

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการป้องกันและการจัดการอาการคัดตึงเต้านมในมารดาที่ให้นมบุตรในโรงพยาบาลนครพิงค์ จังหวัดเชียงใหม่ ผู้ศึกษาได้ทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ครอบคลุมในหัวข้อดังต่อไปนี้ คือ

1. การคัดตึงเต้านมในมารดาที่ให้นมบุตร
 - 1.1 กลไกและปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการสร้างและการหลั่งน้ำนม
 - 1.2 การคัดตึงเต้านมและสาเหตุของการคัดตึงเต้านม
 - 1.3 กลไกการเกิดอาการคัดตึงเต้านม
 - 1.4 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการคัดตึงเต้านม
 - 1.5 ผลกระทบของการคัดตึงเต้านม
 - 1.6 การป้องกันการคัดตึงเต้านม
 - 1.7 การจัดการอาการคัดตึงเต้านม
2. การประเมินอาการคัดตึงเต้านมและอาการปวด
3. แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการป้องกันและการจัดการอาการคัดตึงเต้านมในมารดาที่ให้นมบุตร
4. การปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์และการประเมินผล

การคัดตึงเต้านมในมารดาที่ให้นมบุตร

นมมารดาเป็นอาหารที่เหมาะสมที่สุดสำหรับการเลี้ยงดูบุตรในระยะแรกเกิดจนถึง 2 ขวบ โดยเฉพาะใน 6 เดือนแรก องค์การอนามัยโลกเล็งเห็นประโยชน์ของนมมารดาจึงได้ส่งเสริมและสนับสนุนให้มีการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาเพียงอย่างเดียว 6 เดือน (WHO, 2007) เนื่องจากนมมารดาประกอบไปด้วยสารอาหารที่จำเป็นในการเจริญเติบโตทั้งด้านร่างกายและสมอง เสริมสร้างภูมิคุ้มกันให้แก่ทารก นอกจากนี้ทำให้มารดาได้แสดงบทบาทการเป็นมารดาอย่างสมบูรณ์ (London, Ledewig, Ball, & Bindler, 2003) อีกทั้งทำให้ทารกมีพัฒนาการด้านอารมณ์ได้ดี



และสามารถปรับตัวอยู่ในสังคมที่เหมาะสมได้ (ศิริภรณ์ สวัสดิ์วร, กุสุมา ชูศิลป์ และกรรณการ์ บางสายน้อย, 2548) ความสำเร็จในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาอย่างเดียวนั้นขึ้นอยู่กับปัจจัยหลาย ประการ ทั้งปัจจัยด้านมารดา ได้แก่ ความสมบูรณ์ของการสร้างและการหลั่งน้ำนม การสนับสนุน ให้เลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาจากครอบครัว เป็นต้น ส่วนปัจจัยด้านทารก ได้แก่ ทารกมีสุขภาพ แข็งแรง และมีความพร้อมในการดูดนม เป็นต้น

กลไกและปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการสร้างและการหลั่งน้ำนม

เต้านมของสตรีมีการเจริญเติบโตและพัฒนาเริ่มตั้งแต่วัยอยู่ในครรภ์มารดา แต่หยุดการ เจริญเติบโตชั่วคราวภายหลังคลอด และเริ่มเจริญเติบโตอย่างสมบูรณ์เต็มที่เมื่อเข้าสู่วัยเจริญพันธุ์ จนสมบูรณ์เต็มที่ในช่วงเจริญพันธุ์ สรีรวิทยาและกายวิภาคของหัวนม เต้านม กลไกการสร้างและ หลั่งน้ำนม และกลไกการควบคุมของทารกมีดังต่อไปนี้

สรีรวิทยาของเต้านม หัวนม และลานนม

เต้านม (breast) ประกอบด้วย เนื้อเยื่อ (glandular tissue) เนื้อเยื่อไขมัน (adipose tissue) ซึ่งเป็นเนื้อเยื่อเกี่ยวพันที่เรียกว่า คูเปอร์ลิแกเมนต์ (cooper's ligaments) เต้านมจะมีพัฒนาการเมื่อ ได้รับการกระตุ้นเป็นระยะๆ จากฮอร์โมนเอสโตรเจน (estrogen) และ โพรเจสเตอโรน (progesterone) เมื่อเข้าสู่วัยเจริญพันธุ์ เอสโตรเจนทำให้มีการสะสมของไขมันซึ่งเป็นการเพิ่มขนาด ของเต้านม ภายในเต้านมมีต่อมน้ำนม (mammary gland) เป็นส่วนที่อยู่ชั้นใต้ผิวหนังบริเวณเต้านม ทำหน้าที่สร้างและหลั่งน้ำนม ต่อมน้ำนมแบ่งออกเป็นกลีบ (lobe) มีประมาณ 4-14 กลีบ เรียงแผ่ กระจายออกไปจากหัวนม แต่ละกลีบจะแบ่งออกเป็นกลีบเล็กๆ (lobules) ซึ่งภายในประกอบด้วย เซลล์สองชั้น คือเซลล์ชั้นใน มีถุงที่สร้างน้ำนม เรียกว่าถุงน้ำนม ภายในแต่ละถุงน้ำนมจะมี เซลล์ผลิตน้ำนมเรียงตัวโดยรอบ เซลล์ผลิตน้ำนมนี้จะเชื่อมต่อกันด้วยท่อเล็กๆ (ductules) ชั้นนอก เป็นไมโอเอพิทีเลียลเซลล์ ซึ่งเป็นเซลล์กล้ามเนื้อเรียงตัวประสานกันรอบถุงน้ำนมคล้ายตะกร้อ จะบีบตัวเมื่อได้รับการกระตุ้นจากออกซิโตซิน (oxytocin) ไมโอเอพิทีเลียลเซลล์นี้มีหน้าที่บีบ น้ำนมที่สร้างภายในเซลล์ผลิตน้ำนมให้ไหลออกจากถุงน้ำนมเข้าสู่ท่อเล็กๆ จากนั้นไหลเข้าสู่ท่อ น้ำนมและทอดไปเปิดที่ปลายหัวนม ช่วยให้น้ำนมไหลเข้าปากบุตร (Lawrence & Lawrence, 2005; Lauwer & Swisher, 2005)

หัวนม (nipple) เป็นส่วนที่นูนขึ้นมาเป็นรูปทรงกระบอก หรือรูปกรวยเล็กๆออกจาก ส่วนที่อยู่ต่ำกว่า จุดศูนย์กลางของพื้นที่ผิวหนังหน้าและของเต้านมเล็กน้อย ถือว่าเป็นส่วนที่อยู่ส่วน

ยอดที่สุดของ เต้านม มีลักษณะสีชมพู น้ำตาลอ่อน หรือน้ำตาลเข้ม ไวต่อความรู้สึก ในระยะตั้งครรรภ์ ระยะให้นมบุตร หรือระยะมีประจำเดือนจะเป็นปุ่มแข็งและนูนชัดเจนขึ้น ภายในหัวนมจะมีท่อน้ำนม (lactiferous duct) ประมาณ 7-10 ท่อ ทะลุผ่านและไปเปิดเป็นรูเล็กๆบนยอดของหัวนม (Lauwer & Swisher, 2005) สำหรับลานนม (areolus) อยู่รอบบริเวณฐานของหัวนม สีของผิวหนังบริเวณนี้จะเข้ม บริเวณลานนมจะมีปุ่มเล็กๆยื่นออกมา เนื่องจากมีต่อมข้างใต้ผิวหนังที่มีส่วนประกอบของไขมัน (sebaceous gland) และมีรูเปิดที่ผิวทำหน้าที่สร้างสารที่เป็นไขมันออกมาเคลือบผิวหนังบริเวณหัวนม ทำให้ลานนมไม่แห้ง (Lawrence & Lawrence, 2005)

การสร้างและการหลั่งน้ำนม

ในระยะการให้นมบุตรเต้านมจะมีการพัฒนาของเต้านม (mammogenesis) การสร้างและการหลั่งน้ำนม (lactogenesis and galactokinesis) ตามขั้นตอนต่างๆดังนี้

1. การพัฒนาของเต้านม เต้านมจะเจริญสมบูรณ์เต็มที่เมื่อเข้าสู่วัยเจริญพันธุ์ โดยรังไข่จะสร้างฮอร์โมนเอสโตรเจนซึ่งมีผลต่อการเจริญของท่อน้ำนมและโปรเจสเตอร์โรน มีผลต่อการเจริญเติบโตของระบบต่อมน้ำนม แต่การเจริญของเต้านมในระยะนี้จะไม่สามารถสร้างน้ำนมได้ จนกว่าจะมีการตั้งครรรภ์เกิดขึ้น ในระยะตั้งครรรภ์มีฮอร์โมนเอสโตรเจน โปรเจสเตอร์โรน และฮิวแมน พลาเซนตอล แลคโตเจน (human placental lactogen [HPL]) จากรกและฮอร์โมนโปรแลคติน ที่กระตุ้นเต้านมให้มีการขยายขนาดเพิ่มขึ้น ทั้งในส่วนของท่อน้ำนมและต่อมน้ำนม เพื่อเตรียมพร้อมสำหรับการสร้างและหลั่งน้ำนมในระยะหลังคลอด แต่จะยังไม่มีการสร้างน้ำนมแม้จะมีระดับฮอร์โมน โปรแลคตินสูงก็ตาม เนื่องจากอิทธิพลของฮอร์โมนเอสโตรเจนและโปรเจสเตอร์โรนจากรกที่มีระดับสูง จะยับยั้งกระบวนการสร้างน้ำนมไว้ อาจพบเพียงการสร้างโคลอสตรัมระยะแรก (precolostrum) เล็กน้อย ในระยะไตรมาสที่สองของการตั้งครรรภ์ (Lawrence & Lawrence, 2005)

2. การสร้างและการหลั่งน้ำนม

2.1 การสร้างน้ำนม

ในระยะตั้งครรรภ์ รกจะสร้างฮอร์โมนเอสโตรเจน โปรเจสเตอร์โรน และฮิวแมน พลาเซนตอล แลคโตเจน เพิ่มมากขึ้น และมีการสร้างฮอร์โมนโปรแลคติน แต่ยังไม่มีการสร้างน้ำนม แม้ว่าโปรแลคตินจะมีปริมาณมากก็ตาม เนื่องจากฮอร์โมนเอสโตรเจนและโปรเจสเตอร์โรนจากรกมีระดับสูงจะขัดขวางฤทธิ์ ของฮอร์โมนโปรแลคติน จึงไม่เกิดการสร้างน้ำนม การเพิ่มขึ้นของฮอร์โมนเอสโตรเจน โปรเจสเตอร์โรน และโปรแลคติน จะมีการทำงานร่วมกันกับฮอร์โมนจากต่อมพิทูอิทารีส่วนหน้า (anterior pituitary gland) ซึ่งมีบทบาทในการเจริญเติบโตของต่อมน้ำนม เพิ่มความสามารถในการหลั่งน้ำนมมากขึ้น เมื่อเต้านมขยายใหญ่ขึ้น ทำให้หัวนมมีขนาดใหญ่



และชุมชน ส่วนลานนมมีขนาดกว้างและลึกมากขึ้น (Lawrence & Lawrence, 2005) ภายหลังรกคลอด ระดับฮอร์โมนเอสโตรเจนกับโปรเจสเตอโรนลดลงอย่างรวดเร็ว ทำให้ฮอร์โมนโปรแลคตินไม่ถูกยับยั้ง ซึ่งฮอร์โมนโปรแลคตินจะทำงานได้ต้องเกิดจากการดูดกระตุ้นของทารก ในขณะที่ทารกดูดนมจะมีการกระตุ้นที่ปลายประสาทที่หัวนมและลานนมส่งกระแสประสาทไปตามไขสันหลัง (somatic afferent nerve) เข้าสู่สมองส่วนไฮโปทาลามัส (hypothalamus) ไม่ให้มีการหลั่งฮอร์โมนที่ยับยั้งการทำงานของโปรแลคติน (Stables & Rankin, 2005) และกระตุ้นต่อมพิทูอิทารีส่วนหน้าหลั่งโปรแลคติน ปริมาณโปรแลคตินที่สูงขึ้นจะไปกระตุ้นต่อมน้ำนมให้สร้างน้ำนม (prolactin reflex) ขณะทารกดูดนมระดับโปรแลคตินในเลือดจะสูงขึ้นอย่างรวดเร็ว และระดับโปรแลคตินจะสูงมากประมาณ 30 นาที หลังหยุดให้ทารกดูดนม นอกจากนี้พบว่าปริมาณโปรแลคตินจะถูกสร้างในเวลา กลางคืนมากกว่าในเวลากลางวัน สำหรับการสร้างน้ำนมแบ่งได้เป็น 3 ระยะคือ (Lauwer & Swisher, 2005; Stables & Rankin, 2005)

1) Lactogenesis I (secretory differentiation) เริ่มตั้งแต่ไตรมาสแรกของการตั้งครรภ์ ระยะนี้เยื่อผิวของต่อมน้ำนมพัฒนาเป็นเซลล์ที่มีความพร้อมในการสร้างน้ำนม เรียกว่า แลคโตไซท์ (lactocyte) เซลล์ชนิดนี้มีความสำคัญในการสร้างส่วนประกอบในน้ำนม (Lauwer & Swisher) เช่น น้ำตาลแลคโตส (lactose) และอัลฟา แลคโทลูมิน (alpha lactalbumin) ในระยะนี้ต่อมน้ำนมได้รับการกระตุ้นจากกลุ่มฮอร์โมนสำคัญที่ประกอบด้วย ฮอร์โมนเอสโตรเจน โปรเจสเตอโรน โปรแลคติน (Lawrence & Lawrence, 2005) และฮอร์โมนที่เกี่ยวกับการเผาผลาญของร่างกาย (metabolic hormone) อีกหลายชนิด แต่ยังไม่มีการสร้างน้ำนมออกมา เนื่องจากในระยะนี้มีระดับของฮอร์โมนโปรเจสเตอโรนสูง อาจจะเริ่มผลิตโคลอสตรัม (colostrums) ในปริมาณน้อย (Ackerman, 2005)

2) Lactogenesis II (secretory activation) เป็นระยะที่มีการผลิตและหลั่งน้ำนม มีการเปลี่ยนแปลงส่วนประกอบที่มีอยู่ในน้ำนมตามความต้องการของทารกแรกเกิด กลไกสำคัญที่มีผลต่อการหลั่งน้ำนมคือ การลดลงอย่างทันทีของฮอร์โมนโปรเจสเตอโรน ทำให้ฮอร์โมนโปรแลคตินไม่ถูกยับยั้ง (Lawrence & Lawrence, 2005) อย่างไรก็ตามฮอร์โมนโปรแลคติน และฮอร์โมนที่เกี่ยวกับการเผาผลาญของร่างกาย ยังมีบทบาทสำคัญต่อการสร้างโคลอสตรัม ซึ่งมีลักษณะเฉพาะ มีส่วนประกอบหลักคือ โปรตีน ที่มีผลในการป้องกันการติดเชื้อของเยื่อระบบทางเดินหายใจ และระบบทางเดินอาหารของทารก ซึ่งระยะนี้จะเริ่มในวันที่ 2-5 หลังคลอด (Lauwer & Swisher, 2005)

3) Lactogenesis III (galactopoiesis) ระยะนี้จะเกิดขึ้นประมาณวันที่ 8-10 หลังคลอด เป็นการคงสภาพให้มีการสร้างน้ำนมไว้ตลอด (maintenance of lactation) (WHO &



UNICEF, 2009) ระยะเวลาที่เกิดขึ้นโดยการทำงานของฮอร์โมนโพรแลคติน และออกซิโตซิน เป็นกระบวนการที่ทำให้มีน้ำนมเกิดทดแทนตลอดเวลาหลังจากที่ให้ทารกดื่มนมมารดาหมดแล้วโดยอาศัยการกระตุ้นจากแรงดูดของทารก คือเมื่อทารกดื่มนมมารดาจะเกิดแรงกระตุ้นส่งสัญญาณไปตามเส้นประสาทไปสู่อวัยวะหลังขั้วสมองที่ไฮโปทาลามัส ทำให้ต่อมใต้สมองสร้างและหลั่งฮอร์โมนโพรแลคตินออกมามากขึ้น ในระยะหลังคลอดระดับฮอร์โมนโพรแลคตินจะสัมพันธ์กับการดูดนมของทารก ซึ่งในระยะนี้ จะทำให้เกิดการสร้างน้ำนม และการหลั่งน้ำนม (oxytocin reflex) จากการดูดกระตุ้นของทารก (Lowdermilk & Perry, 2006)

2.2 กลไกการหลั่งน้ำนม

กลไกการหลั่งน้ำนมเกิดขึ้นเมื่อให้ทารกดูดนม การดูดนมของทารกเป็นตัวกระตุ้นเบื้องต้น (primary stimulus) เมื่อเซลล์ที่ทำหน้าที่ผลิตน้ำนมได้สร้างและหลั่งน้ำนมเข้าสู่ถุงน้ำนมแล้ว การที่จะให้น้ำนมไหลไปตามท่อน้ำนมและขับออกจากเต้านมได้นั้นต้องอาศัยกลไกการทำงานของประสาทและต่อมไร้ท่อ ที่เรียกว่าปฏิกิริยาเลือดคาวาน์ ปฏิกิริยานี้จะเริ่มเกิดขึ้นเมื่อทารกดูดที่หัวนมและลานนมของมารดา ซึ่งบริเวณนี้จะมีเส้นประสาทมาเลี้ยงมากมาย การสัมผัสที่หัวนมและลานนมระหว่างการดูดของทารกจะเป็นผลให้กระแสประสาทวิ่งไปตามไขสันหลังไปสู่อไฮโปทาลามัส กระแสประสาทจากไฮโปทาลามัส จะไปกระตุ้นต่อมพิทูอิทารีส่วนหลัง (posterior pituitary gland) ให้มีการหลั่งฮอร์โมนออกซิโตซินเข้าสู่กระแสเลือดเป็นจังหวะสม่ำเสมอในขณะที่ทารกดูดนม และกระตุ้นให้ไมโอเอพิทีเลียลเซลล์ที่อยู่รอบๆถุงน้ำนมบีบตัว ขับน้ำนมที่ขังอยู่ในถุงน้ำนมไหลออกจากท่อสู่รูเปิดที่บริเวณหัวนม เมื่อทารกดูดบริเวณลานนม น้ำนมก็จะไหลออกจากท่อน้ำนม (Lauwer & Swisher, 2005)

การทำหน้าที่ของปฏิกิริยาเลือดคาวาน์ จึงมีความสำคัญเพราะทำให้น้ำนมถูกขับออกจากถุงน้ำนมจึงทำให้เต้านมว่าง นอกจากปฏิกิริยาเลือดคาวาน์จะเกิดจากการดูดกระตุ้นของทารกบริเวณหัวนมและลานนมของมารดาแล้ว การที่มารดาคิดถึงบุตร สัมผัสหรืออุ้มบุตร มองเห็นบุตร ได้ยินเสียงบุตรร้อง หรือได้กลิ่นเฉพาะของบุตร อาจทำให้น้ำนมไหลก่อนเวลาให้นมบุตร โดยจะรู้สึกเจ็บคล้ายกับถูกของแหลมหรือเข็มทิ่มในเต้านม และสังเกตเห็นได้ว่ามีน้ำนมหยดออกมา หรือระหว่างที่ให้นมบุตรข้างหนึ่งอีกข้างหนึ่งอาจมีน้ำนมหยดออกได้ (Alden, 2006) ปฏิกิริยาเลือดคาวาน์ จะถูกยับยั้งได้ง่าย เช่น มารดามีความเครียด วิตกกังวล เป็นต้น มีผลทำให้น้ำนมไหลน้อยลงได้ (Litterton & Engebretson, 2005; WHO & UNICEF, 2009)

2.3 การหลั่งน้ำนมอย่างต่อเนื่อง

การหลั่งน้ำนมอย่างต่อเนื่องจะถูกควบคุมโดยฮอร์โมนโพรแลคติน ซึ่งจะสูงขึ้นในช่วงตั้งครรภ์และสูงสุดในระยะคลอด ในระยะเจ็บครรภ์ถี่ (active phase) ฮอร์โมนโพรแลคตินจะ

เริ่มลดลงอย่างรวดเร็ว และจุดที่ลดต่ำที่สุดคือช่วง 2 ชั่วโมงก่อนคลอด และทันทีที่รกคลอด ระดับของฮอร์โมนโปรแลคตินจะเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วจนถึงระดับสูงสุดคือใน 2 ชั่วโมงหลังคลอด หลังจากนั้นจะลดลงในช่วง 5 ชั่วโมง และเมื่อทารกได้ดูดนมมารดา ระดับของโปรแลคตินจะมีการขึ้นลงอย่างสม่ำเสมอในช่วง 16 ชั่วโมงต่อมา การควบคุมของทารกเป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดความคงที่ของการหลั่งฮอร์โมนโปรแลคตินในระยะหลังคลอด (Lawrence & Lawrence, 2005) ถ้าหากมารดาไม่ให้ทารกดูดนม ระดับฮอร์โมนโปรแลคตินจะลดลงสู่ระดับปกติในสัปดาห์ที่ 2-3 หลังคลอด ส่งผลให้น้ำนมแห้งหรือน้ำนมไม่เพียงพอ ดังนั้นการที่มารดาให้ทารกดูดนมจะเป็นการกระตุ้นให้มีการหลั่งของฮอร์โมนโปรแลคตินและเมื่อให้ทารกดูดนมบ่อยระดับโปรแลคตินในเลือดจะสูงขึ้นจนมากพอที่จะกระตุ้นให้ต่อมน้ำนมเริ่มต้นการสร้างน้ำนมได้ใหม่ (WHO & UNICEF, 2009) จำนวนน้ำนมที่สร้างขึ้นในถุงน้ำนมแต่ละครั้งจะมากหรือน้อย ขึ้นอยู่กับจำนวนน้ำนมที่ถูกขับออกมา น้ำนมถูกขับออกมา เต้านมจะว่างทำให้ความดันภายในเต้านมลดลง ปริมาณเลือดในเส้นเลือดฝอยที่มาเลี้ยงเซลล์ผลิตน้ำนมจะเพิ่มสูงขึ้น น้ำนมจึงถูกสร้างเพิ่มมากขึ้น ในด้านตรงกันข้ามถ้าหากน้ำนมภายในถุงน้ำนมไม่ถูกขับออก หรือขับออกไม่หมด จะทำให้มีการคั่งค้างของน้ำนมภายในเต้านม การสร้างน้ำนมจะน้อยลง ดังนั้นการสร้างน้ำมนนอกจากสัมพันธ์กับการหลั่งของฮอร์โมนโปรแลคตินแล้ว ยังเกี่ยวข้องกับการขับน้ำนมออกจากเต้านมด้วย (Lawrence & Lawrence, 2005)

กลไกการควบคุมของทารก

การควบคุมของทารกที่มีประสิทธิภาพ ต้องอาศัยการทำงานของฮอร์โมนและการทำงานร่วมกันของปาก เหงือก ลิ้น และริมฝีปากของทารกกับ เต้านม ลานนมของมารดา ขณะทารกดูดนม มารดาจะเกิดปฏิกิริยาดังนี้

1. ปฏิกิริยาการสัมผัส (rooting reflex) เป็นปฏิกิริยาที่ส่งเสริมให้เกิดการอมหัวนม (latch on) โดยขณะเริ่มให้นมถ้ามารดาใช้หัวนมสัมผัสที่ริมฝีปากล่างของทารก ทารกจะเริ่มอ้าปากกว้างและอมหัวนมเข้าไปได้ลึกโดยเหงือกของทารกกดบนลานนมบริเวณตำแหน่งที่อ้าปาก และลิ้นอยู่ใต้ลานนม (WHO & UNICEF, 2009)

2. ปฏิกิริยาการดูด (sucking reflex) เมื่อเหงือกของทารกกดลานนมแนบกับเพดานปาก หัวนมจะกระตุ้นปฏิกิริยาการดูด ที่เพดานปาก ทารกเริ่มดูดนม ขณะที่ดูดนมลิ้นจะเคลื่อนไหวจากด้านในของลานนมมาสู่ภายนอก แรงดูดจะดึงหัวนมและลานนมลึกเข้าไปในปากเพิ่มขึ้น ทำให้หัวนมมีรูปทรงใหม่คือยืดยาวขึ้น ทารกจะยืดหัวนมนี้ไว้ในปาก การดูดของทารกเป็นจุดเริ่มต้นสำคัญที่ทำให้เกิดปฏิกิริยาเสียดาวน ทำให้มีน้ำนมหลังเข้าปากทารก (WHO & UNICEF, 2009)

3. ปฏิกิริยาการกลืน (swallowing reflex) ขณะดูดนมจะเกิดคลื่นจากการหดตัวของกล้ามเนื้อจากปลายลิ้น ไปสู่โคนลิ้น คลื่นที่ปลายลิ้นจะกดท่อน้ำนมกับเพดานปากไล่น้ำนมให้ผ่าน

ท่อน้ำนมให้ไหลเข้าสู่ช่องปากทางด้านหลังกระตุ้นปฏิกิริยาการกลืนโดยอาศัยการปิดเปิดของเพดานอ่อน เพื่อปิดแยกทางเดินหายใจและมีการเคลื่อนลงของขากรรไกรล่างหลังกลืน (WHO & UNICEF, 2009)

ดังนั้นการจะส่งเสริมให้มารดาประสบความสำเร็จในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดานั้นพยาบาลผดุงครรภ์ จึงมีบทบาทสำคัญในการให้ความรู้และคำแนะนำแก่มารดา โดยส่งเสริมให้เกิดการสร้างและการหลั่งน้ำนมตามกลไกที่เกิดขึ้นเพื่อให้มารดามีน้ำนมเพียงพอต่อความต้องการของบุตร และป้องกันปัญหาจากการให้นมบุตรเช่นอาการคัดตึงเต้านม

การคัดตึงเต้านมและสาเหตุของการคัดตึงเต้านม

การคัดตึงเต้านม

การคัดตึงเต้านม เป็นภาวะที่มีการคั่งของน้ำนม เลือด หรือน้ำเหลืองภายในเต้านมทำให้เกิดอาการคัดตึงเต้านม จะมีเต้านมขยายใหญ่ แข็งตึง ผิวหนังอาจมีสีแดง คลำดูจะรู้สึกร้อน มองเห็นเส้นเลือดใต้ผิวหนังชัดเจน ส่วนใหญ่แล้วจะเกิดขึ้นที่บริเวณส่วนบนทางด้านนอกของเต้านมทั้งสองข้างและอาจจะขยายออกไปจนถึงบริเวณรักแร้ (สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2549; WHO & UNICEF, 2009) อาการคัดตึงเต้านมพบได้บ่อยในระบะที่มีการสร้างน้ำนมมักเริ่มเกิดขึ้นในวันที่ 2 หลังคลอด และช่วงที่เต้านมคัดตึงมักเกิดในวันที่ 2-7 หลังคลอด เกิดจากการเปลี่ยนแปลงของระดับฮอร์โมนในร่างกายหลังรกลคลอด หากไม่ได้รับการดูแลกระตุ้นจากทารก อาการคัดตึงเต้านมจะรุนแรงขึ้น เนื่องจากการยับยั้งการเกิดปฏิกิริยาเลือดคาวหรือปฏิกิริยาเลือดคาวทำงานไม่เต็มที่ เป็นผลให้ไมโอเอพิทิลเลียลเซลล์ไม่มีการบีบตัว น้ำนมจึงไม่ถูกขับออกมาสู่ท่อน้ำนม และสะสมคั่งค้างอยู่ในถุงน้ำนม ทำให้มีอาการคัดตึงเต้านมเกิดขึ้น (Lawrence & Lawrence, 2005)

อาการคัดตึงเต้านมแบ่งออกเป็น 2 ชนิด 1) การคัดตึงบริเวณลานนม เป็นอาการคัดตึงของท่อน้ำนมบริเวณลานนม ทำให้ลานนมแข็งตึง หัวนมจะโป่งตึง และถูกดึงรั้งให้หดสั้น เมื่อทารกดูดนมมารดาไม่สามารถคลึงถึงบริเวณลานนมได้ ทำให้ทารกดูดเฉพาะหัวนม น้ำนมไม่ไหลออกมา ส่งผลให้ทารกไม่ได้รับนม และ 2) การคัดตึงทั่วบริเวณเต้านม มักเริ่มมีอาการคัดตึงในวันที่ 2 หลังคลอด เกิดจากการเพิ่มการไหลเวียนของเลือดและน้ำเหลืองบริเวณ ต่อม้ำนม ซึ่งเป็นผลมาจากการเพิ่มขึ้นของฮอร์โมนโพรแลคติน ส่งผลให้กระตุ้นการผลิตน้ำนมที่เซลล์ผลิตน้ำนม ซึ่งอยู่ภายในถุงน้ำนม ในระยะนี้จะมีการคั่งของน้ำที่เนื้อเยื่อโดยรอบเซลล์ผลิตน้ำนม ทำให้กดเบียดท่อน้ำนม น้ำนมไหลออกมาไม่ได้ เกิดอาการคัดตึงเต้านมขึ้น แต่ถ้าไม่ได้รับการช่วยเหลือจะทำให้

อาการคัดตึงเต้านมเพิ่มมากขึ้น จนเกิดอาการคัดตึงที่รุนแรง ซึ่งมักเกิดในวันที่ 3-7 หลังคลอด (Lawrence & Lawrence, 2005) เป็นระยะที่มีการสร้างน้ำนมมาก และน้ำนมไม่ไ้ระบายออก ทำให้เกิดการคั่งของน้ำนม ถุงน้ำนมจะขยายใหญ่ขึ้นไปกดท่อน้ำนมเกิดอาการคัดตึงทั่วทั้งเต้านม เต้านมขยายใหญ่มากขึ้น แฉ่งตึง มองเห็นเส้นเลือดใต้ผิวหนังชัดเจน คลำจะรู้สึกก้อน กดเจ็บ มารดา อาจมีไข้ต่ำๆ ไข้จะลดลงภายใน 12-24 ชั่วโมง และบางรายอาจคลำพบต่อมน้ำเหลืองใต้รักแร้ได้ หัวนมจะโป่งตึงและถูกดึงรั้งให้หดสั้น มารดาจะมีอาการปวดเต้านมมาก เต้านมร้อน ผิวแดงเป็นมัน เต้านมจะมีลักษณะแข็ง กดเจ็บ และ ลานนมตึงแข็ง (สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2549; WHO & UNICEF, 2009)

สาเหตุของการคัดตึงเต้านม

การคัดตึงเต้านมเป็นปัญหาที่พบได้บ่อยในมารดาหลังคลอด หากไม่ได้รับการแก้ไขจะทำให้มีอาการคัดตึงเต้านมรุนแรงมากขึ้น ซึ่งเชื่อว่าเกิดจาก 3 สาเหตุสำคัญดังต่อไปนี้ (Lawrence & Lawrence, 2005)

1. การคั่งของเลือดและน้ำเหลืองที่มาเลี้ยงบริเวณเซลล์ผลิตน้ำนม อาการคัดตึงเต้านมในระยะแรกนี้ มักเกิดขึ้นเพียงชั่วคราวในระยะวันที่ 2 หลังคลอด ซึ่งเป็นผลมาจากการเพิ่มขึ้นของฮอร์โมนโพรแลคตินภายหลังรกคลอด ส่งผลให้เกิดการกระตุ้นการผลิตน้ำนมที่ต่อมน้ำนม

2. การเพิ่มของปริมาณน้ำนม ซึ่งอาการคัดตึงเต้านมระยะนี้ เป็นผลมาจากการเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมนภายหลังรกคลอด ทำให้ระดับฮอร์โมนโพรแลคตินเพิ่มขึ้น ทำให้เซลล์ผลิตน้ำนมเพิ่มขึ้นภายในต่อมน้ำนม

3. การคั่งของเลือด น้ำเหลือง และน้ำนม ที่บริเวณเซลล์ผลิตน้ำนม ทำให้เกิดการอุดตันน้ำนมในถุงน้ำนมไม่สามารถระบายออกมาได้ เป็นสาเหตุทำให้มีอาการคัดตึงเต้านมกระจายไปทั่วทั้งเต้านม ปรากฏอาการในวันที่ 3-7 หลังคลอด (Lawrence & Lawrence, 2005) สาเหตุที่มีการคั่งค้ำของน้ำนมในถุงน้ำนมเกิดจากในระยะนี้ มีการสร้างน้ำนมอย่างเต็มที่เมื่อมารดาเริ่มให้ทารกดูดนมช้ ส่งผลให้ปฏิกิริยาเสียดทานเกิดขึ้นซ้ำ น้ำนมจึงคั่งค้ำอยู่ในถุงน้ำนมนานทำให้ถุงน้ำนมขยายใหญ่ขึ้น นอกจากนี้ ความเครียดหรือความเจ็บปวดของมารดา เช่นในระยะหลังคลอด ปวดมดลูก เจ็บแผลฝีเย็บ หรือในมารดาครรภ์แรกซึ่งไม่เคยให้นมบุตรมาก่อนต้องอาศัยเวลาที่มากพอจึงจะทำให้เกิดการทำงานของปฏิกิริยาสะท้อนเสียดทาน ทำให้ปฏิกิริยาเสียดทานทำงานไม่เต็มที่ จึงทำให้เกิดอาการคัดตึงเต้านมได้ (สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2549)

สรุปได้ว่าอาการคัดตึงเต้านมเกิดจาก การคั่งของเลือดและน้ำเหลืองจากการเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมนภายหลังรกคลอด แต่ถ้าไม่ได้รับการกระตุ้นจากการดูดของทารก จะทำให้เกิดอาการคัดตึงเต้านมที่รุนแรงขึ้น คือปริมาณน้ำนมที่ถูกขับออกน้อยกว่าปริมาณน้ำนมที่ถูก

สร้างขึ้นทั้งนี้เพราะมีปัจจัยต่าง ๆ ได้แก่ การที่มารดาเริ่มให้บุตรดื่มนมช้า การดูดที่ไม่สม่ำเสมอของทารกจนทำให้มีการค้างค้ำของน้ำนมในถุงน้ำนมนานเกินไปในแต่ละมื้อ ทำให้มีอาการคัดตึงเต้านมเกิดขึ้นได้

กลไกการเกิดอาการคัดตึงเต้านม

มารดาหลังคลอดมักมีอาการคัดตึงเต้านมเกิดขึ้น ซึ่งอาการคัดตึงเต้านมนี้ แบ่งได้เป็น 2 ระยะ คือ อาการคัดตึงเต้านมในระยะแรก เกิดจากการเพิ่มของฮอร์โมนภายหลังรกลคลอด ซึ่งภายหลังรกลคลอด ระดับฮอร์โมนเอสโตรเจนกับโพรเจสเตอโรนลดลงอย่างรวดเร็ว ทำให้ฮอร์โมนโพรแลคตินไม่ถูกยับยั้ง ซึ่งฮอร์โมนโพรแลคตินจะทำงานได้ต้องเกิดจากการดูดกระตุ้นของทารก ในขณะที่ทารกดื่มนมจะมีการกระตุ้นที่ปลายประสาทที่หัวนมและลานนมส่งกระแสประสาทไปตามไขสันหลัง เข้าสู่สมองส่วนไฮโปทาลามัส ไม่ให้มีการหลั่งฮอร์โมนที่ยับยั้งการทำงานของโพรแลคติน และกระตุ้นต่อมพิทูอิทารีส่วนหน้า หลังโพรแลคติน ปริมาณโพรแลคตินที่สูงขึ้นจะไปกระตุ้นต่อมน้ำนมให้สร้างน้ำนม จึงส่งผลให้มารดาหลังคลอดมีอาการคัดตึงเต้านมเกิดขึ้น แต่ถ้าอาการคัดตึงเต้านมในระยะนี้ไม่ได้รับการแก้ไขโดยการกระตุ้นให้ทารกดื่มนมก็จะทำให้อาการคัดตึงเต้านมรุนแรงยิ่งขึ้น (Lauwer & Swisher, 2005; Stables & Rankin, 2005) ส่วนอาการคัดตึงเต้านมระยะหลัง เกิดจากการค้างของเลือด น้ำเหลือง และน้ำนม ที่บริเวณเซลล์ผลิตน้ำนม ทำให้ปริมาณน้ำนมเพิ่มขึ้น ถ้าไม่ได้รับการกระตุ้นจากการดูดของทารก น้ำนมในถุงน้ำนมไม่สามารถระบายออกมาได้จะทำให้เกิดอาการคัดตึงเต้านมรุนแรงขึ้น ดังนั้นกลไกการเกิดอาการคัดตึงเต้านมระยะนี้ เกิดจากการเกิดความล้มเหลวของปฏิกิริยาเลือดคาวน์ เนื่องจากปฏิกิริยาเลือดคาวน์ จะกระตุ้นให้มีการหลั่งของออกซิโทซิน จึงกระตุ้นไมโอเอพิทีเลียลเซลล์ที่อยู่รอบๆ ถุงน้ำนมให้มีการบีบตัวของถุงน้ำนมและขับน้ำนมที่ขังอยู่ในถุงน้ำนมไหลออกจากท่อออกสู่รูเปิดที่บริเวณหัวนม ทำให้ไม่มีการค้างค้ำของน้ำนมในท่อน้ำนม (Scantamburlo, Anseau, & Geenen, 2009) แต่ในทางตรงข้าม ถ้าเกิดความล้มเหลวของปฏิกิริยาเลือดคาวน์ ทำให้มีการหลั่งของฮอร์โมนออกซิโทซินลดลง ส่งผลให้ไมโอเอพิทีเลียลเซลล์ไม่มีการบีบตัว จึงไม่มีการบีบตัวของถุงน้ำนม ส่งผลให้เกิดอาการคัดตึงเต้านมได้ (Lawrence & Lawrence, 2005)

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการคัดตั้งเต้านม

อาการคัดตั้งเต้านม เป็นอาการที่เกิดขึ้นได้บ่อยในระยะหลังคลอดที่ร่างกายเริ่มมีการสร้างน้ำนม ซึ่งเกิดจากปัจจัยต่างๆที่มีผลทำให้การหลั่งของออกซิโทซินลดลง และเป็นอุปสรรคของการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา (นันทนา ธนาโนวรรณ และภัสสรฯ หากุหลาบ, 2550) ปัจจัยที่สำคัญที่มีอิทธิพลต่ออาการคัดตั้งเต้านมได้แก่

1. ปัจจัยด้านมารดา

1.1 มารดาที่มีความผิดปกติของหัวนม เช่น หัวนมแบนหรือหัวนมบวม มีผลต่อความสามารถในการดูดของทารกซึ่งเป็นการกระตุ้นให้เกิดปฏิกิริยาเลือดคาวน์ เพื่อให้มีการผลิตน้ำนมเพิ่มขึ้น แต่ถ้าขาดการกระตุ้นหัวนมอย่างเพียงพอ การสร้างและการหลั่งน้ำนมจะลดลงได้ (สุอารีย์ อินตระการ, 2548)

1.2 ความเจ็บปวดจากการคลอด เช่น การเจ็บแผลฝีเย็บ การปวดแผลจากการผ่าตัดคลอด ความไม่สุขสบายจากการใส่สายสวนคาปีสภาวะและการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ การอ่อนเพลียของมารดาในระยะหลังคลอด ทำให้มารดาเริ่มกระตุ้นให้บุตรดูดนมล่าช้าออกไป (นันทนา ธนาโนวรรณ และภัสสรฯ หากุหลาบ, 2550) มีการศึกษาพบว่า มารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอด มีอัตราการเกิดอาการคัดตั้งเต้านมสูงกว่ามารดาที่คลอดตามปกติ (Hsien & Long, 2011)

1.3 ความวิตกกังวล หรือความเครียด มีอิทธิพลต่อการสร้างและการหลั่งน้ำนมอย่างมาก เพราะความไม่สมดุลทางด้านอารมณ์ ความเครียด และความวิตกกังวล มีผลต่อการเกิดปฏิกิริยาเลือดคาวน์ (Lawrence & Lawrence, 2005) จากรายงานการศึกษาพบว่า มารดาที่ขาดความมั่นใจในการให้นมบุตรอันเนื่องมาจากประสบการณ์ความล้มเหลวในการให้นมบุตร หรือขาดความตระหนักรู้ในสมรรถนะแห่งตน (self-efficacy) ส่งผลให้เกิดความล้มเหลวในการให้นมบุตรได้ (Haku, 2007) นอกจากนี้ยังพบว่า มารดาที่มีความเครียดจะมีการหลั่งคอร์ติโคสเตอโรน (corticosterone) ซึ่งส่งผลต่อระบบต่อมไร้ท่อที่ควบคุมโดยสมองส่วนไฮโปทาลามัส ทำให้มีการหลั่งของฮอร์โมนออกซิโทซินลดลง ส่งผลให้เกิดอาการคัดตั้งเต้านมได้ (Scantamburlo, Ansseau, & Geenen, 2009)

2. ปัจจัยด้านทารก

การหลั่งของฮอร์โมนออกซิโทซิน จะถูกควบคุมโดยการกระตุ้นที่ถูกต้องจากการดูดนมของทารก การเริ่มให้ทารกดูดนมภายในครึ่งชั่วโมงแรกภายหลังคลอด ความถี่ในการให้นมแต่ละครั้ง และแรงดูดที่เหมาะสมของทารก จะช่วยกระตุ้นให้เกิดปฏิกิริยาเลือดคาวน์ส่งผลต่อการหลั่งออกซิโทซิน (Lawrence & Lawrence, 2005) การเริ่มดูดนมครั้งแรกของทารกเริ่มได้ช้าเนื่องจาก

ทารกมีอาการง่วงซึมจากการที่มารดาได้รับยาระงับความเจ็บปวดในระยะคลอด ฤทธิ์ของยาทำให้ทารกง่วงซึมหรือปฏิกิริยาตอบสนองลดลง (Crenshaw, 2007) นอกจากนี้ทารกที่มีความผิดปกติ เช่น ทารกที่คลอดก่อนกำหนด หรือมีความผิดปกติของเพดานและริมฝีปาก ทารกได้รับอันตรายจากการคลอดต่างๆ ทารกมีภาวะขาดออกซิเจนในระยะแรกคลอด มีภาวะคาว์นซินโดรม ทำให้ไม่สามารถดูดนมมารดาได้หรือดูดนมน้อย ทำให้ปฏิกิริยาเสียดทานทำงานได้ไม่เต็มที่ น้ามนจึงถูกผลิตและขับออกมาได้น้อย (นันทนา ธนาโนวรรณ และภัสสรวิศา หากุลลาภ, 2550) จึงส่งผลให้มารดาเกิดอาการคัดตึงเต้านมได้

3. ปัจจัยด้านนโยบายและบุคลากร

การที่สถานบริการสุขภาพ มีนโยบายส่งเสริมการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา และบุคลากรทางด้านสุขภาพมีความรู้ มีทักษะ จะนำไปสู่ความสำเร็จในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา ในทางตรงข้าม หากมารดาไม่ได้รับคำแนะนำการส่งเสริมการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาอย่างถูกต้องเหมาะสมจากบุคลากรทางด้านสุขภาพ โดยเฉพาะผดุงครรภ์ขั้นสูง อาจเกิดปัญหาในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา เช่น อาการคัดตึงเต้านม หรือหวั่นมแตก ส่งผลให้ประสบการณ์ล้มเหลวในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา จากการศึกษาพบว่า หากบุคลากรในหน่วยงาน มีความรู้ ทักษะ และทัศนคติที่ดี และตระหนักถึงความสำคัญในนโยบายของหน่วยงาน จะส่งผลให้ประสบผลสำเร็จในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาได้ (Haines, Kuruvilla, & Borchert, 2004)

ผลกระทบของการคัดตึงเต้านม

อาการคัดตึงเต้านมเป็นปัญหาที่เกิดขึ้นในมารดาที่ให้นมบุตรและส่งผลให้มารดาอาจล้มเลิกความตั้งใจที่ให้นมบุตร ซึ่งอาการคัดตึงเต้านมส่งผลกระทบต่อทั้งมารดาและทารกดังนี้

1. ผลกระทบต่อมารดา

1.1 ทำให้ปริมาณน้ำนมลดลง เนื่องจากเมื่อมีการคั่งของน้ำนมในถุงน้ำนม ถุงน้ำนมจะขยายใหญ่ขึ้นและกดท่อเล็กๆที่อยู่รอบๆ ทำให้เกิดการอุดตันการไหลของน้ำนม ถ้าน้ำนมไม่ถูกระบายออก จะทำให้เกิดการคั่งค้างของน้ำนมและเกิดการอุดตันของท่อน้ำนม ส่งผลให้เกิดปฏิกิริยาสะท้อนกลับ (Lawrence & Lawrence, 2005) กล่าวคือในน้ำนมมารดามีโปรตีนเวย์ขนาดเล็ก หรือเรียกว่าสารยับยั้งไม่ให้มีการหลั่งฮอร์โมนโปรแลคติน (Feedback Inhibitor of Lactation [FIL]) เมื่อน้ำนมถูกผลิตและสะสมจนเต็มถุงน้ำนม FIL จะมีปริมาณมากส่งผลให้ผนังเซลล์ผลิตน้ำนมขยายตัว ทำให้ตัวรับโปรแลคติน (prolactin receptor) ไม่สามารถส่งผ่านฮอร์โมนโปรแลคตินเข้าสู่กระแสเลือดไปยังเซลล์ผลิตน้ำนม เพื่อกระตุ้นให้สร้างน้ำนมได้ ซึ่งจะทำให้การผลิตน้ำนมลดลง



ในทางกลับกันเมื่อน้ำนมถูกขับออกไปจนเต๋าว่าง FIL จะน้อยลงทำให้ตัวรับโปรแลคตินกลับสู่สภาพเดิมและกระบวนการผลิตน้ำนมจะกลับมาทำงานอีกครั้ง (สุอารีย์ อ้นตระการ และยุพียง แห่งเชาวนิช, 2553; Stables & Rankin, 2005)

1.2 การอักเสบติดเชื้อภายในเต้านม เมื่อมีการคัดตึงเต้านม เต้านมที่ขยายใหญ่ขึ้นทำให้เลือดและน้ำเหลืองมาเลี้ยงบริเวณเต้านมลดลง ทำให้กลไกการกำจัดเชื้อโรคตามปกติลดลงเกิดการติดเชื้อได้ (Lawrence & Lawrence, 2005) นอกจากนี้อาการคัดตึงเต้านมจะทำให้บริเวณลานนมตึงแข็ง คัดตึง ทำให้ทารกดูดจับหัวนมและลานนมลำบาก การที่ทารกดูดจับหัวนมได้ไม่ดีเป็นผลให้หัวนมถลอก และหัวนมแตก ส่งผลให้มีการติดเชื้อบริเวณหัวนมและลูกกลาม เข้าไปในเต้านมทำให้เต้านมอักเสบเป็นฝีได้ (WHO & UNICEF, 2009; The Guidelines & Audit, Implementation Network [GAIN], 2009)

1.3 ไม่สุขสบายจากอาการปวดและคัดตึงเต้านม เมื่อมีอาการคัดตึงเต้านมเกิดขึ้นจะเกิดอาการปวดทั่วทั้งเต้านม ส่วนใหญ่มักจะเป็นทั้งสองข้าง อาการปวดเกิดจากการที่เนื้อเยื่อรอบๆเต้านมมีความตึงตัวสูง เนื่องจากถุงน้ำนมยืดขยายออกไปกดทับท่อน้ำนมที่อยู่รอบๆ ทำให้เกิดอาการคัดตึงบริเวณลานนม หัวนม โป่งตึง เต้านมแข็ง มารดาหลังคลอดจะรู้สึกไม่สุขสบายแน่นหน้าอก กดเจ็บบริเวณเต้านม อาการปวดเต้านมจะปวดด้านข้างของทรวงอก และหลังกระจายไปตามแนวประสาท (intercostals branchial nerve) กล้ามเนื้อเรียบบริเวณลานนม และหลอดเลือดซึ่งบริเวณนี้จะมีระบบประสาทอัตโนมัติ (autonomic and sensory nerves) ทำให้เกิดอาการปวด อาการปวดจะกระจายไปตามผิวหนังและกล้ามเนื้อบริเวณไหล่ (intercostals branches) และกล้ามเนื้อเรียบของลานนมและหัวนม (Lawrence & Lawrence, 2005) และเนื้อเยื่อของต่อมต่างๆ ส่งผลให้อาการปวดจากการคัดตึงเต้านมกระจายไปทั่วหน้าอก (GAIN, 2009)

2. ผลกระทบต่อทารก

เมื่อมารดามีอาการคัดตึงเต้านม ลานนมจะแข็งตึง ทารกไม่สามารถจับลานนมได้ลึกพอ ส่งผลให้ปริมาณน้ำนมไหลน้อย หรือไม่ไหล ทารกจึงได้รับนมไม่เพียงพอ ส่งผลให้ทารกได้รับสารอาหารไม่เพียงพอ ขาดน้ำ มีการขับถ่ายปัสสาวะและอุจจาระน้อยลง เกิดอาการตัวเหลืองในระยะหลังคลอดได้ (Alex & Gallant, 2008) จากการศึกษาพบว่า ทารกที่ได้รับนมมารดาเพียงอย่างเดียว สามารถลดอาการตัวเหลืองในระยะหลังคลอดได้ (Meier, Furman, & Degenhardt, 2007) ประกอบกับมารดาที่มีอาการคัดตึงเต้านม จะรู้สึกเจ็บปวดและไม่สุขสบายขณะที่ทารกดูดนม จึงทำให้ทารกได้รับนมไม่เต็มที่ ส่งผลให้ประสบการณ์ล้มเหลวในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา (WHO & UNICEF, 2009) นอกจากนี้ทารกไม่ได้รับภูมิคุ้มกันโรคที่ได้รับจากนมมารดา ทำให้ทารก

มีอัตราเสี่ยงต่อการเกิดการเจ็บป่วย (morbidity) และ อัตราการตาย (mortality) เพิ่มมากขึ้น (Jenik et al., 2009)

การป้องกันอาการคัดตึงเต้านม

อาการคัดตึงเต้านมในมารดาหลังคลอดก่อให้เกิดผลกระทบที่สำคัญคือความล้มเหลวในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาเนื่องจากมารดามีปริมาณน้ำนมไม่เพียงพอ มารดามีการอักเสบติดเชื้อเกิดขึ้นที่เต้านม และมารดาไม่สุขสบาย (WHO & UNICEF, 2009) พยาบาลผดุงครรภ์จึงควรให้ความสำคัญกับการป้องกันการเกิดอาการคัดตึงเต้านมให้มากขึ้น ในการป้องกันอาการคัดตึงเต้านม มีดังนี้

1. การเริ่มให้ทารกดูดนมมารดาเร็วในระยะหลังคลอด

การดูดนมของทารกครั้งแรกควรเริ่มเมื่อมารดาและทารกมีความพร้อม ช่วงเวลาที่ดีที่สุดคือภายในครึ่งชั่วโมงแรกหลังคลอด เพราะเป็นช่วงที่มารดามีความรู้สึกไว (sensitivity period) และเป็นเวลาที่ทารกตื่นตัวและพร้อมที่จะดูดนมซึ่งจะเห็นได้จากการที่ทารกพยายามจะดูดนิ้วมือตนเอง ซึ่งภายใน 30-60 นาทีแรกหลังคลอดยังเป็นช่วงที่ปฏิกิริยาการดูดของทารกมีความไวมากที่สุด ปฏิกิริยาการดูดที่ได้รับการฝึกในช่วงแรกจะทำให้การดูดนมของทารกในวันที่ 3-4 หลังคลอดมีความแรงพอ ทารกที่ดูดนมมารดาได้แรงจะทำให้ น้ำนมสามารถไหลออกมาจากท่อน้ำนมได้อย่างสะดวก ไม่มีการคั่งค้างของโคลอสตรัมภายในถุงน้ำนม และทำให้ปฏิกิริยาเล็ดควานทำงานได้ดี (WHO & UNICEF, 2009) นอกจากการเริ่มให้ทารกดูดนมมารดาเร็ว การดูดนมของทารกแต่ละครั้งควรเป็นช่วงเวลานานพอที่จะทำให้ น้ำนมถูกระบายออกมา จนทำให้เต้านมว่างและกระตุ้นให้เกิดการทำงานของปฏิกิริยาเล็ดควานได้ ในทางตรงกันข้ามถ้าหากทารกเริ่มดูดนมข้างละ 1-2 นาที นอกจากจะไม่ช่วยให้การทำหน้าที่ของปฏิกิริยาเล็ดควานเกิดขึ้นแล้ว ยังทำให้ทารกได้รับน้ำมน้อยเพราะน้ำนมถูกขับออกมาน้อย น้ำนมจึงคั่งค้างอยู่ภายในถุงน้ำนม ทำให้เกิดอาการคัดตึงเต้านมขึ้นได้ (WHO & UNICEF, 2009)

2. ความถี่ในการดูดนมของทารก

ทารกที่คลอดปกติส่วนใหญ่ภายในช่วงเวลา 24 ชั่วโมง มักจะดูดนมมารดาประมาณ 6-8 ครั้ง ทารกพร้อมที่จะดูดนมเมื่อรู้สึกหิวบางครั้งอาจทุก 2 ชั่วโมง หรือเร็วกว่านั้น การดูดนมของทารกทุก 2-3 ชั่วโมงจึงเป็นการช่วยให้มีการขับน้ำนม เมื่อมีการขับน้ำนมออกไปมาก น้ำนมก็จะสร้างขึ้นจำนวนมาก น้ำนมแท้จะถูกสร้างขึ้นแทนที่โคลอสตรัมในวันที่ 2-3 หลังคลอด (Lawrence & Lawrence, 2005) การให้ทารกดูดนมมารดาถี่ ๆ ในช่วงแรกหลังคลอด จะทำให้การหลั่งน้ำนม

เกิดขึ้นเร็ว และเป็นการป้องกันการเกิดอาการคัดตึงเต้านม เพราะทำให้น้ำนมได้ระบายออกเป็นจังหวะอย่างสม่ำเสมอ ไม่เกิดการคั่งค้างของน้ำนมในถุงน้ำมนานเกินไป ถุงน้ำนมไม่ยืดขยายออกไปกดทับท่อน้ำนมที่อยู่รอบ ๆ จนทำให้เกิดการอุดตัน (สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2549)

สรุปได้ว่า การเริ่มให้ทารกดูดนมมารดาเร็วภายในครึ่งชั่วโมงแรกหลังคลอด เป็นการกระตุ้นให้มีการทำหน้าที่ของปฏิกิริยาเลือดคาวน์เร็วขึ้น น้ำนมไม่คั่งค้างอยู่ในถุงน้ำมนานเกินไป และการให้ทารกได้ดูดนมมารดาบ่อย ๆ มีความถี่ในการดูดนมอย่างสม่ำเสมอทุก 2-3 ชั่วโมง หรือ 8-12 ครั้งในเวลา 24 ชั่วโมง จะทำให้ท่อน้ำนมเปิดให้น้ำนมระบายออกได้ดีตามจังหวะการดูดของทารก ทำให้ลดการเกิดอาการคัดตึงเต้านมได้

3. ให้ทารกดูดนมอย่างถูกวิธี

ในการให้ทารกดูดนมอย่างถูกวิธีนั้น ควรให้มารดาล้างมือให้สะอาด จัดให้มารดานั่งในท่าที่มารดารู้สึกสบาย ไม่วิตกกังวล สังเกตและประเมินการดูดนมของทารกโดยประเมินจากท่าในการให้นมทารก (position) และการอมหัวนม (attachment) ดังนี้

3.1 ท่าในการให้นมทารก ท่าในการให้นมทารกอย่างมีประสิทธิภาพ มารดาควรอยู่ในท่าที่สบาย สิ่งสำคัญของการจัดท่า คือ ลำตัวทารกอยู่ในแนวตรง ไม่งอหรือบิด ทารกหันหน้าเข้าหาเต้านมและคางของทารกชิดกับเต้านม ลำตัวของทารกแนบกับลำตัวของมารดา ลำตัวของทารกได้รับการโอบกอดจากมารดา (Jones, 2008)

3.2 การอมหัวนม การอมหัวนมที่มีประสิทธิภาพนั้น เป็นวิธีป้องกันการเกิดปัญหาเกี่ยวกับหัวนมได้สิ่งสำคัญของการอมหัวนม คือ ปากทารกอ้ากว้าง ริมฝีปากล่างม้วนออก คางทารกชิดกับเต้านมมารดา มองเห็นลานนมข้างบนชัดกว่าลานนมข้างล่าง มารดาไม่รู้สึกรีบขมับบุตรดูดนมทารกดูดนมได้อย่างมีประสิทธิภาพ คือ ดูดแรงเป็นจังหวะช้าๆอย่างสม่ำเสมอ มีช่วงจังหวะหยุด 1-2 วินาที และแก้มทารกป่อง (Jones, 2008)

การจัดการอาการคัดตึงเต้านม

การจัดการอาการคัดตึงเต้านม เป็นการดูแลมารดาเมื่อมีอาการคัดตึงเต้านมเกิดขึ้น เป็นการช่วยเหลือโดยมีเป้าหมายคือ เพื่อช่วยให้เต้านมอ่อนตัวลง โดยให้ทารกดูดระบายน้ำนมที่คั่งค้างออก และเพื่อช่วยให้มารดาได้รับความสบายจากอาการคัดตึงเต้านม และอาการปวด (WHO & UNICEF, 2009) การช่วยเหลือเมื่อมีอาการคัดตึงเต้านมในระยะแรกโดยการ ประคบเต้านมด้วยน้ำอุ่นจัดโดยเว้นบริเวณหัวนม ประคบเต้านมด้วยความเย็นด้วยกระเป๋าน้ำแข็ง หรือถุงเจลเย็นหรือ

ประกอบด้วยกะหล่ำปลีแช่เย็น นวดบริเวณเต้านมเบาๆ ส่วนการช่วยเหลือเมื่อมีอาการคัดตึงเต้านม ในระยะหลัง โดยการดูแลให้มารดารู้สึกผ่อนคลาย ประคบเต้านมด้วยความร้อน ประคบเต้านมด้วยความเย็นและบีบระบายน้ำนมออก ซึ่งมีแนวทางปฏิบัติดังนี้ (Lauwer & Swisher, 2005; WHO & UNICEF, 2009)

1. การระบายน้ำนมออกจากเต้านม เป็นการลดอาการคัดตึงเต้านม เนื่องจากเมื่อมีอาการคัดตึงเต้านมเกิดขึ้น ถุงน้ำนมจะขยายใหญ่ และไปกดต่อมเล็กๆทำให้เกิดการอุดตัน น้ำนมระบายออกไม่ได้ ทำให้เกิดการคั่งค้างของน้ำนม การระบายน้ำนมออกจากเต้า เป็นการช่วยลดอาการคั่งค้างของน้ำนมในท่อน้ำนมออก ซึ่งการระบายน้ำนมออกจากเต้า มีทั้งการให้ทารกดูด การใช้มือบีบน้ำนมหลังจากให้ทารกดูดแล้ว หรือการใช้เครื่องปั๊มที่แรงดันต่ำ (สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2549; WHO & UNICEF, 2009) ก่อนใช้มือบีบระบายน้ำนมออก ควรนวดเต้านมเบาๆก่อน เพื่อกระตุ้นการทำงานของฮอร์โมนออกซิโทซิน แล้วประคบเต้านมด้วยความร้อน

2. การนวดเต้านมเป็นการกระตุ้นการไหลเวียนของเลือดภายในเต้านมทำให้หลอดเลือดมีการขยายตัวเพิ่มการไหลเวียนของเลือดมาสู่บริเวณเต้านมดีขึ้น เนื้อเยื่อเกิดการยืดหยุ่น น้ำนมจึงถูกขับออกมาง่าย (Lawrence & Lawrence, 2005) นอกจากนี้การนวดเต้านมจะกระตุ้นให้มีการหลั่งฮอร์โมนออกซิโทซินทำให้กล้ามเนื้อรอบๆถุงน้ำนมมีการบีบตัวเอาน้ำนมออกมา (WHO & UNICEF, 2009) ป้องกันการอุดตันของท่อน้ำนม การนวดเต้านมก่อนให้บุตรดูดนมจะช่วยให้ท่อน้ำนมที่อุดตันเปิดออก และทำให้เต้านมนุ่มขึ้น บริเวณลานนมจะนุ่ม ทารกสามารถดูดจับหัวนมได้ง่าย (Cotterman, 2005) ซึ่งวิธีการนวดเต้านมควรทำดังนี้ ถ้านวดเต้านมด้านซ้าย ใช้มือซ้ายประคบเต้านมแล้วใช้ 4 นิ้วของมือขวาคลึงลึกๆจากฐานของเต้าด้วยแรงกดสม่ำเสมอจนทั่วเต้านม ถ้านวดเต้านมด้านขวาเปลี่ยนมาใช้มือขวาประคบเต้านม แล้วใช้นิ้วทั้ง 4 นิ้วของมือซ้ายคลึงลึกๆจากฐานของเต้าด้วยแรงกดสม่ำเสมอจนทั่วเต้านม โดยเริ่มจากบริเวณฐานของเต้านม นวดเบาๆเป็นวงกลม ไปยังบริเวณลานนม หลังจากนวดเต้านมแล้วสวมเสื้อยกทรงขนาดพอดีเพื่อพยุงเต้านมไว้ (WHO & UNICEF, 2009)

3. การประคบเต้านมด้วยความร้อน อาศัยหลักการถ่ายเทความร้อนโดยการนำ (conduction) มีผลทำให้อุณหภูมิที่ได้รับการประคบเพิ่มขึ้น การประคบความร้อนสูงที่บริเวณผิวหนังสามารถทำให้กล้ามเนื้อที่ระดับลึกประมาณ 1-2 เซนติเมตรจากผิวหนังมีอุณหภูมิเพิ่มขึ้นได้ เมื่อมีระยะเวลาสัมผัสกับความร้อนนานประมาณ 15-30 นาที (อารยา บุญศิริ, 2540) ความร้อนสามารถลดอาการปวด เนื่องจากอุณหภูมิที่เพิ่มขึ้นมีผลลดการทำงานของมอเตอร์นิวโรน (motor-neurone activity) ทำให้ใยกล้ามเนื้อ (muscle spindle) มีความไวต่อการกระตุ้นลดลง และสามารถ

เพิ่มการหลั่งสารเอนคอร์ฟิน ซึ่งเป็นฮอร์โมนที่ช่วยในการลดความเจ็บปวด (นิลพรรณรัตน์ดิลกพานิช, 2531) นอกจากนี้ความร้อนสามารถลดความเจ็บปวดที่เกิดจากการที่กล้ามเนื้อมีความตึงตัวสูงและการขาดเลือดเนื่องจากความร้อนจะช่วยเพิ่มการไหลเวียนของเลือดให้มากขึ้น ผลของความร้อนที่มีต่อหลอดเลือด อุดหนุมิของเนื้อเยื่อที่สูงขึ้นจะทำให้หลอดเลือดมีการขยายตัว ซึ่งส่งผลให้เลือดมีการไหลเวียนเพิ่มขึ้น (สายนที ชีนาเรือน, 2540; Lehmann & DeLauteur, 1990) ไม่แนะนำให้ประคบด้านมด้วยความร้อนแห้ง เพราะจะทำให้กล้ามเนื้อรอบๆบวมมากขึ้น (ศิริลักษณ์ ถาวรวิฒนะ, 2553)

4. การประคบด้านมด้วยความเย็น ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาของหลอดเลือด เส้นประสาทส่วนปลาย คอลลาเจนและกล้ามเนื้อ ผลของความเย็นทำให้เส้นเลือดหดตัว ลดการไหลเวียนของโลหิตลง ส่งผลให้ลดการเกิดการบวม นอกจากนี้ความเย็นทำให้ความสามารถในการรับรู้ความรู้สึกเจ็บปวดของใยประสาทขนาดเล็ก (C-fiber) มีประสิทธิภาพลดลง ทำให้การนำกระแสประสาทรับรู้ความรู้สึกเจ็บปวดลดลง (ชนวัธย์ เตชทรัพย์อมร, 2540; Lehmann & DeLauteur, 1990)

5. การประคบด้วยใบกะหล่ำปลีสดเพื่อลดอาการคัดตึงด้านม และอาการปวดกะหล่ำปลี เป็นพืชสมุนไพรที่มีสรรพคุณเป็นทั้งยาป้องกันการติดเชื้อ ป้องกันการระคายเคือง และมีไฟโตเอสโตรเจน (phytoestrogen) ซึ่งทำให้ลดอาการบวมของเนื้อเยื่อ (Lawrence & Lawrence, 2005) นอกจากนี้ในตำราของการแพทย์แผนไทยจัดว่า กะหล่ำปลีเป็นพืชสมุนไพรชนิดเย็น มีฤทธิ์ดูดซับความร้อน ช่วยลดการคั่งของสารน้ำในเนื้อเยื่อบริเวณด้านม ทำให้อาการปวดคัดตึงลดลง (อังสนา วงศ์ศิริ และกรรมกรัง วิจิตรสุคนธ์, 2550) ควรใช้ใบกะหล่ำปลีสดแช่เย็น 20-30 นาที ก่อนนำไปประคบด้านมระหว่างมือด้านม โดยวางลงบนด้านมหรือสวมไว้ในเสื้อชั้นในประคบนานประมาณ 20 นาทีหรือจนกว่าใบกะหล่ำปลีเหี่ยว อาการปวดจะลดลงภายใน 2 ชั่วโมงและไม่ควรทำติดต่อกันนานเกิน 3 ครั้ง เพราะจะทำให้หน้ามแห้งได้ (Lauwer & Swisher, 2005; Lawrence & Lawrence, 2005) นอกจากนี้ในการประคบด้านมด้วยกะหล่ำปลีสด นิยมทำในมารดาที่มีอาการด้านมคัดตึงมาก ปริมาณน้ำนมมากเกินไปซึ่งใช้วิธีการปกติทั่วไปเพื่อลดปริมาณการไหลของน้ำนมแล้วไม่ได้ผล และระหว่างการหย่านมมารดา (อังสนา วงศ์ศิริ และกรรมกรัง วิจิตรสุคนธ์, 2550)

6. การช่วยให้มารดาู้สึกผ่อนคลายไม่ตึงเครียด เมื่อมารดาู้สึกผ่อนคลาย จะทำให้ปฏิกิริยาเส็ดตาวนทำงานได้ดีขึ้น ส่งผลให้มีการหลั่งของฮอร์โมนออกซิโทซิน ทำให้ไมโอเอพิทิลเลียลเซลล์ บีบตัวขับน้านมที่คั่งค้างในถุงน้านมออกมา ทำให้อาการคัดตึงลดลง (Lawrence & Lawrence, 2005) จากการศึกษาของ ฟาซีลี บิลังโหล และดวงดาว โสมณะ (2554) ที่ได้ศึกษาถึงการนวดและประคบสมุนไพรในมารดาหลังคลอด ผลการศึกษาพบว่า มารดาหลังคลอด

ที่ได้รับการดูแลด้วยการนวดร่างกายและการประคบด้วยสมุนไพร มีอาการปวดเมื่อยลดลง มารดาเกิดความรู้สึกผ่อนคลาย ส่งผลให้มีการหลั่งของน้ำนมเพิ่มขึ้น และทำให้อาการคัดตึงเต้านมลดลง

การประเมินอาการคัดตึงเต้านมและอาการปวด

การประเมินอาการคัดตึงเต้านมสามารถประเมินได้โดยการสังเกต การสอบถามโดยใช้แบบประเมินอาการคัดตึงเต้านม การประเมินระดับความเจ็บปวด เป็นต้น ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้ศึกษาประเมินผลลัพธ์ของการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการป้องกันและการจัดการอาการคัดตึงเต้านมในมารดาที่ให้นมบุตร โดยใช้ แบบวัดระดับคะแนนอาการคัดตึงเต้านมเพื่อประเมินความรุนแรงของอาการคัดตึงเต้านมในมารดาที่ให้นมบุตร และประเมินระดับความเจ็บปวดจากอาการคัดตึงเต้านม เพื่อประเมินความสุขสบายในมารดาที่ให้นมบุตรดังนี้

1. แบบวัดระดับอาการคัดตึงเต้านม เพื่อประเมินผลลัพธ์ของการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการป้องกันและการจัดการอาการคัดตึงเต้านมในมารดาที่ให้นมบุตร โดยผู้ศึกษาได้ใช้แบบวัดระดับอาการคัดตึงเต้านมของโรงพยาบาลลำปาง ประเมินระดับอาการคัดตึงเต้านม โดยใช้เครื่องมือวัดแบบ Six-Point Breast Engorgement Scale ซึ่งแปลมาจากของ ฮิลล์ และ ฮิวเมนนิค (Hill & Humenick, 1994) โดยพิจารณาจากระดับคะแนนอาการคัดตึงเต้านมเป็น 6 ระดับ คือ ระดับ 1 เต้านมนุ่มไม่มีการเปลี่ยนแปลง ระดับ 2 เต้านมเปลี่ยนแปลงเล็กน้อย (ระดับ 1 และระดับ 2 หมายถึงไม่มีอาการคัดตึงเต้านม) ระดับ 3 เต้านมคัดตึงกดไม่เจ็บ ระดับ 4 เต้านมคัดตึงกดเจ็บเล็กน้อย ระดับ 5 เต้านมคัดตึง กดเจ็บ และระดับ 6 เต้านม คัดตึงมาก กดเจ็บมาก

2. แบบวัดระดับความเจ็บปวดเต้านมโดยใช้แบบประเมินระดับความเจ็บปวด Lampang's pain tool (LPT) ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ ผู้ศึกษาใช้มาตรวัดแบบตัวเลข ซึ่งกำหนดตัวเลขต่อเนื่องกันตลอด จาก 0-10 คะแนน โดยแบ่งเป็น 1 ช่องเท่ากัน เริ่มจากคะแนน 0 หมายถึงไม่ปวดเลย คะแนน 1-3 หมายถึงปวดเล็กน้อย คะแนน 4-7 หมายถึงปวดปานกลางและคะแนน 8-10 หมายถึงปวดรุนแรง และมีสีเขียวโดยเริ่มจากแถบสีอ่อนสุดแล้วเข้มขึ้นเรื่อยๆ จนกระทั่งปวดมากที่สุดใช้สีเข้มสุด (Analogue chromatic continuous scale) พร้อมกับการใช้เส้นตั่งนำสายตาจากระดับ 0 ถึง 10 เพื่อให้ง่ายต่อการมองเห็นของผู้ป่วยและให้รู้สึกถึงระดับความรุนแรงของความปวด เครื่องมือนี้ใช้กับผู้ป่วยอายุ 12 ปีขึ้นไป ที่สามารถสื่อสารและเข้าใจตัวเลขได้ (เพ็ญรุ่ง พิสิฐศุภมิตร, 2552)

แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการป้องกันและการจัดการอาการคัดตึงเต้านม ในมารดาที่ให้นมบุตร

แนวปฏิบัติทางคลินิก (Clinical Practice Guideline [CPGs]) หมายถึงข้อความที่พัฒนาขึ้นอย่างเป็นระบบ โดยมีการรวบรวมจากหลักฐานเชิงประจักษ์ที่มีความเฉพาะเจาะจงต่อการปฏิบัติเฉพาะเรื่อง เป็นเครื่องมือที่ช่วยในการตัดสินใจแก่บุคลากรทางสุขภาพ และตัดสินใจให้การดูแลแก่ผู้ใช้บริการ เพื่อการดูแลที่เหมาะสมต่อภาวะทางคลินิก การปฏิบัติตามแนวปฏิบัติทางคลินิกจึงทำให้ทีมสหสาขาวิชาชีพให้การดูแลเป็นไปในแนวทางเดียวกัน โดยยึดผู้ใช้บริการเป็นศูนย์กลาง เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีที่สุดแก่ผู้ใช้บริการ (NHMRC, 1999)

แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการป้องกันและการจัดการอาการคัดตึงเต้านมในมารดาที่ให้นมบุตร ผู้ศึกษาได้ค้นจากสื่ออิเล็กทรอนิกส์ การสืบค้นด้วยมือและติดต่อด้วยตนเองทางโทรศัพท์ พบว่ามีทั้งหมด 4 แนวปฏิบัติที่เป็นการปฏิบัติที่เป็นเลิศ และ 2 แนวปฏิบัติทางคลินิก ได้แก่ 1) แนวปฏิบัติสำหรับการลดอาการคัดตึงเต้านม ขององค์การอนามัยโลกและองค์การกองทุนเพื่อเด็กแห่งสหประชาชาติ (WHO & UNICEF, 2009) 2) แนวปฏิบัติสำหรับการลดอาการคัดตึงเต้านมของโรงพยาบาล The Royal Women's Hospital (James, 2004) 3) แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการลดอาการคัดตึงเต้านมของประเทศแคนาดา (Hamelin et al., 2005) 4) แนวปฏิบัติสำหรับการลดอาการคัดตึงเต้านมของศูนย์นมแม่ (สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2549) 5) แนวปฏิบัติสำหรับการลดอาการคัดตึงเต้านมของศูนย์อนามัย เขต 10 จังหวัดเชียงใหม่ (ศูนย์อนามัยเขต 10 เชียงใหม่, 2552) และ 6) แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการป้องกันและการจัดการอาการคัดตึงเต้านมในมารดาหลังคลอดที่เลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาของ โรงพยาบาลลำปาง (เพ็ญรุ่ง พิสิฐศุภมิตร, 2552) จากการวิเคราะห์และทบทวนแนวปฏิบัติ และแนวปฏิบัติทางคลินิกทั้ง 6 ฉบับพบว่า แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการป้องกันและการจัดการอาการคัดตึงเต้านมในมารดาหลังคลอดที่เลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาของโรงพยาบาลลำปาง (เพ็ญรุ่ง พิสิฐศุภมิตร, 2552) นั้นมีวัตถุประสงค์และขั้นตอนแนวปฏิบัติที่เป็นแนวทางสำหรับผู้ปฏิบัติไว้อย่างชัดเจน มีกระบวนการในการพัฒนาถูกต้องตามหลักการพัฒนาตามแนวคิดของหลักฐานเชิงประจักษ์ และทีมพัฒนามีความอิสระในการทำแนวปฏิบัติทางคลินิก มีการครอบคลุมในการป้องกันและจัดการในเรื่องอาการคัดตึงเต้านมและ ผ่านการทดลองใช้แนวปฏิบัติที่โรงพยาบาลจังหวัดลำปางแล้ว ผู้ศึกษาและทีมงานจึงสนใจนำแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการป้องกันและการจัดการอาการคัดตึงเต้านมในมารดาหลังคลอดที่เลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาของโรงพยาบาลลำปางมาใช้กับหอผู้ป่วยพิเศษหลังคลอด เพื่อเป็นแนวทางปฏิบัติสำหรับการดูแลมารดาที่ให้นมบุตรที่มีประสิทธิภาพต่อไป

แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการป้องกันและการจัดการอาการคัดตึงเต้านมในมารดาหลังคลอดที่เลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาของโรงพยาบาลจังหวัดลำปางนั้น มีขั้นตอนแนวปฏิบัติที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ มีขั้นตอนการปฏิบัติดังนี้

1. การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยและจริยธรรม

1.1 การป้องกันและการจัดการอาการคัดตึงเต้านมในมารดาหลังคลอดที่เลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาทุกรายเป็นไปตามข้อบ่งชี้ที่เหมาะสม (Level 4A)

1.2 บุคลากรที่มีสุขภาพได้รับการยินยอมจากมารดาหลังคลอดหรือญาติ โดยมารดาหลังคลอด หรือญาติมีส่วนร่วมในการตัดสินใจก่อนได้รับการป้องกันและการจัดการอาการคัดตึงเต้านม (Level 4A)

2. การประเมินมารดาในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา

ประเมินความสามารถในการให้นมของมารดาและพฤติกรรมการดูแลนมของทารกทุกราย ทุกเวอร์โดยใช้ Latch Scores เพื่อให้คำแนะนำและความช่วยเหลือแก่มารดาหลังคลอด (Level 3.2A)

3. การจัดการเพื่อป้องกันและลดอาการคัดตึงเต้านมในมารดาหลังคลอดที่เลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา

3.1 แนวปฏิบัติสำหรับการป้องกันอาการคัดตึงเต้านม

อธิบายแนวทางปฏิบัติเพื่อป้องกันและลดอาการคัดตึงเต้านมแก่มารดาหลังคลอด (Level 4A)

3.1.1 ดูดเร็ว คือเริ่มให้ทารกดูดนมมารดาโดยเร็วทันทีหลังคลอด (Level 3.3)

3.1.2 ดูดบ่อย คือให้ทารกดูดนมมารดา 8-12 ครั้งใน 24 ชั่วโมงให้นมมารดาตามความต้องการของทารก ถ้าทารกหลับนานต้องปลุกตื่นเพื่อให้นมทุก 2-3 ชั่วโมง (Level 3.3A)

3.1.3 ดูดถูกวิธี คือสนับสนุนให้ทารกดูดนมอย่างถูกวิธีและทำอุ้มให้นมที่ถูกต้อง (Level 3.3A)

3.1.4 ดูดจนเกลี้ยงเต้า คือ ให้ทารกดูดนมที่ละเต้า ดูดเต้าแรกก่อน ถ้าไม่พอก็ยให้ดูดอีกเต้า เปลี่ยนข้างเมื่อทารกปล่อยหัวนมออกหรือเมื่อทารกหลับ ไม่จำกัดเวลาของทารกในการดูดนม หากน้านมยังไม่ไหลหรือไหลน้อยต้องสนับสนุนมารดาให้ทารกดูดนมที่ละเต้านานจนถึงจุดที่จะสามารถกระตุ้นปฏิกิริยากลไกการขยับน้ำนม (let down reflex) แล้วค่อยเปลี่ยนให้ทารกดูดนมอีกเต้า (Level 3.3A)

3.1.5 ให้ทารกดูดนมมารดาอย่างเดียว หลีกเลี่ยงการใช้หัวนมยาง ขวดนม การให้สารอาหารทดแทนนมมารดาควรให้ด้วยความพิจารณาอย่างรอบคอบ (Level 3.3A)



3.1.6 พยาบาลต้องให้การดูแลมารดา-ทารกโดยปรับให้เหมาะสมแต่ละราย เพื่อที่จะสนับสนุนกระบวนการให้นมมารดาอย่างมีทักษะ ร่วมกับเวลาดีในการให้นมมารดา เช่น ความต้องการให้นมมารดา (Level 4A)

1) สอนทำให้นมมารดาที่เหมาะสมที่สุดของแต่ละคู่มารดา-ทารก (Level 4A)

2) ประเมินพฤติกรรมกรรมการควบคุมและการกลืนของทารกเพื่อใช้เป็นแนวทางในการดูแลทารก และช่วยให้ทารกควบคุมมารดาได้ (Level 4A)

3) ระยะเวลาที่มารดาควรจะให้ทารกนั้นต้องขึ้นอยู่กับวิธีปฏิบัติที่เป็นแนวทางเฉพาะคู่มารดาและทารก ไม่ควรขึ้นกับกำหนดการประจำวันที่กำหนดไว้แล้วล่วงหน้า (routine preset schedule) (Level 4A)

3.1.7 ลดอุปสรรคของหัวนมแตกโดยดูแลให้ทารกดูดนมอย่างถูกวิธีและต้องไม่จำกัดเวลาในการให้นมมารดา (Level 4A)

3.1.8 ถ้าทารกไม่สามารถดูดนมมารดาได้หรือดูดนมได้ไม่ดี จะต้องบีบน้ำนมออกด้วยมือหรือใช้ที่ปั้มน้ำนมไฟฟ้า ควรทำหลังให้นมทารก ระบายน้ำนมออกอย่างสม่ำเสมอและบ่อยครั้งเท่ากับจำนวนมือที่ทารกดูดนมมารดา (Level 4A)

3.1.9 กระตุ้นกลไกการจับน้ำนม

1) สนับสนุนให้ทารกดูดนมมารดานานโดยไม่จำกัดเวลา (Level 3.3A)

2) นวดรอบๆลานหัวนมด้วยนิ้วมือ และสอนมารดาให้บีบน้ำนมสองสามหยด เพื่อที่จะกระตุ้นให้ทารกดูดนมมารดา (Level 4A)

3) การเคาะเต้านมเบาๆ (Level 4A)

4) การนวดเต้านมเบาๆ (Level 4A)

5) การช่วยให้มารดาผ่อนคลายไม่ตึงเครียด เช่น การอาบน้ำอุ่น การนวดหลัง การฟังดนตรีพยาบาลสามารถจัดสิ่งแวดล้อมให้สนับสนุนการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา โดยจัดให้มารดา-ทารกอยู่ด้วยกันในเวลาที่เหมาะสมที่สุดและในบรรยากาศที่ผ่อนคลาย (Level 4A)

3.2 การจัดการเมื่อมีอาการคัดเต้านม

3.2.1 ตรวจสอบมาตรการการป้องกันข้างต้นและทำให้ถูกต้อง (Level 4A)

3.2.2 ช่วยมารดาให้ผ่อนคลายทั้งร่างกายและจิตใจ แสดงความเข้าใจและปฏิบัติต่อมารดาอย่างนุ่มนวล อ่อนโยนที่สุด (Level 4A)

3.2.3 จัดให้มารดานั่งในท่าที่สบาย จับต้องเต้านมมารดาแต่เบามือ แสดงกิริยาเต็มใจช่วยเหลือ และเข้าใจในความเจ็บปวดของมารดา (Level 4A)

3.2.4 ประเมินระดับคะแนนอาการคัดตึงเต้านมโดยใช้เครื่องมือวัดแบบ Six-Point Breast Engorgement Scale (Level 2A) โดยประเมินก่อน-ระหว่างใช้แนวปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์เพื่อจัดการอาการคัดตึงเต้านม

3.2.5 ประเมินระดับความเจ็บปวดเต้านมโดยใช้ Lampang's pain tool (LPT) (Level 2A) โดยประเมินก่อน-ระหว่างใช้แนวปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์เพื่อจัดการอาการคัดตึงเต้านม

3.3 แนวปฏิบัติเพื่อลดอาการคัดตึงเต้านมในระยะแรก

3.3.1 ประคบเต้านมด้วยน้ำอุ่นจัดโดยเว้นบริเวณลานนม เปลี่ยนผ้าที่ใช้ประคบทุก 1-2 นาที ประคบนาน 20 นาที (Level 2A) หรือ

3.3.2 ประคบเย็นโดยใช้กระเป๋าน้ำแข็ง (ice pack) หรือถุงเจลประคบ (gel pack) โดยใช้ผ้าห่อก่อนวางประคบที่เต้านม โดยเว้นบริเวณลานนม หรือใช้ผ้าชุบน้ำเย็นจัดประคบ เปลี่ยนผ้าที่ใช้ทุก 1-2 นาที ประคบนาน 20 นาที หลังจากนั้น 20 นาที ทำซ้ำได้อีก ถ้าอาการไม่ทุเลา (Level 2A) หรือ

3.3.3 ใช้ใบกะหล่ำปลีแช่เย็นประคบเป็นเวลา 20 นาที ไม่ควรทำมากกว่า 3 ครั้งต่อวัน หยุดใช้เมื่ออาการคัดตึงเต้านมบรรเทาและปริมาณน้ำนมเริ่มลดลง ห้ามใช้หากมีผื่นขึ้นหรือมีอาการแพ้ (Level 2A)

3.3.4 นวดเต้านมเบาๆเป็นวงกลมโดยเริ่มจากด้านบนของเต้านมไปยังบริเวณลานนมวนวดก่อนให้นมมารดา ขณะให้นมมารดา จะได้ผลดียิ่งขึ้นเมื่อนวดขณะอาบน้ำแบบฝักบัว (Level 4A)

3.3.5 ป้อน้ำนมโดยใช้เครื่องปั้มน้ำนมไฟฟ้าด้วยความแรงระดับต่ำไม่ควรนานเกิน 10 นาทีต่อครั้ง โดยทำร่วมกับการนวดเต้านม (Level 4A)

3.3.6 ถ้าทารกดูคนมมารดาได้ลำบากเนื่องจากเต้านมคัดตึง ให้บีบน้ำนมออกด้วยมือบ่อยๆเพื่อให้ลานนมนิ่ม ถ้าทำแล้วไม่ได้ผลให้ปั้มน้ำนมประมาณ 2-3 นาทีใช้ที่ปั้มน้ำนมด้วยมือที่มีคุณภาพหรือเครื่องปั้มน้ำนมไฟฟ้าโดยใช้ความแรงระดับต่ำ (Level 4A)

3.3.7 สวมเสื้อยกทรงขนาดพอดีไม่รัดแน่น (Level 4A)

3.3.8 รับประทานยาบรรเทาปวด เช่น acetaminophen หรือ ibuprofen (Level 4A)

3.4 แนวปฏิบัติเพื่อลดอาการคัดตึงเต้านมในระยะหลัง

3.4.1 แนะนำมารดาให้ทารกดูดนมบ่อยๆ วิธีที่ดีที่สุดคือนอนพักพร้อมทารกและให้นมทารกเมื่อต้องการ (Level 4A)

3.4.2 หลังจากให้ทารกดูนมมารดาไปได้สักครู่เพื่อให้เต้านมนิ่มลง อาจต้องถอนหัวนมออกแล้วใส่หัวนมเข้าไปใหม่เพื่อให้ทารกดูดได้ดีขึ้น (Level 4A)

3.4.3 นวดเต้านมส่วนที่มีนมคั่งเบาๆ ขณะทารกดูนมมารดา นวดเหนือบริเวณที่อุดตันไล่ลงไปถึงหัวนม (Level 4A)

3.4.4 เปลี่ยนท่าอุ้มทารกให้ดูนมมารดาในแต่ละมือ (Level 4A)

3.4.5 มารดาที่เต้านมใหญ่และหย่อนยาน ควรยกเต้านมขึ้นขณะให้นมมารดา (Level 4A)

3.4.6 ให้ทารกดูนมมารดาเต้านงที่ปกติก่อน จึงให้ทารกดูดเต้านมข้างที่เจ็บ (Level 4A)

3.4.7 ถ้าเต้านมยังคัดตึงรู้สึกไม่สบายหลังจากให้นมมารดาแล้วหรือระหว่างมือ ให้บีบน้ำนมด้วยมือหรือปั้มน้ำนมออกบ้างเพื่อความสบาย แต่ต้องไม่ปั้มน้ำนมมากเกินไป ต้องค่อยๆลดการบีบน้ำนมลงเรื่อยๆ หรือให้ค่อยๆลดปริมาณน้ำนมที่บีบลง (Level 4A)

3.4.8 ประคบเย็นโดยใช้กระเป๋าน้ำแข็ง หรือถุงเจลประคบ โดยใช้ผ้าห่อก่อนวางประคบที่เต้านมโดยเว้นบริเวณลานนม หรือใช้ผ้าชุบน้ำเย็นจัดประคบ เปลี่ยนผ้าที่ใช้ทุก 1-2 นาที ประคบนาน 20 นาที หลังจากนั้น 20 นาที ทำซ้ำได้อีก ถ้าอาการไม่ทุเลา (Level 2A) หรือ

3.4.9 ใช้ใบกะหล่ำปลีแช่เย็นประคบเป็นเวลา 20 นาที ไม่ควรทำมากกว่า 3 ครั้งต่อวันหยุดใช้เมื่ออาการคัดตึงเต้านมบรรเทาและปริมาณน้ำนมเริ่มลดลง ห้ามใช้หากมีผื่นขึ้นหรือมีอาการแพ้ (Level 2A)

3.4.10 มารดาที่ไม่ยอมให้ทารกดูนมมารดา เพราะว่าเจ็บมาก หรือทารกไม่ยอมดูนมมารดา ฝึกรูดนมให้บีบน้ำนมด้วยมือ และปั้มน้ำนมด้วยถ้วย (Level 4A)

3.4.11 ไม่กระตุ้นเต้านมมากเกินไป เช่น ห้ามปล่อยน้ำจากฝักบัวกระทบเต้านมโดยตรง (Level 4A)

3.4.12 คัดน้ำเมื่อรู้สึกกระหายน้ำเท่านั้น (Level 4A)

3.4.13 รับประทานยาบรรเทาปวด เช่น acetaminophen หรือ ibuprofen (Level 4A)

4. การให้ความรู้และทักษะสำหรับการป้องกันและการจัดการอาการคัดตึงเต้านมในมารดาหลังคลอดที่เลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา

4.1 บุคลากรทีมสุขภาพ

4.1.1 บุคลากรที่เกี่ยวข้องที่ทำหน้าที่ในการดูแลมารดาหลังคลอด ต้องมีทัศนคติที่ดี มีเจตนาความมุ่งมั่นที่จะสนับสนุนแต่ละกลุ่มมารดา-ทารกในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา (Level 4A)

4.1.2 บุคลากรที่เกี่ยวข้องที่ทำหน้าที่ในการดูแลมารดาหลังคลอด ต้องมีทักษะและความรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาและแนวปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์สำหรับการป้องกันและการจัดการอาการคัดตึงเต้านมในมารดาหลังคลอด (Level 4A)

4.1.3 จัดอบรมหรือสัมมนาทางวิชาการความรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา เพื่อเสริมสร้างทัศนคติ พัฒนาความรู้และทักษะให้กับบุคลากรที่เกี่ยวข้องเพื่อสามารถให้การสนับสนุน ส่งเสริม ช่วยเหลือ ให้คำแนะนำแก่มารดาหลังคลอดและแก้ไขปัญหาที่พบจากการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา (Level 4A)

4.2 มารดาหลังคลอดและญาติ

มารดาหลังคลอดและญาติทุกรายที่ไม่มีข้อห้ามในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาได้รับการส่งเสริมการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาและปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์สำหรับการป้องกันและการจัดการอาการคัดตึงเต้านม (Level 4A)

5. การดูแลต่อเนื่องสำหรับการป้องกันและการจัดการอาการคัดตึงเต้านมในมารดาหลังคลอดที่เลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา

5.1 ประเมินการให้นมมารดาทุกเวรโดยใช้ LATCH scores แล้วนำมาบันทึกในแบบฟอร์ม และบันทึกทางการแพทย์พยาบาลเพื่อดำเนินการตามแนวปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์สำหรับการป้องกันและการจัดการอาการคัดตึงเต้านมในมารดาหลังคลอด (Level 3.2A)

5.2 บุคลากรที่มีสุขภาพที่เกี่ยวข้องในการดูแลมารดาหลังคลอดมีการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์สำหรับการป้องกันและการจัดการอาการคัดตึงเต้านมในมารดาหลังคลอดอย่างถูกต้องและต่อเนื่อง (Level 4A)

5.3 จัดบริการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์แก่มารดาหลังคลอดหรือมารับบริการด้วยตนเองที่หอผู้ป่วยหลังคลอด หรือคลินิกนมมารดา (Level 4A)

6. การติดตามและการพัฒนาคุณภาพการบริการ

6.1 ติดตามประเมินผลลัพธ์และรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับอาการคัดตึงเต้านมในมารดา หลังคลอดที่เลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา ขณะนอนในโรงพยาบาล (Level 4A)

6.2 ปฐมนิเทศบุคลากรใหม่ทุกราย ให้มีทัศนคติที่ดี มีความรู้และทักษะในการดูแลมารดาหลังคลอดในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาและแก้ไขปัญหาที่พบจากการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา (Level 4A)

6.3 จัดอบรมหรือสัมมนาทางวิชาการเพื่อเสริมสร้างทัศนคติและพัฒนาความรู้และทักษะของบุคลากรที่เกี่ยวข้องให้ตระหนักถึงบทบาทของตนเองในการส่งเสริมมารดาหลังคลอดให้ประสบผลสำเร็จในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา (Level 4A)

6.4 ติดตามผลลัพธ์ของการดำเนินการตามแนวปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ สำหรับการป้องกันและการจัดการอาการคัดตึงเต้านมในมารดาหลังคลอดที่เลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา เป็นระยะ (Level 4A)

6.5 ศึกษาผลการวิจัยหรือทำการวิจัยเกี่ยวกับการป้องกันและการจัดการอาการคัดตึงเต้านมในมารดาหลังคลอดที่เลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา และทบทวน ปรับปรุงแนวปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ ตลอดจนเอกสารและคู่มืออย่างสม่ำเสมอ (Level 4A)

การปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์และการประเมินผล

ประเภทของแนวปฏิบัติทางคลินิก

การปฏิบัติกรพยาบาลโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์เป็นการบูรณาการความรู้สู่การปฏิบัติเพื่อให้เกิดผลลัพธ์ของการบริการและนำไปสู่คุณภาพการให้บริการซึ่งการปฏิบัติดังกล่าว ต้องใช้หลักฐานที่ดีที่สุด (best evidence) ได้รับการยืนยันทางวิทยาศาสตร์จากงานวิจัย และสิ่งสำคัญที่เป็นตัวเชื่อมโยงระหว่างหลักฐานดังกล่าว กับการปฏิบัติคือ แนวปฏิบัติทางคลินิก (ฉวีวรรณ ชงชัย, 2548) เพราะแนวปฏิบัติทางคลินิกมีการพัฒนาขึ้นอย่างเป็นระบบ สามารถช่วยในการตัดสินใจของผู้ประกอบวิชาชีพและผู้ให้บริการที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพ ในการจัดการกับปัญหาที่เฉพาะเจาะจง (Field & Lohr, 1992 as cited in Graham & Harrison, 2005) แนวปฏิบัติทางคลินิกมีความน่าเชื่อถือแตกต่างกันขึ้นอยู่กับขั้นตอนการพัฒนา ซึ่งกลุ่มแนวปฏิบัติแห่งประเทศนิวซีแลนด์ (The New Zealand Guidelines Group [NZGG], 2001) ได้แบ่งแนวปฏิบัติไว้ 5 ประเภท ดังนี้

ประเภทที่ 1 แนวปฏิบัติที่ได้จากผลการปฏิบัติที่เป็นเลิศ เป็นแนวปฏิบัติที่พัฒนาจากประสบการณ์ของผู้ปฏิบัติ หรือผู้รับบริการที่เห็นว่าดีและมีความเหมาะสมกับหน่วยงาน

ประเภทที่ 2 แนวปฏิบัติที่อยู่ในรูปแบบของข้อกำหนด (protocol) เป็นแนวปฏิบัติที่ยกร่างขึ้นมาใช้เฉพาะบางหน่วยงาน เพื่อลดความแตกต่างในการปฏิบัติ มีลักษณะเป็นคู่มือหรือวิธีการปฏิบัติ เป็นข้อตกลงของการปฏิบัติ มักถูกกำหนดขึ้น โดยคณะผู้เชี่ยวชาญ และมีการกำหนดทิศทางที่ชัดเจน

ประเภทที่ 3 แนวปฏิบัติที่พัฒนาจากการประชุมร่วมแสดงความคิดเห็น (consensus-based guidelines) เป็นแนวปฏิบัติที่ได้จากข้อตกลงร่วมกันของผู้เชี่ยวชาญ

ประเภทที่ 4 แนวปฏิบัติที่พัฒนาจากหลักฐานเชิงประจักษ์ (evidence-based guidelines) เป็นแนวปฏิบัติที่พัฒนาจากการทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์ มีขั้นตอนการสืบค้นและประเมินหลักฐานอย่างเป็นระบบ

ประเภทที่ 5 แนวปฏิบัติที่พัฒนาจากหลักฐานเชิงประจักษ์อย่างชัดเจน (explicit evidence based practice) เป็นแนวปฏิบัติที่พัฒนาจากการทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์อย่างเป็นระบบ ซึ่งพัฒนาเช่นเดียวกับข้อที่ 4 แต่ผ่านการวิเคราะห์ถึงประโยชน์ ความเสี่ยง การนำไปใช้ และความคุ้มค่าคุ้มทุน

ปัจจุบันแนวปฏิบัติทางคลินิกที่เป็นที่ยอมรับและมีความน่าเชื่อถือมากที่สุด คือ แนวปฏิบัติที่พัฒนาจากหลักฐานความรู้เชิงประจักษ์ เนื่องจากมีกระบวนการขั้นตอนการพัฒนาอย่างเป็นระบบ โดยอาศัยหลักฐานความรู้เชิงประจักษ์ที่มีความน่าเชื่อถือ ให้ผลลัพธ์ที่ดีที่สุด และมีความเสี่ยงน้อยที่สุด (พิกุล นันทชัยพันธ์, 2550) ซึ่งแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการป้องกันและการจัดการอาการคัดตึงเด้านมในมารดาที่ให้นมบุตร (เพ็ญรุ่ง พิสิฐศุภมิตร, 2552) ถือเป็นแนวปฏิบัติประเภทที่ 4 คือแนวปฏิบัติทางคลินิกที่พัฒนาจากการทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์ มีขั้นตอนการสืบค้นและประเมินหลักฐานอย่างเป็นระบบ และผ่านการทดลองใช้แนวปฏิบัติที่โรงพยาบาลจังหวัดลำปางจนได้ผลเป็นที่ยอมรับ

ประโยชน์ของการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก

การนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้ในการดูแลผู้รับบริการก่อให้เกิดประโยชน์ด้านต่างๆ ดังนี้ (จิตร สิทธิอมร และคณะ, 2543; ฟองคำ ติลกสกุลชัย, 2549)

1. ด้านผู้รับบริการ ผู้รับบริการได้รับการดูแลเป็นระบบ และมีการวางแผนการดูแลรักษาล่วงหน้าพร้อมกันจากทีมสหวิชาชีพ ได้รับการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน และได้รับการบริการที่มีความคุ้มค่ามากขึ้น ค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาลดลงโดยไม่ได้ลดประสิทธิภาพของการดูแลรักษา

2. ด้านผู้ประกอบการวิชาชีพบุคลากรมีการปฏิบัติไปในแนวทางเดียวกันลดความหลากหลายในการปฏิบัติมีการร่วมปรึกษาและทบทวนความรู้เชิงประจักษ์ ลดความเสี่ยงของการปฏิบัติที่ผิดพลาด ขจัดปัญหาต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้นได้

3. ด้านองค์กรวิชาชีพ มีการดำเนินการตามแนวปฏิบัติทางคลินิกในการดูแลผู้รับบริการเป็นการประกันคุณภาพการบริการว่าอยู่บนพื้นฐานของความรู้ทางวิทยาศาสตร์ และเป็นการส่งเสริมความร่วมมือและการประสานงานในทีมสหวิชาชีพ

4. ด้านสังคม ได้รับรู้ถึงแผนการดูแลที่มีต่อผู้รับบริการ และเกิดความเชื่อมั่นในมาตรฐานการดูแลรักษาขององค์กร

5. ด้านผู้บริหารและโรงพยาบาล สามารถใช้เป็นเครื่องมือในการประเมินคุณภาพการบริการส่งเสริมความมั่นใจว่ามีการดำเนินกิจกรรมพัฒนาคุณภาพ โดยเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ลดค่าใช้จ่ายและระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาลก่อให้เกิดผลลัพธ์ ในเรื่องการคุมค่า คุมทุน

การใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการป้องกันและการจัดการอาการคัดตึงเต้านมในมารดาที่ให้นมบุตรที่พัฒนาจากหลักฐานเชิงประจักษ์ จะเกิดประโยชน์ต่อการดูแลมารดาหลังคลอดที่ให้นมบุตรเนื่องจากเป็นแนวทางที่ทำให้การปฏิบัติดูแลมีมาตรฐานเป็นไปในทิศทางเดียวกัน ช่วยป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากการให้นมบุตรและเกิดการทำงานเป็นทีมเพิ่มมากขึ้น

การใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกและการประเมินผลลัพธ์

การใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการปฏิบัติกรพยาบาล เป็นกระบวนการสืบค้นประเมินและประยุกต์ หลักฐานความรู้สู่การจัดการกับปัญหาสุขภาพของผู้ใช้บริการซึ่งเป็นที่ยอมรับในระดับสากลว่าเป็นวิถีทางให้บริการที่เป็นเลิศ (สายพิณ เกษมกิจวัฒนา, 2549) ซึ่งแนวปฏิบัติทางคลินิกเปรียบเหมือนแผนที่ ของการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ (ฟองคำ คิลกสกุลชัย, 2549) การนำแนวปฏิบัติทางคลินิกมาใช้ เป็นอีกวิธีหนึ่งที่จะช่วยให้ผู้ประกอบการวิชาชีพหรือผู้ให้บริการเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพสามารถตัดสินใจในการดูแลที่เหมาะสม ซึ่งแนวปฏิบัติทางคลินิกเป็นเครื่องมือสำคัญที่เกิดจากการพัฒนาอย่างเป็นระบบโดยทีมสหสาขาและเน้นผู้ให้บริการเป็นศูนย์กลาง เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีที่สุดแก่ผู้ให้บริการ (NHMRC, 1999) การนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้นั้น ก่อให้เกิดประโยชน์ต่อการให้บริการสุขภาพ เพื่อให้การบริการมีคุณภาพ มีประสิทธิภาพมากขึ้น เกิดมาตรฐานในการให้บริการที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์สนับสนุน นำไปสู่การใช้ทรัพยากรอย่างเหมาะสม โดยมีการคุมค่าคุมทุนในการให้บริการ ซึ่งเป็นการบูรณาการความรู้สู่การปฏิบัติ อีกทั้งยังใช้เป็นเครื่องมือในการประเมินเพื่อเพิ่มคุณภาพของการให้บริการ อันนำไปสู่การประกันคุณภาพของการให้บริการสุขภาพอีกด้วย (ฟองคำ คิลกสกุลชัย, 2549) สำหรับประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก เป็นผลที่เกิดจากการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก (CPGs) เป็นตัวชี้วัดที่แสดงให้เห็นถึงสิ่งที่ได้รับการยอมรับ สามารถนำมาใช้ในการพัฒนาคุณภาพงาน และยังนำไปเป็นเครื่องมือสำหรับการเฝ้าระวังการเปลี่ยนแปลงต่างๆที่จะเกิดขึ้นเพื่อที่จะนำผลการประเมินที่ได้ไปใช้อย่างเหมาะสมต่อไป

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้ศึกษาได้ใช้กรอบแนวคิดในการศึกษาตามขั้นตอนการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้ พัฒนาโดยสมาคมพยาบาลอาหารใจ (RNAO, 2002) เนื่องจากเป็นกรอบแนวคิดที่มีขั้นตอนชัดเจน ง่ายต่อความเข้าใจและการนำไปปฏิบัติ ขั้นตอนการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก ประกอบด้วย 6 ขั้นตอน คือ 1) การคัดเลือกแนวปฏิบัติทางคลินิก (selecting clinical practice guideline) 2) การระบุ วิเคราะห์ และกำหนดการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง (identifying, analyzing, and engaging stakeholders) 3) การประเมินความพร้อมของสิ่งแวดล้อม (assessing environmental readiness) 4) การตัดสินใจเกี่ยวกับกลยุทธ์ในการนำแนวปฏิบัติไปใช้ (deciding on implementation strategies) 5) การประเมินผลความสำเร็จจากการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้ (evaluating successes) และ 6) การจัดหางบประมาณหรือแหล่งประโยชน์ในการสนับสนุนการนำแนวปฏิบัติไปใช้ (resources) แต่ละขั้นตอนมีรายละเอียดดังนี้ (RNAO, 2002)

ขั้นตอนที่ 1 การคัดเลือกแนวปฏิบัติทางคลินิก

เนื่องจากมีผู้พัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกเป็นจำนวนมากและมีความหลากหลาย การเลือกแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้จะต้องสืบค้นจากหลายๆแห่งทั้งจากสื่ออิเล็กทรอนิกส์ และจากแนวปฏิบัติที่ได้รับการตีพิมพ์เผยแพร่ จากนั้นนำแนวปฏิบัติทางคลินิกที่ได้จากการสืบค้นมาพิจารณาถึงกระบวนการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกว่าได้มาจากหลักฐานเชิงประจักษ์หรือไม่ ความเป็นไปได้ที่จะนำแนวปฏิบัติไปใช้ (RNAO, 2002) การสืบค้นแนวปฏิบัติทางคลินิกสามารถสืบค้นโดยกำหนดคำสำคัญจาก กลุ่มเป้าหมาย (population) วิธีจัดการ (intervention) ผลลัพธ์ (out come) และชนิดของหลักฐานเชิงประจักษ์ (types of evidence) (Pearson et al., 2007) การพิจารณาในขั้นตอนนี้ทำได้โดยการใช้เครื่องมือในการประเมินคุณภาพของแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับงานวิจัย (AGREE, 2001) ที่แปลโดย ฉวีวรรณ ชงชัย (2547) ซึ่งผ่านการประเมินโดยใช้เครื่องมือการประเมินแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับงานวิจัย (AGREE, 2001) ซึ่งมีองค์ประกอบ 6 หมวด ได้แก่ 1) มีขอบเขตและวัตถุประสงค์ของการนำไปใช้ชัดเจน ซึ่งสร้างจากปัญหาทางคลินิก มีการประเมินวัตถุประสงค์ของแนวปฏิบัติทางคลินิก และระบุกลุ่มผู้ป่วยที่จะใช้แนวปฏิบัติ 2) การมีส่วนร่วมของผู้เกี่ยวข้องในการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิก โดยประเมินผู้ที่มีส่วนได้ ส่วนเสียในการพัฒนาทำโดยบุคคลหรือกลุ่มสาขาวิชาชีพ ลักษณะของผู้ใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก กลุ่มผู้ป่วย และการศึกษาก่อนการเผยแพร่ 3) มีขั้นตอนการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกที่เป็นระบบถูกต้อง และชัดเจน ซึ่งจะประเมินระบบการค้นคว้าหาหลักฐานงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ความชัดเจนในการคัดเลือกหลักฐาน และความชัดเจนของการให้ข้อเสนอแนะ รวมถึงการประเมินประโยชน์ ความเสี่ยงในการนำไปใช้ ตลอดจนการตรวจสอบโดยผู้เชี่ยวชาญ 4) ความชัดเจนในการนำเสนอ ประเมินในด้านความชัดเจนของข้อเสนอแนะ การให้คำจำกัดความที่ง่าย การให้ทางเลือกในการ



จัดการอย่างชัดเจน มีคู่มือ หรืออุปกรณ์สนับสนุนในการนำไปใช้ 5) มีความง่ายต่อการประยุกต์ใช้
ในหน่วยงาน ประเมินความชัดเจนในการอธิบายถึงประโยชน์และอุปสรรคในการนำแนวปฏิบัติ
ทางคลินิกไปประยุกต์ใช้ 6) ความเป็นอิสระของทีมจัดทำแนวปฏิบัติทางคลินิก โดยประเมินถึง
ความอิสระในการตีพิมพ์ ความชัดเจนของความคิดเห็นของทีม

การคิดคะแนนของแต่ละหมวด โดยแต่ละข้อให้เลือกตอบ 4 ตัวเลือกแบบลิเกิร์ต (Likert
scale) ประกอบด้วย คะแนน 4 = เห็นด้วยอย่างยิ่ง คะแนน 3 = เห็นด้วย คะแนน 2 = ไม่เห็นด้วย และ
คะแนน 1 = ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง การคิดคะแนนของแต่ละด้านใช้สูตรดังต่อไปนี้

$$\frac{\text{คะแนนที่ได้} - \text{คะแนนรวมต่ำสุด}}{\text{คะแนนรวมสูงสุด} - \text{คะแนนรวมต่ำสุด}} \times 100$$

การประเมินคุณภาพของแนวปฏิบัติทางคลินิกจะประเมินโดยผู้เชี่ยวชาญทางด้านการ
พัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิก จำนวน 2-4 คน เป็นผู้ประเมิน หากคะแนนที่ได้มากกว่าร้อยละ 50
แสดงว่า แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการป้องกันและการจัดการอาการคัดตึงเต้านมในมารดาหลัง
คลอดที่เลี้ยงบุตรด้วยนมมารดานั้นมีคุณภาพ หรือคุณสมบัติที่เหมาะสมในการนำไปใช้เป็นแนว
ปฏิบัติทางคลินิก

ขั้นตอนที่ 2 การระบุ วิเคราะห์ และกำหนดการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง

การวิเคราะห์การมีส่วนร่วมของทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องทำให้ได้ข้อมูลในส่วนต่างๆ เช่น
ข้อมูลด้านบุคลากร กลุ่มบุคคล หน่วยงาน เป็นต้น ซึ่งการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้ต้อง
คำนึงถึงการมีส่วนร่วมของทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง โดยแบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม คือ

2.1 ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องภายในองค์กร (internal stakeholders) หมายถึง บุคลากรใน
หน่วยงานที่มีส่วนเกี่ยวข้อง เช่น แพทย์ พยาบาล บุคลากรทีมสุขภาพ เป็นต้น

2.2 ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องภายนอกองค์กร (external stakeholders) หมายถึง บุคลากร
ที่ไม่ได้อยู่ในหน่วยงาน เช่น ผู้รับบริการ ญาติ เป็นต้น

2.3 ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องระหว่างองค์กร (interface stakeholders) หมายถึง ผู้บริหารของ
หน่วยงาน คณะกรรมการที่ได้รับการแต่งตั้ง ซึ่งผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกลุ่มนี้จะมีส่วนสำคัญต่อการ
ตัดสินใจในการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้ในหน่วยงาน

การพิจารณาผู้มีส่วนเกี่ยวข้องนั้นจะพิจารณาร่วมกับระดับการสนับสนุนและการมีผล
ต่อการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้ เพื่อพิจารณาถึงกลวิธีที่จะนำไปใช้ ซึ่งมี 4 ลักษณะคือ 1) การ
สนับสนุนระดับมาก (high support high influence) เป็นกลุ่มที่มีผลต่อการนำแนวปฏิบัติทางคลินิก



ไปใช้ในเชิงบวก มีความสนใจในแนวปฏิบัติและข้อมูลต่างๆเพื่อนำแนวปฏิบัติไปใช้อย่างต่อเนื่อง กลวิธีที่ใช้ในกลุ่มนี้คือ การประสานความร่วมมือ การให้รู้ข้อมูลย้อนกลับ การเตรียมความพร้อม เพื่อรับการเปลี่ยนแปลง และการเสริมสร้างพลังอำนาจ 2) การสนับสนุนระดับมากและการมีผลต่อการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้ระดับน้อย (high support low influence) เป็นกลุ่มที่มีผลต่อการนำแนวปฏิบัติไปใช้เชิงบวก ต้องให้ความสนใจขณะนำแนวปฏิบัติไปใช้ และป้องกันการเปลี่ยนแปลงในหน่วยงาน กลวิธีที่ใช้คือ การประสานความร่วมมือ การส่งเสริมการมีส่วนร่วม การเตรียมพร้อมสำหรับการเปลี่ยนแปลง การเข้ามามีส่วนร่วมในขั้นตอนการนำแนวปฏิบัติมาใช้ 3) การสนับสนุนระดับน้อยและการมีผลต่อการนำแนวปฏิบัติไปใช้ระดับมาก (low support high influence) เป็นกลุ่มที่มีผลต่อการนำแนวปฏิบัติไปใช้เชิงลบ ต้องการให้คนสนใจ ไม่ต้องการการเปลี่ยนแปลงในหน่วยงาน กลวิธีที่ใช้คือ การตกลงร่วมกัน การสร้างสัมพันธภาพ การให้ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องภายนอกเป็นผู้ให้คำปรึกษา กลุ่มนี้ไม่จำเป็นต้องให้เข้ามามีส่วนร่วมในระยะแรก ของการนำแนวปฏิบัติมาใช้ แต่ต้องมีการติดตามอย่างสม่ำเสมอ และ 4) การสนับสนุนระดับน้อยและมีผลต่อการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้ระดับน้อย (low support low influence) เป็นกลุ่มที่ไม่สามารถเข้าร่วมในการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกมาใช้และส่งผลในเชิงลบ กลุ่มนี้ต้องใช้กลวิธีในการติดตามอย่างใกล้ชิด กลวิธีที่ใช้คือ การตกลงร่วมกัน การสร้างสัมพันธภาพ การยอมรับความต้องการ ให้ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องภายนอกเป็นผู้ให้คำปรึกษา การให้มีส่วนร่วมในระยะของการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกมาใช้ โดยมีการติดตามอย่างสม่ำเสมอ

ขั้นตอนที่ 3 การประเมินความพร้อมของสิ่งแวดล้อม

การนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้เพื่อให้เกิดความราบรื่นและมีประสิทธิภาพควรมีการประเมินความพร้อมของสิ่งแวดล้อมในหน่วยงาน 8 ด้าน คือ 1) ด้านโครงสร้างของหน่วยงาน 2) วัฒนธรรมการปฏิบัติงานของหน่วยงาน 3) ระบบการติดต่อสื่อสาร 4) การสนับสนุนของผู้นำ 5) ความรู้ ทักษะ และทัศนคติของกลุ่มเป้าหมาย 6) การจัดการที่มีคุณภาพ 7) แหล่งประโยชน์หรือทรัพยากร และ 8) ความสัมพันธ์ระหว่างสหวิชาชีพ การประเมินความพร้อมของสิ่งแวดล้อมในหน่วยงานนั้นต้องแสดงให้เห็นถึงสภาพแวดล้อมที่พร้อมที่จะนำแนวปฏิบัติทางคลินิกนั้นไปใช้ ซึ่งต้องมีความพร้อมด้าน โครงสร้าง ด้านบุคลากรที่จะใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกต้องมีความเข้าใจ ขั้นตอนปฏิบัติในแนวปฏิบัติทางคลินิก ที่จะนำไปใช้และงบประมาณที่ใช้ในการสนับสนุนอย่างเพียงพอ สำหรับกิจกรรมที่แนวปฏิบัติทางคลินิกกำหนดนั้นสามารถปรับเปลี่ยนได้ตามความเหมาะสมของหน่วยงาน อีกทั้งการติดต่อสื่อสารระหว่างผู้ใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกต้องดีด้วย เพื่อให้การนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

ขั้นตอนที่ 4 การตัดสินใจเกี่ยวกับกลยุทธ์ที่ใช้ในการนำแนวปฏิบัติไปใช้

การนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้ต้องมีวิธีการเพื่อส่งเสริมให้มีการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้และมีการกำกับติดตามระหว่างการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกเป็นระยะ เพื่อปรับวิธีการให้เหมาะสมนำไปสู่การใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกอย่างต่อเนื่อง วิธีการในการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้ ได้แก่

4.1 การตรวจสอบข้อมูลและการให้ข้อมูลย้อนกลับ (audit and feedback) เช่นการสรุปผลการปฏิบัติงานทางคลินิกจากการทบทวนสิ่งที่ปฏิบัติจากการบันทึก จากเวชระเบียนหรือจากการสังเกตการปฏิบัติเป็นรายบุคคล เป็นต้น

4.2 การประชุมหรืออบรมให้ความรู้ (didactic educational meeting) ในรูปแบบการบรรยาย หรือการอบรมให้ความรู้ โดยผู้ที่ได้รับความรู้อาจมีส่วนร่วมหรือไม่มีส่วนร่วมในการบรรยายนั้น

4.3 อุปกรณ์ในการศึกษาเรียนรู้ (educational materials) เช่น เอกสาร การใช้สื่อวีดิทัศน์ การให้ข้อมูลโดยผ่านสื่อคอมพิวเตอร์ เป็นต้น

4.4 การออกไปตรวจเยี่ยม (educational outreach visits) เป็นการตรวจเยี่ยมเพื่อรับทราบปัญหา รับการปรึกษา เป็นการรับข้อมูลย้อนกลับ และเป็นการกระตุ้นให้มีการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกอย่างต่อเนื่อง

4.5 การประชุมให้ความรู้แบบมีส่วนร่วม (interactive educational meeting) เป็นการจัดกลุ่มเรียนรู้วิธีการแก้ปัญหาโดยให้ผู้เข้าร่วมประชุมมีส่วนร่วมในการอภิปรายและแก้ปัญหาร่วมกัน

4.6 กระบวนการอภิปรายหาข้อตกลงร่วมกัน (local consensus processes) โดยเน้นการมีส่วนร่วมของผู้ปฏิบัติในการอภิปรายปัญหา รวมถึงการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ปฏิบัติ เพื่อหาข้อตกลงในการแก้ไขปัญหาและข้อเสนอแนะในการปฏิบัติทางคลินิก

4.7 ความคิดเห็นของผู้นำ (local opinion leaders) เป็นผู้ที่ได้รับการยอมรับตามคุณวุฒิ และมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้ปฏิบัติ ความคิดเห็นของผู้นำจะทำให้ผู้ปฏิบัติเกิดการเคารพ

4.8 การตลาด (marketing) เป็นกระบวนการจัดการเกี่ยวกับการตอบสนองในเรื่องความคาดหวัง ความพึงพอใจ ความต้องการของผู้รับบริการ มีการออกแบบการพัฒนาและการประชาสัมพันธ์ เพื่อให้แนวปฏิบัติทางคลินิกเป็นที่รู้จัก

4.9 กิจกรรมที่กระทำต่อผู้ป่วย (patient mediated interventions) เป็นกิจกรรมที่สนับสนุนให้ผู้ป่วยดูแลสุขภาพ

4.10 การกระตุ้นเตือน (reminders) อาจเป็นการแจ้งด้วยตนเอง หรือการใช้สื่อคอมพิวเตอร์ในการเตือนเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมปฏิบัติ

ขั้นตอนที่ 5 การประเมินผลความสำเร็จจากการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้

เป็นขั้นตอนรวบรวมข้อมูล วิเคราะห์ และสรุปผลจากโครงการที่นำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้ เพื่อประเมินความสำเร็จหรือผลลัพธ์ของการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้ซึ่งสามารถทำได้ทั้งในระดับหน่วยงานหรือองค์กร ระดับผู้ให้บริการ ผู้รับบริการและค่าใช้จ่าย การประเมินผลจะประเมินผลใน 3 ด้าน ได้แก่

5.1 การประเมินผลด้านโครงสร้าง (structure evaluation) เป็นการประเมินลักษณะของหน่วยงานและอุปกรณ์ สิ่งอำนวยความสะดวก และบุคลากรในหน่วยงานเพื่อประเมินความพร้อม ความเพียงพอและการบริหารจัดการของหน่วยงานในการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้

5.2 การประเมินผลด้านกระบวนการ (process evaluation) เป็นการประเมินถึงแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้ว่ามีการดำเนินการอย่างไร โดยเน้นถึงความสอดคล้องตามที่วางแผนไว้

5.3 การประเมินผลด้านผลลัพธ์ (outcome evaluation) เป็นการประเมินผลของการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้แล้วเกิดผลหรือการเปลี่ยนแปลงหรือไม่ การประเมินผลลัพธ์สามารถประเมินได้หลายด้าน เช่น ความสำเร็จของการแก้ปัญหา จำนวนผู้เข้าร่วมโครงการ จำนวนวันที่นอนรักษาในโรงพยาบาล ความพึงพอใจของผู้ให้บริการ ความพึงพอใจของผู้รับบริการและครอบครัว เป็นต้น

ขั้นตอนที่ 6 การจัดหางบประมาณหรือแหล่งประโยชน์ในการสนับสนุนการนำแนวปฏิบัติไปใช้

การนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด จะต้องมีการจัดหาแหล่งประโยชน์ต่างๆ เช่น งบประมาณ บุคลากร สิ่งจำเป็นอื่นๆ เป็นต้น เพื่อให้การดำเนินการเป็นไปตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ ซึ่งในการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้ในหน่วยงานอาจจำเป็นต้องใช้งบประมาณในการจัดการต่างๆ เช่น การจัดอบรมเพื่อให้ความรู้แก่เจ้าหน้าที่ การจัดซื้ออุปกรณ์ใหม่ การจัดเตรียมสถานที่ใหม่ เป็นต้น

สำหรับสมาคมพยาบาลอนาโรรีโอ ประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกใน 3 ด้าน คือ 1) การประเมินด้านโครงสร้าง 2) การประเมินผลด้านกระบวนการ และ 3) การประเมินผลด้านผลลัพธ์ (RNAO, 2002) ในการศึกษาครั้งนี้ทำการประเมินผลลัพธ์จากจำนวนการเกิดอาการคัดตึงเต้านม คะแนนอาการคัดตึงเต้านม และคะแนนความเจ็บปวดจากอาการคัดตึงเต้านมในมารดาที่ให้นมบุตรลดลง ซึ่งเป็นการประเมินผลลัพธ์จากผู้ให้บริการ โดยตรง หากผลลัพธ์เกิดขึ้นกับผู้ให้บริการ

ดีเยี่ยมแสดงให้เห็นถึงแนวปฏิบัติทางคลินิกที่นำมาใช้ โครงสร้างของหน่วยงาน และกระบวนการต่างๆ ในการดำเนินงานนั้นดีมีประสิทธิภาพ จึงส่งผลให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีได้

กรอบแนวคิดในการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการศึกษาประสิทธิผลของการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการป้องกันและการจัดการอาการคัดตึงเต้านมในมารดาที่ให้นมบุตรในหอผู้ป่วยพิเศษหลังคลอด โรงพยาบาลนครพิงค์ จังหวัดเชียงใหม่ ดำเนินการศึกษาโดยใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการป้องกันและการจัดการอาการคัดตึงเต้านมในมารดาหลังคลอดที่เลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาของโรงพยาบาลลำปาง (เพ็ญรุ่ง พิสิฐสุภมิตร, 2552) ซึ่งประกอบด้วยเนื้อหาสาระ 6 องค์ประกอบ ดังนี้คือ 1) การพิทักษ์สิทธิ์ของมารดาหลังคลอดและจริยธรรม 2) การประเมินมารดาหลังคลอดในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา 3) การจัดการเพื่อป้องกันและลดอาการคัดตึงเต้านมในมารดาหลังคลอดที่เลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา 4) การให้ความรู้และทักษะเพื่อป้องกันและการจัดการอาการคัดตึงเต้านมในมารดาหลังคลอดที่เลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา 5) การดูแลต่อเนื่องเพื่อป้องกันและการจัดการอาการคัดตึงเต้านมในมารดาหลังคลอดที่เลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา และ 6) การติดตามและการพัฒนาคุณภาพการบริการ โดยใช้กรอบแนวคิดในการศึกษาตามขั้นตอนการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้และการประเมินผลลัพธ์ ที่พัฒนาโดยสมาคมพยาบาลอนุบาลอินทริโอ (RNAO, 2002) ซึ่งประกอบด้วย 6 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การคัดเลือกแนวปฏิบัติทางคลินิก 2) การระบุ วิเคราะห์ และการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง 3) การประเมินความพร้อมของสิ่งแวดล้อม 4) การตัดสินใจเกี่ยวกับกลยุทธ์ที่ใช้ในการนำแนวปฏิบัติไปใช้ 5) การประเมินผลความสำเร็จและ 6) การจัดหางบประมาณหรือแหล่งประโยชน์ในการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้ ภายหลังจากการนำแนวปฏิบัติไปใช้ผู้ศึกษาได้ประเมินประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกโดยประเมินผลลัพธ์ จากจำนวนมารดาที่ให้นมบุตรที่มีอาการคัดตึงเต้านม ความแตกต่างของคะแนนอาการคัดตึงเต้านมในมารดาที่ให้นมบุตร และความแตกต่างของคะแนนความเจ็บปวดจากอาการคัดตึงเต้านมในมารดาที่ให้นมบุตร