

**ผลของโปรแกรมกระตุ้นน้ำนมต่อระยะเวลาการเริ่มไหลของน้ำนม  
และปริมาณน้ำนมของมารดาผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องที่  
ทารกถูกแยกพักรักษาตัวในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิด\***  
**The Effects of Lactation Program on Milk Secretion Time and  
Milk Volume Among Cesarean Section Mothers of the Newborns  
being Separated in Nursery\***

ณัฐยา อ่อนผิว\*\* ประไพรัตน์ แก้วศิริ\*\*\*  
Nuttaya Onpiw\*\* Prapairot Keawsiri\*\*\*

**บทคัดย่อ**

การวิจัยครั้งนี้เป็นงานวิจัยกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบระยะเวลาการเริ่มไหลของน้ำนมและปริมาณน้ำนมในมารดาผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องที่ทารกถูกแยกพักรักษาตัวในหอผู้ป่วย ทารกแรกเกิด กลุ่มตัวอย่างคือ มารดาผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องที่ทารกถูกแยกพักรักษาตัวในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดระหว่างกลุ่มได้รับโปรแกรมกระตุ้นน้ำนมกับกลุ่มได้รับการพยาบาลตามปกติ ซึ่งมารดาพักรักษาตัว ณ แผนกสูตินรีเวชกรรม โรงพยาบาลนครพนม จังหวัดนครพนม จำนวน 52 ราย โดยศึกษาระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ถึงเดือนตุลาคม พ.ศ. 2563 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ โปรแกรมกระตุ้นน้ำนมแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลทางสถิติศาสตร์ แบบบันทึกระยะเวลาการเริ่มไหลของน้ำนมและปริมาณน้ำนม และแบบประเมินความรู้เกี่ยวกับการกระตุ้นการหลั่งน้ำนม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและสถิติ Independent t-test

ผลการวิจัยพบว่า มารดาในกลุ่มทดลองมีระยะเวลาการเริ่มไหลของน้ำนมเร็วกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $t = -2.22, p < .01$ ) มารดาในกลุ่มทดลองมีปริมาณน้ำนมในวันที่ 3 หลังคลอดมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $t = 2.32, p < .01$ )

Received: January 29, 2021

Revised: August 19, 2021

Accepted: September 18, 2021

\* ได้รับทุนสนับสนุนจากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครพนม มหาวิทยาลัยนครพนม ปีงบประมาณ 2563

\*\* Corresponding Author, อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครพนม มหาวิทยาลัยนครพนม  
E-mail: nuttaya828@gmail.com

\*\* Corresponding Author, Instructor, Boromarajonani College of Nursing Nakhon Phanom,  
Nakhon Phanom University.

\*\*\* ผู้ช่วยศาสตราจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครพนม มหาวิทยาลัยนครพนม

\*\*\* Assistant Professor, Boromarajonani College of Nursing Nakhon Phanom, Nakhon Phanom University.

ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่าโปรแกรมกระตุ้นน้ำนมสามารถนำไปใช้ส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ให้มารดาผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องที่ทารกถูกแยกพักรักษาตัวในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดมีอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เพิ่มมากขึ้น

**คำสำคัญ:** โปรแกรมกระตุ้นน้ำนม มารดาผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง ทารกถูกแยกพักรักษาตัวในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิด

## Abstract

This quasi-experimental research aimed to compare the milk secretion time and milk volume among cesarean section mothers of newborns separated in nursery. The sample consisted of 52 caesarean section mothers of newborns separated in nursery at the Obstetrics and Gynecology Department of Nakhon Phanom Hospital in Nakhon Phanom Province. They were separated into two groups: the group receiving the lactation program and the group receiving regular nursing care. The study was conducted from February to October 2020. The instruments used to collect data were the lactation program, the record of demographic and obstetrics data, the record of milk secretion time and milk volume data, and the test of knowledge on milk lactation. Data were analyzed by descriptive statistics and independent t-test.

The study results revealed that the milk secretion time of the experimental group was faster than that of the control group with statistical significance ( $t = -2.22, p < .01$ ). In addition, the milk volume of the experimental group on day 3 after delivery was higher than that of the control group with statistical significance ( $t = 2.32, p < .01$ ).

The findings pointed out that the lactation program can be used to promote breastfeeding among the cesarean section mothers of newborns separated in nursery in order to increase the breastfeeding rate.

**Keywords:** lactation program, cesarean section mothers, newborns being separated in nursery

## ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันแนวโน้มการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องเพิ่มสูงขึ้น เห็นได้จากอัตราการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องของประเทศไทยในโรงพยาบาลรัฐที่พบถึงร้อยละ 35-40 ของการคลอดทั้งหมดและในโรงพยาบาลเอกชนพบสูงถึงร้อยละ 70-80 ของการคลอดทั้งหมด<sup>1</sup> ซึ่งสูงเป็นอันดับสองของเอเชีย รองจากประเทศจีน ในขณะที่องค์การอนามัยโลกได้กำหนดอัตราการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องไว้ไม่ควรเกินร้อยละ 15<sup>2</sup> มีการศึกษาพบว่า วิธีการคลอดส่งผลต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่โดยมารดาผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องมีอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ต่ำกว่ามารดาคลอดปกติทางช่องคลอด<sup>3</sup> และการศึกษาของ Sinsuksai, Nuampa and Chanprapaph<sup>4</sup> พบว่า มารดาผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องมีอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่โดยเฉลี่ยเพียง 2.8 เดือนและมีอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวนาน 6 เดือน เพียงร้อยละ 18.7 ซึ่งต่ำกว่าเป้าหมายที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดไว้ว่าเด็กแรกเกิดถึง 6 เดือนควรกินนมแม่อย่างเดียวยังน้อยร้อยละ 50<sup>5</sup> ซึ่งถือได้ว่าอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในมารดาผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องยังไม่ประสบผลสำเร็จ

สาเหตุที่อัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในมารดาผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องยังไม่ประสบผลสำเร็จ อาจเนื่องมาจากได้รับการกระตุ้นทารกดูดนมในระยะ 30 นาที - 1 ชั่วโมงแรกหลังคลอดล่าช้าจึงทำให้การสร้างและหลั่งน้ำนมช้า อีกทั้งหลังผ่าตัดคลอดมารดามีอาการไม่ตื่นตัวจากฤทธิ์ของยาระงับความรู้สึก มีอาการเหนื่อยล้าจากการนั่งดอาหาร รวมถึงหลังผ่าตัดคลอดวันแรกมีอาการปวดแผลผ่าตัด ไม่สามารถให้นมบุตรได้

สะดวก จากปัญหาดังกล่าวส่งผลกระทบต่อมารดาผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง เริ่มให้ทารกดูดนมช้ากว่ามารดาคลอดปกติ<sup>6</sup> จึงทำให้มารดาหลังผ่าตัดคลอดมีน้ำนมไหลช้าและเกิดปัญหาปริมาณน้ำนมไม่เพียงพอ<sup>7</sup> ซึ่งปัญหาน้ำนมไหลช้าและปริมาณน้ำนมไม่เพียงพอทำให้มารดาและครอบครัวเกิดความวิตกกังวลอย่างมาก เนื่องจากกลัวว่าทารกจะได้รับสารอาหารไม่เพียงพอ เป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้มารดายุติการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่และเริ่มให้นมผสมแทน<sup>8</sup> และอีกสาเหตุสำคัญที่ทำให้มารดาผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องมีอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อยู่ในระดับต่ำ เนื่องจากมารดาและทารกไม่ได้อยู่ด้วยกันในระยะหลังผ่าตัดคลอด สาเหตุเกิดจากทารกมีปัญหาสุขภาพแรกเกิด ซึ่งภายหลังคลอดทารกกลุ่มนี้จะถูกแยกจากมารดาทันทีและไม่ได้รับการดูดนมมารดาเพื่อกระตุ้นการสร้างน้ำนมทำให้น้ำนมไหลช้า ปริมาณน้ำนมมีน้อยและอาจหยุดสร้างน้ำนมในที่สุด จึงทำให้อัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในกลุ่มทารกป่วยยังอยู่ในอัตราต่ำ เห็นได้จากข้อมูลอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างน้อย 6 เดือน ในทารกป่วยขณะพักอยู่ในโรงพยาบาลของสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี มีเพียงร้อยละ 43.14 และโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ พบประมาณร้อยละ 28-40 เท่านั้น<sup>9</sup> ข้อมูลดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่ายังมีทารกป่วยอีกมากที่ไม่ได้รับการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

การที่จะส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในกลุ่มทารกป่วยให้ประสบความสำเร็จมีปัจจัยส่งเสริม ดังนี้ ความรู้เกี่ยวกับประโยชน์ของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ต่อทารกป่วย การรับรู้ประโยชน์จากการบีบเก็บน้ำนมและการเห็นความสำคัญของนมแม่ที่ส่งผลดีต่อภาวะสุขภาพของทารก ซึ่งจะทำให้

มารดามีพฤติกรรมการบีบเก็บน้ำนมได้ดี ทำให้มี  
แนวโน้มประสบความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนม  
แม่<sup>9</sup> จากการศึกษาพฤติกรรมการบีบเก็บน้ำนมของ  
มารดาที่ทารกคลอดก่อนกำหนด พบว่าการรับรู้  
ประโยชน์จากการบีบเก็บน้ำนมสามารถพยากรณ์  
พฤติกรรมการบีบเก็บน้ำนมได้อย่างมีนัยสำคัญทาง  
สถิติ ( $R^2 = .06$ ,  $p < .01$ ) รวมถึงการได้รับการ  
สนับสนุนช่วยเหลือจากบุคลากรสุขภาพ เช่น  
การให้ข้อมูลเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ การ  
ช่วยเหลือในการจัดท่าให้นม การบีบเก็บน้ำนม  
และการให้กำลังใจ เป็นต้น<sup>10</sup> สำหรับปัจจัยที่เป็น  
อุปสรรคทำให้มารดาไม่ประสบความสำเร็จในการ  
เลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในทารกป่วย ได้แก่ มารดาไม่  
ได้รับการกระตุ้นให้บีบเก็บน้ำนมให้ทารกป่วยและ  
ไม่ได้บีบเก็บน้ำนมอย่างต่อเนื่อง ทำให้ปริมาณ  
น้ำนมของมารดาน้อยลงและน้ำนมไม่ไหลในที่สุด<sup>9</sup>  
จากปัจจัยที่กล่าวมาข้างต้น ควรมีการสนับสนุน  
และช่วยเหลือการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในทารกป่วย  
อย่างมีรูปแบบที่ชัดเจน อาจทำให้ทารกป่วยได้รับนม  
มารดาในระยะเริ่มแรกมากขึ้น ซึ่งเป็นน้ำนมเหลือง  
ที่มีคุณค่าช่วยเสริมสร้างภูมิคุ้มกันให้ทารกหาย  
ป่วยได้เร็วขึ้น

มีการศึกษาเกี่ยวกับการกระตุ้นการสร้างและ  
หลังน้ำนมในมารดาหลังคลอดหลากหลาย มีการ  
จัดกระทำแตกต่างกันในหลายกลุ่ม ได้แก่ การ  
ศึกษาเกี่ยวกับเทคนิคการกระตุ้นการหลังน้ำนมของ  
มารดาหลังคลอดปกติที่ทารกแยกจาก พบว่า  
มารดาหลังคลอดมีปริมาณน้ำนมในวันที่ 3 มากกว่า  
วันที่ 2 และวันที่ 1 หลังคลอดอย่างมีนัยสำคัญ  
ทางสถิติ ( $F_{2,87} = 34.86$ ,  $p < .01$ )<sup>11</sup> สำหรับ  
กลุ่มมารดา หลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องมีการ  
ศึกษาเกี่ยวกับการกระตุ้นการสร้างและหลังน้ำนม

ในหลายรูปแบบ ได้แก่ การสัมผัสแบบเนื้อแนบ  
เนื้อและช่วยเหลือให้ทารกดูดนมเร็วที่สุด การช่วย  
เหลือมารดาให้นมทารกอย่างถูกวิธีและดูดนมอย่าง  
ต่อเนื่องทุก 2-3 ชั่วโมง การดูแลด้านร่างกาย ด้าน  
จิตใจ การสอนและฝึกปฏิบัติเพื่อส่งเสริมการสร้าง  
และหลังน้ำนม พบว่า กลุ่มทดลองมีระยะเวลาการ  
เริ่มไหลของน้ำนมและระยะเวลาการมาของน้ำนม  
เต็มเต้าเร็วกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทาง  
สถิติ ( $t = -4.32$ ,  $p < .01$  และ  $t = -6.08$ ,  
 $p < .01$  ตามลำดับ)<sup>6</sup> และการส่งเสริมให้มารดาเกิด  
ความมั่นใจและสามารถปฏิบัติกิจกรรมการดูแล  
ตนเองและบุตรได้ โดยพยาบาลสอนทักษะเกี่ยวกับ  
การเลี้ยงดูบุตรและให้กำลังใจมารดาในการเลี้ยงลูก  
ด้วยนมแม่ พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนความ  
สามารถในการให้นมและคะแนนการไหลของ  
น้ำนมก่อนกลับบ้านสูงกว่า กลุ่มควบคุมอย่างมี  
นัยสำคัญทางสถิติ ( $t = -2.249$ ,  $p < .05$  และ  
 $t = -1.788$ ,  $p < .05$  ตามลำดับ)<sup>12</sup>

จะเห็นได้ว่างานวิจัยที่กล่าวมาข้างต้นมีวิธี  
การกระตุ้นให้เกิดการสร้างและการหลังน้ำนม  
หลายรูปแบบ แต่เป็นการศึกษาเฉพาะในกลุ่มของ  
มารดาหลังคลอดปกติและมารดาหลังผ่าตัดคลอด  
ที่อยู่ด้วยกันกับทารก ยังไม่มีการศึกษาเฉพาะใน  
กลุ่มมารดาหลังผ่าตัดคลอดที่ทารกแยกจาก ซึ่ง  
เป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่  
ลดลง ผู้วิจัยจึงเห็นความสำคัญและสนใจจะศึกษา  
ผลของโปรแกรมกระตุ้นน้ำนมต่อระยะเวลาการ  
เริ่มไหลของน้ำนมและปริมาณน้ำนมของมารดา  
ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องที่ทารกถูกแยกพักรักษา  
ตัวในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดเพื่อสนับสนุนให้มี  
อัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เพิ่มมากขึ้น และส่งเสริม  
ให้ทารกป่วยได้รับนมแม่ โดยประยุกต์จาก

แนวคิดทฤษฎี กลไกการสร้างและหลั่งน้ำนมรวมกับการทบทวนวรรณกรรม ซึ่งเชื่อว่าจะช่วยกระตุ้นการสร้างและการหลั่งน้ำนมให้แก่มารดาได้เร็วขึ้น

### กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ประยุกต์ใช้ทฤษฎีการสร้างและการหลั่งน้ำนม (physiology of lactation) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการกระตุ้นการสร้างและการหลั่งน้ำนม ซึ่งในระยะ Lactogenesis II หรือ 1-2 วันหลังคลอด เป็นระยะที่น้ำนมมีปริมาณมาก โดยฮอร์โมนโพรแลคตินจะกระตุ้นการสร้างน้ำนมและฮอร์โมนออกซิโตซินจะกระตุ้นการหลั่งน้ำนม<sup>6,13,14</sup> โดยผู้วิจัยมีแนวทางในการจัดโปรแกรมกระตุ้นน้ำนมในมารดาผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องที่ทารกแยกจากโดยทดแทนการกระตุ้นดูดนมทันทีหลังทารกเกิดและการกระตุ้นดูดนมมารดาอย่างต่อเนื่อง เพื่อส่งเสริมให้มารดามีระยะเวลาการเริ่มไหลของน้ำนมเร็วขึ้นและมีปริมาณน้ำนมเพียงพอต่อความต้องการของทารก ดังนี้ 1) การนวดเต้านม ประคบเต้านมและบีบเก็บน้ำนมให้เร็วที่สุดภายใน 2-4 ชั่วโมงหลังผ่าตัดคลอด 2) การให้ความรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ในทารกป่วยและการฝึกปฏิบัติทักษะการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ได้แก่ การนวดเต้านม ประคบเต้านมและบีบเก็บน้ำนมทุก 2-3 ชั่วโมงอย่างต่อเนื่องด้วยตนเองจะกระตุ้น myoepithelial cell ให้มีการหลั่งฮอร์โมนออกซิโตซินมากขึ้นและมีการไหลเวียนเลือดที่เต้านมมากขึ้น<sup>6</sup> รวมถึงส่งผลให้ปริมาณฮอร์โมนโพรแลคตินเพิ่มสูงขึ้นทำให้มีการสร้างและหลั่งน้ำนมอย่างต่อเนื่อง<sup>6,9</sup> 3) การดูแลให้ได้รับสารน้ำและสารอาหาร อย่างเพียงพอจะช่วยกระตุ้นการหลั่งฮอร์โมนโพรแลคตินส่งผล

ให้มีการสร้างน้ำนมเร็วขึ้นทำให้น้ำนมเต็มเต้าเร็วขึ้นและน้ำนมมีปริมาณมากขึ้น<sup>13, 4)</sup> การดูแลความสบายด้านร่างกายและจิตใจ การส่งเสริมให้มารดาพักผ่อนอย่างเพียงพอ การให้ข้อมูลที่ถูกต้องเกี่ยวกับภาวะสุขภาพของทารกส่งผลให้มารดาผ่อนคลายความวิตกกังวลซึ่งจะช่วยให้มีการหลั่งฮอร์โมนออกซิโตซินมากขึ้น<sup>6,9</sup> ซึ่งผู้วิจัยเชื่อว่ากิจกรรมเหล่านี้จะทำให้มารดาหลังผ่าตัดคลอดที่บุตรแยกจากมีระยะเวลาการเริ่มไหลของน้ำนมเร็วขึ้นและมีปริมาณน้ำนมมากขึ้น

### วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบระยะเวลาการเริ่มไหลของน้ำนมในมารดาผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง ที่ทารกถูกแยกพักรักษาตัวในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมกระตุ้นน้ำนมกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ
2. เพื่อเปรียบเทียบปริมาณน้ำนมในมารดาผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องที่ทารกถูกแยกพักรักษาตัวในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมกระตุ้นน้ำนมกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

### สมมติฐานการวิจัย

1. มารดาผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องที่ทารกถูกแยกพักรักษาตัวในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิด ที่ได้รับการโปรแกรมกระตุ้นน้ำนมมีระยะเวลาการเริ่มไหลของน้ำนมเร็วกว่ามารดาที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ
2. มารดาผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องที่ทารกถูกแยกพักรักษาตัวในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดที่ได้

รับการโปรแกรมกระตุ้นน้ำนมมีปริมาณน้ำนมไหล  
ในวันที่ 3 หลังคลอดมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการ  
พยาบาลตามปกติ

## วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง  
(quasi-experimental research) เพื่อศึกษาผล  
ของโปรแกรมกระตุ้นน้ำนมต่อระยะเวลาการเริ่ม  
ไหลของน้ำนมและปริมาณน้ำนมของมารดาผ่าตัด  
คลอดทางหน้าท้องที่ทารกถูกแยกพักรักษาตัวใน  
หอผู้ป่วยทารกแรกเกิด โดยใช้แบบแผนการวิจัย  
แบบ Non-Randomized Control-Group  
Pretest-Posttest design

### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ได้แก่  
มารดาผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องที่ทารกถูกแยกพัก  
รักษาตัวในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดขณะที่มารดา  
พักรักษาตัวที่แผนกสูติรีเวชกรรม

กลุ่มตัวอย่างเป็นมารดาผ่าตัดคลอดทาง  
หน้าท้องที่ทารกถูกแยกพักรักษาตัวในหอผู้ป่วย  
ทารกแรกเกิดขณะที่มารดาพักรักษาตัวที่แผนก  
สูติรีเวชกรรม โรงพยาบาลนครพนม จังหวัด  
นครพนม ระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ถึงเดือนตุลาคม  
2563

โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างตามความสะดวก  
(convenience sampling) ตามเกณฑ์การคัดเลือก  
(inclusion criteria) ดังนี้ 1) เป็นมารดาไทยที่  
มีอายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป สามารถอ่านภาษาไทยได้  
มีห้วงมปกติทั้งสองข้างและมีความตั้งใจว่าจะเลี้ยง  
ลูกด้วยนมแม่ 2) ประเมินการไหลของน้ำนมอยู่ใน  
ระดับ 0 3) เป็นมารดาคลอดครบกำหนด โดย  
มีอายุครรภ์ตั้งแต่ 37 สัปดาห์ขึ้นไป 4) เป็นมารดา

ที่ได้รับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องโดยใช้ยาระงับ  
ความรู้สึกทางไขสันหลัง (spinal block)  
5) คะแนนความปวดแผลผ่าตัดน้อยกว่าหรือ  
เท่ากับ 3 คะแนน (ปวดเล็กน้อย) และ 6) ยินดี  
เข้าร่วมในการศึกษา

ส่วนเกณฑ์การคัดออก (exclusion criteria)  
ได้แก่ มารดาหลังคลอดมีข้อห้ามในการเลี้ยงลูก  
ด้วยนมแม่ เช่น ติดเชื้อ HIV ใช้สารเสพติด มี  
ภาวะแทรกซ้อนภายหลังเข้าร่วมการวิจัย เป็นต้น  
ทารกมีความเจ็บป่วยที่ไม่สามารถกินนมแม่ได้  
เช่น พิกัดแต่กำเนิด ภาวะหายใจลำบาก ลำไส้  
เน่าเปื่อย เป็นต้น

กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างจากการ  
ทบทวนวรรณกรรมของกนกพร เอื้ออารีย์กุล และ  
คณะ<sup>15</sup> ซึ่งเป็นงานวิจัยที่มีความคล้ายคลึงกันและ  
ได้ดำเนินการสำเร็จแล้ว นำมาคำนวณหาขนาด  
อิทธิพล (effect size) โดยใช้สูตรการประมาณค่า  
ขนาดอิทธิพลจากค่าเฉลี่ย 2 กลุ่ม<sup>16</sup> ได้ค่า  $d = .50$   
นำมาประมาณขนาดของกลุ่มตัวอย่าง โดยการ  
เปิดตารางประมาณค่า Statistical Power  
Tables กำหนดอำนาจ การทดสอบ (power)  
ระดับ .80 และ  $\alpha = .05$  ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน  
22 ราย เพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูล (drop  
out) จึงเพิ่มจำนวนอีก 20% คิดเป็นจำนวน 4  
ราย ดังนั้นการศึกษานี้จึงใช้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง  
ทั้งหมดจำนวน 52 ราย โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง  
จำนวน 26 รายและกลุ่มควบคุมจำนวน 26 ราย<sup>17</sup>

## เครื่องมือการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย มี 2 ส่วน คือ  
เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองและเครื่องมือที่ใช้ใน  
การเก็บรวบรวมข้อมูล

## 1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ประกอบด้วย

1.1 โปรแกรมกระตุ้นน้ำนม ประกอบด้วยแบบแผนการพยาบาลโดยการสอนแบบบรรยายร่วมกับการสาธิตและสาธิตย้อนกลับเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในทารกป่วย ประโยชน์การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ หลักการประคบเต้านมด้วยความร้อนชื้น การนวดเต้านมแบบวิธีการนวดหัวนมและเต้านมด้วยตนเองและการบีบเก็บน้ำนมด้วยมือ โดยผู้วิจัยดำเนินการสอนสาธิตพร้อมให้การพยาบาลมารดาเป็นครั้งแรกเมื่อมารดามีอาการคงที่ให้มารดาสาธิตย้อนกลับในวันที่ 1 และให้มารดาสาธิตปฏิบัติด้วยตนเองในวันที่ 2 และวันที่ 3 หลังคลอด

1.2 สื่อและอุปกรณ์ที่ใช้ในการจัดโปรแกรม ได้แก่ คู่มือเรื่องการกระตุ้นน้ำนมสำหรับมารดาผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องที่ลูกแยกจากสร้างโดยผู้วิจัยและอุปกรณ์ที่ใช้ในการจัดโปรแกรม ได้แก่ ถุงเก็บน้ำนม ผ้าขนหนูผืนเล็ก กระบอกฉีดยาพลาสติก แก้วยาพลาสติก กะละมังเล็ก และเต้านมจำลอง

## 2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย

2.1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลทางสถิติศาสตร์ ประกอบด้วย ข้อมูลเกี่ยวกับอายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ สถานภาพสมรส การได้รับความรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงลูก ด้วยนมแม่ จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ อายุครรภ์เมื่อมาคลอด ระยะเวลาการเจ็บครรภ์คลอด ชนิดของการผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง ปริมาณเลือดที่สูญเสียขณะผ่าตัดคลอด ปริมาณสารน้ำที่ได้รับตั้งแต่มาคลอดถึงระยะหลังผ่าตัด คะแนนความ

ปวดแผลผ่าตัด ระยะเวลาที่เริ่มดื่มน้ำหลังผ่าตัดคลอด ระยะเวลาที่เริ่มรับประทานอาหารเหลวหลังผ่าตัดคลอด

2.2 แบบบันทึกระยะเวลาการเริ่มไหลของน้ำนมและปริมาณน้ำนมเป็นแบบบันทึกที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับระยะเวลาการเริ่มไหลของน้ำนม โดยคำนวณเป็นจำนวนชั่วโมงหลังผ่าตัดคลอดและจดบันทึกเวลา จำนวนครั้งในการนวดเต้านมและการบีบน้ำนมรวมถึงปริมาณน้ำนมที่บีบได้ในแต่ละครั้งมีหน่วยเป็นมิลลิลิตร

2.3 แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับการกระตุ้นการหลั่งน้ำนม ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม เพื่อประเมินความรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ การประคบเต้านม การนวดเต้านมและการบีบเก็บน้ำนม มีทั้งหมด 12 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นถูกและผิด

## การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ผู้วิจัยนำโปรแกรมกระตุ้นน้ำนมไปตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญด้านการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่จำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วยอาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลมารดาทารกและการผดุงครรภ์ 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลกุมารเวชศาสตร์ 1 ท่าน และพยาบาลวิชาชีพชำนาญการที่ผ่านการอบรมหลักสูตร การส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ (miss milk) ประจำแผนกสูติ นรีเวชกรรม โรงพยาบาลนครพนม 1 ท่าน จากนั้นนำมาปรับแก้ไขตามข้อเสนอแนะแล้วนำไป

ทดลองใช้กับมารดาที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 3 ราย เพื่อประเมินความเป็นไปได้และความเหมาะสมในการใช้โปรแกรม

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยนำแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลทางสถิติศาสตร์ แบบบันทึกระยะเวลาการเริ่มไหลของน้ำนมและปริมาณน้ำนม แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับการกระตุ้นการหลั่งน้ำนมไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญด้านการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่จำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลมารดาทารกและการผดุงครรภ์ 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลกุมารเวชศาสตร์ 1 ท่านและพยาบาลวิชาชีพชำนาญการที่ผ่านการอบรมหลักสูตรการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ (miss milk) ประจำแผนกสูติรีเวชกรรม โรงพยาบาลนครพนม 1 ท่าน หาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (content validity index [CVI])<sup>18</sup> ได้เท่ากับ 1.00

#### การหาความเชื่อมั่น (Reliability)

1. แบบบันทึกการเริ่มไหลของน้ำนมและปริมาณน้ำนม นำไปหาค่าความเที่ยงของการสังเกต (inter rater reliability) โดยการพิจารณาของผู้ประเมิน 2 คนขึ้นไปที่เป็นอิสระต่อกัน<sup>19</sup> นำไป try out กับกลุ่มที่คล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 รายได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .90

2. แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับการกระตุ้นการหลั่งน้ำนม ประเมินเป็นลักษณะคำตอบ ถูกและผิด (dichotomous choices) นำไปหาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้ KR-20<sup>19</sup> นำไป try out กับกลุ่มที่มีความคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 ราย ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .76

#### การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

หลังจากงานวิจัยนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัย จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลนครพนม รหัส NP-EC11-No. 1/2563 และได้รับการอนุญาตให้เก็บข้อมูลวิจัยจากผู้อำนวยการและรองผู้อำนวยการด้านการพยาบาล โรงพยาบาลนครพนม ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าแผนกสูติรีเวชกรรมชี้แจงวัตถุประสงค์ และเข้าพบกลุ่มตัวอย่างแนะนำตัวและขอความร่วมมือ ในการเข้าร่วมวิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัยและขั้นตอนการวิจัยรวมทั้งชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างทราบถึงสิทธิของการตอบรับหรือปฏิเสธในการเข้าร่วมการวิจัยโดยไม่มีผลต่อการพยาบาลหรือการรักษาแต่อย่างใด ผลการวิจัยนำเสนอในภาพรวม เก็บข้อมูลเป็นความลับและเมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในเอกสารแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ

#### วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเข้าพบมารดาที่แผนกสูติรีเวชกรรม โรงพยาบาลนครพนม หลังจากมารดาย้ายมาที่แผนกสูติรีเวชกรรม ภายใน 2-4 ชั่วโมงหลังผ่าตัดและมารดามีอาการคงที่ และคัดเลือกมารดาที่มีคุณสมบัติ ตามเกณฑ์ อธิบายวัตถุประสงค์ รายละเอียดของการเข้าร่วมวิจัยแก่มารดาเมื่อมารดาสมัครใจเข้าร่วมการวิจัยและลงนามในเอกสารแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัยแล้ว การได้มาของกลุ่มตัวอย่าง มีขั้นตอน ดังนี้ ผู้วิจัยจับคู่กลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม ให้มีลักษณะใกล้เคียงกัน (matching) ได้แก่ อายุ จำนวนครั้งการตั้งครรภ์



อายุครรภ์ ระดับการศึกษา คะแนนความรู้เกี่ยวกับการกระตุ้นการหลังน้ำนม ก่อนทดลอง (pre-test) ซึ่งอาจมีผลต่อการทดลองและสลักกลุ่มตัวอย่าง เพื่อเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมจนครบกลุ่มละ 26 ราย และผู้วิจัยอธิบายแบบบันทึกการเริ่มไหลของน้ำนมและปริมาณน้ำนมให้แก่กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

#### **กลุ่มควบคุม**

ผู้วิจัยดำเนินการรวบรวมข้อมูลในกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ดังนี้ หลังจากมารดาย้ายมาที่แผนกสูติรีเวชกรรม ภายใน 2-4 ชั่วโมงหลังผ่าตัดและมารดามีอาการคงที่ คะแนนความปวด แผลผ่าตัด  $\leq 3$  คะแนน เข้าตรวจเยี่ยมอาการและประเมินการไหลของน้ำนมมารดาและให้มารดานอนพักผ่อนอย่างเพียงพอ ภายหลังจาก 24 ชั่วโมงหลังผ่าตัด มารดาได้รับการกระตุ้นให้ลูกนั่งบนเตียง และทุกเช้าพยาบาลตรวจเยี่ยมอาการและประเมินการไหลของน้ำนม ถ้ามารดาน้ำนมยังไม่ไหล พยาบาลแนะนำวิธีนวดเต้านมและรับฟังสุขศึกษารายกลุ่มเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ วันที่ 2 หลังคลอดผู้วิจัยเข้าเยี่ยมมารดาเพื่อติดตามระดับการไหลของน้ำนมและปริมาณน้ำนม และวันที่ 3 หลังคลอดผู้วิจัยเข้าเยี่ยมมารดาเพื่อติดตามปริมาณการไหลของน้ำนมและปริมาณน้ำนมพร้อมกับประเมินความรู้เกี่ยวกับการกระตุ้นการหลังน้ำนมหลังการทดลอง (post-test)

#### **กลุ่มทดลอง**

ผู้วิจัยดำเนินการรวบรวมข้อมูลในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมกระตุ้นน้ำนม ดังนี้

ภายใน 2-4 ชั่วโมงหลังผ่าตัดคลอดและมารดามีอาการคงที่ คะแนนความปวดแผลผ่าตัด  $\leq 3$  คะแนน ผู้วิจัยให้ความรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงลูก

ด้วยนมแม่ในทารกป่วย ประโยชน์การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ หลักการประคบเต้านมด้วยความร้อนขึ้น การนวดเต้านมและการบีบเก็บน้ำนมด้วยตนเอง จากนั้นผู้วิจัยประคบ นวด และบีบเก็บน้ำนมให้มารดาครั้งแรกพร้อมสาธิตการประคบ นวด และบีบเก็บน้ำนม หลังจากนั้นในระหว่าง 24 ชั่วโมง หลังผ่าตัดคลอดมารดาได้รับการกระตุ้นให้ลูกนั่งบนเตียงและให้สาธิตย้อนกลับการประคบ นวด และบีบเก็บน้ำนม โดยผู้วิจัยให้คำแนะนำจนสามารถทำเองได้และแนะนำมารดานวดเต้านมด้วยตนเองวันละ 2 ครั้ง นาน 15 นาที ประคบเต้านมและบีบเก็บน้ำนมวันละ 6-8 ครั้ง หรือทุก 3 ชั่วโมง พร้อมบันทึกปริมาณน้ำนม โดยให้มารดาบันทึกปริมาณน้ำนมที่ได้เป็นหน่วยมิลลิเมตร และบันทึกระยะเวลาการเริ่มไหลของน้ำนม และดูแลความสุขสบายด้านร่างกาย เช่น การจัดทำเพื่อบรรเทาอาการปวดแผลผ่าตัด ดูแลให้ยาบรรเทาปวดตามแผนการรักษาเพื่อให้มารดาสามารถพักผ่อนอย่างเพียงพอ เป็นต้น ดูแลด้านจิตใจ เช่น เปิดโอกาสให้ระบายความรู้สึกเกี่ยวกับความวิตกกังวลต่อสุขภาพบุตร เป็นต้น และการกระตุ้นให้ดื่มน้ำบ่อย ๆ เมื่อแพทย์อนุญาต

ในวันที่ 2 หลังผ่าตัดคลอด ผู้วิจัยเข้าเยี่ยมมารดาและติดตามการประคบเต้านม การนวดเต้านมและการบีบเก็บน้ำนมด้วยตนเอง รวมทั้งติดตามระดับการไหลของน้ำนมและปริมาณน้ำนม และให้คำแนะนำเกี่ยวกับการนำส่งน้ำนมโดยให้สามีหรือญาตินำน้ำนมไปส่งให้ทารกที่หอทารกแรกเกิดป่วยและเมื่อแพทย์อนุญาตให้รับประทานอาหารได้ ส่งเสริมดูแลให้ได้รับประทานน้ำและอาหารสำหรับเพิ่มน้ำนมตามแผนการรักษาอย่างเพียงพอเพื่อเพิ่มการสร้างน้ำนม

ในวันที่ 3 หลังผ่าตัดคลอด ผู้วิจัยเข้าเยี่ยม  
มารดาติดตามการปรับเต้านม การนวดเต้านม  
และการบีบเก็บน้ำนมด้วยตนเองรวมทั้งติดตาม  
ระดับการไหลของน้ำนมและปริมาณน้ำนมพร้อม  
ประเมินความรู้เกี่ยวกับการกระตุ้นการหลั่งน้ำนม  
หลังการทดลอง (post-test)

### การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปในการวิเคราะห์  
ข้อมูลกำหนดระดับความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05  
ดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลทาง  
สถิติศาสตร์ โดยใช้สถิติเชิงบรรยาย ได้แก่ ร้อยละ  
ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน แล้วทดสอบ  
ความแตกต่างของข้อมูลระหว่างกลุ่มทดลองและ  
กลุ่มควบคุมด้วยสถิติ Independent t-test,  
Chi-square และ Fisher's exact test

2. วิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของระยะ  
เวลาการเริ่มไหลของน้ำนมและปริมาณน้ำนม หลัง  
การทดลองระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง  
ผลการทดสอบการกระจายตัวของข้อมูลเป็นโค้ง  
ปกติ จึงใช้ Independent t-test

### ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลทางสถิติศาสตร์  
ของมารดาทั้งสองกลุ่ม ประกอบด้วย อายุ ระดับ  
การศึกษา อาชีพ รายได้ สถานภาพสมรส การได้  
รับความรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในระยะ  
ตั้งครรภ์ จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ อายุครรภ์  
เฉลี่ยเมื่อคลอด คะแนนความรู้เกี่ยวกับการกระตุ้น  
การหลั่งน้ำนมก่อนทดลอง (pre-test) ระยะเวลาด

เจ็บครรภ์คลอด ชนิดของการผ่าตัดคลอดบุตร  
ทางหน้าท้อง ปริมาณเลือดที่สูญเสียขณะผ่าตัด  
คลอด ปริมาณสารน้ำทางหลอดเลือดดำที่ได้รับ  
คะแนนความปวดแผลหลังผ่าตัดคลอดทาง  
หน้าท้อง ระยะเวลาที่เริ่มตึมน้ำหลังผ่าตัดคลอด  
ระยะเวลาที่เริ่มรับประทานอาหารเหลวหลังผ่าตัด  
คลอด เมื่อทำการทดสอบความแตกต่างของข้อมูล  
ส่วนบุคคลระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม  
โดยอายุเฉลี่ย คะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการ  
กระตุ้นการหลั่งน้ำนม ก่อนทดลอง (pre-test) ใช้  
สถิติ Independent t-test ส่วนอายุ ระดับการ  
ศึกษา อาชีพ รายได้ ใช้สถิติ Fisher's exact  
probability test และสถานภาพสมรส คะแนน  
ความรู้เกี่ยวกับการกระตุ้น การหลั่งน้ำนม การได้  
รับความรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในระยะ  
ตั้งครรภ์ ใช้สถิติ Chi-square test พบว่า ไม่แตก  
ต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p > .05$ ) สำหรับ  
คะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการกระตุ้นการหลั่ง  
น้ำนมระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลัง  
ทดลอง (post-test) ใช้สถิติ Independent  
t-test พบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ  
( $p < .05$ ) เมื่อทำการทดสอบความแตกต่างของ  
ข้อมูลทาง สถิติศาสตร์ระหว่างกลุ่มทดลองและ  
กลุ่มควบคุม โดยอายุครรภ์เฉลี่ย ระยะเวลาด  
เจ็บครรภ์คลอด ปริมาณเลือดที่สูญเสียขณะผ่าตัด  
คลอด ปริมาณสารน้ำทางหลอดเลือดดำที่ได้รับ  
ระยะเวลาที่เริ่มตึมน้ำหลังผ่าตัดคลอด ระยะเวลา  
ที่เริ่มรับประทานอาหารเหลวหลังผ่าตัดคลอด ใช้  
สถิติ Independent t-test ส่วนคะแนนความปวด  
แผลผ่าตัดใช้สถิติ Fisher's exact probability  
test ส่วนจำนวนครั้งของการตั้งครรภ์และชนิด  
ของการผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง ใช้สถิติ

Chi-square ทั้งหมด พบว่าไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p > .05$ ) รายละเอียดของข้อมูลแสดงในตารางที่ 1 และตารางที่ 2

2. ระยะเวลาการเริ่มไหลของน้ำนม พบว่ามารดาในกลุ่มทดลองมีระยะเวลาการเริ่มไหลของน้ำนมเฉลี่ย 15.46 ชั่วโมงหลังผ่าตัดคลอด (SD = 4.45) ส่วนมารดาในกลุ่มควบคุมมีระยะเวลาการเริ่มไหลของน้ำนมเฉลี่ย 18.03 ชั่วโมงหลังผ่าตัดคลอด (SD = 3.88) และเมื่อทดสอบโดยใช้สถิติ Independent t-test พบว่า มารดาในกลุ่มทดลองมีระยะเวลาการเริ่มไหลของน้ำนมเร็วกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .01$ ) รายละเอียด

ของข้อมูลแสดงในตารางที่ 3

3. ปริมาณน้ำนม พบว่า มารดาในกลุ่มทดลองมีปริมาณน้ำนมในวันที่ 3 หลังคลอดเฉลี่ยจำนวน 11.34 มิลลิลิตร (SD = 4.46) ส่วนมารดาในกลุ่มควบคุมมีปริมาณน้ำนมในวันที่ 3 หลังคลอดเฉลี่ยจำนวน 8.61 มิลลิลิตร (SD = 4.00) และเมื่อทดสอบโดยใช้สถิติ Independent t-test พบว่า มารดาในกลุ่มทดลองมีปริมาณน้ำนมในวันที่ 3 หลังคลอดมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .01$ ) รายละเอียดของข้อมูลแสดงในตารางที่ 4

**ตารางที่ 1** ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง (n = 26)		กลุ่มควบคุม (n = 26)		t	p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
<b>อายุ (ปี)</b>						0.69 <sup>a</sup>
20-24	10	38.5	7	26.9		
25-29	10	38.5	11	42.3		
30-34	6	23.1	8	30.8		
อายุเฉลี่ย	$\bar{x} = 26.19, SD = 3.97$		$\bar{x} = 26.88, SD = 3.35$		-0.68	0.25 <sup>a</sup>
<b>ระดับการศึกษา</b>						0.94 <sup>a</sup>
ประถมศึกษา	1	3.8	2	7.7		
มัธยมศึกษาตอนต้น	7	26.9	7	26.9		
มัธยมศึกษาตอนปลาย	7	26.9	8	30.8		
อนุปริญญา	7	26.9	5	19.2		
ปริญญาตรี	4	15.4	4	15.4		
<b>อาชีพ</b>						0.56 <sup>a</sup>
แม่บ้าน	8	30.8	3	11.5		
ค้าขาย	5	19.2	5	19.2		
รับจ้าง	5	19.2	5	19.2		

**ตารางที่ 1** ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง (n = 26)		กลุ่มควบคุม (n = 26)		t	p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
รับราชการ/ รัฐวิสาหกิจ	4	15.4	5	19.2		
พนักงานบริษัท	2	7.7	5	19.2		
เกษตรกร	2	7.7	3	11.5		
<b>รายได้ (บาทต่อเดือน)</b>						0.24 <sup>ก</sup>
5,000-10,000	20	76.9	14	53.8		
10,001-20,000	3	11.5	8	30.8		
มากกว่า 20,000	3	11.5	4	15.4		
<b>สถานภาพสมรส</b>						0.10 <sup>ก</sup>
โสด	9	34.6	4	15.4		
สมรส	17	65.4	22	84.6		
<b>การได้รับความรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่</b>						0.48 <sup>ก</sup>
ไม่ได้รับ	4	15.4	4	15.4		
ได้รับ	22	84.6	22	84.6		
<b>คะแนนความรู้เกี่ยวกับการกระตุ้นการหลั่งน้ำนม</b>						
<b>คะแนนก่อนทดลอง (pre-test)</b>						0.92 <sup>ค</sup>
5-8 คะแนน	24	92.3	23			
9-12 คะแนน	2	7.7	3			
คะแนนเฉลี่ยก่อนทดลอง (pre-test) $\bar{x} = 7.00$ , SD = 1.16			$\bar{x} = 7.00$ , SD = 1.23		0.10	0.50 <sup>ค</sup>
<b>คะแนนหลังทดลอง (post-test)</b>						0.36 <sup>ค</sup>
5-8 คะแนน	3	11.5	7			
9-12 คะแนน	23	88.5	19			
คะแนนเฉลี่ยหลังทดลอง (post-test) $\bar{x} = 10.03$ , SD = 1.18			$\bar{x} = 9.26$ , SD = 1.02		0.25	0.01 <sup>ค</sup>

ก = Chi-Square test    ข = Fisher's exact probability test    ค = Independent t – test

**ตารางที่ 2** ข้อมูลทางสถิติศาสตร์ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง (n = 26)		กลุ่มควบคุม (n = 26)		t	p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
จำนวนครั้งของการตั้งครุภัณฑ์						0.78 <sup>n</sup>
มารดาครุภัณฑ์แรก	12	46.2	13	50		
มารดาครุภัณฑ์หลัง	14	53.8	13	50		
อายุครรภ์เฉลี่ยเมื่อคลอด	$\bar{x} = 38.84, SD = 1.31$		$\bar{x} = 38.46, SD = 1.36$		0.80	0.21 <sup>n</sup>
ระยะเวลาเจ็บครรภ์คลอด	$\bar{x} = 10.03, SD = 3.76$		$\bar{x} = 9.46, SD = 4.05$		0.53	0.29 <sup>n</sup>
ชนิดของการผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง						0.78 <sup>n</sup>
Elective C/S	11	42.3	12	46.2		
Emergency C/S	15	57.7	14	53.8		
ปริมาณเลือดที่สูญเสียขณะ ผ่าตัดคลอด	$\bar{x} = 511.53$ SD = 1.17		$\bar{x} = 488.46$ SD = 1.17		0.70	0.24 <sup>n</sup>
ปริมาณสารน้ำทาง หลอดเลือดดำที่ได้รับ (มิลลิลิตร)	$\bar{x} = 2,092.30$ SD = 1.67		$\bar{x} = 1,984.60$ SD = 2.34		1.90	0.31 <sup>n</sup>
คะแนนความปวดแผลหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง						0.83 <sup>n</sup>
1 คะแนน	3	11.5	3	11.5		
2 คะแนน	14	53.8	12	46.2		
3 คะแนน	9	34.6	11	42.3		
ระยะเวลาที่เริ่ม ดื่มน้ำหลังผ่าตัดคลอด (ชั่วโมง)	$\bar{x} = 8.88$ SD = 0.90		$\bar{x} = 8.92$ SD = 0.89		-0.15	0.43 <sup>n</sup>
ระยะเวลาที่เริ่ม รับประทานอาหารเหลว หลังผ่าตัดคลอด (ชั่วโมง)	$\bar{x} = 15.46$ SD = 0.90		$\bar{x} = 16.03$ SD = 1.14		-2.01	0.25 <sup>n</sup>

n = Chi-Square test    ข = Fisher's exact probability test    ค = Independent t – test

**ตารางที่ 3** เปรียบเทียบระยะเวลาการเริ่มไหลของน้ำนมในมารดาผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องที่ทารกแรกเกิดพักรักษาตัวในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยใช้สถิติ Independent t-test

กลุ่ม	n	Min	Max	$\bar{x}$	SD	t	p-value (1-tailed)
กลุ่มทดลอง	26	9	24	15.46	4.45	-2.22	< .01
กลุ่มควบคุม	26	12	25	18.03	3.88		

**ตารางที่ 4** เปรียบเทียบปริมาณน้ำนมในวันที่ 3 หลังคลอดของมารดาผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องที่ทารกแรกเกิดพักรักษาตัวในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ Independent t-test

กลุ่ม	n	Min	Max	$\bar{x}$	SD	t	p-value (1-tailed)
กลุ่มทดลอง	26	4	18	11.34	4.46	2.32	< .01
กลุ่มควบคุม	26	3	16	8.61	4.00		

## การอภิปรายผล

1. ระยะเวลาการเริ่มไหลของน้ำนม ผลการวิจัยพบว่า มารดากลุ่มทดลองมีระยะเวลา การเริ่มไหลของน้ำนมเร็วกว่ากลุ่มควบคุม อธิบายได้ว่า เนื่องจากมารดากลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมกระตุ้นน้ำนม ซึ่งมีกิจกรรมการพยาบาลตามกลไกการสร้างและหลั่งน้ำนมร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม ดังนี้ การประคบเต้านม นวดเต้านมและการบีบเก็บน้ำนม ตั้งแต่วันแรกเมื่อมารดามีอาการคงที่หลังผ่าตัด อีกทั้งผู้วิจัยยังให้มารดาหลังคลอดประคบเต้านม นวดเต้านมและการบีบเก็บน้ำนม

ด้วยตนเอง อย่างต่อเนื่องภายใน 24 ชั่วโมงหลังคลอดและในวันที่ 2 และ 3 หลังคลอด ซึ่งการนวดเต้านมส่งเสริมการหลั่งของน้ำนมได้เร็วขึ้น เนื่องจากมีการกระตุ้น Myoepithelial cells ที่เต้านม ทำให้มีการหลั่งฮอร์โมนออกซิโตซินและส่งเสริมการไหลเวียนบริเวณเต้านมมากขึ้น และการประคบเต้านมเป็นการกระตุ้นเต้านมทำให้เกิด Let down reflex เนื่องจากการประคบเต้านมด้วยความร้อนขึ้นจะกระตุ้นการไหลเวียนเลือด ทำให้หลอดเลือดมีการขยายตัว เมื่อปริมาณเลือดมาเลี้ยงบริเวณเต้านมเพิ่มขึ้นจะทำให้ฮอร์โมนโพรแลคติน

ถูกดูดซึมโดย Lactocyte มากขึ้น และ Alveolar cell สามารถสกัดน้ำนมได้มาก จึงส่งเสริมการสร้างและการหลั่งน้ำนมเร็วขึ้น นอกจากนี้การประคบเต้านมยังช่วยให้มารดาผ่อนคลาย ความเครียดรู้สึกสบายมากขึ้น ด้วยเหตุนี้จึงทำให้มารดากลุ่มทดลองมีระยะเวลาการเริ่มไหลของน้ำนมเร็วขึ้น<sup>6</sup> เช่นเดียวกับงานวิจัยของมาริยา มะแซ, ศศิกันต์ กาละ และวรางคณา ชัชเวช<sup>20</sup> ที่พบว่าภายหลังจากมารดาหลังคลอดกลุ่มทดลองมีการนวดเต้านมด้วยตนเอง มีคะแนนเฉลี่ยการไหลของน้ำนมมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $\chi^2 = 20.85, p < .001$ ) คล้ายคลึงกับการศึกษาของ กนกวรรณ โคตรสังข์ และคณะ<sup>6</sup> พบว่า ภายหลังจากนวดเต้านมร่วมกับประคบเต้านมด้วยผ้าอุ่นมารดากลุ่มทดลองมีระยะเวลาการเริ่มไหลของน้ำนมเร็วกว่ามารดากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $t = -4.32, p < .01$ )

นอกจากนี้การศึกษาครั้งนี้มารดากลุ่มทดลองยังได้รับการสอนเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ในทารกป่วยและแนวทางการกระตุ้นการสร้างและการหลั่งน้ำนมเป็นรายบุคคล ส่งผลให้มารดามีการสร้างและหลั่งน้ำนมได้เร็ว เห็นได้จากข้อมูลส่วนบุคคลที่พบว่ามารดากลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้เกี่ยวกับการกระตุ้นการหลั่งน้ำนมมากกว่ามารดากลุ่มควบคุม เนื่องจากภายหลังจากคลอดมารดา นำความรู้ที่ได้มาใช้ในการกระตุ้นการสร้างและการหลั่งน้ำนม ทำให้เกิดการกระตุ้นการหลั่งฮอร์โมนโพรแลคติน ส่งผลให้การสร้างน้ำนมเพิ่มมากขึ้น และมีการเพิ่มขึ้นของฮอร์โมนออกซิโทซินจึงทำให้มีการไหลของน้ำนมเร็วขึ้น แม้การหลั่งน้ำนมจะเป็นกลไกตามธรรมชาติ แต่มารดาหลังคลอด

จำเป็นต้องได้รับการสอนและส่งเสริม ในการให้นมแม่เพื่อให้มารดารู้สึกถึงความสามารถของตนในการให้นมแม่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ จึงจะส่งเสริมให้มีการไหลของน้ำนมอย่างต่อเนื่องและเพียงพอต่อความต้องการของทารก<sup>12</sup> สอดคล้องกับการศึกษาของเปล่งฉวี สกนธรัตน์ และศศิธร ภักดีไชติ<sup>21</sup> พบว่า มารดากลุ่มทดลองที่ได้รับการนวดเต้านมด้วยตนเองร่วมกับการให้ความรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่และสาธิตเกี่ยวกับการนวดเต้านม ด้วยตนเองใช้ระยะเวลาของการหลั่งน้ำนมเร็วกว่ามารดากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ และสอดคล้องกับการศึกษาของลาวาลย์ ไบมณฑา และคณะ<sup>12</sup> เกี่ยวกับการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ โดยพยาบาลสอนทักษะเกี่ยวกับการเลี้ยงดูบุตร การให้นมบุตร พบว่ามารดากลุ่มทดลองมีคะแนนการไหลของน้ำนมก่อนกลับบ้านสูงกว่ากลุ่มควบคุม

2. ปริมาณน้ำนม ผลการวิจัยพบว่า มารดากลุ่มทดลองมีปริมาณน้ำนมในวันที่ 3 หลังคลอดมากกว่ากลุ่มควบคุม อธิบายได้ว่าจากทฤษฎีการสร้างและการหลั่งน้ำนมในระยะที่ 2 เรียกว่า Lactogenesis II ฮอโมนโพรแลคตินจะกระตุ้นให้มีการสร้างน้ำนมเพิ่มขึ้นในระยะ 2-3 วันแรกหลังคลอด ทำให้มารดารู้สึกเต้านมเริ่มตึงมากขึ้น เนื่องจากต่อมน้ำนมสร้างน้ำนมเพิ่มขึ้นและมีเลือดไหลเวียนในเต้านมมากขึ้น มารดาหลังคลอดส่วนใหญ่จะเริ่มรู้สึกว่ามีน้ำนมมาแล้วหลังจากคลอดประมาณ 50-73 ชั่วโมงหลังคลอด และจากทฤษฎีการสร้างและการหลั่งน้ำนมในระยะที่ 3 เรียกว่า Lactogenesis III การที่น้ำนมจะสร้างได้ต่อเนื่องขึ้นกับการดูดของทารกหรือการนำน้ำนมออกจากเต้านม จึงเป็นช่วงเวลาที่สำคัญที่สุดที่จะทำให้การ

เลี้ยงลูกด้วยนมแม่ประสบความสำเร็จ โดยหากมารดาหลังคลอดนำน้ำนมออกจากเต้านมได้มาก จะช่วยให้การผลิตน้ำนมได้มากขึ้นและเร็วขึ้น เนื่องจากในระยะนี้น้ำนมมีสารโปรตีนที่ยับยั้งการสร้างน้ำนม เรียกว่า Feedback Inhibitor of Lactation: FIL สารนี้จะยับยั้งการสร้างน้ำนมจาก Alveoli เมื่อมีน้ำนมอยู่เต็มเต้านม หากมีการระบายน้ำนมออกจากเต้านมโดยการบีบเก็บน้ำนมหรือกระตุ้นให้ทารกดูดนมเกลี้ยงเต้า FIL ก็จะถูกระบายออกทำให้สามารถสร้างน้ำนมต่อไปได้<sup>6,14</sup> กรณีมารดา หลังคลอดที่มารดาและลูกแยกจากกัน ควรแนะนำมารดาให้บีบเก็บน้ำนมภายหลังคลอด เพื่อกระตุ้นการสร้างและการหลั่งของน้ำนม โดยแนะนำให้มารดาที่คลอดปกติบีบนมหรือบีบน้ำนมภายใน 2 ชั่วโมงหลังคลอด ส่วนมารดาผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง ควรบีบนมหรือบีบน้ำนมภายใน 4 ชั่วโมงหรือเร็วที่สุด หลังคลอดเมื่อมารดาสามารถตอบสนองได้ และควรบีบเก็บน้ำนมทุก 2-3 ชั่วโมงเพื่อให้มีการสร้างน้ำนมอย่างต่อเนื่อง<sup>9</sup> ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ตั้งแต่วันแรกหลังผ่าตัดคลอดที่ทารกแยกกับมารดา ผู้วิจัยตรวจเยี่ยมอาการพบว่ามารดามีอาการคงที่ได้มีการประคบเต้านม นวดเต้านมและการบีบเก็บน้ำนมทุก 2-3 ชั่วโมงหรือประมาณ 6-8 ครั้งต่อวัน เพื่อเลียนแบบการดูดนมของทารก รวมถึงยังมีการสอนและให้มารดาฝึกทักษะการประคบเต้านม นวดเต้านมและการบีบเก็บน้ำนมด้วยตนเองอย่างต่อเนื่องในวันที่ 2 และ 3 หลังคลอด จึงทำให้ระดับฮอร์โมนโปรแลคตินเพิ่มสูงขึ้นและมีการสร้างน้ำนมอย่างต่อเนื่อง สอดคล้องกับการศึกษาของ ศิริโท พุกษะศรี และสมทรง ศงสภาพ<sup>11</sup> โดยมีการสอนมารดาเกี่ยวกับเทคนิคการกระตุ้นน้ำนมและให้บีบเก็บน้ำนมทุก

2-3 ชั่วโมง เป็นระยะเวลา 3 วันหลังคลอด ผลการวิจัยพบว่า มารดามีปริมาณน้ำนมวันที่ 3 มากกว่าวันที่ 2 และวันที่ 1 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการศึกษาของ กนกพร เอื้ออารีย์กุล และคณะ<sup>15</sup> พบว่าปริมาณน้ำนมเฉลี่ยในวันที่ 4 หลังคลอดในกลุ่มทดลองเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน แต่ภายหลังจากวันที่ 5 ถึงวันที่ 10 หลังคลอด ปริมาณน้ำนมในกลุ่มทดลองมากกว่ากลุ่มควบคุมแทบทุกวัน โดยปริมาณน้ำนมในวันที่ 10 หลังคลอดมารดากลุ่มทดลองมากกว่ากลุ่มควบคุมประมาณ 100 มิลลิลิตร เนื่องจากมารดากลุ่มทดลองมีการบีบเก็บน้ำนมจำนวน 6-8 ครั้งต่อวัน คิดเป็นร้อยละ 84.6 ส่วนมารดากลุ่มควบคุมมีการบีบเก็บน้ำนมจำนวน 6-8 ครั้งต่อวันเพียงร้อยละ 13.3 ซึ่งการบีบเก็บน้ำนมอย่างต่อเนื่องอาจเป็นเหตุผลให้ปริมาณน้ำนมในกลุ่มทดลองมากกว่ากลุ่มควบคุม

อีกทั้งการวิจัยครั้งนี้มารดากลุ่มทดลองได้รับน้ำและอาหารอย่างเพียงพอตั้งแต่วัยแรก หลังผ่าตัดตามแผนการรักษา โดยมีการกระตุ้นให้มารดาตึมน้ำวันละ 2-3 ลิตรต่อวัน รวมถึงรับประทานน้ำชงอุ่น ๆ และแนะนำอาหารเพิ่มน้ำนมเพื่อเพิ่มปริมาณน้ำนมและชดเชยปริมาณน้ำที่สูญเสียไป จึงส่งผลให้มีปริมาณน้ำนมมากขึ้น<sup>6,13</sup> เนื่องจากในน้ำนมแม่มีน้ำเป็นส่วนประกอบมากถึงร้อยละ 87 ดังนั้น การกระตุ้นให้มารดาตึมน้ำวันละ 2-3 ลิตรต่อวัน จึงช่วยในการผลิตน้ำนม ทำให้เพิ่มปริมาณน้ำนมได้<sup>6</sup> และการส่งเสริมให้มารดารับประทานอาหารเพิ่มน้ำนม หรือสมุนไพรที่มีรสเผ็ดร้อนจะช่วยเพิ่มการไหลเวียนเลือดทำให้มีการหลั่งน้ำนมในปริมาณมากขึ้น เช่น ชิง ไบกระเพรา ใบแมงลัก เป็นต้น<sup>22</sup> ซึ่งฤทธิ์ที่เผ็ดร้อนจากสาร



gingerol ในซึ่งสามารถกระตุ้นการสร้างและการหลั่งน้ำนมได้ดี<sup>23</sup> ดังนั้นการส่งเสริมให้มารดาได้รับน้ำและอาหารเพิ่มน้ำนมอย่างเพียงพอจึงมีส่วนช่วยให้มารดากลุ่มทดลองมีปริมาณน้ำนมมากขึ้น

สำหรับการดูแลความสุขสบายทางด้านร่างกายและจิตใจ หากมารดาหลังคลอดมีภาวะเครียด และเหนื่อยล้าเนื่องจากพักผ่อนไม่เพียงพอจะส่งผลให้ไฮโปทาลามัสหลังสารโดปามีนซึ่งออกฤทธิ์ยับยั้ง การหลั่งฮอร์โมนออกซิโตซินทำให้น้ำนมไหลน้อยลงได้<sup>6</sup> ดังนั้นการแนะนำให้มารดาพักผ่อนอย่างเพียงพอในระหว่างช่วงที่ไม่ได้บีบเก็บน้ำนม รวมถึงการให้ข้อมูลที่ถูกต้องเกี่ยวกับภาวะสุขภาพของทารก เปิดโอกาสให้ระบายความรู้สึกและให้กำลังใจ จะช่วยให้มารดาเกิดความผ่อนคลาย และลดความเครียด ทำให้มีการหลั่งของฮอร์โมนโปรแลคตินและฮอร์โมนออกซิโตซินได้ดีจึงทำให้มารดามีน้ำนมเต็มเต้าเร็วขึ้นและมีปริมาณน้ำนมมากขึ้น<sup>6,9,13</sup> สอดคล้องกับการศึกษาของ กนวรรณ โคตรสังข์ และคณะ<sup>6</sup> ที่มีการกระตุ้นการสร้างและการหลั่งน้ำนมในมารดาหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง ได้แก่ การสัมผัสแบบเนื้อแนบเนื้อและช่วยเหลือให้ทารกดูดนมเร็วที่สุดและดูดนมอย่างต่อเนื่อง และดูแลให้มารดามีความสุขสบายด้านร่างกายและจิตใจ การส่งเสริมให้มารดาได้รับน้ำและอาหารอย่างเพียงพอ พบว่า กลุ่มทดลองมีระยะเวลาการมาของน้ำนมเต็มเต้าเร็วกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $t = -6.08$ ,  $p < .01$ )

## ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ด้านการปฏิบัติทางการพยาบาล นำโปรแกรมนี้ไปศึกษาอย่างต่อเนื่องและพัฒนาเป็นแนวทางปฏิบัติให้เหมาะสมกับบริบทของหน่วยงาน เพื่อให้สามารถนำไปปรับใช้ในการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในมารดาผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องที่แม่ลูกแยกจาก

2. ด้านการศึกษา นำองค์ความรู้ที่ได้จากการวิจัยโปรแกรมกระตุ้นน้ำนมในมารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องที่แม่ลูกแยกจากไปใช้ในการสอนภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติแก่นักศึกษาพยาบาล เพื่อส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในมารดาผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องที่แม่ลูกแยกจาก

## ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. การศึกษาครั้งนี้ไม่ได้มีการติดตามผลเมื่อจำหน่ายมารดากลับบ้าน ดังนั้นการศึกษาครั้งถัดไปควรมีการติดตามปริมาณของน้ำนมและการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในมารดาเมื่อจำหน่ายกลับบ้านในระยะยาว เช่น 1 สัปดาห์ 1 เดือน 4 เดือน 6 เดือน เป็นต้น

2. ควรมีการศึกษาผลของโปรแกรมการกระตุ้นการสร้างและการหลั่งน้ำนมในมารดาที่แม่ลูกแยกจากกันกลุ่มอื่นๆ เช่น มารดาวัยรุ่น มารดาครรภ์แรก เป็นต้น

## เอกสารอ้างอิง

1. Kengsakun K. The Royal College of Obstetricians identified cesarean section without indication increases the risk of birth [Internet]. 2019 [cited 2020 Jul 23]. Available from: <https://www.hfocus.org/content/2019/08/17586> (in Thai)
2. Lumphikanon P. Unnecessary caesarean sections [Internet]. 2017 [cited 2020 Jul 23]. Available from: <https://www.hfocus.org/content/2019/04/17049> (in Thai)
3. Mirahmadizadeh A, Moradi F, Zahmatkesh S, Abasi A, Salari A, Hassanipour S, et al. Evaluation of breastfeeding patterns in the first 24 hour of life and associated factors in South of Iran: a cross-sectional study. *Clin Epidemiol Glob Health* 2020;8(1):33-7.
4. Sinsuksai N, Nuampa S, Chanprapaph P. Factors predicting 6-month-exclusive breastfeeding in mothers with cesarean section. *J Nurs Sci* 2017;35(1):14-22. (in Thai)
5. Bureau of Health Promotion. Protecting, promoting and supporting breastfeeding [Internet]. 2022 [cited 2022 Aug 15]. Available from: <https://hp.anamai.moph.go.th> (in Thai)
6. Khotsang K, Sangin S, Chuahorm U. The effects of lactational program on milk secretion time, onset of lactation and breastfeeding self-efficacy in mothers after cesarean section. *The Journal of Faculty of Nursing Burapha University* 2016;24(1): 13-26. (in Thai)
7. Isik Y, Dag ZO, Tulmac OB, Eren P. Early postpartum lactation effects of cesarean and vaginal birth. *Ginekol Pol* 2016;87(6):426-30. doi: 10.5603/GP.2016.0020.
8. Chaikongkiat P, Bunlap P, Harnnarong A. Factors related to breastfeeding self-efficacy of mothers after cesarean section. *Nursing Public Health and Education Journal* 2020;21(1):16-27. (in Thai)
9. Kala S, Khaonark R. Breastfeeding in postpartum mothers of sick newborns. *Songklanagarind Journal of Nursing* 2016;36(Suppl):196-208. (in Thai)
10. Ratanasongkram P. Milk collection behavior in mothers of premature infants. *Thai Science and Technology Journal* 2012;20(5 Suppl):406-13. (in Thai)
11. Pruksasri S, Kongsapad S. Nursing outcome of lactation stimulating technique in view of milk production and satisfaction of mother after delivery and neonatal in nursery. *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health* 2016;3(2):179-94. (in Thai)

12. Baimonta L, Nirattharadorn M, Kamolwarin S. The effect of promoting breast feeding program on maternal breastfeeding and milk flow among women experiencing cesarean section. *Nursing Journal* 2015;42(4):65-75. (in Thai)
13. Budsangdee B, Kantaruks K, Jareonsanti J. Effects of self-efficacy promotion on success in exclusive breastfeeding among cesarean section mothers. *Nursing Journal* 2013;40(3):1-10. (in Thai)
14. Jirapait V, Jirapait K. *Strategies for successful breastfeeding*. Bangkok: Tammada-press; 2020. (in Thai)
15. Auaarekul K, Sangperm P, Payakkaraung S. The effects of a breast milk establishing program on milk volume and time of sufficient milk supply among cesarean section mothers of premature infants. *J Nurs Sci* 2018;36(3):71-82. (in Thai)
16. Phongsakchat V. Calculating the sample size for research [Internet]. 2022 [cited 2022 Aug 15]. Available from: <http://thaimed.buu.ac.th/public/backend/upload/thaimed.buu.ac.th> (in Thai)
17. Burns N, Susan K, Grove SK. *The practice of nursing research: conduct, critique, and utilization*. 5<sup>th</sup> ed. St. Louis: Elsevier; 2005.
18. Chaichanawirote U, Vantum C. Evaluation of content validity for research instrument. *Journal of Nursing and Health Sciences* 2017;11(2):105-11. (in Thai)
19. Meehanpong P, Chatdokmaiprai K. Assessing quality of research instrument in nursing research. *J Royal Thai Army Nurses* 2018;19(1):9-15. (in Thai)
20. Masae M, Kala S, Chatchawet W. Effect of self-breast massage program on milk ejection of first-time mothers. *Princess of Naradhiwas University Journal* 2019;11(3): 1-14. (in Thai)
21. Skontharat P, Phakdeechot S. Comparison of the results of using herbal compress with warm water-moistened cloth to stimulate maternal lactation after delivery at Sakonnakhon Hospital. *Journal of Sakonnakhon Hospital* 2012;15(3):1-11. (in Thai)
22. Pitiphon S. Galactagogue: herbs, cookies etc. In: Sawatdhiwon S, Withyasuphon J, editors. 7<sup>th</sup> National Breastfeeding Conference: Scaling up & Learning more; 2020 Aug 5-7; Bangkok. Thai Breastfeeding Center; 2020. p. 178-88. (in Thai)
23. Yimyam S. Galactagogue herbs. *Nursing Journal* 2018;45(1):133-40. (in Thai)