

## บทที่ 1

### บทนำ

#### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาอย่างเดียวมีความสำคัญและมีประโยชน์ต่อทั้งมารดาและทารก ซึ่งองค์การอนามัยโลก (World health organization [WHO], 1992) ได้ส่งเสริมให้ทารกได้รับนมมารดาอย่างเดียวตั้งแต่แรกเกิดถึง 6 เดือน (exclusive breastfeeding) และให้นมมารดาพร้อมกับอาหารเสริมตามวัยจนทารกอายุครบ 2 ปีหรือนานกว่า เนื่องจากนมมารดาอุดมไปด้วยสารอาหารที่ครบถ้วนเหมาะสมสำหรับความต้องการของทารก ย่อยและดูดซึมได้ง่าย ปลอดภัย มีภูมิคุ้มกันต่อการติดเชื้อของระบบทางเดินอาหาร และระบบทางเดินหายใจ ทำให้ทารกมีสุขภาพแข็งแรง สมบูรณ์ สามารถป้องกันโรคมุมิแพ้ได้ (Cunningham et al., 2005) นมมารดายังมีความสำคัญต่อการพัฒนาด้านอารมณ์ และด้านจิตใจของทารก เพิ่มสัมพันธภาพระหว่างมารดาและทารก (Alden, 2006) อีกทั้งมีประโยชน์ต่อมารดาทั้งด้านร่างกายและจิตใจ คือทางด้านร่างกาย ช่วยลดภาวะเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอดเนื่องจากเพิ่มการผลิตของฮอร์โมนออกซิโตซิน (oxytocin) ช่วยขับน้ำคาวปลา และช่วยให้มดลูกกลับสู่สภาพเดิมได้เร็วขึ้น ป้องกันการเกิดโรคมะเร็งรังไข่ มะเร็งเต้านม (Cunningham et al., 2005) และทำให้มารดารูปร่างสมส่วนเนื่องจากร่างกายมีการใช้ไขมันที่สะสมไว้ในระหว่างตั้งครรภ์มาผลิตเป็นน้ำนมให้บุตร (Stables & Rankin, 2005) สำหรับทางด้านจิตใจ การเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาทำให้เกิดความรักความผูกพันระหว่างมารดาและทารก มารดาสามารถพัฒนาและปรับตัวต่อพัฒนาการในการเป็นมารดาได้อย่างสมบูรณ์ และภาคภูมิใจในบทบาทการเป็นมารดา มีความรู้สึกที่ตนเองมีความสามารถในการปกป้องดูแลและให้การเลี้ยงดูบุตรได้ด้วยตนเอง รวมทั้งลดความเสี่ยงในการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดได้ (Harlow, Cohen, Otto, Spiegelman, & Cramer, 2004) นอกจากนี้ยังประหยัดเวลาในการเตรียมนมและประหยัดรายจ่ายในครอบครัว (Wong, Perry, Hockenberry, Lowdermilk, & Wilson, 2006)

จากความสำคัญและประโยชน์ของการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาที่มีต่อทั้งมารดาและทารกดังกล่าวข้างต้น กระทรวงสาธารณสุขจึงมีนโยบายให้โรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขทุกโรงพยาบาลต้องเข้าร่วมโครงการสายสัมพันธ์แม่ - ลูก โดยต้องการส่งเสริมให้มารดาเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาเพียงอย่างเดียวในมารดาหลังคลอดทุกราย โดยตั้งเกณฑ์ตัวชี้วัดในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและ

สังคมแห่งชาติฉบับที่ 10 (2550-2554) ให้มีอัตราการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาอย่างเดียวระยะ 6 เดือน ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 30 (คณะกรรมการจัดทำแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 10, 2550) แต่จากรายงานสำนักงานส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข (2553) ในปี พ.ศ. 2549 พ.ศ. 2551 และพ.ศ. 2552 พบว่าอัตราการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาอย่างเดียวระยะ 6 เดือน มีเพียงร้อยละ 15 ร้อยละ 24.5 และร้อยละ 29.6 ตามลำดับ ซึ่งนับว่ายังมีอัตราการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาต่ำกว่าเกณฑ์ที่ตั้งไว้

การเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาอย่างเดียวอาจจะไม่ประสบผลสำเร็จเนื่องด้วยปัญหาและอุปสรรคหลายประการ องค์การอนามัยโลก (WHO, 2009) ได้รวบรวมปัญหาและอุปสรรคในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาจนเป็นสาเหตุที่ต้องหยุดให้นมมารดา ปัญหาที่พบคือ อาการคัดตึงเต้านม เต้านมอักเสบ อาการเจ็บหัวนม และ น้ำนมน้อยหรือไม่เพียงพอ จากการศึกษาของมาติน กัลเนล และ สมิท (Martin, Gunnell, & Smith, 2005) พบว่าสาเหตุส่วนใหญ่ที่ทำให้มารดาหยุดให้นมบุตรเร็วกว่า 6 เดือน เกิดจากอาการคัดตึงเต้านม อาการเจ็บหัวนม และอาการเจ็บเต้านม นอกจากนี้ อาการคัดตึงเต้านม ยังเป็นสาเหตุนำไปสู่หัวนมแตก เต้านมอักเสบ และเต้านมเป็นฝี ทำให้มารดาเกิดความเจ็บปวดอย่างรุนแรง จนปฏิเสธการให้นมบุตรและทำให้เกิดอาการคัดตึงเต้านมอย่างรุนแรง ในที่สุดทำให้เกิดความล้มเหลวในการหลั่งของน้ำนม (Lawrence & Lawrence, 2005; WHO & UNICEF, 2009) จากการศึกษาของลีวอลล์และคณะ (Lewallen et al, 2006) พบว่าสาเหตุที่ทำให้มารดาหยุดให้นมบุตรเร็วกว่า 6 เดือน เกิดจากปัญหาเกี่ยวกับเต้านมหรือมีการเจ็บหัวนม คิดเป็น ร้อยละ 24.7 และการศึกษาในรัฐโตรอนโต ประเทศแคนาดาที่ศึกษาในมารดาหลังคลอดจำนวน 256 คนพบว่า ปัญหาพื้นฐานที่เป็นสาเหตุทำให้มารดาให้นมบุตรได้เพียงระยะ 1 เดือนแรกหลังคลอดคือ อาการคัดตึงเต้านมถึงร้อยละ 56 (Dennis, Hodnett, Gallop, & Chalmers, 2002) สำหรับในประเทศไทยพบอาการคัดตึงเต้านมใน 72 ชั่วโมงหลังคลอดในมารดาที่มีบุตรคนแรกมากถึงร้อยละ 40 (อังสนา วงศ์ศิริ และกรรมกร วจิตรสุคนธ์, 2550)

อาการคัดตึงเต้านมเกิดจากการคั่งของน้ำนมในถุงน้ำนม (alveolus) ถุงน้ำนมจะขยายใหญ่ขึ้นและกดท่อน้ำนมที่อยู่รอบๆ ลักษณะเช่นนี้ทำให้เกิดการอุดตันการไหลของน้ำนม การที่ถุงน้ำนมขยายใหญ่มากขึ้น ยังทำให้เกิดการอุดตันมากขึ้นด้วย หากน้ำนมไม่ถูกระบายออกจะนำไปสู่การคั่งค้าง (stasis) ของน้ำนมในถุงน้ำนมได้ การขยายตัวของท่อน้ำนมและถุงน้ำนมจากการอุดตันของท่อน้ำนม จะทำให้เกิดกลไกการป้อนกลับ (feedback mechanism) ทำให้มีการยับยั้งการสร้างและหลั่งของน้ำนม (Lawrence & Lawrence, 2005) โดยเฉพาะในมารดาที่มีบุตรคนแรกจะประสบปัญหาการคัดตึงเต้านมมากกว่ามารดาที่เคยมีบุตรแล้ว เนื่องจากมารดาที่มีบุตรคนแรกยังไม่เคยมีการสร้างน้ำนมเกิดขึ้น และไม่เคยมีประสบการณ์ของการเกิดปฏิกิริยาเล็ดดาวน์ (let down reflex) มาก่อน

น้ำนมจึงระบายออกมาได้ไม่ดี ประกอบกับการขาดความรู้และประสบการณ์ในการป้องกัน และการดูแลตนเองเมื่อมีอาการคัดตึงเต้านมเกิดขึ้น (WHO & UNICEF, 2009)

อาการคัดตึงเต้านมเป็นอาการที่พบได้บ่อยในระหว่างที่มีการสร้างน้ำนมมักเริ่มเกิดขึ้นในวันที่ 2 หลังคลอด และช่วงที่เต้านมคัดตึงมักเกิดในวันที่ 2-7 หลังคลอด อาการคัดตึงเต้านม ในมารดาหลังคลอดแบ่งได้เป็น 2 ชนิด คือ 1) การคัดตึงบริเวณลานนม (areolar engorgement) เป็นอาการคัดตึงของท่อน้ำนมบริเวณลานนม ทำให้ลานนมแข็งตึง หัวนมหดสั้นลง เมื่อทารกดูดนมมารดาไม่สามารถกลืนถึงบริเวณลานนมได้ ทำให้ทารกดูดเฉพาะหัวนม น้ำนมไม่ไหลออกมา ส่งผลให้ทารกไม่ได้รับนม และ 2) การคัดตึงทั่วบริเวณเต้านม (peripheral engorgement) มักเริ่มมีอาการคัดตึงในวันที่ 2 หลังคลอด เกิดจากการเพิ่มการไหลเวียนของเลือดและน้ำเหลืองบริเวณ ต่อมน้ำนม ซึ่งเป็นผลมาจากการเพิ่มขึ้นของฮอร์โมน โพรแลคติน (prolactin) ภายหลังกคลอด ส่งผลให้กระตุ้นการผลิตน้ำนมที่เซลล์ผลิตน้ำนม (alveoli) ซึ่งอยู่ภายในถุงน้ำนม ในระยะนี้จะมีการคั่งของน้ำที่เนื้อเยื่อโดยรอบเซลล์ผลิตน้ำนม ทำให้กดเบียดท่อน้ำนม น้ำนมไหลออกไม่ได้ เกิดอาการคัดตึงเต้านมขึ้น แต่ถ้าไม่ได้รับการช่วยเหลือจะทำให้อาการคัดตึงเต้านมเพิ่มมากขึ้น จนเกิดอาการคัดตึงที่รุนแรง ซึ่งมักเกิดในวันที่ 3-7 หลังคลอด (Lawrence & Lawrence, 2005) เป็นระยะที่มีการสร้างน้ำนมมาก และน้ำนมไม่ไ้ระบายออก ทำให้เกิดการคั่งของน้ำนม ถุงน้ำนมจะขยายใหญ่ขึ้นไปกดท่อน้ำนมเกิดอาการคัดตึงทั่วทั้งเต้านม เต้านมขยายใหญ่มากขึ้น แข็งตึง มองเห็นเส้นเลือดใต้ผิวหนังชัดเจน คลำจะรู้สึกร้อน กดเจ็บ มารดาอาจมีไข้ต่ำๆ (milk fever) ไข้จะลดลงภายใน 12-24 ชั่วโมง และบางรายอาจคลำพบต่อมน้ำเหลืองใต้รักแร้โต หัวนมจะโป่งตึงและถูกค้ำจุนให้หดสั้น มารดาจะมีอาการปวดเต้านมมาก เต้านมร้อน ผิวแดงเป็นมัน เต้านมจะมีลักษณะแข็ง กดเจ็บ และ ลานนมตึงแข็ง (สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2549; WHO & UNICEF, 2009)

อาการคัดตึงเต้านมจากการคั่งค้ำของน้ำนมในถุงน้ำนม เกิดจากหลายสาเหตุด้วยกันได้แก่ การที่มารดาเริ่มให้บุตรดูดนมช้าน้ำนมจึงคั่งค้ำอยู่ในถุงน้ำนม นาน นอกจากนี้ความวิตกกังวล ความเครียดของมารดาหรือความเจ็บปวดของมารดาในระยะหลังคลอด เช่น ปวดมดลูก เจ็บแผลฝีเย็บ ก็มีผลยับยั้งการเกิดปฏิกิริยาเลือดคาวน์ ส่งผลให้เซลล์กล้ามเนื้อรอบๆถุงน้ำนม หรือ ไมโอเอพิทีเลียลเซลล์ (myoepithelial cells) ไม่มีการหดตัว น้ำนมจึงไม่ถูกขับออกมาสู่ท่อน้ำนม เกิดการคั่งค้ำของน้ำนมในถุงน้ำนมทำให้มีอาการคัดตึงเต้านมเกิดขึ้น (Lawrence & Lawrence, 2005; WHO & UNICEF, 2009)

การป้องกันการเกิดอาการคัดตึงเต้านมในมารดาที่ให้นมบุตรใช้หลัก 4 จุด คือให้บุตร ดูดเร็ว ดูดบ่อย ดูดถูกวิธี และดูจนเกลี้ยงเต้า ดังนี้ 1) ดูดเร็ว หมายถึงการให้บุตรดูดนมมารดาโดยเร็วภายใน 30 นาที ถึงหนึ่งชั่วโมงหลังคลอด 2) ดูดบ่อย หมายถึงการที่มารดาให้บุตรดูดนมบ่อยๆอย่าง

สม่ำเสมอควรให้บุตรดูดนมมารดา 8-12 ครั้งในเวลา 24 ชั่วโมง และให้บุตรดูดนมมารดาได้ทุกครั้งตามความต้องการ 3) คุณลักษณะ หมายถึง การให้บุตรอมหัวนมให้ถูกต้อง (latch on) และทำในการให้นมของมารดาที่ถูกต้อง (positioning) คือ ลำตัวทารกอยู่ในแนวตรง ไม่งอหรือบิด ทารกหันหน้าเข้าหาเต้านมและคางของทารกชิดกับเต้านม ลำตัวของทารกแนบกับลำตัวของมารดา ลำตัวของทารกได้รับการโอบกอดจากมารดา (WHO & UNICEF, 2009) และ 4) คุณชนเกลี้ยงเต้า หมายถึงการให้ทารกดูดนมในแต่ละครั้งควรให้ดูดนมข้างใดข้างหนึ่งให้หมดก่อนแล้วจึงเปลี่ยนให้ทารกดูดอีกข้างหนึ่ง เนื่องจากถ้าทารกดูดนมจนเต้านมว่างจะทำให้ความดันภายในเต้านมลดลงทำให้ปริมาณเลือดมาเลี้ยงเต้านมมากขึ้นทำให้ปริมาณน้ำนมถูกสร้างเพิ่มขึ้น (Lawrence & Lawrence, 2005)

แนวทางในการจัดการอาการคัดตึงเต้านมที่เกิดขึ้น โดยการให้ทารกดูดระบายน้ำนมที่คั่งค้างออก หรือใช้มือบีบระบายน้ำนมออกมา เพื่อให้เต้านมอ่อนตัวลง มารดาได้รับความสุขสบายจากอาการคัดตึงเต้านมและอาการปวด (WHO & UNICEF, 2009) การประคบด้วยน้ำอุ่นจัดเพื่อให้หลอดเลือดขยายตัว หลังจากนั้นนวดเต้านมเบาๆ เป็นวงกลม แล้วบีบระบายน้ำนมออกจากเต้านม ควรประคบเต้านมด้วยความเย็นเพื่อบรรเทาความเจ็บปวด และลดอาการคัดตึงเต้านม นอกจากนี้การประคบเต้านมด้วยใบกะหล่ำปลีสดแช่เย็น สามารถลดอาการคัดตึงเต้านมและอาการปวดได้ (Lawrence & Lawrence, 2005)

โรงพยาบาลนครพิงค์ เป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ประจำจังหวัดเชียงใหม่ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข มีบริการฝากครรภ์ ห้องคลอด หลังคลอดและตึกพิเศษ เข้าร่วมโครงการสายสัมพันธ์แม่-ลูก ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2547 เพื่อส่งเสริมให้มารดาหลังคลอดทุกราย เลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาเพียงอย่างเดียว โดยมีแนวทางปฏิบัติบันได 10 ขั้นสู่ความสำเร็จในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา (Ten Steps to Successful Breastfeeding) ขององค์การอนามัยโลก (WHO, 1992) และโรงพยาบาลนครพิงค์ได้กำหนดนโยบายในการส่งเสริมการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาเพียงอย่างเดียวจนถึง 6 เดือนไว้ที่ร้อยละ 80 แต่จากสถิติในปี 2552-2553 พบว่าอัตราการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาเพียงอย่างเดียว 6 เดือน คิดเป็นร้อยละ 60.67 และ 66.29 ตามลำดับ (ศูนย์นมแม่โรงพยาบาลนครพิงค์, 2553) ซึ่งจะเห็นได้ว่าอัตราการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาเพียงอย่างเดียว 6 เดือนยังไม่เป็นไปตามเป้าหมายที่วางไว้จากการสำรวจของศูนย์ส่งเสริมการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา (2553) ในมารดาที่ให้นมบุตรจำนวน 856 ราย ตั้งแต่เดือนตุลาคม พ.ศ. 2552 ถึงเดือนกันยายน พ.ศ.2553 พบว่ามารดามีอาการคัดตึงเต้านม ร้อยละ 15.23 นอกจากนี้ผู้ศึกษาได้โทรศัพท์สอบถามมารดาให้นมบุตรที่เข้ารับดูแลในหอผู้ป่วยพิเศษ หลังคลอด โรงพยาบาลนครพิงค์ จำนวน 205 รายประสบปัญหาการคัดตึงเต้านมในช่วง 2 สัปดาห์แรกหลังคลอด คิดเป็นร้อยละ 11.71 (งานส่งเสริมการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา, 2553) หอผู้ป่วยพิเศษ หลังคลอด โรงพยาบาลนครพิงค์ ยังไม่มีความชัดเจนในการป้องกันอาการคัดตึงเต้านม แต่มีแนวทาง

ในการส่งเสริมการเลี้ยงบุตรด้วยนมมาราคือ ประเมินการเลี้ยงบุตรด้วยนมมาราคด้วย LATCH score พร้อมทั้งส่งเสริมหลักการดูดเร็ว ดูดบ่อยและดูดถูกวิธี เมื่อมารดาหลังคลอดมีอาการคัดตึงเต้านม ทางหอผู้ป่วยได้จัดการอาการคัดตึงเต้านม โดยพยาบาลผดุงครรภ์จะประคบด้วยความร้อนประมาณ 10 นาที หลังจากนั้นจะนวดเต้านมและบีบระบายน้ำนมออก หากอาการไม่ทุเลาจึงส่งมารดาไปที่ศูนย์นมแม่ของโรงพยาบาลนครพิงค์ แต่ยังคงพบว่ามารดาส่วนใหญ่มีอาการคัดตึงเต้านมจนทำให้บางรายล้มเลิกความตั้งใจในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา ด้วยเหตุผลดังกล่าวมาแล้ว ผู้ศึกษาจึงสนใจที่จะนำแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการป้องกันและการจัดการอาการคัดตึงเต้านมในมารดาที่ให้นมบุตรมาใช้ในโรงพยาบาลนครพิงค์

จากการการสืบค้นแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการป้องกันอาการคัดตึงเต้านมและการจัดการอาการคัดตึงเต้านม ที่มีการพัฒนาโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ จากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ สืบค้นด้วยมือ และติดต่อด้วยตนเองทางโทรศัพท์ พบว่ามีทั้งหมด 4 แนวปฏิบัติที่เป็นการปฏิบัติที่เป็นเลิศ (best practice guidelines) ได้แก่ 1) แนวปฏิบัติสำหรับการลดอาการคัดตึงเต้านมขององค์การอนามัยโลกและองค์การกองทุนเพื่อเด็กแห่งสหประชาชาติ (WHO & UNICEF, 2009) 2) แนวปฏิบัติสำหรับการลดอาการคัดตึงเต้านมของโรงพยาบาล The Royal Women's Hospital (James, 2004) 3) แนวปฏิบัติสำหรับการลดอาการคัดตึงเต้านม ของศูนย์นมแม่ (สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2549) 4) แนวปฏิบัติสำหรับการลดอาการคัดตึงเต้านมของศูนย์อนามัย เขต 10 จังหวัดเชียงใหม่ (ศูนย์อนามัยเขต 10 เชียงใหม่, 2552) และมีแนวปฏิบัติทางคลินิก 2 แนวปฏิบัติทางคลินิก คือ 1) แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการลดอาการคัดตึงเต้านมของประเทศแคนาดา (Hamelin, Corvino, Dowse, MacKay, & Kosie, 2005) และ 2) แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการป้องกันและการจัดการอาการคัดตึงเต้านมในมารดา หลังคลอดที่เลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาของโรงพยาบาลลำปาง (เพ็ญรุ่ง พิสิฐศุภมิตร, 2552) ผู้ศึกษาวิเคราะห์และทบทวนแนวปฏิบัติและแนวปฏิบัติทางคลินิกทั้ง 6 ฉบับ พบว่าแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการป้องกันและการจัดการอาการคัดตึงเต้านมในมารดา หลังคลอดที่เลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาของโรงพยาบาลลำปาง (เพ็ญรุ่ง พิสิฐศุภมิตร, 2552) มีวัตถุประสงค์และขั้นตอนแนวปฏิบัติที่มีกระบวนการในการพัฒนาถูกต้องตามหลักการพัฒนามาตามแนวคิดของหลักฐานเชิงประจักษ์ และทีมพัฒนามีความอิสระในการทำแนวปฏิบัติทางคลินิกเนื้อหาสาระครอบคลุมการป้องกันและจัดการในเรื่องอาการคัดตึงเต้านม และผ่านการทดลองใช้ที่โรงพยาบาลลำปาง และเมื่อนำมาประเมินคุณภาพโดยผู้เชี่ยวชาญทางด้านการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกโดยใช้เครื่องมือประเมินคุณภาพของแนวปฏิบัติสำหรับงานวิจัย (Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation [AGREE], 2001) ฉบับแปลเป็นภาษาไทยโดย จวีวรรณ ชงชัย (2547) พบว่าทุกหมวดมีคะแนนมากกว่าร้อยละ 50 แสดงว่า แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการป้องกันและ

การจัดการอาการคัดตึงเต้านมในมารดาหลังคลอดที่เลี้ยงบุตรด้วยนมมารดานั้นมีคุณภาพ และเหมาะสมในการนำไปใช้เป็นแนวปฏิบัติทางคลินิก

การนำแนวปฏิบัติทางคลินิกที่มีคุณภาพ ไปใช้ ต้องมีการใช้กรอบแนวคิดที่มีขั้นตอนที่ชัดเจน ง่ายต่อการเข้าใจ และการนำไปปฏิบัติ ดังนั้นผู้ศึกษาจึงเลือกใช้กรอบแนวคิดในการศึกษาตามขั้นตอนการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้ ที่พัฒนาโดยสมาคมพยาบาลออนทารีโอ (RNAO, 2002) มาใช้เป็นแนวทางในการศึกษาเกี่ยวกับประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการป้องกันและการจัดการอาการคัดตึงเต้านมในมารดาหลังคลอดที่เลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาของโรงพยาบาลลำปาง (เพ็ญรุ่ง พิสิฐศุภมิตร, 2552) ในหอผู้ป่วยพิเศษหลังคลอด โรงพยาบาลนครพิงค์ จังหวัดเชียงใหม่ ผู้ศึกษาคาดว่าการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกดังกล่าวจะทำให้เกิดผลลัพธ์ คือ จำนวนมารดาที่เกิดอาการคัดตึงเต้านม คะแนนอาการคัดตึงเต้านม และคะแนนความเจ็บปวดจากอาการคัดตึงเต้านมในมารดาที่ให้นมบุตรลดลง ส่งผลให้ประสบความสำเร็จในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา

### วัตถุประสงค์การศึกษา

เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการป้องกันและการจัดการอาการคัดตึงเต้านมในมารดาที่ให้นมบุตร โดย

1. เปรียบเทียบสัดส่วนมารดาที่เกิดอาการคัดตึงเต้านมระหว่างกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติและกลุ่มที่ได้รับการดูแลโดยใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก
2. เปรียบเทียบอาการคัดตึงเต้านมระหว่างกลุ่มมารดาที่ได้รับการดูแลตามปกติและกลุ่มที่ได้รับการดูแลโดยใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก
3. เปรียบเทียบความเจ็บปวดจากอาการคัดตึงเต้านมระหว่างกลุ่มมารดาที่ได้รับการดูแลตามปกติและกลุ่มที่ได้รับการดูแลโดยใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก
4. เปรียบเทียบอาการคัดตึงเต้านมในมารดาในกลุ่มที่ได้รับการดูแลโดยใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกระหว่างก่อนใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกและหลังใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก

## สมมติฐานการศึกษา

1. มารดาในกลุ่มที่ใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกมีสัดส่วนการเกิดอาการคัดตึงเต้านม น้อยกว่ามารดาในกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ
2. มารดาในกลุ่มที่ใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกมีคะแนนอาการคัดตึงเต้านมน้อยกว่ามารดาในกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ
3. มารดาในกลุ่มที่ใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกมีคะแนนความเจ็บปวดจากอาการคัดตึงเต้านมน้อยกว่ามารดาในกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ
4. มารดาในกลุ่มที่ได้รับการดูแลโดยใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกมีคะแนนอาการคัดตึงเต้านมหลังใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกน้อยกว่าก่อนใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก

## ขอบเขตการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มมารดาที่ได้รับการดูแลตามปกติกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลโดยใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกเพื่อศึกษาประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการป้องกันและการจัดการอาการคัดตึงเต้านมในมารดาที่ให้นมบุตรในหอผู้ป่วยพิเศษหลังคลอด โรงพยาบาลนครพิงค์ จังหวัดเชียงใหม่ ตามกรอบแนวคิดการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกของสมาคมพยาบาลอนุทารีโอ (RNAO, 2002) ทำการศึกษาระหว่าง เดือนธันวาคม พ.ศ. 2553 ถึงเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2554 และเดือนเมษายน พ.ศ. 2554 ถึงเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2554

## นิยามศัพท์

ประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการป้องกันและการจัดการอาการคัดตึงเต้านมในมารดาที่ให้นมบุตรหมายถึง ผลลัพธ์ที่เกิดจากการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการป้องกันและการจัดการอาการคัดตึงเต้านมในมารดาที่ให้นมบุตรในหอผู้ป่วยพิเศษหลังคลอด โรงพยาบาล นครพิงค์ จังหวัดเชียงใหม่ โดยประเมินจาก 1) สัดส่วนมารดาที่เกิดอาการคัดตึงเต้านม 2) อาการคัดตึงเต้านม ระหว่างกลุ่มที่ใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ 3) ความเจ็บปวดจากอาการคัดตึงเต้านมระหว่างกลุ่มที่ใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ และ 4) อาการคัดตึงเต้านมระหว่างก่อนและหลังการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก

**การใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก** หมายถึง กลยุทธ์ในการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้ตามกรอบแนวคิดในการศึกษาตามขั้นตอนการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้ (Clinical Practice Guideline Implementation Model) ที่พัฒนาโดยสมาคมพยาบาลอนุชาโร (RNAO, 2002) ซึ่งประกอบด้วย 6 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การคัดเลือกแนวปฏิบัติทางคลินิก 2) การระบุ วิเคราะห์ และการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง 3) การประเมินความพร้อมของสิ่งแวดล้อม 4) การตัดสินใจเกี่ยวกับกลยุทธ์ในการนำแนวปฏิบัติไปใช้ 5) การประเมินผลความสำเร็จ และ 6) การจัดทำงบประมาณหรือแหล่งประโยชน์ในการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้

**แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการป้องกันและการจัดการอาการคัดตึงเต้านมในมารดาที่ให้นมบุตร** หมายถึง ข้อความที่จัดทำโดยมีการวางแผนและกระทำอย่างเป็นขั้นตอน มีการควบคุมกำกับ และประเมินผลอย่างเป็นระบบจากหลักฐานเชิงประจักษ์ซึ่งระบุถึงแนวปฏิบัติเพื่อชี้แนะการตัดสินใจของผู้ปฏิบัติทางคลินิก ในเรื่องอาการคัดตึงเต้านมในมารดาที่ให้นมบุตร ในการศึกษาครั้งนี้ได้นำแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการป้องกันและการจัดการอาการคัดตึงเต้านมในมารดาหลังคลอดที่เลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาของโรงพยาบาลลำปาง พัฒนาโดย เพ็ญรุ่ง พิสิฐศุภมิตร (2552) มาใช้ประกอบด้วยเนื้อหาสาระ 6 องค์ประกอบดังนี้คือ 1) การพิทักษ์สิทธิ์ของมารดาหลังคลอดและจริยธรรม 2) การประเมินมารดาหลังคลอดในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา 3) การจัดการเพื่อป้องกันและลดอาการคัดตึงเต้านมในมารดาหลังคลอดที่เลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา 4) การให้ความรู้และทักษะเพื่อป้องกันและการจัดการอาการคัดตึงเต้านมในมารดาหลังคลอดที่เลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา 5) การดูแลต่อเนื่องเพื่อป้องกันและการจัดการอาการคัดตึงเต้านมในมารดาหลังคลอดที่เลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา 6) การติดตามและการพัฒนาคุณภาพการบริการ

**มารดาที่ให้นมบุตร** หมายถึง สตรีมีครรภ์ที่มาคลอดและได้รับการดูแลในหอผู้ป่วยพิเศษหลังคลอดโรงพยาบาลนครพิงค์ จังหวัดเชียงใหม่ และเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา เพียงอย่างเดียว รวมทั้งบุตรสุขภาพแข็งแรงไม่มีความพิการหรือผิดปกติใดๆ

**อาการคัดตึงเต้านม** หมายถึง ภาวะที่มีการกั่งของน้ำนม เลือดหรือน้ำเหลืองภายในเต้านมทำให้เต้านมขยายใหญ่ แข็งตึง ผิวหนังอาจมีสีแดง คลำจะรู้สึกกร้อน มองเห็นเส้นเลือดใต้ผิวหนังชัดเจน อาการคัดตึงเต้านมมี 2 ชนิดคือ 1) การคัดตึงบริเวณลานนม และ 2) การคัดตึงทั่วบริเวณเต้านม

**ระดับอาการคัดตึงเต้านม** หมายถึง อาการคัดตึงเต้านม ซึ่งประเมินจากเกณฑ์ประเมินภาวะคัดตึงเต้านมในมารดาที่ให้นมบุตรระหว่างวันที่ 2 ถึงวันที่ 5 หลังคลอดโดยประเมินจากระดับคะแนนอาการคัดตึงเต้านมแบบ Six-Point Breast Engorgement Scale (Hill & Humenick, 1994) แบ่งเป็น 6 ระดับ คือระดับ 1 เต้านมนุ่ม ไม่มีการเปลี่ยนแปลง ระดับ 2 เต้านมเปลี่ยนแปลงเล็กน้อย

ระดับ 3 ด้านมกัคตึง กคไม่เจ็บ ระดับ 4 ด้านมกัคตึงกคเจ็บเล็กน้อย ระดับ 5 ด้านมกัคตึง กคเจ็บ และระดับ 6 ด้านมกัคตึงมาก กคเจ็บมาก

**ระดับความเจ็บปวด** หมายถึง ความรุนแรงของอาการปวดจากการคัดตึงด้านม ประเมินโดยใช้แบบประเมินระดับความเจ็บปวด Lampang's pain tool (LPT) ชนิดมาตรวัดแบบตัวเลข (numerical rating scale) เป็นมาตรวัดที่กำหนดตัวเลขต่อเนื่องกันตลอด จาก 0-10 คะแนน โดยแบ่งเป็น 1 ช่องเท่ากัน เริ่มจาก คะแนน 0 หมายถึงไม่ปวดเลย คะแนน 1-3 หมายถึงปวดเล็กน้อย คะแนน 4-7 หมายถึงปวดปานกลาง และคะแนน 8-10 หมายถึงปวดรุนแรง

**การดูแลตามปกติ** หมายถึงการปฏิบัติกิจกรรมเกี่ยวกับการป้องกันและจัดการอาการ คัดตึงด้านมตามแนวทางที่ปฏิบัติกันเป็นประจำในหอผู้ป่วยพิเศษหลังคลอด โรงพยาบาลนครพิงค์ จังหวัดเชียงใหม่