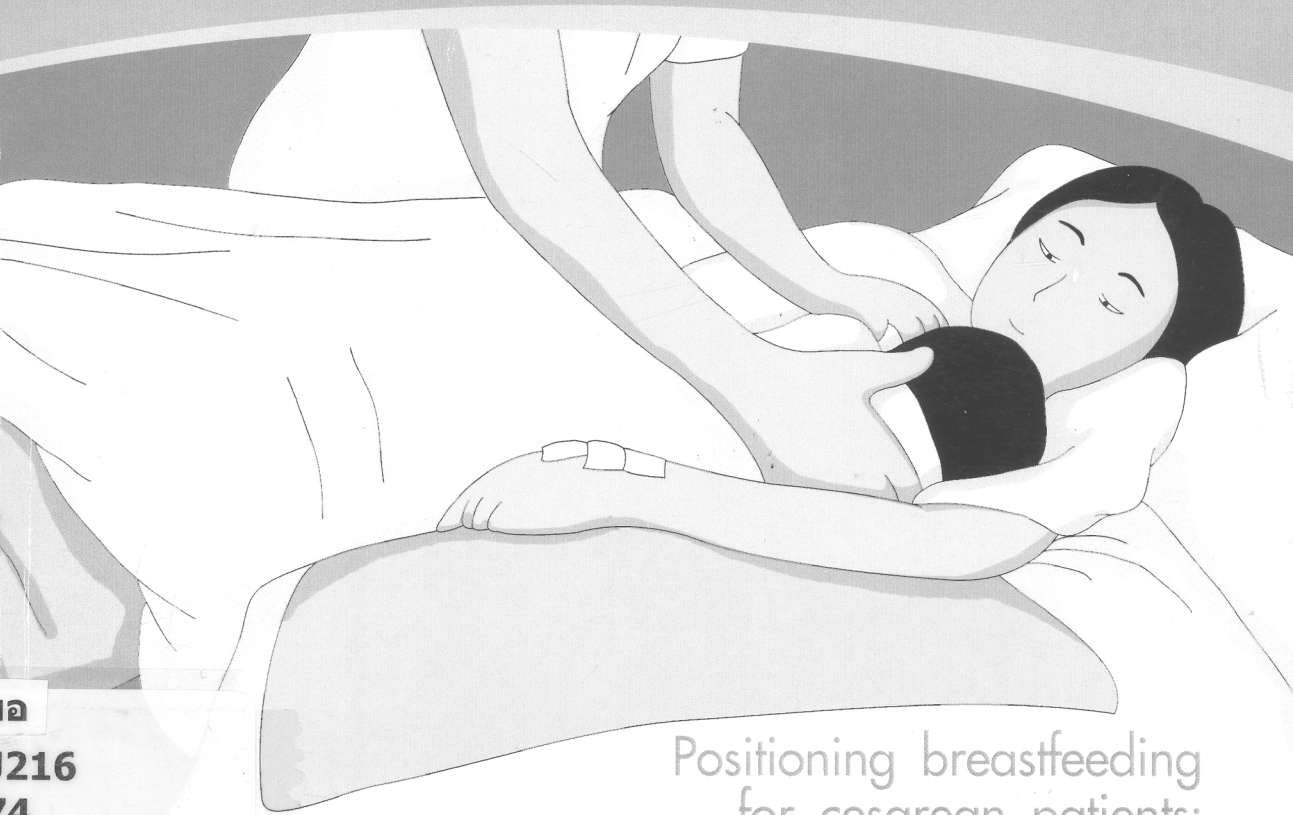




งานสังเคราะห์ เรื่อง

การจัดทำให้นมบุตร

สำหรับมารดาหลังผ่าตัดคลอด:
บูรณาการงานประจำสู่วิจัย



อ

216

74

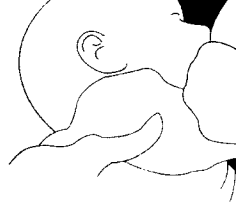
555

Positioning breastfeeding
for cesarean patients:
a synthesis report based on routine to research

บุริธา ฤทธิหมอบ

พยาบาลชำนาญการ หอผู้ป่วยพิเศษสูติกรรม

ฝ่ายบริหารพยาบาล โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์



ความปวดจากการผ่าท้องทำคลอดนั้น ส่งผลกระทบต่อมารดา หลังคลอด โดยเฉพาะการจัดทำให้นมบุตรใน 24 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด มีการกล่าวถึงน้อยมาก และเนื่องจากความปวดหลังผ่าตัดเป็นความปวดเฉียบพลัน ซึ่งเกิดจากการกระตุ้นจากปลายประสาทส่วนปลาย เช่น การขยับตัวหรือปรับเปลี่ยนท่าเพื่อให้นมบุตรในท่าพื้นฐานทั้ง 4 ท่า คือ ท่าลูกนอนขวางดัก (Cradle hold) ท่าลูกนอนขวางดักแบบประยุกต์ (Cross cradle hold) ท่าอุ้มลูกฟุตบอล (Football hold) ท่านอนหงาย (Side lying position) ที่จำเป็นต้องปรับเปลี่ยนท่าของมารดาทุกครั้งที่จะให้นมบุตร จึงเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ระดับความปวดเพิ่มขึ้น ดังนั้นผู้เขียนจึงเห็นความสำคัญในการคิดค้นท่าให้นมบุตรหลังผ่าท้องทำคลอดที่เหมาะสม ช่วยลดระดับความปวดแผลผ่าตัดและบุตรสามารถดูดนมมารดาได้อย่างมีประสิทธิภาพ

รายงานสังเคราะห์ฉบับนี้จะกล่าวถึงข้อจำกัด จุดเด่น จุดด้อยของท่าให้นมบุตรพื้นฐานทั้ง 4 ท่า พร้อมกับการผสมผสานความรู้จากหลักการทางวิชาการ ประสบการณ์การพยาบาลมารดาหลังผ่าท้องทำคลอด และประสบการณ์ตรงของผู้เขียน มาบูรณาการเพื่อหาโอกาสพัฒนา คิดค้น ท่าให้นมบุตรที่เหมาะสมกับมารดาหลังผ่าท้องทำคลอด โดยประยุกต์จากท่านอนหงายเพื่อป้องกันอาการปวดหลัง และใช้ชื่อว่าท่านอนหงายแบบประยุกต์ (Modified lying position: MLP) เป็นการปรับเปลี่ยนแนวคิดเดิม ที่ต้องให้มารดาปรับเปลี่ยนท่าของตัวเองเพื่อเตรียมให้นมบุตร มาเป็นการปรับเปลี่ยนท่าของบุตรแทน โดยผ่านข้อคิดเห็นจากผู้ทรงคุณวุฒิและประเมินผลด้วยระเบียบวิธีวิจัย

หวังเป็นอย่างยิ่งว่า รายงานสังเคราะห์ฉบับนี้ จะเป็นแรงบันดาลใจในการปรับเปลี่ยนแนวคิด กระบวนการจัดท่าให้นมบุตรของมารดาหลังผ่าท้องคลอดและมารดาหลังคลอดทั่วไป เพราะท่าให้นมบุตรนั้นเป็นสิ่งที่ต้องเกิดควบคู่กับการให้นมบุตรและไม่สามารถให้ผู้อื่นมาปฏิบัติแทนมารดาได้ ดังนั้นหากมารดาให้นมบุตรในท่าที่เหมาะสมย่อมส่งผลให้เกิดความสุขจากการให้นมบุตรอย่างยั่งยืนต่อไป

นุรีอา ฤทธิหมุน
กันยายน 2555



กิตติกรรมประกาศ

งานสังเคราะห์ เรื่อง “การจัดทำให้มบุตร สำหรับมารดาหลังผ่าตัดคลอด: บูรณาการงานประจำสู่งานวิจัย” ฉบับนี้สำเร็จลงได้ด้วยแรงสนับสนุนจากผู้บังคับบัญชา เพื่อนร่วมงาน ผู้เขียนขอขอบพระคุณ ที่ปรึกษาที่กรุณาตรวจสอบและแนะนำแนวทางดังนี้ รศ.นพ.สุธรรม ปิ่นเจริญ คณะบดีคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ อดีตหัวหน้าภาควิชาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ผศ.ปราณี พงศ์ไพบูลย์ อาจารย์ประจำภาควิชาสูติ-นรีเวชและผดุงครรภ์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ นางอวยพร ภัทรภักดีกุล ผู้ตรวจการพยาบาล ประจำฝ่ายบริการพยาบาล โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

ขอขอบพระคุณผู้บริหารของคณะแพทยศาสตร์ ผู้บริหารของฝ่ายบริการพยาบาล โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ทุกท่าน และนางสาวจิราภรณ์ อักษรถึงหัวหน้าหอผู้ป่วยพิเศษสูติกรรม โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ ที่สนับสนุนและส่งเสริมให้มีโอกาสได้พัฒนางานจนเป็นผลสำเร็จ

ประโยชน์ที่ได้จากหนังสือเล่มนี้ ขอมอบคุณความดีให้กับผู้มีพระคุณทุกท่าน ขอขอบคุณครอบครัว ที่เป็นแรงบันดาลใจให้ผู้เขียนมีกำลังใจ มีความพากเพียรในการรวบรวมหลักวิชาการมาผสมผสานกับประสบการณ์ในการทำงาน ประสบการณ์ตรงในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา นำมาเรียบเรียงเป็นรายงานฉบับนี้ เพื่อให้ทุกท่านสามารถนำความรู้ที่ได้ไปประยุกต์ใช้ให้เกิดประโยชน์ มีความสุขในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาอย่างยั่งยืนตลอดไป

นุรีฮา ฤทธิ์หม่น



เรื่อง	หน้า
คำนำ	ก
กิตติกรรมประกาศ	ข
สารบัญ	ค
สารบัญตาราง	ฉ
สารบัญรูปภาพ	ช
บทที่ 1 บทนำ	1
- ความเป็นมาและเหตุผลความจำเป็นของการสังเคราะห์	3
- วัตถุประสงค์ของการสังเคราะห์	5
- ขอบเขตของการสังเคราะห์	5
- ประโยชน์ของการสังเคราะห์ต่อการพัฒนางานในหน้าที่	6
- ประโยชน์ต่อหน่วยงาน	6
- ประโยชน์ต่อผู้รับบริการ	6
- ประโยชน์ต่อวิชาชีพ	6
- นิยามศัพท์เฉพาะ	6
บทที่ 2 แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง	9
- กรอบแนวคิดและกระบวนการสังเคราะห์ทำให้ئمบุตร สำหรับมารดาหลังผ่าท้องทำคลอด	12
- แนวคิดที่ 1 การผ่าท้องทำคลอดและการพยาบาล	14
- อุบัติการณ์	14
- สาเหตุที่อันตรายของการผ่าท้องทำคลอดทางหน้าท้อง เพิ่มขึ้น	14
- การพยาบาลมารดาที่ได้รับการผ่าท้องทำคลอด	15
- การประเมินผล	19
- สรุป	19
- แนวคิดที่ 2 การจัดการความปวดหลังผ่าตัดและ การพยาบาล	19

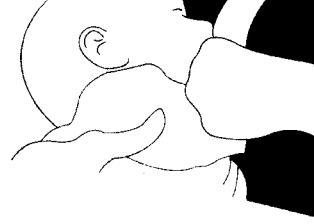


สารบัญ (ต่อ)

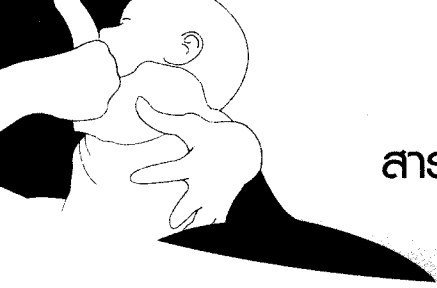
เรื่อง

หน้า

- หลักในการระงับปวดเฉียบพลัน	19
- การจัดการความปวดหลังผ่าตัดทำคลอดในโรงพยาบาล สงขลานครินทร์: การพยาบาล	21
- การแบ่งระดับความปวด	23
- เครื่องมือประเมินความปวด	23
- สรุป	27
- แนวคิดที่ 3 การส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมมารดา	27
- กลไกในการสร้างและหลั่งน้ำนม	27
- แนวทางส่งเสริมการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาหลังผ่าตัด ทำคลอดของหอผู้ป่วยพิเศษสูติกรรม	30
- สรุป	31
- แนวคิดที่ 4 การจัดทำให้นมบุตรและการพยาบาล	31
- รายละเอียดทำให้นมบุตรพื้นฐาน	32
- การวิเคราะห์การจัดทำให้นมบุตรพื้นฐานสำหรับมารดา หลังผ่าตัดทำคลอด	35
- จุดเด่นและจุดด้อยของการจัดทำให้นมบุตรพื้นฐาน	36
- ประสพการณ์ตรงในการจัดทำให้นมบุตร	37
- ประสพการณ์การพยาบาลมารดาหลังผ่าตัดทำคลอด	38
- บทบาทของญาติในการสนับสนุนการเลี้ยงบุตรด้วยนม มารดาระยะหลังผ่าตัดทำคลอด	40
- สรุป	41
- อุปกรณ์สำหรับการจัดทำให้นมบุตรทำนอง แบบประยุกต์	41
- แนวคิดที่ 5 การประเมินประสิทธิภาพการให้นมมารดา โดยวิธีแลช (LATCH)	42

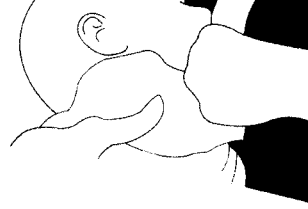


เรื่อง	หน้า
- ความหมายของแลช (Latch)	42
- การบันทึกข้อมูลการใช้เครื่องมือแลช	42
- 2.1 การประเมินข้อที่ 1 ตัว “L”	44
- 2.2 การประเมินข้อที่ 2 ตัว “A”	44
- 2.3 การประเมินข้อที่ 3 ตัว “T”	44
- 2.4 การประเมินข้อที่ 4 ตัว “C”	45
- 2.5 การประเมินข้อที่ 5 ตัว “H”	45
- วิธีการใช้คู่มือประเมิน แลช	46
- การนำแลชไปใช้ทางคลินิก	46
- สรุป	46
บทที่ 3 วิธีการสังเคราะห์	49
- แหล่งข้อมูล	51
- เครื่องมือที่ใช้ในการสังเคราะห์	51
- การวิเคราะห์ห่วงจรคุณภาพของเดมมิ่ง (PDCA)	51
- การประยุกต์ใช้แนวความคิด	52
- ขั้นตอนและวิธีการสังเคราะห์	53
- การนำเสนอผลงาน	61
- แนวทางการพัฒนางานประจำสู่งานวิจัย	61
บทที่ 4 ผลการสังเคราะห์	65
บทที่ 5 สรุปผลและข้อเสนอแนะ	69
- สรุปผลการสังเคราะห์	71
- ข้อเสนอแนะ	71
เอกสารอ้างอิง	73
ประวัติผู้เขียน	77



สารบัญตาราง

ตารางที่ 1	รายละเอียดเปรียบเทียบจุดเด่น จุดด้อย ทำให้ئمบุตร พื้นฐาน	36
ตารางที่ 2	การให้คะแนนคู่มือการประเมินแลษ	43
ตารางที่ 3	รายละเอียด ขั้นตอนการจัดทำให้ئمบุตรพื้นฐาน	54
ตารางที่ 4	รายละเอียดขั้นตอนการจัดทำให้ئمบุตรทำนอนหงายแบบ ประยุกต์	58
ตารางที่ 5	รายละเอียดเปรียบเทียบขั้นตอนการจัดทำให้ئمบุตร ระหว่างทำนอนหงายแบบประยุกต์ และทำนอนตะแคง	62



ภาพที่ 1	Gate control theory ของ Melzaack & Wall (1965)	4
ภาพที่ 2	ตัวอย่างคำสั่งการรักษาของหน่วยระงับปวดเฉียบพลันใน 24 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัดทำคลอดผ่านทางระบบสารสนเทศ ของโรงพยาบาลสงขลานครินทร์	21
ภาพที่ 3	ตัวอย่างคำสั่งการรักษาอย่างต่อเนื่อง หลังผ่าตัดทำคลอด ของหน่วยระงับปวดเฉียบพลัน ผ่านทางระบบสารสนเทศ ของโรงพยาบาลสงขลานครินทร์	22
ภาพที่ 4	ตัวอย่างการบันทึกระดับความปวดหลังผ่าตัดในระบบ สารสนเทศของโรงพยาบาลสงขลานครินทร์	24
ภาพที่ 5	ตัวอย่างการบันทึกระดับความปวดก่อนจำหน่ายใน ระบบสารสนเทศของโรงพยาบาลสงขลานครินทร์	24
ภาพที่ 6	ผลการดูดนมของบุตรทำให้เกิด Prolactin และ oxytocin reflex	28
ภาพที่ 7	ผลของประสาทสัมผัสต่าง ๆ ต่อ oxytocin reflex	29
ภาพที่ 8	ทำให้นมบุตรพื้นฐาน (Basic Positioning breastfeeding)	32
ภาพที่ 9	การให้นมบุตรทำนอนขวางตัก	33
ภาพที่ 10	การให้นมบุตรทำนอนขวางตักแบบประยุกต์	33
ภาพที่ 11	การให้นมบุตรทำอุ้มลูกฟุตบอล	34
ภาพที่ 12	การให้นมบุตรทำนอนตะแคง	35
ภาพที่ 13	ตัวอย่างข้อจำกัดต่าง ๆ ที่พบได้ทั่วไปในมารดาหลัง ผ่าตัดทำคลอด	39
ภาพที่ 14	การบันทึกระดับความปวดในแบบฟอร์ม Nursing Intervention Record ในระบบสารสนเทศของโรงพยาบาล สงขลานครินทร์	41



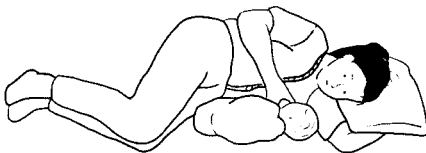
สารบัญรูปภาพ (ต่อ)

ภาพที่ 15	อุปกรณ์ในการจัดทำให้หมบุดรทำนอนหงายแบบประยุกต์	42
ภาพที่ 16	โครงสร้างของ PDCA	53
ภาพที่ 17	ขั้นตอนการจัดทำให้หมบุดรทำนอนหงายแบบประยุกต์	59
ภาพที่ 18	เปรียบเทียบรายละเอียดขั้นตอนการให้หมบุดรทำนอนหงายแบบประยุกต์และทำนอนตะแคง	63
ภาพที่ 19	การจัดทำให้หมบุดรทำนอนหงายแบบประยุกต์	67
ภาพที่ 20	การให้หมบุดรทำนอนหงายแบบประยุกต์ (Modified Lying Position)	68



မကင်

- ความเป็นมาและเหตุผลความจำเป็นของการสังเคราะห์ วัตถุประสงค์ของการสังเคราะห์
- ขอบเขตของการสังเคราะห์
- ประโยชน์ของการสังเคราะห์ต่อการพัฒนางานในหน้าที่
 - ประโยชน์ต่อหน่วยงาน
 - ประโยชน์ต่อผู้รับบริการ
 - ประโยชน์ต่อวิชาชีพ
- นิยามศัพท์เฉพาะ

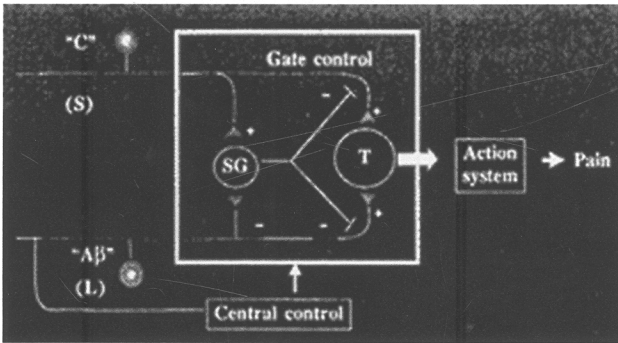


ความเป็นมาและเหตุผลความจำเป็นของการสังเคราะห์

นมมารดาเป็นอาหารที่ดีที่สุดและเหมาะสมที่สุดสำหรับทารก โดยเฉพาะอย่างยิ่งหัวน้ำนม (colostrum) ที่ออกมาในช่วง 2 - 3 วันหลังคลอด จะช่วยป้องกันทารกแรกเกิดจากเชื้อแบคทีเรีย เชื้อไวรัสที่มีอยู่ทั่วไป และเป็นปัจจัยที่สำคัญต่อพัฒนาการของสมองและสติปัญญาของเด็ก ดังนั้นการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาเป็นการให้ทุกสิ่งทุกอย่างที่ดีที่สุดเท่าที่จะสามารถเสาะหาได้ เพื่อเป็นทั้งรากฐานในการเลี้ยงดูและพุ่มพิกบุตรสืบต่อไป หากปฏิบัติได้ถูกต้องและมารดาได้รับการแนะนำที่เหมาะสม ก็จะทำให้บุตรเติบโตเป็นผู้ใหญ่ที่พร้อมทั้งวุฒิภาวะ (Intelligent Quotient) วุฒิอารมณ์ (Emotional Quotient) วุฒิธรรม (Moral Quotient) วุฒิความอดกลั้นอดทน (Adversity Quotient) เป็นผู้ประสบความสำเร็จในอนาคต ทำคุณประโยชน์ต่อประเทศและมนุษยชาติได้^{1,2,3}

สำหรับมารดาหลังผ่าตัดคลอดใหม่ ๆ การจะให้ได้มาซึ่งสิ่งดี ๆ เหล่านั้นเป็นไปด้วยความยากลำบาก เนื่องจากมีข้อจำกัดต่าง ๆ เช่น ความเหนื่อยล้าจากการผ่าตัด ต้องนอนราบเป็นเวลา 8 ชั่วโมง หลังผ่าตัดคลอดในรายที่ได้รับยาระงับความรู้สึกทางช่องไขสันหลัง (spinal block anesthesia) ต้องคาสายให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ คาสายสวนปัสสาวะ และที่สำคัญคือ ความปวดจากแผลผ่าตัดคลอด เพราะการผ่าตัดทำให้มีการฉีกขาดของเนื้อเยื่อ จึงมีความเจ็บปวดเกิดขึ้น โดยเฉพาะใน 24 ชั่วโมงแรก และจะเพิ่มขึ้นเมื่อมีการขยับเปลี่ยนท่าหรือพลิกตัว^{4,5,6} ซึ่งความปวดนอกจากจะมีผลเสียต่ออวัยวะและระบบต่าง ๆ ทั้งด้านร่างกายและจิตใจแล้วยังเป็นอุปสรรคต่อการสร้างความผูกพันระหว่างมารดาและบุตร โดยเฉพาะการเริ่มต้นเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาในท่าพื้นฐาน คือ ท่าลูกนอนขวางตัก (Cradle hold) ท่าลูกนอนขวางตักแบบประยุกต์ (Cross cradle hold) ท่าอุ้มลูกฟุตบอล (Football hold) และท่านอนตะแคง (Side lying position) เพราะทุกท่าต้องให้มารดาขยับ เปลี่ยนท่า พลิกตัว จากท่านอนหงายปกติเป็นท่านั่ง หรือท่านอนตะแคงซึ่งจะก่อให้เกิดความปวดมากขึ้น กลไกความปวดนี้เกิดจากตัวรับความปวดส่วนปลาย (Peripheral nociceptor) ที่ถูกกระตุ้น ด้วยตัวกระตุ้นความปวด (noxious stimulus) แล้วส่งผ่านสัญญาณความปวดเข้าสู่ระบบประสาทส่วนกลาง ซึ่งพบว่ามี nociceptive efferent กระจายทั่วไปทั้งร่างกาย (ผิวหนัง กล้ามเนื้อ ข้อ อวัยวะภายใน เยื่อหุ้มสมอง)

nociceptive efferent ประกอบด้วยเส้นใยประสาท 2 ชนิด คือ A-delta fiber ซึ่งเป็นเส้นใยประสาทขนาดปานกลาง ที่มีเยื่อ myelin หุ้มบาง ๆ และ C fiber ซึ่งเป็นเส้นใยประสาทขนาดเล็กที่ไม่มีเยื่อ myelin หุ้ม จึงส่งสัญญาณได้อย่างช้า ๆ และชนิดแยกย่อยของ nociceptor ที่มีจำนวนมากที่สุดคือ C-fiber polymodal nociceptor ซึ่งการกระตุ้น C-fiber จะเป็นการเปิดประตูรับความรู้สึกปวดตามทฤษฎีประตูของ Melzack and Wall (Gate control theory)⁶⁻¹¹ ดังแสดงในรูปที่ 1



ภาพที่ 1 Gate control theory ของ Melzaack & Wall (1965) (จาก <http://ramacme.ra.mahidol.ac.th/th/?q=node/15> (เข้าถึงเมื่อ 25 มกราคม 2555))

จากภาพจะเห็นว่า เส้นประสาทขนาดใหญ่ (L; A) และเส้นประสาทขนาดเล็ก (S; C - fiber) จะส่งความรู้สึกเป็นกระแสไฟฟ้าไปยัง (substantia gelatinosa (SG) และ central transmission cell (CT) ของ spinal cord เมื่อกระตุ้น L-fiber จะมีผลกระตุ้นการทำงานของ SG cell ซึ่งจะไปยับยั้งการทำงานของ T cell เป็นการปิดประตู ทำให้ไม่ได้รับความรู้สึกปวด ในทางตรงกันข้าม ถ้ากระตุ้น S-fiber จะไปยับยั้งการทำงานของ SG cell แต่กระตุ้นการทำงานของ T cell ทำให้ประตูเปิดรับความรู้สึกปวดได้

ประกอบกับการตื่นตัวของบุตรเพื่อดูนมมารดานั้นไม่สามารถจะกำหนดระยะเวลาและความถี่ได้ โดยปกติแล้วบุตรจะตื่นและดูดนมทุก 2 - 3 ชั่วโมง

และบุตรมักจะตื่นในเวลากลางคืนในวันแรก ๑⁷ ที่สำคัญที่สุดทำให้นมบุตรนั้น เป็นสิ่งที่ต้องเกิดควบคู่กับการให้นมบุตรและเป็นภารกิจที่ไม่สามารถให้ผู้อื่น ผู้ปฏิบัติแทนมารดาได้ มารดาจำต้องเผชิญกับความปวดทุก 2 - 3 ชั่วโมง หรือ ทุกครั้งที่ให้นมบุตร

ผู้เขียนเห็นความสำคัญในการพัฒนา ปัญหาดังกล่าว จึงพยายาม คิดค้นสังเคราะห์การจัดทำให้นมบุตรที่สามารถลดระดับความปวดแผลผ่าตัด ทำคลอดและบุตรสามารถดูดนมมารดาได้อย่างมีประสิทธิภาพใน 24 ชั่วโมงแรก ซึ่งการจัดทำเป็นการพยาบาลเพื่อจัดการความปวดที่ไม่ต้องใช่วิธีหนึ่ง ด้วยการวิเคราะห์ กระบวนการ หรือขั้นตอนการจัดทำให้นมบุตร และวิเคราะห์จุดเด่น จุดด้อย ของกระบวนการหรือขั้นตอนการจัดทำให้นมบุตร ทำพื้นฐาน และหา โอกาสพัฒนาทำให้นมบุตรขึ้นใหม่ที่เหมาะสม ด้วยการประยุกต์ทำนอนหงายเพื่อ ป้องกันอาการปวดหลัง โดยทำดังกล่าวจะต้องให้มารดาขยับ เปลี่ยนท่า พลิกตัว ให้น้อยที่สุด ลำตัวและกระดูกสันหลังมารดาอยู่ในแนวตรง มีการผ่อนคลาย กล้ามเนื้อหน้าท้อง ลดการกระทบกระเทือนแผลผ่าตัดขณะให้นมบุตร น้ำหนัก ตัวบุตรไม่กดทับแผลผ่าตัดของมารดา และบุตรสามารถดูดนมมารดาได้อย่างมี ประสิทธิภาพและปลอดภัย เพราะจากการศึกษาพบว่าประสิทธิภาพการให้นมบุตร ของมารดาหลังผ่าตัดทำคลอดนั้นต่ำกว่ามารดาที่คลอดทางช่องคลอด¹⁰⁻¹⁵ โดยใช้ชื่อว่า “ทำนอนหงายแบบประยุกต์” (Modified lying position: MLP)

วัตถุประสงค์ของการสังเคราะห์

การสังเคราะห์ครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ คิดค้นทำให้นมบุตรสำหรับมารดา หลังผ่าตัดทำคลอดใน 24 ชั่วโมงแรกที่สามารถลดระดับความปวดแผลผ่าตัด ทำคลอดและบุตรสามารถดูดนมมารดาได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ขอบเขตของการสังเคราะห์

งานสังเคราะห์ครั้งนี้เป็นการวิเคราะห์กระบวนการ หรือขั้นตอนการจัด ทำให้นมบุตรและวิเคราะห์จุดเด่น จุดด้อย ของกระบวนการ หรือขั้นตอนการ จัดทำให้นมบุตรทำพื้นฐาน คือ ทำนอนขวางดัก ทำนอนขวางดักแบบประยุกต์ ทำอุ้มลูกฟุตบอลและทำนอนตะแคง เพื่อคิดค้นทำให้นมบุตรขึ้นใหม่ที่เหมาะสม

สำหรับมารดาหลังผ่าท้องทำคลอดใน 24 ชั่วโมงแรกและบุตรสามารถดูนมมารดาได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ประโยชน์ของการสังเคราะห์ต่อการพัฒนางานในหน้าที่

ประโยชน์ต่อหน่วยงาน

1. ตอบสนองงานบริการพยาบาลของหน่วยงาน เพราะจำนวนผู้รับบริการมากกว่าร้อยละ 53 เป็นมารดาหลังผ่าท้องทำคลอด
2. เป็นข้อมูลเบื้องต้นในการศึกษา วิจัย และต่อยอดแผนการพยาบาลมารดาหลังผ่าท้องทำคลอด (Clinical Nursing Practice Guideline: CNPG in cesarean patients)

ประโยชน์ต่อผู้รับบริการ

1. ผลงานที่สังเคราะห์ได้ครั้งนี้ ทุก ๆ ท่านสามารถนำไปประยุกต์ใช้กับตัวเองหรือนำผู้อื่นที่เลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา
2. ประยุกต์ใช้ง่าย เพียงมีที่นอน/หมอน 2 - 3 ใบก็ใช้ได้แล้ว ไม่เสียค่าใช้จ่ายใด ๆ เพิ่ม

ประโยชน์ต่อวิชาชีพ

1. กระตุ้นให้มีการศึกษางานในบทบาทอิสระของวิชาชีพ มาสร้างสรรค์องค์ความรู้ใหม่ ๆ ทางการพยาบาล
2. กระตุ้นให้เกิดวัฒนธรรมที่พร้อมจะยอมรับการเปลี่ยนแปลง ยอมรับความคิดเห็นใหม่ ๆ มีความคิดนอกกรอบเดิม ๆ : เปลี่ยนความคิดที่จะต้องจัดทำมารดาทุกครั้งให้นมบุตรมาจัดทำบุตรแทน ถึงนาที่นี้แล้วเราพร้อม ที่จะปรับเปลี่ยนแล้วหรือยัง? เพราะทำให้นมบุตรนั้นเป็นภารกิจที่ไม่สามารถให้ผู้อื่นปฏิบัติแทนมารดาได้ ดังนั้นมาช่วยกันกระตุ้นเตือนให้เห็นถึงความสำคัญของจัดทำให้นมบุตรที่ถูกสุขลักษณะสะดวกสบาย เพื่อประโยชน์สุขในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาอย่างยั่งยืนตลอดไป

นิยามศัพท์เฉพาะ

ทำให้นมบุตร หมายถึง ขั้นตอนการจัดทำให้นมบุตรของมารดา

หลังผ่าท้องทำคลอด ทั้ง 4 ช่วง คือ ก่อนให้นมบุตร เตรียมให้นมบุตร ขณะให้นมบุตร และให้นมบุตรเสร็จ

อาการปวดแผลผ่าตัด หมายถึง การประเมินระดับความปวดแผลผ่าตัด ทำคลอดโดยใช้มาตรวัดแบบตัวเลข (Numerical rating scale: NRS)¹⁶ โดยให้ผู้ป่วยบอกระดับความปวดที่มีค่าตั้งแต่ 0 - 10 เช่น

ไม่ปวด = 0, ปวดน้อย = 1 - 3, ปวดปานกลาง = 4 - 6, ปวดมาก = 7 - 9 และปวดมากที่สุด = 10

ประสิทธิภาพการให้นม หมายถึง การประเมินผลการให้นมบุตรโดยวิธีแลช (LATCH)^{17,18,19} เป็นการให้ค่าคะแนน 0 - 10 ตามเกณฑ์การประเมินใช้อักษร L A T C และ H หัวข้อประเมิน 5 ตัว จึงมี 5 ข้อ ข้อละ 2 คะแนนรวมทั้งหมด 10 คะแนน โดย L = Latch หมายถึง การอมหัวนมมารดาของบุตร A = Audible หมายถึง จังหวะ หรือเสียงดูดกลืนนม T = Type of nipple หมายถึง ลักษณะหัวนมมารดา C = Comfort หมายถึง ความสุขสบาย H = Hold หมายถึง การอุ้มบุตรหรือ ทำให้นมบุตร

ท่านอนตะแคง (Side lying position: SLP) หมายถึง ทำให้นมบุตรพื้นฐาน (Basic positioning breastfeeding) มีรายละเอียดดังนี้: มารดาและบุตรนอนตะแคงเข้าหากัน มารดานอนศีรษะสูงเล็กน้อย หลังและสะโพกตรง ให้ปากบุตรอยู่ตรงกับหัวนมของมารดา มือที่อยู่ด้านล่างประคองตัวบุตรให้ชิดลำตัวมารดา อาจใช้ผ้าขนหนูที่ม้วนไว้หรือหมอนหนุนหลังบุตรแทนแขนมารดาก็ได้ มือที่อยู่ด้านบนประคองเต้านมในช่วงแรกที่เริ่มเอาหัวนมเข้าปากบุตร เมื่อบุตรดูดได้ดี ก็ขยับมือที่ประคองเต้านมออกได้²⁰

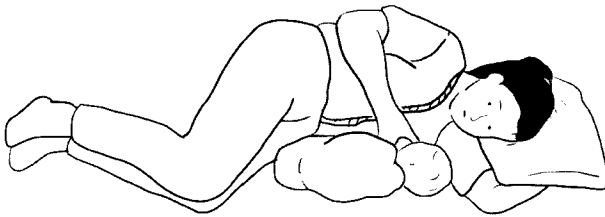
ท่านอนหงายแบบประยุกต์ (Modified lying position: MLP) หมายถึง ทำให้นมบุตร ที่ผู้เขียนคิดค้นขึ้น มีรายละเอียดดังนี้: มารดานอนหงายราบหนุนหมอน 1 ใบ หลังและสะโพกตรง มีหมอนรองใต้เข่า และบุตรนอนด้านข้างของมารดาในท่าตะแคงเข้าหามารดา บนที่นอน หรือหมอนหนุนที่มีความยาวตั้งแต่หัวไหล่มารดาหรือต่ำกว่าเล็กน้อยจนถึงสะโพก (มีความยาว และความกว้างพอที่จะรองรับตัวบุตรได้) และมารดาใช้แขนโอบกอดบุตร โดยให้ศีรษะบุตรอยู่บนต้นแขนของมารดา แขนงอเล็กน้อย ใช้ผ้าขนหนูที่ม้วนไว้หรือหมอนหนุนศีรษะบุตรเพื่อปรับระดับปากของบุตรให้อยู่ในระดับพอดีกับหัวนมมารดา มือที่อยู่ด้าน

งานสังเคราะห์ เรื่อง:

การจัดทำให้นมบุตรสำหรับมารดาหลังผ่าตัดคลอด: บูรณาการงานประจำงานวิจัย

ตรงกันข้ามประคองเต้านมในช่วงแรกๆที่เริ่มเอาหัวนมเข้าปากบุตร เมื่อบุตรดูดได้ดีก็ขยับมือที่ประคองเต้านมออกได้

มารดาหลังผ่าตัดคลอด หมายถึง มารดาหลังผ่าตัดคลอดใน 24 ชั่วโมงแรกที่ได้รับยาระงับความรู้สึกผ่านช่องไขสันหลังด้วยมอร์ฟีน (spinal block with intrathecal morphine) มีหัวนมปกติทั้ง 2 ข้าง บุตรมีน้ำหนักแรกคลอดมากกว่า 2,500 กรัม คะแนนแอฟการ์มากกว่า 7





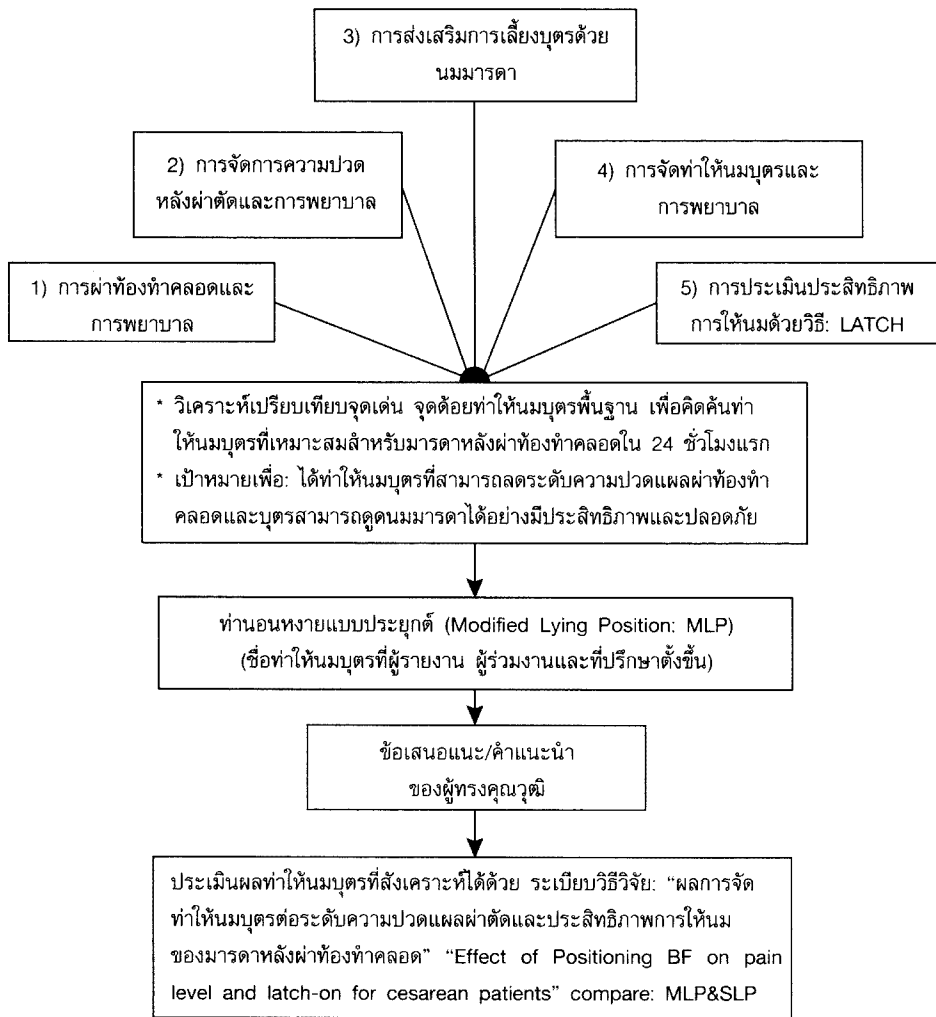
แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง

- กรอบแนวคิดและกระบวนการสังเคราะห์ทำให้มนุตรสำหรับมารดาหลังผ่าตัดคลอด
- แนวคิดที่ 1 การผ่าตัดคลอดและการพยาบาล
- แนวคิดที่ 2 การจัดการความปวดหลังผ่าตัดและการพยาบาล
- แนวคิดที่ 3 การส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมมารดา
- แนวคิดที่ 4 การจัดทำมนุตรและการพยาบาล
- แนวคิดที่ 5 การประเมินประสิทธิภาพการให้มนุตรโดยวิธีแลช (LATCH)



การสังเคราะห์ครั้งนี้ใช้แนวคิดของการจัดการความรู้ทางการพยาบาล (knowledge management in nursing) มาเป็นกรอบแนวคิดในการศึกษา โดยผู้เขียน (knowledge practitioner) เสาะหาความรู้ (acquire) และสั่งสมความรู้ (accumulate) จากข้อจำกัดของมารดาหลังผ่าตัดคลอด รวมทั้งหลักฐานทางวิชาการ มาผสมผสานกับประสบการณ์ในการปฏิบัติการพยาบาล ประสบการณ์ตรงของผู้เขียน มาเป็นแนวทางในการสังเคราะห์ (synthesis) เพื่อสร้าง (create) ทำให้มีบุตรของมารดาหลังผ่าตัดคลอดที่เหมาะสมช่วยลดระดับความปวดแผลผ่าตัดคลอดใน 24 ชั่วโมงแรกและบุตรสามารถดูดนมมารดาได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยวิเคราะห์จุดเด่น จุดด้อย ภาวะคุกคามของขั้นตอนการจัดทำให้นมบุตรพื้นฐานทั้ง 4 ทำคือท่านอนขวางตัก ท่านอนขวางตักแบบประยุกต์ ทำอุ้มลูกฟุตบอล ท่านอนตะแคงแล้วพบว่าไม่เหมาะสมกับมารดาหลังผ่าตัดคลอดเพราะทุกท่านั้น จำเป็นต้องให้มารดา ขยับ ปรับเปลี่ยนท่า พลิกตัว จากท่านอนหงายเป็นท่านั่ง หรือนอนตะแคง ผู้เขียนจึงหาโอกาสพัฒนาทำให้นมบุตรที่เหมาะสมขึ้นใหม่โดยใช้ชื่อว่า ท่านอนหงายแบบประยุกต์ (Modified Lying Position: MLP) ซึ่งประยุกต์จากท่านอนเพื่อป้องกันอาการปวดหลังและประสบการณ์ตรงของผู้เขียน แล้วนำแนวคิดปรึกษาผู้ทรงคุณวุฒิก่อนนำไปศึกษา และปฏิบัติจริงในหน่วยงาน และประเมินผลงานสังเคราะห์ด้วยระเบียบ วิจัย เป็นการพัฒนางานประจำสู่งานวิจัย (routine to research)²¹ สามารถสรุปเป็นแผนภาพและรายละเอียด ดังต่อไปนี้

กรอบแนวคิดและกระบวนการสังเคราะห์ทำให้นมบุตรสำหรับมารดาหลังผ่าตัดคลอด



แผนภาพกรอบแนวคิดและกระบวนการสังเคราะห์ทำให้นมบุตรสำหรับมารดาหลังผ่าตัดคลอด

การพยาบาล เป็นการจัดบริการที่จำเป็นให้สังคมโดยมองที่ความต้องการ ซึ่งสัมพันธ์กับหน้าที่ของมนุษย์ การพยาบาลเกิดจากความสำนึกในความรับผิดชอบต่อสุขภาพของมนุษย์ พยาบาลต้องหาแนวทางปฏิบัติที่ช่วยสร้างสุขภาพ สังคม พยาบาลจึงจำเป็นต้องแสวงหาความรู้ สร้างวินัย สร้างศาสตร์ และสร้าง ศิลปะด้วยความสำนึกในหน้าที่ของมนุษย์ที่ต้องปฏิบัติต่อกันให้เกิดสันติสุข²² สำหรับมารดาหลังผ่าตัดท้องทำคลอดต้องการการดูแลที่เฉพาะอย่างยิ่ง เพราะ นอกจากการดูแลมารดาในฐานะผู้ป่วยศัลยกรรมหลังผ่าตัดให้กลับคืนสู่สภาพปกติ โดยให้ความเจ็บปวดให้น้อยที่สุดแล้ว มารดาหลังผ่าตัดท้องทำคลอดยังต้องปฏิบัติ หน้าที่อีกหนึ่งบทบาท คือ การปฏิบัติหน้าที่ในฐานะมารดาผู้ให้กำเนิดที่ต้องดูแล บุตรโดยเฉพาะการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา (Postpartum Breastfeeding) เพราะการสร้างน้ำนมจะเริ่มต้นตั้งแต่สิ้นสุดระยะที่ 3 ของการคลอด (รกคลอด ครบ) ดังนั้นเพื่อให้มารดาหลังผ่าตัดท้องทำคลอดได้ก้าวพ้นช่วงเวลาแห่งความยาก ลำบากนี้ได้อย่างมีความสุข และปลอดภัยทั้งมารดาและบุตร พยาบาลจึงจำเป็นต้อง อาศัยทักษะเฉพาะ ในการผสมผสานบทบาทของมารดาหลังผ่าตัดคลอดให้สมดุล ทั้งในฐานะผู้ป่วยศัลยกรรมและมารดาหลังคลอด^{4,23}

เนื่องจากความปวดหลังผ่าตัดนั้นจัดเป็นความปวดเฉียบพลัน ซึ่งการ กระตุ้นจากปัจจัยภายนอก เช่น การขยับ ปรับเปลี่ยนท่า พลิกตัว เพื่อจัดทำให้ นมบุตรจะทำให้ระดับความปวดแผลผ่าตัดเพิ่มขึ้น ซึ่งการจัดทำให้นมบุตรนั้นเป็น สิ่งที่สำคัญมากเพราะไม่สามารถให้ผู้อื่นปฏิบัติแทนมารดาได้ ดังนั้นในรายงาน ฉบับนี้จะวิเคราะห์ถึง กระบวนการ หรือขั้นตอนการจัดทำให้นมบุตรทำพื้นฐาน ทั้ง 4 ทำ ว่ามีผลต่อระดับความปวดแผลผ่าตัดของมารดาหลังผ่าตัดท้องทำคลอด ใน 24 ชั่วโมงแรกหรือไม่

การประเมินผลการจัดทำให้นมบุตร จะประเมินเฉพาะระดับความปวดแผล ผ่าตัดเพียงอย่างเดียวนั้นไม่เพียงพอ จำเป็นต้องประเมินประสิทธิภาพการให้นม บุตรด้วย จึงต้องมีเครื่องมือวัดที่ชัดเจน ในรายงานฉบับนี้ใช้เครื่องมือ LATCH เพื่อประเมินประสิทธิภาพการให้นมบุตร

ดังนั้นแนวคิด ทฤษฎีที่จะกล่าวถึงในรายงานฉบับนี้ประกอบด้วย

1. การผ่าตัดท้องทำคลอดและการพยาบาล
2. การจัดการความปวดหลังผ่าตัดและการพยาบาล

3. การส่งเสริมการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา
4. การจัดทำหัตถ์มอบและการพยาบาล
5. การประเมินประสิทธิภาพการให้หัตถ์มอบด้วยวิธี LATCH

แนวคิดที่ 1 การผ่าท้องทำคลอดและการพยาบาล

ความหมายของการผ่าท้องทำคลอด^{24,25,26}

การผ่าท้องทำคลอด (Cesarean Section) หมายถึง การทำคลอดทารกโดยผ่านทางรอยผ่าตัดที่ผนังหน้าท้อง (laparotomy) และผนังมดลูก (hysterotomy) คำจำกัดความนี้ไม่รวมการผ่าตัดคลอดทารกออกทางหน้าท้องในรายที่มดลูกแตก (rupture uterus) หรือตั้งครรภ์นอกมดลูก หรือผ่าตัดเพื่อการทำให้แท้งบุตร (hysterotomy)

อุบัติการณ์

การผ่าท้องทำคลอด เป็นหัตถ์การหนึ่งที่ทำกันมาก และสำคัญที่สุดทางสูติศาสตร์ เพราะเป็นการช่วยชีวิตทารกและมารดาที่ทำได้ง่ายขึ้นและค่อนข้างปลอดภัยจากวิวัฒนาการด้านเทคนิคการผ่าตัด ทัศนวิสัย คลังเลือดและยาปฏิชีวนะ อัตราการผ่าท้องทำคลอดจึงมีแนวโน้มสูงขึ้นทุกปี จากสถิติจำนวนมารดาผ่าท้องทำคลอดในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ พบว่ามีจำนวนร้อยละ 36.6 ในปี 2549 และเพิ่มเป็นร้อยละ 43.6 ในปี 2553²⁷ และเป็นกลุ่มผู้รับบริการที่มีจำนวนมากที่สุดเป็นอันดับแรกของหอผู้ป่วยพิเศษสูติกรรม โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ (มากกว่าร้อยละ 53)²⁸

สาเหตุที่อัตราของการผ่าท้องทำคลอดเพิ่มขึ้น ได้แก่

1. จำนวนบุตรลดลงและสัดส่วนของมารดาที่เป็นครรภ์แรกเพิ่มขึ้น และสาเหตุของการผ่าท้องทำคลอดทางหน้าท้องพบมากในครรภ์แรก
2. อายุมารดาเพิ่มขึ้น
3. การตรวจติดตามทารกในครรภ์โดยอุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์ได้มีการใช้แพร่หลายขึ้น
4. การผ่าท้องทำคลอดกรณีที่ทารกอยู่ในท่าก้นเพิ่มขึ้น
5. การทำคลอดในกรณี midpelvis ลดลง

6. การผ่าตัดทำคลอดซ้ำเพิ่มขึ้น
7. ปัญหาการฟ้องร้องทำให้แพทย์ตัดสินใจผ่าตัดทำคลอดมากขึ้น
8. สภาพสังคมและเศรษฐกิจดีขึ้น

การพยาบาลมารดาที่ได้รับการผ่าตัดทำคลอด^{26,29}

การพยาบาลจะให้ประสิทธิภาพจะต้องยึดถือปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยเป็นหลัก พยาบาลจะต้องมีทักษะทางสติปัญญา กระบวนการตัดสินใจ และต้องนำความรู้ทางด้านวิทยาศาสตร์ จิตวิทยา จริยธรรม ตลอดจนความรู้ความชำนาญจากทักษะในการปฏิบัติการพยาบาลมาใช้อย่างเป็นขั้นตอน การปฏิบัติที่จะช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการแก้ปัญหาและพึงพอใจที่ได้สนองความต้องการทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม จะต้องใช้กระบวนการพยาบาลเป็นแนวทางในการปฏิบัติตั้งแต่การประเมินสภาพ การวินิจฉัยการพยาบาล วางแผนการพยาบาล ปฏิบัติการพยาบาลและการประเมินผล

หอผู้ป่วยพิเศษสูติกรรม รับผิดชอบมารดาจากห้องตรวจฝากครรภ์ ห้องฉุกเฉิน ศูนย์ของห้องพิเศษของโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ ที่มาเตรียมรับการผ่าตัดทำคลอด และรับมารดาหลังผ่าตัดทำคลอดจากห้องผ่าตัดโดยตรง (มารดาได้รับการเตรียมผ่าตัดจากห้องคลอด หรือหอผู้ป่วยอื่น ๆ และได้รับสิทธิเข้าห้องพิเศษได้) เมื่อรับผู้ป่วยจากห้องผ่าตัดแล้วจะให้การปฏิบัติและบริการมารดาหลังผ่าตัดทำคลอดดังนี้

1. ประเมินสภาพ/ปัญหา ความต้องการให้ครอบคลุม ทั้งร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ ประเมินความเสี่ยงการพลัดตกหกล้ม ประเมินความปวด และบันทึกในระบบสารสนเทศของโรงพยาบาล (Hospital Information System: HIS)

2. วางแผนการพยาบาลร่วมกับสมาชิกในทีมพยาบาลและบุคลากรทีมสุขภาพอื่น ๆ เช่น สูติแพทย์ กุมารแพทย์ วิสัญญีแพทย์ พยาบาลห้องคลอด วิสัญญีพยาบาล พยาบาลหน่วยทารกแรกเกิด พยาบาลหน่วยบริบาลทารกแรกเกิดหนัก โดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง เพื่อให้การดูแลมารดาและบุตรบรรลุตามเป้าหมาย และบันทึกในระบบสารสนเทศของโรงพยาบาล (Hospital Information System:

3. ให้การดูแลผู้ป่วยตามมาตรฐานวิชาชีพ

- 3.1 ให้การพยาบาลตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดทำคลอดของภาควิชาสูติศาสตร์และนรีเวชวิทยา (PCT) การจัดการความปวดของภาควิชาวิสัญญีวิทยา
- 3.2 ส่งเสริมสัมพันธภาพระหว่างมารดาและบุตร (bonding attachment) และการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาหลังผ่าตัดทำคลอดให้เร็วที่สุด โดยประเมินความพร้อมทั้งด้านสรีระ เช่น ลักษณะหัวนมมารดา การไหลของน้ำนม ความพร้อมของมารดาและบุตรตลอดจนญาติผู้ดูแลมารดาหลังผ่าตัด และบันทึกในระบบสารสนเทศของโรงพยาบาล (Hospital Information System: HIS)
- 3.3 ให้คำแนะนำการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาทั้งรายบุคคลและรายกลุ่มและติดตามประเมินผลเป็นระยะ
- 3.4 ให้คำแนะนำการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา การดูแลตนเองและบุตร ทั้งรายบุคคลและรายกลุ่มเพื่อเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

4. ประเมินความพร้อมการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา การดูแลตนเองและบุตรก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลและบันทึกในระบบสารสนเทศของโรงพยาบาล (Hospital Information System: HIS)

5. เปิดโอกาสให้มารดาและญาติสามารถโทรศัพท์สอบถามปัญหาการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา การดูแลตนเองและบุตร ได้ตลอด 24 ชั่วโมง

ตัวอย่างกิจกรรมการพยาบาลเพื่อส่งเสริมบทบาทมารดาหลังผ่าตัด ทำคลอด

เป้าหมาย: ให้มารดารู้สึกมีคุณค่าในตนเองสูงขึ้น และพร้อมปฏิบัติ
บทบาทมารดาหลังผ่าตัดทำคลอด

กิจกรรมการพยาบาล	เหตุผล
1. สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับมารดาด้วยท่าที่เป็นกันเอง	: เพื่อให้เกิดความไว้วางใจ
2. เปิดโอกาสให้ระบายความรู้สึก ความคับข้องใจ โดยพยาบาลรับฟัง คำบอกเล่าของมารดาด้วยท่าที่เอาใจใส่ สังเกตสีหน้า และพฤติกรรม การแสดงออก	: เพื่อให้มารดามีความรู้สึกว่า พยาบาลเข้าใจและยอมรับความรู้สึกของตนเองและยินดีให้ความช่วยเหลือตลอดเวลา
3. กระตุ้นและส่งเสริมให้มารดาช่วยเหลือตนเองให้มากที่สุด โดยเฉพาะการทำ กิจวัตรประจำวัน และกล่าวชมเชยให้กำลังใจเมื่อทำสำเร็จ	: เพื่อเป็นการเสริมสร้าง ความรู้สึกภาคภูมิใจ ความเป็น อิสระและความเป็น ตัวของตัวเอง
4. เตรียมเจตคติและสภาพความพร้อมต่อการ ให้นมบุตรแรกคลอด <ul style="list-style-type: none">- ประเมินทางกายภาพ เช่น ลักษณะ หุ่นม ลานนม- ประเมินทางจิตใจ เช่น ความรู้ ความ ต้องการ และประสบการณ์การเลี้ยง บุตรด้วยนมมารดา- ชมเชย ให้กำลังใจและพร้อมให้ความ ช่วยเหลือเมื่อมารดามีความต้องการ	: เพื่อประเมินเจตคติ ความพร้อม ทางร่างกาย ประสบการณ์การ เลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา และ ส่งเสริมให้มารดาตระหนักถึง คุณค่าและความสามารถของ ตนเองในการเลี้ยงบุตรด้วย นมมารดา
5. แนะนำให้ครอบครัวและญาติแสดง พฤติกรรมให้ทราบว่า มารดามีคุณค่าเป็น ที่ต้องการของครอบครัว มีเจตคติที่ดีต่อ การให้นมบุตร	: เพื่อให้มารดามีกำลังใจในการ ปรับตัวกับบทบาทใหม่ได้อย่าง เหมาะสม
6. สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับญาติผู้ดูแลมารดา หลังผ่าตัดทำคลอด <ul style="list-style-type: none">- ให้คำแนะนำเกี่ยวกับความรู้ และ ทักษะการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาแก่ ญาติผู้ดูแลมารดาหลังผ่าตัดทำคลอด- มีความพร้อมในการให้ความช่วย เหลือแก่ญาติผู้ดูแลมารดาหลังผ่าตัด ทำคลอด	: เพื่อลดความวิตกกังวลของมารดา หลังผ่าตัดทำคลอดและญาติ ผู้ดูแล เพราะมารดาหลังผ่าตัด ยังช่วยเหลือตัวเองได้น้อย

กิจกรรมการพยาบาล	เหตุผล
<p>7. ประเมินและให้ความรู้เกี่ยวกับการจัดทำให้นมบุตรที่เหมาะสมกับมารดาหลังผ่าตัด</p> <ul style="list-style-type: none"> - ให้ความช่วยเหลือ ด้วยการจัดทำให้นมบุตรที่เหมาะสม ดังนี้ - 24 ชั่วโมงแรกให้นมบุตรในท่านนอนหงายแบบประยุกต์ - 24 - 48 ชั่วโมงให้นมบุตรท่านนอนหงายแบบประยุกต์หรือท่านอนตะแคงซ้ายหรือขวา - หลัง 48 ชั่วโมง แนะนำทำให้นมบุตรพื้นฐานเพิ่มเติมเพื่อปรับใช้ในระยะต่อไป 	<p>: การจัดทำให้นมบุตรที่เหมาะสมช่วยให้แผลผ่าตัดไม่กระเทือน ลดระดับความปวดแผลผ่าตัดได้ ส่งผลให้มารดาสามารถให้นมบุตรหลังผ่าท้องทำคลอดได้เร็ว และสม่ำเสมอยิ่งขึ้น</p>
<p>8. ก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล</p> <p>8.1 ให้ความรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาทั้งรายบุคคลและรายกลุ่ม</p> <p>8.2 ประเมินความรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาและทักษะการจัดทำให้นมบุตร</p> <p>8.3 แนะนำบริการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ โดยประทับหมายเลขโทรศัพท์ของหน่วยงานไว้ที่ปกด้านในของสมุดบันทึกสุขภาพทารก</p>	<p>: เพื่อเพิ่มพูนความรู้และทักษะเกี่ยวกับการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา</p>
<p>9. หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล</p> <p>9.1 ผู้รับบริการสามารถสอบถามปัญหาเกี่ยวกับการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาทั้งทางโทรศัพท์ หรือมารับบริการด้วยตนเองที่หน่วยงานได้ตลอด 24 ชั่วโมง</p> <p>9.2 เปิดโอกาสให้ผู้รับบริการสอบถามปัญหาเกี่ยวกับสุขภาพของมารดาและบุตรกรณีอื่น ๆ ทางโทรศัพท์ได้ตลอด 24 ชั่วโมง</p>	<p>: เพื่อสร้างความมั่นใจ ลดความวิตกกังวลเกี่ยวกับการดูแลตนเองและบุตรของผู้รับบริการ เพราะปัญหาการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาและพัฒนาการบุตรนั้นมิได้สิ้นสุดเฉพาะในโรงพยาบาลเท่านั้น</p>

การประเมินผล

- มารดาสามารถดำเนินกิจวัตรประจำวันได้อย่างเหมาะสม
- มารดาชอบรับมือกับสิ่งที่เกิดขึ้น
- มารดาสามารถเริ่มต้นกระตุ้นให้บุตรดูดนมตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ
- มารดามีความมั่นใจในการดูแลตนเองและบุตร

สรุป

การพยาบาลมารดาหลังผ่าตัดคลอดนั้น นอกจากให้การพยาบาลใน ฐานะผู้ป่วยศัลยกรรมแล้วต้องตระหนักถึงอีกบทบาทหนึ่งด้วย คือ การเป็นมารดา ซึ่งต้องดูแลบุตร โดยเฉพาะการให้บุตรได้ดูดกระตุ้นนมให้เร็วที่สุด แต่การให้นม บุตรทำพื้นฐานนั้นจำเป็นต้องมีการปรับเปลี่ยนท่าของมารดาอันจะส่งผลให้ปวด แผลผ่าตัดมากขึ้น ดังนั้นการพยาบาลโดยการช่วยจัดท่าให้นมบุตรที่เหมาะสม เป็นสิ่งสำคัญและจำเป็น เพราะทำให้ทารกเป็นสิ่งเดียวที่จะต้องเกิดควบคู่กับ การให้นมบุตร และเป็นภารกิจที่ไม่สามารถให้ผู้อื่นปฏิบัติแทนมารดาได้

แนวคิดที่ 2 การจัดการความปวดหลังผ่าตัดและการพยาบาล^{5,10}

ความหมาย: ความปวดหลังการผ่าตัด แตกต่างจากความปวดชนิดอื่น ๆ เนื่องจากเป็นความปวดที่มักเกิดขึ้นและคงอยู่ไม่นาน เกิดจากการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อหรือการมีพยาธิสภาพบริเวณอวัยวะกระตุ้นประสาททำให้รับรู้ความปวด (nociceptors) ส่งผ่านกระแสประสาททำให้มีกระบวนการรับรู้ความปวด หรือที่เรียกว่า “ความปวดเฉียบพลัน” (acute pain)

หลักในการระงับปวดเฉียบพลัน

บุคลากรทางการแพทย์จำเป็นที่จะต้องมีความรู้เกี่ยวกับหลักในการ ระงับปวดเฉียบพลัน ในแต่ละสถานพยาบาลควรมีรูปแบบการระงับปวดที่มี ประสิทธิภาพ โดยมีความเหมาะสมและสอดคล้องกับทรัพยากรและบุคลากรของ สถานพยาบาลนั้น ๆ

1. ทราบผลเสียทั้งทางด้านร่างกายและด้านจิตใจ ที่เกิดจากความปวดที่ไม่ได้รับการบรรเทา

2. การประเมินความปวดและการระงับปวดอย่างเหมาะสม จำเป็นต้องอาศัยผู้ป่วยเป็นหลัก
3. ประเมินและบันทึกระดับความปวดและการตอบสนองต่อการระงับปวดอย่างสม่ำเสมอ
4. การระงับปวดให้มีประสิทธิภาพต้องการความยืดหยุ่น เพื่อปรับเปลี่ยนวิธีการให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย
5. การระงับปวดตั้งแต่เริ่มแรก (early) ดีกว่าเมื่อความปวดนั้น ทวีความรุนแรงขึ้น เนื่องจากความปวดระดับรุนแรงจะถูกควบคุมได้ยากกว่าความปวดระดับไม่รุนแรง
6. หากไม่สามารถขจัดความปวดไปจนหมดสิ้นได้ ก็ควรลดระดับความปวดจนอยู่ในระดับที่ผู้ป่วยทนได้หรือพึงพอใจ (tolerable or comfortable level)
7. ควรวางแผนการระงับปวดหลังการผ่าตัดตั้งแต่ก่อนการผ่าตัด โดยคำนึงถึงสภาวะและโรคที่ผู้ป่วยเป็น ชนิดของการผ่าตัด และวิธีการระงับความรู้สึกที่ผู้ป่วยได้รับ
8. การระงับปวดควรมีความสอดคล้องกับการทำกายภาพบำบัด (physical therapy) เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเคลื่อนไหวหลังการผ่าตัดได้เร็ว โดยไม่ทนทุกข์ทรมานจากความปวด
9. ความรับผิดชอบด้านการระงับปวด ควรเป็นของบุคลากรทางการแพทย์ผู้มีความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ทางด้านนี้
10. การระงับปวดที่ปลอดภัยและมีประสิทธิภาพ ขึ้นกับ
 - 10.1 ประเมินและบันทึกระดับความรุนแรงของความปวดและการตอบสนองต่อการระงับปวดอย่างสม่ำเสมอ
 - 10.2 ผู้ป่วยมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับความปวดและวิธีการระงับปวดที่ตนเองได้รับ
 - 10.3 บุคลากรทางการแพทย์ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการระงับปวด มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับความปวดและวิธีการระงับปวดเป็นอย่างดี

การจัดการความปวดหลังผ่าตัดทำคลอดในโรงพยาบาลสงขลา- นครินทร์: การพยาบาล

การจัดการความปวด เป็นตัวชี้วัดหนึ่งของโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ และของหน่วยงาน ซึ่งแนวทางการพยาบาลเพื่อการจัดการความปวดหลังผ่าตัดทำคลอดมีดังต่อไปนี้

1. ให้การพยาบาลหลังผ่าตัดทำคลอดตามแผนการรักษาของหน่วย ระวังปวดเฉียบพลัน (Acute pain service) ภาควิชาวิสัญญีวิทยา และบันทึกในระบบสารสนเทศของโรงพยาบาล (Hospital Information System: HIS) ดังรายละเอียดในภาพ 2 และ 3

22 ธค 54 15:46 น. Post OP pain management in CS section (1 Day) [บุรีธา ฤ.]
Unfor IT mg 0.2 mg วัน 22 12 2554 เวลา 12:05 น.
งดการให้ opioid ทุกชนิดมากเหนือคำสั่งนี้
ถ้าผู้ป่วยปวดมาก (pain score > 3) ให้ (for 2 days)
- morphine 3 mg IV prn q 2 hr
เมื่อมีอาการคันให้ CPM 10 mg IV prn q 6 hr
เมื่อมีอาการคลื่นไส้อาเจียนให้ (เลือก 1 ข้อ)
- Ondansetron 4 mg IV prn q 8 hr
*** Order โดย:

ภาพที่ 2 ตัวอย่างคำสั่งการรักษาของหน่วยระวังปวดเฉียบพลันใน 24 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัดทำคลอดผ่านทางระบบสารสนเทศของโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ (Post operative pain management in cesarean section for one day via Hospital Information System: HIS)

วันที่ 4
10:45 น

Hand Off pain management in O/S section (Cont) (นุริชา ฤ)
Under IT mo 0.2 mg วัน 22-12-2554 เวลา 12:05 น
Record HR,BP,Pain score(0-10),sedation score(0-3) ทุก 4 ชม
RR ทุก 2 ชม. จนถึงเวลา 03:05 น (12 ชม แรก)
ตามแพทย์วิสัญญีโทร 1645/1646/70694 เมื่อผู้ป่วยมีอาการตรวจพบ
- ง่วงซึม (sedation ≥ 2)
- RR <10 /min (เตรียม naloxone 0.4 mg ไว้ที่ ward)
- BP systolic <90 mmHg
- ไม่สามารถยกขาหรือนั่งเก้าอี้ได้
เมื่อกิน lipid diet ได้ให้
- Paracetamol 500 mg 2 tab po q 6hr for 5 days
- Ibuprofen 400 mg 1 tab po tid pc for 4 days
- Omeprazole 20 mg 1 tab po OD for 4 days
Sedation score
0 คะแนน = หลับ ปลูกฟัน
1 คะแนน = ง่วงเล็กน้อย ปลูกฟันง่าย
2 คะแนน = ง่วงนอนปานกลางค่อนข้างบ่อย ปลูกฟันง่าย
3 คะแนน = ง่วงมาก ปลูกฟันยาก
*** Order โดย:

ภาพที่ 3 ตัวอย่างคำสั่งการรักษาอย่างต่อเนื่อง หลังผ่าตัดคลอดของหน่วยระงับปวด
เฉียบพลัน ผ่านทางระบบสารสนเทศของโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ (Post
operative pain management in cesarean section: continuing doctors'
order via Hospital Information System: HIS)

2. ให้การพยาบาลตามแนวปฏิบัติการบันทึกความปวด (Acute Pain)
ฝ่ายบริการพยาบาล โรงพยาบาลสงขลานครินทร์³⁰ (ประกาศ ณ วันที่ 26
มีนาคม 2550) และบันทึกในระบบสารสนเทศของโรงพยาบาล (Hospital
Information System: HIS)

เป้าหมาย: ให้ผู้ป่วยได้รับการจัดการความปวดอย่างมีประสิทธิภาพ
คะแนนความปวด < 3

วิธีปฏิบัติ: ประเมินและบันทึกคะแนนความปวดทุก 4 ชั่วโมง จนกระทั่ง

คะแนนความปวด (Pain Score) น้อยกว่า 4 (อยู่ระหว่าง 3 - 0) กรณีคะแนนความปวดน้อยกว่า 4 ให้มีการประเมินและบันทึกคะแนนความปวดอย่างน้อย เวรละ 1 ครั้ง

ประเมินและบันทึกคะแนนความปวด ก่อนให้ยาแก้ปวดทั้งชนิดฉีดและรับประทานทุกครั้ง

ประเมินและบันทึกคะแนนความปวดหลังให้ยาแก้ปวด ดังนี้

- ชนิดฉีดภายใน 30 นาที - 1 ชม.
- ชนิดรับประทานภายใน 30 นาที - 2 ชม.

หมายเหตุ หากผู้ป่วยหลับให้ใส่สัญลักษณ์ S

การแบ่งระดับความปวด

การแบ่งระดับความปวด โดยใช้คะแนน 0-10 ดังนี้

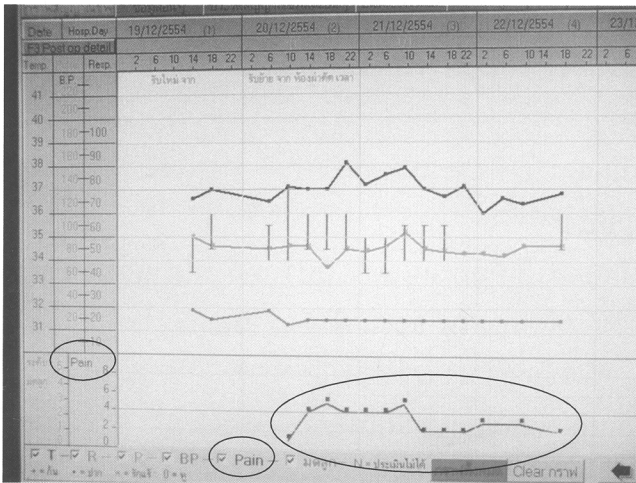
- | | | |
|-------------|---|--|
| คะแนน 0 | = | ไม่ปวดเลย (No Pain) |
| คะแนน 1 - 3 | = | ปวดเล็กน้อย (Mild Pain) |
| คะแนน 4 - 6 | = | ปวดปานกลาง (Moderate Pain) |
| คะแนน 7 - 9 | = | ปวดรุนแรง (Severe Pain) |
| คะแนน 10 | = | ปวดรุนแรงมากเท่าที่จะจินตนาการได้
(Worst Pain Imaginable) |

เครื่องมือประเมินความปวด

เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินความปวด: ใช้มาตรวัดแบบตัวเลข (Numerical Rating Scale : NRS) เป็นการประเมินความรุนแรงของอาการปวดโดยใช้ Scale จาก 0 ถึง 10 โดยที่ 0 คือ ไม่มีอาการปวดเลย 1 - 3 แสดงถึงอาการปวดน้อย 4 - 6 แสดงถึงอาการปวดปานกลาง 7 - 9 แสดงถึงอาการปวดอย่างแรง และ 10 หมายถึงอาการปวดรุนแรงมากที่สุดเท่าที่ผู้ป่วยเคยมีมา และทำการบันทึกลงในระบบสารสนเทศของโรงพยาบาล ดังแสดงในภาพที่ 4

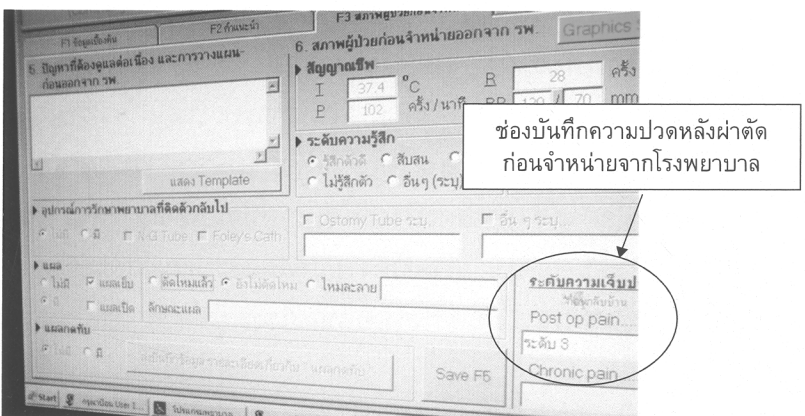
งานสังเคราะห์ เรื่อง:

การจัดทำหัตถบุดรสำหรับบรรณาลงพิมพ์ทำคลอด: บุรณการงานประจำสู่วิจัย



ภาพที่ 4 ตัวอย่างการบันทึกระดับความปวดหลังผ่าตัดในระบบสารสนเทศของโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ (Hospital Information System: HIS)

3 ประเมินคะแนนความปวดหลังผ่าตัดก่อนจำหน่ายในแบบฟอร์ม Continuing Nursing Care Plan and Discharge Summary ในวันจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล และบันทึกในระบบสารสนเทศของโรงพยาบาล (Hospital Information System: HIS) ดังแสดงในภาพที่ 5



ภาพที่ 5 ตัวอย่างการบันทึกระดับความปวดหลังผ่าตัดก่อนจำหน่ายในระบบสารสนเทศของโรงพยาบาลสงขลานครินทร์

4. มีการติดตามประเมินผล การจัดการความปวดตามแบบประเมินคุณภาพ: การประเมินและบันทึกความปวดหลังผ่าตัดของฝ่ายบริการพยาบาล และจัดส่งข้อมูลตามลำดับขั้นเพื่อประเมินคุณภาพการจัดการความปวดโดยรวมของหน่วยงานต่อไป

ตัวอย่างกิจกรรมการพยาบาลเพื่อจัดการความปวดของมารดาหลังผ่าตัด ต้องทำตลอดใน 24 ชั่วโมงแรก

เป้าหมาย...มารดาปวดแผลผ่าตัดน้อยลง

กิจกรรมการพยาบาล	เหตุผล
1. ประเมินระดับความเจ็บปวดโดยสังเกตจากสีหน้า คำบอกเล่าของมารดา	: เพื่อเป็นข้อมูลในการช่วยเหลือมารดาให้สามารถควบคุมความเจ็บปวดได้ดี
2. ให้ข้อมูลแก่มารดาถึงสาเหตุของการเจ็บปวด	: การให้ข้อมูลที่เป็นจริงจะช่วยลดความกลัว ทำให้การรับรู้ความเจ็บปวดลดลงด้วย
3. แนะนำให้ใช้มือประคองแผลผ่าตัดขณะไอ หรือมีการเคลื่อนไหวและให้เคลื่อนไหวช้า ๆ	: เพื่อลดการกระทบกระเทือนเนื้อเยื่อ บริเวณผ่าตัด
4. ให้การพยาบาลแก่มารดาด้วยความนุ่มนวลและไม่รบกวนมากเกินไป	: เป็นการลดการกระตุ้นไขประสาทขนาดเล็ก ซึ่งทำให้ความเจ็บปวดลดลง การไม่รบกวนมากเกินไป ทำให้ได้พักผ่อนเต็มที่ ส่งผลให้อาการปวดลดลงได้

กิจกรรมการพยาบาล	เหตุผล
5. ดูแลให้ยาแก้ปวดตามแผนการรักษาของหน่วยระงับปวดเฉียบพลัน (acute pain service) ภาควิชาวิสัญญีวิทยา เช่น Morphine หรือ fentanyl, NSAID	: การระงับปวดอย่างมีประสิทธิภาพทำให้มารดาสุขสบาย
6. สอนเทคนิคการหายใจ เพื่อลดความปวดโดยให้หายใจเข้าทางจมูกลึก ๆ และผ่อนลมหายใจออกทางปาก	: การหายใจสามารถควบคุมความเจ็บปวดได้ โดยเป็นการเบี่ยงเบนความสนใจไปที่การควบคุมหายใจเข้า-ออก
7. ดูแลความสบายด้านร่างกาย โดยช่วยเช็ดตัว	: เมื่อร่างกายสะอาด ทำให้รู้สึกสดชื่น และสุขสบายขึ้น
8. ให้การพยาบาลเพื่อลดปวดโดยไม่ใช้ยา เช่น การพันผ้าพุงแผล การจัดทำในการประกอบกิจวัตรประจำวัน	: การจัดทำและพันผ้าพุงแผลสามารถควบคุมความเจ็บปวดได้ โดยเป็นการลดการตึงรั้งของแผลผ่าตัด
9. แนะนำและช่วยจัดทำหัตถบุดรที่เหมาะสมกับมารดาหลังผ่าตัดทำคลอดใน 24 ชั่วโมงแรก คือ ทำนอนหงายแบบประยุกต์	: เป็นท่าที่ทำให้กล้ามเนื้อหน้าท้องหย่อน ช่วยลดการตึงรั้งของแผลและน้ำหนักลูกไม่กดทับแผลผ่าตัดของมารดา

การประเมินผล:

- มารดาปวดแผลน้อยลง ขณะเคลื่อนไหวร่างกายไม่แสดงสีหน้าเจ็บปวด
- มารดามีสีหน้าสดชื่นขึ้น พักผ่อนได้
- มารดาสามารถเริ่มต้นกระตุ้นให้นมบุตรได้อย่างรวดเร็วและมีประสิทธิภาพ

สรุป

การจัดการความปวดหลังผ่าตัดทำคลอด นอกจากการให้การพยาบาลตามแผนการรักษาของสูติแพทย์ และหน่วยระงับปวดเฉียบพลัน (Acute pain service) ในฐานะผู้ป่วยศัลยกรรมแล้ว ยังต้องคำนึงถึงอีกบทบาทหนึ่งของผู้ป่วยด้วย นั่นคือบทบาทของมารดา ที่ต้องให้การดูแลบุตรไปพร้อม ๆ กัน โดยเฉพาะการให้นมบุตร เนื่องจากเราไม่สามารถจะกำหนดเวลาที่จะให้บุตรดูดนมมารดาให้สัมพันธ์กับเวลารับยาลดปวดของมารดา หรือให้มารดารับยาลดปวดทุกครั้งที่จะให้นมบุตร ดังนั้นการจัดการความปวดโดยไม่ใช้ยาด้วยการจัดทำให้นมบุตรที่เหมาะสมจึงเป็นการจัดการความปวดที่สำคัญวิธีหนึ่ง เพราะทำให้นมบุตรนั้นเป็นสิ่งเดียวที่จะต้องเกิดควบคู่กับการให้บุตรดูดนมมารดา และไม่สามารถให้ผู้อื่นปฏิบัติแทนมารดาได้

แนวคิดที่ 3 การส่งเสริมการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา

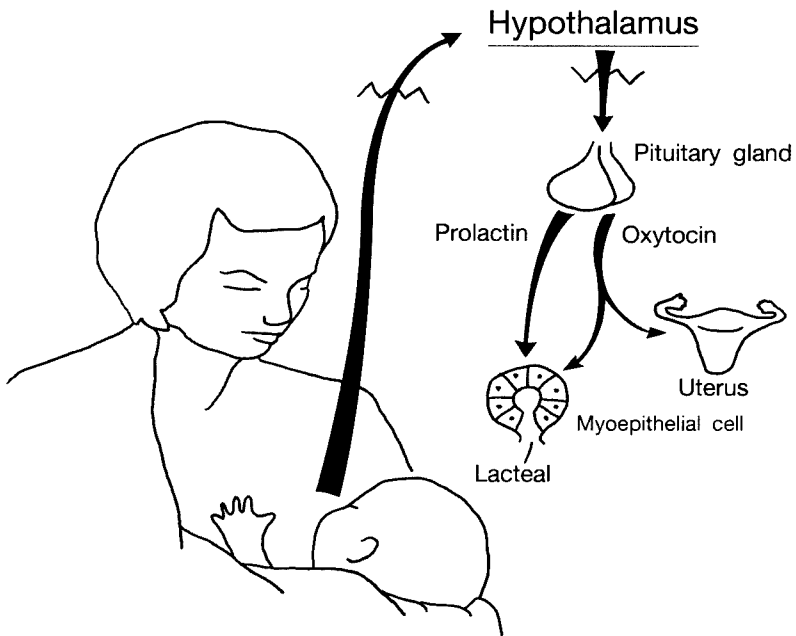
มารดาหลังผ่าตัดทำคลอดต้องการการพยาบาลที่เฉพาะอย่างยิ่ง นอกจากการดูแลมารดาในฐานะผู้ป่วยศัลยกรรมหลังผ่าตัดให้กลับคืนสู่สภาพปกติ โดยให้มีความเจ็บปวดและความไม่สุขสบายให้น้อยที่สุด แล้วมารดาหลังผ่าตัดทำคลอดยังต้องปฏิบัติหน้าที่ในฐานะมารดาผู้ให้กำเนิดที่ต้องดูแลบุตรโดยเฉพาะการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา (Postpartum Breastfeeding) เพราะการสร้างน้ำนมจะเริ่มต้นตั้งแต่สิ้นสุดระยะที่ 3 ของการคลอด (รกคลอดครบ) เนื่องจาก PIF (Prolactin inhibiting factor) จะหมดไปภายหลังรกคลอด Prolactin เริ่มออกฤทธิ์จึงทำให้เกิดการสร้างน้ำนม^{4,26} ดังนั้นพยาบาลจึงควรมีความรู้และทักษะที่ดีในการส่งเสริมการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาในระยะแรกหลังผ่าตัด

กลไกในการสร้างและหลั่งน้ำนม²³

เมื่อบุตรดูดนมมารดา จะกระตุ้นปลายประสาทที่หัวนมและลานหัวนมส่งกระแสไปตามไขสันหลังสู่สมองกระตุ้น hypothalamus ทำให้เกิดผล 2 ประการ

1. anterior lobe ของ pituitary gland หลั่ง prolactin เข้าสู่กระแสเลือด ซึ่งจะไหลผ่านไปยังเต้านมไปกระตุ้น alveola cells ให้สร้างน้ำนม (prolactin reflex) ดังรูปที่ 6 ขณะดูดนม prolactin จะสูงขึ้นอย่างรวดเร็วและพบว่าระดับ prolactin จะสูงมากประมาณ 30 นาทีหลังหยุดให้บุตรดูดนม มีผลกระตุ้นเต้านม

ให้สร้างน้ำนมในมือต่อไป สำหรับมือนี้บุตรจะได้น้ำนมจากที่สร้างไว้แล้ว ปริมาณ prolactin จะถูกสร้างมากกว่าในเวลากลางคืน เพราะฉะนั้นการให้บุตรดูดนมมารดาเวลากลางคืนจะช่วยให้มีการสร้างน้ำนมได้มากเป็นพิเศษกว่าเวลากลางวัน เป็นการช่วยเร่งการสร้างน้ำนมได้ดี ถ้าบุตรดูดนมบ่อย เต้านมก็สร้างน้ำนมน้อย ถ้าบุตรดูดนมมาก เต้านมก็จะสร้างน้ำนมมาก หรือถ้าหยุดดูดนม เต้านมก็จะหยุดสร้างน้ำนมไม่นานหลังจากนั้น มารดาส่วนใหญ่สามารถสร้างน้ำนมได้มากกว่าที่บุตรต้องการ และได้มากเพียงพอสำหรับบุตรอย่างน้อย 2 คน ทั้งนี้ระดับของ prolactin ยังขึ้นกับความรุนแรงของการกระตุ้นที่หัวนมด้วย พบว่าระดับ prolactin จะสูงขึ้นเป็น 2 เท่า ในมารดาที่คลอดบุตรแฝดและให้บุตรดูดนมพร้อม ๆ กันทั้ง 2 เต้า

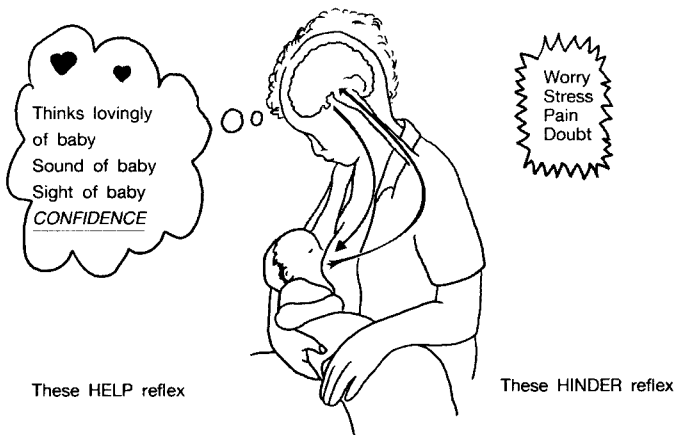


ภาพที่ 6 ผลการดูดนมของบุตรทำให้เกิด Prolactin และ oxytocin reflex²³

การหลั่งของ prolactin จะไม่เกี่ยวข้องกับประสาทสัมผัสต่าง ๆ prolactin จะสูงขึ้นทันทีเมื่อให้บุตรดูดนม แต่จะไม่สูงขึ้นขณะสัมผัสหรือเล่นกับบุตร และ prolactin จะหยุดหลั่งเมื่อบุตรหยุดดูดนม ระดับฮอร์โมนในเลือดจะค่อย ๆ ลดลงจนถึง baseline ประมาณ 3 ชั่วโมงหลังหยุดดูดนม ดังนั้นเพื่อให้ฮอร์โมนในเลือดสูงตลอดเวลาต้องให้บุตรดูดบ่อย ๆ และสม่ำเสมอ เพื่อให้เต้านมมีการสร้างน้ำนมเพิ่มขึ้นและตลอดเวลา

2. Posterior lobe ของ pituitary gland หลั่ง oxytocin เข้าสู่กระแสเลือด กระตุ้น myoepithelial cells ให้หดตัวบีบน้ำนมจากทุก ๆ alveoli รวมไหลผ่านท่อน้ำนมออกมา (milk ejection reflex หรือ oxytocin reflex) การหลั่งของ oxytocin ยังขึ้นกับการกระตุ้นและการยับยั้งโดยประสาทสัมผัสทั้งห้าด้วย เมื่อได้ยินเสียงบุตรร้องหรือมองเห็นบุตรจะเกิดการกระตุ้นให้มีการหลั่ง oxytocin ทำให้น้ำนมไหลได้ หรือในทางตรงกันข้ามเมื่อมีความเจ็บปวด ความกังวลต่าง ๆ การขาดความเชื่อมั่น จะมีผลยับยั้งการหลั่ง oxytocin แม้บุตรจะดูดถูกวิธีและสม่ำเสมอก็ตาม มีผลทำให้บุตรได้น้ำนมไม่เพียงพอ น้ำหนักบุตรไม่ขึ้น นอกจากนั้น oxytocin ยังกระตุ้นให้มดลูกหดตัวทำให้ป้องกันการตกเลือดหลังคลอด ช่วยขับน้ำคาวปลาและทำให้มดลูกเข้าอู่ได้ดีขึ้น เป็นเหตุให้มารดาารู้สึกปวดท้องน้อยเป็นพัก ๆ (after pain) เวลาให้บุตรดูดนมในระยะเวลาสัปดาห์แรก

OXYTOCIN REFLEX



ภาพที่ 7 ผลของประสาทสัมผัสต่าง ๆ ต่อ oxytocin reflex²³

แนวทางส่งเสริมการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาหลังผ่าตัดคลอด ของหอผู้ป่วยพิเศษสูติกรรม

หอผู้ป่วยพิเศษสูติกรรมมีแนวทางส่งเสริมการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาหลังผ่าตัดคลอด ดังนี้

1. มารดาหลังผ่าตัดคลอดจะถูกส่งตัวมายังหอผู้ป่วยภายหลังสังเกตอาการที่ห้องพักฟื้นเป็นเวลา 2 ชั่วโมง
2. ทารกที่ปกติและไม่มีภาวะแทรกซ้อน จะย้ายมาอยู่กับมารดาภายหลังสังเกตอาการที่หน่วยบริบาลทารกแรกเกิด (nursery) เป็นเวลา 6 ชั่วโมง
3. ทารกที่ต้องสังเกตอาการอยู่ที่หน่วยบริบาลทารกแรกเกิดหนัก (NMCU, NICU) จะรับคืนหอผู้ป่วยพิเศษสูติกรรมเมื่อแพทย์มีความเห็นชอบให้ย้ายคืนมารดาได้
4. ทารกที่รับย้ายตามปกติ จะส่งเสริมให้ดูดกระตุ้นนมมารดาทันที โดยอาศัยหลักการดูดที่ถูกต้องวิธี คือ ดูดเร็ว ดูดบ่อย ดูดถูกวิธี และดูดจนเกลี้ยงเต้า
5. ทารกที่ต้องสังเกตอาการอยู่ที่หน่วยบริบาลทารกแรกเกิดหรือหน่วยบริบาลทารกแรกเกิดหนัก จะให้มารดากระตุ้นเต้านม ทุก 2 - 3 ชั่วโมง และเมื่อมารดาพร้อมจะไปเยี่ยมบุตร และ/หรือบุตรมีความพร้อมก็จะประสานงานให้มารดาไปให้นมบุตรให้เร็วที่สุด
6. ทารกที่ยังรับนมไม่ได้ จะให้มารดาบีบน้ำนมเก็บไว้
7. ให้คำแนะนำเรื่องการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา ทั้งรายบุคคลและรายกลุ่ม พร้อมการบันทึกติดตามและประเมินผลตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ในระบบสารสนเทศของโรงพยาบาล (Hospital Information System: HIS)
8. สำหรับมารดาที่ประสบปัญหาในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา จะติดตามต่อทางโทรศัพท์และนำข้อมูลที่ได้จากการบันทึกมาสรุปทุกสิ้นเดือน และรายงานในที่ประชุมของหน่วยงาน เพื่อทราบและหาแนวทางแก้ไขต่อไป
9. เพื่อให้การดูแลเป็นไปอย่างต่อเนื่อง และสนองความต้องการอย่างทันท่วงที ทางหอผู้ป่วยพิเศษสูติกรรมได้เปิดโอกาสให้มารดาและญาติสามารถโทรศัพท์ติดต่อสอบถามปัญหาการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาและปัญหาสุขภาพหลังคลอดได้ตลอด 24 ชั่วโมง

10. เนื่องจากหลังผ่าตัดท้องทำคลอดนั้น มารดาจะประสบปัญหาปวดแผล ผ่าตัด ดังนั้นจึงแนะนำให้หมอบบุตร ดังต่อไปนี้

10.1 ในระยะ 24 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัดท้องทำคลอดจะแนะนำให้หมอบบุตรท่านอนหงายแบบประยุกต์

10.2 ในระยะ 24 - 48 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัดท้องทำคลอดจะแนะนำให้หมอบบุตรท่านอนหงายแบบประยุกต์หรือท่านอนตะแคง

10.2 ภายหลัง 48 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัดจะแนะนำท่านอนหงายแบบประยุกต์ ท่านอนตะแคง ท่านอนขวางดัก ท่านอนขวางดักแบบประยุกต์ หรือทำอุ้มลูกฟุตบอล ขึ้นกับความพึงพอใจของมารดาที่พร้อมจะนำไปประยุกต์ใช้

สรุป

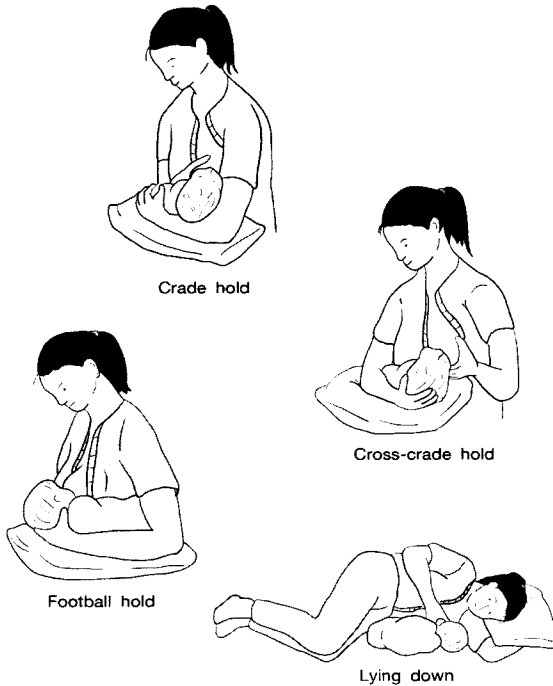
จะเห็นได้ว่าหลักการส่งเสริมการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดานั้น ต้องให้บุตรดูดนมมารดาหลังคลอดให้เร็วที่สุด ดูป้อย สม่ำเสมอทั้งกลางวันและกลางคืน และดูดอย่างถูกวิธี แต่การปรับเปลี่ยนท่าของมารดาเพื่อให้หมอบบุตรในท่าพื้นฐานในระยะนี้จะทำให้ปวดแผลผ่าตัดมากขึ้น ความปวดจะส่งผลยับยั้งการไหลของน้ำนม ดังนั้นจึงมีความจำเป็นในการริเริ่มคิดค้นท่าให้นมมารดาใหม่ที่มารดาไม่จำเป็นต้องขยับ ปรับเปลี่ยนท่า พลิกตัวมากนักเพื่อให้การไหลของน้ำนมไม่ถูกยับยั้งจากความปวดแผลผ่าตัด โดยการคิดนอกกรอบเดิมที่ต้องเตรียมตัวจัดทำมารดาทุกครั้งที่จะให้บุตรดูดนม มาเป็นการเตรียมตัวจัดทำบุตรแทน เนื่องจากท่าให้หมอบบุตรเป็นสิ่งเดียวที่ไม่สามารถให้ผู้อื่นปฏิบัติแทนมารดาได้

แนวคิดที่ 4. การจัดทำให้หมอบบุตรและการพยาบาล

การจัดทำให้หมอบบุตรเป็นสิ่งสำคัญสำหรับมารดาหลังคลอด เพราะเป็นสิ่งที่จะต้องเกิดควบคู่กับการให้หมอบบุตรเสมอ และยังเป็นภารกิจที่ไม่สามารถให้ผู้อื่นปฏิบัติแทนมารดาได้ ดังนั้นพยาบาล หรือผู้ให้การดูแลมารดาหลังคลอด โดยเฉพาะมารดาหลังผ่าตัดท้องทำคลอด ต้องตระหนักและเรียนรู้ กระบวนการและทักษะการจัดทำให้หมอบบุตร เพื่อเป็นแนวทางในการให้คำแนะนำ ช่วยเหลือ แก่มารดาหลังคลอดและญาติได้

ทำให้นมบุตรพื้นฐานที่ทั้งผู้ให้บริการ และมารดาหลังผ่าท้องทำคลอด รู้จักโดยทั่วไป มี 4 ท่า คือ ท่านอนขวางดัก (cradle) ท่านอนขวางดักแบบ ประยุกต์ (cross cradle) ท่าอุ้มลูกฟุตบอล (football hold) และท่านอน ตะแคง (Side lying position or Lying down position) ดังแสดงในรูปที่ 8

Breast-Feeding Positions



ภาพที่ 8 ทำให้นมบุตรพื้นฐาน (Basic Positioning breastfeeding)³¹

(จาก <http://tawnyrumler.hubpages.com/hub/The-Best-Breastfeeding-Positions> เข้าถึงเมื่อ 2-09-54)

รายละเอียดทำให้นมบุตรพื้นฐานมีดังนี้

1. ท่านอนขวางดัก (cradle) มีรายละเอียดดังนี้ บุตรดูดนมมารดาในท่านี้โดย เป็นท่าที่อุ้มบุตรวางไว้บนดัก มือและแขนประคองตัวบุตรไว้ ให้บุตรนอนตะแคงเข้าหาตัวมารดา ศีรษะบุตรอยู่สูงกว่าลำตัวเล็กน้อย ท่ายทอยบุตรวางอยู่บริเวณแขนของมารดา มืออีกข้างประคองเต้านมไว้ ดังรูปที่ 9



ภาพที่ 9 การให้นมบุตรท่านอนขวางตัก^{๒๐}

(จาก <http://www.thaibreastfeeding.org/content/view/348/94/> เข้าถึง
เมื่อ 1-01-55)

2. ท่านอนขวางตักแบบประยุกต์ (cross cradle) มีรายละเอียดดังนี้ บุตร
ดูคนมารดาในท่านั่งโดยโดยใช้มือข้างเดียวกับเต้านมที่บุตรดูดประคองเต้านม
มืออีกข้างรองรับต้นคอและท้ายทอยของบุตรแทน ท่านี้เหมาะสำหรับนำบุตรเข้า
อมหัวนม จะช่วยในการควบคุมการเคลื่อนไหวของศีรษะบุตรได้ดี ดังรูปที่ 10



ภาพที่ 10 การให้นมบุตรท่านอนขวางตักแบบประยุกต์^{๒๐}

(จาก <http://www.thaibreastfeeding.org/content/view/348/94/> เข้าถึง
เมื่อ 1-01-55)

3. ทำอุ้มลูกฟุตบอล (football hold) มีรายละเอียดดังนี้ บุตรดูดนมมารดาในท่านั่งโดยบุตรอยู่ในท่ากึ่งตะแคงกึ่งนอนหงาย ขาชี้ไปทางด้านหลังของมารดา มือมารดาจับที่ต้นคอและท้ายทอยของบุตร กอดบุตรให้กระชับกับสีข้างมารดา บุตรดูดนมจากเต้านมข้างเดียวกับมือที่จับบุตร มืออีกข้างประคองเต้านมไว้ ดังรูปที่ 11



ภาพที่ 11 การให้นมบุตรทำอุ้มลูกฟุตบอล²⁰

(จาก <http://www.thaibreastfeeding.org/content/view/348/94/> เข้าถึงเมื่อ 1-01-55)

4. ท่านอนตะแคง (Side lying position or Lying down position) มีรายละเอียดดังนี้ บุตรดูดนมมารดาในท่านอนตะแคงโดยมารดา-บุตรนอนตะแคงเข้าหากัน มารดานอนศีรษะสูงเล็กน้อย หลังและสะโพกตรง ให้ปากบุตรอยู่ตรงกับหัวนมของมารดา มือที่อยู่ด้านล่างประคองตัวบุตรให้ชิดลำตัวมารดา อาจใช้ผ้าขนหนูที่ม้วนไว้หรือหมอนหนุนหลังบุตรแทนแขนมารดาก็ได้ มือที่อยู่ด้านบนประคองเต้านมในช่วงแรกที่เริ่มเอาหัวนมเข้าปากบุตร เมื่อบุตรดูดได้ดีก็ขยับออกได้ ดังรูปที่ 12



ภาพที่ 12 การให้นมบุตรท่านอนตะแคง²⁰

(จาก <http://www.thaibreastfeeding.org/content/view/348/94/> เข้าถึง
เมื่อ 1-01-55)

การวิเคราะห์การจัดทำให้นมบุตรพื้นฐานสำหรับมารดาหลังผ่าตัดท้อง ทำคลอด

จากรายละเอียดการจัดทำให้นมบุตรพื้นฐานดังได้กล่าวมาแล้ว จะเห็นได้
ว่าทำให้นมบุตรพื้นฐาน 3 ท่า คือท่านอนขวางตัก (cradle) ท่านอนขวางตัก
แบบประยุกต์ (cross cradle) และท่าอุ้มลูกฟุตบอล (football hold) นั้นมี
จุดอ่อน ไม่เหมาะสมสำหรับมารดาหลังผ่าตัดท้องทำคลอดใน 24 ชั่วโมงแรก
เนื่องจากมารดาจำเป็นต้องปรับเปลี่ยนท่าจากนอนเป็นท่านั่ง ทำให้ปวดแผล
ผ่าตัดมากขึ้น และยังไม่สามารถให้บุตรดูดนมได้ใน 8 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัดเพราะ
มารดาถูกจำกัดให้นอนราบ ในรายที่ได้รับยาระงับความรู้สึกทางช่องไขสันหลัง
เกิดความไม่สะดวกเพราะต้องคอยให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำส่วนปลาย คา
สายสวนปัสสาวะ และมารดาต้องการ การพักผ่อนเพราะความเหนื่อยล้าจาก
การผ่าตัด

การจัดทำให้นมบุตรในระยะนี้เมื่อวิเคราะห์แล้วพบว่ามีการบวนการหรือ
ขั้นตอน 4 ช่วง คือ

- ช่วงที่ 1 ก่อนให้นมบุตร หมายถึง ช่วงที่มารดาอนพักก่อนให้นมบุตร หรือพักระหว่างมือให้นมบุตร
- ช่วงที่ 2 เตรียมให้นมบุตร หมายถึง ช่วงที่มารดาเตรียมตัวจัดทำให้ นมบุตร
- ช่วงที่ 3 ขณะให้นมบุตร หมายถึง ช่วงที่กำลังให้บุตรดูดนมตนเอง
- ช่วงที่ 4 ให้นมบุตรเสร็จ หมายถึง ช่วงที่บุตรดูดนมมารดาเสร็จ และ มารดาเตรียมตัวเข้าสู่ระยะพักก่อนให้นมบุตร

จุดเด่นและจุดด้อยของการจัดทำให้นมบุตรพื้นฐาน

การจัดทำให้นมบุตรพื้นฐานนั้นมีรายละเอียดที่แตกต่างกัน ดังนั้น พยาบาลผู้ดูแลมารดาหลังผ่าตัดคลอด ต้องพิจารณาปรับใช้ให้เหมาะสมกับ แต่ละช่วงเวลาหลังผ่าตัด เพราะแต่ละท่ามีจุดเด่นและจุดด้อยที่แตกต่างกัน ดัง ต่อไปนี้

ตารางที่ 1 รายละเอียดเปรียบเทียบจุดเด่น จุดด้อย ท่าให้นมบุตรพื้นฐาน

ท่าให้นมบุตร	จุดเด่น	จุดด้อย
ท่านอนขวางตัก	<ul style="list-style-type: none"> - เป็นที่รู้จักทั่วไป - มีการใช้ทำนองอย่างแพร่หลาย 	<ul style="list-style-type: none"> - ใช้ไม่ได้ใน 8 ชั่วโมงแรกสำหรับมารดาหลังผ่าตัดคลอดที่ได้รับยาาระงับความรู้สึกผ่านช่องไขสันหลัง - ปรับใช้ยากเพราะต้องให้นมบุตรทำนอง - การปรับเปลี่ยนท่าของมารดาจากท่านอนเป็นทำนองส่งผลให้ระดับความปวดแผลผ่าตัดทำคลอดเพิ่มขึ้น
ท่านอนขวางตักแบบประยุกต์	<ul style="list-style-type: none"> - เป็นที่รู้จักทั่วไป - มีการใช้ทำนองอย่างแพร่หลาย 	<ul style="list-style-type: none"> - ใช้ไม่ได้ใน 8 ชั่วโมงแรกสำหรับมารดาหลังผ่าตัดคลอดที่ได้รับยาาระงับความรู้สึกผ่านช่องไขสันหลัง - ปรับใช้ยากเพราะต้องให้นมบุตรทำนอง - การปรับเปลี่ยนท่าของมารดาจากท่านอนเป็นทำนองส่งผลให้ระดับความปวดแผลผ่าตัดทำคลอดเพิ่มขึ้น

ตารางที่ 1 รายละเอียดเปรียบเทียบจุดเด่น จุดด้อย ทำให้นมบุตรพื้นฐาน (ต่อ)

ทำให้นมบุตร	จุดเด่น	จุดด้อย
ทำอุ้มลูกฟุตบอล	<ul style="list-style-type: none"> - เป็นที่รู้จักทั่วไป 	<ul style="list-style-type: none"> - ไม่มีการใช้ทำน้อ่างแพร่หลาย - ใช้ไม่ได้ใน 8 ชั่วโมงแรกสำหรับมารดาหลังผ่าท้องทำคลอดที่ได้รับยาระงับความรู้สึกผ่านช่องไขสันหลัง - ปรับใช้ยากเพราะต้องให้นมบุตรทำน้่ง - การปรับเปลี่ยนท่าของมารดาจากทำนอนเป็นทำน้่งส่งผลให้ระดับความปวดแผลผ่าท้องทำคลอดเพิ่มขึ้น
ทำนอนตะแคง	<ul style="list-style-type: none"> - เป็นที่รู้จักทั่วไป - ใช้อย่างแพร่หลาย - ปรับใช้ง่ายเพราะให้นมบุตรทำนอนตะแคงซ้ายหรือขวา 	<ul style="list-style-type: none"> - การขยับ ปรับเปลี่ยนท่า พลิกตัวของมารดา จากทำนอนหงายปกติเป็นทำนอนตะแคง จะทำให้กล้ามเนื้อหน้าท้องที่ยึดขยายจากการตั้งครรภ์หย่อนลงด้านข้าง ทำให้เกิดการกระทบกระเทือน ดึงรั้งแผลผ่าท้องทำคลอดทำให้ระดับความปวดแผลผ่าตัดเพิ่มขึ้น

จากตาราง จะเห็นได้ว่าทำให้นมบุตรพื้นฐานที่เหมาะสมสำหรับมารดาหลังผ่าท้องทำคลอดใน 24 ชั่วโมงแรก คือ ทำนอนตะแคง แต่เมื่อวิเคราะห์ผลกระทบต่อระดับความปวดแผลผ่าตัดแล้ว พบว่ายังก่อให้เกิดความปวด เพราะกล้ามเนื้อหน้าท้องที่ยึดขยายจากการตั้งครรภ์หย่อนลงด้านข้าง แผลผ่าตัดถูกดึงรั้งและกระทบกระเทือน ส่งผลให้ระดับความปวดแผลผ่าท้องทำคลอดเพิ่มขึ้นเป็นแรงกระตุ้นให้ผู้รายงานต้องพยายามคิดค้น การจัดทำให้นมบุตรที่ช่วยลดระดับความปวดแผลผ่าท้องทำคลอดและบุตรสามารถดูดนมมารดาได้อย่างมีประสิทธิภาพ เพราะการจัดทำให้นมบุตร นอกจากมีผลต่อระดับความปวดแผลผ่าท้องทำคลอดแล้ว ยังส่งผลต่อประสิทธิภาพการให้นมบุตร ถ้าจัดทำให้นมบุตรได้ดี จะส่งผลให้ประสิทธิภาพการให้นมบุตรเพิ่มขึ้นด้วย

ประสบการณ์ตรงในการจัดทำให้นมบุตร

จากการศึกษาวรรณกรรมไม่พบว่ามีกรกล่าวถึงรายละเอียดของกระบวนการ หรือขั้นตอนการจัดทำให้นมบุตรว่ามีกี่ช่วง กี่ขั้นตอน และช่วงใด

ส่งผลกระทบต่อระดับอาการปวดแผลผ่าตัดของมารดาหลังผ่าตัดทำคลอด ผู้เขียนจึงใคร่ขอถ่ายทอดประสบการณ์ตรงในการจัดทำให้นมบุตรดังนี้

ผู้เขียนมีอาการปวดหลัง (back pain) ได้รับการผ่าตัดทำ Discectomy ส่งผลกระทบต่ออาการให้นมบุตรทำพื้นฐาน คือ เสี่ยงต่อการบาดเจ็บบริเวณหลังมากขึ้นเนื่องจากต้องนั่งให้ลูกดูดนมเป็นเวลานาน ครั้งละประมาณ 30 นาที วันละ 8 - 12 ครั้ง (เฉลี่ย 10 ครั้ง/วัน หรือ 5 ชม./วัน ทุกวัน ทุกคืน) เป็นเวลาอย่างอย่างน้อย 6 เดือน ตามนโยบายส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมมารดา และทำนึ่งยังส่งผลให้น้ำหนักตัวลดลงบริเวณหลังส่วนล่างทำให้ปวดหลังมากขึ้น ดังนั้นท่าที่เลือกใช้คือท่านอนตะแคง (Side lying position) แต่ยังมีประสบปัญหาคือ ส่วนของกระดูกสันหลังไม่อยู่ในแนวตรงถ้าจัดท่าไม่ดีพอ และเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นได้บ่อยจากความรีบเร่งในการจัดทำให้นมบุตร

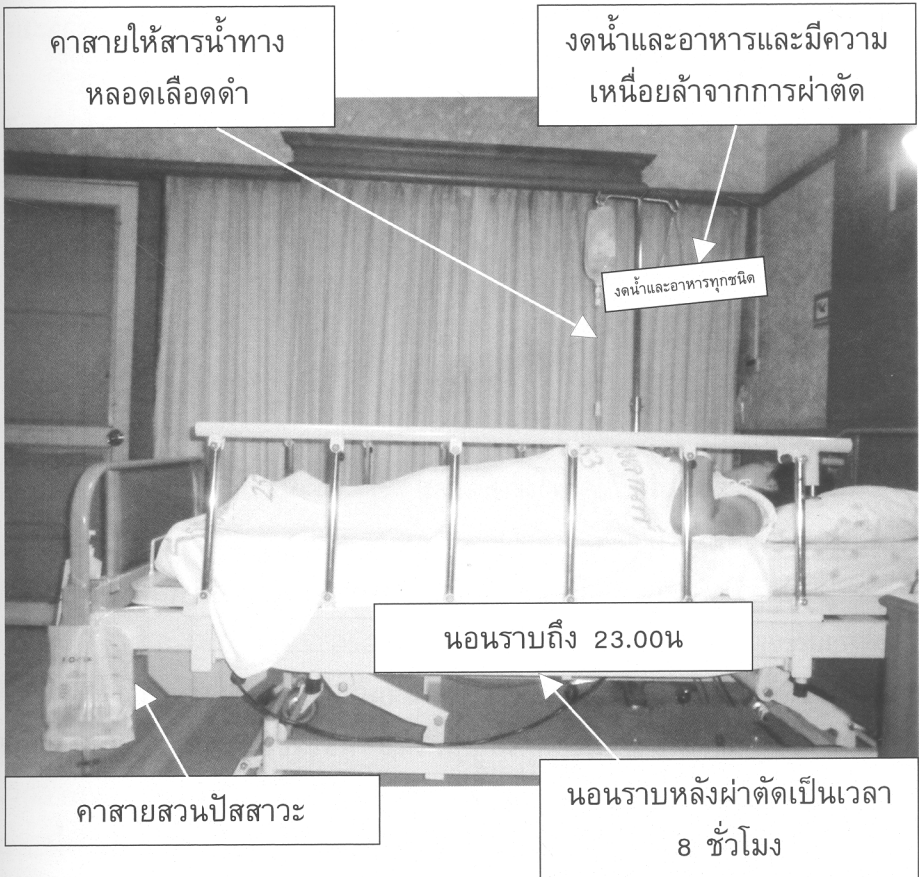
หลักการดูแลรักษาอาการปวดหลังคือการป้องกันไม่ให้เกิดจะดีกว่าการรักษา และการป้องกันที่สำคัญ ได้แก่ การจัดท่าทาง การทำงาน หรือประกอบกิจกรรมประจำวันให้ถูกต้อง โดยให้กระดูกสันหลังอยู่ในแนวตรงเสมอ จึงพยายามคิดนอกกรอบเดิม ๆ ที่ต้องให้มารดาปรับเปลี่ยนท่า หรือเตรียมตัวเองทุกครั้งที่จะให้นมบุตร เป็นการปรับเปลี่ยนท่า เตรียมตัวบุตรแทน ด้วยทำให้นมบุตรทำใหม่จากการประยุกต์ท่านอนหงายเพื่อป้องกันอาการปวดหลัง ซึ่งผู้เขียนสามารถให้นมบุตรในท่านอนหงายได้จริง ไม่มีอาการปวดหลังเรื้อรัง เหนื่อยน้อยลง และบุตรสามารถดูดนมมารดาได้อย่างมีประสิทธิภาพ จึงมีความประสงค์ที่จะแบ่งปันความสุขครั้งนี้ไปยังมารดาหลังคลอดท่านอื่น ๆ

ควรตระหนักอยู่เสมอว่า การจัดทำให้นมบุตรนั้นสำคัญมาก เพราะเป็นสิ่งที่ต้องเกิดขึ้นทุกครั้งที่ให้นมบุตร และไม่อาจให้ผู้อื่นปฏิบัติแทนมารดาได้ ดังนั้นหากท่านั้นดี เหมาะสม ถูกสุขลักษณะ และบุตรสามารถดูดได้อย่างมีประสิทธิภาพ ย่อมจะส่งผลให้เกิดความสุขจากการให้นมมารดาที่ยั่งยืนอย่างแท้จริง^{4,12,20}

ประสบการณ์การพยาบาลมารดาหลังผ่าตัดทำคลอด

การส่งเสริมให้บุตรได้ดูดนมมารดาในระยะ 24 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัดทำคลอดนั้นเป็นไปด้วยความยากลำบาก เนื่องจากมารดาหลังผ่าตัดทำคลอดนั้น มีข้อจำกัดอย่างมากมาย ไม่ว่าจะจากตัวมารดาเอง เช่น ความเหนื่อยล้าและ

อ่อนเพลียจากการผ่าตัด ถูกจำกัดการเคลื่อนไหว ให้อยู่ในท่านอนเท่านั้นในระยะ
หลังผ่าตัดใหม่ ๆ ต้องคาสายให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ คาสายสวนปัสสาวะ
ดังตัวอย่างแสดงในรูปที่ 13



ภาพที่ 13 ตัวอย่างข้อจำกัดต่าง ๆ ที่พบได้ทั่วไปในมารดาหลังผ่าตัดคลอด

จากภาพที่ 13 ที่แสดงตัวอย่างข้อจำกัดต่าง ๆ ที่พบได้ทั่วไปในมารดา
หลังผ่าตัดคลอด จะเห็นได้ว่าทำให้หมบุตรพื้นฐานทำนั้น ได้แก่ ท่านอนขวาง
ตัก ท่านอนขวางตักแบบประยุกต์ และทำอุ้มลูกฟุตบอลนั้นไม่เหมาะสมกับมารดา
หลังผ่าตัดคลอดใน 24 ชั่วโมงแรก

ทำให้หมบุตรพื้นฐานที่ควรแนะนำ คือ ทำนอนตะแคง อย่างไรก็ตามจากประสบการณ์การพยาบาลมารดาหลังผ่าตัดทำคลอด พบว่าระดับความปวดแผลผ่าตัดจะเพิ่มขึ้น เมื่อมารดามีกิจกรรม เช่น ขยับ ปรับเปลี่ยนท่า พลิกตัว เพื่อให้หมบุตรทำนอนตะแคง

บทบาทของญาติในการสนับสนุนการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาในระยะหลังผ่าตัดทำคลอด

มารดาหลังผ่าตัดทำคลอดใน 24 ชั่วโมงแรกนั้น มีข้อจำกัดหลายอย่างที่ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้อย่างเต็มที่ ญาติจึงมีส่วนสำคัญ ในการดูแลมารดาและบุตรหลังผ่าตัดทำคลอด ดังนั้นความสำเร็จในการส่งเสริมการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาในระยะนี้ ส่วนสำคัญหนึ่งมาจากความร่วมมือและแรงสนับสนุนจากญาติ แต่ในทางปฏิบัติ พบว่าญาติมักจะมีปฏิเสธหรือไม่สนับสนุนให้บุตรดูดกระตุ้นนมมารดาในระยะ 24 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด ด้วยเหตุผลที่หลากหลายดังตัวอย่างต่อไปนี้

“สงสารคุณแม่ครับ ฟังผ่าตัดใหม่ ๆ ช่วงนี้ผมเลี้ยงลูกเองไปก่อน”
คุณชาย (นามสมมุติ)

“เอาไว้ให้เอาน้ำเกลือและสายฉีดยาออกก่อนแล้วค่อยให้ลูกกินนมแม่”
(ผู้ป่วยและญาติ)

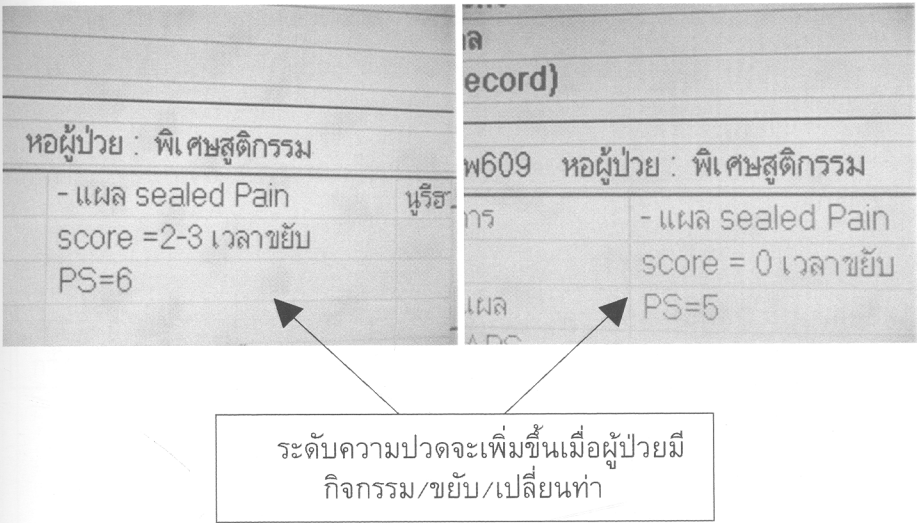
“เพิ่งได้ยาแก้ปวดอยากให้แม่ได้พักก่อนคะ” คุณสมหทัย (นามสมมุติ)

“เพิ่งได้ยาแก้ปวดไม่อยากจะให้ลูกกินนม กลัวจะมีผลกับลูก (ผู้ป่วยและญาติ)

“มันยังยกขึ้นนั่งไม่ได้ที่ ค่อยให้ตะนมแม่นั้น” (คุณย่า คุณยาย)

“มันแปรตัวยาก แปรที่ไรเจ็บแผลทุกที” (คุณย่า คุณยาย)

จะเห็นได้ว่าญาติมีความห่วงใย กลัวผู้ป่วยจะเจ็บแผลมาก และส่วนใหญ่จะรับรู้ทั้งจากความรู้สึกส่วนตัว และสิ่งที่เป็นจริงว่าการขยับ เปลี่ยนท่า พลิกตัวเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยปวดแผลมากขึ้น ดังตัวอย่างที่บันทึกในภาพที่ 14



ภาพที่ 14 การบันทึกระดับความปวดในแบบฟอร์ม Nursing Intervention Record ในระบบสารสนเทศของโรงพยาบาลสงขลานครินทร์

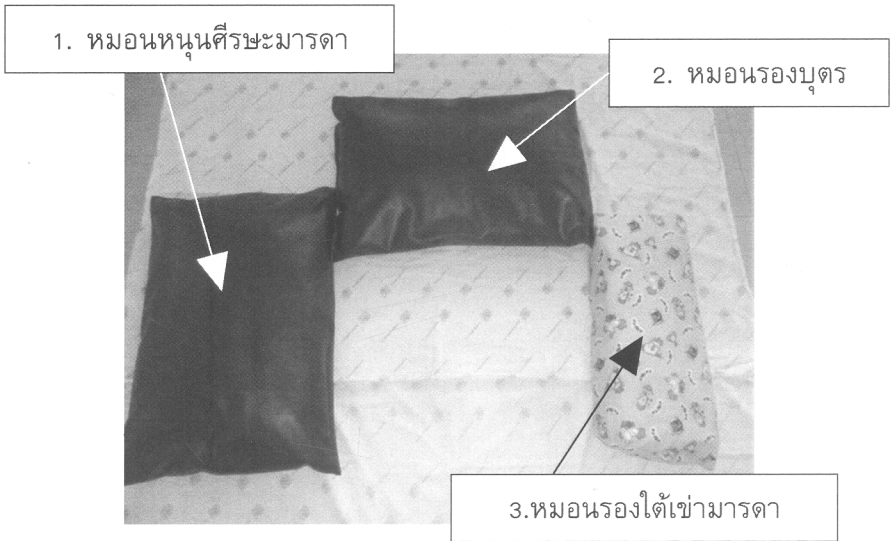
สรุป

จากประสบการณ์การพยาบาลมารดาหลังผ่าท้องทำคลอดพบว่า ข้อจำกัดต่าง ๆ ของมารดาหลังผ่าท้องทำคลอดใน 24 ชั่วโมงแรก และการขาดการสนับสนุนจากญาติผู้ดูแล ส่งผลให้การเริ่มต้นกระตุ้นนมมารดาเป็นไปได้ด้วยความยากลำบาก ผู้เขียนจึงพยายามหาโอกาสที่จะสนับสนุนการกระตุ้นนมมารดาในระยะนี้ด้วยการคิดค้น สังเคราะห์ทำให้นมบุตรที่เหมาะสม กับบริบทให้มากที่สุด คือให้ลูกดูดนมมารดาในท่านอนหงาย โดยการประยุกต์ท่านอนหงายเพื่อป้องกันอาการปวดหลัง และใช้ชื่อท่านี้ว่า ท่านอนหงายแบบประยุกต์ (Modified lying position: MLP)

อุปกรณ์สำหรับการจัดทำให้นมบุตรท่านอนหงายแบบประยุกต์ มีดังนี้

1. หมอนหนุนศีรษะมารดา ควรเป็นหมอนหนุนที่ไม่สูงหรือใหญ่มาก ให้มารดานอนหนุนได้สบาย

2. หมอนรองบุตร เลือกใช้หมอนหนุน หรือที่นอนก็ได้ แต่ด้านข้างที่ติดกับมารดาไม่ควรเป็นรูปทรงตัดตรง เพราะจะทำให้ไม่แนบสนิทกับลำตัวของมารดา
3. หมอนรองใต้เขามารดา ใช้หมอนข้างให้สอดใต้ขนาดพอดีที่ทำให้หลังตรง



ภาพที่ 15 อุปกรณ์ในการจัดท่าให้นมบุตรท่านอนหงายแบบประยุกต์

แนวคิดที่ 5 การประเมินประสิทธิภาพการให้นมบุตรโดยวิธีแลช (LATCH)^{17,18,19}

ความหมายของแลช (Latch)

แลช (Latch) เป็นเครื่องมือที่พัฒนาขึ้นมา สำหรับใช้ในการบันทึกประสิทธิภาพของการให้นม แทนการรายงานตามความคิดเห็นของตนเอง ทำให้ง่ายต่อการประเมิน เครื่องมือจะระบุประเด็นหลักของการให้นมอย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งสภาพปัญหาที่เกิดขึ้น ช่วยให้ผู้รู้แนวทางแก้ไขและลงบันทึกได้ง่าย

การบันทึกข้อมูลการใช้เครื่องมือแลช

การบันทึกข้อมูลการใช้เครื่องมือแลช เป็นการให้ค่าคะแนน 0-10 ตามเกณฑ์การประเมิน (ตาราง 2) ใช้อักษร L A T C และ H หัวข้อประเมิน

5 ตัว จึงมี 5 ข้อ ข้อละ 2 คะแนน รวมทั้งหมด 10 คะแนน ดังรายละเอียด
ในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การให้คะแนนคู่มือการประเมินแลช

ประเมิน	2	1	0
“L” = Latch การเลีย,การอม	แนวเหงือกของ บุตรอยู่บนกระเปาะ น้ำนมของมารดา ลิ้นวางใต้ราวนม ริมฝีปากทั้ง 2 บาน ออกดูเป็นจิ้งหะ	ต้องพยายามหลาย ครั้ง เจ้าหน้าที่ช่วย จับหัวนมมารดาไว้ ในปากบุตร บุตร จึงดูดนมมารดา ได้ บุตรอมเฉพาะ ปลายหัวนม	บุตรร้องมากไม่ ยอมดูด ไม่อม หัวนมมารดา
“A” = Audible เสียงกลืนนม	ได้ยินเสียงกลืนเป็น ช่วง ๆ	นาน ๆ กลืนครั้ง และกลืนเฉพาะเมื่อ มีการกระตุ้น	ไม่ได้ยินเสียงกลืน
“T” = Type of nipple ลักษณะหัวนม มารดา	หัวนมยื่นออกมาดี หรือหลังจากการ กระตุ้น	หัวนมแบนหรือยื่น เล็กน้อย	หัวนมบุ่มเข้าไป
“C” = Comfort ความสบาย	เต้านมนุ่ม ยืดหยุ่น ดี หัวนมปกติ มารดารู้สึกสบาย	มารดาปวดเล็ก น้อยถึงปานกลาง	มารดาไม่สบาย มากและเต้านมคัด ตึงมาก
“H” = Help/ Hold การอุ้มบุตร	ทำอุ้มถูกต้อง เจ้าหน้าที่ไม่ต้อง ช่วย	มารดาต้องการ ความช่วยเหลือ จากเจ้าหน้าที่ใน การจัดท่า 1 ข้าง อีกข้างทำตัวเอง	เจ้าหน้าที่ต้องให้ ความช่วยเหลือ มารดาทุกอย่างใน การอุ้มบุตร

2.1 การประเมินข้อที่ 1 ตัว “L”

L หมายถึง latch on คือการอมหัวนมของบุตร เป็นสิ่งสำคัญในการกระตุ้นการสร้างน้ำนม

คะแนน = 2 ถ้าบุตรอมได้ลึกจนแนวเหงือกวางอยู่บนลานนมซึ่งมีกระเปาะน้ำนมอยู่ ลิ้นวางอยู่ใต้หัวนม ขณะที่ริมฝีปากบานอยู่รอบเต้านม มองเห็นการเคลื่อนของขากรรไกรชัดเจนบริเวณกกหู แก้มพองเคลื่อนเป็นลูกคลื่นไม่บวม ขณะดูด จังหวะการดูด 6 - 7 ครั้งต่อวินาที

คะแนน = 1 ถ้าทารกอ้าปากอมหัวนมไว้ในปาก และมีลักษณะของการดูดหลังใช้การกระตุ้นและการช่วยเหลือหลายครั้ง

คะแนน = 0 ถ้าทารกบ่นเฉพาะปลายหัวนมหรือทารกง่วงเกินจนไม่ใช้ปากอมหัวนม

2.2 การประเมินข้อที่ 2 ตัว “A”

A หมายถึง audible swallowing คือ การได้ยินเสียงกลืน เริ่มจากการสังเกตการกลืน หรือฟังเสียงกลืนจะช่วยกระตุ้นให้มารดารู้ว่าตนเองกำลังให้นมบุตรและมีน้ำนมให้บุตร

คะแนน = 2 ถ้าได้ยินเสียงกลืนสั้น หายใจเอามือออกมาค่อนข้างแรงในช่วง 24 - 48 ชั่วโมง อาจดูดหลายครั้งก่อนไว้กลืน ในกรณีที่น้ำนมยังไม่ออกให้สังเกตจังหวะการดูด ประมาณ 3 - 4 วันหลังคลอด ความถี่ของการกลืนเพิ่มขึ้น ได้ยินเสียงกลืนค่อนข้างชัด

คะแนน = 1 ถ้าได้ยินเสียงกลืนเฉพาะช่วงกระตุ้นการดูด

คะแนน = 0 ถ้าไม่ได้ยินเสียงกลืนเลย

2.3 การประเมินข้อที่ 3 ตัว “T”

T หมายถึง type of nipple คือรูปร่างและขนาดของหัวนม ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่จะทำให้ทารกอมหัวนม และมีแรงดูดนมอย่างสม่ำเสมอ “T” ซึ่งเป็นตัวบ่งชี้ ถึงวิธีช่วยเหลือและการแก้ไขปัญหาหัวนม

คะแนน = 2 ถ้าหัวนมโผล่ออกมาขณะทดสอบดึงหัวนม หรือหัวนมยื่นออกมาชัดเจนโดยไม่ต้องดึง

คะแนน = 1 ถ้าหัวนมยื่นเพียงเล็กน้อยขณะกระตุ้น

คะแนน = 0 ถ้าหัวนมบอดหรือหัวนมบวม

2.4 การประเมินข้อที่ 4 ตัว “C”

C หมายถึง comfort การที่มารดารู้สึกสบายในการที่จะให้นมบุตร จะช่วยเสริมสร้างการหลั่งของน้ำนม แต่ถ้ามารดาไม่สบาย รู้สึกเจ็บเต้านมหรือหัวนมจะมีผลต่อปฏิกิริยาอัตโนมัติของการหลั่งน้ำนม (let down reflex) และทำให้ความตั้งใจของมารดาลดลง การประเมินความสบายของเต้านมและหัวนมของมารดาขณะให้นม จึงช่วยให้บุคลากรเห็นปัญหาและแก้ไขได้ชัดเจนขึ้น

คะแนน = 2 ถ้าเนื้อเยื่อเต้านมอ่อนนุ่มและยืดหยุ่นดี หัวนมไม่มีรอยแดง ข้ำ พอง หรือมีเลือดออก และมารดาตอบว่ารู้สึกสบายขณะให้นม

คะแนน = 1 ถ้ามารดาตอบว่ารู้สึกเจ็บเล็กน้อยถึงปานกลาง เต้านมไม่ยืดหยุ่นขณะเริ่มมีน้ำนมสร้างในเต้านม หรือพบหัวนมแดงมีรอยพอง

คะแนน = 0 ถ้ามารดารู้สึกไม่สบายอย่างรุนแรงขณะให้นม และมีอาการเต้านมตึงคัด หรือหัวนมมีเลือดออกและแดงมาก

2.5 การประเมินข้อที่ 5 ตัว “H”

H หมายถึง help/holding คือการให้ความช่วยเหลือมารดาขณะพยายามอุ้มบุตร เป็นเกณฑ์การประเมินข้อสุดท้ายของแลช มารดาแต่ละคนชอบอุ้มบุตรท่าต่าง ๆ กัน แต่มีหลักว่า ขณะมารดาให้นมบุตร บุตรควรมีลำตัวงอเล็กน้อย ไม่ใช่แข็งเกร็ง ศีรษะของบุตรควรอยู่ในแนวเดียวกับลำตัว หันลำตัวเข้าหาเต้านม ไม่ใช่นอนหงายแล้วหันมาดูคนนม มารดาควรใช้ข้อมือจับเต้านม การใช้หมอนรองรับลำตัวของทารกช่วยให้มารดารู้สึกสบายในการอุ้มบุตรมากยิ่งขึ้น การประเมินการอุ้มบุตรเป็นตัวชี้ให้เห็นถึงความจำเป็นในการสอนมารดาเกี่ยวกับวิธีการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาให้ถูกต้องก่อนกลับบ้าน

คะแนน = 2 ถ้ามารดาสามารถอุ้มทารกไว้ที่หน้าอกและเต้านมในท่าที่ถูกต้อง โดยเจ้าหน้าที่ไม่ต้องช่วยเหลือ

คะแนน = 1 ถ้ามารดาต้องการความช่วยเหลือจากบุคลากรในการจับทารกแนบชิดกับเต้านมเฉพาะเต้านมข้างแรก และอุ้มทารกดูหามเองเมื่อถึงเต้าที่ 2

คะแนน = 0 ถ้ามารดาต้องการความช่วยเหลือจากบุคลากรตลอดเวลาที่ให้นมบุตรตั้งแต่ต้นจนทารกได้รับนมเต็มที่

วิธีการใช้คู่มือประเมิน แลช

การให้คะแนนแลช ควรทำไปดูไปข้างเตียงคนไข้ คะแนนรวมแลชในแต่ละช่วงของการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา อาจแตกต่างกัน ถ้าคะแนนดีขึ้นแสดงถึงมารดาเก่งขึ้นและ/หรือบุคลากรช่วยได้ดีขึ้น การประเมินเป็นคะแนนทำให้เรารู้การเปลี่ยนแปลงที่ชัดเจนขึ้น เมื่อมีการเปลี่ยนคนดูแลมารดาใหม่ ก็ช่วยการสื่อสารได้เป็นรูปธรรม เราอาจใช้เกณฑ์ของแลชในการตั้งคำถามกับมารดาขณะให้การดูแลมารดาในหอผู้ป่วย ดังต่อไปนี้

“L” (latch on) ลูกของคุณแม่อมรอบหัวนมได้ง่าย หรือต้องมีคนคอยช่วย?

“A” (audible swallowing) คุณแม่ได้ยินเสียงลูกกลืนขณะให้นมหรือไม่? ได้ยินบ่อยแค่ไหน? จังหวะการดูดของลูกถี่แค่ไหน?

“T” (type of nipple) หัวนมแม่ยื่นชัดเจนหรือแบน

“C” (comfort) คุณแม่เจ็บหัวนมหรือไม่? เต้านมรู้สึกตึงคัดหรือไม่?

“H” (help/holding) ต้องมีใครช่วยจับลูกมาดูดนมคุณแม่หรือไม่? คุณแม่อยากให้ช่วยเวลาอุ้มลูกให้นมหรือไม่?

การนำแลชไปใช้ทางคลินิก

ผลการประเมินที่เที่ยงตรงขึ้นกับการทำซ้ำและคงที่ สามารถช่วยให้บุคลากรรู้และหาวิธีช่วยเหลือมารดาและบุตรแต่ละคู่ได้อย่างถูกต้อง ช่วยให้การจัดลำดับความสำคัญของการช่วยเหลือคนไข้ได้ หรือนำผลการประเมินไปใช้เป็นแนวทางในการสอนมารดามีใหม่ และเป็นข้อมูลในการทำวิจัยการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาอย่างมีประสิทธิภาพ

สรุป

การประเมินประสิทธิภาพการให้นมมารดาในงานสังเคราะห์ครั้งนี้เป็นสิ่งจำเป็นเพราะการให้นมบุตรนั้นมีผู้เกี่ยวข้องด้วย 2 คน คือ มารดาและบุตร และยังเป็นทำให้นมบุตรทำใหม่ซึ่งไม่เคยปรากฏการศึกษาจากที่ใดมาก่อน ดังนั้นจะประเมินในส่วนของมารดาฝ่ายเดียวไม่ได้ ต้องประเมินประสิทธิภาพการดูแลนมมารดาของบุตรควบคู่กันไปด้วย และเนื่องจากการประเมินแลช เป็นเครื่องมือในการประเมินประสิทธิภาพการให้นมบุตรว่าดีระดับใด สามารถใช้ประเมินได้กับ

ทุกท่าและเป็นเครื่องมือที่ใช้อย่างแพร่หลาย ผู้เขียนจึงประเมินค่า แลช ของท่านอน
หงายแบบประยุกต์ ที่สังเคราะห์ขึ้นว่าดีระดับใดเมื่อเปรียบเทียบกับท่าพื้นฐาน
ที่ใกล้เคียง คือ ท่านอนตะแคง



บทที่ 3

วิธีการสังเคราะห์

- แหล่งข้อมูล
- เครื่องมือที่ใช้ในการสังเคราะห์
- การวิเคราะห์วงจรคุณภาพของเดมมิ่ง (PDCA)
- การประยุกต์ใช้แนวความคิด
- ขั้นตอนและวิธีการสังเคราะห์
- การนำเสนอผลงาน
- แนวทางการพัฒนางานประจำสู่งานวิจัย



รายงานการสังเคราะห์ทำให้หมบุตรสำหรับมารดาหลังผ่าท้องทำคลอด
ใน 24 ชั่วโมงแรกครั้งนี้ เพื่อคิดค้นทำให้หมบุตรที่สามารถลดระดับความปวด
แผลผ่าท้องทำคลอดและบุตรสามารถดูดได้อย่างมีประสิทธิภาพและปลอดภัย มี
วิธีการสังเคราะห์ดังต่อไปนี้

1. แหล่งข้อมูล

รายงานการสังเคราะห์การทำให้หมบุตรสำหรับมารดาหลังผ่าท้องทำคลอด
ใน 24 ชั่วโมงแรกครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อคิดค้นทำให้หมบุตรที่สามารถลด
ระดับความปวดแผลผ่าท้องทำคลอดและบุตรสามารถดูดนมมารดาได้อย่างมี
ประสิทธิภาพและปลอดภัย โดยอาศัยข้อมูลจากแนวคิดและทฤษฎีในบทที่ 2
ดังได้กล่าวมาแล้ว

2. เครื่องมือที่ใช้ในการสังเคราะห์

เครื่องมือที่ใช้ในการสังเคราะห์ครั้งนี้ใช้วงจรคุณภาพของเดมมิ่ง
(PDCA)

การวิเคราะห์วงจรคุณภาพของเดมมิ่ง (PDCA)³²

2.1 ขั้นตอนการวางแผน (Plan) ครอบคลุมถึงการกำหนดกรอบหัวข้อ
ที่ต้องการปรับปรุงเปลี่ยนแปลง รวมถึงการพัฒนาสิ่งใหม่ ๆ การแก้ปัญหาที่
เกิดขึ้นจากการปฏิบัติงาน และอื่น ๆ พร้อมกับพิจารณาว่ามีความจำเป็นต้อง
ใช้ข้อมูลใดบ้างเพื่อการปรับปรุงเปลี่ยนแปลงนั้น

2.2 ขั้นตอนการปฏิบัติ (DO) คือ การลงมือปรับปรุงเปลี่ยนแปลงตาม
ทางเลือกที่ได้กำหนดไว้ในขั้นตอนการวางแผน ซึ่งในขั้นตอนระหว่างปฏิบัติ
ต้องตรวจสอบด้วยว่าได้ดำเนินไปในทิศทางที่ตั้งใจหรือไม่ พร้อมกับสื่อสารให้
ผู้ที่เกี่ยวข้องรับทราบ

2.3 ขั้นตอนการตรวจสอบ (Check) คือ การประเมินผลที่ได้รับจากการ
ปรับปรุงเปลี่ยนแปลง การตรวจสอบทำให้ทราบว่าปฏิบัติในขั้นที่สองสามารถ
เป็นไปตามวัตถุประสงค์หรือเป้าหมายตามที่ได้วางไว้หรือไม่

2.4 ขั้นตอนการดำเนินงานให้เหมาะสม (Act) ซึ่งจะพิจารณาผลที่ได้
จากการตรวจสอบ มีอยู่ 2 กรณีคือ ผลที่เกิดขึ้นเป็นไปตามแผนที่วางไว้ หากเป็น

กรณีนี้ก็ให้นำแนวทางหรือกระบวนการปฏิบัตินั้นมาจัดทำให้เป็นมาตรฐาน พร้อมทั้งหาวิธีการที่จะปรับปรุงดียิ่งขึ้นไปอีก ซึ่งอาจหมายถึงสามารถบรรลุเป้าหมายได้เร็วกว่าเดิม หรือเสียค่าใช้จ่ายน้อยกว่าเดิม หรือทำให้คุณภาพดียิ่งขึ้นก็ได้ แต่ถ้าหากเป็นกรณีที่สอง ซึ่งก็คือผลที่ได้ไม่บรรลุผลตามที่วางไว้ ก็ควรนำข้อมูลที่รวบรวมได้มาวิเคราะห์ พิจารณาว่าควรจะดำเนินการอย่างไรต่อไปนี้

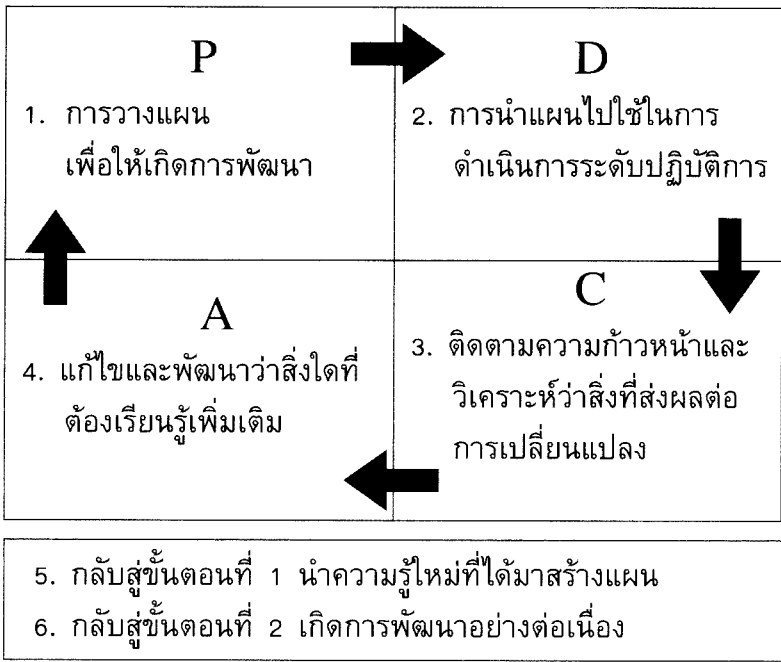
- มองหาทางเลือกใหม่
- ใช้ความพยายามให้มากขึ้นกว่าเดิม
- ขอความช่วยเหลือจากผู้รู้
- เปลี่ยนเป้าหมายใหม่

เมื่อได้วางแผน (P) มีการนำไปปฏิบัติ (D) ระหว่างการปฏิบัติก็ดำเนินการตรวจสอบ (C) เมื่อพบปัญหาก็ทำการแก้ไขหรือปรับปรุง (A) การปรับปรุงก็เริ่มจากการวางแผนก่อน แล้ววนไปได้เรื่อย ๆ จึงเรียกว่าวงจร PDCA การวางแผนการดำเนินงานเราต้องกำหนดเป้าหมายที่ต้องการบรรลุผลสำเร็จ อาจเป็นเป้าหมายระยะสั้น หรือเป้าหมายระยะยาวก็ได้แต่เป้าหมายที่ดีจะต้อง SMARTER ซึ่งประกอบไปด้วย

- | | |
|------------|--------------------------------------|
| Specific | - เฉพาะเจาะจง มีความชัดเจน |
| Measurable | - สามารถวัดและประเมินผลได้ |
| Acceptable | - เป็นที่ยอมรับได้ของผู้ปฏิบัติ |
| Realistic | - ตั้งอยู่บนพื้นฐานของความจริง |
| Time frame | - มีกรอบเวลากำหนด |
| Extending | - ทำท่ายและเพิ่มศักยภาพของผู้ปฏิบัติ |
| Rewarding | - คຸ້ມคຸ້ມกั้บการปฏิบัติ |

การประยุกต์ใช้แนวความคิด

ผู้เขียนได้นำแนวความคิดการวิเคราะห์วงจรคุณภาพเดมมิง (PDCA) ปรับปรุงและพัฒนาการจัดทำให้นมบุตร จากนั้นเก็บรวบรวมปัญหาข้อเสนอแนะคำแนะนำการจัดทำให้นมบุตรไปปรึกษาผู้ทรงคุณวุฒิ ก่อนทดลองใช้กับมารดาหลังผ่าท้องทำคลอดในหน่วยงานและประเมินงานสังเคราะห์ด้วยระเบียบวิธีวิจัย โดยมีเป้าหมาย SMARTER



ภาพที่ 16 โครงสร้างของ PDCA

3. ขั้นตอนและวิธีการสังเคราะห์

การประยุกต์ใช้วงจรเดมมิง (PDCA) ในงานสังเคราะห์ครั้งนี้

1) ค้นหาปัญหาและความสำคัญ ด้วยการระดมความคิดในหน่วยงาน และเล็งเห็นความจำเป็นในการแก้ไขปัญหาการจัดทำให้นมบุตรในมารดาหลังผ่าตัดคลอดด้วยเหตุผลดังต่อไปนี้

1. มารดาหลังผ่าตัดคลอดมีอัตราเพิ่มขึ้น
2. การผ่าตัดคลอดก่อให้เกิดความปวด
3. ความปวดส่งผลกระทบต่อการกระตุ้นนมมารดาใน 24 ชั่วโมงแรก หลังผ่าตัด

2) แสวงหาเครื่องมือเพื่อใช้แก้ไขปัญหา เพื่อพัฒนางานครั้งนี้วางแผนใช้วงจรเดมมิง (PDCA) ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. **Plan** วางแผนหาแนวปฏิบัติเพื่อจัดทำให้นมบุตรพื้นฐานที่เหมาะสมกับมารดาหลังผ่าท้องทำคลอด ศึกษารายละเอียดผลการจัดทำให้นมบุตรทำให้อาการปวดแผลผ่าท้องทำคลอดเพิ่มขึ้นได้อย่างไร เกิดขึ้นในช่วงใดของการการจัดทำให้นมบุตร เมื่อวิเคราะห์การจัดทำให้นมบุตร พบว่า มีขั้นตอนทั้งหมด 4 ช่วง คือ
 - ช่วงที่ 1 ก่อนให้นมบุตรหรือระยะพัก หมายถึง ระยะที่มารดา นอนพักก่อนให้นมบุตร
 - ช่วงที่ 2 เตรียมให้นมบุตร หมายถึง ระยะที่มารดาเตรียมจัดทำให้นมบุตร
 - ช่วงที่ 3 ขณะให้นมบุตร หมายถึง ระยะที่มารดาให้บุตรดูดนม
 - ช่วงที่ 4 ให้นมบุตรเสร็จ หมายถึง ระยะที่บุตรดูดนมมารดาเสร็จ และมารดาเตรียมเข้าสู่ระยะพัก
2. **Do** วางแนวปฏิบัติการจัดทำให้นมบุตรทำพื้นฐาน ดังรายละเอียด ในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 รายละเอียด ขั้นตอนการจัดทำให้นมบุตรทำพื้นฐาน

ขั้นตอน การให้นม บุตร	ทำให้นมบุตรพื้นฐาน			
	ลูกนอนขวาง ตัก	ลูกนอน ขวางตักแบบ ประยุกต์	อุ้มลูกฟุตบอล	นอนตะแคง
ก่อนให้นม บุตร	มารดานอน หงายราบหนุน หมอน 1 ใบ	มารดานอน หงายราบหนุน หมอน 1 ใบ	มารดานอน หงายราบหนุน หมอน 1 ใบ	มารดานอน หงายราบหนุน หมอน 1 ใบ
เตรียมให้ นมบุตร	ไขหัวเตียง มารดาให้สูงจน เป็นท่านั่ง	ไขหัวเตียง มารดาให้สูงจน เป็นท่านั่ง	ไขหัวเตียง มารดาให้สูงจน เป็นท่านั่ง	มารดาขยับจาก ท่านอนหงาย เป็นท่านอน ตะแคงข้าง

ตารางที่ 3 รายละเอียด ขั้นตอนการจัดทำให้นมบุตรทำพื้นฐาน (ต่อ)

ขั้นตอน การให้นม บุตร	ทำให้นมบุตรพื้นฐาน			
	ลูกนอนขวาง ตัก	ลูกนอน ขวางตักแบบ ประยุกต์	อุ้มลูกฟุตบอล	นอนตะแคง
ขณะให้นม บุตร	บุตรดูนม มารดาในท่านั่ง โดยเป็นท่าที่อุ้ม บุตรวางไว้บนตัก มือและแขน ประคองตัวบุตร ไว้ ให้นมบุตรนอน ตะแคงเข้าหาตัว มารดา ศีรษะ บุตรอยู่สูงกว่า ลำตัวเล็กน้อย ท้ายทอยบุตร วางอยู่บริเวณ แขนของมารดา มืออีกข้าง ประคองเต้านม ไว้	บุตรดูนม มารดาในท่านั่ง โดยใช้มือข้าง เดียวกับ เต้านมที่บุตรดูด ประคองเต้านม มืออีกข้างรองรับ ต้นคอและ ท้ายทอยของ บุตรแทน ท่านี เหมาะสำหรับ นำบุตรเข้ามา หวนม จะช่วยใน การควบคุมการ เคลื่อนไหวของ ศีรษะบุตรได้ดี	บุตรดูนม มารดาในท่านั่ง โดยบุตรอยู่ใน ท่ากึ่งตะแคงกึ่ง นอนหงาย ขา ชี้ไปทางด้าน หลังของมารดา มือมารดาจับ ที่ต้นคอและ ท้ายทอยของ บุตร กอดบุตร ให้กระชับกับ สีข้างมารดา บุตรดูนมจาก เต้านมข้างเดียว กับมือที่จับบุตร มืออีกข้างประคอง เต้านมไว้	บุตรดูนม มารดาในท่า นอนตะแคงโดย มารดา-บุตร นอนตะแคง เข้าหากัน มารดานอน ศีรษะสูงเล็กน้อย หลังและสะโพก ตรง ใหปากบุตร อยู่ตรงกับหัวนม ของมารดา มือ ที่อยู่ด้านล่าง ประคองตัวบุตร ให้ชิดลำตัว มารดา อาจใช้ ผ้าขนหนูที่ม้วน ไว้หรือหมอน หนุนหลังบุตร แทนแขนมารดา ก็ได้ มือที่อยู่ ด้านบนประคอง เต้านมในช่วง แรกที่เริ่มเอา หัวนมเข้าปาก บุตร เมื่อบุตรดูด ได้ดี ก็ขยับมือ ออกได้
ให้นมบุตรดู นมเสร็จ	วางบุตรบน ที่นอน และ มารดานั่ง/นอน พักบนเตียง	วางบุตรบน ที่นอน และ มารดานั่ง/นอน พักบนเตียง	วางบุตรบน ที่นอน และ มารดานั่ง/นอน พักบนเตียง	มารดาขยับจาก ท่านอนตะแคง กลับไปสู่ท่านอน หงายราบหนุน หมอน 1 ใบ

3. **Check** เมื่อปฏิบัติตามแนวทางการจัดทำหุ่นมดพื้นฐาน ดังรายละเอียดในตารางที่ 3 พบว่าทำหุ่นมดพื้นฐาน 3 ท่า คือ ท่าลูกนอนขวางดัก ท่าลูกนอนขวางดักแบบประยุกต์ และท่าอุ้ม ลูกฟุตบอลนั้น ไม่เหมาะสมสำหรับมารดาหลังผ่าท้องทำคลอด เนื่องจากมารดาจำเป็นต้อง ขยับ ปรับเปลี่ยนท่า พลิกตัว จากทำนอนหงายเป็นทำนั่ง ทำให้ระดับความปวดแผลผ่าตัดเพิ่มขึ้น^{10,11} ดังนั้นท่าที่เหมาะสม คือ ท่านอนตะแคง
4. **Act** สร้างมาตรฐาน กิจกรรมการพยาบาล เพื่อจัดทำหุ่นมดสำหรับมารดาหลังผ่าท้องทำคลอดดังนี้

กิจกรรมพยาบาล	เหตุผล
1. สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับมารดาด้วยท่าที่เป็นกันเอง	: เพื่อให้เกิดความไว้วางใจ
2. เปิดโอกาสให้ระบายความรู้สึก ความคับข้องใจ โดยพยาบาลรับฟังคำบอกเล่าของมารดาด้วยท่าที่เอาใจใส่ สังเกตสีหน้า และพฤติกรรมการแสดงออก	: เพื่อให้มารดามีความรู้สึกว่าพยาบาลเข้าใจและยอมรับความรู้สึกของตนเองและยินดีให้ความช่วยเหลือตลอดเวลา
3. เตรียมเจตคติและสภาพความพร้อมต่อการให้หุ่นมดแรกคลอด <ul style="list-style-type: none"> - ประเมินทางกายภาพ เช่น ลักษณะห้วนนม ลานนม - ประเมินทางจิตใจเช่น ความรู้ ความต้องการ ประสพการณ์ การเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา - ชมเชย ให้กำลังใจและพร้อมให้ความช่วยเหลือเมื่อมารดามีความต้องการ 	: เพื่อประเมินเจตคติ ความพร้อมทางร่างกาย ประสพการณ์การเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา และส่งเสริมให้มารดาตระหนักถึงคุณค่าและความสามารถของตนเองในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา

กิจกรรมพยาบาล	เหตุผล
<p>4. ประเมินและให้ความรู้เกี่ยวกับการจัดทำให้นมบุตรที่เหมาะสมกับมารดาหลังผ่าตัดคลอด</p> <ul style="list-style-type: none">- ให้ความช่วยเหลือ ด้วยการจัดทำให้นมบุตรที่เหมาะสม ดังนี้- 24 ชั่วโมงแรก หลังผ่าตัด แนะนำมารดาให้นมบุตรทำนอนตะแคงซ้ายหรือขวา- 24 ชั่วโมง หลังผ่าตัดเป็นต้นไป แนะนำมารดาให้นมบุตรทำนอนตะแคงซ้ายหรือขวา ทำลูกนอนขวางตัก ทำลูกนอนขวางตักแบบประยุกต์ และทำอุ้มลูกฟุตบอล แล้วแต่ความพอใจของมารดา	<p>: การจัดทำให้นมบุตรที่เหมาะสม ช่วยให้แผลผ่าตัดไม่กระทบกระเทือนลดระดับความปวดแผลผ่าตัด ส่งผลให้มารดาสามารถกระตุ้นให้บุตรดูดนมหลังผ่าตัดคลอดได้เร็ว และสม่ำเสมอยิ่งขึ้น</p>

3) ติดตามประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล การจัดทำให้นมบุตรพื้นฐาน สำหรับมารดาหลังผ่าตัดคลอด พบว่าการให้นมบุตรทำนอนตะแคงยังคงทำให้มารดาหลังผ่าตัดคลอดมีอาการปวดแผลผ่าตัด เพราะมารดา ยังต้องมีการขยับ ปรับเปลี่ยนท่า พลิกตัว จากทำนอนหงายปกติเป็นทำนอนตะแคง ซึ่งการนอนตะแคง จะทำให้กล้ามเนื้อหน้าท้องที่ยึดขยายจากการตั้งครรภ์หย่อนลงด้านข้าง ทำให้เกิดการกระทบกระเทือน ดึงรั้งแผลผ่าตัดคลอดส่งผลให้ระดับความปวดแผลผ่าตัดเพิ่มขึ้น

นอกจากนี้ยังมีปัจจัยอื่น ๆ ที่มารดาไม่สามารถกระตุ้นนมมารดาใน 24 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัดในทำพื้นฐาน เช่น ไม่สามารถให้บุตรดูดนมได้ใน 8 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัดเพราะมารดาถูกจำกัดให้อยู่นอนราบ ในรายที่ได้รับยาระงับความรู้สึกทางช่องไขสันหลัง ไม่สะดวกเพราะต้องคาสายให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำส่วนปลาย และคาสายสวนปัสสาวะ และมารดา ยังต้องการการพักผ่อน เพราะความเหนื่อยล้าจากการผ่าตัด เป็นต้น ผู้เขียนเห็นความสำคัญ และความจำเป็น ต้องพัฒนางานด้วยการมองหาทางเลือกใหม่ จึงได้วางแผนการพัฒนางานโดยใช้วงจรเดมมิ่ง (PDCA) อีก 1 รอบ

การคิดค้น เพื่อปรับปรุงและพัฒนางานรอบที่ 2 มีรายละเอียดดังนี้

1. Plan ระดมสมอง เพื่อหาแนวทางในการพัฒนางานขั้นต่อไป ด้วยการวิเคราะห์ตามกรอบแนวคิดต่าง ๆ ดังได้กล่าวในบทที่ 2 และการประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลในการพัฒนางานรอบที่ 1 สรุปได้ว่าปัญหาการให้นมบุตรหลังผ่าท้องท่าคลอดใน 24 ชั่วโมงแรก คือ ความปวดจากการจัดท่าให้นมบุตรที่ไม่เหมาะสม และจากการวิเคราะห์การจัดท่าให้นมบุตรพื้นฐานไม่สามารถขจัดปัญหานี้ได้ ในการระดมสมองครั้งนี้ผู้เขียนได้นำเสนอให้มีการประยุกต์ท่านอนหงายเพื่อป้องกันอาการปวดหลัง โดยชื่อว่า ท่านอนหงายแบบประยุกต์ (Modified Lying Position: MLP) ซึ่งที่ประชุมเห็นชอบ จึงได้นำแนวคิดนี้ปรึกษาผู้ทรงคุณวุฒิ ซึ่งเป็นอาจารย์แพทย์หน่วยเวชศาสตร์ฟื้นฟูภาควิชาศัลยศาสตร์ออร์โธปิดิกส์ และอาจารย์แพทย์ประจำหน่วยทารกแรกเกิดภาควิชากุมารเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ซึ่งผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 2 ท่าน เห็นควรให้ทดลองปฏิบัติและทำการศึกษาต่อไปได้

2. Do วางแนวปฏิบัติ การจัดท่าให้นมบุตรท่านอนหงายแบบประยุกต์ ดังรายละเอียดในตารางที่ 4 และภาพที่ 17

ตารางที่ 4 รายละเอียดขั้นตอนการจัดท่าให้นมบุตรท่านอนหงายแบบประยุกต์

ขั้นตอนการให้นมบุตร	รายละเอียด
ก่อนให้นมบุตร	มารดาอนหงายราบหนุนหมอน 1 ใบ
เตรียมให้นมบุตร	มารดาอนหงายราบชันเข้าทั้งสองข้าง สอดหมอนรองใต้เข้า
ขณะให้นมบุตร	มารดาให้บุตรดูดนมในท่านอนหงายราบ มีหมอนรองใต้เข้าหลังและสะโพกตรง โดยบุตรนอนด้านข้างของมารดาในท่าตะแคงเข้าหามารดา บนที่นอน/หมอนที่มีความยาวตั้งแต่หัวไหล่มารดาหรือต่ำกว่าเล็กน้อยจนถึงสะโพก (มีความยาวและความกว้างพอที่จะรองรับตัวบุตรได้) และมารดาใช้วงแขนโอบกอดบุตร โดยให้ศีรษะบุตรอยู่บนต้นแขนของมารดา แขนงคอกเล็กน้อยและ/หรือใช้ผ้าขนหนูที่ม้วนไว้หรือหมอนหนุนศีรษะบุตรเพื่อปรับระดับปากของบุตรให้อยู่ในระดับพอดีกับหัวนมมารดามืออีกข้างประคองเต้านมในช่วงแรกที่เริ่มเอาหัวนมเข้าปากบุตร เมื่อบุตรดูดได้ดี ก็ขยับออกได้
ให้นมบุตรเสร็จ	ขยับเอาหมอนรองใต้เข้ามารดาออกและนอนหงายราบหนุนหมอน 1 ใบเช่นเดิม

ภาพแสดงรายละเอียด ขั้นตอนการจัดทำให้นมบุตรท่านอนหงายแบบ
ประยุกต์

ขั้นตอนการให้นมบุตร	รายละเอียด
ก่อนให้นมบุตร	
เตรียมให้นมบุตร	
ขณะให้นมบุตร	
ให้นมบุตรเสร็จ	

ภาพที่ 17 ขั้นตอนการจัดทำให้นมบุตรท่านอนหงายแบบประยุกต์

3. Check จะเห็นได้ว่าขั้นตอนการจัดทำให้นมบุตรท่านอนหงายแบบประยุกต์นั้นมารดาไม่จำเป็นต้อง เปลี่ยนท่า พลิกตัว เพียงแต่ขยับขาทั้ง 2 ข้าง เพื่อสอดหมอนรองใต้เข่า ระดับอาการปวดแผลผ่าตัดท้องทำคลอดจึงไม่เพิ่มขึ้น

4. Act สร้างมาตรฐาน กิจกรรมการพยาบาล เพื่อจัดทำให้นมบุตรสำหรับมารดาหลังผ่าตัดท้องทำคลอดดังนี้

กิจกรรมพยาบาล	เหตุผล
1. สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับมารดาด้วยท่าที่เป็นกันเอง	: เพื่อให้เกิดความไว้วางใจ
2. เปิดโอกาสให้ระบายความรู้สึก ความคับข้องใจโดยพยาบาลรับฟังคำบอกเล่าของมารดาด้วยท่าที่เอาใจใส่สังเกตสีหน้า และพฤติกรรมการแสดงออก	: เพื่อให้มารดามีความรู้สึกว่า พยาบาลเข้าใจและยอมรับความรู้สึกของตนเอง และยินดีให้ความช่วยเหลือตลอดเวลา
3. เตรียมเจตคติและสภาพความพร้อมต่อการให้นมบุตรแรกคลอด - ประเมินทางกายภาพ เช่น ลักษณะหิวนม ลานนม - ประเมินทางจิตใจ เช่น ความรู้ ความต้องการ ประสพการณ์การเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา - ชมเชย ให้กำลังใจและพร้อมให้ความช่วยเหลือเมื่อมารดามีความต้องการ	: เพื่อประเมินเจตคติ ความพร้อมทางร่างกายประสพการณ์การเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา และส่งเสริมให้มารดาตระหนักถึงคุณค่าและความสามารถของตนเองในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา
5. แนะนำให้ครอบครัวและญาติแสดงพฤติกรรมให้ทราบว่า มารดามีคุณค่าเป็นที่ต้องการของครอบครัว มีเจตคติที่ดีต่อการให้นมบุตร	: เพื่อให้มารดามีกำลังใจในการปรับตัวกับบทบาทใหม่ได้อย่างเหมาะสม
4. ประเมินและให้ความรู้เกี่ยวกับการจัดทำให้นมบุตรที่เหมาะสมกับมารดาหลังผ่าตัด - ให้ความช่วยเหลือ ด้วยการจัดทำให้นมบุตรที่เหมาะสม ดังนี้ - 24 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัดให้นมบุตรในท่านอนหงายแบบประยุกต์ - 24-48 ชั่วโมงหลังผ่าตัดให้นมบุตรท่านอนหงายแบบประยุกต์และท่านอนตะแคงซ้ายหรือขวา - 48 ชั่วโมงหลังผ่าตัด เป็นต้นไป แนะนำให้นมบุตรทำพื้นฐานเพิ่มเติมเพื่อปรับใช้ในระยะต่อไป	: การจัดทำให้นมบุตรที่เหมาะสม ช่วยให้แผลผ่าตัดไม่กระทบกระเทือน ระดับอาการปวดแผลผ่าตัดได้ ส่งผลให้สามารถกระตุ้นนมมารดาหลังผ่าตัดท้องทำคลอดได้เร็ว และสม่ำเสมอยิ่งขึ้น

การประเมินผล

จากการปฏิบัติตาม มาตรฐาน กิจกรรมการพยาบาล เพื่อจัดทำให้นมบุตร สำหรับมารดาหลังผ่าตัดทำคลอด พบว่าการให้นมบุตรท่านอนหงายแบบ ประยุกต์ ไม่ทำให้ระดับความปวดแผลผ่าตัดทำคลอดเพิ่มขึ้น

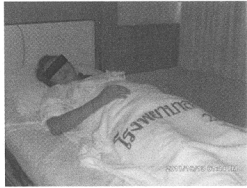
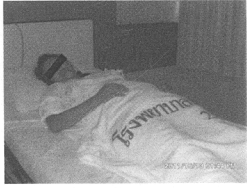
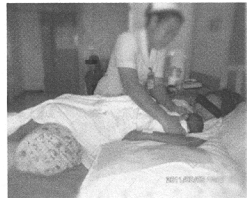
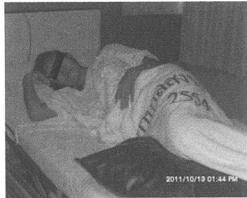


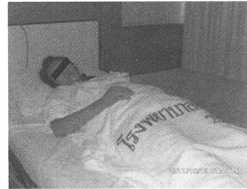

การนำเสนอผลงาน

ผลงานสังเคราะห์ครั้งนี้ผู้เขียนนำเสนอด้วยตารางและภาพประกอบ แนวทางการพัฒนางานประจำสู่งานวิจัย

เพื่อพัฒนาและเผยแพร่ผลงานที่คิดค้น สังเคราะห์ขึ้นอย่างมีระบบ ระเบียบ จึงประเมินผลงานที่สังเคราะห์ได้ด้วยระเบียบวิธีวิจัย เป็นการพัฒนางานประจำ สู่งานวิจัย (Routine to Research: R2R) โดยทำการศึกษาวิจัยในหัวข้อ “ผลการจัดทำให้นมบุตรต่อระดับความปวดแผลผ่าตัดและประสิทธิภาพการให้นมของมารดาหลังผ่าตัดทำคลอด” (Effect of Positioning Breastfeeding on pain level and Latch-on for cesarean patients) ด้วยการศึกษาเปรียบเทียบ ขั้นตอน หรือกระบวนการจัดทำให้นมบุตร ระหว่างท่านอนหงายแบบประยุกต์ (Modified Lying Position: MLP) ที่คิดค้นขึ้นใหม่กับท่านอนตะแคง (Side Lying Position: SLP) ดังแสดงในตารางที่ 5 และภาพที่ 18

ตารางที่ 5 รายละเอียดเปรียบเทียบขั้นตอนการจัดทำหุ่นมบุตรระหว่างทำ
นอนหงายแบบประยุกต์ และทำนอนตะแคง

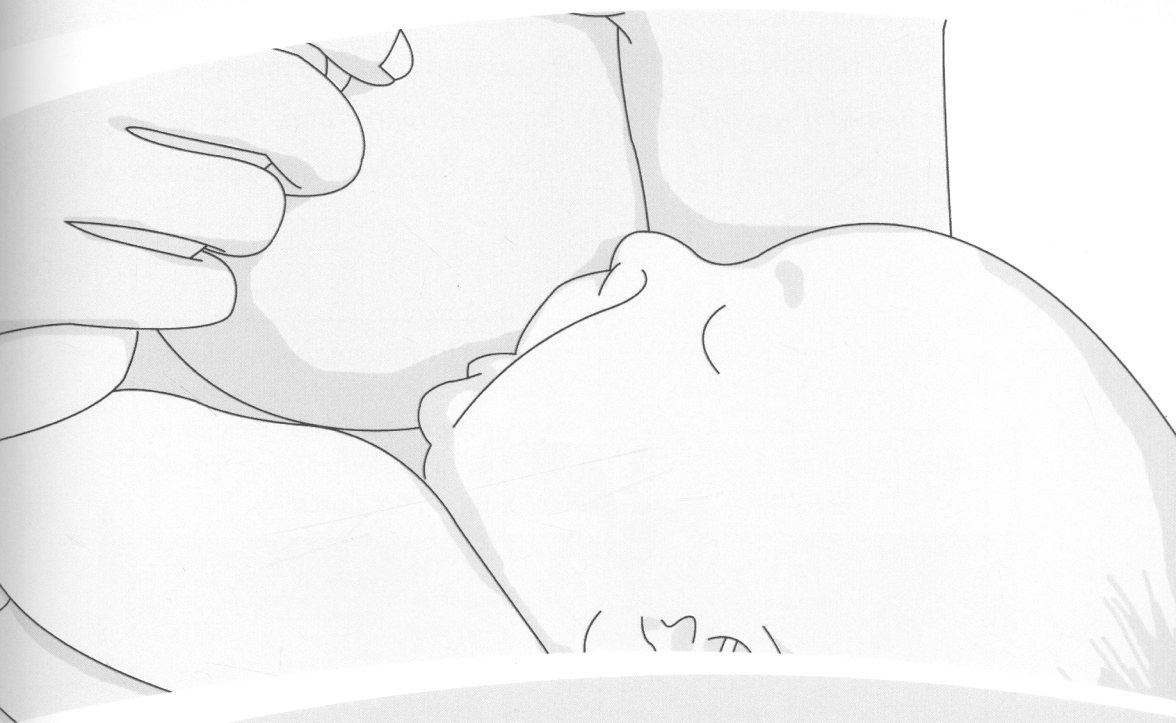
ขั้นตอนการ ให้หุ่นมบุตร	ทำหุ่นมบุตร	
	ทำนอนหงายแบบประยุกต์	ทำนอนตะแคง
ก่อนให้หุ่นมบุตร	มารดานอนหงายราบหนุนหมอน 1 ใบ	มารดานอนหงายราบหนุนหมอน 1 ใบ
เตรียมให้ หุ่นมบุตร	มารดานอนหงายราบชันเข้าทั้งสองข้างสอดหมอนรองใต้เข้า	มารดาขยับจากทำนอนหงายเป็นทำนอนตะแคงข้าง
ขณะให้หุ่นมบุตร	มารดาให้บุตรดูนมในทำนอนหงายราบ มีหมอนรองใต้เข้าหลังและสะโพกตรง โดยบุตรนอนด้านข้างของมารดาในท่าตะแคงเข้าหามารดา บนที่นอน/หมอนที่มีความยาวตั้งแต่หัวไหล่มารดาหรือต่ำกว่าเล็กน้อยจนถึงสะโพก (มีความยาว และความกว้างพอที่จะรองรับตัวบุตรได้) และมารดาใช้วงแขนโอบกอดบุตร โดยให้ศีรษะบุตรอยู่บนต้นแขนของมารดา แขนงคอกเล็กน้อยและ/หรือใช้ผ้าขนหนูที่ม้วนไว้ หรือหมอนหนุนศีรษะบุตรเพื่อปรับระดับปากของบุตรให้อยู่ในระดับพอดีกับหัวนมมารดามืออีกข้างประคองเต้านมในช่วงแรก ที่เริ่มเอาหัวนมเข้าปากบุตร เมื่อบุตรดูดได้ดี ก็ขยับมือออกได้	มารดาให้บุตรดูนมในทำนอนตะแคงโดยมารดา-บุตรนอนตะแคงเข้าหากัน มารดานอนศีรษะสูงเล็กน้อย หลังและสะโพกตรง ให้ปากบุตรอยู่ตรงกับหัวนมของมารดา มือที่อยู่ด้านล่างประคองตัวบุตรให้ชิดลำตัวมารดา อาจใช้ผ้าขนหนูที่ม้วนไว้หรือหมอนหนุนหลังบุตรแทนแขนมารดาก็ได้ มือที่อยู่ด้านบนประคองเต้านมในช่วงแรก ที่เริ่มเอาหัวนมเข้าปากบุตร เมื่อบุตรดูดได้ดี ก็ขยับมือออกได้
บุตรดูดนม เสร็จ	ขยับเอาหมอนรองใต้เข้ามารดาออกและนอนหงายราบหนุนหมอน 1 ใบเช่นเดิม	มารดาขยับจากทำนอนตะแคงกลับไปสู่ทำนอนหงายราบหนุนหมอน 1 ใบ

การจัดทำให้นมบุตร	ทำนอนหงายแบบ ประยุกต์	ทำนอนตะแคง
ก่อนให้นมบุตร		
เตรียมให้นมบุตร		
ขณะให้นมบุตร		
ให้นมบุตรเสร็จ		

ภาพที่ 18 เปรียบเทียบรายละเอียดขั้นตอนการให้นมบุตร ทำนอนหงายแบบประยุกต์และ
ทำนอนตะแคง

ผลการศึกษา พบว่าระดับความปวดแผลผ่าตัดโดยรวมของการให้นมบุตรทำนอนหงายแบบประยุกต์ต่ำกว่าทำนอนตะแคงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .001$) เมื่อเปรียบเทียบทั้ง 4 ช่วง พบว่า 1) เตรียมให้นมบุตร 2) ขณะให้นมบุตร 3) ให้นมบุตรเสร็จ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .001$) ตามลำดับ ส่วนก่อนให้นมบุตรไม่มีความแตกต่าง ($P\text{-value} = .180$) สำหรับประสิทธิภาพการให้นมบุตรโดยรวมไม่แตกต่างกัน ($M = 7.94$ $SD = .72$, $M = 8.11$ $SD = .83$) ตามลำดับ





บทที่ 4

พลาการสังเคราะห์

การสังเคราะห์ครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อคิดค้นทำให้นมบุตรสำหรับมารดา
หลังผ่าตัดคลอดใน 24 ชั่วโมงแรก ที่สามารถลดระดับความปวดแผลผ่า
ท้องคลอดและบุตรสามารถดูดนมมารดาได้อย่างมีประสิทธิภาพ ได้ทำให้นม
บุตรใหม่ คือท่านอนหงายแบบประยุกต์ (Modified lying position: MLP)
ดังรายละเอียดและภาพต่อไปนี้

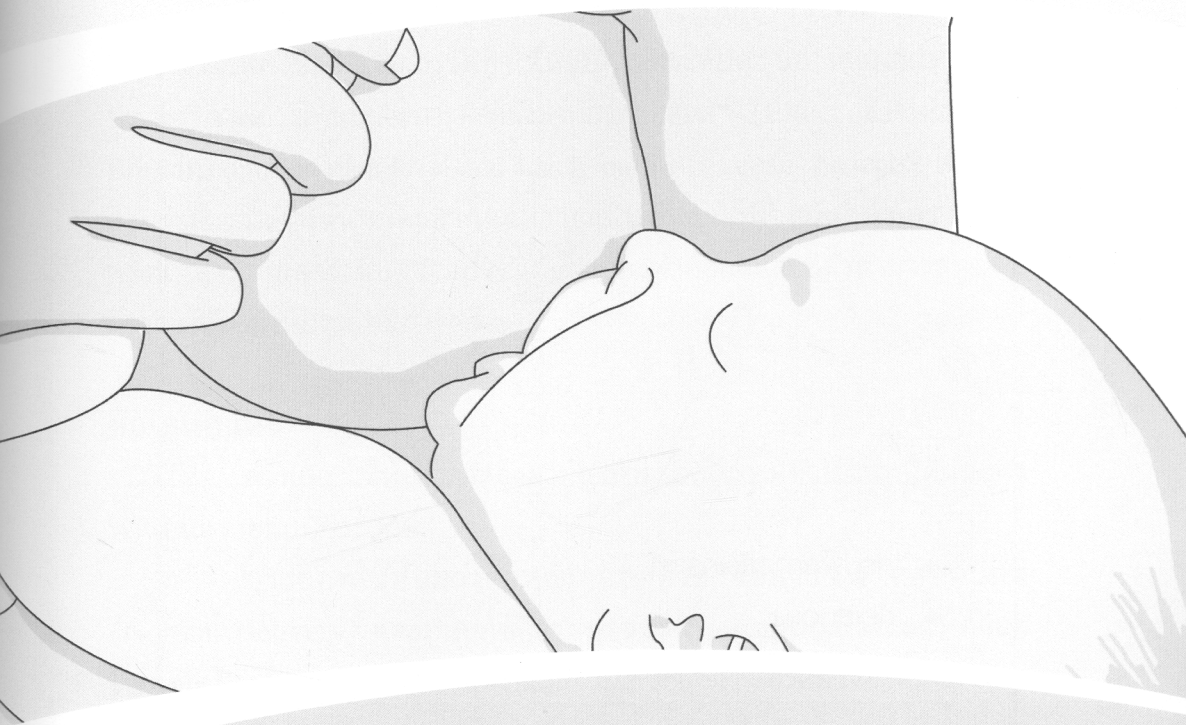


ภาพที่ 19 การจัดทำให้นมบุตรท่านอนหงายแบบประยุกต์

ลูกนอนด้านข้างของมารดาในท่าตะแคงเข้าหามารดา บนที่นอนหรือหมอนหนุนที่มีความยวระดับหัวไหล่หรือต่ำกว่าเล็กน้อยจนถึงสะโพก (มีความยาวและความกว้างพอที่จะรองรับตัวบุตรได้) และมารดาใช้แขนโอบกอดบุตร โดยให้ศีรษะบุตรอยู่บนต้นแขนของมารดา แขนงคอเล็กน้อยและ/หรือใช้หมอนหนุนศีรษะบุตรเพื่อปรับระดับปากของบุตรให้อยู่ในระดับพอดีกับหัวนมมารดา ดังภาพที่ 19 และ 20



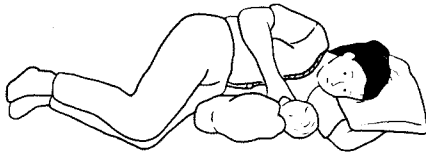
ภาพที่ 20 การให้นมบุตรท่านอนหงายแบบประยุกต์ (Modified Lying Position)



บทที่ 5

สรุปผลและข้อเสนอแนะ

- สรุปผลการสังเคราะห์
- ข้อเสนอแนะ:



สรุปผลการสังเคราะห์

ผลการประเมินงานการสังเคราะห์ด้วยระเบียบวิธีวิจัย โดยทำการศึกษาวิจัยในหัวข้อ “ผลการจัดท่าให้นมบุตรต่อระดับความปวดแผลผ่าตัดและประสิทธิภาพการให้นมของมารดาหลังผ่าท้องทำคลอด” (Effect of Positioning Breastfeeding on pain level and Latch-on for cesarean patients) ในครั้งนี้ สรุปว่าการจัดท่าให้นมบุตรท่านอนหงายแบบประยุกต์ที่คิดค้น สังเคราะห์ขึ้นครั้งนี้ สามารถลดระดับความปวดแผลผ่าตัดทำคลอดและบุตรสามารถดูดนมมารดาได้อย่างมีประสิทธิภาพจริง

ข้อเสนอแนะ

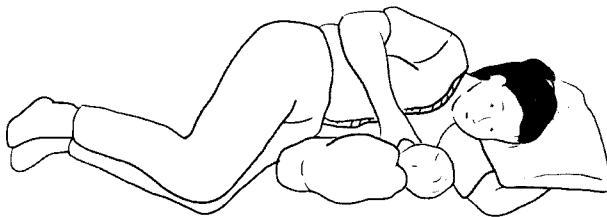
- ควรแนะนำให้มารดาหลังผ่าท้องทำคลอดใน 24 ชั่วโมงแรกให้นมบุตรท่านอนหงายแบบประยุกต์
- ประยุกต์ใช้กับมารดาหลังคลอดด้วยวิธีอื่น เช่น คลอดปกติ (Normal Delivery) คลอดโดยใช้คีมช่วยคลอด (Forcep Extraction) คลอดโดยใช้เครื่องดูดสุญญากาศ (Vacuum Extraction) หรือมารดาหลังผ่าท้องทำคลอดที่ได้รับยาระงับความรู้สึกด้วยวิธีอื่น เช่น General Anesthesia เป็นต้น
- การศึกษาครั้งนี้ศึกษาเฉพาะผลระยะสั้น (out put) และศึกษาในมารดาเพียงสองมิติ คือ ผลของท่านอนหงายแบบประยุกต์ ต่อการลดระดับความปวดของแผลผ่าตัดทำคลอดใน 24 ชั่วโมงแรก และประสิทธิภาพการให้นมบุตรเท่านั้น จึงควรศึกษาผลของการใช้ท่านอนหงายแบบประยุกต์นี้ ในมิติอื่นๆ เช่น ความพึงพอใจต่อท่านอนหงายแบบประยุกต์ ทั้งในส่วนของเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ มารดาหลังคลอด และญาติผู้ให้การช่วยเหลือมารดาหลังคลอด และผลการใช้ท่านี้ออกการให้นมบุตรในระยะยาว (Out come) เพราะทำให้คุณแม่อยู่กับมารดานานตราบเท่าที่มารดายังให้บุตรดูดนมตนเองอยู่

งานสังเคราะห์ เรื่อง:

การจัดทำให้นมบุตรสำหรับมารดาหลังผ่าตัดคลอด: บูรณาการงานประจำงานวิจัย

***ผลงานวิจัยชิ้นนี้ ได้รับการคัดเลือกนำเสนอบนเวที (oral presentation) ในงานประชุมวิชาการ INC2011 Nursing Education: New Paradigm for Global Environment “The 8th International Nursing Conference” วันที่ 27 - 28 ตุลาคม 2554 ณ กรุงโซล ประเทศสาธารณรัฐเกาหลีใต้ และเผยแพร่โดย proceeding ในหนังสือประชุม The 8th International Nursing Conference

***บทคัดย่องานวิจัยชิ้นนี้ได้รับการคัดเลือกผ่านเข้ารอบที่ 1 ในการประกวดรางวัล R2R ปี 2554 ของคณะกรรมการพิจารณาผลงาน R2R ระดับ ตติยภูมิ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข



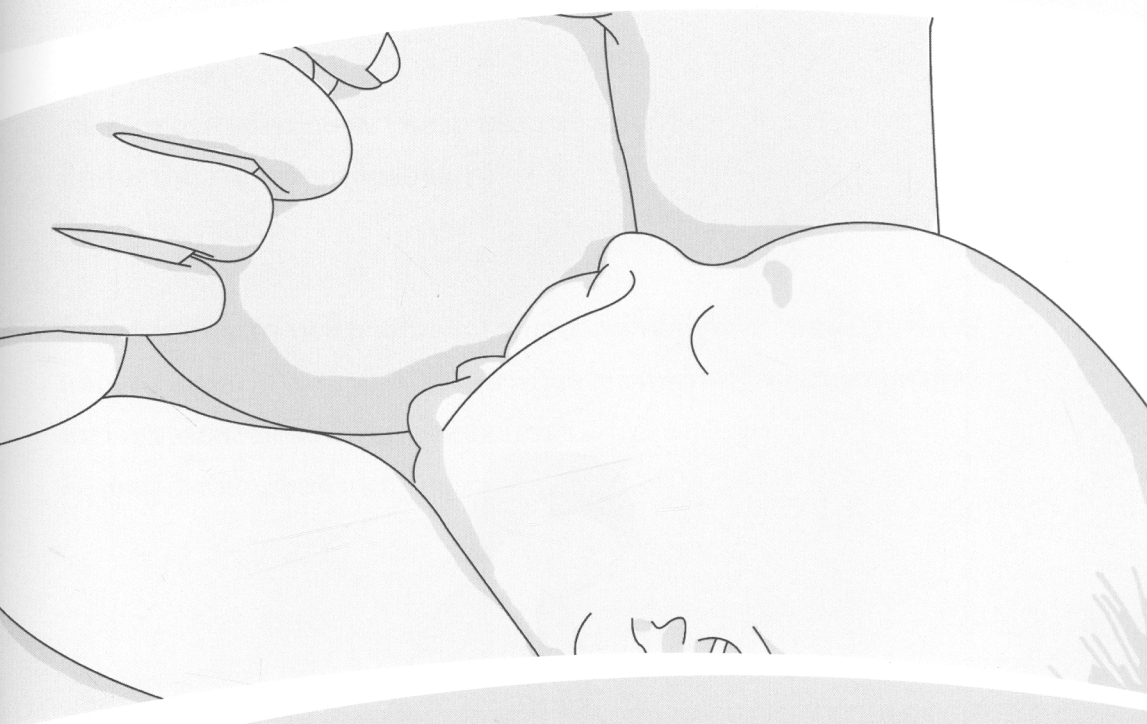
เอกสารอ้างอิง

1. สังคม จงพิพัฒน์วินิชย์. Breastfeeding and cognitive development. ใน: นมแม่ทูนสมอง. การประชุมนมแม่แห่งชาติ ครั้งที่ 1 วันที่ 14-16 ธ.ค. 2548 โรงแรมมิราเคิลแกรนด์ จัดโดยกรมอนามัย, ศูนย์นมแม่แห่งประเทศไทย, สมาคมกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย, ราชวิทยาลัยกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย, สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย และสถาบันวิจัยโภชนาการ มหาวิทยาลัยมหิดล. กรุงเทพฯ: กรมอนามัย; 2548. หน้า 47-50.
2. กุสุมา ชูศิลป์. นมแม่กับการเจริญเติบโตของสมอง ใน: นมแม่ทูนสมอง การประชุมนมแม่แห่งชาติ ครั้งที่ 1 วันที่ 14-16 ธ.ค. 2548 โรงแรมมิราเคิลแกรนด์จัดโดยกรมอนามัย, ศูนย์นมแม่แห่งประเทศไทย, สมาคมกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย, ราชวิทยาลัยกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย, สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย และสถาบันวิจัยโภชนาการ มหาวิทยาลัยมหิดล. กรุงเทพฯ: กรมอนามัย; 2548. หน้า 53-61.
3. วีระพงษ์ ฉัตรานนท์. ความสำคัญของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และนมแม่สร้างลูกให้ฉลาด. ใน: การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่. เอกสารประกอบการอบรมสำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย; 2546. หน้า 1-4, 12-15.
4. รุจิเรศ ธนุรักษ์. การพยาบาลผู้ป่วยในระยะก่อนและหลังผ่าตัด. ใน: สุปราณี เสนาดิสัย, พรรณมา ประไพพานิช, บรรณาธิการ. การพยาบาลพื้นฐานแนวคิดและการปฏิบัติ พิมพ์ครั้งที่ 12. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์จุดทอง; 2551. หน้า 677-697.
5. ศศิกานต์ นิมมานรัชต์. แนวคิดความปวด: องค์ความรู้ใหม่ทศวรรษที่ 21. ใน: การดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีความปวดเฉียบพลัน การประยุกต์องค์ความรู้สู่การปฏิบัติ. เอกสารประกอบการอบรมวิชาการ ครั้งที่ 2 ประจำปี 2547 ภาควิชาวิสัญญีวิทยา คณะแพทยศาสตร์ และภาควิชาการพยาบาลตติยศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; 2547. หน้า 1-30.
6. ปิยนุช พรหมสาขา ณ สกลนคร. พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและการพยาบาลเพื่อการส่งเสริมสุขภาพหลังคลอด. ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 2. อุตรธานี: โรงพิมพ์ศักดิ์ศรีอักษรการพิมพ์; 2551.

7. Ruth A. Lawrence. Breastfeeding A guide for the medical profession
FOURTH EDITION Mosby-YearBook; 2007.
8. The Best Breastfeeding Position 74 [Internet]. 2012 [cite 2012
Jan 02]. Available from: [http://tawnyrumler.hubpages.com/hub/
The-Best-Breastfeeding-Positions](http://tawnyrumler.hubpages.com/hub/The-Best-Breastfeeding-Positions)
9. Karlstrom A, Engstrom-Olofsson R, Norbergh KG, Sjoling M;
Hildingsson I. Postoperative pain after cesarean birth affects
breastfeeding and infant care. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs
2007;36: 430-40.
10. ศศิกานต์ นิมมานรัชต์. กลไกการเกิดความปวดและการประเมินความปวด
ในเวชปฏิบัติ. ใน: ตำราความปวด และการระงับปวดในเวชปฏิบัติ. สงขลา:
หน่วยผลิตตำราคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; 2553.
หน้า 1-19.
11. อำนวย ถิฐาพันธ์. ความปวด Pain: concept & mechanism. [อินเทอร์เน็ต].
[เข้าถึงเมื่อ 2 กุมภาพันธ์ 2555] เข้าถึงได้จาก: จาก [http://ramacme.
ra.mahidol.ac.th/th/?q=node/15](http://ramacme.ra.mahidol.ac.th/th/?q=node/15)
12. กรกช ทองคำ. เวชศาสตร์ฟื้นฟูในอาการปวดหลัง. ใน: วิชาการรณ สีสำราญ,
วุฒิชัยเพิ่มศิริวานิชย์. บรรณาธิการ. Rehabilitation in orthopedic
patients การฟื้นฟูผู้ป่วยโรคทางกระดูกและข้อ. สงขลา: ชานเมืองการ
พิมพ์; 2548. หน้า 85-98.
13. สุปรำณี เสนาดิสัย, วรรณภา ประไพพานิช. การพยาบาลพื้นฐาน แนวคิด
และการปฏิบัติ. พิมพ์ครั้งที่ 12 กรุงเทพฯ: จุฑทอง; 2551.
14. อวยพร ภัทรภักดีกุล. การพยาบาลสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา. เอกสาร
วิชาการประกอบการประชุม. ครั้งที่ 4 ฝ่ายบริการพยาบาล โรงพยาบาล
สงขลานครินทร์; วันที่ 22-23 พฤษภาคม 2551.
15. Cakmak H, Kugualu S. Comparison of the breastfeeding patterns
of mothers who delivered their babies per vagina and via cesarean
section: an observational study using the LATCH breastfeeding
charting system. INT J NURS STUD 2007;44:1128-37.

16. วงจันทร์ เพชรพิเชฐเชียว. การประเมินความปวด ปัญหาที่ควรได้รับการแก้ไข. ใน: การดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีความปวดเฉียบพลัน การประยุกต์องค์ความรู้สู่การปฏิบัติ. เอกสารประกอบการอบรมวิชาการ ครั้งที่ 2 ประจำปี 2547 ภาควิชาวิสัญญีวิทยา คณะแพทยศาสตร์ และภาควิชาการพยาบาล ศัลยศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; 2547. หน้า 49-59.
17. กุสุมา ชูศิลป์. การประเมินว่าทารกได้รับน้ำนมพอโดยวิธีแลช (Latch). ใน: เลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ความรู้..สู่ปฏิบัติ. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: กรุงเทพฯเวชสาร; 2546. หน้า 103-107.
18. ชลทิศ อุไรฤกษ์กุล. การประเมิน LATCH Score [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 2 กุมภาพันธ์ 2555] เข้าถึงได้จาก: http://hph4.anamai.moph.go.th/data/cat6/LATCH_assess.pdf
19. Jenson D, Wallace S, Kelsay P. LATCH Breastfeeding Assessment [Internet].2012 [cite 2011 Sep 02]. Available from: <http://www.cdph.ca.gov/programs/breastfeeding/Documents/MO-LatchBreastfeedingAssessment.pdf>
20. ปิยาภรณ์ บวรเกียรติขจร. ทำให้นมลูกที่ถูกต้องควรเป็นอย่างไร. [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 1 มกราคม 2555] เข้าถึงได้จาก <http://www.thaibreast-feeding.org/content/view/348/94/>
21. เพ็ญจันทร์ แสนประสาน, อุไร พานิชยานุสนธิ์, ลัดดาวัลย์ ทัดศรี, อารีย์ ฟองเพชร, รุ่งนภา ป้องเกียรติชัย, วณิดา รัตนานนท์. Quality In Nursing and Learning Organization. ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ กรุงเทพฯ: สุขุมวิทการพิมพ์; 2547. หน้า 1-14.
22. ฟาริดา อิบราฮิม. ปฏิบัติการพยาบาลตามกรอบทฤษฎีการพยาบาล. กรุงเทพฯ: สามเจริญพาณิชย์; 2546.
23. สุอารีย์ อ้นตระกูล. ความรู้พื้นฐานสู่ความสำเร็จของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่. ใน: ศันสนีย์ เจตน์ประยูรต์. เอกสารประกอบการอบรม เรื่อง การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ จัดโดย สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย; 2546. หน้า 26-42.

24. อรรถนพ ใจสำราญ. การผ่าท้องทำคลอด. ใน: ชีรพงศ์ เจริญวิทย์, บุญชัย เอื้อไพโรจน์กิจ, ศักนันท์ มะโนทัย, สมชาย ธนวัฒนาเจริญ, กระเชียร ปัญญาคำเลิศ. บรรณาธิการ. สูติศาสตร์ พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: ภาควิชา สูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. กรุงเทพฯ: โอ. เอส. พริ้นติ้ง เฮ้าส์; 2548 หน้า 262-269.
25. สมศักดิ์ ไหลเวชพิทยา. การผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง. ใน: มานี ปิยะอนันต์, ชัญชัย วันทนาศิริ, สิงห์เพชร สุขสมปอง, มงคล เบญจภิบาล, บรรณาธิการ. สูติศาสตร์. กรุงเทพฯ: ภาควิชาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล. กรุงเทพฯ: พิมพ์ครั้งที่ 2. พี. เอ. ลีฟวิ้ง จำกัด; 2544. หน้า 277-282.
26. จริยาพร ศรีสว่าง. การพยาบาลผู้คลอดที่ได้รับการทำสูติศาสตร์หัตถการ. ใน: ศรีเกียรติ อนันต์สวัสดิ์, บรรณาธิการ. การพยาบาลสูติศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 7. นนทบุรี: ยูธรินทร์ การพิมพ์ ; 2550. หน้า 454-462.
27. มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์. คณะแพทยศาสตร์. สถิติประจำปี ภาควิชา สูติศาสตร์และนรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์. สงขลา: มหาวิทยาลัย; 2553.
28. โรงพยาบาลสงขลานครินทร์. ฝ่ายบริการพยาบาล. สถิติหอผู้ป่วยพิเศษ สูติกรรม ปี 2553. สงขลา: ฝ่ายบริการพยาบาล โรงพยาบาลสงขลานครินทร์; 2553.
29. ดวงกมล ปิ่นเฉลียว. การพยาบาลมารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง การคลอดโดยใช้เข็ม และเครื่องดูดสุญญากาศ. พิมพ์ครั้งที่ 3. นนทบุรี: เอส พี เอส พริ้นติ้ง; 2552.
30. โรงพยาบาลสงขลานครินทร์. ฝ่ายบริการพยาบาล. แนวปฏิบัติการบันทึกความปวด (Acute Pain). สงขลา: ฝ่ายบริการพยาบาล โรงพยาบาลสงขลานครินทร์; 2550.
31. Tawny Rumler. The Best Breastfeeding Positions. [Internet].2012 [cite 2011 Sep 02]. Available from: <http://tawnyrumler.hubpages.com/hub/The-Best-Breastfeeding-Positions>
32. เรืองวิทย์ เกษสุวรรณ. การจัดการคุณภาพ. กรุงเทพฯ: ซีเอ็ดยูเคชั่น จำกัด; 2547.



ประวัติผู้เขียน

ชื่อ-สกุล นางนุรีฮา ฤทธิหมุ่น

วุฒิการศึกษา

วุฒิ : วิทยาศาสตร์บัณฑิต (พยาบาลและผดุงครรภ์)

ชื่อสถาบัน : มหาวิทยาลัยขอนแก่น

ปีที่สำเร็จ : 2530

ตำแหน่งและสถานที่ทำงาน : พยาบาลชำนาญการ หอผู้ป่วยพิเศษ
สูติกรรม ฝ่ายบริการพยาบาล โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ คณะแพทยศาสตร์
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ จังหวัดสงขลา

E-mail : rnureha@medicine.psu.ac.th