

บทบาทพยาบาลในการดูแลมารดาห้วนมสั้น

ปิยะรัตน์ แสงบำรุง, พย.ม.^{1*}; วิศรียาพรรณ สืบศิริบุญกุล, พย.ม.²;
กนกวรรณ กกกระโทก, นศ.พย.³; กมลนัฏธ์ อยู่พิมาย, นศ.พย.³; กมลวรรณ รังษี, นศ.พย.³;
กิตติธัช ศรีตระกูล, นศ.พย.³; จิรปริยา คำสีหา, นศ.พย.³; เทพอลงกรณ์ ครพนม, นศ.พย.³;
ธิดามาศ พลพันธ์, นศ.พย.³; วริศรา ชุมกระโทก, นศ.พย.³

(วันที่ส่งบทความ: 31 ตุลาคม 2565; วันที่แก้ไข: 8 ธันวาคม 2565; วันที่ตอบรับ: 10 ธันวาคม 2565)

บทคัดย่อ

การเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาเพียงอย่างเดียวในช่วง 6 เดือนแรก มีความสำคัญอย่างยิ่ง เพราะทำให้ทารกได้รับสารอาหารจำเป็นครบถ้วน ได้รับภูมิคุ้มกันจากแม่ และสร้างเสริมความผูกพันระหว่างมารดาและทารก แต่ในภาวะปัจจุบันพบว่าอัตราการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาเพียงอย่างเดียว 6 เดือนแรกของประเทศไทยต่ำกว่าเป้าหมายของประเทศและต่ำกว่าค่าเฉลี่ยของทั่วโลกอยู่มาก สาเหตุหนึ่งที่ทำให้การเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาไม่ประสบผลสำเร็จคือมารดาหลังคลอดมีภาวะห้วนมสั้น บทความนี้จะกล่าวถึงการประเมินและแก้ไขปัญหาห้วนมสั้นตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์จนถึงระยะหลังคลอด พยาบาลหรือบุคลากรการแพทย์สามารถใช้เป็นแนวทางในการให้คำแนะนำแก่มารดาในการแก้ไขปัญหาห้วนมสั้น และการติดตามแก้ไขปัญหาลงอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้การเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดามีประสิทธิภาพ และประสบความสำเร็จต่อไป

คำสำคัญ: บทบาทพยาบาล, การดูแลมารดา, ห้วนมสั้น

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ, วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

² พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ, วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิประสงค์ คณะพยาบาลศาสตร์
สถาบันพระบรมราชชนก

³ นักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิตชั้นปีที่ 3 รุ่นที่ 66, วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา คณะพยาบาลศาสตร์
สถาบันพระบรมราชชนก

* ผู้ประพันธ์บทความ: ปิยะรัตน์ แสงบำรุง, อีเมล: piyarat@knc.ac.th

The Roles of Nurses Caring for Mothers with Short Nipples

*Piyarat Sangbamrung, M.N.S.¹ ; Wisariyapan Seubsirinukul, M.N.S.² ;
Kanokwan Kokkratok, S.N.³ ; Kamonnat Oiuphimai, S.N.³ ; Kamonwan Rangsi, S.N.³ ;
Kittithat Srirakun, S.N.³ ; Jirapriya Khamsiha, S.N.³ ; Thep-alongkorn Kornpanom, S.N.³ ;
Tidamat Ponpan, S.N.³ ; Warissara Chumkrathok, S.N.³*

(Received: October 31st, 2022; Revised: December 8th, 2022; Accepted: December 9th, 2022)

Abstract

Breastfeeding for the first 6 months is extremely important because it provides babies with all necessary nutrients and immunity from the mother and strengthens the mother-baby bond. However, the current situation is that the rate of exclusive breastfeeding for the first 6 months in Thailand is lower than the national target and much lower than the global average. One of the primary causes of the failure to exclusively breastfeed is that a postpartum mother has short nipples. This article will discuss the evaluation and solution of problems related to mothers having short nipples during the pregnancy and puerperium periods. Nurses and medical personnel can use this article as a guide to advise mothers with short nipples how to solve their problems and to continually follow the problem solving process to ensure their breastfeeding efforts are effective and successful.

Keywords: nurse role, maternal care, short nipple

¹ Registered Nurse, Senior Professional Level, Baromrajonani College of Nursing Nakhon Ratchasima, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

² Registered Nurse, Senior Professional Level, Boromarajonani College of Nursing Sanpasithiprasong, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

³ 3rd Year Nursing Student Class 66, Baromrajonani College of Nursing Nakhon Ratchasima, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

* Corresponding author: Piyarat Sangbamrung, E-mail: piyarat@knc.ac.th

บทนำ

การเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา เป็นพื้นฐานในการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม ก่อให้เกิดความผูกพัน และส่งผลดีต่อสุขภาพของมารดาและทารก (จิตติพร แสงพลอย, ศิลปะชัย ฟันพะยอม, นลินี สิทธิบุญมา, และปภาดา ชมพูนิตย, 2564) เนื่องจากนมมารดามีสารอาหารจำเป็นสำหรับทารก และในน้ำนมเหลือง (Colostrum) ยังมีภูมิคุ้มกันอิมมูโนโกลบูลินเอ (Immunoglobulin A; วรรณภา ตั้งแต่ง, ทิพวัลย์ ดารามาศ และจริยา วิริยะสุทร, 2561) ขณะเดียวกัน ยังมีประโยชน์ต่อมารดา กล่าวคือ สามารถลดอัตราการตกเลือดภายหลังคลอด การเป็นมะเร็งเต้านม และมะเร็งรังไข่ (ดวงพร ภาสุวรรณ, 2563) จะเห็นว่าการให้นมมารดาภายหลังคลอดบุตรมีประโยชน์ องค์การด้านสาธารณสุขทุกประเทศ จึงให้ความสำคัญและสนับสนุนให้มีการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา

องค์การอนามัยโลก (World Health Organization [WHO], 2014) แนะนำให้มารดาทุกคนเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาอย่างเดียว 6 เดือนหลังคลอด และกินนมมารดาควบคู่กับอาหารตามวัยจนถึงอายุ 2 ปีหรือนานกว่านั้น จากผลสำรวจสถานการณ์เด็กและสตรีในประเทศไทย พ.ศ. 2562 พบว่า อัตราการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาอย่างเดียวนาน 6 เดือน มีเพียงร้อยละ 14 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2563) การที่มารดาตัดสินใจหยุดเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาในช่วง 4-8 สัปดาห์แรกหลังคลอด มีสาเหตุมาจากการดูแลของทารกไม่ถูกต้อง อาการเจ็บป่วยของทารกแรกเกิด มารดามีปัญหาที่ห้วนนม เต้านม และมารดาต้องกลับไปทำงานเป็นต้น (สุดาภรณ์ พยัคฆะเรือง, พรรณรัตน์ แสงเพิ่ม, และชญาดา สามารถ, 2559) เมื่อมารดายุติการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาส่งผลให้ทารกไม่ได้รับสารอาหารที่ดีที่สุด และความสัมพันธ์ระหว่างมารดากับทารกลดลง

มารดาที่มีภาวะห้วนนมสั้น เป็นสาเหตุสำคัญประการหนึ่ง ที่ยุติการให้นมบุตรตั้งแต่ในช่วงแรก เนื่องจากทารกไม่สามารถคาบห้วนนมได้ หรือคาบได้แล้วหลุดบ่อย ขณะดูดนม มารดารู้สึกเจ็บห้วนนม มีความยากลำบากในการให้นมบุตร มารดามีความกังวล เครียด ทำให้ประสบความสำเร็จในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาในกลุ่มนี้น้อย เมื่อเทียบกับมารดาห้วนนมปกติ (Buttham, Kongwattanakul, Jaturat, & Soontrapa, 2017) ดังนั้น การเตรียมความพร้อมในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาตั้งแต่ในระยะตั้งครรภ์จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่ง พยาบาลและบุคลากรทางการแพทย์ด้านอนามัยแม่และเด็ก มีบทบาทสำคัญในการประเมินความผิดปกติและการช่วยเหลือแก้ไขตั้งแต่เริ่มตั้งครรภ์ เพื่อให้เกิดผลสำเร็จในการให้นมมารดาภายหลังคลอดบุตร (จิตติพร แสงพลอย และคณะ, 2564) บทความนี้ได้นำเสนอความรู้เกี่ยวกับ กายวิภาคของเต้านม ห้วนนม และลานนม การเปลี่ยนแปลงของเต้านมในระยะตั้งครรภ์และระยะคลอด ประโยชน์ของนมแม่ การประเมินภาวะห้วนนมสั้น ผลกระทบต่อมารดาที่มีภาวะห้วนนมสั้น และบทบาทพยาบาลในการดูแลมารดาที่มีภาวะห้วนนมสั้นในระยะตั้งครรภ์ และระยะหลังคลอด เพื่อเป็นแนวทางสำหรับพยาบาล หรือบุคลากรการแพทย์ ในการดูแลให้คำแนะนำมารดา เพื่อแก้ไขปัญหาความผิดปกติของห้วนนม ส่งเสริมให้เกิดความสำเร็จในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาต่อไป

กายวิภาคของเต้านม หัวนม และลานนม

เต้านม เป็นอวัยวะที่พบการเปลี่ยนแปลงอย่างชัดเจนในช่วงตั้งครรภ์และหลังคลอด ประกอบด้วยโครงสร้างสำคัญต่อการสร้างและหลั่งน้ำนม ดังนี้ (วิลโล ซินธเนส, ธันวา ตันสถิตย์, และมนตกานต์ ตันสถิตย์, 2563)

1. หัวนม (Nipple) มีรูปร่างคล้ายกรวยเล็ก ๆ มีความยาวประมาณ 1 เซนติเมตร มีเส้นผ่าศูนย์กลางประมาณ 16 มิลลิเมตร หัวนม มีลักษณะนุ่มและสามารถเปลี่ยนแปลงไปตามรูปปากของบุตรได้ ภายในหัวนมจะมีท่อน้ำนม (Lactiferous duct) ประมาณ 15-20 ท่อ สำหรับมารดาที่หัวนมมีความยาวน้อยกว่าหรือเท่ากับ 0.7 เซนติเมตรนั้น ถือว่า มีภาวะหัวนมสั้น ส่งผลให้ลานนมค่อนข้างแข็ง ขาดความยืดหยุ่น

2. ลานนม (Areola) เป็นผิวหนังสีเข้มกว่าเต้านม อาจมีสีน้ำตาล หรือสีชมพู ในช่วงตั้งครรภ์จะมีสีเข้มขึ้น เป็นวงกลมล้อมรอบหัวนม มีเส้นผ่าศูนย์กลางประมาณ 1.5-2.5 เซนติเมตร ผิวหนังบริเวณลานหัวนมมีตุ่มนูนของรูเปิดท่อไขมัน ทำหน้าที่สร้างสารที่เป็นไขมันเคลือบผิวหนังบริเวณหัวนม และลานหัวนม

3. เต้านม (Corpus mammae) ตั้งอยู่บริเวณหน้าอก ระหว่างกระดูกซี่โครงคู่ที่ 2 ถึงคู่ที่ 6 วางอยู่บนกล้ามเนื้อหน้าอก มีเส้นผ่าศูนย์กลางประมาณ 12 เซนติเมตร ภายในเต้านมเป็นเนื้อเยื่อที่ประกอบด้วยต่อมน้ำนม (Alveolar) ท่อน้ำนม (Duct) และเนื้อเยื่อไขมัน ท่อน้ำนมมีการแตกแขนงเป็นฝอยคล้ายกิ่งของต้นไม้ ส่วนปลายพองออกเป็นกระเปาะ เรียกว่า ต่อม้ำนม (Alveolus)

น้ำนมที่สร้างภายในเซลล์ต่อมน้ำนม (Alveolar cells) จะมารวมอยู่ภายในกระเปาะของต่อมน้ำนม (Alveolus) เมื่อเซลล์กล้ามเนื้อเล็ก (Myoepithelial cells) หดตัวจะบีบไล่น้ำนมในต่อมน้ำนมให้ไหลไปตามท่อ (Ductule) และไปรวมกันที่ ท่อน้ำนม (Lactiferous duct) ซึ่งจะเปิดที่หัวนม ส่วนของท่อที่ทอดผ่านบริเวณใต้ลานหัวนมจะพองออกเป็นกระเปาะเรียกว่า แอ่งน้ำนม (Lactiferous sinus) ทำหน้าที่เป็นที่พักเก็บน้ำนม จากนั้นท่อจะมีขนาดเล็กลงและเปิดออกที่ปลายหัวนมประมาณ 15-20 ท่อ

การเปลี่ยนแปลงของเต้านมในระยะตั้งครรภ์และระยะคลอด

เมื่อเริ่มตั้งครรภ์ (Mammogenesis) ฮอร์โมนจารก และรังไข่ ที่กระตุ้นให้เต้านมมีความพร้อมในการสร้างและหลั่งน้ำนม ได้แก่ Estrogen, Progesterone, Human placental lactogen (HPL) และ Human chorionic somatomammotropin (HCS) โดย Estrogen จะกระตุ้นให้ต่อมใต้สมอง (Pituitary gland) สร้าง Prolactin ซึ่งเป็นฮอร์โมนที่ช่วยในการสร้างน้ำนม จะกระตุ้นให้ท่อน้ำนมและต่อมน้ำนมเจริญมากขึ้น และมีการเปลี่ยนแปลงเพื่อเตรียมสร้างน้ำนมต่อไป ในขณะเดียวกัน Estrogen, Progesterone และ HPL ที่เพิ่มมากขึ้นในระยะตั้งครรภ์ ยับยั้งกระบวนการสร้างน้ำนม แต่เมื่อเข้าสู่ระยะหลังคลอด Estrogen และ Progesterone ลดลงอย่างรวดเร็ว ทำให้ Hypothalamus สร้าง Prolactin เพิ่มขึ้นกว่าในระยะตั้งครรภ์ ร่วมกับได้รับการกระตุ้นจากการดูดของทารก ทำให้มีการสร้างน้ำนม ในปริมาณเพิ่มใน 2-3 วันแรก หลังคลอด และได้รับอิทธิพลจากฮอร์โมน Oxytocin จึงเกิดการหลั่งน้ำนม

ประโยชน์ของนมแม่

น้ำนมมารดามีสารอาหารครบถ้วน มีภูมิคุ้มกันจากมารดา ช่วยป้องกันการติดเชื้อในระบบทางเดินอาหาร ย่อยง่ายจึงช่วยในการขับถ่าย (Layuk, Sinrang, & Asad, 2021) ป้องกันการติดเชื้อทางเดินหายใจ และการอักเสบของหูชั้นกลาง (สุสัณหา ยิ้มแย้ม, 2556) ในระยะยาวสามารถลดโอกาสการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เช่น โรคเบาหวาน โรคอ้วนในวัยเด็ก (ศศิธรา น่วมภา, พรนภา ตั้งสุขสันต์, วาสนา จิตมา, และกันยรักษ์ เสงเจริญ, 2563) ช่วยให้ทารกมีระดับสติปัญญาดี ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษา ของ Horta (2019) พบว่าทารกที่ได้รับนมมารดาอย่างเดียว 6 เดือนขึ้นไป เมื่อเข้าสู่วัยเด็กจะมีไอคิวสูงกว่าทารกได้รับนมมารดาดำกว่า 6 เดือน ถึง 3.4 คะแนน (95%CI [2.3–4.6]) และมีความฉลาดทางอารมณ์ดี ช่วยสร้างความผูกพันระหว่างมารดากับทารก และสามารถลดอัตราการตกเลือดหลังคลอด ลดอัตราการเป็นมะเร็งเต้านม มะเร็งรังไข่ในมารดา (ดวงพร ผาสวรรณ, 2563) ช่วยควบคุมน้ำหนักมารดาหลังคลอด และคุมกำเนิด (วรรณนันทน์ ทินวงษ์ และดวงใจ ทองอาจ, 2558) ประหยัดค่าใช้จ่าย (ชุดาณัฐ์ ขุนเพชร และศศิกันต์ กาละ, 2561) กล่าวได้ว่าน้ำนมมารดาเป็นอาหารที่เหมาะสมสำหรับทารกมากที่สุดในช่วง 6 เดือนแรกและการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา มีประโยชน์ต่อร่างกายและจิตใจของมารดาและทารกอย่างยิ่ง

การประเมินภาวะหัวนมสั้น

การประเมินภาวะหัวนมสั้นสามารถทำได้หลายวิธี จากการศึกษาของ Thanaboonyawat, Chanprapaph, Puriyapan, and Lattalapakul (2012) ได้เสนอวิธีการตรวจประเมินหัวนมและลานนม (Siriraj Areola and Nipple Assessment [SANA]) มีรายละเอียด ดังนี้

1. การประเมินหัวนม

1.1 การวัดความยาวหัวนม จัดให้มารดาอยู่ในท่านั่งหลังตรง จากนั้นคลึงหัวนม (Nipple rolling) เบา ๆ 5 วินาทีก่อนตรวจ ใช้เวอร์เนียรคาลิเปอร์ (Vernier caliper) หรือไม้บรรทัด วัดความยาวของหัวนม โดยวัดตั้งฉากกับลานหัวนม เริ่มจากโคนหัวนมจนถึงยอดของหัวนมที่สูงที่สุด หน่วยเป็นมิลลิเมตร

การแปลผล ปกติหัวนมจะมีความยาวระหว่าง 7-10 มิลลิเมตร หากมีความยาวน้อยกว่า 7 มิลลิเมตร จัดว่าเป็นหัวนมสั้น แบ่งความรุนแรงเป็น 4 ระดับ ดังนี้ 1) หัวนมสั้นไม่มาก หมายถึง หัวนมที่มีความยาวระหว่าง 4-6 มิลลิเมตร 2) หัวนมสั้นมาก หมายถึง หัวนมที่มีความยาวน้อยกว่า 4 มิลลิเมตร 3) หัวนมบอด (Flat nipple) หมายถึง หัวนมที่เรียบเสมอลานนม และ 4) หัวนมบุ๋ม (Inverted nipple) หมายถึง หัวนมบุ๋มลึกลงไปจากลานนม

1.2 การทดสอบการดึงรั้งหัวนม ทดสอบโดยใช้นิ้วชี้และนิ้วหัวแม่มือจับบริเวณหัวนมแล้วดึงขึ้น (Nipple pulling) หากจับไม่ติด ดึงไม่ขึ้น หรือมีแรงต้าน แสดงว่า หัวนมมีการดึงรั้ง (Retraction nipple)

1.3 การทดสอบการหดยกกลับของหัวนม ทดสอบโดยการบีบบริเวณขอบนอกของลานหัวนมเข้าหากันด้วยนิ้วชี้และนิ้วหัวแม่มือ (Pinch's test) หากพบว่าหัวนมที่ยื่นออกมาในสภาพปกติ กลับหดยกกลับเป็นหัวนมบุ๋มลึกลงไปจากลานนม คล้ายปล่องภูเขาไฟ เรียกว่า Pseudo inverted nipple

2. การประเมินลานนม เป็นการทดสอบความยืดหยุ่นของลานนม เพื่อประเมินว่าทารกจะสามารถอมลานหัวนมได้หรือไม่ เทคนิคการทดสอบคือการใช้นิ้วชี้และนิ้วหัวแม่มือจับบริเวณลานหัวนมแล้วยกขึ้น (Areola compression) การแปลผล แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ เกรด 0 (ลานหัวนมแข็ง จับไม่ติด) เกรด 1 (ลานหัวนมตึง จับติด แต่ดึงแล้วมีแรงต้าน) และเกรด 2 (ลานหัวนมยืดหยุ่นดี จับติด)

การประเมินหัวนมและลานนม เป็นบทบาทสำคัญของพยาบาลร่วมกับมารดา เพื่อคัดกรองและวางแผนแก้ไขปัญหาลานหัวนมสั้น ช่วยป้องกันการยุติเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาได้ (นิภา เพียรพิภากรณ์, 2558; ศรุตยา รองเลื่อน, 2553)

ผลกระทบต่อมารดาที่มีภาวะหัวนมสั้น

มารดาที่มีภาวะหัวนมสั้น จะทำให้ทารกไม่สามารถอมหัวนมได้ คุณนมลำบาก ส่งผลให้มารดาเจ็บปวดขณะให้นม หัวนมแตก และน้ำนมมาน้อย (ปิยรัตน์ จินาพันธุ์, อัจฉรา มีนาสันติรักษ์, จตุพร เพิ่มพรสกุล, และลมัย แสงเพ็ง, 2561) อาการดังกล่าวสัมพันธ์กับการคุณนมมารดาของทารก การคุณนมไม่ดี ทำให้น้ำนมคั่ง เต้านมคัดตึง นอกจากนี้การจัดท่าลูกหรืออุ้มลูกไม่ถูกต้อง ทำให้การอม และการคุณนมของทารกไม่ได้ เกิดการปฏิเสธการดูดเต้า ยิ่งทำให้มารดาเกิดความเหนื่อยล้า ท้อแท้ รู้สึกผิดเพราะความไม่พร้อมของสรีระตนเอง (ลมัย แสงเพ็ง และยุวดี วิทย์พันธ์, 2561) สร้างความวิตกกังวลและทุกข์ใจ กลัวบุตรจะได้รับสารอาหารไม่เพียงพอ เป็นสาเหตุให้มารดายุติการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาก่อน 6 เดือน หลังคลอด ดังนั้นพยาบาลและเจ้าหน้าที่ด้านสุขภาพที่มีหน้าที่เกี่ยวกับการดูแลงานอนามัยแม่และเด็ก จึงมีหน้าที่ประเมินและแก้ไขภาวะหัวนมสั้นตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์จนถึงระยะหลังคลอด เพื่อเตรียมความพร้อมในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาต่อไป

บทบาทพยาบาลในการดูแลมารดาที่มีภาวะหัวนมสั้น

พยาบาลเป็นผู้มีบทบาทสำคัญอย่างยิ่ง ในการประเมิน ให้ความรู้ และแนะนำวิธีการแก้ไขหัวนม ตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์และระยะหลังคลอดอย่างต่อเนื่อง ถือเป็นแรงสนับสนุนที่สำคัญในการส่งเสริมให้ประสบความสำเร็จในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาบทบาทของพยาบาลในการดูแลมารดาที่มีภาวะหัวนมสั้น ระยะตั้งครรภ์ และระยะหลังคลอด มีดังนี้

บทบาทพยาบาลในการดูแลมารดาที่มีภาวะหัวนมสั้นระยะตั้งครรภ์

1. บทบาทพยาบาลในการประเมินลักษณะหัวนมและลานนม บันทึกขนาดความยาวของหัวนมและความยืดหยุ่นของลานนมลงในแบบบันทึก การคัดกรองเพื่อประเมินปัญหาหัวนมสั้นของคลินิกนมแม่ (ปราณี รวีทอง, 2560) ประเมินระดับหัวนมสั้น และแนะนำวิธีการใช้ปั๊มแก้ว (Breast cups) แก้ไขภาวะหัวนมสั้น โดยแนะนำให้มารดาครอบปั๊มแก้วบนเต้านม แล้วสวมเสื้อชั้นในทับไว้ในช่วงกลางวัน ปั๊มแก้วจะช่วยดึงให้หัวนมยื่นยาวออก และช่วยนวดลานนมให้นุ่ม ทำให้ทารกสามารถคุณนมได้ง่ายขึ้น

2. บทบาทพยาบาลในการส่งเสริมความรู้แก่มารดา เพื่อแก้ไขภาวะหัวนมสั้น โดยประยุกต์ใช้สื่อสังคมออนไลน์ เช่น YouTube, Line, Facebook, Messenger, Instagram ทำเป็นสื่อที่มีความน่าสนใจ ซึ่งจะทำให้ผู้ฟังไม่เกิดความเบื่อหน่าย สามารถดูซ้ำหลายรอบ และสามารถรับข้อมูลได้อย่างเต็มที่ (จิตพร แสงพลอย และคณะ, 2564)

บทบาทพยาบาลในการดูแลมารดาที่มีปัญหาหัวนมสั้นในระยะหลังคลอด

1. บทบาทพยาบาลในการประเมินการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา มีเครื่องมือหรือแบบประเมินที่สามารถนำมาประยุกต์ใช้ได้ โดยมีรายละเอียดการประเมินที่แตกต่างกัน เกณฑ์ที่ใช้อาจประเมินจากทารกหรือประเมินจากทั้งมารดาและทารก ซึ่งมีหลายวิธีดังนี้ (ภาวินี พัวพรพงษ์, 2557)

1.1 LATCH assessment ใช้สำหรับประเมินการอมหัวนมและลานนม (Latch [L]) การได้ยินเสียงกลืนน้ำนม (Audible [A]) ลักษณะหัวนมของแม่ (Type of nipple [T]) ความรู้สึกสบายเต้านมและหัวนม (Comfort [C]) และท่าอุ้มลูกหรือจัดท่าลูกขณะให้นม (Hold [H]) วิธีดังกล่าวเป็นที่นิยมในแผนกหลังคลอด โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข เพื่อใช้เป็นเกณฑ์ในการเฝ้าระวังปัญหาาระหว่างให้นมบุตร และให้การดูแลมารดาในระยะหลังคลอด

1.2 Systematic Assessment of the Infant at Breast (SAIB) ใช้สำหรับประเมินแนวการวางตัวของทารก การอมคาบหัวนมและลานนม การกดบริเวณลานนม และการได้ยินเสียงทารกกลืนน้ำนม

1.3 The Mother-Baby Assessment (MBA) ใช้สำหรับประเมิน สัญญาณความพร้อมในการดูดนม ท่าทางในการดูดนม การเข้าเต้า การไหลของน้ำนม และการหยุดดูดนม

1.4 Infant Breastfeeding Assessment Tool (IBFAT) ใช้สำหรับประเมินความพร้อมในการรับนม การเขียนให้อ้าปากกว้าง การอมคาบหัวนมและลานนม และรูปแบบการดูดนม

1.5 Lactation Assessment Tool (LAT) ใช้สำหรับประเมินการเข้าเต้า มุมของการอ้าปากที่เต้านม ริมฝีปากปลิ้นออก ตำแหน่งศีรษะทารก เส้นแนวของแก้มทารก ระดับความสูงของทารกที่เต้านม การหมุนหันลำตัวของทารก ความสัมพันธ์ของลำตัวทารกกับมารดา และพลศาสตร์การดูดนม

1.6 Mother-Infant Breastfeeding Progress Tool (MIBPT) ใช้สำหรับประเมินปฏิกิริยาตอบสนองของมารดา ระยะเวลาการให้นมลูก การอมหัวนมและการคาบลานนม การดูดนมแรง การจัดท่าให้นม การเข้าเต้า การหมุนหันลำตัวของทารก หัวนมของมารดา และความคิดเห็นด้านลบในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา

1.7 Breastfeeding Assessment Score (BAS) ใช้สำหรับประเมินอายุมารดา ประสบการณ์ในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา จำนวนครั้งในการเข้าเต้ายาก ระยะห่างระหว่างการให้นมบุตรแต่ละครั้ง จำนวนนมผสมที่ได้รับในโรงพยาบาล ประวัติการผ่าตัดเต้านมมาก่อน ประวัติมารดาที่มีความดันโลหิตสูงระหว่างตั้งครรภ์ และการคลอดลูกโดยใช้เครื่องดูดสุญญากาศ

2. บทบาทพยาบาลในการให้คำแนะนำเกี่ยวกับการจัดท่าให้นมบุตร ควรจัดทำในการให้นมให้เหมาะสม และสะดวกสบาย โดยยึดหลักการให้ศีรษะทารกสูงกว่าก้นเล็กน้อย ปากลูกอยู่ระดับเดียวกับ

ห้วนมมารดา ตะแคงศีรษะและลำตัวทารก จนหน้าท้องทารกแนบกับหน้าท้องมารดา อาจใช้หมอนช่วยรองแขนของมารดาและลำตัวทารก ทำอุ้มที่ใช้บ่อยสำหรับการให้นมบุตร มีดังต่อไปนี้ (สุภาวดี แถวเพ็ญ, สุทธิดา สิงห์ศิริเจริญกุล, และวรรณพร คำพิลา, 2564)

2.1 ท่าฟุตบอล (Football or Clutch hold position) อุ้มทารกด้วยแขนข้างเดียวกับด้านมข้างที่จะให้ทารกดูด โดยให้ลำตัวทารกอยู่ใต้รักแร้ ปลายเท้าชี้ไปทางด้านหลังของมารดา ฝ่ามือประคองท้ายทอยและต้นคอ

2.2 ท่าอุ้มขวางตักประยุกต์ (Cross cradle position) อุ้มด้วยแขนข้างตรงกันข้ามกับด้านมข้างที่จะให้ทารกดูด ฝ่ามือประคองต้นคอและท้ายทอยทารก กันอยู่ตรงข้อพับข้อศอกของมารดา

2.3 ท่าอุ้มขวางตัก (Cradle position) อุ้มด้วยแขนข้างเดียวกับด้านมข้างที่จะให้ทารกดูด ฝ่ามือประคองลำตัวและก้นทารกไว้ ศีรษะอยู่ตรงข้อพับข้อศอกของมารดา

2.4 ท่านอน (Lying down position) มารดาและทารกนอนตะแคงเข้าหากัน โดยให้มารดานอนศีรษะสูงกว่าลำตัวเล็กน้อย อุ้มทารกด้วยแขนเดียวกับด้านมที่จะให้ทารกดูด ฝ่ามือประคองลำตัวและก้นทารกไว้ ศีรษะอยู่ตรงข้อพับข้อศอกของมารดา

ขณะให้นมบุตร ให้จับเต้านมในลักษณะดังต่อไปนี้ 1) ประคองเต้านมรูปตัวซี (C-hold) นิ้วหัวแม่มืออยู่ด้านบนเหนือขอบนอกของลานห้วนม อีกสี่นิ้วที่เหลือประคองใต้เต้านม 2) ประคองเต้านมรูปตัวยู (U-hold) นิ้วหัวแม่มืออยู่ด้านข้างนอกลานห้วนม ประคองเต้านมให้อยู่บนฝ่ามือระหว่างนิ้วหัวแม่มือและนิ้วทั้งสี่ และ 3) ประคองเต้านมรูปตัววี (V-hold) นิ้วชี้อยู่ด้านบนเหนือขอบนอกของลานนม นิ้วกลางอยู่ด้านล่างนอกลานห้วนม นิ้วที่เหลือช่วยประคองเต้านมไว้

3. บทบาทพยาบาลในการส่งเสริมการให้ความรู้และฝึกทักษะแก่มารดาในการแก้ไขภาวะห้วนมสัน มีวิธีการปฏิบัติ ดังนี้

3.1 วิธีใช้นิ้วมือดึงแยกให้ห้วนมโพล์ (Hoffman's exercise) เป็นการบริหารกล้ามเนื้อของห้วนมและลานนม โดยวางนิ้วหัวแม่มือ 2 ข้างชิดโคนห้วนมในแนวตรงกันข้ามกัน ดึงห้วนมให้ยื่นออกมาเบาๆ เปลี่ยนตำแหน่งของนิ้วมือไปรอบๆ ห้วนม อาจทำร่วมกับคลึงห้วนม คือการใช้นิ้วหัวแม่มือและนิ้วชี้จับที่โคนห้วนมแล้วยกขึ้น ปั่นห้วนมเบาๆ ทำข้างละประมาณ 30 ครั้งต่อวัน การปฏิบัติอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ตั้งครรภ์สามารถทำให้ห้วนมมีความยาวเพิ่มขึ้น (Thurkkada et al., 2022)

3.2 ใช้เครื่องช่วยดึงห้วนม (Nipple puller) โดยใช้มือบีบกระเปาะยางพร้อมกับวางขอบแก้วครอบห้วนมจนชิดลานนม ปล่อยมือที่บีบกระเปาะยางห้วนมจะถูกดึงยืดออกมา ทำข้างละ 10 นาทีต่อวัน หลังอาบน้ำเข้า เย็น สามารถนำกระบอกฉีดยา (Syringe) มาดัดแปลงเป็นอุปกรณ์ช่วยดึงห้วนมได้ วิธีนี้ส่งผลให้อัตราเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาอย่างเดียว อย่างน้อย 6 เดือน เพิ่มขึ้น (Nabulsi, Ghanem, Abou-Jaoude, & Khalil, 2019)

3.3 นวัตกรรมสร้างห้วนม ใช้อุปกรณ์ ประกอบด้วย ยางวงมดผสมขนาดเล็ก 2 เส้น และแผ่นเอนโดฟิล์มชนิดสีเหลือง 2 แผ่น มีวิธีการสร้างห้วนม คือ ใช้ Nipple puller ดึงห้วนมค้างไว้ 1-2 นาที

จากนั้นนำ Nipple puller ออก แล้วนำยางวงมารัดหัวนมบริเวณฐานเพื่อให้หัวนมคงรูป แล้วจึงนำแผ่นเอนโดฟิล์ม ที่ตัดเป็นวงกลมด้านในของแผ่นให้มีเส้นผ่าศูนย์กลางเท่ากับขนาดหัวนม มาติดครอบหัวนมบนลานนม จากนั้นปลดยางที่รัดหัวนมออก หัวนมจะขยายขึ้นและตั้งคงรูป ทำนวัตกรรมการสร้างหัวนมทั้งสองข้าง และจะติดไว้จนถึงวันจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล (จตุพร เพิ่มพรสกุล, ปิยรัตน์ รอดแก้ว, และอุทุมพร คลยเกษม, 2564) แต่วิธีนี้ต้องอาศัยการจัดทำอุ้ม และความชำนาญในการใช้นวัตกรรมการให้การดูแลใกล้ชิดในช่วงหลังคลอดจึงจะประสบความสำเร็จ

4. บทบาทพยาบาลในการสอนการนวดเต้านม มีวัตถุประสงค์เพื่อส่งเสริมการไหล เพิ่มปริมาณน้ำนม ลดอาการเจ็บเต้านม และลดอาการท่อน้ำนมอุดตัน โดยวิธีการนวดเต้านมจะแยกตามวัตถุประสงค์ดังแสดงในตารางที่ 1 (ศศิธรา นุ่มภา และคณะ, 2563)

ตารางที่ 1 วิธีการนวดเต้านม

วิธีการ	วัตถุประสงค์	หลักการของการนวดเต้านม
Oketani breast massage	ลดอาการเจ็บเต้านม เพิ่มปริมาณน้ำนม	การลดแรงดันบริเวณรอยต่อระหว่างฐานหัวนม และกล้ามเนื้อทรวงอกมัดใหญ่ ส่งผลต่อการเพิ่มการไหลเวียนของเลือด และลดการหดเกร็งของกล้ามเนื้อ
Therapeutic breast massage in lactation	ลดอาการเจ็บเต้านม เต้านมคัดตึง และท่อน้ำนมอุดตัน	การเพิ่มการไหลเวียนของเลือดและน้ำเหลือง ส่งผลต่อการลดอาการบวมของเนื้อเยื่อบริเวณเต้านม
Reverse pressure softening	ลดอาการเจ็บเต้านม	การเพิ่มแรงดันย้อนกลับ ส่งผลต่อการลดความคัดตึงของเต้านมบริเวณลานนม และเพิ่มความสะดวกของการไหลของน้ำนม
Pectoral muscle massage	ลดอาการเจ็บเต้านมจากการหดตัวของกล้ามเนื้อทรวงอกส่วนบน	ลดการหดเกร็งของกล้ามเนื้อทรวงอก (Thoracic muscle) กล้ามเนื้อหน้าอก (Pectoral muscle) และกล้ามเนื้อเซราตัสส่วนหน้า (Anterior serratus muscle) โดยการยืดเหยียดจะทำให้ส่งเสริมการไหลเวียนเลือด และลดการอุดตันของหลอดเลือดแดง
Six-step recanalization manual therapy	ลดอาการท่อน้ำนมอุดตัน	การบริหารบริเวณหัวนม และลานนมในหลายทิศทางเพื่อกระตุ้นและไล่น้ำนมบริเวณท่อน้ำนม และการไล่น้ำนมก้อนที่มีน้ำนมค้างอย่างอ่อนโยน
Comprehensive treatment	ลดอาการท่อน้ำนมอุดตัน	โปรแกรมแบบบูรณาการระหว่างการประคบร้อน การตรวจด้วยคลื่นความถี่สูง การนวด และให้ความรู้ ซึ่งการนวดจะเพิ่มการยืดหยุ่นของเต้านม และการบีบไล่น้ำนมที่ค้างด้วยวิธีป้องกันน้ำนมไหลเข้าก้อนที่อุดตัน (Backed-up milk in the lump)

วิธีการ	วัตถุประสงค์	หลักการของการนวดเต้านม
Breast care	ส่งเสริมการไหลของน้ำนม เพิ่มปริมาณน้ำนม	เพิ่มความยืดหยุ่นของหัวนม เต้านม และการเตรียม เต้านมสำหรับการสร้างน้ำนมตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์และ หลังคลอด
Marmet massage	ส่งเสริมการไหลของน้ำนม เพิ่มปริมาณน้ำนม	การประสานการนวดและการบีบน้ำนมด้วยมือ เพื่อ กระตุ้นกลไกการหลั่งน้ำนม (Milk ejection reflex)
Oxytocin massage	ส่งเสริมการไหลของน้ำนม เพิ่มปริมาณน้ำนม	การนวดบริเวณกระดูกไขสันหลังซึ่งเป็นบริเวณที่ กระตุ้นสารสื่อประสาทไปยังสมองส่วนหลังฮอริโมน ออกซิโตซิน

4. บทบาทพยาบาลในการติดตามแก้ปัญหาอย่างต่อเนื่อง ส่งเสริมให้มีการจัดตั้งกลุ่มสนับสนุน การเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา และส่งมารดาไปติดต่อกลุ่มดังกล่าวเมื่อออกจากโรงพยาบาลหรือคลินิก (ปิ่นผัด บณขุทธ, ถาวรีย์ แสงงาม, วิรุฬห์ พิมมานุรักษ์ และกัลยา มั่นล้วน, 2564)

สรุป

ภาวะหัวนมสั้น มีผลทำให้ทารกดื่มนมไม่มีประสิทธิภาพ และมารดาารู้สึกเจ็บปวดขณะให้นม คัดเต้านม ผลลัพธ์สุดท้าย คือ ไม่สามารถเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาได้สำเร็จ ก่อให้เกิดปัญหาด้านจิตใจต่อ มารดาและทารก การสร้างสัมพันธภาพไม่ดี ดังนั้น การแก้ไขปัญหามารดาที่มีหัวนมสั้นจึงมีความสำคัญ มารดาทุกรายควรได้รับการประเมินหัวนมและลานนมตั้งแต่ครั้งแรกที่มาฝากครรภ์ เมื่อพบปัญหาควร แนะนำวิธีการแก้ไขหัวนม และส่งเสริมการปฏิบัติอย่างถูกต้องต่อเนื่องตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์เมื่อเข้าสู่ระยะ หลังคลอด ใช้การนวดเต้านม ช่วยจัดทำทางให้เหมาะสมในขณะอุ้มให้นมบุตร การแก้ไขดังกล่าวข้างต้น ต้องอาศัยเวลา ความอดทน และความพยายามของมารดาอย่างยิ่ง ดังนั้น พยาบาลจึงมีบทบาทในการ ประเมินความผิดปกติ ให้ความรู้ แนะนำวิธีการแก้ไข และให้การสนับสนุนสร้างกำลังใจ จนกระทั่งมารดา มีความมั่นใจ สามารถแก้ปัญหาได้ด้วยตนเอง และสามารถให้นมบุตรอย่างเดียวก่อนครบ 6 เดือน

เอกสารอ้างอิง

- จตุพร เพิ่มพรสกุล, ปิยรัตน์ รอดแก้ว, และอุทุมพร ดุลยเกษม. (2564). ผลของการใช้นวัตกรรมการสร้าง หัวนมต่อความสำเร็จของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในมารดาหลังผ่าตัดคลอดที่มีหัวนมสั้น. *วารสาร มหาวิทยาลัยนครพนม*, 8(2), 154-167.
- ชุตานันท์ ขุนเพชร, และศศิกันต์ กาละ. (2561). ประสบการณ์ความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของ มารดาวัยรุ่นหลังคลอด. *วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์*, 11(2), 1-11.
- จิตติพร แสงพลอย, ศิลปะชัย ฝันพะยอม, นลินี สิทธิบุญมา, และปภาดา ชมพูนิตย์. (2564). สื่อสังคมออนไลน์: แนวทางการประยุกต์ใช้ในการส่งเสริมการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา. *วารสารพยาบาลสุขภาพ*, 15(1), 42-53.

- ศุภวดี แถวเพ็ญ, สุทธิดา สิงห์ศิริเจริญกุล, และวรรณพร คำพิลา. (2564). *การพยาบาลมารดาหลังคลอด: แบบแผนสุขภาพ*. ขอนแก่น: วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ขอนแก่น กระทรวงสาธารณสุข.
- ดวงพร ผาสวรรณ. (2563). ความสำเร็จของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวอย่างน้อย 6 เดือน: กรณีศึกษา จังหวัดนครปฐม. *วารสารเกื้อการุณย์*, 27(1), 77-84.
- นิภา เพียรพิจารณ์. (2558). *คู่มือการพยาบาลการส่งเสริมสายสัมพันธ์แม่-ลูก และการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในห้องคลอด*. กรุงเทพฯ: งานการพยาบาลสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ปิ่นนัตถ์ บณขุนทด, ถาวรีย์ แสงงาม, วิริทธิ์ พิมมานุรักษ์, และกัลยา มั่นล้วน. (2564). บทบาทพยาบาลและครอบครัวในการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในมารดาวัยรุ่นหลังคลอด. *วารสารการแพทย์โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์*, 36(2), 275-282.
- ปราณี รวิทอง. (2560). *ผลลัพธ์การแก้ปัญหาหัวนมสั้นและทารกสามารถดูดนมมารดาได้ภายในห้องคลอด 3 วัน ในโรงพยาบาลกลาง*. สืบค้นจาก <http://203.155.220.238/csc/attachments/article/189/nurse601106.pdf>
- ปิยรัตน์ จินาพันธุ์, อัจฉรา มีนาสันติรักษ์, จตุพร เพิ่มพรสกุล, และลมัย แสงเพ็ง. (2561). ผลของนวัตกรรมการสร้างหัวนมต่อความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในมารดาหลังคลอดที่มีหัวนมสั้น. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 19(3), 185-194.
- ภาวิน พัวพรพงษ์. (2557). การประเมินการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่. *วารสารการแพทย์และวิทยาศาสตร์สุขภาพ*, 21(1), 10-21.
- ลมัย แสงเพ็ง, และยุวดี วิทย์พันธ์. (2561). ศึกษาเปรียบเทียบผลสำเร็จของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ระหว่างมารดาหัวนมสั้นกับหัวนมปกติ โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช. *มหาราชนครศรีธรรมราชเวชสาร*, 2(1), 8-18.
- วรรณภา ตั้งแต่ง, ทิพวัลย์ ดารามาศ, และจริยา วิทยะสุกร. (2561). ผลของการให้โคลอสตรัมทางปากในทารกเกิดก่อนกำหนดต่ออัตราการติดเต้านมในโรงพยาบาล. *รามาริบัติพยาบาล*, 24(2), 109 – 121
- วรรณันท์ ทินวัง, และดวงใจ ทองอาจ. (2558). *นมแม่ดีที่หนึ่ง ลูกฉลาด แข็งแรงสมวัย*. สืบค้นจาก https://hpc9.anamai.moph.go.th/web-upload/migrated/files/hpc9/n937_1f86ee470e32a70da0d4a279bb3cad10_article_20170110085952.pdf
- วิลัย ชินชนะศ, ธันวา ตันสถิตย์, และมนตกานต์ ตันสถิตย์. (2563). *กายวิภาคศาสตร์ของมนุษย์* (พิมพ์ครั้งที่ 20). กรุงเทพฯ: ห้างหุ้นส่วนจำกัด สามลดา.
- ศรุตยา รongเลื่อน. (2553). *คู่มือการประเมิน/การแก้ไขหัวนมและลานหัวนม*. สืบค้นจาก <https://www2.si.mahidol.ac.th/division/nursing/sins/attachments/article/183/Nipple%20and%20Nipple%20Assessment%20%20Correction%20Guide.pdf>

ศศิธารา น่วมภา, พรนภา ตั้งสุขสันต์, วาสนา จิตติมา, และกันยรักษ์ เสงยเจริญ. (2563). การนวดเต้านมเพื่อส่งเสริมและแก้ไขปัญหาการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่: การปฏิบัติการพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์. *วารสารพยาบาลศาสตร์*, 38(3), 4-21.

สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2563). *โครงการสำรวจสถานการณ์เด็กและสตรีในประเทศไทย พ.ศ. 2562, รายงานผลฉบับสมบูรณ์*. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ.

สุดากรณ์ พัยคมเรือง, พรณรัตน์ แสงเพิ่ม, และชญาดา สามารถ. (2559). ปัญหาการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ระยะหลังคลอด: ประสบการณ์ของมารดา. *วารสารพยาบาลศาสตร์*, 34(3), 30-40.

สุสัณห์หทัยมัย. (2556). การส่งเสริมการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาในมารดาที่ทำงานนอกบ้าน. *พยาบาลสาร*, 40(3), 129-137.

Buttham, S., Kongwattanakul, K., Jaturat, N., & Soontrapa, S. (2017). Rate and factors affecting non-exclusive breastfeeding among Thai women under the breastfeeding promotion program. *International Journal of Women's Health*, 9, 689-694. <https://doi.org/10.2147/IJWH.S148464>

Horta, B. L. (2019). Breastfeeding: investing in the future. *Breastfeeding Medicine*, 14(S1), S-11. <https://doi.org/10.1089%2Fbfm.2019.0032>

Layuk, N., Sinrang, A. W., & Asad, S. (2021). Early initiation of breastfeeding and gut microbiota of neonates: A literature review. *Medicina Clinica Practica*, 4, 100222. <https://doi.org/10.1016/j.mcpsp.2021.100222>

Nabulsi, M., Ghanem, R., Abou-Jaoude, M., & Khalil, A. (2019). Breastfeeding success with the use of the inverted syringe technique for management of inverted nipples in lactating women: A study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*, 20(1), 1-6. <https://doi.org/10.1186/s13063-019-3880-8>

Thanaboonyawat, I., Chanprapaph, P., Puriyapan, A., & Lattalapakul, J. (2012). Association between breastfeeding success rate and nipple length and diameter in Thai pregnant women. *Siriraj Medical Journal*, 64(1), 18-21.

Thurkkada, A. P., Rajasekharan Nair, S., Thomas, S., Sreelekha, P., Sanu, S. K., Chandran, P. R., & Pillai Sreekanth, G. (2022). Effectiveness of hoffman's exercise in postnatal mothers with grade 1 inverted nipples. *Journal of Human Lactation*, 08903344221102890. <https://doi.org/10.1177/08903344221102890>

World Health Organization (WHO). (2014). *Global nutrition targets 2025: Breastfeeding policy brief*. Retrieved from https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/149022/WHO_NMH_NHD_14.7_eng.pdf