รายงานวิจัยนมแม่ ปี 2548

ศูนย์นมแม่แห่งประเทศไทย

สนับสนุนโดย

สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)

รายงานวิจัยนมแม่ ศูนย์นมแม่แห่งประเทศไทย ปี 2548

รายงานวิจัยนมแม่

ปี 2548

ศูนย์นมแม่แห่งประเทศไทย

สนับสนุนโดย

สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)

คำนำ

ในปี 2548 ศูนย์นมแม่แห่งประเทศไทย ในฐานะที่เป็นหน่วยงานที่มีพันธกิจในการสร้างความรู้ ทัศนคติ ส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ให้แก่พ่อแม่ ครอบครัว และสังคม เพื่อให้ทารกไทยได้รับนมแม่ ได้รับการเลี้ยงดู และได้รับอาหารตามวัยอย่างถูกต้อง ได้ให้การสนับสนุนนักวิชาการ บุคลากรสาธารณสุข หน่วยงานโรงพยาบาลต่างๆ ทำการวิจัยย่อยในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

ศูนย์นมแม่ฯ จึงเห็นสมควรนำองค์ความรู้จากงานวิจัยดังกล่าวซึ่งทำการศึกษาในบริบทของประเทศทั้งในเขตเมืองหลวงและชุมชนต่างจังหวัด มาเผยแพร่สู่บุคลากรสาธารณสุขและผู้สนใจต่อไป

ขอบคุณสมาคมแม่บ้านสาธารณสุขที่สนับสนุนการดำเนินงาน

ขอบคุณสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ที่สนับสนุนงบประมาณ และขอบคุณนักวิชาการและผู้เกี่ยวข้องทุกท่าน

ศูนย์นมแม่แห่งประเทศไทย

สารบัญ

หน้า

การพัฒนารูปแบบ ก้อนทำความเย็น (น้ำแข็งแหนม) กับการรักษาความเย็นในภาชนะ สำหรับเก็บน้ำนมเพื่อรักษาคุณภาพน้ำนมแม่

ศิริลักษณ์ ถาวรวัฒนะ, กศ.ม. (สุขศึกษา)
ปิยะนารถ พรหมมาสกุล, พย.ม.
วิไลรักษ์ บุษบรรณ์, พย.บ.
คลินิกนมแม่ กลุ่มภารกิจบริการวิชาการ
สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

บทคัดย่อ

การส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ เป็นกลยุทธ์ที่สำคัญในการส่งเสริมสุขภาพ (Health promotion) ทารกที่ได้รับนมแม่จะได้รับภูมิคุ้มกัน และมีโอกาสเจ็บป่วยน้อยกว่า การให้คำแนะนำเรื่องการบีบ เก็บ รักษาน้ำนมแม่มีความสำคัญ เพื่อให้น้ำนมแม่ยังคงคุณภาพระหว่างเดินทาง ศึกษาเปรียบเทียบรูปแบบของน้ำแข็ง กับภาชนะรูปแบบต่างๆ ที่นิยมใช้กันในปัจจุบัน เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐาน และสนับสนุนการเก็บรักษาน้ำนมแม่ โดยที่น้ำนมแม่เก็บรักษาในกระติกน้ำแข็งได้ 24 ชั่วโมง ถ้าสามารถควบคุมได้ที่อุณหภูมิ 15 องศาเซลเซียส

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาเปรียบเทียบก้อนทำความเย็นชนิดต่างๆ ได้แก่ ถุงพลาสติกใส่น้ำ (น้ำแข็งแหนม) ฟองน้ำใส่น้ำ Icebrick และ Coldhot pack กับภาชนะที่ใช้บรรจุน้ำนมแม่

ผลการศึกษา

สิ่งแวดล้อมที่อุณหภูมิระหว่าง 28-32 องศาเซลเซียส สามารถรักษาอุณหภูมิในกระติกน้ำแข็ง หรือกระเป๋าพลาสติกได้น้อยกว่า หรือเท่ากับ 15 องศาเซลเซียส

ถุงพลาสติกใส่น้ำ (น้ำแข็งแหนม) 100 ml 4, 6 และ 8 ก้อน **ในกระติกน้ำแข็ง และกระเป๋าพลาสติก** รักษาความเย็นได้ที่ 12, 15 และ 17 ชั่วโมง และ 8, 10 และ 11 ชั่วโมง

ฟองน้ำใส่น้ำ 100 ml 4, 6 และ 8 ก้อน ใน**กระติกน้ำแข็ง และกระเป๋าพลาสติก** รักษาความเย็นได้ที่ 11, 14 และ 16 ชั่วโมง และ 8, 10 และ 11 ชั่วโมง

Icebrick 1 และ 2 ก้อน ใน**กระติกน้ำแข็ง** รักษาความเย็นได้ที่ 4 และ 17 ชั่วโมง

Coldhot pack 1 และ 2 ก้อน ใน**กระติกน้ำแข็ง และกระเป๋าพลาสติก** รักษาความเย็นได้ที่ 2 ชั่วโมง

บทนำ

การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ เป็นกลยุทธ์ที่สำคัญในการส่งเสริมสุขภาพ (Health promotion) ทารกที่ได้รับนมแม่จะได้รับภูมิคุ้มกันและอาหารที่เหมาะสมกับการเจริญเติบโต มีโอกาสเจ็บป่วยน้อยกว่าทารกที่ไม่ได้รับการเลี้ยงดูด้วยนมแม่ มีการเจริญเติบโต มีพัฒนาการดี ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และอารมณ์ ปัญหาการให้นมแม่มักเกิดในระยะแรกคลอดใหม่ๆ ส่วนมากมักแก้ไขได้โดยง่ายถ้าได้รับคำแนะนำที่ถูกต้องและรวดเร็วจะทำให้แม่มีความมั่นใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ลดการใช้นมผสม การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เป็นสิ่งดีแต่แม่มักทำไม่ได้ จากการสำรวจของศูนย์นมแม่แห่งประเทศไทยร่วมกับสำนักวิจัยเอแบคโพลส์ เรื่อง “ความคิดเห็นและพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่” จากกลุ่มตัวอย่างของคุณแม่ที่มีลูกอายุ 6 เดือนถึง 2 ปีในเขตกรุงเทพฯ และปริมณฑล สรุปได้ว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 96.4 มีความเห็นว่า นมแม่มีประโยชน์มากกว่านมผง ร้อยละ 89 ยังคงให้นมแม่และร้อยละ 88.1 ให้นมแม่ร่วมกับนมผสม ตั้งแต่ลูกอายุยังไม่ถึง 4 เดือน การให้นมแม่เฉลี่ยจะหยุดให้เมื่อลูกอายุ 4 เดือน 23 วัน เพราะร้อยละ 44 ไม่มีเวลา และต้องไปทำงาน ร้อยละ 29 มีปัญหาในเรื่องน้ำนม และร้อยละ 10.6 เป็นเพราะเด็กไม่ยอมดูดนมแม่

ข้อมูลกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2546 พบว่าในระยะหลังคลอด ร้อยละ 90 เลี้ยงลูกด้วยนมแม่ แต่เมื่อกลับมาอยู่บ้าน เมื่อลูกอายุ 4 เดือนมีเพียงร้อยละ 50 ที่ยังคงกินนมแม่อยู่ และในจำนวนนี้มีการให้นมแม่อย่างถูกต้องเหมาะสมเพียง ร้อยละ 16 การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่น่าจะมีสถานการณ์ดีขึ้น ถ้ามีช่องทางการช่วยเหลือให้ทารกได้กินนมแม่และกินอย่างถูกต้อง ประโยชน์การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่น่าจะได้รับการพูดถึงในวงกว้างเหมือนอย่างนมผสมที่มีการประชาสัมพันธ์และการตลาดที่ดี แม่จะได้มีโอกาสได้รับข้อมูลประโยชน์ของนมแม่อย่างเพียงพอ ก่อนที่จะตัดสินใจใช้นมผสม

คลินิกนมแม่ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี พบว่าแม่มีการเก็บรักษาน้ำนมแม่ยังไม่ถูกต้อง ทั้งภาชนะที่เก็บน้ำนมแม่ และความเย็นที่ใช้รักษาคุณภาพน้ำนมแม่ การสนับสนุนให้แม่เลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างต่อเนื่อง

อย่างน้อย 6 เดือน (Exclusive breastfeeding) แม้เมื่อลูกเจ็บป่วย ยังจำเป็นต้องให้การสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ แม่ที่ลูกป่วยและแม่ทำงานสามารถเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้ต่อจนลูกอายุ 6 เดือนได้ โดยแม่มีการบีบเก็บน้ำนม เมื่อแม่อยู่กับลูกให้ลูกดูดนมจากเต้าแต่เมื่อแม่ไปทำงานหรือลูกป่วยอยู่โรงพยาบาลแม่ลูกต้องแยกจากกันไม่สามารถให้ลูกดูดนมแม่จากเต้าได้ แม่ใช้วิธีบีบเก็บน้ำนมแม่มาให้ลูกแทนการใช้นมผสม ด้วยเหตุผลที่แม่ตระหนักดีในเรื่องคุณค่าและประโยชน์ของนมแม่ แม่ที่บีบเก็บน้ำนมต้องใช้น้ำแข็งเพื่อรักษาความเย็น เพื่อคงคุณภาพน้ำนมแม่ สอดคล้องกับ Nancy Mohrbacher, IBCLC and Julie Stock, BA. (2006) ที่กล่าวว่า ในกรณีที่แม่ทำงาน การบีบน้ำนมออกมาเก็บและมีการเก็บรักษาน้ำนมแม่ที่ถูกต้องจะยังคงคุณค่าในเรื่องคุณภาพของสารอาหารในนมแม่และภูมิคุ้มกันโรคซึ่งการเก็บรักษาที่ถูกต้องนั้นสามารถรับประกันเรื่องคุณภาพน้ำนมได้แน่นอนและแนะนำว่าควรเก็บน้ำนมแม่ครั้งละ 2-4 ออนซ์ โดยเก็บที่อุณหภูมิ 19-22 องศาเซลเซียส เก็บได้ 10 ชั่วโมง เก็บในตู้เย็น 0-4 องศาเซลเซียส เก็บได้ 8 วัน เก็บในช่องแช่แข็งตู้เย็นประตูเดียวได้ 2 สัปดาห์ เก็บในช่องแช่แข็งตู้เย็นประตูแยกได้ 3-4 วัน และเก็บในช่องแช่แข็งอุณหภูมิ - 19 องศาเซลเซียส ได้ 6 เดือน ซึ่งสอดคล้องกับหลายสถาบัน เช่น Healthy mothers, Healthy babies coalition of Washington state ฯลฯ แต่พบว่าแม่บางรายยังปฏิบัติไม่ถูกต้องและยังดูเรื่องการเก็บรักษาน้ำนมแม่เหมือนเป็นเรื่องที่ยุ่งยาก ขณะที่แม่สมัยใหม่ต้องการความสะดวกสวยงาม น่ารัก ทันสมัย และที่สำคัญคือ ต้องถูกต้องตามหลักวิชาการ การพัฒนารูปแบบก้อนทำความเย็น (น้ำแข็งแหนม) กับการรักษาความเย็นในภาชนะสำหรับเก็บน้ำนมเพื่อรักษาคุณภาพน้ำนมแม่เป็นการศึกษาการพัฒนารูปแบบของน้ำแข็งกับภาชนะรูปแบบต่างๆ ที่นิยมใช้กันในปัจจุบัน เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐาน และสนับสนุนการเก็บรักษาน้ำนมแม่ในสถานการณ์ต่างๆ ที่กำหนด เนื่องจากการให้คำแนะนำเรื่องการบีบ เก็บ รักษาน้ำนมแม่มีความสำคัญโดยมีมาตรฐานที่น้ำนมแม่เก็บรักษาในกระติกน้ำแข็งได้ 24 ชั่วโมง ถ้าสามารถควบคุมได้ที่อุณหภูมิ 15 องศาเซลเซียส (Lawrence R and Lawrence R. 1999. และ Nancy Mohrbache. (2006) เพื่อสามารถนำน้ำนมแม่มาเก็บรักษาให้ได้ตามมาตรฐานการเก็บรักษาน้ำนมแม่ ดังตาราง 1

ตารางที่ 1 ระยะเวลาการเก็บรักษาน้ำนมแม่

วิธีการเก็บ	ระยะเวลาที่เก็บได้
เก็บที่อุณหภูมิห้อง (มากกว่า 25 องศาเซลเซียส)	1 ชั่วโมง
เก็บที่อุณหภูมิห้อง (น้อยกว่า 25 องศาเซลเซียส)	4 ชั่วโมง
เก็บในกระติกน้ำแข็ง	1 วัน
เก็บในตู้เย็นช่องธรรมดา	2-5 วัน
เก็บในตู้เย็นช่องแช่แข็ง (แบบประตูเดียว)	2 สัปดาห์
เก็บในตู้เย็นช่องแช่แข็ง (แบบประตูแยก)	3 เดือน

ที่มา : Nancy Mohrbacher and Julie Stock. La Leche League International. **"The Breastfeeding Answer Book"**. 2006.
Lawrence R and Lawrence R. **Breastfeeding: A Guide for the Medical Profession.** 1999.

แม่ที่บีบน้ำนมได้อย่างต่อเนื่อง แม้ตลอดเวลาแม่จะรู้สึกว่าน้ำนมน้อยก็ตาม แต่หากได้รับคำแนะนำและกำลังใจ แม่ก็สามารถบีบ เก็บตุนน้ำนมได้เต็มตู้เย็นช่องแช่แข็งได้ โดยเมื่อไปทำงานหรือลูกป่วย แม่บีบเก็บน้ำนมมาแล้วมาเก็บในตู้เย็นต่อได้ ดังภาพที่ 1

ภาพที่ 1 การเก็บรักษาน้ำนมในตู้เย็นช่องแช่แข็ง เก็บน้ำนมแม่ได้ 3 เดือน

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบการรักษาอุณหภูมิของก้อนทำความเย็นที่จำหน่ายในท้องตลาด (Icebrick และ Coldhot pack) และน้ำแข็ง 2 รูปแบบของคลินิกนมแม่ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี (ถุงพลาสติกใส่น้ำ (น้ำแข็งแหนม) และฟองน้ำใส่น้ำ) กับภาชนะรูปแบบต่างๆ เพื่อใช้รักษาคุณภาพน้ำนมแม่

2. เพื่อศึกษาขนาด จำนวน รูปแบบของก้อนทำความเย็นที่จำหน่ายในท้องตลาดและน้ำแข็ง 2 รูปแบบของคลินิกนมแม่ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี กับระยะเวลา และภาชนะรูปแบบต่างๆ

สมมติฐาน

1. Icebrick และ Coldhot pack รักษาอุณหภูมิในภาชนะที่เก็บน้ำนมแม่ได้ดีกว่าน้ำแข็งแหนม และฟองน้ำใส่น้ำ
2. กระติกน้ำแข็งรักษาอุณหภูมิในภาชนะที่เก็บน้ำนมแม่ได้ดีกว่ากระเป๋าพลาสติก

นิยามศัพท์

ก้อนทำความเย็น หมายถึง อุปกรณ์ หรือวัสดุที่ผลิตขึ้น หรือจัดทำขึ้นโดยภายในบรรจุน้ำ หรือของเหลว หรือของกึ่งเหลว เมื่อนำไปแช่แข็งแล้วสามารถรักษาอุณหภูมิให้มีคุณสมบัติความเย็นได้เหมือนการใช้น้ำแข็งได้

น้ำแข็งแหนม หมายถึง ถุงพลาสติกที่ใส่น้ำ เมื่อนำถุงน้ำไปแช่แข็งแล้วมีลักษณะคล้ายแหนมตุ้ม

ฟองน้ำใส่น้ำ หมายถึง ฟองน้ำที่ตัดแล้วบรรจุน้ำ 100 ml เมื่อใส่ช่องแช่แข็งในตู้เย็น สามารถใช้เป็นก้อนทำความเย็นได้

Icebrick หมายถึง ก้อนทำความเย็นที่ภายในบรรจุของเหลว เมื่อใส่ช่องแช่แข็งในตู้เย็น สามารถใช้เป็นก้อนทำความเย็นได้

Coldhot pack หมายถึง ถุงเจลทำความเย็น ความร้อนมีจำหน่ายตามท้องตลาดสามารถแช่เย็นแล้วทำให้มีความเย็นได้

ภาชนะสำหรับเก็บน้ำนมแม่ หมายถึง ภาชนะที่ใช้สำหรับรองรับ และเก็บรักษาอุณหภูมิภายในได้ ได้แก่ กระติกน้ำแข็ง หรือกระเป๋าพลาสติก

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การเก็บ และการขนส่งน้ำนมแม่ http://www.askdrsears.com2006 มีแนวทางดังนี้

อุณหภูมิ	60° F	(15° C)	เก็บได้ 24 ชั่วโมง
อุณหภูมิ	66 - 72 ° F	(19–22 ° C)	เก็บได้ 10 ชั่วโมง
อุณหภูมิ	79° F	(25° C)	เก็บได้ 4-6 ชั่วโมง
อุณหภูมิ	32 - 39 ° F	(0–4 ° C)	เก็บได้ 8 วัน
ช่องแช่แข็งตู้เย็นประตูเดียว			เก็บได้ 2 สัปดาห์
ช่องแช่แข็งตู้เย็น 2 ประตู			เก็บได้ 3-4 เดือน
ช่องแช่แข็งตู้เย็น 2 ประตู (0 ถึง–19 ° C)			เก็บได้ 6 เดือน หรือมากกว่า

นมแม่ใส่ขวดที่ลูกดูดไม่หมดให้ใช้ให้หมดในมื้อต่อไปเพราะแบคทีเรียในปากเด็กอาจเข้าไปปนเปื้อนในขวดนมระหว่างลูกดูดได้

นมแม่ที่ถูกทำให้ละลาย เก็บในตู้เย็นช่องธรรมดาได้ 24 ชั่วโมง ห้ามนำกลับไปใส่ช่องแช่แข็งอีก เพราะนมแม่ที่ถูกทำให้ละลายจะสูญเสียภูมิต้านทานโรคบางตัวที่ช่วยในการยับยั้งการเจริญเติบโตของเชื้อโรค

นมแม่ที่เก็บในตู้เย็นช่องธรรมดา 8 วัน ให้รีบเก็บในช่องแช่แข็ง พบว่าการเจริญเติบโตของแบคทีเรียไม่มีปัญหา แต่กลิ่น หรือรสชาติน้ำนมแม่อาจเปลี่ยนจากภาชนะที่บรรจุในตู้เย็นได้

แนวทางการเก็บรักษาน้ำนมแม่ (http://www.breastfeeding.com.2006)

อุณหภูมิ	66-72 ° F	(19–22 ° C)	เก็บได้ 10 ชั่วโมง
อุณหภูมิ	32-39 ° F	(0–4 ° C)	เก็บได้ 8 วัน
ช่องแช่แข็งตู้เย็น 2 ประตู			เก็บได้ 3 เดือน
ช่องแช่แข็งตู้เย็น 2 ประตู (0° C)			เก็บได้ 12 เดือน

นมแม่ที่ถูกทำให้ละลาย ห้ามนำกลับไปใส่ช่องแช่แข็งอีก

ควรเก็บน้ำนมใส่ขวด หรือถุงเก็บน้ำนม ถุงละ 2–4 ออนซ์ จะได้ไม่เสียเวลารอให้นมละลาย ไม่ควรเก็บน้ำนมจนเต็มขวด หรือถุง เพราะเมื่อน้ำนมแข็งตัว จะล้นออกมาภายนอกได้ Judy Hopkinson (2006) แนะนำแนวทางการเก็บรักษาน้ำนมแม่ ดังนี้

นมแม่ที่เก็บในกระติกน้ำแข็งพร้อมก้อนทำความเย็น เก็บได้ 24 ชั่วโมง

นมแม่ที่เก็บในช่องแช่แข็งตู้เย็น (self-defrosting freezer ; 0° C) เก็บได้ 6 เดือน

นมแม่ที่เก็บในช่องธรรมดาและตู้เย็นไม่ได้มาตรฐาน เก็บได้ 5 วัน

ช่องแช่แข็งตู้เย็นได้มาตรฐาน (0° C) เก็บได้ 12 เดือน

Barger, J. และ Bull, P. A. (2006) ศึกษาเปรียบเทียบแบคทีเรียในนมแม่ที่เก็บที่อุณหภูมิห้องและเก็บในตู้เย็น พบว่า อุณหภูมิห้องและตู้เย็นที่ 19-22 ° C เก็บรักษาน้ำนมแม่ได้ 10 ชั่วโมง เมื่อส่งน้ำนมแม่เพาะเชื้อ เพื่อประเมินการเจริญของแบคทีเรีย พบว่าไม่แตกต่างกัน ส่วนการเก็บรักษาน้ำนมแม่ในกระติกน้ำแข็ง ควรมีน้ำแข็งบรรจุลงไปด้วย และควรเก็บน้ำนมแม่ขวดละ 2–4 ออนซ์ เพื่อไม่ต้องเสียเวลารอคอยเมื่อนมเป็นน้ำแข็ง และควรเก็บรักษาน้ำนมแม่ ดังนี้

อุณหภูมิ 66 - 72 ° F (19–22 ° C)	เก็บได้ 10 ชั่วโมง
อุณหภูมิ 32 - 39 ° F (0–4 ° C)	เก็บได้ 8 วัน
ช่องแช่แข็งตู้เย็นประตูเดียว	เก็บได้ 2 สัปดาห์
ช่องแช่แข็งตู้เย็น 2 ประตู	เก็บได้ 3-4 เดือน
ช่องแช่แข็งตู้เย็น 2 ประตู (0 ถึง–19 ° C)	เก็บได้ 6 เดือน หรือมากกว่า

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

ใช้เป็นข้อมูลสำหรับการนำไปใช้เกี่ยวกับคุณภาพและปริมาณของชนิดก้อนทำความเย็นชนิดต่างๆ และภาชนะสำหรับเก็บน้ำนมแม่ เพื่อเก็บรักษาคุณภาพน้ำนมแม่

ตัวแปรที่ศึกษา

ตัวแปรตาม คือ อุณหภูมิภายในภาชนะที่ใช้เก็บรักษาน้ำนมแม่ภายหลังสิ้นสุดการทดลอง

ตัวแปรต้น คือ

1. อุปกรณ์ก้อนทำความเย็น ได้แก่ ถุงพลาสติกใส่น้ำ (น้ำแข็งแหนม) บรรจุน้ำก้อนละ 100 ml ฟองน้ำใส่น้ำ บรรจุน้ำก้อนละ 100 ml Icebrick ที่จำหน่ายตามท้องตลาด และ Coldhot pack ที่จำหน่ายตามท้องตลาด

2. ภาชนะเก็บรักษาความเย็นของน้ำนมแม่ ได้แก่ กระติกขนาด 1,300 ml และกระเป๋าพลาสติกขนาด 1,300 ml

ตัวแปรควบคุม

1. เทอร์โมมิเตอร์มาตรฐานที่สามารถวัดอุณหภูมิได้ที่อุณหภูมิระหว่าง - 20 องศาเซลเซียส ถึง 40 องศาเซลเซียสเพื่อวัดอุณหภูมิที่มีค่าความเชื่อมั่นเดียวกัน (ได้จากสำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร ที่ใช้กับงานวัคซีน)

2. อุณหภูมิภายนอก

วิธีดำเนินการศึกษา

1. เตรียมอุปกรณ์

1.1 ก้อนทำความเย็น

1.1.1 ถุงพลาสติกใส่น้ำ (น้ำแข็งแหนม) บรรจุน้ำก้อนละ 100 ml

1.1.2 ฟองน้ำใส่น้ำ บรรจุน้ำก้อนละ 100 ml

1.1.3 Icebrick ที่จำหน่ายตามท้องตลาด

1.1.4 Coldhot pack ที่จำหน่ายตามท้องตลาด

1.2 เตรียมภาชนะเก็บรักษาความเย็นของน้ำนมแม่

2.1 กระติกน้ำแข็งขนาด 1,300 ml

2.2 กระเป๋าพลาสติกขนาด 1,300 ml

2. ทดลองใช้ก้อนทำความเย็นแต่ละชนิดที่ต่างกัน ในมิติของจำนวนก้อน และภาชนะที่ต่างกัน สิ้นสุดการทดลอง เมื่ออุณหภูมิในภาชนะเท่ากับ 15 องศาเซลเซียส โดยทุกครั้งที่ทำการทดลอง บันทึกอุณหภูมิของสิ่งแวดล้อมที่ภาชนะทดลองอยู่ มีอุณหภูมิระหว่าง 28-32 องศาเซลเซียส และควบคุมให้สามารถรักษาอุณหภูมิในภาชนะเก็บรักษาความเย็นของน้ำนมแม่ได้น้อยกว่าหรือเท่ากับ 15 องศาเซลเซียส ออกแบบการวิจัย โดยทำการทดลองแต่ละกลุ่ม 3 ครั้ง รวมทำการทดลองกลุ่มกระติกน้ำแข็งทั้งสิ้น 30 ครั้ง และกลุ่มกระเป๋าพลาสติก 30 ครั้ง ดังนี้

แบบแผนการทดลอง

กระติกน้ำแข็ง

- นำกระติกน้ำแข็งขนาด 1,300 ml บรรจุถุงพลาสติกใส่น้ำ (น้ำแข็งแหนม) บรรจุน้ำก้อนละ 100 ml จำนวน 4, 6 และ 8 ก้อน (ที่ผ่านการแช่แข็งแล้ว)
- นำกระติกน้ำแข็งขนาด 1,300 ml บรรจุฟองน้ำใส่น้ำ บรรจุน้ำก้อนละ 100 ml จำนวน 4, 6 และ 8 ก้อน (ที่ผ่านการแช่แข็งแล้ว)

• นำกระติกน้ำแข็งขนาด 1,300 ml บรรจุ Icebrick ที่จำหน่ายตามท้องตลาดจำนวน 1 และ 2 ก้อน (ที่ผ่านการแช่แข็งแล้ว)

• นำกระติกน้ำแข็งขนาด 1,300 ml บรรจุ Coldhot pack ที่จำหน่ายตามท้องตลาดจำนวน 1 และ 2 ก้อน (ที่ผ่านการแช่แข็งแล้ว)

กระเป๋าพลาสติก

• นำกระเป๋าพลาสติกขนาด 1,300 ml บรรจุถุงพลาสติกใส่น้ำ (น้ำแข็งแหนม) บรรจุน้ำก้อนละ 100 ml จำนวน 4, 6 และ 8 ก้อน (ที่ผ่านการแช่แข็งแล้ว)

• นำกระเป๋าพลาสติกขนาด 1,300 ml บรรจุฟองน้ำใส่น้ำ บรรจุน้ำก้อนละ 100 ml จำนวน 4, 6 และ 8 ก้อน (ที่ผ่านการแช่แข็งแล้ว)

• นำกระเป๋าพลาสติกขนาด 1,300 ml บรรจุ Icebrick ที่จำหน่ายตามท้องตลาดจำนวน 1 และ 2 ก้อน (ที่ผ่านการแช่แข็งแล้ว)

• นำกระเป๋าพลาสติกขนาด 1,300 ml บรรจุ Coldhot pack ที่จำหน่ายตามท้องตลาดจำนวน 1 และ 2 ก้อน (ที่ผ่านการแช่แข็งแล้ว)

การวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติพื้นฐานหาค่าคะแนนเฉลี่ย (Average) โดยใช้สูตร (ล้วน สายยศ และอังคณา สายยศ, 2540 : 53)

$$\overline{X} = \frac{\sum X}{N}$$

เมื่อ X แทน ค่าคะแนนเฉลี่ยอุณหภูมิในภาชนะรักษาความเย็น

$\sum X$ แทน ผลรวมของอุณหภูมิทั้งหมด

N แทน จำนวนครั้งที่ทำการทดลอง

ผลการศึกษา

ที่อุณหภูมิสิ่งแวดล้อมระหว่าง 28-32 องศาเซลเซียส สามารถรักษาอุณหภูมิในกระติกน้ำแข็ง หรือกระเป๋าพลาสติกได้น้อยกว่า หรือเท่ากับ 15 องศาเซลเซียส ผลการศึกษาเป็น ดังนี้

กระติกน้ำแข็ง

ถุงพลาสติกใส่น้ำ (น้ำแข็งแหนม)

- นำกระติกน้ำแข็งขนาด 1,300 ml บรรจุถุงพลาสติกใส่น้ำ (น้ำแข็งแหนม) บรรจุน้ำก้อนละ 100 ml จำนวน 4 ก้อน (ที่ผ่านการแช่แข็งแล้ว) รักษาความเย็นได้ที่ 12 ชั่วโมง
- นำกระติกน้ำแข็งขนาด 1,300 ml บรรจุถุงพลาสติกใส่น้ำ (น้ำแข็งแหนม) บรรจุน้ำก้อนละ 100 ml จำนวน 6 ก้อน (ที่ผ่านการแช่แข็งแล้ว) รักษาความเย็นได้ที่ 15 ชั่วโมง
- นำกระติกน้ำแข็งขนาด 1,300 ml บรรจุถุงพลาสติกใส่น้ำ (น้ำแข็งแหนม) บรรจุน้ำก้อนละ 100 ml จำนวน 8 ก้อน (ที่ผ่านการแช่แข็งแล้ว) รักษาความเย็นได้ที่ 17 ชั่วโมง

ฟองน้ำใส่น้ำ

- นำกระติกน้ำแข็งขนาด 1,300 ml บรรจุฟองน้ำใส่น้ำ บรรจุน้ำก้อนละ 100 ml จำนวน 4 ก้อน (ที่ผ่านการแช่แข็งแล้ว) รักษาความเย็นได้ที่ 11 ชั่วโมง
- นำกระติกน้ำแข็งขนาด 1,300 ml บรรจุฟองน้ำใส่น้ำ บรรจุน้ำก้อนละ 100 ml จำนวน 6 ก้อน (ที่ผ่านการแช่แข็งแล้ว) รักษาความเย็นได้ที่ 14 ชั่วโมง
- นำกระติกน้ำแข็งขนาด 1,300 ml บรรจุฟองน้ำใส่น้ำ บรรจุน้ำก้อนละ 100 ml จำนวน 8 ก้อน (ที่ผ่านการแช่แข็งแล้ว) รักษาความเย็นได้ที่ 16 ชั่วโมง

Icebrick

- นำกระติกน้ำแข็งขนาด 1,300 ml บรรจุ Icebrick ที่จำหน่าย

ตามท้องตลาดจำนวน 1 ก้อน (ที่ผ่านการแช่แข็งแล้ว) รักษาความเย็นได้ที่ 4 ชั่วโมง

- นำกระติกน้ำแข็งขนาด 1,300 ml บรรจุ Icebrick ที่จำหน่ายตามท้องตลาดจำนวน 1 และ 2 ก้อน (ที่ผ่านการแช่แข็งแล้ว) รักษาความเย็นได้ที่ 17 ชั่วโมง

Coldhot pack

- นำกระติกน้ำแข็งขนาด 1,300 ml บรรจุ Coldhot pack ที่จำหน่ายตามท้องตลาดจำนวน 1 และ 2 ก้อน (ที่ผ่านการแช่แข็งแล้ว) รักษาความเย็นได้ที่ 2 ชั่วโมง

กระเป๋าพลาสติก

ถุงพลาสติกใส่น้ำ (น้ำแข็งแหนม)

- นำกระเป๋าพลาสติกขนาด 1,300 ml บรรจุถุงพลาสติกใส่น้ำ (น้ำแข็งแหนม) บรรจุน้ำก้อนละ 100 ml จำนวน 4 ก้อน (ที่ผ่านการแช่แข็งแล้ว) รักษาความเย็นได้ที่ 8 ชั่วโมง
- นำกระเป๋าพลาสติกขนาด 1,300 ml บรรจุถุงพลาสติกใส่น้ำ (น้ำแข็งแหนม) บรรจุน้ำก้อนละ 100 ml จำนวน 6 ก้อน (ที่ผ่านการแช่แข็งแล้ว) รักษาความเย็นได้ที่ 10 ชั่วโมง
- นำกระเป๋าพลาสติกขนาด 1,300 ml บรรจุถุงพลาสติกใส่น้ำ (น้ำแข็งแหนม) บรรจุน้ำก้อนละ 100 ml จำนวน 8 ก้อน (ที่ผ่านการแช่แข็งแล้ว) รักษาความเย็นได้ที่ 11 ชั่วโมง

ฟองน้ำใส่น้ำ

- นำกระเป๋าพลาสติกขนาด 1,300 ml บรรจุฟองน้ำใส่น้ำ บรรจุน้ำก้อนละ 100 ml จำนวน 4 ก้อน (ที่ผ่านการแช่แข็งแล้ว) รักษาความเย็นได้ที่ 8 ชั่วโมง
- นำกระเป๋าพลาสติกขนาด 1,300 ml บรรจุฟองน้ำใส่น้ำ บรรจุน้ำก้อนละ 100 ml จำนวน 6 ก้อน (ที่ผ่านการแช่แข็งแล้ว) รักษาความเย็นได้ที่ 10 ชั่วโมง

- นำกระเป๋าพลาสติกขนาด 1,300 ml บรรจุฟองน้ำใส่น้ำ บรรจุน้ำก้อนละ 100 ml จำนวน 8 ก้อน (ที่ผ่านการแช่แข็งแล้ว) รักษาความเย็นได้ที่ 11 ชั่วโมง

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาอุปกรณ์เก็บความเย็นก้อนทำความเย็นรูปแบบต่างๆ ตามที่บริษัทยาใช้รักษาความเย็นของยาขณะจัดส่ง และภาชนะเก็บรักษาความเย็นรูปแบบต่างๆ เพื่อให้มีองค์ความรู้มากขึ้น

สรุป

การสนับสนุนให้แม่เลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวอย่างน้อย 6 เดือน (Exclusive breastfeeding) การรักษาคุณภาพน้ำนมมีความสำคัญและไม่ยุ่งยาก สามารถพัฒนารูปแบบของก้อนทำความเย็นให้เหมาะสมไม่สิ้นเปลือง ได้การพัฒนารูปแบบก้อนทำความเย็น (น้ำแข็งแหนม) กับการรักษาความเย็นในภาชนะสำหรับเก็บน้ำนมเพื่อรักษาคุณภาพน้ำนมแม่ สามารถปรับให้เข้ากับงานประจำได้อย่างไม่ยุ่งยากและไม่ซับซ้อน และยังสามารถใช้เป็นคำตอบให้สังคมเรื่องการเก็บรักษาน้ำนมแม่ได้อีกด้วย รวมถึงการสนับสนุนให้แม่มีการเก็บรักษาน้ำนมต่อเนื่องที่ไม่ยุ่งยาก โดยสามารถจัดหาวัสดุ และทำเองได้โดยง่ายๆ ไว้สำหรับใช้งาน เพื่อเก็บรักษาความเย็น ขอขอบคุณแพทย์หญิงศิราภรณ์ สวัสดิวร ที่เป็นแรงบันดาลใจ และกระตุ้นให้เกิดงานวิจัยชิ้นนี้ขึ้นมา ขอขอบคุณกลุ่มงานเภสัชกรรม สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี ที่สนับสนุนวัสดุเก็บความเย็นชนิดต่างๆ เพื่อทำวิจัย และนำผลการวิจัยไปเผยแพร่โดยใช้กับผู้ป่วยที่จำเป็นต้องรักษาความเย็นของยากลับบ้าน ขอขอบคุณศูนย์นมแม่แห่งประเทศไทยที่สนับสนุนงบประมาณในการทำวิจัย และขอขอบคุณผู้ที่เกี่ยวข้องที่สนับสนุนการทำวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. BBarger, J. and Bull, P. (1987). A comparison of the bacterial composition of breast milk stored at room temperature and stored in the refrigerator. Intl J Childbirth Ed, 1987;2:29-30.
2. La Leche League Leader. "Common Concerns when Storing Human Milk", by Cindy Scott Duke. July 21, 2006 10:49 AM by sjs.
3. Judy Hopkinson.(2006). Common Concerns When Storing Human Milk. New Beginnings, Vol. 15 No. 4,
4. July-August 1998, p.109 Last edited Friday, February 10, 2006 12:21 PM by jlm.
5. Nancy Mohrbacher and Julie Stock. (1997). La Leche League's The Breastfeeding Answer Book. USA : Lucy Lesiak Design.
6. http://www.askdrsears.com/html/2/T026900.asp as retrieved on 18 Oct 2006 10:00:52 GMT.
7. http://www.breastfeeding/storage as retrieved on 18 Oct 2006 10:00:52 GMT.as retrieved on 18 Oct 2006 10:00:52 GMT.
8. http://www.children's Hospital Boston. Breastfeeding: Milk Collection and Storage as retrieved on 18 Oct 2006 10:00:52 GMT.
9. http://www.hollister.com/us/mbc/breastfeeding/resource/storage as retrieved on 18 Oct 2006 10:00:52 GMT.
10. http://www.kidsnutrition.org/consumer/archives/coldfacts.htm+breastfeeding+storage+research&hl= th&gl=th&ct=clnk&cd=12 as retrieved on 18 Oct 2006 10:00:52 GMT.
11. http://www.kidsnutrition.org/consumer/archives/coldfacts.htm retrieved on 10 Oct 2006 as retrieved on 18 Oct 2006 10:00:52 GMT.
12. http://www.lalecheleague.org/NB/NBstorage as retrieved on 18 Oct 2006 10:00:52 GMT.
13. http://www.wellstart International as retrieved on 18 Oct 2006 10:00:52 GMT.

ศึกษาสภาวการณ์
การลาคลอดของแม่

วิลาสินี ชาตะเมธีกุล, พ.บ.
มิรา โครานา, พ.บ.
สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

บทคัดย่อ

ทำการศึกษาโดยใช้แบบสอบถามในแม่จำนวน 400 คน แบ่งเป็นแม่ที่ทำงาน 200 คนและแม่ที่ไม่ได้ทำงาน 200 คน ในแม่ที่มีนายจ้าง (n = 171) มีแม่ที่ได้รับสิทธิลาคลอด 90 วันขึ้นไปและได้รับเงินเดือนระหว่างลาคลอดร้อยละ 77.78 (n = 133) ถ้าไม่คำนึงถึงการได้รับเงินเดือน หน่วยงานมีการกำหนดจำนวนวันลาคลอดชัดเจนร้อยละ 86 (n = 147) ในแม่กลุ่มนี้ (n = 147) ได้รับจำนวนวันลาคลอด 90 วัน ร้อยละ 91.84 น้อยกว่า 90 วัน ร้อยละ 6.8 และมากกว่า 90 วัน ร้อยละ 1.36 และในจำนวนนี้มีแม่ใช้สิทธิลาคลอดไม่ครบร้อยละ 30.6 โดยมีสาเหตุเนื่องจากต้องการได้เงินเพิ่มหรือไม่ได้รับเงินเดือนร้อยละ 52.1 หน่วยงานให้ไปทำงานก่อนเนื่องจากขาดคน ร้อยละ 22.9 อยากไปทำงาน ร้อยละ 16.7 จะถูกตัดโบนัสหรือไม่ขึ้นเงินเดือน ร้อยละ 8.3 ในแม่ที่ทำงานเอกชน (n = 131) ไม่ได้รับเงินเดือนขณะลาคลอด ร้อยละ 20.6 ระยะเวลาหยุดงานหลังคลอดมีความสัมพันธ์กับระยะเวลาการให้บุตรกินนมแม่โดยยังไม่ให้นมผสมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P value < 0.0001) แม่ที่หยุดงานหลังคลอด 0-30 วัน ให้บุตรกินนมแม่โดยยังไม่ให้นมผสมระยะเวลาเฉลี่ย 1.28 เดือน แม่ที่หยุดงานหลังคลอด 31-60 วัน ให้ระยะเวลาเฉลี่ย 1.71 เดือน แม่ที่หยุดงานหลังคลอด 61-90 วัน ให้ระยะเวลาเฉลี่ย 2.66 เดือน มารดาที่หยุดงานหลังคลอด 91-180 วัน ให้ระยะเวลาเฉลี่ย 3.63 เดือน ในช่วง 6 เดือนแรก ระยะเวลาให้บุตรกินนมแม่โดยยังไม่ให้นมผสมในแม่ที่ทำงานกับไม่ได้ทำงาน มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P value < 0.05) โดยที่มี 95% Confidence interval เป็น -2.23 ถึง -1.46 แม่ที่ทำงานให้บุตรกินนมแม่เฉลี่ย 2.2 เดือน แม่ที่ไม่ได้ทำงานให้บุตรกินนมแม่เฉลี่ย 4 เดือน

ABSTRACT

Preface : Breast milk is the golden standard of infant feeding. Nowadays, the number of mothers who work outside their homes has been increasing and hence they must return to work once their maternity leave is over. Each mother can take different number of days for maternity leave

depending on their work place. The duration of maternity leave may affect the duration of breastfeeding and hence may affect the benefit of breastfeeding for the infants.

Objectives : To study the maternity leave patterns in Thai women, the relationship between maternity leave and the duration of breastfeeding, the comparisons of duration of breastfeeding between working and non working mothers.

Materials & Methods : This cross-sectional study using questionnaires was conducted with mothers who brought their infants of ages between 6 to 18 months to the Queen Sirikit National Institute of Child Health between June 2004 – June 2005.

Results : A total of 400 mothers were questioned, 200 working and 200 non working mothers. Of the 171 working women who worked away from home, 77.78% could take maternity leave 90 day up and receive salary. Of the 171 working women who worked away from home, 86% could take maternity leave. Of these, 91.84% could take a total leave of 90 days duration, 6.8% could take leave for less than 90 days and 1.36% could take leave for more than 90 days. 30.6% of the mothers who had the right to take 90 days of maternity leave took less than 90 days for various reasons: 52.1% needed the extra income or did not receive any salary during maternity leave, 22.9% were encouraged by their companies to get back to work due to shortage of staff,16.7% wanted to go back to work of their own accord, 8.3% were afraid to have bonus cut off, or had no salary raise. 20.6% of the mothers who worked in private companies did not get any salary during postpartum period. The number of days of maternity leave after delivery was statistically significant for the total duration of breastfeeding (P value <0.0001). The duration of breastfeeding was 1.28 months, 1.71 months, 2.66 months and 3.63 months when theduration of

maternity leave after delivery was 0–30 days, 31–60 days, 61-90 days and 91–180 days respectively. During the first 6 months, the duration of breastfeeding was statistically different in working and non working mothers. The working mothers predominantly breastfed on average of 2.22 months, while the nonworking mothers predominantly breastfed on average of 4.07 months (P value < 0.05, 95% Confidence Interval -2.23 to -1.46).

Conclusion : Some mothers did not have maternity leave. Of mothers who had rights to take maternity leave, some did not take the entire duration of the maternity leave. The number of days of maternity leave after delivery related statistically significantly to the total duration of breastfeeding. The duration of predominant breastfeeding was also significantly different in working and non working mothers.

บทนำ

ปัจจุบันแนะนำให้แม่ให้นมลูกอย่างเดียว 6 เดือนเต็ม จึงให้อาหารเสริมอื่นตามวัยควบคู่กับนมแม่จนลูกอายุ 1-2 ปี จากการสำรวจในเด็กอายุ 1 เดือน ที่มารับการรักษาที่คลินิกสุขภาพเด็กดีของโรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ระหว่างปี พ.ศ. 2540-2544 พบว่า ในกลุ่มแม่ที่จะทำงานนอกบ้านมีถึงร้อยละ 43 เริ่มให้นมผสมเร็วภายใน 1 เดือนแรกหลังคลอดโดยมุ่งหวังเพื่อเตรียมพร้อมก่อนไปทำงาน ซึ่งจะเป็นผลให้การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเหมาะสมต้องล้มเหลว ตามกฎหมายพระราชบัญญัติคุ้มครองแรงงาน พ.ศ. 2541 กำหนดให้ลูกจ้างหญิงมีครรภ์มีสิทธิลาคลอดบุตร 90 วัน ให้นายจ้างจ่ายค่าจ้างในวันลาเพื่อคลอดบุตรเท่ากับค่าจ้างในวันทำงาน 45 วัน แต่ในความเป็นจริงจะพบว่า ยังมีแม่ที่ทำงานเอกชนส่วนหนึ่งไม่ได้รับสิทธิคุ้มครองงานเมื่อคลอดบุตรไม่ได้รับเงินเดือน หรือได้รับวันลาคลอดน้อยกว่าที่กฎหมายกำหนด สิทธิลาคลอดน่าจะเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อการให้บุตรกินนมแม่ ผู้วิจัยจึงต้องการศึกษาสภาวการณ์ของการใช้สิทธิลาคลอดของแม่และการให้บุตรกินนมแม่ในแม่ที่ต้องทำงาน

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาสภาวการณ์ของการใช้สิทธิลาคลอดของแม่
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการลาคลอดกับระยะเวลาการให้บุตรกินนมแม่
3. เพื่อเปรียบเทียบระยะเวลาการให้บุตรกินนมแม่ระหว่างแม่ที่ทำงานกับแม่ที่ไม่ทำงาน
4. เพื่อศึกษาสภาวการณ์การเลี้ยงบุตรด้วยนมแม่

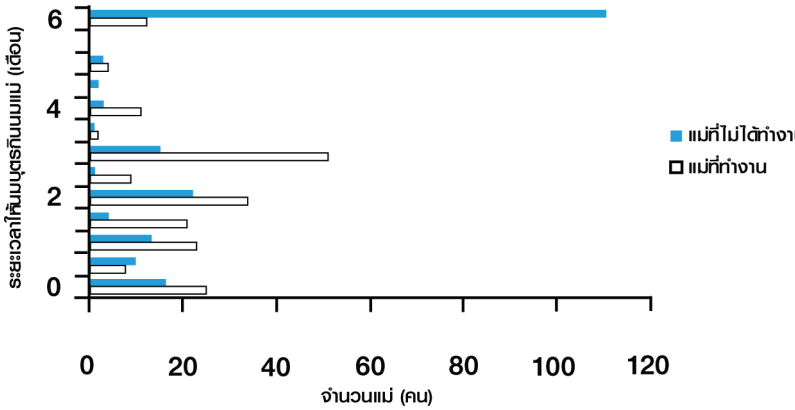
วิธีการศึกษา

โดยการสัมภาษณ์แม่ที่นำบุตรอายุ 6 ถึง 18 เดือน มารับการตรวจรักษาที่สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี ในช่วงเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2547 - มิถุนายน พ.ศ. 2548 ได้สัมภาษณ์แม่จำนวน 400 คน แบ่งเป็นแม่ที่ทำงาน 200 คน แม่ที่ไม่ทำงาน 200 คน เก็บข้อมูลโดยถามเกี่ยวกับสิทธิลาคลอด การใช้สิทธิ ปัญหาจากการใช้สิทธิลาคลอดและการให้นมแม่ในช่วง 6 เดือนแรกหลังคลอด วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรม SPSS แจกแจงข้อมูลโดยใช้ความถี่และร้อยละ วิเคราะห์ความสัมพันธ์โดยใช้ Chi Square และ t-test

ผลการศึกษา

เมื่อเปรียบเทียบระยะเวลาการให้บุตรกินนมแม่โดยยังไม่ให้นมผสมในช่วง 6 เดือนแรกหลังคลอดในกลุ่มแม่ที่ไม่ทำงานกับแม่ที่ทำงาน พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P value<0.05) โดยที่มี 95% Confidence interval เป็น -2.23 ถึง -1.46 (แผนภูมิที่ 1) จะเห็นว่าในกลุ่มแม่ที่ไม่ทำงานส่วนใหญ่จะให้บุตรกินนมแม่โดยยังไม่ให้นมผสมเป็นระยะเวลา 6 เดือน (n = 110 คิดเป็นร้อยละ 55) ในขณะที่แม่ที่ทำงานให้บุตรกินนมแม่โดยยังไม่ให้นมผสมส่วนใหญ่จะอยู่ในช่วง 2-3 เดือนแรกเท่านั้น

แผนภูมิที่ 1 แสดงระยะเวลาที่แม่ให้บุตรกินนมแม่โดยยังไม่ให้นมผสมในช่วง 6 เดือนแรกระหว่างแม่ที่ทำงานกับแม่ที่ไม่ได้ทำงาน



ในกลุ่มแม่ที่ทำงาน 200 คน ประกอบด้วยแม่ที่มีนายจ้างคือ แม่ที่ทำงานในระบบราชการ 38 คน รัฐวิสาหกิจ 2 คน และเอกชน 131 คน รวม 171 คน และแม่ที่ไม่มีนายจ้าง คือ แม่ที่ทำธุรกิจส่วนตัว 29 คน ข้อมูลในเรื่องสิทธิลาคลอดและการใช้สิทธิลาคลอดจะนำมาจากกลุ่มแม่ที่มีนายจ้าง พบว่าในกลุ่มแม่ที่มีนายจ้าง 171 คน ได้รับสิทธิลาคลอด 90 วันขึ้นไป และได้รับเงินเดือนระหว่างลาคลอด 133 คน (ร้อยละ 77.78) (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 แสดงการได้รับสิทธิลาคลอดและได้รับเงินเดือนระหว่างลาคลอดในแม่ที่มีนายจ้าง (n = 171)

การได้รับสิทธิลาคลอดและได้รับเงินเดือนระหว่างลาคลอด	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ได้รับสิทธิลาคลอด 90 วันขึ้นไปและได้รับเงินเดือนระหว่างลาคลอด	133	77.78
ไม่ได้รับสิทธิลาคลอด 90 วันขึ้นไปหรือไม่ได้รับเงินเดือนระหว่างลาคลอด	38	22.22
รวม	171	100

ถ้าพิจารณาเฉพาะการกำหนดจำนวนวันลาคลอดของนายจ้าง (โดยไม่ได้คำนึงถึงเรื่องการได้รับเงินเดือนระหว่างลาคลอด) ซึ่งถ้ามีการกำหนดจำนวนวันลาคลอดแสดงว่าแม่จะสามารถกลับมาทำงานที่เดิมได้เมื่อครบกำหนดลาคลอดแล้ว พบว่าหน่วยงานมีการกำหนดจำนวนวันลาคลอดชัดเจน 147 คน (ร้อยละ 86) หน่วยงานไม่ได้มีการกำหนดจำนวนวันลาคลอด 24 คน (ร้อยละ 14)

แม่ในกลุ่มที่หน่วยงานมีการกำหนดจำนวนวันลาคลอดชัดเจน (n = 147) ได้รับวันลาคลอด 90 วัน ร้อยละ 91.84, ได้รับวันลาคลอดน้อยกว่า 90 วัน ร้อยละ 6.8 ได้รับวันลาคลอดมากกว่า 90 วัน ร้อยละ 1.36 (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 แสดงจำนวนวันลาคลอดในกลุ่มแม่ที่หน่วยงานมีการกำหนดจำนวนวันลาคลอดชัดเจน (n = 147)

จำนวนวันลาคลอด (วัน)	**รับราชการ** คน (%)	**รัฐวิสาหกิจ** คน (%)	**รวม** คน (%)	คน (%)
30	2 (5.3%)	4 (3.74%)	-	6 (4.1%)
45	3 (7.9%)	1 (0.93%)	-	4 (2.7%)
90	32 (84.2%)	101 (94.4%)	2 (100%)	135 (91.84%)
105	1 (2.6%)	-	-	1 (0.68%)
120	-	1 (0.93%)	-	1 (0.68%)
รวม	38 (100%)	107 (100%)	2 (100%)	147 (100%)

เมื่อพิจารณาในกลุ่มแม่ที่หน่วยงานมีการกำหนดจำนวนวันลาคลอดชัดเจน (n = 147) พบว่า แม่ใช้สิทธิลาคลอดครบ 102 คน (ร้อยละ 69.4) ใช้สิทธิลาคลอดไม่ครบ 45 คน (ร้อยละ 30.6)

สาเหตุที่ใช้สิทธิลาคลอดไม่ครบตามกำหนด พบว่า

- ต้องการได้เงินเพิ่มหรือไม่ได้รับเงินเดือน ร้อยละ 52.1
- หน่วยงานให้กลับไปทำงาน ก่อนกำหนดเนื่องจากขาดคนทำงาน ร้อยละ 22.9

- อยากกลับไปทำงานเอง ร้อยละ 16.7
- จะถูกหักโบนัสหรือไม่ขึ้นเงินเดือน ร้อยละ 8.3

เมื่อสอบถามความเห็นของมารดาเกี่ยวกับการสนับสนุนการลาคลอดจากหน่วยงาน (n = 171) พบว่าหน่วยงานให้การสนับสนุนการลาคลอด 118 คน (ร้อยละ 69) ไม่สนับสนุนการลาคลอด 53 คน (ร้อยละ 31)

สาเหตุที่หน่วยงานไม่สนับสนุนการลาคลอด มีดังนี้

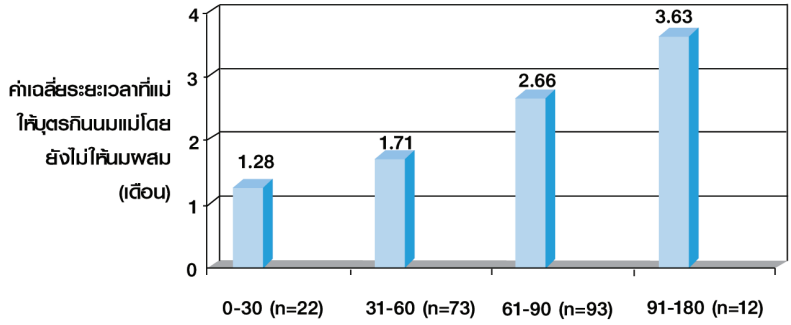
- ไม่ให้เงินเดือนหรือให้เงินเดือน ไม่ครบหรือจะตัดเงินเดือน ร้อยละ 49.2
- เร่งให้ไปทำงานก่อนครบกำหนดลาคลอด ร้อยละ 36.5
- ตัดเงินโบนัสหรืองดขึ้นเงินเดือน ร้อยละ 11.1
- จะไล่ออก ร้อยละ 3.2

แม่ที่ทำงานเอกชน (n = 131) ไม่ได้รับเงินขณะลาคลอด ร้อยละ 20.6 (n=27)

การเลี้ยงบุตรในช่วง 6 เดือนแรก แม่ที่ทำงาน (n = 200) ให้บุตรกินนมแม่โดยยังไม่ให้นมผสม เฉลี่ย 2.2 เดือน แม่ที่ไม่ได้ทำงาน (n = 200) ให้บุตรกินนมแม่โดยยังไม่ให้นมผสม เฉลี่ย 4 เดือน

เมื่อพิจารณาในกลุ่มแม่ที่ทำงาน (n = 200) การเลี้ยงบุตรในช่วง 6 เดือนแรก พบว่าระยะเวลาหยุดงานหลังคลอดบุตร มีความสัมพันธ์กับระยะเวลาที่แม่ให้บุตรกินนมแม่โดยยังไม่ให้นมผสมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P value < 0.0001) แม่ที่หยุดงานหลังคลอด 0– 30 วัน ให้บุตรกินนมแม่โดยยังไม่ให้นมผสมระยะเวลาเฉลี่ย 1.28 เดือน แม่ที่หยุดงานหลังคลอด 31–60 วัน ให้บุตรกินนมแม่โดยยังไม่ให้นมผสมระยะเวลาเฉลี่ย 1.71 เดือน แม่ที่หยุดงานหลังคลอด 61–90 วัน ให้บุตรกินนมแม่โดยยังไม่ให้นมผสม ระยะเวลาเฉลี่ย 2.66 เดือน แม่ที่หยุดงานหลังคลอด 91–180 วัน ให้บุตรกินนมแม่โดยยังไม่ให้นมผสมระยะเวลาเฉลี่ย 3.63 เดือน (แผนภูมิที่ 2)

แผนภูมิที่ 2 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างจำนวนวันลาคลอดกับค่าเฉลี่ยระยะเวลาให้บุตรกินนมแม่โดยยังไม่ให้นมผสม



ระยะเวลาหยุดงานหลังคลอดบุตร (วัน)

การเลี้ยงบุตรในช่วง 6 เดือนแรก ในแม่ที่ทำงาน (n = 200) พบว่า แม่ที่หยุดงานหลังคลอด 0-60 วัน ให้บุตรกินนมแม่โดยยังไม่ให้นมผสมระยะเวลา 4 เดือนขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 8.42 และให้บุตรกินนมแม่โดยยังไม่ให้นมผสมระยะเวลา 6 เดือนขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 2.11 แม่ที่หยุดงานหลังคลอด 61–90 วัน ให้บุตรกินนมแม่โดยยังไม่ให้นมผสมระยะเวลา 4 เดือนขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 13 และให้บุตรกินนมแม่โดยยังไม่ให้นมผสมระยะเวลา 6 เดือนขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 8.6 แม่ที่หยุดงานหลังคลอด 91–180 วัน ให้บุตรกินนมแม่โดยยังไม่ให้นมผสมระยะเวลา 4 เดือนขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 58.33 และให้บุตรกินนมแม่โดยยังไม่ให้นมผสมระยะเวลา 6 เดือนขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 16.67

ในแม่ที่ทำงาน (n = 200) สาเหตุที่มารดาให้บุตรกินนมแม่โดยยังไม่ให้นมผสมน้อยกว่า 6 เดือน ให้เหตุผลดังนี้ แม่จะไปทำงาน ร้อยละ 68.3, มีปัญหาการให้นมแม่ ร้อยละ 30.4, ส่งบุตรไปให้คนอื่นเลี้ยงที่ต่างจังหวัด ร้อยละ 1

ในแม่ที่มีปัญหาการให้บุตรกินนมแม่โดยยังไม่ให้นมผสมน้อยกว่า 6 เดือนที่ให้เหตุผลว่ามีปัญหานมแม่ (n = 159) พบว่า มีปัญหาน้ำนมแม่ไม่ค่อยไหล ร้อยละ 62.3 ไม่ยอมดูดนมแม่ ร้อยละ 19.5 หัวนมบอด หัวนมแตก ร้อยละ 8.8 มารดาไม่สบายจึงหยุดให้นม ร้อยละ 4.4 ให้กินนมแม่แล้วบุตรมีอาการตัวเหลือง ร้อยละ 3.1 โรงพยาบาลให้ดูดนมขวดแล้วบุตรไม่ยอมดูดนมแม่ ร้อยละ 1.3 คิดว่านมแม่จางลง ร้อยละ 0.6

เอกสารอ้างอิง

1. ศิราภรณ์ สวัสดิวร. Why & Why Breastfeeding. ใน: ยุพยง แห่งเชาวนิช, กรรณิการ์ วิจิตรสุคนธ์, ปิยาภรณ์ บวรกีรติขจร, บรรณาธิการ. การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่. กรุงเทพ : วิสคอมเซ็นเตอร์ จำกัด, 2548. หน้า 5-16.
2. แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติฉบับที่ 9 พ.ศ. 2545-2549.
3. ส่าหรี จิตตินันทน์, วีระพงษ์ ฉัตรานนท์, ศิราภรณ์ สวัสดิวร. เลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ความรู้...สู่ปฏิบัติ. กรุงเทพ : กรุงเทพเวชสาร, 2546.
4. ปิยภัสร์ ตรังคะพันธุ์. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในแม่ที่ทำงานนอกบ้าน ที่นำบุตรมาตรวจในโรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ สังกัดสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ วท.ม (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ, 2544.
5. ปิยาภรณ์ บวรกีรติขจร, กรรณิการ์ วิจิตรสุคนธ์. แม่ทำงานกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่. ใน: ยุพยง แห่งเชาวนิช, กรรณิการ์ วิจิตรสุคนธ์, ปิยาภรณ์ บวรกีรติขจร, บรรณาธิการ. การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่. กรุงเทพ : วิสคอมเซ็นเตอร์ จำกัด, 2548. หน้า 67-78.
6. พระราชบัญญัติคุ้มครองแรงงาน พ.ศ. 2541.

การศึกษาเปรียบสภาวะความเข้มข้นของเม็ดเลือดแดงของทารกอายุ 6 เดือนในกลุ่มที่ได้รับนมแม่อย่างเดียวและกลุ่มที่ไม่ได้รับนมแม่อย่างเดียว

พญ.สุวรรณา แท้วิริยะกุล
สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

บทคัดย่อ

ได้ศึกษาสภาวะความเข้มข้นของเม็ดเลือดแดง (hematocrit, Hct) และค่าชี้วัดเม็ดเลือดแดงอื่นๆ (haemoglobin, mean corpuscular volume, mean corpuscular hemoglobin, mean corpuscular hemoglobin concentration, red cell distribution width และ reticulocyte count) ของทารกอายุ 6 เดือน และ เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มที่ได้รับนมแม่อย่างเดียว (Exclusive breastfeeding, ECBF) กับกลุ่มที่ไม่ได้รับนมแม่อย่างเดียว (Non-exclusive breastfeeding, Non-ECBF) ที่มารับบริการที่คลินิกสุขภาพเด็กของสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี และโรงพยาบาลรามาธิบดี ระหว่างตุลาคม พ.ศ. 2548-กันยายน พ.ศ. 2549 จำนวน 63 ราย แบ่งเป็นกลุ่ม ECBF จำนวน 24 ราย และกลุ่ม Non-ECBF จำนวน 39 ราย อาศัยเกณฑ์ ภาวะซีด ถ้าทารกมีค่า Hct ต่ำกว่า 33% พบว่าทารกอายุ 6 เดือนในการศึกษานี้ มีค่า Hct เฉลี่ย ร้อยละ 34.86 (ระหว่างร้อยละ 30.1-40.2) มีภาวะซีดจำนวน 6 คน โดยกลุ่ม ECBF และ Non-ECBF พบว่ามีค่า Hct เท่ากับร้อยละ 34.49+1.72 และ 35.09+2.30 g/dl ตามลำดับ กลุ่ม ECBF มีภาวะโลหิตจาง 1 คน คิดเป็นร้อยละ 4.2 กลุ่ม Non-ECBF พบภาวะโลหิตจาง 5 คน คิดเป็นร้อยละ 12.8 โดยไม่พบความแตกต่างทางสถิติในระหว่างสองกลุ่ม เมื่อวิเคราะห์สาเหตุโลหิตจางเบื้องต้น พบว่า ทารกโลหิตจางกลุ่ม ECBF ไม่พบข้อบ่งชี้ภาวะขาดธาตุเหล็ก หรือภาวะเม็ดเลือดแดงแตก ในขณะที่ทารกโลหิตจางกลุ่ม Non-ECBF พบลักษณะที่เข้าได้กับภาวะขาดธาตุเหล็ก 4 รายใน 5 ราย (ร้อยละ 80) และไม่สามารถสรุปสาเหตุได้ 1 ราย

ข้อมูลพื้นฐานของทารกกลุ่ม ECBF และ Non-ECBF พบว่า อัตราส่วนเพศชาย : เพศหญิง อายุเฉลี่ยมารดา รายได้ การศึกษา จำนวนบุตร ใกล้เคียงกัน ไม่มีข้อแตกต่างทางสถิติ แต่พบว่ากลุ่ม ECBF มีมารดาที่อยู่กับบ้านมากกว่า (ร้อยละ 70.8 และ ร้อยละ 30.8 ตามลำดับ) ซึ่งมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และเมื่อพิจารณาข้อมูล การเจริญเติบโตของทารกทั้ง 2 กลุ่มก็ไม่พบข้อแตกต่างกันทางสถิติ

สรุป จากการศึกษานี้ไม่พบความแตกต่างที่มีนัยสำคัญทางสถิติทั้งในด้านความแตกต่างของค่าความเข้มข้นของเม็ดเลือดแดง และค่าชี้วัดเม็ดเลือด

แดงอื่นๆ รวมทั้งข้อมูลพื้นฐาน แต่มีแนวโน้มให้เห็นว่าทารกที่ได้รับนมแม่อย่างเดียว 6 เดือน มีภาวะโลหิตจางเพียงร้อยละ 4.2 และไม่มีข้อบ่งชี้ว่าเป็นจากการขาดธาตุเหล็ก ในขณะที่กลุ่ม Non-ECBF มีภาวะโลหิตจางร้อยละ 12.8 มีตัวชี้วัดว่าขาดธาตุเหล็กร้อยละ 80 แม่ที่อยู่บ้านน่าจะมีผลสนับสนุนให้ทารกสามารถได้รับ ECBF 6 เดือน และทารกทั้งสองกลุ่มไม่มีข้อแตกต่างในด้านการเจริญเติบโตทางสถิติ

ABSTRACT

A crosssectional comparative study on hematocrit (Hct) and other red cell indicies between exclusive and non-exclusive breastfeeding group of 6-month-old infants was performed at well-child clinic of Queen Sirikit National Institute of Child Health and Ramathibodi hospital from August 2005-September 2006.

Sixty-three infants were included in the study. Twenty-four and 39 infants were in the exclusive breastfeeding (ECBF) group and non-exclusive breastfeeding(Non-ECBF) group, respectively. All of them were healthy term and had no significant abnormal history during maternal antenatal care.

Blood samples were collected and analyzed for hemoglobin, hematocrit, MCV, MCH, MCHC, RDW, and reticulocyte count. Definition of anemia was Hb < 11 g/dl or Hct < 33%.

Results : Mean Hct of overall 6-month-old infants in this study was 34.86% (range 30.1-40.2%). Mean Hct of ECBF group was 34.49+1.72 and Non-ECBF group was 35.09+2.31% which was not statistically different. Other red cell indices (hemoglobin, MCV, MCH, MCHC, RDW and reticulocyte) were not significantly different between groups. The overall prevalence of anemia was 9.5% (6 cases out of 63 cases). The prevalence of anemia in the ECBF and non-ECBF groups was 4.2% and 12.8%, respectively. Regarding the cause of anemia, the ECBF group had no

evidence of iron deficiency anemia or hemolytic anemia. Four anemic infants in the non-ECBF group were initial diagnosed as iron deficiency anemia and the other one had no evidence of iron deficiency .

The growth parameters such as weight, length and head circumference at birth and at 6 month-old were approximately the same in the two groups. There were no statistically significant differences of the maternal database status except maternal occupations. There were more unemployed mothers in the ECBF than in the non-ECBF group.

Conclusion : There was no statistically significant differences of the hematocrit and red cell indices between the ECBF and non-ECBF groups at 6 months of age as well as the growth parameters. Even there was no statistically difference, we found more anemia cases related to iron deficiency in the non-ECBF.

Application : ECBF for 6 months policy should be supported with the emphasize on maternal nutritional status and iron intake both during pregnancy and lactation period.

วัตถุประสงค์

1. ศึกษาสภาวะความเข้มข้นของเม็ดเลือดแดงของทารกอายุ 6 เดือนเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มที่ได้รับนมแม่อย่างเดียวกับกลุ่มที่ไม่ได้รับนมแม่อย่างเดียว

2. ศึกษาข้อมูลทางเศรษฐกิจและสังคม การเลี้ยงดู เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มที่ได้รับนมแม่อย่างเดียวกับกลุ่มที่ไม่ได้รับนมแม่อย่างเดียว

วิธีการวิจัย

Cross-sectional study และ descriptive study

เครื่องมือวิจัย

ประกอบด้วยแบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับข้อมูลทั่วไปของมารดาและทารก แบบบันทึกน้ำหนักและส่วนสูงของทารก และการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ดังต่อไปนี้

1. แบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับข้อมูลทั่วไปของมารดาและทารก ประกอบด้วย อายุมารดา อาชีพ ระดับการศึกษา รายได้ครอบครัว จำนวนบุตร ระยะเวลาการตั้งครรภ์ วิธีการคลอด สถานที่ฝากครรภ์ ลักษณะการดูแลบุตร สุขภาพของมารดา ประวัติซีดในครอบครัว การได้รับธาตุเหล็กและวิตามินเสริมขณะตั้งครรภ์ การให้อาหารเสริม

2. แบบบันทึกน้ำหนัก ความยาวลำตัว และเส้นรอบวงศีรษะของทารกแรกเกิดและอายุ 6 เดือน

3. การตรวจทางห้องปฏิบัติการ
   - Hemoglobin, hematocrit
   - MCV
   - MCH
   - MCHC
   - RDW
   - Reticulocyte count

วิธีดำเนินการวิจัย

ทารกที่มารดาพามาตรวจที่คลินิกสุขภาพเด็กดีของสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี และโรงพยาบาลรามาธิบดีที่มีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์ที่กำหนด จะได้รับการติดต่อจากผู้วิจัยหรือผู้ช่วยวิจัยเพื่อเข้าร่วมเป็นกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้โดย

1. มารดาจะได้รับการอธิบายวัตถุประสงค์ของการศึกษา สิทธิ์ของมารดาในการตัดสินใจเข้าร่วมหรือไม่เข้าร่วมในการศึกษา

2. เปิดโอกาสให้มารดาซักถามทุกประเด็นที่สงสัยตลอดจนการเก็บข้อมูลของมารดาและทารกเป็นความลับ

3. ถ้ามารดาแสดงความยินยอมในการเข้าร่วมการศึกษา ผู้วิจัยจะให้มารดาเซ็นใบยินยอม

4. ผู้วิจัยหรือผู้ช่วยวิจัยสัมภาษณ์มารดาถึงข้อมูลที่เกี่ยวกับการวิจัย

5. ถ้าในระหว่างการสัมภาษณ์หากมารดาไม่ต้องการถูกสัมภาษณ์หรือไม่ต้องการเข้าร่วมเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาไม่ว่าจะด้วยเหตุผลใดก็ตาม มารดามีสิทธิ์อย่างเต็มที่ที่จะถอนตัวจากการศึกษา

6. ผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลของมารดาและทารกจากการสัมภาษณ์ และจากแฟ้มประวัติของทารก

7. ทารกจะได้รับการเจาะเลือด เพื่อตรวจหา hemoglobin, hematocrit, MCV, MCH, MCHC, RDW, reticulocyte count, peripheral blood smear เมื่ออายุ 6 เดือน

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติบรรยาย ซึ่งประกอบไปด้วย ร้อยละ ความถี่ ค่าเฉลี่ย

2. ใช้สถิติ Fischer's Exact test และ Chi-square test เพื่อวิเคราะห์เปรียบเทียบข้อมูลเพศ อายุมารดา อาชีพมารดา การศึกษา รายได้ การเลี้ยงดู น้ำหนัก ความยาวลำตัว ความยาวรอบศีรษะ และผลเลือดของทารกระหว่าง 2 กลุ่ม โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ p น้อยกว่า 0.05

ผลการศึกษา

ศึกษาสภาวะความเข้มข้นของเม็ดเลือดแดง (Hematocrit, Hct) และค่าชี้วัดเม็ดเลือดแดงอื่นๆ (Haemoglobin, Mean Corpuscular Volume, Mean Corpuscular Hemoglobin, Mean Corpuscular Hemoglobin Concentration, Red cell Distribution Width และ Reticulocyte count) ของทารกอายุ 6 เดือน และเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มที่ได้รับนมแม่อย่างเดียว (Exclusive breastfeeding, ECBF) กับกลุ่มที่ไม่ได้รับนมแม่อย่างเดียว (Non-Exclusive breastfeeding, Non-ECBF) ที่มารับบริการที่คลินิกสุขภาพเด็กของสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหา-

ราชินีและโรงพยาบาลรามาธิบดี ระหว่างตุลาคม พ.ศ. 2548-กันยายน พ.ศ. 2549 จำนวน 63 ราย แบ่งเป็นกลุ่ม ECBF จำนวน 24 ราย และ กลุ่ม Non-ECBF จำนวน 39 ราย

พบว่า ทารกอายุ 6 เดือนในการศึกษานี้ มีค่า Hct เฉลี่ยร้อยละ 34.86 (ระหว่างร้อยละ 30.1-40.2) มีภาวะซีดจำนวน 6 คน โดยกลุ่ม ECBF และ Non-ECBF พบว่ามีค่า Hct เท่ากับร้อยละ 34.49+1.72 และ 35.09+2.30 g/dl ตามลำดับ กลุ่ม ECBF มีภาวะโลหิตจาง 1 คน คิดเป็นร้อยละ 4.2 กลุ่ม Non-ECBF พบภาวะโลหิตจาง 5 คน คิดเป็นร้อยละ 12.8 โดยไม่พบความแตกต่างทางสถิติในระหว่างสองกลุ่ม เมื่อวิเคราะห์สาเหตุโลหิตจางเบื้องต้น พบว่าทารกโลหิตจางกลุ่ม ECBF ไม่พบข้อบ่งชี้ภาวะขาดเหล็ก หรือภาวะเม็ดเลือดแดงแตก ในขณะที่ทารกโลหิตจางกลุ่ม Non-ECBF พบลักษณะที่เข้าได้กับภาวะขาดธาตุเหล็ก 4 รายใน 5 ราย (ร้อยละ 80) และไม่สามารถสรุปสาเหตุได้ 1 ราย

ข้อมูลพื้นฐานของทารกกลุ่ม ECBF และ Non-ECBF พบว่า อัตราส่วนเพศชาย : เพศหญิง อายุเฉลี่ยมารดา รายได้ การศึกษา จำนวนบุตร ใกล้เคียงกัน ไม่มีข้อแตกต่างทางสถิติ แต่พบว่า กลุ่ม ECBF มีมารดาที่อยู่กับบ้านมากกว่า (ร้อยละ 70.8 : ร้อยละ 30.8) ซึ่งมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และเมื่อพิจารณาข้อมูล การเจริญเติบโตของทารกทั้ง 2 กลุ่มก็ไม่พบข้อแตกต่างกันทางสถิติ

สรุปผลการวิจัย

จากการศึกษานี้ พบว่า ความเข้มข้นของเม็ดเลือดแดงและค่าชี้วัดเม็ดเลือดแดงอื่นๆ ระหว่างทารกกลุ่มที่ได้รับนมแม่อย่างเดียว กับทารกกลุ่มที่ไม่ได้รับนมแม่อย่างเดียว เมื่ออายุ 6 เดือน ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ รวมทั้งภาวะโลหิตจางก็ไม่แตกต่างกันเช่นกัน แต่มีแนวโน้มให้เห็นว่าทารกที่ได้รับนมแม่อย่างเดียว 6 เดือน มีภาวะโลหิตจางเพียงร้อยละ 4.2 และไม่มีข้อบ่งชี้ว่าเป็นจากการขาดธาตุเหล็ก ในขณะที่กลุ่ม Non-ECBF มีภาวะโลหิตจางร้อยละ 12.8 มีตัวชี้วัดว่าขาดธาตุเหล็กร้อยละ 80 แม่ที่อยู่บ้าน

น่าจะมีผลสนับสนุนให้ทารกสามารถได้รับ ECBF 6 เดือน ทารกทั้งสองกลุ่มไม่มีข้อแตกต่างในด้านการเจริญเติบโต ดังนั้นการให้นมแม่อย่างเดียวในระยะ 6 เดือนแรกจึงไม่น่าจะมีผลกระทบต่อภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กและการเจริญเติบโต

ปัญหา/อุปสรรคในการทำวิจัย

1. ด้านของเวลาและทรัพยากร โดยเฉพาะกลุ่มทารกที่ได้รับนมแม่อย่างเดียวจนถึงอายุ 6 เดือนเป็นกลุ่มที่หาได้ค่อนข้างยาก ประกอบกับมีระยะเวลาที่จำกัดจึงทำให้ได้จำนวนประชากรที่ต้องการศึกษาค่อนข้างน้อย

2. การศึกษานี้เป็นการเก็บข้อมูลเฉพาะที่คลินิกสุขภาพเด็กดีของสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินีและโรงพยาบาลรามาธิบดีเท่านั้นจึงอาจไม่ใช่ตัวแทนของทารกอายุ 6 เดือนทั้งหมดของประเทศ

3. การศึกษานี้ไม่ได้ตรวจหาสาเหตุของภาวะโลหิตจางของทั้ง 2 กลุ่มที่แน่ชัดจึงไม่สามารถบอกถึงสาเหตุของภาวะโลหิตจางในครั้งนี้ได้

ดังนั้น ในอนาคต ควรทำการศึกษาในจำนวนประชากรที่ขนาดใหญ่กว่านี้โดยมีการเก็บข้อมูลกระจายไปในหลายพื้นที่ของประเทศไทย และจำเป็นต้องหาสาเหตุของภาวะโลหิตจางที่สามารถบอกถึงสาเหตุในทารกทั้ง 2 กลุ่มให้มากกว่านี้

เอกสารอ้างอิง

1. Lawrence RM. Breastfeeding : a guide for the medical profession. 5th ed, 1999. Louis Mosby.
2. Sachder HPS, Krishma J, Puri RK, et al. Water supplementation in exclusively breastfed infants during summer in the tropica. Lancet 1991;337:929-33.
3. Ashraf RN, Jalil F, Aperia A, Lindblad BS. Additional water is not needed for healthy breast-fed babies in a hot climate. Acta Paediatr 1993;82:1007-11.
4. Lönnerdal B. Biochemistry and physiological function of human milk proteins. Am J Clin Nutr 1985;42:1299-311.
5. Kunz C, Rudoff S. Biological functions of oligosaccharides in human milk. Acta Paediatr 1993;82(11):903-12.
6. Mcmillan JA, Oski RA, Lourie G, Tomarelli RM, Landaw SA. Iron from human milk, stimulated human milk, and proprietary formulas. Pediatrics 1977;60:896-900.
7. Lönnerdal B. Nutritional and physiologic significance of human milk proteins. A m J Clin Nutr 2003;77:1537-43.
8. Prentice A. Constituents of human milk. Food and Nutrition Bulletin 1996;17(4):305-12.
9. Heinig MJ. Host defense benefits of breastfeeding for the infant. Effect of breastfeeding duration and exclusivity. Pediatr Clin North Am 2001;48:105-23.
10. Cochi SL, Fleming DW, Hightower AW, Limpakarnjanarat K, Facklam RR, Smith JD, et al. Primary invasive Haemophilus influenzae type b disease : a population-based assessment of risk factors. J Pediatr 1986;108(6):887-96.
11. Takala AK, Eskoda J, Palmgren J, et al. Risk factors of invasive Haemophilus influenzae type b disease among children in Finland. J Pediatr 1989;115:694-701.
12. Bhandari N, Bahl R, Mazundar S, Martines J, Black RE, Bhan MK. Effect of community-based promotion of exclusive breastfeeding on diarrhoeal illness and growth: a cluster randomized controlled trial. Infant Feeding Study Group. Lancet 2003;361:1418-23.
13. Lopez-Alarcon M, Villal panolos, Kajardo A. Breast-feeding lowers the frequency and duration of acute respiratory infection and diarrhea in infants under six months of age. J Nutr 1997;127:436-43.

14. Aniansson G, Alm B, Andersson B, et al. A prospective cohort study of breast-feeding and otitis media in Swedish infants. Pediatr Infect Dis J 1994; 13(3):183-8.
15. Walker WA, Watkins JB, Duggan C. Nutrition in pediatrics : Basic science and clinical applications. 3rd ed. London : BC Decker;2003.
16. Quinn-PJ, et al. The effect of breasfeeding of child development at 5 years : A cohort study. J Paediatr Child Health 2001;37(5):465-9.
17. Rao Mr, et al. Effect of breastfeeding on cognitive development of infants born small for gestational age. Acta Paediatr 2002;91(3):267-74.
18. Pettit DJ, Forman MR, Hanson RL, Knowler WC, Bennett PH. Breastfeeding and the incidence of non-insulin-dependent diabetes mellitus in Pima Indians. Lancet 1997;350:166-8.
19. Dewey KG, Heinig MJ, Nommsen LA, Peerson JM, Lonnerdel B. Breast-fed infants are leaner than formula Dewey KG, Heinig MJ, Nommsen LA, Peerson JM, Lonnerdel B. Breast-fed infants are -fed infants at 1 year of age : the DARLING study. Am J Clin Nutr 1993;57:140-5.
20. Gdalevich M, Mimouni D, Mimouni M. Breast-feeding and the risk of bronchial asthma in childhood. A systematic review with metaanalysis of prospective studies. J Pediatr 2001;139:261-6.
21. Kramer M.S, Kakuma, R. The optimal duration of exclusive breastfeeding :(Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 2 2002. Oxford : Update software, 2002.
22. Arifeen S, Black RE, Antelman G, Baqui A, Caulfield L, Becker S. Exclusive breastfeeding reduces acute respiratory infection and diarrhea deaths among infants in Dhaka Slums. Pediatrics 2001;108(4):e67.
23. Duncan B, Ey J, Holberg CJ, Wright AL, Martinez FD, Taussig LM. Exclusive breast-feeding for at least 4 months protects against otitis media. Pediatrics 1993;91:867-72.
24. Clemens J, Elyazeed RA, Rao M, Savarino S, Morsy BZ, Kim Y, et al. Early initiation of breastfeeding and the risk of infant diarrhea in rural Egypt. Pediatrics 1999;104:e3.
25. Butte NF, Lopez-Alacron MG, Garza C. Nutrient adequacy of exclusive breastfeeding for the term infant during the first six months of life. Geneva :

World Health Organization, 2002.
26. Vizia B, Poggi V, Conenna R, et al. Iron absorption and iron deficiency in infants and children with gastrointestinal diseases. J Pediatr Gastroenterol Nutr 1992;14:p.21.
27. Hay G, Sandstad B, Whitelaw A, Johnsen BB. Iron status in a group of Norwegian children aged 6-24 months.Acta Paediatr 2004;93:592-8.
28. Male C, Persson LA, Freeman V, Guerra A, Hof MA, Haschke F, et al. Prevalence of iron deficiency in 12-mo-old infants from European areas and influence of dietary factors on iron status (Euro-Growth study). Acta Paediatr 2001;90:492-8.
29. Walter T, Andraca I, Chadud P, Perales CG. Iron deficiency anemia : Adverse effects on infant psychomotor development. Pediatrics 1989;84:7-17.
30. Oski FA, Brugnara C, Nathan DG. A diagnostic approach to the anemic patient. In: Nathan DG, Orkin SH, Lantigua CJ, editors. Nathan and Oski's hematology of infancy and childhood. 6th ed. Philadephia : W.B. Saunders;2003:409.
31. Oski FA. Iron deficiency in infancy and childhood. N Engl J Med 1993;329:190-3.
32. Reeves JD. Prediction of therapeutic response to iron. In: Oski FA, Pearson HA, editors. Iron nutrition revisited—infancy, childhood, adolescence: report of the Eighty-second Ross Conference on Pediatric Research.Columbus, Ohio: Ross Laboratories,1981:114-25.
33. Abshire T. The anemia of inflammation. A common cause of childhood anemia. Pedirtr Clin North America 1996;43:623-37.
34. Duncan B, Schifman RB, Corrigan JJ, Schaefer C. Iron and the exclusive breast-fed infant from birth to six months. J Peadiatr Gastroenrol Nutr 1985;4(3):421-5.
35. Lönnerdal B, Hernall O. Iron, zinc, copper and selenium status of breast fed infants and infants fed trace element fortified milk-based formula. Acta Paediatr 1994;83:367-73.
36. Siimes MA, Salmenpera L, Perheentupa J. Exclusive breast-feeding for 9 months : Risk of iron deficiency. J Pediatr 1984;104(2):196-9.
37. Calvo EB, Galindo AC, Aspres NB. Iron status in exclusive breast-fed infants. Pediatrics 1992;90:375-379.
38. Pizarro F, Yip R, Dallman PR, Olivares M, Hertrampf E, Walter T. Iron status

with different infant feeding regimens : Relevance to screening and prevention of iron deficiency. J Pediatr 1991;118:687-692.

39. Eregie CO, Abraham R. Studies on exclusive breastfeeding : Observations on the adequacy of breastmilk as sole nutrient for the first six months of life. Child Institute : Foundation for children. Available from: URL: http://www.childthai.org/ciec/c003.htm
40. Glader B. The anemias. In: Behrman RE, Kliegman R, Jenson HB. Editors. Nelson textbook of pediatrics. 17th ed. China : WB Saunders;2004:1605.
41. Pisacane A, Vizia BD, Valiante A, Vaccaro F, Russo M, Grillo G, et al. Iron status in breast-fed infants. J of Pediatr 1995;12:429-31.
42. Dewey KG, Cohen RJ, Brown KH. Exclusive breast-feeding for 6 months, with iron supplementation, maintains adequate micronutrient status among term, low-birthweight, breast-fed infants in Honduras. J Nutr 2004;134(5):1091-8.
43. พัฒนี วินิจจะกูล. ธาตุเหล็กกับนมแม่. ใน : ส่าหรี จิตตินันท์, วีระพงษ์ ฉัตรานนท์, ศิราภรณ์ สวัสดิวร, บรรณาธิการ. เลี้ยงลูกด้วย นมแม่ ความรู้ สู่ปฏิบัติ. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพ:กรุงเทพเวชสาร;2546;78-81.

การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ลดความเสี่ยงต่อการพัฒนาภาษาช้าในเด็กอายุ 2 ปี หรือไม่

(Does breastfeeding reduce risk of early language delay in children age 2 years?)

รศ.เบญจมาศ พระธานี
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
รศ.ดร.บัณฑิต ถิ่นคำรพ
ดร.ปุญญพัฒน์ ไชยเมล์
คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

บทคัดย่อ

บทนำ : เป็นที่ทราบกันดีว่ากรดไขมันไม่อิ่มตัวชนิดลองเชน (Long-chain polyunsaturated fatty acids) ในน้ำนมแม่เป็นสิ่งจำเป็นสำหรับการพัฒนาของสมองและการมองเห็น แม้ว่ามีข้อมูลสนับสนุนว่ามีความสัมพันธ์ระหว่างการให้นมแม่กับการพัฒนาภาษา แต่ยังมีข้อโต้แย้งกันระหว่างความสัมพันธ์ดังกล่าว

วัตถุประสงค์ : เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างบทบาทของนมแม่ต่อการลดความเสี่ยงต่อการมีพัฒนาการทางภาษาล่าช้าเมื่อเด็กอายุ 2 ปีในโครงการวิจัยเด็กระยะยาว (The Prospective Cohort Study of Thai Children: PCTC)

วิธีการ : ทำการศึกษา (ระยะเวลาในการให้นมแม่ อายุครรภ์ น้ำหนักแรกคลอด เพศ ลำดับการเกิด การพูดคำแรก และการเดินได้เองภายใน 1 ปี) และด้านสิ่งแวดล้อม (ระดับการศึกษาของมารดา และพื้นที่ที่ศึกษา อาชีพของมารดา จำนวนสมาชิกในครอบครัวเมื่อเด็กอายุ 1 ปี) ที่อาจมีผลต่อการพัฒนาภาษาล่าช้าของเด็กอายุ 2 ปีด้วยการวิเคราะห์การถดถอยเชิงพหุโลจิสติก

ผลการศึกษา : ปัจจัยที่มีผลในการลดความเสี่ยงต่อการพัฒนาภาษาล่าช้าคือ น้ำหนักเด็ก (> 2,500 กรัม) เพศ (หญิง) ลำดับการเกิด (ลำดับที่ 1 หรือ 2) การพูดคำแรกได้เมื่ออายุ 1 ปี การเดินได้เมื่ออายุ 1 ปี อาชีพมารดา และพื้นที่ที่ทำการศึกษา ไม่มีข้อมูลที่ชัดเจนที่แสดงความสัมพันธ์ระหว่างระยะเวลาและผลของนมแม่ต่อการพัฒนาภาษาล่าช้า

สรุป : บุคลากรที่เกี่ยวข้องทางการแพทย์สามารถใช้ผลการศึกษาครั้งนี้ในการให้คำแนะนำพ่อแม่และวางแผนการรักษา การศึกษาครั้งต่อไปควรเน้นรายละเอียดของระยะเวลาและรูปแบบของการให้นมแม่อย่างชัดเจนเพื่อตอบคำถามว่า การให้นมแม่อย่างเดียว (exclusive breastfeeding) จะลดความเสี่ยงของการพัฒนาภาษาล่าช้าได้หรือไม่

ABSTRACT

Introduction : Long-chain polyunsaturated fatty acids in human milk are important for normal visual and brain development. Although there is support for an association between breastfeeding and language development, there is still argument for and against the relationship between breastfeeding and language skills.

Aim : To investigate the role of breastfeeding in reducing risk for early language delay (ELD) at age 2 years based on the Prospective Cohort Study of Thai Children (PCTC).

Methodology : 3,905 children were recruited for the longitudinal study. Logistic regression analysis included both biological (breastfeeding, gestational age, birth weight, gender, birth order, first word, walking within 1 year) and environment factors (maternal education, maternal occupation, family member at 1 year, and study site) that might predict ELD at age 2 years.

Results : Factors strongly linked to ELD were birth weight ($\geq$2,500 grams), gender (female), birth order (1st or 2nd), the first word within 1 year, the first step walking within 1 year, maternal occupation (> primary school), and study site (districts). There was no clear evidence for a link between breastfeeding and ELD.

Conclusion : Clinician can apply these findings for clinical practice in counseling and treatment planning. The further study with more detailed information about the duration and nature of breastfeeding is needed to determine whether there is an association between exclusive breastfeeding and ELD or specific language impairment (SLI).

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ความรู้ที่ทราบกันดีว่าการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เป็นขบวนการการให้อาหารที่เป็นพื้นฐานที่สำคัญเพราะนมแม่เป็นอาหารที่มีคุณค่าทางโภชนาการที่สมดุลและดีที่สุดสำหรับทารก ซึ่งจะส่งผลดีต่อสุขภาพกาย สุขภาพใจ และพัฒนาการด้านต่างๆ ของเด็ก เช่น การลดอัตราภาวะการติดเชื้อ ภาวะภูมิแพ้ การมีระบบภูมิคุ้มกันที่ดี เป็นต้น โดยเฉพาะมีผลโดยตรงต่อการพัฒนาทางด้านสติปัญญา ซึ่งมีงานวิจัยหลายเรื่องที่สรุปผลตรงกันว่า เด็กที่ได้รับนมแม่ในช่วงแรกเกิดของชีวิตเป็นเวลานานจะมีคะแนนเชาว์สติปัญญาดีกว่าเด็กที่ได้รับนมแม่ในช่วงแรกเกิดของชีวิตเป็นเวลาสั้นๆ[1-4] ยิ่งไปกว่านั้นยังมีผลการศึกษาตรงกันและต่อเนื่องว่า การให้นมแม่ในช่วงแรกเกิดจะมีผลดีต่อการพัฒนาการเคลื่อนไหวของปาก[5-6] และการพูดที่ชัดเจน[7-10] เนื่องจากการดูดนมแม่จะช่วยพัฒนาการเคลื่อนไหวและการเจริญเติบโตของอวัยวะในช่องปาก ได้แก่ ริมฝีปาก ฟัน เพดาน ลิ้น ให้อยู่ในตำแหน่งที่เหมาะสม (proper alignment) และป้องกันปัญหาการสบฟันผิดปกติ (malocclusion)

การศึกษาในเร็วๆ นี้บ่งชี้ว่าการให้นมแม่เป็นระยะเวลานานจะส่งผลดีให้เด็กพัฒนาการออกเสียง (polysyllable babbling) ในระยะก่อนการพูด (prelinguistic stage) เร็วขึ้น[11] ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ Tomblin และคณะ[12] ที่พบว่า เด็กที่ได้รับนมแม่มีความเสี่ยงต่อการพัฒนาภาษาและการพูดล่าช้า (specific language impairment) ลดลงถึงร้อยละ 50 เมื่อเปรียบเทียบกับเด็กที่ไม่ได้รับนมแม่เลย และเด็กที่ได้รับนมแม่ > 9 เดือนมีความเสี่ยงต่อการมีการพัฒนาภาษาและการพูดล่าช้าลดลงเมื่อเปรียบเทียบกับเด็กที่ได้รับนมแม่ในระยะเวลา 3-9 เดือน จากการศึกษาดังกล่าวจึงอาจกล่าวได้ว่าการให้นมแม่เป็นการส่งเสริมการพัฒนาภาษาและการพูดและป้องกันภาวะพัฒนาภาษาและการพูดล่าช้า คณะผู้วิจัยจึงเล็งเห็นความสำคัญและความจำเป็นในการพัฒนาองค์ความรู้ใหม่เกี่ยวกับเรื่องนี้ เพื่อนำมาใช้ในการรณรงค์การให้นมแม่ในประเทศไทยเพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาหาความสัมพันธ์ระหว่างระยะเวลาของการให้นมแม่และการลดอัตราความเสี่ยงของการเกิดการพัฒนาภาษาและการพูดช้าหรือภาษาไม่สมวัยของเด็กอายุ 2 ปี ในเขต อ.กระนวน จ.ขอนแก่น อ.เทพา จ.สงขลา อ.พนมทวน จ.กาญจนบุรี อ.เมือง จ.น่าน และกรุงเทพฯ

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัยเป็นการศึกษาแบบ Prospective cohort study, community based design เป็นการวิจัยทางคลินิก กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นกลุ่มตัวอย่างที่อยู่ในโครงการวิจัยระยะยาวในเด็กไทย (The Prospective Cohort Study of Thai Children: PCTC) ที่เกิดใน อ.กระนวน จ.ขอนแก่น อ.เทพา จ.สงขลา อ.พนมทวน จ.กาญจนบุรี อ.เมือง จ.น่าน และกรุงเทพฯ

การศึกษาครั้งนี้ใช้ข้อมูลในการศึกษาจากโครงการวิจัยระยะยาวในเด็กไทย (PCTC) ที่มีอยู่แล้ว (secondary data) ซึ่งเป็นข้อมูลที่มีระบบการรวบรวมและคัดกรองเป็นขั้นตอนจากคณะกรรมการบริการและนักวิจัยหลักในโครงการฯ โดยตัวแปรต้นที่สนใจ คือ ระยะเวลาที่ให้นมแม่ตั้งแต่แรกเกิด (duration of breast feeding) ตัวแปรตาม คือ การที่เด็กอายุ 2 ปีแล้วยังพูดได้ไม่ถึง 50 คำ หรือไม่สามารถพูดวลีหรือประโยคที่ต่อเนื่องได้ (ถ้าพูดได้ = 1, พูดยังไม่ได้ = 0 หรือหมายความว่าเด็กพูดช้าหรือภาษาไม่สมวัย)

การวิเคราะห์ใช้การวิเคราะห์เชิงพรรณนา (descriptive statistic) เพื่อการอธิบายลักษณะของการกระจายตัวของตัวแปร โดยตัวแปรต้นที่สามารถแบ่งเป็นระดับขั้นตอนตามความสำคัญและเหตุผลทางทฤษฎี และใช้การวิเคราะห์แบบทดถดถอยโลจิสติก (multivariable logistic regression) เพื่ออธิบายความสัมพันธ์ระหว่างระยะเวลาของการให้นมแม่และการพูดช้าหรือภาษาไม่สมวัย (เด็กพูดคำแรกเมื่ออายุ 2 ปียังไม่ได้)

ผลการศึกษา

การศึกษาพบว่า เด็กอายุ 2 ปีแล้วยังพูดได้ไม่ถึง 50 คำ หรือไม่สามารถพูดวลีหรือประโยคที่ต่อเนื่องได้มีร้อยละ 11.68

ปัจจัยที่มีผลในการลดความเสี่ยงต่อการพัฒนาภาษาล่าช้าคือ น้ำหนักเด็ก (2,500 กรัม) (Odds ratio: OR = 0.4, 95% ช่วงความเชื่อมั่น 95% = 0.3-0.6), เพศ (หญิง) (OR = 0.5, ช่วงความเชื่อมั่น 95% = 0.4-0.6), ลำดับการเกิด (ลำดับที่ 1 หรือ 2) (OR = 0.5, ช่วงความเชื่อมั่น 95% = 0.3-0.9), การพูดคำแรกได้เมื่ออายุ 1 ปี (OR = 0.4, ช่วงความเชื่อมั่น 95% CI = 0.4-0.6), การเดินได้เมื่ออายุ 1 ปี (OR = 0.7, ช่วงความเชื่อมั่น 95% CI = 0.6-1) อาชีพมารดา (อาชีพที่ใช้แรงงาน) (OR = 0.1.36, ช่วงความเชื่อมั่น 95% CI = 1-1.8) และพื้นที่ที่ทำการศึกษา (OR = 0.4, ช่วงความเชื่อมั่น 95% = 0.3-0.5) ไม่มีข้อมูลที่ชัดเจนที่แสดงความสัมพันธ์ระหว่างระยะเวลาและผลของนมแม่ต่อการพัฒนาภาษาล่าช้า

การนำไปใช้

การที่ดูแลสุขภาพเด็กในครรภ์เพื่อให้เด็กมีน้ำหนักแรกคลอดดี เด็กเพศหญิง ลำดับการเกิดที่ 1 และ 2 การพูดคำแรกและการเดินได้ภายใน 1 ปี มารดามีหน้าที่การงานดี และการที่เด็กอาศัยอยู่ในชุมชนที่เล็ก มีผลดีต่อการพัฒนาภาษาและการพูด

แม้ว่าการศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ของระยะเวลาในการให้นมแม่ร่วมกับอาหารชนิดอื่นๆ และการลดอัตราการพัฒนาภาษาและการพูดล่าช้ายังให้ผลไม่ชัดเจน จึงควรศึกษาเกี่ยวกับระยะเวลาการให้นมแม่อย่างเดียวกับการพัฒนาภาษาและการพูดในประเทศไทย อย่างไรก็ตามในระหว่างการให้นมแม่จะส่งเสริมให้ลูกรู้สึกอบอุ่น และเกิดการสัมผัส กอดรัด ทำให้เด็กเกิดความสัมพันธ์กับแม่อย่างลึกซึ้ง แล้วยังก่อให้เกิดโอกาสการหยอกล้อและกระตุ้นการพูดและภาษาอีกด้วย

เอกสารอ้างอิง

1. Lucas A, Morley R, Cole TJ, Lister G, Leeson-Payne C. Breast milk and subsequent intelligence quotient in children born preterm. Lancet 1992;339(8788):261-4.
2. Temboury MC, Otero A, Polanco I, Arribas E. Influence of breast-feeding on the infant's intellectual development. J Pediatr Gastroenterol Nutr 1994;18(1):32-6.
3. Temboury MC, Otero A, Polanco I, Arribas E. Influence of breast-feeding on the infant's intellectual development. J Pediatr Gastroenterol Nutr 1994;18(1):32-6.
4. Horwood LJ, Darlow BA, Mogridge N. Breast milk feeding and cognitive ability at 7-8 years. Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed 2001;84(1):F23-7.
5. Palmer B. The influence of breastfeeding on the development of the oral cavity: a commentary. J Hum Lact 1998;14(2):93-8.
6. Palmer B. Breastfeeding: reducing the risk for obstruvtive sleep apnea. Breastfeeding 1999;18(3):19-20.
7. Smith VL, Gerber SE. Infant feeding and phonologic development. Int J Pediatr Otorhinolaryngol 1993;28(1):41-9.
8. Broad FE, Duganzich DM. The effects of infant feeding, birth order, occupation and socio-economic status on speech in six-year-old children. N Z Med J 1983;96(734):483-6.
9. Broad FE. Further studies on the effects of infant feeding on speech quality. N Z Med J 1975;82(553):373-6.
10. Broad FE. The effects of infant feeding on speech quality. N Z Med J 1972; 76(482):28-31. Notes: GENERAL NOTE: PIP: TJ: NEW ZEALAND MEDICAL JOURNAL.
11. Vestergaard M, Obel C, Henriksen TB, Sorensen HT, Skajaa E, Ostergaard J. Duration of breastfeeding and developmental milestones during the latter half of infancy. Acta Paediatr 1999;88(12):1327-32.
12. Tomblin JB, Smith E, Zhang X. Epidemiology of specific language impairment: prenatal and perinatal risk factors. J Commun Disord 1997;30(4):325-43;quiz 343-4.

อิทธิพลของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ต่อการพูดคำแรกที่มีความหมายของเด็กไทย ในช่วงอายุ 1 ขวบปีแรก

The influence of breastfeeding and first meaningful word of Thai children at first year of age

ปุญญพัฒน์ ไชยเมล์, PhD.[1]

เบญจมาศ พระธานี, PhD.[2]

บัณฑิต ถิ่นคำรพ, PhD.[3]

[1] คณะวิทยาการสุขภาพและการกีฬา มหาวิทยาลัยทักษิณ

[2] ภาควิชาโสต ศอ นาสิก และรางซ์วิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

[3] ภาควิชาสถิติและประชากรศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

บทคัดย่อ

การให้อาหารในทารกมีความจำเป็นต่อพัฒนาการและสุขภาพ รวมไปถึงช่วยลดอุบัติการณ์ของการเกิดโรคติดเชื้อและการป่วย ทั้งนี้ยังเป็นการส่งเสริมพัฒนาการทางด้านพุทธิปัญญา การศึกษาวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการให้นมแม่ต่อการพูดคำแรกที่มีความหมายในเด็กไทย รูปแบบการศึกษาเป็นแบบการศึกษาระยะยาวโดยมีเด็กทารกที่เข้าร่วมศึกษาจำนวน 4,245 คน ซึ่งคลอดในระหว่างเดือนมิถุนายน 2543 ถึงเดือนกรกฎาคม 2545 และเป็นผู้ที่อาศัยอยู่ตามภูมิภาคของประเทศไทยกระจายอยู่ในพื้นที่ชนบทจำนวน 3 แห่ง และเขตเมืองจำนวน 2 แห่ง ทำการติดตามตั้งแต่แรกคลอดจนถึงอายุ 1 ขวบ ตัวแปรตามคือ การพูดคำแรกที่มีความหมาย ได้แก่ การเรียกพ่อ/แม่ หรือการเรียกชื่อผู้เลี้ยงดู และ/หรือ คำพูดอื่นๆ ที่มีความหมาย โดยตัวแปรตามและข้อมูลการดื่มนมแม่ทำการเก็บข้อมูลโดยใช้ปฏิทินพัฒนาการ โดยบิดามารดาหรือผู้เลี้ยงดูเป็นผู้ทำการบันทึก ผลการศึกษาพบว่า เด็กที่ดื่มนมแม่ทำให้มีการพูดคำแรกที่มีความหมายได้ช้าลงประมาณร้อยละ 5 (Odds Ratio = 0.95; 95%CI: 0.89-1.01) และนอกจากนี้ยังพบว่าเด็กที่ดื่มนมผสมไม่มีความสัมพันธ์กับการพูดคำแรกที่มีความหมายในช่วงหนึ่งขวบปีแรก (1.00; 95%CI: 0.94-1.07) หลังจากควบคุม Confounding Factors โดยสรุปการให้นมแม่และนมผสมในช่วงขวบปีแรกไม่มีความสัมพันธ์กับการพูดคำแรกที่มีความหมาย

ABSTRACT

Breast feeding show many benefits for child development and health, including its reduced incidences of infectious disease and infant mortality, and enhanced cognitive development. The objective was to investigate the association between breast feeding practices and the first meaningful words of Thai children. Subjects were 4,245 children born between July 2000 and June 2002. These subjects, who resided in three rural and two urban areas of Thailand, were followed from birth to childhood. The primary outcome was the expression of first meaningful words. The first meaningful words were defined as children expressing the father/mother's or

caregiver's name and/or other typical early developing words. The primary outcome was gathered using a diary method entailed having parents and caregivers work daily recordings of development. Results found that no association was found among children who had breast feeding increasing with duration of breast feeding and first meaningful words. Breast feeding may cause a reduction the expression of first meaningful words about 10% (Odd Ratio 0.89; 95%CI 0.76 to 1.03) and found no association among children who had formula feeding and expression first meaningful words (1.00; 95% CI 0.94-1.07) after adjusted for confounding factors. It concluded that this present study found no significant association between breast feeding practices and the expression of first meaningful words in first year of life.

บทนำ

ปัจจุบันภาวะโภชนาการมีความสำคัญต่อการเจริญเติบโต พัฒนาการและภาวะสุขภาพของเด็กเป็นอย่างมาก ซึ่งส่วนหนึ่งมาจากการได้รับสารอาหารในระหว่างตั้งครรภ์และช่วงวัยทารก ภาวะทุพโภชนาการเป็นช่วงวิกฤตต่อการเจริญเติบโตทั้งในทารกในครรภ์[1,2] และทารกหลังคลอดยังส่งผลให้มีการเปลี่ยนแปลงอย่างถาวรต่อการเจริญเติบโตทางร่างกาย โดยเฉพาะอย่างยิ่งการเจริญเติบโต และพัฒนาการทางสมองของทารก ดังนั้น การให้สารอาหารแก่ทารกเป็นส่วนสำคัญในช่วงเริ่มต้นของวัย[3] การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่มีประโยชน์ต่อการรอดชีพ การเจริญเติบโต และพัฒนาการของเด็ก รวมทั้งสามารถลดอัตราการป่วยด้วยโรคติดเชื้อและการตายของทารก[4] เด็กทารกที่ได้รับการเลี้ยงดูด้วยนมแม่เพียงอย่างเดียวเป็นระยะเวลานานมากกว่า 6 เดือนมีโอกาสที่จะป่วยและมีความผิดปกติของการเจริญเติบโตน้อยกว่าเด็กที่ได้รับนมแม่น้อยกว่า 6 เดือน[5] และนมแม่ยังส่งผลต่อการพัฒนาการด้านระบบประสาท[6] และยังช่วยส่งเสริมพัฒนาการของกล้ามเนื้อในช่องปากได้อย่างเหมาะสม[3,7] ซึ่งเด็กทารกควรได้รับนมแม่เพียงอย่างเดียวเป็นเวลาอย่างน้อย 6 เดือน และควรได้รับอาหารเสริมหลังจากนั้นเป็นต้นไป[8,9] ในประเทศไทยได้มีการให้อาหารเสริมทารกที่หลากหลาย จากการรายงานพบว่าในปี 2530 มารดาเคยให้นมบุตรมีร้อยละ 90 และในปี 2536 เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 99 ส่วน

การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เพียงอย่างเดียวมีเพียงร้อยละ 2 ในปี 2536 และ ร้อยละ 4 ในปี 2539 ตามลำดับ

การพัฒนาการทางด้านภาษาเป็นวิธีที่ใช้ในการติดต่อสื่อสารของมนุษย์ โดยผ่านกระบวนการการเรียนรู้ ความเชื่อ และพฤติกรรมที่แสดงออก[10] พัฒนาการทางภาษาในเด็กเป็นกระบวนการที่ซับซ้อนและมีความสำคัญยิ่งต่อการสื่อสาร[11,12] เป็นที่ทราบกันดีว่า ภาวะความผิดปกติทางด้านภาษามีลักษณะความผิดปกติของระบบประสาท[13] จากการคาดการณ์พบว่ามีเด็กวัยก่อนเรียนประมาณร้อยละ 2 ถึงร้อยละ 8 มีความผิดปกติทางด้านภาษาและการพูด[14] จากสถิติด้านความผิดปกติทางด้านภาษาและการพูด ณ คลินิกฝึกพูดในประเทศไทย พบว่าเด็กวัยก่อนเรียนมีความผิดปกติสูงประมาณร้อยละ 23.4 ถึงร้อยละ 28.6[15] และเด็กที่มีความผิดปกติดังกล่าวมีความเสี่ยงต่อความผิดปกติต่อการเรียนรู้และสัมฤทธิผลทางการเรียน[16] รวมทั้งยังมีความปกติต่อพฤติกรรมทางจิตและระบบประสาท[17]

จากรายงานการวิจัย พบว่าการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่มีความสัมพันธ์ต่อพัฒนาการทางปัญญาในเด็ก[18] เนื่องด้วยพัฒนาการทางด้านภาษาเป็นองค์ประกอบหนึ่งของพัฒนาการทางปัญญาซึ่งเด็กจะได้รับการประเมินทางภาษาโดยทางอ้อม จากการศึกษา Meta Analysis[19] สรุปได้ว่าเด็กที่ได้รับการเลี้ยงดูด้วยนมแม่มีคะแนนของพัฒนาการทางปัญญาสูงกว่าเด็กที่ได้รับนมผสมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่อย่างไรก็ตามยังมีงานวิจัยที่พบว่าไม่มีความสัมพันธ์[18,20] และมีเพียงงานวิจัยจำนวน 2 เรื่อง ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่และพัฒนาการทางภาษาในวัยเด็ก[3] และเป็นการศึกษาแบบ longitudinal study[15] และ case-control study[21] ซึ่งทั้งสองรายงานการวิจัยและจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง พบว่าการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่มีความสัมพันธ์กับพัฒนาการทางปัญญาและทักษะทางภาษา แต่อย่างไรก็ตามการใช้การพูดอ้อแอ้ (Polysyllable babbling) เป็นตัวแปรตามอาจทำให้เกิดความผิดพลาดได้ง่ายและยากต่อการประเมินในเด็กช่วงขวบปีแรก แต่อย่างไรก็ตามยังไม่มีข้อมูลที่สามารถสรุปได้ชัดเจนว่าการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่มีความสัมพันธ์ต่อพัฒนาการด้านภาษา โดยการใช้การพูดคำแรกที่มีความหมาย

การพูดคำแรกที่มีความหมายเป็นตัวแปรตามที่มีความสำคัญ และเป็นรูปธรรมมากกว่าการใช้การออกเสียงอ้อแอ้เป็นดัชนีชี้วัดพัฒนาการทางภาษาในช่วงขวบปีแรก การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาโดยใช้ปฏิทินพัฒนาการในการเก็บรวบรวมข้อมูล ซึ่งมีในการศึกษาระยะยาวในเด็กไทยเท่านั้น และเป็นการศึกษาครั้งแรกในเอเชียที่กำลังดำเนินการในปัจจุบัน ซึ่งมีบริบทที่แตกต่างจากประเทศตะวันตก ดังนั้น การศึกษาครั้งนี้เพื่อเป็นป้องกันความผิดปกติที่จะเกิดขึ้นในช่วงเริ่มต้นของพัฒนาการทางด้านภาษาโดยใช้การพูดคำแรกที่มีความหมาย โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อที่จะศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่และการพูดคำแรกที่มีความหมายของเด็กไทย

วิธีการศึกษา

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นแบบ Prospective Cohort Study โดยทำการศึกษาในบริบทที่หลากหลาย รวมทั้งลักษณะทางกายภาพ ทางสังคม และจริยธรรมในช่วงก่อนและหลังคลอด

ประชากรที่ศึกษา ได้แก่ ทารกที่คลอดกับหญิงตั้งครรภ์ที่เข้าร่วมโครงการใน 3 พื้นที่ในเขตชนบท และ 2 พื้นที่ในเขตเมือง ได้แก่ อำเภอเมืองน่าน จังหวัดน่าน อำเภอกระนวน จังหวัดขอนแก่น อำเภอพนมทวน จังหวัดกาญจนบุรี และอำเภอเทพา จังหวัดสงขลา รวมทั้งเขตเมืองซึ่งทำการเก็บข้อมูลและติดตามในโรงพยาบาลรามาธิบดี กรุงเทพฯ โดยทำการคัดเลือกหญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุครรภ์ระหว่าง 28-32 สัปดาห์ สนใจที่จะเข้าร่วมโครงการทั้งสิ้น 4,215 ราย และมีทารกที่คลอดในช่วงทำการศึกษาระหว่างวันที่ 1 กรกฎาคม 2543 ถึง 30 มิถุนายน 2545 ทั้งสิ้น 4,245 ราย

ผลการศึกษา

การศึกษามีเด็กจำนวน 4,245 คน ที่เข้าร่วมในการศึกษาระยะยาวของเด็กไทย จากจำนวนดังกล่าว พบว่า มีเด็กสามารถพูดคำแรกที่มีความหมายได้ จำนวน 2,404 (56.6%) คน และโดยเฉลี่ยเด็กสามารถพูดคำแรกที่มีความหมายได้เมื่ออายุ 12 เดือน (6–12 เดือน)

กลุ่มตัวอย่างอยู่ในพื้นที่ Population-base Study จำนวน 3,522 (82.9%) คน และ Hospital-base Study จำนวน 723 (17.0%) คน จากข้อมูลแรก

คลอดพบว่า สัดส่วนระหว่างเพศชายและหญิงเท่ากับ 1:1 ทารกจำนวน 27 ราย มี Apgar score ต่ำกว่าปกติ น้ำหนักทารกแรกเกิดเฉลี่ย 3,047.76 กรัม (SD = 461.82 กรัม) ประมาณ 1 ใน 5 เป็นเด็กทารกคลอดก่อน และเป็นบุตรลำดับที่ 1 และเป็นบุตรลำดับที่ 2 ประมาณ 1 ใน 3 และพบว่าในช่วงหนึ่งขวบปีแรกมีเด็กทารกประมาณ 1 ใน 10 มีการเจ็บป่วยต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ในส่วนของเจริญเติบโตในช่วง 1 ขวบปีแรก พบว่ามีน้ำหนักเฉลี่ย 8.84 กิโลกรัม (SD = 1.2 กิโลกรัม) ส่วนสูงเฉลี่ย 73.61 เซนติเมตร (SD = 3.47 เซนติเมตร)

การวิเคราะห์ด้วย Logistic Regression ซึ่งเป็น Final Model ได้มีการนำพื้นที่ที่ทำการศึกษาเข้ามาใน Model สุดท้ายด้วยเนื่องจากเป็นการควบคุม Design Effect เนื่องจากเป็นตัวแปรที่ไม่ได้เกิดจากการสุ่ม จากผลการศึกษาดังกล่าว พบว่าเด็กที่ดื่มนมแม่มีโอกาสทำให้พูดคำแรกที่มีความหมายช้าลงประมาณ 5% เมื่อมีการดื่มนมเพิ่มขึ้นทุกๆ 3 เดือน (OR = 0.95; 95%CI: 0.89-1.01) และยังพบว่าไม่พบว่ามีความสัมพันธ์กับการดื่มนมผสมกับการพูดคำแรกที่มีความหมาย (OR = 1.00; 95% CI: 0.94-1.07) หลังจากได้มีการควบคุมตัวแปรต่างๆ ได้แก่ น้ำหนักทารกแรกคลอด การคลอดก่อนกำหนด เพศ ลำดับที่ของบุตร อายุของมารดา ระดับการศึกษาของมารดา สถานภาพการสมรสของมารดา สถานะทางเศรษฐกิจของครอบครัว การร้องเพลงกล่อม การเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล และพื้นที่ที่ทำการศึกษา

สรุป

โดยสรุป การศึกษาระยะยาวในเด็กไทยในช่วงขวบปีแรกแสดงให้เห็นว่า การดื่มนมแม่ไม่มีผลต่อการพูดคำแรกที่มีความหมาย หลังจากได้มีการควบคุมปัจจัยกวนดังกล่าว ถึงแม้ว่าการศึกษาดังกล่าวนี้ไม่มีความสัมพันธ์ระหว่างการให้นมแม่และการพูดคำแรกที่มีความหมาย แต่อย่างไรก็ตามการให้นมแม่ในช่วงขวบปีแรกยังมีความสำคัญต่อพัฒนาการด้านต่างๆ และยังจำเป็นต่อการศึกษาครั้งต่อไป และการติดตามพัฒนาการทางด้านภาษาจำเป็นต้องมีการขยายระยะเวลาเพิ่มขึ้น เนื่องจากเด็กบางคนสามารถพูดคำแรกที่มีความหมายได้หลังจากหนึ่งขวบปีแรก

เอกสารอ้างอิง

1. Wilson AC, Forsyth JS, Greene SA, Irvine L, Hau C, Howie PW. Relation of infant diet to childhood health: seven year follow up of cohort of children in Dundee infant feeding study. BMJ 1998;316(7124):21-5.
2. Chaimay B, Thinkhamrop B, Thinkhamrop J. Risk factors associated language development problems in childhood-a literature review. J Med Assoc Thai 2006;89(7):1080-6.
3. Vestergaard M, Obel C, Henriksen TB, Sorensen HT, Skajaa E, Ostergaard J. Duration of breastfeeding and developmental milestones during the latter half of infancy. Acta Paediatr 1999;88(12):1327-32.
4. Golding J, Rogers IS, Emmett PM. Association between breast feeding, child development and behaviour. Early Hum Dev 1997;49 Suppl:S175-84.
5. Kramer MS, Kakuma R. The optimal duration of exclusive breastfeeding: a systematic review. Adv Exp Med Biol 2004;554:63-77.
6. Furman L, Wilson-Costello D, Friedman H, Taylor HG, Minich N, Hack M. The effect of neonatal maternal milk feeding on the neurodevelopmental outcome of very low birth weight infants. J Dev Behav Pediatr 2004;25(4):247-53.
7. Neiva FC, Cattoni DM, Ramos JL, Issler H. [Early weaning: implications to oral motor development]. J Pediatr (Rio J) 2003;79(1):7-12.
8. World Health Organization (WHO). The Optimal Duration of Exclusive Breastfeeding: Report of an expert consultation, Geneva, Switzerland, 28-30 March 2001 [Web Page]. 2001; Available at http://www.who.int/child-adolescent-health/ New_Publications/ NUTRITION/WHO_CAH_01_24.pdf. (Accessed 24 March 2005).
9. World Health Organization (WHO). Complementary feeding: report of the global consultation, and summary of guiding principles for complementary feeding of the breastfed child. Geneva, Switzerland, 2001.
10. Makrides M, Neumann M, Simmer K, Pater J, Gibson R. Are long-chain polyunsaturated fatty acids essential nutrients in infancy? Lancet 1995;345(8963):1463-8.
11. Tallal P, Ross R, Curtiss S. Familial aggregation in specific language impairment. J Speech Hear Disord 1989;54(2):167-73.

12. Deborah, JB. Speech and Language Disorders [Web Page]. 2005; Available at http//www.usuhs.mil/fap/capcon/SpeechLanguagehandout.doc. (Accessed 27 February 2005).
13. Busari JO, Weggelaar NM. How to investigate and manage the child who is slow to speak. BMJ 2004;328(7434):272-6.
14. Law J, Boyle J, Harris F, Harkness A, Nye C. The feasibility of universal screening for primary speech and language delay: findings from a systematic review of the literature. Dev Med Child Neurol 2000;42(3):190-200.
15. Pathanee B. Role of speech pathologist and the problems encountered whilst working with speech and language disorders. Songkla Med J. 1999;17(1):53-61.
16. Lewis BA, Freebairn LA, Taylor HG. Academic outcomes in children with histories of speech sound disorders. J Commun Disord 2000;33(1):11-30.
17. Redmond SM, Rice ML. The socioemotional behaviors of children with SLI: Social Adaptation or Social Deviance? J Speech Lang Hear Res 1998;41(3):688-700.
18. Niemela A, Jarvenpaa AL. Is breastfeeding beneficial and maternal smoking harmful to the cognitive development of children? Acta Paediatr 1996;85(10):1202-6.
19. Anderson JW, Johnstone BM, Remley DT. Breast-feeding and cognitive development: a meta-analysis. Am J Clin Nutr 1999;70(4):525-35.
20. Morrow-Tlucak M, Haude RH, Ernhart CB. Breastfeeding and cognitive development in the first 2 years of life. Soc Sci Med 1988;26(6):635-9.
21. Tomblin JB, Smith E, Zhang X. Epidemiology of specific language impairment: prenatal and perinatal risk factors. J Commun Disord 1997;30(4):325-43; quiz 343-4.

การเปรียบเทียบผลสัมฤทธิ์

ของวิธีการติดตามเยี่ยมมารดาหลังคลอดที่บ้าน และทางโทรศัพท์ต่ออัตราการเลี้ยงลูก

ด้วยนมแม่อย่างเดียว

โรงพยาบาลเจ้าพระยายมราช จังหวัดสุพรรณบุรี

อาพร ว่องสุขสวัสดิ์, พยม.
โรงพยาบาลเจ้าพระยายมราช จังหวัดสุพรรณบุรี

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงทดลอง เพื่อศึกษาแนวทางเพิ่มอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ให้ได้ตามเป้าหมายด้วยการติดตามมารดาหลังคลอดโดยการเยี่ยมบ้านและทางโทรศัพท์ เปรียบเทียบผลสัมฤทธิ์ของวิธีการติดตามเยี่ยมประชากรที่ศึกษาในครั้งนี้ คือมารดาที่คลอดในโรงพยาบาลเจ้าพระยายมราช ตั้งแต่เดือนธันวาคม พ.ศ. 2548 ถึง เดือนมีนาคม พ.ศ. 2549 จำนวน 60 ราย แบ่งออกเป็น 2 กลุ่มๆ ละ 30 ราย กลุ่มที่ 1 ติดตามเยี่ยมโดยการเยี่ยมบ้าน กลุ่มที่ 2 ติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ ดูผลสัมฤทธิ์ต่ออัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว เมื่อเด็กอายุครบ 6 เดือน

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มที่ 1 ติดตามเยี่ยมโดยการเยี่ยมบ้าน สามารถเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้นานถึง 6 เดือน คิดเป็นร้อยละ 40.0 ซึ่งเท่ากับกลุ่มที่ 2 ซึ่งเป็นกลุ่มที่ติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ เมื่อเปรียบเทียบผลสัมฤทธิ์ของวิธีการติดตามเยี่ยมมารดาหลังคลอดต่ออัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว พบว่ามารดาหลังคลอดซึ่งติดตามเยี่ยมโดยการเยี่ยมบ้านและติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ มีอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ประเทศไทยมีนโยบายให้แม่ทุกคนเลี้ยงลูกด้วยนมตนเองอย่างเดียว 6 เดือนแรก และเลี้ยงควบคู่กับอาหารเหมาะสมตามวัยจนลูกอายุ 1-2 ปี โดยกำหนดเป้าหมายให้แม่เลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวอย่างน้อย 6 เดือน (exclusive breastfeeding) ร้อยละ 30 (ศูนย์นมแม่แห่งประเทศไทย, 2548) แต่จากการเก็บข้อมูลของศูนย์นมแม่แห่งประเทศไทย พบว่า อัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวอย่างน้อย 4 เดือน มีเพียงร้อยละ 16.3 (นงนุช บุญยเกียรติ, 2547) ซึ่งมีอัตราต่ำกว่าเป้าหมายที่กำหนดไว้มาก ทั้งๆ ที่แม่ทุกคนคลอดจากโรงพยาบาลสายสัมพันธ์แม่ลูก และได้รับการช่วยเหลือให้แม่เลี้ยงลูกด้วยนมแม่จนสำเร็จก่อนกลับบ้าน

โรงพยาบาลเจ้าพระยายมราช เป็นโรงพยาบาลหนึ่งที่ผ่านการประเมิน

เป็นโรงพยาบาลสายสัมพันธ์แม่ลูกมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2536 ได้ส่งเสริมให้แม่เลี้ยงลูกด้วยนมแม่มาตลอด ตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข จากการเก็บข้อมูลการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของโรงพยาบาล เดือนมีนาคม พ.ศ. 2548 ที่ผ่านมาพบว่า อัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ก่อนออกจากโรงพยาบาลสูงถึงร้อยละ 97.63 แต่อัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 1, 4 และ 6 เดือน พบว่ามีเพียงร้อยละ 17.2, 9.25 และ 7.69 ตามลำดับ (คลินิกนมแม่, 2548) ซึ่งยังต่ำกว่าเป้าหมายที่กำหนดไว้มากเช่นกัน ผู้วิจัยมีความเห็นว่า การติดตามเยี่ยมของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขน่าจะช่วยเพิ่มอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ให้สูงขึ้นและช่วยให้แม่เลี้ยงลูกด้วยนมแม่ต่อไปได้นานขึ้น จึงสนใจที่จะศึกษาเปรียบเทียบผลสัมฤทธิ์ของวิธีการติดตามเยี่ยมมารดาหลังคลอดที่บ้านและทางโทรศัพท์ เพื่อหาแนวทางเพิ่มอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ให้ได้ตามเป้าหมายและช่วยให้แม่เลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้นานขึ้น

วัตถุประสงค์

1. ติดตามผลของการเยี่ยมมารดาหลังคลอดโดยการเยี่ยมบ้านต่ออัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว
2. ติดตามผลของการเยี่ยมมารดาหลังคลอดโดยการโทรศัพท์ ต่ออัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว
3. เปรียบเทียบผลสัมฤทธิ์ของวิธีการติดตามเยี่ยมมารดาหลังคลอดที่บ้านและทางโทรศัพท์ ต่อ อัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว
4. เพิ่มอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ให้ได้ตามเป้าหมาย
5. หาแนวทางการติดตามเยี่ยมแม่ที่เหมาะสม

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงทดลองเพื่อศึกษาแนวทางเพิ่มอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ให้ได้ตามเป้าหมายด้วยการติดตามมารดาหลังคลอดโดยการเยี่ยมบ้านและทางโทรศัพท์ รวมทั้งหาแนวทางการติดตามเยี่ยมที่เหมาะสม

ประชากรที่ศึกษาในครั้งนี้ คือมารดาที่คลอดในโรงพยาบาลเจ้าพระยายมราช ตั้งแต่เดือนธันวาคม พ.ศ. 2548 ถึง เดือนมีนาคม พ.ศ. 2549 พักหลังคลอดที่ตึกสามัญหลังคลอด จำนวน 60 ราย แบ่งออกเป็น 2 กลุ่มๆ ละ 30 ราย ในแต่ละกลุ่มประกอบด้วย แม่ครรภ์แรก/ครรภ์หลัง คลอดปกติ/คลอดโดยผ่าตัดคลอด ทำงานอยู่บ้าน/ทำงานนอกบ้าน เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างแต่ละกลุ่มมีความคล้ายคลึงกัน ติดตามเยี่ยมโดย

กลุ่มที่ 1 ติดตามเยี่ยมโดยการเยี่ยมบ้าน เมื่อเด็กอายุครบ 1 วัน, 1, 6 สัปดาห์

กลุ่มที่ 2 ติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ เมื่อเด็กอายุครบ 1 สัปดาห์, 1, 4, 6 เดือน

ทั้ง 2 กลุ่มดูผลสัมฤทธิ์ต่ออัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว เมื่อเด็กอายุครบ 6 เดือน

การรวบรวมข้อมูลโดยใช้ข้อมูลจาก

1. แบบบันทึกคลินิกนมแม่
2. แบบบันทึกข้อมูลการเยี่ยมมารดาหลังคลอดและติดตามผลการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในระยะเวลาต่างๆ การโทรศัพท์สอบถามมารดาเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ตามหมายเลขที่มารดาแจ้งไว้ ขณะอยู่โรงพยาบาล

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยเครื่องคอมพิวเตอร์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS/FW (statistical Package for the Social Science/for windows) หาค่าจำนวน ร้อยละ ข้อมูลส่วนบุคคล ของมารดาหลังคลอด และเปรียบเทียบผลสัมฤทธิ์ของวิธีการติดตามเยี่ยมต่ออัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ โดยใช้การทดสอบไค-สแควร์ (Chi-Square)

ผลการวิจัย

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ มีอายุระหว่าง 20-29 ปี มากที่สุด ส่วนใหญ่เป็นแม่บ้าน รองลงมามีอาชีพรับจ้าง ตั้งครรภ์แรกเป็นส่วนใหญ่ รองลงมาเป็นครรภ์ที่ 2 คลอดโดยการคลอดทางช่องคลอดมากกว่าการผ่าตัด มีความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่นาน 6 เดือนมากที่สุด รองลงมาคือ 2 ปี อัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของกลุ่มตัวอย่าง สามารถเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้นานถึง 6 เดือนมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 40.0 เท่ากันทั้ง 2 กลุ่ม ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่ม 1		กลุ่ม 2	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
อายุมารดาหลังคลอด				
น้อยกว่า 20 ปี	5	16.7	10	33.3
20-29	19	63.3	13	43.3
30-39	4	13.3	6	20.0
มากกว่า 39 ปี	2	6.7	1	3.3
อาชีพ				
ค้าขาย	2	6.7	0	0
แม่บ้าน	14	46.7	17	56.7
รับจ้าง	14	46.7	13	43.3
การตั้งครรภ์				
ครรภ์แรก	13	43.3	14	46.7
ครรภ์ที่ 2	12	40.0	9	30.0
ครรภ์ที่ 3	4	43.3	7	23.3
ครรภ์ที่ 4	1	3.3	0	0
การคลอด				
คลอดทางช่องคลอด	18	60.0	21	70.0
คลอดโดยการผ่าตัด	12	40.0	9	30.0

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่ม 1		กลุ่ม 2	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่				
3 เดือน	1	3.3	4	13.3
6 เดือน	15	50.0	14	46.7
1 ปี	2	6.7	0	0
2 ปี	12	40.0	12	40.0
ระยะเวลาเลี้ยงลูกด้วยนมแม่				
1 เดือน	30	100.0	30	100.0
2 เดือน	30	100.0	23	77.0
3 เดือน	29	97.0	20	67.0
4 เดือน	22	73.0	15	50.0
5 เดือน	13	43.0	12	40.0
6 เดือน	12	40.0	12	40.0

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบผลสัมฤทธิ์ของวิธีการติดตามเยี่ยมมารดาหลังคลอดต่ออัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว

การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่	กลุ่มที่ 1 N (%)	กลุ่มที่ 2 N (%)	2	p
1 เดือน	0 (0.0)	7 (23.3)	3.030	>.05
2 เดือน	1 (3.3)	3 (10.0)		
3 เดือน	7 (23.3)	5 (16.7)		
4 เดือน	9 (30.0)	3 (10.0)		
5 เดือน	1 (3.3)	0 (0.0)		
6 เดือน	12 (40.0)	12 (40.0)		

P < .05

เมื่อเปรียบเทียบผลสัมฤทธิ์ของวิธีการติดตามเยี่ยมมารดาหลังคลอดต่ออัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว พบว่า มารดาหลังคลอดซึ่งติดตามเยี่ยมโดยการเยี่ยมบ้านและติดตามเยี่ยมโดยทางโทรศัพท์ มีอัตราการเลี้ยงลูก

ด้วยนมแม่อย่างเดียวไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.082$)

การนำไปใช้

1. การเพิ่มอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ 6 เดือนให้สูงขึ้นควรจัดหลักสูตรสอนแม่ก่อนกลับบ้าน โดยเน้นในเรื่องการให้ความรู้ การฝึกปฏิบัติการบีบน้ำนมแม่จากเต้านม เพื่อใส่ภาชนะเก็บไว้ให้ลูกกินเมื่อแม่ไปทำงาน ความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติตนเพื่อให้นมแม่ยังคงมีเพียงพอที่จะเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ เมื่อไปทำงาน

2. การเยี่ยมมารดา ควรมีการติดตามเยี่ยมหลังคลอดจนถึง 6 เดือน อาจใช้การผสมผสานกันระหว่างการเยี่ยมโดยการเยี่ยมบ้าน และการเยี่ยมทางโทรศัพท์ ระยะเวลาในการเยี่ยมอาจปรับเปลี่ยนตามความเหมาะสม การประเมินกลุ่มเสี่ยงของมารดาและทารกใช้เป็นข้อมูลในการติดตามเยี่ยมได้

3. ช่วงเวลาที่แม่เริ่มไปทำงาน ควรเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิด เพราะมีโอกาสที่แม่จะกลับไปเลี้ยงลูกด้วยนมผสมสูง ควรใช้การโทรศัพท์ติดตามให้เกิดประโยชน์

4. ควรให้ความรู้ คำแนะนำเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ แก่ผู้ช่วยเลี้ยงดูเด็ก เช่น ย่า ยาย ด้วย เพราะเป็นผู้มีส่วนช่วยให้การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ไม่ประสบความสำเร็จ เนื่องจากอ้างประสบการณ์การเลี้ยงดูของตนเองในอดีตที่เลี้ยงเด็กด้วยน้ำข้าว และกล้วยบด

5. บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขควรช่วยกันสอดส่อง เฝ้าระวัง และปราบปราม เรื่องอาหารสำหรับทารกและเด็กเล็ก รวมทั้งผลิตภัณฑ์ที่เกี่ยวข้องอย่างเคร่งครัด

สรุป

จากการศึกษาครั้งนี้พบว่ามารดาส่วนใหญ่มีความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ การติดตามเยี่ยมมารดาหลังคลอด โดยการเยี่ยมบ้านและการเยี่ยมทางโทรศัพท์ช่วยส่งเสริมให้อัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่สูงขึ้น และช่วยให้เลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้นานขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. กลุ่มนมแม่. ผลสำรวจการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่. 2548. http://www.nommae.org
2. กลุ่มนมแม่. แม่ไทยส่วนใหญ่เลี้ยงลูกด้วยนมแม่ล้วน 12 เดือน. 2547. http://www.nommae.org
3. กลุ่มนมแม่. แม่ไทย 97% ตั้งใจเลี้ยงลูกด้วยนมแม่. 2547. http://www.nommae.org
4. กลุ่มนมแม่. ย่ายายสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่. 2548. http://www.nommae.org
5. กลุ่มนมแม่. พ่อไทยยุคใหม่ ใส่ใจต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่. 2547. http://www.nommae.org
6. กลุ่มนมแม่. พ่อย้ำ การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ให้สำเร็จต้องได้รับการสนับสนุนจากพ่อ. 2547. http://www.nommae.org
7. คลินิกนมแม่. สถิติการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่โรงพยาบาลเจ้าพระยายมราช. 2548
8. ดุสิต สุจิรารัตน์. การวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรม SPSS for window. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพ : บริษัทจุดทอง, 2540.
9. นงนุช บุณยเกียรติ. การสร้างกลุ่มสนับสนุนการลี้ยงลูกด้วยนมแม่ เพื่อการส่งเสริมการลี้ยงลูกด้วยนมแม่ให้นานที่สุด. ใน : เอกสารประกอบการอบรมหลักสูตรอบรมเชิงปฏิบัติการวิทยากรแกนนำการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่. 2547;1.
10. บวร งามศิริอุดม. คลินิกนมแม่กับแนวคิดใหม่. ใน : เอกสารการประชุมวิชาการนมแม่แห่งชาติ ครั้งที่ 1 ณ โรงแรมมิราเคิล แกรนด์ คอนเวนชั่น กรุงเทพ : 160-2.
11. พาณี จารุพันธ์ และสุดาพร วิรางกูล. การประเมินและดูแลมารดาหลังคลอด. การพยาบาลสูติศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 3. นนทบุรี : ยุทธรินทร์การพิมพ์, 2540:396-7.
12. วีณา เที่ยงธรรม และคณะ. ปัจจัยที่มีผลต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในเขตกรุงเทพมหานคร: การศึกษาเชิงคุณภาพ. ใน : เอกสารการประชุมวิชาการนมแม่แห่งชาติ ครั้งที่ 1 ณ โรงแรมมิราเคิล แกรนด์ คอนเวนชั่น กรุงเทพฯ : 2548:167-8.
13. ศิริชัย พงษ์วิชัย. การวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติด้วยคอมพิวเตอร์. พิมพ์ครั้งที่ 9. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2540.
14. ศิราภรณ์ สวัสดิวร และ โสภณ เอี่ยมศิริถาวร. ให้นมแม่อย่างเดียวแก่ทารกนาน 6 เดือน : ข้อสนับสนุนและคัดค้าน. ใน : เอกสารการประชุมวิชาการนมแม่แห่งชาติ ครั้งที่ 1 ณ โรงแรมมิราเคิล แกรนด์ คอนเวนชั่น กรุงเทพ:98-108.
15. ศูนย์นมแม่แห่งประเทศไทย. แผนยุทธศาสตร์การสนับสนุนการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่. 2548;1.
16. สุวิมล ชีวมงคล. ความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่. 2547. http://www.nommae.org

ผลของโครงการนมแม่ต่ออัตรา และระยะเวลาการให้นมแม่ในทารก เกิดก่อนกำหนด ของหอผู้ป่วยไอซียู ทารกแรกเกิด รพ.พระมงกุฎเกล้า

พันตรีหญิงวชิรา ตันเสนีย์
โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

บทคัดย่อ

ข้อมูลพื้นฐาน : ทารกเกิดก่อนกำหนดและน้ำหนักน้อยเป็นกลุ่มทารกที่มีอุปสรรคต่อการกินนมแม่ เนื่องจากทารกมักป่วยหนัก ต้องใช้เครื่องช่วยหายใจ ไม่สามารถรับนมได้ มีโอกาสเสี่ยงต่อการขาดสารอาหารค่อนข้างสูง เนื่องจากเด็กกลุ่มนี้จะมีการเจริญเติบโตน้อยกว่าปกติในขณะที่อยู่ในครรภ์อยู่แล้ว เมื่อร่วมกับภาวะเจ็บป่วยหลังคลอดก็ยิ่งทวีความรุนแรงของการขาดสารอาหารยิ่งขึ้น การส่งเสริมให้ทารกได้กินนมแม่จึงมีความสำคัญเป็นอย่างมากต่อทารกเหล่านี้ นมแม่ ธรรมชาติของมนุษย์สู่มนุษย์ นับว่ามีประโยชน์และสำคัญต่อเด็กกลุ่มนี้มาก เนื่องจากมีสารอาหารครบถ้วนเพียงพอและเหมาะสมกับความต้องการของทารกแล้วยังมีสารอาหารจำเป็นที่อาหารทดแทนนมแม่ในท้องตลาดปัจจุบันไม่มีอีกหลายชนิด การให้นมแม่มิใช่เป็นเพียงการให้อาหาร แต่เป็นการเริ่มต้นให้สิ่งที่ดีที่สุดแก่ทารกด้วย นอกจากนี้ยังช่วยสานสัมพันธ์ระหว่างมารดาและทารกในช่วงที่ทารกต้องอยู่ในโรงพยาบาล และช่วยลดอัตราการทอดทิ้งทารก เป็นการส่งเสริมให้เด็กได้เจริญเติบโตและพัฒนาไปด้วยดีทั้งร่างกายและจิตใจ

การส่งเสริมให้ทารกเกิดก่อนกำหนดได้รับนมแม่ขณะอยู่โรงพยาบาลและภายหลังกลับบ้านเป็นส่วนประกอบที่สำคัญมากในการดูแลรักษาทารกเหล่านี้ และอาจมีอุปสรรคบ้างเนื่องจากทารกต้องแยกจากมารดาเป็นระยะเวลานาน ไม่สามารถดูดกระตุ้นนมแม่ได้ และไม่สามารถทนต่อการกินนมได้ตามปกติ บุคลากรที่ดูแลแม่และทารกควรสนับสนุนให้กำลังใจ และติดตามมารดากลุ่มนี้อย่างต่อเนื่อง เพื่อจะทำให้การให้นมแม่ในทารกเกิดก่อนกำหนดและทารกป่วยประสบความสำเร็จ ซึ่งจะส่งผลดีต่อทารกในระยะยาว

วัตถุประสงค์

1. ศึกษาอัตราการให้นมแม่แก่ทารกเกิดก่อนกำหนดขณะอยู่โรงพยาบาล
2. ศึกษาอัตราทารกที่ได้รับนมแม่ ต่อเนื่องหลังออกจากโรงพยาบาลนาน 1 เดือน 2 เดือน และ 3 เดือน ตามลำดับ

แบบแผนการวิจัย : การศึกษาเชิงพรรณนา แสดงข้อมูลเป็นค่าร้อยละ, มัธยฐาน (พิสัย)

ลักษณะประชากรที่ทำการศึกษา : ประชากรเป้าหมาย : จำนวนทารกเกิดก่อนกำหนดจำนวน 100 คน

ข้อกำหนดการคัดเลือกทารกเข้าในการศึกษา

1. ทารกเกิดก่อนกำหนดอายุครรภ์น้อยกว่า 37 สัปดาห์
2. รับป่วยในไอ.ซี.ยู.ทารกแรกเกิด โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

ข้อกำหนดการคัดทารกออกจากการศึกษา

1. ปัญหาสุภาพของมารดาที่ไม่สามารถให้นมแม่ได้ เช่น Anti-HIV positive ติดสารเสพติด หรือ ได้รับยาซึ่งเป็นข้อห้ามของการให้นมแม่
2. ทารกมีปัญหาที่ต้องการนมพิเศษ เช่น โรคกลุ่มที่มีความผิดปกติของเอนไซม์ Inborn error of metabolism
3. ทารกที่มารดาทิ้ง

ขนาดตัวอย่าง ทารกทุกรายที่รับป่วยใน ไอ.ซี.ยู. ทารกแรกเกิดในช่วงเวลาของการทำโครงการ และมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด

วิธีการดำเนินการวิจัย

วิธีการดำเนินการวิจัย ประกอบด้วย

1. การทำโครงการนมแม่
2. การติดตามผล

1. การทำโครงการนมแม่

1.1 โครงการนมแม่ใน ไอ.ซี.ยู. ทารกแรกเกิด ประกอบด้วยการให้ความรู้แก่บิดา มารดา และเจ้าหน้าที่ รวมทั้งการสอนมารดาภาคปฏิบัติ

1.1.1 การให้ความรู้แก่ บิดา มารดาช่วงตั้งครรภ์

1.1.2 การอบรมบุคลากรใน ไอ.ซี.ยู. ทารกแรกเกิด

1.1.3 การสอนเทคนิคการเก็บน้ำนมของแม่หลังคลอด

1.1.4 การเตรียมสถานที่และอุปกรณ์

2. การติดตามผล

ติดตามทารกที่มาคลินิกทารกกลุ่มเสี่ยง (High risk clinic) เมื่ออายุ 1,

2 และ 3 เดือน เพื่อประเมินปัญหา และสนับสนุนให้เลี้ยงลูกด้วยนมแม่ต่อไปให้นานที่สุดเท่าที่จะทำได้

การเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องชี้วัด	เป้าหมาย
1. อัตราการให้นมแม่ในทารกเกิดก่อนกำหนด ไม่น้อยกว่าร้อยละ 50 ของนมทั้งหมดที่ได้รับในขณะอยู่โรงพยาบาล	ร้อยละ 80 ของทารกเกิดก่อนกำหนดทั้งหมด
2. อัตราทารกที่ได้รับนมแม่ต่อเนื่องหลังออกจากโรงพยาบาล นาน 1 เดือน 2 เดือนและ 3 เดือน	ร้อยละ 80 ของทารกเกิดก่อนกำหนดทั้งหมดที่ได้รับนมแม่ก่อนกลับบ้าน
3. อัตราทารกที่ได้รับนมแม่ต่อเนื่องหลังออกจากโรงพยาบาล นาน 3 เดือน	ร้อยละ 50 ของทารกเกิดก่อนกำหนดทั้งหมดที่ได้รับนมแม่ก่อนกลับบ้าน

การวิเคราะห์ผล

อัตราการให้นมแม่ในทารกเกิดก่อนกำหนด ไม่น้อยกว่าร้อยละ 50 ของนมทั้งหมดที่ได้รับในขณะอยู่โรงพยาบาล

อัตราทารกที่ได้รับนมแม่ต่อเนื่องหลังออกจากโรงพยาบาลนาน 1 เดือน

อัตราทารกที่ได้รับนมแม่ต่อเนื่องหลังออกจากโรงพยาบาลนาน 1 เดือน 2 เดือน และ 3 เดือน

ระยะเวลาในการวิจัย 1 ปี (1 มกราคม – 31 ธันวาคม พ.ศ. 2549)

ผลการศึกษา ทารกเกิดก่อนกำหนดที่รับป่วยในหอผู้ป่วย ไอ.ซี.ยู. ทารกแรกเกิด โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ตั้งแต่ 1 มกราคม – 31 ธันวาคม พ.ศ. 2549 จำนวนทั้งสิ้น 98 ราย (มีข้อยกเว้นในการให้นมมารดา 2 ราย มารดามีผลเลือด HIV +Ve)

มารดาได้รับการสอนเรื่องการให้นมแม่ 95 คน คิดเป็นร้อยละ 98.9

ทารกได้รับนมแม่ขณะ Admit จำนวน 94 คน คิดเป็นร้อยละ 97.9

มารดาส่วนใหญ่ตระหนักและให้ความสำคัญในการเลี้ยงลูกด้วยนม

แม่มากขึ้น ส่งผลให้อัตราการเกิด NEC น้อยลงมาก และไม่พบการทอดทิ้งบุตรเลย จำนวนทารกที่ได้รับนมแม่มากกว่าร้อยละ 50 (คิดเป็นร้อยละ 69) และปริมาณร้อยละของนมแม่ที่ทารกได้รับเฉลี่ยร้อยละ 70 ของนมทั้งหมด จากการติดตามผลเมื่อทารกมา F/U ที่คลินิกกลุ่มเสี่ยง (HR Clinic) ที่อายุ 1, 2 และ 3 เดือน พบว่า ทารกที่ได้รับนมแม่อย่างเดียวร้อยละ 56.25, 39.68, 31.75 ตามลำดับ นมแม่ +นมผสม ร้อยละ 22.55, 28.57, 22.22 ตามลำดับ นมผสมอย่างเดียว ร้อยละ 21.25, 31.75, 46.03 ตามลำดับ

ABSTRACT

Background : Sick preterm or low birth weight infants are prone to have feeding difficulties and malnutrition. Encouragement of breast feeding is the best way to prevent such problems and to promote mother-child bonding.

Objective : To determine the rate of breast feeding in preterm infants during NICU admission and after discharge from hospital

Materials and Methods : Preterm infants (gestational age < 37 weeks) admitted to NICU between January 1st and December 31st, 2006 were recruited into the study. Infants of mothers who had HIV infection or health problems were excluded. Education on breast feeding was introduced to all personnel. Benefit of breast milk and technique of milk collection were emphasized to every mother at the beginning of hospitalization. All infants were followed-up by telephone or at pediatric clinic at 1, 2 and 3 months after discharge from hospital.

Result : There were 98 infants admitted to NICU during study period. Two infants were excluded due to maternal HIV infection. 90 (97.8%) of 92 mothers who had no contraindication were educated and encouraged for breast feeding. 96 (100%) infants were given breast milk during hospital stay. 69 of them (71.88%) received breast milk more than 50% of total intake. 80, 63 and 63 infants were followed-up at 1, 2, and 3 months after

discharge from hospital, respectively. At 1, 2, and 3 months, rate of exclusive breast feeding were 56.25%, 39.68% and 31.75%, respectively. At the same time of follow-up, rate of breast and formula feeding were 22.55%, 28.57% and 22.22%.

Conclusion : Rate of breast feeding was high in NICU. However the number of infants receiving breast milk more than 50% of intake was lower than expected (80%). After discharge from hospital, rate of breast feeding decreased with time. Therefore, providing guidance and support on breast feeding should be extended after discharge.

สรุป

จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า บิดามารดาตระหนักถึงความสำคัญของการให้นมแม่ในทารกเกิดก่อนกำหนดมากขึ้น และให้ความร่วมมือ ร่วมแรงร่วมใจกันทำให้เกิดผลดีต่อทารกเกิดก่อนกำหนด คือ อัตราการได้รับนมแม่ในขณะรับป่วยสูงขึ้น บรรลุตามเป้าหมาย มากกว่าร้อยละ 50 ของนมที่ได้รับทั้งหมด ส่งผลให้ภาวะแทรกซ้อนลดลง เสริมสร้างสายสัมพันธ์ในครอบครัว และนอกจากนี้พบว่า ทารกเหล่านี้ยังได้รับนมแม่ต่อเนื่อง หลังออกจากโรงพยาบาลไป อย่างเต็มกำลังความสามารถของมารดา

วิจารณ์และข้อเสนอแนะ

อุปสรรคจากการทำวิจัยครั้งนี้พบว่า ทารกเกิดก่อนกำหนดมักต้องรับป่วยใน รพ.ค่อนข้างนาน มารดาไม่ได้ดูแลบุตรตลอดเวลา อาจทำให้เกิดปัญหาเหล่านี้ขึ้นได้ เช่น ไม่มีที่พักให้มารดาได้ให้นมบุตรทุก 3 ชั่วโมง มารดาบ้านอยู่ไกลไม่สามารถมาเยี่ยมบุตรได้ทุกวัน ต้องใช้เวลาในการเดินทางนานเพื่อนำนมแม่มาส่ง หรือเทคนิคการเก็บน้ำนมไม่ถูกต้อง ทำให้อาจเกิดการปนเปื้อนเชื้อได้ ในส่วนของเวลาเยี่ยม จำกัดเวลาในช่วงบ่าย (13.00-18.00 น.) ของวันเท่านั้น ทำให้บิดามารดาไม่กล้ามาเยี่ยมบุตรนอกเวลา สำหรับของหอผู้ป่วยที่สามารถพัฒนาและปรับปรุงได้คือ เปิดโอกาสให้บิดามารดาได้เยี่ยมบุตร

ให้นานที่สุดในแต่ละวัน ประเมินผลการเก็บน้ำนมที่ถูกต้อง รวมทั้งให้กำลังใจมารดา และสนับสนุนให้บิดามีส่วนร่วมในการช่วยเหลือมารดาในการให้นมบุตรให้นานที่สุด ทางหอผู้ป่วยหวังเป็นอย่างยิ่งว่า ในอนาคตข้างหน้าจะได้มีโอกาสเผยแพร่ความรู้เรื่องการให้นมแม่แก่เจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลในเครือกองทัพบก เช่น งานประชุมวิชาการประจำปีของกองทัพบก เป็นต้น

เอกสารอ้างอิง

1. เกรียงศักดิ์ จีระแพทย์. การให้นมแม่แก่ทารกเกิดก่อนกำหนด. การประชุมใหญ่กุมารเวชศาสตร์แห่งประเทศไทย. ครั้งที่ 51 วันที่ 26 ตุลาคม พ.ศ. 2543 ณ โรงแรมเนวาด้าแกรนท์ จังหวัดอุบลราชธานี.
2. เพียรวิทย์ ตันติแพทยางกูร. ไขข้อข้องใจเกี่ยวกับโปรตีนและไขมันในนมแม่. ใน : อุมาพร สุทัศวรวุฒิ และคณะ, บรรณาธิการ. โภชนาการเด็กในภาวะปกติและเจ็บป่วย. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพ : ชมรมโภชนาการเด็กแห่งประเทศไทย, 2545:7-26.
3. สมพร โชตินฤมล. Enteral Feeding in neonatal care in the year 2000 : the Prevention of morbidities ใน : สาธิต โหตระกิตย์, บรรณาธิการ. กรุงเทพ : บริษัทธนาเพรส - แอนด์ กราฟฟิค จำกัด, 2543:42-4.
4. พิภพ จิรภิญโญ. คุณค่าของน้ำนมแม่. ใน : พิภพ จิรภิญโญ, บรรณาธิการ. โภชนาศาสตร์ทางคลินิกในเด็ก. กรุงเทพ : โรงพิมพ์ชวนพิมพ์, 2538:185-95.
5. Thureen PJ. Hay ww, Jr.Early aggressive nutrition in preterm infants Semin Neonatal 2001;6:403–15.
6. American Academy of Pediatrics. Nutritional needs of preterm infants. In : Kleinman RE, editor. Elk Grove Village IL: Amreican Academy Of Pediatrics 1998;55-87.

การให้ทารกดูดนมมารดาเร็ว ดูดบ่อย และดูดถูกวิธี ต่อภาวะตัวเหลืองของทารกแรกเกิด ในโรงพยาบาลมหาสารคาม

อ.เมือง จ. มหาสารคาม

นพ.วรพงษ์ วรเชษฐ
นางสุวิมล พุทธบุตร
โรงพยาบาลมหาสารคาม

บทคัดย่อ

ภาวะตัวเหลืองเป็นปัญหาที่สำคัญยิ่งประการหนึ่งของทารกแรกเกิดที่แพทย์ พยาบาล ควรจะมีแผนการรักษาพยาบาลผู้ป่วยเหล่านี้ได้อย่างถูกต้องเหมาะสม แม้ว่าภาวะตัวเหลืองไม่ใช่โรค แต่พบบ่อยในทารกแรกเกิดของแผนกเด็กอ่อนทุกโรงพยาบาล นับว่ามีความสำคัญเพราะถ้าหากปล่อยให้ระดับบินลิรูบินสูงมากขึ้นอาจก่อให้เกิดอันตรายต่อสมองของทารกทำให้เกิดอาการผิดปกติทั้งในระยะเด็กอ่อน แต่เมื่อโตขึ้นอาจมีความผิดปกติทางสมองได้ จากสถิติมารดาที่คลอดในโรงพยาบาลมหาสารคาม เกิดภาวะตัวเหลือง ในปี พ.ศ. 2545 = 29.83% พ.ศ. 2546 = 25.32 % พ.ศ. 2547 = 26.89% สาเหตุการเกิดภาวะตัวเหลืองในทารกแรกเกิดมีมากมายหลายประการ สาเหตุสำคัญประการหนึ่งคือ ทารกได้รับน้ำนมไม่พอ ซึ่งเกิดจากทารกได้ดูดนมมารดาช้า ดูดไม่บ่อย ไม่ถูกวิธี ทำให้น้ำนมมารดามาน้อย ดังนั้นทีมวิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาผลของการให้ทารกดูดนมมารดาเร็ว ดูดบ่อย และดูดถูกวิธี ต่อภาวะตัว-เหลืองของทารกแรกเกิด ในโรงพยาบาลมหาสารคาม

วิธีการศึกษา การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experiment) กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยมารดาและทารกหลังคลอดในหอผู้ป่วยสูติกรรมสามัญ โรงพยาบาลมหาสารคามในระหว่าง วันที่ 21 มีนาคม พ.ศ. 2548 ถึง 20 สิงหาคม พ.ศ. 2548 จำนวน 500 ราย โดยกำหนดคุณสมบัติ

มารดา ตั้งครรภ์ครบกำหนด คลอดทางช่องคลอด ระยะเวลาของการได้รับ Oxytocin เร่งคลอดไม่เกิน 6 ชั่วโมง และ ไม่มีประวัติมีเลือดออกใน 3 เดือนแรกของการตั้งครรภ์

ทารก ไม่มีภาวะพร่อง G 6 P D ไม่มีภาวะหมู่เลือดของมารดากับทารกไม่เข้ากัน และ น้ำหนักไม่ต่ำกว่า 2,500 กรัม

ทีมวิจัยจัดให้ทารกดูดนมมารดาเร็วภายใน 30 นาทีหลังคลอด ดูดบ่อยสม่ำเสมอ 9 ครั้ง ใน 24 ชั่วโมงและภายใน 48 ชั่วโมงที่ทำการทดลอง ดูดไม่น้อยกว่า 18 ครั้ง และให้ดูดอย่างถูกวิธีทุกครั้ง และเมื่อครบ 48 ชั่วโมงหลังคลอดเจาะเลือดทารกหาค่าบิลิรูบิน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้เป็นแบบบันทึกข้อมูลแบ่งเป็น 3 ส่วน คือบันทึกข้อมูลทั่วไปของมารดา ทารก แบบ

บันทึกข้อมูลเกี่ยวกับการดูดเร็ว ดูดบ่อย แบบบันทึกข้อมูลการดูดถูกวิธีโดยใช้แบบประเมิน Latch Score สถิติที่ใช้คือ ร้อยละ ค่าสถิติพื้นฐาน ค่าเฉลี่ยเลขคณิตและทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ย (t-test)

ผลการทดลองพบว่า

ค่าเฉลี่ยข้อมูลการดูดเร็วทารกได้ดูด ในเวลา 10 นาทีหลังคลอด การดูดบ่อยได้ดูดเฉลี่ย 18 ครั้งใน 48 ชั่วโมง การดูดถูกวิธีคะแนน Latch Score เฉลี่ยคะแนนที่ 9 ค่า MCB เฉลี่ยที่ 9.80 Mg % และ ทารกที่ทำการทดลอง 500 รายมีภาวะตัวเหลือง 14 ราย คิดเป็นร้อยละ 2.8 และเมื่อวิเคราะห์หาความแตกต่างทางสถิติ พบว่าการให้ทารกดูดนมมารดาเร็ว ดูดบ่อย ดูดถูกวิธี ทำให้ภาวะตัวเหลืองลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ P- Value < .001

ผลของการให้ทารกดูดนมมารดาเร็ว ดูดบ่อย และดูดถูกวิธี ต่อการลดลงของภาวะตัวเหลือง ในทารกแรกเกิด

ข้อมูล	จำนวน (ราย)	t	df	Sig. (1 –tail)
การดูดเร็ว ดูดบ่อย ดูดถูกวิธี	500	179.393	494	.000**

** p < .001

อภิปรายผล

โรงพยาบาลมหาสารคาม เป็นโรงพยาบาลสายสัมพันธ์แม่-ลูกมาตั้งแต่ พ.ศ. 2535 และได้ให้การพยาบาลตามหลัก 3 ดูดมาตลอด ซึ่งพบว่าทารกที่คลอดในโรงพยาบาลมหาสารคาม มีภาวะตัวเหลืองมากและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ เนื่องจากการรักษาพยาบาลที่เน้นให้มารดาปฏิบัติเอง พบว่ามารดาไม่สามารถปฏิบัติได้เต็มที่ เนื่องจากความเมื่อยล้าจากการคลอด ประกอบกับหลังคลอดลูกส่วนมากจะหลับ มารดาไม่ทราบเทคนิคการกระตุ้น เนื่องจากไม่มีผู้คอยช่วยเหลือ ดังนั้นเมื่อทีมวิจัยได้ทดลองช่วยตามหลัก 3 ดูดโดยการทดลองช่วยเหลือพบว่า ภาวะตัวเหลืองในทารกแรกเกิดลดลงอย่างชัดเจน

ข้อเสนอแนะ

ทีมที่เกี่ยวข้องในการดูแลมารดา ทารก ตั้งแต่ในห้องคลอด ถึงหลังคลอด ควรมีการกระตุ้น และฝึกทักษะให้ทารกดูดนมได้สำเร็จ โดยดูแลอย่างใกล้ชิดคอยช่วยเหลือให้มารดาสามารถปฏิบัติได้เอง และควรมีแบบประเมินการให้นมแม่เข้ามาใช้

หนังสืออ้างอิง

1. กัลยา วานิชย์บัญชา. การวิเคราะห์สถิติ : สถิติเพื่อการตัดสินใจ. พิมพ์ครั้งที่ 4 กรุงเทพ : โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. 2542.
2. กฤษณา เพ็งสา และสุกัญญา ทักษพันธ์. คู่มือทารกแรกเกิด. ขอนแก่น : คลังนานาวิทยา, 2538.
3. จงดี อังศุเกษตร์. "การดูแลทารกที่มีอาการดีซ่าน". ใน : รุจา ภู่ไพบูลย์, บรรณาธิการ, แนวทางการวางแผนการพยาบาลเด็ก. กรุงเทพ : นิติบรรณาการ, 2541.
4. ประกายแก้ว ประพฤติถ้อย. การพยาบาลกุมารเวชศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 3. นนทบุรี : มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช, 2540.
5. พิมลรัตน์ ไทยธรรมยานนท์. ภาวะตัวเหลืองในทารกแรกเกิด. ใน : ปัญหาทางกุมารเวชปฏิบัติ. สมศักดิ์ โล่ห์เลขา, ม.ร.ว. จันทรนิวัทธ์ เกษมสันต์, เฉลิมศรี ตปนียโอฬาร, บรรณาธิการ. กรุงเทพ : สำนักงานชัยเจริญ, 2533:11-4.
6. วิไล ราตรีสวัสดิ์. Neonatal Hyperbilirubinemia ใน : วิไล ราตรีสวัสดิ์ และสุนทร ฮ้อเผ่าพันธ์. บรรณาธิการ. ปัญหาทารกแรกเกิด. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพ : ดีไซร์ จำกัด, 2540.
7. วีระพงษ์ ฉัตรานนท์. "การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่". สารศิริราช. 47, ภาคผนวก (2538):211-4.
8. วัฒนา สุขีไพศาลเจริญ. "ดีซ่าน" ใน : กาญจนา จันทร์สูง และคณะ, บรรณาธิการ. อาการวิทยาทางอายุรศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 2. คณะแพทย์ศาสตร์: มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2542.
9. วรวรรณ ตันไพจิตร. ภาวะพร่องเอนไซม์จี–6-พี-ดี. ใน : มนตรี ตู้จินดา และคณะ, บรรณาธิการ. กุมารเวชศาสตร์ เล่ม 2. กรุงเทพ : เรือนแก้วพิมพ์, 2541.
10. วรรณวิไล ชุ่มภิรมย์. การพยาบาลปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยเด็กในคลินิก. เชียงใหม่ : โครงการตำราคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2540.
11. ศิริชัย กาญจนวาสี, ทวีวัฒน์ ปิตยานนท์ และดิเรก ศรีสุโข. การเลือกใช้สถิติที่เหมาะสมสำหรับการวิจัย. กรุงเทพ : โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2537.
12. ศิริชัย พงศ์วิชัย. การวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติด้วยคอมพิวเตอร์. กรุงเทพ : โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2539.
13. ศิริพร กัญชนะ. "Ten Steps to Baby frienly Hospital : Problem and Barrier "30 ปี สูติ-นรีเวชรามาธิบดี (OB-GYN in Transition). ภาควิชาสูติศาสตร์ นรีเวชวิทยา คณะแพทย์ศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี, 2540.

14. สรายุทธ สุภาพรรรณชาติ. Management Hyperbilirunemia. ใน : Preventive Measures in Neonetal Care. ธนาเพรส แอนด์ กราฟฟิค จำกัด, 2546.
15. สุชาติ ประสิทธิ์รัฐสินธุ์. ระเบียบวิธีวิจัยทางสังคมศาสตร์. สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์, 2538.
16. สุโขทัยธรรมาธิราช, มหาวิทยาลัย. สาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ. กรณีเลือกสรรการพยาบาลมารดาทารกและการพยาบาลจิตเวช. พิมพ์ครั้งที่ 11. กรุงเทพ : ห้างหุ้นส่วนจำกัด โรงพิมพ์ชวนพิมพ์, 2540.
17. สุอารีย์ อ้นตระการ. "ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับนมแม่". ใน : เอกสารประกอบการฝึกอบรมเรื่องการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่สำหรับบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข. กรุงเทพ : รุ่งศิลป์การพิมพ์, 2536.
18. Behrman RE. Jaundice and hyperbilirubinemia in the newborn. In : Behrman RE, Kliegman RM, Nelson WE, Vaughan VC, (eds) Nelson Textbook of Pediatrics. Forthteen edition. WB. Saunders Co., Philadelphia, 1992;476-81.
19. Brown WR, Wong HB, Ethnic group differences in plasma bilirubin levels of fullterm healthy Singapore newborn, Pediatrics 1965;745-51.
20. Feinstein, J. M., et al. "Factor Related to Early Termination of Breast-Feeding in an Urban Population". Pediatrics. 78;2(1986);210-5.
21. Holtrop PC, Madison K, Maisels MJ. A clinical trial of fiberoptic phototherapy versus conventional Phototherapy. Am J Dis Child 1992;146-235-7.
22. Holtrop PC, Ruedisueli K, Maisels MJ. Double Versus single phototherapy in Low birthweight Newborn. Pediatrics 1992;90-674-7.
23. Pillitter, A. Child Health Nursing : Care of the child and Child Family, Philadelphia : J.B. Lippincott Company, 1999.
24. Whaley and Wong. Nursing Care of Infant and Children, Liouse : The C .V. Mosby Company, St.1983;285.
25. Wong, DL Whaley wong 's Nursing Care of Infant and Children 's th ed . St. Louis : The Mosby & Company, 1995.

การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือนในจังหวัดนครศรีธรรมราช

EXCLUSIVE BREASTFEEDING IN NAKHORN SI THAMMARAT, THAILAND

ศุภกาญจน์ ศิลปรัสมี
จิรประไพ แก้วภราดัย
ชัชภรณ์ เฮ้งศิริ
ละมัย แสงเพ็ง
โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช

บทคัดย่อ

บทนำ : ประเทศไทยได้ดำเนินการสนับสนุนให้แม่หลังคลอดเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างต่อเนื่องตั้งแต่ปี พ.ศ. 2534 จนถึงปัจจุบัน โดยมีเป้าหมายของประเทศที่จะให้แม่เลี้ยงลูกด้วยนมตนเองอย่างเดียวอย่างน้อย 6 เดือน ร้อยละ 30 แต่มีแม่เพียงร้อยะ 14.5 เท่านั้นที่สามารถให้นมแม่อย่างเดียวต่อเนื่องถึง 4 เดือน

วัตถุประสงค์ : เพื่อหาแนวทางเพิ่มอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวอย่างน้อย 6 เดือนให้ได้ร้อยละ 30

วิธีการ : กลุ่มสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในจังหวัดนครศรีธรรมราชซึ่งประกอบด้วยพยาบาลของโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราชและแม่อาสาในโครงการประสานสายใยคู่ใจนมแม่ ติดตามเยี่ยมและช่วยเหลือแม่ให้เลี้ยงลูกด้วยนมตนเองจนสำเร็จเมื่อ 1, 2, 4 สัปดาห์และ 2, 4, 6 เดือนหลังคลอด โดยดำเนินการระหว่าง เดือนมิถุนายน พ.ศ. 2548-พฤษภาคม พ.ศ. 2549

ผลการศึกษา : จากการติดตามแม่ 771 คน มีแม่เพียง 747 คนที่สามารถติดตามได้จนถึง 6 เดือน โดยที่มีแม่กลุ่มเสี่ยง 496 คน ซึ่งเป็นแม่ทำงานนอกบ้าน แม่ที่มีปัญหาในการให้นมเด็กป่วย และเด็กที่ขณะจำหน่ายยังรับนมแม่ได้ไม่ดี อัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือนในแม่ปกติและแม่กลุ่มเสี่ยงเท่ากับ ร้อยละ 92 และ 19 ตามลำดับ โดยทั้ง 2 กลุ่มมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$)

สรุป : ผลจากการศึกษาพบว่า การช่วยเหลือและคอยแก้ปัญหาให้แก่แม่หลังคลอดอย่างต่อเนื่องจะช่วยเพิ่มอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่และช่วยให้แม่สามารถให้นมลูกได้ยาวนานขึ้น

ABSTRACT

Introduction : Breastfeeding initiation rate in Thailand increased significantly since 1991. Although the national target of exclusive breastfeeding for 6 months is 30%, only14.5% of Thai mothers practices exclusive breastfeeding for 4 months.

Aim : To improve the rate of breastfeeding to 30% for 6 months.

Material: Postpartum follow up to provide lactation support by nurses and maternal support group was done at 1, 2, 4 weeks and 2, 4, 6 months after delivery. The study carry out during June 2005 to May 2006 at Nakhorn si Thammarat province, Thailand.

Results : Of 771 subjects, 747 were followed until 6 months, 496 subjects were risk group e.g. working women, breastfeeding problems, sick babies and inadequate breastfeeding on discharge. The rate of exclusive breastfeeding for 6 months in risk and non risk groups were 19% and 92%, there are statistical differences. ($p<0.05$)

Conclusions : Our study suggests that postpartum follow up to provide lactation support increases breastfeeding continuation rate.

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2534 เป็นต้นมาประเทศไทยประสบความสำเร็จอย่างสูงในการกระตุ้นให้โรงพยาบาลทั่วประเทศ เข้าร่วมเป็นโรงพยาบาลสายสัมพันธ์ แม่-ลูก มีการสนับสนุนให้แม่เลี้ยงลูกด้วยนมแม่ตามบันได 10 ขั้นสู่ความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่[1] โรงพยาบาลส่วนใหญ่สามารถดำเนินงานได้ดีในโรงพยาบาล เมื่อจำหน่ายแม่หลังคลอดมากกว่าร้อยละ 90 สามารถเลี้ยงลูกด้วยนมตนเองได้ แต่มีเพียงร้อยละ 14.5 เท่านั้นที่ยังให้นมแม่ต่อเนื่องถึง 6 เดือน ซึ่งต่ำกว่าเป้าหมายของประเทศที่ระบุไว้ในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมฉบับที่ 9 ว่าเมื่อสิ้นสุดแผนในปี พ.ศ. 2549 แม่ร้อยละ 30 จะเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวอย่างน้อย 6 เดือน จากการศึกษาของ ชัชภรณ์ เฮ้งศิริ[2]

ในปี พ.ศ. 2546 พบว่าปัจจัยสำคัญที่ทำให้แม่ไม่สามารถให้นมลูกได้ตามเป้าหมาย เนื่องจากแม่ทำงานนอกบ้าน มีปัญหาในการให้นม และกระแสการตลาดของนมชนิดอื่น แม่ส่วนมากจะเสริมหรือเปลี่ยนไปใช้นมผสมเมื่อกลับไปบ้านในเดือนแรก จากโครงการเตรียมหญิงตั้งครรภ์ไตรมาสสุดท้ายของ ละมัยแสงเพ็ง ซึ่งได้เตรียมความพร้อมของแม่ตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์ให้มีความพร้อมที่จะเลี้ยงลูกด้วยนมแม่และติดตามเยี่ยมหลังคลอดเพื่อให้คำปรึกษาและแก้ไขปัญหาในการให้นมและการเลี้ยงดูลูกจนครบ 1 ปี พบว่า แม่สามารถเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้อย่างต่อเนื่องร้อยละ 82 ปัจจัยแห่งความสำเร็จเกิดจากการที่แม่มีที่ปรึกษาที่ไว้วางใจคอยช่วยเหลือดูแลอย่างใกล้ชิด จากผลสำเร็จของโครงการเตรียมหญิงตั้งครรภ์ไตรมาสสุดท้าย และการศึกษาในต่างประเทศ[3-6] คณะกรรมการนมแม่ของโรงพยาบาลมหาราชนครศรีฯ เล็งเห็นว่าถ้าได้เสริมความเข้มแข็งของบันไดขั้นที่ 10 ของบันได 10 ขั้นสู่ความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่โดยจัดให้มีกลุ่มสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในชุมชนน่าจะช่วยเพิ่มอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้ จึงได้จัดโครงการนำร่องขึ้นในปี พ.ศ. 2547 ให้แม่หลังคลอดที่มีความตั้งใจจะเลี้ยงลูกด้วยนมแม่แต่ทำงานนอกบ้าน มีพี่เลี้ยงซึ่งเป็นเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลมหาราชนครศรีฯ คอยดูแลช่วยเหลือจนครบ 1 ปี พบว่าแม่ร้อยละ 50 สามารถให้นมลูกต่อเนื่องจนถึง 6 เดือน ดังนั้นในปี พ.ศ. 2548 จึงได้ขยายงานลงสู่ชุมชนโดยจัดทำโครงการประสานสายใยคู่ใจนมแม่ขึ้นโดยใช้แนวทางเดียวกันแต่มีพี่เลี้ยงนมแม่เป็นพยาบาลและแม่ในชุมชนที่มีประสบการณ์ในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ อาสามาช่วยเหลือแม่ในชุมชนของตนเองให้เลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้สำเร็จ

วัตถุประสงค์

เพื่อหาแนวทางเพิ่มอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวอย่างน้อย 6 เดือนให้ได้ร้อยละ 30

วิธีดำเนินการ

1. ระยะเตรียมการ: ฝึกอบรมกลุ่มสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

ในจังหวัดนครศรีธรรมราชให้มีความรู้และทักษะที่จะช่วยเหลือแม่ ประกอบด้วยพยาบาลโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช 12 คน และแม่อาสาจำนวน 20 คน

2. ระยะดำเนินการ: กลุ่มสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ติดตามเยี่ยมและช่วยเหลือแม่ให้เลี้ยงลูกด้วยนมตนเองสำเร็จเมื่อ 1, 2, 4 สัปดาห์และ 2, 4, 6 เดือนหลังคลอดโดยทางโทรศัพท์และติดตามเยี่ยมบ้านระหว่างมิถุนายน พ.ศ. 2548-พฤษภาคม พ.ศ. 2549 สมาชิกของกลุ่มมีการประชุมเพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ร่วมวิเคราะห์และแก้ไขปัญหา รวมทั้งรวบรวมข้อมูลทุก 1 เดือน

3. ระยะประเมินผล: มิถุนายน พ.ศ. 2549 รวบรวมข้อมูลทั้งหมดของการดำเนินงานเพื่อประเมินและสรุปผลการดำเนินงานของโครงการ

ผลการศึกษา

จากการติดตามแม่ 771 คน มีแม่เพียง 747 คนที่สามารถติดตามได้จนถึง 6 เดือน โดยมีแม่กลุ่มที่มีปัจจัยเสี่ยง 496 คน เป็นแม่ทำงานนอกบ้าน แม่ที่มีปัญหาในการให้นม เด็กป่วย และเด็กที่ยังรับนมแม่ได้ไม่ดีขณะที่จำหน่าย อัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือนในแม่ที่มีและไม่มีปัจจัยเสี่ยงแสดงในตาราง เมื่อเปรียบเทียบทั้ง 2 กลุ่มมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$)

มารดาหลังคลอด	ระยะเวลาที่เลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว					
	<4 เดือน		4 เดือน		6 เดือน	
	จำนวน	%	จำนวน	%	จำนวน	%
มีปัจจัยเสี่ยง (496)	358	72	138	28	94	19
ไม่มีปัจจัยเสี่ยง (251)	6	2	245	98	231	92
รวม (747)	364	49	383	51	325	44

จากการติดตามแม่ 77 คน มีแม่เพียง 747 คนที่สามารถติดตามได้จนถึง 6 เดือน โดยมีแม่กลุ่มที่มีปัจจัยเสี่ยง 496 คน เป็นแม่ทำงานนอกบ้าน

แม่ที่มีปัญหาในการให้นม เด็กป่วย และเด็กที่ยังรันมแม่ได้ไม่ดีขณะที่จำหน่าย อัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือนในแม่ที่มีและไม่มีปัจจัยเสี่ยง แสดงในตาราง เมื่อเปรียบเทียบทั้ง 2 กลุ่มมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$)

การนำไปใช้

การส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ต้องดำเนินตามบันได 10 ขั้นสู่ความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเคร่งครัด โดยเฉพาะบันไดขั้นที่ 10 ซึ่งเป็นการดำเนินงานนอกโรงพยาบาล การช่วยเหลือและคอยแก้ปัญหาให้แก่แม่หลังคลอดอย่างต่อเนื่องจะช่วยเพิ่มอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่และแม่สามารถให้นมลูกได้ยาวนานขึ้นไม่เปลี่ยนเป็นนมชนิดอื่นหรือให้อาหารเสริมก่อนกำหนด คุณสมบัติของแม่อาสานอกจากเป็นผู้ที่มีความรู้และทักษะในเรื่องนมแม่แล้วยังต้องเข้าใจถึงปัญหาพื้นฐานของแม่รวมทั้งเป็นที่ปรึกษาในเรื่องการเลี้ยงดูเด็กและปัญหาทางสุขภาพของแม่ สามารถชักจูงให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลแม่และเด็ก

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Global Strategy for Infant and Young Child Feeding Resolution passed at Fifty-fourth World Health Assembly, May 9, 2001. Geneva: World Health Organization.
2. ชัชภรณ์ เฮ้งศิริ (2546). การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดาหลังคลอด โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช อำเภอเมือง จังหวัดนครศรีธรรมราช. วิทยาลัยการสาธารณสุข สาขาวิชาการพัฒนาระบบสาธารณสุข วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
3. The Breastfeeding Committee for Canada. Affordable Health Care Begin With Breastfeeding Support and the Use of Human Milk .BCC submission to Romanow Commission 2002 available at: http://www.breastfeedingcancda.ca/pdf/webdoc47.pdf.
4. Dennis CL. Breastfeeding initiation and duration : a 1990-2000 literature review. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs 2002;31:12-32.
5. Blty RJ, Creedy DK, Dennis CL, et al. Breastfeeding duration in Australian population: the influence of modifiable antenatal factors, J Hum Lact 2004;20:30-8.
6. LiL, Zhang M, Scott JA, Binns CW. Factors associated with initiation and duration of breastfeeding by Chinese mothers with Perth, Western Australia. J Hum Lact 2004;20:188-95.
7. Earl S. Factors affecting the initiation of breastfeeding: implications for breastfeeding promotion. Health Promote Int 2002;17:205-4.