

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการส่งเสริมการเริ่มต้นเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาในระยะแรก โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชตะพานหิน จังหวัดพิจิตร ผู้ศึกษาได้รวบรวมเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องโดยกำหนดหัวข้อในการศึกษาดังนี้

1. ประโยชน์ของการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา
 - 1.1 ประโยชน์ต่อทารก
 - 1.2 ประโยชน์ต่อมารดา
 - 1.3 ประโยชน์ในด้านเศรษฐกิจและสังคม
2. การเริ่มต้นเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาในระยะแรก
 - 2.1 สัญชาตญาณของทารก
 - 2.2 ประโยชน์ของการเริ่มต้นเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาในระยะแรก
 - 2.3 ปัจจัยที่มีผลต่อการเริ่มต้นเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาในระยะแรก
 - 2.4 บทบาทพยาบาลผดุงครรภ์ในการส่งเสริมการเริ่มต้นเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาในระยะแรก
3. การนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้
 - 3.1 แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการส่งเสริมการเริ่มต้นเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาในระยะแรก
 - 3.2 แนวคิดของการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้

ประโยชน์ของการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา

การเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา คือ การเริ่มต้นชีวิตที่ดีที่สุดสำหรับทารก เนื่องจากนํ้านมมารดาเป็นอาหารที่มีคุณภาพและเหมาะสมสำหรับทารก นอกจากนี้การเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดายังเกิดผลดีต่อสุขภาพของมารดาและเกิดประโยชน์ในด้านเศรษฐกิจและสังคม ดังต่อไปนี้

1. ประโยชน์ต่อทารก

การเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดามีประโยชน์ต่อทารกทั้งด้านร่างกายและจิตใจ โดยประโยชน์ด้านร่างกายนั้นพบว่าทารกเจริญเติบโตสมบูรณ์แข็งแรง เนื่องจากได้รับสารอาหารที่ครบถ้วนและเหมาะสมกับการเจริญเติบโต โดยสารอาหารจะปรับเปลี่ยนให้ตรงกับความต้องการของทารกในแต่ละช่วงวัยในการเสริมสร้างการเจริญเติบโตและการพัฒนาการของสมอง (Dennis, 2002) นอกจากนี้ยังช่วยป้องกันโรคติดเชื้อ โดยระยะหลังเกิด 2 วันแรก ทารกจะได้รับสารอิมมูโนโกลบูลิน เอ (immunoglobulin A) ที่อยู่ในน้ำนมส่วนที่เรียกว่า โคลอสตรัม (colostrum) ซึ่งมีความสำคัญอย่างยิ่งในการป้องกันการติดเชื้อของระบบทางเดินอาหาร ระบบทางเดินหายใจ และเมื่อทารกได้รับน้ำนมมารดาอย่างต่อเนื่อง จะช่วยเสริมการทำงานของระบบภูมิคุ้มกัน ช่วยให้ลดอุบัติการณ์ของโรคลำไส้อักเสบ โรคกระเพาะปัสสาวะอักเสบ โรคหอบหืดในเด็ก และลดความเสี่ยงต่อโรคเรื้อรัง เช่น โรคกระเพาะปัสสาวะอักเสบและโรคเบาหวานชนิดพึ่งอินซูลิน เป็นต้น (Wong et al., 2006) ทั้งนี้ทารกที่ได้รับนมมารดามีโอกาสเจ็บป่วยน้อยกว่าทารกที่ได้รับนมผสมประมาณ 2 - 7 เท่า (กรมอนามัย, 2549)

การเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดายังช่วยลดโอกาสเกิดโรคภูมิแพ้ เนื่องจากทารกที่ได้รับน้ำนมมารดาจะลดโอกาสการได้รับโปรตีนที่เสี่ยงต่อการแพ้จากนมวัว ซึ่งการได้รับนมวัวตั้งแต่แรกเกิดมีความเสี่ยงในการถูกกระตุ้นให้ร่างกายสร้างภูมิต้านทานต่อต้านโปรตีนในนมวัว ส่งผลทำให้เกิดโรคภูมิแพ้ขึ้นได้ (ภาสุรี แสงสุภาวณิช, 2546) ทั้งนี้ทารกที่ได้รับนมมารดามีโอกาสเป็นโรคภูมิแพ้น้อยกว่าทารกที่ได้รับนมผสมประมาณ 2 - 7 เท่า (กรมอนามัย, 2549) นอกจากนี้ยังมีผลด้านพัฒนาการโดยพบว่าทารกที่ได้รับนมมารดาจะส่งเสริมการเจริญเติบโตและการพัฒนาการของสมองของทารก ซึ่งทารกที่ได้รับน้ำนมมารดาจะมีพัฒนาการทางสมองดีกว่าทารกที่ไม่ได้รับน้ำนมมารดา 2 - 11 จุด (ศิริภรณ์ สวัสดิ์วิธ, 2553) ควินน์ และคณะ (Quinn et al., 2001) ศึกษาถึงผลของระยะเวลาการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาต่อพัฒนาการของเด็กในประเทศออสเตรเลีย โดยศึกษาในเด็กจำนวน 3,880 คน ติดตามพัฒนาการตั้งแต่แรกเกิดจนถึงอายุ 5 ปี ผลการศึกษาพบว่า เด็กเพศหญิงและเพศชายที่ได้รับนมมารดานาน 6 เดือนจะมีระดับเชาว์ปัญญาสูงกว่าเด็กที่ไม่ได้รับน้ำนมมารดา 8.6 จุดและ 5.8 จุด ตามลำดับ

สำหรับด้านจิตใจการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาสามารถช่วยสร้างเสริมความมั่นคงด้านจิตใจให้แก่ทารก ซึ่งการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาทำให้นมมารดา-ทารกอยู่ใกล้ชิดกัน ได้รับการสัมผัสซึ่งกันและกัน และมารดายังได้มีโอกาสตอบสนองความต้องการทางอารมณ์ของทารก ทำให้ทารกได้รับการตอบสนองที่นุ่มนวลและสม่ำเสมอ ส่งผลให้ทารกมีโอกาสพัฒนาด้านอารมณ์ที่ดี

นอกจากนี้ยังเป็นการส่งเสริมความเชื่อมั่นที่ทารกมีต่อมารดา ซึ่งจะเป็นพื้นฐานในการพัฒนาความเชื่อมั่นและความนับถือในตนเองต่อไป (ศิริภรณ์ สุวัศศิริ, 2553)

2. ประโยชน์ต่อมารดา

การเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดามีประโยชน์ต่อมารดาทั้งด้านร่างกายและจิตใจ โดยด้านร่างกายนั้นพบว่า การเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาช่วยลดภาวะเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอด เนื่องจากการดูดนมของบุตรช่วยกระตุ้นมารดาให้มีการหลั่งฮอร์โมนออกซิโทซิน ทำให้กระตุ้นการหดตัวของมดลูก เป็นการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดและช่วยให้มดลูกกลับสู่รูปร่างเดิมได้เร็วขึ้น (มานี ปิยะอนันต์, 2548) นอกจากนี้มารดาที่เลี้ยงบุตรด้วยนมตนเองยังมีแนวโน้มที่น้ำหนักจะลดลงเท่ากับก่อนตั้งครรภ์ได้เร็ว เพราะไขมันที่สะสมไว้ระหว่างตั้งครรภ์ถูกนำมาผลิตน้ำนม (Wong et al., 2006) การเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดายังช่วยลดภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคกระดูกพรุน (Osteoporosis) ซึ่งความหนาแน่นของมวลกระดูกในมารดาที่ให้นมบุตรกลับสู่ภาวะปกติใน 12 เดือนหลังคลอด และการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาทำให้เว้นระยะห่างของการมีบุตร จึงเป็นการคุมกำเนิดตามธรรมชาติ เนื่องจากการดูดนมของทารกจะกระตุ้นสมองส่วนไฮโปธาลามัสให้ยับยั้งการหลั่งฮอร์โมนโปรแลคตินอินฮิบิเตอร์ (prolactin inhibitor) ส่งผลให้ระดับฮอร์โมนโปรแลคตินในกระแสเลือดของมารดาสูงขึ้น ทำให้ไม่มีการตกไข่ (Smith & Tully, 2001) ทั้งนี้การเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาสามารถคุมกำเนิดได้ร้อยละ 98 ถ้ามารดาเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาอย่างเดียวและให้บุตรดูดนมอย่างสม่ำเสมอ มารดายังไม่มีประจำเดือนภายหลังคลอด และทารกมีอายุน้อยกว่า 6 เดือน หากมารดาไม่ได้เลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาเพียงอย่างเดียวหรือให้บุตรดูดนมไม่สม่ำเสมอ อาจเกิดการตั้งครรภ์ได้ (Lauwers & Swisher, 2005) ดังนั้นจึงควรใช้การคุมกำเนิดวิธีอื่นร่วมด้วย นอกจากนี้ยังพบว่ามารดาที่ให้นมบุตรมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งเต้านมน้อยกว่ามารดาที่ไม่ได้ให้นมบุตร (Mehta, 1993) และอัตราการเกิดโรคมะเร็งรังไข่ รวมทั้งโรคมะเร็งเยื่อบุโพรงมดลูกยังลดลงอีกด้วย (Dennis, 2002)

สำหรับด้านจิตใจของมารดา การเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาช่วยเพิ่มความผูกพันระหว่างมารดาและบุตร รวมถึงเพิ่มความสำเร็จของการดำรงบทบาทของมารดาอีกด้วย (Wong et al., 2006) ทำให้มารดาเกิดความภาคภูมิใจ รู้สึกถึงพลังความสามารถในการเป็นมารดาที่ดี มองเห็นคุณค่าในตัวเองมากขึ้น (เกรียงศักดิ์ จีระแพทย์, 2547) และป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้าในมารดาหลังคลอด (Lowdermilk & Perry, 2006)

3. ประโยชน์ในด้านเศรษฐกิจและสังคม

การเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาช่วยลดค่าใช้จ่ายของครอบครัว เนื่องจากไม่ต้องซื้อนมผสมและอุปกรณ์ ประหยัดเวลา แรงงาน และเชื้อเพลิงในการเตรียมนมผสม ช่วยให้มารดาได้รับความสะดวกในการให้นมบุตร เนื่องจากราคาจะมีความพร้อมเสมอเมื่อบุตรต้องการโดยไม่ต้องเสียเวลาในการเตรียม (Leifer, 1999) ลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล เพราะทารกที่ได้รับนมมารดาจะได้รับภูมิคุ้มกันทำให้ไม่เกิดการเจ็บป่วย และบิดามารดาไม่ต้องขาดรายได้เพราะต้องหยุดงานมาดูแลบุตรที่เจ็บป่วย นอกจากนี้ยังช่วยลดภาระของรัฐที่เกี่ยวข้องกับค่าใช้จ่ายในการดูแลเด็กที่เจ็บป่วย เนื่องจากเด็กที่ได้รับนมมารดามีอัตราการเจ็บป่วยและการติดเชื้อโรคที่น้อยมาก (Wong et al., 2006) และลดการเสียชีวิตของทารกจากต่างประเทศ นอกจากนี้ทำให้ประเทศชาติมีประชากรที่มีคุณภาพ เนื่องจากการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาส่งเสริมความรัก ความผูกพันและความสัมพันธ์ภายในครอบครัว ช่วยลดปัญหาทางสังคมของวัยรุ่นที่เกิดจากการขาดความอบอุ่นและความผูกพันกับบิดามารดา ทำให้บุตรมีปัญหาด้านจิตใจและเกิดเป็นปัญหาทางสังคมในที่สุด (เกรียงศักดิ์ จีระแพทย์, 2547)

การเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดามีประโยชน์หลายด้าน โดยเฉพาะประโยชน์ที่เกิดแก่ทารก ซึ่งจะเติบโตขึ้นเป็นทรัพยากรของประเทศชาติในอนาคต ดังนั้นจึงควรมีการส่งเสริมให้มีการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา ซึ่งองค์การอนามัยโลกและองค์การทุนเพื่อเด็กแห่งสหประชาชาติได้แนะนำว่าเด็กทุกคนควรได้รับนมมารดาอย่างเดียวก่อน 6 เดือน จากนั้นให้ทารกได้รับนมมารดาต่อเนื่องจนถึง 2 ปีร่วมกับอาหารเสริมตามวัย และแนะนำให้เริ่มเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาในระยะแรกภายใน 1 ชั่วโมงหลังคลอด (WHO, 2009) แต่ประเทศไทยยังมีอัตราการเริ่มเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาในระยะแรกภายใน 1 ชั่วโมงหลังคลอดเพียงร้อยละ 50 (UNICEF, 2009) ซึ่งต่ำกว่าเป้าหมายประชาชนสุขภาพดี ปี ค.ศ. 2010 (Healthy People 2010) ที่กำหนดไว้ร้อยละ 75 (U.S. Department of Health and Human service, 2000)

การเริ่มต้นเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาในระยะแรก

การเริ่มต้นเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาในระยะแรก เป็นการเริ่มให้นมมารดาโดยเร็วในระยะหลังคลอดโดยการวางทารกไว้บนหน้าอกของมารดาแบบเนื้อแนบเนื้อ ภายใน 2 ชั่วโมงแรกหลังเกิดเป็นระยะที่ทารกมีความตื่นตัวมากที่สุด (UNICEF, 2007) จากปฏิกิริยาความเครียดที่ศีรษะถูกกดขณะคลอด และเกิดภาวะขาดออกซิเจนเป็นระยะ ๆ ขณะที่มดลูกมีการหดตัว ทำให้ทารกหลั่งสารแคทีโคลามีน (catecholamine) เพิ่มขึ้นทันทีหลังเกิด ส่งผลให้ทารกมีความตื่นตัว

(Khadivzadeh & Karimi, 2009) และระยะเริ่มต้นที่เกิดขึ้นทำให้ทารกสร้างทักษะของการปรับตัว และทักษะเพิ่มความอยู่รอด (Moore & Anderson, 2007) ซึ่งเป็นสัญชาตญาณที่มีอยู่ภายในตัวของทารก

สัญชาตญาณของทารก

ทารกทุกคนที่ถูกนำมาวางบนหน้าอกของมารดาโดยให้มีการสัมผัสแบบเนื้อแนบเนื้อ โดยเร็วภายหลังคลอด จะสามารถค้นหาเต้านมของมารดาได้ด้วยตนเองโดยการคืบคลาน (crawling) เพื่อที่จะดูดนมมารดาในครั้งแรก เนื่องจากทารกเกิดมาพร้อมสัญชาตญาณ ซึ่งเกี่ยวข้องกับความรู้สึก (sensory) หลายลักษณะที่ช่วยในการเคลื่อนไหวร่างกายของทารกทั้งทางตรงและทางอ้อม ได้แก่ ระบบประสาทส่วนกลาง (central) การเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อ (motor) ระบบประสาท และระบบต่อมไร้ท่อ (neuro-endocrine component) ดังต่อไปนี้

1. ระบบประสาทส่วนกลาง การค้นหาเต้านมของมารดานั้นทารกจะใช้ประสาทสัมผัสในการรับรู้โดยการได้กลิ่น (smell) การมองเห็น (vision) การฟัง (auditory) และการรับรส (taste) ดังนี้

1.1 การได้กลิ่น ทารกจะจำแนกกลิ่นในช่วงที่มีการสร้างสัมพันธภาพกับมารดาในระยะแรก และจะสามารถค้นหาตำแหน่งของหัวนมมารดาเมื่อเรียนรู้และจำแนกกลิ่นของมารดาได้ (UNICEF, 2007) ทั้งนี้การที่ทารกสามารถเรียนรู้เกี่ยวกับกลิ่นของมารดาได้เนื่องจากใน 1 ชั่วโมงแรกหลังเกิด จะมีระดับของนอร์ออดรีนาลิน (serum noradrenalin) สูงถึง 20 - 30 เท่า ทำให้โลคัส ซีรูเลียส (locus coeruleus) ที่อยู่ในก้านสมอง (brain stem) ถูกกระตุ้น และเซลล์ประสาทนอร์ออดรีนาลิน (noradrenalin neurons) ในโลคัส ซีรูเลียสจะส่งสัญญาณสู่ออลแฟกทอรี บัลบ์ (olfactory bulbs) ซึ่งเป็นกระเปาะประสาทสัมผัสรับกลิ่น ส่งผลให้ทารกเกิดการเรียนรู้เกี่ยวกับการดมกลิ่น (Mizuno et al., 2004) และสิ่งที่กระตุ้นการดมกลิ่นของทารกในระยะหลังคลอดคือ กลิ่นน้ำนม โดยมือของมารดาเปื้อนน้ำนมจากการสัมผัสกับทารก และเมื่อมือสัมผัสกับเต้านม กลิ่นน้ำนมก็จะปนเปื้อนบริเวณเต้านม จึงกระตุ้นให้ทารกสามารถคืบคลานไปยังเต้านมของมารดาได้ นอกจากนี้ทารกยังถูกกระตุ้นด้วยกลิ่นของเต้านมมารดา เนื่องจากหัวนมและลานนมจะหนาแน่นไปด้วยต่อมที่หลังกลิ่นเพื่อดึงดูดทารก และเต้านมของมารดาจะมีกลิ่นของโคลอสตรัมและน้ำนม (UNICEF, 2007) จากการศึกษาของวาเลนดีและพอร์เตอร์ (Varendi & Porter, 2001) ที่ศึกษาเกี่ยวกับอิทธิพลของกลิ่นเต้านมต่อการเคลื่อนไหวของทารก โดยการวางทารกที่ถอดเสื้อผ้าในท่านอนคว่ำไว้ใต้เครื่องแผ่รังสีความร้อน (radiant warmer) จากนั้นวางกระดาษซับที่สะอาดและกระดาษซับมีกลิ่นเต้านมของมารดาโดยห่างจากจมูกของทารกเป็นระยะทาง 17 เซนติเมตร

เก็บข้อมูลโดยการบันทึกวิดีโอเพื่อสังเกตการเคลื่อนไหวของทารก ผลการศึกษาพบว่า จำนวนของทารกที่คลานไปยังกระดานซัฟที่มีกลิ่นเต้านมของมารดามีมากกว่าทารกที่คลานไปยังกระดานซัฟที่สะอาดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

1.2 การมอง ทารกแรกเกิดสามารถมองเห็นได้ดีในระยะทาง 8 ถึง 12 นิ้ว (Meyerhoff, 2010) ดังนั้นเมื่อวางทารกไว้บนหน้าอกมารดาทันทีหลังคลอดในระยะห่าง 8 นิ้ว ซึ่งเป็นระยะที่ทารกมองเห็น จึงทำให้ทารกสามารถจดจำใบหน้ามารดาและติดตามใบหน้ามารดาในระยะใกล้ ๆ ได้ (UNICEF, 2007) เกิดการมองตากัน (eye to eye contact) ระหว่างทารกกับมารดา ส่งเสริมให้มีการสร้างสายสัมพันธ์ (เกรียงศักดิ์ จิระแพทย์, 2553) ซึ่งสามารถลดอุบัติเหตุการของมารดาที่ละทิ้งทารก (UNICEF, 2007)

1.3 การฟัง ทารกแรกเกิดคุ้นเคยกับเสียงของมารดาตั้งแต่อยู่ในครรภ์ และเมื่อคลอดออกมาอยู่นอกครรภ์มารดา ทารกจึงชอบเสียงของมารดาและจะคุ้นเคยได้นานเมื่อได้ยินเสียงของมารดา นอกจากนี้เสียงและจังหวะของหัวใจมารดาหรือเสียงที่เลียนแบบหัวใจของมารดาในอัตรา 70 ครั้งต่อนาที สามารถทำให้ทารกสงบได้ (UNICEF, 2007)

1.4 การรับรส เซลล์รับรสอยู่ในตุ่มรับรส (taste buds) ซึ่งอยู่บนลิ้น เพดาน คอหอย และ 1 ใน 3 ของหลอดอาหารส่วนบน ข้อมูลของรสชาติจะส่งผ่านจากตุ่มรับรสสู่สมองทางไซแนปส์ (synapses) ในก้านสมองและต่อมธาลามัส (thalamus) ทั้งนี้ในขณะที่ทารกเกิดจะมีตุ่มรับรสที่สามารถทำหน้าที่ได้อย่างเต็มที่ จึงค้นพบและแยกแยะรสชาติได้ (Browne, 2008) ซึ่งทารกจะใช้การรับรสและกลิ่นของน้ำคร่ำบนมือเพื่อไปให้ถึงหัวนมที่ปนเปื้อนน้ำคร่ำ และน้ำคร่ำที่ติดบนมือของทารกมีส่วนทำให้ทารกดูดนมและนิ้วของตนเอง (UNICEF, 2007)

2. การเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อ ทารกจะมีการแสดงออกโดยการเคลื่อนไหวอวัยวะของร่างกายภายหลังคลอด ได้แก่ ปากและน้ำลาย แขนและขา ดังนี้

2.1 ปากและน้ำลาย ประมาณ 30 - 40 นาทีหลังเกิด ทารกจะเริ่มขยับปาก ใช้ริมฝีปากโดยการดูดนมและนิ้วมือ หลังจากอมหัวนมได้สำเร็จ ทารกจะดูดอย่างต่อเนื่องประมาณ 20 นาที และน้ำลายจะไหลเมื่อทารกได้กลืนน้ำนมของมารดา (UNICEF, 2007) จากการศึกษาของมิซุโนและคณะ (Mizuno et al., 2004) ที่ศึกษาเกี่ยวกับผลของการสัมผัสแบบเนื้อแนบเนื้อระหว่างมารดาและทารกทันทีหลังคลอดต่อการจำแนกกลิ่นน้ำนมมารดาของทารก ในมารดาชาวญี่ปุ่นที่คลอดทางช่องคลอด โดยทำการสุ่มทารกเข้ากลุ่ม 2 กลุ่ม คือกลุ่มที่ไม่ได้รับการสัมผัสแบบเนื้อแนบเนื้อระหว่างมารดาและทารกทันทีหลังคลอด และกลุ่มที่ได้รับการสัมผัสแบบเนื้อแนบเนื้อระหว่างมารดาและทารกทันทีหลังคลอดเป็นเวลาอย่างน้อย 50 นาที ทารกทั้ง 2 กลุ่มจะถูกแยกจากมารดาเพื่อให้การดูแลในหน่วยบริบาลทารกเป็นเวลา 24 ชั่วโมง หลังจากนั้นนำทารกกลับมาอยู่กับ

มารดา ทารกจะถูกทดสอบด้วยการกระตุ้นกลืนในวันที่หนึ่งก่อนที่ทารกจะดูคนมารดาในครั้งแรกและในวันที่สี่ หลังจากการทดสอบครั้งสุดท้าย 60 นาที โดยกลืนที่ใช้ทดสอบ ได้แก่ 1) โคลอสตรัมวันที่หนึ่ง และน้ำนมมารดาในวันที่สี่ 2) โคลอสตรัมวันที่หนึ่ง และน้ำนมของมารดาคนอื่นในวันที่สี่ 3) นมผสม 4) น้ำส้ม และ 5) น้ำกลั่น ผู้วิจัยทำการสุ่มลำดับของกลืนที่ใช้ทดสอบกับทารก เก็บข้อมูลพฤติกรรมของทารกเกี่ยวกับการแสดงสีหน้าและการขยับปากโดยการบันทึกวิดีโอ ผลการศึกษาพบว่า ทารกทั้ง 2 กลุ่มมีความถี่ของการขยับปากเพิ่มขึ้นเมื่อได้กลืนน้ำนมและแตกต่างจากการได้กลืนอื่นที่ไม่ใช่กลืนของน้ำนมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สำหรับการทดสอบกลืนในวันที่สี่ เมื่อทารกได้กลืนน้ำนมมารดาของตนเอง ความถี่ของการขยับปากในทารกกลุ่มที่ได้รับการสัมผัสแบบเนื้อแนบเนื้อกับมารดาทันทีหลังเกิดสูงกว่าทารกกลุ่มที่ไม่ได้รับการสัมผัสแบบเนื้อแนบเนื้อกับมารดาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และทารกกลุ่มที่ได้รับการสัมผัสแบบเนื้อแนบเนื้อกับมารดาทันทีหลังเกิดมีความถี่ของการขยับปากเมื่อได้กลืนน้ำนมของมารดาตนเองมากกว่ากลืนน้ำนมมารดาของคนอื่นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

2.2 แขนและขา ปฏิบัติการที่จะช่วยให้ทารกไปให้ถึงเต้านม คือ แรงดันด้านกับหน้าท้องของมารดา ซึ่งแขนและขาจะเริ่มเคลื่อนไหวประมาณ 49 นาทีหลังเกิด แรงดันจากเท้าของทารกบนหน้าท้องจะช่วยขับรกออกและลดการตกเลือด (UNICEF, 2007) จากการศึกษาของแมทธิวเซินและคณะ (Matthiesen et al., 2001) ที่ศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมการเคลื่อนไหวของมือและการดูดของทารกที่คลอดครบกำหนด และได้รับการวางบนหน้าอกของมารดาโดยให้สัมผัสแบบเนื้อแนบเนื้อ เก็บข้อมูลโดยการบันทึกวิดีโอ และศึกษาการหลังของฮอร์โมนออกซิโทซินของมารดาที่มีต่อพฤติกรรมของทารก พบว่าทารกจะลืมตาในนาทีที่ 6 หลังเกิด จะมีการใช้มือสำรวจและกระตุ้นเต้านมมารดาซึ่งใช้เวลาเฉลี่ย 11 นาทีหลังเกิด และมีการเคลื่อนไหวต่อจนสามารถดูดนมครั้งแรกได้ สำหรับการเคลื่อนไหวมือเข้าสู่ปากในครั้งแรกเกิดขึ้นในนาทีที่ 12 หลังเกิด และทารกบางคนมีการเลียหรือดูดนิ้วหรือมือของตัวเอง การหันเข้าหาหัวนมเกิดขึ้นครั้งแรกใช้เวลา 21 นาทีหลังเกิด ทารกจะเคลื่อนไหวเข้าหาหัวนมและเลียหัวนมมารดาใช้เวลาเฉลี่ย 25 นาที หลังจากนั้นทารกจะมีการประสานงานกันระหว่างการเคลื่อนไหวของมือและการดูด ซึ่งจะกระตุ้นให้เกิดการหลั่งฮอร์โมนออกซิโทซินในมารดา ส่งผลให้เกิดการหดตัวของมดลูก การหลังของน้ำนม และเกิดสัมพันธภาพระหว่างมารดาและทารกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

3. ระบบประสาทและระบบต่อมไร้ท่อ เมื่อมีการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาเกิดขึ้น ทั้งมารดาและทารกจะได้รับการกระตุ้นให้เกิดการหลั่งฮอร์โมนออกซิโทซิน ซึ่งเกิดจากการที่ปากของทารกสัมผัสกับหัวนมของมารดา และฮอร์โมนนี้มีความสำคัญเนื่องจากสามารถกระตุ้นพฤติกรรมความเป็นมารดา ส่งเสริมสัมพันธภาพระหว่างมารดาและทารก มารดามีความรักทารก มารดาจะ

รู้สึกสบายและมีความทนต่อความเจ็บปวดเพิ่มขึ้น นอกจากนี้ฮอร์โมนออกซิโทซินยังออกฤทธิ์กระตุ้นให้ร่างกายของทารกหลังฮอร์โมน 19 ชนิดที่เกี่ยวข้องกับกระเพาะอาหารและลำไส้ เช่น อินซูลิน (insulin) โคลิไซโตไคนิน (cholecystokinin) และแกสตริน (gastrin) เป็นต้น ซึ่งฮอร์โมน 5 ชนิดจาก 19 ชนิดจะกระตุ้นให้วิถีไขของกระเพาะอาหารและลำไส้ของทารกมีการเจริญเติบโตและมีการเพิ่มพื้นที่ผิวส่งผลให้การดูดซึมในแต่ละมื้อเพิ่มขึ้น และในขณะที่ทารกดูดนมมารดาในระดับของฮอร์โมนออกซิโทซินในกระแสเลือดและสมองของมารดาจะเพิ่มขึ้น ทำให้เกิดความผูกพันระหว่างทารกและมารดา (UNICEF, 2007)

จากการศึกษาของเฟอร์เบอร์และมาคฮูล (Ferber & Makhoul, 2004) ที่ศึกษาเกี่ยวกับผลของการสัมผัสแบบเนื้อแนบเนื้อต่อการตอบสนองทางระบบประสาทของทารกแรกคลอดที่ครบกำหนด ในมารดาคลอดปกติในศูนย์การแพทย์ในเมืองใหญ่ ทางตอนเหนือของประเทศอิสราเอล จำนวน 47 คู่ โดยการสุ่มเข้ากลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ทารกทั้ง 2 กลุ่มจะถูกนำมาวางบนหน้าอกของมารดาทันทีหลังเกิดนาน 5-10 นาที ต่อมาทารกจะถูกนำออกจากห้องคลอดเพื่อเช็ดตัว วัดสัดส่วนและห่อตัวด้วยผ้า หลังจากนั้นทารกในกลุ่มควบคุมจะถูกส่งตัวไปยังหน่วยบริบาลทารก ในขณะที่มารดายังพักอยู่ในห้องพักฟื้น ส่วนทารกในกลุ่มทดลองจะถูกนำกลับมาอยู่กับมารดาในห้องคลอดนาน 1 ชั่วโมง และวางทารกที่ถอดเสื้อผ้าไว้ระหว่างเต้านมของมารดา โดยศีรษะของทารกอยู่ใกล้กับคอของมารดา และเท้าของทารกอยู่บนหน้าท้องของมารดา มารดาและทารกจะถูกคลุมด้วยผ้า จากนั้นจึงสังเกตอาการของทารกที่ 4 ชั่วโมงหลังคลอดนาน 1 ชั่วโมง พบว่าทารกในกลุ่มทดลองนอนหลับได้ดีกว่าและระยะเวลานานกว่าทารกในกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้ทารกในกลุ่มทดลองยังมีการเคลื่อนไหวโดยการใช้กล้ามเนื้อในลักษณะการงอมากกว่า (more flexor movement) และใช้กล้ามเนื้อในลักษณะการเหยียดน้อยกว่า (less extensor movement) กลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งการใช้กล้ามเนื้อในลักษณะการงอแสดงถึงการควบคุมระบบประสาทส่วนกลางที่ดี สำหรับการใช้กล้ามเนื้อในลักษณะการเหยียดแสดงถึงการควบคุมระบบประสาทส่วนกลางที่ไม่สมบูรณ์

การสัมผัสแบบเนื้อแนบเนื้อภายหลังคลอดโดยเร็วระหว่างมารดากับทารก ช่วยกระตุ้นสัญชาตญาณที่มีอยู่ภายในตัวของทารก ทำให้สามารถปรับตัวกับสิ่งแวดล้อมและลดอัตราการตายได้ นอกจากนี้การสัมผัสแบบเนื้อแนบเนื้อยังเป็นส่วนสำคัญในการส่งเสริมการเริ่มต้นเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาในระยะแรก ซึ่งมีประโยชน์ต่อทั้งทารกและมารดา

ประโยชน์ของการเริ่มต้นเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาในระยะแรก

1. ประโยชน์ต่อทารก

การเริ่มต้นเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาในระยะแรก ต้องนำทารกมาวางบนหน้าอกของมารดา โดยให้มีการสัมผัสแบบเนื้อแนบเนื้อเพื่อกระตุ้นพฤติกรรมสัญชาตญาณของทารกและพัฒนาระบบประสาท ทำให้ทารกประสบความสำเร็จในการดูดนมมารดาได้เร็วและมีประสิทธิภาพ ลดโอกาสการเจ็บป่วย ทารกสามารถปรับตัวกับสิ่งแวดล้อมได้ดี และเกิดสัมพันธภาพที่ดีกับมารดา ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1.1 กระตุ้นพฤติกรรมสัญชาตญาณของทารกและการพัฒนาระบบประสาท ทารกที่ได้รับการวางบนหน้าอกของมารดาแบบเนื้อแนบเนื้อหลังคลอด จะมีสัญชาตญาณตามธรรมชาติเพื่อสัมผัสเต้านมและการเริ่มต้นดูดนม และจะมีความก้าวหน้าในการดูดนมมารดาตามธรรมชาติ (Crenshaw, 2007) ถ้าทารกได้รับการวางหน้าอกของมารดาแบบเนื้อแนบเนื้อทันทีหลังคลอด โดยไม่ถูกรบกวนหรือไม่ได้รับยา ทารกจะมีความพร้อมสำหรับการเข้าหาหัวนมประมาณ 1 ชั่วโมงหลังคลอด (Caruana, 2008) ทารกสามารถเข้าหาเต้านมของมารดาโดยการไต่กลิ่น (Forster & McLachlan, 2007) และมีการพัฒนาด้านพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง เช่น การคลาน การหันหน้าไปทางที่ได้รับการกระตุ้น (rooting) และการดูด (sucking) เป็นต้น (Hanson, 2005) นอกจากนี้ทารกจะใช้มือและปากในการสัมผัสกับหัวนม ทำให้ทารกดูดนมมารดาได้มีอย่างมีประสิทธิภาพ ส่งผลต่อการกระตุ้นให้เกิดการสร้างและการหลั่งน้ำนม มีการศึกษาพบว่าทารกที่ได้รับการสัมผัสแบบเนื้อแนบเนื้อกับมารดาจะแสดงพฤติกรรมความพร้อมในการดูดนมเร็วกว่าทารกที่ไม่ได้รับการสัมผัสแบบเนื้อแนบเนื้อกับมารดา โดยทารกที่ได้รับการสัมผัสแบบเนื้อแนบเนื้อกับมารดาจะแสดงพฤติกรรมความพร้อมในการดูดนมในเวลา 45 นาที ส่วนทารกที่ไม่ได้รับการสัมผัสแบบเนื้อแนบเนื้อกับมารดาจะแสดงพฤติกรรมความพร้อมในการดูดนมในเวลา 54 นาที (Moore & Anderson, 2007)

1.2 ทารกประสบความสำเร็จในการดูดนมมารดาได้เร็วและมีประสิทธิภาพ (UNICEF, 2007) จากการศึกษาของคาดีวีซาเดชและคาริมิ (Khadivzadeh & Karimi, 2009) ที่ศึกษาผลของการสัมผัสแบบเนื้อแนบเนื้อระหว่างมารดาและทารกใน 2 ชั่วโมงแรกหลังคลอดต่อการเริ่มต้นเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาและความสำเร็จของการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาในครั้งแรก ในโรงพยาบาลของเมืองมัสฮัด (Mashhad) ประเทศอิหร่าน โดยการสุ่มเข้ากลุ่มที่ให้การดูแลตามปกติ และกลุ่มทดลอง ซึ่งกลุ่มที่ให้การดูแลตามปกตินั้นทารกแรกเกิดจะถูกนำไปวางภายใต้เครื่องแผ่รังสีความร้อนเพื่อทำการตรวจร่างกาย ฉีดวิตามินเค และหลังจากมารดาเย็บแผลฝีเย็บเสร็จ

จะนำทารกที่ถูกห่อตัวด้วยผ้ามาให้นมและเริ่มให้ดูนม สำหรับกลุ่มทดลองมารดาและทารกจะได้รับการสัมผัสแบบเนื้อแนบเนื้อนาน 2 ชั่วโมง และในช่วงนั้นถ้าทารกแสดงความพร้อมในการดูนมโดยการแสดงพฤติกรรมในการขยับปากหรือการนำนิ้วมือเข้าปาก ทารกจะถูกนำเข้าไปหาเต้านมของมารดาเพื่อเริ่มดูนม และวัดความสำเร็จของการดูนมโดยใช้แบบประเมินพฤติกรรม การดูนมมารดาครั้งแรกของทารกในระยะแรกเกิด (Infant Breast Feeding Assessment Tool) หลังจากนั้นจึงนำทารกไปชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง ฉีดวิตามินเค ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มที่ได้รับการสัมผัสแบบเนื้อแนบเนื้อมีความสำเร็จของการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาในครั้งแรกสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ และกลุ่มที่ได้รับการสัมผัสแบบเนื้อแนบเนื้อสามารถดูนมได้ในระยะเวลา 30 นาทีแรกหลังคลอดร้อยละ 89.4 สำหรับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติสามารถดูนมได้ในระยะเวลา 30 นาทีแรกหลังเกิดเพียงร้อยละ 2.2

1.3 ลดโอกาสการเจ็บป่วย เนื่องจากทารกแรกเกิดได้รับภูมิคุ้มกันจากน้ำนมในส่วนที่เรียกว่าโคลอสตรัม ซึ่งเป็นส่วนที่มีสารภูมิคุ้มกันในปริมาณที่สูง ช่วยลดโอกาสการติดเชื้อในทารกได้ (ศิริภรณ์ สวัสดิ์, กุสุมา ชูศิลป์ และกรรณิการ์ บางสายน้อย, 2548) และโคลอสตรัมยังมีฤทธิ์เป็นยาละลายที่ส่งผลต่อลำไส้ซึ่งจะขับบิลิรูบินออกจากร่างกาย ทำให้ลดความเสี่ยงต่อภาวะตัวเหลืองของทารก (Biancuzzo, 2003) ทารกที่ไม่ได้รับโคลอสตรัมจะทำให้เกิดความล่าช้าของการขับขี้เทา (meconium) เป็นเหตุให้ระดับบิลิรูบินสูงขึ้น (Henschel & Inch, 1996) นอกจากนี้ทารกจะได้รับแบคทีเรียที่ปกติจากผิวหนังของมารดาโดยผ่านทางจมูกและปากไปสู่ผิวหนังและลำไส้ เป็นการสร้างความต้านทานต่อการติดเชื้อ ทำให้ความสามารถในการปกป้องการติดเชื้อของทารกดีขึ้นและเป็นการป้องกันการเจริญของแบคทีเรียที่เป็นอันตราย (Newman, 2005) จากการศึกษาของศิริพร กัญชนะ และนฤมล ชีระรังสิกุล (2533) ที่ศึกษาเปรียบเทียบผลของการให้นมรดากับบุตรอยู่ใกล้ชิดกันโดยเร็วต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ การเจริญเติบโตและพัฒนาการเด็ก ในมารดาและทารกที่คลอดในโรงพยาบาลแม่และเด็ก จังหวัดนครสวรรค์ จำนวน 345 รายและติดตามทารกจนอายุครบ 1 ปี ผลการศึกษาพบว่า ทารกที่ได้รับการสัมผัสแบบเนื้อแนบเนื้อกับมารดาทันทีหลังคลอดนาน 2 – 5 นาทีและอยู่กับมารดาจนย้ายไปตึกหลังคลอดพร้อมกัน มีการเจ็บป่วยร้อยละ 63.5 ซึ่งน้อยกว่าทารกที่ได้รับการสัมผัสแบบเนื้อแนบเนื้อกับมารดาทันทีหลังคลอดนาน 2 - 5 นาทีแล้วย้ายไปตึกทารกแรกเกิดทันทีโดยพบการเจ็บป่วยร้อยละ 70.2 และน้อยกว่าทารกที่ไม่ได้รับการสัมผัสแบบเนื้อแนบเนื้อกับมารดาทันทีหลังคลอดที่พบการเจ็บป่วยร้อยละ 71.7

1.4 ทารกมีการปรับตัวกับสิ่งแวดล้อมภายนอกมดลูกได้ดีขึ้น โดยการสัมผัสแบบเนื้อแนบเนื้อจะทำให้อุณหภูมิกาย การหายใจ และอัตราการเต้นของหัวใจทารกมีความคงที่

(Hanson, 2005) การสัมผัสแบบเนื้อแนบเนื้อทันทีหลังคลอดเป็นเวลานาน 1 - 2 ชั่วโมง จะเพิ่มความสามารถของทารกในการคงไว้ซึ่งอุณหภูมิของร่างกาย (Forster & McLachlan, 2007) นอกจากนี้ทารกยังได้รับความอบอุ่นจากมารดา เนื่องจากการสัมผัสแบบเนื้อแนบเนื้อจะกระตุ้นให้มารดาหลั่งฮอร์โมนออกซิโทซิน ซึ่งช่วยเพิ่มอุณหภูมิบริเวณผนังหน้าอกของมารดา (New Zealand Breastfeeding Authority, 2007) มีการศึกษาเกี่ยวกับอิทธิพลของการสัมผัสแบบเนื้อแนบเนื้อระหว่างมารดาและทารก ต่อการควบคุมอุณหภูมิของทารก ผลการศึกษาพบว่า ทารกที่ได้รับการสัมผัสแบบเนื้อแนบเนื้อกับมารดาหลังคลอดทันทีเป็นระยะเวลา 2 ชั่วโมง มีอุณหภูมิกายเพิ่มขึ้น 0.07 องศาเซลเซียส และสามารถควบคุมอุณหภูมิกายได้ดีกว่าทารกที่ไม่ได้รับการสัมผัสแบบเนื้อแนบเนื้อกับมารดา (Gabriel et al., 2009) จากการศึกษาของชีว แอนเดอร์สัน และเบอร์กแฮมเมอร์ (Chiu, Anderson, & Burkhammer, 2005) ที่ศึกษาอุณหภูมิของทารกที่ได้รับการสัมผัสแบบเนื้อแนบเนื้อกับมารดา พบว่า ขณะวางทารกให้มีการสัมผัสแบบเนื้อแนบเนื้อบนหน้าอกมารดา อุณหภูมิของทารกจะเพิ่มขึ้นจาก 36.4 องศาเซลเซียส เป็น 36.8 องศาเซลเซียส และทารกส่วนใหญ่จะรักษาอุณหภูมิระหว่าง 36.5 - 37.6 องศาเซลเซียส

1.5 เกิดสัมพันธภาพที่ดีระหว่างทารกกับมารดา การสัมผัสแบบเนื้อแนบเนื้อระหว่างมารดากับทารก ทำให้มารดามีระดับของฮอร์โมนออกซิโทซินในกระแสเลือดสูงขึ้น ซึ่งช่วยกระตุ้นพฤติกรรมความเป็นมารดา ทำให้มารดาดูแล เอาใจใส่ในการเลี้ยงดูบุตรอย่างใกล้ชิด (Bystrova et al., 2009) และการที่มารดาสัมผัส พูดยกกับทารกจะเป็นการกระตุ้นให้ทารกมีการรับรู้มากขึ้น เกิดปฏิสัมพันธ์ตอบสนองซึ่งกันและกันซึ่งเป็นการเริ่มต้นสร้างความผูกพัน ส่งผลต่อพื้นฐานด้านอารมณ์ของทารกและพฤติกรรมของมารดา (Lawrence & Lawrence, 2005) นอกจากนี้การสัมผัสจะช่วยให้สมองของทารกมีการเชื่อมต่อกันอันส่งผลต่อพัฒนาการทางสติปัญญาและความฉลาดทางอารมณ์ของทารก (พิสุทธิพร น้ำใจ, 2552)

2. ประโยชน์ต่อมารดา

การเริ่มต้นเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาในระยะแรกโดยการวางทารกแรกเกิดไว้บนหน้าอกของมารดาโดยให้มีการสัมผัสกันแบบเนื้อแนบเนื้อนั้น นอกจากจะมีประโยชน์ต่อทารกแล้วยังมีประโยชน์ต่อมาราดังนี้

2.1 การเริ่มต้นเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาในระยะแรกจะเพิ่มความสำเร็จของการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาในครั้งแรก และเพิ่มระยะเวลาในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา (Mizuno et al., 2004) ซึ่งการเริ่มต้นเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาภายใน 1 ชั่วโมงแรกหลังคลอดจะส่งผลต่อการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาอย่างเดียวนานเป็นเวลานาน 6 เดือน (Priscilla, 2008) มิเกล-คอสไทรา มาซัวร์ และ

โบลทรีสซ์โค (MiKiel-Kostyra, Mazur, & Boltruszko, 2002) ศึกษาผลของการสัมผัสแบบเนื้อแนบเนื้อระหว่างมารดากับทารกโดยเร็วหลังคลอดต่อระยะเวลาของการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา โดยสำรวจข้อมูลในหน่วยงานที่ให้บริการคลอดในประเทศโปแลนด์ จำนวน 427 แห่ง ด้วยการให้เจ้าหน้าที่ตอบแบบสอบถามข้อมูลเกี่ยวกับทารกแรกเกิดที่มีสุขภาพดีเริ่มตั้งแต่แรกเกิดซึ่งมีการระบุถึงเวลาเริ่มต้นและระยะเวลาในการทำการสัมผัสแบบเนื้อแนบเนื้อ จนถึงจำหน่ายทารกออกจากโรงพยาบาล เมื่อทารกอายุครบ 3 ปีจึงสอบถามมารดาเกี่ยวกับวิธีการดูแลเด็กและการได้รับอาหารของเด็กตั้งแต่แรกเกิดโดยการให้ตอบแบบสอบถาม ผลการศึกษาพบว่า การสัมผัสแบบเนื้อแนบเนื้อโดยเร็วภายหลังคลอดสามารถเพิ่มระยะเวลาการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาอย่างเดียวยังมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยเพิ่มระยะเวลาเฉลี่ย 0.39 เดือน และมารดากับทารกกลุ่มที่ได้รับการสัมผัสแบบเนื้อแนบเนื้อโดยเร็วหลังคลอดอย่างน้อย 20 นาที มีการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดานานกว่ามารดากับทารกกลุ่มที่ไม่ได้รับการสัมผัสแบบเนื้อแนบเนื้อ โดยมารดากลุ่มที่ได้รับการสัมผัสแบบเนื้อแนบเนื้อกับทารกโดยเร็วหลังคลอด มีการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาเป็นระยะเวลานานกว่า 1.35 เดือน

นอกจากนี้การสัมผัสกันโดยเร็วระหว่างมารดาและทารกในระยะแรกคลอด ก็ช่วยช่วยเหลือเพื่อเริ่มเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา เป็นตัวทำนายที่สำคัญที่สุดของการเริ่มต้นเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาในระยะแรก (Awi & Alikor, 2006) ทั้งนี้การสัมผัสแบบเนื้อแนบเนื้อระหว่างมารดากับทารก จะกระตุ้นให้มารดาหลั่งฮอร์โมนออกซิโทซิน ส่งผลให้มีการสร้างน้ำนมมากขึ้น (Crenshaw, 2007) เมื่อทารกดูดนมมารดาจะกระตุ้นกลไกการสร้างและหลั่งน้ำนม ทำให้น้ำนมมารดามีมากพอที่จะเลี้ยงบุตร ส่งผลให้การเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาประสบความสำเร็จ (สุอารีย์ อันตระการ และธิดารัตน์ วงศ์วิสุทธิ, 2551)

2.2 ป้องกันการตกเลือดหลังคลอด เนื่องจากการสัมผัสแบบเนื้อแนบเนื้อระหว่างมารดากับทารกจะช่วยกระตุ้นการหลั่งฮอร์โมนออกซิโทซิน มีการศึกษาพบว่า ออกซิโทซินของมารดามีระดับสูงสุดในกระแสเลือดช่วงเวลา 1 ชั่วโมงหลังคลอด โดยมีระดับ 56.6 fmol/ml สูงกว่ามาตรฐาน 27.7 fmol/ml (Matthiesen et al., 2001) การที่มารดามีระดับของฮอร์โมนออกซิโทซินในกระแสเลือดสูงขึ้น ส่งผลในการป้องกันการตกเลือดหลังคลอด เนื่องจากฮอร์โมนออกซิโทซินช่วยกระตุ้นการหดตัวของมดลูก (มานี ปิยะอนันต์, 2548) นอกจากนี้การที่ทารกใช้เต้านมหน้าท้องของมารดาเพื่อเคลื่อนที่ไปหาหัวนมมารดา ช่วยให้ระยะเวลาในการคลอดรกล้นลง (UNICEF, 2007) มีการศึกษาเกี่ยวกับระยะเวลาของการคลอดรกในมารดาชาวญี่ปุ่นที่คลอดปกติและได้รับการสัมผัสแบบเนื้อแนบเนื้อกับทารกนาน 2 ชั่วโมง พบว่า ระยะเวลาของการคลอดรกในมารดาที่ได้รับการสัมผัสแบบเนื้อแนบเนื้อกับทารกน้อยกว่าระยะเวลาของการคลอดรกในมารดาที่ไม่ได้รับ

การสัมผัสแบบเนื้อแนบเนื้อกับทารกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยระยะเวลาของการคลอดรกในมารดาที่ได้รับการสัมผัสแบบเนื้อแนบเนื้อกับทารกเท่ากับ 408.7 ± 244.8 วินาที ส่วนระยะเวลาของการคลอดรกมารดาที่ไม่ได้รับการสัมผัสแบบเนื้อแนบเนื้อกับทารกเท่ากับ 475.2 ± 276.6 วินาที (Gabriel et al., 2009)

2.3 กระตุ้นการหลั่งโคลอสตรัมเพื่อเตรียมพร้อมสำหรับทารก โคลอสตรัมมีความสำคัญคือ มีสารภูมิโนโกลบูลินในปริมาณสูงช่วยลดโอกาสการติดเชื้อในทารกแรกเกิด นอกจากนี้ยังมีสารภูมิคุ้มกันที่สำคัญคือ ไลโซไซม์ (lysozyme) แลคโตเฟอริน (lactoferrin) และเม็ดเลือดขาว ซึ่งเม็ดเลือดขาวในน้ำนมมารดาอยู่ละ 90 เป็นแมคโครฟาจ (macrophage) มีหน้าที่ขนส่ง ภูมิโนโกลบูลิน เอ และจับกินแบคทีเรีย ส่วนไลโซไซม์ทำหน้าที่ย่อยสลายแบคทีเรีย สำหรับแลคโตเฟอรินจะแย่งจับธาตุเหล็กกับแบคทีเรียทำให้แบคทีเรียเจริญเติบโตไม่ได้ (กุลกัญญา โชคไพบูลย์กิจ, 2546) การได้รับน้ำนมระยะโคลอสตรัมจึงเป็นการให้ทารกได้รับภูมิคุ้มกันตามธรรมชาติในเบื้องต้นของชีวิต (Edmond et al., 2005)

การเริ่มต้นเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาในระยะแรกโดยการวางทารกไว้บนหน้าอกของมารดา โดยให้มีการสัมผัสแบบเนื้อแนบเนื้อเป็นระยะเวลา 1 ชั่วโมง จะทำให้ทารกและมารดาได้รับประโยชน์ทั้งด้านร่างกายและจิตใจ โดยเฉพาะความสำเร็จของการเริ่มต้นเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาในครั้งแรกเพิ่มขึ้นและต่อเนื่อง ส่งผลต่อการเจริญเติบโตและการพัฒนาการทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และเชาว์ปัญญาของทารก นอกจากนี้การสัมผัสแบบเนื้อแนบเนื้อระหว่างมารดากับทารกไม่พบอันตรายแต่อย่างใด ถึงแม้ว่าการเริ่มต้นเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาในระยะแรกโดยการวางทารกไว้บนหน้าอกของมารดาแบบเนื้อแนบเนื้อเป็นระยะเวลา 1 ชั่วโมงจะมีประโยชน์ แต่ก็ยังพบว่ามีหลายปัจจัยที่เป็นอุปสรรคและมีผลต่อการการเริ่มต้นเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาในระยะแรก

ปัจจัยที่มีผลต่อการเริ่มต้นเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาในระยะแรก

ปัจจุบันองค์การอนามัยโลกได้แนะนำให้มีการเริ่มเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาภายใน 1 ชั่วโมงแรกหลังคลอด และการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาอย่างเดียวเป็นเวลา 6 เดือน จากนั้นให้ทารกได้รับนมมารดาต่อเนื่องจนถึง 2 ปีร่วมกับอาหารเสริมตามวัย (WHO, 2009) ซึ่งการเริ่มต้นเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดานั้นมีปัจจัยที่เป็นอุปสรรค ได้แก่ ปัจจัยทางด้านมารดา ปัจจัยด้านนโยบายและบุคลากร ดังนี้

1. ปัจจัยทางด้านการตลาด

ปัจจัยทางด้านการตลาดที่เป็นอุปสรรคต่อการส่งเสริมการเริ่มต้นเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา ระยะแรกได้แก่ ความรู้และประสบการณ์ในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา ความเครียด การคลอด การได้รับยาระงับความเจ็บปวด และวัฒนธรรม ค่านิยม ความเชื่อ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1.1 ความรู้และประสบการณ์ในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา มารดาไม่มีความรู้เกี่ยวกับการเริ่มต้นเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาในระยะแรก เนื่องจากการขาดการสนับสนุนข้อมูลจากระบบสุขภาพ (Khanna, 2007) และไม่ได้รับคำแนะนำเนื่องจากบุคลากรสุขภาพคิดว่ามารดามีความรู้เกี่ยวกับการเริ่มต้นเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาในระยะแรกแล้ว (Tawiah-Agyemang et al., 2008) ส่วนด้านประสบการณ์พบว่ามารดาที่มีประสบการณ์ในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดามาก่อน จะประสบความสำเร็จสำหรับการเริ่มการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาในระยะแรก (Orun et al., 2010) และมารดาที่มีประสบการณ์ในการคลอดที่ดี สัมพันธภาพระหว่างมารดาและทารกก็จะเป็นไปในทางบวก แต่ถ้าการคลอดมีปัญหา เกิดประสบการณ์ที่ไม่ดีมารดาจะสนใจตนเองมากกว่าทารก (ภัสรา หากุลลาบ และนันทนา ธนาโนวรรณ, 2552)

1.2 ความเครียด ความกลัว ความวิตกกังวลหรือความเจ็บปวดขณะคลอด ทำให้มีการเพิ่มระดับของฮอร์โมนแคทีโคลามีนซึ่งออกฤทธิ์ในการลดความถี่และความแรงของการหดตัวของมดลูก ทำให้มดลูกหดตัวไม่ดี ส่งผลให้เกิดการคลอดยาวนาน ทำให้มารดาเหนื่อยล้า และฮอร์โมนแคทีโคลามีนยังทำให้หลอดเลือดหดตัวส่งผลให้เลือดไปเลี้ยงมดลูกน้อยลง ก่อให้เกิดอันตรายต่อทารกในครรภ์ (Romano & Lothian, 2008) ซึ่งเป็นอุปสรรคในการเริ่มให้นมบุตร นอกจากนี้การเจ็บครรภ์และการคลอดเป็นประสบการณ์ที่ทำให้เกิดความเครียดสูง มีการเพิ่มระดับของฮอร์โมนคอร์ติซอล (cortisol) ส่งผลให้มีการหลั่งของน้ำนมในระยะหลังคลอดล่าช้ากว่าปกติ และกระทบต่อสัมพันธภาพระหว่างมารดาและทารก (Wambach et al., 2005)

1.3 การได้รับยาระงับความเจ็บปวด มีผลต่อการเริ่มต้นเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา ระยะแรก เพราะการได้รับยาระงับปวดขณะคลอดจะทำให้มารดาไม่ค่อยรู้สึกตัว ปฏิกริยาการตอบสนองช้าลง ส่งผลทางลบต่อการสัมผัสแบบเนื้อแนบเนื้อระหว่างมารดากับทารก (Forster & McLach, 2007) นอกจากนี้ยังส่งผลให้ทารกไม่ตื่นตัว เนื่องจากยาระงับปวดที่ใช้ เช่น เพทิดีน (pethidine) หรือยาระงับปวดทางไขสันหลัง สามารถผ่านรกได้และออกฤทธิ์ในการกดระบบประสาทส่วนกลางของทารก (Ransjö-Arvidson et al., 2001) การเริ่มดูดนมมารดาครั้งแรกจึงล่าช้า ทั้งนี้ยังทำให้ระยะเวลาในการสร้างน้ำนมล่าช้าและทำให้มารดาน้ำนมไม่เพียงพอในเวลาต่อมาได้

จากการศึกษาของริออร์ดาน กรอส แอนเกอร์อน ครุมเวียด และมิลิน (Riordan, Gross, Angeron, Krumwiede, & Meline, 2000) ที่ศึกษาเกี่ยวกับผลของการใช้ยาระงับปวดขณะ

เจ็บครรภ์คลอดต่อการดูนมของทารกและระยะเวลาการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา ในมารดาและทารกที่คลอดปกติ และวัดความสำเร็จในการดูนมของทารกโดยใช้แบบประเมินพฤติกรรมการดูนมมารดาครั้งแรกของทารกในระยะแรกเกิด ซึ่งจะเน้นที่สูงแสดงถึงความสำเร็จในการดูนมของทารก ผลการศึกษาพบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนการดูนมของทารกกลุ่มที่มารดาไม่ได้รับยาระงับปวดกับทารกกลุ่มที่มารดาได้รับยาระงับปวดแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยทารกกลุ่มที่มารดาไม่ได้รับยาระงับปวดขณะเจ็บครรภ์มีคะแนนการดูนมสูงกว่าทารกกลุ่มที่มารดาได้รับยาระงับปวด สำหรับทารกกลุ่มที่มารดาได้รับยาระงับปวดทางไขสันหลังมีคะแนนการดูนมไม่แตกต่างจากทารกในกลุ่มที่มารดาได้รับยาระงับปวดทางหลอดเลือดดำ ส่วนทารกกลุ่มที่มารดาได้รับยาระงับปวดทางหลอดเลือดดำร่วมกับยาระงับปวดทางไขสันหลังมีคะแนนการดูนมต่ำกว่าทารกกลุ่มที่มารดาได้รับยาระงับปวดเพียงชนิดเดียวและมีคะแนนต่ำกว่าทารกในกลุ่มที่มารดาไม่ได้รับยาแก้ปวด มารดาและทารกคู่ที่มีคะแนนการดูนมต่ำมีระยะเวลาการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาสั้นกว่ามารดาและทารกคู่ที่มีคะแนนการดูนมปานกลางหรือสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จากการศึกษาของบอมการ์ดอร์ มิซล์ ฟิสเซอร์ และพริบบีโนว์ (Baumgarder, Muehl, Fischer, & Pribbenow, 2003) ที่ศึกษาเกี่ยวกับผลของยาระงับปวดทางไขสันหลังต่อความสำเร็จของการดูนมในทารกที่ครบกำหนดและคลอดทางช่องคลอด ผลการศึกษาพบว่า ทารกที่มารดาได้รับยาระงับปวดทางไขสันหลังมีความสำเร็จในการดูนมมารดาร้อยละ 69 ส่วนทารกที่มารดาไม่ได้รับยาระงับปวดทางไขสันหลังมีความสำเร็จในการดูนมมารดาร้อยละ 81

สำหรับในประเทศไทย ลัดดาวัลย์ จิตรขาว (2542) ได้ทำการศึกษาผลของการได้รับยาระงับความเจ็บปวดของมารดาขณะเจ็บครรภ์ในระยะที่หนึ่งของการคลอดต่อพฤติกรรมและระยะเวลาที่ทารกเริ่มดูนมมารดาได้เป็นผลสำเร็จครั้งแรกในระยะแรกคลอดของมารดาครรภ์ที่ 2 หรือครรภ์ที่ 3 ในโรงพยาบาลนครปฐม จำนวน 100 คู่ วัดความสำเร็จในการดูนมของทารกโดยใช้แบบประเมินพฤติกรรมการดูนมมารดาครั้งแรกของทารกในระยะแรกคลอด ผลการศึกษาพบว่า ทารกที่คลอดจากมารดาที่ไม่ได้รับยาระงับความเจ็บปวดขณะเจ็บครรภ์ในระยะที่หนึ่งของการคลอด มีพฤติกรรมการดูนมมารดาได้เป็นผลสำเร็จครั้งแรกสูงกว่าทารกกลุ่มที่คลอดจากมารดาที่ได้รับยาระงับความเจ็บปวดขณะเจ็บครรภ์ในระยะที่หนึ่งของการคลอดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และระยะเวลาเริ่มดูนมมารดาได้เป็นผลสำเร็จในทารกกลุ่มที่มารดาที่ไม่ได้รับยาระงับความเจ็บปวดขณะเจ็บครรภ์ในระยะที่หนึ่งของการคลอดใช้เวลาน้อยกว่าทารกกลุ่มที่คลอดจากมารดาที่ได้รับยาระงับความเจ็บปวดขณะเจ็บครรภ์ในระยะที่หนึ่งของการคลอดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

1.4 การใช้ยาเร่งคลอด ยาซินโทซินอน (syntocinon) ที่ใช้ในการเร่งคลอดเป็น ออกซิโทซินสังเคราะห์ การให้ยาซินโทซินอนเพื่อเร่งคลอดจะให้ทางหลอดเลือดดำอย่างต่อเนื่อง อาจทำให้การหดตัวของมดลูกแรงมากผิดปกติ นำไปสู่การใช้ยาระงับความเจ็บปวดและมีการ คลอดโดยใช้สูติศาสตร์หัตถการเพิ่มมากขึ้น (Romano & Lothian, 2008) มีผลทำให้การเริ่มต้นเลี้ยง บุตรด้วยนมมารดาในระยะแรกล่าช้าออกไป การออกฤทธิ์ของยาซินโทซินอนจะแตกต่างกับฮอร์โมน ออกซิโทซิน คือยาซินโทซินอนไม่สามารถผ่านเข้าสู่สมองได้ จึงมีผลต่อร่างกายเท่านั้น ส่วน ฮอร์โมนออกซิโทซินเป็นฮอร์โมนที่สร้างจากสมองในส่วนไฮโปทาลามัส (hypothalamus) และส่ง มาที่ต่อมพิทูอิทารีส่วนหลัง (posterior pituitary) จึงมีความสัมพันธ์ทางด้านอารมณ์และกระตุ้นให้ เกิดพฤติกรรมความเป็นมารดาเพิ่มมากขึ้น นอกจากนี้การได้รับยาซินโทซินอนจะทำให้เกิดกลไก ย้อนกลับ ทำให้ร่างกายหลังฮอร์โมนออกซิโทซินลดลง (Handlin, 2010)

1.5 การคลอด ชนิดของการคลอดมีผลต่อการเริ่มต้นเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา มี การศึกษาพบว่า การเริ่มเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาในระยะแรกของมารดาที่คลอดปกติจะสูงกว่ามารดา ที่คลอดทางช่องคลอดโดยใช้สูติศาสตร์หัตถการ และมารดาที่คลอดทางช่องคลอดโดยใช้ สูติศาสตร์หัตถการมีการเริ่มเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาในระยะแรกสูงกว่ามารดาที่ได้รับการผ่าตัด คลอด (Rowe-Murray & Fisher, 2002) จากการศึกษาของโอรันและคณะ (Orun et al., 2010) พบว่า การเริ่มเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาในระยะแรกของมารดาที่คลอดปกติสูงกว่ามารดาที่ได้รับการผ่าตัด คลอด เนื่องจากการใช้ยาระงับความรู้สึกในขณะผ่าตัดมีผลทำให้มารดาสูญเสียความรู้สึกควบคุม ตนเอง นอกจากนี้มารดาเกิดความเจ็บปวดจากแผลผ่าตัด ความไม่สุขสบายจากการมีสายสวน ปัสสาวะหรือการได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำ ยังทำให้การเริ่มให้นมมารดาในครั้งแรกของ ทารกล่าช้า และส่งผลกระทบต่อความสัมพันธ์แบบเนื้อแนบเนื้อระหว่างมารดากับทารกภายหลังคลอด อีกด้วย (ภัสรา หากุลลาบ และนันทนา ธนาโนวรรณ, 2552)

1.6 วัฒนธรรม ค่านิยม ความเชื่อ เป็นอุปสรรคต่อการเริ่มต้นเลี้ยงบุตรด้วยนม มารดาในระยะแรก (Alive & thrive, 2010) เช่น การเข้าใจผิดคิดว่ามารดาไม่สามารถสร้างน้ำนมได้ เพียงพอ (Khanna, 2007) และคิดว่าน้ำนมมารดาจะมาภายหลังการคลอด 3 วัน (Tawiah-Agyemang et al., 2008) หรือความเชื่อที่ผิดเกี่ยวกับโคลอสตรัม และมีการบีบทิ้งเนื่องจากเชื่อว่าเป็นน้ำนมไม่ดี ที่อยู่ในเต้านมระหว่างการตั้งครรภ์และเป็นอันตรายต่อทารก (Wambach et al., 2005) เป็นต้น มี การศึกษาถึงการให้นมมารดาล่าช้าในวัฒนธรรมของชาวมุสลิม พบว่า มารดาชาวปากีสถาน โชมาลี และตุรกี มีความเชื่อว่าโคลอสตรัมเป็นน้ำนมที่สกปรก ซึ่งค้างอยู่ในเต้านมระหว่าง ตั้งครรภ์เป็นเวลานานกว่า 9 เดือน ส่วนมารดาชาวแกมเบีย (Gambian) เชื่อว่า โคลอสตรัม เป็นน้ำนมร้อน (hot milk) ซึ่งสามารถทำให้ทารกมีอาการปวดท้องและเกิดอาการท้องร่วง

(Dashti, Scott, Edwards, & Al-Sughayer, 2010) จากการศึกษาของอินแกรม จอนห์สัน และฮามิด (Ingram, Jonhson, & Hamid, 2003) ที่ศึกษาอิทธิพลของย่าหรือยายชาวเอเชียต่อการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา ผลการศึกษาพบว่า ย่าหรือยายชาวเอเชียมีความเชื่อเกี่ยวกับการทำลายหัวน้ำนม มีการแยกมารดากับทารกเพื่อให้มารดาอยู่ไฟหลังคลอด หรือการให้นมผสมเสริมจากนมมารดาด้วยความเชื่อว่ามารดาน้ำนมไม่พอ ซึ่งปัจจัยเหล่านี้เป็นอุปสรรคต่อการเริ่มต้นเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาในระยะแรก

2. ปัจจัยด้านระบบสุขภาพ

ปัจจัยด้านระบบสุขภาพที่เป็นอุปสรรคในการเริ่มเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาในระยะแรก ได้แก่ ด้านนโยบาย ด้านบุคลากร ภาระงานและวัฒนธรรมการทำงานของพยาบาลในห้องคลอด ดังรายละเอียดต่อไปนี้

2.1 ด้านนโยบาย นโยบายที่สนับสนุนส่งเสริมการเริ่มต้นเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาในระยะแรก ได้แก่ บันไดขั้นที่ 4 ของหลักปฏิบัติ 10 ขั้นสู่ความสำเร็จในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา ซึ่งประเทศไทยได้เริ่มดำเนินการตั้งแต่ปี พ. ศ. 2534 (พิสุทธิพร ฉ่ำใจ, 2552) แต่อย่างไรก็ตามพบว่านโยบายการปฏิบัติของโรงพยาบาลมีจุดเน้นอยู่ที่ตัวชี้วัดของการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาอย่างเดียว 6 เดือนมากกว่าการเริ่มต้นเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาในระยะแรก นอกจากนี้ยังขาดกลยุทธ์ในการสื่อสารให้ข้อมูลเกี่ยวกับนโยบาย (Tawiah-Agyemang et al., 2008) หลายโรงพยาบาลยังมีการแยกทารกแรกเกิดไปอยู่แผนกเด็กอ่อน หรือไม่มีนโยบายการจัดให้แม่ลูกอยู่ด้วยกันตลอด 24 ชั่วโมง และบางแห่งมีการให้นมผสมสลับกับการอุ้มทารกไปให้ดูคนมารดาเป็นบางเวลา (วราภรณ์ แสงทวีสิน, 2551)

2.2 ด้านบุคลากร ระยะเวลาในการทำการสัมผัสแบบเนื้อแนบเนื้อระหว่างมารดากับทารกขึ้นอยู่กับดุลยพินิจของพยาบาลแต่ละคน และกิจกรรมการปฏิบัติกรพยาบาลที่ทำให้ต้องแยกมารดาและทารกจากกันชั่วคราว เช่น ระยะเวลาการรอกอยเพื่อให้รกคลอด ความเชื่อที่คิดว่าหลังคลอดมารดามีความต้องการพักผ่อนและรับประทานอาหาร (Tawiah-Agyemang et al., 2008) เป็นต้น นอกจากนี้กิจกรรมที่ถือปฏิบัติเป็นประจำภายหลังคลอด ได้แก่ การเช็ดตัวหรืออาบน้ำ ให้แก่ทารกแรกเกิด การวัดอุณหภูมิกายแรกเกิด การหยอดตา การให้วิตามินเค กิจกรรมเหล่านี้ทำให้ต้องแยกมารดาและทารกออกจากกันชั่วคราว มีผลต่อการส่งเสริมให้ทารกดูดนมมารดาครั้งแรก (ภัสรา หากุหลาบ และนันทนา ธนาโนวรรณ, 2552) ทำให้สัมพันธภาพระหว่างมารดากับทารกลดลง และความเชื่อมั่นในตนเองของมารดาในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาให้ประสบความสำเร็จลดลง การเรียนรู้ของมารดาเกี่ยวกับการให้นมบุตรลดลงและการสร้างน้ำนมในระยะที่ 2 ล่าช้า

ออกไป (Khadivzadeh & Karimi, 2009) จากการศึกษาของแคนทริล ครีดี และคูเกี (Cantrill, Creed, & Cooke, 2004) ที่ศึกษาเกี่ยวกับความรู้ของพยาบาลผดุงครรภ์และความสามารถในการปฏิบัติเพื่อสนับสนุนการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาครั้งแรก ในพยาบาลผดุงครรภ์ ประเทศออสเตรเลีย จำนวน 3,500 คน โดยการส่งแบบสอบถามทางไปรษณีย์ ผลการศึกษาพบว่าพยาบาลผดุงครรภ์ทราบถึงความสำคัญของการสัมผัสแบบเนื้อแนบเนื้อระหว่างมารดากับทารกทันทีหลังคลอด ส่วนความเข้าใจในเรื่องการไม่รบกวนการสัมผัสแบบเนื้อแนบเนื้อที่มีผลต่อการอมหัวนมและการดูดนมอย่างมีประสิทธิภาพของทารก พบว่า พยาบาลผดุงครรภ์มีความเข้าใจในระดับน้อยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และยังไม่มีความสม่ำเสมอในการปฏิบัติการสัมผัสแบบเนื้อแนบเนื้อระหว่างมารดากับทารกทันทีหลังคลอด

2.3 การระงับและวัฒนธรรมการทำงานของพยาบาลในห้องคลอดที่ต้องรบกวนการสัมผัสแบบเนื้อแนบเนื้อระหว่างมารดาและทารก มีการศึกษาพบว่าพยาบาลต้องการปฏิบัติงานประจำให้เสร็จเนื่องจากมีภาระงานในการดูแลผู้คลอดรายอื่น ต้องจัดสรรเตียงทำคลอดให้ว่างสำหรับผู้คลอดรายต่อไป จึงมีการย้ายมารดาออกจากห้องคลอดทำให้มีการรบกวนการสัมผัสแบบเนื้อแนบเนื้อระหว่างมารดากับทารก หรือวัฒนธรรมการทำงานของหน่วยงานที่ต้องปฏิบัติงานให้เสร็จโดยเร็วเพราะถือว่าเป็นการปฏิบัติงานที่มีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะในช่วงเวลาที่มีภาระงานมาก บุคลากรรับปฏิบัติกิจกรรมที่ถือปฏิบัติเป็นประจำภายหลังคลอด จึงมีการแยกมารดากับทารกออกจากกัน ทำให้ทารกไม่มีโอกาสสัมผัสกับมารดาแบบเนื้อแนบเนื้อ (Sheridan, 2010)

ปัจจัยดังกล่าวข้างต้นมีผลให้การเริ่มต้นเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาในระยะแรกไม่ประสบความสำเร็จ ทั้งนี้ทารกที่ไม่ได้รับการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาจะเกิดผลกระทบทางลบต่อสุขภาพทารกในระยะยาว ทำให้ครอบครัวและรัฐต้องเสียค่าใช้จ่ายจำนวนมากในการดูแลสุขภาพทารกเหล่านั้น แต่การที่จะช่วยให้มารดาประสบความสำเร็จในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดานั้นมีอุปสรรคมากมาย ซึ่งส่วนหนึ่งเกิดจากการดูแลที่ไปขัดขวางกระบวนการทางธรรมชาติในการดูดนมมารดาของทารก ทั้งนี้การเริ่มต้นเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาในระยะแรกจะประสบความสำเร็จได้นั้นขึ้นอยู่กับความแข็งแรงของมารดาและทารกในระยะหลังคลอดทันทีซึ่งเป็นระยะเวลาที่อยู่ในความดูแลของบุคลากรสุขภาพ ดังนั้นบุคลากรสุขภาพโดยเฉพาะพยาบาลผดุงครรภ์ ควรลดปัจจัยที่เป็นอุปสรรคและส่งเสริมการเริ่มต้นเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาในระยะแรกโดยเฉพาะอย่างยิ่งการช่วยให้ทารกได้สัมผัสกับมารดาแบบเนื้อแนบเนื้อในระยะหลังคลอดทันที ถือเป็นจุดเริ่มต้นสำคัญที่จะช่วยให้มารดาประสบความสำเร็จในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา

บทบาทของพยาบาลผดุงครรภ์ในการส่งเสริมการเริ่มต้นเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาในระยะแรก

บทบาทผดุงครรภ์ในการส่งเสริมการเริ่มต้นเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาในระยะแรก คือการส่งเสริมให้มารดาเริ่มให้นมบุตรคนมารดาครั้งแรกให้ได้เร็วที่สุดภายหลังคลอด โดยให้ทารกได้มีโอกาสสัมผัสกับมารดาแบบเนื้อแนบเนื้อทันทีภายหลังคลอดเป็นเวลาอย่างน้อย 1 ชั่วโมง ซึ่งสิ่งนี้ควรได้รับการวิเคราะห์เพื่อปรับปรุง ได้แก่ ด้านนโยบาย และด้านบุคลากร ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. ด้านนโยบาย โรงพยาบาลที่มีนโยบายส่งเสริมการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาจะมีการเริ่มต้นเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาในระยะแรกเพิ่มขึ้น ดังนั้นโรงพยาบาลจึงควรมีนโยบายในการส่งเสริมการเริ่มต้นเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาในระยะแรกอย่างชัดเจน (Forster & McLachlan, 2007) และควรมีการทบทวนนโยบายรวมทั้งมีการติดตามกระบวนการดำเนินการตามนโยบายอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะโครงการสายใยรักแห่งครอบครัว ซึ่งเป็นนโยบายที่มีผลต่อการเริ่มต้นเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาในระยะแรกภายในห้องคลอด เนื่องจากกระบวนการให้มีการสัมผัสแบบเนื้อแนบเนื้อระหว่างมารดากับทารกภายหลังคลอดเป็นระยะเวลา 1 ชั่วโมง (โครงการโรงพยาบาลสายใยรักแห่งครอบครัว, 2554) นอกจากนี้โรงพยาบาลควรมีการพัฒนาบุคลากรสุขภาพโดยเฉพาะบุคลากรใหม่ในเรื่องทัศนคติ ความรู้และทักษะเกี่ยวกับการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาโดยเน้นเรื่องส่งเสริมการเริ่มต้นเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาในระยะแรก (Lutter, 2010) พยาบาลผดุงครรภ์ควรมีการพัฒนาความรู้เพื่อเพิ่มความสามารถในการช่วยเหลือมารดาให้ประสบความสำเร็จในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา กรอสแมนและคณะ (Grossman et al., 2009) ได้ศึกษาความรู้ของบุคลากรว่ามีผลต่อการเริ่มต้นเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาหรือไม่ และมีผลต่ออัตราการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาอย่างเดียวในโรงพยาบาลหรือไม่ โดยจัดทำโครงการให้ความรู้เรื่องการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาแก่บุคลากรในโรงพยาบาลที่มีอัตราการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาค่ำ จำนวน 4 โรงพยาบาลในรัฐแมสซาชูเซตส์ (Massachusetts) ประเทศสหรัฐอเมริกา ซึ่งโครงการให้ความรู้นี้มีเนื้อหาเริ่มตั้งแต่การเริ่มต้นเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา ระยะแรกจนถึงการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาเมื่อมารดาออกไปทำงานนอกบ้าน เก็บข้อมูลจากเวชระเบียนก่อนและหลังการจัดทำโครงการ ผลการศึกษาพบว่า หลังการให้ความรู้แก่บุคลากร อัตราการเริ่มต้นเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาในระยะแรกเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จากร้อยละ 59 เป็นร้อยละ 65

2. ด้านบุคลากร นอกจากพยาบาลผดุงครรภ์จะมีการพัฒนาความรู้เกี่ยวกับการเริ่มต้นเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาในระยะแรกแล้ว พยาบาลผดุงครรภ์ยังควรจะต้องมีความตระหนักถึงความสำคัญและมีทักษะในการส่งเสริมการเริ่มต้นเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาในระยะแรก ดังนี้

2.1 พยาบาลผดุงครรภ์ควรมีความตระหนักถึงความสำคัญของการส่งเสริมการเริ่มต้นเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาในระยะแรก โดยการให้ความรู้แก่มารดา เตรียมมารดาสำหรับการคลอด และเตรียมความพร้อมของมารดาในเรื่องการเริ่มต้นเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาในระยะแรก ภายหลังคลอดทันที (Alive & Thrive, 2010) การให้ความรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดามีอิทธิพลอย่างมากต่อการตัดสินใจในการเริ่มต้นเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาในระยะแรก (Priscilla, 2008) ดังนั้นภายหลังรับมารดาไว้ในหอคลอด พยาบาลผดุงครรภ์ควรให้ความรู้อย่างรวดเร็วที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ ในเรื่องของประโยชน์ของการเลี้ยงลูกด้วยนมมารดา และการให้นมมารดาครั้งแรกในระยะ 1 ชั่วโมงแรกหลังคลอด โดยบอกขั้นตอนในการส่งเสริมการเริ่มต้นเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาในระยะแรก และแนะนำให้มารดาทดลองหรือพยายามที่จะให้นมบุตรระหว่างชั่วโมงแรกของการคลอด ภายหลังทารกเกิดควรวางทารกไว้บนหน้าอกของมารดา เพื่อให้มารดากับทารกได้มีการสัมผัสแบบเนื้อแนบเนื้อ รวมทั้งช่วยเหลือมารดาในการจัดท่าและช่วยทารกในการดูดนมมารดาโดยวางทารกให้ชิดเต้านมมารดา (Komara et al., 2007) มีการศึกษาพบว่า บุคลากรสุขภาพบางคนได้ทำการส่งเสริมการเริ่มต้นเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาในระยะแรกโดยอัตโนมัติ คือให้ทารกได้มีโอกาสสัมผัสกับมารดาแบบเนื้อแนบเนื้อทันที โดยไม่ได้ขออนุญาตและไม่ได้ประเมินความพร้อมของมารดาก่อน ทำให้มารดาเกิดความรู้สึกขัดแย้งต่อการสัมผัสครั้งแรกระหว่างมารดาและทารกในห้องคลอด (Dos Santos Monteiro, Azevedo Gomes, Spanó Nakano, & O'Brien, 2010)

2.2 พยาบาลผดุงครรภ์ควรลดปัจจัยที่เป็นอุปสรรคในการเริ่มต้นเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาในระยะแรกทั้งในระยะรอคลอดและระยะคลอด โดยให้การดูแลเพื่อป้องกันการคลอดยาวนาน และการลดความเจ็บปวดในระยะคลอดของมารดาโดยไม่ใช้ยา เพื่อส่งเสริมให้มารดามีการคลอดที่เป็นธรรมชาติมากที่สุด (McKinney, James, Murray, & Aswill, 2009) ซึ่งในระยะรอคลอดควรให้การสนับสนุนอย่างต่อเนื่องระหว่าง การเจ็บครรภ์และการคลอดเพื่อลดภาวะเครียดที่อาจเกิดขึ้น เช่น หมั่นตรวจเย็บและให้กำลังใจผู้คลอดเป็นระยะๆ คอยให้ความช่วยเหลือผู้คลอดให้มีความสุขสบาย เป็นต้น นอกจากนี้ควรแนะนำเทคนิคในการช่วยบรรเทาความเจ็บปวดขณะรอคลอด หรือในกรณีที่มารดาได้รับยาาระงับปวด ควรแจ้งให้มารดาทราบถึงผลของยาาระงับความเจ็บปวดที่มีต่อการเริ่มให้นมบุตรคนแรก และ การเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาในเวลาต่อมา (ภัสรา หากุลหาบ และนันทนา ชนาโนวรรณ, 2552) มารดาที่ได้รับการสนับสนุนระหว่างการเจ็บครรภ์และการคลอดจะสามารถเผชิญกับการคลอดได้ ส่งผลให้การใช้ยาาระงับความเจ็บปวดน้อยลงและเกิดภาวะแทรกซ้อนน้อยกว่า ทำให้ทารกที่คลอดมีความตื่นตัว ความสามารถในการดูดนมได้ภายใน 1 - 2 ชั่วโมงมีมากกว่า (Barger, 2005)

ระยะคลอด พยาบาลผดุงครรภ์ควรดูแลให้ระยะที่ 2 ของการคลอดเป็นไปตามปกติ ซึ่งจะทำให้สามารถส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมมารดาหลังคลอดได้เร็วขึ้น (Forster & McLachlan, 2007) มีการศึกษาพบว่า การได้รับการสนับสนุนในระยะเจ็บครรภ์คลอดอย่างต่อเนื่อง จะสามารถช่วยลดระยะเวลาของการคลอดได้ร้อยละ 25 ลดการผ่าตัดคลอดได้มากกว่าร้อยละ 50 และช่วยลดการใช้สูติศาสตร์หัตถการในการคลอด เช่น การใช้เข็มหรือเครื่องดูดสุญญากาศ รวมทั้งช่วยลดการใช้ยาเร่งคลอดและยาระงับปวด (Kennell & Klaus, 1998) จากการศึกษาของฮอดเน็ตต์, เกทส์, ฮอฟไมเยร์และซาคาลา (Hodnett, Gates, Hofmeyr, & Sakala, 2007) ที่ได้ศึกษาเกี่ยวกับผลการสนับสนุนอย่างต่อเนื่องระหว่างการคลอดโดยการทบทวนวรรณกรรม ผลการศึกษาพบว่า การสนับสนุนอย่างต่อเนื่องระหว่างการคลอดช่วยลดการผ่าตัดคลอด ลดระยะเวลาการคลอด ลดการใช้ยาระงับปวด ลดการใช้สูติศาสตร์หัตถการในการคลอด และช่วยลดจำนวนทารกที่มีคะแนนแอปการ์ที่ 5 นาทีน้อยกว่า 7 นอกจากนี้มารดาที่ได้รับการดูแลจากพยาบาลผดุงครรภ์ในระยะเจ็บครรภ์และระยะคลอด จะเกิดความพึงพอใจในประสบการณ์การคลอด และช่วยให้การเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาในระยะแรกประสบความสำเร็จ (Forster & McLachlan, 2007)

ระยะหลังคลอดทันที พยาบาลผดุงครรภ์ควรส่งเสริมการวางทารกไว้บนหน้าอกมารดาโดยให้มีการสัมผัสแบบเนื้อแนบเนื้อภายหลังคลอดทันทีเป็นระยะเวลา 1 ชั่วโมง โดยไม่ไปรบกวนหรือแยกมารดากับทารกออกจากกัน และให้การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ในขณะที่มารดาให้นมบุตรครั้งแรกถึงแม้ว่าทารกจะไม่อมหรือไม่ดูดนม (Komara et al., 2007) ทั้งนี้การส่งเสริมการเริ่มต้นเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาในระยะแรกยังสามารถทำร่วมกับการรักษาอื่นๆ ได้ เช่น การให้ยาทางเส้นเลือด การเย็บแผลฝีเย็บของมารดา การให้ออกซิเจน การสอดสายยางเพื่อให้อาหารหรือระบายแก๊สในท้องเพื่อช่วยให้ทารกแข็งแรงขึ้น เป็นต้น (พิสุทธิพร น้าใจ, 2552) สำหรับการพยาบาลตามปกติที่ต้องแยกทารกจากมารดา ควรทำหลังจากที่ทารกเริ่มต้นดูดนมมารดา หรือทำหลังจากที่ทารกได้รับการสัมผัสกับมารดาแบบเนื้อแนบเนื้อนาน 1 ชั่วโมงแล้ว และควรหลีกเลี่ยงการป้อนนมผสมหรือกวนก่อนที่ทารกจะดูดนมในครั้งแรก (Khanna, 2007) เนื่องจากการปฏิบัติที่เป็นมาตรฐานในการแยกมารดาและทารกในระยะแรกคลอด จะเกิดผลกระทบต่อการเล่นบุตรด้วยนมมารดา คาร์ฟุตและคณะ (Carfoot et al., 2004) ทำการศึกษาเปรียบเทียบประสิทธิผลของการดูแลโดยให้มีการสัมผัสแบบเนื้อแนบเนื้อระหว่างมารดาและทารกนาน 1 ชั่วโมงหลังคลอดกับการดูแลตามปกติที่แยกมารดาและทารกเพื่อชั่งน้ำหนัก วัดสัดส่วนทารก ต่อการเริ่มต้นและระยะเวลาการเล่นบุตรด้วยนมมารดา พบว่า ทารกที่ได้รับการสัมผัสแบบเนื้อแนบเนื้อกับมารดามีอัตราความสำเร็จในการดูดนมมารดาครั้งแรกร้อยละ 91 ทารกที่แยกจากมารดาเพื่อรับการดูแลตามปกติมีอัตราความสำเร็จในการดูดนมมารดาครั้งแรกร้อยละ 83

บทบาทที่สำคัญของพยาบาลผดุงครรภ์ในการส่งเสริมการเริ่มต้นเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาในระยะแรก คือ การช่วยให้ทารกเริ่มดูดนมมารดาได้เร็วและมีประสิทธิภาพ ซึ่งพยาบาลผดุงครรภ์ควรมีความตระหนักถึงความสำคัญของการส่งเสริมการเริ่มต้นเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาในระยะแรก ให้การพยาบาลเพื่อลดปัจจัยที่เป็นอุปสรรคทั้งในระยะรอคลอดและระยะคลอด และส่งเสริมการสัมผัสแบบเนื้อแนบเนื้อภายหลังคลอดโดยวางทารกไว้บนหน้าอกมารดาเป็นระยะเวลา 1 ชั่วโมง รวมทั้งการหลีกเลี่ยงการแยกมารดาและทารกทันทีภายหลังคลอดโดยไม่จำเป็น การปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการเริ่มต้นเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาในระยะแรกควรใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกที่อิงหลักฐานเชิงประจักษ์ เนื่องจากแนวปฏิบัติทางคลินิกจะเป็นเครื่องมือในการดูแลมารดาและทารกแรกเกิดให้มีคุณภาพและมาตรฐานมากขึ้น ส่งผลให้การเริ่มต้นเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาในระยะแรกในห้องคลอดประสบความสำเร็จ

การนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้

แนวปฏิบัติทางคลินิก หมายถึงข้อความที่พัฒนาขึ้นอย่างเป็นระบบ เพื่อช่วยในการตัดสินใจของผู้ประกอบวิชาชีพในการปฏิบัติที่ดีที่สุด เพื่อให้การดูแลสุขภาพของผู้รับบริการซึ่งมีลักษณะเฉพาะในแต่ละพื้นที่ เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีที่สุดแก่ผู้รับบริการ (RNAO, 2002) ทั้งนี้แนวปฏิบัติทางคลินิกที่ดีและมีคุณภาพจะต้องมีการพัฒนาอย่างเป็นระบบและมาจากหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ดีที่สุด ต้องมีความน่าเชื่อถือตามแนวทางการประเมินคุณภาพหลักฐานเชิงประจักษ์ เพื่อส่งเสริมให้การพยาบาลมีคุณภาพ เกิดผลลัพธ์ที่ดี มีความคุ้มค่า มีมาตรฐานและลดความหลากหลายของวิธีปฏิบัติในเรื่องเดียวกัน การปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ (evidence-based practice) เป็นเครื่องมือสำหรับพยาบาลผดุงครรภ์ในการค้นหาแนวทางการดูแลที่เป็นเลิศสำหรับการดูแลมารดากับทารก และเป็นการบูรณาการความรู้สู่การปฏิบัติเพื่อพัฒนาคุณภาพของการบริการ ซึ่งเป็นตัวบ่งชี้ที่สำคัญของการประกันคุณภาพการบริการด้านสุขภาพ (พองคำ ดิลกสกุลชัย, 2549) โดยยึดหลักผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง ซึ่งเครื่องมือที่เป็นตัวเชื่อมโยงระหว่างความรู้กับการปฏิบัติ คือ แนวปฏิบัติทางคลินิก (ฉวีวรรณ ชงชัย, 2548)

แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการส่งเสริมการเริ่มต้นเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาในระยะแรก

แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการเริ่มต้นเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาในระยะแรกที่มีการพัฒนาโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ ผู้ศึกษาสืบค้นจากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์และการสืบค้น

ด้วยมือ พบว่ามี 2 แนวปฏิบัติ ได้แก่ แนวปฏิบัติทางคลินิกในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาสำหรับพยาบาลที่พัฒนาสมาคมพยาบาลออนทARIO ปี ค.ศ. 2003 (RNAO, 2003) และแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการส่งเสริมการเริ่มต้นเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาในระยะแรก โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนครเชียงใหม่ที่พัฒนาโดยกรรณิการ์ กันธะรักษา และคณะ (2554) เมื่อวิเคราะห์และทบทวนแนวปฏิบัติทางคลินิกทั้ง 2 ฉบับพบว่า แนวปฏิบัติที่พัฒนาโดยสมาคมพยาบาลออนทARIO เป็นแนวปฏิบัติทางคลินิกที่พัฒนาขึ้นตั้งแต่ปี ค.ศ. 2003 สำคัญสำหรับการส่งเสริมการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาเริ่มตั้งแต่ระยะตั้งครภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอด สำหรับแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการเริ่มต้นเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาในระยะแรก โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนครเชียงใหม่ ที่พัฒนาโดยกรรณิการ์ กันธะรักษา และคณะ (2554) เป็นแนวปฏิบัติที่มีองค์ความรู้เป็นปัจจุบัน มีการกำหนดวัตถุประสงค์ของการนำไปใช้ มีขั้นตอนแนวปฏิบัติที่เฉพาะเจาะจงสำหรับห้องคลอดและเป็นแนวทางสำหรับผู้ปฏิบัติได้อย่างชัดเจน ผู้ศึกษาจึงสนใจในการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการเริ่มต้นเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาในระยะแรก โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนครเชียงใหม่ ที่พัฒนาโดยกรรณิการ์ กันธะรักษา และคณะ (2554) มาใช้ในหน่วยงาน ซึ่งประกอบด้วย 5 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) การให้ความรู้และฝึกทักษะการส่งเสริมการเริ่มต้นเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาในระยะแรกให้แก่บุคลากร 2) การให้ข้อมูลมารดาเกี่ยวกับการเริ่มต้นเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาในระยะแรก 3) การลดอุปสรรคหรือสิ่งขัดขวางการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาในห้องคลอดและห้องคลอด 4) การปฏิบัติตามขั้นตอนของการสัมผัสแบบเนื้อแนบเนื้อระหว่างมารดากับทารกและการจัดทำทารก และ 5) การดูแลทารกแรกเกิด ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. การให้ความรู้และฝึกทักษะการส่งเสริมการเริ่มต้นเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาในระยะแรกให้แก่บุคลากร

1.1 ให้ความรู้ในเรื่องประโยชน์ของการส่งเสริมการเริ่มต้นเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาในระยะแรก (level 2, A)

1.2 ให้ความรู้ในเรื่องประโยชน์ของการสัมผัสแบบเนื้อแนบเนื้อระหว่างมารดากับทารก (level 2, A)

1.3 ให้ความรู้ในเรื่องอุปสรรคหรือสิ่งขัดขวางการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาในห้องคลอดและห้องคลอด (level 2, A)

1.3.1 การใส่ยาเพื่อลดความเจ็บปวดในระยะคลอด (level 2, A)

1.3.2 การคลอดยาวนาน (level 2, A)

1.3.3 การรบกวนขั้นตอนของการสัมผัสแบบเนื้อแนบเนื้อระหว่างมารดากับทารก (level 2, A)

1.4 ฝึกทักษะการส่งเสริมการสัมผัสแบบเนื้อแนบเนื้อระหว่างมารดากับทารกและการจัดทำทารก (level 3a, A)

2. การให้ข้อมูลมารดาเกี่ยวกับการเริ่มต้นเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาในระยะแรก

2.1 ให้ความรู้แก่มารดาโดยเร็วเมื่อรับเข้าห้องคลอด (level 3b, A)

2.2 อธิบายประโยชน์ของการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา (level 3b, A)

2.3 อธิบายความสำคัญของการเริ่มต้นเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาในระยะแรกหลังคลอดทันที (level 3b, A)

2.4 อธิบายขั้นตอนของการนำทารกแรกเกิดมาสัมผัสแบบเนื้อแนบเนื้อกับมารดาทันทีภายหลังคลอด (level 3b, A)

2.5 เน้นให้มารดาเห็นความสำคัญของการพยายามให้นมบุตรจนมลายใน 1 ชั่วโมงแรกหลังคลอด (level 3b, A)

2.6 อธิบายให้มารดาเข้าใจถึงการแนบชิดกับบุตรว่าเป็นพฤติกรรมที่ปกติถึงแม้ว่าทารกจะไม่สามารถอมหรือดูดนมมารดาได้ (level 3b, A)

3. การลดอุปสรรคหรือสิ่งขัดขวางการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาในห้องคลอดและห้องคลอด

3.1 การดูแลมารดาเพื่อป้องกันการคลอดยาวนาน (level 4, A)

3.1.1 ให้การดูแลตามขั้นตอนการพยาบาลในระยะคลอดของหน่วยคลอด โรงพยาบาลมหาสารคามเชิงใหม่

3.2 การลดความเจ็บปวดในระยะคลอดของมารดาโดยไม่ใช้ยา (level 3c, A)

3.2.1 หลีกเลี่ยงการใช้ยาลดความเจ็บปวดโดยเฉพาะอย่างยิ่งปลายระยะที่ 1 ของการคลอด (level 3b, B)

3.2.2 อธิบายให้มารดาเข้าใจถึงฤทธิ์ของยาลดความเจ็บปวดที่มีผลต่อความสำเร็จของการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา (level 4, A)

3.2.3 ให้การดูแลตามแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับบรรเทาการเจ็บครรภ์ในผู้คลอดปกติของหน่วยคลอด โรงพยาบาลมหาสารคามเชิงใหม่

3.2.4 มารดาที่ได้รับยา pethidine มากกว่า 1 ชั่วโมงก่อนคลอด ฝ้าระวังอย่างใกล้ชิดขณะคลอดและในระยะ 2 ชั่วโมงแรกหลังคลอดกระตุ้นมารดาและทารกให้มีการตอบสนองซึ่งกันและกัน และกระตุ้นให้ทารกดูดนมมารดาให้เป็นผลสำเร็จโดยเร็ว (3b, A)

4. การปฏิบัติตามขั้นตอนของการสัมผัสแบบเนื้อแนบเนื้อระหว่างมารดากับทารก และการจัดทำทารก

- 4.1 นำทารกมาให้มารดาโอบกอดโดยให้มีการสัมผัสแบบเนื้อแนบเนื้อระหว่างมารดากับทารกทันทีภายหลังคลอดและให้สัมผัสกันเป็นเวลา 1 ชั่วโมง (level 1, A)
- 4.2 วางทารกให้นอนคว่ำระหว่างเต้านมมารดาทั้ง 2 ข้าง (level 1, A)
- 4.3 เช็ดตัวทารกให้แห้ง (level 1, A)
- 4.4 สวมหมวกให้ทารก และเปลี่ยนทันทีเมื่อหมวกเปียกชื้น (level 1, A)
- 4.5 คลุมผ้าห่มหรือผ้าขนหนูที่อุ่นบนตัวทารก (level 1, A)
- 4.6 คลุมมารดาและทารกด้วยผ้าห่ม (level 1, A)
- 4.7 ไม่รบกวนมารดาและทารกจนกระทั่งทารกแสดงอาการว่าพร้อมที่จะดูดนมมารดา และมารดาพร้อมที่จะให้นมทารก (level 1, A)
- 4.8 จัดเตรียมเครื่องให้ความอบอุ่นวางไว้ใกล้มารดาและทารกให้พร้อมใช้ในกรณีที่ต้องการปรับอุณหภูมิกายทารกให้สูงขึ้น (level 3b, A)

5. การดูแลทารกแรกเกิด

- 5.1 ประเมิน Apgar score ที่ 1 นาที และ 5 นาทีหลังเกิด (level 3b, A)
- 5.2 ประเมินอุณหภูมิกายทุก 30 นาที 3 ครั้งและ ทุก 1 ชั่วโมงจนอุณหภูมิกายสม่ำเสมอ (level 3b, B)
- 5.3 ภายหลังเกิด 1 ชั่วโมงให้ vitamin K และป้ายตาด้วย erythromycin ointment (level 3b, A)
- 5.4 ชั่งน้ำหนักทารกภายหลังการสัมผัสแบบเนื้อแนบเนื้อระหว่างมารดากับทารกครบ 1 ชั่วโมง (level 3b, B)
- 5.5 บันทึกข้อมูลในแบบบันทึก (level 3b, A)
- 5.6 นำทารกมาอยู่กับมารดาจนครบ 2 ชั่วโมงหลังเกิด และย้ายไปตึกหลังคลอดพร้อมมารดา (level 1, A)
- 5.7 ดูแลให้ทารกดูดนมมารดาโดยเร็ว (level 1, A)

แนวคิดของการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้

การศึกษาในครั้งนี้ ผู้ศึกษาได้เลือกแนวคิดการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้ที่พัฒนาโดยสมาคมพยาบาลออนแทรีโอ ประเทศแคนาดา (RNAO, 2002) มาเป็นแนวทางในการนำแนวปฏิบัติไปใช้ เนื่องจากเป็นแนวคิดที่มีขั้นตอนชัดเจน ง่ายต่อความเข้าใจและการนำไปปฏิบัติ ซึ่งประกอบด้วย 6 ขั้นตอน คือ 1) การคัดเลือกแนวปฏิบัติทางคลินิก 2) การระบุ วิเคราะห์ และกำหนดการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย 3) การประเมินความพร้อมของสิ่งแวดล้อมภายในหน่วยงานและบุคลากร 4) การตัดสินใจเกี่ยวกับกลยุทธ์ที่ใช้ในการนำแนวปฏิบัติไปใช้ 5) การประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกและประเมินผลลัพธ์จากการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้ และ 6) การจัดหางบประมาณในการสนับสนุนการนำแนวปฏิบัติไปใช้ โดยมีรายละเอียดดังนี้ (RNAO, 2002)

ขั้นตอนที่ 1 การคัดเลือกแนวปฏิบัติทางคลินิก

การคัดเลือกแนวปฏิบัติทางคลินิก ต้องสืบค้นแนวปฏิบัติจากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ และสืบค้นด้วยมือ จากนั้นนำแนวปฏิบัติทางคลินิกที่สืบค้นได้ไปทำการประเมินคุณภาพเบื้องต้น โดยใช้เครื่องมือประเมินแนวปฏิบัติสำหรับการวิจัย เช่น แบบประเมินคุณภาพของแนวปฏิบัติทางคลินิก (The Appraisal Guideline for Research & Evaluation [AGREE], 2001) ฉบับแปลเป็นภาษาไทยโดย จิวิรรณ รัชชัย (2547) ซึ่งมีทั้งหมด 6 หมวด ได้แก่

หมวดที่ 1 ขอบเขตและวัตถุประสงค์

- 1.1 แนวปฏิบัติมีการระบุวัตถุประสงค์ที่ชัดเจนและเฉพาะเจาะจง
- 1.2 คำถามในการพัฒนาแนวปฏิบัติเป็นปัญหาทางคลินิก
- 1.3 ระบุกลุ่มผู้ป่วยที่จะใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกนี้

หมวดที่ 2 การมีส่วนร่วมของผู้เกี่ยวข้อง

- 2.1 ทีมพัฒนาแนวปฏิบัติประกอบด้วยบุคลากรจากทีมสหวิชาชีพ
- 2.2 ผู้ให้บริการมีส่วนออกความคิดเห็น
- 2.3 มีการระบุกลุ่มที่จะใช้แนวปฏิบัติชัดเจน
- 2.4 แนวปฏิบัติได้ผ่านการทดลองใช้โดยกลุ่มเป้าหมาย

หมวดที่ 3 ขั้นตอนการพัฒนาแนวปฏิบัติ

- 3.1 มีการสืบค้นหลักฐานงานวิจัยอย่างเป็นระบบ
- 3.2 ระบุเกณฑ์ในการคัดเลือกหลักฐานงานวิจัยอย่างเป็นระบบ
- 3.3 ระบุวิธีการกำหนดข้อเสนอแนะชัดเจน

3.4 มีการพิจารณาถึงประโยชน์ ผลกระทบ และความเสี่ยงในการกำหนด
ข้อเสนอแนะ

3.5 ข้อเสนอแนะมีหลักฐานเชิงประจักษ์สนับสนุนชัดเจน

3.6 แนวปฏิบัติได้รับการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิในองค์กรก่อนนำมาใช้

3.7 ระบุขั้นตอนของการปรับปรุงพัฒนาแนวปฏิบัติให้ทันสมัย

หมวดที่ 4 ความชัดเจนและการนำเสนอ

4.1 ข้อเสนอแนะมีความเป็นรูปธรรม เฉพาะเจาะจงกับสถานการณ์ และกลุ่มผู้ป่วย
ตามที่ระบุในหลักฐาน

4.2 ระบุทางเลือกสำหรับการจัดการกับแต่ละสถานการณ์

4.3 ข้อเสนอแนะเป็นข้อความที่เข้าใจง่าย

4.4 มีคำอธิบายวิธีใช้แนวปฏิบัติ เช่น เป็นในรูปของแผนผังสรุปแนวทางที่ต้องทำ
เป็นต้น

หมวดที่ 5 การประยุกต์ใช้

5.1 ระบุสิ่งที่อาจเป็นปัญหาและอุปสรรคของการนำข้อเสนอแนะไปใช้

5.2 มีการพิจารณาค่าใช้จ่ายที่จะเกิดขึ้นเมื่อมีการใช้แนวปฏิบัติ

5.3 แนวปฏิบัติได้รับการพัฒนาและปรับปรุงให้ทันสมัยเสมอ

หมวดที่ 6 ความเป็นอิสระของทีมจัดทำแนวปฏิบัติ

6.1 แนวปฏิบัติได้รับการพัฒนาขึ้นอย่างอิสระจากผู้จัดทำ

6.2 มีการบันทึกความเห็นที่ขัดแย้งกันของทีมในระหว่างการพัฒนาแนวปฏิบัติ

วิธีการประเมินคุณภาพของแนวปฏิบัติทางคลินิกนั้นจะประเมินโดยผู้ที่มีความรู้
ในเรื่องการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิก จำนวน 2 - 4 คน หากคะแนนที่ได้ในแต่ละหมวดมากกว่า
ร้อยละ 50 แสดงว่าแนวปฏิบัติทางคลินิกนั้นมีคุณภาพ หรือมีคุณสมบัติที่เหมาะสมในการนำไปใช้
การคิดคะแนนของแต่ละหมวด เป็นการให้เลือกตอบ 4 ตัวเลือกแบบลิเกิร์ต (Likert scale) ในแต่ละ
ข้อจะประกอบด้วย คะแนน 4 = เห็นด้วยอย่างยิ่ง คะแนน 3 = เห็นด้วย คะแนน 2 = ไม่เห็นด้วย และ
คะแนน 1 = ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง การคิดคะแนนของแต่ละหมวดใช้สูตรดังต่อไปนี้

$$\frac{\text{คะแนนรวมที่ได้ในแต่ละหมวด} - \text{คะแนนรวมต่ำสุดของแต่ละหมวด}}{\text{คะแนนรวมสูงสุดในแต่ละหมวด} - \text{คะแนนรวมต่ำสุดของแต่ละหมวด}} \times 100$$

ขั้นตอนที่ 2 การระบุ วิเคราะห์ และกำหนดการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย

การนำแนวปฏิบัติไปใช้ต้องคำนึงถึงผู้มีส่วนได้ส่วนเสียจากการใช้แนวปฏิบัติ ประกอบด้วย

2.1 ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียภายใน (internal stakeholders) หมายถึง บุคลากรในหน่วยงานที่มีส่วนเกี่ยวข้อง เช่น แพทย์ พยาบาล บุคลากรทีมสุขภาพ เป็นต้น

2.2 ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียภายนอก (external stakeholders) หมายถึง บุคลากรที่ไม่ได้อยู่ในหน่วยงาน เช่น ผู้รับบริการ ญาติ เป็นต้น

2.3 ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการติดต่อประสานงาน (interface stakeholders) หมายถึง ผู้บริหารของหน่วยงาน คณะกรรมการที่ได้รับการแต่งตั้ง ซึ่งจะเป็นผู้ที่มีความสำคัญในการตัดสินใจต่อการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้

ขั้นตอนที่ 3 การประเมินความพร้อมของสิ่งแวดล้อมในหน่วยงานและบุคลากร

การประเมินความพร้อมของหน่วยงานและบุคลากร จะช่วยให้การนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้เพื่อเกิดความราบรื่นและมีประสิทธิภาพ การประเมินความพร้อมของสิ่งแวดล้อมในหน่วยงานควรจะมีการประเมินด้านโครงสร้างและวัฒนธรรมของหน่วยงาน การติดต่อสื่อสาร การสนับสนุนของผู้นำ ความรู้ ทักษะ และทัศนคติของกลุ่มเป้าหมาย การมอบหมายงานเพื่อการจัดการที่มีคุณภาพ แหล่งทรัพยากรในการสนับสนุนการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้ และสัมพันธภาพระหว่างวิชาชีพ เนื่องจากมีความซับซ้อนขององค์กรและสิ่งแวดล้อมของการปฏิบัติ ควรมีการระบุปัจจัยสนับสนุนและอุปสรรคให้ชัดเจน และควรหาแนวทางเพื่อลดอุปสรรคดังกล่าว

ขั้นตอนที่ 4 การตัดสินใจเกี่ยวกับกลยุทธ์ที่ใช้ในการนำแนวปฏิบัติไปใช้

กลยุทธ์ที่จะนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้ให้เกิดประสิทธิผล ต้องใช้กลยุทธ์ที่หลากหลายแนวทางร่วมกัน เพื่อปรับวิธีการให้เหมาะสมกับหน่วยงาน ส่งเสริมให้มีการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้อย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง สำหรับกลยุทธ์ในการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้ ได้แก่

4.1 การตรวจสอบข้อมูลและการให้ข้อมูลย้อนกลับ (audit and feedback) เช่น การสรุปการดำเนินการทางคลินิก การทบทวนสิ่งที่ปฏิบัติจากการบันทึกเวชระเบียน หรือจากการสังเกตการปฏิบัติเป็นรายบุคคล เป็นต้น เพื่อเพิ่มความตระหนักต่อกลุ่มเป้าหมายหรือการปฏิบัติ

4.2 การประชุมให้ความรู้ (didactic educational meeting) โดยการบรรยายเพื่อให้ความรู้ โดยผู้ที่ได้รับความรู้อาจมีส่วนร่วมหรือไม่มีส่วนร่วมในการบรรยายนั้น

4.3 อุปกรณ์ในการให้ความรู้ (educational materials) การเผยแพร่ความรู้ เช่น เอกสาร โสตทัศนูปกรณ์ หรือการให้ข้อมูลโดยผ่านสื่อคอมพิวเตอร์ เป็นต้น

4.4 การออกไปตรวจเยี่ยม (educational outreach visits) เป็นการตรวจเยี่ยมเป็นรายบุคคลเพื่อรับทราบปัญหาในการปฏิบัติ

4.5 การประชุมให้ความรู้แบบมีส่วนร่วม (interactive educational meeting) เป็นการให้ผู้เข้าร่วมประชุมมีส่วนร่วมในการอภิปรายและแก้ปัญหาร่วมกัน เช่น การทำกลุ่ม การเรียนรู้จากปัญหา เป็นต้น

4.6 กระบวนการอภิปรายเพื่อหาข้อตกลงร่วมกัน (local consensus processes) โดยเน้นการมีส่วนร่วมของผู้ปฏิบัติในการอภิปรายปัญหา และให้ความมั่นใจโดยการเห็นด้วยในการเลือกปัญหาทางคลินิก และให้ข้อเสนอแนะที่เหมาะสม

4.7 ความคิดเห็นของผู้นำ (local opinion leaders) เป็นผู้ที่ได้รับการยอมรับตามคุณวุฒิและกลุ่มผู้ปฏิบัติ ซึ่งมีอิทธิพลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

4.8 การตลาด (marketing) เป็นกระบวนการจัดการเกี่ยวกับการตอบสนองสำหรับความคาดหวัง ความพึงพอใจ ความต้องการผลประโยชน์ของผู้รับบริการ รวมทั้งหน้าที่ในการพัฒนา การวิจัย การวางแผน การออกแบบ การบรรจุ การโฆษณา การส่งเสริมและการประชาสัมพันธ์ เพื่อให้แนวปฏิบัติทางคลินิกเป็นที่รู้จัก

4.9 การพยาบาลที่ปฏิบัติต่อผู้ป่วย (patient mediated interventions) เป็นกิจกรรมจากผู้ให้บริการสุขภาพที่มีอิทธิพลต่อผู้รับบริการ

4.10 การกระตุ้นเตือน (reminders) เป็นการแจ้งเตือนด้วยตนเอง หรือการใช้สื่อคอมพิวเตอร์ในการกระตุ้นเตือนเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมปฏิบัติ

ขั้นตอนที่ 5 การประเมินผลความสำเร็จจากการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้

เป็นขั้นตอนรวบรวมข้อมูล วิเคราะห์ และสรุปผลจากโครงการที่นำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้ เพื่อประเมินความสำเร็จหรือผลลัพธ์ของการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้ และเป็นการช่วยประกอบการตัดสินใจซึ่งจะประเมินผลใน 3 ด้าน ได้แก่

5.1 การประเมินผลด้านโครงสร้าง (structure evaluation) เป็นการประเมินลักษณะโครงสร้างของหน่วยงานและอุปกรณ์ เครื่องมือ สิ่งอำนวยความสะดวกสำหรับการใช้งาน รวมทั้งจำนวนและคุณภาพของบุคลากรในหน่วยงาน เพื่อประเมินความพร้อมและการสนับสนุนการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้

5.2 การประเมินผลด้านกระบวนการ (process evaluation) เป็นการประเมินผลโครงการของแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้ว่ามีการดำเนินการอย่างไร มีวิธีการปฏิบัติใดที่ทำให้ผลการดำเนินการดีขึ้น โดยเน้นถึงความสอดคล้องกับแผนที่วางไว้

5.3 การประเมินผลด้านผลลัพธ์ (outcome evaluation) เป็นการประเมินผลกระทบของการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้ โดยประเมินผลการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น เช่น ผลลัพธ์ทางด้านร่างกายและจิตใจ ต้นทุนหรือค่าใช้จ่าย การปฏิบัติตามแนวปฏิบัติทางคลินิก ความสำเร็จของการแก้ปัญหา ความพึงพอใจของผู้ให้บริการและผู้รับบริการ เป็นต้น

การรวบรวมข้อมูลในขั้นตอนนี้ต้องมีการระบุผู้เชี่ยวชาญที่จะช่วยในกระบวนการประเมินตรวจสอบ เช่น พยาบาลผู้เชี่ยวชาญทางคลินิก เป็นต้น มีการออกแบบการประเมินผลโดยระบุเป้าหมายของความสำเร็จ ระบุกลุ่มเป้าหมาย กำหนดตัวชี้วัด และการพิจารณาตรวจสอบผลการประเมิน เช่น ผู้บริหาร คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย กลุ่มผู้รับบริการ เป็นต้น ในขั้นตอนการประเมินผลสามารถประเมินได้ทั้ง 3 ด้าน หรือประเมินเพียงด้านใดด้านหนึ่งก็ได้ ดังนั้นจึงควรมีการเตรียมงบประมาณ เพื่อเป็นค่าใช้จ่ายสำหรับการรวบรวมและการวิเคราะห์ข้อมูล โดยต้องมั่นใจว่ากองทุนหรือแหล่งทรัพยากรจะสามารถใช้ประโยชน์ได้ เพื่ออำนวยความสะดวกในการเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนและหลังการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้

สำหรับการศึกษานี้เป็นการประเมินผลลัพธ์ของมารดาที่ได้รับการส่งเสริมการเริ่มต้นเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาในระยะแรก โดยประเมินผลลัพธ์จาก 1) ความสำเร็จการสัมผัสแบบเนื้อแนบเนื้อของมารดากับทารกภายหลังคลอดทันทีเป็นระยะเวลา 1 ชั่วโมง 2) ความสำเร็จของการกอดทารกในอ้อมหรืออุคนมมารดาในระยะแรกหลังคลอด 3) ปริมาณน้ำนมของมารดาในวันที่ 1 และวันที่ 2 หลังคลอด 4) ความสำเร็จในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาอย่างเต็มที่ 24 ชั่วโมงก่อนจำหน่าย และ 5) อุณหภูมิกายของทารกแรกเกิดที่ 30 นาที และ 2 ชั่วโมงแรกหลังคลอด

ขั้นตอนที่ 6 การจัดหางบประมาณในการสนับสนุนการนำแนวปฏิบัติไปใช้

การนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด จะต้องมีการจัดหาแหล่งประโยชน์ต่างๆ เช่น งบประมาณ บุคลากร สิ่งจำเป็นอื่นๆ เป็นต้น เพื่อให้การดำเนินการบรรลุตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ โดยการจัดทำแผนโครงการการปฏิบัติที่ทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้รับบริการ สามารถพัฒนาหน่วยงานหรือองค์กรโดยใช้ค่าใช้จ่ายน้อยที่สุด เพื่อให้ผู้บริหารเกิดความสนใจในโครงการและมีการจัดสรรงบประมาณสำหรับการดำเนินงาน ซึ่งในการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้ในหน่วยงาน จำเป็นต้องใช้งบประมาณในการจัดการต่างๆ เช่น การจัดอบรมเพื่อให้ความรู้แก่เจ้าหน้าที่ การจัดซื้ออุปกรณ์ใหม่ การจัดเตรียมสถานที่ใหม่ เป็นต้น

กรอบแนวคิดในการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการศึกษาประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการส่งเสริมการเริ่มต้นเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาในระยะแรก ห้องคลอด โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชตะพานหิน จ. พิจิตร ดำเนินการศึกษาโดยนำแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการส่งเสริมการเริ่มต้นเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาในระยะแรก โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ ที่พัฒนาโดยกรรณิการ์ กันธะรักษา และคณะ (2554) มาใช้ตามขั้นตอนของการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้ของสมาคมพยาบาลออนทารีโอ (RNAO, 20002) ประกอบด้วย 6 ขั้นตอน ดังนี้ 1) การคัดเลือกแนวปฏิบัติทางคลินิก 2) การระบุ วิเคราะห์ และกำหนดการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย 3) การประเมินความพร้อมของสิ่งแวดล้อมในหน่วยงานและบุคลากร 4) การตัดสินใจเกี่ยวกับกลยุทธ์ที่ใช้ในการนำแนวปฏิบัติไปใช้ 5) การประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกและประเมินผลลัพธ์จากการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้ และ 6) การจัดหางบประมาณในการสนับสนุนการนำแนวปฏิบัติไปใช้ ผู้ศึกษาประเมินประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกโดยประเมินผลลัพธ์จาก 1) ความสำเร็จการสัมผัสแบบเนื้อแนบเนื้อของมารดากับทารกภายหลังคลอดทันที เป็นระยะเวลา 1 ชั่วโมง 2) ความสำเร็จในการอมหัวนมหรือดูดนมมารดาของทารกในระยะแรกหลังคลอด 3) ปริมาณน้ำนมของมารดาในวันที่ 1 และวันที่ 2 หลังคลอด 4) ความสำเร็จในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาอย่างเต็มที่ 24 ชั่วโมงก่อนจำหน่าย และ 5) อุณหภูมิกายของทารกแรกเกิดที่ 30 นาที และ 2 ชั่วโมงแรกหลังคลอด