

บทวิจัย

ผลของแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกสำหรับป้องกันและลดภาวะหวั่นมแตก ต่ออาการเจ็บหวั่นมและหวั่นมแตกในมารดาที่ให้นมบุตร หอผู้ป่วยสูติกรรมโรงพยาบาล รามาริบัติ

กาญจนา นระมรัมย์*
นิตยา ไรจนนรินทร์กิจ**

บทคัดย่อ

ภาวะหวั่นมแตกเป็นปัญหาที่พบบ่อยในมารดาที่ให้นมบุตรก่อให้เกิดอาการเจ็บหวั่นมอย่างมากขณะให้นมบุตร ส่งผลให้ทารกดูดนมได้น้อยลง ไม่สามารถให้นมมารดาได้อย่างต่อเนื่อง อาจต้องยุติการให้นมมารดาก่อนเวลาอันสมควร การวิจัยเชิงกึ่งทดลองครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อเปรียบเทียบคะแนนอาการเจ็บหวั่นมและระดับของภาวะหวั่นมแตก ระหว่างกลุ่มมารดาหลังคลอดที่ให้นมบุตรโดยใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกสำหรับป้องกันและดูแลภาวะหวั่นมแตก กับกลุ่มที่ไม่ให้การพยาบาลปกติ

กลุ่มตัวอย่างคือ มารดาหลังคลอดและทารกแรกเกิด ที่รับไว้ในโรงพยาบาลอยู่ในหอผู้ป่วยสูติกรรมโรงพยาบาล รามาริบัติ ระหว่างเดือนธันวาคม 2557 ถึงมกราคม 2558 จำนวน 70 ราย โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) ตามเกณฑ์คัดเข้า ได้แก่ มารดาคลอดปกติและบุตรที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนสามารถให้นมมารดาได้ โดยจัดให้กลุ่มตัวอย่าง 35 รายแรกเป็นกลุ่มควบคุมและ 35 รายหลังเป็นกลุ่มทดลอง กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ กลุ่มทดลองได้รับการพยาบาลตามปกติร่วมกับการพยาบาลโดยใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกสำหรับการป้องกันและดูแลภาวะหวั่นมแตก เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยได้แก่ แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกสำหรับการป้องกันและดูแลภาวะหวั่นมแตก ได้รับการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ 1) แบบประเมินคะแนนอาการเจ็บหวั่นม ใช้แบบวัดคะแนนอาการเจ็บหวั่นมด้วยมาตราวัดแบบตัวเลข (numerical rating scale: NRS) 2) แบบประเมินระดับของภาวะหวั่นมแตก ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นโดยดัดแปลงมาจาก Dodd V. และ Chalmers C. วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ Descriptive, Chi square, Independent t-test, และ Mann-Whitney test ผลการวิจัยพบว่า ในวันที่ 1 และวันที่ 2 หลังคลอด คะแนนอาการเจ็บหวั่นมในกลุ่มทดลองมีค่าต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ส่วนระดับหวั่นมแตกของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน แต่มีจำนวนการเกิดหวั่นมแตกในกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุม

สรุปว่า แนวปฏิบัติการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นสามารถป้องกันและลดอาการเจ็บหวั่นมรวมทั้งจำนวนการเกิดภาวะหวั่นมแตกในมารดาหลังคลอดที่ให้นมบุตรได้ บุคลากรทางการพยาบาลในหอผู้ป่วยหลังคลอดสามารถใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลที่ได้มาตรฐานนี้ในการดูแลมารดาหลังคลอดที่ให้นมบุตรได้อย่างมีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ: แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก/ หวั่นมแตก/ อาการเจ็บหวั่นม

ผู้รับผิดชอบหลัก: กาญจนา นระมรัมย์

* พยาบาลชำนาญการ งานการพยาบาลสูติ-นรีเวชวิทยา ฝ่ายการพยาบาลโรงพยาบาลรามาริบัติ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาริบัติ มหาวิทยาลัยมหิดล

** หัวหน้างานการพยาบาลสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา ฝ่ายการพยาบาลโรงพยาบาลรามาริบัติ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาริบัติ มหาวิทยาลัยมหิดล

The effects of clinical nursing practice guideline for preventing and reducing cracked nipple on nipple pain and cracked nipple of breastfeeding mothers at postpartum ward, Ramathibodi Hospital

Kanjana Naromrum*

Nitaya Rotjanaronkit**

ABSTRACT

Cracked nipples are most common causes of nipple pain in breastfeeding mother which can be decrease suckling of newborns. These reasons can initiate discontinue or failure successful breastfeeding.

This quasi-experimental research aims to compare the effect of clinical nursing practice guideline (CNPG) for preventing and reducing nipple scores on nipple pain and level of cracked nipple. The purposive participants were selected from the postpartum women in the obstetric ward at Ramathibodi Hospital during December 2014 - January 2015. All samples were equally classified into 2 groups. The first 35 postpartum women were assigned to the control group and received the usual nursing standard, while the other 35 postpartum women were assigned to the experimental group and received the clinical nursing practice guideline for preventing and reducing nipple in addition to the usual nursing intervention. Research tool was the CNPG for preventing and reducing cracked nipple. The content validity was examined by three experts. Measuring tools consisted of: 1) Pain assessment using the Numerical Rating Scale (NRS); and 2) Level of cracked nipples modified by Thussanasupap (2006). Data were analyzed by Descriptive statistic, Chi square, Independent t-test, and Mann-Whitney test. Results found that the experiment group had lower nipple pain scores than the control group at day 1 and day 2 after delivery. However, there was no different level of cracked nipple between control and experiment group but the number of cracked nipples in experimental group lower than control group.

The results of this study support that the CNPG is useful for preventing and reducing nipple pain and cracked nipple. Nursing staff in postpartum ward can use this standard CNPG for caring breastfeeding mothers.

Keywords: clinical nursing practice guideline/ cracked nipples/ nipple pain

*Professional Nurse, Obstetrics and Gynaecology Devision, Department of Nursing, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University

**Co-supervisor, Obstetrics and Gynaecology Devision, Department of Nursing, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การเกิดภาวะห้วนมแตกเป็นอุปสรรคต่อความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมมารดา และเป็นสาเหตุให้มารดายุติการให้นมบุตรตั้งแต่ในระยะเริ่มแรก¹ หากมารดาหลังคลอดไม่ได้รับการช่วยเหลือและแก้ไขปัญหาย่างทันที อาจทำให้ใช้นมผสมแทนนมมารดาโดยไม่จำเป็น มีปัจจัยหลายๆ ด้านที่ส่งเสริมให้เกิดภาวะห้วนมแตกสาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากการจัดท่าให้ทารกดูดนมที่ไม่ถูกต้อง² ซึ่งการจัดท่าการดูดนมที่ไม่ถูกต้องจะมีผลต่อการอมห้วนมและการดูดนมของทารกที่ไม่ถูกต้องเช่นกัน เป็นสาเหตุที่ทำให้เริ่มเกิดอาการเจ็บห้วนมก่อให้เกิดปัญหาห้วนมแตกได้³ มารดาจะมีอาการไม่สบาย เจ็บบริเวณห้วนมมาก เนื่องจากเกิดการบาดเจ็บ เกิดแผล มีเลือดออก อาการที่พบคือเป็นรอยแตก บวม ห่อเลือด ผิวหนังเป็นรอยแดงจ้ำ ห้วนมเกิดเป็นแผลพุพองได้ ประกอบกับในระยะการสำร่งน้ำนมจะมีการขยายขนาดของเต้านมและหากมีการระบายน้ำนมไม่ดี จะเกิดการคัดตึงของเต้านม ทำให้ลานนมมีลักษณะแข็ง ไม่นิ่มทำให้ทารกดูดนมได้ยากขึ้นทำให้เกิดอาการเจ็บห้วนมและเกิดการแตกเป็นแผลที่ห้วนมมากขึ้น โดยเฉพาะถ้าทารกมีความผิดปกติภายในช่องปากร่วมด้วย เช่น การมีพังผืดใต้ลิ้น จะส่งผลทำให้ทารกดูดนมมารดาอยากขึ้นห้วนมเข้าไปในปากของทารกเพียงบางส่วน เมื่อทารกดูดนมจะทำให้เนื้อเยื่อบริเวณห้วนมส่วนปลายถูกแรงดูดเกิดการเสียดสีระคายเคืองผิวหนังบริเวณห้วนม ซึ่งเป็นเนื้อเยื่อที่มีความบางจนอาจเกิดเป็นแผลที่ห้วนมและเกิดห้วนมแตกได้⁴ การดูแลเต้านมของมารดาที่ไม่เหมาะสมทำให้ผิวหนังบริเวณห้วนมแห้งมากจนเกิดการระคายเคืองเป็นแผลและแตกได้เช่นกัน⁵

การเกิดภาวะห้วนมแตกเป็นสาเหตุของความล้มเหลวของการให้นมมารดาและส่งผลกระทบทั้งต่อมารดาและทารก การเกิดแผลบริเวณห้วนมเพียงเล็กน้อยก็จะส่งผลทำให้มารดาเกิดความเจ็บปวด และความไม่สบายใจได้ในขณะที่ให้นมบุตร มักเกิดขึ้นหากทารกดูดนมไม่ถูกต้องในวันแรกๆ ในระยะหลังคลอด⁶ ความเจ็บปวดจากการมีแผลที่ห้วนม ทำให้มารดาเกิดความกลัวต่อความเจ็บปวดในขณะที่ให้นมบุตร ทำให้ความถี่และความบ่อยของการให้นมบุตรน้อยลง ส่งผลให้การสร้างและการหลั่งน้ำนมลดลง ทารกได้รับนมมารดาน้อยลง หากพบว่ามีการเกิดแผลที่รุนแรงมากขึ้นจนเกิดการอักเสบบริเวณห้วนมเกิดความเจ็บปวดที่รุนแรงมากขึ้น⁷ ทำให้มารดาหลังคลอดได้รับความทุกข์ทรมาน เกิดความกลัวต่ออาการเจ็บห้วนมที่เกิดขึ้น มีผลต่อการตอบสนองในการให้นมบุตรและไม่สามารถให้นมมารดาอย่างต่อเนื่องได้ และเป็นการยากที่จะกลับมาให้นมมารดาใหม่ ทำให้ต้องยุติการให้นมมารดาก่อนเวลาอันสมควร จนเกิดความล้มเหลวในการให้นมมารดาเพียงอย่างเดียวในระยะหลังคลอด

อุบัติการณ์การเกิดห้วนมแตกของ The Joanna Briggs Institute ในปีค.ศ. 2009 พบว่าอุบัติการณ์การเจ็บห้วนมและห้วนมแตกร้อยละ 34 - 96 การเกิดห้วนมแตกมักเกิดภายในสัปดาห์แรกหลังคลอด นอกจากนี้ยังมีรายงานว่าอาการเจ็บห้วนมมักเกิดภายใน 6 วันหลังคลอด และมีแนวโน้มการเจ็บห้วนมสูงสุดวันที่ 3 หลังคลอด⁸ จากการศึกษาของ Bainbridge⁹ พบว่าอาการเจ็บห้วนมจากห้วนมแตกมีผลต่อการให้นมบุตรอย่างมาก จากจำนวนอัตราการเลี้ยงนมมารดาในระยะแรกหลังคลอดร้อยละ 69 ลดลงเหลือเพียง

ร้อยละ 52 ใน 2 สัปดาห์หลังคลอดและมีแนวโน้มลดลงเหลือเพียงร้อยละ 42 ใน 6 สัปดาห์หลังคลอด เช่นเดียวกับจากการศึกษาของ Buck, Amir, Cullinane, and Donath¹⁰ ที่พบว่ามารดาหลังคลอดร้อยละ 79 จะมีอาการเจ็บหัวนมก่อนการจำหน่ายกลับบ้าน และร้อยละ 58 มีหัวนมแตกใน 8 สัปดาห์หลังคลอด สถิติการเกิดภาวะหัวนมแตกของโรงพยาบาลศรีนครินทร์ จังหวัดขอนแก่นช่วงเดือนเมษายน - มิถุนายน ในปี 2553 พบว่ามีภาวะหัวนมแตก 120 รายคิดเป็นร้อยละ 20¹¹ ส่วนที่หอผู้ป่วยสูติกรรม โรงพยาบาลรามาริบัติในรอบปี 2556 พบว่ามีจำนวนมารดาหลังคลอดมีภาวะหัวนมแตก จำนวน 94 ราย จากผู้คลอด 1,813 ราย คิดเป็น 5.18% เฉลี่ย 7.8 ราย/เดือน การป้องกันการเกิดภาวะหัวนมแตกจึงเป็นบทบาทที่สำคัญของพยาบาลหลังคลอดที่ควรจะต้องมีการประเมินมารดาตั้งแต่ระยะแรกของการให้นมบุตร เอาใจใส่ในการป้องกันอาการเจ็บหัวนมและดูแลปัญหาที่อาจเกิดขึ้นต่อหัวนมในมารดาที่มารักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาลจนกระทั่งจำหน่ายกลับบ้าน เพื่อป้องกันการเกิดภาวะหัวนมแตกและเป็นการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ให้นานที่สุด

จากเหตุผลดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะพัฒนาแนวทางปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกด้วยการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ เพื่อป้องกันและดูแลภาวะหัวนมแตกสำหรับมารดาที่ให้นมบุตรในหอผู้ป่วยสูติกรรมต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ

1. เพื่อเปรียบเทียบอาการเจ็บหัวนมระหว่างกลุ่มมารดาหลังคลอดที่ให้นมบุตร โดยใช้

แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการป้องกันและจัดการภาวะหัวนมแตก กับกลุ่มที่ให้การพยาบาลปกติ

2. เพื่อเปรียบเทียบระดับของภาวะหัวนมแตก ระหว่างกลุ่มมารดาหลังคลอดที่ให้นมบุตร โดยใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการป้องกันและดูแลภาวะหัวนมแตก กับกลุ่มที่ให้การพยาบาลปกติ

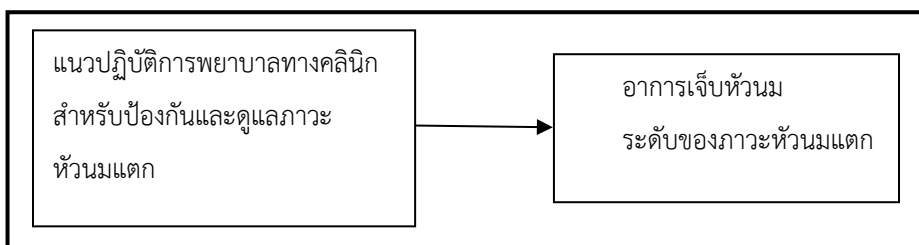
สมมติฐานการวิจัย

1. อาการเจ็บหัวนม ของมารดาหลังคลอดที่ให้นมบุตร โดยใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการป้องกันและดูแลภาวะหัวนมแตก ต่ำกว่ากลุ่มที่ให้การพยาบาลปกติ

2. ระดับของภาวะหัวนมแตกของมารดาหลังคลอดที่ให้นมบุตร โดยใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการป้องกันและดูแลภาวะหัวนมแตก น้อยกว่ากลุ่มที่ให้การพยาบาลปกติ

กรอบแนวคิดของการวิจัย

การพัฒนาแนวปฏิบัติการทางคลินิก หมายถึงข้อความที่ได้รับการศึกษาค้นคว้าอย่างเป็นระบบเพื่อช่วยให้ผู้ปฏิบัติงานในทีมสุขภาพใช้ในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสมในกลุ่มผู้ป่วยที่เฉพาะเจาะจง¹² การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกเพื่อป้องกันและลดภาวะหัวนมแตก เป็นการบูรณาการความรู้สู่การปฏิบัติเพื่อให้เกิดผลลัพธ์ทางการพยาบาลเพื่อให้บรรลุเป้าหมายหลัก คือคุณภาพบริการที่ได้มาตรฐาน ดังนั้นการปฏิบัติการพยาบาลจึงจำเป็นต้องใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ที่ได้รับการยืนยันทางวิทยาศาสตร์จากงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง¹³ เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีที่สุดในการดูแลมารดาหลังคลอดเพื่อป้องกันและลดภาวะหัวนมแตก



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดของการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ มารดาหลังคลอดและทารกแรกเกิดที่มารับการรักษาในหอผู้ป่วยสูติกรรมโรงพยาบาลรามาริบัติ

กลุ่มตัวอย่าง คือ มารดาหลังคลอดปกติและทารกแรกเกิดที่พักรักษาในหอผู้ป่วยสูติกรรมโรงพยาบาลรามาริบัติระหว่างเดือนธันวาคม 2557 ถึงเดือนมกราคม 2558 จำนวน 70 คน การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเฉพาะที่คลอดปกติ เนื่องจากการศึกษาที่พบว่าชนิดของการคลอดไม่มีความสัมพันธ์กับการเกิดอาการเจ็บหัวนมหรือหัวนมแตก¹⁰ โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) ตามเกณฑ์การคัดเลือกเข้า การคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยได้คำนวณขนาดอิทธิพล (effect size) จากสูตรของ Glass¹⁴ จากงานวิจัยเรื่องผลของการใช้โปรแกรมการให้คำแนะนำอย่างมีแบบแผนต่อสมรรถนะแห่งตนในการให้นมบุตร, อาการเจ็บหัวนม, การเปลี่ยนแปลงของหัวนมและความเจ็บปวดแผลผ่าตัดในมารดาหลังคลอด¹⁵ ได้ขนาดอิทธิพล 1.32 จึงนำไปเปิดตารางคำนวณกลุ่มตัวอย่างของ Cohen¹⁶ ที่ขนาดอิทธิพล (d) = .80 อำนาจการทดสอบ (Power of the test) = .80 ระดับความคลาดเคลื่อน (α -one-tailed) = .05 จะได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 35 คน

เกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าโครงการวิจัย (Inclusion criteria)

เป็นมารดาหลังคลอด คลอดปกติ หัวนมปกติที่สามารถเลี้ยงดูบุตรได้และไม่มีข้อห้ามในการให้นมมารดา สามารถอ่านและเข้าใจภาษาไทย และยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัยโดยการลงนาม ทารกน้ำหนักอยู่ในเกณฑ์ปกติ ไม่มีความพิการแต่กำเนิด โดยเฉพาะความผิดปกติของช่องปาก เช่น มีพังผืดใต้ลิ้น ปากแหว่งเพดานโหว่ เป็นต้น การควบคุมตัวแปรโดยการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่ปกติไม่มีความแทรกซ้อนต่ออาการเจ็บหัวนม เช่น ไม่คัดเลือกมารดาที่มีหัวนมผิดปกติ ทารกคลอดก่อนกำหนดหรือมีความผิดปกติในช่องปาก เป็นต้น

เกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างออกจากโครงการวิจัย (Exclusion criteria)

มารดาหลังคลอดมีภาวะแทรกซ้อน เช่น ตกเลือดหลังคลอด ความดันโลหิตสูง เป็นต้น หรือ บุตรมีภาวะแทรกซ้อน ต้องย้ายไปอยู่หอผู้ป่วยบำบัดพิเศษ ทารกแรกเกิด หรือผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยปฏิเสธหรือถอนตัว

เครื่องมือในการวิจัย

1) แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกสำหรับการป้องกันและดูแลภาวะหัวนมแตก พัฒนาจากการศึกษาค้นคว้าความรู้หลักฐานเชิงประจักษ์ งานวิจัยและหลักฐานอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง นำมาวิเคราะห์

สังเคราะห์ ตามหลักเกณฑ์การประเมินคุณภาพงานวิจัย เรียบเรียงเป็นแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกซึ่งได้ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน นำข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญมาปรับปรุงและทดลองใช้เพื่อทราบปัญหาในการปฏิบัติจริง รวบรวมข้อมูลนำมาแก้ไขปรับปรุงอีกครั้ง เพื่อให้เกิดแนวปฏิบัติการทางคลินิกที่ชัดเจนสามารถนำสู่การปฏิบัติได้ โดยใช้ระดับของหลักฐาน (Level of evidence) 4 ระดับ¹⁷ ได้แก่

Level A หมายถึง หลักฐานที่ได้จากงานวิจัยที่เป็น meta-analysis ของงานวิจัยที่ design เป็น randomized controlled trials (RCT) หรืองานวิจัยเดี่ยวที่ design เป็น RCT

Level B หมายถึง หลักฐานที่ได้จากงานวิจัยที่เป็น meta-analysis ของงานวิจัยที่ design เป็น RCT อย่างน้อย 1 เรื่องหรือหลักฐานที่ได้จากงานวิจัยที่มีการออกแบบรัดกุม แต่เป็นงานวิจัยกึ่งทดลอง หรืองานวิจัยเชิงทดลองซึ่งไม่มีการสุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่ม

Level C หมายถึง หลักฐานที่ได้จากงานวิจัยที่เป็นงานเปรียบเทียบหาความสัมพันธ์หรือเป็นงานวิจัยเชิงบรรยายอื่นๆ

Level D หมายถึง หลักฐานจากตำราหรือฉันทามติ (consensus) ของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกสำหรับการป้องกันและดูแลภาวะห้วนมแตก มีรายละเอียดดังนี้

1.การเตรียมการป้องกันภาวะห้วนมแตก

1.1 พัฒนาความรู้และทักษะของบุคลากรโดยจัดอบรมเชิงปฏิบัติการ จำนวน 8 ชั่วโมง เกี่ยวกับ

1.1.1 การจัดทำให้นมและการอมห้วนม ให้บุคลากรสามารถเป็นที่ปรึกษาและให้ความรู้แก่มารดาที่ให้นมบุตรทั้งเป็นรายกลุ่มและรายบุคคล (Level A)¹⁸

1.1.2 ประเมินลักษณะห้วนม ลานนมที่ผิดปกติได้ ได้แก่ ห้วนมสั้น หมายถึง ห้วนมที่สั้นกว่า 0.7 ซม. แม้ว่าห้วนมสั้นแต่ลานนมมีความยืดหยุ่นดี ทารกสามารถดูดนมมารดาได้ แต่ถ้าลานนมตึงแข็งยืดหยุ่นไม่ดี ทารกจะดูดลำบากห้วนมบอด ส่วนใหญ่เป็นมาแต่กำเนิด บางคนจะมีห้วนมบอดในภายหลัง สาเหตุอาจเกิดจากมีพื้นที่ฐานห้วมน้อยเกินไป ท่อน้ำนมสั้นกว่าปกติรั้งหรือหดเข้าไป หรือมีพังผืดตึงรั้งห้วนมไว้ ห้วนมบวม ลักษณะส่วนปลายของห้วนมผลุบเข้าไปข้างในจนเห็นเป็นรอยบุ๋ม (Level D)⁶

1.2 ให้คำแนะนำมารดาเกี่ยวกับการจัดทำในการให้นมบุตร (Position) และแนะนำลักษณะการอมห้วนม (Attachment) ที่ถูกต้องรวมทั้งให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการให้นมบุตรทั้งบุคคลหรือรายกลุ่ม (Level A)¹⁹ Attachment สิ่งสำคัญ คือ ปากทารกอ้ากว้าง ริมฝีปากม้วนออก คางทารกชิดกับเต้านมมารดา มองเห็นลานนม นมชัดกว่าข้างล่าง มารดาไม่รู้สึกรู้สึกลับขณะบุตรดูดนม ทารกดูดนมแรงเป็นจังหวะช้าๆ อย่างสม่ำเสมอ มีช่วงจังหวะหยุด 1-2 วินาที แก้มทารกป้อง Position สิ่งสำคัญ คือ ลำตัวทารกอยู่ในแนวตรง ไม่งอหรือบิด ทารกหันหน้าเข้าหาเต้านม ลำตัวทารกแนบกับลำตัวมารดา ลำตัวทารกได้รับการโอบไว้ทั้งหมด

1.3 สังเกตและช่วยเหลือการให้นมบุตรของมารดาเกี่ยวกับการจัดทำและการสร้างปฏิสัมพันธ์ระหว่างมารดา-ทารก (Attachment) สอบถามอาการเจ็บห้วนมในขณะทารกดูดนมมารดา (Level A)¹⁹

1.4 ช่วยเหลือให้ทารกดูดนมมารดาทุก 2-3 ชั่วโมง ในกรณีที่มารดามีอาการคัดตึงเต้านม แนะนำให้นวดให้ลานนมนุ่ม และให้บีบน้ำนมออกก่อน เพื่อเป็นการเพิ่มความยืดหยุ่นทำให้ทารกจับลานนมได้ง่ายขึ้น (Level D)²⁰

1.5 ดูแลให้ทารกอมหัวนมมารดาให้ลึกถึงลานนม รวมทั้งมีการประเมินปัญหาที่อาจเกิดขึ้นกับหัวนม ในกรณีที่ทารกยังดูดนมไม่ถูกต้อง ต้อง มีการส่งต่อ เพื่อให้ได้รับการช่วยเหลือจนทารกสามารถดูดนมได้อย่างถูกต้อง (Level A)¹⁸

1.6 แนะนำมารดาถึงวิธีการประเมินการดูดนมที่มีประสิทธิภาพของทารก เพื่อป้องกันการดูดที่แรงเกินไป และการเกิดหัวนมแตก (Level D)²¹

1.7 ในกรณีที่ทารกดูดนมอิ่มแล้ว แต่ไม่ยอมอ้าปาก ถอนหัวนม แนะนำให้มารดาใช้นิ้วชี้หรือนิ้วก้อยสอดเข้าไปบริเวณมุมปากของทารกหรือกดคางทารกให้ทารกอ้าปาก จากนั้นจึงให้ถอนหัวนมออก (Level D)⁶

1.8 แนะนำมารดาให้ดูแลรักษาหัวนมให้สะอาดด้วยการเช็ดหัวนมด้วยน้ำสะอาดและซับให้แห้ง (Level A: Akkuzu & Taskin, 2000)²²

1.9 แนะนำมารดาให้หลีกเลี่ยงการใช้ผลิตภัณฑ์ที่ทำลายสารเคลือบผิวบริเวณหัวนมและสารระคายเคืองต่อหัวนม ได้แก่ สบู่ Alcohol และสารที่ทำให้ผิวแห้ง (Level D)⁶

1.10 ในกรณีที่ทารกมีพังผืดใต้ลิ้น และทารกไม่สามารถดูดนมได้อย่างมีประสิทธิภาพ ปรีกษากุมารแพทย์/ศัลยแพทย์ เพื่อพิจารณาตัดพังผืดใต้ลิ้นออก (Level A)²³

1.11 ในกรณีที่พบเชื้อราในปากทารก และที่หัวนมมารดา ให้การดูแลรักษาทั้งมารดาและทารก ตามแผนการรักษาของแพทย์ (Level D)²⁴

1.12 ประเมินระดับความรุนแรงของภาวะหัวนมแตกคัดแปลงตามแนวคิดของ Dodd V. และ Chalmers C. (Level D)²⁵ ระดับที่ 1 หมายถึงหัวนมไม่มีการเปลี่ยนแปลงคือหัวนมมีลักษณะปกติ ไม่มีอาการเปลี่ยนแปลงใดๆ ที่สังเกตได้ ระดับที่ 2 หมายถึงหัวนมผิดปกติเล็กน้อย คือ หัวนมมีสีแดง (Redness), มีรอย

ฟกช้ำ (Bruising), พุพอง (Blistering), มีติ่ง (Papillae) หรือมีผื่น (Petechiae) เกิดขึ้น ระดับที่ 3 หมายถึงหัวนมแตกกล่าวคือหัวนมมีรอยแยก หรือเป็นแผล

2. การดูแลเมื่อเกิดภาวะหัวนมแตก

2.1 แนะนำให้มารดานำทารกดูดนมข้างที่ไม่เป็นแผลก่อน และดูดข้างที่เป็นแผลภายหลัง และต้องช่วยเหลือให้ดูดลึกถึงลานนม ในกรณีที่มารดามีอาการเจ็บหัวนมมากไม่สามารถให้ทารกดูดนมได้ให้ใช้วิธีปับน้ำนมออกและป้อนนมทารกด้วยแก้ว (Level D)²⁶

2.2 แนะนำมารดาให้สลับท่าอุ้มบุตรดูดนม โดยเปลี่ยนท่าในการให้นมหลายๆท่า เพื่อไม่ให้ทารกดูดทับรอยแผลเดิม จนทำให้เกิดแผล และการถูกทำลายเนื้อเยื่อเพิ่ม ท่าอุ้มทารกให้หันเป็นส่วนสำคัญที่จะช่วยให้ทารกกับหัวนมและลานนมได้ติด ทำให้ทารกดูดนมได้อย่างมีประสิทธิภาพ มารดาสามารถอุ้มทารกได้หลายท่าทั้งท่านั่ง หรือท่านอน ไม่ว่าจะอุ้มท่าไหน มีจุดสำคัญ 4 อย่าง ที่ต้องสังเกตในท่าการอุ้มทารกให้หันของมารดา คือ (Level D)²⁶

2.2.1 ศีรษะและลำตัวของทารก อยู่ในแนวเดียวกัน (Straight line)

2.2.2 หน้าของทารกหันเข้าหาเต้านมมารดา (Face the breast) จมูกทารกอยู่ตรงข้ามหัวนมมารดาพอดี (nipple to nose)

2.2.3 มารดาอุ้มทารกแนบชิดตัวมารดา (close)

2.3.4 ในทารกแรกเกิด บริเวณส่วนล่างของลำตัวต้องมีการประคองด้วย (ใช้มือแม่ประคองหรือใช้หมอน)

2.3 บีบน้ำนมทาบริเวณรอยแตกที่หัวนม หรือใช้ครีม lanolin/Glycerin Jell ทาและนวดบริเวณหัวนมที่แตกภายหลังการให้นมบุตรเสร็จ (Level C)^{27,28}

2.4 บันทึกคำแนะนำที่ให้กับมารดา พร้อมประเมินผลหลังให้คำแนะนำในแบบบันทึกทางการพยาบาล

การพยาบาลแบบปกติ หมายถึงการพยาบาลให้บริการมารดาหลังคลอดตามปกติ ได้แก่ การประเมินเต้านม การช่วยเหลือให้มารดาให้นมแม่ การช่วยเหลือมารดาในการดูแลทารก เช่นการอาบน้ำบุตร การเช็ดสะดือ เป็นต้น การประเมินการหดตัวของมดลูกและน้ำคาวปลา การประเมินกระเพาะปัสสาวะ การประเมินภาวะติดเชื้อ ก่อนการได้รับการอบรมพัฒนาความรู้และทักษะในการช่วยเหลือมารดาตามแนวทางปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกสำหรับการป้องกันและดูแลภาวะหัวนมแตก

1) แบบประเมินคะแนนอาการเจ็บหัวนม ใช้แบบวัดความปวดของ Mc Caffery²⁹ ประกอบด้วยระดับอาการเจ็บหัวนม เป็นการบอกความรู้สึกเป็นตัวเลข (numerical rating scales : NRS) แทนค่าความรุนแรงของความปวด จากน้อยไปหามาก มีค่าคะแนนตั้งแต่ 0 - 10 ซึ่ง คะแนน 0 หมายถึง ไม่ปวดเลย ปลายอีกข้างแทนค่าด้วยเลข 10 หมายถึง ปวดรุนแรงมากที่สุด การตีความหมายของตัวเลขกับ categorical scale มีดังนี้ 0 = no pain 1 - 3 = mild pain 4-6 = moderate pain 7 - 10 = severe pain หากความเที่ยงของแบบประเมินอาการเจ็บหัวนม โดยนำไปทดลองใช้กับมารดาหลังคลอดที่ให้นมมารดาและมีอาการเจ็บหัวนม จำนวน 10 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของ Cronbach เท่ากับ 0.96

2) แบบประเมินระดับของภาวะหัวนมแตก ผู้วิจัยได้ดัดแปลงมาจากแนวคิดของ Dodd V. และ Chalmers C.²⁵ โดยแบ่งระดับหัวนมแตก เป็น 3 ระดับ ระดับที่ 1 หมายถึง หัวนมมีลักษณะปกติ หัวนมไม่มีการเปลี่ยนแปลง ระดับ 2 หมายถึงหัวนมผิดปกติ

เล็กน้อยคือหัวนมมีสีแดง (Redness) มีรอยฟกช้ำ (Bruising) พุพอง (Blistering) หรือมีผื่น (petechiae) เกิดขึ้น ระดับที่ 3 หมายถึงหัวนมแตก คือ หัวนมมีรอยแยก หรือเป็นแผล หากความเที่ยงของแบบประเมินระดับของภาวะหัวนมแตก โดยนำไปทดลองใช้กับมารดาหลังคลอดที่ให้นมมารดาและมีอาการเจ็บหัวนม จำนวน 10 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของ Cronbach เท่ากับ .86

การเก็บรวบรวมข้อมูล

คัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ที่คลอดระหว่างเดือนธันวาคม 2557 ถึง มกราคม 2558 ตามเกณฑ์คัดเข้าจำนวน 70 ราย คือ มารดาคลอดปกติและบุตรที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนสามารถให้นมมารดาได้ โดยจัดให้กลุ่มตัวอย่าง 35 รายแรก เป็นกลุ่มควบคุมและ 35 รายหลังเป็นกลุ่มทดลอง เพื่อไม่ให้เกิดการปนเปื้อนในการให้กิจกรรมการพยาบาล กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ หลังเก็บรวบรวมข้อมูลกลุ่มควบคุมเสร็จสิ้นได้จัดอบรมเชิงปฏิบัติการให้บุคลากรในหอผู้ป่วยหลังคลอดครบ 100% จึงเริ่มเก็บรวบรวมข้อมูล กลุ่มทดลองที่ได้รับการพยาบาลตามปกติร่วมกับใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการป้องกันและดูแลภาวะหัวนมแตก ในวันที่ 1 และวันที่ 2 หลังคลอด ดังนี้

1) ผู้วิจัยชี้แจงข้อมูลการเข้าร่วมโครงการแก่มารดาหลังคลอด ดังรายละเอียดตามเอกสารชี้แจงข้อมูล/คำแนะนำแก่ผู้เข้าร่วมการวิจัย

2) กรณีมารดาหลังคลอดยินยอมเข้าร่วมโครงการ ให้มารดาหลังคลอด ลงลายลักษณ์อักษรตามหนังสือได้รับการยินยอมโดยการบอกกล่าวและเต็มใจ

3) เก็บรวบรวมข้อมูลทั่วไป อาการเจ็บหัวนมและระดับของภาวะหัวนมแตก จากแบบประเมินอาการเจ็บหัวนมและระดับของภาวะหัวนมแตกทั้งสองกลุ่ม หลังการให้นมมารดา มาแล้วอย่างน้อย 4 ครั้งในวันแรกหลังคลอด ส่วนวันที่ 2 หลังคลอดประเมินอาการเจ็บ

ห้วนและระดับของภาวะห้วนแตกต่างกันช่วงเวลา 10.00 - 15.00 น.

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง คือ อาชีพ ระดับการศึกษาและจำนวนการตั้งครรภ์โดยใช้สถิติ Chi square, ส่วน อายุและน้ำหนักแรกเกิด วิเคราะห์ด้วย Independent t-test เปรียบเทียบคะแนนอาการเจ็บห้วน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วย Mann-Whitney Test และเปรียบเทียบระดับของภาวะห้วนแตกต่างระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติ Chi square

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยนี้ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล เลขที่โครงการ ID 11-57-36 ว การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างมีดังนี้

1) ผู้เข้าร่วมวิจัยทุกรายต้องเป็นผู้ที่สมัครใจเข้าร่วมการศึกษาริวิจัยและลงนามยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษรในแบบหนังสือได้รับการยินยอมโดยการบอกกล่าวและเต็มใจ หลังจากได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการเข้าร่วมการวิจัยอย่างครบถ้วนแล้ว

2) ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างจะถูกเก็บไว้เป็นความลับและใช้เฉพาะการวิจัยนี้ การรายงานการวิจัยจะไม่มีมีการแสดงข้อมูลเป็นรายบุคคล ผู้วิจัยจะรักษาและไม่เผยแพร่ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

3) ผู้เข้าร่วมวิจัยสามารถปฏิเสธหรือขอถอนตัวจากการเข้าร่วมวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลต่อการให้บริการรักษาพยาบาลในขณะที่พักรักษาตัวในโรงพยาบาล

ผลการวิจัย

กลุ่มทดลองมีอาชีพรับราชการและรัฐวิสาหกิจร้อยละ 11.4 รับจ้าง ร้อยละ 37.2 แม่บ้าน

และนักศึกษาร้อยละ 40 ทำธุรกิจส่วนตัวร้อยละ 11.4 การศึกษาระดับต่ำกว่าปริญญาตรีร้อยละ 68.6 ตั้งแต่ระดับปริญญาตรีขึ้นไปร้อยละ 31.4 ลำดับที่ของการตั้งครรภ์ ตั้งครรภ์ครั้งแรกร้อยละ 54.3 เคยตั้งครรภ์แล้วร้อยละ 45.7 อายุเฉลี่ย 27.11 ปี (SD = 6.337) น้ำหนักบุตรเฉลี่ย 3097.14 กรัม (SD = 294.81) กลุ่มควบคุมมีอาชีพรับราชการและรัฐวิสาหกิจร้อยละ 17.1 รับจ้างร้อยละ 48.6 แม่บ้านและนักศึกษาร้อยละ 22.9 ทำธุรกิจส่วนตัวร้อยละ 11.4 การศึกษาระดับต่ำกว่าปริญญาตรีร้อยละ 60 ตั้งแต่ระดับปริญญาตรีขึ้นไปร้อยละ 40 ลำดับที่ของการตั้งครรภ์ ตั้งครรภ์ครั้งแรกร้อยละ 37.1 เคยตั้งครรภ์แล้วร้อยละ 62.9 อายุเฉลี่ย 29.05 ปี (SD = 6.033) น้ำหนักบุตรเฉลี่ย 3146.85 กรัม (SD = 378.69) เมื่อเปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคลทั้ง 2 กลุ่มพบว่าไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ p-value > .05 (ตารางที่ 1 และ 2)

กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนอาการเจ็บห้วน ในวันที่ 1 หลังคลอด .54 (SD = .56) ในวันที่ 2 หลังคลอด .88 (SD = .67) กลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยคะแนนอาการเจ็บห้วน ในวันที่ 1 หลังคลอด 1.65 (SD = .87) ในวันที่ 2 หลังคลอด 1.91 (SD = .98) เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนอาการเจ็บห้วน ในวันที่ 1 และวันที่ 2 หลังคลอดระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่าคะแนนอาการเจ็บห้วน ในกลุ่มทดลองมีค่าต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ p-value > .05

ในวันที่ 1 หลังคลอด กลุ่มทดลองไม่มีการเกิดภาวะห้วนแตก (ระดับที่ 1 หมายถึง ห้วนมีลักษณะปกติ ห้วนไม่มีการเปลี่ยนแปลง) จำนวน 35 ราย กลุ่มควบคุมไม่มีการเกิดภาวะห้วนแตก จำนวน 31 ราย คิดเป็นร้อยละ 88.57 มีการเกิดภาวะห้วนแตก ระดับ 2 (ห้วนผิบบกตื้นเล็กน้อยคือห้วนมีสีแดง มีรอยฟกช้ำพุพอง หรือมีผื่น) จำนวน 3 ราย คิดเป็นร้อยละ 8.57

ระดับ 3 (ห้วนมแตก คือห้วนมมีรอยแยกหรือเป็นแผล)
จำนวน 1 รายคิดเป็นร้อยละ 2.86

ในวันที่ 2 หลังคลอดกลุ่มทดลองไม่มีการเกิด
ภาวะห้วนมแตก จำนวน 34 ราย คิดเป็นร้อยละ 97.1 มี
การเกิดภาวะห้วนมแตกระดับที่ 2 จำนวน 1 รายคิด
เป็นร้อยละ 2.9 กลุ่มควบคุมไม่มีการเกิดภาวะห้วนม
แตก จำนวน 30 รายคิดเป็นร้อยละ 85.72 มีการเกิด

ภาวะห้วนมแตก ระดับ 2 จำนวน 3 รายคิดเป็นร้อยละ
8.57 ระดับ 3 จำนวน 2 รายคิดเป็นร้อยละ 5.71 เมื่อ
เปรียบเทียบระดับของภาวะห้วนมแตกในวันที่ 1 และ
วันที่ 2 ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม พบว่า
ระดับของภาวะห้วนมแตกไม่แตกต่างกันอย่างมี
นัยสำคัญทางสถิติที่ $p\text{-value} > .05$

Table 1. Characteristic of participant's comparison between experimental and control group (n=70)

Characteristic of postpartum	experimental group		control group		χ^2	p- value
	(n = 35)		(n = 35)			
	N	%	N	%		
Occupations					.117	.733
Official/public enterprise	4	11.4	6	17.1		
Employee	13	37.2	17	48.6		
Housewife/ college student	14	40.0	8	22.9		
Self-employed business	4	11.4	4	11.4		
Education					2.520	.284
Junior high school	11	31.4	14	40		
High school	13	37.2	7	20		
Bachelor' s degree and higher	11	31.4	14	40		
Number of parity					2.142	.343
1	19	54.3	13	37.1		
2	11	31.4	16	45.8		
3	5	14.3	6	17.1		

Table 2. Comparison maternal age and birth weight of between experimental and control group (n=70)

	Mean	S.D.	Mean	S.D.	t	p- value
Maternal age	27.11	6.337	29.05	6.033	1.314	.193
Birth weight	3,097.14	294.81	3,146.85	378.69	.613	.542

เมื่อเปรียบเทียบอายุและน้ำหนักทารก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p\text{-value} > .05$ (ตารางแรกเกิดทั้ง 2 กลุ่ม พบว่าไม่มีความแตกต่างกัน ที่ 2)

Table 3. Comparison nipples pain between experimental and control group using Mann-Whitney Test (n=70)

Nipples pain scores	experimental group (n = 35)		control group (n = 35)		Z-test	p- value
	mean	SD	mean	SD		
Nipples pain at day 1	.54	.56	1.65	.87	-5.095	.000
Nipples pain at day 2	.88	.67	1.91	.98	-4.752	.000

เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนอาการเจ็บหัวนม ในวันที่ 1 และวันที่ 2 หลังคลอด ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมพบว่า คะแนนอาการเจ็บหัวนม ในกลุ่มทดลองมีค่าต่ำกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p\text{-value} > .05$ ดังตารางที่ 3

Table 4. Comparison level of cracked nipples between experimental and control group using Fisher's Exact test (n=70)

level of cracked nipples	experimental group (n = 35)		control group (n = 35)		Fisher's Exact test p- value
	N	%	N	%	
Day 1					
Level 1	35	100	31	88.57	.120
Level 2	0	0	3	8.57	
Level 3	0	0	1	2.86	
Day 2					
Level 1	34	97.1	30	85.72	.197
Level 2	1	2.9	3	8.57	
Level 3	0	0	2	5.71	

เปรียบเทียบระดับของภาวะหัวนมแตกในวันที่ 1 และวันที่ 2 ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมพบว่าระดับของภาวะหัวนมแตกไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p\text{-value} > .05$ ดังตารางที่ 4

อภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษาผลของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกเพื่อป้องกันและดูแลภาวะหัวนมแตกในมารดาที่ให้นมบุตรพบว่า ในวันที่ 1 และวันที่ 2 หลังคลอด คะแนนอาการเจ็บหัวนม ในกลุ่มทดลองมีค่าต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทาง

สถิติ (p -value $> .05$) จากแนวปฏิบัติการพยาบาล ได้มีการจัดอบรมบุคลากรทั้งหมดในหอผู้ป่วยสูติกรรม ให้ช่วยเหลือมารดาอย่างถูกต้องในจัดทำในการให้นมบุตร (Position) และแนะนำลักษณะการอมหัวนม (Attachment) ทำให้เกิดอาการเจ็บหัวมน้อยลง เนื่องจากปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดอาการเจ็บหัวนมคือ จัดทำในการให้นมบุตร (Position) ดังการศึกษาของ Coca และคณะ³ ที่พบว่าจัดทำในการให้นมบุตรและการทำการดูดนมที่ไม่ถูกต้องเป็นสาเหตุที่ทำให้เริ่มเกิดอาการเจ็บหัวนม³⁰ และสอดคล้องกับการศึกษาของ พิไลวรรณ ไช้ชื่น, กรรณิการ์ กันธะรักษา และ ณวี เบาทรวง ในปีพ.ศ. 2555 ที่พบว่า การใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการส่งเสริมการเริ่มต้นเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาในระยะแรก มารดากับทารกกลุ่มที่ได้รับการดูแลโดยใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกมีคะแนนความสำเร็จของการทากในการอมหัวนมหรือดูดนมมารดาในระยะแรกหลังคลอด สูงกว่ามารดากับทารกกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)³¹ แต่ผลการศึกษาแตกต่างกับผลการศึกษาของ de Oliveira³² ที่ศึกษาเปรียบเทียบมารดาหลังคลอด กลุ่มทดลองได้รับคำแนะนำเทคนิคในการให้นมแม่ นาน 30 นาที กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ ผลการวิจัยพบว่าการเกิดอุบัติการณ์ปัญหาของการให้นม เช่น อาการเจ็บหัวนม นมคัด เต้านมอักเสบ รวมทั้งอัตราการให้นมแม่อย่างเดียวยาวใน 1 เดือนหลังคลอด ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$)

เมื่อเปรียบเทียบระดับของภาวะหัวนมแตกของกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมพบว่าไม่แตกต่างกัน แต่มีอัตราการเกิดหัวนมแตกในกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มที่ควบคุม สอดคล้องกับสถาบัน The Joanna Briggs Institute³³ ที่มีการศึกษาเพื่อกำหนดประสิทธิภาพของ

การปฏิบัติในสตรีที่ให้นมบุตรเพื่อป้องกันและ/หรือลดการเจ็บหัวนมและการมีแผลบาดเจ็บที่หัวนม เปรียบเทียบการให้ความรู้ตามมาตรฐานในระยะตั้งครรภ์กับการให้ความรู้เพิ่มเติมเป็นรายบุคคลเป็นเวลา 30 นาทีภายใน 24 ชั่วโมงแรกหลังคลอดในสตรีครรภ์แรกจำนวน 158 คน พบว่ามีอาการเจ็บหัวนมในกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในวันที่ 2 และ 3 หลังคลอด ส่วนระดับของภาวะหัวนมแตกไม่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสอดคล้องกับการศึกษาของ Santos³⁴ ที่พบว่าอุบัติการณ์การเกิดหัวนมแตก มีเหตุปัจจัยมาจากการให้บริการหลังคลอด โดยเฉพาะอย่างยิ่งเทคนิคการให้นมที่ไม่ถูกต้องเป็นสาเหตุที่พบมากที่สุดที่ทำให้เกิดภาวะหัวนมแตก เช่นเดียวกับการศึกษาของ Goyal³⁵ มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินความถูกต้องของการจัดทำให้นม ลักษณะการอมหัวนมและการดูดนม พบว่าการลักษณะการอมหัวนม (Attachment) ของทารกและการจัดทำให้นม (Position) ที่ไม่ถูกต้องมีอัตราการเจ็บหัวนม การเกิดหัวนมแตก และเต้านมอักเสบ มากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีการจัดทำให้นมและ ลักษณะการอมหัวนมอย่างถูกต้อง

สรุปว่าแนวปฏิบัติการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นสามารถป้องกันและลดอาการเจ็บหัวนมรวมทั้งลดจำนวนการเกิดภาวะหัวนมแตกในมารดาหลังคลอดที่ให้นมบุตรได้ บุคลากรทางการพยาบาลในหอผู้ป่วยหลังคลอดสามารถใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลที่ได้มาตรฐานนี้ในการดูแลมารดาหลังคลอดที่ให้นมบุตรได้อย่างมีประสิทธิภาพ

จุดแข็งของงานวิจัยนี้

การวิจัยนี้เป็นการป้องกันการเกิดภาวะหัวนมแตก โดยเริ่มมีการให้ความสำคัญตั้งแต่บุคลากรในหน่วยงานให้เห็นถึงบทบาทที่สำคัญของพยาบาลหลัง

คลอดที่ควรจะต้องมีการประเมินมารดาตั้งแต่ระยะแรกของการให้นมบุตร เอาใจใส่ในการป้องกันอาการเจ็บหัวนมและดูแลปัญหาที่อาจเกิดขึ้นต่อหัวนมในมารดาที่มารักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาลจนกระทั่งจำหน่ายกลับบ้าน เพื่อป้องกันการเกิดภาวะหัวนมแตกและเป็นการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ให้นานที่สุด

จุดอ่อนของงานวิจัยนี้

บุคคลากรในหน่วยงานบางครั้งไม่เห็นถึงความสำคัญของพยาบาลที่ควรจะต้องมีการประเมินมารดาตั้งแต่ระยะแรกของการให้นมบุตร ขาดการเอาใจใส่ในการป้องกันอาการเจ็บหัวนมและดูแลป้องกันปัญหาที่อาจเกิดขึ้นต่อหัวนมในมารดาที่มารักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาลจนกระทั่งจำหน่ายกลับบ้าน ถึงแม้จะมีแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกสำหรับการป้องกันและดูแลภาวะหัวนมแตกแล้วก็ตาม

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. จากการศึกษาที่พบว่าการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกสำหรับการป้องกันและดูแลภาวะหัวนมแตก สามารถลดอาการเจ็บหัวนมและลดอัตราการเกิดหัวนมแตก ในด้านการปฏิบัติการพยาบาล สามารถนำแนวปฏิบัติการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นไปใช้ในการดูแลมารดาหลังคลอดที่ให้นมบุตร

ในหอผู้ป่วยหลังคลอด เพื่อลดอาการเจ็บหัวนมและลดอัตราการเกิดหัวนมแตก ซึ่งเป็นสาเหตุหนึ่งของการยุติการให้นมมารดาก่อนเวลาอันควร

2. ด้านการเรียนการสอน แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกที่พัฒนาขึ้น จะเป็นประโยชน์สำหรับการเรียนการสอนนักศึกษาพยาบาลที่ขึ้นฝึกปฏิบัติในคลินิก ใช้เป็นแนวทางที่ได้มาตรฐานการให้การพยาบาลแก่มารดาหลังคลอดเพื่อลดอาการเจ็บหัวนมและลดอัตราการเกิดหัวนมแตกได้

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ศึกษาวิจัยความสัมพันธ์ของการเกิดอาการเจ็บหัวนมและภาวะหัวนมแตกในระยะเวลา 6-8 สัปดาห์หลังคลอด กับระยะเวลาการให้นมมารดา

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ ร.ศ.ดร.ศรีสมร ภูมณสกุล ที่กรุณาให้คำปรึกษางานวิจัยและเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือวิจัย ขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิที่ให้ความอนุเคราะห์ตรวจสอบเครื่องมือวิจัยอีก 2 ท่าน คือ อาจารย์ชไมพร โนนศรีชัย และผ.ศ.พรศรี ดิสรเตตวิวัฒน์

เอกสารอ้างอิง

1. Sittikon, S. Factor influencing exclusive breastfeeding among women in Nakorn Prathom province, Thailand. [M.Sc. Thesis in Human Reproductive and Population planning]. Faculty of Graduate study, Mahidol University, 2008.
2. bLadewig, P.A., London, M.L., & Davidson, M.R. Contemporary maternal – newborn nursing care (6th ed.). Jones and Bartlett Publishers; 2006.
3. Coca, K. P., Gamba, M. A., de Sousa e Silva, R., & Abrao, A. C. [Does breastfeeding position influence the onset of nippletrauma?, Revista da Escola de Enfermagem da U S P. 2009; 43(2); 446-452.
4. Biancuzzo, M. Breastfeeding the newborn: Clinical strategies for nurse. New York: Donnelly & Sons Company; 1999.
5. Giugliani, E. R. Common problems during lactation and their management, Journal de pediatric. 2004; 80(5); 147-154.
6. Sari j., Wirapong Ch., & Siraporn, S. Knowledge on breastfeeding and practice. Bangkok; Bangkok Journal; 2006.
7. Smith, J. W., & Tully, M. R. Midwifery management of breastfeeding: Using the evidence, Journal of Midwifery & Women's Health. 2001; 46(6); 423-438.
8. Joanna Briggs Institute. JBI Level of evidence and grades of recommendation. 2009 [cited 2014 July 20]. Available from <http://www.joannabriggs.edu.au/about/reviews.php>.
9. Bainbridge, J. Dealing with breast and nipple soreness when breastfeeding, British Journal of Midwifery. 2005; 13(9); 552-556.
10. Buck, M. L., Amir, L. H., Cullinane, M., & Donath, S. M. Nipple pain, damage, and vasospasm in the first 8 weeks postpartum, Breastfeeding Medicine. 2014; 9(2); 56-62.
11. Tammaluk S., Somporn W., Wichai E. Effects of Warm Moist Gel Pack Compression on Sore Nipples in Primiparous Mothers, Srinagarind Medical Journal. 2014; 29(2): 179-187. (in Thai)
12. National Health and Medical Research Council. A guideline to the developmental, implementation and evaluation of clinical practice guidelines. 1999. [cited 2013 August 1]. Available from http://www.nhmrc.gov.au/_files_nhmrc/file/publications/synopses/cp30.pdf.
13. Chaweewan T. Clinical Practice Guidelines Development, The Thai Journal of Nursing Council. 2005; 20(2): 63-76. (in Thai)
14. Glass, G.V., McGaw, B., & Smith, M.L. Meta-Analysis in social Research. Sage: Beverly Hills; 1981.
15. Benjamas, Th. THE effects of systematic instructional program on breastfeeding self-efficacy, nipple pain, nipple skin

- changes and incision pain of cesarean mothers. [M.Sc. Thesis in Nursing Science (Maternal and Newborn Nursing)]. Faculty of Graduate study, Mahidol University, 2006.
16. Cohen, J. Z. *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. (2nd ed.). Hillsdale, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers; 1998.
17. The Royal college of physicians of Thailand. Clinical Practice Guidelines, The Royal College Bulletin. 2001; 18(6): 36-47. (in Thai)
18. Henderson, A., Stamp, G., & Pincombe, J. Postpartum positioning and attachment education for increasing breastfeeding: A randomized trial, *Birth*. 2001; 28(4): 236-242.
19. Morland-Schultz, K., & Hill, P. D. Prevention of and therapies for nipple pain: a systematic review, *Journal of obstetric, gynecologic, and neonatal nursing*. 2005; 34(4): 428-437.
20. Elizabeth Coryllos. Breastfeeding: Best for Baby and Mother: Congenital Tongue-tie and Its On Breastfeeding, *American Academy of Pediatrics*. 2004; 4: 1-6.
21. Cadwell, K. Latching-on and suckling of the healthy term neonate: Breastfeeding assessment, *Journal Midwifery Womens Health*. 2007; 52(6): 638-642.
22. Akkuzu, G., & Taskin, L. Impacts of breast-care techniques on prevention of possible postpartum nipple problems, *Professional care of mother and child*. 2000; 10(2): 38-41.
23. Edmunds, J., Miles, S. C., & Fulbrook, P. Tongue-tie and breastfeeding: a review of the literature, *Breastfeed Review*. 2011; 19(1): 19-26.
24. Lawrence, R.A., & Lawrence, R.M. Breastfeeding: A guide for the medical profession (6th ed.). Mosby St. Louis; MO; 2005.
25. Dodd V & Chalmers C. Comparing the use of hydrogel dressings to lanolin ointment with lactating mothers, *Journal of obstetric, gynecologic and neonatal nursing*. 2003; 32; 486-94.
26. Tait, P. Nipple pain in breastfeeding women: causes, treatment, and prevention strategies, *Journal Midwifery Women's Health*. 2000; 45(3): 212-215.
27. M. Abou-Dakn, J.W. Fluhr, M. Gensch & A. Wockel. Positive Effect of HPALanolin versus Expressed Breastmilk on painful and Damaged Nipples during Lactation, *Skin pharmacology and physiology*. 2011; 24; 27-35.
28. Cadwell, K., Turner-Maffei, C., Blair, A., Brimdyr, K., & Maja McInerney, Z. Pain reduction and treatment of sore nipples in

- nursing mothers. *The Journal of perinatal education*. 2004; 13(1); 29-35.
29. Mc Caffery, M., & Beebe, A. *Pain: Clinical manual for nursing practice*. Mosby St. Louis; MO; 1989.
30. Blair, A, Cadwell, K, Turner-Maffei, C., & Brimdyr, K. The relationship between positioning, the breastfeeding dynamic, the latching process and pain in breastfeeding mothers with sore nipples, *Breastfeeding review*. 2003; 11(2); 5-10.
31. Pilaiwan J., Kannika K, Chavee B. Effectiveness of implementing clinical practice guidelines for promoting the early initiation of breastfeeding, Taphanhin Crown Prince Hospital, Phichit Province, *Phichit Journal*. 2012; 27(1): 30-41. (in Thai)
32. de Oliveira, L. D., Giugliani, E. R., do Espirito Santo, L. C., Franca, M. C., Weigert, E. M., Kohler, C. V., & de Dennis, C. L., Jackson, K., & Watson, J Interventions for treating painful nipples among breastfeeding women, *Cochrane Database Systemic Review*. 2014; 12; Cd007366.
33. The Joanna Briggs Institute. *Best Practice: Evidence Based Practice Information Sheets for Health Professionals, Best Practice*. 2003; 7(3); 1-7.
34. Santos, K. J., Santana, G. S., Vieira Tde, O., Santos, C. A., Giugliani, E. R., & Vieira, G. O. Prevalence and factors associated with cracked nipples in the first month postpartum, *BMC Pregnancy Childbirth*. 2016; 16(1); 209.
35. Goyal, R. C., Banginwar, A. S., Ziyo, F., & Toweir, A. A. Breastfeeding practices: Positioning, attachment (latch-on) and effective suckling - A hospital-based study in Libya, *Journal Family Community Medicine*. 2011; 18(2); 74-79.