



ผลของการนวดและประคบเต้านมด้วยความร้อนขึ้นต่อการไหลของน้ำนม
ในมารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง
THE EFFECTS OF BREAST MASSAGE AND HOT MOIST COMPRESSION
ON MILK FLOW AMONG CESAREAN SECTION MOTHERS

อรพินทร์ เตชรังสรรค์¹

Orapin Techarungsan

อุษา วงศ์พินิจ^{2,*}

Usa Wongphinit

¹พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา อำเภอศรีราชา จังหวัดชลบุรี 20110
Registered nurse, Queen Savang Vadhana Memorial Hospital, Si Racha, Chonburi, 20110, Thailand

²ผู้ช่วยศาสตราจารย์ สาขาวิชาการพยาบาลมารดา ทารก และการผดุงครรภ์
สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทย เขตปทุมวัน กรุงเทพมหานคร 10330
Assistant Professor, Department of Maternal-Newborn Nursing and Midwifery,
Srisavarindhira Thai Red Cross Institute of Nursing, Pathumwan, Bangkok, 10330, Thailand

*Corresponding author E-mail: uas.w@stin.ac.th

Received: July 19, 2024

Revised: October 30, 2024

Accepted: December 21, 2024

บทคัดย่อ

การไหลของน้ำนมเป็นปัญหาหนึ่งที่สำคัญในมารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบระยะเวลาที่น้ำนมเริ่มไหลหลังคลอดและคะแนนการไหลของน้ำนมในมารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง หลังจากการนวดและประคบเต้านมด้วยความร้อนขึ้น ตัวอย่างเป็นมารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องที่รับการรักษาที่หอผู้ป่วยสูติกรรมพิเศษ โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา จังหวัดชลบุรี ตั้งแต่เดือน มีนาคม ถึง มิถุนายน พ.ศ. 2567 จำนวน 42 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 21 ราย กลุ่มทดลองได้รับการนวดและประคบเต้านม 4 ครั้ง คือ ชั่วโมงที่ 6, 12, 18 และ 24 หลังคลอด จากนั้นประเมินคะแนนการไหลของน้ำนมหลังการนวดและประคบเต้านมด้วยความร้อนขึ้นเสร็จประมาณ 30 นาที ของการนวดและประคบเต้านมในแต่ละครั้ง ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติและประเมินคะแนนการไหลของน้ำนมในชั่วโมงที่ 6, 12, 18 และ 24 หลังคลอด จากนั้นนำข้อมูลไปวิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนการไหลของน้ำนมในมารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องและระยะเวลาที่น้ำนมเริ่มไหลหลังคลอด ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยใช้สถิติทดสอบทีแบบ Independent

ผลการศึกษาพบว่า มารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยระยะเวลาที่น้ำนมเริ่มไหลหลังคลอดน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = -8.05, p = .00$) และกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนการไหลของน้ำนมที่ 6, 12, 18 และ 24 ชั่วโมงหลังคลอดมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = 4.32, 6.69, 8.36, \text{ และ } 9.15 \text{ ตามลำดับ; } p = .00$)

สรุปว่าการนวดและประคบเต้านมด้วยความร้อนขึ้นในมารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง ส่งผลให้ระยะเวลาน้ำนมเริ่มไหลเร็วขึ้นและมีการไหลของน้ำนมมากขึ้น และควรนำไปใช้เป็นแนวทางการดูแลเพื่อกระตุ้นการไหลของน้ำนมในมารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องได้

คำสำคัญ : การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่, การนวดเต้านม, การประคบด้วยความร้อนขึ้น, การไหลของน้ำนม, ผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง

Abstract

Milk flow is a significant concern for mothers after a cesarean section. This quasi-experimental study aimed to compare milk onset time and milk flow scores in mothers following cesarean section after receiving hot moist breast compression. The sample consisted of 42 postpartum cesarean section mothers receiving care at the Special Obstetrics Unit, Queen Savang Vadhana Memorial Hospital in Chonburi Province, from March to June 2024. Participants were divided into an experimental group and a control group, with 21 participants in each group. The experimental group received four sessions of hot moist breast compression at 6, 12, 18, and 24 hours postpartum. Subsequently, milk flow scores were assessed approximately 30 minutes after each session. The control group received routine nursing care, with milk flow scores assessed at the same time points: 6, 12, 18, and 24 hours postpartum. Data were analyzed using independent *t*-tests to compare milk flow scores and milk onset time between the experimental and control groups.

The results revealed a significantly faster time to milk onset in the experimental group compared to the control group ($t = -8.05$, $p = .00$). Additionally, the experimental group had significantly higher milk flow scores at 6, 12, 18, and 24 hours postpartum compared to the control group ($t = 4.32, 6.69, 8.36$, and 9.15 , respectively; $p = .00$).

In conclusion, hot moist breast compression accelerates milk onset and increases milk flow. It should be considered a care strategy to enhance milk flow in mothers after cesarean section.

Keywords: breastfeeding, breast massage, hot moist compression, milk flow, cesarean section

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

นมแม่เป็นอาหารธรรมชาติที่ทารกได้รับจากแม่หลังคลอด ประกอบด้วยสารอาหารครบถ้วนที่จำเป็นต่อการเจริญเติบโตและดีที่สุดสำหรับทารก ช่วยเสริมสร้างระบบภูมิคุ้มกัน ป้องกันทารกจากโรคต่าง ๆ อีกทั้ง ช่วยส่งเสริมพัฒนาการของสมอง สายตา ระบบประสาท และระบบย่อยอาหาร ลดความเสี่ยงโรคเรื้อรัง ส่งเสริมสุขภาพจิต ทำให้ทารกรู้สึกปลอดภัย อบอุ่น และเป็นที่รัก (Binns et al., 2016; Nuampa et al., 2020) นอกจากนี้ นมแม่ยังช่วยให้มารดาลดความเสี่ยงต่อโรคมะเร็งรังไข่ มะเร็งเต้านม และมะเร็ง

กระดูก รวมทั้งลดความเสี่ยงต่อโรคเรื้อรัง ได้แก่ โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง โรคเบาหวาน และโรคกระดูกพรุน นอกจากนี้ ยังช่วยให้ทารกหดรัดตัวได้ดี ป้องกันการเกิดตกเลือดหลังคลอด และประหยัดค่าใช้จ่าย (Tharana, 2021)

องค์การอนามัยโลกจึงได้แนะนำการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือน ควบคู่กับอาหารตามวัยจนถึงอายุ 2 ปี หรือมากกว่านั้น (World Health Organization, 2014) ประเทศไทย กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ได้สนับสนุนให้มารดาเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือน โดยกำหนดไว้ในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคม

แห่งชาติ ฉบับที่ 13 (พ.ศ. 2566 - 2570) ว่าภายใน ปี พ.ศ. 2573 ควรมีร้อยละของเด็กแรกเกิด - ต่ำกว่า 6 เดือน กินนมแม่อย่างเดียวอย่างน้อย ร้อยละ 70 แต่จากผลสำรวจสถานการณ์ในปี พ.ศ. 2566 พบมีเด็กอายุต่ำกว่า 6 เดือน กินนมแม่ อย่างเดียว ร้อยละ 60.36 (Department of Health of Ministry of Public Health, 2023) ซึ่งต่ำกว่า เกณฑ์ ทั้งนี้ มีหลากหลายปัจจัยที่ส่งผลต่อการเลี้ยง ลูกด้วยนมแม่เพียงอย่างเดียว นาน 6 เดือน เช่น การรับรู้ความไม่เพียงพอของน้ำนม การไม่ได้เลี้ยง ลูกด้วยนมแม่เพียงอย่างเดียวตั้งแต่ก่อนจำหน่าย ความเชื่อมั่นในสมรรถนะของตนเอง และประสบการณ์ เป็นต้น (Potipatsa et al., 2022)

การไม่ได้เลี้ยงลูกด้วยนมแม่เพียงอย่างเดียว ก่อนการจำหน่าย เกิดจากไม่ประสบความสำเร็จใน การให้นมลูกตั้งแต่ระยะหลังคลอดจนถึงก่อน จำหน่ายจากโรงพยาบาล โดยเฉพาะอย่างยิ่งใน มารดาที่ผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง พบว่ามี อัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เพียงอย่างเดียว นาน 6 เดือน มีเพียงร้อยละ 39.6 ในขณะที่มารดาที่คลอด ทางช่องคลอด เลี้ยงลูกด้วยนมแม่เพียงอย่างเดียว นาน 6 เดือน มีร้อยละ 45.8 (National Statistical Office of Thailand, 2023) อาจเนื่องจาก มารดาที่ ผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องต้องเผชิญกับอุปสรรค ในการให้นมตามหลัก 3 ดูด คือ ดูดเร็ว ดูดบ่อย และดูดถูกวิธี (Treenuchakorn et al., 2022) ด้วยมารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องยังมี อาการง่วงซึม ไม่ตื่นตัวจากการได้รับยาระงับ ความรู้สึกระหว่างผ่าตัด อ่อนเพลียจากการงดน้ำ และอาหารก่อนและหลังผ่าตัด และการถูกจำกัด การเคลื่อนไหว มีผลต่อการให้นมบุตร และไม่สามารถ ให้นมบุตรได้บ่อยทุก มารดากลุ่มนี้จึงให้ลูกเริ่มให้ ดูดนมได้ช้ากว่ามารดาคลอดปกติ

ระยะแรกหลังคลอด นับเป็นช่วงเวลาที่สำคัญของกระบวนการสร้างและหลั่งน้ำนมระยะที่ 2 และ 3 (Lactogenesis II และ III) นอกจากนั้น ยังมีอาการไม่สุขสบายจากการปวดแผลผ่าตัดที่ ส่งผลต่อการทำงานของฮอร์โมน Prolactin และ

Oxytocin (Hobbs et al., 2016; Lian et al., 2022) นอกจากนี้ ความปวดจากแผลผ่าตัดยังเป็น อุปสรรคต่อการสร้างความผูกพันระหว่างมารดา และทารก ทำให้เริ่มให้นมลูกได้ช้า ส่งผลให้น้ำนม ไหลช้า สอดคล้องกับผลการสำรวจของสำนักงาน สถิติแห่งชาติ ประเทศไทย ปี พ.ศ. 2565 ที่พบว่า มารดาที่ผ่าตัดคลอด มีร้อยละของเด็กที่กินนมแม่ ครั้งแรกภายในชั่วโมงแรกหลังคลอด ร้อยละ 24.7 ซึ่งน้อยกว่า เมื่อเทียบกับการคลอดทางช่องคลอด ที่มีร้อยละ 32.7 (National Statistical Office of Thailand, 2023)

ตึกสูติกรรมพิเศษ 23A มีมารดาหลังผ่าตัด คลอดบุตรเพียงร้อยละ 1 ที่มีน้ำนม 2 - 3 หยด หลังคลอด 3 ชั่วโมง โดยร้อยละ 30 เริ่มมีน้ำนม 2 - 3 หยด หลังคลอด 16 ชั่วโมง และร้อยละ 50 มีน้ำนมเต็มเต้าหลังคลอด 48 ชั่วโมง ปัญหาน้ำนม ไหลช้าและน้ำนมไหลเต็มเต้าช้า อาจยาวนานถึง 72 ชั่วโมง โดยการมีน้ำนมเต็มเต้าช้าจะสร้างความ วิตกกังวลให้มารดาและครอบครัว ส่งผลให้มี โอกาสยุติการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เพียงอย่างเดียวสูง และเริ่มให้นมผสมอย่างอื่นแทน (Chaikongkiat et al., 2020; Pasuwan, 2020) เพราะคิดวามารดา มีปริมาณของน้ำนมไม่เพียงพอต่อความต้องการ ของทารก ดังนั้น การพัฒนาแนวทางการกระตุ้น การสร้างและการหลั่งของน้ำนมในมารดาที่ผ่าตัด คลอดบุตรทางหน้าท้อง จึงเป็นสิ่งสำคัญในช่วงแรก หลังคลอด เนื่องจากกระบวนการผลิตและการหลั่ง น้ำนมแม่ ยังไม่สมบูรณ์ ทำให้น้ำนมแม่หลังออกมา เพียงเล็กน้อย

การทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับ การกระตุ้นการหลั่งน้ำนม พบว่ามีหลากหลายวิธี เช่น การใช้ยา การรับประทานสมุนไพร การกดจุด การนวดเต้านม และการประคบเต้านมด้วยความ ร้อน เป็นต้น ซึ่งวิธีที่สะดวก ทำได้ง่าย ประหยัด ค่าใช้จ่าย และมีประสิทธิภาพในการสร้างและหลั่ง น้ำนม คือ การนวดเต้านมร่วมกับการประคบเต้านม ด้วยความร้อน ซึ่งจะทำให้มีการไหลเวียนเลือดมา ที่เต้านมและเซลล์จะผลิตน้ำนมเพิ่มขึ้น (Phon-ngam

& Mankong, 2020) เพราะความร้อนจะทำให้อุณหภูมิบริเวณที่ประคบเพิ่มขึ้น หลอดเลือดบริเวณเต้านมที่ประคบบมีการขยายตัว จึงเพิ่มการรับเลือดไหลเวียนมาที่เต้านม ในขณะที่การนวดเต้านมเป็นการกระตุ้นการไหลเวียนเลือดและกระตุ้นการทำงานของต่อมน้ำนม ทำให้ป้องกันการอุดตันของท่อน้ำมนอกจากนี้ การนวดเต้านมทำให้เต้านมและลานนมนิ่ม เมื่อทารกอมหัวนมได้ถึงลานนมจะกระตุ้นให้มีการสร้างฮอร์โมน Prolactin และ Oxytocin เพิ่มขึ้น ร่างกายของมารดาจึงสร้างและหลั่งน้ำนมได้ดี จากการศึกษาของ Pinyapirom et al. (2023) พบว่า มารดาที่ได้รับการประคบเต้านมด้วยผ้าอุ่นขึ้นมีค่าเฉลี่ยระยะเวลาการเริ่มไหลของน้ำนมเร็วกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เช่นเดียวกับการศึกษาของ Phon-ngam and Mankong (2020) พบว่าการนวดและประคบเต้านมด้วยเจลความร้อนขึ้นทำให้มารดามีระยะเวลาที่น้ำนมเริ่มไหลเร็วกว่าการประคบเต้านมเพียงอย่างเดียว อย่างไรก็ตามการนวดเต้านมร่วมกับการประคบเต้านมด้วยความร้อนมีหลายวิธี เช่น การประคบร้อนโดยใช้ถุงถั่วเขียว การประคบด้วยสมุนไพร การประคบร้อนด้วยเจลโพลีเมอร์ การประคบด้วยกระเป๋าน้ำร้อนหรือการประคบร้อนด้วยผ้าอุ่นขึ้น ถึงแม้การประคบเต้านมด้วยความร้อนจะมีหลายวิธี แต่การประคบร้อนด้วยผ้าอุ่นขึ้นเป็นวิธีที่สะดวกปลอดภัย อุปกรณ์หาได้ง่าย และราคาไม่แพง ผู้วิจัยจึงสนใจนำวิธีนี้มาศึกษา เพื่อศึกษารูปแบบในการกระตุ้นการไหลของน้ำนมในมารดาที่ผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องของตึกสูติกรรมพิเศษ 23A ซึ่งเดิมมีเพียงการกระตุ้นและสอนให้มารดานำบุตรเข้าเต้า เพื่อให้ได้แนวทางในการส่งเสริมให้มารดาผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องประสบความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่มากขึ้น

วัตถุประสงค์วิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบระยะเวลาที่น้ำนมเริ่มไหลหลังคลอดระหว่างมารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องที่ได้รับการนวดและการประคบ

เต้านมด้วยความร้อนขึ้น กับมารดาผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนการไหลของน้ำนมระหว่างมารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องที่ได้รับการนวดและการประคบเต้านมด้วยความร้อนขึ้น กับมารดาผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

สมมุติฐานวิจัย

1. มารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องที่ได้รับการนวดและการประคบเต้านมด้วยความร้อนขึ้น มีระยะเวลาที่น้ำนมเริ่มไหลหลังคลอดเร็วกว่ามารดาผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

2. มารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องที่ได้รับการนวดและการประคบเต้านมด้วยความร้อนขึ้น มีคะแนนการไหลของน้ำนมมากกว่ามารดาผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

กรอบแนวคิดการวิจัย

กรอบแนวคิดการวิจัยครั้งนี้ได้มาจากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบตามหลัก PICO ของสถาบันโจแอนนาบริกส์ (The Joanna Briggs Institute, 2011) มีรายละเอียด ดังนี้

P (Participants) คือ มารดาหลังคลอดมารดาที่ผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องหญิงหลังคลอดและ Postpartum women

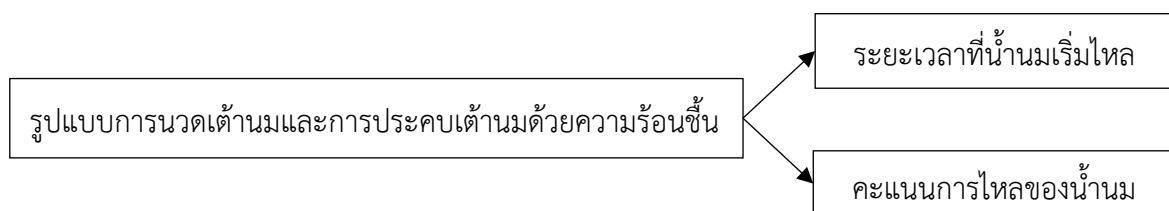
I (Intervention) คือ การนวดเต้านม การประคบเต้านม Breast massage และ Hot moist compression

C (Comparison) คือ สมุนไพรกระตุ้นน้ำนม ยากระตุ้นน้ำนม การกดจุด และ อาหารกระตุ้นน้ำนม

O (Outcome) คือ ปริมาณน้ำนม การไหลของน้ำนม คะแนนการไหลของน้ำนม ระยะเวลาที่น้ำนมเริ่มไหลหลังคลอด Milk flow และ Breastmilk volume

นอกจากนี้ ยังมีการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับกลไกการสร้างและการหลั่งน้ำนมระยะที่ 2 (Lactogenesis II) ร่วมกับการนวดและประคบเต้านมเพื่อกระตุ้นการสร้างและการหลั่งน้ำนม ซึ่งการสร้างและการหลั่งน้ำนมระยะที่ 2 จะเกิดขึ้นทันทีในระยรรคคลอด เนื่องจากฮอร์โมน Estrogen และ Progesterone ลดลงอย่างรวดเร็ว ทำให้ฮอร์โมน Prolactin และ Oxytocin ที่มีหน้าที่ในการสร้างและหลั่งน้ำนมทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น หากมารดาได้รับการดูแลกระตุ้นอย่างต่อเนื่องจากการทาจะช่วยให้มีการสร้างและการหลั่งของน้ำนมอย่างต่อเนื่อง เพราะมีการกระตุ้นปลายประสาทสัมผัสจากหัวนมแล้วส่งสัญญาณประสาทไปกระตุ้นต่อมใต้สมองส่วนหน้าให้หลั่งฮอร์โมน Prolactin ทำให้เกิดการสร้างน้ำนม ซึ่งจะมีผลต่อระยะเวลาที่น้ำนมเริ่มไหลหลังคลอดครั้งแรก และทำให้น้ำนมมีปริมาณเพิ่มมากขึ้น ส่วนการดูดของทารกจะช่วยกระตุ้นต่อมใต้สมองส่วนหลังให้หลั่งฮอร์โมน Oxytocin ทำให้กล้ามเนื้อรอบ ๆ กระจเปาะน้ำนมเกิดการบีบตัว จึงเกิดการหลั่งน้ำนมไหลออกมา (Neville & Morton, 2001) ซึ่งจะมีผลต่อลักษณะการไหลของน้ำนมว่าออกมามากหรือน้อย

การนวดและการประคบเต้านมด้วยความร้อนขึ้น ที่เป็นการใช้น้ำมันนวดบริเวณเต้านมและการใช้ผ้าขนหนูชุบน้ำร้อนบิดหมาดและประคบบริเวณเต้านม จะช่วยกระตุ้นการไหลเวียนเลือดไปยังบริเวณเต้านม ซึ่งการนวดสัมผัสเต้านมจะทำให้ต่อมน้ำนมปลายประสาทที่หัวนม และลานนมเกิดการกระตุ้น Myoepithelial cells ให้ส่งสัญญาณไปยังต่อมใต้สมองส่วนหน้าและส่วนหลังทำให้เกิดการหลั่งฮอร์โมน Prolactin และ Oxytocin จึงเกิดการสร้างและหลั่งน้ำนมอย่างไ้ก็ตาม ในมารดาที่ผ่าตัดคลอดบุตรจะทำให้มารดาเกิดความไม่สุขสบายจากการปวดแผลและใช้ระยะเวลาในการพักฟื้นที่นานกว่า ซึ่งอาจส่งผลต่อการนำบุตรเข้าเต้า ทำให้กลไกการสร้างและหลั่งน้ำนมไม่ได้ถูกกระตุ้นหรือถูกกระตุ้นช้ากว่าเมื่อเปรียบเทียบกับมารดาคลอดปกติ (Lian et al., 2022) แต่การนวดและการประคบเต้านมด้วยความร้อนขึ้นจะช่วยให้มีเกิดการกระตุ้นกระบวนการ Lactogenesis II ได้มากกว่าการให้ความรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และการช่วยเหลือนำบุตรเข้าเต้าทุก 2 - 3 ชั่วโมง ใน 24 ชั่วโมงแรกหลังคลอดเพียงอย่างเดียว ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสร้างกรอบแนวคิดการวิจัยที่ใช้การนวดและประคบเต้านมด้วยความร้อนขึ้นที่จะช่วยให้มารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องมีการไหลของน้ำนมได้ดีขึ้น ดังภาพ 1



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) แบบ 2 กลุ่ม วัดผลหลังการทดลอง (two groups posttest only design)

ประชากร คือ มารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง ที่พักรักษาตัวในหอผู้ป่วยสูติกรรมพิเศษ 23A โรงพยาบาลสมเด็จพระบรม

ราชเทวี ณ ศรีราชา ระหว่างเดือน มีนาคม ถึง มิถุนายน พ.ศ. 2567

ตัวอย่าง คือ มารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง ผู้วิจัยคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G*Power Version 3.1 ที่ Test family เป็น t-test, Statistical test คือ Mean: Difference between independent mean (two groups) กำหนดอำนาจการทดสอบ .80 นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และขนาดอิทธิพลคำนวณมาจากการศึกษาของ Masae et al. (2019) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการนวดเต้านมด้วยตนเองต่อการไหลของน้ำนมในมารดาครั้งแรก ได้เท่ากับ .80 ทำให้ได้ขนาดตัวอย่าง จำนวน 42 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม อย่างละ 21 ราย และผู้วิจัยใช้การสุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงตามเกณฑ์ ดังนี้

เกณฑ์การคัดเข้า ได้แก่ 1) เป็นมารดาที่คลอดทารกอายุครรภ์ครบกำหนด 2) ตั้งครรภ์เดี่ยว 3) ลักษณะเต้านมและหัวนมปกติ คือ ความยาวของหัวนม .7 - 2 เซนติเมตร และมีการยื่นของหัวนมออกมาชัดเจนเมื่อทดสอบด้วยวิธีวอลล์เลอร์ (Waller's test) 4) หัวนมไม่แตก 5) ไม่มีน้ำนมไหลก่อนการศึกษา 6) ไม่มีภาวะโรคที่ส่งผลกระทบต่อกระบวนการสร้างและหลั่งน้ำนมที่ล่าช้า เช่น โรคซีเอ็มเอส Sheehan's syndrome เป็นต้น 7) ไม่มีโรคที่เป็นข้อห้ามในการบำบัดด้วยความร้อน 8) สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ 9) มารดาไม่แยกจากทารก 10) ทารกแรกคลอดมีสุขภาพแข็งแรง Apgar score นาทีที่ 1 และ 5 ≥ 8 คะแนน นอกจากนี้ ยังมีน้ำหนักอยู่ในเกณฑ์ปกติ ไม่มีภาวะแทรกซ้อนหรือความพิการที่เป็นอุปสรรคต่อการดูดกลืน และ 11) มารดาไม่มีข้อห้ามในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ เช่น ติดเชื้อเอชไอวี มีประวัติใช้สารเสพติด เป็นต้น

เกณฑ์การคัดออก ได้แก่ 1) มีภาวะแทรกซ้อนภายหลังเข้าร่วมการวิจัย เช่น ภาวะตกเลือดหลังคลอด ความดันโลหิตสูงหลังคลอด ติดเชื้อในโพรงมดลูก ติดเชื้อที่แผลผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง เป็นต้น 2) มีภาวะเต้านมอักเสบระหว่าง

การศึกษา 3) ได้รับยากระตุ้นการหลั่งน้ำนม และ 4) ทารกมีความเจ็บป่วยที่ไม่สามารถดูดนมแม่ได้ เช่น มีปัญหาการดูดกลืน มีความพิการ/ภาวะผิดปกติ/ภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ ระหว่างการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

1.1 รูปแบบการนวดและการประคบเต้านมด้วยความร้อนชื้น ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องของ Mata et al. (2023) Chanetiyoung (2021) Phon-ngam and Mankong (2021) ประกอบด้วย การนวดเต้านม 4 ท่า และการประคบเต้านมด้วยความร้อนชื้นให้มารดาหลังผ่าตัดคลอดเป็นรายบุคคล จำนวนทั้งหมด 4 ครั้ง คือ ชั่วโมงที่ 6, 12, 18 และ 24 หลังคลอด ใช้เวลาครั้งละประมาณ 30 นาที โดยทำการนวดและประคบเต้านมทีละข้าง ซึ่งมีรายละเอียด ดังนี้

1) ประคบเต้านมด้วยความร้อนชื้น โดยใช้ผ้าขนหนูผืนเล็กชุบน้ำร้อนที่อุณหภูมิ 40 - 45 องศาเซลเซียส โดยวัดอุณหภูมิด้วยเทอร์โมมิเตอร์อันเดียวกันตลอดการศึกษา ปิดผ้าขนหนูผืนเล็กให้หมดแล้วประคบบริเวณเต้านม เว้นบริเวณหัวนมไว้ใช้เวลาประคบนานข้างละ 5 นาที

2) นวดเต้านม 4 ท่า ท่าละ 3 นาที โดยนวดวนให้รอบเต้านม ประกอบด้วย

ท่าที่ 1 ใช้นิ้วชี้ นิ้วกลาง และนิ้วนาง วางบนเต้านม แล้วค่อย ๆ นวดวนเป็นก้นหอย เริ่มจากบริเวณฐานนมเข้าหาลานนม

ท่าที่ 2 ใช้ปลายนิ้วชี้ นิ้วกลาง และนิ้วนาง ลูบเต้านมจากฐานนมขึ้นมาสู่บริเวณลานนม

ท่าที่ 3 ใช้นิ้วชี้ นิ้วกลาง นิ้วนาง และนิ้วก้อย ทั้ง 4 นิ้วบีบชิดกัน กางนิ้วโป้งแยกออก เหมือนเป็นรูปกำมู จากนั้นวางมือตรงฐานนม และค่อย ๆ นวดรีดไล่ขึ้นมาที่หัวนม

ท่าที่ 4 ใช้นิ้วโป้ง นิ้วชี้ และนิ้วกลาง นวดคลึงเบา ๆ บริเวณลานนม



ท่าที่ 1



ท่าที่ 2



ท่าที่ 3



ท่าที่ 4

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และข้อมูลทางสถิติศาสตร์ ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ของครอบครัว ความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ จำนวนครั้งของการคลอด อายุครรภ์เมื่อคลอด ประเภทของการผ่าตัด ชนิดของการระงับความรู้สึกที่ได้รับ ขณะทำผ่าตัด ปริมาณเลือดที่สูญเสียขณะผ่าตัด คะแนนความเจ็บปวดแผลผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง 6 ชั่วโมงหลังคลอด Apgar score ของทารกแรกคลอด น้ำหนักของทารกแรกคลอด ระยะเวลาที่เริ่มนำลูกเข้าเต้าดูดนม และระยะเวลาเริ่มตีดมน้ำหลังผ่าตัด

2.2 แบบบันทึกการไหลของน้ำนม

ตอนที่ 1 แบบประเมินการไหลของน้ำนม ลักษณะเครื่องมือเป็นแบบเติมคำในตาราง ประกอบไปด้วย ครั้งที่ประเมิน การประเมิน ชั่วโมงที่ 6, 12, 18 และ 24 หลังคลอด เวลาที่ประเมิน และคะแนนการไหลของน้ำนม ซึ่งสามารถประเมินได้โดยการใช้ปลายนิ้วหัวแม่มือและนิ้วชี้วางตรงข้ามกันและห่างจากหัวนม 1 นิ้ว จากนั้นกดนิ้วทั้งสองเข้าหาผนังหน้าอกและบีบเข้าหากันเป็นจังหวะลึกเข้าไปด้านหลังของลานนม โดยสามารถแบ่งคะแนนการไหลของน้ำนม ดังนี้ (Trainapakul et al., 2010)

คะแนน 0 น้ำนมไม่ไหล หมายถึง เมื่อบีบนมแล้วไม่มีน้ำนมไหลออกมา

คะแนน 1 น้ำนมไหลน้อย หมายถึง เมื่อบีบนมแล้วมีน้ำนมไหลซึมออกมา แต่ไม่เพียงพอ

คะแนน 2 น้ำนมเริ่มไหล หมายถึง เมื่อบีบนมแล้ว มีน้ำใส ๆ ไหลออกมา 1 - 2 หยด

คะแนน 3 น้ำนมไหลแล้ว หมายถึง เมื่อบีบนมแล้วมีน้ำใส ๆ หรือสีเหลืองไหลออกมา มากกว่า 2 หยด แต่น้ำนมไม่พุ่ง

คะแนน 4 น้ำนมไหลดี หมายถึง เมื่อบีบนมแล้วมีน้ำนมไหลพุ่ง

ตอนที่ 2 แบบบันทึกระยะเวลาเริ่มไหลของน้ำนม ได้แก่ เวลาที่คลอด เวลาที่น้ำนมเริ่มไหลครั้งแรก และระยะเวลาที่น้ำนมเริ่มไหล

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือด้านความตรง ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ ขั้นตอนและวิธีการวัดเต้านม 4 ท่า การประคบเต้านมด้วยความร้อนชื้น พร้อมวิดีโอเรื่อง “การนวดและประคบเต้านมด้วยความร้อนชื้น” ให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ได้แก่ สูติแพทย์ อาจารย์พยาบาลสาขาการพยาบาลมารดา ทารก และการผดุงครรภ์ และพยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา จากนั้นผู้วิจัยทำการแก้ไขตามข้อเสนอแนะ และนำไปทดลองใช้กับมารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตร

ทางหน้าห้องที่มีคุณสมบัติคล้ายกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 3 ราย เพื่อตรวจสอบความเหมาะสมและความเป็นไปได้ก่อนนำไปใช้จริง

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลทางสถิติศาสตร์ และแบบบันทึกการไหลของน้ำนม ผู้วิจัยนำไปตรวจสอบความตรงโดยผู้ทรงคุณวุฒิที่ตรวจเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง แล้วนำไปแบบบันทึกการไหลของน้ำนมไปตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือด้วยวิธี Inter-rater reliability โดยมีผู้วิจัยและพยาบาลประจำหอผู้ป่วยสูติกรรมพิเศษ 23A โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา จำนวน 1 คน เป็นผู้สังเกตและบันทึกการไหลของน้ำนมในกลุ่มมารดาหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องพร้อมกัน ในกลุ่มที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 คน โดยได้ค่า Intraclass correlation coefficient (ICC) เท่ากับ 1.00

การพิทักษ์สิทธิ์ โครงการวิจัยนี้ได้รับการอนุมัติและรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา (IRB No.055/2566) ลงวันที่ 8 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2567 ผู้วิจัยมีการชี้แจงให้ตัวอย่างผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยทราบเกี่ยวกับรายละเอียดของโครงการวิจัยอย่างเพียงพอสำหรับตัดสินใจเข้าร่วมโครงการวิจัย นอกจากนี้ ตัวอย่างที่เข้าร่วมโครงการวิจัยสามารถออกจากการวิจัยได้โดยอิสระ ไม่ต้องมีการอธิบายเหตุผลให้ผู้วิจัยทราบ และไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อการรักษาที่พึงได้รับอยู่เดิม นอกจากนี้ ข้อมูลต่าง ๆ ถูกเก็บรักษาเป็นความลับ ไม่มีการระบุตัวตน การนำเสนอผลการวิจัยใช้เป็นภาพรวม เพื่อประโยชน์ในทางวิชาการ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ภายหลังได้รับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตดำเนินการวิจัยถึงหัวหน้าโรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา และหัวหน้า

ฝ่ายการพยาบาล พร้อมทั้งเข้าพบเพื่ออธิบายรายละเอียดโครงการวิจัย

2. ผู้วิจัยจะคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์การคัดเข้า พร้อมทั้งให้ข้อมูลเกี่ยวกับโครงการวิจัย แล้วจึงให้ลงนามยินยอมเข้าร่วมวิจัย

3. ผู้วิจัยเริ่มเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลทางสถิติศาสตร์ แล้วใช้ข้อมูลจำนวนครั้งของการคลอดมาจัดกลุ่ม โดยให้มีจำนวนของมารดาที่คลอดครั้งแรกและมากกว่า 2 ครั้งขึ้นไป ในจำนวนเท่า ๆ กัน (matched-pair method) หลังจากนั้นดำเนินการในกลุ่มควบคุมก่อนจนครบ เพื่อป้องกันผลกระทบหรือความลำเอียงจากการทดลองที่อาจส่งผลกระทบต่อกลุ่มควบคุม

4. กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ ได้แก่ การให้ความรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ การแนะนำให้น้ำทารกเข้าเต้าดูดนมทุก 2 - 3 ชั่วโมง และช่วยเหลือในการนํานูตเข้าเต้าในช่วง 24 ชั่วโมงแรกหลังคลอด จากนั้นเก็บข้อมูลลงแบบบันทึกการไหลของน้ำนมในช่วงเวลาที่ 6, 12, 18 และ 24 หลังคลอด

5. ดำเนินการวิจัยในกลุ่มทดลอง โดยกลุ่มทดลองได้รับรูปแบบการนวดและประคบเต้านมด้วยความร้อนชื้น ร่วมกับการพยาบาลตามปกติ และทำการเก็บข้อมูลลงแบบบันทึกการไหลของน้ำนมภายหลังการนวดและประคบเต้านมในแต่ละครั้ง

การวิเคราะห์ข้อมูล เมื่อการเก็บรวบรวมข้อมูลเสร็จสิ้น ผู้วิจัยทำการตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูล แล้วนำข้อมูลมาวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และมีรายละเอียดการวิเคราะห์ข้อมูลดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลทางสถิติศาสตร์ โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์ความแตกต่างของข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลทางสถิติระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้ Fisher exact probability test, Chi-square test และ *t*-test แบบ Independent

3. เปรียบเทียบระยะเวลาที่น้ำมันเริ่มไหลและคะแนนการไหลของน้ำมันของมารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง ระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับการนัดและการประคบเต้านมด้วยความร้อนขึ้น กับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ โดยใช้ *t*-test แบบ Independent ซึ่งก่อนการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ *t*-test ผู้วิจัยได้ตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นแล้ว พบว่า ไม่มีการละเมิดข้อตกลงเบื้องต้น และสามารถใช่ *t*-test ในการวิเคราะห์ข้อมูลได้

ผลการวิจัย

1. มารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง กลุ่มทดลองมีอายุระหว่าง 25 - 40 ปี ($M = 31.67$, $SD = 3.77$) กลุ่มควบคุมมีอายุระหว่าง 23 - 41 ปี ($M = 32.10$, $SD = 4.81$) กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับปริญญาตรี และเกือบทั้งหมดของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีสถานภาพสมรสคู่ ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้าง กลุ่มทดลองเกือบครึ่งมีรายได้ของครอบครัว 20,001 - 30,000 บาท ในขณะที่กลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีรายได้มากกว่า 40,000 บาท แต่ในภาพรวมของทั้ง 2 กลุ่มพบว่า ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่มีแตกต่างกันทางสถิติ ($p > .05$) ดังตาราง 1

ตาราง 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของมารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ($N = 42$)

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง ($n = 21$)		กลุ่มควบคุม ($n = 21$)		statistics	<i>p</i>
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
อายุ	$Min = 25, Max = 40, M = 31.67, SD = 3.77$		$Min = 23, Max = 41, M = 32.10, SD = 4.81$			
21 - 29 ปี	6	28.60	7	33.30	-.32 ¹	.75
≥ 30 ปี	15	71.40	14	66.70		
ระดับการศึกษาสูงสุด						
ประถมศึกษา	1	4.80	1	4.80	4.06 ²	.586
มัธยมศึกษาตอนต้น	3	14.30	0	0		
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ ปวช.	4	19.00	4	19.00		
อนุปริญญาตรี/ ปวส.	3	14.30	5	23.80		
ปริญญาตรี	8	38.10	10	47.60		
ปริญญาตรีขึ้นไป	2	9.50	1	4.80		
สถานภาพสมรส						
โสด (รวมที่อยู่ร่วมกับสามี)	1	4.80	0	0	1.02 ²	1.00
คู่	2	95.20	21	100.00		
อาชีพ						
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	1	4.80	0	0	2.53 ²	.827
รับจ้าง/พนักงานบริษัท	14	66.60	16	76.20		

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง (n = 21)		กลุ่มควบคุม (n = 21)		statistics	p
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
ค้าขาย	1	4.80	0	0		
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	3	14.30	2	9.50		
ธุรกิจส่วนตัว	2	9.50	3	14.30		
รายได้ของครอบครัว (บาท)						
20,001 - 30,000	10	47.60	5	23.80	2.90 ²	.426
30,001 - 40,000	3	14.30	4	19.00		
40,001 - 50,000	3	14.30	6	28.60		
> 50,000	5	23.80	6	28.60		

¹Independent t-test, ²Fisher's Exact test

2. มารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ส่วนใหญ่เคยมีประสบการณ์การคลอดบุตร ได้รับการผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องครั้งนี้โดยมีการวางแผนไว้ก่อน (elective cesarean section) และได้รับการระงับความรู้สึกทางช่องไขสันหลัง (Spinal block) ขณะผ่าตัด สูญเสียเลือดขณะผ่าตัดเฉลี่ย 428.57 และ 483.33 มิลลิลิตร ตามลำดับ น้ำหนักของทารก

แรกคลอดเฉลี่ย 3,163.33 และ 3,147.86 กรัม ตามลำดับ ระยะเวลาที่กลุ่มทดลองเริ่มเอาทารกเข้าเต้าดูนมหลังคลอดโดยเฉลี่ย 8.93 ชั่วโมง และกลุ่มควบคุม 9.47 ชั่วโมง ดังนั้น ข้อมูลทางสถิติศาสตร์ของมารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ ($p > .05$) ดังตาราง 2 และ 3

ตาราง 2 ข้อมูลทางสถิติศาสตร์ของมารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (N = 42)

ข้อมูลทางสถิติศาสตร์	กลุ่มทดลอง (n = 21)		กลุ่มควบคุม (n = 21)		Fisher's Exact	p
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
จำนวนครั้งของการคลอด						
ครั้งแรก	8	38.00	9	42.90	1.49	1.00
2 ครั้งขึ้นไป	13	62.00	12	57.10		
ประเภทของผ่าตัดคลอด						
แบบมีการวางแผน	15	71.40	13	62.00	.43	.513
แบบฉุกเฉิน	6	28.60	8	38.00		
ชนิดของการระงับความรู้สึกที่ได้รับ						
General anesthesia	5	23.80	5	23.80	3.29	.33
Spinal block	16	76.20	16	76.20		

ตาราง 3 ข้อมูลทางสถิติศาสตร์ของมารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (N = 42) (ต่อ)

ข้อมูลทางสถิติศาสตร์	กลุ่มทดลอง (n = 21)		กลุ่มควบคุม (n = 21)		t	p
	M	SD	M	SD		
ปริมาณเลือดที่สูญเสียขณะผ่าตัด (มิลลิลิตร)	428.57	100.71	483.33	139.04	-1.46	.152
คะแนนความเจ็บปวดแผลผ่าตัดคลอด บุตรทางหน้าท้อง 6 ชั่วโมงหลังคลอด	2.33	1.77	2.57	1.89	-.42	.675
Apgar score ของทารกแรกคลอด นาที่ที่ 1	8.38	.50	8.38	.59	.00	1.00
Apgar score ของทารกแรกคลอด นาที่ที่ 5	9.00	.00	8.95	.22	.00	.329
น้ำหนักของทารกแรกคลอด (กรัม)	3,163.33	444.89	3,147.86	355.39	.13	.902
ระยะเวลาที่เริ่มเอาทารกเข้าเต้าดูดนม หลังคลอด (ชั่วโมง)	8.93	5.10	9.47	4.39	-.37	.714
ระยะเวลาที่เริ่มดื่มน้ำหลังผ่าตัดคลอด บุตร (ชั่วโมง)	17.64	6.15	15.00	6.62	1.34	.188

3. มารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยระยะเวลาน้ำนมเริ่มไหล หลังคลอดเร็วกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = -8.05, p = .00$) ดังตาราง 3

4. มารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนการไหลของน้ำนม ที่ 6, 12, 18 และ 24 ชั่วโมงหลังคลอด มากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = 4.32, 6.69, 8.36$ และ 9.15 ตามลำดับ; $p = .00$) โดยในชั่วโมงที่ 6 หลังคลอด กลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีคะแนนการไหลของน้ำนมอยู่ในระดับ 0 คิดเป็นร้อยละ 42.90 และ

100.00 ตามลำดับ แต่เมื่อชั่วโมงที่ 12 หลังคลอด พบว่า กลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีคะแนนการไหลของน้ำนมอยู่ในระดับ 1 คิดเป็นร้อยละ 52.40 ในขณะที่กลุ่มควบคุมทั้งหมดมีคะแนนการไหลของน้ำนมอยู่ในระดับ 0 ต่อมาเมื่อชั่วโมงที่ 18 หลังคลอด กลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีคะแนนการไหลของน้ำนมอยู่ในระดับ 2 คิดเป็นร้อยละ 47.60 ในขณะที่กลุ่มควบคุมอยู่ในระดับ 0 - 1 และเมื่อชั่วโมงที่ 24 หลังคลอด กลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีคะแนนการไหลของน้ำนมอยู่ในระดับ 2 - 3 คิดเป็นร้อยละ 90.50 ส่วนกลุ่มควบคุม ร้อยละ 62.00 คะแนนการไหลของน้ำนมอยู่ในระดับ 0 รายละเอียดดังตาราง 4

ตาราง 3 เปรียบเทียบระยะเวลาที่น้ำนมเริ่มไหลหลังคลอดระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ($N = 42$)

ระยะเวลา (ชั่วโมง)	กลุ่มทดลอง ($n = 21$)		กลุ่มควบคุม ($n = 21$)		t	p
	M	SD	M	SD		
ระยะเวลาที่น้ำนมเริ่มไหลหลังคลอด	17.88	7.48	48.57	15.80	-8.05	.00

ตาราง 4 เปรียบเทียบคะแนนการไหลของน้ำนมจำแนกตามชั่วโมงหลังคลอดระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ($N = 42$)

คะแนนการไหลของน้ำนม	กลุ่มทดลอง ($n = 21$)		กลุ่มควบคุม ($n = 21$)		t	p
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
ชั่วโมงที่ 6	$M = .86, SD = .91$		$M = 0, SD = 0$		4.32	.00
ระดับ 0	9	42.90	21	100.00		
ระดับ 1	7	33.40	0	0		
ระดับ 2	4	19.00	0	0		
ระดับ 3	1	4.70	0	0		
ระดับ 4	0	0	0	0		
ชั่วโมงที่ 12	$M = 1.33, SD = .91$		$M = 0, SD = 0$		6.69	.00
ระดับ 0	3	14.30	21	100.00		
ระดับ 1	11	52.40	0	0		
ระดับ 2	4	19.00	0	0		
ระดับ 3	3	14.30	0	0		
ระดับ 4	0	0	0	0		
ชั่วโมงที่ 18	$M = 1.86, SD = .73$		$M = .29, SD = .46$		8.36	.00
ระดับ 0	0	0	15	71.50		
ระดับ 1	7	33.40	6	28.50		
ระดับ 2	10	47.60	0	0		
ระดับ 3	4	19.00	0	0		
ระดับ 4	0	0.00	0	0		
ชั่วโมงที่ 24	$M = 2.38, SD = .67$		$M = .48, SD = .68$		9.15	.00
ระดับ 0	0	0	13	62.00		
ระดับ 1	2	9.50	6	28.50		
ระดับ 2	9	42.90	2	9.50		
ระดับ 3	10	47.60	0	0		
ระดับ 4	0	0	0	0		

การอภิปรายผลการวิจัย

1. มารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องที่ได้รับการนัดและการประคบเต้านมด้วยความร้อนขึ้นมีระยะเวลาเริ่มไหลของน้ำนมเร็วกวามารดาผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ทั้งนี้ อาจเนื่องจากการมารดาที่ผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องมักเผชิญกับความเจ็บปวด ความเหนื่อยล้า และการพักผ่อนที่นานกว่ามารดาที่คลอดทางช่องคลอด ซึ่งส่งผลกระทบต่อกระบวนการ Lactogenesis II และ III จึงทำให้การสร้างและหลั่งน้ำนมทำได้ไม่มีประสิทธิภาพ (Ulfa et al., 2023) และส่งผลกระทบต่อระยะเวลาเริ่มไหลของน้ำนม ดังนั้น หากมารดาผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องได้รับการนัดและการประคบเต้านมด้วยความร้อนขึ้นตั้งแต่ชั่วโมงที่ 6 หลังคลอด จะช่วยให้มีการสร้างและหลั่งน้ำนมเร็วขึ้น เนื่องจากการนัดเต้านมช่วยเพิ่มการไหลเวียนของเลือดและความร้อนขึ้นที่ส่งผ่านความร้อนลงสู่เนื้อเยื่อได้เร็ว ทำให้ฮอร์โมน Prolactin และ Oxytocin ถูกดูดซึมได้ดีขึ้น การสร้างน้ำนมจึงเพิ่มมากขึ้น และน้ำนมถูกบีบออกจากท่อน้ำนมได้เร็วขึ้น (Treenuchakorn et al., 2022) นอกจากนี้ การประคบเต้านมด้วยความร้อนขึ้นยังช่วยให้กล้ามเนื้อเกิดการเกร็งและความเครียดลดลง ส่งผลต่อการทำงานของ Hypothalamic-pituitary-adrenal axis ทำให้ฮอร์โมน Prolactin และ Oxytocin ทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ ส่งผลให้กระบวนการ Lactogenesis II ซึ่งเกิดขึ้นในช่วงหลังคลอดระยะแรกทำงานได้ดีขึ้น (Brunton & Walker, 2024)

การประคบเต้านมด้วยความร้อนขึ้นอุณหภูมิระหว่าง 40 - 45 องศาเซลเซียส เป็นอุณหภูมิที่ทำให้เนื้อเยื่อบริเวณที่ประคบมีอุณหภูมิสูงขึ้น 37.5 - 40 องศาเซลเซียส จึงช่วยในการซึมผ่านของ Prolactin ไปยังเซลล์สร้างน้ำนม (Phon-ngam & Mankong, 2021) สอดคล้องกับการศึกษาของ Pinyapirom et al. (2023) ที่ศึกษาการใช้ผ้าอุ่นกระตุ้นน้ำนมต่อระยะเวลาการเริ่มไหลของน้ำนม พบว่ามารดาที่ผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องที่

ได้รับผ้าอุ่นกระตุ้นน้ำนมซึ่งมีอุณหภูมิเฉลี่ย 43 - 45 องศาเซลเซียส ประคบนาน 10 นาที มีระยะเวลาการเริ่มไหลของน้ำนมเร็วกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

2. มารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องที่ได้รับการนัดและการประคบเต้านมด้วยความร้อนขึ้น มีคะแนนการไหลของน้ำนมในช่วงที่ 6, 12, 18 และ 24 ชั่วโมงหลังคลอด มากกว่ามารดาผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อาจอธิบายได้จากในระยะหลังคลอด มารดาจะมีความเครียดของกล้ามเนื้อ เกิดการหดเกร็งของท่อน้ำนม ส่งผลต่อการหลั่งของน้ำนม ซึ่งการนัดเต้านมบริเวณฐานและลานนม จะกระตุ้นเซลล์กล้ามเนื้อของท่อน้ำนม ทำให้เกิดการหดตัวและบีบตัว ช่วยไล่น้ำนมออกจากท่อ ไปรวมกันที่ท่อน้ำนมเพื่อออกสู่ท่อที่ปลายหัวนม นอกจากนี้ การประคบด้วยความร้อนขึ้นช่วยให้หลอดเลือดขยายตัว ทำให้เลือดไปเลี้ยงต่อมน้ำนมมากขึ้น จึงมีการผลิตน้ำนมเพิ่มขึ้น

การนัดเต้านมอย่างสม่ำเสมอและการแนะนำให้นาบุตรเข้าเต้าทุก 2 - 3 ชั่วโมง จะช่วยส่งเสริมกระบวนการ Lactogenesis III (Pados & Camp, 2024) ซึ่งเป็นการคงสภาพระดับการสร้างและการหลั่งน้ำนมอย่างต่อเนื่อง ดังนั้น การนัดเต้านมในช่วงที่ 6, 12, 18 และ 24 ชั่วโมง หลังคลอด ร่วมกับได้รับการช่วยเหลือในการนำทารกเข้าเต้าทุก 2 - 3 ชั่วโมง ใน 24 ชั่วโมงแรกหลังคลอด จะทำให้การไหลของน้ำนมเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง และส่วนใหญ่คะแนนการไหลของน้ำนมอยู่ในระดับ 2 และ 3 ในขณะที่กลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลกระตุ้นจากทารกเพียงอย่างเดียว ส่วนใหญ่มีคะแนนการไหลของน้ำนมอยู่เพียงระดับ 0 และ 1 สอดคล้องกับการศึกษาของ Phon-ngam and Mankong (2020) ที่ศึกษาผลการนัดและการประคบด้วยเจลความร้อนขึ้นอุณหภูมิเฉลี่ย 41 - 45 องศาเซลเซียส ร่วมกับการกระตุ้นหัวนม พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยระดับน้ำนมเพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมี

นัยสำคัญทางสถิติ และการศึกษาของ Chanetiyoung (2021) พบว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับการนวดและประคบเต้านมมีค่าเฉลี่ยคะแนนระดับการไหลของน้ำนมในช่วงที่ 6, 12, 18 และ 30 ชั่วโมงหลังคลอดมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ข้อเสนอแนะ

1. ด้านการพยาบาล ในหน่วยงานมารดาหลังคลอด สามารถนำการนวดและประคบเต้านมด้วยความร้อนขึ้นไปทดลองใช้เป็นแนวปฏิบัติ การส่งเสริมการไหลของน้ำนมในมารดาที่ผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องร่วมกับการพยาบาลตามปกติ

2. ด้านการวิจัย การศึกษาครั้งต่อไปควรติดตามผลของการไหลของน้ำนมเมื่อจำหน่ายกลับบ้าน และศึกษาความถี่ด้านจำนวนครั้งในการนวดและประคบเต้านมที่ส่งผลต่อระยะเวลาที่น้ำนมเริ่มไหลหลังคลอดครั้งแรกในมารดาผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง

3. ด้านการศึกษา ผลการวิจัยครั้งนี้ทำให้ได้ความรู้เกี่ยวกับการนวดและประคบเต้านมด้วยความร้อนขึ้น ที่สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการเรียนการสอนทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติแก่นักศึกษาพยาบาลในการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในมารดาที่ผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง

เอกสารอ้างอิง

Binns, C., Lee, M., & Low, W. Y. (2016). The long-term public health benefits of breastfeeding. *Asia Pacific Journal of Public Health*, 28(1), 7-14. <https://doi.org/10.1177/1010539515624964>

Brunton, P. J., & Walker, C. D. (2024). Regulation of the hypothalamo-pituitary-adrenal axis in pregnancy and lactation. In P. J. Brunton & D. R. Grattan (Eds.), *Neuroendocrine Regulation of Mammalian Pregnancy and Lactation* (pp. 93-131). Springer, Cham. https://doi.org/10.1007/978-3-031-51138-7_4

Chaikongkiat, P., Bunlap, P., & Harnnarong, A. (2020). Factors related to breastfeeding self-efficacy of mothers after cesarean section. *Journal of Nursing and Health Research*, 21(1), 16-28.

Chanetiyoung, A. (2021). The effects of breast massage and hot compress on stimulating of milk flow in postpartum mothers at Phusing hospital, Srisaket province. *Journal of Traditional Thai Medical Research*, 4(1), 41-52.

Department of Health of Ministry of Public Health. (2023). *Cesarean section rate*. Retrieved from <https://dashboard.anamai.moph.go.th/dashboard/cesareansection/index?year=2023>

Hobbs, A. J., Mannion, C. A., McDonald, S. W., Brockway, M., & Tough, S. C. (2016). The impact of caesarean section on breastfeeding initiation, duration and difficulties in the first four months postpartum. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 16, 90-98. <https://doi.org/10.1186/s12884-016-0876-1>

Lian, W., Ding, J., Xiong, T., Liuding, J., & Nie, L. (2022). Determinants of delayed onset of lactogenesis II among women who delivered via cesarean section at a tertiary hospital in China: A prospective cohort study. *International Breastfeeding Journal*, 17(1), 81. <https://doi.org/10.1186/s13006-022-00523-3>

Mata, S., & Thammaporn, C. (2023). Effect of massage and herbal compress to stimulate the flow of milk in postpartum mothers at Nangrong hospital, Nang Rong district, Buriram province. *Thai Journal of Public Health and Health Sciences*, 6(1), 59-71.

Masae, M., Kala, S., & Chatchawet, W. (2019). Effect of self-breast massage program on milk ejection of first-time mothers. *Princess of Naradhiwas University Journal*, 11(3), 1-14.

National Statistical Office of Thailand. (2023). *Thailand multiple indicator cluster survey 2022, survey findings report*. Retrieved from <https://www.unicef.org/thailand/reports/thailand-multiple-indicator-cluster-survey-2022>

Neville, M. C., & Morton, J. (2001). Physiology and endocrine changes underlying human lactogenesis II. *The Journal of Nutrition*, 131(11), 3005S-3008S. <https://doi.org/10.1093/jn/131.11.3005S>

Nuampa, S., Tangsuksan, P., Jitima, V., & Nguycharoen, G. (2020). Breast massage for breastfeeding promotion and problem solving: Evidence-based nursing practice. *Nursing Science Journal of Thailand*, 38(3), 4-21.

Pados, B. F., & Camp, L. (2024). Physiology of human lactation and strategies to support milk supply for breastfeeding. *Nursing for Women's Health*, 28(3), 177-186. <https://doi.org/10.1016/j.nwh.2024.01.007>

- Pasuwan, D. (2020). Success of exclusive breastfeeding for at least the first 6 months: A case study of Nakhon Pathom province. *Kuakarun Journal of Nursing*, 27(1), 71-84.
- Phon-ngam, K., & Mankong, R. (2021). The effects of hot moist gel pack breast compression combined with nipple stimulation on the onset of milk ejection and milk flow among cesarean section mothers with sick babies. *Thai Red Cross Nursing Journal*, 14(1), 156-169.
- Pinyapirom, P., Sinsuksai, N., & Phahuwatanakorn, W. (2023). The effect of breast compression with warm moist cloth on the first milk secretion among primiparous mothers with cesarean section. *Nursing Science Journal of Thailand*, 41(2), 93-104.
- Potipatsa, G., Tipmom, W., & Sungkasrisombut, K. (2022). Factors affecting exclusive breastfeeding in newborns: A systematic review. *Journal of Sakon Nakhon Hospital*, 25(3), 154-167.
- Tharana, N. (2021). Promoting and supporting breastfeeding in postpartum mothers with cesarean section. *Nursing Journal*, 48(4), 234-335.
- The Joanna Briggs Institute. (2011). *Joanna Briggs Institute reviewers' manual: 2011 edition*. Retrieved from <https://www.yumpu.com/en/document/view/15688429/jbi-reviewers-manual-the-joanna-briggs-institute>
- Treenuchakorn, M., Denchai, R., Kayaphard, B., Pongkeaw, S., & Anan, K. (2022). Effectiveness of breast massage on milk ejection of postpartum mothers. *Journal of Health Science*, 31(2), 269-279.
- Trainapakul, C., Chaiyawattana, M., Kanavitoon, W., Tiuntaogerd, R., Naka, S., Mitriyodom, W., & Panlap, S. (2010). Effect of milk ejection performance of postpartum mothers after breasts massage and compression with mini hot bag and herbal compress. *Journal of Nursing and Education*, 3(3), 75-91.
- Ulfa, Y., Maruyama, N., Igarashi, Y., & Horiuchi, S. (2023). Early initiation of breastfeeding up to six months among mothers after cesarean section or vaginal birth: A scoping review. *Heliyon*, 9(6), e16235. <https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2023.e16235>
- World Health Organization. (2014). *Infant and young child nutrition*. Retrieved from https://www.who.int/health-topics/breastfeeding#tab=tab_1