



The Effect of Breast Compression with Warm Moist Cloth on the First Milk Secretion among Primiparous Mothers with Cesarean Section*

Piengploy Pinyapirom, RN, MNS¹, Nittaya Sinsuksai, RN, PhD¹, Wanna Phahuwatanakorn, RN, PhD¹

Abstract

Purpose: To study the effect of breast compression using warm moist cloth on the first secretion of breast milk in cesarean mothers with the first-born child in postpartum unit.

Design: A randomized control trial.

Methods: Primiparous cesarean section mother and her first-born child were randomized to the experimental or a control group with the following inclusion criteria: having intention to breastfeeding, pre-pregnancy BMI 18.5-24.9 kg/m², normal breast and nipple, no disease related to milk production and milk secretion, healthy mother and the child. Participants were 30 mother-child dyads in each group. The experimental group received warm moist cloth compression along with routine nursing care, while the control group received only routine nursing care. Both groups were expressed breast milk every 2-3 hours or when they felt like milk coming. An independent t test was used to compare mean of milk secretion times.

Main findings: The experimental group had a mean time of the first milk secretion 30.89 hours after giving birth, the control group had 40.90 hours. Therefore, the mean time of onset of milk secretion in the experimental group was significantly earlier than those of the control group ($t = -5.49$; $p < .001$).

Conclusion and recommendations: The compression of breast with warm moist cloth can stimulate milk secretion to come earlier than usual among primiparous postpartum mother with cesarean section. However, the warm moist cloth should be further improved of heat retention; and a further study of the impact of frequency and duration of using the warm moist cloth on milk secretion should be examined.

Keywords: breast feeding, milk secretion, postpartum period, primiparity

Nursing Science Journal of Thailand. 2023;41(2):93-104

Corresponding Author: Associate Professor Nittaya Sinsuksai, Faculty of Nursing, Mahidol University, Bangkok 10700, Thailand; e-mail: nittaya.sin@mahidol.ac.th

* Master's thesis, Master of Nursing Science Program in Midwifery, Faculty of Nursing, Mahidol University

¹ Faculty of Nursing, Mahidol University, Bangkok, Thailand

Received: 11 May 2022 / Revised: 18 June 2022 / Accepted: 22 July 2022



ผลของการประคบเต้านมด้วยผ้าอุ่นชื้นต่อระยะเวลา การเริ่มไหลของน้ำนมในมารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรคนแรก*

เพียงพลอย วิทยุญาภิรมย์, พย.ม.¹ นิตยา ลินสุกใส, PhD¹ วรรณภา พาหุวัณนกร, PhD¹

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการประคบเต้านมด้วยความร้อนชื้นแบบตื่นตัวด้วย “ผ้าอุ่นกระตุ้นน้ำนม” ต่อระยะเวลาการเริ่มไหลของน้ำนมในมารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรคนแรก

รูปแบบการวิจัย: การวิจัยเชิงทดลองแบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุม

วิธีดำเนินการวิจัย: มารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรคนแรกที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือกเข้าศึกษา ได้รับการสุ่มเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เกณฑ์การคัดเลือกเป็นกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ มารดาตั้งใจเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ดัชนีมวลกายก่อนตั้งครรภ์ 18.5-24.9 กก/ม² เต้านมและหัวนมปกติ ไม่มีโรคที่ส่งผลกระทบต่อ การสร้างและหลั่งน้ำนม มารดาและทารกมีสุขภาพแข็งแรง กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยกลุ่มทดลอง 30 ราย และกลุ่มควบคุม 30 ราย กลุ่มทดลองได้รับการพยาบาลตามปกติร่วมกับการประคบเต้านมแบบอุ่นชื้น กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ ทั้งสองกลุ่มได้รับการประเมินการไหลของน้ำนมทุก 2-3 ชั่วโมง หรือเมื่อมารดารู้สึกว่าน้ำนมเริ่มไหล วิเคราะห์ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยระยะเวลาที่น้ำนมเริ่มไหลโดยใช้สถิติทดสอบที

ผลการวิจัย: กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยระยะเวลาการเริ่มไหลของน้ำนมเท่ากับ 30.89 ชั่วโมง กลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยระยะเวลาการเริ่มไหลของน้ำนมเท่ากับ 40.90 ชั่วโมง เมื่อทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยระยะเวลาที่น้ำนมเริ่มไหล พบว่ากลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองน้ำนมเริ่มไหลเร็วกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -5.49$; $p < .001$)

สรุปและข้อเสนอแนะ: การประคบเต้านมด้วยผ้าอุ่นชื้นในมารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรคนแรก ช่วยกระตุ้นให้น้ำนมมาเร็วขึ้นสามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาแนวปฏิบัติการดูแลเพื่อส่งเสริมการไหลของน้ำนมในมารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรคนแรกได้ และควรมีการพัฒนาผ้าอุ่นกระตุ้นน้ำนมให้สามารถเก็บความร้อนได้นานขึ้น รวมทั้งศึกษาถึงความถี่ และระยะเวลาในการประคบว่ามีผลต่อการเริ่มไหลของน้ำนมมารดาให้เร็วขึ้นหรือไม่

คำสำคัญ: การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ การไหลของน้ำนม ระยะหลังคลอด มารดาครรภ์แรก

Nursing Science Journal of Thailand. 2023;41(2):93-104

ผู้ประสานงานการเผยแพร่: รองศาสตราจารย์นิตยา ลินสุกใส, คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล บางกอกน้อย กรุงเทพฯ 10700, e-mail: nittaya.sin@mahidol.ac.th

* วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการผดุงครรภ์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

¹ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

วันที่รับบทความ: 11 พฤษภาคม 2565 / วันที่แก้ไขบทความเสร็จ: 18 มิถุนายน 2565 / วันที่ตอบรับบทความ: 22 กรกฎาคม 2565

ความสำคัญของปัญหา

นมแม่เป็นอาหารที่ดีที่สุดสำหรับทารก ทารกที่เลี้ยงด้วยนมแม่จะมีสุขภาพแข็งแรง โดยทั่วไปมารดาหลังคลอดทั้งครรภ์แรกและครรภ์หลังจะเริ่มมีน้ำนมไหลโดยเฉลี่ยเมื่อ 30-40 ชั่วโมงหลังคลอด¹⁻² พบอุบัติการณ์ของน้ำนมไหลช้ากว่า 72 ชั่วโมงหลังคลอดร้อยละ 17.9 ซึ่งส่วนใหญ่เป็นมารดาครรภ์แรก³ ในประเทศไทยพบปัญหาน้ำนมเริ่มไหลช้าร้อยละ 29.02⁴ มารดาส่วนใหญ่คาดหวังให้น้ำนมไหลทันทีหลังคลอด ซึ่งความคาดหวังดังกล่าวส่งผลให้มารดาหลังคลอดเกิดความวิตกกังวลในระยะที่น้ำนมยังไม่ไหล และกังวลว่าทารกจะได้รับน้ำนมไม่เพียงพอ⁵⁻⁶ ความวิตกกังวลนี้ส่งผลต่อกระบวนการสร้างน้ำนมให้ช้าออกไป มารดาและครอบครัวจึงเกิดความวิตกกังวลมากขึ้น²⁷ การที่น้ำนมแม่เริ่มไหลช้าหลังคลอดมีผลต่อการลดลงของน้ำหนักตัวทารกแรกเกิด⁸ และการยุติการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวก่อนครบ 6 เดือนหลังคลอด⁹

กระบวนการสร้างน้ำนมในทุกกระษะมีความสำคัญ โดยเฉพาะในช่วงสัปดาห์แรกหลังคลอด เป็นจุดเริ่มต้นสำคัญที่มีผลต่อการสร้างน้ำนม เนื่องจากฮอร์โมนโพรแลคตินจะมีระดับสูงหลังจากนั้นจะลดลงมาก¹⁰ หากกระบวนการสร้างน้ำนมเกิดขึ้นช้าก็จะส่งผลต่อการผลิตน้ำนมในระยะยาวต่อไปได้ ดังนั้นการกระตุ้นการสร้างน้ำนมด้วยการส่งเสริมการออกฤทธิ์ของฮอร์โมนโพรแลคตินและออกซิโทซินตั้งแต่ระยะแรกหลังคลอด จะช่วยให้กระบวนการสร้างน้ำนมมีประสิทธิภาพและต่อเนื่อง¹¹

จากการศึกษาพบว่า มีวิธีการกระตุ้นการสร้างน้ำนมให้เร็วขึ้นได้ แบ่งเป็น 2 ประเภท ได้แก่ วิธีการที่รุกรานต่อร่างกาย และวิธีการที่ไม่รุกรานต่อร่างกาย วิธีการที่รุกรานต่อร่างกาย เช่น การฝังเข็ม¹² การใช้ยาเพิ่มน้ำนม¹³ และการรับประทานสมุนไพร เช่น ขิง¹⁴ ลูกชด ใบหูเสือ รากสามสิบ เทียนสัตตบุษย์ มะรุม¹³ เป็นต้น วิธีการเหล่านี้ต้องอาศัยความรู้หรือความเชี่ยวชาญและระมัดระวังเพื่อหลีกเลี่ยงผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นจากการรับประทานสมุนไพร ส่วนวิธีการที่ไม่รุกรานต่อร่างกาย เช่น การกดจุด การนวดเต้านม

และการประคบเต้านมด้วยความร้อน โดยวิธีการกดจุดและการนวดยังจำเป็นต้องอาศัยทักษะความเชี่ยวชาญและระยะเวลาในการฝึกอบรมเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด ดังนั้นการประคบเต้านมด้วยความร้อนจึงเป็นวิธีการที่มีความเหมาะสมต่อการนำมาใช้เพื่อกระตุ้นการสร้างน้ำนมแม่ ไม่ยุ่งยากซับซ้อน มีความปลอดภัย และมีการศึกษาที่ผ่านมารองรับว่ามีประสิทธิภาพในการกระตุ้นการหลั่งน้ำนมและปลอดภัยต่อมารดา¹⁵⁻¹⁷ โดยอาศัยหลักการของการใช้ความร้อนบำบัดช่วยกระตุ้นการไหลเวียนเลือด¹⁷ ช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการขนส่งฮอร์โมนโพรแลคตินในกระแสเลือดไปสู่เซลล์ผลิตน้ำนม เพื่อนำไปใช้ในการผลิตน้ำนม ส่งผลให้น้ำนมเริ่มไหลได้เร็วขึ้น¹⁻²

การกระตุ้นการสร้างน้ำนมด้วยความร้อนได้รับการยอมรับและนิยมนำมาใช้ในการดูแลมารดาหลังคลอด การบำบัดด้วยความร้อนมีหลายแบบ เช่น ความร้อนตื้น (superficial heat) ความร้อนลึก (deep heat) ความร้อนแห้ง (dry heat) และความร้อนชื้น (moist heat)¹⁸ ความร้อนตื้นแบบชื้นมีผลทำให้อุณหภูมิชั้นผิวหนังเพิ่มขึ้นสูงสุดเป็น 38-45 องศาเซลเซียส⁵ ส่งผ่านความร้อนลงสู่เนื้อเยื่อใต้ผิวหนังได้เร็ว ก่อให้เกิดการสูญเสียน้ำเพียงเล็กน้อย ในขณะที่การรักษา¹⁸ อุปกรณ์ให้ความร้อนตื้นที่นิยมใช้ในการบำบัดมีหลากหลาย เช่น ลูกประคบสมุนไพร¹⁵⁻¹⁶ เจลประคบ¹⁷ และกระเป๋าน้ำร้อน¹⁶ จากการศึกษาเปรียบเทียบระหว่างการประคบร้อนด้วยลูกประคบสมุนไพร ซึ่งเป็นการใช้ความร้อนตื้นแบบชื้น ร่วมกับการพยาบาลปกติ ในมารดาครรภ์แรกและครรภ์หลัง¹⁵⁻¹⁶ พบว่าลูกประคบสมุนไพรมีประสิทธิภาพในการกระตุ้นการหลั่งน้ำนมได้เร็วกว่าการพยาบาลตามปกติอย่างเดียว แต่พบรายงานการแพ้สมุนไพรในลูกประคบ และยังไม่มียืนยันถึงความปลอดภัยของส่วนประกอบสมุนไพรที่นำมาใช้ทำเป็นลูกประคบ¹⁶ สอดคล้องกับการศึกษาของ ขนิษฐา ผลงาม และรัชนาถ มั่นคง¹⁷ ที่ศึกษาผลการประคบเต้านมด้วยเจลแบบร้อนชื้น ร่วมกับการกระตุ้นหัวนมและลานนมในมารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรครรภ์แรกและครรภ์หลัง พบว่าระยะเวลาการเริ่มไหล

ของน้ำนมครั้งแรกเร็วกว่ามารดาที่ได้รับการนวดกระตุ้นเต้านม เพียงอย่างเดียวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยมีค่าเฉลี่ยการเริ่มไหลของน้ำนม 12.70 ชั่วโมง ซึ่งการประคบนี้อาศัยหลักการการบำบัดด้วยความร้อนชื้นแบบตื้น เมื่อเนื้อเยื่อที่ประคบมีอุณหภูมิสูงขึ้นระหว่าง 37.5-40 องศาเซลเซียส ทำให้กล้ามเนื้อเรียบที่ผนังหลอดเลือดคลายตัว กระตุ้นให้หลอดเลือดบริเวณเต้านมมีการขยายตัว เพิ่มการซึมผ่านของฮอร์โมนโพรแลคติน และเพิ่มฮอร์โมนออกซิโทซิน การไหลเวียนเลือดที่เต้านมและเซลล์ผลิตน้ำนมมากขึ้น โพรแลคตินในกระแสเลือดถูกส่งไปยังเซลล์ผลิตน้ำนมมากขึ้น ช่วยให้การผลิตน้ำนมมีประสิทธิภาพ ส่งผลให้การเริ่มไหลของน้ำนมของมารดาหลังคลอดเร็วขึ้น¹⁷

จากการทบทวนวรรณกรรมแสดงให้เห็นว่า การประคบเต้านมด้วยความร้อนช่วยกระตุ้นให้น้ำนมไหลเร็วขึ้น แต่ยังไม่มีความชัดเจนของการประคบร้อนเพื่อกระตุ้นการสร้างและการหลั่งน้ำนมที่ชัดเจน อุปกรณ์ที่ใช้ยังไม่มีมาตรฐาน ไม่สะดวก ผู้วิจัยจึงประดิษฐ์ “ผ้าอุ่นกระตุ้นน้ำนม” และนำมาทดลองใช้ในการประคบเต้านมมารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรคนแรก ภายใน 24 ชั่วโมงหลังคลอด โดยตัดเย็บจากผ้าขนหนูแบบหนา 3 ชั้น เป็นรูปทรงที่แนบกระชับพอดีกับเต้านม โดยวัดความสูงจากฐานเต้านมโค้งตามรูปเต้านมไปถึงหัวนม แล้วตัดปลายบริเวณขอบลานนมเป็นวงกลมเพื่อเปิดโล่งไม่ให้หัวนมถูกความร้อน ผลการศึกษาที่ได้จะเป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพการดูแลเพื่อส่งเสริมการมาของน้ำนมให้เร็วขึ้น ทำให้มารดาให้นมแม่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาผลของการประคบเต้านมด้วยความร้อนชื้นแบบตื้นด้วย “ผ้าอุ่นกระตุ้นน้ำนม” ต่อระยะเวลาการเริ่มไหลของน้ำนมในมารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรคนแรก

สมมติฐานการวิจัย

มารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรคนแรกที่ได้รับการประคบเต้านม

ด้วยความร้อนชื้นแบบตื้นด้วย “ผ้าอุ่นกระตุ้นน้ำนม” ร่วมกับการพยาบาลตามปกติ มีระยะเวลาการเริ่มไหลของน้ำนมเร็วกว่ามารดาที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างเดียว

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงทดลองแบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุม (randomized control trial) เพื่อศึกษาผลของการประคบเต้านมด้วยผ้าอุ่นชื้นที่ผู้วิจัยประดิษฐ์ขึ้น เรียกว่า “ผ้าอุ่นกระตุ้นน้ำนม” ต่อการเริ่มไหลของน้ำนมในมารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรคนแรก ที่หอผู้ป่วยหลังคลอดพิเศษ โรงพยาบาลศิริราช โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษารั้งนี้ เป็นมารดาหลังคลอดอายุ 20-40 ปี สัญชาติไทย พักฟื้นหลังคลอดที่หอผู้ป่วยหลังคลอดพิเศษ โรงพยาบาลศิริราช ในช่วงเดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2564 ถึงเดือนกันยายน พ.ศ. 2564 คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์การคัดเข้า คือ ประชากรในการศึกษารั้งนี้ เป็นมารดาหลังคลอดอายุ 20-40 ปี สัญชาติไทย พักฟื้นหลังคลอดที่หอผู้ป่วยหลังคลอดพิเศษ โรงพยาบาลศิริราช ในช่วงเดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2564 ถึงเดือนกันยายน 2564 คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์การคัดเข้า คือ 1) มารดาครรภ์แรกคลอดบุตรด้วยวิธีการผ่าตัด 2) ตั้งใจเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ 3) ดัชนีมวลกาย (BMI) ก่อนตั้งครรภ์อยู่ระหว่าง 18.5-24.9 กก./ม.² 4) เต้านมและหัวนมปกติ ไม่เคยได้รับการผ่าตัดบริเวณเต้านม 5) สุขภาพแข็งแรง ไม่มีโรคที่ส่งผลกระทบต่อกระบวนการสร้างและหลั่งน้ำนม ได้แก่ โรคเบาหวาน ไทรอยด์ โลหิตจาง ฤุน้ำที่รังไข่ ความดันโลหิตสูง หรือตกเลือดหลังคลอด 6) ไม่มีภาวะหรือโรคที่เป็นข้อห้ามในการบำบัดด้วยความร้อน ได้แก่ การอักเสบหรืออุดตันของหลอดเลือดดำ ภาวะเกล็ดเลือดต่ำ มะเร็งเต้านม การรับรู้ความรู้สึกบกพร่อง การอักเสบของเต้านมและบริเวณใกล้เคียง 7) ไม่มีประวัติสูบบุหรี่หรือได้รับสารเสพติด 8) ทารกแรกเกิดมีสุขภาพแข็งแรง

น้ำหนักอยู่ระหว่าง 2,500-3,990 กรัม สำหรับเกณฑ์การคัดออก คือ 1) ทารกมีภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ มีไข้ ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ หรือทารกต้องแยกจากมารดาเกิน 24 ชั่วโมง 2) มารดามีน้ำนมไหล ภายใน 4 ชั่วโมงหลังคลอด และกำหนดเกณฑ์การถอนผู้ร่วมวิจัย หรือยุติการเข้าร่วมการวิจัย ดังนี้ 1) มารดามีภาวะแทรกซ้อน หลังเข้าร่วมการวิจัย ได้แก่ ภาวะตกเลือด ช็อก รับประทานกระตุ่น การหลั่งน้ำนม เช่น domperidone, plasil หรือมีภาวะแทรกซ้อน จากการประคบด้วยความร้อน เช่น burn, severe skin reaction เป็นต้น และ 2) มารดาได้รับการจำหน่ายกลับบ้าน ก่อนที่จะประเมินได้ว่ามีน้ำนมไหล

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง ได้จากผลการวิจัยเรื่อง ผลของการใช้โปรแกรมกระตุ้นการหลั่งน้ำนม ต่อระยะเวลาการหลั่งน้ำนมครั้งแรกของมารดาหลังคลอดโรงพยาบาลสกลนคร¹⁵ พบว่าระยะเวลาของการหลั่งน้ำนมครั้งแรกในกลุ่มควบคุม มีค่าเฉลี่ย (SD) เท่ากับ 30.62 (15.02) ชั่วโมง และกลุ่มทดลอง เท่ากับ 21.82 (8.92) ชั่วโมงตามลำดับ คำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยกำหนด $\alpha = .05$ (2-sided), power = .8 ได้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 30 ราย รวมเป็น 60 ราย ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยไม่ได้เพิ่มกลุ่มตัวอย่างเพื่อป้องกันการสูญหาย สุ่มกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง โดยวิธีการสุ่มแบบ block randomization เพื่อให้กลุ่มตัวอย่าง แต่ละกลุ่มมีจำนวนที่สมดุลกัน ณ ช่วงเวลาที่ทำการศึกษา¹⁹ โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็นบล็อกละ 4 ราย จำนวน 15 บล็อก มีการเรียงลำดับของการจัดเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม 6 วิธี คือ CCEE CECE CEEC EECC ECEC ECCE สุ่มลำดับ การจัดเข้ากลุ่มของแต่ละวิธีจนครบจำนวนกลุ่มตัวอย่างตามต้องการ ผู้ที่เข้ากลุ่มควบคุม (C) จะได้รับการดูแลในระยะหลังคลอด ตามปกติ และกลุ่มทดลอง (E) จะได้รับการดูแลในระยะ หลังคลอดตามปกติ ร่วมกับการประคบเต้านมด้วยผ้าอุ่นขึ้น หากกลุ่มตัวอย่างรายใดได้รับการคัดออกหรือยุติ การเข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยเก็บเพิ่มจนครบกลุ่มละ 30 ราย

เครื่องมือการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย และเครื่องมือที่ใช้ เก็บรวบรวมข้อมูล

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย คือ

1.1 “ผ้าอุ่นกระตุ้นน้ำนม” เป็นนวัตกรรมที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ทำจากผ้าขนหนูแบบหนา เย็บซ้อนกัน 3 ชั้น ชั้นนอกสุดเป็น ผ้าขนหนูใยสังเคราะห์ เนื้อผ้ามีความละเอียด ช่วยเก็บความร้อนได้ดี สีสันทสวยงาม ส่วนผ้าชั้นกลางและชั้นในสุดที่สัมผัสกับผิวหนัง ทำจากผ้าขนหนูแบบหนา แต่เส้นใยมีความละเอียดน้อยกว่า ชั้นนอก ช่วยให้ความร้อนซึมผ่านเข้าสู่ผิวหนังได้ดี ตัดเย็บ เป็นรูปทรงที่แนบไปกับเต้านม (cup) ของเสื้อชั้นใน เพื่อให้แนบ กระชับพอดีกับเต้านม โดยวัดความสูงจากฐานเต้านมโค้งตามรูป เต้านมไปถึงหัวนม แล้วตัดปลายตรงบริเวณขอบลานนม เป็นวงกลม เพื่อเปิดโล่งไม่ให้หัวนมถูกความร้อน เนื่องจาก หัวนมมีความรู้สึกไวต่อความร้อน มีทั้งหมด 4 ขนาด คือ เล็ก ความสูงเท่ากับ 6 เซนติเมตร กลาง ความสูงเท่ากับ 7 เซนติเมตร ใหญ่ ความสูงเท่ากับ 8 เซนติเมตร และใหญ่พิเศษ ความสูงเท่ากับ 9 เซนติเมตร ผู้วิจัยทำการพัฒนาเครื่องมือ โดยใช้เทอร์โมมิเตอร์ วัดอุณหภูมิผ้าและผ้าอุ่นให้ร้อนเพียงพอที่จะทำให้อุณหภูมิ ของผิวหนังบริเวณเต้านมเพิ่มสูงขึ้นเป็น 38-40 องศาเซลเซียส ซึ่งเป็นอุณหภูมิที่เหมาะสมสำหรับการบำบัดและไม่ก่อให้เกิด อันตราย¹⁷ และเมื่อนำไปทดลองใช้ในมารดาหลังคลอดบุตรคนแรก จำนวน 6 คน เมื่อวัดด้วยเครื่องวัดอุณหภูมิแบบอินฟราเรด พบว่าอุณหภูมิเต้านมหลังประคบอยู่ในเกณฑ์ที่กำหนด และ ไม่พบผลข้างเคียงจากการประคบเต้านมด้วยความร้อนขึ้น

1.2 โปรแกรมการประคบเต้านม ประกอบด้วย

1) เตรียมอุปกรณ์สำหรับประคบเต้านม โดยต้มน้ำให้เดือด ด้วยกระติกน้ำร้อนไฟฟ้า (อุณหภูมิ น้ำร้อนประมาณ 80 องศาเซลเซียส) ใช้น้ำร้อน 2 แก้ว (500 มิลลิลิตร) ผสมกับน้ำอุณหภูมิห้อง 2 แก้ว (500 มิลลิลิตร) จะได้ผ้าอุ่น 1,000 มิลลิลิตร อุณหภูมิ น้ำ

ประมาณ 50 องศาเซลเซียส (อุณหภูมิ น้ำอาจคลาดเคลื่อนได้ ควรใช้เทอร์โมมิเตอร์วัดและเตรียมน้ำให้ได้อุณหภูมิ 50 องศาเซลเซียส

2) นำ “ผ้าอุ่นกระตุ้นนํ้านม” ที่เลือกขนาดไว้ 2 ผืน แขนงน้ำอุ่นให้ชุ่มทั่วทั้งผืน ใช้กระซอนซ้อนผ้าทั้ง 2 ผืนขึ้นมา ใช้แก้วที่ตวงน้ำร้อนน้ำออกให้พอหมด ผ้าจะมีอุณหภูมิอยู่ระหว่าง 43-45 องศาเซลเซียส ซึ่งจะทำให้อุณหภูมิของเนื้อเยื่อ บริเวณเต้านมเพิ่มขึ้นเป็น 38-40 องศาเซลเซียส

3) เริ่มประคบเต้านม โดยวางผ้าอุ่นลงบนผิวเต้านม ทำพร้อมกันทั้ง 2 ข้าง นาน 3 นาที (จากการทดสอบอุณหภูมิ ผ้าหลังประคบนาน 3 นาทีจะลดลงเหลือประมาณ 38 องศาเซลเซียส)

4) เมื่อประคบรอบแรกเสร็จ เติมน้ำร้อน 100 มิลลิลิตร ลงในภาชนะใส่น้ำใบเดิมที่มีน้ำเหลืออยู่จากการประคบครั้งก่อน จะได้น้ำที่มีอุณหภูมิ 50 องศาเซลเซียส นำผ้าอุ่นกระตุ้นนํ้านม ผืนเดิมลงไปชุบน้ำ รีดน้ำให้หมาด ผ้าจะมีอุณหภูมิประมาณ 43-45 องศาเซลเซียส นำมาประคบเต้านมอีก 3 นาที

5) เมื่อประคบเต้านมครั้งที่ 2 ครบ 3 นาที เติมน้ำร้อน อีก 100 มิลลิลิตรลงในภาชนะที่ใส่น้ำใบเดิม ทำเช่นเดิมเพื่อ ประคบเต้านมอีก 1 รอบ เมื่อทำครบ 3 ครั้งจะได้เวลาประคบ เต้านมด้วยความร้อนขึ้นต่อเนื่องรวมประมาณ 9-10 นาที

เริ่มประคบครั้งแรกภายหลังคลอด 4 ชั่วโมง เริ่มประคบ ครั้งที่ 2 ห่างจากครั้งแรก 3-4 ชั่วโมง ประคบวันละ 2 ครั้ง จนกว่านํ้านมจะเริ่มไหล

2. เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

2.1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลเกี่ยวกับการตั้งครรภ์และการคลอด แบ่งเป็น 2 ส่วน คือ ข้อมูลส่วนบุคคลของ มารดา ได้จากการสัมภาษณ์มารดา ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ครอบครัว การได้รับความรู้เรื่องการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และข้อมูลเกี่ยวกับการตั้งครรภ์และการคลอด เก็บข้อมูลโดยการคัดลอกจากเวชระเบียน ได้แก่ อายุครรภ์ ดัชนีมวลกาย ก่อนตั้งครรภ์ ปริมาณการเสียเลือด ข้อบ่งชี้การผ่าตัดคลอด

2.2 แบบประเมินการไหลของนํ้านม ใช้เกณฑ์การประเมิน ระดับการไหลของนํ้านมของ รวีวรรณ นิวัตยะกุล²⁰ เพื่อประเมิน ระดับการไหลของนํ้านมจากการบีบนมด้วยมือ โดยใช้นิ้วหัวแม่มือ และนิ้วชี้วางห่างจากหัวนมประมาณ 3 เซนติเมตร ออกแรง กดปลายนิ้วทั้งสองเข้าหาผนังอก แล้วบีบนิ้วทั้งสองเข้าหากันเบาๆ และคลายนิ้วออก เริ่มทำซ้ำใหม่ให้เป็นจังหวะ คือ กด-บีบ-ปล่อย ต่อเนื่อง 3 ครั้ง ซึ่งมีเกณฑ์ที่ใช้ในการให้คะแนนดังนี้ เมื่อบีบลานนมแล้ว ไม่มีนํ้านมไหลออกมา ได้ 0 คะแนน (นํ้านมไม่ไหล) เมื่อบีบลานนมแล้วมีนํ้านมใสๆ ไหลซึม ออกมาแต่ไม่เป็นหยด ได้ 1 คะแนน เมื่อบีบลานนมแล้ว มีนํ้านมไหลออกมาเป็นหยด 1-2 หยด ได้ 2 คะแนน และ เมื่อบีบลานนมแล้วมีนํ้านมไหลพุ่งต่อเนื่องทุกครั้งทีบีบ ได้ 3 คะแนน ในการศึกษาครั้งนี้จะนับว่านํ้านมเริ่มไหล เมื่อบีบนมแล้วมีนํ้านมไหลออกมา 1-2 หยด (2 คะแนน) ระยะเวลาการไหลของนํ้ามนับจากระยะเวลาคลอด จนถึงระยะเวลาที่มีนํ้านมเริ่มไหลครั้งแรก (2 คะแนน) ผู้ช่วยวิจัยจะประเมินการไหลของนํ้านมทุก 2-3 ชั่วโมง หรือเมื่อมารดาแจ้งว่ารู้สึกเต้านมตึงหรือคัด ซึ่งเป็นอาการ ที่แสดงว่ามีการสร้างนํ้านมแล้ว

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการ จริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล COA no. Si 474/2021 อนุมัติวันที่ 23 มิถุนายน 2564 ผู้วิจัยเริ่มดำเนินการวิจัยหลังจาก โครงการวิจัยได้รับการรับรองแล้ว การวิจัยเป็นไปตามความสมัครใจ โดยกลุ่มตัวอย่างมีสิทธิที่จะเข้าร่วมหรือปฏิเสธได้ตามต้องการ สามารถถอนตัวจากการศึกษาได้ตลอดเวลา โดยไม่จำเป็นต้องแจ้ง ให้ทราบล่วงหน้า และไม่มีผลกระทบต่อการรักษาพยาบาล ที่จะได้รับจากโรงพยาบาลศิริราชแต่อย่างใด หากยินยอม เข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยขอให้กลุ่มตัวอย่างลงนามยินยอม เป็นลายลักษณ์อักษร

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการทดลองด้วยตนเอง และมีผู้ช่วยวิจัยจำนวน 1 คน เป็นพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ในการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในห้องคลอดนาน 15 ปี ทำหน้าที่ประเมินการไหลของน้ำนมหลังคลอด โดยใช้แบบประเมินการไหลของน้ำนม ผู้วิจัยเตรียมผู้ช่วยวิจัย โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการดำเนินการวิจัยเพื่อให้เข้าใจตรงกัน และให้ผู้ช่วยวิจัยทดลองใช้แบบประเมินการไหลของน้ำนมกับมารดาหลังคลอดที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 3 ราย เพื่อให้เกิดความเข้าใจและมีทักษะในการเก็บรวบรวมข้อมูล สถานที่เก็บข้อมูลเป็นหอผู้ป่วยหลังคลอดพิเศษ โรงพยาบาลศิริราช ผู้วิจัยให้พยาบาลประจำห้องคลอดคัดเลือกมารดาหลังคลอดที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้า สอบถามความสมัครใจในการให้ผู้วิจัยเข้าพบก่อนคลอด ผู้วิจัยแนะนำตนเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนระยะเวลาในการวิจัย ประโยชน์ และความเสี่ยงแก่มารดา หากมารดายินดียินยอมร่วมการวิจัย ผู้วิจัยสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคลจำนวน 7 ข้อ ใช้เวลาประมาณ 5 นาที พร้อมทั้งแจ้งให้ทราบว่า จะประเมินการไหลของน้ำนมครั้งแรกเมื่อ 4 ชั่วโมงหลังคลอด หลังจากนั้นจะทำการประเมินการไหลของน้ำนมทุก 2-3 ชั่วโมง หรือหากมารดารู้สึกคัดตึงเต้านม ซึ่งเป็นอาการที่แสดงว่าเริ่มมีการสร้างน้ำนมแล้ว ให้แจ้งผู้ช่วยวิจัยหรือพยาบาลประจำหอผู้ป่วยหลังคลอดทราบทันที เพื่อประเมินการไหลของน้ำนม

กลุ่มทดลองจะได้รับการดูแลตามปกติ ร่วมกับการประคบเต้านมด้วยผ้าอุ่นชื้น ซึ่งเป็นนวัตกรรมที่ผู้วิจัยประดิษฐ์ขึ้นเรียกว่า “ผ้าอุ่นกระตุ้นน้ำนม” เริ่มประคบเต้านมครั้งแรกเมื่อคลอดครบ 4 ชั่วโมง เพื่อไม่ให้กระทบต่อระยะเวลาการดูดนมของทารกจะประคบหลังนำทารกมาดูดนมมารดาแล้ว ขั้นตอนการประคบ คือ นำผ้าชุบน้ำที่อุณหภูมิ 50 องศาเซลเซียส เมื่อรีดน้ำออก ผ้าจะมีอุณหภูมิ 43-45 องศาเซลเซียส นำมาประคบ จะทำให้ผิวหนังเต้านมมีอุณหภูมิ 38-40 องศาเซลเซียส ประคบเต้านมครั้งที่ 2 ถัดจากครั้งแรก 3-4 ชั่วโมง ในการศึกษาที่กำหนดให้ประคบครั้งละ 10 นาที วันละ 2 ครั้ง ประคบช่วงเวลาเดิมของทุกวันจนกว่าน้ำนมจะเริ่มไหล

เพื่อช่วยกระตุ้นการไหลเวียนเลือด¹⁶ และไม่เป็นการรบกวนมารดาหลังคลอดมากเกินไป หลังการประคบเสร็จจะยังคงประเมินการไหลของน้ำนมทุก 2-3 ชั่วโมง จนกว่าน้ำนมจะเริ่มไหล (ปีบนมแล้วมีน้ำนมไหลออกมา 1-2 หยด = 2 คะแนน) ซึ่งตามปกติมารดาจะต้องนำทารกมาดูดนมแม่ทุก 2-3 ชั่วโมง และประเมินการไหลของน้ำนมก่อนให้ทารกดูดอยู่แล้ว

กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ คือ ได้รับการประเมินอาการแรกรับ การไหลของน้ำนม ความพร้อมของมารดาในการนำทารกมาดูดนมแม่ ถ้ามารดาพร้อม พยาบาลประจำหน่วยจะนำทารกมาดูดนม หากมารดายังไม่พร้อม พยาบาลจะนำทารกมาดูแล และให้นมด้วยวิธีป้อนด้วยถ้วย (cup feed) จนกระทั่งมารดาสามารถดูแลทารกได้ จึงนำทารกมาดูดนมแม่ทุก 2-3 ชั่วโมง ร่วมกับการประเมินการไหลของน้ำนมก่อนการดูดนมทุกครั้ง มารดาจะเริ่มตื้มน้ำได้ประมาณ 4-6 ชั่วโมง และเริ่มรับประทานอาหารเหลว ประมาณ 6-8 ชั่วโมงหลังผ่าตัด หลังจากนั้นจะเริ่มอาหารอ่อน ในเมื่อถัดไปตามแผนการรักษาของแพทย์ ต่อมาในวันที่ 2-3 หลังผ่าตัดคลอด จะให้มารดาเข้ากลุ่มเพื่อฟังคำแนะนำเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ร่วมกับมารดารายอื่นๆ มีเนื้อหาเกี่ยวกับหลักในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และการอุ้มลูกดูนมอย่างถูกวิธี และจำหน่ายกลับบ้านในวันที่ 4-5 หลังผ่าตัดคลอด

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปและกำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลเกี่ยวกับการตั้งครรภ์และการคลอดนำเสนอโดยการแจกแจงความถี่ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และความแตกต่างของข้อมูลระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยสถิติ independent t-test, chi-square test, Mann-Whitney U test และ Fisher exact probability test ส่วนการเปรียบเทียบระยะเวลาการหลั่งน้ำนมระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม และข้อมูลเชิงปริมาณนำเสนอด้วยค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยด้วยสถิติ independent t-test

ผลการวิจัย

กลุ่มทดลองมีอายุระหว่าง 25-40 ปี อายุเฉลี่ยเท่ากับ 32.10 ปี (SD = 4.7) กลุ่มควบคุมมีอายุระหว่าง 22-40 ปี อายุเฉลี่ยเท่ากับ 32.63 ปี (SD = 4.3) ดัชนีมวลกายก่อนตั้งครรภ์ของกลุ่มทดลอง ร้อยละ 70 และกลุ่มควบคุมร้อยละ 63.3 มีค่าปกติ (18.5-22.9 กก./ม.²) ที่เหลือมีภาวะน้ำหนักเกิน จากการทดสอบทางสถิติพบว่า อายุ การศึกษา อาชีพ และดัชนีมวลกายก่อนตั้งครรภ์ อายุครรภ์เมื่อคลอด ประวัติการแท้ง ปริมาณเลือดที่เสียระหว่างการผ่าตัด สัดส่วนผู้ที่ได้รับ

ความรู้เรื่องการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของกลุ่มทดลอง และ กลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่ (ร้อยละ 73.4) ได้รับการวางแผนผ่าตัดคลอดล่วงหน้า เนื่องจากมีข้อบ่งชี้ในการผ่าตัดคลอด ได้แก่ ทารกอยู่ในท่าก้น ทารกตัวโต ปากมดลูกไม่พร้อมต่อการชักนำการคลอด ส่วนมารดาอีกร้อยละ 26.6 ไม่ได้วางแผนการผ่าตัดล่วงหน้า มีข้อบ่งชี้การผ่าตัดคลอด คือ ภาวะศีรษะทารกไม่ได้สัดส่วน กับเชิงกราน และการชักนำการคลอดล้มเหลว

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคุณลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

คุณลักษณะส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง (N = 30)		กลุ่มควบคุม (N = 30)		p
	$\bar{X}$ (SD)	n (%)	$\bar{X}$ (SD)	n (%)	
อายุเฉลี่ย	32.1 (4.70)		32.6 (4.3)		.648 ¹
ระดับการศึกษา					.871 ²
มัธยมปลาย/ปวช./ปวส.		5 (16.7)		6 (20)	
ปริญญาตรี		18 (60)		16 (53.3)	
สูงกว่าปริญญาตรี		7 (23.3)		8 (26.7)	
อาชีพ					.923 ³
แม่บ้าน		3 (10)		2 (6.7)	
รับจ้างทั่วไป		1 (3.3)		1 (3.3)	
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว		8 (26.7)		7 (23.3)	
บริษัท/รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ		18 (60)		20 (66.7)	
รายได้ครอบครัว (บาท)	52,500 (47,533.33)		50,000 (26,359.78)		.464 ⁴
	(Min-Max = 37,750-82,500)		(Min-Max = 37,500-61,250)		
ความรู้เรื่องการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่					
ได้รับ		6 (20)		8 (26.7)	
ไม่ได้รับ		24 (80)		22 (73.3)	
ประวัติเคยแท้ง		10 (33.3)		7 (23.3)	.390 ²
อายุครรภ์	38 ⁺⁴ (6.30)		38 ⁺⁵ (5.30)		.500 ¹
ดัชนีมวลกายก่อนตั้งครรภ์	21.19 (1.66)		21.40 (1.68)		.687 ¹
18.5 – 22.9 กก./ม. ²		21 (70)		19 (63.3)	
23.0 – 24.9 กก./ม. ²		9 (30)		11 (36.7)	
	(Min-Max = 18.82-23.73)		(Min-Max = 18.75-23.81)		
ปริมาณการเสียเลือด (มล.)	424.33 (57.28)		418.33 (63.63)		.702 ¹

ตารางที่ 1 (ต่อ)

คุณลักษณะส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง (N = 30)		กลุ่มควบคุม (N = 30)		p
	$\bar{X}$ (SD)	n (%)	$\bar{X}$ (SD)	n (%)	
ข้อบ่งชี้การผ่าตัดคลอด					.766 ²
วางแผนผ่าตัดคลอด					
ทารกอยู่ในท่ากัน		2 (6.7)		4 (13.4)	
ทารกตัวโต		2 (6.7)		3 (10)	
ปากมดลูกไม่พร้อมต่อการชักนำการคลอด		15 (50)		13 (43.3)	
ภาวะรกเกาะต่ำ		3 (10)		2 (6.7)	
ไม่ได้วางแผนผ่าตัดคลอด					
ศีรษะทารกไม่ได้สัดส่วนกับเชิงกราน		5 (16.6)		5 (16.6)	
การชักนำการคลอดล้มเหลว		3 (10)		3 (10)	

¹ t-test, ² chi-square, ³ Fisher exact test, ⁴ Mann-Whitney U test

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองที่ได้รับการประคบเต้านมด้วยความร้อนขึ้นแบบตื่น ด้วย “ผ้าอุ่นกระตุ้นน้ำนม” ร่วมกับการพยาบาลตามปกติ เริ่มมีน้ำนมไหล ระยะเวลาเฉลี่ยเท่ากับ 30.89 ชั่วโมง

(พิสัย 24.50 ชั่วโมง) เร็วกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับ การพยาบาลตามปกติ ที่มีระยะเวลาเฉลี่ยเท่ากับ 40.90 ชั่วโมง (พิสัย 35.73 ชั่วโมง) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -5.49$; $p < .001$) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของระยะเวลาการเริ่มไหลของน้ำนมในมารดาหลังคลอดในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ระยะเวลา	กลุ่มทดลอง (n = 30)		กลุ่มควบคุม (n = 30)		Mean difference	t	p-value
การเริ่มไหลของน้ำนม	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD			
ระยะเวลาน้ำนมเริ่มไหล	30.89	7.88	40.90	6.15	-10.01	-5.49	< .001

การอภิปรายผล

จากผลการศึกษารูปได้ว่าการประคบเต้านมด้วยความร้อนขึ้นแบบตื่นโดยใช้นวัตกรรม “ผ้าอุ่นกระตุ้นน้ำนม” ที่ผู้วิจัยประดิษฐ์ขึ้น ส่งผลให้กลุ่มทดลองมีน้ำนมไหลได้เร็วกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -5.49$, $p < .001$) ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่า ผ้าอุ่นกระตุ้นน้ำนมที่เย็บขึ้นจากผ้าขนหนูเนื้อหนา 3 ชั้น สามารถเก็บความร้อนได้นานไม่น้อยกว่า 3 นาที ใช้ประคบ 10 นาที โดยนำผ้าชุบน้ำอุ่นอุณหภูมิ 50 องศาเซลเซียส เมื่อรีดน้ำออก อุณหภูมิผ้าจะอยู่ระหว่าง 43-45 องศาเซลเซียส นำมาประคบเต้านม

ผิวหนังเต้านมจะมีอุณหภูมิระหว่าง 38-40 องศาเซลเซียส ซึ่งเป็นอุณหภูมิที่เหมาะสมในการบำบัดและไม่ก่อให้เกิดอันตราย ต่อเนื้อเยื่อ¹⁷ นำผ้าชุบน้ำอุ่นอุณหภูมิ 50 องศาเซลเซียส ทุก 3 นาที ทำซ้ำ 3 ครั้ง จะได้เวลาประคบทั้งหมดประมาณ 10 นาที อุณหภูมิของเนื้อเยื่อที่เพิ่มขึ้นนี้ มีผลทำให้กล้ามเนื้อเรียบ ที่ผนังหลอดเลือดคลายตัว หลอดเลือดขยายตัว ความหนืดของเลือดลดลง การไหลเวียนของเลือดบริเวณเต้านมเพิ่มขึ้น ส่งผลให้มีปริมาณเลือดไหลเวียนไปสู่เซลล์ผลิตน้ำนมได้มากขึ้น¹⁷ ฮอร์โมนโพรแลคตินในกระแสเลือดจึงถูกลำเลียงไปสู่เซลล์

ผลิตน้ำนมได้มากขึ้น โดยเฉพาะระยะ 24 ชั่วโมงแรกหลังคลอด ซึ่งเป็นระยะที่มีระดับของฮอร์โมนโพรแลคตินในเลือดสูงสุด¹ เป็นกระตุ้นการสร้างน้ำนมให้เร็วขึ้น สอดคล้องกับผลการศึกษาของ ขนิษฐา ผลงาม และรัชนาถ มั่นคง¹⁷ ที่พบว่ามารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องที่ได้รับการนวดประคบเต้านมแบบร้อนขึ้น ด้วยเจลประคบร่วมกับการนวดกระตุ้นหัวนมและลานนม มีระยะเวลาการหลั่งน้ำนมครั้งแรกเร็ว และระดับการไหลน้ำนม มากกว่ากลุ่มควบคุมที่นวดกระตุ้นเต้านมเพียงอย่างเดียว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เนื่องจากการกระตุ้นหัวนมและลานนม และการประคบด้วยเจลประคบแบบร้อนขึ้น มีผลทำให้เนื้อเยื่อ บริเวณที่ประคบมีอุณหภูมิ ที่สูงขึ้นระหว่าง 37.5-40 องศาเซลเซียส เพิ่มการซึมผ่านของฮอร์โมนโพรแลคตินไปสู่เซลล์ผลิตน้ำนม และเพิ่มฮอร์โมนออกซิโทซิน ทำให้มีการสร้างและหลั่งน้ำนมให้เร็วขึ้นได้

ในมารดาหลังผ่าตัดคลอด น้ำนมจะเริ่มไหลช้ากว่ามารดา ที่คลอดทางช่องคลอด²¹ การกระตุ้นการไหลเวียนของหลอดเลือด บริเวณเต้านมด้วยความร้อนขึ้น จึงมีผลต่อการเริ่มไหลของน้ำนม ในมารดาหลังผ่าตัดคลอด เมื่อมีการไหลของน้ำนมครั้งแรกเร็ว จะช่วยให้มารดาคลายความเครียด ลดความวิตกกังวล เมื่อการไหล ของน้ำนมเกิดขึ้นได้เร็วตามความคาดหวังของมารดา จะก่อให้เกิด ความเชื่อมั่นต่อการมีน้ำนมเพียงพอในการเลี้ยงทารก⁵ ลดความกดดัน ทางจิตใจ ที่เป็นอุปสรรคต่อกระบวนการสร้างและการไหลของน้ำนม จากการไปยับยั้งการหลั่งของฮอร์โมนโพรแลคตินและออกซิโทซิน เมื่อน้ำนมแม่เริ่มไหลเร็ว จะมีผลให้การไหลของน้ำนมในระยะต่อไป เกิดได้เร็วตามมา^{2,7} สอดคล้องกับผลการศึกษาของ นิตยา พันธุ์งาม, ปราณี ธีรโสภณ และสุพรรณิ อึ้งปัญสดวงศ์⁶ ที่พบว่ามารดา หลังคลอดครั้งแรกที่ได้รับการประคบเต้านมด้วยลูกประคบ เจลโพลีเมอร์แบบอุ่นขึ้น ร่วมกับการพยาบาลตามปกติ มีค่าเฉลี่ย ระยะเวลาการหลั่งน้ำนมครั้งแรกสั้นกว่ากลุ่มที่ได้รับการ พยาบาลตามปกติ ซึ่งผลจากการประคบเต้านมด้วยความร้อน ช่วยลดภาวะเครียดและความกดดันที่ส่งผลต่อการหลั่ง ฮอร์โมนโพรแลคติน นอกจากนี้การประคบเต้านมด้วยความร้อน

ยังช่วยลดการหดเกร็งของกล้ามเนื้อที่อาจเกิดขึ้น ในระยะคลอด ทำให้มารดาผ่อนคลาย ช่วยส่งเสริม กระบวนการสร้างและหลั่งน้ำนมที่มีประสิทธิภาพ อย่างต่อเนื่อง จนถึงระยะที่มีการหลั่งน้ำนมในปริมาณ ที่เพียงพอต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่⁶

สรุปและข้อเสนอแนะ

ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่า การประคบเต้านมแบบอุ่นขึ้น ด้วยผ้าอุ่นกระตุ้นน้ำนม ช่วยกระตุ้นการเริ่มไหลของน้ำนม ในมารดาหลังผ่าตัดคลอดให้เร็วขึ้นได้ ดังนั้นผู้วิจัยจึงมี ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้ดังนี้

ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

ผลการศึกษาสามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการพัฒนา แนวปฏิบัติการดูแลเพื่อส่งเสริมการไหลของน้ำนมในมารดา หลังผ่าตัดคลอดบุตรคนแรกได้

ด้านการวิจัย

1. ควรมีการพัฒนาผ้าอุ่นกระตุ้นน้ำนมให้สามารถ เก็บความร้อนได้นานขึ้น เนื่องจากในงานวิจัยนี้ต้องนำ ผ้าอุ่นกระตุ้นน้ำนมไปชุบน้ำอุ่นทุก 3 นาที เพื่อคงอุณหภูมิผ้า ให้อยู่ระหว่าง 43-45 องศาเซลเซียส
2. ควรศึกษาถึงความถี่ และระยะเวลาในการประคบ ว่ามีผลต่อการเริ่มไหลของน้ำนมมารดาให้เร็วขึ้นหรือไม่

References

1. Lawrence RA, Lawrence RM. Breastfeeding: a guide for the medical profession. 9th ed. Philadelphia, PA: Elsevier; 2021. 1088 p.
2. Walker M. Breastfeeding management for the clinician: using the evidence. 5th ed. Burlington, MA: Jones & Bartlett Learning; 2021. 750 p.

3. Huang L, Xu S, Chen X, Li Q, Lin L, Zhang Y, et al. Delayed lactogenesis is associated with suboptimal breastfeeding practices: a prospective cohort study. *J Nutr.* 2020;150(4):894-900. doi: 10.1093/jn/nxz311.
4. Jankaew K, Narumitmontri T. The effects of herbal milk nourishing medication on the levels of milk flow in postpartum mothers. *Thai Journal of Public Health and Health Sciences.* 2020;3(2):41-51. (in Thai).
5. Murray H, McKinney E, Holub K, Jones R. *Foundations of maternal newborn and women's health nursing.* 7th ed. St. Louis, MO: Elsevier: 2018. 880 p.
6. Panngam N, Theerasopon P, Ungpansattawong N. The effect of warm moist polymer gel pack compression on the onset of milk production in primiparous mothers. *Journal of Phrapokklao Nursing College.* 2016;27(1):28-38. (in Thai).
7. Kent JC, Prime DK, Garbin CP. Principles for maintaining or increasing breast milk production. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.* 2012;41(1):114-21. doi: 10.1111/j.1552-6909.2011.01313.x.
8. Riddle SW, Nommsen-Rivers LA. *Curr Opin Pediatr.* 2017;29(2):249-56. doi: 10.1097/MOP.0000000000000468.
9. Chang P-C, Li S-F, Yang H-Y, Wang L-C, Weng C-Y, Chen K-F, et al. Factors associated with cessation of exclusive breastfeeding at 1 and 2 months postpartum in Taiwan. *Int Breastfeed J.* 2019; 14:18. doi: 10.1186/s13006-019-0213-1.
10. Grzeskowiak LE, Wlodek ME, Geddes DT. What evidence do we have for pharmaceutical galactagogues in the treatment of lactation insufficiency? - A narrative review. *Nutrients.* 2019;11(5):974. doi: 10.3390/nu11050974.
11. UNICEF UK. Getting breast feeding off to a good start [Internet]. London: UNICEF UK; 2020 [cited 2021 Mar 20]. Available from: <https://www.unicef.org.uk/babyfriendly/wp-content/uploads/sites/2/2020/04/Unicef-UK-Baby-Friendly-Initiative-education-refresher-sheet-2.pdf>.
12. Suwikrom S, Jaisamuth N, Poonsawad P. Acupuncture to boost breast milk in postpartum hypogalactia: randomized controlled trial. *J Med Assoc Thai.* 2021;104(12):1930-6. doi: 10.35755/jmedassocthai.2021.12.13045.
13. Foong SC, Tan ML, Foong WC, Marasco LA, Ho JJ, Ong JH. Oral galactagogues (natural therapies or drugs) for increasing breast milk production in mothers of non-hospitalised term infants. *Cochrane Database Syst Rev.* 2020;5(5):CD011505. doi: 10.1002/14651858.CD011505.pub2.
14. Srifa U. The effect of breast milk quantity, and the successfulness of breastfeeding in Koh Samui Hospital. *Journal of MCU Nakhondhat.* 2020; 7(11):94-103. (in Thai).
15. Pakdeechot S, Morarad R, Sakontarat P. The effect of increasing milk production program on secretion time of colostrum in postpartum mothers, Sakon Nakhon Hospital. *Journal of Health Science.* 2010;19(2):279-87. (in Thai).

16. Trinapakul C, Chaipayattana M, Kanavitoon W, Tiumtaogerd R, Naka S, Mitrniyodom W, et al. Effect of milk ejection performance of post-partum mothers after breasts massage and compression with mini hot bag and herbal compress. *Journal of Nursing and Education*. 2010;3(3):75-91. (in Thai).
17. Phon-ngam N, Mankong R. 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*. 2021;14(1):156-69. (in Thai).
18. Nadler SF, Weingand K, Kruse RJ. The physiologic basis and clinical applications of cryotherapy and thermotherapy for the pain practitioner. *Pain Physician*. 2004;7(3):395-9.
19. Desakorn V, Sahassananda D. Sampling and concealment. In: Pitisuttithum P, Pichiensunthorn C, editors. *Textbook of clinical research* (fourth edition revised and expanded). Bangkok: Faculty of Tropical Medicine, Mahidol University; 2018. p.229-60. (in Thai).
20. Niwatayakul R. Optimizing the flow of breast milk project. Paper presented at: Breastfeeding: Fundamental for Brain Development. Proceeding of the 1st Thai National Breastfeeding Meeting; 2005 Dec 14-16; Bangkok. (in Thai).
21. Lisien C-F, Fu J-C, Long C-Y, Lin H-S. Factors influencing breast symptoms in breastfeeding women after cesarean section delivery. *Asian Nurs Res (Korean Soc Nurs Sci)*. 2011;5(2):88-98. doi: 10.1016/S1976-1317(11)60017-0.