

ผลของการให้มารดาโอบกอดลูกแบบเนื้อแนบเนื้อภายหลังคลอดทันที ต่อประสิทธิภาพการดูดนมแม่ และระยะเวลาการเริ่มไหลของน้ำนม

The Effects of Immediate Postpartum Maternal Skin-to-Skin Contact with Newborn on Breastfeeding Efficiency and Onset of Lactation

นุชนาด กระจำง¹, ปาริชาติ ทาโน^{2*}

Nutchanad Krajang¹, Parichart Thano^{2*}

¹โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์, ²คณะพยาบาลศาสตร์เกื้อการุณย์ มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

¹Charoenkrungpacharak Hospital, ²Kuakarun Faculty of Nursing, Navamindradhiraj University

(Received: January 8, 2026; Revised: April 6, 2026; Accepted: April 8, 2026)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงเปรียบเทียบชนิดย้อนหลังและไปข้างหน้าแบบไม่ควบคุมก่อนและหลังการให้มารดาโอบกอดลูกแบบเนื้อแนบเนื้อภายหลังคลอดทันที มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการให้มารดาโอบกอดลูกแบบเนื้อแนบเนื้อภายหลังคลอดทันที ต่อประสิทธิภาพการดูดนมแม่ และระยะเวลาการเริ่มไหลของน้ำนม กลุ่มตัวอย่างเป็นมารดาหลังคลอดปกติ และทารกแรกเกิดครบกำหนดที่มาคลอดในห้องคลอดโรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ จำนวน 64 คู่ กลุ่มที่ทำการศึกษาแบบย้อนหลัง จำนวน 32 คู่ ได้รับการพยาบาลแบบเดิม กลุ่มที่ศึกษาแบบไปข้างหน้า จำนวน 32 คู่ ได้รับแนวทางปฏิบัติการให้มารดาโอบกอดลูกแบบเนื้อแนบเนื้อภายหลังคลอดทันที เก็บรวบรวมข้อมูลโดยแบบประเมินการไหลของน้ำนม มีค่าความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ .80 ค่าความเที่ยงระหว่างผู้ประเมิน เท่ากับ .81 แบบประเมินประสิทธิภาพการเข้าเต้าและการดูดนมแม่ (LATCH Score) ค่าความเที่ยงระหว่างผู้ประเมิน เท่ากับ .80 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา สถิติทีไอสระ สถิติทดสอบแมนวิทนียู ผลการวิจัยพบว่า

1. คะแนนการเข้าเต้าและการดูดนมแม่ กลุ่มที่ได้รับแนวทางการให้มารดาโอบกอดลูกแบบเนื้อแนบเนื้อภายหลังคลอดทันที (Median = 9, IQR = 1) สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลแบบเดิม (Median = 8, IQR = 2) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ขนาดอิทธิพลระดับปานกลาง ($r = 0.44$)

2. ค่าเฉลี่ยระยะเวลาการเริ่มไหลของน้ำนมกลุ่มที่ได้รับแนวทางการให้มารดาโอบกอดลูกแบบเนื้อแนบเนื้อภายหลังคลอดทันที ($M = 25.53, SD = 10.23$) สั้นกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลแบบเดิม ($M = 33.97, SD = 16.03$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ขนาดอิทธิพลระดับปานกลาง (Cohen's $d = 0.627, 95\% CI = 0.122-1.127$)

พยาบาลผดุงครรภ์ห้องคลอด ควรนำแนวทางการให้มารดาโอบกอดลูกแบบเนื้อแนบเนื้อภายหลังคลอดทันทีไปใช้กับมารดาหลังคลอดปกติทุกราย เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการดูดนมแม่และทำให้ระยะเวลาการเริ่มไหลของน้ำนมเร็วขึ้น ช่วยส่งเสริมการเลี้ยงลูกให้นมแม่ประสบความสำเร็จ

คำสำคัญ: มารดาโอบกอดลูกแบบเนื้อแนบเนื้อ ประสิทธิภาพการดูดนมแม่ ระยะเวลาการเริ่มไหลของน้ำนม การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: parichart@nmu.ac.th)

Abstract

This comparative study, using both retrospective and prospective uncontrolled before-and-after designs, aimed to examine the effects of immediate postpartum maternal skin-to-skin contact with newborn on breastfeeding efficiency and the onset of lactation. The sample consisted of 64 pairs of mothers with normal deliveries and their full-term newborns at Charan Sanitwong Hospital's delivery room. The retrospective group (32 pairs) received routine nursing care, while the prospective group (32 pairs) received the intervention of immediate maternal skin-to-skin contact after birth. Data were collected using a lactation onset assessment tool (content validity index = 0.80; inter-rater reliability = 0.81) and the LATCH score for breastfeeding efficiency (inter-rater reliability = 0.80). Data were analyzed using descriptive statistics, independent t-test, and Mann-Whitney U test. The results were as follows.

1. The breastfeeding efficiency score (LATCH) in the skin-to-skin group (*Median* = 9, *IQR* = 1) was significantly higher (*Median* = 8, *IQR* = 2) than in the routine care group, at the .05 level, with a moderate effect size ($r = 0.44$).

2. The mean onset of lactation in the skin-to-skin group ($M = 25.53$, $SD = 10.23$) was significantly shorter ($M = 33.97$, $SD = 16.03$) than in the routine care group, at the .05 level, with a moderate effect size (Cohen's $d = 0.627$, 95% $CI = 0.122-1.127$).

These results suggest that midwives in delivery rooms should implement immediate maternal skin-to-skin contact for all mothers with normal deliveries to enhance breastfeeding efficiency and shorten the time to lactation onset, thereby promoting successful breastfeeding.

Keywords: Maternal Skin-to-Skin Contact, Breastfeeding Efficiency, Onset of Lactation, Breastfeeding

บทนำ

การส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ เป็นนโยบายระดับชาติโดยกระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายปกป้อง ส่งเสริม และสนับสนุนให้ทารกทุกคนได้กินนมแม่ตามคำแนะนำขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO) โดยทารกทุกคนควรได้รับนมแม่อย่างเดียตั้งแต่แรกเกิดจนถึง 6 เดือนและได้รับนมแม่ควบคู่อาหารตามวัยจนถึงอายุ 2 ปี หรือนานกว่านั้น และตั้งเป้าหมายในปี พ.ศ. 2568 ทารกแรกเกิดทุกคนควรได้รับนมแม่อย่างเดียวนาน 6 เดือนอย่างน้อย ร้อยละ 50 (WHO, 2018) จากการสำรวจสถานการณ์เด็กและสตรี (Multiple Indicator Cluster Surveys Program: MICS) เมื่อ พ.ศ. 2565 โดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ (สสช.) ร่วมมือกับ องค์การยูนิเซฟ (UNICEF) ประเทศไทย พบว่ามีการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียในทารกอายุต่ำกว่า 6 เดือน ร้อยละ 28.6 ซึ่งห่างไกลจากเป้าหมายโภชนาการโลกที่กำหนดไว้ (สำนักงานสถิติแห่งชาติ ประเทศไทย, 2566) ส่วนโรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ มีสถิติการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดีย ในปี 2565 และ 2566 ร้อยละ 47.13 และ 45.44 ตามลำดับ (โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์, งานเวชสถิติ, 2566) ซึ่งมีแนวโน้มที่ลดลงและยังไม่ถึงเป้าหมายที่องค์การอนามัยโลกกำหนดไว้

การให้มารดาโอบกอดทารกแรกเกิดแบบเนื้อแนบเนื้อภายหลังคลอด เป็นจุดเริ่มต้นของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และเป็นบันไดขั้นที่ 4 ของบันไดสิบขั้นสู่ความสำเร็จในการดำเนินงานการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ตามที่องค์การอนามัยโลก และกองทุนเพื่อเด็กแห่งสหประชาชาติมีคำแนะนำให้นำทารกมาวางระหว่างหน้าอกหรือหน้าท้องของมารดาได้สัมผัสเนื้อแนบเนื้อทันที หรือภายใน 60 นาที หลังเกิด (Early Skin-to-Skin Contact) และกอดต่อเนื่อง โดยไม่แยกจากกันนาน 1 ชั่วโมงขึ้นไป ยกเว้นมีเหตุผลทางการแพทย์ที่ยอมรับได้ (ศุภวิทย์ มุตตามระ, กุสุมา ชูศิลป์, อุมามพร สุทัศน์วรวิฑู, วราภรณ์ แสงทวีสิน, ยุพยง แห่งชวนิช, 2555) เนื่องจากเป็นระยะที่ทารกมีความตื่นตัว

(2/15)

และมารดาที่มีความไวต่อความรู้สึกมากที่สุด ทารกจะมีการเคลื่อนไหว และคืบคลาน (Crawling) อยู่บนอกมารดา ระหว่างเต้านมและใกล้กับหัวนม จะช่วยให้ทารกพบกับเต้านมมารดา สร้างความคุ้นเคยกับมารดา (Familiarization) ทารกจะเคลื่อนไหวได้มากขึ้น มีการเลียบริเวณเต้านมและรอบหัวนม หรือดูดที่หัวนม ส่งผลให้มารดาหลั่ง ออกซิโทซิน (Oxytocin) มากขึ้น ทารกสามารถได้กลิ่นและรับรู้รสชาติ และเรียนรู้การดูดนมจากเต้า (Suckling) ได้สำเร็จ โดยทารกจะอมถึงลานนม ทารกที่สามารถดูดนมได้สำเร็จในช่วงแรก จะพบปัญหาในการดูดนมมารดา ในระยะต่อมาค่อนข้างน้อย และการวางทารกบนอกมารดาแบบเนื้อแนบเนื้อทันทีภายหลังคลอด ส่งผลให้เกิดการหลั่ง ของฮอร์โมนโพรแลคติน (Prolactin) และออกซิโทซิน (Oxytocin) ซึ่งมีความสำคัญต่อการสร้างและการหลั่ง น้ำนม ทำให้น้ำนมแม่มาเร็วและปริมาณเพียงพอกับความต้องการของทารก (Widstrom, Brimdyr, Svensson, Cadwell, Nissen, 2019)

การเริ่มหลั่งน้ำนมมารดาเกิดขึ้นตั้งแต่ที่คลอดทารกและปริมาณน้ำนมจะเพิ่มขึ้น เนื่องจากภายหลังคลอด ปริมาณฮอร์โมนโพรแลคตินจะเพิ่มอย่างรวดเร็ว ส่งผลให้ฮอร์โมนโพรแลคตินออกฤทธิ์กระตุ้นการสร้างน้ำนม ผสมกับการดูดนมจากทารกจะไปกระตุ้นต่อมใต้สมองส่วนหลัง ให้หลั่งฮอร์โมนออกซิโทซินซึ่งกระตุ้นการหลั่งของ น้ำนม มารดาหลังคลอดจะรับรู้การเริ่มหลั่งน้ำนมภายใน 24 - 72 ชั่วโมงหลังคลอด และหากช้าไปกว่า 72 ชั่วโมง จะถือว่าเป็นการเริ่มหลั่งน้ำนมล่าช้า การที่มารดาเริ่มหลั่งน้ำนมล่าช้า นั้น มักไม่ประสบความสำเร็จในการเลี้ยงลูก ด้วยนมแม่ (นิรัตน์ชญา ไซงาม, ฉวีวรรณ อยู่สำราญ, วรรณ พาทูวัฒนกร, 2662) สอดคล้องกับ Brownell, Howard, Lawrence, Dozier (2012) พบว่า มารดาที่การเริ่มหลั่งน้ำนมปกติ มีอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว ที่ 4 สัปดาห์หลังคลอดมากกว่ามารดาที่การเริ่มหลั่งน้ำนมล่าช้า 2.04 เท่า (OR = 2.04, 95% CI = 1.66-2.25) และการเริ่มหลั่งน้ำนมล่าช้ายังเป็นตัวทำนาย การหยุดชะงักการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในระยะเริ่มต้น อันเป็นสาเหตุให้ มารดาหยุดเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างถาวรต่อไป

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มารดาและทารกที่ได้รับการสัมผัสแบบเนื้อแนบเนื้อโดยเร็ว มีสัดส่วน ทารกที่ดูดนมแม่ได้มีประสิทธิภาพเมื่อจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < .05$) (กรนก เกื้อสกุล, นิตยา สีนสุกใส, วรรณ พาทูวัฒนกร, วิทยา ถิฐาพันธ์, 2019) อีกทั้งผลการศึกษาของ ปิยภรณ์ ปัญญาวิธ และยิ่งขวัญ อยู่รัตน์ (2559) พบว่า ค่าเฉลี่ยผลต่างของอุณหภูมิร่างกาย ทารกแรกเกิดที่ 60 นาที ขณะทดลอง และที่ 30 นาที 60 นาที หลังการทดลองระหว่างกลุ่มที่ให้แม่โอบกอดลูกแบบ เนื้อแนบเนื้อ กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติความแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} > .05$) รวมถึงผลต่างของค่าเฉลี่ยของระดับความอิ่มตัวออกซิเจนทั้งสองกลุ่มในขณะทดลองและหลังทดลองแตกต่างกันอย่าง ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} > .05$) ดังนั้นวิธีการให้แม่โอบกอดลูกแบบเนื้อแนบเนื้อสามารถรักษาอุณหภูมิ ร่างกายและความอิ่มตัวออกซิเจนของทารกแรกเกิดครบกำหนดได้ นอกจากนี้ ภัณฑิรา ปลั่งใจ, ศศิกันต์ กาละ, สุรีย์พร กฤษเจริญ (2565) พบว่า มารดาหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องที่ได้รับการส่งเสริมการสร้างน้ำนมร่วมกับ ฟังดนตรีมีคะแนนเฉลี่ยการไหลของน้ำนมในช่วงที่ 24, 48, และ 72 ชั่วโมงหลังผ่าตัดคลอด มากกว่ากลุ่มที่ได้รับการ พยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F = 504.08, p\text{-value} < .001$) จากผลการวิจัยดังกล่าวข้างต้น พบว่า การศึกษาเกี่ยวกับการสัมผัสแบบเนื้อแนบเนื้อของมารดาและทารกแรกเกิดในระยะหลังคลอดทันทีต่อเนื่อง อย่างน้อย 1 ชั่วโมง โดยศึกษาประสิทธิภาพการดูดนมของทารก การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวนานหนึ่งเดือน อุณหภูมิร่างกายและความอิ่มตัวออกซิเจนของทารกแรกเกิด ส่งผลลัพธ์ที่ดีทั้งต่อมารดาและทารก รวมทั้งความสำเร็จ ในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ เป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิขั้นสูงในสังกัดกรุงเทพมหานคร ซึ่งมี จำนวนผู้คลอดประมาณ 150 - 200 รายต่อเดือน ได้รับรางวัลโรงพยาบาลสายสัมพันธ์แม่ลูกปี พ.ศ. 2535 ได้รับ รางวัลโรงพยาบาล ลูกเกิดรอดแม่ปลอดภัยปี พ.ศ. 2541 เป็นโรงพยาบาลสายใยรักแห่งครอบครัวระดับทอง ปีพ.ศ.2552 มีการดำเนินการตามบันไดขั้นที่ 4 คือนำทารกมาดูดนมแม่ภายในหนึ่งชั่วโมงหลังคลอด แต่มีการแยก ทารกออกจากมารดาเพื่อไปให้การพยาบาลก่อน แล้วรอให้ซ่อมแซมแผลฝีเย็บเสร็จสิ้นใช้เวลาประมาณ 30-60 นาที จึงนำทารกมาสัมผัสแบบเนื้อแนบเนื้อ และเริ่มต้นดูดนมครั้งแรกในท่านอนตะแคง ซึ่งแนวทางปฏิบัติเดิมนี้นี้ใช้มา

ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2535 จึงไม่สอดคล้องกับคำแนะนำขององค์การอนามัยโลกที่ให้ทารกแรกเกิดได้รับการโอบกอดแบบเนื้อแนบเนื้อทันทีโดยที่ไม่มีการแยกทารกออกจากมารดา ประกอบกับสถิติการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวยังของโรงพยาบาลมีแนวโน้มที่ลดลง และผลลัพธ์ที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมข้างต้น จึงจำเป็นอย่างยิ่งที่ห้องคลอดซึ่งเป็นจุดเริ่มต้นของความสำเร็จของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ต้องปรับปรุงแนวปฏิบัติที่ใช้ในปัจจุบันใหม่ ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจแนวทางการปฏิบัติขององค์การอนามัยโลกมาใช้ โดยให้มารดาโอบกอดลูกแบบเนื้อแนบเนื้อภายหลังคลอดทันที เพื่อศึกษาผลลัพธ์ประสิทธิภาพการดูดนมแม่ของทารกและระยะเวลาการเริ่มไหลของนมแม่ รวมทั้งเพื่อใช้เป็นแนวทางการสนับสนุนการเริ่มต้นเลี้ยงลูกด้วยนมแม่แก่มารดาและทารกแรกเกิดในระยะหลังคลอดให้มีประสิทธิภาพคุ้มค่า และเกิดประโยชน์สูงสุด

วัตถุประสงค์วิจัย

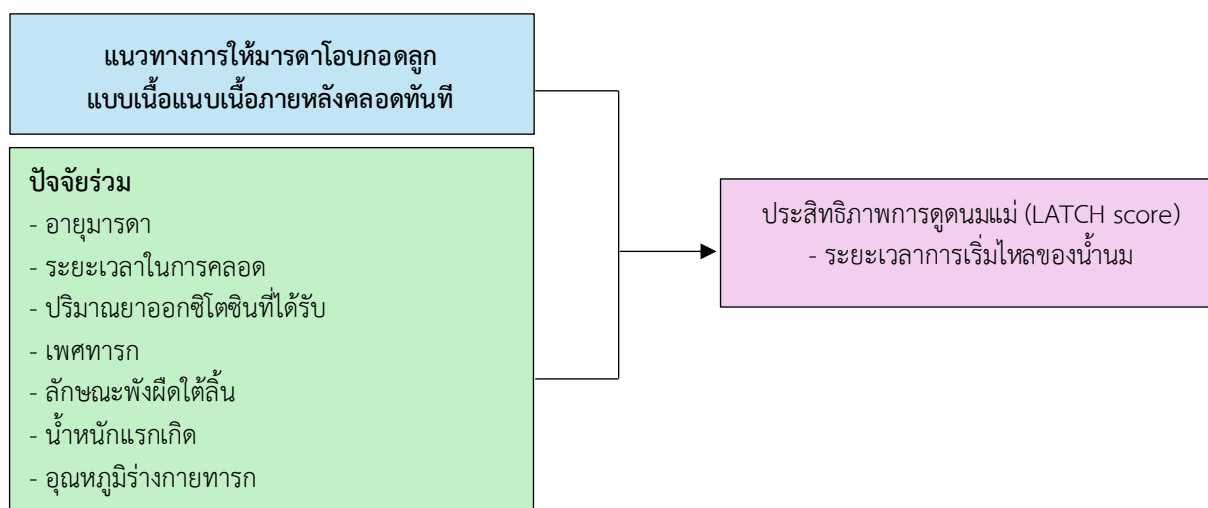
1. เพื่อเปรียบเทียบประสิทธิภาพการดูดนมแม่ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการให้มารดาโอบกอดลูกแบบเนื้อแนบเนื้อภายหลังคลอดทันที กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลแบบเดิม
2. เพื่อเปรียบเทียบระยะเวลาการเริ่มไหลของน้ำนมของมารดาหลังคลอดปกติระหว่างกลุ่มที่ได้รับการให้มารดาโอบกอดลูกแบบเนื้อแนบเนื้อภายหลังคลอดทันที กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลแบบเดิม

สมมติฐานวิจัย

1. ค่ามัธยฐานคะแนนประสิทธิภาพการดูดนมแม่ LATCH Score กลุ่มที่ได้รับการให้มารดาโอบกอดลูกแบบเนื้อแนบเนื้อภายหลังคลอดทันที สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลแบบเดิม
2. ค่าเฉลี่ยระยะเวลาการเริ่มไหลของน้ำนมของมารดาหลังคลอดปกติระหว่างกลุ่มที่ได้รับการให้มารดาโอบกอดลูกแบบเนื้อแนบเนื้อภายหลังคลอดทันที น้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลแบบเดิม

กรอบแนวคิดวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้กลไกการสร้างน้ำนม (Lactogenesis) และบันได 10 ขั้นสู่ความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ (WHO, 2009) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย โดยการสร้างน้ำนมระยะที่หนึ่ง (Lactogenesis I) เกิดขึ้นประมาณ 12 สัปดาห์ก่อนคลอดถึง 3 วันแรกหลังคลอด ฮอร์โมนโปรแลคตินที่เพิ่มขึ้นจะกระตุ้นเซลล์สร้างน้ำนมเพื่อสร้างหัวน้ำนม และขังไว้ในต่อมน้ำนมในระยะแรกหลังคลอด (ศุภวิทย์ มุตตามระ, กุสุมา ชูศิลป์, อุมพร สุทัศน์วรวิทย์, วราภรณ์ แสงทวีสิน, ยุพยง แห่งเชาวนิช, 2555) ร่วมกับบันไดขั้นที่ 4 ช่วยแม่เริ่มให้ลูกดูดนมแม่ภายในครึ่งชั่วโมงแรกหลังคลอด และให้มารดาโอบกอดแบบเนื้อแนบเนื้อภายหลังคลอดทันทีเป็นระยะเวลานาน 1 ชั่วโมง ทารกจะมีการเคลื่อนไหว และคืบคลานอยู่บนอกมารดา ช่วยให้ทารกพบกับเต้านมมารดาสร้างความคุ้นเคยกับมารดา มีการเลียบริเวณเต้านม และรอบหัวนมหรือดูดที่หัวนม ทำให้ทารกดูดนมแม่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ และเกิดการหลั่งของฮอร์โมนโปรแลคติน และออกซิโทซิน ซึ่งมีความสำคัญต่อกลไกการสร้างและการหลั่งน้ำนมทำให้น้ำนมแม่มาเร็ว โดยมีปัจจัยร่วมได้แก่ อายุมารดา ระยะเวลาในการคลอด ปริมาณยาออกซิโทซินที่ได้รับ เพศทารก ลักษณะพังผืดใต้ลิ้น น้ำหนักแรกเกิด และอุณหภูมิร่างกายทารก ดังแผนภาพ 1



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงเปรียบเทียบ (Comparative Study) ชนิดศึกษาย้อนหลังและไปข้างหน้าแบบไม่ควบคุม (Retrospective and Prospective Uncontrolled before and after Intervention Study)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ได้แก่ มารดาหลังคลอดปกติ และทารกแรกเกิดครบกำหนดที่มาคลอด ณ ห้องคลอด โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ มารดาหลังคลอดปกติ และทารกแรกเกิดครบกำหนดที่มาคลอด ณ ห้องคลอด โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ ขนาดของกลุ่มตัวอย่างได้จากการวิเคราะห์อำนาจการทดสอบโดยใช้โปรแกรม G*Power กำหนดอำนาจทดสอบที่ร้อยละ 80 ระดับนัยสำคัญที่ .05 ขนาดอิทธิพล คำนวนจากการศึกษางานวิจัยที่ผ่านมาของ กนกวรรณ โคตรสังข์, ศิริวรรณ แสงอินทร์, อุษา เชื้อหอม (2559) ได้ขนาดอิทธิพลค่าความแตกต่างเท่ากับ 1.17 ซึ่งเป็นขนาดอิทธิพลที่สูง ดังนั้นเพื่อให้สอดคล้องกับการประมาณค่าขนาดอิทธิพลที่ Cohen (1977) กำหนดไว้ 3 ขนาดคือ เล็ก กลาง และใหญ่ ผู้วิจัยจึงใช้อิทธิพลค่าความแตกต่างขนาดใหญ่ คือ .80 ทำให้ได้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 26 คู่ ผู้วิจัยได้เพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 20 (Polit, Beck, 2012) เพื่อป้องกันการสูญหายกรณีที่กลุ่มตัวอย่างขอยุติการเข้าร่วมวิจัยก่อนสิ้นสุดการวิจัย ดังนั้นผู้วิจัยจึงใช้กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้กลุ่มละ 32 คู่ รวมทั้งหมด 64 คู่ โดยกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลแบบเดิม เป็นการศึกษาแบบย้อนหลัง 6 เดือน นับจากโครงการวิจัยได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กรุงเทพมหานคร เมื่อวันที่ 18 เมษายน 2568 รวบรวมข้อมูลจากการทบทวนเวชระเบียนของโรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ กลุ่มที่ได้รับแนวทางปฏิบัติการให้มารดาโอบกอดลูกแบบเนื้อแนบเนื้อภายหลังคลอดทันทีเป็นการศึกษาแบบไปข้างหน้าเริ่มดำเนินการตามแนวทางปฏิบัติ ตั้งแต่วันที่ 1 พฤษภาคม พ.ศ. 2568 และเก็บรวบรวมข้อมูลจนได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์คัดเข้าจำนวน 32 คู่ โดยไม่มีการถอนตัวในระหว่างการศึกษา ทั้งสองกลุ่มมีลักษณะกลุ่มประชากรที่ใกล้เคียงกัน ทั้งมารดาและทารก โดยมีเกณฑ์การคัดเข้า ได้แก่ 1) มารดาครรภ์แรกหลังคลอดปกติ มีอายุตั้งแต่ 20 ปีและน้อยกว่า 35 ปี 2) ไม่มีข้อห้ามในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ หัวนมปกติ ไม่มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ และเป็นครรภ์เดียว 3) สามารถสื่อสารได้ด้วยภาษาไทย 4) ทารกแรกเกิดน้ำหนักตั้งแต่ 2,500 กรัม และไม่เกิน 4,000 กรัม 5) คะแนนแอฟการ์นาที่ 1 และ $5 \geq 8$ คะแนน เกณฑ์การคัดออก ได้แก่ 1) มารดาได้รับยาระงับปวดเพทิดีน (Pethidine) ทางหลอดเลือดดำ ภายใน 3 ชั่วโมงก่อนคลอด 2) มารดามีภาวะแทรกซ้อนหลังคลอด เช่น ตกเลือด รกค้าง 3) ทารกที่มีภาวะแทรกซ้อนต้องแยกจากมารดาเพื่อรับการรักษาที่หอผู้ป่วยทารกแรกเกิด 4) ผลอัลตราซาวด์ขณะตั้งครรภ์ทารกมีความผิดปกติ เกณฑ์การถอนออกจากการวิจัย ได้แก่ 1) มารดาหลังคลอดมีภาวะแทรกซ้อนระยะหลังคลอดที่ไม่สามารถ

ประเมินระยะเวลาที่น้านมเริ่มไหล และปริมาณน้านมเมื่อครบ 48 ชั่วโมงหลังคลอดได้ 2) ทารกแรกเกิดมีอาการผิดปกติในระหว่างให้มารดาโอบกอดแบบเนื้อแนบเนื้อบนอกมารดา 3) มีข้อบ่งชี้ต้องผ่าตัดคลอดฉุกเฉิน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง สำหรับกลุ่มที่ศึกษาแบบไปข้างหน้า คือ คู่มือแนวทางปฏิบัติการให้มารดาโอบกอดลูกแบบเนื้อแนบเนื้อภายหลังคลอดทันที ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย 1.1) ขั้นตอนเตรียมความพร้อม อธิบายให้มารดาทราบประโยชน์ของการให้มารดาโอบกอดลูกแบบเนื้อแนบเนื้อภายหลังคลอดทันที และ 1.2) ขั้นตอนการ การนำทารกให้มารดาโอบกอดแบบเนื้อแนบเนื้อภายหลังคลอดทันที ส่วนกลุ่มที่ศึกษาแบบย้อนหลังใช้ แนวทางปฏิบัติการพยาบาลแบบเดิม คือ ภายหลังทารกคลอดมีการแยกทารกออกจากมารดาเพื่อไปให้การพยาบาลก่อนแล้วรอให้ข้อมแซมแผลฝีเย็บเสร็จสิ้น จึงนำทารกมาให้สัมผัสแบบเนื้อแนบเนื้อ และเริ่มต้นดูนมครั้งแรก

2. เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

2.1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของมารดา มีจำนวน 6 ข้อ ได้แก่ อายุ ระยะเวลาที่ 1 ของการคลอด ระยะเวลาที่ 2 ของการคลอด ระยะเวลาที่ 3 ของการคลอด ปริมาณยาออกซิโตซินที่ได้รับ

2.2 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของทารก มีจำนวน 4 ข้อ ได้แก่ เพศ น้ำหนักแรกเกิด ลักษณะพังผืดใต้ลิ้น และอุณหภูมิกายก่อนย้ายออกจากห้องคลอด

2.3 แบบประเมินการไหลของน้านม ใช้ในการประเมินระยะเวลาการเริ่มไหลของน้านม นับจากระยะเวลาคลอดจนถึงเวลาที่มีน้านมเริ่มไหลครั้งแรก 1-2 หยด นำมาจากการศึกษาของ มาริยา มะแซ (2561) ซึ่งประยุกต์มาจากข้อมูลระดับการไหลของน้านมของชุดิมาพร และคณะ (ชุดิมาพร ไตรนภากุล, มณฑา ไชยะวัฒน์, วิวัฒน์ คณาวิฑูรย์, รัชกร เทียมเท่าเกิด, สุวรรณี นาคะ, วิมล มิตรนิโยดม และคณะ, 2553) โดยแบบประเมินการไหลของน้านมเป็นมาตรวัดประมาณค่า ประเมินโดยใช้นิ้วหัวแม่มือและนิ้วชี้วางห่างจากหัวนมประมาณ 1 นิ้ว จากนั้นกดส่วนปลายนิ้วหัวแม่มือและนิ้วชี้ให้เข้าหาผนังหน้าอกและบีบนิ้วทั้งสองเข้าหากัน โดยแบ่งระดับการไหลของน้านมเป็น 5 ระดับ ดังนี้ น้านมไม่ไหล หมายถึง ไม่มีน้านมไหล (0 คะแนน) น้านมไหลน้อย หมายถึง น้านมไหลซึมแต่ไม่เป็นหยด (1 คะแนน) น้านมเริ่มไหล หมายถึง น้านมไหลตั้งแต่ 1-2 หยด (2 คะแนน) น้านมไหลแล้ว หมายถึง น้านมไหลมากกว่า 3 หยดขึ้นไปแต่น้านมไม่พุ่ง (3 คะแนน) น้านมไหลดี หมายถึง น้านมไหลพุ่ง (4 คะแนน)

2.4 แบบประเมิน LATCH score ใช้ประเมินประสิทธิภาพการดูนมแม่ เมื่อครบ 48 ชั่วโมงหลังคลอดเป็นแบบประเมินที่ Jensen และคณะ (Jensen, Wallace, Kelsey, 1994) ได้พัฒนาขึ้น ประกอบด้วยเกณฑ์การประเมิน 5 เกณฑ์ ได้แก่ L = Latch การอมหัวนมและการดูดของทารก 2 คะแนน คือ คาบหัวนมและลานนม ริมฝีปากบานออก ดูนมเป็นจังหวะ 1 คะแนน คือ กระตุ้นหลายครั้งจนอมหัวนมและลานนม 0 คะแนน คือ ดูหัวนมไม่ได้, A = Audible เสียงกลืนนม 2 คะแนน คือ อายุ < 24 ชม. ได้ยินเป็นช่วง ๆ อายุ > 24 ชม. ได้ยินบ่อยครั้ง 1 คะแนน คือ ได้ยิน 2-3 ครั้งหลังกระตุ้นให้ดูนม 0 คะแนน คือ ไม่ได้ยิน, T = Type of nipple ลักษณะของหัวนมมารดา 2 คะแนน คือ หัวนมชี้พุ่งปกติ หรือหลังถูกกระตุ้น 1 คะแนน คือ หัวนมแบน 0 คะแนน คือ หัวนมบอดปุ่ม, C = Comfort ความสุขสบายของเต้านมและหัวนมเวลาให้ทารกดูนม 2 คะแนน คือ เต้านมและหัวนมนุ่ม อาจเจ็บเล็กน้อยขณะลูกดูนม 1 คะแนน คือ มีรอยแดงบริเวณเต้านม หัวนมมีรอยพองเล็กน้อย เจ็บปานกลาง 0 คะแนน คือ เต้านมคัดมาก หัวนมแตกเป็นแผล เลือดออกและเจ็บรุนแรงมาก และ H = Hold/Help ทำอุ้มทารกดูนม/ปริมาณความช่วยเหลือที่เจ้าหน้าที่ต้องนำทารกเข้าเต้าได้ถูกต้อง 2 คะแนน คือ สามารถอุ้มและจัดทำลูกด้วยตนเอง 1 คะแนน คือ ต้องการความช่วยเหลือของเจ้าหน้าที่บ้าง เช่น จัดหมอนรองยกหัวเตียง 0 คะแนน คือ ต้องการความช่วยเหลือของเจ้าหน้าที่เต็มที่ กรณีคะแนนต่ำกว่า 8 คะแนนแสดงว่าทารกดูนมไม่มีประสิทธิภาพ ถ้าคะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 8 คะแนน แสดงว่าทารกดูนมมีประสิทธิภาพ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. คู่มือแนวทางปฏิบัติการให้มารดาโอบกอดลูกแบบเนื้อแนบเนื้อภายหลังคลอดทันที ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาด้วยวิธีคำนวณดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน

ประกอบด้วย อาจารย์ด้านการพยาบาลมารดาทารกและการผดุงครรภ์ จำนวน 2 ท่าน พยาบาลวิชาชีพเฉพาะทางด้านนมแม่ 1 ท่าน สูติแพทย์ 1 ท่าน และกุมารแพทย์ 1 ท่าน มีค่า CVI เท่ากับ 1.00 จากนั้นนำไปประเมินความเป็นไปได้ของแนวทางปฏิบัติกับมารดาที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง พบว่ามีการปรับปรุงแนวทางเพิ่มเติม คือ มีหมอนรองรับท่อนแขนของมารดาทั้งสองข้างเพื่อให้มารดาสุขสบายขณะให้มารดาโอบกอดทารกไว้

2. แบบประเมิน LATCH score ผู้วิจัยไม่ได้ตรวจความตรงตามเนื้อหา เนื่องจากเป็นเครื่องมือมาตรฐานสำหรับประเมินลักษณะทางสรีระของหัวนม เต้านม และความสามารถในการเข้าเต้าขณะให้นมแม่โดย American Academy of Pediatrics เพื่อใช้ในการประเมินประสิทธิภาพการให้นมแม่ (วีณา จีระแพทย์, เกรียงศักดิ์ จีระแพทย์, 2563) ตรวจหาความเที่ยงระหว่างผู้ประเมิน (Inter-Rater Reliability) 2 ราย ที่มีความเชี่ยวชาญด้านการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ โดยประเมินในมารดาหลังคลอด จำนวน 15 ราย โดยหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ภายในชั้น (Intraclass Correlation Coefficient: ICC) พบว่ามีค่าเท่ากับ .80

3. แบบประเมินการไหลของน้ำนม ผ่านการตรวจความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงด้านเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) เท่ากับ .80 (มารียา มะแซ, 2561) ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือโดยหาค่าความเที่ยงระหว่างผู้ประเมิน (Inter-Rater Reliability) 2 ราย ที่มีความเชี่ยวชาญด้านการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ โดยประเมินในมารดาหลังคลอด จำนวน 15 ราย โดยหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ภายในชั้น (Intraclass Correlation Coefficient: ICC) พบว่ามีค่าเท่ากับ .81

การเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังจากได้รับความเห็นชอบจากคณะกรรมการด้านจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ และได้รับอนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลจากแหล่งเก็บข้อมูลแล้ว จึงดำเนินการดังนี้

ขั้นก่อนการทดลอง

1. ผู้วิจัยเริ่มต้นประชาสัมพันธ์ให้สตรีตั้งครรภ์เข้าร่วมการวิจัยที่หน่วยฝากครรภ์ โดยติดโปสเตอร์ประชาสัมพันธ์ที่ประกอบด้วยชื่อเรื่องวิจัย คุณสมบัติผู้เข้าร่วมโครงการ วิธีการ และรายละเอียดช่องทางการติดต่อผู้วิจัย เพื่อให้สตรีตั้งครรภ์มีอิสระในการตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัย

2. ผู้วิจัยเตรียมผู้ช่วยวิจัยที่ห้องคลอด ในการใช้แนวทางปฏิบัติการให้มารดาโอบกอดลูกแบบเนื้อแนบเนื้อภายหลังคลอดทันที ดังนี้ 1) ประชุมชี้แจงแนวทางปฏิบัติการให้มารดาโอบกอดลูกแบบเนื้อแนบเนื้อภายหลังคลอดทันที และการลงข้อมูลในใบบันทึกข้อมูล 2) ผู้วิจัยสาธิตตามคู่มือแนวทางการให้มารดาโอบกอดลูกแบบเนื้อแนบเนื้อภายหลังคลอดทันที หลังจากนั้นให้ผู้ช่วยวิจัยฝึกปฏิบัติด้วยตนเอง ผู้วิจัยประเมินเป็นรายบุคคลตรวจความครบถ้วนและถูกต้องของขั้นตอน โดยใช้ checklist พบว่าผู้ช่วยวิจัยทุกคนทำได้ครบถ้วนและถูกต้องทุกขั้นตอน

3. ผู้วิจัยเตรียมผู้ช่วยวิจัยที่ห้องคลอด ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้ 1) ประชุมชี้แจงวิธีการใช้แบบประเมินการไหลของน้ำนม และแบบประเมินประสิทธิภาพการดูดนมแม่ 2) ผู้วิจัยสาธิตการประเมินการไหลของน้ำนม และประเมินประสิทธิภาพการดูดนมแม่ LATCH score หลังจากนั้นให้ผู้ช่วยวิจัยปฏิบัติด้วยตนเอง ผู้วิจัยประเมินตรวจสอบความครบถ้วนและถูกต้องของขั้นตอนโดยใช้ checklist พบว่าผู้ช่วยวิจัยทุกคนทำได้ครบถ้วนและถูกต้องทุกขั้นตอน เนื่องจากเป็นวิธีการประเมินที่พยาบาลหลังคลอดปฏิบัติเป็นงานประจำ

ขั้นตอนทดลอง

กลุ่มที่ได้รับการให้มารดาโอบกอดลูกแบบเนื้อแนบเนื้อภายหลังคลอดทันที เป็นการศึกษาแบบไปข้างหน้า เริ่มดำเนินการตามแนวทางปฏิบัติ ตั้งแต่ 1 พฤษภาคม พ.ศ. 2568 และเก็บรวบรวมข้อมูลจนได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์คัดเข้าจำนวน 32 คู่ โดยปฏิบัติดังนี้

1. ผู้วิจัย/ผู้ช่วยวิจัยที่ห้องคลอดใช้แนวทางปฏิบัติการให้มารดาโอบกอดลูกแบบเนื้อแนบเนื้อภายหลังคลอดทันที และบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ลงในแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลทั้งมารดา และทารกแรกเกิด

มีขั้นตอน ดังนี้

1.1 ขั้นเตรียมความพร้อม อธิบายให้มารดาทราบประโยชน์ของการให้มารดาโอบกอดลูกแบบเนื้อแนบเนื้อภายหลังคลอดทันที ดังนี้

1.1.1 ทารกเริ่มต้นดูดนมแม่ได้เร็วขึ้น อาจส่งผลต่อระยะเวลาในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และประสบความสำเร็จในช่วง 3 เดือนแรก ช่วยส่งเสริมการสร้างสัมพันธ์ระหว่างมารดาและทารกเกิดความรักใคร่ผูกพันมากขึ้น

1.1.2 รักษาความอบอุ่นของร่างกายทารก การเผาผลาญในร่างกายและระดับน้ำตาลในเลือดคงที่

1.1.3 ป้องกันการติดเชื้อ เนื่องจากทารกได้สัมผัสกับเชื้อแบคทีเรียที่มีประโยชน์ของมารดา ส่งผลต่อการสร้างภูมิคุ้มกันของทารกได้

1.1.4 ลดการร้องของทารก มารดาและทารกสงบ ช่วยให้อัตราการเต้นของหัวใจและการหายใจของทารกสม่ำเสมอ

1.1.6 กระตุ้นการหลั่งฮอร์โมนออกซิโตซิน (Oxytocin) ของมารดา ทำให้มดลูกหดตัวป้องกันการตกเลือดหลังคลอดกระตุ้นการหลั่งน้ำนมทำให้มารดารู้สึกผ่อนคลาย สงบ และกระตุ้นสัญชาตญาณความเป็นแม่

1.2 ขั้นตอนการ มีดังนี้

1.2.1 ประเมินความพร้อมของมารดาและทารก โดยมารดา ประเมินสัญญาณชีพปกติ รู้สึกตัวดี ไม่มีภาวะแทรกซ้อนในระยะคลอด เช่น ตกเลือด สำหรับทารก ประเมิน Apgar score นาทีที่ 1 และ 5 ≥ 8 คะแนน

1.2.2 จัดท่ามารดาให้นอนศีรษะสูง 15 - 30 องศา เพื่อให้มารดาสามารถมองเห็นทารกขณะกอดสัมผัส

1.2.3 ภายหลังเช็ดตัวทารกให้แห้ง และตัดสายสะดือแล้ว อุ้มทารกให้มารดาตรวจสอบเพศและป้ายชื่อระบุตัว ผูกป้ายระบุตัวทารกที่ข้อมือ และข้อเท้า

1.2.4 เปิดเสื้อมารดาออก แล้วนำทารกแรกเกิดมาวางบนอกมารดาหลังคลอดปกติ สวมหมวกให้ทารก ตะแคงหน้าทารกออกทางด้านข้าง โดยวางทารกให้อยู่ระหว่างเต้านมมารดาทั้งสองข้าง แนวลำตัวขนานกับมารดา หน้าท้องของทารกแนบอกของมารดาให้ผิวหนังสัมผัสกันโดยตรง มารดาใช้แขนโอบกอดลูกไว้ตลอดเวลา แล้วคลุมหลังทารกด้วยผ้าอุ่นขณะทารกอยู่บนอกมารดา

1.2.5 ดูแลให้มารดาโอบกอดทารกไว้โดยมีหมอนรองรับท่อนแขนของมารดาทั้งสองข้างเพื่อให้มารดาสุขสบาย โดยพยาบาลห้องคลอดจะดูแลความปลอดภัยตลอดระยะเวลา

1.2.6 สังเกตความพร้อมในการดูดนมของทารก เช่น ทารกขยับปาก แลลิ้น น้ำลายไหลเป็นต้น แนะนำให้มารดาขยับเต้านมให้ทารกสามารถมองเห็นหัวนมและลานนมชัดเจน

1.2.7 ดูแลให้ทารกขยับหาเต้านมและดูดนมอย่างปลอดภัย โดยจัดท่าให้ทารกหันหน้าเข้าด้านในหน้าอกมารดา ทำให้มารดาสามารถมองเห็นทารกได้ตลอดเวลาที่ดูดนมแม่

1.2.8 ประเมินความปลอดภัยในขณะที่ดูดนมแม่ โดยเฉพาะมารดาที่มีเต้านมใหญ่ และนมป้องกันไม่ให้จุกทารกกดที่หน้าอกมากเกินไป

1.2.9 ประเมินสัญญาณชีพของมารดาทุก 15 นาที 4 ครั้ง ทุก 30 นาที 2 ครั้ง และความอิ่มตัวออกซิเจนของทารกแรกเกิดตลอดเวลา พร้อมทั้งเฝ้าระวังอาการผิดปกติ

1.2.10 เมื่อครบ 1 ชั่วโมง นำทารกแรกเกิดไปยังห้องให้การพยาบาลทารกแรกเกิด เพื่อชั่งน้ำหนัก วัดความยาวลำตัว ความยาวเส้นรอบวงศีรษะ ความยาวเส้นรอบอก ทำความสะอาดร่างกาย ฉีดวิตามินเค ตรวจร่างกายเบื้องต้น ประเมิน Tongue-tie โดยใช้ Siriraj Tongue-tie score (STT score) ประเมินการหายใจชีพจร วัดอุณหภูมิทางทวารหนัก สังเกตอาการผิดปกติ และเตรียมย้ายไปหอผู้ป่วยสูติกรรมหลังคลอดพร้อมมารดา

1.2.11 เมื่อครบ 2 ชั่วโมงหลังคลอด มารดาและทารกจะย้ายไปตึกสูติกรรมหลังคลอด พยาบาลหลังคลอดจะประเมินการไหลของน้ำนมและประสิทธิภาพการดูดนม

กลุ่มที่ได้รับการพยาบาลแบบเดิม

เป็นการศึกษาแบบย้อนหลังที่ใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลแบบเดิม ประกอบด้วย 2.1) ภายหลังผู้ทำคลอดตัดผูกสายสะดือ อุ้มทารกแรกเกิดให้มารดาดูเพศ และวางทารกแรกเกิดในเตียงทารก (Crib) พยาบาลให้มารดา

ตรวจสอบความถูกต้องของเพศและป้ายชื่อระบุตัว จากนั้นผูกป้ายระบุตัวทารกที่ข้อมือ ข้อเท้า ใส่หมวก ห่อตัวด้วยผ้าอุ่น จากนั้นแยกทารกไปที่ห้องให้การพยาบาลทารกแรกเกิด 2.2) พยาบาลทำความสะอาดร่างกาย เช็ดสะดือ ผิดยาวิตามินเค ประเมินสัญญาณชีพ วัดเส้นรอบวงศีรษะรอบอก ความยาว ชั่งน้ำหนัก สังเกตอาการอยู่ภายใต้เครื่องให้ความอบอุ่น (Radiant Warmer) และ 2.3) ภายหลังมารดาได้รับการเย็บซ่อมแซมแผลฝีเย็บเสร็จสิ้น (ใช้เวลาประมาณ 30 - 60 นาที) พยาบาลนำทารกแรกเกิดมาพบกับมารดาอีกครั้ง เพื่อให้ทารกเริ่มต้นดูดนมครั้งแรก โดยจัดให้มารดาอยู่ในท่านอนตะแคง และช่วยเหลือโดยประคองศีรษะทารกเข้าเต้าให้มารดาโอบกอดทารกโดยมีผ้าคลุมไว้

เก็บรวบรวมข้อมูล โดยการศึกษาย้อนหลัง 6 เดือน นับจากโครงการวิจัยได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กรุงเทพมหานคร เมื่อวันที่ 18 เมษายน 2568 เก็บข้อมูลจากเวชระเบียน และแบบบันทึกข้อมูลทางสูติกรรมของผู้คลอดแต่ละราย แล้วบันทึกข้อมูลในแบบเก็บข้อมูลจนครบตามเกณฑ์คัดเข้าจำนวน 32 คู่ ระหว่างวันที่ 1 กันยายน พ.ศ. 2567 ถึงวันที่ 28 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2568 โดยการประเมินการไหลของน้ำนมและประสิทธิภาพ การดูดนมแม่ในกลุ่มควบคุม ใช้ข้อมูลจากใบบันทึกติดตาม/ประเมินการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของหอผู้ป่วยสูติกรรมหลังคลอด ประกอบด้วยการประเมินการไหลของน้ำนมที่บันทึกข้อมูล เป็น 5 ระดับ ได้แก่ 1) น้ำนมไม่ไหล หมายถึง ไม่มีน้ำนมไหล 2) น้ำนมไหลน้อย หมายถึง น้ำนมไหลซึมแต่ไม่เป็นหยด 3) น้ำนมเริ่มไหล หมายถึง น้ำนมไหลตั้งแต่ 1-2 หยด 4) น้ำนมไหลแล้ว หมายถึง น้ำนมไหลมากกว่า 3 หยดขึ้นไปแต่น้ำนมไม่พุ่ง และ 5) น้ำนมไหลดี หมายถึง น้ำนมไหลพุ่ง โดยเลือกตัวอย่างที่มีการบันทึกเวลาที่น้ำนมไหลตั้งแต่ 1-2 หยด รวมทั้งการประเมิน LATCH score ที่มีการประเมินทุก 8 ชั่วโมง โดยดูคะแนนประเมินเมื่อครบ 48 ชั่วโมงหลังคลอด ดังนั้นในการวิจัยครั้งนี้จึงนำข้อมูลที่ได้จากการประเมินการไหลของน้ำนม และประสิทธิภาพการดูดนมแม่ LATCH score ในเวชระเบียนมาใช้เปรียบเทียบกับกลุ่มทดลอง

ขั้นตอนหลังการทดลอง

ผู้ช่วยวิจัยที่หอผู้ป่วยสูติกรรมหลังคลอด เก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

1. ประเมินการไหลของน้ำนม โดยใช้นิ้วหัวแม่มือและนิ้วชี้วางห่างจากหัวนมประมาณ 3 เซนติเมตร ออกแรงกดปลายนิ้วทั้งสองเข้าหาหน้าอก แล้วบีบนิ้วทั้งสองเข้าหากันเบา ๆ และคลายนิ้วออกเริ่มทำซ้ำใหม่ให้เป็นจังหวะ คือ กด-บีบ-ปล่อย ต่อเนื่อง 3 ครั้ง จะนับว่าน้ำนมเริ่มไหลเมื่อบีบนมแล้วมีน้ำนมไหลออกมา 1-2 หยด ประเมินการไหลของน้ำนมทุก 8 ชั่วโมง หรือเมื่อมารดาแจ้งว่ารู้สึกเต้านมตึงหรือคัด ซึ่งเป็นอาการที่แสดงว่ามีการสร้างน้ำนมแล้ว แล้วลงเวลาที่น้ำนมเริ่มไหลในใบบันทึกการไหลของน้ำนม

2. ประเมินประสิทธิภาพการดูดนมแม่ ประเมินตามมาตรฐาน LATCH score ทุก 8 ชั่วโมง แล้วลงบันทึกในแบบประเมินประสิทธิภาพการดูดนมแม่ โดยใช้คะแนน LATCH score เมื่อครบ 48 ชั่วโมงหลังคลอด

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ (SPSS version 31.0.0) ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ใช้การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐานและพิสัยควอไทล์ ทดสอบความแตกต่างของข้อมูลส่วนบุคคลระหว่างกลุ่มโดยใช้สถิติทีอิสระ (Independent t-test) สถิติทดสอบแมนนวิทนียู (Mann-Whitney U test) สถิติไคสแควร์ (Chi-Square test) และสถิติฟิชเชอร์ (Fisher's Exact Test)

2. เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนน LATCH Score ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลแบบเดิม กับกลุ่มที่ได้รับการให้มารดาโอบกอดลูกแบบเนื้อแนบเนื้อภายหลังคลอดทันทีโดยใช้สถิติทดสอบแมนนวิทนียู (Mann-Whitney U test) โดยวิเคราะห์ลักษณะการกระจายของข้อมูลคะแนน LATCH Score ด้วยการทดสอบชิโร-วิลค์ (Test of Normality - Shapiro-Wilk Test) พบว่า ได้ค่าสถิติ Shapiro-Wilk = .920 sig = .020 และ .750 sig = .000 ตามลำดับ แสดงว่าข้อมูลมีการแจกแจงไม่ปกติ

3. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของระยะเวลาการเริ่มไหลของน้ำนม ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลแบบเดิม กับกลุ่มที่ได้รับการให้มารดาโอบกอดลูกแบบเนื้อแนบเนื้อภายหลังคลอดทันที โดยใช้สถิติทีอิสระ (Independent t-test) โดยวิเคราะห์ลักษณะการกระจายของข้อมูลระยะเวลาการเริ่มไหลของน้ำนม ด้วยการทดสอบชิโร-วิลค์ (Test of Normality - Shapiro-Wilk Test) พบว่า ได้ค่าสถิติ Shapiro-Wilk = .971 sig = .533 และ .968 sig = .437

ตามลำดับ แสดงว่าข้อมูลมีการแจกแจงปกติ และใช้สถิติลีวินส์ (Levene's Test) พบว่า ความแปรปรวนของทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน จึงเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติที

จริยธรรมวิจัย

ผู้วิจัยขอรับการอนุมัติโครงการวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กรุงเทพมหานคร ได้รับการอนุมัติเมื่อวันที่ 18 เมษายน 2568 เลขรหัส N008hh/67 ในระหว่างดำเนินการวิจัย ถ้าผู้คลอดและทารกมีภาวะแทรกซ้อน ผู้วิจัยหรือผู้ช่วยผู้วิจัยจะส่งต่อไปกับ สูติแพทย์และกุมารแพทย์เป็นผู้ดูแลรักษาต่อไป และผู้วิจัยจะมีการดูแลอย่างต่อเนื่องต่อไปจนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป

ตาราง 1 เปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคลของมารดาหลังคลอดปกติ และทารกแรกเกิด ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลแบบเดิมกับกลุ่มที่ได้รับการให้มารดาโอบกอดลูกแบบเนื้อแนบเนื้อภายหลังคลอดทันที ด้วยสถิติทีอิสระ สถิติทดสอบแมนวิทนียู สถิติไคสแควร์ และสถิติฟิชเชอร์

ข้อมูลส่วนบุคคล	ทั้งหมด	กลุ่มได้รับ การพยาบาลแบบเดิม	กลุ่มได้รับ skin to skin	t	p-value
	(n = 64)	(n = 32)	(n = 32)		
	M ± SD/ n (%)	M ± SD/ n (%)	M ± SD/ n (%)		
	Median (IQR)	Median (IQR)	Median (IQR)		
มารดาหลังคลอดปกติ					
อายุ	25.12 ± 3.91	24.47 ± 3.48	25.78 ± 4.26	-1.35	.182
ระยะที่ 1 ของการคลอด	8.71 (7.92)	9.28 (9.25)	7.54 (4.55)	438.5 ^a	.324
ระยะที่ 2 ของการคลอด	17.00 (19.45)	16.50 (18.25)	19 (23.25)	503.5 ^a	.909
ระยะที่ 3 ของการคลอด	7.30 ± 2.71	7.69 ± 2.66	6.91 ± 2.75	1.15	.252
ปริมาณยาออกซิโตซินที่ได้รับ	18871.50 (3774.50)	19001.50 (5647.00)	18799.00 (3381.00)	444.5 ^a 444.5 ^a	.364 .364
ทารกแรกเกิด					
เพศ					
หญิง	31 (48.44%)	13 (20.31%)	18 (28.13%)	1.564 ^b	.211
ชาย	33 (51.56%)	19 (29.69%)	14 (21.87%)		
ลักษณะพึงพิศได้					
ปกติ	62 (96.88%)	30 (46.88%)	32 (50.00%)		.492 ^c
เล็กน้อย	2 (3.12%)	2 (3.12%)	0 (0%)		
น้ำหนัก	3034.77±33.57	3047.19±44.57	3022.34±50.84	0.367	.715
อุณหภูมิร่างกาย	36.92 ±0.04	36.86±0.52	37.00±0.05	-1.781	.08

^aMann-Whitney U Test, ^bChi-square test, ^cFisher's Exact Test

จากตาราง 1 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมารดาหลังคลอดปกติทั้งหมดมีอายุเฉลี่ย 25.13 ปี ระยะเวลาในการคลอดระยะที่ 1 เท่ากับ 8.71 ชั่วโมง ระยะที่ 2 เท่ากับ 17 นาที ระยะที่ 3 เท่ากับ 7.30 นาที ปริมาณยาออกซิโตซินที่ได้รับ 18,871.50 มิลลิกรัม เมื่อเปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างในด้านอายุ ระยะเวลาในการคลอด

ระยะที่ 3 โดยใช้สถิติทีอิสระ เปรียบเทียบระยะเวลาในการคลอดระยะที่ 1, 2 และปริมาณออกซิโตซินที่ได้รับ โดยใช้สถิติทดสอบแมนวิทนียู พบว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่ม มีข้อมูลส่วนบุคคลแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ทารกแรกเกิดส่วนใหญ่เป็นเพศชายร้อยละ 51.56 พังผืดใต้ลิ้นปกตร้อยละ 96.88 น้ำหนักเฉลี่ย 3034.77 กรัม และอุณหภูมิร่างกายเฉลี่ย 36.92 องศาเซลเซียส ลักษณะส่วนบุคคลในแต่ละด้านของกลุ่มตัวอย่างระหว่างกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลแบบเดิม และกลุ่มที่ได้รับการให้มารดาโอบกอดลูกแบบเนื้อแนบเนื้อภายหลังคลอดทันที มีความใกล้เคียงกัน เมื่อเปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างในด้านน้ำหนัก และอุณหภูมิร่างกายโดยใช้สถิติทีอิสระ เปรียบเทียบเพศใช้สถิติไคสแควร์ และลักษณะพังผืดใต้ลิ้นใช้สถิติฟิชเชอร์ พบว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่ม มีข้อมูลส่วนบุคคลแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

2. คะแนน LATCH Score

ตาราง 2 เปรียบเทียบคะแนน LATCH Score ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลแบบเดิม ($n = 32$) กับกลุ่มที่ได้รับการให้มารดาโอบกอดลูกแบบเนื้อแนบเนื้อภายหลังคลอดทันที ($n = 32$) ด้วยสถิติทดสอบแมนวิทนียู

LATCH Score	Median (IQR)	M Rank	Sum of Ranks	Mann-Whitney U	Z	r	p-value (1-tailed)
กลุ่มที่ได้รับการพยาบาลแบบเดิม	8(2)	24.73	791.50	263.50	-3.525	0.44	< .001
กลุ่มที่ได้รับ skin to skin	9(1)	40.27	1288.50				

จากตาราง 2 เปรียบเทียบค่ามัธยฐานคะแนน LATCH Score ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลแบบเดิม กับกลุ่มที่ได้รับการให้มารดาโอบกอดลูกแบบเนื้อแนบเนื้อภายหลังคลอดทันที ผลการวิเคราะห์พบว่า กลุ่มที่ได้รับการให้มารดาโอบกอดลูกแบบเนื้อแนบเนื้อภายหลังคลอดทันทีมีคะแนน LATCH Score (*Median* = 9, *IQR* = 1) สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลแบบเดิม (*Median* = 8, *IQR* = 2) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($Z = -3.525$, $p\text{-value} < .001$) และมีขนาดอิทธิพลระดับปานกลาง ($r = 0.44$)

3. ระยะเวลาการเริ่มไหลของน้ำนม

ตาราง 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระยะเวลาการเริ่มไหลของน้ำนมระหว่างกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลแบบเดิม ($n = 32$) กับกลุ่มที่ได้รับการให้มารดาโอบกอดลูกแบบเนื้อแนบเนื้อภายหลังคลอดทันที ($n = 32$) ด้วยสถิติทีอิสระ

ระยะเวลาการเริ่มไหลของน้ำนม	M	SD	t	df	p-value (1-tailed)	Cohen's d	95% CI
กลุ่มที่ได้รับการพยาบาลแบบเดิม	33.97	16.03	2.508	62	.008	0.627	[0.122-1.127]
กลุ่มที่ได้รับ Skin to Skin	25.53	10.23					

จากตาราง 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระยะเวลาการเริ่มไหลของน้ำนมมีหน่วยเป็นชั่วโมงระหว่างกลุ่มได้รับการพยาบาลแบบเดิมกับกลุ่มที่ได้รับการให้มารดาโอบกอดลูกแบบเนื้อแนบเนื้อภายหลังคลอดทันที ผลการวิเคราะห์พบว่า กลุ่มที่ได้รับการให้มารดาโอบกอดลูกแบบเนื้อแนบเนื้อภายหลังคลอดทันทีมีระยะเวลาการเริ่มไหลของน้ำนม ($M = 25.53$, $SD = 10.23$) สั้นกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลแบบเดิม ($M = 33.97$, $SD = 16.03$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = 2.508$, $p\text{-value} = .008$) มีขนาดอิทธิพลระดับปานกลาง ($Cohen's d = 0.627$, $95\% CI = 0.122-1.127$)

การอภิปรายผล

ผลของการให้มารดาโอบกอดลูกแบบเนื้อแนบเนื้อภายหลังคลอดทันทีช่วยให้ประสิทธิภาพการดูดนมแม่โดยประเมินจาก LATCH Score มีคะแนนสูงกว่ามารดาที่ได้รับการพยาบาลแบบเดิม และช่วยให้ระยะเวลาการเริ่มไหลของน้ำนมมาเร็วกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลแบบเดิม อธิบายได้ว่าเป็นผลมาจากการนำทารกมาวางระหว่างหน้าอกของมารดาได้สัมผัสเนื้อแนบเนื้อทันทีหลังเกิด และกอดต่อเนื่องโดยไม่แยกจากกันนาน 1 ชั่วโมงขึ้นไปนั้นเป็นระยะที่ทารกมีความตื่นตัวและมารดามีความไวต่อความรู้สึกมากที่สุด ทารกจะมีการเคลื่อนไหว และคืบคลานอยู่บนอกมารดาระหว่างเต้านมและใกล้กับหัวนม จะช่วยให้ทารกพบกับเต้านมมารดา สร้างความคุ้นเคยกับมารดา ทารกจะเคลื่อนไหวได้มากขึ้น มีการเลียบริเวณเต้านมและรอบหัวนม หรือดูดที่หัวนม ส่งผลให้มารดาหลังออกซิโทซินมากขึ้น ทารกสามารถได้กลิ่นและรับรู้รสชาติ และเรียนรู้การดูดนมจากเต้าได้สำเร็จ โดยทารกจะอมถึงลานนม ส่งผลให้เกิดการหลั่งของฮอโมนโพรแลคตินและออกซิโทซิน ซึ่งมีความสำคัญต่อการสร้างและการหลั่งน้ำนม ทำให้น้ำนมแม่หลังเร็วและปริมาณเพียงพอกับความต้องการของทารก (Widstrom, Brimdyr, Svensson, Cadwell, Nissen, 2019) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ กรรณก เกื้อสกุล, นิตยา ลินสุกใส, วรรณ พาทูวัฒนกร, วิทยา ถิฐาพันธ์ (2562) ที่พบว่า การสัมผัสแบบเนื้อแนบเนื้อระหว่างมารดาและทารกภายหลังคลอดโดยเร็ว มีสัดส่วนทารกที่ดูดนมแม่ได้มีประสิทธิภาพเมื่อจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < .05$) นอกจากนี้สอดคล้องกับ กนกวรรณ โคตรสังข์, ศิริวรรณ แสงอินทร์, อุษา เชื้อหอม (2559) ที่พบว่า มารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องที่มีการกระตุ้นการหลั่งน้ำนมโดยมีการสัมผัสแบบเนื้อแนบเนื้อ มีระยะเวลาการเริ่มไหลของน้ำนมและระยะเวลาการมาของน้ำนมเต็มเต้าเร็วกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t_{46.87} = -4.32, p\text{-value} < .01$ และ $t_{51.22} = -6.08, p\text{-value} < .01$ ตามลำดับ) สอดคล้องกับงานวิจัยของ Aghdas, Talat, Sepideh (2014) พบว่า กลุ่มที่ได้รับการสัมผัสแบบเนื้อของมารดาและทารกทันทีอย่างต่อเนื่องมีความเชื่อมั่นในตนเองในการให้นมบุตร ($M = 53.42, SD = 8.57$) สูงกว่ากลุ่มควบคุม ($M = 49.85, SD = 5.50$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และกลุ่มทดลองมีอัตราความสำเร็จในการเริ่มต้นให้นมบุตรร้อยละ 56.6 สูงกว่ากลุ่มควบคุมที่มีร้อยละ 35.60 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สอดคล้องกับการศึกษาของ Karimi, Miri, Khadivzadeh, Maleki-Saghooni (2020) ที่ทำการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบและการวิเคราะห์ห่อภิมาณผลของการสัมผัสแบบเนื้อระหว่างมารดาและทารกทันทีหลังคลอดต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว พบว่ากลุ่มทดลองมีระยะเวลาการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวตั้งแต่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลจนถึง 3 เดือนมากกว่ากลุ่มควบคุม 2.47 เท่า ($OR = 2.47, 95\% CI = 1.76\text{--}3.48$) และระยะเวลา 3 ถึง 6 เดือนของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวมากกว่ากลุ่มควบคุม 1.71 เท่า ($OR = 1.71, 95\% CI = 1.05\text{--}2.78$) อย่างไรก็ตามการวิจัยครั้งนี้มีข้อจำกัดในการเก็บข้อมูลในกลุ่มเปรียบเทียบเป็นการศึกษาแบบย้อนหลัง คือ การขาดกลุ่มควบคุม (Uncontrolled) ทำให้ไม่สามารถบอกได้ว่าผลการวิจัยที่เกิดขึ้นมาจากการจัดกระทำ หรือปัจจัยแทรกซ้อนอื่น ๆ ปัจจัยเหล่านี้อาจส่งผลกระทบต่อผลการวิจัยได้ ถึงแม้ผู้วิจัยได้ดำเนินการวิจัยที่ช่วยลดปัจจัยดังกล่าวโดยเลือกกลุ่มตัวอย่างจากเวชระเบียนตามเกณฑ์คัดเข้า เกณฑ์คัดออก และมีปัจจัยร่วมที่เท่าเทียมกับกลุ่มทดลองแล้วก็ตาม ดังนั้นผลการวิจัยยากที่จะสรุปว่าประสิทธิภาพการดูดนมแม่ดีขึ้น และระยะเวลาการเริ่มไหลของน้ำนมมาเร็วขึ้น มาจากแนวทางการให้มารดาโอบกอดลูกแบบเนื้อแนบเนื้อภายหลังคลอดทันที จึงควรมีการทำวิจัยที่มีกลุ่มควบคุมเพื่อสรุปผลการวิจัยที่เกิดขึ้นมาจากสิ่งทดลองโดยตรง

การนำผลการวิจัยไปใช้

พยาบาลผดุงครรภ์ห้องคลอด ควรนำแนวทางการให้มารดาโอบกอดลูกแบบเนื้อแนบเนื้อภายหลังคลอดทันทีไปใช้เพื่อให้ทารกดูดนมแม่ได้มีประสิทธิภาพ ช่วยให้ระยะเวลาการเริ่มไหลของน้ำนมมาเร็วขึ้น

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรใช้แนวทางการให้มารดาโอบกอดลูกแบบเนื้อแนบเนื้อภายหลังคลอดทันทีมาใช้แล้วศึกษาติดตามดูระยะเวลาการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างน้อย 6 เดือน การวัดผลลัพธ์ด้านความปลอดภัย และความพึงพอใจ
2. ควรใช้รูปแบบการวิจัยแบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุม (Randomized Controlled Trial: RCT) ช่วยลดความลำเอียงในการเลือกกลุ่มตัวอย่าง ปัจจัยแทรกซ้อนต่าง ๆ ถูกทำให้คงที่ สามารถเปรียบเทียบประสิทธิภาพของสิ่งทดลองใหม่กับกลุ่มควบคุมได้

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยนี้ได้รับการสนับสนุนทุนวิจัยจาก “ทุนส่งเสริมการวิจัยทางการแพทย์สาธารณสุข โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์”

คำแถลงการณ์การใช้ปัญญาประดิษฐ์ (AI)

ผู้วิจัยไม่ได้ใช้เครื่องมือปัญญาประดิษฐ์ในการวิเคราะห์ข้อมูลหรือการตีความผลการวิจัย การใช้เครื่องมือปัญญาประดิษฐ์มีเพียงการตรวจสอบไวยากรณ์และการพิสูจน์อักษรเบื้องต้นเท่านั้น โดยผู้วิจัยเป็นผู้รับผิดชอบต่อความถูกต้องและความน่าเชื่อถือของเนื้อหาทั้งหมด

ผลประโยชน์ทับซ้อน

ผู้วิจัยขอแถลงว่าไม่มีผลประโยชน์ทับซ้อนใดๆ ในการดำเนินการวิจัยครั้งนี้ ไม่มีความสัมพันธ์ทางการเงินหรือส่วนได้เสียกับองค์กรหรือบุคคลใดที่อาจมีอิทธิพลต่อผลการวิจัย

รายการอ้างอิง

- กนกวรรณ โคตรสังข์, ศิริวรรณ แสงอินทร์, และอุษา เชื้อหอม. (2559). ผลของโปรแกรมการกระตุ้นการหลั่งน้ำนมต่อระยะเวลาการเริ่มไหลของน้ำนม ระยะเวลาการมาของน้ำนมเต็มเต้า และการรับรู้ความสามารถในการเลี้ยงลูกด้วย นมแม่ในมารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา*, 24(1), 13-26. <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/Nubuu/article/view/87573/69144>
- กรรณก เกื้อสกุล, นิตยา สีนสุกใส, วรรณภา พาทูวัฒนกร, และวิทยา ธิฐาพันธ์. (2562). ผลของการสัมผัสแบบเนื้อแนบเนื้อระหว่างมารดาและทารก ภายหลังคลอดโดยเร็ว ต่อประสิทธิภาพการดูดนมของทารกและ การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวนานหนึ่งเดือน. *Nursing Science Journal of Thailand*, 37(4), 66-78. [file:///C:/Users/NMU/Downloads/thitiwatchara,%20%23default.groups.name.editor%20%233,+Kornkanok+-+Final%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/NMU/Downloads/thitiwatchara,%20%23default.groups.name.editor%20%233,+Kornkanok+-+Final%20(2).pdf)
- กัญญาณัด บลิ้มใจ, ศศิกานต์ กาละ, และสุรีย์พร กฤษเจริญ. (2565). ผลของโปรแกรมส่งเสริมการสร้างน้ำนมร่วมกับ ฟังดนตรีต่อการไหลของน้ำนม และระยะเวลาน้ำนมเต็มเต้าของมารดาหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง. *วารสารการพยาบาลและการศึกษา*, 15(2), 55-72. <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/JNAE/article/view/254527/55-75>
- ชุตินาพร ไตรนากุล, มณฑา ไชยะวัฒน์, วิวัฒน์ คณาวิฑูรย์, รัชกร เทียมเท่าเกิด, สุวรรณ นาคะ, วิมล มิตรนิโยดม, และคณะ. (2553). ผลของการไหลของน้ำนมในหญิงหลังคลอด ที่ถูกนวดประคบเต้านมด้วยกระเป๋าน้ำร้อน และลูกประคบสมุนไพร. *วารสารการพยาบาลและการศึกษา*, 3(3), 75-91. <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/JNAE/article/view/1843/1542>

- นิรัตน์ชญา ไชยงาม, ฉวีวรรณ อยู่สำราญ, และวรรณภา พาหุวัฒน์กร. (2562). ปัจจัยทำนายการเริ่มหลังน้ำนมในมารดาที่เลี้ยงลูกด้วยนมแม่. *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ*, 37(1), 52-59.
<https://he01.tci-thaijo.org/index.php/jnat-ned/article/view/181723/128766>
- ปิยภรณ์ ปัญญาวิชิต และยิ่งขวัญ อยู่รัตน์. (2559). ผลของการให้แม่โอบกอดลูกแบบเนื้อแนบเนื้อ ต่ออุณหภูมิร่างกายและความอิ่มตัวของออกซิเจนของทารกแรกเกิดครบกำหนดในห้องคลอด โรงพยาบาลรามคำแหง. *วารสารสาธารณสุขศาสตร์*, 46(1), 82-94.
<https://he02.tci-thaijo.org/index.php/jph/article/view/58074/48006>
- มาริยา มะแซ. (2561). ผลของโปรแกรมการนวดเต้านมด้วยตนเองต่อการไหลของน้ำนมในมารดาครรภ์แรก (วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
<https://kb.psu.ac.th/server/api/core/bitstreams/8695ccd6-293e-494e-926b-b74e9b787fd1/content>
- วีณา จีระแพทย์ และเกรียงศักดิ์ จีระแพทย์. (2563). กลวิธีสู่ความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่. กรุงเทพมหานคร: ธรรมดาเพรส.
- โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์, งานเวชสถิติ. (2566). รายงานประจำปี 2566. กรุงเทพมหานคร.
- ศุภวิทย์ มุตตามระ, กุสุมา ชูศิลป์, อุมาพร สุทัศน์วรวิทย์, วราภรณ์ แสงทวีสิน, และยุพียง แห่งเชาวนิช. (2555). *ตำราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่*. นนทบุรี: โอเอรา.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ ประเทศไทย. (2566). รายงานฉบับสมบูรณ์ การสำรวจสถานการณ์เด็กและสตรีในประเทศไทย พ.ศ. 2565. สืบค้นเมื่อ 1 มิถุนายน 2567 จาก
[https://www.unicef.org/thailand/media/11361/file/Thailand%20MICS%202022%20full%20report%20\(Thai\).pdf](https://www.unicef.org/thailand/media/11361/file/Thailand%20MICS%202022%20full%20report%20(Thai).pdf)
- Aghdas, K., Talat, K., & Sepideh, B. (2014). Effect of immediate and continuous mother–infant skin-to-skin contact on breastfeeding self-efficacy of primiparous women: A randomised control trial. *Women and Birth*, 27(1), 37–40. doi.org/10.1016/j.wombi.2013.09.004
- Brownell, E., Howard, C.R., Lawrence, R. A., & Dozier, A. M. (2012). Delayed onset lactogenesis II predicts the cessation of any or exclusive breastfeeding. *The journal of pediatrics*, 161(4), 608-614.
- Cohen, J. (1977). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences* (Rev. ed.). New York, NY: Academic Press.
- Jensen, D., Wallace, S., & Kelsey, P. (1994). LATCH: A breastfeeding charting system and documentation tool. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*, 23(1), 27-32.
doi: 10.1111/j.1552-6909.1994.tb01847.x. PMID: 8176525.
- Karimi, F. Z., Miri, H. H., Khadivzadeh, T., & Maleki-Saghooni, N. (2020). The effect of mother-infant skin-to-skin contact immediately after birth on exclusive breastfeeding: a systematic review and meta-analysis. *Journal of the Turkish-German Gynecological Association*, 21(1), 46–56.
doi.org/10.4274/jtgga.galenos.2019.2018.0138
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2012). *Nursing Research: Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice*. (9th ed.). Philadelphia: Wolters Kluwer/Lippincott Williams & Wilkins.
- Widstrom, A. M., Brimdyr, K., Svensson, K., Cadwell, K., & Nissen, E. (2019). Skin-to -skin contact the first Hour after birth, underlying implications and clinical practice. *Acta Paediatrica*, 108, 1192-1204. doi: 10.1111/apa.14754.

- World Health Organization. (2009). *Baby-friendly Hospital Initiative: Revised, Updated and Expanded for Integrated Care*. Retrieved March 23, 2026, from <https://www.who.int/publications/i/item/9789241594950>
- World Health Organization. (2018). *Breastfeeding*. Retrieved June 1, 2024, from https://www.who.int/health-topics/breastfeeding#tab=tab_3