

ก้าวข้าม
5
อุปสรรค



ให้ลูกรักได้กินนมแม่
ตั้งแต่แรกคลอด

ฉบับ
บุคลากร
สาธารณสุข



ฉบับบุคลากรสาธารณสุข



ให้ลูกรัก
ได้กินนมแม่
ตั้งแต่แรกคลอด

ก้าวข้าม 5 อุปสรรค

ให้ลูกรักได้กินนมแม่ตั้งแต่แรกคลอด ฉบับบุคลากรสาธารณสุข

| | |
|-----------------|--|
| ผู้จัดทำ | มูลนิธิศูนย์นมแม่แห่งประเทศไทย |
| กองบรรณาธิการ | ศิริลักษณ์ ถาวรวัฒนยะ หทัยทิพย์ โสมดำ |
| พิสูจน์อักษร | น.ส.อารดา สุคนธสิทธิ์ |
| ออกแบบ / กราฟิก | แสงไทย นิติไกรนนท์ |
| พิมพ์เมื่อ | มิถุนายน พ.ศ. 2562 |
| จำนวนพิมพ์ | 1,500 เล่ม |
| พิมพ์ที่ | บริษัท สหมิตรพรินต์ติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง จำกัด |

ข้อมูลทางบรรณานุกรมของหอสมุดแห่งชาติ

National Library of Thailand Cataloging in Publication Data

ก้าวข้าม 5 อุปสรรคให้ลูกรักได้กินนมแม่ตั้งแต่แรกคลอด ฉบับบุคลากร
สาธารณสุข.- กรุงเทพฯ : สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ
(สสส.), 2562

120 หน้า.

1. การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่. I. ชื่อเรื่อง.

649.33

ISBN 978-616-393-227-3



บทบรรณาธิการ

ก้าวข้าม 5 อุปสรรค ให้ลูกรักได้กินนมแม่ตั้งแต่แรกคลอด

การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ เป็นวิถีตามธรรมชาติของมนุษย์ซึ่งเป็นสัตว์เลี้ยงลูกด้วยนม แต่ในระยะ 70 - 80 ปีที่ผ่านมา วิถีชีวิตของผู้คนในสังคมเปลี่ยนแปลงไปมาก ทั้งด้านเศรษฐกิจ สังคม ประกอบกับการโฆษณาที่เข้ามามีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของผู้บริโภค อีกทั้งการขาดช่วง ถ่ายทอดประสบการณ์ส่งต่อวิธีเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ฯลฯ เหล่านี้ล้วนส่งผลให้การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่กลับกลายเป็นเรื่องที่ไม่สามารถทำได้เองตามสัญชาตญาณ จำเป็นต้องมีการช่วยเหลือสนับสนุน

มูลนิธิศูนย์นมแม่แห่งประเทศไทย ตระหนักถึงความสำคัญในการช่วยสร้างความเข้าใจ และช่วยแก้ไขปัญหาอุปสรรค ตั้งแต่ในระยะเริ่มต้นของการมีบุตรและในฉบับนี้เน้น อุปสรรคที่พบได้บ่อย ในระยะแรกเกิดจนถึงเมื่อจะกลับจาก โรงพยาบาล เพื่อให้แม่มีความมั่นใจ สามารถให้นมลูกได้จริงและสามารถตัดสินใจต่อว่าจะให้นมแม่ได้นานเท่าใดด้วยตัวเอง อุปสรรคที่มูลนิธิศูนย์นมแม่แห่งประเทศไทย เลือกลมาแลกเปลี่ยนนับจากต้นทางคือ ค่านิยมในการผ่าท้องคลอด ต่อเนื่องไปถึงการช่วยเหลือแม่ในระยะ 1 ชั่วโมงแรกหลังคลอด ภาวะล้นเตติดในทารกแรกเกิด การสนับสนุนและเตรียมความพร้อมให้ทารกดูดนมแม่ได้คล่องก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล เมื่อกลับบ้านแม่ยังต้องการตัวช่วยในการอำนวยความสะดวกให้ลูกกินนมแม่ได้ทุกที่ทุกเวลา ซึ่งเป็อุ้มลูกติดอกแม่เป็นตัวเลือกหนึ่งที่ตอบโจทย์เรื่องนี้ได้

หนังสือ “ก้าวข้าม 5 อุปสรรค ให้ลูกรักได้กินนมแม่ตั้งแต่แรกคลอด” จึงเป็นผลจากการจัดการความรู้ร่วมของนักวิชาการ ทั้งแพทย์และพยาบาลและแม่ทุกท่านเป็นผู้มีประสบการณ์ตรงของแต่ละเรื่อง ดังมีรายชื่อผู้ร่วมจัดการความรู้ในตอนท้ายเล่ม ทุกหัวข้อจัดรวมอยู่ในเล่มเดียวกัน มี 2 เล่ม สำหรับบุคลากรสาธารณสุข และสำหรับประชาชน ทั้ง 2 เล่มสามารถเลือกอ่าน online ได้ทาง website คลังข้อมูลศูนย์นมแม่แห่งประเทศไทย (Thai Breastfeeding Center Digital Library) หรือที่มูลนิธิศูนย์นมแม่แห่งประเทศไทย (Thai Breastfeeding Center Foundation) เพื่อให้สะดวกในการเข้าถึงข้อมูล และสามารถนำไปปรับใช้ได้จริงในการฟื้นฟูและสนับสนุนให้เกิดวิถีการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างยั่งยืน

ศิริลักษณ์ ถาวรวัฒนะ

หทัยทิพย์ ไสมดำ

สารบัญ

0

P-8

.....
สถานการณ์ และ
ปัญหาอุปสรรค
การเลี้ยงลูก
ด้วยนมแม่

.....
ศ. คลินิก พ.ญ.ศิราภรณ์ สวัสดิ์ดิวิ
เลขาธิการศูนย์นมแม่แห่งประเทศไทย

1

P-22

.....
ลดการฟাঁคลด
ช่วยลูกกินนมแม่ได้ทันที
จุดเริ่มต้นพัฒนาสมองและ
ส่งต่อภูมิคุ้มกันแต่แรกคลอด

.....
ศ. น.พ.ภิเศก ลุมพิกานนท์

2

P-36

.....
ชั่วโมงแรก
หลังคลอด
ลูกได้ดูดนมแม่
ทันที

.....
พ.ญ.กรรณิการ์ บางสายน้อย

3

P-54

.....
การกลืนติด
แก็ง่าย ๆ
ได้กินนมแม่
แน่นอน

.....
รศ. น.พ.ภาวิน พัวพรพงษ์

4

P-76

.....
อุ้มลูกเข้าเต้า
ดูดคล่อง
ก่อนกลับบ้าน

.....
รศ. พ.ญ.กฤษมา ชูศิลป์

5

P-96

.....
เป็อุ้มลูกติดอก
พกติดตัว
สะดวกให้นมแม่

.....
มีนะ สพสมัย

162



นมแม่ 1 ชั่วโมงแรก หลังคลอด



นมแม่อย่างเดียวนาน 6 เดือนแรก



นมแม่ต่อถึง 2 ปี หรือนานกว่า



เกริ่นนำ

สถานการณ์ และ
ปัญหาอุปสรรค
การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่
Situation &
breastfeeding:
the barriers

ศ. คลินิก พ.ญ. ศีราภรณ์ สวัสดิ์
เลขาธิการศูนย์นมแม่แห่งประเทศไทย



เป็นโอกาสดีมาก ที่มีการขับเคลื่อนการออก พรบ. ว่าด้วยการควบคุมการตลาดผลิตภัณฑ์ที่ใช้แทนนมแม่ ได้สำเร็จใน ปี พ.ศ. 2560 มีส่วนช่วยให้เรื่องนมแม่ได้รับความสนใจอย่างกว้างขวาง ผ่านการวิเคราะห์ วิจัย การแสดงความคิดเห็นผ่านในหลายเวที ในด้านจำนวนปีที่กฎหมายจะครอบคลุมและความเป็นไปได้ ที่แม่จะสามารถให้นมลูกได้ มูลนิธิศูนย์นมแม่แห่งประเทศไทย เห็นว่าการขับเคลื่อนที่จะส่งผลต่อการตัดสินใจของแม่ในการจะให้นมแม่ได้สำเร็จ นอกจากการสนับสนุนให้มีกฎหมายควบคุมการทำตลาดดังกล่าว การสร้างความเข้าใจและช่วยแก้ไขปัญหาลูกอุปสรรค ตั้งแต่ระยะเริ่มต้นของการจะมีบุตร จนถึงเมื่อจะกลับจากโรงพยาบาล เป็นการขับเคลื่อนที่มีความสำคัญที่จะช่วยให้แม่สามารถให้นมลูกได้ และสามารถตัดสินใจต่อว่าจะให้นมแม่ได้นานเท่าใดด้วยตัวเอง นำผลดีต่อสุขภาพแม่ ลูก และสู่ประเด็นเกี่ยวข้องในระบบสุขภาพต่าง ๆ อาทิ ระบบสิ่งแวดล้อม ระบบพลังงาน ระบบเศรษฐกิจ ฯลฯ

สถานการณ์ การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในประเทศไทย

มาตรฐานตัวชี้วัดในระดับโลกจะพิจารณาจาก อัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวนั้นในระยะ 6 เดือนแรกเป็นหลัก และตัวชี้วัดที่บ่งชี้ถึงขั้นตอนสำคัญที่จะช่วยให้แม่ได้รับนมแม่ได้อย่างถูกต้อง คืออัตราการได้รับนมแม่ใน 1 ชั่วโมงแรกหลังเกิด และอัตราการได้รับนมแม่นานพอที่อายุ 1 ปี และ 2 ปี จากรายงานการสำรวจสถานการณ์เด็กในประเทศไทย ด้วยวิธี Multiple Indicator Cluster Survey (MICS) ใน พ.ศ. 2558-2559 สนับสนุนโดยองค์การยูนิเซฟประเทศไทย พบว่า

| | |
|---|-------------|
| อัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ที่อายุ 6 เดือนแรก | ร้อยละ 23.1 |
| อัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ภายในชั่วโมงแรกหลังเกิด | ร้อยละ 39.9 |
| เด็กอายุ 12-15 เดือนได้รับนมแม่ต่อเนื่องถึง 1 ปี | ร้อยละ 33.3 |
| เด็กอายุ 20-23 เดือนได้รับนมแม่ต่อเนื่องถึง 2ปี | ร้อยละ 15.6 |

นับว่าเป็นผลลัพธ์ที่ดีขึ้นกว่าเมื่อ 10 ปีที่ผ่านมา คือใน พ.ศ. 2548-2549 อัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ใน ระยะ 6 เดือนแรกอยู่เพียง ร้อยละ 5.4 แต่ยังคงอยู่ในระดับต่ำเมื่อเทียบกับ ประเทศกลุ่มเอเชียตะวันออกเฉียง ประเทศไทยมีอัตราที่ต่ำกว่า เพียงประเทศจีน มีอัตราใกล้เคียงกับประเทศเวียดนามซึ่งอยู่ที่ ร้อยละ 24 ในขณะที่ฟิลิปปินส์ อยู่ที่ร้อยละ 34

และพบว่า แม่ตอนจะกลับบ้านหลังคลอดต่ำกว่าร้อยละ 95 ให้นมแม่ แต่เมื่อติดตามถึงอายุ 4 เดือน เหลือเพียงไม่ถึงร้อยละ 60 ที่ยังคงกินนมแม่อยู่ ในจำนวนนี้มีการให้นมแม่อย่างเหมาะสม (ถูกต้อง) เพียงร้อยละ 23.1

ด้วยประโยชน์ของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่มีอย่างมหาศาล ในระดับโลกปัจจุบันถือว่าเป็นหนึ่งในประเด็นการรณรงค์ที่ เหมาะสม คุ่มค่า

(Breastfeeding-one of the smartest investments a country can make) ที่จะทำให้เป้าหมายการพัฒนาอย่างยั่งยืน (Sustainable Development Goals) ซึ่งกำหนดไว้ 17 เป้าหมาย เดินสู่เส้นทาง ความมั่นใจที่เราจะเห็นโลกดีขึ้น ภายใน พ.ศ. 2573 องค์การยูนิเซฟ และองค์การอนามัยโลก ได้ประสานการจัดตั้ง ของ Global Breastfeeding Collective เพื่อเฝ้าติดตามผลการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในประเทศต่างๆทั่วโลก ผ่านระบบฐานข้อมูล Global Breastfeeding Scorecard บันทึกความก้าวหน้าของประเทศต่างๆทั่วโลก ในการขับเคลื่อนกิจกรรมสำคัญ (action plan) ที่จะเป็นแกนส่งเสริมให้แม่ให้นมแม่ได้สำเร็จ กำหนดไว้ 7 ด้าน ได้แก่

- 1) Funding breastfeeding program
- 2) Regulation breastmilk substitute code of marketing
- 3) Maternity protection
- 4) BFHI initiatives
- 5) Breastfeeding counselling & training
- 6) Availability of community support program
- 7) Consistent monitoring มีหน่วยงาน องค์กรที่เกี่ยวข้อง เข้าร่วมใน

การจัดหาข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูลจำนวนมาก

ซึ่งพบว่าสถานการณ์ในระดับโลกดีขึ้นมาก อัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ที่อายุ 6 เดือนแรกอยู่ที่ร้อยละ 41 (Global Breastfeeding Score Care 2018) ดังนั้นเป้าหมายเดิมกำหนดไว้ ที่ร้อยละ 50 ใน พ.ศ. 2568 (ค.ศ. 2025) ที่ประชุม WHA ปี พ.ศ. 2561 ได้ทำทนายว่า จะเป็นร้อยละ 70 ใน พ.ศ. 2568 ได้หรือไม่



ลูกดูนมแม่บนเตียงคลอด

ปัญหาอุปสรรค

จากการรวบรวมปัญหาอุปสรรค ผ่านการจัดทำเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เวทีวิชาการทั้งในกลุ่มบุคลากร กลุ่มแม่ กลุ่มครอบครัว การสื่อสารทาง social media และการจัดทำ Poll พบว่าปัญหาอุปสรรคในภาพรวม ที่ทำให้อัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ยังต่ำอยู่จากเมื่อแรกเกิด จนถึงวัยสองปี โดยทั่วไป คือ

1 ชั่วโมงแรก

- การขาดความมั่นใจ จากการไม่ได้รับข้อมูล เพียงพอ ในระยะก่อนคลอด
- การไม่ได้รับการกระตุ้นวงจรการสร้างน้ำนมแม่ในระยะแรกเกิด (โอบกอดเนื้อแนบเนื้อภายในชั่วโมงแรกหลังเกิด)



เด็กคลอดก่อนกำหนด

- การได้รับยาหรือหัตถการในขบวนการคลอด โดยเฉพาะการผ่าตัด C/S ที่ส่งผลตรงจากร่างสร้างน้ำนมแม่

6 เดือนแรก

- การไม่มีระบบช่วยเหลือแม่ในการให้นมแม่หลังคลอดใหม่ๆ อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งพบว่าแม่ตัดสินใจเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ แต่เมื่อถึงปฏิบัติจริงจะทำได้ ตัดขาดระเบียบปฏิบัติของโรงพยาบาลต้องการผู้ช่วยเหลือ
- ทารกป่วย ไม่ได้กินนมแม่ โดยเฉพาะกลุ่มคลอดก่อนกำหนด ทารกพิการต่างๆ
- การยังไม่สามารถให้นมแม่เป็นเมื่อต้องออกจากโรงพยาบาล ทั้งจากไม่ได้รับขบวนการสอนและการต้องกลับบ้านเร็ว ตามระเบียบโรงพยาบาล
- การไม่ตระหนักถึงอันตรายที่อาจเกิดขึ้นจากการเลี้ยงลูกด้วยนมผสม

- การยังมีการตลาดนมผสมแบบผง
- สถานที่ไม่เอื้ออำนวยให้แม่สามารถให้นมแม่ได้ เช่น เมื่ออยู่ในที่ทำงาน หรือในที่สาธารณะ
- บุคลากรทางการแพทย์ ที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจของแม่ มีความรู้ความสามารถในการให้คำปรึกษาและการช่วยเหลือไม่เพียงพอ
- แพทย์เฉพาะทาง สาขาต่างๆ มีความรู้เรื่องนมแม่ไม่เพียงพอ เมื่อคุณแม่ลูกนมแม่ ต้องเข้ารับการรักษาจากหน่วยนั้น มีโอกาสต้องงดหรือทำให้นมแม่ลดน้อยลง โดยไม่จำเป็น
- การสื่อสาร ที่สามารถเข้าถึงการรับรู้ ทักษะและสะดวกยังไม่เพียงพอ
- การไม่รู้วิธีการให้นมที่นมแม่อย่างเพียงพอ เมื่อต้องแยกจากลูก เช่น จะไปทำงาน
- ปัญหาการไม่มีผู้เลี้ยงลูก Daycare รับช่วงทารกอายุ 3 เดือนถึง 2 ปี มีไม่เพียงพอ
- ไม่สามารถลงงานได้
- การที่แม่ยังไม่เห็นความสำคัญของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือนเต็ม

2 ปีแรก

- การไม่สามารถหรือไม่เห็นความสำคัญของการยังคงให้นมแม่ต่อเนื่องพร้อมอาหารตามวัย จนถึงขวบปีที่ 2 หรือนานกว่านั้น
- การตลาดนมผสม
- การไม่มีที่ปรึกษา ทักษะ ทักษะใจ สะดวก
- การไม่เห็น model ว่าทำได้

อดีตรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข ศ.คลินิก นพ.ปิยะสกล สกลสัตยาทร ได้ประกาศการจัดกลุ่มปัญหาอุปสรรค ในโอกาสสัปดาห์นมแม่โลก เดือนสิงหาคม 2560 เพื่อให้จดจำง่าย เป็น

1 6 2 โดย

1 หมายถึง

1 ชั่วโมงแรก สื่อถึงปัญหาอุปสรรค ในระยะแรกคลอดคือในวันแรก

6 หมายถึง

6 เดือน สื่อถึงปัญหาอุปสรรคในการจะให้นมแม่ได้อย่างเต็มที่และถูกต้อง

2 หมายถึง

2 ปี สื่อถึงการควรให้ได้รับนมแม่ได้นานพอคือถึง อายุ 2 ปี หรือนานกว่า
 รศ. พ.ญ.คุณหญิง สำหรี จิตตินันท์ ได้กรุณารวบรวมปัญหาอุปสรรค
 การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ มีมุมมองจากประสบการณ์ การส่งเสริม สนับสนุน
 การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่มาอย่างยาวนานในฐานะกุมารแพทย์ทารกแรกเกิด
 นำเสนอปัญหาและทางแก้ ไว้ ดังนี้

1. ความรู้ไม่รอบ และไม่ตระหนัก

- เกือบทุกระดับ
- ผู้บริหาร
- เจ้าหน้าที่ บุคลากรทางการแพทย์
- พ่อแม่ ครอบครัว
- นักการเมือง นายจ้าง เพื่อนร่วมงาน

ทางแก้ ให้ความรู้ต่างแบบกับคนต่างกลุ่ม ให้เหมาะสม (ยกตัวอย่าง)
 โรงพยาบาลและผู้บริหารเขียนนโยบายเรื่องนี้ให้ชัดเจน

2. การรณรงค์เลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ทำให้เป็นที่ยอมรับได้มากขึ้นใน

โรงพยาบาล แต่ลดลงเร็วหลังกลับบ้านไม่นาน

ทางแก้

- ให้ความรู้แม่และครอบครัว ก่อนกลับบ้าน
- ประเมินความสามารถของแม่ว่า ให้นมแม่ได้สำเร็จจริง
 ก่อนให้กลับบ้าน



- เยี่ยมบ้านในสัปดาห์แรก โดยอาสาสมัครนมแม่และพยาบาล สาธารณสุขหรือญาติมิตรผู้ที่มีประสบการณ์ตรงในเรื่องนี้

3. คำพูดและการกระทำที่ทำให้พ่อแม่รู้สึกหมดแรง เมื่อลูกคลอด ก่อนกำหนดหรือป่วย

- เลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ทำให้ลูกเหนื่อย
- เราทำให้ระบบของเด็กรวนไปหมดด้วยการให้นมแม่
- เจ้าหน้าที่ไม่ยอมยุ่งกับผู้ใหญ่ (แม่และครอบครัว)
- เมื่อแม่ซักถามมาก ให้สมญาว่า “ครอบครัวนี้ยุ่ง” หรือ แสดงท่า รำคาญ ฯลฯ

ทางแก้ บุคลากรทางการแพทย์ต้องเป็นผู้ให้ความรู้ ส่งเสริมทักษะและ ให้กำลังใจด้วยท่าทางและวาจาที่เป็นมิตร และยินดีช่วยเหลืออย่างจริงจัง

4. มีการละเมิดกฎเกณฑ์ทางการตลาดของผลิตภัณฑ์ที่ใช้ทดแทนนมแม่

ด้วยขาดความตระหนักว่า สิ่งของหรือการกระทำบางอย่างทำให้ แม่และครอบครัวเข้าใจว่า บุคลากรทางการแพทย์ให้การยอมรับและส่งเสริม ผลิตภัณฑ์นั้น ๆ รวมทั้งการใช้บริษัทนมผสมเป็นแหล่งทุนในการจัดประชุม จึงเป็นโอกาสการ โฆษณา ประชาสัมพันธ์

ทางแก้ ทำความเข้าใจปัญหาและผลกระทบจากการทำการตลาด กับ บุคลากรทางการแพทย์ และผลักดันให้ กฎเกณฑ์ทางการตลาดเป็นกฎหมาย

5. ผลิตภัณฑ์ที่ใช้ทดแทนนมแม่ เข้าถึงแม่ตั้งแต่อ่อนคลอด

หลังคลอดมีการลด แลก แจก แถม ผ่านบุคลากรทางการแพทย์ การมีของ ที่ระลึก ใบประชาสัมพันธ์ วิธีการเลี้ยงดูลูกและแนะนำนมผสม การติดต่อ แม่ โดยมีจุดหมาย จัดประชุมโดยตรงกับแม่ ผ่าน ยามรักษาความปลอดภัย ผ่านอำเภอที่แจ้งเกิด ฯลฯ

ทางแก้ การผลักดันให้กฎเกณฑ์ทางการตลาดเป็น กฎหมายและการเฝ้าระวัง ติดตาม และรายงาน ผู้มีอำนาจ

6. กฎหมายเกี่ยวกับการลาคลอด เท่าที่มีอยู่ แม่ยังไม่สามารถใช้ สิทธิ ได้เต็มที่

ทางแก้

- ทำความเข้าใจ และให้แม่ตระหนักคุณค่าการได้เลี้ยงดูลูก ทั้งสิทธิ ที่แม่ลาได้และพอลาได้
- ถ้าเป็นไปได้ ควรผลักดันให้แม่ลาคลอดได้นานถึง 6 เดือน

7. กรณีแม่ทำงาน สถานที่เลี้ยงเด็กเล็ก กลางวัน และมูมนมแม่ เพื่อให้แม่ปั๊มนมในที่ทำงาน ยังไม่เพียงพอ

ทางแก้ หน่วยงานให้ความสำคัญและจัดให้มีขึ้น และการ ประกาศเกียรติคุณ

8. วัฒนธรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ขาดหายไป ช่วง 1 อายุคน จึงขาดตัวอย่างในสังคม เมื่อเกิดปัญหา แม่ไม่มีที่ปรึกษา และบางรายอาจ ถูกซ้ำเติมให้หมดกำลังใจหรือเสริมด้วยนมผสมเร็วเกินไปในที่สุดก็ต้องเลิก นมแม่ไปในเวลาอันสั้น

ทางแก้

- การรณรงค์ อาสาสมัครนมแม่ในชุมชน เลือกผู้ที่ประสบความสำเร็จ มีประสบการณ์ตรง ที่ยินดีที่จะช่วยเหลือ



คลินิกนมแม่

- การส่งเสริมบุคลากรสาธารณสุขที่มีลูกให้ปฏิบัติได้ จะทำให้เกิดความมั่นใจในการถ่ายทอดต่อ
- ส่งเสริมและช่วยให้ข้อมูลที่ถูกต้องกับกลุ่มแม่ online ให้มีการขยายเครือข่ายให้มากขึ้น

9. โรงพยาบาลสายสัมพันธ์แม่ลูก ยังมีไม่ครบ และที่ได้รับการประกาศแล้ว จำเป็นต้อง re-accredit

ทางแก้

- โรงพยาบาลที่ได้รับการประกาศ หมั่นทบทวนปัญหาอุปสรรคและแก้ไข ปฏิบัติต่อ
- เพิ่มเครือข่าย โรงพยาบาลสายสัมพันธ์ให้มากขึ้น

10. คลินิกนมแม่ ยังมีไม่พอ

ทางแก้ ส่งเสริมให้ทุกโรงพยาบาลมีคลินิกนมแม่ หรือมีหน่วยสามารถให้คำปรึกษาเรื่องนมแม่ได้ นับแต่ โรงพยาบาลตำบล



การให้คำปรึกษาปัญหาการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ทางโทรศัพท์



การให้คำปรึกษาปัญหาการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่
ทาง Application Line

11. การปรึกษาทางโทรศัพท์ ยังมีไม่พอ

ทางแก้ ส่งเสริมให้มีหน่วยให้คำปรึกษา ทางโทรศัพท์ ให้มากขึ้น ทั้ง
ในและนอกเวลาราชการ

12. การรับรู้ของ สื่อมวลชนยังไม่พอ ในการตระหนักถึงความสำคัญ และบทบาทในการช่วยส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

ทางแก้

- จัดการรณรงค์ความรู้ สื่อมวลชน : นักข่าว หนังสือพิมพ์ วิทยุ
โทรทัศน์ หอกระจายข่าวประจำหมู่บ้าน เพื่อให้แทรกความรู้ให้แก่ผู้ชมและ
ผู้ฟังเป็นระยะ ๆ
- ให้ความรู้ บนเวทีผ่านทางสื่ออย่างมีชีวิตชีวา

13. การเดินทางยังไม่สะดวก สำหรับแม่ลูกอ่อนที่ต้องพาลูกไปทำงาน ด้วยโดยสารประจำทาง

ทางแก้ สำรองที่นั่งให้หญิงแม่ลูกอ่อน, เป้ หรือวิธีพันผ้าพันพุงลูกให้อยู่บนอกแม่โดยไม่ต้องอุ้ม (Snugly)

14. สังคมยังไม่คุ้นกับการให้นมแม่ในที่สาธารณะแม่วัยรุ่น อาจพ้อหวง ไม่ชอบให้แม่ให้นมในที่สาธารณะ

ทางแก้

- เลื่อนนมแม่
- ผ้าห่มนมแม่
- Snugly

15. ผู้บริหารประเทศระดับสูง ผู้มีอำนาจกำหนดนโยบาย ยังไม่เห็นความสำคัญ คุณค่าของนมแม่

ทางแก้ นำเสนอ ความสำคัญ ปัญหา อุปสรรค เป็นระยะ ชี้ให้เห็นถึงต้นทุนสุขภาพ ต้นทุนสมอง และต้นทุนการเลี้ยงดู ที่จะนำเด็กเติบโตสู่การพัฒนาที่นอกจากมีสุขภาพดี พัฒนาการทั่วไปดี ยังจะมีทักษะสมองดี (executive function) นำสู่ ผู้ใหญ่ ยุค 4.0

16. งานวิจัย ยังไม่พอ จึงไม่มีผลเพื่อใช้ในการวางแผนและเข้าแทรกแซงได้อย่างเหมาะสมกับคนแต่ละกลุ่ม

ทางแก้

- ให้ทุนส่งเสริมงานวิจัย
- บอกผลให้ประชาชน ตระหนัก สิทธิแม่ สิทธิลูก
 - นมแม่ ทุนสมอง

จะเห็นว่า ปัญหาอุปสรรคมีตลอดเส้นทางนับจากลูกลืมตาดูโลก หลายเรื่องมีเจ้าภาพในการแก้ไข และหลายเรื่องก็ต้องเป็นความรับผิดชอบ และความใส่ใจในการแก้ไขปัญหาของแม่เอง ในรอบปีการทำงาน พ.ศ. 2562-2563 มูลนิธิศูนย์นมแม่แห่งประเทศไทย ต้องการเลือกเรื่องที่เป็น ปัญหาที่พบบ่อยในระยะเริ่มต้นชีวิตลูก นับจากการตัดสินใจเลือกวิธีคลอด ระยะอยู่โรงพยาบาลจนกลับบ้านจนออกจากบ้าน จึงได้เสนอการจัดทำการ แลกเปลี่ยนเรียนรู้ จำนวน 5 เรื่อง ในหนังสือ “ก้าวข้ามอุปสรรค”

- 1 ลดการผ่าคลอด ช่วยลูกกินนมแม่ได้ทันที จุดเริ่มต้น พัฒนาสมองและส่งเสริมด้านทานแต่แรกคลอด
- 2 ชั่วโมงแรกหลังคลอด ลูกได้ดื่มนมแม่ทันที
- 3 ทารกลิ้นติด แก้ง่าย ๆ ได้กินนมแม่แน่นอน
- 4 อุ้มลูกเข้าเต้า ดูดคล่องก่อนกลับบ้าน
- 5 เปุ้้มลูกติดอก พกติดตัว สะดวกให้นมแม่



1

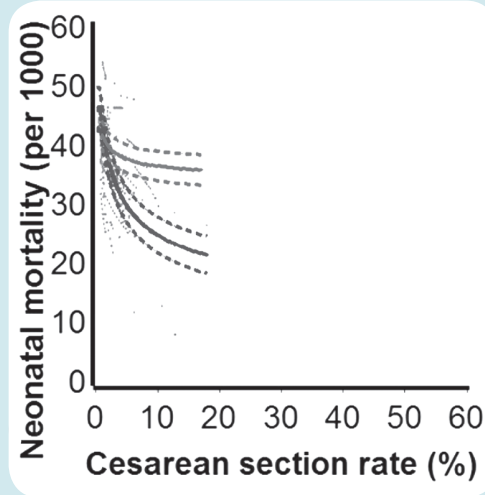
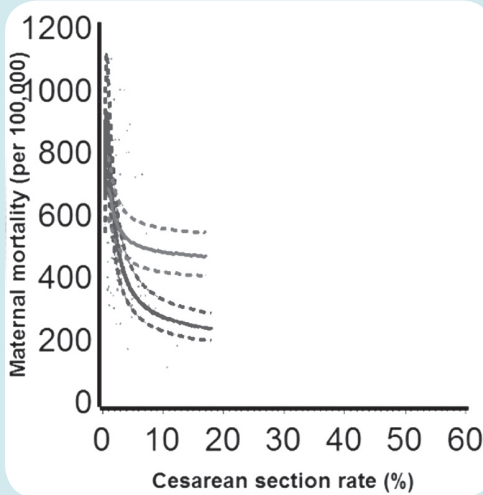
ลดการฟุ้งคลอດ
ช่วยลูกกินนมแม่ได้ทันที
จุดเริ่มต้นพัฒนาสมอง
และส่งต่อภูมิคุ้มกัน
แต่แรกคลอດ

ศ. น.พ.ภิศก ลุมพิกานนท์

ลดการผ่าคลอด ช่วยลูกกินนมแม่ได้ทันที จุดเริ่มต้นพัฒนาสมอง และส่งต่อภูมิคุ้มกัน แต่แรกคลอด

การผ่าท้องคลอดเป็นเหตุการณ์ที่มีขึ้นมา เพื่อช่วยชีวิตมารดา และทารกในครรภ์ที่ไม่สามารถคลอดเอง ได้ตามธรรมชาติ ข้อบ่งชี้ที่สำคัญ ได้แก่

1. ทารกตัวโต เติบโตเกินแม่แคบ
2. ทารกในครรภ์มีภาวะขาดออกซิเจน
3. ทารกอยู่ในท่าผิดปกติ ได้แก่ ท่าก้นหรือท่าขวาง
4. มารดาเคยผ่าท้องคลอดมาก่อน
5. ภาวะรกเกาะต่ำขวางทางคลอด



จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบขององค์การอนามัยโลกพบว่า เมื่ออัตราการผ่าตัดคลอด เพิ่มขึ้นจาก 0% ถึงประมาณ 10-15 % ทั้ง การตายของมารดาและทารกลดน้อยลง แต่อัตราการผ่าตัดคลอดที่สูงไป กว่านี้ไม่ทำให้การตายของมารดาและทารกลดลงไปอีก

เมื่อปี ค.ศ. 2015 อนามัยโลกได้เผยแพร่ WHO Statements ซึ่งมี ใจความที่สำคัญว่า อัตราการผ่าตัดคลอดที่เกิน 10% ไม่ช่วยลดการตาย ของมารดาและทารกและแนะนำให้ใช้ Robson (10 groups) Classification เป็นเครื่องมือติดตามอัตราการผ่าตัดคลอดของสถาบันต่าง ๆ

ผลของการผ่าตัดคลอดต่อสุขภาพของมารดาและทารก

การวิจัยหลายฉบับรวมทั้งขององค์การอนามัยโลกพบว่า การผ่าตัด คลอดที่ไม่จำเป็นจะเพิ่มภาวะแทรกซ้อนต่อทั้งมารดาและทารก ทั้งระยะสั้น และระยะยาว

ภาวะแทรกซ้อนต่อมารดาในระยะสั้น ได้แก่

- การตกเลือดหลังคลอด
- การอักเสบติดเชื้อ
- ภาวะแทรกซ้อนจากการให้ยาระงับความรู้สึก
- การฟื้นตัวเป็นปกตินานกว่าการคลอดปกติ

ภาวะแทรกซ้อนต่อมารดาในระยะยาว

เมื่อปี 2018 มีการตีพิมพ์ในวารสาร New England Journal of Medicine รายงานว่า การเคยผ่าตัดคลอด เป็นปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดภาวะ รกฝังตัวลึกเข้าไปในชั้นกล้ามเนื้อมดลูก (Placenta accreta) ซึ่งบางครั้ง ทะลุผิวนอกของมดลูก (Placenta percreta) และอาจลุกลามเข้าไปใน กระเพาะปัสสาวะ

รายงานฉบับนี้รายงานว่าในช่วงระยะเวลา 30 - 40 ปีที่ผ่านมาใน อุบัติการณ์นี้เพิ่มขึ้นถึง 8 เท่า การคลอดในภาวะดังกล่าวมีอันตรายสูงมาก

ต้องผ่าเอาเด็กออกตั้งแต่ยังไม่ครบกำหนด ต้องตัดมดลูก บางครั้งต้องตัดกระเพาะปัสสาวะด้วย

ปัจจุบันภาวะนี้เป็นสาเหตุสำคัญของการตายของมารดาในประเทศไทย สหรัฐอเมริกา ในประเทศไทยก็พบภาวะนี้เพิ่มขึ้นในทุกภูมิภาค และมีมารดาที่เสียชีวิตจากภาวะนี้หลายคนแล้ว

ภาวะแทรกซ้อนต่อทารกในระยะสั้นที่สำคัญ ได้แก่ การหายใจผิดปกติ เนื่องจากทารกที่เกิดจากการ ผ่าท้องคลอด ไม่ได้ผ่านขบวนการคลอดธรรมชาติ ที่หน้าอกเด็กจะถูกกดทำให้มูกและน้ำคร่ำที่อยู่ในทางเดินหายใจของเด็กถูกขับออกมา ปอดเด็กสมบูรณ์มากกว่า ภาวะการหายใจผิดปกติของทารกนี้ จะทำให้ทารกส่วนหนึ่งต้องใส่ท่อช่วยหายใจ ต้องเข้ารับการดูแลรักษาในหออภิบาลทารกวิกฤติ (Neonatal Intensive Care Unit, NICU) ซึ่งอาจจะเกิดภาวะแทรกซ้อนอย่างอื่นตามมาอีก

ที่สำคัญมากอีกอย่างหนึ่งคือ มารดาที่คลอดโดยการผ่าตัดจะประสบความสำเร็จในการให้ลูกดูนมแม่อย่างเดียวจนครบ 6 เดือนน้อยกว่ามารดาที่คลอดปกติ ทั้งนี้อาจจะเป็นเพราะ

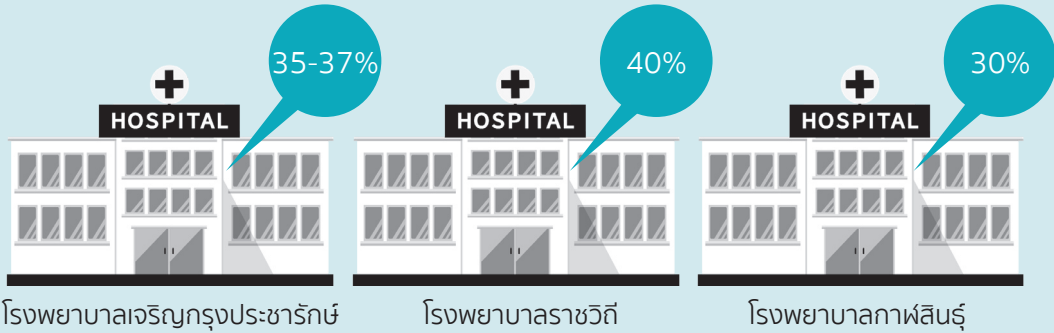
- 1) มารดาที่ผ่าท้องคลอด มักเริ่มให้ลูกดูนมช้าเกิน 30 นาทีหลังคลอด
- 2) ทารกที่คลอดจากการผ่าท้องคลอดจะมีอาการง่วงและซึมมากกว่าทารกที่คลอดปกติ
- 3) ยาแก้ปวดที่มารดาได้รับหลังผ่าตัดจะทำให้ทารกง่วง
- 4) มารดาที่ผ่าท้องคลอดจะมีความลำบากในการให้ลูกกินนมเพราะเจ็บแผลผ่าตัด
- 5) บางโรงพยาบาลมีนโยบายแยกลูกที่มารดาผ่าท้องคลอดไปอยู่คนละแห่งในช่วง 24 ชั่วโมงแรกหลังคลอด

ประเด็นที่สำคัญอีกอย่างหนึ่งของการผ่าตัดคลอดที่ไม่จำเป็น คือ การเพิ่มค่าใช้จ่ายสูงขึ้นอย่างน้อย 3 เท่าของการคลอดปกติ โดยไม่เกิดผลดีต่อมารดาและทารก และยังมีการเพิ่มอันตรายต่อทั้งมารดาและทารก ทั้งในระยะสั้นและระยะยาว มีการประมาณการว่า ในประเทศไทยมีการเสียเงินจากการผ่าตัดคลอด ที่ไม่จำเป็นอย่างน้อยปีละ 2,000 ล้านบาท

ประเทศไทยมีอัตราการ
การผ่าตัดคลอดสูง
ถึง 34% เป็นที่ 2 ในเอเชีย
รองจากประเทศจีน

เดือนกุมภาพันธ์ 2018 ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย ได้มีบันทึกความร่วมมือกับกระทรวงสาธารณสุขในการลดการผ่าตัดคลอดที่ไม่จำเป็น โดยใช้แนวทางขององค์การอนามัยโลก รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข รับการลดการผ่าตัดคลอดเป็นนโยบายสำคัญ

อัตราการผ่าตัดคลอดในปัจจุบัน



ปัจจัยที่ทำให้อัตราการผ่าตัดคลอดเพิ่มมากขึ้น

- แม่และครอบครัว มีความเชื่อ ค่านิยม เกี่ยวกับวัน เวลาที่เป็นฤกษ์ดี ต้องการให้ผ่าท้องคลอดตรงกับวันสำคัญ ส่วนใหญ่เป็นคุณแม่ที่ฝากพิเศษ บางรายระบุวัน เวลาคลอด ไว้เรียบร้อยแล้ว
- แม่และครอบครัวทราบเฉพาะข้อดีของการผ่าท้องคลอด เช่น สะดวก รวดเร็ว แต่ยังขาดข้อมูลอื่น ๆ เช่น ไม่ทราบผลเสียที่แท้จริงของการผ่าท้องคลอดต่อลูกและแม่ ทั้งในระยะสั้นและระยะยาว ซึ่ง ศ.นพ.ภิเศก ลุมพิกานนท์ ให้คำนิยามสิ่งนี้ว่า “ความไม่รู้โดยบริสุทธิ์ใจ”
 - แม่และทารกในครรภ์มีภาวะแทรกซ้อน
 - แม่เคยผ่าท้องคลอดมาก่อนหน้านี้
 - แม่เชื่อว่าถ้าตั้งครรภ์ตอนอายุมาก ต้องผ่าคลอดแน่ ๆ แล้วก็อยากผ่าคลอดด้วย
 - แม่อยากผ่าท้องคลอดเพราะจะรีบกลับไปทำงาน
 - การบริหารจัดการเวลาของการผ่าท้องคลอด แค่ชั่วโมงเดียวเสร็จ สามารถวางแผนล่วงหน้าได้ สามารถจัดการอะไรต่าง ๆ ได้ดี
 - ยิ่งผ่าท้องคลอดมาก โรงพยาบาลยิ่งได้เงินมาก

ข้อมูลและภาพเหล่านี้เป็นข้อมูลเชิงประจักษ์ที่ได้มาจากการศึกษาวิจัยของคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

- บุคลากรและโรงพยาบาลกลัวถูกฟ้องร้อง
- บุคลากรของโรงพยาบาลผ่าตัดคลอดเป็นส่วนใหญ่ และสื่อมักนำเสนอว่าเหล่าดาราคงดี ผ่าตัดคลอด ส่งผลให้ผู้รับบริการต้องการผ่าตัดคลอดมากขึ้น

อายุของแม่เพียงอย่างเดียว ไม่ใช่ข้อบ่งชี้ที่จะต้องผ่าตัดคลอด จำเป็นต้องดูปัจจัยหรือข้อบ่งชี้อื่นๆ ด้วย โดยที่โรงพยาบาลปฏิบัติอยู่คือ เข้มงวดกับทุกข้อบ่งชี้ในการผ่าตัดคลอดมากขึ้น โดยใช้ Robson (10 groups) Classification

คลอด
ธรรมชาติ

การเกิดหอบหืด
ในเด็ก
ประมาณ 0.8%

โอกาสที่เด็ก
จะเสียชีวิต
0.6:1,000 ราย

ปอดของเด็ก
ถูกกระตุ้นให้
ทำงานเป็นปกติ

เด็กได้รับเชื้อแบคทีเรีย
ที่ดีที่อยู่ในช่องคลอด
ของแม่ ช่วยสร้าง
ภูมิคุ้มกันแก่ลูก

แม่สามารถ
ให้นมลูกได้
ทันทีหลังคลอด

แม่ไม่เจ็บแผล
สามารถนั่งให้นม
ลูกในท่าปกติได้

ผ่า
คลอด

เด็กจะง่วง ซึม
เพราะได้รับผลจาก
ยาสลบที่แม่ได้รับ

ใช้เวลานานกว่า
แม่จะฟื้นจากยาสลบ ทำให้
เป็นอุปสรรคต่อการให้นม
ลูกภายใน 1 ชั่วโมงแรก

โอกาสที่เด็กจะ
เสียชีวิต
1.7:1,000 ราย

การเกิดหอบหืด
ในเด็ก
ประมาณ 4%

เด็กไม่ได้รับ
ภูมิคุ้มกัน เสี่ยงต่อ
ปัญหาสุขภาพ
มากกว่า

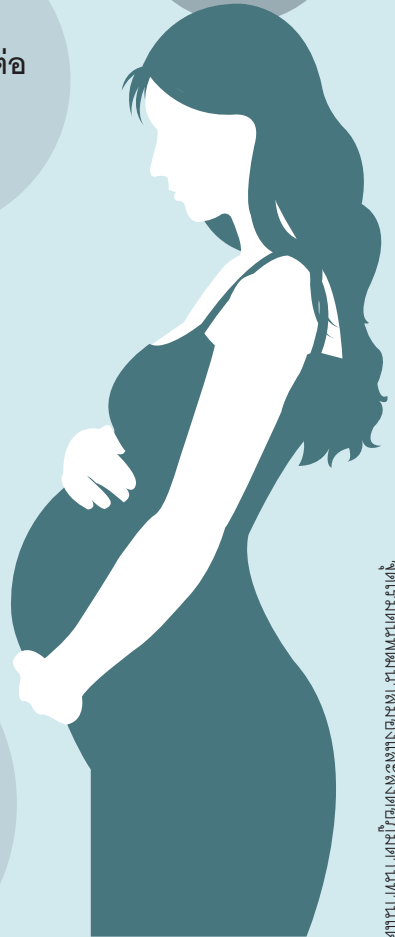
เด็กจะมีโอกาสอยู่ใน
หอผู้ป่วยทารกแรก
เกิดวิกฤต (NICU)
2 - 5 เท่า

เด็กมีโอกาส
ที่จะอยู่โรงพยาบาล
นานกว่า

ปอดเด็กไม่ได้ถูก
กระตุ้น จะมีปัญหาการ
หายใจ มีภาวะหายใจ
เร็วชั่วคราวมากขึ้น

แม่เจ็บแผลผ่าตัด
ไม่สะดวกในการให้นมลูก
รู้สึกท้อแท้ แรงจูงใจในการ
ให้นมลูกลดลง ส่งผลต่อ
การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

แม่ได้รับยาปฏิชีวนะ
ทั้งก่อนและหลังผ่าตัด
เพื่อป้องกันการติดเชื้อ
มีผลทำให้มีการติดเชื้อรา
ทั้งในแม่และลูกเพิ่มขึ้น



ความสำเร็จในการลดการฟ้อคลอด เพิ่มการคลอดเองตามธรรมชาติ

คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

• พญ.สุชญา ลือวรรณ คณะแพทยศาสตร์ ภาควิชาสูติศาสตร์ นรีเวชวิทยา มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

ในปัจจุบันแม่ส่วนใหญ่จะกลัวความเจ็บปวด ไม่ค่อยมีใครอยากพบเจอความเจ็บปวดในระยะคลอด บางรายถามหาและต้องการฉีดยา ดมก๊าซลดความเจ็บปวด รวมทั้งสามีและญาติก็ถามด้วย พอบอกไม่มี คำถามที่ตามมา คือ ขอผ่าท้องคลอดได้ไหม

สิ่งที่ทำ คือ เปิดประเด็นพูดคุย สิ่งที่เขากลัวคืออะไร ในเรื่องของความเจ็บปวด บอกวิธีที่เราสามารถทำได้ในปัจจุบันคือลดความเจ็บปวดโดยการให้ยา นอกจากนี้ก็มีแผนไทย เรื่องนวด การปรับท่า ที่ช่วยลดความเจ็บปวด ซึ่งช่วยได้เยอะเลย และการให้ญาติหรือบุคคลที่แม่ต้องการไปอยู่เฝ้าดูแล ทำให้แม่รู้สึกดีขึ้น ไม่โดดเดี่ยว การทำแบบนี้ดีกว่าที่เราจะปฏิเสธตั้งแต่ตอนแรกว่าไม่สามารถให้ยาลดความเจ็บปวด ไม่สามารถทำตามที่แม่และครอบครัวต้องการ แต่เราพยายามหาแนวทางอื่นให้แทน

ในห้องคลอด อนุญาตให้ญาติเข้าไปทุกราย แม้กระทั่งรายที่มีความเสี่ยงสูง (high risk) ยกเว้น ในบางรายที่มีปัญหา และจำกัดเวลา ในบางรายที่ไม่มีญาติเข้าไปก็จะมีเจ้าหน้าที่และพยาบาลช่วยดูแล และบรรเทาความเจ็บปวด

แม่และครอบครัวต้องการผ้าท้องคลอด อยากได้ถูกซ์ดี

สิ่งที่ทำคือ ให้ข้อมูลว่าการที่คลอดตามถูกซ์ แม้มีความเชื่อว่าดี แต่คงไม่ใช่ถูกซ์เกิดเวลาดีอย่างเดียวที่จะเปลี่ยนแปลงทุกอย่างในชีวิต สิ่งสำคัญที่สุดคือการดูแล สังคม สิ่งแวดล้อม ที่จะช่วยให้คุณเจริญเติบโตมาอย่างไร ต้องให้ข้อมูลหลาย ๆ ด้านเพื่อปรับความเชื่อเขา

แม่บางรายมีประสบการณ์ตรง เคยผ่าท้องคลอดและไม่มีปัญหาอะไร จึงอยากให้คุณผ่าท้องคลอด เพราะคิดว่าสะดวก ปลอดภัย และไม่เจ็บปวด เราจะให้คำปรึกษาว่าปัจจุบัน ภาวะแทรกซ้อนที่เป็นความเสี่ยงจากการผ่าคลอดมีเพิ่มมากขึ้น ทำให้เกิดการเสียชีวิตของแม่และทารกในครรภ์มากขึ้น

กลยุทธ์เสริมเพิ่มเติมความสำเร็จ

ให้แม่ที่คลอดธรรมชาติทางช่องคลอด เล่าประสบการณ์ ความเจ็บปวด การฟื้นตัวเป็นอย่างไร และความรู้สึกอบอุ่นเมื่อได้เห็นมลูก ในขณะที่แม่ที่ผ่าท้องคลอดก็เล่าประสบการณ์ ความเจ็บปวดที่เกิดขึ้น ภาวะแทรกซ้อน ซึ่งถึงแม้จะไม่มี แต่ก็แตกต่างกัน เราใช้สิ่งแวดล้อม ให้แม่ที่มีประสบการณ์เป็นผู้ซักจูง และให้แม่ที่จะคลอดกลับไปคิดทบทวน พอมามาฝากครรภ์รอบหน้าก็กลับมาคุยกันอีก อาจจะต้องคุยสัก 1 - 2 ครั้ง

โรงพยาบาลราชวิถี

• พญ. พุทธรพร ทองพั่ง สุนิรีแพทย์ โรงพยาบาลราชวิถี

ที่ปฏิบัติอยู่คือคุยกับแม่ตั้งแต่แรก คุยกับครอบครัวตั้งแต่มาปรึกษาว่าจะมีลูก โดยถามว่า “วางแผนจะคลอดแบบไหน” เพื่อแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ตั้งแต่มาฝากครรภ์ครั้งแรกหรือระหว่างฝากครรภ์ ถ้าเขาเลือกที่จะคลอดธรรมชาติ ก็บอกข้อดีทางด้านแม่ว่าฟื้นตัวเร็ว สามารถให้นมลูกได้เร็ว ลูกขึ้นได้เร็ว โอกาส ตกเลือดน้อย ข้อดีทางด้านลูกคือ จะได้รับภูมิคุ้มกันต่าง ๆ และให้กำลังใจ สนับสนุน

แต่ถ้าเขาเลือกผ่าท้องคลอด เราก็ถาม “เพราะสาเหตุอะไร” สาเหตุที่เขาบอกส่วนใหญ่คือ กลัวความเจ็บปวด กลัวคลอดเองไม่ได้ อายุมาก กลัวไม่มีแรงเบ่ง กลัวลูกตัวโตเกินไป กลัวรอคลอดนาน จะมีความกลัวในสิ่งที่จะเกิดขึ้น เมื่อเราทราบสาเหตุแล้ว เราก็อธิบายถึงประเด็นนั้น ๆ และให้ข้อมูลทางวิชาการ เราสามารถชี้ข้อดีได้ตั้งแต่เริ่มฝากครรภ์ promote แม่ที่คลอดธรรมชาติ สามารถให้นมแม่ได้เร็ว

• คุณศรีัญญา วิทยาประไพพันธ์ หรือผู้ป่วยพิเศษหลังคลอด โรงพยาบาลราชวิถี

อยู่มา 32 ปี ไม่มีรายใดที่ทำไม่ได้ สิ่งที่ทำให้การให้นมแม่สำเร็จ คือ การให้เวลาและกำลังใจ ถ้าแม่ผ่าท้องคลอด แล้วเราไปบังคับ (force) ก็จะล้มเหลวหมดทุกราย แม่ก็จะเครียด เพราะว่าการหลังน้ำนมไม่ใช่ว่าจะเหมือนกันทุกราย บางคนน้ำนมมาตั้งแต่ยังไม่คลอด บางคนคลอดแล้วมาเลย บางคนวันที่ 3 ถึงจะมา เราก็แค่ขอความร่วมมือจากแม่ว่าพร้อมไหม ถ้าแม่พร้อมก็เข้าเต้าเลยทันที เมื่อแม่พลิกได้ ให้นอนตะแคงให้นมเลย ไม่ต้องรอให้แม่นั่งได้ อธิบายถึงความสำคัญของนมแม่ และให้เวลาเขา พร้อมเมื่อไรให้บอก และคอยช่วยเขา ถ้าคอยช่วยตลอดเวลา ยิ่งงี้ก็ทำได้ แต่ถ้า

เราก็จะเอาเข้าเต้าเลย ไม่ถึง 1 ชั่วโมง ลูกได้เข้าเต้าแม่ภายใน 1 ชั่วโมง จัดท่าแม่ให้นอนตะแคง มีพยาบาลช่วยดูกระบวนการ ให้คำแนะนำและกำลังใจ

เรามีการ conference case ที่ได้รับการผ่าตัดในแต่ละวัน นำมา review ว่า ข้อบ่งชี้คืออะไร ทำให้สามารถ stick ในการผ่าตัดได้ อาจารย์หลายท่าน จะให้ความเห็นว่า case นี้เหมาะกับการผ่าตัดใหม่ เป็นการเรียนรู้ไปด้วยกัน การพิจารณาผ่าตัดค่อนข้างตรงตาม criteria

แนวทางลดการผ่าตัดคลอด

- ทำเป็นนโยบายจากกระทรวงสาธารณสุข เหมือนนโยบายลดการคลอดก่อนกำหนด มีแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจน
- ทำให้วิธีการคลอดโดยธรรมชาติเป็นวิธีที่ปลอดภัย มีความสุข และลดความเจ็บปวดของแม่ให้น้อยลง ต้องมีวิธีการที่เป็นไปตามทฤษฎี ทำเป็น model ห้องคลอดมีความสุข มีการติดตาม (monitor) ทั้งแม่และลูกเมื่อมีความผิดปกติ และสามารถจัดการแก้ไขได้
- อนุญาตให้พ่อ และญาติเข้ามาให้กำลังใจแม่ได้ (companion of choice) โดยต้องมีการฝึกอบรม (training) ก่อนพอสมควร
- สอนวิธีการกำหนดลมหายใจเพื่อบรรเทาความเจ็บปวด
- เปลี่ยนความคิดคนในห้องคลอด และประเมินความสำเร็จ
- มี idol ดาราที่คลอดเองตามธรรมชาติ แข็งแรง และเลี้ยงลูกด้วยนมแม่



ที่สำคัญ
อีกอย่างหนึ่งคือ
มารดาที่คลอด
โดยการผ่าตัด
จะประสบความสำเร็จ
ในการให้ลูกดูดนมแม่
อย่างเดียวจนครบ
6 เดือนน้อยกว่า
มารดาที่คลอดปกติ

2

ชั่วโมงแรก
หลังคลอด
ลูกได้ดูดนมแม่
ทันที

พ.ญ.กรรณิการ์ บางสายน้อย

อุปสรรคขัดขวางการเริ่มต้น เลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในช่วงโงงแรกหลังคลอด

ที่เป็นปัญหามากที่สุดคือ การผ่าตัดคลอด เนื่องจากปัจจุบันโรงพยาบาลส่วนใหญ่ มีอัตราผ่าตัดคลอดสูงเกินร้อยละ 50 ซึ่งไม่สามารถนำลูกไปดูนมแม่ให้เร็วได้

ปัญหาอื่น ๆ ที่พบ ได้แก่ การได้รับยาแก้ปวดของแม่ ที่มีผลทำให้ลูกง่วงซึม การขาดการเตรียมความพร้อมของแม่และครอบครัว ไม่ผ่านกระบวนการโรงเรียนพ่อแม่ของโรงพยาบาล ปัญหาความรู้และทักษะของบุคลากรบางคนที่ยังขาดความมั่นใจ วิตกกังวลในเรื่องความปลอดภัยของทารกขณะให้แม่โอบกอดลูกเนื้อแนบเนื้อบนเตียงคลอด รวมถึงปัญหาด้านอัตรากำลังใจคนไม่เพียงพอ ทำให้บางครั้งไม่สามารถช่วยให้มี early bonding, early sucking ได้ทุกรายหากมีแม่คลอดพร้อมกันหลายคน และห้องคลอดส่วนใหญ่ยังไม่มียุทธศาสตร์ให้สามีหรือญาติเข้าไปช่วยให้อาสาสมัครแม่ขณะคลอด

ข้อมูลจาก UNICEF global databases 2018 พบว่า ทารกแรกเกิดทั่วโลกในปี 2017 มีเพียง 2 ใน 5 ราย หรือร้อยละ 42 ที่ได้เริ่มต้นดูนมแม่เร็ว

ปี 2015 ในประเทศไทยมีทารกแรกเกิดที่ได้เริ่มต้นดูนมแม่เร็วร้อยละ 39.9 เท่ากับว่ามีเด็กไทย ร้อยละ 60 ที่ได้รับนมแม่ล่าช้าเกินหนึ่งชั่วโมง ขาดโอกาสในการเริ่มต้นชีวิตที่ดีที่สุด

ทารกเกิดมาพร้อมกับสัญชาตญาณในการดูดนมแม่ เป็นปฏิกิริยาตอบสนองอัตโนมัติเพื่อให้ได้อาหารซึ่งจำเป็นต่อการมีชีวิตรอดโดยเร็วที่สุด ในช่วงชั่วโมงแรกหลังเกิดทารกมีการตื่นตัวมากที่สุด สามารถที่จะคืบคลานไปบนอกแม่ เพื่อหาเต้านมและเริ่มต้นดูดนมแม่ และเงื่อนไขสำคัญที่จะทำให้ทารกสามารถเริ่มต้นดูดนมแม่ได้เร็วตั้งแต่ชั่วโมงแรกหลังเกิด คือการที่แม่ได้โอบกอดลูกเนื้อแนบเนื้อ (skin-to-skin contact) หลังเกิดทันที ซึ่งช่วยกระตุ้นสัญชาตญาณการดูดนมแม่ของทารก ทำให้ได้อาหารมื้อแรกคือ น้ำนมแม่เร็ว ทารกสามารถปรับตัวได้ดี ได้รับความอบอุ่นปลอดภัย และความรักจากแม่ เป็นจุดเริ่มต้นความรักความผูกพันแม่ลูก เป็นรากฐานที่ดีต่อสุขภาพลูกทั้งในระยะสั้นและระยะยาว

องค์การอนามัยโลก และองค์การยูนิเซฟ เห็นความสำคัญของการให้ลูกดูดนมแม่เร็วในหนึ่งชั่วโมงแรกหลังเกิด จึงกำหนดเป็นการปฏิบัติที่สำคัญเป็นบันไดขั้นที่ 4 ในแนวปฏิบัติตามบันไดสิบขั้นสู่ความสำเร็จของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในโรงพยาบาลของมาตรฐานโรงพยาบาลสายสัมพันธ์แม่ลูก (Baby-Friendly Hospital Initiative) ซึ่งมีมาตั้งแต่ปี 1992 มีหลักฐานเชิงประจักษ์สนับสนุนความสำคัญชัดเจน และยังคงมาตรฐานบันไดขั้นที่ 4 นี้ไว้จนถึงปัจจุบันในฉบับทบทวนครั้งล่าสุดในปี 2018 ซึ่งมีข้อแนะนำ ดังนี้

“Facilitate immediate and uninterrupted skin-to-skin contact and support mothers to initiate breastfeeding as soon as possible after birth”

“ส่งเสริมให้แม่โอบกอดลูกเนื้อแนบเนื้อทันทีหลังเกิดโดยไม่มีกรอบกวน และช่วยเหลือแม่เริ่มต้นให้ลูกดูดนมได้เร็วที่สุดเท่าที่จะทำได้ หลังลูกเกิด”

มาตรฐานระดับโลก (Global standards) กำหนดไว้ว่า

- แม่ที่คลอดลูกครบกำหนดอย่างน้อยร้อยละ 80 ได้ลูกมาโอบกอดเนื้อแนบเนื้อทันทีหลังลูกเกิดหรือภายใน 5 นาทีหลังลูกเกิด และอยู่ด้วยกันนานหนึ่งชั่วโมงหรือมากกว่า ยกเว้นในรายที่มีปัญหาทางการแพทย์
- แม่ที่คลอดลูกครบกำหนดอย่างน้อยร้อยละ 80 ที่ลูกสามารถดูดนมแม่ได้ภายในหนึ่งชั่วโมงหลังเกิด ยกเว้นในรายที่มีปัญหาทางการแพทย์

Marshall Klaus เป็นกุมารแพทย์คนแรกๆ ที่ได้สังเกตและศึกษาพฤติกรรมและความสามารถของทารก แรกเกิดที่สามารถคืบคลาน สัมผัส ค้นหาห้วงนม ดูดนมแม่ได้ในชั่วโมงแรกหลังเกิด และเรียกระยะหลังคลอดใหม่นี้เป็นระยะ sensitive period หรือเป็นระยะที่ไวต่อการตอบสนอง ความรักความผูกพันแม่ลูก (bonding) เกิดขึ้นได้เร็วและดีที่สุดช่วงหลังคลอดใหม่นี้

Colson et al. ศึกษาพบเป็นครั้งแรกว่าทารกแรกเกิด มี primitive neonatal reflexes ถึง 20 ชนิดที่ช่วยทารกในการค้นตัวเองและคืบคลานไปบนอกแม่ เข้าหาเต้านมแม่ เพื่อดูดนมแม่ กุญแจสำคัญที่จะกระตุ้นให้ทารกใช้รีเฟล็กซ์เหล่านี้ คือ การที่แม่และลูกได้มีโอกาสอยู่ด้วยกันทันทีหลังคลอด แม่ได้โอบกอดลูกเนื้อแนบเนื้อ (skin-to-skin contact) จะกระตุ้นสัญชาตญาณการดูดนมแม่ของลูก โดยอาศัยรีเฟล็กซ์ต่าง ๆ เหล่านี้ในการคืบคลาน ค้นหาเต้านมห้วงนมแม่และดูดนมแม่

Table 3 Feeding reflexes, type and function

| Reflex | Sample | Full BN posture | Partial/non BN posture | Type | Function |
|----------------------------|--------|-----------------|------------------------|--------|----------|
| | 40 | 100.0% | 23 | 57.5% | |
| Hand to mouth ^a | 25 | 62.5% | 15 | 65.2% | E 1 |
| Finger flex/extend | 38 | 95.0% | 21 | 91.3% | E 1 |
| Mouth gape | 40 | 100.0% | 23 | 100.0% | E 1 |
| Tongue dart, lick | 24 | 60.0% | 10 | 43.5% | E 1 |
| Arm cycle ^a | 37 | 92.5% | 15 | 95.7% | E 1 |
| Leg cycle ^a | 39 | 97.5% | 22 | 95.7% | E 1 |
| Foot/hand flex | 5 | 12.5% | 2 | 13.0% | E 1 |
| Head lift ^a | 19 | 47.5% | 13 | 26.1% | AG 1 |
| Head right ^a | 12 | 30.0% | 3 | 13.0% | AG 1 |
| Head bob/nod ^a | 26 | 65.0% | 16 | 43.5% | AG 1 |
| Root ^a | 38 | 95.0% | 17 | 91.3% | E,M 1 |
| Placing | 17 | 42.5% | 14 | 13.0% | M 1 |
| Palmar grasp | 40 | 100.0% | 23 | 100.0% | M 1,2 |
| Plantar grasp | 34 | 85.0% | 17 | 73.9% | M 1,2 |
| Babinski toe fan | 35 | 87.5% | 16 | 82.6% | M 1,2 |
| Step (withdrawal) | 31 | 77.5.0% | 14 | 60.9% | M 1,2 |
| Crawl | 14 | 35.0% | 13 | 4.3% | M 1,2 |
| Suck | 40 | 100.0% | 17 | 100.0% | R 2 |
| Jaw jerk | 40 | 100.0% | 17 | 100.0% | R 2 |
| Swallow | 40 | 100.0% | 17 | 100.0% | R 2 |

Reflex type: E endogenous, M motor, AG anti-gravity, R, rhythmic.

Functional Interpretation: 1. Find/Latch 2. Milk transfer.

^a PNRs observed as breastfeeding stimulants in full BN postures and barriers in partial and non BN postures.

Ann-Marie Widstrom เป็นคนแรกที่ได้รายงานผลการศึกษาพฤติกรรมของทารกแรกเกิดตามสัญชาตญาณตามลำดับ 9 ขั้นตอนเมื่อนำทารกหลังเกิดทันทีลำตัวเปลือยเปล่าวางบนอกแม่เนื้อแนบเนื้อ ที่นำไปสู่การดูดนมแม่ในชั่วโมงแรกหลังเกิดได้แก่

1. Birth cry ร้องไห้ดังหลังเกิดทันที แต่มักจะหยุดทันทีเมื่อนำไปวางบนอกแม่

2. Relaxation ผ่อนคลาย เมื่อหยุดร้องไห้แล้ว ทารกจะเงียบนิ่งประมาณ 2 - 3 นาที ยังไม่มีการเคลื่อนไหวของปาก ศีรษะ แขนขา ร่างกาย

3. Awakening เริ่มแสดงอาการตื่นตัว เช่น ผงกศีรษะขึ้นลง สายหัวไปข้างๆ ไปมา มีการเคลื่อนไหวแขนขาและไหล่เล็กน้อย

4. Activity มีการเคลื่อนไหวมากขึ้นของแขนขา ปากดูดซุกใช้ แต่ยังผล็กลำตัวไปไม่ได้

5. Resting ระยะเวลาพัก แต่อาจมีการเคลื่อนไหวเล็กน้อย เช่น ดูดที่มือ

6. Crawling ผล็กลำตัวคืบคลานไปได้

7. Familiarization ทารกเข้าถึงลานนม หัวนม เลียลานนม หัวนม ใช้เวลาทำความคุ้นเคย อาจใช้เวลานานถึง 20 นาที

8. Suckling ทารกจับหัวนมเข้าในปาก เริ่มดูดนมแม่ได้

9. Sleep หลับ

พฤติกรรมทารกทั้ง 9 ขั้นตอนของการดูดนม ใช้เวลาประมาณ 1 ชั่วโมงจนถึงหลับ ซึ่งช่วงเวลาหลับจะประมาณ 1.5 - 2 ชั่วโมงหลังเกิด

ผลของการเริ่มต้นเลี้ยงลูกด้วยนมแม่โดยเร็วหลังเกิด

สิ่งสำคัญของการเริ่มต้นเลี้ยงลูกด้วยนมแม่โดยเร็ว เป็นการส่งเสริมการทำงานของฮอร์โมนต่าง ๆ โดยเฉพาะฮอร์โมนโปรแลคตินที่กระตุ้นการสร้างน้ำนมทำให้น้ำนมมาเร็ว และฮอร์โมนออกซิโทซินที่กระตุ้นให้แม่และลูกแสดงพฤติกรรมตามสัญชาตญาณ สร้างความผูกพันทางจิตใจระหว่างแม่และลูก และทำให้การเริ่มต้นการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เกิดขึ้นตามธรรมชาติ รวมทั้งลดความเสี่ยงของแม่จากการตกเลือดหลังคลอด

การที่ทารกได้ดูดนมแม่เร็วในอ้อมกอดแม่ ผิวกายแม่ลูกสัมผัสกันเนื้อแนบเนื้อเร็วตั้งแต่หลังเกิดทันที มีความสำคัญกับการมีชีวิตรอดของทารก ช่วยให้ทารกได้รับนมแม่อย่างเดียวยิ่งขึ้น และระยะเวลาของการได้นมแม่นานขึ้น ลดอัตราป่วยอัตราตายของทารก นำไปสู่สุขภาพที่ดีขึ้นทั้งในระยะสั้นและระยะยาว

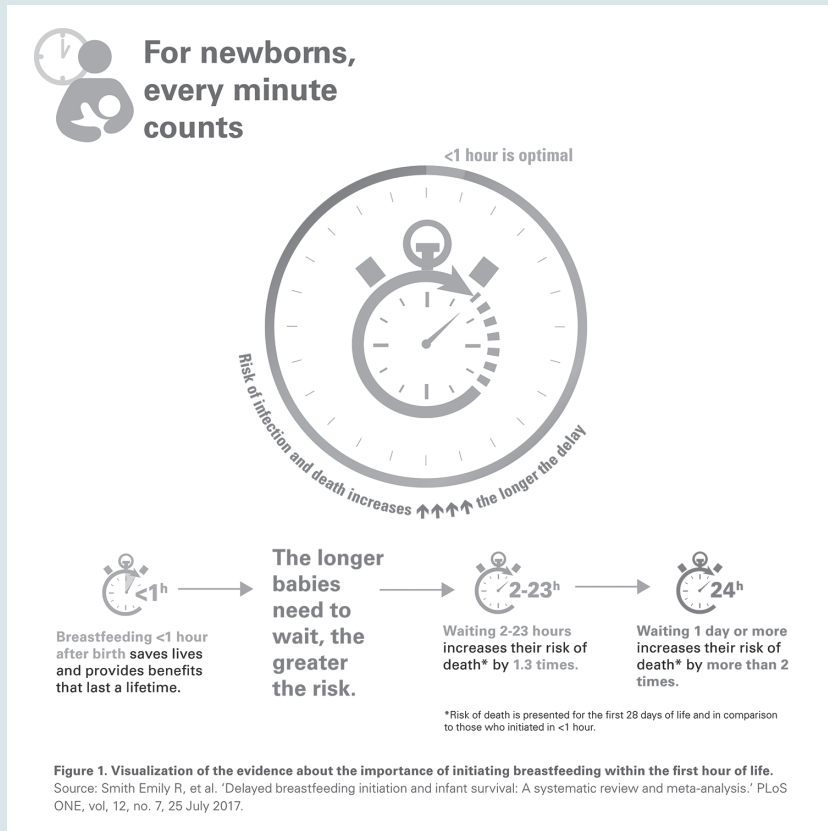
การให้ลูกได้ดูดนมแม่โดยเร็วหลังเกิด ทำให้ลูกได้รับหัวน้ำนมซึ่งมีภูมิคุ้มกันเชื้อโรคสูง ได้รับสาร bifidus ซึ่งเป็นสาร prebiotic ที่ช่วยกระตุ้นการเจริญเติบโตของจุลินทรีย์ประจำถิ่นในระบบทางเดินอาหาร ซึ่งจะช่วยป้องกันการเจริญเติบโตของเชื้อที่ก่อโรค ทำให้ลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ การให้ลูกดูดนมแม่ต่อไปอย่างสม่ำเสมอ ยิ่งช่วยเพิ่มความรักความผูกพันต่อลูกมากขึ้น กระตุ้นให้แม่เอาใจใส่ดูแลลูกอย่างต่อเนื่อง ซึ่งมีความสำคัญต่อพื้นฐานอารมณ์ของลูกและพฤติกรรมของแม่ หากความสัมพันธ์ในช่วงนี้เป็นไปด้วยดีจะเป็นจุดเริ่มต้นความสัมพันธ์ที่ดีต่อไปในอนาคต

ผลการวิจัยศึกษาทบทวนใน 38 การศึกษา ประกอบด้วยคุณแม่-ลูก 3,472 คู่ จาก 21 ประเทศ เปรียบเทียบการให้แม่โอบกอดลูกเนื้อแนบเนื้อ

ทันทีภายใน 10 นาทีหลังเกิด (Immediate skin-to-skin;SSC) หรือให้ โอบกอดเร็วระหว่าง 10 นาที ถึง 23 ชั่วโมงหลังเกิด (Early SSC) ในทารกแรกเกิดปกติ เทียบกับการดูแลตามมาตรฐานปกติเดิมคือ ใช้ผ้าห่อตัวเด็ก ให้แม่อุ้ม วางเด็กไว้ดูแลในเตียงเด็กหรือใต้ radiant warmer พบว่าการ ดูดนมแม่ครั้งแรกประสบความสำเร็จมากกว่าในกลุ่มที่ได้ SSC ทันทีหรือ ได้เร็ว ช่วยทำให้ลูกได้รับนมแม่ อย่างเดียวเมื่อจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล จนถึง 1 เดือนสูงกว่า แม่เลี้ยงลูกด้วยนมแม่ 1-4 เดือนมากกว่า กลุ่มแม่ที่ได้ SSC เลี้ยงลูกด้วยนมแม่นานกว่า ช่วยให้ได้รับนมแม่อย่างเดียวนาน 6 สัปดาห์และ 6 เดือนดีขึ้น แม้แต่ในกลุ่มผ่าตัดคลอด ถ้าได้รับ SSC พบว่า แม่ให้นมแม่ได้สำเร็จจนถึง 1-4 เดือนหลังเกิดมากกว่ากลุ่มผ่าตัดคลอดที่ไม่ได้ SSC และเมื่อประเมินประสิทธิภาพการดูดนมโดยใช้เครื่องมือ IBFT (Infant Breastfeeding Assessment Tool) พบว่าคะแนนในกลุ่มที่แม่ได้ SSC สูงกว่า การดูดนมแม่ครั้งแรกประสบความสำเร็จมากกว่า

การศึกษาจาก Ghana (Edmond K 2006) เป็นการศึกษาแรกของโลก ที่แสดงให้เห็นว่า ถ้าให้ลูกได้กินนมแม่ในหนึ่งชั่วโมงแรกหลังเกิด สามารถลด อัตราตายของทารกแรกเกิดในหนึ่งเดือนแรกได้ถึงร้อยละ 22

ล่าสุดจากการวิจัยทบทวนและวิเคราะห์แบบ meta-analysis (Smith et al 2017) ใน 5 การศึกษา จาก 4 ประเทศครอบคลุมทารกแรกเกิดที่ได้รับ นมแม่ 136,047 ราย พบว่าในทารกที่เริ่มต้นได้นมแม่ช้า 2-23 ชั่วโมงมีความ เสี่ยงต่อการตายใน 28 วันแรกสูงกว่าทารกที่ได้นมแม่ตั้งแต่นานภายใน 1 ชั่วโมง หลังเกิด ร้อยละ 33 และถ้าเริ่มได้นมแม่ช้าถึง 1 วันหรือมากกว่า อัตราเสี่ยง จะเพิ่มมากกว่า 2.19 เท่า



นอกจากนี้ ผลการศึกษาการเจ็บป่วยของทารกในประเทศแทนซาเนีย พบว่าในทารกทั้งหมด 4,203 ราย มีร้อยละ 13 ที่ได้นมแม่ช้ากว่าหนึ่งชั่วโมง หลังคลอด ทารกกลุ่มนี้มีความสัมพันธ์กับการเจ็บป่วยที่พบบ่อยเพิ่มขึ้นใน 6 เดือนแรก เช่น การติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบนและอาการอาเจียน มีความเสี่ยงต่ออาการไอเพิ่มขึ้นร้อยละ 11 ความเสี่ยงต่อการหายใจลำบาก เพิ่มขึ้นร้อยละ 48 ในช่วง 6 เดือนแรก และนอกจากนี้ยังมีความเสี่ยงต่อการมีอาการหายใจลำบากมากกว่าในช่วงอายุ 6 - 12 เดือน

การปฏิบัติเพื่อส่งเสริมให้การรกได้ดูดนมแม่ ภายในหนึ่งชั่วโมงแรกหลังเกิด

จากแนวปฏิบัติทางคลินิกของ Academy of Breastfeeding Medicine ABM Clinical Protocol #7 Model Maternity Policy Supportive of Breast feeding ได้ให้แนวทางการดูแลหลังคลอดเพื่อส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ดังนี้

1. ให้แม่โอบกอดลูกทันทีหลังลูกเกิด

ถ้าไม่มีโรคแทรกซ้อน ไม่ว่าจะคลอดทางช่องคลอดหรือผ่าตัดคลอด หรือแม่จะเป็นรายที่จะให้นมผสม รวมไปถึงทารกคลอดก่อนกำหนด ทารกเกือบครบกำหนด (34-36⁺⁶ สัปดาห์) และทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย (ระหว่าง 1,200-2,500 กรัม) ที่สภาพแม่ลูกปกติ ไม่มีปัญหา โดยมีวิธีปฏิบัติต่อไปนี

1.1 วางทารกแรกเกิดปกติทุกราย นอนคว่ำบนอกแม่หลังเกิดทันที โดยไม่สวมเสื้อผ้า เช็ดตัวให้แห้ง คลุมด้วยผ้าห่มอุ่นให้ความอบอุ่นทั้งแม่และลูก อนุญาตให้พ่ออยู่ร่วมด้วยเพื่อสร้าง bonding ภายใต้การเฝ้าสังเกตอาการของเจ้าหน้าที่ ควรปล่อยให้ทารกได้แสดงพฤติกรรมที่เกิดขึ้นตามธรรมชาติ 9 ขั้นตอนเมื่อทารกได้สัมผัสแม่เนื้อแนบเนื้อ

1.2 ให้แม่โอบกอดลูกเนื้อแนบเนื้อ โดยปราศจากการรบกวนใด ๆ เป็นเวลาอย่างน้อย 2 ชั่วโมงหรือจนกระทั่งลูกสามารถดูดนมแม่ได้ ถ้ามีเหตุผลด้านการแพทย์หรือมีเหตุให้รบกวนที่ทำให้เริ่มต้นการโอบกอดลูกเนื้อแนบเนื้อเข้าไป เจ้าหน้าที่ต้องให้ความมั่นใจว่า แม่จะได้โอบกอดลูกเร็วที่สุดเมื่ออาการทางคลินิกคงที่แล้ว ควรมีการบันทึกระยะเวลาการที่แม่ได้โอบกอดลูกเนื้อแนบเนื้อในแบบบันทึกทางการแพทย์

1.3 ปรับอุณหภูมิห้องคลอดไว้ที่ 25 องศาเซลเซียส หรือสูงกว่า และไม่ให้มีลมโกรกพัดผ่าน ปรับแสงในห้องไม่ให้จ้า หลีกเลี่ยงการส่งเสียงดัง เพื่อช่วยให้ทารกได้แสดงรีเฟล็กซ์ที่มีมาแต่กำเนิดตามธรรมชาติออกมา

ถ้าให้แม่โอบกอดลูกเนื้อแนบเนื้อ ทารกเกิดก่อนกำหนด อาจมีรีเฟร็กซ์เกี่ยวกับการดูดนมได้ตั้งแต่ 27 สัปดาห์

ทารกเกิดก่อนกำหนดบางราย อาจยังเริ่มดูดนมได้ยาก การบีบน้ำนมออกจากเต้าเร็วและบ่อย จึงเป็นเรื่องสำคัญมาก ในการสร้างและการหลั่งน้ำนมในทารกเกิดก่อนกำหนดที่ยังไม่สามารถดูดนมแม่ได้ โดยตั้งเป้าไว้ที่ การเปลี่ยนไปดูดนมแม่จากเต้า และให้ลูกกินนมแม่อย่างเดียว

องค์การอนามัยโลกได้กำหนดให้อัตราการเริ่มต้นเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ โดยเร็วในชั่วโมงแรก เป็นตัวชี้วัดความสำเร็จการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของโรงพยาบาลที่ผ่านการประเมินเป็นโรงพยาบาลสายสัมพันธ์แม่ลูก

บทบาทของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขในโรงพยาบาลต่อการส่งเสริมให้ทารกได้นมแม่โดยเร็วในชั่วโมงแรกหลังคลอด

1. ควรจัดสภาพแวดล้อมให้เงียบสงบ
2. ให้เวลาแม่ และช่วยเหลือแม่ให้มีความสุขสบาย
3. ชี้ให้แม่เห็นพฤติกรรมตามสัญญาณของลูกทั้ง 9 ขั้นตอน
4. หลีกเลี่ยงการรีบเร่งทารกให้ดูดนม หรือการพยายามใส่หัวนมเข้าไปในปากทารก ให้ทารกได้ค้นหาเต้านมและดูดนมแม่ด้วยตนเอง
5. สอนแม่ถึงวิธีการจับอมหัวนมและลานนมที่ถูกต้อง นุ่มนวลและไม่รีบเร่ง
6. ไม่ควรเร่งรัดหรือกำหนดระยะเวลาในการดูดนมของลูก เนื่องจากเป็นเพียงการเริ่มดูดนมแม่ครั้งแรก ลูกเพิ่งจะได้สัมผัสแม่ครั้งแรก ให้ลูกรับรู้กลิ่นแม่ สัมผัสจากอ้อมอกแม่ ได้เรียนรู้วิธีที่จะดูดนมมากกว่าการได้น้ำนม
7. ให้ความช่วยเหลือการดูดนมในครั้งต่อไป เพื่อให้แม่ได้เรียนรู้ทำให้นมลูก การอมงับหัวนมที่ถูกต้อง สัญญาณหิวของทารกและทักษะอื่น ๆ ที่จำเป็น
8. สร้างความมั่นใจให้กับแม่ โดยให้กำลังใจและชมเชยเมื่อทำได้ถูกต้อง

ข้อเสนอแนะเพื่อความสำเร็จในการให้การก่อดูแลคุณแม่โดยเร็วภายในชั่วโมงแรกหลังคลอด

1. ส่งเสริมสนับสนุนให้ทุกโรงพยาบาลทั้งภาครัฐและเอกชน พัฒนาการปฏิบัติในการให้บริการสุขภาพด้านแม่และเด็กตามแนวทางบันไดสิบขั้นสู่ความสำเร็จของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในโรงพยาบาล ตามมาตรฐานโรงพยาบาลสายสัมพันธ์แม่ลูก
2. ให้มีนโยบายการดูแลทารกแรกเกิดระดับชาติ โดยมีเรื่องการให้ลูกดูดนมแม่เร็วเป็นส่วนหนึ่งของนโยบายที่สำคัญ
3. ควรมีมาตรการ แนวทาง วิธีปฏิบัติ จากองค์วิชาชีพของทั้งแพทย์และพยาบาล เพื่อส่งเสริมการคลอดธรรมชาติ และลดการผ่าตัดคลอดที่ไม่จำเป็น
4. พัฒนาศักยภาพบุคลากรที่เกี่ยวข้องทุกระดับ ทั้งด้านความรู้ ทักษะ เพื่อให้ตระหนักเห็นความสำคัญ สร้างความมั่นใจและเกิดทัศนคติที่ดี สามารถให้การดูแลช่วยเหลือคุณแม่ลูกได้อย่างเหมาะสม
5. จัดสรรทรัพยากรสนับสนุนอย่างเหมาะสม ทั้งในด้านการพัฒนาบุคลากร และด้านอัตรากำลัง
6. มีระบบในการติดตาม ประเมินคุณภาพการปฏิบัติทั้งภายในโรงพยาบาลและจากองค์กรภายนอกอย่างสม่ำเสมอ เพื่อหาโอกาสในการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง
7. ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของสมาชิกในครอบครัว ให้มีส่วนช่วยในกำลังใจแม่ในระยะคลอดและหลังคลอดในห้องคลอด
8. มีการรณรงค์ประชาสัมพันธ์ความสำคัญของการให้นมแม่เร็ว แก่พ่อแม่ ครอบครัว ตลอดจนประชาชนทั่วไป เพื่อสร้างความตระหนักถึงความสำคัญ สร้างความต้องการในการรับบริการจากโรงพยาบาล



ឯកសារ​ខ្លាំង​ទី

1. WHO. Evidence for the ten steps to successful breastfeeding. WHO/CHD/98.9 Geneva: World Health Organization 1998: 31-39.
2. World Health Organization WHO, Implementation guidance.Protecting, promoting and supporting breastfeeding in facilities providing maternity and newborn services: the revised Baby-friendly Hospital Initiative*WHO, Geneva. 2018: 23-24.
3. Klaus MH,Kennell JH.Maternal –Infant bonding C.V Mosby,St.Louis, 1976: 50-82.
4. Colson SD., Meek JH.,. Hawdon JM.. Optimal positions for the release of primitive neonatal reflexes stimulating breastfeeding. Early Human Development 2008; 84: 441-449.
5. Widstrom AM et al.Newborn behavior to locate the breast when skin to skin: A possible method for enabling early self-regulation. Acta Paediatrica Scand. 2011; 100(1): 79-85.
6. Righard L, Alade MO. Effect of delivery room routines on success of first breast-feed. Lancet 1990; 336: 1105-7.
7. Mikiel-Kostyra K, Mazur J, Boltruszko I. Effect of early skin-to-skin contact after delivery on duration of breastfeeding: a prospective cohort study. Acta Paediatrica 2002; 91: 1301-6.
8. World Health Organization, UNICEF, Wellstart International. Baby-Friendly Hospital Initiative: revised, updated and expanded for Integrated care. Section 3 : Breastfeeding promotion and support in a baby-friendly hospital, a 20-hour course for maternity staff. ISBN: 978 92 4 159498 1 (v.3), ISBN: 978 92 4 159495 0 (set). Geneva: WHO Document Production Services.
9. Moore ER, Bergman N, Anderson GC, Medley N. Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. Cochrane Database Syst Rev. 2016; (11): CD003519. doi:10.1002/14651858. CD003519.pub4.
10. Edmond K et al.Delayed Breastfeeding Initiation Increases Risks of Neonatal Mortality. Pediatrics 2006; 117(3): 380-36.
11. Smith, Emily R et al. Delayed Breastfeeding Initiation and Infant survival. A systematic review and and meta-analysis. PLoS ONE. 2017; 12(7).

3

การกลืนติด
แก็ง่าย ๆ
ได้กินนมแม่
แน่นอน

รศ. น.พ.ภาวิน พัวพรพงษ์

การกลืนติด
แก็่ง่าย ๆ
ได้กินนมแม่
แน่นอน



เนื้อเยื่อที่ยึดใต้ลิ้นในภาวะลิ้นติด

ที่มาและความสำคัญของภาวะลิ้นติด

Tongue-tie เป็นคำในภาษาอังกฤษที่ใช้เรียก “ภาวะลิ้นติด” โดยศัพท์ทางการแพทย์ใช้คำว่า “ankyloglossia” หมายถึง ภาวะที่มีเนื้อเยื่อที่ยึดระหว่างใต้ลิ้น (lingual frenulum) กับพื้นล่างของช่องปาก ผิดปกติ มีลักษณะหนา ดึงหรือสั้น ทำให้เกิดการจำกัดของการเคลื่อนของลิ้นไปทางด้านหน้าหรือด้านข้าง ดังรูป

ในอดีตราวคริสต์ศตวรรษที่ 18 มีความเชื่อว่า ภาวะล้นติดนี้สัมพันธ์กับความผิดปกติของการดูดนมแม่และการพูด จึงมีการหนีบหรือตัดเนื้อเยื่อที่ยึดระหว่างใต้ลิ้นกับพื้นล่างของช่องปากออก โดยมีรายงานการใช้เล็บมือของผู้ศรัทธาตัดเนื้อเยื่อที่ยึดนี้ ต่อมาราวต้นคริสต์ศตวรรษที่ 20 ความเชื่อนี้เปลี่ยนแปลงไปในทางตรงข้าม โดยมีความเชื่อว่าไม่จำเป็นต้องรักษาทารกที่มีภาวะนี้

ปัจจุบันเริ่มมีข้อมูลเชิงประจักษ์ถึงความสัมพันธ์ของภาวะล้นติดกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ โดยภาวะล้นติด อาจส่งผลทำให้ทารกเข้าเต้าน้ำยาก มารดามีอาการเจ็บหัวนม ทารกกินนมได้น้อย และมีการเตีบโต ต่ำกว่าเกณฑ์ ซึ่งทำให้มารดาหยุดการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ก่อนเวลาอันควร และเป็นปัญหาสำคัญอย่างหนึ่งที่ยังขาดแนวทางการดูแลที่ชัดเจนของบุคลากรทางการแพทย์ เพื่อจัดการปัญหาภาวะล้นติดนี้ได้เหมาะสมและช่วยสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ให้มีอัตราที่สูงขึ้น

อย่างไรก็ตาม ยังมีคำถามทางการแพทย์ที่ยังต้องการความชัดเจนว่า ทารกที่มีภาวะล้นติดรุนแรงแค่ไหนที่เป็นปัญหาในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และจำเป็นต้องผ่าตัดรักษา การจัดการความรู้เพื่อให้ได้ข้อสรุปและแนวทางการปฏิบัติในเรื่องนี้จึงจำเป็น

ข้อมูลพื้นฐานและหลักฐานเชิงประจักษ์

อุบัติการณ์ของภาวะลิ้นติดในทารกแรกเกิดพบได้ตั้งแต่ร้อยละ 1.7-14.9 โดยมีสัดส่วนในทารกเพศชายต่อเพศหญิงประมาณ 3 ต่อ 1

ภาวะลิ้นติดนี้พบมากขึ้นในทารกที่มีความผิดปกติในกลุ่มอาการ ดังนี้

- กลุ่มอาการ Kindler
- กลุ่มอาการ Vander Woude
- กลุ่มอาการ Opitz
- กลุ่มอาการ Orodigitofacial
- ภาวะเพดานโหว่ที่สัมพันธ์กับโครโมโซมเพศ (X-linked cleft palate)



การกัแม่ใช้ยาเสพติด
ประเภทโคเคน
พบมีอุบัติการณ์ของ
ภาวะลิ้นติดสูงขึ้น 3.5 เท่า



อุบัติการณ์ของภาวะลิ้นติดมีความแตกต่างกันขึ้นอยู่กับเกณฑ์การวินิจฉัย โดยเกณฑ์ให้การวินิจฉัยที่ใช้ ได้แก่

1. การมีเนื้อเยื่อที่ยึดระหว่างใต้ลิ้นกับพื้นล่างของช่องปากสันและจำกัดการเคลื่อนไหวของปลายลิ้น

2. การมีเนื้อเยื่อที่ยึดระหว่างใต้ลิ้นกับพื้นล่างของช่องปากสันและจำกัดการเคลื่อนไหวของลิ้น โดยแบ่งรายละเอียดภาวะลิ้นติด ดังนี้

2.1 ภาวะลิ้นติดทางด้านหน้า (anterior ankyloglossia) ซึ่งจะเห็นจากการที่เนื้อเยื่อที่ยึดระหว่างใต้ลิ้นกับพื้นล่างของช่องปากสันในส่วนครึ่งด้านหน้าของลิ้น โดยแบ่งเป็นชนิดย่อย 3 ชนิด คือ

- เนื้อเยื่อที่ยึดระหว่างใต้ลิ้นกับพื้นล่างของช่องปากมีมาถึงปลายลิ้น
- เนื้อเยื่อที่ยึดระหว่างใต้ลิ้นกับพื้นล่างของช่องปากมีประมาณ 3 ใน 4 ของลิ้น
- เนื้อเยื่อที่ยึดระหว่างใต้ลิ้นกับพื้นล่างของช่องปากมีประมาณ 1 ใน 2 ของลิ้น

2.2 ภาวะลิ้นติดทางด้านหลัง (posterior ankyloglossia) ซึ่งจะเห็นจากการที่เนื้อเยื่อที่ยึดระหว่างใต้ลิ้นกับพื้นล่างของช่องปากสันในส่วนครึ่งด้านหลังของลิ้น โดยภาวะลิ้นติดทางด้านหลังในเกณฑ์นี้อาจพิจารณาเป็นชนิดที่ 4

3. เกณฑ์ของ Kotlow โดยวัดความยาวของจากปลายลิ้นถึงจุดที่มีการติดของเนื้อเยื่อที่ยึดระหว่างใต้ลิ้นกับพื้นล่างของช่องปาก ความยาวที่เป็นปกติทางคลินิก คือมากกว่า 16 มิลลิเมตร

3.1 ความยาว 12-16 มิลลิเมตร จัดเป็นภาวะลิ้นติดเล็กน้อย (mild ankyloglossia)

3.2 ความยาว 8-11 มิลลิเมตร จัดเป็นภาวะลิ้นติดปานกลาง (moderate ankyloglossia)

3.3 ความยาว 3-7 มิลลิเมตร จัดเป็นภาวะลิ้นติดรุนแรง (severe ankyloglossia)

3.4 ความยาวน้อยกว่า 3 มิลลิเมตร จัดเป็นภาวะลิ้นติดสมบูรณ์ (complete ankyloglossia)

4. เกณฑ์ของ Hazelbaker โดยประเมินลักษณะของลิ้นทารกโดยใช้คะแนนลักษณะ 5 อย่างร่วมกับคะแนนหน้าที่การทำงานของลิ้นอีก 7 อย่าง การวินิจฉัยภาวะลิ้นติดเมื่อให้คะแนนลักษณะรวมแล้วได้ 8 หรือน้อยกว่า และ/หรือ คะแนนหน้าที่รวมแล้วได้ 11 หรือน้อยกว่า แสดงรายละเอียดดังตาราง

ตารางเกณฑ์การประเมินลักษณะและหน้าที่การทำงานของลิ้นของ Hazelbaker

| คะแนนของลักษณะลิ้น | คะแนนหน้าที่การทำงานของลิ้น |
|---|--|
| <p>ลักษณะลิ้นเมื่อกระดกขึ้น</p> <p>2: มนหรือเหลื่อม</p> <p>1: ปลายหยักเล็กน้อย</p> <p>0: รูปหัวใจหรือตัว V</p> | <p>การเคลื่อนที่ไปด้านข้างของลิ้น</p> <p>2: สมบูรณ์</p> <p>1: ไปเฉพาะตัวลิ้น ปลายไม่ไป</p> <p>0: ไม่ได้เลย</p> |
| <p>ความยืดหยุ่นของ frenulum</p> <p>2: ยืดหยุ่นมาก</p> <p>1: ยืดหยุ่นปานกลาง</p> <p>0: ยืดหยุ่นเล็กน้อยหรือไม่เลย</p> | <p>การกระดกลิ้น</p> <p>2: ปลายลิ้นถึงกลางปาก</p> <p>1: แค่ขอบสองข้างถึงกลางปาก</p> <p>0: ปลายอยู่แค่เหงือกกลางหรือกระดกได้ถึงเฉพาะเวลาเหงือกหุบ</p> |

| คะแนนของลักษณะลิ้น | คะแนนหน้าที่การทำงานของลิ้น |
|--|--|
| <p>ความยาวของ frenulum เมื่อลิ้นกระดก</p> <p>2: > 1 ซม. 1: 1 ซม. 0: < 1 ซม.</p> | <p>การแลบลิ้น</p> <p>2: ปลายลิ้นอยู่บนริมฝีปากล่าง 1: ปลายลิ้นอยู่บนเหงือกล่างเท่านั้น 0: ไม่ใช่ทั้ง 2 อย่าง หรือส่วนปลายหรือส่วนกลางลิ้นนูนสูงขึ้น</p> |
| <p>การยึดของ frenulum กับลิ้น</p> <p>2: frenulum ยึดส่วนหลังของปลายลิ้น 1: frenulum ยึดที่ปลายเลย 0: ปลายลิ้นมีรอยหยัก</p> | <p>การแผ่ของส่วนปลายของลิ้น</p> <p>2: บริบูรณ์เต็มที่ 1: ปานกลางหรือบางส่วน 0: เล็กน้อยหรือไม่เลย</p> |
| <p>ตำแหน่งยึดของ frenulum กับขอบเหงือกล่าง</p> <p>2: ยึดติดกับพื้นปากหรือหลังต่อขอบเหงือก 1: ยึดหลังขอบเหงือกพอดี 0: ยึดติดที่ขอบเหงือก</p> | <p>การม้วนของขอบลิ้นเมื่ออมหัวนม (cupping)</p> <p>2: ตลอดขอบ ม้วนอมได้กระชับ 1: ขอบข้างเท่านั้น กระชับปานกลาง 0: ไม่มี หรือไม่กระชับเลย</p> |
| | <p>การเคลื่อนไหวเป็นลูกคลื่นของลิ้น</p> <p>2: สมบูรณ์ จากหน้าไปถึงหลัง 1: บางส่วน เริ่มจากส่วนหลังต่อปลายลิ้น 0: ไม่มี หรือเคลื่อนกลับทาง</p> |
| | <p>การอมแล้วหลุด</p> <p>2: ไม่หลุด 1: เป็นครั้งคราว 0: บ่อย ๆ หรือทุกครั้งที่ดูด</p> |

หมายเหตุ ดัดแปลงจากข้อมูลแปลเป็นไทยโดย ศาสตราจารย์คลินิกเกียรติคุณ นายแพทย์วิระพงษ์ จัตวานนท์ จาก <http://www.breastfeedingthai.com/index.php?lay=show&ac=article&id=345949>

5. เกณฑ์ของศิริราช ผศ.นพ.มงคล เลหาหเพ็ญแสง สาขาวิชากุมาร ศัลยศาสตร์ ภาควิชาศัลยศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล ได้แบ่ง ความรุนแรงของภาวะลิ้นติดตามกายวิภาคของลิ้นเป็น 3 ระดับ โดยดู ได้ลิ้นขณะที่ยกลิ้นขึ้น และใช้ fimbrinated fold เป็น landmark ที่สำคัญ โดยแบ่งพื้นที่ใต้ลิ้นที่อยู่ต่ำกว่า fimbrinated fold ออกเป็น 2 ส่วน คือ ส่วนล่างคือส่วนที่อยู่ทางด้าน posterior และส่วนบนคือส่วนที่อยู่ทางด้าน anterior โดยแบ่งภาวะลิ้นติด ดังนี้

5.1 ภาวะลิ้นติดเล็กน้อย คือ เนื้อเยื่อที่ยึดใต้ลิ้นเกาะที่ครึ่งล่างก่อน มาทางโคนลิ้น

5.2 ภาวะลิ้นติดปานกลาง คือ เนื้อเยื่อที่ยึดใต้ลิ้นเกาะที่ครึ่งบนก่อน ไปทางปลายลิ้น แต่ไม่ถึง fimbrinated fold

5.3 ภาวะลิ้นติดรุนแรง คือ เนื้อเยื่อที่ยึดใต้ลิ้นยึดมาถึง fimbrinated fold และปลายลิ้น

นอกจากนี้ ยังมีการกำหนด Siriraj Tongue-Tie Score เพื่อให้คำแนะนำ ในการผ่าตัดรักษา ดังตาราง

ตารางการให้คะแนนในการประเมิน Siriraj Tongue-Tie Score

| ความรุนแรงของภาวะลิ้นติด | ห้วนม | การเข้าเต้า |
|------------------------------|-----------------------------|----------------------------------|
| 3 คะแนน ภาวะลิ้นติด เล็กน้อย | 3 คะแนน ห้วนม ยื่นออกมาปกติ | 4 คะแนน ลิ้นของทารก อยู่ที่ลานนม |
| 2 คะแนน ภาวะลิ้นติด ปานกลาง | 2 คะแนน ห้วนมบอด | 2 คะแนน ลิ้นของทารก อยู่ที่ห้วนม |
| 1 คะแนน ภาวะลิ้นติด รุนแรง | 1 คะแนน ห้วนมบวม | 0 คะแนน ไม่สามารถเข้าเต้าได้ |

หมายเหตุ หากประเมินแล้วได้ตั้งแต่ 8 คะแนนขึ้นไป ควรได้รับการรักษาแบบประคับประคองก่อน หากไม่ได้ผล จึงพิจารณาการรักษาด้วยการผ่าตัด ถ้าได้น้อยกว่า 8 คะแนน การรักษาแบบประคับประคอง อาจไม่ได้ผล ควร พิจารณาการรักษาด้วยการผ่าตัด

หากวิเคราะห์จากเกณฑ์ข้างต้น จะเห็นว่าในเกณฑ์การวินิจฉัยจะใช้ลักษณะของลิ้นร่วมกับหน้าที่การทำงานของลิ้น โดยความละเอียดในการประเมินมีความแตกต่างกัน ในการให้การรักษาลิ้นขึ้นอยู่กับการบดพร่องของหน้าที่การทำงานจนทำให้เกิดผลเสีย ผลเสียที่พบบอกเหนือจากผลที่มีต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ คือ การออกเสียงในการพูด โดยอาจพบมีความยากในการออกเสียงอักษรภาษาอังกฤษ T, D, Z, S, N, J, L, CH, TH, DG และ R แต่ไม่ได้พบว่าเป็นสาเหตุของการพูดซ้ำ

ในปี พ.ศ. 2556 ได้มีการพัฒนาเครื่องมือที่ใช้การวัดในการวินิจฉัยภาวะลิ้นติด คือ MEDSWU Tongue-tie director (ดังรูป) ซึ่งประยุกต์จากเครื่องมือที่ใช้ในการยกลิ้นขณะทำการผ่าตัดลิ้นติดที่เรียกว่า groove director with tongue-tie probe โดยการวัดทำได้ไม่ยาก โดยวิธีการวัดทำได้โดยใช้เครื่องมือยกลิ้นขึ้นและสังเกตขีดที่บอกระยะเป็นมิลลิเมตรจากจุดที่มีเนื้อเยื่อยึดติดใต้ลิ้นจนถึงปลายลิ้น (ดังรูป) นอกจากนี้ เครื่องมือนี้ยังมีเครื่องหมายเป็นจุดสังเกตเพื่อบ่งบอกความรุนแรงของภาวะลิ้นติดปานกลางและภาวะลิ้นติดรุนแรง ซึ่งจะช่วยสร้างความมั่นใจในการให้การวินิจฉัยเบื้องต้นของบุคลากร ทางการแพทย์ ส่วนใหญ่พยาบาลหรือผู้ช่วยพยาบาลจะเป็นผู้ดูแลและประเมินทารกเบื้องต้นในระยะแรก หลังคลอด ดังนั้น หากทำการฝึกให้พยาบาลหรือผู้ช่วยพยาบาลผู้ดูแลทารกเบื้องต้นให้สามารถตรวจคัดกรองก่อนส่งปรึกษาผู้เชี่ยวชาญจะทำให้ข้อมูลการดูแลภาวะลิ้นติดชัดเจนขึ้น



MEDSWU Tongue-tie director ที่ใช้ในการวินิจฉัยความรุนแรงของภาวะลิ้นติด



วิธีการตรวจวัดภาวะลิ้นติดโดยใช้ MEDSWU Tongue-tie director

สำหรับข้อมูลการศึกษาภาวะลิ้นติดในประเทศไทย จากการศึกษา รวบรวมภาวะลิ้นติดของทารกแรกเกิดในแม่และทารกที่คลอดปกติไม่มีภาวะ แทรกซ้อน จำนวน 1,649 ราย ที่ศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี คณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ โดยใช้เกณฑ์การวินิจฉัยของ Kotlow และใช้เครื่องมือที่พัฒนามาใช้ในการ ช่วยตรวจวินิจฉัยภาวะลิ้นติด ตรวจพบภาวะลิ้นติดร้อยละ 14.9 โดยพบ ภาวะลิ้นติดเล็กน้อยร้อยละ 7.5 ภาวะลิ้นติดปานกลางพบร้อยละ 5.7 และ ภาวะลิ้นติดรุนแรง พบร้อยละ 1.6

ความสัมพันธ์ของภาวะล้นติดกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

การเจ็บหัวนม มีการศึกษาพบว่าทารกที่มีภาวะล้นติดจะได้รับการส่งต่อเพื่อรับการรักษาด้วยสาเหตุของการเจ็บหัวนมของแม่วัยละ 36 - 89 สำหรับข้อมูลของประเทศไทย พบภาวะล้นติดปานกลางและรุนแรงหากไม่ได้รับการรักษาที่นอกกลับบ้าน จะเป็นสาเหตุอันดับสองของการเจ็บหัวนมของแม่ในสัปดาห์แรก หลังคลอดร้อยละ 23.2 โดยเมื่อได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดแล้ววัดคะแนนการเจ็บหัวนมของแม่ที่ทารกมีภาวะล้นติดดีขึ้น รวร้อยละ 44-95 และมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติของค่าเฉลี่ยของคะแนนการเจ็บเต้านมก่อนและหลังทำการผ่าตัด นอกจากนี้อาการเจ็บหัวนมที่มีในสามสัปดาห์แรกของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่มังมีความเสี่ยงต่อการหยุดเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ถึงร้อยละ 10 - 26

การเข้าเต้าไม่ดี จากการศึกษาจากการสอบถามพบว่า แพทย์เฉพาะทางโสต ศอ นาสิก ลาริงซ์วิทยา ร้อยละ 70 เชื่อว่าภาวะล้นติด ทำให้เกิดปัญหาในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่น้อย แต่แพทย์ที่ให้คำปรึกษาด้านการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่วัยละ 69 เชื่อว่า ภาวะล้นติดที่พบบ่อย ทำให้เกิดปัญหาการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ การเข้าเต้าเป็นส่วนสำคัญในกระบวนการเริ่มต้นเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ โดยพบทารกที่มีภาวะล้นติดจะได้รับการส่งต่อเพื่อรับการรักษาด้วยสาเหตุการเข้าเต้าได้ไม่ดีร้อยละ 64 - 84 และพบในทารกที่มีภาวะล้นติดปานกลางและรุนแรง มีคะแนนการเข้าเต้า (LATCH score) ที่น้อยกว่า 8 มากกว่าทารกปกติ 1.4 เท่านอกจากนี้ มีรายงานเปรียบเทียบการเข้าเต้าในทารกที่มีภาวะล้นติดกับทารกปกติ พบว่า ในทารกที่มีภาวะล้นติดมีการเข้าเต้ายากร้อยละ 25 เทียบกับในทารกปกติพบเพียงร้อยละ 3 หากเปรียบเทียบคะแนนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ (infant breastfeeding assessment tool)

และคะแนนการเข้าเต้าในทารกที่มีภาวะล้นติดก่อนและหลังได้รับการผ่าตัดรักษาพบว่ามีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ

ทารกน้ำหนักขึ้นไม่ดี พบทารกที่มีภาวะล้นติด มีปัญหาเรื่องน้ำหนักขึ้นไม่ดีร้อยละ 16 ซึ่งเป็นปัญหามาจากการเข้าเต้าได้ไม่ดีและต้องใช้เวลาในการเข้าเต้า ทำให้ได้รับน้ำนมแม่น้อยหรือไม่เพียงพอ ในทารกที่มีภาวะล้นติดนี้ไม่พบปัญหาในการดูดนมขวด เนื่องจากกลไกที่ใช้ในการดูดนมจากขวดนมมีความแตกต่างจากการดูดนมจากเต้า อย่างไรก็ตาม การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่มีประโยชน์มาก ดังนั้นการผ่าตัดแก้ไขจึงเป็นทางเลือกในรายที่มีปัญหานี้ มีการศึกษาพบว่า ทารกที่มีภาวะล้นติดหลังได้รับการผ่าตัดรักษาจะมีน้ำหนักดีขึ้นร้อยละ 65

การหยุดนมแม่เร็ว สาเหตุหนึ่งของการหยุดนมแม่เร็วคือ อาการเจ็บเต้านมในสามสัปดาห์แรกของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ทำให้มีความเสี่ยงต่อการหยุดเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ถึงร้อยละ 10 - 26 โดยพบความเสี่ยงในการหยุดเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในสัปดาห์แรกเพิ่มขึ้นถึงสามเท่า อย่างไรก็ตามในการติดตามทารกหลังจากผ่าตัดรักษาภาวะล้นติดเมื่ออายุ 2 เดือนไม่พบความแตกต่างของการเจ็บเต้านมและคะแนนการเข้าเต้า รวมถึงไม่พบความแตกต่างในระยะเวลากการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ แนวโน้มของข้อมูลแสดงว่าภาวะล้นติดน่าจะมีผลในช่วงระยะแรกหลังคลอดที่เริ่มเข้าเต้าและเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

การรักษาภาวะล้นติด

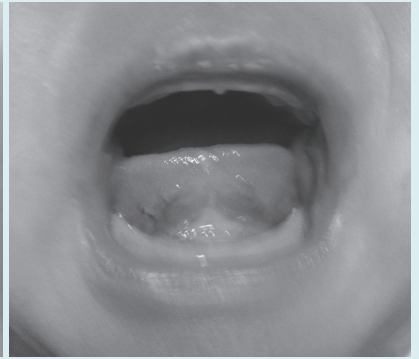
เนื่องจากทารกที่มีภาวะล้นติด ไม่ได้มีปัญหาในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ทุกราย มีรายงานพบว่าทารกที่มีภาวะล้นติดมีปัญหาในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ประมาณร้อยละ 50 ซึ่งจำนวนใกล้เคียงกับอุบัติการณ์ที่พบภาวะล้นติดปานกลางและรุนแรง ดังนั้นหากพบว่าทารกมีภาวะล้นติดปานกลางหรือ



ลิ้นติดรั้งเป็นรูปหัวใจ



เนื้อเยื่อยึดใต้ลิ้นหนา ไม่ยึดหยุ่น



แผลหลังผ่าตัด

รุนแรง ควรใส่ใจและสังเกตว่าทารกเข้าเต้าได้ดีหรือแม่มีอาการเจ็บหัวนมหรือไม่ เนื่องจากมีการศึกษาว่าแนวทางในการตัดลิ้นหัวใจผ่าตัดรักษา คือการใช้เกณฑ์วินิจฉัยภาวะลิ้นติดร่วมกับปัญหาในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่โดยวัดคะแนนการเจ็บเต้านม คะแนนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ หรือคะแนนการเข้าเต้า เมื่อคัดแยกทารกที่ควรได้รับการผ่าตัดรักษาได้แล้ว จำเป็นต้องให้คำปรึกษาถึงข้อมูลภาวะลิ้นติดและแนวทางในการรักษาเพื่อให้แม่และครอบครัวร่วมตัดสินใจ

วิธีการผ่าตัดรักษาภาวะลิ้นติด มีหลายวิธี ดังนี้

frenotomy หรือ frenulotomy เป็นการผ่าตัดรักษาที่นิยมใช้ในทารกแรกเกิด ทำโดยการตัดแยกเนื้อเยื่อที่ยึดระหว่างใต้ลิ้นกับพื้นล่างของช่องปากออกอย่างง่าย ๆ ซึ่งขั้นตอนการทำไม่ซับซ้อน ใช้กรรไกรตัดแล้วกดหยุดเลือดโดยไม่ต้องเย็บ การผ่าตัดไม่จำเป็นต้องใช้ยาดมสลบ ใช้เพียงยาชาเฉพาะที่ และสามารถทำได้ที่ห้องตรวจผู้ป่วยนอกหรือห้องทำหัตถการ เวลาในการผ่าตัดประมาณ 5 นาที หลังผ่าตัดสามารถให้ทารก ดูดนมแม่ได้ทันที การให้ยาแก้ปวดอาจใช้ในบางราย ไม่จำเป็นต้องให้ยาปฏิชีวนะ ผลในการรักษาได้ผลดีและไม่พบภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง นัดตรวจติดตามการรักษา 1 - 2 สัปดาห์

frenectomy เป็นการผ่าตัดทำโดยการตัดแยกเนื้อเยื่อที่ยึดระหว่างใต้ลิ้นกับพื้นล่างของช่องปากที่สั้นออกทั้งหมด เทคนิคการทำโดยใช้คีมหนีบ (clamp) เพื่อลดการไหลของเลือดก่อน แล้วจึงใช้กรรไกรตัด การผ่าตัดไม่จำเป็นต้องใช้ยาดมสลบ ใช้เพียงยาชาเฉพาะที่ และสามารถทำได้ในห้องตรวจผู้ป่วยนอกหรือห้องทำหัตถการ ใช้เวลาในการผ่าตัดไม่นาน หลังผ่าตัดอาจมีเลือดซึมคล้ายหลังการถอนฟัน สามารถให้ทารกดูดนมได้ทันที ผลในการรักษาได้ผลดีและไม่พบภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง

frenuloplasty มักใช้ผ่าตัดในเด็กอายุ 1-2 ปีขึ้นไปและผู้ใหญ่ ซึ่งขั้นตอนจะผ่าตัดแยกเนื้อเยื่อที่ยึดระหว่างใต้ลิ้นกับพื้นล่างของช่องปากออกทั้งหมด และเย็บตกแต่งส่วนที่แยกออกให้ได้ตามลักษณะ กายวิภาค ขั้นตอนการผ่าตัดจะยากกว่า ใช้เวลานานกว่า และในบางกรณีต้องใช้ยาดมสลบ หลังผ่าตัดสามารถรับประทานอาหารได้ บางรายอาจให้ยาแก้ปวด ไม่จำเป็นต้องให้ยาปฏิชีวนะ ผลในการรักษาได้ผลดีและไม่พบภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง นัดตรวจติดตามการรักษา 1 - 2 สัปดาห์ เพื่อสอนให้ฝึกบริหารการเคลื่อนไหวของลิ้น โดยการเคลื่อนไหวของลิ้นจะดีขึ้นหลังผ่าตัด

ความแตกต่างในการเลือกวิธีการรักษาขึ้นอยู่กับอายุของผู้ป่วย ความรุนแรงของภาวะลิ้นติด ปัญหาของภาวะลิ้นติดและช่วงเวลาที่พบ สิ่งเหล่านี้จะมีส่วนในการตัดสินใจและวางแผนในการเลือกวิธีการผ่าตัดรักษา

ในประเทศไทย เมื่อปี พ.ศ. 2559 มีการศึกษาที่โรงพยาบาลธรรมศาสตร์ ในคุณแม่ลูก 328 คู่ที่มีภาวะลิ้นติดและมีปัญหาเรื่องการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ พบว่า หลังผ่าตัด frenotomy มารดามีอาการเจ็บหัวนมลดลง และมีคะแนนการเข้าเต้าที่ดีขึ้น

ในปี พ.ศ. 2560 มีการประชุมวิชาการนมแม่แห่งชาติ หัวข้อ Tongue-tie ผศ.นพ.มงคล เลหาเพ็ญ-แสง สาขาวิชากุมารศาสตร์ และคุณชญาดา สามารถ พยาบาลวิชาชีพที่คลินิกนมแม่ โรงพยาบาลศิริราช ได้มานำเสนอ ข้อมูลการดูแลรักษาทารกที่มีภาวะลิ้นติด อุบัติการณ์ที่พบร้อยละ 15 การวินิจฉัยใช้ Siriraj Tongue-Tie Score การดูแลรักษาเป็นรูปแบบ care team tongue-tie ในระยะแรกของการผ่าตัดรักษาใช้การดมยาสลบ แต่ในปัจจุบันใช้เพียงยาชาเฉพาะที่และทำการผ่าตัดที่แผนกผู้ป่วยนอก การวินิจฉัยและการผ่าตัดรักษาทำโดยทีมสหวิชาชีพสำหรับมารดาที่คลอดที่โรงพยาบาลศิริราชส่วนใหญ่ หากจำเป็นต้องได้รับการผ่าตัดรักษา จะมีกระบวนการการดูแลก่อนที่มารดาและทารกจะได้รับการอนุญาตให้กลับบ้าน ให้ทารกได้รับการผ่าตัดรักษา ในระหว่างที่มารดาอยู่โรงพยาบาลในช่วงหลังคลอด โดยในปัจจุบันได้ทำการผ่าตัดรักษาทารกที่มีภาวะลิ้นติดมากกว่า 30,000 ราย ไม่พบภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงจากการผ่าตัด มีการจัดตั้งคลินิก พังผืดได้ลิ้นและเป็นที่พักอบรมและดูงานในการให้การรักษภาวะลิ้นติด

สำหรับ systematic review ในเรื่องการผ่าตัดรักษาภาวะลิ้นติดในทารกแรกเกิด มีรายงานในปี พ.ศ. 2560 โดย Cochrane Review ได้ทำทบทวน ข้อมูลอย่างเป็นระบบถึงการผ่าตัดในทารกแรกเกิดที่มีภาวะลิ้นติด พบว่าการผ่าตัด frenotomy ช่วยลดการเจ็บหวนนมของมารดาที่ให้นมลูกในช่วงแรก ในการให้นม แต่ยังคงขาดข้อมูลที่จะสรุปว่า การผ่าตัดมีผลที่ดีต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ อย่างไรก็ตาม ไม่พบรายงานภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงจากการรักษาภาวะลิ้นติดในทารกแรกเกิด

ศาสตร์มณีเวชรักษาภาวะลิ้นติด

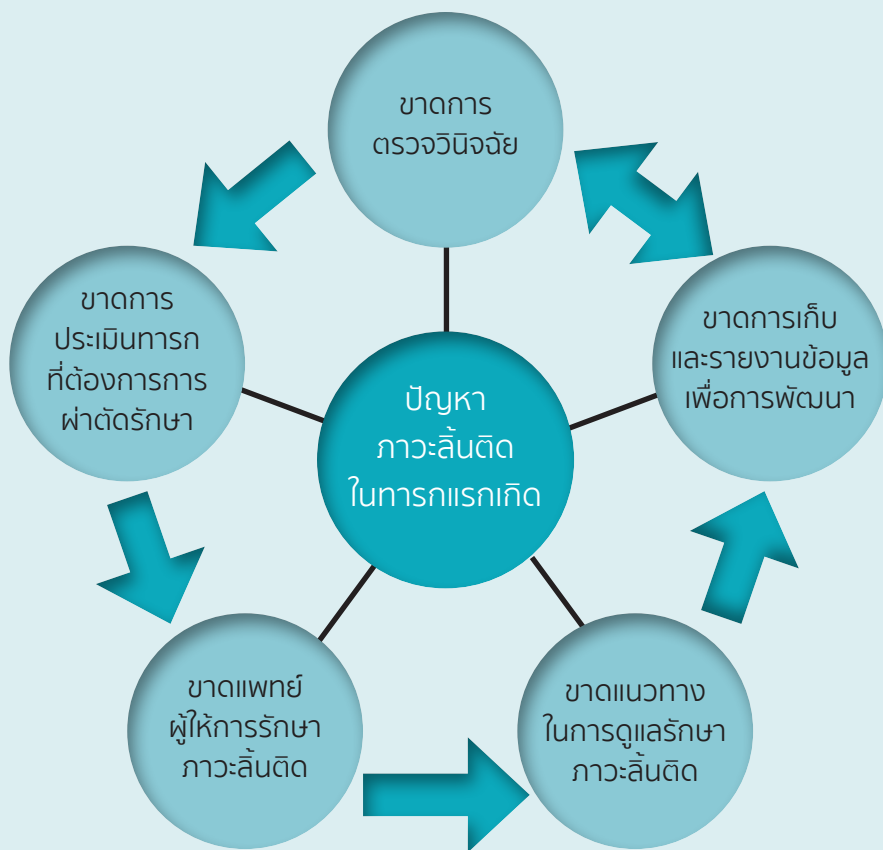
โดยการนวดใต้คาง ปรับสมดุล คลายกล้ามเนื้อ ทำให้ลิ้นเคลื่อนไหวได้ดีขึ้น

“โรงพยาบาลปัตตานี ได้นำศาสตร์ “มณีเวช” มาช่วยเหลือนเด็กที่ลิ้นติด วิธีการนวดใต้คาง ซึ่งเป็นกรปรับสมดุลให้ลิ้นของเด็กสามารถเคลื่อนไหวได้ดี ทำให้เด็กดูดนมได้ดีขึ้น โดยมุมมองของศาสตร์นี้ มองว่าอาการลิ้นติดไม่ใช่โรค มีสาเหตุอาจมาจากการเกร็งของกล้ามเนื้อลิ้น ศาสตร์มณีเวชช่วยให้กล้ามเนื้อผ่อนคลาย การทำงานของลิ้นดีขึ้น เด็กจึงดูดนมแม่ได้ดีขึ้น” เรื่องเล่าจาก ประสบการณ์ของ พ.ญ.กรพินธุ์ แก้วกระจ่าง กุมารแพทย์ โรงพยาบาลปัตตานี

มณีเวช เป็นศาสตร์เกี่ยวกับการจัดสมดุลโครงสร้างของร่างกายที่ท่านอาจารย์ประสิทธิ์ มณีจิระประการ เป็นผู้ค้นพบ โดยใช้ผสมผสานวิชาแพทย์แผนไทย จีน และอินเดีย มาประยุกต์ ต่อยอดและพัฒนาการรักษามาเป็นแบบของไทย

ปัญหาด้านบุคลากร ที่พบในการก่แรกเกิดที่มีภาวะลิ้นติด ในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

1. ขาดความรู้ความมั่นใจและขาดบุคลากรผู้รับผิดชอบในการตรวจวินิจฉัยภาวะลิ้นติดในทารกแรกเกิด
2. ขาดความรู้ความมั่นใจในและขาดบุคลากรผู้รับผิดชอบการประเมินภาวะลิ้นติดในทารกแรกเกิดที่ต้องการการผ่าตัดรักษา
3. ขาดความรู้ความมั่นใจของแพทย์ผู้ดูแลและขาดแพทย์ผู้รับผิดชอบในการให้การรักษาภาวะลิ้นติดในทารกแรกเกิด
4. ขาดแนวทางที่แนะนำการดูแลรักษาภาวะลิ้นติดในทารกแรกเกิด
5. ขาดการเก็บและรายงานข้อมูลภาวะลิ้นติด การรักษา และผลต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ เพื่อพัฒนาความรู้ในการให้การดูแลทารกแรกเกิดที่มีภาวะลิ้นติด



รูปที่ 4 แสดงสาเหตุของปัญหาของการดูแลภาวะล้นติดในทารกแรกเกิด

แนวทางการแก้ไขปัญหา

1. ด้านการตรวจวินิจฉัยภาวะล้นติดในทารกแรกเกิด

- จัดอบรมให้ความรู้และทักษะการใช้เครื่องมือตรวจวินิจฉัยภาวะล้นติดเพื่อสร้างความมั่นใจให้แก่บุคลากรที่เป็นผู้ตรวจวินิจฉัยภาวะล้นติดเบื้องต้น

- ประสานงานกับแพทย์สภาและสภาพยาบาล เพื่อร่วมกับสถาบันที่ผลิตแพทย์และพยาบาลจัดทำเนื้อหาเรื่องภาวะลึนตืดให้อยู่ในหลักสูตรการเรียนการสอน และมีการจัดประชุมประจำปี

- กำหนดผู้รับผิดชอบในการตรวจวินิจฉัยภาวะลึนตืด ควรทำเป็นทีมสหสาขาและปรับให้เหมาะสมกับแต่ละสถานพยาบาล อาจให้ทีมห้องคลอดทำการวินิจฉัยเบื้องต้น (provisional diagnosis) หรือให้ทีมที่ดูแลหลังคลอดทำการวินิจฉัย และส่งต่อให้แพทย์ที่ผ่านการอบรม อาจเป็นสูติแพทย์ กุมารแพทย์ แพทย์ทางโสต ศอ นาสิก ลาริงซ์วิทยา หรือทันตแพทย์ขึ้นอยู่กับบริบทของสถานพยาบาลนั้น ทำการวินิจฉัยขั้นสุดท้าย (definite diagnosis) แต่หากการตรวจวินิจฉัยครั้งแรกทำโดยแพทย์ที่มีความรู้และทักษะในการตรวจวินิจฉัย จะถือว่าเป็นการให้การวินิจฉัยขั้นสุดท้ายทันที

2. ด้านการประเมินทารกแรกเกิดที่มีภาวะลึนตืดที่ต้องการการผ่าตัดรักษา

- จัดอบรมบุคลากรให้มีความรู้และทักษะการใช้เครื่องมือตรวจประเมินความรุนแรงของภาวะลึนตืด และการประเมินปัญหาการให้นมแม่

- ประสานงานกับแพทย์สภา สภาพยาบาล และราชวิทยาลัยแพทย์เฉพาะทางที่เกี่ยวข้อง เพื่อสร้างความเข้าใจให้แก่แพทย์และทีมสหสาขาให้สามารถประเมินได้ว่าทารกที่มีภาวะลึนตืดรายใดที่ต้องการการผ่าตัดรักษา

- กำหนดผู้รับผิดชอบในการประเมินภาวะลึนตืดที่ต้องการการผ่าตัดรักษา โดยทำเป็นทีมสหสาขา อาจประกอบด้วยแพทย์หรือแพทย์เฉพาะทางที่เกี่ยวข้อง ทันตแพทย์ พยาบาลหรือผู้ช่วยพยาบาลที่ห่อผู้ป่วยหลังคลอดหรือที่คลินิกนมแม่ และปรับให้เหมาะสมกับแต่ละสถานพยาบาล

3. ด้านแพทย์ผู้ให้การรักษาภาวะลึนตืดในทารกแรกเกิด

- ประสานงานราชวิทยาลัยแพทย์เฉพาะทางที่เกี่ยวข้อง เพื่อเตรียมการให้ความรู้และฝึกทักษะให้แก่แพทย์ที่เกี่ยวข้องให้มีความพร้อมในการผ่าตัดรักษาภาวะลึนตืด

4. ด้านแนวทางการดูแลรักษาภาวะลิ้นติดในทารกแรกเกิด

- ควรมีแนวทางในการดูแลรักษาทารกที่มีภาวะลิ้นติด โดยเชิญราชวิทยาลัยแพทย์เฉพาะทางที่เกี่ยวข้องมาให้คำปรึกษาและข้อเสนอแนะ เพื่อให้ได้ข้อสรุป แล้วจึงเผยแพร่และนำไปปรับใช้ในแต่ละสถานพยาบาลตามบริบทของหน่วยงาน

5. ด้านการเก็บและรายงานข้อมูลภาวะลิ้นติด

- ประสานงานกับกระทรวงสาธารณสุข เครือข่ายโรงพยาบาลโรงเรียนแพทย์ (UHOSNET) ร่วมกันกำหนดแนวทางและวิธีการในการเก็บรวบรวมข้อมูลภาวะลิ้นติด เพื่อใช้เป็นฐานข้อมูลในการพัฒนาและปรับปรุงการดูแลรักษาทารกที่มีภาวะลิ้นติดที่ส่งผลต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ให้เหมาะสมยิ่งขึ้นต่อไป

ภาวะลิ้นติดมีอุบัติการณ์ที่หลากหลาย ขึ้นอยู่กับเกณฑ์การวินิจฉัยในประเทศไทย พบประมาณร้อยละ 15 โดยพบมีความสัมพันธ์กับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ การเจ็บเต้านม การเข้าเต้าไม่ดี น้ำหนักทารกขึ้นไม่ดี และการหยุดนมแม่เร็ว การตรวจคัดเลือกทารกที่ควรได้รับการผ่าตัดรักษาจะใช้เกณฑ์การวินิจฉัยภาวะ ลิ้นติดร่วมกับการมีปัญหาในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่โดยวัดคะแนนการเจ็บเต้านม คะแนนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่หรือคะแนนการเข้าเต้า สำหรับทางเลือกในการผ่าตัดรักษา มักนิยมใช้การผ่าตัด frenotomy หรือ frenulotomy โดยผลของการรักษาได้ผลดีและไม่พบภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง

ปัญหาที่พบในการดูแลทารกที่มีภาวะลิ้นติด ได้แก่ การขาดการให้การวินิจฉัย ขาดการประเมินความต้องการการผ่าตัดรักษา ขาดแพทย์ผู้รับผิดชอบในการผ่าตัดรักษา ขาดแนวทางในการให้การดูแลรักษา และขาดการเก็บข้อมูล วิเคราะห์ เพื่อนำมาใช้ในการปรับปรุงและพัฒนาการดูแลรักษา

โดยแนวทางการแก้ปัญหาต้องการความร่วมมือจากแพทยสภา สมาพันธ์พยาบาล ราชวิทยาลัยแพทย์เฉพาะทาง ช่วยกันกำหนดแนวทางการดูแลรักษา เผยแพร่ความรู้ ฝึกทักษะให้กับบุคลากรที่เกี่ยวข้อง ในระดับสถานพยาบาล ควรจัดการดูแลเป็นทีมสหสาขาาร่วมกันในดูแล และมีการประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องคือ กระทรวงสาธารณสุขและโรงพยาบาลโรงเรียนแพทย์ เพื่อรายงานข้อมูลเข้าสู่หน่วยงานกลาง เพื่อนำไปใช้ในการวิเคราะห์ ปรับปรุง และพัฒนาการดูแลรักษาภาวะลิ้นติดของทารกแรกเกิดในอนาคต



เอกสารอ้างอิง

1. Geddes DT, Langton DB, Gollow I, Jacobs LA, Hartmann PE, Simmer K. Frenulotomy for breastfeeding infants with ankyloglossia: effect on milk removal and sucking mechanism as imaged by ultrasound. *Pediatrics*. 2008; 122: 188-94.
2. Buryk M, Bloom D, Shope T. Efficacy of neonatal release of ankyloglossia: a randomized trial. *Pediatrics*. 2011; 128: 280-8.
3. Lalakea ML, Messner AH. Ankyloglossia: does it matter? *Pediatric Clinics of North America*. 2003; 50: 381-97.
4. Edmunds J, Miles SC, Fulbrook P. Tongue-tie and breastfeeding: a review of the literature. *Breastfeed Rev*. 2011; 19: 19-26.
5. Chaubal TV, Dixit MB. Ankyloglossia and its management. *J Indian Soc Periodontol*. 2011; 15: 270-2.
6. Puapornpong P, Raungrongmorakot K, Mahasitthiwat V, Ketsuwan S. Comparisons of the latching on between newborns with tongue-tie and normal newborns. *J Med Assoc Thai*. 2014; 97: 255-9.
7. Puapornpong P, Paritakul P, Suksamarnwong M, Srisuwan S, Ketsuwan S. Nipple Pain Incidence, the Predisposing Factors, the Recovery Period After Care Management, and the Exclusive Breastfeeding Outcome. *Breastfeed Med*. 2017; 12: 169-73.
8. Segal LM, Stephenson R, Dawes M, Feldman P. Prevalence, diagnosis, and treatment of ankyloglossia: methodologic review. *Can Fam Physician*. 2007; 53: 1027-33.

9. Hong P, Lago D, Seargeant J, Pellman L, Magit AE, Pransky SM. Defining ankyloglossia: A case series of anterior and posterior tongue ties. *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology*. 2010; 74: 1003-6.
10. Steehler MW, Steehler MK, Harley EH. A retrospective review of frenotomy in neonates and infants with feeding difficulties. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol*. 2012; 76: 1236-40.
11. Kotlow LA. Ankyloglossia (tongue-tie): a diagnostic and treatment quandary. *Quintessence Int*. 1999; 30: 259-62.
12. Ballard JL, Auer CE, Khoury JC. Ankyloglossia: assessment, incidence, and effect of frenuloplasty on the breastfeeding dyad. *Pediatrics*. 2002; 110: 63.
13. Hall DM, Renfrew MJ. Tongue tie. *Arch Dis Child*. 2005; 90: 1211-5.
14. Gov-Ari E. Ankyloglossia: Effects of Frenulotomy on Breastfeeding Dyads. *Otolaryngology - Head and Neck Surgery*. 2010; 143: 111.
15. Srinivasan A, Dobrich C, Mitnick H, Feldman P. Ankyloglossia in breastfeeding infants: the effect of frenotomy on maternal nipple pain and latch. *Breastfeed Med* 2006; 1: 216-24.
16. Berry J, Griffiths M, Westcott C. A double-blind, randomized, controlled trial of tongue-tie division and its immediate effect on breastfeeding. *Breastfeed Med* 2012; 7: 189-93.
17. Schwartz K, D'Arcy HJ, Gillespie B, Bobo J, Longeway M, Foxman B. Factors associated with weaning in the first 3 months postpartum. *J Fam Pract*. 2002; 51: 439-44.

18. Ricke LA, Baker NJ, Madlon-Kay DJ, DeFor TA. Newborn tongue-tie: prevalence and effect on breast-feeding. J Am Board Fam Pract. 2005; 18: 1-7.
19. Block SL. Ankyloglossia: when frenectomy is the right choice. Pediatr Ann 2012;41: 14-6.
20. Wakhanrittee J, Khorana J, Kiatipunsodsai S. The outcomes of a frenulotomy on breastfeeding infants followed up for 3 months at Thammasat University Hospital. Pediatr Surg Int. 2016; 32: 945-52.
21. ชญาดา สามารถ. Tongue-tie: ปัญหาเล็กๆ ที่ไม่ควรมองข้าม. ใน: ศิราภรณ์ สวัสดิ์วโร, บรรณาธิการ. Proceeding book: Sustaining breastfeeding together รวมพลังสร้างสังคมนมแม่ให้ยั่งยืน. นนทบุรี: ห้างหุ้นส่วนจำกัด พีเอ็นเอส ครีเอชั่น. 2560: 88-92.
22. มงคล เลหาเพ็ญแสง. คุณหมอผู้เติมเต็มความอึดให้ทารกแรกเกิดกับผลการศึกษาคความสัมพันธ์ของพังผืดใต้ลิ้นกับการดูดนมมารดา. ใน: ศิราภรณ์ สวัสดิ์วโร, บรรณาธิการ. Proceeding book: Sustaining breastfeeding together รวมพลังสร้างสังคมนมแม่ให้ยั่งยืน. นนทบุรี: ห้างหุ้นส่วนจำกัด พีเอ็นเอส ครีเอชั่น. 2560: 101-5.
23. O'Shea JE, Foster JP, O'Donnell CP, et al. Frenotomy for tongue-tie in newborn infants. Cochrane Database Syst Rev. 2017; 3: CD011065.

4

อ้อมลูกเข้าเต้า
ดูดคล่อง
ก่อนกลับบ้าน

รศ. พ.ญ. กุสุมา ชูศิลป์

การปกป้อง ส่งเสริม และสนับสนุน การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ขณะจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล Protecting, Promoting and Support Breastfeeding on Hospital Discharge

การกำหนดเวลาที่เหมาะสมในการจำหน่ายทารกออกจากโรงพยาบาล ควรเน้นความพร้อมของมารดาและครอบครัวทั้งด้านความรู้และทักษะในการดูแลสุขภาพของทารกอย่างครบถ้วน จัดเตรียมที่มวางแผนการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ที่ประกอบด้วย พ่อแม่ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านทารกแรกเกิด พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านทารกแรกเกิด พยาบาลเวชปฏิบัติ และนักสังคมสงเคราะห์ รวมทั้งผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางที่เกี่ยวข้อง เพื่อเตรียมการจำหน่าย ที่มุ่งเน้นในประเด็นดังต่อไปนี้

1. การคงสภาพรูปแบบการเจริญเติบโต หรือ อัตราการเพิ่มของน้ำหนักเช่นเดียวกับการดูแลในโรงพยาบาล หรือตามเกณฑ์มาตรฐานการเจริญเติบโต
2. ทารกแสดงการควบคุมอุณหภูมิกายได้ปกติระหว่างการสวมเสื้อผ้าอย่างเต็มที่บนเตียงตรวจ ที่มีอุณหภูมิห้องระหว่าง 20 – 25°C

3. ทารกแสดงความสามารถในการดูดนมแม่หรือดูดนมขวด โดยไม่มีปัญหาการทำงานของหัวใจและทางเดินหายใจ
4. ได้รับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันอย่างเหมาะสม
5. ได้รับ metabolic screening อย่างเหมาะสม เช่น ภาวะกระดูกบางหรือกระดูกอ่อน
6. ได้รับการประเมินและการรักษาทางโลหิตวิทยา เช่น anaemia of prematurity
7. ประเมินและรักษาความเสี่ยงด้านโภชนาการอย่างเหมาะสม รวมทั้งดัดแปลงสูตรอาหารตามความจำเป็น
8. ประเมินการได้ยินให้ครบถ้วน ส่งตรวจจ้อประสาทตา
9. ประเมินพัฒนาการเด็กและสาธิตผลการประเมินให้พ่อแม่เข้าใจทั้งปกติและผิดปกติ รวมทั้งการใช้ที่นั่งสำหรับทารกขณะเดินทางโดยรถยนต์
10. ทบทวนการดูแลรักษาในโรงพยาบาล บอกปัญหาที่แก้ไขแล้ว และปัญหาที่ยังแก้ไขไม่ได้ เพื่อติดตามและรักษาต่อเนือง
11. แผนการจำหน่ายต้องเป็นข้อมูลที่ได้รับจากทุกคนในทีมและจากทุกสาขาวิชาที่เกี่ยวข้อง

ระยะฝากครรภ์ตั้งแต่ในโรงพยาบาลจนถึงชุมชนเป็นปัจจัยที่สำคัญต่อความสำเร็จของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

แนวปฏิบัติระดับโรงพยาบาล

ในคลินิกนมแม่และในหอผู้ป่วย
หลังคลอดของ 6 โรงพยาบาล
ได้แก่

1. โรงพยาบาลศิริราช
2. โรงพยาบาล
เจริญกรุงประชารักษ์
3. โรงพยาบาล
มหาราชนครศรีธรรมราช
4. โรงพยาบาลสุรินทร์
5. โรงพยาบาลอ่างทอง
6. โรงพยาบาลปัตตานี

• ทุกโรงพยาบาลมีนโยบายสนับสนุนให้การรกแรกเกิดทุกคน ได้รับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ตามบันได 10 ขั้นสู่ความสำเร็จ การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

1. มีการเตรียมพร้อมให้ทารกได้รับนมแม่อย่างเดียว ก่อนจำหน่าย ออกจากโรงพยาบาล
2. เน้นการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ เป็นสิทธิของทารกแรกเกิดทุกคน เช่น ที่โรงพยาบาลปัตตานี
3. เชื่อมโยงการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เข้ากับโครงการ 1,000 วันแรกของชีวิต
4. การถ่ายทอดวัฒนธรรมนมแม่ผ่านการให้สุศึกษา
5. การจัดตั้งบ้านเด็กนมแม่ เช่น ที่โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช จัดตั้งเมื่อ พ.ศ.2528
6. การให้ความสำคัญในการประเมินและแก้ไขภาวะล้นติดในระยะแรก หลังเกิด

• การเตรียมความรู้ความสามารถและทักษะของบุคลากร

เน้นการช่วยเหลือมารดาในหอผู้ป่วยหลังคลอด เจ้าหน้าที่คลินิกนมแม่ ได้รับการฝึกอบรม เพื่อช่วยแก้ไขปัญหาการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ทั้งขณะ อยู่ในโรงพยาบาลและเมื่อเกิดปัญหาที่บ้าน บางโรงพยาบาลได้หมุนเวียน บุคลากรในหอผู้ป่วยหลังคลอดไปปฏิบัติงานในคลินิกนมแม่คนละ 1 เดือน

• การพัฒนาความสามารถของมารดา เกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

เน้นความรู้และทักษะการดูนม ทั้งการดูเร็ว ดูถูกวิธี และการดู บ่อยตามความต้องการของทารก

• การช่วยเหลือการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ระยะแรกในโรงพยาบาล ในส่วนของผู้แม่

1. แม่ได้รับการประเมินหัวนมและลานนม เพื่อมั่นใจว่าไม่บอด บุ่ม หรือไม่มีหัวนมแตกหลังลูกดูดนม
2. มีกระบวนการสร้างความมั่นใจการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ภายใน 24 ชั่วโมงหลังคลอด
3. มีการอธิบายผลการประเมินให้แม่เข้าใจ สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับแม่
4. การช่วยเหลือแม่ในการเอาลูกเข้าเต้า โรงพยาบาลส่วนใหญ่เน้น hand off technique
5. ใช้ LATCH score ในการบันทึกการดูแลการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ขณะแม่และทารกอยู่ในโรงพยาบาล
6. มีเกณฑ์การส่งปรึกษาศูนย์คลินิกนมแม่ เมื่อ LATCH score ≤ 7
7. ประเมินการไหลของน้ำนม อาจใช้สัญญาณ เช่น โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ ใช้การติดจำนวนดาวที่เตียงแม่หลังคลอด
8. ประเมินและแก้ปัญหาการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เป็นรายวัน
9. กรณีที่แม่กังวลเกี่ยวกับการมีน้ำนมไม่พอ เน้นการจัดอาหารและเครื่องดื่มที่ช่วยเสริมการสร้างน้ำนม เช่น อาหารโรงพยาบาลที่บำรุงน้ำนม และน้ำขิง
10. ให้ยาช่วยกระตุ้นการหลังสร้างน้ำนม
11. การรักษากภาวะน้ำนมน้อยหรือน้ำนมไม่พอโดยการนวดประคบ เต้านมด้วยถุงถั่วเขียว อบร้อน และการรักษาด้วยวิถีแพทย์แผนไทย
12. ช่วยแนะนำจัดทำอุ้มและให้ลูกดูดนมจากเต้าจนสำเร็จ

ในส่วนของการก

1. ทารกที่เกิดด้วยวิธีผ่าตัดคลอดและทารกที่คลอดปกติมีโอกาสได้รับการเลี้ยงลูกด้วย นมแม่ไม่แตกต่างกัน
2. ได้รับการประเมินภาวะล้นติด ใช้แนวปฏิบัติการวินิจฉัยและการรักษาภาวะล้นติดของโรงพยาบาลศิริราช
3. ความสามารถของทารกในการอมดูดหัวนมและลานนม (Latch on)
4. ประเมินว่าทารกมีปัญหาสับสนหัวนม (nipple confusion) หรือไม่
5. ทารกปกติส่วนใหญ่ได้รับการดูแลการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างต่อเนื่องจนถึงวันจำหน่าย
6. เน้นการช่วยให้ทารกได้รับนมแม่ก่อนการพิจารณาเสริมนมผสมตามข้อบ่งชี้ทางการแพทย์
7. จัดทำ flow chart สำหรับการปฏิบัติ เมื่อทารกได้รับนมแม่ไม่เพียงพอ
8. ใช้การป้อนนมด้วยแก้วในกรณีที่ทารกมีปัญหาการดูดนม เช่น ภาวะล้นติด หรือมีภาวะน้ำตาลต่ำในเลือด
9. กรณีที่ทารกมีภาวะน้ำหนักลดเกินเกณฑ์ (ตั้งแต่ร้อยละ 7 ขึ้นไป) มีการช่วยเหลือแม่ทั้งการให้ลูกดูดนมและบีบน้ำนม รวมทั้งการทดสอบชั่งน้ำหนักทารกก่อนการให้นมแม่ แต่ละครั้ง

• การวางแผนระยะจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล เกณฑ์การจำหน่าย

1. แม่มีน้ำนม น้ำนมแม่ต้องไหลดี
2. ไม่พบปัญหาการให้นมลูก เช่น ภาวะหัวนมแตก
3. มีคะแนนประเมิน LATCH score >7

การเตรียมความพร้อมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ก่อนการจำหน่าย

จัดทำเอกสารการส่งต่อผู้ป่วย เช่น จากคลินิกนมแม่ถึงแผนกสูติกรรม การประเมินบันทึก LATCH score (เน้นความถูกต้องของการอมดูดหัวนม และลานนม)

การติดตามการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่หลังการจำหน่าย

ติดตามทางโทรศัพท์ภายใน 7 วันหลังทารกเกิด

โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช มีอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวเมื่อทารกอายุ 2 สัปดาห์สูงถึงร้อยละ 83-88 (ลดเหลือร้อยละ 68-73 เมื่ออายุ 1 เดือน)

• การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ : จากโรงพยาบาลถึงที่บ้าน

การวางแผนติดตามเร็วขึ้นหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลเป็นขั้นตอนที่สำคัญมาก

ปัญหาหรือรังการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

1. ลูกได้รับน้ำนมแม่ไม่เพียงพอเมื่อเลี้ยงลูกด้วยตนเองที่บ้าน
2. การหย่านมแม่เร็ว มักได้รับอิทธิพลจากน้ำนมไม่พอ คุณนมแม่ลำบาก แม่เจ็บหัวนมและเต้านม โดยเฉพาะท่อน้ำนมอุดตัน
3. ทารกร้องกวนรุนแรง ทารกได้รับยา หรือเป็นลูกคนแรก

• บันไดขั้นที่ 10 โครงการโรงพยาบาลสายสัมพันธ์แม่ลูก

(Step 10 of Baby Friendly Hospital Initiative =BFHI, 2018): Foster the establishment of breastfeeding support groups and refer mothers to them on discharge from the hospital or clinic.

1. จัดตั้งกลุ่มสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และส่งคุณแม่ลูกไปรับการดูแลขณะจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลหรือคลินิก
2. กรณีที่เป็นทารกเกิดก่อนกำหนดหรือทารกป่วย ที่รับไว้รักษาในหออภิบาลทารกแรกเกิด ต้องเตรียมพ่อแม่เพื่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างต่อเนื่อง และมั่นใจว่ามีกลุ่มสนับสนุน หรือคลินิกบริการที่เข้าถึงได้แน่นอนหลังการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล
3. ใช้กลไกที่สำคัญโดยการให้เพื่อนเป็นที่ปรึกษา (peer counselors) ในการแลกเปลี่ยนความรู้ ทักษะ และประสบการณ์ เพื่อสนับสนุนการให้นมแม่อย่างต่อเนื่อง
4. การดูแลที่เน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลาง ช่วยลดระยะเวลาที่ทารกอยู่ในโรงพยาบาล เช่นการอนุญาตให้ทารกได้สัมผัสเนื้อแนบเนื้อกับแม่อย่างต่อเนื่อง (Kangaroo Mother Care = KMC) ตลอด 24 ชั่วโมง และช่วยเตรียมความพร้อมการดูแลทารกก่อนกลับบ้าน
5. ควรให้ทารกได้รับนมแม่อย่างเดียว แม้ต้องให้ทางสายให้อาหาร
6. วางแผนร่วมกันระหว่างผู้ดูแลและผู้เชี่ยวชาญเป็นสิ่งจำเป็นก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล โดยเฉพาะกับผู้เชี่ยวชาญการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ เพื่อไปติดตามกับกลุ่มเพื่อนที่ปรึกษา ผ่านการเชื่อมโยงเครือข่ายอย่างมีประสิทธิภาพในการสร้างและหลั้่นนำนมและการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

มาตรฐานการขยายงานบันไดขั้นที่ 10 ในหอพักทารกแรกเกิด ประกอบด้วย

1. แม่ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับวิธีและสถานที่ที่จะไปขอรับความช่วยเหลือเกี่ยวกับการให้นมทารกหลังกลับไปอยู่ที่บ้าน
2. หน่วยบริการสนับสนุนการจัดตั้งชมรมอาสาสมัคร หรือประสานงานกับกลุ่มแม่อาสา รวมทั้งชุมชนที่สามารถช่วยเหลือแม่เกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่/การให้อาหารทารก
3. การจำหน่ายทารกเป็นส่วนหนึ่งของการดูแลในหอทารกแรกเกิด ต้องได้รับการวางแผนร่วมกับครอบครัวและการให้บริการในชุมชน
4. เมื่อจำหน่ายทารกที่แม่ตั้งใจเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ก่อนที่แม่ให้นมลูกได้สำเร็จ เจ้าหน้าที่และพ่อแม่ต้องวางแผนที่เจาะจงสำหรับทารก เพื่อให้แม่เข้าถึงเป้าหมายการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่
5. กระตุ้นแม่และทารกให้มารับการติดตามโดยเร็วในหน่วยบริการ หรือในชุมชน หลังการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ทั้งนี้ขึ้นกับสภาวะร่างกายและความเจ็บป่วยของทารก โดยทารกต้องได้รับการประเมินการให้อาหารและให้การดูแลสนับสนุนเมื่อจำเป็น

• เกณฑ์การประเมินบันไดขั้นที่10

1. แม่ได้รับข้อมูลถึงวิธี หน่วยบริการ หรือกลุ่มสนับสนุนในชุมชน ที่ช่วยตอบคำถาม และช่วยเหลือเมื่อมีปัญหาการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และสามารถอธิบายวิธีรับบริการได้อย่างน้อย 1 ข้อ (จำนวนอย่างน้อยร้อยละ 80 จากการสุ่มสัมภาษณ์)
2. มีเอกสารที่จัดพิมพ์ข้อมูลดังกล่าวในข้อ 1 ไว้แจกแก่แม่ก่อนกลับบ้าน

3. แม่ได้มีส่วนร่วมในการวางแผนการจำหน่ายทารกและการประสานงานกับหน่วยบริการและกลุ่มในชุมชน เพื่อไปขอรับการช่วยเหลือ (จำนวนอย่างน้อยร้อยละ 80 จากการสุ่มสัมภาษณ์)
4. หัวหน้าหรือผู้อำนวยการการพยาบาลของหออภิบาลทารกแรกเกิด
 - a. ยืนยันว่าแม่ได้รับข้อมูลเพื่อไปรับบริการหรือขอความช่วยเหลือเมื่อจำเป็น รวมทั้งการประเมินติดตามแหล่งทรัพยากรอย่างต่อเนื่อง อย่างน้อย 1 ที่
 - b. บอกชื่อชมรม / กลุ่มแม่อาสา หรือการประสานงานกับชมรมหรือกลุ่มแม่ในชุมชน ที่สามารถสนับสนุนการดูแลและช่วยเหลือ การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ / การให้อาหารทารกกับแม่ ตามที่ระบุไว้ในการดำเนินงาน
 - c. อธิบายการวางแผนการจำหน่ายทารกและการประสานงานกับหน่วยบริการ กลุ่มแม่อาสา และชุมชน รวมทั้งวิธีการประสานงานที่ได้เคยปฏิบัติ
 - d. มีการวางแผนช่วยเหลือแม่ที่ให้นมลูกไม่สำเร็จก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ได้ถึงเป้าหมายที่กำหนดไว้
 - e. จัดทำแผนก่อนจำหน่ายให้แม่ที่ตั้งใจเลี้ยงลูกด้วยนมแม่สามารถเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ตามเป้าหมาย
 - f. ยืนยันว่าเจ้าหน้าที่ได้กระตุ้นแม่และทารกให้มารับการติดตามโดยเร็วที่หน่วยบริการหรือในชุมชน โดยบุคคลที่มีความเชี่ยวชาญในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ หรือสามารถประเมินการให้อาหารทารกเมื่อจำเป็น รวมทั้งอธิบายระบบการส่งต่อ และการนัดตรวจอย่างเพียงพอ

• การเตรียมก่อนกลับบ้าน (PREPARATION FOR DISCHARGE)

ในปี ค.ศ 2018 โรงพยาบาลฟิลาเดลเฟีย ประเทศสหรัฐอเมริกาได้เสนอ Spatz 10-Step System:

A National Model for Breastfeeding System focuses on Critically ill infants in hospital, separated from mothers (Diane L.Spatz.Beyond BFHI.J Perinatal & Neonatal Nursing, 2018; 32 (2)) ที่เน้นการช่วยเหลือ การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เป็นพิเศษในทารกที่แยกไปรักษาในหออภิบาลทารกแรกเกิดระยะวิกฤติ โดยผู้ดูแลรักษาระดับโรงพยาบาลต้องลงทุนเวลาในการปฏิบัติร่วมกันระหว่างเจ้าหน้าที่ แม่ และครอบครัว โดยแบ่งการช่วยเหลือ การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เป็น 2 ช่วง ช่วงละ 5 ขั้นตอนช่วงแรก ประกอบด้วย บันได 5 ขั้นดังนี้

1. ช่วยให้ผู้พ่อแม่ได้รับข้อมูลที่ช่วยการตัดสินใจเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่
2. ช่วยให้ผู้แม่มีและคงสภาพน้ำนม โดยช่วยแม่ในการใช้เครื่องปั๊มนมไฟฟ้าที่มีคุณภาพระดับโรงพยาบาลภายในชั่วโมงแรกหลังเกิด
3. ให้ผู้เชี่ยวชาญแก่แม่ในการเก็บตุนและนํานมออกมาใช้
4. เริ่มต้นการดูแลช่องปาก (oral care) เพื่อให้คุณแม่เคลือบเยื่อบุผิวช่องปากและลดการติดเชื้อ
5. การกระตุ้นและช่วยให้แม่โอบกอดลูกเนื้อแนบเนื้อ

ช่วงหลัง เมื่อบันได 5 ขั้นแรกแข็งแรงแล้ว จึงเริ่มต้นบันไดขั้นต่อไป

6. ปลอ่ยให้ทารกฝึกดูดนมแม่โดยไม่ต้องได้นํานม (non-nutritive suckling)

7. ช่วยเหลือแม่ในการเปลี่ยนจากการให้น้ำนมแม่ไปเป็นการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ หรืออมดูดหัวนมและลานนมเพื่อให้ได้นมแม่จากเต้า
8. ชั่งน้ำหนักทารกก่อนและหลังการดูดนมแม่แต่ละครั้ง เพื่อประเมินการได้รับน้ำนมของทารก (milk transfer)
9. เตรียมการจำหน่ายทารกออกจากโรงพยาบาล
10. จัดทำคู่มือในการนัดติดตามหลังการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

บันได 5 ขั้นแรกช่วยให้แม่ตัดสินใจเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ แม้ว่าลูกเกิดก่อนกำหนดหรือเจ็บป่วยจนต้องแยกจากกัน แม่และครอบครัวต้องมีส่วนร่วมในการเริ่มต้นบิบนมอย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อมีน้ำนมเพียงพอตามความต้องการของลูกและเต้านมยังคงสร้างน้ำนมได้ปริมาณน้ำนมตามปกติ การนำน้ำนมไปรักษาช่องปากไม่ให้ติดเชื้อ การป้อนน้ำนมทางสายให้อาหารในกรณีที่ถูกยั้งดูดนมแม่จากเต้าไม่ได้ และการโอบกอดลูกเนื้อแนบเนื้อ เป็นวิธีการอันหนึ่งซึ่งช่วยให้แม่และครอบครัวได้มีส่วนร่วมในการดูแลทารก ขณะอยู่ในโรงพยาบาลแม่และครอบครัวมีโอกาสได้รับข้อมูลที่ถูกต้องจากการให้สุขศึกษาเกี่ยวกับประโยชน์ของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ เช่น น้ำนมแม่เป็นอาหารที่เจาะจงสำหรับทารก นมแม่มีสารอาหารครบถ้วน และช่วยปกป้องทารกจากโรคติดเชื้อ

นมของแม่ที่มีลูกเกิดก่อนกำหนด มีส่วนประกอบของโปรตีน ไขมัน และพลังงานสูงกว่านมแม่ของทารกที่เกิดครบกำหนด และยังคงสูงนาน 29 วัน

• การเตรียมจำหน่ายทารก (Preparation for discharge)

1. แนะนำแม่ให้เรียนรู้พฤติกรรมของทารก การแสดงสัญญาณหิวในการรับอาหาร
2. ในช่วงที่จำหน่ายทารกควรได้นมแม่จากเต้าไม่น้อยกว่าร้อยละ 50 ของปริมาณน้ำนมทั้งหมดที่ทารกต้องการ
3. ขณะพยาบาลช่วยเหลือแม่ในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ เป็นช่วงเวลาที่สำคัญในการรับรู้ว่าคุณน้ำนมแม่สร้างได้ตามปกติ พยาบาลสามารถบอกปริมาณนมแม่ที่สร้างในแต่ละวัน รวมทั้งการเปลี่ยนแปลงของคุณน้ำนมในช่วงกลางวันและช่วงกลางคืน พยาบาลมีข้อมูลพอที่จะบอกว่าลูกควรดูดนมข้างใด แม่ควรบีบหรือไม่ต้องบีบนมก่อนให้ลูกดูดนม
4. แนะนำแม่ให้บีบนมส่วนต้น ก่อนที่จะให้ลูกดูดนมแม่แต่ละครั้ง เพื่อให้ทารกได้รับไขมันจากน้ำนมส่วนหลัง ขณะที่ทารกได้รับนมแม่ส่วนใหญ่จากการดูดนมแม่จากเต้า



5. แนะนำแม่ขยายเวลาให้ทารกดูดนมแม่ตามความต้องการ
6. แนะนำแม่อยู่กับทารกนาน 8 ชั่วโมงต่อเนื่องหลาย ๆ วัน ระยะเวลา 8 ชั่วโมงที่แม่มาเยี่ยมทารก ควรใช้เป็นช่วงให้นมลูกตามความต้องการ
7. ทารกอาจไม่ได้นมแม่ตามปริมาณน้อยที่สุดที่ควรได้รับ ควรเพิ่มนมแม่ทางสายให้อาหาร โดยแบ่งเป็นปริมาณไม่มากนักและให้เพิ่มในมื้ออื่นๆ

ค.ศ 2004 Diane L.Spatz (Ten Steps for Promoting / Protecting Breastfeeding in the Vulnerable Infant. J. Perinatal and Neonatal Nursing, 2004: 18(4); 412-423.) เสนอรายละเอียดการเตรียมความรู้ความเข้าใจและทักษะการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่สำหรับทารกที่เกิดก่อนกำหนดหรือเจ็บป่วย เป็นสิ่งจำเป็นมาก ก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล แม่จำเป็นต้องอยู่กับลูกให้นานขึ้น อย่างน้อยที่สุดช่วงละ 8 ชั่วโมง

ถ้าแม่สร้างน้ำนมได้ 1,000 มิลลิลิตรต่อวัน แม่ควรบีบนมได้ประมาณ 100-200 มิลลิลิตรต่อครั้ง หรือบีบนมได้ 50-100 มิลลิลิตรต่อเต้านมข้างเดียว ถ้าทารกดูดนมแม่ได้เพียง 40 มิลลิลิตรต่อมื้อ จะได้นมแม่ รวม 320 มิลลิลิตรต่อวัน

• การติดตามหลังการจำหน่ายอย่างเหมาะสม (Appropriate follow-up)

เจ้าหน้าที่พยาบาลมีความสำคัญมาก ทั้งการเตรียมจำหน่ายและการนัดมาติดตาม ก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล จำเป็นต้องเตรียมวางแผน และจัดอุปกรณ์ให้พร้อมขณะจำหน่ายคุณแม่ลูกดังนี้

1. การใช้เครื่องชั่งน้ำหนักทารกที่บ้าน เพื่อประเมินปริมาณนมแม่ที่ดูดจากเต้า โดยเฉพาะเดือนแรกหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล งานวิจัยได้สนับสนุนว่าแม่ในประเทศสหรัฐอเมริการ้อยละ 81 ตอบสนองเชิงบวกในการนำเครื่องชั่งไปชั่งน้ำหนักทารกที่บ้าน โดยร้อยละ 67 ตอบว่าเป็นความรู้ที่มีคุณค่า แม่ร้อยละ 32 รู้สึกมีความมั่นใจในการดูแลลูกมากขึ้น และร้อยละ 14 ที่เพิ่มความมั่นใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ (Ditomasso D, Ferszt G. Mothers' Thoughts and Feelings About Using a Pediatric Scale in the Home to Monitor Weight Changes in Breastfed Newborns. NursWomens Health.2018 Oct 30. Pii: S1751-4851(18)30208-3.)

2. เอกสารที่มีตารางการให้นมแม่ บอกถึงปริมาณน้ำนมที่ทารกควรรับประทานในแต่ละช่วงเวลา วิธีการประเมินติดตามปริมาณน้ำนมที่ดูดจากเต้าด้วยเครื่องชั่ง บันทึกผลว่าทารกสามารถได้น้ำนมแม่จากเต้าทั้งหมดตามปริมาณที่กำหนดไว้หรือไม่ อย่างไรก็ตามแม่ต้องคำนึงปริมาณนมแม่ที่ผลิตได้ในแต่ละวันรวมทั้งความถี่ในการปั๊มนม และควรรีซนมที่บีบใหม่ในการให้นมครั้งต่อไป ไม่ควรใช้นมที่เก็บไว้ถ้าไม่จำเป็น แม่ต้องติดตามการให้นมและอาหารอื่นทุกมื้อ และยังคงปั๊มนมอย่างต่อเนื่องตามความถี่ที่กำหนดไว้

3. การบันทึกการเปลี่ยนแปลงน้ำหนักของทารก โดยชั่งน้ำหนัก 2 ครั้ง ต่อสัปดาห์ ทารกควรมีน้ำหนักเพิ่มขึ้นเฉลี่ย 15-30 กรัมต่อวัน คอยสังเกต สัญญาณหิวของทารก รวมทั้งการบันทึกจำนวนครั้งของอุจจาระและ ปัสสาวะต่อเนื้อทุกวัน เพื่อประเมินความเพียงพอของการได้รับน้ำนมและ อาหารอื่นๆ และเฝ้าระวังภาวะพร่องทางโภชนาการ

4. การติดต่อขอความช่วยเหลือ แม่ควรได้รับข้อมูลที่เป็นหลักฐานเชิง ประจักษ์ตั้งแต่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล เพื่อช่วยแก้ไขการเลี้ยงลูกด้วย นมแม่และการดูแลสุขภาพของทารกให้ดีขึ้น ถ้าเป็นไปได้ควรมีการติดต่อ ทางโทรศัพท์ระหว่างรอการเยี่ยมติดตามตามนัด เพื่อให้เข้าใจและปฏิบัติ ตามอย่างต่อเนื่อง จนแม่ประสบความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

• การเตรียมจำหน่ายทารกก่อนกำหนดที่เลี้ยงด้วยนมแม่ คู่่มือการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่สำหรับทารกในหออภิบาลทารก ระยะวิกฤติ

นักวิชาการด้านการแพทย์ของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ (Academy of Breastfeeding Medicine) ได้เสนอคู่มือการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในหอผู้ป่วย ระยะวิกฤติ (ABM Clinical Protocol #12: Transitioning the Breastfeeding Preterm Infant from the Neonatal Intensive Care Unit to Home, Revised 2018 โดย Lawrence M. Noble, Adora C. Okogbule-Wonodi, Michal A. Young, and The Academy of Breastfeeding Medicine ใน BREASTFEEDING MEDICINE Volume 13, Number 4, 2018) โดยตั้ง เป้าหมายให้ทารก ใน NICUs ต้องได้นมแม่จากเต้าก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล แต่ยังมี ทารกหลายคนที่ไม่ได้เลี้ยงลูกด้วยนมแม่ตามเกณฑ์ขององค์การอนามัยโลก และทารกยังคงมีปัญหากลการเจริญเติบโตล่าช้ากว่าเกณฑ์

มาตรการการส่งเสริม การปกป้อง และการสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ตั้งเป้าหมายให้แม่สามารถเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว โดยที่ทารกมีโอกาสขาดสารอาหารต่าง ๆ ให้น้อยที่สุด ขณะให้นมแม่ในโรงพยาบาล และไม่มีปัญหาหลังการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ABM จึงได้กำหนดเกณฑ์ปกติและเกณฑ์ตัดสินใจรักษาหรือแก้ไข ดังนี้

1. น้ำหนักเพิ่ม 20 กรัม/วัน และต้องแก้ไขเมื่อขึ้นน้อยกว่า 15 กรัม/วัน
2. Alkaline phosphatase ต้องน้อยกว่า 450 IU/L และรักษาเมื่อมากกว่า 500 IU/L
3. ระดับวิตามินดีต้องมากกว่า 30mg/mL และรักษาเมื่อน้อยกว่า 25mg/mL
4. ค่าฮีโมโกลบินมากกว่า 11.5 g/dL และพิจารณารักษาเมื่อน้อยกว่า 11.0 g/dL
5. ทารกเกิดก่อนกำหนดทุกคนควรได้รับการเสริม iron, 2–4 mg/kg/day และ Vitamin D 400 IU per day

• การประเมินการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ประกอบด้วย

1. ต้องประเมินการอมดูดหัวนมและลานนม
2. ประเมินปริมาณนมที่ทารกได้รับ ปริมาณน้ำนมที่แม่บีบได้ต่อวัน การใช้เครื่องปั้มนม เพื่อระบายน้ำนมออกจากเต้า
3. บันทึกความถี่ของการดูดนม การร่งวงนอนของทารกขณะดูดนม
4. บันทึกน้ำหนักทารกที่เพิ่มขึ้น รวมทั้งการพิจารณาใช้ human milk fortifier พยายามใช้นมแม่โดยไม่ต้องเสริมสารอาหารอื่นใด
5. ตรวจสอบน้ำหนักทารกก่อนและหลังการให้นม เช่นเดียวกับการปฏิบัติในโรงพยาบาลยังไม่มั่นใจว่าทารกดูดนมแม่จากเต้าได้ตามปริมาณที่กำหนดไว้

นัดทารกมาติดตามการให้อาหารภายใน 1 – 2 วันหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ในกรณีที่ทารก ยังคงต้องการสารอาหารเพิ่มเติม อาจพิจารณาให้สูตรนมผสมชนิดพิเศษ ในกรณีที่ทารกน้ำหนักเพิ่มน้อยกว่าเกณฑ์ ควรพิจารณาการส่งปรึกษาผู้เชี่ยวชาญการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ หรือการรับทั้งแม่และทารกเข้าอยู่ในโรงพยาบาลอีกครั้ง เมื่อมีปัญหาการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และอัตราการเพิ่มน้ำหนักของทารกไม่เป็นไปตามแผนที่วางไว้ก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล



การกำหนดเวลาที่
เหมาะสมในการ
จำหน่ายทารก
ออกจากโรงพยาบาล
ควรเน้นความพร้อม
ของมารดาและ
ครอบครัว
ทั้งด้านความรู้และ
ทักษะในการ
ดูแลสุขภาพ
ของทารก
อย่างครบถ้วน

5

เป็จ้มลูกติดอก
พกติดตัว
สะดวกให้นมแม่

มีนะ สพลมัย



เป้จ๋มลูกติดอก
พกติดตัว
สะดวกให้แม่

การใช้เป้จ๋มลูก เริ่มมีการนำมาใช้ในสังคมไทยมากขึ้น เพื่อเพิ่มความคล่องตัว และความสะดวกสบายของผู้ดูแลเด็ก ช่วยให้แม่ได้ทำกิจกรรมอื่น ๆ หรือดูแลตัวเองได้ในขณะที่ยังสามารถจ๋มลูกไว้กับอก

เป้จ๋มลูก (baby carrier) หมายถึง อุปกรณ์ที่ใช้การจ๋มเด็กเพื่อช่วยให้การจ๋มสะดวกสบายมากขึ้น ซึ่งอาจทำด้วยผ้าหรือวัสดุอื่น ๆ การนำเอาเป้จ๋มลูกมาสวมใส่เพื่อจ๋มเด็กเรียกว่า baby wearing อาจเรียกตามลักษณะการใช้งานที่แตกต่างกัน เช่น แบบผ้าพัน baby wrap แบบสอดห่วง baby sling หรือวัฒนธรรมการใช้ในภูมิภาค เช่น Mei Tai ที่ใช้ในแถบเอเชีย

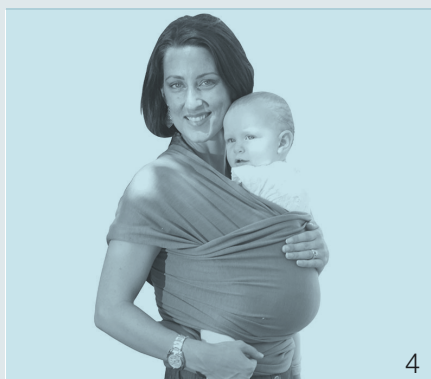
เป็อุมเด็กแบ่งเป็น 2 กลุ่มใหญ่ ดังนี้

1. แบบโครงสร้างอ่อนนุ่ม (soft structure carrier)

มักทำจากผ้าและวัสดุที่อ่อนนุ่มอื่น ๆ ที่มีความแข็งแรง รับน้ำหนักได้ดี ปรับเปลี่ยนรูปทรงได้ง่าย เป็อุมเด็กในกลุ่มนี้มีหลายรูปแบบและมีชื่อเรียกต่าง ๆ กัน เช่น แบบเป็นห่วงสอด (ring sling) แบบผ้าผืนยาวใช้พันรอบตัว (baby wrap) แบบเย็บเป็นทรงให้สอดขาเด็กแม่อุมสะพาย (Mei Tai)



แบบเป็นห่วงสอด (Ring sling)



แบบผ้าผืนยาวพันรอบตัว (Baby Wrap)

ที่มาภาพ : ภาพที่ 1 <https://littlefrog.shop/product-eng-5703-LITTLE-FROG-RING-SLING-DARK-BAZZITE-size-M-2nd-Grade.html>

ภาพที่ 2 <https://www.aliexpress.com/item/32814252080.html>

ภาพที่ 3 Adjustable Infant Breathable Newborn Baby Carrier Ring Sling Wrap Backpack Pouch

ภาพที่ 4 <https://ae01.alicdn.com/kf/HTB1WNIbhbsTMeJy1zccq6xAgXXaA/-jjpg>



แบบเย็บเป็นทรงให้สอดขาเด็กแม่อุ้มสะพาย-Mei tai

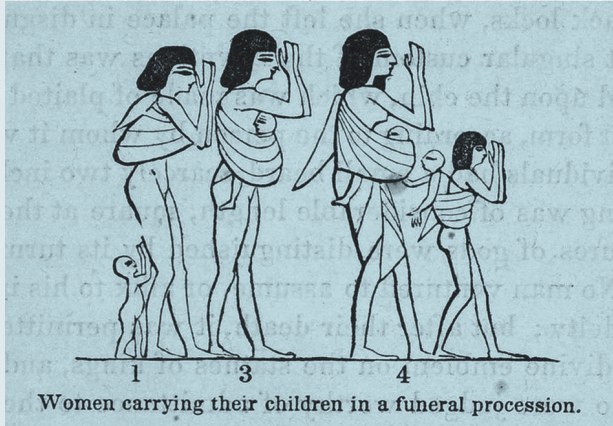
ที่มาภาพ : ภาพที่ 1 <https://www.kissandcarry.nl/image/cache/catalog/products/LC%20MT%20-%20Mocha/Mocha%201-500x500.jpg>
ภาพที่ 2 <http://www.thebestbabycarrierreviews.com/wp-content/uploads/2016/12/babycarrierinasia-300x242.jpg>

2. แบบโครงสร้างแข็ง (Hard Structure Carrier) อาจทำจากผ้าหรือวัสดุอื่นๆ ที่เสริมโครงสร้างแข็งขึ้น คงรูปไม่เปลี่ยนแปลงรูปทรงเมื่อใช้งาน



แบบโครงสร้างแข็ง

ที่มาภาพ : ภาพที่ 1 <https://www.rei.com/product/895651/osprey-poco-ag-child-carrier>
ภาพที่ 2 eb425d42468c2e5a41869da49fd90142.jpg



ประวัติและวิวัฒนาการของการใช้เป็อ้มลูก

เป็อ้มเด็กมีการใช้สืบต่อกันมานับพันปีในภูมิภาคต่างๆ ทั่วโลก มีหลักฐานปรากฏจากภาพเขียนในอียิปต์ และศิลปะอิตาลีในศตวรรษที่ 14 เป็นต้น โดยมีเหตุผลเพื่อการเคลื่อนย้ายลูกติดตัวแม่ไปทุกที่เพราะแม่ต้องให้ลูกกินนมแม่เป็นระยะๆ รูปแบบการใช้เป็อ้มในอดีตขึ้นอยู่กับภูมิประเทศ เช่น อินโดนีเซีย เรียกเป็อ้มว่า Selendang หรือ Sayut มอบเป็นของขวัญเด็กแรกเกิด มักเป็นงานทำมือจากแม่ซึ่งมีความเชื่อในการอยู่ร่วมกันของคนทั้ง 3 รุ่นเพื่อเป็นเกียรติแก่บรรพชน เช่นเดียวกับ Pipitan ที่คุณยายจะทำให้หลานและเลือกใช้สีสັນได้ไม่เกิน 3 สี

หน้า 100

ที่มาภาพ : Milwaukee Public Museum: Indian Country

หน้า 101

ที่มาภาพ : ภาพที่ 1 <http://sacsethniquesmaikimiko.blogspot.com>

ภาพที่ 2 <https://i.pinimg.com/originals/23/d5/5e/23d55ecb6c0939f11b4b2b9c850a74ce.jpg>

ภาพที่ 3 <https://krdict.korean.go.kr/eng/dicSearch/viewImageConfirm?nation=eng&searchKindValue=image&ParaWordNo=83349&ParaSenseSeq=1&multiMediaSeq=2>



เป้ऊ้มแบบชาวเขา



เป้ऊ้มแบบแอฟริกา



เป้ऊ้มแบบเกาหลี Podaegi

การใช้เป้ऊ้มห่างหายไปจากสังคมตะวันตกในยุคติดต่อเรียน เมื่อสังคมชั้นสูงมีการใช้รถเข็นเด็กเข้ามาแทนที่ มีคนเลี้ยงเด็ก (Nanny) มาช่วยดูแล และมีมโนคติว่าการอุ้มมากเกินไปทำให้เด็กติดมือ แม่จึงพยายามให้เด็กได้อยู่ในพื้นที่เฉพาะ เช่นในรถเข็นมากขึ้น และทำให้การอุ้มลูกด้วยเป้กลายเป็นเรื่องของคนจน ไม่ใช่วัฒนธรรมการเลี้ยงลูกของโลกตะวันตกอีกต่อไป

กระทั่งในปี 1970 มีความตื่นตัวในการกลับมาใช้เป้ऊ้มเด็กอีกครั้งเมื่อ Dr. James McKenna ศาสตราจารย์ด้านมนุษยวิทยาจากมหาวิทยาลัย Notre Dame ได้มีการศึกษาเรื่องปฏิสัมพันธ์ระหว่างแม่และลูก ความสนใจใน Attachment Theory และพยาบาลอาสาสมัคร PeaceCorp ชื่อ Ann Moore เกิดความประทับใจที่ได้เห็นแม่ชาวแอฟริกันอุ้มลูกด้วยผ้าในชีวิตประจำวันจึงกลับมาพัฒนาเป็นเป้ऊ้มลูก Snogli ที่โคโรราโด กระทั่งปี 1985 จึงขายธุรกิจนี้ให้แก่ Gerry Baby Products



'Snugli' invented by Ann Moore การใช้เบาะแบบห่วง

นับจากปี 1970 การกลับมาใช้เบาะอุ้มลูกเริ่มมีมากขึ้นในสหรัฐอเมริกาและมีการพัฒนารูปแบบต่างๆ เช่น เบาะอุ้มแบบห่วงมีต้นแบบการใช้จากอินโดนีเซียที่พัฒนาในฮาวายโดย Rayner Gardner และภรรยาชื่อ Sachii ในปี 1981 จากการใช้ห่วงผ้าฝ้ายที่ทำจากไม้ 2 ห่วงผูกกับผ้าทอพื้นเมือง และให้คำอธิบายเบาะอุ้มลูกที่พัฒนาขึ้นมาว่า “Rayner’s two ringed tailored sling is, in essence, a bridge between the indigenous cloth sling and the highly constructed baby carriers of modern society.” ออกมาอีกมากมายจนถึงปัจจุบันและมีการกลับมาใช้อย่างแพร่หลายทั่วโลก ด้วยเหตุผลที่ทำให้แม่ได้ใกล้ชิดกับลูกและยังสามารถทำกิจกรรมอื่นพร้อมกันไปได้ เป็นการตอบสนองความต้องการของแม่ในช่วงลูกยังเล็ก ที่ยังต้องการการดูแลใกล้ชิดกับแม่ได้อย่างดี

สาเหตุที่แม่เลือกใช้งานจาก

1. มีคนซื้อมาจากต่างประเทศ
2. ค้นข้อมูลจากเว็บไซต์ หรือการ Review ของต่างประเทศที่บอกว่าช่วยเพิ่มความใกล้ชิดเมื่อใช้เองรู้สึกมีความปลอดภัยและมีความสุขสบาย
3. สามารถอุ้มลูกติดอกได้ในเวลาทำกิจกรรมบางอย่าง เช่น ทำงานบ้าน ออกไปช้อปปิ้ง
4. ใช้เพราะรู้สึกเหมือนได้กอดลูก
5. ไม่อยากให้คนอื่นอุ้ม อยากอยู่ใกล้ชิดกับลูกตลอดเวลา
6. ลูกติดเต้า แม่ไม่สามารถทำกิจกรรมอื่นได้จึงต้องการหาตัวช่วย

การตัดสินใจเลือกใช้แป้จุมลูก

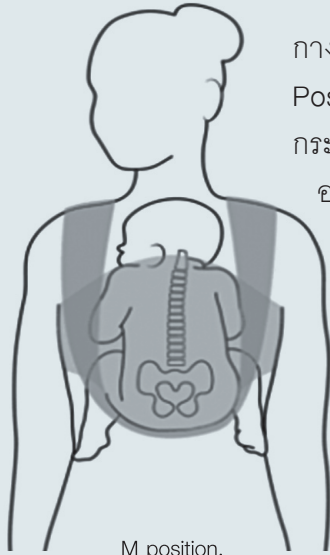
1. ได้รับความแนะนำจากเพื่อนหรือคนรู้จักที่มีประสบการณ์ใช้มาก่อน หรือเพื่อนที่อยู่ต่างประเทศ
2. ค้นหาข้อมูลบนอินเทอร์เน็ต จากการรีวิวการใช้แล้วมาเลือกซื้อ
3. ทดลองสวมใส่ก่อนตัดสินใจซื้อตามร้านค้าหรือห้างสรรพสินค้าจนพบชิ้นที่เหมาะสมกับตนเอง

ความเห็นของแม่เมื่อใช้แป้จุมเด็ก

- ลูกหลับได้นาน อยู่กับพ่อ ปู่ย่า ตายายก็ได้ นิ่งและมีอารมณ์ดี
- ช่วยปรับท่าอุ้มให้กินนมแม่ได้สะดวก
- พับเก็บง่าย เหมาะกับการเดินทางไปไหนต่อไหน สะดวกกว่าการใช้รถเข็น
- การใช้แป้ทำให้ลูกอยู่ติดที่อกเห็นปฏิกิริยาของลูกทุกอย่าง ใกล้ชิดคุยกับลูกได้ สอนลูกได้ตลอดเพราะได้อยู่ด้วยกัน
- เมื่อแม่ทำงานบ้าน ทำกับข้าว เกิดความรู้สึกผูกพัน เพราะลูกจะมองเห็นสิ่งที่แม่ทำด้วย
- เป็นการปกป้องการกระทบกระเทือนจากสิ่งแวดล้อมอื่น ๆ และยังช่วยป้องกันโรคติดต่อจากการสัมผัส
- ลูกสบาย แม่ก็ไม่ปวดหลัง
- แป้ทำให้ลูกได้หันหน้าเข้าอก ได้ใกล้ชิดพ่อแม่ หรืออีกด้านถ้าหันหน้าออก ลูกก็จะได้พัฒนาการด้านการมองเห็นสิ่งแวดล้อมรอบตัว

การใช้แป้ในท่าที่ถูกต้อง ช่วยลดความเสี่ยงของ hip dysplasia ในทารก

การใช้แป้จุมลูกช่วยทำให้แม่อุ้มลูกได้นานขึ้น การจัดให้เด็กอยู่ในตำแหน่งที่ดีมีท่าทางที่เหมาะสมกับสรีระจึงเป็นสิ่งสำคัญ โดยจัดท่าให้เด็ก



M position.

http://www.babycarriersupportscotland.co.uk/safety_and_information/

กางขาออกตามลักษณะ M position หรือ Jockey Position เป็นท่าธรรมชาติของข้อสะโพกทารก ให้กระดูกต้นขายกขึ้นประมาณ 40-55 องศา ข้อเข่ากางออก 90-110 องศา เป็นท่าที่ช่วยป้องกันการเกิดข้อสะโพกเคลื่อนในทารก (hip dysplasia)

จากสถิติที่รายงานโดย The International Hip Dysplasia Institute (IHDI) พบว่า กลุ่มประเทศที่มีวัฒนธรรมการใช้เปลุ่มลูกพบปัญหา hip dysplasia น้อยกว่ากลุ่มที่ไม่ได้ใช้เปลุ่มหรือมีการห่อตัวหรือรัดตัวเด็กในท่านอนหงายเหยียดขาตรง ซึ่งในกลุ่มหลังพบว่ามีปัญหาข้อสะโพกเคลื่อนมากกว่าทุกกลุ่ม

อุบัติการณ์ของ Hip Dislocation

- 1 ใน 6 ของทารกแรกเกิด มี mild hip instability at birth และจะพบความเสี่ยงสูงขึ้นในทารกที่มีประวัติ hip dysplasia, คลอดท่าก้น เป็นลูกคนแรก เพศหญิง การคลอดนาน หรือทารกตัวโต
- ประมาณ 1/1000 มี dislocated hip ซึ่งอาจพบภายหลัง แม้แต่ในประเทศที่มีการตรวจคัดกรองด้วยอัลตราซาวด์ในทารกทุกรายแล้วก็ตาม
- Newborn hip instability เป็นเพียงส่วนหนึ่งของปัญหา การศึกษาในนอร์เวย์พบว่า 90% of young adult hip joint replacements for dysplasia ไม่เคยได้รับการวินิจฉัยว่ามี hip dysplasia ขณะอยู่ในวัยทารก
- ถ้าทารกเป็นไม่มาก มักจะตรวจไม่พบ หรือในผู้ใหญ่ที่มี hip dysplasia ส่วนใหญ่มีการพัฒนาของข้อสะโพกผิดปกติ
- สาเหตุที่ทำให้เกิดโรคมีทั้งจากกรรมพันธุ์ และเชื้อชาติ ซึ่งพบว่าบางชนชาติพบเด็กเกิดใหม่เป็นโรคข้อสะโพกหลุดแต่กำเนิดมากกว่า

ชนชาติอื่น ๆ เช่น อินเดียแดง แลปลแลนด์ ญี่ปุ่น เป็นต้น แต่ไม่ค่อยพบในคนจีน และคนผิวสี

- สาเหตุจากสภาพแวดล้อมในครรภ์หรือมีปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ ที่ส่งผลทำให้เกิดข้อสะโพกเคลื่อนได้ง่าย เช่น เป็นท้องแรก เป็นเด็กผู้หญิง เด็กคลอดแบบไม่กลับตัว (คลอดท่าก้น) และมีประวัติในครอบครัวเป็นโรคนี้มาก่อน โดยมีข้ออธิบายว่ามดลูกและช่องคลอดของแม่ยังขยายตัวไม่มากนัก อาจบีบรัดตัวลูกน้อย แม่มีปริมาณน้ำคร่ำน้อยกว่าปกติ ลูกตัวใหญ่น้ำหนักตัวมากแต่แม่ตัวเล็ก
- การห่อตัวของทารกแรกเกิดแน่นจนเกินไป และเด็กที่มีขาหรือคอเกร็งผิดปกติ

การศึกษาจากประเทศมาลาวี การใช้เบาะอุ้มลูกเป็นสิ่งที่ใช้อย่างแพร่หลาย พบปัญหา Hip Dysplasia น้อยกว่ากลุ่มที่ไม่ได้ใช้เบาะอุ้ม การใช้เบาะแบบ carrier ลูกจะอยู่ในท่าธรรมชาติ เหมือนท่าในท้อง เป็นท่าจัดกระดูก จะช่วยในการพัฒนากระดูกสันหลัง

ดร.แอนดรู นักจัดกระดูก ประเทศสหรัฐอเมริกา กล่าวว่า สิ่งที่ดีที่สุดในการจัดโครงสร้างของเด็กทารก คือ ระบบประสาท เป็นชีวกลศาสตร์ เด็กจะอยู่ในท่าตามธรรมชาติเป็นประโยชน์กับเด็ก ทั้งทางด้านอารมณ์ และพัฒนาการของร่างกาย ช่วงแรก ๆ ช่วยการพัฒนากล้ามเนื้อประสาท ไชสันหลัง ระบบการทรงตัว และความสมดุลต่าง ๆ

เด็กที่อยู่ในเบาะ จะสามารถมองรอบตัว ช่วยการทรงตัว ได้สัมผัสกับสิ่งใหม่ ๆ โดยอยู่ใกล้แม่อย่างปลอดภัย ทำให้ได้รับการตอบสนองความต้องการอย่างเหมาะสมจะช่วยพัฒนาการในทุก ๆ ด้าน โดยเฉพาะ surviving instincts



ที่มาภาพ : <https://www.carryingmatters.co.uk/the-pelvic-tuck/>

และการสื่อสารระหว่างแม่กับลูก รวมถึงความผูกพัน bonding and attachment เด็กจะรู้สึกมีความมั่นคง มีการพัฒนาของสมองอย่างเต็มศักยภาพของระบบประสาทและสมอง อารมณ์ ชีวกลศาสตร์ และสร้างภูมิคุ้มกันต้านทาน จึงนำไปสู่การสุขภาพและสภาวะที่ดีในอนาคต

ประโยชน์ของการใช้ป๊อปปี้เด็ก

1. ช่วยสร้างความมั่นใจและสายสัมพันธ์อันลึกซึ้งระหว่างแม่กับลูก (Promotes secure mother-baby attachment)

Anisfeld E et al. (1990) ทำการศึกษาแม่ที่มีรายได้น้อยจำนวน 49 คน แบ่งเป็นกลุ่มที่ใช้ป๊อปปี้เด็ก กับกลุ่มที่ใช้ที่นั่งเด็ก โดยใช้เวลาทำการศึกษา 13 เดือน เมื่อมาประเมินผลผ่าน Ainsworth Strange Situation เพื่อดูปฏิกิริยาของเด็กเมื่อแม่หายไป พบว่าเด็กกลุ่มที่แม่ใช้ป๊อปปี้มีพฤติกรรมมั่นใจกว่ากลุ่มที่ใช้เก้าอี้ ซึ่งสามารถสรุปได้ว่าการกอด ป๊อปปี้ ได้ใกล้ชิดกันเป็นการตอบสนองความต้องการพื้นฐานจะช่วยให้ลูกปรับตัว ระยะเวลาแรกเกิดได้ดี

2. ช่วยให้เด็กรู้สึกอบอุ่น ปลอดภัย สงบ มีความสุขมากขึ้น และร้องไห้เยเย้น้อยลง

3. ช่วยส่งเสริมพัฒนาการทางร่างกายเด็กจากการสัมผัสกับตัวแม่ และมีการเคลื่อนไหวข้อต่อตลอดเวลา ช่วยกระตุ้นให้น้ำหนักตัวและมวลกระดูกเพิ่มขึ้น

4. ช่วยให้แม่เข้าใจและสามารถตอบสนองความต้องการของลูกได้ดีขึ้น มีปฏิสัมพันธ์กันมากขึ้น มีความมั่นใจในการเลี้ยงดูลูกมากขึ้น

5. มีผลดีต่อระบบประสาทและสมอง อารมณ์ ชีวกลศาสตร์ และสร้างภูมิคุ้มกันต้านทาน

การอุ้มด้วยป๊อปปี้ เด็กจะอยู่ในท่าเหมือนอยู่ในครรภ์ สะดวกในการหายใจจึงช่วยการปรับตัวทั้งด้านพัฒนาการของร่างกายและความรู้สึกปลอดภัย การ

สัมผัสใกล้ชิด มี mimic ตลอดเวลาที่อุ้มช่วยให้ผ่อนคลายและมีการหลั่งของฮอริโมนและระบบภูมิคุ้มกันทำงานได้ดี

6. ช่วยลดปัญหาการย่อยอาหาร เพราะการอุ้มด้วยเป้จะทำให้มี mimic touch ทำให้อารมณ์ผ่อนคลาย มีความสุข ช่วยลดปัญหา เช่น gastric-esophageal reflux disease (GERD) การแหะนม และยังช่วยให้ระบบการย่อยอาหารทำงานได้ดีขึ้นจากการกระตุ้น parasympathetic vagal activity กระตุ้นการหลั่ง gastrin, insulin และ hormones อื่น ๆ อีกด้วย

7. ช่วยบรรเทาอาการซึมเศร้าหลังคลอด และช่วยให้แม่กลับสู่ภาวะปกติได้ดีขึ้น

8. ช่วยให้แม่เลี้ยงลูกด้วยน้ำนมแม่ประสบความสำเร็จได้มากขึ้น

9. ส่งเสริมสุขภาพที่ดีให้แก่แม่และลูก แม่สามารถทำกิจกรรมอื่น ๆ ร่วมกับการดูแลลูกได้สะดวกขึ้น

10. ลดความเสี่ยงของการเกิดการติดเชื้อของหูชั้นกลางในเด็ก

11. ลดปัญหา hip dislocation ในเด็กแรกเกิดเพราะท่าที่อุ้มในเป้ช่วยให้ข้อสะโพกและกระดูกสันหลังอยู่ในแนวที่ถูกต้อง

12. ลดปัญหาศีรษะแบน (plagiocephaly) ในเด็ก

13. มีพื้นที่ส่วนตัวระหว่างแม่กับลูก เมื่ออยู่ในที่สาธารณะ แม่ปกป้องลูกจากสิ่งแวดล้อมได้ เช่น การมีคนเข้ามาใกล้ ลูกไม่ต้องสัมผัสกับสิ่งของอื่น ๆ ขณะอยู่ในเป้

การใช้เป้อุ้มเด็กที่ถูกต้อง

- เลือกเป้ที่เข้ากับวัยและน้ำหนักตัวของเด็ก
- จัดท่าเด็กให้อยู่ในท่าที่ปลอดภัยตามหลักการใช้เป้อุ้มลูก และเหมาะสมกับศีรษะ
- หมั่นสังเกตการหายใจ ประคองหลังและศีรษะลูกเสมอ

- จัดระดับศีรษะลูกให้อยู่ในท่าศีรษะสูง สามารถก้มลงไปจับได้
- ใช้เป้อุ้มในเวลาที่เหมาะสม ไม่ควรใช้มากเกินไปหรือตลอดเวลา
- ระวังระดับในการทำกิจกรรมต่างๆ ขณะอุ้มลูกในเป้เพื่อป้องกันอันตรายที่อาจเกิดขึ้นกับลูก เช่นของหล่นใส่ พลัดตก ฯลฯ
- กรณีที่ต้องใช้เป้เมื่อลูกยังเล็กหรือลูกยังไม่สามารถควบคุมกล้ามเนื้อคอได้ ต้องให้ความระมัดระวังเพิ่มมากขึ้นเป็นพิเศษ ควรเลือกใช้เป้และอุปกรณ์เสริมเพื่อช่วยประคองให้ลูกอยู่ในท่าที่ปลอดภัย

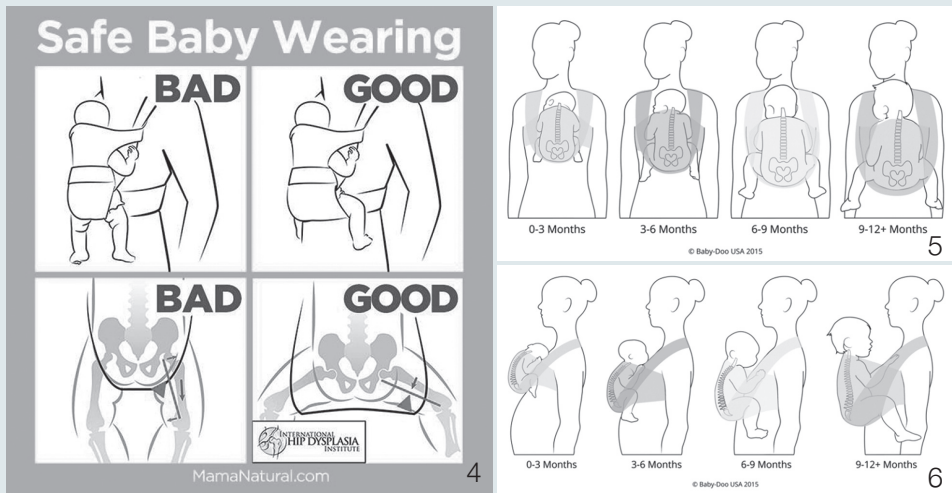


ภาพแสดงท่าอุ้มที่ถูกต้อง

ท่าที่ถูกต้อง

ท่าที่ไม่ถูกต้อง

ที่มาภาพ: <https://boba.com/blogs/boba-reads/an-interview-with-dr-charles-price-from-the-international-hip-dysplasia-institute>
 ภาพที่ 2-3 <http://www.isara.ro/blog/2017/04/25/isara-acknowledged-as-hip-healthy-by-the-international-hip-dysplasia-institute/>



ท่าของลูกในวัยต่างๆ

ที่มาภาพ: ภาพที่ 4 <https://i.pinimg.com/originals/49/dd/8e/49dd8efbe20458af2e7ab8a5808596a4.jpg>
 ภาพที่ 5-6 http://www.babycarriersupportscotland.co.uk/safety_and_information/

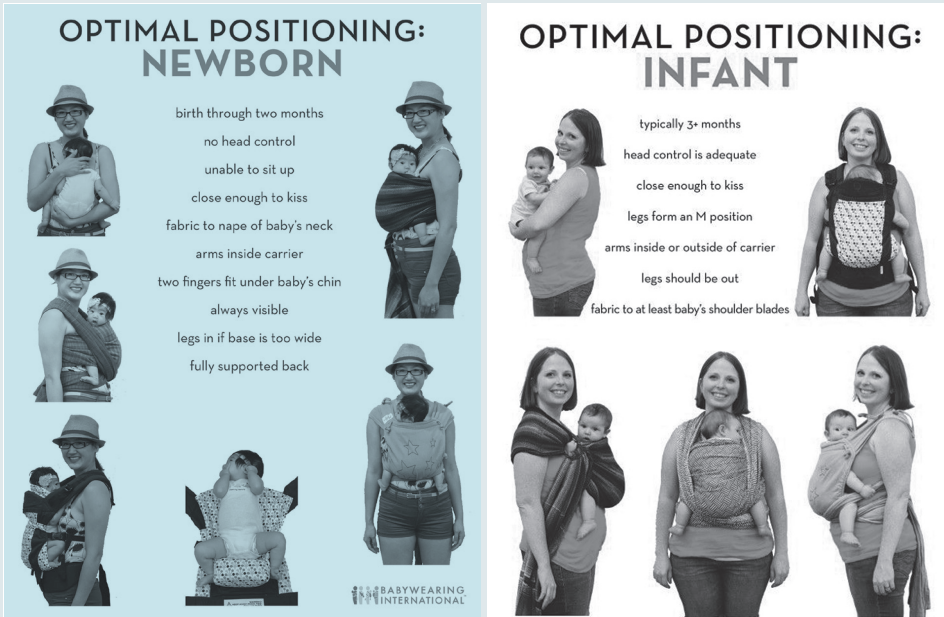
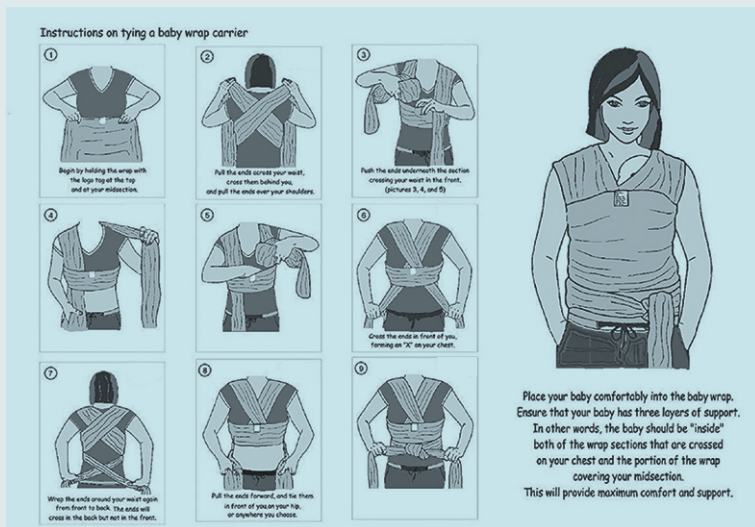


Figure 1 ท่าของลูกในวัยต่าง ๆ
 ที่มาภาพ: ภาพถ่าย <http://www.littlestuff.com/view.asp>
 ภาพขวา <https://i.pinimg.com/originals/36/60/a0/3660a01405ebd7de3a1a9b8558d4ff1b.jpg>



วิธีพันผ้าแบบพันรอบตัว
 ที่มาภาพ: https://images-na.ssl-images-amazon.com/images/I/81LjrFCFIOL._SL1500_.jpg

หลักความปลอดภัยในการใช้เป็อุมเด็ก (T.I.C.K.S. approach)

T-Tight เป็ต้องกระชับ ท่าของเด็กรต้องอยูในท่า upright และประคองบริเวณศีรษะ

I-In view at all times ต้องสามารถมองเห็นหน้าลูกได้ ชัดเจนว่าจุมูกถูกไม่ถูกกดทับ และหายใจได้สะดวก

C-Close enough to kiss ระดับศีรษะของลูกอยูในระดับที่สามารถก้มลงจุมูกได้

K-Keep chin off the chest ลูกต้องไม่อยูในท่าก้มหน้าลงเพราะท่าที่คางชิดอกจะเป็นท่าที่ไม่สามารถหายใจได้ จึงต้องหมั่นสังเกตและแก้ไขเสมอ

S-Supported back ให้ส่วนของเป็ประคองบริเวณหลัง ต้นคอและศีรษะ ให้หน้าอกและลำตัวลูกแนบกับตัวแม่

The T.I.C.K.S. Rule for Safe Babywearing

Keep your baby close and keep your baby safe.

When you're wearing a sling or carrier, don't forget the **T.I.C.K.S.**



- ✓ **TIGHT**
- ✓ **IN VIEW AT ALL TIMES**
- ✓ **CLOSE ENOUGH TO KISS**
- ✓ **KEEP CHIN OFF THE CHEST**
- ✓ **SUPPORTED BACK**



TIGHT – slings and carriers should be tight enough to hug your baby close to you as this will be most comfortable for you both. Any slack/loose fabric will allow your baby to slump down in the carrier which can hinder their breathing and pull on your back.



IN VIEW AT ALL TIMES – you should always be able to see your baby's face by simply glancing down. The fabric of a sling or carrier should not close around them so you have to open it to check on them. In a cradle position your baby should face upwards not be turned in towards your body.



CLOSE ENOUGH TO KISS – your baby's head should be as close to your chin as is comfortable. By tipping your head forward you should be able to kiss your baby on the head or forehead.



KEEP CHIN OFF THE CHEST – a baby should never be curled so their chin is forced onto their chest as this can restrict their breathing. Ensure there is always a space of at least a finger width under your baby's chin.



SUPPORTED BACK – in an upright carry a baby should be held comfortably close to the wearer so their back is supported in its natural position and their tummy and chest are against you. If a sling is too loose they can slump which can partially close their airway. (This can be tested by placing a hand on your baby's back and pressing gently - they should not uncurl or move closer to you.) A baby in a cradle carry in a pouch or ring sling should be positioned carefully with their bottom in the deepest part so the sling does not fold them in half pressing their chin to their chest.

<https://mamaruga.com/ticks-rule/>

ข้อมูลด้านความปลอดภัยในการเลือกใช้เป้उ้มเด็ก

รายงานจากคณะกรรมการคุ้มครองผู้บริโภค ประเทศสหรัฐอเมริกา The Consumer Product Safety Commission (CPSC) กำหนดว่าเป้उ้มเด็กสามารถใช้ได้ในเด็กที่มีน้ำหนัก 8-35 ปอนด์ และการ recalled ผลิตภัณฑ์เมื่อมีรายงานการเกิดปัญหามาแล้วหลายครั้ง ในปี 2013 CPSC รายงานว่าพบกลุ่มอายุเด็กมีอุบัติเหตุจากการที่ใช้เป้उ้มสูงสุดอยู่ที่กลุ่มอายุ 0-3 เดือน และพบว่าปัญหาการตกจากเป้เป็นปัญหาที่เกิดขึ้นมากที่สุด

ในขณะที่ Dr. Kirsten Vallmuur จาก QUT's Centre for Accident Research & Road Safety-Queensland (CARRS-Q) กล่าวว่าตั้งแต่ปี 2010 มีการเสียชีวิตของเด็กที่อุ้มด้วยเป้ 3 รายจากการขาดอากาศหายใจ และเกิดขึ้น 14 รายในสหรัฐอเมริกาในช่วง 20 ปีที่ผ่านมา จึงทำให้ปัจจุบันมีข้อแนะนำในการใช้เป้उ้มเด็กสำหรับแม่ทั่วไปเพิ่มเติมจากคณะกรรมการด้านความปลอดภัย (CARRS-Q) ไม่แนะนำให้ใช้เป้उ้มในเด็กคลอดก่อนกำหนดหรือกลุ่มคลอดน้ำหนักน้อย และเด็กเล็กในช่วง 4 เดือนแรกในขณะที่ยังไม่สามารถควบคุมกล้ามเนื้อต้นคอได้ต้องระมัดระวังเป็นพิเศษเพื่อป้องกันปัญหาการหายใจ

ประเด็นทางสังคมและด้านอื่นๆ ที่ควรรับรู้และส่งเสริม

1. การใช้เป้उ้มเด็กควรใช้ให้เหมาะสมตามน้ำหนักและวัยของเด็ก ถ้าต้องใช้ในเด็กที่มีน้ำหนักน้อยหรือขนาดตัวเล็กต้องให้ความระมัดระวังเรื่องท่าที่ถูกต้องเพื่อป้องกันอันตรายจากการใช้
2. การใช้เป้उ้มเด็กสามารถทำให้แม่ทำกิจวัตรต่างๆ ได้โดยมีลูกอยู่แนบออก การใช้ที่ถูกต้องไม่ทำให้แม่เกิดการปวดหลัง ให้ประโยชน์แก่ลูกทำให้สงบไม่แงง

3. การใช้เป้ऊ้มเด็กไม่สามารถทดแทนการऊ้มได้ทั้งหมด คนऊ้มยังคงต้องคอยสังเกต สัมผัสตรวจดูให้เด็กปลอดภัย มีปฏิสัมพันธ์เป็นระยะ ไม่ละเลยเพราะเห็นว่าเด็กอยู่ในเป้แล้ว

4. การใช้เป้ऊ้มเด็กไม่ควรใช้ตลอดเวลา หรือยาวนานเกินไป อาจสลับการใช้รถเข็น หรือวิธีอื่น ๆ เพราะเด็กอาจไม่ได้ฝึกฝนกล้ามเนื้อและทักษะอื่น เช่น การนอนเล่น นั่งเล่น หรือเดิน ฯลฯ

5. การใช้เป้ऊ้มเด็กควรเลือกให้เหมาะสมกับวัย เพราะในเด็กแรกเกิดหรือช่วงที่กล้ามเนื้อต้นคอและข้อสะโพกยังไม่แข็งแรงต้องมีความระมัดระวัง จัดท่าให้ถูกต้อง มีอุปกรณ์เสริมรองรับบริเวณต้นคอ และจัดท่าให้ขาางออกเป็นรูป M-shape มีการจัดท่าให้ร่างกายเด็กกับแนวกระดูกสันหลังอยู่ในท่าที่ถูกต้อง เพื่อให้ऊ้มได้กระชับไม่แน่นจนเกินไป

6. การใช้เป้ऊ้มเด็กช่วยให้การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ทำได้ง่ายและบ่อยตามความต้องการของลูก ทั้งยังพบว่าแม่ประสบความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เป็นเวลานานขึ้น

7. งานศึกษาวิจัยทั่วโลกที่เกี่ยวข้องกับการใช้เป้ऊ้มเด็กยังมีไม่มาก จึงต้องมีการศึกษาค้นคว้าในเรื่องนี้มากขึ้นเพื่อสร้างองค์ความรู้ที่ถูกต้อง

8. ปฏิบัติตามหลักความปลอดภัยในการใช้เป้ऊ้มเด็ก (T.I.C.K.S. Approach)

ข้อเสนอจากแม่ในเรื่องเป้ऊ้มเด็ก

- ควรส่งเสริมการใช้เพราะมีประโยชน์และช่วยให้แม่และลูกมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น
- ควรทำเป็นของขวัญสำหรับแม่ที่คลอดลูก
- ควรพัฒนาให้มีผลิตภัณฑ์เป้ऊ้มเด็กที่มีคุณภาพดีในราคาที่ไม่แพงหรือเป็นผลิตภัณฑ์ชุมชน
- ควรสนับสนุนให้มีการศึกษาวิจัยและมีข้อมูลการใช้ที่ถูกต้องเผยแพร่แก่ประชาชน

บอกเล่าประสบการณ์จากคุณแม่ที่ใช้เป้อุ้มลูก

“เริ่มใช้ตอนลูกคนแรกอายุประมาณ 2 เดือนค่ะ เพื่อนซื้อมาให้ จากอเมริกา ลักษณะเป็นผ้ายาว 2 เมตร ลูกคนแรกใช้จนถึง 2 ขวบ ครึ่ง ลูกคนที่สองใช้ตั้งแต่แรกเกิดถึง 3 ขวบเลย ช่วยให้กินนมแม่ได้ดี ด้วย”

“ที่ใช้เป้อุ้มลูกเพราะมีแรงบันดาลใจ คือมีผ้าขาวม้าอยู่เลยเอามาพันให้ลูก แต่เราต้องสั่งทำพิเศษ ความยาวประมาณ 1.50 เมตร ให้ญาติที่บุรีรัมย์ช่วยทอให้ พอไปที่คลินิกนมแม่ มีคนแซวๆ ว่ามาจากดอยไหน ก็ตอบว่ามาจากกรุงเทพฯค่ะ หลายคนสนใจอยากใช้แบบเราบ้าง ก็ได้แนะนำวิธีพันผ้าให้เป็นเป้อุ้มลูก ซึ่งรับน้ำหนักได้กว่า 10 กิโลกรัม เราสบายไม่ปวดหลังด้วย”

“เป้อุ้มลูกตอนนี้เป็นเรื่องปกติที่คุณแม่ทั่วไปใช้กัน เพราะมีความสะดวกสบายเวลาไปไหนมาไหน ยิ่งเป็นแม่เลี้ยงเดี่ยว ไม่มีคนช่วย จะรู้สึกว่าเขาแรงคุณแม่ไปมาก แม่ลูกได้อยู่ใกล้ชิด เวลาออกไปข้างนอกยังเป็นอุปกรณ์ช่วยป้องกันเด็กหายด้วย เพราะลูกติดอยู่กับตัวตลอด”

“การได้อยู่ใกล้ชิดลูกด้วยเป้อุ้มลูก แม่ลูกจะได้มีกิจกรรมร่วมกัน เช่น ร้องเพลงกับลูก พูดคุยกับลูกด้วย สอนลูก ส่งผลให้ลูกอารมณ์ดี มีความมั่นคง ซึ่งจะเป็นประโยชน์กับการพัฒนาด้านอารมณ์และสติปัญญาของเด็กลูกในอนาคตด้วย”

“สำหรับการซื้อต้องศึกษาจนเข้าใจ ไม่ควรคำนึงถึงราคาที่ถูกเพียงอย่างเดียว ต้องดูว่าคุณสมบัติของเป้แต่ละแบบจะเหมาะกับแม่ลูกยังไงด้วย”

“อยากสนับสนุนให้เป็นของใช้สำหรับคุณแม่มือใหม่ หากคุณแม่มีเงินน้อย ก็ขอให้ทางโรงพยาบาลช่วยพิจารณานำเป้อุ้มลูกเข้ามาอยู่ในโครงการนมแม่ เพื่อให้คุณแม่ได้ยืมใช้ จะช่วยคุณแม่ในสังคมได้มากขึ้น”







เป็อุมเด็กมีการใช้สืบต่อกันมา
นับพันปีในภูมิภาคต่างๆ
ทั่วโลก มีหลักฐานปรากฏ
จากภาพเขียนในอียิปต์ และ
ศิลปะอิตาลีในศตวรรษที่ 14
เพื่อการเคลื่อนย้ายลูก
ติดตัวแม่ไปทุกที่ เพราะแม่
ต้องให้ลูกกินนมแม่เป็นระยะๆ
รูปแบบการใช้เป็ในอดีต
ขึ้นอยู่กับภูมิภาค

ឯកសារ​រ៉​ង​ទ​ង

1. Blois, M, MD. Babywearing: The Benefits and Beauty of This Ancient Tradition. Pharmasoft Publishing. 2005.
2. "The Art of Babywearing: Wraparound Carriers". Theopinionatedparent.com. Archived from the original on April 27, 2009. Retrieved May 9, 2009.
3. "Baby slings: Tips and warnings". www.consumerreports.org. Retrieved. 2018-12-19.
4. Anisfeld, E., Casper, V., Nozyce, M., & Cunningham, N. Does Infant Carrying Promote Attachment? An Experimental Study of the Effects of Increased Physical Contact on the Development of Attachment. Child Development. 1990; 61(5): 1617-27.
5. Hunziker UA, Garr RG. Increased carrying reduces infant crying: A randomized controlled trial. Pediatrics. 1986; 77: 641-648.
6. Anderson, G.C. Current knowledge about skin-to-skin (kangaroo) care for pre-term infants, J. Perinatol. 1991; 11(3): 216-226.
7. Durand, R., Hodges, S., LaRock, S., Lund, L., Schmid, S. Swick, D., et al. The effect of skin-to-skin breast-feeding in the immediate recovery period on newborn thermoregulation and blood glucose values., Neonatal Intensive Care. 1997; 10: 23-29.
8. Carter, S. C. Neuroendocrine perspectives on social attachment and love., Psychoneuroendocrinology. 1998; 23: 779-818.
9. Douglas, P. S. Excessive crying and gastro-oesophageal reflux disease in infants: Misalignment of biology and culture. Med. Hypotheses. 2005; 64(5): 887-98.

10. Byrne JM, Horowitz FD. "Rocking as a soothing intervention: The influence of direction and type of movement." *Infant Behavior and Development*. 1981; 4: 207-218.
11. Feldman R et al. "Mother and infant coordinate heart rhythms through episodes of interaction synchrony." *Infant Behavior and Development*. 2011; 34(4): 569-77.
12. Hensinger, R. N. Spondylolysis and Spondylolisthesis in children and adolescents. *J. Bone and Joint Surg*. 1989; 71A: 1098-1107.
13. Landau, R. Infant crying and fussing: Findings from a cross-cultural study, *J. Cross-Cultural Psychol*. 1982; 13: 427-44.
14. Littlefield, T. R. Car seats, infant carriers, and swings: Their role in deformational plagiocephaly, *J. Prosthetics & Orthotics*. 2003; 15(3): 102-106.
15. Tessier R., Cristo, M., Velez, S., Giron, M., Ruiz-Palaez, J. G., Charpak, Y., et al., 1998, Kangaroo mother care and the bonding hypothesis., *Pediatrics*, v. 102(2), e17
16. Hunziker, A. U., and R. G. Barr. "Increased Carrying Reduces Infant Crying: A Randomized Controlled Trial." *Pediatrics*. 1986; 77: 641-8.
17. Pederson, David R. "The Soothing Effects of Vestibular Stimulation as Determined by Frequency and Direction of Rocking." *Ontario Mental Health Foundation* 1973; 84.1. University of Western Ontario, London. Dept of Psychology.
18. Australian Competition & Consumer Commission, *Baby Slings & Carriers*. 2016.



จัดทำโดย

มูลนิธิศูนย์นมแม่แห่งประเทศไทย

เลขที่ 420/8 สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

อาคารสถาบันฯ ชั้น 11 ถนนราชวิถี

แขวงทุ่งพญาไท เขตราชเทวี กรุงเทพมหานคร

มือถือ (081) 831-2264, (081) 831-2202

<http://library.thaibf.com/>