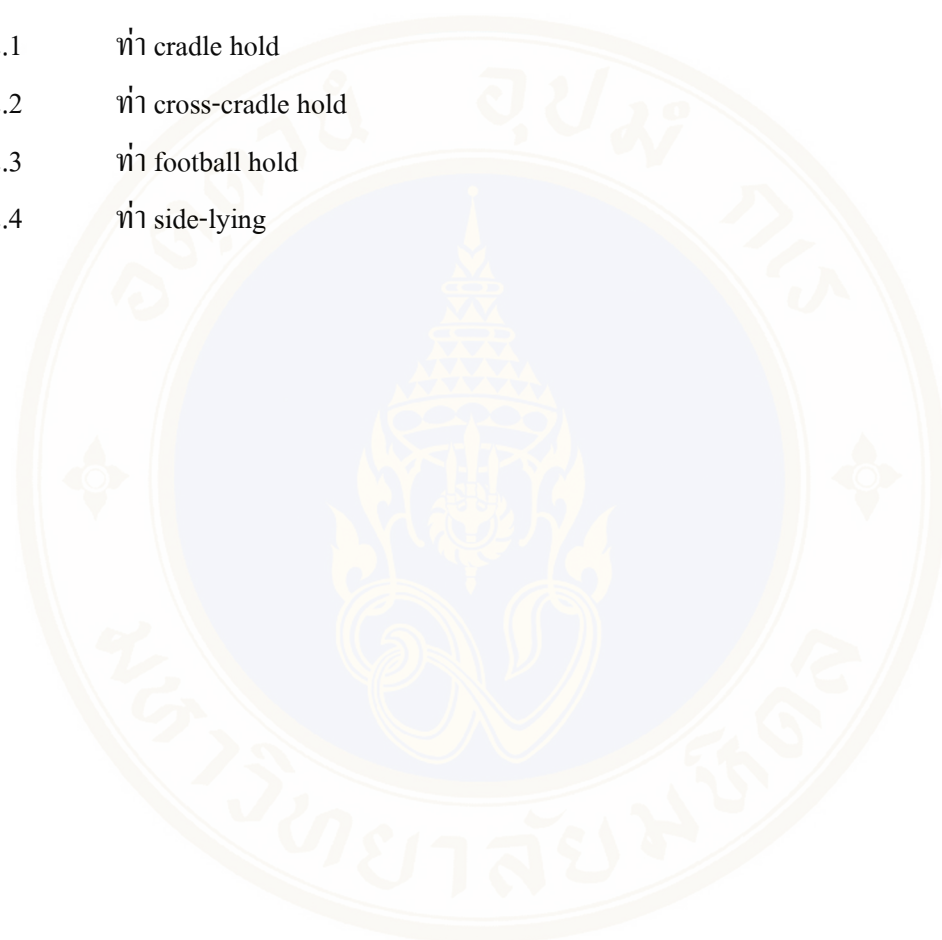
	หน้า
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	51
การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ	56
วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล	57
การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง	60
การวิเคราะห์ข้อมูล	61
บทที่ 4 ผลการวิจัย	63
บทที่ 5 การอภิปรายผล	75
บทที่ 6 สรุปผลการวิจัย	85
สรุปผลการวิจัย	86
ข้อเสนอแนะการนำผลการวิจัยไปใช้	87
ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป	87
ข้อจำกัดของการวิจัย	88
บทสรุปแบบสมบูรณภาษาไทย	89
บทสรุปแบบสมบูรณภาษาอังกฤษ	106
บรรณานุกรม	124
ภาคผนวก	141
ภาคผนวก ก	142
ภาคผนวก ข	143
ภาคผนวก ค	144
ภาคผนวก ง	146
ภาคผนวก จ	149
ประวัติผู้วิจัย	155

สารบัญตาราง

ตาราง	หน้า
4.1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล	64
4.2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลการตั้งครรภ์และการคลอด	67
4.3 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามวัน	68
4.4 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามปัญหาเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และปริมาณการไหลของน้ำนมในวันที่ 3 หลังผ่าตัดคลอด	70
4.5 ค่าต่ำสุด-ค่าสูงสุด (Min.-Max.) ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) ของคะแนนทัศนคติ การรับรู้สมรรถนะในตนเอง และการสนับสนุนจากพยาบาลเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ในมารดาหลังผ่าตัดคลอด	71
4.6 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันระหว่างตัวแปรทั้งหมด (Correlation Matrix)	72
4.7 ค่าสัมประสิทธิ์โลจิสติกของตัวแปรทำนาย (อายุของมารดา ประสบการณ์การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ทัศนคติเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ การรับรู้สมรรถนะในตนเองเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ เวลาที่เริ่มให้นมแม่ การสนับสนุนจากพยาบาล) ต่อความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวก่อนจำหน่ายในมารดาหลังผ่าตัดคลอด	73

สารบัญรูปภาพ

รูปภาพ	หน้า
2.1 ท่า cradle hold	19
2.2 ท่า cross-cradle hold	20
2.3 ท่า football hold	20
2.4 ท่า side-lying	21



สารบัญแผนภูมิ

แผนภูมิ		หน้า
1.1	Triadic Reciprocal Determinism Model ประกอบด้วย ปัจจัยส่วนบุคคล (P) สิ่งแวดล้อม (E) และพฤติกรรม (B) ต่างมีอิทธิพลซึ่งกันและกัน	9
1.2	กรอบแนวคิดการวิจัย	10

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันเป็นที่ยอมรับกันอย่างกว้างขวางว่าน้ำนมแม่เป็นอาหารที่เหมาะสมที่สุดสำหรับทารก เป็นกุญแจสำคัญในการส่งเสริมสุขภาพทารกให้สมบูรณ์แข็งแรงทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม เพราะนอกจากจะเป็นสารอาหารที่ดีที่สุดที่เป็นต้นทุนให้สมองได้เจริญพัฒนาอย่างเต็มที่แล้ว ยังมีผลต่อการเจริญเติบโตและการดัดแปลงพันธุกรรมตั้งแต่แรกเกิดจนเติบโตใหญ่แล้ว ยังเป็นการสร้างสายใยแห่งความรักและความผูกพันที่แน่นแฟ้นระหว่างแม่ลูกด้วย (Fewtrell, 2004; Kramer, et al., 2001; Kramer, et al., 2008)

ประเทศต่างๆ ทั่วโลกได้ตระหนักถึงความสำคัญของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ องค์การอนามัยโลก (WHO) และกองทุนเพื่อเด็กแห่งสหประชาชาติ (UNICEF) จึงได้ร่วมกันจัดทำแนวปฏิบัติบันได 10 ขั้นสู่ความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ขึ้น เพื่อเป็นแนวทางในการปฏิบัติของบุคลากรด้านสุขภาพ ตั้งแต่ปี ค.ศ. 1989 (พ.ศ. 2532) ซึ่งประเทศไทยโดยกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุขได้รับแนวคิดของการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแมดังกล่าว มาเป็นหลักในการดำเนินงานตั้งแต่ปี พ.ศ. 2534 โดยมีวัตถุประสงค์ที่จะสนับสนุนให้แม่ทุกคนเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวนาน 6 เดือน และเลี้ยงควบคู่กับอาหารตามวัยจนอายุ 2 ปี (มานี ปิยะอนันต์, 2548) โดยกำหนดเป้าหมายในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 10 (พ.ศ. 2550-2554) คือมารดาไม่น้อยกว่าร้อยละ 30 เลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวนาน 6 เดือน แต่จากการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติ (2552) พบอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวนาน 6 เดือนของทั้งประเทศมีเพียงร้อยละ 15.1 ซึ่งยังคงต่ำกว่าเป้าหมายที่กำหนดไว้มาก แม้ว่าการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่จะมีผลดีมากมายตามที่ได้กล่าวไว้แล้วข้างต้น แต่ผลการสำรวจที่ผ่านมา สະท้อนให้เห็นว่ายังคงมีอุปสรรคในการส่งเสริมและสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า การส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่นั้นมักเน้นที่ผลลัพธ์ระยะยาว จนละเลยช่วงเวลาที่สำคัญคือระยะแรกหลังคลอด ซึ่งเป็นช่วงเวลาที่วิกฤตสำหรับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ (Walker, 2007) เนื่องจากเป็นช่วงเวลาที่มารดาต้องใช้ความรู้และทักษะที่มีนำลงสู่การปฏิบัติจริง คนส่วนใหญ่เข้าใจผิดว่าการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เป็นการทำตามธรรมชาติหรือตามสัญชาต

ญาณของการเป็นแม่เท่านั้น แต่แท้จริงแล้วการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ต้องอาศัยกระบวนการการเรียนรู้ทั้งเรื่องของกลไกการสร้างและหลั่งน้ำนม การดูแลนมแม่อย่างมีประสิทธิภาพ การเรียนรู้และตอบสนองระหว่างแม่กับลูก ดังนั้นช่วงระยะเวลาหลังคลอดจึงเป็นช่วงเวลาสำคัญที่มารดาต้องการการเรียนรู้จากการลงมือปฏิบัติจริง ฝึกทักษะการอุ้มลูกดูแลตนเอง ตอบสนองความต้องการของลูก การที่พยาบาลให้ความรู้และฝึกทักษะพื้นฐานจนมารดาสามารถปฏิบัติได้ด้วยตนเองจะทำให้มารดาเกิดความภาคภูมิใจ เชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง และจะเป็นพื้นฐานสำคัญในก้าวต่อไปที่มารดาต้องพึ่งพาตนเองเมื่อกลับบ้าน และส่งผลต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวยต่อไปในระยะยาว ในทางตรงข้าม หากมารดาไม่ประสบความสำเร็จในการให้ลูกดูแลนมแม่ตั้งแต่อยู่ในโรงพยาบาล เมื่อระยะเวลายังผ่านไปนาน ยิ่งเป็นการยากที่จะแก้ไขวิธีการดูแลนมของทารก โดยเฉพาะเมื่อขาดความช่วยเหลือจากผู้รู้ ทารกก็จะได้รับน้ำนมไม่เพียงพอ หงุดหงิด ร้องกวน ทำให้มารดาวิตกกังวล เครียด ขาดความเชื่อมั่นในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ซึ่งมีผลให้น้ำนมแม่ไหลน้อย สุดท้ายมารดามักตัดสินใจเลี้ยงลูกด้วยนมผสมแทนนมแม่ (Asole, Spinelli, Antinucci, & Di Lallo, 2009; Manganaro, et al., 2009; Taveras, et al., 2003)

ความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวก่อนจำหน่าย หมายถึงการให้นมแม่อย่างเดียวก่อนลูก โดยไม่ให้น้ำ หรืออาหารอื่น ตลอดช่วงเวลา 24 ชั่วโมงที่ผ่านมา ยกเว้นยา หรือวิตามินที่เป็นคำสั่งการรักษาของแพทย์ (WHO, 2007) สอดคล้องกับงานวิจัยจำนวนมากซึ่งประเมินผลลัพธ์ของการศึกษาตามเกณฑ์การประเมินขององค์การอนามัยโลกดังกล่าวเช่นกัน (Anderson, Damio, Young, Chapman, & Perez-Escamilla, 2005; Kuan Decolongon, Schoettker, Atherton, Kotagal, 1999; McKeever, 2002; Zanardo, et al., 2010)

การที่มารดาจะสามารถประสบความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวนั้นเป็นผลมาจากปัจจัยหลายประการประกอบด้วยปัจจัยส่วนบุคคล และปัจจัยสิ่งแวดล้อม ซึ่งปัจจัยส่วนบุคคลได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ครอบครัว สถานภาพสมรส อาชีพ ประสบการณ์การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ความรู้ ทัศนคติ ความตั้งใจ และการรับรู้สมรรถนะในตนเอง ปัจจัยสิ่งแวดล้อมได้แก่ เวลาที่เริ่มให้นมแม่ ปริมาณน้ำนม การเสริมนมผสม การสนับสนุนจากพยาบาล การสนับสนุนจากบุคคลใกล้ชิดและสมาชิกในครอบครัว นโยบายขององค์กร และสุขภาพของมารดาและทารก (Chen, Liu, Merrett, Chuo, & Wan, 2008; Dashti, Scott, Edwards, & Al-Sughayer, 2010; Emel Örün, 2010; Grjibovski, Ehrenblad, & Yngve, 2008; Kohlhubera, Rebhana, Schweglera, Koletzkoa, & Frommea, 2008; Thulier & Mercer, 2009; Whalen & Cramton, 2010; Zanardo, et al., 2010)

แต่จากผลการศึกษาพบว่าปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวในระยะแรกหลังคลอดก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ได้แก่ อายุ ประสบการณ์ในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ทักษะต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ การรับรู้สมรรถนะในตนเอง เวลาที่เริ่มให้นมแม่ และการสนับสนุนจากพยาบาล (Britton, et al., 2007; Gregory, et al., 2008; Kohlhubera, et al., 2008; Lin, et al., 2008; Nakao, et al., 2008; Pechlivani, et al., 2005; Scott, et al., 2001; Taveras, et al., 2003; Whalen & Cramton, 2010) ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

อายุมารดา เป็นตัวกำหนดความพร้อมและความสมบูรณ์ด้านร่างกายและจิตใจได้ในระดับหนึ่ง ผู้ที่มีอายุอยู่ในช่วงวัยผู้ใหญ่ มักจะมีความสามารถในการคิดเชิงนามธรรม สามารถเรียนรู้ คัดวิเคราะห์ แก้ไขปัญหา มีเหตุผลรวมทั้งสามารถปรับตัวต่อสถานการณ์ที่กำลังเผชิญอยู่ได้ (วิภาพร มาพบสุข, 2547) มารดาที่มีอายุอยู่ในช่วงวัยผู้ใหญ่มีความพร้อมทางวุฒิภาวะมากกว่ามารดาที่มีอายุน้อย ส่วนใหญ่จึงมีความสามารถในการเรียนรู้ และให้ความสนใจกับความต้องการของทารกมากกว่าความต้องการของตนเอง จึงสามารถเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้สำเร็จมากกว่ามารดาที่มีอายุอยู่ในช่วงวัยรุ่น (Coleman, et al., 2009; Evers, Doran, & Schellenberg, 1998; Hauck, Fenwick, Dhaliwal, & Butt, 2011; Scott, 2009) สอดคล้องกับการศึกษาของ Scott และคณะ (2001) ที่พบว่าอายุของมารดาเป็นปัจจัยทำนายความสำเร็จของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ก่อนออกจากโรงพยาบาล และมารดาที่อยู่ในวัยผู้ใหญ่จะเลี้ยงลูกด้วยนมแม่นานขึ้น ในทางตรงกันข้าม มารดาที่อายุน้อยจะเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ไม่ต่อเนื่อง และล้มเลิกการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เร็ว (Kohlhubera, et al., 2008)

ประสบการณ์การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว ประสบการณ์เป็นเหตุการณ์ที่บุคคลได้เคยผ่านสถานการณ์ที่มีลักษณะใกล้เคียงกับสถานการณ์ในปัจจุบันมาก่อน ซึ่งมีผลต่อการรับรู้ การคาดคะเน การแปลความหมายของการกระทำในปัจจุบัน ในสถานการณ์เดียวกัน บุคคลแต่ละคนอาจจะแปลความหมายของสถานการณ์และมีพฤติกรรมแตกต่างกัน อันเป็นผลมาจากประสบการณ์ที่ต่างกันในอดีต หากมารดาที่มีประสบการณ์ในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่มาก่อนจะทำให้มารดาสามารถที่จะคาดการณ์ถึงเหตุการณ์ที่อาจเกิดขึ้นได้ สามารถป้องกันและแก้ไขสถานการณ์ที่เป็นปัญหาให้ผ่านพ้นไปได้ (แสงทอง เลิศประเสริฐพงศ์, 2544) และส่งผลอย่างมากต่อระยะเวลาในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในทารกคนปัจจุบัน โดยมารดาที่มีประสบการณ์ในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่น้อยกว่า 5 สัปดาห์จะล้มเลิกการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่มากกว่ามารดาที่มีประสบการณ์ในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่มากกว่า 17 สัปดาห์เกือบ 8 เท่า (Kronborg & Michael, 2004) สอดคล้องกับการศึกษาของ Pechlivani และคณะ (2005) ที่พบว่ามารดาที่มีประสบการณ์การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่มาก่อน มีอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวก่อนจำหน่ายจากโรงพยาบาลมากกว่ามารดาที่ไม่เคยเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ นอกจากนี้ยังพบว่า

มารดาที่เคยเลี้ยงลูกด้วยนมแม่มีความตั้งใจ และความมั่นใจในการให้นมแม่แก่ลูกมากกว่ามารดาที่ไม่เคยมีประสบการณ์ (Lessen, & Crivelli-Kovach, 2007)

ทัศนคติ หมายถึง ความคิด หรือความรู้สึกของบุคคลที่มีต่อบุคคล วัตถุ สิ่งของ หรือสถานการณ์ต่างๆ ทัศนคตินี้มีรากฐานมาจาก ความเชื่อ การเรียนรู้ การได้รับการอบรมสั่งสอน วัฒนธรรม ประเพณีจากบิดามารดา ทั้งโดยทางตรง และทางอ้อม ร่วมกับประสบการณ์ของแต่ละบุคคล ทัศนคติอาจเกิดจากการเลียนแบบ หรือการรับทัศนคติของผู้อื่นมาเป็นของตนเอง ทัศนคติเป็นพลังคล้ายกับแรงจูงใจที่สามารถผลักดันการกระทำให้สอดคล้องกับทัศนคติ (รังสรรค์ ประเสริฐศรี, 2548) ดังนั้นมารดาที่มีทัศนคติที่ดีต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ จะมีความเชื่อว่าการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่นั้นเป็นสิ่งที่ดี มีประโยชน์ จึงเป็นแรงผลักดันให้มารดาพยายามเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวยุติสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่ามารดาที่มีทัศนคติที่ดีต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ย่อมตัดสินใจที่จะเลี้ยงลูกด้วยนมแม่และมีแนวโน้มที่จะประสบผลสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวก่อนจำหน่าย และ 4 สัปดาห์ (Lin, Kuo, Lin, & Chang, 2008) 6 สัปดาห์ (Ho & McGrath, 2011) และ 6 เดือนหลังคลอด (คณะพร เตชะเสาวภาคย์, 2554) นอกจากนี้ทัศนคติที่ดีต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความรู้เรื่องการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดา (Kishore, 2009) ในทางตรงข้ามทัศนคติที่ไม่ดีต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ จะมีผลต่อการเสริมนมผสมเร็ว (DiGirolamo, Grummer-Strawn, & Fein, 2008; Scott, 2006)

การรับรู้สมรรถนะในตนเอง หมายถึงการตัดสินใจความสามารถของตนเองในการกระทำกิจกรรมใดกิจกรรมหนึ่งจากการประเมินแหล่งประโยชน์ที่มีอยู่ ผู้ที่มีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองสูง จะไม่หวาดหวั่นในการทำงาน มีความอดทน พยายาม ไม่ท้อถอยต่ออุปสรรค คิดหาวิธีการต่างๆ ที่จะทำสิ่งที่มุ่งหวังให้ประสบความสำเร็จ (Bandura, 1986) ตามแนวคิดนี้มารดาที่มีความเชื่อมั่นว่าตนเองมีความสามารถที่จะเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวยุติได้ในระยะเวลาหนึ่ง จะมีความพยายาม อดทนและคิดหาวิธีที่จะก้าวข้ามอุปสรรคต่างๆ ที่เกิดขึ้น ไปสู่ความสำเร็จได้ (Avery, Zimmermann, Underwood, & Magnus, 2009; Chezem, 2003; Kools, et al., 2006; Manhire, Hagan, & Floyd, 2007) นอกจากนี้การส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะในตนเองเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ โดยผ่านทางการกระทำที่บรรลุผลสำเร็จ ประสบการณ์จากการกระทำของบุคคลอื่น การชักจูงด้วยคำพูด และการกระตุ้นทางอารมณ์ จะช่วยให้มารดาที่ฟุ้งหวั่นใจมีความมั่นใจในการให้นมบุตรเพิ่มมากขึ้นและพร้อมที่จะเผชิญกับปัญหาต่างๆ ตั้งแต่ระยะแรกหลังคลอดส่งผลต่อความสำเร็จของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ (เบญจมาศ ทักษะสุภาพ, 2549) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Gregory และคณะ (2008) ที่พบว่ามารดาที่มีการรับรู้สมรรถนะในตนเองเกี่ยวกับการเลี้ยงลูก

ด้วยนมแม่ระดับสูงมีอัตราเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวยาระยะที่อยู่โรงพยาบาลและระยะ 4 สัปดาห์มากกว่ามารดาที่มีการรับรู้สมรรถนะในตนเองในระดับต่ำ

เวลาที่เริ่มให้นมแม่แก่ทารกในระยะหลังคลอดมีผลต่อความสำเร็จของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ตั้งแต่ระยะแรกหลังคลอด เนื่องจากการเริ่มต้นเร็วจะเป็นการกระตุ้นให้น้ำนมมาเร็วขึ้น เพราะการดูดจะช่วยกระตุ้นการสร้างฮอร์โมนโปรแลคติน (prolactin) ที่ทำหน้าที่สร้างน้ำนม และฮอร์โมนออกซิโตซิน (oxytocin) ที่ช่วยในการหลั่งน้ำนม และการนำลูกมาดูดนมแม่เร็วยังเป็นการสร้างความรู้สึกผูกพันระหว่างแม่-ลูก สอดคล้องกับการศึกษาของ Widström และคณะ (1990) ที่พบว่าทารกที่เริ่มฝึกการกอดสัมผัสห้วนมแม่ในช่วงชั่วโมงแรกของชีวิต จะทำให้แม่ตัดสินใจเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และประสบความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ มากกว่ามารดาที่เริ่มให้นมช้า นอกจากนี้การเริ่มให้นมแม่ภายในวันแรกหลังคลอดมีความสำคัญมากต่อการเรียนรู้ของทารกที่เกี่ยวข้องกับการดูดนมแม่ เช่นการอมห้วนม การทำงานของรีเฟล็กซ์ในการดูดนมร่วมกับการกลืนน้ำนม สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าทารกที่เริ่มดูดนมช้าในระยะ 24 ชั่วโมงแรก หรือประสบปัญหาต่างๆ ตั้งแต่แรก เช่นการเริ่มให้นมผสม การให้อาหารปลอม การแยกจากมารดา จะมีผลเสียต่อการเรียนรู้เกี่ยวกับการดูดนมแม่ในระยะต่อไปได้ (Hill, Humenick, Brennan, & Woolley, 1997; Radzysinski, 2005) นอกจากนี้การเริ่มให้นมแม่เร็วยังส่งผลต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวยาระยะก่อนจำหน่าย จนถึง 4 เดือนหลังคลอด (Nakao, Moji, Honda, & Oishi, 2008) และยังมีผลต่อการเพิ่มระยะเวลาการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ที่นานขึ้นด้วย (Pérez-Escamilla, Pollitt, Lönnerdal, & Dewey, 1994)

การสนับสนุนจากพยาบาลมีผลอย่างมากต่อความสำเร็จของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ก่อนจำหน่าย เนื่องจากในระยะแรกหลังคลอด พยาบาลเป็นผู้ที่ใกล้ชิดกับมารดาและทารกมากที่สุด มีบทบาทโดยตรงในการให้คำแนะนำ ให้ความรู้และให้การช่วยเหลือ สนับสนุนในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ โดยเฉพาะมารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดนั้น จำเป็นต้องได้รับการดูแลช่วยเหลือเป็นพิเศษตั้งแต่วันแรกๆ หลังคลอด โดยใช้หลักการ ดูดเร็ว ดูดบ่อย และดูดถูกวิธี (สุอารีย์ อันตรการ และ ธีรรัตน์ วงศ์วิสุทธิ, 2546) การช่วยเหลือในการจัดทำมารดาและทารกเพื่อให้ทารกดูดนมได้อย่างถูกต้องและมีประสิทธิภาพ การสัมผัสมารดาด้วยความนุ่มนวลและให้คำชมเชยเมื่อมารดาปฏิบัติได้ถูกต้อง จะส่งเสริมให้มารดาเกิดความมั่นใจในการที่จะอุ้ม โอบกอด สัมผัส และให้การตอบสนองต่อความต้องการของทารก เกิดความภาคภูมิใจในบทบาทการเป็นมารดา เกิดความรักและผูกพันกับทารกเพิ่มมากขึ้น ทำให้สามารถเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้สำเร็จ (Asole, et al., 2009) ซึ่งสอดคล้องกับหลายการศึกษาที่พบว่าความช่วยเหลือ สนับสนุนจากพยาบาลมีผลต่อระยะเวลาและความสำเร็จของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ (Britton, McCormick, Renfrew, Wade, & King, 2007; Taveras, et al., 2003;

Whalen & Cramton, 2010) พยาบาลควรให้การสนับสนุนทั้งด้านอารมณ์ ข้อมูลข่าวสาร สิ่งของ และบริการ มารดาแต่ละรายต้องการการดูแลที่แตกต่างกันไป (Hong, Callister, & Schwartz, 2003) ในทางกลับกันการที่มารดาขาดการสนับสนุนอย่างต่อเนื่อง หรือไม่ได้รับการช่วยเหลือ สนับสนุน จากพยาบาลจะส่งผลทางลบต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้ (Attard Montalto, Borg, Buttigieg-Said, & Clemmer, 2010; Lewallen & Street, 2010)

สุขภาพของมารดาและทารกมีผลต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ทารกที่เจ็บป่วยต้องแยกจากมารดาเพื่อเข้ารับการรักษาที่หน่วยวิกฤต เริ่มดูนมแม่ช้าและมีอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ก่อนจำหน่ายน้อยกว่าทารกปกติ (Dashti, et al., 2010) มารดาที่มีภาวะไม่สุขสบาย และถูกรบกวนจากปัญหาต่างๆ เช่น หัวนมแตก เต้านมคัดตึง เต้านมอักเสบ ท่อน้ำนมอุดตัน เป็นเหตุผลหนึ่งของการหยุดให้นมทารก (Thompson, Roberts, Currie, & Ellwood, 2002) และสภาพร่างกายของมารดาอาจขึ้นอยู่กับความยาก-ง่ายของการคลอด หรือหัตถการที่มารดาได้รับ (Caroline Jane, 2007) ซึ่งสอดคล้องกับหลายการศึกษาที่พบว่ามารดาที่คลอดด้วยวิธีการผ่าตัด จะมีผลกระทบทั้งด้านร่างกาย และจิตใจมากกว่ามารดาที่คลอดปกติ ทั้งยังส่งผลต่อระยะเวลาการเริ่มให้นมแม่และท่าทางในการอุ้มลูกดูนม (Chen, et al., 2008; Dashti, et al., 2010; Kohlhubera, et al., 2008; Thulier & Mercer, 2009; Whalen & Cramton, 2010; Zanardo, et al., 2010)

ในปัจจุบันพบว่าอัตราการผ่าตัดคลอดมีแนวโน้มที่จะเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ขณะที่องค์การอนามัยโลกกำหนดว่าอัตราการผ่าตัดคลอดนั้นไม่ควรเกินร้อยละ 10-15 (WHO, 1985) แต่ปัจจุบันความก้าวหน้าทางวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีทางการแพทย์มีมากขึ้น ทำให้การผ่าตัดคลอดทำได้ง่ายและปลอดภัยมากขึ้น จึงทำให้มีอัตราการผ่าตัดคลอดเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว (Tollånes, 2009) สถานการณ์ทั่วโลกก็เช่นกัน ในทวีปยุโรปมีอัตราการผ่าตัดคลอดร้อยละ 36 และทวีปเอเชียร้อยละ 40.5 (Betrán, et al., 2007) สำหรับประเทศไทยพบว่าอัตราการผ่าตัดคลอดเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วในระยะ 10 ปีที่ผ่านมาและปัจจุบันยังคงมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น ซึ่งข้อมูลจากกระทรวงสาธารณสุขระบุว่าในปี 2549 มีอัตราการผ่าตัดคลอดในโรงพยาบาลเอกชนร้อยละ 51.45 ในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ระหว่างปีพ.ศ. 2551-2552 มีร้อยละ 44.08 และ 44.39 ตามลำดับ และในโรงพยาบาลศิริราช สถิติจากห้องคลอดสามัญ ระหว่างปีพ.ศ. 2552 - 2553 มีอัตราการผ่าตัดคลอดร้อยละ 32.5 และ 34.4 ตามลำดับ

การผ่าตัดคลอดนับเป็นอุปสรรคขัดขวางการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่และการสร้างสัมพันธภาพระหว่างมารดาและทารกในระดับหนึ่ง กล่าวคือ มารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดต้องประสบกับความไม่สุขสบายจากอาการเจ็บปวดแผลผ่าตัด เนื่องจากเนื้อเยื่อได้รับความบอบช้ำจากการผ่าตัด ความเจ็บปวดจะเพิ่มมากขึ้นจากการเคลื่อนไหวร่างกาย การกระทบกระเทือนแผลผ่าตัด

และมารดาจะรู้สึกรำคาญและมีความรู้สึถูกผูกมัดด้วยอุปกรณ์ทางการแพทย์ ได้แก่ สายสวน ปัสสาวะ สายน้ำเกลือ นอกจากนี้การผ่าตัดคลอดจะทำให้มีการเสียเลือดมากกว่าการคลอดปกติ มารดาจึงมีอาการอ่อนเพลีย ต้องการการพักผ่อนมากกว่าการคลอดปกติทางช่องคลอด (Beare & Myers, 1994; Porter, van, Yip, & Bhattacharya, 2007) รวมทั้งอาจเกิดผลข้างเคียงจากฤทธิ์ของยาชาทางช่องเยื่อหุ้มไขสันหลังชั้นนอก (Epidural block) เช่น ความดันโลหิตต่ำ อาการคลื่นไส้ อาเจียน ปวดศีรษะหรือปวดหลัง จนทำให้เกิดความทุกข์ ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ไม่สามารถเริ่มให้ลูกดูดนมได้ด้วยตนเอง ทำให้การเริ่มให้ลูกดูดนมแม่ล่าช้าออกไป (Gadsden, Hart, & Santos, 2005; Olav, 1994) สอดคล้องกับการศึกษาของ Zanardo และคณะ (2010) ที่พบว่ามารดาที่คลอดโดยการผ่าตัดเริ่มให้นมแก่ทารกครั้งแรกเฉลี่ย 10.4 ชั่วโมงหลังคลอด ในขณะที่มารดาที่คลอดปกติทางช่องคลอดให้นมแม่ครั้งแรกเฉลี่ย 3.1 ชั่วโมงหลังคลอด

จากการที่ทารกเริ่มดูดนมแม่ล่าช้า คุณแม่ไม่บ่อย และไม่สม่ำเสมอ เนื่องจากมารดาไม่สามารถเลี้ยงลูกด้วยตนเอง ทำให้ทารกไม่ได้เรียนรู้วิธีการดูดนมที่ถูกต้องตั้งแต่แรก (Boccolini, 2011 ; Pérez-Ríos, 2008) และขัดขวางกระบวนการสร้างและหลั่งน้ำนมของมารดา มีผลทำให้ปริมาณน้ำมน้อย (Porter, Teijlingen, Yip, & Bhattacharya, 2007) ซึ่งปริมาณน้ำนมที่มาน้อยหรือมาช้า เป็นปัญหาที่พบบ่อย สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่ามารดาที่คลอดโดยวิธีการผ่าตัดมีน้ำมน้อยกว่ามารดาที่คลอดปกติทางช่องคลอดในระหว่างวันที่ 2-5 หลังคลอด (Evans, Evans, Royal, Esterman, & James, 2003) การที่ปริมาณน้ำมน้อยทำให้มารดาเกิดความวิตกกังวล กลัวว่าทารกจะได้รับสารอาหารไม่เพียงพอ จึงเสริมนมผสมแก่ทารก และทารกส่วนใหญ่ได้รับนมผสมด้วยวิธีการป้อนที่ไม่ถูกต้อง ทำให้ทารกติดกับรสชาติของนมผสม เคยชินกับการได้รับน้ำนมที่ไหลเร็ว (faster flow) และวิธีการดูดนมที่ไม่ถูกต้อง ผลที่เกิดตามมาคือเมื่อนำทารกมาดูดนมแม่ ทารกมักจะปฏิเสธการดูดนมจากเต้า เพราะการกินนมผสมไม่ว่าจะได้รับจากแก้วหรือขวดก็ตามจะมีกลไกที่แตกต่างจากการดูดนมจากเต้านมแม่ (Agboado, Michel, Jackson, & Verma, 2010) สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าประสิทธิภาพการดูดนมแม่ของทารกที่คลอดโดยวิธีการผ่าตัดไม่ดีเท่ากับทารกที่คลอดปกติ (Cakmak & Kuguoglu, 2007) ดังนั้นจึงมักพบว่ามารดาที่คลอดโดยการผ่าตัด มีอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่น้อยกว่ามารดาที่คลอดทางช่องคลอด ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Zanardo และคณะ (2010) ที่พบอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวก่อนจำหน่ายในมารดาหลังผ่าตัดคลอดมีร้อยละ 73 ในขณะที่มารดาที่คลอดปกติทางช่องคลอดมีร้อยละ 88

ความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวยุติในระยะแรกหลังคลอด เป็นจุดเริ่มต้นที่สำคัญที่จะทำให้มารดาสามารถเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวก่อน 6 เดือน และเลี้ยงต่อไปร่วมกับอาหารตามวัยจนครบ 2 ขวบ หรือนานกว่านั้นตามคำแนะนำขององค์การอนามัยโลกและกระทรวง

สาธารณสุข ซึ่งมารดาที่คลอดโดยวิธีการผ่าตัดคลอดมีโอกาสที่จะทำได้สำเร็จน้อยกว่ามารดาที่คลอดปกติทางช่องคลอด เนื่องจากผลกระทบของการผ่าตัด ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาปัจจัยทำนายความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวก่อนจำหน่ายในมารดาที่ผ่าตัดคลอด อีกทั้งการศึกษาในประเทศไทยที่ผ่านมา ยังไม่มีการศึกษาปัจจัยที่สำคัญเหล่านี้ร่วมกัน ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล (อายุ ประสบการณ์การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ทักษะเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ การรับรู้สมรรถนะในตนเองเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่) เวลาที่เริ่มให้นมแม่ และการสนับสนุนจากพยาบาลในการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ เพื่อนำผลการศึกษาที่ได้มาเป็นแนวทางในการวางแผนการพยาบาลและส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ต่อไป

คำถามการวิจัย

อายุ ประสบการณ์การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ทักษะเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ การรับรู้สมรรถนะในตนเองเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ เวลาที่เริ่มให้นมแม่ และการสนับสนุนจากพยาบาล สามารถทำนายความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวก่อนจำหน่ายในมารดาหลังผ่าตัดคลอดได้หรือไม่ อย่างไร

วัตถุประสงค์การวิจัย

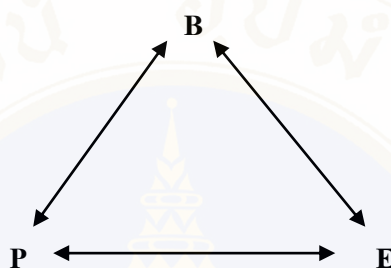
เพื่อศึกษาอำนาจในการทำนายของอายุ ประสบการณ์การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ทักษะเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ การรับรู้สมรรถนะในตนเองเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ เวลาที่เริ่มให้นมแม่ และการสนับสนุนจากพยาบาล ต่อความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวก่อนจำหน่ายในมารดาหลังผ่าตัดคลอด

สมมติฐานการวิจัย

อายุ ประสบการณ์การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ทักษะเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ การรับรู้สมรรถนะในตนเองเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ เวลาที่เริ่มให้นมแม่ และการสนับสนุนจากพยาบาล สามารถทำนายความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวก่อนจำหน่ายในมารดาหลังผ่าตัดคลอดได้

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การศึกษานี้ใช้ Triadic Reciprocal Determinism Model ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของ ทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญาสังคม (Social cognitive theory) เป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย แบบดورا (Bandura, 1986) เชื่อว่าปัจจัยส่วนบุคคล (Personal factors) สิ่งแวดล้อม (Enviornmental) และ พฤติกรรม (Behavior) ต่างมีอิทธิพลซึ่งกันและกัน ดังแสดงในแผนภูมิที่ 1.1



แผนภูมิที่ 1.1 Triadic Reciprocal Determinism Model ประกอบด้วย ปัจจัยส่วนบุคคล (P) สิ่งแวดล้อม (E) และพฤติกรรม (B) ต่างมีอิทธิพลซึ่งกันและกัน (Bandura, 1986)

ปัจจัยส่วนบุคคล หมายถึง ลักษณะทางชีวภาพ และลักษณะภายในของบุคคล เช่น อายุ การศึกษา สถิติปัญหา ความคิด ความรู้สึก ความเชื่อ ทักษะ ทักษะ ความคาดหวังในผลลัพธ์ (outcome expectation) การรับรู้สมรรถนะในตนเอง (self-efficacy) ความสามารถในการควบคุมตนเอง ซึ่งปัจจัยเหล่านี้มีผลต่อพฤติกรรมและสิ่งแวดล้อม นอกจากนี้เบนดอรานับว่าการรับรู้สมรรถนะในตนเองเป็นปัจจัยสำคัญต่อความสำเร็จในการทำงานอย่างใดอย่างหนึ่ง เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ตามที่คาดหวัง สำหรับปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม หมายถึง อิทธิพลทางสังคม หรือสถานการณ์รอบๆ ตัวบุคคล ทั้งจากข้อมูลข่าวสาร สื่อต่างๆ หรือบุคคล ซึ่งมีผลต่อพฤติกรรม และปัจจัยส่วนบุคคล พฤติกรรม หมายถึง สิ่งที่บุคคลกระทำหรือแสดงออก ซึ่งเปลี่ยนแปลงได้ตามปัจจัยส่วนบุคคลและสิ่งแวดล้อม (Bandura, 1989)

ซึ่งเบนดورا กล่าวว่า ปัจจัยส่วนบุคคล (Personal factors) สิ่งแวดล้อม (Enviornmental) และพฤติกรรม (Behavior) ต่างมีอิทธิพลซึ่งกันและกัน แต่ปัจจัยทั้งสามนั้นมิได้มีอิทธิพลในการกำหนดซึ่งกันและกันอย่างเท่าเทียม บางปัจจัยอาจมีอิทธิพลมากกว่าอีกปัจจัย และอิทธิพลของปัจจัยทั้งสามไม่ได้เกิดขึ้นพร้อมๆ กัน แต่เมื่อปัจจัยที่เป็นต้นเหตุเกิดขึ้นจะมีผลกระตุ้นให้เกิดปัจจัยที่เป็นผลตามมา และต้องอาศัยเวลาในการที่ปัจจัยใดปัจจัยหนึ่งจะมีผลต่อการกำหนดปัจจัยอื่นๆ (Bandura, 1989) ในการศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยสิ่งแวดล้อม ที่มีอิทธิพลต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวในมารดาที่ผ่าตัดคลอด โดยศึกษาปัจจัยทำนายความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวก่อนจำหน่ายในมารดาหลังผ่าตัดคลอด โดย อายุ ประสบการณ์การเลี้ยงลูกด้วย

นมแม่ ทักษะในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ การรับรู้สมรรถนะในตนเองเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ (ปัจจัยส่วนบุคคล) เวลาที่เริ่มให้นมแม่ และการสนับสนุนจากพยาบาล (ปัจจัยสิ่งแวดล้อม) สามารถอธิบายได้ดังแผนภูมิที่ 1.2



แผนภูมิที่ 1.2 กรอบแนวคิดการวิจัย

ขอบเขตของการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบศึกษาทำนาย (Predictive research design) ของอายุ ประสบการณ์การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ทักษะเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ การรับรู้สมรรถนะในตนเองเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ เวลาที่เริ่มให้นมแม่ และการสนับสนุนจากพยาบาล ต่อความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวก่อนจำหน่ายในมารดาหลังผ่าตัดคลอด โดยศึกษาในกลุ่มมารดาหลังผ่าตัดคลอด ที่หน่วยหลังคลอดสามัญ โรงพยาบาลศิริราช ระยะเวลาศึกษาตั้งแต่ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนเป็นระยะเวลา 5 เดือน

นิยามตัวแปร

การผ่าตัดคลอด หมายถึง การผ่าตัดเปิดหน้าท้อง และเปิดมดลูก เพื่อทำคลอดทารก

อายุมารดา หมายถึง จำนวนเต็มเป็นปี นับตั้งแต่แรกเกิดจนถึงวันที่เก็บข้อมูล กรณีเศษอายุเกิน 6 เดือนให้ปัดเป็น 1 ปีเต็ม เศษต่ำกว่า 6 เดือนให้ปัดทิ้ง

ประสบการณ์การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ หมายถึง มารดาเคยผ่านเหตุการณ์ในการให้นมบุตรอย่างน้อย 1 คน เป็นเวลาอย่างน้อย 1 สัปดาห์

เวลาที่เริ่มให้นมแม่ หมายถึง ระยะเวลา นับจากเวลาคลอดจนถึงเวลาที่มารดาเริ่มให้ลูกดูดนมจากเต้าครั้งแรกหลังผ่าตัดคลอด นับเป็นชั่วโมง เศษน้อยกว่า 30 นาทีปัดทิ้ง เกิน 30 นาทีนับเป็น 1 ชั่วโมง

ทัศนคติเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ หมายถึง ความรู้สึก หรือความเชื่อเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดา วัดด้วยแบบสอบถามทัศนคติในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ (The Iowa Infant Feeding Attitude Scale: IIFAS) ของ De La Mora และ Russell (1999) ซึ่งแปลเป็นภาษาไทยโดยผู้วิจัย

การรับรู้สมรรถนะในตนเองของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ หมายถึง ความมั่นใจในความสามารถของตนเองว่าตนเองมีความสามารถเพียงพอที่จะเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้ วัดด้วยแบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะในตนเองของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ฉบับสั้น (Breastfeeding Self-Efficacy Scale-Short Form) ของ Dennis (2003) ซึ่งแปลเป็นภาษาไทยโดยเบญจมาศ ทศนะสุภาพ (2549)

การสนับสนุนจากพยาบาลในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ หมายถึง การรับรู้ ความคิดเห็น หรือความรู้สึกของมารดาหลังผ่าตัดคลอด ต่อความช่วยเหลือที่ได้รับจากพยาบาลที่เกี่ยวข้องกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ซึ่งประกอบด้วยการสนับสนุน 3 ด้าน คือ ด้านอารมณ์ ด้านข้อมูลข่าวสาร และด้านสิ่งของและบริการ ซึ่งด้านอารมณ์ เป็นการแสดงออกถึงการยกย่อง เห็นคุณค่า ไว้วางใจ ห่วงใย ยอมรับ หรือรับฟัง ด้านข้อมูลข่าวสาร เป็นการให้คำแนะนำ ข้อเสนอแนะ ข้อมูลที่สามารถนำไปใช้ประโยชน์หรือแก้ปัญหา และด้านสิ่งของและบริการ เป็นการช่วยเหลือด้านสิ่งของ บริการ แรงงาน และใช้เวลา วัดด้วยแบบสอบถามการสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่จากพยาบาล ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

ความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวก่อนจำหน่าย หมายถึง การให้นมแม่อย่างเดียวก่อนลูก โดยไม่มีน้ำหรืออาหารอื่น ยกเว้นยา หรือวิตามินที่ได้รับตามแผนการรักษาของแพทย์ ตลอดระยะเวลา 24 ชั่วโมง เริ่มบันทึกตั้งแต่หลัง 48 ชั่วโมง-72 ชั่วโมงหลังผ่าตัดคลอด โดยใช้

แบบบันทึกการให้อาหารทารก ถ้าไม่สามารถปฏิบัติได้ แปลว่า ไม่ประสบความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวก่อนจำหน่าย

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. นำผลที่ได้จากการศึกษามาใช้เป็นแนวทางในการวางแผนการพยาบาล ส่งเสริม และสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในมารดาผ่าตัดคลอดที่หน่วยหลังคลอด
2. เป็นแนวทางสำหรับผู้สนใจในการค้นคว้า วิจัย ในประเด็นอื่นที่เกี่ยวข้องกับความสำเร็จของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในมารดาผ่าตัดคลอด

บทที่ 2

วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาปัจจัยส่วนบุคคล (อายุ ประสบการณ์การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ทักษะเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ การรับรู้สมรรถนะในตนเองเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่) เวลาที่เริ่มให้นมแม่ และการสนับสนุนจากพยาบาล ในการทำนายความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวก่อนจำหน่ายในมารดาหลังผ่าตัดคลอด ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าตำรา วารสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องดังนี้

1. การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่
 - กลไกการสร้างและหลั่งน้ำนม
 - ประโยชน์ของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่
 - วิธีปฏิบัติในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่
2. ผลกระทบของการผ่าตัดคลอด
3. ความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวก่อนจำหน่าย
4. ปัจจัยที่มีผลต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่
 - ปัจจัยส่วนบุคคล
 - ปัจจัยสิ่งแวดล้อม
5. ทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญาสังคม (Social Cognitive Theory)

การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

มนุษย์เป็นสัตว์เลี้ยงลูกด้วยนม ดังนั้นน้ำนมแม่จึงเป็นสิ่งที่ธรรมชาติสร้างขึ้นเพื่อลูกของแม่คนนั้น ซึ่งมีความเหมาะสมสำหรับการเจริญเติบโตของทารก และเสริมสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างมารดาและทารกด้วย การให้นมแม่จึงมิใช่เป็นเพียงแค่การให้อาหาร แต่เป็นการเริ่มต้นการให้สิ่งที่ดีที่สุดสำหรับลูก ซึ่งมารดาสามารถประสบความสำเร็จได้ตั้งแต่เริ่มแรก หากมารดามีความรู้และทักษะที่ถูกต้อง ได้แก่ กลไกการสร้างและหลั่งน้ำนม ประโยชน์ของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และวิธีปฏิบัติในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

กลไกการสร้างและหลั่งน้ำนม

ขณะที่ทารกดูดนมมารดาจะกระตุ้นปลายประสาทที่หัวนมและลานหัวนม ส่งกระแสประสาทไปตามไขสันหลังสู่สมอง กระตุ้นไฮโปทาลามัส (hypothalamus) ทำให้เกิดการหลั่งฮอร์โมน 2 ชนิด ดังนี้

1. โพรแลคติน (Prolactin) จากต่อมใต้สมองส่วนหน้า (anterior pituitary gland) โดยฮอร์โมนโพรแลคติน จะเข้าสู่กระแสเลือดไหลผ่านไปยังเต้านมเพื่อไปกระตุ้น alveolar cells ให้สร้างน้ำนม พบว่าขณะทารกดูดนมแม่ระดับฮอร์โมนโพรแลคติน ในกระแสเลือดของมารดาจะสูงขึ้นอย่างรวดเร็วและจะสูงอยู่นานประมาณ 30 นาทีภายหลังทารกหยุดดูดนม มีผลกระตุ้นเต้านมให้สร้างน้ำนมมีต่อไป ต่อจากนั้นระดับฮอร์โมนโพรแลคติน จะค่อยๆ ลดลงสู่ระดับปกติประมาณ 3 ชั่วโมงหลังหยุดดูด (Lawrence & Lawrence, 2005) หากไม่มีการดูด หรือบีบน้ำนมออก การผลิตน้ำนมก็จะลดลงและกลับสู่ระดับปกติเหมือนก่อนตั้งครรภ์ภายใน 2-3 สัปดาห์ ดังนั้นเพื่อให้มีระดับฮอร์โมนโพรแลคตินในเลือดสูงตลอดเวลา ต้องให้ลูกดูดนมบ่อย ๆ ทุก 3 ชั่วโมง เพื่อกระตุ้นให้มีการผลิตน้ำนมได้มากเพียงพอต่อความต้องการของทารก (Stables & Rankin, 2010)

นอกจากนี้การสร้างน้ำนมจะถูกควบคุมภายในเต้านมเองด้วย เนื่องจากในน้ำนมมีสารโปรตีนที่ยับยั้งการสร้างน้ำนม (Inhibitor) อยู่ด้วย เต้านมที่มีน้ำนมจำนวนมากค้างเหลืออยู่ สารโปรตีนที่ยับยั้งการสร้างน้ำนมในน้ำนมจะยับยั้ง alveolar cells ไม่ให้สร้างน้ำนมอีก เป็นการช่วยป้องกันอันตรายที่จะเกิดขึ้นกับเต้านมถ้ามีน้ำนมเต็มเต้าเกินไป ฉะนั้นถ้ามีน้ำนมถูกขับออกจากเต้าโดยการดูดของลูกหรือบีบออก สารโปรตีนที่ยับยั้งการสร้างน้ำนม จะถูกขับออกไปด้วย เต้านมก็จะสร้างน้ำนมต่อไปเรื่อยๆ หากต้องการให้เต้านมสร้างน้ำนมต่อไป จะต้องระบายน้ำนมออกจากเต้าอย่างสม่ำเสมอ โดยการให้ลูกดูดหรือบีบออก (Lawrence & Lawrence, 2005)

2. ออกซิโตซิน (Oxytocin) หลังจากต่อมใต้สมองส่วนหลัง (posterior pituitary gland) เมื่อฮอร์โมนออกซิโตซินเข้าสู่กระแสเลือดจะกระตุ้นให้ myoepithelial cells เกิดการหดตัว บีบ

น้ำนมจาก alveoli ไหลผ่านท่อน้ำนมออกมา (Wilde, Prentice, & Peaker, 1995) ระดับของฮอร์โมนออกซิโทซิน จะเพิ่มขึ้นภายใน 1 นาทีหลังจากเต้านมถูกกระตุ้นด้วยวิธีใดก็ตาม และยังคงสูงอยู่ตราบเท่าที่ยังมีการกระตุ้น จากนั้นจะลดลงสู่ระดับปกติภายใน 6 นาทีหลังจากหยุดกระตุ้น (Edmonds, 2007)

นอกจากนี้การหลั่งของฮอร์โมนออกซิโทซิน ยังขึ้นอยู่กับประสาทสัมผัสทั้งห้าด้วย เช่น เมื่อได้ยินเสียงลูกร้องหรือมองเห็นลูก จะกระตุ้นให้มีการหลั่งฮอร์โมนออกซิโทซิน ทำให้น้ำนมไหลได้โดยที่ไม่ได้ให้ลูกดูดนม ตรงกันข้าม เมื่อมีความเจ็บปวด ความกังวลต่างๆ ขาดความเชื่อมั่น จะมีผลยับยั้งการหลั่งฮอร์โมนนี้ แม้ลูกจะดูดถูกวิธีและสม่ำเสมอก็ตาม มีผลทำให้ลูกได้น้ำนมไม่เพียงพอ น้ำหนักไม่ขึ้น ฮอร์โมนออกซิโทซินมีผลทำให้กล้ามเนื้อเรียบหดตัว ดังนั้นจึงมีผลให้กล้ามเนื้อดลูกหดตัวด้วย ช่วยป้องกันการตกเลือดหลังคลอด ขับน้ำคาวปลาและทำให้มดลูกเข้าอู่เร็ว เป็นเหตุให้แม่รู้สึกปวดท้องน้อยเป็นพักๆ (afterpains) เวลาให้ลูกดูดนมในสัปดาห์แรกหลังคลอด (Riordan, 2005)

ประโยชน์ของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ไม่ใช่เป็นเพียงการให้อาหารเพื่อให้ลูกอิ่มและช่วยให้ลูกเติบโตเท่านั้น แต่การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เป็นเรื่องของกระบวนการส่งเสริมพัฒนาการ และการเจริญเติบโตของเด็กอย่างมีคุณภาพ นมแม่มีประโยชน์ทั้งต่อทารก ต่อมารดา ต่อสังคมและประเทศชาติ ดังนี้

ประโยชน์ของนมแม่ที่มีต่อทารก

นมแม่มีประโยชน์มากมายต่อทารก ทั้งด้านร่างกาย อารมณ์ สังคม มีรายละเอียดดังนี้

1. พัฒนาการทางสมองและการเรียนรู้ ทารกที่ได้รับนมแม่มีการเจริญเติบโต และเพิ่มขนาดของเซลล์สมองอย่างเหมาะสม เนื่องจากน้ำนมแม่มีสารอาหารครบถ้วน และมีสารที่สำคัญ เช่น lactose ซึ่งเป็นส่วนประกอบสำคัญในการจับกับ galacto-lipid ในเนื้อสมอง ดีเอชเอ (DHA), เอเอ (AA), สารเร่งการเจริญเติบโตของประสาท (nerve growth factor) ฮอร์โมน และทอรีน (taurine) ซึ่งสารเหล่านี้ช่วยเพิ่มการเชื่อมต่อของเซลล์ประสาทให้มากขึ้นในระยะหลังคลอด (วีระพงษ์ นัตรา นนท์, 2546) ด้านการเรียนรู้พบว่า ทารกที่กินนมแม่มีพัฒนาการทางสมองดีกว่าทารกที่ไม่ได้กินนมแม่ทั้งในระยะเด็กเล็กและระยะผู้ใหญ่ มีการศึกษาแบบ meta-analysis ที่เปรียบเทียบพัฒนาการด้านสติปัญญา (cognitive development) ระหว่างกลุ่มที่ได้รับนมแม่ และได้รับนมผสม โดยเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนพัฒนาการด้านสติปัญญา ในทารกที่กินนมแม่มีระดับคะแนนดีกว่าโดยเฉลี่ย 3.16 จุดเมื่อตัดตัวแปรภายนอกออก (Anderson, Johnstone, & Remley, 1999)

2. ป้องกันการติดเชื้อ พบว่าในน้ำนมแม่มีส่วนประกอบหลายอย่างที่มีคุณสมบัติต่อต้านการติดเชื้อ และช่วยสร้างเสริมภูมิคุ้มกันแก่ทารก เช่น กลุ่ม antimicrobial factors ได้แก่ เอนไซม์ lipase, lysozyme, lactoperoxidase กลุ่ม anti-inflammatory agents กลุ่ม cytokines และ immunomodulating factors (ศิริภรณ์ สุวดีวร, กุสุมา ชูศิลป์, และกรรณิการ์ บางสายน้อย, 2548) ทารกที่เลี้ยงด้วยนมแม่จะมีสุขภาพที่แข็งแรงไม่เจ็บป่วยบ่อย เช่น โรคท้องเสีย ปอดบวม และภาวะลำไส้เน่าอักเสบ (necrotizing enterocolitis) เนื่องจากสารภูมิคุ้มกันที่ป้องกันภาวะติดเชื้อจากนมแม่ (Oddy, 2001) สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าทารกที่เคยกินนมแม่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะเจ็บป่วยชนิดที่ต้องนอนโรงพยาบาลเพราะโรคติดเชื้อน้อยกว่าทารกที่ไม่เคยได้รับนมแม่เลย ประมาณ 2 เท่า (Chen, Yu, & Li, 1988)

3. ลดความเสี่ยงต่อการเป็นโรคภูมิแพ้ พบว่าทารกที่อายุ 4-6 เดือนแรกมีเชื้อมูลำไส้ไม่แข็งแรง การยึดเกาะระหว่างเซลล์ ยังหลวมอยู่ และน้ำย่อยอาหารยังพัฒนาไม่เต็มที่ หากได้รับอาหารที่มีโปรตีนแปลกปลอม เช่น โปรตีนในนมผสม หรืออาหารอื่นๆ ทารกจะไม่สามารถย่อยหรือกำจัดออกได้ เปิดโอกาสให้โปรตีนเหล่านี้หลุดรอดไปกระตุ้นระบบภูมิคุ้มกันของทารก ก่อให้เกิดภาวะภูมิแพ้ได้ (ศิริภรณ์ สุวดีวร และคณะ, 2548) ซึ่งนมผสมนั้นมีลักษณะของโปรตีนโมเลกุลขนาดใหญ่ เมื่อหลุดเข้าไปในร่างกาย ร่างกายจะสร้าง IgG, IgM และ IgE ขึ้นมาตอบสนองต่อโปรตีนเหล่านี้ ทารกที่มี specific IgE ต่อนมวัวในระดับสูงจะเกิดอาการภูมิแพ้ขึ้น (ภาสุรี แสงสุกวานิช, 2546) แต่สำหรับนมแม่นั้นลดโอกาสการเกิดภาวะภูมิแพ้ได้ เพราะโปรตีนในนมแม่เป็นโปรตีนของคน ไม่ใช่โปรตีนแปลกปลอม และนมแม่ยังมีสารภูมิคุ้มกัน โดยเฉพาะ sIgA และสารต่อต้านการอักเสบต่างๆ ปกป้องเชื้อมทางเดินอาหาร ทำให้ลดความเสี่ยงต่อการกระตุ้นให้เกิดภูมิแพ้ได้ จากการศึกษาพบว่านมแม่ช่วยลดความเสี่ยงต่อโรคภูมิแพ้ในทารกปกติและทารกที่มีพันธุกรรมเสี่ยงต่อการเกิดภูมิแพ้ทั้งในระหว่างที่กำลังได้รับนมแม่และเมื่อหยุดได้รับนมแม่แล้ว (Saarinen & Kajosaari, 1995)

4. ลดอัตราการเกิดโรคอ้วนหรือการได้รับน้ำนมมากเกินไป เพราะนมแม่มีปริมาณพอเหมาะสำหรับทารกเมื่อทารกดูดจนอิ่มก็จะหยุด แต่การเลี้ยงทารกด้วยนมผสม ผู้เลี้ยงดูเป็นผู้กำหนดปริมาณเอง มักพยายามให้ทารกกินจนหมด จึงเกิดปัญหาทารกได้รับน้ำนมมากเกินไป (Rowland & Wallace, 2009) นอกจากนี้ทารกที่ได้รับนมแม่ จะมีระดับฮอร์โมนอินซูลิน และฮอร์โมนที่ช่วยในการสะสมของไขมันน้อยกว่าทารกที่กินนมผสม (Koletzko, et al., 2009)

5. การดูคนแม่ช่วยพัฒนาขากรรไกรทารกให้แข็งแรง มีการพัฒนาและเจริญเติบโตอย่างเหมาะสม เพราะการดูคนต้องมีการเคลื่อนไหวของขากรรไกร และใช้พลังมากกว่าการดูดห้วนมยาง (Westover, DiLoreto, & Shearer, 1989) ต้องอมห้วนมให้ลึกถึงลานนม ในขณะที่ดูคน

ลิ้นของทารกจะดึงหัวนมให้ยื่นไปอยู่ที่กลางลิ้นของทารก และถูกดันขึ้นไปแนบกับเพดานปาก หัวนมจะกระตุ้นที่รอยต่อระหว่างเพดานแข็งและเพดานอ่อนซึ่งเป็นบริเวณที่ sucking reflex ตอบสนองได้แรงที่สุด ลิ้นทารกที่อยู่ที่ลานหัวนมจะรีดให้น้ำนมไหลเข้าปาก

6. นมแม่สร้างความรักและความผูกพันระหว่างแม่และลูก การที่ทารกได้ดูดนมแม่ ได้รับไออุ่นจากอ้อมกอดแม่ และน้ำนมแม่จะมีสารออกซิโตซิน สารนี้เมื่อเข้าสู่สมองทารก จะทำให้ทารกเกิดความสุข อารมณ์ดี มีความสุข และมีพฤติกรรมทางสังคมด้านบวก เชื่อมความผูกพันระหว่างแม่และลูก (Smith, 2010)

ประโยชน์ของนมแม่ที่มีต่อมารดา

การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่มีประโยชน์ต่อมารดาหลายประการ ดังนี้

1. ลดโอกาสเสียเลือดหลังคลอด การให้ลูกดูดนมในระยะหลังคลอดจะกระตุ้นการหลั่งฮอร์โมนออกซิโตซินอย่างต่อเนื่อง ทำให้มดลูกหดตัวได้แรงและบ่อยขึ้น ช่วยลดโอกาสเสียเลือดหลังคลอด (post-partum hemorrhage) ซึ่งอาจเกิดในระยะ 2-3 วันหลังคลอด และทำให้มดลูกเข้าอู่หรือกลับเข้าสู่สภาพปกติเร็วขึ้น (Gribble, McGrath, MacLaine, & Lhotska, 2011)

2. ประจำเดือนมาช้า ดังนั้นเป็นการช่วยคุมกำเนิดโดยธรรมชาติ การที่ประจำเดือนมาช้าทำให้แม่ไม่ต้องเสีย ชาติเหล็กไปกับประจำเดือน ลดโอกาสเกิดปัญหาการขาดชาติเหล็ก ปริมาณชาติเหล็กที่แม่ใช้ สร้างน้ำนมในแต่ละวัน มีปริมาณน้อยมาก เมื่อเทียบกับปริมาณชาติเหล็ก ที่แม่ต้องเสียในเลือดประจำเดือน (สมศักดิ์ สุทัศนวิรุฒิ, 2548)

นอกจากนี้ขณะที่ลูกดูดนมแม่จะเป็นการกระตุ้นสมองส่วนไฮโปธาลามัส ทำให้ระดับฮอร์โมนโปรแลคตินในเลือดแม่สูงขึ้นจึงสามารถยับยั้งไม่ให้มีการตกไข่ (ovulation) แต่ฮอร์โมนโปรแลคตินนี้จะมีการลดระดับเรื่อย ๆ ภายหลังคลอด และจะมีระดับเพิ่มสูงเป็นช่วง ๆ สัมพันธ์กับความถี่ห่างของการดูดนมแม่ พบว่าร้อยละ 95 ของแม่ที่ให้นมลูกเต็มที่จะช่วยคุมกำเนิดได้จนถึง 70 วันหลังคลอด หลังจากนั้นแล้วการให้นมลูกอย่างเต็มที่ก็จะไม่สามารถป้องกันการมีลูกได้ ดังนั้นการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่จึงเป็นวิธีคุมกำเนิดที่มีประสิทธิภาพไม่แน่นอน แม่หลังคลอดจึงควรใช้วิธีการคุมกำเนิดอื่นร่วมด้วย ตั้งแต่สัปดาห์ที่ 3 เป็นต้นไป (สุอารีย์ อันตระการ และธิดารัตน์ วงศ์วิสุทธิ, 2550)

3. ลดโอกาสเกิดโรคกระดูกพรุน ปัจจุบันพบว่าถึงแม้ในระหว่างให้นมลูก แม่จะมีกระดูกบางไปบ้าง แต่เมื่อหยุดให้นมมวลกระดูกก็จะกลับมาเป็นปกติ และในระยะยาวพบว่าแม่กลุ่มนี้จะมีโอกาสเป็นโรคกระดูกพรุน กระดูกหักจากภาวะกระดูกพรุน น้อยกว่าแม่ที่ให้นมผสม (Sowers, Randolph, Shapiro, & Jannausch, 1995)

4. น้ำหนักแม่ลดลงสู่ปกติได้เร็ว ช่วยให้มารดาหลังคลอดมีรูปร่างดีขึ้น (Hatsu, McDougald, & Anderson, 2008) เพราะการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ต้องใช้พลังงานวันละประมาณ 500 กิโลแคลอรี ร่างกายได้ใช้ไขมันส่วนเกินมาช่วยในการสร้างน้ำนม หากร่างกายได้รับพลังงานไม่พอ จะสลายไขมันที่สะสมไว้ในระหว่างตั้งครรภ์มาใช้ในการสร้างน้ำนม

5. ลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งเต้านม Shema และคณะ (2007) พบว่ามารดาที่เลี้ยงลูกด้วยนมแม่ระยะสั้น และมารดาที่เริ่มเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ครั้งแรกเมื่ออายุมากขึ้นมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งเต้านม

6. สะดวกในการให้นม เพราะนมแม่นั้นพร้อมที่จะให้ทารกดูดได้ตลอดเวลา อุ่นเหมาะสม ไม่มีขั้นตอนการเตรียมเหมือนนมผสม มารดาเพียงดูแลสุขอนามัยประจำวันตามปกติ และล้างมือให้สะอาดก่อนให้นมแก่ทารก

7. ประหยัดค่าใช้จ่าย เพราะมารดาไม่ต้องซื้ออุปกรณ์ต่าง ๆ เพื่อการผสมนม แต่มารดาที่เลี้ยงทารกด้วยนมผสมนั้นต้องซื้อนมผสม และอุปกรณ์ที่เกี่ยวข้อง รวมถึงอาจมีค่ารักษาดูแลทารกที่มีโอกาสเจ็บป่วยได้ง่ายอีกด้วย

8. กระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมของการเป็นมารดา เนื่องจากการให้นมบุตรจะกระตุ้นให้ฮอร์โมนออกซิโทซินหลังมากขึ้น ซึ่งฮอร์โมนนี้ทำให้มารดาเกิดความรู้สึกของการเป็นมารดามากขึ้น ทำให้มารดาเกิดความรัก ความผูกพันกับบุตรมากยิ่งขึ้น ตอบสนองความต้องการของบุตรด้วยความอ่อนโยน การให้มารดาและบุตรอยู่ด้วยกัน และได้ดูคนแม่ตั้งแต่แรกเกิด มีผลให้อัตราการทอดทิ้งลดลงอย่างมีนัยสำคัญ (วีระพงษ์ ฉัตรานนท์, 2546) นอกจากนี้การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ทำให้มารดาเกิดความรู้สึกภาคภูมิใจในตนเอง รู้ลึกถึงพลังความรักของมารดาที่สามารถทำสิ่งสำคัญและพิเศษให้แก่บุตรได้ เป็นก้าวสำคัญในการนำไปสู่ความสำเร็จต่อไปในชีวิต (สมศักดิ์ สุทัศนาวุฒิ, 2546)

ประโยชน์ของนมแม่ที่มีต่อสังคม และประเทศชาติ

การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ช่วยสังคมและประเทศชาติหลายประการ ดังนี้

1. ประชากรมีคุณภาพ สังคมเปี่ยมไปด้วยคนที่มีสุขภาพจิตดี มีสติปัญญาดี และมีศักยภาพ

2. ประหยัดค่าใช้จ่ายของประเทศในการสั่งซื้อนมผสมจากต่างประเทศปีละหลายพันล้านบาท รวมทั้งประหยัดงบประมาณด้านสาธารณสุข เนื่องจากทารกที่กินนมแม่นั้นจะมีสุขภาพที่แข็งแรง มีภูมิคุ้มกันต่อโรคติดเชื้อดีกว่าทารกที่กินนมผสม

3. ด้านสิ่งแวดล้อม การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ช่วยรักษาสีเขียวสิ่งแวดล้อม เนื่องจากไม่มีขยะที่เกิดจากการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ แต่การใช้นมผสมนั้นต้องใช้อุปกรณ์หลายอย่างในการชงนม การต้มน้ำ และขยะที่เกิดจากผลิตภัณฑ์นมผสมที่ย่อยสลายยาก เพิ่มมลภาวะ รวมทั้งเพิ่มภาวะโลกร้อนด้วย

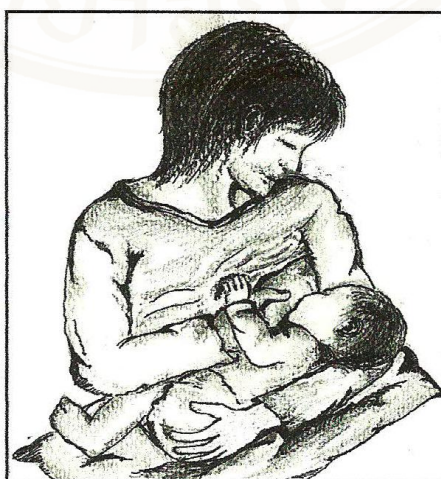
วิธีปฏิบัติในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่มีใช้สิ่งที่ยาก หรือเป็นเพียงสัญชาตญาณของมารดาเท่านั้น แต่จำเป็นต้องอาศัยการเรียนรู้ซึ่งกันและกันระหว่างมารดาและทารก เรียนรู้ทักษะที่จำเป็นตั้งแต่เริ่มต้นให้นมแม่ ได้แก่ การอุ้มลูกให้ถนัด การช่วยให้ลูกดูดนมอย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งเป็นพื้นฐานที่สำคัญที่จะช่วยให้มารดาสามารถเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ประสบความสำเร็จต่อไปได้

1. การอุ้มลูกดูดนมแม่หรือการจัดท่าให้นมทารก ท่าอุ้มที่เหมาะสมและถูกต้องนั้นจะสามารถช่วยให้ทารกดูดและกลืนน้ำนมอย่างมีประสิทธิภาพ ท่าทางการให้นมนั้นต้องคำนึงถึงความเหมาะสมกับสภาวะของมารดา สุขสบาย ความผ่อนคลาย และคำนึงถึงความปลอดภัยของทารก ร่วมกับทารกต้องสามารถดูดนมได้อย่างมีประสิทธิภาพด้วย การศึกษาของ Blair และคณะ (2003) พบว่า ท่าทางการให้นมที่ถูกต้องมีความเกี่ยวข้องกับอาการเจ็บหัวนม และการแตกของหัวนม ท่าทางการให้นมที่ถูกต้องเหมาะสมจะส่งผลต่อการสร้างและการหลั่งน้ำนมที่มีประสิทธิภาพด้วยเช่นกัน ท่าทางการให้นมของมารดามีหลายวิธีแบ่งได้เป็นท่านั่งและท่านอน

ท่านั่ง อธิบายได้ดังนี้

- ท่าอุ้มลูกนอนขวางตัก (cradle hold) ท่านี้นี้เป็นท่าอุ้มทารกไว้บนตัก ตะแคงลำตัวทารกเข้าหาตัวมารดา มารดาต้องนั่งหลังตรง ใช้ท่อนแขนข้างเดียวกับเต้านมที่จะให้นมทารก ประคองแผ่นหลังทารก โดยให้ศีรษะและลำตัวอยู่ในแนวตรง ศีรษะอยู่สูงกว่าลำตัวเล็กน้อย ท้ายทอยทารกอยู่บนแขนของมารดาข้างเดียวกับเต้านมที่ให้นมทารก คอของทารกต้องไม่บิด คอ หรือหงาย โดยท่านี้นี้เป็นท่าที่นิยมใช้บ่อยที่สุดเนื่องจากสามารถทำได้ง่าย (รูปภาพที่ 2.1)



รูปภาพที่ 2.1: ท่า cradle hold

(ที่มา: ศศิธารา น่วมภา, 2555)

- ทำอุ้มลูกนอนขวางตักแบบประยุกต์ (cross-cradle hold) ทำนี้มีความคล้ายคลึงกับท่า cradle hold แต่เปลี่ยนมือและแขนข้างที่อุ้มทารกมาจับเต้า ส่วนมือและแขนอีกข้างหนึ่งประคองต้นคอ ท้ายทอย และลำตัวของทารก ทำนี้จะทำให้ศีรษะทารกแนบชิดกับเต้านมได้ดีกว่าเหมาะสำหรับการฝึกเรียนรู้ท่าทางการให้นมทารกที่ครบกำหนด หรือทารกที่คลอดก่อนกำหนดที่ลำตัวอาจจะงอມ่วนเมื่อให้นมท่านอนขวางตัก (รูปภาพที่ 2.2)



รูปภาพที่ 2.2: ทำ cross-cradle hold
(ที่มา: ศศิธารา น่วมภา, 2555)

- ทำอุ้มลูกฟุตบอล (football hold) เป็นท่าที่อุ้มทารกให้กระชับกับสีข้างของมารดา ทำนี้มารดาสามารถควบคุมศีรษะทารกให้แนบชิดกับเต้านม โดยทารกจะนอนท่ากึ่งตะแคงกึ่งหงายมารดาใช้มือข้างเดียวกับเต้านมที่จะให้ทารกดูดประคองที่ต้นคอและท้ายทอยของทารกไว้ ส่วนมืออีกข้างหนึ่งประคองที่เต้านม ทำนี้เหมาะกับมารดาที่มีเต้านมขนาดใหญ่ หรือมีหัวนมสั้น และแม่ที่ผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องเพื่อหลีกเลี่ยงการกระทบกระเทือนบริเวณแผลผ่าตัด (Lauwers & Swisher, 2011) (รูปภาพที่ 2.3)



รูปภาพที่ 2.3 : ทำ football hold
(ที่มา: ศศิธารา น่วมภา, 2555)

ท่านอน อธิบายได้ดังนี้

- ท่านอน (side-lying) การจัดท่าโดยให้มารดาและทารกนอนตะแคงเข้าหากัน มารดานอนศีรษะสูงเพื่อให้สามารถมองเห็นปากทารกได้ แขนข้างเดียวกับด้านมที่ทารกดูดโอบ หลังทารกให้ชิดลำตัวมารดา ปากของทารกอยู่ระดับเดียวกับหัวนมมารดา และใช้มืออีกข้างประคอง ด้านม อาจใช้หมอนรองด้านหลังมารดาเพื่อให้มารดาสามารถเอนหลังได้ ไม่เกร็ง เพิ่มความสะดวกสบายมากขึ้น ท่านี้อาจใช้เพื่อพักหรือหลับพร้อมกับทารกได้ เหมาะสำหรับมารดาที่ผ่าตัดคลอด บุตรทางหน้าท้อง เนื่องจากไม่มีน้ำหนักกดทับบริเวณแผลผ่าตัด หรือมารดาที่ต้องการพักผ่อน หรือให้นมตอนกลางวัน (รูปภาพที่ 2.4)



รูปภาพที่ 2.4: ท่า side-lying

(ที่มา: ศศิธารา น่วมภา, 2555)

นอกจากท่าทางการให้นมทารกที่กล่าวมาแล้ว ยังพบท่าทางที่เหมาะสมสำหรับทารกที่มีปัญหาต่าง ๆ เช่น ปัญหาเกี่ยวกับการดูดนม ทารกที่มีปัญหาด้านกายวิภาคที่ผิดปกติ ปัญหาการหายใจ ทารกที่คลอดก่อนกำหนด ดังนี้ (Marmet & Shell, 2008)

- ท่านั่ง (sitting position) เหมาะสำหรับทารกที่มีอายุมากกว่า 6 สัปดาห์ ท่านี้ช่วยให้ลิ้นที่ยกขึ้นเคลื่อนต่ำลง เช่นทารกที่เพดานโหว่ ทารกที่เพดานทำงานไม่มีประสิทธิภาพ ทารกที่นอนหลับมากไม่ตื่นตัว หรือทารกที่ติดเชื้อซ้ำที่หู ท่านี้ทำให้ปากอยู่ระดับเดียวกับหัวนม โดยให้นั่งคร่อมบนหน้าขาของมารดา

- ท่าที่ทารกนอนคว่ำบนหน้าอกมารดา เป็นท่าที่ใช้บ่อยในทารกที่ป่วย หรือทารกคลอดก่อนกำหนด เพราะจะช่วยเพิ่มออกซิเจนและเพิ่มแรงกดขณะดูดในทารกที่เคยดูดนมขวด หรือทารกที่มีภาวะลิ้นติด เนื่องจากท่านี้นลิ้นของทารกสามารถขยับเคลื่อนออกมาข้างหน้าได้เพิ่มขึ้น หรือเหมาะสำหรับมารดาที่มีน้ำนมมากจนทำให้ทารกไม่สามารถดูดได้

- ท่าที่มารดานั่งเอนตัวอยู่ในลักษณะกึ่งนั่งกึ่งนอนและทารกนอนตะแคงกึ่งคว่ำ ท่านี้จะช่วยทารกที่มีปัญหาทางเดินหายใจส่วนบน เช่น tracheomalacia หรือ laryngomalacia

2. การดูแลของทารก การที่ทารกจะสามารถดูดนมได้ ทารกจะต้องอาศัย reflex ต่างๆ ดังนี้

- Rooting reflex รีเฟล็กซ์นี้จะช่วยให้ทารกหาตำแหน่งหัวนม เมื่อบริเวณริมฝีปากทารกถูกกระตุ้นโดยการสัมผัส และถ้าทารกหิวทารกจะหันเข้าหาและอ้าปากกว้าง รีเฟล็กซ์นี้เริ่มพัฒนาตั้งแต่อยู่ในครรภ์มารดา อายุครรภ์ประมาณ 32 สัปดาห์จนกระทั่ง 40 สัปดาห์รีเฟล็กซ์นี้จะแข็งแรงที่สุด และค่อยๆ ลดลงเมื่อทารกอายุ 3 เดือน

- Sucking reflex รีเฟล็กซ์นี้ทำให้ทารกดูดเมื่อมีสิ่งใดเข้าปากทารก และสัมผัสกับเพดานปากทารก จะกระตุ้นให้ทารกดูดโดยอัตโนมัติ เริ่มพัฒนาตั้งแต่ในครรภ์มารดา อายุครรภ์ประมาณ 24 สัปดาห์ รีเฟล็กซ์การดูดจะแข็งแรงตั้งแต่ช่วงโคม่าแรกหลังเกิด

- Swallowing reflex รีเฟล็กซ์การกลืนนี้จะกระตุ้นให้ทารกกลืนน้ำนมลงไปคอ เมื่อมีน้ำนมอยู่อย่างเพียงพอภายในปากทารก รีเฟล็กซ์นี้เริ่มพัฒนาตั้งแต่ในครรภ์มารดา อายุครรภ์ประมาณ 12 สัปดาห์ ซึ่งจะพบได้จากการกลืนน้ำคร่ำตั้งแต่อยู่ในครรภ์มารดา (Walker, 2011; กรรณิการ์ บางสาขน้อย, 2550)

ผลกระทบของการผ่าตัดคลอด

การผ่าตัดคลอด เป็นการทำคลอดทารกผ่านทางแผลผ่าตัดที่ผนังหน้าท้อง (laparotomy) และแผลผ่าตัดผ่านกล้ามเนื้อมดลูก (hysterotomy) ซึ่งไม่รวมการทำผ่าตัดคลอดทารกในรายที่เป็น การตั้งครรภ์ในช่องท้อง หรือในรายที่มดลูกแตกหรือในรายที่ทำการผ่าตัดเพื่อการทำแท้งบุตร (Cunningham, et al., 2010)

ปัจจุบันพบว่าอุบัติการณ์การผ่าตัดคลอดเพิ่มมากขึ้นอย่างรวดเร็วในรอบ 10 ปีที่ผ่านมา ซึ่งเกินเกณฑ์ที่องค์การอนามัยโลกกำหนด เนื่องจากสาเหตุหลายประการ คือ ปัจจุบันสตรีมีการสมรสช้ากว่าในอดีต และตั้งครรถ์ขณะที่มีอายุมาก โดยเฉพาะอายุที่มากกว่า 35 ปีขึ้นไป ทำให้มีโอกาสคลอดด้วยวิธีการผ่าตัดคลอดมากขึ้น (Black, Kaye, & Jick, 2005) หรือมีการใช้เครื่องมือในการเฝ้าประเมินสุขภาพทารกในครรภ์ (electronic fetal monitoring) ในระหว่างการคลอดมากขึ้น ทำให้สูติแพทย์สามารถตรวจพบภาวะผิดปกติได้เร็วขึ้นจึงตัดสินใจให้คลอดโดยการผ่าตัดได้รวดเร็วกว่าแต่ก่อน เพื่อเป็นการช่วยทารกในครรภ์ไม่ให้เกิดอันตรายจากภาวะขาดออกซิเจน (สุชาดา อินทวิวัฒน์ และสมศักดิ์ ไหลเวชพิทยา, 2552) และส่วนหนึ่งพบว่าเกิดจากสถานการณ์ของระบบบริการสาธารณสุขในปัจจุบันที่มีการฟ้องร้องกันมากขึ้น โดยเฉพาะด้านสูติกรรม การผ่าตัดคลอดจึงเป็นทางเลือกที่ปลอดภัยกว่าหัตถการในการช่วยคลอดทารกทางช่องคลอดที่ทำให้ยากและ

เสี่ยงต่อการเกิดอันตรายต่อมารดาและทารกได้มาก เช่น การช่วยคลอดด้วยกีม หรือเครื่องดูดสุญญากาศ ขณะที่ศีรษะทารกอยู่สูงกว่าตำแหน่ง+2 (midpelvic vaginal deliveries) นอกจากนั้นยังป้องกันการเกิดปัญหาเกี่ยวกับพัฒนาการทางสมองของทารกเมื่อโตขึ้น เช่น โรคลมชักจากการขาดออกซิเจนระหว่างการคลอด (Lien, et al., 1995) รวมทั้งปัจจุบันมีการเลือกเวลาการคลอดของทารกซึ่งทำกันมากในโรงพยาบาลเอกชนมากกว่าโรงพยาบาลของรัฐ บางรายกลัวความเจ็บปวดในขณะเจ็บครรภ์ หรือทนความเจ็บปวดไม่ไหวจึงร้องขอให้แพทย์ทำผ่าตัดคลอด (วิทยา ธิฐาพันธ์, 2552) ซึ่งการผ่าตัดคลอดส่งผลกระทบต่อทั้งมารดาและทารก ดังอธิบายได้ต่อไปนี้

ผลกระทบต่อมารดา

การผ่าตัดคลอดอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนได้เช่นเดียวกับการผ่าตัดอื่น เมื่อเปรียบเทียบกันแล้วการผ่าตัดคลอดแบบกำหนดมาก่อน (elective caesarean section) จะมีภาวะแทรกซ้อนน้อยกว่าแบบฉุกเฉิน (emergency caesarean section) (McMahon, Luther, Bowes, & Olshan, 1996) อาจเนื่องจากการผ่าตัดคลอดแบบกำหนดมาก่อน เป็นการผ่าตัดคลอดที่มีการพิจารณาวางแผนไว้ก่อนตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์หรือก่อนกำหนดคลอด 1-2 สัปดาห์ เนื่องจากมารดาได้รับการวินิจฉัยว่าไม่สามารถคลอดทางช่องคลอดได้ โดยมีข้อบ่งชี้ที่แน่นอนได้แก่ ศีรษะทารกไม่ได้สัดส่วนกับเชิงกรานของมารดา ภาวะรกเกาะต่ำ และการตั้งครรภ์ที่มีทารกตั้งแต่ 3 คนขึ้นไป ส่วนข้อบ่งชี้อื่นๆ ที่อาจเป็นไปได้ซึ่งขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายประการและการพิจารณาของแพทย์ผู้ทำการรักษา ได้แก่ มารดาเคยได้รับการผ่าตัดคลอด ทารกอยู่ในท่าผิดปกติไม่สามารถคลอดทางช่องคลอดได้ หรือมารดามีภาวะความดันโลหิตสูงร่วมกับการตั้งครรภ์ชนิดรุนแรง รวมทั้งมารดาที่มีภาวะแทรกซ้อนทางอายุรกรรม เช่น เบาหวาน โรคหัวใจ ดังนั้นการผ่าตัดคลอดดังกล่าวจึงได้รับการเตรียมการ และวินิจฉัยที่รวดเร็ว ทันเวลาก่อนที่จะเกิดอันตรายร้ายแรง แต่สำหรับการผ่าตัดคลอดแบบฉุกเฉิน เป็นการผ่าตัดคลอดที่มีการพิจารณาขึ้นในระหว่างการคลอดเพื่อความปลอดภัยของมารดาและทารก ได้แก่ ภาวะสายสะดือถูกกด ภาวะความดันโลหิตสูงร่วมกับการตั้งครรภ์ในรายที่มีอาการชัก ภาวะของการคลอดไม่ก้าวหน้า ต้องรีบทำให้การคลอดสิ้นสุดลงโดยเร็วในระยะที่ 1 หรือระยะที่ 2 และทารกอยู่ในภาวะอันตรายด้วยสาเหตุใดสาเหตุหนึ่ง เช่น รกลอกตัวก่อนกำหนด เป็นต้น (Doris, 1989) ดังนั้นจึงเป็นภาวะที่เสี่ยงต่ออันตรายมากกว่า

การผ่าตัดคลอดอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนได้มากกว่าการคลอดปกติ เนื่องจากการผ่าตัดใหญ่ ต้องใช้เวลาในการผ่าตัดนาน ทั้งยังจำเป็นต้องได้รับยาระงับความรู้สึกทั่วไป หรือยาระงับความรู้สึกเฉพาะส่วน และมีความรุนแรงแตกต่างกันไป ถ้ารุนแรงมากอาจนำไปสู่การเสียชีวิตของมารดา ซึ่งในปัจจุบันพบน้อยลงเนื่องจากเทคโนโลยีและวิทยาการทางการแพทย์ที่

ก้าวหน้าทันสมัย โดยพบอัตราการตายของมารดา 2.2 ต่อ 100,000 โดยสาเหตุอาจเกิดจากการตกเลือด การติดเชื้อ หรือ ภาวะลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดแดงปอด (pulmonary embolism) (Clark, et al., 2008) การศึกษาที่ประเทศฝรั่งเศส ที่ทำการศึกษาในระยะเวลา 5 ปี พบว่ามารดาที่ผ่าตัดคลอดมีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตในระยะหลังคลอดมากกว่ามารดาที่คลอดปกติทางช่องคลอดถึง 3.6 เท่า โดยอาจเกิดจากการใช้ยาระงับความรู้สึก การติดเชื้อ (Deneux-Tharaux, Carmona, Bouvier-Colle, & Breart, 2006) นอกจากนั้นอาจเกิดอันตรายต่ออวัยวะในช่องท้อง โดยเฉพาะลำไส้ และกระเพาะปัสสาวะ เนื่องจากเป็นอวัยวะที่อยู่ใกล้กับมดลูก หรือมีการรบกวนการทำงานของกระเพาะอาหารและลำไส้ ขณะผ่าตัด ส่งผลให้ลำไส้หยุดทำงานชั่วคราวหลังผ่าตัดได้ หรือภาวะที่เสียเลือดมากกว่าการคลอดปกติทางช่องคลอด การผ่าตัดคลอดตามปกติจะเสียเลือดประมาณ 1,000 มิลลิลิตร แต่ในบางกรณีอาจเสียเลือดมากขึ้น เนื่องจาก รกเกาะต่ำ รกลอกตัวก่อนกำหนด การฉีกขาดของเส้นเลือดมดลูก นอกจากนี้หลังผ่าตัดอาจเกิดการตกเลือดได้จากเหตุต่างๆ เช่น เลือดออกจากแผลที่มดลูก รกค้าง มดลูกไม่หดตัว เป็นต้น (สุชาดา อินทวิวัฒน์ และสมศักดิ์ ไหลเวชพิทยา, 2552) การเสียเลือดมากจะส่งผลให้ความดันโลหิตและเลือดไปเลี้ยงเนื้อเยื่อส่วนปลายลดลง อาจนำไปสู่ภาวะช็อคได้

นอกจากภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงแล้ว มารดาอาจเกิดภาวะความไม่สุขสบายต่างๆ ที่รบกวนการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในระยะหลังคลอด เช่น อ่อนเพลีย ปวดแผล รำคาญ อาการอ่อนเพลียเกิดจากการเสียเลือดมาก ส่วนอาการเจ็บปวดแผลผ่าตัดจะเกิดขึ้นอย่างเฉียบพลันและรุนแรงในระยะ 24 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด ซึ่งเกิดจากการที่เนื้อเยื่อได้รับความบอบช้ำจากการผ่าตัด ความเจ็บปวดจะรุนแรงมากขึ้นจากการเคลื่อนไหวร่างกาย ทำให้กระทบกระเทือนแผลผ่าตัด และการที่มีสาย หรือท่อระบายต่างๆ เข้าไปในร่างกาย เช่น สายสวนปัสสาวะ สายน้ำเกลือเข้าทางหลอดเลือดดำ จะทำให้มารดารู้สึกรำคาญและมีความรู้สึกถูกผูกมัดด้วยอุปกรณ์ต่างๆ ทางกายภาพ (ดวงกมล ปิ่นเกลียว และเขวาลักษณ์ เสรีเสถียร, 2552) ซึ่งการศึกษาของ Beare และ Myers (1994) พบว่าการคาสายสวนปัสสาวะหรือมีท่อระบายย่อมทำให้เนื้อเยื่อที่ใส่คาเกิดระคายเคืองได้ และอาจดึงรั้งทำให้เกิดความไม่สุขสบาย มารดาหลังผ่าตัดส่วนใหญ่มักไม่กล้าขยับตัว นอนท่าเดียวนานๆ ทำให้เกิดอาการปวดเมื่อย และการอ่อนล้าในการทำงานของระบบต่างๆ ของร่างกาย อาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ตามมา ได้แก่ ท้องอืด คลื่นไส้ อาเจียน ปวดแน่นท้อง รวมทั้งอาจเกิดผลข้างเคียงต่างๆ จากการได้รับยาชาทางช่องเยื่อหุ้มไขสันหลังชั้นนอก เช่น ความดันโลหิตต่ำจากฤทธิ์ของยา มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน ปวดศีรษะหรือปวดหลัง (Gadsden, Hart, & Santos, 2005) ซึ่งภาวะที่เกิดขึ้นนี้ทำให้มารดาต้องใช้เวลาในการปรับตัวเพื่อให้ร่างกายกลับคืนสู่สภาพปกติมากกว่ามารดาที่คลอดปกติทางช่องคลอด (Kacmar, Bhimani, Boyd, Shah-Hosseini, & Peipert, 2003)

การผ่าตัดคลอดไม่เพียงแต่เกิดผลกระทบด้านร่างกายต่อมารดาเท่านั้น ยังส่งผลต่อจิตใจของมารดาเช่นกัน โดยเฉพาะในรายที่ไม่เคยมีประสบการณ์การผ่าตัดหรือไม่ได้เตรียมตัวมาก่อน จะเกิดความกลัวและวิตกกังวลเกี่ยวกับความปลอดภัยของตนเองและทารกในครรภ์ กลัวความเจ็บปวดแผลผ่าตัด กลัวตาย กลัวเกี่ยวกับการหายของแผล ซึ่งความกลัวและความวิตกกังวลเหล่านี้จะทำให้มารดาหลังคลอดมองประสบการณ์การคลอดในทางลบ (Lobel & DeLuca, 2007) ซึ่งความวิตกกังวลด้านจิตใจจะมีผลกระทบทำให้ร่างกายหลังฮอร์โมนกลูโคคอร์ติคอยด์ และแคทีโคลามีนออกมามากกว่าปกติ สารเหล่านี้จะไปยับยั้งการสังเคราะห์คอลลาเจนซึ่งมีผลในการสมานเนื้อเยื่อที่ได้รับอันตราย ทำให้แผลหายช้าและติดเชื้อง่าย (Beare & Myers, 1994)

จากการทบทวนวรรณกรรมดังกล่าวพบว่าวิธีการผ่าตัดคลอดนั้นส่งผลกระทบอย่างมากต่อมารดาในระยะหลังคลอด มารดาถูกรบกวนจากสภาวะที่ไม่พร้อมของร่างกายและจิตใจ ทำให้ไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ต่างๆ ได้อย่างเต็มศักยภาพ ดังนั้นมารดาจึงควรได้รับการดูแลช่วยเหลืออย่างใกล้ชิด โดยเฉพาะระยะแรกหลังคลอด เพื่อหลีกเลี่ยงภาวะแทรกซ้อน และทำให้มารดาสามารถดูแลและเรียนรู้พฤติกรรมทารกได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ผลกระทบต่อทารกและการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

อันตรายและผลกระทบที่เกิดขึ้นไม่เพียงแต่จะเกิดกับมารดาเท่านั้น สำหรับทารกก็มีโอกาสเกิดอันตรายจากการผ่าตัดคลอดได้เช่นกัน ได้แก่ การบาดเจ็บจากการคลอด (birth trauma) เช่น เส้นประสาทแขนเป็นอัมพาต เกิดจาก Brachial Plexus ส่วนบนได้รับบาดเจ็บ (Erb palsy), การบาดเจ็บที่ศีรษะ และกระดูกหัก (fracture of long bones) หรือ ภาวะหายใจเร็วในช่วงระยะเวลานั้นๆ (transient tachypnea of the newborn) ที่พบได้มากกว่าทารกที่คลอดทางช่องคลอดถึง 4.5 เท่า เนื่องจากน้ำในปอดของทารกไม่ได้ถูกขับออกมาในขณะที่ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง (DeMott & Sandmire, 1990)

จากสภาวะที่ไม่พร้อมของทั้งมารดาและทารก ส่งผลกระทบต่อสิ่งที่สำคัญอย่างยิ่ง ก็คือขีดขวางและเป็นอุปสรรคต่อการเรียนรู้ซึ่งกันและกันของมารดาและทารก ซึ่งกิจกรรมที่จะทำให้มารดาและทารกได้เรียนรู้กันมากที่สุด คือการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ เนื่องจากการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เปรียบดังเส้นทางเชื่อมโยงการเรียนรู้และสัมพันธ์ภาพระหว่างแม่และลูกให้แน่นแฟ้นยิ่งขึ้น

การผ่าตัดคลอดทำให้มารดาขาดความพร้อมทั้งทางร่างกายและจิตใจต่อการเลี้ยงดูทารกและการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่าวิธีการผ่าตัดคลอดเป็นปัจจัยสำคัญที่ขัดขวางการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ตั้งแต่เริ่มต้น (Chen, et al., 2008; Dashti, et al., 2010; Kohlhubera, et al., 2008; Whalen & Cramton, 2010; Zanardo, et al., 2010) ดวงกมล ปิ่นเฉลียวและ

เขาวลัทธิ เสรีเสรี (2552) พบว่าความทุกข์ทรมานของมารดาหลังผ่าตัดคลอดในระยะ 24 ชั่วโมงแรก เกิดความไม่สุขสบายด้านร่างกายหลายประการ ได้แก่ ไม่สะดวกในการเคลื่อนไหวร่างกาย เช่นการพลิกตัว การลุกนั่ง ปวดแผลผ่าตัด ไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ และถูกพันธุนาการด้วยอุปกรณ์ทางการแพทย์ต่าง ๆ เช่น สายสวนปัสสาวะ สายน้ำเกลือ เป็นต้น ความไม่สุขสบายดังกล่าวทำให้มารดาไม่สามารถอุ้มทารกให้นมได้ในระยะแรก ทำให้ทารกเริ่มดูดนมแม่ช้ากว่าทารกที่มารดาคลอดทางช่องคลอด (Righard & Alade, 1990) ก่อให้เกิดผลเสียต่อกระบวนการสร้างสัมพันธภาพระหว่างแม่-ลูกในระยะต้นตัว (Sensitive period) คือช่วง 45-60 นาทีภายหลังคลอด ซึ่งช่วงเวลาดังกล่าวเป็นช่วงเวลาที่ดีที่สุดในการกระตุ้นให้มารดาและทารกเกิดความผูกพันต่อกันได้อย่างรวดเร็ว และแน่นแฟ้น (วิไลพรรณ สวัสดิ์พาณิชย์, 2552) สอดคล้องกับการศึกษาของ Boccolini และคณะ (2008) ที่พบว่ามารดาที่คลอดทางช่องคลอดทำให้ทารกได้เริ่มดูดนมแม่ที่ 12 ชั่วโมงหลังคลอด ขณะที่มารดาที่คลอดปกติเริ่มที่ 2 ชั่วโมงหลังคลอด รวมทั้งขาดความสม่ำเสมอ และความถี่ของการให้นมลดน้อยลงเนื่องจากทารกไม่ได้อยู่ด้วยกับมารดาตลอดเวลา

การที่ทารกเริ่มดูดนมแม่ช้า และขาดความต่อเนื่องนั้น กระทบต่อกระบวนการสร้างและหลั่งน้ำนม เพราะฮอร์โมนโปรแลคติน ซึ่งเป็นฮอร์โมนที่สร้างน้ำนม จะเพิ่มสูงขึ้นได้เมื่อทารกดูดนม และเพิ่มขึ้นสูงสุดหลังจากถูกหยุดดูดนม 30 นาที แล้วหลังจากนั้นระดับฮอร์โมนในเลือดจะค่อยๆ ลดลงจนถึงระดับปกติ ประมาณ 3 ชั่วโมงหลังหยุดดูด ดังนั้นเพื่อให้มีฮอร์โมนในเลือดสูงตลอดเวลา ต้องให้ลูกดูดนมบ่อยทุก 2-3 ชั่วโมง นอกจากการกระตุ้นให้มีการสร้างน้ำนมแล้ว การกระตุ้นให้มีการหลั่งฮอร์โมนออกซิโตซินจะช่วยให้มีการหลั่งน้ำนมเร็วขึ้น การทำงานของฮอร์โมนออกซิโตซินขึ้นกับประสาทสัมผัสทั้งห้า หากมารดาไม่มีความสุขสบาย เช่น อาการเจ็บแผลผ่าตัด จะมีผลยับยั้งการหลั่งฮอร์โมนนี้ ทำให้ปริมาณน้ำมน้อยลง ทารกจะได้รับน้ำนมไม่เพียงพอได้ (สุอารีย์ อันตระการ และธิดารัตน์ วงศ์วิสุทธิ, 2550) นอกจากนี้มารดาที่ผ่าตัดคลอดจะมีระดับของฮอร์โมนแอดรีนาลิน (adrenalin) เพิ่มขึ้นได้เมื่อมีความหวาดกลัว โดยแอดรีนาลินนี้จะส่งผลไปยับยั้งการหลั่งออกซิโตซินได้เช่นกัน (Smith, 2010) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Nissen และคณะ (1996) ที่พบว่าในวันที่สองหลังผ่าตัดคลอดระดับฮอร์โมนออกซิโตซินและฮอร์โมนโปรแลคตินน้อยกว่ามารดาที่คลอดปกติทางช่องคลอด นอกจากนี้ยังพบว่ามารดาที่ผ่าตัดคลอดนั้นมีระดับฮอร์โมนโปรแลคติน ในช่วงเวลาระหว่าง 6-24 ชั่วโมงหลังคลอดน้อยกว่ามารดาที่คลอดปกติทางช่องคลอด (Boccolini, Carvalho, Oliveira, Leal Mdo, & Carvalho, 2008) ดังนั้นจะพบว่ามารดาที่ผ่าตัดคลอด อาจต้องเผชิญกับผลกระทบที่เชื่อมโยงกับการเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมนในร่างกายที่ส่งผลเสียต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ทั้งสิ้น

ผลกระทบต่างๆ ที่เกิดขึ้นกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่นั้นมีความเกี่ยวข้องกันอย่างต่อเนื่อง โดยจะพบว่า การเริ่มให้ทารกดูดนมแม่ช้า ขาดความต่อเนื่อง ส่งผลต่อกระบวนการสร้างและหลั่งน้ำนมที่ล่าช้า ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่ามารดาที่ผ่าตัดคลอดมีปริมาณน้ำนมในวันที่ 2-5 น้อยกว่ามารดาที่คลอดปกติทางช่องคลอด และพบว่าน้ำนมของทารกในวันที่ 6 หลังคลอดเพิ่มน้อยกว่าทารกที่คลอดปกติ (Evans, Evans, Royal, Esterman, & James, 2003) นอกจากนี้ยังพบว่ามารดาที่ได้รับยาชาหรือยาสลบเพื่อบรรเทาปวดขณะคลอด เป็นอุปสรรคต่อการเริ่มให้นมแม่ และทำให้เกิดความล้มเหลวของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ใน 24 ชั่วโมงแรกหลังคลอด และกลไกของยาระงับปวดนั้นส่งผลต่อปริมาณน้ำนมด้วย ทำให้มารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดมีปริมาณน้ำมน้อยกว่ามารดาที่คลอดปกติทางช่องคลอด (Baumgardner, Muehl, Fischer, & Pribbenow, 2003; Evans, et al., 2003; Jordan, Emery, Bradshaw, Watkins, & Friswell, 2005) การที่มารดามีปริมาณของน้ำมน้อย ไม่เพียงพอต่อความต้องการของทารก นำไปสู่การเสริมนมผสม ทารกอาจปฏิเสธนมแม่ ทำให้มารดาเกิดความเครียด ท้อแท้ ส่งผลให้เกิดความล้มเหลวในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ซึ่งความล้มเหลวที่เกิดขึ้นอาจทำให้มารดาขาดความมั่นใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ รู้สึกผิดในการแสดงบทบาทหน้าที่ได้ไม่เต็มศักยภาพ ตลอดจนส่งผลต่อประสบการณ์เชิงลบในการคลอดบุตร และการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในอนาคตต่อไปได้

จากที่ได้กล่าวข้างต้น แสดงให้เห็นว่าการผ่าตัดคลอดส่งผลกระทบทั้งโดยทางตรงและทางอ้อมต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ดังนั้นการประสบความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในมารดาในกลุ่มนี้จึงมิใช่เรื่องง่าย และมีความท้าทายทั้งต่อมารดาและผู้ให้การช่วยเหลือ แต่อย่างไรก็ตามมารดาจำนวนไม่น้อยที่ประสบความสำเร็จ ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาปัจจัยที่ทำให้มารดาสามารถประสบความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวก่อนจำหน่ายในมารดาหลังผ่าตัดคลอด เพื่อนำผลการศึกษารุ่นนี้เป็นแนวทางในการให้การพยาบาลอย่างมีประสิทธิภาพ นำไปสู่การเพิ่มความสำเร็จของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ต่อไป

ความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวก่อนจำหน่าย

ความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวก่อนจำหน่ายมีความสำคัญอย่างมากต่อความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในระยะต่อไป เนื่องจากมีหลายการศึกษาที่แสดงให้เห็นว่าถ้ามารดามีพื้นฐานหรือประสบการณ์ที่ดีตั้งแตอยู่ในโรงพยาบาล เมื่อออกจากโรงพยาบาลจะสามารถปฏิบัติกิจกรรมดังกล่าวต่อไปได้สำเร็จ มารดาจะมีความภาคภูมิใจ มีความมั่นใจมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Asole และคณะ (2009) ที่พบว่ามารดาที่ประสบความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

ก็ทารกได้รับนมแม่อย่างเดียวนาน 24 ชั่วโมงก่อนจำหน่าย นั้นมีผลต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เมื่อทารกอายุ 1 เดือน สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าทารกเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวก่อนจำหน่ายนั้นมีความสัมพันธ์กับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวนาน 6 เดือน (Pereira, Oliveira, Andrade, & Brito, 2010) ในทางตรงกันข้าม ถ้าระหว่างอยู่โรงพยาบาลเกิดปัญหาขึ้นใน 3 วันแรกหลังคลอด จะเป็นตัวทำนายความไม่ต่อเนื่องของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ที่ 2 และ 12 สัปดาห์หลังคลอดได้ ปัญหาในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ที่พบบ่อย ได้แก่ การอมหัวนมของทารกไม่ถูกต้อง อาการเจ็บหัวนม หัวนมแตก น้ำนมไม่เพียงพอ (Taveras, et al., 2003) เช่นเดียวกับการศึกษาของ Hall และคณะ (2002) ที่พบว่าเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นใน 3-5 วันแรกนั้นมีความสัมพันธ์กับการหย่านมเร็ว การประสบความล้มเหลวในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ตั้งแต่ระยะแรกนั้น ทำให้มารดาขาดความมั่นใจและความภาคภูมิใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ซึ่งมารดาที่ผ่าตัดคลอดจะพบอุปสรรคต่างๆ มากกว่ามารดาที่คลอดปกติทางช่องคลอด พบว่ามารดาที่ผ่าตัดคลอดมีอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่น้อยกว่ามารดาที่คลอดปกติทางช่องคลอดเกือบหนึ่งเท่าเมื่อจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล (Asole, et al., 2009) สอดคล้องกับการศึกษาของ Dashfi และคณะ (2010) ที่พบว่ามารดาต้องการการพักผ่อน และรับรู้ว่าการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เป็นสิ่งที่ยาก ทำให้ทารกได้รับนมผสมเพิ่มขึ้น ส่งผลต่อความล้มเหลวในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ที่สุด และยังพบว่าอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่นั้นมีแนวโน้มลดลงเรื่อยๆ ตามระยะเวลาที่เพิ่มขึ้น ดังนั้นความสำเร็จของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ตั้งแต่ก่อนจำหน่าย โดยเฉพาะอย่างยิ่งในมารดาหลังผ่าตัดคลอด จึงเป็นสิ่งที่จำเป็น และเป็นจุดเริ่มต้นที่ดีในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

สำหรับการประเมินการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง พบว่ามีความแตกต่างกัน และด้วยข้อจำกัดของงานวิจัยทำให้ระยะเวลาของการศึกษาและประเมินผลมักกำหนดที่ระยะสั้น ดังเช่นการศึกษาของ Asole และคณะ (2009) ที่ประเมินการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวนาน 24 ชั่วโมงก่อนออกจากโรงพยาบาล และที่ระยะ 1 เดือนหลังคลอด สอดคล้องกับการศึกษาของ Pechlivani และคณะ (2005) ที่กำหนดระยะเวลาระหว่างอยู่โรงพยาบาล ทารกต้องได้รับนมแม่อย่างเดียวน โดยไม่มีน้ำหรืออาหารอื่น ยกเว้นยาหรือวิตามินตั้งแต่หลังคลอดถึงก่อนจำหน่าย แตกต่างกับการศึกษาของ Kronborg & Michael (2004) ที่กำหนดการประเมินผลการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ที่ระยะ 4 เดือน ทารกต้องได้รับนมแม่อย่างเดียวนและอาจได้รับนมผสมไม่เกิน 1 ครั้งต่อสัปดาห์ ส่วน Kuan และคณะ (1999) กำหนดว่าการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้สำเร็จ หมายถึงการที่มารดาสามารถเลี้ยงลูกด้วยนมแม่นานอย่างน้อยเท่ากับที่มารดาวางแผนไว้ตั้งแต่เริ่มต้น สำหรับองค์การอนามัยโลก (WHO) กำหนดเกณฑ์การประเมินอาหารที่ทารกได้รับ โดยวัดในระยะ 24 ชั่วโมงที่ผ่านมา (24-hour recall) และกำหนดคำถามเกี่ยวกับการให้นมแม่ (WHO, 2007) ดังนี้

- Exclusive Breastfeeding (ECBF) หมายถึง การได้รับนมแม่อย่างเดียว โดยไม่มีน้ำหรืออาหารอื่น ยกเว้น วิตามิน เกลือแร่ และยา
- Predominant (Full) Breastfeeding หมายถึง การได้รับนมแม่อย่างเดียว โดยมีน้ำนมผลไม้ น้ำชา ร่วมด้วย แต่ไม่มีนมผสมหรืออาหารอื่น
- Complementary feeding หมายถึง การได้รับนมแม่ ร่วมกับนมผสม หรืออาหารอื่น ไม่มีสัดส่วนเฉพาะ

ซึ่งพบว่ามีงานวิจัยจำนวนมากประเมินผลลัพธ์ของการศึกษาตามเกณฑ์การประเมินขององค์การอนามัยโลก กล่าวคือการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว หมายถึง การที่มารดาให้ทารกดูดนมแม่จากเต้าทุกมื้อ โดยไม่ให้อาหารอื่น ยกเว้นยา หรือวิตามินที่เป็นคำสั่งการรักษาของแพทย์ โดยประเมินตลอดช่วงเวลา 24 ชั่วโมงที่ผ่านมา ซึ่งมีงานวิจัยดังตัวอย่างต่อไปนี้ การศึกษาของประเทศสหรัฐอเมริกา เพื่อประเมินประสิทธิภาพ การให้คำปรึกษาของเพื่อนต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว ซึ่งเก็บข้อมูลที่ระยะก่อนจำหน่าย โดยใช้การประเมินอาหารที่ทารกได้รับ โดยวัดในระยะ 24 ชั่วโมงที่ผ่านมา ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มที่ได้รับการปรึกษามีอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวมากกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับคำปรึกษา (Anderson, Damio, Young, Chapman, & Perez-Escamilla, 2005) McKeever (2002) ศึกษาการสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ต่อเนื่องที่บ้าน โดยประเมินความสำเร็จของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่คือการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 24 ชั่วโมงที่ผ่านมาในระยะก่อนจำหน่ายและ ระยะสัปดาห์แรกหลังคลอด ผลการทดลองพบว่ากลุ่มทดลองที่ได้รับการเยี่ยมบ้านและให้คำปรึกษามีอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวมากกว่ากลุ่มควบคุม คล้ายคลึงกับการศึกษาของ Zanardo และคณะ (2010) ที่ศึกษาผลของการผ่าตัดคลอดต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ โดยใช้การประเมินอาหารที่ทารกได้รับในระยะ 24 ชั่วโมงก่อนจำหน่าย ผลพบว่ามีมารดาที่ผ่าตัดคลอดเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวน้อยกว่ามารดาที่คลอดปกติทางช่องคลอด

ดังนั้นผู้วิจัยจึงกำหนดเกณฑ์การประเมินผลของงานวิจัยตามนิยามองค์การอนามัยโลก ซึ่งประเมินการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวก่อนจำหน่าย หมายถึงการได้รับนมแม่อย่างเดียว โดยไม่มีน้ำ หรือ อาหารอื่น ยกเว้น วิตามิน เกลือแร่ และยา ในระยะ 24 ชั่วโมงที่ผ่านมา

นอกจากการประเมินโดยอาศัยคำนิยามดังที่กล่าวไว้แล้ว ยังพบการประเมินการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ด้วยเครื่องมือต่างๆ ซึ่งเครื่องมือเหล่านั้นจะมีความจำเพาะและเหมาะสมแตกต่างกันไป (Hill & Johnson, 2007; Walker, 2011) ดังต่อไปนี้

1. The Infant Breastfeeding Assessment Tool สร้างโดย Matthews (1988) เพื่อประเมินพฤติกรรมมารดาของทารก และจากการศึกษาของ Matthews (1991) พบว่าสามารถทำนายการเสริมน้ำหรืออาหารอื่นใน 48 ชั่วโมงแรก

2. Systematic Assessment of the Infant at Breast สร้างโดย Shrago และ Bocar (1990) เพื่อประเมินประสิทธิภาพการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ โดยเน้นที่การประเมินการกลืนน้ำนมของทารก ถ้าไม่ได้ยินเสียงกลืนจะไม่สามารถบอกถึงการได้รับน้ำนมของทารกได้
3. The Mother–Baby Assessment สร้างโดย Mulford (1992) เพื่อประเมินความก้าวหน้าในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดาและทารก
4. Latch Assessment Documentation Tool สร้างโดย Jenks (1991) เพื่อประเมินสิ่งที่เป็นปัญหาในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ เพื่อให้การวางแผนการดูแลและช่วยเหลือมารดาและทารก
5. Breastfeeding Assessment Score สร้างโดย Hall และคณะ (2002) เพื่อประเมินประสิทธิภาพของการให้นมแม่ก่อนจำหน่ายจากโรงพยาบาล
6. LATCH scoring system สร้างโดย Jensen, Wallace, & Kelsay, (1994) เพื่อประเมินประสิทธิภาพของการให้นมแม่ ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบ คือ 1) การอมหัวนมของทารก 2) การดูดและการกลืนนมของทารก 3) ลักษณะของหัวนมมารดา 4) ความสุขสบายของมารดาขณะให้นมทารก 5) ท่าทางในการอุ้มทารกดูดนม

ปัจจัยที่มีผลต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ เป็นการสร้างพื้นฐานชีวิตที่มีคุณภาพสำหรับทารก ทำให้ทารกเติบโตอย่างเหมาะสม และแข็งแรงสมบูรณ์ ทั้งทางด้านร่างกาย สติปัญญา อารมณ์ และสังคม การที่แม่จะประสบความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวนั้น มีปัจจัยที่มีอิทธิพลหลายประการ แบ่งออกเป็น 2 ปัจจัยหลัก คือ ปัจจัยส่วนบุคคล และปัจจัยสิ่งแวดล้อม ซึ่งอธิบายดังนี้

ปัจจัยส่วนบุคคล

ปัจจัยส่วนบุคคล ประกอบด้วย อายุของมารดา ระดับการศึกษา รายได้ครอบครัว สถานภาพสมรส อาชีพ ประสบการณ์การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ความรู้ ทักษะ ความตั้งใจ การรับรู้สมรรถนะในตนเอง มีรายละเอียดดังนี้

1. อายุของมารดา อายุเป็นปัจจัยที่สำคัญต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวนั้น เป็นสิ่งที่กำหนดความพร้อมและความสมบูรณ์ด้านร่างกาย จิตใจ การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ เป็นเหตุการณ์ที่ต้องการการเรียนรู้ร่วมกันระหว่างมารดาและทารก มารดาจึงต้องมีความพร้อม มีความสามารถในการคิดวิเคราะห์ มีเหตุผล จึงจะทำให้มารดาก้าวข้ามปัญหาที่อาจเกิดขึ้นได้ตลอดการปฏิบัติ ส่งผลต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้สำเร็จในที่สุด อายุเป็นปัจจัยทำนายในการเลี้ยงลูก

ด้วยนมแม่ก่อนออกจากโรงพยาบาล มารดาที่มีอายุมากกว่าจะสามารถเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวนอกจากมารดาที่มีอายุน้อย (Scott, et al., 2001) สอดคล้องกับการศึกษาของ Pechlivani และคณะ (2005) ที่พบว่าอายุของมารดาเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวนในโรงพยาบาล มารดาที่มีอายุมากกว่าจะมีเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวนขณะอยู่ในโรงพยาบาลได้มากกว่ามารดาที่มีอายุน้อย ในทางตรงกันข้ามมารดาวัยรุ่นที่อายุน้อยกว่า 20 ปี มีอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวก่อนจำหน่ายน้อยกว่ามารดาที่อายุอยู่ในวัยผู้ใหญ่ (Taylor, Lim, & Neville, 2009) นอกจากนี้การศึกษาของ Lande และคณะ (2003) พบว่ามารดาที่มีอายุมาก มีผลต่อการเพิ่มอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวนาน 4 เดือน และการศึกษาระยะยาวที่ประเทศแคนาดาพบว่าอายุของมารดา สัมพันธ์กับการเพิ่มขึ้นของอัตราการเริ่มเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ระยะเวลาของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวน โดยเฉพาะอายุของมารดาที่มากกว่า 35 ปี มีอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่นาน 4 เดือนสูงกว่ามารดาที่อายุน้อยกว่า 24 ปี เป็น 4 เท่า และมีผลต่อการเริ่มการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ 3.7 เท่า (Furman & Minich, 2004) ส่วนการศึกษาของ Kohlhubera และคณะ (2008) พบว่าอายุของมารดาที่มากมีอิทธิพลต่อระยะเวลาการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ที่นานขึ้น แต่ไม่มีอิทธิพลต่อการเริ่มการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ในทางตรงกันข้ามถ้ามารดาอายุน้อยก็จะส่งผลต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ที่ไม่ต่อเนื่อง และล้มเลิกการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เร็ว

2. ระดับการศึกษา การศึกษานั้นทำให้มารดาสามารถเลือกรับรู้ข้อมูลข่าวสารต่างๆ ได้อย่างมีเหตุผล รอบคอบในการตัดสินใจที่จะเลือกสิ่งที่เป็นประโยชน์ ระดับการศึกษาที่สูงกว่าย่อมมีโอกาสในการรับรู้ข้อมูลข่าวสารมากกว่า และมีความสามารถในการรับรู้และเข้าใจได้เร็วกว่าแม่ที่มีการศึกษาน้อยกว่า และการศึกษาจะเป็นตัวกำหนดความสามารถในการเผชิญปัญหาหรือสิ่งต่างๆ การศึกษาที่ดี ย่อมช่วยให้บุคคลตระหนักถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องได้ดีกว่า ทำให้ง่ายต่อการถ่ายทอดความรู้ความเข้าใจ การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ก็เป็นสิ่งที่มารดาต้องตัดสินใจเลือกปฏิบัติ และพบว่าระดับการศึกษาที่แตกต่างกัน จะส่งผลกระทบต่อความสำเร็จของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่แตกต่างกัน ระดับการศึกษาที่สูงนั้นมีผลต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ต่อเนื่องและยาวนานกว่ามารดาที่ระดับการศึกษาต่ำกว่า จากการศึกษานี้ของ Kools และคณะ (2006) พบว่ามารดาที่มีระดับการศึกษาอยู่ในระดับปานกลาง (มัธยมศึกษา) นั้นเป็นปัจจัยทำนายความต่อเนื่องของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ 3 เดือนหลังคลอด ส่วนการศึกษาของ Manganaro และคณะ (2009) พบว่ามารดาที่มีระดับการศึกษาในระดับสูง (มากกว่าระดับปริญญาตรี) มีอิทธิพลต่อการเริ่มเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และระยะเวลาการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ที่นานกว่า แต่ระดับการศึกษานั้นยังพบประเด็นของผลการศึกษาที่ขัดแย้ง โดยพบว่ามารดาที่มีระดับการศึกษาสูงกว่าจะเลี้ยงลูกด้วยนมแม่น้อยกว่า ดังเช่นการศึกษาใน Greece ที่ศึกษาปัจจัยทำนายการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวนระหว่างอยู่ในโรงพยาบาล พบว่ามารดาที่มีระดับการศึกษาที่

สูง (10-14 ปี) มีผลต่อการเพิ่มอัตราการเสริมนมผสมให้ทารกหว่างอยู่โรงพยาบาล (Pechlivani et al., 2005) มารดาอาจมีลักษณะที่มีความวิตกกังวลสูงกว่าทารกอาจได้รับนมไม่เพียงพอ หรือกลัวทารกน้ำหนักลด จึงเสริมนมผสมในที่สุด

3. รายได้ครอบครัว เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ พบว่ามารดาที่มีรายได้ครอบครัวสูงมีความสัมพันธ์ต่อระยะเวลาการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่นานอย่างน้อย 6 เดือน (Evers, Doran, & Schellenberg, 1998) ในทางตรงข้ามหากมารดาที่มีรายได้ครอบครัวต่ำจะส่งผลกระทบต่อความไม่ต่อเนื่องของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ (Bosnjak, Grguric, Stanojevic, & Sonicki, 2009) ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ Taveras และคณะ (2003) ที่พบว่ารายได้ที่น้อยนั้นเป็นปัจจัยหนึ่งที่ส่งผลกระทบต่อความไม่ต่อเนื่องของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ที่ไม่ต่อเนื่องทั้งระยะ 2 สัปดาห์และ 12 สัปดาห์หลังคลอด และยังพบว่าผลทำให้อัตราและระยะเวลาการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ต่ำ เนื่องจากมารดาที่มีฐานะทางเศรษฐกิจและสังคมดีกว่ามีโอกาสเข้าถึงข้อมูลความรู้มากกว่า ส่งผลกระทบต่อความสามารถในการเลือกสิ่งที่มีประโยชน์สูงสุดต่อตนเองและทารก ส่วนมารดาที่มีรายได้ต่ำจำเป็นต้องยุติการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ อันอาจเกิดจากความจำเป็นต้องกลับเข้าทำงาน (Coulibaly, Seguin, Zunzunegui, & Gauvin, 2006) แต่การศึกษาในแคนาดา พบว่ามารดาที่มีรายได้ต่ำ ประสบความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่มากกว่า (Pechlivani et al., 2005) ซึ่งอาจเนื่องมาจากมารดาที่ว่างงาน ไม่มีเงินเพียงพอที่จะซื้อนมผสมซึ่งมีราคาแพง จึงเป็นเหตุผลที่มารดาตัดสินใจเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เป็นระยะเวลานาน

4. สถานภาพสมรส สถานภาพสมรสเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อระยะเวลาการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ มารดาที่แต่งงานจะเลี้ยงลูกด้วยนมแม่นานกว่ามารดาที่ไม่ได้แต่งงาน หรือเป็นมารดาเลี้ยงเดี่ยว สอดคล้องกับการศึกษาของ Lande และคณะ (2003) พบว่าสถานภาพสมรสเกี่ยวข้องกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 4 เดือน และการศึกษาของประเทศแคนาดา สหรัฐอเมริกา ยุโรปและออสเตรเลีย พบว่ามารดาที่แต่งงานมีอัตราและระยะเวลาการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่สูงกว่ามารดาที่ไม่ได้แต่งงาน เนื่องจากมารดาได้รับการสนับสนุนและดูแลจากสามี ทำให้มีกำลังใจที่จะต่อสู้ปัญหาที่เกิดขึ้นในระหว่างการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และมารดาที่ไม่ได้แต่งงานเกี่ยวข้องกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ไม่ต่อเนื่อง (Callen & Pinelli, 2004) สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าสถานภาพโสด นั้นเป็นปัจจัยทำนายของความล้มเหลวของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ก่อน 6 สัปดาห์หลังคลอด (Li, Fein, Chen, & Grummer-Strawn, 2008)

5. อาชีพ มารดาที่ประกอบอาชีพอยู่บ้าน หรือว่างงานนั้นมีโอกาสเลี้ยงลูกด้วยนมแม่มากกว่ามารดาที่ต้องทำงานนอกบ้าน ซึ่งมารดาที่ทำงานนอกบ้านมักประสบปัญหาต่าง ๆ เช่น ความเครียด การขาดการสนับสนุนจากผู้ประกอบการและเพื่อนร่วมงาน ขาดการยืดหยุ่นของตารางงาน ความเหนื่อยล้าจากการทำงาน ซึ่งล้วนเป็นอุปสรรคต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวยุติ

สำเร็จทั้งสิ้น สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่ามารดาที่ทำงานเต็มเวลาจะส่งผลให้อัตราและระยะเวลาการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ต่ำ แต่หากสถานทำงานมีนโยบายส่งเสริมและการสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ จะทำให้การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ประสบความสำเร็จได้ โดยพบว่ากลยุทธ์ที่มีประสิทธิภาพในการช่วยเพิ่มอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในมารดาที่ทำงาน คือ การเพิ่มจำนวนวันลาคลอด การทำงานที่สามารถยืดหยุ่นเวลาได้ การพัฒนาปรับปรุงเงื่อนไขในสถานที่ทำงานเพื่อสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ การปั๊มนมและการเก็บน้ำนมที่ถูกต้อง รวมทั้งการเข้าถึงแหล่งบริการให้คำปรึกษาในเรื่องนมแม่ (Rea & Morrow, 2004) นอกจากนั้นการที่มารดากลับไปทำงานก่อนระยะเวลา 6 เดือนหลังคลอด จะส่งผลต่ออัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ถึงระยะ 6 เดือนน้อยลง และยากที่จะคงการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่นาน 1 ปี (Scott, et al., 2006) สอดคล้องกับการศึกษาของ Taveras และคณะ(2003) ที่พบว่ามารดาที่กลับไปทำงานหรือเรียนนั้นเป็นปัญหาของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ไม่ต่อเนื่องที่ 10-12 สัปดาห์ เนื่องจากตารางงานที่เข้มงวด และไม่มีเวลาพอในการเอาใจใส่ดูแลทารก

การคงความต่อเนื่องของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เมื่อแม่ต้องไปทำงานไม่ใช่สิ่งที่ลำบากหรือยุ่งยาก ความสำเร็จย่อมเกิดขึ้นได้ ถ้ามารดามีความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้อง เรียนรู้วิธีการบีบเก็บน้ำนมที่ถูกต้อง มีการเตรียมความพร้อมและวางแผนที่ดี และปรับวิธีการดำเนินกิจกรรมประจำวันให้สอดคล้องกับการให้นมลูกอย่างเหมาะสม นอกจากนั้นสิ่งที่สำคัญคือการได้รับสนับสนุนจากบุคลากรทางสุขภาพ ให้ความรู้ คำแนะนำ รวมทั้งช่วยแก้ไขปัญหที่อาจเกิดขึ้น จะสามารถช่วยกระตุ้นประคองให้แม่สามารถประสบความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้

6. ประสบการณ์การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวน ประสบการณ์เป็นเหตุการณ์ที่บุคคลได้เคยผ่านสถานการณ์ที่มีลักษณะใกล้เคียงกับสถานการณ์ในปัจจุบันมาก่อน ซึ่งมีผลต่อการรับรู้ การคาดคะเน การแปลความหมายของการกระทำในปัจจุบัน หากมารดามีประสบการณ์ในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่มาก่อนจะทำให้มารดาสามารถที่จะคาดการณ์ถึงเหตุการณ์ที่อาจเกิดขึ้นได้ และแก้ไขสถานการณ์ที่เป็นปัญหาให้ผ่านพ้นไปได้ (แสงทอง เลิศประเสริฐพงศ์, 2544) ถ้ามารดาเคยมีประสบการณ์ที่ดีในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ก็อาจตัดสินใจที่จะเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในลูกคนต่อไป แต่หากมารดาเคยมีประสบการณ์ที่ไม่ดีในกรณีที่มีปัญหาสุขภาพร่างกาย เช่น เต้านมอักเสบ เจ็บเต้านมจากการให้ลูกดูดนมอย่างไม่มีประสิทธิภาพ ก็อาจเป็นปัจจัยที่ทำให้มารดาตัดสินใจไม่เลี้ยงลูกด้วยนมแม่ สอดคล้องกับการศึกษาของ Pechlivani และคณะ (2005) ที่พบว่ามารดาที่มีประสบการณ์การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่มาก่อน มีอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวก่อนจำหน่ายจากโรงพยาบาลมากกว่ามารดาที่ไม่เคยเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ซึ่งมารดาที่เคยให้นมบุตรสามารถแก้ปัญหาการดูดนมของทารก อาการเจ็บจากหัวนม

แตก ด้านมดัดตั้ง ได้ดีกว่ามารดาที่ไม่เคยให้นมบุตร และมารดาที่เคยเลี้ยงลูกด้วยนมแม่มีความตั้งใจ และความมั่นใจในการให้นมลูกมากกว่ามารดาที่ไม่เคยมีประสบการณ์ (Lessen, & Crivelli-Kovach, 2007) นอกจากนี้พบว่ามารดาท้องหลังที่มีประสบการณ์ในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่นั้นจะเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวนในโรงพยาบาลและที่ระยะ 9 สัปดาห์ มากกว่ามารดาที่ไม่เคยมีประสบการณ์ และมารดาที่ไม่มีประสบการณ์มีผลต่อการหย่านมเร็วก่อน 3 สัปดาห์หลังคลอด ซึ่งมีสาเหตุหลักคือปริมาณน้ำนมที่ไม่เพียงพอ (Hauck, Fenwick, Dhaliwal, & Butt, 2011)

7. ความรู้ของมารดาเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ความรู้เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการแสดงออกซึ่งพฤติกรรมของมารดา เป็นสิ่งที่ช่วยให้มารดาสามารถตัดสินใจที่จะปฏิบัติพฤติกรรมที่ถูกต้องเหมาะสมในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ความรู้ของมารดาอาจเป็นความรู้เดิมที่ได้จากการศึกษา การถ่ายทอดประสบการณ์การเลี้ยงลูกจากบุคคลอื่น หรือประสบการณ์ที่เกิดขึ้นกับมารดาเอง และระดับการศึกษาก็เป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่สะท้อนถึงความรู้ของมารดา ซึ่งการศึกษาของ Kronborg & Michael (2004) พบว่าความรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดาเกี่ยวข้องกับระยะเวลาการให้นมแม่ที่ยาวนานกว่ามารดาที่ไม่มีความรู้ นอกจากนั้นการที่มารดาไม่ได้รับความรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ตั้งแต่ขณะตั้งครรภ์ เป็นปัจจัยที่ทำให้ระยะเวลาและอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่น้อยลง

มารดาที่ผ่าตัดคลอดก็เช่นกัน พบว่ามารดาที่ได้รับความรู้เกี่ยวกับนมแม่ตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์ไตรมาสสุดท้าย จะทำให้มารดาสามารถเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวนในระหว่างอยู่ในโรงพยาบาล และ 1 เดือนหลังคลอด มากกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับความรู้ ซึ่งความรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่นั้นบุคลากรทางสุขภาพควรให้ความสนใจ และดำเนินการให้ข้อมูลเพื่อให้มารดาได้เตรียมความพร้อมในการให้นมแก่ทารก โดยเฉพาะข้อมูลที่แสดงให้เห็นถึงประโยชน์ของนมแม่ เพื่อง่ายต่อการให้มารดาตัดสินใจเลือกวิธีการให้นมทารก (Lin, Kuo, Lin, & Chang, 2008)

8. ทักษะเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ทักษะเป็นแนวความคิดที่มีความสำคัญมากทางจิตวิทยาสังคม มีการใช้คำนี้กันอย่างกว้างขวาง เนื่องจากทักษะมีผลต่อการแสดงออกซึ่งพฤติกรรมต่างๆ กล่าวคือ ทักษะเป็นเป็นสิ่งที่บ่งบอกความคิดและความรู้สึก ต่อบุคคล วัตถุ สิ่งของ หรือสถานการณ์ ทักษะคตินั้นมีรากฐานมาจากความเชื่อ เป็นการประเมินเพื่อแสดงว่าชอบหรือไม่ชอบต่อสิ่งนั้นถือเป็นการสื่อสารภายในบุคคล ที่เป็นผลกระทบมาจากการรับสาร ทักษะคตินี้จึงเป็นความพร้อมที่จะตอบสนองต่อสิ่งเร้าและจะมีผลต่อพฤติกรรมต่อไป

ทักษะนี้อาจเกิดจากสิ่งต่างๆ เช่น เกิดจากการเรียนรู้ การได้รับการอบรมสั่งสอนเกี่ยวกับ วัฒนธรรม และประเพณีจากบิดามารดา ทั้งโดยตรง และทางอ้อม ตลอดจนได้เห็นแนวปฏิบัติของพ่อแม่ เกิดจากความสามารถในการแยกแยะความแตกต่าง คือแยกสิ่งดีหรือไม่ดี

เกิดจากประสบการณ์ของแต่ละบุคคลซึ่งแตกต่างกันออกไป และเกิดจากการเลียนแบบ หรือการรับทัศนคติของผู้อื่นมาเป็นของตนเอง นอกจากนั้นบุคคลสามารถแสดง ทัศนคติ ออกได้ทั้งทัศนคติเชิงบวก เป็นทัศนคติที่ชักนำให้บุคคลแสดงออก มีความรู้สึกหรือ อารมณ์ จากสภาพจิตใจได้ตอบในด้านดีต่อสิ่งนั้น และทัศนคติเชิงลบ เป็นทัศนคติ ที่สร้างความรู้สึกลงไปในทางเสื่อมเสีย ไม่ได้ได้รับความเชื่อถือ หรือ ไว้วางใจ อาจมีความเคลือบแคลงระแวงสงสัย ก่อให้เกิดอคติขึ้น ในจิตใจจนพยายาม ประพฤติ และปฏิบัติต่อต้านสิ่งนั้น (Ronis, Yates, & Kirscht, 1989)

สำหรับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่นั้นเป็นพฤติกรรมอย่างหนึ่ง ที่พบว่าทัศนคติที่ดีต่อนมแม่เป็นสิ่งที่สำคัญในการชักจูงให้มารดาปฏิบัติพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และมีผลต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวย ทัศนคติมีผลต่อความเชื่อและการยอมรับเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดาแต่ละคน และทัศนคติอาจเกิดจากการได้รับข้อมูลข่าวสารจากแหล่งต่างๆ ทั้งจากบุคคลในครอบครัว ชุมชน สังคม สื่อ รวมทั้งความรู้ของมารดา ซึ่งจะก่อให้เกิดทัศนคติได้ทั้งทางด้านบวกและด้านลบ (สุดาภรณ์ พยัคฆเรือง, 2554) ซึ่งพบว่ามารดาที่มีทัศนคติที่ดีต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่นั้นมีอิทธิพลต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ทั้งระยะก่อนจำหน่ายจากโรงพยาบาลและที่ระยะ 1 เดือนหลังคลอด (Lin, et al., 2008) สอดคล้องกับมารดาที่มีทัศนคติและความเชื่อที่ดีเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่จะมีอัตราเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวจนถึง 6 สัปดาห์หลังคลอดมากกว่ามารดาที่มีทัศนคติที่ดีต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมผสม (Ho, & McGrath, 2011) และจากการศึกษาของ Scott, Shaker, และ Reid (2004) พบว่าทัศนคติของมารดานั้นสำคัญที่สุดในการเลือกวิธีการให้นมทารกก่อนจำหน่าย นอกจากนั้นยังพบว่ามารดาที่มีทัศนคติที่ไม่ดีต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ นั้นเป็นอิทธิพลสำคัญต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ที่ไม่ต่อเนื่องเร็วกว่ามารดาที่มีทัศนคติที่ดี และทัศนคติของมารดาและความรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ นั้นเป็นปัจจัยที่มีผลต่อทั้งระยะเวลาและอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวย โดยเฉพาะถ้ามารดามีความรู้เกี่ยวกับประโยชน์ของนมแม่จะยิ่งเพิ่มทัศนคติที่ดีต่อนมแม่มากขึ้น (DiGirolamo, Grummer-Strawn, & Fein, 2008; Kishore, 2009)

9. ความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ความตั้งใจ เป็นความมุ่งมั่นที่จะกระทำการหนึ่งให้สำเร็จตามเป้าหมาย และความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ก็เช่นกัน ความตั้งใจที่จะเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ขณะตั้งครรภ์มีผลต่อความสำเร็จและระยะเวลาของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ซึ่งพบว่ามารดาที่มีความตั้งใจขณะตั้งครรภ์ที่จะเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เป็นระยะเวลานานยิ่งส่งผลดีต่อระยะเวลาการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่หลังคลอดที่นานขึ้น โดยพบว่ามารดาที่ตั้งใจเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ 1 และ 5 เดือน มารดาสามารถเลี้ยงลูกด้วยนมแม่หลังคลอดได้นาน 2.5 และ 4.4 เดือนตามลำดับ (Donath & Amir, 2003) สอดคล้องกับการศึกษาของ Kronborg & Michael (2004) พบว่าความตั้งใจเลี้ยงลูกด้วยนมแม่มีผลต่อระยะเวลาการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างมีนัยสำคัญทั้งระยะก่อนและหลัง 6 เดือน

ในทางตรงกันข้ามถ้ามารดาไม่มีความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่นั้นจะส่งผลต่อความล้มเหลวในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในระยะ 6 เดือนหลังคลอด

นอกจากนี้ยังพบปัจจัยที่ส่งผลต่อความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ คือ ระดับการศึกษา สถานะภาพสมรส จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ การสูบบุหรี่ และความรู้เกี่ยวกับประโยชน์ของนมแม่ และทัศนคติที่ดีต่อนมแม่ แต่พบว่าอายุไม่มีผลต่อความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ (Forster, McLachlan, & Lumley, 2006; Stuebe, & Bonuck, 2011) และการศึกษาของ Fairlie, Gillman, และ Rich-Edwards (2009) พบว่าภาวะซึมเศร้า และความวิตกกังวลขณะตั้งครรภ์เป็นปัจจัยที่สามารถทำนายความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในระยะตั้งครรภ์ได้ แต่ไม่สามารถทำนายการเริ่มให้นมทารกได้

10. การรับรู้สมรรถนะในตนเอง ถ้าบุคคลมีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง โดยทราบว่าจะทำอะไร และสามารถทำอะไรได้บ้างและเมื่อทำแล้วจะได้ผลลัพธ์ตามความสามารถที่ตนเองคาดหวังไว้ บุคคลนั้นจะมีความโน้มเอียงที่จะปฏิบัติกิจกรรม หรือแสดงออกซึ่งพฤติกรรมตามความคาดหวังในความสามารถของตนเอง ความมั่นใจในการตัดสินใจว่าตนเองมีความสามารถเพียงใด จะเป็นตัวชี้ให้เห็นว่าบุคคลจะพยายามทำงานนั้นมากแค่ไหน ถ้าเชื่อว่าตนเองไม่มีความสามารถที่จะทำกิจกรรมให้สำเร็จได้ ก็จะเกิดความกลัวและพยายามหลีกเลี่ยงกิจกรรมนั้น การรับรู้ความสามารถของตนเองจะช่วยให้เกิดความไม่หวาดหวั่นล่วงหน้าในการทำงาน และทำให้เกิดความเพียรพยายาม ไม่ท้อถอยเมื่อพบเจอกับอุปสรรค ยิ่งบุคคลมีความคาดหวังในความสามารถของตนเองมาก จะยิ่งเกิดความเพียรพยายามและกระตือรือร้นในการทำงานมาก การที่บุคคลพยายามทำงานในสถานการณ์ที่บีบบังคับได้สำเร็จ และได้ผลลัพธ์ตามที่คาดหวังไว้ จะเป็นแรงส่งเสริมในการรับรู้ความสามารถของตนเอง ทำให้เกิดความกลัวน้อยลงเมื่อต้องประสบกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นเช่นเดิม แต่ถ้าบุคคลล้มเลิกการทำงานโดยง่ายจะทำให้ความคาดหวังในความสามารถของตนเองต่ำลง และเกิดความกลัวต่องานนั้นมากขึ้น (Bandura, 1977) ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องพบการศึกษาการรับรู้สมรรถนะในตนเองเป็นปัจจัยที่สามารถนำมาปรับใช้และมีความสำคัญอย่างมากต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวย โดยบทบาทของมารดาในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่นั้นนับว่าเป็นสิ่งที่ท้าทาย ถ้ามารดามีความมั่นใจในความสามารถของตนเอง มารดาก็จะพยายาม ไม่หวั่นกลัว ไม่ท้อถอยเมื่อพบเจอกับอุปสรรค และกระตือรือร้นที่จะเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ให้สำเร็จตามที่คาดหวังไว้ในที่สุด สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่ามารดาที่มีการรับรู้สมรรถนะในตนเองเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ระดับสูงจะสามารถเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวย ระยะที่อยู่โรงพยาบาลและระยะ 4 สัปดาห์ มากกว่ามารดาที่มีการรับรู้สมรรถนะในตนเองระดับต่ำ (Gregory, Penrose, Morrison, Dennis, & MacArthur, 2008) และการรับรู้สมรรถนะในตนเอง

เกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ที่ระยะตั้งครรภ์สามารถทำนายการเริ่มเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในระยะหลังคลอดได้ นอกจากนี้การรับรู้สมรรถนะในตนเองเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ที่ระยะหลังคลอดสามารถทำนายการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวกันได้ทั้งที่ระยะ 1 และ 4 สัปดาห์หลังคลอด (Dennis, Heaman, & Mossman, 2011) จากการศึกษาในโรงพยาบาลสายสัมพันธ์แม่ลูก 3 แห่งของประเทศเดนมาร์ก พบว่าการรับรู้สมรรถนะในตนเองนั้นเกี่ยวข้องกับระยะเวลาการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่นานถึง 4 เดือน นอกจากนั้นมารดาที่มีการรับรู้สมรรถนะในตนเองระดับสูงจะมีความตั้งใจในการให้นมแม่เป็นเวลานาน และล้มเลิกการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่น้อยกว่ามารดาที่มีการรับรู้สมรรถนะในตนเองระดับต่ำถึงระดับปานกลาง 2 เท่า (Kronborg & Michael, 2004) ในทางตรงข้ามถ้ามารดาขาดความมั่นใจในตนเองในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่นั้นมีผลต่อความไม่ต่อเนื่องของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Taveras และคณะ (2003) พบว่ามารดาที่ขาดความมั่นใจในความสามารถของตนเองในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในวันที่ 1-2 หลังคลอดจะสัมพันธ์กับความไม่ต่อเนื่องของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ที่ 2 สัปดาห์หลังคลอด

นอกจากนี้พบว่าการรับรู้สมรรถนะในตนเองมีปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องด้วย ความรู้และทักษะที่ถูกต้องเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ โดยเฉพาะการมีทักษะพื้นฐาน จะเป็นกลยุทธ์สำคัญในการเพิ่มอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ (Attard Montalto, Borg, Buttigieg-Said, & Clemmer, 2010) และถูกทดลองได้ด้วยปัจจัยที่ขัดขวางทางด้านร่างกาย เช่น ความเครียด ความเหนื่อยและความวิตกกังวล (Chezem, 2003) Blyth และคณะ (2002) พบว่าปัจจัยทำนายการรับรู้สมรรถนะในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ที่ 4 เดือน คือการรับรู้สมรรถนะในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในระยะก่อนคลอด และระยะ 1 สัปดาห์หลังคลอด สำหรับอายุของมารดา สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ไม่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้สมรรถนะในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ทั้งระยะตั้งครรภ์และหลังคลอด

ปัจจัยสิ่งแวดล้อม

ปัจจัยสิ่งแวดล้อม ประกอบด้วย เวลาที่เริ่มให้นมแม่ สุขภาพของมารดา สุขภาพของทารก ปริมาณน้ำนม การเสริมนมผสม การสนับสนุนจากพยาบาล การสนับสนุนจากบุคคลใกล้ชิด และสมาชิกในครอบครัว นโยบายขององค์กรและประเทศ มีรายละเอียดดังนี้

1. **เวลาที่เริ่มให้นมแม่** การเริ่มเลี้ยงลูกด้วยนมแม่นั้นมีความสำคัญอย่างมากต่อระยะเวลาและการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว โดยพบว่ามารดาที่ให้ทารกดูดนมแม่เร็วจะส่งผลต่อผลลัพธ์ที่ดีในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ (Scott, Binns, Oddy, & Graham, 2006) เนื่องจากการเริ่มต้นดูดเร็วจะเป็นการกระตุ้นให้น้ำนมมาเร็วขึ้น เพราะการดูดจะช่วยกระตุ้นการสร้างฮอร์โมนที่ช่วย

สร้างน้ำนม (prolactin) และฮอร์โมนช่วยหลั่งน้ำนม (oxytocin) หลายการศึกษาพบว่า การเริ่มให้นมทารกเร็วในระยะหลังคลอดนั้นมีประโยชน์อย่างมากทั้งต่อมารดาและทารก ดังนี้

ด้านมารดา การเริ่มดูดนมเร็วของทารกนั้นเป็นการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดของมารดาได้ เพราะการดูดนมของทารกกระตุ้นให้เกิดฮอร์โมนออกซิโตซิน ซึ่งนอกจากจะมีหน้าที่กระตุ้นการหลั่งน้ำนมแล้วยังทำให้เกิดการหดตัวของกล้ามเนื้อมดลูก ป้องกันและยับยั้งการตกเลือดหลังคลอด (Boccolini, Oliveira, & Vasconcellos, 2011; Emel Örün, 2010)

ด้านทารก ทารกจะได้รับประโยชน์จากน้ำนมแม่ที่ไหลออกมาหลังคลอดในระยะแรก เรียกว่า colostrum (1-5 วันแรก) ซึ่งมีสารอาหารที่เหมาะสมกับทารก เช่น โปรตีน โซเดียม โพแทสเซียม วิตามินที่ละลายในไขมัน สารภูมิคุ้มกันที่ช่วยป้องกันทารกจากการติดเชื้อโรคในระบบทางเดินอาหาร และยังมีสารภูมิคุ้มกันอื่นๆ มากมาย นอกจากนี้ยังพบว่า การเริ่มดูดนมเร็วสามารถลดอัตราการตายของทารกได้ และยังช่วยส่งเสริมการให้เกิดความผูกพันโดยตรงระหว่างมารดากับทารก โดยเฉพาะภายใน 30 นาทีหลังคลอด (Edmond et al., 2006; Walker, 2011) สำหรับการศึกษาของ Christensson และคณะ (1992) พบว่าการโอบกอดและเริ่มให้นมแม่เร็วนี้สามารถควบคุมอุณหภูมิร่างกายของทารก ป้องกันภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำ และสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้

จากการศึกษาของ Emel Örün และคณะ (2010) พบว่ามารดาที่คลอดปกติทางช่องคลอดเริ่มเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เร็วกว่ามารดาที่ผ่าตัดคลอด และพบว่าปัจจัยทางลักษณะประชากร ไม่มีผลต่อการเริ่ม แต่ปัจจัยที่สามารถทำนายการเริ่มได้คือ การเจ็บป่วยของมารดา ความเจ็บของทารก หากมารดาและทารกมีภาวะแทรกซ้อนหรืออาการเจ็บป่วยระหว่างตั้งครรภ์ ระยะคลอด หรือหลังคลอดจะเป็นอุปสรรคในการเริ่มเร็วของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้ นอกจากนี้การศึกษาในประเทศญี่ปุ่น พบว่า มารดาที่เริ่มให้นมแม่เร็วภายใน 2 ชั่วโมงมีอิทธิพลต่อความสำเร็จของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ที่ 4 เดือนหลังคลอด แต่ถ้ามารดาเริ่มให้นมทารกช้ากว่า 2 ชั่วโมงเกี่ยวข้องกับการลดลงของอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ระหว่างอยู่ในโรงพยาบาล และที่ระยะ 1 เดือน 4 เดือนหลังคลอด (Nakao, Moji, Honda, & Oishi, 2008) สอดคล้องกับการศึกษา ที่พบว่า การเริ่มให้ลูกดูดนมแม่เร็ว จะเพิ่มอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวก่อนจำหน่าย (Manganaro, et al., 2009; Pechlivani, et al., 2005) นอกจากนี้การเริ่มให้นมแม่ภายในวันแรกหลังคลอดมีความสำคัญมากต่อการเรียนรู้ของทารกที่เกี่ยวข้องกับการดูดนมแม่ เช่น การอมหัวนม การทำงานของรีเฟล็กซ์ในการดูดนมร่วมกับการกลืนน้ำนม สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าทารกที่เริ่มดูดนมช้าในระยะ 24 ชั่วโมงแรก หรือประสบปัญหาต่างๆ ตั้งแต่แรก เช่น การเริ่มให้นมผสม การให้จุกนมปลอม การแยกจากมารดา จะมีผลต่อเสียต่อการเรียนรู้เกี่ยวกับการดูดนมแม่ในระยะต่อไปได้ (Hill, Humenick, Brennan, &

Woolley, 1997; Radzynski, 2005) ดังนั้นจะพบว่า การเริ่มให้นมแม่ที่เร็วขึ้นมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้สำเร็จ ทำให้กระบวนการสร้างน้ำนมและหลั่งน้ำนมที่จะเกิดขึ้นเร็ว เป็นการป้องกันการเกิดปัญหาต่างๆ ได้ เช่น ปัญหาน้ำนมไม่เพียงพอ ลดการเสริมนมผสม เป็นต้น

2. สุขภาพของมารดา สภาพร่างกายของมารดามีความสำคัญต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ เนื่องจากในระยะหลังคลอด เป็นระยะเวลาที่ท้าทายต่อมารดาที่ต้องเผชิญกับความไม่สบาย อาการปวดแผลฝีเย็บหรือแผลผ่าตัดคลอด อาการอ่อนเพลียจากการเสียเลือดระยะคลอด จากการดื่มน้ำและอาหาร ซึ่งมีงานวิจัยที่พบว่า ความเจ็บปวด และความยากของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่นั้น ส่งผลเสียต่อระยะเวลาของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ (Merewood, Philipp, Chawla, & Cimo, 2003) นอกจากนี้มารดาที่มีภาวะไม่สบาย และถูกรบกวนจากสภาพร่างกาย เช่น หวัด แห้ง เจ็บคอ เหนื่อย อ่อนเพลีย ท่อน้ำนมอุดตัน เป็นเหตุผลหนึ่งของการหยุดให้นมทารก (Thompson, Roberts, Currie, & Ellwood, 2002) สอดคล้องกับการศึกษาของ Taveras และคณะ (2003) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ที่ไม่ต่อเนื่อง พบว่าในสัปดาห์แรกหลังคลอด ความไม่ต่อเนื่องมักเกิดจากอาการเจ็บเต้านม และหัวนมแตก คิดเป็นร้อยละ 14 และมารดาบางคนที่ถูกรบกวนในการนอนหลับ มีอาการอ่อนเพลียก็นำไปสู่การล้มเลิกการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้เช่นกัน (Wambach, et al., 2005) มีการศึกษาที่พบว่ามารดาประสบกับเหตุการณ์ที่ยากเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ก่อน 4 สัปดาห์หลังคลอด ทำให้เกิดความล้มเหลวของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ก่อน 6 เดือนได้ (Dykes, Moran, Burt, & Edwards, 2003) ในทางตรงกันข้ามพบว่าสภาพร่างกายที่แข็งแรง มีความสุขสบาย หลังคลอดจะมีผลต่อความสามารถในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ที่เพิ่มขึ้น นอกจากนี้สภาพร่างกายของมารดาที่ยังขึ้นอยู่กับความยาก-ง่ายของการคลอด หรือหัตถการที่มารดาได้รับ (Caroline Jane, 2007)

3. สุขภาพของทารก ปัญหาสุขภาพของทารกนั้นเป็นปัจจัยที่มีผลต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ตั้งแต่เริ่มต้น โดยพบว่าทารกที่มีอาการผิดปกติ มีภาวะแทรกซ้อน เช่น ทารกที่คลอดก่อนกำหนด ทารกน้ำหนักตัวน้อย จะถูกแยกจากมารดาตั้งแต่แรกหลังคลอด เพื่อรับการดูแลเป็นพิเศษ ทำให้ขัดขวางการเริ่มให้นมแม่ครั้งแรก (Walker, 2011) สอดคล้องกับการศึกษาของ Dashti และคณะ (2010) ทำการศึกษาระยะยาวเกี่ยวกับปัจจัยทำนายการเริ่มเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ใน Kuwait พบว่าทารกที่เจ็บป่วยต้องเข้ารับการรักษานานกว่าทารกที่มีสุขภาพดี มีผลต่อทั้งการเริ่มและอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ก่อนจำหน่ายจากโรงพยาบาลน้อยกว่าทารกปกติ ซึ่งมีการศึกษาที่คล้ายคลึงกัน พบว่าปัญหาสุขภาพของทารกนั้นก่อให้เกิดความยากลำบากในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ โดยเฉพาะทารกที่ถูกแยกกับมารดาเพื่อรักษาอาการเจ็บป่วย นอกจากนี้ยังทำให้มารดาเกิดภาวะซึมเศร้า เครียดกับสภาพที่ต้องเผชิญ และถ้ามารดาขาดความรู้เกี่ยวกับประโยชน์และความสำคัญของนมแม่ จะทำให้มารดาขาดแรงจูงใจต่อการที่จะพยายามให้นมทารกต่อเนื่อง และการศึกษาที่ประเทศสหรัฐอเมริกา

พบว่าอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในทารกที่อยู่หน่วยดูแลพิเศษต่ำ เนื่องจากการดาบางคนขาดอุปกรณ์ที่จะช่วยปัมน้ำนม จึงยากที่จะคงปริมาณน้ำนมไว้ได้ และพบว่าขาดการสนับสนุนจากบุคคลากร ทำให้มารดาารู้สึกขาดกำลังใจในการให้นมทารก ส่งผลต่อการล้มเลิกการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในที่สุด (Gonzalez et al., 2003)

4. ปริมาณน้ำนม ปริมาณน้ำนมไม่เพียงพอเป็นปัญหาที่พบบ่อย ทำให้มารดาหลายคนล้มเลิกหรือเกิดความไม่ต่อเนื่องในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ (Chin & Amir, 2008) ซึ่งการศึกษาของ Sarasua และคณะ (2009) พบว่าเหตุผลหลักของการเสริมนมผสม คือ ปริมาณน้ำนมไม่เพียงพอ (55%) มารดามีอาการเหนื่อยล้า (21%) และมารดาเจ็บเต้านมและหัวนม (10%) นอกจากนี้ยังพบว่ามารดาที่มีประสบการณ์เกี่ยวกับปัญหาปริมาณน้ำนมไม่เพียงพอ จะเป็นปัจจัยเสี่ยงของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่น้อยกว่า 4 เดือน (Kohlhubera et al., 2008)

นอกจากนี้ยังพบว่าในมารดาที่ผ่าตัดคลอดบุตรจะประสบกับปัญหานี้ได้มากกว่ามารดาที่คลอดปกติทางช่องคลอด และพบว่าปัจจัยที่ทำนายปริมาณน้ำนมที่ไม่เพียงพอในมารดาหลังผ่าตัดคลอด ประกอบด้วย ลำดับที่ของบุตร ชนิดของยาชา เวลาที่เริ่มให้นมทารก และการใช้นมผสม (Lin, Lee, Yang, & Gau, 2011)

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าการที่ปริมาณน้ำนมไม่เพียงพอ มีความหมายอยู่สองประการ คือ การสร้างได้น้อยจริง หรืออาจเป็นเพียงการเข้าใจผิดว่าน้ำนมไม่เพียงพอ กล่าวคือการสร้างน้ำมน้อยจากสาเหตุโดยตรงจากเนื้อเยื่อต่อน้ำนมผิดปกติ (primary insufficient milk) ซึ่งพบได้น้อย แต่น้ำมน้อยจากสาเหตุอื่นๆ (secondary insufficient milk) มีโอกาสเกิดได้มาก เช่น เกิดจากการดูดนมที่ไม่มีประสิทธิภาพ (Neifert, 2001)

5. การเสริมนมผสม เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อความล้มเหลวของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในระยะหลังคลอด โดยพบว่าการเสริมนมผสมเร็ว นั้นเป็นผลเสียต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ทำให้เกิดการขาดความต่อเนื่องของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ (Hauck, Fenwick, Dhaliwal, & Butt, 2011) ซึ่งบ่อยครั้งที่พบว่าเป็นสาเหตุของการปริมาณน้ำนมที่ไม่เพียงพอเนื่องจากทารกดูดนมจากเต้าแม่ลดลง เท่ากับลดการกระตุ้นการสร้างน้ำนม (Neifert, 2001) จากการศึกษาของ Tarrant และคณะ (2010) พบว่าการเสริมนมผสมแก่ทารกก่อนอายุ 1 เดือนสามารถทำนายการล้มเลิกการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ก่อน 3 เดือนหลังคลอด นอกจากนี้การศึกษาของ Agboado และคณะ (2010) พบว่ามารดาที่เสริมนมผสมแก่ทารกตั้งแต่ในโรงพยาบาลโดยไม่มีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์นั้นส่งผลต่อความไม่ต่อเนื่องของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เมื่อเปรียบเทียบกับการให้ตามข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ โดยข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ที่ระบุไว้ เช่น อาการ hypoglycemia ที่ไม่ตอบสนองต่อนมแม่ ทารกที่น้ำหนักลดลงมากในขณะที่มารดามีปัญหากระบวนการสร้างน้ำมน้อยกว่าปกติ การให้นมผสมโดยไม่จำเป็น

นั้นทำให้เกิดการลดการกระตุ้นการสร้างน้ำนมจากเต้านมมารดา เกิดการสร้างน้ำนมที่ช้าและลดลงตามลำดับ นอกจากนี้ยังพบว่าทารกจะเคยชินที่จะได้รับน้ำนมที่ไหลเร็ว (faster flow) มากกว่านมแม่ ซึ่งสถานการณ์ดังกล่าวอาจเกิดได้ภายใน 2-3 วันแรก ต่อมาทารกจะปฏิเสธการดูดนมแม่จากเต้านมมารดาจึงต้องการที่จะเสริมนมผสมเพื่อความพึงพอใจของทารก

หลายการศึกษาแนะนำว่าบุคลากรทางการแพทย์เป็นบุคคลสำคัญที่ควรให้คำแนะนำให้ความรู้เกี่ยวกับผลเสียและความเสี่ยงที่อาจเกิดปัญหาเมื่อมารดาเสริมนมผสมแก่ทารก พร้อมทั้งบุคลากรทางการแพทย์ควรตรวจการปฏิบัติในการให้นมผสมจนเป็นกิจวัตรประจำวันโดยปราศจากข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่ามารดาส่วนใหญ่ที่เสริมนมผสมนั้นเกิดจากการไม่ทราบประโยชน์ที่แท้จริงของนมแม่ มารดาจึงควรจะต้องรู้ถึงประโยชน์ของนมแม่และผลเสียที่จะตามมาของการเสริมนมผสมอย่างชัดเจน เช่นการเลี้ยงลูกด้วยนมผสมนอกจากจะสิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายอย่างมากแล้ว สิ่งที่สำคัญคือผลเสียต่อสุขภาพของทารก อาจเพิ่มอัตราการติดเชื้อ ภาวะโรคอ้วนแก่ทารกได้ (Ip, Chung, Raman, Trikalinos, & Lau, 2009)

6. การสนับสนุนจากพยาบาล เป็นส่วนหนึ่งของการสนับสนุนทางสังคม บุคคลนั้นเป็นผู้ที่ต้องมีการติดต่อสัมพันธ์กับบุคคลอื่นในสังคมตลอดชีวิต ซึ่งมีลักษณะเป็นเครือข่ายที่ต้องพึ่งพาอาศัยกัน เพื่อให้ประสบความสำเร็จในการทำหน้าที่ตามบทบาทในการดำเนินชีวิต และในการเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงในชีวิต การสนับสนุนทางสังคมที่จำเป็นนั้นต้องมาจากแหล่งที่มีความสำคัญต่อบุคคลนั้น จะแตกต่างกันไปตามสถานการณ์ สำหรับมารดาหลังคลอด ระยะเวลาที่ต้องพักรักษาตัวในโรงพยาบาลนั้น พบว่าพยาบาลคือบุคลากรทางสุขภาพที่มีบทบาทสำคัญอย่างยิ่งเนื่องจากพยาบาลเป็นผู้ที่ใกล้ชิดกับมารดาและทารกมากที่สุด รวมทั้งพยาบาลยังมีบทบาทในการให้คำแนะนำ ให้ความรู้และให้การช่วยเหลือสนับสนุน โดยเฉพาะเรื่องการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ซึ่งเป็นบทบาทที่พยาบาลสามารถปฏิบัติได้อย่างอิสระ นอกจากนี้ยังพบว่าการสนับสนุนจากพยาบาลในระยะแรกหลังคลอดซึ่งช่วงเวลาที่ท้าทายสำหรับมารดา ที่มารดาต้องการกำลังใจ ต้องการความช่วยเหลือ และการประเมินเพื่อการแก้ไขปัญหาตั้งแต่เริ่มแรก ก่อนที่ปัญหานั้นจะยากเกินแก้ไขนำไปสู่ความล้มเหลวในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ต่อไปได้ (Walker, 2007) สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่ามารดาสามารถข้ามผ่านอุปสรรคในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ขณะอยู่โรงพยาบาลได้จากความช่วยเหลือและสนับสนุนจากพยาบาล (Mauri, Zobbi, & Zannini, 2011) และมารดาที่ได้รับการสนับสนุนจากพยาบาลนั้นสามารถเลี้ยงลูกด้วยนมได้อย่างเดียวทั้งในระยะที่อยู่ในโรงพยาบาลและที่ระยะ 3 เดือนหลังคลอดมากกว่ามารดาที่ขาดการสนับสนุนจากพยาบาล (Henderson, & Redshaw, 2011) นอกจากนี้ในการศึกษาทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบจำนวน 34 เรื่องใน 14 ประเทศ

พบว่า การสนับสนุนจากพยาบาลนั้นมีผลต่อการเพิ่มระยะเวลาการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ (Britton, McCormick, Renfrew, Wade, & King, 2007)

การที่พยาบาลจะช่วยเหลือสนับสนุนมารดาและทารกได้นั้น พยาบาลจะต้องมีความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ที่ถูกต้องและเหมาะสม เพื่อป้องกันการเกิดปัญหาจากความผิดพลาดของข้อมูล และช่วยให้มารดาปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง การที่พยาบาลมีความรู้ที่ถูกต้อง และทักษะการช่วยเหลือเฉพาะทางที่เพียงพอจะสามารถส่งเสริมให้มารดาประสบความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้ ในทางตรงกันข้ามถ้าพยาบาลขาดความรู้ ทักษะ ขาดความสม่ำเสมอในการช่วยเหลือติดตามผล จะส่งผลต่อมารดา ทำให้มารดาไม่สามารถข้ามผ่านอุปสรรค เกิดความล้มเหลวตามมา สอดคล้องกับการศึกษาของ Taveras และคณะ (2003) พบว่าการที่บุคลากรทางสุขภาพนั้นถ้าขาดทักษะในการช่วยเหลือ ขาดความรู้ที่เพียงพอในการเตรียมมารดาตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และหลังคลอดในข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ส่งผลเสียต่อระยะเวลาในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ นอกจากนั้นการศึกษาของ Attard Montalto และคณะ (2010) พบว่าการให้ข้อมูลที่ไม่ถูกต้องเรื่องการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่นั้นยังส่งผลต่อการหย่านมเร็วในสัปดาห์ที่ 8 หลังคลอด และพบว่าเป็นสาเหตุลำดับแรกของการเปลี่ยนวิธีการให้นมเป็นนมผสมด้วย

นอกจากความรู้และทักษะของพยาบาลที่พบว่ามีค่าอย่างมากแล้ว ยังพบอีกว่าทัศนคติเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของพยาบาล ก็มีผลต่อการแสดงออกของพฤติกรรมการช่วยเหลือเช่นกัน ดังการศึกษาระยะยาว ในมารดาตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์ถึงหลังคลอด ประเทศสหรัฐอเมริกา จำนวน 1,620 คน พบว่าทัศนคติของพยาบาลมีผลต่อการเอาใจใส่ในการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และผลการศึกษายังแสดงให้เห็นว่าระยะที่อยู่โรงพยาบาลถ้าพยาบาลมีทัศนคติที่ดีต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่จะทำให้มารดาที่ตั้งใจจะเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในระยะเวลาสั้นสามารถข้ามผ่านอุปสรรคจนสามารถเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้นานเกิน 6 สัปดาห์หลังคลอด (DiGirolamo, Grummer-Strawn, & Fein, 2003) ดังนั้นการที่มารดาจะเป็นผู้เชี่ยวชาญ และผู้ช่วยเหลือที่มีประสิทธิภาพ พยาบาลต้องมีทั้งความรู้ ความเชี่ยวชาญ ทักษะและความชอบ หรือทัศนคติที่ดีต่อนมแม่

จากการศึกษาเชิงคุณภาพของ Hong, Callister, และ Schwartz (2003) ในมารดาครรภ์แรกหลังคลอด พบว่ามารดาความต้องการการสนับสนุนจากพยาบาล 3 ด้าน ได้แก่ การสนับสนุนด้านอารมณ์ ด้านข้อมูลข่าวสาร และด้านวัตถุ สิ่งของ การสนับสนุนด้านอารมณ์ เช่น การแสดงความสนใจ เสนอตัวเข้าช่วยเหลือ เต็มใจที่จะช่วยและตรวจสอบประเมินผล เพื่อป้องกันการเกิดปัญหา ปลอดภัย และให้กำลังใจ ด้านข้อมูลความรู้ เช่น สอนเทคนิค และทำทางการให้นม ให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ ตอบคำถามที่สามารถเข้าใจได้ง่าย และด้านวัตถุ สิ่งของ เช่น การให้ยืมอุปกรณ์

ต่างๆ การดูแลทารกเมื่อมารดาอ่อนเพลีย (Hong, Callister, & Schwartz, 2003; Renee Matich & Sims, 1992) Stefiuk และคณะ (2002) พบว่ามารดาที่มีความพึงพอใจการพยาบาลในเรื่อง การยอมรับ การให้ออกาสได้ตัดสินใจ ให้ออกาสได้ซักถามสิ่งที่ไม่เข้าใจ และใช้เวลาในการช่วยเหลืออย่างเพียงพอ Asole และคณะ (2009) พบว่าการได้รับข้อมูล การให้กำลังใจตั้งแต่ในโรงพยาบาล นั้นมีความสัมพันธ์กับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวยาว 1 เดือนหลังคลอด

ดังนั้นการสนับสนุนช่วยเหลือในระยะแรกขณะที่มารดาและทารกอยู่ในโรงพยาบาล ทำให้มารดาการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้สำเร็จ ทั้งในระยะสั้นและระยะยาวได้ นอกจากนั้นสามารถสร้างความประทับใจ และประสบการณ์ที่ดีต่อการคลอด การให้นมบุตรของมารดาด้วย

7. การสนับสนุนจากบุคคลใกล้ชิดและสมาชิกในครอบครัว การได้รับการสนับสนุนจากบุคคลสำคัญ เช่น สามี ย่า ยาย หรือ เพื่อนสนิท เป็นส่วนหนึ่งของความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ มีการศึกษาที่พบว่า การส่งเสริมให้สามีหรือญาติ เข้ามามีส่วนร่วมในการช่วยเหลือมารดาในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ทำให้มารดาเลี้ยงลูกด้วยนมแม่นานขึ้น และพบว่าทัศนคติของสามี หรือ ย่า ยาย ที่ชอบการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ จะมีผลต่ออัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ที่สูงกว่านมผสม (Scott, et al., 2006) นอกจากนั้นการศึกษาคู่ภรรยาและสามี ในหน่วยหลังคลอด ที่ Naples ประเทศอิตาลี จำนวน 280 คู่ พบว่าสามีที่มีความรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ รับรู้ประโยชน์และรู้วิธีการแก้ปัญหา สามารถสนับสนุนช่วยเหลือมารดา ทำให้อัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ที่ 6 เดือน และ 12 เดือนสูงกว่ากลุ่มที่สามีขาดความรู้ (Pisacane, 2005)

กรณีที่สามีและภรรยามีสัมพันธ์ภาพที่ไม่ดีระหว่างกัน สามารถทำนายการหย่านมแม่เร็วก่อน 4 เดือนหลังคลอด (Sullivan, Leathers, & Kelley, 2004) การที่สามีหรือบุคคลในครอบครัว ช่วยแบ่งเบาภาระงาน สนับสนุน ให้กำลังใจมารดาในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ จะส่งผลต่อการเพิ่มระยะเวลาการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้ การศึกษาระยะยาวในประเทศแคนาดา ในมารดาหลังคลอด 80 รายที่เลี้ยงลูกด้วยนมแม่เป็นเวลา 9 เดือน พบว่าการสนับสนุนในระยะ 2-3 เดือนแรกหลังคลอดนั้น สามารถทำนายระยะเวลาของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้ (Rempel, 2004) นอกจากนั้นยังพบว่า ย่า ยาย หรือเพื่อนสนิท ต่างก็มีอิทธิพลต่อการเลือกชนิดของการให้นมทารก เช่นกัน โดยเฉพาะผู้ที่อาวุโสกว่า เนื่องจากวัฒนธรรมการเคารพผู้ใหญ่ในสังคม จึงทำให้ต้องปฏิบัติตามคำแนะนำจากผู้อาวุโส ผู้อาวุโสจึงมีอิทธิพลต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

8. นโยบายส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ นโยบายนับว่ามีความสำคัญที่จะทำให้การส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่นั้นประสบผลสำเร็จ ซึ่งนโยบายมีทั้งระดับประเทศและระดับโรงพยาบาล สำหรับประเทศไทยมีการสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในมารดาที่ทำงาน มีการแก้ไขระเบียบการลาคลอด เมื่อวันที่ 14 พฤศจิกายน 2538 คณะรัฐมนตรีมีมติขยายวันลาคลอดของ

ข้าราชการ ลูกจ้างประจำ ลูกจ้างชั่วคราว (ที่จ้างเป็นรายเดือนต่อเนื่อง) จาก 60 วัน เป็น 90 วัน โดยได้รับเงินเดือนและไม่นับรวมอยู่กับวันลาบางส่วนตัว โดยสามารถลางานได้ก่อนวันลาคลอดบุตร และมีสิทธิลาถึงเพื่อเลี้ยงบุตรได้โดยลาต่อเนื่องจากการลาคลอดบุตรได้ไม่เกิน 150 วัน โดยไม่มีสิทธิรับเงินเดือนระหว่างลา และกฎหมายแรงงานให้ลูกจ้างลาคลอด 90 วัน โดยได้รับเงินเดือนจากนายจ้าง 45 วัน และประกันสังคม 45 วันต่อมา (ศิริพร กัญชนะ, 2546)

สำหรับนโยบายระดับโรงพยาบาล ประเทศไทยนั้นเป็น 1 ใน 12 ประเทศแรกของโลกที่เข้าร่วมดำเนินการโรงพยาบาลสายสัมพันธ์แม่-ลูก (The Baby Friendly Hospital Initiative-BFHI) โดยกำหนดให้มีการดำเนินงานตามแนวทางปฏิบัติตามบันได 10 ขั้นสู่ความสำเร็จของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ เพื่อช่วยให้แม่สามารถเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวนาน 6 เดือนและต่อเนื่องร่วมกับอาหารตามวัยจนถึง 2 ปี หรือนานกว่านั้น (กรณีการ วิจัยสุคนธ์, 2554) Tarrant และคณะ (2011) ศึกษาในมารดาทารกจำนวน 1,242 คู่ ซึ่งกำหนดการวัดการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ที่ 8 สัปดาห์ ผลการศึกษาพบการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่มากกว่า 8 สัปดาห์หลังคลอดร้อยละ 46.6 และพบว่าการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวนั้นขณะที่อยู่โรงพยาบาลนั้นส่งผลระยะเวลาก่อนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ที่นานขึ้นเมื่อออกจากโรงพยาบาล และยังศึกษาพบว่าการปฏิบัติตามบันได 10 ขั้นสู่ความสำเร็จของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ เพียง 6 ข้อส่งผลต่อความต่อเนื่องของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เกือบ 3 เท่าเมื่อเปรียบเทียบกับมารดาที่ปฏิบัติได้เพียง 1-2 ข้อ ทั้ง 6 ข้อได้แก่ ข้อที่ 4 เริ่มให้ลูกดูดนมเร็วภายใน 1 ชั่วโมง ข้อที่ 6 ไม่ให้น้ำหรืออาหารอื่นนอกเหนือจากนมแม่ ข้อที่ 7 อยู่ด้วยกันตลอด 24 ชั่วโมงตั้งแต่แรกเกิด ข้อที่ 8 ให้ลูกดูดนมแม่บ่อยครั้งตามต้องการ ข้อที่ 9 ไม่ให้ลูกหวนมยาง และข้อที่ 10 มีกลุ่มสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เมื่อกลับบ้าน

จากการศึกษาที่กล่าวมาข้างต้นจะพบว่าการปฏิบัติตามบันได 10 ขั้นสู่ความสำเร็จของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่นั้นเป็นพื้นฐานที่สำคัญ ในการมุ่งไปสู่เป้าหมายระดับประเทศ แต่ความสำเร็จนั้นต้องอาศัยความร่วมมือของผู้ที่เกี่ยวข้อง บุคลากรทางการแพทย์ โดยเฉพาะพยาบาลที่จะร่วมส่งเสริมตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอด เพื่อพัฒนาให้ประเทศไทยเป็นสังคมนมแม่

จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องดังกล่าวข้างต้น พบว่าความสำเร็จก่อนจำหนายนั้นมีความสำคัญที่จะเป็นพื้นฐาน และสร้างความเชื่อมั่นในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในมารดาหลังผ่าตัดคลอด ซึ่งมีปัจจัยที่แสดงให้เห็นว่ามีความสำคัญอย่างเด่นชัดต่อความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวก่อนจำหน่าย ได้แก่ มารดาที่มีอายุในวัยผู้ใหญ่ มารดาที่เคยมีประสบการณ์การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ มีทัศนคติที่ดีในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ มารดาที่มีความมั่นใจหรือรับรู้สมรรถนะในตนเองในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในระดับสูง มารดาที่เริ่มให้ลูกดูดนมเร็ว

และได้รับการสนับสนุนจากพยาบาล ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา ยังไม่พบการศึกษาใดที่ศึกษาปัจจัยทั้งหมดร่วมกันในมารดาหลังผ่าตัดคลอด ผู้วิจัยจึงนำปัจจัยทั้งหมดนี้ร่วมกันทำนายความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวก่อนจำหน่ายในมารดาหลังผ่าตัดคลอด โดยหวังว่าผลการศึกษารั้งนี้จะสามารถบ่งชี้ได้ว่าปัจจัยใดมีอิทธิพลต่อความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวก่อนจำหน่าย เพื่อนำไปใช้ประโยชน์ในการวางแผนการพยาบาล เพื่อส่งเสริมให้มารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดนั้นสามารถเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล และเป็นพื้นฐานในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ต่อไป

ทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญาสังคม (Social Cognitive Theory)

ทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญาสังคม พัฒนาโดยนักจิตวิทยาชาวแคนาดา Albert Bandura ซึ่งเป็นอาจารย์อยู่ที่ Stanford University มลรัฐ California ประเทศสหรัฐอเมริกา Bandura เกิดเมื่อวันที่ 4 ธันวาคม 1925 ที่รัฐ Alberta ประเทศแคนาดา จบปริญญาตรีทางด้านจิตวิทยาจาก University of British Columbia จบปริญญาเอกทางด้านจิตวิทยาคลินิกจาก University of Iowa ในปี 1952 หลังจากจบปริญญาเอกแล้ว Bandura ได้มาทำงานที่ Stanford University และได้ย้ายไปไหนอีกเลยจนถึงทุกวันนี้ Bandura มีผลงานทางวิชาการมากมายเพื่อเสนอแนวคิดของเขา ตำราที่เขาเขียนและมีกล่าวถึงอยู่เสมอ ๆ มีอยู่ 3 เล่ม คือ Principles of Behavior Modification ซึ่งได้ตีพิมพ์ในปี 1969 ต่อมาจากนั้นในปี 1977 เขาได้ตีพิมพ์ตำราชื่อ Social Learning Theory เป็นตำราที่เสนอแนวคิดใหม่ที่ผสมผสานกันระหว่างแนวคิดของพฤติกรรมนิยม และแนวคิดของวิทยาศาสตร์ทางปัญญา ต่อมาในปี 1986 ได้ออกหนังสืออีก 1 เล่ม คือ Social Foundations of Thought and Action เป็นหนังสือที่ขยายแนวคิดของทฤษฎีการเรียนรู้ของสังคม (Social Learning Theory) ให้กว้างขึ้น และเปลี่ยนชื่อทฤษฎีใหม่เป็น Social Cognitive Theory

แนวคิดพื้นฐานของทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญาสังคม

แบนดูรา มองว่าการเรียนรู้ไม่จำเป็นที่จะต้องพิจารณาในแง่ของการแสดงออก หากแต่ว่าการได้มาซึ่งความรู้ใหม่ ๆ (Acquired) ถือว่าการเรียนรู้ได้เกิดขึ้นแล้วแม้ว่าจะยังไม่มีการแสดงออกก็ตาม ดังนั้นการเรียนรู้ของแบนดูรานี้มักจะเน้นที่การเปลี่ยนแปลงที่พฤติกรรมภายใน โดยไม่จำเป็นจะต้องมีการแสดงออก และแน่นอนการแสดงออกของพฤติกรรมก็จะสะท้อนให้เห็นถึงการเรียนรู้

ตามแนวคิดพื้นฐานของทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญาสังคมนั้น แบนดูราเชื่อว่า พฤติกรรมของคนเรานั้น ไม่ได้เกิดขึ้นและเปลี่ยนแปลงไปเนื่องจากปัจจัยทางสภาพแวดล้อมแต่เพียงอย่างเดียว หากแต่จะต้องมีปัจจัยส่วนบุคคล (ปัญญา ชีวภาพ และสิ่งภายในอื่นๆ) ร่วมด้วย และการร่วมของปัจจัยส่วนบุคคลนั้นจะต้องร่วมในลักษณะที่กำหนดซึ่งกันและกัน (Reciprocal Determinism) กับปัจจัยทางด้านพฤติกรรมและสภาพแวดล้อม การที่ปัจจัยทั้งสามทำหน้าที่กำหนดซึ่งกันและกันนั้น ก็ไม่ได้หมายความว่าทั้งสามปัจจัยนั้นจะมีอิทธิพลในการกำหนดซึ่งกันและกันอย่างเท่าเทียม บางปัจจัยอาจมีอิทธิพลมากกว่าอีกบางปัจจัย และอิทธิพลของปัจจัยทั้งสามนั้นไม่ได้เกิดขึ้นพร้อม ๆ กัน หากแต่ต้องอาศัยเวลาในการที่ปัจจัยใดปัจจัยหนึ่งจะมีผลต่อการกำหนดปัจจัยอื่น ๆ (Bandura, 1989) ซึ่งแบนดูราได้อธิบายความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล สิ่งแวดล้อม และพฤติกรรม ดังนี้

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและพฤติกรรม สะท้อนให้เห็นถึงความสัมพันธ์ระหว่าง ความคิด ความรู้สึกและการกระทำ ซึ่งเมื่อบุคคลมีความคาดหวัง ความเชื่อ การรับรู้สมรรถนะในตนเอง หรือความตั้งใจ รวมทั้งลักษณะทางชีวภาพ เช่น โครงสร้างทางสรีระ ระบบรับรู้ความรู้สึก และระบบประสาท ซึ่งมีอิทธิพลต่อพฤติกรรม ในทางกลับกันเมื่อบุคคลเปลี่ยนพฤติกรรม พฤติกรรมนั้นจะมีผลกระทบต่อความคิด ความรู้สึก การรับรู้สมรรถนะในตนเอง และปัจจัยส่วนบุคคลอื่นๆ ได้

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและสิ่งแวดล้อม ปัจจัยส่วนบุคคล เช่น อายุ เชื้อชาติ เพศ ศาสนา สถานภาพ บทบาท จะส่งผลต่อปฏิกิริยาทางสังคมที่แสดงออกให้เห็นจากบุคคลรอบข้าง (สิ่งแวดล้อม) เช่นบุคคลที่มีลักษณะก้าวร้าวจะทำให้เพื่อนหรือบุคคลรอบข้างอาจแสดงอาการหวาดกลัว และถอยหนี และอิทธิพลของสังคม จากการอบรมสั่งสอน ความเชื่อทางสังคม หรืออิทธิพลจากสถานการณ์รอบๆ ตัวบุคคล จะส่งผลต่อความคิด ความเชื่อ การรับรู้สมรรถนะในตนเอง ความฉลาดทางอารมณ์และปัจจัยส่วนบุคคลอื่นๆ (Bandura, 1989)

ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมและสิ่งแวดล้อม พฤติกรรมของบุคคลมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อม ในทางกลับกันสิ่งแวดล้อมที่ถูกสร้างขึ้นก็สามารถเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคลได้เช่นกัน

จากแนวคิดพื้นฐานดังกล่าว ทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญาสังคมของแบนดูรา จึงได้เน้นแนวคิด 3 ประการด้วยกัน คือ

1. แนวคิดของการเรียนรู้โดยการสังเกต (Observational Learning)
2. แนวคิดของการกำกับตนเอง (Self-Regulation)
3. แนวคิดของการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self-Efficacy)

การเรียนรู้โดยการสังเกต (Observational Learning)

เบนคูรามีความเชื่อว่าการเรียนรู้ส่วนใหญ่ของเรานั้นเกิดขึ้นจากการสังเกตจากตัวแบบ ซึ่งจะแตกต่างจากการเรียนรู้จากประสบการณ์ตรงที่ต้องอาศัยการลองผิดลองถูก ในการเรียนรู้โดยการผ่านตัวแบบนั้น ตัวแบบเพียงคนเดียวสามารถที่จะถ่ายทอดทั้งความคิด และการแสดงออกได้พร้อม ๆ กัน ตัวแบบนี้แบ่งออกเป็น 2 ประเภท ได้แก่

1. ตัวแบบที่เป็นบุคคลจริง ๆ (Live Model) คือตัวแบบที่บุคคลได้มีโอกาสสังเกตและปฏิสัมพันธ์โดยตรง
2. ตัวแบบที่เป็นสัญลักษณ์ (Symbolic Model) เป็นตัวแบบที่เสนอผ่านสื่อต่างๆ เช่น วิทยุ โทรทัศน์ หรือ หนังสือ เป็นต้น

ในการเรียนรู้โดยการสังเกตจากตัวแบบนี้ ประกอบด้วย 4 กระบวนการ (Bandura, 1989) ดังต่อไปนี้

1. กระบวนการตั้งใจ (Attentional Processes)
2. กระบวนการเก็บจำ (Retention Processes)
3. กระบวนการกระทำ (Production Processes)
4. กระบวนการจูงใจ (Motivational Processes)

การกำกับตนเอง (Self-Regulation)

เบนคูรา (1986) เชื่อว่าพฤติกรรมของมนุษย์เรานั้น ไม่ได้เป็นผลพวงของการเสริมแรง และการลงโทษจากภายนอกแต่เพียงอย่างเดียว หากแต่ว่ามนุษย์เราสามารถกระทำบางสิ่งบางอย่างเพื่อควบคุมความคิด ความรู้สึก และการกระทำของตนเอง ซึ่งความสามารถในการดำเนินการดังกล่าวนี้ เบนคูรา เรียกว่าเป็นการกำกับตนเอง การกำกับตนเองไม่สามารถจะบรรลุได้ด้วยอำนาจทางจิต หากแต่ต้องฝึกฝนและพัฒนา บุคคลควรจะได้รับ การฝึกฝนกลไกของการกำกับตนเอง ซึ่งประกอบด้วย 3 กระบวนการ ดังต่อไปนี้

1. กระบวนการสังเกตตนเอง (Self Observation)
2. กระบวนการตัดสินใจ (Judgement Process)
3. การแสดงปฏิกิริยาต่อตนเอง (Self-Reaction)

การรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self-Efficacy)

เบนคูรา (1997) กล่าวว่า ความสามารถของตนเองพัฒนามาจาก 4 ปัจจัยหลัก ได้แก่

1. ความสำเร็จในการกระทำ (Performance accomplishments) เป็นประสบการณ์ตรง จึงมีผลต่อความสามารถของบุคคลอย่างมาก ความสำเร็จในการกระทำจะเป็นตัวเพิ่มความคาดหวังในความสามารถของบุคคล และการไม่ประสบผลสำเร็จในการกระทำหลายๆ ครั้งซ้ำกันจะเป็นตัวลดความคาดหวังในความสามารถตนเอง ในกรณีที่คาดหวังในความสามารถเกิดจากการประสบ ความสำเร็จหลายครั้ง จะทำให้บุคคลไม่ท้อถอยในการทำงานนั้นเมื่อไม่ประสบความสำเร็จใน บางครั้ง และถ้าการไม่ประสบความสำเร็จนั้นสามารถแก้ไขความผิดพลาดได้ด้วยความพยายาม ก็จะ เป็นแรงเสริมในการทำงานต่อไป แม้ว่าจะยากเพียงใด บุคคลจะเพิ่มความพยายามเพื่อให้งาน นั้นสำเร็จ
2. การได้เห็นประสบการณ์ของผู้อื่น (Vicarious experience) เป็นสิ่งแนะหรือตัวแบบ ที่บุคคลนำมาพิจารณาความสามารถของตน เมื่อบุคคลสังเกตเห็นผู้อื่นได้รับความสำเร็จในการ ทำงานที่ยากโดยไม่มีผลเสียตามมา ทำให้เกิดความคาดหวังว่าตนก็สามารถทำงานนั้นได้ ถ้าตั้งใจ และพยายาม โดยเฉพาะหากอยู่ในวัยเดียวกัน เพศเดียวกัน ความสามารถ และประสบการณ์ในอดีต ไม่แตกต่างกัน
3. การชักจูงด้วยคำพูด (Verbal persuasion) เป็นการรับเอาคำแนะนำชักจูงของผู้อื่นมา เป็นข้อมูลเพื่อพิจารณาความสามารถของตน ทำให้บุคคลเกิดความเชื่อมั่นว่าตนมีความสามารถที่จะ ทำงานนั้นได้สำเร็จ ถึงแม้ว่าตนจะเคยทำงานนั้นไม่สำเร็จมาแล้ว เป็นการเพิ่มกำลังใจและความ มั่นใจ วิธีนี้เป็นวิธีที่ใช้กันอย่างกว้างขวาง ซึ่งเป็นประโยชน์อย่างมากวิธีหนึ่ง ในกรณีที่ไม่สามารถ สาธิตให้ดู หรือไม่สามารถให้ลองทำได้ด้วยตนเอง
4. ความตื่นตัวหรือการกระตุ้นทางอารมณ์ (Emotional arousal) บุคคลจะรับรู้ว่าคุณเอง ตื่นเต้น มีความวิตกกังวล หรือความกลัวจากการกระตุ้นของร่างกาย ในสภาวะที่ร่างกายเกิดความ ตื่นตัว เช่นมีความเครียด วิตกกังวล ตื่นเต้น มีอาการอ่อนเพลีย เมื่อยล้า หรืออยู่ในสภาวะการณ์ที่ถูกดู ว่ากล่าวตักเตือน หรือในสภาวะที่ร่างกายถูกกระตุ้นมากๆ จะทำให้การทำงานบกพร่อง และได้ผลไม่ ดีเท่าที่ควร หากบุคคลรับรู้ว่าคุณมีความวิตกกังวลในระดับสูง บุคคลจะคาดหวังในความสามารถ ของตนในการทำงานนั้นในระดับต่ำ ฉะนั้น เมื่อเขาไม่ได้อยู่ในสถานการณ์ที่ถูกกระตุ้นด้วยสิ่งที่ไม่ พึงพอใจ บุคคลก็จะคาดหวังความสำเร็จ

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงทำนาย (Predictive research design) เพื่อศึกษาอำนาจทำนายของปัจจัยส่วนบุคคล (อายุ ประสบการณ์การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ทักษะเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ การรับรู้สมรรถนะในตนเองเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่) เวลาที่เริ่มให้นมแม่ และการสนับสนุนจากพยาบาล ต่อความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวก่อนจำหน่ายในมารดาหลังผ่าตัดคลอด ซึ่งวิธีดำเนินการวิจัย ประกอบด้วย ลักษณะประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง สถานที่เก็บข้อมูล เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง และการวิเคราะห์ข้อมูล ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

ลักษณะประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ที่ใช้ในการศึกษานี้ เป็นมารดาหลังคลอดที่คลอดด้วยวิธีการผ่าตัด ที่หอผู้ป่วยหลังคลอดสามัญ ภาควิชาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา โรงพยาบาลศิริราช ระยะเวลาศึกษาตั้งแต่ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนเป็นระยะเวลา 5 เดือน

กลุ่มตัวอย่าง เลือกกลุ่มตัวอย่างโดยกำหนดคุณสมบัติตามเกณฑ์ ดังนี้

เกณฑ์การคัดเลือกของกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion criteria)

1. มารดาได้รับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง
2. มารดาตั้งครรภ์ครบกำหนด (อายุครรภ์ 37-42 สัปดาห์) และตั้งครรภ์เดี่ยว
3. มารดามีอายุ 15-45 ปี
4. มารดาสุขภาพแข็งแรง ไม่มีภาวะแทรกซ้อน เช่น ภาวะความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ ภาวะตกเลือดหลังคลอด
5. ไม่มีข้อห้ามในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ เช่น ติดเชื้อ HIV ใช้สารเสพติด
6. เต้านมทั้งสองข้างปกติ ไม่มีหัวนมบอด แบนหรือนูน
7. สามารถสื่อสารด้วยภาษาไทย อ่านและเขียนภาษาไทยได้

8. ทารกมีสุขภาพแข็งแรง ไม่มีภาวะแทรกซ้อนหรือความพิการแต่กำเนิดที่เป็นอุปสรรคต่อการดูแลนมแม่ เช่น ปากแหว่ง เพดานโหว่ ภาวะลิ้นติดชนิดรุนแรง (severe tongue tie) ทารกที่มีน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม

เกณฑ์การคัดออกของกลุ่มตัวอย่าง (Exclusion criteria)

1. มารดาและทารกที่แยกจากกันมากกว่า 24 ชั่วโมง เช่น ทารกเกิดภาวะตัวเหลือง และได้รับการรักษาแบบส่องไฟ (phototherapy)

เกณฑ์การถอนผู้เข้าร่วมการวิจัย (Withdrawal criteria)

1. มารดาและทารกมีภาวะแทรกซ้อนภายหลังเข้าร่วมการวิจัย
2. กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามไม่สมบูรณ์

การคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง ตามหลักของ Tabachnick and Fidell (2001) โดยใช้

สูตร

$$n = 10k + 50$$

โดย n = ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

k = จำนวนตัวแปรอิสระ

การวิจัยครั้งนี้มีจำนวนตัวแปรอิสระเท่ากับ 6 ได้แก่ อายุของมารดา ประสิทธิภาพการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ทักษะเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ การรับรู้สมรรถนะในตนเองเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ เวลาที่เริ่มให้นมแม่ และการสนับสนุนจากพยาบาล

จากการแทนค่าในสูตร จะได้กลุ่มตัวอย่าง

$$n = 10(6) + 50 = 110$$

ในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้เก็บกลุ่มตัวอย่าง 110 ราย ในกรณีที่กลุ่มตัวอย่างถอนตัวออกจากการวิจัย ผู้วิจัยจะเก็บเพิ่มจนครบ 110 ราย

สถานที่เก็บข้อมูล

งานวิจัยครั้งนี้เก็บรวบรวมข้อมูลจากหน่วยหลังคลอด โรงพยาบาลศิริราช ซึ่งเป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ จำนวนเตียง 2,218 เตียง มีจำนวนหอผู้ป่วยหลังคลอดสามัญ 3 หน่วย ได้แก่ หอผู้ป่วย ๑๐๐ ปีสมเด็จพระศรีนครินทร์ 9/1 , 9/2 และ 10/2 รวมจำนวนเตียงสำหรับมารดาหลังคลอด 75 เตียง ให้การดูแลมารดาหลังคลอดที่คลอดทางช่องคลอด และผ่าตัดคลอด ซึ่งในระหว่างปีพ.ศ. 2551 - 2553 มีจำนวนผู้คลอดสามัญ 5,305 5,264 และ 5,164 รายตามลำดับ โดย

มารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดคิดเป็นร้อยละ 29.26 , 32.46 และ 34.40 ตามลำดับ เฉลี่ยประมาณ 140 รายต่อเดือน ข้อบ่งชี้ของการผ่าตัดคลอดมากที่สุดคือ ภาวะผิดปกติส่วนของศีรษะทารกและช่องเชิงกราน (Cephalopelvic Disproportion) รองลงมาคือมารดาเคยผ่าตัดคลอดในครรภ์ก่อน (Previous cesarean section)

หอผู้ป่วยหลังคลอดสามัญ โรงพยาบาลศิริราช มีการกำหนดแนวทางการดูแลรักษามารดาหลังผ่าตัดคลอด (Clinical Practice Guideline of Cesarean Section) และส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ดังนี้ 1) ประเมินห้วนนม เต้านม ลานนม ปริมาณน้ำนม และนำทารกมา bonding และ breastfeeding ตามความพร้อมของมารดาทั้งร่างกายและจิตใจ ภายในระยะ 24 ชั่วโมงแรกหลังคลอด ซึ่งเมื่อมารดาพร้อมและต้องการให้นมแก่ทารก พยาบาลจะอุ้มทารกมาให้มารดาอด และดูลูกนมครั้งแรกในท่านอน 2) มารดาได้รับการดูแลสายสวนปัสสาวะ และสารน้ำทางหลอดเลือดดำ 3) หากมีอาการปวด pain score เท่ากับหรือมากกว่า 3 ในรายที่ได้รับยาชาแบบ epidural block ขณะผ่าตัดให้ pethidine 10 mg/ml ทางหลอดเลือดดำทุก 2 ชั่วโมง หรือในรายที่ได้รับยาสลบขณะผ่าตัดให้ morphine 1 mg/ml ทางหลอดเลือดดำทุก 2 ชั่วโมง 4) ดูแลและแนะนำให้มารดาพลิกตะแคงตัวทุก 2 ชั่วโมง

การดูแลหลังจาก 24 ชั่วโมง เมื่อผลการประเมินร่างกายทั่วไปของมารดาเป็นปกติ มารดาจะได้รับการถอดสายสวนปัสสาวะและสายน้ำเกลือออกจากร่างกาย พยาบาลแนะนำให้ทำกิจวัตรประจำวันด้วยตนเอง และให้ยาแก้ปวดชนิดรับประทานเป็น paracetamol (500mg) 2 เม็ด ทุก 4-6 ชั่วโมง เมื่อมีอาการปวด เมื่อมารดาพร้อมหรือสามารถช่วยเหลือตนเองได้ พยาบาลจะสอนเรื่องประโยชน์ของนมแม่ และฝึกทักษะการให้นมแม่ ซึ่งมักจะเป็นวันที่ 2 หลังผ่าตัด และอาจมีการเสริมนมผสมแก่ทารก ในกรณีที่ประเมินแล้วมารดามีอาการอ่อนเพลีย ต้องการพักผ่อน หรือเมื่อทารกร้องกวน หรือมารดาและทารกแยกจากกัน สถานการณ์ที่มารดาต้องปฏิบัติตามกิจกรรมตามแผนการดูแลที่ทางโรงพยาบาลกำหนด เช่น การฟังสอนการปฏิบัติหลังคลอด การวางแผนคุมกำเนิด เป็นต้น โดยทั่วไปมารดาและทารกจะได้กลับบ้านประมาณวันที่ 3 หลังคลอด

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วยเครื่องมือ 6 ชุด

1. **แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล** ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ครอบครัว ระยะเวลาการลาคลอด และประสบการณ์การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และการได้รับความรู้เรื่องการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

2. แบบบันทึกข้อมูลการตั้งครรภ์และการคลอด คัดลอกจากเวชระเบียน ได้แก่ การฝากครรภ์ (สถานที่ฝากครรภ์และจำนวนครั้ง) วันที่และเวลาคลอด อายุครรภ์เมื่อคลอด เพศทารก น้ำหนักแรกเกิด ประเภทของการผ่าตัดคลอด ข้อบ่งชี้ของการผ่าตัด วิธีการระงับความรู้สึก ปริมาณการเสียเลือดจากการผ่าตัด ลักษณะพังผืดใต้ลิ้นทารก (ลักษณะพังผืดใต้ลิ้นปกติ หรือระดับเล็กน้อย หมายถึง ปลายพังผืดเกาะที่ครึ่งบนก่อนไปทางปลายลิ้น แต่ไม่ถึง fimbriated fold และลักษณะพังผืดใต้ลิ้นระดับปานกลาง หมายถึง ปลายพังผืดเกาะที่ครึ่งล่างก่อนมาทางโคนลิ้น) และลักษณะหัวนมและลานนมของมารดา

3. แบบสอบถามทัศนคติเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ วัดด้วยแบบประเมินทัศนคติของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ (The Iowa Infant Feeding Attitude Scale: IIFAS) ของ De La Mora และ Russell (1999) ซึ่งแบบประเมินนี้แปลเป็นภาษาไทยโดยผู้วิจัย มีข้อคำถามทั้งหมด 17 ข้อ แบ่งเป็น ข้อคำถามเชิงลบ จำนวน 9 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1, 2, 4, 6, 8, 10, 11, 14, 17 และข้อคำถามเชิงบวก จำนวน 8 ข้อ ได้แก่ ข้อ 3, 5, 7, 9, 12, 13, 15, 16 ประเมินค่าด้วยมาตราวัดแบบลิเคิร์ตสเกล (Likert Scale) 5 ระดับ ดังนี้

เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง	ผู้ตอบเห็นด้วยอย่างมากกับข้อความนั้น
เห็นด้วย	หมายถึง	ผู้ตอบเห็นด้วยกับข้อความนั้น
เห็นด้วยปานกลาง	หมายถึง	ผู้ตอบเห็นด้วยปานกลางกับข้อความนั้น
ไม่เห็นด้วย	หมายถึง	ผู้ตอบไม่เห็นด้วยกับข้อความนั้น
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง	ผู้ตอบไม่เห็นด้วยอย่างมากกับข้อความนั้น

เกณฑ์การให้คะแนนมีดังนี้

ในกรณีข้อความมีความหมายในทางบวก

เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ได้คะแนน	5	คะแนน
เห็นด้วย	ได้คะแนน	4	คะแนน
เห็นด้วยปานกลาง	ได้คะแนน	3	คะแนน
ไม่เห็นด้วย	ได้คะแนน	2	คะแนน
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ได้คะแนน	1	คะแนน

ในกรณีที่ข้อความมีความหมายในทางลบ

เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ได้คะแนน	1	คะแนน
เห็นด้วย	ได้คะแนน	2	คะแนน

เห็นด้วยปานกลาง	ได้คะแนน	3	คะแนน
ไม่เห็นด้วย	ได้คะแนน	4	คะแนน
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ได้คะแนน	5	คะแนน

คะแนนรวมมีค่าต่ำสุดเท่ากับ 17 คะแนน และค่าสูงสุดเท่ากับ 85 คะแนน คะแนนต่ำ หมายถึง มารดามีทัศนคติที่ดีต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมผสม และ คะแนนมาก หมายถึงมารดามีทัศนคติที่ต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ (Scott, Shaker, & Reid, 2004; Ho, & McGrath, 2011)

4. แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะในตนเองเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ วัดด้วย แบบประเมินการรับรู้สมรรถนะในตนเองเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ฉบับสั้น (Breastfeeding Self-Efficacy Scale-Short Form: BSES-SF) ของ Dennis (2003) BSES-SF เป็นแบบสอบถามที่ใช้กันแพร่หลาย พัฒนามาจากแบบประเมินการรับรู้สมรรถนะในตนเองเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ (Breastfeeding Self-Efficacy Scale) สร้างโดย Dennis และ Faux (1999) ซึ่งใช้กรอบแนวคิดของ แบนดูรา (1977) ต้นฉบับมีคำถามทั้งหมด 33 ข้อ มีการปรับปรุงและตัดข้อคำถามที่ซ้ำซ้อนออก 18 ข้อ โดยแบบประเมินการรับรู้สมรรถนะในตนเองเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ฉบับสั้น (BSES-SF) แปลเป็นภาษาไทยด้วยเทคนิคการแปลย้อนกลับ (back-translation) โดยเบญจมาศ ทัศนะสุภาพ (2549) เพื่อใช้ในการศึกษาผลของโปรแกรมการให้คำแนะนำอย่างมีแบบแผนต่อสมรรถนะแห่งตน ในการให้นมบุตร อาการเจ็บหัวนม การเปลี่ยนแปลงของหัวนม และความเจ็บปวดแผลผ่าตัด ในมารดาหลังผ่าตัดคลอด มีข้อคำถามทั้งหมด 14 ข้อ คำถามมีความหมายเชิงบวกทั้งหมด ประเมินค่าด้วยมาตรวัดแบบลิเคิร์ตสเกล (Likert Scale) 5 ระดับ ดังนี้

มั่นใจมาก	หมายถึง	ผู้ตอบเห็นว่าข้อความนั้นผู้ตอบมีความมั่นใจมากกว่าจะกระทำได้
มั่นใจ	หมายถึง	ผู้ตอบเห็นว่าข้อความนั้นผู้ตอบมีความมั่นใจว่าจะกระทำได้
มั่นใจเป็นบางครั้ง	หมายถึง	ผู้ตอบเห็นว่าข้อความนั้นผู้ตอบมีความมั่นใจว่าจะกระทำได้เป็นบางครั้ง
ไม่ค่อยมั่นใจ	หมายถึง	ผู้ตอบเห็นว่าข้อความนั้นผู้ตอบไม่ค่อยมีความมั่นใจว่าจะกระทำได้
ไม่มั่นใจเลย	หมายถึง	ผู้ตอบเห็นว่าข้อความนั้นผู้ตอบไม่มีความมั่นใจว่าจะกระทำได้เลย

เกณฑ์การให้คะแนนมีดังนี้

มั่นใจมาก	ได้คะแนน	5	คะแนน
มั่นใจ	ได้คะแนน	4	คะแนน
มั่นใจเป็นบางครั้ง	ได้คะแนน	3	คะแนน
ไม่ค่อยมั่นใจ	ได้คะแนน	2	คะแนน
ไม่มั่นใจเลย	ได้คะแนน	1	คะแนน

คะแนนรวมมีค่าต่ำสุดเท่ากับ 14 คะแนน และค่าสูงสุดเท่ากับ 70 คะแนน คะแนนต่ำ หมายถึง มารดาไม่รับรู้สมรรถนะในตนเองเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ต่ำ และ คะแนนสูง หมายถึง มารดาไม่รับรู้สมรรถนะในตนเองเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่สูง

5. แบบสอบถามการสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่จากพยาบาล ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ใช้วัดการสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่จากพยาบาลในระยะหลังผ่าตัดคลอด แบ่งเป็นการสนับสนุน 3 ด้าน ได้แก่ ด้านอารมณ์ (emotional support) ด้านข้อมูล ข่าวสาร (information support) และด้านสิ่งของและบริการ (tangible support) มีข้อคำถามทั้งหมด 12 ข้อ การสนับสนุน 3 ด้าน แบ่งเป็นด้านอารมณ์ จำนวน 4 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1-4 ด้านข้อมูลข่าวสาร จำนวน 4 ข้อ ได้แก่ ข้อ 5-8 และด้านสิ่งของและบริการ จำนวน 4 ข้อ ได้แก่ ข้อ 9-12 คำถามมีความหมายเชิงบวกทั้งหมด และเพิ่มเติมข้อคำถามเพื่อประเมินภาพรวมของการสนับสนุนจากพยาบาลจำนวน 2 ข้อ ซึ่งไม่นำมาคิดคะแนน ประเมินค่าด้วยมาตราวัดแบบลิเคิร์ตสเกล (Likert Scale) 5 ระดับ ดังนี้

เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง	ผู้ตอบเห็นว่าข้อความนั้นตรงกับความคิดเห็นหรือความรู้สึกของผู้ตอบมากที่สุด
เห็นด้วย	หมายถึง	ผู้ตอบเห็นว่าข้อความนั้นตรงกับความคิดเห็นหรือความรู้สึกของผู้ตอบมาก
เห็นด้วยปานกลาง	หมายถึง	ผู้ตอบเห็นว่าข้อความนั้นตรงกับความคิดเห็นหรือความรู้สึกของผู้ตอบเพียงครึ่งหนึ่ง
ไม่เห็นด้วย	หมายถึง	ผู้ตอบเห็นว่าข้อความนั้นตรงกับความคิดเห็นหรือความรู้สึกของผู้ตอบน้อย
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง	ผู้ตอบเห็นว่าข้อความนั้นตรงกับความคิดเห็นหรือความรู้สึกของผู้ตอบน้อยที่สุด

เกณฑ์การให้คะแนนมีดังนี้

เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ได้คะแนน	5	คะแนน
เห็นด้วย	ได้คะแนน	4	คะแนน
เห็นด้วยปานกลาง	ได้คะแนน	3	คะแนน
ไม่เห็นด้วย	ได้คะแนน	2	คะแนน
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ได้คะแนน	1	คะแนน

คะแนนรวมมีค่าต่ำสุดเท่ากับ 12 คะแนน และค่าสูงสุดเท่ากับ 60 คะแนน คะแนนต่ำ หมายถึงมารดาได้รับการสนับสนุนในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่จากพยาบาลน้อย และคะแนนสูง หมายถึงมารดาได้รับการสนับสนุนในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่จากพยาบาลมาก

6. แบบบันทึกการให้อาหารทารก ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วย เวลาที่ทารกเริ่มดูดนมแม่ครั้งแรก จำนวนครั้งในการให้ลูกดูดนมแม่และการเสริม นมผสม ตารางบันทึกชนิดของนมที่ทารกได้รับในระยะ 24 ชั่วโมงก่อนจำหน่ายโดยเริ่มตั้งแต่หลัง 48 ชั่วโมง-72 ชั่วโมงหลังคลอด ปัญหาที่พบระหว่างการให้นมแต่ละครั้ง และการประเมินการไหล ของน้ำนมในวันที่ 3 หลังคลอด โดยใช้เกณฑ์การประเมินดังนี้ (รวิวรรณ นิวัติยะกุล, 2548)

น้ำนมไม่ไหล	หมายถึง	เมื่อบีบแล้ว ไม่มีน้ำนมไหลออกมา
น้ำนมไหลน้อย	หมายถึง	เมื่อบีบน้ำนมแล้ว มีน้ำนมไหลซึมออกมา แต่ไม่เป็นหยด
น้ำนมเริ่มไหล	หมายถึง	เมื่อบีบน้ำนมแล้ว มีน้ำนมใสๆ ไหลออกมา 1-2 หยด
น้ำนมไหลแล้ว	หมายถึง	เมื่อบีบน้ำนมแล้ว มีน้ำนมไหลออกมามากกว่า 2 หยด ติดต่อกัน แต่น้ำนมไม่พุ่ง
น้ำนมไหลดี	หมายถึง	เมื่อบีบน้ำนมแล้ว มีน้ำนมไหลพุ่ง

ถ้ามารดาสามารถเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว โดยไม่ให้น้ำ หรืออาหารอื่น ตลอด ช่วงเวลา 24 ชั่วโมง (หลัง 48 ชั่วโมง-72 ชั่วโมงหลังคลอด) แปลว่า มารดาประสบความสำเร็จใน การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวก่อนจำหน่าย นอกจากนั้นแปลว่า มารดาไม่ประสบความสำเร็จใน การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวก่อนจำหน่าย

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. การหาความตรง (Validity) ผู้วิจัยนำแบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล แบบบันทึกข้อมูลการตั้งครรภ์และการคลอด แบบสอบถามทัศนคติเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะในตนเองเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ แบบสอบถามการสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่จากพยาบาล และแบบบันทึกการให้อาหารทารก เสนอต่อผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วย

สูติแพทย์	1	ท่าน
อาจารย์พยาบาลด้านสูติศาสตร์	1	ท่าน
อาจารย์พยาบาลด้านกุมารเวชศาสตร์	1	ท่าน
พยาบาลผู้เชี่ยวชาญเรื่องการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่	2	ท่าน

เพื่อพิจารณาตรวจสอบความตรงของเครื่องมือในการดำเนินการวิจัยนี้ ในด้านความถูกต้องของเนื้อหา ความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ เมื่อผ่านการพิจารณาจากผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว ผู้วิจัยได้นำมาปรับปรุงแก้ไขเพิ่มเติมตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ

2. การหาความเที่ยง (Reliability) ผู้วิจัยนำเครื่องมือทั้ง 3 ชุด ได้แก่ แบบสอบถามทัศนคติเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะในตนเองเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และ แบบสอบถามการสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่จากพยาบาล ไปทดสอบหาค่าความเที่ยงซึ่งดำเนินการหลังจากได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนของมหาวิทยาลัยมหิดล โดย

2.1 แบบสอบถามทัศนคติเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ (IIFAS) สร้างโดย De La Mora และ Russell (1999) ซึ่งการสร้างเครื่องมือนี้ได้ทดสอบความเที่ยงของเครื่องมือในการศึกษาจำนวน 3 ครั้ง เพื่อหาค่าของความตรงและความเที่ยงของเครื่องมือ ในการศึกษาครั้งที่ 1 ใช้กับมารดาระยะ 48 ชั่วโมงแรกหลังคลอดจำนวน 125 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Alpha coefficient of Cronbach) เท่ากับ 0.86 (corrected item-total correlation: 0.22-0.68) ในการศึกษาครั้งที่ 2 ใช้กับมารดาระยะ 48 ชั่วโมงแรกหลังคลอดจำนวน 130 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค เท่ากับ 0.85 (corrected item-total correlation: 0.23-0.69) และในการศึกษาครั้งที่ 3 ใช้กับมารดาระยะ 16 สัปดาห์หลังคลอดจำนวน 763 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค เท่ากับ 0.68 (corrected item-total correlation: 0.07-0.45) เนื่องจากการศึกษาครั้งที่ 3 กลุ่มตัวอย่างมีความแตกต่างกันน้อย มารดาส่วนใหญ่มีทัศนคติที่ดีต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ Ho และ McGrath (2011) ได้ทดสอบเครื่องมือนี้ ซึ่งแปลเป็นภาษาจีนและใช้กับมารดาหลังคลอดจำนวน 140 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค เท่ากับ 0.79

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำ แบบสอบถามทัศนคติเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ นำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 110 ราย คำนวณหาค่าความเที่ยงด้วยวิธีสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค ได้เท่ากับ 0.64

2.2 แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะในตนเองเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ฉบับสั้น (BSES-SF) ของ Dennis (2003) ได้นำไปใช้กับมารดาหลังคลอดจำนวน 491 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค เท่ากับ 0.94 ค่าเฉลี่ยของ inter-item correlation เท่ากับ 0.55 (ranging from 0.41 to 0.73) Torres และคณะ (2003) ได้ทดสอบหาค่าความเที่ยงของเครื่องมือนี้ ฉบับแปลเป็นภาษาสเปน ใช้กับมารดาระยะ 48 ชั่วโมงแรกหลังคลอด จำนวน 100 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค เท่ากับ 0.96 สำหรับฉบับที่ได้รับการแปลเป็นภาษาไทย โดยเบญจมาศ ทศนะสุภาพ (2549) ในการศึกษาเรื่องผลของโปรแกรมการให้คำแนะนำอย่างมีแบบแผนต่อสมรรถนะแห่งตนในการให้นมบุตร อาการเจ็บหัวนม การเปลี่ยนแปลงของหัวนม และความเจ็บปวดแผลผ่าตัด นำไปใช้กับมารดาหลังผ่าตัดคลอดจำนวน 20 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค เท่ากับ 0.84

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะในตนเองเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ นำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 110 ราย คำนวณหาค่าความเที่ยงด้วยวิธีสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคได้เท่ากับ 0.87

2.3 แบบสอบถามการสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่จากพยาบาล ผู้วิจัยนำแบบสอบถามใช้กับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 110 ราย คำนวณหาค่าความเที่ยงด้วยวิธีสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค ได้เท่ากับ 0.90

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งนี้ ผู้วิจัยเป็นผู้เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองโดยมีขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

1. หลังจากสอบโครงร่างวิทยานิพนธ์ ผู้วิจัยทำหนังสือจากบัณฑิตวิทยาลัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล เสนอขอคำรับรองโครงการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล และทำหนังสือขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูลการวิจัยจากกลุ่มตัวอย่างและแฟ้มประวัติของกลุ่มตัวอย่าง จากคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล เสนอต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลศิริราช เพื่อขออนุมัติในการเก็บข้อมูล เมื่อ

โครงร่างวิจัยได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการทำวิจัยในคน และเมื่อได้รับการอนุมัติในการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยจึงดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง

2. ผู้วิจัยนำหนังสือแนะนำตัวและขอความอนุเคราะห์ในการดำเนินการวิจัยจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล เสนอต่อคณบดีคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล ผ่านถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลศิริราช และถึงหัวหน้าภาควิชาสูติศาสตร์- นรีเวชวิทยา และหัวหน้างานการพยาบาลสูติศาสตร์- นรีเวชวิทยา เพื่อชี้แจงรายละเอียดในการทำวิจัยและการเก็บรวบรวมข้อมูล

3. ภายหลังได้รับอนุมัติให้เก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าหอผู้ป่วยหลังคลอดสามัญ 3 หน่วย ได้แก่หอผู้ป่วย ๑๐๐ ปีสมเด็จพระศรีนครินทร์ 9/1, 9/2 และ 10/2 เพื่อแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล และขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

4. ผู้วิจัยเข้าพบพยาบาลประจำการในหอผู้ป่วยหลังคลอดสามัญทั้ง 3 หน่วย เพื่อแนะนำตัวและขอความร่วมมือในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ และแจ้งกลุ่มตัวอย่างเรื่องงานวิจัยและสอบถามความสนใจในการที่ผู้วิจัยจะขอเข้าพบเพื่อเชิญกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมโครงการวิจัย จากนั้นผู้วิจัยจะอธิบายรายละเอียดการเข้าร่วมวิจัยด้วยตนเอง

5. ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยดำเนินการขณะที่ยกกลุ่มตัวอย่างพักฟื้นที่หน่วยหลังคลอด หลังจากที่ยกกลุ่มตัวอย่างผ่าตัดคลอดแล้วอย่างน้อย 12 ชั่วโมงหรือเมื่อยกกลุ่มตัวอย่างมีความพร้อม โดยถ้ามารดาไม่พร้อมสามารถขยายเวลาออกไปได้ถึง 24 ชั่วโมง โดยผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง พูดคุยสร้างสัมพันธภาพ แนะนำตัว ขอเชิญเข้าร่วมการวิจัย โดยชี้แจงข้อมูลเกี่ยวกับชื่อของการวิจัย วัตถุประสงค์การวิจัย สิทธิของผู้ป่วย/ผู้ปกครอง ในการตัดสินใจเข้าร่วมในการวิจัยโดยไม่ได้รับค่าตอบแทนใดๆ ทั้งสิ้น เมื่อยกกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมการวิจัยให้ลงลายมือชื่อเป็นลายลักษณ์อักษร พิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างโดยการอธิบายโครงการวิจัยตามเอกสารคำอธิบายโครงการ โดยระหว่างเข้าร่วมการวิจัยกลุ่มตัวอย่างสามารถยุติหรือถอนตัวได้ตลอดเวลาตามรายละเอียดในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย ประโยชน์ที่จะได้รับหากเข้าร่วมการวิจัยอาจไม่มีในขณะนี้ แต่จะมีประโยชน์แก่มารดาที่มีลักษณะเหมือนกับกลุ่มตัวอย่างในอนาคต และการนำเสนอข้อมูลของการวิจัยจะทำโดยภาพรวม ไม่มีการเสนอเป็นรายบุคคล ไม่มีการนำเสนอชื่อหรือสิ่งใดๆ ที่จะทำให้ทราบได้ว่าเป็นใคร สำหรับการเก็บหนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัยจะเก็บแยกจากแบบสอบถามที่เป็นรายละเอียดของข้อมูล เพื่อไม่ให้มีข้อมูลเชื่อมโยงให้ทราบว่าหนังสือดังกล่าวเป็นของใคร

6. เมื่อยกกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยบันทึกข้อมูลการตั้งครรภ์และการคลอดจากเวชระเบียนของกลุ่มตัวอย่าง และทำการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างหลังผ่าตัด 12-24 ชั่วโมง

ด้วยแบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล จากนั้นอธิบายวิธีการตอบแบบสอบถาม จำนวน 2 ฉบับ ได้แก่ แบบสอบถามทัศนคติเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และแบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะในตนเองเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ โดยเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างซักถามในสิ่งที่ไม่เข้าใจ จากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามด้วยตนเองโดยไม่จำกัดเวลา ผู้วิจัยอยู่ในบริเวณที่กลุ่มตัวอย่างสามารถซักถามสิ่งที่ไม่เข้าใจ เมื่อกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามเรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยทำการตรวจสอบคำตอบทุกข้อ หากพบว่าข้อใดไม่มีคำตอบ ผู้วิจัยจะถามความสนใจในการตอบเพิ่มเติม ถ้ากลุ่มตัวอย่างปฏิเสธการตอบเพิ่มจะถือว่าแบบสอบถามนั้นไม่สมบูรณ์ กลุ่มตัวอย่างจะใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามทั้ง 2 ชุดประมาณ 20 นาที จากนั้นแจกแบบบันทึกการให้อาหารทารกพร้อมทั้งอธิบายรายละเอียด เพื่อให้มารดาได้บันทึกเวลาที่เริ่มให้ลูกดูดนมครั้งแรก จำนวนครั้งในการให้ลูกดูดนมแม่และการเสริมนมผสมในวันที่ 1 (หลัง 24 ชั่วโมง – 48 ชั่วโมงหลังผ่าตัดคลอด) และบันทึกชนิดของอาหารที่ทารกได้รับ รวมทั้งปัญหาที่เกิดขึ้นแต่ละครั้ง ร่วมกับพยาบาลประจำหอผู้ป่วย โดยบันทึกเป็นระยะเวลาทั้งหมด 24 ชั่วโมงเริ่มบันทึกตั้งแต่หลัง 48 ชั่วโมง – 72 ชั่วโมงหลังผ่าตัดคลอด และผู้วิจัยจะประเมินการไหลของน้ำนมในวันที่ 3 หลังคลอด

7. ประเมินการสนับสนุนจากพยาบาลที่มารดาได้รับระหว่างอยู่โรงพยาบาลในวันที่ 3 หลังคลอด โดยผู้วิจัยอธิบายวิธีการตอบแบบสอบถามการสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่จากพยาบาล จำนวน 1 ฉบับ และเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างซักถามในสิ่งที่ไม่เข้าใจ จากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามด้วยตนเองโดยไม่จำกัดเวลา ผู้วิจัยอยู่ในบริเวณที่กลุ่มตัวอย่างสามารถซักถามสิ่งที่ไม่เข้าใจ เมื่อกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามเรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยทำการตรวจสอบคำตอบทุกข้อ หากพบว่าข้อใดไม่มีคำตอบ ผู้วิจัยจะถามความสนใจในการตอบเพิ่มเติม ถ้ากลุ่มตัวอย่างปฏิเสธการตอบเพิ่มจะถือว่าแบบสอบถามนั้นไม่สมบูรณ์ กลุ่มตัวอย่างใช้เวลาในการตอบประมาณ 5-10 นาที

8. ในระหว่างการเก็บข้อมูล หรือ ภายหลังการเก็บข้อมูล หากกลุ่มตัวอย่างเปลี่ยนใจต้องการยุติการเข้าร่วมในการวิจัย สามารถยุติการให้ข้อมูลได้โดยไม่มีข้อแม้ หรือผลกระทบใดๆ กับการรักษาที่กลุ่มตัวอย่างจะได้รับจากเจ้าหน้าที่ ทีมสุขภาพ ข้อมูลดังกล่าวจะไม่ถูกนำไปใช้ในการวิเคราะห์และไม่ถูกนำเสนอในที่ใด รวมทั้งจะทำลายข้อมูลทันที

9. ภายหลังการเก็บข้อมูลเสร็จสิ้น ผู้วิจัยจะให้คำปรึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่มีปัญหาเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ก่อนจำหน่าย เพื่อส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เมื่อกลับบ้านต่อไป

10. ผู้วิจัยกล่าวขอบคุณกลุ่มตัวอย่างที่ให้ความร่วมมือในการวิจัยครั้งนี้และแจ้งสิ้นสุดการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลที่ได้ไปวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยคำนึงถึงจริยธรรม จรรยาบรรณนักวิจัย โดยพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง ตั้งแต่เริ่มต้นกระบวนการเก็บรวบรวมข้อมูล จนกระทั่งการนำเสนอผลการวิจัยโดย

1. ก่อนดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยเสนอโครงร่างวิจัยเพื่อขอคำรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการทำวิจัยในคน ของโรงพยาบาลศิริราช คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล เมื่อได้รับการรับรองให้ดำเนินการวิจัยได้ จึงเริ่มดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล

2. ผู้วิจัยเริ่มดำเนินการวิจัย โดยให้มารดาหลังคลอดเป็นผู้ใช้พิจารณาและการตัดสินใจในการเข้าร่วมการวิจัยด้วยตนเอง และก่อนเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยแนะนำตัวเองกับกลุ่มตัวอย่าง ทำการชี้แจงถึงรายละเอียดเกี่ยวกับผู้วิจัย หัวข้อการวิจัย วัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนและระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประโยชน์และความเสี่ยงที่คาดว่าจะได้รับจากงานวิจัย พร้อมทั้งเชิญชวนการเข้าร่วมการวิจัยโดยสมัครใจ ไม่มีการบังคับใดๆ รวมทั้งชี้แจงให้ทราบว่ากลุ่มตัวอย่างมีสิทธิที่จะตอบรับหรือปฏิเสธได้ตามต้องการ เมื่อตอบรับเข้าร่วมการวิจัยแล้วยังสามารถถอนจากการวิจัยได้ทุกเมื่อ โดยไม่ต้องแจ้งให้ทราบล่วงหน้า หรือระบุเหตุผล และการไม่เข้าร่วมการวิจัยหรือถอนตัวออกจากโครงการวิจัยนี้ จะไม่มีผลกระทบต่อการบริการและการรักษาที่สมควรจะได้รับตามมาตรฐานแต่ประการใด

3. การวิจัยนี้ไม่ก่อให้เกิดความเสี่ยงใดๆ ด้านร่างกายแก่กลุ่มตัวอย่าง แต่อาจทำให้เสียเวลาบ้าง ผลของการศึกษาที่ได้จะไม่เกิดประโยชน์โดยตรงต่อผู้เข้าร่วมวิจัยในขณะนี้ แต่จะก่อให้เกิดประโยชน์ในภาพรวมในอนาคตต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในมารดาหลังผ่าตัดคลอด

4. ข้อมูลทั้งหมดของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยจะเก็บเป็นความลับ โดยผู้ที่เข้าร่วมการวิจัยแล้วถอนตัวระหว่างการวิจัย ข้อมูลจะถูกทำลายไม่นำไปใช้ในการวิจัย ผลการวิจัยที่ได้จะนำเสนอหรือตีพิมพ์ในภาพรวม ไม่มีการนำเสนอชื่อของผู้ร่วมวิจัยเป็นรายบุคคล การเข้าถึงข้อมูลจะใช้รหัสที่ผู้วิจัยกำหนด โดยผู้วิจัยและคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนสามารถเข้าถึงข้อมูลเพื่อตรวจสอบด้านจริยธรรม

5. หากมีข้อสงสัยกลุ่มตัวอย่างสามารถสอบถามจากผู้วิจัยได้โดยตรงตลอดเวลาการทำวิจัย เมื่อกลุ่มตัวอย่างได้รับการอธิบายให้เข้าใจและทราบถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัยแล้ว เมื่อยินยอมเข้าร่วมการวิจัยให้ลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐานในหนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย หรือ ในกรณีผู้ให้ความยินยอมเป็นผู้เยาว์ (อายุต่ำกว่า 18 ปี บริบูรณ์) ต้องได้รับความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย จากผู้ปกครอง/ผู้แทน โดยชอบธรรมของผู้เยาว์ โดยให้ลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐานในหนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่รวบรวมได้ทั้งหมดมาตรวจสอบความสมบูรณ์และนำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยแยกวิเคราะห์ตามลำดับดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของมารดา เช่น อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ครอบครัว ระยะเวลาการลาคลอด และประสบการณ์การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ เวลาที่เริ่มให้ลูกดูดนมแม่ครั้งแรกในหน่วยหลังคลอด ระยะเวลาที่มีสิทธิ์ลาคลอด ระยะเวลาที่ตั้งใจลาคลอด การได้รับความรู้ ข้องข้องของการผ่าตัด ลักษณะหวั่นม ลานนมของมารดา จำนวนครั้งในการให้ลูกดูดนมแม่และการเสริมนมผสม ปัญหาที่พบระหว่างการให้นมแต่ละครั้ง การประเมินการไหลของน้ำนม และลักษณะพึงพอใจได้กลิ่นของทารก วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์ถดถอยโลจิสติก (Logistic regression analysis) เพื่อวิเคราะห์หาอำนาจทำนายของตัวแปรอิสระ ได้แก่ อายุ ประสบการณ์การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ทักษะเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ การรับรู้สมรรถนะในตนเองเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ เวลาที่เริ่มให้นมแม่ และการสนับสนุนจากพยาบาล ต่อความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวก่อนจำหน่ายในมารดาหลังผ่าตัดคลอด ด้วยวิธีวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกแบบใส่ข้อมูลพร้อมกันในขั้นตอนเดียว (Enter method)

ขั้นที่ 1 ตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลก่อนนำมาวิเคราะห์ด้วยสถิติถดถอยโลจิสติกตามข้อตกลงเบื้องต้นของการเลือกใช้สถิติ คือลักษณะข้อมูลของตัวแปรตามเป็นตัวแปรเชิงกลุ่มมีค่าเพียง 2 ค่า (Dichotomous variable) ดังนั้นจึงนำข้อมูลจากแบบบันทึกการให้อาหารทารกมาพิจารณาตัดสินว่ามารดาสามารถเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวก่อนจำหน่ายได้สำเร็จหรือไม่ ดังนี้ มารดาสามารถเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวก่อนจำหน่ายในระยะเวลา 24 ชั่วโมงก่อนจำหน่าย กำหนดเป็น 1 หมายถึง ประสบความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวก่อนจำหน่าย นอกจากนั้นกำหนดเป็น 0 หมายถึง ไม่ประสบความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวก่อนจำหน่าย

ขั้นที่ 2 ตรวจสอบความสัมพันธ์พหุร่วมเชิงเส้น (Multicollinearity) ระหว่างตัวแปรอิสระทั้งหมด ได้แก่ อายุ ประสบการณ์การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ทักษะเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ การรับรู้สมรรถนะในตนเองเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ เวลาที่เริ่มให้นมแม่ และการสนับสนุนจากพยาบาล โดยใช้สถิติสหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation) ผลการวิเคราะห์ ค่า r มีค่าระหว่าง 0.01-0.43 สามารถสรุปได้ว่าไม่มีปัญหา Multicollinearity ซึ่งการเกิด Multicollinearity นั้นสามารถพิจารณาได้จากค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร (r) เกิน 0.80 (Stevens, 1996)

ขั้นที่ 3 วิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกแบบใส่ข้อมูลพร้อมกัน เป็นการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรตามและตัวแปรอิสระเข้าวิเคราะห์พร้อมกันในขั้นตอนเดียว พร้อมทดสอบความเหมาะสมของโมเดล (goodness-of-fit test) ด้วยวิธี Hosmer-Lemeshow goodness-of-fit ค่าไคสแควร์จากการทดสอบต้องไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ผลการทดสอบ พบว่าค่าไคสแควร์ (Chi-square) เท่ากับ 4.374 และไม่มีนัยสำคัญ ($p = 0.822$) สรุปได้ว่าแบบจำลอง ของข้อมูลชุดนี้มีความเหมาะสม

ขั้นที่ 4 สรุปผลการนำเสนอ และแปลความหมายผลการวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติก (กำหนดระดับนัยสำคัญที่ 0.05)

บทที่ 4

ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาการทำนายความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวก่อนจำหน่ายในมารดาหลังผ่าตัดคลอด โดยอายุมารดา ประสบการณ์การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ทักษะเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ การรับรู้สมรรถนะในตนเองเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ เวลาที่เริ่มให้นมแม่ และการสนับสนุนจากพยาบาล ในหอผู้ป่วยหลังคลอดสามัญ ภาควิชาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา โรงพยาบาลศิริราช ผลการวิจัยนำเสนอด้วยตารางประกอบการบรรยาย ซึ่งแบ่งออกเป็น 4 ส่วน ตามลำดับ ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล และข้อมูลการตั้งครรภ์และการคลอด

ส่วนที่ 2 ข้อมูลการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่หลังผ่าตัดคลอด

ส่วนที่ 3 ทักษะเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ การรับรู้สมรรถนะในตนเองเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และการสนับสนุนจากพยาบาลในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในมารดาหลังผ่าตัดคลอด

ส่วนที่ 4 การทำนายความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวก่อนจำหน่ายในมารดาหลังผ่าตัดคลอด โดยอายุมารดา ประสบการณ์การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ทักษะเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ การรับรู้สมรรถนะในตนเองเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ เวลาที่เริ่มให้นมแม่ และการสนับสนุนจากพยาบาล

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล และข้อมูลการตั้งครรภ์และการคลอด

ตารางที่ 4.1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล (N=110)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
อายุ (ปี)		
15-19 ปี	12	10.9
20-24 ปี	21	19.1
25-29 ปี	39	35.5
30-34 ปี	24	21.8
≥ 35 ปี	14	12.7
อายุน้อยสุด 15 ปี อายุมากที่สุด 42 ปี อายุเฉลี่ย = 27 ปี (S.D. = 6)		
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	25	22.7
มัธยมศึกษาตอนต้น	32	29.1
มัธยมศึกษาตอนปลาย	30	27.3
อนุปริญญา	11	10.0
ปริญญาตรีหรือเทียบเท่า	12	10.9
สถานภาพสมรส		
คู่	106	96.4
หม้าย / หย่า / แยกกันอยู่	4	3.6
อาชีพ		
แม่บ้าน	35	31.8
รับจ้าง / พนักงานบริษัท	64	58.2
ค้าขาย / ธุรกิจส่วนตัว	9	8.2
รับราชการ / รัฐวิสาหกิจ	2	1.8

ตารางที่ 4.1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
รายได้ครอบครัว (บาทต่อเดือน)		
< 10,000 บาท	46	41.8
10,000 – 20,000 บาท	53	48.2
20,001 – 30,000 บาท	9	8.2
> 30,000 บาท	2	1.8
รายได้น้อยสุด 6,000 บาท รายได้มากที่สุด 38,000 บาท		
รายได้เฉลี่ย = 15,157 บาท (S.D. = 6,445)		
ความเพียงพอของรายได้		
เพียงพอ	47	42.7
ไม่เพียงพอ	63	57.3
สิทธิการลาคลอด		
ไม่มีสิทธิลาคลอด (แม่บ้าน)	35	31.8
ไม่มีสิทธิลาคลอด (รับจ้าง / พนักงานบริษัท)	5	4.5
ไม่มีสิทธิลาคลอด (ค้าขาย / ธุรกิจส่วนตัว)	9	8.2
มีสิทธิลาคลอด	61	55.5
ระยะเวลาที่มีสิทธิลาคลอด (เดือน)		
1 เดือน	4	6.6
2 เดือน	5	8.2
3 เดือน	52	85.2
ระยะเวลาที่ตั้งใจลาคลอด (เดือน)		
1 เดือน	7	11.5
2 เดือน	15	24.6
3 เดือน	39	63.9

ตารางที่ 4.1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
ประสบการณ์การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในบุตรคนก่อน		
ไม่เคย	50	45.5
เคย	60	54.5
ระยะเวลาที่เลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวนในบุตรคนก่อน		
1 เดือน	19	31.7
2 เดือน	6	10.0
3 เดือน	17	28.3
4 เดือน	5	8.3
5 เดือน	4	6.7
6 เดือน	9	15.0
ความรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่		
ไม่เคยได้รับ	31	28.2
เคยได้รับ	79	71.8
แหล่งความรู้*		
โทรทัศน์ / วิทยุ / หนังสือพิมพ์	18	16.4
แพทย์และพยาบาล	69	62.7
สมาชิกในครอบครัว	5	4.5
ญาติ เพื่อน หรือกลุ่มคนในชุมชน	14	12.7
คู่มือ คำแนะนำเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่	49	44.5
แผ่นพับ/เอกสารเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในโรงพยาบาล	46	41.8

*หมายถึง กลุ่มตัวอย่าง 1 คน เลือกได้มากกว่า 1 ข้อ

จากตารางที่ 4.1 พบว่า กลุ่มตัวอย่างอายุน้อยสุด 15 ปี อายุมากที่สุด 42 ปี อายุเฉลี่ย 27 ปี (S.D. = 6) ประมาณครั้งหนึ่ง (51.9%) ของกลุ่มตัวอย่างจบการศึกษาระดับประถมศึกษาและมัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 27.3 จบมัธยมศึกษาตอนปลาย ร้อยละ 20.9 จบอนุปริญญาและปริญญาตรี ร้อยละ 96.4 มีสถานภาพสมรสคู่ กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 58.2 มีอาชีพรับจ้าง หรือพนักงานบริษัท ร้อยละ 31.8 ไม่ได้ทำงาน รายได้ครอบครัวน้อยสุด 6,000 บาท มากสุด 38,000 บาท รายได้เฉลี่ย 15,157 บาท ร้อยละ 57.3 มีรายได้ไม่เพียงพอต่อการใช้จ่าย กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 55.5 มีสิทธิ์ลาคลอด

ในจำนวนผู้ที่มีสิทธิลาคลอด ร้อยละ 85.2 ลาคลอดได้นาน 3 เดือน แต่มีเพียงร้อยละ 63.9 ที่ตั้งใจลาคลอด 3 เดือนตามสิทธิ กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 54.5 มีประสบการณ์ในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในบุตรคนก่อน ซึ่งในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในบุตรคนก่อนหน้านี้นี้ มีเพียงร้อยละ 15 ที่เลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือน กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 71.8 เคยได้รับความรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ส่วนใหญ่ (62.7%) ได้รับความรู้จากแพทย์และพยาบาล ร้อยละ 44.5 อ่านจากคู่มือคำแนะนำเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และร้อยละ 41.8 อ่านจากแผ่นพับ หรือเอกสารเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในโรงพยาบาล

ตารางที่ 4.2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลการตั้งครรภ์และการคลอด (N=110)

ข้อมูลการตั้งครรภ์และการคลอด	จำนวน	ร้อยละ
ประเภทของการผ่าตัดคลอด		
แบบกำหนดมาก่อน (Elective cesarean section)	22	20.0
แบบฉุกเฉิน (Emergency cesarean section)	88	80.0
ข้อบ่งชี้ของการผ่าตัดคลอด		
ภาวะศีรษะทารกไม่ได้สัดส่วนกับเชิงกรานมารดา	43	39.1
มารดาเคยได้รับการผ่าตัดคลอด ร่วมกับมีอาการเจ็บครรภ์	25	22.7
มารดาเคยได้รับการผ่าตัดคลอด และยังไม่มีการเจ็บครรภ์	15	13.7
ภาวะทารกพร่องออกซิเจน	12	10.9
ทารกอยู่ในท่าผิดปกติ	13	11.8
ภาวะรกเกาะต่ำ	2	1.8
ลักษณะพังผืดใต้ลิ้นของทารก (SIRIRAJ TONGUE-TIE SCORE)		
ปกติ / เล็กน้อย	62	56.3
ปานกลาง	48	43.7
ลักษณะเต้านมมารดา		
หัวนม: สั้น (< 0.7 cm.)	21	24.5
ปกติ (0.7 cm. – 1.0 cm.)	75	68.2
ยาว (> 1.0 cm.)	8	7.3
ลานนม: ยึดหยุ่นดี	110	100.0

จากตารางที่ 4.2 พบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 80 ได้รับการผ่าตัดคลอดแบบฉุกเฉิน มีเพียงร้อยละ 20 ได้รับการผ่าตัดคลอดแบบกำหนดมาก่อน ร้อยละ 39.1 มีข้อบ่งชี้มาจาก ภาวะศีรษะทารกไม่ได้สัดส่วนกับเชิงกรานมารดา และร้อยละ 36.4 มารดาเคยได้รับการผ่าตัดคลอดมาก่อน ร้อยละ 11.8 และ 10.9 มีข้อบ่งชี้มาจากทารกอยู่ในท่าผิดปกติ และภาวะทารกพร้อมออกซิเจนตามลำดับ

ทารกร้อยละ 56.3 มีลักษณะพึงผิดได้เส้นปกติหรือเล็กน้อย และร้อยละ 43.7 มีลักษณะของพึงผิดได้เส้นระดับปานกลาง กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 68.2 มีลักษณะของหัวนมปกติ ร้อยละ 24.5 หัวนมสั้น กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดมีลักษณะของลานนมยืดหยุ่นดี

ส่วนที่ 2 ข้อมูลการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

ตารางที่ 4.3 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามวัน (N=110)

ข้อมูลการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่	จำนวน	ร้อยละ
หลังผ่าตัดคลอด (วันผ่าตัด)		
ทารกเริ่มดูดนมแม่ครั้งแรก (ชั่วโมง)		
ก่อน 6 ชั่วโมง	29	26.4
หลัง 6 ชั่วโมง – 12 ชั่วโมง	46	41.8
หลัง 12 ชั่วโมง – 18 ชั่วโมง	20	18.2
หลัง 18 ชั่วโมง	15	13.6
ระยะเวลาต่ำสุด 3 ชั่วโมง สูงสุด 24 ชั่วโมง		
ระยะเวลาเฉลี่ย = 10.9 (S.D. = 6.1)		
ระยะเวลาการดูดนมแม่ครั้งแรก (นาที)		
น้อยกว่า 15 นาที	74	67.3
15 นาที หรือมากกว่า	36	32.7
ระยะเวลาต่ำสุด 5 นาที ระยะเวลาสูงสุด 40 นาที		
ระยะเวลาเฉลี่ย = 15.1 นาที (S.D. = 9.5)		

ตารางที่ 4.3 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามวัน (ต่อ)

ข้อมูลการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่	จำนวน	ร้อยละ
วันที่ 1 (หลัง 24 ชั่วโมง – 48 ชั่วโมงหลังผ่าตัดคลอด)		
ความถี่ของการดูดนมแม่ (ครั้งต่อวัน)		
< 8 ครั้ง	32	29.1
≥ 8 ครั้ง	78	70.9
ต่ำสุด 2 ครั้ง สูงสุด 15 ครั้ง ค่าเฉลี่ย = 8.6 ครั้ง (S.D.=3.1)		
การเสริมนมผสม		
ไม่เสริม	17	15.5
เสริม	93	84.5
วันที่ 2 (หลัง 48 ชั่วโมง – 72 ชั่วโมงหลังผ่าตัดคลอด)		
ความถี่ของการดูดนมแม่ (ครั้งต่อวัน)		
< 8 ครั้ง	14	12.7
≥ 8 ครั้ง	96	87.3
ต่ำสุด 5 ครั้ง สูงสุด 16 ครั้ง ค่าเฉลี่ย = 9.9 ครั้ง (S.D.=2.2)		
ความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวก่อนจำหน่าย		
สำเร็จ	65	59.1
ไม่สำเร็จ	45	40.9

จากตารางที่ 4.3 พบว่า เวลาที่ทารกเริ่มดูดนมแม่ครั้งแรกเร็วสุด 3 ชั่วโมง ช้าสุด 24 ชั่วโมง เฉลี่ย 10.9 ชั่วโมง (S.D. = 6.1) โดยระยะเวลาที่ดูดนมแม่ครั้งแรกน้อยสุด 5 นาที นานสุด 40 นาที และระยะเวลาที่ดูดนมแม่ครั้งแรกเฉลี่ยนาน 15.1 นาที

วันที่ 1 หลังผ่าตัด ความถี่ของการดูดนมแม่ของทารกน้อยสุด 2 ครั้งต่อวัน มากสุด 15 ครั้งต่อวัน เฉลี่ย 8.6 ครั้งต่อวัน (S.D. = 3.1) ทารกส่วนใหญ่ (84.5%) ได้รับการเสริมนมผสม

วันที่ 2 หลังผ่าตัด พบว่ากลุ่มตัวอย่างร้อยละ 59.1 สามารถเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวก่อนจำหน่าย และร้อยละ 40.9 เลี้ยงลูกด้วยนมแม่ร่วมกับนมผสม ความถี่ของการดูดนมแม่ของทารกน้อยสุด 5 ครั้งต่อวัน มากสุด 16 ครั้งต่อวัน เฉลี่ย 9.9 ครั้งต่อวัน (S.D. = 2.2)

ตารางที่ 4.4 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามปัญหาเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และปริมาณการไหลของน้ำนมในวันที่ 3 หลังผ่าตัดคลอด (N=110)

ข้อมูลการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่	จำนวน	ร้อยละ
ปัญหาเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ตามการรับรู้ของมารดา*		
เจ็บหัวนม	9	8.2
หัวนมแตก	11	10.0
ไม่มีน้ำนม	13	11.8
น้ำนมไม่เพียงพอ	37	33.6
เต้านมคัดตึง	3	2.7
ทารกปฏิเสธการดูดนมแม่	16	14.5
ปริมาณการไหลของน้ำนม		
น้ำนมไหลน้อย (บีบปุด)	12	10.9
น้ำนมเริ่มไหล (บีบหยด)	20	18.2
น้ำนมไหลแล้ว (บีบหยดดี)	34	30.9
น้ำนมไหลดี (บีบพุ่ง)	44	40.0

*หมายถึง กลุ่มตัวอย่าง 1 คน เลือกได้มากกว่า 1 ข้อ

จากตารางที่ 4.4 พบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 33.6 รับรู้ว่ามีปริมาณน้ำนมไม่เพียงพอ ร้อยละ 14.5 ทารกปฏิเสธการดูดนมแม่ และร้อยละ 11.8 บอกว่าไม่มีน้ำนม แต่จากการประเมินปริมาณการไหลของน้ำนม พบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 89.1 มีปริมาณน้ำนมมากพอ ได้แก่ น้ำนมเริ่มไหล น้ำนมไหลแล้ว และน้ำนมไหลดี และร้อยละ 10.9 มีปริมาณน้ำมน้อย

ส่วนที่ 3 ทศนคติ การรับรู้สมรรถนะในตนเอง และการสนับสนุนจากพยาบาลในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

ตารางที่ 4.5 ค่าต่ำสุด-ค่าสูงสุด (Min.-Max.) ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) ของคะแนนทศนคติ การรับรู้สมรรถนะในตนเอง และการสนับสนุนจากพยาบาลเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ในมารดาหลังผ่าตัดคลอด (N=110)

ตัวแปรอิสระ	ค่าต่ำสุด-ค่าสูงสุด (ค่าคะแนนที่เป็นไปได้)	ค่าต่ำสุด-ค่าสูงสุด (ค่าคะแนนที่ได้)	Mean (S.D.)
ทศนคติ	17-85 (51)	50-81	64.2 (5.8)
การรับรู้สมรรถนะในตนเอง	14-70 (42)	30-69	51.0 (7.7)
การสนับสนุนจากพยาบาล	12-60 (36)	29-60	46.4 (7.6)
ด้านอารมณ์	4-20	8-20	15.8 (2.7)
ด้านข้อมูล ข่าวสาร	4-20	6-20	15.7 (2.9)
ด้านสิ่งของและบริการ	4-20	9-20	15.0 (2.8)

จากตารางที่ 4.5 พบว่าคะแนนทศนคติเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่โดยรวมของกลุ่มตัวอย่างต่ำสุด 50 สูงสุด 81 ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 64.2 (S.D. = 5.8) คะแนนการรับรู้สมรรถนะในตนเองเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่โดยรวมต่ำสุด 30 สูงสุด 69 ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 51 (S.D. = 5.8) คะแนนการสนับสนุนจากพยาบาลเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่โดยรวมต่ำสุด 29 สูงสุด 60 ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 46.4 (S.D. = 7.6) ซึ่งเมื่อพิจารณาคะแนนการสนับสนุนจากพยาบาลเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่รายด้านนั้น พบค่าเฉลี่ยของคะแนนการสนับสนุนจากพยาบาลด้านอารมณ์ ด้านข้อมูล ข่าวสาร และด้านสิ่งของและบริการเท่ากับ 15.8, 15.7 และ 15.0 ตามลำดับ

ส่วนที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรทั้งหมด

ตารางที่ 4.6 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันระหว่างตัวแปรทั้งหมด (Correlation Matrix)
(N=110)

ตัวแปรที่ศึกษา	1	2	3	4	5	6	7
1.อายุของมารดา	1						
2.ประสบการณ์	0.43**	1					
3.ทัศนคติ	0.14	0.11	1				
4.การรับรู้สมรรถนะในตนเอง	0.01	0.17	0.42**	1			
5.เวลาที่เริ่มให้นมแม่	-0.16	-0.4	-0.17	-0.01	1		
6.การสนับสนุนจากพยาบาล	0.06	0.15	0.05	0.17	-0.19*	1	
7.การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่าง เดียวก่อนจำหน่าย	0.32**	0.28**	0.07	0.04	-0.35**	0.32**	1

**p < 0.01, *p < 0.05

จากตารางที่ 4.6 พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ในเชิงบวกกับความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวก่อนจำหน่าย คือ อายุของมารดา ($r = 0.32$, $p < 0.01$) ประสบการณ์การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ($r = 0.28$, $p < 0.01$) และการสนับสนุนจากพยาบาล ($r = 0.32$, $p < 0.01$) และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ในเชิงลบกับความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวก่อนจำหน่าย คือ เวลาที่เริ่มให้นมแม่ ($r = -0.35$, $p < 0.01$) สามารถอธิบายได้ดังนี้

มารดาที่มีอายุมากขึ้น มีโอกาสที่จะประสบความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวก่อนจำหน่ายเพิ่มขึ้น ($r = 0.32$)

มารดาที่มีประสบการณ์ในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ มีโอกาสที่จะประสบความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวก่อนจำหน่ายเพิ่มขึ้น ($r = 0.28$)

มารดาที่ได้รับการสนับสนุนจากพยาบาล มีโอกาสที่จะประสบความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวก่อนจำหน่ายเพิ่มขึ้น ($r = 0.32$)

มารดาที่เริ่มให้นมแม่เร็ว หรือใช้เวลาตั้งแต่หลังผ่าตัดคลอดจนเริ่มให้นมแม่ครั้งแรกน้อย มีโอกาสที่จะประสบความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวก่อนจำหน่ายเพิ่มขึ้น ($r = -0.35$)

สำหรับตัวแปรอิสระที่มีความสัมพันธ์กันในเชิงบวกมี 2 คู่ คือ อายุของมารดากับประสบการณ์การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ($r = 0.43, p < 0.01$) หมายความว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีอายุน้อยมีความสัมพันธ์กับการมีประสบการณ์ในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ กลุ่มตัวอย่างที่มีอายุน้อยมีความสัมพันธ์กับการไม่มีประสบการณ์ในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และทัศนคติกับการรับรู้สมรรถนะในตนเองเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ($r = 0.42, p < 0.01$) หมายความว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีทัศนคติที่ดีต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้สมรรถนะในตนเองเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในระดับสูง ในทางตรงข้ามกลุ่มตัวอย่างที่มีทัศนคติที่ไม่ดีต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้สมรรถนะในตนเองเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ระดับต่ำ

สำหรับตัวแปรอิสระที่มีความสัมพันธ์กันในเชิงลบมี 1 คู่ คือ เวลาที่เริ่มให้นมแม่กับการสนับสนุนจากพยาบาล ($r = -0.19, p < 0.05$) หมายความว่า กลุ่มตัวอย่างที่เริ่มให้นมแม่เร็ว มีความสัมพันธ์กับการได้รับการสนับสนุนจากพยาบาลมาก กลุ่มตัวอย่างที่เริ่มให้นมแม่ช้า มีความสัมพันธ์กับการได้รับการสนับสนุนจากพยาบาลน้อย

ตารางที่ 4.7 ค่าสัมประสิทธิ์โลจิสติกของตัวแปรทำนาย (อายุของมารดา ประสบการณ์การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ทัศนคติเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ การรับรู้สมรรถนะในตนเองเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ เวลาที่เริ่มให้นมแม่ การสนับสนุนจากพยาบาล) ต่อความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวก่อนจำหน่ายในมารดาหลังผ่าตัดคลอด ($n=110$)

ตัวแปรที่ศึกษา	B	S.E	Wald	df	Sig.	Exp (B)	95%CI
อายุของมารดา	0.097	0.045	4.629	1	0.031*	1.102	1.009-1.203
ประสบการณ์	-0.786	0.505	2.420	1	0.120	0.456	0.169-1.227
ทัศนคติ	-0.017	0.046	0.142	1	0.707	0.983	0.899-1.075
การรับรู้สมรรถนะในตนเอง	-0.006	0.036	0.031	1	0.860	0.994	0.927-1.065
เวลาที่เริ่มให้นมแม่	-0.117	0.041	7.978	1	0.005*	0.890	0.821-0.965
การสนับสนุนจากพยาบาล	0.085	0.033	6.719	1	0.010*	1.089	1.021-1.161
ค่าคงที่	-3.024	3.299	0.840	1	0.359	0.049	

* $p < 0.05$, Nagelkerke $R^2 = 0.365$, Overall Percentage = 73.6

จากตารางที่ 4.7 พบว่า ตัวแปรที่สามารถทำนายความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวก่อนจำหน่ายในมารดาหลังผ่าตัดคลอดได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) คือ อายุของ

มารดา การสนับสนุนจากพยาบาล และเวลาที่เริ่มให้นมแม่ โดยสามารถสร้างสมการทำนายความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวก่อนจำหน่ายในมารดาหลังผ่าตัดคลอดได้ดังนี้

$$P(Y) = 1/1+e^{-Z}$$

โดยที่ $Z = B_0 + B_1X_1 + \dots + B_pX_p$

เมื่อ $P(Y)$ คือ โอกาสของการประสบความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวก่อนจำหน่าย

B คือ ค่าสัมประสิทธิ์ที่ได้จากข้อมูล

X คือ ตัวแปรอิสระ

แทนค่า $P(\text{ความสำเร็จ}) = 1/1+e^{-Z}$

โดยที่ $Z = -3.024 + 0.097 (\text{อายุมารดา}) + 0.085 (\text{การสนับสนุนจากพยาบาล}) - 0.117 (\text{เวลาที่เริ่มให้นมแม่})$

สมการดังกล่าวสามารถร่วมกันทำนายความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวก่อนจำหน่ายในมารดาหลังผ่าตัดคลอด อธิบายความผันแปรได้ร้อยละ 36.5 ($R^2 = 0.365$, $p < 0.05$) และสรุปโดยรวมสมการทำนายได้ถูกต้องร้อยละ 73.6 (Overall Percentage = 73.6)

บทที่ 5

การอภิปรายผล

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงทำนาย (Predictive research design) เพื่อศึกษาอำนาจในการทำนายของอายุมารดา ประสิทธิภาพการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ทักษะคิดเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ การรับรู้สมรรถนะในตนเองเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ เวลาที่เริ่มให้นมแม่ และการสนับสนุนจากพยาบาล ต่อความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวก่อนจำหน่ายในมารดาหลังผ่าตัดคลอด อภิปรายผลการศึกษาตามสมมติฐานการวิจัย ดังนี้

สมมติฐานการวิจัย อายุมารดา ประสิทธิภาพการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ทักษะคิดเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ การรับรู้สมรรถนะในตนเองเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ เวลาที่เริ่มให้นมแม่ และการสนับสนุนจากพยาบาล สามารถทำนายความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวก่อนจำหน่ายในมารดาหลังผ่าตัดคลอดได้

ผลการศึกษาพบว่า

ปัจจัยที่สามารถทำนายความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวก่อนจำหน่ายในมารดาหลังผ่าตัดคลอดได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ อายุมารดา [$\text{Exp (B)} = 1.102$, $95\% \text{CI} = 1.009-1.203$] การสนับสนุนจากพยาบาล [$\text{Exp (B)} = 1.089$, $95\% \text{CI} = 1.021-1.161$] และเวลาที่เริ่มให้นมแม่ [$\text{Exp (B)} = 0.890$, $95\% \text{CI} = 0.821-0.965$] สามารถร่วมกันอธิบายความผันแปรของความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวก่อนจำหน่ายได้ร้อยละ 36.5 ($R^2 = 0.365$, $p < 0.05$) และโดยรวมสมการทำนายได้ถูกต้องร้อยละ 73.6 (Overall Percentage = 73.6) ซึ่งสามารถอภิปรายได้ดังนี้

ปัจจัยที่สามารถร่วมกันทำนายความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวก่อนจำหน่ายในมารดาหลังผ่าตัดคลอด

อายุมารดา

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างอายุน้อยสุด 15 ปี อายุมากที่สุด 42 ปี (Mean = 27, S.D. = 6) อายุมารดามีความสัมพันธ์ในเชิงบวกกับความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวก่อนจำหน่าย ($r = 0.32, p < 0.01$) กล่าวคือกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุมากจะส่งผลให้ความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวก่อนจำหน่ายเพิ่มขึ้น ในทางตรงข้ามกลุ่มตัวอย่างที่อายุน้อยจะส่งผลให้ความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวก่อนจำหน่ายลดลง และอายุของมารดาสามารถทำนายความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวก่อนจำหน่ายได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 [$\text{Exp (B)} = 1.102, 95\% \text{CI} = 1.009-1.203$] กล่าวคือ ถ้าอายุมารดามากขึ้นหนึ่งหน่วยมาตรฐาน จะมีโอกาสประสบความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวก่อนจำหน่ายเพิ่มขึ้น 1.102 เท่า ซึ่งอาจอธิบายได้ว่าอายุเป็นตัวกำหนดความพร้อมทางสรีระและวุฒิภาวะทางจิตใจได้ระดับหนึ่ง มารดาที่มีอายุอยู่ในช่วงวัยผู้ใหญ่ส่วนใหญ่จะสามารถควบคุมอารมณ์ได้ดี และมีความมั่นคงทางอารมณ์และจิตใจดีกว่ามารดาอายุน้อย สามารถปรับตัวได้ดีเมื่อเผชิญสถานการณ์ หรือความเครียดต่างๆ และเป็นช่วงวัยที่มีความสามารถที่จะเรียนรู้ได้อย่างลึกซึ้ง และฝึกฝนทักษะต่างๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ (ศรีเรือน แก้วกังวาล, 2553) ส่วนมารดาที่มีอายุน้อยหรืออายุที่อยู่ในช่วงวัยรุ่น เป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงในหลายด้านพร้อมกันอย่างรวดเร็ว อารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย สับสน และอ่อนไหว จึงทำให้ไม่มีความมั่นคงทางอารมณ์เมื่อต้องเผชิญกับสถานการณ์ หรือภาวะเครียดต่างๆ ทำให้ความสามารถในการรับรู้ แก้ปัญหา การพิจารณาไตร่ตรองหาความรอบคอบ ไม่อดทน มักทำตามความต้องการของตนเอง และเน้นความสุขสบายของตนเอง (Steinberg, 2002) พบว่ามารดาอายุน้อยสามารถเผชิญกับปัญหา และความเครียดขณะที่อยู่โรงพยาบาลได้น้อยกว่ามารดาที่มีอายุมากกว่า (Kingston, Heaman, Fell, & Chalmers, 2012)

นอกจากนี้การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ไม่ได้เป็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นตามสัญชาตญาณ มารดาต้องมีการเรียนรู้ทั้งเรื่องของกลไกการสร้างและหลั่งน้ำนม การอมหัวนมอย่างถูกต้อง การดูดนมแม่อย่างมีประสิทธิภาพ และมารดาและทารกต้องมีการเรียนรู้ร่วมกัน การเรียนรู้และตอบสนองระหว่างแม่กับลูก โดยเฉพาะระยะแรกหลังคลอด เป็นช่วงเวลาที่ท้าทายสำหรับมารดาที่ต้องลงมือปฏิบัติจริง (Walker, 2007) ทั้งยังต้องเผชิญกับอุปสรรคต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้นได้ตลอดเวลา เช่น อากาศร้อนเพลีย เจ็บแผลผ่าตัด น้ำนมไม่เพียงพอ ทารกปฏิเสธการดูดนมแม่ อาการเจ็บหัวนม หรือหัวนมแตก เป็นต้น (Brand, Kothari, & Stark, 2011) มารดาที่มีอายุอยู่ในช่วงวัยผู้ใหญ่ ส่วนใหญ่จะมีความ

พร้อม ความอดทน ความสามารถในการคิดวิเคราะห์ และมีเหตุผล จึงมักจะประสบความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้มากกว่ามารดาที่มีอายุน้อย สอดคล้องกับหลายการศึกษาที่พบว่า มารดาที่มีอายุอยู่ในช่วงวัยผู้ใหญ่ ประสบความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลมากกว่ามารดาที่อยู่ในช่วงวัยรุ่น (Pechlivani, et al., 2005) และพบว่า มารดาที่มีอายุมากกว่าจะสามารถเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวกว่ามารดาที่มีอายุน้อย 1.51 เท่า (OR = 1.51, 95% CI 1.00-2.29) (Scott, et al., 2001) สอดคล้องกับการศึกษาของ Scott และคณะ (2006) ที่ศึกษาปัจจัยทำนายการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวก่อนจำหน่ายในวันที่ 3 หลังคลอด พบว่าอายุของมารดาสามารถทำนายการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวก่อนจำหน่ายได้เกือบ 3 เท่า (OR = 2.66, 95% CI 0.79-8.98) ในทำนองเดียวกัน Kruse, Denk, Feldman-Winter and Rotondo (2005) พบว่า มารดาที่มีอายุมากกว่าจะเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวก่อนคลอดมากกว่ามารดาที่มีอายุน้อย 1.18 เท่า ในทางตรงข้ามมารดาวัยรุ่นที่อายุน้อยกว่า 20 ปี มีอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวก่อนจำหน่ายน้อยกว่ามารดาที่อายุอยู่ในวัยผู้ใหญ่ (Taylor, Lim, & Neville, 2009) เนื่องจากวัยรุ่นนั้นมีการรับรู้ถึงความยากลำบากในการให้นมบุตร คิดว่าการให้นมบุตรรบกวนความสุขสบายของตนเอง ทำให้ไม่ได้พักผ่อน เกิดความเหนื่อยล้า อ่อนเพลีย (Lavender et al., 2005)

การสนับสนุนจากพยาบาล

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคะแนนการสนับสนุนจากพยาบาลสูงกว่าค่าเฉลี่ย (ค่าต่ำสุด-ค่าสูงสุด = 29-60, Mean = 46.4, S.D. = 7.6) และมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวก่อนจำหน่าย ($r = 0.32, p < 0.01$) กล่าวคือ กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการสนับสนุนจากพยาบาลในระดับสูง มีโอกาสประสบความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวก่อนจำหน่ายสูงขึ้น การสนับสนุนจากพยาบาล สามารถทำนายความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวก่อนจำหน่ายได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 [Exp (B) = 1.089, 95%CI = 1.021-1.161] กล่าวคือ ถ้ากลุ่มตัวอย่างได้รับการสนับสนุนจากพยาบาลมากขึ้นหนึ่งหน่วยมาตรฐาน จะมีโอกาสประสบความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวก่อนจำหน่ายเพิ่มขึ้น 1.089 เท่า ซึ่งอาจอธิบายได้ว่ามารดาในระยะแรกหลังผ่าตัดคลอดยังมีอาการอ่อนเพลียและมีอาการปวดแผลผ่าตัด จึงไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง หรือเลี้ยงบุตรได้เพียงลำพัง และมารดาอาจมีความวิตกกังวลว่าการเลี้ยงบุตร และการทำกิจวัตรประจำวันต่างๆ จะมีผลต่อแผลผ่าตัด ทำให้แผลอักเสบ แผลแยก ดังนั้นความช่วยเหลือ และการสนับสนุนจากพยาบาล จึงช่วยให้กลุ่มตัวอย่างคลายความกังวล มีกำลังใจ และมีความมุ่งมั่นในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ (Loto, et al., 2010; Tam, et al., 2003) ความช่วยเหลือและการสนับสนุนในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ เช่น ช่วย

จัดทำอุ้มทารกดูนมแม่ ช่วยเหลือเมื่อทารกร้องกวน ถ่ายอุจจาระ ปัสสาวะ ให้ความรู้เกี่ยวกับประโยชน์ของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และหลักการปฏิบัติที่ถูกต้อง รวมทั้งรับฟังปัญหาต่างๆ ของมารดา แสดงถึงการยอมรับ และเข้าใจสถานการณ์ของมารดา ทำให้มารดามีกำลังใจ และเกิดความมั่นคงทางอารมณ์มากขึ้น คงไว้ซึ่งความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ซึ่งในระยะหลังคลอดเป็นช่วงเวลาที่ยากลำบากสำหรับมารดาในการปรับตัว การสนับสนุนจากพยาบาลจะช่วยป้องกันการเกิดปัญหาที่ตามมาจากการเริ่มให้ลูกดูนมแม่ช้า หรือหากปัญหาเกิดขึ้นแล้วจะทำให้แก้ไขได้ง่าย ก่อนที่ปัญหานั้นจะยากเกินแก้ไข (Walker, 2007) สอดคล้องกับการศึกษาของ Mauri, Zobbi and Zannini (2011) ที่พบว่า การสนับสนุนจากพยาบาล สามารถทำให้มารดาข้ามผ่านปัญหาและอุปสรรคในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ขณะอยู่โรงพยาบาลได้ ซึ่งมารดาหลังผ่าตัดต้องการการสนับสนุนด้านอารมณ์และจิตใจมากที่สุด (Redshaw & Hockley, 2010)

ผลการศึกษาในครั้งนี้สอดคล้องกับหลายการศึกษาที่พบว่า การสนับสนุนจากพยาบาล มีความสัมพันธ์กับความสำเร็จ และสามารถทำนายความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวก่อนจำหน่ายได้ จากการศึกษาของ Henderson and Redshaw (2011) พบว่าการสนับสนุนจากพยาบาลเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ทั้งด้านอารมณ์ ด้านข้อมูล ข่าวสาร และด้านสิ่งของและบริการ ส่งผลให้อัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวก่อนจำหน่ายเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ McDonald และคณะ (2012) ที่พบว่ามารดาที่ได้รับการสนับสนุนจากพยาบาลระดับสูงจะสามารถเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวก่อนจำหน่ายได้สำเร็จก่อนจำหน่ายมากกว่ามารดาที่ได้รับการสนับสนุนจากพยาบาลระดับต่ำ 4.49 เท่า (OR 4.49, 95% CI 4.16–4.85) สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่ามารดาหลังผ่าตัดคลอดที่ได้รับการสนับสนุนจากพยาบาลจะส่งผลต่อความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวก่อนจำหน่ายเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) และสามารถทำนายโอกาสประสบความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวก่อนจำหน่ายเป็น 14 เท่า (OR = 14.40, 95% CI 3.79–54.72) (Yubha Temeeteerakul, 2007)

เวลาที่เริ่มให้นมแม่

ผลการศึกษาพบว่า ทารกเริ่มดูนมแม่ครั้งแรกเร็วสุด 3 ชั่วโมง และช้าสุด 24 ชั่วโมง (Mean = 10.9, S.D. = 6.1) ระยะเวลาที่เริ่มให้นมแม่ครั้งแรกมีความสัมพันธ์ในเชิงลบกับความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวก่อนจำหน่าย ($r = -0.35, p < 0.01$) กล่าวคือ กลุ่มตัวอย่างที่เริ่มให้ทารกดูนมแม่เร็ว หรือใช้เวลาตั้งแต่หลังผ่าตัดคลอดจนเริ่มให้นมแม่ครั้งแรกน้อย จะส่งผลให้ประสบความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวก่อนจำหน่ายเพิ่มขึ้น ในทางตรงข้ามการเริ่มให้ทารกดูนมแม่ช้า จะส่งผลให้โอกาสประสบความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวก่อน

จำหน่ายลดลง เวลาที่เริ่มให้นมแม่ สามารถทำนายความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวก่อนจำหน่ายได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 [$\text{Exp (B)} = 0.890$, 95% CI = 0.821-0.965] กล่าวคือ ถ้ากลุ่มตัวอย่างใช้เวลาที่เริ่มให้นมแม่มากขึ้นหนึ่งหน่วยมาตรฐาน จะมีโอกาสประสบความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวลดลง 0.890 เท่า ซึ่งอาจอธิบายได้ว่าการเริ่มต้นดูดเร็วจะเป็นการกระตุ้นให้น้ำนมมาเร็วขึ้น เพราะการดูดจะช่วยกระตุ้นการสร้างฮอร์โมน prolactin ที่ช่วยสร้างน้ำนม และฮอร์โมน oxytocin ที่ช่วยหลั่งน้ำนม (Edmond et al., 2006; Walker, 2011) นอกจากนี้การเริ่มให้นมแม่ภายในวันคลอดมีความสำคัญมากต่อการเรียนรู้ของทารก เช่นการอมหัวนม การดูดนม การทำงานของรีเฟล็กซ์ต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการดูดนม และการกลืนน้ำนม สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าทารกที่เริ่มดูดนมแม่ช้า และขาดความต่อเนื่อง จะส่งผลกระทบต่อกระบวนการสร้างและหลั่งน้ำนมที่ล่าช้า (Evans, Evans, Royal, Esterman, & James, 2003) และจะมีผลเสียต่อการเรียนรู้ในการดูดนมแม่ของทารกในระยะต่อไปได้ (Hill, Humenick, Brennan, & Woolley, 1997; Radzyminski, 2005) ดังนั้นการเริ่มให้นมแม่เร็วมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ทำให้กระบวนการสร้างน้ำนมและการหลั่งน้ำนมเกิดเร็วขึ้น เป็นการป้องกันการเกิดปัญหาต่างๆ ได้ เช่น ปัญหาน้ำนมไม่เพียงพอ การปฏิเสธการดูดนมแม่ เป็นต้น

การนำทารกมาดูดนมแม่เร็วช่วยกระตุ้นการสร้างฮอร์โมนโพรแลคตินให้สูงขึ้นอย่างรวดเร็ว และจะสูงอยู่นานประมาณ 30 นาทีภายหลังทารกหยุดดูดนม หลังจากนั้นจะค่อยๆ ลดลงสู่ระดับปกติ ประมาณ 3 ชั่วโมงหลังหยุดดูดนม หากทารกไม่ได้ดูดนมแม่บ่อย หรือมารดาไม่ได้บีบน้ำนมออก การผลิตน้ำนมก็จะลดลง (Lawrence & Lawrence, 2005) นอกจากนี้การใช้ระยะปั๊วดจะส่งผลกระทบต่อปริมาณน้ำนมด้วย ทำให้มารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดมีปริมาณน้ำมน้อยกว่ามารดาที่คลอดปกติทางช่องคลอด (Baumgardner, Muehl, Fischer, & Pribbenow, 2003; Evans, et al., 2003; Jordan, Emery, Bradshaw, Watkins, & Friswell, 2005) การที่มารดามีปริมาณน้ำมน้อย ไม่เพียงพอต่อความต้องการของทารก นำไปสู่การเสริมนมผสม ทำให้ทารกดูดนมแม่น้อยลง น้ำนมระบายออกน้อย เมื่อน้ำนมระบายออกน้อย จะมีผลให้เต้านมสร้างน้ำมน้อยลง สอดคล้องกับผลการศึกษารุ่นนี้ที่พบว่าทารกส่วนใหญ่ (ร้อยละ 84.5) ได้รับนมผสมในระยะ 24 -48 ชั่วโมงหลังผ่าตัดคลอด ร้อยละ 33.6 มีการรับรู้ว่ามีปริมาณน้ำนมไม่เพียงพอ และร้อยละ 14.5 ทารกปฏิเสธการดูดนมแม่ก่อนจำหน่ายจากโรงพยาบาล

ผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Pechlivani และคณะ (2005) ที่พบว่าการเริ่มให้ลูกดูดนมแม่เร็วจะเพิ่มอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวก่อนจำหน่ายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) หากมารดาเริ่มให้ลูกดูดนมช้ากว่า 2 ชั่วโมงหลังคลอดสัมพันธ์กับการลดลงของอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ระหว่างอยู่ในโรงพยาบาล และที่ระยะ 1 เดือน และ 4 เดือนหลังคลอด

(Nakao, Moji, Honda, & Oishi, 2008) หากมารดาเริ่มให้ทารกดูดนมแม่เร็วภายใน 2 ชั่วโมงหลังคลอด จะส่งผลต่ออัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวก่อนจำหน่ายสูงกว่ามารดาที่เริ่มให้ลูกดูดนมแม่ช้ากว่า 2 ชั่วโมง ประมาณ 5 เท่า (Mazur & Mikiel-Kostyra, 2000)

ปัจจัยที่ไม่สามารถทำนายความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวก่อนจำหน่าย ในมารดาหลังผ่าตัดคลอด

การรับรู้สมรรถนะในตนเองเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคะแนนการรับรู้สมรรถนะในตนเองเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่สูงกว่าค่าเฉลี่ย (ค่าต่ำสุด-ค่าสูงสุด = 30-69, Mean = 51.0, S.D. = 5.8) แต่การรับรู้สมรรถนะในตนเองเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ไม่มีความสัมพันธ์กับความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวก่อนจำหน่าย ($r = 0.04$, $p = 0.68$) และผลการวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติก พบว่าการรับรู้สมรรถนะในตนเองเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ไม่สามารถทำนายความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวก่อนจำหน่ายได้ ($p = 0.860$)

ผลการศึกษาครั้งนี้อาจอธิบายได้ว่า ถึงแม้กลุ่มตัวอย่างจะมีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง แต่การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ไม่ใช่เรื่องง่ายที่อาศัยเพียงสัญชาตญาณของความเป็นแม่เท่านั้น การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เป็นกระบวนการที่ต้องอาศัยการเรียนรู้ร่วมกันระหว่างมารดาและทารก และต้องมีการปรับตัวเข้าหากัน (Walker, 2007) มีข้อมูล และรายละเอียด รวมทั้งเทคนิคหลายประการที่มารดาอาจไม่ทราบ นอกจากนี้สภาวะร่างกายที่ไม่พร้อมของมารดาหลังผ่าตัดคลอดซึ่งต้องเผชิญกับความเจ็บปวดแผลผ่าตัดทำให้ไม่กล้าเคลื่อนไหวร่างกาย มีสายน้ำเกลือ สายสวน ปัสสาวะ จะทำให้มารดารู้สึกถูกผูกมัดด้วยอุปกรณ์ต่างๆ ทางกายภาพ (ดวงกมล ปิ่นเฉลียว และเขาวลัดกษณ์ เสรีเสถียร, 2552) รวมทั้งอาจเกิดผลข้างเคียงต่างๆ จากการได้รับยาระงับความรู้สึก เช่น ความดันโลหิตต่ำ คลื่นไส้ อาเจียน ปวดศีรษะหรือปวดหลัง (Gadsden, Hart, & Santos, 2005) ทำให้มารดาช่วยเหลือตนเองได้น้อย การผ่าตัดคลอดไม่เพียงแต่เกิดผลกระทบด้านร่างกายต่อมารดาเท่านั้น ยังส่งผลต่อจิตใจของมารดาเช่นกัน มารดาอาจมีความกลัวและวิตกกังวลเกี่ยวกับความปลอดภัยของตนเอง กลัวความเจ็บปวดแผลผ่าตัด กลัวเกี่ยวกับการหายของแผล กลัวแผลแยกหรืออักเสบ (Lobel & DeLuca, 2007) ทำให้มารดาต้องการการพักผ่อน เพื่อการฟื้นตัวของร่างกายและจิตใจ อาจมองว่าตนเองน่าจะไม่สามารถให้นมแม่ได้ถ้าสภาพร่างกายมีความพร้อม และแข็งแรงขึ้น ดังนั้นจึงมีความเชื่อมั่นในตนเองสูง แต่มารดาส่วนใหญ่ไม่ทราบว่าทำให้ลูกดูดนมแม่ช้าจะ

ก่อให้เกิดปัญหาตามมาหลายประการ เช่น ปริมาณน้ำนมไม่เพียงพอ ทารกดิรสนาติของนมผสมติดกับการไหลเร็วของน้ำนม เมื่อนำทารกมาดูดนมแม่ ทารกจะปฏิเสธการดูดนมแม่ หรือดูดนมไม่มีประสิทธิภาพ เนื่องจากขาดการเรียนรู้วิธีการอมหัวนม และดูดนมอย่างถูกต้องตั้งแต่ระยะแรก ซึ่งมีผลให้มารดาเจ็บหัวนมหรือหัวนมแตกเป็นแผลได้ สอดคล้องกับการศึกษาครั้งนี้ที่พบว่าทารกร้อยละ 84.5 ได้รับการเสริมนมผสมในระยะ 24- 48 ชั่วโมงหลังคลอด และร้อยละ 33.6 ระบุว่าปริมาณน้ำนมไม่เพียงพอ ร้อยละ 14.5 ทารกปฏิเสธการดูดนมแม่ ร้อยละ 10.0 หัวนมแตก และร้อยละ 8.2 เจ็บหัวนม ตามลำดับ

รวมทั้งระยะแรกหลังคลอดมารดาต้องปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ตามแผนการรักษาและการพยาบาลที่โรงพยาบาลกำหนดไว้เช่น การรับฟังคำแนะนำเกี่ยวกับวิธีการดูแลทารก การปฏิบัติตนในระยะหลังคลอด การปรึกษาหน่วยกุมกัมกำเนิด เป็นต้น จึงทำให้มารดาไม่ได้อยู่กับทารกตลอดเวลา ตลอดจนสภาพแวดล้อมที่ไม่เป็นส่วนตัว มีทั้งญาติตนเองและญาติของผู้อื่นอยู่ด้วย และบางครั้งถูกขัดจังหวะด้วยกิจกรรมของโรงพยาบาล มารดาจึงไม่สะดวกที่จะให้นมแม่ สอดคล้องกับการศึกษาของ Morrison, Ludington-Hoe and Anderson (2006) ที่พบว่ามารดาและทารกนั้นต้องการเป็นส่วนตัว และเวลาที่จะเรียนรู้ซึ่งกันและกัน รวมทั้งการเรียนรู้ในเรื่องการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ซึ่งระหว่างที่อยู่โรงพยาบาลนั้นจะมีกิจกรรมต่างๆ ที่เข้ามาเป็นอุปสรรคตลอดเวลา (McInnes, & Chambers, 2008) รวมทั้งการปฏิบัติที่เป็นกิจวัตรของเจ้าหน้าที่โดยการแยกมารดาและทารกในตอนกลางคืน ทำให้เป็นผลเสียต่อการสร้างน้ำนม เนื่องจากปริมาณฮอร์โมนโปรแลคตินจะถูกสร้างในเวลากลางคืนมากกว่า เพราะฉะนั้นการให้ลูกดูดนมเวลากลางคืนจะช่วยให้มีการสร้างน้ำนมได้มากกว่าเวลากลางวัน เป็นการช่วยเร่งการสร้างน้ำนมได้ดี (สุอารีย์ อ้นตระกูล และ ธีรรัตน์ วงศ์วิสุทธิ, 2550)

ผลการศึกษาครั้งนี้แตกต่างจากการศึกษาในมารดาหลังคลอดปกติ ที่พบว่าการรับรู้สมรรถนะในตนเองเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวก่อนจำหน่าย ($p < 0.001$) (Gregory, et al., 2008) และในระยะ 1 สัปดาห์หลังคลอด ($p < 0.09$) (Blyth, et al., 2002; Dennis, Heaman, & Mossman, 2011)

ทัศนคติเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคะแนนทัศนคติต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่สูงกว่าค่าเฉลี่ย (ค่าต่ำสุด-ค่าสูงสุด = 50-81, Mean = 64.2, S.D. = 5.8) พบว่าทัศนคติเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ไม่มีความสัมพันธ์กับความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวก่อนจำหน่าย

($r = 0.07$, $p=0.44$) และผลการวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติก พบว่าทัศนคติเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ไม่สามารถทำนายความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวก่อนจำหน่ายได้ ($p = 0.707$)

ผลการศึกษาครั้งนี้อาจอธิบายได้ว่า ถึงแม้กลุ่มตัวอย่างจะมีทัศนคติที่ดีต่อนมแม่ แต่จากอิทธิพลของสถานการณ์ที่ต้องคลอดด้วยวิธีการผ่าตัด ทำให้กลุ่มตัวอย่างต้องประสบกับความไม่สุขสบายหลายประการ ทั้งการเจ็บปวดแผลผ่าตัด การเคลื่อนไหวร่างกายที่ไม่สะดวก ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ ภาวะที่เกิดขึ้นนี้ทำให้มารดาต้องใช้เวลาในการปรับตัวเพื่อให้ร่างกายกลับคืนสู่สภาพปกติมากกว่ามารดาที่คลอดปกติทางช่องคลอด (Kacmar, et al., 2003) เหตุการณ์ดังกล่าวทำให้มารดาต้องการการพักผ่อนก่อนในระยะแรก และเลื่อนเวลาการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ออกไปก่อน ซึ่งมารดาส่วนใหญ่ไม่ทราบว่าสิ่งที่ทราบไม่ได้ดูคนจากเต้าตั้งแต่แรกจะทำให้เกิดปัญหาอื่นๆ ตามมา เช่น ปริมาณน้ำนมไม่เพียงพอ ทารกปฏิเสธการดูดนมแม่ รวมทั้งมารดาขาดทักษะการอุ้มลูกดูดนม ซึ่งหากทารกดูดไม่ถูกต้องจะทำให้ มารดาเจ็บหัวนม และหัวนมแตก ตามมา ทำให้การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวยังสำเร็จยากขึ้น ซึ่งเป็นไปในทำนองเดียวกันกับการรับรู้สมรรถนะในตนเอง

ดังนั้นทัศนคติที่ดีจึงไม่สามารถทำนายความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวก่อนจำหน่าย สอดคล้องกับการศึกษาของพิมเดือน ดอนสระ (2546) ที่พบว่าทัศนคติไม่มีผลต่อพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในมารดาหลังผ่าตัดคลอด ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาในมารดาหลังคลอดปกติ พบว่ามารดาที่มีทัศนคติที่ดีต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่นั้นส่งผลต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวก่อนจำหน่ายจากโรงพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Lin, et al., 2008; McMillan, et al., 2008; Scott, Shaker, & Reid, 2004) และการเกิดทัศนคติที่ไม่ดีต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ จะมีผลต่อการเสริมนมผสมเร็ว (DiGirolamo, Grummer-Strawn, & Fein, 2008; Scott, 2006)

ประสบการณ์การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 54.5 มีประสบการณ์การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในบุตรคนก่อน แต่มีเพียงร้อยละ 15 ที่เลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวนาน 6 เดือน พบว่าประสบการณ์การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่มีความสัมพันธ์ในเชิงบวกกับความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวก่อนจำหน่าย ($r = 0.28$, $p < 0.01$) กล่าวคือ กลุ่มตัวอย่างที่มีประสบการณ์การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ จะส่งผลให้ประสบความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวก่อนจำหน่าย แต่ประสบการณ์การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ไม่สามารถทำนายความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวก่อนจำหน่ายได้ ($p = 0.120$)

ผลการศึกษาครั้งนี้อาจอธิบายได้ว่า ถึงแม้มารดาจะมีประสบการณ์ในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวก่อนในบุตรคนก่อน แต่เมื่อมารดาต้องเผชิญกับสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป

สภาพแวดล้อมที่ไม่เหมือนเดิมโดยพบว่าร้อยละ 41.6 ของกลุ่มตัวอย่างเป็นมารดาครรภ์หลังที่ได้รับการผ่าตัดคลอดเป็นครั้งแรก ซึ่งมีผลให้มารดาเกิดความไม่สุขสบายเจ็บปวดแผลผ่าตัด อ่อนเพลียจากการเสียเลือด และผลข้างเคียงต่างๆ จากการได้รับยาระงับความรู้สึกเช่น ความดันโลหิตต่ำ คลื่นไส้ อาเจียน ปวดศีรษะหรือปวดหลัง (Gadsden, Hart, & Santos, 2005) ไม่เพียงแต่เกิดผลกระทบต่อร่างกายต่อมารดาเท่านั้น ยังส่งผลกระทบต่อจิตใจของมารดาเช่นกัน มารดาอาจมีความกลัวและวิตกกังวลเกี่ยวกับความปลอดภัยของตนเอง กลัวความเจ็บปวดแผลผ่าตัด กลัวเกี่ยวกับการหายของแผล จากสถานการณ์ดังกล่าวต่างรบกวนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่มากกว่ามารดาที่คลอดปกติทางช่องคลอด (Lobel & DeLuca, 2007; Wang, Zhou, Zhu, Gao, & Gao, 2006) ทำให้มารดาต้องการการพักผ่อนก่อนในระยะแรก และต้องการเลื่อนเวลาการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ออกไปก่อน ซึ่งมารดาอาจจะไม่ทราบว่าหากทารกไม่ได้ดูดนมจากเต้าตั้งแต่แรกจะทำให้เกิดปัญหาอื่นๆ ตามมา ทำให้การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวยังสำเร็จได้ยากขึ้น

นอกจากนี้บุคลากรทางสุขภาพ มักใช้ความรู้สึกของตนเองในการประเมินเพื่อให้ความช่วยเหลือการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ โดยประเมินเพียงจำนวนครั้งของการตั้งครรรภ์ ซึ่งทำให้มารดาครรภ์แรก ได้รับความช่วยเหลือและเอาใจใส่มากกว่ามารดาครรภ์หลัง ขาดการประเมินและให้ความช่วยเหลือ แก้ไขปัญหาเป็นรายบุคคล รวมทั้งอาจมีอิทธิพลของปัจจัยสิ่งแวดล้อมเข้ามาเกี่ยวข้อง เช่น ในวันก่อนจำหน่ายมารดาอาจแยกจากทารกชั่วคราว มารดาเข้ารับการปรึกษาเรื่องการคุมกำเนิดที่หน่วยวางแผนครอบครัว มารดาได้รับการสอนวิธีปฏิบัติตัวก่อนจำหน่าย มารดาไม่ได้อยู่กับทารกตลอดเวลา ทารกอาจได้รับการเสริมนมผสมจากเจ้าหน้าที่ ตลอดจนสภาพแวดล้อมที่ไม่เป็นส่วนตัว ซึ่งสถานการณ์คล้ายคลึงกับการรับรู้สมรรถนะในตนเอง และทัศนคติ ที่กล่าวไว้แล้วข้างต้น ดังนั้นประสิทธิภาพการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่จึงไม่สามารถทำนายความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวก่อนจำหน่าย แตกต่างจากผลการศึกษาของ Qiu, Zhao, Binns, Lee and Xie (2009) ที่พบว่ามารดาที่มีประสิทธิภาพการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ สามารถทำนายการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวก่อนจำหน่ายเป็น 1.87 เท่าของมารดาที่ไม่มีประสิทธิภาพ (OR = 1.87, 95% CI 1.33-2.64) และมารดาที่ไม่มีประสิทธิภาพในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่จะล้มเลิกการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่มากกว่ามารดาที่มีประสิทธิภาพ (Kronborg & Michael., 2004)

ความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวก่อนจำหน่าย หมายถึงการให้นมแม่อย่างเดียวแก่ลูก โดยไม่มีน้ำหรืออาหารอื่น ยกเว้นยา หรือวิตามินที่ได้รับตามแผนการรักษาของแพทย์ ตลอดระยะ 24 ชั่วโมง เริ่มบันทึกตั้งแต่วินาทีหลัง 48 ชั่วโมง-72 ชั่วโมงหลังผ่าตัดคลอด ซึ่งการเสริมนมผสมให้ทารกอาจจะไม่ได้เกิดจากมารดาเป็นผู้ตัดสินใจ เนื่องจากขณะอยู่โรงพยาบาลมารดาต้องปฏิบัติตามกิจกรรมตามแผนการดูแลของโรงพยาบาล บางครั้งทำให้มารดาไม่สามารถให้นม

บุตรได้ตามต้องการ จึงได้รับการเสริมนมผสมจากบุคลากรของโรงพยาบาลเมื่อมารดาต้องไปทำกิจกรรมอื่น เช่น ไปหน่วยวางแผนครอบครัว ฟังสอนการปฏิบัติตนในระยะหลังคลอด เป็นต้น จึงอาจทำให้ผลลัพธ์ของการศึกษาครั้งนี้ขึ้นกับสิ่งแวดล้อมมากกว่าปัจจัยส่วนบุคคล สะท้อนให้เห็นว่าการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ระหว่างอยู่โรงพยาบาลนั้นจะสำเร็จได้ถ้ามีปัจจัยแวดล้อมที่เอื้ออำนวย และเหมาะสม



บทที่ 6

สรุปผลการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงทำนาย (Predictive research design) เพื่อศึกษาอำนาจของอายุมารดา ประสิทธิภาพการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ทักษะเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ การรับรู้สมรรถนะในตนเองเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ เวลาที่เริ่มให้นมแม่ และการสนับสนุนจากพยาบาล ต่อความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวก่อนจำหน่ายในมารดาหลังผ่าตัดคลอด

ประชากรที่ใช้ในการศึกษานี้ เป็นมารดาหลังผ่าตัดคลอด ที่หอผู้ป่วยหลังคลอดสามัญ ภาควิชาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา โรงพยาบาลศิริราช คัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง โดยกำหนดคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด จำนวน 110 ราย ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้เครื่องมือ 6 ชุด ได้แก่ แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล แบบบันทึกข้อมูลการตั้งครรภ์และการคลอด แบบบันทึกการให้อาหารทารก แบบสอบถามทักษะเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะในตนเองเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และแบบสอบถามการสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่จากพยาบาล ซึ่งเครื่องมือทั้ง 6 ชุดนี้ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน หาค่าความเที่ยงโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคได้ดังนี้ แบบสอบถามทักษะเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เท่ากับ 0.64 แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะในตนเองเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เท่ากับ 0.87 และแบบสอบถามการสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่จากพยาบาลเท่ากับ 0.90

ประมวลผลและวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยแยกวิเคราะห์ตามลำดับดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลการตั้งครรภ์และการคลอด และข้อมูลการให้อาหารทารก วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. คะแนนทักษะ การรับรู้สมรรถนะในตนเอง และการสนับสนุนจากพยาบาล คำนวณหาค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
3. วิเคราะห์อำนาจทำนายของตัวแปรอิสระ ได้แก่ อายุ ประสิทธิภาพการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ทักษะเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ การรับรู้สมรรถนะในตนเองเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ เวลาที่เริ่มให้นมแม่ และการสนับสนุนจากพยาบาล ต่อความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนม

เมื่ออย่างเดียวก่อนจำหน่ายในมารดาหลังผ่าตัดคลอด โดยใช้การวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติก (Logistic regression analysis)

สรุปผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคล กลุ่มตัวอย่าง มีอายุ 15-42 ปี อายุเฉลี่ย 27 ปี ประมาณครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 51.9) จบการศึกษาระดับประถมศึกษาและมีมัธยมศึกษาตอนต้น ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 96.4) มีสถานภาพสมรสอยู่ ร้อยละ 58.2 มีอาชีพรับจ้าง หรือพนักงานบริษัท รายได้อยู่ระหว่าง 6,000-38,000 บาทต่อเดือน รายได้เฉลี่ย 15,157 บาท ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 57.3) มีรายได้ไม่เพียงพอต่อการใช้จ่าย กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 55.5 มีสิทธิ์ลาคลอด ในจำนวนผู้ที่มิสิทธิ์ลาคลอด ร้อยละ 85.2 ลาคลอดได้นาน 3 เดือน แต่มีเพียงร้อยละ 63.9 ที่ตั้งใจลาคลอด 3 เดือนตามสิทธิ์ ประมาณครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 54.5) มีประสบการณ์ในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในบุตรคนก่อน และส่วนใหญ่ (ร้อยละ 62.7) เคยได้รับความรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ส่วนใหญ่ได้รับความรู้จากแพทย์และพยาบาล

2. ข้อมูลการตั้งครรภ์และการคลอด ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 80) ได้รับการผ่าตัดคลอดแบบลูกเงิน ข้อบ่งชี้ในการผ่าตัดส่วนใหญ่ (ร้อยละ 75.5) มีสาเหตุมาจากภาวะศีรษะทารกไม่ได้สัดส่วนกับเชิงกรานมารดา และมารดาเคยได้รับการผ่าตัดคลอดมาก่อน ทารกประมาณครึ่งหนึ่งมีพังผืดได้ ล้นปกติหรือเล็กน้อย กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีลักษณะของหัวนมปกติ โดยทั้งหมดมีลักษณะลานนม ยึดหยุ่นดี

3. ข้อมูลการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ พบว่าทารกเริ่มดูดนมแม่ครั้งแรกเร็วสุด 3 ชั่วโมง ช้าสุด 24 ชั่วโมง ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 10.9 ชั่วโมง และระยะเวลาที่ดูดนมแม่ครั้งแรกเฉลี่ยนาน 15.1 นาที วันที่ 1 หลังคลอดทารกดูดนมแม่เฉลี่ย 8.6 ครั้งต่อวัน โดยส่วนใหญ่ได้รับการเสริมนมผสม (ร้อยละ 84.5) วันที่ 2 หลังคลอดกลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่งประสบความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวก่อนจำหน่าย (ร้อยละ 59.1) ทารกดูดนมแม่เฉลี่ย 9.9 ครั้งต่อวัน และวันที่ 3 หลังคลอดกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีปริมาณน้ำนมมากพอ (ร้อยละ 89.1) แต่ร้อยละ 33.6 มีการรับรู้ว่ามีปริมาณน้ำนมไม่เพียงพอ

4. พบว่าคะแนนทัศนคติโดยรวมเฉลี่ยเท่ากับ 64.2 คะแนน (ค่าต่ำสุด-ค่าสูงสุด = 50-81, S.D. = 5.8) คะแนนการรับรู้สมรรถนะในตนเองโดยรวมเฉลี่ยเท่ากับ 51.0 คะแนน (ค่าต่ำสุด-ค่าสูงสุด = 30-69, S.D. = 5.8) คะแนนการสนับสนุนจากพยาบาลโดยรวมเฉลี่ยเท่ากับ 46.4 (ค่าต่ำสุด-ค่าสูงสุด = 29-60, S.D. = 7.6)

5. ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรทั้งหมดด้วยสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน พบว่าอายุมารดา ประสิทธิภาพการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ เวลาที่เริ่มให้นมแม่ และการสนับสนุนจากพยาบาลมีความสัมพันธ์กับความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวก่อนจำหน่ายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) ส่วนทัศนคติและการรับรู้สมรรถนะในตนเองเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ไม่มีความสัมพันธ์กับความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวก่อนจำหน่าย ($p=0.441$, $p=0.682$ ตามลำดับ)

6. ผลการวิเคราะห์ด้วยการถดถอยโลจิสติก พบว่า อายุมารดา การสนับสนุนจากพยาบาล และเวลาที่เริ่มให้นมแม่ สามารถทำนายความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวก่อนจำหน่ายได้ร้อยละ 36.5 (Nagelkerke $R^2 = 0.365$, $p < .05$)

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ผลการศึกษาพบว่า อายุมารดา การสนับสนุนจากพยาบาล และเวลาที่เริ่มให้นมแม่สามารถทำนายโอกาสที่มารดาหลังผ่าตัดคลอดจะประสบความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวก่อนจำหน่ายได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังนั้นพยาบาลจึงควรให้ความสำคัญกับการช่วยเหลือ สนับสนุนมารดา ร่วมกับการนำทารกมาเริ่มดูดนมแม่เร็ว โดยเฉพาะในมารดาที่มีอายุน้อย เพื่อช่วยเพิ่มอัตราความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวก่อนจำหน่าย เพื่อเป็นพื้นฐานในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ต่อไป

2. ผลการศึกษา พบว่าวันที่ 3 หลังผ่าตัดคลอด ผู้วิจัยประเมินปริมาณน้ำนมของกลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 89.1 กลุ่มตัวอย่างมีน้ำนมมากพอ มีเพียงร้อยละ 10.9 เท่านั้นที่มีปริมาณน้ำมน้อย ซึ่งขัดแย้งกับการรับรู้ของกลุ่มตัวอย่าง พบว่าส่วนใหญ่ร้อยละ 33.6 รับรู้ว่าปริมาณน้ำนมไม่เพียงพอ จึงเสริมนมผสมให้ทารกในวันก่อนจำหน่าย ดังนั้นพยาบาลจึงควรที่จะประเมินการรับรู้ในเรื่องดังกล่าวของมารดา และอธิบายให้มารดาเข้าใจเพื่อป้องกันการเสริมนมผสมโดยไม่จำเป็น

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาในตัวแปรอื่นเพิ่มเติม เช่น ปัจจัยทางด้านสภาพร่างกาย ความเจ็บปวด แผลผ่าตัด ความอ่อนเพลีย ประเภทของการผ่าตัดคลอด ลักษณะของประสบการณ์เดิมในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ปริมาณน้ำนมในวันก่อนจำหน่าย การรับรู้ปริมาณน้ำนมของมารดา เป็นต้น

2. ควรศึกษาเพิ่มเติมในอำนาจการทำนายของอายุมารดา ประสิทธิภาพการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ทัศนคติ การรับรู้สมรรถนะในตนเอง เวลาที่เริ่มให้นมแม่ และการสนับสนุนจาก

พยาบาล ต่อความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลที่ 1, 3 และ 6 เดือน เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ในระยะยาวต่อไป

3. ควรมีการศึกษาโปรแกรมการพยาบาลในการช่วยเหลือ สนับสนุนมารดา ร่วมกับการนำทารกมาเริ่มดูดนมแม่เร็ว โดยเฉพาะในมารดาที่มีอายุน้อย เพื่อช่วยเพิ่มอัตราความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวก่อนจำหน่าย พร้อมทั้งเปรียบเทียบผลระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

4. การประเมินผลลัพธ์ของการศึกษา คือความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวก่อนจำหน่ายนั้นควรมีการประเมินเพิ่มเติมในประเด็นการอมหัวนมที่ถูกต้อง ร่วมกับการดูดนมแม่ที่มีประสิทธิภาพ เพื่อเพิ่มความชัดเจนในผลลัพธ์มากยิ่งขึ้น

ข้อจำกัดของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้มีข้อจำกัดเรื่องเครื่องมือที่ใช้ประเมินทัศนคติเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ทดสอบค่าความเที่ยงโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.64 ค่าความเที่ยงอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งเครื่องมือวัดทัศนคติ ควรมีค่าความเที่ยง 0.70 ขึ้นไป (เกียรติสุดา ศรีสุข, 2552) อาจเนื่องจากลักษณะของเครื่องมือไม่เหมาะสมกับบริบทของสังคมไทย ข้อคำถามไม่ชัดเจน ทำให้ความแม่นยำในการวัดลดลง

ปัจจัยส่วนบุคคล เวลาที่เริ่มให้นมแม่ และการสนับสนุนจากพยาบาล ในการทำนายความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวก่อนจำหน่ายในมารดาหลังผ่าตัดคลอด

PERSONAL FACTORS, FIRST FEEDING TIME AND NURSE SUPPORT PREDICTING SUCCESSFUL EXCLUSIVE BREASTFEEDING AT DISCHARGE IN MOTHERS WITH CESAREAN SECTION

ศศิธารา น่วมภา 5337331 NSAM/M

พย. ม. (การผดุงครรภ์ขั้นสูง)

คณะกรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์: นิตยา สีนสุกใส, Ph. D., วรรณา พาหุวัฒนกร, Ph. D., พลุทัส จันทร์ประภาพ, ว.ว. (สุติศาสตร์-นรีเวชวิทยา), ว.ว. (เวชศาสตร์มารดาและทารกในครรภ์)

บทสรุปแบบสมบูรณ์

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันเป็นที่ยอมรับกันอย่างกว้างขวางว่าน้ำนมแม่เป็นอาหารที่เหมาะสมที่สุดสำหรับทารก เป็นกุญแจสำคัญในการส่งเสริมสุขภาพทารกให้สมบูรณ์แข็งแรงทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม เพราะนอกจากจะเป็นสารอาหารที่ดีที่สุดที่เป็นต้นทุนให้สมองได้เจริญพัฒนาอย่างเต็มที่แล้ว ยังมีผลต่อการเจริญเติบโตและการตั้งแตแรกเกิดจนเติบโตใหญ่แล้ว ยังเป็นการสร้างสายใยแห่งความรักและความผูกพันที่แน่นแฟ้นระหว่างแม่ลูกด้วย (Fewtrell, 2004; Kramer, et al., 2001; Kramer, et al., 2008)

ประเทศต่างๆ ทั่วโลกได้ตระหนักถึงความสำคัญของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ องค์การอนามัยโลก (WHO) และกองทุนเพื่อเด็กแห่งสหประชาชาติ (UNICEF) จึงได้ร่วมกันจัดทำแนวปฏิบัติบันได 10 ขั้นสู่ความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ขึ้น เพื่อเป็นแนวทางในการปฏิบัติของบุคลากรด้านสุขภาพ ตั้งแต่ปี ค.ศ 1989 (พ.ศ. 2532) ซึ่งประเทศไทยโดยกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุขได้รับแนวคิดของการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ดังกล่าว มาเป็นหลักในการดำเนินงานตั้งแต่ปี พ.ศ. 2534 โดยมีวัตถุประสงค์ที่จะสนับสนุนให้แม่ทุกคนเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

อย่างเดียว 6 เดือน และเลี้ยงควบคู่กับอาหารตามวัยจนอายุ 2 ปี (มานี ปิยะอนันต์, 2548) โดยกำหนดเป้าหมายในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 10 (พ.ศ.2550-2554) คือมารดาไม่น้อยกว่าร้อยละ 30 เลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือน แต่จากการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติ (2552) พบอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือนของทั้งประเทศมีเพียงร้อยละ 15.1 ซึ่งยังคงต่ำกว่าเป้าหมายที่กำหนดไว้มาก สะท้อนให้เห็นว่ายังคงมีอุปสรรคในการส่งเสริมและสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า การส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่นั้นมักเน้นที่ผลลัพธ์ระยะยาว จนละเลยช่วงเวลาที่สำคัญคือระยะแรกหลังคลอด ซึ่งเป็นช่วงเวลาที่วิกฤตสำหรับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ (Walker, 2007) เนื่องจากเป็นช่วงเวลาที่มารดาต้องใช้ความรู้และทักษะที่มีนำลงสู่การปฏิบัติจริง คนส่วนใหญ่เข้าใจผิดว่าการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เป็นการทำตามธรรมชาติหรือตามสัญชาตญาณของการเป็นแม่เท่านั้น แต่แท้จริงแล้วการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ต้องอาศัยกระบวนการการเรียนรู้ทั้งเรื่องของกลไกการสร้างและหลั่งน้ำนม การดูแลนมแม่อย่างมีประสิทธิภาพ การเรียนรู้และตอบสนองระหว่างแม่กับลูก การที่พยาบาลให้ความรู้และฝึกทักษะพื้นฐานจนมารดาสามารถปฏิบัติได้ด้วยตนเองจะทำให้มารดาเกิดความภาคภูมิใจ เชื่อมมั่นในความสามารถของตนเอง และจะเป็นพื้นฐานสำคัญในก้าวต่อไปที่มารดาต้องพึ่งพาตนเองเมื่อกลับบ้าน และส่งผลต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างต่อเนื่องต่อไปในระยะยาว (Asole, Spinelli, Antinucci, & Di Lallo, 2009; Manganaro, et al., 2009; Taveras, et al., 2003)

ความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวก่อนจำหน่าย หมายถึงการให้นมแม่อย่างเดียวแก่ลูก โดยไม่ให้น้ำ หรืออาหารอื่น ตลอดช่วงเวลา 24 ชั่วโมงที่ผ่านมา ยกเว้นยา หรือวิตามินที่เป็นคำสั่งการรักษาของแพทย์ (WHO, 2007) สอดคล้องกับงานวิจัยจำนวนมากซึ่งประเมินผลลัพธ์ของการศึกษาตามเกณฑ์การประเมินขององค์การอนามัยโลกดังกล่าวเช่นกัน (Anderson, Damio, Young, Chapman, & Perez-Escamilla, 2005; Kuan Decolongon, Schoettker, Atherton, Kotagal, 1999; McKeever, 2002; Zanardo, et al., 2010)

การที่มารดาจะสามารถประสบความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวได้นั้นเป็นผลมาจากปัจจัยหลายประการประกอบด้วยปัจจัยส่วนบุคคล และปัจจัยสิ่งแวดล้อม ซึ่งปัจจัยส่วนบุคคลได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ครอบครัว สถานภาพสมรส อาชีพ ประสบการณ์การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ความรู้ ทักษะ ความตั้งใจ และการรับรู้สมรรถนะในตนเอง ปัจจัยสิ่งแวดล้อมได้แก่ เวลาที่เริ่มให้นมแม่ ปริมาณน้ำนม การเสริมนมผสม การสนับสนุนจากพยาบาล การสนับสนุนจากบุคคลใกล้ชิดและสมาชิกในครอบครัว นโยบายขององค์กร และสุขภาพของมารดา และทารก (Chen, Liu, Merrett, Chuo, & Wan, 2008; Dashti, Scott, Edwards, & Al-Sughayer,

2010; Emel Örün, 2010; Grijibovski, Ehrenblad, & Yngve, 2008; Kohlhubera, Rebhana, Schweglera, Koletzkoa, & Frommea, 2008; Thulier & Mercer, 2009; Whalen & Cramton, 2010; Zanardo, et al., 2010) แต่จากผลการศึกษาพบว่าปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวในระยะแรกหลังคลอดก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ได้แก่ อายุ ประสบการณ์ในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ทักษะต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ การรับรู้สมรรถนะในตนเอง เวลาที่เริ่มให้นมแม่ และการสนับสนุนจากพยาบาล (Britton, et al., 2007; Gregory, et al., 2008; Kohlhubera, et al., 2008; Lin, et al., 2008; Nakao, et al., 2008; Pechlivani, et al., 2005; Scott, et al., 2001; Taveras, et al., 2003; Whalen & Cramton, 2010) ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

อายุมารดา เป็นตัวกำหนดความพร้อมและความสมบูรณ์ด้านร่างกายและจิตใจได้ในระดับหนึ่ง มารดาที่มีอายุอยู่ในช่วงวัยผู้ใหญ่มีความพร้อม ทางวุฒิภาวะมากกว่ามารดาที่มีอายุน้อย ส่วนใหญ่จึงมีความสามารถในการเรียนรู้และให้ความสนใจกับความต้องการของทารกมากกว่าความต้องการของตนเอง จึงสามารถเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้สำเร็จมากกว่ามารดาที่มีอายุอยู่ในช่วงวัยรุ่น (Coleman, et al., 2009; Evers, Doran, & Schellenberg, 1998; Hauck, Fenwick, Dhaliwal, & Butt, 2011; Scott, 2009) สอดคล้องกับการศึกษาของ Scott และคณะ (2001) ที่พบว่าอายุของมารดาเป็นปัจจัยทำนายความสำเร็จของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ก่อนออกจากโรงพยาบาล และมารดาที่อยู่ในวัยผู้ใหญ่จะเลี้ยงลูกด้วยนมแม่นานขึ้น ในทางตรงกันข้าม มารดาที่อายุน้อยจะเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ไม่ต่อเนื่อง และล้มเลิกการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เร็ว (Kohlhubera, et al., 2008)

ประสบการณ์การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวได้สำเร็จ หากมารดามีประสบการณ์ในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่มาก่อนจะทำให้มารดาสามารถที่จะคาดการณ์ถึงเหตุการณ์ที่อาจเกิดขึ้นได้ สามารถป้องกันและแก้ไขสถานการณ์ที่เป็นปัญหาให้ผ่านพ้นไปได้ (แสงทอง เลิศประเสริฐพงศ์, 2544) สอดคล้องกับการศึกษาของ Pechlivani และคณะ (2005) ที่พบว่ามารดาที่มีประสบการณ์การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ มีอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวก่อนจำหน่ายจากโรงพยาบาลมากกว่ามารดาที่ไม่เคยเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ นอกจากนี้ยังพบว่ามารดาที่เคยเลี้ยงลูกด้วยนมแม่มีความตั้งใจ และความมั่นใจในการให้นมแม่แก่ลูกมากกว่ามารดาที่ไม่เคยมีประสบการณ์ (Lessen, & Crivelli-Kovach, 2007)

ทัศนคติ หมายถึง ความคิด หรือความรู้สึกของบุคคลที่มีต่อบุคคล วัตถุ สิ่งของ หรือสถานการณ์ต่างๆ เป็นพลังคล้ายกับแรงจูงใจที่สามารถผลักดันการกระทำให้สอดคล้องกับทัศนคติ (รังสรรค์ ประเสริฐศรี, 2548) ดังนั้นมารดาที่มีทัศนคติที่ดีต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ จะมีความเชื่อว่าการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่นั้นเป็นสิ่งที่ดี มีประโยชน์ จึงเป็นแรงผลักดันให้มารดาพยายามเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวก่อนจำหน่ายจากโรงพยาบาลมากกว่ามารดาที่มีทัศนคติที่ไม่ดีต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ย่อม

ตัดสินใจที่จะเลี้ยงลูกด้วยนมแม่และมีแนวโน้มที่จะประสบความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวก่อนจำหน่าย และที่ 4 สัปดาห์ (Lin, Kuo, Lin, & Chang, 2008) 6 สัปดาห์ (Ho & McGrath, 2011) และ 6 เดือนหลังคลอด (กณิศพร เตชะเสาวภาคย์, 2554)

การรับรู้สมรรถนะในตนเอง หมายถึงการตัดสินใจความสามารถของตนเองในการกระทำกิจกรรมใดกิจกรรมหนึ่งจากการประเมินแหล่งประโยชน์ที่มีอยู่ ผู้ที่มีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองสูง จะไม่หวาดหวั่นในการทำงาน มีความอดทน พยายาม ไม่ท้อถอยต่ออุปสรรค คิดหาวิธีการต่างๆ ที่จะทำสิ่งที่มุ่งหวังให้ประสบความสำเร็จ (Bandura, 1986) ตามแนวคิดนี้มารดาที่มีความเชื่อมั่นว่าตนเองมีความสามารถที่จะเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวยุติได้ จะมีความพยายาม อดทนและคิดหาวิธีที่จะก้าวข้ามอุปสรรคต่างๆ ที่เกิดขึ้น ไปสู่ความสำเร็จได้ (Avery, Zimmermann, Underwood, & Magnus, 2009; Chezem, 2003; Kools, et al., 2006; Manhire, Hagan, & Floyd, 2007) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Gregory และคณะ (2008) ที่พบว่ามารดาที่มีการรับรู้สมรรถนะในตนเองเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ระดับสูงมีอัตราเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวยุติระยะที่อยู่โรงพยาบาลและที่ 4 สัปดาห์ มากกว่ามารดาที่มีการรับรู้สมรรถนะในตนเองในระดับต่ำ

เวลาที่เริ่มให้นมแม่แก่ทารกมีผลต่อความสำเร็จของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ตั้งแต่วัยแรก เนื่องจากการเริ่มต้นเร็วมีความสำคัญมากต่อการเรียนรู้ของทารกที่เกี่ยวข้องกับการอมหัวนมได้ถูกต้อง การดูดนมอย่างมีประสิทธิภาพ และการทำงานของรีเฟล็กซ์ในการดูดนมร่วมกับการกลืนน้ำนม สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าทารกที่เริ่มดูดนมช้าในระยะ 24 ชั่วโมงแรก หรือประสบปัญหาต่างๆ ตั้งแต่แรก เช่นการเริ่มให้นมผสม การแยกจากมารดา จะมีผลเสียต่อการเรียนรู้เกี่ยวกับการดูดนมแม่ในระยะต่อไปได้ (Hill, Humenick, Brennan, & Woolley, 1997; Radzyminski, 2005) นอกจากนี้การเริ่มให้นมแม่เร็วยังส่งผลต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวยุติตั้งแต่วัยก่อนจำหน่าย จนถึง 4 เดือนหลังคลอด (Nakao, Moji, Honda, & Oishi, 2008)

การสนับสนุนจากพยาบาลมีผลต่อความสำเร็จของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ก่อนจำหน่าย เนื่องจากในระยะแรกหลังคลอด พยาบาลมีบทบาทโดยตรงในการให้คำแนะนำ ให้ความรู้และให้การช่วยเหลือ (สุอารีย์ อันตระการ และ ชิดารัตน์ วงศ์วิสุทธิ, 2546) ซึ่งสอดคล้องกับหลายการศึกษาที่พบว่า การสนับสนุนช่วยเหลือจากพยาบาลมีผลต่อระยะเวลาและความสำเร็จของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ (Britton, McCormick, Renfrew, Wade, & King, 2007; Taveras, et al., 2003; Whalen & Cramton, 2010) พยาบาลควรให้การสนับสนุนทั้งด้านอารมณ์ ข้อมูลข่าวสาร สิ่งของและบริการ มารดาแต่ละรายต้องการการดูแลที่แตกต่างกันไป (Hong, Callister, & Schwartz, 2003) ในทางกลับกันการที่มารดาขาดการสนับสนุนช่วยเหลือจากพยาบาลจะส่งผลในทางลบต่อการเลี้ยง

ลูกด้วยนมแม่ได้ (Attard Montalto, Borg, Buttigieg-Said, & Clemmer, 2010; Lewallen & Street, 2010)

สุขภาพของมารดา พบว่ามารดาที่มีภาวะไม่สุขสบาย เป็นเหตุผลหนึ่งของการหยุดให้นมทารก (Thompson, Roberts, Currie, & Ellwood, 2002) และสภาพร่างกายของมารดาอาจขึ้นอยู่กับความยาก-ง่ายของการคลอด หรือหัตถการที่มารดาได้รับ (Caroline Jane, 2007) ซึ่งสอดคล้องกับหลายการศึกษาที่พบว่ามารดาที่คลอดด้วยวิธีการผ่าตัด จะมีผลกระทบทั้งด้านร่างกายและจิตใจมากกว่ามารดาที่คลอดปกติ ทั้งยังส่งผลต่อระยะเวลาการเริ่มให้นมแม่และทำทางในการอุ้มลูกดูนม (Chen, et al., 2008; Dashti, et al., 2010; Kohlhubera, et al., 2008; Thulier & Mercer, 2009; Whalen & Cramton, 2010; Zanardo, et al., 2010)

ในปัจจุบันพบว่าอัตราการผ่าตัดคลอดมีแนวโน้มที่จะเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ขณะที่องค์การอนามัยโลกกำหนดว่าอัตราการผ่าตัดคลอดนั้นไม่ควรเกินร้อยละ 10-15 (WHO, 1985) สำหรับประเทศไทยพบว่าอัตราการผ่าตัดคลอดเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วในระยะ 10 ปีที่ผ่านมาและปัจจุบันยังคงมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น ซึ่งข้อมูลจากกระทรวงสาธารณสุขระบุว่าในปี 2549 มีอัตราการผ่าตัดคลอดในโรงพยาบาลเอกชนร้อยละ 51.45 และในโรงพยาบาลศิริราช สถิติจากห้องคลอดสามัญ ระหว่างปีพ.ศ. 2552-2553 มีอัตราการผ่าตัดคลอดร้อยละ 32.5 และ 34.4 ตามลำดับ

การผ่าตัดคลอดนับเป็นอุปสรรคขัดขวางการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่และการสร้างสัมพันธภาพระหว่างมารดาและทารกในระดับหนึ่ง กล่าวคือ มารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดต้องประสบกับความไม่สุขสบายจากอาการเจ็บปวดแผลผ่าตัด มารดาจะรู้สึกท้อแท้และมีความรู้สึกถูกผูกมัดด้วยอุปกรณ์ทางการแพทย์ นอกจากนี้การผ่าตัดคลอดจะทำให้มีการเสียเลือดมากกว่าการคลอดปกติ มารดาจึงมีอาการอ่อนเพลีย ต้องการการพักผ่อนมากกว่าการคลอดปกติทางช่องคลอด (Beare & Myers, 1994; Porter, van, Yip, & Bhattacharya, 2007) รวมทั้งอาจเกิดผลข้างเคียงจากฤทธิ์ของยาระงับความรู้สึก เช่น ความดันโลหิตต่ำ อาการคลื่นไส้ อาเจียน ปวดศีรษะหรือปวดหลังจนทำให้เกิดความทุกข์ ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ไม่สามารถเริ่มให้ลูกดูนมได้ด้วยตนเอง ทำให้การเริ่มให้ลูกดูนมแม่ล่าช้าออกไป (Gadsden, Hart, & Santos, 2005; Olav, 1994) สอดคล้องกับการศึกษาของ Zanardo และคณะ (2010) ที่พบว่ามารดาที่คลอดโดยการผ่าตัดเริ่มให้นมแก่ทารกครั้งแรกเฉลี่ย 10.4 ชั่วโมงหลังคลอด ในขณะที่มารดาที่คลอดปกติทางช่องคลอดให้นมแม่ครั้งแรกเฉลี่ย 3.1 ชั่วโมงหลังคลอด จากการที่ทารกเริ่มดูดนมแม่ล่าช้า ดูดไม่บ่อย และไม่สม่ำเสมอ ทำให้ทารกไม่ได้เรียนรู้วิธีการดูดนมที่ถูกต้องตั้งแต่แรก (Boccolini, 2011 ; Pérez-Ríos, 2008) และขัดขวางกระบวนการสร้างและหลั่งน้ำนมของมารดา มีผลทำให้ปริมาณน้ำมน้อย (Lunn, 1992; Porter, Teijlingen, Yip, & Bhattacharya, 2007) การที่ปริมาณน้ำมน้อยทำให้มารดาเกิดความวิตกกังวล

กล่าวว่าทารกจะได้รับสารอาหารไม่เพียงพอ จึงเสริมนมผสมแก่ทารก และทารกส่วนใหญ่ได้รับนมผสมด้วยวิธีการป้อนที่ไม่ถูกต้อง ทำให้ทารกติดกับรสชาติของนมผสม เคยชินกับการได้รับน้ำนมที่ไหลเร็ว (faster flow) และวิธีการดูดนมที่ไม่ถูกต้อง ผลที่เกิดขึ้นตามมาคือเมื่อนำทารกมาดูดนมแม่ ทารกมักจะปฏิเสธการดูดนมจากเต้า (Agboado, Michel, Jackson, & Verma, 2010) ดังนั้นจึงมักพบว่ามารดาที่คลอดโดยการผ่าตัด มีอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่น้อยกว่ามารดาที่คลอดทางช่องคลอด (Zanardo, et al., 2010)

ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาปัจจัยทำนายความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวก่อนจำหน่ายในมารดาที่ผ่าตัดคลอด อีกทั้งการศึกษาในประเทศไทยที่ผ่านมา ยังไม่มีการศึกษาปัจจัยที่สำคัญเหล่านี้ร่วมกัน ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล (อายุ ประสบการณ์การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ทักษะการรับรู้สมรรถนะในตนเอง) เวลาที่เริ่มให้นมแม่ และการสนับสนุนจากพยาบาลในการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ เพื่อนำผลการศึกษาที่ได้มาเป็นแนวทางในการวางแผนการพยาบาลและส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาอำนาจในการทำนายของอายุ ประสบการณ์การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ทักษะเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ การรับรู้สมรรถนะในตนเองเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ เวลาที่เริ่มให้นมแม่ และการสนับสนุนจากพยาบาล ต่อความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวก่อนจำหน่ายในมารดาหลังผ่าตัดคลอด

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงทำนาย (Predictive research design) กลุ่มตัวอย่างเป็นมารดาหลังคลอดที่คลอดด้วยวิธีการผ่าตัด ที่หอผู้ป่วยหลังคลอดสามัญ โรงพยาบาลศิริราช จำนวน 110 ราย โดยกำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้ 1) มารดาได้รับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง 2) ตั้งครรภ์ครบกำหนด และตั้งครรภ์เดี่ยว 3) อายุ 15-45 ปี 4) สุขภาพแข็งแรง ไม่มีภาวะแทรกซ้อน 5) ไม่มีข้อห้ามในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ 6) เต้านมทั้งสองข้างปกติ ไม่มีหัวนมบอด แบนหรือปุ่ม 7) สามารถสื่อสารด้วยภาษาไทย อ่านและเขียนภาษาไทยได้ 8) ทารกมีสุขภาพแข็งแรง ไม่มีภาวะแทรกซ้อนหรือความพิการแต่กำเนิดที่เป็นอุปสรรคต่อการดูดนมแม่

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัย ประกอบด้วยเครื่องมือ 6 ชุด

1. แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ครอบครัว ระยะเวลาการลาคลอด ประสบการณ์การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และการได้รับความรู้เรื่องการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

2. แบบบันทึกข้อมูลการตั้งครรภ์และการคลอด คัดลอกจากเวชระเบียน ได้แก่ ประเภทของการผ่าตัดคลอด ข้อบ่งชี้ของการผ่าตัด ลักษณะพังผืดได้เส้นทารก และลักษณะหัวนมและลานนมของมารดา

3. แบบสอบถามทัศนคติเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ วัดด้วยแบบประเมินทัศนคติของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ (The Iowa Infant Feeding Attitude Scale: IIFAS) ของ De La Mora และ Russell (1999) ซึ่งแบบประเมินนี้แปลเป็นภาษาไทยโดยผู้วิจัย

4. แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะในตนเองเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ วัดด้วยแบบประเมินการรับรู้สมรรถนะในตนเองเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ฉบับสั้น (Breastfeeding Self-Efficacy Scale-Short Form: BSES-SF) ของ Dennis (2003) แปลเป็นภาษาไทยด้วยเทคนิคการแปลย้อนกลับ (back-translation) โดยเบญจมาศ ทศนะสุภาพ (2549)

5. แบบสอบถามการสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่จากพยาบาล ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ใช้วัดการสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่จากพยาบาลในระยะหลังผ่าตัดคลอด แบ่งเป็นการสนับสนุน 3 ด้าน ได้แก่ ด้านอารมณ์ (emotional support) ด้านข้อมูล ข่าวสาร (information support) และด้านสิ่งของและบริการ (tangible support) และเพิ่มเติมข้อคำถามเพื่อประเมินภาพรวมของการสนับสนุนจากพยาบาลจำนวน 2 ข้อ ซึ่งไม่นำมาคิดคะแนน

6. แบบบันทึกการให้อาหารทารก ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วย เวลาที่ทารกเริ่มดูดนมแม่ครั้งแรก จำนวนครั้งในการให้ลูกดูดนมแม่และการเสริมนมผสมในวันที่ 1 หลังคลอด (หลัง 24 ชั่วโมง-48 ชั่วโมงหลังคลอด) ชนิดของนมที่ทารกได้รับเริ่มบันทึกตั้งแต่หลัง 48 ชั่วโมง-72 ชั่วโมงหลังคลอด ปัญหาที่พบระหว่างการให้นมแต่ละครั้ง และการประเมินการไหลของน้ำนมในวันที่ 3 หลังคลอด

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

เมื่อมารดาหลังคลอดยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยขอให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในหนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย หลังจากนั้นผู้วิจัยบันทึกข้อมูลการตั้งครรภ์และการ

คลอดจากเวชระเบียนของกลุ่มตัวอย่างลงในแบบบันทึกข้อมูลการตั้งครรภ์และการคลอด และทำการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างหลังผ่าตัด 12-24 ชั่วโมง ด้วยแบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล จากนั้นอธิบายวิธีการตอบแบบสอบถาม จำนวน 2 ฉบับ ได้แก่ แบบสอบถามทัศนคติเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และแบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะในตนเองเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ จากนั้นแจกแบบบันทึกการให้อาหารทารกพร้อมทั้งอธิบายรายละเอียด เพื่อให้มารดาได้บันทึกประกอบด้วย ในวันคลอดบันทึกเวลาที่เริ่มให้ลูกดูดนมครั้งแรก ในวันที่ 1 หลังคลอดบันทึกจำนวนครั้งในการให้ลูกดูดนมแม่ และการเสริมนมผสม วันที่ 2 หลังคลอด บันทึกชนิดของอาหารที่ทารกได้รับ รวมทั้งปัญหาที่เกิดขึ้นแต่ละครั้ง ร่วมกับพยาบาลประจำหอผู้ป่วย และวันที่ 3 หลังคลอดผู้วิจัยจะประเมินการไหลของน้ำนม พร้อมทั้งอธิบายวิธีการตอบแบบสอบถาม จำนวน 1 ฉบับ ได้แก่แบบสอบถามการสนับสนุนจากพยาบาล

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ผ่านการตรวจสอบแล้วมาวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ ด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และใช้สถิติการวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติก (Logistic regression analysis)

ผลการวิจัย

ข้อมูลส่วนบุคคล กลุ่มตัวอย่าง มีอายุ 15-42 ปี อายุเฉลี่ย 27 ปี ประมาณครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 51.9) จบการศึกษาระดับประถมศึกษาและมัธยมศึกษาตอนต้น ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 96.4) มีสถานภาพสมรสอยู่ ร้อยละ 58.2 มีอาชีพรับจ้าง หรือพนักงานบริษัท รายได้อยู่ระหว่าง 6,000-38,000 บาทต่อเดือน รายได้เฉลี่ย 15,157 บาท ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 57.3) มีรายได้ไม่เพียงพอต่อการใช้จ่าย กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 55.5 มีสิทธิ์ลาคลอด ในจำนวนผู้ที่มีสิทธิ์ลาคลอด ร้อยละ 85.2 ลาคลอดได้นาน 3 เดือน แต่มีเพียงร้อยละ 63.9 ที่ตั้งใจลาคลอด 3 เดือนตามสิทธิ์ ประมาณครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 54.5) มีประสบการณ์ในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในบุตรคนก่อน และส่วนใหญ่ (ร้อยละ 62.7) เคยได้รับความรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่จากแพทย์และพยาบาล

ข้อมูลการตั้งครรภ์และการคลอด กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 80) ได้รับการผ่าตัดคลอดแบบฉุกเฉิน ข้องข้องในการผ่าตัดส่วนใหญ่ (ร้อยละ 75.5) มีสาเหตุมาจากภาวะศีรษะทารกไม่ได้สัดส่วนกับเชิงกรานมารดา และมารดาเคยได้รับการผ่าตัดคลอดมาก่อน ทารกประมาณ

ครึ่งหนึ่งมีพังผืดใต้ลิ้นปี่หรือเล็กน้อย กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีลักษณะของหัวนมปกติ โดยทั้งหมดมีลักษณะลานนมยืดหยุ่นดี

ข้อมูลการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ พบว่าทารกเริ่มดูดนมแม่ครั้งแรกเร็วสุด 3 ชั่วโมง ช้าสุด 24 ชั่วโมง ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 10.9 ชั่วโมง และระยะเวลาที่ดูดนมแม่ครั้งแรกเฉลี่ยนาน 15.1 นาที วันที่ 1 หลังคลอดทารกดูดนมแม่เฉลี่ย 8.6 ครั้งต่อวัน โดยส่วนใหญ่ได้รับการเสริมนมผสม (ร้อยละ 84.5) วันที่ 2 หลังคลอดกลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่งประสบความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวก่อนจำหน่าย (ร้อยละ 59.1) ทารกดูดนมแม่เฉลี่ย 9.9 ครั้งต่อวัน และวันที่ 3 หลังคลอดกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีปริมาณน้ำนมมากพอ (ร้อยละ 89.1) แต่ร้อยละ 33.6 มีการรับรู้ว่ามีปริมาณน้ำนมไม่เพียงพอ

พบว่าคะแนนทัศนคติโดยรวมเฉลี่ยเท่ากับ 64.2 คะแนน (ค่าต่ำสุด-ค่าสูงสุด = 50-81, S.D. = 5.8) คะแนนการรับรู้สมรรถนะในตนเองโดยรวมเฉลี่ยเท่ากับ 51.0 คะแนน (ค่าต่ำสุด-ค่าสูงสุด = 30-69, S.D. = 5.8) คะแนนการสนับสนุนจากพยาบาลโดยรวมเฉลี่ยเท่ากับ 46.4 (ค่าต่ำสุด-ค่าสูงสุด = 29-60, S.D. = 7.6)

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรทั้งหมดด้วยสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน พบว่าอายุมารดา ประสิทธิภาพการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ เวลาที่เริ่มให้นมแม่ และการสนับสนุนจากพยาบาลมีความสัมพันธ์กับความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวก่อนจำหน่ายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) ส่วนทัศนคติและการรับรู้สมรรถนะในตนเองเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ไม่มีความสัมพันธ์กับความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวก่อนจำหน่าย ($p=0.441$, $p=0.682$ ตามลำดับ)

ผลการวิเคราะห์ด้วยการถดถอยโลจิสติก พบว่า อายุมารดา การสนับสนุนจากพยาบาล และเวลาที่เริ่มให้นมแม่ สามารถทำนายความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวก่อนจำหน่ายได้ร้อยละ 36.5 (Nagelkerke $R^2 = 0.365$, $p < .05$)

การอภิปรายผล

ปัจจัยที่สามารถร่วมกันทำนายความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวก่อนจำหน่ายในมารดาหลังผ่าตัดคลอด

อายุมารดา

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างอายุน้อยสุด 15 ปี อายุมากที่สุด 42 ปี (Mean = 27, S.D. = 6) อายุมารดามีความสัมพันธ์ในเชิงบวกกับความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวก่อน

จำหน่าย ($r = 0.32, p < 0.01$) กล่าวคือกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุมากจะส่งผลให้ความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวก่อนจำหน่ายเพิ่มขึ้น และอายุของมารดาสามารถทำนายความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวก่อนจำหน่ายได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 [$\text{Exp (B)} = 1.102, 95\% \text{CI} = 1.009-1.203$] กล่าวคือ ถ้าอายุมารดามากขึ้นหนึ่งหน่วยมาตรฐาน จะมีโอกาสประสบความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวก่อนจำหน่ายเพิ่มขึ้น 1.102 เท่า ซึ่งอาจอธิบายได้ว่าอายุเป็นตัวกำหนดความพร้อมทางสรีระและวุฒิภาวะทางจิตใจได้ระดับหนึ่ง มารดาที่มีอายุอยู่ในช่วงวัยผู้ใหญ่ส่วนใหญ่จะสามารถควบคุมอารมณ์ได้ดี และมีความมั่นคงทางอารมณ์และจิตใจดีกว่ามารดาวัยรุ่น สามารถปรับตัวได้ดีเมื่อเผชิญสถานการณ์ หรือความเครียดต่างๆ และเป็นช่วงวัยที่มีความสามารถที่จะเรียนรู้ได้อย่างลึกซึ้ง และฝึกฝนทักษะต่างๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ (ศรีเรือน แก้วกังวาล, 2553) ส่วนมารดาที่มีอายุน้อยหรืออายุที่อยู่ในช่วงวัยรุ่น เป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงในหลายด้านพร้อมกันอย่างรวดเร็ว อารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย สับสน และอ่อนไหว จึงทำให้ไม่มีความมั่นคงทางอารมณ์เมื่อต้องเผชิญกับสถานการณ์ หรือภาวะเครียดต่างๆ (Steinberg, 2002) นอกจากนี้ การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ไม่ได้เป็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นตามสัญชาตญาณ มารดาต้องมีการเรียนรู้ทั้งเรื่องของกลไกการสร้างและหลั่งน้ำนม การอมหัวนมอย่างถูกต้อง การดูแลนมแม่อย่างมีประสิทธิภาพ และมารดาและทารกต้องมีการเรียนรู้ร่วมกัน การเรียนรู้และตอบสนองระหว่างแม่กับลูก โดยเฉพาะระยะแรกหลังคลอด เป็นช่วงเวลาที่ท้าทายสำหรับมารดาที่ต้องลงมือปฏิบัติจริง (Walker, 2007) ทั้งยังต้องเผชิญกับอุปสรรคต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้นได้ตลอดเวลา เช่น อาการอ่อนเพลีย เจ็บแผลผ่าตัด น้ำนมไม่เพียงพอ ทารกปฏิเสธการดูดนมแม่ อาการเจ็บหัวนม หรือหัวนมแตก เป็นต้น (Brand, Kothari, & Stark, 2011) มารดาที่มีอายุอยู่ในช่วงวัยผู้ใหญ่ ส่วนใหญ่จะมีความพร้อม ความอดทน ความสามารถในการคิดวิเคราะห์ และมีเหตุผล จึงมักจะประสบความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้มากกว่ามารดาที่มีอายุน้อย สอดคล้องกับหลายการศึกษาที่พบว่า มารดาที่มีอายุอยู่ในช่วงวัยผู้ใหญ่ ประสบความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลมากกว่ามารดาที่อยู่ในช่วงวัยรุ่น (Pechlivani, et al., 2005) และพบว่า มารดาที่มีอายุมากกว่าจะสามารถเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวกว่ามารดาที่มีอายุน้อย 1.51 เท่า ($\text{OR} = 1.51, 95\% \text{CI} 1.00-2.29$) (Scott, et al., 2001) สอดคล้องกับการศึกษาของ Scott และคณะ (2006) ที่ศึกษาปัจจัยทำนายการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวก่อนจำหน่ายในวันที่ 3 หลังคลอด พบว่าอายุของมารดาสามารถทำนายการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวก่อนจำหน่ายได้เกือบ 3 เท่า ($\text{OR} = 2.66, 95\% \text{CI} 0.79-8.98$)

การสนับสนุนจากพยาบาล

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคะแนนการสนับสนุนจากพยาบาลสูงกว่าค่าเฉลี่ย (ค่าต่ำสุด-ค่าสูงสุด = 29-60, Mean = 46.4, S.D. = 7.6) และมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวก่อนจำหน่าย ($r = 0.32, p < 0.01$) กล่าวคือ กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการสนับสนุนจากพยาบาลในระดับสูง มีโอกาสประสบความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวก่อนจำหน่ายสูงขึ้น การสนับสนุนจากพยาบาล สามารถทำนายความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวก่อนจำหน่ายได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 [Exp (B) = 1.089, 95%CI = 1.021-1.161] กล่าวคือ ถ้ากลุ่มตัวอย่างได้รับการสนับสนุนจากพยาบาลมากขึ้นหนึ่งหน่วยมาตรฐาน จะมีโอกาสประสบความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวก่อนจำหน่ายเพิ่มขึ้น 1.089 เท่า ซึ่งอาจอธิบายได้ว่ามารดาในระยะแรกหลังผ่าตัดคลอดยังมีอาการอ่อนเพลียและมีอาการปวดแผลผ่าตัด จึงไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง หรือเลี้ยงบุตรได้เพียงลำพัง และมารดาอาจมีความวิตกกังวลว่าการเลี้ยงบุตร และการทำกิจวัตรประจำวันต่างๆ จะมีผลต่อแผลผ่าตัด ทำให้แผลอักเสบ แผลแยก ดังนั้นความช่วยเหลือ และการสนับสนุนจากพยาบาล จึงช่วยให้กลุ่มตัวอย่างคลายความกังวล มีกำลังใจ และมีความมุ่งมั่นในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ (Loto, et al., 2010; Tam, et al., 2003) ซึ่งในระยะหลังคลอดเป็นช่วงเวลาที่ยากลำบากสำหรับมารดาในการปรับตัว การสนับสนุนจากพยาบาลจะช่วยป้องกันการเกิดปัญหาที่ตามมาจากการเริ่มให้ลูกดูดนมแม่ช้า หรือหากปัญหาเกิดขึ้นแล้วจะทำให้แก้ไขได้ง่าย ก่อนที่ปัญหานั้นจะยากเกินแก้ไข (Walker, 2007) สอดคล้องกับการศึกษาของ Mauri, Zobbi and Zannini (2011) ที่พบว่า การสนับสนุนจากพยาบาล สามารถทำให้มารดาข้ามผ่านปัญหาและอุปสรรคในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ขณะอยู่โรงพยาบาลได้ การศึกษาของ Henderson and Redshaw (2011) พบว่าการสนับสนุนจากพยาบาลเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ทั้งด้านอารมณ์ ด้านข้อมูล ข่าวสาร และด้านสิ่งของและบริการ ส่งผลให้อัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวก่อนจำหน่ายเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่ามารดาหลังผ่าตัดคลอดที่ได้รับการสนับสนุนจากพยาบาลจะส่งผลต่อความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวก่อนจำหน่ายเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) และสามารถทำนายโอกาสประสบความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวก่อนจำหน่ายเป็น 14 เท่า (OR = 14.40, 95% CI 3.79-54.72) (Yubha Temeeteerakul, 2007)

เวลาที่เริ่มให้นมแม่

ผลการศึกษาพบว่า ทารกเริ่มดูดนมแม่ครั้งแรกเร็วสุด 3 ชั่วโมง และช้าสุด 24 ชั่วโมง (Mean = 10.9, S.D. = 6.1) ระยะเวลาที่เริ่มให้นมแม่ครั้งแรกมีความสัมพันธ์ในเชิงลบกับความสำเร็จ

ในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวก่อนจำหน่าย ($r = -0.35, p < 0.01$) กล่าวคือ กลุ่มตัวอย่างที่เริ่มให้ทารกดูดนมแม่เร็ว หรือใช้เวลาตั้งแต่หลังผ่าตัดคลอดจนเริ่มให้นมแม่ครั้งแรกน้อย จะส่งผลให้ประสบความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวก่อนจำหน่ายเพิ่มขึ้น เวลาที่เริ่มให้นมแม่สามารถทำนายความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวก่อนจำหน่ายได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 [$\text{Exp (B)} = 0.890, 95\% \text{ CI} = 0.821-0.965$] กล่าวคือ ถ้ากลุ่มตัวอย่างใช้เวลาที่เริ่มให้นมแม่มากขึ้นหนึ่งหน่วยมาตรฐาน จะมีโอกาสประสบความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวลดลง 0.890 เท่า ซึ่งอาจอธิบายได้ว่าการเริ่มต้นดูดเร็วจะเป็นการกระตุ้นให้น้ำนมมาเร็วขึ้น เพราะการดูดจะช่วยกระตุ้นการสร้างฮอร์โมน prolactin ที่ช่วยสร้างน้ำนม และฮอร์โมน oxytocin ที่ช่วยหลั่งน้ำนม (Edmond et al., 2006; Walker, 2011) นอกจากนี้การเริ่มให้นมแม่ภายในวันคลอดมีความสำคัญมากต่อการเรียนรู้ของทารก เช่นการอมหัวนม การดูดนม การทำงานของรีเฟล็กซ์ต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการดูดนม และการกลืนน้ำนม สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าทารกที่เริ่มดูดนมแม่ช้า และขาดความต่อเนื่อง จะส่งผลต่อกระบวนการสร้างและหลั่งน้ำนมที่ล่าช้า (Evans, Evans, Royal, Esterman, & James, 2003) และจะมีผลเสียต่อการเรียนรู้ในการดูดนมแม่ของทารกในระยะต่อไปได้ (Hill, Humenick, Brennan, & Woolley, 1997; Radzyminski, 2005) ดังนั้นการเริ่มให้นมแม่เร็วมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ทำให้กระบวนการสร้างน้ำนมและการหลั่งน้ำนมเกิดเร็วขึ้น เป็นการป้องกันการเกิดปัญหาต่างๆ ได้ เช่น ปัญหาน้ำนมไม่เพียงพอ การปฏิเสธการดูดนมแม่ เป็นต้น นอกจากนี้การใช้ระยะปั๊วดจะส่งผลต่อปริมาณน้ำนมด้วย ทำให้มารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดมีปริมาณน้ำมน้อยกว่ามารดาที่คลอดปกติทางช่องคลอด (Baumgardner, Muehl, Fischer, & Pribbenow, 2003; Evans, et al., 2003; Jordan, Emery, Bradshaw, Watkins, & Friswell, 2005) การที่มารดามีปริมาณน้ำมน้อย ไม่เพียงพอต่อความต้องการของทารกนำไปสู่การเสริมนมผสม ทำให้ทารกดูดนมแม่น้อยลงน้ำนมระบายออกน้อย เมื่อน้ำนมระบายออกน้อย จะมีผลให้เต้านมสร้างน้ำมน้อยลง สอดคล้องกับผลการการศึกษารุ่นนี้ที่พบว่าทารกส่วนใหญ่ (ร้อยละ 84.5) ได้รับนมผสมในระยะ 24 -48 ชั่วโมงหลังผ่าตัดคลอด ร้อยละ 33.6 มีการรับรู้ปริมาณน้ำนมไม่เพียงพอ และร้อยละ 14.5 ทารกปฏิเสธการดูดนมแม่ก่อนจำหน่ายจากโรงพยาบาลและการศึกษาของ Pechlivani และคณะ (2005) ที่พบว่าการเริ่มให้ลูกดูดนมแม่เร็วจะเพิ่มอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวก่อนจำหน่ายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) หากมารดาเริ่มให้ลูกดูดนมช้ากว่า 2 ชั่วโมงหลังคลอดสัมพันธ์กับการลดลงของอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ระหว่างอยู่ในโรงพยาบาล และที่ระยะ 1 เดือน และ 4 เดือนหลังคลอด (Nakao, Moji, Honda, & Oishi, 2008) หากมารดาเริ่มให้ทารกดูดนมแม่เร็วภายใน 2 ชั่วโมงหลังคลอด จะส่งผลต่ออัตราการเลี้ยงลูกด้วยนม

แม้อย่างเดียวก่อนจำหน่ายสูงกว่ามารดาที่เริ่มให้ลูกดูดนมแม่ช้ากว่า 2 ชั่วโมง ประมาณ 5 เท่า (Mazur & Mikiel-Kostyra, 2000)

ปัจจัยที่ไม่สามารถทำนายความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม้อย่างเดียวก่อนจำหน่ายในมารดาหลังผ่าตัดคลอด

การรับรู้สมรรถนะในตนเองเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคะแนนการรับรู้สมรรถนะในตนเองเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่สูงกว่าค่าเฉลี่ย (ค่าต่ำสุด-ค่าสูงสุด = 30-69, Mean = 51.0, S.D. = 5.8) แต่การรับรู้สมรรถนะในตนเองเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ไม่มีความสัมพันธ์กับความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม้อย่างเดียวก่อนจำหน่าย ($r = 0.04$, $p = 0.68$) และผลการวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติก พบว่าการรับรู้สมรรถนะในตนเองเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ไม่สามารถทำนายความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม้อย่างเดียวก่อนจำหน่ายได้ ($p = 0.860$) ผลการศึกษานี้อาจอธิบายได้ว่าถึงแม้กลุ่มตัวอย่างจะมีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง แต่การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ไม่ใช่เรื่องง่ายที่อาศัยเพียงสัญชาตญาณของความเป็นแม่เท่านั้น การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เป็นกระบวนการที่ต้องอาศัยการเรียนรู้ร่วมกันระหว่างมารดาและทารก และต้องมีการปรับตัวเข้าหากัน (Walker, 2007) มีข้อมูล และรายละเอียด รวมทั้งเทคนิคหลายประการที่มารดาอาจไม่ทราบ นอกจากนี้สภาวะร่างกายที่ไม่พร้อมของมารดาหลังผ่าตัดคลอด รวมทั้งอาจเกิดผลข้างเคียงต่างๆ จากการได้รับยาระงับความรู้สึก (Gadsden, Hart, & Santos, 2005) ทำให้มารดาช่วยเหลือตนเองได้น้อย การผ่าตัดคลอดยังส่งผลต่อจิตใจของมารดา มารดาอาจมีความกลัวและวิตกกังวลเกี่ยวกับความปลอดภัยของตนเอง กลัวความเจ็บปวดแผลผ่าตัด กลัวเกี่ยวกับการหายของแผล กลัวแผลแยกหรืออักเสบ (Lobel & DeLuca, 2007) ทำให้มารดาต้องการการพักผ่อน เพื่อการฟื้นตัวของร่างกายและจิตใจ อาจมองว่าตนเองน่าจะสามารถให้นมแม่ได้ถ้าสภาพร่างกายมีความพร้อม และแข็งแรงขึ้น ดังนั้นจึงมีความเชื่อมั่นในตนเองสูง แต่มารดาส่วนใหญ่ไม่ทราบว่า การให้ลูกดูดนมแม่ช้าจะก่อให้เกิดปัญหาตามมาหลายประการ เช่น ปริมาณน้ำนมไม่เพียงพอ ทารกดิ้นรนดิ้นของนมผสม ติดกับการไหลเร็วของน้ำนม เมื่อนำทารกมาดูดนมแม่ ทารกจะปฏิเสธการดูดนมแม่ หรือดูดนมไม่มีประสิทธิภาพ เนื่องจากขาดการเรียนรู้วิธีการอมหัวนม และดูดนมอย่างถูกต้องตั้งแต่วัยแรก ซึ่งมีผลให้มารดาเจ็บหัวนมหรือหัวนมแตกเป็นแผลได้ รวมทั้งระยะแรกหลังคลอดมารดาต้องปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ตามแผนการรักษาและการพยาบาลที่โรงพยาบาลกำหนด จึงทำให้มารดาไม่ได้อยู่กับทารกตลอดเวลา ตลอดจนจนสภาพแวดล้อมที่ไม่เป็นส่วนตัว มีทั้งญาติตนเองและญาติของผู้อื่นอยู่ด้วย และบางครั้งถูกขัดจังหวะด้วยกิจกรรมของโรงพยาบาล มารดาจึงไม่สะดวกที่จะให้นมแม่ (McInnes, &

Chambers, 2008) และการปฏิบัติที่เป็นกิจวัตรของเจ้าหน้าที่โดยการแยกมารดาและทารกในตอนกลางคืน ทำให้เป็นผลเสียต่อการสร้างน้ำนม เนื่องจากปริมาณฮอร์โมนโปรแลคตินจะถูกสร้างในเวลากลางคืนมากกว่า เพราะฉะนั้นการให้ลูกดูดนมเวลากลางคืนจะช่วยให้มีการสร้างน้ำนมได้มากกว่าเวลากลางวัน เป็นการช่วยเร่งการสร้างน้ำนมได้ดี (สุอารีย์ อันตระการ และ ธีรรัตน์ วงศ์วิสุทธิ, 2550) ผลการศึกษาครั้งนี้แตกต่างจากการศึกษาในมารดาหลังคลอดปกติ ที่พบว่าการรับรู้สมรรถนะในตนเองเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวก่อนจำหน่าย ($p < 0.001$) (Gregory, et al., 2008) และในระยะ 1 สัปดาห์หลังคลอด ($p < 0.09$) (Blyth, et al., 2002; Dennis, Heaman, & Mossman, 2011)

ทัศนคติเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคะแนนทัศนคติต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่สูงกว่าค่าเฉลี่ย (ค่าต่ำสุด-ค่าสูงสุด = 50-81, Mean = 64.2, S.D. = 5.8) พบว่าทัศนคติเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ไม่มีความสัมพันธ์กับความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวก่อนจำหน่าย ($r = 0.07$, $p = 0.44$) และผลการวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติก พบว่าทัศนคติเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ไม่สามารถทำนายความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวก่อนจำหน่ายได้ ($p = 0.707$) ผลการศึกษานี้อาจอธิบายได้ว่า ถึงแม้กลุ่มตัวอย่างจะมีทัศนคติที่ดีต่อนมแม่ แต่จากอิทธิพลของสถานการณ์ที่ต้องคลอดด้วยวิธีการผ่าตัด ทำให้กลุ่มตัวอย่างต้องประสบกับความไม่สุขสบายหลายประการ ทั้งการเจ็บปวดแผลผ่าตัด การเคลื่อนไหวร่างกายที่ไม่สะดวก ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ ภาวะที่เกิดขึ้นนี้ทำให้มารดาต้องใช้เวลาในการปรับตัวเพื่อให้ร่างกายกลับคืนสู่สภาพปกติมากกว่ามารดาที่คลอดปกติทางช่องคลอด (Kacmar, et al., 2003) เหตุการณ์ดังกล่าวทำให้มารดาต้องการการพักผ่อนก่อนในระยะแรก และเลื่อนเวลาการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ออกไปก่อน ซึ่งมารดาส่วนใหญ่ไม่ทราบว่าหากทารกไม่ได้ดูดนมจากเต้าตั้งแต่แรกจะทำให้เกิดปัญหาอื่นๆ ตามมา เช่น ปริมาณน้ำนมไม่เพียงพอ ทารกปฏิเสธการดูดนมแม่ รวมทั้งมารดาขาดทักษะการอุ้มลูกดูดนม ซึ่งหากทารกดูดไม่ถูกต้องจะทำให้ มารดาเจ็บหัวนม และหัวนมแตก ตามมา ทำให้การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวก่อนจำหน่ายเป็นไปได้ยากขึ้น ซึ่งเป็นไปในทำนองเดียวกันกับการรับรู้สมรรถนะในตนเอง ดังนั้นทัศนคติที่ดีจึงไม่สามารถทำนายความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวก่อนจำหน่าย สอดคล้องกับการศึกษาของพิมเดือน ดอนสระ (2546) ที่พบว่าทัศนคติไม่มีผลต่อพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในมารดาหลังผ่าตัดคลอด ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาในมารดาหลังคลอดปกติ พบว่ามารดาที่มีทัศนคติที่ดีต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่นั้นส่งผลต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวก่อนจำหน่ายจากโรงพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Lin, et al., 2008; McMillan, et al., 2008; Scott, Shaker,

& Reid, 2004) และการเกิดทัศนคติที่ไม่ดีต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ จะมีผลต่อการเสริมนมผสมเร็ว (DiGirolamo, Grummer-Strawn, & Fein, 2008; Scott, 2006)

ประสบการณ์การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 54.5 มีประสบการณ์การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในบุตรคนก่อน แต่มีเพียงร้อยละ 15 ที่เลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวนาน 6 เดือน พบว่าประสบการณ์การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่มีความสัมพันธ์ในเชิงบวกกับความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวก่อนจำหน่าย ($r = 0.28, p < 0.01$) กล่าวคือ กลุ่มตัวอย่างที่มีประสบการณ์การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ จะส่งผลให้ประสบความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวก่อนจำหน่าย แต่ประสบการณ์การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ไม่สามารถทำนายความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวก่อนจำหน่ายได้ ($p = 0.120$) ซึ่งอาจอธิบายได้ว่า ถึงแม้มารดาจะมีประสบการณ์ในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวก่อนจำหน่ายในบุตรคนก่อน แต่เมื่อมารดาต้องเผชิญกับสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป สภาพแวดล้อมที่ไม่เหมือนเดิมโดยพบว่าร้อยละ 41.6 ของกลุ่มตัวอย่างเป็นมารดาครรภ์หลังที่ได้รับการผ่าตัดคลอดเป็นครั้งแรก ซึ่งมีผลให้มารดาเกิดความไม่สุขสบายเจ็บปวดแผลผ่าตัด อ่อนเพลียจากการเสียเลือด และผลข้างเคียงต่างๆ จากการได้รับยาระงับความรู้สึก (Gadsden, Hart, & Santos, 2005) และยังส่งผลต่อจิตใจของมารดาเช่นกัน มารดาอาจมีความกลัวและวิตกกังวลเกี่ยวกับความปลอดภัยของตนเอง กลัวความเจ็บปวดแผลผ่าตัด กลัวเกี่ยวกับการหายของแผล (Lobel & DeLuca, 2007) จากสถานการณ์ดังกล่าวต่างรบกวนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่มากกว่ามารดาที่คลอดปกติทางช่องคลอด (Lobel & DeLuca, 2007; Wang, Zhou, Zhu, Gao, & Gao, 2006) ทำให้มารดาต้องการการพักผ่อนก่อนในระยะแรก และต้องการเลื่อนเวลาการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ออกไปก่อน ซึ่งมารดาอาจจะไม่ทราบว่าหากทารกไม่ได้ดื่มนมจากเต้าตั้งแต่แรกจะทำให้เกิดปัญหาอื่นๆ ตามมา ทำให้การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวก่อนจำหน่ายได้ยากขึ้น นอกจากนี้บุคลากรทางสุขภาพ มักใช้ความรู้สึกของตนเองในการประเมินเพื่อให้ความช่วยเหลือการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ทำให้มารดาครรภ์แรก ได้รับความช่วยเหลือและเอาใจใส่มากกว่ามารดาครรภ์หลัง ขาดการประเมินและให้ความช่วยเหลือ แก้ไขปัญหาเป็นรายบุคคล รวมทั้งอาจมีอิทธิพลของปัจจัยสิ่งแวดล้อมเข้ามาเกี่ยวข้อง เช่น ในวันก่อนจำหน่ายมารดาอาจแยกจากทารกชั่วคราว มารดาไม่ได้อยู่กับทารกตลอดเวลา ทารกอาจได้รับการเสริมนมผสมจากเจ้าหน้าที่ ตลอดจนสภาพแวดล้อมที่ไม่เป็นส่วนตัว ซึ่งสถานการณ์คล้ายคลึงกับการรับรู้สมรรถนะในตนเอง และทัศนคติ ที่กล่าวไว้แล้วข้างต้น ดังนั้นประสบการณ์การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่จึงไม่สามารถทำนายความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวก่อนจำหน่าย แตกต่างจากผลการศึกษาของ Qiu, Zhao, Binns, Lee and Xie (2009) ที่พบว่ามารดาที่มี

ประสบการณ์การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ สามารถทำนายการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวก่อนจำหน่าย เป็น 1.87 เท่าของมารดาที่ไม่มีประสบการณ์ (OR = 1.87, 95% CI 1.33-2.64) และมารดาที่ไม่มีประสบการณ์ในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่จะล้มเลิกการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่มากกว่ามารดาที่มีประสบการณ์ (Kronborg & Michael., 2004)

ข้อเสนอแนะในการวิจัย

จากผลการวิจัย ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะการนำผลการวิจัยไปใช้ และข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป ดังนี้

ข้อเสนอแนะการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ผลการศึกษาพบว่า อายุมารดา การสนับสนุนจากพยาบาล และเวลาที่เริ่มให้นมแม่ สามารถทำนายโอกาสที่มารดาหลังผ่าตัดคลอดจะประสบความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวก่อนจำหน่ายได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังนั้นพยาบาลจึงควรให้ความสำคัญกับการช่วยเหลือ สนับสนุนมารดา ร่วมกับการนำทารกมาเริ่มดูดนมแม่เร็ว โดยเฉพาะในมารดาที่มีอายุน้อย เพื่อช่วยเพิ่มอัตราความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวก่อนจำหน่าย เพื่อเป็นพื้นฐานในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ต่อไป

2. ผลการศึกษา พบว่าวันที่ 3 หลังผ่าตัดคลอด ผู้วิจัยประเมินปริมาณน้ำนมของกลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 89.1 กลุ่มตัวอย่างมีน้ำนมมากพอ มีเพียงร้อยละ 10.9 เท่านั้นที่มีปริมาณน้ำนมน้อย ซึ่งขัดแย้งกับการรับรู้ของกลุ่มตัวอย่าง พบว่าส่วนใหญ่ร้อยละ 33.6 รับรู้ว่าปริมาณน้ำนมไม่เพียงพอ จึงเสริมนมผสมให้ทารกในวันก่อนจำหน่าย ดังนั้นพยาบาลจึงควรที่จะประเมินการรับรู้ในเรื่องดังกล่าวของมารดา และทำความเข้าใจให้ถูกต้องเพื่อป้องกันการเสริมนมผสมโดยไม่จำเป็น

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาในตัวแปรอื่นเพิ่มเติม เช่น ปัจจัยทางด้านสภาพร่างกาย ความเจ็บปวด แผลผ่าตัด ความอ่อนเพลีย ประเภทของการผ่าตัดคลอด ลักษณะของประสบการณ์เดิมในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ปริมาณน้ำนมในวันก่อนจำหน่าย การรับรู้ปริมาณน้ำนมของมารดา เป็นต้น

2. ควรศึกษาเพิ่มเติมในอำนาจการทำนายของอายุมารดา ประสบการณ์การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ทักษะการรับรู้สมรรถนะในตนเอง เวลาที่เริ่มให้นมแม่ และการสนับสนุนจากพยาบาล ต่อความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลที่ 1, 3 และ 6 เดือน เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ในระยะยาวต่อไป

3. ควรมีการศึกษาโปรแกรมการพยาบาลในการช่วยเหลือ สนับสนุนมารดา ร่วมกับการนำทารกมาเริ่มดูดนมแม่เร็ว โดยเฉพาะในมารดาที่มีอายุน้อย เพื่อช่วยเพิ่มอัตราความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวก่อนจำหน่าย พร้อมทั้งเปรียบเทียบผลระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม



PERSONAL FACTORS, FIRST FEEDING TIME AND NURSE SUPPORT
PREDICTING SUCCESSFUL EXCLUSIVE BREASTFEEDING AT
DISCHARGE IN MOTHERS WITH CESAREAN SECTION

SASITARA NUAMPA 5337331 NSAM/M

M.N.S. (ADVANCED MIDWIFERY)

THESIS ADVISORY COMMITTEE : NITTIYA SINSUKSAI, Ph.D., WANNA
PHAHUWATANAKORN, Ph.D., PHARUHAS CHANPRAPAPH, M.D., M.Sc.

EXTENDED SUMMARY

Background and Significance of the Study

Mother's milk is widely accepted as the most suitable food for infants as containing essential nutrients for promoting the physiological, psychological, emotional and social health of infants because, apart from being the best nutrients for brain growth, mother's milk also affects growth and development from birth to adulthood while further creating a bond of love and connection between mother and child. (Fewtrell, 2004; Kramer, et al., 2001; Kramer, et al., 2008)

Many countries worldwide are aware of the importance of breastfeeding. The WHO and UNICEF, therefore, have arranged the 10 Steps to Successful Breastfeeding as practice guidelines for health care staff since 1989 (B.E. 2532). The Department of Health, Ministry of Public Health, Thailand, has accepted the aforementioned concept for the promotion of breastfeeding as operational principles since 1991 with the objective of supporting all mothers to breastfeed exclusively for 6 months and breastfeed in combination with supplemental food according to age until infants are 2 years old (Manee Piyaanant, 2548). The goal set forth in the National Economic and Social Development Plan (Volume 10) (2007-2011) would have no less

than 30% of all mothers breastfeed exclusively for 6 months. However, according to surveys conducted by the National Statistics Office (2009), the national rate of exclusive breastfeeding for 6 months is only 15.1%, which is still much lower than the set goal, thereby reflecting obstacles in promoting and supporting breastfeeding.

According to previous studies, the promotion of breastfeeding is usually aimed at long-term results and neglects the important postpartum period, which is a critical period for breastfeeding because it is the time when mothers require knowledge and practical skills (Walker, 2007). Most people misunderstand that breastfeeding is a natural maternal instinct. In reality, however, breastfeeding requires learning processes concerned with mechanisms for producing and lactating, effective suckling, learning and response between mother and child. The fact that nurses instruct and train mothers in basic skills so they can practice on their own gives mothers pride and confidence in their capabilities, which will provide a basis for further steps in which mothers must depend on themselves when mothers return home, which will have long-term impacts on exclusive breastfeeding (Asole, Spinelli, Antinucci, & Di Lallo, 2009; Manganaro, et al., 2009; Taveras, et al., 2003).

Successful exclusive breastfeeding at discharge means breastfeeding only without receiving water or other supplements during the past 24 hours, except for medication or vitamins ordered by physicians' treatments (WHO, 2007). This definition concurs with many studies which have evaluated research outcomes according to the aforementioned assessment criteria set by the WHO (Anderson, Damio, Young, Chapman, & Perez-Escamilla, 2005; Kuan Decolongon, Schoettker, Atherton, Kotagal, 1999; McKeever, 2002; Zanardo, et al., 2010).

The fact that mothers are able to successfully breastfeed exclusively is a result of several factors consisting of personal and environmental factors. Personal factors include age, educational attainment, family income, marital status, occupation, previous experience with breastfeeding, knowledge, attitude, intention and self-efficacy. Environmental factors include first feeding time, amount of breast milk, formula milk supplements, support from nurses, support from close acquaintances and family members, corporate policy and the health of mothers and infants (Chen, Liu, Merrett, Chuo, & Wan, 2008; Dashti, Scott, Edwards, & Al-Sughayer, 2010; Emel Örün, 2010; Grijbovski, Ehrenblad, & Yngve, 2008; Kohlhubera, Rebhana,

Schweglera, Koletzkoa, & Frommea, 2008; Thulier & Mercer, 2009; Whalen & Cramton, 2010; Zanardo, et al., 2010). According to previous studies, some factors clearly have direct influence on exclusive breastfeeding in the period immediately following delivery, or at discharge from hospital include age, previous experience with breastfeeding, attitudes toward breastfeeding, self-efficacy, first feeding time and support from nurses (Britton, et al., 2007; Gregory, et al., 2008; Kohlhubera, et al., 2008; Lin, et al., 2008; Nakao, et al., 2008; Pechlivani, et al., 2005; Scott, et al., 2001; Taveras, et al., 2003; Whalen & Cramton, 2010).

Maternal age determines physiological and psychological readiness to a certain degree. Most adult mothers had greater readiness in terms of maturity than young mothers. Hence, most adult mothers were capable of learning to pay attention to infant needs more than their own needs; thus, adult mothers experienced greater success in breastfeeding than adolescent mothers (Coleman, et al., 2009; Evers, Doran, & Schellenberg, 1998; Hauck, Fenwick, Dhaliwal, & Butt, 2011; Scott, 2009). This finding was found to be concurrent with the study of Scott and colleagues (2001) who found maternal age to be a predictor of breastfeeding success before leaving hospital while adult mothers tend to breastfeed longer. On the contrary, young mothers will not breastfeed continually and tend to quickly cease breastfeeding (Kohlhubera, et al., 2008).

Previous experience with breastfeeding is a factor with impact on successful exclusive breastfeeding. If mothers have prior breastfeeding experience, mothers will be able to anticipate potential situations and able to prevent and solve problematic situations (Saengtong Loedpasoedpong, 2001), a finding that concurred with the study of Pechlivani and colleagues (2005) who found mothers with previous breastfeeding experience to have higher rates of exclusive breastfeeding than mothers who had never breastfed infants before. Furthermore, mothers who breastfed infants before were found to have more determination and confidence in breastfeeding than inexperienced mothers (Lessen, & Crivelli-Kovach, 2007).

Attitude means the thoughts or feelings of persons toward other persons, objects, issues or various situations. Attitude is energy similar to motive, which can drive actions consistent with attitude (Rangsan Pasoedsee, 2005). Therefore, mothers with good attitudes toward breastfeeding will believe breastfeeding is good and

beneficial, so mothers are motivated to try and breastfeed exclusively. This finding was consistent with previous studies revealing that mothers with good attitudes toward breastfeeding decided to breastfeed exclusively with successful trends in exclusive breastfeeding at discharge and at 4 weeks (Lin, Kuo, Lin, & Chang, 2008), 6 weeks (Ho & McGrath, 2011) and 6 months postpartum (Kanadporn Tachasaowapak, 2011).

self-efficacy means the judgments of a person's own ability to perform an activity from evaluations of existing beneficial sources. Persons with high levels of perceived self-efficacy will not be afraid to work, practice patience or exert effort, nor will they back down from obstacles. Rather, they think of methods for achieving desired success (Bandura, 1986). According to this concept, mothers who believe themselves to have capacity for exclusive breastfeeding over a certain period of time will have the effort, patience and ideas about methods to overcome obstacles in order to achieve success (Avery, Zimmermann, Underwood, & Magnus, 2009; Chezem, 2003; Kools, et al., 2006; Manhire, Hagan, & Floyd, 2007), a finding concurrent with the study of Gregory and colleagues (2008) who found mothers with high levels of self-efficacy regarding breastfeeding to have higher rates of exclusive breastfeeding during hospitalization and over a period of 4 weeks following delivery than mothers with low levels of perceived self-efficacy.

First feeding time had impacts on breastfeeding success from the first period following delivery, because early initiation of breastfeeding is very important in the learning of infants in terms of latching on to the nipple correctly, breastfeeding effectively and suckling and swallowing reflexes. This finding was consistent with studies which found infants who began sucking late in the first 24 hours following birth or infants with problems from the beginning such as offering infant formula and separation from mothers to have potential negative impacts on learning about suckling in future stages (Hill, Humenick, Brennan, & Woolley, 1997; Radzysinski, 2005). Moreover, early initiation of breastfeeding also has impacts on exclusive breastfeeding from the period at discharge to four months postpartum (Nakao, Moji, Honda, & Oishi, 2008).

Support from nurses had great impact on breastfeeding success at discharge because, during the period immediately following delivery, nurses are the persons closest to mothers and infants with direct roles in providing consultation,

education and support (Suaree Aontrakan and Tidarad Wongwisud, 2003). This was found to be consistent with several studies revealing support and help from nurses to have impacts on breastfeeding duration and success (Britton, McCormick, Renfrew, Wade, & King, 2007; Taveras, et al., 2003; Whalen & Cramton, 2010). Hence, nurses should provide support in the form of emotional support, information support, and tangible support. Each mother requires different care (Hong, Callister, & Schwartz, 2003). On the other hand, the fact that mothers lacked continuous support or did not receive support from nurses may have negative impacts on breastfeeding (Attard Montalto, Borg, Buttigieg-Said, & Clemmer, 2010; Lewallen & Street, 2010) .

In terms of maternal health, discomfort was found to be a cause of stopping breastfeeding (Thompson, Roberts, Currie, & Ellwood, 2002). The physical conditions of mothers may depend on the difficulty-ease of birth or procedures received by mothers (Caroline Jane, 2007), a finding that agreed with several studies revealing that mothers who gave birth by caesarean section to have received more physiological and psychological impacts than mothers who gave birth naturally. Birth by caesarean section also affected the time of initiation of breastfeeding and positions for holding infants while breastfeeding (Chen, et al., 2008; Dashti, et al., 2010; Kohlhubera, et al., 2008; Thulier & Mercer, 2009; Whalen & Cramton, 2010; Zanardo, et al., 2010).

Currently, the rates of caesarean sections are escalating upward in a continually rising trend. Although the WHO has specified that caesarean section rates should not exceed 10-15%, Thailand has been found to have rapidly rising trends for births requiring caesarean sections over the past 10 years at these trends continue upward. According data from the Ministry of Public Health in 2009, the rate of caesarean sections in private hospitals was found to be 51.45% while statistics from the General Delivery Room of Siriraj Hospital in 2009-2010 showed caesarean section rates to be 32.5% and 34.4%, respectively.

Caesarean sections are considered an obstacle to breastfeeding and mother-infant bonding to a certain degree, in which it can be said that mothers who receive caesarean sections must confront discomfort from incision pain and mothers will feel annoyed and restrained by medical instruments. In addition, caesarean sections will cause higher blood loss than natural births, so mothers suffer fatigue and

require more rest than mothers who deliver naturally (Beare & Myers, 1994; Porter, van, Yip, & Bhattacharya, 2007), while there may also be side-effects from the anesthesia, e.g. low blood pressure, nausea, vomiting, headaches and back pains, so mothers suffer discomfort, inability to help themselves and inability to initiate breastfeeding on their own, which causes delays in breastfeeding (Gadsden, Hart, & Santos, 2005; Olav, 1994). This finding was concurrent with the study of Zanardo and colleagues (2010) who found mothers who gave birth by caesarean section to breastfeed infants for the first time at the average of 10.4 hours after birth while mothers who gave birth normally breastfed infants for the first time at the average time of 3.1 hours postpartum. Delays in breastfeeding, infrequent suckling and irregular breastfeeding will prevent infants from learning how to suckle properly from the first time (Boccolini, 2011 ; Pérez-Ríos, 2008) and obstruct processes in milk production and lactation, so the amount of milk is diminished (Lunn, 1992; Porter, Teijlingen, Yip, & Bhattacharya, 2007), thereby causing anxiety in mothers that infants will not receive sufficient nutrients and resulting in mothers providing formula milk for infants. Most infants receiving infant formula by incorrect methods will become attached to the taste of formula milk, become used to quick flow of milk and practice incorrect sucking. The result is that infants who have previously been offered formula will usually refuse to suckle at the breast (Agboado, Michel, Jackson, & Verma, 2010). Therefore, mothers who give birth by caesarean section are generally found to have lower breastfeeding rates than mothers who give birth naturally (Zanardo, et al., 2010).

Hence, the researcher has gained an interest in the predictors of successful exclusive breastfeeding at discharge from hospital in mothers giving birth by caesarean section because no previous studies have been conducted on this topic in Thailand by combining the following key factors: personal factors (age, previous experience with breastfeeding, attitude, self-efficacy), first feeding time and nurses support in promoting breastfeeding, so the findings can be used as guidelines in future plans for nursing care and breastfeeding promotion.

Research Objective

To determine the relative contributions of maternal age, previous experience with breastfeeding, attitude to breastfeeding, self-efficacy to breastfeeding, first feeding time and nurse support to the successful exclusive breastfeeding at discharge in mothers with cesarean section.

Research Methodology

This study was based on a predictive research design. The subjects were 110 mothers with caesarean section in postpartum units at Siriraj Hospital, by setting the following inclusion criteria for the sample group qualifications: 1) mothers who delivered by caesarean section; 2) mothers with singleton pregnancies delivering at full gestational age; 3) mothers aged 15-45 years; 4) mothers in good health with no complications; 5) mothers with no restrictions against breastfeeding; 6) mothers with normal breasts and no flattened or inverted nipples; 7) mothers with ability to communicate, read and write in Thai and 8) infants with good health and no congenital complications or disabilities posing as obstacles to breastfeeding.

Research Instrumentation

The data collection instruments for this study consisted of the following 6 sets of instruments:

1. The Personal Data Interviews Form containing data on age, educational attainment, marital status, occupation, family income, duration of maternity leave, breastfeeding experience and education about breastfeeding.

2. The Pregnancy and Delivery Data Records Form was copied from medical records and consisted of type of caesarean section, indicators for caesarean section, characteristics of the tongue tie of the infant, nipple and areola characteristics of the mother.

3. The Breastfeeding Attitude Questionnaire was evaluated with the Iowa Infant Feeding Attitude Scale (IIFAS) of De La Mora and Russel (1999). This scale was translated into Thai by the researcher.

4. The Breastfeeding Self-Efficacy Questionnaire was evaluated by using the Breastfeeding Self-Efficacy Scale-Short Form (BSES-SF) of Dennis (2003) and back-translated into Thai by Benjamat Tassanasupab (2006).

5. The Nursing Support Questionnaire was created by the researcher from the literature review and used to assess support for breastfeeding from nurses during the period after caesarean section. The questionnaire was divided into three sections on support consisting of emotional support, news and information, issues and services with 2 questions added to evaluate overall support from nurses which was not used to calculate scores.

6. The Baby-Feeding Records Form was created by the researcher from the literature review. The form consisted of the time when infants first breastfed, number of breastfeeding sessions and offering of infant formula supplements on the first day (after 24 hours - 48 hours postpartum), a table recording the types of milk received by the infants over a period of 24 hours and problems encountered during each breastfeeding, beginning after 48 hours - 72 hours postpartum. Researcher evaluated milk flow on the 3rd day postpartum.

Data Collection Methodology

When the postpartum mothers consented to participate in the study, the researcher requested the sample group to sign letters of consent to participate in the research. The researcher then recorded the data on pregnancy and delivery from the medical records of the sample group in the pregnancy and delivery data records form and interviewed the sample group at 12-24 hours after surgery with the personal data interviews form. After that, the researcher explained the methods for completing the 2 questionnaires, i.e. the breastfeeding attitude questionnaire, the breastfeeding self-efficacy questionnaire. Next, the researcher distributed the baby-feeding records form with explanations on the details for mothers to record. The forms recorded the time of breastfeeding initiation on the date of birth, the number breastfeeding sessions and

infant formula supplements on the first day postpartum. The type of food received by infants and problems encountered at each feeding were recorded on the second day postpartum with the nurses assigned to the patient ward. On the third day postpartum, the researcher assessed milk flow and explained methods for completing the nursing support questionnaire.

Data Analysis

The researcher performed statistical analysis on the tested data consisting of frequency distribution, percentage, mean and standard deviation with logistic regression analysis.

Research Findings

Demographic Data: The sample group were aged 15-42 years with an average age of 27 years. Approximately half of the subjects (51.9%) had graduated from elementary and junior high school. Most of the subjects (96.4%) were married while 58.2% worked for hire or as company employees with incomes of 6,000-38,000 baht per month. The sample group had an average income of 15,157 baht and most of the subjects (57.3%) did not have sufficient income for expenses while 55.5% of the subjects were entitled to take maternity leave. Of the number of subjects entitled to take maternity leave, 85.2% were able to take three months off for maternity leave. However, only 63.9% took the three months of maternity leave they were entitled to. Half of the subjects (54.5%) had experience in breastfeeding and most of the subjects (62.7%) had received breastfeeding instructions from doctors and nurses.

Pregnancy and Childbirth Data: Most of the subjects (80%) received emergency Caesarean sections. Most of the indicators for Cesarean section (75.5%) were caused by cephalo pelvic disproportion and previous Caesarean section. Approximately half of the infants had normal or mild tongue tie (ankloglossia). Most of the sample group had normal nipples with good areola elasticity.

Breastfeeding Data: Infants were found to have begun breastfeeding three hours postpartum at the earliest and twenty-four hours postpartum at the latest with an

average value of 10.9 hours for an average duration of first breastfeeding of 15.1 minutes. On the first day following delivery, the infants were breastfed an average of 8.6 times per day. Most of the infants (84.5%) also received infant formula. On the second day postpartum, more than half of the sample group (59.1%) was successful with exclusive breastfeeding at discharge from hospital. The infants were breastfed at an average of 9.9 times per day. On the third day postpartum, most of the subjects (89.1%) had a sufficiency milk supply. However, 33.6% of the subjects perceived themselves as having an insufficiency milk supply.

The overall average score for attitude was found to be 64.2 points (Min.-Max. = 50-81, S.D. = 5.8). The overall average score for perceived self-efficacy was found to be 51.0 points (Min.-Max. = 30-69, S.D. = 5.8) and the overall average score for support from nurses was found to be 46.4 points (Min.-Max. = 29-60, S.D. = 7.6).

According to the findings on the analysis of relationships between all variables with Pearson's Correlation Coefficient, maternal age, previous experience with breastfeeding, first feeding time and support from nurses were related to success in exclusively breastfeeding at discharge from hospital with statistical significance ($p < .01$). Attitude and self-efficacy regarding breastfeeding were not related to success in exclusive breastfeeding at discharge from hospital ($p=0.441$, $p=0.682$).

According to the logistic regression analysis, maternal age, support from nurses and first feeding time were able to predict success in exclusive breastfeeding before discharge at 36.5% (Nagelkerke $R^2 = 0.365$, $p < .05$).

Discussion of Findings

Maternal Age: According to the findings, the youngest subject was fifteen years old and the oldest was forty-two years old (Mean = 27, S.D. = 6). Maternal age was found to be positively related to success in exclusive breastfeeding at discharge from hospital ($r = 0.32$, $p < 0.01$) in that subjects with higher age would have greater success in exclusively breastfeeding at discharge from hospital. Maternal age was also found able to predict success in exclusive breastfeeding at discharge with statistical significance at .05 [Exp (B) = 1.102, 95%CI = 1.009-1.203] in that mothers with higher age at one standard unit have 1.102 times greater chance of success in exclusive

breastfeeding. Age, therefore, may be explained as an indicator of physiological readiness and psychological maturity to a certain degree. Most adult mothers have good emotional control and better emotional and psychological stability than adolescent mothers together with ability to adapt well when confronted with situations or stress. Adulthood is also an age marked by capability of in-depth learning and effective practice of various skills (Srerean Knewkungwan, 2010). Young or adolescent mothers exhibit rapid changes in various aspects, mood swings, confusion and high sensitivity, thereby leading to lack of emotional stability when confronting various situations or stress (Steinberg, 2002). Furthermore, breastfeeding is not an incident occurring instinctively. Mothers must learn mechanisms for triggering lactation and secreting breast milk, helping their infants latch on correctly and breastfeeding effectively. In addition, mothers and infants must learn together. Learning and responses between mothers, especially in the period immediately following delivery, is a challenging period for mothers who are faced with real practice and confronted with obstacles potentially occurring at any time, e.g. fatigue, incision pain, inadequate milk supply, infant refusal to breastfeed, nipple pain or cracked nipples, etc. (Brand, Kothari, & Stark, 2011; Walker, 2007). Most adult mothers possess readiness, patience and ability to think and analyze logically, thereby causing adult mothers to generally have better success in breastfeeding than young mothers. This has been found to be concurrent with numerous studies finding adult mothers to have greater success in exclusive breastfeeding before discharge from hospital than adolescent mothers (Pechlivani, et al., 2005). Furthermore, older mothers are 1.51 times more likely to be able to breastfeed exclusively than young mothers (OR = 1.51, 95% CI 1.00-2.29) (Scott, et al., 2001), a finding that agrees with the study of Scott and colleagues (2006) who examined factors predicting exclusive breastfeeding on the third day postpartum and found maternal age to be nearly three times more capable of predicting exclusive breastfeeding at discharge from hospital (OR = 2.66, 95% CI 0.79-8.98).

Nurses Support: According to the findings, most of the subjects received support a high level of nurses support (Min.-Max. = 29-60, Mean = 46.4, S.D. = 7.6) and nurses support was found to be positively related to success in exclusive breastfeeding at discharge from hospital ($r = 0.32$, $p < 0.01$), i.e. the subjects who

received high levels of nurses support had greater chance of success in exclusive breastfeeding at discharge from hospital. Nurses support can predict success in exclusive breastfeeding at discharge from hospital with statistical significance at .05 [Exp (B) = 1.089, 95%CI = 1.021-1.161], i.e. if sample group received one more standard unit of support from nurses, the sample group would have 1.089 times greater chance of success in exclusive breastfeeding at discharge from hospital. This finding may be explained in that mothers feel fatigued and have incision pain following cesarean section, thereby preventing mothers from being able to perform daily activities on their own or care for infants alone. Mothers may also experience anxiety that childcare and performance of daily activities will have effects on incision sites by making wounds inflamed or torn. Therefore, help and support from nurses helped the sample group to experience reduced anxiety with better morale and determination to breastfeed during the postpartum period, which is a difficult time for mothers to adjust (Loto, et al., 2010; Tam, et al., 2003). Support from nurses can help prevent problems caused by delayed initiation of breastfeeding or help solve potential problems before those problems are too difficult to solve (Walker, 2007), a finding that was concurrent with the study of Mauri, Zobbi and Zannini (2011) who found support from nurses to enable mothers to overcome the problems and obstacles of breastfeeding while in hospital. According to the study of Henderson and Redshaw (2011), nurses support was found to be related to breastfeeding in the form of emotions, information, and tangible, thereby causing the rate of exclusive breastfeeding at discharge from hospital to increase with statistical significance ($p < 0.001$), which concurred with studies finding mothers who received support from nurses after caesarean section to have greater success in exclusive breastfeeding at discharge from hospital with statistical significance ($p < 0.05$) with fourteen times the ability to predict chances of success in exclusive breastfeeding at discharge from hospital (OR = 14.40, 95% CI 3.79-54.72) (Yubha Temeeteerakul, 2007).

First Feeding Time: According to the findings, infants began breastfeeding for the first time within three hours postpartum at the earliest and within twenty-four hours at the latest (Mean = 10.9, S.D. = 6.1). The first feeding time was found to be negatively related to success in exclusive breastfeeding at discharge ($r = -0.35$, $p < 0.01$), i.e. subjects who began to breastfeed quickly or had less time elapsed

from caesarean section to breastfeeding initiation had increased success in exclusive breastfeeding at discharge from hospital. First feeding time can predict success in exclusive breastfeeding at discharge from hospital with statistical significance at .05 [Exp (B) = 0.890, 95% CI = 0.821-0.965], i.e. if the sample group increased the time elapsed before breastfeeding by one standard unit, the sample group will have 0.890 times less chance of succeeding at exclusive breastfeeding. This finding may be explained that early initiation of breastfeeding triggers more rapid flow of milk because breastfeeding will help trigger Prolactin hormone production which helps create milk and Oxytocin hormones which help secrete milk (Edmond et al., 2006; Walker, 2011). In addition, initiation of breastfeeding on the day of delivery is extremely important to the learning of infants, e.g. latching on to the nipple, suckling, suckling reflexes and swallowing, which was consistent with studies finding infants who began breastfeeding late with no consistency, thereby resulting in delays in the process of producing and secreting milk with further negative effects on infants in learning to breastfeed at the next phase (Evans, et al., 2003; Hill, Humenick, Brennan, & Woolley, 1997; Radzynski, 2005). Therefore, early initiation of breastfeeding is essential to successful breastfeeding in terms of accelerating the process of producing and secreting milk while also preventing various problems such as insufficient milk, refusal to breastfeed, etc. Furthermore, use of anesthesia will also have effects on the amount of milk, thereby causing mothers undergoing cesarean section to have less milk than mothers delivering vaginally (Baumgarder, Muehl, Fischer, & Pribbenow, 2003; Evans, et al., 2003; Jordan, Emery, Bradshaw, Watkins, & Friswell, 2005). The fact that mothers have inadequate milk for the needs of infants leads to use of formula milk, thereby causing infants to breastfeed less and reducing milk flow. When milk flow is reduced, the breasts produce less milk, which was concurrent with the findings of this study finding most infants to have received formula milk during the first 24-48 hours following cesarean section, while 33.6% perceived milk volume to be insufficiency and 14.5% of the infants refused to breastfeed at discharge from hospital. Furthermore, the study of Pechlivani and colleagues (2005) found early initiation of breastfeeding to increase the rates of exclusive breastfeeding with statistical significance ($p < 0.01$). The fact that mothers initiated breastfeeding more than two hours postpartum was found to be related to decreased breastfeeding rates while in

hospital and at one month and four months postpartum (Nakao, Moji, Honda, & Oishi, 2008). Moreover, if mothers began breastfeeding at two hours postpartum, mothers will have five times higher rates of exclusive breastfeeding at discharge from hospital than mothers who began later than two hours (Mazur & Mikiel-Kostyra, 2000).

Self-Efficacy: According to the findings, most of the subjects had high levels of perceived self-efficacy regarding breastfeeding (Min.-Max. = 30-69, Mean = 51.0, S.D. = 5.8). However, perceived self-efficacy in breastfeeding was not found to be related to success in exclusive breastfeeding at discharge from hospital ($r = 0.04$, $p = 0.68$). Furthermore, according to the logistic regression analysis, perceived self-efficacy in breastfeeding was unable to predict success in exclusive breastfeeding at discharge from hospital ($p = 0.860$). The findings of this study may be explained in that, although the sample group had confidence in their capabilities, breastfeeding was not solely reliant on maternal instincts. Breastfeeding is a process requiring learning and adaptation between mothers and infants (Walker, 2007), including information, details and numerous techniques mothers of which mothers may be unaware. In addition, the unready physical conditions of mothers after cesarean section and potential side-effects from anesthesia (Gadsden, Hart, & Santos, 2005) cause mother's inability to help themselves. Cesarean section also results in psychological impacts on mothers. Mothers may have fear and anxiety regarding their safety, fear of incision pain, fear concerning incision healing and fear of incision inflammation or tearing (Lobel & DeLuca, 2007). Hence, mothers need rest to recover physically and psychologically with the view that mothers might be able to breastfeed if there physically were ready and stronger. As a result mothers have high levels of self-confidence. Most mothers, however, were unaware that delayed initiation of breastfeeding would cause a number of problems such as inadequate milk, infants becoming accustomed to the taste of infant formula and attachment to quick milk flow, all of which caused infants to refuse to breastfeed or breastfeed ineffectively because infants did not learn to latch on to the breast and breastfeed correctly from the start, which may cause mothers to suffer nipple pain or cracked nipples. Furthermore, mothers had to perform activities in line with treatment and nursing plans set by the hospital following delivery, so mothers were unable to spend all of their time with infants in addition to the fact that non-private settings with relatives of mothers and

other relatives together with interruptions by hospital activities caused mothers find breastfeeding inconvenient (McInnes, & Chambers, 2008). In addition, the routine practices of officials in separating mothers and infants at night caused negative impacts on milk production because more prolactins are produced at night, so nighttime breastfeeding produces more milk than daytime breastfeeding, which will help accelerate milk production (Suaree Aontrakan and Tidarad Wongwisud, 2007). The findings of this study differed from studies in normal postpartum mothers which found perceived self-efficacy in breastfeeding to be positively related to exclusive breastfeeding at discharge from hospital ($p < 0.001$) (Gregory, et al., 2008) and at the first week postpartum ($p < 0.09$) (Blyth, et al., 2002; Dennis, Heaman, & Mossman, 2011).

Attitude: According to the findings, most of the subjects had good attitudes toward breastfeeding (Min.-Max. = 50-81, Mean = 64.2, S.D. = 5.8) and attitude toward breastfeeding was found to be unrelated to success in exclusive breastfeeding at discharge from hospital ($r = 0.07$, $p = 0.44$) while logistic regression analysis found attitude toward breastfeeding to be unable to predict success in exclusively breastfeeding at discharge from hospital ($p = 0.707$). This finding may be explained in that, although the sample group had good attitudes toward breastfeeding, the influence of situations where mothers had had to deliver by caesarean section confronted the sample group with numerous discomforts, including incision pain, inconvenient movement and inability to help themselves. These conditions caused mothers to require more time to return to normal conditions than mothers who delivered vaginally (Kacmar, et al., 2003). The aforementioned incidents caused mothers to require rest at the beginning and postpone breastfeeding. Most of the mothers were unaware that the fact that infants did not breastfeed from the start will cause other problems such as insufficiency milk, infant refusal to breastfeed and lack of skills in holding infants to breastfeed. If infants failed to breastfeed correctly mothers would suffer nipple pain and cracked nipples, causing greater difficulty in successful exclusive breastfeeding which goes in the same direction as perceived self-efficacy. Therefore, good attitude was unable to predict success in exclusive breastfeeding at discharge from hospital, which was concurrent with the study of Pimduan Donsa (2003) who found attitude to have no effects on breastfeeding

behaviors in mothers after cesarean section, which differed from a study in postpartum mothers who delivered vaginally which found mothers with good attitudes toward breastfeeding to have effects on exclusive breastfeeding at discharge from hospital with statistical significance (Lin, et al., 2008; McMillan, et al., 2008; Scott, Shaker, & Reid, 2004) and bad attitudes toward breastfeeding to have effects by causing mothers to quickly offer infant formula (DiGirolamo, Grummer-Strawn, & Fein, 2008; Scott, 2006).

previous experience with breastfeeding: According to the findings, 54.5% of the sample group had experience with breastfeeding an older sibling. However, only 15% of the sample group breastfed exclusively for six months. Breastfeeding experience was found to be positively related to success in exclusive breastfeeding at discharge from hospital ($r = 0.28$, $p < 0.01$), i.e. the sample group with breastfeeding experience succeeded in exclusive breastfeeding at discharge from hospital. However, breastfeeding experience was unable to predict success in exclusive breastfeeding at discharge from hospital ($p = 0.120$). This finding may be explained in that, although mothers had experience in breastfeeding an older sibling, mothers were confronted with different situations and environments. In addition, 41.6% of the sample group comprised multigravida mothers who had undergone caesarean section for the first time, thereby causing the mothers to feel discomfort and pain from their incisions, fatigue from blood loss and side-effects from anesthesia together with psychological impacts on mothers (Gadsden, Hart, & Santos, 2005). Mothers may have fears and anxiety for their safety, fear of incision pain and fear about incision healing (Lobel & DeLuca, 2007). The aforementioned situation interrupted breastfeeding more than mothers who had delivered vaginally, thereby causing mothers to require rest in the beginning and making the mothers want to postpone breastfeeding. The mothers may have not been aware of the fact that infants who do not breastfeed from the start will have problems which makes it more difficult to achieve success at exclusive breastfeeding exclusively. Furthermore, healthcare personnel usually used their feelings to evaluate in order to provide breastfeeding support, so primigravida mothers receive more support and attention than multigravida mothers. Hence, multigravida mothers lack assessment and support. In addition, problems were solved individually and may have been influenced by environmental

factors such as the fact that mothers may be temporarily separated from infants on the day before discharge from hospital, mothers who do not stay with infants at all times, infants possibly receiving infant formula from the staff, including non-private environments with situations similar to perceived self-efficacy and attitude as previously noted. Therefore, breastfeeding experience was found to be unable to predict success in exclusive breastfeeding before discharge from hospital, a finding which differed from the study of Qiu, Zhao, Binns, Lee and Xie (2009) who found mothers with breastfeeding experience to be able to predict exclusive breastfeeding before discharge from hospital at 1.87 times that of mothers with no experience (OR = 1.87, 95% CI 1.33-2.64) and mothers with no breastfeeding experience will give up breastfeeding at a higher rate than experienced mothers (Kronborg & Michael., 2004).

Research Recommendations

In line with the findings, the researcher recommends the following for implementation of the findings and further research.

Recommendations for Implementation of the Findings

1. According to the findings, maternal age, nurses support and first feeding time can predict the chance for success at exclusive breastfeeding at discharge in mothers with cesarean section with statistical significance at 0.05. Therefore, nurses should give importance to supporting mothers and bringing infants to breastfeed promptly, especially in young mothers, in order to help increase the rate of success in exclusive breastfeeding at discharge from hospital and build a foundation for future breastfeeding.

2. According to the findings, on the third day following caesarean section, the researcher assessed the amount of milk of the subjects in the sample group and found 89.1% of the subjects to have adequate milk supply with only 10.9% of the subjects who had inadequate milk supply, i.e. expressed breast milk, which was in conflict with the perception of the sample group. Most of the subjects (33.6%) perceived themselves as having inadequate milk supplies and offered infant formula to their infants on the date before discharge from hospital. Therefore, nurses should

assess the perception of mothers on the aforementioned topic and form an accurate understanding to prevent unnecessary infant formula supplements.

Recommendations for Further Research

1. Additional studies should be conducted on other variables, e.g. factors concerned with physical conditions, incision pain, fatigue, type of cesarean section, characteristics of former breastfeeding experience, milk supply on the day before discharge from hospital and maternal perception of milk supply, etc.
2. Additional studies should be conducted on the predictive power of maternal age, previous experience with breastfeeding, attitude, self-efficacy, first feeding time and nurses support on success in exclusive breastfeeding over periods of one month, three months and six months following discharge from hospital to study long-term relationships.
3. experimental or quasi-experimental studies should be conducted on factors concerned with maternal age, first feeding time and nurses support with comparison of test results in groups exposed to the factors and groups that not exposed to the factors.

บรรณานุกรม

- กรรณิการ์ บางสาขน้อย. (2550). Feeding at the Breast & Breastfeeding Assessment. ใน นิพวรรณพร
วรมงคล (บรรณาธิการ), *คู่มือการอบรมผู้เชี่ยวชาญการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่: สำนัก
ส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข*.
- กรรณิการ์ วิจิตรสุคนธ์. (2554). แนวปฏิบัติตามบันได 10 ขั้น. ใน กรรณิการ์ วิจิตรสุคนธ์, พรณ
รัตน์ แสงเพิ่ม, นันทิยา วัฒนา, สุพินดา เรืองจิรัชเชียร และสุดาภรณ์ พยัคฆเรือง
(บรรณาธิการ), *การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่* (หน้า 101-112). กรุงเทพฯ: ศูนย์ฝึกอบรมการ
เลี้ยงลูกด้วยนมแม่และโภชนาการเด็ก คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- เกียรติสุตา ศรีสุข.(2552). *ระเบียบวิธีวิจัย*. เชียงใหม่ : โรงพิมพ์ครองช้าง.
- คณะพร เตชะเสาวภาคย์. (2554). *ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวย 6 เดือนของ
แม่ในเขตกทม.* วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ดวงกมล ปิ่นเกลียว และเยาวลักษณ์ เสรีเสถียร. (2552). ความทุกข์ทรมานของสตรีหลังผ่าตัดคลอด
ทางหน้าท้อง. *Nursing science*, 27(2), 18-38.
- เบญจมาศ ทักษะสุภาพ. (2549). *ผลของโปรแกรมการให้คำแนะนำอย่างมีแบบแผนต่อสมรรถนะ
แห่งตนในการให้นมบุตร, อาการเจ็บหัวนม, การเปลี่ยนแปลงของหัวนม และความ
เจ็บปวดแผลผ่าตัด ในมารดาหลังผ่าตัดคลอด.* วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรม
หาบัณฑิต. มหาวิทยาลัยมหิดล.
- พิมเดือน ดอนสระ. (2546). *ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในมารดาที่ได้รับการ
ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง.* วิทยานิพนธ์ศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัย
รามคำแหง, กรุงเทพมหานคร.
- ภาสุรี แสงศุกวานิช. (2546). นมแม่กับโรคภูมิแพ้. ใน สำหรี จิตตินันท์, วีระพงษ์ ถัทรานนท์ และ
ศิริภรณ์ สวัสดิ์วร (บรรณาธิการ), *เลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ความรู้..สู่ปฏิบัติ* (หน้า 38-46).
กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์กรุงเทพเวชสาร.
- มานี ปิยะอนันต์. (2548). บันได 10 ขั้นสู่ความสำเร็จของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่. ใน วิบูลพรรณ ฐิตะ
ดิกล, มานี ปิยะอนันต์ และยุพอง แห่งชวนิช (บรรณาธิการ), *คู่มือการเลี้ยงลูกด้วยนม
แม่ สำหรับแพทย์ประจำบ้าน สาขาสตูดินรีเวชวิทยา*. กรุงเทพฯ: ราชวิทยาลัยสูตินรี
แพทย์แห่งประเทศไทยและชมรมส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่.

- รวีวรรณ นิวัทยะกุล. (2548). โครงการเพิ่มประสิทธิภาพการไหลของน้ำนมแม่. ใน รวีวรรณ นิวัทยะกุล (บรรณาธิการ), *การประชุมวิชาการนมแม่แห่งชาติ ครั้งที่ 1 นมแม่...ทุนสมอง*. กรุงเทพฯ ประเทศไทย.
- รังสรรค์ ประเสริฐศรี. (2548). *พฤติกรรมองค์การ*. กรุงเทพฯ: ธรรมสาร จำกัด.
- วิทยา ถิฐาพันธ์. (2552). *การผ่าตัดคลอดตามคำร้องขอของมารดา*. เวชศาสตร์ปริกำเนิดข้อถกเถียงในเวชปฏิบัติปริกำเนิด, แพทย์.
- วิภาพร มาพบสุข. (2547). *จิตวิทยาทั่วไป*. กรุงเทพฯ: ศูนย์ส่งเสริมวิชาการ.
- วีระพงษ์ นัตรานนท์. (2546). พัฒนาการสมอง. ใน สำหรับ จิตตินันท์, วีระพงษ์ นัตรานนท์ และศิริภรณ์ สวัสดิ์วร (บรรณาธิการ), *เลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ความรู้..สู่ปฏิบัติ* (หน้า 12-15). กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์กรุงเทพเวชสาร.
- วิไลพรรณ สวัสดิ์พาณิชย์. (2552). *การพยาบาลมารดาหลังคลอด*. ชลบุรี: ศรีศิลป์การพิมพ์.
- ศรีเรือน แก้วกังวาล. (2553). *จิตวิทยาพัฒนาการชีวิตทุกช่วงวัย*. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- ศิริภรณ์ สวัสดิ์วร, กุสุมา ชูศิลป์ และกรรมธิการ บางสายน้อย. (2548). คุณค่าของน้ำนมแม่ต่อลูก. ใน วิบูลพรรณ ฐิตะดิลก, มานี ปิยะอนันต์ และยุพยง แห่งเชาวนิช (บรรณาธิการ), *คู่มือการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ สำหรับแพทย์ประจำบ้าน สาขาสตูดินรีเวชวิทยา* (หน้า 15-37). กรุงเทพฯ: ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทยและชมรมส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่.
- ศิริพร กัญชนะ. (2546). นโยบายส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของประเทศไทย. ใน สำหรับ จิตตินันท์, วีระพงษ์ นัตรานนท์ และศิริภรณ์ สวัสดิ์วร (บรรณาธิการ), *เลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ความรู้..สู่ปฏิบัติ* (หน้า 331-337). กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์กรุงเทพเวชสาร.
- สมศักดิ์ สุทัศนาวรรุณ. (2548). ผลดีต่อสุขภาพอนามัยของแม่ในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่. ใน วิบูลพรรณ ฐิตะดิลก, มานี ปิยะอนันต์ และยุพยง แห่งเชาวนิช (บรรณาธิการ), *คู่มือการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ สำหรับแพทย์ประจำบ้าน สาขาสตูดินรีเวชวิทยา*. กรุงเทพฯ: ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทยและชมรมส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่.
- สุชาดา อินทวิวัฒน์ และสมศักดิ์ ไหลเวชพิทยา. (2552). การผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง. ใน มานี ปิยะอนันต์, ชาญชัย วันทนาศิริ และประเสริฐ ศันสนียวิทย์กุล (บรรณาธิการ), *ตำราสูติศาสตร์* (หน้า 177-182). กรุงเทพฯ: พี.เอ.ลีฟวิ่ง.

- สุดาภรณ์ พัทธมเรือง. (2554). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่. ใน กรรณิการ์ วิจิตร
สุคนธ์, พรรณรัตน์ แสงเพิ่ม, นันทิยา วัฒนา, สุพินดา เรืองจิรัชเชียร และสุดาภรณ์
พัธมเรือง (บรรณาธิการ), *การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่* (หน้า 17-25). กรุงเทพฯ: ศูนย์
ฝึกอบรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่และโภชนาการเด็ก คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุอารีย์ อันตระการ และธิดารัตน์ วงศ์วิสุทธิ. (2546). แม่ผ่าท้องคลอด(C/S) ควรเริ่มให้นมแม่เมื่อไร.
ใน สำหรับ จิตตินันท์, วีระพงษ์ ฉัตรานนท์ และศิริภรณ์ สวัสดิ์วร (บรรณาธิการ),
เลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ความรู้..สู่ปฏิบัติ. (หน้า 132-134). กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์กรุงเทพ
เวชสาร.
- สุอารีย์ อันตระการ และธิดารัตน์ วงศ์วิสุทธิ. (2550). ความรู้พื้นฐานสู่ความสำเร็จของการเลี้ยงลูก
ด้วยนมแม่. ใน นิพนธ์พร วรมงคล (บรรณาธิการ), *คู่มือการอบรมผู้เชี่ยวชาญการ
เลี้ยงลูกด้วยนมแม่* (หน้า 44-78): สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวง
สาธารณสุข.
- แสงทอง เลิศประเสริฐพงศ์. (2544). ความวิตกกังวลเกี่ยวกับบุตรที่ถูกแยกจากมารดา การรับรู้
พฤติกรรมทารกแรกเกิด กับสัมพันธภาพระหว่างมารดากับทารกในมารดาที่ได้รับการ
ผ่าตัดเอาทารกออกจากหน้าท้อง. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต,
มหาวิทยาลัยมหิดล.
- Agboado, G., Michel, E., Jackson, E., & Verma, A. (2010). Factors associated with breastfeeding
cessation in nursing mothers in a peer support programme in Eastern Lancashire.
BioMed Central Pediatrics, 10(3).
- Anderson, A. K., Damio, G., Young, S., Chapman, D. J., & Perez-Escamilla, R. (2005). A
randomized trial assessing the efficacy of peer counseling on exclusive breastfeeding
in a predominantly Latina low-income community. *Archives of Pediatrics &
Adolescent Medicine*, 159(9), 836-841.
- Anderson, J. W., Johnstone, B. M., & Remley, D. T. (1999). Breast-feeding and cognitive
development: a meta-analysis. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 70(4),
525-535.
- Asole, S., Spinelli, A., Antinucci, L. E., & Di Lallo, D. (2009). Effect of hospital practices on
breastfeeding: a survey in the Italian region of Lazio. *Journal of Human Lactation*,
25(3), 333-340.

- Attard Montalto, S., Borg, H., Buttigieg-Said, M., & Clemmer, E. J. (2010). Incorrect advice: the most significant negative determinant on breast feeding in Malta. *Midwifery*, 26(1), e6-e13.
- Avery, A., Zimmermann, K., Underwood, P. W., & Magnus, J. H. (2009). Confident commitment is a key factor for sustained breastfeeding. *Birth*, 36(2), 141-148.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84(2), 191-215.
- Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action: A social cognitive theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Bandura, A. (1989). Social cognitive theory. In R. Vasta (Ed.), *Annals of child development*. Vol.6. *Six theories of child development* (pp. 1-60). Greenwich, CT: JAI Press.
- Baumgardner, D. J., Muehl, P., Fischer, M., & Pribbenow, B. (2003). Effect of labor epidural anesthesia on breast-feeding of healthy full-term newborns delivered vaginally. *Journal of the American Board of Family Practice*, 16(1), 7-13.
- Beare, P., & Myers, J. (1994). *principles and practice of adult health nursing* (2nd ed.). St.Louis, MO: Mosby Year Book.
- Betrán, A. P., Merialdi, M., Lauer, J. A., Wang, B.-S., Thomas, J., Van Look, P., et al. (2007). Rates of caesarean section: analysis of global, regional and national estimates. *Paediatric & Perinatal Epidemiology*, 21(2), 98-113.
- Black, C., Kaye, J. A., & Jick, H. (2005). Cesarean delivery in the United Kingdom: time trends in the general practice research database. *Obstetrics & Gynecology*, 106(1), 151-155.
- Blair, A., Cadwell, K., Turner-Maffei, C., & Brimdyr, K. (2003). The relationship between positioning, the breastfeeding dynamic, the latching process and pain in breastfeeding mothers with sore nipples. *Breastfeed Review*, 11(2), 5-10.
- Blyth, R., Creedy, D. K., Dennis, C., Moyle, W., Pratt, J., & De Vries, S. M. (2002). Effect of maternal confidence on breastfeeding duration: an application of breastfeeding self-efficacy theory. *Birth: Issues in Perinatal Care*, 29(4), 278-274.
- Boccolini CS, C. M., Oliveira MI, Vasconcellos AG. (2011). Factors associated with breastfeeding in the first hour of life. *Revista de Saude Publica*, 45(1), 69-78.

- Bosnjak, A. P., Grguric, J., Stanojevic, M., & Sonicki, Z. (2009). Influence of sociodemographic and psychosocial characteristics on breastfeeding duration of mothers attending breastfeeding support groups. *Journal of Perinatal Medicine*, 37(2), 185-192.
- Brand, E., Kothari, C., & Stark, M. A. (2011). Factors Related to Breastfeeding Discontinuation Between Hospital Discharge and 2 Weeks Postpartum. *Journal of Perinatal Education*, 20(1), 36-44.
- Britton, C., McCormick, F. M., Renfrew, M. J., Wade, A., & King, S. E. (2007). Support for breastfeeding mothers. *Cochrane Database of Systematic Reviews*(1).
- Cakmak, H., & Kuguoglu, S. (2007). Comparison of the breastfeeding patterns of mothers who delivered their babies per vagina and via cesarean section: An observational study using the LATCH breastfeeding charting system. *International Journal of Nursing Studies*, 44(7), 1128-1137.
- Callen, J., & Pinelli, J. (2004). Incidence and duration of breastfeeding for term infants in Canada, United States, Europe, and Australia: A literature review. *Birth*, 31(4), 285-292.
- Caroline Jane, G. (2007). Secrets and lies: Breastfeeding and professional paid work. *Social Science & Medicine*, 65(2), 393-404.
- Chen, L., Liu, C., Merrett, C., Chuo, Y., & Wan, K. (2008). Initiation of breastfeeding lessons from Taiwan. *Paediatric Nursing*, 20(3), 34-36.
- Chen, Y., Yu, S. Z., & Li, W. X. (1988). Artificial feeding and hospitalization in the first 18 months of life. *Pediatrics*, 81(1), 58-62.
- Chezem, J. (2003). Breastfeeding knowledge, breastfeeding confidence, and infant feeding plans: effects on actual feeding practices. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, 32(1), 40-47.
- Chin, L., & Amir, L. H. (2008). Survey of patient satisfaction with the breastfeeding education and support services of the Royal Women's Hospital, Melbourne. *Biomedical Health Services Research*, 8(1), 83.
- Christensson, K., Siles, C., Moreno, L., Belaustequi, A., De La Fuente, P., Lagercrantz, H., et al. (1992). Temperature, metabolic adaptation and crying in healthy full-term newborns cared for skin-to-skin or in a cot. *Acta Paediatrica*, 81(6-7), 488-493.

- Clark, S. L., Belfort, M. A., Dildy, G. A., Herbst, M. A., Meyers, J. A., & Hankins, G. D. (2008). Maternal death in the 21st century: causes, prevention, and relationship to cesarean delivery. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 199(1), 36 e31-35; discussion 91-32 e37-11.
- Coleman, B. L., Gutmanis, I., Larsen, L. L., Leffley, A. C., McKillop, J. M., & Rietdyk, A. E. (2009). Introduction of solid foods: do mothers follow recommendations? *Canadian Journal of Dietetic Practice & Research*, 70(3), 135-140.
- Coulibaly, R., Seguin, L., Zunzunegui, M., & Gauvin, L. (2006). Links between maternal breast-feeding duration and Quebec infants' health: a population-based study. Are the effects different for poor children? *Maternal & Child Health Journal*, 10(6), 537-543.
- Cunningham, F. G., Leveno, K. J., Bloom, S. L., Hauth, J. C., Rouse, D. J., & Spong, C. Y. (2010). *Williams obstetrics cesarean delivery and peripartum hysterectomy* (23th ed.). New York: McGraw-Hill.
- Dashti, M., Scott, J. A., Edwards, C. A., & Al-Sughayer, M. (2010). Determinants of breastfeeding initiation among mothers in Kuwait. *International Breastfeeding Journal*, 5(1), 7.
- De La Mora, A., Russell, D. W., Dungy, C. I., Losch, M., & Dusdieker, L. (1999). The Iowa Infant Feeding Attitude Scale: analysis of reliability and validity. *Journal of Applied Social Psychology*, 29(11), 2362-2380.
- DeMott, R. K., & Sandmire, H. F. (1990). The Green Bay cesarean section study. I. The physician factor as a determinant of cesarean birth rates. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 162(6), 1593-1599; discussion 1599-1602.
- Deneux-Tharaux, C., Carmona, E., Bouvier-Colle, M. H., & Breart, G. (2006). Postpartum maternal mortality and cesarean delivery. *Obstetrics & Gynecology*, 108(3 Pt 1), 541-548.
- Dennis, C. L. (2003). The Breastfeeding Self-Efficacy Scale: psychometric assessment of the short form. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, 32(6), 734-744.

- Dennis, C.-L., Heaman, M., & Mossman, M. (2011). Psychometric Testing of the Breastfeeding Self-Efficacy Scale-Short Form Among Adolescents. *Journal of Adolescent Health, 49*(3), 265-271.
- DiGirolamo, A. M., Grummer-Strawn, L. M., & Fein, S. B. (2008). Effect of maternity-care practices on breastfeeding. *Pediatrics, 122*, 43-49.
- Donath, S. M., & Amir, L. H. (2003). Relationship between prenatal infant feeding intention and initiation and duration of breastfeeding: a cohort study. *Acta Paediatrica, 92*(3), 352-356.
- Doris, B. (1989). *Introductory Maternity Nursing* (5th ed.). Philadelphia: J.B. Lippincott company.
- Dykes, F., Moran, V. H., Burt, S., & Edwards, J. (2003). Adolescent mothers and breastfeeding: experiences and support needs--an exploratory study. *Journal of Human Lactation, 19*(4), 391-401.
- Edmonds, D. K. (2007). Puerperium and Lactation. In Edmonds D.K. (Ed.), *Dewhurst 's Textbook of obstetrics* (7th ed.). Oxford, England: Blackwell Science.
- Edmond, K. M., Zandoh, C., Quigley, M. A., Amenga-Etego, S., Owusu-Agyei, S., & Kirkwood, B. R. (2006). Delayed breastfeeding initiation increases risk of neonatal mortality. *Pediatrics, 117*(3), e380-386.
- Emel Örün, S. S. Y., Yusuf Madenda. (2010). Factors associated with breastfeeding initiation time in a Baby-Friendly Hospital. *The Turkish Journal of Pediatrics, 52*, 10-16.
- Evans, K. C., Evans, R. G., Royal, R., Esterman, A. J., & James, S. L. (2003). Effect of caesarean section on breast milk transfer to the normal term newborn over the first week of life. *Archives of Disease in Childhood -- Fetal & Neonatal Edition, 88*(5), 380-382.
- Evers S, Doran L, & Schellenberg K. (1998). Influences on breastfeeding rates in low income communities in Ontario. *Canadian Journal of Public Health, 89*(3), 203-207.
- Fairlie, T. G., Gillman, M. W., & Rich-Edwards, J. (2009). High pregnancy-related anxiety and prenatal depressive symptoms as predictors of intention to breastfeed and breastfeeding initiation. *Journal of Women's Health, 18*(7), 945-953.
- Fewtrell, M. S. (2004). The long-term benefits of having been breastfed. *Current Paediatrics 14*, 97-103.

- Forster, D. A., McLachlan, H. L., & Lumley, J. (2006). Factors associated with breastfeeding at six months postpartum in a group of Australian women. *International Breastfeeding Journal*, 1(1), 18.
- Furman, L., & Minich, N. (2004). Efficiency of breastfeeding as compared to bottle-feeding in very low birth weight (VLBW, <1.5 kg) infants. *Journal of Perinatol*, 24(11), 706-713.
- Gadsden, J., Hart, S., & Santos, A. (2005). Post-cesarean delivery analgesia. *Anesthesia & Analgesia*, 101(5), 62-69.
- Gonzalez, K. A., Meinzen-Derr, J., Burke, B. L., Hibler, A. J., Kavinsky, B., Hess, S., et al. (2003). Evaluation of a lactation support service in a children's hospital neonatal intensive care unit. *Journal of Human Lactation*, 19(3), 286-292.
- Gregory, A., Penrose, K., Morrison, C., Dennis, C., & MacArthur, C. (2008). Psychometric properties of the Breastfeeding Self-Efficacy Scale-Short Form in an ethnically diverse U.K. sample. *Public Health Nursing*, 25(3), 278-284.
- Gribble, K. D., McGrath, M., MacLaine, A., & Lhotska, L. (2011). Supporting breastfeeding in emergencies: protecting women's reproductive rights and maternal and infant health. *Disasters*, 35(4), 720-738.
- Grijbovski, A. M., Ehrenblad, B., & Yngve, A. (2008). Infant feeding in Sweden: socio-demographic determinants and associations with adiposity in childhood and adolescence. *International Breastfeeding Journal*, 3(1), 23.
- Hall, R. T., Mercer, A. M., Teasley, S. L., McPherson, D. M., Simon, S. D., Santos, S. R., et al. (2002). A breast-feeding assessment score to evaluate the risk for cessation of breast-feeding by 7 to 10 days of age. *Journal of Pediatrics*, 141(5), 659-664.
- Hatsu, I. E., McDougald, D. M., & Anderson, A. K. (2008). Effect of infant feeding on maternal body composition. *International Breastfeed Journal*, 3, 18.
- Hauck, Y., Fenwick, J., Dhaliwal, S., & Butt, J. (2011). A Western Australian survey of breastfeeding initiation, prevalence and early cessation patterns. *Maternal and Child Health Journal*, 15(2), 260-268.
- Henderson, J., & Redshaw, M. (2011). Midwifery factors associated with successful breastfeeding. *Child: Care, Health and Development*, 37(5), 744-753.

- Hill, P. D., Humenick, S. S., Brennan, M. L., & Woolley, D. (1997). Does early supplementation affect long-term breastfeeding? *Clinical Pediatrics (Philadelphia)*, 36(6), 345-350.
- Hill, P. D., & Johnson, T. S. (2007). Assessment of breastfeeding and infant growth. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 52(6), 571-578.
- Hoddinott, P., Kroll, T., Raja, A., & Lee, A. J. (2010). Seeing other women breastfeed: how vicarious experience relates to breastfeeding intention and behaviour. *Maternal and Child Nutrition*, 6(2), 134-146.
- Hong, T. M., Callister, L. C., & Schwartz, R. (2003). First-time mothers' views of breastfeeding support from nurses. *MCN: The American Journal of Maternal Child Nursing*, 28(1), 10-15.
- Ho, Y.-J., & McGrath, J. M. (2011). A Chinese version of Iowa Infant Feeding Attitude Scale: reliability and validity assessment. *International Journal of Nursing Studies*, 48(4), 475-478.
- Ip, S., Chung, M., Raman, G., Trikalinos, T. A., & Lau, J. (2009). A summary of the agency for healthcare research and quality's evidence report on breastfeeding in developed countries. *Breastfeed Medicine*, 4(1), 17-30.
- Jordan, S., Emery, S., Bradshaw, C., Watkins, A., & Friswell, W. (2005). The impact of intrapartum analgesia on infant feeding. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 112(7), 927-934.
- Kacmar, J., Bhimani, L., Boyd, M., Shah-Hosseini, R., & Peipert, J. (2003). Route of delivery as a risk factor for emergent peripartum hysterectomy: a case-control study. *Obstet Gynecol*, 102(1), 141-145.
- Kingston, D., Heaman, M., Fell, D., & Chalmers, B. (2012). Comparison of adolescent, young adult, and adult women's maternity experiences and practices. *Pediatrics*, 129(5), e1228-1237.
- Kishore MS, K. P., Aggarwal AK. (2009). Breastfeeding knowledge and practices amongst mothers in a rural population of North India: a community-based study. *Journal of Tropical Pediatrics*, 55(3), 183-188.

- Kohlhubera, M., Rebhan, B., Schwegler, U., Koletzko, B., & Fromme, H. (2008). Breastfeeding rates and duration in Germany: A bavarian cohort study. *British Journal of Nutrition*, 99(05).
- Koletzko, B., Kries, R., Monasterolo, R. C., Subias, J. E., Scaglioni, S., Giovannini, M., et al. (2009). Infant feeding and later obesity risk early nutrition programming and health outcomes in later life. In B. Koletzko, T. Decsi, D. Molnár & A. Hunty (Eds.), (Vol. 646, pp. 15-29): Springer Netherlands.
- Kools, E. J., Thijs, C., Kester, A. D. M., & de Vries, H. (2006). The motivational determinants of breast-feeding: Predictors for the continuation of breast-feeding. *Preventive Medicine*, 43(5), 394-401.
- Kramer, M. S., Aboud, F., Mironova, E., Vanilovich, I., Platt, R. W., Matush, L., et al. (2008). Breastfeeding and child cognitive development new evidence from a large randomized trial. *Archives of General Psychiatry*, 65(5), 578-584.
- Kramer, M. S., Chalmers, B., Hodnett, E. D., Sevkovskaya, Z., Dzikovich, I., Shapiro, S., et al. (2001). Promotion of Breastfeeding Intervention Trial (PROBIT): a randomized trial in the Republic of Belarus. *Journal of the American Medical Association*, 285(4), 413.
- Kronborg, H., & Michael. (2004). The influence of psychosocial factors on the duration of breastfeeding. *Scandinavian Journal of Public Health*, 32(3), 210-216.
- Kruse, L., Denk, C. E., Feldman-Winter, L., & Mojta Rotondo, F. (2005). Comparing sociodemographic and hospital influences on breastfeeding initiation. *Birth: Issues in Perinatal Care*, 32(2), 81-85.
- Kuan LW, B. M., Decolongon J, Schoettker PJ, Atherton HD, Kotagal UR., (1999). Health system factors contributing to breastfeeding success. *Pediatrics*, 104(3), e28.
- Lande, B., Andersen, L. F., Bærug, A., Trygg, K. U., Lund-Larsen, K., Veierød, M. B., et al. (2003). Infant feeding practices and associated factors in the first six months of life: The Norwegian Infant Nutrition Survey. *Acta Paediatrica*, 92(2), 152-161.
- Lavender, T., Thompson, S., & Wood, L. (2005). Supporting teenage mothers with breastfeeding guardians. *British Journal of Midwifery* , 13(6), 354-359.

- Lauwers, J., & Swisher, A. (2011). *Counseling the nursing mother: a lactation consultant's guide*. Boston: Jones & Bartlett.
- Lawrence, R. A., & Lawrence, R. M. (2005). *Breastfeeding: A Guide for the medical Profession* (6th ed.). Philadelphia: Elsevier Mosby.
- Lessen, R., & Crivelli-Kovach, A. (2007). Prediction of initiation and duration of breast-feeding for neonates admitted to the neonatal intensive care unit. *The Journal of Perinatal & Neonatal Nursing*, 21(3), 256-266.
- Lewallen, L. P., & Street, D. J. (2010). Initiating and sustaining breastfeeding in African American women. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 39(6), 667-674.
- Li, R., Fein, S. B., Chen, J., & Grummer-Strawn, L. M. (2008). Why mothers stop breastfeeding: mothers' self-reported reasons for stopping during the first year. *Pediatrics*, 122(2), S69-76.
- Lien, J. M., Towers, C. V., Quilligan, E. J., de Veciana, M., Toohey, J. S., & Morgan, M. A. (1995). Term early-onset neonatal seizures: obstetric characteristics, etiologic classifications, and perinatal care. *Obstetrics & Gynecology*, 85(2), 163-169.
- Lin, C.-H., Kuo, S.-C., Lin, K.-C., & Chang, T.-Y. (2008). Evaluating effects of a prenatal breastfeeding education programme on women with caesarean delivery in Taiwan. *Journal of Clinical Nursing*, 17(21), 2838-2845.
- Lin, S. Y., Lee, J., Yang, C., & Gau, M. (2011). Factors related to milk supply perception in women who underwent cesarean section. *Journal of Nursing Research*, 19(2), 94-101.
- Lobel, M., & DeLuca, R. S. (2007). Psychosocial sequelae of cesarean delivery: review and analysis of their causes and implications. *Social Science & Medicine*, 64(11), 2272-2284.
- Loto, O. M., Adewuya, A. O., Ajenifuja, O. K., Orji, E. O., Ayandiran, E. O., Owolabi, A. T., et al. (2010). Cesarean section in relation to self-esteem and parenting among new mothers in southwestern Nigeria. *Acta Obstet Gynecol Scand*, 89(1), 35-38.

- Manganaro, R., Marseglia, L., Mami, C., Paolata, A., Gargano, R., Mondello, M., et al. (2009). Effects of hospital policies and practices on initiation and duration of breastfeeding. *Child: Care, Health and Development*, 35(1), 106-111.
- Manhire, K. M., Hagan, A. E., & Floyd, S. A. (2007). A descriptive account of New Zealand mothers' responses to open-ended questions on their breast feeding experiences. *Midwifery*, 23(4), 372-381.
- Marmet, C., & Shell, E. (2008). therapeutic positioning for breastfeeding. In C. W. Genna (Ed.), *supporting sucking skills in breastfeeding infants*. Sudbury, MA: Jones and Bartlett.
- Mauri, P. A., Zobbi, V. F., & Zannini, L. (2011). Exploring the mother's perception of latching difficulty in the first days after birth: An interview study in an Italian hospital. *Midwifery*.
- Mazur J, M.-K. K. (2000). Determinants of newborn feeding in maternity hospital care. Part II: factors associated with exclusive breast feeding. *Ginekologia Polska Journal*, 71(7), 604-610.
- McDonald SD, P. E., Chapman B, Vera C, Giglia L, Fusch C, Foster G. (2012). Prevalence and Predictors of Exclusive Breastfeeding at Hospital Discharge. *Obstetrics and Gynecology*, 119(6), 1171-1179.
- McInnes, R. J., & Chambers, J. A. (2008). Supporting breastfeeding mothers: qualitative synthesis. *Journal of Advanced Nursing*, 62(4), 407-427.
- McKeever, P., Stevens, B., Miller, K. L., MacDonell, J. W., Gibbins, S., Guerriere, D., et al. (2002). Home versus hospital breastfeeding support for newborns: a randomized controlled trial. *Birth*, 29(4), 258-265.
- McMahon, M. J., Luther, E. R., Bowes, W. A., Jr., & Olshan, A. F. (1996). Comparison of a trial of labor with an elective second cesarean section. *The New England Journal of Medicine*, 335(10), 689-695.
- McMillan, B., Conner, M., Woolridge, M., Dyson, L., Green, J., Renfrew, M., et al. (2008). Predicting breastfeeding in women living in areas of economic hardship: explanatory role of the theory of planned behaviour. *Psychology & Health*, 23(7), 767-788.

- Merewood, A., Philipp, B. L., Chawla, N., & Cimo, S. (2003). The baby-friendly hospital initiative increases breastfeeding rates in a US neonatal intensive care unit. *Journal of Human Lactation*, 19(2), 166-171.
- Morrison, B., Ludington-Hoe, S., & Anderson, G. C. (2006). Interruptions to breastfeeding dyads on postpartum day 1 in a university hospital. *JOGNN: Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 35(6), 709-716.
- Nakao, Y., Moji, K., Honda, S., & Oishi, K. (2008). Initiation of breastfeeding within 120 minutes after birth is associated with breastfeeding at four months among Japanese women: a self-administered questionnaire survey. *International Breastfeed Journal*, 3, 1.
- Neifert, M. R. (2001). Prevention of breastfeeding tragedies. *Pediatric Clinics of North America*, 48(2), 273-297.
- Nissen, E., Uvnäs-Moberg, K., Svensson, K., Stock, S., Widström, A.-M., & Winberg, J. (1996). Different patterns of oxytocin, prolactin but not cortisol release during breastfeeding in women delivered by caesarean section or by the vaginal route. *Early Human Development*, 45(1-2), 103-118.
- Oddy, W. (2001). Breastfeeding protects against illness and infection in infants and children: a review of the evidence. *Breastfeed Reveiw*, 9(2), 8-11.
- Olav, S. (1994). Reduced effect of warfarin caused by ubidecarenone. *The Lancet*, 344(8933), 1372-1373.
- Pechlivani, F., Vassilakou, T., Sarafidou, J., Zachou, T., Anastasiou, C., & Sidossis, L. (2005). Prevalence and determinants of exclusive breastfeeding during hospital stay in the area of Athens, Greece. *Acta Paediatrica*, 94(7), 928-934.
- Pérez-Escamilla, R., Pollitt, E., Lönnerdal, B., & Dewey, K. G. (1994). Infant feeding policies in maternity wards and their effect on breast-feeding success: an analytical overview. *American Journal of Public Health*, 84(1), 89-97.
- Pérez-Ríos N, R.-V. G., Ortiz AP. (2008). Cesarean delivery as a barrier for breastfeeding initiation: the Puerto Rican experience. *Journal of Human Lactation*, 24(3), 293-302.
- Pereira, R. S. V., Oliveira, M. I. C. d., Andrade, C. L. T. d., & Brito, A. d. S. (2010). Fatores associados ao aleitamento materno exclusivo: o papel do cuidado na atenção básica. *Cadernos de Saúde Pública*, 26, 2343-2354.

- Pisacane, A. (2005). A controlled trial of the father's role in breastfeeding promotion. *Pediatrics*, 116(4), e494-e498.
- Porter, M., van Teijlingen, E., Yip, L. C. Y., & Bhattacharya, S. (2007). Satisfaction with cesarean section: qualitative analysis of open-ended questions in a large postal survey. *Birth: Issues in Perinatal Care*, 34(2), 148-154.
- Qiu, L., Zhao, Y., Binns, C. W., Lee, A. H., & Xie, X. (2009). Initiation of breastfeeding and prevalence of exclusive breastfeeding at hospital discharge in urban, suburban and rural areas of Zhejiang China. *International Breastfeeding Journal*, 4, 7p.
- Radzysinski, S. (2005). Neurobehavioral functioning and breastfeeding behavior in the newborn. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 34(3), 335-341.
- Rea, M. F., & Morrow, A. L. (2004). Protecting, promoting, and supporting breastfeeding among women in the labor force. *Advances in Experimental Medicine and Biology*, 554, 121-132.
- Redshaw, M., & Hockley, C. (2010). Institutional processes and individual responses: women's experiences of care in relation to cesarean birth. *Birth: Issues in Perinatal Care*, 37(2), 150-159.
- Rempel, L. A. (2004). Factors influencing the breastfeeding decisions of long-term breastfeeders. *Journal of Human Lactation*, 20(3), 306-318.
- Renee Matich, J., & Sims, L. S. (1992). A comparison of social support variables between women who intend to breast or bottle feed. *Social Science & Medicine*, 34(8), 919-927.
- Righard, L., & Alade, M. O. (1990). Effect of delivery room routines on success of first breast-feed. *Lancet*, 336(8723), 1105-1107.
- Riordan, J., Bibb, D., Miller, M., & Rawlins, T. (2001). Predicting breastfeeding duration using the LATCH breastfeeding assessment tool. *Journal of Human Lactation*, 17(1), 20-23.
- Ronis, D. L., Yates, J. F., & Kirscht, J. P. (1989). Attitudes, decisions, and habits as determinants of repeated behavior. In A. R. Pratkanis, S. J. Breckler & A. G. Greenwald (Eds.), *Attitudes structure and function* (pp. 213-239). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Rowland, K., & Wallace, R. (2009). Clinical inquiries: Which factors increase the risk of an infant becoming an overweight child? *The Journal of Family Practice*, 58(7), 383-384.

- Saarinen, U. M., & Kajosaari, M. (1995). Breastfeeding as prophylaxis against atopic disease: prospective follow-up study until 17 years old. *The Lancet*, 346(8982), 1065-1069
- Sarasua, I., Clausen, C., & Frunchak, V. (2009). Mothers' experiences with breastfeeding management and support: a quality improvement study... Master's Fellowship awarded to Irene Sarasua from the FERASI center (Training and Expertise in Nursing Administration Research). *Breastfeeding Review*, 17(1), 19-27.
- Scott, J. A., Binns, C. W., Graham, K. I., & Oddy, W. H. (2009). Predictors of the early introduction of solid foods in infants: results of a cohort study. *Biomedical Pediatrics*, 9, 60.
- Scott, J. A., Binns, C. W., Oddy, W. H., & Graham, K. I. (2006). Predictors of breastfeeding duration: evidence from a cohort study. *Pediatrics*, 117(4), e646-655.
- Scott, J. A., Landers, M. C. G., Hughes, R. M., & Binns, C. W. (2001). Factors associated with breastfeeding at discharge and duration of breastfeeding. *Journal of Paediatrics and Child Health*, 37(3), 254-261.
- Scott, J. A., Shaker, I., & Reid, M. (2004). Parental attitudes toward breastfeeding: their association with feeding outcome at hospital discharge. *Birth: Issues in Perinatal Care*, 31(2), 125-131.
- Shema, L., Ore, L., Ben-Shachar, M., Haj, M., & Linn, S. (2007). The association between breastfeeding and breast cancer occurrence among Israeli Jewish women: a case control study. *Journal of Cancer Research & Clinical Oncology*, 133(8), 539-546.
- Smith, L. J. (2010). *Impact of Birthing Practices on Breastfeeding* (2nd ed.). London: Jones and Bartlett.
- Sowers, M., Randolph, J., Shapiro, B., & Jannausch, M. (1995). A prospective study of bone density and pregnancy after an extended period of lactation with bone loss. *Obstetric & Gynecology*, 85(2), 285-289.
- Stables, D., & Rankin, J. (2010). *Physiology in childbearing with anatomy and related biosciences* (3rd ed.). London: Elsevier Health Sciences.
- Stefiuk, W., Green, K. L., Turnell, R., & Smith, B. (2002). Process evaluation of the Saskatoon breastfeeding center. *Journal of Human Lactation*, 18(1), 29-37.
- Steinberg, L. (2002). *Adolescent* (6th ed.). New York: McGraw-Hill.

- Stevens, J. (1996). *Applied multivariate statistics for the social sciences* (3rd ed.). N.J.: Lawrence Erlbaum Associate.
- Stuebe, A. M., & Bonuck, K. (2011). What predicts intent to breastfeed exclusively? breastfeeding knowledge, attitudes, and beliefs in a Diverse urban population. *Breastfeeding Medicine*.
- Sullivan, M. L., Leathers, S. J., & Kelley, M. A. (2004). Family characteristics associated with duration of breastfeeding during early infancy among primiparas. *Journal of Human Lactation*, 20(2), 196-205.
- Tabachnick, B. G., & Fidell, L. S. (2001). *Using multivariate statistics* (4th ed.). Needham Heights, MA: Allyn & Bacon.
- Tarrant, M., Wu, K. M., Fong, D. Y., Lee, I. L., Wong, E. M., Sham, A., et al. (2011). Impact of Baby-Friendly Hospital Practices on Breastfeeding in Hong Kong. *Birth*, 38(3), 238-245.
- Taveras, E. M., Capra, A. M., Braveman, P. A., Jensvold, N. G., Escobar, G. J., & Lieu, T. A. (2003). Clinician support and psychosocial risk factors associated with breastfeeding discontinuation. *Pediatrics*, 112(1), 108-115.
- Taylor, L. K., Lim, K., & Neville, S. E. (2009). Newborn feeding practices at the time of discharge from hospital in NSW in 2007: a descriptive study. *New South Wales Public Health Bulletin*, 20(11-12), 177-181.
- Thompson, J. F., Roberts, C. L., Currie, M., & Ellwood, D. A. (2002). Prevalence and persistence of health problems after childbirth: Associations with parity and method of birth. *Birth*, 29(2), 83-94.
- Thulier, D., & Mercer, J. (2009). Variables associated with breastfeeding duration. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 38(3), 259-268.
- Tollånes, M. (2009). Increased rate of caesarean sections--causes and consequences. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 129(13), 1329-1331.
- Torres, M. M., Davila Torres, R. R., Parrilla Rodriguez, A. M., & Dennis, C. L. (2003). Translation and validation of the breastfeeding self-efficacy scale into Spanish: data from a Puerto Rican population. *Journal of Human Lactation*, 19(1), 35-42.

- Walker, M. (2007). Breast-feeding: good starts, good outcomes. *Journal of Perinatal & Neonatal Nursing*, 21(3), 191-197.
- Walker, M. (2011). *Breastfeeding Management for the Clinician using the evidence* (2nd ed.). London: Jones and Bartlett.
- Wambach, K., Campbell, S. H., Gill, S. L., Dodgson, J. E., Abiona, T. C., & Heinig, M. J. (2005). Clinical lactation practice: 20 years of evidence. *Journal of Human Lactation*, 21(3), 245-258.
- Wang, B. S., Zhou, L. F., Zhu, L. P., Gao, X. L., & Gao, E. S. (2006). [Prospective observational study on the effects of caesarean section on breastfeeding]. *Zhonghua Fu Chan Ke Za Zhi*, 41(4), 246-248.
- Westover, K. M., DiLoreto, M. K., & Shearer, T. R. (1989). The relationship of breastfeeding to oral development and dental concerns. *American Society of Dentistry for Children*, 56(2), 140-143.
- Whalen, B., & Cramton, R. (2010). Overcoming barriers to breastfeeding continuation and exclusivity. *Current Opinion in Pediatrics*, 1.
- WHO (World Health Organization). (1985). *appropriate technology for birth* Lancet ii.
- WHO (World Health Organization). (2007). *Indicators for assessing infant and young child feeding practices part 1 Definitions*. Geneva, Switzerland.
- Widström, A. M., Wahlberg, V., Matthiesen, A. S., Eneroth, P., Uvnäs-Moberg, K., Werner, S., et al. (1990). Short-term effects of early suckling and touch of the nipple on maternal behaviour. *Early Human Development*, 21(3), 153-163.
- Wilde, C. J., Prentice, A., & Peaker, M. (1995). Breast-feeding: matching supply with demand in human lactation. *Proceedings of the Nutrition Society*, 54(2), 401-406.
- Yubha Temeeteerakul. (2007). *the effect of breastfeeding-promoting program on successful breastfeeding before discharge in mothers with cesarean section*. the degree of master of nursing science, Mahidol university, Bangkok.
- Zanardo, V., Svegliado, G., Cavallin, F., Giustardi, A., Cosmi, E., Litta, P., et al. (2010). Elective cesarean delivery: Does it have a negative effect on breastfeeding? *Birth: Issues in Perinatal Care*, 37(4), 275-279.



ภาคผนวก ก

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ แพทย์หญิงสุอารีย์ อันตระการ
สูติแพทย์ อาจารย์พิเศษคลินิกเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ โรงพยาบาลศิริราช
2. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เยาวลักษณ์ เสรีเสถียร
อาจารย์พิเศษประจำภาควิชาการพยาบาลสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
3. รองศาสตราจารย์กรรณิการ์ วิจิตรสุคนธ์
พยาบาลผู้เชี่ยวชาญเรื่องการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่
4. อาจารย์ ดร.พรพรรณรัตน์ แสงเพิ่ม
อาจารย์ประจำภาควิชาการพยาบาลกุมารเวชศาสตร์
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
5. นางสาวธิดารัตน์ วงศ์วิสุทธิ
พยาบาลประจำการคลินิกเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ โรงพยาบาลศิริราช

ภาคผนวก ข
เอกสารรับรองด้านจริยธรรมการวิจัยในคน

2 PRANNOK Rd. BANGKOKNOI BANGKOK 10700	 MAHIDOL UNIVERSITY <i>Since 1888</i> Siriraj Institutional Review Board Certificate of Approval	Tel. (662) 4196405-6 FAX (662) 4196405
---	--	---

COA no. Si 219/2012

Protocol Title : Personal factors, first feeding time and nurse support predicting successful exclusive breastfeeding at discharge in mothers with cesarean section

Protocol number : 154/2555 (EC1)

Principal Investigator/Affiliation : Miss Sasitara Nuampa
Faculty of Nursing, Mahidol University

Research site : Faculty of Medicine Siriraj Hospital

Approval includes :

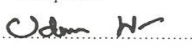
1. SIRB Submission Form
2. Proposal
3. Participation Information Sheet
4. Participation Information Sheet (For representative)
5. Participation Information Sheet (Children under 18 years of age)
6. Informed Consent Form
7. Informed Consent Form (For representative)
8. Informed Consent Form (Children under 18 years of age)
9. Case Record Form
10. Principle Investigator's curriculum vitae

Approval date : April 23, 2012

Expired date : April 22, 2013

This is to certify that Siriraj Institutional Review Board is in full Compliance with international guidelines for human research protection such as the Declaration of Helsinki, the Belmont Report, CIOMS Guidelines and the International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice (ICH-GCP).


.....
(Prof. Jarupim Soongswang, M.D.)
Chairperson


.....
(Clin. Prof. Udom Kachintorn, M.D.)
Dean of Faculty of Medicine Siriraj Hospital

April 24, 2012
date

- 1 MAY 2012
date

Page 1 of 2

หน่วยพิมพ์โรงพยาบาลศิริราช 2341 / 3,000 แผ่น / ก.ย 51 / Mat. 10023252

ภาคผนวก ก

เอกสารขออนุญาตใช้เครื่องมือ

Windows Live Hotmail Print Message

Page 1 of 2

FW: Approval to use the Iowa Infant Feeding Attitude Scale

From: **Delamora, Arlene [C I]** (adelamor@iastate.edu)
Sent: Thursday, December 08, 2011 5:02:05 AM
To: jhon_tong@hotmail.com (jhon_tong@hotmail.com)
2 attachments
Approval to use IIFAS.docx (11.5 KB) , IIFAS.pdf (1052.7 KB)

You have our permission to use the Iowa Infant Feeding Attitude Scale In your research. I have also attached a copy of our paper that describes the psychometric properties of the scale and the scale itself can be found on the last page of the paper. Let me know if you have any questions regarding the paper or the scale.

Arlene de la Mora

Arlene de la Mora, Ph.D.

Research Scientist

Psychology in Education Research Lab

Iowa State University

E006 Lagomarcino Hall

Ames, IA 50010

Voice: 515.294.6919

Fax: 515.294.6206

Email: adelamor@iastate.edu

<http://sn116w.snt116.mail.live.com/mail/PrintMessages.aspx?cpids=125acb6b-211f-11e1-...> 8/12/2554

Windows Live Hotmail Print Message

Page 1 of 2

RE: Approval to use Breastfeeding Self-Efficacy Scale-Short Form

From: **Cindy-Lee Dennis** (cindylee.dennis@utoronto.ca)
Sent: Monday, December 12, 2011 10:45:45 PM
To: N SaSi (jhon_tong@hotmail.com)
Cc: Ben T (benjamas32@hotmail.com) (benjamas32@hotmail.com)
1 attachment
BSES-SF-Thai.doc (56.5 KB)

Thank you for your interest in my Breastfeeding Self-Efficacy Scale. Attached is the scale to be used in your Master's thesis. It has been translated into Thai by Benjamas Thussanasupap <benjamas32@hotmail.com>

Warm regards,

Cindy-Lee Dennis, PhD
Associate Professor in Nursing and Medicine, Dept. of Psychiatry;
Canada Research Chair in Perinatal Community Health;

Shirley Brown Chair in Women's Mental Health Research, Women's College Research Institute;

University of Toronto
Lawrence S. Bloomberg Faculty of Nursing

155 College St
Toronto, Ontario
Canada M5T 1P8
Tel: (416) 946-8608
Fax: (416) 978-8222

www.cindyleedennis.ca



From: N SaSi [mailto:jhon_tong@hotmail.com]
Sent: December 10, 2011 7:44 AM
To: Cindy-Lee Dennis
Subject: Approval to use Breastfeeding Self-Efficacy Scale-Short Form

<http://sn116w.snt116.mail.live.com/mail/PrintMessages.aspx?cpids=55109af5-24d8-11e1...> 14/12/2554

ภาคผนวก ง
การทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติ

Correlations									
		age	Previous experience	total attitude	total self-efficacy	First feeding	total nurse support	Exclusive BF	
age	Pearson Correlation	1	.438(**)	.141	.011	-.163	.061	.325(**)	
	Sig. (2-tailed)		.000	.143	.908	.089	.529	.001	
	N	110	110	110	110	110	110	110	
Previous experience	Pearson Correlation	.438(**)	1	.111	.175	-.040	.158	.280(**)	
	Sig. (2-tailed)	.000		.249	.068	.676	.100	.003	
	N	110	110	110	110	110	110	110	
total attitude	Pearson Correlation	.141	.111	1	.428(**)	-.179	.058	.074	
	Sig. (2-tailed)	.143	.249		.000	.061	.548	.441	
	N	110	110	110	110	110	110	110	
total self-efficacy	Pearson Correlation	.011	.175	.428(**)	1	-.002	.175	.040	
	Sig. (2-tailed)	.908	.068	.000		.986	.068	.682	
	N	110	110	110	110	110	110	110	
First feeding time	Pearson Correlation	-.163	-.040	-.179	-.002	1	-.198(*)	-.355(**)	
	Sig. (2-tailed)	.089	.676	.061	.986		.038	.000	
	N	110	110	110	110	110	110	110	
total nurse support	Pearson Correlation	.061	.158	.058	.175	-.198(*)	1	.321(**)	
	Sig. (2-tailed)	.529	.100	.548	.068	.038		.001	
	N	110	110	110	110	110	110	110	
Exclusive BF	Pearson Correlation	.325(**)	.280(**)	.074	.040	-.355(**)	.321(**)	1	
	Sig. (2-tailed)	.001	.003	.441	.682	.000	.001		
	N	110	110	110	110	110	110	110	

** Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed). * Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

2. ทดสอบความเหมาะสมของโมเดลโดยใช้สถิติทดสอบ Hosmer and Lemeshow Test

Hosmer and Lemeshow Test

Step	Chi-square	df	Sig.
1	4.374	8	.822

ค่าไคสแควร์จากการทดสอบ Hosmer and Lemeshow Test มีค่า Chi-square เท่ากับ 4.374 และไม่มีนัยสำคัญ (sig = 0.822) แสดงว่ายอมรับสมมติฐานสถิติที่ว่าแบบจำลองที่ได้จากข้อมูลเชิงประจักษ์มีความเหมือนกันหรือไม่แตกต่างกัน จึงสรุปได้ว่าแบบจำลอง ของข้อมูลชุดนี้มีความเหมาะสม

3. ผลการจำแนกกลุ่ม ระหว่างกลุ่มตัวอย่างที่สำเร็จและไม่สำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวก่อนจำหน่ายที่ได้จากการวิเคราะห์โลจิสติก

Classification Table(a)

	Observed		Predicted		
			Exclusive breastfeeding		Percentage Correct
			Unsuccessful	successful	
Step 1	Exclusive breastfeeding	Unsuccessful	27	18	60.0
		successful	11	54	83.1
	Overall Percentage				73.6

a The cut value is .500

ตารางตรวจสอบว่าความเหมาะสมของแบบจำลอง โดยการเปรียบเทียบค่าพยากรณ์กับค่าจริงโดยใช้ค่าจุดตัด (cut value) เท่ากับ 0.5 นั่นคือ ถ้าความน่าจะเป็นของกลุ่มตัวอย่างที่ไม่สำเร็จน้อยกว่า 0.5 จะทำให้ไม่สำเร็จ แต่ความน่าจะเป็นของกลุ่มตัวอย่างที่สำเร็จมากกว่า 0.5 จะทำให้สำเร็จ และเมื่อจำแนกความถูกต้องของกลุ่ม พบว่า ความสามารถในการจำแนกกลุ่มมีความถูกต้องร้อยละ 73.6 ดังนั้นความสามารถของตัวแปรนี้จึงมีความสามารถในการแยกกลุ่มตัวแปรตามค่อนข้างดี

4. อำนาจการทำนาย Nagelkerke R Square ของปัจจัยส่วนบุคคล (อายุ ประสบการณ์การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ทักษะเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ การรับรู้สมรรถนะในตนเองเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่) เวลาที่เริ่มให้นมแม่ และการสนับสนุนจากพยาบาล ต่อความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวก่อนจำหน่ายในมารดาหลังผ่าตัดคลอด

Model Summary

Step	-2 Log likelihood	Cox & Snell R Square	Nagelkerke R Square
1	114.078	.271	.365

ค่า Nagelkerke R Square = 0.365 หมายถึง การทำนาย โดยสมการ โลจิสติกสามารถอธิบายได้ร้อยละ 36.5

ภาคผนวก จ
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ชุดที่ 1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล

1. ท่านอายุ.....ปี
2. ระดับการศึกษา.....
3. สถานภาพสมรสของท่าน
☐ 1. โสด ☐ 2. คู่ ☐ 3. หม้าย / หย่า / แยกกันอยู่
4. อาชีพ
☐ 1. แม่บ้าน ☐ 2. ค้าขาย / ธุรกิจส่วนตัว ☐ 3. รับจ้าง / พนักงานบริษัท
☐ 4. รับราชการ / รัฐวิสาหกิจ ☐ 6. อื่นๆ (ระบุ).....
5. รายได้ครอบครัว (รายได้ของท่านรวมกับสามี)..... บาทต่อเดือน
เพียงพอหรือไม่
☐ 1. เพียงพอ
☐ 2. ไม่เพียงพอ
6. ระยะเวลาที่มีสิทธิลาคลอด เดือน / วัน
ระยะเวลาที่ตั้งใจลาคลอด เดือน / วัน
7. ประสบการณ์การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในลูกคนก่อน
☐ 1. ไม่เคย
☐ 2. เคย เลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวนับบุตรคนก่อนนาน เดือน
8. ท่านเคยได้รับความรู้เรื่องการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่หรือไม่
☐ 1. ไม่ได้รับ
☐ 2. ได้รับ จากแหล่งใด
☐ 2.1 โทรทัศน์ / วิทยู / หนังสือพิมพ์
☐ 2.2 แพทย์และพยาบาล
☐ 2.3 สมาชิกในครอบครัว
☐ 2.4ญาติ เพื่อน หรือกลุ่มคนในชุมชน
☐ 2.5 คู่มือ คำแนะนำเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

☐ 2.6 แผ่นพับ / เอกสารเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในโรงพยาบาล

☐ 2.7 อื่นๆ (ระบุ).....

ชุดที่ 2 แบบบันทึกข้อมูลการตั้งครรภ์และการคลอด

1. ประเภทของการผ่าตัดคลอด

☐ 1. Elective cesarean section

☐ 2. Emergency cesarean section

2. ข้อบ่งชี้ของการผ่าตัด.....

3. ลักษณะของพังผืดใต้ลิ้นของทารก

☐ 1.ปกติ / เล็กน้อย ☐ 2. ปานกลาง

4. ลักษณะเต้านมมารดา

เต้านมซ้าย: 1. หัวนม ☐ สั้น (<0.7 cm.) ☐ ปกติ (0.7-1.0 cm.) ☐ ยาว (> 1.0 cm.)

2. ลานหัวนม ☐ แฉ่ง ☐ ตีง ☐ ยึดหยุ่นดี

เต้านมขวา: 1. หัวนม ☐ สั้น (<0.7 cm.) ☐ ปกติ (0.7-1.0 cm.) ☐ ยาว (> 1.0 cm.)

2. ลานหัวนม ☐ แฉ่ง ☐ ตีง ☐ ยึดหยุ่นดี

ชุดที่ 3 แบบสอบถามทัศนคติเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

คำชี้แจง กรุณาอ่านข้อความในแต่ละข้อแล้วพิจารณาว่าท่านมีความคิดเห็นเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในระดับใด โดยให้ท่านทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องที่ท่านเห็นว่าตรงกับความรู้สึกของท่านที่สุด เพียงตัวเลือกเดียว ไม่มีคำตอบที่ถูกหรือผิด โดยแต่ละตัวเลือกมีความหมายดังนี้

เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง	ท่านเห็นด้วยอย่างมากกับข้อความนั้น
เห็นด้วย	หมายถึง	ท่านเห็นด้วยกับข้อความนั้น
เห็นด้วยปานกลาง	หมายถึง	ท่านเห็นด้วยปานกลางกับข้อความนั้น
ไม่เห็นด้วย	หมายถึง	ท่านไม่เห็นด้วยกับข้อความนั้น
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง	ท่านไม่เห็นด้วยอย่างมากกับข้อความนั้น

ข้อ	ทัศนคติในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่	ความคิดเห็น				
		เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็น ด้วย	เห็นด้วย ปานกลาง	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง
1.	ประโยชน์ของนมแม่จะมีอยู่เพียงเท่าๆกับระยะเวลาที่ลูกได้กินนมแม่					
2.	การเลี้ยงลูกด้วยนมผสมสะดวกกว่าการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่					
17.	แม่ที่ดื่มสุราเป็นครั้งคราวไม่ควรให้ลูกกินนมแม่					

ชุดที่ 4 แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะในตนเองเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

คำชี้แจง กรุณาอ่านข้อความในแต่ละข้อแล้วพิจารณาว่าท่านมีความมั่นใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในระดับใด โดยให้ท่านทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องที่ท่านเห็นว่าตรงกับความเป็นจริงที่สุดเพียงตัวเลือกเดียว ไม่มีคำตอบที่ถูกหรือผิด โดยแต่ละตัวเลือกมีความหมายดังนี้

มั่นใจมาก	หมายถึง	ท่านเห็นว่าข้อความนั้นท่านมีความมั่นใจมากกว่าจะกระทำได้
มั่นใจ	หมายถึง	ท่านเห็นว่าข้อความนั้นท่านมีความมั่นใจว่าจะกระทำได้
มั่นใจเป็นบางครั้ง	หมายถึง	ท่านเห็นว่าข้อความนั้นท่านมีความมั่นใจว่าจะกระทำได้เป็นบางครั้ง
ไม่ค่อยมั่นใจ	หมายถึง	ท่านเห็นว่าข้อความนั้นท่านไม่ค่อยมีความมั่นใจว่าจะกระทำได้
ไม่มั่นใจเลย	หมายถึง	ท่านเห็นว่าข้อความนั้นท่านไม่มีความมั่นใจว่าจะกระทำได้เลย

ข้อ	ข้อความ ฉันเชื่อมั่นว่า.....	ระดับความมั่นใจ				
		มั่นใจ มาก	มั่นใจ	มั่นใจเป็น บางครั้ง	ไม่ค่อย มั่นใจ	ไม่มั่นใจ เลย
1.	ฉันสามารถบอกได้ว่าลูกของฉันได้รับ น้ำนมแม่เพียงพอ					
2.	ฉันสามารถแก้ไขปัญหาเกี่ยวกับการเลี้ยง ลูกด้วยนมแม่ได้สำเร็จเช่นเดียวกับการ ทำงานอื่น ๆ ที่ท้าทายความสามารถของ ฉัน					
14.	ฉันสามารถบอกได้ว่าเมื่อไรที่ลูกของฉัน ดื่มนมอิ่ม					

ชุดที่ 5 แบบสอบถามการสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่จากพยาบาล

คำชี้แจง กรุณาอ่านข้อความในแต่ละข้อแล้วพิจารณาว่าท่านมีความคิดเห็นหรือความรู้สึกเกี่ยวกับการช่วยเหลือและสนับสนุนจากพยาบาลในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ระดับใด โดยให้ท่านทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องที่ท่านเห็นว่าตรงกับความคิดเห็นหรือความรู้สึกของท่านที่สุดเพียงตัวเลือกเดียว ไม่มีคำตอบที่ถูกหรือผิด โดยแต่ละตัวเลือกมีความหมายดังนี้

เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง	ท่านเห็นว่าข้อความนั้นตรงกับความคิดเห็นหรือความรู้สึกของท่านมากที่สุด
เห็นด้วย	หมายถึง	ท่านเห็นว่าข้อความนั้นตรงกับความคิดเห็นหรือความรู้สึกของท่านมาก
เห็นด้วยปานกลาง	หมายถึง	ท่านเห็นว่าข้อความนั้นตรงกับความคิดเห็นหรือความรู้สึกของท่านเพียงครึ่งหนึ่ง
ไม่เห็นด้วย	หมายถึง	ท่านเห็นว่าข้อความนั้นตรงกับความคิดเห็นหรือความรู้สึกของท่านน้อย
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง	ท่านเห็นว่าข้อความนั้นตรงกับความคิดเห็นหรือความรู้สึกของท่านน้อยที่สุด

ข้อ	กิจกรรม การช่วยเหลือและสนับสนุนจากพยาบาล	ความคิดเห็นหรือความรู้สึก				
		เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	เห็นด้วย ปาน กลาง	ไม่ เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วยอย่าง ยิ่ง
1.	ฉันได้รับกำลังใจจากพยาบาลในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่					
2.	ฉันได้รับความเอาใจใส่จากพยาบาลในขณะทำให้ลูกดูดนมแม่					
12.	พยาบาลจัดหาเอกสาร หรือภาพประกอบ เกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ที่เข้าใจง่ายให้ฉันอ่าน					

ชุดที่ 6 แบบบันทึกการให้อาหารทารก

ทารกเริ่มดูดนมแม่ครั้งแรก วันที่ เวลา.....น. (นาน.....นาทิต)

วันที่ 1 หลังผ่าตัดคลอด (หลัง 24 ชั่วโมง – 48 ชั่วโมง)

- ท่านให้ลูกดูดนมแม่วันละ.....ครั้ง (ตลอดระยะเวลา 24 ชั่วโมง)

- ท่านเสริมนมผสมให้แก่ลูกหรือไม่ ☐ ให้ ☐ ไม่ให้

ตารางบันทึกการให้อาหารทารก 24 ชั่วโมงก่อนจำหน่ายจากโรงพยาบาล

คำชี้แจง กรุณาเติมข้อความลงในตารางบันทึกการให้อาหารทารกตามความเป็นจริง

วันที่ 2 หลังผ่าตัดคลอด (หลัง 48 ชั่วโมง – 72 ชั่วโมง)

ครั้งที่	เวลาที่เริ่มให้นม	เวลาที่หยุดให้นม	ชนิดของนม		ปัญหาที่พบ
			นมแม่	นมผสม	
ตัวอย่าง	8.00 น.	8.20 น.	✓		ไม่มีน้ำนม

ส่วนนี้สำหรับผู้วิจัย: การประเมินการไหลของน้ำนม (วันที่ 3 หลังคลอด)

☐ 1.น้ำนมไม่ไหล

☐ 2.น้ำนมไหลน้อย

☐ 3.น้ำนมเริ่มไหล

☐ 4.น้ำนมไหลแล้ว

☐ 5.น้ำนมไหลดี

☐ 6. อื่นๆ (ระบุ).....

ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ	นางสาวศศิธารา น่วมภา
วัน เดือน ปีเกิด	17 พฤศจิกายน 2529
สถานที่เกิด	กรุงเทพมหานคร ประเทศไทย
ประวัติการศึกษา	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล พ.ศ. 2552 พยาบาลศาสตรบัณฑิต เกียรตินิยมอันดับ 1 คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล พ.ศ. 2555 พยาบาลศาสตรบัณฑิต (การผดุงครรภ์ชั้นสูง)
ทุนการศึกษา/ทุนวิจัย/รางวัลที่ได้	ทุนเฉลิมพระเกียรติพระชนมายุ ๘๔ พรรษา มหาราชินี คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ปีการศึกษา ๒๕๕๔ ทุนมูลนิธิท่านผู้หญิงคุณฤมาลาเพื่อพัฒนาพยาบาลวิชาชีพ ปีการศึกษา 2555
ที่อยู่ปัจจุบัน	987/17 หมู่ 12 ซอยรามคำแหง 164 ถนนรามคำแหง แขวงมีนบุรี เขตมีนบุรี กรุงเทพมหานคร 10510 โทรศัพท์ 084 -6541429 E-mail: sasitara.nua@mahidol.ac.th
ตำแหน่งหน้าที่ปัจจุบันและ สถานที่ทำงาน	ตำแหน่ง ผู้ช่วยอาจารย์ ภาควิชาการพยาบาลสูติ ศาสตร์-นรีเวชวิทยา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล เลขที่ ๒ ถนนพราณนก แขวงศิริราช เขตบางกอกน้อย กรุงเทพฯ ๑๐๓๐๐ โทรศัพท์ 02-419-7466-80 ต่อ 1801, 1802