คู่มือการพยาบาล

การส่งเสริมสายสัมพันธ์แม่-ลูก และการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในห้องคลอด

นางนิภา เพียรพิจารณ์

งานการพยาบาลสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา

ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช

คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

พ.ศ.2558

คำนำ

การจัดทำคู่มือการพยาบาลการส่งเสริมสายสัมพันธ์แม่-ลูก และการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในห้องคลอดเล่มนี้ เพื่อใช้เป็นแนวทางการปฏิบัติงานของพยาบาล และบุคลากรที่ปฏิบัติงานในห้องคลอด ในการส่งเสริมการสร้างสายสัมพันธ์แม่-ลูกและการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในห้องคลอดให้ประสบผลสำเร็จ เป็นการรวบรวมความรู้ เกณฑ์การประเมินมารดาและทารกแรกเกิด หลักการปฏิบัติการช่วยเหลือในการสร้างสายสัมพันธ์แม่-ลูก และการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในระยะสองชั่วโมงหลังคลอด เนื้อหาสาระของคู่มือการพยาบาลเล่มนี้ได้ค้นคว้าจากตำราต่างๆ โดยยึดหลักความถูกต้องและทันสมัยทางวิชาการรวมทั้งจากประสบการณ์การทำงานในห้องคลอดของผู้เขียน ซึ่งจำเป็นอย่างยิ่งที่พยาบาลต้องมีความรู้ ความชำนาญ มีทักษะในการให้ความช่วยเหลือมารดาเพื่อให้มารดาได้โอบกอดสัมผัสและให้นมแม่แก่ทารกครั้งแรกหลังคลอดได้อย่างถูกต้อง ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนต่อมารดาและทารก ทารกสามารถดูดนมแม่ได้สำเร็จในห้องคลอด สำหรับรูปภาพประกอบที่ถ่ายในห้องคลอดข้าพเจ้าได้รับอนุญาตจากผู้คลอดและบุคลากรทุกคนที่ปรากฏในภาพเรียบร้อยแล้ว

ผู้เขียนหวังว่าคู่มือการพยาบาลการส่งเสริมสายสัมพันธ์แม่-ลูก และการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในห้องคลอดเล่มนี้จะเป็นประโยชน์กับบุคลากรในห้องคลอด นักศึกษาและผู้สนใจ ใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาลได้อย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

นิภา เพียรพิจารณ์

มิถุนายน 2557

กิตติกรรมประกาศ

คู่มือการพยาบาลฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยดีด้วยความกรุณาของ รองศาสตราจารย์นายแพทย์พฤหัส จันทรประภาพ อาจารย์แพทย์ภาควิชาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา ผู้ช่วยศาสตราจารย์วาสนา จิติมา อาจารย์พยาบาล ภาควิชาการพยาบาลสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล นางสาวปิยนุช สายสุขอนันต์ พยาบาล(ผู้ชำนาญการพิเศษ)หัวหน้าหอผู้ป่วยห้องคลอดติดเชื้อ และนางวาสนา เกิดภู่ ผู้ตรวจการพยาบาล งานการพยาบาลสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา ฝ่ายการพยาบาล ที่กรุณาให้คำปรึกษาในความถูกต้องของเนื้อหาและให้การสนับสนุนในทุกๆ ด้าน ทำให้คู่มือการพยาบาลสำเร็จลุล่วงด้วยดี

สารบัญ

	หน้า
คำนำ	i
กิตติกรรมประกาศ	ii
สารบัญ	iii- iv
สารบัญตาราง	v
สารบัญแผนภูมิ	vi
สารบัญรูปภาพ	vii- viii
บทที่ 1 บทนำ	
- ความเป็นมาและความสำคัญ	1-2
- วัตถุประสงค์	3
- ประโยชน์ในการจัดทำคู่มือการพยาบาล	3
- ขอบเขตการใช้คู่มือการพยาบาล	4
- คำจำกัดความ	4
บทที่ 2 ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับการส่งเสริมสายสัมพันธ์แม่-ลูก และการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในห้องคลอด	5
- ความหมายของการส่งเสริมสายสัมพันธ์แม่-ลูก และการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในห้องคลอด	5
- เทคนิคการส่งเสริมสายสัมพันธ์แม่-ลูก และการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในห้องคลอด	6-7
- ประโยชน์ของนมแม่	8
- ต่อทารก	8
- ต่อมารดา	8
- บันได 10 ขั้นสู่ความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่	8-10
- ส่วนประกอบโครงสร้างและกลไกการทำงานของเต้านม	11
- กายวิภาคและสรีระของเต้านม	11-15
- กลไกการสร้างและหลั่งน้ำนม	15-18
- กลไกการดูดนม	18-20
- ปัจจัยที่ส่งผลต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในห้องคลอด	20
- ด้านมารดา	20
- การได้รับการแก้ไขหัวนมและลานหัวนม	20

หน้า

- การได้รับยาแก้ปวดในระยะที่ 1 ของการคลอด 21
- ด้านทารก 21
- ภาวะพังผืดใต้ลิ้น 21-23
บทที่ 3 กระบวนการพยาบาลในการส่งเสริมสายสัมพันธ์แม่-ลูกและการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในห้องคลอด 24
- การแก้ไขหัวนมและลานหัวนม 24
- ในหน่วยฝากครรภ์ 24-30
- ในห้องคลอด 31-32
- การรับใหม่ 32
- การประเมินทัศนคติและความต้องการการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ 32
- การพยาบาลในระยะเจ็บครรภ์ห่าง 33
- การพยาบาลในระยะเจ็บครรภ์ถี่ 34
- การพยาบาลในระยะคลอด 34-35
- การพยาบาลหลังคลอด 35
- แนวทางปฏิบัติการส่งเสริมสัมพันธภาพแม่-ลูก (Bonding) 35-37
- แนวทางปฏิบัติการช่วยให้ทารกดูดนมแม่ในห้องคลอด (Early sckling) 38
- ท่าการให้นมในห้องคลอด 38-39
- การประเมินการดูดนมของทารกแรกเกิดโดยใช้แบบประเมินการดูดนมในห้องคลอด (IBFAT) 40
- การดูแลมารดาและทารก 2 ชั่วโมงหลังคลอด 41
- ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล 41-45
บทที่ 4 กรณีศึกษา 46-59
บทที่ 5 ปัญหา อุปสรรค และแนวทางการแก้ไข 60-65
บรรณานุกรม 66-68
หนังสือเรียนเชิญผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเนื้อหาคู่มือ

สารบัญตาราง

หน้า

ตารางที่ 1 แบบประเมิน Siriraj Tongue Tie score 22

ตารางที่ 2 การประเมินสภาวะทารกแรกเกิดด้วย APGAR scoring system 36

ตารางที่ 3 แบบประเมินการให้นมแม่แก่ทารกในห้องคลอด (IBFAT) 40

สารบัญแผนภูมิ

หน้า

แผนภูมิที่ 1 แนวทางการแก้ไขหัวนมสั้น 27

แผนภูมิที่ 2 แนวทางการแก้ไขหัวนมผิดปกติ 27

แผนภูมิที่ 3 แนวทางการแก้ไขลานหัวนมตึง 28

สารบัญรูปภาพ

หน้า

ภาพที่ 1 แสดงลักษณะภายนอกของเต้านม 11
ภาพที่ 2 แสดงการเรียงตัวของ smooth muscle ที่ผิวหนังบริเวณหัวนมและลานหัวนม 12
ภาพที่ 3 แสดง cooper ' s ligament 13
ภาพที่ 4 แสดงเต้านมที่แสดงให้เห็นถึง mammary fat และ duct system 13
ภาพที่ 5 แสดงต่อมและท่อน้ำนม และ cross section แสดง myoepithelial cell และ glandular cells 14
ภาพที่ 6 แสดงผลการดูดนมของทารกทำให้เกิด prolactin และ oxytocin reflex 16
ภาพที่ 7 แสดง plasma prolactin ในระยะก่อน ระหว่าง และหลังให้นมทารกในมารดาหลังคลอด 16
ภาพที่ 8 แสดงระดับ prolactin จะสูงขึ้นเมื่อทารกดูดนม แต่จะไม่สูงขึ้นขณะสัมผัสกับทารก 17
ภาพที่ 9 แสดงผลของประสาทสัมผัสต่างๆ ต่อ oxytocin reflex 18
ภาพที่ 10 แสดงกลไกการหลั่ง prolactin และ oxytocin 19
ภาพที่ 11 แสดง reflexes ต่างๆ ของทารกที่เกี่ยวข้องกับการดูดนม 19
ภาพที่ 12 แสดง peristaltic wave ของลิ้น 20
ภาพที่ 13 แสดงลักษณะพังผืดใต้ลิ้น 21
ภาพที่ 14 แสดงระดับความยืดหยุ่นของพังผืดใต้ลิ้น 23
ภาพที่ 15 แสดงระดับความรุนแรงของพังผืดใต้ลิ้น 23
ภาพที่ 16 แสดงเทคนิคการวัดความยาวหัวนมและการคลึงหัวนม 25
ภาพที่ 17 แสดงเทคนิคการทดสอบ pinch test เพื่อวินิจฉัยภาวะ pseudoinverted nipple 25
ภาพที่ 18 แสดงเทคนิค nipple pulling 26
ภาพที่ 19 แสดงการประเมินความยืดหยุ่นของลานหัวนม 26
ภาพที่ 20 แสดงการทำ hoffman's exercise 28
ภาพที่ 21 แสดงการสวมใส่ปทุมแก้ว 29
ภาพที่ 22 แสดงการใช้ที่ดึงหัวนม (nipple puller) 30
ภาพที่ 23 แสดงเทคนิคการใช้ nipple puller ก่อนการดูดนมในห้องคลอด 31
ภาพที่ 24 แสดงเทคนิคการคลึงหัวนม (nipple rolling) 32

สารบัญรูปภาพ

หน้า

ภาพที่ 25 แสดงป้าย wrist band 33
ภาพที่ 26 แสดงป้ายผ้า 33
ภาพที่ 27 แสดงการนวดหลังและกระดูกก้นกบ 34
ภาพที่ 28 แสดงการผูกป้ายข้อเท้าทารกก่อนตัดสายสะดือ 35
ภาพที่ 29 แสดงการให้มารดาโอบกอดทารกหลังคลอด 35
ภาพที่ 30 แสดงป้าย duo band สำหรับผูกข้อมือมารดาและทารก 37
ภาพที่ 31 แสดงป้าย wrist band และการผูก wrist band 37
ภาพที่ 32 แสดง lithotomy position 38
ภาพที่ 33 แสดง colostrum 39
ภาพที่ 34 แสดง side lying position 39

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญ

โรงพยาบาลศิริราชเป็นโรงพยาบาลสายสัมพันธ์แม่-ลูก โดยยึดหลักบันได 10 ขั้น สู่ความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ซึ่งสรุปได้เป็นหัวใจของความสำเร็จคือ ดูดเร็ว ดูดบ่อย ดูดถูกวิธี ห้องคลอดเป็นบันไดขั้นที่ 4 คือช่วยให้ทารกดูดนมแม่ภายในครึ่งชั่วโมงหลังคลอด (ดูดเร็ว) ซึ่งการดูดนมครั้งแรกของทารก เพื่อกระตุ้นการสร้างน้ำนมและส่งเสริมสายสัมพันธ์แม่-ลูก จะสำเร็จได้นั้นมารดาและทารกต้องไม่มีภาวะแทรกซ้อนหลังคลอด สามารถย้ายไปตึกหลังคลอดพร้อมกันได้ (rooming in) ห้องคลอดซึ่งเป็นจุดเริ่มต้นของความสำเร็จของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่ง ที่จะส่งเสริมให้การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในห้องคลอดมีประสิทธิภาพสูงสุด แม้จะเกิดขึ้นในช่วงเวลาอันสั้นก็ตาม เนื่องจากความสำเร็จหรือไม่สำเร็จของการให้นมในระยะแรก จะเป็นแรงจูงใจ ที่จะส่งเสริมหรือละทิ้งการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในระยะต่อๆไป ระยะเวลา40นาที หลังคลอดถือเป็นระยะที่มีความสำคัญมาก (sensitive period) ต่อการสร้างสายสัมพันธ์แม่-ลูก เพราะทารกจะอยู่ในระยะตื่นตัวและสงบ (quiet alert state) ทารกจะมีแรงดูดนมที่แรงที่สุด มารดามีความกระตือรือร้นที่จะได้เห็นหน้าทารก การให้มารดาได้โอบกอดทารกทันทีหลังคลอดเป็นการส่งเสริมสายสัมพันธ์แม่-ลูก จะทำให้เกิดการสัมผัสทางตา (eyeto eye contact) และการสัมผัสแบบเนื้อแนบเนื้อ (skin to skin contact) กับมารดา ทารกจะได้รับ normal floras จากมารดาและจะสร้างภูมิต้านทานจากการได้รับเชื้อโรค (passive immunization)[1]

การดูดนมในระยะหลังคลอดทันทีเป็นการกระตุ้นการสร้างน้ำนมและฝึกการใช้ลิ้นของทารก และจะกระตุ้นให้มารดาหลั่งฮอร์โมนโปรแลคติน (prolactin) ซึ่งเป็นฮอร์โมนการสร้างน้ำนม และฮอร์โมนออกซิโตซิน (oxytocin) จะช่วยในการหลั่งน้ำนมและเพิ่มการหดรัดตัวของมดลูก ป้องกันการตกเลือดหลังคลอดและช่วยให้มดลูกเข้าอู่เร็ว นมแม่มีสาร Immunomodulatory ที่ช่วยทำให้ระบบภูมิคุ้มกันของทารกแข็งแรง นมแม่มีสาร secretory IgA (sIgA) และ anti-food antibodies ที่จะช่วยจับสารก่อภูมิแพ้ในอาหาร ทำให้สารเหล่านั้นไม่ถูกดูดซึมเข้าร่างกาย การได้รับนมแม่ช่วยลดการได้รับสารก่อภูมิแพ้คือ lactoglobulin ที่มีอยู่ในนมวัว นมแม่มีสารป้องกันการติดเชื้อหลากหลายนอกเหนือจาก sIgA ดังกล่าว ทำให้ลดโอกาสเกิดการติดเชื้อซึ่งเป็นตัวกระตุ้นสำคัญที่ส่งเสริมให้เกิดโรคภูมิแพ้ นมแม่มีสารกระตุ้นการเจริญเติบโตของเยื่อบุทางเดินอาหาร เมื่อทางเดินอาหารถูกทำลายก็สามารถฟื้นหายได้อย่างรวดเร็ว[2] ในน้ำนมแม่จะมีส่วนที่เป็นน้ำนมเหลือง

(colostrums) ซึ่งเป็นน้ำนมที่ออกครั้งแรก มีสีเหลือง ปริมาณไม่มาก แต่มี antibody มากมาย ทั้ง antibacterial antifungal และ antivirus จึงถือได้ว่าเป็นวัคซีนหยดแรกที่ทารกได้รับจากมารดา

การให้มารดาและทารกมีการสัมผัสกันตั้งแต่อยู่ในห้องคลอดและอยู่ด้วยกันให้มากที่สุด ขณะอยู่โรงพยาบาล (rooming-in) ส่งผลให้ประสบความสำเร็จในการให้นมแม่เพิ่มขึ้น มารดาทิ้งทารกและทำทารุณกรรม (abuse) น้อยลง มารดามีความสามารถในการดูแลทารกมากขึ้น ลดภาระงานของพยาบาล ลดการติดเชื้อในทารกและกลับบ้านได้เร็วขึ้น มารดาที่สามารถให้นมแม่ได้สำเร็จตั้งแต่ห้องคลอดจะลดความวิตกกังวล ส่งผลให้การสร้างน้ำนมได้ดี มีปริมาณน้ำนมเพียงพอสำหรับทารก ลดอาการตัวเหลืองของทารก มารดามีความภาคภูมิใจและเต็มใจในการให้นมแม่ต่อไป ซึ่งจะทำให้ประสบความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวอย่างน้อย 6 เดือน[3]

กระทรวงสาธารณสุข มีนโยบายสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ โดยมีการกำหนดเป้าหมายให้ทารกได้รับนมแม่อย่างเดียว 6 เดือนเป็นจำนวนไม่น้อยกว่าร้อยละ 50 ในแผนยุทธศาสตร์สุขภาพกระทรวงสาธารณสุข ด้านส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ปีงบประมาณ พ.ศ.2557[4] แต่จากการสำรวจขององค์การทุนเพื่อเด็กแห่งสหประชาชาติพบว่าอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือนในปีพ.ศ.2548 ของประเทศไทยเป็นจำนวนร้อยละ5.4 ซึ่งเป็นอัตราที่ต่ำที่สุดในภูมิภาคเอเชียตะวันออกและแปซิฟิค สำหรับกรุงเทพมหานครมีอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เพียงอย่างเดียวใน 6 เดือนเพียงร้อยละ1.1ซึ่งต่ำที่สุดในประเทศ[5] ข้อมูลจากกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2549 พบว่าอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เพียงอย่างเดียวใน 6 เดือนของประเทศไทยเพียงร้อยละ14.5 จะเห็นได้ว่าอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของประเทศไทยต่ำกว่าเป้าหมายอย่างมาก ต่อมามีการประเมินจากโครงการสายใยรักแห่งครอบครัวใน พ.ศ.2552 พบว่าอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือนเท่ากับร้อยละ 29.6[6]

จากข้อมูลจะเห็นได้ว่า สถาณการณ์การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในประเทศไทยยังน่าเป็นห่วง สาเหตุที่ทำให้การ เลี้ยงลูกด้วยนมแม่ไม่ประสบความสำเร็จเท่าที่ควร เนื่องมาจากมารดาขาดความรู้ มีความเข้าใจผิดคิดว่านมผสมมีคุณค่าเท่านมแม่จากการโฆษณาและสื่อต่างๆ และบางครั้งความเชื่อทัศนคติและการสนับสนุนของบุคคลรอบข้าง มีอิทธิพลมากต่อการตัดสินใจของมารดา จากการศึกษาพบว่ามารดาเชื่อฟังญาติผู้ใหญ่ที่แนะนำให้มารดาให้อาหารอื่นแก่ทารกนอกจากนมแม่ นอกจากนี้ ความรู้ ทัศนคติ ทักษะ และแนวทางการทำงานของบุคลากรที่ยังไม่ชัดเจน และไม่เป็นไปในแนวทางเดียวกัน ทำให้มารดาสับสน ไม่มั่นใจ ขาดความเชื่อมั่นในความสามารถด้านการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของเจ้าหน้าที่และตนเอง[7]

จากสถิติของห้องคลอดพิเศษ ตั้งแต่เดือน มกราคม 2555 – ธันวาคม 2556 มีอัตราผู้คลอดร้อยละ 60 ฝากครรภ์จากคลินิกพิเศษโรงพยาบาลศิริราชหรือโรงพยาบาลเอกชน ซึ่งไม่ได้รับการ

ประเมินและแก้ไขหัวนมในระยะฝากครรภ์เหมือนกับผู้คลอดที่ฝากครรภ์ในเวลาราชการ ซึ่งจะได้รับการประเมินหัวนมและลานหัวนมและแก้ไขปัญหาเกี่ยวกับหัวนมและลานหัวนมให้กับผู้คลอดทุกราย ผู้คลอดที่ได้รับการแก้ไขปัญหาหัวนมและลานหัวนม จะส่งผลให้สามารถให้นมแม่ได้สำเร็จในห้องคลอด ผู้คลอดบางคนมีปัญหาหัวนมสั้นและมีความรู้ความเข้าใจไม่เพียงพอเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ บุคลากรบางคนยังให้ความช่วยเหลือมารดาที่มีปัญหาในการให้นมแม่หลังคลอดไม่ถูกต้องและไม่สำเร็จ เนื่องจากขาดทักษะที่ถูกต้อง มีเทคนิคการให้ความช่วยเหลือมารดาแตกต่างกันในแต่ละบุคคล เนื่องจากไม่มีคู่มือปฏิบัติการพยาบาลที่เป็นลายลักษณ์อักษรให้บุคลากรยึดถือเป็นแนวทางปฏิบัติอย่างถูกต้องและเป็นไปในแนวทางเดียวกัน ห้องคลอดพิเศษจึงเห็นความสำคัญ ในการจัดทำคู่มือการพยาบาลการส่งเสริมสายสัมพันธ์แม่-ลูกและการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในห้องคลอด เพื่อใช้เป็นแนวทางให้กับบุคลากรในการปฏิบัติงานในห้องคลอดให้เป็นไปในแนวทางเดียวกัน โดยมีเป้าหมายให้มารดาสามารถส่งเสริมสัมพันธภาพกับทารกและให้นมแม่แก่ทารกได้สำเร็จในระยะสองชั่วโมงหลังคลอด โดยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนแก่มารดาและทารก ซึ่งจะส่งผลให้มารดาสามารถเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างน้อย 6 เดือนได้เป็นผลสำเร็จ ซึ่งจะเป็นรากฐานของการสร้างบุคลากรที่เป็นคนดี คนเก่ง เป็นผู้ประสบความสำเร็จในอนาคต ส่งผลโดยตรงต่อครอบครัว สังคมและประเทศ ทำให้สังคมเปี่ยมไปด้วยคนที่มีจิตใจดี และมีความสามารถเต็มศักยภาพ เมื่อสังคมดีก็จะทำให้ประเทศชาติมั่นคงและมีเศรษฐกิจ[8]

วัตถุประสงค์ในการจัดทำคู่มือการพยาบาล

1. เพื่อใช้เป็นแนวทางการปฏิบัติงานของพยาบาล และบุคลากรที่ปฏิบัติงานในห้องคลอดในการส่งเสริมการสร้างสายสัมพันธ์แม่-ลูก และการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในห้องคลอดให้เป็นไปในแนวทางเดียวกัน

2. เพื่อให้การส่งเสริมการสร้างสายสัมพันธ์แม่-ลูก และการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในห้องคลอดมีประสิทธิภาพมากขึ้น

3. เพื่อให้ผู้สนใจศึกษาดูงาน นักศึกษา สามารถนำไปใช้ประโยชน์ในการศึกษาค้นคว้าต่อไป

ประโยชน์ในการจัดทำคู่มือการพยาบาล

1. เพื่อให้บุคลากรในหน่วยงานมีความมั่นใจและสามารถปฏิบัติการในการส่งเสริมสายสัมพันธ์แม่-ลูก และการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในห้องคลอดได้อย่างถูกต้อง

2. มารดาสามารถส่งเสริมสายสัมพันธ์แม่-ลูก และให้นมแม่ได้สำเร็จในห้องคลอด

ขอบเขตการใช้คู่มือการพยาบาล

คู่มือการพยาบาลนี้ใช้เป็นแนวทางการปฏิบัติงานของพยาบาลและบุคลากรในห้องคลอด ในการดูแลผู้คลอดในระยะคลอด และระยะหลังคลอด 2 ชั่วโมง

คำจำกัดความ[1, 3]

- การส่งเสริมสายสัมพันธ์แม่-ลูก หมายถึง การส่งเสริมปฏิสัมพันธ์ระหว่างมารดาและทารก (Bonding & Attachment)

- Bonding หมายถึง ความผูกพันทางอารมณ์ (emotional ties) ที่มารดาหรือบิดามีต่อทารกฝ่ายเดียว (one - way- process)

- Attachment หมายถึง ความรู้สึกรักใคร่ผูกพัน (affectionate ties) ของทารกที่มีต่อมารดาหรือบิดาหรือผู้เลี้ยงดู (two - way- process)

- การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในห้องคลอด หมายถึง การช่วยให้มารดาให้นมแม่ภายในครึ่งถึงหนึ่งชั่วโมงหลังคลอด

บทที่ 2

ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับการส่งเสริมสายสัมพันธ์แม่-ลูก และการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในห้องคลอด

ความหมายของการส่งเสริมสายสัมพันธ์แม่-ลูก และการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในห้องคลอด

การส่งเสริมสายสัมพันธ์แม่-ลูก หมายถึงการส่งเสริมความรักความผูกพันระหว่างมารดาและทารก (bonding & attachment) อาจเกิดขึ้นระหว่างการตั้งครรภ์ ระยะแรกคลอด หรือเกิดขึ้นเมื่อมารดามีปฏิสัมพันธ์กับทารกในระยะหลังคลอด และจะพัฒนาอย่างต่อเนื่องและมั่นคงต่อไป มารดาเกิดความรู้สึกผูกพันกับทารกได้หลายช่วงเวลา เช่นบางคนรู้สึกผูกพันเมื่อทารกในครรภ์ดิ้น ได้ยินเสียงหัวใจและการเคลื่อนไหวของทารกขณะทำอัลตร้าซาวน์ มารดาบางคนรู้สึกขณะคลอด หรือหลังคลอด มารดาบางคนรู้สึกรักและผูกพันในช่วงสัปดาห์แรกหลังคลอดหรือหลังคลอด 1 สัปดาห์ไปแล้ว แต่ในช่วงเวลาที่มีความสำคัญมากคือ ระยะ 40 นาทีแรกหลังคลอด ซึ่งเป็นระยะที่ดีที่สุดในการสร้างสายสัมพันธ์ (sensitive period) มารดาจะรู้สึกตื่นเต้นและมีอารมณ์รักและต้องการตอบสนองต่อทารก เป็นระยะที่กระตุ้นความรู้สึกของความเป็นแม่มากที่สุด ในขณะเดียวกันทารกจะตื่นและสงบ (quiet alert state) พร้อมที่จะเรียนรู้ รับรู้ได้ทั้ง รูป รส กลิ่น เสียง สัมผัส[1] พฤติกรรมที่มารดาแสดงความรักความผูกพันต่อทารกในระยะแรกคลอด เช่น ใช้ปลายนิ้วสำรวจทารกด้วยการสัมผัสเบาๆ สำรวจแขนขา ใช้ฝ่ามือสำรวจอวัยวะที่ใหญ่ขึ้น อุ้มและกอดทารกในลักษณะมองหน้ากัน สบตากัน ยิ้มและพูดคุยกับทารก เป็นต้น

การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในห้องคลอด หมายถึงการช่วยให้มารดาให้นมแม่ในระยะครึ่งถึงหนึ่งชั่วโมงหลังคลอด การนำทารกมาดูดนมมารดาในระยะนี้ เป็นการส่งเสริมปฏิสัมพันธ์ระหว่างมารดาและทารก โดยดูแลให้มารดาและทารกสัมผัสแบบเนื้อแนบเนื้อ (skin to skin contact) และการสัมผัสทางตา (eye to eye contact) และในระยะ 40 นาทีแรกหลังคลอด ทารกมีแรงดูด (suckling) ที่แรงมาก การดูดนมในระยะแรกนี้เป็นการฝึกการใช้ลิ้นของทารก และกระตุ้นร่างกายของมารดา ในการหลั่งฮอร์โมนออกซิโตซิน (oxytocin) เป็นฮอร์โมนที่ได้ชื่อว่าฮอร์โมนแห่งความรัก ช่วยกระตุ้นความเป็นแม่เพิ่มขึ้น ทำให้มารดาสงบ ผ่อนคลาย อารมณ์ดี ทนต่อความเจ็บปวดและเพิ่มความรู้สึกรักลูก และทำให้มารดาดูแลและตอบสนองความต้องการของทารกอย่างเอาใจใส่ใกล้ชิดและทะนุถนอม ในขณะเดียวกันเมื่อทารกดูดนมแม่ ทารกจะได้รับฮอร์โมนออกซิโตซิน (oxytocin) ที่มีอยู่ในน้ำนมมารดา ทำให้ทารกสงบ ช่วยเชื่อมความผูกพันระหว่างมารดาและทารก[8]

เทคนิคการส่งเสริมสายสัมพันธ์แม่-ลูก และการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในห้องคลอด

การดูแลผู้คลอดทุกระยะของการคลอดส่งผลต่อความสำเร็จของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในห้องคลอด เช่น การช่วยเหลือสนับสนุนในระหว่างเจ็บครรภ์และการคลอด การบรรเทาความเจ็บปวดในระยะรอคลอด การงดน้ำงดอาหาร รูปแบบของการคลอด การพยาบาลทารกแรกเกิด เป็นต้น หากมารดาได้รับการดูแลช่วยเหลือและสนับสนุนในเรื่องดังกล่าวอย่างเหมาะสม จะส่งเสริมการคลอดให้ดำเนินไปได้ด้วยดี มารดาและทารกปลอดภัย หลังคลอดไม่มีภาวะแทรกซ้อน ช่วยทำให้การส่งเสริมสายสัมพันธ์แม่-ลูก และการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในห้องคลอดมีประสิทธิภาพ และช่วยให้มารดาเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ยาวนานขึ้น

จากบันได 10 ขั้นสู่ความสำเร็จของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ’ ห้องคลอดเป็นบันไดขั้นที่ 4 โดยเน้นความสำคัญของการให้มารดาได้โอบกอดสัมผัสทารกแบบเนื้อแนบเนื้อ (early skin to skin contact) และการสัมผัสทางตา (eye to eye contact) โดยเร็วที่สุด และช่วยมารดาเริ่มให้ทารกดูดนมภายในครึ่งถึงหนึ่งชั่วโมงหลังคลอด เนื่องจากในระยะ 40 นาทีแรกหลังคลอดมารดาและทารกมีความตื่นตัวและไวต่อการเรียนรู้กันมากที่สุด ซึ่งเป็นโอกาสที่ดีที่สุดในการส่งเสริมให้ทารกดูดนมมารดา การดูดนมในครั้งแรกนี้ไม่ได้มุ่งหวังให้ทารกดูดนมได้ สำเร็จ แต่เน้นให้มารดาได้โอบกอดสัมผัสทารกแบบเนื้อแนบเนื้อและทารกได้ฝึกการอมหัวนมอย่างถูกต้องและถ้าทารกสามารถดูดนมแม่ได้อย่างถูกต้องและได้นานต่อเนื่องข้างละ 15-20 นาที ถือได้ว่าทารกสามารถดูดนมแม่ได้ประสบความสำเร็จในห้องคลอด

ความสำคัญของการสัมผัสแบบเนื้อแนบเนื้อโดยเร็วหลังคลอด (early skin to skin contact) มีดังต่อไปนี้ [3]

- ทารกที่ได้รับการกอดสัมผัสจะเริ่มต้นดูดนมแม่ได้เร็วกว่า และมีระยะเวลาในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่นานกว่า และมีอัตราการดูดนมแม่ประสบความสำเร็จในช่วง 3 เดือนแรกสูงกว่าทารกที่ไม่ได้รับการกอดสัมผัส

- มารดาและทารกสงบ ช่วยให้อัตราการเต้นของหัวใจและการหายใจของทารกสม่ำเสมอ

- ช่วยรักษาความอบอุ่นของร่างกายทารกด้วยไออุ่นจากมารดา จากการศึกษาอุณหภูมิของร่างกายทารกในระยะ 15- 90 นาทีหลังคลอด พบว่าการสัมผัสแบบเนื้อแนบเนื้อทำให้อุณหภูมิของร่างทารกสูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับการสัมผัสแบบเนื้อแนบเนื้อ

- ช่วยให้การเผาผลาญในร่างกายและระดับน้ำตาลในเลือดคงที่

- ช่วยป้องกันการติดเชื้อ การสัมผัสแบบเนื้อแนบเนื้อทำให้ทารกได้สัมผัสกับเชื้อแบคทีเรียที่มีประโยชน์ของมารดาคือ เชื้อนอร์มอลฟลอร่า (normal flora) ซึ่งจะขยายพันธุ์ใน

ทางเดินอาหารและผิวหนังของทารก (colonization) และต่อสู้กับเชื้อแบคทีเรียที่เป็นอันตรายต่อทารก จึงควรให้มารดาเป็นผู้สัมผัสทารกเป็นคนแรกไม่ใช่บุคลากรทางการแพทย์ ซึ่งอาจส่งผลต่อการสร้างภูมิคุ้มกันและการติดเชื้อของทารกได้

- ลดการร้องของทารก พบว่าทารกที่ได้รับการสัมผัสจากมารดาจะร้องน้อยกว่าทารกที่ถูกแยกจากมารดา

- ช่วยส่งเสริมการสร้างสัมพันธภาพระหว่างมารดาและทารก เกิดความรักใคร่ผูกพันกันมากขึ้น ส่งผลให้การทิ้งบุตรลดลง

- กระตุ้นการหลั่งฮอร์โมนออกซิโตซิน (oxytocin) ของมารดา ซึ่งจะทำให้มดลูกหดรัดตัวป้องกันการตกเลือดหลังคลอด กระตุ้นการหลั่งน้ำนม ทำให้มารดารู้สึกผ่อนคลาย สงบ และกระตุ้นสัญชาตญาณความเป็นแม่

ความสำคัญของการช่วยให้มารดาเริ่มให้นมแม่ภายในครึ่งถึงหนึ่งชั่วโมงหลังคลอด มีดังนี้[3]

- ช่วยกระตุ้นให้มารดามีการสร้างและหลั่งน้ำนมเร็วขึ้น เนื่องจากการดูดนมแม่จะช่วยกระตุ้นฮอร์โมนโปรแลคติน(prolactin) ซึ่งเป็นฮอร์โมนที่ช่วยสร้างน้ำนม และฮอร์โมนออกซิโตซิน (oxytocin) ที่ช่วยการหลั่งน้ำนม โดยเฉพาะหัวน้ำนม (colostrum) และยังส่งผลต่อการมีน้ำนมมากเพียงพอสำหรับทารกในระยะต่อมาอีกด้วย

- ช่วยให้ทารกได้รับหัวน้ำนม (colostrum) ที่มีประโยชน์มากมาย เช่น เป็นภูมิคุ้มกันแรกที่ช่วยลดความเสี่ยงจากติดเชื้อและภาวะตัวเหลืองในทารกแรกเกิด ช่วยให้ลำไส้ของทารกแข็งแรงและทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ

- ช่วยให้ทารกได้รับความอบอุ่นจากมารดา นำไปสู่การสร้างความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารก

ประโยชน์ของนมแม่

จะเห็นได้ว่าการส่งเสริมสายสัมพันธ์แม่-ลูก และการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในห้องคลอด มีประโยชน์ต่อทั้งมารดาและทารกเป็นอย่างมาก และเป็นที่ยอมรับกันทั่วโลกว่าน้ำนมแม่เป็นสารอาหารที่ดีที่สุดสำหรับทารก มีประโยชน์ทั้งด้านร่างกาย สมอง สติปัญญา อารมณ์และจิตใจ ทารกจะเติบโตเป็นผู้ใหญ่ที่มีความพร้อมทั้งวุฒิปัญญา (I.Q.- intelligent Quotient) วุฒิอารมณ์ (E.Q.- Emotional Quotient) วุฒิคุณธรรม(M.Q-Moral Quotient) และวุฒิความอดกลั้น อดทน (A.Q.- Adversity Quotient) [8]

ประโยชน์ของนมแม่ต่อทารก

1. มีสารอาหารครบถ้วน สมดุลและพอเหมาะแก่ความต้องการของทารก ไม่ทำให้ทารกเป็นโรคขาดสารอาหารหรือโรคอ้วน

2. ได้รับ ฮอร์โมน เอ็นไซม์ และสารควบคุมการเจริญเติบโตของอวัยวะ (growth factor)ที่จะช่วยในการเจริญของร่างกายและการทำงานของอวัยวะบางระบบ

3. มีภูมิต้านทานสำหรับทารก โดยเฉพาะในหัวน้ำนม (colostrum) ซึ่งเป็นน้ำนมที่ออกครั้งแรก มีลักษณะสีเหลือง ปริมาณไม่มาก แต่มี antibody มากมาย ทั้ง antibacterial, antifungal และ antivirus โดยเฉพาะอย่างยิ่งโรคในระบบทางเดินอาหารและทางเดินหายใจ ช่วยลดโอกาสเสี่ยงในการเกิดโรคหลายชนิด เช่น โรคท้องร่วง ไข้หวัด หูชั้นกลางอักเสบ

4. ลดการเกิดโรคภูมิแพ้ในทารก โดยเฉพาะในครอบครัวที่มีประวัติเป็นโรคภูมิแพ้ ควรให้ทารกได้รับนมแม่อย่างเดียวในระยะ 6 เดือนแรก และลดอัตราการเกิดโรคเบาหวานในเด็ก

5. สามารถให้ทารกดูดได้ตามความต้องการ

6. สะอาดและปลอดภัยสำหรับทารก

ประโยชน์ของการให้นมแม่ต่อมารดา

1. มดลูกหดรัดตัวดีขึ้น ช่วยลดการเสียเลือดจากการคลอด ช่วยขับน้ำคาวปลา และช่วยให้มดลูกเข้าอู่เร็วขึ้น ซึ่งเป็นผลมาจากฮอร์โมนออกซิโตซิน (oxytocin)

2. มารดามีรูปร่างดีขึ้นเพราะได้นำไขมันส่วนเกินมาใช้ในการช่วยสร้างน้ำนม

3. ประหยัดค่าใช้จ่ายในครอบครัว ทั้งค่านมผสมและค่าใช้จ่ายในเรื่องสุขภาพของทารก

4. ลดภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคได้หลายชนิด เช่น มะเร็งเต้านม มะเร็งรังไข่ และโรคกระดูกพรุน

5. ทำให้ระยะการตั้งครรภ์ห่างออกไป โดยเฉพาะอย่างยิ่งในรายที่ให้ทารกกินนมแม่อย่างเดียว ไม่เคยเว้นการให้นมแม่เกิน 5 ชั่วโมงและประจำเดือนยังไม่มา จะป้องกันการตั้งครรภ์ถึงร้อยละ 98 ในระยะหกเดือนแรกหลังคลอด เป็นการวางแผนครอบครัวได้อีกวิธีหนึ่ง

บันได 10 ขั้นสู่ความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ [9]

องค์การอนามัยโลกและองค์การยูนิเซฟ ได้จัดทำโครงการโรงพยาบาลสายสัมพันธ์แม่-ลูก (The Baby Friendly Hospital Initiative – BFHI) ขึ้น โดยกำหนดให้มีการดำเนินงานตามแนวทางปฏิบัติบันได 10 ขั้นสู่ความสำเร็จของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ (Ten steps to successful breastfeeding) เพื่อช่วยให้มารดาสามารถเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือนและเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างต่อเนื่องร่วมกับอาหารตามวัยจนถึง 2 ขวบหรือนานกว่านั้น ประเทศไทยเข้าร่วมดำเนินการโรงพยาบาลสายสัมพันธ์แม่-ลูก ตั้งแต่ปี พ.ศ.2522 สำหรับ โรงพยาบาลศิริราชเข้าร่วมดำเนินการโรงพยาบาล

สายสัมพันธ์แม่-ลูก ตั้งแต่ปี พ.ศ.2536 บันได 10 ขั้นสู่ความสำเร็จของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ คือแนวทางปฏิบัติขั้นพื้นฐานในการดำเนินงานเพื่อสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของโรงพยาบาลสายสัมพันธ์แม่-ลูก ซึ่งมีการสรุปขั้นตอนการปฏิบัติทั้งด้านการสนับสนุนและการให้ความรู้ที่สำคัญไว้ 10 ประการ เพื่อช่วยให้มารดาสามารถเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้สำเร็จดังนี้

1. มีนโยบายการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เป็นลายลักษณ์อักษร ที่สื่อสารกับบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขทุกคน ได้เป็นประจำ (Have a written breastfeeding policy that is routinely)

2. ฝึกอบรมบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขทุกคนให้มีทักษะที่จะนำนโยบายนี้ไปปฏิบัติ (Train all health care staff in skills necessary to compliment this policy)

3. ชี้แจงให้หญิงตั้งครรภ์ทุกคนทราบถึงประโยชน์และวิธีการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ซึ่งจะต้องเริ่มตั้งแต่ขณะมาฝากครรภ์ (Inform all pregnant woman about the benefits and management of breastfeeding)

4.ช่วยแม่เริ่มให้ลูกดูดนมภายในครึ่งชั่วโมงหลังคลอด (Help mothers initiate breastfeeding with in a haft-hour of birth)

5. แสดงให้แม่รู้วิธีเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และวิธีทำให้น้ำนมยังคงมีปริมาณพอเพียงแม้ว่าแม่และลูกจะต้องแยกจากกัน (Show mothers how to breastfeeding and how to maintain lactation even they should be separated from their infants)

6. อย่าให้น้ำ หรือนมผสม หรืออาหารอื่นแก่แรกคลอดนอกจากนมแม่ (Give newborn infants no food or drink after than breast milk, unless medically indicated)

7.ให้แม่และลูกอยู่ในห้องเดียวกันตลอด 24 ชั่วโมง (Practice rooming – in allow mothers and infants to remain together 24 hour a day)

8. สนับสนุนให้ลูกได้ดูดนมแม่ทุกครั้งที่ลูกต้องการ (Encourage breastfeeding on demand)

9. อย่าให้ลูกดูดหัวนมยาง และหัวนมหลอกหรือหัวนมปลอม(Give no artificialteats or pacifiers to breastfeedind infants)

10. ส่งเสริมให้มีการจัดตั้งกลุ่มสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และส่งแม่ไปติดต่อกลุ่มดังกล่าวเมื่อออกจาก โรงพยาบาลหรือคลินิก (Foster the establishment of breastfeeding support groups and mothers to them on discharge from hospital or clinic)

จากบันได 10 ขั้นสู่ความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ อาจจะสรุปได้คือ หัวใจของความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่คือ ดูดเร็ว ดูดบ่อย ดูดถูกวิธี ห้องคลอดเป็นบันไดขั้นที่ 4 คือ

ดูดเร็ว หมายถึงช่วยมารดาให้ทารกเริ่มดูดนมภายในครึ่งชั่วโมงหลังคลอด ซึ่งความสำคัญของการส่งเสริมสายสัมพันธ์แม่-ลูก และการให้ทารกเริ่มดูดนมครั้งแรกในห้องคลอดได้กล่าวมาแล้วข้างต้น บุคลากรในห้องคลอดควรเห็นความสำคัญและมีความรู้อย่างถูกต้องในการช่วยเหลือมารดาและทารกในระยะแรกคลอด

บทบาทของบุคลากรในการช่วยส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในห้องคลอด[3]

- ควรถือว่าการช่วยให้ทารกได้รับการโอบกอดสัมผัสและช่วยให้ทารกได้ดูดนมเป็นงานสำคัญที่จะต้องทำก่อนงานอื่น

- จัดเวลา และบรรยากาศที่เงียบสงบเหมาะสมในการนำทารกมาดูดนม

- ช่วยสร้างความมั่นใจให้กับมารดา โดยให้กำลังใจและชมเชยเมื่อมารดาทำได้ถูกต้อง

- ช่วยมารดาในการเลือกท่าในการให้นมที่สะดวกสบาย

- ประเมินความพร้อมของมารดาและทารก หลีกเลี่ยงการเร่งรีบนำทารกมาดูดนม หรือการพยายามใส่หัวนมเข้าไปในปากทารก ควรให้ทารกดูดนมแม่เมื่อพร้อม และแนะนำมารดาในการให้ทารกอมหัวนม (latch on)ให้ถูกต้อง โดยทำอย่างนุ่มนวลไม่รีบเร่ง

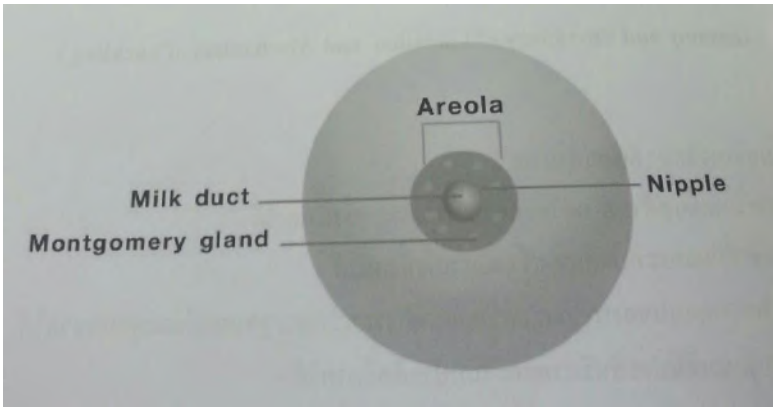
-ชี้ให้มารดาเห็นพฤติกรรมที่ดีของทารก เช่น การตื่นตัว การพยายามค้นหาเต้านมของทารก หากวางทารกบนหน้าท้องหรือบนหน้าอกมารดา ทารกจะคลานเข้าหาเต้านมด้วยตนเอง (breast crawl) และช่วยให้มารดาได้เรียนรู้สื่อสัญญาณที่แสดงว่าทารกหิว (feeding cues) เพื่อที่มารดาสามารถให้นมแก่ทารกได้ตามความต้องการของทารก โดยทั่วไปสื่อสัญญาณที่แสดงว่าทารกหิวในครั้งแรกจะเป็นรูปแบบที่ชัดเจน เช่น การใส่มือในปาก การดูด การแลบลิ้น การยกศีรษะมองไปรอบๆ การเคลื่อนตัวเข้าหาเต้านม การเลียเต้านม การอ้าปากกว้างเพื่องับและอมหัวนม เป็นต้น

การช่วยให้ทารกดูดนมแม่ในครั้งแรกนี้ บุคลากรควรเน้นให้มารดาเอาหัวนมให้ทารกอมหัวนม (latch on)ให้ถูกต้อง พร้อมกับให้กำลังใจมารดาให้มีความมั่นใจในการให้ทารกดูดนม มารดาส่วนมากโดยเฉพาะมารดาครรภ์แรก ไม่มีความมั่นใจ จะใช้เวลานานในการเอาหัวนมเข้าปากทารก การที่ทารกอมหัวนมได้อย่างถูกต้องจะช่วยให้ทารกดูดได้หัวน้ำนม (colostrum) ที่มีอยู่จำนวนน้อยออกมา การนำทารกมาดูดนมมารดาในครั้งแรกควรจะประเมินความพร้อมของมารดาและทารก มารดาและทารกต้องไม่ภาวะแทรกซ้อนหลังคลอด มารดามีความต้องการที่จะให้นมบุตร

ส่วนประกอบโครงสร้างและกลไกการทำงานของเต้านม

กายวิภาคของเต้านม หัวนมและลานหัวนม

เต้านมประกอบด้วยโครงสร้างที่สำคัญดังนี้[10]



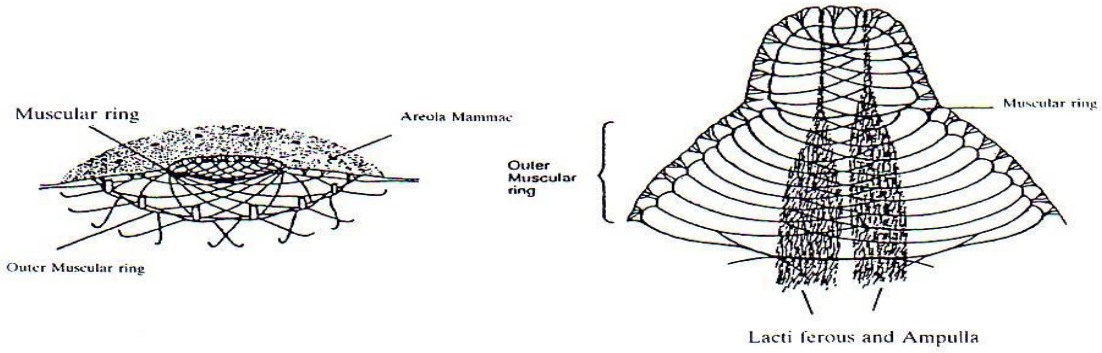
รูปภาพที่ 1 ลักษณะภายนอกของเต้านม

หัวนม (Nipple) หัวนมจะมีรูปร่างคล้ายกรวยเล็กๆ มีสีชมพูหรือน้ำตาล ความยาวประมาณ 1 เซนติเมตร ความกว้างประมาณ 1.3-1.75 เซนติเมตร อยู่ส่วนปลายสุดของเต้านม หัวนมจะมีขนาดเล็กใหญ่ไม่เท่ากัน มีลักษณะนุ่มและยืดหยุ่นสามารถลู่ไปตามรูปและขนาดของปากทารก ฉะนั้นมารดาที่มีหัวนมขนาดใหญ่มากๆ ทารกก็สามารถอมหัวนมได้ ภายในหัวนมจะมีท่อน้ำนม (lactiferous duct) ซึ่งแต่เดิมเชื่อว่ามีประมาณ 15-20 ท่อ แต่ปัจจุบันจากการศึกษาโดยใช้อุลตร้าซาวด์พบว่ามีท่อน้ำนมเปิดข้างละประมาณ 5-18 ท่อ [11]

ลานหัวนม (Areola) คือบริเวณผิวหนังสีคล้ำอาจมีสีชมพูหรือน้ำตาลเป็นวงกลมล้อมรอบหัวนม รัศมีวัดจากหัวนมขนาดประมาณ 2.2-3.3 ซม.(Ramsay, et al., 2005) เมื่อตั้งครรภ์สีของลานหัวนมจะเข้มขึ้นและผิวของลานหัวนมจะมีตุ่มนูนเป็นทางเปิดของต่อมไขมันเรียกว่า montgomery's tubercle ทำหน้าที่สร้างไขมันมาเคลือบหัวนมและลานหัวนมไม่ให้แห้งและแตกง่าย ใต้ลานหัวนมมีท่อน้ำนมใหญ่เรียกว่า large duct ขนาดเส้นผ่าศูนย์กลาง 1.0 - 4.4 มิลลิเมตร จำนวนประมาณ 6 -18 ท่อ ทอดอยู่คล้ายรัศมีรอบลานหัวนม ลักษณะของท่อจะอยู่ตื้น ขยายได้เมื่อมีน้ำนมไหลผ่านและง่ายต่อการกดด้วยเหงือกของทารก ทำหน้าที่เป็นทางผ่านของน้ำนมเข้าสู่ท่อน้ำนมในหัวนมขณะที่ทารกดูดนม[11]

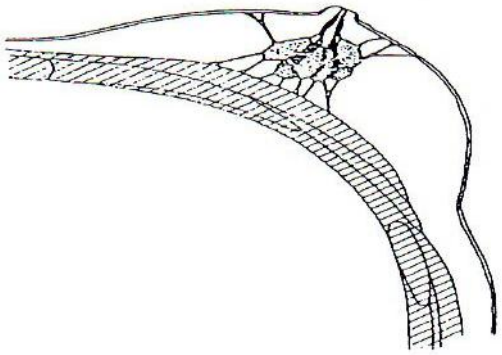
ในชั้นผิวหนังของหัวนมและลานหัวนม มีกล้ามเนื้อเรียบเรียงประสานกันเป็นรัศมีออกไปจากหัวนมจำนวน 3 ชั้น ระหว่างชั้นของกล้ามเนื้อเต็มไปด้วยปลายประสาทสัมผัสและเส้นเลือด

โดยปกติหัวนมและลานหัวนมจะมีลักษณะยืดหยุ่น (protractility) สามารถยืดขยายได้เมื่อทารกดูดนม ทำให้ทารกสามารถดูดหัวนมและลานหัวนมได้ลึก ลิ้นจะไล้อยู่บริเวณใต้ลานหัวนมในขณะที่เหงือกจะกดอยู่ที่ลานหัวนมซึ่งภายในเป็นท่อน้ำนมใหญ่ ทำให้สามารถบีบน้ำนมให้ไหลผ่านท่อน้ำนมเข้าปากทารกได้ แต่ถ้าทารกดูดนมได้ไม่ลึกพอ คืออมเฉพาะบริเวณหัวนม เหงือกและลิ้นจะกดและถูไถบริเวณหัวนม ทำให้มารดารู้สึกเจ็บและหัวนมแตกเป็นแผลได้

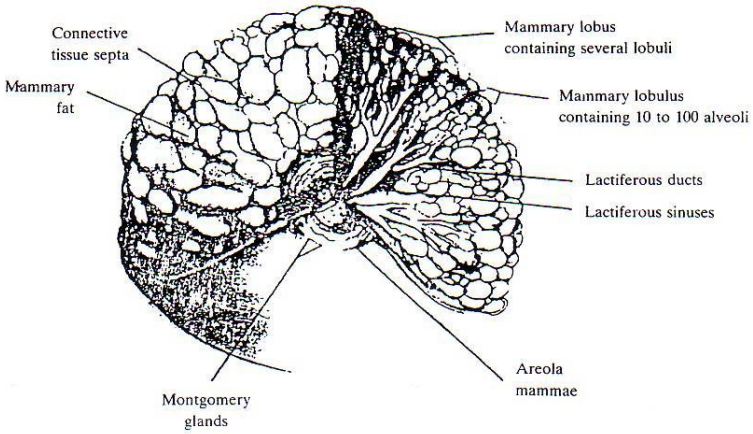


รูปภาพที่ 2 การเรียงตัวของ smooth muscle ที่ผิวหนังบริเวณหัวนมและลานหัวนม[12] เมื่อ smooth muscle หดตัวจะทำ ให้หัวนมยื่นนูนขึ้นและมีขนาดเล็กลง

เต้านม (Corpus mamae) ขณะตั้งครรภ์มีการเพิ่มจำนวนต่อมน้ำนมและท่อน้ำนมเพื่อเตรียมพร้อมสำหรับการสร้างน้ำนม เป็นเหตุให้เต้านมมีขนาดใหญ่และหนักขึ้น โดยปกติไม่ได้ตั้งครรภ์หนักประมาณ 200 กรัม ระหว่างตั้งครรภ์และใกล้คลอดจะหนักประมาณ 400-600 กรัม และระหว่างให้นมลูกอาจจะหนักถึง 600-800 กรัม ภายในเต้านมเป็นเนื้อเยื่อที่ประกอบด้วยท่อน้ำนม (duct) ต่อมน้ำนม (alveoli) และเนื้อเยื่อไขมัน (adipose tissue) ท่อน้ำนมมีการแตกแขนงเป็นฝอยคล้ายกิ่งของต้นไม้รอบเต้านม ส่วนปลายพองออกคล้ายกระเปาะ เรียกว่าต่อมน้ำนม (alveoli) ใต้ลานหัวนมเป็นท่อน้ำนมใหญ่ที่ขยายตัวได้เมื่อมีน้ำนมไหลผ่านขณะที่ทารกดูดนม นอกจากนี้ยังพบว่าเนื้อเยื่อเต้านมและเนื้อเยื่อไขมันจะยึดกันด้วยเนื้อเยื่อเกี่ยวพัน (connective tissue) เนื้อเยื่อเกี่ยวพันนี้จะเกาะยึดเป็นใยแข็งเรียกว่า cooper's ligament ช่วยพยุงให้เต้านมคงรูปอยู่ได้ หาก ligament นี้ถูกยืดมากๆ เป็นเวลานานจากน้ำหนักของเต้านมที่เพิ่มขึ้น ligament จะเสียความยืดหยุ่นทำให้เต้านมหย่อนยานได้ (รูปภาพที่ 3 และ 4)

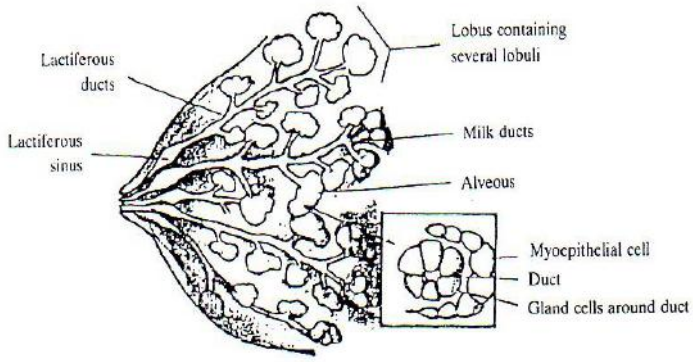


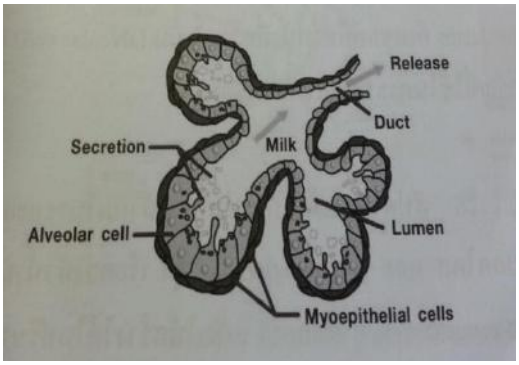
รูปภาพที่ 3 แสดง cooper ' s ligament[12]



รูปภาพที่ 4 เต้านมที่แสดงให้เห็นถึง mammary fat และ duct system[12]

ต่อมน้ำนมมีเยื่อบุ 2 ชั้น ชั้นในเรียกว่า alveolar cell ทำหน้าที่สร้างน้ำนมโดยอาศัยการกระตุ้นจากฮอร์โมน prolactin เก็บไว้ภายในกระเปาะ ส่วนชั้นนอกเป็นเซลกล้ามเนื้อเรียงตัวประสานรอบต่อมน้ำนมคล้ายตะกร้า เรียกว่า myoepithelial cell ซึ่งจะหดตัวเมื่อได้รับฮอร์โมน oxytocin บีบไล่น้ำนมจากกระเปาะลงสู่ ductules จากนั้นไหลไปรวมที่ท่อน้ำนมผ่านไปยัง large duct และเมื่อทารกดูดนมเหงือกกดบริเวณลานหัวนม จะทำให้น้ำนมไหลออกทางปลายเปิดของท่อน้ำนมที่หัวนม





รูปภาพที่ 5 แสดงต่อมและท่อน้ำนม และ cross section แสดง myoepithelial cell และ glandular cells[12]

รูปร่างและขนาดของเต้านมขึ้นกับปริมาณไขมัน ซึ่งช่วยพยุงและรองรับการทอดผ่านของท่อน้ำนมภายในเต้านม ดังนั้นขนาดของเต้านมไม่มีผลต่อการสร้างน้ำนม[10] ท่อน้ำนมและต่อมน้ำนมจะมีปริมาณที่แตกต่างกัน จะมีปริมาณมากที่สุดในวัยเจริญพันธุ์ และจะมีการเจริญเติบโตสมบูรณ์เต็มที่พร้อมที่จะทำหน้าที่สร้างน้ำนมในขณะตั้งครรภ์และให้นมลูกเท่านั้น มารดาทุกคนสามารถจะเลี้ยงลูกด้วยนมตนเองได้สำเร็จ ถ้ามีความต้องการและปฏิบัติอย่างถูกวิธี ซึ่งจะทำให้มีน้ำนมมากเพียงพอต่อความต้องการของลูก[13]

การเปลี่ยนแปลงของเต้านมในระยะตั้งครรภ์และหลังคลอด[10]

เมื่อตั้งครรภ์จะมีการเปลี่ยนแปลงของเต้านมเพื่อเตรียมพร้อมในการสร้างน้ำนม การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวมีหลายระยะดังนี้

Mammogenesis

เมื่อเริ่มตั้งครรภ์ ฮอร์โมนจากรกและรังไข่จะกระตุ้นให้เต้านมมีความพร้อมในการสร้างและหลั่งน้ำนม ฮอร์โมนดังกล่าวได้แก่ estrogen, progesterone, human placental lactogen และ human chorionic somatomamotropin โดย estrogen จะกระตุ้นให้ต่อมใต้สมอง (pituitary giand) สร้าง prolactin ซึ่งเป็นฮอร์โมนที่ช่วยในการสร้างน้ำนม ในขณะเดียวกัน estrogen, progesterone, human placental lactogen จะยับยั้งการหลั่งฮอร์โมนที่ทำหน้าที่ยับยั้งการสร้าง prolactin คือ prolactin inhibiting factor (PIF) จาก hypothalamas ทำให้มีการสร้าง prolactin เพิ่มขึ้น prolactin

จะกระตุ้นให้ท่อน้ำนมและต่อมน้ำนมเจริญมากขึ้นและมีการเปลี่ยนแปลงเพื่อเตรียมสร้างน้ำนมต่อไป แต่เนื่องจากในระยะตั้งครรภ์มี estrogen และ progesterone ในระดับสูงมาก จึงยับยั้งกระบวนการสร้างน้ำนมไว้ โดย estrogen จะยับยั้งการจับของฮอร์โมน prolactin กับ alveolar cell และ progesterone จะยับยั้งการสร้างโปรตีนสำคัญที่ใช้ในกระบวนการสร้างน้ำนม ซึ่งแบ่งเป็นระยะดังนี้

Lactogenesis I

เมื่อตั้งครรภ์ประมาณ 28 สัปดาห์ เต้านมจะเริ่มสร้างน้ำนมในระยะแรก เป็นน้ำนมที่มีส่วนประกอบของโปรตีน แลคโตส และ Immunoglobulin สูง เรียกว่าหัวน้ำนม (colostrum) แต่เนื่องจากมีระดับ estrogen และ progesterone สูง จึงทำให้สร้างได้ปริมาณน้อย

Lactogenesis II

ภายหลังคลอดระดับฮอร์โมน estrogen และ progesterone จะลดลงอย่างรวดเร็วจากการที่รกลอกตัว และมีเลือดไหลเวียนในเต้านมเพิ่มขึ้น ในขณะเดียวกันต่อมใต้สมอง(pituitary giand) สร้าง prolactin เพิ่มขึ้น ทำให้มีการสร้างน้ำนม การสร้างน้ำนมขึ้นกับระดับฮอร์โมน prolactin ซึ่งจะสูงขึ้นจากการดูดนมของทารก และระดับฮอร์โมน prolactin ที่เพิ่มขึ้น จะกระตุ้นให้มีการสร้างน้ำนมอย่างต่อเนื่อง ระยะนี้ใช้เวลาประมาณ 3-4 วัน

Lactogenesis III

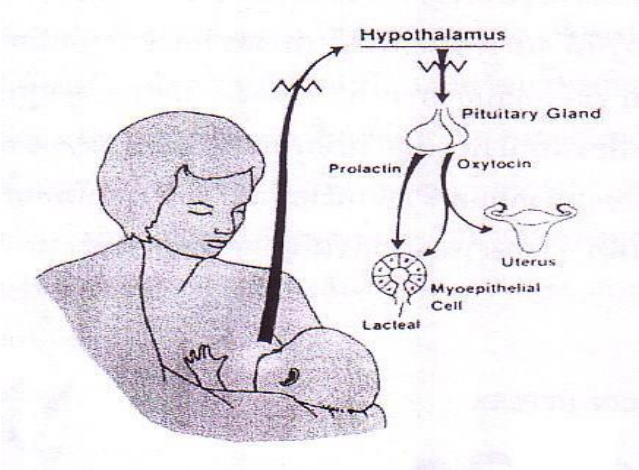
ภายหลังคลอดเมื่อมารดาให้ทารกดูดนมอย่างสม่ำเสมอ ประมาณ 10 วัน เต้านมจะมีการสร้างน้ำนมแท้ (mature milk) หลังจาก 4 สัปดาห์ของการให้นมแม่ การควบคุมการสร้างน้ำนมจะปรับตามการดูดของทารก ถ้าทารกดูดนมมารดามากน้ำนมจะสร้างมาก หากดูดนมมารดาน้อยจะสร้างน้ำนมน้อย ถ้าไม่ดูดน้ำนมจะแห้งไป

กลไกการสร้างและการหลั่งน้ำนม

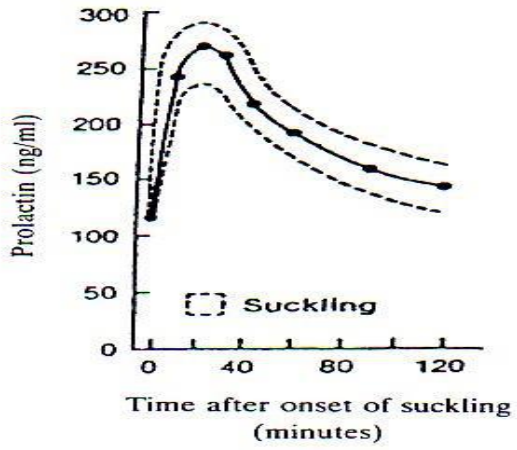
เมื่อทารกดูดนม (suckling) จะกระตุ้นปลายประสาทที่หัวนมและลานหัวนมส่งกระแสประสาทไปตามไขสันหลังสู่สมอง กระตุ้น hypothalamus ทำให้เกิดผลต่อร่างกายมารดา 2 ประการ

1. Anterior lobe ของ pituitary gland หลั่ง prolactin เข้าสู่กระแสเลือดซึ่งจะไหลผ่านไปยังเต้านมไปกระตุ้น alveolar cells ให้สร้างน้ำนม (prolactin reflex) prolactin จะสูงขึ้นอย่างรวดเร็วและพบว่าระดับ prolactin ในเลือดจะสูงมากประมาณ 30 นาทีหลังหยุดให้ทารกดูดนม มีผลกระตุ้นเต้านมให้สร้างน้ำนมในมื้อต่อไป ปริมาณ prolactin จะถูกสร้างในเวลากลางคืนมากกว่า เพระฉะนั้นการให้ทารกดูดนมในเวลากลางคืน จะช่วยให้มีการสร้างน้ำนมได้มากกว่าเวลากลางวัน พบว่าถ้าทารกดูดนมน้อย เต้านมก็สร้างน้ำนมน้อย ถ้าดูดนมมากเต้านมก็จะสร้างน้ำนมมาก

หรือถ้าหยุดดูดนมเต้านมก็จะหยุดสร้างน้ำนมไม่นานหลังจากนั้น มารดาส่วนใหญ่สามารถสร้างน้ำนมได้มากกว่าที่ทารกต้องการ และได้มากเพียงพอสำหรับทารกอย่างน้อย 2 คน ขึ้นอยู่กับความแรงที่กระตุ้นที่หัวนม พบว่าระดับ prolactin จะสูงขึ้นเป็น 2 เท่าในมารดาที่คลอดลูกแฝดและให้ทารกดูดนมพร้อมๆ กัน 2 เต้า[13]

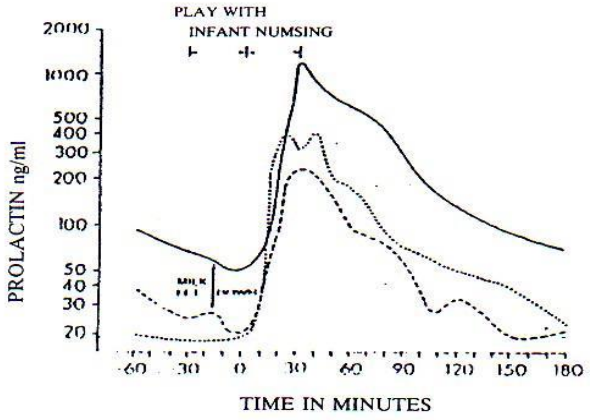


รูปภาพที่ 6 แสดงผลการดูดนมของทารกทำให้เกิด prolactin และ oxytocin reflex[13]



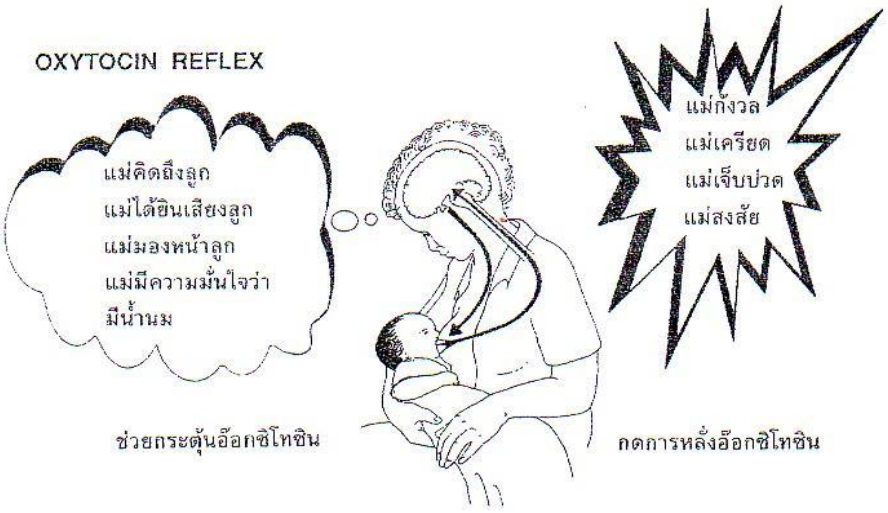
รูปภาพที่ 7 แสดง plasma prolactin ในระยะก่อน ระหว่าง และหลังให้นมทารกในมารดา[12] หลังคลอด

การหลั่ง prolactin จะไม่เกี่ยวข้องกับประสาทสัมผัสต่างๆ prolactin จะสูงขึ้นทันทีที่ทารกดูดนม แต่จะไม่สูงขึ้นขณะสัมผัสหรือเล่นกับลูก และระดับ prolactin จะขึ้นสูงสุดหลังทารกหยุดดูดนม 30 นาที ระดับฮอร์โมนในเลือดจะค่อยๆ ลดลงจนถึง baseline ประมาณ 3 ชั่วโมงหลังหยุดดูดนม ดังนั้นเพื่อให้มีฮอร์โมนในเลือดสูงตลอดเวลา ต้องให้ทารกดูดนมบ่อยๆ และสม่ำเสมอ เพื่อให้เต้านมมีการสร้างน้ำนมเพิ่มขึ้นตลอดเวลา



รูปภาพที่ 8 ระดับ prolactin จะสูงขึ้นเมื่อทารกดูดนม แต่จะไม่สูงขึ้นขณะสัมผัสกับทารก[12]

Posterior lobe ของ pituitary gland หลั่ง oxytocin เข้าสู่กระแสเลือด กระตุ้น myoeplthelial cells ให้หดตัว บีบน้ำนมจากทุกๆ alveoli ไหลผ่านท่อน้ำนมออกมา (milk ejection reflex หรือ oxytocin reflex) การหลั่ง oxytocin ยังขึ้นกับการกระตุ้นและการยับยั้งโดยประสาทสัมผัสทั้ง 5 เมื่อได้ยินเสียงทารกร้องหรือมองเห็นทารก จะเกิดการกระตุ้นให้มีการหลั่ง oxytocin ทำให้น้ำนมไหลได้ หรือในทางตรงกันข้าม เมื่อมีความเจ็บปวด ความกังวลต่างๆ การขาดความเชื่อมั่น จะมีผลยับยั้งการหลั่ง oxytocin แม้ทารกจะดูดถูกวิธีก็ตาม มีผลทำให้ทารกได้น้ำนมไม่เพียงพอ น้ำหนักไม่ขึ้น นอกจากนั้น oxytocin ยังกระตุ้นให้มดลูกหดรัดตัว ทำให้ป้องกันการตกเลือดหลังคลอด ช่วยขับน้ำคาวปลาและทำให้มดลูกเข้าอู่ได้ดีขึ้น มารดาจะรู้สึกปวดท้องน้อยเป็นพักๆ (after pain) เวลาให้ทารกดูดนมในสัปดาห์แรก[13]



รูปภาพที่ 9 แสดงผลของประสาทสัมผัสต่างๆ ต่อ oxytocin reflex[13]

กลไกการดูดนมมารดา (machanism of suckling)

การดูดนมของทารก (suckling) เริ่มต้นจากการอมหัวนมอย่างถูกต้องและ reflex ต่างๆที่มีมาตั้งแต่เกิด คือ rooting reflex, sucking reflex และ swallowing reflex

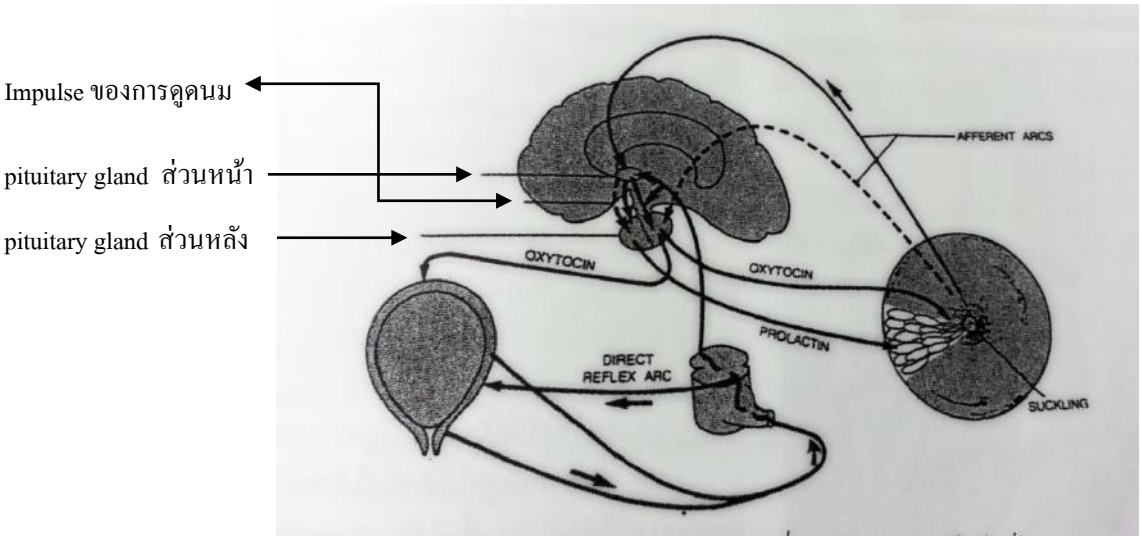
1. Rooting reflex เป็นรีเฟล็กซ์ที่ช่วยให้ทารกอมหัวนมได้ถูกต้อง การกระตุ้นโดยใช้นิ้วมือหรือของนิ่มๆ แตะที่ริมฝีปากหรือแก้มเบาๆ ทารกจะหันหน้าไปทางนั้น และอ้าปากเหมือนพยายามดูดนม รีเฟล็กซ์นี้จะหายไปเมื่อทารกอายุได้ 3-4 เดือน

2. Sucking reflex เป็นรีเฟล็กซ์ของการอยู่รอด จะเกิดขึ้นตั้งแต่แรกเกิดจนอายุ 4-6 เดือน ทารกจะดูดนมเมื่อมีการกระตุ้นที่เพดานปาก (plalate) โดยหัวนมหรือนิ้วมือ ทารกจะดูดโดยอัตโนมัติ

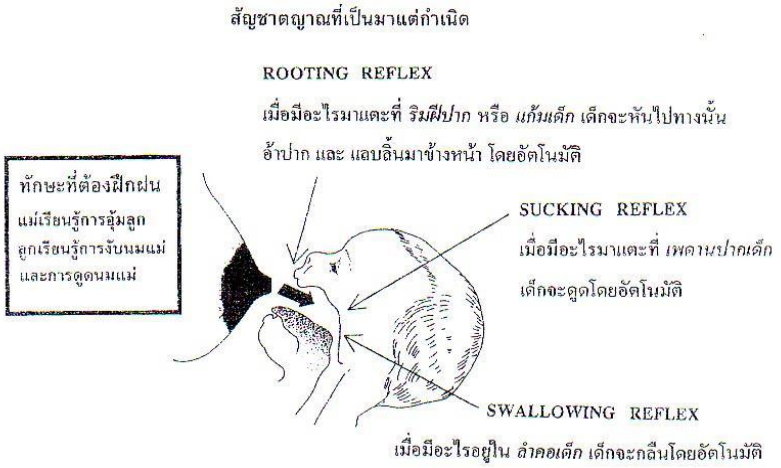
3. Swallowing reflex การกลืนเป็นการทำงานร่วมกันระหว่างศูนย์กลางของระบบประสาทและกล้ามเนื้อในปากได้แก่ คอหอย (pharynx) กล่องเสียง (larynx) และหลอดอาหาร (esophagus) การกลืนเป็นกลไกซึ่งนำอาหารจากภายนอกสู่ระบบทางเดินอาหารเพื่อการมีชีวิตรอดของทารก[14]

การดูดนมของทารกจะใช้ลิ้นและเพดานปากเป็นส่วนสำคัญ โดยมีกลไกดังนี้ เมื่อหัวนมแตะที่ปากทารกจะมี rooting reflex ทำให้ทารกอ้าปากและลิ้นจะเคลื่อนออกมา เมื่อทารกอ้าปากกว้าง มารดาจะประคองเต้านมเพื่อเอานมใส่ปากทารก โดยให้ทารกอมหัวนมจนถึงลานหัวนม และเหงือกของทารกจะงับอยู่บนลานหัวนม ขณะที่หัวนมสัมผัสกับเพดานปาก ทารกจะดูด (sucking reflex) ลักษณะการดูดทารกจะกดหัวนมและลานหัวนมกับเพดานปาก ขณะดูดจะเกิดการเคลื่อนไหวของลิ้น โดยมีการหดตัวของกล้ามเนื้อจากปลายสู่โคนลิ้น เพื่อรีดน้ำนมจาก lactiferous sinus ทารกจะดูดและกลืน (swallowing reflex) เมื่อน้ำนมเข้าไปในปาก ขณะทารกดูดนมจะมีการกระตุ้นปลายประสาทที่หัวนมและลานหัวนม โดยส่งกระแส (impulse) ผ่านไขสันหลัง

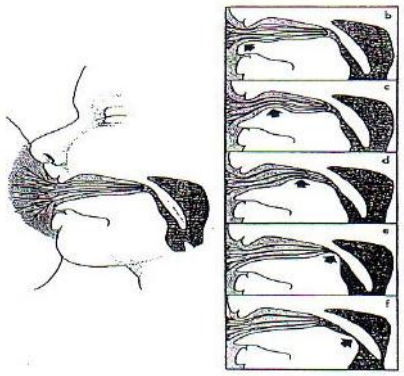
(spinal cord) ไปยังสมองส่วน hypothalamus จากนั้นจะกระตุ้นต่อมใต้สมอง (pituitary gland) ส่วนหน้าทำให้หลั่งฮอร์โมนโปรแลคติน (prolactin) และส่วนหลังทำให้หลั่งฮอร์โมนออกซิโตซิน (oxytocin) ออกมา[15] ดังรูปภาพที่ 10 และ 11



รูปภาพที่ 10 กลไกการหลั่ง prolactin และ oxytocin[12]



ภาพที่ 11 แสดง reflexes ต่างๆของทารกที่เกี่ยวข้องกับการดูดนม[13]



รูปภาพที 12 แสดง peristaltic wave ของลิ้น[13]

ขณะทารกดูดนมจะเกิดคลื่นของลิ้นจากการหดตัวของกล้ามเนื้อเริ่มจากปลายไปสู่โคนลิ้น ดังภาพ คลื่นที่ปลายลิ้นจะกด lactiferous sinus กับเพดานปากไล่น้ำนมส่วนนั้นให้ไหลผ่าน duct และเมื่อคลื่นของลิ้นเลื่อนไปสู่โคนลิ้นจะค่อยๆ รีดน้ำนมจาก sinus ให้ไหลลงสู่ปากทารก ในเวลาเดียวกันก็กระตุ้น oxytocin reflex ช่วยให้น้ำนมจาก alveoli ถูกขับออกมายัง lactiferous sinus ในจังหวะที่ทารกขยับเหงือกขึ้นและเมื่อเหงือกงับลงมา คลื่นของลิ้นจะรีดน้ำนมจาก sinus เข้าสู่ปากทารกอีกทีหนึ่ง จะเห็นว่ากลไกการดูดนมขวดจะแตกต่างจากการดูดนมแม่โดยสิ้นเชิง ในการดูดนมขวดทารกจะใช้เหงือกกัดหัวนมยางเพื่อชลอการไหลของน้ำนม ถ้ารูที่จุกยางใหญ่น้ำนมออกมาก การดูดจะง่ายกว่าการดูดนมแม่ ทำให้ลูกติดขวดนม (nipple confusion) และไม่ยอมดูดนมแม่ นอกจากนี้ทารกอาจใช้ลิ้นอุดรูที่จุกยางเพื่อชลอการไหลของน้ำนม ทำให้ทารกติดกระดกลิ้นไว้ด้านหลังปากและไม่ยื่นลิ้นออกมาเวลาดูดนมแม่ จึงเป็นสิ่งสำคัญมากที่ไม่ควรให้ทารกดูดนมขวด ถ้าทารกดูดนมแม่ไม่ได้ ควรให้ดื่มนมจากแก้วแทน[13]

ปัจจัยที่ส่งผลต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในห้องคลอด[3]

ความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในห้องคลอดหมายถึงทารกแรกเกิดสามารถดูดนมแม่ครั้งแรกได้อย่างต่อเนื่องนานข้างละอย่างน้อย 15-20 นาที (early suckling) การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในห้องคลอดจะประสบความสำเร็จได้นั้น มารดาและทารกต้องไม่มีภาวะแทรกซ้อนหลังคลอด มารดาไม่มีข้อห้าม เช่นมีภาวะแทรกซ้อนทางอายุรกรรม เช่น เป็นโรคความดันโลหิตสูง เป็นโรคหัวใจ หรือมีข้อห้ามทางสูติกรรมเช่น ตกเลือดหลังคลอด เป็นต้น ทารกต้องแข็งแรง มี APGAR score นาทีที่ 1 มากกว่าหรือเท่ากับ 7 นาทีที่ 5 มากกว่าหรือเท่ากับ 9 มารดาที่ผ่านการคลอดแบบราบรื่น ไม่ทุกข์ทรมานและชอกช้ำมาก จะส่งผลให้เกิดความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในห้องคลอด แต่ยังมีปัจจัยอื่นที่ส่งผลต่อการดูดนมแม่ได้สำเร็จหรือไม่คือ

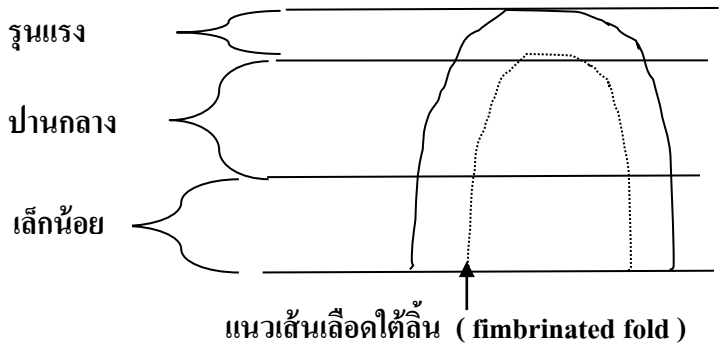
ปัจจัยด้านมารดา

1.1 การได้รับการแก้ไขหัวนมและลานหัวนมของมารดา ในรายที่มีหัวนมและลานหัวนมผิดปกติ มารดาที่มีหัวนมปกติคือต้องมีหัวนมยาวมากกว่าหรือเท่ากับ 7.0 มิลลิเมตร[16]

1.2 การได้รับยาแก้ปวดในระยะที่หนึ่งของการคลอด ยาแก้ปวดที่นิยมใช้ในห้องคลอด คือการให้ยาเพ็ททิดีนทางหลอดเลือดดำ ฤทธิ์ของยาจะทำให้มารดาสะลึมสะลือและง่วงนอน ทารกจะซึมและหลับไม่ยอมดูดนม มีพฤติกรรมตอบสนองต่อสิ่งเร้า รีเฟล็กซ์และความตื่นตัวไม่ดี ยาเพ็ททิดีนสามารถผ่านรกไปสู่ทารกได้ และผ่านไปสู่ระบบประสาทส่วนกลาง โดยจะไปจับกับ opioid recepters ทำให้การส่งกระแสประสาทระหว่างเซลล์ลดลง ทำให้การควบคุมระบบการทำงานต่างๆ มีผลกระทบ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในทารกแรกเกิดจะได้รับผลกระทบมากเนื่องจากมีความสามารถในการขับสารพิษออกจากร่างกายได้น้อยกว่าผู้ใหญ่ [17] ทารกไม่สามารถดูดนมแม่ได้สำเร็จในห้องคลอด จะเห็นได้ว่ายาเพ็ททิดีนส่งผลต่อการส่งเสริม bonding และ early suckling ในห้องคลอด การคลอดโดยไม่ใช้ยาแก้ปวดจะเป็นสิ่งที่ดีที่สุด

ปัจจัยด้านทารก

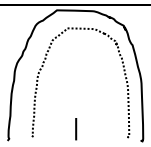
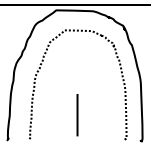
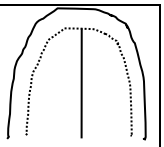
สำหรับทารกแรกเกิด ภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงเช่นมีปากแหว่งและ/หรือเพดานโหว่ เป็นปัจจัยที่สำคัญต่อความสำเร็จของการดูดนมของทารก เนื่องจากทารกไม่สามารถดูดนมแม่ได้ ซึ่งต้องได้รับการแก้ไขจากกุมารแพทย์และศัลยแพทย์ จะไม่กล่าวในที่นี้ แต่ในทารกปกติ ภาวะพังผืดใต้ลิ้นเป็นปัจจัยหนึ่งของความสำเร็จของการดูดนมแม่ครั้งแรกในห้องคลอด เพราะการดูดนมของทารก (suckling) ทารกต้องสามารถยื่นลิ้นออกมารีดนมตั้งแต่ ลานหัวนมและหัวนม เพื่อรีดนมจาก milk sinus บริเวณลานหัวนมกลับเข้าไปในปาก หากทารกมีปัญหาเรื่องลิ้นที่ไม่สามารถยื่นออกมาได้ ซึ่งความรุนแรงของปัญหาขึ้นอยู่กับลักษณะของพังผืดใต้ลิ้น การแบ่งลักษณะความรุนแรงจะแบ่งเป็น 3 ระดับ คือ เล็กน้อย ปานกลาง และรุนแรง โดยดูจากตำแหน่งสิ้นสุดของพังผืดที่มาเกาะด้านใต้ลิ้น ระดับรุนแรงคือ ทารกที่มีพังผืดใต้ลิ้นที่ปลายพังผืดยึดเกาะตั้งแต่แนวเส้นเลือดใต้ลิ้น (fimbrinated fold) ขึ้นมาทางปลายลิ้น ระดับปานกลางคือถ้าแบ่งพื้นที่ใต้ลิ้นที่ต่ำกว่า fimbrinated fold ออกเป็นสองส่วน ปลายพังผืดเกาะที่ครึ่งบนค่อนไปทางปลายลิ้น ถ้าปลายพังผืดเกาะครึ่งล่างค่อนมาทางโคนลิ้นจะเป็นระดับเล็กน้อย [18]



รูปภาพที่ 13 แสดงลักษณะพังผืดใต้ลิ้น [18]

การประเมินภาวะพังผืดใต้ลิ้นจะสังเกตเห็นได้ขณะทารกร้อง หรือใช้ไม้พันสำลีเขี่ยใต้ลิ้นให้ลิ้นกระดกขึ้น โดยใช้แนวเส้นเลือดใต้ลิ้น (Fimbrinate fold) เป็นจุดสังเกต การประเมินจะต้องประเมินก่อนนำทารกไปดูดนมแม่ ความยืดหยุ่นของพังผืดเป็นอีกหนึ่งปัจจัย ถึงแม้ทารกจะมีพังผืดชนิดรุนแรง แต่ถ้าพังผืดมีลักษณะบางยืดหยุ่นได้ดี ทารกสามารถยื่นลิ้นออกมาได้ ทารกก็สามารถดูดนมแม่ได้ ในรายที่มีพังผืดหนาไม่มีความยืดหยุ่น ทารกไม่สามารถยื่นลิ้นออกมาได้ ทารกอาจต้องได้รับการช่วยเหลือโดยการตัดพังผืดใต้ลิ้น (frenulotomy) ซึ่งกระบวนการนี้จะประเมินที่หน่วยหลังคลอด โดยใช้ STT score (Siriraj Tongue Tie score) โดยจะประเมินจากความรุนแรงของพังผืด ลักษณะของหัวนม ความรู้สึกของมารดาขณะทารกดูดนมว่า มีลิ้นมาเลียถึงลานหัวนมหรือหัวนม การประเมินทารกจากห้องคลอดได้ถูกต้องและครอบคลุมและมีการส่งต่อข้อมูลกับหน่วยหลังคลอดได้ครบถ้วน ทารกได้รับการแก้ไขอย่างรวดเร็ว จะส่งผลให้การดูดนมของทารกประสบความสำเร็จ

ตารางที่ 1 แบบประเมิน Siriraj Tongue Tie score [18]

Tongue	**Frenulum**	**3**  **mild**	**2**  **moderate**	**1**  **severe**
NIPPLE	**Function**	**3** **protraction**	**2** **retraction**	**1** **inversion**
	Sensation	**4 Tongue at areora**	**2 Tongue at nipple**	**0 No Latch on**

ยืดหยุ่นดี

ยืดหยุ่นไม่ดี

รูปภาพที่ 14 แสดงระดับความยืดหยุ่นของพังผืดใต้ลิ้น[18]

ปกติ (ไม่มี)

เล็กน้อย

ปานกลาง

รุนแรง

รูปภาพที่ 15 แสดงระดับความรุนแรงของพังผืดใต้ลิ้น[18]

บทที่ 3
กระบวนการพยาบาลเพื่อส่งเสริมสัมพันธภาพแม่-ลูก (bonding) และการช่วยให้ลูกดูดนมแม่ในห้องคลอด (early suckling)

วัตถุประสงค์ 1. เพื่อเตรียมความพร้อมทั้งด้านร่างกายและจิตใจของมารดาสำหรับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในระยะ 2 ชั่วโมงแรกหลังคลอด
2. เพื่อกระตุ้นการสร้างน้ำนมให้กับมารดา

การแก้ไขหัวนมและลานหัวนมของมารดา

การส่งเสริมสัมพันธภาพแม่-ลูก และการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในห้องคลอดจะประสบความสำเร็จได้นั้นมารดาต้องได้รับการส่งเสริม สนับสนุนในเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ตั้งแต่ในระยะแรกของการตั้งครรภ์จากหน่วยฝากครรภ์ เพราะการให้ความรู้ คำแนะนำที่ถูกต้องในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่จะทำให้มารดามีทัศนคติที่ดีตระหนักถึงความสำคัญ เกิดความมั่นใจและวางแผนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้อย่างเหมาะสม มารดาที่มีปัญหาหัวนมและลานหัวนมผิดปกติและได้รับการแก้ไขปัญหาตั้งแต่หน่วยฝากครรภ์ จะส่งผลให้การช่วยให้ทารกดูดนมในครั้งแรกในห้องคลอดมีประสิทธิภาพสูงสุด

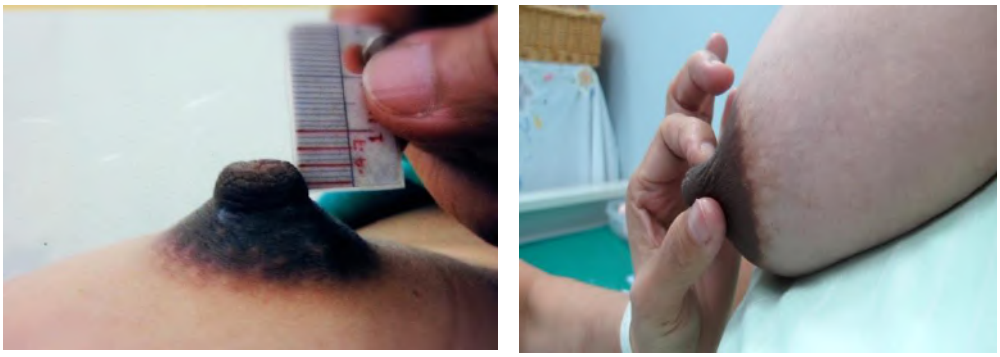
ในหน่วยฝากครรภ์

สตรีตั้งครรภ์ที่ฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลศิริราชในเวลาราชการ จะได้รับการประเมินหัวนมและลานหัวนมทุกรายที่หน่วยฝากครรภ์เพื่อแก้ไขและให้การช่วยเหลือ หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะหัวนมสั้น บอด แบน บุ๋ม มีลานหัวนมตึง โดยใช้ Siriraj Areola Nipple Assessment : SANA test ซึ่งได้มีการปรับปรุงและพัฒนาจากวิธี pinch's test และพบว่าการประเมินด้วยวิธีนี้ มีความละเอียดและครอบคลุมมากกว่า[19]

การประเมินหัวนมและลานหัวนม (Siriraj Areola Nipple Assessment : SANA)[20]

1. การประเมินหัวนม

1.1 การวัดความยาวหัวนม จัดให้สตรีตั้งครรภ์อยู่ในท่านั่งหลังตรง จากนั้นคลึงหัวนม (nipple rolling) เบาๆ ประมาณ 5 วินาทีก่อนตรวจวัด ใช้เวอร์เนียร์คาลิปเปอร์หรือไม้บรรทัดวัดความยาวหัวนม โดยให้วัดตั้งฉากกับลานหัวนม เริ่มจากโคนหัวนมจนถึงยอดของหัวนมที่สูงที่สุด หน่วยเป็นมิลลิเมตร[21] ดังรูปภาพที่ 16



รูปภาพที่ 16 แสดงเทคนิคการวัดความยาวหัวนมและการคลึงหัวนม[20]

การแปลผล หัวนมสั้น หมายถึง ความยาวหัวนมสั้นกว่า 7.0 มิลลิเมตร โดยแบ่งความรุนแรงออกเป็น 2 ระดับ

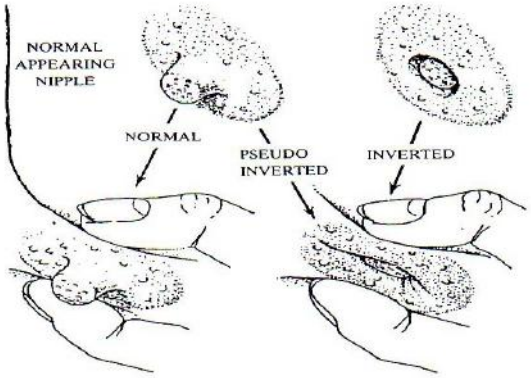
- หัวนมสั้นไม่มาก หมายถึง ความยาวมากกว่าหรือเท่ากับ 4.0 มิลลิเมตร แต่น้อยกว่า 7.0 มิลลิเมตร

- หัวนมสั้นมาก หมายถึง ความยาวน้อยกว่า 4.0 มิลลิเมตร แต่มากกว่า 1.0 มิลลิเมตร

1.2 การตรวจความผิดปกติของหัวนม แบ่งเป็น

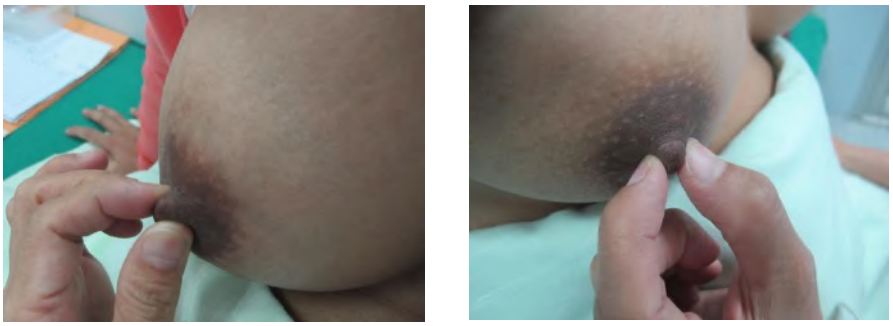
- หัวนมบอดหรือบุ๋ม หมายถึง หัวนมที่มีความยาวน้อยกว่า 1.0 มิลลิเมตร หรือบุ๋มลึกลงไปจากลานหัวนม

- pseudo-inverted nipple หมายถึง หัวนมที่ยื่นออกมาในสภาวะปกติ แต่เมื่อทดสอบโดยบีบบริเวณขอบนอกของลานหัวนมเข้าหากันด้วยนิ้วชี้และนิ้วหัวแม่มือ (pinch test) พบว่าหัวนมบุ๋มลึกลงจากลานหัวนมคล้ายปล่องภูเขาไฟ



รูปภาพที่ 17 แสดงเทคนิคการทดสอบ pinch test เพื่อวินิจฉัยภาวะ pseudoinverted nipple[12]

- Retracted nipple หมายถึงหัวนมมีการดึงรั้ง ทดสอบโดยใช้นิ้วชี้และนิ้วหัวแม่มือจับบริเวณหัวนมแล้วดึงขึ้น (nipple pulling) หากจับไม่ติดหรือดึงไม่ขึ้นแสดงว่าหัวนมมีการดึงรั้ง



รูปภาพที่ 18 แสดงเทคนิค nipple pulling[20]

2. การประเมินลานหัวนม

เป็นการทดสอบดูความยืดหยุ่นของลานหัวนม เพื่อประเมินดูว่าทารกจะสามารถอมลานหัวนมได้หรือไม่ เทคนิคการทดสอบให้ใช้นิ้วชี้และนิ้วหัวแม่มือจับบริเวณลานหัวนมแล้วยกขึ้น (areola compression) การแปลผลคือ

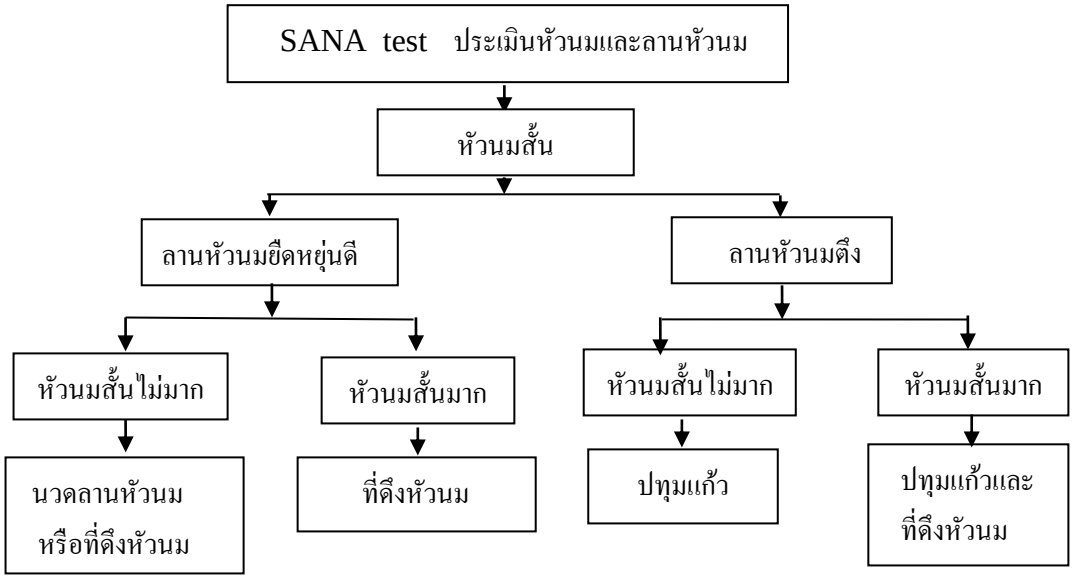
- ลานหัวนมมีความยืดหยุ่นดี หมายถึง สามารถใช้นิ้วชี้และนิ้วหัวแม่มือจับบริเวณลานหัวนมติดและสามารถดึงลานหัวนมขึ้นมาได้

- ลานหัวนมตึง หมายถึง ไม่สามารถใช้นิ้วชี้และนิ้วหัวแม่มือจับบริเวณลานหัวนมติดหรือจับติดแต่ไม่สามารถดึงลานหัวนมขึ้นมาได้

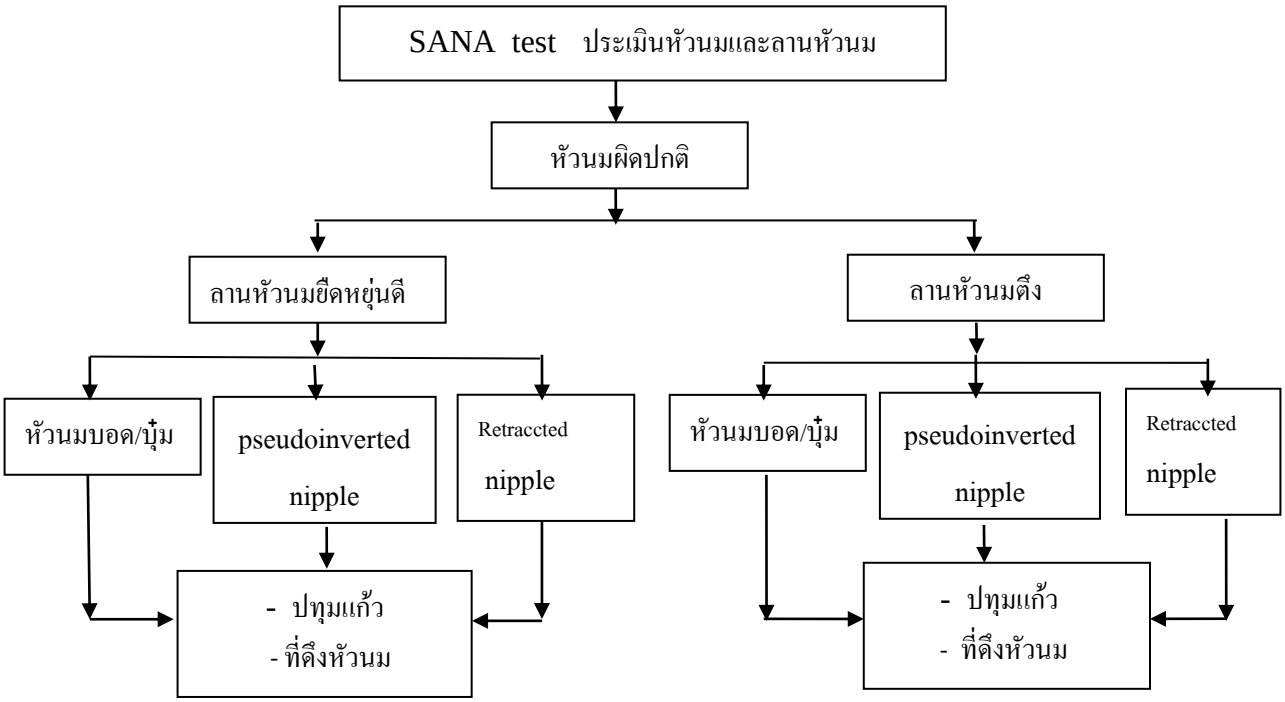
รูปภาพที่ 19 แสดงการประเมินความยืดหยุ่นของลานหัวนม[20]

แนวทางการดูแลแก้ไขในหน่วยฝากครรภ์

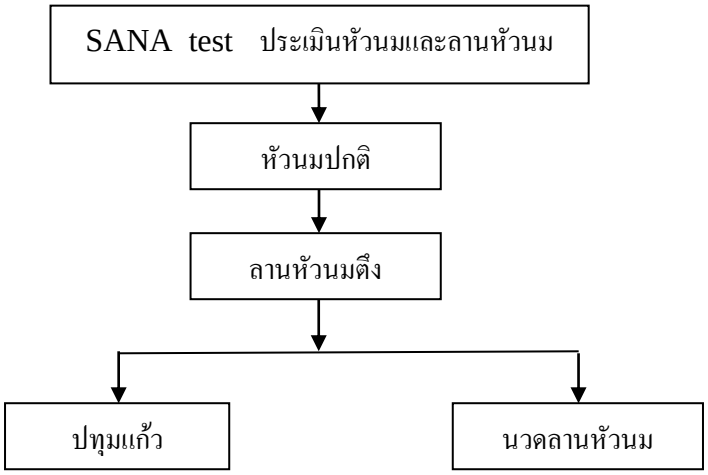
สตรีตั้งครรภ์ที่มีความผิดปกติของหัวนมและ/หรือลานหัวนมจะได้รับการดูแลตามแผนภูมิต่อไปนี้



แผนภูมิที่ 1 แนวทางการแก้ไขหัวนมสั้น



แผนภูมิที่ 2 แนวทางแก้ไขหัวนมผิดปกติ



แผนภูมิที่ 3 แนวทางการแก้ไขลานหัวนมตึง

วิธีแก้ไขภาวะหัวนมและลานหัวนมผิดปกติของสตรีตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ ได้แก่

1. การนวดลานหัวนม (Hoffman's exercise) ทำโดยใช้นิ้วหัวแม่มือหรือนิ้วชี้ของมือทั้งสองข้างแตะที่รอยต่อระหว่างหัวนมกับลานหัวนม ในด้านตรงข้ามกันของหัวนมข้างนั้น จากนั้นกดนิ้วทั้งสองข้างเข้าหาหน้าอกแล้วค่อย ๆ รูดนิ้วแยกห่างจากกันไปบนลานหัวนมข้างละประมาณ 3 เซนติเมตร โดยมีทิศทางไปในแนวนอนและแนวตั้งนับเป็น 1 รอบ ทำซ้ำเช่นนี้ให้รอบหัวนมเพื่อช่วยดึงยืดพังผืดที่ยึดติดฐานหัวนม ใช้เวลาในการนวดลานหัวนมข้างละ 20 รอบต่อวันในระหว่างที่นวดลานหัวนมให้สังเกตด้วยว่ามีการตึงแข็งของหน้าท้องหรือไม่ ถ้ามีให้หยุดทำ[16]

รูปภาพที่ 20 แสดงการทำ Hoffman's exercise[20]

2. การสวมปทุมแก้ว (breast cups) ปทุมแก้วมีลักษณะเป็นพลาสติกใส 2 ชิ้นประกบกัน ชิ้นแรกเป็นฐานมีลักษณะคล้ายจานกลม มีช่องว่างเป็นรูกลมตรงกลางสำหรับสวมครอบหัวนม ชิ้นที่สองมีลักษณะคล้ายโดมหรือฝาชีคว่ำ และมีรูเล็ก ๆ เป็นรูระบายอากาศครอบปิดชิ้นแรกอยู่ทางด้านบน วิธีใส่ให้วางปทุมแก้วลงบนเต้านมทั้งสองข้าง โดยให้หัวนมยื่นผ่านรูตรงกลางและให้รูระบายอากาศอยู่ด้านบน จากนั้นใส่เสื้อยกทรงทับชั้นนอกอีกทีหนึ่ง ปรับสายเสื้อยกทรงให้มีขนาดกระชับพอดีกับเต้านม แรงกดที่คงที่และสม่ำเสมอของปทุมแก้วที่กดไปรอบลานหัวนมจะทำให้หัวนมโผล่ยื่นออกมาอยู่ในช่องว่างระหว่างจานพลาสติกทั้งสอง วิธีการใส่ปทุมแก้วจะต้องใส่ทุกวันอย่างน้อยวันละ 8 ชั่วโมง โดยให้สวมใส่เฉพาะเวลาที่มีการเคลื่อนไหวของร่างกาย เช่นนั่งทำงานหรือเดิน และสามารถถอดออกเวลานอนหรือถอดพักชั่วคราวหากรู้สึกอึดอัดหรือเจ็บ จากการศึกษาของพฤหัส จันทรประภาพและคณะ พบว่าการสวมใส่ปทุมแก้วอย่างน้อยวันละ 8 ชั่วโมงในสตรีตั้งครรภ์ที่มีหัวนมสั้น (น้อยกว่า 7.0 มิลลิเมตร) ผลทำให้สตรีตั้งครรภ์ที่ใส่ปทุมแก้ว มีหัวนมยาวกว่าสตรีตั้งครรภ์ที่ไม่ได้ใส่ปทุมแก้วอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ[21]

รูปภาพที่ 21 แสดงการสวมใส่ปทุมแก้ว[20]

3. ที่ดึงหัวนม (nipple puller) ทำโดยใช้นิ้วมือบีบส่วนที่เป็นลูกยางของ nipple puller แล้วใช้ส่วนที่เป็นพลาสติกใสรูประฆังวางครอบหัวนม จากนั้นค่อย ๆ คลายแรงบีบที่ลูกยาง จะทำให้เกิดสูญญากาศขึ้นภายใน หัวนมจะค่อย ๆ โผล่ยื่นเข้าไปในส่วนที่เป็นพลาสติกใส ใช้เวลาในการดึงหัวนมข้างละ 10 นาที ให้ทำวันละ 2 ครั้ง เช้าและเย็น ถ้ามีอาการท้องแข็งในขณะที่ดึงหัวนม ให้หยุดดึงชั่วคราว[16]

รูปภาพที่ 22 แสดงการใช้ที่ดึงหัวนม (nipple puller)[20]

ในการประเมินและแก้ไขหัวนมและลานหัวนมทุกรายที่มีปัญหา โดยแต่ละรายจะได้รับการแก้ไขในการใช้เทคนิคต่างๆไม่เหมือนกันแล้วแต่ปัญหาของแต่ละคนดังที่กล่าวมาข้างต้น สตรีตั้งครรภ์ที่ฝากครรภ์ในเวลาราชการ จะได้รับการประเมินความผิดปกติของหัวนมและลานหัวนมทุกราย และจะได้รับการแก้ไขหัวนมและลานหัวนมก่อนการคลอด สำหรับสตรีตั้งครรภ์ที่ฝากครรภ์คลินิกพิเศษจะไม่ได้รับบริการในส่วนนี้ เพราะยังไม่มีคลินิกแก้ไขหัวนมและลานหัวนมในคลินิกพิเศษ แพทย์จะทำการประเมินหัวนมและลานหัวนมให้กับสตรีตั้งครรภ์ทุกราย ถ้าพบปัญหาจะส่งแก้ไขในเวลาราชการ สตรีตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์คลินิกพิเศษส่วนใหญ่จะเป็นสตรีทำงานไม่มีเวลาที่จะมาฝากครรภ์ในเวลาราชการ จึงไม่ได้รับการแก้ไขหัวนมและลานหัวนมที่หน่วยฝากครรภ์ ทำให้รายที่มีปัญหาจะได้รับการประเมินและแก้ไขครั้งแรกที่ห้องคลอด ซึ่งมีข้อจำกัดของเวลา อาจช่วยได้บางปัญหาในเบื้องต้น และส่งต่อให้หน่วยหลังคลอดต่อไป

ในห้องคลอด

แนวทางการให้ความช่วยเหลือมารดาที่มีความผิดปกติของหัวนมและลานหัวนม

ผู้คลอดแรกรับใหม่ นอกจากได้รับการประเมินสภาพร่างกายทั่วไป ประเมินสัญญาณชีพ ตรวจครรภ์แล้ว พยาบาลห้องคลอดยังต้องตรวจหัวนมและลานหัวนมของผู้คลอดทุกราย เพื่อประเมินและวางแผนการแก้ไขปัญหาให้ทารกสามารถดูดนมแม่ในครั้งแรกให้ได้ ซึ่งเป็นหัวใจของความสำเร็จของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ แต่เนื่องจากระยะ 2 ชั่วโมงหลังคลอดเป็นระยะเวลาที่สั้น จึงช่วยได้ในกรณีที่มารดาที่มีหัวนมสั้นแต่มีลานหัวนมยืดหยุ่นดี ซึ่งจะให้การช่วยเหลือดังนี้

-ในรายที่มีหัวนมสั้นมาก จะใช้ที่ดึงหัวนม (nipple puller) และใช้การนวดลานหัวนม (Hoffman's exercise) ร่วมด้วย โดยทำครั้งละ 5-10 นาที และแนะนำให้มารดาปฏิบัติอย่างถูกวิธีในระหว่างรอคลอด โดยจะนำ nipple puller มาให้มารดาไว้ใช้ที่เตียงคลอด และก่อนการให้ทารกดูดนมครั้งแรกจะใช้ nipple puller ดึงหัวนมก่อนที่จะให้ทารกอมหัวนม

- ในรายที่หัวนมสั้นไม่มาก จะใช้เทคนิคการคลึงหัวนม (nipple rolling)โดยใช้นิ้วชี้และนิ้วหัวแม่มือจับที่ โคนหัวนมแล้วคลึงไปมาเบาๆ จะเป็นการกระตุ้นกล้ามเนื้อที่หัวนม (muscular ring) ทำให้หัวนมยาวขึ้น ทำครั้งละประมาณ 3-5 นาที[15]

รูปภาพที่ 23 แสดงเทคนิคการใช้ nipple puller ก่อนการดูดนมในห้องคลอด

รูปภาพที่ 24 แสดงเทคนิคการคลึงหัวนม nipple rolling[20]

การรับใหม่

การประเมินทัศนคติและความต้องการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

โรงพยาบาลศิริราชเป็นโรงพยาบาลสายสัมพันธ์แม่-ลูก มีนโยบายเป็นลายลักษณ์อักษรชัดเจนในการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ โดยยึดหลักบันได 10 ขั้นสู่ความสำเร็จของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ มารดาทุกคนจะได้รับการชักชวนและส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ตั้งแต่หน่วยฝากครรภ์ โดยให้ความรู้เกี่ยวกับประโยชน์และวิธีการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ซึ่งจะทำให้มารดามีความเข้าใจ มีทัศนคติที่ดี ตระหนักถึงความสำคัญของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

แนวทางการปฏิบัติ

- พูดคุยและสร้างสัมพันธภาพกับมารดา สอบถามความต้องการการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ประเมินความรู้ของมารดาเกี่ยวกับนมแม่ว่าถูกต้องหรือไม่ แนะนำให้มารดาเห็นความสำคัญและประโยชน์ของนมแม่ โดยให้คำแนะนำเป็นรายบุคคลหรือรายกลุ่ม
- ให้มารดาชมวิดิทัศน์การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ของสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส) ในรายที่ต้องการดูและเจ็บครรภ์เล็กน้อย
- เปิดโอกาสให้มารดาได้พูดคุยซักถามข้อสงสัยและปัญหาต่างๆ พร้อมทั้งให้คำปรึกษาหาแนวทางแก้ไข ตอบคำถามด้วยความเต็มใจ
- มารดาที่มีปัญหาหัวนมสั้น จะได้รับการแก้ไขดังกล่าวข้างต้น
- หลังจาก admit มารดาแล้ว พยาบาลหรือผู้ช่วยพยาบาลนำ wrist band ที่มีชื่อและนามสกุลมารดามาผูกข้อมือมารดาเพื่อเป็นการระบุตัวมารดา (identification) รูปภาพที่ 25

รูปภาพที่ 25 wrist band

การพยาบาลในระยะเจ็บครรภ์ห่าง

- อธิบายกลไกการคลอดอย่างคร่าวๆให้มารดารับทราบและการปฏิบัติตัวเมื่อเผชิญความเจ็บปวด เช่น การหายใจ การลูบหน้าท้อง และให้มารดาฝึกปฏิบัติ เปิดโอกาสให้มารดาซักถามข้อสงสัยต่างๆ เกี่ยวกับการคลอดหรือขั้นตอนการดูแลรักษา การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

- ดูแลให้รับประทานอาหารอ่อน ย่อยง่าย เพื่อเก็บไว้เป็นพลังงานในการต่อสู้ความเจ็บปวดในระยะเจ็บครรภ์คลอด ส่วนในรายที่แพทย์สั่งงดอาหารและน้ำดื่ม จะดูแลให้ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำตามแผนการรักษา

- ดูแลให้นอนหลับพักผ่อนอย่างเพียงพอ โดยจัดสภาพแวดล้อมให้สะอาด เงียบสงบ และดูแลความสะอาดทั่วไปเพื่อให้มารดาสุขสบาย เพื่อสะสมพลังงานไว้ใช้ในระยะคลอดอย่างเต็มที่

- นำป้ายผ้าที่มี ชื่อ-นามสกุลผู้คลอดมาผูกบน wrist band เพื่อเตรียมพร้อมสำหรับผูกข้อเท้าบุตรก่อนตัดสายสะดือ และให้มารดาตรวจสอบความถูกต้อง

รูปภาพที่ 26 ป้ายผ้า

การพยาบาล ในระยะเจ็บครรภ์ถี่

- สอนและแนะนำวิธีการหายใจแบบลึกยาว ดูแลช่วยนวดหลังและกระดูกก้นกบ เพื่อบรรเทาความเจ็บปวดในระยะเจ็บครรภ์คลอด

- ดูแลจัดท่านอนให้สุขสบาย

- ดูแลให้ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำครบถ้วนตามแผนการรักษา

- อยู่เป็นเพื่อน พูดคุย ปลอบโยน ให้กำลังใจและเฝ้าคลอดอย่างใกล้ชิด เพื่อคลายความวิตกกังวลและความกลัวในการคลอด

รูปภาพที่ 27 การนวดหลังและกระดูกก้นกบ

การพยาบาล ในระยะคลอด

การระบุตัวและเพศทารกแรกเกิด (identification)

ในห้องคลอดการระบุตัวและเพศทารกแรกเกิด (identification) เป็นสิ่งที่สำคัญมากจะเกิดความผิดพลาดไม่ได้ จึงมีขั้นตอนในการระบุตัวและเพศดังนี้

- เมื่อทารกเกิด จะให้มารดาดูเพศและพยาบาลผู้แจ้งเกิดจะถามว่า “ ลูกเพศอะไร ” เมื่อมารดาตอบเพศทารกแล้ว พยาบาลผู้แจ้งเกิดจะบอกเพศทารกและเวลาที่ทารกเกิดแก่มารดาอีกครั้ง

-พยาบาลผู้แจ้งเกิดจะนำป้ายผ้าที่เขียนชื่อมารดาที่ผูกข้อมือไว้ นำมาผูกข้อเท้าทารกก่อนที่ผู้ช่วยคลอดจะตัดสายสะดือ และบอกมารดาว่าได้ผูกป้ายชื่อมารดาที่ข้อเท้าทารกแล้ว

รูปภาพที่ 28 การผูกป้ายข้อเท้าทารกก่อนตัดสายสะดือ

การพยาบาลในระยะหลังคลอด

1. แนวทางปฏิบัติ การส่งเสริมสายสัมพันธ์แม่-ลูก (bonding)

1.1. การให้มารดาโอบกอดทารกทันทีหลังคลอด หลังคลอดประเมินทารก การประเมินสภาวะทารกแรกเกิด ประเมินโดยการใช้ APGAR scoring system (ตารางที่ 2) จะนำทารกมาส่งเสริมสายสัมพันธ์แม่-ลูก เมื่อทารกแข็งแรง APGAR score นาทีที่ 1 มากกว่าหรือเท่ากับ 7 และนาทีที่ 5 มากกว่าหรือเท่ากับ 9 จึงนำทารกมาซับศีรษะ ใบหน้าและลำตัวให้แห้งในผ้าอุ่นภายใต้เครื่อง radiant warmer ใส่หมวกให้ทารกเพื่อป้องกันภาวะอุณหภูมิกายต่ำ เนื่องจากภาวะนี้จะทำให้ทารกซึมและความสามารถในการดูดนมของทารกน้อยลง เปิดเสื้อมารดาเฉพาะบริเวณหน้าอก วางทารกคว่ำลงบนหน้าอกมารดา ให้มารดาโอบกอดและสัมผัสทารก ให้เนื้อทารกแนบเนื้อมารดา คลุมหลังทารกด้วยผ้าอ้อม เพื่อป้องกันการสูญเสียความร้อน ให้มารดาโอบกอดนานตามความต้องการ

รูปภาพที่ 29 การให้มารดาโอบกอดทารกหลังคลอด

ตารางที่ 2 การประเมินสภาวะทารกแรกเกิดด้วย APGAR scoring system[23]

APGAR scores	0	1	2
สีผิว (Apperance)	เขียว-ซีด ตลอดทั้งตัว	ตัวสีชมพู แขน ขา สีเขียว	สีชมพูตลอดทั้งตัว
อัตราการเต้นของหัวใจ (Pulse)	ไม่มี	ต่ำกว่า 100 ครั้ง/นาที	มากกว่า 100 ครั้ง/นาที
การตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้น (Grimace)	ไม่มีการตอบสนอง	มีการเปลี่ยนแปลงสีหน้า	ไอ / จาม
การเคลื่อนไหว ความตึงตัวของกล้ามเนื้อ (Activity)	เนื้อตัวอ่อนปวกเปียก	แขน ขา งอได้เล็กน้อย	เคลื่อนไหวได้ดี
การหายใจ (Respiration)	ไม่มี	หายใจช้า ไม่สม่ำเสมอ	ร้องเสียงดัง

การแปลผล

- คะแนน 8-10 (no asphyxia) ทารกในกลุ่มนี้ถือว่าปกติ ไม่ต้องได้รับการช่วยเหลือเป็นพิเศษใดๆ นอกจากสังเกตอาการอย่างใกล้ชิด ช่วยให้ทางเดินหายใจโล่งและให้ความอบอุ่นแก่ทารกก็เพียงพอ

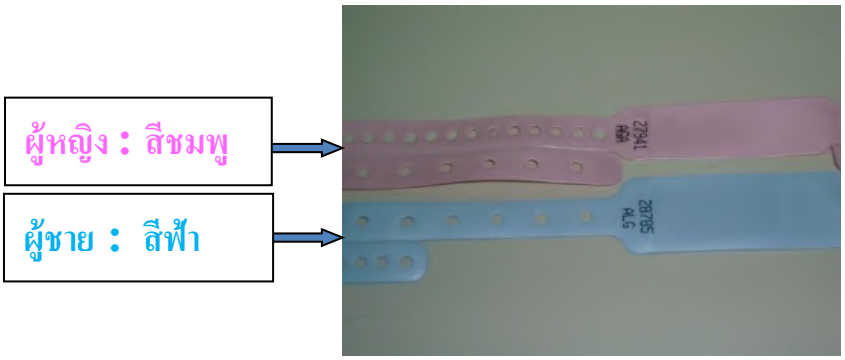
- คะแนน 5-7 (mild asphyxia) ทารกกลุ่มนี้มีการขาดออกซิเจนอย่างอ่อน อาจเกิดขึ้นในช่วงระยะเวลาสั้นๆ ก่อนคลอด หรือถูกกดจากยาที่มารดาได้รับก่อนคลอดเพียงเล็กน้อย ทารกจะมีอาการเขียวเล็กน้อย มีการหายใจตื้นๆ หรือไม่สม่ำเสมอ กล้ามเนื้ออ่อนแรงบ้าง อัตราการเต้นของหัวใจมากกว่า 100 ครั้งต่อนาที การช่วยเหลืออาจกระตุ้นการหายใจด้วยการใช้นิ้วมือตีหรือดีดฝ่าเท้า หรือใช้ผ้าถูบริเวณหน้าอกหรือหลัง และให้ทารกดมออกซิเจน

- คะแนน 3-4 (moderate asphyxia) ทารกกลุ่มนี้มีการขาดออกซิเจนและมีความเป็นกรดมากกว่า หรือถูกกดจากยามากกว่า ทารกมีอาการเขียวทั้งตัว ความสามารถในการหายใจอ่อนมาก ความตึงตัวของกล้ามเนื้ออ่อนมาก รีเฟล็กซ์น้อย และอัตราการเต้นของหัวใจน้อยกว่า 100 ครั้งต่อนาที จำเป็นต้องได้รับการช่วยการหายใจด้วยการใช้ bag และ mask พร้อมกับการให้ออกซิเจนและความดันที่เพียงพอที่จะทำให้เกิดการเคลื่อนไหวของทรวงอก ควรให้การช่วยเหลือจนกว่าทารกตัวแดงและมีการหายใจได้เอง หลังจากนั้นควรส่งทารกไปยังหน่วยทารกแรกเกิดเพื่อสังเกตอาการอย่างใกล้ชิดในตู้อบ และตรวจทางห้องปฏิบัติการต่อไป

- คะแนน 0-2 (severe asphyxia) ทารกกลุ่มนี้ขาดออกซิเจนอย่างมาก มีความเป็นกรดสูง ทารกมีลักษณะเขียวคล้ำอย่างมาก ทารกไม่หายใจหรือมีเพียงการหายใจเฮือก ทารกจะต้องได้รับการ

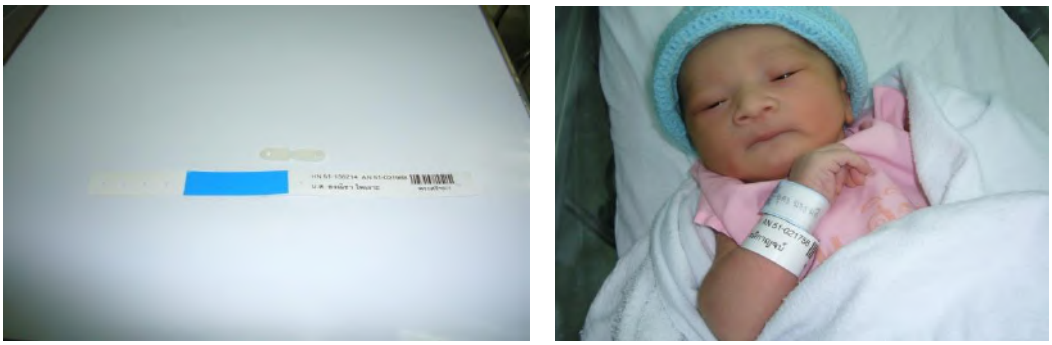
ช่วยเหลือการหายใจทันที โดยการใส่ endotracheal tube และช่วยการหายใจด้วย bag พร้อมกับให้ออกซิเจนและนวดหัวใจร่วมด้วย ถ้ายังไม่มีการเต้นของหัวใจภายใน 1 นาที หรืออัตราการเต้นของหัวใจน้อยกว่า 100 ครั้งต่อนาที หลังการนวดหัวใจและให้การช่วยหายใจด้วยออกซิเจนเป็นเวลา 2 นาทีแล้ว ทารกควรได้รับการใส่ umbilical venous catheter เพื่อให้โซเดียมไบคาร์บอเนต สารน้ำ และยาอื่นที่จำเป็น

1.2. การผูกป้าย duo band พยาบาลผู้แจ้งเกิดจะนำป้าย duo band ซึ่งเขียนชื่อ-นามสกุลมารดา ทั้งของมารดาและทารก มาผูกข้อมือมารดาและทารกป้าย duo band สีฟ้าหมายถึงทารกเพศชาย สีชมพูหมายถึงทารกเพศหญิง การผูกจะต้องผูกต่อหน้ามารดา และผูกข้อมือข้างที่ผูกข้อเท้าทารก



รูปภาพที่ 30 ป้าย duo band สำหรับผูกข้อมือมารดาและทารก

1.3 การผูกป้าย wrist band พยาบาลหัวหน้าเวรทำเอกสารการเกิดและออกหมายเลข HN, AN ของทารก เพื่อทำป้าย wrist band และพยาบาลห้องเด็กนำป้าย wrist band มาผูกข้อมือทารกข้างที่ผูกป้าย duo band ต่อหน้ามารดา



รูปภาพที่ 31 ป้าย wrist band และ การผูกป้าย wrist band

2. แนวทางปฏิบัติ การช่วยมารดาเริ่มให้ลูกดูดนมภายในครึ่งถึงหนึ่งชั่วโมงหลังคลอด (early suckling)

การจัดท่าของมารดาและทารกขณะให้นมอย่างเหมาะสมในครึ่งถึงหนึ่งชั่วโมงหลังคลอด

2.1 ท่าขึ้นขาหยั่ง (lithotomy position)

ภายหลังจากที่ส่งเสริมสายสัมพันธ์แม่-ลูกเสร็จแล้ว พยาบาลจะนำลูกไปชั่งน้ำหนักและหยอดตาด้วย 1%$AgNo_3$ เช็ดตัวด้วย cotton oil ใช้เวลาประมาณ 15 นาทีแล้ว พยาบาลจะประเมินอุณหภูมิกายทารกอีกครั้ง ถ้าไม่มีภาวะอุณหภูมิกายต่ำคือ อุณหภูมิตั้งแต่ 36.5 องศาเซลเซียสขึ้นไป มารดาไม่มีภาวะแทรกซ้อนหลังคลอด เช่น ตกเลือดหลังคลอด ความดันโลหิตสูงหลังคลอด เป็นต้น ก็จะนำทารกมาดูดนมมารดา โดยแจ้งให้มารดาทราบถึงประโยชน์ของการให้ทารกดูดนมภายในครึ่งถึงหนึ่งชั่วโมงหลังคลอด สอบถามและประเมินความพร้อมของมารดาในการนำทารกมาดูดนม

รูปภาพที่ 32 lithotomy position

การให้ทารกดูดนมแม่ในห้องคลอดภายในครึ่งถึงหนึ่งชั่วโมงหลังคลอด มักเป็นช่วงเวลาที่มารดากำลังได้รับการเย็บแผลฝีเย็บ พยาบาลหรือผู้ช่วยพยาบาลที่นำทารกมาดูดนมต้องอยู่กับมารดาตลอดระยะเวลาที่ทารกดูดนม เพราะมารดาจะยังอ่อนเพลียจากการคลอด มารดาไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ และการให้ทารกดูดนมในท่านี้ต้องระวังการพลัดตกของทารก การดูดนมในครั้งแรกนี้จะให้ทารกดูดนานข้างละ 15-20 นาที เพื่อกระตุ้นการสร้างน้ำนม หลังทารกดูดนมเสร็จให้ประเมินน้ำนมมารดาทุกครั้ง มารดาบางคนจะมีหัวน้ำนม (colostrum) ออกมา colostrum จะมีภูมิต้านทานมากมาย ทารกที่ได้รับ clostrum จากมารดา สามารถป้องกันการติดเชื้อได้[2]

รูปภาพที่ 33 colostrum

2.2 ท่านอนตะแคง (side lying position) มารดาที่ไม่มีการฉีกขาดของฝีเย็บหรือได้รับการเย็บแผลฝีเย็บเรียบร้อยแล้ว ผู้ช่วยพยาบาลจะเช็ดตัวทำความสะอาดร่างกายจัดท่าให้มารดานอนตะแคงโดยวางหมอนพยุงหลังไว้ เพื่อช่วยให้มารดารู้สึกสุขสบาย ไม่ปวดเมื่อยหรือเกร็งกล้ามเนื้อหลัง จัดหมอนหนุนศีรษะมารดาให้สูงเพื่อการมองเห็นทารกในขณะดูดนม อุ้มทารกวางในวงแขนให้มารดาโอบกอด โดยศีรษะทารกวางอยู่บนข้อพับแขน มือมารดารองรับอยู่ที่ก้นหรือต้นขาทารก ตะแคงลำตัวทารกหันหน้าเข้าหาอกมารดา ท้องทารกแนบสัมผัสกับท้องมารดา เลื่อนแขนให้ปากทารกอยู่ตรงกับหัวนมมารดา ให้ทารกดูดนมมารดาอย่างน้อยข้างละ10-15นาที[13]

รูปภาพที่ 34 side lying position

ความสำเร็จในการดูดนมแม่ครั้งแรกของทารกแรกเกิดในห้องคลอดนั้น ขึ้นอยู่กับความพร้อมของมารดาและทารกหลังคลอด ปัจจัยที่มีความสำคัญที่สุดคือพฤติกรรมการดูดนมของทารก เนื่องจากการดูดนมในระยะนี้ทารกจะอาศัยระบบประสาทอัตโนมัติ (reflex) เป็นส่วนใหญ่ ซึ่งทารกแรกเกิดแต่ละคนจะมีพฤติกรรมในการดูดนมแม่แตกต่างกันไปเพราะทารกบางคนอาจได้รับผลกระทบจาก

ยาแก้ปวดที่มารดาได้รับในระยะที่ 1 ของการคลอด จึงมีการพัฒนาเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินประสิทธิภาพของการดูดนมในครั้งแรกของทารก ซึ่งแบบประเมินนี้ใช้สำหรับทารกแรกเกิดในห้องคลอดเท่านั้น คือแบบประเมินการให้นมแม่แก่ทารกในห้องคลอด[24,25]

ตารางที่ 3 แบบประเมินการให้นมแม่แก่ทารกในห้องคลอด (IBFAT)

พฤติกรรมการดูดนมแม่ของทารกในระยะแรกเกิด	พฤติกรรม	คะแนน
1. ความพร้อมที่จะได้รับอาหารหรือการปลุกเร้า (Readiness to feed arousibility) ประเมินทันทีที่นำทารกมาวางคว่ำบนอกมารดา โดยให้คะแนนดังนี้	1.1 ไม่สามารถปลุกเร้าให้ดูดนมได้ 1.2 ต้องกระตุ้นมากๆ 1.3 กระตุ้นเพียงเล็กน้อย 1.4 ทารกดูดนมแม่ทันทีโดยไม่ต้องกระตุ้น	0 1 2 3
2. ปฏิริยาตอบสนองเกี่ยวกับการหันเข้าหาสิ่งเร้า (Rooting) หมายถึงทันทีที่ใช้หัวนมแตะที่แก้มทารกเบาๆทารกจะหันหน้าเข้าหาหัวนมมารดาและอ้าปากอมหัวนมเพื่อดูด โดยให้คะแนนดังนี้	2.1 ทารกไม่ยอมหันหน้าเข้าหาหัวนมมารดา 2.2 ต้องกระตุ้นมาก ทารกจึงหันหน้าเข้าหาหัวนมมารดา 2.3 กระตุ้นเล็กน้อย ทารกหันหน้าเข้าหาหัวนมมารดาและอ้าปากอมหัวนม 2.4 ทารกหันหน้าเข้าหาหัวนมมารดาและอ้าปากอมหัวนมทันที และดูดโดยไม่ต้องกระตุ้น	0 1 2 3
3. ปฏิริยาตอบสนองเกี่ยวกับการอ้าปากอมหัวนมเพื่อดูดนมมารดา (Fixing) หมายถึง ช่วงเวลาตั้งแต่นำทารกวางคว่ำบนอกมารดาจนถึงทารกอ้าปากอมหัวนมและเริ่มดูดนม โดยให้คะแนนดังนี้	<u>ระยะเวลา</u> 3.1 ใช้เวลากระตุ้นนานมากและทารกไม่ยอมดูดนม 3.2 ใช้เวลามากกว่า 10 นาที จึงเริ่มดูดนม 3.3 ใช้เวลา 3- 10 นาที จึงเริ่มดูดนม 3.4 ดูดนมทันทีโดยไม่ต้องเสียเวลากระตุ้น	 0 1 2 3
4. ลักษณะการดูด (Sucking pattern) หมายถึงอาการแสดงการดูดนมแม่ มีจังหวะและแรงดูดมากน้อยเพียงใดภายหลังนำทารกวางคว่ำบนอกมารดา	4.1 ทารกไม่ดูดนม 4.2 ทารกดูดเบาๆ ใช้เวลาดูดช่วงสั้นๆ 4.3 ทารกดูดแรงขึ้น ดูดบ่อยขึ้น 4.4 ทารกดูดเต็มที่ ดูดแรงทั้ง 2 ข้าง	0 1 2 3

คะแนนการประเมินพฤติกรรมการดูดนมแม่ของทารกแรกเกิดในระยะแรก มีคะแนนตั้งแต่ 0-12 คะแนน ทารกที่ดูดนมมีประสิทธิภาพควรจะมีคะแนนรวมในการดูดนมครั้งแรก มากกว่าหรือเท่ากับ 8 คะแนน

3. การดูแลมารดาและทารก 2 ชั่วโมงหลังคลอด

- แก้ไขภาวะอ่อนเพลียหลังคลอดให้กับมารดา โดยการเช็ดตัวทำความสะอาดร่างกาย ดูแลให้อาหารอ่อน น้ำหรือน้ำหวาน และดูแลให้มารดาได้พักผ่อน

- สังเกตภาวะแทรกซ้อนของมารดาและทารกหลังคลอดอย่างใกล้ชิด โดยประเมินสัญญาณชีพมารดา ได้แก่ ชีพจร การหายใจ ความดันโลหิต ทุก 15 นาที ในชั่วโมงแรก และทุก 30 นาทีในชั่วโมงที่ 2 ตรวจดูการหดรัดตัวของมดลูกทุก 30 นาที เพื่อประเมินการตกเลือดหลังคลอด และให้การช่วยเหลืออย่างทันท่วงที ตรวจดูกระเพาะปัสสาวะให้ว่าง เนื่องจากถ้ามีปัสสาวะเต็มจะทำให้มดลูกหดรัดตัวไม่ดี พยาบาลจึงควรกระตุ้นให้มารดาถ่ายปัสสาวะ ถ้าถ่ายปัสสาวะไม่ออกควรสวนปัสสาวะให้ สำหรับทารกประเมินอัตราการหายใจ และวัดอุณหภูมิกายทุก 30 นาที

- ดูแลให้มารดาและทารกนอนอยู่บนเตียงเดียวกันหลังให้ทารกดูดนม โดยเอาไม้กั้นเตียงขึ้นทั้ง 2 ข้างเพื่อป้องกันทารกตกเตียง คอยดูแลอย่างใกล้ชิดเนื่องจากมารดาหลังคลอดจะอ่อนเพลียจากการคลอด

- ดูแลย้ายมารดาพร้อมทารกไปตึกหลังคลอดพร้อมกันในกรณีที่มารดาและทารกไม่มีภาวะแทรกซ้อน โดยเกณฑ์การประเมิน มารดามีอุณหภูมิกายอยู่ระหว่าง 36.5- 37.8 องศาเซลเซียส ชีพจรอยู่ระหว่าง 60-100 ครั้ง/นาที ความดันโลหิตไม่ต่ำกว่า 90/50 มิลลิเมตรปรอท ไม่มากกว่า 130/90 มิลลิเมตรปรอท มดลูกหดรัดตัวดีกลมแข็ง ไม่มีเลือดสดออกทางช่องคลอด แผลฝีเย็บไม่บวมแดง เขียวคล้ำ กระเพาะปัสสาวะว่าง มดลูกไม่ลอย ทารกมีอุณหภูมิกายอยู่ระหว่าง 36.8- 37.5 องศาเซลเซียส อัตราการหายใจ อยู่ระหว่าง 40-60 ครั้ง/นาที ไม่เขียว

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ของการส่งเสริมสายสัมพันธ์แม่-ลูก และการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในห้องคลอด

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 1 มารดาสร้างสายสัมพันธ์แม่-ลูก (bonding & attachment) ไม่มีประสิทธิภาพ

ข้อมูลสนับสนุน
- มารดาได้รับยา Pethidine เพื่อบรรเทาอาการเจ็บครรภ์ก่อนคลอด
- มารดาอ่อนเพลียมากจากการคลอด
- ทารกซึม หลับ จากยา Pethidine ที่มารดาได้รับก่อนคลอด

วัตถุประสงค์การพยาบาล
- มารดาสามารถสร้างสายสัมพันธ์แม่-ลูกได้อย่างมีประสิทธิภาพ

เกณฑ์การประเมิน
- มารดาโอบกอดทารกและจ้องมองด้วยใบหน้ายิ้มแย้มและพึงพอใจ
- มารดาใช้ปลายนิ้วสำรวจทารกด้วยการสัมผัสเบาๆ
- มารดาพูดคุยกับทารก

กิจกรรมการพยาบาล

1. แจ้งให้มารดาทราบถึงเพศ เวลาเกิดของทารกทันทีหลังคลอดเพื่อสร้างสัมพันธ์ตั้งแต่วันแรกที่ทารกคลอด และให้มารดาดูเพศทารก ผูกป้ายผ้าที่มีชื่อ - นามสกุลมารดาที่ข้อเท้าทารกก่อนตัดสายสะดือ หลังจากนั้นนำทารกไปเช็ดตัวเพื่อซับน้ำคร่ำและไขให้แห้งใต้ radaint warmer โดยเฉพาะอย่างยิ่งบริเวณศีรษะ หลังจากซับน้ำคร่ำและไขให้แห้งแล้วควรใส่หมวกให้ทารกเพื่อป้องกันการสูญเสียความร้อน

2. ดูแลนำผ้าเย็นมาเช็ดหน้าให้มารดาเพื่อช่วยให้มารดาสดชื่นพร้อมต่อการทำ bonding & attachment หายจากอาการอ่อนเพลียและตื่นมากขึ้นในมารดาที่ง่วงซึมจากการได้รับยา Pethidine เพื่อบรรเทาอาการเจ็บครรภ์ก่อนคลอด ประเมินมารดาและทารกก่อนเริ่มทำ bonding & attachment

3. ดูแลจัด Position ให้มารดานอนศีรษะสูงเล็กน้อย นำทารกมาให้มารดาโอบกอด โดยนำทารกวางบนหน้าท้องหรือระหว่างเต้านมทั้ง 2 ข้างของมารดา และให้มารดาและทารกสัมผัสกันโดย skin-to-skin contact และ eye-to-eye contact โดยแกะผ้าอ้อมบริเวณหน้าอกทารกออก นำทารกคว่ำบนหน้าอกมารดาที่เปิดผ้าไว้ ให้เนื้อทารกสัมผัสกับเนื้อมารดา ห่อหลังทารกด้วยผ้าอ้อมให้มิดชิด ใส่หมวกไหมพรมให้ทารกไว้ตลอดเวลาขณะให้มารดาโอบกอด กระตุ้นให้มารดาตื่นและมองทารก ให้มารดาโอบกอดทารกนานตามความต้องการ

4. นำป้าย duo band มาผูกข้อมือมารดาและทารกขณะที่ทารกอยู่บนหน้าอกมารดา โดยแจ้งให้มารดาทราบว่าป้าย duo band สีฟ้าหมายถึงทารกเพศชาย สีชมพูหมายถึงทารกเพศหญิง และป้าย duo band ของมารดาและทารกจะมีรหัสหมายเลขเดียวกัน เพื่อสร้างสายสัมพันธ์ความผูกพัน

5. ประเมินพฤติกรรมการแสดงออกของมารดาต่อทารกเพื่อส่งเสริมให้มีการสร้างสายสัมพันธ์อย่างมีประสิทธิภาพ

6. พยาบาลดูแลอยู่ข้างๆ มารดาตลอดเวลา

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 2 ทารกมีโอกาสเกิดภาวะอุณหภูมิกายต่ำ

ข้อมูลสนับสนุน - อุณหภูมิของห้องคลอดต่ำกว่า 25 องศาเซลเซียส
- ทารกมีอุณหภูมิกายแรกเกิดน้อยกว่า 36.5 องศาเซลเซียส

วัตถุประสงค์การพยาบาล - ทารกไม่เกิดภาวะอุณหภูมิกายต่ำ จากการปฏิบัติการส่งเสริมสายสัมพันธ์แม่-ลูก และการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในห้องคลอด

เกณฑ์การประเมิน - ทารกมีอุณหภูมิกายมากกว่า 36.5 องศาเซลเซียสทั้งก่อนและหลังจากปฏิบัติการส่งเสริมสายสัมพันธ์แม่-ลูก และการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในห้องคลอด

กิจกรรมพยาบาล

1. หลังคลอดประเมินทารกทันที ถ้าทารกแข็งแรง APGAR score นาทีที่ 1 มากกว่าหรือเท่ากับ 7 นาทีที่ 5 มากกว่าหรือเท่ากับ 9 จะนำทารกมาซับศีรษะ ใบหน้าและลำตัวให้แห้งในผ้าอุ่นภายใต้เครื่อง radiant warmer ใส่หมวกให้ทารกเพื่อป้องกันภาวะอุณหภูมิกายต่ำ เปิดเสื้อมารดาเฉพาะบริเวณหน้าอก วางทารกคว่ำลงบนหน้าอกมารดาให้มารดาโอบกอดและสัมผัสทารก ให้เนื้อทารกแนบเนื้อมารดา คลุมหลังทารกด้วยผ้าอ้อมเพื่อป้องกันการสูญเสียความร้อน ให้มารดาโอบกอดนานเท่าที่ต้องการ

2. หลังจากที่มารดาโอบกอดทารกแล้ว พยาบาลจะนำทารกไปหยอดตาด้วย 1%$AgNo_3$ เช็ดตัวทารกด้วย cotton oil ใช้เวลาประมาณ 15 นาที พยาบาลจะประเมินอุณหภูมิกายทารกอีกครั้ง ถ้าไม่มีภาวะอุณหภูมิกายต่ำ คืออุณหภูมิกายมากกว่าหรือเท่ากับ 36.5 องศาเซลเซียส พยาบาลจะนำทารกมาดูดนมแม่ โดยจะให้ทารกดูดนมแม่นานข้างละ 15-20 นาที

3. แจ้งให้มารดาทราบถึงประโยชน์ของการให้ทารกดูดนมภายในครึ่ง-หนึ่งชั่วโมงหลังคลอด สอบถามและประเมินความพร้อมของมารดาในการนำทารกมาดูดนม มารดาไม่มีภาวะแทรกซ้อนหลังคลอด เช่น ตกเลือดหลังคลอด ความดันโลหิตสูงหลังคลอด ในรายที่มารดายังเย็บแผลฝีเย็บไม่เสร็จ การช่วยให้ทารกดูดนมจะอยู่ในท่า lithotomy position ซึ่งพยาบาลจะต้องคลุมหลังทารกด้วยผ้าห่มให้มิดชิดขณะที่ทารกดูดนม ในรายที่มารดาเย็บแผลฝีเย็บเสร็จแล้ว จะให้ทารกดูดนมในท่า side lying position ซึ่งจะให้ทารกดูดกระตุ้นข้างละ15-20 นาที หลังจากทารกดูดนมเสร็จแล้ว จะดูแลให้มารดานอนโอบกอดทารกบนเตียง โดยจัดท่าให้ทารกอยู่ในอ้อมกอดมารดา และดูแลห่มผ้าให้มารดากับทารกแล้วจึงดึงไม้กั้นเตียงขึ้นทั้ง 2 ข้าง ดูแลให้มารดาได้โอบกอดและพูดคุยกับทารกจนครบย้ายเมื่อ 2 ชั่วโมงหลังคลอด

4. ประเมินอุณหภูมิกายของทารกเมื่อครบย้าย 2 ชั่วโมงหลังคลอด ก่อนย้ายทารกต้องมีอุณหภูมิกายมากกว่าหรือเท่ากับ 36.8 องศาเซลเซียส จึงจะย้ายไปพร้อมกับมารดาที่ตึกหลังคลอด

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 3 มารดามีโอกาสเกิดหัวนมแตก

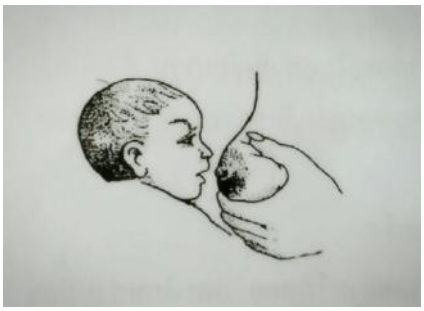
ข้อมูลสนับสนุน
- มารดามีหัวนมสั้น
- ทารกอมไม่ถึงลานหัวนม
- มารดาบอกว่ารู้สึกเจ็บหัวนมขณะทารกดูดนมแม่
- ทารกมีพังผืดใต้ลิ้นชนิดปานกลาง/รุนแรง
- มารดาครรภ์แรกไม่มีประสบการณ์ในการให้นมแม่

วัตถุประสงค์การพยาบาล
- มารดาไม่เกิดหัวนมแตก

เกณฑ์การประเมิน - หัวนมไม่มีตุ่มพองหรือแผล

กิจกรรมการพยาบาล

1. ดูแลให้ทารกดูดนมแม่อย่างถูกวิธี โดยขณะทารกอ้าปากกว้างเคลื่อนศีรษะทารกเข้าหาเต้านมมารดาโดยเร็ว เพื่อให้ทารกงับลานหัวนมให้ลึกพอ ให้มารดาใช้ท่า "C" hold ในการให้นม โดยใช้มือพยุงเต้านมให้หัวนมอยู่ในระดับปากของทารก นิ้วหัวแม่มืออยู่ด้านบนอีก 4 นิ้วพยุงเต้านมด้านล่าง



รูปภาพที่ 35 ท่าจับเต้านม ในท่า "C" hold[26]

2. อธิบายให้มารดาเข้าใจถึงสาเหตุที่ทำให้หัวนมแตก และแนะนำวิธีการดูดนมแม่อย่างถูกวิธี โดยให้มารดาฝึกปฏิบัติด้วยตัวเองในการดันหัวนมให้ออกมามากที่สุดด้วยการบีบนิ้วหัวแม่มือที่อยู่ด้านบนและ 4 นิ้วที่พยุงอยู่ด้านล่างเต้านมเข้าหากัน เพื่อให้ทารกดูดนมติดและป้องกันหัวนมแตก

3. สอนแนะนำให้มารดาสังเกตอาการเจ็บหัวนมและตรวจดูหัวนมว่ามีอาการเจ็บหัวนมมากขึ้น และมีตุ่มพองหรือแดงมากขึ้นหรือไม่หลังจากให้ทารกดูดนม

4. ส่งต่อข้อมูลกับหน่วยหลังคลอดเกี่ยวกับปัญหาการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดาและทารก เพื่อให้การช่วยเหลือได้อย่างต่อเนื่อง ก่อนที่มารดาจะเกิดภาวะหัวนมแตก

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 4 มารดามีความกังวลและไม่มั่นใจในการให้นมแม่

ข้อมูลสนับสนุน
- มารดาครรภ์แรกไม่มีประสบการณ์ในการให้นมแม่มาก่อน
- มารดามีสีหน้าวิตกกังวล
- มารดาไม่สามารถให้นมแม่ได้ตามคำแนะนำ
- มารดาบ่นว่าไม่มีน้ำนม/มีน้ำนมน้อย

วัตถุประสงค์การพยาบาล - มารดามีความกังวลลดลงและมีความมั่นใจในการให้นมทารก

เกณฑ์การประเมิน
- มารดามีสีหน้ายิ้มแย้มแจ่มใสมากขึ้น บอกว่าคลายความวิตกกังวลลง
- มารดาบอกว่ามีความมั่นใจและสามารถให้ทารกดูดนมแม่ได้

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินความรู้สึกของมารดาต่อการให้นมแม่

2. เปิดโอกาสให้มารดาได้ซักถามข้อสงสัยต่างๆ ให้ความสนใจพร้อมที่จะตอบคำถามด้วยความเต็มใจอย่างง่ายๆ และชัดเจนเพื่อให้มารดาเข้าใจและคลายความกังวล

3. สอนแนะนำวิธีการให้ทารกดูดนมแม่อย่างถูกวิธี โดยพยาบาลเน้นในเรื่องที่มารดาปฏิบัติไม่ได้หรือส่งเสริมความมั่นใจให้กับมารดา ให้คำแนะนำร่วมกับการให้มารดาลองปฏิบัติจริง โดยเน้นเทคนิคการจัดท่ามารดาและทารกอย่างถูกต้องเหมาะสม เทคนิคการเอานมเข้าปาก (latch on) และแนะนำวิธีประเมินว่าทารกอมหัวนมและดูดนมได้ถูกต้องหรือไม่ คือทารกต้องอมได้ลึกจนแนวเหงือกของทารกอยู่บนลานหัวนมของมารดา ลิ้นวางใต้ลานนม ขณะที่ริมฝีปากทั้ง 2 ด้านคือด้านบนและด้านล่างบานออกอยู่รอบเต้านม การเคลื่อนไหวของขากรรไกรชัดเจนบริเวณกกหู แก้มไม่บุ๋มขณะดูดนม เพื่อช่วยมารดาให้มีทักษะและมั่นใจในการให้นมแม่ได้อย่างถูกต้องในบรรยากาศที่สงบและไม่รีบร้อน

4. เปิดโอกาสให้มารดาระบายความรู้สึกและสอบถามในสิ่งที่สงสัย

5. ให้กำลังใจ ชื่นชม เพื่อสร้างความมั่นใจให้กับมารดา

บทที่ 4

กรณีศึกษาการส่งเสริมสายสัมพันธ์แม่-ลูกและการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในห้องคลอด

สถานการณ์

ผู้คลอดหญิงไทยคู่ อายุ 31 ปี $G_2P_0A_1$ อายุครรภ์ 37 สัปดาห์ เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย นับถือศาสนาพุทธ อาชีพรับจ้าง การศึกษาประถมศึกษาปีที่ 6 รับไว้ในโรงพยาบาลวันที่ 17 มิถุนายน 2557 เวลา 7.50 น.

ประวัติ

อาการสำคัญ

มีน้ำเดินและอาการเจ็บครรภ์ ก่อนมาโรงพยาบาลประมาณ 1 ชั่วโมง

ประวัติปัจจุบัน

ผู้คลอดตั้งครรภ์นี้เป็นครรภ์ที่ 2 เริ่มฝากครรภ์ครั้งแรกโรงพยาบาลเพชรเกษม 2 ขณะอายุครรภ์ 16 สัปดาห์ ต่อมาย้ายมาฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลศิริราชขณะอายุครรภ์ 22 สัปดาห์ หลังจากนั้นมารับการตรวจตามแพทย์นัดทุกครั้ง รวม 6 ครั้ง น้ำหนักขึ้นตลอดการตั้งครรภ์ประมาณ 13 กิโลกรัม จากการซักประวัติ ตรวจร่างกายและการตรวจทางห้องปฏิบัติการในแต่ละครั้งไม่พบความผิดปกติใดๆ ไม่เคยมีเลือดออกทางช่องคลอด ทารกในครรภ์ดิ้นเป็นปกติ ผู้คลอดจำประจำเดือนครั้งสุดท้ายได้ไม่แน่นอน ได้รับการทำ U/S 1 ครั้ง วันที่ 25 มีนาคม 2557 เมื่ออายุครรภ์ 25 สัปดาห์ ผล GA 25w 5d (U/S), ท่า OLA, FHS 148 ครั้ง/นาที, Placenta Posterior middle , Amniotic fluid adequate

ผู้คลอดเคยได้รับคำแนะนำเรื่องการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือนจากพยาบาลที่หน่วยฝากครรภ์ โรงพยาบาลศิริราช และได้รับการตรวจหัวนมและลานหัวนม ซึ่งผลการตรวจพบว่าหัวนมและลานหัวนมปกติ

ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว

- ปฏิเสธการเจ็บป่วยของสมาชิกในครอบครัว เช่น โรคเลือด เบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ และครรภ์แฝด เป็นต้น

- ปฏิเสธการเจ็บป่วยของสมาชิกในครอบครัวด้วยโรคร้ายแรง เช่น วัณโรคปอด ไวรัสตับอักเสบ หัดเยอรมัน เป็นต้น

- ปฏิเสธโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

ประวัติการเจ็บป่วยและการผ่าตัดในอดีต

- ไม่เคยเจ็บป่วยจนต้องเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล ไม่เคยได้รับการผ่าตัดใดๆ

ประวัติระดูและการคุมกำเนิด

- ผู้คลอดมีประจำเดือนครั้งแรกเมื่ออายุประมาณ 12 ปี ลักษณะปกติ มาสม่ำเสมอเดือนละ 4-5 วัน เคยคุมกำเนิดด้วยวิธีรับประทานยาคุมกำเนิดอยู่ 2 ปี และหยุดรับประทานยาเพื่อต้องการมีบุตร ประมาณ 6 เดือนจึงตั้งครรภ์แรก

ประวัติการตั้งครรภ์

- ผู้คลอดตั้งครรภ์นี้เป็นครรภ์ที่ 2 ครรภ์แรกแท้งเองขณะตั้งครรภ์ได้ 3 เดือน ได้รับการขูดมดลูกที่สถานพยาบาลเอกชนเมื่อ 2 ปีมาแล้ว

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

- ครั้งที่ 1 วันที่ 11 กุมภาพันธ์ 2557 โรงพยาบาลเพชรเกษม 2

  Blood group B Rh +ve Hct 32.1 %

  VDRL non reactive HBsAg negative Anti HIV negative

  Urinalysis protein –negative, Sugar-negative

- ครั้งที่ 2 วันที่ 19 พค. 2557 โรงพยาบาลศิริราช

  VDRL non reactive Hct 33.6 %

  HBsAg negative

  Anti HIV negative

- วัคซีนที่ได้รับในระหว่างตั้งครรภ์ คือ วัคซีนป้องกันโรคบาดทะยัก

  เข็มที่ 1 วันที่ 10 มีนาคม 2557

  เข็มที่ 2 วันที่ 28 เมษายน 2557

- U/S วันที่ 25 มีนาคม 2557 โรงพยาบาลศิริราช ผล U/S

  - Gestation age 25 week + 5 days
  - Presentation Vertex, Amniotic fluid normal, Amniotic fluid index 13.4 cm, deepest poll 4.1 cm, Cord 3 vessels
  - Placenta Posterior middle, Grannum Grade 2, structure normal

  Diagnosis : Normal fetal growth

การวินิจฉัยโรค $G_2P_0A_1$ GA 37 wks (by U/S) with Labour pain with Rupture of Membranes

สรุปภาวะสุขภาพเมื่อแรกรับ

ผู้คลอดหญิงไทย มาด้วยอาการเจ็บครรภ์และมีน้ำเดิน สภาพผู้คลอดโดยทั่วไปมาห้องคลอดโดยรถนั่งของแผนกผู้ป่วยนอกนำส่ง รูปร่างสมส่วน มีหน้านิ่วคิ้วขมวดในบางเวลาชุดคลุมท้องมีน้ำเดินเปียกบริเวณก้นเล็กน้อย ผู้คลอดยังสามารถตอบข้อซักถามได้ ยกเว้นขณะมีมดลูกแข็งตัวจะหยุดพูดและส่งเสียงร้องครางเบาๆ ผู้คลอดบอกว่า มีอาการปวดบั้นเอวและหน้าขามาก เดินไม่ค่อยสะดวก รู้สึกหน่วงๆ ประเมินระดับความเจ็บปวด Pain score = 7 **(** numeric scale) การคลอดครั้งนี้เป็นครั้งแรก

แบบแผนการรับรู้และการดูแลสุขภาพ

- สุขภาพแข็งแรงดี เมื่อเจ็บป่วยจะซื้อยารับประทานจากร้านขายยาหรือไปหาหมอที่คลินิก แต่เมื่อทราบว่าตั้งครรภ์ได้ไปฝากครรภ์ครั้งแรกเมื่ออายุครรภ์ 16 สัปดาห์

- มาฝากครรภ์ครั้งแรกที่โรงพยาบาลเพชรเกษม 2 จำนวน 1 ครั้ง ตั้งแต่อายุครรภ์ 16 สัปดาห์ เนื่องจากมีสิทธิประกันสังคม แต่ผู้คลอดต้องการมาคลอดบุตรที่โรงพยาบาลศิริราช จึงย้ายมาฝากครรภ์ต่อที่โรงพยาบาลศิริราชขณะอายุครรภ์ 22 สัปดาห์ อีก 6 ครั้ง ผู้คลอดปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่หน่วยฝากครรภ์ เกี่ยวกับการรับประทานยาบำรุง การรับประทานอาหาร การปฏิบัติตัวในระหว่างตั้งครรภ์ การมาตรวจตามนัดและการสังเกตอาการผิดปกติที่ต้องมาพบแพทย์ก่อนวันนัด ได้รับการฉีดวัคซีนป้องกันบาดทะยักครบตามแพทย์นัด

- ไม่ดื่มเหล้าหรือสูบบุหรี่และไม่เคยใช้สารเสพติดใดๆ

- ไม่มีประวัติแพ้ยา

แบบแผนโภชนาการและการเผาผลาญสารอาหาร

- รูปแบบการรับประทานอาหาร จะรับประทานอาหารครบ 3 มื้อตามเวลา ชอบรับประทานอาหารรสจัด เช่น แกงเผ็ด ต้มยำ ยำต่างๆ ส่วนใหญ่จะซื้ออาหารรับประทาน นานๆ ครั้งจะประกอบอาหารเอง เนื่องจากไม่มีเวลา มีอาการแพ้ท้องอยู่ประมาณ 3 เดือน อาหารที่ชอบรับประทานมากในระยะนี้จะเป็นประเภทยำต่างๆ

- ไม่มีประวัติแพ้อาหารใดๆ

- ไม่ชอบดื่มนม แต่ได้รับคำแนะนำจากญาติพี่น้องและเจ้าหน้าที่ ขณะตั้งครรภ์จึงดื่มนมจืดประมาณวันละ 1 กล่อง (250 มิลลิลิตร)

- รูปร่างสมส่วน น้ำหนัก 66 กิโลกรัม สูง 157 เซ็นติเมตร ก่อนตั้งครรภ์น้ำหนัก 53 กิโลกรัม น้ำหนักขึ้นตลอดการตั้งครรภ์ 13 กิโลกรัม(ดัชนีมวลกาย = 21.54 กิโลกรัมต่อตารางเมตร)

- ริมฝีปาก ผิวหนังทั่วไป ชุ่มชื้น มีความตึงตัวดี

- ไม่มีอาการบวมตามส่วนต่างๆของร่างกาย
- เมื่อเกิดบาดแผลจะหายได้ตามปกติ
- แรกรับ เวลา 7.05 น. อุณหภูมิร่างกาย วัดได้ 37 องศาเซลเซียส

แบบแผนการขับถ่าย

- ถ่ายปัสสาวะวันละ 6-7 ครั้ง ในระยะใกล้คลอดมีถ่ายปัสสาวะบ่อยขึ้นประมาณทุก 2-3 ชั่วโมง แต่ไม่เคยมีอาการถ่ายปัสสาวะแสบขัด
- ถ่ายอุจจาระวันละครั้งในตอนเช้าหลังตื่นนอน มีอาการท้องผูกบ้างในระยะตั้งครรภ์แต่ไม่เกิน 2 วัน พยายามรับประทานผลไม้มากขึ้น ไม่เคยถ่ายอุจจาระเป็นเลือด ไม่มีริดสีดวงทวาร

แบบแผนการทำกิจกรรมและการออกกำลังกาย

- มีอาชีพรับจ้างเย็บผ้าอยู่ที่บ้าน ปกติทำงานบ้านเอง เนื่องจากอยู่กับสามีและน้องสาวสามีซึ่งยังเป็นนักศึกษารวม 3 คน ไม่ได้ออกกำลังกายที่เป็นแบบแผนเพราะไม่ค่อยมีเวลาว่าง กิจกรรมยามว่างคือดูโทรทัศน์และนอนพักผ่อน
- ผู้คลอดมาห้องคลอดโดยรถนั่งจากแผนกผู้ป่วยนอก การเดินค่อนข้างลำบาก มีหยุดเดินบ้างขณะมดลูกแข็งตัว
- แรกรับผู้คลอดมีหน้านิ่วคิ้วขมวดเล็กน้อย มีครางเบาๆเป็นพักๆ ยังช่วยเหลือตัวเองได้สามารถเดินไปห้องน้ำเปลี่ยนเสื้อผ้าได้เอง PS = 7
- ชีพจร 90 ครั้ง/ นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ระยะสม่ำเสมอดีไม่มีอาการเหนื่อยหอบ ความดันโลหิต 115/68 มม.ปรอท ไม่มีเส้นเลือดขอดที่ขาและบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์

แบบแผนการพักผ่อนนอนหลับ

- นอนหลับวันละ 6-8 ชั่วโมง เป็นคนนอนหลับง่าย จะมีเวลานอนพักช่วงกลางวันประมาณวันละ 1-2 ชั่วโมง เนื่องจากทำงานอยู่ที่บ้าน

แบบแผนสติปัญญา การรับรู้ และการสื่อสาร

- การศึกษาระดับประถมศึกษาปีที่ 6 สามารถสื่อสารได้เข้าใจ การมองเห็นและการได้ยินปกติ
- ระดับความรู้สึกตัวเป็นเป็นปกติ สามารถตอบข้อซักถามได้ แต่มีหยุดพูดเป็นพักๆขณะเจ็บครรภ์
- ได้รับความรู้เกี่ยวกับการคลอดจากพยาบาล เพื่อนบ้านและญาติ ว่าใกล้คลอดจะมีอาการเจ็บครรภ์และปวดท้องเหมือนอยากถ่ายอุจจาระ จะเจ็บมากจนแทบทนไม่ไหว

แบบแผนการรับรู้ตนเองและอัตมโนทัศน์

- มีความคิดว่าตัวเองมีรูปร่างหน้าตาเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม ผิวคล้ำ รูปร่างอ้วน มีขาบวมขึ้นเล็กน้อย หน้าท้องลายเล็กน้อย คิดว่าเป็นเรื่องปกติของทุกคนที่ตั้งครรภ์ต้องเป็นเหมือนกัน รู้สึกไม่มีความกังวลในประเด็นเหล่านี้เพราะหลังคลอดน่าจะกลับมามีรูปร่างเหมือนเดิม

- มีความคิดว่าตัวเองต้องคลอดเองได้ แต่ก็มีความกลัวการคลอดอยู่บ้างเพราะยังไม่เคยคลอด คิดว่าการเจ็บครรภ์คลอดคงไม่ต่างกับการเจ็บครรภ์ในครรภ์แรกที่แท้ง และคิดว่าตัวเองจะทนได้ มีความคิดว่าการคลอดเองดีที่สุด เพราะจะฟื้นตัวได้เร็วกว่าการผ่าตัด หลังคลอดต้องการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ เพราะคิดว่านมแม่ดีที่สุดสำหรับทารก และสามารถประหยัดเงิน ไม่ต้องเสียเงินซื้อนมกระป๋อง

แบบแผนบทบาทและสัมพันธภาพ

- ผู้คลอดซื้อบ้านเป็นบ้านทาวน์เฮ้าส์ 2 ชั้น มีน้องสาวสามีมาอาศัยอยู่ด้วย 1 คน สามีและตัวเองเป็นคนต่างจังหวัด ครอบครัวทั้งสองฝ่ายรักใคร่กันดี

- เมื่อมีปัญหาส่วนใหญ่ปรึกษาสามี

- ครอบครัวทั้งสองฝ่ายยินดีที่ทราบว่าผู้คลอดตั้งครรภ์ และน้องสาวสามีจะเป็นผู้ช่วยเลี้ยงดูบุตร

- การตั้งครรภ์และการคลอดมีผลกระทบกับรายได้ของผู้คลอด ทำให้รายได้ลดลง (ผู้คลอดรับจ้างเย็บเสื้อผ้าสำเร็จรูปจากโรงงานอยู่ที่บ้าน) แต่สามีได้เตรียมพร้อมกับรายจ่ายในการคลอดบุตรและค่าเลี้ยงดูบุตรในอนาคตไว้ส่วนหนึ่ง สามีและผู้คลอดตั้งใจไว้อยากมีลูก 1-2 คน ในการคลอดครั้งนี้ผู้คลอดใช้สิทธิ์ประกันสังคมของสามี

แบบแผนเพศ การเจริญพันธุ์และการคุมกำเนิด

- ประวัติระดูมีประจำเดือนครั้งแรกเมื่ออายุประมาณ 12 ปี ลักษณะปกติมาสม่ำเสมอทุกเดือนและครั้งละ 4-5 วัน ใช้ผ้าอนามัยวันละประมาณ 3 ผืน มีอาการปวดท้องบ้างในบางรอบเดือน

- ผู้คลอดและสามีปฏิเสธการเป็นโรคเกี่ยวกับเพศสัมพันธ์

- ประวัติการคุมกำเนิด คุมกำเนิดโดยการรับประทานยาเม็ดคุมกำเนิดประมาณ 2 ปี เนื่องจากยังไม่พร้อมที่จะมีบุตร และหยุดรับประทานยาประมาณ 6 เดือนจึงตั้งครรภ์แรก

แบบแผนการปรับตัวและความทนต่อความเครียด

- คิดว่าตัวเองเป็นคนใจเย็น มักจะไม่ค่อยโกรธ แต่ถ้าโกรธจะชอบพูดคุยให้รู้เรื่อง ไม่ชอบปล่อยให้ปัญหาอยู่นาน

- เมื่อมีปัญหาไม่สบายใจส่วนใหญ่จะปรึกษาและระบายกับสามี บางครั้งก็ปรึกษาน้องสาวสามีบ้างแต่เป็นส่วนน้อย

- เมื่อมีอาการเจ็บครรภ์ จะมีหน้านิ่ว คิ้วขมวด หยุดทำกิจกรรมชั่วคราวและเอามือลูบท้องบิดตัวไปมาเล็กน้อย

แบบแผนคุณค่าและความเชื่อ

- สิ่งที่มีคุณค่าและมีความสำคัญที่สุดในชีวิตคือ บุตร คิดว่าบุตรจะทำให้ชีวิตครอบครัวสมบูรณ์แบบ

- ไปวัดทำบุญตามเทศกาลเป็นครั้งคราว ใส่บาตรพระในบางวันนานๆ ครั้ง เนื่องจากหมู่บ้านห่างไกลจากวัดไม่สะดวกที่จะออกมาใส่บาตรทุกวัน

- มารดาและเพื่อนบ้านบอกว่า การเจ็บครรภ์คลอดจะเจ็บมากที่สุด เมื่อใกล้จะคลอดจะมีอาการปวดท้องเหมือนปวดท้องถ่ายอุจจาระ

- มีความเชื่อว่าการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่และสามารถให้บุตรดูดนมแม่จากเต้าได้สำเร็จเป็นสิ่งที่ดีที่สุด และคิดว่าตัวเองสามารถจะให้นมแม่ได้สำเร็จ

การประเมินสภาพร่างกายและข้อมูลอื่นๆ

การตรวจร่างกายตามระบบ

สัญญาณชีพ : อุณหภูมิกาย 37 องศาเซลเซียส ชีพจร 90 ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 116/59 มิลลิเมตรปรอท

ส่วนสูง 157 เซนติเมตร น้ำหนัก 66 กิโลกรัม

ลักษณะทั่วไป : รูปร่างสมส่วน ไม่ซีด ไม่บวม ไม่เหลือง

ผิวหนัง : ผิวขาว ผิวหนังปกติไม่แห้ง เล็บมือตัดสั้นสะอาด

ต่อมไทรอยด์ : ปกติ

ศีรษะ ใบหน้า : ผมยาว ผูกผมเรียบร้อย ใบหน้าสมดุลย์ ไม่มีฟันปลอม

หัวใจและหลอดเลือด : ไม่พบ murmur ชีพจรระยะสม่ำเสมอ

ทรวงอกและปอด : ลักษณะทรวงอก การหายใจ เสียงหายใจของปอดทั้ง 2 ข้างปกติ

ช่องท้องและเต้านม : หน้าท้องรูปไข่ มีผิวหนังแตกเป็นลายสีน้ำตาล (Striae gravidarum) บริเวณท้องด้านล่างล็กน้อย ตับม้ามไม่โต เต้านมขนาดปกติ หัวนมและลานหัวนมปกติ ไม่บุ๋ม บอด แบน ไม่พบก้อนที่เต้านม หัวนมข้างขวายาว 8 มิลลิเมตร หัวนมข้างซ้ายยาว 7 มิลลิเมตร ลานหัวนมนุ่มปกติ

ระบบประสาท : ระดับความรู้สึกปกติ การเคลื่อนไหวของลำตัวแขนขาปกติ การมองเห็นและการได้ยินปกติ

ระบบกล้ามเนื้อและกระดูก : การเดินปกติ กระดูกสันหลังอยู่ในแนวตรง ไม่มีกระดูกผิดรูป

อวัยวะสืบพันธุ์ภายนอก : ลักษณะอวัยวะสืบพันธุ์ปกติ เห็นน้ำเดินไหลออกทางช่องคลอดและพบผ้ารองคลอดเปียกเป็นวงขนาดเส้นผ่าศูนย์กลางประมาณ 5 เซ็นติเมตร

การตรวจครรภ์

ระดับยอดมดลูก 3/4 มากกว่าระดับสะดือ ทารกในครรภ์ท่า OLA ส่วนนำเป็นศีรษะ อัตราการเต้นของหัวใจทารกในครรภ์ 140 ครั้ง/นาที ระยะสม่ำเสมอ คาดคะเนน้ำหนักทารกในครรภ์ประมาณ 3,000 กรัม การหดรัดตัวของมดลูก มดลูกหดรัดตัวความถี่ทุก 2-6 นาที แต่ละครั้งนานครั้งละ 45 วินาที ระดับความรุนแรงระดับปานกลาง

การตรวจภายในหรือระบบอื่นๆ

แรกรับช่วยแพทย์ตรวจภายในพบว่าอวัยวะสืบพันธุ์ภายนอกปกติ ไม่มีผื่น แผล ตุ่มคันใดๆ เมื่อตรวจภายในพบว่าปากมดลูกเปิด 4 เซนติเมตร ความบาง 100 % ระดับส่วนนำ -1 ถุงน้ำแตกแล้ว ปากมดลูกนุ่ม ชี้กลาง ไม่พบความผิดปกติของช่องคลอดและปากมดลูก

การรักษา

ก่อนคลอด
- การตรวจทางห้องปฏิบัติการในห้องคลอด ผลการตรวจปัสสาวะไม่พบไข่ขาวและน้ำตาล
- การตรวจภายในเพื่อประเมินความก้าวหน้าของการคลอด
- งดอาหารและน้ำดื่ม
- ให้ LRS 1000 ml IV drip 120 ml/hr
- ให้ 5%D/N/2 1000 ml + oxytocin 10 unit IV drip 12 ml/hr
- ติดเครื่อง Fetal monitoring เพื่อประเมินการหดรัดตัวของมดลูกและอัตราการเต้นของหัวใจทารกในครรภ์
- ฉีดยา Pethidine 50 mg IV push เพื่อบรรเทาความเจ็บปวดจากการเจ็บครรภ์

หลังคลอด
- ฉีด Methergin 0.2 mg IV push ลด Rate LRS IV drip เป็น 40 ml/hr
- Add oxytocin 10 unit ในขวดที่มี oxytocin เดิม เพิ่ม Rate IV drip เป็น 120 ml/hr

การดำเนินการคลอด

7.05 น. จากการซักประวัติ การตรวจร่างแรกรับและตรวจทางห้องปฏิบัติการดังกล่าวข้างต้น พบว่าผู้คลอดมีน้ำเดินและเข้าสู่ระยะคลอดจริง ดูแลให้ผู้คลอดงดอาหารและน้ำดื่ม

7.30 น. ผู้คลอดมีมดลูกหดรัดตัวความถี่ทุก 2-6 นาที แต่ละครั้งนานครั้งละ 45 วินาที ระดับความรุนแรงปานกลาง แพทย์สั่งให้ LRS 1000 ml IV drip 120 ml/hr และ 5%D/N/2 1000 ml + oxytocin 10 unit IV drip 12 ml/hr

7.45 น. ผู้คลอดบอกว่าเจ็บครรภ์มากทนไม่ไหวขอยาแก้ปวด Pain score = 10 มีมดลูกหดรัดตัว ความถี่ทุก 2 นาที แต่ละครั้งนานครั้งละ 55 วินาที ระดับความรุนแรงปานกลางถึงมาก

7.50 น. แพทย์สั่งฉีดยา pethidine 50 mg IV push เพื่อบรรเทาความเจ็บปวดจากการเจ็บครรภ์ หลังฉีดยาผู้คลอดไม่มีคลื่นไส้ อาเจียน อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที นอนหลับได้

8.15 น. ผู้คลอดตื่นและบอกว่ารู้สึกอยากเบ่ง แพทย์ตรวจภายในพบว่า ปากมดลูกเปิดหมด ความบาง 100 % ระดับส่วนนำ +1 ดูแลให้ผู้คลอดเบ่งอย่างถูกวิธีและเตรียมการคลอด

8.30 น. แพทย์ทำคลอดปกติ ทารกเพศชาย น้ำหนัก 3060 กรัม APGAR score นาทีที่ 1 เท่ากับ 10 และ นาทีที่ 5 เท่ากับ 10 หลังคลอดทันทีพยาบาลให้มารดาดูเพศทารกและแจ้งเวลาทารกเกิดให้มารดารับทราบ ผู้ช่วยพยาบาลผูกป้ายผ้าที่ข้อเท้าข้างซ้ายทารกก่อนตัดสายสะดือ จากนั้นพยาบาลนำทารกมาเช็ดตัวเพื่อซับน้ำคร่ำและไขใต้ radaint warmer และวัดอุณหภูมิกายทารกภายใน 5 นาทีหลังเกิด เท่ากับ 37 องศาเซลเซียส

8.32 น.พยาบาล ฉีดยา methergin 0.2 mg IV push ลด Rate LRS IV drip เป็น 40 ml/hr add oxytocin 10 unit ในขวดที่มี oxytocin เดิม เพิ่ม rate IV drip เป็น 120 ml/hr.

8.35 น. พยาบาลนำทารกมาให้มารดาโอบกอด โดยนำทารกวางบนหน้าท้องหรือระหว่างเต้านมทั้ง 2 ข้าง มารดาและทารกสัมผัสโดย skin-to-skin contact และ eye-to-eye contact นานประมาณ 5 นาที (นานตามความต้องการ) ขณะโอบกอดทารก มารดามองทารกด้วยใบหน้ายิ้มแย้มและขยับตัวเพื่อให้มองชัดขึ้น ยังคงมีอาการสะลึมสะลือเล็กน้อย ถามว่าทารกครบ 32 หรือไม่ พยาบาลผู้แจ้งเกิดนำป้าย duo band มาผูกข้อมือข้างซ้ายของทารกและมารดาขณะที่ทารกอยู่บนหน้าอกมารดา โดยแจ้งให้มารดาทราบว่าป้าย duo band สีฟ้าหมายถึงทารกเพศชาย สีชมพูหมายถึงทารกเพศหญิง และป้าย duo band ของมารดาและบุตรจะมีรหัสหมายเลขเดียวกัน

8.40 น. พยาบาลจัดท่าให้มารดานอนศีรษะสูงเล็กน้อย และช่วยให้ทารกเริ่มดูดนมแม่ในครั้งแรกในท่าขึ้นขาหยั่ง (lithotomy position) และให้ทารกดูดนมแม่นานประมาณข้างละ 10 นาที ซึ่งในการดูดนมครั้งแรกนี้ทารกอมหัวนมนานประมาณ 5 นาที จึงเริ่มดูดนมเบาๆ ทารกดูดนมแม่ไม่ค่อยติด ปากหลุดออกจากเต้าบ่อยครั้ง มารดายังให้นมไม่ถนัดและไม่มั่นใจ (ต้องใช้เวลานาน

ประมาณ 3 นาทีในการเอาหัวนมให้ทารกดูด) พยาบาลประเมินการดูดนมครั้งแรกของทารก โดยใช้แบบประเมินการให้นมแม่แก่ทารกในห้องคลอด (IBFAT) ได้คะแนนรวมเท่ากับ 8 คะแนน

8.55 น. ผู้ช่วยพยาบาลนำทารกไปเช็ดตัวที่ห้องเด็กแรกเกิด หลังจากมารดาโอบกอดทารกและทารกเริ่มดูดนมแม่ในครั้งแรกแล้ว

8.58 น. แพทย์ทำคลอดรกและตรวจรก พบว่ารกและเยื่อหุ้มเด็กคลอดครบ ประเมินการเสียเลือดตวงได้ 250 มิลลิลิตร แผลฝีเย็บฉีกขาดระดับ 2nd tear เย็บแผลฝีเย็บ ข้างใน continuous ข้างนอก subcuticular เสียเลือดระหว่างเย็บแผลฝีเย็บ 150 มิลลิลิตร รวมเสียเลือดทั้งหมด 400 มิลลิลิตร

9.20 น. พยาบาลตรวจร่างกายทารกพบว่าทารกมีพังผืดใต้ลิ้นชนิดรุนแรง แต่ผนังบางยืดหยุ่นดี ประเมินการหายใจ พบว่าทารกมีอัตราการหายใจ 45 ครั้ง/นาที อุณหภูมิกาย 36.8 องศาเซลเซียส จึงนำทารกไปดูดนมแม่ในครั้งที่ 2 ในท่านอน (side lying position) โดยให้ทารกดูดนมแม่นานข้างละ 20 นาที

10.00 น. พยาบาลประเมินการดูดนมแม่ครั้งที่ 2 ของทารก มารดามีสีหน้ากังวลเล็กน้อย บอกว่ารู้สึกเจ็บหัวนมบ้างในบางครั้ง รู้สึกว่าเหงือกกดมาที่ลานหัวนมเป็นส่วนใหญ่และกดลงบนหัวนมในบางครั้ง หลังจากทารกดูดนมเสร็จ ประเมินการเริ่มมีน้ำนมของมารดา พบว่ามารดายังไม่มีน้ำนมปุด หัวนมทั้ง 2 ข้างไม่มีแดงหรือตุ่มพอง

10.40 น.หลังครบย้าย 2 ชั่วโมงหลังคลอด แพทย์ประเมินมารดามีความดันโลหิต 116/78 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 86 ครั้ง/นาที มดลูกหดรัดตัวดี มีเลือดซึมออกทางช่องคลอดชุ่มผ้าอนามัยหนึ่งผืน ทารกมีอัตราการหายใจ 45 ครั้ง/นาที อุณหภูมิกาย 36.8 องศาเซลเซียส ย้ายมารดาและทารกไปหน่วยหลังคลอด

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 1 มารดาสร้างสายสัมพันธ์แม่-ลูก (Bonding & Attachment) ไม่มีประสิทธิภาพ

ข้อมูลสนับสนุน
- มารดาได้รับยา pethidine เพื่อบรรเทาอาการเจ็บครรภ์ก่อนคลอด
- มารดามีอาการสะลึมสะลือเล็กน้อย ขณะเบ่งคลอดและหลังคลอด
- อ่อนเพลียจากการเสียเลือดหลังคลอด 400 มิลลิลิตร

วัตถุประสงค์การพยาบาล
- มารดาสามารถสร้างสายสัมพันธ์แม่-ลูกได้อย่างมีประสิทธิภาพ

เกณฑ์การประเมิน
- มารดาโอบกอดทารกและจ้องมองด้วยใบหน้ายิ้มแย้มและพึงพอใจ
- มารดาใช้ปลายนิ้วสำรวจทารกด้วยการสัมผัสเบาๆ
- มารดาพูดคุยกับทารก

กิจกรรมการพยาบาล

1. แจ้งให้มารดาทราบถึง เพศ เวลาเกิดทันทีหลังคลอดและให้มารดาดูเพศของทารก พร้อมทั้งผูกป้ายผ้าที่มีชื่อมารดาก่อนตัดสายสะดือ จึงเช็ดตัวทารกและใส่หมวกเพื่อให้ความอบอุ่น

2. นำผ้าเย็นมาเช็ดหน้าให้มารดาเพื่อช่วยให้มารดาตื่นมากขึ้น

3. จัด Position ให้มารดานอนศีรษะสูงเล็กน้อย นำทารกมาให้มารดาโอบกอด โดยนำทารกวางบนหน้าท้องหรือระหว่างเต้านมทั้ง 2 ข้างของมารดาและทารกสัมผัสโดยแกะผ้าห่อทารกบริเวณหน้าอกและเสื้อมารดาออก เพื่อให้เกิดการสัมผัส (skin-to-skin contact และ eye-to-eye contact) นานตามความต้องการ

4. นำป้าย duo band มาผูกข้อมือมารดาและทารกขณะที่ทารกอยู่บนหน้าอกมารดา โดยแจ้งให้มารดาทราบว่า ป้าย duo band สีฟ้าหมายถึงทารกเพศชาย สีชมพูหมายถึงทารกเพศหญิง และป้าย duo band ของมารดาและทารกจะมีรหัสหมายเลขเดียวกัน

ประเมินผล มารดามีอาการสะลึมสะลือเล็กน้อย โอบกอดทารกนาน 10 นาทีและจ้องมองด้วยใบหน้ายิ้มแย้มและพึงพอใจ พูดคุยกับทารก

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 2 มารดามีความกังวลและไม่มั่นใจในการให้นมบุตร

ข้อมูลสนับสนุน
- มารดามีสีหน้าวิตกกังวลเล็กน้อย หลังจากทราบข้อมูลของทารกที่มีพังผืดใต้ลิ้น สอบถามว่า “ ทารกจะดูดนมได้หรือไม่ จะมีผลเสียอะไรบ้าง ”
- มารดาครรภ์แรกไม่มีประสบการณ์ในการให้นมมาก่อน
- ใช้เวลานานในการช่วยเหลือให้ทารก latch on ได้ถูกต้องในครั้งแรก

วัตถุประสงค์การพยาบาล
- มารดามีความกังวลลดลงและมีความมั่นใจในการให้นมบุตร

เกณฑ์การประเมิน
- มารดามีสีหน้ายิ้มแย้มแจ่มใสมากขึ้น
- มารดามีความมั่นใจและสามารถให้ทารกดูดนมได้สำเร็จในห้องคลอด

กิจกรรมการพยาบาล

1. เปิดโอกาสให้มารดาได้ซักถามข้อสงสัยต่างๆ ตอบคำถามด้วยความเต็มใจโดยอธิบายอย่างง่ายๆ และชัดเจน เพื่อให้มารดาเข้าใจและคลายความกังวล

2. ให้ข้อมูลมารดาเกี่ยวกับภาวะพังผืดใต้ลิ้นของทารก ซึ่งมีความยืดหยุ่นดี ทารกอาจจะสามารถดูดนมได้สำเร็จ ต้องรอประเมินที่ตึกหลังคลอด แต่ถ้าทารกดูดนมไม่ได้แพทย์จะประเมินให้ขลิบพังผืดใต้ลิ้น (frenulotomy) เพื่อช่วยให้ทารกดูดนมได้ดีขึ้น ปลอบใจและให้กำลังใจมารดาเพราะปัญหาสามารถแก้ไขได้

3. แนะนำวิธีการให้ทารกดูดนมอย่างถูกวิธี ช่วยจัดท่าให้มารดานอนตะแคงศีรษะสูงเพื่อจะให้นมในท่านอน (side lying) โดยให้คำแนะนำและให้มารดาปฏิบัติตามด้วยตนเอง เน้นเทคนิคการเอานมเข้าปาก (latch on) และการ จัดท่ามารดาและทารกอย่างถูกต้องเหมาะสม และแนะนำวิธีประเมินว่าทารกอมหัวนมและดูดนมได้ถูกต้องหรือไม่ เพื่อช่วยมารดาให้มีทักษะและมั่นใจในการให้นมแม่ได้อย่างถูกต้อง ในบรรยากาศที่สงบและไม่รีบร้อน

4. ให้กำลังใจ ชื่นชม เพื่อสร้างความมั่นใจให้กับมารดา

ประเมินผล มารดาบอกว่ามีความกังวลลดลงและมีความมั่นใจในการให้นมบุตรเพิ่มขึ้น มีสีหน้ายิ้มแย้มแจ่มใสมากขึ้น

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 3 **มารดามีโอกาสเกิดหัวนมแตก**

ข้อมูลสนับสนุน
- มารดารู้สึกเจ็บหัวนมในบางครั้งขณะทารกดูดนม
- ทารกมีพังผืดใต้ลิ้นชนิดรุนแรงแบบยืดหยุ่นดี
- มารดายังไม่มีประสบการณ์ในการให้นมแม่เพราะคลอดครั้งแรก

วัตถุประสงค์การพยาบาล - มารดาไม่เกิดหัวนมแตก

เกณฑ์การประเมิน - หัวนมไม่มีตุ่มพองหรือแผล

กิจกรรมการพยาบาล

1. ดูแลช่วยให้ทารกดูดนมแม่อย่างถูกวิธี โดยขณะทารกอ้าปากกว้างเคลื่อนศีรษะทารกเข้าหาเต้านมมารดาโดยเร็ว เพื่อให้ทารกงับลานหัวนมให้ลึกพอ ให้มารดาใช้ท่า “C” hold โดยใช้มือพยุงเต้านมให้หัวนมอยู่ในระดับปากของทารก นิ้วหัวแม่มืออยู่ด้านบนอีก 4 นิ้วพยุงเต้านมด้านล่าง

2. อธิบายให้มารดาเข้าใจถึงสาเหตุที่ทำให้หัวนมแตก และแนะนำวิธีการดูดนมอย่างถูกวิธี โดยให้มารดาฝึกปฏิบัติด้วยตัวเองในการดันหัวนมให้ออกมามากที่สุด เพื่อให้ทารกดูดนมติดและป้องกันหัวนมแตก

3. แนะนำให้มารดาสังเกตอาการเจ็บหัวนมและตรวจดูหัวนม ว่ามีอาการเจ็บหัวนมมากขึ้นและมีตุ่มพองหรือแดงมากขึ้น ในการให้ทารกดูดนมในครั้งต่อไป

4. ส่งต่อข้อมูลกับหน่วยหลังคลอดเกี่ยวกับปัญหาของมารดาและทารก เพื่อให้หน่วยหลังคลอดให้การช่วยเหลือและประเมินอย่างใกล้ชิด ก่อนที่มารดาจะมีหัวนมแตก

ประเมินผล มารดาสามารถให้ทารกดูดนมได้อย่างถูกวิธีได้นานข้างละ 20 นาที หัวนมไม่มีตุ่มพองหรือแผล

สรุปกรณีศึกษา

มารดามีความตั้งใจและมีความพร้อมในการมีลูก จะเห็นได้จากการมาฝากครรภ์ในระยะไตรมาสที่ 1 ของการคลอดและมาฝากครรภ์ทุกครั้งที่แพทย์นัด มีความตั้งใจที่จะคลอดบุตรด้วยวิธีการคลอดปกติและมีทัศนคติที่ดีต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ มีความตั้งใจที่จะเลี้ยงลูกด้วยนมแม่จากองค์ประกอบหลายอย่าง เช่นมารดามีความรู้ถึงประโยชน์ของนมแม่ที่มีต่อทารก มารดามีเวลาที่จะเลี้ยงลูกตลอดเวลาเนื่องจากมารดาทำงานที่บ้าน มารดาต้องการประหยัดเพราะรายได้ลดลง

ในระยะคลอดมารดามาด้วยอาการเจ็บครรภ์และมีน้ำเดินมาจากบ้าน ตรวจภายในครั้งแรกพบว่ามารดาอยู่ในระยะ active phase ของการคลอดและมีน้ำเดินจริง ปากมดลูกเปิด 4 เซ็นติเมตร ความบาง 100 % ระดับส่วนนำ -1 ถุงน้ำแตกแล้ว ปากมดลูกนุ่ม ชี้กลาง มารดามีอาการเจ็บครรภ์มาก pain score = 7 มารดาได้รับยา pethidine ทางหลอดเลือดดำ เพื่อบรรเทาความเจ็บปวด หลังจากได้รับยา pethidine มารดาไม่มีอาการคลื่นไส้และอาเจียน อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที มารดานอนหลับประมาณ 1 ชั่วโมงจึงรู้สึกอยากเบ่ง แพทย์ตรวจภายในพบว่าปากมดลูกเปิด 10 เซ็นติเมตร ความบาง 100 % ระดับส่วนนำ +1 จึงให้มารดาเริ่มเบ่งอย่างถูกวิธี มารดายังมีอาการสะลึมสะลือเล็กน้อยขณะเบ่งคลอด มารดาเบ่งคลอดนาน 15 นาที ทารกเกิดเพศชาย น้ำหนัก 3060 กรัม APGAR score 10, 10 อุณหภูมิกาย 37 องศาเซลเซียส ผูกป้ายผ้าที่มีชื่อมารดาที่ข้อเท้าข้างขวาของทารกก่อนตัดสายสะดือ นำทารกมาซับตัวและศีรษะใต้ radaint warmer จากนั้นวัดอุณหภูมิกายได้ 37 องศาเซลเซียส นำทารกมาให้มารดาโอบกอดหลังจากซับศีรษะและลำตัวให้แห้ง โดยนำทารกวางบนหน้าท้องหรือระหว่างเต้านมทั้ง 2 ข้าง มารดาและทารกสัมผัสโดย skin-to-skin contact และ eye-to-eye contact นานประมาณ 10 นาที พร้อมกับให้ทารกเริ่มดูดนมมารดาครั้งแรกเพื่อกระตุ้นการสร้างน้ำนม พยาบาลผู้แจ้งเกิดนำป้าย duo band มาผูกข้อมือข้างขวาของทารกและมารดาขณะที่ทารกอยู่บนหน้าอกมารดา มารดามองทารกด้วยใบหน้ายิ้มแย้มและขยับตัวเพื่อให้มองให้ชัดขึ้น ถามว่าทารกครบ 32 หรือไม่ มารดายังคงมีอาการสะลึมสะลือเล็กน้อย หลังจากที่ให้มารดาโอบกอดทารกตามความต้องการแล้วจึงนำทารกมาเช็ดตัวและไขด้วย cotton oil จากการที่มารดามีอาการสะลึมสะลือขณะที่ให้โอบกอดทารก ทำให้การสร้างสัมพันธภาพแม่-ลูกไม่มีประสิทธิภาพ เนื่องจากผลของยา pethidine ที่มารดาได้รับก่อนคลอด ทำให้มารดามีอาการซึม หลับ สะลึมสะลือ และยายังสามารถผ่านรกได้ ทำให้ทารกซึม หลับ กดการหายใจและไม่ดูดนม จะส่งผลต่อทารกมากที่สุดเมื่อมารดาได้รับยาทางหลอดเลือดดำ 3-4 ชั่วโมงก่อนคลอด[17] สำหรับทารกรายนี้มารดาได้รับยาประมาณ 1 ชั่วโมงก่อนคลอด จึงส่งผลต่อทารกน้อย ทารกไม่มีอาการซึม สามารถดูดนมแม่ได้ดี

หลังเช็ดตัวทารกเสร็จ ตรวจร่างกายทารกพบว่าทารกมีพังผืดใต้ลิ้นชนิดรุนแรงแต่ผนังบางยืดหยุ่นดี ประเมินการหายใจพบว่าทารกมีอัตราการหายใจ 45 ครั้ง/นาที อุณหภูมิกาย 36.8 องศาเซลเซียส จึงนำทารกไปดูดนมแม่ในครั้งที่ 2 ในท่านอน (side lying) ก่อนทารกดูดนมแม่ให้ข้อมูลแก่มารดาในเรื่องที่ทารกมีภาวะพังผืดใต้ลิ้นและอธิบายถึงผลกระทบต่อการให้นมแม่เพื่อให้มารดาเข้าใจและระวังภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้นในการให้นมแม่ต่อไป การประเมินการดูดนมครั้งแรกและครั้งที่ 2 ของทารก โดยใช้แบบประเมินการให้นมแม่แก่ทารกในห้องคลอด (IBFAT) รวมคะแนนประเมินเท่ากับ 8 คะแนน ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ที่ดี ขณะทารกดูดนม ได้สอบถามมารดาถึงอาการเจ็บหัวนม และความรู้สึกที่เหงือกทารกกดลงมาในแต่ละครั้งที่ดูดนม มารดาบอกว่ารู้สึกเจ็บหัวนมบ้างในบางครั้ง และรู้สึกว่าเหงือกกดมาที่ลานหัวนมเป็นส่วนใหญ่แต่บางครั้งรู้สึกว่ากดลงบนหัวนม ดูแลให้ทารกดูดนมแม่ นานข้างละ 20 นาที ขณะช่วยมารดาให้นมแม่พบว่าทารกดูดนมไม่ค่อยติด ปากหลุดออกจากเต้าบ่อยครั้ง มารดายังให้นมไม่ถนัดและไม่มั่นใจมีสีหน้ากังวลเล็กน้อย ต้องใช้เวลานานประมาณ 3-5 นาที ในการเอานมให้ทารกดูดในครั้งแรก จะเห็นได้ว่าการดูดนมในครั้งแรกใช้เวลานานในการช่วยเหลือให้ทารก latch on ได้ถูกต้อง เนื่องจากมารดายังไม่เคยมีบุตรมาก่อน เป็นการให้นมแม่ครั้งแรกและมารดายังมีอาการสะลึมสะลือจากผลของยา pethidine สำหรับทารกไม่มีอาการข้างเคียงจากยา pethidine เพราะยายังไม่ส่งผ่านไปถึงทารกมากนักเพราะมารดาได้รับยาในระยะเวลาที่สั้น สำหรับอาการเจ็บหัวนมเป็นบางครั้งเนื่องจากทารกมีพังผืดใต้ลิ้นชนิดรุนแรงแต่ยืดหยุ่นดี บางครั้งทารกอาจเอาลิ้นออกมาพ้นริมฝีปากล่างได้บ้างประกอบกับมารดามีหัวนมปกติ เหงือกทารกจึงกดลงบนหัวนมเป็นบางครั้ง หลังจากดูดนมแม่ในครั้งที่ 2 นานข้างละประมาณ 20 นาที มารดายังไม่มีน้ำนมปุด อาจเกิดจากการดูดนมไม่มีประสิทธิภาพจากภาวะพังผืดใต้ลิ้นของทารก เมื่อครบย้าย 2 ชั่วโมงหลังคลอด มารดามีมดลูกแข็งดีไม่มีเลือดซึมออกทางช่องคลอด มีความดันโลหิตและชีพจรอยู่ในเกณฑ์ปกติ (ความดันโลหิต 116/78 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 86 ครั้ง/นาที) ทารกมีอัตราการหายใจ 45 ครั้ง/นาที อุณหภูมิกาย 36.8 องศาเซลเซียส สามารถย้ายมารดาและทารกไปหน่วยหลังคลอดได้ตามเกณฑ์ และส่งต่อปัญหาการให้นมแม่แก่พยาบาลหน่วยหลังคลอด

จากการไปติดตามเยี่ยมมารดาและทารกที่หน่วยหลังคลอด 3 วัน จะเห็นว่า มารดามีน้ำนมมาช้ากว่าปกติ เพราะหลังคลอดวันที่ 1 มารดาให้ทารกดูดกระตุ้นน้อย (4-5 ชั่วโมง/ครั้ง) ทารกหลับนานเพราะได้นมผสม มารดามีความกังวลกลัวไม่มีน้ำนม หลังจากได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวอย่างถูกต้องในการเพิ่มความถี่ของการดูดนมของทารก การใช้ท่าให้นมที่เหมาะสมในการให้นม การทำจิตใจให้ผ่องใส การรับประทานอาหารและดื่มน้ำอย่างเพียงพอ และทารกได้รับการ

ทำผ่าตัด frenulotomy ในวันที่ 2 หลังคลอด ทำให้มารดาเริ่มมีน้ำนมปุด ทารกไม่มีภาวะตัวเหลือง มารดาไม่มีหัวนมแตก สามารถกลับบ้านได้ในวันที่ 3 หลังคลอด

จะเห็นได้ว่าการดูแลในระยะคลอดโดยให้มารดาผ่านการคลอดอย่างราบรื่น ไม่ทุกข์ทรมานมากเกินไป โดยการลดความเครียดและความวิตกกังวลของมารดา การให้ความช่วยเหลือและการสนับสนุนระหว่างการเจ็บครรภ์และ การคลอด การให้มารดาได้รับสารน้ำและอาหารอย่างเพียงพอ การตระหนักถึงผลของยาบรรเทาอาการเจ็บครรภ์ที่เป็นอุปสรรคต่อการสร้างสายสัมพันธ์แม่-ลูก และให้ความสำคัญต่อการกระตุ้นให้สามีและสมาชิกในครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลมารดา การช่วยให้มารดาและทารกได้มีการสัมผัสและช่วยให้มารดาสามารถให้นมแม่ในระยะเริ่มแรกในห้องคลอดได้สำเร็จ จะส่งผลให้มารดาสามารถเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้อย่างต่อเนื่องและยาวนานและประสบความสำเร็จในที่สุด มารดาที่มีทัศนคติที่ดีและตั้งใจจริงที่จะเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และได้รับการดูแลเอาใจใส่จากบุคลากรที่ให้การดูแลอย่างใกล้ชิด การได้รับการแก้ไขปัญหาอย่างรวดเร็ว ถึงแม้ว่ามารดาและทารกจะมีปัญหามากแค่ไหน ก็สามารถช่วยให้มารดาประสบความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้ การจะให้ความช่วยเหลือและส่งเสริมมารดาและทารกอย่างถูกต้องนั้น พยาบาลและผู้ช่วยพยาบาลในห้องคลอดต้องยึดหลักปฏิบัติตามขั้นตอนของกระบวนการพยาบาล ได้แก่การประเมินภาวะสุขภาพ การวินิจฉัยทางการพยาบาล การวางแผนการพยาบาล การปฏิบัติตามแผนการพยาบาลที่วางไว้ และการประเมินผลการพยาบาลอย่างครบถ้วน

บทที่ 5
ปัญหา อุปสรรค และแนวทางแก้ไขปัญหา

การส่งเสริมสายสัมพันธ์แม่-ลูก และการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในห้องคลอดจะประสบความสำเร็จได้นั้น มารดาต้องมีทัศนคติที่ดีและมีความตั้งใจจริงต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และได้รับการดูแลพร้อมกับแก้ไขปัญหาตั้งแต่หน่วยฝากครรภ์ เพราะในห้องคลอดจะมีระยะเวลาที่สั้นในการให้ความช่วยเหลือ แต่เป็นระยะเวลาที่สำคัญต่อความสำเร็จของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือน (exclusive breastfeeding) จากลักษณะงานของห้องคลอดจะเป็นงานกึ่งวิกฤต ภาระงานส่วนใหญ่จะฉุกเฉินและเร่งด่วน เช่น การทำคลอด การช่วยคลอด การช่วยฟื้นคืนชีพทารกแรกเกิด เป็นต้น สถานการณ์ในห้องคลอดในแต่ละวันคาดการณ์ได้ยาก ซึ่งจะส่งผลต่อความสำเร็จในการส่งเสริมสายสัมพันธ์แม่-ลูก และการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในห้องคลอด สามารถสรุปเป็นปัญหา อุปสรรค และแนวทางแก้ไขได้ดังนี้

ระยะของการคลอด	ปัญหา อุปสรรค	แนวทางแก้ไข
ระยะที่ 1	**<u>ด้านบุคลากร</u>** 1.บุคลากรในห้องคลอดขาดความตระหนัก ขาดความรู้ความเข้าใจและทักษะในการส่งเสริมสายสัมพันธ์แม่-ลูก และการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ 2.ครอบครัวไม่มีส่วนร่วมในการเฝ้าคลอด	1.หัวหน้าหน่วยงานให้การสนับสนุน ประกาศเป็นนโยบายเน้นย้ำให้บุคลากรในหน่วยงานเห็นความสำคัญ และฝึกอบรมให้ความรู้ในการส่งเสริมสายสัมพันธ์แม่-ลูก และการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างถูกต้องแก่บุคลากรทุกคน 2. เปิดโอกาสให้สมาชิกในครอบครัวมีส่วนร่วมในการเฝ้าคลอด อาจเป็นน้องสาว สามีหรือมารดา มาอยู่เป็นเพื่อนในห้องคลอด คอยดูแลและให้กำลังใจ ร่วมกับบุคลากรในหน่วยงาน ซึ่งจะส่งผลดีต่อด้านจิตใจของมารดา และส่งเสริมสายสัมพันธ์ในครอบครัว

ระยะของการคลอด	ปัญหา อุปสรรค	แนวทางแก้ไข
	<u>ด้านมารดา</u> 1.มารดามีหัวนม/ลานหัวนมไม่พร้อมต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ เช่น มารดามีหัวนมสั้น	1. ควรมีการประเมินหัวนมและลานหัวนมพร้อมทั้งแก้ไขให้กับผู้คลอดทุกรายก่อนเข้าสู่ระยะคลอด 2. ใช้เทคนิค nipple rolling กรณีหัวนมสั้นไม่มาก และใช้ nipple puller ดึงหัวนมในรายที่สั้นมาก โดยทำในระยะ latent phase
	2. มารดามีทัศนคติไม่ดีต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่	2.1 ส่งเสริมให้มารดามีทัศนคติที่ดีต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ โดยสอนแนะนำให้มารดาดูวีดีทัศน์ สอนและสาธิตการโอบกอดทารกและท่าในการให้ทารกดูดนมจากตุ๊กตาเด็ก 2.2 รับฟังความคิดเห็น เปิดโอกาสให้มารดาระบายความรู้สึกต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และตอบคำถามที่สงสัยด้วยความเต็มใจ ให้ข้อมูลที่เกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างถูกต้องเพื่อให้มารดามีความรู้และมีทัศนคติที่ดีขึ้น
	3. มารดาได้รับยาแก้ปวด ในกลุ่มยา narcotic ซึ่งมีผลทำให้มารดาคลื่นไส้ อาเจียน เวียนศีรษะ สะลึมสะลือ ง่วง ซึม ไม่พร้อมต่อการสร้างสายสัมพันธ์แม่-ลูก และการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่	3.1 ดูแลให้ความช่วยเหลือจากผลข้างเคียงของยา และสังเกตอาการผิดปกติที่อาจเป็นอันตราย เช่น การหายใจช้า การหยุดหายใจ เป็นต้น ดูแลความสุขสบายทั่วไปและช่วยให้มารดาตื่นมากขึ้นก่อนส่งเสริมสายสัมพันธ์แม่-ลูก และการนำทารกมาดูดนมครั้งแรกหลังคลอด

ระยะของการคลอด	ปัญหา อุปสรรค	แนวทางแก้ไข
ระยะที่ 2	**<u>ด้านมารดา</u>** 1. มารดาคลอดยากใช้เวลาในการเบ่งคลอดนานทำให้อ่อนเพลีย อ่อนล้า ไม่พร้อมต่อการให้นมทารก	1. สอนวิธีการเบ่งอย่างถูกวิธี และดูแลให้เบ่งคลอดอย่างใกล้ชิด เพื่อให้มารดาเบ่งอย่างมีประสิทธิภาพ
ระยะที่ 3-4	**<u>ด้านบุคลากร</u>** 1.บุคลากรบางคนไม่ตระหนักถึงความสำคัญในการส่งเสริมสายสัมพันธ์แม่-ลูก และการช่วยให้ทารกดูดนมในระยะแรกคลอด	1.ชี้แจงและกำหนดเป็นนโยบายในหน่วยงานให้ถือว่าการช่วยมารดาให้ทารกดูดนมเป็นงานสำคัญที่จะต้องทำก่อนงานอื่น เนื่องจากระยะเวลาที่ดีที่สุดคือ ครึ่งถึงหนึ่งชั่วโมงหลังคลอด และการนำทารกมาให้มารดาโอบกอดสัมผัสกับอ้อมอกแม่จะกระตุ้นให้มารดาหลั่งฮอร์โมนออกซิโตซิน ซึ่งเป็นฮอร์โมนแห่งความรัก ทำให้เป็นจุดเริ่มต้นความรู้สึกการเป็นแม่ มีความรักห่วงหาอาทรต่อลูก
	2. บุคลากรมีความรู้และแนวทางปฏิบัติไม่เป็นไปแนวทางเดียวกัน	2.จัดทำคู่มือการพยาบาลในหน่วยงาน เพื่อใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติงานให้เป็นไปในแนวทางเดียวกัน
	3.ครอบครัวไม่มีส่วนร่วมในการส่งเสริมสายสัมพันธ์แม่-ลูก และการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในระยะแรกคลอด	3.ให้สมาชิกในครอบครัวมาอยู่กับมารดาและทารกตลอดระยะเวลาที่ช่วยให้ทารกดูดนม เพื่อส่งเสริมสายสัมพันธ์ในครอบครัว
	<u>ด้านมารดา</u> 1. มารดามีหัวนมสั้น	1.ใช้ nipple puller ดึงหัวนมก่อนให้ทารกดูดนม

ระยะของการคลอด	ปัญหา อุปสรรค	แนวทางแก้ไข
	2. มารดาสะลึมสะลือ ง่วง ซึม จากการได้รับยาแก้ปวดในระยะที่ 1 ของการคลอด มีผลต่อการส่งเสริมสายสัมพันธ์แม่-ลูก และการให้ทารกดูดนม	2. ดูแลให้มารดาตื่นมากที่สุด โดยการใช้ผ้าเย็นเช็ดบริเวณใบหน้า คอ ลำตัว แขน ก่อนนำทารกมาสัมผัสกับมารดาแบบเนื้อแนบเนื้อ และดูแลให้ทารกได้ดูดนมภายในครึ่งถึงหนึ่งชั่งโมงหลังคลอด ดูแลให้ทารกอยู่กับมารดาต่อไปอย่างน้อยหนึ่งชั่วโมงโดยไม่มีการแยกจากกัน นอกจากมีเหตุผลทางการแพทย์ 2. ร่วมกันรณรงค์และหาวิธีการบรรเทาความเจ็บปวดในระยะคลอดด้วยวิธีการไม่ใช้ยาเพื่อไม่ให้เกิดผลข้างเคียงจากยา
	3. มารดาให้ทารกดูดนมไม่ถูกต้อง	3.1 ช่วยเหลือและให้กำลังใจมารดาในระยะแรกคลอดในการช่วยทารกดูดนมครั้งแรกอย่างถูกต้อง เพื่อให้มารดาเกิดความมั่นใจสามารถให้นมแก่ทารกได้สำเร็จ การเริ่มต้นที่ดีจะมีผลต่อความสำเร็จในการส่งเสริมสายสัมพันธ์แม่-ลูก และการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในห้องคลอด และสามารถเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างน้อย 6 เดือนหรือนานกว่านั้น 3.2 สอนให้มารดาสังเกตอาการแสดงของทารกที่พร้อมจะดูดนมแม่ และการให้ทารกอมหัวนมอย่างถูกวิธี จะช่วยป้องกันปัญหาที่จะเกิดขึ้นในระยะแรก เช่นหัวนมแตก น้ำนมไม่เพียงพอ เป็นต้น การอมหัวนมอย่างถูกวิธี คือ ปากทารกจะอ้ากว้างแนบสนิทกับเต้านมมารดา เห็นลานหัวนมเหนือริมฝีปากบนมากกว่าริมฝีปากล่าง ริมฝีปากล่างบานออก คล้ายปากปลา คางทารกแนบชิดอยู่กับเต้านมมารดา การดูดนมอย่างมีประสิทธิภาพ ทารก

ระยะของการคลอด	ปัญหา อุปสรรค	แนวทางแก้ไข
		จะต้องดูดแรง เป็นจังหวะช้าๆ สม่ำเสมอ แก้มป่อง มารดาไม่รู้สึกเจ็บหัวนมขณะทารกดูดนม 3.3 เน้นย้ำว่า “ หัวน้ำนมหยดแรกที่ทารกดูดถือเป็นวัคซีนหยดแรกของชีวิต” เพื่อกระตุ้นให้มารดาเห็นความสำคัญของการให้นมแก่ทารก และการสร้างสายสัมพันธ์
	<u>ด้านทารก</u> 1. ทารกหลับ ซึม ไม่ดูดนมจากการที่มารดาได้รับยาแก้ปวดในระยะที่ 1 ของการคลอด	1.ปลุกให้ทารกตื่น โดยการใช้มือลูบบริเวณหลัง ลำตัว และแกะผ้าออกเพื่อให้ทารกสัมผัสความเย็นเล็กน้อย กระตุ้น rooting reflex โดยใช้ปลายนิ้วเขี่ยบริเวณริมฝีปากเพื่อให้ทารกอ้าปาก และ suking reflex โดยการช่วยให้มารดาดันหัวนมเข้าให้ลึกจนกระทั่งหัวนมชนกับเพดานอ่อนต่อเพดานแข็งของทารก
	2. ทารกมีผังผืดใต้ลิ้น	2.1 แจ้งให้มารดารับทราบ และอธิบายให้มารดาเข้าใจถึงผลเสียของพังผืดใต้ลิ้น อาจทำให้มารดาหัวนมแตกได้ พร้อมกับให้มารดาสังเกตอาการเจ็บหัวนม และความรู้สึกว่าเหงือกกดลงบริเวณไหนในการดูดนมของทารกและช่วยมารดาในการ latch on อย่างถูกต้อง 2.2 ประเมินความรุนแรงของพังผืดใต้ลิ้นและประสิทธิภาพการดูดนม บันทึกใน nurse note และส่งต่อข้อมูลให้หน่วยหลังคลอดก่อนย้ายมารดาและทารกทราบ เพื่อความต่อเนื่องในการให้การดูแล

บทบาทพยาบาลในห้องคลอด ในระยะคลอด มีส่วนสำคัญที่จะส่งผลต่อความสำเร็จในการส่งเสริมสายสัมพันธ์แม่-ลูก และการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ตามกิจกรรมบันได 10 ขั้น ซึ่งในระยะคลอดเป็นบันไดขั้นที่ 4 พยาบาลจะต้องสร้างความเชื่อมั่นและให้กำลังใจมารดาอยู่ตลอดเวลา อย่าให้มารดาเกิดความเครียดหรือกังวล และต้องรีบทำ early bonding และช่วยให้ทารกได้ดูดนมครั้งแรกตั้งแต่แรกคลอด การตั้งครรภ์แม้จะเป็นเรื่องธรรมชาติ แต่มารดาก็อาจมีความกลัว ความเครียดได้ การเปิดโอกาสให้ครอบครัว ผู้ใกล้ชิดที่มารดาไว้ใจเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแล จะช่วยลดภาวะดังกล่าว และสามารถเสริมความรู้สึกทางบวกต่อประสบการณ์การคลอด และยังเป็นการส่งเสริมสายสัมพันธ์ในครอบครัวด้วย อีกทั้งพยาบาลที่ดูแลมารดาควรดูแลช่วยเหลืออย่างใกล้ชิด ด้วยท่าทีที่สุภาพ อ่อนโยน พูดคุยให้กำลังใจ กล่าวชมเชย เสริมพลังทางบวกให้มารดารู้สึกมั่นใจ และพึงพอใจ ก็จะช่วยให้ประสบความสำเร็จ แม้ในห้องคลอดจะเป็นระยะเวลาสั้นๆ แต่ถือว่าเป็นช่วงเวลาอันสั้นที่เป็นจุดเริ่มต้นสำคัญที่จะช่วยส่งเสริมสายสัมพันธ์แม่-ลูก และการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ให้ประสบความสำเร็จ การส่งเสริมสายสัมพันธ์แม่-ลูก และการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่จะสำเร็จและยั่งยืนได้ ถ้าได้รับความร่วมมือกันจากหลายๆ หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ซึ่งจะสามารถทำให้ประสบความสำเร็จ

บรรณานุกรม

1. เกรียงศักดิ์ จีระแพทย์. Breastfeeding : ความสำคัญต่อการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์. เอกสารประกอบการอบรมเชิงปฏิบัติการเรื่อง การพัฒนางานเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล; 2551.
2. ศิราภรณ์ สวัสดิวรณ์. Why Breastfeeding: Past to present. เอกสารประกอบการประชุม Breast is Best สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี; 2553.
3. พรนภา ตั้งสุขสันต์. การสร้างปฏิสัมพันธ์ระหว่างแม่ ลูก และครอบครัว.ใน : กรรณิการ์ วิจิตรสุคนธ์, พรรณรัตน์ แสงเพิ่ม, นันทิยา วัฒายุ, สุพินดา เรืองจิรัษเฐียร, สุดาภรณ์ พยัคฆเรือง. (บรรณาธิการ) การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ : ศูนย์ฝึกอบรมการ เลี้ยงลูกด้วยนมแม่และโภชนาการ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล; 2555: 95-104
4. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. แผนยุทธศาสตร์สุขภาพกระทรวงสาธารณสุข ด้านส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ปีงบประมาณ พ.ศ. 2557; 2557.
5. Tangsuksan P, Ratinthorn A. Experiences and Contextual Factors Related to Exclusive Breastfeeding in Full-time Worker Mothers. Journal of Nursing Science; 2011; 29(3): 52-63.
6. นิตยา สินสุกใส. นโยบาย สถาณการณ์และแนวโน้มของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่. ใน: กรรณิการ์ วิจิตรสุคนธ์, พรรณรัตน์ แสงเพิ่ม, นันทิยา วัฒายุ, สุพินดา เรืองจิรัษเฐียร, สุดาภรณ์ พยัคฆเรือง (บรรณาธิการ) การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ : ศูนย์ฝึกอบรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่และโภชนาการ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล; 2555: 1-7
7. อรทัย บัวคำ, นิตยา สินสุกใส, เยาวลักษณ์ เสรีเสถียร, กรรณิการ์ วิจิตรสุคนธ์. ผลของโครงการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 4 เดือนในมารดาที่มีบุตรคนแรก:โรงพยาบาลอำนาจเจริญ.วารสารพยาบาลศาสตร์; 2550 ; 25(1): 62-75.
8. ส่าหรี่ จิตตินันทน์, วีระพงษ์ ฉัตรานนท์, ศิราภรณ์ สวัสดิวร. เลี้ยงลูกด้วยนมแม่ความรู้สู่ปฏิบัติ. พิมพ์ครั้งที่ 2 กรุงเทพมหานคร: กรุงเทพเวชสาร; 2546.
9. WHO,UNICEF.Ten step to successful breastfeeding. Word Health Organization. [serial online] 2007 Feb 28 [cited 2013 Jun 15]: Available from URL: **http://www.**_Unicef.org/ newsline/ tenstps. Htm
10. ฉันทิกา จันทร์เปีย. กายวิภาคของเต้านม สรีรวิทยาของการสร้างและการหลั่งน้ำนมและกลไกการดูดนมของทารก. ใน: กรรณิการ์ วิจิตรสุคนธ์, พรรณรัตน์ แสงเพิ่ม, นันทิยา วัฒายุ, สุพินดา เรืองจิรัษเฐียร, สุดาภรณ์ พยัคฆเรือง. (บรรณาธิการ) การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ :

ศูนย์ฝึกอบรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่และโภชนาการ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล; 2555: 63-75.

11. Ramsay, D.T., Kent, J.C., Hartman, R. A., Hartman, P.E. Anatomy of the lactating human Breast redefined with ultrasound imaging. Journal of Anatomy. 2005; 206: 525-534.
12. Lawrence, R. A., Lawrence, R. M. Breastfeedding: A guide for the medical profession. Philadelphia: Mosby; 2005.
13. สุอารีย์ อ้นตระการ, ธิดารัตน์ วงศ์วิสุทธิ์. ความรู้พื้นฐานสู่ความสำเร็จของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่. ใน: เอกสารประกอบการอบรมเรื่อง การพัฒนาความรู้และทักษะการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่. ศูนย์นมแม่ศิริราชร่วมกับโครงการช่วยเด็กไทยให้กินนมแม่ และสสส. 2550: 9-22.
14. Lynn S.W., Robin P.G. Feeding and Swallowing Disorders in infancy Assessment and Management. Arizona: Therapy Skill Builder; 1992: 105-112.
15. มานี ปิยะอนันต์. การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่. ใน: มานี ปิยะอนันต์,ชาญชัย วันทนาศิริ, ประเสริฐ ศันสนีย์วิทยกุล. (บรรณาธิการ) สูติศาสตร์.กรุงเทพมหานคร: พี-เอ ลีฟวิ่ง; 2548: 230-231.
16. Chanprapaph P, et al. The Correlation of Lactating Women's Breast Size and Breast Milk Production. Journal of Siriraj Medicine; 2007: 59, 284-286.
17. วิภาวี ตั้งธรรมนิยม. ผลกระทบของเพ็ททิดีนที่มารดาได้รับก่อนคลอดต่อสรีรวิทยาและพฤติกรรมทารกแรกเกิด.(วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต).สาขาวิชาการพยาบาลแม่และเด็ก. กรุงเทพมหานคร: บัณฑิตวิทยาลัย. มหาวิทยาลัยมหิดล; 2542
18. มงคล เลาหเพ็ญแสง. ภาวะลิ้นติด. ใน: เอกสารประกอบการประชุมวิชาการการพยาบาลกุมารเวชศาสตร์ครั้งที่ 20 เรื่อง วิทยาการก้าวหน้าทางการพยาบาลเด็ก (Pediatric nursing update). จัดโดยชมรมพยาบาล กุมารเวชศาสตร์แห่งประเทศไทย. กรุงเทพมหานคร; 2553.
19. ศรุตยา รองเลื่อน. คู่มือการประเมิน/การแก้ไขหัวนมและลานหัวนม.งานการพยาบาลสูติศาสตร์ - นรีเวชวิทยา ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล; 2553.
20. หน่วยนมแม่ ภาควิชาสูติศาสตร์ - นรีเวชวิทยาและงานการพยาบาลสสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา โรงพยาบาลศิริราช คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล. การประเมินหัวนมและลานหัวนม (Siriraj Areola Nipple Assessment : SANA); 2553.
21. Thanaboonyawat I, et al. Pilot Study of Normal Development of Nipples during Pregnancy. Journal of Human Lactation; 2013: 29, 480-483.

22. Chanprapaph P, et al. Outcome of Non-protractile Nipple Correction with Breast Cups in Pregnant Women A Randomized Controlled Trial. Breastfeeding Medicine; 2013: 8, 408-412.

23. วิไลพรรณ สวัสดิ์พาณิชย์,ตติรัตน์ สุวรรณสุจริตร.การดูแลสุขภาพหญิงในระยะคลอดและทารกแรกเกิด.พิมพ์ครั้งที่ 2 ชลบุรี: ศรีศิลปการพิมพ์; 2547 : 165-167.

24. Matthewe M. K. Assessment and Suggested Intervention to assist newborn breastfeeding behavior. Journal of Human Lactation; 1993: 9, 243-248.

25. Riordan J. M. Reliability and Validity Testing of Three Breastfeeding AssessmentTool. Journal of Obstetric, Gynecology, and Neonatal Nursing; 1997: 26, 181-187.

26.กรรณิการ์ วิจิตรสุคนธ์.การจัดท่าในการให้นมและการให้ลูกอมหัวนม.ใน: กรรณิการ์ วิจิตรสคนธ์, พรรณรัตน์ แสงเพิ่ม, นันทิยา วัฒายุ, สุพินดา เรืองจิรัษเฐียร, สุดาภรณ์ พยัคฆเรือง. (บรรณาธิการ) การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ : ศูนย์ฝึกอบรมการ เลี้ยงลูกด้วยนมแม่และโภชนาการ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล; 2555 : 164.